

Bulletin of Depression and Anxiety Disorders

Bulletin of D&A

編集委員長

上島 国利

国際医療福祉大学 医療福祉学部 医療福祉学科

Volume 5, Number 2, 2007

(通巻17号)

Depression

Panic
Disorder

Social
Anxiety
Disorder

Generalized
Anxiety Disorder

Post-traumatic
Stress Disorder

Obsessive-
Compulsive
Disorder

Contents

巻頭言	
上島 国利	3
特集 境界性人格障害と双極Ⅱ型障害をどう捉えるか	
境界性人格障害と双極Ⅱ型障害をどう見極めるか	4
広瀬 徹也	
双極Ⅱ型障害という病態と現代人の人格変容との関連	8
牛島 定信	
学術集会レポート	
うつ病治療における寛解を考える —社会復帰に向けた治療の重要性—	
The Consensus Meeting with Western and Japanese Psychiatrists	12
座長：樋口 輝彦／神庭 重信	
報告者：石郷岡 純／尾崎 紀夫／	
Alan J. Gelenberg／Alan F. Schatzberg	
エッセイ ころころのこる この言葉	
二宮尊徳との出あい	19
臺 弘	

●本誌のバックナンバーは、「うつ・不安」情報サイト Paxil.jp (<http://paxil.jp/>) でご覧いただけます。

編集委員 (*編集委員長, 50音順)

石郷岡 純
東京女子医科大学
医学部 精神医学教室

尾崎 紀夫
名古屋大学大学院
医学系研究科 精神医学分野

上島 国利*
国際医療福祉大学
医療福祉学部 医療福祉学科

切池 信夫
大阪市立大学大学院
医学研究科 神経精神医学教室

小山 司
北海道大学大学院
医学研究科 神経機能学教室

中村 純
産業医科大学
医学部 精神医学教室

医師と患者が共通理解をもって治療を進めることの重要性を伝える

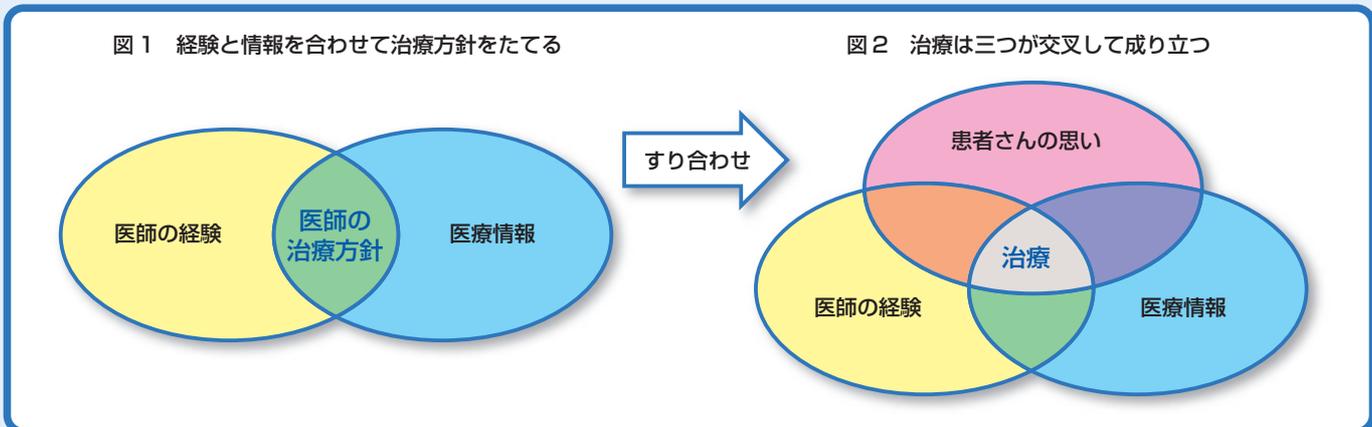
2回(通巻15, 16号)にわたり, 原田誠一氏が心理教育に使用している図を紹介していただいた。今回, 患者に「病気の理解をしてもらうことが, なぜ, 治療上必要か」を説明し, 心理教育へ導入するために筆者が使っている図を紹介する。

医師は治療上の方針をたてる際, 医療情報(エビデンス)に自分自身の臨床経験を加味している(図1)。しかし, 医師のたてた方針だけで治療は成り立たない。医師の方針が患者のニーズに合致して, 初めて治療がスタートする(図2)。

心理教育の前に, これらの図を使って, 「病気に関し, われわれと共通の理解をもっといただき, 三つの要素を重ね合わせて治療を進めたい」と患者に伝えている。われわれ医師にとっては, 自身の治療方針と患者の考えをすり合わせる作業(心理教育)は治療の基本であり, 図を用いた説明は役立つことが多い。

なお, これらの図は, もともと, 名古屋市立大学教授・古川壽亮氏から教えていただいた, EBMの大家 Guyatt GH氏が提唱していた図を改変したものである。

尾崎 紀夫(名古屋大学大学院 医学系研究科 精神医学分野)



巻頭言

猛暑の夏が過ぎ去り、快い秋風の季節となった。Bulletin of Depression and Anxiety Disorders の17号 (Vol. 5, No. 2, 2007) をお届けする。

本号はきわめて現代的トピックから、二つのテーマが選択されている。

境界性人格障害 (BPD) と双極 II 型障害 (BP II) の鑑別は、BP II の認知が精神科医に広まるにつれ議論がされるようになった。今回は、BPD, BP II を知りつくした広瀬徹也, 牛島定信両氏により、わかりやすい解説と鑑別が記載されている。

一方、うつ病の治療目標を寛解に置く重要性の議論が、石郷岡純, 尾崎紀夫両氏ならびに米国の2名の著名な教授により小シンポジウムのスタイルで展開された。うつ病患者が真に求めている回復により、仕事, 家庭, 人間関係での機能が円滑となるが、うつ病患者の寛解が達成されてこそ、これらが可能になると思われる。

編集委員を代表して

上島 国利

境界性人格障害と双極 II 型障害をどう見極めるか

広瀬 徹也

財団法人神経研究所附属晴和病院

1. はじめに

境界性人格障害 (borderline personality disorder, BPD) が DSM-III (1980 年) で登場して以来, その概念は精神分析理論にもとづいた時代に比し, その記述臨床的診断基準 (表 1)¹⁾ によって多くの臨床家に比較的よく理解されるようになった。その典型例についての診断の一致率は相当に高いものが期待できる。

しかし, BPD には I 軸の疾患との comorbidity が少なくないことが知られており, とくに気分障害が併存していることが多い²⁾。そのような場合の診断については現在でも混乱を極めているといつてよく, 学会などで格好の debate のテーマにもなるほどである。

気分障害では大うつ病, 気分変調症などの (単極性) うつ病性障害との comorbidity や鑑別診断も容易でないが, 頻度も多い双極性障害, とくに双極 II 型障害 (bipolar II disorder, BP II) との鑑別が最近のトピックになっているといえる。Akiskal ら^{3,4)} が, BPD と診断された多くの患者が, じつは BP II や気分循環症などの併存も含めた BP II スペクトラムであると主張してから, 一時は確立されたかにみえた BPD の診断にも揺らぎがみられるようになってきているからである。

2. BPD 診断の妥当性

BPD の診断の妥当性を明確にする研究は数多くみられる。やや古い報告ながら Gaviria ら⁵⁾ は, BPD を併存する双極性障害と, 併存しない双極性障害の比較研究で, BPD を併存する患者は子ども時代や思春期での精神症状が多く, 低い学業成績, 子ども時代の離別体験が多いことを指摘し, 感情障害の発症や精神病症状

の多さにも言及している。精神分析学派でつとに論議され指摘されてきた分離・個体化の段階での障害などとの関連で, 不幸な養育環境が BPD で多いことは, 診断において一つの重要な傍証となることは事実であろう。

また, BPD と人格障害のない双極性障害を対象として Cloninger の人格検査などを用いた比較研究⁶⁾ では, 双極性障害群は正常得点であったのに対して, BPD 群は損害回避, 衝動性, 無秩序性で得点が高く, 自己志向, 協調, 固執で低得点であったと, 性格・気質面での差異が強調されている。

Sanislow ら⁷⁾ は, BPD が有する以下の三つの要素について, その存在を検証している。①不安定な対人関係, 同一性障害, 慢性の空虚感とストレスに関連した妄想的観念, ②衝動性と自殺や自傷行動などの行動上の不統制 (behavioral dysregulation), ③感情不安定, 不適切な怒りや見捨てられることを避ける感情的不統制 (affective dysregulation)。

Zanarini ら⁸⁾ は, 気分障害と不安障害を含む感情障害と, 物質使用障害や摂食障害などの衝動コントロール障害という複数の I 軸疾患を長期間にわたって示すことが, BPD 診断の感度と特異度を有意に強めるとしている。この結果は BPD 診断の妥当性を示すとともに, I 軸疾患との近縁性および横断的診断の困難と縦断的診断の必要性を示唆するもので, BPD を人格障害とよぶより, 疾病と考えるべきとする一部の主張⁹⁾ に多少とも根拠を与える結論にもなっている。

その一方でこの研究は, BPD 診断が comorbidity への考慮抜きには成立しないことも明示していよう。そこで, BPD の comorbidity について以下に概観する。

表 1 DSM-IV-TR による境界性人格障害の診断基準¹⁾

以下の5つ（またはそれ以上）によって示される。
1. 現実に、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力。 注：基準5で取りあげられる自殺行為または自傷行為は含めないこと。
2. 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式。
3. 同一性障害：著明で持続的な不安定な自己像または自己感。
4. 自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの（例：浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、むちゃ食い）。 注：基準5で取りあげられる自殺行為または自傷行為は含めないこと。
5. 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し。
6. 顕著な気分反応性による感情不安定性（例：通常は2～3時間持続し、2～3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い不快気分、いらだたしさ、または不安）。
7. 慢性的な空虚感。
8. 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難（例：しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す）。
9. 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離症状。

3. BPD の comorbidity

文献的には BPD の 30% 前後の頻度で双極性障害がみられるとするものが多い。Akiskal ら¹⁰⁾ は、外来 BPD 患者 100 例のうち 7 例が気分循環症で 17 例が BP II であり、I 軸障害のなかでは感情障害が最も高頻度であるとしている。彼らはさらに、追跡期間中に BPD 群は対照群よりも有意に多くの患者が躁状態や軽躁状態を呈したとしている。

逆の観点から、双極性障害の患者で最も多い人格障害は BPD であるとされ、演技性、反社会性、自己愛性人格障害といったクラスター B の人格障害がそれについて多いとされる¹¹⁾。したがって、BPD と双極性障害は、相互交通的に高い comorbidity をもつものといえる。ただし、Magill¹²⁾ がいうように、両者が真の comorbidity として現れているのか、一つの障害の変異したものかは、なお慎重にみていく必要はあろう。

ちなみに単極性うつ病と人格障害の comorbidity について触れると、回避性、依存性、強迫性人格障害が多く、BPD は最多でない報告が多い¹³⁾。とくに、対象が高齢になるほど BPD の割合は低下し、0% という報告もみられる。ただし、入院例に限ってみると著増して、53% という高頻度の報告もみられる¹³⁾。そのような報告では演技性人格障害も BPD について多いこ

とから、うつ病の入院治療の経験者なら稀ならず経験する入院環境での退行が関係した、とくに若い女性のうつ病のボーダーライン化が調査結果に影響を与えている可能性がうかがえる。

4. BP II と BPD

BP II は、一つ以上の大うつ病相（既往）に一つ以上の軽躁病相のある双極性障害で、DSM-IV（1994 年）から公式に国際的診断基準に登場したが、よく知られているように Dunner らによって 1976 年からすでに提唱され¹⁴⁾、広く流布していた概念である。

I 軸、II 軸ともに comorbidity が多いことが知られ、診断学上の問題を生じやすい疾病類型としても有名である。Akiskal の bipolar スペクトラム概念（表 2）¹⁵⁾ の中心であるともいえる。そこでは双極 I 1/2 型以下がさらに微妙なスペクトラムであることから、それらが soft bipolar スペクトラムともよばれるようになってきている。抗うつ薬による軽躁は、DSM-IV では BP II に含めないが、Akiskal は表 2 で双極 III 型としているものの、本来は含めるべきだと考えている。また、DSM-IV の軽躁病相の基準は持続 4 日以上となっているが、彼らの例は平均 2 日であることからその基準に激しく反対し、それより短い軽躁病相も BP II に含めるべきであると主張している。そのような、DSM-IV の基準を外れる経過も含めた拡大した BP II を新たに

表2 Akiskal の bipolar スペクトラム ¹⁵⁾

• 双極 1/2 型：分裂双極性障害
• 双極 I 型：躁うつ病
• 双極 I 1/2 型：遷延した軽躁をもつうつ病
• 双極 II 型：自生的で明瞭な軽躁病相をもつうつ病
• 双極 II 1/2 型：循環気質者のうつ病
• 双極 III 型：抗うつ薬や身体的治療によってのみ起こる軽躁とうつ病
• 双極 III 1/2 型：物質ないしアルコール乱用によってのみ起こる軽躁とうつ病
• 双極 IV 型：発揚気質者 (hyperthymic temperament) のうつ病

表3 境界性人格障害患者（コホート調査）の双極性 (bipolarity) のエビデンス ¹⁷⁾

1. 自生的躁	12.5 %
2. 自生的躁および軽躁	31.5 %
3. 自生的躁, または軽躁, または双極性気質	43.75%
4. 上記に抗うつ薬による躁転を含める	68.78%
5. 上記に双極性障害の家族歴を含める	81.25%

BP II スペクトラムとよんで、soft bipolar スペクトラムで彼がとくに重視した気分循環症や発揚気質者のうつ病（双極 II 1/2 型、双極 IV 型）とアルコールなどの乱用で誘発され、とくにそれらの治療後にも気分変動を来す者（双極 III 1/2 型）をそれに含めている。すなわち、BP II スペクトラムには、表2の双極 II 型から IV 型までと、持続が3日以内の軽躁をもつ大うつ病が入ることになる。

BPD との関連では、BP II スペクトラム患者のうち、再発が頻繁で病相間でも感情的に不安定な場合、とくに気分循環症の BP II 患者は、極端な気分変動のためにしばしば BPD と誤診されるとしている。気分不安定が BP II スペクトラムの中心症状であるとして、大うつ病のときからそれがみられれば、将来 BP II スペクトラムになる有力な予測因子であると重視している。

さらに、気分循環症的で不安と過敏が目立つ気質は、BP II スペクトラム患者が生涯にわたって示す不安障害、気分障害、衝動性障害が複雑に織りなす病像の基礎を成すもので、BPD と紛らわしくするとしている。

Ghaemi らの bipolar スペクトラム ¹⁶⁾ は、Akiskal のものに加えて第一級親族での双極性障害の家族負因、非定型うつ病像、精神病性うつ病像、早発性うつ病、産後うつ病、少なくとも3種類の抗うつ薬への無反応性などの特徴を加えたもので、いっそう広範になっている。そして広範になるほど BPD の患者がこれらの基準を満たす可能性が増えるという。

Deltito らは、BPD の 81% が双極性気質、薬物による躁転や双極性障害の家族負因などのいずれかをもつ双極性 (bipolarity) の特徴を示したとしている (表3) ¹⁷⁾。

さらに、ultrarapid-cycling の双極性障害の不安定な気分と焦燥感のある混合状態がほとんど日常的にある場合は、気分障害でなく人格障害、すなわち BPD と診断される危険が大きくなる ¹⁸⁾。同様に、BP II でありがちな対人関係での葛藤や二次的な性格変化が BPD と間違えられることがあり、夫婦関係の不和、性的乱脈、仕事の不振やアルコール・薬物乱用などは BPD によるものとされがちだが、BP II などの気分障害の社会心理的障害としても理解できる ¹⁹⁾ ことに留意すべきであろう。

5. まとめ

これまで述べてきたように、その独立性が確立されているように見える BPD も、BP II を拡大した BP II スペクトラムを考慮すると、その診断は慎重でなければならないことが明らかとなる。診断の誤りは治療に直結するだけに重大である。BP II を BPD と考えて薬物療法を手控えることは許されない。気分安定薬の投与が必要だからである。逆に BPD を BP II などの気分障害と考えて抗うつ薬を投与することは、衝動性・不安定性を増加させる危険がある。バルプロ酸などの気分安定薬が有効であることが多い。また、BP II などの双極性素因者に不用意に抗うつ薬や抗不安薬を投与

して、“薬剤性境界例”を作らないように注意する必要がある²⁰⁾。抑うつが強いときには気分安定薬とともに抗うつ薬を慎重に、対症療法的に用いる。

両者の鑑別の決め手はこれまで述べたもの以外では、BP II で見逃されやすい軽躁病相を確実に捉えること、抑制中心のうつ病相の着目があげられる。BPD では見捨てられ不安や慢性的な空虚感が横断像では特異性が高いといえよう。衝動性は鑑別に役立たないことは先にも述べたことから明らかである。

長期経過を追えば正しい診断が付きやすいことはいうまでもないが、日常診療で要求される横断像での診断は容易でなく、鑑別が困難なときは comorbidity を疑うべきであろう。

●参考文献

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Press; 2002. 高橋三郎, 梁矢俊幸, 大野 裕共訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2003.
- 2) Zimmerman M, Mattia JI. Axis I diagnostic comorbidity and personality disorder. *Compr Psychiatry* 1999; 40: 245-52.
- 3) Akiskal HS. The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: beyond DSM-IV. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 4-14
- 4) Perugi G, Akiskal HS. The soft bipolar spectrum redefined: focus on the cyclothymic, anxious-sensitive, impulse-dyscontrol, and binge-eating connection in bipolar II and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 2002; 25: 713-37.
- 5) Gaviria M, Flaherty J, Val E. A comparison of bipolar patients with and without a borderline personality disorder. *Psychiatr J Univ Ott* 1982; 7: 190-5.
- 6) Atre-Vaidya N, Hussain SM. Borderline personality disorder and bipolar mood disorder: two distinct disorders or a continuum? *J Nerv Ment Dis* 1999; 187: 313-5.
- 7) Sanislow C, Grillo C, Morey L, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 284-90.
- 8) Zanarini MC, Frankenburg F, Dubo E, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1733-9.
- 9) 町沢静夫. 境界性人格障害について. *精神療法* 2003; 29: 314-5.
- 10) Akiskal HS, Chen S, Davis G, et al. Borderline: an adjective in search of a noun. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 41-8.
- 11) Zarate CA JR, Tohen M. Bipolar disorder and comorbid axis II disorders. In: Tohen M, editor. *Comorbidity of Affective Disorders*. New York: Marcel Dekker, Inc; 1999.
- 12) Magill CA. The boundary between borderline personality disorder and bipolar disorder: current concepts and challenges. *Can J Psychiatry* 2004; 49: 551-6.
- 13) Doyle TJ, Tsuang MT, Lyons MJ. Comorbidity of depressive illnesses and personality disorders. In: Tohen M, editor. *Comorbidity of Affective Disorders*. New York: Marcel Dekker, Inc; 1999.
- 14) Dunner DL, Gershon ES, Goodwin FK. Heritable factors in the severity of affective illness. *Biol Psychiatry* 1976; 11: 31-42.
- 15) Akiskal HS. Soft bipolarity: a footnote to Kraepelin 100 years later. *広瀬徹也 訳. 臨床精神病理* 2000; 18: 3-11.
- 16) Ghaemi SN, Ko JT, Goodwin F. "Cade's disease" and beyond: misdiagnosis, antidepressant use, and a proposed definition for bipolar spectrum disorder. *Can J Psychiatry* 2002; 47: 125-34.
- 17) Deltito J, Martin L, Riefkohl J, et al. Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? *J Affect Disord* 2001; 67: 221-8.
- 18) Howland R, Thase ME. A comprehensive review of cyclothymic disorder. *J Nerv Ment Dis* 1993; 181: 485-93.
- 19) Tyrer S, Brittlebank A. Misdiagnosis of bipolar affective disorder as personality disorder. *Can J Psychiatry* 1993; 38: 587-9.
- 20) 佐藤裕史. 「境界例」と双極性障害 II 型—見立てと治療上の留意点について. *精神療法* 2004; 30: 176-86.

双極 II 型障害という病態と現代人の人格変容との関連

牛島 定信

東京女子大学 文理学部 心理学科

1. はじめに

これまで、情緒的不安定、抑うつ、自傷行為、過量服薬、その他の行動化があれば、境界性人格障害 (borderline personality disorder, BPD) として対応しておれば問題はなかった。ところが、この5年ほど、その周辺がにわかに騒々しくなった感がある。

BPD と診断されている患者に、かつての BPD のもつ雰囲気や欠いたところがあって、戸惑いを感じるようになった。つまるところ、初期の統合失調症、Asperger 症候群を始めとした発達障害、そして非常に非定型な感情障害といったところに落ち着いたが、その結果、今日では情緒的不安定、自傷行為といった症状は疾患特異性を失い、内的な心理的困難の一表現型でしかなくなったという認識となった¹⁾。問題は、むしろ背後の人格傾向となったように見える。

2. BPD と気分障害

BPD を専門とする立場から論じようとする筆者からみると、気分障害が BPD の領域に入り込んできたのは、双極 II 型障害 (bipolar II disorder, BP II) が初めてではない。最初、BPD が統合失調症と神経症の境界領域の病態として認識されたことは周知のとおりであるが、1980 年代になされた境界例の三つの大きな予後調査で²⁻⁵⁾、BPD はむしろうつ病の長期経過に近かったという結果から、BPD はうつ病に近接した病態であるとの見解が示されたことがある。それを受けて、BPD は基底のうつ病を人格全体で防衛したものだという見方まで出たことがある。しかしながら、その後に積み重ねられたさまざまな研究のなかで、抑うつ感のあり様が大うつ病と BPD とでは異なり (表 1)⁶⁾、

BPD の抑うつは抗うつ薬に反応しないという結果⁷⁾から、大うつ病の抑うつとは異質のものではないかというところで決着がついたかに見える^{8, 9)}。

しかしながら、生物学的精神医学からは、BPD を基盤にした大うつ病の発生率は比較的高いとされ、それを目標にした抗うつ薬による治療は必須だとする考えは、今日にまで根強く続いている。さらに、それとは独立に、Akiskal^{10, 11)}を中心に、BPD と紛らわしい非定型な双極性障害が、予想を超えて多く臨床現場でみられ、診断的に紛らわしい病態が少なくないという指摘がなされるようになったことである¹²⁾。この線上で、両者が重複するという見方もまたあるが¹³⁾、ここでは両者はそれぞれに独立した病態であるという一般的立場^{14, 15)}で話を進めることにする。

3. 双極 II 型障害の臨床的問題

Akiskal によると、以下の如くである。Kraepelin が 1921 年に躁うつ病を概念化したとき、すでに、経過のなかでしばしば軽躁エピソードが混在していることを指摘しているにもかかわらず、臨床的には注目されなかった。しかし、注意をしてみると、気分の動揺のかたちよりも、精神運動、対人関係、職業の面で問題を呈し、さらには薬物乱用のかたちで認められる異常があるとして、診断・治療を進めるうえで注意を喚起している。そのなかで、Akiskal は、境界性、不安定性、ヒステリー性人格障害と診断された症例のなかに非定型双極障害 (BP II) が少なからずあることを述べ、それらには、繰り返される結婚と離婚、あるいは恋愛関係、時には性的放逸、アルコールや薬物乱用、仕事ないしは学業にみるムラ、住居の定まらなさなどがあり、加えて、一般に爽快感や野心的な社会活動で

表 1 境界性人格障害と大うつ病における抑うつ⁶⁾

境界性人格障害の抑うつ	共通の特徴	大うつ病
孤独感	抑うつ気分, 早期出現, 持続性	罪悪感, 自責感
空虚感	無価値感, 絶望感	ひきこもり/焦燥
繰り返される自殺のそぶり	対象飢餓 (そぶりを伴わない)	自殺傾向
意識されている怒り	対人関係における依存性	安定した対人関係
要求がましい敵対的かつ依存的な関係	傷つきやすい自己評価	挫折や失敗の心配
対人関係を失うことや分離についての心配		世話を焼くことを厭わない傾向
架空の自己充足 (他者依存の生活史をもつ)		より重篤な自律神経症状

特徴づけられる躁気分のなかで、不機嫌や焦燥感を前面に出す軽躁が見落とされやすいことを指摘している。また、わが国では広瀬がすでに 1977 年に本病態とおぼしき「逃避型抑うつ」を記載しているが¹⁶⁾、注目を引くことはなかった¹⁷⁾。

長いあいだ注目されなかったのは、なぜか。BP II が注意を引いているのはここ 5, 6 年である。筆者の考えでは、BPD と同じく、時代的影響を考えておかなばならないように思う。従来の倫理観からすると、余程の人格的問題がない限り、前記のような問題行動を呈する患者はそう簡単に出てこなかった。しかし、この 10 年ばかりのあいだに男女問題でも家庭問題でも一般社会の対人関係でも罪意識、規範意識が目に見えて希薄化し、人格の変容を考えざるをえない事態を迎えている¹⁸⁾。それが精神医学的状况に少なからず影を落としているのではないか。

つまり、BPD のような神経質領域の未熟化だけではなしに、古典的な循環気質もまた時代の影響を受けており、それが特有の社会的破綻を伴った BP II の増加をもたらしている可能性はないかと考えられるのである。というのは、筆者の観察によると、対人関係を作り、人の世話を焼き、社会的活動を仕掛ける上手さをもっていた従来の循環気質に比べて、BP II 患者はそうした高い社会性を欠いているという印象が強いのである。内海の単極型の気分障害が存在しうるかという疑問¹⁷⁾、つまり大うつ病と考えられていた病態も詳しくみると躁的要因がみられる可能性も、またこの人格的な変化と何らかの関連があるのではないかとさえ思われる。

4. BPD と BP II の鑑別をめぐって

BPD と BP II の基本的な違いは、対象関係が部分的か全体的かということにある。DSM-IV 診断基準による両者の鑑別点を表 2 に示す¹⁹⁾。

BP II は、「社交的、善良、情味が深い、親しみやすい」を特徴とする循環気質を基盤にした全体対象関係的人格である。それだけに、人当たりは軟らかで温かみがあり、一体化願望に基づいた対象希求を根底にした、相手との同調的關係を特徴とし、BPD のように葛藤を伴わないのが普通である。それに対して、BPD は、状況には俊敏に反応するが、傷つきやすく、低い自己評価 (劣等意識) をもちやすい神経質者をさらに過敏にした感じの人格で、ともすれば「見捨てられ不安」を浮上させやすい。それだけに、人当たりは緊張、警戒の色を伴った緊迫感に彩られていて、リラックスしているようにみえても治療者の心は休まらない。そして、関係のもち方も、同調的な BP II と違って、対象支配的であり操縦的である。その根底には見捨てられ不安があることはよく指摘されている。一部に、問題行動を起こすような退行状態では、BP II も BPD と同じく部分対象的で、BPD の DSM-IV 診断基準である「見捨てられることに対する気違いじみた努力」が等しく認められるという記載²⁰⁾を見受けるが、それは治療者の逆転移 (慌てたり、戸惑ったりした心理) に由来するもので、BP II の対象希求的な態度を「見捨てられ不安」と見誤っているにすぎない。DSM-IV 診断基準にあげられている「見捨てられ不安 (抑うつ)」は、Masterson²¹⁾に由来するもので、抑うつ、怒り、

表2 双極II型障害と境界性人格障害の鑑別点

	双極II型障害	境界性人格障害
人格傾向	循環気質 (社交的, 善良, 情味が深い, 親しみやすい)	神経質的 (俊敏な反応, 過敏, 傷つきやすさ)
人当たり	軟らか, 温か	緊張, 緊迫, リラックスしているかにも見えるが心を許せない
治療関係	一体化願望に基づいて同調的	見捨てられ不安に基づいた対象支配, 操縦的
不適切な怒り	まず認められない (躁状態で制止されて突出する怒りはあるが)	未熟, 未分化な感情 (怒りながら泣いている)
状況判断, 対象像	全体対象関係的 より客観的, 公平な見方	部分対象関係的 一方的で, 主観的になりやすい
自傷行為をめぐる態度	葛藤がない, 社会的放埒, 性的放逸な感じを与える	自責, 敗北感, 自己嫌悪など葛藤的

境界性人格障害 Borderline Personality Disorder (DSM-IV-TR) ¹⁹⁾

対人関係・自己像・感情の不安定および著しい衝動性の広範な様式で, 成人期早期までに始まり, 種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ(またはそれ以上)で示される。

1. 現実, または想像の中で見捨てられることを避けようとするなるふりかまわない努力。
2. 理想化とこき下ろしの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係様式。
3. 同一性障害: 著明で持続的な不安定な自己像または自己感。
4. 自己を傷つける可能性のある衝動性で, 少なくとも2つの領域にわたるもの(例: 浪費, 性行為, 物質乱用, 無謀な運転, むちゃ喰い)。
5. 自殺の行動, そぶり, 脅し, または自傷行為の繰り返し。
6. 顕著な気分反応性による感情不安定性(例: 通常は2, 3時間持続し, 2, 3日以上持続することはまれな, エピソード的に起こる強い不快気分, いらいら, または不安)。
7. 慢性的な空虚感。
8. 不適切で激しい怒り, または怒りの制御の困難(例: しばしばかんしゃくを起こす, いつも怒っている, 取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)。
9. 一過性のストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離症状。

恐怖, 罪意識, 頼りなさ, 空虚感などが未分化のままに出てくる感情で, 怒りながら泣いているといった光景のなかにみられ, BP II患者でみられることはまずない。

さらに, 状況判断, 人物像の描写に関しては, BP IIのほうは全体対象的であるだけに, より客観的の把握が可能であり, BPDでは一方的で主観的になりやすい。DSM診断で, 診断基準理想化と見下げの両極端の対象関係を発展させるとされる部分である。これと関連して神田橋²²⁾は, 「BP IIの患者は人物描写をさせると実に的確な描写をする」としている。循環気質者が

現実主義者で内省より外界の観察を得意とすることは周知のとおりで, うまい指摘であると思うが, 「実的確な描写」は少々行きすぎの感じがしてならない。自傷行為などを前にした治療者が慌てずに患者を観察していると, 結構, 客観的に大人の状況判断をしているのがわかるといった程度のものである。さらに, BPDでみられる「不適切な怒りの突出」については, 躁病では行動制止を受けたときの怒りの突出はあるが, BP IIではまずないように思う。

最後に, 同一性葛藤の問題がある。BPDでは自己像, 職業その他で変転しやすいことがあげられている。こ

の点、BP II でも性的放逸、社会的放埒といわれるくらいに男女関係、職業選択が転々としやすいが、BP II ではそうした行為に葛藤を伴わないのが普通である。その点、BPD では葛藤に富むことが一般的である。

5. 治療における精神療法的配慮について ひと言

薬物療法に関しては専門家の発言²³⁾をまちたいが、精神療法的配慮について、ひと言、述べておきたい。それは、BP II の診断がつき、薬物療法に簡単な生活指導的援助がなされると、いかにも治療がスムーズに進むかのような記載が多いからである。確かに誤診が治療をあらぬ方向に導くだけに、診断の重要性は否定すべくもないが、BP II の治療にもそれなりの工夫が必要のような気がしている。それは、前述したとおり BP II の循環気質には、躁病を生み出す循環気質に比べて、社会性の発達に、いま一つの問題点があることである。そのため、きちんとした職業生活の枠組みに適応できずに、軽躁を機会に性的放逸、社会的放埒を来たしていると考えられる。

たとえば、解離性同一性障害を呈していた A 子 (26 歳) は医科系の学生を辞めたとき、BP II であること

が判明する一方で、一般的な社会生活が可能になった。また、BP II と診断された看護師の B 子は、職場での人間関係での対応のあり方をいろいろ指導するうちに、看護師の仕事を受け、性的放逸や仕事面での放埒から解放されるようになった。

BPD の同一性形成ほどの深刻さはないが、できあがった循環気質者よりも社会的に子どもっぽい一面のあることに留意し、それを支え続けることが必要のような気がしている。情緒的一体感を得ることができずに、不適応を起こしているかのような感があるのである。

6. まとめ

BPD と誤診されがちな病態が最近になって増えたことを述べ、そのなかで、BP II が重要になってきていることを指摘した。

その後、BPD の気分障害との関連を歴史的にたどった後、Akiskal に始まる BP II の臨床像を概観した。そして、最近のこの病態の増加は、現代人の人格の変容と関連している可能性のあることを論じた。

そして、BPD と BP II は本質的に異質の病態であるとの視点から、両者の鑑別を考えた。

●参考文献

- 1) 牛島定信. 境界性人格障害治療の歴史的展望と現状. 精神療法 2003; 29: 249-56.
- 2) McGlashan TH. The Chestnut Lodge follow-up study: 3. Long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 20-30.
- 3) McGlashan TH. Schizotypal personality disorder. Chestnut Lodge follow-up study: VI. Long-term follow-up perspectives. Arch Gen Psychiatry 1986; 43: 329-34.
- 4) Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP. 14 year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. Compr Psychiatry 1985; 26:448-55.
- 5) Pope HG, Jonas JM, Hudson JI, et al. The validity of DSM-III borderline personality disorder. A phenomenologic, family history, treatment response, and long-term follow-up study. Arch Gen Psychiatry 1983; 40: 23-30.
- 6) Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: DSM-IV Edition. 1994. ギャバード著, 舘 哲朗監訳. 精神力動的精神医学 (3)【臨床編: II 軸障害】. 東京: 岩崎学術出版; 1997.
- 7) 守屋直樹. 感情障害と境界例. 皆川邦直, 三宅由子編. 境界例. 東京: 医学書院; 1993.
- 8) 牛島定信. 境界例の臨床. 東京: 金剛出版; 1991.
- 9) 牛島定信, 上別府圭子, 樋口英二郎ほか. 境界例, その後. 精神医学 1999; 41: 346-59.
- 10) Akiskal HS. Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline" realm. Psychiatr Clin North Am 1981; 4: 25-46.
- 11) Akiskal HS. The bipolar spectrum: new concepts in classification and diagnosis. In: Grinspoon L, editor. Psychiatry Update. Volume 2. Washington DC: American Psychiatric Press; 1983.
- 12) 大森哲郎. 双極性障害は誤診されやすい. 臨床精神医学 2006; 35: 1395-8.
- 13) Gunderson JG. Borderline personality disorder: a clinical guide. Washington DC: American Psychiatric Press; 2001. ガンダーソン著, 黒田章史訳. 境界性パーソナリティ障害—クリニカル・ガイド. 東京: 金剛出版; 2006.
- 14) McWilliams N. Psychoanalytic Diagnosis: Understanding Personality Structure in the Clinical Process. New York: Guilford Press; 1994. マックウィリアムズ著, 成田善弘, 北村婦美, 神谷栄治共訳. パーソナリティ障害の診断と治療. 大阪: 創元社; 2005.
- 15) Gunderson JG, Hoffman PD. Understanding and Treating Borderline Personality Disorder. Washington DC: American Psychiatric Press; 2005. ガンダーソン, ホフマン共著, 林 直樹, 佐藤美奈子共訳. 境界性パーソナリティ障害最新ガイド—治療スタッフと家族のために. 東京: 星和書店; 2006.
- 16) 広瀬徹也. 「逃避型抑うつ」について. 宮本忠雄編. 躁うつ病の精神病理 2. 東京: 弘文堂; 1977.
- 17) 内海 健. うつ病新時代—双極 II 型障害という病. 東京: 勉誠出版; 2006.
- 18) 牛島定信. 精神医学における自己愛の障害をめぐって. 精神療法 2007; 33: 267-72.
- 19) 高橋三郎, 梁矢俊幸, 大野 裕共訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京: 医学書院; 2003.
- 20) 阿部隆明, 加藤 敏. 双極性障害と境界性人格障害の鑑別と共存. 精神科治療学 2005; 20: 1113-20.
- 21) Masterson JF. Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach. New York: Brunner/Mazel; 1976.
- 22) 神田橋條治. 双極性障害の診断と治療. 臨床精神医学 2005; 34: 471-86.
- 23) 鈴木克治. 双極性障害の薬物療法の最近の動向. MEDICO 2007; 38: 29-32.

うつ病治療における寛解を考える

— 社会復帰に向けた治療の重要性 —

The Consensus Meeting with Western and Japanese Psychiatrists

開催日：2007年6月9日，開催地：東京

従来の三環系抗うつ薬による治療では，副作用のコントロールを行いながら症状の改善効果が期待されてきたが，新規抗うつ薬・選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI）の登場とともに症状消失の先に社会復帰を標榜できるようになった。そのため，うつ病治療のターゲットである寛解（remission）をどのように目指し，維持するかについて理解を深め，うつ病治療のなかにしっかりと位置付けることがよりいっそう重要となっている。

そこで，気分障害の治療におけるオピニオンリーダーである Alan J. Gelenberg, Alan F. Schatzberg 両氏を招き，うつ病治療における寛解をテーマにした本会合が開催された。樋口輝彦氏（国立精神・神経センター 総長），神庭重信氏（九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野 教授）の座長のもとに行われた四つの報告と総合討論の内容をダイジェストで報告する。

1 うつ病の寛解の概念における治療的側面：“治療”から“マネジメント”へ

石郷岡 純（東京女子医科大学医学部精神医学教室 教授）

■ うつ病治療において寛解がなぜ重要か

近年，うつ病の治療において寛解の概念の重要性が指摘されている。

うつ病治療において寛解がなぜ重要かを考えるにあたり，うつ病患者を対象に SSRI パロキセチンと健康関連 QOL の変化を Medical Outcome Study Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36) により評価した試験の結果を示す（図 1）。パロキセチン投与により 12 週時点でハミルトンうつ病評価尺度（Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D）スコアが 7 以下となった寛解群では，健康関連 QOL が国民標準値と同等のレベルに到達している。とりわけ社会生活機能については，HAM-D が 50% 以上改善した群においてもほとんど変化がみられず，寛解群のみで国民標準値と同等の回復が認められた点に注目すべきであろう。このことから，うつ病の治療においては抑うつ症状の改善に留めず，QOL の向上・回復つまり日常生活レベルへの復帰を目指した薬物療法が大切であり，そのためには寛解への到達が重要であることが示された。

また，精神疾患に関する文献のレビューを行った McIntyre ら（2006）は，うつ病をはじめとする精神疾患において寛解に達しない場合，症状の再燃・再発や慢性化，種々の疾患の合併，自殺，QOL の低下など

の問題が生じる可能性が高くなることを報告し，症状が消失した良好な状態の指標として寛解を目指すべきであると指摘している。

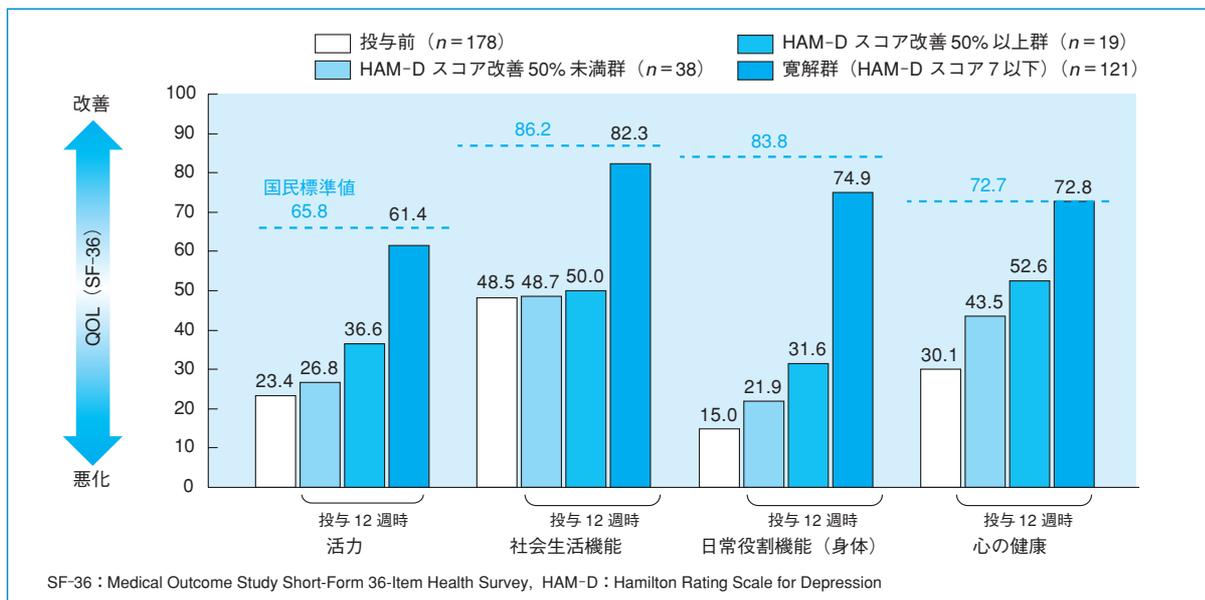
これらの知見から，QOL を回復し，症状を再燃・再発させないなどのために，うつ病治療において寛解をターゲットとすることの重要性が示唆される。

■ 寛解は，回復に至るまでの臨床的マーカー

つぎに寛解がどのように定義されているかをみてみよう。Judd ら（2000）はうつ病評価尺度による無症候の状態が 2 週間以上持続することを寛解とし，DSM-IV では明らかなうつ病の症状がない状態が 2 か月以上続いた場合を完全寛解としている。また，米国神経精神薬理学会（ACNP）の特別委員会も独自の定義を提唱し，寛解は臨床試験の一次エンドポイントになるべきものとしている。

一方患者は，自信の回復や自分自身および本来の機能を取り戻すことを「寛解」と捉えていることが報告されているが（Zimmerman M, et al. 2006），これはわれわれ治療者の考える回復（recovery）の概念にほかならない。Fava ら（2006）は，回復とは，治療をしなくても患者が人生の目的や自律性，自己受容など六つの領域の少なくとも一つで心理的幸福を実感できることとしている。患者が人生を肯定的に受け止め，人生

図1 パロキセチンと健康関連 QOL (SF-36) の評価



青葉安里ほか. 臨床精神薬 2005 ; 8 : 1063-75 のデータをもとに再解析.

の目的を再びもてるようになることが回復であり、これが治療の最終的なゴールであると考えられる。

このような意味で、寛解は、回復を得るための治療のターゲットであり、回復に至るための臨床的マーカーとすることができよう。つまり寛解は、回復を得るために必要なプロセスであり移行期間であると捉えてはどうであろうか (図 2)。

■ “治療” から “マネジメント” へ

寛解を得るためには薬物療法を十分に行っていくことが重要であり、うつ病の寛解率を高めるために、現在、抗うつ薬の変更・増量、複数の抗うつ薬の併用、抗うつ薬と精神療法、とくに認知行動療法 (cognitive-behavioral therapy, CBT) との併用などが試みられている。現状のガイドラインでは単剤投与が推奨されているが、抗うつ薬の併用により HAM-D スコアが改善される報告も示されており (Nelson JC, et al. 1991)、複数の抗うつ薬の併用により効果が得られるのであれ

ば、今後、積極的に検討すべきではないだろうか。

寛解達成後の治療では再発の予防が重要となり、“治療” から “マネジメント” へと考え方を転換する必要がある。回復に至るためには、患者自身が自らをコントロールできる実感をもたせるようなセルフ・マネジメント (患者自身による問題解決や意思決定など) を促すアプローチが非常に重要であると考えられる。

図 2 寛解と回復の関係

- 寛解 (remission) とは……
 - 症状およびそれらの持続時間により定義される
 - 良好な状態 (wellness) の臨床的指標
 - 治療のターゲットであり、回復に至るための臨床的マーカー
- 寛解と回復 (recovery) の関係とは……
 - 回復とは、寛解の期間が長くなったもの
 - 治療を必要としない状態が回復
 - 回復に至るために必要な人格の再構築が進む移行期間を寛解と捉える

2 うつ病患者の職場復帰をめぐる社会環境

尾崎 紀夫 (名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野 教授)

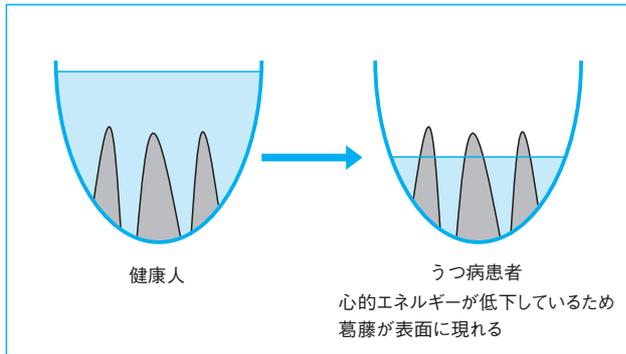
■ 日本の勤労者に対するメンタルヘルス対策

日本において企業の構造変化などに伴い勤労者のストレスが増大するなか、自殺者や精神障害を理由とした長

期休業者の増加など勤労者のメンタルヘルスをめぐる諸問題は深刻さを増し、適切な対策が急務となっている。

厚生労働省による対応をみてみよう。1999 年に「心理的負荷による精神障害等に係る業務上の精神障

図3 うつ病に伴って現れる二次的葛藤の露呈

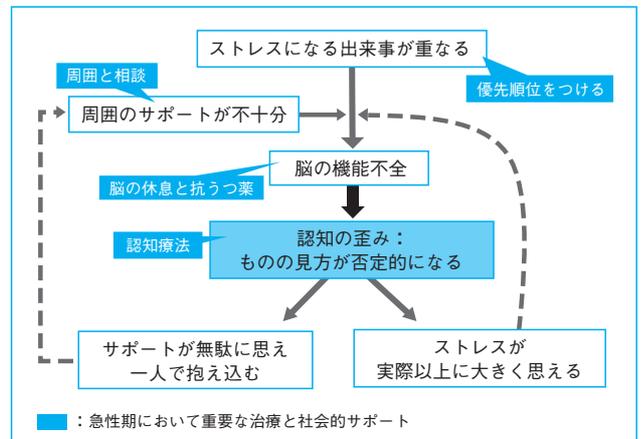


害の判断指針」が示され、対象となる精神病の範囲の拡大、職場ストレスの評価法などが整備された。この基準に則り精神障害の労災申請数・認定数は、ともに増大した。また2000年には「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」が策定され、事業場でのメンタルヘルス対策の重要性、管理監督者・労働者に対する教育研修などの基本事項を定めた。さらに2006年に「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が定められ、職場復帰のための支援の実施、メンタルヘルス対策の教育研修制度の充実などが謳われた。同時に労働安全衛生法が改正され、仕事に関連した精神障害の予防、医師による面接指導の実施などが盛り込まれることとなった。

■ 勤労者のうつ病患者への治療アプローチ

従来、本邦のうつ病、とくに勤労者の内因性うつ病概念として、メランコリー親和型性格が強調されてきた。すなわち、真面目で責任感が強く、几帳面、とりわけ他者配慮性に富み、本人の慣れ親しんだ秩序性の

図4 ストレスと社会的サポートの関係

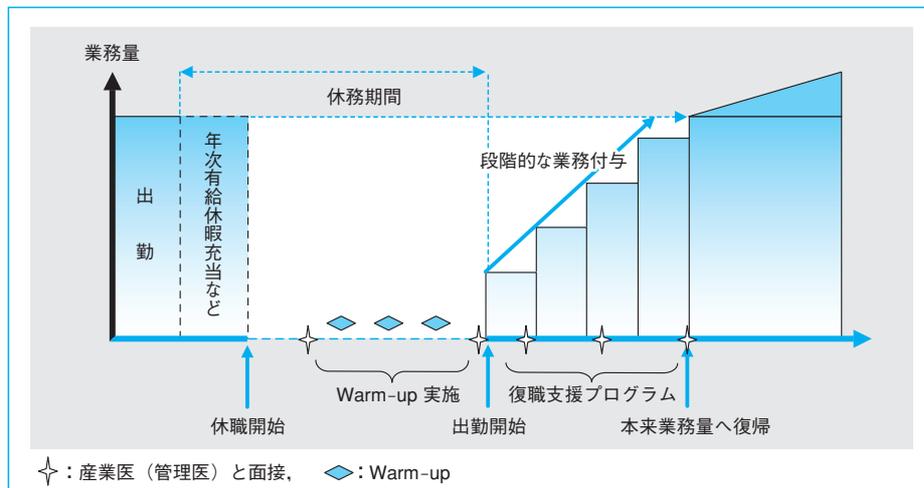


なかでは仕事に精勤しているが、転勤、昇進といった秩序性の維持が困難な状況に遭遇し、うつ病が発症すると説明されてきた。

図3は、このような内因性うつ病患者に、急性期の「休息の重要性」を説明する際に用いている。うつ病患者では心的エネルギーが低下しているためにさまざまな葛藤が二次的に表面化し、患者はこの葛藤を心因と考えてその対応に大わらわになる。しかし、この二次的に露呈した葛藤を解消しようとするのではなく、患者は精神的な休息をとり心的エネルギーを貯めることがまず重要であると説明されてきた。

しかし、最近、職場で発生するうつ病は、必ずしもメランコリー親和型には当てはまらない症例もあり、うつ病の説明概念を以下のようにしている。すなわち、ストレスになるきっかけが重なるとともに、周囲のサポートが必ずしも十分ではない状況が生じる。その結果、脳が十分に機能しなくなり、脳の認知が歪められ、ス

図5 Warm-upの実施と復職支援プログラム



トレスと捉える出来事が増え、社会的サポートがますます得られなくなるという悪循環を繰り返す(図4)。したがって、うつ病の急性期には、薬物療法や精神療法も行い、社会的サポートも十分に享受できるようにすべきと説明している。また、現在すべきことに「優先順位」をつけ、すべてのことをやろうとしないこと、休息をとることを患者に指導し、家族や同僚から「励まし」や「気晴らし」をしないようにする。急性期を脱し社会復帰をする段階では、患者は「励まし」によって優先順位をつけられるようになり、自信の回復にもつながる。「気晴らし」は、患者自身が本当にやりたいことの半分だけ行うようにし、達成感を得るようにする。

■ 復職支援プログラムと留意点

厚生労働省は2006年に「心の健康問題により休業

した労働者の職場復帰支援の手引き」をとりまとめ、復職のためのステップを五つに分けて示すとともに職場における組織的・計画的な支援プログラムの策定を促した。

復職は段階を追って徐々に行っていかなければならず、また復職支援プログラムを実施する前の休務期間中に warm-up 期間を設けることが重要である(図5)。Warm-up 期間では、患者が職場の雰囲気になれることを目標に、職場復帰の適否確認を行う。職場復帰プログラムは時間外勤務などを制限して開始し、職場での状態をみながら徐々に制限を緩和していく。また再発予防のために、患者および職場や家族に対して、薬剤には症状を改善する作用と良好な状態を維持する働きがあること、受診を継続することをよく理解してもらうことが大切である。

3 うつ病が就労にもたらす負の影響と寛解の重要性

Alan J. Gelenberg (Professor and Head, Department of Psychiatry, University of Arizona)

■ うつ病の社会・経済的影響と寛解の重要性

Ustün ら(2004)の報告によれば、疾病により失われた生命や生活の質を包括的に測定するための複合健康指標の一つである障害調整生存年数(disability-adjusted life years, DALY)を用いると、うつ病は世界全体において疾病負担の第四位、米国においては第一位で、先進国を中心に大きな社会的負担となっている。また、うつ病と自殺の関連が論じられて久しいが、米国では大うつ病入院患者の8~19%が自殺完遂しており、2000年の米国政府の報告書によれば自殺は死

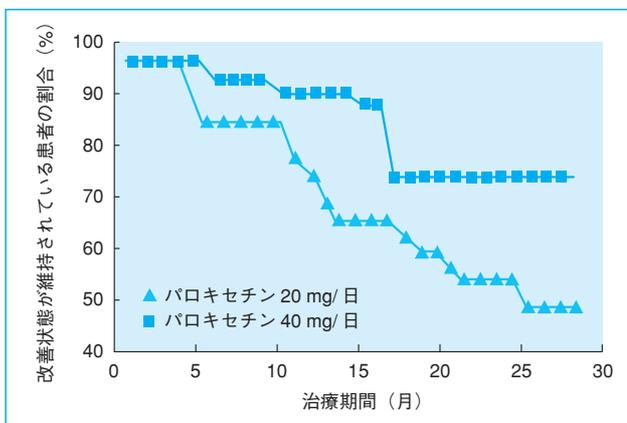
亡原因の第八位となっている。

うつ病による欠勤の増加や生産性の低下・損失および自殺による人的な損失・影響といった点からも、早い段階での寛解が、患者や家族、そして社会にとっても重要であると考えられることができる。

これまでの報告から、うつ病治療における寛解の重要性について整理をしてみよう。SSRI パロキセチンを用いた維持療法についての研究結果では、40 mg/日群と20 mg/日群では用量反応性に再発せずに改善状態が維持されることが明らかになっている(図6)。また、大うつ病患者64例について寛解後の残遺症状の有無で2群に振り分け、15カ月間の再燃リスクを検討した研究結果では、残遺症状を有する群で再燃が大幅に高かった(Paykel ES, 2003)。

フィンランドにおける最近の研究でも、大うつ病患者269例を18カ月追跡したところ、部分寛解群の自殺リスクは完全寛解群の2.5倍であったことが示された(Sokro TP, et al. 2005)。スペインで行われた4年間にわたる前向き研究では、対象患者139例のうち58%が寛解を示し、寛解群の再燃率は51.3%であったのに対し、「治療反応」がみられただけの患者群の再燃率は91.4%と高いことが明らかとなった(Pintor L, et al. 2004)。これらの知見からも、うつ病治療において寛解がいかに重要であるかがよくわかる。

図6 パロキセチンの投与量別にみた再発予防効果



Franchini L, et al. J Clin Psychiatry 1998; 59: 229-32.

表1 プライマリケア医によるうつ病患者の主訴の日米比較

	米国 (n=85)	日本 (n=104)	t/χ ² 検定	p値
男性率(%)	11.8	34.6	13.26	0.001
年齢	40.8	44.0	1.69	0.093
主訴の総数	4.4	5.4	2.90	0.004
平均身体症状主訴率(%)	43.7	64.0	4.90	0.001
身体症状のみの主訴率(%)	9.4	26.9	9.30	0.002
精神症状のみの主訴率(%)	16.5	3.8	8.65	0.003
精神と身体の主訴率(%)	74.1	69.3	0.55	0.459
主な身体症状				
腹部症状	13	35	12.68	0.001
頭痛	7	34	21.86	0.001
頸部痛	3	16	8.59	0.004
疲労感	16	29	4.90	0.028
食欲減退	25	37	3.29	0.071
睡眠障害	52	61	1.25	0.266

Waza K, et al. Fam Pract 1999; 16: 528-33 より作成.

見逃せない日米で異なるうつ病患者の主訴

ここで、うつ病患者が自分の症状をどのように医師に訴えるかについて言及したい。日米の患者群別にみると、身体症状を訴えるのは、米国人では43.7%であるのに対し日本人では64.0%と高く、さらに日本人では26.9%が身体症状のみを訴えており、米国人の約3倍となった。また患者による医師への訴えを症状別にみると、消化器症状や頭痛、頸部痛（首の痛み）では、日本人は米国人の約3～5倍も高い（表1）。つまり日本人のうつ病患者は精神的なストレス状態であっても、身体的

な症状の訴えが多いことがわかる。これは多民族国家である米国と日本の文化背景が違うことに起因していると考えられる。また日本では、プライマリケア医によるうつ病の早期診断の機会が多いことが示唆される。

患者の「生きたい」気持ちの表現をすくいあげる

最近、われわれが参加した精神科医のミーティングで、うつ病患者が本当に求めているものは「回復」であり、家族や仕事、人間関係が元通りになることを望んでいることが浮き彫りにされた。うつ病患者が寛解を得て生活習慣や食事、運動に注意を払えるようになるということは、「生きたい」という気持ちももてるようになることで、非常に重要な局面となる。

少し前の報告になるが、1990年の米国においてうつ病が及ぼす経済的な影響を検討したところ（Greenberg PE, et al. 1993）、年間437億ドルの負担となっていると推計された。これは、うつ病に罹患するためにもたらされる生産性の低下だけでなく、うつ病に関連した自殺に伴うコスト、治療に費やされるコストなどの合計であり、うつ病がいかに広く社会的・経済的な負担を引き起こすものであるかが推察できる。うつ病に罹患することで、たしかに就労能力は損なわれるが、うつ病が回復し寛解を維持することで、これは改善される。社会的・経済的な負担の軽減という面からも、寛解を得るための短期的・長期的治療戦略のさらなる検討が期待される。

4 うつ病治療における寛解の意義：精神療法の役割

Alan F. Schatzberg (Professor and Chairman, Department of Psychiatry and Behavioral Science, Stanford University)

うつ病治療における寛解とその意味合い

うつ病治療で必ず考えるべきことに、まず「寛解」があげられる。寛解患者群の社会的機能回復レベルを社会的適応尺度（social adjustment scale-SR）で、治療反応群や治療無反応群と比較した研究結果を示す（図7）。寛解群は、健康群とほぼ同等で、治療反応群や治療無反応群は正常範囲（スコア2まで）を超えており、社会的適応が得られていない状態が示されている。一方、Simonら（2000）によれば、うつ病に罹患した給与所得者の欠勤日数は、寛解群において著明に低下することが示されている。

うつ状態が持続する就労者での問題は欠勤日数の増

加だけでなく、出勤日でも仕事の処理がうまくいかないためトラブルやミスを生じることも多くなり、生産性は一般就労者の1/7まで低下するとの報告も示されている（Druss BG, et al. 2001）。うつ病患者が寛解することは、そのような就労効率の低下から回復するためにも、大きな意味をもつ。

精神療法併用は寛解維持に役立つ

うつ病治療においてわかりやすい予後評価が求められていることはいうまでもないが、寛解率を高めるための戦略として、①臨床試験の最適化を図る、②厳格な薬物療法（これには数種類の薬剤併用も考える）、③薬物療法と精神療法の併用、などがあげられる。

寛解の維持を検討した2年間の追跡調査で、認知行動療法 (cognitive-behavioral therapy, CBT) 実施群は非実施群よりも寛解が長続きしており、CBT 群では再発が予防された患者はほぼ9割となったことから (Hollon SD, et al. 2005)、維持療法に精神療法を追加することは意味があると思われる。

■患者とのコンタクトを増やす強化ケアは治療効果を上げる

急性期のうつ病患者を対象に行われる精神療法として注目されている認知行動分析システム精神療法 (cognitive behavioral analysis system of psychotherapy, CBASP) を用いて、急性期のうつ病患者を対象に薬物療法群、CBASP 群、薬物療法+CBASP 併用群について反応率と寛解率を比較したところ、併用群で最も良好な結果が得られた (Keller MB, et al. 2000)。今後は、急性期の患者を対象とする dynamic psychotherapy (力動的な精神療法) の効果も含め、さらに検討を進める必要があるであろう。

また、米国においては、患者とより多くのコンタクトをもつことに治療効果があると考えられているが、看護師などの医療提供者が患者に対し電話による会話を通じて行う治療への積極参加 (アドヒアランス) と予後について話し合う強化ケアに関する検討の結果を紹介しよう。

通常治療群、電話による管理施行群、電話による管

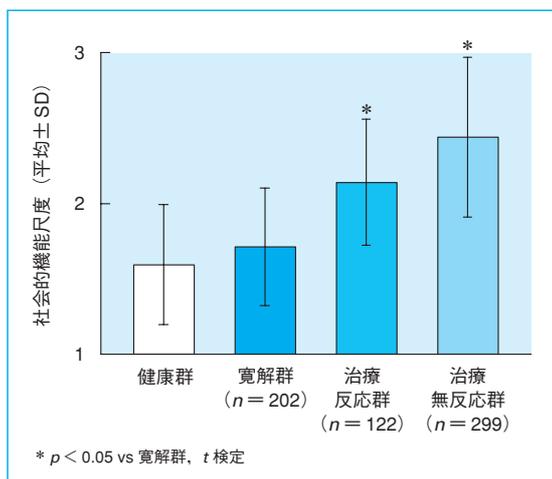
理+精神療法施行群のうち、電話による管理+精神療法施行群において、うつ病評価スコアが50%改善したのをはじめ、患者自身による改善評価や満足度が高くなることが明らかになった (図8)。これは患者の話を聴くことで治療効果が向上することを示すものである。

うつ病治療においては患者の社会復帰・復職に向けて寛解を目標とするべきである。また短期・長期の予後を良好に維持するためには患者と接する機会を多くもつことが重要であり、薬物療法への精神療法の併用が有効であると考えられる。

■SSRIの処方動向について

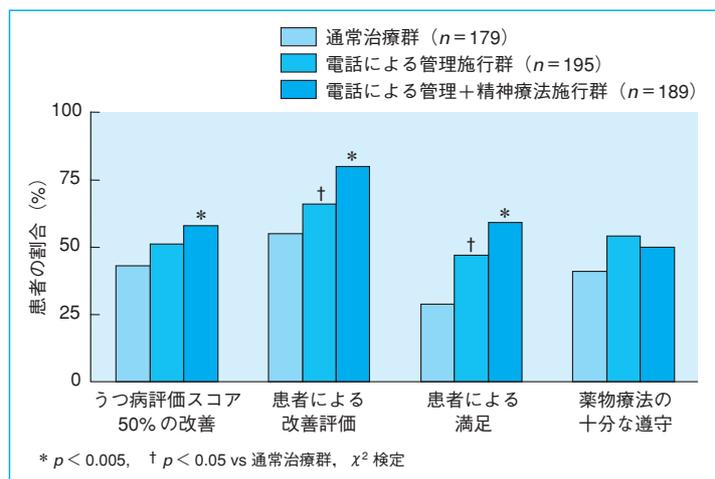
2004年に米国食品医薬品局 (FDA) が、すべての抗うつ薬は小児および青年期の患者の自殺企図および自殺念慮のリスクを高めるため、臨床上の必要性とリスクのバランスを考慮して使用することを勧告してから、米国においては18歳以上の成人の処方件数には大きな変化はないものの、18歳以下の小児に対する抗うつ薬の処方が小児科医、一般の開業医を中心に著明に減少した (Nemeroff CB, et al. 2007)。抗うつ薬のなかでも、小児に対する処方件数の減少がとくに著しいのがSSRIで、一方これと反比例するように小児における自殺率の増加も指摘されている。FDAの勧告が薬剤の処方にも多大なる影響を及ぼしていることは明らかだが、小児への抗うつ薬の投与についてより科学的な検討が期待される。

図7 寛解による社会的機能回復レベルの測定



Miller IW, et al. J Clin Psychiatry 1998; 59: 608-19 より作成。

図8 強化ケアによる抗うつ薬治療へのアドヒアランスと予後の改善



Simon GE, et al. JAMA 2004; 292: 935-42 より作成。

総合討論

樋口 (座長) 4名の先生方から、最近の知見を含め、うつ病に対して薬物療法に加えて精神療法を行うことの重要性、うつ病治療における寛解の意義について報告いただきました。米国の状況も踏まえながら、うつ病治療における寛解について討議を進めていきたいと思っております。

■日本におけるうつ病の発病状況の変化

Schatzberg 米国の勤労者は解雇に対するストレスが強く、また最近では失業したストレスからうつ病を発症する症例も多くみられます。失業率が高くなるとそれに伴い自殺率も高くなるといわれていますが、日本ではどうでしょうか。

尾崎 確かに、今回、日本の自殺率が上昇した時期は、いわゆるバブル景気の崩壊で失業率が高くなった時期に一致しているようです。当初は、「景気が回復すれば自殺率が下がる」と考えられていましたが、その後、日本の景気が回復して失業率は下がってきていますが、自殺率は高いままで、ここに大きな問題があります。わが国では、年功序列の賃金体系・終身雇用制が長らく採用されてきましたが、近年、成果主義という競争原理が主となり、景気の回復が必ずしも勤労者の安心につながらなくなっていることが一因かもしれません。

神庭（座長） 日本ではこれまで、企業はお金をかけて社員を教育し、終身雇用の企業人を育てあげてきました。勤労者も会社の期待に応えようと無理を重ねて仕事をします。無理をしても期待される仕事ができないという状況になっても、まだ仕事を続け、その結果うつ病となるケースが多くみられ、これが典型的な日本のメランコリー親和型のうつ病とされてきました。近年は企業文化が変化してきて、人も流動化し企業も転職者を積極的に雇う文化が育つなか、メランコリー親和型のうつ病が大多数ではなくなっていると感じられます。昨今の勤労者は、不安定な身分と過重労働という、これまでとは異なる状況下でうつ病に至っていると思います。

■「うつ」を身体症状で表す日本と「うつ」症状を訴える米国

樋口 日本人と米国人では、うつ病の症状の表現が異なるという点をとても興味深く思いました。日本人では身体症状の表現が高率で、身体症状だけを訴える患者も多くみられます。日本人が、うつ病に限らず全般性不安障害（generalized anxiety disorder, GAD）などの精神疾患でも身体症状として自覚しやすいことを示したデータはありますか。

Gelenberg 興味深い点ですね。GAD 患者に関する報告はまだありませんが、GAD 患者の多くが消化器科や泌尿器科に通院していることがわかっています。慢性的なうつ病と不安障害には重なるところがあるの

ではないでしょうか。精神的なストレスが身体を緊張させるため、消化器や泌尿器などに症状が現れてくるということはあるでしょう。

Schatzberg 首が痛いなどの身体症状を訴える患者は慢性的な疼痛になり、疼痛がうつ病の成因になっている可能性も考えられます。また患者が最初にどの診療科を受診するかということも大きくかわってきますが、欧米では日本よりも最初に精神科を受診する患者が多いと思います。

■米国では寛解後の維持療法の努力が理解されつつある

越野（栗津神経サナトリウム） 日本でもようやく寛解が重要だということが議論されるようになってきたため、2006年にわれわれの研究会で調査をしたところ、日本の精神科医は寛解を目標に置くことが少ないということがわかりました。米国ではいかがですか。

Schatzberg 米国の精神医学会では、最近、より積極的に寛解を目標とするようになりました。各種臨床試験もその薬剤による最適な寛解達成を目標にデザインされていますが、数年前までこうした意識はけっして高くありませんでした。寛解をうつ病治療の目標に置くことが定着してきたのは、ここ数年のことだと思います。

Gelenberg 症状がなくなると、できるだけ薬剤を使わないで治療を継続できないかという患者もいます。しかしながら寛解を得るまでは薬物療法をしっかりと続ける必要がありますから、患者家族とかなり緊密な連携をとりながら患者のモニタリングを行うことも、まれにあります。

Schatzberg 米国では、うつ病の治療はより長期的に取り組まれるものになってきています。ほとんどのうつ病患者は、症状がなくなれば薬物療法を止めたいという傾向が強いと思われます。かつては、精神科医のあいだでも症状がなくなったら薬剤投与は必要でないといわれていましたが、SSRIの無作為化比較対照試験の結果から、三環系抗うつ薬のデータと比較しても長期的投与が再燃率の低下に必要なことが示されています。

神庭 本日は、寛解をめぐる米国のうつ病治療の状況にも触れながら有意義な討議ができました。これを機会にうつ病の臨床にいつそう積極的に取り組み、どのように寛解を目指すかを考える糧としていきたいと思っています。ありがとうございました。

二宮尊徳との出会い

坂本医院 臺 弘

「算術で示せばどんな悟道者も論者も一言もない」と言ったのは誰か、ご存知でしょうか。

言葉の主は二宮尊徳（1787～1856年）で、福住正兄著「二宮翁夜話続編」（1887年）（『日本の名著26』、中央公論新社、1970年）のなかで彼に出あったときには、幕末の百姓にこんな人物がいたのかと感嘆したものです。この算術の論理が一農民に領主と掛け合って年貢の据え置きを約束させる迫力を与え、他方で百姓たちに勤労意欲を高めるための無利子金融にもなって、年次償還の将来計画さえもてば借金も怖くないとわからせたのです。さらに償還後に報徳金という名目の投資を立案して資本を蓄積し、相互扶助や天保飢饉の難民救済に役立てました。

戦前の小学生には、修身のお手本として柴を背負って本を読む少年の銅像は馴染み深いものでしたが、戦後の民主主義時代になっても刻印は深く残っていて、尊徳の道德教育面ばかりが語られる傾向が強かったのです。たとえば、石川佐智子著『世界に誇る日本の道德力—心に響く二宮尊徳90の名言』（コスモトゥーワン、2006年）などを参照してください。

精神科関係で二宮尊徳を論じたのは、中井久夫が『分裂病と人類』（東京大学出版会、1982年）で、「執着気質の歴史的背景：再建の倫理としての勤勉と工夫」を述べたのが、唯一の文献でありましょう。私は、「生活療法の基礎理念とその思想史」（精神医学 2006; 48: 1237-52）と、その解説的な論文「生活療法の開祖：二宮尊徳」（精神科治療学 2006; 21: 1249-55）を發表しましたので、参照いただければ幸いです。

2006年、バングラデシュの農村銀行のユヌス頭取が、農婦たちに小額金融を普及させた業績に対して、ノーベル平和賞を受けましたが、これは尊徳が200年前にわが国で行っていたことと同じものでもありました。

弟子・富田高慶著『報徳記』（岩波文庫、1933年）

や福住正兄著『二宮翁夜話』（春秋社松柏館、1943年）は説教話の主で経済・経営論は少ないのに、『二宮尊徳全集』では二宮仕法の雛形、資料が豊富で、算数の活用が見事でした。戦後になって三戸岡道夫著『二宮金次郎の一生』（栄光出版社、2002年）のような尊徳の農業経営論を主とする著作も現れてきましたが、道德と経済を総合する所論は、「論語と算盤」（渋沢栄一）のほかには見当たりません。興味深いことには西欧経済学の創始者 Adam Smith（1723～1790年）は、当初は道德哲学（moral philosophy）の教授で、処女作『道德感情論』（上・下、岩波文庫、水田 洋訳、2003年）は主著『諸国民の富』（国富論）（第5版、岩波文庫、大内兵衛ほか訳、1960年）の前に書かれ、最終版が没年となる本であったのです。精神科治療史に残る York Retreat（1792年～）の moral treatment も、“道德療法”と訳すと意味がわからなくなりますが、コンサイスオックスフォード英英辞典によると mos = custom, pl. mores = morals であるので、生活療法のようなものだったのではないかと推察されます。

私は、躁うつ病（双極性障害：双極Ⅰ～Ⅱ型）の状態像理解にも算数の論理を活用しています。症例で説明しますと、双極性障害の友人と一緒に歩く時に、彼が“うつ”だと私に遅れやすく、“躁”になると私より先に進む傾向があります。これを物差しを落とし止めるまでの単純反応時間で測ることができます。あるうつ病者は、落下幅が30cmだったのが25cmになったので、「そろそろ会社に出られますね」と言ったら「まだ駄目です」と応じ、22cmになったら「出勤できそうです」と答えました。

思考の選択・転換操作（融通）を乱数生成の（自由度・DOR）やパプス問題で測ると、「こだわり、とらわれ」の拘泥度を自覚させることができ、納得づくの服薬が進められます。私の簡易機能テスト（Utena's Brief Objective Measures of four Functions, 丹羽真一氏はUBOM-4と略称）の価値は、試してみると実感いただけるでしょう。



GlaxoSmithKline

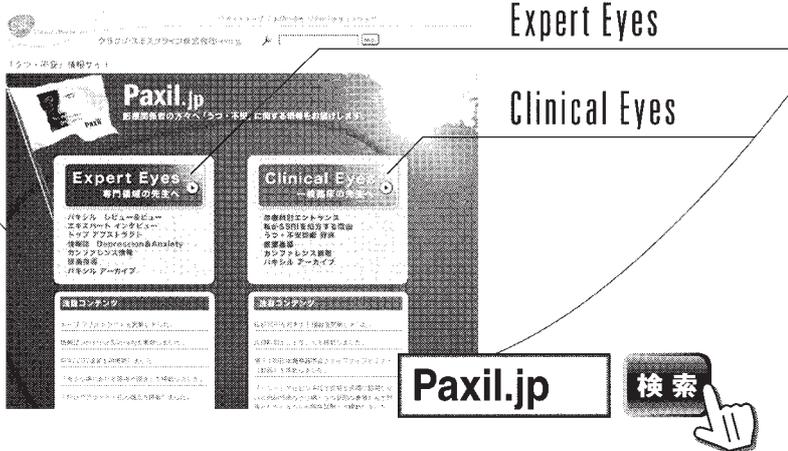
生きる喜びを、もっと
Do more, feel better, live longer



医療関係者の方々へ「うつ・不安」に関する情報サイト Paxil.jpのご案内

Paxil.jp

より便利に、より充実した「うつ・不安」情報サイトへ



Paxil.jpは、医療関係者の方々のための「うつ・不安」情報サイトです。Expert Eyesでは専門領域の先生へ、Clinical Eyesでは一般臨床の先生へ、豊富で充実したコンテンツを目指し、日常診療に役立つ最新の情報をお届けしています。

グラクソ・スミスクライン 株式会社

〒151-8566 東京都渋谷区千駄ヶ谷 4-6-15 GSKビル

Bulletin of Depression and Anxiety Disorders
Volume 5, Number 2, 2007 (通巻 17号)
2007年9月25日発行

編集代表者……上島国利
発行所……株式会社シナジー
東京都千代田区神田駿河台 3-4-2 日専連朝日生命ビル

ISBN978-4-916166-07-4 C3447