

論文の内容の要旨

論文題目

抑うつ症状と神経症症状に着目した精神障害診断基準の研究

(1) 横断面の因子分析 および

(2) 縦断面的前方視的 2 年転帰調査による検討

氏名 平井 利幸

I. 背景と目的

近年、精神医療の対象が入院から外来中心のより軽症の疾患にシフトしてきている。精神科外来治療においては、軽症うつ病やいわゆる神経症の患者の占める割合が増えている。操作的診断基準を中心とした精神科診断の歴史を振り返ると、感情障害(症状)を重視する流れがみられる。DSM-III(1980)以降、機能性精神障害の分野において感情障害圏が統合失調症圏と神経症圏の両方向に拡張された感がある。さらに、近年では「軽症うつ病エピソード」を定義する(ICD-10)など、より軽症の障害を診断する方向もみてとれる。本稿では、こうした臨床・診断の流れを考慮し、抑うつ症状と神経症症状に着目した検討を行った。特に、前者の抑うつ症状に焦点を絞り、横断面・縦断面的の両側面から機能性精神障害の診断基準の再検討を行った。

II. 方法

厚生省(現厚生労働省)の感情障害研究班を中心に組織された多施設共同研究グループ(GLADS)は、1992 年末から 1995 年末までの 3 年間に共同研究参加施設を初診した患者の代表的サンプルに対して、PISA と呼ばれる評価方法(半構造化面接)によりスクリーニング調査を実施した。この調査では、人口統計データのほか操作的診断基準(DSM-III-R)の診断基準に相当する 33 個の症状項目を

もれなく評価した。

研究Ⅰにおいては、スクリーニング症例の中から、18才以上でかつICD-10の診断基準により感情障害(躁状態を除く)(F3)および神経症性障害(F4)と診断された1288例を選択した。そして、全ての神経症症状(抑うつ症状を含む)の基礎出現率を調べ、サンプル全体の5%以上に出現した14個の神経症症状を因子分析した。次に、得られた5個の症候因子と外部指標(人口統計学的変数および臨床変数)の相関を調べた。また、F3/F4の各診断亜型における5個の症候因子の出現頻度も調べた。

研究Ⅱにおいては、前記のスクリーニング調査を経てある基準を満たした(初診前3ヶ月間に抗うつ薬ないし抗精神病薬による治療を受けたものを除くなど)症例の中から、統合失調症圏(F2)の障害21例と神経症圏(F4)の障害26例を選び、COALAと呼ばれる評価方法を用いて前方視的に追跡し、2年後の転帰を調査した。F2およびF4の障害をそれぞれ抑うつ症状の有無により二群に分け、発症様式と2年転帰を比較検討した。

Ⅲ. 結果

1. 研究Ⅰの結果

因子分析により5個の因子が得られた。それぞれ、①全般性不安因子、②抑うつ症状因子、③強迫症状因子、④恐怖症性不安因子、⑤身体表現性症状因子であった。こうした症候因子と外部指標との間には次のような相関がみられた(表1)。この中で特に注目すべきは、抑うつ症状因子が他の神経症因子と比較して、「発症様式が急性」でしかも「発症から受診までの期間が短い」ことで特徴付けられた点である。これらの特徴は、病識ないし受療行動と関係し、ひいては良好な転帰につながる可能性がある。

表1 5個の症候次元と人口統計学的変数・臨床変数

	全般性不安	抑うつ症状	強迫症状	恐怖症性不安症状	身体表現性症状
性	.179	.856	.254	.000***	.465
年齢	.020	.064*	-.134***	-.153***	.115***
発症年齢	.007	.097***	-.185***	-.176***	.114***
疾病期間	.037	-.155***	.129***	.090**	.031
発症様式	-.034	-.107***	.112***	.010	.021

(*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001)

次に、F3/F4各診断亜型における5個の症候因子の出現頻度を調べたところ、それぞれ概ねICD-10の診断亜型に相当する分布を示した。

2. 研究Ⅱの結果

統合失調症圏(F2)の障害 21 例と神経症圏(F4)の障害 26 例をそれぞれ抑うつ症状の有無により二群に分け、発症様式と 2 年転帰を比較検討した。その結果、抑うつ症状を伴う群は両障害圏とも、統計上の有意差は認められなかったものの、発症様式がより急性で、症状面で寛解に至る傾向が認められた。(表 2)(表 3) また、統合失調症圏では、抑うつ症状ありの群で 2 年後の GAS 得点が有意に高かった。(表 2)

表 2 抑うつ症状の有無からみた 2 年転帰の比較(F2 圏)

	抑うつ症状 あり(n=6)	抑うつ症状 なし(n=15)	検定
急性発症の割合	83.3% (5/6 例)	35.7% (5/14 例)	χ^2 検定, Fisher の 直接確率法(両側) n.s. (p=0.14)
寛解群の割合	66.7% (4/6 例)	33.3% (5/15 例)	χ^2 検定, Fisher の 直接確率法(両側) n.s. (p=0.33)
2 年後の GAS 得点 (M±SD)	78.2 ±12.7	61.3 ±12.3	F 値 0.005, p=0.95 T 検定 p=0.012<0.05

表 3 抑うつ症状の有無からみた 2 年転帰の比較(F4 圏)

	抑うつ症状 あり(n=5)	抑うつ症状 なし(n=21)	検定
急性発症の割合	60.0% (3/5 例)	33.3% (7/21 例)	χ^2 検定, Fisher の 直接確率法(両側) n.s. (p=0.34)
寛解群の割合	80.0% (4/5 例)	40.0% (8/20 例)	χ^2 検定, Fisher の 直接確率法(両側) n.s. (p=0.16)
2 年後の GAS 得点 (M±SD)	81.3 ±9.6	77.3 ±9.2	F 値 0.065, p=0.80 T 検定 n.s. (p=0.45)

IV. 考察

ICD-10 では F4 項目の中に、歴史的に神経症概念と関連している障害、すなわち神経症性障害、ストレス関連障害、身体表現性障害が一括されている。その大部分が心理的原因と関連していると考えられてきた。研究 I で因子分析によって得られた 5 個の症候因子は、それぞれ ICD-10 (F3/F4) の診断亜型に相当しており、各診断亜型にほぼ特異的な出現様式を示した。このことは、現在使用されているカテゴリカルな診断基準の妥当性を証明している。ところで、この結果は自明なことのように見えるが必ずしもそうではない。すなわち、現行の操作的診断基準で使用されている基準は、専門家の合意に基づいた恣意的なものであり実証研究のデータに基づくものではないからである。特に神経症圏においては、神経症全体をカテゴリーに分ける(splitters)のではなく一まとめとして扱おうとする学派(lumpers)の意見も有力であった。

次に、研究 I によると、5 個の症候因子の中で抑うつ症状因子は他の神経症因子と比較して、「急性発症」で「発症から受診までの期間が短い」という臨床上的特徴を持っていた。これらの特徴は、病識ないし受療行動と関連があると考えられ、ひいては良好な転帰の予測因子となる可能性がある。

この結果をふまえて、研究 II の縦断面の前方視的追跡調査が行われた。統合失調症圏(F2)と神経症圏(F4)の障害をそれぞれ抑うつ症状の有無により 2 群に分け、発症様式と 2 年転帰を比較した。その結果、いずれの障害圏においても、(予想されるように)抑うつ症状ありの群で急性発症かつ転帰が良好である傾向が認められた。統合失調症および神経症の診断は、それぞれの障害に特異的な症状に基づいてなされる。抑うつ症状は、それらの障害に伴う非特異的な症状ではあるが、「始まりと終わりが明瞭である」或いは「急性発症でかつ転帰が良好である」という縦断面の特徴と関連があった。その臨床的意義は大きいと考える。これまで目立った症状(幻覚・妄想やパニック発作または強迫症状など)の陰にかくれて見逃されてきた可能性があるだけに、再度注目する必要があるのではなかろうか。