

第 106 回日本精神神経学会総会

教 育 講 演**社会復帰に繋げるうつ病治療：真の recovery を目指して**

尾崎 紀夫

(名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野)

うつ病の治療目標は寛解状態を維持し、社会的機能を改善することができる、回復を達成することにあるが、うつ病患者が回復に到達することは容易ではないことがこれまでの研究で確認されている。治療の第一歩は、正確な診断であり、抑うつ状態を呈する患者の中から適応障害や双極性障害を的確に診断し、診断に沿った治療方針を立てる必要がある。急性期治療においては、心理教育が重要であり、うつ病および治療方針に関する患者との共通理解を得て治療を進める必要がある。維持・継続治療期には、生活リズムの安定化、作業能力の回復、対人ストレス対処能力の向上を図ることが必要であり、そのためにリワークプログラムの活用が効果的である。うつ病に合併する自己愛性パーソナリティ障害、広汎性発達障害にも留意して治療的配慮が必要である。

<索引用語：うつ病，回復，心理教育，リハビリテーション，職場復帰，適応障害，双極性障害>

Although the target for treatment of depression is recovery: maintenance of remission and improvement of social function, it has been widely recognized that accomplishment of recovery is not easy. As the first step of treatment is an accurate diagnosis, we have to make a differential diagnosis of adjustment disorder and bipolar disorder from depression in order to put treatment into the right direction. In the acute treatment phase psychoeducation has an important role in deepening the patients' understanding of depression and treatment. In the maintenance treatment phase the rework program, a rehabilitation program of depression is effective for stabilization of day-night rhythm, improvement of work ability and achievement of social stress coping. It is necessary for psychiatrists to take comorbidity of narcissistic personality disorder and pervasive developmental disorder into treatment strategy.

<Key words: depression, recovery, psychoeducation, rehabilitation, return to work, adjustment disorder, bipolar disorder>

1. Recovery (回復) とは

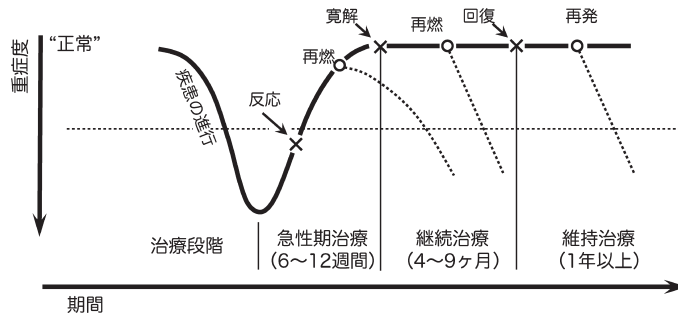
うつ病の寛解は、症状が十分消滅し、診断に合致しないレベルに達することであり、この寛解状態が一定期間維持されて、recovery (回復) と

なる (図 1)⁹⁾。回復に要する寛解の維持期間は、DSM-IVあるいはICD-10の定義では「2ヶ月」とされている。しかし、我が国で行われたうつ病の長期予後研究の結果によれば、寛解の維持期間

第 106 回日本精神神経学会総会 = 会期：2010 年 5 月 20～22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ

総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合

教育講演：社会復帰に繋げるうつ病治療：真の recovery を目指して 座長：笠原 洋勇 (東京慈恵会医科大学附属柏病院)



Kupfer DJ. *J Clin Psychiatry*. 1991;52(suppl 5):28-34.

図1 大うつ病性障害の経過と治療段階

を2ヶ月とすると1年半以内に再発する症例が半数を超えるが、4ヶ月から6ヶ月にすると再発は3年に延長することを考えると、回復に要する寛解維持期間を4ヶ月ないし6ヶ月に設定するのが妥当ではないかとされている³⁾。さらに、回復とするには、症状レベルの軽快に加えて社会的機能の改善が見られることが提唱されており、回復は患者・家族が望む到達点であり、治療目標とすべきであろう。

2. 回復の困難さ

かつて、うつ病とは回復可能で予後良好な疾患であるとされていたが、1973年、うつ病患者の社会的機能の障害は、治療開始8ヶ月後、症状レベルの改善が見られた後でも継続していることが報告¹³⁾されて以来、うつ病患者に生じた社会的機能を改善させることは容易とは言い難いことが、複数の報告によって確認されている²⁾。症状レベルであっても、回復に至らないものが10%は存在し、回復に至った症例も、その後(10~25年間)の再発率は60~95%に及び、8~10%は不自然死し、回復後の長期的臨床予後不良者が2/3に達するとされている⁷⁾。

さらに、近年行われた大規模うつ病治療研究、STAR*Dは、うつ病から回復することの困難さを明瞭に示している¹⁴⁾。STAR*Dにおける最初の治療段階、citalopram単独治療によって、症

状レベルの寛解に至るのは36.8%であった。最初の治療段階で寛解に至らなかった患者は、スイッチング、増強療法、併用療法といった4段階にわたる治療段階を経るが、この全段階の治療を経ても寛解率は67%に過ぎなかった。さらに、寛解が得られた場合も、寛解状態が維持され回復にまで至ったものは43%という結果であった。

このSTAR*Dの特徴は、除外基準を最小限にする、すなわち精神病性の特徴を持つ症例は除くがDSM-IVの大うつ病性障害の診断基準に合致すれば全症例を包含するという点にあった。その結果、全体の75%は再発もしくは慢性化例であり、60%は他の精神疾患を併発しているという点が、治療成績に影響を与えたことが想像されるが、このデザインは一般診療で遭遇するうつ病を代表しているとも言える。

前述したように、うつ病治療における長期予後は、症状レベルからしても決して満足すべきものとは言えないのが現状である。しかし、筆者自身の精神科臨床と産業精神衛生での経験によれば、基本的なうつ病治療、薬物療法と精神療法的な配慮によって社会復帰を果たすことができる症例も少なくない。さらに、うつ病の社会復帰を目指したリワークプログラムを用いて効果を挙げている症例も経験している。

以上を踏まえて、本論ではうつ病治療の目標である回復、しかも社会的機能の回復をどのように

表1 適応障害の診断基準 (DSM-IV-TR: 2000)

A.	はっきりと確認できるストレス因子に反応して、そのストレス因子の始まりから3ヶ月以内に情緒面または行動面の症状が出現
B.	これらの症状や行動は臨床的に著しく、それは以下のどちらかによって裏づけられている。 (1)そのストレス因子に暴露されたときに予測されるものをはるかに超えた苦痛 (2)社会的または職業的(学業上の)機能の著しい障害
C.	他のI軸障害の基準を満たしていない。また、すでに存在しているI軸障害またはII軸障害の単なる悪化でもない。
D.	死別反応を示すものではない。
E.	そのストレス因子(またはその結果)がひとたび終結すると、症状がその後さらに6ヶ月以上持続することはない。

して凶れば良いか、診断の重要性と治療の方策に関して概説する。

3. 治療戦略の第一歩としての診断： 適応障害と双極性障害

1) 適応障害

抑うつ気分を訴える患者の中には、多様な精神疾患が含まれており、鑑別診断が必要である。さらに、DSM-IV-TRでは、精神障害の併存が重視されており、併存する他の精神障害やパーソナリティ障害を確認しておくことが必須である。抑うつ的な患者の治療方針決定には、丁寧な診断が第一歩である。

以前に比して、抑うつ気分を訴えて受診する患者が増加していると言われているが、軽症例の受診が増えているのが一因と考えられる。この軽症例の代表として、「どの気分障害の基準も満たさないが、抑うつ気分がストレス因子に反応して生じている」、適応障害の範疇にあたる患者が挙げられる(表1)。

職域で生じた適応診断の症例を以下に述べる。

症例A: 39歳, 女性。高卒後, 事務職(課内庶務に就いていた), 未婚で, 独居である。

X年: 同一職場内での勤続が長く, 人事は職

場異動を考慮したが, それを知った患者は, 地下鉄内で冷や汗, 吐き気が生じた。異動が消滅して軽快した。

X+1年: 再び異動の話が出るに伴い, 同様の不調を訴えたが, 異動が実行された(業務は従前どおり)。不調を訴えながら入社していた。

X+3年: 昔の交際相手が同一職場に転入した。ほぼ同時期, 外見的に派手な若い女性が転入した。数ヶ月後, 「若い女性が昔の交際相手と付き合うのではないかと気になり, 仕事に集中できない」との理由で, 上司に異動希望を提出した。異動は受け入れられず, 短期休務を繰り返すようになった。

X+4年: 受診先の近医より, 「うつ状態」で1ヶ月の休務診断書を提出した。

休務1ヶ月後, 復帰診断書に従い, 元の職場でリハビリ入社を行うが, トイレで偶然若い女性に遭遇し, 再休務となった。

本人の異動希望が強く, 主治医からも「異動を考慮した復職が望ましい」との意見が出された。人事と合議の上で, 異動に向けた調整を開始した。

再休務開始5ヶ月後: 異動を前提として, 異動先の職場でリハビリ出勤を開始した。その後, 復職支援プログラムは概ね順調に経過した。ただし, 環境(寒さや騒音)には過敏な様子がかがわれた。

この症例Aは, 抑うつ気分や仕事に対する意欲の低下は訴えるものの, その他大うつ病エピソードの診断基準に合致する症状が持続的には存在しない。薬物療法と休養の後, 一旦, 元の職場で復帰を図ったが, リハビリ出勤の段階で破綻した。調整の結果, 職場を異動して復帰を果たした。症例Aは, パーソナリティ障害の診断に合致しないが, 環境因子の変化(あるいは変化を先回りした予測)に対するもろさが顕著であった。

適応障害の症例に対して, 十分な環境調整を行わず, 薬物療法と休養だけで対応しても, 症例Aの初回復職時のように, 功を奏さない。一方, 本症例で用いた復職時の異動は, 人事上の調整を必要とし簡単に実施できるものではないことも銘

表2 適応障害：診断上の注意点

<ul style="list-style-type: none"> ・経過：定義上、ストレス因子開始から3ヶ月以内に起こり、ストレス因子終結の6ヶ月以内に終息 ・他のI軸障害の基準を満たさない状態を記述するために設けられた残余のカテゴリー：過剰診断に注意 ・問題点 <ul style="list-style-type: none"> －症状の定義が不明確で他の診断と重なる －ストレス因子の定義が不明瞭 －ストレスへの反応が正常か異常かの区別が困難 ・鑑別診断 <ul style="list-style-type: none"> －パーソナリティ障害はストレス因子により悪化するもので、通常、適応障害の追加診断はしない －PTSDや急性ストレス障害：極度のストレス因子と特定の症状群。一方、適応障害はストレス因子の程度や起こりうる症状の幅が広い
--

記しておく必要がある。

また、適応障害は、「他のI軸障害の基準を満たさない状態を記述するために設けられた残余のカテゴリー」である点からすれば、過剰診断は避ける必要がある。適応障害に関する研究データは乏しく、その概念・診断基準に関して議論の余地は大きいとの意見も強い¹⁰⁾。表2に本診断を下す上での注意点をまとめておいたので参考にして欲しい。

2) 双極性障害

うつ病相を示した患者について、双極性障害の可能性が十分検討されず、一旦、間違った診断(多くは単極性うつ病とされているが)が下されると、双極性障害と再診断されるまでに10年以上の年月を必要とする症例が1/3に達すると報告されている⁴⁾。その結果、抗うつ薬単剤での治療が功を奏さず、むしろ病状が不安定になっている場合が少なくない。双極性障害が見過ごされている背景には、いくつかの理由が考えられる。

第一に、従来、双極性障害の発症率は1%に満たないとされてきたため、鑑別診断で重きを置かれていなかったことが挙げられる。近年、発表された大規模、かつDSMに則った疫学調査によれば双極性障害はI型とII型をあわせると3.9%に及ぶことが確認されている。

第二に、双極性障害の経過中、うつ病相の占める期間が長いことが挙げられる。双極I型障害⁶⁾ならびに双極II型障害⁵⁾の経過を10年以上にわたって追跡し、各病相が占める割合を検討した結果によると、うつ病相が占める割合が、I型で31.9%、II型では50.3%に達している。

第三に、うつ病相では患者が病感、病識を持ち自ら治療に訪れるが、躁病相では患者の病感、病識が乏しく、むしろ「理想的状態」と捉えていることも多く、自発的に治療に訪れないし、過去の既往に関して患者に確認しても判然としない点が挙げられる。

以上述べたように、双極性障害が見落とされ、治療的対応が不十分になっていることが多いが、うつ病相を呈している患者に、双極性障害と診断をつける場合のポイントを以下に述べることにする。

双極性障害の発症は低年齢の場合が多いことを念頭に置き、生活史を丁寧に聞く中で、躁病相、軽躁病相と考えて良い時期、例えば、突然の転職や起業、浪費と考えて良い行動、思わぬ事故に遭遇していることなどに着目すること。

双極性障害においては、うつ病相に躁病相、軽躁病相が前駆している場合が多い点に留意して、うつ病相発症前の状態を本人のみならず家族、同僚をまじえて聴取する。これは双極性障害に限らず、一般のうつ病であっても発病状況を整理することで、「無理なプランニング」や「周囲のサポートを得ようとししない」といった、本人の対処行動を筆者は確認しており、その際、うつ病相に前駆する躁病相、軽躁病相を同定することができる場合がある。

本人にうつ病相発症前の状態を確認する際、「自分としては良かった時期」、「頑張れた時期」と捉えている点を踏まえて、否定的なニュアンスでは問いかけないこと、すなわち、「うつになる前の頑張り」が、うつのきっかけになることがあるが、以下のようなことはなかったか?と話を切り出すことにしている。その上で、「高揚気分」より「行動の変化」に焦点をあて、「睡眠時間が

短くても頑張れた」, 「良いアイデアが次々浮かぶ」, 「仕事がバリバリできる」, 「自信を持って話すことができる」, 「しかし, 妙にイライラして腹が立つこともある」といった内容の有無を確認することにしている。

4. 急性期治療

一般に, 患者が病気とその治療に関して, 医療者の意図を十分理解し, 納得している場合, 治療は有用性を発揮する。したがって, 急性期, すなわち治療経過の初期になすべきことは, 治療者・患者関係の構築に配慮しながら, うつ病とその治療に関する心理教育を実施しながら治療導入することが重要である。以下にうつ病の心理教育のポイントをまとめておく。

「うつ病とは何か」を伝える。患者自身が納得しやすいうつ病の疾病モデルを呈示して, 次に述べる治療への共通理解に繋げる。「環境」と「脳」との関係を示しながら, うつ病患者の「否定的なものの見方」をキーポイントにおいた説明を例に示す (図 2 a)。

①複数のストレスになる出来事が生じている時に, 周りのサポートが十分受けられない環境と睡眠が十分取れない状態が重なる。②脳は出来事を処理しきれず, 睡眠不足で脳の回復が図れず, 脳の機能不全が起きる。③脳の機能不全は否定的な見方 (物事の否定的側面ばかりを見てしまう) を引き起こす。④否定的な見方によって, 「周囲のサポートは役に立たない」と考え, 一人で問題を抱え込んでしまう。同時に, 普段なら気にならなかったことまで「とても大変だ」と感じて, 実際以上にストレスと感じる出来事が増えてしまう。⑤脳が機能不全になると睡眠調節が不良になるが, さらに否定的な見方は不安を引き起こし, 不安は不眠を助長する。以上の結果, 「悪循環が形成されてしまうのがうつ病である」と, 筆者は伝えている。

「うつ病の治療はどのように行うか」を伝える。うつ病の疾病モデルに基づき, 治療について説明する (図 2 b)。

「悪循環を形成している要素を, 一つずつ消し

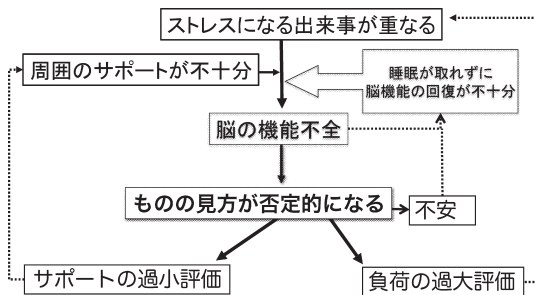


図 2 a うつ病で生じる悪循環とその解消

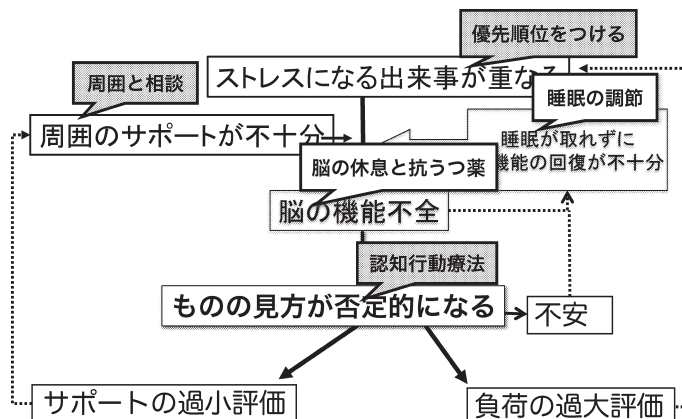


図 2 b うつ病で生じる悪循環とその解消

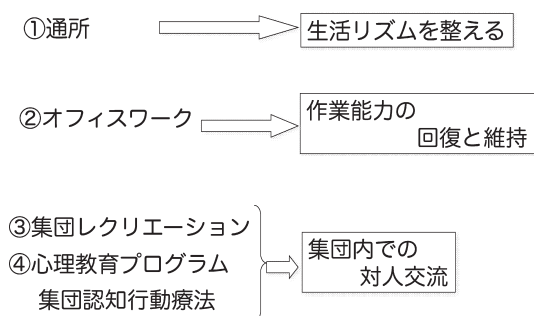


図3 リワークプログラムとその目的

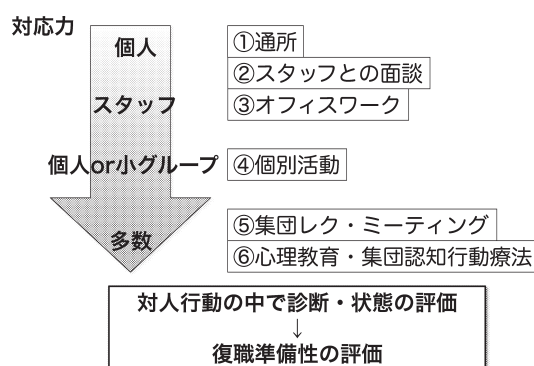


図4 リワークプログラムを集団で行う意味

ていくことで、悪循環を断ち切ることが治療である」と伝える。急性期は、「脳の機能不全」を改善することを第一目標にして、「脳の休息と薬物療法、睡眠の確保が重要」と説明する。「脳の休息」を得るために、「周囲のサポートを得て、一旦、ストレスになる出来事から離れる」ことを伝える。急性期に継続ないし維持療法期の留意点をあらかじめ告げておくことも重要で、「周囲と相談して一人で抱え込まない」、「ストレスになる出来事を重ねないために優先順位をつける」ことが必要なことを確認しておき、「自分のとらえ方を考え直す」という認知行動療法の導入を行う。

以上の心理教育を丁寧に行うことが、薬物療法の効果を十分に発揮させるために、さらには次の継続ないし維持療法期への円滑な移行にも繋げる上で必須である。

5. 継続・維持療法期の治療： リワークプログラムの活用

急性期に見られた、不安焦燥感、抑うつ気分、自責感、希死念慮が軽減した時点が、継続・維持療法期へ移行すべき時期である。認知行動療法的アプローチによって発症期・急性期に生じていた否定的認知を患者と振り返りながら、「一人で抱え込む行動が生じていた可能性」「優先順位がつかずストレスになる出来事が重なってしまっていた可能性」を検討する。その上で、今後のストレ

ス対処行動として「周囲と相談して一人で抱え込まない」「ストレスになる出来事を重ねないために優先順位をつける」ことが必要なことを確認する。

行動上は、昼間の活動性を増やしながら睡眠覚醒リズムを整え、戻るべき職務にあわせた作業能力の向上を図るように促す。従来、図書館へ通所して、書物を読んで文章にまとめるといったことを行い、リズムを整え、ホワイトカラーの事務作業能力の回復に努めることを患者に奨励してきた。しかし、この方法では、職場で求められる対人ストレスへの対応力を回復することは難しい。

また、再発を繰り返していたり、職場復帰に難渋する症例では、治療過程においてリワークプログラム¹⁶⁾を取り入れて、日常リズムの改善と安定化、作業能力の回復、対人ストレスへの対応力向上を図っている(図3)。

特に、リワークプログラムは、集団参加により対人ストレスへの対応力の回復を段階的に実施可能な点が特色である(図4)。さらに、対人行動の中で、一般の診察場面では捉えきれない診断ならびに状態に関わる情報を得て、診断の確定と復職準備性の評価を行うことができる点も特記される。

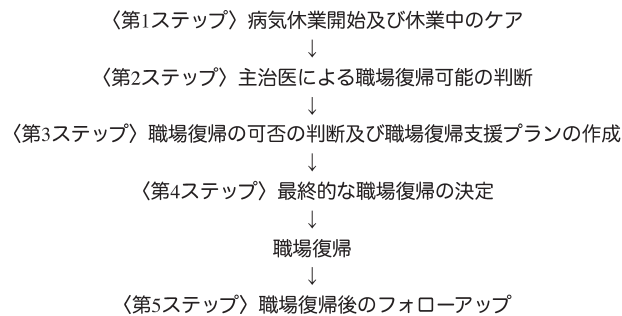


図5 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き（厚生労働省 H 16/10/14：H 21/3 改訂）

6. おわりに：パーソナリティ障害や発達障害の合併など

本論では取り上げなかったが、うつ病治療上の問題としてI軸あるいはII軸合併問題があり、職場復帰という観点からすると、パーソナリティ障害合併の問題が大きい。とりわけ自己愛性パーソナリティ障害が合併すると他罰的傾向が前景化し、職場復帰に際して、過度な要求をする場合など、復帰が円滑にいかず、筆者の経験上、最も困惑する症例である。自己愛性パーソナリティ障害は誇大感を呈するなど、診断的に、双極性障害との鑑別（あるいは合併）も重要であるが、共感性の欠如が自己愛性パーソナリティ障害のポイントになるだろうか。筆者は境界性パーソナリティ障害に関しては、その病態を治療者が理解する中で共感的対応を模索することを呈示した¹²⁾。しかし、共感を得難い自己愛性パーソナリティ障害の治療に関して暗中模索しているのが現状であり、今後の検討課題としたい。

また、広汎性発達障害をベースにしてうつ病が生じた場合も、職場復帰に苦慮する場合が少なくない。正確な診断には、診察室以外の対人的な場面（リワークプログラムの場など）での行動観察と家族から発達・生活歴の聴取が必要である。診察室内だけの所見や、心理検査の数値やバラツキだけで評価することは困難であり、不適切である。広汎性発達障害の診断が単なるレッテル貼りに終わっている場合も見かけるが、診断は支援に役立つ

てること初めて意味をなす。各広汎性発達障害患者の認知特性を踏まえ、具体的な指示・目標を呈示することが必要である¹⁵⁾。

なお、厚生労働省が「職場復帰支援の手引き」を発表しており（図5）、職場が復職をサポートするシステム、「試し出勤制度」や「復職支援プログラム」も銘記されているが、この点に関しては既に述べた¹¹⁾ので参考にさせていただきたい。

文 献

- 1) 阿部徳一郎, 尾崎紀夫: うつ病と人格障害. 臨床精神薬理, 6; 1453-1459, 2003
- 2) Fava, G.A., Ruini, C., Belaise, C.: The concept of recovery in major depression. *Psychol Med*, 37; 307-317, 2007
- 3) Furukawa, T.A., Fujita, A., Harai, H., et al.: Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, 117; 35-40, 2008
- 4) Hirschfeld, R.M., Lewis, L., Vornik, L.A.: Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64; 161-174, 2003
- 5) Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., et al.: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60; 261-269, 2003

- 6) Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., et al. : The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 59 ; 530-537, 2002
- 7) Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., et al. : Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists : a review. *Bipolar Disord*, 9 ; 25-37, 2007
- 8) Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., et al. : Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62 ; 593-602, 2005
- 9) Kupfer, D.J. : Long-term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*, 52 (Suppl) ; 28-34, 1991
- 10) Laugharne, J., van der Watt, G., Janca, A. : It is too early for adjusting the adjustment disorder category. *Curr Opin Psychiatry*, 22 ; 50-54, 2009
- 11) 尾崎紀夫：うつ病の職場復帰支援について。精神科臨床サービス, 6 ; 76-81, 2006
- 12) 尾崎紀夫：境界性パーソナリティ障害の病態理解から共感的対応へー「心と脳」の観点より。精神医学対話(松下正明, 加藤 敏, 神庭重信編)。弘文堂, 東京, 2008
- 13) Paykel, E.S., Weissman, M.M. : Social adjustment and depression. A longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 28 ; 659-663, 1973
- 14) Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., et al. : Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report. *The American Journal of Psychiatry*, 163 ; 1905-1917, 2006
- 15) 宇野洋太, 内山登紀夫, 尾崎紀夫：広汎性発達障害者支援における医療機関の役割。精神科治療学, 24 ; 1231-1236, 2009
- 16) うつ病リワークプログラム研究会：うつ病リワークプログラムのはじめ方。弘文堂, 東京, 2009