

老年期のうつ病



琉球大学・精神病態医学分野  
近藤 毅

1. はじめに

高齢化社会を迎え、老年期のうつ病は高齢者の自殺予防や良好なQOL維持の観点から重要な問題となっている。この年代のうつ病に対する親和性の高さは、老化に伴う生物学的・心理的要因の関与や高齢者を取り巻く厳しい社会構造の変化からも説明されよう。また、他年代よりも死に対する恐怖感や忌避感が少ない点は、苦痛からの解放や清算を求めての自殺行動に踏み切る閾値の低さにもつながりうる。本稿では、老年期のうつ病に特有な背景因子、症候学的特徴・経過およびその予防と治療について述べたい。

2. 背景にある状況因子

高齢者の自殺の原因として、病苦に代表される健康問題と対象・役割喪失を含めた孤立状況が大きいとされる。運動・感覚・知的機能の生理的衰えに慢性の身体疾患の合併が加わることで、心理的には心気のおよび抑うつ的構えを形成しやすくなる。一方において、家族およびコミュニティのサポート機能が低下した社会状況が、年々高齢者の社会的孤立を助長している

懸念も拭えない。したがって、高齢者は自身の健康への心細さとは裏腹に頼るべき対象や環境を見出しにくい、という持続的負荷状況に曝されているともいえよう。特に、高齢男性の場合は配偶者の喪失が大きな痛手となることが多い。このため、高齢者のうつ病および自殺予防対策には、高齢孤立世帯への積極的な保健活動や、生きがいや役割を持てる地域づくりを行政面で推進する必要があるとされている。

3. 症候学的特徴と経過

他世代と比較した場合の、老年期のうつ病の症候学的特徴を以下に挙げる。

- 1) 強い不安・焦燥を伴うことがある
- 2) 頑固な心気症状を伴うことが多い
- 3) 妄想形成(罪業・貧困・心気)を伴いやすい
- 4) 仮面うつ病(身体症状化)の形を取りやすい
- 5) 全身性の身体機能低下を伴いやすい
- 6) 仮性認知症の症状を示すことがある
- 7) 自殺企図が少なくなく、致死率の高い手段選択のため既遂率が高い

2), 4), 5), 6) は、プライマリ・ケアの現場や身体疾患治療の経過中にも遭遇しうる症状である。はじめに身体学的・器質学的なアプローチから検索される場合が多いが、症状と密接に関連する異常所見が見出されない場合は、むしろ積極的にうつ病を疑って問診を進めてみるべきであろう。問診の順序は、身体面から精神面へ、表面的な活動性の低下から内面の感情・思考の変化へ、と向かう流れが自然で聞き出しやすく、希死念慮についてはそのリスク評価と併

表1. うつ病の問診手順

● 身体症状から	
「眠りはどうですか」	(就眠困難・途中覚醒・早期覚醒・逆に過眠傾向)
「食欲はどうですか」	(食思不振・体重減少 / 過食・体重増加)
● 喪失症状(活動能力の低下)	
「趣味・TV・新聞は?」	(手が出ない・楽しく感じない・苦痛に感じる)
「集中できますか」	(集中できない・続かない・途中でやめてしまう)
「やる気、や、疲れは?」	(意欲低下・エネルギーがない・易疲労・倦怠感)
● 産生症状(感情・思考の変化)	
「気分が沈みますか」	(抑うつ感・不安・マイナス思考・朝具合が悪い)
「落ち着かない気持ち、頭が働かない感じは?」	(イライラする・考えが進まない・決断できない)
「情けない、申し訳ない」	(自分がろがない・役立たずに感じる・皆に迷惑)
● 希死念慮	
「居なかりたい、とか、ふと死んだ方が楽、と思う?」	(自殺願望・方法を考える・行動を起こしそうになる)

せて必須で確認すべき事項とされている(表1)。

1), 3), 7) については、精神科頼診を早目に考慮した方がよい。なぜなら、強い焦燥は衝動的な自殺行動に結び付きやすく、妄想形成で歪んだ現実認知は確信的な自殺行動へと向かいやすいためである。また、いったん自殺企図にまで至った症例は、再度企図するリスクが非常に高くなることもよく知られた事実である。これらのケースは精神科領域においても入院管理を原則とするので留意されたい。

高齢者のうつ病においては、遷延性の経過や再発を繰り返す場合も少なくない。このような難治例も抗うつ薬単剤での対処が難しいため専門科頼診を原則とすべきであろう。プライマリ・ケアの守備範囲でカバーすべきうつ病は、単極性うつ病の初発例でしかも薬物治療にもよく反応するものに限局した方がよい。一方、軽症ながら慢性化したうつ状態を呈する症例においては、神経症化せざるを得ない膠着した家族力動・生活状況が背景に隠れていることも多く、薬物療法には部分的にしか反応しない。この場合も、社会心理的側面からのアプローチにより積極的な介入を行うためには、時宜を得た精神科受診が望ましいであろう。

#### 4. 予防と治療

高齢者は他世代と比べてうつ病に対する偏見の強さが目立ち、他世代よりも、「恥ずかしい」、「迷惑になる」「逃げている」「弱い人間になるもの」といったマイナスのイメージを持つ一方で、「自分の力で何とかする」「治療には消極的である」という傾向がある。これらの偏見は、うつ病予防に向けて持つべき柔軟な心理的構えとは対極的な位置にある。そこで、高齢者向けの普段の生活態度や構えとして、「自分の力を過信しない」「悩みやストレスを放置・無視しない」「相談できる人間関係を持ち、アドバイスを耳を傾ける」「恥と迷惑の建前よりも、気持ちに素直に行動する」などの一般的な心理教育を行うことも心掛けたい。また、うつ状態に至らないまでも普段の認知・思考パターンに悲観

的・消極的・否定的な要素が感じられた場合は、それらのマイナス思考の癖を修正する援助を行う認知療法的アプローチが、うつ病発症予防につながりうる。さらに、高齢者の心理は周囲の状況に反応性に影響されやすいことから、普段から家族カウンセリングや生活指導を含めた環境調整を行っておくことも重要な予防となるであろう。

薬物療法に関しては、高齢者に対しても安全性の高いSSRI（セロトニン再取り込み阻害剤：パロキセチン、フルボキサミン、サートラリン）や四環系抗うつ薬（ミアンセリン、セチプチリン）が使用されることが多い。前者は不安感、抑うつ気分、焦燥感、希死念慮など感情面の変化に関連した症状の改善に優れ、後者は精神運動抑制、集中困難、意欲減退、興味の喪失などエネルギーの低下に関連した症状に有効とされている。これらの効果発現は迅速なものではなく、2週後より感情面での回復が実感され、4週後より億劫感が軽減され始めるので、予め経過の見通しを伝えておくことが治療からの早期離脱を防ぐうえで重要である。また、うつ病は1年以内の再発率が高く、回復した後も寛解時投与量にて少なくとも半年間は維持することが再発予防に有効とされている。

支持的精神療法の原則は、傾聴・共感・理解・受容・支持などの要素からなるが、今後の病状について、「一進一退することもあるが治療2～3ヶ月で回復されることが多い」という一般的な説明を付け加えることで安心感と先行きへの期待感を持ってもらうことも重要である。認知療法的アプローチは時期的に薬物療法に十分な反応がみられた後に行う方が浸襲は少なく、主として再発予防を目的に適用すべきである。一方、家族には激励・楽観・叱責など無意識に陥りがちな態度を取らないよう説明し、近付き過ぎず、離れ過ぎず、の適度な距離感で見守ることを指導するとともに、受診に同伴して客観的な情報を伝える役割を務めてもらうよう治療協力を依頼することが重要である。