

うつ病

序論

久保木 富房

気分障害という用語は世界的に1987年(DSM-III-R)から用いられるようになり、それまでは感情障害ともいわれた。躁うつ病、うつ病の総称と考えてよい。躁うつ病は躁病相とうつ病相が交代してみられる経過をとるもので、双極性気分障害といわれる。うつ病相だけを示す単極性うつ病は単極性気分障害ともいわれ、この2つの病態は似ていて近縁のものと考えられてきたが、相違する部分も多い。双極性は内因性精神病性のものを多く含むが、単極性うつ病では内因性であっても精神病性でないものが多く存在している。双極性は比較的若年(20歳代)で発症し、循環気質や遺伝負因を持つことが多く、単極性は中高年(30歳代以上)で発症し、執着性格やメランコリー親和型性格であることが多く、遺伝負因は低いといわれている。また、頻度は単極性のほうが圧倒的に多く、今回は単極性を中心に概説する。内因性とは未だ原因が明らかでないが、なんらかの身体的基盤が想定

されるものである。現在では単極性うつ病の中には内因性であっても精神病性でない軽症うつ病の存在が注目を集めている。

うつ病の症状は、抑うつ気分(気がめいる、楽しくない)、意欲の低下(無気力、おっくう)、考えが浮かばない(決断できない)、各種の身体症状、の4つにまとめるとわかりやすく、中でも最も強調したいのが4番目の身体症状である。

軽症うつ病の患者がどのような主訴で受診しているかを調査すると、やはり不眠が一番多く、続いて易疲労感、頭重・頭痛、腹痛、肩凝り・腰痛、食欲不振、腹部不快感、便秘、めまい感、動悸といった身体症状であって抑うつではない(図)。

気分障害の疫学としては、双極性は時代による変化もあまりみられない特徴がある。約0.6~0.9%で、年間有病率は1~8%程度といわれている。一方単極性は3~5%の発生率といわれているが、とくに軽症うつ病患者の

The Introduction of Depression

TOMIFUSA KUBOKI Health Science University



くぼき・とみふさ：東京大学名誉教授。早稲田大学先端科学・健康医療融合研究機構客員教授。昭和48年東京大学医学部卒業。平成8年東京大学医学部教授(心身医学)。平成17年健康科学大学福祉心理学科教授。主研究領域/心身医学、ストレス、内分泌学、摂食障害、panic disorder、軽症うつ病、EMA。

Key words

気分障害
双極性うつ病
単極性うつ病
軽症うつ病

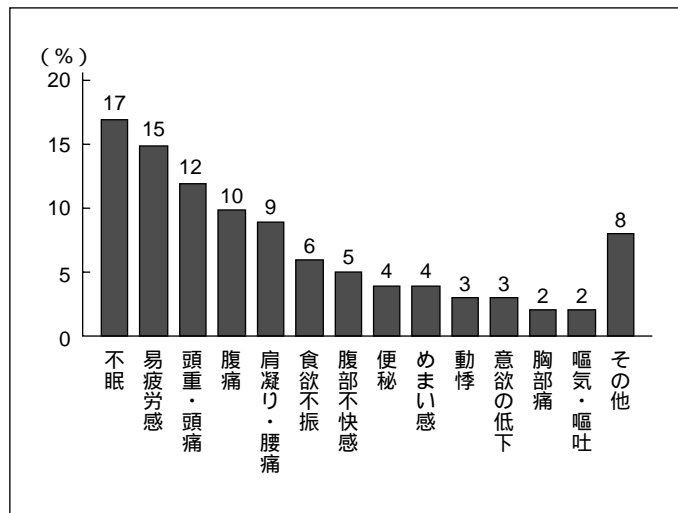


図 軽症うつ病の主な症状 (佐々木大輔より)

増加を示すデータが多くみられる。ここでは、米国におけるうつ病性障害有病率に関する全国的な大規模疫学研究報告が最近2報あるので、それらについて触れる。米国の国立精神保健研究所 (National Institute of Mental Health: NIMH) の疫学的管轄区域 (Epidemiologic Catchment Area: ECA) 研究では、18歳以上の米国民の気分障害年間有病率は9.5%であった。もう一つの研究である全国併病率研究 (National Comorbidity Survey: NCS) では、米国民の気分障害年間有病率は11.3%と報告された。

また、うつ病患者の中で、双極性うつ病や重症うつ病といわれる患者は10%前後で、80~90%は軽症うつ病といわれている。

うつ病の臨床においては、「冰山現象」というものがある。この「冰山現象」という言葉は40年ほど前にWattsが使用したものである。地域社会にいるうつ病性障害患者のうち、医学的治療を求めてプライマリケア医を受診する患者はわずかで、精神科専門医を受診する患者はさらに少ない、というものである。世界のほとんどの国で、うつ病患者は精神科医よりもプライマリケア医に診断・治療を受

けていることが多い。精神科医が比較的多いといわれる米国でも、地域社会にいるうつ病患者の80%はプライマリケア医を受診し、精神科医受診は20%にすぎない。英国ではほとんどのうつ病患者がプライマリケア医の診療を受け、精神科医に紹介される患者は10%にすぎない。ほかの国ではさらにこの率は低いという報告がある。

また、米国での研究では、プライマリケア医を受診しているうつ病患者の52%が正しく診断されていないという。さらに正しく診断されている48%の患者も、適切で十分な治療を受けていないという。

うつ病の治療は、抗うつ薬、休養、心理社会的サポートの3つが必要とされる。とくに抗うつ薬による薬物療法が重要視されている。従来の古典的な三環系抗うつ薬 (TCA) はセロトニンとノルアドレナリンの再取り込みを両方とも遮断する。一方、そのほかにも、ヒスタミン受容体、ムスカリン性アセチルコリン受容体、アドレナリン性 α_1 受容体なども遮断してしまうために、これら受容体の遮断による作用 (副作用) が出てしまう。臨床的にヒスタミン H_1 受容体遮断による眠気、体重

増加，ムスカリン性アセチルコリン受容体遮断による口渇，便秘，尿閉などの抗コリン作用， α_1 受容体遮断による起立性低血圧（めまい）などの副作用が問題で，これらの副作用の少ない薬剤の開発が望まれていた．

その後開発された SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor) は選択的にセロトニンのみの再取り込みを阻害し，TCA とは異なり各種受容体を遮断しないために，副作用が少ないことが特徴である．欧米では 1983 年から使用され，わが国では 1999 年 5 月より使用可能となった．

現在，わが国ではフルボキサミン（デプロ

メール[®]，ルボックス[®]）とパロキセチン（パキシル[®]）の 2 つが市販されている．

この SSRI の次世代の抗うつ薬として SNRI (serotonin noradrenaline reuptake inhibitor) が 1993 年に欧米で開発され，わが国においても 2000 年 10 月からミルナシプラ（トレドミン[®]）が使用可能となった．この SNRI は TCA と同様にセロトニンとノルアドレナリンの両方の再取り込みを阻害し，ヒスタミン受容体，ムスカリン性アセチルコリン受容体， α_1 受容体などの遮断がなく，副作用がほとんどないという特徴をもつ．