


平成23年度・精神科医と一般かかりつけ医の連携強化事情
精神科専門スタッフのチャレンジ研修
10/23/2011

気分障害を的確に診断し、
適切な治療へ


名古屋大学・大学院医学系研究科
精神医学・親と子どもの心療学分野：尾崎紀夫



1

本日の講演内容


- ◆精神医療への期待
- ◆伝統的診断によるうつ病
 - ◆メランコリー親和型
- ◆DSMによるうつ病
 - ◆適応障害
- ◆うつ病治療の基本
- ◆薬剤の適性使用
- ◆双極性障害の診断と治療



2

本日の講演内容

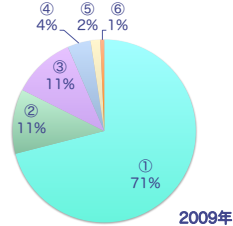
- ◆精神医療への期待
- ◆伝統的診断によるうつ病
 - ◆メランコリー親和型
- ◆DSMによるうつ病
 - ◆適応障害
- ◆うつ病治療の基本
- ◆薬剤の適性使用
- ◆双極性障害の診断と治療



3

2010/9/7 日本経済新聞

自殺・うつ、経済損失2.7兆円 厚労相発表



2009年

- ◆①自殺によって失われた生涯所得の総額：1兆9028億円
- ◆②生活保護受給者への給付金：3046億円
- ◆③医療費：2971億円
- ◆④休業している6万1357人の賃金所得：1094億
- ◆⑤労災補償：456億円
- ◆⑥失業した求職者2万4254人の給付金：187億円

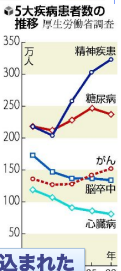
4

(2011年8月1日 朝日新聞：ニュースがわからん)

精神疾患が加わった「5疾病」って？

- ◆厚生労働省は7月6日、「4疾病」と位置付けて重点的に対策に取り組んできた、ガン、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病に、新たに精神疾患を加えて「5疾病」とする方針を決めた。
- ◆うつ病や統合失調症など精神疾患の患者は年々増え、従来の4疾病をはるかに上回っているのが現状で、重点対策が不可欠と判断。
- ◆国の医療政策の基本指針に精神疾患を加える方針。この指針を基に都道府県は地域医療の基本方針となる医療計画を作る。

障害者基本法改正(h23/8月)で発達障害も組み込まれた



05 08

2004年版 (2009年発表) 日本におけるDALY (Disability Adjusted Life Years)

順位	疾患	DALY %
1	脳血管疾患	6.8
2	認知症	5.4
3	うつ病	5.0
4	虚血性心疾患	4.6
5	意図的な怪我	4.3
6	難聴	4.2
7	骨関節症	3.5
8	肺がん	2.9
9	胃がん	2.7
10	大腸直腸がん	2.6
11	下部気道感染症	2.3
12	喘息	2.1
13	肝がん	1.8
14	黄斑変性	1.7
15	意図的でない怪我	1.7
16	慢性閉塞性肺疾患	1.7
17	交通事故	1.6
18	双極性障害	1.4
19	アルコール乱用	1.4
20	統合失調症	1.3

- ◆病気がおよぼす影響には、「命を失うこと」と「生活に障害を受けること」の二つがあり、WHO や世界銀行は、この両者を合計した障害調整生命年 (DALY) を算出
- ◆精神神経疾患はDALYのトップであり、医療上、医学研究上、最大の標的と位置づけられた
- ◆日本人の健康を脅かすトップ20疾患のうち5つが精神神経疾患

本日の講演内容

- ◆精神医療への期待
- ◆伝統的診断によるうつ病
 - ◆メランコリー親和型
- ◆DSMによるうつ病
 - ◆適応障害
- ◆うつ病治療の基本
- ◆薬剤の適性使用
- ◆双極性障害の診断と治療



7

うつ病の診断

伝統的診断
・ア
・環
・基

現代型うつ病？ 新型うつ病？
適応障害？ 非定型うつ病？ 発
達障害？

あれも「うつ」、
これも「うつ」????

操作的診断

- ・症状の数と期間の規準が揃えばうつ病とする
- ・他の条件は問わない (多軸診断と併存診断を行う)
- ・この基準は暫定的なもので、今後、検討する

うつ状態の臨床的分類に関する研究：笠原一木村分類

型	性格	状況	抗うつ薬 への反応	経過	年齢	病前適応	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	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 回復	初発は若年 に多し	良だが、メラ ンコリー型ほど でない	うつ病 内因性
III 脆弱反応型	未熟 配慮性少 なし	負担・弱点に なる困難、対人 葛藤	ほぼ無効	慢性化	10-20代 と40-50 代	神経症傾向	初うつ神経症 反応性 退行期
IV 偽循環型分裂病 (境界例)	分裂質	個別化危機	無効 精神療法 も無効	分裂病症 状へ	青年期後期	少年期規範的 自己同一化困 難前駆	神経症性 境界型 分裂質
V 悲哀反応	特徴無し	悲哀体験	無効	一過性	特徴無し	特徴無し	反応性

メランコリー親和型性格

- ◆秩序指向性、他者配慮性、徹底性といった性格傾向。毎日が特に問題なく、決められたとおりに過ごしている時は、勤勉で真面目な人として周囲の評価も良好
- ◆性格の持つ落とし穴
 - ◆ 他人との円満な関係に気を使うあまり、個人としての自由さがそこなわれてしまう
 - ◆ やり出すと徹底的にやりたい傾向があるが、ちょっと疲れて不調になると、一層徹底的にやりたくなり、自分の限界を越えがち
 - ◆ 新しい環境に臨機応変になじむという点で不器用
- ◆ 発病の危機：慣れ親しんだ生活から離れ、新しい秩序の構成が必要な時
 - ◆ 昇進、配置転換、転勤
 - ◆ 新たな達成課題、試験
 - ◆ 病気、負傷
 - ◆ 居住環境の変化 (転居、改築、新築)

急性期うつ病患者への対応 (笠原の小精神療法)

- ◆ まず「病氣」であって「なまけ」ではないこと
 - ◆ まれな病氣ではない
- ◆ 薬物療法：抗うつ剤の効果と副作用
- ◆ 精神的な休息を確保すること
- ◆ 療養中は「人生の大決断」をしないこと
- ◆ 自己破壊的な行動をしないこと
- ◆ 治療中病状に一進一退があること
- ◆ 治る病氣であること

「精神的な休息の確保」は、なかなか難しい

11

本日の講演内容

- ◆精神医療への期待
- ◆伝統的診断によるうつ病
 - ◆メランコリー親和型
- ◆DSMによるうつ病
 - ◆適応障害
- ◆うつ病治療の基本
- ◆薬剤の適性使用
- ◆双極性障害の診断と治療



12

現在の精神障害の診断分類(DSM)

- ◆ 操作的診断基準の採用
 - ◆ どの症状に着目し、その症状が幾つあれば、ある精神障害と診断するかが明確化（原因は問わない）
 - ◆ **信頼性の確保**：同じ患者を**反復して診断した際、同じ結果が得られる**
- ◆ 精神医療に関わる全て関係者の間で診断が一致
- ◆ 現時点で妥当な治療法を見いだすにも診断が重要
 - ◆ 世界の新たな臨床研究の結果（治療法など）は同一の診断基準DSMに基づいた診断をもとに発表

(DSM-IVTR : 2000)

大うつ病エピソードの診断基準

1. ゆうつ気分
 2. 興味ないし楽しさの著しい喪失
 3. 食欲の変化（減少ないし増加）
 4. 睡眠障害（不眠もしくは過眠）
 5. 無価値観あるいは自責感
 6. 自殺念慮
 7. 疲労感あるいは気力の減退
 8. 集中困難あるいは決断困難
 9. 精神運動性の焦燥もしくは抑制
 - ・ 観察項目：イライラ落ち着かないか、逆に動きが少ない
- A. 5個以上の項目が揃う（そのうち、1か2が含まれる）
B. 毎日、2週間以上続く。

満たさない→適応障害：不安抑うつを伴うの可能性

(DSM-IVTR : 2000)

適応障害：診断基準

- ◆ A. はっきりと確認できる**ストレス因子に反応して**、そのストレス因子の始まりから**3ヵ月以内に情緒面または行動面の症状が出現**
- ◆ B. これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている。
 - ◆ (1)そのストレス因子に暴露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛
 - ◆ (2)社会的または職業的(学業上の)機能の著しい障害
- ◆ C. **他の軸障害の基準を満たしていない。また、すでに存在している軸障害またはII軸障害の単なる悪化でもない。**
- ◆ D. 死別反応を示すものではない。
- ◆ E. **そのストレス因子(またはその結果)がひとたび終結すると、症状がその後さらに6ヵ月以上持続することはない**
- ◆ 主要な症状により区分：抑うつ気分、不安、行為の障害を伴う

15

適応障害：診断上の注意点

- ◆ 経過：定義上、ストレス因子開始から3ヶ月以内に起こり、ストレス因子終結の6ヶ月以内に終息
- ◆ 他の軸障害の基準を満たさない状態を記述するために設けられた残余的カテゴリー：過剰診断に注意
- ◆ 問題点
 - ◆ 症状の定義が不明確で他の診断と重なる
 - ◆ ストレス因子の定義が不明瞭
 - ◆ ストレスへの反応が正常か異常かの区別が困難
- ◆ 鑑別診断
 - ◆ パーソナリティ障害はストレス因子により悪化するので、通常、適応障害の追加診断はしない
 - ◆ PTSDや急性ストレス障害：極度のストレス因子と特定の症状群。一方、適応障害はストレス因子の程度や起こりうる症状の幅が広い

16

適応障害の症例：発症から休務まで

- ◆ 39歳、女性
- ◆ 高卒後事務職（課内庶務）、未婚、独居
- ◆ X年：同一職場内での勤務が長く、人事は職場異動を考慮したが、それを知った患者は、地下鉄内で冷や汗、吐き気が生じる。異動が消滅して軽快
- ◆ X+1年：再び異動の話が出るに伴い、同様の不調を訴えたが、異動が実行（業務は従前どおり）。不調を訴えながら、出社していた
- ◆ X+3年：昔の交際相手が同一職場に転入。ほぼ同時期、外見的に派手な若い女性が転入。数ヶ月後、「若い女性が昔の交際相手と付き合うのではないかと気になり、仕事に集中できない」との理由で、上司に異動希望提出。異動は受け入れられず、短期休務を繰り返すようになる

17

適応障害の症例：休務から復職まで

- ◆ X+4年：受診先の近医より、「うつ状態」で1ヶ月の休務診断書提出
- ◆ 復帰診断書に従い、元の職場でリハビリ出社を行うが、トイシで偶然若い女性に遭遇し、再休務
- ◆ 本人の異動希望強く、主治医からも「異動を考慮した復職が望ましい」との意見。人事と合議の上で、異動に向けた調整。
- ◆ 休務開始5ヶ月後：異動を前提として、異動先の職場でリハビリ出勤
- ◆ その後、復職支援プログラムは概ね順調に経過。ただし、環境（寒さや騒音）には過敏な様子

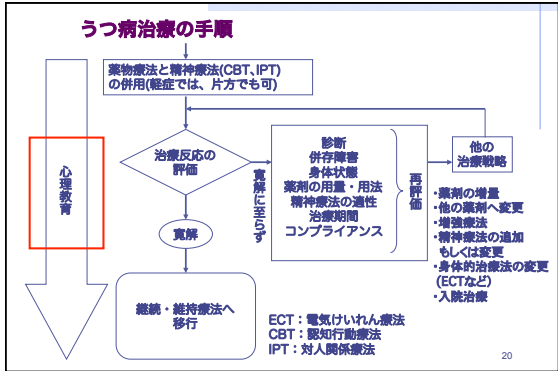
18

本日の講演内容

- ◆精神医療への期待
- ◆伝統的診断によるうつ病
 - ◆メランコリー親和型
- ◆DSMによるうつ病
 - ◆適応障害
- ◆うつ病治療の基本
- ◆薬剤の適性使用
- ◆双極性障害の診断と治療



19



患者へ「うつ病」と伝える際に

- ◆「病氣」であって「なまけ」ではない：**相手の気持ちを汲む姿勢で**
 - ◆「なまけている自分」、「弱い自分」ととらえ、自分を責めている
 - ◆決してまねな病氣ではない
 - ◆患者への病態の説明
 - 「性格は直せない」、「薬は効かない」、「今の環境ではどうしようもない」
- ◆療養中は「人生の大決断」をしないことを約束
 - ◆「極端なとらえ方」による「決断」は後悔のもと
- ◆自己破壊的な行動をしないことを約束：**関係性が大事**
- ◆「はげまし」と「きばらし」は逆効果であることを周囲に理解してもらう

21

否定的な見方によって、普段気にならなかったことが「大変だ」と感じる

「大変なことばかりだ」と思い、心の中でストレスになる出来事が増えていく

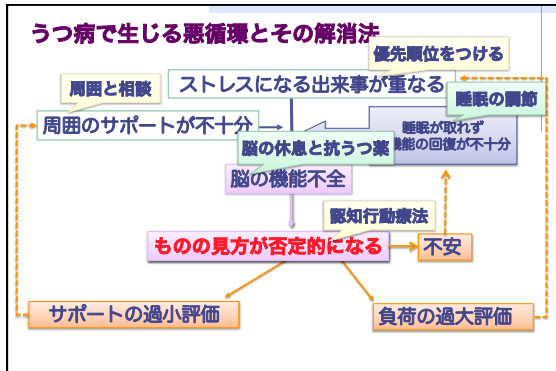
否定的な見方によって、「周囲のサポートは役に立たない」と考える

「助けてくれる人はいない」と思い、一人で抱え込む

扁桃体は不安・恐怖に際して働く

不安(外敵の存在)な時には、眠らないシステムが働く

Illustration based on LeDoux, J.E. (1994) Emotion, Memory, and the Brain. Scientific American.



急性期の「うつ病」患者には「励まし」と「気晴らしの誘い」は逆効果


- ◆ 「励まし」
 - ◆ 優先順位がつかず、「どう頑張っても良いのかわからない」ので、励まされると「頑張ろう」としても空回り
 - ◆ 「頑張れない自分」を「駄目な人間」と捉えているため、励まされると、「やはり自分は怠けていると思われている」と否定的に捉える
- ◆ 「気晴らし」
 - ◆ 症状：「興味関心がなくなり」、「楽しく思えない」
 - ◆ 「気晴らし」に対する興味もなく、楽しめない
 - ◆ 「気晴らし」に誘われると、「他者に嫌われるのではないか」と無理をして、心身共に疲弊するばかり

社会復帰期の「うつ病」患者には「励まし」と「気晴らし」に意味がある

- ◆ 「励まし」
 - ◆ 「何を今すべきか」の優先順位をつけて→「これだけはやってみよう」と励ます
 - ◆ 行動することで、「自分もやれる」という認知の回復→「やったこと」を周囲が評価すること
 - ◆ 次に「やること」を確認する
- ◆ 「気晴らし」
 - ◆ 「本当にやりたいのか」を自分自身を確認
 - ◆ 「やれそうなこと」を半分だけやってみる
 - ◆ やった後の「楽しさ」と「疲れ」を確認

本日の講演内容

- ◆ 精神医療への期待
- ◆ 伝統的診断によるうつ病
 - ◆ メランコリー親和型
- ◆ DSMによるうつ病
 - ◆ 適応障害
- ◆ うつ病治療の基本
- ◆ 薬剤の適性使用
- ◆ 双極性障害の診断と治療



医療者の自殺予見可能性

日経新聞2009年9/1

患者自殺/病院に賠償命令 仙台地裁

仙台地裁は1日、仙台市にある仙台市立総合医療センター（以下、センター）に、うつ病患者の自殺をめぐり、患者の遺族から訴訟を起こされたことについて、センターに賠償命令を出した。センターは、うつ病患者の自殺をめぐり、患者の遺族から訴訟を起こされたことについて、センターに賠償命令を出した。センターは、うつ病患者の自殺をめぐり、患者の遺族から訴訟を起こされたことについて、センターに賠償命令を出した。

- ◆ 「うつ病が人格障害とみられる症状があり、・・・事故は予見可能」
- ◆ 人格障害は自殺リスクが高いのか？
- ◆ どんな人格障害なら自殺リスクが高いのか？

現在の精神科診断(DSM)は多面的診断と評価を行う

1. 精神障害：うつ病に併存可能な疾患（不安障害等）は列記
2. 人格・知能：うつ病に高率で併存する境界性パーソナリティ障害(BPD)
3. 身体的疾患、4. 社会・心理的事象、5. 社会適応度

Am J Psychiatry 163,1 p20-6,2006

- ◆ 自殺とパーソナリティ障害
 - ◆ パーソナリティ障害：自殺死者の30%以上、自殺企図者の約40%、自殺死精神科外来患者の約50%
 - ◆ BPD患者の自殺率8%~10%
 - 60~70%が自殺企図
 - それ以上の高率で自傷行為

厚生労働省：平成22年6月24日

「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」

- (社) 日本医師会 会長
- (社) 日本精神科病院協会 会長
- (社) 日本精神神経科診療所協会 会長
- (社) 日本自治体病院協議会 会長
- (社) 日本総合病院精神医学会 理事長
- 精神医学講座担当学会議 会長
- 国立精神医療施設協議会 会長
- (社) 日本精神神経学会 会長

さて、最近の厚生労働科学研究において、精神科に受診していた自殺者が、自殺時に向精神薬その他の精神疾患の治療薬（以下、「向精神薬等」という。）の過量服薬を行っていた例（薬物が直接の死因ではない場合を含む）が多くみられるという結果が出ております。また、最近の報道にもみられるように、向精神薬等の適切な処方について国民の関心が高まっていることも踏まえ、自殺念慮等を適切に評価したうえで、自殺傾向が認められる患者に向精神薬等を処方する場合には、個々の患者の状況を踏まえて、投与日数や投与量に注意を払うなど、一層の配慮を行っていただくよう、貴会員に周知方お願い申し上げます。

向精神薬の過量服用に関する問題

向精神薬の過量服用時の危険性に精神科医は無知？？

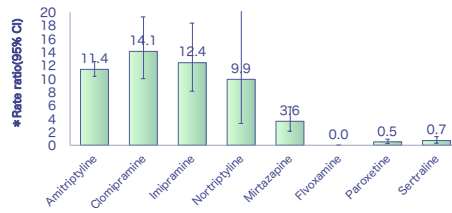


- ◆ 精神科医は、過量服用した時の危険性は大学でもほとんど教えられていないので、知識があまりない
- ◆ まず医学部でもっときちんと教えるべきだ
- ◆ どの薬が危険か？
- ◆ どう対処すればよいのか？

Br J Psychiatry 196,5 p354-8,2010

抗うつ薬の毒性比較

2000-2006年英国内で処方件数10万あたり何例の自殺既遂者が生じたか



抗うつ薬による自殺は英国の服薬自殺の20%を占める

34

(薬・毒物中毒救急マニュアル 医療ジャーナル社 改訂)

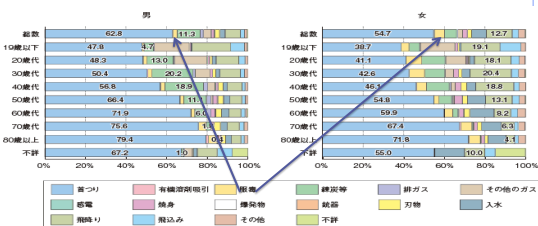
向精神薬の安全係数：マウスの致死量と臨床一日容量に基づき「何日服用すれば致死的吗」を算出

	用量(mg/day) (A)	LD50(マウス) (mg/kg, p.o.)	換算致死量 (g/60kg) (B)	安全係数 (B/A)
70% オキサジン	30~450	400	24	53.3~800
10% オキサジン	0.75~6	114	6.8	1,140~9,120
リスパリドン	2~12	82.1	4.9	408.3~2,450
オランザピン	10~20	174~211	10.4~12.7	633~1266
クエチアピン	150~750	250	15.0	20~100
アリピプラゾール	6~24	953	57.2	2383~9530
レボメプロマジン	25~200	375	22.5	113~900
炭酸リチウム	200~1,200	825	49.5	41.3~248
バルプロ酸	400~1200	1,197	71.8	60~180
ラモトリギン	100~400	205	12.3	31~123
カルバマゼピン	600~1200	3750	225	188~375
ベグタミンA錠	77.5~310	170	10.2	32.9~131.6
ベグタミンB錠	55~220	169.6	10.2	46.3~186

35

内閣府作成

自殺の手段別の自殺者数：平成20年一男女・年齢



36

過量服用について加熱する報道

朝日新聞10/14/2010「ニュースがわか
らん：向精神薬の飲み過ぎが増えるの？」

- ◆ 多剤大量処方と過量服用の混同
- ◆ 依存性、毒性に関する向精神薬間の差異が無視
- ◆ 向精神薬は対処療法であり、原因療法は「医師と話しあうこと」

放送予定

11月27日 土曜 午後10時15分～10時45分
身近な薬があなたを脅む ～向精神薬 乱用の実態～



- ◆ NHK、11/27/2010、午後10時15分～45「A to Z」
- ◆ 「急速に広がる向精神薬の乱用の実態を追跡する」

37

「いのちの日」 緊急メッセージ ：12/1/2010

- ◆ 「向精神薬等の適正使用と過量服用防止のお願い」
- ◆ 日本総合病院精神医学会、日本うつ病学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本生物学的精神医学会の共同で実施する注意喚起
- ◆ 抗うつ薬の適正使用について
- ◆ 向精神薬等の過量服用防止について

38

抗うつ薬の臨床効果に関する疑問



- ◆ 自殺のリスクを上げる？
- ◆ 抗うつ薬の有効性？

うつ病の治療抵抗性の理由

本来の治療抵抗性：生物学的異種性、心理社会的因子
不十分な投与量と治療期間

コンプライアンスの低下(特に10-12w以降)

双極性障害のうつ病相

合併精神障害（治療抵抗性例の3/4は精神障害合併：人格障害、不安障害、物質使用性障害）

一般身体疾患の合併 or 一般身体疾患による気分障害

J Clin Psychiatry64 Suppl 1,p24-31,2003, J Clin Psychiatry63,p826-37,2002

40

本日の講演内容

- ◆ 精神医療への期待
- ◆ 伝統的診断によるうつ病
 - ◆ メランコリー親和型
- ◆ DSMによるうつ病
 - ◆ 適応障害
- ◆ うつ病治療の基本
- ◆ 薬剤の適性使用
- ◆ 双極性障害の診断と治療



41

双極性障害をもたらす休務や自殺

- ◆ 勤労者対象(3,378)の疫学調査 Am J Psychiatry 163,9 p1561-8,2006
 - ◆ 頻度（12ヶ月有病率）：大うつ病性障害6.4%、双極性障害1.1%
 - ◆ 休務日数（一年あたり）：大うつ病性障害27.2日、双極性障害65.5日
 - ◆ 双極性障害が、就労上の損失を大うつ病性障害よりもたらす理由：うつ病相が、より重篤で、長期にわたる
- ◆ 気分障害患者対象の調査 J Affect Disord 104,1-3 p53-60,2007
 - ◆ 五年間で一年以上休務した者：BP1-58%, BP2-33%, MDD-16%
 - ◆ 深刻な自殺企図の既往歴：BP1-33%, BP2-27%, MDD-13%

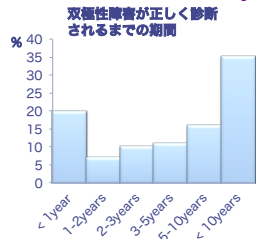
双極性障害の自殺危険因子 ：メタ解析の結果(OR:CI95%)

- ◆ 自殺
 - ◆ 自殺企図の既往歴(2.25:1.02-4.96)
 - ◆ 入院時に希望のなさを表明(9.53:1.2-76.0)
- ◆ 自殺企図・自傷行為
 - ◆ 自殺の家族歴(1.71:1.26-2.31)
 - ◆ 発症年齢の早さ(2.25:1.02-4.96)
 - ◆ 混合病相の出現(2.08:1.64-2.64)
 - ◆ 急速交代型(1.54:1.11-2.14)
 - ◆ 不安障害の合併(1.56:1.13-2.16)
 - ◆ アルコール・薬物依存(1.78:1.18-2.68)

見逃されている双極性障害

- ◆ 発症時は単極性うつ病と診断されたものの5~15%が経過中に**双極性**を示す (DSM-IVTR)
 - ◆ 双極性障害の60-70%はうつ病相から始まる(Biol Psychiatry. 2000)
 - ◆ 大うつ病性障害と診断されている患者(250名)の再診断を行ったところ1/4は双極性障害であった(J Affect Disord. 1998)
- ◆ プライマリーケアでの調査では、**双極性患者が約10%**存在するが、そのうち**双極性障害と診断されているのは、わずか8.4%**(Jama. 2005)

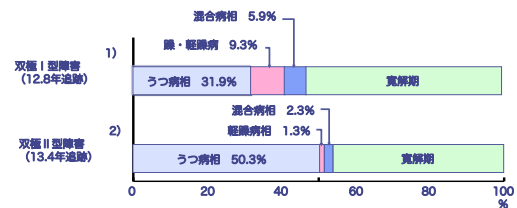
Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come?



- ◆ 誤診された経験：69%
- ◆ 誤診された回数
 - ◆ 1-3回：70%
 - ◆ 4回以上：26%
- ◆ 正しく診断されるまでに受診した医師数
 - ◆ 1-4人：68%
 - ◆ 5人以上：26%

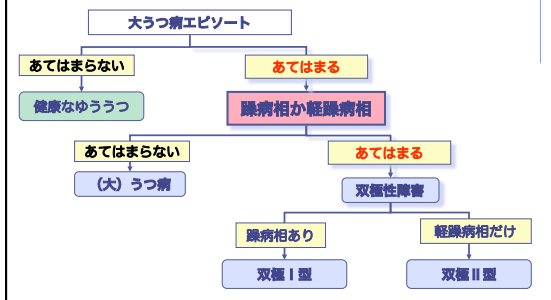
1/3以上は、診断が修正されるまでに10年以上経過

双極性障害の経過中に各病相が占める比率



うつ病相の占める割合が多い!

気分障害の基本的分類 ：うつ病相の有無からスタート



うつ病相発症前後の状況を検討する中で、過去の躁病相を同定する

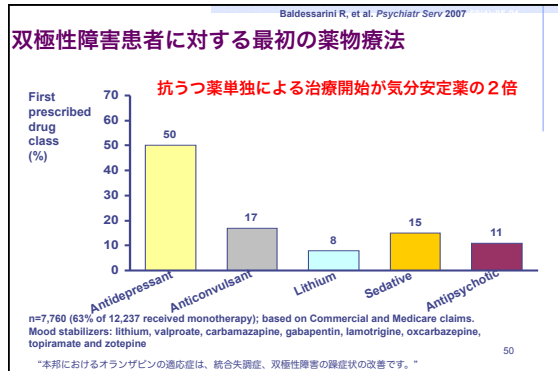
- ◆ 「発症前後の状況」：家族、同僚とともに
- ◆ 躁病相を「良かった時期」と捉えている本人の自尊心を傷つけない配慮：「上がっていた時期」などの**否定的言葉は使わない**
- ◆ 気分の高揚あるいは多幸感よりも過活動から確認
- ◆ "うつ"になる前の頑張りや、"うつ"の切っ掛けになることがある
 - ◆ 睡眠時間が短くても頑張れた
 - ◆ 良いアイデアが次々浮かぶ
 - ◆ 仕事がバリバリ出来る
 - ◆ 自信を持って、話すことができる
 - ◆ でも、何だかイライラして腹が立つことがある
- ◆ 双極性障害の発症は低年齢の場合が多い
 - ◆ 生活を丁寧に聞く：躁病相、軽躁病相と考えて良い時期、例えば、突然の転職や起業、浪費と考えて良い行動、思わぬ事故に遭遇していることなどに着目

Bipolar Disord 10,1 Pt 2 p144-52,2008

双極性うつ病相と大うつ病の鑑別試案

Bipolar Dep (以下の5つ以上)	Maj Dep (以下の4つ以上)
過眠	就眠障害・不眠
食欲亢進 (体重増加)	食欲低下 (体重減少)
その他の非定型うつ病像	
精神運動性の抑制	活動性の低下が見られない
精神病症状	身体的愁訴
気分症状の不安定さ	
若年発症(25歳以下)	25歳以上の発症
うつ病相の再発 (5回以上)	6ヶ月以上の罹病期間
双極性障害の家族歴	双極性障害の家族歴なし

過去のうつ病相回数による双極性障害の予測 (Paris RH, et al., Am J Psychiatry, 2006)
 1-5(16:9-28); 6-25(41:23-71); >25(361:132-986)



Manic-Depressive Illness 2007

双極性障害における抗うつ薬

- ◆ 抗うつ薬治療中の再発可能性増大が複数のランダム化プラセボ対照比較試験で確認されている
- ◆ 抗うつ薬単独の使用は慎む
- ◆ 気分安定薬に抗うつ薬を追加する可能性は、重症な双極性障害うつ病相の治療法として残す
 - ◆ Liの血中濃度を0.8mEq/Lにしてみる (Am J Psychiatry 158,6 p906-12,2001)
- ◆ 抗うつ薬を使った場合、うつ病相が軽快したら漸減、中止。中止によって繰り返し再発する場合に限り継続投与

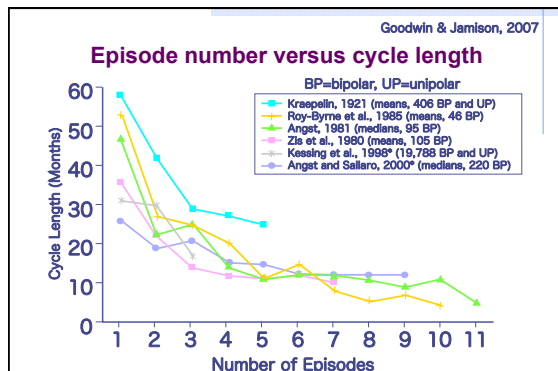
双極性障害に抗うつ薬を単独使用すると不安定化して自殺企図の可能性

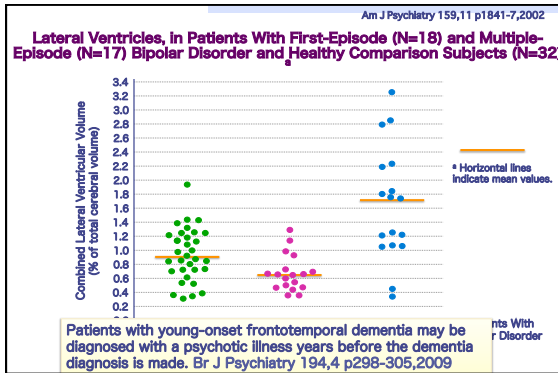
双極性障害治療の原則

- ◆ 双極性障害を見いだすことの重要性
- ◆ 再発予防の重要性: 各病相への対応から経過に対する対応へ
- ◆ 双極性障害に対する十分な心理教育
 - ◆ 治療アドヒアランスの維持
 - ◆ 躁への希求: 「うつは避けたい」—治療合意のポイント
 - ◆ 再発要因と初期症状を患者が知る
 - ◆ 睡眠覚醒リズムの乱れ(特に断眠状況)が躁転につながる
- ◆ 薬物療法
 - ◆ 気分安定薬が基本 (血中濃度を十分に)
 - ◆ 新規抗精神病薬も考慮
 - ◆ **ベンゾジアゼピン系薬剤による脱抑制や抗うつ薬による不安定化に注意**

双極性障害患者が、言われて困る言葉 患者会: ノーチラスの会など

- ◆ 疾患に関する誤解
 - ◆ 「あなた、病気に見えないよ。正常じゃない」「元気そうだね」
 - ◆ 「原因は何なの?」「気の持ちようだよ」「真面目すぎるんだよ」
 - ◆ 「二大精神病」
- ◆ 治療に関する誤解
 - ◆ (毎日、親から電話)「いつになったら治るの」
 - ◆ (親友から)「治す気があるのか。自己管理がなってない。病気を自慢するな。人生の言い訳にするな」
 - ◆ 「太った」
 - ◆ 「何時まで薬を飲み続けているのか。薬に頼るな。病気に甘えている」
 - ◆ 「きっと薬のせいだよ」

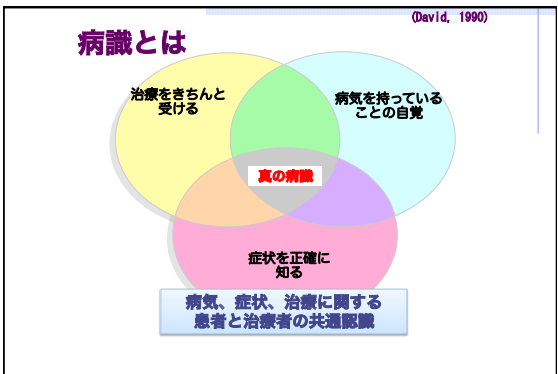
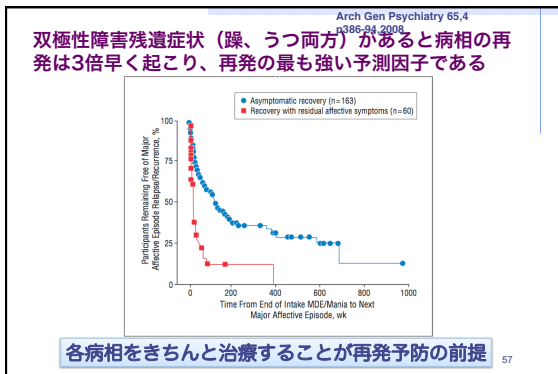




維持療法の重要性

- ◆ 双極性障害の再発性が高い (90%以上) 点を考慮し、再発予防が重要
- ◆ 患者・家族にも十分な理解を得る必要
- ◆ 躁病相が一度でもあれば、再発予防治療に導入
- ◆ 双極2型：3回以上の軽躁病相あるいは頻回かつ重症の大うつ病エピソード

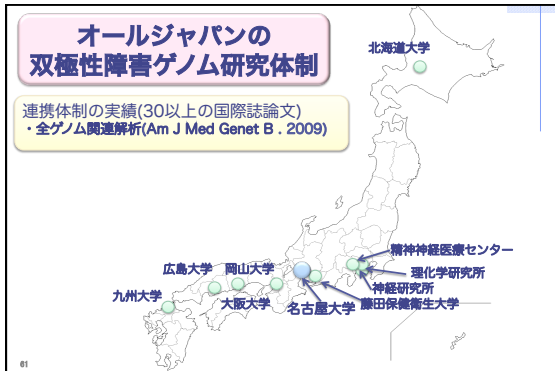
56



双極性障害診療の限界

- ◆ 病相回数：ほぼ全例再発し、回数は2~30回と幅広いが、平均9回程度。人生の20%を病相に費やす
- ◆ 現存の薬剤による再発予防効果：50%に過ぎず
- ◆ 回復：職業的・家庭的な機能上の回復 (functional recovery) は、2年後でも40%の患者しか得られていない
- ◆ うつ病相を呈する場合の鑑別不能な症例
 - ◆ 「僕はうつ病として治療され、ちっとも良くなりず、苦しい時間を過ごしました。双極性障害の診断法を早く開発して下さい」

病態解明による診断法・治療法開発が必要!



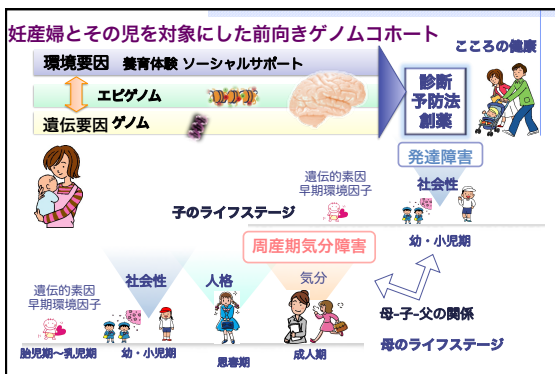
うつ病の治療抵抗性と再発の問題

(Biol Psychiatry, 2003)(J Clin Psychiatry, 2002)

- ◆ 治療抵抗性症例の存在
 - ◆ 抗うつ剤単剤で完全寛解：30-40%のみ
 - ◆ 10-20%:二年後も回復せず慢性化
 - ◆ 10%：複数のうつ病治療によって十分な効果が得られない
- ◆ 再発の問題
 - ◆ 抗うつ剤による維持療法中の再発：20-35%

病態を解明し、病態に即した治療法・予防法を!!

62



大学院で身に付けて

大学院入学希望の方は
 尾崎紀夫までメールで連絡を
 (所属医局は問いません
 医師以外に心理士、精神保健福
 祉士、薬剤師も在籍)

Googleで「尾崎紀夫」と入れて
 最初にヒットするサイトに
 メールアドレスあり

視点

