

相関がなかったことを報告している (Hastingsm, RP, Kovshoff H, Ward NJ et al, 2005).

2) 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて

広汎性発達障害の家族にうつ病の罹患が多く見られるとの研究はこれまでも見られており、本研究でも同様の傾向がはっきり認められた。発達障害児の臨床をする中で、療育相談と家族サポートは大きな部分を占める。障害受容、様々な問題行動への対応、節目での決断などに際して、家族が強い不安や動揺を示すことがあることは自然なことであり、了解可能であると考えられる。了解可能であるがゆえに、正常の心理的反応として了解され、家族自身の精神状態についての評価が見落とされがちであると思われる。

今回の結果では、HFPDD 児の母親は、約 4 割が抑うつ域に入っていた。重症抑うつ域とされたものも約 1 割見られた。これは一般の母親と比べて極めて高かった。

HFPDD 児の家族（母親）には、かなりの割合で抑うつ状態になっているケースがあるということを念頭において、その可能性を常に考えながら、関わっていくことが必要である。

3) 抑うつに関係する要因の検討

母親自身の要因として、抑うつの家族負因、気質・性格、親からの養育態度について、母親の抑うつ状態との関連を評価した。

前述したとおり、PDD 児の家族・親族にはうつ病を中心とした気分障害が多く見られるとの報告が見られている。また、PDD 児・者には高率に気分障害の合併が認めら

れることは多くの報告があり (Tantam, 1988; Ghaziuddin M, Greden J, 1998; 並木, 杉山, 明翫, 2006), 臨床的にも経験することである。本研究においても、HFPDD 児の中で抑うつ状態を呈する児童は、一般集団での割合と比べて高率に見られた。このことから、HFPDD 児の家族内に抑うつ状態の家族負因が存在する可能性を考え、母親の抑うつ状態 (BDI) と HFPDD 児本人の抑うつ状態 (DSRS-C) との間の相関を見たが、今回の調査の結果からは相関を認めなかった。

気質・性格と抑うつ状態には、いくつかの下位項目で相関が見られた。抑うつ状態の強さは、TCI における損害回避との間に中程度の正の相関を、自己志向との間に強い負の相関を、協調性と報酬依存との間に弱い負の相関を示した。重回帰分析でも損害回避、自己志向、報酬依存で関連が認められた。損害回避、自己志向、協調性については、一般的な大うつ病患者の傾向と一致する。また、治療によりうつ状態が改善するとこの傾向は変動すると言われている (坂戸, 佐藤, 桑原, 2000)。今回の結果は、抑うつ状態に気質・性格が関連したと考えるよりは、抑うつの強い状態の時に記入された回答にその影響が出たという状況依存的な結果であると考えられ、HFPDD の母親の抑うつと気質との関係については更なる検討が必要であると考えられた。

親から受けた養育態度と抑うつ状態との間に関連が認められた。低い care が抑うつ状態と関連することは、一般的な大うつ病患者に見られる傾向と一致する (坂戸, 染谷, 1999)。PBI の結果は状況の影響を受けにくいと言われており (Parker, 1981; Gotlib

IH, Mount JH, Cordy NI et al, 1988; Plamtes MM, Prusoff BA, Brennan J et al, 1998), HFPDD 児の母親の抑うつについても養育体験が関連していると考えられる。

環境要因として、家族機能、子ども(HFPDD 児)の行動障害について、母親の抑うつとの関連を検討した。

家族機能の低さと抑うつ状態は中程度の関連が認められた。重回帰分析でも全般的機能との間で関連が認められた。この結果からだけでは、「機能が低下した家族では、母親に育児負担が集中しやすく、その結果抑うつが強くなる」のか、「母親の抑うつが強いと養育や家族の安定に支障が生じやすく、結果として家族機能が低下する」のか、因果関係を判断することは難しい。しかし、いずれにしても、母親の精神状態を考えるときには、その個人だけでなく家族全体の状況を考慮し、その上で他の家族からの理解・援助を得ることが必要であると考えられる。

子どもの行動障害を表す CBCL のすべての下位項目と抑うつ状態との間に正の相関が認められた。重回帰分析でも CBCL と BDI で関連が認められた。育児負担に関連する子どもの行動障害であれば非行の行動や攻撃的行動といった外向尺度に特に相関が見られるなどの特徴が見られることが予想されるが、本調査では内向尺度も含めたすべての項目で相関が見られた。これは、子どもの行動障害の程度のみが問題なのではなく、抑うつ状態が強い母親の場合、子どもに関することに悲観的な捉え方をしがちで、子どもの行動を問題視することが多く、育児への負担を強く感じていることが作用していると考えられる。子どもの行動

障害に由来する育児負担というよりもむしろ、母親の感じる育児負担「感」が、抑うつ状態と関連すると考えられる。

4) まとめと今後の課題

今回の調査では、HFPDD 児の母親に抑うつ状態が高率に見られることが明らかとなった。また、母親の生来の要因の抑うつ状態への関与は明らかにはならず、一方、母親自身の生育環境や現在の家族機能といった環境因子は抑うつ状態に関与していることが示唆された。

発達臨床に携わるものは、PDD 児の家族(母親)に抑うつ状態が起りやすいことを認識して支援を行なうことが必要である。加えて、他の家族へのアプローチを行なうことが必要であると考えられた。

今回の調査では、母親自身に記入してもらった自己記入式質問紙を用いた。このため、母親の精神状態が回答に何らかの影響を与えた可能性は否定できない。今後、他者からの評価も加えて検討することと、実際に面接を行うことで診断を確定するとともに支援ニーズを明らかにすることが必要である。

研究 2 広汎性発達障害児の母親の抑うつについて — 臨床面接調査を行った結果 —

A 研究目的

研究 1 において、広汎性発達障害児の母親に高い割合で抑うつ状態の方がいる可能性が示された。しかし、質問紙調査は回答者の主観が大きく影響し、実情と乖離している可能性があること、抑うつ傾向は反映

されるが、うつ病かどうかの診断は明らかにならないこと、実際にうつ状態であれば適切な介入が必要とされること、などから、研究2において、研究1で抑うつ状態と考えられた方を対象に面接調査を行った。

B 研究方法

対象は、アスペ・エルデの会に所属する広汎性発達障害児・者の母親で、平成18年2月に本研究の昨年度の研究である質問紙調査に協力した100名である。このうち、BDI（ベック抑うつ尺度）にて中等度以上の抑うつとされた17名について文書にて説明し、個別面接への参加を依頼した。

面接調査では、精神障害についての構造化面接（MINI）と臨床面接を行って、質問紙調査時および面接調査時での診断について評価を行った。

精神的問題（特に抑うつ）について治療や対処が必要であれば指導・アドバイスをを行った。

C 研究結果

対象とした17名のうち、14名に面接調査への参加が得られた。14名中質問紙調査時点でうつ状態であったのは10名であった。このうち現在もうつ状態であるのは、4名であった。ただし、その他に内服治療中で症状が軽快しているが治療は継続中のケースが1例ある。（表1）

うつ状態であるとされる10名についての詳細は表2の通りである。

10名のうち、1年後も4名はうつ状態にあり、それらも含めて9名は何らかの治療が必要なケースであった。実際に治療を受けていたのは4名のみであった。

PDD 児出産以前からうつ状態の既往のあったケースは5名であった。

発症の契機としては、PDD 児本人の問題と家族の問題が半々の割合で見られた。

父親の支援の無さを述べたのは10名中9名であり、父親がうつ病であると答えたのが3名であった。

きっかけの詳細をみると、子どもの問題は、問題行動（こだわり、パニック、過敏、自傷）といった児本人の障害から来るもの、いじめ、不登校、診断によるショックといった二次的な問題から来るものが見られた。家族の問題は、祖父母の入院・死去、姑との関係、夫のうつといった問題が見られた。人間関係では近所との関係を挙げるものがあった。（表3）

D 考察

1, PDD 児の母親におけるうつ病の罹患について

質問紙調査に協力を得た100名中、質問紙（BDI）にて中等度抑うつに含まれたのは17名。17名中14名に面接調査を行い、14名中10名がうつ病と考えられた。少なくとも1割にうつ病罹患があったと考えられた。

1年後の面接評価でも、10名中5名（50%）はうつ病が継続していた。10名中治療を受けていたのは4名のみであった。うつ状態が改善していたケースにおいても治療が必要であると考えられたケースは多く、10名中9名は治療が必要と考えられた。

2, 母親のうつに関連する因子について

PDD 児出生以前にうつ状態の既往のあったケースはうつ病罹患患者10名中5名（50%）

であり、もともと、うつに対してなりやすさがあったと考えられる。

面接にて聞き取れたうつ病罹患の契機は、PDD 児に関する問題が 6 名、他の家族に関する問題が 5 名であった。PDD 児の養育に関する問題はストレスとなりうるが、他の問題が関連する場合も多いことが示された。

うつ病罹患の 10 名中 9 名で父親の協力が十分ではないとの回答が得られた。父親がうつであるとの回答も 3 名見られ、そのうちに 2 名は、母親自身のうつの要因として父親のうつを挙げている。母親のうつ状態に対して、サポートが得られるかどうかと言う点でも、発症要因としても、父親の関与は非常に重要であると考えられる。

3. 広汎性発達障害児の養育と母親の抑うつに関する臨床的問題

広汎性発達障害児の養育と母親の抑うつは、相互に影響を及ぼしあっていると考えられる。

まず、「養育」の「母親の抑うつ」への影響である。広汎性発達障害児は、集団不適合、対人関係障害、こだわりなどに起因する様々な行動上の問題を呈する。学校等でのトラブルの対処、日常生活での関わりの難しさがあることが多く、その養育には一般の子育てとは違った困難が認められる。また、児に対する直接的な養育困難だけでなく、障害の受容、将来への不安などに起因する心理的な負担も考えられる。

一方、母親が抑うつ状態になることが、養育を行う上で大きな影響を与える。意欲の減退、無気力、活動性の低下などにより、それまでと同様の援助を行なうことが困難となる。日常的な世話は行なえても、子

もの気持ちを理解・受容し、行動に根気よく付き合っていくだけの精神的な余裕を持たなくなる。また、うつ状態に伴う認知の変化により悲観的、否定的な見方をするようになり、子どもへの関わりが否定的となったり、焦燥感からいらいらして適切でない言動・行動を行なってしまうことも起こりうる。

子どもの問題行動が、育児負担の増加を招き、それで抑うつ状態が悪化すれば、子どもへの対応がうまくできず、子どもの行動の改善が難しくなる。また、母親の抑うつ状態が強くなると、子どもへの適切な関わりが困難となり、子どもの状態が悪化し、それが母親の心理的負担を強める。こうした悪循環が進行することで事態が深刻な状況になりうるのである。

子どもの状態が悪いと、母親の精神状態が悪くなくても当然のことであると考えられがちである。母親自身が精神的な不調を自覚していても、それを子どもの主治医や支援者に話さないことも多い。

「広汎性発達障害児の養育」と「母親の抑うつ」が相互に深く関係していることを考えたときに、広汎性発達障害児の支援をするものは、特に児をめぐる状況がうまくいっていない時に、家族（特に母親）の抑うつ状態の可能性について頭においておくことが必要である。

そして、母親がうつ病またはうつ状態と考えられる時には、母親自身に対する介入が必要となる。

ひとつは、心理社会的な介入である。母親の心理的・物理的負担となっている事柄（必ずしも広汎性発達障害児に関することとは限らない）について環境調整を行った

り、支持的な心理カウンセリングを行うことは、軽度のうつ状態に有効である。

しかし、母親の精神状態についてアセスメントをして、うつ病や重度のうつ状態であると考えられる時には、それだけでは不十分なことも少なくない。こうした場合には、薬物療法を含めた精神医学的な介入を行うことが必要である。

家族全体への支援も重要である。父親などの他の家族に理解とサポートをお願いする意味でも重要であるのだが、児および母親が互いに影響しながら悪循環を呈しているときには、他の家族にも影響が出ていることはしばしば経験することである。

研究3 広汎性発達障害児の母親の抑うつと児への養育との関係について

A 研究目的

1. 抑うつ傾向と子どもの行動障害との関係に関して、母親が抑うつ傾向であるケースでは、実際に子どもの行動障害が増悪しているのか、母親が抑うつ傾向になることで育児負担感が増え、それによって行動障害をより強く負担に感じているからなのか？
2. 抑うつ傾向になる方は、どういうコーピングを用いているのか？
3. 母親のストレスの要因としては、PDD児のことが主であるのか？

これらについて、明らかとするために、さらに質問紙調査を行った。

B 研究方法

対象は、アスペ・エルデの会に所属するアスペルガー症候群児とその母親のうち、調査への協力の得られた112名である。

母親に対して、下記の質問紙への記入を依頼した。また、広汎性発達障害児本人および母親の年齢、同胞の数、在籍学級（普通学級か特別支援学級か）についても記載を依頼した。

(ア) 母親向けの質問紙

- ① PDD 児本人の SDQ (こどもの行動障害)
- ② ストレスに関する質問 (オリジナル)
- ③ AQ-J (自閉傾向)
- ④ FAS (家族の感情表出)
- ⑤ TAX-24 (コーピング)
- ⑥ BDI-II (抑うつ)

(イ) スタッフ向けの質問紙

1. PDD 児本人の SDQ (行動障害の質問紙)

SDQ(Strength and Difficulties Questionnaire)は、児童の行動障害を評価するスクリーニング質問紙で、25項目からなる。行為面、多動・不注意、情緒面、仲間関係、向社会性の5分野に分けられる。Goodmanら(1999)により作成され、日本語版はMatsuishiら(2008)により標準化されている。今回は、母親およびアスペの会スタッフに対して、子ども(PDD児)の評価を依頼した。

ストレスに関する質問は、今回独自に作成した質問である。「あなたが心理的に負担に感じていたり、ストレスに感じていたり

悩んでいたりすることはありますか？」の質問に、「PDDの子どものこと」「それ以外の子どものこと」「夫のこと」「自分の実の親のこと」「義理の親のこと」「それ以外の家族のこと」「仕事のこと」「近所や学校での人間関係」「自分健康状態」「その他」の10個の選択肢から最大3個選択して、それぞれに「ほとんど負担には感じたり悩んだりしていない」「時々負担に感じたり悩んだりしている」「しばしばふたに感じたり悩んだりしている」「いつも負担に感じたり悩んだりしている」の4段階から選択をするように求めた質問である。これにより、母親のストレスの対象について、具体的にまとめることができると考えられた。

AQ-Jは、自閉症スペクトラム指数日本語版であり、一般成人を対象として、自閉症スペクトラム上の個人差を測定できる自己記入式の尺度である。(Baron-Cohen 1995, 若林 2003)

Family attitudes scale 日本語版 (以下, FAS)

FASは、精神疾患の患者の家族の感情表出のうちの特に批判の感情を測定する質問紙である。4件法で30項目からなる。(fujitaら 2007)

TAX-24は、コーピング(何らかの心理的ストレスを体験した個人が、嫌悪の程度を弱め、また問題そのものを解決するために行う、様々な認知的・行動的試み)を評価する自己記入式質問紙で、24項目からなる。カタルシス、放棄・諦め、情報収集、気晴らし、回避的思考、肯定的解釈、計画立案、責任転嫁の8つの下位尺度が指摘されている。

Beck Depression Inventory second

version 日本語版(以下, BDI-II)は、抑うつ重症度を評価する自己記入式質問紙で21項目よりなる(小嶋, 古川により出版)。各項目0-3点からなり、13点以下が正常域、14点から19点が軽度抑うつ域、20点から28点が中等度抑うつ域、29点以上が重度抑うつ域であるとされている。

C 研究結果

BDI(抑うつ傾向)とSDQとの関係では、母親の回答したSDQとは、行動面、多動不注意、総得点でBDIと有意な相関が見られたが、スタッフの回答したSDQはBDIとの相関は見られなかった。(表1)

FAS(子どもへの批判的な感情表出)とBDIは、強い相関を示した。BDI-IIの総得点と、FASとの相関係数を算出したところ、 $r=.504$ ($p<.001$)であった。また、BDI-IIの重症度別にFAS得点の平均値を比較したところ、有意な差がみられた($F=7.79$, $p<.001$)。多重比較結果は、極軽症<中等症・重症であった。(表2)

BDIとAQとの関係では、AQの社会的スキル、注意の切り替え、コミュニケーション、想像力、総得点がBDIと相関を示した。すなわち、自閉傾向が強いことと抑うつ傾向が強いことの相関が見られた。(表3)

TAC-24とBDIとの関係では、TAC-24の「放棄・諦め」「回避的思考」の対処法を用いる傾向と抑うつ傾向が相関した。発達障害児を持つ母親の抑うつを軽減するコーピングがどのようなものなのかを検討するために、神村ら(1995)が提示する3次元に基づく8つの対処法略を説明変数、抑うつを従属変数として、重回帰分析(ステップワイズ法)を行った。その結果、「放棄・あ

きらめ（どうすることもできないと解決を後のばしにする）」が抑うつを増加させ、「回避的思考（嫌なことを思い浮かべないようにする）」が抑うつを軽減する効果があることが示された。（表4）

次に、母親のストレス・悩みの要因について、図1に示した。8割を超える母親が、PDD児のことを気にしていると答えたが、そのほとんどが「ほとんど負担には感じたり悩んだりしていない」「時々負担に感じたり悩んだりしている」であり、「しばしば負担に感じたり悩んだりしている」数は、他の家族や仕事などに関することとそれほど変わらなかった。（図1）

D 考察

（1）抑うつと子どもの行動障害、育児負担感について

母親の自己記入式質問紙においては、抑うつ傾向と子どもの行動障害、特に行動面、多動不注意といった外在化した問題に関して相関が見られた。しかし、スタッフが評価した子どもの行動障害の評価では、母親の抑うつ傾向との相関は全く見られなかった。

母親の抑うつと子どもの行動障害に関して、母親記入の質問紙の結果からは、「子どもの行動障害が強いことで育児負担が増大して、母親のストレスが増悪し、抑うつへの悪影響がある」との見方と、「抑うつが強くなることで、育児負担感が強くなり、子どもの行動障害について強いように感じられる」との見方の可能性があると考えられたが、スタッフが評価した客観的な子どもの行動障害についての結果からは、母親の抑うつが強いケースでも実際には子どもの

行動障害が強いわけではないと考えられた。従って、抑うつが強くなることで育児負担感が強くなるのがこのような結果を表現していると考えられた。

（2）抑うつ傾向と自閉傾向の関連について

今回の結果から、PDD児の母親において、抑うつ傾向と自閉傾向の相関が指摘された。

PDD児の家族にPDD傾向（幅広い表現型）の方が一般よりも多く見られるとの報告は以前よりなされており、一方、上述したように、PDD児の家族に抑うつを呈する方が多いとの報告がこれまでになされている。また、PDD児・者に気分障害の併存が見られるとの報告も以前からなされている。

これらから、PDD児の家族における抑うつ傾向が、自閉傾向と関連しているかどうかは、遺伝的な背景を考える意味で、興味深いと思われた。

今回の結果は、これを否定するものではなかったが、実際にこの点について考察するためには、対照群における結果との比較が必要と考えられる。

（3）母親のストレスの要因について

母親のストレスや悩みの要因として、PDD児のことが8割以上の母親からあがっているが、一方で、その大部分は、「ほとんど考えない」か「時々考える」くらいである。「しばしば考える」のは他の家族や仕事、人間関係に関する悩みとそう変わりはない。

これは、親の会に所属している母親への調査であることが影響しているのかもしれない。すなわち、PDD児に関しては、会の

中でサポートをされ、その児に関する相談は会の中である程度対処できることで、それほど悩むことなくやれているのではないかと考えられる。

(4) PDD 児の母親の抑うつに関連する要因について

PDD 児を持つ母親の抑うつに関連する要因について、これまでの結果から、図2のように模式化することができると考えられる。

すなわち、もともと母親に脆弱性や準備性（気質や養育体験）があって、それに育児負担や家族機能の低下、周囲からのサポートの低下があって、抑うつ状態となる。抑うつ状態となると育児負担感が増大し、母親から児への不適切な感情表出が誘発される。これは相関は明らかに出来ていないが、おそらく、それが児の二次障害を誘発し、児の行動障害へと影響し、さらに育児負担を増大させる。といった円環状の因果で抑うつ状態と子どもの二次障害が悪化するということが考えられる。

この悪循環のループに対処するには、多面的なアプローチが必要であると考えられる。「環境要因の低下には、親の会などによる家族サポート」、「不適切な感情表出に関してはペアレントトレーニングなどにより育児への自信をつけて、育児負担感の軽減を図る」、「(母親のサポートの意味でも)児の二次障害・行動障害への治療」などを行うことで、悪循環を解消することが出来るように思われる。さらに、抑うつ傾向が強い方の中に、実際に大うつ病性障害を罹患する方がいる。調査2では、構造化面接により、全母集団の1割に大うつ病性障害の

診断がつけられた。これらのケースでは、実際に母親のうつ病への治療が必要なケースが少なからず見られると考えられ、医療機関への紹介の可能性も頭に入れて支援することが必要であると考えられる。

研究4 広汎性発達障害児者の母親の睡眠障害について

A 研究目的

平成17年に施行された発達障害者支援法により、発達障害児者に対する教育、発達の支援が重視されるようになった。それに伴い発達障害児を持つ親に対する支援の必要性が認識され、家族支援やペアレントトレーニングなど地域に根差した取り組みが活性化している。

発達障害児は健常児と比較して日常生活や社会生活上の困難さを経験する可能性が高く、発達障害児を持つ母親の育児ストレスは高いことが報告されている（蓮郷・中塚, 1989; 刀根, 2002）。またストレスは障害の特性によって異なり、広汎性発達障害児・知的障害児の母親は、脳性麻痺のような運動障害を主とする児の母親よりも、育児ストレス、疲労感が高く、「自分一人で子どもを育てているように思う」「育児につまづく」と自分を責めるなどの育児における孤立感を持っていることが示されている（渡部・岩永・鷲田, 2002）。

精神疾患においても広汎性発達障害児の家族に気分障害の発症が多く認められるとの報告が海外の研究で多く報告されてきた（例えばCohen & Tsiouris, 2006）。我が国においても野呂他（2010）によって、高機能広汎性発達障害児の母親を対象とした研究

がなされ、高機能広汎性発達障害児の母親は一般群と比較して抑うつが高く、重症者の割合が多いという結果が得られている。しかしながら我が国においては、母親の精神医学的問題について焦点を当てた研究は未だ十分になされているとはいえ、もっと詳細な研究がなされるべきである。

メンタルヘルスをとらえる一つの視点として、睡眠障害がある。睡眠障害は様々な精神疾患や身体症状、生活習慣病などの随伴症状、危険因子として健康上非常に重要な問題であり(土井, 1999), 精神的健康と睡眠とは密接に関連している。睡眠障害(入眠困難・中途覚醒・早朝覚醒)は大うつ病(Major Depression)や気分変調性障害(Dysthymic Disorder)といった気分障害の初期症状であり、臨床的に気分障害が顕在化する前に現れ(古田, 2007)中核症状であり続ける。また、ストレスによって発症した不眠が慢性化し、そのことによって気分障害に発展することも指摘されている(吉田, 2005)。したがって睡眠の状態を捉えることは、精神疾患の早期発見や治療を促す上で重要な視点である。

従来の研究からは、母親の睡眠状態と子どもの状態とが関係し合っていることが示されている。例えば夜中でも授乳が必要な乳児を持つ母親の睡眠は子どものリズムに合わせることをよぎなくされる(高橋他, 2006)。また4歳の幼児を持つ育児期の母親を対象とした調査では、この時期の女性の睡眠状態が悪いことが報告されている(松田・眞鍋・田中, 2008)。特に、広汎性発達障害児は睡眠の持続の困難さや、早朝覚醒など睡眠状態の悪さを訴えることがこれまでの研究から示されており(Doo &

Wing, 2006; Allik, Larsson, & Smedje, 2006), 発達障害児を持つ親の睡眠状態の質も低いことが報告されている(Polimeni et al., 2005)。Meltzer (2008)は、睡眠状態を測る国際的にも標準化されたピッツバーク睡眠質問票を用いて自閉症児を持つ親の睡眠状態を調べ、その結果、自閉症児を持つ親は一般群と比較して、起床時間がより早く睡眠時間が少ないことを示した。

日本において発達障害児を持つ母親の睡眠状態を捉えた研究は見当たらない。Meltzer (2008)では、サンプルが33名と少数であり、データの信頼性に疑問が残る点が否めず、結果を蓄積していく必要がある。またMeltzer (2008)は今後の研究として慢性的な睡眠状態の悪さと親のストレスとの関連について検討することが求められると述べており、いまだ親の睡眠状態とストレスや精神疾患との関連については明確になっておらず、また子どもの行動障害との関連については検討されていない。従って、子どもの問題と親の睡眠状態、精神疾患とがどのように影響しあっているのかについては明らかになっていない。例えば、子どもの行動障害が母親の睡眠状態を悪化させ、その結果抑うつを引き起こすことも考えられるし、また、母親の精神疾患が原因で子どもの状態をより悪く捉え、その結果睡眠状態が悪化することも考えられるだろう。

そのため本研究では①発達障害児を持つ母親の睡眠状態の把握、②睡眠障害と抑うつとの関連、③発達障害児の行動障害と母親の睡眠状態・抑うつとの関係、以上3つの点について検討することを目的とする。

B 研究方法

(1) 調査対象者 高機能広汎性発達障害児の母親155名。平均年齢43.48歳(SD 4.85)。

(2) 質問紙内容

①フェイスシート 年齢, 職業(常勤, 非常勤, 主婦, その他), 子どもの性別, 年齢, 学年(普通学級, 特別支援学級, 特別支援学校), 他の兄弟姉妹の有無(いる場合は年齢と性別)

②ピッツバーグ睡眠質問票(Pittsburgh sleep quality index: PSQI-J)これは過去一ヶ月間の睡眠状態についてたずねるものである。標準化した得点に基づいて, 個人間および群間の比較が可能であり, 不眠症患者と健常者の鑑別ができる。土井(1998)によって信頼性, 妥当性が検証されている。

この尺度は, 睡眠の質(主観的に感じる自分の睡眠の質), 睡眠時間, 入眠時間, 睡眠効率(寢床にいた時間から実際に眠った時間をわったもの), 睡眠困難(早朝や朝方に目が覚めるなど睡眠の持続が困難なこと), 眠剤使用, 日中の眠気などによる日常生活への支障の7要素から構成されており, これらの7要素ごとに0~3点の4段階(0:なし, 1:1週間に1回未満, 2:1週間に1~2回, 3:1週間に3回以上)で評価し, 総合得点であるPSQI得点(0~21点)を算出する。得点が高いほど睡眠の質が悪いと評価され, 5.5をカットオフポイントとすると, 健常群と睡眠障害群とを区別できる(Buysee et al,1989, Doi et al., 2000; 土井, 2008)。

③Epworth 睡眠尺度(ESS:Epworth sleepiness scale)これは読書やテレビを見るなどの日常生活における活動の中での主観的な眠気を測定する尺度である。8項目からなるリ

ッカート尺度で, 一項目ごとに0~3点で評価し, 得点の範囲は0~24点である。得点が高いほど眠気が強く, 11点以上が「日中の過度の眠気(excessive daytime sleepiness: EDS)」を経験していることになる(Doi, et al, 2002; 竹上・笠島・山崎・中山他, 2005)。

④抑うつ(BDI-II) ベック抑うつ質問票第二版は, 抑うつ症状の重症度(極軽症, 軽症, 中等症, 重症)を判定するための21項目からなる自記式質問調査票である。アメリカ精神医学会によるDSM-4の診断基準にそった症状の評価をするために開発され, 世界中で使用されている。日本語版が小嶋・古川(2004)によって開発された。

⑤子どもの行動障害SDQ(Strengths and difficulties questionnaire) 行為, 多動, 情緒, 仲間関係, 向社会性の5つの下位尺度からなる。総合得点および5つの下位尺度ごとに, 得点の高さから, Low need, Some need, High needに分けられる。

C 研究結果

(1) アスペルガー障害児を持つ母親の睡眠状態について

PSQIの採点方法に従って得点を算出した結果, 総得点の平均値は5.41(標準偏差2.78)であった。Doi et al.(2001)が日本人1871名を対象に行った大規模な調査の結果を参照すると, 本研究の対象者と同じ年代(40-49)の女性(139名)のPSQIの総得点の平均値は4.44(SD 2.09)であり, 本研究よりも低かった。この平均値の差が有意なものかを検討するために, Doi et al (2001)の平均値, SD , 人数を同じくしたダミーデータを作成し, t 検定を行った結果, 有意に本研究の方が高かった($t=3.23, p<.001$; Table

1)。

またピッツバーグ睡眠質問票のカットオフポイントを基準に本研究の調査参加者を PSQI 得点の 5.5 点以上を睡眠障害群、それ以下を睡眠健常群と分類した。その結果、睡眠障害群となった母親は 56 名であり、全体の 36.1%であった。Doi et al.(2001) の結果では、本研究の対象者と同じ年代の女性の睡眠障害者の割合は、25.9%となっており、本研究の方が 10%以上多い。さらに PSQI 総得点の度数分布表を見てみると、睡眠障害群の一手手前である 5 点の対象者も全体の 20%をしめる 27 名存在していた (Figure 1)。

次に PSQI の 7 つの要素ごとの平均値を見ていく。「睡眠の質」、「睡眠時間」、「入眠時間」、「睡眠効率」、「睡眠困難」、「眠剤使用」、「日中の眠気などによる日常生活への支障」ごとに得点を算出した (Table 1)。Doi et al (2001)平均値と比較すると睡眠の質、睡眠効率、日中覚醒困難では本研究の対象者の方が有意に高く (順に、睡眠の質 $t=3.36$, $p<.001$, 睡眠効率 $t=2.05$, $p<.05$, 日中覚醒困難 $t=4.86$, $p<.001$), 睡眠時間、眠剤の使用については、有意傾向であった (睡眠時間 $t=1.89$, $p<.10$, 眠剤の使用 $t=1.66$, $p<.10$)。

(2) 抑うつと睡眠との関連

PSQI と BDI-II の総得点との相関係数を算出したところ、 $r=0.556$ ($p<.001$)であり、抑うつが高いほど睡眠状態が悪かった。さらに、PSQI の睡眠に関する 7 つの要素別に BDI-II 得点との相関をみると、各側面によって関連の強さにばらつきがみられ、「睡眠時間」「睡眠効率」、とは非常に弱い相関しかなかった (Table 2)。

睡眠障害群と BDI-II の重症度とのクロス表をみると、BDI-II の水準が悪化するほど睡眠障害群の割合が増加し、中等症の 55.0%、重症群では全員が睡眠障害群であった (Table 3)。

(3) 日中の過度の眠気 (EDS) について

Epworth 睡眠尺度の平均値は 9.38 (SD4.80) であった。竹上ら (2005) よると、ESS の得点に基づく病的な日中の過度の眠気 (excessive daytime sleepiness:EDS) のカットポイントは 11 点以上である。そのため、本研究の EDS の有症割合を算出したところ、37.9% (52 名) であった。竹上ら (2005) による北海道の地方自治体の全住民 (有効回答 4412 名) に調査を実施した結果は、ESS の平均値は、5.18 (SD3.75) であり、合計得点 11 点以上をカットオフポイントとした日中の過度の眠気 (excessive daytime sleepiness:EDS) の有症割合は、9.2%であった。竹上らの調査結果と本研究の調査結果とを比較すると、本研究の調査対象者の EDS の割合はかなり高いといえる。また、PSQI と ESS との間の相関係数を算出したところ $r=.394$ ($p<.001$) であり、中程度の正の相関がみられた。

(4) 日中の眠気と抑うつとの関連について

また、日中の過度な眠気 (EDS) の総得点と BDI-II との相関係数を算出したところ、 $r=.358$ ($p<.01$) であり、日中の眠気が高いほど、抑うつが高い傾向がみられた。また、EDS 群と非 EDS 群とで BDI-II の平均値を比較したところ、EDS 群の方が有意に高かった (非 EDS 群 11.45, SD8.77, EDS 群 15.94, SD

10.64; $t=-2.79, p<.01$).

(5) 発達障害児の行動障害と睡眠状態・抑うつとの関連

子どもの行動障害を測定する SDQ 尺度の平均値を算出し、総得点、それぞれの下位尺度ごとに Low need, Some need, High need の割合を算出した。

SDQ の総得点と 5 つの下位尺度と PSQII との相関係数を算出したところ、すべて有意ではなかった。そして、BDI-II と PQSIJ との間の相関係数を算出したところ、総得点との間に $r=0.287 (p<.001)$ 、行為との間に $0.259 (p<.05)$ 、多動・不注意との間に $0.368 (p<.001)$ の有意な正の相関がみられた。

従来の研究結果からは、発達障害児の状態が母親の睡眠状態を悪化させていることが示唆されていたが、本研究においては、子どもの行動障害と母親の睡眠障害の間には相関がみられなかった。しかし、行動障害と抑うつ、睡眠障害と抑うつの間には関連が示されたことから、発達障害児の行動障害が母親の睡眠状態へ影響を及ぼすのは、母親の抑うつを介する場合である可能性が示唆される。

D 考察

本研究においても、従来の研究と同様に、睡眠状態が悪いことが明らかとなった。

また、睡眠障害と抑うつとの関連は強く、抑うつが重度の場合には特に高率に睡眠障害を呈した。しかし、抑うつがあまりない群においても、一般のデータと比べて高率で睡眠障害が認められた。

広汎性発達障害児の母親の睡眠障害は高率に認められるが、それには、抑うつに伴

うものと、そうでないものがあるのかもしれない。

また、子どもの行動障害と親の睡眠障害とは直接関連しておらず、抑うつを介して影響している可能性が考えられる。

E 結論

広汎性発達障害児者の母親には、少なくとも約 1 割の方にはうつ病への罹患が見られた。

要因としては、母親自身の脆弱性(気質、養育環境)、養育におけるストレス(育児負担)、家族や周囲からのサポートの不足が考えられた。

うつ病になる契機は、PDD児に関連することとは限らず、他の家族の問題や周囲の人間関係の問題などがかなりの部分見られた。

発達障害児者への支援を行うものは、かなりの割合で母親がうつ状態に陥ることがあることに留意して、関わるのが重要である。

母親へのうつ病への対応としては、家族への支援(他の家族の理解、家族会等での家族全体への支援)、母親の育児負担を軽減する目的でのPDD児への治療・支援、PDD児への適切な見方や関わりを習得し、育児負担感を軽減する目的でのペアレントトレーニング、母親自身へのうつ病に対する治療(薬物療法、心理療法)が有効であると考えられる。

<文献>

Abramson R, Wright H, Cuccaro M et al (1992): Biological liability in families with autism. J. Am. Acad. Child Adolesc.

- Psychiatry, 31,370-371.
- Allik, H., larsson, J., & Smedje, H. Sleep patterns of school- aged children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal off autism and developmental disorders*, 36: 585-595, 2006
- 荒井弘和, 中村友浩, 木内敦詞, 浦井良太郎 : 心身医学 46 : 668-676, 2006
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. : The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research* 28: 193-213, 1989
- Cohen IL, Tsiouris JA (2006): Maternal recurrent mood disorders and high-functioning autism.36(8):1077-88.
- 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉他 (2004) : 小・中学校の抑うつ状態に関する調査 : Birleson 自己記入式抑うつ評価尺度 (DSRS-C) を用いて. 児童青年精神医学とその近接領域 45 (5) : 424-436.
- DeLong R, Dwyer J (1988) :Correlation of family history with specific autistic subgroups: asperger`s syndrome and bipolar affective disease. *J. Autism Dev. Disord.*, 18, 593-600.
- 土井由利子 : 不眠の主観的評価方法 日本臨床, 66 : 108-112, 2008
- Doi, Y., Minowa M., Fujita T. :Excessive daytime sleepiness its associated factors among male non-shift white-collar workers, *Journal of occupational health*, 44: 145-450, 2002
- Doi Y, Minowa M. Okawa M. et al : Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population *Journal of epidemiology*, 10: 79-86, 2000.
- Doi, Y., Minowa, M., Uchiyama, M., Okawa, M. :Subjective sleep quality and sleep problems in the general Japanese adult population, *Psychiatry and clinical neurosciences*, 55: 213-215, 2001
- 土井由利子, 箕輪真澄, 内山真, 金圭子, 渋井佳代, 亀井雄一, 大川匡子 : 地域住民を対象とした DSM-IV 診断基準による睡眠障害の有病調査について 精神医学, 41 : 1071-1078, 1999
- 土井由利子他 : ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成 精神科治療学 13 : 755-763, 1998
- Doo, S., Wing, Y.K. Sleep problems of children with pervasive developmental disorders: Correlation with parental stress. *Developmental medicine and child neurology*, 48: 650-655, 2006
- 古田壽一 : うつ病の不眠の病態と治療治療, 89, 66-71, 2007
- Ghaziuddin M, Greden J(1998): Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disorder*. 28(2):111-5.
- Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE (1988): Depression and perceptions of early parenting: a longitudinal investigation. *British Journal of Psychiatry* 152, 24-27.
- Hastings RP, Kovshoff H, Ward NJ, et al

- (2005): Systems analysis of stress and positive perceptions in mothers and fathers of pre-school children with autism. *J Autism Dev Disord.* 35(5):635-44.
- 井濶知美, 上林靖子, 中田洋二郎他(2001): Child Behavior Checklist/4-18(CBCL4-18)日本語版の開発. *小児の精神と神経* 41 (4) : 243-252.
- 木島信彦, 斉藤令衣, 竹内美香他(1996): Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory(TCI). *精神科診断学*, 7(3):379-399.
- 北村俊則(1988): 精神症状測定の理論と実際. 海鳴社, 東京.
- Kojima M, Furukawa TA, Takahashi H, et al(2002): Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Res.* 110(3):291-9.
- 松田かおり, 眞鍋えみ子, 田中秀樹: 4歳児をもつ女性の睡眠の主観的評価と精神健康との関連, *京都府医大看護紀要*, 17: 49-54, 2008
- Meltzer, L. J.: Brief report: sleep in parents of children with autism spectrum disorders, *Journal of Pediatric Psychology*, 33: 380-386, 2008
- 村田豊久, 清水亜紀, 森陽次郎他 (1996): 学校における子どものうつ病—Birlesonの小児期うつ病スケールからの検討. *最新精神医学* 1 : 131-138.
- 並木典子, 杉山登志郎, 明翫光宜(2006): 高機能広汎性発達障害にみられる気分障害に関する臨床的研究. *小児の精神と神経* 46(4) : 257-263.
- 野邑健二他 (2010) 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて *小児精神と神経* (印刷中)
- Parker G, Tuliping H, BrownLB (1979) : A Parental Bonding Instrument. *Br. J. Med. Psychol.*, 52:1-10.
- Parker G (1981): Parental reports of depressives: an investigation of several explanations. *Journal of Affective Disorders* 3, 131-140.
- Piven J, Palmer P (1999): Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J psychiatry* 156(4):557-563.
- Piven J, Gayle J, Chase G et al (1990): A family history study of neuropsychiatric disorders in the adult siblings of autistic individuals. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 29, 177-183.
- Piven J, Landa R, Gayle J et al (1991): Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:471-478.
- Plantés MM, Prusoff BA, Brennan J, Parker G(1998): Parental representations of depressed outpatients form a USA sample. *Journal of Affective Disorders* 15, 149-155.
- Polimeni, M. A., Richdale, A., & Francis, A. J. P. A survey of sleep problems in autism, Asperger's disorder and typically developing children. *Journal of intellectual disability research*, 49: 260-268: 2005

- 坂戸薫, 佐藤哲哉, 桑原秀樹他 (2000): うつ病と Cloninger の人格理論. 精神科診断学 11(4): 419-429.
- 坂戸薫, 染矢俊幸(1999): PBI(Parental Bonding Instrument)とうつ病. 精神科診断学 10(4): 399-407.
- 佐藤寛, 永作稔, 上村佳代他 (2006): 一般児童における抑うつ症状の実態調査. 児童青年精神医学とその近接領域 47 (1): 57-68.
- 佐伯俊成, 飛鳥井望, 三宅由子, 他(1997): Family Assessment Device(FAD)日本語版の信頼性と妥当性. 精神科診断学 8(2):181-192
- 清水徹男: 抑うつと不眠の関係 こころの科学, 119: 53-57, 2005
- Smalley S, McCracken J, Tanguay P(1995): Autism, affective disorders, and social phobia. Am J Med Genet 60:19-26.
- 高橋泉, 平松真由美, 大森貴秀他: 乳幼児の睡眠覚醒リズムと食事および女性の睡眠 生後3ヶ月から17ヶ月までの縦断調査, 小児保健研究, 65: 547-555, 2006
- 竹上未紗, 笠島茂, 山崎新, 中山健夫, 福原俊一: The Epworth Sleepiness Scale の性・年齢階級別得点分布と日中の過度の眠気の有症割合の推定—地域住民を対象とした調査— 日本公衆衛生学会, 52: 137-145
- 竹内美香, 鈴木忠治, 北村俊則他(1989): 両親の養育態度に関する因子分析的研究. 周産期医学 19(6):852-856
- Tantam,D.(1988):Asperger's syndrome. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 29,245-253.
- 刀根洋子:発達障害児の母親の QOL と育児ストレス—健常児の母親との比較— 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 15, 17-23, 2002
- 渡部直緒・岩永竜一郎・鷺田孝保: 発達障害幼児の母親の育児ストレスおよび疲労感—運動発達障害児と対人・知的障害児の比較— 小児保健研究, 61: 553-560, 2002
- F, 健康危険情報
特になし
- G, 研究発表
論文発表
- 1, 野邑健二: アスペルガー障害と解離. 精神科治療学, 22(4): 381-386, 2007.
 - 2, 野邑健二: 親のメンタルヘルス—うつを中心に—. アスペハート, 3: 24-28, 2008.
 - 3, 野邑健二: 子どもへの抗うつ薬の投与に関わる問題について. 精神科治療学, 23 (7): 839-845, 2008.
 - 4, 野邑健二: 自閉症 (カナータイプ) 臨床的側面, 松下正明, 加藤敏, 神庭重信編: 精神医学対話, 弘文堂, 東京, 903-914. 2008.
 - 5, 野邑健二: 広汎性発達障害児の不登校. 本城秀次監修: 子どもの発達と情緒の障害, 岩崎学術出版社, 東京, 228-239, 2009.
 - 6, 野邑健二, 金子一史, 本城秀次, 石川美都里, 松岡弥玲, 辻井正次: 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて 小児精神と神経, 2010 (印刷中)
- 学会発表
- 1, 野邑健二, 辻井正次 2006 アスペル

ガー症候群児の母親の精神的健康状態について 第 47 回日本児童青年精神医学会総会

2, Kenji Nomura., Sugiyama Toshiro., Yoshikawa Toru., Kimura Hiroyuki., Arai Yasuaki., Tanaka Yuko., Kaneko Hitoshi., Murase Satomi., Honjo Shuji., 2007 August, Psychiatric problems of children in child welfare institutions in Japan. the 13th International Congress of the European Society for Child and Adolescent Psychiatry, florence, Italy. 3, Nomura Kenji, Tsujii Masatsugu : 2008 May, Depression in mothers of children with high-functioning pervasive developmental disorders. The 8th Annual International Meeting for Autism Research, Rondon, UK.

4, 野呂健二, 天野美鈴, 島垣智恵, 小倉正義, 吉川徹, 石川直子, 小島里美, 能島頼子 2009 3 歳児健診における要経過観察児童のフォローアップ研究—年少児巡回を行って—, 第 50 回日本児童青年精神医学会総会.

H, 知的財産権の出願・登録

特になし

研究1 図1

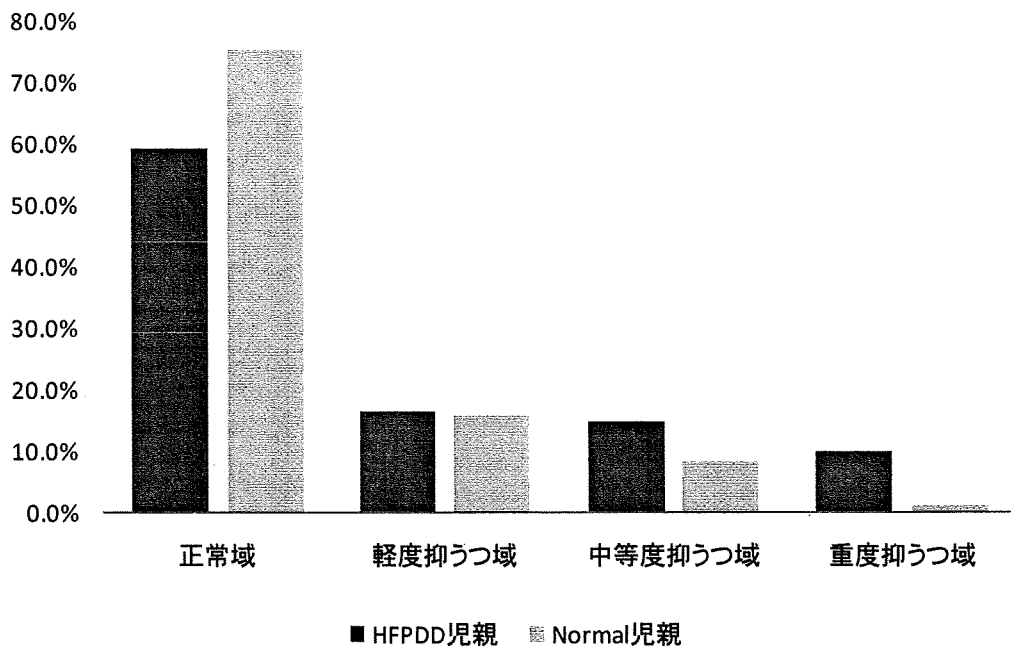


図1 HFPDD児の親と健常児の親のBDI-IIの水準別割合

研究 2

表1 結果

うつ病の診断

	1年前(+)	1年前(-)
現在(+)	6名	0名
現在(-)	4名	4名

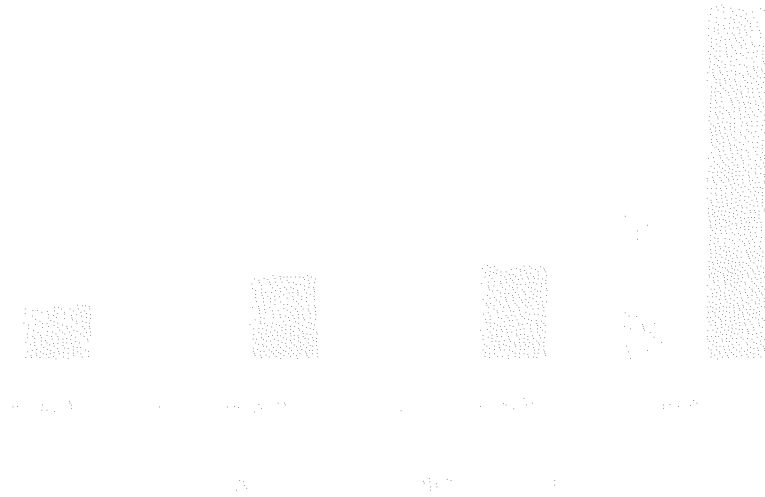


図1 現在と1年前のうつ病診断結果の比較

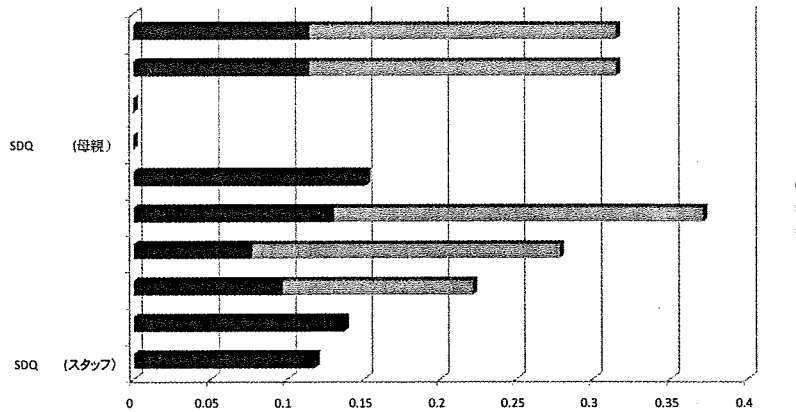
研究2 表2 「うつ病」の10名の詳細

	うつ (1年前)	うつ (現在)	治療中	治療の 必要性	うつの 既往	きっかけ	子どもの 学年	父の うつ病	父の 協力
A	○	○	×	心理	○	体調、家族	21歳	×	×
B	○	○	×	精神科	○	子ども、人間関係	中1	×	×
C	○	×	×	心理	×	子ども	小5	×	×
D	○	×	×	×	○	子ども(転籍)	小2	×	×
E	○	○	○	治療中	○	家族	小4	○	×
F	○	×	×	精神科	×	家族	高2	×	×
G	○	×	○	治療中	×	子どもの診断	小2	×	×
H	○	×	○	治療中	×	家族、子ども(転籍)	小2	○	×
I	○	○	○	精神科	×	人間関係、子ども(転籍)	中3	×	○
J	○	○	×	精神科	○	仕事、家族	中3	○	○

研究2 表3 「きっかけ」の詳細

- 子どもの問題(6名)
 - 問題行動(こだわり、パニック、過敏、自傷)
 - いじめ、不登校、診断によるショック
 - 3名が、特別支援学級への転籍にて改善
- 家族の問題(5名)
 - 祖父母の入院・死去(2名)
 - 姑との関係(2名)
 - 夫のうつ(3名)
- 人間関係(2名)
 - 近所との関係

研究3 図1 母親の感じるストレス・悩みの対象



児のことは気になる対象ではあるが、主たるストレス・悩みの対象でない方が多い
主たるストレスの対象は、様々である。

研究3 図2 母親の抑うつへの対応

