

綜 説

中高年の遷延性うつ病について

吉松和哉

信州大学医学部精神医学教室

Prolonged Depression of Middle and Old Age

Kazuya YOSHIMATSU

Department of Psychiatry, Shinshu University School of Medicine

Key words : prolonged depression, middle age, old age, psycho-social factors, premorbid character
遷延性うつ病, 中年期, 老年期, 心理社会的要因, 病前性格

はじめに

ここ数十年, 抗うつ剤が臨床に広く使用されるようになって, うつ病の治療は格段の進歩を遂げた。そして, このことは医師のみならず, 患者およびその家族にも大きな恩恵をもたらした。しかし同時に最近, うつ病の遷延例がふえていると指摘され, これに抗うつ剤の普及が関係しているのではないかとの説がある。また, 遷延性うつ病は特に中高年齢層にみられやすいといわれている。そこで, これらの実態はどうであり, その治療対策は如何にあるのが望ましいのか。以下, これらの問題をめぐって, 表題のもとに綜説する。まず, 中高年のうつ病に関する文献的考察から始めたい。

I 中高年のうつ病について

中高年期のうつ病についての関心は割合最近のことである。壮年期のうつ病との間に差異があるかどうかまず問題のあるところであるが, いずれにしても近年中高年期のうつ病が見直されている。なお, 中年と高年を一緒にするわけにはいかないので, 別々に論ずることにしよう。

うつ病の初発年齢は単極型, 双極型によって異なるが, 一般に前者では40~50歳代, 後者では30歳以下といわれている。ただ単極型ではそこに性差があり, 女性で30歳代と60歳代にピークをもつ二峰性を示すが,

男性では50歳代にピークのある一峰性を示すという報告がある。また, 病院統計と一般住民を対象にした場合 (field survey) では, その結果に差が出る指摘されており, 後者の方がより老年群でピークを示す傾向にあるとされる¹⁾。すなわち単極型うつ病に限れば, 中高年齢層はむしろうつ病の好発年齢といえよう。故に中年のうつ病を取り上げることはうつ病そのものの問題となり, また高年齢層のうつ病を考えることは広く老年精神医学にわたった問題となる。

たとえば Boyd と Weissman²⁾は中年期の精神障害として1975~1976年の New Haven Community Survey から, 年齢40~65歳の一般住民にみられた精神障害の中ではうつ病がもっとも多かったとして, 時点有病率5.2%という数値をあげている。さらにこの年代のうつ病について, その危険因子につき次のような内容を問題にしている。すなわち, まず性があげられる。これまでの多くの研究が男性に比べて女性の高い有病率を報告している。上の調査でも, 中年男性の2.9%に対して, 中年女性では7.0%という数値が示されており, しかも臨床場面ではこの比はさらに女性に高く傾く。次に年齢の問題がある。先の通説と必ずしも一致しない点もあるが, 女性にあってはうつ病の危険は50歳代の前半まで高まり, その後は下がるのに対し, 男性では年齢とともに高まって, 50歳代後半に至るまでその傾向が増すと述べる。社会的孤立についても論

じられ、特に女性において子供の独立、配偶者の死など、さらに婚姻関係についてはその葛藤、親密さの欠如、情緒的孤立がうつ病誘発の慢性的ストレスになるという。喪失体験のうつ病に対してもつ意味の大きいことはこれまでも繰り返して強調されている。一般に喪失体験はうつ状態を誘発する。女性にとって、家族の死や子供の家庭からの独立にまつわる悲哀がうつ病誘発因子となり、また男性にとって、喪失体験は中年期キャリア上の困難、失職、結婚生活の破綻と結びつく。子供時代の情緒的剝奪として、子供の頃親の愛情やあたたかさを奪われた者は、成人してからうつ病に罹患する危険性が大きい。親が死や地理的別離のため目の前からいなくなったり、子供を虐待したり、あるいは子供を拒絶したり、関心を示さなかったりすると、さらには子供時代の家庭が両親の不一致の温床であった場合はそれ自身が親の愛情剝奪となりやすいと指摘される。

なお以上あげた内容は、高年期になるともっと顕著な形をとって深い影響を与える。たとえば大森³⁾は老年期のうつ病を論じて、某大学病院精神科外来受診高齢患者（この場合60歳以上）のうちに占める情動性精神障害（おもにうつ病）が約1/4に及ぶと述べている。また身体的不調を訴えて他科を受診する老人患者の中には10～15%程度のうつ病患者がいるとの報告を紹介している。なお、我が国の高齢者の自殺率の高さには著しいものがあり、その中でうつ病者の占める比率が相当に高いと予想されるので、この点からも高年期のうつ病は重大な問題をはらんでいることになる。ところで老年期のうつ病にはどのような特徴があるか。本質的には若年者のうつ病と異ならないとされるが、原因別に分けると内因、心因に比し、外因の関与することが多いとされる。さらには環境因子、心理的因子に関係した心因の関与も注目されている。これに関連することとして、その病像の非定型性も注目されている。例として、仮性痴呆を呈するもの、ヒステリー症状を伴うもの、仮面うつ病のタイプをとるもの、軽症で神経症様に見えるもの、妄想を前景にもち精神病的色彩の濃いもの、意識障害を伴うものなどがあげられている。

また Post⁴⁾も、老年期のうつ病について語り、その特徴として神経症的傾向をあげている。そしてそれが不安に関連していることと、行動面でヒステリー的色彩をもつことに注目している。さらに不快な身体的感覚について繰り返し執拗に訴えるという様相を呈する

ことが述べられる。また、このような患者は家族を疲労困憊させるのみでなく、病院や老人ホームにおいても嫌われ者になることがあり、そこで“嫌われ者の患者”は常にうつ病ではないかとの注意深い観察が必要とされる。こうして、特に恐怖症や強迫症状のような目立った神経症症状、あるいは身体症状や行動障害の“ヒステリー的”に誇張された病像は、老年の場合よく見逃されがちなりうつ病につながっていることが多いと指摘される。

ところが他方、Musetti ら⁵⁾によると、これまで指摘されてきたような高年期うつ病のいくつかの所見は否定されたという。すなわち、身体化、心気症、焦燥感、精神病への傾向、慢性化の傾向などは、必ずしも肯定されていないという。

また Burvill ら⁶⁾は、高年期のうつ病患者（60歳以上）の予後に関し12ヵ月後の状態をみて32～47%が良好で、しかも予後と慢性身体疾患やうつ病の重さ、重大な生活事件（ライフ・イベント）の存在などとの間にははっきりした関連が見い出せなかったと述べている。なお、上記2種類の数値が示されているのは回復の基準に差があるためである。前者については、これまでなされた同種基準の2つの研究結果、すなわち35%と58%の中間値をとったと記している。これらの見解は中高年期うつ病の遷延化を論ずる本主題と密接な関連がある。

II 遷延性うつ病について

次に遷延性うつ病という概念について整理しつつ論ずる。遷延性うつ病はこの名称以外にも、慢性うつ病、難治性うつ病など、いくつかの呼び方があり、それぞれ微妙に異なる点がある。しかし現実の臨床場面では明確に分けられないという説もあり、そこで以下特にことわらない限り遷延性うつ病の名のもとに、他の名称でいわれている病態も含ませて考えていくことにしたい。

ここでうつ病概念発生の歴史にもどって、問題の所在を簡単に明らかにしておく。そもそもうつ病あるいは躁うつ病という捉え方は、早発性痴呆（今でいう精神分裂病）と臨床経過の上で区別できるとして、Kraepelin が精神病の二大分類をした時点まで遡ることができる。彼は、躁うつ病についてその経過が良好で、病相（Phase）を過ぎればもとの精神機能の水準にまで戻るとして、早発性痴呆と区別したわけだが、しかし彼自身当時すでに躁うつ病の約5%が慢性の経

過をたどることを指摘していた⁷⁾。

その後大きく時代は下がるが、飯田ら⁸⁾によると Weitbrecht (1967) は、慢性躁うつ病における二次的神経症形成について述べ、精神病の慢性化や残遺によって生じた人格変化を基礎に形成された神経症の場合、また元来の神経症的傾向がうつ病によって顕在化し、病相の消褪後も持続している場合の可能性をあげている。また Schulte (1969) は、うつ病相経過後の自信回復不能状態を接枝性神経症とよび、これを薬物療法をうけた患者の回復期の特殊性、患者の人格構造、患者のおかれた家庭的・社会的状況との関連から解析した。さらに Lauter (1969) は、うつ病経過後の人格変化を現実に対する再適応をはかる際の防衛機制として考え、これに①対決、②距離をとること、③孤立化の3つをあげた。なおこれらはそれぞれ精神分析でいう反動形成、自我狭隘化、身体化に相当し、①②③それぞれから強迫傾向、無力化、心気症状が形成されると述べた。さらに、Peters と Gluck (1973) は、うつ病者にみられる持続的人格変化の特徴として、自閉的生活態度の増強という点に注目している。

ところで、Cassano ら (1979) は1970年代末までに報告された文献から遷延性うつ病の頻度を総括しているが、それによるとうつ病のうち、遷延する例は僅かに1%という低い数値から28%という高い数値までがあげられ、大きな開きがあるとされる。ただここでは観察期間に相当な差異があるので、この数字からだけでは明確なことがいえないという。以上の所見を紹介しつつ、その後公になった Weissman と Klerman⁹⁾ほかの研究を引用し、ほぼ12%から15%の頻度でうつ病の遷延化がみられるという報告をもって近藤⁷⁾はこの問題をまとめている。また、うつ病の成因論的分類で有名な Kielholz は10%から15%のうつ病が遷延化すると述べており¹⁰⁾、うつ病における遷延化の比率としては、この辺りの数値を1つの目安と考えてよいだろう。

ところで最近まで、遷延性うつ病の問題はあまり関心と呼ばなかった。しかし近年事情は大きく変わってきている。それは冒頭に触れたごとくで、抗うつ剤が普及した反面、臨床場面でうつ病の遷延化例や治療抵抗例がふえており、これが臨床家にとり至って今日的な問題となってきているからである。

なお、先に述べたごとく遷延性うつ病関連のうつ病あるいはうつ状態についてはいろいろな名称がつけられている。たとえば慢性うつ病とか、治療抵抗性うつ

病などである。そこで、次に慢性うつ病という名称のもとに語られる病態につき、これにまつわる問題に関して簡単に触れることにしよう。Scott¹¹⁾によると、慢性うつ病という名称はしばしば“性格性”うつ病やあるいは“治療抵抗性”うつ病と同義で使われてきたという。しかし必ずしも十分な分類がなされているとは言い難いとも指摘している。Akiskal¹²⁾が述べるように、性格性うつ病は常に慢性であるが、全ての慢性うつ病がその非適応的な人格による機能障害とはいえない。さらに、治療抵抗性うつ病については、その基準が十分論じられていない以上、この名称の定義には問題があるという。また、身体的治療の進む以前からこの病気は自然回復があり得るので、全ての治療抵抗性うつ病が慢性になるわけではないとも述べている。また、DSM-III (アメリカ精神医学会による精神障害の診断分類のことで、DSMとはDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorderの略であり、IIIは3版の意)が神経症性うつ病を気分障害病(dysthymic disorder)と言い換えたが、しかし慢性うつ病が特に問題となるような顕著な病前性格を示しているわけではないとはこれまでもよく報告されてきたところだとも指摘し、Scottは以下のように慢性うつ病の分類をする。

すなわち、

- ① 慢性一次性大うつ病 (chronic primary major depression) : 一般に晩年発症、発症以前に慢性の小障害が存在したという証拠がなく、寛解しない挿間性大うつ病。
- ② 慢性二次性大うつ病 (chronic secondary major depression) : 身体的な不健康あるいは非-感情病性の精神障害に対して二次的に発生した寛解しない大うつ病。
- ③ 性格性あるいは慢性小うつ病 (気分障害病) (characterological or chronic minor depression - dysthymic disorder) : これは異種の患者群を含む。早期成年期に病気として認められる発症であり、性格傾向によって特徴づけられるようにみえる。症状は一般に軽い性質をもっている。この群はDSM-IIIでいう気分障害病 (dysthymic disorder) の特徴によくあう。
- ④ '二重うつ病 (double depression)' : この群では、急性挿間性うつ病が慢性的な軽い障害の上ののっかっている。挿間性大うつ病からの回復過程に、患者は病前の基底気分変動状態にもどる。小うつ病の予

後は悪く、挿間性うつ病の反復はしばしばである。

III うつ病遷延化の要因について

ここで、うつ病の遷延化の原因について考えることにしよう。1つにはうつ病の一部には、本質的に長期化する例がある、さらには完全寛解に至らない例があるという考え方である。しかし、大部分の見方は遷延例には遷延化させている要素があるとするものであり、それは何かと見極めようとする。その有力な要因としてよくあげられるのは病前性格である。特に、神経症的傾向がしばしば指摘されてきた。このような見方は最近の基本的視点であるが、そうであるとするとき実はそこには幾つかの難しい問題が関係してくる。これについては後程触れる。

ところで遷延性うつ病にとって、年齢的要素は欠かせない。特に老年期うつ病は一般に遷延しやすいといわれてきた。この問題についてはすでに少し触れたが、ここであらためて具体的に検討しよう。これまでの老年期うつ病の遷延化率をみると、笠原¹³⁾が引用している Post¹⁴⁾は3年後経過で回復率を26%とし、他方まったく回復せずうつ病が持続していた者を12%としている。なおここでみる通り、発病後何時をもって回復判断の時点とするか、また回復の程度の微妙な判定如何、さらには再発を遷延化判断の基準にどう盛り込むかなど複雑な問題が遷延化率の算定にからんでくる。最近、Murphy¹⁵⁾は同じく3年後経過で入院患者の再入院率を女性72%、男性64%としている。我が国では同じく笠原¹³⁾の引用している川島によると、外来例を含んだ老年期うつ病相の転帰として、完全寛解58.6%、不完全寛解35.7%、変化なし4.3%、悪化1.4%、難治例5.7%という結果を出している。これで見ると相当の差異があるが、対象の違いを考慮に入れてもその予後は決してかんばしくない。このような再発や遷延化に傾く要因として、これまで次のような内容が指摘されている。

すなわち、

- ① うつ病自体の臨床像、特に重症度、持続、臨床症状などの要因である。具体的には妄想、仮性痴呆、せん妄、さらには強い不安、焦燥、希死念慮などがあげられている。
- ② 転帰への要因として、身体的影響が指摘され、特にうつ病発生の背景要因に身体疾患がある場合、その治癒過程に悪影響を与えることが注目されている。
- ③ 社会的要因も大きい。特に生活事件の存在は重視

されている。

これ以外に、病前性格、生活史、家族歴、遺伝負因、治療それ自体、その他の原因があげられている。

ここでは同時に配偶者の死や社会的孤立が重視されているが、このような捉え方だけでは纏まらない要因や状況があるように思われる。これについては項を改めて論じたい。

なお、うつ病の経過について詳しい広瀬の説を紹介することにしよう。広瀬¹⁶⁾は特に若年層のうつ病と老年期のうつ病の差異に注目する必要を述べ、前者では神経症化や人格障害との関係を、後者では症候学的問題、器質的因子に特に注意を喚起している。なお、GlatzelとLungershausen¹⁷⁾のいう残遺状態にも触れているが、これによると、7%の例に不可逆性の残遺状態がみられるとされ、特にそれは年齢的に40歳以上に多いとし、また状態像としてはエネルギーポテンシャルの低下による積極性低下、活気のなさ、欲求不満への耐性低下や不全感、自己不確実感などをあげ、これらが遷延状態とみなされることがあると述べる。そして広瀬自身次のようにまとめる。すなわち「残遺状態と遷延状態は交錯する部分があり、残遺状態の出現が適応力を低下させて、遷延に導く例は初老期以降ではかなり多い」としている。

他方、山口¹⁸⁾はうつ病の遷延化に関連する要因として、次の9項目をあげている。その内容はこれまでの諸家の指摘と矛盾するものではなく、むしろ通ずるところが多いが、示唆的なのでここに記す。以下の通りである。

- 1 不適当な治療として：
 - 1) 不適当な治療様式
 - 2) 不適当な薬剤の投与
 - 3) 不適当な投与量と治療期間
 - 4) 医師—患者関係の問題
- 2 合併疾患として：
 - 1) 器質性脳症候群
 - 2) アルコール依存
- 3 解決できない生活状況として：
 - 1) 高齢者の地位、同一性の喪失、病氣、孤独等の耐えられない、そして避けられない生存上の出来事
 - 2) 長期間持続している夫婦間の葛藤
- 4 症状として：
 - 1) 神経症的色彩（心気症、強迫症状、離人症）
 - 2) 分裂病的色彩

- 3) 妄想(心気, 罪業, 貧困妄想)
- 4) 症状に変化なく, 単調(残遺状態)
- 5) 性格: 未熟な性格, 分裂気質の性格, DSM-IIIの人格障害の内, 依存性, 強迫性, 受動-攻撃性, 回避性, 境界性等の人格障害
- 6) 生活史: 特殊な極度の精神的外傷(強制収容キャンプの経験, 壊滅的な天災, 家族の多数の死)
- 7) 適応機能: 発病前およびインターバルの社会的関係, 職業的機能の障害
- 8) 年齢: 45歳以上
- 9) 罹病期間: 1年以上

このように, これまでの所見あるいは視点を統合的に取り入れており, 臨床的にも参考になる点が多い。

また更井¹⁹⁾は難治性うつ病を取り上げ, その多くを遷延例として, その要因を以下のようにまとめている。すなわち, 1. 身体的要因として, ①躁うつ病の負因, ②女性, ③高齢, ④非定型性格(細長型や低血圧者など), ⑤身体疾患の合併, ⑥症状として, 入眠障害, 日内変動のないもの, ⑦既治療のまずさ: a. 下手な薬物選択, b. 薬物血中濃度の不適切, c. 使用法の工夫不足, 2. 精神, 社会的要因として, 無職, 独居, 配偶者欠損, 配偶者の性格(勝気または無気力), 配偶者との性格の不一致, 家族や職場の受入れの悪さ, 喪失体験が多い場合, 誘因となる状況の持続, 不適切な精神的アドバイスなどである。

では, 次に問題点をより明らかにするために, これまでよく取り上げられた病前性格を中心に検討しよう。

IV 遷延性うつ病と性格の関連

うつ病の遷延化の問題と病前性格の関連については, これまで熱心に検討されてきた。ただ, ここではその性格がうつ病発病, 特にその遷延化のために影響を受けて, 必ずしも純粋に病前のそれを反映していない事実注意到しておく必要がある。実際うつ病の遷延化によって, 病前性格のうちのどの部分が特に際立ってくるのかという点にはこれまでも随分熱心な関心が寄せられてきた。

うつ病の長期経過予測と性格の関連については, これまでも相当数の研究成果がある。たとえば, Weissmanら²⁰⁾による調査結果があるが, そこでは急性うつ病のため外来診療機関で治療を受けた150名の女子患者について追跡調査がなされている。結果として, 長期転帰にもっとも重要な予測因子は性格検査尺

度(MPI-Maudsley Personality Inventory)のうちの神経症項目(neuroticism scale)であったという。それ以外, たとえば年齢, 人種, 社会階層, 婚姻状態, 宗教, 既往のうつ病歴, 自殺企図歴, 診断, 患者にとって重要人物の早期の死や離別, 子供の頃の神経症傾向の履歴, 発病6カ月前におけるストレスの量や種類, そして治療前の症状の重さやパターンなどは転帰によって予測的でなかったと述べている。ただ, 彼らが以下の点に注意を払っていることは十分注目に値しよう。すなわち, 傾向としての性格の捉え方で, これはただ臨床的狀態像の反映に過ぎないという見方もある点である。それは, ①性格とは臨床的うつ病の重さの間接的表現ではないのか, また②性格評価が一般的な反応形式を真に反映しているかどうかという疑問があるという。彼らは①について, 上に述べた所見を引きながら, うつ病の重さと性格とは異なった次元の問題であるとし, ②の点については, エピソードが終わった1カ月後に完成した性格評価が8カ月後また20カ月後, さらには48カ月後の転帰についても予測しており, その反応形式が進行中のものであるとしても, 長期にわたっており, また持続的なものであると述べている。ただ, 次の点も付け加える。性格要素が治療によって影響を受ける可能性があるという示唆的証拠があり, 神経症的性格をもった多くの慢性抑うつ患者は急性状態から部分的には回復しているものの, 多少の未解決の症状をもっている患者たちであることが示唆されたというのである。

また, Hirschfeldら²¹⁾はうつ病患者の慢性化に関する心理-社会的予測因子を調べ, そこでは2年間の前向き追跡調査をおこなって回復のみられなかった大うつ病病相をもつ19名の患者を, 最初の評価1年以内に回復し, さらに2年間の追跡期間を通じてよい状態を保っていた同数の患者と比較している。なお, 年齢, 性, 一次的/二次的状態そして病相前の持続期間については統制群との間で個人的に交叉してある。結果は結局, 慢性化を予測した唯一の心理-社会的因子は自己報告の性格検査にあらわれた強い神経症傾向(neuroticism)のみであって, 早期喪失体験の有無や最近の生活事件, また最近の社会的支持(ソーシャル・サポート)如何などは何ら転帰に対して予測因子とならなかったと述べている。この研究では性格要因の影響が強調されている。しかし, Scottら²²⁾による患者の性格とうつ病慢性化への関連要因についての調査をしたNewcastle慢性うつ病研究では, また異な

った結果が出ている。それによると、対象群は回復した統制群に比べて感情病の家族負因が濃く、発病6カ月以前および以後2年間における独立した望ましくない生活事件が多かったが、EPQ (Eysenck Personality Questionnaire) による性格的側面、および発達史上の対象喪失の点では差がなかったという。ここでは慢性化と性格の関連が否定されている。以上のように、この問題には未だ決着がついていない。

なお、このうつ病に親和的な性格の問題はかつて抑うつ性格あるいは抑うつ人格 (depressive personality) として、取り上げられたことがある。それが近年形を変えて、DSM-IIIなどを通し、気分変調障害あるいは気分変調病 (dysthymic disorder) という新しい名称のもとに見直されるようになった。そこでこの問題にも触れることにしたい。

V 気分変調病 (dysthymia) について

これまで慢性化したうつ状態については、いくつかの考え方がなされてきた。Murphy²³⁾によると、たとえばKraepelinやSlaterとRothは慢性うつ病を十分に発展した躁うつ病の“きざし”あるいは“痕跡”と考えたのに対して、Schneiderは“抑うつ精神病質”が体質的成因の意味をもつとした。この後者の考え方はその後DSM-IIに引き継がれ、慢性うつ病は神経症や人格障害に属するものと考えられたが、DSM-IIIでは反対の立場をとるようになり、感情あるいは気分障害として、慢性うつ病を気分変調病 (dysthymia) と名付けて感情障害に入れたのである。そこでDSM-IIIにおいて気分変調病 (dysthymia) という名称を与えられた病像の特徴を記すことにしよう。その内容は次のようになる。すなわち、

- 1 過去2年間にわたって、多くの時間を抑うつ症状群に特徴的な症状によって悩まされてきている。しかしそれは大うつ病の病相のクライテリアを満たすまでの重さや長さをもってはいない。
- 2 抑うつ顕在化は比較的持続的であり、また数日から数週続く正常の気分状態によって中断されるが、しかしその中断期間が数カ月以上になることはない。
- 3 抑うつ期間中、明らかな抑うつ気分かあるいは関心や喜び、そして通常の活動性や娯楽の目立った喪失が存在する。
- 4 抑うつ期間にあっては、少なくとも以下の症状のうち3つの症状がある。
 - ① 不眠あるいは過眠

- ② 低いエネルギー水準あるいは慢性的疲れやすさ
 - ③ 不十分な感じ、自己評価の喪失、あるいは自己価値の低下
 - ④ 学校や職場あるいは家庭における能率や生産性の低下
 - ⑤ 注意や集中あるいは明瞭に思考する能力の低下
 - ⑥ 社会的引きこもり
 - ⑦ 楽しい活動への関心あるいはその喜びの喪失
 - ⑧ 過激な怒りへの易興奮性
 - ⑨ 賞賛や報酬に対して、明らかな喜びをもって反応することの不能
 - ⑩ 普段に比べて行動や談話の少なさ、あるいは気力の落ち込みや落ち着かない感じ
 - ⑪ 未来への悲観的態度、過去の出来事に対して憂いに沈むことや自己に対する惨めな感じ
 - ⑫ 涙もろさや泣きやすさ
 - ⑬ 死や自殺についての繰り返しされる念慮
- 5 幻覚や妄想、錯乱、連合弛緩などの精神病的特点のないこと。
 - 6 その障害がそれまであった精神的障害、たとえば強迫障害やアルコール依存などに重なった場合には、その抑うつ気分がその強さや機能への影響の故に、明らかに当人の普通の気分から区別され得ること。

VI 遷延性あるいは治療抵抗性症例の分析

本題である遷延性あるいは治療抵抗性のうつ病を如何にみるかは、臨床的にも本質的にも重要な問題である。すなわち、うつ病の性質として難治性なのか、あるいは治療上に問題があった故なのかを検討することは意味がある。ここにFreyhan²⁴⁾の論文があるので、この論文に沿って少し検討をしよう。ここでも最初に、治療抵抗性という問題には不十分な治療による不十分な結果と、適切な治療計画を系統的に実行したにも拘わらず現われる治療的奏効失敗を分ける必要があることが説かれる。そして自験例3例を提示する。うつ病の慢性状態にある患者Aは、抗うつ剤を使った継続的治療にも拘わらず入院を要し、自殺企図をなし、ほとんど十分な日常生活ができない。精神療法も薬物療法もまた電気衝撃療法も目だった効果を及ぼさなかった。患者Bは、そのうつ病解放期間をみれば、治療的成功とみなしてよいかもしれず、薬物はそのうつ病相を短縮し、病相中その重さを軽くしたといえる。しかし抑うつ病相への突然の落ち込みを防止することには成功しなかった。各種の治療的働きかけにも拘わらず、患

者は正常状態から抑うつ気分への急激な変化にさらされ、それ故に自殺の危険が未だ大きな脅威であり続けている。患者Cの場合はリチウムが軽躁状態の頻度と強度を和らげることに効果的であるが、リチウムも三環系薬剤もこの患者を長期に続く気分不調のサイクルという脅威から解放できなかった。著者はこのような症例を通して、また反論を論破しながら、結局現在我々はうつ病についての十分な理論的説明を未だもっていないのだとまで強調する。こうして、治療困難例はついに(躁)うつ病自体を問うことにつながる。

ところで、Akiskalら²⁶⁾の慢性うつ病についての研究によると、慢性化と関連した要因として以下の4群が同定されたという。すなわち、①単極性および両極性うつ病の家族歴をもち、25歳以前という早期に発症した不全症候のうつ病、②対象喪失を経験した子供時代をもつ“不安定な”性格障害の存在、③前駆する非-感情病性の精神的、あるいは能力を損なうような医学的疾患の存在、特にその両者の存在、④晩年発症の一次的単極性うつ病からの不完全寛解、そして感情病の強い家族的背景や複数の対象喪失、アルコールや鎮静剤・催眠剤依存、能力を損なうような医学的疾患、抑うつ作用をもつ降圧剤の使用、問題のある配偶者、“結婚生活の行き詰り”などを伴っている場合であるという。これらの所見は慢性うつ病が性格障害であるとのこれまでの普遍化された臨床的合意に反すると強調する。類型的あるいは次元を異にした羅列的見方といえよう。

なお、最近のVallejoら²⁶⁾の研究成果では、うつ病における抗うつ剤治療結果の予測因子として、心理社会的、臨床的、生物学的因子にわたった調査をしている。それによるとイミプラミン治療患者にとって、よい社会的支持は6週目においてよい反応を示し、追跡期間中の軽躁状態の発展は6週時点におけるよい反応と関連していた。また追跡6週間を通じての生活事件の欠如と当初におけるデキサメサゾン無抑制反応は6週目のよい転帰を示していた。しかしフェネルジン(MAO抑制剤)治療患者にとって、病相開始前の生活事件の欠如は6週目における悪い転帰と関連していたという。以上のごとく、生物学要因と社会的要因の関連は相当に複雑である。ここでは性格との関連は検討されていない。このように、遷延化の問題と病前性格を含めた心理社会的また生物学的反応性の問題との関連性はまだ十分整理されておらず、各要因について羅列的であって、特に構造的な関連として分析されて

いないという印象を受ける。すなわちFreyhanの説ほど極端にならずとも、うつ病遷延化の問題を我々はまだ十分構造的に捉えるところまでには至っていないといえよう。

VII 遷延性うつ病治療上の留意点

遷延性うつ病の治療については、いくつかのことが指摘されている。この問題は上記の点とも関連する。これまでも少し述べたが、再検討すべき第1の点は薬物療法についての工夫である。抗うつ剤のうちでも他剤へ切換えたり、あるいは抗精神病薬ほかの併用が推奨されている。特に高齢者については、薬物代謝の特異性に留意した処方必要性が強調される²⁷⁾。また、断眠療法、光パルス療法、電気衝撃療法などとともに、個人精神療法、特に集団精神療法、家族療法などの精神療法的働きかけの重要性についても問題にされるべきであろう。しかし、それでも全ての例で成功するわけではなからう。次に論ずる問題にもつながるが、「うつ病」という視点を離れた抜本的な見方、治療戦略の変更を要する例もあるのではなからうか。たとえば、「うつ病」という視点ではなく、「精神分裂病」における発達課題という視点からその達成への援助、またこれにふさわしい環境の整備などがこの遷延化の課題に対して新しい展開を生む可能性がある。

VIII 今後の展望として

本題に関する我々の現在の視点は、薬物療法の適切性ととともに、病前性格および発病状況、症状特徴、そして精神力動さらには家族力動なども考慮に入れた全体的な視点から見直すことである。特に、病前性格には深い関心を寄せる必要を痛感している。たとえば、遷延性うつ病患者に分裂気質をみる、以下のような可能性がある。すなわち、社会的家族的環境故にいわゆる精神分裂病の発病危機である「出立」あるいは「巢立ち」的課題への直面を、それまでは何んとか庇護されてきたが、高年期に達した時点でこの課題に直面し、強い不安を予感して結局現実逃避をしてしまう。その時に示す病像が意欲減退、快の喪失、気重など見掛け上、うつ状態を呈するのである。さらには、加齢とともにエネルギーポテンシャルが下がり、それまでは表立っていた精力性の部分が影をひそめ、逆に隠れていた弱力性の部分が表面化してくる、あるいは神経症的側面が前景化する。こうして一見したうつ病の発病、特にその遷延化とは、実はあまりにも遅れてきた青年

期の発達課題達成に対する心理的負担の結果であると考える。勿論、中高年期に特徴的な社会的心理的負担という側面も影響している。ここでは何よりも老いの受容と死への準備がある。当人がこの難しい課題を逃避している限り、恐らく躁の防衛か、あるいは抑うつ態勢のいずれかに陥らざるを得ないのではなからうか。特に後者の病態はそのまま遷延性うつ病像に通ずる。このような視点に関する詳細な検討と、その具体的治療戦略の探求が今後の我々の課題である。

おわりに

近年、うつ病の遷延化が臨床的に大きな問題となっている。特にそれは中高年期においてよくみられる。ここでは中高年のいわゆる発達課題も関係するが、それはまた病前の諸条件、特に性格要因に依拠するところが大きい。その場合、松本と大森²⁹⁾が指摘したごとく、

若年層でみられる逃避型抑うつなどの新型うつ病像が中年期にもおよび、時代の変化とともにうつ病の典型像²⁹⁾からの歪曲がおこっているという例もあろう。なお、心理社会的条件を問題にする場合、それも特に性格特徴を論ずる場合、それが病前のものか、病後すなわちうつ病発病による二次的影響を受けたものかの区別は、かつて筆者³⁰⁾も述べたように十分な吟味の必要がある。よって、ここでは臨床疫学的であり、また統制群を備えた前向き調査研究が必要とされよう。これらの問題は至って臨床的な課題でありつつ、同時に心理的および社会的側面をも含んだ多面的な課題であると思われる。以上、中高年の遷延性うつ病という本題は治療的に重要な臨床精神医学的課題でありつつ、また現代という時代に即応した大切な社会精神医学的課題でもあると考える。

文 献

- 1) 高橋 良, 藤井 薫, 中根允文: 躁うつ病. 新福尚武, 島藺安雄 (編), 精神医学書, 下巻, pp. 377-442, 金原出版, 東京, 1983
- 2) Boyd, J. H. and Weissman, M. M.: The epidemiology of psychiatric disorders of middle age: Depression, alcoholism, and suicide. In: Howells, J. G. (ed.), Modern perspectives in the psychiatry of middle age, pp. 201-221, Brunner/Mazel, Publishers, New York, 1981
- 3) 大森健一: 老年期のうつ病. 島藺安雄, 保崎秀夫, 徳田良仁, 風祭 元 (編), 図説臨床精神医学講座7, 老年精神医学, pp. 128-145, メジカルビュー社, 東京, 1987
- 4) Post, F.: Affective disorders in old age. In: Paykel, E. S. (ed.), Handbook of affective disorders, pp. 393-402, Churchill Livingstone, Edinburgh et al., 1982
- 5) Musetti, L., Perugi, G., Soriani, A., Rossi, V. M., Cassano, G. B. and Akiskal, H. S.: Depression before and after age 65 a re-examination. Br J Psychiatry, 155: 330-336, 1989
- 6) Burvill, P. W., Hall, W. D., Stampfer, H. G. and Emmerson, J. P.: The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry, 158: 64-71, 1991
- 7) 近藤喬一: 遷延うつ病の概念をめぐって. 精神科治療学, 2: 3-11, 1987
- 8) 飯田 真, 松浪克文, 阿部輝夫, 分島 徹: 慢性化. 飯田 真 (編), 躁うつ病, pp. 391-408, 国際医書出版, 東京, 1983
- 9) Weissman, M. M. and Klerman, G. L.: The chronic depressive in the community: Unrecognized and poorly treated. Compr Psychiatry, 18: 523-532, 1977
- 10) 吉本静志: うつ病の遷延化と生物学的要因. 精神科治療学, 2: 21-26, 1987
- 11) Scott, J.: Chronic depression. Br J Psychiatry, 153: 287-297, 1988
- 12) Akiskal, H. S.: Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. Am J Psychiatry, 140: 11-20, 1983
- 13) 笠原洋勇: 老年期うつ病の遷延化要因. 精神科治療学, 2: 53-60, 1987
- 14) Post, F.: The management and nature of depressive illness in late life: A follow-through study. Br J Psychiatry, 121: 393-404, 1972
- 15) Murphy, E.: The prognosis of depression in old age. Br J Psychiatry, 142: 111-119, 1983

- 16) 広瀬徹也：遷延性うつ病の経過と予後. 精神科治療学, 2 : 13-20, 1987
- 17) Glatzel, J. und Lungershausen, E. : Zur Frage der Residualsyndrome nach thymoleptisch behandelten cyclothyme Depressionen. Arch Psychiatr Nervenkr, 210 : 437-446, 1968
- 18) 山口隆久：遷延性うつ病の治療への新しい試み. 精神科治療学, 2 : 27-36, 1987
- 19) 更井啓介：難治性うつ病. 更井啓介 (編), 精神科 MOOK13 躁うつ病の治療と予後, pp. 199-211, 金原出版, 東京, 1986
- 20) Weissman, M. M., Prusoff, B. A. and Klerman, G. L. : Personality and the prediction of long-term outcome of depression. Am J Psychiatry, 135 : 797-800, 1978
- 21) Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Andreasen, P. J., Clayton, P. J. and Keller, M. B. : Psycho-social predictors of chronicity in depressed patients. Br J Psychiatry, 148 : 648-654, 1986
- 22) Scott, J., Barker, J. and Eccleston, D. : The newcastle chronic depression study Patient characteristics and factors associated with chronicity. Br J Psychiatry, 152 : 28-33, 1988
- 23) Murphy, D. G. M. : The classification and treatment of dysthymia. Br J Psychiatry, 158 : 106-109, 1991
- 24) Freyhan, F. A. : Treatment-resistant or untreatable?. Compr Psychiatry, 19 : 97-101, 1978
- 25) Akiskal, H. S., King, D., Rosenthal, T. L., Robinson, D. and Strauss, A. S. : Chronic depressions Part 1. Clinical and familial characteristics in 137 probands. J Affective Disord, 3 : 297-315, 1981
- 26) Vallejo, J., Gasto, C., Catalan, R., Bulbena, A. and Menchon, J. M. : Predictors of antidepressant treatment outcome in melancholia : Psychosocial, clinical and biological indicators. J Affective Disord, 21 : 151-162, 1991
- 27) 青葉安里：老年期における躁うつ病の特徴とその治療と予後. 更井啓介 (編), 精神科 MOOK13 躁うつ病の治療と予後, pp. 135-143, 金原出版, 東京, 1986
- 28) 松本雅彦, 大森和広：感情障害とその周辺—「逃避型抑うつ・中年型」について. 精神医学, 32 : 829-838, 1990
- 29) 笠原 嘉, 木村 敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究. 精神経誌, 77 : 715-735, 1975
- 30) 吉松和哉：総説：病前性格研究の動向とその問題点. 精神科治療学, 5 : 1103-1113, 1990

(3. 10. 14 受稿)