

心理検査によるうつ病の再発の予測

浅野 正*

Using a personality test to predict the recurrence of depression

Tadashi ASANO

Individuals with vulnerable aspects of their personality are likely to develop depression. Previous studies have found multiple predictors of the recurrence of depression in patients with a major depressive disorder. These include being female, having experienced prior episodes, and having a personality disorder or comorbid psychopathology. Several studies with subjects sampled from the general population have demonstrated that high scores in Harm-Avoidance (HA) and low scores in Self-Directedness (SD), as measured by the Temperament and Character Inventory (TCI), predicted greater depression at a later point. A recent study in patients with major depression has indicated that only SD scores, and not HA scores, had the ability to predict the recurrence of depression. SD is known to play some psychological role in preventing a person from suffering depression and HA is known to indicate emotional vulnerability to depression. The present study examined why patients with a major depressive disorder who had low scores in SD are more likely to develop depression and why their HA scores are not associated with the recurrence of depression.

Key words : personality test, TCI, depression, recurrence, predict

心理検査、TCI、うつ病、再発、予測

I はじめに

パーソナリティのある側面が抑うつ状態やうつ病と関連しているといわれている。パーソナリティの特定の領域に特徴を示す人が、抑うつ傾向を強めやすかったり、うつ病に罹患しやすかったりする。心理検査は、パーソナリティと抑うつとの関連を明らかにするための有効なツールである。特に医療施設では、すでに抑うつ的である患者に対し治療が行われて一度は抑うつ気分が軽快することが多いため、寛解後の予後を見極めることが重要となる。うつ病の再発のリスクを高める

パーソナリティの側面を特定し、その改善を図ることを目的として薬物治療や心理療法などを実施することで、うつ病の再発を未然に防止することが可能となる。

うつ病の再発リスクとしては性格以外の複数の要因が関与することがすでに知られている。そのため心理検査に表れる性格を単独ではなく、それ以外のリスク要因と関連づけながら考えることが重要となる。うつ病患者ではない健常者を対象として性格と抑うつとの関係を分析した先行研究は多数ある。うつ病患者も症状が収まってくれば健常者とほとんど変わらなくなることもあるため、健常者を対象とした研究から得られた知見をうつ病患者に適用することは十分可能だと思われる。しかし、健常者の研究ではうつ病患者の研究でしかほとんど扱われない再発のリスク要因が抜け落

* あさの ただし 文教大学人間科学部臨床心理学科

ちているため、健常者の研究をうつ病患者の研究に活かす際には、うつ病患者ならではのリスク要因と性格との関連に十分に注意を向ける必要がある。

本稿ではまず、うつ病の再発を予測する性格以外の複数の要因を整理する。次に性格検査として Cloningerによって開発されたTCI(Temperament and Character Inventory)を取り上げ、健常者を対象としてTCIを使用して性格と抑うつとの関連を分析した先行研究を紹介する。最後にうつ病患者を対象として実施された研究を中心にして、TCIに表れるどのような性格傾向がうつ病の再発を予測するのか、それが性格以外の再発のリスク要因とどのように関係するかといった点を論じたい。

Ⅱ うつ病の再発を予測する複数の要因

うつ病の再発には、性別、発症年齢、病相回数、人格障害や精神障害の併発など複数の要因が関与するといわれている。すなわち、男性よりも女性ほど、人生の中で初めてうつ病に罹患した年齢が若いほど、これまでにうつ病に罹患した回数が多いほど、また人格障害や精神障害などの合併症を有しているほど、将来うつ病を再発したり、うつ状態が悪化したりしやすい。心理検査に表れる性格要因の他にも、複数の要因がうつ病の予後に関係しており、性格要因はその中の一つであると考えられる。

うつ病患者を男女で比較した場合、男性よりも女性の方が、早い年齢でうつ病を発症し、近親者にうつ病の既往歴のある者が多く、うつ病になった時の症状が重くなり、社会適応力や生活の質が低下しやすい(Kornstein, et al., 2000)。男性よりも女性の方が、うつ症状がいったん軽快しても、何らかのきっかけにより再発しやすい(Kessing, 1998; Kessing, Andersen & Mortensen, 1998)。

うつ病に初めて罹患した年齢、すなわち発症年齢もうつ病の重症度や再発に関係する。発症年齢が若いうつ病患者ほど、うつ状態が長く続き、危険度の高い自殺未遂も多く、社会不安性障害、PTSD、強迫性障害などの合併症を生じやすい

(Rothschild & Zimmerman, 2002)。さらに、初発年齢が低い患者ほど、これまでに再発をしたり入院をした経験を多く有しており、物質濫用や人格障害を併発していることも多い(Klein, et al., 1999)。気分変調症が合併することも予後を悪化させる(Klein, Shankman & Rose, 2006)。

うつ病に今まで何回罹患したことがあるかという病相回数とうつ病の再発との関係については、これまでに数多くの研究がなされており、いずれの研究でも病相回数が多いほど、うつ病の再発のリスクが大きくなることが指摘されている(Bockting, Spinhoven, Koeter, Wouters & Schene, 2006; Kessing & Andersen, 1999; Kessing, Andersen, Mortensen & Bolwig, 1998; Kessing, Hansen, Andersen & Angst, 2004; Maj, Veltro, Pirozzi, Lobracc & Magliano, 1992; Ten Doeschate, Bockting, Koeter & Schene, 2010)。病相回数が1回の患者に比べると、病相回数が2回の患者は再発率が1.1倍に、病相回数が5回以上になると、再発率が2倍以上に増加する(Kessing & Andersen, 1999)。

人格障害であることも、うつ病の再発のリスクの一つである。人格障害ではないうつ病患者に比べると、人格障害を有するうつ病患者の方が寛解しにくく、いったん寛解しても再発しやすい(Grilo et al., 2005; Grilo et al., 2010)。また、どのタイプの人格障害かによっても予後への影響は異なっており、情動の不穏さを特徴とするクラスターBの人格障害を有する患者で、特に再発の危険性が高くなる(Hart, Craighead & Craighead, 2001)。人格障害よりもさらに重篤な精神病理を伴うことも同様に予後を悪くさせる(Bockting, Spinhoven, Koeter, Wouters & Schene, 2006; Keller, et al., 1992)。

Ⅲ 健常者における性格と抑うつとの関連

性別、発症年齢、病相回数、人格障害や精神障害の併発については、うつ病患者を対象とした研究が数多くなされているが、心理検査に表れる性格要因に関しては、直接にうつ病患者を対象とし

た研究は少ない。むしろ、うつ病患者ではない一般の人々を研究対象として、うつ症状を測定する尺度や心理検査を実施し、健常者のうつ傾向が時間とともにどのように推移するかを調べた研究は複数ある。したがって性格要因に関する研究では、うつ病の再発ではなく、健常者の中でのうつ状態の予後、あるいはうつ状態のリスク要因としての性格傾向を調べていることになる。ただし、うつ病患者は病相期には強いうつ症状を呈しているが、投薬治療により軽快すれば、さほど健常者と変わらなくなることもあるため、健常者を対象とした研究をうつ病患者の理解に役立てることは十分できる。

うつ病の性格傾向に関しては、TCI(temperament and character inventory)という性格検査が使用されることが多い。TCIは、Cloningerにより開発されたパーソナリティ検査であり、パーソナリティの構成概念を大きく気質(temperament)と性格(character)の2つに分けている。木島ら(1996)の説明によると、気質とは遺伝性のものであり、幼年期からその特徴がすでにあり、その後の認知記憶や習慣の形成に一定の方向付けを与えるものである。一方、性格とは環境の影響を受け後天的に学習されるものであり、成人期に全体が形作られ、個人の自己概念、他者や社会との関係性に影響するものである。気質は新奇性追求(Novelty Seeking)、損害回避(Harm Avoidance)、報酬依存(Reward Dependence)、持続(Persistence)の4つの下位尺度で、性格は自己志向(Self Directedness)、協調性(Cooperativeness)、自己超越性(Self Transcendence)の3つの下位尺度により測定される。それぞれ頭文字をとって、新奇性追求はNS尺度、損害回避はHA尺度、報酬依存はRD尺度、持続はP尺度、自己志向はSD尺度、協調性はC尺度、自己超越性はST尺度と呼ばれる。持続を除く各下位尺度は、さらなる複数の下位項目から構成される。すなわち、気質に関して、新奇性追求については、さらなる下位項目としての探究心、衝動、浪費、無秩序から、損害回避は予期懸念・悲観、不確実性に対する恐れ、人みしり、易疲労性・無力症から、報酬依存は感傷、愛着、依存から構成される。また、性格に関して、自己志向について

は、自己責任、目的指向性、臨機応変、自己受容、啓発された第二の天性という下位項目から、協調性については社会的受容性、共感、協力、同情心、純粋な良心から、自己超越性については霊的現象の受容、自己忘却、超個人的同一化から成る。性格を表す3尺度の心理的意味は以下ようになる。

「自己志向」の基本概念は、自己決定と“意志の力willpower”である。自己志向とは、各個人が選択した目的や価値観に従って、状況にあう行動を統制し、調整し、調節する能力のことである。

“協調”は、他者の確認と受容に関する個人差を説明するものとして規定されている。協調性ある個人は、寛容で、同情的で、協力的である。

“自己超越”は、統一的全体の本質的、必然的部分として考えられるすべてのものを確認することとして規定されている。(中略)人はたんに、進化する宇宙の結合的部分であると意識する(木島ら, 1996, pp381-382)。」

健常者を対象にしたうつ傾向とパーソナリティに関する研究では、まず健常者群に対し、ある一時点でうつ症状を測定する尺度と性格検査の2つを実施し、次に数か月ないし数年経った後で、再度同じ健常者群に同じ抑うつ尺度を実施し、最初の時点での性格検査から、2回目の抑うつ尺度を予測するという研究方法をとることが多い。最初の時点で実施した性格検査は、その時点での被検者のうつ状態の影響を多かれ少なかれ受けている。したがって、最初にとったうつ症状を測定する尺度を使用して、その時点でのうつ状態の心理検査への影響を統計的手法によって取り除き、純粋な形、つまりその時のうつ状態の影響を受けない形で表れた被検者のパーソナリティ傾向から、数か月ないし数年先のうつ状態を予測するという研究方法をとる。こうしたやり方により、一般の人々のうつ状態のリスク要因としての性格傾向を調べる。

最初の時点で実施した性格検査から、同時点での抑うつ尺度を予測するという方法をとると、その時点でのうつ状態の影響を受けた性格傾向から、そのうつ状態を予測していることになるので、

性格傾向とうつ傾向との関係が正確にはとらえられないのと同時に、比較的多くの性格要因がうつ状態を予測しているという結果になりやすい。例えば、同時点で実施した抑うつ尺度と性格検査、特にTCIとの関係を調べた研究では、TCIの7つの下位尺度のうち、RD尺度、P尺度、SD尺度、C尺度、ST尺度の5つの下位尺度が(Matsudaira & Kitamura, 2006)、HA尺度、SD尺度、C尺度、ST尺度の4つの下位尺度が(Farmer & Seeley, 2009)、HA尺度、SD尺度、ST尺度の3つの下位尺度が(Elovainio, et al., 2004)、うつ状態を予測するとの結果となっている。TCIの下位尺度にうつ状態の影響が反映されており、そのTCIとうつ状態との関連を調べているため、結果がやや不正確となり、比較的多くの下位尺度に統計的に有意な関連性が表れているといえる。

TCIと抑うつ尺度を一定の時間間隔をおいて実施したものとしては以下のような研究がある。Cloninger, Svrakic and Przybeck(2006)は、無作為抽出により選ばれた18歳以上の成人631名を12か月間フォローアップした。最初の時点、すなわちベースラインで実施したTCIと1年後のCES-D(Center for Epidemiological Studies depression scale)という抑うつ傾向を測定する尺度の関連を調べたところ、High HA(HA尺度が高いこと)とLow SD(SD尺度が低いこと)とLow P(P尺度が低いこと)が統計的に有意な程度に1年後の抑うつ傾向を予測していた。この結果は、ベースラインの抑うつ状態や年齢や性別による影響に左右されることなく表れた。TCIの下位尺度であるHA尺度等はさらに複数の下位項目から成っているが、Elovainio et al.(2004)は一般の成人を対象にした研究において、ベースラインでのTCIのHA尺度とRD尺度の中の下位項目のいくつかとP尺度が、同じ被検者群の4年後のBDI(Beck's Depression Inventory)という抑うつ尺度と関連があることを見出した。ただし、TCIの7つの下位尺度は気質(temperament)を表す4尺度と、性格(character)を表す3尺度に大別されるが、この研究では前者の気質に含まれるNS尺度、HA尺度、RD尺度、P尺度の、さらにその下位項目のみを分析対象としており、下位項目を合算したNS、

HA、RD尺度そのものは扱っておらず、また性格を示す3つの尺度については分析をしていない。Cloninger, Svrakic and Przybeck(2006)により将来の抑うつ傾向との関連を指摘されたSD尺度については分析をしていない。Farmer and Seeley(2009)は同種の研究で、4年後にフォローアップできた一般成人591名を対象とし、ベースラインでの抑うつ傾向と年齢と性別の影響を取り除くという統計処理をして、性格傾向と抑うつ傾向の関係を分析したところ、ベースラインで実施したTCIの7つの下位尺度の中で統計的に有意な程度に4年後の抑うつ状態の予測要因となり得たのはHA得点が高いことのみであった。この研究では、SD得点の低さは将来の抑うつ状態を予測できなかった。Naito, Kijima and Kitamura(2000)は167名の日本の大学生に対し、まずはTCIとSDS(Self-Rating Depression Scale)を実施し、次に3か月後に同じSDSを再度行い、ベースライン時点でのSDSの影響および年齢と性別を統制して分析をしたところ、ベースラインのTCIの中でSD得点の低さのみが、3か月後の抑うつ傾向のリスク要因として表れた。HA尺度についてはうつ傾向との関連は見出されなかった。

先行研究をまとめると、HA得点が高いこと、SD得点が高いこと、P得点が高いこと、およびRD尺度の複数の下位項目に、将来の抑うつとの関連が表れている。研究による結果の違いは、その研究がどの国で行われたか、サンプルサイズやサンプリングの方法の違い、大学生など限定した年齢層を対象としているか、検査を実施した2時点の間隔をどの程度としたか、被検者群の年齢層や男女比などの諸変数の違いなどから生じていると考えられるが、それを特定するのは容易ではない。ただし、次に説明するうつ病の病相期および寛解期においてTCIに表れる、健常者と比較してのうつ病患者の性格傾向を考えると、P尺度やRD尺度ではなく、HA尺度とSD尺度に示される性格要因が将来の抑うつ症状につながるリスク要因となっていると考えるのが妥当と思われる。

うつ病患者と一般成人のTCIを比較することで、うつ病患者の性格傾向を調べる方法がある。この場合、うつ症状が強い病相期か、投薬治療に

よりうつ症状がほとんどなくなった寛解期のいずれの時期にTCIにとったかにより、研究の結果は異なる。病相期のTCIにはうつ病患者のももとの性格だけでなく、心理検査実施時のうつ状態の影響が表れるのに対し、寛解期のTCIはうつ症状の影響が少ないため、ももとの性格傾向がより純粋な形で表れる。寛解期のTCIには、うつ病を経験したことによる性格の変化も含まれてはいるものの、病相期に比べればうつ病になりやすいももとの性格傾向が表れているといえる。これまでの研究を概観すると、寛解期にはP尺度やRD尺度には特徴は表れず、うつ病患者は一般成人よりHA得点が高く、SD得点が低くなりやすい。高いHA得点と低いSD得点に表れる特徴がうつ病になりやすい性格傾向といえる。そしてそれが、うつ病患者については寛解後の再発を、一般成人にとっても抑うつ状態の悪化を招きやすいパーソナリティ特徴でもありと考えられる。

病相期にあるうつ病患者のTCIと健常者のTCIとを比較した研究を概観すると、前者でHA得点が高くSD得点が低いという点は、ほとんどの研究で共通している(Celikel et al., 2009; Hansenne et al., 1999; Hirano et al., 2002; Marijnissen, Tuinier, Sijben & Verhoeven, 2002; Nery et al., 2009; Richter, Eisemann & Richter, 2000)。併せて、C得点が低いという研究もある(Hansenne et al., 1999; Hirano et al., 2002; Nery et al., 2009)。少数ながら、RD得点が低い(Nery et al., 2009)、P得点が高い(Richter, Eisemann & Richter, 2000)、ST得点が高い(Hansenne et al., 1999; Nery et al., 2009)という研究もある。NS得点については、高いという研究(Nery et al., 2009)と低いという研究(Richter, Eisemann & Richter, 2000)がある。うつ症状がTCIに反映した結果、多くの下位尺度に特徴が表れたといえる。一方、うつ病の寛解時のTCIについては、健常者のTCIと比較すると、HA得点が高い研究(Hirano et al., 2002; Marijnissen, Tuinier, Sijben & Verhoeven, 2002)、SD得点が低い研究(Nery et al., 2009)、HA得点が高くSD得点が低い研究(Richter, Eisemann & Richter, 2000; Smith, Duffy, Stewart, Muir & Blackwood, 2005)がある。うつ症状の影響

の少ない純粋な姿でのうつ病と関連する性格要因を示しており、多くの研究でHA尺度とSD尺度に特徴が表れる一方、他の尺度にはうつ病患者と一般成人との差はほとんどみられない。

IV うつ病患者における性格と抑うつとの関連

前節ではうつ病に罹患していない健常者を対象として、TCIのHA尺度とSD尺度に表れる性格傾向が、将来の抑うつ状態を予測することを示した研究を紹介した。同様の性格と抑うつとの関係は、直接にうつ病患者を対象とした研究でも示されている。浅野ら(2013)は、大うつ病性障害と診断され、寛解期にTCIを実施し、転帰を確認できた75名の患者群を対象として、うつ病患者の性格と抑うつとの関連を調べている。投薬治療により抑うつ症状が減少し、HAM-D という抑うつ症状の程度を測定する尺度でも十分な程度の低減が確認された寛解期にTCIを実施しているため、基本的にはTCIの各尺度に検査実施時点での抑うつは影響していない。先行研究でうつ症状を予測することが指摘されているTCIのHAとSDについて、HA高群とHA低群、およびSD高群とSD低群とに分け、それぞれの群について寛解後の抑うつ傾向をフォローアップしている。寛解後の抑うつ傾向はCGI-Sという尺度を使用して測定している。寛解してから抑うつが再燃するまでの時間を示す生存曲線を2群で比較するという生存分析を行ったところ、HAの両群には有意差がみられず、SDについてはSD高群よりもSD低群の方が、統計的に有意な程度に寛解から抑うつまでの時間が短かった。この差は、先行研究においてうつ病の再発を予測することが指摘されている性別や発症年齢による影響に左右されることなく表れた。

うつ病の寛解時のTCIについては、健常者のTCIと比較すると、HA得点が高い研究と、SD得点が低い研究と、HA得点が高くSD得点が低い研究があることを前節で紹介した。浅野ら(2013)の研究は、そのHAとSDのうち、特にSDが寛解後の抑うつ悪化を予測することを示している。Cloninger, Svrakic and Przybeck(1993, 2006)の

説明では、SD尺度は、自己責任(responsibility)、目的指向性(goal-directedness)、問題解決力(resourceful problem solving)、自己受容(self-acceptance)、希望(hopefulness)などを含んでいる。そしてその心理的な働きには、人が抑うつ状態にならないように予防をするという役割があるという。SD尺度が低いことは、この心理的な働きが弱いことを意味する。そうした人は、日常生活で経験する困難な状況に容易に混乱し、抑うつ傾向を強めやすいだろう。浅野ら(2013)の研究の意義は、SD尺度と抑うつとのこの関係が、健常者だけではなく、うつ病患者群にも適用できることを実証的に示した点にある。浅野ら(2013)の研究は、SD尺度の低さが将来の抑うつ傾向の強さを予測するという点で、前節で紹介した健常者を対象にした研究(Clouinger, Svrakic & Przybeck, 2006; Naito, Kijima & Kitamura, 2000)と結果が一致している。しかし、Farmer and Seeley(2009)の研究では、ベースラインで実施したTCIの7つの下位尺度の中でHA得点が高いことのみ統計的に有意な程度に4年後の抑うつ状態を予測しており、SD得点の低さは将来の抑うつ状態を予測できなかった。ただし同じ研究の追加分析の中で、ベースラインでは抑うつ傾向がなかったが、4年後には抑うつ傾向を強めた群のSD得点が有意に低かったことを見出しており、SD得点が将来の抑うつ傾向を予測する可能性が示唆されている。浅野ら(2013)の研究では、SD高群とSD低群に群分けをしているが、SD得点の中央値よりも低い得点をカットポイントとしている点にも注意が必要である。うつ病患者群の場合、SD得点がある一定の数値以下であると、人が抑うつ状態にならないように予防をするという心理的な働きが極めて脆弱となり、そのSD得点を超えるうつ病患者群と比較して異質といってよい程度となり、うつ病の再発のリスクが高まることが示唆される。

Clouinger, Svrakic and Przybeck(2006)によると、HA尺度は、抑うつに対する情緒的な脆弱さを示す指標である。HA得点の高い人は、警戒的であり(cautious)、緊張しやすく(tense)、内気であり(shy)、悲観的であり(pessimistic)、心配性で

あり(anxious)、恐れや無力感が強い(easily fearful and fatigable)(Clouinger, 1987)。前節で説明したように、うつ病の寛解時のTCIは、健常者のTCIと比較してHA得点が高い。HAの高さには、抑うつ的になりやすい人のももとの性格か、抑うつを経験したことによって変化した性格か、その両方が示されていると考えられる。健常者を対象とした研究では、HA尺度が将来の抑うつ傾向を予測できたという結果となることが多い。例えば、前節で紹介したように、ベースラインで実施したTCIのHA尺度が、同時点での抑うつ傾向や、年齢や性別による影響を統制するという統計処理をしてもなお、Clouinger, Svrakic and Przybeck(2006)の研究では1年後の、Farmer and Seeley(2009)の研究では4年後の抑うつ傾向を統計的に有意な程度に予測していた。また、Elovainio et al.(2004)は、ベースラインでのTCIのHA尺度の中の下位項目のいくつかと、同じ被検者群の4年後の抑うつ傾向の強さとの関連を見出していた。ただし、Naito, Kijima and Kitamura(2000)の研究では、ベースラインでのHA尺度は、3か月後の抑うつ傾向のリスク要因とはならなかった。健常者を対象とした複数の先行研究で、抑うつ傾向に対してのHA尺度の予測力を確認している一方で、うつ病患者群の中で行われた浅野ら(2013)の研究で同じ結果が得られなかった理由の1つとして、うつ病患者は健常者と異なり、性別、発症年齢、病相回数、人格障害や精神障害の併発など複数の要因がうつ病の再発に関与していることが挙げられる。特に病相回数は、うつ病の再発のリスク要因となることが数多くの研究で示されている。病相回数などの複数の要因が影響して、うつ病患者群では健常者群ほどには、HA尺度と将来の抑うつとの関連が表れにくいということがあるのかもしれない。例えば、病相回数が多い人、つまりこれまでの生育歴の中でうつ病に罹患した回数が多い人ほど、うつ病を経験したことによる性格の変化が大きく、その影響は、SD得点に示される抑うつ状態にならないように予防をするという心理的な働きに対してよりも、HA得点に示される抑うつに対する情緒的な脆弱さに対して強く表れる可能性がある。そのためうつ病患者の場合、病相回

数をはじめとする複数の要因がうつ病の再発に関与しているとしても、SD尺度はその影響を受けにくく、SD尺度自体がうつ病の再発の予測力を有するのに対し、HA尺度はその予測力が例えば病相回数などの別の要因によって打ち消されてしまい、健常者群では複数の研究で見出されていたHA尺度の将来の抑うつ傾向の予測力が、うつ病患者群では姿を消してしまうことがあるかもしれない。

V 結び

Cloningerにより開発されたパーソナリティ検査であるTCI(temperament and character inventory)の7つの尺度の中で、特に自己志向(Self Directedness)の得点が低いうつ病患者ほど、一度はうつ病が寛解した後に、それに続く時間の経過の中でうつ病が再発するリスクが高い。SD得点の低いうつ病患者は、自己責任、目的指向性、問題解決力、自己受容など、抑うつ状態にならないように防止をする役割があるとされる心理的な働きが弱く、日常生活で経験する様々な困難に動揺して抑うつ的になりやすいと考えられる。投薬による性格への影響を調べた複数の研究において、薬物治療の開始時と終了時の2時点でTCIをとりそれらを比較してみたところ、抗うつ薬の影響によりHA得点は低下し、SD得点は上昇することが示されている(Hirano et al., 2002; Marijnissen, Tuinier, Sijben & Verhoeven, 2002; Richter, Eisemann & Richter, 2000)。SD得点に表れる心理的な働きを高めるために、薬物療法は重要である。また、認知療法にもSD得点を高める効果がある(Clouinger, 2004)。薬物治療や心理的介入により、自己責任、目的指向性、問題解決力、自己受容などの心理的な働きを向上させ、日常生活で支障が生じないように円滑に日々の生活が送れるようにすることが、うつ病患者が再発に至らないように防止をすることにつながる。

損害回避(Harm Avoidance)に示される抑うつにつながりやすい情緒的な脆弱さ、例えば警戒心や緊張が強く、内気であり、悲観的になりやすく、心配、恐れ、無力感などを抱きやすい性格特徴も

同様に、うつ病患者とかがかわる実際の臨床現場では軽視できない。健常者を対象とした複数の研究では、HA得点が将来の抑うつ傾向の予測力を有することが確認されている。うつ病患者群を対象とした研究では、同様の結果が得られなかったが、病相回数などの別の要因の影響により、その予測力が打ち消された可能性がある。性別、発症年齢、病相回数などは、たとうつ病の再発のリスク要因となることが実証的に示されたとしても、生物学的な要因か過去の出来事であり、将来に向かって変化を促すことはできない。性別は変えることはできないし、過去の発症年齢やこれまでの病相回数を変えることはできない。しかし、HA得点に表れる情緒的な脆弱さは、薬物治療によっても心理的介入によっても改善を促すことができる。今後の研究で病相回数とHA尺度との間に関連があることが実証的に明らかになれば、病相回数が多く、うつ病の再発のリスクが高いうつ病患者に対し、HA尺度に表れる性格傾向を改善させることで対応するという可能性も開けてくる。心理検査によりうつ病の再発を予測する性格要因を探索することは、薬物治療や心理的介入による改善が可能なリスク要因を特定することであり、うつ病の再発の防止に実質的な効果を期待できるという点で、臨床的な意義は大きいと思われる。

References

- 浅野正・渡辺茂樹・馬場元・前嶋仁・中野祥行・河野るみ子・鈴木利人・新井平伊 2013 うつ病の再発のリスク要因としてのパーソナリティ特徴—TCIの下位尺度SDに着目して— 第10回うつ病学会発表
- Bockting,C.L.H., Spinhoven,P., Koeter,M.W.J., Wouters,L.F., & Schene,A.H. (2006). Prediction of recurrence in recurrent depression and the influence of consecutive episodes on vulnerability for depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(5), 747-755.
- Celikel,F.C., Kose,S., Cumurcu,B.E., Erkorkmaz,U., Sayar,K., Borckardt,J.J., et al. (2009). Cloninger's temperament and character dimensions of

- personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 556-561.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588.
- Cloninger, C.R. (2004). *Feeling good: The science of well being*. Oxford University Press, New York.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (2006). Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. *Journal of Affective Disorders*, 92, 35-44.
- Elovainio, M., Kivimaki, M., Puttonen, S., Heponiemi, T., Pulkki, L., & Keltikangas-Jarvinen, L. (2004). Temperament and depressive symptoms: A population-based longitudinal study on Cloninger's psychobiological temperament model. *Journal of Affective Disorders*, 83, 227-232.
- Farmer, R.F., & Seeley, J. (2009). Temperament and character predictors of depressed mood over a 4-year interval. *Depression and Anxiety*, 26, 371-381.
- Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Shea, M.T., Skodol, A.E., Stout, R.L., Gunderson, J.G., et al. (2005). Two-year prospective naturalistic study of remission from major depressive disorder as a function of personality disorder comorbidity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 78-85.
- Grilo, C.M., Stout, R.L., Markowitz, J.C., Sanislow, C.A., Ansell, E.B., Skodol, A.E., et al. (2010). Personality disorders predict relapse after remission from an episode of major depressive disorder: A 6-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1629-1635.
- Hansenne, M., Reggers, J., Pinto, E., Kjiri, K., Ajamier, A., & Ansseau, M. (1999). Temperament and character inventory (TCI) and depression. *Journal of Psychiatric Research*, 33, 31-36.
- Hart, A.B., Craighead, W.E., & Craighead, L.W. (2001). Predicting recurrence of major depressive disorder in young adults: A prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 633-643.
- Hirano, S., Sato, T., Narita, T., Kusunoki, K., Ozaki, N., Kimura, S., et al. (2002). Evaluating the state dependency of the temperament and character inventory dimensions in patients with major depression: A methodological contribution. *Journal of Affective Disorders*, 69, 31-38.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Mueller, T.I., Endicott, J., Coryell, W., Hirschfeld, R.M.A., et al. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Archives of General Psychiatry*, 49, 809-816.
- Kessing, L.V. (1998). Recurrence in affective disorder: Effect of age and gender. *British Journal of Psychiatry*, 172, 29-34.
- Kessing, L.V., & Andersen, P.K. (1999). The effect of episodes on recurrence in affective disorder: A case register study. *Journal of Affective Disorders*, 53, 225-231.
- Kessing, L.V., Andersen, P.K., & Mortensen, P.B. (1998). Predictors of recurrence in affective disorder: A case register study. *Journal of Affective Disorders*, 49, 101-108.
- Kessing, L.V., Andersen, P.K., Mortensen, P.B., & Bolwig, T.G. (1998). Recurrence in affective disorder: A case register study. *British Journal of Psychiatry*, 172, 23-28.
- Kessing, L.V., Hansen, M.G., Andersen, P.K., & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorders—a life-long perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 339-344.

- 木島伸彦・斎藤令衣・竹内美香・吉野相英・大野裕・加藤元一郎・北村俊則 1996 Cloningerの気質と性格の7次元モデルおよび日本語版 Temperament and Character Inventory (TCI) 精神科診断学 7(3), 379-399
- Klein,D.N., Schatzberg,A.F., McCullough,J.P., Dowling,F., Goodman,D., Howland,R.H., et al. (1999). Age of onset in chronic major depression: Relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *Journal of Affective Disorders*, 55, 149-157.
- Klein,D.N., Shankman,S.A., & Rose,S. (2006). Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *The American Journal of Psychiatry*, 163(5), 872-880.
- Kornstein,S.G., Schatzberg,A.F., Thase,M.E., Yonkers,K.A., McCullough,J.P., Keitner,G.I., et al. (2000). Gender differences in chronic major and double depression. *Journal of Affective Disorders*, 60, 1-11.
- Maj,M., Veltro,F., Pirozzi,R., Lobraccio,S., & Magliano,L. (1992). Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: A prospective study, *The American Journal of Psychiatry*, 149(6), 795-800.
- Marijnissen,G., Tuinier,S., Sijben,A.E.S., & Verhoeven,W.M.A. (2002). The temperament and character inventory in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 70, 219-223.
- Matsudaira,T., & Kitamura,T. (2006). Personality traits as risk factors of depression and anxiety among Japanese students. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 97-109.
- Naito,M., Kijima,N., & Kitamura,T. (2000). Temperament and character inventory (TCI) as predictors of depression among Japanese college students. *Journal of Clinical Psychology*, 56(12), 1579-1585.
- Nery,F.G., Hatch,J.P., Nicoletti,M.A., Monkul,E.S., Najt,P., Matsuo,K., et al. (2009). Temperament and character traits in major depressive disorders: Influence of mood state and recurrence of episodes. *Depression and Anxiety*, 26, 382-388.
- Richter,J., Eisemann,M., & Richter,G. (2000). Temperament and character during the course of unipolar depression among inpatients. *European Archives Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 40-47.
- Rothschild,L., & Zimmerman,M. (2002). Borderline personality disorder and age of onset in major depression. *Journal of Personality Disorders*, 16(2), 189-199.
- Smith,D.J., Duffy,L., Stewart,M.E., Muir,W.J., & Blackwood,D.H.R. (2005). High harm avoidance and low self-directedness in euthymic young adults with recurrent, early-onset depression. *Journal of Affective Disorders*, 87, 83-89.
- Ten Doesschate,M.C., Bockting,C.L.H., Koeter,M. W.J., & Schene,A.H. (2010). Prediction of recurrence in recurrent depression: A 5.5-year prospective study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(8), 984-991.