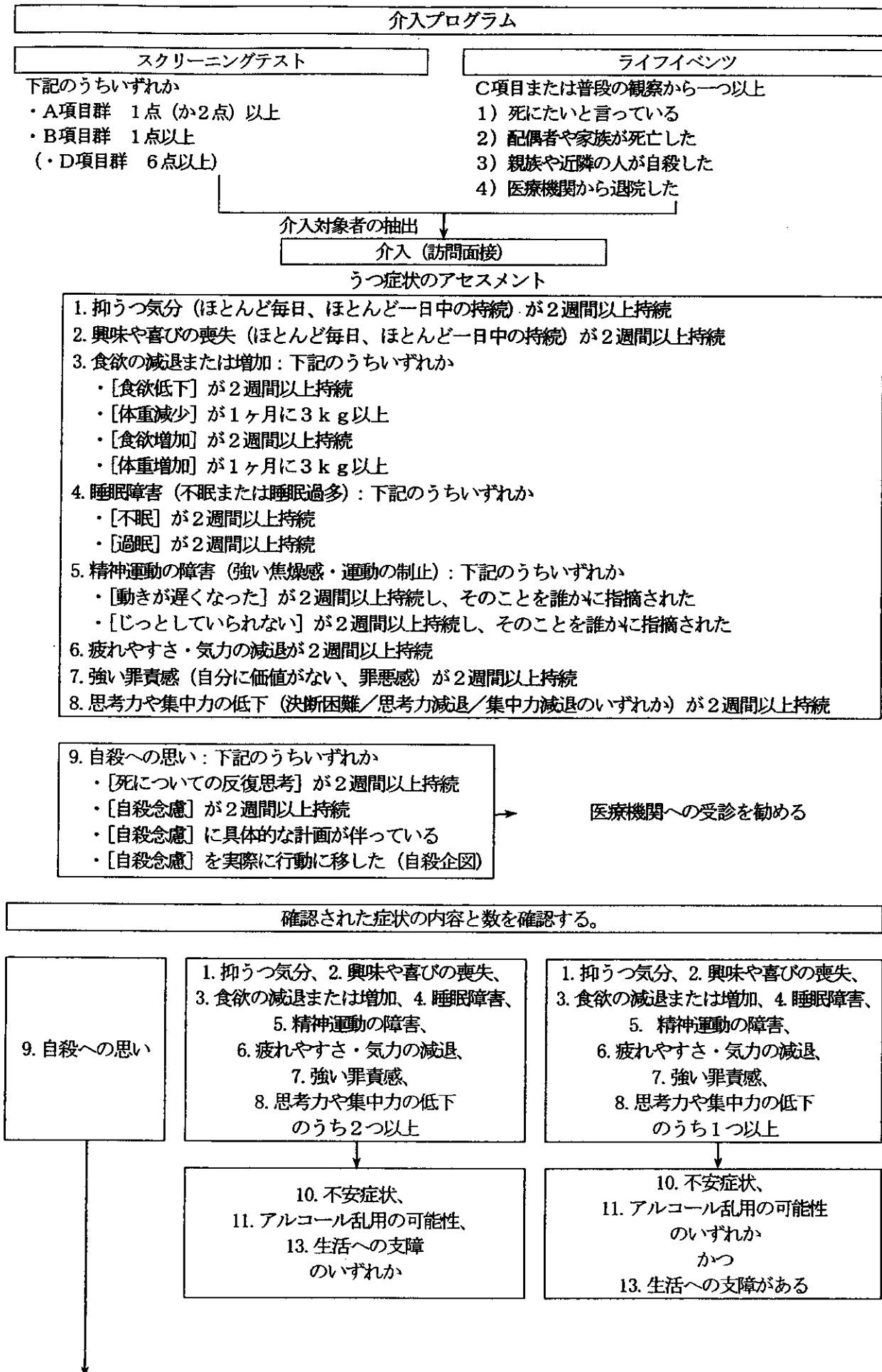
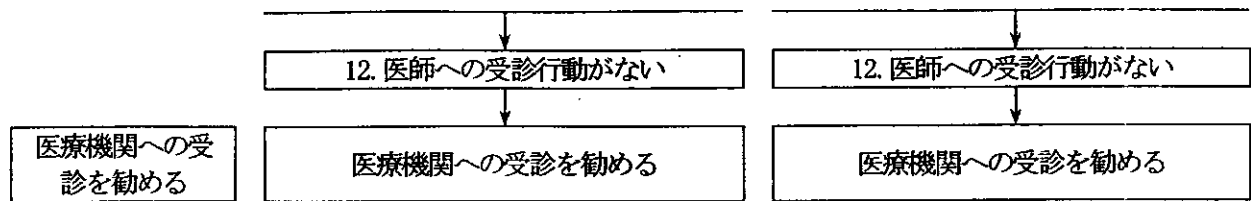


(資料2)





訪問面接を行ったが、医療機関への受診を勧めない群は、すべて経過観察の対象とする。

医療機関の受診を勧めるまでではないが、経過観察が必要な場合

*1. ~8. の抑うつ症状、10. 不安 11. アルコールのいずれかの症状があるが、13. 生活への支障がない場合
→何らかのストレスフルな出来事を経験したときに、症状が悪化する可能性がある。場合に応じて再度面接を行う。

*スクリーニング質問票の回答と面接での回答が一致していない場合 →虚偽反応をしている可能性がある。同居家族などからの情報も得ることが望ましい。

*医療機関を受診している患者の家族 →看護を負担に感じ抑うつ症状を呈する場合がある。また患者への対応の仕方などの相談に応じることによって、患者本人の経過に良い影響を与えることが出来る可能性がある。

等。

(資料3)

うつ病の特徴的症状と質問の仕方

■「うつ」

うつ病とはどのような病気なのでしょうか。

「うつ」の患者さんに対しては、「うつ病」、「うつ状態」、「抑うつ状態」といったさまざまな言い方がされます。「うつ状態」と「抑うつ状態」というのは基本的には同じ意味で、精神的なエネルギーが低下した状態をさします。そうした「うつ状態」が症状の中心になっている場合に使われる表現が「うつ病」です。その細かい症状についてはあとで詳しく説明しますが、気持ちが沈み込んだり、いろいろなことに関心がなくなったりしているために苦しい思いをしたり、生活に支障が生じたりしている場合に「うつ病」という表現が使われるのです。このように、「うつ病」かどうかは生活に支障が出てくるほど強いかどうかで決まるという意味では病気とも言い切れないのですが、薬で症状を改善させることができるという意味では病気だと考えることができます。

■うつ病の9つの症状

(1) 抑うつ気分

質問例 「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありますか」
「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

「うつ病」の人は、気持ちが沈み込んで憂うつになっていることがよくあります。「憂うつだ」「悲しい」「何の希望もない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともあります。いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。こうした症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります(後述；症状の日内変動参照)。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われて抑うつ気分が気づかれにくくなることもあるので注意しなくてはなりません。

(2) 興味や喜びの喪失

質問例 「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」
「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしてもおもしろくないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってきます。友達と会って話すのが好きだったのに、会ってもおもしろくないし、かえってうつとうしくなってきます。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見てもおもしろくありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやってもおもしろくないので、自分の世界に引きこもるようになってきます。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろうと不思議に思えるほどです。

(3) 食欲の減退または増加

質問例

「いつもより食欲が落ちていますか」
 「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」
 「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」
 「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。一方、それとは逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など特定の食べ物ばかりほしくなることもあります。食欲がなくなった患者さんは「何を食べても、砂を嚙んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくあります。あまりに食欲がなくなって、一カ月に4キロも5キロも体重が減少してしまうこともあります。

(4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）

質問例

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）
 「ほとんど毎晩眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」
 「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

とくに朝早く目が覚めるのはうつ病に特徴的で、「午前三時症候群」と呼ぶ人もいます。目が覚めるのが午前4時であることも、5時であることもありますが、いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病の患者さんは、このように早く目が覚めたからといってすぐに起きあがれるわけではなく、布団のなかで悶々と思い悩んでいることがよくあります。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状が現れることもあります。

(5) 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）

質問例

「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるということがありますか」
 「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、ほかの人から見てもすぐにわかるほど身体の動きが遅くなったり、口数が少なくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止と言います。

また、逆に、じっと座ってられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたりするようになることもあります。このように焦燥感が強くなっているときにはつらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元気そうに見えてしまい、うつだと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

(6) 疲れやすさ・気力の減退

質問例

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じることはありませんか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の一つです。気力が低下して何をやる気もおきなくなりますし、洋服を着るといった日常的なことにさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけのエネルギーがわいてこないのです。

(7) 強い罪責感

質問例 「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりするようになります。一つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回もほかの人に確認をしたりすることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思いこむようになってたりもします。

(8) 思考力や集中力の低下

質問例 「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」
「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」
「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでもあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりします。また、高齢者の場合には実際に痴呆のように見えることがあります。しかし、真の痴呆と違って、抑うつ状態による痴呆様の症状は治療によって改善するために、仮性痴呆と呼ばれています。

しかし、逆に、痴呆状態がうつと間違えられることもあるので注意が必要です。痴呆の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機に発症してだんだんと痴呆が進んでくることがあるので注意が必要です。

(9) 自殺への思い

質問例 「死について何度も考えるようになっていませんか」
「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んで辛くてたまらないために死んだ方がましだと考えるようになってきます。欧米の研究では、入院が必要なほどのうつ病にかかった人の15パーセントが自殺で命を落としていることがわかっています。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通るときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をやる元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえでできません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちをすぐに行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには患者さんの気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるのでまわりの人は安心してしまおうのですが、抑うつ症状が強かったときのつらい記憶は簡単に消えないために、本人は良くなったという自覚をもてないことが多いからです。こうした食い違いがあると、患者さんは誰にもわかってもらえないと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

■その他の抑うつ症状

身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰痛などの症状は、とくによく見られるものです。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現されることがあります。このほかにも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてきます。

こうした身体症状が存在すると、私たちはつい身体のことを心配するために精神的な面を見逃してしまいがちです。身体症状のために、憂うつな気分が目立たなくなるのです。こうした状態を、抑うつ症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と呼ぶことがあります。

症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動が見られることがよくあります。人によっては夕方から夜にかけて元気になるために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつじゃなくて、気分の問題なんだ」と考えることもあります。しかし、これはうつ病の日内変動（という特徴）で、気分の問題ではないので、軽く考えすぎないように注意しなくてはなりません。

精神病症状

うつ病が重くなると、自分がまわりから意地悪をされているように感じたり目に見えない力が自分を迫害しているように感じるなどの被害妄想や、現実にはそうしたことはないのに、貯蓄が底をついてしまって自己破産をするしかない、自分は何もできない無力な人間だ、などと、自分のことや自分の能力を極端に低く見る微小妄想といった、精神病症状が認められることがあります。

また、カタレプシー（蠟屈症）などの緊張病症状が現れることもあります。カタレプシー（蠟屈症）というのは、蠟人形のように体が固まってしまって、まわりからいくら刺激を与えても動かなくなる状態です。

このほかにも、ほかの人が言ったことを奇妙な感じでおうむ返しする反響言語、他人の動作をまねて繰り返す反響動作、奇妙な行動を繰り返す常同症や衝動症などが見られます。また、これらの症状が現れているときには、ごくまれにはありますが、突然興奮して、自分を傷つけたり人を傷つけたりすることがあるので注意しなくてはなりません。

■「いつもと違う」状態に気づく

このようにうつ病は自覚しにくいし、まわりで見えてもわかりにくい病気です。しかし、治療すれば良くなる病気ですので、早めに見つけて治療することが大切になります。早くに見つけるために注意すべき点は、日常生活において、いつもと違う状態が続き、本人か周囲の人の生活に支障がでてくる、ということです。

資料4：実践例（基本健康診査に用いた場合）

1) 受診者への説明

まず、スクリーニングの実施にあたっては、保健所は、基本健康診査に従事する保健師、看護師・事務職等を対象にうつスクリーニング説明会を実施します。このことは、健診に従事するスタッフに、うつスクリーニングやこころの健康づくり対策の必要性・重要性についての理解を深めてもらい、スタッフ側のこころの健康づくりに対する気運を高めることにもなります。

実際場面では、精神面の問診を保健所保健師と看護師（雇い上げ）が担当することもある。そうした場合には、健診従事者を対象とした事前の説明会・研修会は非常に重要になります。

2) 1次スクリーニング質問票「こころの健康度自己評価票」の配布

1次スクリーニング質問票の配布については、基本健康診査の健診票と同封して事前に受診者に配布しておきます。受診者が精神面の健診について、特別なものではなく身体面の健診と同様に受診するものだという意識が生まれやすくなります。

3) 基本健康診査時の注意点

基本健診当日、たいていは市町村の保健師が基本健康診査の流れについて対象者に説明しますが、同時に精神面の問診について十分な説明を行うことが大切です。精神面の問診について、受診者の中には抵抗感を持ったり、精神科の診察や脳波の検査をしたりする人がいますし、かなり時間がかかって健診終了時間が遅くなるのではないかとといった勘違いする住民もいるので注意をしましょう。

また、「健康、元気だから」として1次スクリーニングを「受診しない」住民も出てきます。実際に元気な場合もありますが、関心が低いことやなじみがうすいことから、警戒心を持っている場合も想定されすことから、精神面の健診も身体面の健診と同様に、重要だということを住民に普及することが大切になります。

【説明のポイント】

- *今回の基本健診は、からだの健診と一緒にこころの問診を行う。
- *からだどこころの健康は非常に密接に結びついており、こころの問診を受けることは重要である。
- *こころの問診は非常に簡単で、事前に配布されている8項目も質問に“はい”“いいえ”で答えるだけである。多くの時間はかからず健診終了時間が遅くなるということはない。
- *専門（精神科・心療内科）の医師の診察や脳波などの検査をするということではなく、保健師・看護師による聞き取りの問診である。
- *個別に相談のある場合は、こころの健康相談コーナーで相談に対応する。

4) 1次スクリーニングの実際

可能であれば身体面の問診項目の中に、精神面の問診8項目を組み入れた問診票を使用し、「からだどこころの問診コーナー」を設定するようにします。

一例として、健診会場に身体面の問診コーナーとは別に、「こころの問診コーナー」を独立して設けることもできます。健診の流れとしては、身体面の問診（市町村保健師・看護師担当）後、受診者は精神面の問診を受ける受けないにかかわらず、「こころの問診コーナー」を必ず通るようにします。

このとき「受診しない」者に対して、保健所保健師（看護師）が再度こころの問診について説明を加え、こころの問診を受けることを促します。この方法で、当初「受診しない」と記入していた人が「受診する」となることがかなりの数でできます。

【一次スクリーニング問診のポイント】

- *受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」は重要です。抑うつ症状がないかよく観察します。
- *表情が暗い、受け答えが鈍い、うつりが悪い等保健師（看護師）の勘を大切にしましょう。受診者のそのような様子を感じたら丁寧に問診を取るようにした方がよいでしょう。
- *「最近のあなたの様子」というのは、「最近の2週間」を意味します。受診者の中には、「ここ数年」

の様子について回答している住民もいますので注意しましょう。

- *高齢者の場合、「設問5 わけもなく疲れた感じがしますか。」の設問に「はい」と答えがちです。その疲れは最近の様子であるのか、加齢のためかよく確認しましょう。
- *事前に問診票は配布されているわけですから、基本的には受診者が既に記入していますので、その場合陽性項目がないかどうかを確認します。
- *未記入の場合は、受診者に1問ずつ質問し、「はい」「いいえ」を確認します。比較的若い年齢の方の場合は、その場で記入してもらってもいいでしょう。60歳後半以降の年齢の受診者に対しては保健師が聞き取る方が早いでしょう。
- *はじめは、保健師・看護師の問診技術が未熟であるため、陽性者が多くなりがちです。問診の経験を重ねることが大切です。
- *受診者が、家族の介護をしている、最近家族が死亡した、更年期障害の症状を訴えている等あれば陽性になる確率は高いため、事前にそのような情報を把握しているときも丁寧な問診が必要です。
- *結果については、陰性者の場合、「問診の結果、〇〇さんのこころの状態は良好でした、これからこころの健康づくりに努めて下さい」等声かけします。
- *1次スクリーニングの結果が陽性の場合、「簡単な問診の結果、〇〇さんは少しこころが疲れているようです。後ほど、もう少し詳しくお話きたいのですが、お時間を取っていただけませんか？」等説明し、2次スクリーニングを健診の最後に会場で面接により実施するか、あるいは後日家庭訪問させてもらうか約束します。
家庭訪問の場合、その場で日程調整する方がよいでしょう。健診終了後、電話等で家庭訪問の約束のための連絡をしても断られる場合が多いようです。また、結果報告会の時も2次スクリーニング実施できる機会になりますので、できるだけ2次スクリーニングが実施できるように陽性者に働きかけましょう。

5) 2次スクリーニングの実際

1次スクリーニング判定の結果、陽性者に対して、保健師の聞き取りによる面接を実施します。2次スクリーニングに要する時間は、人によってかなり異なり、15分で終わる場合もありますが、2時間以上かかる場合もあります。

健診の最後に会場で、2次スクリーニングを実施する場合、2次スクリーニング実施場所は、プライバシーが確保されるような個室あるいは仕切られた場所が望ましいでしょう。2次スクリーニング対象者が、他の受診者の目を気にせずゆっくり落ち着いて話ができるからです。

2次スクリーニングは、単なるスクリーニングと考えず、保健師と住民との信頼関係を築く大切な機会としてとらえましょう。

実際に、2次スクリーニングの面接の結果、保健師との信頼関係ができ、精神科受診に結びつくケースや面接だけでうつ症状が軽減することも少なくありません。

2次スクリーニングを実施する場合、必ず丁寧に資料に目を通しておくことが役に立ちます。また、1次スクリーニング技術と同様に、2次スクリーニングも経験を重ねることが大切です。

6) 健康教育

基本健康診査にうつスクリーニングを実施する場合、健診会場や結果報告会において、うつ病やこころの健康づくりについての健康教育を実施します。

うつスクリーニングを実施する目的は、地域における自殺予備軍を把握するとともに、医療機関への受診勧奨や保健指導等適切な支援を行うこと、そして、同時にこころの健康づくりに関する普及啓発を行い、地域住民のうつ病やこころの健康づくりに関する認識を深め、地域住民全体のこころの健康づくりに対する気運を高めることが大きな目的です。

パンフレットやポスター等を使って、健診の待ち時間や合間、結果報告会において保健師による健康教育を行いましょ。

最初は保健所保健師が健診会場と結果報告会において健康教育を行うこともありますが、基本健診は市町村が実施主体であるため、市町村保健師が健康教育のスキルを身につけるよう保健所がバックアップし、将来的には市町村保健師が健康教育を行うことが望ましいでしょう。

7) 結果報告

精神面の問診も結果は、後日、からだの健診結果と同時に、結果報告会においてあるいは郵送にて紙面で「こころの健康度自己評価票の結果のお知らせ」を受診者に報告します。健診後の事務量を考慮すると1次スクリーニング陰性者には、精神面の問診を取ったその場で、口頭で報告し、陽性者のみ紙面で報告するといった方法でもいいでしょう。

結果報告会において2次スクリーニング陽性者（医療機関への受診を勧めるケース）に対して医療機関受診を勧める場合は、慎重に勧めましょう。よほどの緊急（自殺や死を考えている）を要しない場合は、保健師と受診者の十分な信頼関係ができてからでも専門科への医療機関受診を勧めるのは遅くありません。

また、専門科（精神科・心療内科）の受診を勧めることがベストですが、どうしても陽性者が精神科・心療内科に抵抗感がある場合は、身近な一般内科等の受診勧奨でもよいでしょう。他の疾患で治療中の場合は、主治医に相談するようすすめてもよいです。主治医に「こころの健康度自己評価票の結果のお知らせ」を提示するよう説明します。陽性者に受診するよう保健師がフォローについて焦り、陽性者との信頼関係が気まづくなったり、関係が途切れてしまわないよう働きかけることが大切です。とにかく陽性者との関係性を重視した支援に努めます。

結果報告会のときに、健診当日には相談がなかった受診者が、改めて相談する場合もあるようです。自分のことはもちろん、家族や身内の相談の場合もあるのでその相談に対応しましょう。

8) カンファレンス

健診終了後当日、健診従事者でカンファレンスを行います。その際、プライバシー確保、守秘義務を守ることは言うまでもありません。カンファレンスは、うつスクリーニング陽性者について家庭状況・生活状況・家族構成等について情報を共有し、今後の支援方向について確認する場になります。やはり住民の様々な情報は、保健所保健師（看護師）より、身近な市町村保健師（看護師）の方が把握しています。住民によっては、市町村保健師と既に信頼関係が築かれている場合も少なくありません。そのような場合、市町村保健師が、2次スクリーニングを含め今後のフォローを担当する方がよいケースもあります。逆に市町村保健師が身近すぎて、その住民にかかわりにくいというケースもありますので、その場合、保健所保健師のフォローが必要です。

いずれにしてもカンファレンスの結果、フォローについて保健所が担当するか、市町村が担当するかはケースバイケースです。

うつスクリーニングに取り組んだ結果、関係者を対象に事例検討会等を持つことも重要です。保健師によっては、自分が行ったケースに対する支援（家庭訪問・面接）について「これでよかったのか？」「間違っていたのではないか？」と思い悩む場合もあります。保健師がスクリーニング陽性者に対して行った支援をふりかえったり、自分の気持ちを整理したり、今後の支援の方向性をディスカッションするいい機会となり、保健師のスキルアップにつながりますので、ぜひ保健所保健師と市町村保健師と一緒に事例検討会を実施しましょう。

また、事例検討会をきっかけに、うつスクリーニングに取り組んでいない市町村やうつスクリーニングに取り組むことをためらっている市町村が、前向きにうつスクリーニングに取り組む気運が高まることがあります。

8) 事後フォロー

事後フォローとして、健診受診者に対して、健康教室・研修会・市民講座を案内したり、スクリーニング陽性者に対して、電話相談や家庭訪問等の支援が必要になりますので随時フォローしましょう。必要に応じて保健所のこころの健康相談日を紹介することや、保健師が家庭訪問により陽性者の話を傾聴

することがとても大切です。じっくり時間をとって保健師が陽性者の話をきくだけで、こころが軽くなる場合も多いようです。

また、医療機関への受診を勧めるケースの場合、家庭訪問を継続することにより保健師との信頼関係を築き受診に至るケースもいますが、なかなか受診には至らず、必要な住民を受診につなげることの難しいケースもありますので根気強くケースにかかわることが大切です。

1次スクリーニング陽性でありながら、2次スクリーニングを拒否している者の中にも受診が必要と思われる者もいます。市町村と連携して、ある程度アプローチが可能であり、結果報告会の場合や基本健康診査の事後フォローのための家庭訪問を活用して面接する方法も考えましょう。その場合、特に、慎重に介入する必要があり、基本健康診査の結果報告だけでなく、こころの健康について必要なときには相談に応じるということ伝えておくことが大切です。

保健所と精神科医師との連携がうまくいっている場合、訪問診療という方法も考えられますので検討してみてください。

福祉ネットワークを活用した見守り活動の対象者になることもあるでしょう。民生委員や福祉との連携も必要になります。

③効果

うつスクリーニングに取り組んだ効果・成果としては次のようなものがあります。

- 1) うつ傾向の強い住民を、基本健康診査の中で拾い出すことができ、受診の必要な者に対しては医療機関受診を勧奨することができます。当初は健診受診者にはうつ傾向のある住民は少ないのではと思えても、実際に調査をするとうつに悩んでいる人が多いことに気づかされます。
- 2) 1次スクリーニング陽性者の中には、家族を介護しているものが多く含まれています。介護負担はこころの健康への影響が大きく、要介護者を含めた介護家族のこころの健康に関するサポートの必要性を再確認できます。
- 3) 基本健康診査において、「こころの健康度自己評価票」による問診や問診の前段で「うつ病」や「こころの健康づくり」について健康教育を実施することにより、一般住民がうつ病やこころの健康づくりについて関心を持つ機会となります。また、こころの健康について市町村や保健所に相談できるという認識が深まります。うつ病の相談件数が少しずつ増えてきたり、健康教室で講話を聞いていた町民から「自分はうつ病ではないか」という訴えがあり病院受診につながるケースもでてきます。
- 4) 市町村と保健所が協働して取り組むことにより、住民へのフォローの面で連携しやすくなります。また、住民にとっては、相談カ所の選択肢が広がるというメリットがあります（身近すぎる市町に言えないことは保健所に相談、こころの健康に関する相談は親しみやすい市町村に相談など）。
- 5) 保健所保健師及び市町村保健師、健診に従事する看護師、事務職等健診に従事するスタッフの他、所管する市町の住民課、保健衛生課など事務系係長・課長等のスタッフに対しても、うつ病やこころの健康に対する意識の向上を図ることができます。
- 6) 受診者の中には、うつ傾向があり、不眠を訴えている住民もいますが、適切な治療が行われていないこともあります。このことは、一般診療科におけるうつ病の診療の重要性と専門医との連携の必要性について検討し、医師会とも協同でとりくんでいくことを説明できる材料にもなります。

(資料5) うつ病を疑った場合の問診の進め方

うつ病の評価と自殺予防介入の実際 (質問の進め方の例)

「これから、最近のご様子についてお伺いします。」

A1 「悲しくてしょうがない、落ち込む、または憂うつだ、ということがありますか。」

1.いいえ 2.はい

A1a 「その(悲しい、落ち込む、憂うつだという)状態は、いつごろから続いていますか。」

__ヶ月 __週間 __日前から続いている **2週間以上**

A1b 「その(悲しい、落ち込む、憂うつだという)状態は、ほとんど毎日、ほとんど一日中、続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

抑うつ気分

A2 「仕事や趣味、普段楽しみにしていることなど、ほとんどのことに興味をもてなくなっていますか。」

1.いいえ 2.はい

A2a 「その(ほとんどのことに興味をもてない)状態は、いつごろから続いていますか。」

__ヶ月 __週間 __日前から続いている **2週間以上**

A2b 「その(ほとんどのことに興味をもてない)状態は、ほとんど毎日、ほとんど一日中、続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

興味や喜びの喪失

A3-1 「いつもより食欲がおちていますか。」

1.いいえ 2.はい

A3-1a 「その(食欲がない)状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

A3-2 「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか。」

1.いいえ 2.はい

A3-2a 「いつもの体重と比べて、今はどのくらい減りましたか。」

__ __ kg減少 **(3kg/月)**

A3-3 「いつもよりずっと食欲が増えていますか。」

1.いいえ 2.はい

A3-3a 「その(食欲が増えた)状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

A3-4 「食欲がありすぎて、体重が増えていますか。」

1.いいえ 2.はい

A3-4a 「いつもの体重と比べて、今はどのくらい増えましたか。」

__ __ kg増加 **(3kg/月)**

食欲の減退または増加

↓

A4-1 「ほとんど毎晩眠れなくなっていますか。寝つきが悪かったり、夜中に起きたり、朝非常に早く目が覚めたりすることはありますか。」

1.いいえ 2.はい

A4-1a 「その（眠れない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

A4-2 「毎日眠りすぎていませんか。」

1.いいえ 2.はい

A4-2a 「その（眠りすぎる）状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

睡眠障害

A5-1 「話し方や動作が普段より遅くなっていますか。」

1.いいえ 2.はい

A5-1a 「その（話し方や動作が普段より遅くなっている）状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

A5-1b 「話し方や動作が遅くなった、と誰かに言われますか。」

1.いいえ 2.はい

A5-2 「いつも動き回っていなくてはならない、つまり、じっと座ってられないで、うろうろしたり、座っていてもじっとしてられないということがありませんか。」

1.いいえ 2.はい

A5-2a 「その（いつも動き回っていなくてはならない）状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

A5-2b 「いつも動き回っている、と誰かに言われますか。」

1.いいえ 2.はい

精神運動の障害

A6 「いつもより疲れたり、気力が低下したりしていませんか。」

1.いいえ 2.はい

A6a 「その（疲れたり、気力が低下している）状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

疲れやすさ・気力の減退

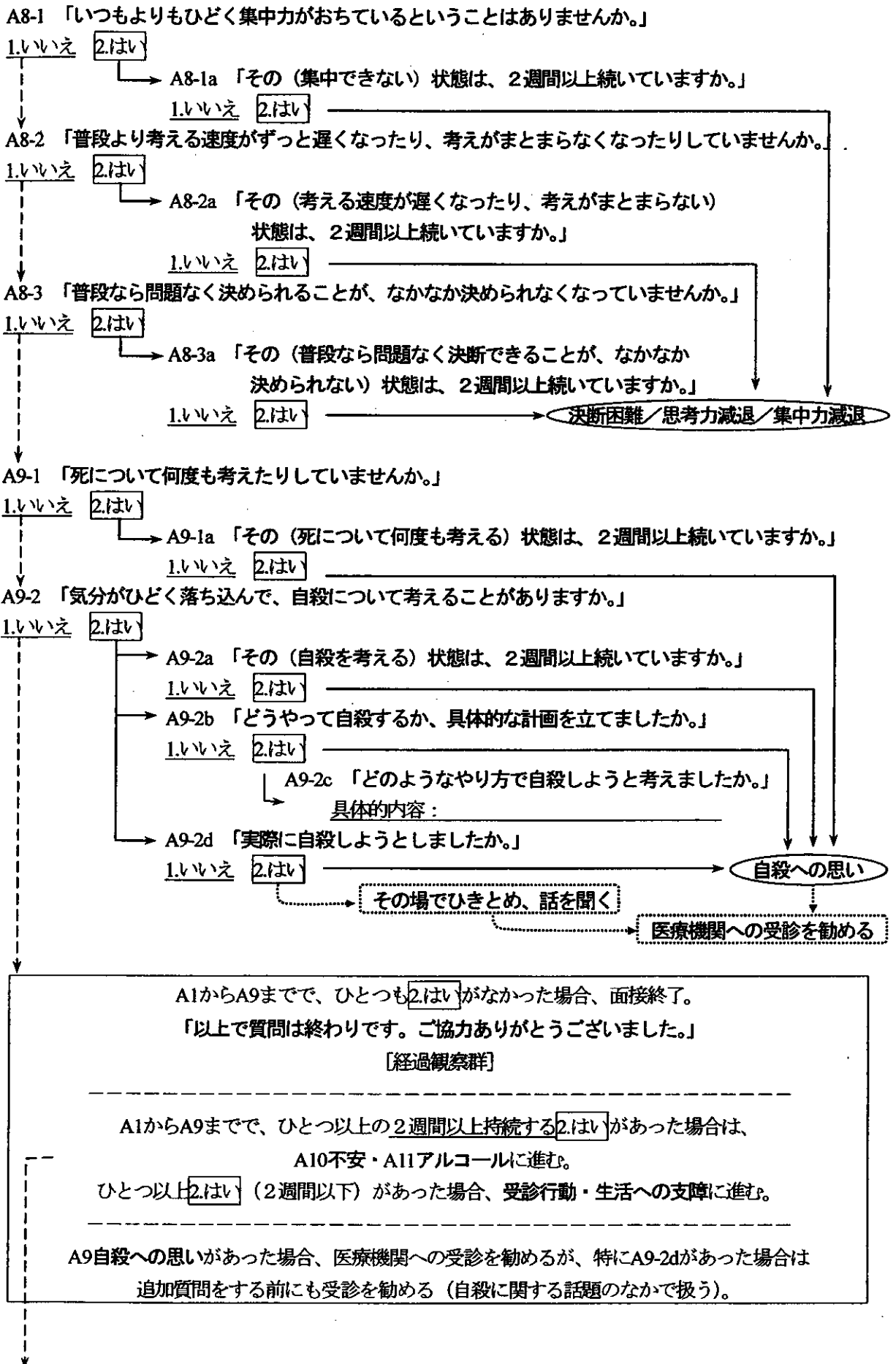
A7 「自分は価値のない人間だと感じたり、罪悪感を感じたりしていませんか。」

1.いいえ 2.はい

A7a 「その（自分に価値がないと感じる、罪悪感を感じる）状態は、2週間以上続いていますか。」

1.いいえ 2.はい

強い罪責感



A1からA9までで、ひとつ以上 症状があった場合 (2週間以上持続する2.はい)、
 受診行動・生活への支障の前に、不安・アルコールについての追加質問を行う。

A10-1 「わけもなく不安になったり、気持ちが落ち着かなくなったりすることがありますか」

1.いいえ 2.はい

A10-2 「突然ひどく不安になることがありますか」

1.いいえ 2.はい

不安症状

A11-1 「飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか」

1.いいえ 2.はい

A11-2 「他人があなたの飲酒を批難するので気にさわったことがありますか」

1.いいえ 2.はい

A11-3 「自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか」

1.いいえ 2.はい

A11-4 「神経を落ちつかせたり、二日酔いを治したりするために、
 「迎え酒」をしたことがありますか」

1.いいえ 2.はい

2.はいが2つ以上：アルコール乱用の可能性

A12 「まとめると、〇〇さんには最近 [A1からA11までで「はい」と答えた症状をいくつか挙げる] といったことがあったのですね。このようなことについて、医者や専門家、ご家族やお友達などに相談なさいましたか。」

1.いいえ 2.はい

→A12-1 「そのことについて、医者にご相談なさいましたか。」

1.いいえ 2.はい

受診行動

→A12-1a 「何科を受診されましたか。」

1.精神科/神経科/精神神経科

2.心療内科

3.内科/外科などその他の身体科 (特定する: _____)

→A12-1b 「お薬はどんなものでしたか。」

1.抗うつ薬 (特定する: _____)

2.抗不安薬 (特定する: _____)

3.睡眠薬 (特定する: _____)

4.その他 (特定する: _____)

→A12-2 「そのことについて、その他の専門家に相談なさいましたか。」

(その他の専門家とは、心理学者、ソーシャルワーカー、カウンセラー、看護婦、お坊さんや神父さん、その他の補助的な専門家を指す)

1.いいえ 2.はい (特定する: _____)

→A12-3 「そのことについて、ご家族やお友達、お知り合いの方などに相談なさいましたか。」

1.いいえ 2.はい (特定する: _____)

A13 「〇〇さんは、[A1からA11までで「はい」と答えた症状をいくつか挙げる] といったことのために、仕事や家事ができなかったり、家族の世話や自分自身のことができないなど、生活や活動にどのくらい支障が生じましたか。」

1.全くない 2.少し 3.いづらか 4.たいへん

生活への支障 (機能障害)

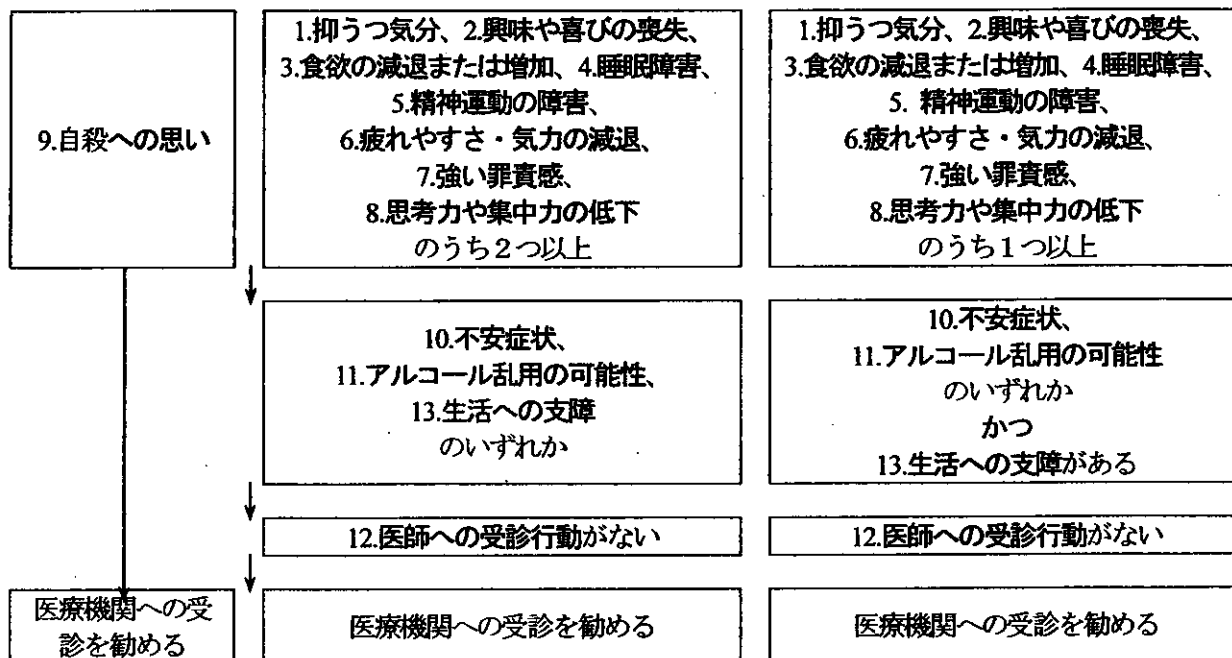
A14 「〇〇さんは、以前にも同じようなこと（A1からA11までで「はい」と答えた症状）を経験したことがありますか。」

1.いいえ 2.はい

A14-1 「最初にそのような状態を経験したのは何歳の時でしたか。」
 ___ 歳のとき

「以上で質問は終わりです。ご協力ありがとうございました。」

確認された症状の内容と数を確認する。



訪問面接を行ったが、医療機関への受診を勧めない群は、すべて経過観察の対象とする。

医療機関の受診を勧めるまでではないが、経過観察が必要な場合

*1.~8.の抑うつ症状、10.不安 11.アルコールのいずれかの症状があるが、13.生活への支障がない場合 → 何らかのストレスフルな出来事を経験したときに、症状が悪化する可能性がある。場合に応じて再度面接を行う。

*スクリーニング質問紙の回答と面接での回答が一致していない場合

→虚偽反応をしている可能性がある。同居家族などからの情報も得ることが望ましい。

*医療機関を受診している患者の家族

→看護を負担に感じ抑うつ症状を呈する場合がある。また患者への対応の仕方などの相談に応じることによって、患者本人の経過に良い影響を与えることが出来る可能性がある。

付録1. うつ病とは

1. はじめに

うつ病は心の風邪であると言われるほど一般的なものである。うつ病の中核群である大うつ病性障害の生涯有病率は、米国精神医学会の診断分類マニュアルである DSM-IV (1) によれば、男性で5%から12%、女性で10%から25%であり、時点有病率は3%から7%である。

しかし、筆者は、うつ病を風邪と表現してしまうとその問題の大きさを見失ってしまう危険性があると考えている。例えば、風邪とは違って死に至ることのある深刻な心の病であり(2)、しかも慢性的な機能障害にもつながる可能性がある。また、うつ病は再発率が高く、治療を続けなければ単一エピソードを持つ患者の約50%から60%が再発し、エピソードが2回あると70%の人が3回目のエピソードを、3回の場合には90%の人が再発を体験するなど再発率がひじょうに高い。うつ病はこのように深刻な問題ではあるが、後述するように治療可能性が高いことから、職場における取り組みによって解決可能な問題でもある。

2. うつ病とはなにか

うつ病というのは、気分の落ち込みや興味の喪失を特徴とする抑うつ症状のために強い苦痛を感じるか生活に支障が現れるまでになった状態である。しかしその病因ははっきりとは特定されておらず、現時点では、抑うつ症状が日常的な軽度の落ち込みから重篤なものまで連続線上にあるスペクトラムとしてとらえられている。

うつ病は、以前は内因が関与している内因性うつ病と、心因が強く関与している心因性うつ病ないしは神経症性うつ病とに分けて論じられていた。しかし、1980年に米国精神医学会が『精神障害の分類と統計の手引第3版 DSM-III』を発表し、大分類の気分障害(感情障害)のなかでうつ病性障害を重篤な症状を呈している大うつ病 Major depression と、比較的軽い症状が長期間続いている気分変調症 Dysthymia に分類してからはその分類が一般的になり、その後改訂された米国精神医学会の『精神疾患の分類と統計の手引第4版 DSM-IV』(1)や世界保健機関WHOによる国際分類 ICD-10 でも同様の分類が踏襲されている。

その理由として、心因性ないしは内因性というように病因でうつ病を分類、ないしは定義することは現時点では困難であるということが挙げられる。つまり、心因性うつ病でも脳内の生化学的変化は起きているし、内因性うつ病でも、とくに初発の時はいわゆる心因もしくは誘因が認められることが多い。また、内因性と心因性という分類は治療的にも問題になることがあり、心因性ないしは神経症性うつ病に対しては薬物療法が軽視され内因性うつ病に対しては精神療法が適切に行われられない可能性がでてくる。なお、うつ病は誘因が特定されない場合もある。

3. うつ病の症状と診断

表1は米国精神医学会の DSM-VI のうつ病エピソードの診断基準であり、DSM-IV では、ここで取り上げられた症状のうち抑うつ気分または興味や喜びの喪失のどちらかの症状を含む5つ以上の症状がほとんど毎日1日中、2週間以上持続していて、そのために精神的ないしは社会的な障害が生じている場合に大うつ病性障害(うつ病の中核群)と診断し、それに満たない場合に小うつ病性障害、大うつ病性の基準を満たさないうつ病症状が2年以上持続している場合に気分変調性障害と診断することになっている。

うつ病の基本的な症状は、表1に示されているように、強い抑うつ気と興味や喜びの喪失である。抑うつ気分は、憂うつ、もの悲しさ、絶望感、気分の落ち込み、沈み込んだ気持ち、といった形で報告される。また、周囲からは、全体のエネルギーが低下しているように見えたり、表情が暗く声に張りがなかったり、着衣に乱れがあったり、といった外見上の変化からわかる場合がある。

抑うつ気分がそのままの形で現れず、胃部不快感、肩こり、下痢や便秘などの身体症状の形で表現される場合も多い。関節痛や腰痛、腹痛などの痛みに関する訴えも多く、頭重感や頭痛はよく見られる症状である。とくにうつ病では、鉢をかぶったような頭の重さや、締めつけられるような頭の痛みを訴える患者が多い。こうした身体愁訴が前景にたっている場合には「仮面うつ病」と呼ばれることがあるが、その際

に基底にある気分症状を見落とさないように気をつけなくてはならない。

また、イライラ感や衝動的な行為や他人に対する批判的で攻撃的な態度などの行動面の障害として症状が現れることもあり、こうした場合には、人格の問題と誤って判断されることがあるので注意しなくてはならない。一般論としては、ある特定の時点から行動の障害が明らかになってきている場合にはうつ病性障害などの精神疾患を、思春期などの発達早期から長期間行動の障害が続いている場合には人格障害をまず考えるようにする。

興味や喜びの喪失もほとんど常にみられるうつ病の症状である。患者は、これまで興味を持って行っていた趣味や娯楽に関心が持てなくなる。

うつ病では、食欲にも影響が現れる。食欲が低下して、体重が減少することも少なくない。その状態について、「砂をかむような感じ」と表現する患者もいる。また逆に、食欲が亢進して食べ過ぎるようになることもある。

睡眠の障害も、うつ病に一般的にみられる症状である。入眠困難、中途覚醒に加えて、朝早く目が覚めて布団のなかでうつうつと時間を過ごす早朝覚醒はうつ病に特徴的とされている。また逆に、夜間に逆に長く眠るようになったり、昼間も寝て過ごすようになったりするなど、過眠症状がみられることもある。

うつ病では精神運動抑制と呼ばれる状態になり、刺激に対する反応や行動が遅くなったり、話し方がゆっくりになって口数が減ったり、声が低く抑揚がなくなったりする。また、逆に焦燥感が強まって無目的な動きが多くなり、落ち着きなく歩き回ったりするようになる。

気力が低下して疲れやすくなるし、仕事でも日常生活でも作業能率が低下してくる。また、自分に価値がないという思いが強くなり、ささいな出来事で自分を責めるようになる。そして、その結果患者が自分の世界に閉じこもるようになり、人間関係にも支障が現れるようになる。思考力や集中力が低下したと訴える患者も多い。患者は、深く考えたり決断したりすることができなくなり、新聞や雑誌を読んでも頭に入ってこなくなる。

抑うつ症状が強くなると、患者は死について考えたり、自殺念慮が認められたり自殺企図を行ったりする。ちなみに、自殺によって命を落とす患者は、うつ病患者の15%にのぼると言われている。自殺の危険性を高める因子としては、精神医学的障害の既往、自殺企図の既往、親密な関係にある人との別れなどの喪失体験、社会的支援の欠如や所属感の乏しさ、高齢、などが指摘されている。

うつ病は、不安障害と合併することも多く、動悸や過呼吸などの自律神経失調症状が突然現れて強い不安におそわれるパニック発作や、些細なことが繰り返し頭に浮かんでくる強迫観念などが一般的に認められる。また、うつ病と不安が混在する混合性不安—抑うつ障害では不快感、集中力困難、睡眠障害、倦怠感、イライラ感、絶望感、不安、過敏性、自信喪失、などの症状が認められる。

4. うつ病の治療と行動変容

a. 薬物療法

うつ病の治療の中心は、薬物療法と精神療法、および環境調整である。薬物療法は、これまで我が国では三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬がおもに用いられてきたが、最近では欧米で広く使われている選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）およびセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）が発売になり、治療薬の選択の幅が広がった。

薬物療法を行う場合には、いくつかの点に注意しなくてはならない。まず第一に、服薬を始めてすぐに効果が現れるわけではないことを患者に説明しておく必要がある。抗うつ薬の効果が発現するまでには1週間から3週間の期間が必要であり、そのことがわかっていないと効果が上がらないからと患者が服薬を中止してしまうことにもなりかねない。

また、うつ病が改善するまでにある程度の時間がかかることを伝えておくことも必要である。たとえば、DSM-IVによれば、大うつ病エピソードと診断された患者の40%が1年後になお大うつ病エピソードの診断基準を満たしており、それ以外でも20%の患者が何らかの抑うつ症状を呈していたという。

薬物療法の効果を上げるためには投薬量と服薬順守性が重要な要素である。慢性の軽症うつ病の患者への投薬量を大幅に増量したところ8割以上に改善が見られたという報告があるように、症状の程度に関わ

らず充分量の抗うつ薬治療を行う必要がある。また、患者の服薬態度が治療の経過を左右することも知られており、慢性化している例ではきちんと服薬していない例が多いという報告もある。

症状が改善した後も服薬を続けることが必要である。前述したようにうつ病の再発率は高く、しかも半年以内に再発することが多いが、服薬を続けている例では1年後の再発率が1割近くまで低くなる。したがって、初発の場合はうつ病改善後半年から一年、同じ量の抗うつ薬を服用することが勧められている。また、3回以上再発している場合には、高血圧などと同じように、一生にわたって服薬することが望ましい。

b. 精神療法

精神療法（心理療法）のなかでうつ病に対する有効性が確認されているものに、認知療法と対人関係療法がある。こうした精神療法の具体的な方法について限られた紙面で説明するのはこんなので詳しくは成書を参考にさせていただきたいが、認知療法は、認知、つまり現実の受け取り方や考え方がわれわれの情緒状態に影響を与えるという理解にもとづいて、悲観的すぎる認知をより現実的なものに修正することによってうつ病を治療しようとするものである。とくに、うつ病の場合には、自分自身に対して、周囲との関係に関して、そして将来に対して極端に悲観的になっており、その悲観的な考えがますます気分を沈み込ませることになっていることから、現実的な問題に目を向けながら悲観的すぎる考え方を修正することになる。また、行動療法を用いて、こうした悲観的な認知を修正すると同時に、ポジティブなフィードバックを通して気分を改善させることも有用である。

対人関係療法は、対人関係のつまづきがうつ病の誘因や持続因子になっていることが多いことから、対人関係の問題の解決を通してうつ病の治療をはかろうとするものである。そこでとくに、精神的に重要な位置を占めている人との別れや意見の食い違い、役割の変化に伴う人間関係の変化、対人関係の持ち方のスキルの問題に焦点づけてカウンセリングが行われることになる。

c. 環境調整

うつ病の発症に環境要因が影響していることはすでに述べたとおりであるが、治療に際してはそうした環境のマイナス要因を解決することも重要になる。その場合には、職場の人間関係や仕事の付与の仕方、異動や休養の必要性の有無などについて総合的な視点から検討する必要がある。また、それとともに、メンタルヘルスに関する日常の啓蒙活動も重要な役割を果たす。さらに、職場のメンタルヘルスであっても家族との連携が不可欠な場合が少なくない。

5. おわりに

うつ病は深刻な精神医学的障害ではあるが、治療可能なものである。したがって、本稿で述べたような症状や治療法を念頭におきながら総合的な視点にたって診断、治療に当たることが重要である。

参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition revised). American Psychiatric Association, Washington, DC 1994 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」、医学書院、1996)
- 2) 大野裕:「うつ」を治す、PHP新書(近刊)

表1 大うつ病エピソードの基準 (『DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院)

A. 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化をおこしている;これらの症状のうち少なくとも1つは、(1)抑うつ気分または(2)興味または喜びの喪失である。

注:明らかに、一般身体疾患、または気分不一致な妄想または幻覚による症状は含まない。

(1) 患者自身の言明(例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。注:小児や青年ではいらした気分もありうる。

- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、全て、またはほとんど全ての活動における興味、喜びの著しい減退(患者の言明、または他者の観察によって示される)
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、1カ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。注:小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)
- (6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
- (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある)、(単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる(患者自身の言明による、または、他者によって観察される)
- (9) 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

B. 症状は混合性エピソードの基準をみたさない(p335 参照)

C. 症状は臨床的に著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質(例、乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例、甲状腺機能低下症)によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2ヶ月をこえて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

付録2 うつ病の精神療法

I. はじめに

うつ病の治療は抗うつ薬を中心とした薬物療法が一般的であるが、エビデンスに基づいて作成された米国精神医学会のガイドライン(1)によれば、軽度から中等度のうつ病の治療では精神療法が中心となること、中等度から重度のうつ病の場合や、これまで単一の治療で部分的な効果しか得られなかった場合には薬物療法に精神療法を併用することが望ましいとしている。精神療法的アプローチは急性期でも回復期や維持期でも基本的な方針には大きい違いはないという。

とくに精神療法が中心になりうるのは軽度から中等度のうつ病の場合である。また、心理社会的ストレス因が明らかに存在している場合、精神内界の葛藤が認められる場合、対人関係に問題がある場合、パーソナリティの偏りがうつ病に影響していると考えられる場合には、精神療法を積極的に行うことを考慮する。こうした精神医学的所見に加えて、患者が精神療法的アプローチを希望する場合、妊娠中や授乳中の場合や妊娠を希望している場合も精神療法を考慮する必要があるという。また、服薬遵守性に疑問がある場合には、薬物療法と精神療法の併用によって服薬遵守性を高めるようにすることが望ましいと考えられる。

個人を対象としたうつ病の精神療法としては、認知療法、対人関係療法、精神力動的短期精神療法、行動療法が知られている。これらの治療法の効果を比較検討した6研究をメタ分析した研究によれば、これらの精神療法に対するうつ病患者の反応率はそれぞれ、47% (認知療法)、52% (対人関係療法)、35% (精神力動的短期精神療法)、55% (行動療法) という結果が得られている。このことからもうつ病の治療には認知療法ないしは認知・行動療法と対人関係療法がとくに有用であると考えられることができるが、これらの介入技法は地域介入プログラムでも役立つと考えられることから、ここで詳しく紹介することにする。

II. 認知療法 Cognitive Therapy (2、3、4、5、6、7、8、9)

認知療法 Cognitive Therapy とは、人間の情緒が認知のあり方によって大きく影響を受けるという理解にもとづき、認知のあり方に働きかけることによって情緒状態を変化させることを目的とした短期の精神療法である。認知療法は、うつ病に対する精神療法として開発されたが、その後、神経症性障害、ストレス関連障害、精神病性障害、さらにはリエゾン・コンサルテーション領域などその適用範囲は広がりを見せている。また、リハビリテーション場面における気持ちのコントロールや、行動への働きかけの際にも有用なアプローチである。

認知療法の基本的な考えは、ものの考え方や受け取り方を変えることによって抑うつ感や不安感をやわらげようとするところにある。認知療法の近縁の治療法のひとつに、行動療法的技法を重視する認知行動療法があるが、認知療法は行動療法だけでなく、精神分析療法などの精神力動的な精神療法なども取り入れた統合的な精神療法である。

うつ病患者が悲観的な考え方をすることは臨床的によく知られた事実であったにもかかわらず、それが精神科治療で本格的に利用されるようになったのは、アーロン・ベックが抑うつ状態と歪曲された認知過程との関連、とくに彼が否定的認知の3徴と呼ぶ自己、世界、将来の3領域における悲観的な考えとの関連を明らかにしてからのことである。

人間は、自分が置かれている状況を絶えず主観的に判断し続けている。これは、半ば自動的にそして適応的に行われているが、強いストレスを受けるなど特別な状況下では非適応的な反応を示すようになってくる。そして、そのために抑うつ感や不安感が強まり、さらに認知の歪みを引き起こすことになる。たとえば、自分の努力が報いられず大切なものを失ったと考えた場合には、気持ちが沈み込んでくる。そして気持ちが沈み込んだ結果、考え方や受け取り方がますます悲観的になり、行動が非適応的になり、それがまた気分に影響するという悪循環が生まれる。不安は、危険に直面しているという考えと、その危険に対処するだけの力が自分にないという判断から生じてくる。他の人から不公平な扱いを受けたと判断すると、怒りを感じる。

こうした反応は現実に基づいている場合もあるが、かなり主観的に現実を歪曲している場合もある。そ