

高齢者のいわゆる心因性について考える —加齢の疾患に対する影響—

新里 和弘^{1)*}

要旨：いわゆる心因性の身体症状を呈する高齢患者において、症状の加齢に伴う変化に関して老年精神医学の立場から考察した。近年心因性の身体症状の診断基準はその変更がなされ、より心身症の定義に近づいている。高齢期は身体各臓器の老化現象が進み、脳もその例外ではない。脳機能が全般的に低下していく中で、もともとある精神疾患の症状はその程度が緩和されていくことを臨床的知見からしめした。さらに認知症も加わればその緩和のスピードは早くなる。超高齢化が進むわが国においては、加齢に伴うポジティブな面に着目して対応すべき必要性を述べた。

(臨床神経 2020;60:663-667)

Key words：心因性、加齢現象、身体症状症、病氣不安症、老年的超越

はじめに

認知症外来では元気な90歳代が増えている。これは2、30年前にはなかった現象である。数年前に日本老年学会と日本老年医学会が中心となって高齢者の定義を見直すという提言¹⁾をおこない話題となった。現在の高齢者は10~20年前と比較して加齢に伴う身体的機能の変化が5~10年ほど遅延しているとされ、新定義では、従来高齢者とされてきた65~74歳を準高齢者、75~89歳を高齢者、90歳以上を超高齢者と分類している。90歳以上に新たな括りを必要とするほど、超高齢者の数が増えているのである。

超高齢化社会を反映し、心療内科の外来を受診する高齢者も増えているという²⁾。心身症とは身体疾患の中で、その発症や経過に心理社会的因子が密接に関与し、器質的ないし機能的障害が認められる病態をいう。身体疾患のうち心身相関がみられる病態であり、独立した疾患名ではない。対象とされる疾患は多岐に及ぶが精神疾患に伴う身体症状は除外すると規定されている。特に高齢の心身症の特徴としては、若年者と比し慢性の経過をたどりやすく再発しやすいこと、二つ以上の疾患が重なり合うことが多いこと、疾病の症状や経過が非定型であること、治療に対する反応が個別的事であること、青・壮年期に発症し持続しているものが多いこと、医原性疾患が生じやすいことなどが特徴とされている。

近年精神医学の領域では、アメリカ精神医学会の「精神障害の診断と統計マニュアル」³⁾ (Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders; DSM) の改訂に伴い、従来「身体表現性障害」と呼ばれていた疾患が「身体症状症」と呼び名を変えた。診断基準が変更となりより心身症の病態に近いものとなっている。その改訂の意味に加えて、加齢が精神面に及ぼす影響、加齢によって精神疾患はどのように変化するのか、超高齢化社会であるわが国でその変化を医療でどう受け止めていくべきかなどに関して、高齢者を専門とする精神科医の立場から考察を行った。

身体症状をどうとらえるのか

身体的不調の訴えのうち、検査や診察で異常のみられない訴えを不定愁訴と呼ぶ。頭痛や易疲労感、イライラ、不眠などが代表的なものである。実際の診察の場で日常的に遭遇するが、大学病院などの二次医療機関では受診する患者の実に7割が機能的障害による症状、つまり病気感の訴えであり、身体的には病気ではないとする報告もある⁴⁾。

身体的愁訴も過度となると診断がつくようになる。心因性の身体症状を呈する患者は、精神科では30年以上前には不安神経症や心気症といった診断名がつくことが多かった。しかしDSMの登場により、不安神経症という病名が消え、代わりに普及してきたものが「身体表現性障害」である。30年以上の月日をかけこの身体表現性という病名はわれわれの耳になじんできたのであるが、DSM-5への改訂で、この病名も心気症の病名とともに消えた。新たに登場した病名が「身体

*Corresponding author: 東京都立松沢病院精神科 [〒156-0057 世田谷区上北沢2-1-1]

¹⁾ 東京都立松沢病院認知症疾患医療センター

(Received April 16, 2020; Accepted April 30, 2020; Published online in J-STAGE on September 5, 2020)

doi: 10.5692/clinicalneuroi.cn-001467

Table 1 Diagnostic criteria for somatic symptoms disorder³⁾.

A. 1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状
B. 身体症状、またはそれに伴う健康への懸念に関連した過度な思考、感情、または行動で、以下のうち少なくとも1つによって顕在化する
(1) 自分の症状の深刻さについての不釣り合いかつ持続する思考
(2) 健康または症状についての持続する強い不安
(3) これらの症状または健康への懸念に費やされる過度の時間と労力
C. 身体症状はどれひとつとして持続的に存在していないかもしれないが、症状のある状態は持続している (典型的には6か月以上)

文献3 日本精神神経学会 (日本語版用語監修) 高橋三郎・大野裕 (監訳). 身体症状症および関連症群. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2014. p. 307 より, 許諾を得て転載.

Table 2 Diagnostic criteria for illness anxiety disorder³⁾.

A. 重い病気である、または病気にかかりつつあるというとりわれ
B. 身体症状は存在しない、または存在してもごく軽度である。他の医学的疾患が存在する、または発症する危険性が高い場合 (例: 濃厚な家族歴がある) は、とりわれは明らかに過度であるか不釣り合いなものである
C. 健康に対する強い不安が存在し、かつ健康状態について容易に恐怖を感じる
D. その人は過度の健康関連行動を行う (例: 病気の徴候が出ていないか繰り返し体を調べ上げる)、また不適切な回避を示す (例: 受診予約や病院を避ける)
E. 病気についてのとりわれは少なくとも6か月は存在するが、恐怖している特定の病気は、その間変化するかもしれない
F. その病気に関連したとりわれは、身体症状症、パニック症、全般不安症、醜形恐怖症、強迫症、または「妄想性障害、身体型」などの他の精神疾患ではうまく説明できない

文献3 日本精神神経学会 (日本語版用語監修) 高橋三郎・大野裕 (監訳). 身体症状症および関連症群. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2014. p. 311 より, 許諾を得て転載.

症状症」である。その診断基準を Table 1 に示した。

A. に「1つまたはそれ以上の、苦痛を伴う、または日常生活に意味のある混乱を引き起こす身体症状」とあるが、この文言は DSM-5 までは「適切な検索を行っても既知の一般身体疾患や物質 (薬剤等) の直接作用として十分に説明できない複数の身体症状」となっていた。この一文が削除・変更された点に大きな意味がある。削除の理由は、「(医学的に) 十分に説明できない症状 (medically unexplained symptoms)」が、果たして永続的に説明不能であり続けるのかという疑義 (医学の進歩で新しい病態と将来判明する可能性) が一点である。加えてもう一つ重要な点が、精神疾患の診断の前提に身体疾患の除外を置いた二律背反な診断項目が、心身二元的な診療姿勢を強化するのではないかという危惧からである⁵⁾。

実際この変更は、患者寄りの変更であるといえる。誤解を恐れず簡明にいうなら、身体の不調が苦になって仕方がなく、生活に支障が生じれば身体症状症の診断が下ることになる。身体病があるか否かは問われない。これまでは、「気持ちの問題」、「気にしすぎ」と診療場面で対応されていたものが、(生活障害の程度によっては) 病名がつくこととなる。患者の側に立った変更であると同時に、身体疾患の存在を前提としてきた心身症の診断に近づいた変更ともいえる。

注意点としては、患者の健康懸念に関する思考、感情、行動は、正常から疾患レベルまで連続しているものであるという点である。どこからを病的とするのかという問題があり、そこには医療側の恣意性の入り込む余地がかなりある。病名がつけば治療薬も含め医療との関連性が生じることとなるので、Disease mongering (病気喧伝) の可能性も頭の片隅に入れておく必要があると考える⁵⁾。

前述したように心気症という病名も DSM-5 からは消えている。心気症とは心身の些細な不調とそれに起因して重大疾患へ罹患しているのではないかという恐怖、病的なとりわれ、他者への執拗な訴えを主徴とする病態である。DSM-5 では心気症に代わって「病気不安症」という病名が示されている。Table 2 にその診断基準を示した。身体症状症との鑑別点は、身体的訴えが前面に立っているか (身体症状症)、病気に罹患する (罹患しつつある) ことへの不安やとりわれが前面に立っているか (病気不安症) の違いである。従来心気症と診断されたもののうち約 75% が「身体症状症」に、残りの約 25% が「病気不安症」に含まれると予測されている。

加齢による精神面への影響

加齢は誰しも避けることができない現象である。心臓、腎臓、肺など人にとって重要な臓器は、30歳代がその生理機能のピークであり、60歳代になると機能はピーク時の80%~60%にまで低下するといわれている。脳も例外ではない。脳病理研究では、加齢に伴い神経細胞の樹状突起の短縮や蛇行、spineと呼ばれる棘の減少、神経細胞内のリボフスチン沈着、アミロイド小体の出現などが観察される。脳重量も20~40歳でピークを示し以後漸減傾向で、60歳以降ややその漸減速度は高まるとされている。

脳機能についてはどうであろうか。知能を流動性知能と結晶性知能に分けたCattellの分類がよく知られている。流動性知能とは、新しい状況に適応する能力であり、具体的には計算力・暗記力・思考力・集中力などで知能指数の計測のために用いられる能力である。結晶性知能とは、流動性知能を基礎にして、教育や文化、経験の中で磨かれていく知能とされている。流動性知能が20歳頃にピークを迎え以後低下していくのと比較して、結晶性知能は60歳頃にピークを迎えることが知られている。

精神疾患は加齢による影響をどう受けるのか。精神疾患はその多くが青年期(15~25歳)から壮年期(25~45歳)の発症であり老化現象を評価するためには当然長期研究にならざるを得ないこともあり、この分野の研究は世界的にほとんどなされていないのが現状である。しかし多くの精神科医は臨床経験として、若い頃に出現した精神疾患の多くは加齢に伴いその症状が緩和されるとの印象を持っているのではあるまいか。

通称ボーダーラインと呼ばれる疾患がある(正式には境界性パーソナリティ障害)。10~20代初めに出現し、不安定な対人関係、感情のコントロール不全、繰り返す自傷行為、慢性的空虚感などが特徴とされる疾患である。ボーダーラインの患者を前にしてまずわれわれ精神科医は、「30代まで生き延びること(自殺既遂をしないこと)」を目標とする。30歳を過ぎ、40、50と歳を重ねるごとに症状が軽くなることを知っているからである。

統合失調症には「晩期寛解」という現象がある⁶⁾。これは加齢に伴い(60~70歳以降)激しい精神症状は影を潜め精神的な安定を獲得できることが多くなるという広く知られた現象である。激しい症状を呈するには強い心的エネルギーが必要であり、加齢でそのエネルギーが低下するからという単純な理由だけではないかもしれないが、多くの精神疾患の症状に対して、年をとるということは症状緩和の方向に働く。

高齢期はまた認知症の好発時期である。認知症の頻度は80歳以上の3~4人に一人、90歳以上の7割といわれ、高齢者における認知症は、国の認知症施策推進大綱(2019)⁷⁾などでも明らかなように、「誰しものがなりうるもの」といったとらえ方に徐々にシフトチェンジしてきている。この皆がなりうる認知症の、既往の精神疾患に対する影響はどうであろうか。認知症の多くは進行性の変性疾患である。そのため機能的な

障害である精神疾患の症状や特徴を最終的には全て飲み込んでいく。つまり青年・壮年期から続く精神症状を、当初はその名残を残しながらも、徐々に神経細胞脱落に起因する認知症の症状に置き換えていく。

例えば、アルコール依存症では家族を巻き込んだ特有の病理があり、患者が家族の行動全てを支配している事例がある。家族は外部にSOSを出せず、長年にわたって(何十年に及ぶこともある)束縛された関係を続けることを余儀なくされる。その患者にアルツハイマー型認知症が加わった場合、記憶力や集中力の低下から家族に対する支配が緩む。泥酔しがちになり、だいたいは転んで怪我をする。アルコールを薄めてもわからなくなる。家族が外部に援助を求めることができるようになる。

重症のうつ病を抱え拒食や自殺企図を繰り返し、精神科病院に何度も強制入院した患者に認知症が加わることで、激しい症状は影を潜め、老人ホームでひっそりと穏やかに暮らせるようになる。

アルツハイマーに代表される変性型認知症は、すべての精神疾患の症状を最終的にはすべて飲み込む。つまり認知症もまた精神疾患に関しては増悪因子として働くことは少ないといえる。精神疾患は人格レベルの障害から精神病相当まで幅が広いが、心因性の身体疾患に対する認知症の影響は、ある程度強くプラスの効果を持つものと考えられる。

老いの利点、認知症の利点

老いの利点といえるものはあるのであろうか。天寿がんと呼ばれるがんがある。超高齢期でみられやすく、安らかに人を死に導くがんとされている。徐々に食べられなくなり痩せて眠るように亡くなる、あるいは出血のため急に亡くなる。あまり苦しまず老衰による自然死とほとんど変わることのないがんとされている。在宅がん死の約30%が天寿がんという報告もある⁸⁾。人は必ず亡くなる(天寿を授かっている)ところから、「天寿」という名前が冠されたが、提唱者の北川によると、天寿にふさわしい英語がないことで苦労したとのエピソードが興味深い⁸⁾。超高齢でこのように自然死に近いがんが存在することを広めることは、がんに対する不安の軽減につながり、また過剰な治療の差し控えに貢献できる可能性がある。

認知症にがんが合併した場合、どこまで治療をするかということは常に悩ましい問題である。しかしことがん性疼痛に関しては、認知症の患者は激しい痛みから免れているように見えることがある。徘徊が活発で入院となった認知症患者に全身性の末期がんが見つかった。ただ本人はいたって平然としており、その後食べられなくなり枯れるように亡くなったが、不思議と痛みの訴えはめだたなかった。食事が低下して入院となった認知症患者には末期の胃がんがあった。入院後はベッド上の生活であったが、痛みの訴えや苦悶様表情もなく2カ月で静かに亡くなった。本来ならば激しいがん性疼痛で苦しむ状況が認知症で回避されることは、臨床家であれば

しばしば経験することではあるまいか⁹⁾。これは認知症の恩恵の一つといえると思われる。

さらに「老年の超越」として知られている現象がある。これは超高齢期において健康面での低下が顕著にみられるにもかかわらず、自覚的幸福度が逆に向上してくる現象をいったもので、エイジング・パラドクスとして知られている¹⁰⁾。三つの特徴を持つといわれており、それらは、1. 宇宙的なつながりの次元（宇宙的な森羅万象とのつながりを感じ、生と死を区別する本質的なものは存在せず、死を一つの通過点と考えるようになる変化）、2. 自己の次元（確立された自我から徐々に離れていき、利己的な欲求の実現にあまり関心を持たなくなる変化）、3. 社会と個人の関係の次元（世俗的・表面的なつながりから離れ、自分一人の世界を大切にしようになる変化）である。わが国の質的研究¹¹⁾からは、他国と比し、特に自己意識の領域や他者との関係性の領域での変化（ありがたさの認識、利他性の増強など）が豊富に報告されている。以上示したように、老化や認知症にはプラスの側面もある。加齢現象は不可避なものであるため、超高齢化先進国であるわが国は、その変化を医療にうまく取り入れる工夫を意識する必要がある。

高齢者の心因性疾患への対応

加齢現象と無関係でいられる人はいない。壮年期、中年期、初老期と幸運にも病氣と無縁に過ごしてきたとしてもいずれは身体に不調が生じてくる。つまり高齢期は否応なく身体を意識せざるを得ない状況にあり、心因性の身体症状も出現しやすい時期であるといえる。われわれの日々の診療の中でも、心因性によると思われる身体不調を訴える患者に遭遇することは実に多い。

しかし実際には、その数の多さに比較して、転換症のような激しい症状（脱力、振戦、失声など）を呈する患者に出会うことは稀であり、高齢期では訴えは時に執拗ではあるが、「老化現象ですね」「若い時と同じようにはいけませんよ」という定型句で本人も何となく納得できている。激しい症状へと形を変えるためには精神的・肉体的にエネルギーが必要であり、（超）高齢者ではそこまでの余力はないというのが現実に近いのかもしれない。

一般的には心因性身体症状への対応としては、身体疾患を否定し、心因性疾患であることの認識を促すこと、症状を引き起こしている「自己に関する認識」を変えるといった認知行動療法のアプローチが第一義とされているが、（超）高齢者にはそのような対応は限界があろう。もちろん患者にもよるが、症状と対峙してそれを消し去るというアプローチは得策ではないことが多い。

いわゆる心因性の症状を呈する（超）高齢者に対してわれわれ治療者は、症状を支持的に受け止めつつ、検査を小出しにしながら、薬は必要最小限として、症状を生活の中で紛らわす工夫を共に探すという対応が最も重要と考えられる。興味のあることがあればそれに没頭してもらうことがベストで、

秀でた能力を持つ高齢者にはその能力を発揮するおぜん立てをするのがよい。また高齢期には介護サービスが手近にあるのでまずはその利用を勧めてみるのもよいと思われる。多人数の場がどうしても苦手という高齢者も少なくない。家族と、あるいは地域包括職員（あるいはケアマネ）らとともに、その患者の生活史を考慮して代替策を探すことも医療（治療）であると考えてよいと思われる。

おわりに

わが国は超高齢化が進む。人口減少社会であるにもかかわらず、90歳以上の人口は2017年に200万人を超え、今後倍増していく。100歳以上の百寿者も2019年に7万人を超えたが、今後70万人を超えるという予測もある。加齢現象を医学的にうまく味方にすることが重要である。

自分の身体を気にしすぎる症状は高齢期となり出現したように見えても、実はその傾向は若い頃から内在されていることが多い。つまり患者の人となりを反映している面がある。（超）高齢期でみられるいわゆる心因性の症状に関しては、症状と対峙することは得策でなく、その患者を受容した上で、他の力を借りることが重要で、その力とは老化現象や介護保険サービスや家族である。

さらに広げていえば、老化現象は決してマイナスの側面ばかりではない。超高齢化がさらに進行していくわが国は、老いを「みじめで弱いもの」から「より柔軟で自然体になれる変化であり、決して悪くないもの」と捉え、老いの持つポジティブな面を生かしていくことが必要であろうと考える。

※著者に本論文に関連し、開示すべきCOI状態にある企業、組織、団体はいずれもありません。

文 献

- 1) 高齢者の定義と区分に関する、日本老年学会・日本老年医学会 高齢者に関する定義検討ワーキンググループからの提言 [Internet]. 東京：日本老年医学会；[cited 2020 Apr 1]. Available from: https://jpn-geriat-soc.or.jp/proposal/pdf/definition_01.pdf
- 2) 久保千春編. 心身医学標準テキスト（第3版）. 東京：医学書院；2009.
- 3) 日本精神神経学会（日本語版用語監修）、高橋三郎、大野裕（監訳）. 身体症状症および関連症群. DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京：医学書院；2014. p. 305-322.
- 4) 小田陽彦. 高齢者の身体表現性障害と診断における注意. *こころの科学* 2013;167:71-74.
- 5) 新里和弘. 高齢期のいわゆる心因性疾患とその対応：各科での対応 精神科医の立場から. *老年精神医学雑誌* 2016;27:1092-1097.
- 6) 新里和弘. 老年期の統合失調症とメンタルヘルス. *精神医学* 2019;61:47-53.
- 7) 認知症施策推進関係閣僚会議. 認知症施策推進大綱 [Internet]. 東京：厚生労働省；2019 [cited 2020 Apr 1]. Available from: <https://www.mhlw.go.jp/content/000522832.pdf>
- 8) 北川知行. 天寿がん. *Aging & Health* 2016;7:22-25.

- 9) Iritani S, Tohgi M, Miyata H, et al. Impact of dementia on cancer discovery and pain. *Psychogeriatrics* 2011;11:6-13.
- 10) ラーシュ・トーンスタム. 老年的超越—歳を重ねる幸福感の世界—. 京都: 晃洋書房; 2017.
- 11) 増井幸恵. 老年的超越. *日本老年医学会雑誌* 2016;53:210-214.

Abstract

A consideration of the effects of aging on psychosomatic symptoms in the elderly

Kazuhiro Niizato, M.D., Ph.D.¹⁾

¹⁾ Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital

In elderly patients with so-called psychogenic physical symptoms, changes with age of the symptoms were discussed from the standpoint of geriatric psychiatry. In recent years, the diagnostic criteria for psychogenic physical symptoms have been revised and are closer to the definition of psychosomatic disorders. In aging, the aging phenomenon of each body organ progresses, and the brain is no exception. Clinical findings suggest that conventional physical and mental symptoms are alleviated as brain function declines in general. If dementia is added, the speed of relief will increase. In Japan, where super-aging is advancing, the need to focus on the positive aspects of aging is discussed.

(*Rinsho Shinkeigaku (Clin Neurol)* 2020;60:663-667)

Key words: psychogenic, aging phenomenon, somatic symptoms disorder, illness anxiety disorder, gerotranscendence
