

## うつ病との正しい付き合い方

大阪大学保健センター教授  
大阪大学大学院医学系研究科精神健康医学 教授  
工藤 喬



Takashi KUDO

1986年 大阪医科大学卒業

1991年 大阪大学大学院医学系研究科修了

1991年 NYS Institute for Basic Research in Developmental Disabilities 研究員

2013年 大阪大学保健センター教授 (現職)

### ●うつ病対策の重要性

平成23年、厚生労働省は、医療計画に入れるべき疾患として、従来の4大疾病(糖尿病、がん、脳血管疾患、虚血性心疾患)に精神疾患を加え、5大疾患とすると発表しました。その背景には、職場におけるうつ病の増加や、高齢化による認知症患者の増加などがあります。実際、精神疾患の患者数は323万人であり、4大疾病のどの患者数よりも多くなっている、国民に最も関わる疾患となっているのです。その中で、うつ病を含む気分障害の患者は、平成26年厚生労働省の患者調査によれば、111万6千人と

調査開始以来最多となっています。年間3万件弱の自殺事案とも関連して、うつ病は最も重要な疾患と言っても過言ではないのです。

### ●うつ病の症状

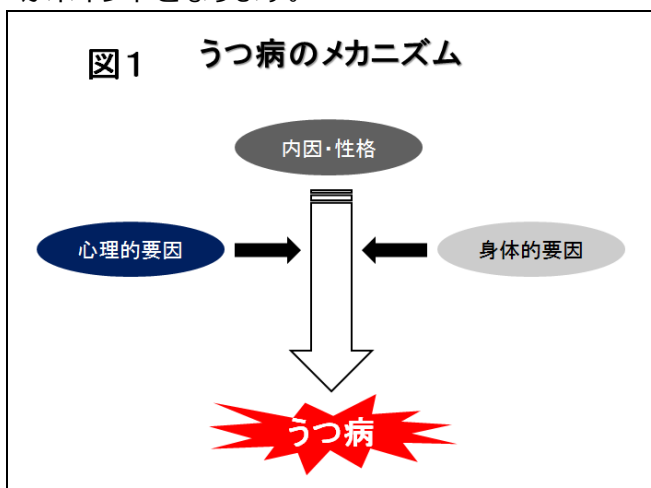
表1に示すように、うつ病の症状は多彩です。気分の落ち込みなどの「感情の異常」のみが取り上げられがちですが、「意欲・行動の異常」、「思考の異常」、そして「身体症状」が伴うことがあります。「感情の異常」では、抑うつ気分といった落ち込み以外に不安や焦燥(イライラする)が出てくることもあります。ここで重要なのは、こう言った「感情の異常」

表1 うつ病の症状

	症状	訴え
感情の異常	抑うつ気分 不安・焦燥	気が沈む、めいる、落ち込む、おもしろくない、喜怒哀楽の感情がわからない、感動が薄い、哀しい、ひとりでの涙が出る (日内変動、morning depression) いらいらする、落ち着かない(激越性うつ病)
意欲・行動の異常	精神運動抑制(制止)	やる気が出ない、億劫、気がわかない(何をするにも時間がかかる、日常的なことをするのも億劫、寝てばかりいる)(抑うつ性昏迷)
思考の異常	思考抑制(制止) 微小妄想	考えが浮かばない、考えが進まない、決断力が低下、考えがまとまらない、頭の働きが鈍い(返事に時間がかかる、精気のない話し方、話のテンポが遅い、内容に乏しい) 罪業妄想、心気妄想、貧困妄想(コタール症候群)
身体症状	1. 睡眠障害(熟眠障害、中途覚醒、早朝覚醒) 2. 疲労・倦怠感 3. 食欲不振 4. 頭重・頭痛 5. 性欲減退 6. 便秘・下痢 7. 口渇 8. 体重減少 9. めまい 10. 月経異常	

には日内変動が見られ、特に朝に酷くなるということです (Morning Depression とも言います)。「意欲・行動の異常」では、精神運動抑制(制止)といって、やる気が出ず、何事にも億劫となり、活動性が落ちた状態になります。また、「思考の異常」では、思考抑制(制止)といって、考えがまとまらなくなり、決断力がなくなります。さらに、罪業妄想(とんでもない罪を犯してしまったと信じる)、貧困妄想(全くお金が無くなったと信じる)、あるいは心気妄想(不治の病に罹ってしまったと信じる)などの微小妄想(自分を過小評価する)が出てくることもあります。また、うつ病には「身体症状」が伴うことが多いことも重要です。時には、仮面うつ病 (Masked Depression) といって、上記のような精神症状がマスクされあまり目立たず、「身体症状」が前面に出ることがあります。このような場合、本人も周りの人も内科の病気と思って、一般内科を受診してしまうことがあります。「身体症状」も睡眠障害や食欲不振など多彩です。

うつ病の症状に対しては、それらの持続時間に注目することが必要です。臨床的な診断基準にはこのような症状が 1 日中あり、2 週間持続することが求められています。誰でも、気分の落ち込みなどはあるわけで、それが一過性ではなく持続するかどうかポイントとなります。



**●うつ病の原因**

現在では、うつ病は複数の要因が複合して起こると理解することが正しいと考えられます。図 1 に示す

ように、それら要因は「心理的要因」、「身体的要因」および「内因・性格」に大きく分けられます。「心理的要因」がうつ病の原因になることは、容易に理解できると思いますが、辛いこと、悲しいこと、あるいはショックなことだけがうつ病の引き金になるとは限りません。一般的にはおめでたいこと、例えば昇進や家の新築などでもうつ病の引き金になることがあります。従って、「心理的要因」は人それぞれなので、早合点は禁物です。

**図2 抑うつ症状を引き起こす一般身体疾患**

- 神経変性疾患: Parkinson病、Huntington病、Alzheimer病、多発性硬化症
- 脳血管疾患: 脳卒中
- 内分泌疾患: 甲状腺機能亢進/低下症、副甲状腺機能亢進/低下症、副腎皮質機能亢進/低下症
- 代謝疾患: ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症
- 自己免疫疾患: 全身性エリテマトーデス
- 感染症: 肝炎、単球増加症、AIDS
- がん: 脳腫瘍、膵がん

うつ病は「心理的要因」のみから発症するものではありません。「身体的要因」として図 2 に挙げたような疾患がうつ病を起こすと考えられています。特に甲状腺機能低下症によるうつ病は比較的良好に見つけられます。このような場合には甲状腺の治療が優先されることとなります。また、図 3 に示すように、飲んでいるお薬がうつ病を起こすこともあり、担当の医師と相談して薬の量を調整する必要がある場合もあります。

**図3 うつ症状を起こしやすい薬物**

- インターフェロン
- 降圧剤(レセルピン、β遮断薬、メチルドパ、クロニジン)
- 副腎皮質ホルモン
- 経口避妊薬
- 潰瘍治療薬(シメチジン、ラニチジンなど)
- 抗パーキンソン病薬(レボドーパ、プロモクリプテンなど)
- 抗悪性腫瘍薬(ビンクリスチン、ビンブラスチンなど)
- 抗結核薬(サイクロセリン、イソニアジド、エチオナミドなど)
- 抗精神病薬(フルフェナジン、ハロペリドールなど)
- 鎮痛薬(ペンタゾシン、インドメタシン、イブプロフェン、アスピリンなど)

また、患者自身の「内因・性格」も関わってきます。メランコリー親和型性格といって、秩序愛があり、几帳面・入念で、義務責任感が強く、他者を優

先天的配慮するような性格の人がうつ病になりやすいとされています。このような下地がある人に、「心理的要因」や「身体的要因」が関わってくるとうつ病が発症すると考えられているのです。

●「**新型うつ病**」の流行？

近年、うつ病の診断は米国の診断基準（DSM）を参考に行われています。この診断基準のポリシーは上述したような症状が基準以上の数あり、それが一定の期間持続していれば、その病気の成り立ちなどは問わず診断するというものです。一方、平成 11 年に副作用が少ない抗うつ剤である SSRI が我が国で発売が開始となり、「うつは心の風邪である」とのキャンペーンが繰り広げられました。すなわち、うつ病は心の風邪のようなものだから、DSM でうつ病を積極的に診断して、SSRI をどんどん使用していくという機運が高まってきました。これが、近年に見られるうつ病患者数の爆発的な増加をもたらしているとの指摘があります。

**表2 従来型うつ病と新型うつ病**

	従来型	新型
年齢層	中高年層	若年層
性格	規範への愛着	自分自身への愛着
症状	疲弊と罪悪感	回避と他人への非難
病識	初期はうつ病の診断に抵抗	初期からうつ病の診断に協力的
薬物反応	良好	部分的効果

(神庭重信, 2006を)

このような背景の中で、話題になってきたのが所謂「**新型うつ病**」です。表 2 に従来型のうつ病との比較を示しましたが、従来型とは逆の特徴をいくつか持った「うつ病」が若年層を中心に増えているのです。しかし、「**新型うつ病**」は学術的に確立された概念ではありません。日本うつ病学会は、『**新型うつ病**』という専門用語はありません。むしろ精神医学的に厳密な定義はなく、そもそもその概念すら学術誌や学会などで検討されたものではありません。一方、非定型うつ病は、歴史的にはさまざまな

定義が与えられてきました、最近の米国精神医学会診断基準（DSM-IV）では、大うつ病のうち、過食、過眠、鉛のような体の重さ、対人関係を拒絶されることへの過敏性などの特定の症状を有するうつ病と定義されています。この場合、正確には「非定型の特徴をともなう大うつ病」と呼ばれます。しかし、啓発書やマスメディアで使われる非定型うつ病は、教科書的なうつ病のプロトタイプに合致しないうつ病・抑うつ状態を広く指して用いられ、「**新型うつ病**」とほぼ同義に扱われることもあるようです。』と述べています。従って、「**新型うつ病**」という言葉は慎重に使う必要があるようです。

ただ、日本うつ病学会の見解にもあったように、非定型うつ病は確立された病気です。非定型うつ病は、50 年以上も前に提唱された病気で、①拒絶過敏性（他人の侮辱、軽視、あるいは批判に、些細なことでも強く反応し、落ち込んだり、激しく怒ったりする。時には学校や職場を休んだり、家事が続けられなかったりの状態が起こる。また、傷つくことを恐れ、友人や恋人を作らないということもある。）、②鉛用麻痺（四肢が鉛のように重く、時に発作的に出現）③気分反応性（何かよい出来事があると、元気になる）、④逆転した身体症状（過食、体重増加、過眠など）を特徴としています。非定型うつ病が見つけれられた経緯は、当時使われていたモノアミン酵素阻害薬が効く患者群と効かない患者群があり、効く患者群には上記のような従来型にはない「非定型」な症状があるとの発見から始まっています。すなわち、薬の反応性で決められた患者群ですので、生物学的にこの病気が存在することが示されているわけです。「**新型うつ病**」と非定型うつ病が混同されている状況で、本来の非定型うつ病がきっちり診断できているかが心配されるのです。

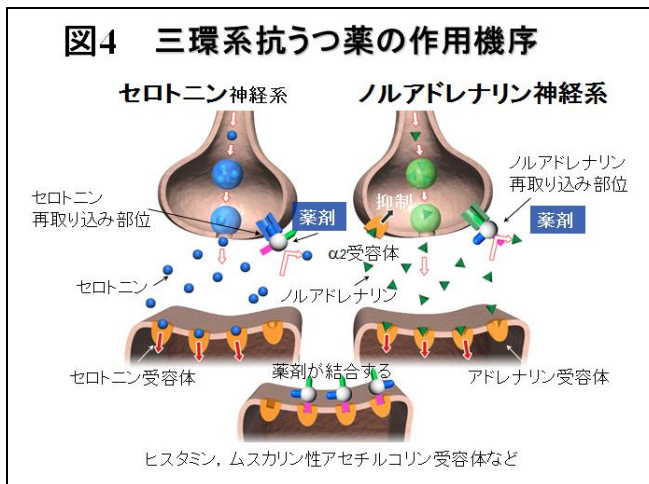
●**うつ病の正しい治療法**

うつ病の治療は薬物療法および精神療法がバランスよく行われなければなりません。原因のところでも述べた患者の「心理的要因」、「身体的要因」、さらには「心因・性格」をよく検討して、薬物療法と精

神療法のバランスを考えていかなければなりません。

### ●うつ病の薬物療法

多くのうつ病治療には抗うつ薬が使用されます。頭の神経と神経のつなぎ目はシナプスと呼ばれ、その空間は神経伝達物質というものが飛ぶことによって信号が伝わるとされています。役割を終えた神経伝達物質はシナプスの前部にある再取り込み口から吸収され、代謝されます。うつ病では、この神経伝達物質の一種であるセロトニン、ノルアドレナリン、あるいはドパミンが不足することによって、神経が伝わりにくくなりうつ病を発症すると言われていました。抗うつ薬は、これら神経伝達物質の再取り込みを抑えて、結果的にシナプスの間にある神経伝達物質を増やすことで、神経伝達を改善してうつ病を治すのです。しかし、最初に開発された三環系抗うつ薬はセロトニンやノルアドレナリンなどにだけ関与するのではなく、多くの他の神経に関与してしまい、それらが厄介な副作用として出現してきました。中でも、アセチルコリン神経を抑えてしまう作用は口渇や便秘などを起して患者を悩ませました(図4)。そこで開発されてきたのは、セロトニンの再取り込みを選択的に阻害する薬 SSRI(selective serotonin reuptake inhibitor)です。これによりアセチルコリンによる副作用がなくなり、安全で使いやすくなりました。近年では、セロトニンだけではなく、ノルアドレナリンの再取り込みを阻害する SNRI (serotonin noradrenaline reuptake inhibitor)も開発されています。



このように SSRI は使い易くなりましたが、最近新たな問題点も指摘されています。2004年に米国食品医薬品局 (FDA) は、抗うつ薬投与初期に出現する自殺思考/行動と関連した症候をアクチベーション症候群として注意を喚起しています。この症候は SSRI に起こりやすいともいわれますが、自殺思考にまで至らなくとも、不安、焦燥感、パニック発作などが出現するとされています。この症候群が出現する背景には、患者に躁うつ傾向がある場合が多いとも指摘されています。うつ病と躁うつ病というのは全く症状も違うはずですが、躁うつ病の患者の中には躁状態はあまり目立たない人がいて、うつ状態の時に医療機関を訪れるので、単極性のうつ病と判断されて、SSRI が投与されることがあるのです。躁うつ病傾向の患者さんに SSRI が投与されることにより、ラピッドサイクリングあるいは混合病相という状況も出現します。気力や体力が同期して上下していたものが、SSRI によって周期が早くなり、それらが同期しなくなる混合病相になります。そのような中、体力は高いレベルなのに気力が低いレベルとなり、自殺の危険が高まるというのです。このように、単極性のうつ病と躁うつ病の鑑別は難しい時もあり、SSRI の投与は慎重にならざるを得ません。

### ●うつ病の精神療法

うつ病に施行される精神療法には、認知行動療法や対人関係療法などがあります。中でも、認知行動療法はその効果が科学的に認められ、平成 22 年から医療保険が使えるようになりました。

認知行動療法は認知行動モデルに則った治療法です。環境変化あるいは刺激に対し何らかの行動を起こすことが生物の生物たる所以ですが、生物の進化の過程で感覚器官が複雑化し記憶量が増大していくと、これらの情報を収集して脳で統合・処理し、行動の仕方を決定するような情報処理過程が必要となりました。この情報処理過程が認知ということになりますが、さらに行動を一気に効率よく起こさせるために、感情を媒体とした短絡的な認知が発達していったのです。すなわち、情報処理は意識されない

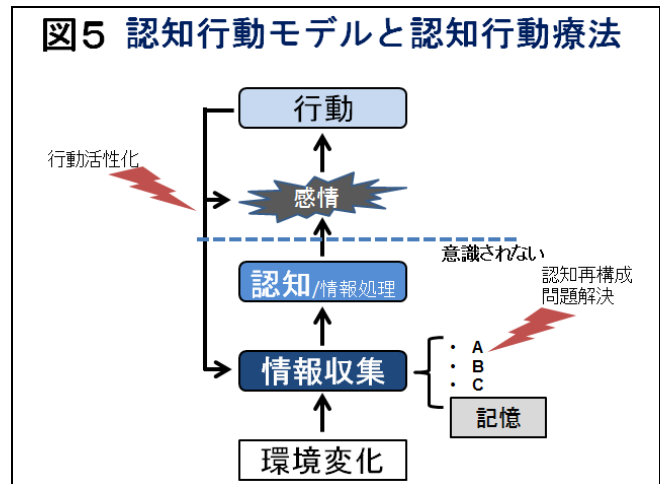
状態で行われ、感情というモニターによって行動が行われるようなシステムが発達しました。このような短絡的認知を必要とした要因としては、緊急事態への迅速な対処の必要性が挙げられます。例えば、天敵に遭遇した時、それにどう対応して行動を起こすかの決定は一刻を争う緊急事態であり、認知を一瞬にして（意識されずに）、感情を駆り立てて、ある行動へ一気に導く必要があります。すなわち、「怒り」を駆り立てて相手を攻撃するのか、「恐怖」を駆り立てて相手から逃避するのかなどを瞬時に決定するのです。

この短絡的認知を基盤とするシステムは緊急事態以外でも日常に普遍的に取り入れられていきました。しかし、認知の基盤となる情報が的確であれば問題はありますが、情報が誤りであったり、情報量が不足していたりすると、瞬時に行う認知、さらにはそれに導かれる感情を誤らせ、間違った行動を起こさせることになるのです。すなわち、患者の行動や感情あるいは気分は、患者の認知によって大いに影響を受けるというのが、「認知行動モデル」なのです（図5）。

うつ病患者では、誤った情報や情報不足により、うつ病の思考パターンの特徴として、自己・世界（周囲）・将来に関するネガティブで非機能的な認知（認知の三徴とよばれる）があります。こうした偏った

認知を現実に沿ったバランスの良い認知に変えることがうつ病に対する認知行動療法の目標です。その

**図5 認知行動モデルと認知行動療法**



ためには、患者の誤った情報を訂正し、情報不足を補う必要があります。すなわち、認知再構成法や問題解決技法はまさしく情報の適正化をもくろむものですし、行動活性化法も行動することにより、新たな情報を得たり、過去の実績（記憶）を生かしたりして、情報量を増やすことを行うのです（図5）。

●まとめ

うつ病の増加は重大社会問題ですが、「新型うつ病」の問題をはじめ、的確な診断が求められています。さらに、的確な薬物療法と精神療法とのバランスが重要です。