

精神疾患の変遷



猪瀬 正

1——まえおき

わたくしは、二十年前まで、都立の精神病院に勤務して、大体十数年間を過した。その間、毎日、病室で接し、話しをし、治療をして来た患者さんの大半は、いわゆる分裂病とみられる人々であった。精神科の身体療法が、ショック療法中心から、薬物療法に移った今日でも、精神病院の入院患者の種類には余り変りはなく、依然として、分裂病者が70%以上を占めているのである。

なぜかといえば、その病の発現頻度が高いこと、再発の多いこと、経過とともに、その回復の程度が悪くなって行くこと、などの故に、社会適応性を失う症例が、病院に沈澱して行くからである。病院の医師と医療従事者は、その沈澱と闘って、患者さんの社会復帰を促進しようと努力していることは、今も昔も変りはない。

2——精神科外来での印象

わたくしは、先にも述べたように、精神病院勤務から、大学病院にかわってから二十年を過ぎてしまった。二十年前を振りかえってみると、精神病院を訪れる患者と大学病院の精神科の患者と、その種類が非常にちがうという印象は受けなかったように思う。神経症や、各種の神経疾患の数は、確かにより多かったが、ここでも依然として、分裂病が目立っていた。外来だけでなく、入院患者も同様であった。ところが、ここ数年来の事情は、随分変って来たのである。外来新患の30%近くを占めていた分裂病は、10%前後となって、うつ病とほぼ同率となった。そして、逆にうつ病の増加が、特に目立って来た。このことは、総合病院や大学病院の外来に、ほぼ共通することであるらしい。都会地と農村との比較について、また地

目次

- 1——まえおき
- 2——精神科外来での印象
- 3——うつ病の増加の理由
- 4——その他の疾患について
- 5——むすび

域差の有無など明らかではないが、少なくとも、都会では、わたくしどものところと同様の傾向があると思われる。そして、欧米でも、そのようなことが同じように注目されているということを知り。その理由がどこにあるのか、その説明は甚だむづかしい。かなり不確実なことであるが、わたくしなりに、その理由を考えてみよう。

3———うつ病の増加の理由

第一に、一般の人々の精神科受診についての考え方が変わってきたこと、が考えられるであろう。しかし、これは、うつ病に限られるものでないことは言うまでもない。いわゆる「神経症的」な人々、睡眠障害や不安、あるいは頭痛などで悩み、心配し、不安を感じずる人々が、以前にくらべて、気易く専門医を訪れるようになって来たことは事実である。家庭医書やマスコミも、それにあずかっているとも思われる。

第二には、うつ病のもつ「症状」に関連があるように思われる。とくに、軽いうつ病において然りである。頭痛、不眠、疲労感、動悸、身体違和感、脱力感、不決断などの症状を欠くことは少ない。いずれも、主観的には、かなりこたえる症状ばかりである。それらに悩んで、うつうつとして、仕事に対する意欲を失ってしまう。本人は、あがいてもどうしようもなく、頑張ろうとすると、余計苦しくなる。多くの軽いうつ病は、そのようなことから、自分で診察を求めてくるのである。しかし、ある程度重くなると、多くは、家人や同僚のすすめでようやくのことで受診することになる。

第三に考えられることは、うつ病の発症が実際に増えているのではないかという疑問である。うつ病の発症には、誘因や明らかな動機が見出せない

ことが多い。しかし、なかには経過の上からも、引金となる体験が見出されることもある。ことに、職場でポストが昇進したこと、係長になったとか、課長になったことが、契機となることがしばしばである。そして、うつ病になる人の病前性格をみると、執着気質といって、仕事熱心、責任感旺盛、几帳面といった傾向が強い人が多い。独りで自分の与えられた範囲の仕事を分担しているときには破綻はないが、多くの部下を指揮することになって、仕事が自分の考え通りに運ばないことが続くと、自信が失われて、破綻が来ってしまう。そして、うつ病が起ってしまうのである。ポストの変更であるとか、住居の改築、あるいは引越し、といったことも誘因となることがある。このようにみて来ると、現代の世相、社会機構といった要因、生活の種々なる容相が、うつ病者にとっては、悪条件となっていると考えられるのではなかろうか。

4———その他の疾患について

次の表は、昭和48年6・7・8月の3ヶ月間の、外来新患者の疾病別統計である。

表

分裂病	12.5%
躁うつ病<うつ病>	18.2%<16.2%>
神経症	19.2%
てんかん	11.5%
脳動脈硬化<高血圧脳症を含む>	6.7%
その他	30.6%

先に述べたように、この表では、うつ病の頻度は、分裂病を凌駕していることは、注目すべきである。ただし、これには、季節による変動も多少あると思われるので、最終的な集計であるとは結

論しないでおくことにする。しかし、年間を通じて、数字の多少のちがいはあるであろうが、その傾向は同じだと思う。

「神経症」という診断は、いろいろと微妙なものを持っている。ここで、神経症をそのまま容認するとしても、その率は意外に低いように思う。つまり、本来の意味の神経症—心的動機や内心の葛藤ないしは性格にもとづいて起って来る心身各種の機能的障害は、それほど多いものではないということである。さきにも触れたが、それらの症例を、経過をみながら治療をして行くうちに、その一部が、実はうつ病であったり、また、分裂病の初期であることが明らかになることがしばしばである。このような経験からも、「神経症的」という表現はともかくとして、「神経症」と断定するには、慎重を要するのである。

本項の最後に、いわゆる老年精神病について、少しふれておくことにする。

平均寿命が急速に延びていることから、老人の増加とその精神障害発症の急増が懸念されることは当然である。しかし、わたくしどもの窓口からは、その辺の動きをとらえることは、大変むづかしい。60才の後半から70才以上になったお年寄りで、物忘れがひどく、無断で家を出て迷子になってしまう、何とかならないだろうか、ということ以外に外来に來られる症例は、まれではない。しかし、前に掲げた統計表の中では、その他の中に入れられているのが大半で、その数は、それほど多いものではない。また、脳動脈硬化の中にも、そのような、痴呆と称すべき老年者も入っている。それらを合計しても、せいぜい5~6%であると思う。それであるなら、老年痴呆や動脈硬化性痴呆は、頻度が低いかということ、そうではなくて、精神科外来を訪れる数が少ないだけであると思う。この辺の実情をとらえることは必要であるが、わたくしには、その社会学的説明はまだでき

ないでいる。本特集の中の長谷川教授の論述をみて頂くならば、この点について、ヒントが得られるのではなからうか。

5 ————— むすび

ところで、本稿の題名の意味するところは、精神疾患の発現頻度が、時とともに変化するのではなからうか、ということであった。しかし、申すまでもなく、総合病院外来という窓口から、その事実をとらえて、全貌を明かにすることは、不可能に近いというべきである。しかしながら、一方では、そのような統計をつくるための完璧な資料を得ることもほとんど夢物語に近い。したがって、本稿で、あえてとりあげて、記したことも、的はずれのところが多いであろうが、若干の意義があるかと思う。

すでに記したことの繰返しになるし、妙なこだわりであると思われるかも知れないが、「分裂病」について、再度考えてみたいと思う。

分裂病の発現頻度は、平均人口について、0.85%とされている。そして、それは、第一次、第二次大戦を通じて、ほとんど変らない、とされている。つまり、戦争といった苛酷な出来事によって、その発病が促進されることはないということである。この認識が正しいとすれば、病院の外来の新来患者の数の全体に占める割合は、他の疾患の発現頻度が変らない限り、それほど変化することはないであろう。ところが、先に述べたような事実があることは、やはり、他の疾患、とくにうつ病の割合がふえていることになる。その受診数の増加の理由を、いろいろと推量してみたが、それらが果して妥当であるかどうか、わたくしにも自信はない。

残念なことに、ここで取りあげた資料は、大変不

み
れ

神
な
ま
事
能
で
を
、
は
あ

わ
病

5%
二次
こい
こつ
こと
外来
疾患
るこ
うな
にう
診数
、そ
にも

変不

完全なものであるので、いずれ別な機会に、それを補って、再検討を加えたいと思う。いずれにしても、精神疾患を論ずる際には、脳の病気は別にして、まだその本態が明らかにされていないものの、発症に関して心理的、社会的要因を分析することは、非常に困難であって、その場合、偏った主観に流されることを極力警戒しなければならない。

甚だ漠然とした記述に終って、残念であるが、本稿をもとに、さらに本課題について検討をつづける積りである。

<横浜市立大学医学部教授・神経科教室>