

気

分障害の患者数が約43万人(1996年)から約92万人(2005年)に増加したとされる。

「ストレス社会になってうつが増えた」などと説明されることが多いが、うつ病と捉える範囲が広がったことも無視できない。かつて、うつ病の典型は内因性うつ病であり、自殺などの事故さえ防げれば自然寛解するし、十分な休養をとり、抗うつ薬療法を行えばさらに回復は早まるとされた。このような症例をうつ病と呼

うつ病診療の混乱

北里大学医学部精神科教授

宮岡 等 (みやおか ひとし)

ぶことに異論はないが、最近のうつ病には主に二つの広がりがある。

第一は、最近の診断基準で気分変調性障害、抑うつ気分を伴う適応障害などと診断される症例が、うつ病と一括される傾向があること。これらの多くは従来、性格や環境因が重視される神経症性うつ病や反応性うつ病として、内因性うつ病とは鑑別すべきとされてきた。第二は、大うつ病性障害と同時に、他の精神疾患や人格障害の合併を認める症例でも、最近は大うつ病という診断名だけが強調されていることである。

大うつ病性障害、気分変調性障害、鑑別不能型身体表現性障害、依存性人格障害の合併と診断すべき症例がプライマリケア医から筆者に紹介された時、診断は「うつ病」で、すでに抗うつ薬であるSSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)が処方されていた。その医師は「憂うつな気分」と「かつて楽しめていたことが今は楽しめない」という二つの訴えのみからうつ病と診断し、SSRIを処方したらしい。内科医が心臓だけみて、肺病変を見落とすようなものである。

うつ病の診断基準しか知らない医師に、精神疾患の適切な診断はでき

ない。大うつ病性障害と診断され、他の精神疾患の合併を認めない症例のみ取り上げれば、これほど気分障害が増加したという数字は出ない。

さらに悪いことに、この広がったうつ病に対して、もともと内因性うつ病でいわれていた「うつ病は治る」「抗うつ薬が効く」「励ましてはいけない」などが唱えられることがある。これはかえってうつ病相を長引かせうるし、不適切な抗うつ薬使用にもつながりやすい。

なぜこれほどうつ病が広がったのであるのか。第一に、製薬メーカーの販売戦略との関係がしばしば指摘される。日本における2007年の抗うつ薬の総売り上げは1000億円に達しようとしており、SSRIが初めて発売された1999年の約4倍である。例えばSSRIであるパキシル®の値段を1日量で比較するとトリプタノール®の約8倍であり、製薬メーカーのプライマリケア医に対するすさまじい抗うつ薬の売り込みは医療が「商売」にどう対抗するかを考えさせる。プライマリケア医を受診することの多い軽症うつ病者に対して抗うつ薬使用を勧める声は、かつて日本で仮面うつ病という言葉が新しい抗うつ薬の発売と

ともに広まったことを思い出させる。

米国では、精神疾患の診断基準作成メンバーに製薬メーカーから高額の寄付金が寄せられるという噂も変に納得してしまう。第二に、憂うつ感や意欲低下の原因が「環境や性格の問題」といわれるより、「セロトニン不足の脳のせい」といわれたほうが人は受け入れやすいのかもしれない。

抗うつ薬を用いる医師は、この事態にどう対応すればよいか。第一に、うつ病を疑うのはすべての医師の義務であるが、診断には知識が必要であり、抗うつ薬による治療はさらに難しいということをお前提として、治療に当たることであろうか。使いやすいつといわれるSSRIだが、副作用による治療中断は少なくないし、症状軽快後も退薬症状のため中止しにくい。第二に、適切な情報を得てほしい。製薬メーカーのMR(医薬情報担当者)からの情報は、基本的には科学ではなく宣伝であるし、最近は大うつ病の権威が雑誌や講演で薬の宣伝をしている場面も多い。

うつ病診療が適正化される日が来ることを祈る。

1) 岡田 謙、他：こころの症候 135：29, 2007.

参考文献 献ママ