

目 次

◆巻頭言

東京大学大学院教育学研究科長

市川 伸一…………… 1

◆心理教育相談室が置かれている意味

心理教育相談室運営小委員会委員長

根本 彰…………… 2

◆相談室長ご挨拶

心理教育相談室長 臨床心理学コース教授

中釜 洋子…………… 3

● 公開講座の記録

『うつ病からの回復を目指して—正しい理解に基づく治療と援助—』…………… 4

◆第1部「うつ病の理解と対応」

防衛医科大学校 精神医学講座教授

防衛医科大学校病院 副院長

野村総一郎…………… 5

◆第2部「うつ病の治療と援助の間・一般医療の経験から」

三井記念病院精神科部長

東京大学大学院教育学研究科 客員教授

中嶋 義文…………… 14

■心理教育相談室のご案内…………… 24

■2010年度活動報告…………… 26

■心理教育相談室の構成（2010年度）…………… 30

巻 頭 言



東京大学大学院教育学研究科長
市川 伸一

1957年(昭和32年)に創立された心理教育相談室の50年以上にわたる継続的な活動には、いつも敬服している。ややもすると学術的な理論と日常的な実践活動が乖離しがちな教育研究の中で、その融合した姿を見せてくれているのが、臨床心理学であり、その実践活動の中核となっているのが、心理教育相談室である。

大学院生たちの心理臨床の実習の場としての相談室であるが、来談するクライアントたちは、「現実」に「悩みや心理的問題を抱えた方たちであり、それに向き合う大学院生のカウンセラーたちや彼らを支える教員、スタッフも真剣そのものである。こうした現実的実践の場で、若いときから心理臨床のスピリッツを体現できることが、この分野が発展していく原動力となっているのであろう。

この相談室の活動が、ここ数年ますます活発化しているという。来談者の数が激増している。心理的問題を抱える人たちが増えているとすれば、けっして社会的に望ましいことではないが、東大の相談室に来てくださるのは、その実績が認められていることの証ともいえよう。大学が社会連携のあり方を模索している中、心理教育相談室がその一つのモデルとなってくれることを期待している。

心理教育相談室が置かれている意味

心理教育相談室運営小委員会委員長

根本 彰



本年度から心理教育相談室運営小委員会委員長を仰せつかった。図書館情報学という分野に属し「図書館」という機関の社会的役割を研究してきたものにとって「心理」は苦手分野であったが、近年、私たちの分野でもユーザーの情報行動をベースにした研究開発が行われつつあるからそうもいってられない。この機会に図書館のレファレンスサービスに似た心理相談について勉強させていただき双方の分野の関係についても考察してみたいと考えている。

以前から、臨床心理学と図書館情報学に制度的に見たときの共通点があることに注目していた。それは、教育に隣接した領域において、教員とは異なる専門職としての臨床心理士そして司書の養成にかかわっているということである。ただそのあり方は対照的である。

ご存じのとおり、臨床心理士は財団法人日本臨床心理士資格認定協会が出している民間資格で年間3000人ほどの資格保持者がいると言われる。協会の認定大学院を修了し、かつ2次にわたる試験に合格して初めて資格を取得できることや、資格取得後も研修や論文執筆によって5年ごとの資格更新を要求されていることなどにより、資格水準保持のための努力が行われている。

他方、司書は戦後間もない時期に教員資格や学芸員資格と並んでできた国家資格であるが、これらの資格に共通して国家試験が行われず大学での科目履修による単位取得のみで要件を満たすものとなっている。教員は文部科学省の課程認定が行われ都道府県教育委員会による採用試験があって一定の質の教員を輩出する条件があるが、司書および学芸員は実質的に大学に委ねられている形をとっているのもその質についても保証されていないという問題が指摘されてきた。

私は、本学の司書の養成にかかわっている立場からも、文部科学省で司書養成のあり方を検討した経験からも、司書の質を維持するためには大学院レベルの養成や課程認定制度、共通試験の実施など、臨床心理士の養成制度と同様のものを大学関係者が自らつくっていくほかに考えている。そのなかで見過ごされがちであるが注目すべきものが、本相談室のような養成課程における実習の場の創出である。フィールドをもった養成機関として、現場との協力関係はきわめて重要なものであるが、現場を自らのなかにつくり出しそこにクライアントとのやりとりがもたらす緊張感に満ちた体験を通じて養成を行うのはすばらしいことである。だがそれは同時に容易なことではない。私もすでにスタッフからそうした緊張が伝わるようなお話をうかがい、運営には生半可な気持ちでは関われないことを改めて思い知らされている。司書養成に来年度から選択科目として図書館実習が新設されることになっているので、この経験は実習方法の設計にも生かすことができるのではないかと考えている。

相談室長ご挨拶

心理教育相談室長 臨床心理学コース教授

中釜 洋子



東日本大震災の被災者の方々に謹んでお見舞い申し上げます。

今般の大災害に遭われ、無念にも犠牲になられた方々に深く哀悼の意を表しますとともに、なお困難な生活を送られている皆様に心よりお見舞い申し上げます。

2011年3月11日に発生した東日本大震災と大津波は、東北地方を中心とする地域に未曾有の被害をもたらしました。7月現在でも5千人の方々の行方が知れず、余震の恐怖と放射能汚染の不安が、なお人々の暮らしを脅かしています。昨日・今日・明日という、この当たり前の日常の連続性さえ、こんなに簡単に奪われることに、日本中がショックを受け、言葉を失いました。

心のケアや心理援助に携わる者として、またその候補生たちの教育指導・養成を担う相談室として、2011年度が大きな衝撃の中、幕閉じたこと、そして2012年度が、いま何が求められているか、私たちに何が出来ようかという問いとともに始まったことを記しておきたいと思います。心理教育相談室としましてはお子さんの来談も数多い状況を鑑み、3月11日から31日までの臨時閉室という指針を決め、来談者の方々へのご連絡、面接日程の再調整のお願いと、臨機応変に電話による心理支援の継続という対応を取らせていただいたことをあわせてご報告いたします。問いの答えは簡単に見つからず、2011年晩秋に計画いたしました公開講座もひとつの機会として、若い相談員たちの思索や試行錯誤も反映させながら、長い時間軸で考え続けてゆきたいと思います。(公開講座につきましては、4～23頁をご参照ください。また2011年度の詳細につきましては、ぜひホームページでご確認ください)。

最後に平成22(2010)年度の活動状況ですが、引き続き順調であるのご報告させていただきます。総面接回数は3000回を超え、昨年度を若干上回る数になっています。相談員やスタッフの人的条件・面接室数や開室時間等の物理的条件を考慮すると、十分な活動状況と思われます。ひとえに相談室の管理運営にご参画ご協力くださった学内外の関係者の皆様方のおかげと厚く御礼申し上げます。

引き続き、役立つ相談室であること、一つ一つの心理援助の質の向上が目指され担保されることを肝に銘じてゆきたいと存じます。皆様には、引き続きご関心・ご支援をお寄せ下さいますよう、どうぞよろしくお願い申し上げます。

公開講座の記録

心理教育相談室では毎年秋に公開講座を開催しておりますが、第6回となる2010年度は、11月7日(日)に本郷キャンパス・赤門総合研究棟A200番教室にて、「うつ病からの回復を目指して―正しい理解に基づく治療と援助―」というテーマで行われました。当日は、臨床心理士をはじめ、医療従事者、福祉、学校、宗教関係者、そして当事者やその家族など、様々なバックグラウンドを持つ約100名が参加しました。

プログラムとしては、まず、防衛医科大学校精神医学講座教授の野村総一郎氏が、「うつ病の理解と対応」と題して講演を行いました。続いて、三井記念病院精神科部長・中嶋義文氏の講演「うつ病の治療と援助の間・一般医療の経験から」が行われました。講座の後半では、教育学研究科下山晴彦教授も交え、3名によるディスカッションが行われ、うつ状態に気付いた時にとるべき対応や、当事者に接する際の医者や心理職のあるべき態度などが議論されました。最後に、フロアの参加者からも具体的な質問や意見が活発に出され、この問題に対する関心の高さが伺えました。

以下に掲げるのは、前半の講演部分をテープ起こししたものをもとに、野村先生・中嶋先生ご自身に書きおろしていただいたものです。

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室 第6回公開講座

うつ病からの回復を目指して ―正しい理解に基づく治療と援助―

日時 2010年 **11月7日(日)** 午後2時～5時 **入場 無料**

場所 赤門総合研究棟 A200 番教室 (赤門を入ってすぐ右側の建物の2階)
http://www.u-tokyo.ac.jp/campusmap/cam01_08_02_j.html

◆司 会 高橋 美保 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース専任講師

◆開会挨拶 中釜 洋子 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授
心理教育相談室室長

◆第1部 講演 (14:10～15:50)

「うつ病の理解と対応」
野村総一郎 防衛医科大学校精神医学講座教授
防衛医科大学校病院副院長

「うつ病の治療と援助の間：一般医療の経験から」
中嶋 義文 東京大学大学院教育学研究科客員教授
三井記念病院 精神科部長

◆第2部 ディスカッション 「うつ病からの回復を目指して」
野村総一郎
中嶋 義文
下山 晴彦 東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コース教授

申し込み方法

- インターネット上のホームページよりオンラインで
PC <http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/>
携帯 <http://www.wapapa.jp/p/>
- または裏面の申込用紙を使って
ファックスで
03-3818-0459 (公開講座専用)

※ 受付期間は2010年9月21日(火)～11月4日(木)です。
※ 定員100名に達した場合は、申し込み受付を打ち切らせていただきます。



うつ病の理解と対応

防衛医科大学校 精神医学講座教授
防衛医科大学校病院 副院長

野村 総一郎



はじめに—うつ病を心理的な面からみる—

野村：ご紹介にあずかりました野村でございます。今日は心理教育相談室の公開講座ということでお招きいただき非常に光栄に思います。で、うつ病の話をとということなんですけれど、うつ病の治療論とか、病態論あるいは治療のシステムというのも非常に未熟なところがございまして、私は個人的にはこの臨床心理の方の全面的な協力、あるいはより積極的な協力というものを要望したいというふうな考え方を持っております。今日は医学的な話しですが、ちょっと心理学的な側面からみてうつ病の理解という感じも含めます。なんか釈迦に説法みたいな感じになるのかなという気もしますが、うつ病論というのはすごくいろんな見方ができるわけなんです。

一応参考書ということでも、コマーシャルでもないんですが、私の書いている本をご紹介いたしますと、講談社現代新書の『うつ病をなおす』というのが、韓国語とか中国語でも翻訳されています。これは韓国ですごく売れていて、やはり韓国も今、すごくうつ病に悩んでいるという状況があります。韓流のドラマを見ても、なんとなく韓国の文化というのはこうメランコリックな色彩がありますね。そういうことと関係があるのかどうか。

それで、『うつ病の真実』というのも書きまして、これはうつ病という病気概念は人類史に位置づけてみると、2,600年ぐらい前に最初に記述されて以来ずっと人類が持ち続けてきた概念史みたいなのを書いた本でございまして。かなりオタクっぽい本で蘊蓄（うんちく）を傾け

たわけで、臨床には何の役にも立たないかもしれません。

うつ病とは何か

誰でも感じる憂うつという心理がございますが、うつ病というのはそれが極端になった病気だということだと思います。この誰でも感じるというところがみそでありまして、人間は憂うつにならなければいけないわけです。だけれどもそれが極端になると過ぎたるは及ばざるがごとしで、適応ができなくなります。それがうつ病と考えられるとすると、極端とは何かを定義しなければいけない。現在の考え方は、非常に憂うつというのは、そのつらさが非常にひどいということです。それがしかも長く続いて、2週間以上という定義になっているわけですが、生活とか仕事に支障が出てきて、極端に悲観的になって何もそこまで考えることないんじゃないかというふうに客観的にみて周りの人は言いたくなるレベルとなります。

うつ病とは？

- 誰でも感じる「ゆううつ」が極端になった病気。
- 「極端」とは？
 - ★ つらさがひどい
 - ★ 長く続く（2週間以上）
 - ★ 生活、仕事への支障
 - ★ 多少、非現実的になる（何もそこまで考えなくても・・・）

うつ病をめぐる最近の状況—自殺とうつ病の関連

うつ病をめぐる最近どういう状況が、わが国で言われているかということをお調べすると、まず自殺の増加。ここ11年間3万人を超えて年間の自殺者がずっと高どまりしている。ご存じのとおり、自殺される方が全部うつ病ではありませんが、だいたい日本では4割ぐらいがうつ病と強い関係があって自殺しているというデータがあ

る。さらに、自殺に至らないまでもうつ病が長期病欠の最大原因になっていること。これは日本の企業統計でも1カ月以上休まれる方の7割ぐらいの原因がうつ病であるというようなデータがあります。こういうことの背景にうつ病があって、社会的な関心を持たざるをえない。

うつ病をめぐる最近の状況—うつ病と脳研究

それから一方でこのうつ病とはなんであろうかということに、2,600年前から人類が持ち続けてきた概念をめぐって少し混乱が出ている。これは現代型うつ病とか新型うつ病の登場なんていうような言葉で語られるような混乱です。概念論にかかわるところであってうつ病の本質論でもあるわけです。次にうつ病は脳の病気であるというふうにみなされているわけで、そうすると脳研究で対応しなきゃいけないが、脳研究はニューロサイエンスの進展が著しいわけで、それがうつ病にも進化をもたらすに違いないというふうに思われがちです。実際研究はものすごくされているわけですが、それが臨床現場に役に立っているかという点では、現在の段階では足踏みかな、「？」であるということです。

臨床的にみるとうつ病の診断は問診で、症状をしっかりとつかんで行うしかないんだけど、これが血液を採ったり、あるいは何か脳の循環でも測って診断ができないか、客観診断ができないのかという精神医学が50年間持ち続けた見果てぬ夢でございまして、それが成功しかかっているのかという点では、私は非常に疑問だと思っていますが、この話は今日はしません。

うつ病をめぐる最近の状況—うつ病の治療薬

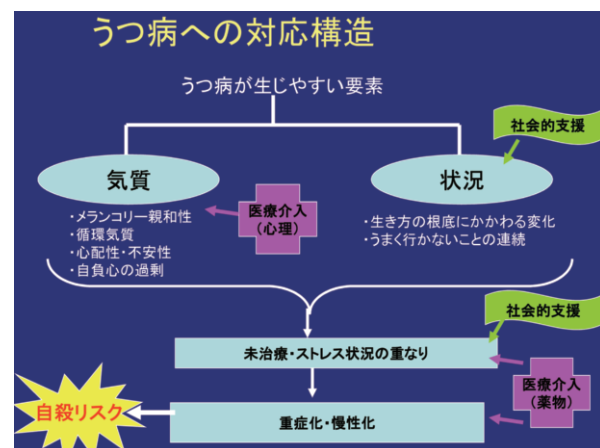
それから治療薬ですが、抗うつ薬を中心として行われている。一時は、抗うつ薬というのはどんどん改良されて、今にうつ病は治るような素晴らしい薬が出るに違いないというような雰囲気があったと思いますけれど、最近ではむしろその欠点というか限界が指摘される状況にあります。

ただ、この場合、薬自体の問題と薬の使い方の問題を区別しないといけません。薬を使う医者側の技術の問題も指摘され、薬自体は良くても、使い方が悪いと悪い薬ということになりますから、この点を切り分けて考えなきゃいけないのかなと思います。

うつ病の発症に関連する2つの要素

うつ病とはどういう構造を持っているかということをもとめてみると、うつ病が生じやすい要素というのが、2つあるんだろうと思います。

一つは、気質というもので、もう一つは状況の問題である。これが合わさっている。気質というのは性格と体質というようなもので、ほぼ生物学的な概念ですが、メラニコリー親和型とか、循環気質だとか非常に心配性だとか、こういうようなのを持っている。人が生まれつきかどうかはちょっと分かりませんが、おそらく生後間もないころから身につけてきた性質のようなものが大きくかかわっていて、それに状況というものがかかわっている。その人の憂うつが長引くというのは、その人の生き方があるわけですけど、その根底にかかわるような変化に、状況が相当関係しているんですね。それからうまくいかないことがあまりにも続きすぎると、動物もそうなんですけれど、人間は無力になってきて、憂うつに傾く傾向がある。そこで傾くことの意味もそれなりにあるわけですが、ただこういう状況がこちらと相まって、ここで治療をすればいいんですけど、治療をしなかったり、あるいはストレス状況がさらに追い打ちをかけるというような状況があったときに重症化したり、慢性化するという方向になって、自殺リスクが高まる。これに対して医療や心理の介入をどうするかといったら、心理学的には気質のほうに介入しやすいだろうし、薬物療法は重症化、慢性化、あるいはストレス反応性という部分に介入できるんだろうと思います。



うつ病への介入—社会的な支援を視野に入れることの必要性

ただ、こういう狭い意味の医療的な介入だけでは駄目であって、やはり社会的な支援というものが非常に重要である。これは状況の問題ですね。例えば非常に不景気で、失業しているというのを、医学的に失業を治すというような問題ではございません。これは社会の問題、システムの問題。ストレス状況にも当然そういうことが絡んでくるとこういったイメージで治療を位置づけてい

く。

うつ病の症状

それで、うつ病の症状論です。ごく簡単に言いますと、アメリカの精神学会の定義なんですけど、最近2週間の間、憂うつ・むなしいという状態が毎日続いているかどうかですね。これをチェックするというのが最初の項目にあります。1日置きに憂うつというのはうつ病ではないわけですね。それからつまらない、喜びをまったく感じないという。人生は喜びを感じるのが普通だという人生観があって、喜びを感じないのはやはりちょっと問題だということなんでしょうかね。この両方に該当しなければ、これはうつ病ではないということになっています。

それで、どちらかにあてはまった場合に、次に進んで2週間毎日食欲がないか眠れないか、イライラするか、動きが低下しているか、ひどく疲れた感じが、それで自分はどうしようもない人間で悪い人間だというふうに分を責めるということですね。それから考えが進まない。ものごとが決められないというような、決断力のなさとか、自殺を繰り返して考える、これは自殺に結びつくわけで、これらの7つの項目がありますが、その該当が3つ以下の場合にはうつ病ではありません。で、4つ以上ですね。最初の2項目が両方あてはまった方では、3つでも。これがうつ病かもしれないということになっています。

うつ病の定義の歴史

うつ病とは何かは2,600年前から言われているけれど、国によって文化圏によって定義が異なっていて、うつ病という病気があるということは一致しているものの、何がうつ病だというのはいろんな考え方が違ってばらばらになっている。グローバリゼーションでみんなが脳細胞の研究をこれからやらなきゃいけないと言ったときに、国によって定義が違うのでは脳細胞の研究もできない、統一基準をつくらうということで、アメリカの基準だったこれが広く使われるようになったのです。これはアメリカのプラグマティズムの考え方で、定義して世の中を説明し、駄目だったら定義を変えればいいという哲学ですね。これは日本と随分違う発想ですが、うつ病についてもこれが世界標準になっているわけです。

現在のうつ病定義の問題点

これで世界共通のうつ病概念が固まった、素晴らしいということになるのかなと思ったら、よくよく考えてみ

ると実は素晴らしくない面もある。これは9つのうちの症状の数が問題なんだとなっちゃいますね。今みたいな診断基準を設けると。質とか重さとか、その人の性格とか、なぜなったとか、なぜ苦しんでいるとか、そういうことは書いてありませんから問題とされにくくなる。「診断とは数合わせだ」というふうになって、最近の研修医を見ていると、患者さんと面接しているときに、ひそかに左の指を折っている研修医がいて、「あ、眠れないんですね、なるほど」とか「憂うつですか。憂うつ……なるほど、イライラします？ あ、食欲ない？ あ、5つ、いやもういいですよ」っていう、一丁上がりみたいな診断になっている。うつ病の背景心理を聴くな、とは書いてありませんけれど、聴く必要がないと勘違いしちゃいますよね。

数合わせ的になるとどうしても範囲も広くなる。非常に簡単だし、ロジカルに見える。誰にも分かりやすいということで、ネットにも出ていますので一般の人がカウントして自己診断する。実際今患者さんが病院、クリニックに来るときは、「私は7項目該当ですので」っていうようなことを言って来られる方も随分多くなった。

それから医者もこれを使うようになったので、非常に簡単に使いやすい一方で、誤解したままで、適用されやすいという問題がある。ただ、これはけしからん、やめたほうがいい、日本独特の診断をもう1回復活させようというルネサンス運動になるのは、まずいと思います。世界から取り残されることになります。世界標準である以上、これを用いていく方向性は不変だろうと思います。

うつ病のタイプ

うつ病のタイプ論なんですけれど、うつ病といっても今の基準でいくといろいろなタイプが出てくるわけで、そのタイプ分けが大事になってくるんです、広くとっちゃいますから。いろんな分け方が細かくありますが、4つで考えるといいと思います。

古典的うつ病（メランコリー型）

古典的というのは、今も昔もうつ病で、どうみてもうつ病という、生真面目で非常にきちょうめんで気をつかうメランコリー型と言われるようなタイプですね。これも古典的、特に日本人のうつ病はこういうタイプであって、いまだにうつ病の人って真面目すぎるとか日本では言われていますし、こういう人が今でもいないことはないわけですね。

双極型うつ病

一方、そう状態という、かえって元気がありすぎてハイな状態になったことがあるというのが双極型と言われるタイプです。

気分変調症

それからうつ病の症状それ自体は9つのうち、5つか4つぐらい、非常に数が少ないんですが、それが慢性的に2年間もずっと続いている、慢性軽症うつ病と言われるものが気分変調症で、これはノイローゼかもしれないんです、本当は。だけど、今の考え方でこれもうつ病の一種に入れようと、多少議論を含みながら入っているわけです。

非定型うつ病

それから、最近問題になっているタイプのうつ病で、うつ病は眠れなくて食欲がなくなるんだけど、逆に眠りすぎて大食、食べすぎちゃうとか、やけ食的な感じ。ストレスに反応して「わーっ」とやけになって食べちゃうというようなイメージです。食欲が亢進していつも食べて太っているというよりも、衝動的に食べてしまう。チョコレートクレーピングということばがありますけれど、何か上司に怒られると家へ帰って、ダーッとチョコレートをものすごくたくさん食べちゃうとか。そういうイメージですよ。これは過食症ともどこかでダブる部分もあるだろうと思います。他のタイプと違って、対人過敏が非常に強く、状況によって状態が変化する。これはうつ病として典型的じゃないという意味で非定型うつ病と言われて、綿密な定義があるわけです。だから、「定型的な非定型」というのがありうるわけなんですけれど、それは本来のうつ病と違ううつ病ということになると思います。

うつ病と気質との関連

それで、気質の問題を心理学的にみると、生物学的な見方とちょっとダブるんですけど、今のサブタイプと、気質とが少しかうオーバーラップして移行していく面があるんですね。うつ病になりやすい気質というのは、循環気質とか5つぐらいのタイプがあって、これはランダムに並べたわけじゃなくて、上のほうにいくほど生物学的な要素が強いんです。それは双極性とか、大うつ病とかのサブタイプと関係が深いんだろうと。それからこちらにいくと生物学的というよりか心理学的な問題、どちらかというと、パーソナリティーの問題で、病型論的にサブタイプでいくと、非定型うつ病、ディスチミアかな、

ということになります。

循環気質

簡単な説明をすると、循環気質は陽気でテンションが元々高くて、ちょっとハイでお調子者で、人好きで、いわゆる社交的外向的陽性、親分肌、面倒みがよくて、だけど寂しがり屋で、カーッと怒るけど、すぐに瞬間湯沸器というような雰囲気を持つ性格の人。これはもちろん異常性格じゃないんですよ、まったく普通、むしろ適応的な性格ですけど、そういう方がうつ病になりやすいとされるわけです。

執着気質

それから執着性格というのは、非常に凝り性で、堅物で、ルールに忠実でユーモアを解さないという点が循環気質との違いなんですけど、ジョークが分からないとか、言わない。分かっているかもしれないけれど、あまりジョークに乗らないということで、全体像が見えなくて、部分に対するこだわりが強いというような執着性格と。これは循環気質と近くには位置づけられていて、上司が「しっかり休んでこい」と言ったら、「はあ」「疲れているから休め」って言われたら、「はい、頑張ります」と言っ。「休め」という命令が下ったと理解してかえって休めなくなる…家に帰って「休息とは何か」とか、「ハウツーなんとか」、「リラクセーション」とか、「いかに休む」とか、「休み方入門」などといった本を読んで勉強し、しっかり休まなきゃいかんと言う。「あなたは大変だね」と奥さんが来て、「庭に出て、くつろいだらどうなの」と言ったら、庭に出ると、今度は「あ、車が汚れている」、「ぺんぺん草が生えている」、「大変だ」と言ってびかびかにして、「ああ、大変だ、会社に行ったほうがまだいいや」と言っ、オタッと倒れると、奥さんが「まあ、くつろいでいるわね」とか言っ来るというようなこだわり症で、本質的に上司の言っ意味をちょっと取り違える。周りからもちょっと理解されないようなタイプです。

メランコリー親和型

メランコリー親和型というのはこの中間的に位置づけられると思うんですけど、きょうめん、真面目。他人に気を使っ、いつもよい人であらんとするという要請が強くて、「あの人いい人ね」と人から思われていないと心の平衡が保てないところがあるから、「よい人圧力」が自分で強いと、厳しく言えばそうなりますが、客観的にみて非常に真面目で信頼感があっ、他者配慮性のある人だと。地味であるというような面もあります。

不安心配症

不安心配性になってくると、パーソナリティー系に近付いていきます。非常に心配性で、悪いことを予測して気にしやすく自信がない、いわゆる「心配性」ということになると思います。不安が当然強い。慢性的な不安が強くなる。で、かなりパーソナリティーの問題が強くて、情緒不安定とか人間不信という傾向があって、人に頼るんだけど、傷つきやすく自己愛の問題にも相当絡んできて、気持ち的にはやはり不安定で気分的にむらがあって、少し何かに依存しやすいですね。人に対する依存は裏切られるから、ものに対する依存傾向が強くて、アルコール依存は典型的ですけど、アルコール依存、自傷、リスクを繰り返したりとか、過食症にいたりとか、欧米であればドラッグに行きやすいとか。あるいはOD、多量服薬を繰り返すという、そういう形に並べて考えられる。

うつ病の病前性格といっても並べてどのタイプであるかということを考えていかなきゃいけない。

認知行動療法で扱われるうつ病の認知の歪み 一性格を超えて言える特徴

認知療法という治療が今注目されるわけですけど、認知療法で言われる考え方の歪みをいくつか示してみる。性格を超えて、全体に言えることをちょっと抽出してみるとこうなる。

全か無か思考

全か無かの考え方、「100点満点主義」ですね。

マイナス探し

それからマイナス探し。マイナス探しというのは、何かあると裏にあるマイナス面を探しちゃうという。上司が「よくやった」とほめてくれたら、「あ、無理してほめ



ちゃって」と思っちゃうような傾向です。

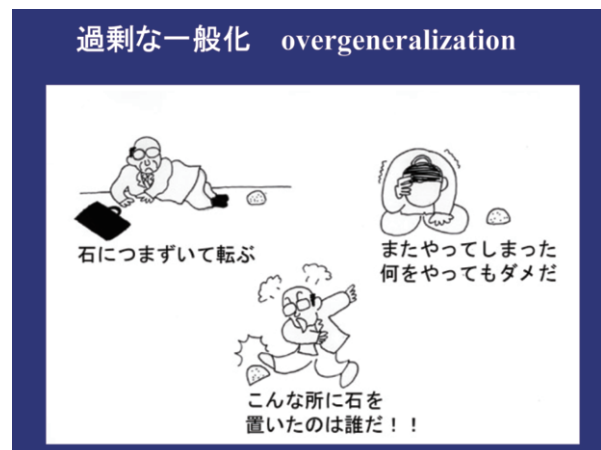
レッテル張り

それからレッテル張りですか、短い言葉で自分が自分にレッテルを張っている。しかもネガティブなイメージで、問題なのは何か悪いことがあったときにその原因をレッテルに求めるという傾向で、「ばか」だとか、「まぬけ」だとか、品がないとか教養がないとか、顔が悪いとか、足が短いとか、なんでもいいんです。なんかマイナスのイメージ、自分は教養がないというふうにレッテルを張っていて、上司にしかられたら、「あ、教養がないからしかられてしまった」。サイフを落としたら「教養がないから財布を落としちゃった」と、教養と財布は関係ないんですけど、そう思っちゃうとか。



過剰な一般化

過剰な一般化、オーバーゼネライゼーションという、たまたま起こったことを一般化して考える。石につまずいて転んだ、こんなところに石を置いてけしからんと怒るわけですけど、この人は、たまたま石があったわけですけど、「またやっちゃった、何やっても駄目だ」と。「自



分は歩くことすらできないのか」とか。過剰に一般化しちゃう。

心の読みすぎ

心の読みすぎというのもあって、「こんにちは」と言ったのに無視していて、「あ、無視されちゃった」と言う。それを、たまたま気が付かなかっただけ、眼鏡かけてなかったから、たまたま眼鏡を忘れたのかしら、といういろいろな考え方を出してくるのが認知療法の基本なんです。それができず、一つの考え方に膠着してしまっている。

うつ病と帰属スタイルの関係

性格気質論との関係で言えば、帰属理論、悪い事態をどう考えるかということが相当その人の性格ぶりに関わってくる。人間は悪い事態に接しなきゃみんないい人ですが、悪い事態があったときに、どう考えるかが問われるんですね。そのときにいろんな、その人らしさが出てくるわけですが、これにもあるパターンはあるんです。ピアノコンクールに、女性が応募して見事に落選したと。そのときに「今日は調子が出なかったわね」というのはつまり自分は本当はすごいんだけど、「たまたまコンディションが悪くてね」という形でいえば、あまり憂うつにはならない。それから「審査員、何見てるのよ」という、「私はうまく弾いたのに、見る目がないじゃないの」という外罰的な反応。これはうつ病にけっこうなりやすいという説もあるんです。だけどもある種のタイプであって、さっきの気質論でいったら下のほうに位置づけられる可能性があるだろうと。外罰反応。自分の問題として引き受けないということですか。それから、「そもそも何よ」、「芸術に点数つけるほうが問題じゃないの」というような居直り型。これはどうしてコンクールに応募したのかよく分からないですけど。それから何をやっても私は駄目なんだ、ピアノは駄目だったけど、私はスポーツならばというふうに思わなくて、スポーツも駄目だ、勉強も駄目だ、ピアノも駄目だというように考える。

このパターンを区別する心理テストもありますけれども、いずれにしろ、パターン別に対応策なんかを探ることも一つの治療的な意味があるのかなと思います。

うつ病の薬とその有効性

薬については、抗うつ薬の有効率はタイプによって違うんです。だからタイプ分けは医学的にも非常に重要だという話になるわけです。メランコリー型への有効率はかなりいいです。ただし、まあよく効くといっても6割

ですからね。これ6割でよく効くと言ってほしくない、という見方も当然あると思いますが、6割部分は非常によく効くんです。

それから双極性には抗うつ薬はほとんど効かないですね。感情調整薬がやや有効なのかなと。今非定型抗精神病薬はむしろ抗うつ薬よりも有効だということも言われます。

いずれにしろ抗うつ薬の有効率は高くない。では、薬は効かないから飲まないほうがいい、害になるという極端なことを言う人もいます。しかし、認知療法的にはこれは全か無かの考え方の典型であって、薬が全部効かないということにはならない。タイプをきちんと分けて的確に使ってみることが大事だと思います。

抗うつ薬について

- 抗うつ薬の有効率は、うつ病のタイプにより異なる
- 効く場合は積極的に勧められるが、無効な場合には服薬の意味を考え直す必要があるかもしれない
- メランコリー型への有効率は60%弱
- 双極性には抗うつ薬はほとんど効かず。感情調整薬がやや有効
- 非定型、気分変調、現代型への有効率は低い
- どのタイプに対しても、即効性が無い・副作用がある・時に行き過ぎた賦活作用がある(特に25歳以下への投与時)

薬を出す際の注意点

だけど、効きもしないのにずるずる出すようなことは意味がないです。何のために飲んでいるか分からない。そこをきちんと切り分ける必要があるということと、副作用とか、かえって変なほうに賦活しちゃうとか、そういう欠点があります。これは最近の欠点としてよく言われることです。賦活症候群activation syndromeという、

最近強調される抗うつ薬(特にSSRI)の問題点

- 賦活症候群 activation syndrome
 - イライラ、焦り、怒りっぽいなど
 - 子供、青年期に起こりやすい
 - パーソナリティ障害(衝動性高いなど)を合わせもつ人に生じやすい
- 中止後症候群 discontinuation syndrome
 - SSRIを急に止めると、イラつき、不安、憂鬱のぶり返しが出る
 - 中止はゆっくり減量して

逆にイライラしちゃうとか。日本で5パーセントぐらいの人にこういうことが起こってくると言うことで、元々衝動性が高くてイラつきやすい人に出すとかえってそれがひどくなるという見方もあるわけです。それから中止しにくいという問題もあります。

薬のうまい・へた

「薬の治療がうまい医者、へたな医者がありますか？」というような質問もよく受けるんですけど、やはりあります。どう見分けるかということですけど、標準的な治療法をきちんと知っていて、副作用を知っていてあまり薬をやたらめったら出すようなタイプじゃないということが大事であって、きちんと説明ができるということに尽きるでしょう。

いわゆる薬のちょろ出し1錠ちょっと出してみようということをやっても意味ないんです。むしろ害がある。薬というのは、焦点を絞ってしっかり出すことが大事なんです。大量に使うという意味じゃありません。その人にとっての十分量で使うということが大事なんです。だから、その人にとって薬は合う合わないはすぐはっきりしていますので、合うか合わないかを早く見定めることが大事です。

どうすればいいかというのは飲み心地を「飲んでみてどうですか？」と聞けばいいんです。これはすごく大きなヒントになるので、「非常に気分が悪いです」と言ったら、合わないんです。体質が合わないわけで、また考え直せばいいんです。「へたな医者というのは、どのように見分けるのか？」と言ったら、こういうことができないということが基準になるんだと思います。

薬物治療のうまい医者とは？

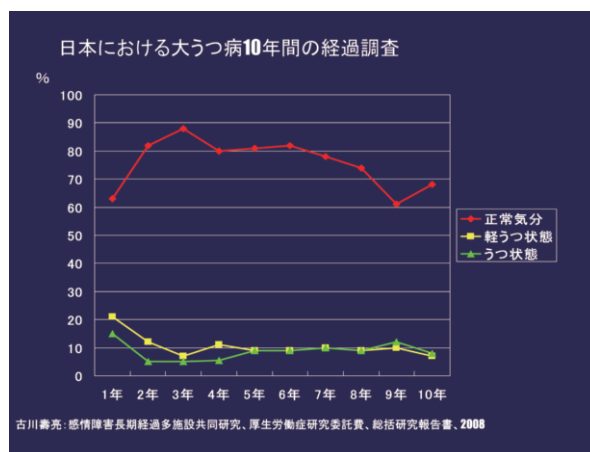
- 標準治療を知っている
- 副作用とその対策を知っている
- なるべく薬の種類を少なくしようとする
- 複数の薬を使う時には理由を説明できる
- 薬のチョコ出しをしない(十分量使う)
- 薬の飲み心地をいつも聞く

では下手な医者とは？ この反対

日本でのうつ病の治療率

それで、日本でのデータでうつ病はどのくらい治りますかというようなご質問もよく受けるのでこれを出した

んですけど、京都大学の公衆衛生の古川先生が非常に息の長い10年間にわたった経過研究をされているのをそのまま持ってきちゃったんです。赤のグラフが治っている人の割合なんですけど、1年間病院にかかる、かなりたくさんの方の人のデータで、60パーセント強が治っています。この治療が正しいと仮定すれば6割ぐらいは、きちんと治療すれば治っていく。だから、この部分は今までの治療でいいんです。ところが1年たっても4割ぐらい治っていない。これを対策が求められているわけです。で、2年、3年とかかれば9割ぐらいは治っているので、このままでいたら、4年たてば100パーセントになるはずなんですけれど、それがむしろだんだん落ちてきて。再発ということになると思うんですが、トータルでみるとやはり6割ぐらいしか結局治ってない。こういう治る部分はこれを温存しなきゃいけません。今の治療薬でいく。だけど、これに対する対策は問われているんです。これは医者に医学界にだけ問われているのかどうか。今まではそうだった。しかし、お鉢は臨床心理に来ているかもしれない。難治性のときにどうするかという対策です。



うつ病治療の最前線と今後～医学的方法と精神療法

薬の治療、ホルモン剤使うとか、特殊な治療法があります。あと通電療法ですね。全身麻酔をかけて電気をかける。これは非常にいい治療です。有効率が高いです。

それから新しい効かない部分に対して新しい薬を開発することももちろん重要です。それから磁気刺激、磁気をかけるという治療法で、大きく期待する。麻酔もいらないし安全性も高いはずだということで、期待されるんですが、ちょっと最近人気が落ち気味かなと。私もこの磁気刺激はちょっと研究しているんですが、どうもまだ難しいけれど、まだ可能性は持ちたいなと思っています。それからアメリカを中心に行われているのがペースメーカーで電気刺激をする方法です。機械を体の中に植

え込み、自律神経、中枢神経を刺激する、それでずっと刺激続けられうつが治っているというデータですね。日本ではもちろん1例も行われていませんが、アメリカではいいデータも出ているのでちょっと注目する必要があるのかなと。ただ日本の土壌でできるかなとかいうことがあります。

これらの医学的な方法だけではなくて、本格的な精神療法が必要だろうというふうに思います。それは認知療法だったり分析、CBASPっていうような認知療法の一種、そういう難治性を対象とした精神療法を開発しなきゃいけない。それからこれらを合わせてリハビリテーション、例えば運動療法であるとか、これも注目される。リワークという職場復帰に向けてのリハビリテーション、急速に日本独特の方法として展開されていていきます。だいたいうつ病の治療というのは、これが駄目だから、こっちだよというふうにやっちゃうと、うまくいかないんですよ。薬が効かない代わりに認知療法をやろうという問題ではなくて、心理的にみれば認知療法やるけど、医学的には薬をやっていくエビデンスのお話をする、認知療法は、有効であるというエビデンスは、実はあまり明確でないんです。薬なしで認知療法が効いたというエビデンスはほとんどないです、特に日本では。だから、認知療法と薬との組合せが大事だと思いますけどね。

うつ病に対する医療と支援というのをまとめればこういうことになろうと思います。啓発的なことだから、早期の相談、それから精神科のほうでの今お話ししたようなこととか、リハビリテーション。それから大事なのは自殺率が非常に高いので、自殺に対してどう予防するかっていうことを専門的に考えたほうがいいだろうし、緊急対応ですよ。緊急にどういうふうに対応していくかということ、社会全体で、いろんな試みがなされていますが、必ずしも成功しているとは言い難い。このあたりも検討するということになろうと思います。

うつ病の予防

最後にうつ病の予防です。これはうつ病にかかった方がどうやったら再発しないか、あるいははずずうつ病で長く苦しんでおられる方がどうすればいいかということとはちょっと話が違います。うつ病にならないためにどうすればいいかという視点から考えてみます。そのためにヒントになる、うつ病にかかった方が、書いてるうつ病の体験記があります。35冊ぐらい読んでみたんですけど、ほとんどが芸能界の人が書いています。その本の中に、自分はうつ病になったんだけど、どうやったらうつ病にならなくてすむかというアドバイスなんか

を当然書いておられる。だいたい共通して書いておられるのは基本的に無理をしたらうつ病になるということですね。限界を知ることこそ大事だっていうことですね。

どうして限界を超えてやっちゃうかという、やはり自負心の問題であるようです。自負心が高すぎるから、いけないんだという見解です。だから、自負心という、自分は何がしかのものであるという考え方を少し切り下げてでもいいんじゃないかということになります。いろんな意味でのこだわりがあるから、こだわりを捨てるということですね。日本で最近言われるジャマイカ主義ということで、「じゃあ、まあいいか」という意味なんだそうですね。「ジャマイカ主義」でいけばいいんじゃないのという話がよく日本ではされているわけです。こんな話を私の患者さんにしましたら、ちょうどタイミングが悪くてそのジャマイカのボルト選手が金メダルを取ったときだったので、「先生は私に金メダルを取れというわけでございますか」とか言われましたけど、「いや、むしろ逆であって、金メダルをあなたは取ろうとする必要はないんだ」ということを話をしたんです。

うつ病を防ぐ生活の姿勢

- 無理をしない。限界を知る。
- 自負心を切り下げ、こだわりを捨てる
- ジャマイカ主義の勧め
.....金メダルは取れなくても

老子のことは

- 爪立つものは立たず。跨ぐ者は行かず。自らを誇るものは久しからずや
- 素を現わして樸を抱け、私を少なくして欲を減ず
- 曲なれば則ち全し

東洋哲学で言えば、老子のことはいろんなことばですごく参考になります。うつ病を防ぐのに参考になるなと思うことが多いんです。「曲なれば則ち全し」。これが私はすごく好きですね。杉の木が真っすぐすっくと立っている美しい杉の木、これは素晴らしいと。だけれども、木こりが真っ先に「これは素晴らしい」と言って切っちゃうから、全うできない。だけど、醜い形のごつごつした木は、誰も相手にしないから、結局その大きな森をつくることができる。曲がっていてもいいんじゃないかという「素を現わして樸（ぼく）を抱け」というようなことばですね。これは古典的なメランコリー型のうつ病に対するアドバイスになるし、私は現代型にも必要だと思うんです。自負心の問題に突き当たりますから。昨日でしたか、NHKのフォトウオーク575という私好きな、川柳の

番組で写真と俳句を組み合わせてこういうのが出ていました。「規格外だけど人生丸く生き」というのがありまして、キュウリは真っすぐすっきり、で市場に出るけれども、曲がって出るキュウリもあると。これは見かけることはないが、実はしっかり丸く生きている。規格外でもいいじゃないかということだと思うんです。ポイントは、丸く生きることであって、丸くないとやはりつらいかなというところはあるんだろうという気がします。

埼玉県の自殺防止協議会の会長を私がやっているんですけど、自殺が埼玉で減っているんですね。最後に埼玉県精神保健センターで作ったシンボルマークを御紹介して終わります。これはいまの「まあ、いっか」ということですね。これ「いっか」なんですね。親父ギャグでありまして、ゆるキャラを出してみたかなと思うわけです。これで自殺が少し減ったのかな…であれば良いのですが。これで話を終わります。



うつ病の治療と援助の間・一般医療の経験から

三井記念病院精神科部長
東京大学大学院教育学研究科 客員教授 中 嶋 義 文



中嶋でございます。今日はどういう方が集まっていたのかちょっと分からなくて、少し不安に思っていたんですけど、お伺いしたらまだ初学者の大学院生の方たちがけっこう多いということをお聞きして、私自身としてはそういう方たちに対して、語りかけるような講演・講義にしようかなと思っています。

今日のお話は、基本的にはうつと健康の関係ということで、私は、一般病院、総合病院にいまして、たくさん体の病気を抱えていらっしゃる方のメンタルのケア、コンサルテーション・リエゾンを中心にやっているんです。うつが健康に影響を与える。それから身体疾患がうつに影響を与えるという、そういう相互関係について一つ今日はよく理解していただきたいと思っています。

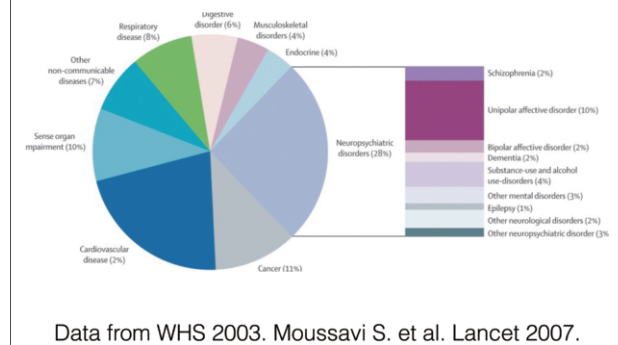
次に、一般医療のなかでうつがどう取り扱われているか、治療と援助の関係について考えていただきたいと思っています。特にここにいらっしゃる方たちは大多数が援助者なので、援助者がどういうことをやるべきなのか、うつの援助をどうやるべきなのかということについてお話をしていきたいと思います。

最初の話はうつと健康と身体疾患の関係で、うつは健康を害するという話をします。

うつは健康を害する

「Lancet」という有名な医学雑誌がございます。これが2007年に全世界の健康調査を行って、そのデータを解析したとき非伝染性の疾患のなかでどれくらい健康に障害

うつは健康を害する

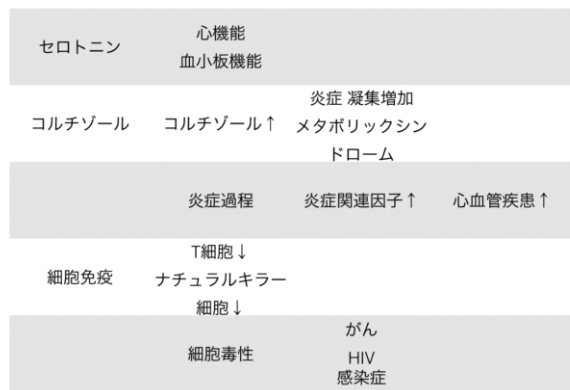


を与えるかをいろんな病気について調べた、検討した結果です。28パーセントがいわゆる精神神経疾患になっていまして、28パーセントのなかでも12パーセントぐらいうつ病とそううつ病が入っています。すべての疾患のなかで12パーセントぐらいはうつ病、そううつ病が負担をかけているということです。障害調整生存年 (DALY: disability adjusted life year)、デیلیーというものがあります。単純に病気によって早死にするという生命の損失だけではなくて、例えば半分のADLで2年間生きていれば、それが1年分だろうということで、障害による相当損失年数も合わせた形の傷病による負荷を現わす指標として今このDALYが使われているわけです。DALYでみたときに、うつ病とそううつ病が12パーセントぐらい全体で占めているということになるわけです。

うつの生物学的影響

うつはどのような形で健康を害するのかという話ですけど、喫煙であるとか、活動低下であるとか、低活動であるとか、肥満とか高血圧などの危険因子と当然うつは関連しております。うつそのものが生物学的な影響を与えることもあります。おそらくうつ病と健康に共通の遺伝環境の危険因子もあるだろうと考えられているわけです。うつがどのような生物学的な影響を及ぼして全身の身体に影響しているか、セロトニンとコルチゾールとそれから細胞免疫を例にとってみましょう。セロトニンというのは脳の中の神経伝達物質で心臓の機能やあるい

うつによる生物学的影響



は血小板機能というものに影響します。コルチゾールは、これは全身の代謝とかに関係する物質ですが、うつになるとコルチゾールが増加することで炎症や凝集が増加し、あるいはメタボリックシンドロームが増えます。コルチゾールは同様に炎症過程にも影響しますから、炎症関連の因子が増え、心血管疾患が増えることとなります。細胞免疫で言えば、T細胞と呼ばれる免疫関係の細胞や、あるいはナチュラルキラー細胞と呼ばれる細胞が減ることになり、細胞毒性そのものに影響することでガンやHIVや感染症等に影響していると予想されています。

身体疾患はうつリスクを高める

二次性精神障害

- ・ 薬剤
 - － アルコール、麻薬・依存性物質（コカイン、大麻、PCP、LSD、ヘロイン、アンフェタミン）、ベンゾジアゼピン系抗不安薬、睡眠薬
- ・ 中枢神経系疾患
 - － 硬膜下血腫、脳腫瘍、脳動脈瘤、高血圧、髄膜炎、脳炎、正常圧水頭症、てんかん、多発性硬化症
- ・ 感染性疾患
 - － 肺炎、尿路感染症、敗血症、マラリア、レジオネラ症、梅毒、チフス、ジフテリア、リウマチ熱、HIV、ヘルペス
- ・ 内分泌・代謝性疾患
 - － 甲状腺疾患、副腎疾患、肝疾患、ウィルソン病、高血糖症、低血糖症、ビタミン欠乏症、電解質異常、ポルフィリン血症
- ・ 循環器系疾患
 - － 心筋梗塞、うつ血性心不全、低酸素脳症、高CO2血症
- ・ その他
 - － SLE、貧血、血管炎

さて、次にお話をしたいのは、身体疾患はうつリスクを高めるということです。身体疾患がうつリスクを高める理由は、いくつか考えられます。第一に、その身体疾患のなかで直接脳を冒す疾患もあって、それがうつ病とつながるということが言われています。この表は複雑すぎるのですが、薬剤、中枢神経系疾患、感染症、内分泌代謝疾患、循環器等が2次的に精神障害を引き起こす。即ちうつ状態の原因になりうる。いろんなお薬や脳の病気、それから感染症、内分泌ホルモンの病気、糖尿病あるいは心臓の病気がいわゆるうつ状態の原因になりうるわけです。

さて、メタボリックシンドロームとうつとの間には、関係があります。うつリスクファクターとして、肥満や中性脂肪が高いこと、あるいはHDLコレステロール（善玉のコレステロール）が低いということとうつとの関係があるということがAkbaralyら（2008）の論文で言われています。また、同じように肥満とうつの関係も指摘されています。Luppinoら（2010）によれば、2008年までの15の研究のメタアナリシスでは、肥満によってうつが（1.55）、過体重によってうつが（1.27）、うつによって肥満が（1.58）それぞれ有意な形で出現危険率の上昇があるということが分かっています。つまり、肥満になりやすい人はうつになりやすい。うつになると肥満になりやすい相互的な関係があるということです。

糖尿病とうつの関係

ここからちょっと数字を覚えておいていただきたいと思います。最初の数字は2,210万人という数字と1万4,000人という数字です。これは実はわが国における糖尿病の患者の推定数が2,210万人です。1万4,000人が年間の糖尿病による死亡数です。推計数というのは実際には890万の糖尿病と診断される人と1,300数十万人の糖尿病の疑いのある人を含めてなんですが、いずれにせよ日本においても、ほかの先進諸国においても糖尿病の患者数というのはかなり高いということが分かります。このような糖尿病とうつの関係ですが、糖尿病にはI型の糖尿病というどちらかというと遺伝子、あるいはウイルスによって発症してくる若年型のインシュリン依存型の糖尿病と、それとインシュリンには依存しないタイプのII型の糖尿病があるんですが、II型の糖尿病がやはりうつとの関係が深い。治療を必要とするII型の糖尿病のうつの発現の危険率は高い。うつがあると、II型の糖尿病が発現する場合がうつがない場合に対して30～40パーセント増加する。1,000人1年当たり16.6人の人がうつがない場合に糖尿病になるのですが、うつがあると1,000人当たり22人と、糖尿病が起りやすくなる。うつが合併すると死亡率自体も上昇する。糖尿病とうつの関係では、糖尿病があるとうつ病になりやすい。うつがあると糖尿病になりやすい。そして死亡率が上がるという関係があるということが分かっているわけです。

心筋梗塞とうつの関係

次の数字は7万5,000人という数字です。これは年間の日本における虚血性心疾患による死亡数です。虚血性心疾患というのは例えば心筋梗塞が一番メインですけども、心臓の血管が詰まってしまっで死んでしまうという

病気です。この病気、心筋梗塞で死亡しないまでもあるいは狭心症と呼ばれる心臓の冠動脈が攣縮してしまってそのため不都合があるような病気でもやはり年間に18万人ぐらいの人が新しく病気になっているわけです。心筋梗塞とうつとの関係で言うと、心筋梗塞のうつの発現の危険は発症1カ月以内にだいたい15～30パーセントぐらいの方がうつを発現するということが分かっています。また、うつがあることによって心筋梗塞の再発率あるいは死亡率は上昇します。これがわれわれ医療としては積極的にSSRIの治療を行う根拠です。SSRI治療によってこの再発率、死亡率を下げることができます。ところが心理社会的な介入というものについて検討した結果がありますが、死亡率は下がらない。ですが、主観的な不安やうつは心理社会的介入によって軽減するということが分かっているわけです。ここでも心筋梗塞とうつの関係が、うつがあると心筋梗塞が悪くなる。それから心筋梗塞の場合にはやはり15～30パーセントという高い確率でうつが生じてくるということが分かっているわけです。

慢性腎臓病とうつの関係

さて、この3つの数字も重要な数字です。1,330万人、28万人、2万2,000人、これは実は慢性腎臓病の推計数です。慢性腎臓病の日本における人口がだいたい1,330万人と言われています。現在透析を受けていらっしゃる患者さんの推計数が28万人ということになります。年間の慢性腎臓病によって死亡する患者さんの数が、2万2,000人です。ですから、糖尿病、それから虚血性心疾患、それから慢性腎臓病は日本における死因でも上位のものに入ってくるわけなんです。

それで、慢性腎臓病とうつとの関係は、うつが存在すると予後が悪くなる。うつの合併があると死亡、透析導入、入院が増加する。全くうつがない場合は、1年間に44.1パーセントぐらいのイベントが起こるが、うつがあると60.7パーセントに上がる。それからうつがあることによって、透析導入、入院の危険率が3.51、1.90と非常に高い確率で上がってくるということが分かっているわけです。ここでも慢性腎臓病とうつとの関係に相互関係があることがお分かりになるでしょう。

慢性疾患による心理的負荷

さて、こういった慢性疾患による心理的負荷にどういうものがあるのか。当然のことながら慢性疾患を告知されることによって急性に外傷的体験が起こるということは予想されます。病気を抱えて生きていくことは非常に

慢性疾患による心理的負荷

告知による急性の外傷的体験
疾病をかかえて生きる困難
機能低下と余命短縮の脅威への長期曝露
ライフスタイルの変化を余儀なくされる
治療の煩雑さ
疼痛のような不快な事象
スティグマ → 罪の意識、社会的支援の喪失、重要な関係が壊れる

困難が伴います。機能低下と余命短縮という脅威がずっと続くわけですから、そのことも影響を与えます。慢性病を持つことによって当然のことながら職業生活や家庭生活のいろんなライフスタイルも見直さなければいけません。治療も長年にわたりますし、定期的な通院を必要としますから、そういったものが煩雑になります。慢性疾患を持つことで例えば疼痛のような不快な事象を抱えながら生きていくことになります。

慢性病を持っていることがスティグマになる場合もあります。その場合は罪の意識であるとか、あるいは場合によってはだんだんとその病気を持つことで社会的支援が失われていくのであるとか、あるいは重要な他者との関係が壊れてしまうというようなこともありうることでしょう。

うつと身体疾患の治療・予後の関係

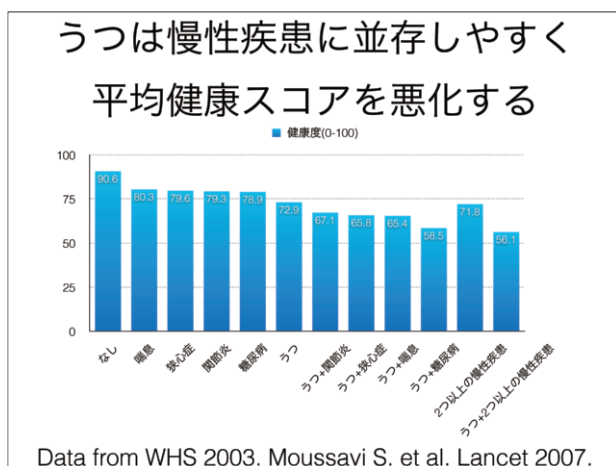
さて、うつがあると、身体疾患の治療や予後を悪くするということが分かっています。これはどういう理由なのか、まず一つ目に指摘したいことはうつ病があることによって、助けを求めることが遅れてしまう。うつ病でどうしてもよくなってしまったり、あるいは何かしら本当に危険なことを恐れて診断を受けないということもあり、病気自体があるのに、その発見率や診断率が低下してしまうことがまず一つあります。うつ病の人が身体病を抱えているのに、身体疾患の訴えがうつ病の症状だと理解されてしまって、必要な治療や診断を受けないということもまれながらあります。それから一般的に精神障害に対しては明白な偏見がありますので、精神障害に対しての身体症合併症治療は、現実には不十分なままであります。それから、うつ病の治療、薬物治療・行動変容の両方ですが、こういったものやあるいは予防や健康増進へのadherenceって言葉を使いますが、治療を守るということをコンプライアンスって言います。治療を

守るだけじゃなくて、自ら積極的に治療に参加していくということをadherenceと呼びます。そのadherenceが低下してしまうということがあると思います。

慢性疾患への認知行動療法

慢性疾患において患者さんは健康上のアドバイスを受けて、対症や適応や疾病構造上の問題解決を積極的に実行するという主体とみなされます。認知行動療法は患者の意思や信念や態度をターゲットとして、情動反応や認知行動変容を援助する技法です。身体疾患を抱える患者さんに対して治療を勧める際、糖尿病の人がなかなか自分で食事療法や健康指導に従いつらい、あるいは肥満の人が自分の体重を減らせなかったときに、認知行動療法によって疾病自体の認知モデルにアプローチしていくことは援助のあり方としては非常に重要だろうと考えられています。

身体疾患にうつが加わると



さて、3番目は慢性疾患による生活上の不利益からうつ病のリスクが上昇するという話です。ある病気があったときに、どれぐらい平均健康度というものを障害するかということですが、ぜんそくや狭心症や関節炎や糖尿病やあるいはうつ単体であればだいたい7～8割程度の平均健康スコアになるわけです。ところが、いろんな病気にうつが合併するといきなり6割程度に健康スコアが減りますし、それから2つ以上の慢性疾患を持っただけではだいたい7割前後の平均健康スパンですが、それに加えてうつがあると、うつと2つ以上の慢性疾患があったときに5割6分と平均健康スコアが最も悪くなる。つまり身体疾患そのものもさることながら身体疾患にうつが重なることで障害が大きくなると理解していただければと思います。

さて、ここで言っていることはこのようなことです。

うつは健康を害する。それから身体疾患はうつのリスクを高める。うつがあると、身体疾患の治療や予後を悪くするということです。

症例紹介～コンサルテーション・リエゾンとは

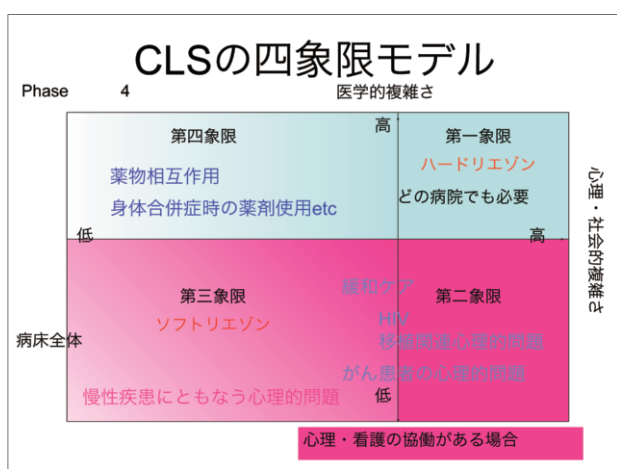
それで、一般医療のなかで、どういうふうに「うつ」が取り扱われているかという話ですけれど、まず症例を紹介します。65歳の担当患者さんが元々大うつ病治療を受けて落ちついてらっしゃいました。中等量のSSRIを維持服用して、まったくメンタル的には安定されていらっしゃった。ところがガンが急激に進行して肺炎も合併したために入院となり、病院では人工呼吸器を付けたままで、食事が止められた形になっている。このような状況だとお薬を飲めません。それで、われわれのところに依頼があって、ベッドサイドに行くと、本人は「つらい」「死にたい」と言うわけです。で、看護師さんの手を払いのけたりしたりしているという事例があったわけです。さて、「うつ」なんですけど、こういう「うつ」は一般医療、例えば入院治療ではわれわれはコンサルテーション・リエゾンという仕組みで取り扱っています。また、ガン医療（サイコオンコロジー）あるいは緩和医療でもこのような形で取り扱われることになります。コンサルテーション・リエゾンとは、ご存じの方も多いかもしれませんが、ご存じでない方のためにご説明をします。コンサルテーション・リエゾンというのは、総合病院において、身体科に入院している患者さんのメンタルケアを行うことというのが狭義の定義です。コンサルテーションは、依頼があってそれで専門知識で相談に応じることです。リエゾンというのはこれはフランス語なんですけど、多職種連携によってケアを実行することをいいます。ただ、コンサルテーションとリエゾンというのは厳密に分けられるものではなくて、コンサルテーション・リエゾンという形でまとめて言われることが多いです。

コンサルテーション・リエゾンの対象と目的

それで、対象となる病態は大きく分けると3つです。1つは身体疾患に伴う精神症状。二次性の精神障害ですね。それから疾病を持つことそのものについての心理的負担。それから3番目に精神症状によって身体疾患の治療が修飾されているような場合。こういった場合に、対象に対応していくということになるわけです。また、このコンサルテーション・リエゾンのサービスのことをわれわれはCLSといいますけど、特徴は患者さんだけでなく患者さんを取り巻く治療環境、医師や看護師や医療スタッフ、患者家族なども対象としてサービスを提供す

るということ、多職種によるチームアプローチをとっていくということが基本になっています。目的としては、こういう形でメンタルヘルス・プロフェッショナルを利用することで医療サービスの質を上げること。具体的にいうと患者さんの精神症状に関する全体の把握レベルを上げるということ。それから治療効果を上げるということ。せん妄や抑うつが何度もあると、全体の治療の進行が阻害因子となって悪くなるわけですからそういったものに対して手当てをすることがコンサルテーション・リエゾン・サービスの目的になっています。

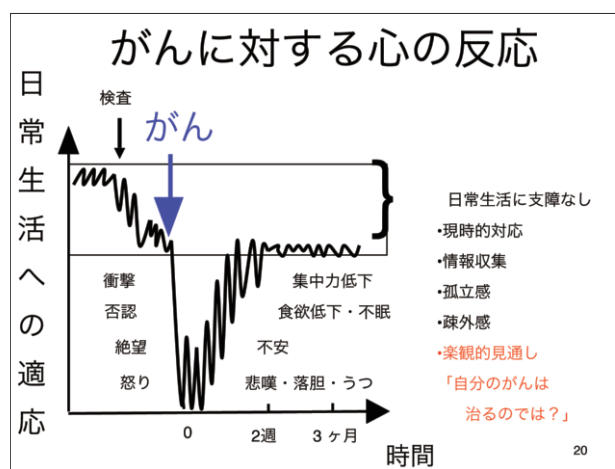
コンサルテーション・リエゾンの四象限モデル



このコンサルテーション・リエゾンに関して私は四象限モデルを出していますが、これが治療とそれから支援、援助の関係を考える上で非常に重要だと思っています。全体に病院の病床があって、そのなかでケースは医学的複雑さと心理社会的な複雑さによって四象限に分けることができます。医学的にも複雑で、心理社会的にも複雑な第一象限必ずどんな病院でも生じます。こういうケースは困ったケースで本当に皆さん大変なんです。これはリエゾンとしては、ハードリエゾンと言いますから、どの病院でも必要で医師のみが働いている場合はお医者さんが対応しているわけです。今までの研究の経過からこの全体の病床のなかで第一象限に属するパーセンテージはだいたい2パーセントぐらいだろうと考えています。

難しいケースとしては、医学的にはそれほど複雑ではないのだけれども、心理社会的には複雑なケースというものもあるわけです。医師だけだと当然この領域（第一象限）をまずやるんですけども、もう少し余裕があったりするとこの第二象限の領域に活動の幅を広げていくわけです。で、緩和ケアやHIVや移植医療関連の心理的問題やあるいはサイコオンコロジーと呼ばれるものはだいたいこのあたり（第二・第三象限）に属していると思

います。で、これは当然医師のみだけで広げていくのは限界がありまして、この医療という側面からみると医学的な複雑さは少ないので、どちらかというと援助寄りになってくるわけです。この援助寄りのところで、もし心理や看護職の協働があればこの領域は実は活躍も期待できると。慢性疾患に伴う心理的問題も、含めて取り扱うことができるはずですよ。じゃ医師は医師らしいことをやるとしたらどういふことをやるのかということ、第四象限、つまり医療的には非常に複雑、薬物の相互作用だとか、身体合併症時の薬剤使用であるとか、そういったものについて専門知識を応用してアプローチしていけばいい。この領域は援助の領域とはちょっと違うだろう。専門知識が必要だからということです。



34万人という数字は年間のガン死亡者数です。ガン診断を受けて闘病しているガン患者さんは180万とか、160万とかぐらいだと考えられています。そうすると、ガンに対して心の反応というのは、診断されたところを持ってきて、2週間の間で普通に生活していたのが検査を受けて「不安だなあ」と思っているわけです。これは診断を受けて「あなたはガンです」と言われると、一般的には衝撃を受けて、否認が起こったり、あるいは絶望したり、怒りの感情が出てきたり、ショックを受ける。ただ、たいていの人は健康ですから、次第に戻って、まったく健康なレベルまで戻る場合もあれば、ちょっとした機能低下を来したままということもあるわけです。機能低下のレベルは、集中力を欠くというレベルから、食欲低下であるとか、不眠であるとか、あるいは不安であるとか、明白な悲嘆、落胆、うつの場合もあります。いずれにせよ日常生活に差支えないレベルまで戻れば短期的な心理反応だということになるわけですが、こういったものに対応するサイコオンコロジーの分野では現時的な対応をする。それから情報収集をする。孤立感、疎外感に対して手当てをする。そして、大多数の健康な人は

実は楽観的な見通しを持つ、自分のガンは治るんじゃないかという、自然に健康な意味での否認というのが生じるということを理解して対応しなければいけません。

精神科によるコンサルトの必要性

精神科コンサルト指針

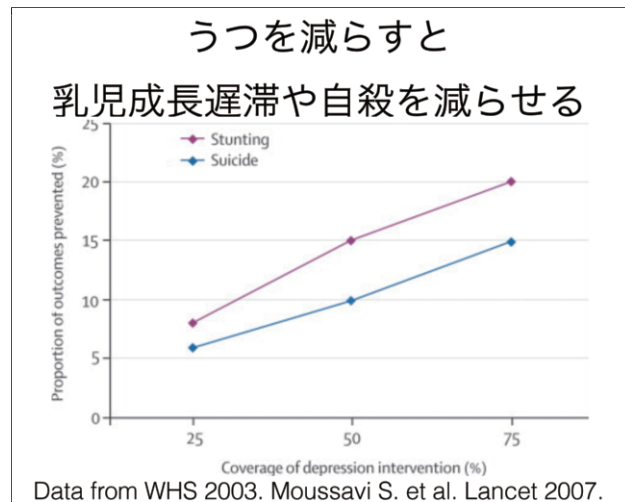
自殺の恐れ(抑うつ)の存在
高度の不安・うつによる不眠
異常行動(しばしばせん妄)
治療に同意あるいは拒否する意思決定能力
の評価(せん妄・抑うつ)の有無
治療に関して決断不能(しばしばせん妄)
精神障害の既往
コントロール不十分な痛み
患者・家族とスタッフ間の衝突
Massie M. & Holland J. 1990

Brownら(2003)は、ガン診断後の3カ月時点でうつがあることによって、生存曲線が違っていると報告しています。だいたい最初の段階で100前後の人の患者さんたちをみると、抑うつがあったほうがやはり生存曲線が下がっている。これは、Massie(1990)が書いている精神科にガンのケアのときに、どういうときにコンサルトすればいいかという指針です。このライン引きは実は治療に結びつけるべきという一つの基準にもなっていると思います。ここに挙げたように、自殺のおそれがあったり、高度の不安やうつによる不眠があったり、異常行動があったり、治療に同意あるいは拒否する意思決定能力を評価しなければいけなかったり、治療に関して決断不能であったり、精神障害の既往があったり、コントロール不十分な痛みがあったり、患者家族とスタッフ間の衝突がある場合というのはこれはやはり精神科のコンサルトが入ったほうがよいとされています。

さて、先ほどの症例を続けます。Wさんのベッドサイドに心理士とそれから研修医と、心理インターンが訪れると、ぼろぼろと涙ぐみながら訴えるわけです。自責的で将来をすごく悲観していることが分かりました。精神科医も診察したけれども、現時点は非常に全身状態が悪く、注射薬、唯一抗うつ薬で使えるクロミプラミン(アナフラニール)というお薬ですけども、そのお薬も使えないわけです。そのほかの例えば無けいれん電撃療法も今の身体状況ではとてもできません。薬物療法的なアプローチというのは、薬を飲めない状況にあると、われわれ医師としてもお手上げの状態になってしまうわけですね。それで、これが例えばせん妄のような状況であれば

せん妄マネジメントするんですが、せん妄は基本的にはない。われわれはミーティングをしまして、じゃどうしようかと。このような状況では治療というのはまったく不可能ですね。じゃどうするのかというふうなことで、とりあえず定期的にはリエゾン・フォローするということとでなんとか援助について考えてみようじゃないかと考えたのです。

うつ病に対する治療と援助の関係



さて、ここからうつ病の治療と援助の関係についてお話を進めていきたいと思います。まずそもそもうつというものをとりあえず減らすと、全体的にいい影響があるというのはこれも先ほどの「Lancet」の論文から持ってきたんですけれども、スタンディングというのはその乳児成長遅滞ですね。それと自殺が、例えばうつが25パーセントから50パーセント、75パーセント取り扱われることによって、予防できる乳児発育遅滞や自殺の率が上がっていくんですね。今はわが国では自殺対策基本法に基づいてその対策が行われているわけですけど、こういう形でうつが取り扱われることによって自殺率は、ある程度は下げることができるはずなわけです。ですから、そういう意味でいうと、うつに対して対策を練っていきなさないといけないことは明らかですね。うつの治療、と、うつの援助、とそれから治療と援助の間について考えてみましょう。うつ病治療も基本的に三本柱がある。三本柱というのはどういうものかという、薬物治療です。それから心理療法、もしくは精神療法と呼ばれるもの。一部は心理社会的な援助といわれるものです。三番目は環境調整です。基本的にはたしかに治療の一環なんですけれども、治療というよりはどちらかというと援助に属するのかなと私は思っています。

ここで厳密な意味での精神(心理)療法と、心理社会

精神（心理）療法	心理社会的援助
Formal 複雑 研修・修練を必要とする 技能的Skillful	Informal/Casual 複雑でない 「軽い保証」 「傾聴」

的な援助を分けるときに私がどういうふうを考えているか、をちょっとお話をします。基本的にはその精神療法、心理療法と呼ばれるものはインフォーマルかフォーマルかということであると、フォーマルなものだと思います。どちらかという心理社会的援助と呼ばれるものはインフォーマルであって、かつカジュアルなものだろうというふうに思います。基本的には精神（心理）療法は複雑である場合が多く、心理社会的援助はどちらかという複雑でないことが多いと思います。これらはフォーマルで複雑なものですから非常に技能的であって、技能的であるということ自体はやはり研修や修練を必要とすると思います。この一方で心理社会的援助と呼ばれるものは、例えばわれわれが軽い保証と呼ぶものであったり、あるいは傾聴と呼ばれるようなものは基本的にはそれほど研修修練を必要とするものではないし、技能的なものとはみなされませんから、こういったものは援助にあたるべきだろうと思います。じゃすべてのうつの患者さんとかがこういった狭い意味での精神（心理）療法が必要かという、そんなことはないと思うんですね。心理社会的な援助だけでも十分に効果のある事例もあるはずです。

うつ病に対する心理療法

うつ病の精神(心理)療法 心理社会的支援

認知行動療法 CBT
対人関係療法 IPT
生活技能訓練 SST
マインドフルネス認知療法 MBCT
アクセプタンス・コミットメント療法 ACT
問題解決訓練 PST
呼吸法 リラクセーション 自律訓練法
レクリエーション 軽い運動

ここで、一般的にうつ病の精神（心理）療法と呼ばれるもので、かつ心理社会的な支援というものについて考えてみましょう。非常にスキルフルなものから、どっちかというところまでスキルフルでない支援まで並んでいるけれども、うつ病の歪んだ認知、情動についてそのとらわれ行動というものを変えていくように日々訓練する

というのが認知行動療法だろうと思います。

それで、対人関係療法、基本的にはうつ病では対人関係上の歪みというのか、例えば批判や依存が強くなったりは多いですが、そのパートナーとか家族というもっとも重要な対人関係の相手、もっとも重要な他者と言いますが、それに対して問題が出現していくことがあるわけなんですね。ですから、そういった問題について気づいて対人関係を変えていくようにアドバイスをしていくというのがいわゆる対人関係療法というものです。

私は基本的に対人関係療法というのは専門的にやっているわけではありませんが、対人関係療法的な考え方に立って必ずうつ病の患者さんに家族をまず面接と一緒に連れてきてくれるようお願いしています。それをやることによって患者さんの家族に対する対応も分かりまして、あと家族のほうに対しても心理教育的な部分でこういうふうにしたほうが良いということをアプローチできるのでやはり家族の協力があるかないか、また家族の協力を上手につなげられるかどうかということがうつ病の治療においては重要だろうと思います。

それから生活技能訓練ですね。これは統合失調症でもよくやられていることなんですけれども、生活技能によって行動を修正していくということ。マインドフルネス認知療法というようなものは、これは第3世代の認知行動療法というようなものになっているんですけれども、これは元々持っているこの人の知恵というのか、inherent wisdomというふうに言うんですが、そういったものを引き出すことで、正しいか正しくないかということじゃなくて、自分にとって自然か自然じゃないかという、他人のほうに注意を向けさせるというのはあるかと思っています。同じような第3世代ではアクセプタンス・コミットメント療法というのがあるでしょうし、それからあと問題解決訓練、問題解決療法といったものも、これはうつ病が歪んだことによって現実的な解決策を失っているときにいきなり現実的な問題の同定とそれからできるだけ数多い解決策の思いつきというようなことを訓練することによって、うつ病の頭が止まってしまう状態から脱出させるというのがあります。これらはやはりそれなりの研修が必要だろうと思うんですが、呼吸法であるとか、リラクセーションとか、あるいは自律訓練法というようなものはやはり原則を知っていて、自ら行うことができれば良いと思います。リラクセーションに関しては、ジェイコブソンの全身的筋弛緩法というのがあるんですけれども、私どもはこの呼吸法やあるいはジェイコブソンの全身的筋弛緩法やあるいは自律訓練法の第

1 公式というようなものをちゃんとできるっていうようなことがやはり援助者である心理士さんにとってみると基本スキルだろうと思っています。だからしゃべるばかりじゃなくて身体にもアプローチすることができないと駄目だと思います。またあとレクリエーション、あるいは軽い運動、もうつに関しては治療効果があることはご存じのとおりです。Pampallpma (2004) は認知療法あるいは心理療法の単独の効果と、薬物療法と併用療法の効果について検討しています。ちょっと若干古いんですけど、1980年代から90年代にかけてのメタアナリシスの結果だと全患者さんの併用療法に対する反応率というのは1.86でこれは有意であるということになる。

これはどうして効くのかというと、薬物療法と併用療法と比較しているんですが、併用療法では観察12週以上の7つの研究で脱落率が有意に下がっているんですね。どういうことかということ、併用している心理療法が先ほど挙げたような認知行動療法だとか生活技能訓練だとか対人関係療法ですが、併用することによって患者さんたちが治療のコンプライアンスを守る。脱落が減って結果的には良くなるということになるわけです。

うつ病に対する心理社会的アプローチ

それで、同じように、うつ病に関して心理社会的にアプローチするということである、うつ病のマネジメントという発想があるわけです。マネジメントの方法はいろいろあるんですけど、Bademgarevら (2003) のメタアナリシスの結果だとうつ病のスクリーニング自体は効果としては弱い、ある。患者さんの満足度も上がる。マネジメントによって薬物療法が適正化されると。何度も繰り返していますが治療のadherenceも上がるというようなことが指摘されています。

Katonら (2005) のIMPACT試験という報告があります。身体合併症を持つ60歳以上の方に対してうつ病ケアマネジャーというものを付けて、プライマリー・ケアナースがうつ病ケアマネジャーとして、電話で相談する。3週間以内に1回は必ず話をする。ただしサービスの関係で16週までフォローしましょう。このときにうつ病の相談だけでなく、この研究の対象の人たちは、身体合併症を持つうつ病をもっておられますから、身体合併症に関しての相談も受ける。そうすると、こういう相談を受けている人たちは明白にCES-Dのスコア、これはうつ病の尺度ですけども、良くなっているというようなことがありますし、実際のところ通常のケア、たんにフォローしているというような診察だけというのに比べて2年間で無症状の期間が107日増加していると。コストは当

然人が入っていますから上がっていますけれども、でも、QALYというので見てみると、コストはそこそこ高いんですけども、高血圧だとかあるいはうつ病そのものの治療というものに比べると随分お安くできましたという研究です。これはあとで批判もされたので、細かい話はちょっと避けますが。

うつ病の予防プログラムがどの程度効果があるかについても19試験、21件の予防的介入の2007年までのメタアナリシスの結果をCuijpersら (2008) が報告しています。予防のアプローチをすることによって平均発症比は0.78で22パーセント低下している。それから1人を予防するために必要な患者さんの数は22、比較的大きい数ですね。そのなかでは、対人関係療法の方が認知行動療法よりはちょっと良かったよ、という。細かい話はともかくとしてそういう予防とかについても検討されているという話です。

うつ病患者の周囲の人々に対するアプローチ

さて、先ほどの症例について、Wさんは病棟スタッフに現在の状態について説明をして病棟スタッフの徒労感が増さないように配慮しようとしたわけです。また、ご家族に対しても説明をして、不安を軽減してWさんと話や機会をできるだけ多くするように誘導しました。特にご家族がいるときにご家族が手を払いのけられるという行為がとても傷つくので、それに対してあまり感情的にならないように説明を行いました。一方で本人の希望を失わないように、主治医の先生からの病態や治療方針の説明についての工夫を主治医の先生とも話し合ったわけです。

治療の定義

最後のセッションに入っていきます。うつ病の治療と援助の間についてお話をします。治療とは、病気や症状を治癒する、あるいは軽減させるための医療行為であると定義づけられます。診療、加療、療治、手当、英語でいえば、treat、cureと同じ言葉になります。更に言えば、例えば薬物治療や外科治療などのような生物学的医学的介入によって身体に直接アクセスするという点が特徴です。また、心理社会的には先ほど挙げたような非常にフォーマルで込み入った精神心理療法というものが中心になるだろうと思います。

援助の定義

これに対して援助とは、辞書には困っている人に力を貸すことと書いてあります。支援、後援、応援、バック

アップ、フォロー、賛助、助ける、英語で言えば、assist、aid、help、supportということで、心理社会的な介入のことが中心になると思います。結局、定義からすると治療とは援助の一部なのですね。治療とは、援助のうち、専門職によって目的志向的に行われる営為だと言っています。ただし、治療と援助の区分は決してはっきり分かれてはいないと思います。そこが厄介で、われわれのほうでも治療を行う、薬物治療でもいい、薬物治療を行うか行わないかというようなことの線引きがきれいにあるわけではないのです。しかし患者さんのほうからしてみると、治療を受けるか受けないか、薬を飲むか飲まないかのどちらかを選ばなければいけないという形になるわけですね。

うつ症状の程度にともなう治療の必要性には連続的な段階がある

この前提をもとに、これから治療の話をします。治療は主に薬物治療と考えていただければよろしいかと思います。実際にうつ病の患者さんがおられたときに、その人がまさにうつ病というような重いうつだったら当然私たちも薬を出しますが、軽いうつで2週間に足らないような軽い適応障害のような心因反応的な状態だった場合、今回定義したような『治療は必要ない』ということもありえます。一方で『治療してもよい』かな、という程度の人もいますかと思えます。お薬飲んでいいよ、ぐらいの感じでしょうかね。さらにもう一方で、やはり『治療が望ましい』という人もいます。希死念慮が目立っていたり、あるいは不眠が非常に強かったり本人もつらいし、それに伴って周囲もつらくなっている場合です。

そして、最後にやはり絶対的な『治療の必要がある』人もいます。例えば明白な意思を持った自殺の企図があるとか、あるいは精神病症状が明白な場合です。問題は、この段階が連続的であるという点です。僕はよく患者さんに対し「あなたに4つの段階があって、その間に更に7つぐらい段階があるとすると、あなたは『治療が望ましい』という段階と、『治療してもよい』かなという段階の間ぐらいだろうな」という話をします。これはつまり、治療の必要がある場合にはわれわれのほうはパターンリスティックな態度をとって、もう説明の上で薬物治療を開始するわけです。ところが『治療の必要がない』、もしくは『治療してもよい』ぐらいのレベルの場合は患者さんの自由意思というものが非常に重要になるわけです。だからそこは非常に連続的なものだろうと思います。先程の事例のWさんの場合は、せん妄を呈することなく意識レベルが下がっていつてベッドサイドに赴

いても本人とは会話ができなくなり、病棟スタッフやたまたま横に座っているご家族とちょっと話をしただけでうぐらいしかできない程度でした。そのため、われわれはシンプルな援助を継続し、結局Wさんは死亡退院になったということです。

援助者の役割

最後は、うつの援助というのはどうあるべきなのかという話です。うつの援助について考えるまえに、援助の役割というものについて、われわれ援助者としてどうしているのかを少し整理してみましょう。われわれ援助者としてやっていることは以下の3つです。一つ目はプロセス・コンサルタントとしての役割。これは、クライアントとお話をしながら、情報を整理して解決すべき問題というのを同定していくという、プロセス・コンサルテーションをやることです。二つ目は、当然のことながらわれわれが素人ではなくて専門家としてクライアントさんの前でいるときには、その専門的な知識に基づく情報やサービスの提供をクライアントさんは期待しているはずです。よって、専門家としての役割は、基本的にはコンサルテーションに基づいて情報やサービスを提供することです。三つ目は、われわれ医師のように医療の領域で働く場合、治療者としての役割、すなわち診断し治療するという役割があります。われわれがどういう役割で援助しているのかということを意識する必要があります。われわれは医師ですので、プロセス・コンサルタントとしてお話を伺っているだけ、あるいは問題を整理するのに付き合っているだけということもありますし、専門的な知識をもっているんなことをお勧めするというような立場だけですむことがあります。そのため、どの役割をとっているのか、という意識はしないとイケません。

援助者が陥りやすい状況

それから援助者が陥りやすい罠についても指摘をしていきたいと思います。われわれ援助者が陥りやすいこととして、提案が早すぎるという点があげられます。援助というのは必ずしも水平的な関係ではなく、援助というものをやる段階ですでに構造的になってしまうため、そういう意味で高圧的な態度にならないように気をつけなといけません。クライアントさんから依存されることを拒否する場合というのも割とありますし、あるいは退行を助長してしまう場合もあるかもしれません。極端な場合は援助すること自体を忌避してしまうこともあるかもしれませんし、あるいは、「必ずこれは良くなるはずだ」

と非現実的な期待してしまうこともありえます。こういった点がないかということについて気をつけるべきだと思います。

援助と治療の重層的な組み立て

さて、治療と援助との関係に関して、われわれがうつ病の患者さんたちに対して援助者として、あるいは治療者として応じるときにどんなことを気をつけるべきかについて話します。まずは、治療であっても援助であっても重層的に援助を組み立てるということを考えたほうがいいと思います。例えば医師側で心理療法やあるいは援助みたいなのを「こんなものよりもまずはとにかく薬物治療だろう」と、治療のみで援助を拒否する場合があります。逆に例えば学生相談とかで、明白にうつが強い状態になっている、あるいは希死念慮を訴えているにもかかわらず、援助のみでその治療を拒否する場合があります。治療のみでも、援助のみでも駄目です。治療と援助はやはり重層的に組み合わせていくということが必要だろうと思います。

その場合、援助はとにかくやればいいのかではなくて、やはり社会的な専門職が提供するのであれば、目的というものがなければいけないと思います。また、効率というものが常に問われなければいけません。目的がない、あるいは効率を度外視した援助があることは分かっています。しかし、それは続けられることではありません。やはり続けられるような援助を提供するのが社会的な仕組みとしては必要なのです。ゆえに、場当たりの目の前にいる人だけにやれることというのは何の意味もないと私は思います。当然ベストは尽くすべきですが、それをあなた方が続けていくことは必要だろうと思います。

コラボレーション

また、やはり重層的であるということと同じですが、繰り返しあるいは複数の人たちがクライアントさんにかかわる場合があります。例えば心理の面談とかで、別な面談に加われた方は「いや、この方はなんとかさんのクライアントだから、私たちのほうではコメントしないようにしましょう」という形でやることもあります。それは援助の形としては間違っていると僕ははっきり申し上げます。援助は複数でかかわってって別にいいわけです。もちろん、誰がイニシアティブをとるかとか、どういうふうに組み立てるかというようなことが重要ではありますが、だからといって援助をそこでやらないというのは間違っていると思います。ゆえに、重層的であるこ

とというのは必要だと考えています。重層的であることを機能させるために情報共有が重要となります。クライアントさんの情報を秘守性に基づいて、あるいは警戒から全部抱え込んでしまってそこで終わってしまうようではやはりいけない。即時性、水平性、それから安全性というものも常に意識した上で協働していく、コラボレーションしていくという姿勢がなければ、うつ病に関してだけいえば治療や援助というものは成り立たないだろうと思っています。

勇気と希望を与える援助

最後になります。うつの援助で何が必要なのかということをお話します。一言でいえば、うつの援助においてはクライアントさん、患者さんに「勇気を与えること、そして希望を与えること」をやっていただきたいと思います。今日は細かい話はなかったですけども、現在のうつ病治療では患者さんの主体性なしに、患者さんを社会適応、再適応させることはできません。そういう意味でいうと、患者さんはどこかでチャレンジしなきゃいけない。チャレンジする勇気を与えることがやはり援助者の仕事だろうと思います。また、希望を与えることはすごく重要です。希望がありさえすれば人というのはなんとかやっていけるわけです。そういう勇気と希望を与えるということがすごく必要だと思います。タキトゥスというローマ帝国の将軍の言葉「In valor there is hope. 勇気あるところ希望あり」。この言葉を最後に私のお話を締めさせていただきたいと思います。ご清聴ありがとうございました。

心理教育相談室のご案内

● 1. 東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室とは ●

心理教育相談室は心理的な問題への援助に携わろうとする大学院生の実践的な研修の場として設置された、本研究科附属の相談機関です。相談は、東京大学大学院教育学研究科臨床心理学コースに所属する大学院生、研究員、臨床相談員が担当します。当相談室で相談業務にあたる者は全員、臨床心理学の専門教育訓練を受け、実際の相談業務の他に、毎週開かれる心理検査や心理療法などに関する研究会や事例検討会に参加し、能力・知識向上のために日々研鑽を積んでいます。また、大学院生については、教育相談機関や精神保健相談機関、病院の臨床心理士などの専門職、あるいは臨床心理学的な実践的研究者を目指して研修を受けている者で、一定以上の技能を修得したことが認められている者が、経験豊富なスーパーバイザーの指導を受けながら、実際の相談に当たります。

● 2. 相談内容 ●

次のような問題でお困りの方のご相談を受け付けています。ご本人だけでなく、保護者の方、学校の先生方のご相談も受け付けています。

- ・漠然とした不安感や無気力、落ち込みなどの心理状態を改善したい
- ・自分自身のことをもっとよく理解したい
- ・人前で緊張する、過ぎてしまったことをくよくよ考えるなど、性格的なことを何とかしたい
- ・友人や職場の同僚との人間関係上の問題を相談したい
- ・家族関係について考えたい
- ・親として子どもにどう対応してよいか困っている
- ・学校に行かない、行けない
- ・言葉が遅い、多動、集中困難であるなど、発達的な心配がある
- ・チック、夜尿など気になる行動が見られる
- ・反抗・暴力・盗みなどの問題行動がある etc.

● 3. 相談の種類と料金 ●

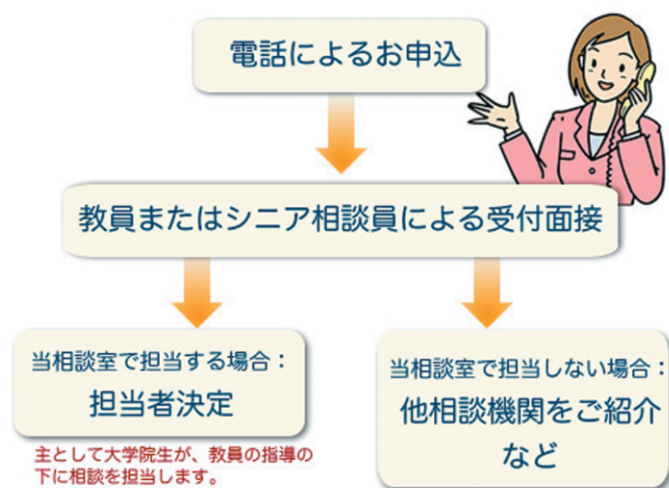
- 初回のご相談の場合 受理面接2,000円
- ご自身のことについてのご相談の場合 カウンセリング2,000円
- お子さんにプレイセラピー（遊戯療法）を行う場合 プレイセラピー（遊戯療法）2,000円
- お子さんの問題について、保護者の方からのご相談の場合 保護者面接1,000円
- ご家族がいらしてファミリー・セラピーをご希望の場合
ファミリー・セラピーのための家族面接.....3,000円
- 教師など、専門職の方がコンサルテーションをご希望の場合 コンサルテーション3,500円
- 心理検査や発達検査をご希望の場合 検査面接2,000円

※2011年6月現在です。医療機関ではありませんので、健康保険などの適用はできません。

※検査面接のみの実施は受け付けておりません。

● 4 . 相談申し込みの流れ●

当相談室における相談申込の流れは下記の通りです。相談は予約制をとっています。まずは電話で申し込み、後日担当者と日時を調整します。詳細については、03-3818-0439もしくは<http://www.p.u-tokyo.ac.jp/soudan/index.html>を参照してください。



● 5 . 設備●

面接室 5 部屋

プレイルーム 2 部屋

待合室

スタッフルーム、ミーティングルームなど



2010年度 活動報告

1. 全般的動向

東京大学大学院教育学研究科附属心理教育相談室では、研究および大学院生の研修の一環として、臨床活動が行われている。本相談室は、1957年（昭和32年）に開設され、1983年（昭和58年）に心理臨床の教育・研究のための特別施設として、有料の相談活動が認められ、相談室運営のために予算措置（相談料金収入に基づく）が講じられるようになった。相談室の関係規則としては、「東京大学大学院教育学研究科心理教育相談室規則」、「同研究科心理教育相談運営委員会内規」、「同研究科心理教育相談室内規」がある。相談件数の増加に伴い、今年度より観察機材設置倉庫を面接室に改装し、現在、実習施設としては、農学部弥生キャンパスの総合研究棟3階に、面接室5、プレイルーム2、待合室兼事務室1、相談準備室1を備えている。また、相談室と隣接して、カンファレンスや演習等を行う演習室と資料室がある。

本相談室には、幼年期から老年期に至るまで、発達障害、不登校、非行、対人関係や神経症的な問題等を抱えた方が来談している。2010年度の相談件数等については、次ページ以降の表に示した。

相談にあたるスタッフは、教育学研究科臨床心理学コースの教員（臨床心理スーパーヴァイザー）、臨床心理学コースの大学院生（相談員）、そして臨床心理士の資格を有し、臨床心理面接を指導するために委託された臨床相談員である。2010年度は、中釜洋子教授を相談室室長とし、下山晴彦教授、田中千穂子教授、能智正博准教授、高橋美保専任講師、中嶋義文教授（本務：三井記念病院精神科部長）が臨床心理スーパーヴァイザーとして指導に当たった。臨床心理スーパーヴァイザーは月1回の教員会議を開き、相談室運営・指導にかかわる事項について検討した。また、芳川玲子先生（本務：東海大学文学部教授）、滝井有美子先生（本務：情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園セラピスト）、藤原祥子先生（本務：東京大学理学部・理学系研究科学生支援室助教）、北島歩美先生（本務：日本女子大学カウンセリングセンター准教授）、が臨床相談員としてスーパーヴァイズと心理面接を担当した他、1名の相談補佐員が電話取り次ぎなどの事務業務を担当した。相談員は修士課程28名、博士課程27名、日本学術振興会特別研究員1名からなり、心理相談活動および相談室運営を行った。

2. 相談活動状況

表1に、過去3年間の新規来談申し込み件数を示す。2010年度の新規申し込み件数は146件であり、昨年度に比べるとやや減少した。今年度3月は臨時の閉室期間が設けられたことを考慮に入れると、2008年度以降の新規申し込み件数はほぼ横ばいで、増加傾向が一段落したと言える。

表2に、過去3年間の新規申込者年齢別・男女別件数を示す。大まかな傾向としては昨年度の件数と大きな差はみられない。男女別では、未成年では男子の相談件数が多く、成人では女子の相談件数が多い傾向が見られる。

表3は、2010年度の新規来談者年齢別・男女別相談内容である。相談内容としては、未成年では不登校や登校渋りなどの問題や強迫性障害などの精神的な問題に関する相談が多く、成人では、カウンセリングを希望した来談、家族関係や対人関係についての相談が多く見られる。

表4に、新規来談者来談経路を示す。ここ数年はインターネットを見ての直接来談が多い傾向がみられたが、2010年度も依然としてその傾向が見られる。また、各種機関からの紹介としては、医療機関からの紹介が最も多く、次いで幼稚園や学校、他の相談機関、となっている。個人の紹介としては、知人や家族からの紹介件数が昨年度に引き続き増加傾向にある。

表5に、新規来談者居住区域を示す。傾向としてはこれまでと変化はなく、東京からの来談者がほとんどを占めている。

表6には、過去3年間の面接延べ回数を示す。上述の通り、新規来談申し込み件数は昨年度に比べてやや減少傾向にあるものの、受付面接をはじめ、カウンセリング、プレイセラピー、保護者面接、家族面接、コンサルテーションの各々の項目において延べ回数の増加が見られた。

3. その他の活動

その他、いくつかの教育啓発活動を行った。まず前期の学部授業として、「心理教育相談（カウンセリング）入門」を開講し、心理教育相談室の運営に関わる5名の専任教師が、オムニバス形式で授業を行った。授業の目的は、心理教育相談室で実施している心理療法やカウンセリングを中心に、臨床心理活動に関わる理論と実際を紹介して、相談室活動を学生に広く知ってもらうことであった。

また、2010年9月には、「心理教育相談室年報 第5号」を発行し、近隣の大学の相談室や地域の相談機関等に配布した。

さらに、2010年11月7日(日)には、「うつ病からの回復を目指して～正しい理解に基づく治療と支援～」というテーマで第6回公開講座を行った。詳細は、本誌の「公開講座の記録」のセクションをご覧ください。

表1 新規来談申し込み件数

	2008年度	2009年度	2010年度
4月	19	25	26
5月	18	12	10
6月	12	13	19
7月	15	18	9
8月	8	12	10
9月	15	11	12
10月	15	9	18
11月	15	11	11
12月	14	10	4
1月	9	10	12
2月	11	15	14
3月	9	13	1
合計	160	159	146

表2 新規申込者年齢別・男女別件数

	2008年度									2009年度									2010年度								
	男子				女子				計	男子				女子				計	男子				女子				計
	本人	親	並行	家族	本人	親	並行	家族		本人	親	並行	家族	本人	親	並行	家族		本人	親	並行	家族	本人	親	並行	家族	
就学前児	0	0	4	0	1	0	1	0	6	0	2	6	0	0	0	1	0	9	0	0	6	0	0	0	0	0	6
小学生	3	2	12	1	1	1	12	0	32	1	2	15	0	0	0	10	0	28	3	2	14	0	0	3	8	0	30
中学生	2	3	8	1	1	4	5	1	25	0	7	7	0	0	3	9	0	26	0	4	8	0	1	0	6	1	20
高校生	1	2	10	0	0	0	5	0	18	0	3	7	0	0	3	8	0	21	0	4	8	0	1	1	11	0	25
他未成年	0	1	0	0	0	0	1	1	3	0	0	1	1	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0
浪人生	0	0	0	1	1	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
大学生	2	0	1	0	8	1	1	0	13	1	0	2	0	2	0	0	0	5	2	1	3	0	0	0	2	0	8
成人	20～29	2	1	0	0	10	0	0	14	5	1	2	0	12	1	2	0	23	3	2	1	0	7	1	1	1	16
	30～39	11	0	1	1	7	0	0	20	3	1	0	2	7	0	0	1	14	3	1	1	0	9	0	0	0	14
	40～59	11	0	0	0	10	1	1	23	7	1	0	0	11	0	0	3	22	5	0	0	0	16	1	0	0	22
	60～	0	0	0	0	4	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0	0	4	3	1	0	0	1	0	0	0	5
	計	24	1	1	1	31	1	1	1	61	17	3	2	2	32	1	2	4	63	14	4	2	0	33	2	1	1
合計	32	9	36	4	43	7	26	3	160	21	17	40	3	35	7	32	4	159	19	15	41	0	35	6	28	2	146

表3 2010年度新規来談者年齢別・男女別相談内容

区 分	相談内容	
	男	女
就学前児	吃音 1 対人関係 1 発話 1 赤ちゃんがえり 1 育児相談 1 発達相談 1	
小学生	登校しぶり、不登校 4 発達相談・発達障害 3 強迫性障害 3 プレイセラピー、カウンセリング希望 3 トゥレット症候群、チック 2 家庭内暴力 1 吃音 1 子どもへの対応 1 心身症 1	登校しぶり、不登校 4 プレイセラピー希望 2 発達障害・発達相談 1 強迫性障害 1 家庭内暴力 1 万引き 1 友人関係 1
中学生	不登校、相談室登校 3 強迫性障害 2 発達障害 2 PTSD 1 カウンセリング希望 1 ゲーム依存 1 生活相談 1 対人関係 1	強迫性障害 5 不登校 2 対人関係 1
高校生	不登校、相談室登校 4 発達障害、発達相談 2 強迫性障害 1 学習意欲低下 1 引きこもり 1 対人関係 1 家庭内暴力 1 ゲーム依存 1	強迫性障害 6 不登校、相談室登校 5 カウンセリング希望 1 生活相談 1
大学生	発達障害 2 強迫性障害 2 遁走 1 カウンセリング希望 1	強迫性障害 1 カウンセリング希望 1
成人	カウンセリング希望 7 引きこもり 4 育児相談 2 家族関係、親子関係 2 コンサルテーション希望 1 うつ病対応 1 人格障害 1 適応障害 1 就職相談 1	カウンセリング希望 16 家庭、家族関係、夫婦関係 6 対人関係 4 うつ病、抑うつ 4 育児相談、子ども対応 3 強迫性障害 1 発達障害 1 知能検査希望 1 引きこもり 1

表4 2010年度新規来談者来談経路

各種機関	幼稚園・学校より紹介	13
	医療機関より紹介	20
	他の相談機関より紹介	11
	上記以外のサービス機関より紹介	3
個人の紹介	クライアントより	4
	当相談室関係者より	12
	東大教官・学生より	1
	他大教官・学生より	1
	その他（知人・家族）	27
直接	本を読んで	2
	再 来	3
	インターネット	47
	講演会・公開講座	0
	ちらし	0
	学内広報	0
そ の 他		2
計		146

表5 新規来談者居住地域

	東京	千葉	埼玉	神奈川	その他	計
2008年度	110	17	20	10	3	160
2009年度	112	16	17	11	3	159
2010年度	105	15	12	11	3	146

表6 処置延べ回数

	2008年度	2009年度	2010年度
受付面接	138	141	143
カウンセリング	996	1367	1410
プレイセラピー	496	681	707
保護者面接	684	943	1009
家族面接	72	81	99
コンサルテーション	6	9	11
検査面接	5	12	10
計	2397	3234	3389

心理教育相談室の構成（2010年度）

心理教育相談室運営小委員会

委員長 川本 隆史（教育学研究科教授 総合教育科学専攻長）
委員 佐々木 司（教育学研究科教授 身体教育学コース）
委員 本田 由紀（教育学研究科教授 比較教育社会学コース）
委員 下山 晴彦（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員 中釜 洋子（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
委員 高橋 美保（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）

室長

中釜 洋子

臨床心理スーパーヴァイザー

下山 晴彦
田中千穂子（教育学研究科教授 臨床心理学コース）
中釜 洋子
能智 正博（教育学研究科准教授 臨床心理学コース）
高橋 美保
中嶋 義文（教育学研究科客員教授 連携併任分野／三井記念病院神経科部長）

臨床相談員

芳川 玲子（東海大学文学部心理社会学科 教授）
瀧井有美子（情緒障害児短期治療施設 横浜いずみ学園セラピスト）
藤原 祥子（東京大学理学系研究科・理学部 学生支援室相談特任助教）
北島 歩美（日本女子大学カウンセリングセンター 准教授）

相談員

学振特別研究員 石丸徑一郎
博士課程3年 猿渡知子 大瀧玲子 曲曉艶 熊坂沙織 須川聡子 高岡昂太 中坪太久郎 野田香織 橋本望
藤岡勲 割澤靖子
博士課程2年 綾城初穂 駕渕るわ 末木新 平野真理 藪垣将 山本涉 吉田沙蘭 向江亮
博士課程1年 梅垣佑介 向後裕美子 曾山いづみ 堤亜美 花嶋裕久 原田満里子 広津侑実子
山田哲子
修士課程2年 梅澤史子 岡田晋 川崎舞子 川崎隆 菊池なつみ 北村篤司 金田一賢顕 日下華奈子
倉光洋平 佐久間舞 田中直樹 津田容子 野中舞子 福永宏隆 丸山由香子
修士課程1年 猪ノ口明美 小倉加奈子 柿爪茉南 金智慧 坂口由佳 佐藤有里那 菅沼慎一郎 鈴田純子
高柳亜里紗 高柳めぐみ 中野美奈 羽澄恵 山下麻実

相談補佐員

増山 幸子

東京大学大学院教育学研究科 心理教育相談室年報 第6号

2011年9月15日 発行

発行者 東京大学大学院教育学研究科附属
心理教育相談室
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel (03) 3818-0439
