

特集

双極性うつ病の診断と治療

双極性うつ病の精神療法*

● 井上和臣**

Key Words : bipolar depression, psychotherapy, interpersonal and social rhythm therapy, cognitive-behavioral therapy

はじめに

与えられた主題は双極性うつ病(双極性障害のうつ病エピソード)の心理社会的治療である。双極性うつ病は、躁転の可能性、抗うつ薬療法への抵抗性、高い自殺の危険性などの点で、うつ病治療における難問といえよう。

小論では、米英とわが国の診療ガイドラインから始め、推奨される複数の精神療法を概観し、認知療法の「失敗」例を提示した後、復職デイケアで得たささやかな視点を論ずることとする。

診療ガイドライン

1. 米国精神医学会

米国精神医学会の双極性障害に関する診療ガイドライン¹⁾では、急性期における双極性うつ病の心理社会的治療について、次のように勧告している。

①薬物療法に追加した場合に、対人関係療法と認知行動療法は有用であるかもしれない。

②精神力動的な精神療法は実証的研究が乏しいものの、広く薬物療法と併用されている。

急性期症状が寛解した後の維持期に関しては、

次のとおりである。

①薬物療法と同時に心理社会的治療、具体的には疾患管理(服薬アドヒアランス、生活習慣の変更、前駆症状の早期発見など)と対人関係問題を扱う精神療法は役立つ可能性がある。

②集団療法は役立つかもしれない。この場合、治療アドヒアランス、慢性疾患への適応、自尊心の調整、夫婦関係などが扱われる。

③自助組織は双極性障害とその治療に関する有益な情報源となりうる。

2. 英国NICE

英国NICEの双極性障害に関する診療ガイドライン²⁾では、急性期の心理社会的治療について、次のようにまとめている。

①薬物療法によっても抑うつ症状に十分な改善が得られない場合や症状が遷延化している場合には、構造化された個人心理的治療を考慮すべきである。抑うつ症状、問題解決、社会機能の増強、薬物療法に関する教育に焦点を当てた治療がよい。

②構造化された運動、活動の計画、楽しめる活動や目標指向的な活動、適切な食事と睡眠の確保、社会的支援を求めることも重要である。

予防的薬物療法が主となる維持期については、次のとおりである。

①慢性・反復性の抑うつ症状がみられる場合、16~20回の認知行動療法を薬物療法と併用する

* Psychotherapy for bipolar depression.

** Kazuomi INOUE, M.D.: 医療法人内海慈仁会内海メンタルクリニック・認知療法研究所[☎663-8247 兵庫県西宮市津門稲荷町5-8 大丸ハイツ]; Institute for Cognitive Therapy, Utsumi Mental Clinic, Nishinomiya, Hyogo 663-8247, Japan.

のも選択肢の一つである。

②良好な睡眠衛生と規則的な生活の重要性、勤務時間のシフト・夜間の飛行・日常的な長時間過剰勤務の危険性、自らの身体的・精神的状態のモニタリングの方法について勧告し、健康な生活習慣を増進する。

③症状の安定が得られた後も症状が残存する場合は、薬物療法とともに、構造化された個人心理的治療を6~9カ月間に少なくとも16回実施する。家族を対象とした介入(心理教育、問題解決訓練、コミュニケーション訓練)を考慮してもよい。

④妊娠中の女性の場合、軽症例ではコンピュータ化された認知行動療法などのセルフヘルプ的アプローチを用いる。

3. 日本うつ病学会

日本うつ病学会の双極性障害に関する治療ガイドライン³⁾では、大うつ病エピソードの項に、「有効性に関するエビデンスには乏しいものの、患者に対する心理教育、家族の協力、支持的精神療法、認知療法、対人関係療法などの併用も、重要視すべきことであり、決して蔑ろにしてはならない(傍点、引用者による)」と記述されている。

維持療法としての心理社会的治療の項においては、「疾患に対する知識を得て、疾患を受け入れる態度を醸成する」ために、「疾患教育を行う、心理教育が重要」であり、「再発の初期徴候に気づき、こうした徴候があれば受診するように促すことは、再発予防に有効である」とされている。

心理教育・集団心理教育のほかにあがっている心理社会的治療には、対人関係・社会リズム療法、家族療法、認知行動療法がある。推奨度については、薬物療法と併用をした場合に、心理教育、対人関係・社会リズム療法、家族療法は「推奨される治療」であり、認知行動療法は「その他の推奨される治療」である。薬物療法を併用しない心理社会的治療は推奨されていない。

双極性うつ病に対する特殊な精神療法

1. 対人関係・社会リズム療法

対人関係・社会リズム療法(interpersonal and social rhythm therapy; IPSRT)は、Klermanらに

よって単極性うつ病の治療のために開発された対人関係療法と、Frankの手になる社会リズム療法を組み合わせた精神療法である⁴⁾⁵⁾。薬物療法との併用により、双極I型障害で再発予防効果のあることが報告されている⁶⁾。

対人関係療法は、うつ病の発症・経過と対人関係との関連を同定し、対人関係の問題を解決することで、症状の解消を目指す。患者と重要な他者(配偶者、親など)との現在の関係に着目し、「喪失」に関連する4つの問題領域、すなわち悲哀、対人関係上の役割をめぐる不和、役割の変化、対人関係の欠如を特定する。社会リズム療法の基礎には、不安定で混乱した日常活動が日周リズムの安定を阻害し、双極性障害の再発をもたらす、という社会的zeitgeber^(註)仮説がある。

対人関係・社会リズム療法では、睡眠・食事や仕事・娯楽などの生活リズムを規則的にし、活動量と対人関係による刺激の均衡を調整することで、気分を一定に保つようにする。社会リズム記録表(Social Rhythm Metric ; SRM)(表1)は、日常生活リズムを評価する目的で考案されたもので、得点化により安定度を測定することが可能である。当初は17項目版が開発されたが、実用性等から5項目版が双極性障害の治療研究に活用されている。言うまでもなく、治療前の記録は患者の「通常」を的確に反映したものでなければならない。

また、対人関係・社会リズム療法は、双極性障害により二次的に生じたり、症状の形成に影響を与えたりするような、対人関係の負荷や社会的役割の変化に対応することで、症状の改善や再発防止を図る。

2. 認知行動療法

双極性障害に対する認知行動療法としては、認知療法を創始したBeckらによるもの⁷⁾がある。

Beckらは、双極性うつ病の認知療法について自殺対策を中心に論じている。自殺には絶望感(hopelessness)が強く関連する。自殺の原因となりうる認知(suicidogenic beliefs)を表2に示す。

[注] 同調因子

光、温度、音、食餌、社会的要因など、外界にあって、ある適当な周期をもって変化するもの。

表1 対人関係・社会リズム療法のための社会リズム記録表(social rhythm metric)

活動内容	目標時刻	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
起床する*	8:00 a.m.	8:30 a.m.	7:45 a.m.					
他人にはじめて会う*	8:15 a.m.	8:45 a.m.	8:00 a.m.					
朝食をとる								
出勤/登校/家事を始める*	9:30 a.m.		9:25 a.m.					
昼食をとる								
昼寝をする								
帰宅する								
夕食をとる*	6:30 p.m.	4:30 p.m.	6:45 p.m.					
就床する*	11:00 p.m.	11:45 p.m.	11:15 p.m.					
気分(-5~+5)		-1	0					

〔文献⁶⁾を基に作成した。原書では5項目版(*で示した)と17項目版が付録にある。作図者の考えに基づき項目の取捨選択をした。表の体裁にも若干の変更を加えた〕

表2 自殺の原因となりうる認知

- ①私がかかえる問題はあまりにも圧倒的だ。私の問題をすべて解決する手段は、ただ一つ、自殺だけである。
- ②私は他人のお荷物になっている。私が自殺すれば、彼らも今よりは楽になるだろう。
- ③私は自分が憎い。私は自殺に値する。
- ④私は耐えがたいほどの心情的苦痛を味わっている。自殺だけがそれを終わらせることができる。
- ⑤私はすべての人に憤りを覚えている。自殺しさえすればよいのだ。それこそが、皆に教訓を垂れる最良の方法だから。

(文献⁷⁾を基に作成)

認知療法の「失敗」例

以下に提示するのは、反復性うつ病性障害として認知療法を開始したが、うつ病相の軽快後に軽躁病相を呈したため、双極II型障害の可能性に配慮し、lithiumによる薬物療法に加えて、生活リズムにかかわるセルフ・モニタリングを年単位で継続した自験例である⁸⁾。

症例：40歳、男性。

初診時主訴：うつ病のため休職中であるが、職場に復帰できるようにになりたい。

家族歴：父親に感情障害の疑いがある。

病前性格：生真面目で、考えすぎる傾向がある。

現病歴：X-8年最初のうつ病相は抗うつ薬により3週間で終息した。X-6年第2回病相は抗うつ薬の点滴静注により1カ月で寛解した。X-3年第3回病相は4カ月の外来治療で改善した。X-2年第4回病相は年余に及び、患者は一時期勤務したが、調子を崩し、Aクリニック初診の半年前から再び自宅療養に入った。職場復帰を目的とした認知療法のため、前医からX

年2月Aクリニックに紹介された。

初診時所見：軽度の欲動低下とともに、先行き不安があった。

治療経過：治療の場は外来とし、治療目標は職場復帰と復帰後の再燃・再発防止とした。最悪の事態を想定して備えることが重要であると患者には説明した。抗うつ薬療法を継続し、認知療法を実施することで患者の同意が得られた。

前回の職場復帰時に職務の遂行を阻害した認知的要因を探った。「私にはできそうもない」という自動思考が明らかになった。「私は良い仕事をしなければならぬ」、「私は他人に頼ってはならない」という信念を仮定し、認知的概念化図を作成した。

次に、自宅での毎日に仕事の要素を加える方法を検討した。起床時刻を段階的に早めていくことと、仕事に関連した読書をするのが患者から提案された。復帰当初に予想される事態(何もすることがないまま一日を過ごす)には、問題解決技法を適用し、「動いている現場を見に行く」解決策を患者は得た。

復帰時に悪影響を与えうる信念の修正には、

利益・不利益分析を用いた。「良い仕事をしよう」という信念は、利益よりも不利益が多いことが患者に明らかになった。復帰当初どの程度仕事ができればよいかを0~100%の尺度を用いて検討した。違和感なく職場に入っていけること(30%のレベル)が初期目標となった。

X年5月の復帰後は抗うつ薬療法とともに、当面する問題に対する認知療法を継続した。作業が渋滞しそうになったときの思考記録表には、「この仕事は難しく、何ともすることができない」という自動思考が記録されていた。「1本ずつ切り倒していくうちに仕事の完成に近づく」という患者の職務上の経験が、合理的反応として生かされた。仕事を細分化して取り組むこと(段階的課題設定法)がホームワークとされた。

急な仕事を含む複数の仕事が入ってきたときは、不安(80%)を覚え、「仕事の段取りがきちんとしてできるだろうか?」と思考記録表に書いてきた。複数の仕事に困惑する部下に上司としてできる助言を考えてもらうロールプレイで、患者は「何かのときには助けてやるから、やれるところから、やってみてはどうか」と部下を支持できた。患者は複数の仕事に優先順位をつけ、責任を他の人と分担するようになった。次の来院時には、「偶然の積み重ね」でなく「自分の工夫」でできた事柄を確認した。認知療法最終時には、治療で得たものを明確にし、再燃防止に資するようになった。

しかし、X年8月から3カ月に及ぶ、活動性の亢進と睡眠欲求の減少を伴う軽躁病相が出現し、X年10月からは6カ月間うつ病相が持続した。X+1年6月以降lithiumによる治療を続けた。X+4年4月うつ病相(5カ月間)が再発し、抗うつ薬を併用した。その後はX+10年4月までlithium単独とし、安定が得られた。

患者は勤務終了(帰宅)時刻と睡眠時間の記録を継続しており、生活の規則性の維持に役立っていた。若干の気分変動には認知療法で学んだことを活用していた。

小括：認知療法開始時には予期していなかった軽躁病相が、認知療法最終後まもなくみられた。これが認知療法によって誘発された有害事象であった可能性は否定できない。さらに、

その後のうつ病相が抗うつ薬に十分反応しなかったことから、家族歴も考慮し、lithium療法を維持療法として実施してきた。この間一度うつ病相の再発があったが、以後は気分の安定が得られており、就労面の問題が生じていないという利益は著しい。

復職デイ・ケアにおける双極性うつ病

1. 復職デイ・ケア利用者に対する薬物療法

個人的なことではあるが、昨春から心療内科・精神科クリニックで復職デイ・ケアにかかわっている。うつ病・うつ状態のため休職中で、激しい躁病相の既往はない者が対象で、もちろん復職を前提としての利用である。当初は数名であったが、半年が経過し、6時間のデイ・ケアないし3時間のショート・ケアを合わせると1日あたり10名超の利用者がある。実人数は20名ほどである。クリニックと同一医療法人内のリワーク病棟「六甲」からの退院者もあれば、他のメンタルクリニックで治療中の者もいる。主治医はデイ・ケア利用中も変更しないので、うつ病・うつ状態に対する複数の精神科医の治療選択を知ることができる。

デイ・ケア利用者に継続投与されている薬剤について、日本うつ病学会による双極性障害の治療ガイドライン³⁾にある、大うつ病エピソード(双極性うつ病)のためのquetiapine, lithium, olanzapine, lamotrigine, carbamazepine, valproate, aripiprazoleに、維持療法のみに記載のあるrisperidoneを加えた8つの薬剤の処方状況を調べてみた。

半数以上(12/20例)のデイ・ケア利用者に、これらの薬剤が単独あるいは複数投与されていたり、抗うつ薬(SSRI, SNRI)と併用されていたりした。12例のうち、双極性障害(双極I型障害・双極II型障害)の臨床診断のもと復職デイ・ケアに紹介されていたのは、6例であった。

2. 混合状態

反復性うつ病性障害と双極II型障害の間に位置するものとして、双極スペクトラム障害という概念が提唱されている⁹⁾。古典的には混合状態とか、最近では混合性うつ病とかいう呼称もある。

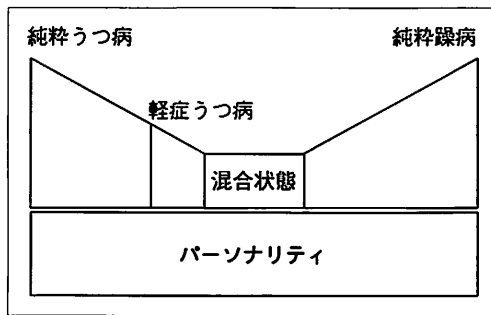


図1 気分症状スペクトラム

復職デイ・ケアでの経験から図1のような図を作成した。一方の極には純粋うつ病があり、他の極には純粋躁病を配置した概念図は、単極性が双極性をめぐる疾病学的分類というより、症候学的分類(「気分症状スペクトラム」と呼ぶ)である。気分症状の多寡という視点からは、純粋うつ病と純粋躁病はうつ症状と躁症状がそれぞれ数多く存在する。相対的にうつ症状の少ない軽症うつ病や、躁あるいはうつ症状が混在する混合状態は、気分症状に乏しい分、すり鉢状に描いた図の中位を占めることになる。さらに、すり鉢状の気分症状にかかわる層の下に、パーソナリティの層を設けてみた。上方から眺め下ろすとき、純粋うつ病や純粋躁病では厚い気分症状の層に遮られているが、軽症うつ病や混合状態ではパーソナリティの動向が透視できることになる。

復職デイ・ケアを利用できる程度に回復した気分障害の患者が多く集まるのは、気分症状スペクトラムの中位領域であろう。ここでは、気分症状よりもパーソナリティ特性が目につきやすい。復職デイ・ケアでは、いわゆる第I軸の問題に比べ、第II軸のパーソナリティの問題が治療上重要になりそうである。

私見になるが、単極性であれ、双極性であれ、復職デイ・ケアでの気分障害に対する精神療法は、パーソナリティを無視することが不可能になる。パーソナリティは、認知行動療法では、スキーマ・信念の集合という観点から概念化される¹⁰⁾。従来の用語を借りるなら、病前性格の動静を注視することになる。

おわりに

エビデンスを重視し、双極性うつ病に対する精神療法の最新版を提供することが求められたが、非力で、診療ガイドラインの若干の紹介と対人関係・社会リズム療法に関する簡単な記述で終わってしまった。「失敗例」として提示した認知療法の1例は、個人的には、うつ病の認知療法の出発点に位置するプロトタイプのような症例である。ずいぶん前の治療であるが、双極性うつ病に対する社会リズム療法もどきのことが試みられていて興味深い。医学・医療が対象とするライフには生命と生活と人生の意味があるが、認知も感情・気分も、さらにはパーソナリティも、修正が必要であるなら、生活上の習慣や生活の規則性を整えることから開始すべきかもしれない。

補遺：最近、双極性障害の心理教育と認知行動療法に関する訳書が相次いで出版されている。双極性うつ病の心理教育の具体的な進め方¹¹⁾や、双極性障害に伴う全人性の喪失と患者の自己という長期的問題¹²⁾が、とりわけ小論の主題にかかわって参考になる。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder. Second edition. 2002. Available from : URL : <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1669577>.
- 2) National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder : The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. 2006. Available from : URL : <http://publications.nice.org.uk/bipolar-disorder-cg38/guidance#the-treatment-and-management-of-bipolar-disorder>.
- 3) 日本うつ病学会. 日本うつ病学会治療ガイドライン I. 双極性障害2012. Available from : URL : http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/120331.pdf.
- 4) Frank E. Treating Bipolar Disorder : A Clinician's

- Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy. New York : Guilford Press ; 2005.
- 5) 水島広子. 対人関係療法でなおす 双極性障害. 躁うつ病への対人関係・社会リズム療法. 大阪 : 創元社 ; 2010.
 - 6) Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, et al. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatry 2005 ; 62 : 996-1004.
 - 7) Newman CF, Leahy RL, Beck AT, et al. Bipolar Disorder : A Cognitive Therapy Approach. Washington DC : American Psychological Association ; 2002.
 - 8) 井上和臣. うつ病 : 認知的側面. 下山晴彦, 丹野義彦・編. 講座 臨床心理学 4 異常心理学 II. 東京 : 東京大学出版会 ; 2002. p. 107-26.
 - 9) 田中輝明, 小山 司. 双極スペクトラム障害の診断. 精神経誌 2009 ; 111 : 633-7.
 - 10) 井上和臣・編著. パーソナリティ障害の認知療法—ケースから学ぶ臨床の実際—. 東京 : 岩崎学術出版社 ; 2011. p. 7-20.
 - 11) フランセスク・コロソ, エドゥアルド・ヴィエタ, 秋山 剛, 尾崎紀夫・監訳. 双極性障害の心理教育マニュアル—患者に何を, どう伝えるか. 東京 : 医学書院 ; 2012. p. 59-66.
 - 12) D. H. ラム, S. H. ジョーンズ, P. ヘイワード. 北川信樹, 賀古勇輝・監訳. 双極性障害の認知行動療法. 東京 : 岩崎学術出版社 ; 2012. p. 240-61.

* * *

