

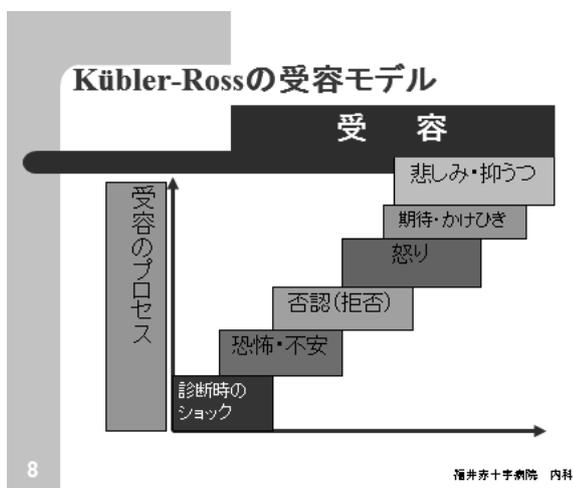
No. 46

# Practical Psychology for Diabetes Clinicians より

## ⑤ 糖尿病と共に生きることへの受容と感情Ⅲ

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

さらに前回から続きます。今一度「ロスの受容モデル」の図を想起いただければ。



### 7、悲しみと抑うつ

さて、患者さんが、ある程度自身の糖尿病を受け入れたとき、起こってくるのが、「悲しみの時期」です。この Negative な感情については多岐にわたってセルフケアの障害となるので、また新たな章を立てさせて頂きました。

診断時のショックから、あるいは病気であること自体を認めなかったり、恐怖や不安に襲われてパニックになったり。そうやって「なかったこと、見たくないこと」にしている、いつしか血糖は悪化して、何度でも健康診断で指摘されて、果てはだんだんと目が見えにくくなってきたり、夜間尿のために寝不足になってきて、ちょっとおいしいものをがまんしようとしても、どうして自分だけこんな目に遭うんだ、とだんだん腹が立ってきて…。

そうして、もう逃げられない、どうしてもこ

の運命に従っていくしか無い、と思知らされた時。人はしみじみと悲しみの淵に沈むでしょう。

それもまた、人として自然な感情でしょう。生活の中の自由を奪われ、美味しいものを食べることを禁じられ、面白くもない散歩を強制され、面倒くさい服薬や注射をやらされ、それが、毎日毎日、毎食毎食なのです。

しかし、雨が降る日もあれば、また雲間から日が射してくる日もある。そうやって、悲しみの中からでも立ち上がり、また気を取り直して、最初に述べたような「健康信念」を築き直して、生きていけるならば良いのです。ところが、悲しみが嵩じて、立ち直れない状態になる、慢性的に落ち込んでしまう、あるいは懸命に頑張っていたのに、ある日燃え尽きてしまう、というような状況も来かねないのが闘病生活です。こういった状態を一般的に抑うつ (Depression) といってよいでしょう (以下文中では、病状・状態のことを抑うつ、疾患単位としての用語はうつ病と表記します)。

糖尿病とうつ病との深刻な関連については多くの資料があります。

- 1、糖尿病患者におけるうつ病の発症 / 併存は20%前後といわれ、一般人口のそれに比べきわめて高率と言われます (Gavard JA et al: Diabetes Care 16: 1097-1102, 1993)。
- 2、逆に、うつ病患者における糖尿病の合併率をみても非常に高く (Eaton WW et al: Diabetes Care 19: 1097-1102, 1996) さらに、うつ病患者においては OGTT 時の

インスリン分泌亢進がみられる、すなわちインスリン抵抗性が示唆されます。そして、これらの異常はうつ病に対する治療によって、改善が認められるとされます（これは日常臨床でも結構経験されることです）。

どうやら、うつ病と糖尿病とは、生理学的な関連があるらしいのです。その理由としては、

- ・抑うつによる身体運動量の低下
- ・副腎皮質系ホルモンの亢進
- ・中枢におけるセロトニンの代謝の異常
- ・耐糖能とうつ発症との双方に関連する特定の遺伝子異常の可能性

など、諸説がありますが、なお十分には解明されていません。

かつて精神疾患としての「うつ病」とは、原因がはっきりしない「内因性」となにか社会や環境に原因を見いだせる「外因性」とに分けて考えていましたが、近年我が国でもその分かりやすさから多用される、アメリカ精神病学会編「DSM- IV (TR)」(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th) においては、ある一定の診断基準を満たすなら、その原因については多くを問わない方式になっています（ただし「親しい人との」死別は例外とする・大基準 E 参照）。

ここで、DSM- IV (TR とほとんど差異なし) における、うつ病エピソードの診断基準を上げておきます。まどろっこしいようですが、ひとつひとつの項目は、糖尿病、というよりもその療養生活とセルフケアとに関連し、相互に実に深刻な悪影響を与え合う（浸透しあう）ということが読み取れるのです。

### うつ病の診断基準

大うつ病エピソード（原訳文のまま一部抜粋）

A. 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間が存在し、病前の機能からの変化を起こしている；これらの症状のうち少なくとも

も1つは、(1) 抑うつ気分または (2) 興味または喜びの喪失である。

注：明らかに、一般身体疾患、または気分不一致しない妄想または幻覚による症状は含まない。

(1) 患者自身の言明（例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。

注：小児や青年ではいらいらした気分もありうる。

(2) ほとんど一日中、ほとんど毎日の、すべての、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退（患者の言明、または他者の観察によって示される）。

(3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば1カ月で体重の5%以上の変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。

注：小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ

(4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多。

(5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または抑制（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚でないもの）

(6) ほとんど毎日の易疲労感、または気力の減退。

(7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある、単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）。

(8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（患者自身の言明による、または、他者によって観察される）

(9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

- B. 症状は混合エピソードの基準をみたさない
- C. 症状は臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- D. 症状は、物質（例：乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない。
- E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2カ月をこえて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性症状、精神運動制止があることで特徴づけされる。

付記

DSM-IVでは、このような「大うつ病エピソード」自体がひとつの「疾患単位」になるのではなく、「躁病」「混合性」などの各エピソードとともに、診断の構成部分として用いられる。疾患単位としては、各エピソードの出現回数や組み合わせにより

- ・大うつ病性障害、単一エピソード
  - ・大うつ病性障害、反復性
  - ・双極I型障害、単一躁病エピソード
- などと分類診断される。

強調点としては、うつ状態というものが、単に「悲しい、落ち込んでいる、気分が暗い」といったことをこえ、独特の「閉塞状況」になっていること、それらが糖尿病の病態そのものはもちろん、セルフケアという面での生活全般を障害し、血糖を悪化させ、それが生理的・心理的な意味でますます気分を落ち込ませる、意志を挫く、という悪循環に陥るところが重要です。

まず、診断基準のうち最も重要視されるのは、「抑うつ気分」と、もうひとつ「興味関心・喜びの喪失」です。このA-(2)項は非常に重要で、食事記録も、運動の計画も、そして検査値の改善や調子の改善そのものに興味が持てなくなる、何をしても嬉しくない、となるのです。

これは信念と自己効力感を基礎とするセルフケアの危機です。

A-(3)のように、うつと食欲とは密接に関連します。食べられなくなり、血糖が下がる場合もあれば、食べないのにインスリン抵抗性が悪化して血糖が上がることもあり、また一方で過食になってしまうこと、却って太ってしまうこともあるわけです。食べているのだから、落ち込んでいるはずがない、とは言えないわけですね。

A-(4)、特徴的には、朝起きられない、寢床から出られない、ぐっすり眠れないので、睡眠時間そのものは長くとも眠気がとれない、という訴えののち、出勤できない、登校できない、引きこもる、ということに繋がります。

A-(5)や(8)では、決断や行動が鈍り、ゆっくりになり、不可能になり、動けなくなる、といった感覚が生じます。これはなにも、人生の重大事について決断ができない、というような大きなものではなく、病院に行くのにどちらの道を通って行こうか、今日の夕食になにを食べようか、といった簡単で日常的なことが決められなくなるということです。これもまた、セルフケアにとってはある意味致命的でしょう。

こういった点があいまって、大基準C、自他ともに困っている、障害をきたす、ということが「疾患」の定義になるわけですが、たとえ外面的に社会性を維持していても、実は自身と糖尿病のことについてはほとんど何もできなくなっている、というような状況があります。一方、我々としては、基準Dにも注目しておくべきで、特に高齢者において、一見行動や思考、感情が鈍化している場合に甲状腺機能低下が隠れているケースはときに経験しますね。

そして、恐ろしいのは、基準A-(9)といえるでしょう、多くのうつ病患者では、実際に手を下さなくても、「死ぬ、ということについて繰り返し考える」という面があるのです。よく言われるのは、最も重症の「制止・鈍麻」状態

から少し回復して、現実が見え出した時、ある程度の行動力を取り戻した時、回復期に実際に自殺してしまうケースがある、というところでしょう。特に若年者、それも新しいタイプの抗うつ薬であるSSRIs、SNRIsの使用においてこの点がこのところ注意喚起されてきてます。

このように、うつに陥ると、生理的に血糖悪化が起こると共に、行動変化・セルフケアの面でも多くの障害を生じて、結果として病状を深刻にします。それとともに、非常に特徴的なことには、うつは、知覚に影響を与えて、身体的症状を感じやすくしてしまう、という面があるのです。たとえば、それまで「少々いらいらする感じでしかなかった」下肢異常知覚が、耐え難い痛みを感じられたりするケースがあります。そこで、次のような場合にはうつを疑うべきであるといわれています。

- 1、適切にコントロールされた状態で有るという客観的根拠があるにもかかわらず、高血糖や低血糖の症状が持続する
- 2、その他の症状でも、根拠のある医療上の説明ができなかったり、客観的な所見と釣り合わない

3、性的機能不全が悩みとして持ち上がってくる

4、慢性的な痛みが主な訴えとなる

いずれにせよ、うつ病に囚われた患者さんは、まったく、ヤル気がない、覇気がない、ダメな人、に一見見えることも多く、ついこちらも強い口調になったりしやすいのですが、不用意な批判・激励はまったくの逆効果であることは医学的というよりも世間知としての常識でしょう。

やれるところから(やれることだけでも)

一つ一つ立てなおして

できたことを賞賛評価し

といった、これまでも繰り返し述べてきたことが、やはり基本的な構えになると考えます。しかしながら、これはより深刻なレベルだ、と判断したなら、早く専門家の手に委ねる、ということもまた、ひとつの医家としての考え方もしれないと考えます。