

2月25日 広島心身医療研究会

プライマリケアのための うつ病診療Q&A

財団法人 河田病院 心療内科

渡邊 昌祐

安佐医師会館 共催 広島心身医療連携研究会
旭化成ファーマ株式会社

問診の重要性

笠原 嘉

予診・初診・初期治療

精神科選書 I

診療新社

昭和55年

医師・患者の対人関係の重要性

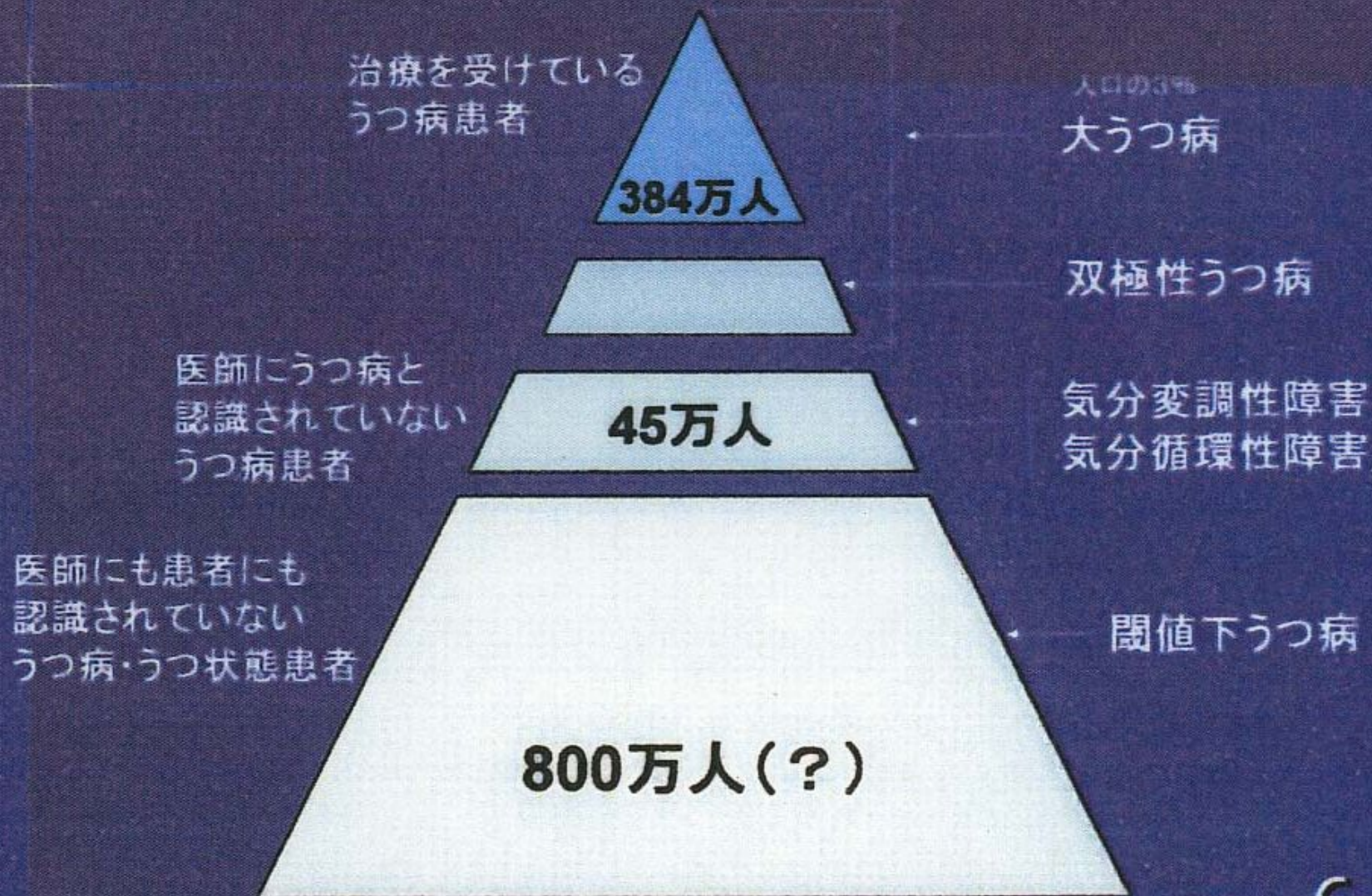
- 診察室に初めて受診する患者との大切な出会い
- こちらから挨拶(自己紹介)をする
- 挨拶で送り出す(また来てくださいという思いを込めて)
- 診察室での人間観察の技を磨く
- 患者さんの感情的変化を観察する

プライマリケアでは常識的な 精神療法でよい

- そのためには、病気(うつ病)について、病気の知識と心理的知識が必要
- 常識的な言葉で語る
- 治療の核として「常識」を大切にする
- 「心理的疲労」と説明
- 休息によって心的エネルギー水準が回復する

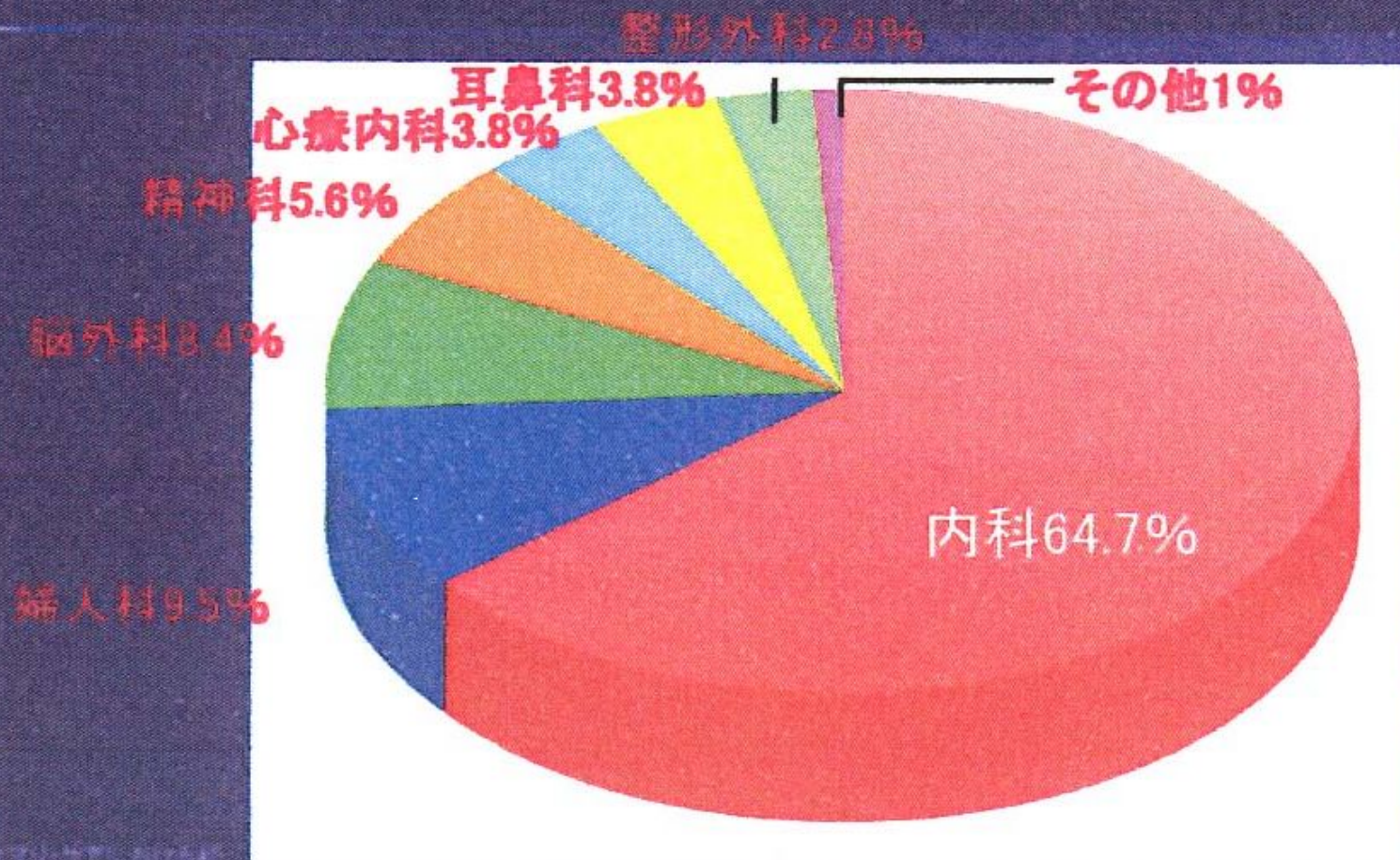
- 休息は身体の休息と薬の服用の両方が必要
- 経過を予測して患者さんの同意をえる
- 今後の予測について述べる
- うつ病は「治る病気」であることを強調する
- 社会復帰のタイミング

WHO推計による日本のうつ病患者



うつ症状を呈する患者さんの初診診療科

うつ症状を呈する患者さんは身体症状を訴え、内科などの診療科を受診します。



心療内科の診療科は、内科の診療科に分類されます。心療内科の診療科は、内科の診療科に分類されます。心療内科の診療科は、内科の診療科に分類されます。

うつ症状を呈する患者さんの初診診療科

正常のうつと病気のうつ

正常の悲しみとうつの悲しみの相違点

正常の悲しみ	うつの悲しみ
悲しい出来事の直後から起こる	悲しみの原因となる出来事が起こった後、少し遅れて悲しみが始まる
数週間以上に及ぶことはない	数週間から一年以上続く
回復の過程で悲しみの体験を心理的に受け入れることができる	悲しい出来事を受け入れることができない
悲しみの体験が誰でも理解できる	悲しみの体験は主観的、自覚的であり、周囲が分かりにくい

うつ病のサイン

いつもと違う状態に早く気づく

常識的な判断でよい

周りの人から分かるチェックポイント①

1. 日常行動

口数が少なくなる, いらいらしている



2. 人間関係

自分の中に閉じこもりがちになる, 付き合いが悪くなる

3. 仕事

仕事が遅くなる, 集中力が低下する, 能率が落ちる
ミスが増える, 食欲が低下する, 遅刻・欠勤が増える
朝方・休日明けに調子が悪い

周りの人からわかるチェックポイント②

4. 身体症状

睡眠症状(入眠障害、途中覚醒、早朝覚醒)

食欲低下 体重減少

全身倦怠感

頭痛・眼痛

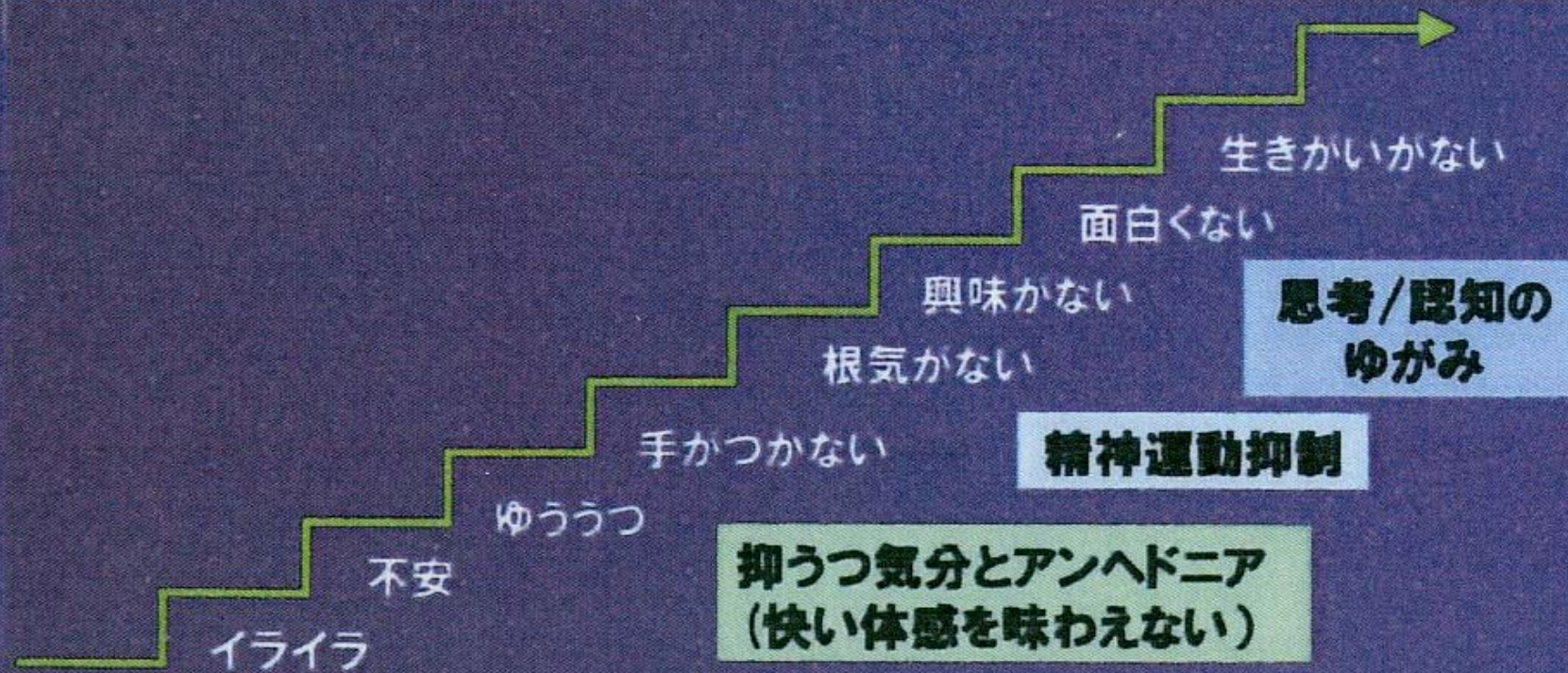
肩こり

胃痛・下痢・便秘

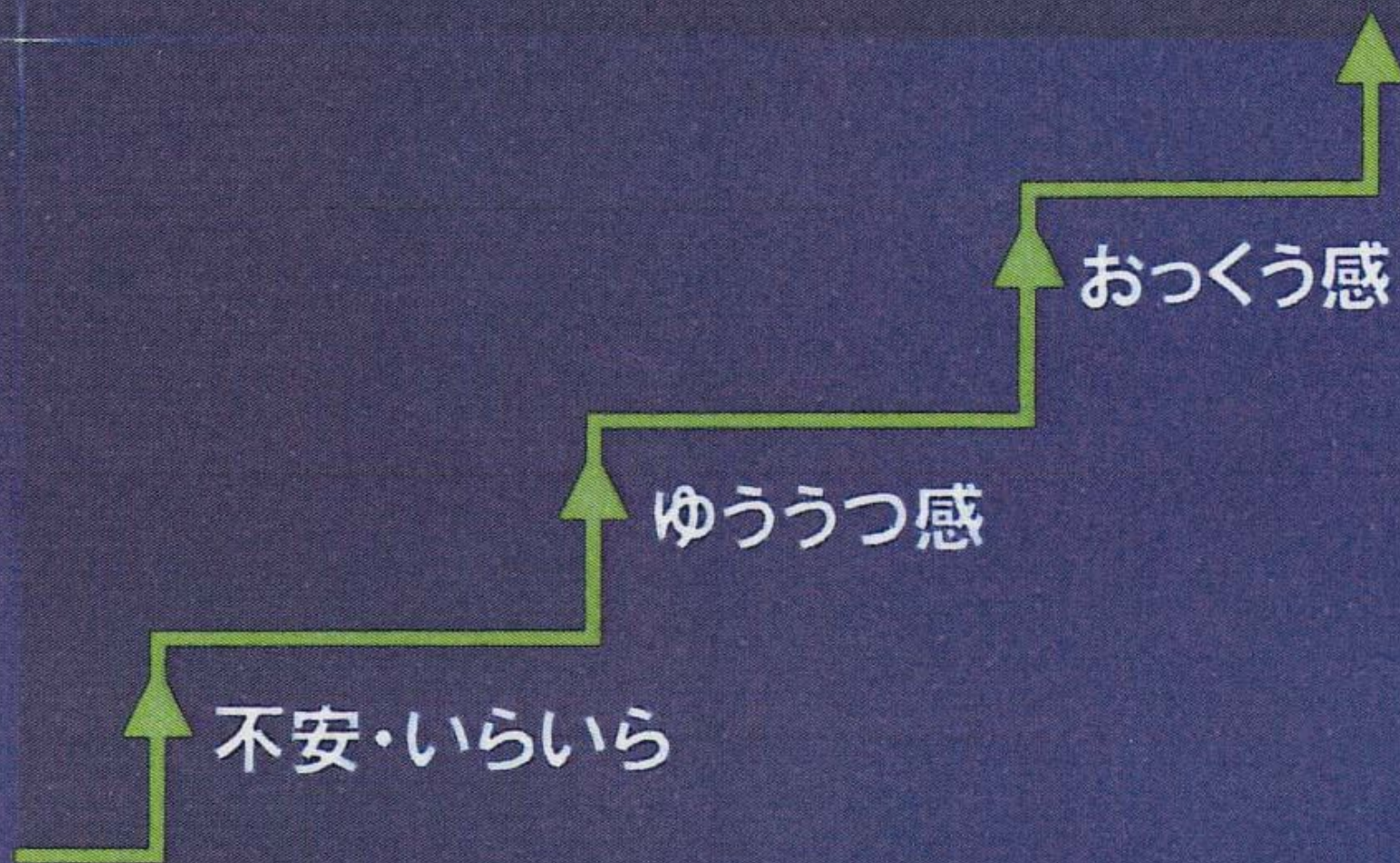
動悸・息苦しさ



うつ病の進行

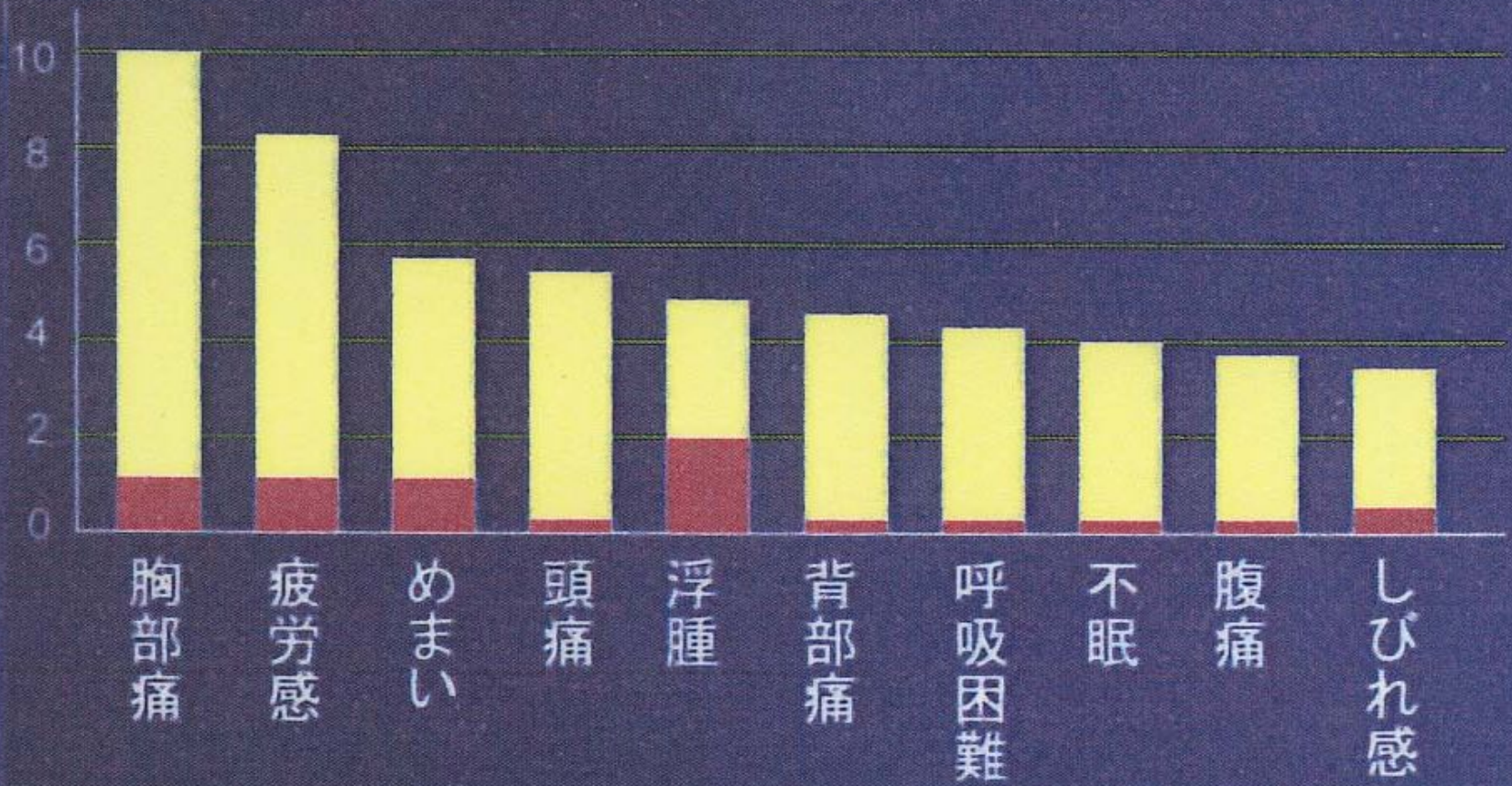


うつ病の症状が消失していく順序



プライマリケアでの医学的説明困難な 10の症状と頻度

3年間の発症率(%)



Kroenke et al. common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy, and outcome. *Am J Med* 86:262-266, 1989

医学的説明の困難な10の訴え

- | | | | |
|--------|---|----------|---|
| 1. 胸部痛 | ※ | 6. 背部痛 | ※ |
| 2. 疲労感 | ※ | 7. 呼吸困難 | ※ |
| 3. めまい | | 8. 不眠 | ※ |
| 4. 頭痛 | ※ | 9. 腹痛 | ※ |
| 5. 浮腫 | | 10. しびれ感 | |

※ うつ病の症状と一致

(Kroenkeら 1989)

胸部痛

- 胸の圧迫感、胸苦しい呼吸が出来ない
- 努力して呼吸をする
- パニック発作をおこしそうになる
- 現代うつ病の特徴である不安抑うつ混合状態の患者が多い
- 喘息の既往患者に多い傾向

疲労感

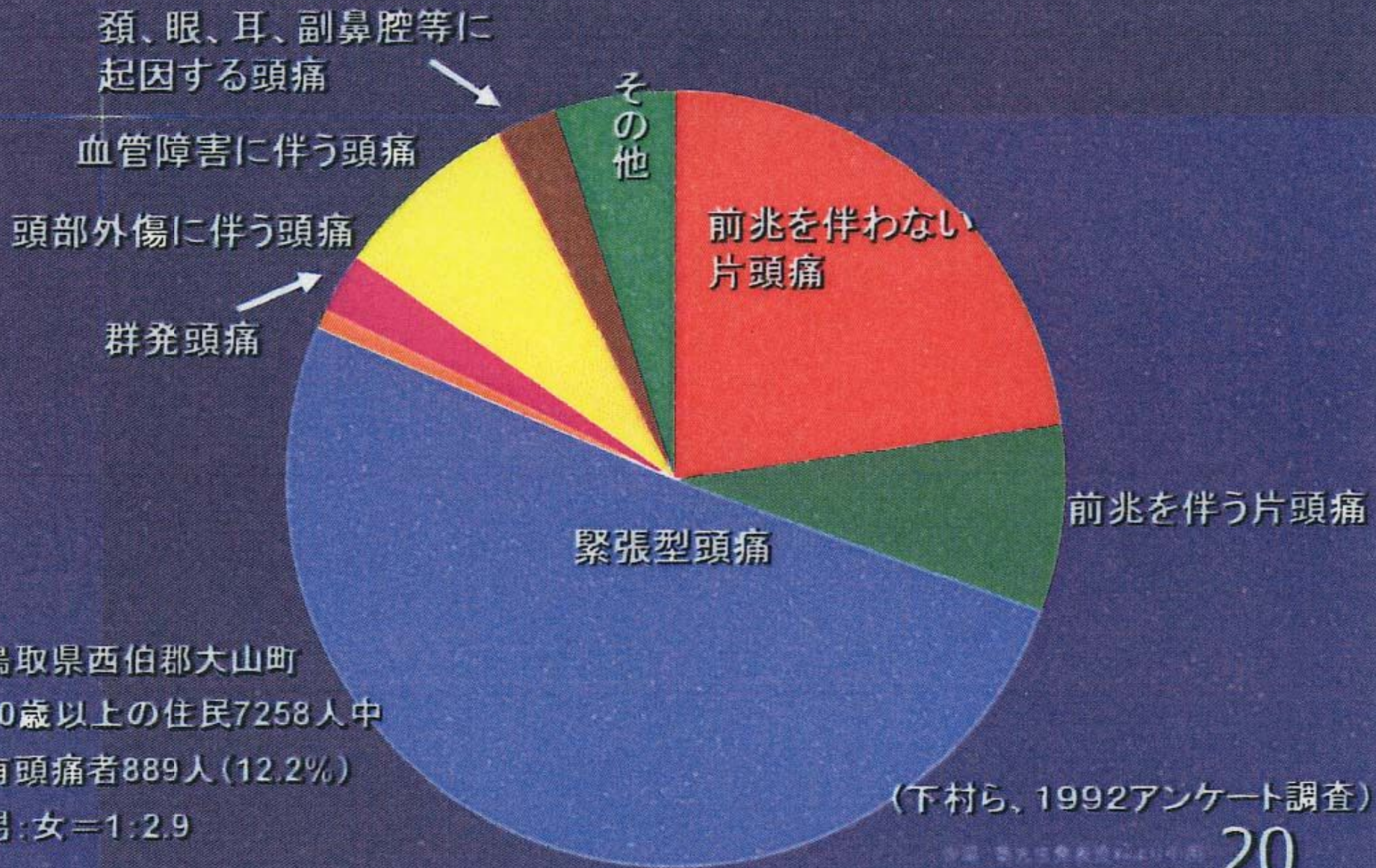
- 疲労感が激しく手足が鉛をつけたの様な歪み
- (鉛様麻痺)患者は 非定型うつ病、双極Ⅱ型うつ病に多い

めまい

- 体が動揺するようなめまい dizziness
- 目の前がぐるぐる回る vertigoは少ない

頭痛

国際分類による各頭痛の割合



鳥取県西伯郡大山町
10歳以上の住民7258人中
有頭痛者889人(12.2%)
男:女=1:2.9

(下村ら、1992アンケート調査)

纖維筋疼痛症候群 (Fibromyalgia Syndrome) と緊張性疼痛

—リュウマチ性疾患か精神疾患か—

図1 アメリカリウマチ学会(ACR)の線維筋痛症の1990年分類基準

①広範囲疼痛の既往

定義：疼痛は以下の全てが存在する際に広範囲とされる。身体左側の疼痛，身体右側の疼痛，腰部から上の疼痛，腰部から下の疼痛，さらに躯幹中心部痛(頸椎，前胸部痛，胸椎，下部腰部)が存在する。肩と腰の疼痛は障害側の疼痛とする。下部背部痛は体幹下部の疼痛とする。

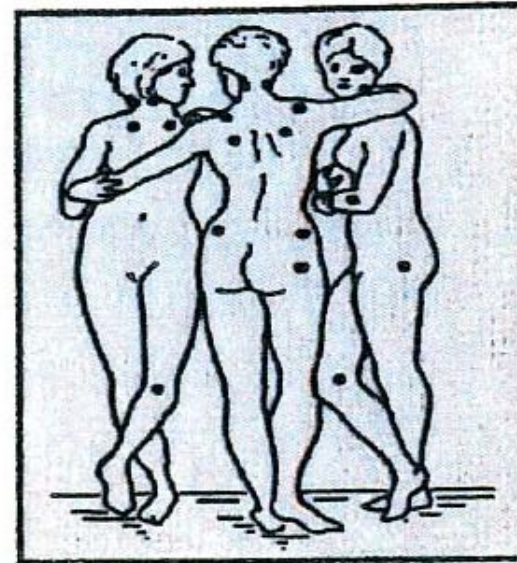
②触診で以下の18カ所の疼痛点のうち11カ所以上に圧痛を認めること。

1. 後頭部：後頭下筋の付着部
2. 下部頸椎：C5-C7頸椎間の前方
3. 僧帽筋：上縁の中央部
4. 刺上筋：起始部，内縁に近いところで肩甲骨刺部の上
5. 第2肋骨：第2肋骨-肋軟骨結合部，結合部のすぐ外側
6. 上腕骨外側上顆：上顆から7～8 cm 遠位，3～4 cm 内側
7. 臀部：臀部の4半上外側部
8. 大転子：転子突起の後部
9. 膝：関節線の中枢内側

圧痛点は両側に存在し，計18カ所となる。触診は約4 kgの強さで行う。患者が触診に対し痛いと応答すれば圧痛点ありとする。

患者が両方の基準を満たすと結合織炎/線維筋痛症(fibrositis / fibromyalgia)を持つとされる。

広範囲な疼痛は少なくとも3カ月以上持続する必要がある。



圧痛点と代替医療の有効性

代替医療(alternative medicine)とは

大学医学部で教えられ一般病院で行われている現代西洋医学以外の
医学・医療のすべて

代替医療に共通する原則

- 予防が最善の医療である
- 自己治癒力を利用する
- 全人的医療
- 安全性が第一
- 利用者が積極的に関わりをもつ医療
- 精神と身体への介入による代替医療
瞑想、ヨーガ、催眠療法、音楽療法、芸術療法
- 生物学的療法
食事療法
サプリメント(栄養補助食品)
ハーブ療法、アロマテラピー療法(芳香療法)
断食療法、ヴェジタリアン

浮腫

- 女性 》 男性 更年期症状と類似
- 抗精神病薬の影響
- 女性のうつ病
PMS, PMDD

背部痛

繊維筋疼痛症の項目と一致

呼吸困難

- 過呼吸発作の既往
- 若年女性に多い
- 高齢者ではうつの前兆症状

パニック障害

■ パニック障害の診断基準

パニック発作とは、強い恐怖または不快を感じるような、普段とは明らかに違う一定の時間であり、その時、以下の症状のうち4つ（またはそれ以上）が突然に発現し、10分以内にその頂点に達する。

- (1) 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
- (2) 発汗
- (3) 体の震えまたは手足の震え
- (4) 息切れ感、息苦しさ、空気が足りない感じ
- (5) 窒息感、首を締められるような感覚
- (6) 胸痛または胸部不快感
- (7) 嘔気または腹部の不快感
- (8) めまい感、ふらつき感、頭が真っ白になる感じ、または気が遠くなる感じ
- (9) 現実感消失（現実でない感じ）、または離人症状（自分が自分でないような感覚）
- (10) 自分をコントロールできなくなる、または気が狂ってしまうことに対する恐怖
- (11) 死んでしまうのではないかという恐怖
- (12) 異常感覚（感覚が鈍くなったり、しびれたりうずいたりする感じ）
- (13) 冷感または熱感

不眠

睡眠障害と食欲は健康のバロメーター

- ①寝付けない〔入眠困難〕
- ②夜中に目覚める(中途覚醒)
- ③朝早く起きてその後眠れない(早朝覚醒)
- ④ぐっすり眠った気がしない(熟眠困難)

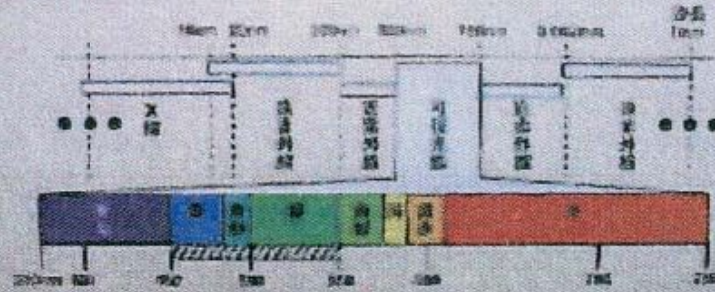
☆不眠を訴える人のうつ病合併率は高い

☆過眠・・・非定型うつ病、季節性うつ病

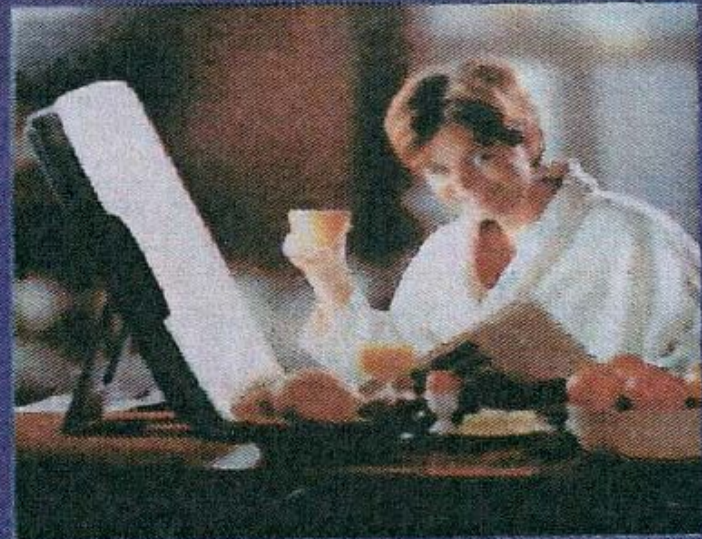
☆ライフスタイルの変化によって リズム障害が
おこる

高照度光刺激療法

電磁波と可視光線のスペクトラム



光は電磁波の一種で、生体リズムや健康に影響を及ぼすのは波長380-780nmの可視光線。その中でも頭から顔にかけて(450-560nm)の影響が大きいといわれている。



うつ病の診断

- 症状は自覚的症狀である。
- また主観的症狀（客観的データがない）
のでその把握は治療者の観察と問診に
よってのみ可能である

問診の要点(笠原)

- 問診表の順序とおりに質問するのではなく自然な会話の中で自覚症状を聴く
- 答えにくい質問はラポールが得られてから質問する

うつ病の診断

状態像(症状群)の診断

うつ状態→うつ病エピソード(ICD-10)



うつ病(診断)

なぜうつ病は気づかれにくいのか

うつ病は稀な病気ではない

生活上の機能を大きく障害する病気

うつ病は世界的に増えている

本人にも、周囲の人にも気づかれにくい

うつ病は気持ちと体の病気

うつ病と診断されないうつ状態を除外する

うつ病の症状

- Major Depressive Episode
- 大うつ病エピソード
- Major とは majority party of depression
- 大きいという意味ではない
- 大多数のうつ病→標準的なうつ病
→普通のうつ病→典型的うつ病→うつ病

うつ病の診断基準 (ICD-10)

- ✓ 抑うつ気分
 - ✓ 従来楽しめていた活動に興味を失う
 - ✓ 無価値感、過剰な罪悪感
 - ✓ 食欲減退、食欲増加、体重増加、体重減少
 - ✓ 睡眠障害または過剰
 - ✓ 落ち着かない、または面倒くさい
 - ✓ 疲労感、気力減退
 - ✓ 明晰な思考や集中や意思決定が出来ない
 - ✓ 死や自殺について考える
- } 2つのうち
いずれか

…5つ以上(大うつ病)、4(中等症)、2(軽症)

軽症, 中等症、重症

うつ病の診断基準 (ICD-10)

抑うつ気分

従来楽しめていた活動に興味を失う

-----2つのうちいずれか

無価値感、過剰な罪悪感

食欲減退、食欲増加、体重増加、体重減少

睡眠障害または過剰

落ち着かない、または面倒くさい

疲労感、気力減退

明晰な思考や集中や意思決定が出来ない

死や自殺について考える

-----5つ以上(大うつ病)

4(中等症)2(軽症)



うつ病の診断基準 DSM-IV-TR

抑うつ気分
興味・喜びの感覚の減退
食欲と体重の増減
睡眠の異常
精神運動性の制止と焦燥
疲れやすさ、気分の減退
無価値感、罪責感
思考力や集中力の低下
自殺念慮

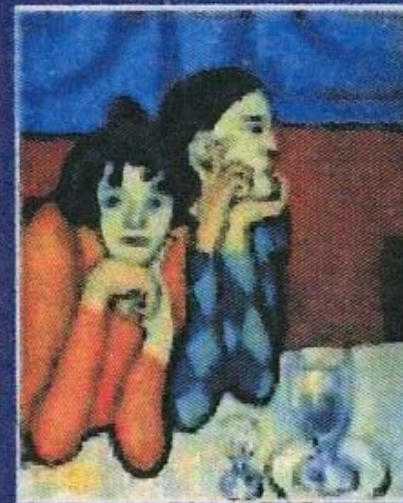


※以上の症状がほとんど毎日、2週間以上続く時うつ病と診断します。

しかし、この中の4項目しかあてはまらないとか、まだ10日しか続いているからうつ病ではないというほど厳格な考える必要はありません。

うつ病の診断では

横断面診断が重要視されているが
縦断面診断が大切



- 診断基準がコード化されるとその条件を満たさず場合にうつ病と診断出来る
- 二重診断も可能
- ★ 過大診断 (overdiagnosis) になる可能性

DSM－IVの多軸診断(評定)

- I 軸 臨床症状群
- II 軸 発達障害と人格障害
- III 軸 身体疾患および身体状態
- IV 軸 心因的ストレス
- V 軸 機能適応状態 QOL

伝統的診断と操作的診断の対比

伝統的診断

- ・哲学的でわかりにくい
- ・深く味がある
- ・文学的記述になり、診断根拠が曖昧
- ・診断が名人芸になりかねぬ
(診断一致率が低い)
- ・状況、年齢、性格が診断を歪める

- ・気分障害の範囲が狭くなりすぎ
- ・治療的ニヒリズムに陥りがち

操作的診断

- ・実用的でわかりやすい
- ・浅く誤解されやすい
- ・症状の数合わせになり憂うつの意味を無視
- ・名医とやぶ医の区別がつかぬ
(診断一致率は高い)
- ・状況、年齢、性格が治療上配慮されぬ
- ・気分障害の範囲が広くなりすぎ
- ・治療がパターン化する。

笠原 嘉, 木村 敏

うつ状態の臨床的分類に関する研究

引用:精神神経学雑誌 第77巻第10号(1975)715-735頁

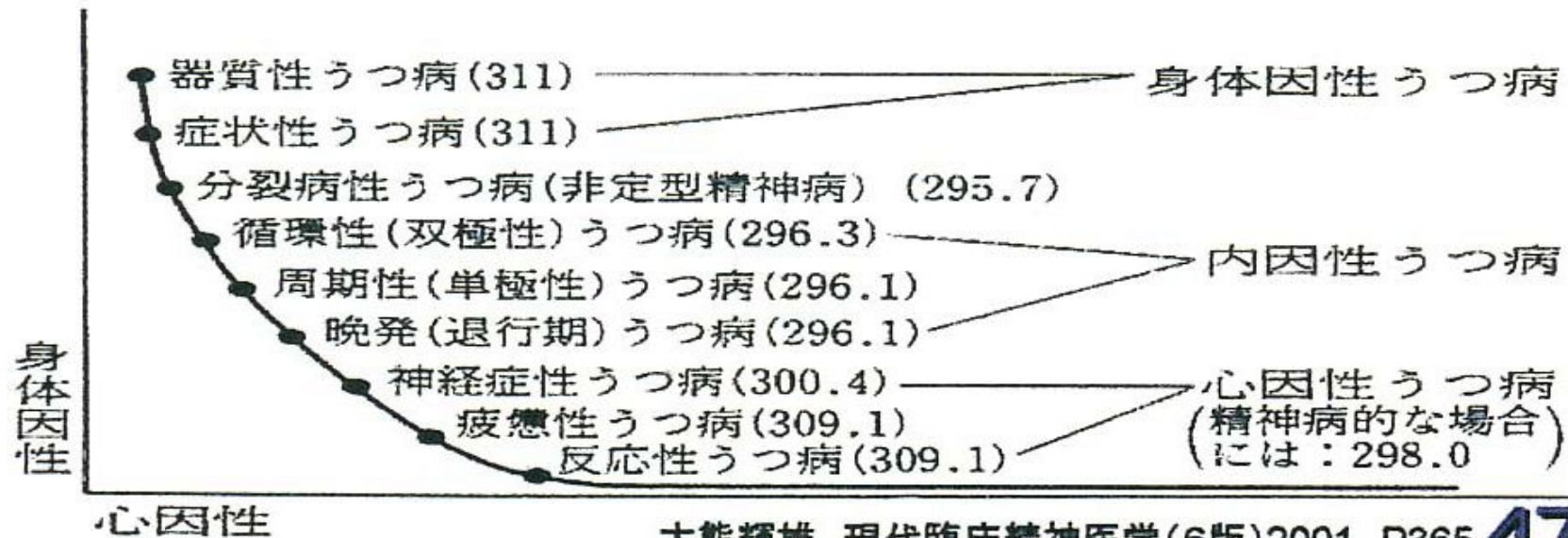
型	性格	状況	抗うつ薬への反応	経過	年齢	病前適応	体型	従来診断
I メランコリー 性格型	メランコリー 執着型	状況変化	良	良好 3~6ヶ月で 改善	中年~初 老期	良	細長	内因性 反応性 神経症性
II 循環型	循環性格	明白でない 季節・月経・出 産など生物学的 要因多し	やや悪い	良好だが 反復	初発は若 年期に多し	良だが、メラ ンコリー性 格型ほどで ない	肥満	躁うつ病 内因性
III 葛藤反応 型	未熟 配慮性 少なし	負担・弱点に耐 えられないような困難 対人葛藤	ほぼ無効 精神療法	慢性化	10~20代 と40~50 代	神経症的偏 可	特徴な し	抑うつ神経症 反応性 退行期
IV 偽循環病 型 分裂病 (境界例)	分裂質	個別化の危機	無効 精神療法も 無効	分裂病症 状へ	青年期後 期	少年期に標 本的 自己同一化 困難前期	細長	神経症性 境界型 分裂質
V 悲哀反応	特徴なし	悲哀体験	無効	一過性	特徴なし	特徴なし	特徴な し	反応性

うつ病の分類



■ 教科書に見られるうつ病の亜型

- { 内因性うつ病
- { 神経症性うつ病
- { 症候性うつ病(器質うつ病など)
- { 精神病性うつ病
- { 神経症性うつ病
- { 重症うつ病
- { 軽症うつ病



従来の教科書にみられるうつ病(亜型)は
何らかの診断基準に依拠するわけではなく
独立した概念で検討された診断がなされて
きた

… 過少評価となる

気分障害の分類



■ 単極性障害 (うつのみ)

大うつ病 -重症うつ
小うつ病 -軽症うつ
気分変調症-慢性的なうつ

■ 双極性障害 (うつと躁)

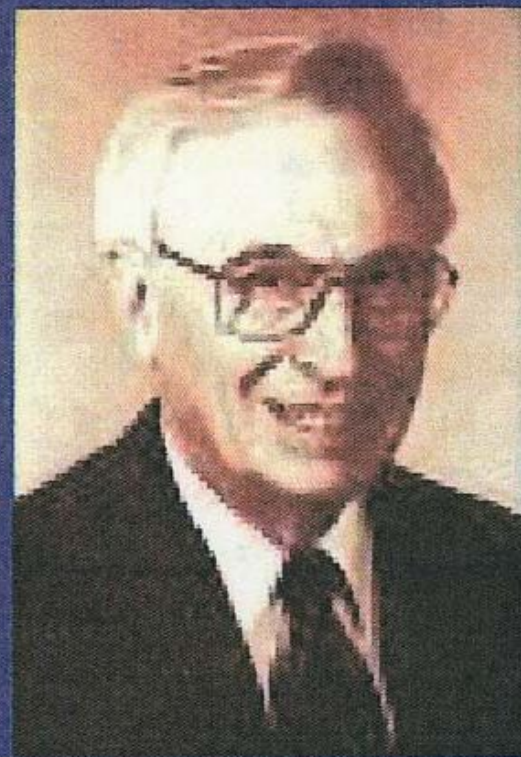
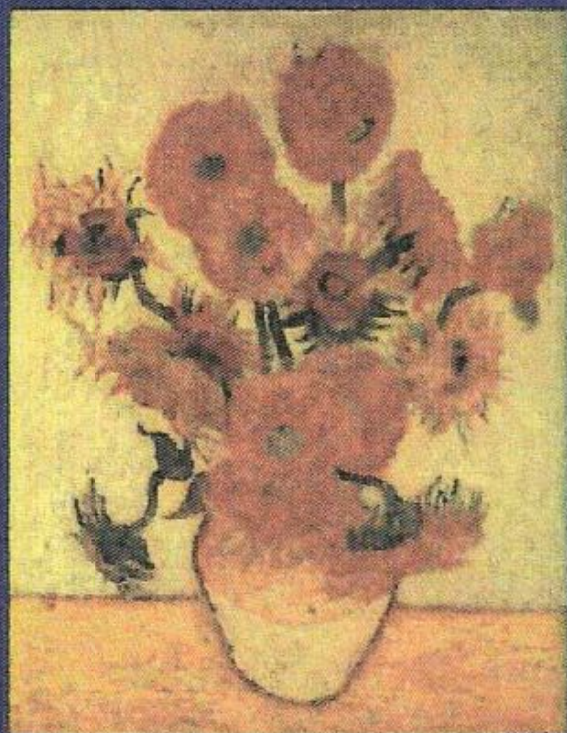
双極Ⅰ型(躁うつ病)-うつと躁も重症
双極Ⅱ型-躁が比較的軽症
気分循環症-うつも躁も軽いが慢性的

単極性うつ病と双極性うつ病

	単極性うつ病	双極性うつ病
・頻度	多い(うつ病の70%?)	少ない
・格差	女性>男性	女性=男性
・初発年齢	中年から初老に多い(45歳)	青年後期から中年に(35歳)
・病前性格	執着性性格、メランコリー親和型	循環型が少なからず
・病相の反復性	あまり高くない	より高い
・精神病状態の混入の可能性	少ない	より高い
・遺伝性	高くない	より高い
・体型	特徴なし	肥満型体格少なからず
・薬剤への反応性	比較的良好	いろいろ
・予後	比較的良好	単極性より悪い

年齢別にみるうつ病の特徴

発達心理学からみた人間の成長



発達心理学からみた年代別区分 (エリクソン)

乳児期

幼児前期

幼児後期

学童期

青年期

成人前期

成人期

老年期

基本的信頼

自律性

自発性

勤勉性

自己確信(アイデンティティ)確立

親密性

世代性

統合性



エリクソンの心理社会的発達 の 8 段階

自己同一性の確立



- ◆ 乳幼児前期 (0-1) 母親 自分を取り巻く社会が信頼できるかどうかを知る : 不信
- ◆ 乳幼児後期 (1-3) 両親 自分で物事をすることを主張する
自律性 恥・疑惑
- ◆ 幼児期 (3-6) 家庭 自分が遊びまわることができるようになる 自発性・積極性 : 罪悪感
- ◆ 児童期 (6-12) 学校・仲間 勤勉さ・達成能力 = 生産性 : 劣等感
- ◆ 青年期 (12-20) 集団 アイデンティティ (自己同一性) : アイデンティティ
拡散
- ◆ 成人初期 (20-40) 親密な集団 親密で永続する関係を築く : 孤立
- ◆ 成人期 (40-60) 家庭、社会 : 停滞
- ◆ 老年期 (60以上) 人類、子供 総合性、満足感、英知 : 絶望

心理・社会的危機と青年期のアイデンティティ拡散の図式(エリクソン)

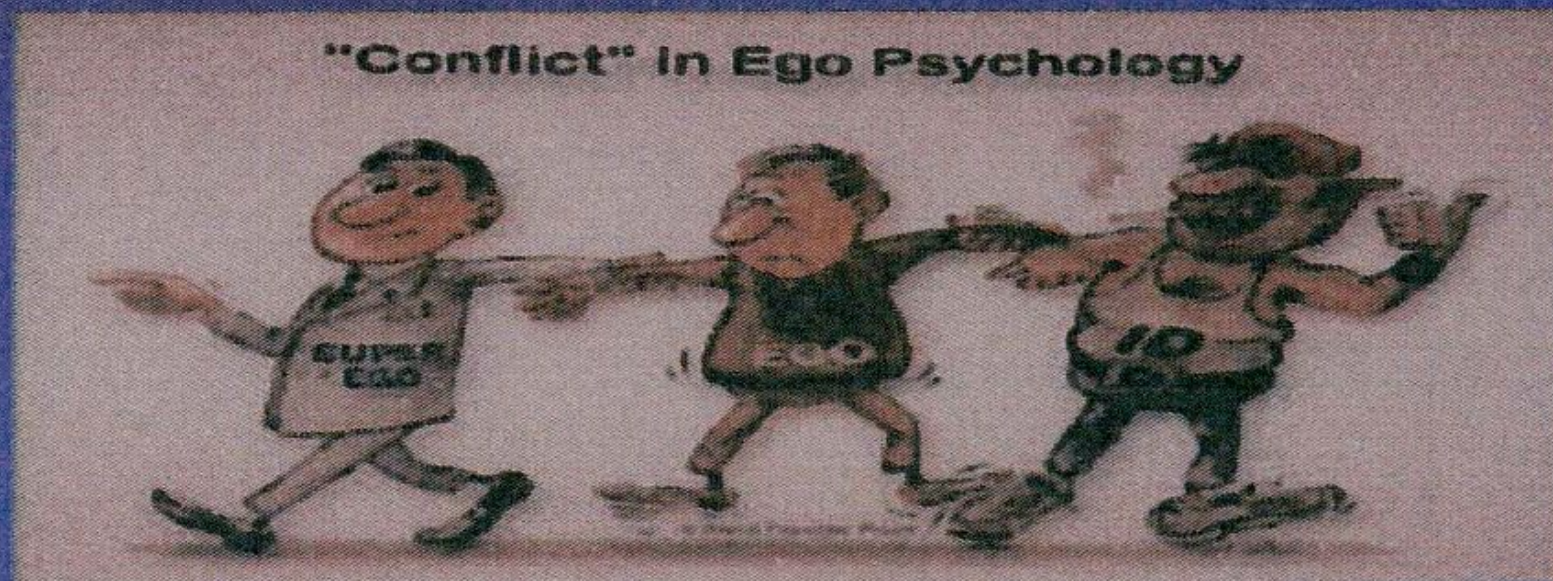
	1	2	3	4	5	6	7	8	基礎的活力
I 乳児期	基本的信頼 対 不信								希望
II 幼児前期		自律性 対 恥・疑惑							意志力
II 幼児後期			自覚性 対 罪悪感						目的性
IV 学童期				勤勉性 対 劣等感					適格性
V 青年期	時間的展望 対 時間的展望の拡散	自己確信 対 自意識過剰	役割実験 対 否定的アイデンティティ	達成の期待 対 労働麻痺	アイデンティティ 対 アイデンティティ拡散	性的アイデンティティ 対 両性的拡散	指導性と服従性 対 権威の拡散	行方不明への帰依 対 理想の拡散	忠誠
V 成人前期						親密性 対 孤立	↓	↓	愛
VI 成人期							世代性 対 停滞性	↓	世話
VII 老年期								統合性 対 絶望	英知

モラトリアム人間＝自己愛が強い

モラトリアム(大人への準備期間)を卒業できない若者
青年期から成人期へと成熟できない



自己愛人間になってしまう
自分本位で思い込みが激しく、
他人と深くかかわらず、傷つき安い



乳児期—学童期のうつ病



子供のうつ病

- 15歳未満の子供の7-14%がうつ病を経験している
- 比較的軽症で発症もゆっくりしている
- 抑うつ気分を言葉で訴えないため、見逃されやすい

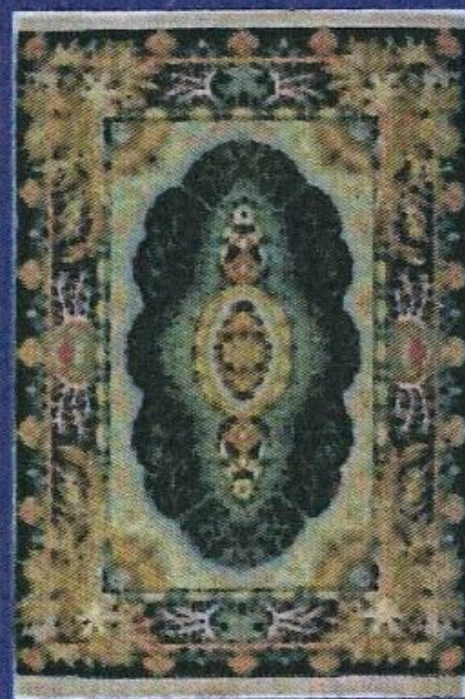
子供のどのようなときにうつを疑うか (伝田健三、2004)

- 学校へ行き渋るようになった
- 身体症状が続いていても検査では異常がない
- 睡眠障害、食欲症状がある
- 涙もろくなる
- 環境の変化やライフイベントがあって不調になる

現代の青年期・成人うつ病の特徴

軽症うつ病が多い

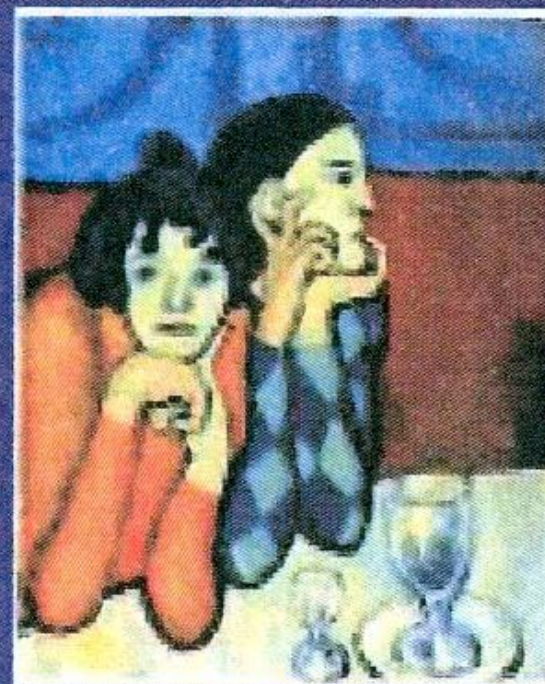
不安性障害とうつ病の合併が多い



現代のうつ病

軽症うつ病の代名詞

気分変調症
閾値下うつ病
小うつ病
神経性うつ病
神経衰弱反応
退却うつ病(笠原)
逃避うつ病(広瀬)
未熟性うつ病(阿部)
ジスチミア親和性うつ病(樽味)



	メランコリー親和型	ディスチミア親和型
年齢層	中高年層(1970年以前出生?)	青年層(1970年以降出生?)
関連する気質	執着気質 メランコリー性格	逃避型抑うつと甘え・ヒステリー 未熟型うつ病
病前性格	社会的役割・規範への愛着 規範に対して好意的で同一化 秩序を愛し、配慮的で几帳面 基本的に仕事熱心	自己自身への愛着 規範に対しストレスであると抵抗 秩序への否定的感情 私は偉い、その気になればできると思う もともと仕事熱心ではない 一獲千金を狙う
うつの症状の特徴	焦燥と抑制 疲弊と罪悪感(申し訳なさ) 完遂しかねない熟慮した自殺 (他人に迷惑をかけず死ぬ)	不全感と倦怠 回避と他者への非難 衝動的な自傷 軽やかな自殺企図 (他人の迷惑を気にしない自殺)
治療関係	初期にはうつ病の診断に抵抗する その後は、 うつ病の経験から新たな認知 「無理しない生き方」を身につけ新たな 役割意識となる	初期からうつ病の診断に協力的 その後も、 うつ病状の存在に終始しがち 「うつ文脈」からの離脱が困難
薬物への反応	多くは良好 (病み終える)	多くは部分的効果にとどまる

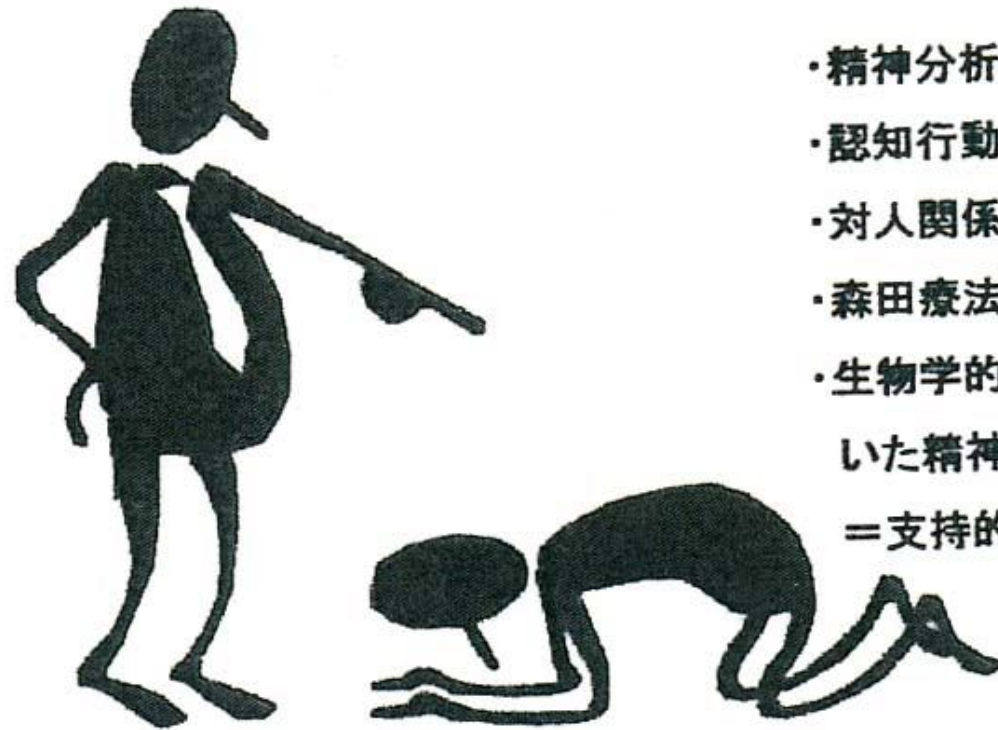
精神療法が大切

精神療法に共通する大切な要素



- ・暖かく、誠実で、包容力がある
- ・患者が行動を変えるようになる
を促す
- ・患者の感情にかかわりながら
一定の距離を保つ

Motivational Interviewing?



- ・精神分析療法
- ・認知行動療法
- ・対人関係療法
- ・森田療法
- ・生物学的理解に基づいた精神療法
- = 支持的精神療法

私の精神療法

あるがままに過す あるがままでよい
禅宗

マイペース

汝 わが道を歩めよ 而して人をして語らしめよ
ダンテ

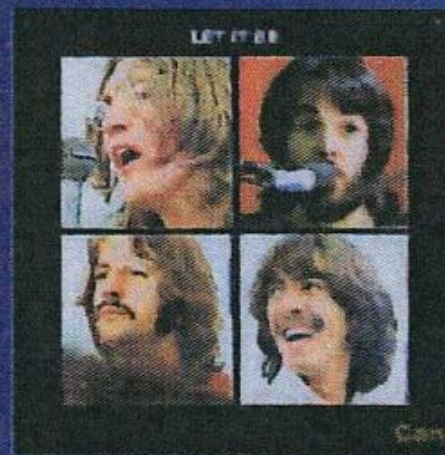
Here and now ロジャース

一期一会

茶道

Let it be

ジョン・レノン



女性のうつ病

女性うつ病の頻度は男性の2倍

双極性障害の月経サイクル異常

正常	50%
無月経	40%
延長	10%
短縮	0%

月経周期に関連して うつ は悪化する

生理前の悪化	52.4%
生理中の悪化	6.2%
生理後の悪化	2.6%
排卵期の悪化	3.1%

悪化症状

抑うつ気分	64.2%
不安	44.2%
不穏	50.1%
気分変動	48.3%

月経前症候群(PMS)

- 精神的不快
- むくみ・体重増加
- 乳房の痛み
- 疼痛
- 集中困難
- 睡眠障害
- 食欲の変化

月経前不快気分障害 —以下の症状が5つ以上— DSM-IV研究用試案

- 1) 著しい抑うつ気分、絶望感、自己卑下
- 2) 著しい不安、緊張、
- 3) 著しい情緒不安定
- 4) 持続的で著しい怒り、易怒性、対人関係の摩擦の増加
___いずれか1つ
- 5) 日常活動の興味の減退
- 6) 集中困難の自覚
- 7) 倦怠感、易疲労性、気力の著しい欠如
- 8) 食欲の著明な変化、過食、特定の食べ物への渴望
- 9) 過眠または不眠
- 10) 圧倒される、制御不能という自覚
その他の身体症状、たとえば乳房の圧痛又は腫脹、頭痛、関節痛、膨らんでいる感覚、体重増加

妊娠とうつ病

母体－妊娠のストレス

栄養障害、飲酒、喫煙、自殺企図

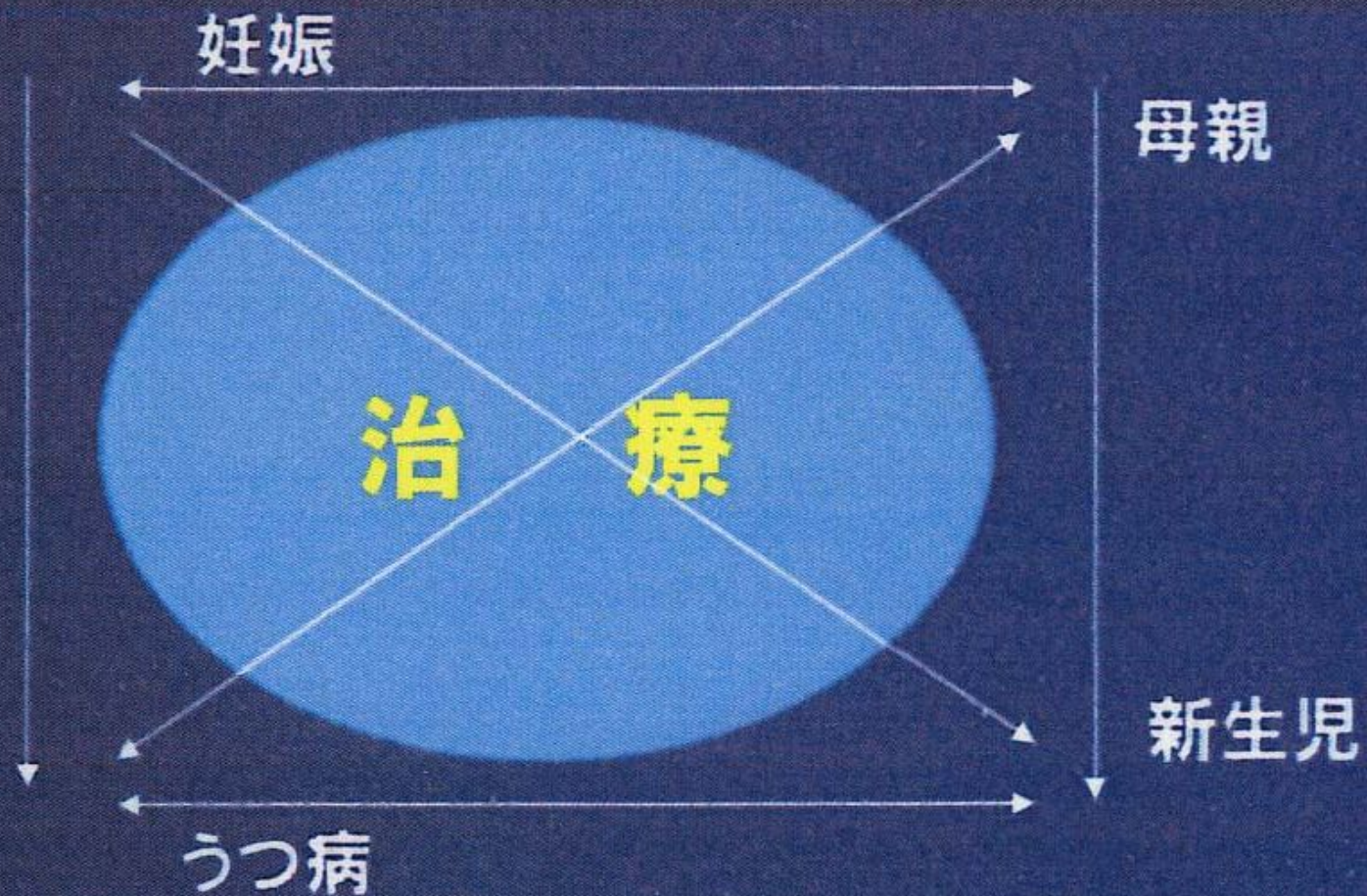
胎児の発育

未熟児、早産、低体重児、発育障害

子供

きれいな子供、子供のうつ病、登校拒否
就学困難、成人のうつ病

妊娠中のうつ病—複雑な相互作用



産後うつ病の治療エキスパート コンセンサスガイドライン

正常気分が持続している場合：気分安定薬を早期に再使用をして、産後うつ病のリスクを減少する。

予防療法中：気分安定薬を妊娠36週前から再導入する。もしくは産後24ないし48時間後に再導入する。

‘wait and see’：厳密な臨床モニタリングをする。

更年期のうつ状態の背景要因

内分泌学的要因

心理社会的要因

エストロゲンの減少

環境の変化

自律神経性要因

性格的要因

うつ状態

女性のうつ病はホルモン補充療法と漢方薬が有効な場合が多い

エストロゲン補充療法

3大婦人薬

当帰芍薬散(23)

加味逍遥散(24)

桂枝茯苓丸(25)

女性のReproductive Lifeサイクル

初潮・月経前

妊娠

出産後

閉経周辺期

ホルモン治療

リスクの期間

新たな
不安性障害や
気分障害の発症

現在存在する
気分障害や
不安障害の増悪

ストレスー不安ーうつ状態

慢性ストレス状況

脳のエピネフリン
生成が亢進する

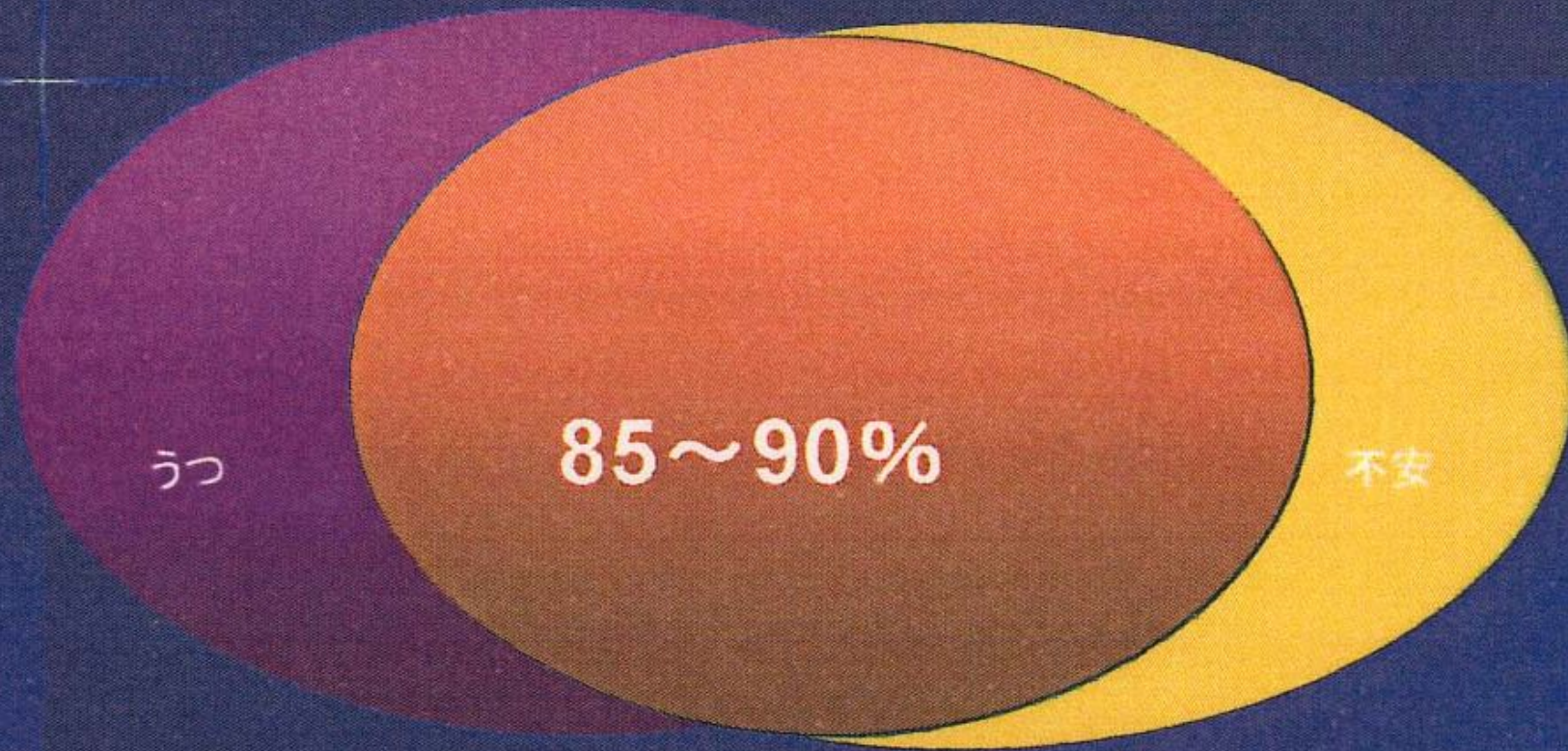
不安

ノルエピネフリン
系の過活動が不安
を作る

うつ状態

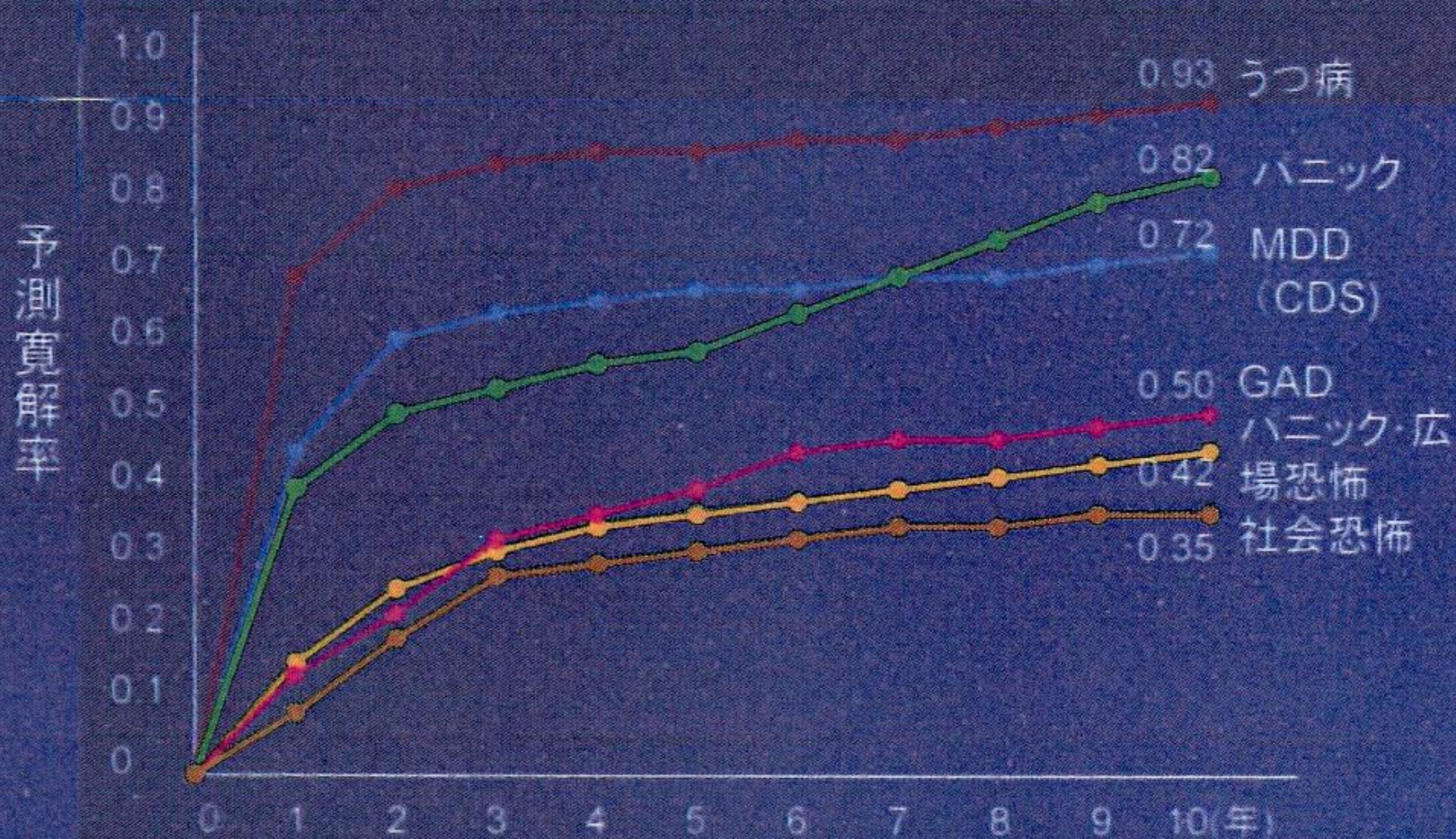
コルチゾール慢性分泌
亢進→うつ病の病体
生化学を形成する

うつと不安の併存



うつ病患者の85%が明らかな不安症状を経験し、
同様に不安障害の90%にうつが併存している

不安性障害とうつ病の10年後の予後



うつ病のほうが不安性障害より予後がよい 79

職場の精神衛生とうつ病



職場における心理的負荷評価表

- 1 事故や災害の体験
- 2 仕事の失敗, 過重責任の発生
- 3 仕事の量・質の変化
- 4 身分の変化等
- 5 役割・地位等の変化
- 6 対人関係のトラブル
- 7 対人関係の変化

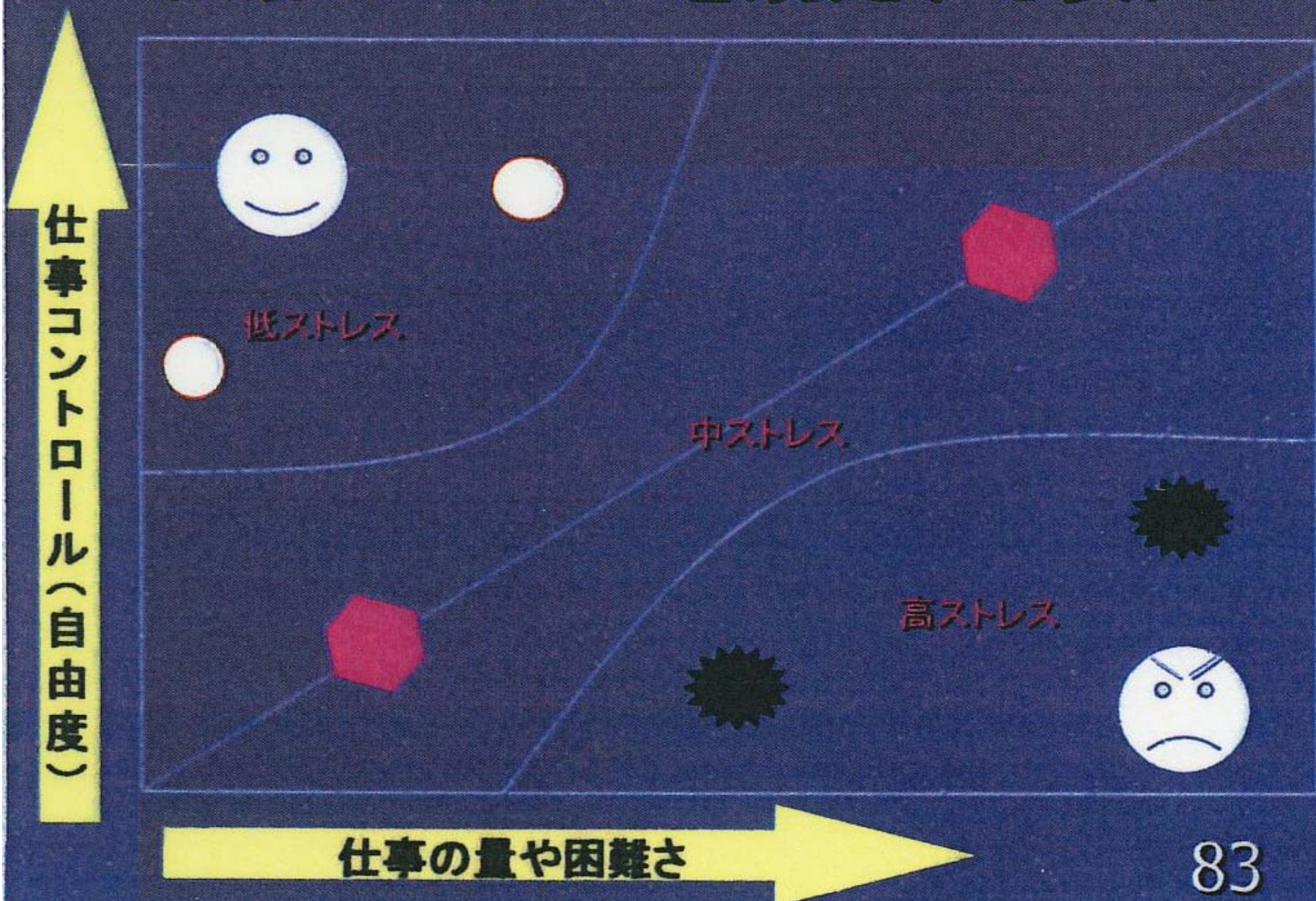


職場のストレスは

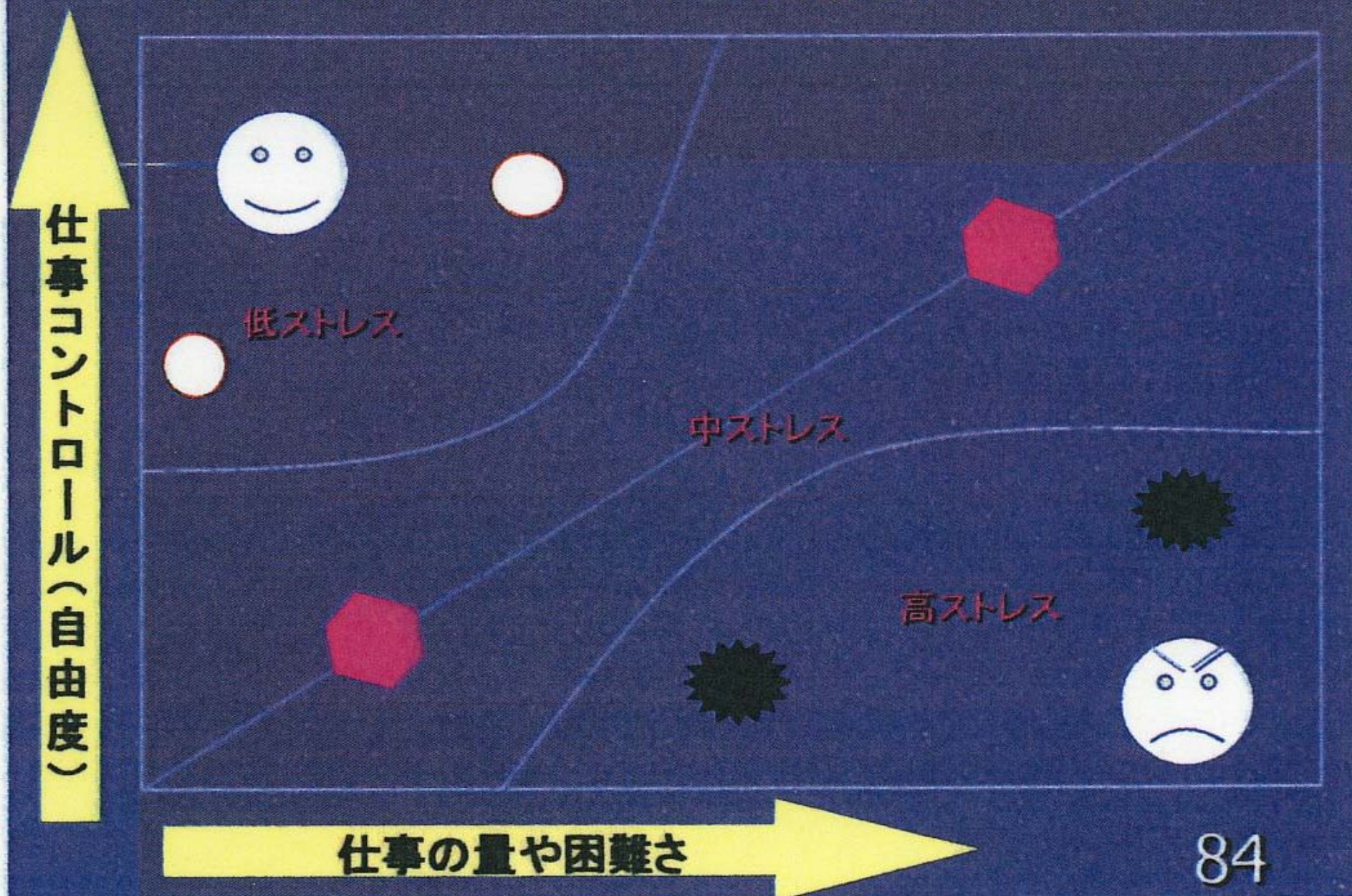
- ◆ 仕事の自由度、裁量権(仕事の満足度)
と
- ◆ 仕事量の過重に
比例する



職場のストレスを規定する要因-1



職場のストレスを規定する要因-1



ストレス性精神障害

PTSD

母子分離

自閉症

うつ病

神経症

神経衰弱反応

適応障害

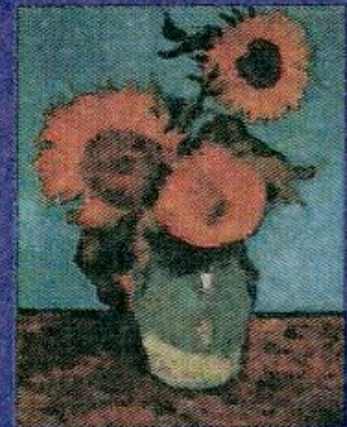
大うつ病

小うつ病



MDAのうつ病復職支援プログラム

計算練習で集中力を鍛える
症状を客観的に把握する
まずはリハビリ出勤から
職場でのコミュニケーションを工夫
ストレスの対処法を身につける



独立行法人
高齢・障害者雇用支援機構

岡山障害者職業センター
障害者職業カウンセラー
岡山市平田407
TEL 086-243-6955
fax 086-241-3599

岡山市職員メンタルヘルス対策
職場復帰訓練(3ヶ月以内)





	内因性	外因性
	受胎—出生	産後
ストレス荷重	↓ ↓	↓ ↓ ↓ ↓
	外因性	

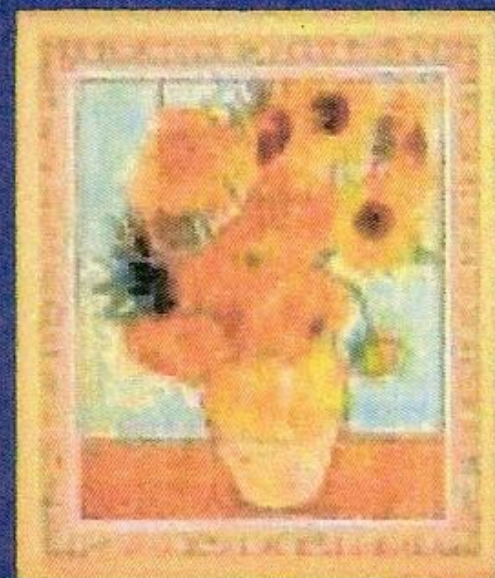
遺伝子調節因子の仕組み、エピゼネティクから見ると(遺伝子・環境相互作用)

内因≒外因と理解できる

精神疾患の原因は内因性か外因性かという
二元論は時代遅れとなった

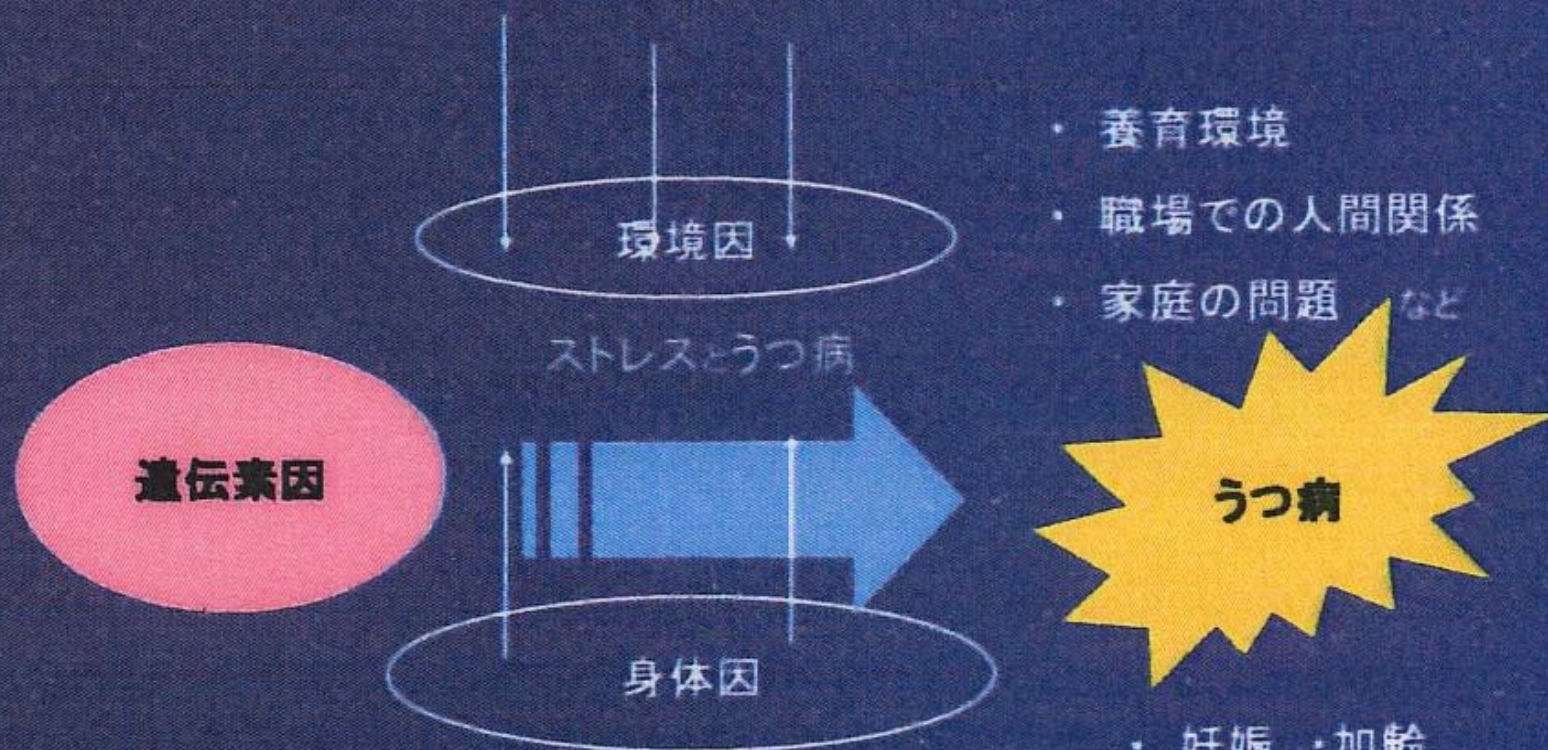
内因 \div 外因

遺伝子・環境相互作用



ストレスとうつ病

ストレス脆弱性モデル



ストレスの種類と生体の反応

ストレス刺激の種類

- 物理的:寒冷、暑熱、火傷、放射線、騒音
- 化学的:酸素欠乏、CO₂、CO、飢餓、絶食(たんぱく、脂肪)、薬剤(サルチル酸、アルコール、ペニシリンなど)
- 生物的:細菌感染、毒素(エンドトキシン)
- 精神的:痛み、拘束、電気ショック、試験、精神的外傷、など

ストレスによる生体の抵抗性の変化

警告反応

ストレスにさらされると生体は始めはショックに陥り、抵抗力は低下する(警告反応期)

抵抗期

ストレス状態が持続すると、神経・内分泌・免疫系が共同して抵抗力を高める(抵抗期)

疲弊期

さらにストレスが長引いたり、過剰になると疲弊期隣、甚だしい場合は死に至る

ストレスによる脳の内分泌系、 免疫系の関連

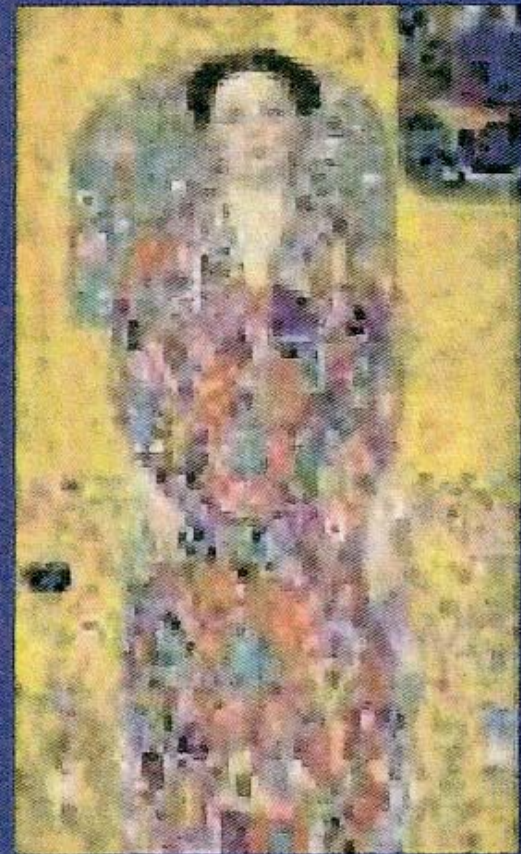
神経系

脳

視床下部

下垂体 自律神経系

内分泌系 免疫系



脳の構造と機能

前頭葉

(全体的な統合・意思決定・自律のための脳)

右脳

(感性・芸術・感じるための脳)

左脳

(思考・論理・うまく生きるための脳)

大脳辺縁系

(本能・情動・欲求・たくましく生きるための脳)

小脳

視床下部(コントロールタワー)

自律神経

免疫

ホルモン

脳幹部

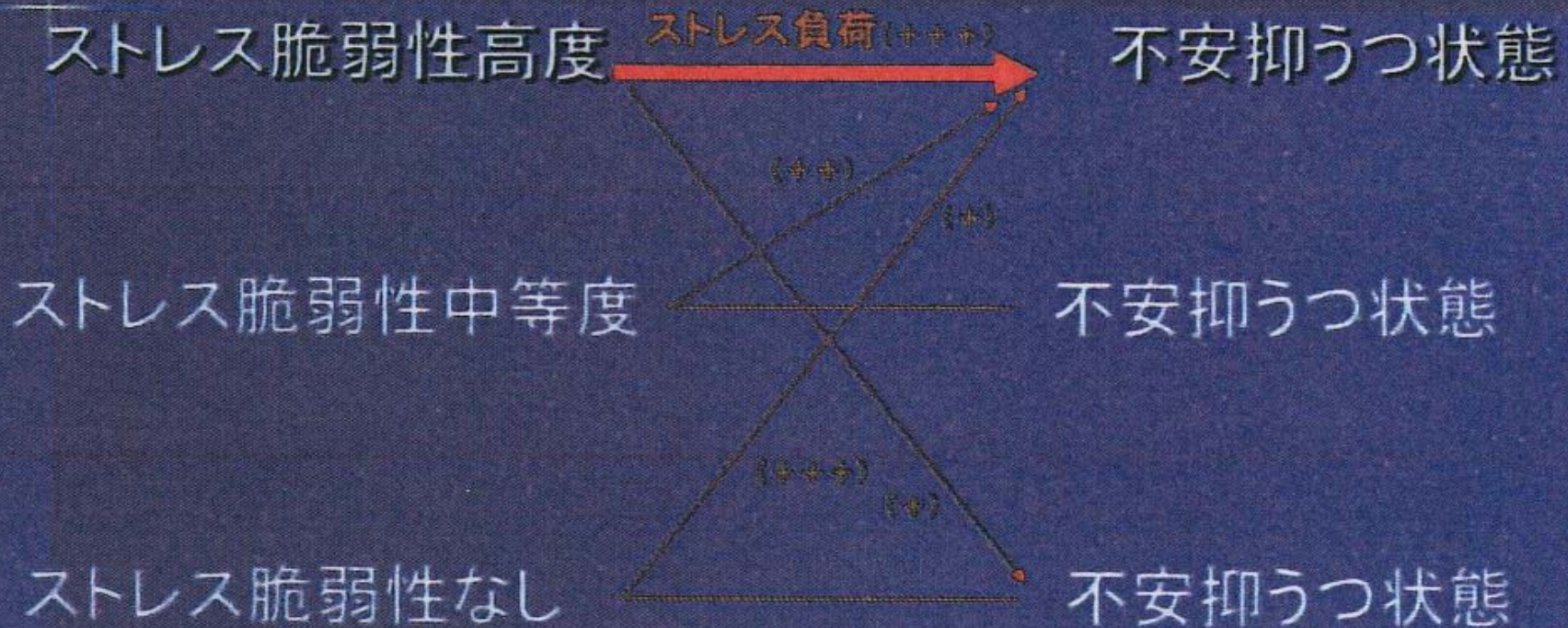
(存在するための脳)

ストレス脆弱性は

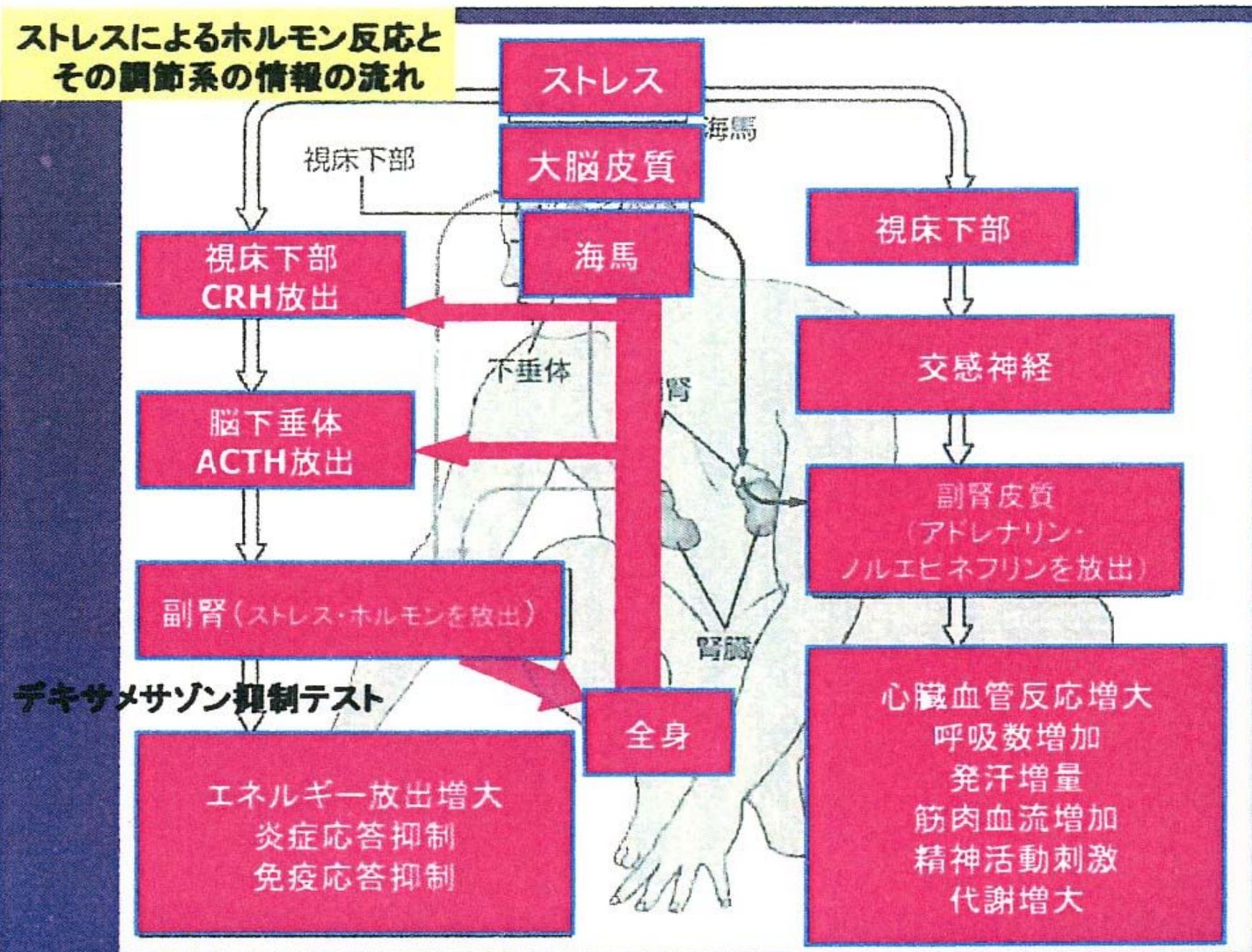
前頭前野(中脳皮質系:陰性症状・認知機構の増悪)中脳辺縁系(精神症状)の神経発達に遺伝と養育環境の相互作用が関与している



ストレスと不安性障害



ストレスによるホルモン反応と
その調節系の情報の流れ



- うつ病(不安性障害)の成因
分子遺伝学(エピジェネティクス)
の理論から考える

エピジェネティクス

- 親から受け継いだDNAを変えないで遺伝子の発現を抑える
- 2003年デューク大学で、太ったクリーム色のマウス(アグーチ遺伝子)を2群に分け
- 対症群—普通の食事
- 実験群—栄養管理サプリメントを加える
B12、葉酸、ベタイン、コリン
やせた茶色のベビーを生んだ
アグーチ遺伝子は元のところに存在していた
アグーチ遺伝子のスイッチを「オフ」にした
そのメカニズム DNAの「メチル化」



メチル基化合物

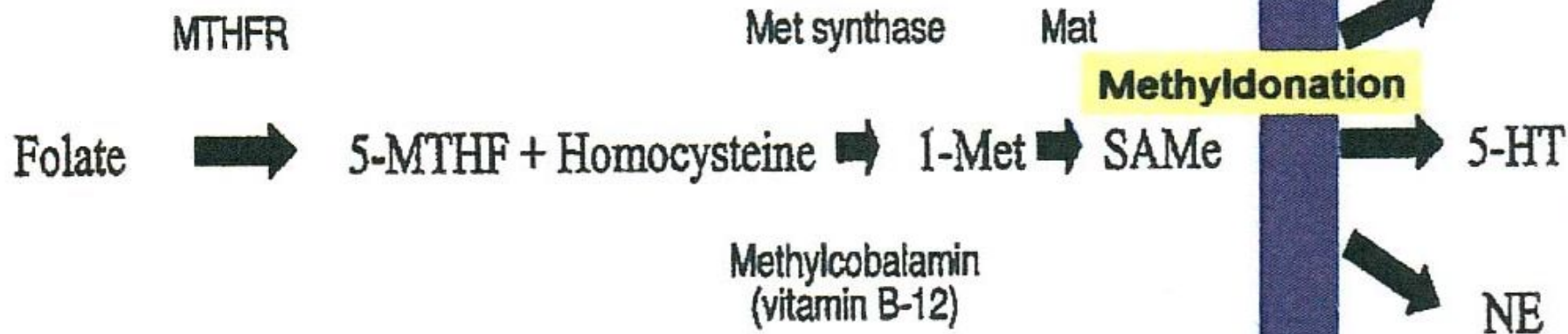
◆S-adenosylmethionine(SAM-e)

- メチル基供与体として神経伝達物質の生合成や薬物の代謝に関係する
- 米国や14カ国では栄養補助剤として市販されている。
- 脳のセロトニンとドパミンの機能を促進する
- うつ病患者を対象とした比較試験で

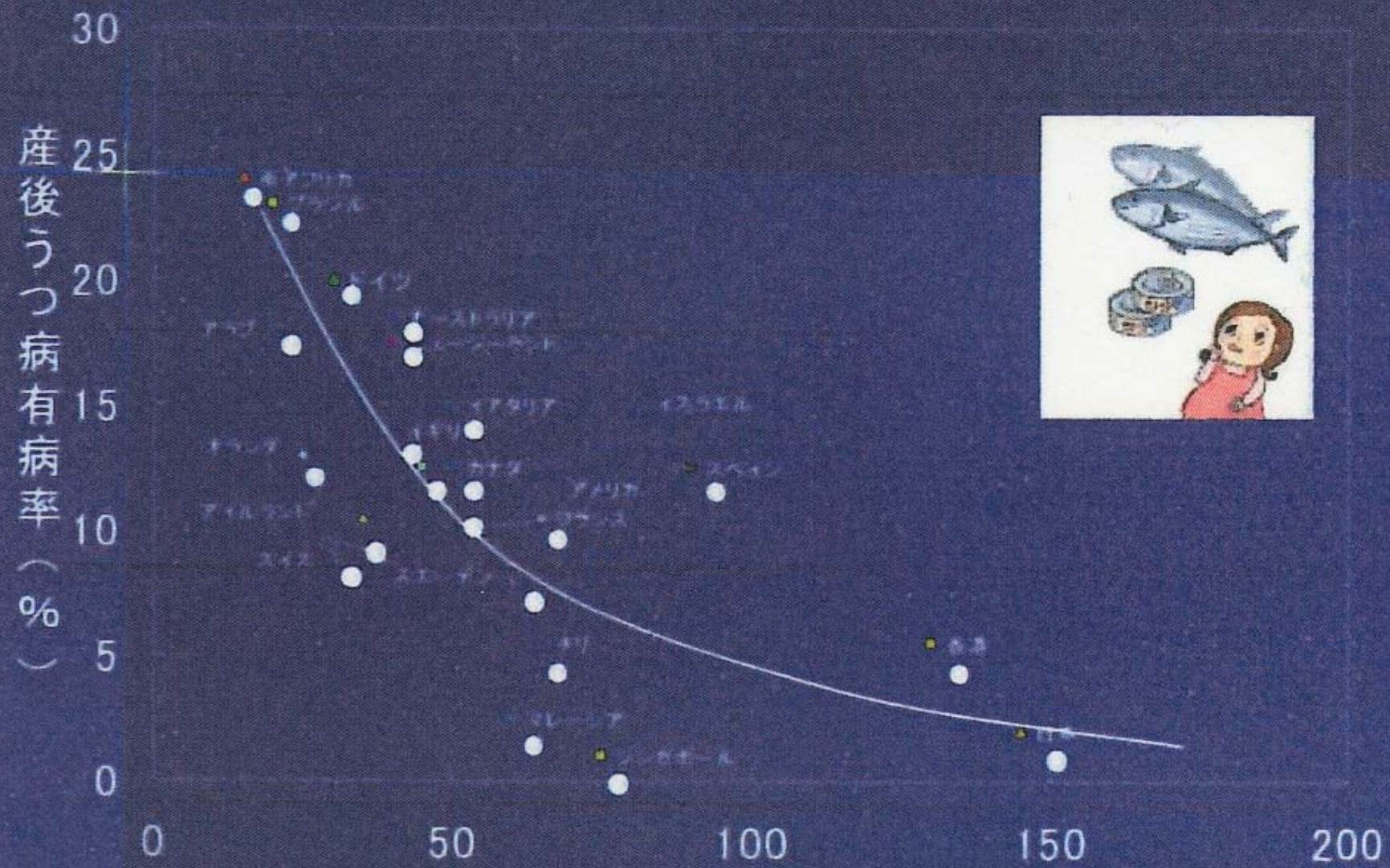
SAM-1600mg (N 143):イミプラミン150mg (N148)

SAM-e 400mg筋注(N147):イミプラミン150mg (N148) 同等の抗うつ作用

(Am J Clin Nutr 76(5)suppl:1172-1176,2002)



魚介類の消費量が多いと産後うつ病の有病率が低い




魚介類の消費量 (年間1人あたりポンド数: 1ポンド454g)

- 2004年カナダのマギル大学
- 子供は生まれた後にも、母親とのやりとりでエピジェネティックな変化を引き起こすメチル化を受けている
- 生後母親と接することなく育ったラットは愛情深い母ラットになめてもらった子ラットと比較すると行動・情緒の安定が異なる
- 人間のエピジェネティック研究
- 受精直後の数日間から重要な遺伝子のスイッチが入ったり切れたりしている
- 母親の栄養とストレス状況が大切





	内因性	外因性
	受胎ー出生	産後
ストレス荷重	↓ ↓	↓ ↓ ↓ ↓
	外因性	

精神疾患の原因は内因性か外因性かという二元論は時代遅れとなった

遺伝子調節因子の仕組み、エピジェネティックからみると(遺伝子・環境相互作用)内因≒外因と理解できる

エピジェネティクスは 後成遺伝子とも訳す

- コード化された遺伝子型→実行的な遺伝子型
- 遺伝子の持つ意味は状況によって大きく左右される
- 遺伝子と環境の影響は一体化していて個々に分けられない
- 精神症状は発達の過程で「不意に」現れる
環境が遺伝子のスイッチをオンしたりオフとなって 発達 に影響を及ぼしている

精神神経科領域における ON-OFF(?) 現象

- 統合失調症

妄想気分

妄想知覚

妄想着想

混迷⇔錯乱

感情の敏感と鈍感 自閉

解離(健忘) パニック発作

うつ⇔躁

てんかん性発作 不機嫌症

- 不安性障害

- 気分障害

- てんかん性障害

- パーキンソン症候群 運動性抑制⇔機能改善

- チック ジルドラトレット症候群

- アルコール依存症 濁酒症



トラウマ・スペクトル障害

PTSD

人格障害

解離性障害

鬱病

未来短縮
自殺傾向

回避

覚悟

アルコール／薬物乱用／
自己破壊

同一性擾乱／
解離性同一性障害

集中力低下

睡眠攪乱

悪夢

フラッシュバック／
離人症／
現実感喪失

関心減退

パニック

過覚醒／
過剰警戒
動揺

介入記憶
反発

身体化

記憶喪失

愚感／
抑鬱気分

孤独感
平板感情

感情麻痺
快感喪失

ストレスが脳をためにする J・ダグラス・フレムナー

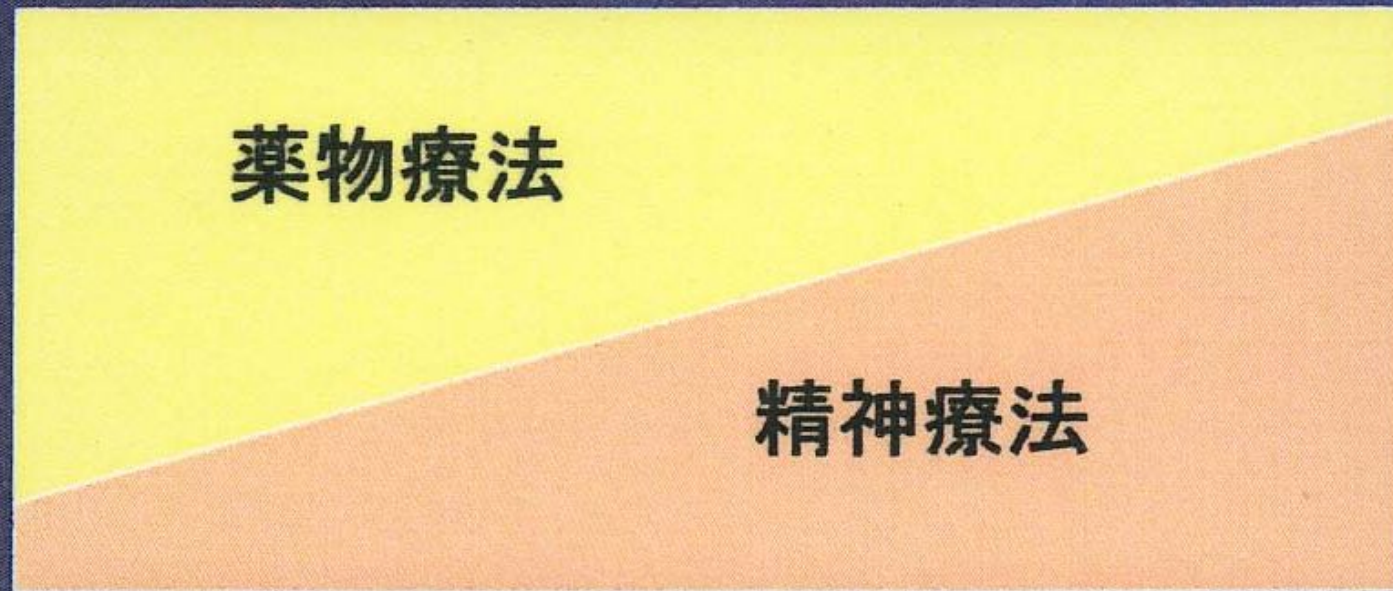
北村 美都穂訳

108

うつ病の治療

うつ病の治療-1

薬物療法と精神療法



初期治療

維持療法

予防療法

うつ病の治療-2

1. うつ病をおこす可能性のある薬物の除去
2. 身体疾患の管理

身体状態の回復を図る

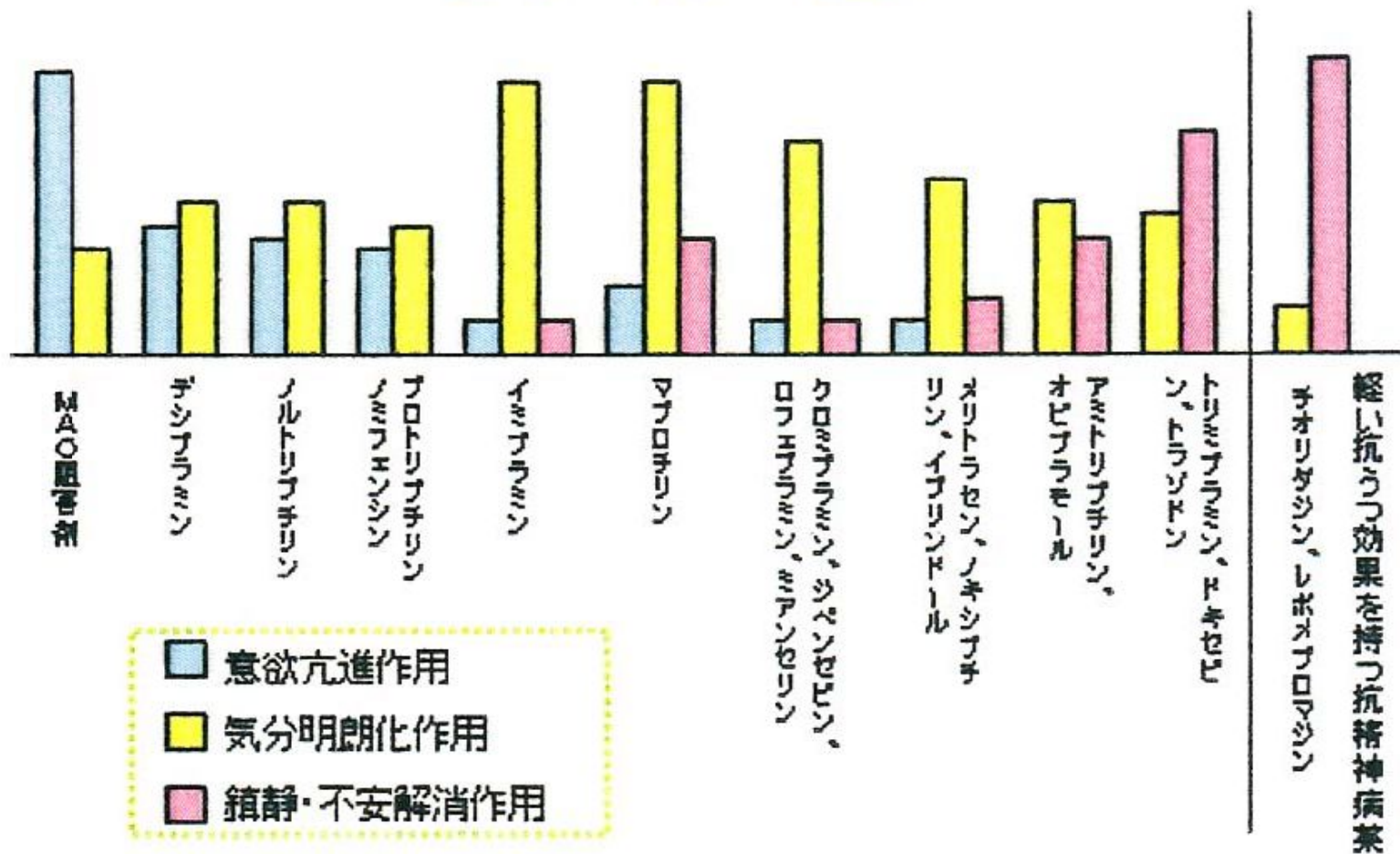
電解質液の点滴1000ml+B_{1,6,12}

うつ病の薬物療法の基本

抗うつ薬の種類一覧

臨床像	適切な薬物タイプ	身体状況(副作用考慮)	抗うつ薬
I群 抑うつ気分, 悲哀感, 絶望, 落胆	抑うつ気分を解消させる抗うつ薬	健康成人・症状が重篤 → 高齢者・身体合併症・ 低体重 →	イミプラミン, クロミプラミン アモキサピン フルボキサミン, パロキセチン, マプロチリン
II群 不安, 焦燥, 取り越し苦労, 内的不隠	鎮静, 不安軽減作用のある抗うつ薬	健康成人 → 高齢者・身体合併症・ 身体虚弱 →	アミトリプチリン, トリミプラミン パロキセチン, ミアンセリン, セチプチリン, トラゾドン
意欲の欠如, 抑制, 無感動	意欲回復作用のある抗うつ薬	高齢者では少量より 漸増 →	ミルナシブラン , ノルトリプチリン, アモキサピン
IV群 身体的訴えと自律神経系の障害が主で, 抑うつ症状は目立たない(仮面うつ病)	なるべく広い作用プロファイルを持つ抗うつ薬	いずれも副作用は 少ない →	フルボキサミン, パロキセチン, ミルナシブラン ロフェプラミン, セチプチリン, ミアンセリン, トラゾドン, マプロチリン

抗うつ薬の種類



Kielholz,P, Depressive Illness, Hans Huber Publ. Bern, 1972

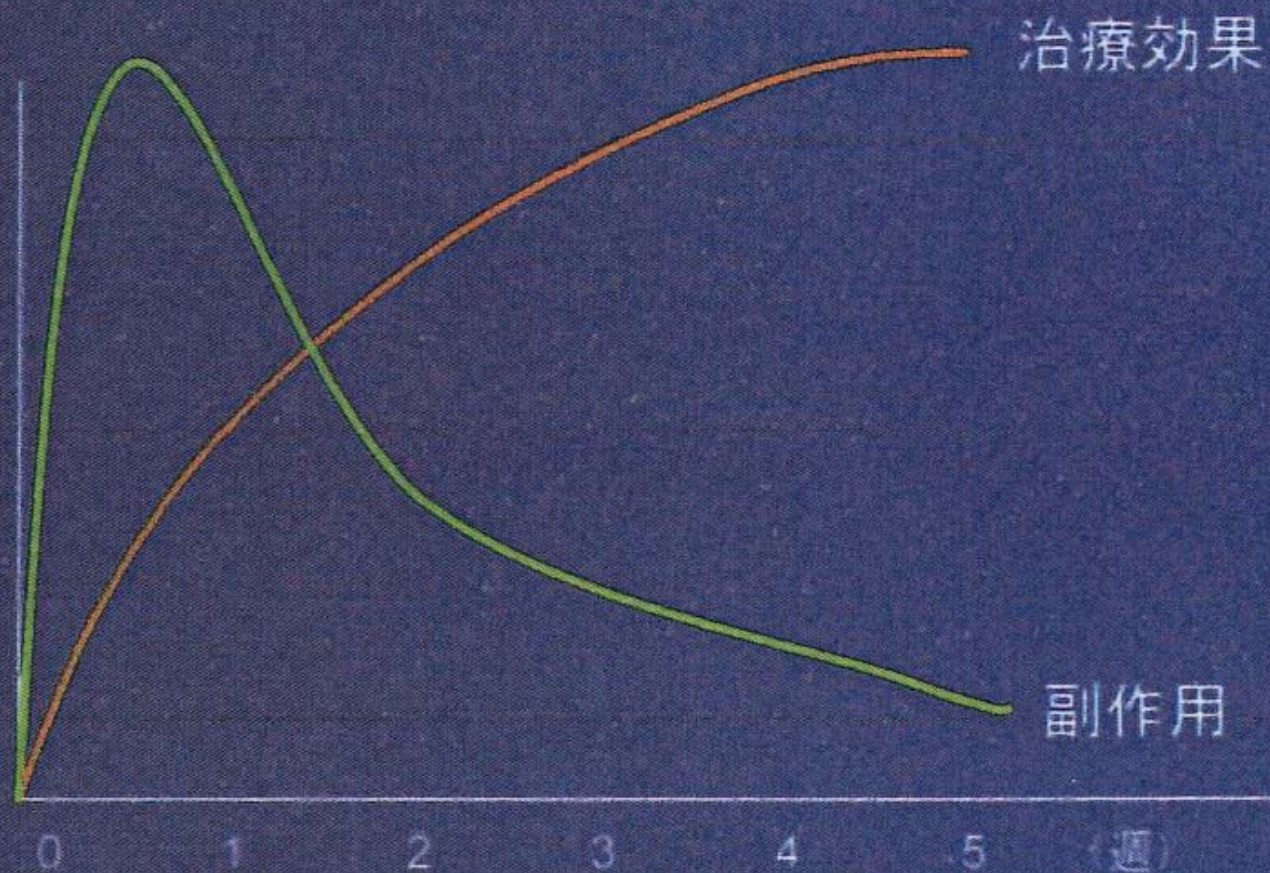
抗うつ薬の投与

薬と上手に付きあう

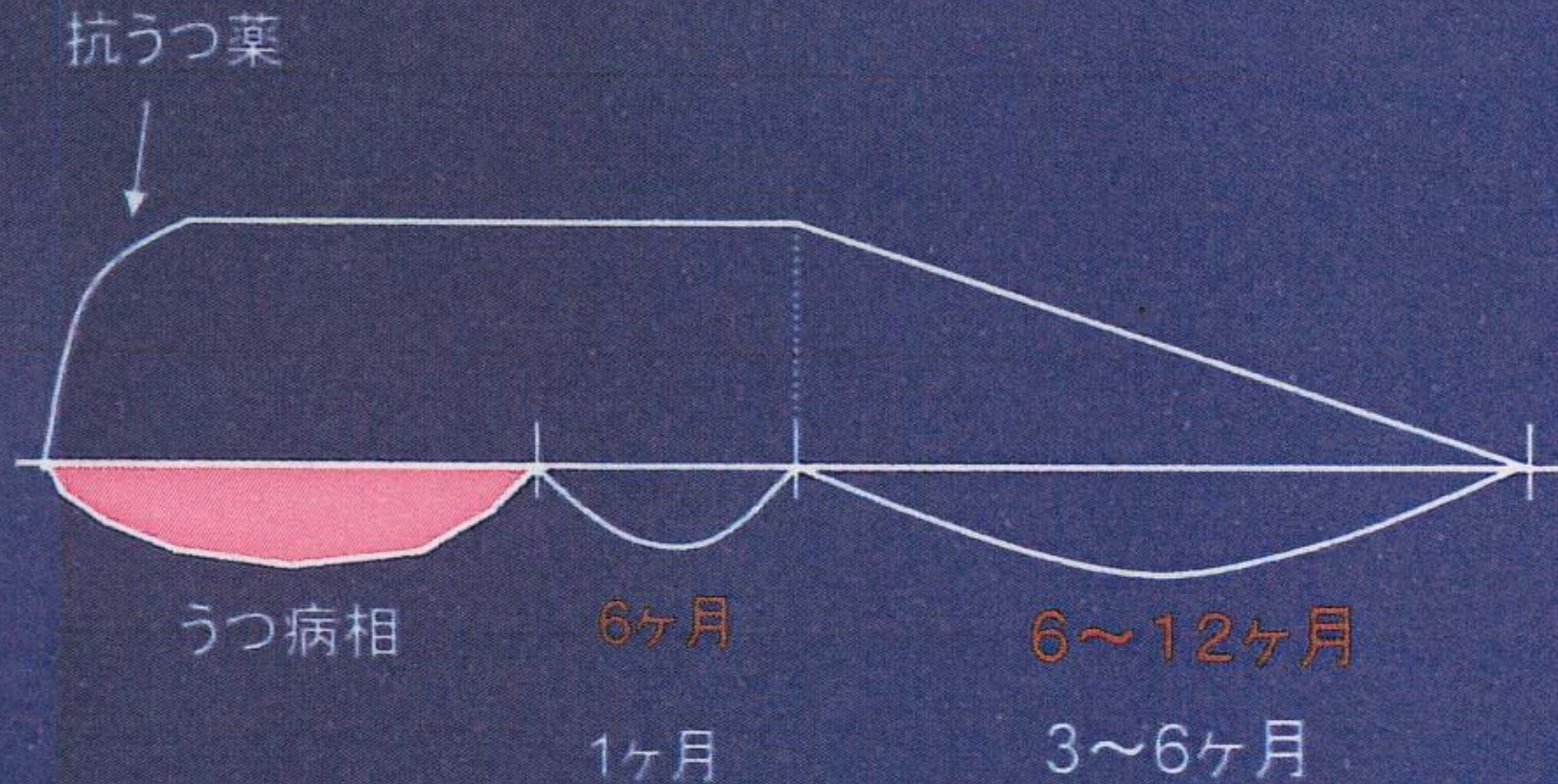
一人ひとりに合った薬を見つける
薬の作用と副作用に情報は患者、家族、
医師が共有する
処方公開する

抗うつ薬の効果発現

【効果発現と副作用出現】



抗うつ薬の使用期間



抗うつ薬の効果

- 第一選択薬
 - 著効 20%
 - 有効 35%
 - やや有効 30%
 - 無効 15%
- 第二選択薬
- 第三選択薬
 - 無効 10% 治療抵抗性、難治性

SSRI(SNRI)の使いわけ

- 忍容性の高さから、SSRI(SNRI)はうつ病治療薬の1stラインとなっている。
- 有効率は、どの薬剤も同じとされている。
(十分量を、きちんと用いれば)
- ただし、各薬剤の効き方や副作用には、「くせ」があるので、それを知っていれば、より個々の患者にあった薬剤選択ができる。

SSRI 3剤の比較

中枢系副作用	眠気	パキシル/ルボックス・デプロメール>ジェイゾロフト
	不眠	ジェイゾロフトに多いが他剤でも注意が必要
	アクチベーション・ シンドローム	パキシルに多い(躁転リスクの指摘も)
末梢系副作用	嘔気・悪心	全てのSSRI(服用し続けることで頻度は同等)
	口渇・尿閉・便秘	パキシル>ジェイゾロフト/ルボックス・デプロメール
	下痢	ジェイゾロフト>パキシル/ルボックス・デプロメール
他 其の	離脱症状	パキシルに多い

どのような症状が得意か？

- ルボックス/デプロメール
 - パキシル
 - ジェイゾロフト
-
- **トレドミン**

- うつ病は長期間におよぶ薬物療法
(予防療法)が必要である

専門医に紹介すべきうつ病

Ballenger, JC et al: J clin psychiatry 60(suppl 7)54-61, 1990

- 精神病像をもつうつ病
- 薬物依存、アルコール依存を合併している
- パニック発作との合併
- 非定型うつ病
- 激越うつ病
- 重症うつ病
- 双極性うつ病
- 慢性で長期間の治療が必要
- 二重うつ病で慢性不機嫌症
- 自殺衝動が強いうつ病

NHKスペシャル
「うつ病治療・常識が
変わる」5分で診療・
薬漬け…うつ病治療の
実態ルポ▽抗うつ薬の
見直しで劇的に回復▽
病院選びここに注意・
最先端治療

平成21年2月22日 放映 124

まとめ ①

- うつ病は現代精神医学の父Kraepelinが命名して100年が経過した
- うつ病に悩む患者は人口の5%
- 内因性疾患としての概念(伝統的診断)を備えたうつ病は次第に減少し、神経症的うつ病が増加
- 最近はうつ病らしくないうつ病が増加
- 軽症うつ病が増加した理由の1つに近年操作的診断法に基づいて安易にうつ病と診断されている事も関係している

まとめ②

- 軽症うつ病は病前性格が未熟、些細な対人葛藤に反応してうつ状態になりやすく、抗うつ薬の反応は様々
- 近年用いられている操作的診断であるICD-10、DSMIVは実用的でわかりやすい利点があるが、気分障害の範囲が広くなりすぎる傾向がある
- 伝統的な精神医学診断と操作的診断の利点・欠点を考察した。
- うつ病の原因と考えられている素因とストレス脆弱性反応のメカニズムをエピジェネティクスの遺伝子・環境相互作用から説明した
- プライマリケアを受診する身体症状の多くはうつ病の身体症状と一致する
- うつ病ありきと考えることが大切