

環性障害 (cyclothymic disorder) を含む双極性障害 (bipolar disorder), 身体疾患に伴う気分障害もしくは物質誘発性気分障害を除くものである。病歴において大うつ病エピソードが確認できれば大うつ病性障害の診断がつけられ, 躁病エピソード, 軽躁エピソード, 混合性エピソードがあれば双極性障害と診断される。しかし一般的には, うつ病という用語が大うつ病性障害と気分変調性障害を意味する場合や気分障害全般を意味する場合もあり, 必ずしも定まった使われ方をしていない。抑うつ気分を伴う適応障害は, 概念的にうつ病とは明確に異なるものの, 臨床では峻別が困難な場合もある。

うつ病の下位分類としては, 軽症, 中等症, 重症 (幻覚妄想からなる精神病性特徴を伴うもの, 伴わないもの), 部分寛解, 完全寛解, 慢性, 緊張病性の特徴を伴うもの, メランコリー型の特徴を伴うもの (広範な喜びの喪失, 快適刺激への反応性消失, 朝の抑うつ, 早朝覚醒, 著しい精神運動制止・焦燥, 明らかな食欲不振・体重減少, 過度または不適切な罪責感など), 非定型の特徴を伴うもの (気分の反応性, 著明な体重減少・食欲増加, 過眠など), 産後の発症, 季節型がある。さらに経過分類としては, エピソードの間欠期に完全回復を伴うものと伴わないものがある。

うつ病は, 小児から高齢者まであらゆる年代で見られるが, 生涯有病率は5~20%であり, 女性は男性の約2倍である。発症要因に関しては, 幼少時期の親などとの喪失体験がうつ病発症における脆弱性 (vulnerability) に関与するという学説, 出来事に対する認知の歪みがあるという学説, 学習性無力感に関係するという学説などがある。双生児研究では一卵性双生児は二卵性双生児より一致率が高く遺伝的関与が示唆されている。また大う

## うつ病

### ■うつびょう

depression

うつ病とは, 米国精神医学会の診断基準である DSM-IV-TR によれば, 気分障害のカテゴリーに含まれる大うつ病性障害 (major depressive disorder) であり, ほかの気分障害である気分変調性障害 (dysthymic disorder), 双極 I 型障害・双極 II 型障害・気分循

うつ病性障害の親の子どもは、大うつ病性障害のみならず双極性障害にも罹患しやすいことが知られている。生物学的研究では、セロトニンとノルアドレナリンを中心とする神経伝達物質がうつ病に関連していることが示唆されている。神経内分泌学的異常が視床下部-下垂体-副腎皮質系において指摘されている。また睡眠研究では深睡眠の減少やREM睡眠潜時短縮などが明らかにされている。

何らかの「喪失 (loss)」がうつ病発症の引き金になることが多いと考えられているが、最近では、過重労働（長時間労働など）によるうつ病が話題になっている。職場でみられる燃え尽き症候群の多くはうつ病であると考えられ、「荷おろしうつ病」や「昇進うつ病」もよく知られているが、異動や転勤に伴ううつ病も多い。また産後うつ病は約10%の女性にみられるとされている。

うつ病のおもな症状には次のようなものがある。抑うつ気分と興味や喜びの喪失が中核的症状であり、意欲低下、注意力・集中力・判断力・記憶力の低下、罪責感、希死念慮、性欲低下などがみられる。身体症状では、全身倦怠感、食欲低下、体重減少、頭痛、頭重感、眩暈（めまい）、立ちくらみ、動悸、微熱、胃痛、背部痛などがみられる。睡眠障害では早朝覚醒が特徴的であるが、入眠障害、中途覚醒、熟眠障害もみられ、逆に過眠を呈する場合もある。日内変動がしばしばみられ、朝に調子が悪い。小児では不登校、頭痛、腹痛などの症状を呈することがある。高齢者では死別、別離、身体疾患などが発症の契機となることが多く、不安を伴うことが多いとされる。古典的には貧困妄想、微小妄想、心気妄想などの妄想がみられることがある。大うつ病性障害では再発が多く、未治療例では寛解までの期間は平均6~12か月である。死因の

15%は自殺によるものとされている。

うつ病への対応は、薬物療法、精神療法、環境調整などであるが、休養がもっとも重要である。薬物療法としては、従来からの三環系抗うつ薬に加えて、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor : SNRI) といった新しいタイプの抗うつ薬が用いられている。電気痙攣療法 (electroconvulsive therapy : ECT) は、重症例や薬物療法に反応しない例、あるいは薬物療法が禁忌な場合に適用となる。妄想などの精神病像を伴う例では抗精神病薬を、不安の強い場合には抗不安薬を併用する。光線療法は季節性気分障害に使用される。また支持的精神療法 (supportive psychotherapy)、認知行動療法 (cognitive behavior therapy) や対人関係療法 (interpersonal psychotherapy) などの精神療法を併用したほうがより効果的とされている。深刻な希死念慮や自殺企図などを伴う重症のうつ状態では入院治療が必要なこともある。

⇒気分障害、選択的セロトニン再取り込み阻害薬、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬、電気痙攣療法、認知行動療法、対人関係療法、睡眠障害、視床下部-下垂体-副腎皮質系

[島 悟]