

うつと不安の診療まとめ（第 597 回 実地医家） 杏林大学 今村弥生

うつのスクリーニング QIDS-J

患者さんの自記式（アンケート）のテスト DSM 第うつ病性障害の診断基準を基にしている。得点が高いほど重症。睡眠障害があると点数が高めになる傾向はある。選択肢で迷った場合や、2つチェックがあった場合は、重い方（数字が大きき方を選択するのが作法）

覚えて起きたい鑑別診断

①双極うつ（双極性障害）

以前はうつ病とともに「気分障害」として一括りにされていた双極性障害であるが、遺伝的にも病状的にもうつ病より統合失調症に近いことがわかってきており、別のカテゴリーに分類されている。にも関わらず双極性障害はうつ病で発症することの方が多く、当事者本人も軽躁状態が普通（の気分）と思っていることが多いため、誤診されることが多い。双極性障害とうつ病の鑑別ポイント：循環気質循環気質（気分やエネルギーのムラが大きいタイプ、気分や睡眠、エネルギー、自尊心、社会的な立ち位置などの変化が大きく）と発揚気質（楽観的でエネルギッシュ、いつも元気で前向き、リーダーシップを好む）離婚と転職の回数が多い、など。

□依存症

依然としてアルコール依存が多いが、社会の変化とともに多様化し見逃されつつ背景に存在していることもある。ニコチン依存とそのほかの依存は性質が異なる。ギャンブル依存、インターネット依存（ゲーム障害）などの物質によらないプロセス依存も近年注目される

□**発達症** 自閉症スペクトラム症と ADHD（注意欠陥多動性障害）の知名度は高いものの、名前が一人歩きしている感もある。 □**職場結合性うつ病** 現代型うつ病、「新型うつ」など話題になった概念。特に若年のうつ病の場合は関わり方に工夫が必要

⑤**認知症** 年齢によっては考慮が必要。診断は困難。診断を明確にするよりも、病態は流動的であるとみなして、柔軟に病態を捉えること、画像検査を過信しないことが診断のコツ

うつ病の治療（非薬物療法）

①笠原の小精神療法（笠原嘉）

- 1 うつ病は病気であり、単に怠けではない
- 2 出来る限り休養をとることが大事。
- 3 抗うつ薬は十分な量、十分な期間飲む必要がある。欠かさず飲みましょう。
- 4 治療にはおよそ3ヶ月かかります
- 5 経過は一進一退である 6 自殺しない誓約
- 7 治療が終了するまで重大な決定判断を延期する

これこそ支持的精神療法。精神科医の基本スキル。時代の変遷とともに2と3、6については現在反論もあるが、他は初診の面接で多用される。患者のレジリエンスに着目したアプローチとも読める

①' 現代型うつ病への接し方（坂元薫）

- 1 休養することが良いとは限らない
 - 2 病状によっては多少辛くても、仕事や家事をしながら生活のリズムを整えるのは大事
 - 3 抗うつ薬の効果に過度の期待をしない、させない。
 - 4 環境の変化には期待（適材適所）
 - 5 理解しつつ、過保護にしない。批判は禁物だが、患者に合わせすぎない
 - 6 医師患者 双方が過度な陰性感情を慎む。辛抱強く気長な対応を。
 - 7 現在の労働環境は20から30年前より過酷なことを心得ておく
 - 8 レジリエンスを最大限に引き出す
- 2は行動活性とよばれ、休養（何もさせない）重視だった従来型うつ病治療から生活のリズムを保つことが推奨される。

□認知行動療法 うつと不安の改善にエビデンスのある心理療法として知名度が高く、プライマリケア領域にも普及が進んでいる（？）が、少しずれた認識も多くなされているのもまた事実。近年は高強度ではなく、ウルトラ低強度認知行動療法の適応が増えている。メールやインターネット動画通信などをつかったセッションも開発、進化しつつある。よくある勘違いとして、マイナス思考をプラス思考に変えるわけではない。一方的に決めつけしないで、現実をしなやかに見ることで、今抱えている「問題」の本質が見えてくるのである。

近年主流の行動活性：「元気があればなんでもできるんですけどね。気分が滅入って何もする気が出ないんです。」と、よく勘違いされるが、うつのときにうつ的な行動を取るよりも、気分が落ち込むにも関わらず、動いてみることでうつの改善が見られる。

イギリスのうつ病治療ガイドラインでは、軽症うつ病（Qids 10点以下）ではSSRIより運動の習慣が推奨される。生活指導は、ゆるく「あれはだめ、これがだめ」ではなく、好きなこと、やってみたいことを少しずつ増やしていくように指導。

アサーション「みかんでいいな？」

み:見たこと

かん:感じたこと

てい:提案する

いな?:最後を疑問形にあげる 否と言われた時の代案を考えておく

みえる事実 感じてる気持ち そこで提案すると受け入れられやすい。

否と言われた時でも代案があると、対話が円滑になる

□マインドフルネス

私たちの中の2つのモード することモード doing mood とあることモード being mood。あることモード being mood を鍛えるのがマインドフルネスになる。

実際のプログラムの中では、体の感覚とか呼吸の感覚を観察していく。最初はやりやすいところから。つぎに、思考と感情を観察 考えてそれ時代が事実ではない。我々の脳が作り出した現象に過ぎないと言う考え方をする。

そして最終段階は思いやりの気持ちの涵養 まず自分への思いやり だめだって自分に思っているあなたは、まずそう言う気持ちを持っているあなたはダメじゃないと言うところからはじめる

④睡眠衛生指導

当たり前のことばかりなのだが、いきなり睡眠薬を出すのはよくない。まずは概日リズムの維持と生活習慣を見直すことが睡眠障害にすべき介入である。

- ✓ 睡眠障害、不眠症の定義は「日中の QOL」が損なわれているかどうか である。だいたい認識が広がったが、未だに勘違いされる定義でもある。
- ✓ 不眠の原因の大半が「不眠恐怖症（ねむれなかったらどうしよう…なにかたいへんなことになるのではないか？という不安）」こそ最大の不眠の原因。
- ✓ 「8時間睡眠が健康」は根拠がない。
- ✓ 「睡眠時間は長ければいい」という訳ではない。布団に入らずっ…とねれない(=入眠困難)は、血圧、血糖も睡眠時間が7～8時間以内の方が最も安定するという。
- ✓ 「年を取ると睡眠時間が少なくていい」これは正解。8時間睡眠が取れる（生理的

に必要と言えれば必要)なのは14歳まで。50代までは7時間で十分。65歳からは6時間で十分

- ✓ 「年を取ると朝早く目覚めるようになる(例:午前5時)」これは男女差がある。男性はこの傾向が強いけど、女性はそうでもない。(2008 Current Biology) この差異からくるよくあるパターンは「夫が早朝覚醒するようになったので、夜早く寝るようになった(これで夫は体調良くなる)妻もこれに合わせてと寝付きが悪く、妻が不眠になる」というパターン。妻が夫に合わせてのをやめたら薬なしで妻は眠れるようになる。
- ✓ 寝付きの良さは「何時に寝るか」で以外に決まる。体がいったん熱くなってそれから温度が下がると眠くなる。体の中のラジエーターの機能のある、手の甲、足が熱くなると、その後眠たくなるサイン。入浴は1-2時間前に深部体温を上げてさがる
- ✓ 睡眠障害への「刺激抑制療法」眠る4時間前からカフェインはやめる。30分眠れなかったら、床を離れる(これが重要)。そして「睡眠制限療法」就床(ねてもねなくても布団に入る)から起床(寝不足でもよく眠れても布団から出る)時間を7時間以内にする。あるいは、昼寝をする。昼寝をした分、就床~起床時間を引き算する。
- ✓ 睡眠薬は、思いのほか「飲んですぐ眠れる薬」ではない。生活習慣を整える薬くらいに考えた方がいい。
- ✓ 多すぎる睡眠薬の減らし方 徐々に減らす。徐々にしたくても剤形がないなら、割るか削る。睡眠時間をよくばらない。薬を減らす分、床に入る時間を遅くする、それでいいのです。休薬するときは1時間遅く床につく(プラセボで入眠を早める時間が1時間なのだそうです)
- ✓ 光療法より午前中に太陽光を。蛍光灯 500ルクス 屋外の明るさ 10万ルクス 曇り空でも1万ルクスである。
- ✓ Z系からの睡眠薬について
ゾルピデム(マイスリー)は転倒リスクをあげるけど、ゾピクロン(ルネスタ)はあげない。またゾピクロンは反跳性不眠を作らない。しかし苦い。
- ✓ ラメルテオン(ロゼレム)、安全性は高いのはわかったけど、大して効かないというのが大半の印象。唯一、かつ最も良い点は体内時計、ずれてしまったのを治す効果がある。これはラメルテオン1-2mgである(ラメルテオンは1錠8mgなのでごく少量) 減れば減るほど、催眠作用がなくなって、リズム修正になる。19時に1-2mg
- ✓ スボレキサント(ベルソムラ)よいのは、日中の認知機能を悪化させない
ただし、眠気の持ち越しは多く、入眠効果はない

うつと不安の薬物療法再考 抗うつ薬 賛否両論

抗うつ薬には副作用がある。そして効果について懐疑論もある

- ✓ 量について SSRI について最高量まで増量することも最近否定的「中には最高量まで増やす必要はある人もいるけれど、皆を最高量まで（効いているのに）増量する根拠はない」ということ
- ✓ 使用期間 最低2週間。まず4週間・・・と書いてあるが、2週間使って効果なかったら、この先も効果が出ない可能性もあるという議論もある
- ✓ アドヒアランス（薬剤と継続可能かどうか）半年経ったら7割の患者さんはちゃんと薬を飲んでいない。

抗不安薬不要論？

抗不安薬（俗に安定薬とも言われる）以前は、安全で使いやすいと言われていたが、以前のバルビツール系睡眠薬のような致命的な呼吸抑制が出現する薬に比べたら安全なのは確かだが、副作用はやはりある。

イメージ的にはベンゾジアピン系は脳全体にきいている。なので飲み始めた時にいきなり効いた感じがするけれど、副作用もたくさん起こるということ