

広汎性発達障害を基盤にもつ抑うつ状態の臨床的特徴

和迩 大樹

川崎医科大学精神科学, 〒701-0192 倉敷市松島577

抄録 抑うつ状態を伴う患者において広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorders;PDD)がどの程度伴い、その場合どのような臨床的特徴があるかについて検討した。DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision) によって気分障害、適応障害と診断された18歳以上50歳未満の患者のうち、ハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-D)において、軽度から中等度の抑うつ状態にある64名を対象として調査した。精神症状の評価はHAM-D、ベックうつ病評価尺度(Beck Depression Inventory; BDI)と精神症状評価尺度(Symptom Checklist-90-Revised; SCL-90-R)を用い、また、PDDの評価は養育者からの発達歴と自己記入式質問紙を用いて評価した。

その結果、1) 64名のうち、PDDと診断されたのは23名(35.9%)であった。2) HAM-Dの総得点において、PDD群と非PDD群を比較して、有意な差は認めなかったが、BDIの総得点において、PDD群が 31.3 ± 11 、非PDD群が 24 ± 9.9 であり、有意にPDD群の得点が高かった。3) BDIの下位項目では、『悲哀感』、『落涙』、『無価値観』、『食欲の変化』の4項目が、PDD群で有意に高かった。4) SCL-90-Rでは、PDD群が、『強迫症状』と『対人過敏性』と『妄想様観念』の項目の得点が有意に高かった。5) PDD群のAQ-Jの得点では、『注意の切り替え』と『コミュニケーション』の項目で、患者の得点が家族よりも有意に高かった。

医師が客観的に評価するHAM-Dに差が認められずに、患者が主観的に評価するBDIが高いということが、PDD群の抑うつ状態の特徴と考えた。

その原因として、患者が内的な体験を人と比較したり、時間経過において比較するのが困難なことや、「全か無か」という考え方などが関与している可能性を考えた。また、抑うつ状態は同程度でも、患者の苦痛感が強い可能性も考えた。

PDD群においては、社会性やコミュニケーションの障害のため、同世代集団から拒絶されたり、孤立したりするという否定的な体験が蓄積しやすく、それがBDIの『無価値観』やSCL-90-Rの『対人過敏性』や『妄想様観念』を高めているのではないかと考えた。

(平成24年9月25日受理)

キーワード：広汎性発達障害、アスペルガー障害、うつ状態、気分障害

緒言

近年、うつ病や双極性障害を含む気分障害の患者が全てのライフステージにわたって増加し

ている。うつ病の生涯有病率は約5-17%と高く^{1, 2)}、過去10年間を見てもうつ病と診断される人が2倍に増加し、100万人を超えたとも

別刷請求先
和迩大樹
〒701-0192 倉敷市松島577
川崎医科大学精神科学

電話：086 (462) 1111
ファックス：086 (464) 1193
Eメール：psy@med.kawasaki-m.ac.jp

言われている³⁾。これらの要因として、長引く不況や経済状況の悪化、失業率の上昇などを背景に、うつ病を惹起する種々の社会・心理的要因が増加しており、この点は近年の大きな社会問題となっている高い自殺者数との関連が指摘されている。また、旧来のいわゆるメランコリー親和型と呼ばれるうつ病は真面目で几帳面、仕事熱心な中高年層に多くみられ、朝方に抑うつ、早朝覚醒、食欲低下、罪業感といった症状の特徴をもつものであったが、これとは異なったタイプのうつ病（非定型うつ病）が増えている。非定型うつ病は夕方から夜に悪化し、過食、過眠、激しい疲労感などの症状の特徴をもち、青年層に好発すると言われている⁴⁻⁶⁾。

一方で、広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorders; PDD)、その中でも精神遅滞を伴わないアスペルガー障害(Asperger disorders, Asperger syndrome; AS)や高機能自閉症などの高機能広汎性発達障害(high functioning PDD)が精神科臨床場面で問題となり、また注目されている。欧米の疫学調査ではPDDの有病率は約1%と言われている^{7, 8)}。国際疾病分類 第10版(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision; ICD-10)や米国精神医学会の「精神障害の分類と診断の手引き」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR)の診断基準において、PDDは①対人相互反応の質的な障害、②コミュニケーションの質的な障害、③行動、興味および活動の限定的、常同的、反復的な様式の3つの領域の症候で構成されることで診断される。PDDは自閉性障害(Autistic disorder; AD)、AS、特定不能の広汎性発達障害(Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified; PDD-NOS)に分類される。一般にPDDの診断に必要な典型的な自閉症症状は幼児期にみられる。しかし、PDDとしての症状が軽微であったり、または親などの周囲に気付かれることがなかったために、幼児期にPDDと診断されずに成長し、思春期・成人期に至って進学や就職

などの環境の変化、学校や職場での対人関係の変化など心理的、環境的な負荷が加わった時に初めてPDDの特徴がはっきりと現れてくるケースがある⁹⁾。そのため、PDDには気分障害、不安障害、統合失調症、強迫性障害などの合併がみられることがあり、中でも抑うつ状態はPDDの最もよく見られる併存障害である¹⁰⁻¹⁷⁾。

しかし、臨床場面において、気分障害、適応障害やパーソナリティ障害とだけ診断され、PDDの診断が見逃されていることがある¹⁶⁾。

これまでPDDと抑うつ状態との関連の研究は比較的若い年齢が対象で、中年期以降の抑うつ症状に触れている研究はほとんどない。年齢が上がるほど、またASのように高機能になればなるほど抑うつ状態の合併が高くなる。しかし、これまでの研究はPDDと診断された症例の合併症としての抑うつ状態を扱ったものが多く、抑うつ状態に陥って初めてPDDと診断される患者についての研究はない。そのため、気分障害などの抑うつ状態にPDDが合併していることが早期に分かり、またPDDの有無によって精神症状の特徴に違いがあれば治療の参考になるのではないかと考える。

そこで本研究は、気分障害など抑うつ状態を伴う患者の中のPDDの割合やPDDを基盤に持つ患者の抑うつ状態の臨床症状の特徴の違いを明らかにすることにより、将来的な治療への応用を目的として行った。

対 象

2010年9月から2012年5月の間に、川崎医科大学附属病院、同附属川崎病院精神科及びわに診療所を受診した18歳以上50歳未満の患者で、DSM-IV-TRによって気分障害、適応障害と診断され、ハミルトンうつ病評価尺度(Hamilton Rating Scale for Depression; HAM-D)において8点以上18点以下の軽度から中等度の抑うつ状態にあり、主治医が本研究に参加しても病状に影響を来たさないと判断し、本研究について説明を行い、文書による同意が得られた64名を対象とした。ただし、精神病性障害、器質性疾患、

精神遅滞の患者は対象から除外した。

本研究は川崎医科大学の倫理委員会の承認（受付番号675-3）を得ている。

方法

精神症状の評価

まず、精神症状の客観的評価として主治医がHAM-Dを施行した。

・HAM-D：うつ病の重症度を客観的、他覚的に評価するもので、21問の質問項目がある。それぞれを3段階（0点～2点）と4段階（0点～3点）で評価する。また、最後の4項目は重症度というよりはうつ病の特徴を示していることから、Hamilton自身が推奨している最初の17項目を用いた。Kearnsらは、17項目において7点以下を正常、8～13点を軽症、14～18点を中等度、19～22点を重度、23点以上を最重度としており、本研究においても、Kearnsらが示した点数を重症度に用いた^{18, 19)}。

次に、主観的評価として患者に自己記入式質問紙である下記のBDIとSCL-90-Rを施行した。

・ベックうつ病評価尺度（Beck Depression Inventory ; BDI）：自己記入式でうつ病の重症度を主観的、自覚的に評価するものである。21問の質問項目からなり、各質問に対して4段階（0点～3点）で評価する。客観的ではない、患者の主観的な評価であるため、客観的なうつ状態の程度に比べて、うつ状態の程度を患者本人が軽く評価することもあり、また、重く評価することもある。

・精神症状評価尺度（Symptom Checklist-90-Revised ; SCL-90-R）：精神症状を把握するための自己記入式質問紙である。90問の質問からなり、過去の一定期間（通常2週間）にどれくらい患者を悩ませたかを5段階（0点～4点）で評価する。各質問は身体症状（12項目）、強迫症状（10項目）、対人過敏性（9項目）、抑うつ（13項目）、不安（10項目）、怒り/敵意（6項目）、恐怖症（7項目）、妄想観概念（6項目）、精神病性症状（10項目）、その他（主として植物神

経系症状からなる7項目）の10の下位尺度に分類し、各尺度ごとに加算され、各項目数で除して、尺度得点が算出される。また、90項目の総計を90で除した値は、症状苦悩指数（Symptom Distress Index; SDI）と呼ばれ主観的な重篤度を表す²⁰⁻²²⁾。

PDDの診断

PDDの診断には、発達歴の詳細な情報が最も重要なため、以下の項目を中心に養育者から発達歴を聴取した²³⁻²⁸⁾。

- ・視線が合ったか
- ・同年代の子ども同士の良好な関係を築けたか
- ・名前を呼んで振り向いたか
- ・興味のあるものを指差して、他者と分かち合うことができたか
- ・言葉の遅れがあったか
- ・年齢相応な会話ができたか
- ・一方的に自分の言いたいことだけを言ったか
- ・友達とごっこ遊びができたか
- ・オウム返しの応答が目立ったか
- ・CMなどをそのままの言葉で繰り返し話すことがあったか
- ・同じ質問を何度もしたか
- ・興味・活動の限局性（いわゆる、こだわり）があったか

これらの情報と下記のAQ-JとASQの結果をふまえ、DSM-IV-TRの診断基準に従い、下位分類を含めて2名の精神科医により診断を行った。

・自閉症スペクトラム指数日本版（Autism-Spectrum Quotient Japanese Version; AQ-J）：自己記入式で成人のAsperger障害・高機能自閉症をスクリーニングするもので、社会的スキル、注意の切り替え、細部への注意、コミュニケーション、想像力の5つの領域から成り、各10問ずつ計50項目から構成されている。質問項目数・内容は同じであるが患者本人と養育者用があり、それぞれに施行した^{29, 30)}。

・自閉症スクリーニング質問紙（Autism Screening Questionnaire; ASQ）：DSM-IV-TRや

ICD-10のための自閉症の面接基準であるADI-R (Autism Diagnostic Interview Revised) を基に作成され、自閉症の3つの基本的障害である対人相互作用、コミュニケーション、常同的・反復的な行動様式についての質問項目からなっている。PDDの中でも自閉症とそれ以外のPDD (AS, PDD-NOS) など軽微な障害の検出にも優れている。項目数は39問で養育者が記入する^{31, 32)}。

統計学的解析

本研究では、PDDのある群とない群の2群における患者背景、精神症状の内容などについて群間の統計学的比較を行った。連続変数については分布の正規性によってt検定、もしくはMann-Whitney検定を行い、カテゴリー変数については χ^2 検定を行った。統計ソフトはSPSS for Windows (ver. 18) を用いた。いずれもp値が0.05未満であるとき統計学的に有意とした。

結果

対象患者のプロフィールの比較 (表1, 表2, 表3)

対象患者は18~49歳の64例で、そのうち23例がPDDと診断され、全体の割合として35.9%であった。PDD群の平均年齢は 31.3 ± 9.5 歳、非PDD群の平均年齢は 34.1 ± 8.9 歳と両群に有意差は認めなかった(表1)。男女比はPDD群は男性9例、女性14例、非PDD群では男性19例、女性22例で両群に有意差は認めなかった(表2)。

職歴、学歴、結婚の有無、精神科的負因においても両群に有意差を認めなかった(表2)。

また、PDD群での抑うつ気分の診断の内訳は大うつ病性障害・単一エピソードが4例(17.4%)、双極性感情障害II型が1例(4.3%)、気分変調性障害が3例(13%)、適応障害が15例(65.2%)であった。一方、非PDD群では大うつ病性障害・単一エピソードが12例(29.3%)、大うつ病性障害・反復性が5例(12.2%)、双極性感情障害I型が1例(2.4%)、双極性感情障害II型が2例(4.9%)、気分変調性障害が3例(7.3%)、適応障害が18例(43.9%)であった(表3)。

表1 対象患者背景の比較

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23	Total	p †
GAF	53.9 ± 11.6	54.6 ± 8.4	54.2 ± 10.5	.483
現在年齢	34.1 ± 8.9	31.3 ± 9.5	33.1 ± 9.1	.226
発症年齢	30.3 ± 9.1	25.8 ± 9.2	28.7 ± 9.3	.059
治療歴 ‡	2.1 ± 2.2	2.8 ± 5.4	2.4 ± 3.6	.452
HAM-D	11.2 ± 2.2	10.8 ± 2.5	11 ± 2.3	.324
BDI	24 ± 9.9	31.3 ± 11	26.6 ± 10.8	.009

† t-test, ‡ Mann-Whitney test

GAF: Global Assessment of Functioning

表2 対象患者背景の比較

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23	p ‡
性別 (女/男)	22(53.7%) 19(46.3%)	14(60.9%) 9(39.1%)	0.577
既往歴有無 (無/有)	26(63.4%) 15(36.6%)	14(60.9%) 9(39.1%)	0.840
学歴 (高卒/高卒以上)	11(26.8%) 30(73.2%)	8(34.8%) 15(65.2%)	0.504
職歴 (無/有)	12(29.3%) 29(70.7%)	7(30.4%) 16(69.6%)	0.922
結婚歴 (無/有) †	25(61%) 16(39%)	19(82.6%) 4(17.4%)	0.095
同居家族 (無/有) †	4(9.8%) 37(90.2%)	0(0%) 23(100%)	0.288
精神科負因 (無/有)	27(65.9%) 14(34.1%)	10(43.5%) 13(56.5%)	0.082

† Fisher's test

‡ Chi-squared test

PDD群の下位分類では、自閉性障害は0例(0%)、アスペルガー障害は12例(52.2%)、PDD-NOSが11例(47.8%)であった(表3)。

診断補助に用いたAQ-JとASQの比較(表4)

PDDの診断補助として用いたAQ-Jにおい

て、平均点はPDD群が非PDD群に比べ有意に高かった。本人の記載においては、『社会的スキル』、『注意の切り替え』、『コミュニケーション』、『総得点』の項目で有意差を認めた。いずれの項目もPDD群が非PDD群に比べ高い得点となった。

表3 PDD, 気分障害の下位診断

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23
PDD		
自閉性障害	—	0
アスペルガー障害	—	12
特定不能の広汎性発達障害	—	11
気分障害		
大うつ病性障害(単一エピソード)	12	4
大うつ病性障害(反復性)	5	0
気分変調性障害	3	3
双極性感情障害I型	1	0
双極性感情障害II型	2	1
適応障害	18	15

表4 AQ-JとASQの比較

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23	Total	p †
AQ-J(本人)				
社会的スキル	5±2.5	7.4±1.9	5.8±2.6	.000
注意の切り替え ‡	5.5±2.3	7±1.7	6±2.2	.013
細部への注意 ‡	4.5±2.2	4.3±2.1	4.4±2.2	.977
コミュニケーション ‡	3.9±2.5	6.6±1.8	4.8±2.6	.000
想像力	4.1±2.2	4.5±1.5	4.3±2	.180
総得点	22.9±7.5	29.8±5.7	25.4±7.6	.000
AQ-J(親)				
社会的スキル	4.4±2.5	7.2±2.1	5.4±2.7	.000
注意の切り替え	3.9±2	5.3±2	4.4±2.1	.010
細部への注意 ‡	4.9±1.7	4.3±1.7	4.7±1.7	.175
コミュニケーション ‡	2.3±1.8	4.8±2.3	3.2±2.3	.000
想像力 ‡	3.1±1.7	4.8±2	3.7±2	.001
総得点	18.7±6.6	26.5±7.4	21.5±7.8	.000
ASQ ‡	6.4±4.4	11.9±6.4	8.4±5.8	.001

† t-test, ‡ Mann-Whitney test

表5 HAM-Dの比較

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23	Total	p †
抑うつ気分	1.6±0.6	1.7±0.6	1.6±0.6	.529
罪業感	0.7±0.6	0.8±0.6	0.7±0.6	.620
自殺	0.4±0.8	0.3±0.6	0.4±0.8	.658
入眠障害	0.6±0.6	0.7±0.5	0.7±0.6	.327
熟眠障害	0.5±0.6	0.5±0.5	0.5±0.5	.596
早朝覚醒	0.6±0.7	0.6±0.7	0.6±0.7	.956
仕事と活動	2.3±1.1	2±0.6	2.2±0.9	.310
精神運動抑制	0.4±0.5	0.4±0.6	0.4±0.5	.919
精神運動興奮	0.2±0.4	0.1±0.3	0.2±0.4	.673
精神的不安	1.4±0.7	1.2±0.6	1.3±0.7	.170
身体的不安	0.7±0.7	0.7±0.7	0.7±0.7	.927
消化器系の身体症状	0.3±0.4	0.3±0.5	0.3±0.5	.507
一般的な身体症状	0.9±0.7	1.1±0.6	1±0.7	.124
生殖器症状	0.3±0.6	0±0.2	0.2±0.5	.041
心気症	0.3±0.5	0.2±0.4	0.3±0.5	.376
体重減少	0.1±0.3	0±0	0±0.3	.286
病識	0±0.2	0±0.2	0±0.2	.676

† Mann-Whitney test

また、養育者の記載では『社会的スキル』、『注意の切り替え』、『コミュニケーション』、『想像力』、『総得点』の項目で有意差を認め、いずれもPDD群が非PDD群に比べ高い得点となった。

ASQにおいては両群間で有意差を認め、PDD群が非PDD群に比べ有意に高かった。

HAM-Dの比較(表1, 表5)

HAM-Dにおいては両群間で総得点では有意差を認めなかったが(表1),『生殖器症状』の項目で有意差を認め、非PDD群で高い得点となった(表5)。

BDI, SCL-90-Rの比較(表1, 表6, 表7)

BDIにおいて総得点で有意差を認め、PDD

群で高い得点となった(表1)。また、下位項目での比較では『悲哀感』、『落涙』、『無価値観』、『食欲の変化』で有意差を認め、いずれもPDD群で高い得点となった(表6)。

SCL-90-Rでは『強迫症状』と『対人過敏性』と『妄想様観念』の項目で有意差を認め、いずれの項目ともPDD群で高い得点となった。主観的な重篤度を表すSDIでは有意差を認めなかった(表7)。

PDD群のAQ-Jにおける患者と養育者の比較(表8)

PDD群での患者と養育者とのAQ-Jの比較において、『注意の切り替え』、『コミュニケーション』、『総得点』の項目で有意差を認め、いずれ

表6 BDIの比較

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23	Total	p †
悲哀感	1.2±0.5	1.6±0.7	1.3±0.6	.011
悲観	1.4±1	1.7±0.9	1.5±1	.202
過去の失敗	1.4±0.9	1.9±1	1.6±1	.062
喜びの喪失	1.2±0.8	1.3±0.8	1.2±0.8	.424
罪責感	0.8±0.8	1.1±0.8	0.9±0.8	.118
被罰感	0.8±1	1±1.1	0.9±1	.363
自己嫌悪	1.5±1	1.7±1	1.6±1	.286
自己批判	1.3±1	1.6±1	1.4±1	.319
自殺念慮	0.9±0.8	0.9±0.7	0.9±0.7	.962
落涙	1±1	1.6±1.1	1.2±1.1	.039
激越	1±0.9	1.4±1	1.1±1	.068
興味喪失	0.9±0.9	1.3±1	1±0.9	.103
決断力低下	1.1±1	1.5±1	1.3±1	.105
無価値観	1.4±0.9	2.1±0.9	1.7±0.9	.006
活力喪失	1.4±0.8	1.8±0.9	1.5±0.8	.050
睡眠習慣の変化	1.3±0.8	1.6±1	1.4±0.9	.204
易刺激性	1±0.9	1.4±1.1	1.1±1	.100
食欲の変化	0.8±0.8	1.2±0.8	1±0.8	.035
集中困難	1.2±0.7	1.5±0.9	1.3±0.8	.147
疲労感	1.4±0.9	1.6±1	1.5±0.9	.388
性欲減退	1.2±1	1.3±1.2	1.3±1.1	.642

† Mann-Whitney test

表7 SCL-90-Rの比較

	非PDD群 N=41	PDD群 N=23	Total	p †
身体症状‡	0.9±0.9	1±0.7	1±0.8	.293
強迫症状	1.4±0.8	1.9±1	1.6±0.9	.032
対人過敏性‡	1.2±0.8	1.8±0.8	1.4±0.9	.005
抑うつ	1.7±0.7	1.8±0.7	1.7±0.7	.463
不安	1.1±0.9	1.5±1	1.2±0.9	.055
怒り/敵意‡	0.9±0.8	1.1±0.9	1±0.8	.286
恐怖症‡	0.8±0.8	1±0.7	0.9±0.8	.100
妄想様観念	0.8±0.7	1.3±0.9	1±0.8	.024
精神病的症状‡	0.8±0.6	1.1±0.7	0.9±0.7	.125
その他	1.3±0.8	1.4±0.7	1.3±0.7	.585
SDI	1.1±0.6	1.4±0.6	1.2±0.7	.068

† t-test, ‡ Mann-Whitney test

表8 PDD 群の AQ-J における患者と養育者との比較

	PDD 群 N=23		p †
	本人	親	
社会的スキル	7.4±1.9	7.2±2.1	.615
注意の切り替え	7±1.7	5.3±2	.000
細部への注意	4.3±2.1	4.3±1.7	1.000
コミュニケーション	6.6±1.8	4.8±2.3	.008
想像力	4.5±1.5	4.8±2	.458
総得点	29.8±5.7	26.5±7.4	.028

† paired t-test

の項目も患者で高い得点となった。また、それ以外の項目、『社会的スキル』、『細部への注意』、『想像力』の項目においては有意差を認めなかった。

考 察

抑うつ状態を呈する患者における PDD の割合と併存障害

今回の研究で、青年期、成人期に抑うつ状態を呈する患者のうち PDD を基盤にもつ患者の割合は35.9%であった。先行研究がないために比較することができないが、極めて高い値である。これには、本研究が発達歴について詳しく尋ねるといふものであったこと、PDD 患者と家族が研究に対して協力的であったことや、当科には難治な患者が紹介されてくることが多いことなどが関係しているものと考えられる。そのような要因で PDD の割合が高く出ていることを考慮しても、今後、抑うつ状態を鑑別診断していく際に、PDD について検討することが不可欠であると考えられる。

PDD 群のうつ病についての最近の研究では、1回のうつ病エピソードが50%、反復性うつ病が20%、合計70%にうつ病が認められたという報告⁷⁾、43%に抑うつ症状が認められたという報告¹⁴⁾や53%に気分障害を認めたという報告¹⁶⁾がある。特に Lugnegård ら⁷⁾の報告は対象の平均年齢が27歳であり、本研究の平均年齢に近いものである。報告により幅はあるにしても、成人の PDD の併存障害として、うつ病は最も頻度の高いものと考えられる。

本研究においては、PDD 群の併存障害として適応障害が65.2%と最も多かった。これは、

PDD 群の軽症・中等症の抑うつ状態は、周囲の環境のストレスなどに起因する適応障害と考えられるものが多く、うつ病との鑑別が困難であった可能性を示唆している。

HAM-D と BDI

医師の客観的に捉える抑うつ症状を示す HAM-D の総得点において、PDD 群と非 PDD 群を比較して、有意な差は認めなかった。また、下位項目においても、PDD 群に有意に高い項目は認められなかった。このことは、抑うつ状態の程度が、両群において差がないことを示している。

それに対して、患者が主観的に捉えている抑うつ症状を示す BDI の総得点において、PDD 群が31.3±11、非 PDD 群が24±9.9であり、有意に PDD 群の得点が高く、これが、PDD 群の抑うつ状態の特徴と考えられる。

PDD 群で HAM-D に比し、BDI が有意に高くなった理由としては、以下のようないくつかの理由が考えられる。まず、PDD 群では、自分の体験を他者と比べ相対化して捉えることが困難なので、例えば「今の自分が苦しい」としても、「他にもっと苦しい人がいるのではないか」とか、「そういう人に比べたら今の自分の苦しさはまだマシではないか」というように、自分を客観的に捉えて記入することは難しいと考えられる。次に、他者と客観的に比べることが難しいだけでなく、今後もっと抑うつ状態がひどくなった自分を想像して、「まだ最悪ではない」と捉えるという、時間的に比較することも困難があると思われる。また、PDD 群では、ほどほどの中庸の概念がない人も多いので、「ゼロや百か」の思考になりやすく、抑うつ症状が少しでもあれば「百」と答える可能性も考えられる。

また、HAM-D は患者が何も言わなくても客観的に観察して評価する項目が多いが、患者の訴えから、抑うつ感や不安などを評価する項目も一部ある。そのため、自分の気持ちを相手に伝えるコミュニケーション能力に問題がある

PDDの患者は、客観的に軽く評価されてしまう可能性も考えられる。そして、うつ状態の程度は同じであっても、患者本人の苦しさ、苦痛感是我々医療者が分かる以上に強いものである可能性も考えられる。

BDIの下位項目

PDD群では、BDIの下位項目の『悲哀感』、『落涙』、『無価値観』、『食欲の変化』の4項目の得点が、有意に高いという結果であった。BDIの下位項目を検討した論文はなく、また、PDDの自己価値観や自己評価についての論文もない。

『無価値観』が有意に高かった理由として以下のようなことが考えられる。自己価値観や自己評価が高くなるには、周囲の人間から承認され評価されることが非常に重要である。しかし、ASなど高機能PDDでは、診断時期が遅れることにより特性にあった環境調整や個別対応を受けていない期間が長いこと、否定的社会体験や否定的評価が蓄積することがある。高機能PDDでは学業など見える領域では高い達成を示すこともあるが、その一方で、対人関係を築く力に乏しく同世代集団から拒絶されたり、孤立したりするという体験が増え、「自分つまらない」と自己価値観や自己評価の低下をきたし、「自分はダメなつまらない人間である」と感じる人が多い。

このような自己価値観や自己評価の低さをPDD群の患者が強く自覚しているということに配慮しながら、患者の治療を行う必要がある。学校や職場、あるいは作業所や支援センターなどで、承認されたり、肯定的に評価されることが、極めて重要になると考えられる。それだけでなく、否定的な評価を受ける体験をできるだけ少なくするような配慮も求められるものと考ええる。

また、『悲哀感』が有意に高かったことは、前述した患者の苦痛感の強さを反映している可能性があり、臨床上、留意する必要があると考ええる。

SCL-90-R

SCL-90-Rでは、PDD群が、『強迫症状』と『対人過敏性』と『妄想様観念』という項目において、有意に高いという結果であった。

『強迫症状』についてはこれまでに、成人の強迫性障害患者のうちPDDを基盤にもつ患者の割合が27%であったという報告³³⁾や自閉症スペクトラム障害の1/4はICD-10において強迫性障害の診断基準に当てはまるとの報告がある³⁴⁾。これらの報告からも、PDDのこだわりと強迫性障害の強迫症状とは、本来、近似なもので鑑別が難しいことが分かる。SCL-90-Rで、強迫症状が有意に高くなるのは当然といえるかもしれない。ただ、一つ留意しておきたいことは、一般的に抑うつ状態が強まることで、確認症状が増悪する可能性が高いことである。逆に言えば、こだわりや強迫症状が増悪する時に、抑うつ状態の存在を疑うということも大切になると考えられる。

また、わが国においても田中ら³⁵⁾は、PDDに幻覚や妄想など精神病症状を呈する割合は24%と報告しているが、社会性やコミュニケーションの障害のために周囲の人たちから孤立しやすく、また誤解を生じやすいために、周囲に対して過敏となり、他人の言動を気にし、時には被害的な思考に至り、『対人過敏性』や『妄想様観念』が有意に高くなっているのではないかと考える。

AQ-JとASQ

AQ-JとASQもPDDの傾向を調べるものであるため、ほとんどの項目でPDD群が有意に高いのは当然と考えられる。ここで留意が必要なのは、PDD群において、AQ-Jの得点が、『注意の切り替え』と『コミュニケーション』の項目で、患者本人と家族の間で有意な差があることである。患者が自覚している『注意の切り替え』や『コミュニケーションの困難』を家族がそれほど、気付いていないということには留意が必要である。家族は対人関係を築くのが苦手なことや、こだわりには気付きやすいが、コミュ

ニケーションで患者が困っていることには気がつきにくい。高機能PDDでは、語彙や知識も豊富であり、コミュニケーション能力が高いように誤解される可能性を示唆しており、臨床において留意しておかなければならないと考える。

本研究の限界

本研究の限界としては、第一に、対象患者数が64名と数が少なかったことがある。第二に、研究参加への負担を考慮して重度の抑うつ状態の患者は除外したことも本研究の限界である。第三に、成人例であれば、養育者が発達歴の情報を詳しく覚えていない事例もある。今後も、引き続き研究を続け、症例数を増やし、精神症状の特徴を更に明らかにしていく必要がある。

本研究の臨床的意義

HAM-DとBDIは診療場面で簡易に施行できるので、抑うつ状態の患者において、HAM-Dに比べBDIが高い場合には、PDDの併存の可能性に注目するとともに、客観的重症度以上に本人の苦痛は強いので、自殺企図の危険性への配慮など、本論文の結果は治療上の有益性につながる可能性がある。

結語

18歳以上50歳未満の気分障害、適応障害患者でHAM-Dにおいて、軽度から中等度の抑うつ状態にある64名のうち23名(35.9%)がPDDと診断された。HAM-Dの総得点では、PDD群と非PDD群の比較において有意な差は認めなかった。一方、BDIの総得点においては、PDD群の得点が非PDD群より有意に高かった。

医師が客観的に評価するHAM-Dに差が認められず、患者が主観的に評価するBDIが高いということが、PDD群の抑うつ状態の特徴と考えられた。臨床場面において、気分障害、適応障害の患者で、主観的・客観的評価に差が生じる場合はPDDの存在を疑う必要があることが示唆された。

本研究は2012年7月、パリで開催された第20回IACAPAPにおいて発表した。

本研究は、大学の研究費のみを用い、他からの助成は受けておらず、利益相反はない。

謝辞

本稿を終えるにあたり、本研究に貴重なご助言を頂きました川崎医科大学精神科学教室、山田了士教授、村上伸治講師、又、ご指導を賜りました青木省三主任教授に深謝いたします。

引用文献

- 1) Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P *et al.*: The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) surveys. *Int.J.Methods Psychiatr. Res* 12:3-21, 2003
- 2) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T: Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin.Neurosci* 59:441-452, 2005
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/10syoubu/suihyo18.html> (2012.9.11)
- 4) 松浪克文, 山下喜弘: 社会変動とうつ病. *社会精神医学* 14: 193-200, 1991
- 5) 樟味伸: 現代社会が生む“ディスチミア親和型”. *臨床精神医学* 34: 687-694, 2005
- 6) 松浪克文, 上瀬大樹: 現代型うつ病. *精神療法* 32: 308-317, 2006
- 7) Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C: Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Research in Developmental Disabilities* 32: 1910-1917, 2011
- 8) Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ *et al.*: Prevalence of Autism Spectrum Disorders in Total Population Sample. *AM J Psychiatry* 168: 904-912, 2011
- 9) 青木省三, 松下兼宗, 和辻大樹: 精神科医が会おう発達障害者の臨床的問題点-特に広汎性発達障害を中心に. *日本精神科病院協会雑誌* 28: 646-652, 2009
- 10) Ghaziuddin M, Tsai L, Ghaziuddin N: Comorbidity of

- autistic disorder in children and adolescents. *Eur Child and Adolescent Psychiatry* 1:209-213, 1992
- 11) Ghaziuddin M, Weidmer-Mikhail E, Ghaziuddin N: Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *J Intellectual Disabil Res* 42:279-283, 1998
 - 12) Lainhart JE, Folstein SE: Affective disorders in people with autism: a review of published cases. *J Autism Dev Disord* 24:587-601, 1994
 - 13) Munosue T, Ono Y, Mutoh K, Shimoda K, Nakatani H, Kikuchi M: High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high functioning autism spectrum disorder: A preliminary study of 44 outpatients. *J Affect Disord* 111:170-175, 2008
 - 14) Sterling L, Dawson G, Estes A, Greenson J: Characteristics Associated with Presence of Depressive Symptoms in Adults with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord* 38:1011-1018, 2008
 - 15) Raja M, Azzoni A: Comorbidity of Asperger's syndrome and Bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 4:26, 2008
 - 16) Hofvander B, Delorme R, Chaste P *et al.*: Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 9:35, 2009
 - 17) 傳田健三：うつ病、不安障害と広汎性発達障害の関係. *臨床精神医学* 37：1535-1541, 2008
 - 18) Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ, Riley SA, Shaw SP, Snaith RP: A comparison of depression rating scale. *Br J Psychiatry* 141:45-49, 1982
 - 19) 中根秀之：うつ病評価尺度（ハミルトン評価尺度など）*臨床精神医学* 増刊号：222-227, 2004
 - 20) 山根茂雄：神経症圏の女性にみられる自覚症状の世代的特徴-30代女性の「敵意」をめぐって-. *東京慈恵会医科大学雑誌* 118：333-343, 2003
 - 21) 中尾和久, 高石 稔：日本語版 SCL-90-R の信頼性と妥当性. *メンタルヘルス 岡本記念財団研究助成報告集* 6：167-169, 1995
 - 22) 山根茂雄：神経症臨床例の性差に関する研究. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集* 9：145-148, 1997
 - 23) 広沢正孝：成人例の発達障害の診かた. *Jpn J Gen Hosp Psychiatry* 19：231-240, 2007
 - 24) 山崎晃資：成人期のアスペルガー症候群の診断上の問題. *精神医学* 50：641-650, 2008
 - 25) 山崎晃資：児童・青年期臨床における診断の進め方. *精神科治療学* 23：13-19, 2008
 - 26) 白瀧貞昭：アスペルガー症候群-思春期以降例の診断に必要な幼児期情報-. *精神科治療学* 19：1063-1067, 2004
 - 27) 神尾陽子, 行廣隆次, 安達潤, 市川宏伸, 井上雅彦, 内山登紀夫, 栗田広, 杉山登志郎, 辻井正次：思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト 日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の信頼性・妥当性についての検討. *精神医学* 48：495-505, 2006
 - 28) 安達潤, 行廣隆次, 井上雅彦, 辻井正次, 栗田広, 市川宏伸, 神尾陽子, 内山登紀夫, 杉山登志郎：広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 短縮版の信頼性と妥当性についての検討. *精神医学* 50：431-438, 2008
 - 29) 若林明雄：自閉症スペクトラム指数 (AQ) 日本版について-自閉症傾向の測定による自閉性障害の診断の妥当性と健常者における個人差の検討-. 自閉症の ADHD の子どもたちへの教育支援とアセスメント 47-52, 2003
 - 30) 栗田広, 長田洋和, 小山智典, 金井智恵子, 宮本有紀, 志水かおる：自閉症スペクトル指数日本版 (AQ-J) のアスペルガー障害に対するカットオフ. *臨床精神医学*, 33 (2)：209-214, 2004
 - 31) 大六一志, 千住淳, 林恵津子, 東條吉邦, 市川宏伸：自閉症スクリーニング質問紙 (ASQ) 日本語版の開発：国立特殊教育総合研究所分室一般研究報告書：19-26, 2004
 - 32) Berument SK, Rutter M, Lord C, Pickles A, Bailey A: Autism screening questionnaire; diagnostic validity. *Br J Psychiatry*, 175:444-451, 1999
 - 33) 山下陽子：広汎性発達障害を伴う強迫性障害の特徴についての研究. *精神神経学雑誌* 112：853-866, 2010
 - 34) Russell AJ, Mataix-Coils D, Anson M, Murphy DG: Obsessions and compulsions in Asperger syndrome and high-functioning autism. *Br J Psychiatry*, 186:525-528, 2005
 - 35) 田中英三郎, 市川宏伸：思春期外来を受診した広汎性発達障害者が呈する精神病様体験の頻度についての横断調査. *臨床精神医学* 39：1097-1102, 2010

Clinical Features of Depressive States with Pervasive Developmental Disorders

Taiki WANI

*Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School,
577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan*

ABSTRACT We investigated the incidence of comorbid pervasive developmental disorders (PDD) in patients with depressive states, in additions to observing the characteristics of clinical manifestations in those patients. The subjects of this study were 64 patients, between 18 and 49 years of age, with a diagnosis of mood disorder or adjustment disorder, according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR), and concomitant mild to moderate depression, as determined by the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D). Mental symptoms were evaluated using the HAM-D, the Beck Depression Inventory (BDI), and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R). PDD were evaluated from developmental histories obtained from caregivers and self-completed questionnaires by the participants.

The following results were obtained. 1) Of the 64 subjects, 23 were diagnosed with PDD (35.9%). 2) Overall HAM-D score showed no significant effect for either the PDD group or non-PDD group, but overall score for BDI was significantly higher in the PDD group (31.3 ± 11) than in the non-PDD group (24 ± 9.9). 3) PDD group scores were significantly higher for the four BDI items of Sadness, Crying, Worthlessness and a Decreased appetite. 4) The SCL-90-R scores in the PDD group scores were significantly higher for Obsessive-Compulsive, Interpersonal Sensitivity and Paranoid ideation. 5) In regard to the Autism-Spectrum Quotient Japanese Version, in the PDD group, patient scores were significantly higher than the family scores for Attention switching and Communication.

These findings suggest that one characteristic of depression in the PDD group is that the score on the HAM-D, which is objectively evaluated by doctors, shows no significant effect, whereas the score on the BDI, which is subjectively evaluated by patients, is high. It is possible that patients have difficulty comparing their internal experiences to others, making comparisons over time, or having an “all or nothing” way of seeing things. In addition, even for similar degrees of depression, some patients may experience greater distress. Since individuals in the PDD group have social and communication disorders, they may easily accumulate negative experiences, such as being shunned by others of the same age, or being alone, and this could then be the reason for the increase in scores for Worthlessness on the BDI and Interpersonal Sensitivity or Paranoid ideation on the SCL-90-R.

(Accepted on September 25, 2012)

Key words : **Pervasive developmental disorders, Asperger disorder,
Depressive states, Mood disorders**

Corresponding author

Taiki Wani

Department of Psychiatry, Kawasaki Medical School,
577 Matsushima, Kurashiki, 701-0192, Japan

Phone : 81 86 462 1111

Fax : 81 86 464 1193

E-mail : psy@med.kawasaki-m.ac.jp