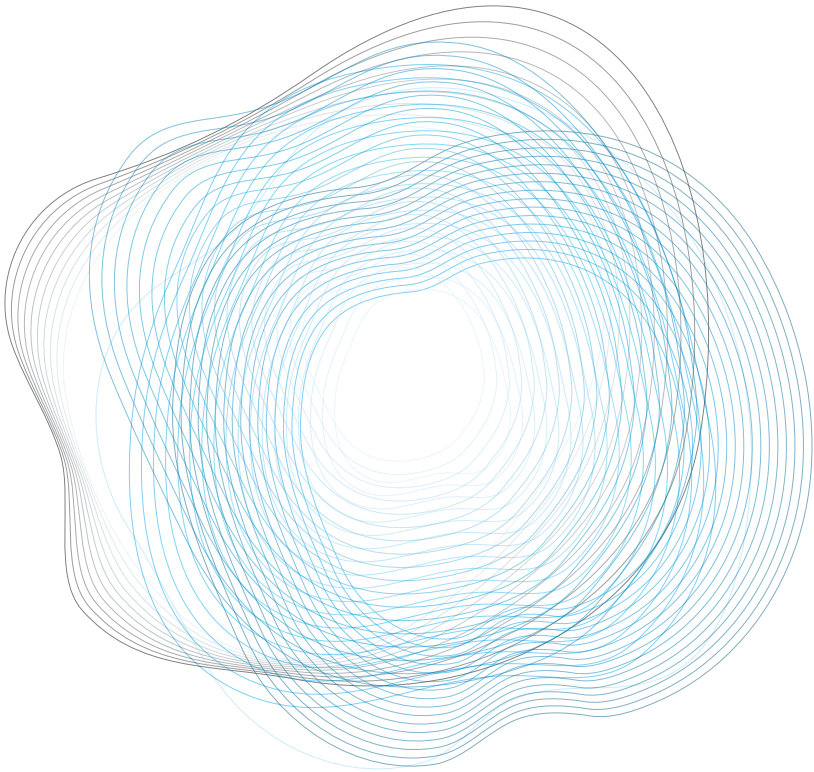


うつ病

診断・治療から病態の理解まで

加藤忠史 [著]



中外医学社

症状

精神科臨床に広く使われているアメリカ精神医学会による診断分類，DSM-5-TR¹⁾の抑うつエピソードの診断基準にある症状を簡略化したリストを **表2** に示す。

必須項目

DSM 診断基準に基づいてうつ病を診断する場合，少なくともどちらか一方が必ず含まれていなければならないとされている症状が2つあり，これが抑うつ気分と興味・喜びの喪失である。中核症状ともいわれる。

抑うつ気分は，理解しやすい症状に思えるが，実は誤解しやすい症状でもある。ふだん感じたことがない，何とも言えない嫌な気分，うっとうしい気分が，襲ってくるというイメージを持つとわかりやすいであろう。抑うつ気分と間違われやすいのが意欲の低下である。意欲というものは，普通でもそう簡単に出るものではなく，やる気が出なくて仕事はかどらないということは誰にとっても日常茶飯事のこと

表2 うつ病の症状

必須項目

- 抑うつ気分
- 興味・喜びの喪失

身体症状

- 食欲低下または過食
- 不眠または過眠
- 精神運動制止または焦燥
- 易疲労性，気力の低下

精神症状

- 罪責感
- 集中困難，決断困難
- 希死念慮

であろう。うつ病でみられる抑うつ気分は、そのようなあるべき意欲が湧いてこないという状態とは異なる。また親しい人やかわいがっていたペットが亡くなった時に感じる悲しさとも、性質が異なっている。何とも形容しがたい非常に嫌な気分が、一日中、毎日、2週間以上続いている時、はじめて抑うつ気分が存在するとされるのである。

必須項目のもう一つの症状は、興味・喜びの喪失である。興味喪失といっても、勉強への興味を失う、仕事への興味を失う、ということは誰にでもある。一番好きだったことを含め、すべてのことに対する興味を失ってしまうのがうつ病の症状としての興味喪失である。学校は全くおもしろくなくて行くのもつらいが、家に帰ってネットでゲームをしている時は楽しいとか、仕事には全く興味を持てず、仕事に行くのがつらいが、週末の予定は楽しみ、といった状態は、うつ病の症状としての興味喪失とはいえない。

一方、喜びの喪失は、どんなに良いことがあっても全く喜びが感じられなくなる症状であり、アンヘドニア（快感消失）ともよばれる。

特に抑うつ的な気分には襲われていないものの、何となく意欲が出ず、だらだらと過ごしてしまい、生産的なことはできていない、しかし、実際に動き出してみれば楽しめる、という状態であれば、うつ病の中核症状を満たしているとはいえない。

このように、気持ちが晴れることが全くなく、ほとんど一日中、ほぼ毎日、うつとうしい気分には襲われている、あるいは、一番好きなことにも興味が持てず、どんなに良いことがあっても全くうれしい、楽しいとは思えない状態がほとんど一日中、ほぼ毎日、2週間以上続く、というのが、うつ病の必須項目ということになる。

産業保健の場面では、この必須項目2つを尋ねる2質問法が、うつ病のスクリーニングに用いられることがある。この2質問法によるスクリーニングは、他のスクリーニングツールと同等の高い診断精度を持つ²⁾。

うつ病の診断において、この中核症状、**抑うつ気分または興味・喜びの喪失が、ほとんど一日中、ほぼ毎日、2週間以上続く**、という点が重要である。スクリーニングツールの中には、ほとんど一日中、ほぼ毎日、2週間以上、という要素が含まれていない場合があり、こうなるとかなり擬陽性が増えてしまう。

これら2つの中核症状のうち、少なくとも一つが存在するとされた時、はじめてうつ病と診断される可能性が出てくる。

身体症状

必須項目である、ほとんど一日中、ほぼ毎日、2週間以上続く抑うつ気分、興味・喜びの喪失の2つのうち、どちらかが存在する場合、うつ病の可能性が出てくる。その場合、身体症状、精神症状を含む他の7項目の症状を確認していく。

身体症状として4つあげられており、食欲の問題、睡眠障害、易疲労性、精神運動制止または焦燥である。これらが、必須症状がみられる2週間の間、続けて存在しているかどうかをみる。

食欲の問題は、通常、食欲が低下し、顕著な場合には体重が減少する。全く食欲がなく、食べても砂を嚙んでいるようでおいしく感じられない、という状態となる。重症なうつ病では、体重が5～10 kg と大きく減少することは珍しくない。一方、非定型の特徴を伴う場合、季節性の特徴を伴う場合など、逆に食欲が亢進する場合もある。過食といっても、食欲が亢進して摂食量が増える場合の他、イライラを抑えるために短い時間に大量の食物を摂取する過食は、神経性過食症でみられるものであるが、うつ病と神経性過食症が併存する場合も少なくない。

睡眠障害は、眠れなかった日もあった、という程度ではなく、必須症状がみられた2週間、ほとんどずっと不眠であった、という場合に症状があるとみなす。不眠には、入眠障害、睡眠持続障害、早朝覚醒など、いろいろな場合がありうる。また、うつ病では不眠がみられることが多いが、過眠の場合もある。過眠がみられるのは、非定型の特徴を伴う場合、季節性の特徴を伴う場合などが多い。

易疲労性は、疲れやすく、気力が低下する症状である。一日仕事をする夕方には疲れ、一晩寝れば回復する、というのは誰にでもあることで、病的ではない。一方、うつ病に伴う易疲労性は、少し動いただけでも容易に疲れてしまい、疲れが一晩寝てもとれない、という状態である。こうした状態はまるでエネルギーが切れたような状態であり、気力低下は、英語では loss of energy とされている。この疲れやすさは、身体的活動に伴っても起きるが、精神活動でも同様であり、少しの精神作業（文書を読む、人と話すなど）でも疲れてしまい、休んでもその疲れがとれない。そのため、こうした症状があると日常生活に支障が出てしまい、全てのことが億劫になってしまう。

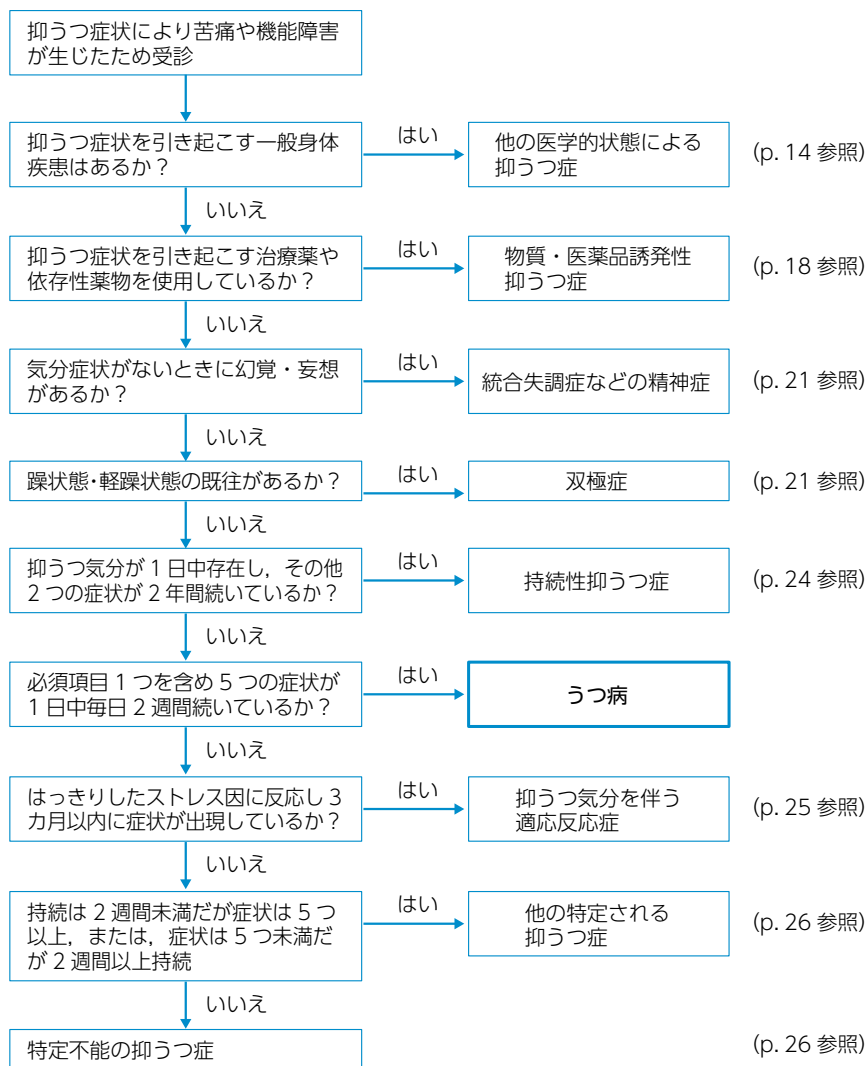


図1 診断フローチャート
(筆者作成)

●うつ状態の原因となる一般身体疾患

内分泌疾患

内分泌疾患は、甲状腺機能障害、クッシング症候群、下垂体機能低下症など、ほとんどの疾患がうつ状態の原因となりうる。

特に頻度が高いのは甲状腺機能障害であろう。一般には甲状腺機能低下症で抑うつが起きやすく、甲状腺機能亢進症で躁症状が起きやすいともいわれるが、現実には、甲状腺機能亢進症で抑うつを呈する患者も多い。

初診時に行うべきこととしては、以下のことがあげられる。

- 内科的既往歴、服薬歴を尋ねる
- 外来受診時に記入してもらう質問票で身体症状(血圧を含む)を網羅的に尋ね、そこから内分泌疾患が疑われる場合はより詳細に問診を行う
- 視診により、内分泌疾患を疑う身体徴候〔たとえば Graves 病 (Basedow 病) の眼球突出、クッシング症候群の満月様顔貌など〕があれば詳細に問診を行う
- 心電図検査をルーティンで行う
- 初診時の一般血液検査で、甲状腺検査〔甲状腺刺激ホルモン (TSH)、フリー T4〕も調べる
- 内分泌疾患が疑われた場合には、追加の検査を行い、内分泌内科にコンサルトするなどして、診断・治療を進める

脳疾患

脳梗塞、パーキンソン病、アルツハイマー病などの認知症、脳腫瘍、多発性硬化症などの脳疾患も、すべてうつ状態の原因となりうる。また、膠原病の中でも、SLE などでは抑うつ症状を呈するが、これも脳への直接の侵襲によるものである場合がある。

特に頻度が高いのは脳血管障害、認知症などであろう。

初診時に行うべきこととしては、前述の内分泌疾患と重なるが、以下のことがあげられる。

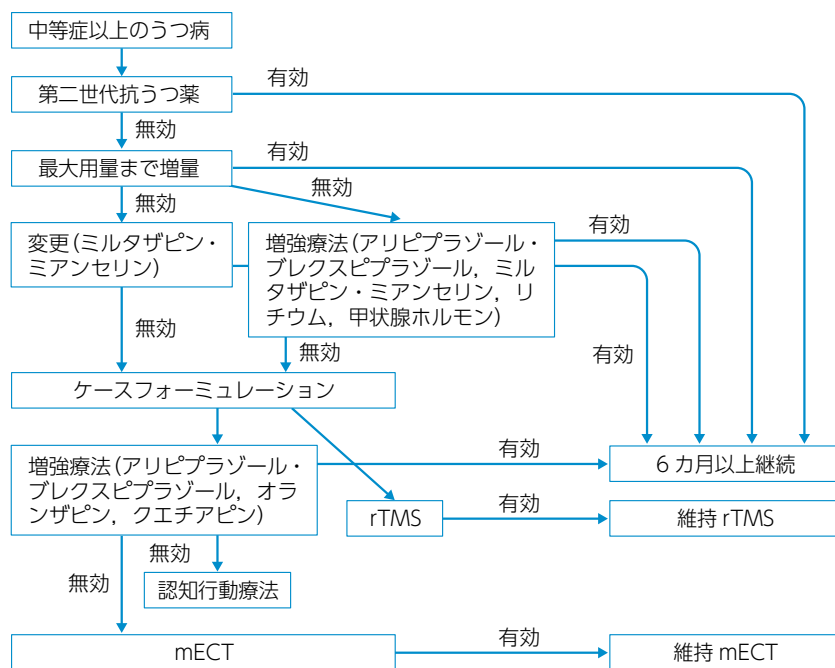


図3 治療フローチャート

ガイドラインに基づく治療のおよその流れを図示したもの。ガイドラインの記載だけからは、治療の順番を一義的に決めることはできず、完全なフローチャートを作ることはできないため、このフローチャートは筆者の解釈を加えた非公式なものである。

維持療法

急性期の症状が概ね改善した後、リカバリー（パーソナルリカバリーを含む）を目標とし、再発を予防するために行うのが維持療法である。

まずは、現在の状態を適切に評価することが肝要である。

部分寛解であれば、急性期治療の継続が必要であるし、完全寛解と判断すれば、再発を防ぎ寛解を維持するための維持期治療に移ることとなる。

維持療法においては、薬物療法の継続を行うとともに、再発予防のための心理社会的治療、特に認知行動療法の追加を行う。維持期治療は、少なくとも6カ月は続けることが強く推奨されている。その後いつ中止するかは一定の見解に至っていない。

症例

ここまで、うつ病の診断、治療について述べてきた。

本章では、症例に即して、診断と治療について考えてみよう。本章で紹介した患者からは、症例報告について書面にて同意を得た。なお、日本精神神経学会の症例報告ガイドラインでは、学術的観点から、個人情報保護のための改変は行うべきではないとされているが、ご本人の希望により、医学的な判断に影響しない範囲で、一部、改変した部分がある。

症例 1: 特に誘因なく発症し、休学に至った大学生

20 歳代の女性。同胞 2 名中第 1 子。発達に特記すべきことなし。

家庭内には特に問題なく、小学校でも特にいじめなどはなかった。中学校、高校の頃の学生生活も充実していた。一浪後、大学に入学し、問題なく学生生活を送っていた。

X-1 年 6 月、大学 4 年生時、時に不眠が出現。8 月頃から、時に吐き気、頭痛などが出現することがあった。11 月から、気分が落ち込み、わけもなく涙が出て明け方まで眠れない状態となった。X 年 1 月より、試験の注意事項を読んでも頭に入らない、段取りができず料理ができない、食欲低下、疲れやすい、自分を責める、朝から身体を動かさずなかなか起き上がれない、といった症状が出現。大学の保健室で睡眠薬を処方してもらったが改善せず、2 月に睡眠専門クリニックを受診。うつ病の診断で、エスシタロプラムを処方されたが、改善せず、アリピプラゾールを追加されたところ、アカシジアが出現したため、中止。次第に 1 日 12~16 時間の睡眠をとるほど過眠の状態となった。朝が起きられず、学校に行けなくなり、9 月から休学した。過眠があることから、双極症の抑うつエピソードを疑われ、クエチアピンを処方されたが改善せず、再度少量のアリピプラ