抄　録

高齢者の不安性障害・身体表現性障害

首都大学東京大学院人間健康科学研究科
繁　田　雅　弘

はじめに

高齢者における不安障害や身体表現性障害などの神経症圏障害を対象とした治療試験や介入研究は少ない．症状から見た予後も良いものではない．専門医であっても改善に導くことは必ずしも容易ではないのではないか．一定の医師患者関係を築くことができずドクターショッピングを繰り返している患者も多い．一般的な治療としては，支持的な精神療法を基本としながら SSRI や時に抗不安薬などの併用と思うが，そうした治療だけでは目立った改善をみることは稀で，高齢者の場合は認知行動療法が積極的に行われているという話も聞いたことはない．

しかし，高齢患者の中にも症状に対する心的態度を修正できたり，部分的にではあれ症状を受容し，治療的に進展をみる人もいる．性格傾向や教育程度をふまえて病識・病感に注意を払いつつ適切なタイミングでの精神療法的介入や生活指導が成功すれば状態が改善することを日常診療で経験する．そこで今回は，従来指摘されてきた治療の考え方に基づいて演者が日々試行錯誤してきた演者の臨床経験を示して先生方の参考に供したい．

参考１．DSM-Ⅳ-TR における不安障害

300.01　広場恐怖を伴わないパニック障害
300.21　広場恐怖を伴うパニック障害
300.22　パニック障害の既往歴のない広場恐怖
300.29　特定の恐怖症
300.23　社会恐怖（社会不安障害）
300.3　強迫性障害
309.81　外傷後ストレス障害
308.3　急性ストレス障害
300.02　全般性不安障害
293.89　一般身体疾患を示すことによる不安障害
300.00　特定不能の不安障害

DSM-5 では，上記に加えて複雑性外傷後ストレス障害 Complex post-traumatic stress disorder などが提案されている．

【略　歴】
（学歴・職歴）
東京慈恵会医科大学卒業
1992 年から 1995 年にかけてスウェーデン･カロリンスカ研究所客員研究員
1995 年より東京慈恵会医科大学精神医学講座講師
2003 年より東京都立保健科学大学精神医学教授
2005 年より首都大学東京健康福祉学部学部長
2006 年より首都大学東京大学院人間健康科学研究科研究科長
2011 年より首都大学東京副学長

（主な研究テーマ）
老年精神医学. 高齢者の精神障害の診療実践, 患者家族への情報提供など

（主な著書）
１）老年期痴呆ナビゲーター（分担執筆）. メディカルレビュー社, 東京（2006）.
２）臨床医のためのアルツハイマー型認知症実践診療ガイド（分担執筆）. じほう, 東京（2006）.
３）Handbook of Gerontology. Evidence-based approaches to theory, practice, and policy（分担執筆）. John Wiley & Sons, New Jersey（2007）.
４）老年期うつ病診療ハンドブック（分担執筆）. 診断と治療社, 東京（2009）.
５）老年医学の基礎と臨床Ⅱ；認知症学とマネジメント（分担執筆）. ワールドプランニング, 東京（2009）.

参考２．DSM-Ⅳ-TR における身体表現性障害

300.81　身体化障害
300.81　鑑別不能型身体表現性障害
300.11　転換性障害，疼痛性障害
300.7　心気症
300.7　身体醜形障害
300.82　特定不能の身体表現性障害

DSM-5 では，上記に加えて Abridged somatization disorder, Multisomatoform disorder などの頻度が一定の割合を占めるとの報告から，新たな診断として提案されている．

２．高齢者における不安性障害と身体表現性障害の診断上の留意点

・性格因と環境因（状況因）の相互作用の存在（若年者と同様）
・身体の不調や機能低下に対する過敏さ
・高齢者の「疲れやすい」「集中力低下」「眠れない」といった訴えの解釈
・認知機能の前臨床的な低下の有無や程度を考慮
・服用薬物の影響の有無

３．精神療法：外来診療における小精神療法を想定して

演者は治療目標を次のように設定することが多い．すなわち症状の半分くらいは軽減を目指しつつ，残りの半分は受容して（諦めて）もらうことを目指している．そして，固定していた症状が変動し始めれば，改善しているように見えなくても，それは快方に向かうサインだと患者に説明している．その一方で，症状が一過性に改善したように感じられても「また強くなるので，一喜一憂しないように．しかしいずれは全体として快方に向かう」と繰り返し説明している．その他，留意している点について述べたい．

・支持的精神療法（傾聴，共感，無条件の肯定）では治療的進展は限定的
・“保証”の限界
・病歴聴取では，症状の内容・程度ではなく悪化・改善要因に焦点を絞る
・前医に対する不満や不信に対して
・患者・治療者間で症状理解に関する齟齬を確認する意義
・認知行動療法から得られるアプローチのヒント；ただし緩急織り交ぜて
・森田療法から得られるアプローチのヒント；症状や障害の受容を目指して
・「精神障害（精神的問題）として治療を行う」旨の説明の功罪
・症状の変動（改善・悪化）に対する一喜一憂に対して
・過剰な期待（短期間での改善や症状の完全な消失）は望めないことを告げる意味
・抑うつ・不安などを改善指標にする意味；薬物療法は身体症状改善のためではない
・治療薬の副作用に対する過敏さに対して

・治療の終結のさせ方

４．薬物療法

・選択的セロトニン再取り込み阻害薬
・アザピロン系抗うつ薬（タンドスピロン）
・非定型抗精神病薬
・脳循環改善薬・脳代謝改善薬の使用の意味
・ベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用について
・三環系・四環系抗うつ薬
・定型抗精神病薬

参考記事・文献等

1）笠原洋勇：高齢者の精神療法.（日本老年精神医学会編）改訂・老年精神医学講座　総論，ワールドプランニング，東京（2009）.
2）品川俊一郎，繁田雅弘：高齢者の不安障害.（日本老年精神医学会編）改訂・老年精神医学講座　各論，ワールドプランニング，東京（2009）.
3）越野好文：高齢者の身体表現性障害.（日本老年精神医学会編）改訂・老年精神医学講座　各論，ワールドプランニング，東京（2009）.
4）特集「超高齢社会における精神病像の新しい側面」. 老年精神医学雑誌，22（8）：901-946（2011）.
5）特集「高齢者の身体的心気的訴え」. 老年精神医学雑誌,20（2）：137-189（2009）.
6）特集「高齢者の神経症」．老年精神医学雑誌，15（4）：369-422（2004）.
7）特集「身体表現性障害」．日本医師会雑誌，134（2）：157-213（2005）.