

気分障害とアルコール症その3

アルコール症を合併した患者の転帰

原井宏明 村上優 瀬口康昌 中村究 平野誠

(分担研究者 平野誠)

国立肥前療養所 臨床研究部

I. はじめに

アルコール依存症と気分障害の関連についてはまだ明らかな結論は得られていない。うつ病の有無がアルコールの転帰を不良にするという研究²⁾と関係ないとする研究³⁾がある。アルコールの転帰と社会技術が関連する可能性もある¹⁾。アルコール依存症を合併した気分障害の患者にどのような治療を行えばよいのか明らかになっていない。

94、5年度は、国立肥前療養所を受診したアルコール依存症患者194名を対象に気分障害の合併と家族歴について調査を行った。抑うつ症状を伴うアルコール依存症を診る場合、気分障害の家族負因を調べることが診断をつける上で有用であることがわかった。また、家族負因の上ではアルコール依存症と気分障害とは独立の疾患であることが示唆された。

今年度は、1)気分障害の有無がアルコールの転帰に影響を与えるかどうか、2)気分障害がある場合、治療の内容が転帰に影響を与えるかどうか、3)社会技術がアルコールの転帰に影響を与えるかどうか、を前方視的な方法で知ることを目的とした。94年に対象となった194名について1)入院中の社会技術の評価と、2)96年10月における転帰調査、を行った。

II. 対象

対象は94年度に報告したものと同一である。91年8月1日以降に国立肥前療養所アルコール病棟に入院したアルコール依存症の患者194人である。このうち、9人は合併疾患などの理由により入院を継続していたり施設に入所していた。5人は入院中または退院後3ヶ月以内に死亡した。これらの14名は解析から外した。合計180名が対象になった。対象者の性別と年齢、合併する精神障害の診断をTable1に示す。診断はDSMIII-Rに従った。

III. 方法

1. 調査方法

初回調査については94年度に得られたデータを用いた。入院した患者に対して社会技術訓練を行った。この治療プログラムの中で1)ラーサス自己主張性質問Table(RAS)⁴⁾、2)Social Avoidance and Distress Scale (SADS)⁶⁾、3)行動観察による社会技術の評価、を行った。

94年の初回調査時に対象者に対して転帰調査を説明し、書面による同意を得た。

95年11月に自記式の調査用紙を手渡し、または郵送した。調査用紙では、飲酒状況、治療状況、自助グループ参加、家族関係、就労について調べた。96年10月に当所受診中の患者は主治医によって、受診のない患者については電話で状態を調べた。この調査では、治療状況、初回調査後の診断の変更・追加、気分障害の合併がある場合はその経過を調べた。

2. 転帰予測

アルコール、気分障害の転帰に関連する要因について解析した。ロジスティック回帰分析を用いた。独立変数は94年調査時に得られたデータから選んだ。

アルコールの転帰に対しては転帰の判明した139人について、人口統計データや家族負因、酒歴、酒量、アルコール依存症の治療歴、合併する精神障害・身体疾患を説明変数として用いた。気分障害の転帰に対しては94年の時点で気分障害の合併があり、転帰が判明した38人について、気分障害の診断・病歴、薬物療法の有無、アルコール依存症と気分障害発症の時間的関係をさらに加えて解析した。変数の選択にはステップワイズ法を用いた。

IV. 結果

1. 新たな精神障害の発症

初回調査時に気分障害の合併のなかった137人のうち、10人に経過中にうつ症状が見られた。6人が大うつ病、4人が飲酒に伴う器質性気分症候群と診断された。初回調査時に器質性気分症候群を合併していた8人のうち、2人に断酒後もうつ症状が見られ、うつ病性障害に診断が変更された。気分循環症の1人は多剤乱用を併発した。これら以外の精神障害の新たな発症はなかった。

2. 気分障害の治療

Table2に気分障害群が過去2年間に受けた薬物療法を示す。

3. 社会技術

社会技術評価の結果をTable3に示す。SADSは高いほど対人場面の恐怖・回避傾向が強いことを示す。RASは高いほど自己主張性が高いことを示す。行動観察による社会技術評価は高いほど話をしたり、人の話を聞いたりすることが上手であることを示す。双極性障害の患者の対人場面での恐怖・回避が低く、自己主張性が高く、社会技術が高いことがわかる。

4. アルコール依存症と気分障害の転帰

2年後のアルコールと気分障害の転帰をTable4に示す。

断酒、ほぼ断酒を合わせた割合は、合併なし群で54%、器質性気分症候群が50%、双極性障害が63%、うつ病性障害が41%であった。双極性障害群の断酒率ももっとも高かった。気分障害の合併があってもアルコールの転帰は大きな差がないことがわかる。

気分障害の転帰については双極性障害で症状が残存している例が多かった。Table5が示すように気分障害が緩解していない場合でも断酒は継続している例があった。

5. 転帰を予測する因子

断酒に有意に予測したのは、初回精神科入院年齢であった(χ^2 二乗 $p=0.0380$ odds比 1.06)。精神科初回入院年齢が46歳以上の場合はそれ未満の場合と比べて、断酒のodds比は2.02であった。

その他の因子、合併精神障害の有無、家族負因、社会技術、薬物療法の有無などは有意ではなかった。

気分障害の寛解については有意な予測因子はなかった。

V. 考察

アルコール依存症の2年後の断酒転帰の予測因子については、初回精神科入院年齢のみが有意だった。気分障害の2年後の寛解については有意な予測因子はなかった。いずれも、気分障害の診断や薬物療法の有無、社会技術は予測因子として有意ではなかった。

アルコール依存症の断酒転帰と気分障害の診断との関連では、双極性障害を合併した患者がもっとも断酒者の比率と自助グループへの参加率が高かった。

今年度の転帰調査の結果は、昨年度と同様に、アルコール依存症と気分障害の間に直接の関連がないことを示唆する。アルコール依存症と気分障害を合併する患者を診るとき、どちらか片方を治療することで他方の自然な改善は期待できず、それぞれに対して治療を行うべきだと考えられる。これは Schuckit⁶⁾らによる、アルコール依存症と本来の気分障害の間に直接の関連がないという主張と合致している。

一方、Winokur⁷⁾は双極性障害の場合にアルコール依存症との関連があると主張している。こうした結果の差は、対象者選択のバイアスによる可能性がある。また、今回の対象はほとんどが男性であるので、今回の結論を女性に当てはめることは不可能である。

VI. まとめ

アルコール依存症と気分障害を合併している患者の2年転帰の予測因子を前方視的な方法で探索した。断酒転帰については初回精神科入院年齢が高いことが有意に断酒を予測した。

今回の転帰の解析はアルコール依存症の患者のみが対象である。気分障害の有無がアルコールの転帰に及ぼす影響を知ることはできるが、その逆は不明である。アルコールが気分障害の転帰に及ぼす影響を知るためには気分障害のみの患者の転帰と比較する必要がある。今後、本研究班の長期追跡研究で得られた転帰データと比較を行う必要がある。

また、今回の対象の患者の入院治療中のデータはすでに収集しているが、今回の解析にはデータを利用できなかった。今後の入院治療中のデータを利用して再度解析を行う必要がある。

文献

1. Brown, S. A., Vik, P. W., Patterson, T. L. et al.: Stress, vulnerability and adult alcohol relapse. J Stud Alcohol, 56:538-45, 1995
2. Loosen, P. T., Dew, B. W. and Prange, A. J. : Long-term predictors of outcome in abstinent alcoholic men. Am J Psychiatry, 147:1662-6, 1990
3. Petty, F.: The depressed alcoholic. Clinical features and medical management. Gen Hosp Psychiatry, 14:258-64, 1992
4. Rathus, S. A.: A 30-item schedule for assessing assertive behavior, Behavior Therapy, 4:393-406, 1973

5. Schuckit, M. A.: Genetic and Clinical Implications of Alcoholism and Affective Disorder. Am J Psychiatry, 143:140-147, 1986
6. Watson, D., Friend, R.: Measurement of social-evaluative anxiety. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33:448-457, 1969
7. Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H. S. et al: Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. Am J Psychiatry, 152:365-72, 1995

Table1 対象者

初回調査時診断	人数(平均年齢)	
	男	女
合併なし	137(53.0)	
分裂感情障害など	2(40.5)	
器質性気分症候群	8(52.1)	
双極性障害	15(44.7)	1(37)
うつ病性障害	15(44.9)	2(52.0)

Table2 気分障害の患者の治療

	人数	リチウム	抗うつ薬
分裂感情障害など	2		
器質性気分症候群	8		
双極性障害	16	6	2
うつ病性障害	17		2

気分障害を合併していた患者が2年間の経過中に一時期でも服用していた薬物を示す。

Table3 社会技術

初回調査時診断	SADS	RAS	社会技術	人数
合併なし	14.3	-2.1	3.6	73
器質性気分症候群	18.8	-12.3	3.4	5
双極性障害	12.1	8.3	3.7	13
うつ病性障害	15.9	-3.3	3.6	11

● SADS: Social Avoidance and Distress Scale 高いほど対人場面に対する恐怖・回避が強い

RAS: Rathus Assertiveness Schedule 高いほど自己主張性が高い

社会技術: 行動観察による社会技術評価 高いほど良い

Table4 2年後転帰

	アルコール		自助G	気分障害		死亡	人数
	断酒	飲酒		寛解	症状有		
合併なし	54%	35%	20%			11	137
分裂感情障害など	0%	50%	0%	0%	50%	1	2
器質性気分症候群	50%	33%	0%	50%	13%	1	8
双極性障害	63%	31%	38%	25%	69%	1	16
うつ病性障害	41%	59%	24%	59%	41%	0	17

アルコールは過去 1 年間の飲酒状態を示す。

断酒:ほぼ断酒以上

飲酒:続け飲みが 3 回以上, 毎日飲酒, 大量飲酒

自助 G は自助グループ参加を示す

Table5 気分障害とアルコールの転帰

アルコール	気分障害	
	寛解	症状有
断酒	11	9
飲酒	5	15