

精神科医と一般かかりつけ医の連携強化事業  
”精神科専門スタッフチャレンジ研修”

## 気分障害

(薬剤の適正使用・復職支援を含む)



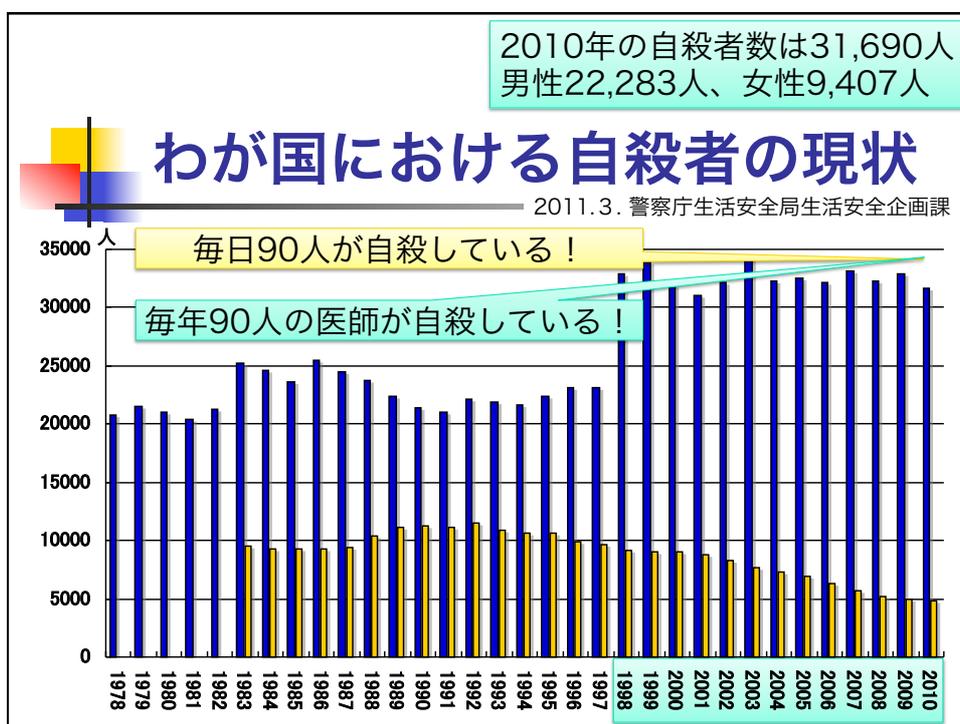
藤田保健衛生大学医学部  
精神神経科学 内藤 宏

2011年12月11日 精神科専門スタッフチャレンジ研修

## 気分障害

(薬剤の適正使用・復職支援を含む)

- 自殺の背景とうつ病
- うつ病軽症例の理解
- 自殺のリスクの評価
- 双極性障害の鑑別
- 不安障害の併存 (Comobid)
- 気分障害の治療
- 復職リハビリ



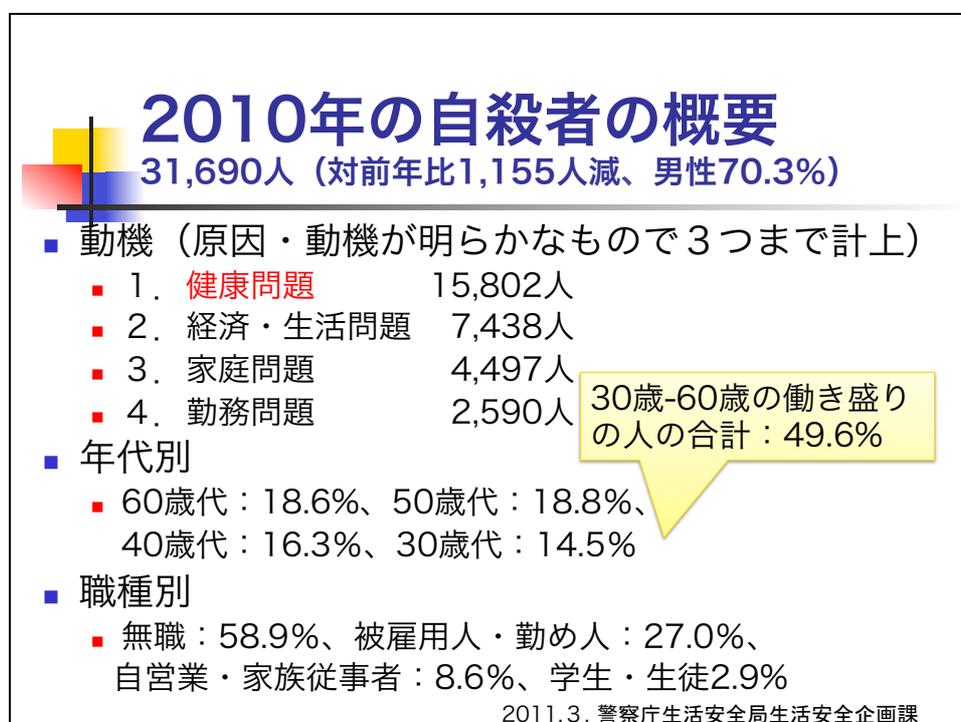
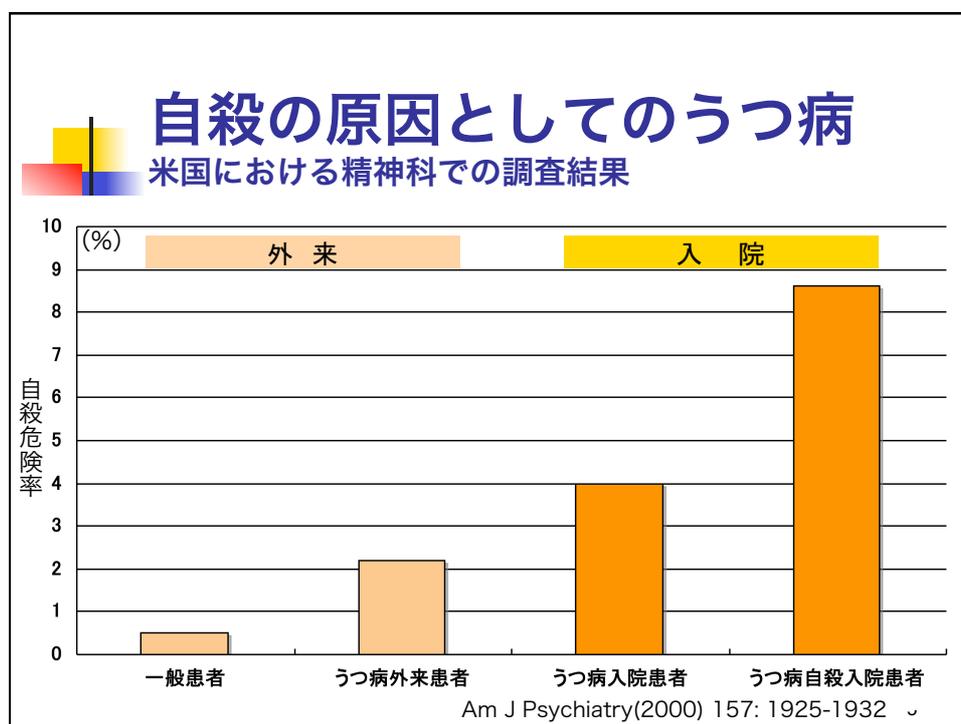
## 過労自殺事件

2000年3月24日 最高裁第二小法廷判決

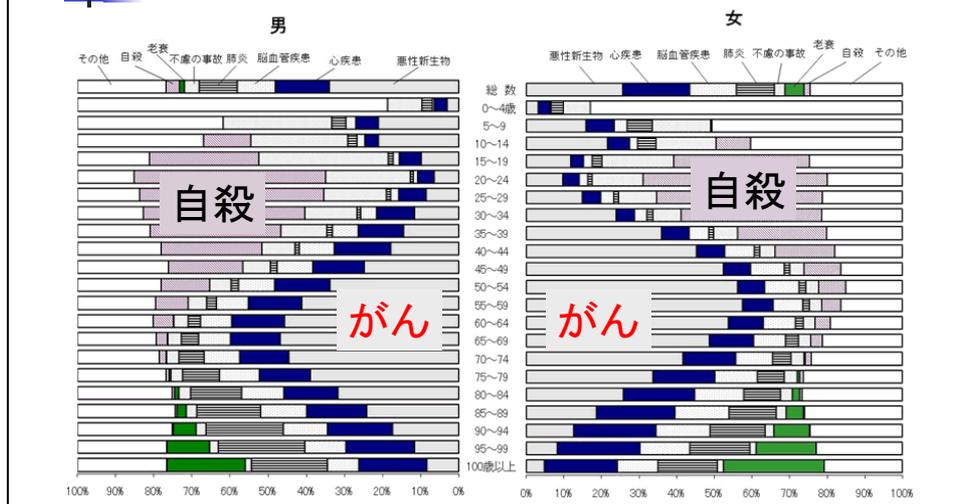
- 大手広告代理店入社2年目の24歳男性社員が、長時間労働の末自殺。両親が損害賠償を求めて訴訟。
  - 争点1：長時間労働と自殺の因果関係
  - 争点2：安全配慮義務違反等の過失の有無
- 過労自殺事案での初の最高裁判決であり、「業務上精神障害の指針」作成のきっかけ。
  - 裁判所の見解：上司が長時間労働を軽減する具体的方法を行わず、死の直前には健康状況が正常でないことに気づいているのに、何等具体的措置をとらなかったことは、安全配慮義務違反であるとした。

第二審では本人・家族の過失にも言及した

4



## 性・年齢階級別にみた主な死因の構成割合 (2008)



## 事業場における労働者の心の健康づくりのための指針 (旧指針)

厚生労働省労働基準局労働衛生課、2000年8月9日

### ■ 基本事項

- メンタルヘルスケアの重要性を認識
- プライバシー保護・労働者の意思尊重を優先

30-60歳が自殺  
職場での滞在時間

### ■ 4つのケアの推進

労働者自身による「セルフケア」  
管理監督者による「ラインによるケア」  
「事業場内の安全衛生スタッフ等によるケア」  
「事業場外専門家(医療機関等)によるケア」

### ■ 取り組みの内容

- 管理監督者や労働者に対する教育研修
- 職場環境等の改善
- 労働者が自主的に相談しやすい体制の整備

8

## 労働者の心の健康の保持増進のための指針 (新指針) 厚生労働省、2006年

- こころの健康の保持増進に一層取り組む
  - 二次予防から一次予防へ
  - **良い職場作り**
- 4つのケアを念頭に置いた対応の推進
  - 現場の上司等、実態に応じたもの
  - 家族による管理も推奨
  - 具体的には産業医の教育
  - 受け皿を確保した上でのスクリーニング

労働者自身による「セルフケア」

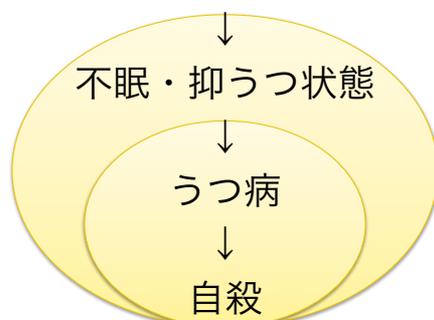
管理監督者による「ラインによるケア」

「事業場内の安全衛生スタッフ等によるケア」

「事業場外専門家（医療機関等）によるケア」

## メンタルヘルスの悪化はQOLの低下、しいては自殺へ

様々な要因  
(ストレス・賭博・借金・  
アルコール・身体疾患など)



メディカルモデル

機能障害

かかりつけ医  
職場・学校などのメンタルヘルス

専門医

## 「病気への気づき」の欠如

- 自分がこころの病気だと気づいていない
  - 身体面への症状の表出
    - 身体面の違和感
    - 身体科への受診を経て、精神科を紹介
  - 行動面への症状の表出
    - 仕事ぶりや態度の変化（勤務状態・効率）
    - 職場で気づかれ、精神科紹介

12

## MUS: Medically Unexplained Symptoms

とは？

何らかの身体疾患が存在するかと  
思わせる症状が認められるが、  
適切な診察や検査を行っても、  
その原因となる疾患が見出せない  
病像



## 一般診療で問題になる精神障害

- 頻度の高い軽症うつ病
- パニック障害、全般性不安障害などの不安障害
- 転換性障害、疼痛性障害などの身体表現性障害
- 統合失調症や妄想性障害の心氣的訴え



14

**M** Mood 気分

**A** Anxiety 不安

**P** Psychoses 精神病群

**S** Substances 物質による障害

**O** Organic 器質的障害

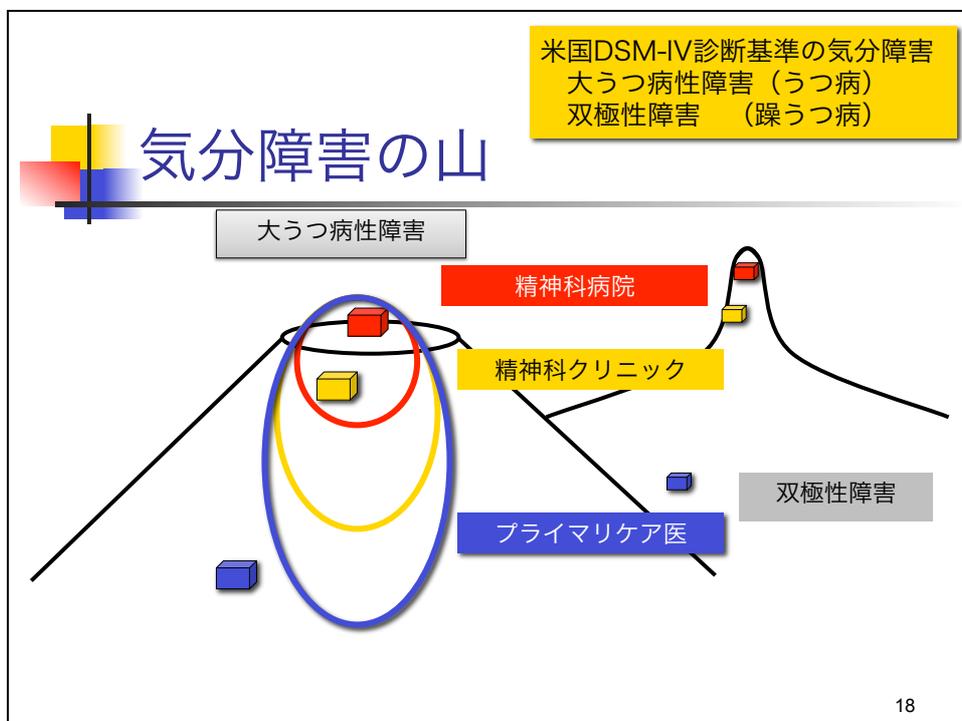
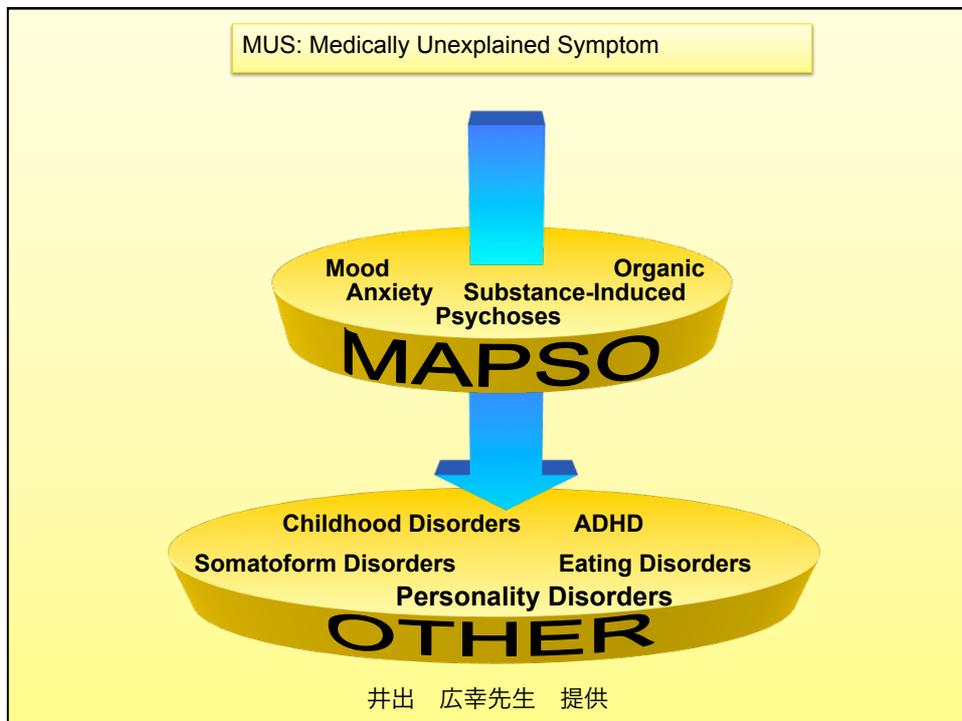
付録 患者を抽出するための具体的な質問の仕方  
PIPC研究会

15

## 不安の身体症状

- 循環器系 : 頻脈、動悸、血圧上昇、胸痛
- 呼吸器系 : 息切れ、喉の違和感、窒息感
- 消化器系 : 口内乾燥、嚥下困難、吐気、  
嘔吐、下痢
- 運動系 : 筋緊張亢進、振戦
- 泌尿器系 : 頻尿
- 知覚神経系 : 冷感、熱感、しびれ感、感覚麻痺
- その他 : めまい、ふらつき、発汗、  
胸部腹部の不快感

不安 = 自律神経症状



## うつ病こそ早期発見が必要！

- うつ病の発症により、職場でも家庭でも二次的に状況が悪化し、うつ病の予後が悪くなることを防ぐ
  - うつ病のために、感情的に不安定になったり
  - うつ病のために、被害的に考えたり
  - うつ病のために、失敗が増えたり
  - . . . . .
  - うつ病のために、離婚、喧嘩、失職・留年

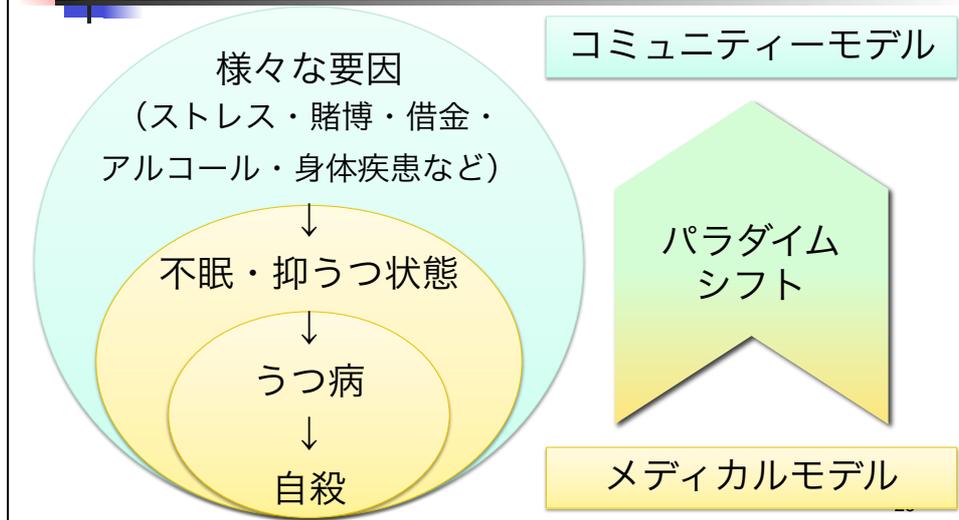


### 職域におけるうつ病スクリーニングの戦略





## メンタルヘルスの悪化は QOLの低下、しいては自殺へ



## メンタルヘルス事例 Aさん

- 38歳の男性。
- 職場の課長から、最近疲れている様子で欠勤や遅刻も多いので指導して欲しいという相談を受け、産業医が面接した。

## メンタルヘルス事例 Aさん

- 半年前の本年4月、係長に昇進し、はじめは意欲を持って業務をこなしてきた。6月からはいつも気分が憂うつで、気力が失せてきた。8月からは就床しても仕事のことを考えて寝つけないことが多く、朝起きるのもつらくなった。
- 以前は、休日には欠かさず子供と近所の公園で遊んでいたが、最近は家でごろごろするだけになった。
- 上司に叱責された翌朝には会社に行くのがおっくうで、気が付くと会社とは逆方向の電車に乗っていたこともある。

第101回医師国家試験 25

## メンタルヘルス事例 Aさん

産業医の対応として正しいのはどれか

- a 「特に異常がないので様子を見ましょう」
- b 「弱音を吐かずにもっとがんばりましょう」
- c 「心の病気であることを課長に報告しておきます」
- d 「いっそのこと死んでしまいたい、と思うことはありますか」
- e 「仕事が向いていないので係長職をはずしてもらいましょう」

第101回医師国家試験 26

## 自殺についての誤解

WHO による自殺予防の手引き：高橋祥友

- **誤解：自殺について語る患者は滅多に自殺しない**
- **真実：自殺する患者は普通前もって何らかのサインを発している。自殺をするとほのめかすような場合は真剣に受け止めるべきである。**
- **誤解：患者に自殺について質問すると、かえって自殺行動を引き起こしてしまう。**
- **真実：自殺について質問するとしばしばその感情に伴う不安感が和らいでいく。患者は安心し、理解されたと感じる。**

27

## 自殺の予防

- 自殺を積極的に話題にして良い
  - 患者に希死念慮を表出させることが肝要
- 自殺願望を打ち明けられたら、時間をかけて真剣に傾聴する
  - まず聞き役に徹する
- 病気である可能性について告げ、抗うつ薬をはじめ治療方法が有ることを伝える
- 「自殺をしない約束」を取り付ける
- ごまかし、励まし、なれなれしい対応は禁物
- スタッフ間で緊密に情報を交換し、問題事例は精神科医へコンサルト（口頭でも良い）

28



## うつ病の診断基準

### 大うつ病性エピソード (DSM-IV) の診断基準

- 1.抑うつ気分
- 2.興味ないし喜びの著しい減退\*
- 3.食欲・体重の変化 (減少・増加)
- 4.睡眠障害 (不眠もしくは過眠)
- 5.精神運動性の焦燥もしくは抑制\*
- 6.疲労感あるいは気力の減退 (倦怠感)\*
- 7.無価値観あるいは自責感
- 8.集中困難あるいは決断困難\*
- 9.自殺念慮

\* 抑制症状 (精神運動抑制)

仕事や勉強の効率が低下し自信を失う

5項目以上が同時に2週間以上続く

## 二項目質問紙法

### Two-question case-finding instrument

以下の質問にお答え下さい

(当てはまる方に○をつけてください)

1. この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。  
A はい                      B いいえ
2. この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。  
A はい                      B いいえ

2項目両方が当てはまる場合88%はうつ病！

## うつ病の知識 (頻度・持続)

大うつ病性障害 (DSM-III R) の診断基準による米国での調査結果

16パーセント

16週間

## 気分障害：Mood Disorder

- うつ病性障害
  - 大うつ病性障害
  - 気分変調性障害
- 双極性障害
  - 双極Ⅰ型障害
  - 双極Ⅱ型障害
- その他の気分障害（一般疾患・物質誘発性）

※甲状腺機能低下症や正常圧水頭症、統合失調症や認知症でも、気分障害に類似した症状を呈することがある。

33

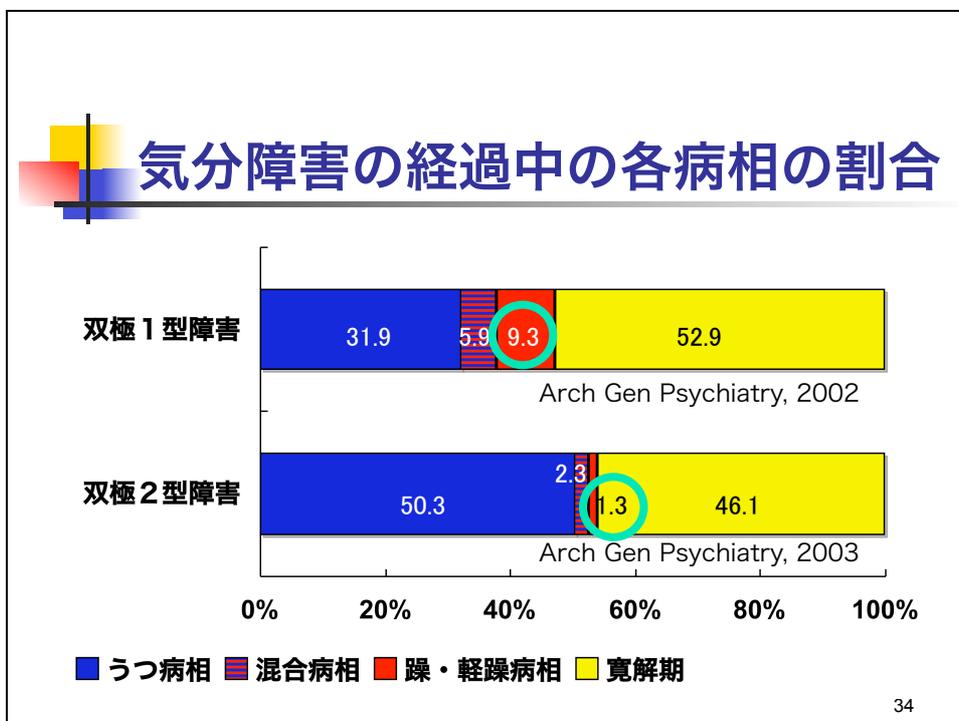
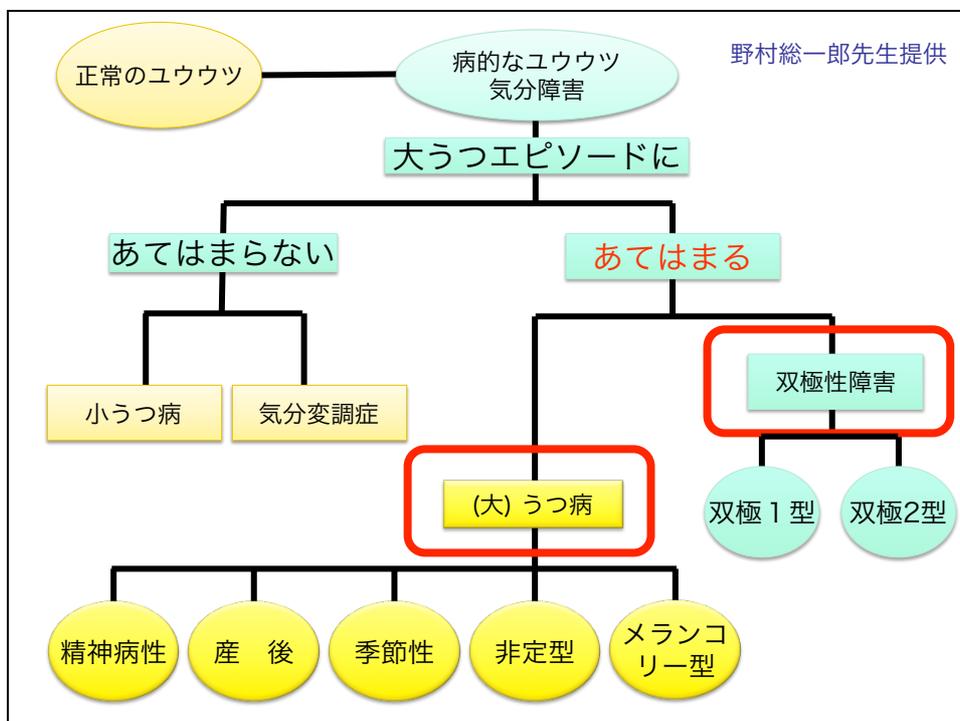
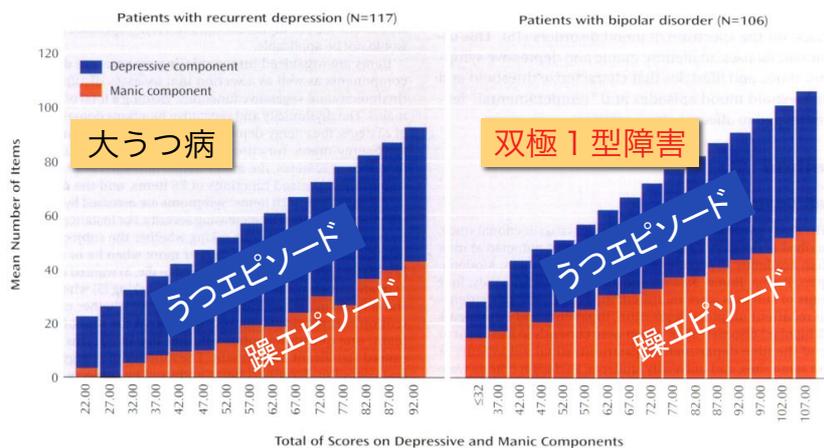


TABLE 1. Scores on the Structured Clinical Interview for the Spectrum of Mood Disorders of 117 Patients With Recurrent Depression and 106 Patients With Bipolar I Disorder

Group	Total Depressive Component			Total Manic/Hypomanic Component			Rhythmicity			Total Score		
	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range	Mean	SD	Range
Recurrent depression	36.0	9.2	11-54	15.6	11.3	0-46	13.1	3.7	4-22	64.8	19.3	29-114
Bipolar disorder	37.1	9.9	6-54	33.0	9.6	10-56	13.6	4.0	5-21	83.7	19.1	26-124

FIGURE 1. Relation of Scores on the Depressive and Manic Components of the Structured Clinical Interview for the Spectrum of Mood Disorders to the Combined Depressive-Plus-Manic Score for 117 Patients With Recurrent Unipolar Depression and 106 Patients With Bipolar I Disorder





植木等@ニッポン無責任時代

## 25歳会社員 その1

- 地元の大学・大学院時代を通じ成績も優秀。友人も多く、後輩からも慕われていた。
- 学位の目途が立った頃より、多数のバイトを始めスキーにも熱中したが、睡眠時間が短縮しても生活に支障はなかった。
- X年4月、希望の会社への就職を機に当地に転居。新入社員の研修期間が修了し、同年9月より現部署に配属。勤務態度良好。
- X年12月頃より遅刻や早退、仕事でのミスが増え、心配した上司の薦めで健康相談に訪れた。

38

## 25歳会社員 その2

- 勤労者によれば、1週間ほど前に他部署との折衝の中で厳しい言葉を浴びせられ、以来、不安、焦燥、不眠、抑うつ気分が続いているという。希死念慮はない。
- 「叱責されるまでは、至って元気だった」と語った。
- 適応障害が疑われるが、うつ病も否定できない。休養を心がけ、1週間で症状が改善しなければ、精神科的治療を薦める。本人の同意を得た上で、上司にも状況を説明。

39

## 25歳会社員 その3

- 1ヶ月後：「不調。配慮があるにも関わらず、応えられず情けない。」「配置直後から仕事に身が入らなかった」
- X年1月MC受診。うつ状態を認め、業務が複雑で責任が大きいため、休務を指示された。  
診断名：適応障害
- BDZで不眠、焦燥は軽快したが、抑制症状は悪化し、あるとき大量内服でER受診。診断名：うつ病
- X年3月、身内の葬儀で躁転。その後うつ状態遷延。診断名：双極性障害

40

## 問診時のポイント

- うつ病の発症前、あるいは以前のうつ病相の前後の様子を、具体的な事例を挙げて尋ねる
  - 睡眠時間が少なくても平気
  - バリバリ仕事や勉強が出来る
  - 自分らしからぬ強気な発言が続いた
  - 普段より声が大きく多弁である
  - アイデアが次々に浮かぶ
  - 趣味に関連する浪費
- それは4日以上か、数年間か
- 家族に同じような人は居ないか
- 職業（創意工夫が求められる職業）や以前の趣味？
  - 医療関係者、理系の学生、教職員、エンジニア、芸術家
  - 多趣味、スキューバダイビングなどリスクのあるスポーツ<sub>41</sub>

輝いていた時期は？

いけいけドンドン

啓発ポスター  
予診票・質問紙

少し前まで  
頑張りが過ぎていた

### 「うつ」のあなたへ。

## こんな状態になったことは、 ありませんでしたか？

睡眠時間が短くても、疲れを感じない。

良いアイデアが次々と浮かぶ。

仕事がバリバリ出来る。

ふだんより、自信がもてる。よく話す、  
……でも、

何だかイライラして腹が立つこともある。

↓

心あたりがあるなら、あなたの調子の良い状態は、  
軽い「躁」状態だったかもしれません。

● 「うつ」だけの場合と、「うつ」と「躁」を繰り返す場合では、  
治療方法や使うお薬が異なります。

**診察時、ドクターにご相談ください。**

監修：名古屋大学大学院 医学系研究科 精神医学分科 教授 尾崎紀光先生

1. 啓蒙用ポスター
2. 心理教育冊子

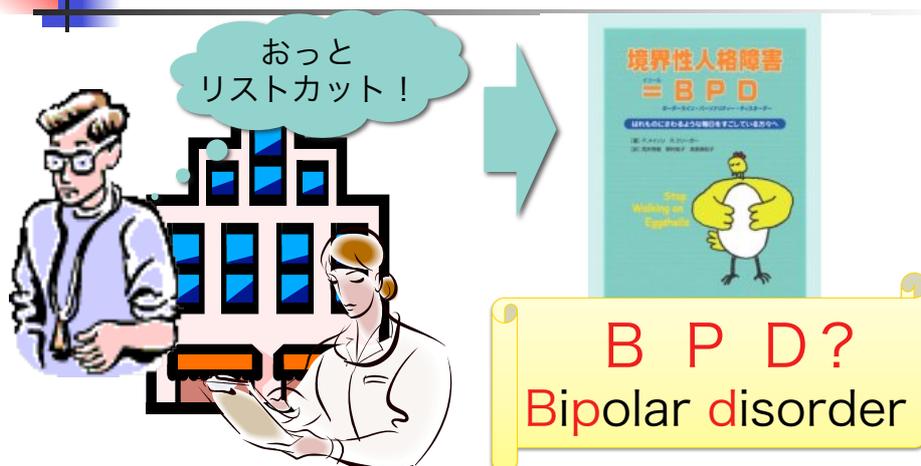
協和発酵キリン

## 初診時に診断をこだわる意義

- 双極2型障害は経過中に、長期に渡る著しい気力の低下に加え、依存症、自傷行為、自殺企図、解離を呈し易く、しばしば**境界性パーソナリティ障害**と誤診される。 **病中性格？**
- 双極2型障害に安易に抗うつ薬を投与すると、短期的なうつ病相の治療には有効かも知れないが、長期的には**抗うつ薬の使用は予後を悪化**させる。

43

## 〇〇病院精神科医の、 ボーダーラインのメガネ



精神科における養生と薬物一対談 神田橋條治、八木 剛平

44

## 双極2型障害の病像

- 非定型うつ病の病像
  - 気分反応性
  - 食欲増加・体重増加
  - 過眠
  - 鉛様麻痺（重篤な無力感）
  - 対人関係過敏（拒絶への過敏性）
- Comorbidityが50-60%にみられる
  - 物質依存・乱用、パニック障害・強迫性障害などの不安障害、摂食障害、パーソナリティ障害
  - しかも2つ以上が多い

病中性格？

複数の併存症

45

## Soft bipolar spectrum Akisukal

- 双極2型障害
  - 抑うつは不全型：「気分・精神運動・思考—認知」等の症状の表出が不揃で、時期により症状が容易に変化
  - 病像の異変：数日単位、24時間以内でも変動
  - 抑うつが部分的ないし選択的：逃避型抑うつ
- 性癖・性格・気まぐれ・身勝手
- 不機嫌、ひねくれ
- 聴覚過敏
- 行動化：自傷・自殺企図、飲酒・薬物乱用・過食・性的放縦等の気晴らしの刹那的行為

病中性格？

Akisukal HS: The soft bipolar spectrum: Bipolar Disorders. Netherlands, 2000  
内海 健: うつ状態、抑うつ状態のsoft bipolarity. 臨床精神医学・増刊号, 1997

46

# The "Bipolarity Index"

躁・軽躁病相、初発年齢、経過と併存症、治療反応性、家族歴

Dimension	20 points	15 points	10 points	5 points	2 points
Episode Characteristics	Manic symptoms with prominent euphoria, grandiosity or expansiveness.	Manic symptoms with dysphoria, irritability	Hypomanic symptoms; or mania following an antidepressant	Hypomanic symptoms following an antidepressant; or hypomania below DSM threshold; or major soft signs: atypical or postpartum depression	Psychosis, without other signs of mania
Age of Onset	15-19	<15 or 20-30	30-45	>45	--
Illness Course (and Other Features)	Manic episodes separated by periods of full recovery	Incomplete recovery between manic episodes; or hypomania with full recovery between episodes	Mania, incomplete recovery, but also substance use; or psychosis only during mood episodes; or legal problems associated with mania	Repeated episodes of unipolar depression, no hypomania (3 or more); or hypomania with incomplete recovery between episodes; or any of several other features: <u>borderline</u> ; anxiety disorder; ADHD as a child; gambling or other risk behaviors without mania per se; or PMS	<u>Hyperthymic</u> temperament; ≥3 marriages, or two jobs in two years; or two advanced degrees (see <u>Akiskal</u> reference on these latter features)
Response to Medications	Full recovery within 4 weeks of treatment with mood stabilizers	Full recovery within 12 weeks of treatment; or relapse within 12 weeks of stopping mood stabilizers; or switch to mania within 12 weeks of starting antidepressant	Worsening dysphoria or mixed state symptoms during antidepressant; or partial response to mood stabilizers; or antidepressant-induced rapid cycling or worsening thereof	Lack of response to 3 or more antidepressants; or mania/hypomania when antidepressant stopped	Immediate response, almost complete, to antidepressant within 1 week or less
Family History	1st degree relative (brother/sister, parent, or child) with clear bipolar disorder	2nd degree relative with bipolar diagnosis; or 1st degree relative with recurring unipolar depression and features suggestive of bipolar disorder	1st degree relative with recurring unipolar depression or schizoaffective disorder; or any relative with clear bipolar diagnosis; or any other relative with unipolar depression and symptoms suggestive of bipolar	1st degree relative has clear problem with drugs or alcohol	1st degree relative has repeated episodes of depression; or has an anxiety disorder, an eating disorder, or ADHD

Sachs GS et al. Acta Psychiatr Scand Suppl. (2004)

47

# The "Bipolarity Index"

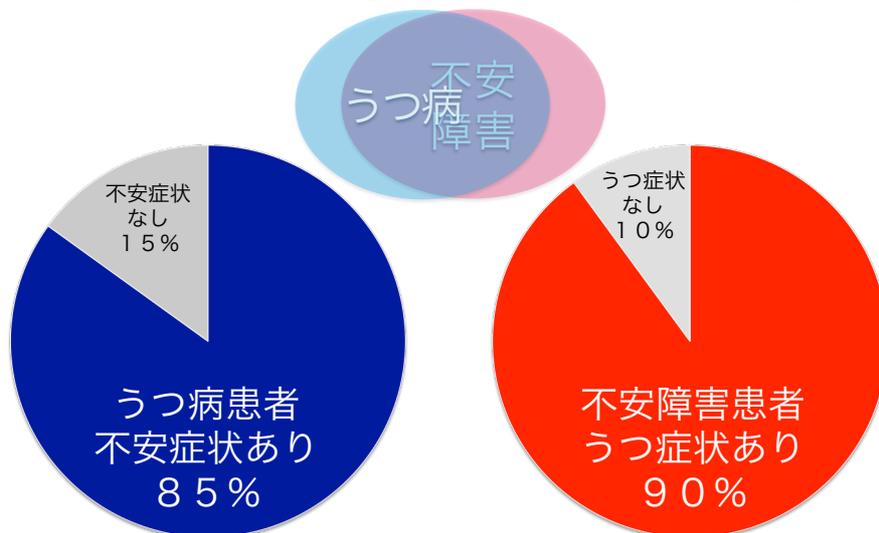
躁・軽躁病相、初発年齢、経過と併存症、治療反応性、家族歴

Dimension	20 points	15 points	10 points	5 points	2 points
Episode Characteristics	古典的躁病	不機嫌易怒	抗うつ薬使用中の軽躁・躁病	抗うつ薬誘発性あるいは産後等	躁除く精神病
Age of Onset	15-19歳	<15 or 20-30	30-45	>45	--
Illness Course (and Other Features)	完全寛解期の中の躁病相	Incomplete recovery between manic episodes; or hypomania with full recovery between episodes	Mania, incomplete recovery, but also substance use; or psychosis only during mood episodes; or legal problems associated with mania	Repeated episodes of unipolar depression, no hypomania (3 or more); or hypomania with incomplete recovery between episodes; or any of several other features: <u>borderline</u> ; anxiety disorder; ADHD as a child; gambling or other risk behaviors without mania per se; or PMS	<u>Hyperthymic</u> temperament; ≥3 marriages, or two jobs in two years; or two advanced degrees (see <u>Akiskal</u> reference on these latter features)
Response to Medications	気分安定薬を使用しても完全寛解期は4週以内	Full recovery within 12 weeks of treatment; or relapse within 12 weeks of stopping mood stabilizers; or switch to mania within 12 weeks of starting antidepressant	Worsening dysphoria or mixed state symptoms during antidepressant; or partial response to mood stabilizers; or antidepressant-induced rapid cycling or worsening thereof	Lack of response to 3 or more antidepressants; or mania/hypomania when antidepressant stopped	Immediate response, almost complete, to antidepressant within 1 week or less
Family History	第一親等内に気分障害の家族歴	2nd degree relative with bipolar diagnosis; or 1st degree relative with recurring unipolar depression and features suggestive of bipolar disorder	1st degree relative with recurring unipolar depression or schizoaffective disorder; or any relative with clear bipolar diagnosis; or any other relative with unipolar depression and symptoms suggestive of bipolar	1st degree relative has clear problem with drugs or alcohol	1st degree relative has repeated episodes of depression; or has an anxiety disorder, an eating disorder, or ADHD

Sachs GS et al. Acta Psychiatr Scand Suppl. (2004)

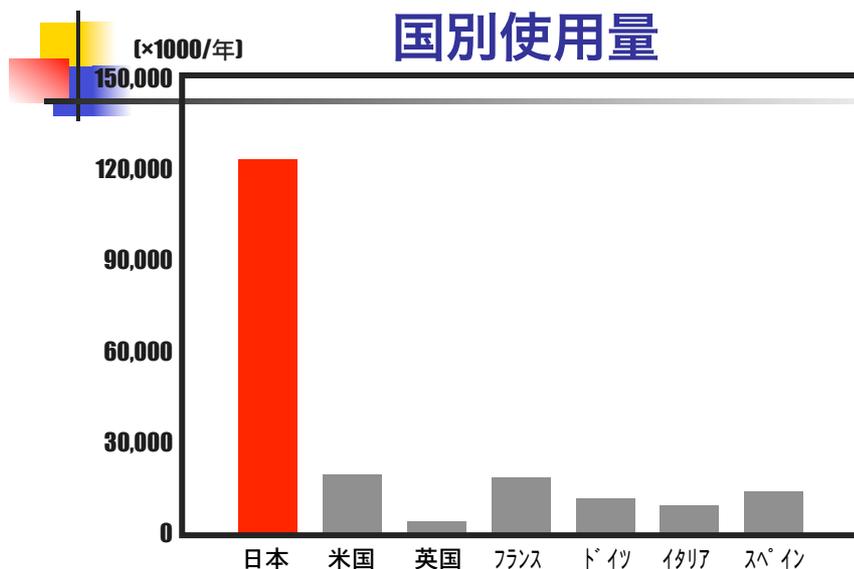
48

# うつ病と不安障害の併存



Jack M. Gorman. Depression and Anxiety; 1996/1997 4, 160-168

## ベンゾジアゼピン系薬剤の国別使用量

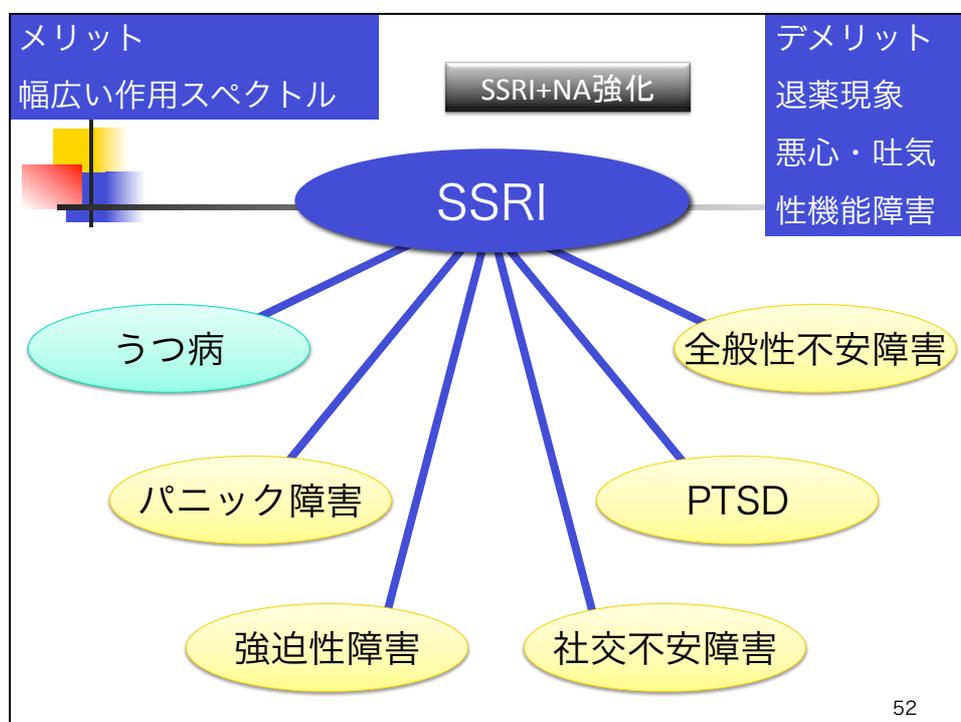


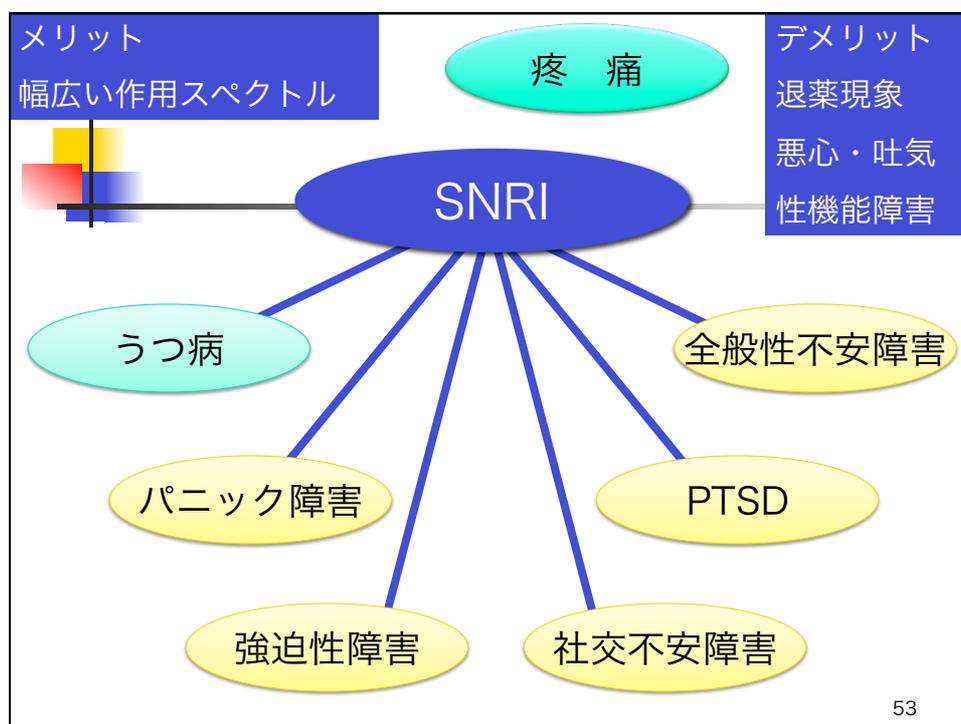
田島 治、臨床精神医学、2003<sub>30</sub>

## BDZ（抗不安薬）は安全か？

- 米国精神医学会1990
  - 常に依存や乱用のリスクに留意し、原則**短期使用に限定**
- 英国処方指針
  - **1ヶ月以上の長期使用**は依存のリスクが非常に高くなることを指摘し、有用性とリスクの評価を常に行い、長期使用を避けるよう指導
  - 軽症の不安に対しては心理的なアプローチや長期使用に適した薬物で行い、使用に当たってはQOL阻害を前提に不安の短期の症状改善に限定して使用
  - 効果が最大となるのは最初の数週間であり、1ヶ月以上の継続投与は避け、できるだけ頓用として、認知行動療法やSSRI sなどの抗うつ薬に切り替えるべきである

田島治、臨床精神医学、2001





## DSM-IV

### 精神疾患の診断・統計マニュアル



- アメリカ精神医学会 (APA) による精神疾患の診断基準
  - 1980年 DSM-III
  - 1994年 DSM-IV → 2012年5月
- 多軸診断
  - 1軸 臨床疾患・臨床的関与の対象となることのある他の状態 (主病名+複数)
  - 2軸 パーソナリティ障害・精神遅滞等 (ハンディーキャップ)
  - 3軸 一般身体疾患
  - 4軸 心理社会的および環境的問題
  - 5軸 社会機能の全体的評定 (GAF)




54

## DSM-IV多軸診断の診断例

- 1軸 双極2型障害 うつ病 慢性 非定型の特長を伴うもの（主）  
 社交不安障害  
 アルコール依存
- 2軸 境界性パーソナリティ障害
- 3軸 睡眠時無呼吸症候群  
 甲状腺機能低下症  
 糖尿病
- 4軸 地区の住人との不和
- 5軸 GAF：現在55、最高75、最低55

複数の併存症

病中性格？

55

## うつ病の治療

双極性障害では抗うつ薬よりも気分安定薬！  
 (リーマス®、デパケン®、ラミクタール®など)

- 休養
- 抗うつ薬
- 電気けいれん療法
- 光療法
- 認知行動療法
- 対人関係療法

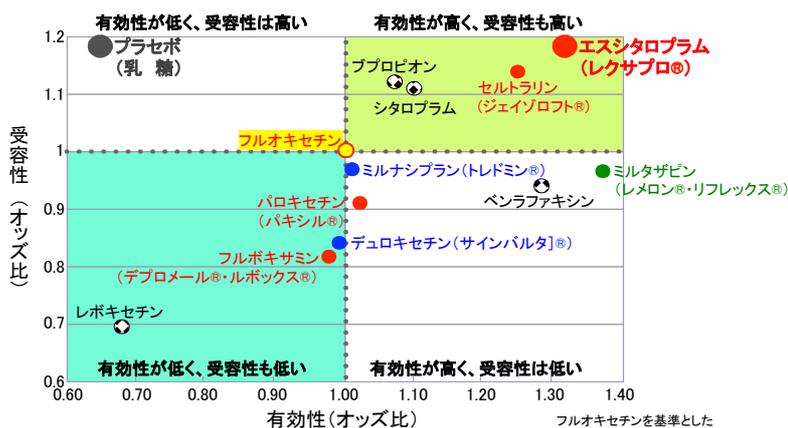


## 休 養

- 休養だけでも 4 割が自然に回復する
  - うつ病についての正しい理解：体の病気として受け止める
  - 安静を心がける：気晴らしは逆効果
- 心理教育を受けるだけでも休養といえる
- 自宅での療養
  - 診断書：2ヶ月程度は必要
- 入院

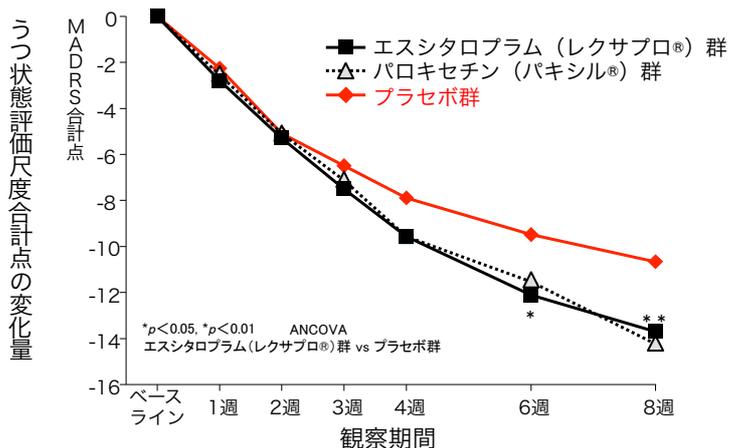


## 各種抗うつ薬の有効性と受容性



● MANGA Study : Meta-Analysis of New Generation Antidepressants  
( Cipriani A, et.al. Lancet 2009; 373, 746-58 )  
米本 直裕 他. 臨床精神薬理 2010; 13: 1975-86 を改変

## エシタロプラムの 国内プラセボ・パロキセチン対照比較試験結果



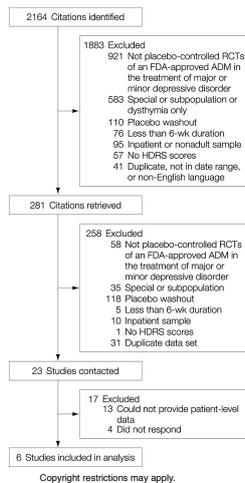
**JAMA**

Online article and related content current as of January 12, 2010.

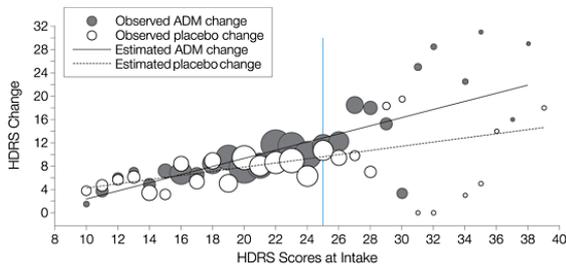
### Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis

Jay C. Fournier; Robert J. DeRubeis; Steven D. Hollon; et al.

JAMA. 2010;303(1):47-53 (doi:10.1001/jama.2009.1943)



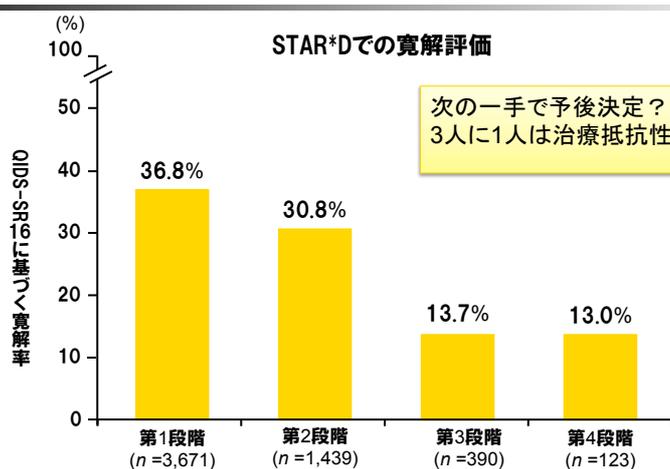
#### Observed and Estimated Change in HDRS Scores Following Treatment With ADM and Placebo



JAMA



## 寛解に最善の機会はいつか？



STAR\*D=うつ病軽減のための代替的連続治療: QIDS-SR16=16 項目のうつ症状簡易自己評価項目  
寛解はQIDS-SR16で5以下と定義

Rush A.J. et al. : Am J Psychiatry, 2006, 163, 1905 改変

## うつ病への薬物療法の有用性

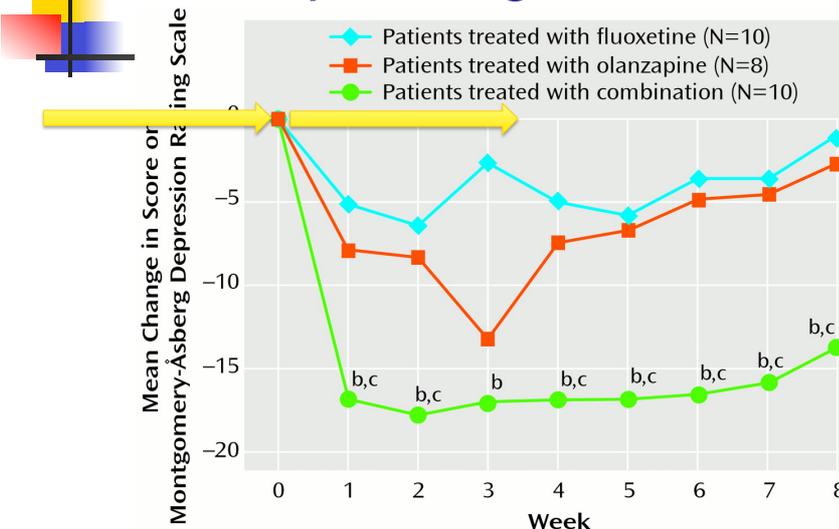
- 現在ある**すべての抗うつ薬**は、盲検試験によっても、ほぼ**同等の効果**であることが示されている。
- 抗うつ薬の種類の違いは重要だが、うつ病治療においては、**十分な投与量・投与期間がより重要**。
  - いろいろな抗うつ薬の最大量を12週間投与した後に比較した場合、反応率と寛解率には基本的に違いは認められない。
  - 患者の**アドヒアランス**にかかっている。
- 初回の抗うつ薬に対する反応率は、40~60%の間にある。
  - 40~60%の患者は最初の薬剤に反応しない。

64

### 各種抗うつ薬の 肝代謝酵素 (CYP) とP糖蛋白 (P-gp) 阻害活性

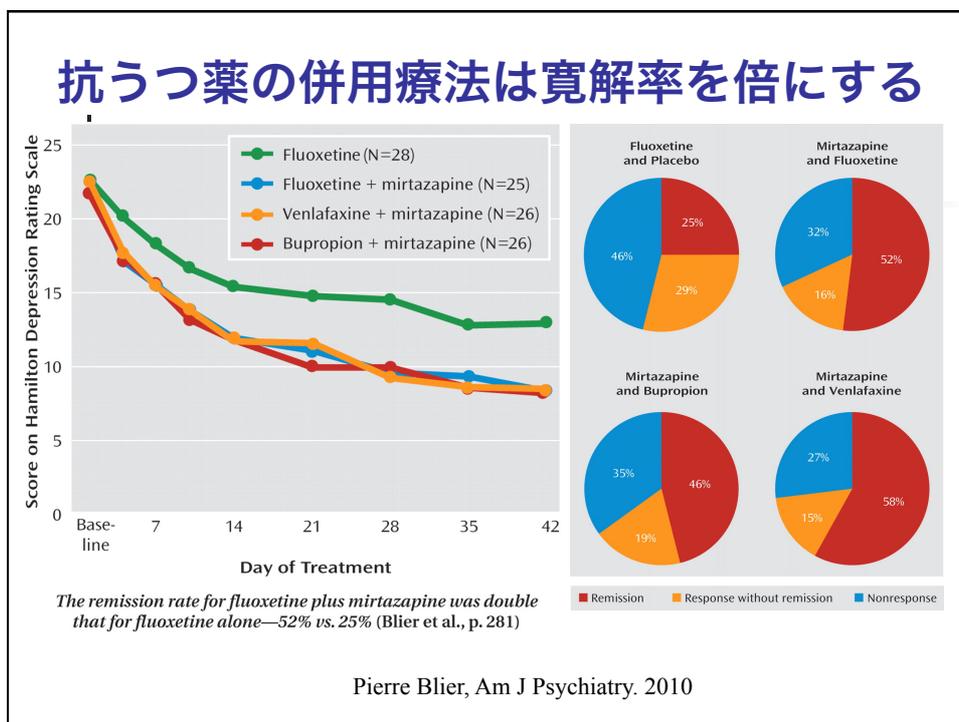
	CYP 1A2	CYP 2C9	CYP 2C19	CYP 2D6	CYP 3A4	P-gp
<b>SSRI</b>						
フルボキサミン (デプロメール®・ ルボックス®)	+++	++	+++	+	++	+
パロキセチン (パキシル®)	+	+	+	+++	+	+++
セルトラリン (ジェイゾロフト®)	+	+	++	++	++	+++
エスタロプラム (レクサプロ®)				++		
<b>SNRI</b>						
ミルナシبران (トレドミン®)						
デュロキセチン (サインバルタ®)				++		+
<b>NaSSA</b>						
ミルタザピン (リフレックス®・ レメロン®)	+				+	

### うつ病治療抵抗例への Olanzapine augmentation



Shelton RC, Am J Psychiatry. 2001

66



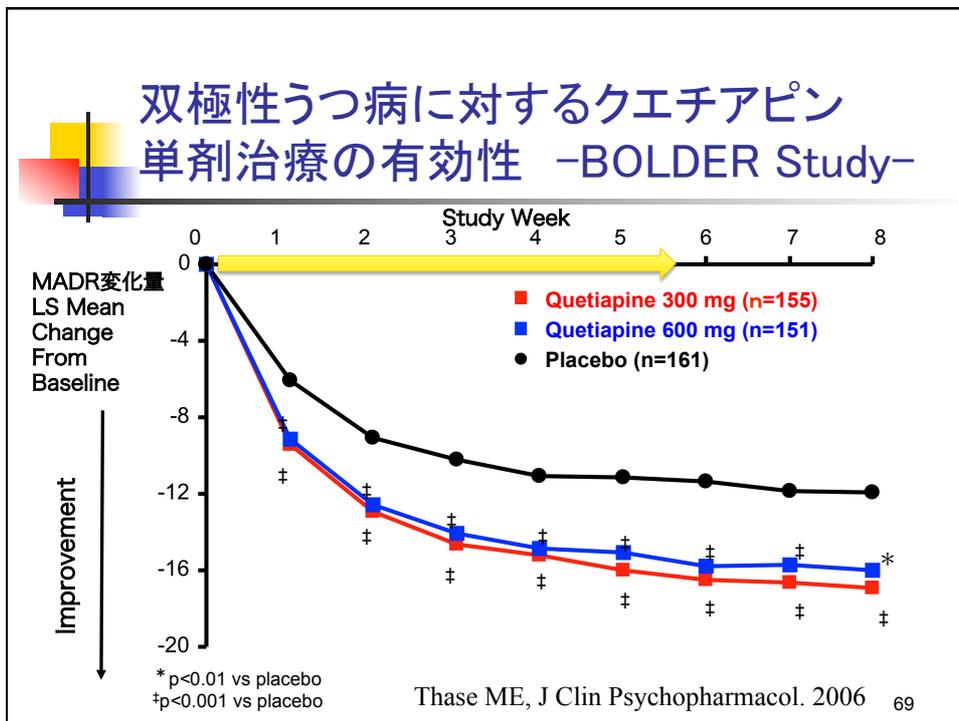
## 大うつ病と双極性うつ病の治療

- 大うつ病(major depressive disorder)
  - **抗うつ薬** (SSRIs、TCA、ECT)
- 双極性うつ病(bipolar depression)
  - **気分安定薬**
    - Li、VPA・CBZ・CNZP・LTG等の抗てんかん薬、非定型抗精神病薬、甲状腺ホルモンなど
  - 必要な場合は抗うつ薬を控えめに併用
    - SSRIsを使用し、TCAは避ける
    - 併用が有効な場合は、慎重につづける？

■ Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). Am J Psychiatry. 2002

■ Bipolar disorder, Lancet. 2002

68

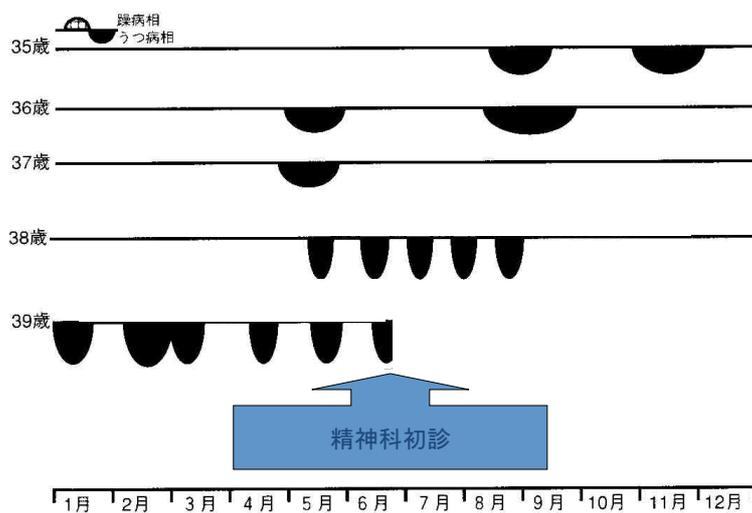


## 双極2型障害急速交代型を通じて

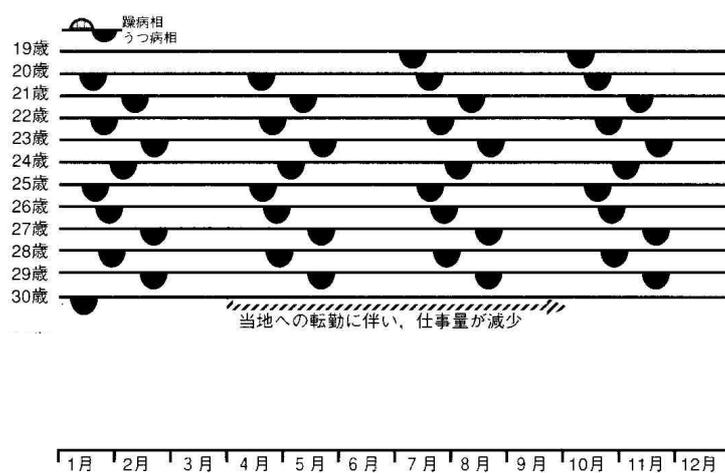


双極性障害の治療スタンダード  
樋口輝彦 神庭重信/編集  
星和書店  
2002年11月

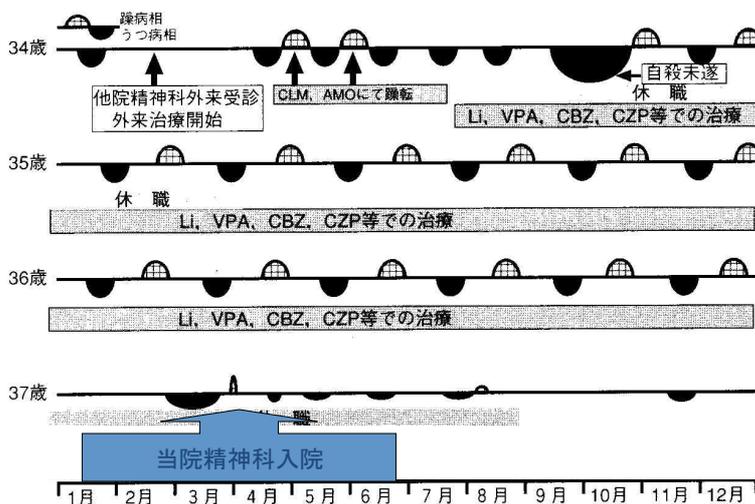
## 症例 1 39歳男性、会社員



## 症例 2 37歳男性、会社員

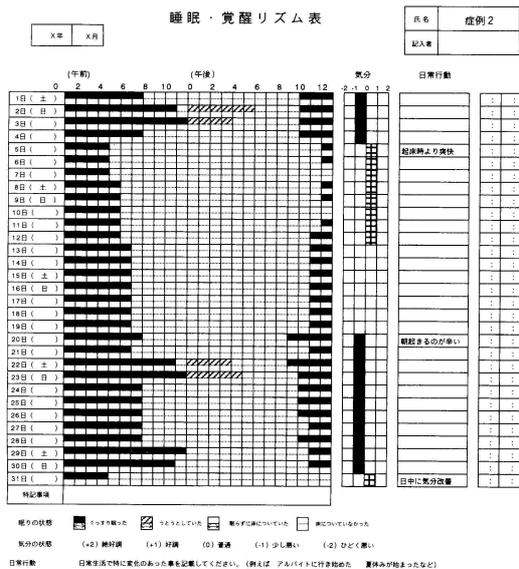


## 症例 2 37歳男性、会社員



73

## 睡眠・覚醒リズム表で是正



行動認知療法

74

