

図2

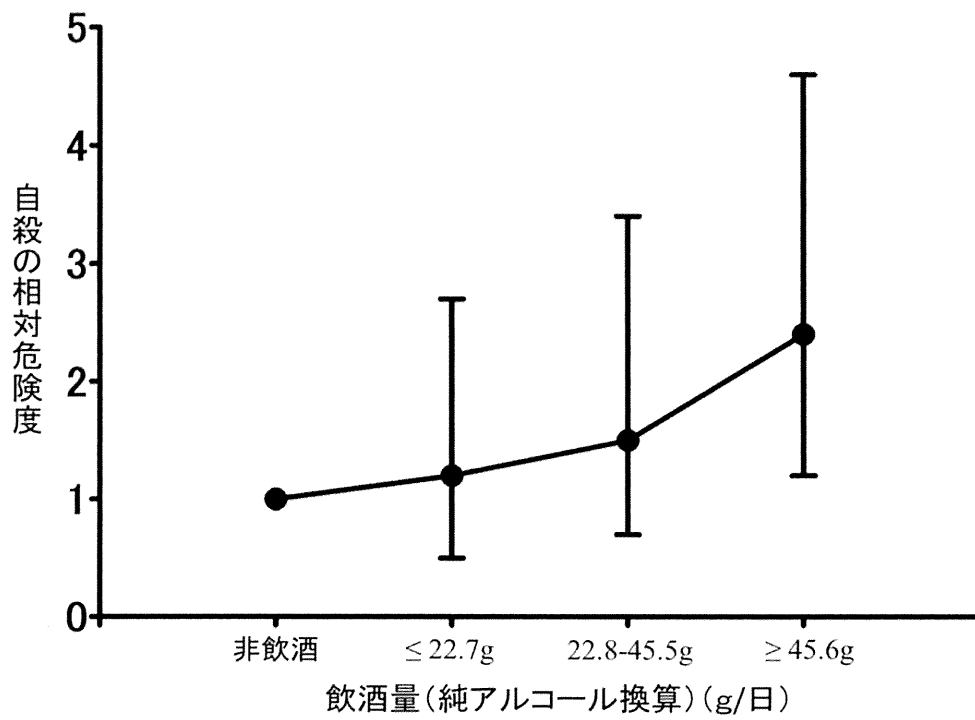


表 1 自殺企図または自殺したアルコール依存症の特徴(文献(松下ら, 2012)より引用)

人口統計
男性
年齢が 50 歳以上
社会的要素
単身生活
非雇用
社会的サポートが乏しいこと
対人関係上の喪失
アルコールや薬物に関連した要素
飲酒を続けていること
多量飲酒、連続飲酒
アルコール依存症治療の既往
アルコール依存症の家族歴
薬物、特にコカインの乱用歴
精神医学または医学的要素
うつ病や双極性障害の合併
衝動性・攻撃性、暴力の既往
重篤な医学的疾患
自殺に関連した要素
自殺について語ること
自殺企図の既往
自殺の家族歴

抗うつ薬で誘発される性機能障害に関する検討

佐藤晋爾¹⁾ 高尾哲也²⁾ 袖山紀子³⁾ 朝田 隆¹⁾

抄録：抗うつ薬の副作用の1つに性機能障害があるが本邦での検討は少ない。今回、総合病院心療内科・精神科外来を受診した男性患者のうち、原病が寛解状態と考えられ、抗うつ薬内服開始後少なくとも1ヵ月以上経過しているものを対象とし、性機能障害の有無について検討した。その結果、全対象72例（平均年齢45.6歳）中、性機能障害を認めたのは10例（13.9%）だった。性機能障害の有無で診断、罹病期間、現処方の内服期間、imipramine換算量、身体疾患、喫煙の有無、飲酒歴に有意差を認めなかった。関与が疑われた薬剤はparoxetine 5例/19例（26.3%）、amitriptyline 2例/7例（28.6%）、sertraline 1例/5例（20%）だった。従来の報告と同様にparoxetineに性機能障害の出現頻度が高かったが、他剤にも関与が疑われるものがあり、今後のさらなる検討が必要と考えられた。

臨床精神薬理 17 : 227-234, 2014

Key words : antidepressant, sexual dysfunction, paroxetine, SSRI

I. はじめに

抗うつ薬には多彩な副作用があるが、その中で近年注意を喚起されているものの1つに性機能障害がある。性機能障害は通常、性的欲求の低下、性的興奮の低下、射精の抑制や遅延、性交痛などがあげられる²⁰⁾。抗うつ薬による性機能障害は海外ですでに多くの報告があり、とりわけSSRI、中でもparoxetineとの関連性が指摘されている¹⁹⁾。

一方、本邦で抗うつ薬に起因する性機能障害に関する報告は三村ら¹³⁾の検討のみに留まっている。

一方、性機能障害はうつ病自体においても生じ^{1,7,10,17)}、たとえばKennedyら¹⁰⁾は性的関心の低下が男性で40%、女性で50%に生じ、男性の勃起障害や射精障害はそれぞれ22~46%、12~22%で認められたという。さらに性機能障害全般でまとめると、男性の48%、女性の51%で認められたという報告があるが¹¹⁾、中には男性で88%、女性では実に100%で認められるとの報告まである⁷⁾。したがって、抗うつ薬の有害事象として性機能障害が生じるかについては、うつ病以外の疾患も対象に入れて検討することが必要と思われる^{12,17)}。

今回われわれは、総合病院精神科外来を受診し、抗うつ薬を適用とする疾患の男性患者を対象に、抗うつ薬によると考えられる性機能障害の有無について検討したので報告する。

2013年9月3日受理

A study for sexual dysfunctions induced with antidepressants.

1) 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

〔〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1〕

Shinji Sato, Takashi Asada : Department of Psychiatry, Division of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Tsukuba. 1-1-1, Tennodai, Tsukuba, Ibaraki, 305-8575, Japan.

2) 水戸メンタルクリニック

Tetsuya Takao : Mito Mental Clinic.

3) 石崎病院

Noriko Sodeyama : Department of Psychiatry, Ishizaki Hospital.

表1 対象の臨床的背景

	性機能障害あり (n=10)	なし (n=62)	p
年齢 (歳)	41.3 (11.5)	45.8 (12.1)	n.s. [†]
診断*			
MDD	6	48	n.s. [¶]
Dys	1	3	
BP II	1	5	
GAD	0	1	
PD	1	4	
OCD	0	1	
SAD	1	2	
罹病期間 (月)	38.6 (40.3)	47.3 (49.2)	n.s. [†]
現処方内服期間 (月)	16.7 (13.1)	28.3 (28)	n.s. [†]
性機能障害発症 までの内服期間 (月)	0.8 (0.6)		
imipramine 換算量 (mg)	138 (76.8)	102.5 (68.5)	n.s. [†]
既婚	9	40	n.s. [¶]
身体疾患あり	4	14	n.s. [¶]
喫煙あり	2	26	n.s. [¶]
飲酒あり	2	32	n.s. [¶]
HAM-D 合計点	7 (1.6)	4.5 (2.2)	0.003 [†]
HAM-D 性機能障害点	1.1 (0.3)	0.3 (0.5)	0.0002 [†]

mean (SD), † : Mann-Whitney U 検定, ¶ : Fisher 直接法

MDD : Major depressive disorder, Dys : Dysthymic disorder, BP II : Bipolar disorder II 型, GAD : General anxiety disorder, PD : Panic disorder, OCD : Obsessive-compulsive disorder, SAD : Social anxiety disorder

* 重複診断あり

II. 対象および方法

A 総合病院心療内科・精神科外来を受診した性的交流のある男性患者のうち、DSM-IVに基づき大うつ病、気分変調性障害、双極性障害（うつ状態）、パニック障害、社会不安性障害、不安性障害など、抗うつ薬の適用となる診断のついている例で、すでに診断基準を満たさず日常生活に支障をきたさない程度に回復し臨床的にはほぼ寛解状態にあると考えられ、内服開始後少なくとも1ヵ月以上経過しているものを対象とした。性機能障害の有無は患者の申告により、さらに現時点で出現しているかどうかにはこだわらず、過去において出現したものも含めた。抗うつ薬に起因した性機能障害か否かの判断は、内服を変更してから消失した場合や、抗うつ薬の開始後に新たに出現した、あるいは増悪した場合とした。また、性機能

障害が明らかだった場合、性欲の低下、勃起障害、射精障害について尋ねた。

対象者からは、性機能障害出現時の年齢、抗うつ薬の種類、imipramine 換算量、併用薬、罹病期間、現処方（性機能障害を引き起こした処方）の内服期間、身体疾患の有無、喫煙の有無、アルコール摂取の有無などを聴取した。さらにいずれの診断においても抑うつ症状は性機能に影響すると考えられたことから、全例に対しHAM-Dでうつ症状の評価を行った。

なお、倫理的配慮として、厚生労働省の臨床研究指針に基づき全例に本研究について文書による概要説明を行った上で同意を得た。

III. 結果

対象は72例で平均年齢は45.6歳（20～64歳）だった。罹病期間の平均は57.4ヵ月で、HAM-D

表2 各抗うつ薬の性機能障害への関与度

	使用数	明らかに関与	関与が疑わしい	明らかに関与して いる薬剤に併用
TCA (三環系抗うつ薬)				
amitriptyline	7	2 (28.6%)		
clomipramine	2			
imipramine	4			
amoxapine	11		1 (9.1%)	1
TeCA (四環系抗うつ薬)				
trazodone	12		1 (8.3%)	1
mianserin	4			1
maprotiline	4			
setipiline	2			
SSRI (セロトニン再取り込み阻害薬)				
fluvoxamine	8			1
sertraline	5	1 (20%)		
paroxetine	19	5 (26.3%)		
SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)				
milnacipran	6		1 (16.7%)	
SLP				
sulpiride	22		1 (4.5%)	1
NaSSA (ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬)				
mirtazapine	2			
合計	108		n (%)	

合計点の平均は4.9点だった。全対象中、性機能障害を訴えたのは10例(13.9%)だった。性機能障害の有無で診断名、罹病期間、現処方の内服期間、imipramine換算量、結婚しているか否か、身体疾患や喫煙の有無、飲酒歴などに有意差を認めなかった(表1)。

HAM-D合計点と特に性機能に関する項目については有意差を認めた(表1)。時間関係や単剤投与などの投薬状況から「明らかに関与している」と考えられた薬剤はparoxetine 5例/19例(26.3%)、amitriptyline 2例/7例(28.6%)、sertraline 1例/5例(20%)だった(表2)。他の抗うつ薬の併用などで関与が明確ではなく「関与が疑われる」薬剤などを入れて抗うつ薬の種類別に性機能障害ありの割合をみると、SSRIが21.9%と最も高く、ついでSNRI、TCA(三環系抗うつ薬)の16.7%、TeCA(四環系抗うつ薬)の13.6%、最後にSLPの9.1%だった。NaSSAでは性機能障害を認めなかった。なお、同様に性機能に影響する

と考えられる抗精神病薬や降圧剤などの薬剤の併用はなかった。

また、抗うつ薬を内服して0.8ヵ月後に性機能障害が出現していた(表1)。「関与が明らか」な薬剤での性機能障害の内訳は性欲低下が4例、勃起障害7例、射精障害は6例だったが(図1)、「関与が疑われる」例まで含めると、性欲低下が2例増えて、合計6例となり、いずれもほぼ同じ例数出現していた。

抗うつ薬の種類と、imipramine換算量、年齢、現処方の内服期間など、性機能障害の有無と関連があると推測される要因を独立変数とし、性機能障害の有無を従属変数としてロジスティック回帰分析を行った結果、SSRIの使用で有意差を認め、オッズ比は12.4だった(表3)。

表4に、性機能障害があった例の内服薬、用量、出現までの期間、訴えの概要をあげた。

IV. 考 察

1. 抗うつ薬と性機能障害の関連性について

本検討では、性機能と関連のある喫煙や飲酒、糖尿病などの身体疾患の有無²⁰⁾で有意差を認めなかった。さらに診断別でも有意差がなく、従来の報告と一致した^{2,9)}。また、有意差のあったHAM-D合計点は、性機能の項目の影響を大きく受けていると考えられる。抗うつ薬に起因するか否かにかかわらず主観的には「性的な問題を抱えている」ことに変わりはないので、必然的に点数に差が生じたと考えられる。うつの残遺症状の可能性も否定はできないが、合計点数を考慮に入れると、そ

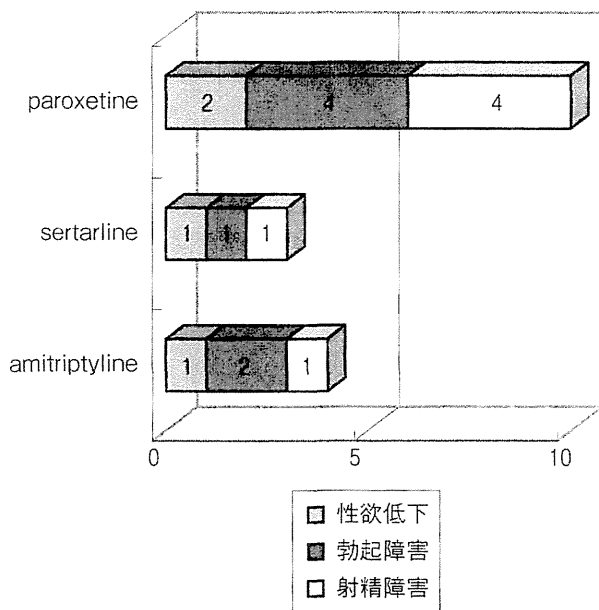


図1 性機能障害の内訳 (重複あり)

の可能性は低いと考えられた。したがって、性機能障害の出現はもっぱら抗うつ薬に起因すると考えてよいものと思われる。

今回の検討で注目すべき点は、ほとんどの性機能障害が内服開始後1ヵ月未満に生じると報告されているにもかかわらず、原因と考えられる現処方内服期間が性機能障害の有無で差がなかったということである。すなわち、患者は性機能障害があっても我慢して内服を続けているということを意味している。性機能障害については、医療者の方から積極的に質問をする必要があると考えられた。

本検討で、性機能障害との関連が明確だったのは paroxetine, sertraline, amitriptyline の3種類だが、併用などで関与が明確ではないものを含めると、amoxapine, trazodone, mianserin, fluvoxamine, milnacipran, sulpiride と多岐にわたった。過去の検討でも imipramine^{2,6)} や clomipramine^{2,14)} の性機能障害が報告されている。したがって、近年報告の多い SSRI^{7,17)} のみならず抗うつ薬全般で留意すべきと考えられた。もっとも、本検討ではロジスティック回帰分析の結果から SSRI の関与が最も強いことが示唆され、特に paroxetine で性機能障害が多かった。これは従来の報告と一致する^{15,19)}。

頻度については paroxetine で26.3%, amitriptyline で28.6%, sertraline で20%で、抗うつ薬のタイプ別では SSRI が21.9%, SNRI, TCA で16.7%, TeCA で13.6%, SLP が9.1%だった。副作用報告まで含めた Montgomery らによる review¹⁷⁾ を参照にこれまでの報告を検討すると、paroxetine

表3 抗うつ薬により生じる性機能障害と関連する要因

要因	SE	p 値	EXP (係数)	95% 下限	95% 上限
年齢	0.03	0.5	0.98	0.92	1.04
現処方内服期間	0.02	0.2	0.98	0.95	1.02
imipramine 換算量	0.01	0.8	1	0.98	1.01
SSRI	1.3	>0.05	12.4	1.04	148.3
SNRI	1.7	0.5	3.4	0.11	100.4
SLP	1.1	0.9	1.1	0.13	9.18
TCA	1.3	0.3	4.2	0.3	57.8
TeCA	1	0.4	2.4	0.37	15.9

決定係数: R² = 0.18

表4 性機能障害ありの患者例

年齢	診断	関与が考えられる薬剤	1日あたりの用量	内服開始から性機能障害発現までの期間	性機能障害の概要	特記事項
24歳	PD	paroxetine	20mg	3ヵ月後	勃起しにくくなった	感度が落ちた。
40歳	BP II	paroxetine	40mg	1週間後	性欲の低下 射精しにくい 勃起しにくくなった	
46歳	MDD	paroxetine	20mg	1ヵ月後	性欲の低下 勃起が長続きしない 射精しにくい	
46歳	MDD	paroxetine	40mg	3週間後	勃起が長続きしない 射精しない	30mgで射精が回復。 20mgで性機能障害は消失した。
51歳	MDD	paroxetine	20mg	1ヵ月後	射精しない	
28歳	SAD	sertraline	25mg	数日後	性欲の低下 勃起が長続きしない 射精しにくい	全体として感度が落ちた。
44歳	MDD	amitriptyline	30mg	1週間後	勃起しない	amoxapineに変更して改善。
30歳	dysthymia	amitriptyline	100mg	1ヵ月後	性欲の低下 勃起が不完全で柔らかい 射精しない	
62歳	MDD	amoxapine? * milnacipran? *	75mg 125mg	1ヵ月後	性欲の低下	
42歳	MDD	sulpiride? * trazodone? *	100mg 25mg	2ヵ月後	性欲の低下	勃起はむしろ良くなったかもしれない。

* 関与が疑わしい薬剤

による性機能障害は10~20%前後^{4,11,22)}で、高いもので65%¹⁵⁾と報告されており、amitriptylineは8~18%^{8,16,23)}、sertralineは約10~20%^{21,23)}だが、paroxetineと同様に40~67%と高めの報告^{3,5,15)}もあった。よって本検討は従来の結果とほぼ同様だったと言える。一方、TeCAの検討は少なく、たとえばBalonら²⁾はtrazodoneで性機能障害を認めなかったと報告している。

本邦で抗うつ薬の性機能障害について検討したものに三村ら¹³⁾の報告がある。彼らによれば性行為のない例を除く約半数で何らかの性機能障害を有していたという。ただし、彼らは性機能障害を射精障害、勃起障害、快感の有無で検討し、さらにうつ病患者のみを対象にしていた。そのために本報告とで性機能障害発現の頻度に違いが生じた可能性が考えられる。

V. 抗うつ薬の性機能障害の特徴

本検討では性機能障害の内訳はほぼ同数で、薬剤間でみても割合に違いはなかった。Angst¹⁾のコホート研究でも性機能障害のタイプに有意差はなかったと報告されており、われわれの結果と一致した。一方、最も多い男性の性機能障害は射精遅延とされており¹⁷⁾、三村ら¹³⁾の検討では勃起障害で薬剤間の差はないが、やはり射精障害では有意にparoxetineが多かったと報告している。

性機能障害の具体的な訴えであるが、全体として「感度が落ちる」「布の上から触れているよう」と述べており、性器に触れても快感に乏しいという点で共通していた。勃起や射精障害については、「できない」と「しにくい」ものがあった。特に射精障害についてはオルガスムスがある

にもかかわらず射精しない、いわゆる逆行性射精を呈したものはいなかった。これらの性機能障害の訴えと抗うつ薬内服量は相関しなかった。ただし、内服量を減量することで性機能が回復している例もあるので用量依存性はあると考えられるが、個人差も大きいと考えられた。

VI. 抗うつ薬による性機能障害への対応

抗うつ薬による性機能障害への対処法として、Zajacka²⁵⁾は以下の方法を推奨している。すなわち、副作用の耐性が出現するのを待つ、内服の減量、ドラッグホリデーや性活動に合わせた内服計画、内服の置き換え、拮抗薬の使用である。しかし、性機能障害への耐性は形成されにくく²⁴⁾、ドラッグホリデーは離脱症状の危険性や再燃のリスクがある。したがって、現実的には性機能障害の発現が少ないとされる抗うつ薬への変更、具体的には bupropion, nefazodone, mirtazapine, duloxetine など²⁴⁾が適当と思われる。なお Segraves²⁴⁾によれば、北米では拮抗薬投与が一般的で、たとえば amantadine や cyproheptadine などを用いるのだという。

以上の結果を踏まえて本邦での実情に合わせた対処法としては、比較的性機能障害の報告の少ない fluvoxamine²¹⁾ や mirtazapine^{16,24)}、SNRI や四環系に変更するか減量が適当と考えられる。

本検討では患者によっては減量や内服の変更を行ったが、中には「この薬で効果があったので止めたくない」と継続を希望する例もあった。実際に抗うつ薬による性機能障害を実感し始めるのは、性機能に関心が向き始める時期であり、減量を開始してもいいタイミングであることが多いが、個々の状況に応じた対応が求められよう。

VII. さ い ご に

本研究の限界点に触れたい。まず、診断がうつ病圏だった例では原疾患による性機能障害の影響が完全に排除しきれていない可能性がある。特に過去において性機能障害が出現した例では、抗うつ薬の内服開始時期と性機能障害の出現・増悪時

期の前後関係などに留意しながら聴取したとはいえ、うつ状態の影響を受けていた可能性はあろう。また、今回は原疾患を気分障害圏のみに限定しなかったが、たとえば気分障害圏と不安障害圏では性機能に与える影響が異なり、結果に関係したかもしれない。さらに、今回は測定しなかった血中プロラクチン値が抗うつ薬によっては影響を受け、そのために性機能障害が惹起された例もあった可能性がある。

性機能障害の訴えの寡多には文化的差異があることが指摘されている¹⁾。さらに、抗うつ薬の有害事象の検討では対象がうつ病になることが多いが、抗うつ薬はうつ病以外にも適応疾患があり、それらを含めた検討はいまだ少ない¹⁷⁾。今回の検討では男性医師である筆頭著者が行ったことから女性患者は対象外とした。しかし、性機能障害は男性よりも女性に多いと報告されており¹⁷⁾、今後、上記の限界点を克服しつつ、対象疾患を広げ、より多数症例での検討が必要と考えられた。

本稿の概要は第8回日本うつ病学会で発表した。

本研究はいかなる製薬会社からも資金支援などは受けておらず、利益相反はない。

文 献

- 1) Angst, J. : Sexual problems in healthy and depressed persons. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 13 (suppl. 6) : S1-S4, 1998.
- 2) Balon, R., Yeragani, V.K., Pohl, R. et al. : Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J. Clin. Psychiatry*, 54 : 209-212, 1993.
- 3) Croft, H., Settle, E. Jr., Houser, T. et al. : A placebo-controlled comparison of the antidepressant efficacy and effects on sexual functioning of sustained-release bupropion and sertraline. *Clin. Ther.*, 21 : 643-658, 1999.
- 4) Fava, M., Amsterdam, J.D., Deltito, J.A. et al. : A double-blind study of paroxetine, fluoxetine, and placebo in outpatients with major depression. *Ann. Clin. Psychiatry*, 10 : 145-150, 1998.
- 5) Feiger, A., Kiev, A., Shrivastava, R.K. et al. : Nefazodone versus sertraline in outpatients with major depression : focus on efficacy, tolerability and effects on sexual function and satisfaction. *J. Clin. Psychiatry*, 57 (suppl. 2) : 53-62, 1996.

- 6) Harrison, W.M., Rabkin, J.G., Erhardt, A.A. et al. : Effects of antidepressant medication on sexual function : a controlled study. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 6 : 144-149, 1986.
- 7) Hartmann, U. : Depression and sexual dysfunction. *Jmhg*, 4 : 18-25, 2007.
- 8) Hekimian, L.J., Friedhoff, A.J., Deever, E. : A comparison of the onset of action and therapeutic efficacy of amoxapine and amitriptyline. *J. Clin. Psychiatry*, 39 : 633-637, 1978.
- 9) Keller Ashton, A., Hamer, R., Rosen, R.C. : Serotonin reuptake inhibitor-induced sexual dysfunction and its treatment : a large scale retrospective study of 596 outpatients. *J. Sex Marital Ther.*, 23 : 165-176, 1997.
- 10) Kennedy, S.H., Dickens, S.E., Eisfeld, B.S. et al. : Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J. Affect. Disord.*, 56 : 201-208, 1999.
- 11) Kiev, A., Feiger, A. : A double-blind comparison of fluvoxamine and paroxetine in the treatment of depressed outpatients. *J. Clin. Psychiatry*, 58 : 146-152, 1997.
- 12) Labbate, L.A., Grimes, J.B., Arana, G.W. : Serotonin reuptake antidepressant effects on sexual function in patients with anxiety disorders. *Biol. Psychiatry*, 43 : 904-907, 1998.
- 13) 三村 将, 巽 雅彦 : うつ病患者の性機能障害と QOL に関する検討. *新薬と臨牀*, 54 : 35-41, 2005.
- 14) Monteiro, W.O., Noshirvani, H.F., Marks, I.M. et al. : Anorgasmia from clomipramine in obsessive compulsive disorder : a controlled trial. *Br. J. Psychiatry*, 151 : 107-112, 1987.
- 15) Montejo-González, A.L., Liorca, G., Izquierdo, J.A. et al. : SSRI-induced sexual dysfunction : fluoxetine, paroxetine, sertraline and fluvoxamine in a prospective, multicenter, and descriptive clinical study of 334 patients. *J. Sex Marital Ther.*, 23 : 176-194, 1997.
- 16) Montgomery, S.A. : Safety of mirtazapine : a review. *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 10 (suppl. 4) : 37-45, 1995.
- 17) Montgomery, S.A., Baldwin, D.S., Rily, A. : Antidepressant medications : a review of the evidence for drug-induced sexual dysfunction. *J. Affect. Disord.*, 69 : 119-140, 2002.
- 18) Rosen, R.C., Lane, R.M., Menza, M. : effects of SSRIs on sexual function : a critical review. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 19 : 67-85, 1999.
- 19) 長田賢一 : うつ病患者における SSRI, SNRI 惹起性機能障害への対策. *精神科治療学*, 22 : 1265-1270, 2007.
- 20) Nathan, S.G. : The epidemiology of the DSM-III psychosexual dysfunctions. *J. Sex Marital Ther.*, 12 : 267-281, 1986.
- 21) Nemeroff, C.B., Ninan, P.T., Ballenger, J. et al. : Double-blind multicenter comparison of fluvoxamine versus sertraline in the treatment of depressed outpatients. *Depression*, 3 : 163-169, 1995.
- 22) Preskorn, S.H. : Comparison of the tolerability of bupropion, fluoxetine, imipramine, nefazodone, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J. Clin. Psychiatry*, 56 (suppl. 6) : 12-21, 1995.
- 23) Reimherr, F.W., Chouinard, G., Cohn, C.K. et al. : Antidepressant efficacy of sertraline : a double-blind, placebo- and amitriptyline-controlled, multicenter comparison study in outpatients with major depression. *J. Clin. Psychiatry*, 51 (suppl. B) : 18-27, 1990.
- 24) Segraves, R.T. : Sexual dysfunction associated with antidepressant therapy. *Urol. Clin. North Am.*, 34 : 575-579, 2007.
- 25) Zajecka, J. : Strategies for the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *J. Clin. Psychiatry*, 62 (suppl. 3) : 35-43, 2001.

A study for sexual dysfunctions induced with antidepressants

Shinji Sato¹⁾, Tetsuya Takao²⁾, Noriko Sodeyama³⁾, and Takashi Asada¹⁾

Sexual dysfunction is reported as one of the adverse effects associated with antidepressants: however, few studies have examined this problem in Japan. We interviewed 72 men with mood disorder or other disorders who were being treated with various antidepressants focusing on their experiences with sexual dysfunctions. The incidence of sexual dysfunction during antidepressant treatment was 13.9%. There was no significant correlation between sexual dysfunction and the duration of antidepressant use, diagnosis, physical state, smoking or alcohol use. In this study, the incidence rates of sexual dysfunction were high with paroxetine, amitriptyline, and sertraline. In particular, a high rate of sexual dysfunction occurred in patients taking paroxetine (26.3%). This result is similar to past reports about sexual dysfunction associated with antidepressants. The available data on sexual dysfunction during antidepressant treatment are insufficient in Japan. Further studies are needed to determine safe practice in treating depression or other mental disturbances with antidepressants.

Jpn. J. Clin. Psychopharmacol., 17 : 227-234, 2014

1) Department of Psychiatry, Division of Clinical Medicine, Faculty of Medicine, University of Tsukuba.
1-1-1, Tennodai, Tsukuba, Ibaraki, 305-8575, Japan.

2) Mito Mental Clinic.

3) Department of Psychiatry, Ishizaki Hospital.

避難所・仮設住宅における 飲酒とうつ病の関係

佐久間寛之*¹⁾，樋口 進*²⁾

東日本大震災後、現在も約 10 万人が仮設住宅に生活している。仮設生活の長期化にともない、飲酒問題、うつ症状の顕在化が懸念される。当院（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）の支援活動の分析でも、震災 2 カ月目以降に、うつ病様症状、アルコール問題の相談割合が増加していた。現在も仮設住宅生活を余儀なくされている者の多くに、何らかのハンディキャップ、ストレスがあると思われる。ストレス、飲酒量、依存症リスク、うつの悪化、自殺リスクに関連があることは既知である。仮設住宅長期入居者に対し、飲酒問題、うつを視野に入れた保健指導、メンタルヘルスクエア対策が望まれる。

I. はじめに

平成 23 年（2011 年）3 月 11 日にわが国を襲った東日本大震災は、東日本、東北地方を中心に未曾有の被害をもたらした。総務省の調べによれば、死者 18,958 人、行方不明者 2,655 人であり¹⁾、それを上回る数の被災者が、家族、土地家屋、仕事などを失っている。発災直後から大勢の方々が避難所での生活を余儀なくされ、平成 25 年（2013 年）10 月現在で 103,958 人が仮設住宅に入居している²⁾。

長期化しつつある仮設住宅での生活はメンタルヘルス上、好ましいとは考えられず、うつやアルコール問題など、さまざまなリスクが上昇することが予想される。筆者らが所属する独立行政法人国立病院機構久里

浜医療センター（以下、当院と略す）は震災直後より被災地のメンタルケア支援活動を行ってきた。その活動を通じて見えてきた被災地の飲酒とうつの関係について報告する。

II. 災害とアルコール、ストレスの関連

そもそも災害によるストレスとアルコール問題は関連があるのだろうか。わが国では阪神淡路大震災の際に仮設住宅における孤独死が大きく報道された。その背景には、仮設住宅生活の長期化にともない、今後の生活の不透明さ、地域コミュニティの喪失にともなう孤独感、家族を失ったことによる喪失感などがあつたと考えられる。さまざまなフラストレーションに対し

*独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター ¹⁾（さくま・ひろし） ²⁾ 教授（ひぐち・すすむ）

て飲酒という手軽なストレスリリーフが用いられたことは想像に難くない。尾崎らの報告によれば、阪神淡路大震災での孤独死は中高年の男性の病死が多く、アルコールとの関連の強さも示唆されたという³⁾。

過去のレビューによれば、災害後に発生したアルコール問題の多くは過去にアルコール問題をもつ者ないしは飲酒によってストレスに対処しようとした者によって起こり、新規アルコール問題の発生はさほど多くはなく⁴⁾、災害がアルコール依存症を増加させるという明確なエビデンスはない。しかし、多くの調査では災害後に被災者の飲酒量が増加することが報告されている^{5)~8)}。

災害がただちにアルコール依存症の発症率を高めるとは言えないものの、災害が被災者のメンタルヘルスの悪化につながり、本人なりのストレス対処法としての飲酒行動を増加させ得ることが考えられる。その際には、すべての被災者のリスクが高まるといよりは、災害前にアルコール問題が存在していた者、うつ病など精神科的な既往のある者、災害により PTSD (Post-traumatic Stress Disorder : 心的外傷後ストレス障害) など深刻な影響を受けた者など、一定のリスクがある者はアルコール問題を発生させやすい、あるいは問題が大きくなりやすいことがわかっている^{9)~11)}。

仮設住宅生活の長期化がストレス要因になり得ることは想像に難くないが、阪神淡路大震災における仮設住宅調査では、ほとんど毎日飲酒する者が 19.6%、1日に3合以上飲酒する者が 5.2%と、一般世帯に比べ高率であったことがわかっている¹²⁾。

Ⅲ. 当院の支援から

次に、当院が行った支援活動から見た、被災地のアルコール、うつの問題を述べる。当院では発災当初より、東日本大震災の被災地・岩手県大船渡市に医療チームの派遣を開始し、こころのケアを中心とした医療活動を提供してきた。平成 23 年(2011 年)3 月 24 日より活動を開始し、現在も月に一度のコンサルテーションを通じて活動を継続している。

1. 派遣の経緯, 体制

厚生労働省および岩手県からの要請を受け、当院は支援を開始した。岩手県精神保健福祉協会との話し合いの結果、大船渡市保健所の支援活動の一環として医療チームを派遣することとなった。

派遣医療チームの体制は、第 1 期は 4 人体制、第 2 期は 3 人体制で、構成職種は、精神科医、看護師、精神保健福祉士あるいは臨床心理士、事務職とした。医療チームの活動内容は、避難所訪問、自宅訪問、健康教室の開催、地域関係者(保健師など)への研修・アルコール依存症や PTSD の講義、保健師・精神医療関係者との合同会議参加、他医療チームとのミーティング参加、地域の相談機関のサポートなどを行った。活動の詳細については当院のホームページ (<http://www.kurihama-med.jp/>) に報告書を掲載している¹³⁾。

2. 現地の状況

大船渡市は岩手県最大の漁港をもつ、人口 3 万 8,616 人(2014 年 2 月現在)の都市である。津波によって、死者 325 人、行方不明者 124 人、全壊または半壊住宅 3,629 戸の被害を受けた。市内に 54 カ所の避難所が設けられたが、漁港は津波によって破壊され、住宅地に瓦礫が押し上げられている状態であった。活動初期は、路面の陥没、信号の損傷、瓦礫撤去作業による通行止めなど、移動もままならない状況であった。発災当初、飲酒問題はまだ顕在化していなかった。むしろ、不眠、急性ストレス反応、既存精神疾患の治療中断など、災害時の全般的なサイコロジカルファーストエイドのニーズが高かった。

飲酒問題については、発災初期はそもそもアルコール自体が入手困難な状況であった。が、それでもしばらく経つと、避難所あるいは自宅での過量飲酒者、ストレスリリーフとして飲酒する被災者が散見されるようになった。そういったケースについて保健師や他チームから情報提供があると、個別面談を行い、介入を試みた。具体的には、本人の飲酒の動機を探るとともに、ブリーフインターベンション(簡易介入)を行っ

PTSD (Posttraumatic Stress Disorder : 心的外傷後ストレス障害)

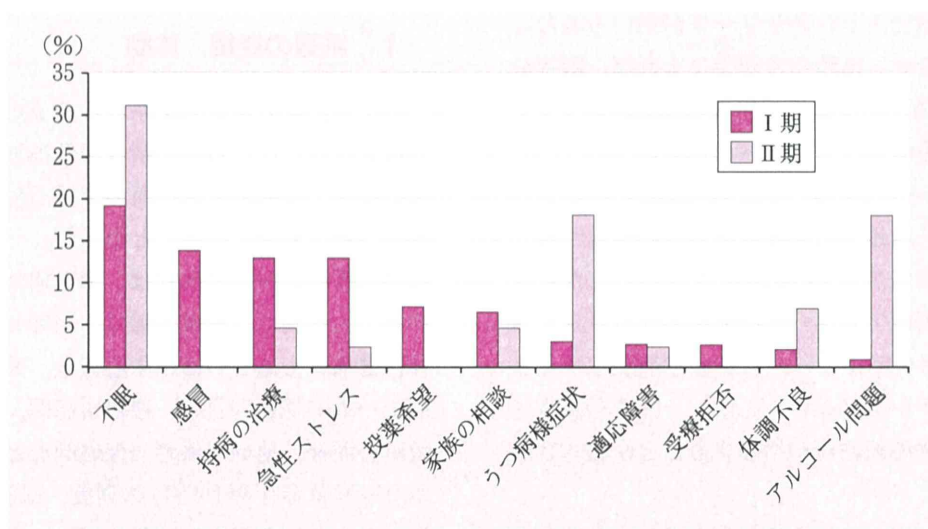


図1 当院（独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター）の支援活動における相談内容の変化

第I期:平成23年(2011年)3月24日～4月30日, 男性63名(平均年齢:53±25歳), 女性106名(平均年齢:64±14歳)。第II期:平成23年(2011年)5月16日～7月8日, 男性21名(平均年齢:62±19歳), 女性24名(平均年齢:65±13歳)。I期の相談は、感冒、持病の悪化、急性ストレス、通院治療の中断による処方薬の投与希望などが大半であった。うつ病様症状やアルコール問題はほとんどなかった。ところが、II期に入るとうつ病様症状とアルコール問題の相談件数が増加した。

(筆者作成)

た。同時に、支援者、家族に対しても飲酒問題の知識を提供した。

IV. 飲酒とうつ

当院は発災直後を第I期として、ファーストエイドを中心とした支援活動を行い、その後、被災直後の混乱が一段落した時期を第II期として、派遣員構成や支援内容を変えて2段階の支援を行った。第I期は平成23年(2011年)3月24日～4月30日、第II期は平成23年(2011年)5月16日以降である。第I期は発災直後の混乱期であり、家屋を失った者の多くが避難所に身を寄せていた。第II期は被災直後の混乱が一段落し、少しずつ仮設住宅が整備されるなど、被災という状況に被災者が徐々に適応しつつある時期であった。

I期とII期とで当院支援チームが受けた相談内容を図1に示す。

I期の相談は、感冒、持病の悪化、急性ストレス、通院治療の中断による処方薬の投与希望などが大半で

あった。うつ病様症状やアルコール問題はほとんどなかった。ところが、II期に入るとうつ病様症状とアルコール問題の相談件数が増加した(写真1)。もともとI期から不眠の相談は多かったが、II期に入るとさらに増加した。さらにII期の相談内容を男女別に調べると(図2)、不眠、うつ病様症状は男女とも一定の割合でみられたが、どちらかと言えば女性に多かった。一方で、アルコール問題は女性のケース相談はほとんどなく、ほぼ全例が男性であった。また、体調不良、適応障害もほぼ全例が男性であった。

相談内容から、男性では、生活環境の変化や震災によるストレスが、体調不良、環境への不適応の形であらわれ、さまざまな苦痛をアルコール使用によって自己治療的に解決しようとする姿が浮かび上がってくる。また、女性においては、仮設住宅や震災によるストレスが不眠の形であらわれていることがうかがわれる。

V. うつ、自殺、アルコール

震災関連自殺者の数は東北の被災3県のうち、岩手



写真1 当院(独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター)の支援活動と仮設住宅

発災直後は感冒や急性ストレスの相談が多かったが、仮設住宅の整備が進む時期になると飲酒問題の相談が増えた。

(筆者提供)

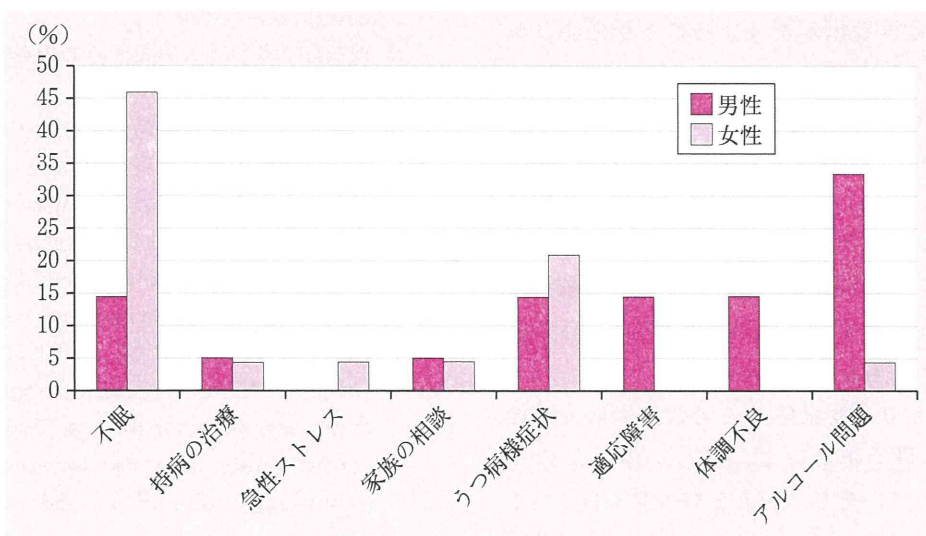


図2 相談内容の性差(Ⅱ期)

男性 21 名 (平均年齢: 62 ± 19 歳), 女性 24 名 (平均年齢: 65 ± 13 歳)。Ⅰ期から不眠の相談は多かったが、Ⅱ期に入るとさらに増加した。さらにⅡ期の相談内容を男女別に調べると、不眠、うつ病様症状は男女とも一定の割合でみられたが、どちらかと言えば女性に多かった。一方で、アルコール問題は女性のケース相談はほとんどなく、ほぼ全例が男性であった。また、体調不良、適応障害もほぼ全例が男性であった。

(筆者作成)

県、宮城県は年々減少している。その一方で、福島県は年々増加傾向にある¹⁴⁾。原因の分析、解釈は慎重を期さねばならないが、福島県の自殺増加の要因とし

て、長期的かつ継続的なフラストレーションが背景にあらうことは想像に難くない。

福島県に限らず長期的な避難生活をしている者は、

生活基盤が不安定で将来の見通しが不透明なまま、「一時生活の長期化」にともなう慢性的なフラストレーションに曝されている。特に現在も仮設住宅に生活している者は、経済的にも、家族関係においても、あるいは年齢、持病など、さまざまな面でのハンディキャップを背負っている者が多い。なかでも高齢者は、もともとの身体疾患が存在したり、家族との縁が薄かった者が仮設住宅入居によって単身世帯となるなど、閉じこもりがちになる要因が多い。

宮城県での調査では仮設住宅入居者の22%が65歳以上であり、16.4%が独居かつ高齢（65歳以上）であった¹⁵⁾。山崎らの調査によれば、震災後1年半後の高齢仮設住宅入所者のうち閉じこもり率は13.7%であり、うつ傾向の出現率は3.7%であったという¹⁶⁾。これら高齢者世代は若い世代に比べ飲酒に対してなじみが深く、ストレスリリーフとして飲酒を選択しやすい。今後、仮設住宅での生活が長期化するにつれて、より飲酒問題の危険要因が増大することが懸念される。

アルコール依存症が自殺との正の相関があることは明確であり、自殺者に占めるアルコール依存症の割合は気分障害に次いで高い¹⁷⁾。被災地でアルコール依存症が増加しているエビデンスはないが、アルコール消費量と自殺リスクが相関すること、アルコール依存症が自殺のリスクを高めることは既知である¹⁷⁾。うつと自殺の相関は言わずもがなであろう。

先に述べたとおり、仮設住宅入居者は生活力が低かったり高齢単身であるなど、何らかのハンディキャップを背負っていたり、メンタルヘルス的にハイリスク群である可能性が高い。仮設住宅に対する精神保健対策の一環として、飲酒および、うつに注目し、ハイリスク群の早期発見、早期介入など適切な対策が望まれる。問題飲酒者に対しては、従来、保健師など地域保健サービス提供者が十分な介入スキルをもたず、「依存症専門医療機関に行く・行かない」で本人と対立し、膠着状態となることが多かった。

近年は飲酒問題への簡易的かつ効果的な介入スキル（ブリーフ・インターベンション）¹⁸⁾の有効性も検証されている。はじめから断酒を目標にした場合、本人の心理的抵抗（否認）に遭い、必要なサービス提供まで行

き着かない。否認を回避し適切なケアサービスを提供するためにも、まずはブリーフ・インターベンション（簡易介入）などを用い、早期介入を開始することが必要であろう。

VI. おわりに

東日本大震災から3年以上が経過し、インフラの整備や町作りは着々と進んでいる。一方で、仮設住宅長期入所、あるいは失業や生活基盤の喪失など、震災の傷跡を引きずっている一群も存在する。飲酒問題、うつについて一定のリスクがあることを理解し、適切なモニタリングやアセスメント、介入が望まれる。

文 献

- 1) 総務省消防庁：東北地方太平洋沖地震（東日本大震災）被害報. 2014 <http://www.fdma.go.jp/bn/higaihou_new.html>.
- 2) 復興庁：東日本大震災からの復興の状況に関する報告. 2014.
- 3) 尾崎米厚：地震災害時および災害後の健康被害について 阪神淡路大震災を例にとって. 2012 <<http://search.jamas.or.jp/link/ui/2013006130>>.
- 4) North CS, Ringwalt CL, Downs D, et al: Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. Arch Gen Psychiatry **68** (2) : 173-180, 2011.
- 5) Grieger TA, Fullerton CS, Ursano RJ: Posttraumatic stress disorder, alcohol use, and perceived safety after the terrorist attack on the pentagon. Psychiatr Serv **54** (10) :1380-1382, 2003.
- 6) Kennedy PJ, Haertsch PA, Maitz PK: The Bali burn disaster: implications and lessons learned. J Burn Care Rehabil **26** (2) : 125-131, 2005.
- 7) North CS, Kawasaki A, Spitznagel EL, et al: The course of PTSD, major depression, substance abuse, and somatization after a natural disaster. J Nerv Ment Dis **192** : 823-829, 2004.
- 8) Pfefferbaum B, Doughty DE: Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. Psychiatry **64**:296-303, 2002.
- 9) Jacobsen LK, Southwick SM, Kosten TR: Sub-

- stance use disorders in patients With posttraumatic stress disorder : A Review of the Literature. *American Journal of Psychiatry* **158** : 1184-1190, 2001.
- 10) Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Hasin DS: Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders : the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology (Berl)* **218** (1) : 1-17, 2011.
- 11) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al : 60,000 disaster victims speak : Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry* **65** : 207-239, 2002.
- 12) 麻生克郎: 震災復興と心のケア, アルコール問題 阪神・淡路大震災後のアルコール関連問題. *日本アルコール関連問題学会雑誌* **14** (1) : 87-88, 2012.
- 13) 久里浜医療センター: 久里浜医療センター / 東日本大震災関連. 2014 <<http://www.kurihama-med.jp/shinsai/index.html>>.
- 14) 内閣府自殺対策推進室: 東日本大震災に関連する自殺者数 (平成 26 年 5 月分). 2014 <<http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/pdf/h2605/s3.pdf>>.
- 15) 宮城県: 平成 24 年度応急仮設住宅 (プレハブ) 入居者健康調査の結果. 2014 <http://www.pref.miyagi.jp/uploaded/life/277724_348092_misc.pdf>.
- 16) 山崎幸子: 東日本大震災と高齢者 - 3.11 のその後 - . 被災地の仮設住宅などにおける疫学調査 仮設住宅入所高齢者における閉じこもり, うつ傾向の出現割合と関連要因. *Geriatric Medicine* **52** (2) : 161-164, 2014.
- 17) 松下幸生, 樋口進: アルコール関連障害と自殺. *精神神経学雑誌* **111** (10) : 1191-1202, 2009.
- 18) 久里浜医療センター: 久里浜医療センター / 情報ボックス アルコール 4. 飲酒問題の早期発見・早期介入 簡易介入方法. 2014 <http://www.kurihama-med.jp/info_box/al_4_3.html>.

うつ病の危険因子と予防「9. 飲酒」

湯本洋介、樋口進

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

1. はじめに

過剰な飲酒がうつ病の病態や予後に重大な影響を及ぼしているという報告は現在までに多数みられている。本稿では、飲酒と抑うつに関連について振り返り、さらに飲酒の制御がうつ病の改善や発症予防に有効であるのかどうかという点について言及する。

2. 飲酒が抑うつの発症に与える影響

深酒の翌日に、意欲低下や軽い悲哀、易刺激性などの抑うつ症状¹⁾を経験したことがある人も多いのではないだろうか。そこで「迎え酒」と称して飲酒を繰り返す人もいるだろう。数日間に渡ってアルコール摂取を繰り返すことで大うつ病性障害に似た状態が作られることがあることは以前より指摘されており、これはアルコールの直接的な薬理作用による症状性抑うつであり、断酒によって抑うつは速やかに改善するとされる²⁾。

これを実験的に実証した研究がある。Isbell らは 10 名の健常者を対象に、2 時間ごとに飲酒を行う(24 時間で最大 25 ドリンクまでの上限)実験を連日続けた結果、全員が抑うつ症状を認め、4 名が最初の 1 週間で希思慮を認めたため実験が中止になり、飲酒を中止したところ、抑うつ症状は改善したと報告している³⁾。Tamerin らは、14 名の健常者を対象に数週間、大量飲酒を行う実験を行った結果、抑うつ気分を強め、罪業感、不安感を生じたと報告している。またこの実験でも、飲酒を中止することで抑うつ状態は改善している⁴⁾。また、女性健常者を対象にした実験から、実験中の飲酒が多いほど翌朝の抑うつ気分が強いと報告されている⁵⁾。これらの健常者を対象とした実験から、飲酒を継続することにより一過性の抑うつ状態を来すことが示されている。

一方で、飲酒の影響による一過性のうつ症状ではなく、本格的なうつ病の発症に与える影響についてはどうであろうか。それには飲酒の直接的な影響を除外した後も経過を追っていく必要がある。精神疾患の既往のない一般人口(12,290 名)を対象とした follow-up 研究では、飲酒量の多い女性はうつ病の発症リスクが高いことが示されている⁶⁾。また、Hasin らが過去 12 ヶ月に飲酒経験

のない者を対象(6,050名)に行った調査では、アルコール依存症の既往がある者では、ない者に比べて、大うつ病性障害を発症する危険性が4倍高いと報告した⁷⁾。これらの研究から、飲酒量の多さやアルコール依存症は、将来のうつ病発症リスクに関連する可能性がある。

生物学的研究の観点から、飲酒が抑うつに与える影響については以下の説が唱えられている。長期的なアルコール使用が、脳内の側坐核におけるドパミンやセロトニン等の神経伝達物質の障害を引き起こし、扁桃体における副腎皮質ホルモンが増加し、離脱期における感情の変化やストレス反応が出現しやすくなる⁸⁾。また、これらの脳内の神経伝達物質の障害のために、渴望感を経験した際に、容易に再飲酒に至る可能性が示唆されている⁹⁾。そのため、長期的なアルコール使用障害がある場合は、容易に抑うつ症状が出現し、それらが、再飲酒への渴望感を高めている要因になっている可能性が考えられている¹⁰⁾。

3. 飲酒がうつ病の治療転帰に与える影響

うつ病を持つ患者に対しては、飲酒問題がその治療効果を下げることが指摘されている。飲酒問題によってうつ病の転帰を比較した調査を紹介する。Mullerらは、アルコール問題があることで、10年間におけるうつ病の改善率が2.3%から1.2%に低下すると報告している¹¹⁾。Meririnneらは、大量飲酒の習慣を持つうつ病性障害患者では、心理社会的な予後が不良であると指摘しており¹²⁾、またCoélhoらは、アルコール依存・乱用を伴ううつ病性障害患者は衝動的であり、自殺企図を呈する患者が多いと報告している¹³⁾。これらの報告により、うつ病にアルコール問題が加わることで、その予後が不良になることが示されている。

4. 飲酒が睡眠障害に与える影響

次に、飲酒とうつ病における睡眠障害との関連について言及してみたい。うつ病の症状において睡眠障害は80%を占めており、最も多い症状である。このうつ病における不眠を解消する目的で、飲酒量が増加する症例をしばしば経験する。特に我が国では、アルコールは鎮静作用があり、入眠を一過性に促進するため寝酒をする人が多い。実際に、Soldatosらが行った、日本を含む10カ国を対象とした睡眠調査において、日本は不眠の解消としてアルコールを利用する割合が最も多かったという。アルコールは鎮静作用があるが、アルコールの

代謝産物であるアセトアルデヒドが覚醒作用をもち、深睡眠を減らす。またアルコールは中枢神経に対する抑制作用により抑うつ状態を悪化させる。そのため、うつ病患者において飲酒量の増加により不眠や抑うつ状態が悪化し、さらに酒量が増すとといった悪循環に陥ることがある。不眠を飲酒で解消することの不利益について正しい教育が重要である¹⁴⁾。

5. 飲酒への介入がうつ病にどう働くか

述べてきた通り、飲酒と抑うつには密接な関係がある。では、飲酒に対しての介入はアルコール使用障害の予防のみならず将来の抑うつの発症を予防するだろうか。実は、この問いに対する前向き研究については、まだ一定の見解を得られていないのが現状のようである。

一方で、アルコール問題のスクリーニングと短期介入が、合併する抑うつの改善に対して有効であったことを示した研究は行われている。

アルコール問題のスクリーニングについては AUDIT がよく用いられている。AUDIT は、地域や職域、医療機関などで広い対象からアルコール関連障害を早期に発見するのに有用なスクリーニングテストである。AUDIT は WHO を中心に 6 カ国の共同研究として開発、作成された 10 項目の質問からなるもので、未だに医学的に明らかな障害は認めていないものの、持続していけば将来健康を害する危険のある危険な飲酒(hazardous use)、あるいはすでに健康被害を招いている有害な使用(harmful use)の状態にある飲酒者の同定を目的としている¹⁵⁾。

前述した AUDIT 8 点以上の大学生 147 人に、12 ヶ月に渡って飲酒量低減に関してのカウンセリングによる介入を行ったところ、AUDIT のスコアと大量飲酒日が有意に減少し、かつ CES-D(The Centers for Epidemiologic Studies Depression Scale)による抑うつの評価スコアも有意な傾向で減少した。このことより、アルコール問題への介入自体が抑うつの改善効果を持つ可能性がある¹⁶⁾。

同様の研究について幾つか紹介してみたい。アルコール乱用と抑うつを合併している患者 284 名に対して、動機付けと認知行動療法を併せた介入後、36 ヶ月に渡っての経時的な変化をみた研究がある。対象者に①飲酒のみにフォーカスした介入、②抑うつのみにフォーカスした介入、③飲酒と抑うつ両方にフォーカスした介入のそれぞれを割り当てて介入を行った。アルコールにフォーカス

した介入は、アルコール乱用の程度を抑えたことに加え、抑うつにフォーカスした介入と同等程度に抑うつに対しても効果があった¹⁷⁾。

また、飲酒問題と抑うつ症状がある 284 名の対象者が、抑うつにフォーカスをあてた 1 時間ごと 9 回のセッションと、飲酒にフォーカスをあてたセッションと、両方にフォーカスをあてたセッションをそれぞれ受けたところ、男性では、抑うつにフォーカスを当てた介入よりも、アルコールにフォーカスをあてた介入の方が抑うつ症状も平均飲酒量も減らすことができた¹⁸⁾。別の研究では、243 人のアルコール依存症患者に、抗酒剤とアカンプロサートいずれかの内服治療とアルコールにフォーカスした CBT を組み合わせた治療を行ったところ、抑うつが改善したとある¹⁹⁾。以上述べてきたように、アルコール問題への介入が、必ずしも抑うつをテーマにした内容でなくても、自ずと抑うつの軽減にも働く可能性が多くの研究で指摘されている。

さて、本邦でも問題飲酒に対する介入が広がりを見せてきている。将来アルコールが健康被害を起こす可能性の高い多量飲酒者、あるいはすでに健康被害が及んでいる多量飲酒者に対する二次予防のためのパッケージ(HAPPY プログラム)が作成されている。これは AUDIT を用いて飲酒問題の重症度を評価し、教育ビデオや補助教材等を用いる早期介入のプログラムである²⁰⁾。

ブリーフインターベンションの有効性を示す報告の中でも Fleming らの報告した TrEAT(Trial for Early Alcohol Treatment)プロジェクトでの介入研究が大規模で質が高い。彼らの行った研究では、64 人の医師が無作為割り付けで選ばれた 392 人の対象者にブリーフインターベンションを行い、その 1 年後と 4 年後の転帰を対照群と比較調査し、アルコール関連障害へのブリーフインターベンションの効果を検証している。ブリーフインターベンションの効果は 4 年後まで認められ、救急受診回数や入院日数、自動車事故の調査などからコスト面での有効性が示されている²¹⁾。我が国でも TrEAT プロジェクトをモデルに 2008 年からブリーフインターベンションの検証効果を行った。その中でブリーフインターベンションを行った群では、介入 12 ヶ月後において大量飲酒日数は 40%減少し、非飲酒日数は 87%増加し、1 週間の飲酒量は 32%減少していた。²²⁾

このように、アルコール問題に対する初期介入が飲酒量低減に与える効果は実証されている。また、それが現在抱えている抑うつに対しても効果があることも示されている。今後は、アルコール問題への介入が、抑うつの発症予防に