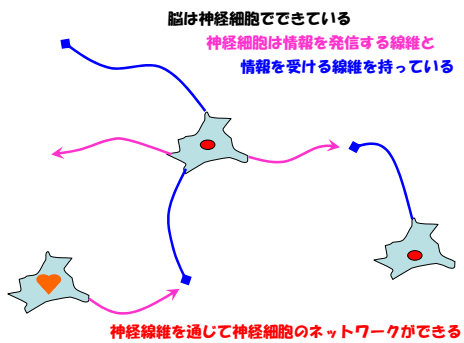


老年期のうつ

—理解・治療・ケア—

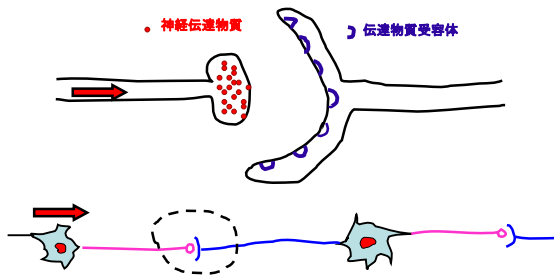
I. はじめに

脳はいかにものを考えるか？(1)



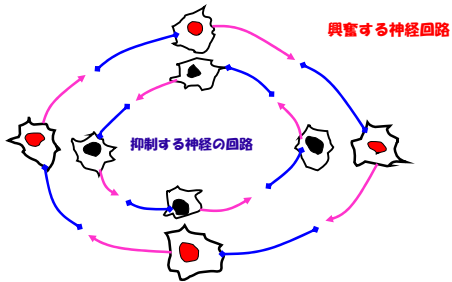
脳はいかにものを考えるか？(2)

神経回路を回す場所=シナプス



脳はいかにものを考えるか？(3)

興奮と抑制のバランスが適切な思考、判断、行動のみなもと



Ⅱ. うつ・うつ状態とその治療

「うつ」の定義

- 気分感情の異常
 - 悲哀、憂鬱、抑うつ、不幸、不機嫌、空虚、不安、いらいら...
- 認知機能の異常
 - 興味の喪失、注意集中困難、自尊心の低下、悲観的な考え、決断困難、罪責感、希死念慮、幻覚、妄想
- 行動の異常
 - 精神運動遅滞・興奮、泣く、引きこもり、依存、自殺企図
- 身体の異常
 - 睡眠障害、食欲異常、体重変化、疼痛、消化器症状、性欲減退

「うつ」と「悲哀」はどう違うか？

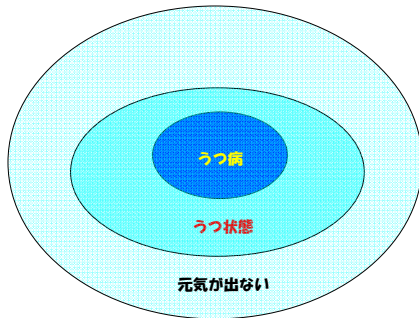
- 通常の精神的反応である悲哀に比べて、うつには次のような特徴がある
 - 悲哀は、時間とともに薄れるがうつは持続する
 - 悲哀は変動するがうつはあまり変動しない
 - 励ましてくれる人がそばに居れば悲哀は一時的に軽減するが、うつの場合は変動しない
 - 悲哀は、原因とその個人の通常の人格の間に相関があるが、うつは、その人の人格等を勘案して少し、度外れた反応に見える

アパシー

うつと間違えられやすい症状

- 無関心、無感動、無表情を主症状とする
 - 無欲状、発動性低下を伴う
 - 主観的苦痛は小さく、希死念慮、自殺企図などの心配はない
 - うつとアパシーの鑑別は難しい
 - アパシーは、脳器質障害の神経症状
 - うつは精神症状
- ★チューデントアパシーは例外的な使い方

うつ病とうつ状態







「うつ病」の診断基準 (ICD-10)

- 中核症状
 - 2週間以上続く抑うつ気分
 - 興味や喜びの喪失
 - 活力低下、疲労感の増加
- 従属症状
 - 自信、自尊心の喪失
 - 不適切または過度の罪悪感
 - 希死念慮、自殺企図
 - 注意集中困難、精神運動活力の低下
 - 睡眠障害、体重の増減を伴う食欲の変化

うつ病の下位分類

国際診断分類ICD-10F30-39 気分(感情)障害

- F31: 双極性感情障害 
 - F32: うつ病エピソード 
 - F33: 反復性うつ病性障害 
 - F34: 持続性気分(感情)障害 
- ※ F41.2: 混合性不安抑うつ状態

老年期うつ病の特徴(1)

- きっかけがはっきりしていることが多い
 - 重篤な身体疾患・障害から『些細な身体の不調』
 - 親族・友人の死、『同世代の人の死』、退職、自分の能力低下に直面するような体験
 - ただし、それでも過半数は誘因がはっきりしない
- 身体的な症状、愁訴が多い
 - めまい、肩こり、高血圧、口渇、身体のおちこちの痛み、便秘等
 - 医学的所見がないのに予後が悪いことがある

老年期うつ病の特徴(2)

- 不安・焦燥が激しい
 - 落ち着かない、攻撃的、過活動、衝動的・・・
 - 家族に対しては依存的、おおげさな訴え
- 自殺企図が既遂になりやすい
- 認知機能低下の訴えが多い(うつ病性仮性認知症)
- せん妄を伴うことがある: 食欲低下による脱水、抗うつ薬の副作用等による

老年期うつ病の特徴(3)

- 妄想を伴うことが比較的多い
 - 罪業妄想、貧困妄想、被害妄想、コタール症候群(身体器官がないという妄想)など
- 遷延することが多い
 - 2年、3年に及ぶこともめずらしくない
 - 回復せずに死亡することもある
- ただし、若い人のうつ病と症候学的差はないとする報告も少なくない

老年期うつ病の起こり方

- 脳器質性因子
 - 神経回路の劣化→ストレス耐性の低下
- 素質的因子
 - うつ病の遺伝負因
 - 規範性の高い性格傾向
 - ストレス耐性の低い性格傾向
- 心理・環境的因子
 - ライフイベント、希望と違う環境など

高齢のうつ病ハイリスク群

- 過去3カ月以内に重大な身体疾患を経験
- 慢性の身体障害
- 高レベルの在宅介護を受けている
- 3～6カ月以内に死別を経験
- 社会的孤立
- 持続的孤独感の訴え
- 慢性の睡眠障害

老年期うつ病の治療(1)

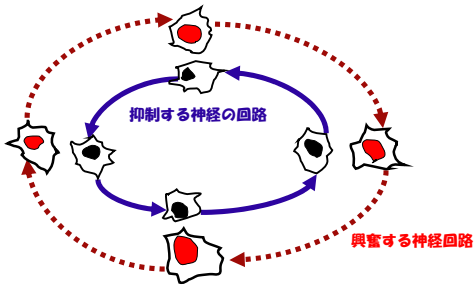
- 正確な診断が重要
 - アルツハイマー病の始まり、血管障害の後遺症、前頭葉腫瘍、その他の悪性腫瘍、内分泌疾患、心疾患などで起こる『うつ状態』を見逃さない
 - 身体的・心理的背景の評価は治療を進める上で重要
 - うつ病のタイプによって病態も治療も異なる
 - 高齢期のうつ病は生命予後が不良の場合もあるので早期診断、早期治療が重要

老年期うつ病の治療(2)

- 生物学的治療
 - 薬物療法: 抗うつ薬、抗不安薬、抗精神病薬、睡眠導入剤(適切な薬、量、期間)
 - 電気ショック: 即効性、副作用が小さい
- 非生物学的治療
 - 認知行動療法
 - 支持的対応
 - ・ 身体的愁訴への丁寧な対応
 - ・ 心理的支援、環境の調整

うつ病の人の神経回路

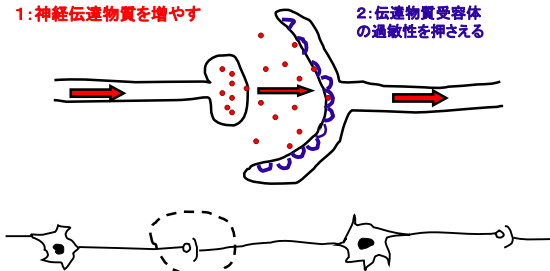
うつ状態の脳では、抑制系回路 >> 興奮系回路



抗うつ薬の作用機序

1: 神経伝達物質を増やす

2: 伝達物質受容体の過敏性を押さえる



抗うつ薬の副作用

- 従来の抗うつ薬は、脳の様々な部位に作用したために、副作用も多様だった
 - 抗アドレナリン作用による:起立性低血圧
 - 抗コリン作用による:便秘、口渇、尿閉、せん妄
 - 抗ヒスタミン作用による:眠気
- 新しい抗うつ薬(SSRI、SNRI)は、うつ病に関係した神経回路に選択的に作用
 - 副作用が比較的少ない

うつ病治療に使うその他の薬

- 抗不安薬:眠気、脱力、転倒等の副作用があるので注意を要する
- 睡眠導入薬:抗不安薬と同様の副作用。眠れば良いが、眠れないと危険
- 抗精神病薬:激しい興奮、せん妄、妄想などがあるとき

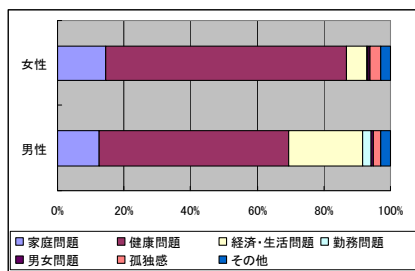
うつ病の患者への対応

- 認知行動療法
 - 外界で起こることの見方、とらえ方を変えていく
 - 高齢者のうつ病で有効かどうかは疑問
- 基本的には、支持的な対応
 - 相手との関係ができるまでは叱咤激励しない
 - 身体的愁訴への丁寧な対応

自殺とうつ病

- 高齢者の自殺が多いのは日本の特徴
- 高齢者の自殺にはうつが潜んでいる
- 自殺リスクの高い集団
 - 80歳以上、独居、男性、未遂の既往
 - 慢性疼痛
 - アルコールや薬物乱用
 - 重症のうつ病

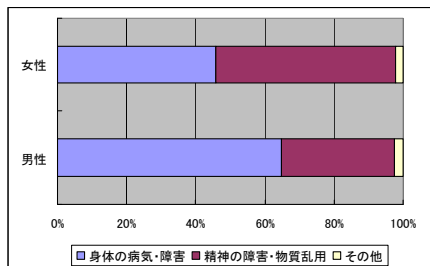
60歳以上 性別自殺の理由



高齢者の自殺には健康問題が絡む

警察庁生活安全局地域課「自殺の概要—平成15年—」

60歳以上 自殺に至る健康問題の内訳



警察庁生活安全局地域課「自殺の概要—平成15年—」

セルフネグレクト

- 高齢者の自傷行為の一種と考えられる
- 衛生状態や身体疾患の管理に気を配らない
- まともな寝食をしない
 - 食べ物や居住空間に配慮をしない
 - 食べ物や暖をとることをしない
- セルフネグレクトは消極的な自殺？
 - 自殺のリスクであることは確か

Ⅲ. 事例

事例 80歳女性

(1)背景

- 京都の古い商家の末娘として大切に育てられる。高等女学校卒、花嫁修業をただけで社会経験なし
- 20歳で、官吏であった現夫と結婚、子供はできなかったが夫に守られて安逸な人生を送る
- 30歳代で夫と共に上京、患者が40歳のとき、実家が傾き店、土地ともに人手に渡る
- 発症時、87歳の夫と二人暮らし

事例 80歳女性

(2)遺伝負因、既往歴、合併症

- 精神医学的遺伝負因なし、高血圧、糖尿病等の遺伝負因もない
- 既往歴
 - 45歳、子宮筋腫摘出、この前後更年期障害
- 合併症
 - 70歳、変形性関節炎
- その他
 - アルコール歴、喫煙歴ともなし

事例 80歳女性

(3-1)現病歴

- X-2年、下痢をして便失禁、この後、排便のコントロールを過剰に気にするようになる
 - この年、内科医をドクターショッピング
 - 徐々に食欲低下、体重が6カ月で9Kg減
- X-1年、生活能力が低下、夫が家事を分担
 - 食事の準備ができなくなる
 - 買い物、掃除、洗濯などが次第にできなくなる
 - 入眠困難、睡眠の持続困難、早朝覚醒

事例 80歳女性

(4-1)治療経過

- X年1月、夫に前立腺癌が見つかる、この後、患者が物忘れを訴え始める、2度目の便失禁
- X年3月、認知症を疑って当院を受診
 - 初診時、HDS-R=5点だが、合理的な会話ができ訴えは執拗だが整然としている
 - 失禁の事をしきりに訴えるが、便失禁のエピソードは2回だけ、尿失禁なし
 - 不安、焦燥が強く、「生きていても仕方ない」という訴えが多い

事例 80歳女性

(4-2)治療歴

- 「うつ病」と診断して抗うつ薬、抗不安薬による治療を開始
- 夫と二人で規則正しく通院
 - 睡眠は薬物により間もなく改善
 - 食欲減退、生活機能低下の訴えは持続
 - 抗うつ薬の副作用耐性が低く、少量のSSRIと睡眠導入剤、食欲低下に対してはドグマチール
- 2週間ごとに面接、徐々に、午後からの気分改善、夕食の準備ができるようになる

事例 80歳女性

(4-3)治療経過

- X+2年目、症状停滞
- 夫の前立腺癌、手術を受けることになり短期間入院、この間、患者はグループホームにショートステイ
- ショートステイの後、デイサービス利用開始
- X+3年、日常生活機能徐々に改善、うつ状態の愁訴消退、表情が明るくなる
- 現在はほぼ寛快状態、認知機能の低下なし

IV. まとめ

まとめ(1)

- うつ病の裏にあるリスクを見誤らない
 - うつ病患者の身体的愁訴は、しばしば予後不良
 - 自殺リスクを的確に評価
 - セルフネグレクトによる生命のリスクは小さくない
- リスクが大きいときにすべきこと
 - 環境改善(見守りの強化など)
 - 専門医療機関への紹介

まとめ(2)

- 専門医療が必要なわけ
 - 早期に正しい診断をする
 - 他の疾患を見逃さない
 - こじれないうちに、適切な治療、ケアをする
 - 症状の進展が早い、必要な治療が必要な時期に
 - 例: 希死年慮が強いときは、ESが第一選択
 - 生命に関わる事態になることがある
 - うつ症状による身体の衰弱
 - 合併症の悪化など

まとめ(3)

- 高齢者のうつ病、うつ状態への対応
 - 自然な対応
 - 専門家でも正しい対応は難しい
 - 時間を味方につける
 - 為すべきことは為すべき時に
 - 結果を焦らず、ねばり強く待つ、諦めない
 - 家族、介護者の不安をコントロールする
 - 本当に良くなるだろうか？(誰も知らない)
 - 病気を治そうと思わず、この人を支えようと思う
