
総 説

心臓疾患と心理状態

中村 保幸

私は定年退官された新保慎一郎先生から学生相談室のお世話をするを2005年度から引き継がせて頂いた。心臓内科が専門で、「こころ」の問題は専門ではないが、これまで「こころ」の不調のためか実際には心臓には問題がないのに、心臓病があると信じて来診される患者さんを多く診てきたので、「こころ」が健康に大切であることは十分に認識している。どうしても受けたいと望まれた冠動脈造影の所見が正常であっても、納得できず他の医療機関での精査を転々と求められる場合もあったし、「こころ」の専門医に委ねても同様のことが続くことが多かった。また最近では「こころ」の健康度が冠動脈疾患をはじめとする多くの疾患の予後に影響することが注目されてきている¹⁾。「こころ」の問題を解決するには自然科学の方法ではうまく行かないのが現状だが、神経・精神科学がさらに進歩して、容易な解決策が生み出されることに期待を持ち続けている。本稿では「うつ状態」を中心に、心臓疾患と心理状態について解説し、自身の関わった研究結果についても紹介する。

心筋梗塞とうつ状態

心筋梗塞を起こした患者は死を予感してしまうことも少なくない。たしかに心筋梗塞は多くの患者さんにとって強烈な心的ストレスとなる。心筋梗塞患者の65%はうつ病症状を経験し、15～22%に重症うつ病を来すとの報告は十分理解可能である²⁾。さらにうつ病、重症うつ病の合併は心筋梗塞予後を悪化させることが知られている³⁾⁴⁾。またうつ病患者は心筋梗塞などの冠動脈疾患を起こしやすいと認識されている⁵⁾。なぜうつ病を合併すると心疾患予後が悪いかという理由については以下のように考えられている。まずうつ病患者は積極性が無く、治療に対する協力・従順性(コンプライアンス)が悪いことが挙げられる。そればかりではなく、うつ病患者ではコーチゾルや交感神経系ホルモン:カテコラミンが増加しているため、心室性不整脈を発生しやすく、そのため突然死を来しやすいと考えられている。うつ病患者

で交感神経系活性が高まっていることは意外だと考えられるかも知れないが、多くの研究結果が一致するところである。

さて心疾患患者に合併するうつ病は診断され難く、25%以下の患者しかうつ病の診断を受けていない上、診断は受けてもその1/2が未治療との米国での報告があるが⁶⁾、境界領域の診断がより困難で、認識も低いわが国ではもっと多くの患者が診断を逃れている可能性がある。心疾患患者に合併するうつ病が診断され難い理由として、易疲労、睡眠障害などの症状は心疾患とうつ病で共通すること、うつ病は心疾患の通常症状との誤解される点、患者がうつ病の症状を訴えないこと、また医師がうつ病の症状について聞かないとか、うつ病を合併していると診断されても、その副作用のため抗うつ薬を処方しにくいという点も挙げられている。うつ病を来しやすい因子、リスクファクターとして、(1)女性、(2)うつ病の既往・家族歴、(3)社会的援助欠如(独居)、(4)人生における役割喪失、などが挙げられているので、これらのリスクファクターを有する患者にはとくにうつ病が起こっていないか注意を払う必要がある。

うつ病、うつ状態によくある症状を英語圏の医療従事者に覚えやすく挙げたリストを表1に示す。単語の最初の文字を並べたSIG E CAPSは医師が抗うつ薬を処方するとき薬剤師に薬瓶のラベルにE. CAPSと記載することを指示する意味である。またE. CAPSはE nergy capsulesの略で、降うつ薬の意味である。うつ状態・うつ病の有無をスクリーニングするのに自記式のスクリーニング法がある。この目的のためによく使用される調査法を表2に挙げた。これらは20ほどのうつ状態の症状の有無を0から3に重みをつけるか、「はい—いいえ」で調査対象に回答してもらい、合計点からうつ状態か否かを評価する。The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)やthe Beck Depression Inventory (BDI)⁷⁾などが用いられる。このうちBeck調査法はわれわれが日本人心筋梗塞後症例に対する調査に用いた際、日本語に翻訳し、また逆翻訳(back translation)を行って妥当性を検討した。うつ状態の評価に面接では

表1 うつ病の症状(記憶法) SIG E CAPS

S: Sleep (insomnia or hypersomnia) 睡眠障害
I: Interests (diminished interest in or pleasure from activities) 興味減退
G: Guilt (excessive or inappropriate guilt; feelings of worthlessness) 罪業感, 無益感
E: Energy (loss of energy or fatigue) 気力低下
C: Concentration (diminished concentration or indecisiveness) 集中力低下
A: Appetite (decrease or increase in appetite; weight loss or gain) 食欲低下または増加
P: Psychomotor (retardation or agitation) 情緒不安定
S: Suicide (recurrent thoughts of death, suicidal ideation or suicide attempt) 自殺企図

表2 うつ病の自記式スクリーニング法

調査法	対象	項目数	形式
Beck Depressive Inventory (BDI)	成人	21	多肢選択
Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (SDS)	成人	20	多段階選択
General Health Questionnaire	成人	28	多段階選択
Geriatric Depression Inventory	>55才	30	はい/いいえ
Zung Self-Rating Depression Scale	成人	20	多段階選択

なく自記式調査票を用いることの利点は短時間で評価が出来るため、対象が大規模な研究にも採用できることである。一方、面接方式と比べて大うつ病 (major depression) の診断は不可能であることが自記式調査法の欠点である。Beck 調査法の尺度 (BDI) 別の心筋梗塞後予後を比較した研究結果を図1に示す。うつ病が重症であるほど心筋梗塞後の予後が悪いことが示されている⁹⁾。これは年齢や心機能とは独立した予後予測指標となる。

喫煙者の心理

1. うつ状態・大うつ病 (Major Depression) と喫煙 禁煙運動においても先進国の米国では、禁煙を普及さ

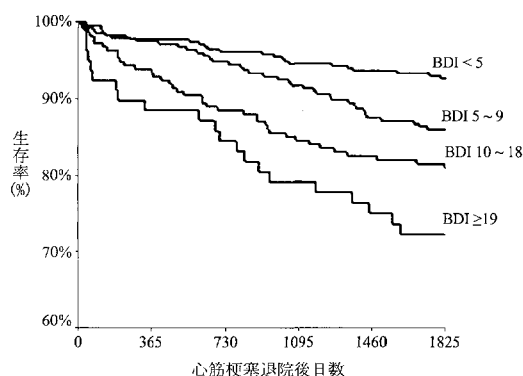


図1 うつ病スケール BDI と心筋梗塞後 (文献8より改変) うつ病が重症であるほど心筋梗塞後の予後が悪いことが示されている。これは年齢や心機能とは独立した予後予測指標となる。

せることを究極目的とした喫煙者の心理に関する研究が盛んである。米国ではうつ病患者の喫煙率が高いことは認識されていたが、最近になり広範な人口を対象とした研究が発表されるようになった。

冠動脈疾患症例を対象とした Carney らの研究では、大うつ病の頻度は18%と多く、また大うつ病と喫煙の関連も確認された⁹⁾。喫煙とうつ状態・大うつ病は関連していることが判明してきたが、その関連の因果関係や機序はいかなるものであろうか。それにはいくつかの仮説が提唱されている。その一つは自己投薬説である。ニコチンは中枢神経系調節物質を介してうつ状態を改善させる可能性があるため、うつ状態・大うつ病の患者は喫煙によって症状を軽減させようとして自己投薬しているというのである。実際ニコチンの禁断症状としてうつ状態があるし、禁煙を試みた人に大うつ病が発生したとの症例報告もある。喫煙とうつ状態・大うつ病との関連は禁煙指導を行う上で考慮すべき重要な事項であろう。事実米国においては抗うつ薬の禁煙導入効果が検討され、最近 FDA (Food and Drug Administration) は抗うつ薬 bupropion を禁煙導入に使用することを承認したとのことである。一治験によればニコチンパッチによる禁煙成功率は36%、bupropion を用いると49%、両者を併用すると58%が禁煙に成功したという。

2. わが国におけるうつ状態・大うつ病と喫煙の関連

喫煙に対する社会全体の雰囲気わが国と米国ではまだかなり異なるので、米国での現象わが国でも同様に起こっているとは限らない。われわれは冠動脈疾

患の予後を前向きに検討する多施設国際共同研究 the Multicenter Study of Myocardial Ischemia (MSMI) を行ったが^{10) 11)}, この一貫としてBDI等を用いて心理状態の調査を行った。心筋梗塞や不安定狭心症に罹患した後1~6カ月後の安定した時期に調査を行った日本人91名と645名の米国・カナダ人のデータによると日本人症例の喫煙率は30%, 北米人症例は14%であった。BDIの平均値は日本人症例喫煙者で9.2, 北米人症例喫煙者で9.5と差異はなかったが, 奇妙なことに未喫煙者のBDI平均値は喫煙者比べて日本人では約30%高く, 北米人症例では逆に約27%低かった。北米人症例の結果はこれまでの米国等での研究報告と一致していたが, 日本人症例の結果は全く逆に出たわけである。この解釈は困難であるが, 一つの考え方として, 禁煙運動が非常に盛んな北米において未だに喫煙を続けている人の中にはうつ状態・大うつ病の症例が多数含まれていたと考えられる。一方日本においては喫煙を許容する風潮がまだあるため, 喫煙者すなわちうつ状態・大うつ病という公式は当てはまらない場合が多い。また日本人症例の未喫煙者にとっては喫煙もせず健康に注意を払っていたにも拘わらず北米に比べてまだ比較的希な心筋梗塞などという大病になったため, うつ状態になったと想像することが可能である。したがって禁煙指導に抗うつ薬を併用することは現在わが国において米国ほど必要性は高くないだろうが, 将来喫煙率が低下して喫煙者の中にうつ状態・大うつ病の人の比率が増えてきたときには, わが国においても検討する必要がある。

心筋梗塞後患者に対する心理療法

心筋梗塞後患者に対する心理社会的治療として認知行動療法(cognitive-behavior therapy)がある。この療法の骨子は心筋梗塞に関する誤解を解消することにある。すなわち心筋梗塞後であっても大多数の患者は日常生活, 社会活動, 運動, 性生活復帰が可能であること, 再発予防法の遵守により再梗塞の頻度は低くなることなどを本人および家族に説明し, 運動, 趣味, 社会活動参加を勇気づけることにある。うつ状態を合併している患者に対する薬物療法に関して理解する必要があるのは, 薬物間の有効性の差より副作用の差が大きいという現実である。副作用が少ない点において近年開発の新薬SSRIs(selective serotonin reuptake inhibitors)が第一選択薬として処方されることが多くなっている。

一方心筋梗塞後の患者に精神・心理療法を行えば予後が改善することが過去の研究結果から期待されるが, これまでに無作為割当臨床試験はなかった。Frasure-Smith

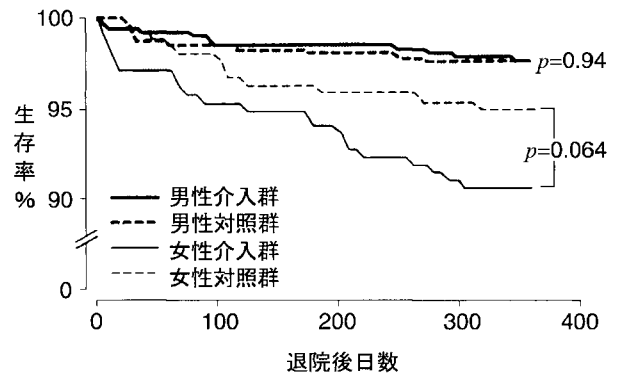


図2 うつ病軽減目的の訪問看護と心筋梗塞予後(文献12より改変)

訪問看護婦が心筋梗塞後患者の心理・精神的援助を行ったが, 男性患者においては, 心理的治療を受けた群も変わりなかったが, 女性患者においては予後が悪化する傾向があった。

らのM-HARTはこの点に関しての研究である¹²⁾。彼女らは看護婦を特別に教育し, 心筋梗塞後の患者の家庭を約2カ月に1回訪問させて心理精神的に援助して予後が改善するか否か対照群を用いて検討した。その結果, 意外なことに男性患者において予後は心理的治療を受けた群も対照群と変わりなかったが, 女性患者においては予後が悪化する傾向にあった(図2)。女性はもともとこの研究に参加希望する率が低かったため, 全体としては有意差には至っていなかったが, 不整脈死または駆出率35%以下の症例に限定すると, 女性の治療群で明らかに予後が悪化していた。心理治療群においては安心するため主治医を受診する機会が減ったり, 治療薬を服用しなくなったりする可能性が懸念されたが, これらの点は検討の結果否定された。女性においては女性のコメディカルが自分の家庭を訪問することによってかえってストレスを増強させたのではとFrasure-Smithは想像していた。薬物でなくても無作為割当臨床試験を行わない限り本当の効果は決して明らかにならない点が強調できる。

参考文献

- 1) Frasure-Smith N, Lesperance F. Depression and coronary artery disease. *Herz*. 2006 Dec; 31 Suppl 3: 64-68.
- 2) Carney RM, Freedland KE, Sheline YI, Weiss ES. Depression and coronary heart disease: a review for cardiologists. *Clin Cardiol*. 1997; 20(3): 196-200.
- 3) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA*. 1993; 270(15): 1819-1825.

- 4) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995; 91(4): 999–1005.
- 5) Ferketich AK, Schwartzbaum JA, Frid DJ, Moeschberger ML. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study. *National Health and Nutrition Examination Survey*. *Arch Intern Med*. 2000; 160(9): 1261–1268.
- 6) Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(7): 580–592.
- 7) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4: 561–571.
- 8) Lesperance F, Frasure-Smith N, Talajic M, Bourassa MG. Five-year risk of cardiac mortality in relation to initial severity and one-year changes in depression symptoms after myocardial infarction. *Circulation*. 2002 5; 105(9): 1049–1053.
- 9) Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS. Major depressive disorder in coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 1987; 60(16): 1273–1275.
- 10) Nakamura Y, Kawai C, Moss AJ, Raubertas RF, Brown MW, Kinoshita M, Sasayama S, Nonogi H, Omac T, Tamaki S, Fujita M, Tanaka N, Hosoda S, Inoue H, Sugimoto T, Iinuma H, Kato K, Tamaki N, Sugiura N. Comparison between Japan and North America in the post-hospital course after recovery from an acute coronary event. *Int J Cardiol*. 1996; 55(3): 245–254.
- 11) Freedland KE, Nakamura Y, Carney RM, Case RB, Case NB, Kawai C, Krone RJ, Kato N, Kinoshita M. Angina pectoris after recovery from an acute coronary event—the role of psychological factors in Japanese vs North American patients. *Jpn Circ J*. 1997; 61(4): 299–307.
- 12) Frasure-Smith N, Lesperance F, Prince RH, Verrier P, Garber RA, Junceau M, Wolfson C, Bourassa MG. Randomised trial of home-based psychosocial nursing intervention for patients recovering from myocardial infarction. *Lancet*. 1997; 350(9076): 473–479.