

## □ 編集後記 □

うつ病に対して A 剤はハミルトンうつ病評価尺度得点の低下が 13.8 点、副作用発現率が 80%、B 剤は各 10.4 点、67%です。先生ならどちらを使いますか」と尋ねると、B 剤を選ぶ医師が多い。

最近発売された 2 つの抗うつ薬の治験で、うつ病およびうつ状態の患者さんにおいて、日本で初めて治療開始時から実薬とプラセボの効果を比較する二重盲検比較試験が行われた。その結果、実薬ではハミルトンうつ病評価尺度得点が 10~13 点低下、プラセボでは 8~10 点低下していた（宮岡等、精神科治療学 25:303,2010）。最初にあげた数字はこの中の 1 つの治験の結果であり、A 剤は実薬、B 剤は薬効のないプラセボである。実薬とプラセボの間に有意差はあるが、臨床家が注意すべきはプラセボでもこのくらい改善するという事実である。治験では「プラセボかもしれない」という説明のうえで与薬されるが、日常臨床では「この薬は効くはず」と説明されているとすれば、プラセボ効果はさらに大きいであろう。抗うつ薬がプラセボに比べて明らかに有効であるのはある程度以上に重症のうつ病であるとするメタアナリシス論文もある。プラセボ効果について、より身体症

状が前景となる疾患を挙げれば、かつて自律神経失調症に対する実薬とプラセボの効果を比較して、「軽度改善」以上が実薬 82.9%、プラセボ 77.3%という治験結果もあった（筒井末春, 他, 基礎と臨床 26:4289,1992）。

軽症うつ病は心身医学でも重要なテーマとなっている。心療内科医の診ているうつ病は精神科医の診療対象よりも軽症であるとすればプラセボ効果はさらに大きいはずである。日常臨床でうつ病患者さんに抗うつ薬を処方する時、服用しなくても改善する可能性をどう説明するかも課題となるであろう。本誌でも薬剤の効果を上げられた論文が時々投稿されるし、論文の中の症例提示が薬剤の有効性を示しているかのようにみえることもある。プラセボ効果については日常臨床だけでなく、論文の考察でも十分検討してほしい。

さて、本号でも心身医学に関係するさまざまなテーマが取り上げられている。執筆者に心療内科を専門とする方が少ないことは、心身医学が多くの領域の専門家と密に連携しなければ発展しえないことを示している。忌憚なく厳しい双方の意見交換が進むことを願う。

(編集委員 宮岡 等)

---

# 心身医学 (第 50 巻第 8 号 2010 年 8 月 1 日)