

## 軽症うつ病の実態

森下 茂, 植田美穂子, 山本 博三, 渡辺 昌祐

1993年の1年間に川崎医科大学精神科を初診したうつ病患者30例の重症度をICD-10及びDSM-III-Rによって評価し, 病歴, 治療経過を観察した。軽症8例(27%), 中等症21例(70%), 重症1例(3%)であった。1症例を除き29例の発症時の症状は軽度なもので, 徐々にあるいは急速に悪化して当科を受診していた。十分な抗うつ薬の投与で数カ月以内に改善した。最近の軽症うつ病と呼ばれる病態は, 内因性うつ病の経過の一時期と考えられ, 治療は軽症期こそ慎重かつ十分に行われなければならないと考えられた。

(平成6年3月31日採用)

### Mild Depression—A Definition and Therapeutic Problem

Shigeru Morishita, Mihoko Ueda, Hirokazu Yamamoto and Syosuke Watanabe

The authors studied the clinical course of mild depression. The subjects were 30 patients in depression. They were diagnosed by the International Classification of Disease, 10th (ICD-10) and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition, Revised (DSM-III-R). Among these patients 27 percent suffered from mild depression, 70 percent from moderate depression and 3 percent from severe depression. Mild depression is frequently masked by hypochondriacal and psychosomatic disorders. Some studies reported that mild depression did not grow worse and that treatment was easy. However, all of the mild depression patients in our study apparently had psychiatric symptoms, and gradually grew worse and worse. Therefore we wish to emphasize that mild depression is not an independent disease, but rather the early stage of major depression. The treatment of mild depression requires circumspection and quick action. (Accepted on March 31, 1994)

*Kawasaki Igakkaishi* 20(2): 121-124, 1994

**Key Words** ① Mild depression ② Diagnosis of depression

#### はじめに

Kraepelin (1899) が, 早発性痴呆と対比させて躁うつ病という疾患単位を確立させて以来, う

つ病は感情障害を特徴とする疾患として研究が進み, imipramine の発見以来抗うつ薬によって治療可能になってきている。今日のうつ病をめぐる臨床の中で, うつ病の軽症化が指摘され, 内科領域を中心として軽症うつ病という名称がし

ばしば聞かれるようになってきている。しかしながらこの軽症うつ病は、定義もあいまいで議論する人により多少概念の違いもあるように思われる。そこで我々は、当科を受診したうつ病患者より、軽症うつ病の実態を調査し検討を加えた。

から受診までの期間と経過などを精神科医師歴10年以上の医師が直接面接をして診断した。診断的には、器質疾患、神経症、精神分裂病、その他内因性うつ病と診断しがたいものは除外し、その後の経過からもうつ病と確定診断できたもの30例を対象とした。

## 方 法

1993年の1年間に川崎医科大学精神科外来を受診したうつ病患者に対し初診時に、ICD-10及びDSM-III-Rの診断基準による重症度、発症

全症例の結果をTable 1に示す。30例の内ICD-10及びDSM-III-Rの診断基準で、軽症と診断できたものは8例、中等症と診断できたも

Table 1. Summary of 30 cases

症例	性別	年齢	重症度		発症時期	受診までの経過	抗うつ薬による治療経過
			ICD-10	DSM-III-R			
1	男	55	中	中	2カ月前	軽症より徐々に悪化	2カ月で改善
2	男	38	中	中	1.5カ月前	軽症より徐々に悪化	3カ月で改善
3	男	52	中	中	3カ月前	軽症より徐々に悪化	1カ月で改善
4	男	37	軽	軽	2カ月前	軽症より徐々に悪化	2カ月で改善
5	男	45	中	中	8カ月前	軽症より徐々に悪化	途中通院中止
6	男	37	中	中	1カ月前	軽症より急速に悪化	2カ月で改善
7	男	46	軽	軽	1.5年前	軽症のまま経過	1週間で改善
8	男	34	中	中	1カ月前	軽症より急速に悪化	2カ月で改善
9	男	41	中	中	3カ月前	軽症より徐々に悪化	1カ月で改善
10	男	48	重	重	1.5カ月前	軽症より急速に悪化	8カ月で改善
11	男	49	中	中	4カ月前	軽症より徐々に悪化	3カ月で改善
12	男	47	中	中	1.5カ月前	軽症より徐々に悪化	4カ月で改善
13	男	33	中	中	2週間前	軽症より急速に悪化	1カ月で改善
14	男	50	軽	軽	10日前	軽症より徐々に悪化	2週間で改善
15	男	42	軽	軽	5日前	軽症より徐々に悪化	2カ月で改善
16	男	56	軽	軽	1.5カ月前	軽症より徐々に悪化	3カ月で改善
17	男	49	中	中	6カ月前	軽症より徐々に悪化	1カ月で改善
18	男	64	中	中	1カ月前	軽症より急速に悪化	1カ月で改善
19	男	23	中	中	2カ月前	軽症より徐々に悪化	3カ月で改善
20	女	55	軽	軽	2カ月前	軽症より徐々に悪化	1カ月で改善
21	女	25	中	中	2週間前	軽症より徐々に悪化	3カ月で改善
22	女	37	中	中	1.5カ月前	軽症より徐々に悪化	5カ月で改善
23	女	55	中	中	1カ月前	軽症より急速に悪化	1カ月で改善
24	女	36	軽	軽	2週間前	軽症より徐々に悪化	2カ月で改善
25	女	21	中	中	1カ月前	軽症より徐々に悪化	1カ月で改善
26	女	55	中	中	2カ月前	軽症より徐々に悪化	5カ月で改善
27	女	58	中	中	1週間前	軽症より急速に悪化	3カ月で改善
28	女	50	中	中	1カ月前	軽症より急速に悪化	3カ月で改善
29	女	50	中	中	3カ月前	軽症より徐々に悪化	2カ月で改善
30	女	62	軽	軽	1カ月前	軽症より徐々に悪化	1カ月で改善

のは21例、重症は1例であった。ICD-10とDSM-III-Rの重症度診断は各症例で一致していた。発症から受診までの期間は、3カ月以内に受診したものが26例とほとんどであった。そして症例7を除いた全ての症例は、発症時は軽い症状のみであったが、徐々に、または急速に悪化していた。本人の主訴では、不眠、食欲不振、胸部圧迫感など身体症状を訴えるものも多かったが、全症例面接により精神症状を確認することが出来た。抗うつ薬の十分な投与により、途中通院を中止した1例を除いて数カ月以内に改善していた。

## 考 察

### 1. 軽症うつ病の概念について

軽症うつ病という名称はよく口にされるものの、それがどのような病態をさすのかは、はなはだあいまいである。

福田<sup>1)</sup>は、軽症うつ病は症候群であり、状態像であるとして、1) うつ病の初期や回復期、分裂病の初期や回復期、2) 神経症性うつ病、反応性うつ病、適応障害、3) 内因もしくは何等かの病因によって起こるうつ状態、4) 身体疾患や依存症に起こる二次性うつ病、といったものを含むと述べている。そして臨床特徴として自殺観念が乏しいことを挙げている。

さらに横山<sup>2)</sup>は、うつ病における精神病理を重視し、逃避型うつ病や気分変調症などについても論じている。

笠原<sup>3)~5)</sup>は、軽症うつ病とは軽症非精神病性の抑うつ状態と考え、特に内因性のうつ病を重要視し、神経症と区別している。臨床像は、身体症状が主訴とされ、精神症状はこちらからの問診に応じて初めて述べられることが多いとし、仮面うつ病とほぼ同じ病像をさしていると考えてよいと述べている。さらに笠原は、精神的愁訴の中で自殺意図の存在を重要視している。うつ病が初期と回復期の軽症の時期に自殺が起こり易いことを考えれば当然注意しなくてはならないことであろう。

このように精神科領域の中でも論ずる立場により概念の違いが生じている。

内科や心療内科では軽症うつ病は、内因性うつ病が軽症化したものや身体化したものと考えられているようで、診断も内因性うつ病に準ずると述べている<sup>6)~8)</sup>。これらは笠原の考えに近いが、安藤<sup>9)</sup>は、軽症抑うつ症として110例を調査し自殺がなかったことから、それほど神経質になる必要はなく、内科領域で充分取り扱える<sup>9)</sup>と述べている。しかしながら、うつ病者は自殺の危険性はあるがいつも自殺企図を起こすとは限らない。加藤<sup>9)</sup>の報告によれば、1987年のわが国の人口10万人に対する自殺死亡率は19.6人で、そのうち40~50%が病苦によるものとされている。単純に計算すれば、全ての病気のこと自死を完遂した人は1万人に一人である。自殺企図はもっと多いにせよ、うつ病に限れば出現率は低くなるから100人程度でなかったからといって安心できるとはいえない。つまり教科書的にいえば軽症うつ病ほど自殺の危険性を含めて慎重に観察して行かなければならないもので、決して安易に取り扱えるものではないということである。

我々は、軽症うつ病の概念を笠原の考えに近く、狭く捉えるべきと考えている。今回内因性うつ病を調査して注目すべきことは、症例7を除いた全ての症例は、発症時は軽い症状で数カ月の間に徐々にあるいは急速に悪化していることで、発症初期は軽症うつ病と言えたということからも軽症うつ病は、内因性うつ病の経過の中の一時期をさしているものと考えられる。他の原因による軽い抑うつ症は、軽症うつ状態として、内因性のうつ病によるものとは区別するのが適当と考える。しかしながら、内因性うつ病と考えられる中にも症例7のように、かなり長期間悪化せず軽いうつが続いている例が実際に存在し、笠原<sup>5)</sup>やLesse<sup>10)</sup>も軽症うつ病であったのが、重症うつ病へと移行する可能性は高くはないといっているように、軽いままで経過するうつ病も存在するため、今後も内因性うつ病の中でも研究検討され軽症うつ病の概念をより

はっきりさせる必要があると考えられる。

## 2. 軽症うつ病の治療について

軽症うつ病を内因性うつ病と捉えるならば、治療は抗うつ薬による薬物療法と、安静休養を説く精神療法が主体となる<sup>8),11)</sup>。薬物療法上よく指摘されることに、症状が軽いと言うことで抗うつ薬の量が少なすぎることである。これにより遷延化する可能性があり、また先にも述べた自殺を防止することからも十分な薬物療法は、早期から始めるべきであろう。我々の症例4, 7, 14, 15, 16, 20, 24, 30は軽症であったがすべて十分の抗うつ薬投与によって数カ月以内に改

善を得た。一部の内科医の中には、軽症ないし中等度のうつ病の患者に抗うつ薬を投与する決心がつかない場合は、抗不安薬で治療するという人もいるが、これは抗不安薬は安全な薬物で抗うつ薬は危険な薬物という間違った認識を持っているためと思われる。うつ病に対する認識は広まりつつあるものの、程度の軽いものを軽症うつ病と呼ぶことによって、治り易いとか扱い易いとか安易に考える傾向が生まれつつある。軽症という言葉に迷わされることなく、うつ病を慎重に観てゆく姿勢が必要であると感じる。

## 文 献

- 1) 福田一彦：軽症うつ病の診断。臨床精神医学 22：269—275, 1993
- 2) 横山知行, 佐藤 新, 飯田 真：軽症うつ病の諸病態。臨床精神医学 22：277—283, 1993
- 3) 笠原 嘉：内科・婦人科を初診することの多い「軽症うつ病」者について。臨床と研究 47：152—156, 1970
- 4) 笠原 嘉：うつ病—軽症うつ病。臨床精神医学 15：851—854, 1986
- 5) 笠原 嘉：軽症うつ病の症状と診断。日医会誌 100：1012—1015, 1988
- 6) 久保木富房：心療内科における軽症うつ病。臨床精神医学 22：285—289, 1993
- 7) 久保木富房：軽症うつ病。心身医療, 6：19—23, 1994
- 8) 安藤一也, 祖父江逸郎, 河野慶三：内科領域における軽症抑うつ症。日医新報 2423：11—16, 1970
- 9) 加藤正明：わが国の自殺。精神保健研究 37：3—11, 1991
- 10) Lesse S：Masked depression-A diagnostic and therapeutic problem. Dis. Nerv. Sys. 29：169—174, 1968
- 11) 稲本淳子, 上島国利：軽症うつ病の治療。臨床精神医学 22：299—305, 1993