

5. ま と め

昭和58年度の4病院施設の外来新患数と診断名について調査し、分裂病、躁うつ病、神経症の占める比率をみた。総合病院では躁うつ病が目立って多く、単科病院では前者に比べて分裂病の占める比率が高かった。

S病院の最近15年間の5年毎の外来新患数の変遷をみたが、総数での増加の一因になっているのは躁うつ病の増加であった。年齢別では各年代ともに増加の傾向をみたが、50年に入って殊に男では50歳以降の増加、女では30歳代、40歳代の増加が目立っていた。

状況因として、役割同一性の喪失あるいはその喪失不安と推論した。

付 記

故吉田潤一先生は昭和61年2月10日、不幸な事件のために殉職なさいました。先生の御冥福を心からお祈り申し上げます。

参 考 文 献

- 1) 笠原 嘉, 宮田祥子, 由良了三: 昨今の抑うつ神経症について. 精神医学, 13: 1139~1145 (1971).
- 2) 大原健士郎, 小島 洋, 岩井 寛, 他: うつ病の社会的側面とくに発病前状況を中心の一. 精神医学, 12: 297~302 (1970).

- 3) 大原健士郎: 躁うつ病をめぐる一最近の問題点, 社会精神医学的アプローチ. 精神経誌, 75: 263~326 (1973).
- 4) Paykel, E.S. et al: Life Events and Depression. Arch Gen Psychiat. Vol 21: 753~760 (1969).
- 5) 新福尚武, 柄沢昭秀, 山田 治, 他: 最近22年間のうつ病の臨床における変化. 精神医学, 15: 955~965 (1973).
- 6) 高橋 良: うつ病, Spectrum, 727 (1972).

司会 どうも有難うございました。それでは、ご質問とかご意見とかありましたら、どうぞ自由にお述べいただきたいと思います。どなたかいらっしゃいますか。うつ病の増加傾向について大変きれいなデータを示していただいたと思うのですが、それから状況因の分析なども見事で、納得できる印象を持ちました。これからの診療の上で、ことに外来診療では、そううつ病の占める意味が大きいのではないかと思いました。他に何かございませんか。……どうもありがとうございます。では、続きまして須賀先生お願いいたします。

2) うつ病の身体症状について

—内科外来を訪れるうつ病から—

新潟大学精神科 須賀 良 一

1. はじめに

うつ病に多くの身体症状が現れることは、よく知られていることである。とくに抑うつ気分や自責感などの精神症状が乏しく、身体症状の出現しているうつ病は仮面うつ病と呼ばれてきた。一時期、仮面うつ病は心身医学領域で注目されたが、現在では仮面うつ病にも精神症状がありうつ病の軽症例にすぎないということが常識となっている。また、精神症状を多く持つうつ病においては、身体症状は無視されがちである。しかし、患者にとってはうつ病の身体症状は精神症状と同様に苦痛であり、これを無視してはならない。

うつ病者は多くの身体症状を持つと同時に多くの身体疾患も経験していることが知られている。しかし、うつ

病と既往身体疾患の関係についてはまだよくわかっていない。そこでここでは、はじめにうつ病の身体症状について述べ、次にうつ病と既往身体疾患の関係について若干考察してみたい。

2. 調査対象と調査方法

昭和60年1月から3月までの間に、S病院心療内科外来を受診した患者(再来患者を含む)のうち、RDC(Research Diagnostic Criteria)のMajor Depressive Disorder; Probable または Definite の診断基準を満たした32人を調査対象とした。

調査対象32人は、男10人女22人で調査時平均年齢は56.0 (S.D. 10.6) 才であった。調査時点での年齢分布

は、30才未満0人、30～39才3人、40～49才5人、50～59才11人、60～69才9人、70才以上4人であった。

対象としたうつ病者は、RDCのMajor Depressive Disorder; Probableを満たした者が5人、Definiteを満たした者が27人で、Subtype; Endogenous Major Depressive Disorderに合致しなかった者10人、Probable 5人、Definite 17人であった。うつ病初発時年齢(病歴聴取による推定)は、30才未満0人、30～39才3人、40～49才9人、50～59才14人、60～69才5人、70才以上1人という内訳で、初発時平均年齢52.4(S.D. 9.22)才だった。うつ病挿話回数を見ると、1回のみ23人、2回6人で、3回以上経験した者も3人いた。以上に述べたよううつ病者を対象に、問診による病前性格の把握、身体疾患の既往歴の聴取(問診およびカルテの記載から)、およびうつ病症状(RDC診断基準項目)の出現頻度、身体症状の種類とそれらの出現頻度についての調査を行った。

3. 調査結果

うつ病症状(RDC診断基準項目)の出現頻度は次のようであった:抑うつ気分(滅入った、ふさぎ込んだ、楽しめない感じなど)32人(100%)、食欲不振・過剰または体重減少・増加30人(93.8%)、睡眠障害31人(96.9%)、精力低下・性欲減退30人(93.8%)、興味の喪失・無気力・無能力感30人(93.8%)、自責感・罪業念慮・罪業妄想15人(46.9%)、集中力低下32人(100%)、自殺傾向10人(31.3%)、精神運動制止・激越7人(21.9%)、症状の日内変動16人(50.0%)、広範囲の興味の喪失10人(31.3%)、反応性欠如4人(12.5%)、気分の質的变化22人(68.8%)。

次に、対象者の身体症状の種類と頻度は以下のようであった:睡眠障害31人(96.9%)、食欲不振30人(93.8%)、全身倦怠・易疲労感30人(93.8%)、頭重・頭痛感20人(62.5%)、胃痛・胃部不快感8人(25.0%)、手足体幹部の痺れ感8人(25.0%)、首すじから肩のこり感6人(18.8%)、めまい・ふらつき感5人(15.6%)、心悸昂進5人(15.6%)、嘔気・嘔吐4人(12.5%)、微熱の持続4人(12.5%)、下肢の倦怠感4人(12.5%)、耳鳴2人(6.3%)、発汗2人(6.3%)。その他に18種類の身体症状が認められた。また、睡眠障害、食欲不振、全身倦怠・易疲労感、頭重・頭痛感(これらを基礎的症状と呼ぶことにする)以外の身体症状を持たなかった者が6人いた。

病前の性格特徴についての調査は、心理テストを使わ

ずに問診のみによった。そして、几帳面、仕事熱心、対他的配慮等の性格傾向が目立つ者をメランコリー親和性格とし、陽気－陰気の振れが比較的大きく、人付き合いがよく、対他的配慮傾向が目立つ者を循環性格とした。したがって几帳面、仕事熱心、対他的配慮傾向、陽気で人付き合いがよい等の性格傾向を同時に合わせ持つ人はメランコリー親和性格+循環性格ということになる。病前性格についてみると、メランコリー親和性格24人(75.0%)、循環性格1人(3.1%)、メランコリー親和性格+循環性格6人(18.8%)であった。さらに、不安傾向が目立つ者28人(87.5%)、神経質・心気症傾向のある者26人(81.3%)、情動易変的傾向の者5人(15.6%)であった。

うつ病発症前のストレスは、ほぼ2つに分けられる。1つは喪失体験または喪失の危機的体験であり、他は負荷的状况である。後者には、長年にわたる過剰労働、昇級・昇進、対人関係上の葛藤状況、不慮の事故等の難問の発生などが含まれる。実際には1つのストレスでうつ病が発症することは少なく、複数のストレスが関与している。ここで対象としたうつ病者についていうと、病前のストレスとして、役割の増大6人(18.8%)、慢性的疲労状態19人(59.4%)、喪失体験・喪失の危機的体験10人(31.3%)、対人関係での葛藤状況6人(18.8%)、難問の発生3人(9.4%)、ストレス因不明の者4人(12.5%)であった。これらの内、複数のストレス状況を持つ者が17人(53.1%)、とくに喪失体験と負荷的状况を合わせ持つ者は8人(25.0%)いた。

一般にうつ病者は、身体的既往歴を持つ者が多いと言われている。それは、ここでの調査対象32人の内26人(81.2%)がなんらかの身体疾患の既往歴を持っていたことから裏付けられる。身体疾患として多いのは、高血圧症8人(25.0%)、胃・十二指腸潰瘍5人(15.6%)、胃炎・胃下垂5人(15.4%)、自律神経失調症4人(12.5%)などであった。その他、ぜん息、アレルギー性鼻炎各3人(9.4%)、虚血性心疾患、糖尿病、脳卒中各2人(6.3%)、神経性食思不振症、筋緊張性頭痛、洞房ブロック、発作性頻脈、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎、過呼吸症候群、腎炎、アルコール性肝炎各1人(3.1%)がいた。いわゆる心身症と呼ばれる身体疾患の既往歴が多いことが特徴的だった。

対象うつ病者の大部分がメランコリー親和性格で、不安・心気傾向を持っていたため、病前性格と身体症状の関係を知ることはできなかった。しかし、不安・心気傾向が強まると身体症状も増加するようであった。

病前ストレスを喪失体験と負荷の状況に分けると、身体症状が少ない者は前者に多く認められた。特に基礎的症状のみ呈した6人の内、4人に喪失体験が認められた。また、身体疾患の既往のなかった6人の内、4人が基礎的症状のみ呈していた。これらの結果は、心身症素因とうつ病の身体症状との密接な関係を示唆していると推測された。

うつ病と身体疾患発症の時間的關係は、5つのパターンに集約できた。

- 1) ストレス→うつ病；この型は6人(18.8%)にみられ、3人は単発型、3人は反復型うつ病であった。
- 2) ストレス→身体病→うつ病；この型が最も多く12人(37.6%)にみられた。身体病としては、高血圧症、胃・十二指腸潰瘍アレルギー性鼻炎、自律神経失調症などが多く認められた。
- 3) ストレス→身体病→身体病・うつ病；この型は、2)と次の4)との中間に位置するもので、7人(21.9%)にみられた。この内5人は、先行身体病とうつ病との合併身体病が異なっていた。
- 4) ストレス→身体病・うつ病；この型は5人(15.6%)にみられた。うつ病；この型は5人(15.6%)にみられた。うつ病以外に2疾患合併していた者が2人いた。
- 5) ストレス→うつ病→身体病；うつ病が先行していた2人(6.3%)は、いずれも反復型うつ病であった。

4) 考察とまとめ

うつ病の身体症状は、食欲不振、睡眠障害、全身倦怠・性欲低下を除いては重視されていない。しかし、うつ病者の大部分はいくつかの非特異的身体症状を持っている。身体症状の種類とその出現頻度は多様で、患者の性格傾向や身体的脆弱性の有無、ストレスの内容によって症状の種類や数が左右される。うつ病の身体症状の種類や頻度に関しては、成書やいくつかの報告がすでにみられており、本報告における結果もそれらと大差はない。

うつ病と身体病発症の時間的關係については、いままであまり関心が持たれなかったようである。ここで両者発症の時間的關係を整理してみると、5つのパターンに分けられた。うつ病より身体病の方が先行するパターンが半数以上を占めていたが、両者が同時に発症したりうつ病が先行する場合もあった。これは、ストレス(状況因)が発生した時、それを受け止める側の状態によって、うつ病にも身体病(心身症)にも発展しうることを示すも

のといえよう。うつ病の発症には状況因が重要であるが、これが病因的であるためには性格に内在する病的構造や、個体の有する生物学的機構の病理性を前提にしないと理解できない。ここでの結果は、これと同様のことが一部の心身症の発症にもあてはまることを示唆するものといえるだろう。たとえば、ストレスに対する防衛が暴飲暴食や喫煙過剰をひきおこし、結果として胃潰瘍が発症した場合などは、性格に内在する病的構造が生物学的異常に転換されたとみることでもできる。心身症の発症がうつ病発症の防衛となり、両者は等価症であるという主張もあるが、両者の關係の解明はこれからの課題であろう。

参 考 文 献

- 1) アリ・キエフ編(新福尚武、太田不二雄訳著)：うつ病の身体症状、金剛出版、東京、1981。
- 2) 飯田 真：第7章 状況論、飯田 真、躁うつ病、国際医書出版、東京、198～215、1983。
- 3) 笠原 嘉：うつ病の病前性格について、躁うつ病の精神病理、1：1～29、1976。
- 4) 川上 澄：内科における仮面うつ病、精神身体医学、12：99～101、1972。
- 5) 河野慶三、安藤一也、祖父江逸郎：内科領域における軽症抑うつ症、精神身体医学、12：175～179、1972。
- 6) 奥脇和夫、北西憲二：精神科の立場からみた仮面うつ病、精神身体医学、12：95～98、1972。
- 7) 大原健士郎、奥脇和夫、山田 治、宮田洋三：躁うつ病と身体疾患、精神医学、11：879～884、1969。
- 8) 大平 健、町沢静夫、矢野昌史、松波克文、飯田 真：躁うつ病と食行動、下坂幸三編、食の病理と治療、金剛出版、東京、96～118、1983。
- 9) 新福尚武：PSM からみたりうつ病、精神身体医学、10：331～338、1970。
- 10) 筒井末春：内科における仮面うつ病、精神身体医学、12：102～104、1972。

司会 どうもありがとうございました。何かご質問とかご意見とかありましたらどうぞ。

青木 信楽園病院の青木ですけれども、今の臨床所見の中で具体的に catch できるのは、発熱のようなものですか。

須賀 はい。

青木 熱型とかもって臨床所見、例えば CRP とか、

白血球数、あるいはリンパ球数の変動などの差がございませんか。

須賀 発熱を呈した患者のうち入院したのは、2例しかありませんので、詳しい検査データは得られないのですが、CRP等の炎症所見は全くありません。それから赤血球、白血球等の血球変動もないようです。ほとんど検査上は異常がなくて、発熱だけが続くというパターンが多いようです。まあ入院例では2人ですので、詳しいデータはありません。

青木 熱型はどうでしょうか。

須賀 熱型ですか。夕方だけ出るというパターンで、朝は36度5分位です。

青木 就眼前では下がるのですか。

須賀 そこまで細くは見ていません。1日2回の測定で見ますと、夕方の方が上がっているということです。

司会 他にございせんか。身体病とうつ病の時間的な関係は、大変面白く思ったのですが、その関係の意味づけには、須賀先生なりの仮説があると思うのですが、その辺はいかがですか。従来うつ病と身体病とは等価症であるという見方もありますが、それとは別の見方をされているようですか。

須賀 (スライドを写して) 等価症という見方ではなくて、心身症要因とうつ病要因とは別物であるという前提に立った場合の、これが両者の関係を示す模式図です。これでいきますと、病前ストレスの内容が、その後

のうつ病とか、それから心身症の発生に関わって来まして、一応喪失体験が主体のものは、うつ病、しかも身体症状に乏しいうつ病が発生する傾向があります。一方、負荷的ストレス、役割の増大とか過労状態、葛藤状況等の負荷的状況が関与した場合には、生活習慣の変動も引き起こします。たとえば、飲酒パターンの変動あるいは食餌等の変動を引き起こすと、結果として、うつ病も発生するし、さらに同時に身体病、たとえば、高血圧とか、胃炎、それから胃・十二指腸潰瘍等が発生するということになると思います。それから病前性格で不安心気傾向が強いと、うつ病、しかも身体症状が多いうつ病が発生するようです。この場合には身体疾患としては、自律神経失調症が多いというような印象を持っております。これは32例というわずかなデータで分析した結果ですので、大きなことは言えないわけですが、これはほとんど僕自身の印象としてまとめたものです。こんなところで、有難うございました。

司会 この辺の所が一番面白い所で、身体病とうつ病がどうからみあうか、一元論でいくか、二元論でいくか、須賀先生は二元論でいく立場のようですが、更に症例を増やして、あるいは、症例の詳細な分析を行っていかれたら、面白い結果が得られるのではないかと考えています。他に何かございますか。どうも有難うございました。それでは3席の木村先生お願いいたします。

3) 内科診療における抑うつ状態

— 消化器疾患と抑うつ状態 —

新潟市民病院消化器科 木村 明

担当する内科診療、特に消化器疾患診療における「抑うつ状態」患者の臨床について述べる。ここでは精神症状が前面に出る典型的病態を示す「うつ病」の患者は大部分が精神科受診となるので言及しないこととする。従って、「軽症うつ病(内因性)」、脳動脈硬化症等の身体的疾患に伴う「うつ状態」、神経症の一症状としての「うつ状態」、心身症としての「うつ状態」等が対象となるが、その鑑別診断は精神症状が顕在していない軽症であるため必ずしも容易ではない。次に家族歴、既往歴、誘因等についても問診時に患者本人或いは付き添いの家人の頭の中で選択されて表現される為もあり看過される場合が多く、現実には長期観察によりようやく診断可能

な例も少なくない。又、一般的には内科医はそのような病態に対する関心の低いこと及び診断能力の低いことから担当する医師による病態把握に個人差が大きい点も問題である。適切な表現ではないが、現状では内科診療の現場におけるうつ病は個々の医師の感性に依存している状況と言うことが出来る。従って、内科診療全体の中に占めるうつ病又はうつ状態の患者数及び病態の統計学的検討は必ずしも正確と言いがたく容易ではない。更に「仮面うつ病」と言う概念に包括される病態も明確でなく、どのように定義してあつかうかについても混乱があると考えられる。今回はそれらの点に触れず、筆者自身の経験した症例の提示を行い、最後に一般病院内科