クリニカルカンファレンス10　女性のライフステージにおける心のケア

3）更年期のうつ

座長：弘前大学
水沼　英樹

藍野学院短期大学
後山　尚久*

千葉愛友会記念病院
大藏　健義

はじめに

気分障害（うつ病）の正確な早期診断と的確な治療は，更年期女性の健康維持と quality of life（QOL）の向上に大きく貢献する．うつ病の生涯有病率は15～20％と高いが，診断，治療が適切になされていない症例が少なくない．女性診療現場では，月経周期や出産，育児との関連，あるいは更年期という年代との関連において，さまざまな診断がなされ，治療アルゴリズムが男性症例よりも複雑化，多様化する傾向が強い[1]．更年期は身体内外環境の変動が最も大きい時期であり，思春期にくらべ，心理的に基本的には退行的，守備的であり，閉塞的で束縛的な方向性の近未来を有する女性が多いのが特徴である．また，元来日本人女性はメランコリー親和性性格が多く，すべての年代で男性よりもうつ病の罹患率が高いことが知られており，50歳代では男女差が最も大きくなる．

女性は心身の調和のわずかな乱れにより更年期という時期を感じ取り，また社会的・文化的要因より「ふしめ」（the change of life）を自覚する．更年期女性のヘルスケアを取り上げる際に，従来は身体のケアが優先されていたが，現在は QOL を構成するすべての要因に注目すべきで[2][3]，環境調整とともに精神・心理ケアが重用視されている．本稿では，更年期女性のうつ病に対する“心のケア”を中心とした臨床的対応について概説する．

更年期のうつの臨床像

更年期に不定愁訴で来院する女性には，エストロゲン失調急性障害である狭義の更年期障害を代表に，精神障害を含めてさまざまな疾患がみられる．不定愁訴で来院する広義の更年期障害の中には約3割にうつ病（単極型）が含まれる（図1）．それらの過半数の臨床像は，いわゆる「仮面うつ病」であり，肩こり，顔面熱感，のぼせ，全身倦怠感などの身体症状により来院するために，狭義の更年期障害との鑑別診断は自覚症状の種類やその強さ

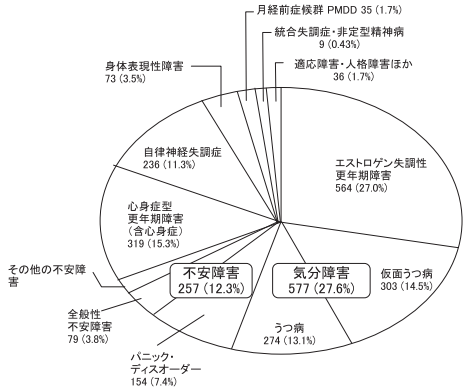
Clinical Management of Mood Disorder in Peri-menopausal Women

Takahisa USHIROYAMA

Aino Gakuin College, Osaka

Key words: Mood disorder・Peri-menopausal women・Gender specific approach・Whole person medicine

（現在　大阪医科大学健康科学クリニック）*



（図 1） 女性更年期障害における各種診断基準および治療への反応性を加味した最終診断とその頻度

からのみでは困難である．希死念慮は約5％（男性うつ病例の1/5）に存在する．ほぼ全例に生活機能，社会機能の低下が認められる．7割の症例に発症要因が特定される（そのうちの7割が家庭内環境因子であり，最近増加したのは配偶者との対人関係や高齢肉親の介護に関わる諸問題への葛藤）のが特徴であり，それぞれの価値観，人生観，アイデンティティーにより修飾され，ストレスとして心身の健康に負に作用する．

更年期のうつの診断

Doctor shopping の後に更年期うつ病と診断された女性の統計では，その61.6％が「更年期障害」と診断を受けて治療していたが，症状の改善が得られなかったと報告されている[4]．この調査成績は，実際の診療現場では，通り一遍の外来診察だけでは更年期のうつ病の診断はそれほど容易にはできないということを示している[5]（表1）．そのために，発症に関わる社会的環境や心理的特徴を把握することが重要となる．

女性の更年期のうつ病には男性にはない特徴的な状況があり，その特徴を診察室で早く医療者が感じることが早期の診断につながる．その基盤には「べき思考」があり，また比較的簡単に「罪業妄想」をいだき，家人から責められても自分を卑下し，がんばり続ける姿がある．慢性化，重症化するまで受診しないという傾向もみられる（表2）．

心理・性格テスト成績はうつ病の補助診断として大変役立つ．失感情症スケールでは，12点未満がエストロゲン失調急性障害に比べてうつ病では有意に少なく（$P<0.05$），エゴグラムではうつ病の64％が N 型であり，健常中高年女性の2.6倍も多い（$P<0.0001$）．すなわち，更年期のうつ病では，真面目で争いを好まず，温厚で，常に気遣いを怠らず，義理堅いという性格背景を有する比率が高いことになる．また，社会・文化的因子として現実問題を49.9％が有しており，子供に関する精神的ストレスを31.6％が有している．空の巣症候群という状況での発症は不定愁訴例の9.0％であり，うつ病は高率に存在する．

さらに，内分泌環境として，更年期うつ病は非うつ病に比べて血中コルチゾール値が高く（$P<0.0001$），クロモグラニン A 濃度も高い印象を受ける（表3）．これらから更年期のうつ病の診断には，自律神経系，内分泌系（下垂体―副腎系）および免疫系の機能変化を多面的に組み込む必要性を感じる．

更年期のうつの治療

薬物治療としてエストロゲン製剤の効果は低く，最近では SSRI，SNRI や四環系，新世代抗うつ薬，または漢方薬（柴胡剤や理気，巡気剤）の効果が高いとされる．しかし，更年期女性のうつ病においては心理的な要因を抱えている比率が高く，薬物療法よりもむしろ，時間をかけた医療面接や傾聴を基盤としたカウンセリングによる現状の認知と価値観の再考が重要である．心理療法は傾聴を基本とし，受容，共感的理解，支持，保証を軸とする．治療に対する時間と意欲があれば，家族の協力体制を整えることが重要であろう．心理療法の順序は，傾聴を基本にストレス発散からストレス事項の認識に進み，最終的に

（表 1） 女性更年期うつ病とエストロゲン失調急性障害の症状の比較（上位 10 症状）

（n = 1,700）

エストロゲン失調急性障害		うつ病		仮面うつ病	
1 肩こり・頸部硬直	47.0%	抑うつ・気力低下	46.7%	肩こり	45.0%
2 顔面熱感・のぼせ	30.0%	全身倦怠感	41.0%	頭痛・頭重感	42.0%
3 発汗	23.0%	睡眠障害	39.0%	顔面熱感・のぼせ	34.0%
4 全身倦怠感	17.0%	顔面熱感・のぼせ	35.0%	全身倦怠感	33.0%
5 腰痛・関節痛・四肢痛	15.0%	肩こり	35.0%	脱力感・フラフラ感	24.0%
6 抑うつ・不安・焦燥感	13.8%	不安感	34.4%	発汗	15.0%
7 睡眠障害	12.5%	発汗	27.0%	心悸亢進	14.0%
8 頭痛・頭重感	12.3%	心悸亢進	19.0%	喉頭部不快感	11.0%
9 めまい	12.2%	脱力感・フラフラ感	18.0%	めまい	11.0%
10 心悸亢進	10.7%	頭痛・頭重感	18.0%	耳鳴り	11.0%

（表 2） 女性更年期うつ病の特徴的および典型的状況

精神行動	献立が決まらないため，買い物に出かけられない
	家事ができないことで自分を責め，家人からも責められる
身体行動	家族よりも早く起床できなくなる
	午前中にいつもしていた掃除や洗濯ができない
	人に会いたくないので外出を控えるようになる
特異的事項	料理の味付けができなくなる
	化粧がいいかげんになり，服装がちぐはぐな感じになる
思考方向	家事の切り盛りには「べき思考」で臨むため，家事は自分の専業事であると責任を感じている
	家事ができなくなると，罪業感をいだき，自らを卑下する
	家人からの叱責と家事不履行の指摘に罪業妄想をいだいて頑張り続ける
受療行動	更年期障害と自己診断し，慢性化，重症化するまで受診しない
	受診しても「更年期障害」の診断のもと HRT，あるいは抗不安薬のみで長期治療されている

（表 3） 更年期に不定愁訴で来院したうつ病と非うつ病の血中 cortisol 濃度，唾液 chromogranin A 濃度の比較

Cortisol	更年期うつ病	非うつ病性更年期不定愁訴症候群	P value
閉経前症例（n = 826）	14.6±0.58 μg/dL	11.3±0.37 μg/dL	P < 0.0001
閉経後症例（n = 623）	14.7±1.26 μg/dL	8.30±0.23 μg/dL	P < 0.0001
Chromogranin A ※			
閉経前症例（n = 67）	2.99±5.60pmol/mL	2.28±3.69pmol/mL	P = 0.412
閉経後症例（n = 85）	2.91±5.44pmol/mL	2.31±3.45pmol/mL	P = 0.448

※ Chromogranin A : a member of a family of highly acidic proteins which are co-stored in the adrenergic neurons and paraneurons and co-released with adrenaline and noradrenaline in response to adequate stimulation

は価値観，人生観，行動習慣などを修正することが理想である[6]．この過程において，高い臨床性を持ってメンタルヘルスケアが実行されるべきである．その完成度を高めるため

に，医療を提供する医師として，自らが安定した性格となり，社会的常識，良識を有する，人間的に温かい人物になるように努力することがまず必要である．また，主義・主張はあっても，その哲学や社会を見るスケールをひとに押し付ける性格でないことも重要となる．さらに，常に患者と接している自分に対する「もうひとつのまなざし」を意識していることが診断と治療の方向性にとって必要となり，生涯「治療的自我（Doctor as a medicine）」となるべく研鑽を積まなければならない．

おわりに

更年期女性の医療におけるうつ病治療の実践においては，薬物選択の問題よりもむしろ，治療者側の「ひとの薬となるべき力」の量が治療成績を左右するといっても過言ではない．更年期女性の全人的なヘルスケアを取り扱う場合に決して忘れてはならない心がけであり，女性更年期医療を支える基盤と言ってもよい．いかなる心身医学的手法よりも，いかなる薬物よりも，ヒトの苦しみを癒すことのできる「治療的自我」を，女性医療に携わるすべての医師はたゆまなく育成していくことを希望する．

《参考文献》

1. 後山尚久．不定愁訴―内分泌連関の解明およびジェンダー・スペシフィック・メディシンとしての心身医療の必要性．日心療内科誌　2003；7：125―131
2. 後山尚久．更年期閉経期女性のクオリティー・オブ・ライフの確立と全人的医療の実践への期待．日女性心身医誌　2000；5：123―132
3. 後山尚久，池田　篤，佐久間航，他．更年期不定愁訴例1700例の最終診断からみた治療法の選択と Quality of life 改善度．産婦進歩　2004；56：24―28
4. 後山尚久．更年期女性の不定愁訴と気分障害．日本更年期医学会誌　2006；14：138―146
5. 後山尚久．　更年期・老年期女性の身体機能の特性とその障害―精神・神経系：精神，心理．新女性医学体系21　更年期・老年期医学．東京：中山書店，2001；37―76
6. 後山尚久．更年期不定愁訴の治療における心理療法のコツ，更年期医療のコツと落とし穴．麻生武志（編），東京：中山書店，2005；16―17