

北村俊則 (2016). 慢性抑うつ状態の構造: 状態抑うつと特性抑うつ, 精神科臨床サービス, 16 (1), 114-119.

抄録

うつ病の多くは治癒するが、慢性化することも少なくない。こうした例は病前のパーソナリティに由来することが考えられる。パーソナリティ障害にうつ病が合併する率が高い。うつ病は急性の抑うつ状態であり、一定のパーソナリティ障害（特に回避性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害）は慢性の抑うつ状態と分類することもできよう。抑うつ状態はその時点の状態であり、近年の統計解析技法の進展により、ここから特性部分を統計学的に切り離すことが可能になった。手持ちのデータで解析した結果、Self-rating Depression Scale で評価した抑うつ状態は特性と状態に分けることができた。臨床に戻せば、個々の患者の生活史を詳しく聴取し、その者のパーソナリティを評価することで、より有効な介入方策を決めることができるようになるであろう。

Key word: うつ病、パーソナリティ、共分散構造分析、状態と特性

1：うつ病の慢性化

うつ病は比較的短い期間で治癒するものである。しかし、少数ではあるが慢性化したり、頻回に現れることがある。かつて著者は日本国内で行った非臨床人口における精神疾患の疫学研究⁸⁾で、対象となった220名（男性96名、女性124名）のなかの大うつ病エピソード（診断基準はDSM-III-R）の障害有病率が14%（30名）であることを見出した。そして、短期（2年未満）の単一エピソードが19名、反復性うつ病あるいは慢性うつ病（2年以上の経過）が11名に認められた。つまりうつ病経験者のうち約1/3は慢性化あるいは反復するものであった。もちろん、過去のうつ病の記憶は時間とともに消えてゆくので、実際には慢性化率はそれほど高いとは思えない。

この時の疫学研究は、児童期（特に15歳以前）の様々な経験が成人となって以降の精神疾患とどのように関連するかを見ることに主眼が置かれていた⁷⁾。児童期の経験には、父母との離別・死別、父母からの身体的虐待、父母の養育態度、家庭内外で経験したライフイベントが含まれていた。そこで、主要精神疾患をまったく経験していない正常群（173名）と単一エピソードうつ病群（19名）、反復性・慢性群うつ病群（11名）の3群を区別する予測因子を求めるため、判別関数分析（discriminant function analysis）を行った（表1）。2つの判別関数が同定され、function 1は（いずれかの）うつ病群を正常群から区別するもので、function 2は単一エピソードうつ病群を反復性・慢性群うつ病群から区別するものと判断できた。この結果、正常群に比べるとうつ病群はそのタイプによらず、男性より女性が多く、児童期に父が過干渉であり、一方、その母はケアが低く、過干渉でなく（!）、身体的虐待が多いという特徴を有していた。一方、単一エピソードうつ病群に比べると反復性・慢性群うつ病群は、父の過干渉が低く（!）、母の過干渉が強く、身体的虐待も多かった。当初、うつ病を起こしやすい因子ほど、長期化・反復化も促進すると考えたが、それは母による身体的虐待にのみ当てはまり、他の変数には当てはまらなかった。つまり、うつ病を起こしやすい要因が、必ずしも慢性化の要因ではないことが推定できた。

2：慢性の抑うつ状態はパーソナリティ障害か？

うつ病の経過中に慢性化する要因は病前のパーソナリティにあることも考えられる。たとえば、23か所の精神科医療機関において通常に治療が行われた初診のうつ病患者を追跡した研究では、平均3か月で寛解に至っていると報告されている。詳しく見ると、26%の患者が1か月以内に、63%の患者が3か月以内に、85%の患者が12か月以内に、そして88%の患者が24か月以

内に無症状あるいは最小限の症状にまで改善している²⁾。

しかし、これには例外がある。すでに2年以上持続している気分障害（うつ病を含む）をさらに2年間継続して観察した Furukawa, Awaji, Nakazato, & Sumita¹⁾ は、このうち寛解に至ったのはわずかに8%であったと報告している。

こうした慢性化したうつ病患者を非慢性のうつ病患者との比較（症例対照研究）では、両者にはうつ病の重症度には差はないものの、前者の方が社会機能の多くの領域で機能の低下が見られており、思春期における友人関係が不良で、病前の機能が不良であった。このことから、慢性患者における社会的不適応（復職困難など）はうつ病の結果ではなく、患者の長期にわたる特徴の現れであるとの仮説が支持されているといわれている³⁾。これはうつ病の慢性化にパーソナリティが関与していることを示唆しているものと考えられる。また慢性化した気分障害患者のクラスター分析では3クラスターが同定されており、この第2クラスターは女性に多く、他の2クラスターに比べて発症年齢が遅く、その発症年齢の平均は49歳であった⁴⁾。

さらに、パーソナリティ障害とうつ病の合併率（comorbidity）が高いことはよく知られている。うつ病の生涯有病率は、パーソナリティ障害を有さない者では9%、paranoid personality disorder を有する者で29%、schizoid personality disorder を有する者で0%、schizotypal personality disorder を有する者で65%、obsessive personality disorder を有する者で31%、histrionic personality disorder を有する者で46%、dependent personality disorder を有する者で29%、antisocial personality disorder を有する者で35%、avoidant personality disorder を有する者で80%、borderline personality disorder を有する者で62%という報告がある¹⁰⁾。回避性パーソナリティ障害と境界性パーソナリティ障害で飛びぬけてうつ病の合併が多いことに気がつく。

回避性パーソナリティ障害の診断的特徴は「批判、非難、拒絶に対する恐怖のために、重要な対人接触を避け」、「避難や批判でとても傷つけられたと感じ」、「内気で、静かで、抑制的」となり、「不完全と感じたり、自尊心が低かったりする」ことであり、持続的で軽症の抑うつ状態との区別は困難である。境界性パーソナリティ障害の診断的特徴は「気分の著しい反応性」があり、これが「強烈的な挿話性の不快気分、易怒性、不安」として現れ、「慢性的空虚感」を有する一方で、怒りの表現の後で「恥ずかしさや罪責感」につながることであり、これも持続的で軽症の抑うつ状態との区別は困難である。つまり、スナップショットの状態像だけを見れば、それが気分障害の症状か、持続的なパーソナリティ障害の特徴であるのかの区別は非常に困難なのである。抑うつや不安といった気分の症状が、比較的短い期間でおさまれば気分障害と考え、持続的であればパーソナリティ障害と考えることが精神医学の伝統であったのであろう。前者は急性の病態

であり、後者は慢性の病態である。

スナップショットの横断面では同じ状態であっても、その経過から急性と慢性に分け、それぞれに違う病態を想定するのは Sidenham からの医学的思考方法であった。精神医学における診断もこの伝統を多く取り入れていた。急性の病態と慢性の病態の関係をどう捉えるかは、古くて新しい課題である⁵⁾。

3：状態と特性からみたうつ病の慢性化

精神医学や心理学領域では特性 (trait) と状態 (state) という概念がある。例えば血圧（ここでは議論を簡略にするため収縮期血圧に限定）を例に考えてみよう。毎月血圧測定を行うと、個々人の血圧は一定の傾向が見られる。いつも正常範囲の人もいる一方で、いつも非常に高い値をしめす人もいる。しかし、測定するたびに全く同じ値を示すものでもない。ある時には急に高い値を示すこともある。もともとその個人が個性(?)として有している血圧値が特性である。その一方、おそらくは環境の影響（例えば直前に職場や家庭で不快な出来事が続いた）で時々血圧は上下する。この上澄み (surplus) の部分を特性部分に積み上げた合計が、状態としての血圧である。どれほどが特性でどれほどが上澄みかは、1 回の測定では分からない。しかし、複数回測定し、これをグラフにすると、直感的にどの程度が特性かが分かる (図 1)。図 1 では 5 回にわたって継時的に測定が行われている。各回の測定が棒になって表示されている。棒の最下部の黒塗りの部分が特性である。その上にある横縞の部分が上澄みである。特性と上澄みはそれぞれ誤差部分 (測定誤差) がある。これら全部を合わせたのが状態であり、われわれが測定できるのはこの部分である。T2 に比べると T3 において血圧は急に上昇している。T3 の直前にストレスフルな出来事が起きていた結果である。病因を考えてみよう。特性の部分は遺伝 (親が高血圧であった) や持続的環境要因 (日々の食事による塩分摂取量が多い) であろう。一方、上澄みは直前の環境変化が原因で上下するのであろう。

こうした考察をうつ病に適用してみよう。仮にうつ病の重症度を DSM の大うつ病診断の A 基準 9 項目のうち、該当する項目数であると考えよう。抑うつ状態の重症度は 0 から 9 の間の値を示す。この時、5 点以上になると「うつ病」の診断基準が与えられる。架空の事例を考えてみよう。A さんは従来、何ら抑うつ症状がなく、つい 2 か月前に希望しない転職を命じられ、それから重症 (8 点) のうつ病になった。A さんでは特性抑うつはほとんどなく、状態抑うつのほとんどは上澄みで形成されている。上澄みの部分を治療すれば、A さんのうつ病は完全寛解する。B さんは小学校の頃から「ネクラ」で、抑うつは 1 点から 2 点の間を上下してきている。

しかし、5 点を超えることは一度もなかった。Bさんの診断は回避性パーソナリティ障害とついで。気分障害の診断がつくことはない。Cさんは高校生の頃から抑うつ状態が始まり、重症度は2点と4点の間を往復し、良い日もあれば悪い日もあるという状態だった。Cさんには気分変動性障害という診断名が与えられる。しかし、あるとき、Cさんは友人関係でトラブルが起き、それがきっかけで抑うつ重症度は6点になった。この段階で、Cさんには大うつ病性障害の診断が加わることになる。DSMの診断名からすると、この3名は異なる疾患を有することになる。しかし、抑うつ状態が特性と上澄みの合算でできたものとしてしてみると、実質的に大きく異なるものではない。ただしAさん大うつ病の診断がつくにはかなり大きなストレスが必要であろうが、Cさんが大うつ病になるには比較的軽微なストレスで済むであろう。

こうした考察は従来、理念的のものであった。しかし近年の共分散構造分析（構造方程式モデル structural equation modelling: SEM）では、複数回（おそらくは3回以上）の繰り返し測定を行うことで、状態を特性と上澄みに分ける計算が可能になる。そこで、手持ちのデータを用いて、SEMによる特性抑うつ「切り出し」を試してみよう。

データは2つの大学の学生で1週間間隔で4回の調査のできた404名（男性82名、女性322名）で、平均年齢（標準誤差）は男性で19.4(0.2)歳、女性で19.9(0.1)歳あった。各回に以下の評価を行った。

抑うつ状態：Self-rating Depression Scale (SDS)¹¹⁾のうち、気分の下位項目7項目⁶⁾を用いた。

ライフイベント：単一項目による設問、「前回調査時点以降、あなたが経験したイヤなこと、困ったこと、悪いことで一番たいへんだったことをひとつだけ思い出してください。それは、あなたにどれほどの影響をあたえましたか」によって、悪い影響を0から100までの得点で回答させた。

さらに第1回調査時点で、Child Abuse and Trauma Scale (SATS)⁹⁾を用いて児童期の被虐待体験を測定した。SATSの下位尺度としてネグレクトと心理的虐待 (neglect and emotional abuse)、罰と叱りつけ (punishment and scolding)、性的虐待 (sexual maltreatment)、親同士の不和 (marital disharmony) を使用した。

なお、この研究は熊本大学大学院生命科学研究部倫理審査委員会の承認を得て行った。

ここで用いたSEMは図2に示してある。4時点(Time 1, Time 2, Time 3, Time 4)でのSDS得点をSTATEとし、各時点の直前の1週間のライフイベントの影響度をNLEと表示した。また、STATEを規定しているのは(1)共通のTRAIT DEPRESSIONと(2)各時点での上澄み(SURP)で構成され、後者は各時点のNLEの影響を受けるというモデルにした。ライフイベン

ツは起こり易さという共通部分があると考え、これを TRAIT STRESSOR と設定した。一方、児童期に受けた虐待の 4 項目から測定モデル (CHILD ABUSE) を作った。CHILD ABUSE は TRAIT DEPRESSION と TRAIT STRESSOR に影響し、加えて TRAIT DEPRESSION と TRAIT STRESSOR の間には共分散があるとした。

その結果 (図 3)、良好な適合度 ($\chi^2/df = 11.1$, CFI = 0.963, RMSEA = 0.065) の結果が得られた。予想通り、各時点の状態抑うつは特性抑うつと各時点の上澄みから予測でき、さらに後者は各時点のライフイベントから予測できた。特性抑うつと特性ライフイベントは児童期の被虐待経験から有意に影響されていた。

今回のモデルはあくまで試行段階のものであるが、共分散構造分析を用いれば、一時点の心理状態から特性部分を数学的に「切り分ける」ことが可能であることが示された。こうすることで、原因研究においては、特性の原因と上澄みの原因を分けて研究することも可能になる。

4 : 臨床に戻って

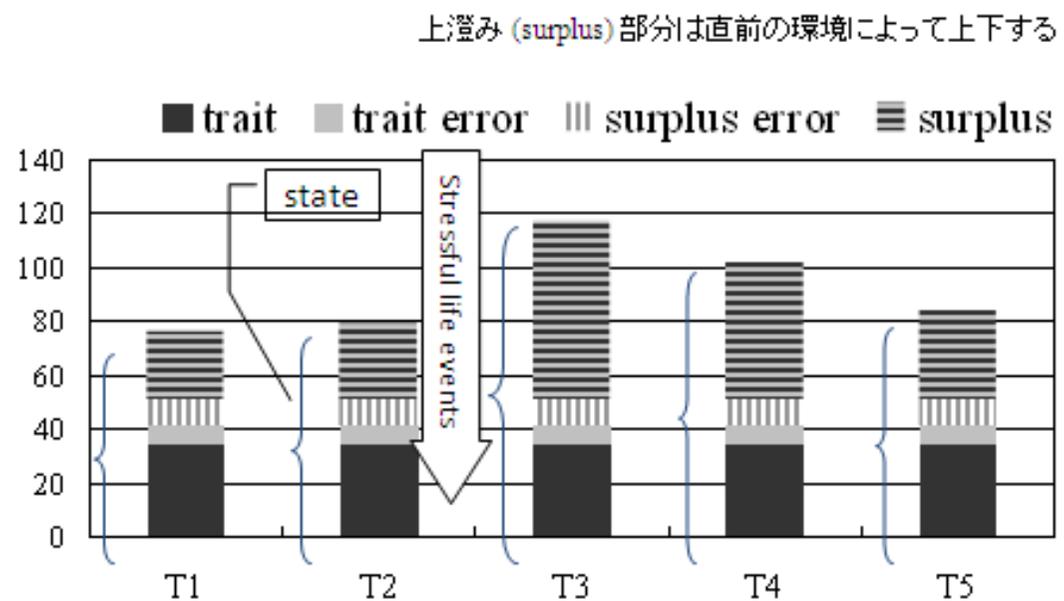
北米の精神科診断学における 20 世紀の大きな進展のひとつは、精神疾患とパーソナリティ障害を分けて考え、「疾患かパーソナリティか？」という議論から「疾患とパーソナリティの併合」というパラダイムシフトが行われたことであろう。しかし、これはヨーロッパ精神医学では目新しいことではなかった。さらに、パーソナリティとしての抑うつから疾患としての抑うつへの移行を、両者が慢性状態と急性状態が質的に異なるものという二元論的アプローチに縛られていた状態から、単に量的な変動であると考えることで、より柔軟なアプローチが可能になる。この点は SEM を用いた研究で証明可能なパラダイムになりうる。

こうした考えを臨床に戻せば、患者の状態をまずはパーソナリティの視点で見ていくことが必要であろう。パーソナリティは個人の思考、感情、行動の時間と状況を超えた共通的特徴 (個性) である。パーソナリティを評価する一番の方法はその個人の生活史を細かく聞き取りことである。その個人が、どのような状況でどのように感じ、考え、行動した (あるいは行動できなかった) かを聞き取ることである。ストレス状況で抑うつ的になる個人がいたとしよう。ある時点で重症の抑うつ状態になり大うつ病性障害の診断が与えられた場合、治療 (例えば薬物療法) が奏効し回復した状態は本来のパーソナリティである。ここで軽い抑うつ状態が見られたとして、更に薬物を増量あるいは変更しても「回復」は見込めない。さらなる支援が必要であるなら、行うべきはその個人のパーソナリティを標的にした支援であろう。

文 献

- 1) Furukawa, T., Awaji, R., Nakazato, H., Sumita, Y.: (1995). Persistence of chronic mood disorders: A 2 year follow-up. *Psychiat. Clin. Neurosci.*, 49; 19-24, 1995.
- 2) Furukawa, T. A., Kitamura, T., Takahashi, K.: (2000). Time to recovery of an inception cohort with hitherto untreated unipolar major depressive episodes. *Br. J. Psychiat.*, 177; 331-335, 2000.
- 3) Furukawa, T., Nakazawa, H., Sumita, Y.: Characteristics of chronic outpatients with unipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 88; 273-277, 1993.
- 4) Furukawa, T., Sumita, Y.: A cluster-analytically derived subtyping of chronic affective disorders. *Acta Psychiat. Scand.*, 85; 177-182, 1992.
- 5) 北村俊則：精神科診断学概論：病理所見のない疾患の概念を求めて。北村メンタルヘルス研究所，東京，2013.
- 6) Kitamura, T., Hirano, H., Chen, Z., Hirata, M.: Factor structure of the Zung Self-rating Depression Scale in first-year university students in Japan. *Psychiat. Res.*, 128; 281-287, 2004.
- 7) Kitamura, T., Kijima, N., Aihara, W., Tomoda, A., Fukuda, R., Yamamoto, M.: Depression and early experiences among young Japanese women: Multiple facets of experiences and subcategories of depression. *Arch. Women. Ment. Health*, 1; 27-37, 1998.
- 8) Kitamura, T., Sakamoto, S., Yasumiya, R., Sumiyama, T., Fujihara, S.: Child abuse, other early experiences and depression: II. Single episode and recurrent/chronic subtypes of depression and their link to early experiences. *Arch. Women. Ment. Health*, 3; 53-58, 2000.
- 9) Sanders, B., Becker-Lausen, E.: The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse Neglect*, 19; 315-323, 1995.
- 10) Zimmerman, M., Coryell, W.: DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Arch. Gen. Psychiat.*, 46, 682-689, 1989.
- 11) Zung, W. W. K.: A self-rating depression scale. *Arch. Gen. Psychiat.*, 12; 63-70, 1965.

図 1. 特性と状態の継時的変化



北村俊則：精神科診断学概論：病理所見のない疾患の概念を求めて. 北村メンタルヘルス研究所. 2013 から許諾を得て引用

図 2. 特性と状態の継時的変化の共分散構造モデル

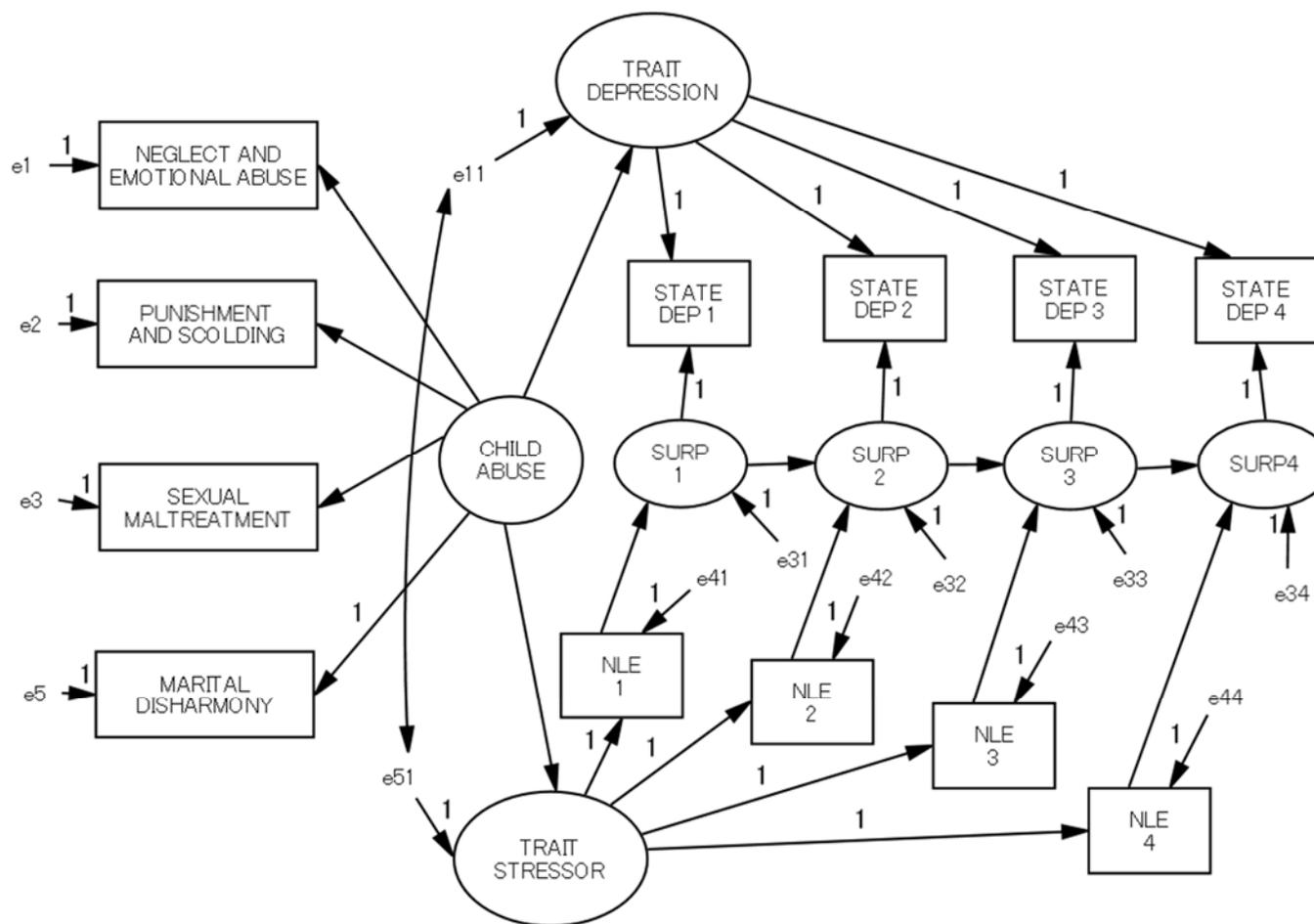


図 3. 特性と状態の継時的変化の共分散構造モデルの結果

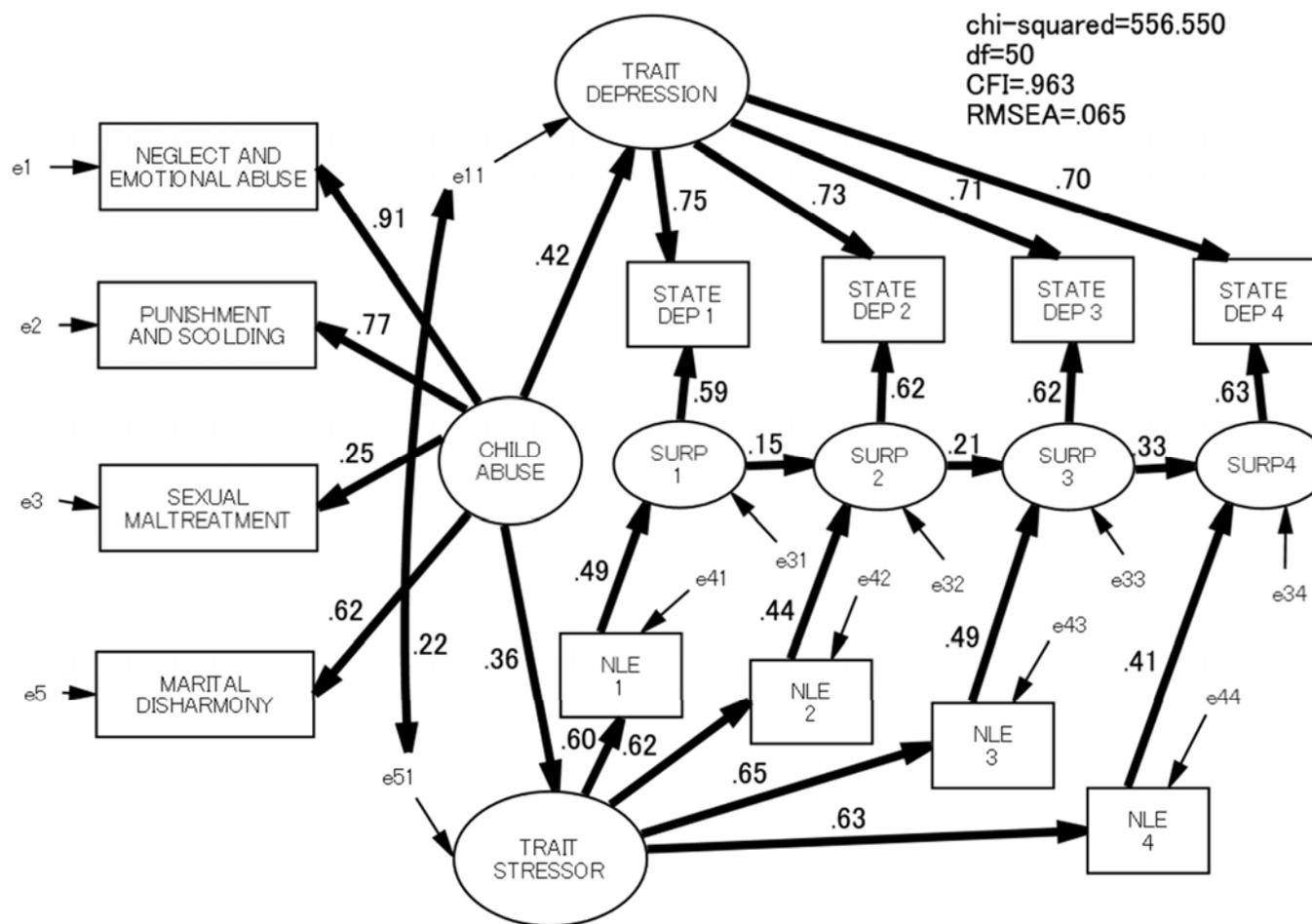


表 1. 正常群（173 名）、単一エピソードうつ病群（19 名）、反復性・慢性群うつ病群の判別関数分析

変数	Standard canonical discriminant function coefficients	
	Function 1	Function 2
女性	0.60	0.15
高年齢	-0.25	0.04
父の過干渉	0.51	-0.85
母のケア	-0.48	0.04
母の過干渉	-0.70	0.50
母による身体的虐待	0.63	0.53
健康関連ネガティブ・イベント	0.28	-0.03