

第8回日本うつ病学会総会 会長講演

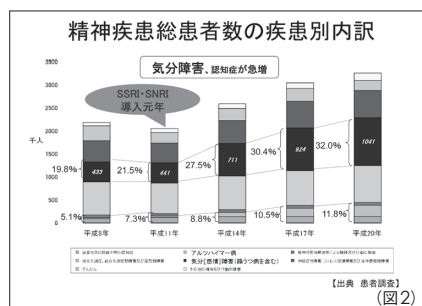
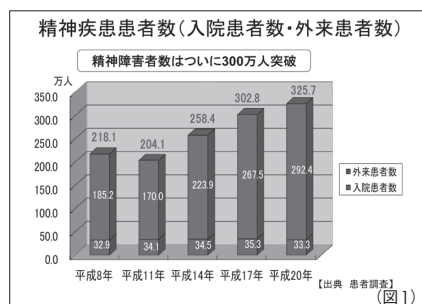
うつ病臨床のゆくえ ー求められるしなやかな病態把握

近畿大学医学部精神神経科学教室

白川 治



うつ病診療をめぐるまは様々な議論がなされ、百家争鳴の感もあります。そういった多くの方々の見解を、自身の臨床に摺り合わせながら考えてきました。私のうつ病臨床のスタイルをお話しさせていただくことで、本日ご出席の皆さんとうつ病診療をめぐる今日的な問題を共有できればと考えております。うつ病臨床、特に様々なアプローチが錯綜しがちな軽症のうつ病に対する診療姿勢には、治療者の疾病観なり臨床観なりが色濃く反映するように思います。



皆さんもご承知の通り、厚生労働省の患者調査によりますと、平成11年まで約200万人であった精神障害の患者数が、平成14年以降、非常な勢いで増え、平成17年には300万人を突破しています(図1)。数年でこのように急激な患者増加がみられた背景に、外来患者数の激増があります。その内訳をみますと、超高齢社会を迎え、認知症関連の疾患が増えていくのは容易に理解できるところなのですが、気分障害

が、平成11年に44万人だったのが、平成17年には92万人と倍増し、平成20年に至っては100万人を突破しています(図2)。しかし、気分障害患者数のこの急増はいかにも不自然です。この背景に一体何があるのかを念頭に置きながら、今日のお話を進めさせていただきます。

うつ病概念の混乱・拡散

- ICD・DSM(診断基準)うつ病の流布・浸透
- 内因性うつ病の変貌(軽症化・躁うつ病化)
 - 内因性 vs 非内因性
 - ▷ パーソナリティ要因が関与する気分変動の増加
 - ▷ ストレス因・環境要因への着目
 - 単極性 vs 双極性
 - ▷ 双極スペクトラムへの発展

(図3)

うつ病概念が拡散し、その輪郭が曖昧になったと指摘されてきたのはご承知の通りで、今回の総会のテーマでもあるわけです(図3)。その背景には、DSMやICDといった国際的な診断基準の普及・浸透がまずあげられます。以前は、うつ病には薬が効くというセオリーがある程度通用したけれども、現状では必ずしもそうとは言えません。それは、うつ病概念が拡散し「内因性」の把握が困難となったことと関連しているようにみえます。内因性うつ病は、軽症化と躁うつ病化の流れのなかで変貌を強いられていると言えるのかもしれませんが。

内因性と非内因性の鑑別が難しくなった背景には、時代的な要因も関わっているように思います。パーソナリティ障害とは診断できないもののパーソナリティの問題を抱えて不適応に陥り、抑うつ的となって受療するケースが増えています。一方、うつ病発症の契機としてのストレス因、環境因が極端に強調される傾向にあります。うつ病は「心の風邪」に代表されるような、ストレスがかかれば誰もがかかり得る疾病として位

置付けられることも少なくありません。また、1990年代後半から始まったIT革命、グローバル化のなかで過酷で急激な労働環境の変化が新たなうつ病を生む背景となっているとする指摘も見逃せません(職場結合性うつ病:加藤敏,2002)。さらに、単極性と双極性という二元論が見直され、双極スペクトラムという疾病概念が導入されるようになっていきます。単極性のうつ病でみられる自責に向かっていた内向きのエネルギーが、他罰傾向を帯び外に向かうことで双極性とされるという時代的な側面も無視できないように思います。

最初に、国際的な診断基準の問題について少しお話をさせていただきます。その前に、「うつ病」とか「うつ」という言葉が一人歩きをして、臨床医のなかですらうつ病をどう定義しているのかが曖昧である点にも留意が必要です。用語の問題、定義の問題も、うつ病概念の拡散に深く関わっていることは認識しておくべきでしょう。基本的には研究のための世界基準、とりあえずの取り決めという側面が強いはずの国際的な診断基準が、疾患カテゴリーを規定するもののようにならわれて、治療法の選択や治療効果の評価に用いられることが多い現実があります。

DSM-IV-TR: 大うつ病エピソードの診断基準(APA)

- 以下の症状のうち、少なくとも4つがある
1. 抑うつ気分
 2. 興味または喜びの喪失
- さらに、以下の症状を併せて、合計で5つ(またはそれ以上)が認められる
3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
 4. 不眠あるいは過眠
 5. 精神運動性の焦燥または抑制(沈滞)
 6. 疲労感または気力の減退
 7. 無価値感または過剰(不適切)な罪責感
 8. 思考力や集中力の減退または決断困難
 9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図
- ・上記の症状がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間以上わたっている
・症状のため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
・これらの症状は一般身体疾患や物質(薬物またはアルコールなど)では説明できない

(図4)

例えば、DSMの大うつ病エピソードの診断基準(図4)ですが、抑うつ気分にしても興味または喜びの喪失にしても、疾病を規



定している質的症候とみなすことはできません。つらい出来事に対する反応としての一時的な落ち込みと、疾病としてとらえるべき落ち込みと、症候学的にどう鑑別するかについては、この基準からはみえにくいわけです。DSMとかICDといった国際的な診断基準が、質的な症候学ではなくて、量的な症候学によっているためです。「症状がほとんど一日中、ほとんど毎日あり、2週間以上にわたっている」とする規定を厳密に適用すれば、うつ病診断が一人歩きすることはないとする見方もあります。しかし、こういった規定を厳密に適用してしまうと、軽症の内因性うつ病を除外してしまう可能性が大きいように思います。DSMにおける大うつ病性障害では、重症例の多くは確かに内因性、身体因性と考えられるけれども、軽症例については、内因性の軽症と心因性・反応性の両方を含んでいます。うつ病概念の拡がりの一因は、診断基準におけるような異種性に富むうつ病概念を、従来の内因性うつ病概念に重ねてしまったためではないでしょうか。例えば、うつ病と適応障害の鑑別を考えてみますと、診断基準上はうつ病症状の強さから規定されるものであって、ストレス因の有無からの規定ではありません。ですから、ストレスによる抑うつ反応では、適応障害とうつ病の両方が存在しますが、うつ病には、ストレス因が明確なものとはそうではないものが含まれることになります。発症から間もない時期では、適応障害と反応性の軽症うつ病との鑑別が現場でいかに難しいかがわかります。

次に、SSRI、SNRIといった新しい抗うつ薬が導入されたことによって起こってきた問題について触れます。

これは先ほどの図(図2)ですが、うつ病ないしは気分障害の不自然と言えるほどの急増には、何か特別な要因があるのではないかと感じるわけです。うつ病患者、気分障害患者が急増する前年は、実は日本に初めてSSRI、SNRIが導入された年なのです。つまり、SSRI、SNRIが導入されて以後、うつ病と診断される患者が統計上急増しているわけです。SSRIの当時の保険適応はうつ病のみですから、SSRIの拡がりは、統計データ上うつ病患者の急増に反映していると考えられます。

SSRIが登場した1990年代後半には何が起きていたのでしょうか(図5)。まず、こころの問題の心理学化・医療化の流れが加速していたこと、うつ病に対する疾患イメージが変化して、うつ病が市民権を得たと

言っているほど認知され始め、もはやステイグマの対象ではなくなりつつある時期でもありました。さらに、精神科診療所が急増し精神科受療の敷居が低くなり、軽症の精神障害者の受療が増加しました。

1990年代後半におきた変動

- こころの問題の心理学化・医療化の流れ
- うつ病に対するイメージの変化
- 精神科医療の二極化・外来医療へのシフト
- DSM-IVの流布・浸透(日本語訳1995年)
- 適応症の広い[診断精度を問わない:永田俊彦] SSRIの登場(1999年)
- 戦後家族モデルの解体
- 労働環境の変化

(図5)

加えて、先述の国際的な診断基準が浸透していきます。そしてさらに、適応症の極めて広いSSRI、SNRIの導入があったわけです。SSRIについて、永田俊彦先生は「診断精度を問わない」という非常に厳しい言い方をされていますが、裏を返せば、三環系抗うつ薬では、副作用の強さが真の適応であるうつ病を見極めてきたとも言えます。さらに、社会的、時代的な変動として、労働環境の急激な変化に加え、戦後の家族モデルが転機を迎えたとする見方(山田昌弘先生による招待講演を参照)もあります。

SSRIの国内外での適応症

	セルトラリン	パロオセリン	フルボキサミン
適応症(国内)			
うつ病	●	●	●
パニック障害	●	●	●
強迫性障害		●	●
社会不安障害			●
適応症(外国)			
うつ病	●	●	●
パニック障害	●	●	●
強迫性障害	●	●	●
社会不安障害	●	●	●
外傷後ストレス障害	●	●	●
月経前不快気分障害	●	●	●
食慾性不安障害		●	●

(図6)

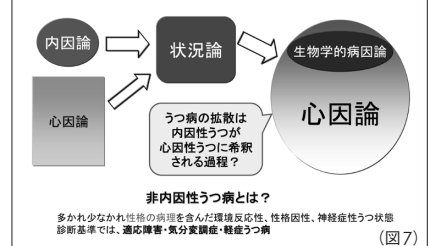
図6は、SSRIの国内外での適応症を示していますが、うつ病にとどまらず、パニック障害、強迫性障害、さらには社会不安障害と、神経症圏に適応を有することがわかります。ですから、この薬の治療効果、臨床適応からすれば、うつ病にとどまらず神経症圏へも軸足を置く薬であることを知っておく必要があります。

三環系抗うつ薬のうつ病への効果を見出したKuhn, R (1958)は次のように述べています。「うつ状態の治療で最も重要な問題は、imipramineの正しい適応を見出すことである。治療の成功はすべて、正しい適応が選択されることにかかっている。この薬剤の主たる適応は疑いもなく内因性うつ病である。」内因性うつ病に対する抗うつ薬の治療効果に言及しているの

ですが、現在、薬が総じてうつ病に効果があるとは、言い難くなってきていますし、そもそも内因性という概念すらあまり顧みられなくなってきています。

三環系抗うつ薬の時代にもすでに、松本雅彦(1982)は、「神経症性うつ病—未熟型の増加には、広汎な神経症のカテゴリーから、その病像に抑うつの徴候を見出し、うつ病圏にひきつけて診断する治療者側の近年の傾向も無視できない。この神経症のうつ病圏へのズレ込みには、三環系抗うつ薬投与の一般化という要因があずかって大きいのではないか。」と述べています。このように考えてきますと、昨今の軽症うつ病の増加には、SSRI、SNRIといった重篤な副作用が少ない抗うつ薬投与の拡がりによるところが大きいと考えるのが自然だと思っています。

うつ病病因論の変遷



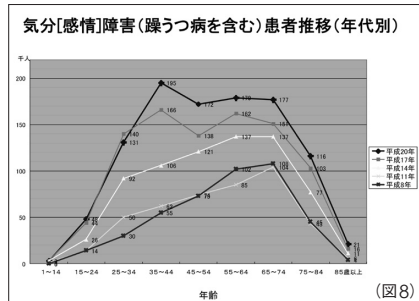
(図7)

うつ病の病因論として、例えば内因論と心因論の二元論が、状況論というかたちで架橋されていきます(図7)。しかし、ストレスによってだれもがかかり得る疾病としてうつ病が位置づけられる現状では、心因論が安直に拡大しているとも言えます。そうした肥大した心因論上にあるうつ病に対して抗うつ薬の反応性が強調されるとすれば、拡大した心因論に生物学的な病因論が織り込まれているという矛盾を感じます。

次に、これは議論があるところですが、内因性うつ病が、変貌しているのではないかとこの点です。特にパーソナリティ要因が関係する気分変調で受療するケースが増加し、時にはうつ病と診断をされることもあるでしょう。パーソナリティ障害における抑うつとうつ病との関係は、相変わらず重要な課題だと思います。

図8は、先ほどの患者調査(図2)の年齢分布を示しています。SSRI、SNRIが登場する前である平成8年、11年では、中高年層にピークがあります。我々が中核的なうつ病を中高年層にみてきたことと符合いたします。ところが平成20年のパターンをみますと、確かに中高年層でも増えているのですが、20代から30代、40代前半にか

けての若年層に新たに大きなピークが出現していることがわかります。若い人が抑うつを訴えてわれわれのもとを多く訪れるようになってきていることを、この図も裏付けています。例えば、パーソナリティ要因と関係した気分変調の増加では、こうした背景を考慮しておく必要があります。



発症・受療の若年層化がもたらす意味

- 自己愛性を克服する過程の病理
社会的自立・自立における病理
自己の確立をめぐる病理
- 価値観の多様化、社会倫理・規範の弱体化の影響
・秩序志向 → 脱規範
・役割意識の希薄化・自己評価の病理
- パソコン・携帯電話・インターネットの普及によるバーチャルな世界の拡がり
- 感情の深化に乏しいうつ：苦悩の慣習表現
うつ病：不適応の表現型としてアイデンティティ化 → 自己診断

(図9)

では、若い人がうつ病を発症した場合、どのようなことが問題となるのでしょうか(図9)。こうしたいわば人間的な成長・成熟の過程でのうつ病の発症に対して、40代、50代におけるうつ病を中核的としてきたこれまでの発症機転への理解が通用しにくいのは当然なのかもしれません。うつ症状が深まらず、ディスチミア親和型、逃避型、未熟型でみられるような定型的ではないうつ症状の表出が多くみられるのは、発症年齢依存的な問題と捉えることもできます。発症年齢によって抑うつの症状表出が変わることは、社会文化的変動の症状表出への影響とともに、今後さらに検討すべき課題だと思います。

次に、内因性うつ病の変貌におけるストレス因と環境因への着目について触れます。社会文化状況の変動は、労働環境や家族環境の変化と言ってもいいかもしれませんが、広く環境要因への着目です。

規範が弱体化し価値観が多様化している時代にあつては、真面目で几帳面、折り目正しく仕事熱心といった従来のメランコリー親和型のような病前性格が、うつ病の典型的な病前性格として、もはや通用しにくくなっていることは繰り返し指摘されています。例えば市橋秀夫先生は、日本的な執着気質文化から自己愛性人格文化への

変化という視点で捉えています。最近なら、ソフト・バイポーラー (soft bipolar) へのシフトと言えるのかもしれませんが、つまり、エネルギーが内に向かわず、外に向かって自責的にならず他罰的な傾向が目立つ背景に、時代的な要因をみるわけです。

労働環境の変化という視点からは、グローバル化、IT化のなかで、終身雇用制・年功序列制は終焉に向かい、非正規社員の増加をはじめとする雇用の不安定化、裁量労働制の普及、成果主義の台頭など、過酷で急激な労働環境の変化がうつ病の発症に関係しているとも言われます。

戦後家族モデルの変化については、招待講演の演者である山田昌弘先生が詳しく論じておられるのですが、1998年以降、戦後家族モデルが解体期を迎え、新たな家族モデルを構築すべき時期に来ているのだが、個人化が進展する一方で、経済的な基盤が不安定化しているため、新たな家族像を見出せずにいるとされています。家族の病理を論じることは難しいですが、現場で感じるのは、家族の絆が希薄になったことによる問題だけではなく、家族の絆が緊密過ぎるが故の病理、あやうさ、脆さも目立つように思います。

うつ病の軽症化・病像の多様化とその背景

- 1) 治療的側面：新規抗うつ薬導入による功罪
- 2) 社会文化的側面(ライフステージ論・時代論から)
価値観の多様化、社会倫理・規範の弱体化の影響
→ 発症・受療の若年層化
→ メランコリー親和型性格者の表現型変化・衰退
→ 現代型うつ病・うつ病バリエーションの台頭
→ うつ発症とパーソナリティ水準・障害
- 3) 疾病学的側面：双極性成分(bipolarity)への気づき
「双極スペクトラム」への発展→双極性概念の拡大

(図10)

以上のように、うつ病の軽症化や病像の多様化の背景には、まず、副作用が少ないとされる新しい抗うつ薬の導入があり、さらに、価値観が多様化し倫理規範が弱体化しているなかで、若い人がわれわれのもとを多く訪れているようになっている点をあげることができます。その結果、薬と休養が柱という従来のアプローチよりむしろ、うつの発症とパーソナリティの問題を考える必要があるケースが多くなっていると言えるでしょう(図10)。

さらに3つ目として、疾病学的な側面として、双極性成分(bipolarity)への気づき、双極スペクトラムの問題があります。ここでは、その臨床的な意義と時代的な背景についてお話をいたします(図10)。

双極スペクトラムでは、症候学的には軽

躁ないしは躁うつ混合状態を緩やかにとらえることで、双極Ⅱ型概念を拡大して捉えています。もう一つのポイントは、従来の双極性障害と単極性のうつ病という二元論を、気分障害のなかにbipolarity(双極性因子、躁的成分)を見出すことで、一元論的にとらえようとする視点です。気分障害におけるbipolarityを適切に評価することで、従来の単極性うつ病とされてきたなかに双極性障害への親和性を見だし治療的なアプローチに生かそうとする試みと言えるでしょう。Akiskal, H.S.による双極スペクトラムでは、パーソナリティに問題を抱えながら気分変調をきたすようなケースをも気分障害に取り込んでいるようにみえ、気分障害そのものの輪郭を拡げているように感じます。ただし、こうした考え方に立てば、双極性障害の過剰診断につながりかねないため、基調講演のGhaemi先生のように内因性にとどまろうとする立場もあります。双極スペクトラムを理解する上で留意すべき点です。

双極スペクトラム概念を規定する重要な症候として、躁うつ混合状態があります。気分障害の診断で、躁うつ混合状態がこれまであまり取り上げられなかった理由は、躁うつ混合状態をどうとらえるのかについて、コンセンサスが得られていなかったことによると思われます。DSMにおけるように非常に厳しい定義から、緩やかにとらえてしまえば純粋な躁状態とか純粋なうつ状態はないとする立場もあるわけです。例えば、強い焦燥を伴ううつ病(agitated depression)から、不機嫌さが目立つ躁病(dysphoric mania)は、混合状態を呈する気分障害の両極とみなすこともできます。考えてみると、躁うつ病の症候学では、躁病相、うつ病相という病相を重視した捉え方では不十分で、躁症状とうつ症状の混合が常に起こり得ると考えるのが自然ではないでしょうか。抑制と焦燥についても同様に思います。物事におっくうで何もできないのだが、いらいらして身の置きどころがないというような訴えは、ごく日常的だと思います。

Akiskal, H.S.による双極性うつ混合状態(bipolar depressive mixed state)では、気分の基調は抑うつ的で、気分の落ち込みを強く訴えるけれど、いろいろな考えが頭のなかを駆けめぐり、自分の気持ち、行動をコントロールできなくなっているような状態です。こうした状態に、抑うつにとらわれて抗うつ薬を投与すると、過量服薬やリストカットといった行動化のリスクを高めることがあります。そもそもbipolarityを伴ううつ病に

対して抗うつ薬を投与すれば医原性にこうした状態がもたらされるというのが彼の主張です。こうした状態は、hypomaniaと捉えれば、mixed hypomania、dysphoric hypomaniaとみなすことができるでしょう。

双極スペクトラムの臨床的意義 ～うつ病・躁うつ病二元論の解体～

- うつ症状に対して抗うつ薬が広汎に投与されている現状を認識させるとともに、抗うつ薬の不適切な投与への警鐘
 - 価値観(規範・秩序)の変化等によるうつ病前性格の変容と目立つ他罰傾向、労働環境の変化による適応的躁状態の増加といった社会文化的側面に、疾病学的側面を付与
 - パーソナリティ障害との診断を双極性障害バリエーションとして見直す視点
- ↓
- 境界水準 パーソナリティにおける躁・うつの気分変動の出現 (図11)

双極スペクトラムの今日的な臨床的意義はどこにあるのでしょうか(図11)。うつ病概念の拡散を背景に、うつ症状に対して抗うつ薬が広汎に投与されている現状を認識させるとともに、抗うつ薬の不適切な投与が不安定な経過をもたらす可能性を指摘しているように思います。また、時代的な背景としての、他罰傾向に陥りやすいとか、適応的な躁状態に陥りやすいという側面に、疾病学的な側面を与えているとも言えます。パーソナリティ障害という診断を安易に下すことなく、双極性バリエーションとしてとらえるべきだというのが、双極スペクトラムの意義を主張する論拠の一つですが、この捉え方には双極性障害の過剰診断の問題が絡んできます。

パーソナリティというのは、躁・うつを定型的なかたちにとどめおくというか、ある種の「たが」として機能している部分もありますので、境界水準の病理・病態における躁うつの気分変動の出現という視点も、重要だと思います。双極スペクトラムの中核的な症候である躁と躁うつ混合状態、気分不安定性の要因を考えていく上で、疾病性以外の要因として、抗うつ薬による病像の修飾、時代的、社会文化的な背景、さらには、パーソナリティ、病態水準の関与という視点が必要ではないでしょうか。例えば、病態水準を考慮すれば、うつ、躁も正反対の症候と考えるべきではなく、うつ症状が深まると躁状態に突き抜けるとみなすのが妥当でしょう。

また、双極スペクトラムで強調される躁の意味するところを考えても、双極性因子の存在にとどまらず、うつ病の回復期、適応的な躁、抗うつ薬による精神症状などがあげられますが、パーソナリティや病態水準の問題もやはり重要だと思います(図12)。

躁の意味するところ

- 双極性因子(bipolarity)の存在
- うつ病の回復期
- 適応的躁
- 抗うつ薬の関与
- パーソナリティ・病態水準

(図12)

うつ状態があれば、うつ病と即断できないように、躁をみれば、双極性障害、双極スペクトラムと診断できるわけではありません。病態水準という視点からすれば、例えば軽症の統合失調症やパーソナリティ障害における躁・うつの気分変動なども強調されるべきです。うつ症状や躁症状を気分障害に特異的な症状とは言えませんが、躁の存在によって何の躊躇もなく双極スペクトラムと診断するならば、双極性障害の概念はたちまち拡散し、双極性障害の過剰診断に至ることは明かです。結果的に、気分安定薬の過剰投与、薬物療法偏重につながりかねません(図13)。

躁・うつの症候把握と疾病評価

- 症状評価・疾病評価
うつ状態≠うつ病、躁・うつ≠双極性障害
 - 統合失調症との鑑別
 - パーソナリティ水準の問題、パーソナリティ障害との鑑別・併存
- 双極スペクトラムの問題点:躁・うつの非特異性
双極性概念の拡散⇒双極性障害の過剰診断
 - 躁症状・うつ症状出現への心的水準・パーソナリティ水準の関与という視点を欠く
 - 統合失調症圏に出現する気分症状への言及に乏しい
 - 薬物療法偏重のリスク

(図13)

自殺予防を念頭に置いた 精神症状へのアプローチ

衝動性 ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ ⇒ 情動の安定化

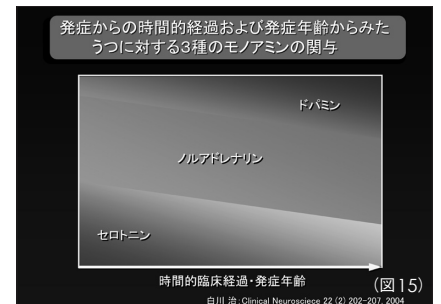
不安焦燥 ↓
妄想 ↓
抑うつ ↓
行動化

(図14)

次に、薬物療法のあり方から、病態把握の大切さについて考えてみたいと思います。適切な抗うつ薬投与に求められるものは何かですが、様々な症状にそれぞれに異なる薬で対応するのは、不適切なアプローチです。標的症候はまず何かということを決めて、治療上の優先順位を考えながら薬物療法を行っていく必要があります。例えば、希死念慮の強いうつ病にみられる不安・焦燥、妄想、抑うつという3つの症状のうち、自殺の回避を念頭におけば、不安・焦燥や妄想の軽減が抑うつからの回復よりも治

療上の優先順位は高いのではないのでしょうか。また、うつ病を含む気分障害全般についても、情動の安定こそが治療目標として重要と考えています(図14)。

また、通常のガイドラインとかアルゴリズムではあまり触れられていないのですが、うつ病治療において、病期や発症年齢を考慮した抗うつ薬選択が重要と考えております。



(図15)

これは私見にすぎませんが、発症年齢あるいは臨床経過のステージにおいてモノアミンの関与は異なるように感じています(図15)。例えば若い人では、SSRIに対する治療反応性が高い一方で、アクチベーション症候群などを起こしやすいことが知られています。つまり、若年者のうつ病では、セロトニンの病態が深く関わっていると言えないでしょうか。高齢者では、ノルアドレナリンやドーパミンの病態を念頭におく必要があるように思います。臨床経過を考える上でも、日常生活はそれなりに普通に暮らせるけれど、仕事への意欲がわかないとか、億劫さがとれないなどの状態は、ノルアドレナリンさらにはドーパミンの病態が関係しているように思います。

抗うつ薬の増強療法 (augmentation therapy)

- 炭酸リチウム bipolarity
- 非定型抗精神病薬 bipolarity・schizoid
- ドパミンアゴニスト 抗うつ作用補完
- 甲状腺ホルモン 抗うつ作用増強

(図16)

抗うつ薬による治療効果が乏しい場合に試みられる治療法として、抗うつ薬の増強療法があります(図16)。主な4つを挙げています。最もエビデンスのある炭酸リチウムでは、双極性因子の存在、双極性への親和性が示唆されますし、非定型抗精神病薬では、統合失調症への親和性は当然ですが、欧米での治療適応を考えると、双極性への親和性も考慮すべきでしょう。さらに、ドーパミン・アゴニストについてです。現在我が国で投与可能な抗うつ薬は、セロト

ニンないしはノルアドレナリンの神経伝達を強化する薬であって、ドーパミン神経伝達を直接強化する薬はありません。抗うつ作用を補完する意味でドーパミン・アゴニストの投与は一つのアプローチかと思います。甲状腺ホルモンでは、抗うつ薬の作用増強作用が指摘されています。

うつ病とその背景：鑑別診断



(図17)

抗うつ薬の増強療法からみえてくるのは、うつ病の診断をめぐる問題です(図17)。炭酸リチウムや非定型抗精神病薬の効果を念頭に置けば、双極性障害のうつ状態を疑い、ついで、統合失調症への親和性(シゾイド)でしょうか。統合失調症が軽症化し、不適応の結果受療するケースが増えているように思います。さらには、パーソナリティに問題を抱えて抑うつとなり受療する方が多いですし、発達障害の問題も無視できないと思います。しかし、何よりも大切なことは、適応障害的な抑うつというか、環境要因、心理社会的要因が契機となって、多くの方が受診するようになっている現状を認識しておくべきです。薬の効果を過度に期待するアプローチが奏効しないのは当然です。案外看過、軽視されていることかもしれません。

- 疾病性(内因性)を見抜く視点
- 疾病性か反応性か(疾病かパーソナリティか)の二者択一にとらわれない：相互移行すらありうる
- 環境要因(職場環境、家庭環境など)および個人要因(パーソナリティ、役割意識、アルコール問題など)評価の重要性

(図18)

最後に、うつ病におけるしなやかな病態把握とはどういうことかを述べたいと思います。結論から先に申し上げると常識的、基本的なところに落ちていてしましますが、疾病性を見抜く眼差しは何よりも大切だと思います(図18)。ただし、疾病性にとらわれ過ぎてはいけない。疾病性か反応性かあるいは性格因性かの二者択一に陥らない柔軟さも必要です。特に、疾病性以外の要因として、環境要因や個人要因に対す

るきめ細やかな評価が、昨今のうつ病臨床では強く求められているように思います。また従来は、疾病性を見抜く上で、神経症水準か精神病水準かの鑑別が重視されてきたわけですが、最近では、パーソナリティ障害でみられるような境界水準の病理を問題にすべき場合が増えてきているように思います。

横断的診断的アプローチから

より縦断的治療的なアプローチの重視

一しなやかな病態把握へ

- 内因性の気分変動
- パーソナリティの統合水準・病態水準
- 対象関係のありかた、環境因への気づき
- 抗うつ薬の影響

《精神科診療の基本・原点への回帰》

(図19)

うつ病診断をめぐる錯綜した状況からすれば、横断的、診断的なアプローチにとどまらない、より縦断的で治療的なアプローチを重視する必要があると思います(図19)。そのためには、精緻な臨床観察に基づいたしなやかな病態把握が求められます。具体的には、内因性の気分変動への気づき、疾病性への気づきが要ですが、パーソナリティの成熟度や統合水準、さらには病態水準という視点、対象関係のあり方や環境因への気づきも大切です。さらに、抗うつ薬投与によって、経過・病像は修飾され、病態の把握が難しくなることへの認識です。

こういったことは、精神科診療の基本、原点であるのですが、その原点への回帰が今求められているように思います。

ご清聴有り難うございました。