

「抑うつ状態」回復後の精神症状に関する比較研究

—特に気分障害と適応障害について—

松下 兼宗

【目的】

時代の変化とともに、抑うつ状態の病像も変化し、臨床的には、従来の内因性の気分障害と心因性の適応障害の鑑別が困難になっている。本研究では、気分障害（大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害）と適応障害による抑うつ状態の回復時の精神症状を比較し、その差異について検討する。

【対象】

川崎医科大学附属病院心療科外来を抑うつ状態で受診し、米国精神医学会による「精神障害の分類と診断の手引き」(DSM-IV-TR)¹⁾によって気分障害または適応障害と診断された患者のうち、治療により回復した患者135例を対象とした。

【方法】

2005年1月から2005年3月までの間に外来受診した患者のうち、抑うつ状態から回復し維持療法のために受診している気分障害（大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害）と適応障害の患者について、主治医がハミルトンうつ病評価尺度（HAM-D）による客観的症候評価を行った。また、患者にはベックうつ病評価尺度（BDI）と精神症状評価尺度（SCL-90-R）の自己質問紙表を用いて主観的症候評価を行った。各疾患群のHAM-Dの正常群について、SCL-90-RとBDIを用いて、精神症状、主観的評価と客観的評価、性差、などについて調査した。

【結果】

適応障害、大うつ病性障害・反復性、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害の順に、SCL-90-Rは高い得点を示した。適応障害は大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害と比べて、SCL-90-R得点が有意に高かった。

適応障害は、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害と比べて、BDI得点が有意に高かった。

各疾患群においては、男性と女性で、SCL-90-R得点において有意な差を認めなかった。

各疾患群のSCL-90-Rの下位分類の形態は、いずれも強迫症状と抑うつ症状の得点が高い2峰性を示した。

【考察】

SCL-90-Rは、幅広く精神症状とその重症度を捉えるが、より神経症性障害の症状を反映しやすく、その得点が高いことは神経症性障害を主体とした精神症状を呈しているか或いは自覚していることを示す。本研究での各疾患群のSCL-90-Rの得点が、適応障害、大うつ病性障害・反復性、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害の順に高いとい

う結果は、その順に、回復時にも精神症状を呈している或いは自覚していると考えられ、治療の際に配慮が必要と考えた。この結果は、心因が大きく関与している可能性が高いものほど、抑うつ状態回復時にも精神症状を呈しやすいことを示唆しているものと考えた。適応障害においては、大うつ病性障害・反復性、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害に較べて主観的評価 (BDI) が有意に高いということは、抑うつ状態の客観的改善にも関わらず、抑うつ症状を自覚しているということであり、治療の際に配慮が必要と考えた。また、このように主観的評価と客観的評価に大きな較差が生じることは、適応障害の病前性格として、心身の不調を過度に自覚する傾向や自己を過度に低く評価する傾向が認められるためではないかと考えた。

各疾患群で強迫症状と抑うつ症状が高い値を示していることは、気分障害圏の病前性格において強迫性格傾向が強いという報告に一致し、強迫症状と抑うつ症状は密接な関係をもつことを示唆しているものと考えた。また、各疾患群での SCL-90-R 得点の違いはあるものの、抑うつ状態を呈した適応障害と気分障害の SCL-90-R の下位分類のプロファイルは同型であり、抑うつ状態を呈した適応障害は、気分障害圏の一群である可能性が考えられた。

(平成17年9月1日受理)

A Clinical Study on Mental State at the Time of Recovery from Depressive States.

— Comparing Mood Disorders and Adjustment Disorders —

Kanemune MATSUSHITA

[Purpose]

This study compares the mental state at the time of recovery from the depressive state of mood disorders and from that of adjustment disorders, and examines the differences anew.

[Object]

The patients were referred to the Department of Psychiatry at Kawasaki Medical School Hospital for depressive states and were diagnosed with mood disorders or adjustment disorders based on the Diagnostic Criteria of Mental Disorders (DSM-IV-TR) of the American Psychiatric Association. The total number of patients who underwent treatment and recovered was 135.

[Method]

Psychiatrists evaluated the objective mental state of the patients using the Hamilton Rating Scale for Depression (HAM-D) and the patients filled in a questionnaire consisting of the Beck Depression Inventory (BDI) and the Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) to evaluate their subjective mental state. Mental states, subjective and objective evaluation, a sex differences and age were examined by BDI and SCL-90-R.

[Result]

The SCL-90-R scores for adjustment disorders were significantly higher than those for bipolar disorders, single episode and recurrent major depressive disorders.

The BDI scores for adjustment disorders were significantly higher than those for bipolar

disorders, single episodes and recurrent major depressive disorders in that order.

The profiles of subscales of the SCL-90-R and each disorder group were similar, and showed high scores on the obsessive-compulsive subscale and the depression subscale.

[Consideration]

Although the SCL-90-R indicates mental state and the degree of serious mental illness broadly, it tends to reflect the symptoms of neurotic disorders, more than those of other disorders. It has been commonly accepted that neurotic disorders are strongly influenced by psychogenic factors.

The results SCL-90-R showed that the normal group scored from highest to lowest for adjustment disorders, recurrent major depressive disorders, single episodes, and bipolar disorders respectively. I think that recovering patients report broad psychiatric symptoms objectively or suffer from psychiatric symptoms subjectively as the above findings indicate.

In addition, I think that the tendency in adjustment disorders for subjective evaluation (BDI) to be bad is more remarkable than objective evaluation (HAM-D), and it may be that patients with adjustment disorders are too conscious of the depressive state of adjustment disorders they may make too low a self evaluation.

It is considered that, as has been suggested, that the fact that obsessive-compulsive subscale and depression subscale show the highest values means the close relation between obsessive-compulsive subscale and depression.

Although the SCL-90-R scores in each disease group are differed, the profiles of subscales of adjustment disorders and mood disorders are similar. It should be further considered whether adjustment disorders which present with a depressive can be regarded as part of the broad spectrum of mood disorders. (Accepted on September 1, 2005) *Kawasaki Igakkaishi* 31(2) : 85-96, 2005

- Key Words** ① **Mood disorders** ② **Adjustment disorders**
③ **the Hamilton Rating Scale for Depression**
④ **the Beck Depression Inventory**
⑤ **the Symptom Checklist-90-Revised**

はじめに

気分障害 (mood disorders) とは、感情の抑うつ、高揚などの変化をきたし、ある期間持続する状態である。また、気分障害は反復する傾向が強く、個々の病相の発現には、さまざまなストレスが影響することが多い。また、分類では、うつ病相のみを示す単極型、躁うつ病相を示す双極型に大別される。

気分障害の成因については、病前性格、心理社会的要因、生物学的要因などの、多方面から

の研究がおこなわれている。特に病前性格の研究では、古くは Kraepelin²⁾の躁うつ病の4つの基礎状態 (抑うつ気質、循環気質、発揚気質、焦燥気質)、Kretschmer³⁾の躁うつ病の体格と性格傾向、さらには、Tellenbach⁴⁾によるメランコリー親和型性格 (職業面では、几帳面、堅実、緻密であり、対人的には、他者の為に尽くし、誠実、奉仕的で頼まれると断りきれずやりとげるといような性格特徴をもつもの) や下田⁵⁾による執着性格 (仕事熱心、凝り性、徹底的、正直、几帳面、強い正義感と義務責任感といような性格特徴をもつもの) などがあるが、

いずれも症例検討に基づく理論的考察によるものであった。近年になり人格測定法の基礎がつけられ、人格の評価は、主として自己記入式質問紙、客観的評価による質問紙などによって行われるようになった。その結果、うつ病の病前性格としては、強迫的性格傾向^{6),7)}の存在が指摘され、また、最近では、双極性障害の病前性格は、正常者の人格とほとんど相違しないこと、うつ病の病前性格は神経症傾向あるいはそれと類似した人格傾向によって特徴づけられていること⁸⁾などが指摘されている。

気分障害の特徴として、Arieti & Bemporad⁹⁾は、古典的な自責型うつ病が減少し、要求型うつ病 (Claiming depression) が増加していることを指摘した。うつ病の攻撃性に関しては、うつ病の改善に伴い敵意が減少する¹⁰⁾、外罰性、内罰性ともに抑うつ感の強さと正の相関を示す¹¹⁾、正常者よりむしろうつ病患者のほうが敵意が高い^{12),13)}などの報告があり、日本でも、鈴木ら¹⁴⁾が、抑うつ群と非抑うつ群において抑うつ群は、他責的であると報告している。これらの結果は、うつ病の症状が、自責から他罰へと変化してきていることを示唆しているものと考えられる。

また、性差については、Hirschfeldら¹⁵⁾は双極性および単極性うつ病の病前性格に関して、女性では全く認められず、男性では双極性において外向性、社会性、活動性、優越感が勝るのみで、両者が比較的類似した特徴をもっていると指摘している。

筆者の印象として、最近のうつ病は、以前のうつ病に比べてその症状が変化してきているように感じている。病前性格にメランコリー親和型性格や執着性格が減り、原因として内因性と心因性の鑑別が困難になり、症状も自責が減って他罰が増えてきているように感じている。^{16),17)} 外来でうつ病と診断されて入院治療を開始したところ、極めて短期間で症状が改善する場合があったり、症状が改善しても退院する決心ができず長期化する場合もあったりする。病棟では大声で笑いながら他患と話しをしており、客観

的には改善していても、診察では抑うつ症状を強く訴える患者も少なくない。以上のような問題意識のもとに、抑うつ状態を呈する気分障害と適応障害はどのように異なるのかについて調査することを考えた。特に、本研究では、抑うつ状態を呈した気分障害 (大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害) と抑うつ状態を呈した適応障害の回復時の精神症状を調査し、気分障害と適応障害を比較し、考察を行った。

対 象

2005年1月から2005年3月の間に、川崎医科大学附属病院心療科の外来治療を受けたもののうち、米国精神医学会による「精神障害の分類と診断の手引き」(DSM-IV-TR)¹⁾にて大うつ病性障害・単一エピソード (296.2 X)、大うつ病性障害・反復性障害 (296.3 X)、双極性障害 (296.XX)、適応障害 (抑うつ気分を伴うもの (309.0)、不安と抑うつ気分の混合を伴うもの (309.28)) と診断された患者のうち、抑うつ状態から回復し維持療法のため受診している患者、すなわちHAM-D得点が7以下 (正常群) の患者135名を対象とした。

精神病性障害 (統合失調症、妄想性障害) 器質性精神障害 (認知症、脳梗塞後抑うつ状態など)、症状精神病 (甲状腺機能異常症状、ステロイド精神病など) は、患者への心理的負荷などのため調査を行うことが不適切と考え除外した。

方 法

気分障害 (大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害) と適応障害の患者について、外来主治医が客観的症候評価であるHAM-Dを施行した。その内、HAM-D得点が13点以下の患者 (正常群および軽症群) 167名に対して、口答と文面に本研究について説明し、同意の得られた患者に、

自己記入式質問紙である Beck のうつ病評価尺度 (Beck Depression Inventory : BDI) と精神症状評価尺度 (Symptom Checklist-90-Revised : SCL-90-R) の記入を依頼した。その内、有効な回答の得られた HAM-D の正常群 (HAM-D ≤ 7) 135名について、精神症状、主観的評価と客観的評価、性差、などについて調査した。軽症群は広く正常群と考えられることもあるが、本研究では、厳密に正常群のみを対象とした。

質 問 紙

Hamilton うつ病評価尺度 (Hamilton Rating Scale for Depression : HAM-D)

HAM-D の質問は、うつ病の重症度を、客観的、他覚的に評価するものである。21問の質問項目にそれぞれについて3段階 (0点~2点) と4段階 (0点~3点) に評価する形式になっている。Hamilton 自身は、最後の4項目は頻度が低いことや重症度というよりうつ病の特徴を示していることから最初の17項目での重症度測定を提唱している。Kearns らは、17項目において23点以上を最重度、19~22点を重度、14~18点を中等度、8~13点を軽症、7点以下を正常としている。本研究では、Hamilton 自身が推奨している17項目を用い、Kearns らが示した点数を重症度に用いた。^{18), 19)}

Beck の うつ 病 評 価 尺 度 (Beck Depression Inventory : BDI)

BDI の質問は、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問の質問項目にそれぞれについて4段階 (0点~3点) に評価する形式になっている。Beck 自身の分類では、0~13をほぼ正常、14~24を軽症から中等症、25点以上を重症のうつ病としている。²⁰⁾

精神症状評価尺度 (Symptom Checklist-90-Revised : SCL-90-R)

SCL-90-R は、精神症状を把握

するため (重症度評価、スクリーニング、診断、症状のプロフィール) の自己記入式質問紙である。質問は、90項目あり過去の一定期間 (通常2週間) に、どれくらい被験者を悩ませたかを0から4の5段階で評価する (0点~4点)。内容は、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)、パラノイア的思考内容 (6項目)、精神病傾向 (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、それぞれの得点を加算し各項目数で除して尺度得点を計算した。また、90項目の総計を90で除した値は、SDI (症状苦悩指数 Symptom Distress Index) となり、主観的な重症度をあらわしている。^{21), 22)}

統計処理について

本研究では、2群における各評価尺度の平均値の比較にはt検定を用いた。両側確率 $p < 0.05$ を有意水準とした。

結 果

患者の背景を Table 1 に示す。

1. 各疾患群における SCL-90-R の SDI 得点と下位分類の得点

大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害、適応障害の回復群 (正常群 : HAM-D ≤ 7) の SCL-90-R の10の下位尺度の平均得点と SDI 得点を Table 2

Table 1. 患者背景

	S-MDD	R-MDD	BD	AD
n	67	22	18	28
sex (M: F)	43:24	11:11	10:8	8:20
mean age	53.0 \pm 14.5	59.1 \pm 12.1	54.3 \pm 15.9	42.8 \pm 9.5
range of age	17-81	39-81	23-80	25-66

S-MDD : Major Depressive Disorder, Single Episode
R-MDD : Major Depressive Disorder, Recurrent
BD : Bipolar Disorders AD : Adjustment Disorders

Table 2. 各疾患の SCL-90-R の平均値 (mean ± SD)

SCL-90-R	S-MDD	R-MDD	BD	AD
SDI	0.45 ± 0.47	0.50 ± 0.39	0.25 ± 0.28	0.94 ± 0.72
Subscale				
Somatization	0.49 ± 0.45	0.49 ± 0.52	0.25 ± 0.33	0.84 ± 0.79
Obsessive Compulsive	0.64 ± 0.66	0.72 ± 0.51	0.21 ± 0.46	1.25 ± 0.86
Interpersonal Sensitivity	0.47 ± 0.57	0.56 ± 0.57	0.30 ± 0.34	1.00 ± 0.84
Depression	0.59 ± 0.62	0.72 ± 0.60	0.41 ± 0.49	1.34 ± 0.90
Anxiety	0.37 ± 0.55	0.40 ± 0.43	0.12 ± 0.13	0.87 ± 0.86
Hostility	0.35 ± 0.53	0.39 ± 0.56	0.10 ± 0.23	0.81 ± 0.87
Phobic Anxiety	0.25 ± 0.46	0.22 ± 0.38	0.10 ± 0.24	0.67 ± 0.69
Paranoid Ideation	0.38 ± 0.56	0.47 ± 0.54	0.19 ± 0.30	0.77 ± 0.72
Psychoticism	0.29 ± 0.36	0.27 ± 0.28	0.24 ± 0.27	0.62 ± 0.68
Additional Items	0.50 ± 0.54	0.59 ± 0.43	0.35 ± 0.46	0.93 ± 0.79

S-MDD : Major Depressive Disorder, Single Episode

R-MDD : Major Depressive Disorder, Recurrent

BD : Bipolar Disorders AD : Adjustment Disorders

SDI : Symptom Distress Index

Table 3. 各疾患群と SCL-90-R の比較

SCL-90-R	BD/ S-MDD	BD/AD	BD/R-MDD	S-MDD/AD	S-MDD/R-MDD	AD/R-MDD
	P vale	P vale	P vale	P vale	P vale	P vale
SDI	n.s.	<0.001	0.04	<0.001	n.s.	0.02
Subscale						
Somatization	0.04	0.005	n.s.	0.01	n.s.	n.s.
ObsessiveCompulsive	n.s.	<0.001	0.04	<0.001	n.s.	0.02
Interpersonal Sensitivity	n.s.	0.002	n.s.	<0.001	n.s.	0.04
Depression	n.s.	<0.001	n.s.	<0.001	n.s.	0.01
Anxiety	n.s.	<0.001	0.01	<0.001	n.s.	0.02
Hostility	n.s.	0.001	0.04	0.002	n.s.	n.s.
Phobic Anxiety	n.s.	0.001	n.s.	0.001	n.s.	0.01
Paranoid Ideation	n.s.	0.002	n.s.	0.007	n.s.	n.s.
Psychoticism	ns.	0.03	n.s.	0.004	n.s.	0.04
Additional Items	n.s.	0.007	n.s.	0.04	n.s.	n.s.

S-MDD : Major Depressive Disorder, Single Episode

R-MDD : Major Depressive Disorder, Recurrent

BD : Bipolar Disorders AD : Adjustment Disorders

SDI : Symptom Distress Index

n.s. : not significant.

に示す。SDI 得点は、適応障害、大うつ病性障害・反復性、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害の順に高かった。

各疾患群と SCL-90-R の SDI 得点と下位分類の得点の比較を Table 3 に示す。SDI 得点の比較では、適応障害が、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害と比べて、有意に高かった ($p < 0.05$)。また、大うつ病性障害・反復性が、双極性障害と比べて、有意に高かった ($p < 0.05$)。また、下位分類の得点の比較では、適応障害は、大

うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害よりも、10項目全ての得点において、有意に高かった ($p < 0.05$)。また、適応障害は、大うつ病性障害・反復性よりも、強迫症状、対人過敏、抑うつ、不安、恐怖症性不安、精神病性症状の6項目の得点において、有意に高かった ($p < 0.05$)。このように適応障害は気分障害よりも、幅広い SCL-90-R の下位分類において有意に高かった。また、大うつ病性障害・反復性が双極性障害より、強迫症状、不安、敵意の3項目において有意に高かった ($p < 0.05$)。ま

た、大うつ病性障害・単一エピソードが双極性障害より、身体症状の1項目において有意に高かった ($p < 0.05$)。また、大うつ病性障害・単一エピソードと大うつ病性障害・反復性では、有意な差が認められなかった。

2. 抑うつについての主観的評価と客観的評価

各疾患群のHAM-DとBDIの平均値をTable 4に示す。平均値は、双極性障害、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性は、HAM-D、BDIともに正常範囲であるのに対して、適応障害ではHAM-Dは、正常範囲であるが、BDIでは、軽症から中等症の得点を示した。t-検定 (Table 5)でもHAM-Dに関しては、各疾患群において有意差を認めなかったが、BDIに関しては、適応障害と気分障害 (大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害)の間に有意な差 ($p < 0.05$) が認められた。以上のことより、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害においては、HAM-DとBDIが一致し、適応障害においては、HAM-DとBDIが乖離し、BDIが高い得点になるという結果となった。

3. 性差

大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病

性障害・反復性、双極性障害、適応障害の男女の性別によるSCL-90-Rの下位分類の得点に有意な差は認められなかった。

4. SCL-90-Rの下位分類の得点のプロフィール

SCL-90-Rの下位分類の得点のプロフィールをFigure 1に示す。大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害、適応障害に強迫症状と抑うつが高い2峰性をしめし、精神症状の程度は各疾患群において異なるものの、それぞれの各疾患群の下位分類の得点のプロフィールは同じ型をしていた。

考 察

1. 各疾患群の、回復時の精神症状の比較

DSM-IVでは、適応障害を、はっきりと確認出来る大きなストレス、及び継続的、反復的にかかり続けるストレスが発症の原因であり、そのストレスを受けてから3か月以内に情緒面、行動面で症状が発生するものと定義している。特に、抑うつ状態を呈するものは、抑うつ気分を伴うもの (309.0)、不安と抑うつ気分の混合を伴うもの (309.28)、と診断される¹⁾

気分障害とは、従来、躁うつ病と呼ばれていたものであり、抑うつ状態を呈するものは、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害の3つが主なものである。気分障害 (躁うつ病) は、素因的要因や心理的要因などによって引き起こされる、脳内の神経伝達物質であ

Table 4. 各疾患のHAM-D, BDIの平均値 (mean ± SD)

	S-MDD	R-MDD	BD	AD
HAM-D	2.81 ± 2.13	2.67 ± 2.67	3.06 ± 2.18	4.04 ± 2.67
BDI	8.33 ± 6.04	9.90 ± 6.42	7.22 ± 7.72	16.19 ± 9.00

S-MDD: Major Depressive Disorder, Single Episode

R-MDD: Major Depressive Disorder, Recurrent BD: Bipolar Disorders

AD: Adjustment Disorders HAM-D: Hamilton rating scale for depression

BDI: Beck Depression Inventory

Table 5. 各疾患群とBDIの比較

	BD/ S-MDD	BD/AD	BD/R-MDD	S-MDD/AD	S-MDD/R-MDD	AD/R-MDD
	P vale	P vale	P vale	P vale	P vale	P vale
BDI	n.s.	0.001	n.s.	<0.001	n.s.	0.01

S-MDD: Major Depressive Disorder, Single Episode

R-MDD: Major Depressive Disorder, Recurrent

BD: Bipolar Disorders AD: Adjustment Disorders

BDI: Beck Depression Inventory n. s.: not significant

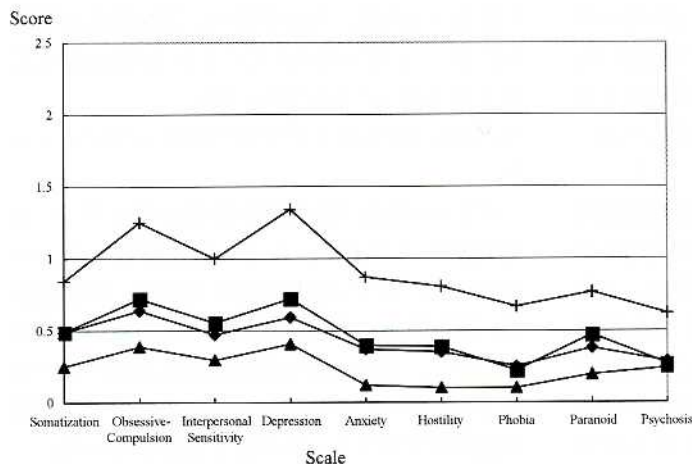


Fig. 1. 各疾患のSCL-90-Rの結果
 ◆ : Major Depressive Disorder, Single Episode
 ■ : Major Depressive Disorder, Recurrent
 ▲ : Bipolar Disorders
 + : Adjustment Disorders

るセロトニンの異常などが成因と推測されているが、現在のところその成因は明確にはなっていない。おそらく、遺伝的要因に規定される素因と後天的なストレスなどの心理的要因の両者が関与し、個々の患者によって、発症をもたらす素因と心理的要因の比率は異なるのではないかと推測される。しかし、近年の研究は、双極性障害はより遺伝的要因の関与が強く、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性の方が心理的要因が強いことを示唆している。²³⁾

Kielholz²⁴⁾は、身体因性を縦軸に心因性を横軸として、うつ病を身体因性、内因性、心因性に大別し、身体因性の強いものから、器質性、症状性が身体因性うつ病、分裂-感情精神病、双極性、単極性、退行期が内因性うつ病、神経症性、非懲性、反応性が心因性うつ病と呼んでいる。この古典的な分類でいくと、気分障害は内因性うつ病に近いもの、適応障害は心因性うつ病に近いものと位置づけられる。

SCL-90-Rは、幅広く精神症状やその重症度を捉えるが、多くの質問が、より神経症性障害の症状を反映しやすいものである。SDI得点が適応障害、大うつ病性障害・反復性、大うつ

病性障害・単一エピソード、双極性障害の順に高い得点であったことは、特に適応障害は、抑うつ状態改善後も、神経症様症状を呈する或いは自覚していることを示している。すなわち、抑うつ状態が改善しても、精神症状によって苦しんでいるということを意味している。このことは、特に適応障害の治療において、治療者が留意しておく必要がある。適応障害においては、抑うつ状態が改善しても自覚的な苦しみが消滅している訳ではなく、治療者にはこの患者の苦しみに配慮し、対応することが求められるものと考えられる。同様に、大うつ病性障害・反復性、

大うつ病性障害・単一エピソードにおいても、抑うつ状態の改善時にいくらかの精神症状を認め、治療者には患者の自覚的な苦しみへの配慮が求められるであろう。以上より、心因の関与が大きい程、回復時にも精神症状を呈する或いは自覚する可能性が大きいものと考えられる。

数川ら²⁵⁾は、適応障害群と健康群のストレス対処行動として、SCI (Stress coping inventory) を用いて評価している。適応障害群では、健康群にくらべ、計画型 (問題解決に向け計画的に対処したり、いろいろな方法を検討してみる、慎重性、計画的) 肯定評価型 (困難を解決していく経験を評価し、進歩、発展を目指し自分の行動を改善していく、自己啓発) が有意に低く、逃避型 (やけになる、問題を他人のせいにしてたり、逃げ出すことを考える、アルコールで忘れようとする) が有意に高かったと述べている。このストレス対処行動からみても適応障害においては、問題解決能力が乏しいために、継続的にストレスを感じやすく、精神的な苦痛を自覚しやすいのではないかと推測される。

2. 各疾患群のSCL-90-Rの下位分類の比較

適応障害は、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害と比べて、すべてのSCL-90-Rの

下位分類において有意に高かったが、適応障害は、大うつ病性障害・反復性よりは SCL-90-R の下位分類の 6 項目にて有意に高く、残りの 4 項目においては有意な差は認めなかった。以上の結果は、大うつ病性障害・反復性は、適応障害のように心因の影響を受けやすい可能性を示唆している。うつ状態が回復する理由には、抗うつ薬のコンプライアンスなどの問題も関与してくるが、それだけでなく、現実的ストレスを慢性的に受けやすくなり、その結果としてストレス対処能力が低下し、うつ状態が改善しても精神症状を呈しやすいという適応障害に似てくるのではないかと考えられる。

しかしながら、もう一方では、SCL-90-R の下位分類にて大うつ病性障害・単一エピソードと大うつ病性障害・反復性で有意な差を認めず、罹病期間や再燃、再発の回数などは、回復期の精神症状にあまり影響を与えない可能性もある。ただ前述したように、適応障害と大うつ病性障害・単一エピソード、適応障害と大うつ病性障害・反復性では違いが認められたことから、SCL-90-R の下位分類では有意な差を認めなかったが、Dorz²⁶⁾が、90項目全てにおいて比較検討をおこない、Item 65 (Obsession-Compulsion scale：触れる、数を数える、洗うなど、同じ行為を繰り返さずにはおれない)、Item 67 (Hostility scale：物を壊したり、割りたい衝動がある)、Item 83 (Paranoid Ideation scale：するにまかせておくと人はあなたを利用すると感じる)、Item 16 (Psychoticism scale：他人に聞こえない声が聞こえる)、Item 57 (Anxiety scale：張りつめた感じ、または緊張感)と報告しているように、90項目全てにおいて比較検討を行えば、大うつ病性障害・単一エピソードと大うつ病性障害・反復性では違いがでてくる可能性がある。今後更なる研究課題のひとつと考える。

最近の特徴として他罰的なうつ病が増えているということに関しては、本研究での敵意は、適応障害が他の疾患群に比べ有意に高い結果であった。Koh¹³⁾は、敵意の減少は、抑うつ

状態の軽減と関係があると報告しており、抑うつ状態が重篤になるとともに敵意が強まるということには、中等度、重度のうつ状態との比較が必要で、今後の課題と考える。

3. 各疾患群における抑うつについての主観的評価と客観的評価の比較。

各疾患群においてそれぞれ HAM-D に関して有意な差は認められなかった。それは、抑うつ状態の客観的評価に差がないことを意味する。即ち、本研究においては、対象となった患者の抑うつ状態は同程度に回復しているということになる。一方、主観的な抑うつを反映する BDI は、気分障害 (大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害) では有意差を認めず、いずれも正常範囲内であったが、適応障害では、軽症から中等症の抑うつ状態を呈し、気分障害との間に有意な差を認めた。このことは、気分障害においては抑うつ状態に対する主観的評価と客観的評価に差が生じにくく、適応障害では主観的評価と客観的評価の乖離が生じやすいことを意味している。最近では軽症うつ病と適応障害の境界が不鮮明で鑑別困難な患者が少なくないが、この結果は両者の鑑別の一助となるのではないだろうか。また、抑うつ状態を呈した適応障害患者は、抑うつ状態回復時においても、抑うつ症状を捉えやすく過剰に評価するか、または自己を過度に低く評価する性格傾向が認められるのではないかと考える。臨床的には、抑うつ状態の主観的評価と客観的評価の乖離に絶えず留意しておくことが、診断にも治療にも重要と考える。

4. SCL-90-R のパターン

双極性障害、大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、適応障害において、精神症状の程度は各疾患群にて差を認めるものの、各疾患群の SCL-90-R の下位分類のプロフィールは強迫症状と抑うつ症状が高い 2 峰性をしめす同型であった。神経症全般に対して行った山根ら^{27), 28), 29)}の結果は、男性では、強迫症状、抑うつ症状、対人過敏が高く、女性では、抑うつ状態、不安、強迫症状と 3 峰性で

あった。また、対人恐怖に対して行った塩路ら³⁰⁾の結果は、対人過敏が高い結果であり、神経症性障害と気分障害は、異なったSCL-90-Rの下位分類のプロフィールを示すのではないかと考えられる。また、強迫症状に関しては適応障害が他の疾患群に比べて有意に高い得点であったが、Bronisch³¹⁾らは、適応障害(抑うつ気分を伴うもの)と大うつ病性障害の臨床特徴をMunich Personality Testを用いて比較し、そのなかのrigidity(メランコリー親和型性格の中核的特徴の1つである強迫性をあらわすもの)は適応障害のほうが低い得点であったという、まったく逆の結果を報告している。この結果の違いには抑うつ状態の重症度や文化的要因が関与している可能性があるが、今後の検討課題の一つである。また、気分障害を対象にしたDorzら²⁶⁾の結果をFigure 2に示す。本研究と同じように大うつ病性障害・単一エピソード、大うつ病性障害・反復性、双極性障害を対象にしており、強迫症状と抑うつ症状が高い2峰性を示し、形態的には本研究の結果に類似していた。しかし、SCL-90-R得点は本研究より高い得点であったことは、HAM-Dの得点が中等度から重度という抑うつ状態の重篤さによってもたらされたものと考えられるだろう。以上から、気分障害圏のSCL-90-Rの形態は類似し

ており、SCL-90-Rの得点はHAM-Dの得点、いわゆる抑うつ状態の大きさに影響を受けやすいものと考えられる。本研究の抑うつ状態を呈した適応障害と気分障害の下位分類のプロフィールも同型であり、抑うつ状態を呈した適応障害は、心因の強い気分障害圏の一部と位置づけられる可能性があることを示唆している。今後の更なる研究が必要と考える。

本研究の限界

今回の検査において、BDIがうつ状態、SCL-90-Rが神経症性障害の症状を主観的に評価するものであり、HAM-Dは、うつ状態を客観的に評価するものであった。うつ状態に関しては、HAM-DとBDIにて客観的評価と主観的評価を行ったが、神経症性障害の症状はSCL-90-Rで主観的評価を行ったのみであった。そのため、神経症性障害の症状については、それを客観的評価と照合することができず、患者自身が症状を過度に評価したり、過剰に訴えているということが、すなわち主観的要因がどの程度関与しているのか、判断することができなかった。今後は、構造化、半構造化された面接を行いながら神経症の症状を客観的に評価を行うことが必要ではないかと考える。また、本研究では、回復時の精神症状を調査したが、うつ状態の症状を捉え、自責や他罰を検討するには、中等度、重度のうつ状態を研究の対象とすることや、健康群のSCL-90-Rを対象群とすることなどが必要ではないかと考える。

ま と め

気分障害と適応障害による抑うつ状態からの回復後の精神症状に関する比較研究を行った。対象は、気分障害と適応障害の

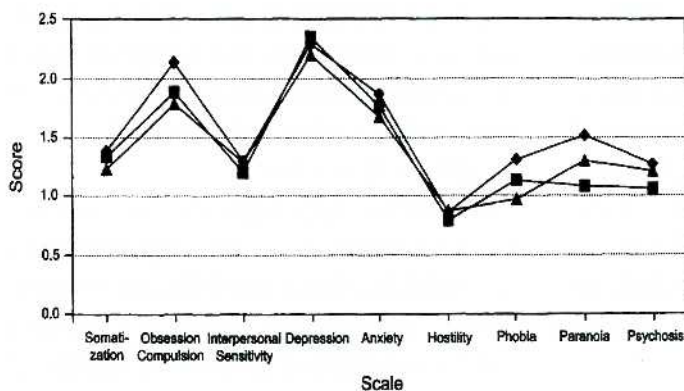


Fig. 2. HAM-Dが中等度以上のSCL-90-Rの結果(文献²⁶⁾より引用)

- ◆ : Major Depressive Disorder, Single Episode
 - : Major Depressive Disorder, Recurrent
 - ▲ : Bipolar Disorders
- HAM-D : Hamilton rating scale for depression

135名である。結果は、抑うつ状態の回復後のSDI得点は、適応障害、大うつ病性障害・反復性、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害の順に高く認められた。特に、適応障害は、大うつ病性障害・反復性、大うつ病性障害・単一エピソード、双極性障害と比べて、有意に高かった。また、HAM-DとBDIとの比較では、適応障害は、主観的評価と客観的評価に有意な差を認め、気分障害群は有意な差を認めなかった。

また、性差では適応障害、気分障害群ともSCL-90-Rの下位分類において有意な差を認めなかった。SCL-90-Rの下位分類の形態では、各群で得点の差はあるものの、形態的には類似しており強迫症状と抑うつ項目が2峰性に高かった。以上のことより、回復時にも精神症状を呈しやすいことを示唆しているものと考えられ、その精神症状の強さは心因との関係があるのではないかと考えた。

また、主観的評価と客観的評価に大きな較差が生じることは、適応障害の病前性格として、心身の不調を過度に自覚する傾向や自己を過度に低く評価する傾向が認められるためではないかと考えた。また、各疾患群で強迫症状と抑うつ症状が高い値を示していることは、気分障害圏の病前性格において強迫性格傾向が強いという報告に一致し、強迫症状と抑うつ症状は密接な関係をもつことを示唆しているものと考えた。また、抑うつ状態を呈した適応障害と気分障害の下位分類のプロフィールは同型であり、抑うつ状態を呈した適応障害は、気分障害圏の一群である可能性が考えられた。

謝 辞

本稿を終えるにあたり、本研究のご指導をいただきました青木省三教授に心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition). Washington D.C. 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 柴谷俊幸, 訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 1995)
- 2) Krapelin E : Psychiatri : Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 5 Aufl. Barth, Leipzig, 1896
- 3) Kretschmer E : Körperbau und Charakter. Neunte Auflage. Springer, Berlin, 1955
- 4) Tellenbach H : Melancholie. Springer, Berlin, 1961, メランコリー (木村敏 訳) みすず書房, 東京, 1978
- 5) 下田光造 : 躁うつ病の病前性格について. 精神経誌45 : 101-102, 1941
- 6) Allneas R, Torgensen S : Personality disorders among patients with major depression in combination dysthymic or cyclothymic disorders. Acta Psychiatr Scand 79 : 363-369, 1989
- 7) Charney DS, Nelson JC, Quinlan DM : Personality traits and disorder in depression. Am J Psychiatry 138 : 1601-1604, 1981.
- 8) 佐藤哲哉 : 気分障害の病前性格 臨床精神医学 29 : 863-876, 2000
- 9) Arieti & Bemporad J (1978) : Severe and Mild Depression : The Psychotherapeutic Approach. New York: Basic Books. (水上忠臣, 横山和子, 平井富雄 訳 : うつ病の心理-精神療法的アプローチ. 誠信書房, 東京, 1989)
- 10) Fridman AS : Hostility factors and clinical improvement in depressed patients. Archives of General Psychiatry 23 : 524-537, 1970
- 11) Moreno A, Selby MJ, Fuhrman A & Laver GD : Hostility in depression. Psychological Report 75 : 1391-1401, 1994
- 12) Riley W, Treiber FA & Woods MG : Anger and hostility in depression. Journal of Nervous and Mental Disease 177 : 668-674, 1989

- 13) Koh KB, Kim CH & Park JK(2002): Predominance of anger in depressive disorders compared with anxiety disorders and somatoform disorders. *J Clin Psychiatry* 63: 486-92, 2002
- 14) 鈴木常元, 安齊順子: 抑うつ者の外面的および内面的攻撃性. *心理臨床学研究* 16: 573-581, 1999
- 15) Herschel RAM, Klerman GL, Keller MB et al: Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *J Affective Disorder* 11: 81-89, 1986
- 16) 青木省三, 松下兼宗: 感情障害と周辺疾患-精神療法, 別冊 日本臨牀 領域症候群シリーズ No.39精神医学症候群 I-統合失調症と周縁疾患など- 大阪, 日本臨牀社, 2003, pp 385-389
- 17) 青木省三: 「うつ状態」の精神医学-うつ状態に対する精神療法的アプローチについて考える. *臨床精神医学* 34: 717-722, 2005
- 18) Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ et al: 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) 大庭さよ, 増田智美, 島 悟: うつ病 自己評価尺度 *臨床精神医学 増刊号*: 233-241, 2004
- 21) Derogatis LR, Lipman RS, Covi L: SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale-Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*: 13-28, 1973
- 22) 中尾和久, 高石 穰: 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
- 23) Winokour G (荒井由美子訳): うつ病の下位分類. *精神科診断学* 1: 147-155, 1990
- 24) Kielholz P (清水信訳): 抗うつ薬の作用スペクトラム. *臨床精神医学* 7: 807-814, 1978
- 25) 数川 悟, 大平泰子: ストレス対処と適応障害 *こころの科学* 114: 71-74, 2004
- 26) Dorz S, Borgherini G, Conforti D, Scarso C, Magni G: Depression in inpatients: bipolar and unipolar. *Psychological Reports* 92, 1031-1039, 2003
- 27) 山根茂雄: 神経症圏の女性にみられる自覚症状の世代の特徴 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
- 28) 山根茂雄, 小野和哉, 中村 敬, 牛島定信: 最近の神経症圏の病態における世代間の相違-外来症例に関する SCL-90-R を用いた検討. *日本社会精神医学会雑誌* 10: 109, 2001
- 29) 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
- 30) 塩路理恵子: 対人恐怖女性例の臨床的検討. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集* 12 93-96, 2001
- 31) Bronisch T, Hecht H: Validity of adjustment disorder, comparison with major depression. *J Affect Disord* 17: 229-236, 1989