

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。

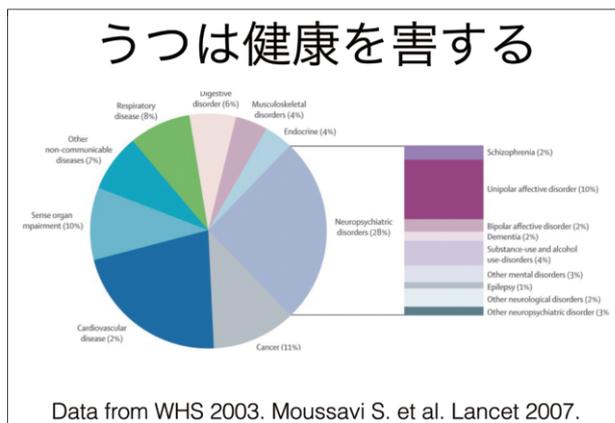
今日のお話は、基本的にはうつと健康の関係ということで、私は、一般病院、総合病院にいまして、たくさん体の病を抱えていらっしゃる方のメンタルのケア、コンサルテーション・リエゾンを中心にやっているんです。うつが健康に影響を与える。それから身体疾患がうつに影響を与えるという、そういう相互関係について一つ今日はよく理解していただきたいと思っております。

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えます。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、援助者がどうの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えます。

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



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)、デイリ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

セロトニン	心機能 血小板機能
コルチゾール	炎症 凝集増加 コルチゾール↑ メタボリックシンドローム
	炎症過程 炎症関連因子↑ 心血管疾患↑
細胞免疫	T細胞↓ ナチュラルキラー細胞↓
細胞毒性	がん HIV 感染症

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がんや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
- ・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、ピタミン欠乏症、電解質異常、ホルフィリン血症
- ・中枢神経系疾患
 - 硬膜下血腫、脳腫瘍、脳動脈瘤、高度高血圧、髄膜炎、脳炎、正常圧水頭症、てんかん、多発性硬化症
- ・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
- ・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
- ・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。

糖尿病とうつとの関係

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との関係ですが、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。糖尿病とうつとの関係では、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える関係があるということが分かっているわけです。

心筋梗塞とうつとの関係

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ただけ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との関係が、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。

慢性腎臓病とうつとの関係

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。慢性疾患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となります。

慢性疾患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

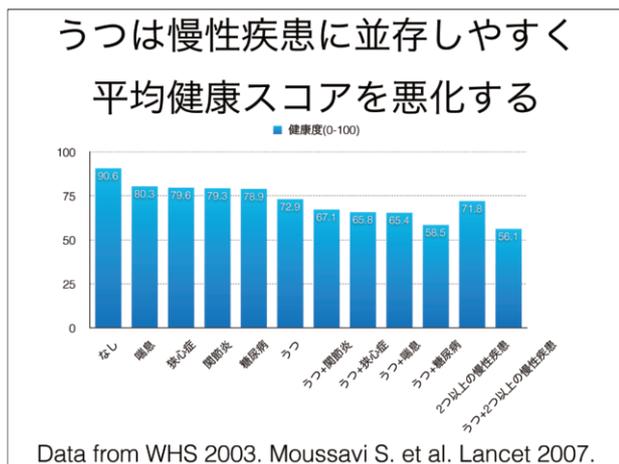
さて、うつがあると、身体疾患の治療や予後が悪くなるということも分かっています。これはどういう理由なのか、まず一つ目に指摘したいことはうつ病があることによって、助けを求めることが遅れてしまう。うつ病でどうしてもよくなってしまったり、あるいは何かしら本当に危険なことを恐れて診断を受けないということもあり、病気自体があるのに、その発見率や診断率が低下してしまうことがまず一つあります。うつ病の人が身体疾患を抱えているのに、身体疾患の訴えがうつ病の症状だと理解されてしまって、必要な治療や診断を受けないということもまれながらあります。それから一般的に精神障害に対しては明白な偏見がありますので、精神障害に対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コアですが、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といますが、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。

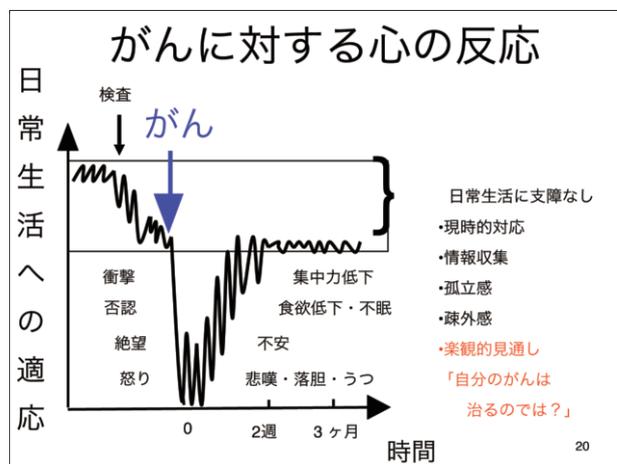
コンサルテーション・リエゾンの四象限モデル



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なんです。じゃ医師は医師らしいことをやるとしたらどうい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

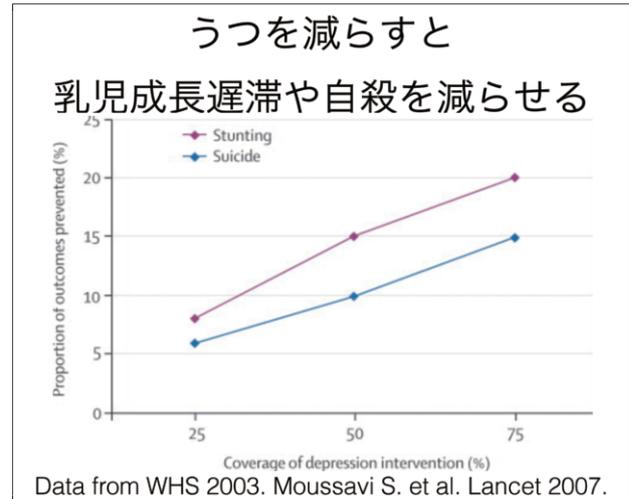
自殺の恐れ(抑うつ)の存在
高度の不安・うつによる不眠
異常行動(しばしばせん妄)
治療に同意あるいは拒否する意思決定能力
の評価(せん妄・抑うつ)の有無
治療に関して決断不能(しばしばせん妄)
精神障害の既往
コントロール不十分な痛み
患者・家族とスタッフ間の衝突
Massie M. & Holland J. 1990

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かなくちゃ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かというと、フォーマルなものだと思います。どちらかというと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と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と、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よ。

うつ病に対する心理療法

<h2>うつ病の精神(心理)療法</h2> <h3>心理社会的支援</h3> <p>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 リラクゼーション 自律訓練法 レクリエーション 軽い運動</p>
--

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、どっちかというとそれほど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、リラクゼーションとか、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。リラクゼーションに関しては、ジェイコブソンの全身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。Pampallma (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も、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ところでいうと、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も、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がある。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・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じゃなくて、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決めたわけです。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えます。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るかと思えます。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と本人もつらいし、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』人もいるわけです。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てねぎら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られたということです。

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、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薦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えます。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良いと思います。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良いのではなくて、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、場当たりに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、別な面談に加わられた方は「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つけていけるわけです。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。