

の思考／認知過程の歪曲は、大きく二つのレベルに分けて考えていく。それは、自動思考 automatic thought と、仮定 assumption もしくはスキーマ schema である。自動思考というのは、ある状況で自然にそして自動的に沸き起こってくる思考およびイメージである。つまり人は、意識する意識しないにかかわらず、その状況や自分の態度を自分なりに分類し、解釈し、評価し、意味付けしている。そして、それによって、その個人の行動的および情緒的反応が規定されてくる。

一方スキーマは、生得的要因と環境的要因の影響を受けながらそれまでに体験したことがらに基づいて形成された、心の底に気づかれないまま存在しているすぐれて個人的な確信である。そしてこれが、周囲からの情報を取捨選択する基準を提供する。「自分には力がない」と思っている人は他の人からの支えに敏感になるし、「自分は強い」と確信している人は危険に対する評価が甘くなる。「世の中は危険だ」と考えている人は危険の兆候を見逃さないようにしようとするし、「世の中の人みんな優しい」と信じている人は、他人の否定的な反応も肯定的に解釈しがちになる。「人から愛されなければ生きていく価値がない」と思うと愛に対して過敏になるし、「人から嫌われてもどうってことはない」と考えると人の反応に鈍感になる。

上述したような思考—感情—行動の悪循環を断ち切るためには認知過程の修正が必要になる。その認知過程の修正を、できるだけ短期で、しかも以下に述べるような構造化された形で行うのが認知療法である。症例によっては長期にわたることも少なくないが、いずれの場合も、精神療法の全体的な流れは「起承転結」の形で考えることができる。「起」の段階では、問題点を洗い出して治療方針を立てることが主要な課題になる。次の「承」の段階では、自動思考に焦点をあて後述するような認知の歪みを修正していく。

① 根拠を探す（「そう考える根拠はどこにあるのか」）

まず第一に、気持ちが動揺したときに患者が考えていたことを少し丁寧に見返すようにすすめる。そして、「いったい何を根拠に自分はどのように考えたんだろう」、「それを裏付ける事実にはどのようなものがあるんだろうか」、「逆の事実はないものだろうか」と心に問いかけてみて、そのように考える根拠を探してみるのである。そうすれば、考えが少しずつ現実的なものになり、視野が広がってくる。

② 結果について考える（「だからどうなるというんだ」）

しかし、どうしても自分の判断が正しいように思えるときがある。その場合には、結果について再検討する。「それが本当だとして、どんなひどいことが起こるんだろう」「それはどの程度重要なんだろう」「違った行動をすれば、何か困ったことが起きるんだろうか」と、考えてみるのである。客観的に考えることで対処法を見つけだすようにするのである。

③ 代わりの考えを探す（「別の考え方はないものだろうか」）

そして、最後に、いままでの硬直化した考えから解放されて、現実的で柔軟な考え方をを見つけだすようにする。そのときには「五つのコラム法」が役に立つ。それは、紙に線を引いて五分割にし、第一のコラムにその場の状況を、第二のコラムにそのときの感情や気持ちを、第三のコラムにそのとき瞬間的に浮かんでいた考えを、第四のコラムにはその自動思考に代わる考えを、第五のコラムには考えを変えて気持ちがどのように変化したかを書き込んでみて、ものの見方や考え方をより現実的なものに変えていくようにする。

最後になるが、一般的にはこうした精神療法的アプローチだけでなく、薬物療法も同時に行う方が望ましい。なお、薬物療法に導入する際にもうつ病患者は、「こんなやり方で治るはずがない」、「薬は効かないに決まっている」など、治療に関してもゆがんだ認知をしていることが多いことから、薬物療法などの治療に関する悲観的な認知を修正して治療順守性を高めるためにも認知療法は有効であると考えられている。

そして、「転」の段階では、より心の奥底にあるスキーマに焦点を当て、「結」の段階で治療終結に向けて進んで行くことになる。もっとも、実際の治療では、「起承転結」ときれいに分けられることはまれで、それぞれに重複しながら進んでいくものである。

なお、一回の面接の中でも、こうした起承転結の流れを頭において話を進めて行くのがよい。このとき、セッションで話し合う話題が拡散するのはできるだけ避けるようにして、一つか二つの話題について集中的、多面的に話し合った方がよい。また、認知療法ではセッションとセッションの間に患者が行動し体験

することを重視するので、面接の終わりにはその回に話し合われたことを生かすようなホームワークを出すこともある。

認知療法の治療効果に関しては、対照群を設定した実証的研究が80以上行われている。その結果、認知療法は薬物療法に匹敵するほどの効果があり、とくに軽度のうつ症状に対しては薬物療法を上回る効果を報告している研究もある。また、回避性人格障害などのパーソナリティの偏りを伴ううつ病にも認知療法は効果的であるとされている。しかし、米国精神保健研究所（NIMH）が実施した大規模な効果比較研究によれば、重篤なうつ病に対しては、イミプラミンと臨床マネジメントお併用療法、および対人関係療法の方が、認知療法よりも効果的であるという結果が得られている。この他にも、失業者、男性、非機能的態度、および睡眠脳波の異常、視床下部一下垂体一副腎皮質機能の障害、T4上昇などの異常検査所見などが認められる場合には、認知療法の効果が現れにくいとされている。

III. 対人関係療法（10、11、12、13）

対人関係療法は、対人問題がうつ病性障害の発症と進行に関与するという理解のもとに抑うつ症状と現在の対人関係の問題に焦点を当ててその問題を解決し治療することを目的としたものである。実際の治療にあたっては、「原因」は詮索せず、患者と「重要な他者」（家族・恋人・親友など、その人の情緒にもっとも大きな影響を与える他者）との関係に注目し、患者が直面している現実の人間関係の問題に焦点を当て、最も影響が現れている領域を明らかにする。なかでも、悲哀 grief、対人関係上の役割をめぐる不和 interpersonal role dispute、役割の変化 role transition、対人関係の欠如 interpersonal deficit の4つはとくに重要視されている問題領域であり、精神療法の過程ではこれら4つのうち1つか2つを選択して問題の解決を図ることになる。

悲哀は、対象喪失後の悲哀の仕事をうまく進めることができなかつた場合に治療の対象になる。私たちは、自分にとって重要な意味を持つ人と別れたり価値のあるものを失ったりしたときには否認→絶望→脱愛着のプロセスを通して喪失体験を克服するが、それが進まなくなると異常な悲哀となって、抑うつ症状が現れる。別れた人やなくしたものの価値を過剰に高く評価したり、逆に低く評価したりしていることもある。そうしたときには、対象喪失が起きた前後の気持ちを思いだして整理することによって別れた人との関係をもう一度自分の体験の中に位置づけなおし、新しい人間関係を築いたり活動を始めたりするようにする。つまり、別れた人を良いところも良くないところもあるひとりの人間として経験の中に位置づけられるようにすることが大切となる。

対人関係上の役割をめぐる不和は、人間関係の中でお互いに期待する役割にずれがあるために問題が生じ、解決できなくなっている状態である。そうした不和はその程度に応じて、①お互いのずれに気づいて積極的に解決しようとしている「再交渉」の段階、②ずれを解消しようと努力するのをあきらめてお互いに沈黙してしまっている「行き詰まり」の段階、③不和が取り返しのつかないところまできている「離別」の段階、の3段階に分けて、段階に応じた治療を行うことになる。つまり、再交渉の段階では関係者たちの気持ちを落ち着かせて問題解決が促進するように援助し、行き詰まりの段階では食い違いをはっきりさせながら再交渉が可能な状態にするようにする。また、離別の段階では適切な別れができるように喪の作業を進めるように手助けすることが重要になる。

役割の変化は、妊娠・出産などのように生物学的な形で役割の変化が起きた場合にも、入学・卒業・就職・退職・結婚・離婚などのように社会的な形で役割の変化が起きた場合にも問題領域として治療の対象になりうる。その場合の治療戦略は、古い役割と新しい役割のそれぞれについて良い面と悪い面も含めたバランスの良い見方ができるようにすることが中心になる。

対人関係の欠如は、満足できる対人関係を患者が持てなかつたり、すぐに人間関係が破綻してしまつたりしている場合に問題領域として選ばれる。この対人関係の欠如の問題が中心を占めている患者の治療は難しく、対人関係療法では、その問題を解決するというよりはむしろ人間関係を持つところまでを治療の目標とする方が妥当であると考えられる。その際には、過去の重要な人間関係や現在の治療関係の中で患者の特徴的な人間関係パターンを明らかにして改善していくことになる。

対人関係療法は認知療法や薬物療法に匹敵する効果が報告されており、前述したNIMHの精神療法効果研究によれば、とくに重症のうつ病に対して認知療法以上に効果的であり、薬物療法と同程度の効果が認められている。また、最近の研究ではHIV陽性者のうつ病に対しても効果的であることがわかっている。なお、強迫的なパーソナリティの偏りのある患者や単身者に対しては認知療法よりも効果的であるとされている。

IV. その他の精神療法

認知療法や認知行動療法、対人関係以外にも、多くの精神療法がうつ病の治療で用いられている。たとえば、行動療法としては、活動計画、自己コントロールの獲得、社会技能訓練、問題解決法があり、メタ分析によればウェイトリング・リストで精神療法が行われていない場合よりは効果的であるし、薬物療法や認知療法に匹敵する効果が認められたという報告もある。また、思春期の患者の場合には、親が参加している場合の方が効果的とされている。

精神力動的精神療法は、寝椅子を使って毎日分析を行う精神分析療法やそれに準じた形で対面法を用いた週2、3回の精神分析的な精神療法に代表される無意識の葛藤の解決を目的とした療法で、患者と治療者の転移と逆転移の解釈を中心に治療が進められる。精神力動的な精神療法は一般に長期にわたることが多く、それもあってうつ病に対する効果研究がほとんど行われておらず、その有効性を論じることはできない。なお、問題の焦点を絞った短期の精神力動的な精神療法に関する研究はいくつか行われており、ウェイトリング・リストで待っている患者群よりは改善しているが、その程度は他の精神療法に比べると少ないと考えられている。

夫婦関係や家族関係の問題はうつ病の誘因になるだけでなく、症状の持続因子ともなりうる。また、うつ病の結果として、家庭内の人間関係が不安定になることも少なくない。夫婦療法や家族療法は、そうした家庭内の問題を解決する目的で行われるが、家庭内の問題が明らかに存在している場合には効果的であるとされている。

うつ病の集団療法に関するデータは少ないが、支持的な集団療法は有用であると報告されている。とくに、HIV陽性者や慢性疾患患者、近親者の死によって抑うつ的になっている人には有用であるとされている。また、対照群を設定した研究ではないが、支持的なグループは服薬維持にも有効であるようである。なお、うつ病の集団療法は、非専門家よりも専門家が中心に行った方が効果的であると報告されている。

V. おわりに

最後になるが、認知療法のような問題解決指向的な精神療法では、良好な治療関係を維持することがとくに重要になる。そして、患者を暖かく受け入れると同時に、患者の考えや思いこみを治療者と患者が一緒になって「科学者」のように検証していく協調的実証主義と呼ばれる関係を強調する。患者は、「今度の失敗は致命的だ」「友達は自分のことを疎ましく思っているにちがいない」といった極端な考えに支配されている。そうした考えの妥当性を、治療内外での患者の体験を通して一緒に検証し直すのである。そのときに治療者は、ソクラテス的質問と呼ばれるような、患者が自分で答えを見つけだしていけるような形の質問をしていく。そのためには、患者が自分の意見を表現しやすい雰囲気を作り出すように配慮することも大切である。治療者の言葉、態度に対する患者の反応に気を配りながら、暖かい雰囲気の中で相互交流を促進するようにするのである。

文献

- 1) American psychiatric Association: Practice guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder (revision). Am J Psychiatry 157 (4, Supple), 2000
- 2) Beck AT: Cognitive Therapy and Emotional Disorders. 1976, New York: International Universities Press. (大野裕監訳『認知療法—新しい精神療法の発展』、岩崎学術出版社)
- 3) Beck AT, Rush AJ, Shaw BF et al., Cognitive Therapy of depression. 1979, New York: Guilford

Press. (坂野雄二監訳『うつ病の認知療法』、岩崎学術出版社)

- 4) 柏木信秀、高橋徹、井上和臣：うつ病治療における認知療法、薬物療法、併用療法の効果比較—医療判断学的研究、精神医学 2000; 42: 281-289
- 5) 大野裕、認知療法 精神医学、1989; 31: 794-805
- 6) 大野裕、認知障害とその治療—臨床（認知療法）、精神医学大系年刊版 89. 1990、中山書店
- 7) 大野裕 精神科一般臨床における認知療法的アプローチの総合的実践—統合的短時間認知療法 認知療法ハンドブック、大野 裕、小谷津 孝明（編）. 1996、p. 247-281. 星和書店
- 8) Ono Y and Berger D: Zen and the Art of the Practical Psychotherapy. J Practical Psychiatry and Behavioral Health 1995; 1: 203-214
- 9) 大野裕：「うつ」を治す、PHP新書、2000
- 10) Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, et al.: Interpersonal Psychotherapy of Depression, Basic Books, New York, 1984 (水島広子・嶋田誠・大野裕訳：うつ病の対人関係療法、岩崎学術出版社、東京、1997)
- 11) 水島広子：対人関係療法(IPT). 精神療法 1997; 23(1): 25-32
- 12) 水島広子：対人関係療法. 心療内科 1999; 3: 112-116
- 13) 水島広子：「やせ願望」の精神病理」、PHP新書、2001

別添資料2

うつ病の早期発見と早期介入のためのマニュアル
—プライマリーケア医師用—

(案)

平成15年3月

厚生労働省こころの健康科学研究事業
うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニング法と介入の研究

■なぜうつ病の診断と治療がプライマリケアに求められているのでしょうか。

うつ病は精神障害の中でも頻度が高く、プライマリケアで遭遇する確率が高いのです。うつ病の代表的な障害である、大うつ病(major depressive episode, DSM-IV) [1]では、時点有病率1～5%、生涯有病率15%と高値です。推定では、医師に診察を受けた患者のおよそ30%がうつ病にかかっていると報告されています。治療をもとめる者のうちおよそ60%は最初に GP を訪れる。多くの場合、身体的な愁訴に注意が行きがちで、うつ病は隠れたまま診断されないことが多いのです。

我が国では1990年代のバブル崩壊後に自殺死亡率が急増し、近年では、年間の自殺による死亡者が3万人を突破し重要な社会問題としてクローズアップされています。自殺のリスクは中高年で高く、職業上の問題を誘因とするうつ病が自殺と強い関連があります。一方、地域においては、高齢者の精神的な孤立感あるいは慢性身体合併症を抱えた苦悩がうつ病の誘因となり、自殺へと追い込むことが多いのです。

自殺既遂者のうち、精神障害の有病率は80～100%と言われ、うつ病を含む気分障害をもつ者では生涯リスクは6～15%、アルコール依存症で7～15%、統合失調症で4～10%です。また、自殺既遂者の40～60%が自殺の1ヶ月以内に医師のもとを訪ねていたという見過ごせないデータも報告されています。しかもこれらのうち、半数以上の者が精神科医ではなく、GP を訪れています。自殺は、発見されていない未治療のうつ病で特に重大なリスクとなります。スウェーデンの研究では、GP がうつ病の見分け方と治療を習得すると、自殺を減少させることが確認されています [2, 3, 4]。

本マニュアルは、以上のような事情を踏まえ、プライマリケアにおいて、精神障害の早期発見、一次介入、精神科医への紹介の方法とタイミングについての知識を普及するために作成されたものです。

■ うつ病とはどのような病気なのでしょうか。

自覚的には、憂うつ、もの悲しさ、絶望感、気分の落ち込み、沈み込んだ気持ちで苦しんでいます。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ります。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っていきます。思考力や集中力が低下したと訴える患者も多く、たとえば、「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」と答えます。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ります。気力が低下して疲れやすくなる、仕事でも日常生活でも作業能率が低下してくることもしばしばあります。

このような「抑うつ症状」にある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。重い抑うつ状態が長く続いて、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てきました。しかしながら、この古い病名は、さまざまな意味で使われてきたために混乱を招きました。そこで、最近では改めてうつ病の中核的な病像に対して、厳密な診断基準が作られ、大うつ病エピソードと呼ばれています。

表1は米国精神医学会の DSM-VI の大うつ病エピソードの診断基準を示しています基本的な症状として9つが挙げられています。なかでも必須症状である、「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み、他の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、しかも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この診断が該当します。

■ 大うつ病をまず疑うには

この状態をスクリーニングする簡便な方法があります。二項目質問紙法といって、大うつ病の診断に必須の症状があるかないかを記入してもらうものです。通常外来の待ち時間にこの質問紙を患者さんに渡してあらかじめ答えてもらいます。二項目両方に該当する場合には、うつ病の90%をスクリーニングできるという結果が得られています。

ただしこのスクリーニング法は患者さんがきちんと答えることが条件です。恥ずかしいとか偏見を持たれることを心配して正確に答えない場合もあります。回答を鵜呑みにしないで、あくまで診察場面で「うつ状態」にあるかどうかを確認してください〔5, 6〕。そして、大うつ病が疑われたならば、以下の「抑うつ気分」と「興味や喜びの喪失」を直接に確かめて、該当するようならば、さらに下位の質問に移って診断を確定してください。

■ 大うつ病が疑われた場合、より確かな診断をくださすためには、どのように質問したらよいのでしょうか。

(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が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、かえってうっ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。

上記2項目の一つ以上に該当するならば、さらに下位の7項目の質問に移ります。

(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、砂を噛んでいるようだ」「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を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ようになることもあります。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、大したことでなくて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という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、普通の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。

その他の重要な知識

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。

行動の変化

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が必要です。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考えます。

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。

不安障害との合併

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て頭に浮かんでくる強迫観念などが一般的に認められます。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気

分、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ます。いずれの場合にも、うつ病を見落とさないことが大切です。

一般疾患との合併

従来、「病気を持っていれば、気持ちが落ちこむのは当たり前」と考えられ、身体疾患に伴ううつ病が見過ごされてきた傾向があるます。しかしながら、近年、多くの身体疾患にうつ病が高率に合併し(添付の図参照)、さらに合併するうつ病が一般疾患そのものの予後にまで影響を与え、うつ病に対する介入が身体疾患の予後を改善することが明らかにされてきました。また、身体疾患に対する治療のアウトカムとして、患者の日常生活の質が改善しているか否か、すなわち QOL という視点を持った治療が重要視され、うつ病と QOL が密接に関連することも報告されるなど、身体疾患を持つ患者のうつ病を早期発見、早期介入の重要性が着目されています。

■ 大うつ病の薬物療法

軽症から中等症の大うつ病は抗うつ薬を適切に用いることで改善することが多く、必ずしも専門医に直ちに紹介しなければならないわけではありません。ただし次項で説明する、専門医に紹介するタイミングはしっかりと把握しておいてください。

かつて抗うつ薬といえば、イミプラミンのような三環系抗うつ薬を指し、精神科の専門医でないとなかなか使いにくい、というイメージがあったと思います。しかし近年、比較的副作用が少なく抗うつ効果に優れた、非三環系抗うつ薬やさらには選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)が登場して(表 1)、軽症から中等症の大うつ病は、プライマリーケアの現場でしっかりと治療できるようになりました。

表 1 我が国で使用可能な抗うつ薬とその臨床用量

一般名	維持用量 mg/日
SSRI	
フルボキサミン	50-150
パロキセチン	20-40
SNRI	
ミルナシプラン	50-100
三環系	
アミトリプチン	30-150
イミプラミン	25-200
クロミプラミン	50-225
トリミプラミン	50-200
ロフェプラミン	20-150
ドスレピン	75-150
ノリトリプチリン	30-150
アモキサピン	25-300
非三環系	
マプロチリン	30-75
セチプチリン	3-6
ミアンセリン	30-60
トラドゾン	75-200

大うつ病の薬物治療には様々な方法があり、ゴールデン・スタンダードはありません。すべての抗うつ薬は等しく有効であることが示されています。しかしその有害作用は薬物により少しずつ違っています。実際問題としては患者さんの、①年齢、②症状、特に衝動性、自殺の危険、③入院か外来か、④合併する身体疾患ならびに精神疾患、⑤現在服用中の薬物、⑥過去の大うつ病エピソードの際に投与した薬物の有効性、⑦薬物の安全性と忍容性、さらに少し別の観点から⑧発症前ならびに現在の心理社会的適応レベル、⑨周囲の支援システムの強度、なども治療法の選択に影響を与えると考えられます。

ここでは、厚生労働省の研究として精神科薬物療法研究会が作成した、最新のエビデンスに基づいたアルゴリズムをご紹介します(図1)[7]。このアルゴリズムは、アメリカ精神医学会の操作的診断基準(DSM-IV)による大うつ病性障害の軽症・中等症について具体的に合理的な薬物選択の方法を示しています。

a) 初回治療の第1選択薬(図1. ライン2)

最初に使用する抗うつ薬はSSRI(フルボキサミン、パロキセチン)SNRI(ミルナシبران)の3剤です。これらの抗うつ薬はいずれも三環系抗うつ薬のような有害作用が少なく、安全性と忍容性が高い使用しやすい薬剤です。大量服薬の際にも致死的になることは稀だといわれています。内容です。よくみられる有害作用としてSSRIでは嘔気、悪心などの消化器症状、ミルナシبرانでは排尿障害、頭痛ですが、重篤になることは稀です。頻度は低いのですがSSRIによるセロトニン症候群(錯乱、興奮、発汗、振戦、ミオクローヌス)や急に中断したときの離脱症候群(不安、焦燥、感冒様症状)の報告がみられますので注意してください。また、これらの薬物には併用禁忌薬剤があります(表2)。

三環系抗うつ薬は口渇、便秘、排尿障害などの抗コリン作用や眠気、ふらつきに加え、心伝導障害がみられるため心電図を定期的にとる必要があります。三環系抗うつ薬の中でもノルトリプチリン、アモキサピンや非三環系薬剤はこのような有害作用が比較的少ないとされています。三環系および四環系などの非三環系抗うつ薬は第2選択薬剤としてライン5に位置しています。我が国では、従来スルピリドが外来の患者に好んで用いられてきましたが、一般的には抗精神病薬に分類されるように錐体外路および内分泌系の有害作用は無視できないため、敢えて推奨はしていません。

重要なのは「抗うつ薬は単剤で投与することが原則」ということです。ただし、日常臨床で多用されているベンゾジアゼピン系薬剤(BZDs)との併用は治療初期4週までは抗うつ薬単剤の治療より利点があります[8]。大うつ病には不眠、不安、焦燥がみられることがあり、そのような場合の治療導入期にはBZDsは併用しても良いと思います。ただし、抗不安薬のみでの治療や4週を越えての漫然とした使用は、交通事故や転倒のリスクが高まり、常用量依存の問題もあるため慎むべきです。

表2 SSRIとSNRIの併用禁忌薬剤

	禁忌	原則禁忌
フルボキサミン	モノアミン酸化酵素阻害薬 チオリダジン テルフェナジン アステミゾール	シサプリド
パロキセチン	モノアミン酸化酵素阻害薬 チオリダジン	
ミルナシبران	モノアミン酸化酵素阻害薬	

◎注意:表2には慎重投与薬剤は掲載していない。また、併用禁忌あるいは慎重投与薬剤は常に変更されるので、最新の情報にあたられたい。

b) 投与量ならびに投与期間(図 1. ライン 2-3, 3-4)

一般的に薬物療法の失敗は「高すぎる初期用量と低すぎる維持用量」によってもたらされると言われます。なるべく低用量(フルボキサミン: 25-50mg/日、パロキセチン: 10-20mg/日、ミルナシプラン: 25-50mg/日)から開始し、2-4 週間継続しても最初の薬剤の効果が不十分である場合に、まず勧められるのは 2~6 週かけて徐々に十分量(フルボキサミン: 150mg/日、パロキセチン: 40mg/日、ミルナシプラン: 100mg/日)までの増量することです(図 1. ライン 3-4)。欧米での研究では抗うつ薬の効果判定までの投与期間を 6-12 週としています。

c) 有効度を判定(図 1. ライン 3, 4,)

急性期の治療のゴールは症状の寛解です。治療が有効と判定された場合には、あるいは主要な症状がほとんど改善したときに(例えば HAM-D が 8 点以下)、「寛解」とみなして継続療法に移行します。寛解にいたらない時には「やや有効」に準じてアルゴリズムに戻ります。

大うつ病は再燃・再発しやすいので、4~6 ヶ月間は同じ薬剤を減量しないで有効な用量を継続する事が大切です。その後、さらに数ヶ月の維持療法を行うことが推奨されています。結局、改善後、少なくとも 6 か月(WHO の提案)から 12 か月は抗うつ療法を続ける必要があります。1 年を超えてからの抗うつ薬の投与については症例によって異なります。

d) 最初の抗うつ療法が不成功の場合の選択(図 1. ライン 5)

第一選択の抗うつ薬により十分な効果がみられないとき、原則として、精神科専門医へ紹介することを勧めます。

下記に参考として、専門医が次の手としてどのような治療方針で望むのかを紹介します。最初の抗うつ薬を十分量投与しても効果が期待できない場合には次のような選択肢が考えられます。

① 抗うつ薬の変更:原則的に最低2種類の抗うつ薬を使用することを勧めます。その際、三環系および非三環系抗うつ薬も含めて選択してよいと思います。最初の抗うつ薬と系統の異なる薬剤から選択か、SSRI ではそれぞれ構造式が異なるためにフルボキサミン からパロキセチン への変更も可能です。イミプラミン、マプロチリンなどでは 1 日量 75mg 未満の少量から始めます。

② 抗うつ効果増強療法(augmentation): 複数の適正な規模の無作為割り付け比較試験(RCT)によって抗うつ薬の作用が増強することが確認されている薬剤はリチウムです。よって、最初に行う抗うつ効果の増強療法はリチウムを用います。もし、抗うつ薬の有害作用などで十分な用量の抗うつ薬が使用できない場合などでは、この増強療法を選択することができます。

③ 抗うつ薬の併用:2剤以上の抗うつ薬の併用についての研究は少数です。また、SSRI では前述の CYP 阻害作用を強力に有しているため、三環系抗うつ薬などの薬剤濃度が上昇することがあり、この併用療法は積極的には推奨できません。

④電気けいれん療法(ECT: electro-convulsive therapy):大うつ病への有効性と安全性は十分確立しています。抗うつ薬の有害作用や合併症などで薬物療法の継続が困難であったり、自殺企図、拒食、全身衰弱などの症状によっては、より早い段階で望まれます。無けいれん性の修正型 ECT(modified ECT)の施行が可能な専門施設に紹介してください。

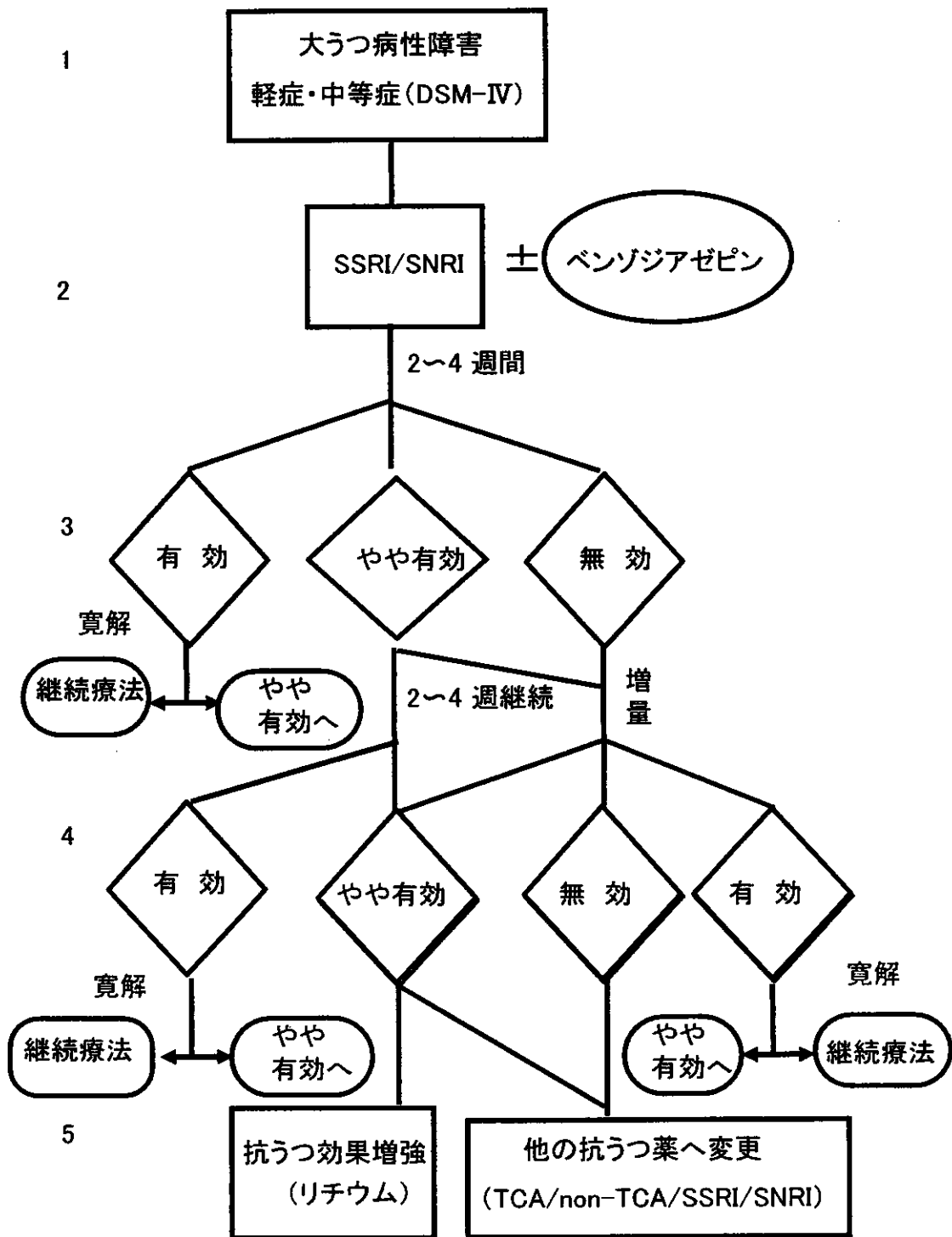


図1 大うつ病(軽症・中等症)の治療アルゴリズム

TCA: 三環系抗うつ薬, non-TCA: 非三環系抗うつ薬(四環系, 単環系など)
 SNRI: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬, ECT: 電気けいれん療法
 BZD: ベンゾジアゼピン系抗不安薬, SSRI: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬

■ 専門医を紹介するタイミング

それぞれの医師の精神医学的な知識量や経験に応じて、紹介のタイミングはさまざまですが、これまで述べたようなうつ病の診断、治療を行うなかで、以下のような状況が出現した場合には精神科(あるいは心療内科)専門医への紹介を考慮した方がよいでしょう。

診断に迷った場合

うつ病は、抑うつ感や喜びの感情の消失など、精神的なエネルギーが低下している状態です。しかし、こうした精神状態は統合失調症(旧:精神分裂病)や不安障害など、さまざまな精神疾患でも現れます。また、うつ病とこれらの精神疾患が併存している場合もあります。妄想(明かに間違った奇妙な確信のこと、被害妄想が多いが「脳が腐ってゆく」など奇怪な身体的感覚を伴う妄想的訴えもある)や幻聴の存在が疑われる場合や、診察していても話がなかなかみ合わない場合、不安や焦燥感(診察中も身体を動かさじっとしてられない)が強い場合、認知障害が疑われる場合(時間や場所の見当識があいまい、100から順に7を引くなどの単純な暗算を繰り返し間違える、物忘れがひどい)、問題行動が認められる場合などには、鑑別診断のために一度精神科医に紹介することを考えるようにしてください。特に思春期～青年期、高齢者のうつ状態は精神医学的な鑑別が重要となることが多く、さらに薬剤の効果も一定しないので、早期に精神科医に依頼した方がよいでしょう。

脳の器質的な障害が疑われる場合

鑑別診断に関しては、高齢者などで脳梗塞やアルツハイマー型老年期痴呆、パーキンソン病などの脳の器質的疾患のためにうつ病様の症状が現れることがあるので注意が必要です。軽度の麻痺などの特異的な身体症状が存在する場合はもちろんですが、うつ病の適切な治療をしても症状が改善しない場合には、脳の器質疾患が何らかの影響を及ぼしている可能性があります。とくに、診療所で十分な検査ができない場合には総合病院の一般身体科経由で、もしくは直接精神科に紹介することも考えてください。

第一選択の抗うつ薬で効果が認められない場合

うつ病を疑って抗うつ薬による治療を始めても、なかなか治療に反応しない場合があります。抗うつ薬は、1、2ヶ月かけて最大容量にまで漸増し、その後1、2ヶ月間経過を見るのが一般的ですが、当然初期治療に反応しない患者もいます。ちなみに第1選択薬に反応を示す患者は6割程度といわれています。また、副作用の出方は患者によって異なりますが、副作用のために患者の不安が高まって治療継続に抵抗感を示すことがあります。

こうした場合には、ほかの薬剤への変更を検討する必要がありますが、このタイミングで専門家に紹介するとよいでしょう。

重症のうつ病場合

うつ病が重症の場合、もしくは治療の経過中に重症化してきた場合には、直ちに精神科に相談するのがよいでしょう。前記の診断のための質問項目が7個以上当てはまる場合は、重症と判断してください。また、焦燥感が強くなっている場合や、妄想や幻覚などの精神病症状が認められる場合、意識が混乱したようになって言動にまとまりがなくなってきた場合も同様に重症とみなすことができます。一般的に重症化とともにうつ病であるという病識や治療への動機付けが失われ、外来での内服治療は困難となります。

また産後のうつ病の場合は、子供への影響も出現し、さまざまな環境調整が必要となることがあ

り、より早期の精神科依頼を考慮すべきでしょう。

自殺の危険性がある場合

自殺の危険性があると判断される場合は、精神科への依頼が必要となります。しかし実際には自殺の危険性があるかどうかを判断するのが難しいのです。直接的には患者に希死念慮について問診することが必要ですが、慣れていないプライマリ医師にとっては容易ではないでしょう。しかし、希死念慮について、しかるべき時に率直に尋ねることは、患者に自殺行動を促すことにはならず、むしろ患者の不安感を軽減することができ、医師により理解されたと感じるきっかけになることが多いことを覚えておいてください。具体的には、患者が自分のつらい症状や感情を訴えているような時に「死んだ方がましだと考えるほどつらくなることがありますか」と尋ねます。また、診断のための質問(9)の質問文も参考にしてください。

もし、患者が希死念慮の存在を肯定するようであれば、その場ではうつ病は治療で治ることを強調し、「自殺をしない」と主治医との間で契約を結びます。それにより、一時的に自殺行動を抑止する効果があるからです。その上で、より専門的診察と治療が現在のつらい状況の改善のために必要だと、患者との間で話を治療へ向けてすすめて行くことができます。ほとんどの例では患者は医師と交わした約束を尊重してくれます。しかし、契約は、患者が自分自身の行動をコントロールできるときにのみ有効です。自殺企図の既往がある場合、パニック障害などの精神疾患が併存している場合、とくに強い不安を訴えて落ち着きがなくなった場合、アルコールの多飲が認められる場合には要注意です。本人と契約ができそうもないときには、患者に協力的な親族、友人、知人、もしくはその他の人物を確認し、その人物に患者を一人にさせないことや精神科への受診の協力を求めることが必要です。

また、次のような要因が自殺と関連していることが知られており、患者の評価の参考にしてください。

- ・ 身体的な病気(特に慢性的で身体障害があり予後が否定的であるとき)
- ・ 精神医学的障害の家族の既往歴、家族内での自殺者の存在
- ・ 離婚、死別、未婚
- ・ 独居(社会的に孤立した状態)
- ・ 失業もしくは退職
- ・ 児童期の両親との死別

アルコール依存が疑われる場合

うつ病のつらさをまぎらわせるために、自己治療手段としてアルコールを飲用するようになる患者も多いのです。また、アルコールは、依存に加えて、向精神薬との相互作用や自殺の問題があります。したがって、アルコールを中止できない患者も専門医への紹介を考えた方がよいでしょう。

入院が必要だと考えられる場合

入院が必要になるのは、前述したようにうつ病が重症の場合はもちろんですが、自殺の危険性がある場合、外来治療に反応しない場合、患者が規則的に服薬しない場合、家族の支援が欠けている場合、などがあります。

慢性化している場合

以前はうつ病は急性疾患のように考えられていましたが、およそ2割の患者は慢性に経過すると考えられています。したがって、辛抱強く治療していくことが必要ですが、症状が長引いている場

合(たとえば診断時にすでに半年以上の明かな症状が継続しているようなときや、第1選択薬による治療開始後で2ヶ月間みても症状の改善がみられないとき)には治療方針に関して専門家の意見を聞くか依頼するのがよいでしょう。

躁症状が出現した場合

うつ病の治療をしているときに改善してきたと思っていると、躁状態になってしまうことがあります。このことを躁転軽い躁状態の場合には気づきにくいですが、普段よりも機嫌よく話し、時に怒りっぽく人間関係の問題がみられるようになったり、浪費傾向が出てきたり、睡眠時間が短くなっていたりしていないかどうかをチェックして、そのような状態が4日以上続くときは軽躁～躁状態を疑い専門医に紹介するのがよいでしょう。治療法を再考しなければ状態が悪化する可能性が高いといえます。

■ 精神科医への紹介にあたって重要なこと

精神科医への紹介を検討した方がよい場合について説明してきましたが、紹介をする場合には患者が見捨てられたという感覚を持たないように注意する必要があります。問題を具体的に取り上げながら、その問題を専門家に相談してみることを勧め、問題が解決した後に患者の希望がある場合には再度治療を引き受けることを伝えると患者は安心して専門医を受診できるでしょう。そのように説明しても患者が精神科受診を頑なに拒否するようなときは、病状を家族に説明して受診を説得してもらうことが必要です。特に、精神科受診が必須であると判断される場合は、家族のみでも精神科に相談に行くようにうながし、対応についての相談を精神科医から受けるように勧めてください。精神科医は、精神保健福祉法上、患者自身あるいは家族の同意なしには、診療ができません。紹介にあたっては、患者の精神科受診への抵抗も考慮しながら、以上のような心遣いや手続きが必要となります。

参考文献

- [1] American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision; DSM-IV-TR. America Psychiatric Press, Washington DC, 2000(高橋 三郎、大野裕、染谷俊幸訳:DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、医学書院、東京、2002)
- [2] World Psychiatric Association: WPA/PTD educational program. NCM Publishers, Inc. New York, 1997
- [3] World Health Organization; Department of Mental Health : Preventing Suicide: a resource for general physicians, Geneva, 2000
- [4] World Health Organization: Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version. 1996 (中根允文、吉武和康、園田裕香訳:プライマリーケアにおける精神疾患の診断と診療指針、ライフサイエンス出版株式会社、東京 1998)
- [5] 宮岡等:内科医のための精神症状の見方と対応、医学書院、1995
- [6] 尾崎紀夫, 鈴木竜世, 野畑綾子: 職域におけるうつ病の早期発見と社会復帰を目指したサポート. 産業精神保健 10 (4) :324-328, 2002
- [7] 塩江邦彦, 平野雅己, 神庭重信: 大うつ病性障害の治療アルゴリズム(改訂版). 気分障害の治療とアルゴリズム(厚生労働省「感情障害の薬物治療ガイドライン作成とその実証的研究」班編), じほう, 東京, 2003.(印刷中)
- [8] Furukawa TA, Streiner DL, Young LT: antidepressant plus benzodiazepine for major depression. Cochrane Database Syst Rev. 2001;(2): CD001026. Review.
- [9] 笠原嘉: うつ病(うつ状態)に対する一般臨床の限界、pp85-92、(桂載作編:プライマリ・ケアにおけるうつ病(うつ状態)診療のポイント、トーア総合企画社、

執筆者一覧

神庭重信(山梨大学精神医学)
大野裕(慶應義塾大学精神医学)
本橋豊(秋田大学公衆衛生学)
栗田圭一(東北大学精神医学)
古川壽亮(名古屋市立大学精神医学)
尾崎紀夫(藤田保健衛生大学精神医学)
角南謙(八雲病院精神医学)
塩江邦彦(山梨大学精神医学)
山田和男(慶應義塾大学精神医学)
金子菜穂子(山梨大学精神医学)
井口博登(山梨大学精神医学)