

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とを並べると、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る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

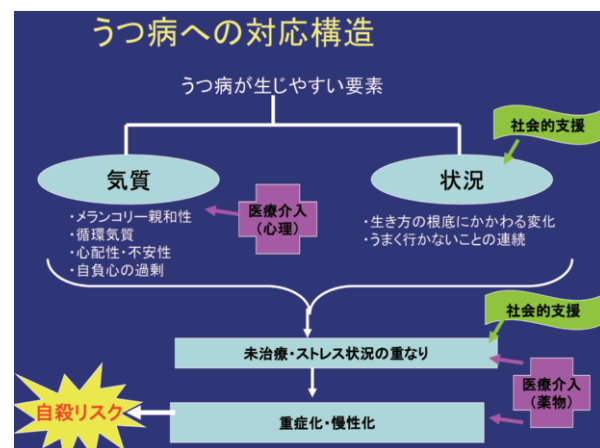
それから治療薬ですが、抗うつ薬を中心として行われている。一時は、抗うつ薬というのはどんどん改良されて、今にうつ病は治るような素晴らしい薬が出るに違いないというような雰囲気があったと思いますけれど、最近ではむしろその欠点というか限界が指摘される状況にあります。

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にかかわっていて、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項目該当ですのよ」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だろうと。それからこちらにいくと生物学的というより心理学的な問題、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、カーツと怒るけど、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、オタツと倒れると、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、きちょうめん、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。

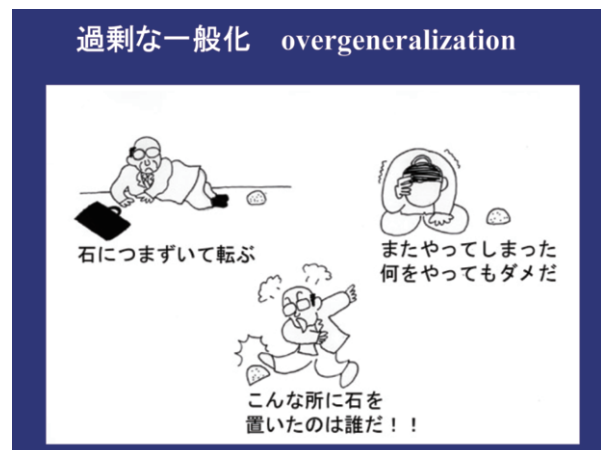
レッテル張り

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係わってくる。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、無効な場合には服用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、即効性がない・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？

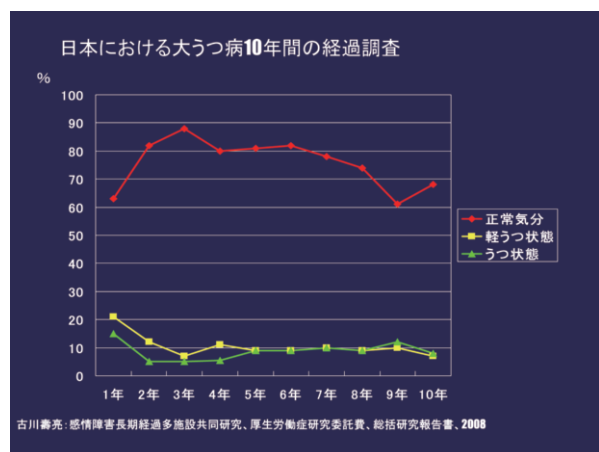
- 標準治療を知っている
- 副作用とその対策を知っている
- なるべく薬の種類を少なくしようとする
- 複数の薬を使う時には理由を説明できる
- 薬のチョコ出しをしない(十分量使う)
- 薬の飲み心地をいつも聞く

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えない。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。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た。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。

