



品川心療内科



心療内科学入門 精神医学入門

品川心療内科編集室

「心療」とはなんですか？

「心療」は「心理療法」の省略形です。いろいろな症状を心理療法（カウンセリング）も使いながら解決する場所です。

医学的治療を分類すると、

- （１）薬物療法（西洋薬、和漢薬）、
- （２）手術、
- （３）心理療法・カウンセリング（精神療法ともいいます）、
- （４）物理療法（省略して物療）

などがあります。

自律訓練法とは？

緊張しすぎる傾向のある人に、緊張を自分でコントロールする方法としてお勧めする方法です。簡単・安全・無害です。不安傾向の高い人、緊張しすぎる人、パニック障害の傾向のある人などに適しています。お気軽にどうぞ。

わたしみたいな症状で心療内科に行ってもいいのでしょうか。それとも精神科か内科に行ったほうがいいのでしょうか。そのへんがよく分かりません。

事情があって本人が行けないときはどうしようもないですか？

ご本人の相談でなくてもおいで下さい。家族の誰かに関する相談もおいで下さい。ご本人が困っているが相談に行きたくないという場合もあります。ご本人よりもまわりの人が困っているという場合もあります。たとえば、お子さんの不登校や引きこもり、ご主人のアルコール問題、ご家族のうつ状態、パニック障害、性格の不一致、離婚問題のこじれ、老年期の物忘れなどが、家族相談として多いようです。

どうしたらいいか分からないときの、はじめの相談窓口として利用して下さい。難しいことは気

にせず、まずいらして下さい。あなたにぴったりの相談窓口はどこか、まずそこから相談しましょう。もしわたしたちではあまりお力になれないとしても、悩みの内容や家族の事情、交通の都合、これまでに相談した人、これまでに読んだ本、そうしたことを考慮して、どのようなところで相談したらよいかをお勧めします。また、身体的な病気の検査をまずお勧めすることもあります。

料金は？

保険診療の場合、各種保険取り扱いでおよそ1500円から5000円くらいが多いようです。バイアグラ、レビトラ、低用量ピルは自費です。臨床心理士のカウンセリングは自費の扱いです。

心理方面の診断というと、「性格が悪い」とか、「心理的に異常だ」とか診断されるのでしょうか？

そうではありません。まずストレス診断をしましょう。心理的診断では、「どのような種類のストレスがどの程度あるか、そしてその人の心はストレスに対してどのように反応しているか」、つまりストレス診断が中心になります。

ストレスと性格の関係について教えてください。

どのようなストレスがつかいかは人によってさまざまです。たとえば、忙しいことが大変苦痛であると感じている人がいます。その逆に暇になると苦しくて仕方がない人もいます。また、大勢の人と一緒にいるとつらく感じる人もいます。その逆に一人でいるとつらく感じる人もいます。つまり性格の違いによって、どのようなストレスが特につらいかが違ってくるのです。そういう意味で性格を把握します。性格がいいとか悪いとか診断するものではありません。ストレスとどう関係しているかを検討しましょう。

精神の異常を何度かの面接で決められるのですか？

そうですね。簡単に決められるものではありません。そのような裁判所の決定のような診断をするのではないのです。あなたが何がつらいかが問題なのです。私たちにとって、「何が本人にとってつらいか」が問題なのです。私たちは裁判所でも警察でもないのですから、この人は異常だと判断するわけではありません。本人がつらければ助けになりたいし、本人がつらくなければ、何もしません。それが根本です。心理が異常かどうかではなくて、むしろあなたの置かれている環境がどの程度のストレスであるか、診断することが大切でしょう。

カウンセリングをしても、客観的な事態は変わらないのに、なぜ有効なのですか？

とてもつらいとき、弱音を吐いたらいけないと思う人がいます。自分が重大と思うことごとごと一人で悩んでしまう人がいます。「こんなに大変な状況に置かれたならば、あなたでなくても誰でもうつ状態になりますよ」といった感想を申し上げる場合も多いのです。自分の状況がつらいほど、弱音を吐いたらいけないと思いつける傾向があります。自分が重大と思うことごと、自分一人だけで悩み続ける傾向があるのです。そんなときに、自分の置かれた状況をもう一度見つめなおしてみましょう。そのためにカウンセリングをしましょう。あなたは一人ではないのです。

原因

たいていのうつ状態は、「精神病のうつ病」と表面的には似ている点があるものの、根本的には全く別のものです。うつ状態は、がんばりすぎた後に、「ちょっと休息をください」と心と体が要求している状態です。精神病ではなく、ストレス反応性のものです。専門的には、脳の神経伝達物質とレセプターの部分に疲労による変化が起こるのだらうと推定されています。

寒いところにいれば風邪をひくように、ストレスを受けながらがんばりすぎた後に、うつ状態になります。風邪もうつ状態もどちらも重病とはいえないものの、病気的一种で、休息が必要であることも共通しています。こじらせないことが第一です。

気合いではなく、休息

気合いを入れても良くなるものではありません。逆に、がんばればそれだけ心のエネルギーを使い果たすことになります。気持ちがたるんでいるからうつ状態になったのではなく、うつ状態になったから元気が出ないのです。必要なのは休息です。

マラソンの後には筋肉痛が起こります。休養をとって回復を待ちましょう。

お薬

休息をとっていてもうつ状態はつらいものです。薬でそのつらさをやわらげることができます。薬が本格的に効き始めるまで、約二週間待つて下さい。その後はとても楽になります。いろいろな薬があり、作用も違いますから、そのつど説明します。副作用やのみ合わせの心配などにもお答えします。疑問点は遠慮なくおたずね下さい。新しい薬は副作用はほとんどありません。約三～六ヶ月のあいだ薬を使います。その後はすっかり元の生活に戻ります。

漢方薬を用いて治療することも有効です。また、薬物は使いたくないとご希望の方もいらっし

やいます。納得できるようによく話し合しましょう。

期間

完全に治り、もとの生活に戻るまでには三ヶ月から六ヶ月と考えて下さい。仕事は、状況によりますが、できれば一、二ヶ月程度は休むのがよいようです。診断書を提出して落ち着いて治療に専念しましょう。職場復帰にあたっては、仕事内容、職場、時間などの調整をします。たとえば半日勤務で開始することなどを会社に要請することもあります。

波

数カ月の間には軽い波があるのが普通です。途中で少し悪くなっても悲観しないことです。全体としてよい方向に向かっているのだから大丈夫だと考えましょう。

後遺症

命には別状ありません。後遺症もありません。遺伝もしません。ご安心ください。

大きな決断

治療が終わるまで、仕事、学校、家庭での大きな決断はしないようにしましょう。退職、退学、離婚などの必要はありません。休職や休学でよいのです。体調が万全になってから、その先のことを考えましょう。いまは悲観的な考えしかわいてきません。

ご家族の理解

ご家族の方にも病気の説明をします。休養中に気分よく過ごせるように、ご家族に協力していただきますよう。

アルコールはがまん

治療が終わるまで、アルコールはがまんしましょう。

居場所の確保

休養中に居場所がないのが悩みとなることがあります。自宅、図書館、喫茶店、公園などで時間を過ごすことも多いようです。病気について理解を深めながら、この機会に仕事の仕方やライフスタイルについて点検してみましょう。

うつ状態に悩む方のご家族の皆様へ

対応の仕方

疲労のせいでこころと体の一部が活動停止しているのだとイメージしてください。「怠け病」や「気持ちの持ちよう」ではないので、ご本人を責めないで下さい。また、励ましの言葉や外に連れ出すことに対しても、患者さんは期待にこたえようと気をつかい、焦り、体力を消耗します。とにかくゆっくり休ませて下さい。旅行に連れ出したり、酒を飲みに誘ったりする人もいますが、今の時期にはお勧めできません。

心が風邪をひいたと考えてください。十分な休養が一番の治療です。風邪をひいた人は無理をしないで寝ているのが一番です。それが本人の自己治癒力をひきだすのです。うつ状態も同じです。

今後のこと

命に別状はありませんし、後遺症もありません。しかし、がんばる癖がある場合には再発しやすいようです。これからは「がんばり過ぎではありませんか？」と声をかけてあげてはどうでしょうか。

職場や学校

三ヶ月から六ヶ月ですっかり元にもどります。必要に応じて診断書を提出して休職や休学もできます。しかしときに患者さんは退職、退学、離婚、財産処分などを急ぐことがあります。大きな決断をしようとしていたら、「まず元気になって、それからよく相談しても遅くない」と説得しましょう。

事情を知らない人が、上のような決断について文面通りに受け取ってしまうことがあるかも知れませんが、ご家族の方が配慮してあげてください。

家族相談

ご本人が何かの事情で相談に来院できない場合には、家族相談の形でご家族の方がいらして下さることも多くあります。間接的ですが、アドバイスできます。ご家族がよく理解して適切な態度で接することは大変重要です。お気軽においでください。保健所、精神保険センター、市役所の無料相談窓口、（あなたが女性なら）女性センター、こころの電話などで最初の相談を試みるのもよい方法です。

まず家族相談を始めましょう。

どんなときに「うつ状態」というのか教えてください。

うつ状態のチェック表を紹介します。何個か当てはまったからといって、すぐに「うつ状態」だと判定するものではありません。人間ですからいろいろなことで落ち込むのが当たり前です。多く当てはまっていたならば、少し休んだ方がいいのかなと考えて参考にしてください。（ストレス・マネジメント・パワー・グループによる。笠原、SDSなどから構成。「こころの辞典」参照）

1. 朝いつもより早く目が覚める
2. 朝起きたときに気分がすぐれない
3. 朝いつものように新聞やテレビをみる気になれない
4. 服装や身だしなみにいつもほど関心が持てない
5. 仕事にとりかかる気になかなかならない
6. 仕事にとりかかっても根気がない
7. 決断がつかない
8. いつものように気軽に人に会う気にならない
9. なんとなく不安でイライラする
10. これから先やっていく自信がない
11. 「どこか遠くへ行ってしまう」と思う
12. さびしいので誰かにそばにいて欲しい
13. 涙ぐむことがよくある
14. 夕方になると気分が楽になる
15. 頭が重い、痛い
16. 食欲がない
17. 体がだるく疲れやすい
18. 気分が重い
19. 話に集中できない
20. 首筋や肩がこる
21. のどや口がかわく

22. 息がつまって苦しくなる
23. のどの奥にものがかえる感じがある
24. 寝付きが悪い
25. 夜途中で目が覚める
26. 自分の人生はつまらないと感じる
27. 何をするにもおっくうである
28. 最近やせてきた
29. 便秘している
30. 胸がドキドキする
31. 自分は人に迷惑をかけていると思って心配だ
32. 将来に希望がない
33. 自分は役に立たない人間だと思ってつらい
34. 今の生活に張りがない

家族の一員がひきこもりを続けていて困っています。なにか方法がありますか？

ご本人も、内心では焦ってはいても、どうしてうまくいかないのか分からなくて、どうしようもないという場合が多いのではないのでしょうか。ご家族としても、心配はしているが、実際にどうすればいいのか、手がかりがないという場合が多いようです。昔から、人生の一時期に引きこもるタイプの人はいたのではないのでしょうか。その人なりの人生の時間がありました。今よりも多様な人生があったのではないのでしょうか。しかし現代社会は、そうした時間の流れ方の違うタイプの人を排除する傾向があります。結果として、そうした人たちはますます引きこもることになるでしょう。時間がたてば、ますますきっかけは遠のくようです。ご家族の方が参考文献を読んで、知識を深めるのも意味があると思います。まず家族相談を始めましょう。いろいろと方法はあります。あきらめないで下さい。きっとお力になれると思います。

安定剤や抗うつ剤を使うことは心配です。大丈夫でしょうか？

一般に、薬を使うことについては慎重でなければなりません。安定剤や抗うつ剤に限らず、解熱鎮痛剤でも、抗生物質でも同様です。たとえば厚生省で認可された薬だからといって、万全というわけでもありません。認可・販売が取り消しになる薬もまれにあります。そんな中で、どのように有効で安全な薬を合理的に用いるかが問題です。安定剤や抗うつ剤についてはこうした不安が特に強いようで、患者さん方にお薬をおすすめする際にいろいろと説明しています。必要最低限の量を、最短の期間だけ使うこと。これが薬剤使用の基本です。

薬は自然の食べ物ではありませんから、むやみに口から入れないのがいいと思います。これが原則です。食品添加物、防腐剤、最近話題になっている環境ホルモン物質など、薬以外にも注意すべき物質はいろいろあります。どれも微量だからたいしたことはないと説明されることが多いのですが、微量といえども、少なければ少ないにこしたことはないでしょう。いろいろな危険が複合するときの危険も考えておかなければいけません。薬もそうした危険のなかの一つで、できれば薬なしの自然な暮らしがいいと思います。しかしここでも、効果と危険の合理的な選択があるはずです。

例えば、夏のエアコンを考えてみましょう。エアコンは自然のものではありません。場合によっては冷房病といわれるように、自律神経に影響を与えます。だから全くない方がいいかといえば、それは使い方の問題です。温度や風を適切に管理すれば、エアコンによって夏を大変楽に過ごせるのです。エアコンが悪いのではなく、エアコンの間違った使い方が悪いのではないのでしょうか。薬も同じです。毒になるか、薬になるか、使い方一つなのです。そのために薬に関する正しい知識を身につけましょう。最近薬を調べる本が出版されていて、副作用の項目を調べて悩んでいる人も少なくないようです。悩んでいないで相談してください。「対話と納得」を積み重ねて、正しく合理的に薬を利用しましょう。

大切な何かを失ったとき・悲嘆の仕事（Grief Work）

大切な何かを失ったとき・悲嘆の仕事（Grief Work）

1.概略

交通事故や病気、その他いろいろな原因でわたしたちは愛するものと別れます。人や物、地位など、その人にとって大切な何かを失う体験をすると「悲嘆反応（grief reaction）」が起こります。悲しみの中でも大きな悲しみを悲嘆（grief）と呼んでいます。心のよりどころを失ない、「これは現実ではない」「夢の中に違いない」と感じることもさへあります。

喪失体験に直面したとき、その悲しみから立ち直るためには、悲しみの消化作業が必要です。それがグリーフ・ワーク（Grief Work）、喪の仕事、悲嘆の作業などと言われているものです。

E・キューブラー・ロスは、死にゆく人が自分の死を受容していくプロセスを研究し、どのような傾向があるかまとめました。キリスト教以外でも、自分の死以外でも、悲嘆体験を乗り越えるときには同じようなプロセスをたどるのではないかと拡張して考えました。簡単に言うと、否認（なかったものと思いたい、誰かの思い違いではないかと思いたい）、怒り（関係者に対して、また自分に対しての怒り）、抑うつなどを経て受容に至ります。最後には失ったものを嘆くことやめ、新しい生活に希望を持って向かうようになります。

悲嘆のプロセスは、心の中で、喪失の意味がゆるやかに変わっていくプロセスと考えられます。時間と強さは人により場合によりさまざまです。

2.グリーフワークとは何か

どんなとき起こるか、例を挙げます。

愛する人間、動物との死別。たとえば交通事故で伴侶を失った場合。子供が不治の病にかかった場合。いわゆるペット・ロス。退職して地位や生き甲斐を失った場合。子供が授からないと告知された場合。ずっと希望して努力していた目標をあきらめなければならない場合。

まとめて言えば、大切な何かを失ない、未来への希望が断ち切られた場合。

どのように進行するか、研究があります。

悲嘆反応の一般的経過については、公式のように過度に一般化しても間違いだと思いますが、脳の構造から来る一般的な傾向があることも確かでしょう。

脳は呼吸や消化などのように進化論的に古い機能から、論理的思考などのように新しい機能まで、積み上げるように構成されています。強いショックがあると、上位機能がまず停止し、下位機能が保持されます。緊急事態に対応するためにはまず生命に必要な部分にエネルギーを確保することが有利だからでしょう。分かりにくいものもありますが、大まかな順番で並べると次のようになります。ショック、混乱、無感覚、非現実感、現実変様感、罪責感、敵意、拒否、取り引き、探索行動、苦悶、死者に対する思慕や憧憬、希死念慮、抑うつ、寂しさ、引きこもり、自尊心の低下、悲哀感、無力感、無関心、感情の平板化、アパシー、解放感、現実世界への関心、理性的思考、意味の探求、つぐない、希望、発想の転換、新たな決意、新たな自分の獲得、ユーモア、人格的成長、新しいライフスタイルの確立、新たな友人の獲得。

敢えてもう少し分類してみましょう。

- 1.茫然として、無感覚。現実感を喪失。パニック状態。思考・判断・感情の停止。
- 2.喪失に対する号泣・怒り・敵意・自責感などの強い感情。抑制のきかない思考・感情。
- 3.閉じこもり・うつ状態。
- 4.新たな自分、新たな社会関係。積極的に他人と関与。

次第に脳の抑制系が再生する過程と見るができると思います。

3.グリーフワークをどのように見守るか

悲嘆の仕事の課題として、1.喪失の事実を受容する、2.悲嘆の苦痛を乗り越える、3.あるべき何かが失われた環境を受け入れる、4.新しい希望を見つける、などがあげられます。

正常な悲嘆反応の場合にはそっと見守ればいいのですが、異常な悲嘆反応の場合には手当が必要になります。この場合の「異常」は、医学的な意味ではなく、生活や仕事に支障が生じる程度の強さと期間と考えて下さい。

「グリーフワーク」のプロセスを支えて見守ることを「グリーフケア」と呼びます。過度の悲嘆を自分で処理しきれないときは、専門医によるカウンセリングや薬物療法などが必要になります。

「グリーフケア」の基本は、一時的に出現する感情や行動を、共感的に受けとめることです。日本の社会は、悲しみをこらえるのが大人だと見なされている部分がありますから、あからさまに感情を吐き出すには時と場所を選ばなければなりません。そのような場所がない時は、専門家

を訪ねてください。

「お気持ちは良く分かります」「いつまでも嘆いていてはダメだ」のような言葉も、タイミングが大切です。新しい人生に踏み出すにもタイミングが大切です。

悲嘆を乗り越える方法として、人に話を聞いてもらう、文章などで表現する、同じ経験をした人と語り合うなどが考えられます。サポートを求める勇気を持って下さい。

適応障害

適応がうまくできないとき、主に自律神経系の症状を呈する。持続的緊張状態の結果、交感神経の過剰活動となり、症状発現に至る。いったん症状が出ると不安が強まり予期不安から症状の固定化、さらには悪化を招く。治療は当然適応改善であるが、それは環境と個性の関係の問題であり、適応が当然よいとも言えない面がある。昔から議論されている論点であり、たとえば次のように表現されている。

---引用開始

適応ということを中心的健康のただ一つの基準にした医学的精神療法はハインツ・ハルトマンまで遡る。（中略）彼は言う。「その生産性、人生を楽しむ能力、心の平衡が保たれていれば、個人はよく適応してると言える。失敗とは、適応の欠如のことである」。（中略）社会制度自体がそもそも適応に値するかどうかは問われないのである。（中略）

その文化が適応する価値があるかという問いは、深刻に問われない。もしあなたがそれに適応していれば幸福であり、健康であるが、もしそうでなければ病気であり、障害を起しているのである。かくして適応は、それが適応すべき文化の価値をあらかじめ密かに受け入れている。

ケン・ウィルバー著『進化の構造 上』 P556

---引用終わり

こう言い切っては単純化しすぎであると思うのだが、敢えて言いきった上で、ケン・ウィルバーは適応主義を批判する。わたしはハルトマンの言い分を吟味していないし、部分的な引用を信用してはいけないと思っているが、ケン・ウィルバーの言葉は正しいと思う。

しかし、かなり真剣に問い直したとして、「その文化には適応する価値がある」と納得できる、よい面が多分にあるはずだと思う。また、社会の側に問題があると結論を出したとしても、そこから先、どうすればいいというのだろうか。

ケン・ウィルバーは体制を鋭く批判する知性として社会体制に組み込まれていると言える。この社会にかなりうまく適応して機能していると言えるのではないか。彼は執筆することが自分の天職だと「ダイモン」にまつわる話の中で述懐している。

とりあえず困っている人に、そもそもこの文化に適応する価値があるのかなどと言ってみても話が迂遠すぎると思う。このあたりは文筆家と臨床家の立場の違いということになるのだろうか。100年か1000年かけてケン・ウィルバーの思考は浸透し実現するのだろうか。一方、患者さんたちはとりあえず早くアルコールをやめたいし、過食をやめたいし、虐待と暴力とニグレクトをやめたいのである。

社会を変えるには二つの方向がある。技術の革新などによって社会の仕組みを変えて、その結果人の思考を変化させる方向が一つ。人の思考をまず変化させて社会を変化させる方向がもう一つである。前者は比較的速い変化であるが、後者は時間がかかる。トヨタやマイクロソフトは社会を急激に変えた。結果として人間の思考も変えた。一方、キリスト教の愛の教えは2000年たって、まだまだ静かにのみ人間のこころの変革と社会変革を進行中である。

最近、新聞・雑誌やテレビで、パニック障害の話をよくみかけるようになりました。みなさまもいろいろな話を聞いていらっしゃると思います。それに伴って、心療内科にも「パニック障害ではないか」との相談で訪れる方々が増えています。また、かかりつけの一般内科の先生にすすめられて受診する方々も多くなっています。いまでは治療法がほぼ確立しているので、症状はかなりコントロールできます。

最近増えたのだろうか？

昔は、不安神経症、心臓神経症、過呼吸症候群など、さまざまな名前呼んで、それぞれ別のものと考えていました。しかしこれらは、「不安が非常に高まった状態」が根本で共通していると考えられます。その結果として身体にさまざまな症状があらわれます。根本をとらえて、パニック障害と名付けました。とらえ方が変わったため、増えたように感じられますが、昔から多くありました。

最近によく効く薬物（特効薬といっていいでしょう）が使われるようになり、さらに自律訓練法や行動療法が効果的であるということが分かって、治療にも希望が持てるようになりました。治療すれば治る病気なので、このことを一般の方にも医療関係者にもよく知ってもらうことが大切になってきました。それで、最近よく目にするようになったわけです。「こころの辞典」でも紹介したように、若い女性に多く、過呼吸症候群をおこして救急車で運ばれる人の数は、東京都で一年に12000人以上との統計があります。決して珍しいものではありません。

どんなときにパニック障害を考えるのでしょうか？

症状の例をあげてみましょう。「激しい不安」が根本で、さまざまな身体症状が伴います。どの身体症状が出るかは、人により場合によりいろいろです。

心臓がドキドキする。

呼吸が苦しい。

息がしにくい。

のどに何かつまったような感じがする。

めまいや嘔り、ふらつきがひどい。

冷や汗が出る。

手足やからだ全体がふるえる。しびれる。

一般内科などで身体の検査をしてもはっきりした理由が見つからない。

死ぬのではないかと思うほどの恐怖。

自分が自分でない感じ。

激しい不安。

特定の場所・場面が苦手になる。例えば、電車、美容院、歯医者などが代表的。

精神病の一種でしょうか？

いわゆる精神病ではなく、心身症の一つと位置づけられています。ストレスと関連して起こる、ストレス病の一つです。

治るのでしょうか？

大丈夫です。治ります。

原因は何でしょうか？

現在のところ不明です。しかし例えば、乳酸ソーダの話などは参考になるかもしれません。わたしたちが疲れきったとき、筋肉には乳酸ソーダという物質がたまっています。一種の老廃物です。この物質を注射すると、パニック発作が起こるという実験があります。つまり、過労状態の時にパニック発作は起こりやすくなるのです。この他にもいろいろなタイプがあるので、参考程度のことではありますが、「過労状態を避けること」「疲れたら積極的に休むこと」によって、乳酸ソーダを過剰に蓄積させないことが予防になると考えることができます。このような面からも、ストレスをコントロールすることの大切さが分かります。

治療はどうしますか？どのくらいの期間かかりますか？入院は必要ですか？

治療は大きく分けて、薬と薬以外に分けられます。

薬物療法については、特効薬もあり、仕事などを中断することなく、手軽に試すことができるので大変有効です。こみいった話をしなくても、治ることも多くあります。

薬以外では、精神療法、行動療法、認知療法、自律訓練法、生活指導などを組み合わせて用います。

治療の期間は人によりさまざまです。ストレスコントロールが大切なのですが、ストレスをなくするためには仕事や勉強を一部諦めることが必要にもなります。その場合、どの程度妥協できるかが問題になります。多少の不具合をかかえながらも自分の人生にとって大切なことは諦めないように、調整しましょう。パニック障害が始まってからの年月が長い人は治療にも長い期間が必要になる傾向があります。生活に支障がない程度にまで回復することを目標として設定するならば、それほど長くはかかりません。入院はたいていの場合必要ありません。

不眠症・最近の考え方

患者さんの中には睡眠薬を「クセになるのではないかと心配だ」と考えている人がたくさんいらっしゃいます。実際には現在の睡眠薬は、かなり改良されています。昔の薬とは違います。量がどんどん増えたり、「依存性」が生じたりすることはありません。

一度睡眠薬を飲み始めると睡眠薬なしでは眠れなくなってしまうのではないかと心配です。

睡眠薬を利用して毎日よく眠れるようにすることが肝心です。よくなれば睡眠薬をやめられますが、無理をしてやめる必要はありません。使い続けているうちに、自然に飲み忘れる日が増えていき、「もう飲まなくていいな」と感じるすることができます。自然にやめられます。

やめ方を教えて下さい。

一時的にストレスがあった場合、不眠症は大変起こりやすいのですが、次のように説明します。

「まず毎日安心して眠れるように睡眠薬を使いましょう。よく眠ることがクセになったら、薬は自然とやめられるようになります」。過度に心配しなくて大丈夫です。

睡眠薬の減量は、完全に眠れるようになってから、2ヶ月様子を見て、開始します。焦って急にやめると、反跳性不眠（悪夢、中途覚醒）や退薬症状（頭痛、頭重、めまい、不安、焦燥、いらいら）が起こることがあります。その恐怖感からかえって、薬に対して神経質になってしまうことがあります。かならず、正しいやめ方をしましょう。一回の量を少しずつ減らしていくか、週に一回程度の休薬日を設けるか、患者さんの状態によって考えていきましょう。わたしたちは一日量を1→3/4→1/2→1/4→0というような減らし方をおすすめしています。

その際に少しでも不眠が再発したら焦らずにしばらく減量は中止します。体調が回復すれば必ずやめられるのです。

長い間の不眠です。体質でしょうか。

一方、体質的に慢性の不眠症の患者さんがいらっしゃいます。その場合には、10年、20年と長期連用しても問題ありません。そうした患者さんは副作用もなく、適切な睡眠習慣を維持し、人生を広げています。睡眠薬を適切に使用して、「自分が睡眠をコントロールできる」という自信を持って下さい。そこから人生全般に対しての積極的な姿勢も生まれ、人生を拡大することができますようになります。無理に薬を止めて、不眠が再発し、自信をなくし、人生が萎縮する、それが一番残念なことだと思います。よく相談しましょう。専門医はあなたを守ります。

睡眠障害対処12の指針（厚生労働省 平成13年度研究班報告より改編）

- 睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分。睡眠の長い人、短い人がいて、季節によっても変化する。8時間にこだわらない。歳をとると必要な睡眠時間は短くなる。
- 刺激物を避け、寝る前には自分なりのリラックスマ法。就寝前4時間のカフェイン摂取は避ける。就寝前1時間の喫煙は避ける。軽い読書、音楽、ぬるめの入浴、香り、筋弛緩トレーニングなどのリラックスマ法。
- 眠くなってから床につく、就寝時刻にこだわりすぎない。眠ろうとする意気ごみが頭をさえさせ寝つきを悪くする。
- 同じ時刻に毎日起床。早寝早起きでなく、早起きが早寝に通じる。日曜に遅くまで床で過ごす、月曜の朝がつらくなる。
- 光の利用でよい睡眠。朝、日光にあたる。日光を浴びると脳内のメラトニンが調整される。
- 規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣。朝食は心と体の目覚めに重要、夜食はごく軽く。運動習慣は熟眠を促進。
- 昼寝をするなら、午後3時前の20～30分。長い昼寝はかえってぼんやりのもと。夕方以降の昼寝は夜の睡眠に悪影響。
- 眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに。寝床で長く過ごしすぎると熟眠感がなくなる。
- 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のぴくつき・むずむず感は要注意。背景に睡眠の病気があることがある。専門の治療が必要。
- 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に。長時間眠っても日中の眠気で仕事・学業に支障がある場合は専門医に。車の運転にくれぐれも注意。
- 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと。睡眠薬代わりの寝酒は、深い睡眠を減らし、夜中に目覚

める原因となる。睡眠の質が悪くなる。

- 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全。一定時刻に服用し就寝。アルコールとの併用はしない。生活の質の改善を目指す。

自律神経とは

末梢神経には随意神経と自律神経があります。自律神経は交感神経と副交感神経から成り立っています。自律神経の失調状態とは、交感神経と副交感神経の働くタイミングがうまくいかず、バランスが失われた状態をいいます。たとえとして、自動車を思い浮かべて下さい。交感神経はアクセル、副交感神経はブレーキと考えてみましょう。日中の活動中は交感神経が働いています。そのとき副交感神経は休んでいます。寝ている時には副交感神経が働きます。そのとき交感神経は休んでいます。つまり、アクセルを踏む時はブレーキは離し、ブレーキを踏む時にはアクセルは離しています。アクセルとブレーキのタイミングが悪いと、困ったことになります。交感神経と副交感神経が同時に働いたとすれば、アクセルとブレーキを両方同時に踏み込むことになります。これではいくら何でもうまくいきません。このあたりのタイミングの調整については、普通は人間が意識しなくても自動的に行われています。

症状

自律神経はどんな部分の調整をしているのでしょうか。不調になった場合、その症状としてはどのようなものがあるのでしょうか？代表的なものを一部分だけあげてみましょう。

全身.....疲れ易さ、不眠、食欲不振

呼吸.....息苦しさ、過呼吸発作

心臓.....動悸（ドキドキ）

血液循環.....冷え症・ほてり

汗.....冷や汗、多汗

耳.....耳鳴り、めまい

頭.....頭が重い、頭痛

精神面.....イライラ、ゆううつ、やる気が出ない、不安、緊張、怒りっぽい

のど.....のどのあたりに何か詰まっている感じ

生殖器.....インポテンツ

筋肉.....肩こり

自律神経失調症は、昔から若い女性と更年期の女性に多いといわれてきました。ストレスに悩んでも解消の方法がなかった人たちに多く発生したのでしょう。さらにホルモンの変動が病状を悪化させるわけです。現代では男性も同じです。逃げられないストレスに毎日持続的にさらされていると自律神経の働きが乱れてきて、症状が始まります。

治療はどのようにしますか？

1. まず症状の成り立ちを正確につかむ。

表面に現れている症状が自律神経失調症状であり、その原因が自律神経の乱れであるというところまでは多くの人に共通していますが、乱れの原因についてはさまざまです。

・生活習慣の乱れ.....不規則な食事、栄養の偏り、睡眠時間の不足、不規則な睡眠リズム。これらは生活習慣の乱れとしてまとめることができます。これは自律神経の乱れの原因でもあり、同時に結果でもあります。

ホルモンを含めた身体状態・体質.....更年期障害に代表されるように、ホルモン状態が不安定だと自律神経の調整が乱れてきます。

・性格傾向.....自分をおさえて他人に合わせる人、感情を自由に発散する環境にない人、このタイプの人には適応過剰になりやすく、自律神経症状を呈しやすいことがわかっています。また環境に合わせきれずに、不適応を起こす人も多いものです。このタイプの人には典型的なストレス病を呈します。性格のチェックには面接と心理テストが役立ちます。

・ストレス・過労.....性格と関連しますが、ストレス・過労状態を長い間続けていると自律神経が乱れてきます。過労状態では常に緊張を強いられます。しかし緊張状態のままでは十分な食事やよい睡眠が得られません。緊張とリラクスの適度なリズムが必要なのです。慢性ストレス・過労状態は、わたしたちのこころとからだのリズムを奪います。

2. 適した治療法を選択する。

生活指導（食事、睡眠、運動、人間関係、その他）

薬物療法（漢方薬も積極的に活用します）

精神療法（カウンセリング）

自律訓練法（自分で手軽にできるトレーニングです）

これらの治療法があります。症状の成り立ちがきちんと把握されていれば、治療法を選択も合理的にできます。お気軽にご相談下さい。

過敏性腸症候群（IBS）

過敏性腸症候群（IBS）

「このごろ下痢でお腹が痛い。トイレに行って出してしまうと落ち着くんだけれど、またお腹が痛くなる。そんなことの繰り返しで、外出もおっくうになってしまう。仕事に支障が出ている。会社ではリストラの話も出ているのに、こんな体調では目をつけられてしまう。胃腸科で調べてもらったけれど、特に悪いところはないといわれた。病名は過敏性腸症候群というそうだ。ストレスに関係する病気で、心療内科に行けば相談できるらしい。」

そんなわけで、過敏性腸症候群の人が心療内科にいらっしやいます。

診断

過敏性腸症候群は過敏性大腸症候群と同じものをさしています。診断の手がかりとしては、以下の項目のうち、6つ以上あてはまれば、疑わしいといわれています（川上先生の表をアレンジしてストレス・マネージメント・パワー・グループの考え方を紹介します）。

血液検査やエックス線検査で異常がないことが前提になります。また、お腹の調子以外に自律神経症状がないかどうか、ストレス関連症状がないかどうか、細かく調べることも必要です。

子供の頃、腹痛をおこしていた

激しい腹痛で、救急で医者に診てもらったことがある

以前からときどき腹痛がある

お腹をあたためると腹痛が軽くなる

排便すると腹痛が軽くなる

下痢、便秘、ガスがたまるなどで困る

排便すると腹痛が起こる

腹痛を伴う下痢がある

下痢と便秘が交代でおこる

下痢と便秘が以前からときどきある

うさぎの糞のようにころころした便である

うさぎの糞のようなころころした便が出て腹痛がある

便の中に粘液がまじっている

病型として分類すると、1.下痢型、2.便秘型、3.下痢と便秘の交代型、4.ガスがたまってお腹が張るタイプなどがあります。

原因

過敏性腸症候群ではストレスが原因となり、自律神経の異常が発生し、腸に症状が出ると考えられます。

ストレス……原因の中でもっとも多く、重要なものと考えられています。仕事のストレス、家庭のストレス、学校のストレス、更年期のストレスなどがあり、いくつかのストレス要因が重なっている場合もしばしばあります。

性格……神経質な人、気にしやすい人、責任感が強い人、几帳面な人などにおこりやすいようです。もちろんそれ以外の人にもおこります。

体質……もともと胃腸が弱い体質の人がいます。遺伝的に胃腸が弱い人もいます。このタイプの人にはストレスが胃腸に出やすいようです。

食事……暴飲暴食、食欲不振、過量のアルコールなど、心当たりはありませんか？

睡眠……睡眠不足はストレスの原因でもあり結果でもあります。

治療

「症状に応じた手当」と、「原因に応じた治療」の二つを考えます。

まず「手当」です。症状は下痢、便秘、ガスなどですから、それらを調整する薬を使いましょう。下剤や下痢止めですね。弱いものから強力なものまで、さまざまあります。ヨーグルトを食べることも勧められます。一日200グラム程度を持続してみてください。ヨーグルトにきな粉を混ぜることもしばしば勧められます。これだけですべて解決するわけではありませんが、症状が少しでも緩和されれば、自分の状況についてゆとりを持って見通しよく考えることができるようになります。

「原因」に応じた治療としては次のようなものがあります。

十分な睡眠。

ストレスに対抗するために睡眠はとても大切です。睡眠を確保する工夫をしましょう。眠れない

ときには薬の助けを借りることも検討してみましょう。

食事の見直し。

規則正しい食事、バランスのとれた食事内容が大切です。ゆっくり、楽しみながら食事ができていますか？

ストレス解消。

これは言うほど簡単ではありませんね。仕事がストレスと分かっているにもかかわらず、どうしようもない状況で、多くの人は働いています。しかしそれでも、なんとか、現在よりも少しでもしのぎやすくするために、一緒に工夫を考えましょう。瞬間的な大きなストレスも大変な苦しみですが、持続的・慢性的な、耐えられるぎりぎりのストレスも大変苦しいものです。

自律訓練法。

短い時間で簡単にできます。何度かトレーニングして身につけて下さい。ストレス・マネジメントの初級編です。

カウンセリング。

お話の中で自分の置かれた状況を整理してみましょう。話しても何も変わらないとあきらめないで下さい。自分が変われば周囲が変わることもあります。時間を稼いでいるだけでも大きな希望がもてます。時間がたてば少しずつすべてが変わるものです。

性格傾向の把握。

心理テストなどを使って自分の性格傾向をつかみましょう。それを生活改善に役立てましょう。

薬。

ときに漢方薬や西洋薬で調整して、それが回復のきっかけになることがあります。話し合ってみましょう。

月経に関連した気分障害(Premenstrual Mood Disorder)、PMS、PMDD

月経に関連した気分障害(Premenstrual Mood Disorder)、PMS、PMDD

月経に関連した気分障害(Premenstrual Mood Disorder)

最近では月経に関係した気分不安定（身体的不安定を伴うこともある）をまとめて月経に関連した気分障害(Premenstrual Mood Disorder)と呼ぶ。1890年代にはMenstrual Psychiatric Disorderと呼ばれたものである。現在の月経に関連した気分障害(Premenstrual Mood Disorder)を細分すると、PMS(Premenstrual Tension Syndrome)やPMDD(Premenstrual dysphoric disorder)がある。PMSは1953年から用いられている用語で月経前緊張症候群と訳される。最近ではTension「緊張」を省略して、Premenstrual Syndrome(月経前症候群)をPMSとすることも多い。PMDDは1994年DSM-IVから用いられている用語で月経前不快気分障害と訳される。

女性の場合、月経に関連した気分障害(Premenstrual Mood Disorder)は20代から50代まで及ぶ。女性の20～40%が経験し、2～10%は仕事や人間関係に支障を来していると報告されている（1995米国）。

そのなかで月経前緊張症候群または月経前症候群（PMS）は、症状に個人差が大きく多彩であるが、身体症状として多いのは「食欲の変化、吐き気・嘔吐、頭痛、腹痛、乳房緊満感、のぼせ・発汗、疲労・倦怠感、浮腫（むくみ）」などであり、精神症状としては「不安・抑うつ、緊張、睡眠異常、焦燥感（イライラ）、情緒不安定、集中力・判断力の低下」などである。

月経前不快気分障害(PMDD)の症状はPMSの精神症状の重症型と位置づけられる。「著しい抑うつ気分、著しい不安、著しい情緒不安定、活動に対する興味の減退などの症状が過去1年にわたってほとんどの月経周期の黄体期の最後の週に周期的に現れ、月経の次の週には消退するパターンをとる」ことが特徴とされる。原因として黄体ホルモンの関与が考えられるものの、患者の血中プロゲステロン濃度にはほとんど変化が認められないことから、黄体ホルモンのみで発生機序を説明することはできない。PMDDのリスクファクターとして、1.ライフイベント・ストレス、2.経産回数が少ない場合、3.気分障害などの精神科既往歴のある場合、4.遺伝（双子研究で優位差あり）があげられる。

PMSの診断にはICD-10を用いる。「精神症状がマイルドであり、黄体期の身体症状として腹部膨満、胸部圧痛、体重増加、腫脹、疼痛、集中力困難、食欲の変化」のなかの一項目でも該当すればPMSとする。

PMDDの診断にはDSM-IVを用いる。PMDDは「特定不能のうつ病性障害」に分類されており、仕事や人間関係が損なわれることがある。

治療についてはSSRIが有効であると言われ、北米、豪州、韓国ではPMDDに対してSSRIの適応が認められている。日本では認められていない。PMDDにおいては、うつ病の場合よりも効果発現が早い、血中セロトニン濃度異常があるなど理由から、SSRIが第一選択薬として積極的に用いるべきだと提唱されている。副作用として悪心嘔吐があるが、1~4週の服用継続で消失することが多い。投与方法としては間欠投与方法が勧められている。症状悪化時期を推定しつつ用いるもので、合理的である。

付随的なものとして、認知行動療法が有効。家族に対して精神療法的なアプローチが有効。むくみに対して利尿剤、痛み鎮痛剤を用いる。性ホルモンは効果ないものの、40歳以上の女性に対してはホルモン補充療法として使用することがある。抗不安薬はSSRIが効かなかった時の第二選択薬であるとされている。

現状では日本ではSSRIよりもエチゾラムなどの抗不安薬が選択されることが多いと思う。それで十分にコントロールできると思うが、今後SSRI以降の薬剤にシフトしてゆくのだろう。

めまい

めまいで悩む人のなんと多いことでしょう。それでだけではありません。「どんなめまいですか？」と聞かれたとき、ことばでうまく伝えられずに悩む人のなんと多いことでしょう。

「めまいがする」といってもその内容には実にさまざまな可能性があります。めまいで悩んでいる人はまず、耳鼻科か神経内科または脳外科を受診してみてください。そこでは詳しい問診、身体診察、血液検査、さらに必要に応じてMRIまたはCTなどの検査が行われます。耳鼻科では聴力検査やめまい誘発テストを行うこともあります。診察の結果が出ると、脳血管障害、耳鼻科的問題、メニエール病、貧血などと説明されるでしょう。しかしそのような可能性が否定され、「特にどこも悪くないですね。ストレスじゃないですか？」と言われる人も多いのです。

どこも悪くないと言われても納得できませんよね。「でも、めまいはあるんです。わたしはどうしたらいいんですか？」とあなたは言うでしょう。先生は「では心療内科で相談して下さい、ストレスの方面の専門ですから。紹介状を書きますね」と言うでしょう。

先生に手渡されたパンフレットには心療内科の説明が書いてあります。近いから明日行ってみようと思います。「自分のめまいをどう説明すればいいのだろうか、自分の説明が悪いから原因が見つからないのではないか」そんな風に悩やみつつ、あなたはクリニックを訪ねます。

診察

というわけで、心療内科の診察室です。あなたにお尋ねしたいのは次のようなことです。

次のような言葉がどれか当てはまりますか？

- ・天井が回転する。
- ・自分がふらふらする。雲の上を歩いているよう。
- ・血の気が引いていくような感じ。気が遠くなるような。

どんなときに起こりやすいか、気づいていますか？

めまいはこの一ヶ月で何度くらい起こりましたか？

めまいが起こったらあなたはどうしていますか？横になってしまいますか？

一回のめまいはどのくらい続きますか？一日？2時間？20秒？

めまいの他に症状はありますか？たとえば、耳が聞こえない、耳鳴り、耳の圧迫感、ほっぺたのあたりがぴりぴりする、言葉が不明瞭になる、頭痛、肩こり、下痢など。

薬は飲んでいますか？健康食品などは使っていますか？

自律神経症状の特徴

血液検査でもMRIなどの写真でも異常がない場合、自律神経失調症としてとらえてみてはどうか、と考えることになります。自律神経症状とは、頭痛、耳鳴り、下痢、便秘、疲れ易さ、不眠、食欲不振、動悸、息切れなどを指しますが、めまいも自律神経症状のひとつです。ストレスが関係した自律神経失調症または心身症の見立てには次のような特徴が参考になります。

- ・長い間、出たり消えたりして続いている。
- ・季節や環境が変わると出てくる。
- ・体調の変動が影響している。
- ・生理周期と関係あることもある。
- ・めまい止めの薬は多少役に立つが、安心できるほどの効き目ではない。
- ・小さい頃から吐いたり腹が痛くなる体質だった。
- ・ストレスの多い生活をしている。
- ・十分に休養すると多少は楽になる。
- ・疲れやすい。
- ・冷え症がある。

また診断には心理テストが役に立ちます。不安の程度、ストレスの程度、不安に対処する能力、ストレスを解消する能力、他人とどのようにかかわっているか、環境適応の程度、さらには更年期の程度なども加えて、心理面を把握します。

治療 治療は大きく分けて3つの分野があります。

1.薬の工夫。通常めまい止めの他にいろいろな考え方ができます。漢方薬なども適切に選択すれば役に立ちます。

2.自律訓練法。自律訓練法はストレスに対処する力を高めてくれます。しばらく練習してみてください。上手になれば薬を減らすことができます。

3.ストレス・コントロール。これが一番大切です。生活のいろいろな側面をチェックしてみましょう。若い頃と同じように無理を続けていませんか？ストレスをストレスと認識できるようになることが最初の課題です。

医者であり、一般向け読み物のライターでもあるオリバー・サックスに「偏頭痛百科」という本があり、翻訳も出ています。最新の知識とは言えませんが、頭痛の苦しみはよく伝わってきます。頭痛の原因を調べてみると、MRIやCTで何か病変が見つかることは圧倒的に少ないようです。大部分は写真に原因が写らない慢性頭痛です。致命的なことはありませんが、生活を大きく制限することも多いものです。

片頭痛は（偏頭痛とも書きます）必ず片側でもありませんし、腹痛が実は片頭痛発作の変形だったというような「頭痛なき偏頭痛」についての議論もあるほどで、わかりにくい分野です。

しかし最近は大きな進歩があり、予防薬、治療薬ともいろいろと選択できます。患者さんも治療者も、多少は楽になりました。

分類

大胆に単純化して分類すれば、まず血管性（片頭痛）、緊張性（肩こりの延長）、心因性（ストレス）の三種に分けて考え、次にさらに細かい分類に進む、と考えたらいいと思います。これらいくつかの頭痛が一人の人に混在していることもあります。このあたりの見立てが大切です。頭痛の診断には、精密な問診が重要です。さらに心理的要因が深くかかわっていることも多いので、症状だけではなく、生育、性格、生活状況、ストレス因子、これらの把握が必要になります。

頭痛の相談ではどんなことを伝えればよいですか？

診察室でお伺いしたいことは次のようなことです。あらかじめまとめておいて、お話しただければ幸いです。

どこがどんな痛みか、詳しく。

たとえば、次のようなことです。「ズキン、ズキン」「ガツン、ガツン」「拍動性」「痛いと言うより、重い感じ」「頭がしめつけられる感じ」「頭に帽子をかぶったような」「ジワーッと」「頭の片方が」「後頭部が」「目の奥のあたりが」「刺すように」「耳の奥で響くような」いつ始まって、どのくらい続くか。

たとえば、「朝に起こり、5分くらい」「夕方に始まり、夜まで」「寝ているときにも」など。起こりやすい状況は何かあるか。

たとえば「生理との関係」「食事との関係」「睡眠との関係」「仕事」「ストレス」。

頭痛前後の頭痛以外の症状。

たとえば、「吐き気」「涙目」「めまい」「図形が見える」「肩こりがひどい」など。

頭痛が始まったら、あなたはどうぞ過ごしているか。楽になる方法があるか。「一日横になってしまう」「5分くらい我慢する」など。

何歳頃から始まったか。年齢が進むにつれてどう変化しているか。家族に頭痛の人はいるか。

治療 はどのようにしますか？

1 薬

大きく分けると、痛くなってしまっからの薬と、痛くならないように予防する薬とがあります。患者さんの個別の特徴に合わせて、片頭痛薬、鎮痛剤、抗セロトニン薬、 β ブロッカー、カルシウム拮抗薬、抗てんかん薬、抗うつ薬、漢方薬などを工夫して処方します。適切な選択に成功すれば楽になります。ただ単に「このタイプの頭痛だからこの薬」というわけではないところが難しいところです。下記トリプタン系薬剤を参照。

2 生活調整.....頭痛のひきがねを発見して回避する

自分の頭痛のひきがねについてある程度わかっている人も多いものです。代表的なものをあげます。

(1) 生理.....生理前、生理中、排卵期、更年期など。生理との関係に気づいている人は多いものです。

(2) 睡眠.....寝不足など。

(3) ストレス.....なんといっても一番多い。けんかした次の日にひどい頭痛が始まって、一日何もできなかった、など。

(4) 食事.....チョコレート、赤ワイン、チーズ、ナッツ。わかっている範囲で避ければいいでしょう。

3 頭痛日記が役に立つ

2であげた「頭痛のひきがね」を再度考えてみると、生理にしても睡眠にしても、「心身全体の調子が落ちている」ことが背景にあるようです。そうした生活と体調の総合的な様子をつかむために、頭痛日記が役に立ちます。頭痛が始まったとき、終わった時を中心にして、睡眠、食事、対人関係、仕事、などを書き加えて日記をつけます。そのなかから生活調整のヒントをつかむわけです。診察の時にとても参考になります。また、薬剤使用の時間を加えればさらに役立ちます。

トリプタン系薬剤

片頭痛についてはトリプタン系薬剤が特効薬として使われている。日本で保険適用可能な製品名でいうと、イミグラン、マクサルト、レルパックス、ゾーミックの四種がある。片頭痛は脳血管の収縮と拡張に伴って生じると言われ、トリプタン製剤は脳血管セロトニン系に作用して脳血管の過剰な拡張を抑制すると言われる。三叉神経を介しての作用も言われている。

保険適応症は片頭痛のみ。イミグラン注射は群発頭痛にも適応がある。実際には片頭痛と筋収

縮型頭痛の混合型もあり、その場合にも効果があると思われる。服用については、一日一錠で充分である。2時間を置けばもう一錠服用可能と説明されるが、追加するよりは、パキシルなどを併用するか、片頭痛予防薬であるミグシスを併用する方がよいようである。四種薬剤の使い分けが問題となる。確かに効果の早い遅い、副作用の違いは言われるところであるが、各個人で試してみても確認するしかないようである。実験の数値は参考程度だと思う。現状では大雑把に体質としか言いようがない。即効性についてはイミグラン点鼻液が優位。口腔内速崩錠のあるマクサルトとゾーミックについては、よい点でもあるが、扱いが難しいのが難点である。レルパックスは親切なパッケージで特徴がある。週に一錠、多くても週に二錠くらいが目安と思う。それ以上使うようであれば、生活の見直し、他に基礎疾患がないか見直し、さらにSSRIや予防薬ミグシスの併用を考慮する。

副作用については、一般的に安全性の高い薬剤であるとの印象がある。

脳血管に選択的ではあるが冠動脈にも若干の作用をもつので、心臓の悪い人、脳血管障害の既往のある人、血圧が極端に高かったり低かったりする人は注意が必要である。エルゴタミンおよびエルゴタミン誘導体との併用は禁忌である(24時間)。ジヒデルゴットは低血圧の治療によく使われている。片頭痛の患者は低血圧患者が多く、この薬が使われている可能性が高いので注意する。

セロトニン系を介するのでセロトニン薬SSRI（ルボックス、パキシルなど）とは併用注意であると記載されているが、実際にはたとえばパキシルは片頭痛を予防する方向で作用するとの印象がある。私たちの治療する患者さんはうつ傾向のある人たちが多いためかもしれない。

くも膜下出血・髄膜炎など生命に危険のある頭痛に安易に用いて診断・治療が遅れることはよくないので、鑑別診断が大切である。

片頭痛患者にはトリプタンの効果が不十分なケース、いわゆるnonresponderが存在する。トリプタンが効果不十分となる要因として、片頭痛時には胃内容停滞がおこり、経口薬の吸収を遅延することがあげられる。その場合にはイミグラン点鼻液を試みる。

片頭痛予防薬ミグシスは大変有用と感じている。長年続いていた「閃輝暗点」が消失したという人が何人もいる。

痛みと妄想

痛みと妄想

相談者の語る話を聞いて妄想なのかそうでないのか判断することが難しい局面がある。

たとえば、キムタクがわたしを好きで、毎晩会いに来る、というのなら、だいたいは妄想だろうと思う。

逆に、わたしはキムタクが大好きで、いろいろ集めていると言えば、たぶん普通の範囲だろうけれど、妄想かもしれないと疑いは残る。

キムタクがあなたを好きかどうかはキムタクに聞いてみれば分かることで、妄想かどうかの検証はしやすいし、常識が教えるものがある。

あなたがキムタクを好きかどうかは、特に妄想というほどのことでもないが、妄想か否かを判定する手だてに乏しい。

特に判断に困るのが内蔵系・筋肉系の痛みである。腹が痛いとか、腰が痛いとか、立って歩けないほどだとか、訴える。

夏樹静子さん著「椅子が怖い」「心療内科を訪ねて一心が痛み、心が治す」とか柳沢桂子さんの本に書かれている。

整形外科や内科で身体的検査を繰り返す。血液検査や患部と疑わしい部分の写真を参考にして、訴えを説明できるだけの所見が得られない場合、心因的なものではないかと疑う。診断名としては身体表現性障害、心因性疼痛などが用意されている。

たとえば腰痛に限定してみる。腰のあたりのMRIでは特に所見がないとき。牽引やMS温湿布をするのだけれど、心配の仕方としても過剰なような印象がするとき。そんな場合に心療内科がリエゾン・コンサルテーションに呼ばれる。

腰痛の原因としては、まず写真に写る腰のあたりの問題がある。細かく言うと神経根の圧迫の問題、椎間板ヘルニア、脊柱管狭窄症、腰椎分離症、腰椎すべり症がまずあげられる。脊椎変性症などという言葉も使う。腫瘍や血管性の病変の可能性もある。「排尿、尿意コントロールが困難、肛門・生殖器のあたりのしびれ、両足のしびれ・異和感・脱力、足のふらつき」などがある場合には器質性の可能性が高いと言える。

次には、写真には写らないような筋膜炎（MyalgiaまたはMyofacial Pain Syndrome 筋膜炎疼痛症候群）や関連痛（痛みの原因は局所ではなく、離れた場所が原因だという場合、これは解剖学的に説明可能）などの可能性を考える。

最後に心因性疼痛を考える。

しかしいろいろと困難はある。

まず、写真の所見と症状とを因果関係ありと認定するのが難しい。腰が痛くない人でも、写真を撮れば腰椎の異常は見つかることも多い。老化が主な要因だからだ。誰にでもある程度の変化を病気の原因として特定している可能性がある。

次に、腰痛を訴える人に対して、写真を提示して、「ここの圧迫のせいで痛いんです。治りは悪いですが、牽引をしてみたら手術も考えましょう」などと言われると、病状は固定してしまう。これも問題である。活動を制限し仕事を長く休むほど病状は固定し悪化するとの報告もある。しかし一方、局所の状態が悪いから、動けないし仕事も無理だとの論理も成り立つ。

次には骨は写真によく写るが、筋膜炎などになると写りにくいことで診断がつきにくいことが問題である。伝統医学の鍼灸などは筋炎の場合にトリガーポイントを刺激することで痛みを解決しているらしい。

本人が痛みを訴える場所と炎症の場所が離れている場合も、見落としがちである。

ここまでの手続きを経過して、やっと心因性疼痛の検討である。

検査所見で全く問題がなく、筋炎、関連痛の可能性もないとなったとき、心因性疼痛を疑う。この場合は症状は解剖学に一致しないことが多い。固定している人もあるが、浮動性の場合もある。多くは他にも悩みを抱えている。ある種の性格特徴がある。背景に糖尿病などが隠れていることがあるので、きちんと除外する。

ここまで来て、最初の問題が浮上する。その痛みは妄想かもしれない。痛みの実体はなく、ただ固い信念だけがあるのかもしれない。しかしそれを妄想と確定する手段がない。

心因性といっても、完全に妄想の領域のものもあれば、持続的な交感神経興奮→血流不全→内因性発痛物質の蓄積→痛み・コリといった経路も考えられる。これは心因性疼痛と筋膜炎の混合のような状態である。

このような事情で、腰痛、腹痛、めまい、頭痛など、診断・治療とも困難な例も少なくない。

ストレス脆弱性モデル

ストレス脆弱性モデル

精神病の原因については長い間、生物学説と心理学説の交代が振り子のように続いてきた。しかし実際には両方の要因があるだろうということで、ストレス脆弱性モデルで説明している。もともと生物学的に脆弱性（Vulnerability）があり、そこに過剰なストレスが加われば、発病するとする。

コップと水でたとえてみよう。

生物学的脆弱性とは、コップは平均200ccであるのに、生まれつき100ccということだ。注がれる水がストレスとして、水が50ccであれば、どちらも特に問題は起こらない。注がれる水が150ccであれば、200ccのコップは大丈夫であるが100ccのコップはあふれてしまう。水が300ccであれば、どちらもあふれてしまう。

このように、生まれつきの要因(つまり脆弱性)もあるし、後天的な要因(つまりストレス)もあるということだ。自分は100ccなのだと認識して、ストレスを100cc以内にすれば安全に暮らせる。そのためにSocial Skillをトレーニングする（SST）。

社会不安障害（社交不安障害・対人恐怖・SAD）入門

社会不安障害（SAD :social anxiety disorder）について

社会不安障害（SAD :social anxiety disorder）について

最近では社会不安障害の用語を耳にすることも多くなった。従来日本では「対人恐怖症」または「対人恐怖」とよんでいた病態が近く、しかもそれは社会不安障害よりも広い概念である。海外でもtaijinkyofuとして確定された概念と認識されている。SAD :social anxiety disorder の翻訳語は社会不安障害として確定されている。社会はsocialの直接の翻訳語であるが、対人関係とか、人付き合いとか、もっとはつきり言えば「他人」が問題である。

概ねを言えば、社会不安障害では「他人に見られること」や「他人に判断されること」に過度の不安がある。自分の行動が「他人から否定的に評価されることを常に恐れて」いる。対人緊張が高まると、震え、赤面、動悸、悪心などの身体症状が生じる。しかしここまでならば単に対人緊張の強いシャイな人である。ここから**回避行動**が生じ、**予期不安**が見られる場合、SADと診断されることになる。**回避行動**とは、行くべきところに行けないこと。たとえば会議に出席できない。好きなコンサートに行けない。学校に行けないなどである。**予期不安**は、不安な場面を頭の中でリハーサルして何度も不安を体験してしまうことである。SADと診断する際には社会活動に制限が生じることが目安になる。また、彼らは自分の不安を不合理であると明確に自覚している。それなのに不安を止められないと悩んでいるのである。「**不合理の自覚**」は強迫性障害診断においても大切とされている点なのであるが、確認は容易ではない場合もある。

SADの人がどうしても人前に出なければならない時、アルコールの助けを借りることがよくある。そしてそれが常習的になることもよくある。従って、**アルコール症**の背後にSADがないかどうか、吟味する必要がある。

SADにも重症度の違いがあり、不安の場面がかなり限定されている場合は軽症、場面が増えてあらゆる場面で不安が見られるようになると重症タイプになる。

最近では障害有病率は5~10%程度といわれている。決して少なくない。女性の方が多いといわれている。この内容については子細に検討が必要と思われる。また20歳代より前の若年層に多いと観察されており、30~40歳を過ぎて初発するケースは稀と言われる。社交技術（social skill）が発達するからだろう。診察室では、中学から大学にかけて、学校場面での困難に直面する例が多い。最近の学生は内心を言語化する能力が低いので、診察には苦勞することが多い。

SAD患者は未婚者が多く、長じても25%は結婚の経験がない。結婚したとしても、離婚することも多い。親戚づきあいが出来なかつたり、家族ぐるみの交流ができなからだと言われている。

SADと診断された人で、他の病気を同時に診断される人が50%もいる。多いのは**うつ病**であり、SADの20%はうつ病と言われる。これは社会生活に制限が生じ、同時に家庭生活にも制限が生じるので二次性にうつ病になったと考えることも出来るし、もともと原発性にうつ病の人が、人づきあいの面で制限を感じて、結果として社会不安障害と診断される面もあると思う。アルコール症は当然多く、自殺未遂も多い印象がある。

病気としてのSADと「内気な性格」、あるいは「**回避性人格障害**」の鑑別は困難な問題になる。ポイントは社会生活に制限支障が出ればSADと言うべきであることである。本人または家族が実際の不利益を被れば、SADと診断して治療を開始すべきだと思う。また、**スキゾタイプ人格障害**、**スキゾイド人格障害**、**パニック障害**との鑑別も必要である。パニック障害の場合には一人でいる方が不安が高まり、誰かと一緒にいたがる。一方、SADの場合には、他者と一緒にいることが苦痛である。治療はまずSAD単独の病態なのか、うつ病やアルコール症をも併発している病態であるかを鑑別診断する。併発病があれば当然治療すべきである。併発率が最も高いのはうつ病であり、かつ、SADそのものについても**SSRI**が有効であるから、これが第一選択薬になる。フルボキサミン（商品名ルボックス）を最初50mg、徐々に増量して3週後に150mg、その後経過を見て150mgを維持量とするか、300mgまで増量して維持量とする。副作用は口渇と便秘程度で、重篤なものはない。奇異な反応があったら注視して観察する。

効果発現まで2週から4週が目安になるが、データからは3ヶ月を経過してからでないと、効果の有無を結論できない。ここで注意したいのは、3ヶ月の後に無効であったとして、無駄なのかと言えば、そうではないことである。併発しているうつ病うつ状態については改善が見られていることが多い。結論としては、最適維持量を最低3ヶ月は継続すべきである。

指摘されている事実として、薬剤開始1週目で不安が強くなる場合がある。これはSADだけではなく、**GAD**の場合にも、フルボキサミンで見られる現象である。しかし、その後不安が低下して、次に回避行動が低下するので安心していい。実際にはLSASという社会不安尺度で測定して論じている。この1週目の不安の増大に対してはベンゾジアゼピン系抗不安薬（たとえばソラナックス、ワイパックス、メイラックス）を用いて、不安を抑える戦略がよいだろう。この際にクロナゼパム（ランドセン、リボトリール）も勧められるが、日本ではてんかんの病名がなければ使用できない。

フルボキサミンの他に日本ではパロキセチン（パキシル）を使用することができる。初回20mgで開始して、40~60mgまで増量し、3ヶ月維持する。そこで効果を評価する。

ルボックスやパキシルで3ヶ月を経過して、その後維持し、最低一年は継続する。その後に薬剤を減量して症状再発のない場合には治癒となる。症状再発した場合には同一薬剤を継続する。長期投薬を要する場合の例をあげると、うつ病を併発している場合、社会不安障害発症が人生早期であった場合、回避性人格障害を併発している場合、薬剤コンプライアンスが悪い場合（つまり薬を飲んだり飲まなかつたり不安定な場合）、遺伝性のある場合、再発を反復している場合などがあげられる。SADは有病率が高く、未治療で放置した場合、うつ病やアルコール症を併発するケースが多く、その点でも積極的に治療する意

義が高い。薬物療法を1年以上継続した場合に社会生活制限から開放されることが多い。ある程度時間がかかるのは、社交において自信がつくまで時間がかかることも理由である。

結論として、ルボックスを150mg一年飲んでみよう。人生が広がる。

■ 「[社会不安障害](#)」 social anxiety disorder SAD ([社会恐怖](#)social phobiaも同義)

目次

- (1) [社会不安障害](#)とは。簡潔な理解。
- (2) 用語
 - (2-1) social
 - (2-2) anxiety
 - (2-3) phobia,[fear](#)
 - (2-4) panic
 - (2-5) agoraphobia
- (3) 不安性障害全般についての理解
 - 1.[広場恐怖](#)を伴わない[パニック障害](#)
 - 2.[広場恐怖](#)を伴う[パニック障害](#)
 - 3.[パニック障害](#)の既往歴のない[広場恐怖](#)
 - 4.特定の恐怖症.....[動物型](#)、[自然環境型](#)、[血液・注射・外傷型](#)、[状況型](#)、その他の型
 - 5.[社会恐怖](#)
 - 6.[強迫性障害](#) compulsive obsessive disorder
 - 7.[外傷後ストレス障害](#)。post traumatic stress disorder(PTSD)
 - 8.[急性ストレス障害](#)(Acute stress reaction)
 - 9.[全般性不安障害](#) generalized anxiety disorder(GAD)
 - 10.一般身体疾患による不安障害
 - 11.[物質誘発性不安障害](#)
 - 12.特定不能の不安障害
- (4) 旧来の日本で言う「[対人恐怖](#)」との異同
 - (4-1) [視線恐怖](#)を例にとって
- (5) [現実認識](#)

(6) 背景

(7) 森田神経質について

(8) 分析的理解の初歩

以上目次

(1) 社会不安障害とは。簡潔な理解。

米国流のDSM診断では不安性障害の中の一つに社会不安障害が分類されています。普通の日本語で言えば、社会不安は、テロや災害などで政治経済が不安定な様子をさすでしょうが、社会不安障害の内容としては、常識的日本語で考える「軽症対人恐怖」または「対人不安性障害」でおおまかに間違いないと思います。対人恐怖はtaijinkyofuと英訳されているほど、固有のものなのですが、ここでは簡単に、対人恐怖のなかの軽症・思春期・非妄想型とでもとらえておけばよいでしょう。

簡単に言えば、「他人に注目されて」「恥をかいたら」どうしようと不安が高まることであり、そのような対人的状況を回避しようとする場合もあることです。

たとえば、このような人のことです。

Aさんは鉄鋼会社に勤務する勤続23年のサラリーマンです。几帳面で責任感が強く、面倒見もいいので、部下とよく飲みに行きます。4月に昇進して、みんなに祝ってもらいました。9月になって夏休みが開けたころ変調を感じました。会議の席で挨拶しようと思って、頭が真っ白になったのでした。不安、冷汗、動悸、息苦しさを伴っていました。「こんなこともあるのかな、不眠と過労のせいかな」と思い、しばらくは節酒していました。

昇進した後の仕事も何となく億劫でした。やればできる仕事ですが、後回しにして、机の脇に書類が一山できています。役員会で急に指名されると何も言えなかったので自分でも驚きました。いままで経験したことのないことでした。うつのような気もしたのですが、睡眠も食欲も大丈夫ですし、休日にはゴルフも短歌も昔の通りに楽しめます。

今回大きな会議があり、三ヶ所程度挨拶をすることになりましたが、その原稿がまったく書けません。「また頭が真っ白になったらどうしたらいいだろうか」と不安になってしまいます。とうとう不眠症になってしまいました。どうも、会議で上役に向かって何かを言わなければならない重圧に負けているようでした。会議に出なくてすむなら出たくないと思ってしまうようになりました。

「他人から注目される場面」としては、大勢の前、目上の人の前、異性の前、挨拶を読み上げる時、電話する時、会食する時、などが多くあげられます。

不安が高まるという精神症状の他に、次のような身体症状が見られます。赤面、火照り、顔の引きつり、吃音、手や声の震え、発汗、身体硬直、嘔吐、意識消失、頻回の尿意、頻回の便意、公

衆便所で排尿できないなど。

米国での調査ではSADの生涯有病率は3～13%です。これまで治療されていなかった重大な病気と言えるでしょう。単に「内気」な性格だと考えて治療で治るとは思わなかった人が多かったようです。さらに人との関わりを避けるので、結果として病院に行こうと思いません。診断も遅れる傾向にあります。

回避性人格障害との鑑別が必要です。

また不安が限定性か全般性かについて鑑別する必要があります。

さらに強迫性障害と同じで、最初の一回は平気な場合も多く、二回目から苦しみが始まることが多いとも言われています。また、不安が過剰であり、不合理であることを自覚しています。この二点で強迫性障害と社会不安障害の同型性が論じられています。

対人距離によって不安感に違いがあり、初対面の人には平気、少し慣れてくると不安は極大になり、家族程度に親しくなってしまうとまた平気になると観察されています。学校が始まって少しの期間は元気だったのに、次第に閉じこもりがちになるのは、この典型です。社員食堂で同僚と会話ができない人が、初対面の客とは堂々と話せるのもこのためです。

治療はSSRI（ルボックス、パキシルなど）や抗不安薬（ソラナックス、ワイパックス、デパス、メイラックスなど）が有効です。

(2) 用語

社会不安障害のものの言葉はsocial anxiety disorderです。DSMでは同義語として社会恐怖social phobiaも使われています。

まず言葉の説明をしていきましょう。

(2-1) social

social は、「社会の、社会的な、社交的な、社交界の、社会的地位に関する」などの意味があります。social democratic partyなら社会民主党、social workerは社会福祉の仕事をする人ですね。大きく分けると、第一は、人間が集まって集団を作っている、その構造体のことを社会といいます。社会構造などと使います。第二には社交技術とか社交界とかの言葉で、人と付き合うことを言います。社会不安性障害で言っているのは、この社交、人付き合い、対人関係のことです。英語で説明するとinterpersonal situation があたるでしょう。

(2-2) anxiety

一般に心配だという程度の意味なのですが、学問的には、恐怖に比較して、対象の漠然とした、比較的弱く短い、交感神経身体反応を伴う、内的感情と定義できます。

「何となく落ち着かなくて、冷や汗が出たり、動悸がしたり、胃部不快感がある」ような状態です。

(2-3) phobia,fear

phobiaは恐怖症。どちらからといえば学問的な言葉です。fearは一般的な言葉で、恐れ、心配、ときには神への畏敬までを含みます。

恐怖と翻訳します。不安に比較して、対象が明白で、瞬間的で、激しい感情であり、交感神経系の身体反応を含みます。

たとえば「注射恐怖」の時は、注射の針を見ると、ドキドキして冷や汗が出て、何としても逃げたいと思い、もがき続け、何かを叫んだりします。

現実にはさして危険でない程度の対象に対して激しい恐れを抱きます。常識的にはそれほど恐怖しなくてもよいのだと自ら半ば理解していることが多いようです。

対象により分類しています。動物（へび、クモなど）恐怖、対人恐怖、疾病恐怖、不潔恐怖。自然環境（嵐、高所、水）、血液・注射・外傷、状況型（公共輸送機関、各駅停車<急行<地下鉄<トンネル（後者ほど苦手）、橋、エレベーター、飛行機、自動車運転、閉所、広場）。窒息、嘔吐に対する恐怖。

(2-4) panic

パニックは特に強烈な不安恐怖の状態です。臨床的にパニック障害といえば、（1）強い恐怖、（2）動悸、（3）呼吸困難（特に過呼吸発作）、（4）めまい、ふらつき、（5）手足のしびれ、（6）胃部不快、吐き気、下痢、便秘などの消化管症状。以上のすべてまたはいずれかを呈する状態を指します。発作は通常15分から30分で全快し、あとに後遺症を残しません。予期不安が生じ、持続することがあり、結果としてうつ状態になり、生活に支障が出ることもあります。平均して6ヶ月程度の経過で治癒し、治療にはベンゾジアゼピン系抗不安薬、SSRI、三環系抗うつ剤などを用います。心理療法としては支持的カウンセリングや行動療法が用いられます。

パニック障害は広場恐怖を伴うタイプと伴わないタイプとに分類されて統計処理されます。

(2-5) agoraphobia

広場恐怖 agoraphobia 特定の場所・状況に対して恐怖を感じる場合に用いる言葉。広場は一つの典型であり代表である。たとえば、エレベーター、レジの待ち行列、歯医者、美容院、電車などが多い。患者さん方は、「強制された状態、待ってもらえない状態、自分の都合で抜けられない状態」がつらいと語る。ここまでくると「広場」の訳語はふさわしくない。

「特定の場所恐怖」と言えばそれでもよいのですが、少し事情があります。プライベートな場所では、強制もなく、自分の都合だけで動くことができます。パブリックな場所では、自分の都合だけで何かをしてもらうことができません。電車の中で具合が悪くなっても、急行電車を止めてもらえません。飛行機の中でも同じです。つまり、プライベートな場所は安全であるのに対して、パブリックな場所が危険なわけです。個人的なわがままは我慢しなければならないパブリックな場所という意味で、公共の場所アゴラを代表として、アゴラフォビアと呼んでいます。ヨーロッパの町を中心にあるパブリックな場所がアゴラなのです。

(3) 不安性障害全般についての理解

DSMにおける不安性障害分類には次のようなものがあります。それぞれについて解説すること

によって、社会不安障害の位置づけについて明らかにしていきましょう。

1.広場恐怖を伴わないパニック障害

苦手な場所・状況が特になく、いつ起こるか本人にも分からないパニック障害です。睡眠中に起こることもあります。

2.広場恐怖を伴うパニック障害

苦手な場所・状況があるパニック障害で、たとえば電車、美容院、歯医者、エレベーター、会議などです。

3.パニック障害の既往歴のない広場恐怖

パニック障害はないのですが、特定の場所・状況が苦手で、できれば回避しようというものです。

4.特定の恐怖症.....動物型、自然環境型、血液・注射・外傷型、状況型、その他の型

蜘蛛恐怖症などですが、教科書には、行動療法として、蜘蛛になれる方法が図示してあります。まず蜘蛛の絵に触れる、蜘蛛の写真に触れる、ガラスケースの蜘蛛に触れるなど、段階的に慣らしていきます。

5.社会恐怖

上記(1)で説明しました。

6.強迫性障害 compulsive obsessive disorder

これは、本人はばかばかしいと思い、無意味だと思っているのに、反復を辞められない、観念や行為です。確認強迫をchecker、手洗い強迫をwasherと簡単に呼びます。obsessional ideaとcompulsive actがあります。ドイツ語でZwangです。儀式や宗教につながる議論があります。

7.外傷後ストレス障害。post traumatic stress disorder(PTSD)

戦闘、爆撃、天災などの後に、多くは遅延性に驚愕反応が生じるもの。ベトナム戦争や湾岸戦争の後、兵士にみられたものが典型。この拡張として心的外傷後ストレス障害が考えられている。

8.急性ストレス障害(Acute stress reaction)

驚愕反応ともいう。爆撃、火事、地震などでの、近親者の死、財産喪失などの体験に際しての特殊な激烈な反応。グリーフワークの開始時の混乱とは質的に異なる。

9.全般性不安障害 generalized anxiety disorder(GAD)

不安発作（パニック発作）が目立たず、慢性不安状態が持続するタイプの不安症。たとえばPTAの会合、ゴミ出し場所の掃除、子供の学芸会、その他、日常的に反復されるイベントのそれぞれに対して持続性の不安を抱くもの。

10.一般身体疾患による不安障害

これは理解できる範囲の事項。

11.物質誘発性不安障害

これも理解できる範囲の事項。ドラッグなど。

12.特定不能の不安障害

これはくず箱。

(4) 旧来の日本で言う「対人恐怖」との異同

社会不安障害と旧来日本で呼ばれていた対人恐怖症は全く違った奥行きをみせていることに注意が必要です。日本でも古くから使っていた言葉、「対人恐怖症」はほとんど日本語の中で日常語彙の一つとなっていますが、意味の包含する範囲は広く、社会不安障害のすべてを包摂しなお余りある広がりを持っています。従ってここでは、対人恐怖症と社会不安障害の差は何であるかを指摘しつつ説明しましょう。

対人恐怖 anthropobia, fear of interpersonal situation, social phobia. avoidant personality disorder

対人恐怖はtaijinkyofuの用語で語られることもある位、日本でも森田以来の研究蓄積があり、特に思春期対人恐怖の研究など独自の説得力があります。

他人と同席する場面で、不必要な程度の強い不安が生じ、そのため他人に不快感を与えるのではないか、他人に軽蔑されるのではないかと感じ、そのような対人場面を回避しようとする。

恐怖が過剰であり、不合理であることを自覚している場合もあり、訂正できない確信である場合もあります。

社会不安障害の名は、妄想性成分を含みません。「自分でもばかばかしいと自覚していながらもおなも不安である、不安を止められない」そのようなものです。強迫性障害と構造としては似ています。一方、対人恐怖症は妄想を含むことがあります。そしてそのまま統合失調症につながる場合があります。その部分が、対人恐怖症の概念の広がりです。

対人恐怖には軽症型から重症型まであり、思春期の重症型を思春期妄想症と呼びます。性格障害から統合失調症までを含む概念と考えられます。特徴をあげると、思春期前期に好発、中学後半から高校後半まで。男性に多い。慢性的に経過。統合失調症の前駆症状として見られることもある。赤面恐怖、視線恐怖、正視恐怖、体臭恐怖、醜形恐怖、吃音恐怖の形をとることもある。薬剤は抗不安薬とSSRIなどの抗うつ剤の他に抗精神病薬を用います。

(4-1) 視線恐怖を例にとって

視線は人間の一部ですから、視線恐怖は対人恐怖の典型的一亜型です。他人の視線と自分の視線を区別しています。自分の視線が気になる場合は自己視線恐怖と呼べば正確です。両者について病気の深さの程度をおおむね区別することができます。(1) 正常範囲内のはにかみ、(2) 気にする必要はないと知りつつ過剰に意識してしまう場合(神経症レベル)、(3) 妄想性を帯び、

しばしば被害的になる（軽度精神病レベル）、（4）統合失調症の部分症状と見なすべき、訂正不可能な確信（重度精神病レベル）。さて、自己視線恐怖については、妄想性が濃厚な場合が多く、思春期妄想症や統合失調症の一部病態にしばしば見られます。これは自我漏洩症状の一部です。自我漏洩症状には自己臭恐怖、自己視線恐怖、思考（考想）伝播などがあり、本来自己の内部にとどまるべきものが外部に漏洩してしまい、他者に不快感を抱かせる点が共通です。

社会不安障害にはこのような深い意味での病理はありません。それが対人恐怖との相違です。

（5）現実認識

対人恐怖や社会不安障害における種々の不安、恐怖に対して、大まかにまとめると、現実認識に歪みがあるものとなないものとの分類されます。おおむね、醜形恐怖、疾病恐怖、視線恐怖、自己臭恐怖は現実認識に歪みがあることが多く、精神病レベルの病理と判断されることが多いと思います。

一方、高所恐怖、先端恐怖などは通常の恐怖感の延長として考えることができるでしょう。その点で、神経症レベルの病理といえます。

精神病レベルの病理と神経症レベルの病理はくっきりと分けられるものではなく、動揺しつつ、両者の間を行き来する場合があります。

（6）背景

背景に特有の性格傾向や神経症構造を持つことがあり、森田神経質や強迫性障害などは恐怖症と大いに関係があります。

また、背景に統合失調症などを持つことがあり、思春期にみられる過度の対人緊張は統合失調症の始まりであることもあるので注意が必要です。

（7）森田神経質について

森田は日本において特に多い神経症類型として森田神経質を提唱し、その臨床的特徴の中心として対人恐怖症をあげました。森田療法で言う神経質またはヒポコンドリー性基調は病気の基礎的性格となるが、通常の日本語で言う神経質な性格は不安性障害とあまり関係ないといわれます。森田の神経質な性格傾向をヒポコンドリー性基調と呼び、その上に生じる、感覚と注意の悪循環を「精神交互作用」と名付け、さらに「とらわれ」にいたることを説明しています。絶対臥褥、音読、作業、読書などを通して、「あるがまま」「目的本意・行動本意」に至るのが森田療法の一部です。

（8）分析的理解の初歩

不安を特に不安神経症として扱い、防衛機制（防衛メカニズム）などの概念を用いて説明したのが初期フロイトです。中絶性交のような「欲求不満に終わる性的興奮」を病因として想定していました。フロイトはその後発展的に大きく方向転換しました。一方「夜と霧」などで有名なランクルは現存在分析などを通じて実存神経症の分野で研究を深めています。

映画「アメリ」に関してSAD（社会不安障害）の診断の手がかりLSAS-J

映画「アメリ」に関して、主人公の少女アメリはSAD（社会不安障害）にすこし近いのではないかとの印象を持つのですが、その診断の手がかりとしてはLSAS-J（日本版LSAS）があります。DSMによれば、「自分でも恐れる理由がないことは分かっているがやはり怖い」などと、もう少し立体的にとらえる必要があるのですが、一応のリストとしては役に立ちますので、紹介します。それぞれの項目の時に不安を強く感じるかどうかをチェックして、合計するものです。（ ）内は個人的なコメントです。決定版というわけでもないですし、第一アメリカ文化を標準にしていますから、そのまま日本でも、というわけでもないと思います。表面に出た症状としてはこのようなことがあるとアメリカでいわれている、という程度のものとして参考にすればよいでしょう。

- 1.人前で電話をかける。（逆に電話のほうが落ち着くという人もいます。電話では吃音が出ないという人もいます。）
- 2.少人数のグループ活動に参加する。
- 3.公共の場所で食事をする。（食事は怖いもののようにです。この症状は多いと思います。外食恐怖または会食恐怖などと言います。）
- 4.人と一緒に公共の場でお酒（飲み物）を飲む。（なぜか食事と飲み物を分けていますね。）
- 5.権威ある人と話をする。
- 6.観衆の前で何か行為をしたり話をする。（結婚式の祝辞を頼まれているが、何日も前から心配しているという相談は多いものです。）
- 7.パーティーに行く。（日本ではリッチな人以外はあまりないですね。たとえばPTAの集まりくらいでしょうか。）
- 8.人に見られながら字を書く。（結婚式やお葬式の記帳などですね、これが多い。書痙などと呼びます。）
- 9.人に姿を見られながら仕事・勉強する。（図書館など。最近は喫茶店で勉強する人も多い。）
- 10.余りよく知らない人に電話をする。（いっそのこと全然知らない人ならば平気ということもある。そのあたりも詳細に聞く。）
- 11.余りよく知らない人達と話し合う。（政治の話とかビジネスの話とか、まじめな話。）
- 12.まったく初対面の人と会う。（たとえば仕事で初対面なら平気だけれど、プライベートではダメという場合も多い。そのあたりも詳細化する。）
- 13.公衆トイレで用を足す。（特に男性の並んで用を足す場所。洋式便座は嫌いという人も多い。）

14.他の人達が並んで着席している場所に入っていく。

15.人々の注目を浴びる。（14も16も一段抽象化すると15になります。このあたりの杜撰さがアメリカ的です。）

16.会議で意見をいう。（不意に指名されると平気なことも多い。前々から予定されているとあがる。）

17.試験を受ける。

18.余りよく知らない人に不賛成であるという。（アメリカ式ですから仕方ないですね。）

19.余りよく知らない人と目を合わせる。（これも日本では普通失礼なことですね。）

20.仲間の前で報告をする。（どんな仲間かによりますね。それにしても、もう少し項目を整理出来るだろう。項目間で抽象化のレベルが明らかに異なる。）

21.誰かを誘おうとする。（「誰か」によるとと思いますが。）

22.店に品物を返品する。（「店」によるのではないですか。）

23.パーティーを主催する。（どんなパーティなんでしょうね。）

24.強引なセールスマンの誘いに抵抗する。（強引の程度によりますよね。）

映画アメリカのお父さんはOCD（強迫性障害）ですね。いろいろ症状を抱えつつもうまく生きています。それでいいなと思います。症状をなくすことだけが治療ではありません。生きる知恵があればいいのです。

アメリカには知恵があります。症状を抱えつつ、人のためになることをしようと決心して、知恵を絞ります。人間的な知恵とは、そのようなものではないでしょうか。知能テストで立方体を数えるだけではないはずですよ。

不安性障害の発生病理・動物行動学的学習理論

不安性障害には最近ではパニック障害、SAD（social anxiety disorder=社会不安障害、social phobia=社会恐怖と同じ）、GAD（generalized anxiety disorder 全般性不安性障害）などが含まれる。大きくくくると、耐え難い不安が襲う病気で、原因は不明。生命に危険はない。重症の場合には日常生活が著しく制限され、一步も外に出られない場合もある。なぜ起こるのかについては、不明である。

次のような仮説を考えている。動物は発生の途上で、「一生に一回限りの学習」や「強い学習」をする場合がある。たとえば、すり込みが有名である。鳥が卵からかえってはじめて見る動くものを親と思い、ついて回り、行動を学習し真似をする。これをすり込みという。動物学者コンラート・ローレンツのあとを鳥が追いかけている写真がある。ローレンツを親と思っているらしい。ことわざに「三つ子の魂百まで」という。また、音楽や言語には学習の臨界期があり、その時期を過ぎると脳は可塑性を失い「固まって」しまう。それは生まれ落ちた環境に適応するためのメカニズムであり、非常にうまく機能している。このような「一生に一回限りの学習」や「強い学習」は時期が過ぎればなくなるのだが、ある条件が揃うと脳は一次的に可塑性の強い状態になる。そこで不安を強く学習してしまう。

不安しか学習しないのだろうか？人間は記憶に感情という「印」をつけて、海馬に格納しているという説がある。悲しい記憶は近く同士、嬉しい記憶は近く同士に格納される。恐怖と不安は人間の感情の中で比較的強く、誤って学習されやすいと思われる。

あまりに強い不安・恐怖だった場合、または脳の可塑性が非常に亢進した場合、「強い学習」が成立する可能性が高まる。PTSDの形をとるパニック障害はその典型だろう。

脳の可塑性が亢進する状況としては、性ホルモン、甲状腺ホルモン、副腎ホルモンなどの影響を想定している。

人間は生まれ落ちて成人するまでは一定の環境になじんでいればよい。しかし性的に成熟して集団の外に出る場合などは、新しい適応が必要になる。性ホルモンが大量に分泌されるときはおそらく脳の可塑性が高まる。だからこそ、女性は嫁ぎ先のしきたりに順応もできる。性ホルモンが減少すると順応しにくくなる。その分安定した行動、感情を維持できるようになる。

強迫性障害（OCD）

強迫性障害（OCD）

推薦図書の一冊として「手を洗うのが止められない」という本を紹介したことがあります。この本が強迫性障害の一般向けの解説書です。

「もう汚くないことは分かっているのだけれど、そしてあまり洗うと手が荒れると分かっているのだけれど、それでも手を洗うのが止められない」のです。なんとなく分かりますか？手洗い以外にもたくさんの例が挙げられています。

また「神経症の時代」という本では作家・倉田百三の強迫症状を紹介しています。実は有名人で強迫性障害の実例をたくさん挙げるができます。有名人になると、内面をそのまま行動に出しても許されることもあり、他人にもわかりやすいようです。有名人でない場合には、自分がどのように評価されるか恐れるので、あまりストレートに外に出さないのでしょう。

強迫性障害は、強迫症、強迫神経症などとも言います。なお、強迫は「脅迫」とはまったく関係がありません。もっと日本語として日常的な言葉で表現できないものかと思いますが、今のところは妙案がありません。

どんな場合を強迫性障害と言いますか？

症状の紹介をしましょう。

「鍵を確かめるのを止められない」

「ガスの元栓を確かめるのを止められない」

「偉い人のいる会議の席上で、とんでもない言葉を言ってしまうのではないかという不安を止められない」

「頭の中である言葉が何度も鳴り響いて止められない」

「車を運転していて信号待ちしているときに、前の車のナンバープレートの数字を加減乗除して1にしないと気がすまない。信号が青になるまでに完成しないとその日は悪い日になるのでどうしても完成しないといけない。」

といったようなことです。もっと微妙な例では、「お医者さんにはどこも悪くないと言われるが、自分はきっと病気だという考えが繰り返し浮かんできて不安になる」などもあります。これだけでは強迫性障害と即断できませんが、微妙にその要素が潜んでいそうですね。

まとめて言うと、自分の考えや行動がばかばかしいと分かっている、止めたいと思うのだけれども止められない、それが苦しい、これが強迫性障害です。いやだと思っているのですがどうしようもない。しかし「何者かにさせられている」ではありません。嫌々ながら、しかし自分でやっているのです。客観的には心配しなくてもいいことだと自分でも分かっています。これを自我境界と現実把握は保たれているといいます。症状として非常に軽度なものになると、「慎重な性格」と思われる場合もあります。その場合は強迫性性格と呼びます。

背景についての意見

日本には強迫性障害の人はとても多いのですが、それは教育にその背景があるかもしれません。日本の親の子供に対するしつけは、「片付けなさい、整理整頓しなさい、手を洗いなさい、清潔にしなさい、きちんとしなさい、テストの時には間違いがないか確認しなさい」等々、強迫性格を育てる方向の指導が多いのです。しつけとしては、「人に優しくしなさい、ユーモアを忘れないようにしなさい、自己主張をしなさい」など、強迫性性格に関係しないものも多くありますが、日本ではこうしたことはいわゆる「しつけ」とは考えられていないかもしれません。とくにより子供たちは強迫性の成分をすこし多く持っているようです。日本の親はやや強迫性格の傾向のある子供をいい子だと考える傾向があると思います。

診断

典型的な強迫性障害であるか、あるいは背景に（たとえば）うつ病などの病気がないか、そのあたりの鑑別が大切です。表面にあらわれた症状に対して薬を使ったり精神療法を試みたりしても、それは表面的な対応でしかありません。

治療

薬物療法、行動療法、認知療法などがあります。特に薬は有望です。パキシルCRやデプロメールを使います。状態によってはレキソタン=セニランを併用します。少し時間がかかりますが効果があります。

心理的なことになぜ薬が効くのかと考える人もいるでしょう。しかし薬が効くということは事実として確かなことです。この現象は「脳と心」に関して考える材料を提供しています。みなさんは脳と心と魂についてどうお考えですか？

レストレスレッグス症候群（restless legs syndrome : RLS）:むずむず足症候群

レストレスレッグス症候群（restless legs syndrome : RLS）:むずむず足症候群。

睡眠中に周期性四肢運動（periodic limb movement : PLM）と呼ばれる足関節の不随意性の背屈運動を、約80%の患者で伴う。このため、RLS患者は、主に睡眠障害を主訴として受診することが多い。

簡単に言うと、足がむずむずして眠れない。

睡眠不足の結果として、日中の疲労感、傾眠、焦燥感、不安、抑うつ、困惑などがみられる。さらに、家庭や職場でのパフォーマンスが低下し、評価が下がることもある。長時間座ってられないこともある。

米国における有病率は10%前後と推定されており、RLSの発症年齢は、20歳以下の若年層における初発が全体の45%近くにおよび、その後加齢とともに漸減する傾向がみられる。一方、51歳以上69歳以下の層でも15%以上と高い値を示し、二峰性を示す。

特発性RLSにおいては、遺伝的要因が明確に関与していると思われる例が全例の40%以上を占め、関与が疑われる例を含めると半数以上に達する。

RLSと鉄欠乏との関連についてはよく知られているが、RLS患者の血漿中の鉄濃度やフェリチン濃度は正常であることが多い。しかし、CSF中のフェリチンおよびトランスフェリン濃度を調べると、鉄欠乏が示唆される。

中枢ドーパミン機能障害が関与している可能性が高い。RLSと中枢ドーパミン機能については、ドーパミン療法がRLSに奏効する点、パーキンソン病とRLSの合併が多く認められる点、PETによる観察により、D2受容体、尾状核、被殻においてドーパミン結合の低下が認められる点などから、両者が密接に関連することが示唆されている。また、鉄はドーパミン合成の律速酵素であるチロシンヒドロキシラーゼの補因子であるため、鉄とドーパミンの相互作用がRLSに関与している可能性もある。

RLSの診断にあたっては、病歴を確認し投薬歴についても聴取する必要がある。神経学的診断に関しては、特発性RLSでは特異性のある異常所見がない場合もあり、注意が必要である。

RLSは比較的診断のつきやすい疾患であり、治療も奏効することが多いため、患者の早期発見に努めることが重要である。

不眠といっても、睡眠導入剤だけでは解決しない例。

治療については、大きく分けて、ベンゾジアゼピン系、ドーパミン系、抗てんかん系、さらに文献によれば、高血圧の薬、たとえばインデラル、抗うつ剤、たとえば、SSRI、四環系、三環系などがある。

従って、まずランドセン。ベンゾジアゼピン系で眠くもなり、抗てんかん作用もあるので合理的と解釈しているが、本当の作用機序は不明。

ドーパミン系ならばピ・シフロール。これもメカニズムは不明。鉄剤たとえばフェロミアを加えるのもトライする価値はあるかもしれない。

インデラル、ジェイゾロフト、デジレル、トリプタノールなどは、これらを使うまでもなく、解決したので、経験がない。

HIV・エイズ

最近、若い人や風俗営業従事の人から、「エイズはもう薬で治るからいいんですよ」という発言があり、驚きました。もう一度復習してみましょう。

HIVとエイズ

HIV Human Immunodeficiency Virusはヒト免疫不全ウィルスのことです。HIVが人の免疫系の働きを破壊して、エイズが発症します。エイズ AIDS Acquired Immunodeficiency Syndrome は後天性免疫不全症候群のことです。免疫系が健康なら感染しない弱い細菌やウイルス、カビなどによる感染症が起こります。

どのようにして感染するか。

HIVは、空気中、食べものの中、水の中では生存できません。感染者とおなじプールで泳いでも、同じ皿のなかの食べ物を分けあっても、同じコップで飲んでも感染することはありません。また、HIV感染者が使用した便座や食器を共用しても、握手をしても感染しません。HIV自体は生存力の弱いウイルスです。

感染源は血液、精液、膣分泌液、母乳の四つだけです。

唾液は安全です。だからキスは安全です。

感染経路は次のようになります。

- 血液感染.....輸血。一本の注射器による薬物の回しうち。他人の血液が自分の体内に入ることの意味し大変危険。
- 性行為感染.....世界の感染者の70%から80%は性行為から感染しています。感染者の精液、膣分泌液が粘膜や傷口に接触して感染を起こします。コンドームを使用しないセックスは、膣性交、口腔性交、肛門性交を問わずすべて危険があります。自分や相手が他の性行為感染症、例えば梅毒や淋病、クラミジア、陰部ヘルペスなどに感染していると、粘膜に傷があるためHIVに感染する危険性は増加します。コンドームの正しい使用はエイズに限らず、それ以外の性感染症予防にとって有効な手段です。

- 母子感染.....母子感染には胎内感染、産道感染、母乳感染の三つがあります。母親が感染している場合は、生まれてくる子供が20～30%の割合で感染します。

感染した後

感染しても8～12年は無症状の時期が続きます。この時期の人をキャリアと呼びます。症状はないのですが、HIVをうつす危険はあります。

自分がHIVキャリアだと分かっている人には、HIVの感染源になることがあることを自覚して注意していただきます。血液、分泌物を自分で処置すること。歯ブラシ、剃刀は自分専用にすること。献血はしないこと。セックスするときはコンドームを使うこと。これだけでいいので、それほど負担ではないと思います。

HIV感染症予防のポイント

- 性行為感染.....HIVに感染しているかもしれない人とセックスするときは、コンドームを性行為の始めから終わりまで正しく使うことで予防することができます。HIVは膣分泌液やカウパー氏腺液にも存在しています。また、膣内の粘膜は非常に傷つきやすいものです。このため、勃起したらすぐにコンドームを装着したほうが良いでしょう。男性性器や女性性器を口や舌で刺激するオーラルセックスも、精液や膣分泌液が直接口に入ることから、男性用コンドームや女性用コンドームを使用した方が安全です。
- つまり、相手の精液、膣分泌液、血液、母乳を自分が直接触れないようにすればいいのです。キスは安全です。
- 母子感染.....妊婦の方はHIV抗体検査を受け、もしも陽性なら医師の指示に従うことが大切です。母子感染を防ぐために、妊婦が抗ウイルス剤を内服したり、帝王切開で出産することで、子供への感染のリスクを減らすことができます。母乳は感染源になるので、子供に飲ませてはいけません。

治療

HIV感染症の治療は現在「hit HIV early and hard」を鉄則としています。まずHIVの増殖を抗ウイルス剤で抑え、日和見感染症を予防し早期治療を行います。この治療効果を最大に上げる

ためには、症状のないキャリアの時期に発見し、医療機関に定期的に通院することが必要です。HIV感染が心配な人は、進んでHIV抗体検査を受けてください。それが感染者自身の生活の質（QOL）を高め、周りの人にHIVを感染させないことにつながります。HIV感染症は現在では、不治の病と考えるより、一つの慢性ウイルス感染症と考えたほうが良いと思われます。

現在HIV治療に使われている薬はエイズの特効薬ではないため、HIVを体内から完全に排除することは難しいですが、何種類か組み合わせて使用することで、HIVの増殖をほとんど抑えてしまい、エイズの発症を遅らせることができます。適切な治療を受け、健康な生活スタイルを維持していけば、長期間にわたり健常人と変わらない日常生活を送ることができます。感染初期から治療を始める場合には、薬剤の間欠投与による比較的短期間の薬剤投与で免疫力を高めてウイルスをコントロールしていく新しい治療法も開発されつつあります。

HIV検査

感染者・キャリアーの可能性のある人とのコンドームのないセックスあるいはコンドームのないオーラルセックスをした場合は感染の可能性があります。感染直後に検査を受けても正しい結果は得られません。接触後概ね6週間～8週間程度の期間をあけて検査を行うことが必要です。2ヶ月以上経ってからの検査で陰性であれば、感染の可能性はほとんどないと言えます。感染の機会から3ヶ月以上経っての検査で陰性の場合には感染していないと確定できます。

検査できる場所

保健所 保健所でのHIV検査は、無料・匿名です。

エイズ治療拠点病院 全国に366カ所あるエイズ治療拠点病院でもHIV検査を有料で行っています。

一般の医療機関 一般の医療機関も有料でHIVの抗体検査を行っています。

献血をしてもHIVの検査結果を知ることは出来ません。感染リスクのある人の検査目的の献血を防ぐためです

なお、検査結果は1週間から2週間後、検査機関で本人に通知します。

相談窓口

エイズに関する相談は、全国の保健所で可能です。不安や疑問を感じたら相談しましょう。
エイズ予防財団にフリーダイヤルがあります。祝祭日を除く月～金、10時～13時・14時～17時
0120-177-812（携帯電話からは 03-3592-1183）

JFAPエイズサポートライン(8ヶ国語24時間電話自動応答システム：日本語、英語、スペイン語、ポルトガル語、タイ語、中国語、韓国・朝鮮語、タガログ語)

JFAP AIDS Support Line(Telephone support by prerecorded messages is available 24 hours a day by the automated answering system in 8 languages (Japanese, English, Spanish, Portuguese, Thai, Chinese, Korean, Tagalog).

東京 03-5521-1177

神戸 078-265-6262

福岡 092-418-1818

エイズに関するホームページ

エイズ予防情報ネット <http://api-net.jfap.or.jp>

携帯電話からは <http://api-net.jfap.or.jp/i>

(財)エイズ予防財団 <http://www.jfap.or.jp>

財団法人性の健康医学財団 <http://www.jfshm.org/>

心理的支え

以上が身体病としてのHIVの概略です。さて、わたしたちは、エイズではないかと心配している人や、本当にHIV感染者となり、この先の人生を困難に思っている人の心理的手助けをしています。まず、心配している人たちですが、現代の疾病恐怖の代表といえるでしょう。強迫性障害の部分症状として心配している人もいます。この場合には、実際にHIVの感染について検査して否定した後、原疾患の治療にあたります。実際にHIV感染者と判定された場合、自分の絶望と、それを理解してもらえない絶望と、二重の苦しみがあります。慢性・持続性のストレスですから、ストレス性疾患はどれも可能性があります。家族や周囲の人に参加してもらいながら、支えます。薬剤も少量用いることがあります。キャリアーの状態での、ウィルスそのものによる精神的変調は特に強調されてはいないようです。エイズとなり複雑な感染症になると脳の機能に障害が出ることもあります。わたしたちはその経験はありませんが、ターミナルケアの典型的な例となります。

統計数字

2005年6月30日付朝日新聞夕刊によれば、2004年一年間で児童虐待死が49件である。2003年は41件。児童虐待防止法では「保護者が監視する児童に対し、暴行やわいせつな行為、長時間の放置や心理的外傷を与えること」を児童虐待と定義している。被害児童の1/3は1歳未満、6歳以下が9割である。殺人容疑などで逮捕された61人のうち、実母は28人、実父は19人、養継父母と内縁者は6人。親としてつらいとき、あるいは自分の周囲でつらそうにしている人がいる場合、相談窓口はまず第一に児童相談所である。緊急の場合には施設への入所もできる。病診、診療所、保健所も相談に応じているし、女性センターなどでも受け付けている。話すだけで楽になることがあるので、ぜひ考えてみてください。

声

まず、「虐待 沈黙を破った母親たち」岩波書店（1999年刊）から引用してみましよう。「母親が子どもを虐待する」ケースについての本です。少し耳を傾けて下さい。「こころの薬箱」に適切なように改変してあります。

「わたしはいま、家庭から離れて、夫に子供を預けて、診療所でケアを受けています。虐待してしまう母親もまた、やはり子供のころ親から十分愛されていなかったということを知って下さい。虐待の問題を考えるときに、親に罰を与えるという立場で話してほしくないのです。できたら共感してほしいと思います。」

「虐待というのはいきなり子供の頭蓋骨陥没からはじまるとは思えないんです。最初はこの子なんか憎たらしいとか、ちょっと突き飛ばしてみたくになるとか、それぐらいからはじまると思うんです。そんな子供と親との相性の悪さに気づいた時点から、相談できるような窓口がもっとあったらいいな、と思います。虐待防止のための窓口がありますよぐらい宣伝してほしいなと思います。」

「保育園や学校がお休みになったり、長期の休みになったりすると、子供と接する時間が長くなってしまい、親のいらいらがつのって子供に当たることが多くなってしまいうんです。夫に相談しても、夫は仕事や自分の趣味で忙しい。そうすると、母親が一人で子どもを抱えてうつ状態

になってしまう。休日も安心して子どもを見てもらえる場所がほしい。一時間でも二時間でもいいですから、安心して見てもらえる場所がほしい。」

「虐待で苦しんでいるのは子どもだけじゃない。母親の苦悩にも目を向けてほしい」

「いまわたしは診療所でケアしてもらって、共感してもらって、とてもいやされています。悩んでいる母親はわたしだけじゃない。あなただけじゃないんですよ。」

「虐待してしまう親も子供のころ、親から十分愛されていなかった。親を罰するより共感してほしい。」

「夫は相談にのってくれない。子どもを安心して見てもらえる場所がほしい。」

「虐待からの救出とケアは子どもだけでなく親にも必要だ。」

「虐待している親自身も心を病み、虐待に苦しんでいる。」

「親が子供を虐待してしまう原因を知り、専門家の手助けを受けながら病んだ心を癒せる社会システムがない限り、虐待問題の解決にはならない。」

「親が子供を愛する代わりに、虐待へと追いつめられていくのはなぜなのだろうか。親の心の闇とは何なのか。」

「虐待してしまう親に共感するとはどういうことなのか。どうすればいいのか。」

「虐待に苦しんでいる母親は、子どもを愛せなかった自分をものすごく責めている。第三者の前で虐待の体験を語ることは、つらい過去を再現することでもっと自分を責めることになる。きちんとした親の治療体制がない限り、話せない。」

ケアが必要

さて、虐待といえば、母親が子供を虐待するほかにも、父親→子ども、祖父母→孫、夫→妻、妻→夫、姑→嫁、嫁→姑などもあります。それぞれに事情が異なります。また、肉体的暴力のほか、言葉による暴力や、「無視することによる暴力」もあります。男性の暴力の背景に、女性の言葉の暴力がある場合を何度も経験しています。女性は言語能力が高く、記憶していることを言語化できるため、男性は「あんなに昔のことをよく細かく覚えているものだ」とあきれたりします。言葉で言い返せないので暴力をふるいます。

肉体的暴力、言葉の暴力、無視などに長時間さらされていると、人間の心には取り返しのつかないような傷が生じるのです。ですから、このような暴力や無視の被害者をケアすることはわれわれ医療分野でも大切な仕事です。

そして、今日お伝えしたいのは、「加害者となっている側にも、精神的問題があり、専門家によるケアが必要なのだ」ということです。上に紹介した本で分かるように、虐待せざるをえない母親はとても苦しんでいるのです。ケースによっては、子どもの側に発達上の問題が隠されていて、それを解決しない限りは、健全な母子関係が難しいこともあります。わたしたちは以上のような多様な側面からのアプローチを試みています。悩んでいる方は是非一度医療機関を訪ねてみて

下さい。

アダルトチルドレン 共依存 アルコール症 機能不全家庭 AC,ACOA,ACOD

アダルトチルドレン関連についても、カウンセラーが担当して相談に応じています。機能不全家庭で育った成人が苦しむ様々な悩みです。典型的にはアルコール症の父親、そんな父を補助することで生きている母親、そういった両親に育てられた人です。簡単な解決はないのですが、じっくりと取り組みましょう。

参考に少し硬い解説をしてみましょう。アダルトチルドレン AC, ACOA: Adult children of alcoholic アルコール依存症の親のもとで成人した子ども。親がアルコール症で家族機能に欠損があったために、成人してから苦しんでいる人たちをさす。親がアルコール症以外でも、薬物依存やギャンブル依存などで家族機能に欠損があった場合には同様のことが起こりうるので、ACOD: Adult children of dysfunctional family (機能欠損家族で成人した子ども) と呼ぶこともある。子供の頃から問題を起こさず症状も出さず、いい子として適応し、優等生といわれて周囲の人の支えとなるが、成人する頃に息切れを起こす。孤立感・孤独感、極端な自己評価の低さ、愛と同情の混同、怒りや批判へのおびえ、自分の感情に気づき表現する能力の欠如、自己肯定感のなさ、絶望的なまでの愛情と承認の欲求がみられる。さらに自己非難、失敗することの恐怖、支配することの欲求、頑固さ、一貫性のなさがある。これらの特徴の中でもっとも本質的と思われるのは「自己承認への欲求」であり、診察室における「居場所がない」「生きていてもいいのだろうか」「この世に存在していてもいいのだろうか」などの言葉となる。「自分はACだからこんなに苦しいんだ」と自分で気づいたときにはじめて救われる側面がある。アルコール依存症者、共依存の配偶者、ACの子どもの三者がセットになって病理を形成している。

引きこもりがちのきみに

学校や職場から引きこもって家族を心配させているきみ。ときどき真剣に悩むきみ。そんなきみにメッセージが届けばいいと思ってこの文章を書いています。

まずある引きこもりの男性の話聞いてみましょう。

はじめはとてもつらかった。学校や職場に行くことはみんなが普通にしていることだから、みんながしていることを自分はできない、まずそう思ってつらいです。次には家族が心配するので、それがつらいですね。何とかしなくちゃと何度も思って、そのたびにつらくなった。家にいてもどこにいても、なんとなく居心地が悪かった。まあ、当然ですよ。

最近、引きこもりも長くなってくるとなんとなく慣れてきますね。そしてときどき昔のつらい感じを思い出してつらくなる。それから、これからどうするかな、と考えさせられる機会もあって、その時にもつらい思いをする。

誰に相談したらいいかも分からない。どうして自分が学校（職場）に行けなくなったか、いまとなっては正確に説明できないようにも思う。自分なりには分かっていますよ。言いたくないですけど。ぼくは頭悪くないから、そんなことは分かっている。でもまあ、だれかに話して分かってもらうのも難しそう、それであきらめているんです。

でも親はときどききついことをいう。ぼくのためを思って言ってくれていると分かっているけれど、この自分のどうしようもなさを分かってもらえなくて、ついつい口げんかになってしまう。言い返す元気もないときは無視して自分の部屋に閉じこもる。

この自分の苦しさは誰にも分からないのではないかと思う。分かってもらったところで、解決ができるだろうか。解決どころか、もしかしたら自分は世間の人たちに比べてとても感性が優れていて、そのせいでこんな生活をしているのではないだろうか。だとすれば、無理矢理いまの生活を変えることはない。

でもそうは言っても、将来のこともある。仕事は、結婚は、と考えるとちょっとね。さすがに不安です。

親が心配するのは、まあ、極端に言えば勝手にしてもらえばいいんだけど、結局自分の人生なんで、そろそろどうにか、ね。

しばらく引きこもっていた人たちってどんなふうにして変わっていくんですか？

だいたい雰囲気は伝わりましたか？

医療機関にはこんなタイプの若い人たちがたくさんいらしています。引きこもりが長い人も、短い人もいます。カウンセリングを続ける人、薬物や自律訓練法を補助に使う人、紹介してもらったいろいろな場所で新しい生活を試みる人、さまざまです。友達が多い人もひとりもない人もいます。共通しているのは、過去のことはひとまずいいじゃないか、これから少しでも自分の希望する方向に人生を向けるためにはどうすればいいか相談しよう、この点です。過去について根ほり葉ほり調査しても、いまが突然変わるわけじゃありません。

また、いまが前進の時期ではないと感じるなら、ひとまず引きこもっていきましょう。でも、そのとき、すこしでもきみが幸せな感じの持てる引きこもり方があるのではないのでしょうか？
よその引きこもりの人たちはどうしているんだろう。どのようにして次の生活に踏み出したのだろう。そんなことに興味はありますか？
自分が来たくないなら、ご家族の方に代理できてもらいましょう。そして間接的にでもいいから相談しましょう。

人間は学校（職場）に行くために生まれたのではありませんよね。その通りです。しあわせになるために生まれたのだと思います。学校で勉強するようになったのは人類の長い歴史で最近の百年程度のものです。学校（職場）に行くか行かないかではなく、「しあわせになること」を一緒に考えませんか？

きみのしあわせって、どんなこと？そこから話しませんか？

児童思春期

ADD,ADHD

ADD、ADHDはそれぞれ注意欠陥障害、注意欠陥多動性障害を指します。学校での不適応が問題となることが多く、学校の担任の先生や学校カウンセラーから医療に紹介があります。お薬もある程度は効くのですが、我慢強く成長を待つことも大切です。教育と医療の連携が必要とされる分野です。

最近チェックリストなどで自分でADD・ADHDと診断して来院される方が増えてきました。3割くらいはADD（ADHD）で、残りはほかの障害が考えられるとの意見もあります。ADDは人口の3-9%（診断基準の幅によります）という大変多い障害です。大人になると多動性が少なくなると、「落ち着きが出てくる」ようになりますが、注意障害は持続します。家庭や職場で支障が出ます。

ADDの治療では薬物療法は下支えに過ぎません。積極的にこの障害を学び、さまざまな工夫をする必要があります。カウンセラーをコーチとして歩んでゆきましょう。

言葉の発達の遅れ

・原因.....言葉の発達の遅れにはいろいろな原因があるので、まず原因を正しく把握することが第一です。難聴のように身体的な原因もあります。また、言葉を聞いて意味が分かるのにもかかわらず、自分で言葉を言うのは不自由な子もいます。

・治療.....お母さんに指導方法を覚えていただき、家で反復して練習します。

不登校

・診断.....診断という固い言葉ではなく、「楽な気持ちで素直に言える」雰囲気が必要です。その中から問題点を知ることができれば一歩前進です。原因としては学習困難、対人関係の困難、いじめなどが多いようです。睡眠リズム障害、朝の低血圧、子供の不安性障害など、生活

指導と少量の薬物が有効な状態の場合もあります。

・治療.....過去よりも未来に焦点を当てて話し合います。必要に応じて具体的な行動の指導をします。また、多くはありませんが、漢方薬を含めたお薬をおすすめする場合があります。家庭内暴力でお困りの方、また、親子関係の修復でお困りの方は、相談数も大変多く、方針決定も簡単ではありませんが、まずお母さんをはじめご家族を支えることを目標として相談をスタートする場合があります。不登校も長くなると子供さんの問題だけではなく、家族全体のあり方の問題になっていることもあります。問題を局所的にとらえずに、全体的に、長期的な目でとらえましょう。家族相談を積極的に利用しましょう。

学習障害（LD）

・診断.....現時点での能力測定をしてみると、全般的には能力が低くないのに、ある特定の分野だけで発達の遅れがみられることがあります。学習障害のお子さんではこのパターンが多くみられます。発達測定テストを用い、同時に課題遂行時の様子を観察して、遅れのある分野はどこなのかを正確に見極めることがスタートになります。

・治療.....個別集中指導で対処します。たとえば、まずはじめに数の概念をしっかりと覚えていただければ、その後の算数の学習はとても楽になります。必要に応じて少量の薬剤が有効です。

薬について

子供さんや若い人には薬はなるべく使わないようにしましょう。これが原則です。発達途中であることを念頭に置いて、長い目で見守りましょう。しかし場合によっては少量の薬を短期間使うことが、効果的な場合があります。変化のきっかけを作ることができるわけです。この点については、当院の専門家のアドバイスを理解していただいた上で、最終的にはお子さんとご家族が決定するということになります。

どのお子さんも、自分は他人にとっていい子でありたいし、特に親の希望に沿う子でありたいものです。しかしそれができず、どんどん自信をなくしていきます。クラスの厄介者扱いされたりして自信をなくしてしまうこともあります。こんな場合に、少量の薬剤で少し落ち着きのある子になれば、それからあとは自信を回復できるのです。人間は自信のあるなしでこんなにも違うものかと思います。自信あるいは自尊心といってもいいでしょう。大切にしましょう。

教育との連携を大切に

子供さんはまずなによりも教育の場で生活しています。学校の先生や教育センターのカウンセラーの先生と連携協力して治療にあたります。教育者にしかできないことがたくさんあります。

男女更年期障害

男女とも40歳を過ぎると、いろいろな悩みに更年期障害が関係していないかどうか、気になるところです。女性更年期は昔から有名ですが、最近は男性更年期障害がマスコミで取り上げられています。女性の場合、最近では閉経年齢はおよそ50歳といわれています。卵巣機能の低下は40歳代から始まりますから、人によっては40歳代から更年期障害に悩まされることになります。

症状

その典型的な症状を紹介すると、およそ次のようなものです。

顔が熱くなる。ほてる。

汗をかきやすい。

腰や手足が冷える。

息切れがする。

手足がしびれる。

手足の感覚が鈍い。

夜なかなか寝付かれない。

夜眠っても、すぐ目を覚ましやすい。

興奮しやすい。

神経質である。

つまらないことにクヨクヨする。（ゆううつになることが多い）。

めまいや吐き気がある。

疲れやすい。

肩こり・腰痛・手足の節々の痛みがある。

頭が痛い。

心臓がドキドキする。

皮膚をアリのがはうような感じがする。

いかがですか？身体症状と精神症状の両方が同じくらいの比重で考えられています。生活のなかで生じる心理的ストレスが症状に大きく関係していることが多いと考えられています。そのような点で、更年期障害は心身相関の強い状態と考えられ、わたしたち心療内科の領域で治療にあたっています。

原因

第一には卵巣機能の低下による性ホルモンの減少が原因となります。それに伴って、性ホルモン産生を刺激する物質が増加します。この両者の働きにより、内分泌系と自律神経系が不安定になります。

第二はこころの問題です。40歳代から50歳代にかけては心理的にも変化が大きく、ストレスの多い時期に当たります。たとえば子供の独立、親の病気、夫の仕事上の変化（出向、退職など）、経済環境の変化などがあります。また、若さが失われていく自分をどのように受け入れることができるかも難しい問題です。昔からどの女性も通過してきた問題ですが、現代に生きる女性にとってはなお一層困難に感じられる問題ではないでしょうか。このように心理的原因も無視できないのが更年期障害の特徴です。

男性も同様で、ホルモンの減少は身体に影響を及ぼします。疲れやすい、疲れが抜けにくい、集中力がなくなる、酒に悪酔いする、性生活ではEDの悩みなどが現れます。

治療

性ホルモンの減少が原因というなら、それを補充すればいいはずだということで、ホルモン補充療法があります。ご存じのように、これについてはいろいろな意見があります。まず副作用の問題があります。次には、性ホルモンの減少自体は正常のプロセスですから、どこまで人為的に調整すべきかという問題があるでしょう。極端に言えば、苦しくても我慢すべきだ、それが人間の自然であると考える人もいるわけです。このあたりは考え方や感じ方に個人差が大きい分野ですから、十分なカウンセリングが必要だと思います。考えてみれば、性ホルモンの減少と一言でいっても、減少のパターンを細かく見ると、それぞれにタイプがあるわけです。このあたりも大切なことでしょう。

さらには心理的要素への配慮が大切です。これに関しては心理テストなども使いながら把握をすすめます。カウンセリングのなかで理解を深めましょう。

以上のことを前提として、必要と判断される場合にはお薬の相談をします。ホルモン剤ばかりではありません。漢方薬、自律神経調整薬、抗不安薬なども適切に用いることにします。また、めまいや頭痛などが特につらい場合にはそれぞれに対策があります。

まず一時的に薬で症状を和らげて、そのあいだにカウンセリングで生活全体の対策を考えるのも合理的です。生活の質を維持しながら、すこしずつ楽になっていくように調整したいですね。

イメージとしては「なだらかな着陸」です。

性生活 ED ピル

これまでは体調不良の場合の性生活についてはあまり積極的に語られていなかったと思います。しかし「生活の質」の点で考えた場合、性生活は大切なものだと思います。人間同士の交流としてもっとおおらかに語られていいのではないのでしょうか。現在では男性EDに対してのバイアグラ、レビトラ、また女性用には低用量ピルなどが処方できるようになっています。役に立つかどうか試してみるのもいいかもしれません。

ED

わたしたちはEDに対しては積極的に治療する方針をとっています。もっとおおらかに性のことを語ってよいし、感じてよいと思います。正しい知識は人間を守りますが、HIVなど感染症対策を含めて、性に関する正しい知識を広めることが大切だと思います。

性に関する「科学」はお酒を飲んだりして抑制がとれると、盛んに語られます。中にはとんでもない誤解もあります。フロイトが精神分析で初期の頃から取り組んだのも性の問題でした。性は、暴力、愛、秘密、成長など様々な側面で人間の本質に関連しています。深い人間関係を結ぶ方法でもありますから、人間関係論を含んでいます。性格形成に深く関係しています。人間はまことに「性的存在」であると言えます。

EDに対してはカウンセリング、漢方薬、バイアグラ、レビトラなどが有効です。

- 必要に応じて抗不安薬、SSRI、SNRIなどを併用することができます。
- 適切な抗不安薬でリラックスすることができます。体質にあったものを選択します。
- 挿入困難にはバイアグラ・レビトラ + 安定剤も一案です。
- 射精まで勃起維持困難の場合はバイアグラ・レビトラ + SSRI or SNRIも考慮しましょう。
- 伝統的な漢方薬を使用して体質改善もできます。
- カウンセリングが有効です。

EDの定義

「ED」とはErectile Dysfunctionの略で「性交時に十分な勃起が得られず、又は維持できないため、満足な性交が行えない状態」と定義され、日本でも1000万人以上がこの悩みをもつと言われています。従来使われてきた「インポテンス（性的不能）」という言葉は印象が良くないので、最近では勃起機能低下を指す「ED」を使用します。

EDの原因

まず勃起のメカニズムを理解しましょう。ポイントは、動脈が拡張して血液が流れ込み、静脈が収縮して出口をふさぎ海綿体に血液がたまり、勃起することです。

性的刺激によって興奮が神経に送られると、ペニスにある陰茎海綿動脈が拡張して、海綿体がスポンジのように膨張して固くなり、勃起した状態となります。しかし、何らかの原因によって、その動脈の拡張が不十分な場合、EDとなります。この原因としては、ストレスや喫煙・飲酒の他、糖尿病や高血圧なども大きな原因となります。また、降圧薬、ホルモン剤などを服用中の方も、EDを引き起こす可能性があるため注意が必要です。アルコールは中枢神経を抑制するため、リラックスさせる効果がある反面、勃起能力を低下させることがあります。飲酒には注意が必要です。前立腺ガン・直腸ガン・膀胱ガンの手術に際して神経損傷が起こり、EDになる可能性があります。

最近では20代、30代の男性のEDが増加しています。

バイアグラについて

「バイアグラ」は世界的に有名なファイザー製薬が開発した極めて安全なED治療薬です。日本では、1999年に厚生省から承認されており、使用にあたっては医師の処方が必要となります。バイアグラはEDの原因の一つと考えられている「PDE-5」という酵素の働きを抑える作用があります。服用後30分～1時間くらいで効果が発現し、2～3時間ほど効果が持続します。心臓病などバイアグラを処方できない場合もありますので、よくご相談下さい。

注意事項

性的刺激を受けなければ勃起しません。あくまで勃起を補助するものです。

食後に服用すると吸収が遅くなり、効果が出現するまでに時間がかかることがあります。空腹時が最も効果的ですが、食後は1時間以上あけて下さい。

アルコールと一緒に飲んでも大丈夫ですが、アルコールの飲み過ぎは薬の効果を弱めてしまいます。

1日1錠まで。服用間隔を24時間以上あけてご使用下さい。

胎児への影響はありません。

ニトログリセリンとの併用は絶対にお止め下さい。

頭痛、胸やけ、ほてり、色覚変化がみられる場合がありますが、しばらくすると治ります。

バイアグラ禁忌

- 狭心症や心筋梗塞治療のため、一酸化窒素（NO）供与剤を服用中または服用後の方（ニトログリセリン、亜硝酸アルミ、硝酸イソソルビド等）
- 本剤の成分に対しアレルギー（過敏症）の既往歴のある方
- 心血管系障害を有するなど性行為が不相当と考えられる方
- 低血圧の方（血圧で上が90mmHg未満、下が50mmHg未満）
- 高血圧の方（血圧で上が170mmHg以上、下が100mmHg以上）
- 脳梗塞・脳出血や心筋梗塞の既往歴が最近6ヶ月以内にある方
- 重度の肝障害のある方
- 網膜色素変性症（進行性の夜盲症）の方

以上の場合、使用はおすすめできません。これ以外にも以下を服用中の場合、一応注意が必要とされています。

- チトクロームP4503A4阻害薬（シメチジン、エリスロマイシン、ケトコナゾール、イトラコナゾール、リトナビル、サキナビル等）
- チトクロームP4503A4誘導薬（リファンピシン等）
- 降圧剤（アムロジピン等）
- α 遮断薬（ドキサゾシン等）
- 強心薬（カルペリチド等）

レビトラについて

「レビトラ」は世界的に有名な独バイエル社と英グラクソスミスクライン社が共同開発した安全なED治療薬です。ヨーロッパ、アメリカに続き、日本でも2004年に厚生労働省から承認されています。レビトラは、バイアグラと同様、EDの原因と考えられる「PDE-5」という酵素の働きを抑える作用がありますが、その選択性がより高く効果的といわれています。

バイアグラに比べて、食事の影響を受けにくく即効性があり、長時間効果が持続すると説明されていますが、わたしたちの経験では甲乙つけがたいといった感触です。薬の特性と言うよりは、個人の体質、肝臓の分解酵素の組成などで効果が決まってくるのではないかと思います。さらに、バイアグラ、レビトラは小腸で吸収されますから、腸管の運動も関係します。飲んでから20～30分、または1時間程度で十分な勃起になるようです。レビトラは、バイアグラで十分な効果が得られなかったケースでも有効であり、糖尿病後や前立腺ガン手術後のEDにも有効との報告もされています。ただ、バイアグラに比べて併用禁忌の薬が多いので注意が必要です。強力だが、注意も必要という説明になります。実際には飲んで比べてみないと分からないと思います。

レビトラ禁忌

- 狭心症や心筋梗塞治療のため、一酸化窒素（NO）供与剤を服用中または服用後の方（ニトログリセリン、亜硝酸アルミ、硝酸イソソルビド等）
- 本剤の成分に対しアレルギー（過敏症）の既往歴のある方
- 心血管系障害を有するなど性行為が不相当と考えられる方
- 低血圧の方（血圧で上が90mmHg未満、下が50mmHg未満）
- 高血圧の方（血圧で上が170mmHg以上、下が100mmHg以上）
- 脳梗塞・脳出血や心筋梗塞の既往歴が最近6ヶ月以内にある方
- 重度の肝障害のある方
- 網膜色素変性症（進行性の夜盲症）の方

以上はバイアグラと同じですが、レビトラの場合さらに、

- 抗不整脈薬（キニジン、プロカインアシド、アミオダロン、ソタロール等）
- α 遮断薬（ドキサゾシン、テラゾシン、タムスロシン等）
- 抗ウイルス薬・抗真菌薬（リトナビル、インジナビル、アタザナビル、ケトコナゾール、イトラコナゾール等）

これらを服用中の方も使用は控えましょう。

それ以外にも、エリスロマイシン、ピカルタシド、リファンピシン、カルペリチド服用中の方も注意が必要とされています。

和漢薬

伝統的につむら12 柴胡加竜骨牡蛎湯、つむら7 八味地黄丸、つむら41 補中益気湯などを用いています。大柴胡湯、桂枝加竜骨牡蛎湯も勧められますが、わたしたちは上記三種の中で選ぶことが多くなっています。たとえば、消化力が落ちて体力のない人につむら41 補中益気湯、気の欠けている人につむら7 八味地黄丸、神経力の低下した人につむら12 柴胡加竜骨牡蛎湯といったような選択になります。

シアリス

別名『ウィークエンド・ピル』です。

『ウィークエンド・ピル』とは週末に飲んで土日の休み中はいつでも好きなときにという意味合いのようで、服用して30分くらいで効き始めて、一度吸収されれば36時間（丸一日以上）、長時間にわたって作用します。時間を気にしなくていい、自由度の高いED治療薬です。欧米では2003年から販売され、フランス、スペインでは、バイアグラやレビトラをしのぐ、ED治療薬のトップシェアになっています。世界100カ国で1千万人以上に使用されているとされています。

36時間効くといっても、性的刺激があれば勃起するという作用であり、勃起したままになるわけではありません。射精すれば勃起は終わります。若い頃のように勃起しやすく持続しやすい状態とを考えてください。

シアリスもバイアグラ、レビトラ等と同じく空腹時が吸収がよく早く効くという体質の人もいますし、あまり関係ないという人もいます。自分はどうか、確認しておくといよいでしょう。

シアリスの副作用としては、顔のほてり、鼻づまり、頭痛、消化不良、背部痛、筋肉痛、色覚変化等がありますが、程度は軽く、一時的なものです。

老年期の心身症

ある程度お年を召してから心身の健康について考えてみましょう。ご本人にとっても、またご家族にとっても、大変切実な問題です。

診察室での実際の言葉

お年を召した方ならば、いまご覧になっているコンピューターの文字が小さくて読みにくいと感じる人は少なくないでしょう。見る、聞く、歩く、そんな基本的な面で不自由を感じているのだと皆さんはおっしゃいます。疲れが回復しにくくなります。病気に過敏になります。ひとつだけではなくいろいろな病気になります。そして心も弱気になるでしょう。人によっては頑固になったり、神経質になったりします。寂しがり屋になります。将来に悲観的になる人もいます。友達がだんだん少なくなります。たとえば引っ越したあと新しい友達ができにくいでしょう。病院に行ってくすりを何種類も飲んでる人もいます。くすりの副作用が出やすいのも特徴です。

他者に依存せざるを得ない場面が多くなります。家族のために生きてきたのに家族は優しくしてくれないと感じることも多いでしょう。病気や不具合をかかえながら生きて行くのは孤独でつらいものです。なぜもっと理解してもらえないのでしょうか。若い世代とは考え方・感じ方の違いがあります。たとえば、気に入っていた茶碗なのに、若い家族に「汚いから捨てなさい」と言われてしまいます。これではプライドを保てないでしょう。自分たちは戦争もくぐり抜けてきた世代なのだと思うとしくなります。社会の変化がはやすぎると感じています。またたとえば伴侶に先立たれるつらさは格別です。しかしそれもいつかは訪れることです。

実際に相談場面で聞いた言葉を整理して書いたものですが、つらいですね。

老年期の病気の特徴

お年を召してから病気に悩まれる方が多いのは事実でしょう。若い頃のように簡単には治らなくなるのも仕方のないことです。たとえば、一人の人が白内障、膝と腰の痛み、胃潰瘍、皮膚のかゆみ、ゆううつ、排尿障害、便秘、肩こりなどをかかえながら生きているのがむしろ普通でしょう。また、脳血管障害やアルツハイマーによる認知症の心配も現実のものになってきます。あ

れこれ考えるととてもゆううつですね。

診断 認知症と心身症の区別

さて、高齢になってふさぎ込んだりしていると、とりあえず認知症ではないかと疑われます。これはとても困ったことですね。認知症ではなくても、認知症に似た物忘れが見られることがあります。仮性認知症とまとめて呼んでいますが、うつ状態、意識障害、栄養障害などでも認知症に似た状態になることがあるのです。認知症ではないのに認知症扱いされたらいやなものでしょう。きちんと鑑別診断したいものです。

お年を召してからは心身症になりやすくなります。それは老年期になると心身の両面で他者や環境に依存せざるを得ないようになることが多いからです。一人でがんばり抜くことは若い頃に比べると難しくなります。そのぶんいろいろな点で周囲と妥協しなくてはならなくなります。それはいままでさまざまな困難を切り抜けてきた人にとっては屈辱的とも思えるようです。いろいろなストレスにさらされますが、それから逃げることもできません。いやだからといって家出することもできません。経済的・体力的に余裕があれば別ですが、そうでない場合には妥協しなくてははいけません。老齢期には特有のストレスがあります。そこで心身症になる人も多いのです。

認知症といわれた人の中には心身症の人も混じっています。老齢期になると体の変調が心の変調に出やすいので、認知症かと誤解されます。

積極的な「心の健康」を

しかし以上のようにお困りの患者さんたちの一方で、とても元気ではつつとしてお年寄りの方もたくさんいらっしゃいます。社会的役割を引き受け、経験と知恵を生かし、若い人にはできないような活躍をなさっています。こうした方々と接すると、やはり心の持ちようが大切なのだなと実感されます。積極的な心の健康は可能だと思います。

そしてその人たちの場合、悩みを自分だけで悩んでいないようです。あなたの悩みはあなただけがかかえている特殊なものではないかもしれません。そして、似たような悩みを持った誰かが、頭のいい解決方法を考えているかもしれません。

プライバシーを完全に保護できるクリニックで、一度相談してみるのも現代的な方法ではないでしょうか。

なぜ漢方か

漢方薬という言葉が定着しているのでここでも漢方薬と表記します。しかしわたしたち SMapG は和漢薬と呼んだ方がいいと考えています。日本人に合ったものを工夫してきた歴史があるからです。ストレス診療では漢方薬を積極的に使います。理由としては二つあります。

まず、体調を整えるには漢方治療が適しているということがあげられます。うつ、パニック、自律神経失調症、更年期障害、不定愁訴、不安などではたいてい背景に過労や心労があるものです。老年期記憶障害、登校拒否などでも用いることがあります。

ふたつめの理由としては、患者さんの要望が強いことがあげられます。これまで漢方薬を使っていて、体に合うから続けたいと考えている人がたくさんいらっしゃいます。この信頼感はとても大切なことですから、その漢方薬をベースにして、発展的に薬剤を工夫します。

西洋薬の場合には「薬にまかせた」という気分になるのに対して、漢方薬の場合には、「薬を飲みながら、症状と対話しつつ、毎日を暮らす」、そんな気分になることができるようです。においや味については、最近の処方薬局用顆粒製剤はとてものみやすくできているので、たいていの人に違和感なく服用していただけたらと思います。

漢方薬の選択

一般の漢方診断の本を開いてみると、症状と体質を診て、処方すると説明しています。わたしたちは「性格」も診断の軸に加えることを提案します。心理面も考慮しなければならない領域では、性格の把握が特に大切です。

症状はストレスに対する反応という側面があり、誰にでも起こりうることです。症状は、「困ったもの」ではありますが、身体が発信しているメッセージでもあります。そのメッセージは何を伝えようとしているのか、理解することが大切です。たいていは無理をしているのです。そこで症状診断と体質診断に性格診断とストレス診断を加味して処方するのが合理的でしょう。

「ストレス + 体質 + 性格」 この三者のかかわりを考慮して診断して処方します。

有毒物の除去

生薬の原材料は自然産物ですから、細菌などの有毒物の混入をどのように防ぐかについても重大な注意が払われています。生薬そのままの場合にはその点を一つ一つについて厳密に確認することはできません。この点では、生薬よりも、顆粒製剤に利点があると考えられます。

生薬の効きめのばらつき

煎じて飲むタイプの生薬では、有効成分のばらつきが避けられません。野菜を食べるときに、いい野菜とそうでない野菜とのばらつきがあることは当然で、漢方薬の成分についても同じことが言えます。こうしたばらつきは自然産物の場合には避けられないものですが、製薬会社ではうまく品質管理をして、有効成分が一定になるように工夫しています。また、会社によって品質管理の精度にばらつきがあるともいわれています。さらに、一般売薬と処方薬局製剤では、効果に差があるとのこと感想もよく耳にします。

漢方薬の安全性

以前、漢方薬の副作用が話題になりました。小柴胡湯で肺に副作用が出て、死亡する場合があるとの報道でした。その他にも、いくつかの成分について、過量となったときの危険について注意するよう呼びかけられています。このあたりは疾患、体質、既往歴を考慮しての医学的診断になります。

飲み方

コップ一杯の水で飲んで下さい。のどや舌に残っていやな感じがする場合には、あらかじめぬるめのお湯に溶かしても結構です。

食前、食間（つまり午前10時とか午後3時とかの空腹時）が原則といわれます。確かにそうなのですが、特にこだわる必要はないようです。夕食後でも、就寝前でも問題はありません。自分の

生活にあった時間を決めて、気長に使って下さい。

飲み忘れたら、そのまま忘れて下さい。気にしないで次の時間に決められた通りに飲んで下さい。

漢方薬にジェネリック薬はありますか？市販薬も同じ名前ですが、内容も同じですか？

原料として生薬を用いていますので、化学物質として同一のものはできません。ジェネリック薬にはなりません。たとえば補中益気湯などは同じ名前でもメーカーによって内容成分が異なります。まったく違う薬ではありませんし、効果の傾向としては同じなのですが、微妙に違います。

市販薬と健康保険を使って医者が処方する漢方薬は同一メーカーでもすこし内容が違います。バファリンが市販薬と処方薬で内容が異なるのと似ています。

ディスチミア（Dysthymia, 気分変調症）親和型うつ病

ディスチミア親和型うつ病

ディスチミア Dysthymia は気分変調症。

ICD10では F34 持続性気分[感情]障害の中に分類されていて、正式の訳語が、気分変調症。

F34 Persistent mood [affective] disorders

Persistent and usually fluctuating disorders of mood in which the majority of the individual episodes are not sufficiently severe to warrant being described as hypomanic or mild depressive episodes. Because they last for many years, and sometimes for the greater part of the patient's adult life, they involve considerable distress and disability. In some instances, recurrent or single manic or depressive episodes may become superimposed on a persistent affective disorder.

F34.1 Dysthymia

A chronic depression of mood, lasting at least several years, which is not sufficiently severe, or in which individual episodes are not sufficiently prolonged, to justify a diagnosis of severe, moderate, or mild recurrent depressive disorder (F33.-).

Depressive:

- neurosis
- personality disorder

Neurotic depression

Persistent anxiety depression

Excludes: anxiety depression (mild or not persistent)

thymie とは気分のこと。それが dys ということで、不調だということ。

気分不調のほうがいいと思うが、どうだろう。変調というと、上に上がることもありそうな印象を受ける。

ずっと下がりっぱなしだけれど、うつ病というほどでもない。慢性軽うつ症の状態。

ディスサイミアでも可。

少なくとも数年続く、慢性のうつ状態であるが、他のうつ病系の診断は満たさないものをいう。2年以上と区切る場合もある。

DSMでは以下のような定義になっている。

気分変調性障害（気分変調症）

A 抑うつ気分がほとんど1日中存在し、それのない日よりもある日のほうが多く、患者自身の言明または他者の観察によって示され、少なくとも2年間続いている。

B 抑うつにあいだ、以下のうち2つ、またはそれ以上が存在すること。

1 食欲減退、または過食。

2 不眠、または過眠。

3 気力の低下、または疲労。

4 自尊心の低下。

5 集中力の低下、または決断困難。

6 絶望感。

C この障害の2年の期間中（小児や青年については1年間）、1度に2ヶ月を超える期間、基準AおよびBの症状がなかったことはない。

D この障害の最初の2年間は（小児や青年については1年間）、大うつ病エピソードが存在したことがない。すなわち、障害は慢性の大うつ病性障害または大うつ病性障害、部分寛解ではうまく説明されない。

ただし、気分変調性障害が発現する前に完全寛解しているならば（2ヶ月間、著明な徴候や症状がない）、以前に大うつ病エピソードがあってもよい。さらに、気分変調性障害の最初の2年間（小児や青年については1年間）の後、大うつ病性障害のエピソードが重複していることもあり、この場合、大うつ病エピソードの基準を満たしていれば、両方の診断が与えられる。

E 躁病エピソード、混合性エピソード、あるいは軽躁病エピソードがあったことはなく、また気分循環性障害の基準を満たしたこともない。

F 障害は、精神分裂病や妄想性障害のような慢性の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではない。

G 症状は物質（例えば、乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用や、一般身体疾患（例えば、甲状腺機能低下症）によるものではない。

H 症状は臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

要するに、「気分変調性障害」（気分変調症）というのは、「大うつ病性障害の診断基準を満たすほど重くはないが、病的なうつ状態が長く続いている」ということ。

この「気分変調性障害」は、以前「抑うつ神経症」とか「神経性抑うつ」などと呼ばれていた状態に近い。

以上は気分変調性障害のおさらいでした。

さて、

「ディスチミア親和型うつ病」は、「メランコリー親和型うつ病」と対比して、新型うつ病のひとつのタイプを表現する用語。

うつ病概念の拡張と言えるだろう。

通常「うつ病」の基本性格といえば、「メランコリー親和型」、「執着気質」また「循環気質」をさした。

まじめで、几帳面、仕事熱心で、責任感が強い、集団との一体感が強い。

このタイプの人々が長く続くストレスに耐えられなくなり、

発病するのが「うつ病」であり、「躁うつ病」である。

(躁うつ病はちょっと違う面もある。また、

「うつ病」についても、この面ばかり描写していいのか、議論もある。)

「うつ病」は中高年に多く見られる。「躁うつ病」は比較的早く発症する。

これに対し、「ディスチミア親和型うつ病」は、若者に見られる。

従来の「うつ病」よりは概して軽症である。しかし、完治は難しい。

特徴を言えば、他罰的で逃避的。

会社よりも自分が大事。仕事よりもプライベートが大事。

集団との一体化は希薄。

学校と会社の段差につまずいている。会社は意外に厳しかった。

休職をためらわず、むしろ、休職の診断書を要求する。

会社ばかり大事って言ってちゃダメよ、と育てられた。

しかし現実には、会社第一でないと、とてもじゃないが

やっていけなかったのだった。

年代は10代後半から30代が多い。むしろ、入社してすぐが多い。

社会のルールをストレスと感じる、既成の秩序を否定する気分が強い。

これは別に悪いことではないけれど、会社になじむには、問題となる。

当然の結果として、仕事熱心ではないことになる。

それだけではなく、元々やる気がなく、熱心に何かを取り組んだこともないし、

それで誉められたとか認められたという経験を持たない人が多いといわれる。

しかし、中には学生時代にとっても活躍した人もいて、

そのような人たちはまた別の病理なのか、考えなくてはならないだろう。

何となく就職し、仕事のノルマや上司との関係など、

規則や慣習やしきたりでがんじがらめの社会に直面する。

壁にぶつかったと感じてうつ状態になる。

主な訴えは「やる気が出ない」。

反省するよりも、他人を非難することが多い。

自分で本を読んだりして「うつ病みたいだから治してください」と受診してきて、診断書を「xxの期間で書いてき下さい」といって休職を希望したりする。

どうしてその期間なの？と聞くと、妻もそのくらい休んだから僕も、などと言う。偉い先生はこのあたりでとても驚く。

抗うつ薬は効きにくい。

慢性化することも多い。

治療は、物事が思うとおりにいかないのは「うつ病」のせいではなく、未熟な人格に問題があるのだと気づくことが必要、と、偉い先生に言われたりする。

こう書いてくると、とんでもなくわがままな未熟な人との印象を持ってしまいが、そうでもないところもある。

一方の観察として、自分勝手に、気ままで、いい加減ということではなくて、自分の内面の秩序や習慣には頑固に固執するとの観察もある。

社会や所属集団に忠実ではないけれど、自分には忠実なわけだ。

「何に」のところはおいておいて、この「頑固で固執する」ところはやはり「うつ病」の特徴だろうと考えて、新型うつ病のひとつだと考えているわけだ。

このような話で難しいのは、新型うつ病の中でも、どのタイプを取り上げているのか、限定しきれない部分があるからで、ディスチミア親和型と一応名前をつけていても、微妙に違うタイプをまぜこぜにしている可能性がある。結果として、記述に混乱が生じる。

追記

「ダブルデプレッション」という言葉があり、気分変調症が根底にある人に、大うつ病のエピソードが起こった場合をいう。DSMでは両方の診断が与えられる。本来、気分変調症と大うつ病は異なるものと考えられているのだが、

気分変調症のひとに大うつ病が起こることもあり、それをどのように解釈するか、問題がある。

ダブルデプレッションという言い方自体は、ディスチミア親和型うつ病のような、特有の性格とか経過とかを含んだものではないが、定義自体としては似たような病態をとらえていると考えられる。

うつ病概念の拡張ということでこれまでいくつも紹介していますが、今回は 子供のうつ病 について。

「従来型うつ病」は、勿論、人格の成熟した大人に見られるものでした。しかし最近では、子供の抑うつも、うつ病として、拡張解釈しています。

下記の新聞記事の中で、

『うつ病の診断で広く使われている米国精神医学会の基準で「大うつ病性障害」（うつ病）と診断された』

と書かれている部分がありますね。

これが、うつ病の拡大解釈を招いている一因です。

『うつ病の診断で広く使われている米国精神医学会の基準で「大うつ病性障害」（うつ病）と診断された』

ものは、「従来型うつ病」を含みますが、それ以外も含んでしまいます。

診断として「ゆるい」、「精密でない」のです。

結果として、うつ病概念の拡張になっています。

記事の中で、

有病率は、中学1年（総数122人）に限ると10.7%に上った。研究チームの伝田健三・北大大学院准教授（精神医学）は「これほど高いとは驚きだ。これまで子供のうつは見過ごされてきたが、自殺との関係も深く、対策を真剣に考えていく必要がある」としている。

とあります。122人のなかで、13人が、DSM-4でいう「大うつ病」だったという結果らしいですが、中学一年生の10パーセントがうつ病らしいなどと、数字を一人歩きさせてはなりません。そんなことを言ったら、NHKのテレビ番組、「ためしてガッテン」レベルになってしまいます。

子供たちのメンタルヘルスにもっと関心を持つべきだというのは、賛成、しかし、注意深く、子供専用の精神医学を考えなくてはならないと、個人的には考えています。

精神病院で10年以上にわたりうつ病の治療と研究にあたってきたような医者「うつ病」概念と、DSMでいう「うつ病」の概念には明らかに差があります。

精神病院で30年くらい仕事をしている先生の予想や注意はよくあたります。その正確さを実体験している者にとっては、ドイツから始まり日本で成熟したうつ病診断学こそが本物だと思いたく

なります。「あの患者さんは、3ヶ月ではすまない、半年はかかるだろう」「あの患者さんは、病棟でxxさんと一回もめるだろう」「あの患者さんは、そのうち〇〇の症状が出て、△△の薬を使わざるを得ないだろうけれど、使えば使うで、これこれの問題が出るだろう」など、ちらっとアドバイスされて、実際その通りになるのですから、本物だと信じるにいたります。

DSMは、原因がはっきりわかって、その知見を基にして、明確に診断基準を提示しているというものでは、「まったく」ありません。

極端に言えば、病気の原因を探り、薬や精神療法の効果を統計的に処理するために規定された、操作的な疾患概念でしかありません。そして、アメリカ精神医学会の政治の産物でもあります。

しかしまた、長い間鍛えられてきたドイツー日本の「うつ病」診断学も、最近の外来精神医学では、新しい展開を余儀なくされつつあるようです。

DSM流に操作的に概念規定していくのは、とりあえずよいと思うので、できるならば、もっと精密に、細分化して、診断したいものだと思います。「大うつ病」という「箱」が大きすぎるのです。

ともあれ、以下に紹介。

小中学生の「うつ病」、1.5% 北大調査

精神科医に「うつ病」と診断される小中学生の割合は1.5%であることが、北海道大学の伝田健三准教授（児童精神医学）らの調査でわかった。中学1年生では4.1%で、大人とほぼ同じだった。12日から徳島市である日本精神科診断学会で発表する。

これまで小中学生本人へのアンケートをもとに1割前後が抑うつ状態との結果が出ているが、今回は医師の診断に基づく。北海道千歳市内の小学校8校の4～6年生616人と、中学校2校の1年生122人を対象に、学校の健康診断に合わせて4～6人の精神科医が診断に当たった。

その結果、1.5%に当たる11人が、うつ病の診断で広く使われている米国精神医学会の基準で「大うつ病性障害」（うつ病）と診断された。高学年ほど増える傾向にあり、中学1年生では5人だった。軽症のうつ病や双極性障害（そううつ病）を含めると4.2%の31人（中1は13人）だった。不登校の児童・生徒も調べたが、うつ病は一人もいなかった。

伝田准教授は「本人へのアンケートではうつ病の可能性も含むため数字が高めにしがちで、今回の結果が実態だろう。大人の有病率は約5%と考えられており、中学生は大人と変わらなかった」としている。

また、最初の簡単な面接でうつ病や双極性障害を疑ったうちの約4分の1は、広汎性発達障害や注意欠陥・多動性障害（ADHD）とみられるという。伝田准教授は「ADHDなどの多動や衝動性といった特徴が、そう状態の症状と混同されている可能性がある」と指摘している。

小学4年 - 中学1年の一般児童・生徒738人に、医師が面接して診断した北海道大研究チームの調査で、うつ病とそううつ病の有病率が計4.2%に上ったことが8日、分かった。これまで質問紙を郵送する方式では例があるが、医師が面接する大規模な疫学調査は国内初という。有病率は、中学1年（総数122人）に限ると10.7%に上った。研究チームの伝田健三・北大大学院准教授（精神医学）は「これほど高いとは驚きだ。これまで子供のうつは見過ごされてきたが、自殺との関係も深く、対策を真剣に考えていく必要がある」としている。

調査は今年4 - 9月に北海道内の小学4年から中学1年までの児童、生徒計738人（男子382人、女子356人）を対象に実施。調査への協力が得られた小学校8校、中学校2校にそれぞれ4 - 6人の精神科医が出向き問診、小児・思春期用の基準などに基づき診断した。それによると、軽症のものも含めうつ病と診断されたのは全体の3.1%、そううつ病が1.1%。

学年別にみると、小学4年で1.6%、同5年2.1%、同6年4.2%と学年が上がるほど割合が高くなった。就寝・起床時間や1日のうちに外で遊ぶ時間、テレビ視聴時間、ゲームをする時間、朝食を取るかどうか、など生活スタイルについても尋ねたが、分析の結果、関連はみられなかった。

これとは別に、高機能自閉症などの「高機能広汎性発達障害」や、注意欠陥多動性障害（ADHD）が疑われたケースが2.6%あったが、日常生活や発達歴に関する情報がないため明確な診断には至らなかった。うつ病やそううつ病と診断された児童、生徒の親らには、症状に応じて医療機関の受診を勧めるなどしたという。調査結果は12日から徳島市で開かれる日本精神科診断学会と、30日から盛岡市で開かれる日本児童青年精神医学会で発表する。

■うつ病・そううつ病

うつ病には、症状が5つ以上あり2週間以上続く典型的な「大うつ病性障害」や、比較的軽症の「小うつ病性障害」、軽症だが1年以上症状が続く慢性の「気分変調性障害」がある。そううつ病は双極性障害とも呼ばれ、うつ病期とそう病期を繰り返す。

（新橋心療内科注……大人の場合は1年ではなくて、2年ですが、子供の場合は1年となってい

ます。)

成人のうつ病に関しては、厚生労働省研究班の2004 - 06年度の報告書によると、約4100人の地域住民が対象となった面接調査で、約2%が過去1年に大うつ病性障害を経験していたとのデータがある。

■薬より安心感と休養を 児童精神科医の石川憲彦さんの話

今回の調査データは、学校などの子供社会に不自然なストレスがかかっている現状への警鐘として位置付けられるが、一方で、診断された子供や親の不安をあおる懸念もある。子供のうつ病は症状の重さに非常に幅があり、うつ病と診断されたからといって、すぐに投薬が必要なわけではない点に注意が必要だ。いろいろな症状がある子供には、まず安心感と休養を与え、症状を生んでいる原因を周囲が協力して取り除いてやることが何より大切だ。

=2007/10/09付 西日本新聞朝刊=

また別の新聞にはこんな記事。

不登校対策の「メンタル・フレンド」が成果

2007年10月13日 10時30分

不登校や引きこもりなどの若者を支援している福島市のNPO法人ビーンズふくしまは、かつて不登校だったスタッフが外出できない若者の自宅を訪問する「メンタル・フレンド」に取り組み、成果が出始めている。

自らの経験を糧に、スタッフが年齢の近い若者と向き合い「心の鎖」を解きほぐす試み。

訪問事業へのニーズは高く、ビーンズふくしまは11月にも学生スタッフを募り事業を拡大する計画だ。

異常と正常 精神病とそれ以外

これは相談者にとってはかなり重大なことのようです。もちろん、治療者にとっても重大です。

たとえば虫歯。「この痛みは虫歯のせいですか」と歯医者さんに聞けば、診察をして、「虫歯です」とか「歯頸部過敏です」とか診断してくれる。しかし微細に見ると、虫歯と正常の境界は難しく、顕微鏡的に歯の表面に傷が付いて細菌が繁殖しつつある状態が中間状態になると思う。しかし肉眼で見て、さらにレントゲン写真を撮影して、痛みの原因が虫歯かどうかは問題なく分かるだろう。

たとえば胃痛。胃カメラで検査すれば、胃の表面については検査できる。いくつか検査を追加すれば、痛みが胃炎なのか機能性のものなのかは判定できる。この場合も、顕微鏡で微細に見れば、胃粘膜の小さな異常はあるだろうし、それが将来胃炎に発展することもあるだろう。しかし現時点での痛みの原因が胃粘膜の異常か、機能的なものかについてはあまり問題なく判定できるだろう。

さて、精神的な変調についてはどうだろうか。

虫歯や胃痛に比較して、正常から異常までの変化はなだらかで、肉眼で見える程度だと思ってもらっていいと思う。だから、くっきりとした境界は決めにくい。

東京から見れば、富士山は富士山で、隣の山と混同することはない。

しかし自動車でどんどん富士山に近づくと、平地はいつの間にか富士山になっている。標高を測定することはできるが、どこからが明確に富士山とは言い難い。人間の言葉の定義として、どこからが富士山と定義することはできるけれど、自然現象としては、なだらかに標高が高くなり、頂上に続く。

相談者が「わたしは異常なんですかどうですか」という場合、富士山なんですか、丹沢なんですか、高尾山なんですかとイメージしているのだろうか。それなら連続体ではないから明確な答えを期待しているわけだ。しかし正常から異常へのなだらかな変化は、どこまで平地、どこからが山とは決めがたいのではないか。その途中の領域が虫歯や胃痛に比較して広いということはあると思う。

精神病理学としては、伝統的に、「了解可能性」をひとつの指標としてきた。原因・状況と症状の関連が自然で了解できるものならば、正常または神経症、不自然で了解できないものについては精神病だろうと考えた。

現実の診察室ではかなり有用で妥当なのであるが、学問的な批判に耐えられない面もある。

米国DSM分類では神経症のカテゴリーがそもそもない。

そこで「現実検討能力」を目印に考えている。客観的現実と私的空想をきちんと区別できているかどうか。自分と他人の区別がきちんとできているかどうか。そのあたりを目印にして精神病とそれ以外と区別するようになっている。

「病態レベル」という言葉で、「精神病レベル」「神経症レベル」と使い分ける人もいる。批判もできるだろうが、これはこれで診察室では十分に機能するよい指標である。問題は中間地帯が比較的広いことである。しかも固定的なものではなく、変動するから、なおさら難しい。一時的なものならばことさらに異常と決めつけることも意味がない。

わたしは異常なんですかという問いの場合、精神の変調に関しての過剰なおそれがあると思う。疲れ、ストレス、血管異常、肝臓機能異常、腎臓機能異常、電解質異常などで容易に精神の変調は起こる。なだらかに変動し、元に戻ることも多い。また、急激に変動したものは急激に元に戻ることが多い。

第1回目 つまり初診の日

もし、「うつ病」「うつ状態」であると診断されたら、治療と抗うつ剤について、説明があります。

1. うつ病、うつ状態は、必ず治る病気です。きちんと治療しましょう。薬は勝手に増やしたり、また、勝手に減らしたり、勝手に中止したりしないで下さい。
2. 脳の中で伝達物質の不具合が起こっている、身体的な疾患です。「怠け病」「気の病」や「性格が悪いから」ではありません。自分を責めないで下さい。
3. 病気を治すことは医師に任せ、なるべく休養をとりましょう。
4. 辞職、離婚、引越し、財産処分など、重大な決定は延期しましょう。
5. 抗うつ薬は効果が出るまでに時間がかかります。効果が出て楽になる前に、副作用が出る場合がありますが、薬をやめないようにしましょう。4～5回かけて、だんだん増やして行って、標準量まで到達します。
- 6-1. 不眠、食欲不振、めまい、肩こり、全身疲労など、身体症状もつらいものですから、総合的にケアしましょう。気になることは、気軽に相談してください。うつ病やうつ状態の場合には、不安やイライラをとまなうこともあり、抗不安薬を併用することも多いものです。また、抗不安薬は、不眠、食欲不振、めまい、肩こり、頭痛などにもよく効くので、全身状態を楽にしてくれます。さらに、一部の抗不安薬は、うつに対して速効性があります。以上のように、抗うつ剤に抗不安薬を併用することも検討に値する選択肢です。
- 6-2. 漢方薬が全身状態を楽にしてくれることがあります。相談しましょう。
7. 知識のない人に、「根性だ」「気合だ」と言われることがあります。世間とはそういうものです。がっかりしないで、科学的に治療しましょう。
8. 治る過程は一直線ではなく一進一退を繰り返すものです。三寒四温といえます。焦らないで、2～3ヶ月先を目標にしましょう。
9. 治療の中盤に入ると、「頑張ってもっと早く治したい。何とかしたいのに、一日動くと次の日

は動けない。どうして気力が出ないのか。」と悩むことがあります。ここで焦らないで、辛抱することです。

10. クリニックは、仕事が終わったあとの夜の時間帯は混み合います。できれば、空いている昼の時間帯に通院しましょう。

11. 時間のない人は、薬局に処方箋を提出して、あとでお薬を受けとってでもいいでしょう。

12. 最初は一週間に一回の通院を予定して、不具合や不安があったら、それ以外でもお話をしましょう。薬だけを漫然と飲んでいるのは、慢性化につながります。本当に必要なのか、判断しましょう。本当に必要なら、一年でも二年でも飲みましょう。合理的に対処しましょう。

などと説明があります。

抗うつ剤の最初の副作用は、吐き気、眠気、めまい、下痢、便秘などです。体質、全身状態、薬の種類、量に応じて、これらの副作用に対応するお薬も併用します。

第2回目

症状は服用開始1～2週間後から徐々に改善していきます。うつ病の薬物療法は、計画的で継続した服薬が重要です。効果が現れるまで徐々に増やして患者さんに合う量に調整します。これは決して悪くなったからではありません。段階的に増やして標準量まで到達します。そして、数カ月、その量を維持します。薬を減量するときにも、段階的に減らします。そのほかにも飲む時間を変えるなど、微調整を加えていきます。

風邪薬や痛み止めは、最初から量が決まっていますが、メンタルのお薬はそうではありません。少量からはじめて、調整していきます。

第3回目

うつ病は、ストレスなどが原因となって、脳の中のセロトニンやノルアドレナリンといった神経伝達物質が足りなくなったために、疲れたり気力がなくなったり、気分が落ち込んだりする病気です。

このお薬は、足りなくなっているセロトニンを増やして脳の中のバランスを整えてくれますが、効果が出てくるまで少し時間がかかります。これで2週間経ちましたので、そろそろ少しだけ楽

になっているのではないのでしょうか。少しよくなったかな、と感じられるようになるまでに1～2週間、あるいはもう少しかかることもあるわけです。セロトニンが増えてきちんと脳の中で働くようになれば症状は我慢し易くなりますから、焦らずにゆっくりと治療をしていきましょう。

詳しく言うと、SSRIは、セロトニン（5-HT）の再取り込みを選択的かつ強力に阻害し、シナプス間隙の5-HTを増加させることによって抗うつ作用を発揮します。投与後は比較的速やかに5-HTの再取り込みを阻害しますが、抗うつ作用を発揮するまでには1～2週間、あるいはそれ以上の時間がかかることがあります。これには、5-HT放出に関するフィードバック機構が関与しており、SSRIの効果発現には、うつ病でアップレギュレートされている5-HT自己受容体の脱感作が必要で、それに1～2週間かかるためだと考えられています。

難しいかもしれませんが、そのような、脳内の物質メカニズムの問題なのだとすることを理解してください。「気合」の問題ではないのです。

第4回目

薬剂量が増えていくことが不安になるかもしれません。

だんだんと薬の量を増やしていくのは、標準量まで持っていこうとしているためです。飲み始めに多い吐き気などの副作用に注意しながら、少量から始めて少しずつ服用量を増やしていきます。病気が悪くなっているわけではありません。

悪心、嘔気などの消化器症状は、嘔吐中枢の5-HT₃受容体刺激によるものです。投与初期に一過性に現れることが多い症状です。処置をしなくても消失する場合はほとんどですが、これによって服薬を中止してしまう人もいます。また、通院をやめてしまう人もいます。

ですから、できるだけ少ない量から開始し、その後も副作用の発現に注意しながら段階的に増量し、効果が現れるまで十分に増量することが普通です。必要に応じて、制吐剤を使用することもあります。うつ状態の場合には、食欲不振となっている場合が多いですから、胃薬を併用することは合理的です。

投与初期に発現する副作用は、SSRIの作用を実感できない時期に発現するため、患者さんは「副作用が強く、効果が少ない薬」という印象を持つことがあります。副作用は最初の2～3日から一週間がピークで、効果そのものは、2週間で降くらいに出てきます。この差をよく理解して、自己判断で服薬を中止しないようにしましょう。

薬剤血中濃度が少なくても、当座は楽になりますが、体質を改善するためには、標準量まで上げて、それを一定に保つことが重要であると考えています。薬に何を求めるかによるわけです。

一時的なりりーフでいいなら、低用量でいいと思いますが、長期的な見通しを持って対処する
なら、標準量を維持してみることが得策でしょう。このあたりは、人生観や価値観とも関係しま
すので、お考えを聞かせてください。また、医学の現状もお話します。

第5回目

抗うつ剤は標準量まで到達して、服用開始初期に感じていた悪心や傾眠の副作用もすっかり消え
ていると思います。心配ないようなら、副作用対策のお薬は、中止にします。

治療の初期から使っていた抗不安薬や睡眠導入剤は、継続したほうが安全な場合が多いと思
います。

このお薬を飲むと、死んでしまいたいと思うことがあると聞いたので心配だという人もいます。
確かにこのお薬を飲み始めてしばらくの間は、まれに不安感やイライラ(焦燥感といいます)した気
分が強くなることがあります。また、うつ病の患者さんの、死んでしまいたいという気持ち(希死
念慮といいます)を強めてしまうこともあります。しかし、こうした気分は一時的なもので、治療
を続けていると自然におさまってきます。不安感やイライラした気分が強くてつらい場合には、
しばらくの間、抗不安薬と一緒に飲むことで、この時期を上手に乗り越えることができます。抗
不安薬を上手に併用しましょう。抗不安薬を合理的に利用することによって、抗うつ剤を飲み続
けることができれば、大変有用です。

第6回目

自己判断で服薬の減量や中止をしないようにしましょう。この時期になると、かなり落ち着いて
くるものです。したがって、一部の人は、自分で薬をこっそりやめていたりします。薬をやめら
れれば完治が近いと考えるようです。しかしそんなことはありません。せっかく順調に回復して
いた脳内物質の流れが、また滞ってしまいます。

薬の効き始めに二週間くらいかかったことでも分かるように、薬を中止した影響が出てくるのも
、中止してからしばらくたってからになります。そのときに反省してまた薬を飲み始めたとして
、それだけ治療が遅れてしまいます。完全に治って会社に復帰して、業務も通常通りにこなせる
ところまでしっかり薬を飲んで、その後に、減量していくようにしましょう。

脳が自分の力で十分なセロトニンを作ることができるようになるまでには少なくとも半年はかか
るといわれています。薬を飲み続けることによるマイナスは何もありませんから、焦らずに治療

を続けていきましょう。

SSRIを急激に中止すると、めまい、嗜眠、ぴりぴり感覚、嘔気、鮮明な夢、焦燥感、気分の落ち込みなどの中止後発現症状が出現することがあります。中止後発現症状のほとんどは一時的で軽度ですが、まれに重篤になることがあります。自己判断による薬剤の急激な減量・中止は危険なので、決して行わないようにしましょう。

症状が改善してきたときや、逆に効果が実感できないときに、自己判断による服薬中止は起こりやすいものです。症状が改善してきた場合、せっかく有効なお薬が見つかったのですから、少なくとも半年程度、できれば年単位の治療継続が必要であることをご理解いただきたいと思います。もしそれが不安で不快で、意に沿わないなら、話し合しましょう。どこかに誤解や思い込みがあるかもしれません、また、我々治療者の側に、患者さんの人生についての理解の不足があるかもしれません。よく話し合えば、一致点が見つかると思います。

第7回目

おおむねこの頃には、生活リズムも整い、復帰に向けて何かしようかと思う頃です。復職に向けて、時間割を決めて、作業や読書に取り組んでみるのがよいでしょう。あくまでも少しずつです。

新聞を二時間も読み続ければ、かなり疲れます。図書館で雑誌を数冊、二時間も読めば、それなりに疲れるものです。その疲れの程度を測定するつもりで、最初は一時間、次には二時間、集中読書を試みて下さい。

しかし一方で、今ひとつ効果がないと感じる人もいます。

ひとつの抗うつ剤について、標準量まで増やして、その量を維持し、約6週間たって、改善が見られないようならば、その薬は無効であると考えてよいでしょう。抗うつ剤を変更する場合にも、徐々に入れ替えることが原則です。場合によっては、一度に交換する方法もありますが、やはり原則は、部分的に入れ替えてゆく方法になります。

効果が実感できない場合、改善が得られるまでに約6週間という時間が必要であることをご理解ください。それを過ぎて主観的に効果が実感できず、客観的にも効果が認められない場合には、薬剤変更を検討します。

また、不眠、食欲不振、頭痛、身体のだるさなど身体症状の変化を注意深く報告してください。抗うつ薬の効果発現の経過は「少し眠りが深くなった」「少し食欲が出てきた」「イライラすることが減った」などわずかな変化として現れることも多いので、本人の自覚としては、「よくなっていない」と感じてしまうこともあるようです。

不安や焦燥感が強い場合や、うつの改善が今ひとつ思わしくない場合には、抗不安薬や漢方薬を調整してみることも選択肢に入れて相談します。

積極的リラクゼーション・テクニック

わたしの体験・自律訓練法との出会い

ある実習コースで、自律訓練法を教えてもらいました。それまで存在と理論は知っていましたが、自分から身につけようという考えはありませんでした。一回経験してみたら、なるほどいいかもしれないと思ったものです。しばらくは自分でトレーニングしたりはしなかったのですが、その後わたしも人並みにストレスに直面しました。そのときに自律訓練法でかなり救われました。合う人と合わない人がいるようですが、わたしの場合は合っていたと思うわけです。自分にそのような体験があるので、多分この人には向くだろうなと思う人にはお勧めしています。

積極的リラクゼーションとは

リラックスしている状態といえば、寝ている状態や横になってテレビを眺めている場面を思い浮かべるでしょう。それも大切な時間です。しかし積極的リラクゼーションはそれとは違う、「もっとリラクゼーション」の状態を指します。聞いた話では、日本の古武道の構えは、なるべく脱力してどこにも余分な力をかけず、さまざまな攻撃に瞬時に対応できるようにするものだそうです。積極的筋肉弛緩状態ということで、類似点があるかもしれません。

ゴムボールでたとえてみましょう。軟式テニスのボールを考えて下さい。

ストレス状態とはボールが凹んでいる状態です。回復しようとするのですが、凹まされています。軟式ボールというよりは、アルミ缶ですね。元に戻りません。

寝ている時は凹みがない状態で、これはストレスのない状態です。凹みはなくてまん丸です。

リラクゼーション状態は少々のことでは凹まない、凹んでもすぐに元に戻る、復元力の高まった状態です。まん丸ですが、もっと生き生きしている感じです。赤ちゃんの肌みたいですよ。

筋弛緩訓練。筋肉から脳へ。

E・ジェイコブソンは全身の筋肉を順番にゆるめていく方法、つまり筋弛緩法を開発しました。東洋のヨーガや瞑想では、目的としては精神的解脱や悟りのためなのですが、身体的には「筋肉の緩んだ状態」を実現していたことが分かっています。結果として積極的筋肉弛緩状態、つまり積

極的リラクゼーションを実現していました。

人間はストレス・不安・緊張時には筋肉が緊張します。呼吸が浅くなり速くなります。脈拍が速くなります。それならば、この逆をやって、筋肉を緊張から解き放ち、ゆるめれば、呼吸をゆっくり深くすれば、脳の働きを変化させることができるのではないかと考えました。心臓の脈拍については一般の人はコントロールできませんが、達人はできるようです。身体を変化させれば、脳が変化します。脳が変化すれば、自律神経系、内分泌系、免疫系を介して、全身に変化が起こります。

自律訓練法などで筋弛緩・呼吸トレーニングをすれば、緊張緩和、疲労感減少、爽快感増大、ストレス耐性増強、交感神経抑制、副交感神経賦活、免疫能増大が起こります。しかも副作用は全くないのです。

トレーニングの時間

一回のトレーニングの時間による効果の違いが分かっています。

3分から5分のトレーニングでは緩む方向。（リラクゼーション）

10分から20分では元気が出てくる。頭の中がすっきりしてエネルギーがわいてくる。（アクティベーション）

このような違いがあります。また、一回短期効果と反復長期効果も異なることが分かっています。わたしたちの目的は、反復長期効果を実現することです。毎日続けてトレーニングするとストレスに強くなり、血圧が安定し、体質改善につながります。

具体的な方法

具体的な方法は次のようです。短く言うと、「身体の形を整え、呼吸を整え、心を整える」ことです。古い言葉では「調身、調息、調心」と言います。

- 正しく座る。どこにも余分な力が入っていない。
- ゆっくりと、規則的に、吐く息を長く、呼吸を整える。
- 言葉、文章、祈り、筋肉運動の繰り返しなどに心を集中する。
- 雑念が浮かんできたらそのままやり過ごし、再び繰り返しの作業にもどり心を集中する。

これだけです。自律訓練法では、呼吸を緩やかにしながら、心の焦点を、「両手が重い」「両手が熱い」などと順次変更していきます。段階がいくつもあるのですが、それは上級編で、初級者

は熱感までで充分ではないでしょうか。自律訓練法では解除作業も大切です。

もっと簡便な方法・呼吸集中法

自律訓練法は誰かに教えてもらわないと難しいかもしれません。ここでは自分で簡単にできる簡便な方法をお伝えします。やはり「調身、調息、調心」が基本です。

- 横になるか、椅子に腰掛けます。楽な姿勢にして、体のどこにも余分な力が入っていない状態にします。余分な力を入れないということは、正しい自然な姿勢になるということです。海辺か森の中か、自分のリラックスできる情景をイメージして下さい。
- ゆったりと腹式呼吸をします。深呼吸ほど深くはなく。とてもゆっくりと。
- 息を吸って、吐いて、吐く息を長めに、これで一回と数えます。10まで数えたら1に戻り、続けます。
- どんどん呼吸だけに集中します。驚くくらい無念無想になります。

雑念が浮かぶけれど、放っておいて、また呼吸に心を集中させましょう。どんどん呼吸だけに集中できるようになります。呼吸している自分だけが存在するようになります。一日一回、10分間、行いましょう。3ヶ月から4ヶ月して、自分の心が平静であることに気付くでしょう。ストレスを感じた時にも、10分間だけこの呼吸法を行うことで、クールに対応できるようになります。自動車を停めて、少しのあいだ。電車に乗りながら少しの時間。睡眠前の10分間。自分なりに時間を決めて習慣化すればよいでしょう。

効果が実感できたら、周りの人に教えてあげましょう。心の平和な人が増えることは誰にとってもよいことだと思います。

合わない人

自律訓練法はわたしたちの経験では、非暗示性の高い人には合いません。過呼吸に傾きがちの人にも合いません。簡便な「呼吸集中法」は特に問題ないと思います。トレーニング中に次々に妄想がわいてきて圧倒される人は中止して下さい。

自律訓練法

- どんなときに有効ですか？

たとえば、何か気になることがあるときに、「とらわれ」の心理に陥ることがあります。あまり気にはいけないと思っていると、なおさら気になってしまうのが「とらわれ」の心理です。何かして気分を変えようと思うのですが、うまくいきません。そんなとき、いろいろな方法がありますが、特に有効性の高い方法が自律訓練法です。

- 予期不安に有効と聞きましたが？

そうです。大変有効です。予期不安とは、たとえば、「電車に乗ると心臓がドキドキして困る」と悩んでいる人が、「また電車に乗ってドキドキしてしまったらどうしよう」と不安を予期して不安になってしまう状態をいいます。この人の場合、まだ電車に乗っていないのに、不安が高まってしまうのです。こんな時に、自律訓練法を試してみてください。

- 不眠症に有効ですか？

有効です。ふとんに入って自律訓練法を練習していて、眠り込んでしまった体験のある人は多いと思います。心身をリラックスさせる方法ですから、寝る前にやれば、寝付きがよくなります。

- 試験前の緊張をほぐすのに有効ですか？

有効です。特別な道具などいっさい不必要ですから、試験会場でもできます。待ち時間のあいだに自律訓練法をしていると落ち着くと思います。

- 副作用はありますか？

特にありません。

- なぜ有効なのですか？

次のようなたとえ話で考えてみて下さい。心の中を真っ暗な洞窟だと考えてみます。真っ暗だとどうしようもないので、懐中電灯で照らします。普段の状態であれば、懐中電灯であちこちを照らしてみて、洞窟の中の状態がだんだん全体的に把握されてきます。わたしたちの不安が高まって「とらわれ」の状態になると、心の中は不安でいっぱいになってしまいます。これを洞窟のたとえで説明すると、懐中電灯で洞窟の中の「不安」という立て札を偶然照らしてしまったあなたは、もう懐中電灯を他の方向に向けることができなくなっているのです。「別の方向に向けよう」と焦るのですが、どうしても「不安」という立て札を照らしてしまうのです。

そこで自律訓練法ですが、まず、心の中の懐中電灯を自由な方向に向けることができるようになります。そうすれば、心の中には不安だけではなくていろいろなものがあるのだと理解できて、安心できます。これが第一段階です。

自律訓練法には第二段階があります。それは、懐中電灯の光の範囲を変えることにたとえられます。普通の懐中電灯は一度に狭い部分だけしか照らすことができません。しかし電球部分を工夫すれば、360度近くの広い範囲を照らすことができるようになるでしょう。狭い部分をいくつも見ても見て総合するのではなく、一度に広い範囲を見渡せるようになるのです。意識がこのような状態になれば、とてもすばらしいではないでしょうか。禅やヨーガでめざしている状態の一部分はこのようなものと考えられます。自律訓練法に熟達すれば、そのようなことも可能になります。当院で実際の方法を指導していますので、体験してみてください。

- 薬を減らすことができますか？

不安に対処するために薬を使っている人は、自律訓練法を併用することで薬を減らすことができます。副作用が辛い人、薬が嫌いな人、妊娠・出産・授乳を予定している人などの場合には自律訓練法を積極的に考えてみて下さい。また、病気や薬に関係なく、積極的リラクゼーションテクニックとして有効活用している人たちも増えてきています。おためしください。

目次

- 1.EAPとはなにか？
- 2.歴史
- 3.背景
- 4.目的
- 5.組織
- 6.方法-1 啓蒙
- 7.方法-2 予防教育
- 8.方法-3 問題発見・評価
- 9.方法-4 医学的診断、治療
- 10.方法-5 コンサルテーション・カウンセリング・個別配慮
- 11.方法-6 休職者周辺関係者について、二次的リスクの防止
- 12.方法-7 制度の整備と法的リスクマネジメント

1.EAPとはなにか？

Employee Assistance Program の略で、従業員支援プログラムのことです。

EPA会社(EPAプロバイダー)があり、会社と契約します。従業員とその家族がメンタルの不調の場合、会社には秘密のままで、カウンセリングを受けることができます。必要ならば、医療サービスを紹介してもらえます。必要に応じて休職、復職が必要になりますが、その間の合理的なプログラムを提案します。

以上は治療的介入の部点ありであり、活動の中核となりますが、一方、メンタルヘルスの啓蒙、障害予防、職場環境の改善の提案、制度整備、法的リスク回避などの諸側面にわたって指導・助言します。

Company Assistance Program:CAP:会社支援プログラムと称して、会社の利益にもなることを明示する場合があります。

2.歴史

EAPは戦後、米国で大企業の社員がアルコール依存症や薬物依存症になったときの対策として誕生しました。それが会社の業績、収益を著しく損ねたからです。

現在は、日本の社会的および文化的な特徴にあわせた現代型・日本型のEAPが研究されています。

3.背景

まず現代日本において、比較的大規模な企業における労働者は、どのような背景のもとで仕事をしているのでしょうか。

3-1.

終身雇用制度・年功序列型賃金が見直され、成果主義に移行する会社が多くあります。新しい働き方が求められる点では、かつての公社の民営化も同じでしたが、成果主義に移行して、社員へのプレッシャーが高まり、精神疾患へのリスクが高まることが統計により示されています。

3-2.

経営陣は、人員削減を行うことで、利益と株価の維持を図ることがありますが、残った社員の業務量が増加します。また、いつ自分もリストラされるかもしれないわけですから、不安を原因として、精神疾患のリスクが高まります。社員の精神的健康状態を積極的に把握する手段が必要と考えられ、また、そうした予防的対策が実際に収益を改善させています。

3-3.

CSR（企業の社会的責任）の観点から必要であることも論じられます。経営陣は株主や取引先だけに責任を負っているわけではありません。従業員に対しても責任を果たすことが、これまで以上に社会から求められています。労働基準法などは雇用に関する最低ラインの水準ですが、それを満たすだけでなく、積極的に、従業員の精神疾患を予防し、早期発見し、早期解決することで、企業イメージを向上させることができます。そのことが企業価値を高めると考えられます。

3-4.

訴訟リスクを軽減できます。過労自殺や業務に起因すると考えられる疾病により死亡した場合、遺族が賠償責任を求める例が増加しています。最近では、うつ病に罹患したことに対し、社員自ら会社を訴えるケースも発生しています。会社は管理責任（安全配慮義務）を果たすことが必要になっています。

3-5.

ぎりぎりの人員で業務を負担している場合、うつ病に罹患した社員が発生すると、業務上の損害がどうしても発生します。しかし、余剰人員を抱え込むのは無駄です。人員を増やさず、精神健康管理をきめ細かく積極的に行なうことが合理的です。

3-6.

病気が発生したら、個人の問題として個別特殊例外的に対処していたのでは、会社の損失が大き

くなります。そこで、精神疾患を予防したいと考えると、組織的取り組みが必要になります。

3-7.

セクシュアル・ハラスメントやパワー・ハラスメント、新人の退職願望、時間後の付き合いの減少など、労務管理の新しい流れにも対応する必要があります。

3-8.

メンタルヘルス問題は個人問題にとどまらず、チームとプロジェクトひいては企業経営に悪影響を及ぼす組織の課題であることが認識されています。したがって、メンタルヘルス問題は会社の制度の問題でもあるのです。

たとえば、超長時間勤務を考えてみましょう。長時間残業、徹夜や休日出勤にいたるまでさまざまありますが、1ヶ月の残業時間が200時間超という場合もあります。そのような長時間残業を前提として、生活していけるだけの給与が維持できる場合があるわけです。サービス残業の問題、持ち帰りの問題もあります。発症前2～6か月で月平均80時間を超えた場合は、業務との関連性が強く、さらに、発症前1か月間で、おおむね100時間を超えた場合、業務との関連性が強いとされています。

さらに、不規則な勤務、拘束時間の長い勤務、出張の多い業務、交替制勤務、深夜勤務、日常的に精神的緊張を伴う業務など、これらは制度の問題と考えられます。

3-9.

生産性管理をぎりぎりまで高めたとしても、精神疾患の発生をプログラミングしていない計画は、脆弱なものです。病気のために開発チームが崩壊し、プロジェクトが大幅に遅延したり頓挫したりするのは経営上の大きな損失となります。発病までいかなくても、限度を超えた長時間労働のために重症の寝不足になり、集中力や判断力が低下して、ケアレスミスが起りやすくなります。限度を超えた慢性的持続的なストレスにさらされると、誰もが我慢しつづけられるわけではなく、転職や独立を考えだすようになり人材の喪失を招きかねないのです。つまり、生産性を上げることの一方で、精神衛生管理をきめ細かく行なうことではじめて、強い組織になるのです。

3-10. プライバシーと守秘義務

個人のプライバシーに充分配慮し、決定の事業主義務（記録保管等）遂行ならびに周囲への危害等の危険性がある場合を除き、この仕組みの中で個人情報会社が通知される事はありません。

『個人のプライバシーについて一切開示しない(産業医も含め)』契約です。ただし、本人の合意がある場合に限っては、会社へ情報開示します。また、産業医と会社間にも医師の守秘義務があります。

4.目的

社員の精神疾患によって企業が被る損失を予防すること。また、休職に至る疾病の場合、企業が安定した利益を生み出すために不可欠であるから職場復帰を早期に確実にすること。

5.組織

昔は、会社内の人事の一部門と、医務室精神担当医師または外部精神科医療機関が連絡を取り合っ
て素朴に、投薬、休職、復職の相談に乗っていたものでした。しばしば退職に終わることもあ
りました。

もっと合理的な解決はないかと提案されたのが、EAPプロバイダーです。

EAPを大別すると、「メディカル系」と「ノンメディカル系（あるいはビジネス系）」の二つが
あります。

うつ病などの悩みは医療系EAP機関の得意とする分野です。

一方、「上司と性格が合わない」、「昨年異動してきたが新しい環境になじめない」といったよ
うな、企業の職場の特性が原因となる悩みについては、非医療系EAP機関が適しています。

両者を統合した形の、「統合型EAP」は今後の姿でしょう。

6.方法-1 啓蒙

外部講師が主に参加型社員研修を行ないます。項目を列挙すると、次のようになります。

A.メンタルヘルス研修

メンタルヘルスマネジメント、気づきと声かけ、セルフケア、ストレス耐性向上、傾聴実習、不
調者対応・復職者対応、認知療法のエッセンスによるセルフケア

B.CSR（企業の社会的責任）・リスク管理系研修

ワークライフバランス、パワハラ・セクハラ防止など各種ハラスメント研修、リスクマネジメン
トとメンタルヘルス

C.ビジネス・コミュニケーション研修

新入社員研修：内定者・新人・フォロー、職場活性化プログラム、コーチング、リーダーシップ

啓蒙の効果として、個人的な問題とパフォーマンス問題の関係に気付くことで、自分の精神衛生
管理が、会社のためにもなるのだと考え、メンタルヘルス意識を高めることができます。

労働組合としても、個人の健康と会社の成長の両者を実現できるわけですから、肯定的に取り組みます。会社が新しいコンセプトで最新の健康管理体制をスタートさせる事は、モラルを高めます。

7.方法-2 予防教育

A.不眠、B.食欲減退、C.憂鬱、興味減退、億劫、だるい、からだが重い、この三点はうつのはじめりですから、これを予防する意味で、A.よく眠る、B.よく食べる、C.リフレッシュして楽しむ、の三点を心がけます。

まずは、「睡眠、食欲、リフレッシュ」です。

そのほか、予防に大切な点を列挙しましょう。以下の点が見られたら、「睡眠、食欲、リフレッシュ」の原点に戻ってください。

(1)欠勤および遅刻・早退

月曜日や連休などの休み明けに、体調不良を理由に欠勤や遅刻・早退しがちになります。

(2)泣き言をいう

これに対しては、おだやかな、真摯な姿勢で、「どうした、何があったの」とメンバーにまず声をかけて話を聴くのがメンタルヘルス対策の基本です。傾聴です。

「もうだめだ」「お先真っ暗だ」などと言う場合は、たとえ小さなつぶやきでも深刻です。まれに自殺の前ぶれのこともあり、安易な激励や批判、無視は危険です。

(3)能率低下

スキルや経験はあるのに仕事に集中できない。判断や決断が鈍った状態です。本来の自分なら問題なく処理できる業務にやたらと時間がかかるようになります。いつもの仕事のペースが大幅にダウンした時は要注意です。

次のような例があげられます。

集中できない。

頭に入ってこなく

時間がかかるボーッとしたり、

イライラ・ソワソワする。

集中力の低下のため忘れている。

何回読み直しても先に進まない

うつ病による能率の低下が起こると、人間はそれをカバーしようとして、さらに長時間取り組むという悪循環が起こってしまいます。その点でも、勤務時間の把握が重要になります

(4)ミスやトラブルが増える

安易に叱責したり、無視したりするのではなく、リーダーは部下の仕事全体を注意深く観察し、普段と比べて評価する姿勢が大切です。

早期に発見するための目安は能率の低下とミスです。

従ってリーダーは、メンバーの普段からの能力を具体的に知っておく必要があります。プロジェクトのリーダーがはじめて仕事を共にするメンバーについては、元の職場の上司などから聞いておくことがポイントです。

(5)やめたいと言い出す

そんなにつらい場面ではないはずなのに、「仕事を辞めたい」「プロジェクトから降ろしてほしい」などというのは、危険なサインです。うつによるモチベーションの低下や、時には「この世から消えたい」気持ち、つまり自殺、の間接表現の場合もあるからです。

ビジネスマンは、勤務中はもとより、通帰宅しても仕事のことを考えていることが多いものです。つまり「仕事が日々の人生」なので、仕事やプロジェクトを辞めたいともらすときは、「人生から降りたい」気分にあるといえるのです。ある訴訟事例では、部下から突然に退職願が提出され、上司はそれを無視しましたが、その後自殺が起こり、問題視されました。

以上のようなポイントがあるのですが、何といたってもまず睡眠が大切です。ここで睡眠の重要性について再論しましょう。

適度な睡眠時間は、個人差はあるものの、おおむね6～8時間程度とされています。そして睡眠時間が6時間未満の状態を続けている人は、心筋梗塞や脳梗塞を発症するリスクが高いという統計が報告されています。メンタルヘルスへの悪影響も知られています。

ところで、一般企業における「過労」の基準をご存知でしょうか。基準の一つは、「月あたりの残業時間が2～6ヶ月連続して80時間オーバー」です。1ヶ月に平均20日働くとして、1日4時間残業したら月あたり80時間の残業になります。その場合、退社するのが21時で、通勤時間が片道1時間かかるとして、帰宅して食事して入浴して余暇の時間があって、翌朝7時に起きるとして、「月に80時間以上残業していると、平均睡眠時間が6時間を割ってしまう」ということになります。その結果、心筋梗塞や脳梗塞を発症するリスクが高まりますので、「月80時間以上の残業」→「過

労（死）」という図式が出来上がるのです。そして、過労によるうつ病の発症、過労自殺にもつながっていきます。

残業時間が月100時間を超えると、1ヶ月でも「過労」とみなされます。その場合も、重症化のリスクが高くなります。

21時退社なら早いほうだというなら、すでに危険なのです。睡眠の質はどうでしょうか？仕事が忙しくて帰りが遅くなった日、なんとなく神経が張り詰めてしまい、深夜3時まで眠れない。翌朝とても辛い。休日は「寝だめ」する。寝不足はうつ病のリスクファクターです、充分注意しましょう。

管理職の方は、部下の睡眠時間を確保するのも役目です。

食欲について一言。

ストレス時には、食欲不振にもなり、過食にもなります。偏食にもなり、場合によっては、アルコールの問題が重なります。ダイエットしているのかな？と置いていたら実はうつ状態だったということもあるのです。

8.方法-3 問題発見・評価

従来は、欠勤、遅刻、仕事のミスなどが顕在化してから、ケアシステムが動き出しました。問題が顕在化していない場合は、こころの中の話はプライベートな問題であり、会社には関係がない、仕事さえきちんとやっていればいいはずだとの考えがあったのです。そうすると、メンタルヘルス担当者は受身にならざるを得ません。しかし、顕在化してからでは、遅すぎるが多かったのです。つまり、受動的では手遅れでした。

そこで、本人の自覚に任せるのではなく、上司の観察に頼るだけでなく、専門医師による、より能動的で早期の発見を目指すようになっていきます。

精神衛生検診により、従来は手当てできていなかったタイプの軽度のこころの変調について、早期に発見して、ケアを勧めます。ストレスは本人の気づかないところで溜まっていたりするので、定期的に“心の健康診断”を行ないます。早期に発見すれば、休職は必要がないことも多く、休職が必要な場合も、早期に回復するケースが増加しています。

米国では、うつは誰でもなり得るものと考えられ、しかも、教会での告解の習慣も基礎にあり、カウンセリングを受けることの抵抗も少なく、受け身型の窓口で十分に効果が期待できるでしょう。さらに、宗教的な背景から、自殺を罪と考えることが自殺の抑止要因となっているようです。ところが日本の状況は大きく異なります。日本でも、『心の病』に対する理解は進んできましたが、カウンセリングという無形のものに価値を見出さない人もいます。また死生観

の点でも、たとえば、葬式仏教と揶揄されるように、宗教による抑止要因は薄いと考えられます。

したがって、日本では、『心の病』を早期に発見し、医療が積極的に介入し自殺を防ぐ必要があります。

日本では積極的早期発見をめざしますから、職場や上司が果たす役割は米国に比べて大きいでしょう。企業の積極的な関与が大切です。これは日本の社会的・文化的な特徴にあわせた『日本型のEAP』の一例といえるでしょう。

メンタルヘルス対策や過労死予防でいえば、上司は部下の労働時間と心身の健康状態を積極的に把握し、必要に応じて勤務軽減措置をする義務があります。

職場の全員を対象にメンタルチェックを定期的に行い、対応が必要な可能性のある人にはカウンセリングや薬剤治療開始を促すという、のが現在のサービスの原型ですが、これは体の健康診断とその後の介入の流れと殆ど同じでした。そこで、このメンタルチェックを精神衛生検診として実施し、そのなかで、個人の性格の特徴とストレス状態を診断します。

9.方法-4 医学的診断、治療

A.医療機関受診まで

問題を早期発見したら、医療的介入を必要とするかどうか、判断します。たとえば、セクハラで悩んでいる人も、うつ状態を呈していたなら、医学的治療を受けるべきですし、そうでなければ、非医学的介入でよいと思います。

まず、医療的介入が必要なかどうかの判断が難しいものです。したがって、慎重に考えるとすれば、明白に非医療的レベルのケース以外は、受診を勧めたほうがよいでしょう。医療が必要なケースと判断したとして、周囲の人は、まず受診を勧めるという大切な仕事に直面します。これがなかなかデリケートな問題です。

たとえば、仕事のミスがあり、能率も落ちている場合、眠れているならば、まず過労の可能性があり、一ヵ月ほど業務量を減らし、新しい仕事を控えるなどで対処します。本人のプライドなどの問題もあるので難しいものです。

仕事のミスがあり、能率も落ちていて、眠れないばあい、心療内科または精神科の医師への受診を勧めます。「眠れないのは不眠症かもしれないから、専門家に判断してもらおう。

病気なら治せばよいし、病気でなければそれでよい」などと話しかけ、精神病の可能性については特に言及しなくてもいいでしょう。

会社には安全配慮義務がありますから、部下に病気の可能性がある場合、受診を勧める責任は会社や管理職にあります。

心の病気、特にうつ病では最悪、自殺が起こりうるので、損害賠償請求訴訟が起こった場合、会社や管理職が、どのように安全配慮義務を履行したかが問われます。

一般論として、体の病気が疑われる場合でも、家族や友人は専門家ではありませんが、医療機関への受診を勧めます。「うつ病」もこれと同じと考えれば良いでしょう。

メンタルヘルスの問題を抱える社員に対して心配している気持ちを伝えることは大切なことですが、人によっては、そのような上司からの言葉がけに対して「悪い評価につながるのではないだろうか」などと考えて警戒することもあります。また、うつ症状によって自己評価が下がっているような場合は、「余計な心配をかけてしまって、自分は何てダメなんだろう」と考えて、かえって症状を悪化させてしまったり、負担を感じてしまうこともあります。

メンタルヘルスの問題が心配な社員に対しては、まず声をかけてみるのが大切ですが、声をかけたときの本人の反応はどうだったか気をつけてみることで、直接聞き出さなくてもより多くの情報を得ることができます。「大丈夫です」といったときの本人の表情はどうだったか。笑顔でうれしそうにいったのか。表情が堅く警戒した様子なのか。表情がなくなっていたのか。また、何か話したい様子なのに、なかなか言葉が出てこない感じはなかったか。(うつ症状のひとつに思考力の低下があり、頭がうまく働かず言葉がうまく出てこないことがあります)

このように、声をかけるときは言葉だけでなく言葉以外の部分に注意を払うことがとても重要になります。そして、うつ病などの心配があるなら受診を勧めつつ、本人がこちらからの声がけに負担を感じているようであれば、無理強いせず「必要なときはいつでも話を聞くから」という気持ちを伝えておくことが大切です。

B.医療機関受診後

まず、医師はどのような役割を果たすでしょうか。メンタルの場合には、産業医とは別に外部にメンタル主治医がいる場合が多いのですが、その間の役割分担と連携も大切です。以下では、利用者の役割を総合して、医師としておきます。

うつ病は薬の進歩で入院せず治るようになりましたが、多くは月単位（多くは3ヶ月以上）で休業

しなければなりません。休業さらには失業という危険が生じます。医師を受診して、診断を受け、場合によっては、休職の指示をもらいます。その後、医師は復職の判定、過重労働面談を含むメンタル相談役にもあたります。実際の休職・復職に際し、家庭状況、会社の環境や制度もふまえて、医学的見地から判断するという重要な役割を果たします。職場での対応における専門的なアドバイスや、休職者・通院者の主治医が別にいる場合には、診断内容の確認や状況確認も担当します。就業上の措置として、残業の制限・仕事の変更・配置替え・休職などを助言します。厚生労務・人事グループへの助言もしごとになります。衛生委員会、健康増進施策等の取り組みの徹底にも取り組みます。

医師は社内制度や社風、社内環境を十分に理解し、従業員の休職復職判断に際して、さまざまな要件を勘案し、個々のケースに合わせた判断を下します。医師の休職復職の判断と主治医の診断を総合することで、より客観的で正確な判断が可能になります。

復職支援プログラムは、メンタル疾患による休職者の復帰を包括的にサポートします。休職者をとりまく家族や職場の上司など、サポーター同士の橋渡しとなり、円滑な職場復帰ができるように環境を整えます。

- A、休職開始期
- B、休職期間
- C、復職開始期
- D、復職後フォロー期

の4つの期間ごとに必要となる支援を考えます。

休職した社員ばかりでなく、関係者全般について、調整します。

厚生労働省による『心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き』をベースに従業員支援プログラムは作られています。休職者と、その人を支援する職場の関係者及び主治医、産業医等、さらに産業保健婦などパラメディカルとのネットワークづくりが大切です。

10.方法-5 コンサルテーション・カウンセリング・個別配慮

服薬と通院は一定期間で終了します。その後はメンタル主治医、産業医、EAPスタッフ、臨床心理士、産業カウンセラー、産業保健婦、厚生労務および人事スタッフが連携します。これらのスタッフで仕事を分担し情報を共有し、共通の目的に向かうようアレンジします。

関係部署間の連携がスムーズになれば、健康管理体制全般の再構築を実施し、専門的なノウハウをもとに、現状のレビューや問題点の整理、新しい基準作りのためのコンサルテーションがなされ、運用体制を整備します。既存のメンタル主治医、産業医、EAPスタッフ、臨床心理士、産業カウンセラー、産業保健婦、厚生労務および人事スタッフの連携がスムーズに行える体制に

なります。結果として、早期ケアが可能になり、休職期間の短縮が実現できます。要請されるサービスに適合した、組織の再構築が必要です。

11.方法-6 休職者周辺関係者について、二次的リスクの防止

職場でも、家庭でも、二次的な影響が出る場合があります。これにも積極的に対処します。

12.方法-7 制度の整備と法的リスクマネジメント

社内の制度を整備して、医療、カウンセリング、リハビリを使いやすいものにしておく必要があります。さらにメンタルヘルスを啓蒙して、制度を有効なものにする必要があります。ここで、福利厚生にとどまらず「法的リスクマネジメント」の観点からとらえる必要もあります。精神障害での労災認定や訴訟件数の爆発的な増加、過労自殺、過労うつ病についての訴訟例からみても、対策が必要です。

厚生労働省は、心の健康問題で休業していた労働者の職場復帰支援に関する手引きを2004年10月14日に発表しています。本手引きは実際の職場復帰に当たり、事業者が行う職場復帰支援の内容について総合的に示しており、事業者は本手引きを参考にしながら衛生委員会等において調査審議し、産業医等の助言を受けながら個々の事業場の実態に即した形で、事業場の職場復帰支援プログラムを策定し、それが組織的かつ計画的に行われるよう積極的に取り組むことが必要であるとしています。さらに、職場復帰支援に関する体制や規程の整備を行い、定められた体制や規程については、教育等の実施により労働者への周知を図る必要があるとしています。

労働安全衛生法改正では2006年4月に残業時間が月100時間を超える社員に対し医師による面談指導が義務付けられました。

禁煙治療を始めよう！

シンポジウム「禁煙治療を始めよう！」に出席。[福地義之助](#)、[佐々木温子](#)、[阿部眞弓](#)、諸先生方のお話を聞く。

政府は「[健康日本21](#)」を発表し、9本の柱を示している。がん、[糖尿病](#)、アルコール、メンタルヘルスなどと並んで、たばこがある。

「[健康日本21](#)」から引用すると、

(4) たばこ

たばこは、がんや循環器病など多くの疾患と関連があるほか、[妊娠](#)に関連した異常の危険因子である。目標は、たばこの健康影響についての十分な知識の普及、未成年者の喫煙防止(防煙)、受動喫煙の害を排除し、減少させるための環境づくり(分煙)、禁煙希望者に対する禁煙支援について設定する。

これが政府の目標である。詳細は以下のとおり。

4. たばこ

4. 1 喫煙が及ぼす健康影響についての十分な知識の普及 指標の目安

[知っている人の割合]	現状*	2010年
4. 1a 肺がん	84.5%	100%
4. 1b 喘息	59.9%	100%
4. 1c 気管支炎	65.5%	100%
4. 1d 心臓病	40.5%	100%
4. 1e 脳卒中	35.1%	100%
4. 1f 胃潰瘍	34.1%	100%
4. 1g 妊娠に関連した異常	79.6%	100%
4. 1h 歯周病	27.3%	100%

*：平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査

用語の説明

健康影響：別紙「喫煙が及ぼす健康影響」を参照

4. 2 未成年者の喫煙をなくす 指標の目安

[喫煙している人の割合]	現状*	2010年
4. 2a 男性(中学1年)	7.5%	0%
4. 2b 男性(高校3年)	36.9%	0%
4. 2c 女性(中学1年)	3.8%	0%
4. 2d 女性(高校3年)	15.6%	0%

*：平成8年度未成年者の喫煙行動に関する全国調査

4. 3 公共の場及び職場における分煙の徹底及び効果の高い分煙に関する知識の普及 指標の目安

[分煙を実施している割合]	現状*	2010年
4. 3a 公共の場	—	100%
4. 3b 職場	—	100%

[知っている人の割合]	現状*	2010年
4. 3c 効果の高い分煙に関する知識の普及	—	100%

*：平成12年度中に調査する

用語の説明

分煙の徹底：公共の場や職場における喫煙場所の設置等

効果の高い分煙：受動喫煙の害を極力排除し得る分煙方法

4. 4 禁煙支援プログラムの普及 指標の目安

[禁煙支援プログラムが提供されている市町村の割合]

	現状*	2010年
4. 4a 全国	—	100%

*：平成12年度中に調査する

用語の説明

禁煙支援プログラム：個人の禁煙を支援するための個別保健指導等

禁煙・節煙を希望する人	男性	女性	総数
禁煙希望	24.8%	34.9%	26.7%
節煙希望	38.3%	34.7%	37.5%
合計	63.1%	69.6%	64.2%

(平成10年度喫煙と健康問題に関する実態調査)

禁煙の希望があるニコチン依存症患者に対する一定期間の禁煙指導について、保険点数上の評価を行うために、平成18年度の診療報酬改定で、ニコチン依存症管理料が新設された。

たばこには約200種類以上の有害物質が含まれている。代表的な有害物質としては、ニコチン、一酸化炭素、タールがある。なかでも有名なのがニコチンで、しばらくたばこを吸っているとニコチン依存症になる。

タバコ依存症スクリーナー（TDS）または
ファーガストロームニコチン依存症テスト（FTND）などを持ちいて評価する。
たばこを吸う人の約7割がニコチン依存症であるという。

まずこんな感じの書類を使いながら、診断・説明・治療を進める。

[禁煙治療の概要説明資料](#)

[禁煙治療に関する問診票](#)

[喫煙状況に関する問診票](#)

[呼気一酸化炭素濃度検査](#)

[禁煙宣言書](#)

[禁煙日記](#)

禁煙すると、最初は身体面の禁断症状が出る。2、3日がピークで、5日で楽になる。そのあとは精神的ケアの問題になる。精神的な依存または行動習慣の問題に対して、行動変容プログラムを用いる。self-efficacy 自己効力感を持ってもらうことが大切。

禁煙していると、

イライラ

吸いたい気持ち

集中できない

手持ちぶさた

などで困る。

そこで、代替りの行動を提案する。

水を飲む

ガムを噛む

[歯磨き](#)をする

軽い体操をする

[引き出し](#)の整理をする

など、自分なりに代替りの行動を用意しておけば、喫煙を防止できる。

携帯で日々の禁煙成功を報告して、支えてもらうプログラムもある。

禁煙日記をつけるのも有効。

不安が強い場合には、メンタルケアに移行する。

禁煙は、最初の一週間が鍵である。可能な目標を決めて、支えてもらいながら、実行する。

最近若い女性の喫煙率の上昇が、国民の健康を考える上では問題である。胎児、子供に悪影響があると繰り返し説明されても、上昇し続けている。

女性は、美容の観点から、禁煙を考えた方がいいとのスライドがあり、びっくりしつつ納得。多分、特殊メイクなのだろうけれど。

日本は喫煙に関して非常に寛容な国で、先進国の中で特異な立場。開発途上国に比較してもなお、喫煙に対して寛容であり、なぜなのか、よく分からないらしい。

明治の昔、恩賜のタバコなどというものもあり、何となく、「大人のもの、ありがたいもの、男らしいもの、特権的なもの」というイメージができたのではないかとの意見もある。

ヨーロッパの中では、ドイツが喫煙に関して寛容なことで有名だったが、現在は国として禁煙推進策をとっている。

面白い統計があり、全体的な健康度別に、禁煙についての意向を尋ねる。

健康な人は、そもそも関心がないので、禁煙の意志も少ない

少しだけ健康に問題のある人は、禁煙したいと積極的に考えている

かなり健康に問題のある人は、禁煙の意志はないと答えている

健康に問題のある人は、食事、運動、アルコール、タバコ、ストレス、このあたりに関心を払うのが当然なのだけれど、タバコについては、意識的に考えないようにしているらしく、これは依存症の結果であると解釈されている。

J-CASTニュースからの抜粋

養老孟司の超刺激発言

「たばこの害根拠なし」「禁煙運動はナチズム」

2007年09月18日18時40分

文藝春秋を巡って、日本禁煙学会は公開質問状を出した。養老孟司さんが、「たばこの害や副流煙の危険は証明されていない」「禁煙運動家はたばこを取り締まる権力欲に中毒している」などと月刊誌の対談で発言した。これに、日本禁煙学会が激怒。「たばこが害だという根拠が無い、という根拠を示せ」と2007年9月13日に公開質問状を出した。

掲載されたのは「文芸春秋」07年10月号。タイトルは「変な国・日本の禁煙原理主義」。養老さんと劇作家の山崎正和さんの対談記事で、なぜ禁煙活動が起こったのか、なぜ健康至上主義になっていったのか、などが論じられている。2人に共通するのは、禁煙や健康至上主義に見え隠れするのが「ファシズム」「ナチズム」であること。養老さんは、禁煙運動家は非常に権力的で、他人に生き方を押し付けて快感を覚えるタイプだ、と痛烈に批判している。

養老さんは、そもそもたばこに害があるなど証明されていないとし、「『肺がんの原因がたばこである』と医学的に証明されたらノーベル賞ものですよ」また、「副流煙の危険性は問題外」と言い、「低温で不完全燃焼するたばこから発生するので有害、というのに科学的根拠は無い」と論じている。さらに、たばこのパッケージに書かれている「喫煙はあなたにとって心筋梗塞の危険性を高めます」などの文言を決めた一人が大学の後輩だったそうで、

「医者仲間で集まったときに『根拠は何だ』『因果関係は立証されているのか』と彼を問い詰めたらたじたじでしたよ(笑)」と語っている。

この記事を見て日本禁煙学会は激怒。07年9月13日に養老さん、山崎さん2人に対し公開質問状を出した。そこには、肺がんの主な原因が喫煙でない根拠、受動喫煙には害がないという根拠を示してほしい。また2人はたばこ業界から金銭を得ているかどうか答えてほしい、などが書かれている。さらに、山崎さんが対談で、「70歳以上の人にアヘンを解禁したら幸せな老人が増えるかもしれない」とか、「中学時代に人目を気にしてたばこを吸っていた」などと発言していることから、中教審の会長としての責任を問題にしている。

公開質問状が出た以上、今後の両者のバトルが気になる。日本禁煙協会はJ-CASTニュースの取材に対し、養老さん達の発言は全くおかしいものであり、仮に海外であんな発言をすればとんでもないことになっているとし、「疫学を否定しているのに、たばこに害がない根拠を疫学に求めていたりするなど、理論が破綻している。こちらとしては公開討論会を開いてはっきりさせたい」と怒りが込み上げている様子だった。

では、その日本禁煙学会が出した公開質問状の一部を紹介。

文芸春秋2007年10月号

「変な国・日本の禁煙原理主義」

対談者養老孟司氏・山崎正和氏に対する公開質問状

日本禁煙学会

理事長 作田 学

<http://www.nosmoke55.jp/>

1. 肺ガンの主な原因が喫煙ではないという根拠をお示し頂きたいと存じます。
2. 受動喫煙には害がないという根拠をお示し頂きたいと存じます。
3. 疫学に信用はおけないとおっしゃっておられますが、対談中に2件の疫学データをもとに、ご自分の主張を補強されておられる箇所があります。疫学には良い疫学とダメな疫学の二種類があるのでしょうか。そうなら、それはどこで見分けるのでしょうか。お教えてください。
4. タバコよりも大気汚染のほうが大問題だというご主張の根拠をお示しいただきたいと存じます。
5. 対談中に「『たばこ問題は誰が金を出しているか』と考えると良くわかる」というくだりは、われわれも全く同感いたします。けだし慧眼と存じます。「社会の裏側」でどれだけの金が動いているかを知ることは、事の本質を理解する上でとても参考になると考えます。つきましては、養老様と山崎様におかれましては、日本たばこ産業をはじめとしたタバコ業界から、講演料、顧問料、コンサルタント料などの金銭的報酬を受けておられますでしょうか。利害関係の開示は、欧米先進国の学術雑誌の投稿論文の不可欠の部分となっており、国際感覚豊かなお二人でありますれば、その重要性についてはあらためてお聞きするまでもないことですが。
6. 「70歳を過ぎたらアヘンを解禁したら、いまよりも幸せな老人が増えるかもしれない」というご発言は中央教育審議会会長のお言葉とも思えません。また、「中学時代に人目を気にして吸っていた」も同様です。私たちはこのような違法行為を文芸春秋という公開の誌上でお勧めになるような方を中教審の会長としておいて大丈夫なのでしょうか。これについてもお答え下さい。おいで頂けるのなら、公開討論会を催すのも結構かと存じます。日時をご指定頂ければ、たいへ

ん幸いに存じます。

以上

余計な部分は削除したが、だいたい以上のような感じ。

タバコはJTという独占企業がかかわっていること、税金と関係があることなどで議論も多い。

JTでは各地で「いきいきフォーラム」を開催している。2003年の記録は以下の通り。演者はみんなJTからお金をもらっているらしい。

2003年いきいきフォーラム

8月21日 京都 里中満智子さん「自分らしく生きる」/石田靖さん「お笑いの道を選んで」

8月30日 甲府 バーバラ寺岡さん「自分探しの処方甘ん」/ジェームス三木さん「くたばれ集团的固定観念」

9月4日 富山 湯川れい子さん「幸福の物差し」/羽生善治さん「私の指針」

9月10日 松江 天野祐古さん「ひとのせいにしよう」/小林カツ代さん「年を重ねて新しく」

9月17日 横浜 養老孟司さん「自己判断の大切さ」/野口健さん「富士山が変われば日本も変わる」

9月19日 青森 志茂田景樹さん「スローライフでいきいきと」/周富徳さん「自分らしく生きよう」

9月25日 鹿児島 いがらしゆみこさん「自分流のすすめ」/パンツェック・ジローラモさん「Li mia nuova vita～私の中の新しい人生」

9月26日 水戸 浅田次郎さん「私の幸福」/安部譲二さん「いつも少数派だった僕」

10月1日 秋田 谷村志徳さん「変わりながら生きていく」/石川次郎さん「いつも“遊び”が仕事だった」

10月3日 神戸 バーバラ寺岡さん「自分探しの処方甘ん」/三田村邦彦さん「自分流の生き方」

10月7日 高知 長田渚左さん「誰でもとれる金メダル～スポーツの力を再確認する～」/舞の海秀平さん「決してあきらめない」

10月9日 郡山 嵐山光三郎さん「芭蕉の個人主義」/安藤和津さん「明日を素敵に生きるには」

10月15日 那覇 吉永みち子さん「自分を生きるということ」/井筒和幸さん「私のターニングポイント」

10月20日 佐賀 立松和平さん「日本人の旅」/秋元康さん「秋元流人生前」

10月22日 岐阜 湯川れい子さん「幸福の物差し」/小林カツ代さん「年を重ねて新しく」

10月28日 長野 養老孟司さん「自己判断の大切さ」/窪島誠一郎さん「“自分を表現する”ということ」

うつ病で治療する場合の復職までの流れ

うつ病で治療する場合の、復職までの実際の流れ。

【1-診断まで】

1-1

受診

不調が2週間以上続き辛いとき、受診を考えていただきます。うつ関係の[チェック](#)リストがひとつの参考になります。

1-2

診断

これは専門のお医者さんに任せましょう。診断基準のようなものがありますが、それは目安であって、それだけで決まるものではないと考えてください。さらに、次のような対策をとります。

1-3

薬

抗うつ剤（SSRI、SNRI、四環系、三環系）、抗不安薬、睡眠導入剤、胃薬、漢方薬、[ビタミン](#)剤などをおすすめします。現代のうつ治療には不可欠のものと思いますので、考えてみてください。

1-4

[ストレス](#)軽減

1-4-1

時間

残業なし、半日勤務など、時間を制限した勤務をしていただくことがあります。また、出張の制限を指示することもあります。

1-4-2

仕事内容

仕事の内容について、たとえば内勤をお願いするとか、軽作業に切り替えるとか、お願いすることがあります。

1-4-3

休職

必要な場合には、休職のお願いをします。あわせて、自宅での休養の仕方を指導します。

【2-休職前期=完全[リラックス](#)の時期】

この時期は、概ね、2週間から1ヶ月程度、あるいはそれ以上になりますが、完全リラックスの時

期とお考え下さい。

この機会だから、普段できなかつたことをしよう、などとは思わないことです。なるべく受動的な楽しみで過ごしましょう。[テレビ](#)をポーッと見るとか、負担にならないような[雑誌](#)をめくるとか、そんな程度のことです。大リーグの中継などがちょうどいいようです。

あるいは、ずっと[ベッド](#)に横になっていて、[ラジオ](#)をつけっぱなしにしている、そんな過ごし方も多いようです。

よく眠ること、食欲がだんだん回復すること、そのあたりが目標になります。

お薬がだんだん効いてきますので、ご安心下さい。

会社から電話やメールが来て、ドキドキすることも多いと思いますが、配慮していただくこととしましょう。

傷病手当金により、休職中の経済をまかなうことができることもあります。制度を確認しましょう。

【3-休職後期=復職準備リハビリの時期】

そろそろだいぶ気分も変わってきたなあという頃です。

だいたい1ヶ月から2ヶ月の頃ですが、いきなり復職するのではなく、この時期を復職準備のリハビリにあてます。

自宅で休養をとって、だいぶいい、散歩もできる、買い物にも行けるという段階になっても、家庭生活と職場ではやはり[ストレス](#)に「段差」があります。

3-1

通勤

ひとつの壁が通勤です。朝起きて、[電車](#)で会社まで行けるかどうか。その練習をします。

3-2

作業

机に座っていて、作業をこなせるか、練習します。

たとえば、[大学生](#)が読む程度の本を読んで、どのくらい頭にはいるか、確認します。

3-3

具体例

たとえば、会社が新橋や日比谷にあるとすれば、都立日比谷図書館を使います。

あなたの会社の近くの、公立図書館を使うと考えてください。

朝電車で図書館に行きます。昼ご飯を食べ、夕方に帰ります。

最初は時間を短く、だんだん長くしていきます。

最初は[雑誌](#)をめくるだけ、だんだん専門の本を読みます。

疲れたら無理をしないで、休みます。

視聴覚室でCDやDVDを視聴できる施設も多くなってきましたので、使ってみましょう。
体調に合わせて、薬を微調整します。

六本木ヒルズの図書館があり、有料ですが、環境はいいので、リハビリにはちょうどいいようです。

上野の東京文化会館では[クラシック](#)関係のLP、CD、DVDが視聴できます。
気晴らしに絵も見られるし、博物館で仏像も見られます。
喫茶店も沢山ありますから、上野もリハビリにはいい場所だと思います。

マンガ喫茶がいいという人もいます。好きなところへどうぞ。

【4-復職設定 復職プログラムの設定】

会社の制度によって異なりますが、上司、[人事](#)、産業医、産業保健婦など、関係者が復職審査会を持ち、復帰のプログラムを決定します。

4-1

時間

隔日勤務、4時間勤務、6時間勤務、8時間勤務、残業1時間許可、などを具体的に指示します。
それぞれを1-2週間程度続け、確認しながら、次の段階に進みます。
通常勤務に復するまで、全体で2~6ヶ月程度が多いようです。

4-2

仕事内容

これは各職場によってさまざまで、一概に決められないことなのですが、
軽作業、負担の軽いもの、重大な責任のないもの、慣れ親しんだ仕事、
チームよりもひとりの仕事、
から始めるのが望ましいとされています。

時間と同じく、仕事の負荷についても、1-2週間ごとに見直し、段階的に上げていきます。

4-3

部署異動

復職の原則は、もとの職場にもどることです。
異動してしまえば、新しい仕事に適応する困難があり、
さらに新しい[人間関係](#)を築く苦労もあるからです。

しかし場合によっては、部署の移動をお願いすることがあります。

この点を会社側と打ち合わせます。

病気になる前の、職場での評価、役割、職場での[ストレス](#)の程度などが考慮されます。

4-4

[サポート](#)体制

職場での相談役をきめて、ひとりで悩まないようにします。

「その仕事は、まだ無理です」と自分では言えない場合が多いので、そんなときの相談役にもなってもらいます。

また、その人が主治医に状態を報告して、薬剤調整に役立てます。

多くは上司がこの役に当たりますが、

上司には何も言えないという人も多いもので、やはり誰かが間に入った方がいいようです。

産業保健婦や産業[カウンセラー](#)が一般には適任です。

上司の方の理解を深めるために、教育的接触をすることがあります。

4-5

なぜリハビリ勤務が必要か。

本人も会社も、できるなら、リハビリ勤務などせずに、いきなり通常勤務したいわけです。

しかし、実際はそれが難しい。

精神症状が消失したということと、

職場で仕事ができるということとの間には、やはり「段差」があります。

復職判定を合理的に行うために、「復職準備度の評価」などが試みられていますが、いまのところ、正確に評価することはできません。

「やってみないと分からない」のが実情です。

復職してうまくやっていけるかどうかは、

病気の回復程度の他に、

仕事のストレス、

対人関係のストレス、

本人の性格傾向、

家庭でのストレスなど、いろいろな要因があり、複雑すぎるため、単純に評価することはできません。

職場での実際のストレスについては、

主治医や産業医が評価することは難しいのが現状です。

こうした事情で、「リハビリ勤務」が行われています。

しかし、就業規則でどう扱われているか、会社として支援体制があるか、リハビリ中の身分、[報酬](#)などの問題、

さらには労働災害が起こったときの扱いなど、問題が指摘されています。

【5-復職前期】

復職プログラムに従い、服薬したままで、仕事を始めます。

まず最初の目標は、通勤に慣れること、職場で時間を過ごす感覚を回復することです。

ここは思ったよりも「段差」を感じる部分です。

疲れたら無理をしない、睡眠、食欲を維持する。

最大**疲労**を100として、日々の疲労を60以内程度に維持したいものです。

自分の疲労度を客観的に評価する習慣をつけることは今後役に立ちます。

[ストレスチェック](#)や**疲労度チェック**がいろいろとありますから、活用しましょう。

周囲の人も、疲労度60以内くらいをめどに、見守ってください。

この時期の休日は、気晴らしはほどほどにして、むしろ休息を中心にしましょう。

【6-復職後期】

復職プログラムに従い、次第に通常勤務に近付けていきます。

早く、よりも、慎重に確実に、を目標にします。

仕事の負荷を増やすとともに、家庭生活での活動も拡大しましょう。

完全に通常生活にもどったことを確認してから、徐々に薬剤を**減量**します。

自分の場合、再発予防に大切なのは何か、

また、病気の始まりにはどんなことが起こるのか、

知っておけば、今後の役に立ちます。

全体を通じて、症状には波があることが多いものです。

[三寒四温](#)ともいいます。

一時的な悪化があったとしても、焦らないことが大切です。

だんだんよくなります。

また、世の中にはいろいろな考えの人がいます。

そうしたことは、自分の体調が悪いときには、ことさらに、つらく感じられるものです。

しかしそこは一緒にこらえましょう。

あなたはひとりではありません。

たくさんの理解者がいます。

うつ病患者復職準備尺度

復職デイケアに取り組んでいる三重大学グループの「うつ病患者復職準備度尺度」 Restoration Readiness Inventory in Depression (R2ID)] v.2.0を紹介します。まだ開発中です。

岡崎祐士、西田淳志、伊藤雅之：うつ病で病休・休職中の患者の「復職可能」診断をめぐって—うつ病患者復職準備度尺度試案—臨床精神医学 35(8):1059-1067, 2006

〔評価領域・分野・事項〕 評価領域はI、II・・・、分野は1, 2・・・、事項は①、②・・・で示す) IとIIはその領域の該当項目数で、IIIからVIIは評価段階(重症度)によって、復職準備度を表す。大きい項目数または高い評価段階ほどよいことになる。異なる評価領域、評価分野、評価項目が同じ重みであるとはいえないので、将来は総合判断する際の重み付けの検討・設定が必要になる。

I. 現在の全般健康状態・・・該当項目に○

1. 雰囲気明るい、存在感がある
2. 顔色・肌つやがよい、表情に張り
3. 語尾明瞭で、声に張り
4. 動きに切れ、体に充実感
5. 寝起きがよい
6. おいしく食べる
7. 満腹するとすこし眠気、居眠り
8. 微熱・風邪気味は2週間以上ない
9. お腹が安定(下痢・軟便は2週間以上ない)
10. 口や喉はカラカラにならない
11. 自然に外出、次の予定がある

II. 睡眠とリズム・・・該当項目に○

1. 入眠に苦労しない、またはいつの間にか入眠する
2. 途中覚醒1回以下、目覚めてもまもなく眠れる
3. 悪夢、多夢、寝汗の眠りが深い
4. 自然な起床時間で、寝起きがよい
5. ぐっすり眠った感じがあり、日内変動(午前型/午後型)も目立たない

Ⅲ. 疲れやすさ（[ストレス](#)反応性とストレス耐性）・・・・・・凡そ該当する評価段階に○

1. 日常作業による過敏・[疲労](#)反応

①見る／読む作業

- 0. 新聞・[雑誌](#)は見たくもない
- 1. 新聞・雑誌は目次を見るだけ
- 2. 長い記事もよむ、少なくとも1つの記事を最後まで読む
- 3. 新聞・雑誌を全体にわたって目を通す
- 4. 新聞記事を通して読める、[文庫本](#)を数日で1冊読み上げる
- 5. 単行本を複数冊つづけて読み上げる

②[キーボード](#)・書く作業

- 0. ペン・鉛筆、キーボードに触りたくない
- 1. 転記、キーボードで文書見ながら入力できる
- 2. 短い文章が作れる
- 3. 与えられたテーマの作文、返事や便りが書ける

③. [テレビ](#)

- 0. 音がうるさく感じテレビの前に行かない・スイッチを切る
- 1. ついているテレビは何となく見る
- 2. [ニュース](#)・バラエティーは見る
- 3. [ドラマ](#)や座談会を筋を追って見る
- 4. 好きな番組を見るようになった

④. 趣味

- 0. 何もしたくない、面白いことは何もない
- 1. 趣味のことを考える
- 2. 趣味を少しやってみる
- 3. 趣味をやるために用をする（外出、買い物）
- 4. 趣味のため知人等に連絡したり会ったりする

⑤. 家事

- 0. 横になっていることがほとんど
- 1. 自室の片づけ、[掃除機](#)

2. 家の掃除・食器の片づけを手伝う（主婦／夫を兼務の場合、食事の片づけ程度）
3. 浴室の掃除をする（主婦／夫を兼務の場合、出来合を買うなど簡単な食事ならできる）
4. 買い物のお使いをする（主婦／夫を兼務の場合、朝食の準備ができる）
5. 家族と買い物と一緒に出かける（主婦／夫兼務の場合、夕食の献立、買い物、料理が自然にできる）

⑥. 運動

0. 食事やトイレ以外ほとんど横になっている
1. 昼間起きている時間が多い、入浴はおっくう
2. 入浴はほぼ毎日、外出もできる
3. 昼間の外出可能、屋内で軽い運動
4. 運動のための散歩、プール・ジムに行く、趣味の運動

2. 一般対人ストレスによる過敏・疲労反応

①外出

0. 外出できない
1. 夕方・夜間・休日（近くのコンビニ等）可能
2. 昼間（勤務時間）外出可能
3. 次に人と会う予定がある

②近隣とのつきあい

0. 近隣と会うのを避ける
1. 隣人とのあいさつ可能
2. 近隣との立ち話程度可能
3. 近隣の会合参加可能

③子どもの相手

0. 子どもがうるさい
1. 一緒にいられる
2. 屋内で短時間なら相手できる
3. 比較的長時間相手できる・外で遊べる

④. 職場外での対人関係

0. 電話にでることができない（ベルにびくっとする）
1. 電話では他人、会社以外の友人、親戚との会話可能

2. 職場外友人の来訪、自身の親戚来訪への対応可能
3. 姻戚の来訪への対応可能
4. 職場外友人と外で会う・会食可能
5. 姻戚宅への配偶者と一緒の訪問可能

3. 職場関連ストレスによる過敏・疲労反応

①職場情報

0. 職場に関することは話もできない。すべてに過敏・疲労反応
1. 家族となら会社事項も話せる
2. 職場からの郵便・文書进行处理できる
3. 休日・夜間なら職場近くへ行ける

②職場関連対人関係

0. 職場からの電話にもでることができない、でたら強い過敏・疲労反応
1. 職場からの電話にでるが、過敏・疲労反応が軽度生じる
2. 職場からの電話（同僚、上司、人事）対応可能
3. 職場関係者訪問対応可能
4. 職場への訪問可能（過敏・疲労反応は、緊張亢進、入眠悪化、途中覚醒、悪夢や多夢、起床悪化で判断）

IV. 自殺危険性・・・凡そ該当する評価段階に○

0. 自殺企図の既往がある。
死について具体的に考えることがある
1. 自殺企図の既往はない。
普段は考えないが頭の隅には死に関する考えが残存している
2. 自殺企図の既往はない。
自殺を考えたことを思い出すこともあるが、家族や周囲への迷惑となるし、死が解決の手段とは思わない
3. 自殺企図の既往はない。
死によって何も解決しない、今後その様な考えが生じたらすぐに相談するようにしたい

V. 復職可能診断のいきさつ・・・凡そ該当する評価段階に○

1. 今回の「復職可能」診断のきっかけは、

1. 患者の希望によるもの
 2. 家族の希望が働いたもの
 3. 医師の判断による
 4. 患者の希望と医師の判断の一致によるもの
2. 患者の希望による場合、医師は、
0. 医師はまだ早いと感じている
 1. 復職への本人の焦り（喪失を取り返したい、収入確保など）がある
 2. 職場の復職期待・意向による無理がある
 3. 家族の希望・意志が働いた無理
3. 患者の復職希望の適切性
0. 早すぎる、病状再燃の可能性がある
 1. やや早すぎる、準備期間が必要
 2. 復職訓練（職場または職場外）を試みてもよい
 3. 軽減勤務なら可能
 4. 今からでも復職は可能
4. 家族の復職をめぐるサポートの適切性
0. 無理な・患者の負担になる要求がある
 1. 後押ししすぎ
 2. サポート不足
 3. 適切なサポートがある
5. 復職を巡る職場の対応の適切性
0. 治療や回復に却って妨げになる対応がある
 1. 積極的対応がない
 2. 対応の柔軟化や改善が望まれる
 3. 適切な対応がある（健康管理システム、相談体制）

VI. 病気の理解と自己管理・・・・・・・・凡そ該当する評価段階に○

1. うつ病に関する理解

①症状や病気

0. 理解がない

1. いろいろの困難を症状として理解
2. 薬物療法などの治療の必要性の説明を理解している
3. 自ら本などでも学んだ
4. 集団の演習（SST／デイケア）でも学んだ

②成因

0. ストレスの関与への理解がない
1. 今回のエピソードの前のストレス、生活上の無理の自覚
2. 性格的な側面の関与の自覚
3. 再発注意のための具体的な対策を考えている

2. 自己管理

①ストレスを避ける方法

0. 何も学んでいない
1. 言葉に出してはいえる
2. 本などで学んでいる
3. デイケア場面などで観察されている

②服薬の必要性自覚と実際の服薬状況

0. 飲み忘れや中断あり
1. 主治医や家族に言われると服用する
2. 飲み忘れは月に数回以下、本などで学んだ
3. 必要性を自覚しほぼ忘れることなく服薬

③定期受診・相談ができる

0. 自らは受診しない
1. 家族に促されると受診する
2. 自ら受診するが、肝腎な相談はしない（家族が主治医に伝える）
3. 自ら定期受診、必要に応じて臨時にも受診し相談する

④相談しサポートを得られる

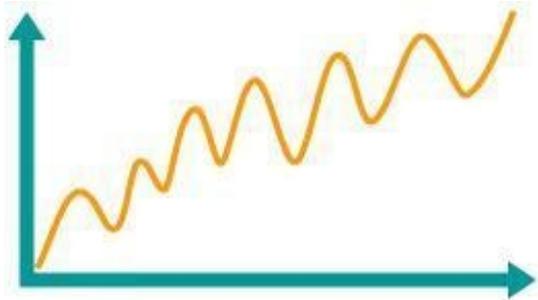
0. 医師以外に相談する人がいない
1. 家族には何でも話せる
2. 相談できる友人もいる
3. 職場にも相談できる同僚・上司、健康管理担当者がある

三寒四温

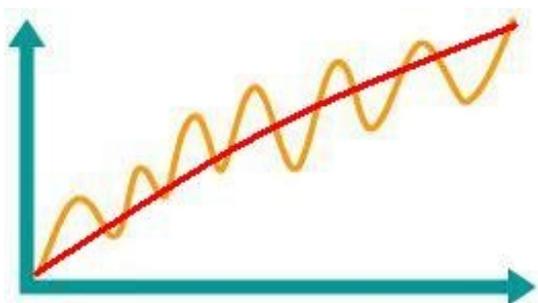
病状は一直線に良くなるわけではありません。

一步後退二步前進、

三寒四温ですよ、と言われます。



しばしば、このような図で説明されます。

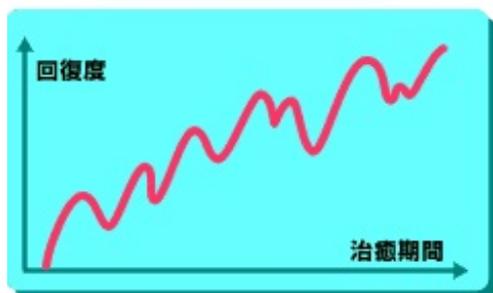


こんなふうに赤い線を補助線として引いても分かりやすいと思います。

赤い線が、体の中で治っていく様子、

黄色い線が、症状として現れている部分です。

うつ病が治るまでのパターン



★うつ病は「よくなったり悪くなったり」を繰り返しながら、徐々に回復します

こちらは別の人が作った図のようですが、
下の図を作った人は、上の図を作った人に比較して、
症状を微細にとらえようとしているわけです。
カーブがちょっと違います。
前の山の高さまで戻らないうちに低下していく局面も描かれています。
また、いったん低下して、急激に上昇している曲線で、
微分係数を論じると不連続になるような点があります。
私見では、これは体内の反応ではなく、
症状観察の都合で生じている不連続なのだと推定できます。
つまりアーチファクトです。

上の図は「一進一退」、
下の図は「三寒四温」、となるでしょう。
ん、そうかな？

眠れない人がいる。
どうして眠れないんだろう。
どうしたら眠れるんだろう。

そんなときはまず、[レコーディング](#)。
睡眠日誌をつける。

一ページに時間軸を一本引く。
そして、[ベッド](#)に入った時間、実際に寝た時間、ベッドから出た時間、
途中で目が覚めたらそれも記録、
夢でうなされたらそれも記録、
昼寝も記録、
アルコールも記録、
隣の人のいびきも記録、
朝起きたときの気分も記録、
関係のありそうなことは全部書く。

その後で何かパターンがないか、
考えてみる。

土日で睡眠リズムが崩れているとか。
[生理](#)前にリズムが崩れるとか。
仕事を立て込んでくると寝つきが悪いとか。
寝る前に[ゲーム](#)をしているとか。

その上で、必要なら、お医者さんに行って相談。
そのときも、睡眠日誌を持って行けばいい。
話が早い。

というわけで、下がその実例。

この書き方だと、睡眠の時間帯が、一週間でどのように変化しているのか、分かりやすい。

 **睡眠日誌** ②

		時												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
記入例	10月14日(水)	[Solid black]		[Diagonal lines]										
月	日()													
月	日()													
月	日()													
月	日()													
月	日()													
月	日()													
月	日()													

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

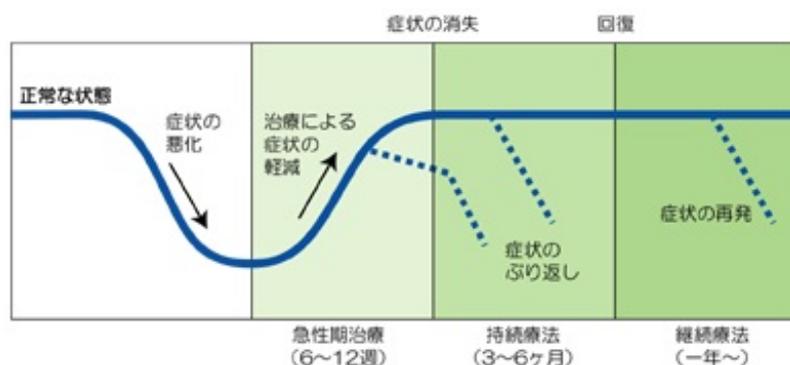
眠る前にその日の日中の状態を、次の朝に夜の睡眠の状態を記入
(注意:覚えている限りでけっこうです。正確に記入しようと神経質になりず)

- 眠っていた時間帯を塗りつぶしてください
- ▨ 床にしていたけれども目が覚めていた時間帯に斜線を引いてください
- ↔ 眠気の強かった時間帯に矢印を引いてください
- × 睡眠薬を服用した時刻に×印をつけてください



してください
 ぎないでください)
 夜間に目覚めた回数を記入してください
 朝起きたときの気分を下記より選んで記入してください
 1.かなりだるい/眠い 2.少しだるい/眠い 3.すっきりしている

寛解と回復の図



こういう感じの絵が、よく紹介されています。

期間にはかなり幅があるものです。

「症状の消失」のところは、「寛解」とも呼ばれます。

「症状のぶり返し」は「再燃」とも呼ばれます。

寛解、再燃が**セット**で、

回復、再発が**セット**です。

回復という言葉と、治癒、完治などの言葉との間には微妙な差があります。

虫歯や骨折は完治します。うつは回復します。

疾病概念と障害概念の違いに通じています。

また、「寛解」の用語を用いる分野を考えてみます。

たとえば、白血病は「寛解」します。

白血病が「完全寛解」したという言い方もします。

とりあえず急性期を乗り切って、「寛解導入療法」が成功すれば、

症状は消失して「寛解」に至り、

顕微鏡で見て、白血病細胞が消失すれば、「完全寛解」です。

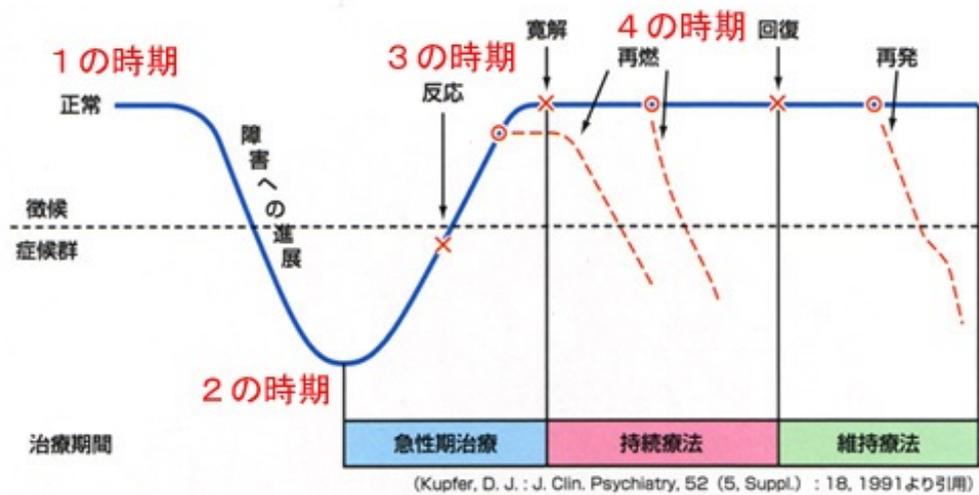
しかしそれは、検査の段階では白血病細胞が見られないというだけで、

「完治」とは異なると考えられます。

症状もない、白血病細胞も見られない、それでも、「完治」ではないわけです。

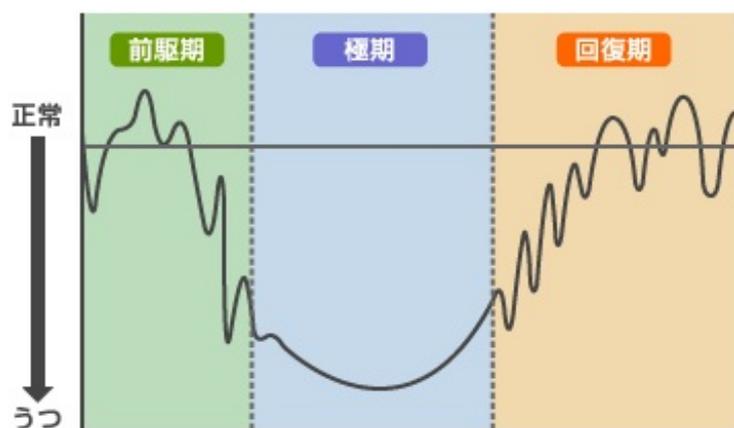
そこから「強化療法」「維持療法」が始まり、しばらく続きます。

こうしてみると、やはり「感冒」と「うつ」は違うところもあると考えた方がいいようです。



Kupferさんが1991年に発表した論文の図が元で、それを少しずつ皆さんが改良して論文やサイトに載せています。この図はきれいにまとまっていると思います。

寛解と回復に加えて、うつ状態になる前からの図を描くとどうでしょうか？



この図では、二つの特徴があります。

まず、回復期に、波が描かれていることです。

これはKupfer先生の元の図にはなかった情報です。

寛解に向けても、回復に向けても、さらに回復してからも、波はあるという教えです。

(でも、極期はつるんとしていますね。わたしなら、ここも波を加えます。)

次に、うつ状態の前の時期を描いていることです。

うつ状態の前の時期に、「がんばりすぎの時期」があるのではないかとの意見は、

昔からあり、現在も大切な考え方だとわたしは思います。

(わたしの説は有力説ではありませんが、「前駆期軽躁状態」を理論の必然として要請しています

。

Liが有効なのは、この前駆期軽躁状態を抑制するからだだとわたしの説では考えます。)

そうした伝統的な知恵が、この図では、控えめに表現されています。

ナイスです。

コーチング

コーチングは、行動に焦点を当てた、目標達成のためのコミュニケーション上のサポートです。

コーチは、目標達成に必要なアイデアを相手に気づかせ、行動を促します。そして、目標が達成されるまで、継続的にコミュニケーションを取り続けます。このコーチング開始から目標達成までのコミュニケーションの流れを『コーチング・フロー』と呼びます。

コーチング・フローは基本的に次の6つのステップから成り立ちます。



STAR*D : うつ病軽減のための代替的連続治療法

昔の日本のお医者さんの経験を大切にしよう、いった趣旨のことを書いたけれど、本当に偉大ならば、実証的に証明できるはずだ。そして現在ではその手順もだいたい決まっている。

最近の話題はSTAR*D (Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression ; うつ病軽減のための代替的連続治療法) 臨床試験である。

これは、DSMで操作的に診断決定した患者さんに対して、あらかじめ決定された治療プロトコール、つまり治療手順に従った治療をして、結果を報告し、大規模な統計処理をするものだ。まさにEBMである。

治療効果については、時期ごとに、
the 17-item Hamilton Depression Rating Scale ([HAM-D](#)) と
the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology,
[Self-Report \(QIDS-SR\)](#)
を用いて評価する。

ところが、その治療プロトコールの最初にあるのがcitalopramであり、これはSSRIの一つで、製品名Celexa、日本では認可されていない。[\(アメリカでよく使われる抗うつ薬の表はこちら。\)](#)
Sequenced Treatment Alternatives とあるように、平たく言えば、citalopramでだめな人はどんな人で、
どんなタイプにはどんな代替療法がいいかという話になっていて、そこでやっとゾロフトや認知療法が登場する。

つまり、
レベル1 (citalopram の単独療法)、
レベル2 (bupropion、sertraline または venlafaxine の単独療法、
あるいは citalopram を bupropion または buspirone で増強)、
レベル3 (mirtazapine または nortriptyline、

またはレベル2の薬物にリチウムまたはトリヨードチロニン（T3）を追加。）
レベル4では、事前の3レベルで寛解を達成しなかった患者に、
モノアミン酸化酵素（monoamine oxidase : MAO）阻害薬 tranylcypromine、
または持続放出性 venlafaxine + mirtazapine の併用。

などという具合に、治療が進む。

日本で認可されているのは、
sertraline = ジェイゾロフト
nortriptyline = ノリトレン
リチウム = リーマス
トリヨードチロニン（T3）

citalopram を第一選択薬にできない日本の私たちはどうすればいいのだろう。
いきなり Alternatives なのか？

(実際の治療には、パキシル、ジェイゾロフト、ルボックス、デプロメール、トレドミンを使い分け
れば充分ですが、
このような大規模な研究に参加できないではないかということをお願いしたいわけです。)

Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D:
implications for clinical practice.

[Trivedi MH](#), [Rush AJ](#), [Wisniewski SR](#), [Nierenberg AA](#), [Warden D](#), [Ritz L](#), [Norquist G](#), [Howland RH](#), [Lebowitz B](#), [McGrath PJ](#), [Shores-Wilson K](#), [Biggs MM](#), [Balasubramani GK](#), [Fava M](#);
[STAR*D Study Team](#).

Department of Psychiatry, University of Texas Southwestern Medical Center, Exchange Park
Express, American General Tower, 6363 [Forest](#) Park Rd., [Suite](#) 1300, Dallas, TX 75390-9119,
USA. madhukar.trivedi@utsouthwestern.edu

OBJECTIVE: Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) are widely [used](#) to treat depression,

but the rates, timing, and baseline predictors of remission in "real world" patients are not established. The authors' primary objectives in this study were to evaluate the effectiveness of citalopram, an SSRI, using measurement-based care in actual practice, and to identify predictors of symptom remission in outpatients with major depressive disorder. METHOD: This clinical study included outpatients with major depressive disorder who were treated in 23 psychiatric and 18 primary care "real world" settings. The patients received flexible doses of citalopram prescribed by clinicians for up to 14 weeks. The clinicians were assisted by a clinical research coordinator in the application of measurement-based care, which included the routine measurement of symptoms and side effects at each treatment visit and the use of a treatment manual that described when and how to modify medication doses based on these measures. Remission was defined as an exit score of ≤ 7 on the 17-item Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) (primary outcome) or a score of ≤ 5 on the 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Self-Report (QIDS-SR) (secondary outcome). Response was defined as a reduction of $\geq 50\%$ in baseline QIDS-SR score. RESULTS: Nearly 80% of the 2,876 outpatients in the analyzed sample had chronic or recurrent major depression; most also had a number of comorbid general medical and psychiatric conditions. The mean exit citalopram dose was 41.8 mg/day. Remission rates were 28% (HAM-D) and 33% (QIDS-SR). The response rate was 47% (QIDS-SR). Patients in primary and psychiatric care settings did not differ in remission or response rates. A substantial portion of participants who achieved either response or remission at study exit did so at or after 8 weeks of treatment. Participants who were Caucasian, female, employed, or had higher levels of education or income had higher HAM-D remission rates; longer index episodes, more concurrent psychiatric disorders (especially anxiety disorders or drug abuse), more general medical disorders, and lower baseline function and quality of life were associated with lower HAM-D remission rates. CONCLUSIONS: The response and remission rates in this highly generalizable sample with substantial axis I and axis III comorbidity closely resemble those seen in 8-week efficacy trials. The systematic use of easily implemented measurement-based care procedures may have assisted in achieving these results.

PMID: 16390886 [PubMed - indexed for MEDLINE]

こころの奥底にあるもの

タルコフスキー「ストーカー」

人のこころの奥底に何があるか、思う。

こころの奥底に何があるか、患者さんの例を挙げることは適切ではないので、映画を例にとる。映画の解説としての正確な表現ではない。記憶の中のわたしなりのストーリーである。

若い頃、タルコフスキー監督の「ストーカー」を見た。当時はストーカーという言葉が現在の「つきまとい、待ち伏せ、押し掛け」の意味はなかったように思う。案内人といった程度の意味ではなかったかと記憶する。

宇宙からある物体が地球に落ちてきた。その物体に手を触れると、その人間のこころの一番奥底にある欲望が現実になると言われていた。人々はその物体に手を触れ、欲望を実現したいと思うが、その物体がどこにあるのか明らかではなく、探し当てたどり着くことは容易ではない。そこで人々は案内人「ストーカー」に依頼する。案内人は場所にたどり着く複雑微妙な方法を知っている。その日は物理学者など三名が物体に接触しようとして案内を頼んでいた。困難な道の途中で案内人は問いかける。

「自分のこころの奥底の欲望など実現して何になる？以前案内した兄弟がいた。道の途中で弟はケガをして死んでしまった。兄は嘆き悲しんだ。自分の一番の望みは弟の命の復活だと言った。兄はついに物体にたどり着き、弟の蘇りを祈った。時がたち、弟は生き返ることなく、兄はどんどん金持ちになった。兄は自分のこころの一番奥底の欲望を日々見せつけられる思いだったのだろう、自ら命を絶ってしまった。」

映画としてこの部分が中心ではないと思う。タルコフスキーらしい水の描写とか、精神の敬虔さなどがむしろ話題となると思う。しかしわたしにとってはこの部分が大切だった。

タルコフスキー「惑星ソラリス」

同じタルコフスキーによる「惑星ソラリス」では次のような場面がある。

ある宇宙空間では人間の想念が現実化する。深く愛する妻を亡くした男は妻を思う。妻は現実の存在として目の前に現れる。愛そうとして腰のひもをほどこうとするが、どうしてもほどけない。

なぜなのか。その部分がわたしにとって印象的だった。

最近新しく「ソラリス」が映画化された。興味をもって観た。女優は美しかった。しかしタルコフスキーの描いた問いかけはなかった。

ソフィーの選択

映画についてはこんなこともあった。

ウィリアム・スタイロン原作、パクラ監督の「ソフィーの選択」（1982年）の一場面である。魅力的な統合失調症患者、ネイサン・ランドーが同居人ソフィーと友人ステインゴに妄想を語る。製薬会社ファイザーの研究者をしていて、ポリオの特効薬を開発したという。奇妙に興奮した様子だった。ステインゴは疑問に思いネイサンの兄を訪ねる。兄は成功した泌尿器科医である。趣味のいいリビングで話をしていると美しい妻が長椅子の後ろを通過して「ちょっと出かけてくるわ」と声をかける。その美しいこと。

あとで友人にそのことを話したら、そんな場面はそもそもなかったという。小説では出てきたかもしれない、小説で読んだ場面でしょう、と。

「それがあなたのこころの奥底にあるものね」。

明確化、直面化、解釈、徹底操作

前回映画の一部を紹介した。

タルコフスキー「ストーカー」で描かれている「物体」は、プリズムのようだ。プリズムが日光を分解して見せるように、「物体」は人間の内部を分析してみせる。実はそれが精神療法における第一歩である。精神分析的治療理論の一ページには次のような一節がある。

<精神療法の目的は患者さんの心の形や仕組み（病理構造）を自分の目に見える形に変換し、自分で問題を取り扱えるようにすることにある。その方法として明確化、直面化、解釈という操作を繰り返してゆく。>

なんと明晰で簡潔で含蓄に富む美しい一節だろう。これですべてを言い切っている。カラーの完璧な遠近法の風景画のようだ。現実の私たちはこのようにはできないが。

カウンセリングや精神療法といっても、かなりの幅がある。

一つのタイプはロジャース的と言われているもので、受容的・共感的な手法である。相談者は話をしながら、自分で解決に到達する。ただ聞いているだけなどということはなく、これはこれでかなりの熟練を必要とする。

もう一方のタイプは分析的スタイルで、明確化、直面化、解釈を反復し徹底操作する。これはさらに熟練を要する。

中間的スタイルもある。どのタイプのスタイルがよいかは、相談者の精神病理と治療者の特性による。

たとえばあるオフィスでは治療者と相談者は3メートルの距離をおいて座る。部屋はあまり明るくない。治療者は自分の表情のわずかな変化を隠すことができる。治療者の人格的影響は可能な限りゼロに近づく。ただ静かな鏡のようだ。あるいは日光を分解するプリズムのようである。（人格的影響がゼロになるように部屋を設定したいという人格の影響を強く受けているとも言える。）

週に四日ないし三日通い、一回一時間、料金は一万円、これを最低一年は続けるから、時間も費用も大きな負担となる。

映画「ストーカー」の場合

さて、映画ストーカーの場合、絶望した兄は死んでしまったというけれど、それは直面化に耐えられなかったからだということになる。兄は自分の「心の形や仕組み」を明確化して提示された。自分の中には金持ちになりたい欲望と、弟に対する愛情と二つがあり、最終的には金持ちになりたい欲望が強かった。この結論をしっかりと受け止めればよかった。そして「そうだな、人

間にはそういう面もあるな」と納得すればよかった。それだけのことである。いまのわたしなら
そう言える。

それが人間だとあっさり通り過ぎてしまわないところがタルコフスキーのいいところなのだけ
れど、それは映画の話だ。現実の生活を生きるにはそれではナイーブすぎる。

映画「惑星ソラリス」の場合

映画「惑星ソラリス」の場合の、「心の形や仕組み」について言えば、妻を愛していたが、彼
の心の中には妻の腰の紐をほどけない理由があった。「それはあなたの心の中の問題なのだ、自
分でも気づいていない、妻への、あるいは女性への、または人間への、未解決の何かがある」そ
のように開始して次第に限定して明確化する。そしてその後は直面化である。それは何か。目を
そらしてはいけない。そしてそれはどのように解釈されるか。可能な解釈を検討し、もっとも合
理的整合的な解釈を受け入れる。そのように精神療法は進む。

ED座談会を開きました。治療者のいろいろな意見を聞いてみましょう。男性複数、女性複数です。

<男性>男性として思うのは、EDの薬などでスムーズにセックスすることが「強制」されるような気がする。男性の責任だと。できなければ「失格」みたいないやな感じ。セックスなんて対人関係の一部でしかない。手を握るだけで充分ではないか。

<男性>あの瞬間の情けなさはやはりつらい。「できるはずなのに」と愕然とする。しかも、女性に申し訳ない。とても好きなのにできないと、「好き」という気持ちが嘘があるようで。

<男性>間違った「男性性」信仰ではないか。オープンに話し合えば女性は分かってくれる。強くて若い男性がいつまでも続くはずがないのは常識だ。

<男性>間違っているかどうかは勝手だ。わたしは何をしてでも治したい。

<男性>うつ病の人は病気の最後の局面までEDを持ち越すことが多い。患者さんはみんな仕方がないと諦めているけれど、治療の最後で自信を取り戻すことも大切だと思う。そんな局面では積極的に薬剤を使いたい。

<男性>緊張しやすい人も親密になるまでの間、やはり薬剤が有効だと思う。アルコールで勢いをつけるよりもずっと合理的だ。

<女性>私の感じ方では、セックス自体はそんなに大切ではない。なければなくてもかまわない。ただ、愛情の表現がもっと豊かだといい。「大切に思うよ」とか「いま気持ちがあふれている」という表現として、キスをするとか、強く抱きしめるとか、そんなことをもっとして欲しい。そんなことがなくて、ただセックスにこだわるのはあまり意味がない。

<男性>一部の患者さんの話。「自分にとってはじめての相手とセックスするとき、うまくいかないことがあって、何とかならないものかと思っている。薬よりもむしろカウンセリングで自分の心の仕組みを知りたい」。

<男性>なるほどそうだ。そんな場合は、むしろシャイな感じで、女性としては好感を持つのではないか。ただ、はじめての相手が頻繁にあるのは心配だけれど。

<男性>女性は、「わたしに性的魅力がないからできないのではないか」と悩むこともあるらしい。

<女性>男性が薬剤を使うのは、お金を払ってセックスをする場面が多いのではないか。親密な女性であれば、そのようなことを強く要求はしないと思う。妊娠したいという場合は別だけれど

。いろんなことを話し合うだけでわたしは満足だ。

<女性>エイズの問題が広まってから、性交渉はある程度節度のあるものになっているのではないか。信用できる人でなければセックスしたくないのは当然。むしろ、自分のパートナーがお金を払ってセックスするような場面があるということに、不信感を持つ。性感染症はわたしにも影響するわけだから。セックスをなんだと思っているのか。

<女性>いろいろな人間交渉があるわけだから、自由も大切だ。その人との相性を確認するという点ではセックスは大切。けんかしても仲直りができる。大切にされていると確認することもできる。

<女性>性的に尽くすことでしか男性を引きとめられない女性もいる。そんな人間関係だと、セックスがうまくいかないと女性も不安になる。だからうまくできることがお互いに要求される。

<男性>年をとればだんだん不自由になるのは自然なことではないか。女性は自然なことと受け止めていると思う。うつ病の場合も、セックスまでエネルギーが回らないのは当然だと理解している。精神的に完全に回復したら、そのあとゆっくりとセックスも回復すればいいと思っていると思う。

<男性>女性も、加齢に従ってだんだん変化してくる。男性は女性の変化を自然なものとして受け止めていると思う。EDについては男性だけが過度に気にしているのではないか。女性が過度にしわとりをしたり、体型の若返りを試みるのと同根ではないか。

<男性>男性としてのアイデンティティに関わるのではないか。自然な変化を拒否するのは未成熟だ。

<男性>私はどうしてもこの経路でのコミュニケーションが大切だ。敢えて言えば、アイデンティティの一部だ。譲れない。

<男性>どこまで医療の範囲かと考えてしまう。生活改善と言うけれど、夫婦の関係であれば、薬を使うまでもないのではないか。話し合えばいい。心を開くことができれば関係は悪くならない。余計な改善をしているのではないか。

<女性>ある夫婦は、食事の工夫をしているといていた。ご飯にウナギをのせて、とろろをかけて、その上に卵を落とす「うなとろ丼」。ニンニクをそのまま電子レンジで加熱して噛るとか。マグロをサクで買ってきて、最初はお刺身、次は細かく切って納豆と混ぜる、最後はさらに細かくしてネギと混ぜる。生姜も元気の元になる。そんなことを通じて共通の目標ができれば、それはそれで楽しいかと思う。笑いながら暮らせる。

<男性>でもコレステロールが。

<男性>マカはどうか。あまり確実な情報がない。漢方薬はある程度いいと思う。

<女性>性産業との関係はやはり気にかかる。

<男性>エイズが怖い。クラミジアなどの性感染症の蔓延も気になる。

<男性>EDの場合も、いつまでも薬が必要なわけではない。話を聞いていると、「できないかと思う」といつまでも気にかかる。一度薬剤を使ってうまくいくことが分かったら、あとは気にしな

いすむようになった。解決法が分かれば、あとは卒業できる」とのことだった。
<男性>感じ方も対処も、個人差が大きい。他人の価値観に寛容でありたい。

精神科についての理解

裁判官の場合

世間の人々の精神科についての理解はどんなものだろう。いろいろな誤解や偏見も理由のあることだろうからそれはそれとして、先日、裁判官の抱く精神科についてのイメージが問題になった。

これは判決文の中で明白に示されるので、単に誤解だといってすますわけにもいかない面がある。

そのときの話はこうである。どうしても死にたいと言って危険なので精神科病院に入院してもらった。しかし病棟内で自殺してしまった。そのときの病院の責任はどうか。裁判官はカルテにより、医師の診察頻度や観察内容を吟味する。看護記録により、看護の密度や観察内容を知る。

しかしそれらは裁判官に知らせるために書かれているわけではないから、当然省略もある。現場の人間なら当然こう解釈するが、知らない人はこんな風に誤解するだろうなと思われると、その通りに裁判官は誤解する。

極端な例では、診断がうつ病なら、自殺に関して注意義務はハードルが高くなる、それ以外の診断であれば、自殺は偶発的なもので仕方なかったと考えた人もいるらしい。（そのときの弁護士さんの説明ではそんな感じでした。私は実際の判決文を検討していません。不正確かもしれませんが。）

看護師の見回りが15分に1回がいいか、30分に1回なら充分か、1時間に1回ならどうかなどの点も論点となっただろう。

島根県では司法修習生が精神科病院に一日体験入院するという。そのようにして精神科についての理解が深まるのはいいことだと思う。

保護者の考え

またこんな例もあった。

患者さん本人は自分のことを病気だと思っていない。相談を受けたお医者さんは入院が必要と判断して、ご家族に説明した。もともともめている家族だった。妻は入院に反対した。両親は入院に賛成した。法律としては妻の同意が優先順位が高いので、入院に関しての同意は得られないことになる。しかしお医者さんは妻の態度、言葉からして、妻もおそらく病気ではないかと思った。さらに難しいことに、妻は外国人で日本国籍がないのだという。（わたしは不勉強で、日本人と結婚したら日本国籍になるのかと思っていた。そうでもないらしい。選択できるのだろう。）両親は「日本国籍のない妻に保護者たり得る資格があるのか」と言っただろう。法律としては国籍は問題なく、戸籍上の妻であれば、保護者として適格だそうだ。結局入院は見送りで

ある。

法律はそうなる。しかしその先のこととして、妻が病気ではないかと疑った医者判断は宙に浮いたままである。法律は一般的な常識判断を抽象化して条文としてまとめたものであり、さらにその運用に関して人々の知恵が結集されてゆくものであろうが、微妙なところでまだまだ届かないと思う。

世界の古典である論語であるが、学校で習うとまことに味気ないものです。まずは復習。始まるの一節を読みましょう。

「子いわく、学びて時にこれを習う、またよろこばしからずや。朋（とも）あり遠方より来たる、また楽しからずや。人に知られずしてうらまず、また君子ならずや。」

一般の解釈は、こうなります。「孔子が言われる、学んだことをいつも繰り返し習っていると、いつの間にか理解が深まって自分のものとなっている。これはなんと嬉しいことではないか。友人が遠方から来る、これは楽しいことだ。世間の人が自分の学徳を認めてくれなくても、怒ったり不満に思ったりしない、これは立派な人である。」

平たく言うと、「復習しなさい。音楽のフレーズが演奏できるようになったら折に触れて弾き直してコツを忘れないように。野球で縦のスライダーを覚えたら、感触を忘れないようにときどき練習しなさい。友人が遠方から来たら嬉しい。他人のことは気にするな。ただ学問しなさい。」

そうでしょうか。これが世界に冠たる古典の第一節なののでしょうか。これでは高校生は眠ってしまいます。あまりにも当たり前です。

孔子先生の言葉をすこし深く解釈すると、こうです。

学んで時にこれを習う、またよろこばしからずや。これは「暗記したらいつでも暗唱して忘れないようにしなければならない。わたしの弟子たちにはこんな当たり前のことを言わないといけなくらい愚か者が多いので絶望だ。いいかげん一回教えたら忘れるな。」

朋あり遠方より来たる、また楽しからずや。「本当の友は遠くにしかいない。近くにいるのは友達と呼べないような奴らばかりだ。」これも絶望の言葉。こんな言葉を言われた孔子の弟子たちはどんなに失望しただろう。

人に知られずして憤らず、また君子ならずや。「君子は淡々と生きろ、それができないで何が君子か。もともと世間からの評価には深く絶望している。しかしわたし孔子も、このように人に知られたくて言葉を残し弟子たちを食わせている。情けない。これも絶望である。」

というわけで、いきなり深い絶望を記しているのだと思う。弟子に絶望、自分に絶望、世間に絶望で、どこにも希望がない。

「孔子さん、いいじゃないですか。まずこの絶望に直面しましょう。」ここまでが精神療法第一ステップとなります。

欲を捨てるか ストレスを捨てるか

欲を捨てるか ストレスを捨てるか

ストレスを解決するにはまず欲を捨てることです。

しかし人間は欲が深い生き物ですから、多少のストレスを引き受けても、欲望を満たそうとします。ここが難しいところです。欲を捨てるか、ストレスを捨てるかです。

限界まで働く私たち

現代社会の特徴は、人間の能力を限界まで発揮させる点ではないでしょうか。

頭のいい人も世界にはたくさんいます。野球の上手な人も、上には上がいます。走るのが速くても、もっと速い人が世界にはいるものです。昔ならば例外は除いて、生まれ育った土地で農業を継続したものでしょう。

中井久夫先生の紹介していた面白い説があります。「すべての人は無能である」というのです。なぜかと言えば、たとえば会社を思い浮かべます。社長から平社員まで、それぞれの能力を要求されるとします。入社して、自分の能力の限界近くまでは出世しますが、それ以上は無理だと周囲が判断します。そのとき部長だったとすれば、「平凡な部長」と言われるのだと思います。能力があれば次の挑戦に駆り立てられます。

たとえば野球選手でも同じです。小学校で抜群の運動神経を誇っていた子供は、リトルリーグに挑戦します。能力があれば中学でも続け、さらに選抜されて甲子園を目指します。それでもまだ余力があればプロ野球があり、それでもまだ能力があれば、アメリカのメジャーリーグに挑戦します。たいていは、どこかの段階で能力の壁にあたったり、ケガに苦しんだりします。最後には、「プロとしては平凡だった」などと言われます。

このように考えると、すべての人が能力を試され、限界まで働き、結果として自分の限界を悟らされる、そんな社会に思えないでしょうか？

可能性が開かれているということは、つまり、限界を知らされることでもあるのです。夏の甲子園で最後まで負けないのは一校だけで、あとは全部、負けを経験するのです。

労働の蓄積が可能になった

なぜそんな大変な社会になったのでしょうか。

第一は生産構造の変化だと思います。昔、フランスの王は大変な権力を誇っていたものですが、税金では苦勞しました。当時の農民は農作物を売買してお金を蓄えることがなかったので、税金は農作物そのものでした。王のもとには莫大な農産物が集中しますが、全部を食べられるわけ

ではありません。そこで毎夜宴会を催し、あるいは宝石、美術品を購入して浪費します。農作物が腐る前に消費するしかなかったのです。そのような社会では、労働もほどほどにということになります。限界まで働いてたくさんの麦を収穫しても、どうせ食べきれなくて腐るだけです。みんなそれぞれ自分の食べる分は生産しているので、売ることもできません。そこで、自然な程度の労働量に落ち着いていました。

現代では貨幣社会が確立していますから、事情は違います。10倍働いて10倍貯金することもできます。5年間限界まで働いて、あとの5年はボランティアで汗を流すことも可能です。貨幣で蓄えることができるからです。実は貨幣価値は時間とともに変化するもので、信用しすぎてはいけないのですが、農作物のように腐るものではありません。

また、銀行の仕事を思い浮かべましょう。手数料を1%と仮定します。100億円の契約なら1億円です。100万円の契約なら1万円です。100倍の儲けになりますが、100倍の汗を流したでしょうか？農作物の生産ならば、100倍の麦を生産するためには100倍の時間と汗が必要かもしれません。銀行の仕事は書類にゼロを二つ多く書くだけなのです。

たぶん、昔も、漁に出てたまたま大きな魚を捕まえたり、偶然水利のよい土地を見つけたりなどして、実際の汗の量とは比例しない例もあったと思います。しかし大きな魚を捕まえても、保存しておけないし、腐る前にみんなに分けるしかなかったのではないのでしょうか。その人は共同体内部での評価は高まったと思いますから、それが財産といえれば財産でしょうか。

チャンスは増えたが勝ち続ける人はいない

第二には人の移動と情報の移動が飛躍的に簡単になったことがあげられます。人間は比較され、挑戦を求められ、限界まで働くようにし向けられています。むろん多くの人がチャンスの拡大を望んだのですが、結局泣くことになりました。甲子園を目指して、敗戦すると泣くようなものでしょうか。

ブルーカラーの生産能率管理は昔からきつかったのですが、コンピューターや社内メールの発達で、ホワイトカラーの労働生産率が厳密に管理されるようになりました。このこともストレス社会を加速しています。

ストレスから解放されるのは大変そうです。逃げてでも逃げ切れないなと思います。

ある提案

就職難の現在、提案されているのは、「大卒の人はプライドを捨てて高卒の仕事をすればいい」というものです。提案した人は、わかりやすいように学歴で表現していますが、学歴でなくても構いません。能力ということです。自分の上限の能力を発揮できて、最高の評価をしてもらえ

る職場を望んでいたのでは、現状の日本では就職は難しいし、それはそのまま解決不能のストレスを抱え込むことになります。それよりも、自分の最高能力以下でできる仕事につけばいいというのです。自分はまだ能力を発揮してもっと収入を得られて、もっと地位が高まると思っている、そうしないのです。もちろん、それまでそこで働いていた誰かが追い出されることになってますが。

この方式だと、限界を試されることにはなりません。でも人間には欲望があります。その場所にいる自分に我慢できなくなり、チャレンジしたくなってしまいます。みなさんは欲望を捨てられますか？

つまり、欲を捨てるか、ストレスを捨てるかです。

世の中の常識では何となく、詩人とは空想癖が「過剰」で、言葉を「過剰に」いじっている、そんな印象があるのではないかと思う。わたしはそうは思わない。わたしの定義する、個人的な意味での「詩人」を書きたい。

ジョン・レノンの「イマジン」で宗教ってどうかなあ、天国は見たことないし、地獄も分かんない、国境も人間が勝手に決めたものだし、財産って何かな、自分のものだと思いきこんでいるだけじゃないかな などという意味のことを歌っていると思う。

この歌は、常識の「過剰」を指摘している。われわれの常識にも、「ないはずのものがある」と思いきこんでいる部分がある。そこを指摘している。これが詩人だと思う。

たとえば雲を見て、「あれはウサギさん」と言うのも無邪気でいい。そんな人と友達になりたいと思う。しかしある人種の人を見て、「同じ人間でしょう」とすっぱり言える人も好きだ。やはり友達になりたい。

精神病として代表的な統合失調症では「陽性症状」というものがあり、幻聴や被害妄想のことを言う。一言で言えば、「ないはずのものがある」と思ってしまう症状である。「ないはず」と決めているのは、常識であり、多数決である。

ところが常識の中には、本当は「ない」はずのものが「ある」とされていることも多い。宗教的ないろいろなこともそうだ。天国や地獄など。人間が決めた境界線。人種による勝手な判断。テレビでは、ないはずのものをあると言い張って幻想を作り出そうとしている。その他、いくらでもある。詩人は「ない」ものはやはり「ない」とくっきり認識できる人だと思う。そして認識のレベルだけではなくそのように生きることが自然にできる人だと思う。

心理テストでロールシャッハテストというのが有名だ。インクのシミを見て、何に見えるかを言ってもらう。それを分析する。それはそれでいいけれど、まず「それって、インクのシミでしょう」と言ってしまう人。でもその上で、世間並みに、何かそれらしいことを言える人。「ウサギが二匹見えます」など。

「ないはずのものがある」の程度で並べると精神病（共有されない個人的な過剰）---世間人（共有された共同体的な過剰）---詩人（それって過剰ですよねと言える人）である。

測定問題と了解問題

「精神」の「科学」がいかにして可能であるか、測定問題と了解問題に集約して考えることができる。

客観的唯物論の世界から精神を科学するためには、「いかにして精神を測定するか」の問題が解決されなければならない。最近心理学教室ではサイコメトリーという用語が用いられる。心理検査による精神測定の意味であるが、果たして何を測定しているのか、再考を要する。無論、すべては脳の機能であり、精神機能の一部に違いない。それはそうだが、わたしたちが知りたいのは、自由意志の問題と自意識の発生の問題である。道は遠くても、「精神測定」の方法論でブレイクスルーが必要である。

一方、現象学の世界から精神を科学するためには、「了解」概念の一層の洗練が必要である。観測主体によって了解範囲が異なるというのでは、とても科学研究とは言えない。安定した、普遍的な、了解概念の確立が必要である。その上で、了解範囲を拡大する試みが必要である。

一言しておきたいことは、了解については、科学としては未熟であるが、にもかかわらず、治療の場面では十分に相談者に利益をもたらすことである。だからこそ、わたしたちは了解概念を大切にしたいし、洗練していきたいと思う。

EBM (Evidence Based Medicine)

EBM(Evidence-based Medicine)

直訳すれば「根拠に基づいた医療」であり、内容としては、「入手可能な最新最良のエビデンスと患者の個別性を考慮して行う医療」のこと。

むかしから「入手可能な最新最良のエビデンスを重視する医療」のあり方は変わっていないと言えます。新しい知見が出ても無視して、自分の経験だけに頼る医者がもしいたとして、それは間違いだと誰でも認めるでしょう。

しかし近年はその「最新最良」が、別次元のものになったと感じます。昔なら学術論文として発表され、追試され、ある程度確かなものになってから教科書にも記載され、厚労省も認可する、そんなスピードだったと思います。その場合も、早い人はいくらでも早く取り入れることはできるわけですが、確実性については劣ることになります。

ところが最近のように医療データベースを世界的規模で構築するようになると、まったく違う世界が発生します。仮説、実験デザイン、結果、問題点まで一挙に入手できます。

まず検索の前に疑問の定式化を行うことが推奨されています。

- 1.どのような患者で (Patient)
- 2.どのような介入が (Intervention)
- 3.何と比較して (Comparison)
- 4.どのような帰結をもたらすか (Outcome)

頭文字をつなげてPICOとなります。

次に文献検索をして、みつかった論文について「内的妥当性」の検討をします。ここで実験デザインの知識、統計学手法の知識が必要になります。たとえば、「複数のランダム化比較試験のシステマティック・レビュー/メタ分析による」が最も信頼性の高い情報と評価されます。有名な話では、心筋梗塞後の抗不整脈投与が、実は患者さんの死亡率を高めていたと証明された事例があります (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial) 。

ここから実際の診療ですが、「論文の外的妥当性」の評価に入ります。この施設で、この患者さんの状態で、この家族を抱えながら、患者さんの人間観も考慮しつつ、どうするか、と検討します。患者さんの精神世界に寄り添うことはNBM (Narrative-based Medicine) の領域とも考えられますが、現実には患者さんにどのような治療が最適化を考える時には、EBMにおいても不可欠なものと考えられています。

一方、医学教育の場面でも、教科書としてまとまったものを理解するだけではなくて、日々更新されるデータベースの中から真に意味のある情報を選び出す方法の教育こそ大切なのだらうと考えられています。

あなたは何を根拠にして、ある言説を真実だと判断するだろうか。

たとえば、ある人は診察室で、「この健康食品は本当に効くだろうか」と尋ねるのである。

真理の源泉はおよそ三種があると思う。

1.自分の直接体験

しかしこれは普遍性がないし、再現性のない場合もある。極端に言えば、幻覚妄想の場合もある。しかし自分の直接の体験は否定しようのない強さを持っている。自然科学は直接体験を根拠としている。ある実験を提示して、それが再現可能で追試可能であることを伝える。別の研究グループは追試をして確認する。そのようにして直接体験が蓄積され、真実として認定されてゆく。

2.ある集団内の言い伝え

ある集団内で共有される常識。これは自然科学的真実とは次元を異にする。ガリレオ・ガリレイは集団内の常識と科学的真実の間で苦しんだ。自由意志は存在すると「自然な思考」を共有しているのもこの一例。根拠はと言えば、「みんながそう思っているから」としか言いようがない。多数決の原理と言ってもいい。すべての人が自分の判断に確信が持てるわけではない。むしろ、強い確信を持ってしまう場合は、何か「病的」な場合も多い。多数の意見に自然に従っている態度がもっとも「健康」と言えないこともない。

3.啓示体験

これは超越者から直接に真実を明かされる体験である。これについては誰も否定できないし、第一議論を拒否する。追体験もできないし、検証もできない。しかし宗教の始まりにはこのような真実がある場合が多い。そして人々はそれを受け入れ、次第に第2の真実、すなわち、「共同体の共同主観」に変容する。

Evidence Based Medicine は当然第一の「直接体験を洗練した実験という体験」を根拠としているのであるが、第二タイプの「共同主観」も第三の「啓示」も、無視している。

自然科学としてはそれでいいけれど、人間が苦しむとき、第二タイプ、第三タイプの真実が絡んでいることも多い。多くはそれらを「幻覚妄想」と断定するわけだが、それでいいはずはないだろう。自然科学的な悩みだけが悩みではない。腎臓のトラブルとところのトラブルは自ずとカテゴリーが異なるのである。

NBM (Narrative Based Medicine)

たとえ話は危ないものだというたとえ話をしたい。

精神機能をコンピューターでたとえてみよう。

脳→常識（言語システムや宗教）→個人的体験（医者に対して話す内容）

ハード（CPU=たとえばインテルP4、ハードディスクなど）→ソフト（WindowsXPやワープロソフト）→コンテンツ（画面に表示されるもの）

とたとえることができる。

コンピューターで表示がおかしい時、いろいろな原因が考えられる。

- 1.ハードディスクが故障したかもしれない。
- 2.ソフトにバグがあるのかもしれない。
- 3.入力ミスがあったのかもしれない。

整理すると、以下のようなになる。

1.ハード=脳の異常

これは精神病としておく。精神薬理学の得意分野である。ドーパミンやセロトニンの話である。

2.ソフト=常識（日本語）の異常

これは神経症の一部としておく。対人恐怖症など。土居先生が「甘えの構造」などで「日本語」を考察した。それは日本人の独特の精神病理に関係している。ソフトのバグを修正すればよい。またたとえば、ある宗教がこうした精神病理の発生の素地となることがある。

3.コンテンツ=個人的体験の異常

これも神経症の一部である。たとえば、幼児の性的虐待など。精神分析はこの部分を主に扱う。

このようなたとえ話は面白い。しかし本当に理解に役立っているのか、怪しい。脳の側からの解明ではないからだ。昔は電話交換機が脳と精神の説明に引用された。その時代の花形の機械が脳の機能にたとえられるのは時代を通じて同じらしい。

昔あったワープロ専用機をもっと突き進めれば、ハードとソフトの一体化を考えることができる。ハードディスクビデオ録画機はコンピューターの機能を特殊化してハードとソフトを一体化したものである。ときどきソフト部分のバージョンアップがある。

ワープロソフトも、印刷などの言語によらない部分と、日本語変換機能とに分離して考えることもできる。脳にある言語がインプットされる場合も、チョムスキーの言う深層文法は脳の構造としてあらかじめ内蔵されていて、その上に、日本語、英語などの各言語が乗っているらしい。だから、どこまでが脳でどこからが言語システムで、といった区切りは難しい。

evidence based medicineに対してnarrative based medicine が言われる。EBMはたとえて言えばハードよりの学問であり、NBMは個人的体験よりの臨床であると言えるだろう。互いに補完する概念といわれる。EBMでは統計的事実を背景として個人を統計的観点でみることがあるのに対して、NBMでは患者の個人的体験と言葉・解釈に寄り添い、患者自身の物語を深め、時に別の角度から編み直す。

PUS : 一般市民の科学理解

PUS (Public Understanding of Science) : 一般市民の科学理解

類似のものにPUMS (Public Understanding of Medical Science) および PUM (Public Understanding of Medicine) がある。

知識が市民に開かれていて、市民が政策決定に参加できることが米国市民社会では大切である。専門知識は専門家にしか分からないから任せておくというのでは、開かれた社会にならない。一般市民が科学専門知識を理解し科学技術政策などの意思決定に参画することが米国市民社会の理想である。

一般市民の科学理解としては「トップダウン式」「啓蒙主義的」なもの、「ボトムアップ式」「社会学的（草の根的）」なものがあると言われている。たとえば宇宙飛行の問題ならば、大半の人は直接の利益にも危険にもならないから、PUSは世論形成プロセスの問題ということになる。一方、医療の領域では、医療保険をどのようにするか、そこで社会の判断が求められ、PUSをもとに市民が最終決定する。また、自分や家族が病気になった時、判断が求められることがあり、自己決定に至るためにはかなりの知識が必要である。このような個人的個別的判断の場合にもPUSが基礎になる。

火星まで行った方がいいのか費用を考えてやめるのか、インターネットセキュリティと市民の自由をどうするのか、石油をどうするのか、中国とどうするのか、核兵器をどうするのか、クローン医学はどうするのか、老年期認知症はどうするか、HIVはどうするか、ガンの予防はどうするか、遺伝子治療はどうするか、医療保険制度をどうするか、肥満者の社会的待遇をどうするのか、進化説と創造説をどうするのか、市民がすべての政策決定に関与すべきであり、その基礎にPUSがあるから、どう考えても大変である。現実には無理もあるが理念としてはこれしかない。

リーダーの条件

リーダーの条件は、集団の規模によって違う。

7人くらいまでの集団なら、直接人柄が評価されるだろう。

7×7=49人程度の場合は、評価はやや間接的になるから、客観的に分かる印象が大切になる。

さらに大きな集団になるにつれて、人格の評価の比重は弱まり、冷静沈着であることが条件になるだろうと思う。

組織は時に思いもかけない危機を迎える。

常人ならばパニックに陥りそうな恐怖の中であってなお、冷静に判断できること、これがリーダーの条件だと思う。

人生の中で一度も「頭が真っ白になった」経験のない人に重大な判断を託したいものだ。

未来の教育とインターネット

教育問題でご両親から相談を受ける。子供の教育環境をどうすればいいか、確かに難しい問題だ。

インターネットは学び方を変えつつある。

たとえば、コンピューター技術者は先行者のプログラムソースを読んで技術やアイデアを学んでしまうから、あっという間に上達する。しかも記述言語が新しくなったりするので、新人に有利な面もある。場合によっては、昔からの技術者は古いソフトの変更だけをしているらしい。たとえば税率の変更など。

またたとえば、将棋の世界も変わりつつあるらしい。昔は強い人に対戦してもらうのが大変だった。だから誰かの弟子になって奨励会に入らなければならなかったが、そのためには定石を収集し棋譜を手に入れなければならない。そんな環境はめったになかった。しかし現在はインターネットを通じて、定石も棋譜も手に入り、素早く勉強できる。インターネットを通じて強い相手を探して練習できる。

情報は豊かに、検索性よく勉強できるようになった。昔よりも速く誰でも学べるようになった。素晴らしいことだ。

ここから先が問題である。速く上達できるのだが、そこにはみんなが到達できる。ソフト技術者も将棋指しも、問題はその後らしい。上級者手前の人がたくさんいるらしい。みんな同じ素材で同じように勉強してきているから、似ている。一歩抜け出すのが難しい。

一方で、コンピューター化できない部分もある。かんながけの名人は一発で平面を作り出す。ワインソムリエは味の分析。色の調合人は携帯の塗装を見てどんな色の配合か見抜いてしまう。コンピューターのまだ届かない世界だという。

これからの子供はそんな世界で学んでゆく。

英語が速く読めるかどうかで差が出るだろう。また、英語で発信できることが大きな差になるだろう。子供の皆さん、英語で日記を書いてください。

でも一方、日本語も守り、深めて、革新していきたい。古い世代のわたしは日本語に専念だ。

秋になり、わずかではあるが風流の儀もある。

茶の席があり、碗には和歌が添えられていて、

「あかねさす 紫野行き標野行き 野守は見ずや君が袖振る」

とある。

他意はないと見た。ただ分かりやすい一首を添えただけだろうと思った。

このような席では物合（ものあわせ）の習慣もある。花や小箱の優劣を競い、その際にしかるべき和歌を添えたものらしい。やがて歌の優劣を決する歌合（うたあわせ）が発達した。紀貫之の頃から始まり、定家、後鳥羽院などの、新古今集あたりで満開となる。

さて、定家、後鳥羽院周辺でさかんに行われた歌合では、歌の優劣の規則が少しずつ明らかにされる。

このあたりは英国憲法のようなようだ。日本の憲法は条文が先にあるが、英国は憲法の条文はない。しかし、すべての国内法に優先する法として英国憲法は条文はないままに存在している。

判者は時に露骨に政治的に、時に術学的に、しかし総体してはまさに日本語の本質と日本語の美意識の細部を解き明かしている。

そもそも二首の和歌があったとして、その優劣を決することなど出来る物だろうか。それぞれによいといえぬものだろう。二人の小学二年生がいて、どちらが「いい子」と比較することなど出来ない。しかし身長を比較するのなら、比較的簡単明瞭に可能である。

定家・後鳥羽院周辺はそのあたりの「物差し」を提出したのである。「価値観」である。そしてその価値感日本語の骨格として受け継がれ、丸谷才一「新々百人一首」や堀田善衛「定家名月記私抄」などを手に取るにあたり、改めて知らされることになる。

さて、そこまではとりたてて語るほどのこともない。その先のことである。たとえば、小学生の俳句がある。

金子兜太・あらきみほ『小学生の俳句歳時記』2001 蝸牛新社。

座禅会むねの中までせみの声（小6男）

ぶらんこを一人でこいでいる残暑（小6男）
春風にやめた先生のかおりする（小4女）
つりばしがゆれてわたしはチョウになる（小3女）
星を見る目から涼しくなってくる（小4男）
あじさいの庭まで泣きにいきました（小6女）
くりごはんおしゃべりまぜて食べている（小3女）
ぼんおどり大好きな子のあとにつく（小6女）
風鈴に風がことばをおしえてる（小4女）

改めて感動する。大人の俳人の困惑も思い浮かぶ。

日本文学の底流を知らず、アララギも知らず、軍靴の音も知らず、何かの偶然さえあれば、小学生もこの程度の文芸が可能であるということ。それが私にとっては謎だった。小学5年生にドストエフスキーを書いてみるとは、言えるわけがない。しかし俳句ならここまでできてしまうのである。

ここに日本文学美意識の発露があると見る。

そもそも文学には省略系と構成系の二者を考えることが出来る。省略系は、「相手にも分かっていることはわざわざ語らず省略して、相手の心内に、ある印象が結実する必要最低限のものを提示すればよい」主義であると言えるだろう。短歌、俳句がそうである。省略するからには、背景に広がる共通部分は大きいと考えざるを得ない。特に短歌も、題詠で縛りかけるとなるとなおさらである。ルールを多くすれば、共通認識は増える。

一方、構成系は、必要最低限の共通認識しか要求しない。そしてそこから一つ一つ規定し構成し、世界を作る。これは現代ではテレビゲームの世界とかアニメの世界とかで発達しているだろうと思う。だかそれらは日本だけではなく世界の子供達の心をつかむ。

省略系と構成系の二種を対比したが、逆に考えれば、どれだけの共通知識や共通感性を要求しているかということになる。省略系において、共通知識・感性があまりにも広い場合、かすかな刺激で感動に導くことができる。極論を言えば、偶然の壁のシミでもよいのだ。現代芸術は、そのようにして、大きな領域の共通認識を要求していることがある。前提条件があれこれとやかましいものがあるのはそのためである。いろいろな解説を読まなければ感動できないものまでである。聞くところによれば、これには実作者でさえ辟易しているのであるが、どうしようもない。

さて次に、共通認識のレベルを見ていこう。

最も共通認識を要求していないテレビゲームなどの場合、ただ人間であり、脳であれば、それ以上は要求していないように思われる。

次には万葉集のレベルであり、ある程度、男女や親子の愛を共通認識にしているものと思われる。どの言語にもある基本的な要素がそろってくる。ソシユールの普遍文法のようなもの。

古今集になると日本語独自の美意識が芽生えてくる。

新古今集にいたり、日本語独自の美意識は明確になる。二つの和歌を並べられて、優劣を決することさえ出来る。

本来、和歌に優劣などあるはずはない。それが決まるのは、物差しが決まったからである。たとえば、すべての和歌は富士山のどこかに位置するのである。東を向いているもの、西を向いているもの、色々あるが、標高で比較して、優劣を決する。そのような価値観が確立したのが定家・後鳥羽院の頃であり、我々の現在の日本文化は、基本中核をそこに置いているのだと思う。

さらに最近の落書きに似た作品は、他人に共感されることを目指していないようだ。ただ仲間内の言葉で語っているだけのようだ。共通の認識背景のない人に省略形芸術は不可能だろう。理解の隔絶した人間に対しては、構成系の芸術により、一つ一つを厳密に圧倒的に納得させていかなければならない。新しい美意識を表現する場合には、古い日本語に寄りかかっているとはいけないのだと思う。逆に言えば、小学生の俳句が新鮮であったとしても、それは旧来の日本語が内蔵していたものでしかない。正確に言えば、作ったのではなく、内蔵していたものを発見しただけである。だから評論家にも分かってもらえる。この範囲を超えた作品については、批評家を拒絶するだろう。批評家は古い言葉を語り、古い社会で生計を立てているからだ。

並べてみれば、

基礎背景:脳→一般言語（ソシユールの）→日本語（通事的）→日本語（今日のこの刹那）

この系列がまずある。

省略系で最もすばらしいのは、脳の仕組みに肉薄する作品だ。次には普遍文法に依存するもので、この範囲のものは翻訳さえ可能である。次には通事的日本語に依存するものだ。今日刹那の日本語に依存する作品はほとんど意味がないとの意見もあるだろう。

構成系は脳だけを要求していて、単純に、食欲、性欲、征服欲、所有欲、安全欲求などを共有物として要求しているだけだろう。そして背景とする文化としては、過去のゲームの名作などがあるのだろう。次第に短歌と相似形の文化になるのかもしれない。

考えはそこまで及び、時間になった。礼儀なので、

「むらさきの にほへる妹を 憎くあらば 人妻ゆゑに 我れ恋ひめやも」
を書いておいてきた。この歌をどのレベルのメッセージとして受け取るのか、さまざまに要素はあり、それが文化の深さなのかとも思う。外は雨だった。

現象学

精神医学では「先入観を排除して（エポケー）虚心に相談者の内面心理を記述する立場」を記述現象学的と呼んでいる。「被害妄想」と書けば記述者の判断が混入しているので、そう書かない。細かに相談者の語る言葉をなぞる。それが現象学的記述である。

哲学ではフッサールから始まった。フッサールの本は難解。デイルタイ、ハイデガー、メルロポンティ（たとえば「知覚の現象学」）、リクールと連なる山脈も難解。精神医学関係ではビンスワンガー（これはハイデガーとフッサールの融合）、メダルド・ボス、ブランケンブルク『自明性の喪失 -- 分裂病の現象学 -- 』、日本語でしっかり読めるものは荻野恒一、木村敏がある。よく知っている人に最初の手ほどきを受けなければ理解には時間がかかると思う。

現象学的還元や本質直観（本質観取）、Interpersonal Subjectivity（間主観性、あるいは相互主観性）といった用語が飛び交う。使われているうちに少しずつ意味がずれてきたりするのでさらに難解になる。その言葉の意味範囲を考えて、話者がどのあたりの意味を込めて語っているのか推定できるようになれば、話は通じるようになる。

現象学的精神医学は人間学的精神病理学と同じ意味で使われることもある。脳病還元主義と異なり、人間学的精神病理学では病者をもっと全体的、人格的、状況的にみていこうとした。たとえば、症状は脳が壊れているのではなくて、人間の叫びだというのである。症状を言語として誰かに何かを伝えようとしているのであるとする。親の進める縁談を受け入れることができないから、食事が「飲み込めない」のだという説明が載っている。

そもそも自然科学の基本は測定することである。暑い寒いを気温という客観的共通尺度で測定できるようになってはじめて厳密な科学が始まる。精神現象を科学するためには測定しなければならないが、どのように測定したらいいのか、まだ分からない。右小指の異和感を正確になんと表現したらいいのか、言葉が見つからない。ましてや客観的に測定することはできない。昨日より今日は妄想が激しいようだが、1.5倍なのか2倍なのか、測定しようがない。うつ病の場合に言葉が少なくなるので、20分で何語と数え、逆に躁病では何語と数え、それを「測定した」とはいわないだろう。精神現象は何かの頻度や反応時間を測定して理解するものではなく、人間学的・共感的に了解するものだと考える。

測定不可能な精神現象の科学のために現象学的記述を行い、現象学的還元を方法として本質を直感する。それは客観的数値をグラフに書いて数学的操作を施すことと同じくらい確かなことである。（あるいは確かであることを目指す。）

最近では流行ではないのであまり声高に取り上げられない。

他人の意識は存在しているかという根本的な問題もある。素朴に存在を仮定して間違いはないと思うのが常識だろう。われわれは他者の気持ちになって思考し感覚することができる。その方が集団の中で生存確率が高まるのではないかとの説がある。

言語という共有物によって思考し感覚しているので、他者が出現するとも考えられる。

荻野恒一「現象学と精神科学」

荻野恒一著「現象学と精神科学」は1988年世界書院から刊行された。1973年版「現象学的精神病理学」医学書院の増補改訂版である。

荻野恒一は京都大学で村上仁を師を師とし、フランス留学期にミンコフスキイを知り、ジャック・ラカン、アンリー・エーのセミナーに参加、メルロポンティ、ピアジェの講義を受け、ミシェル・フーコーの構造主義に接したという。

「〈現象学〉は研究方法を、〈精神〉は研究対象を意味している」とし、「自然科学方法に基づく人間研究に対応するものとして、現象学的方法に基づく精神の科学を考えている」と記す。

「志向性」を強調し、「実験室内に於いて事柄の原因と結果との関係を問う方法が、自然科学研究の基本的態度であるのに対して、何ものに向かって何ごとが語られているかを本質直感でもって問い続けていくことこそ、現象学的精神科学の本格的態度なのである」と語る。

被害妄想や幻聴について、わたしたちが無自覚のうちに解剖学や生理学をモデルとしたために、事柄を誤って考えてきた可能性はないか。

フッサールは算術における数学的客観主義の行き詰まりを指摘し、自然科学的方法の背景にある「自然的態度」を批判する。"Zur den Sachen Selbst"〈事象そのものへ〉、"Epoche"〈判断停止〉、ものの見方の"freie Variation"〈自由変更〉を唱え、虚心に事象を見つめること、無反省な断定を避けて、事柄をより正しく見つめる誠実な態度を提案する。これが広義の現象学的還元である。

それをうけて、ヤスパーは「精神病理学総論」を著し、ハイデッガー、サルトル、メルロポンティ、ビンスワンガー、ボスと続く。共通の方法は現象学的還元である。

自己決定権

「わたしは寝付きはいいから、ハルシオンはいらない」と言い張る人がいる。「自分は中途覚醒型だから」といいつつ、「朝起きられない」と訴える。「あなたの場合の薬剤の選択は……」と説明するが分かってもらえない。睡眠障害ではなくて、思考障害だと診断がつく。

しかし無理もないことだ。断片的な情報をもとにして自分なりに判断しているのだから。

たとえば、自分がそんなに詳しくない分野について、どのように判断しているか、思い返してみる。

料理とか法律とか環境問題とか、自分が専門でないことについては新聞を素直に（ナイーブ）読んで、なるほどそういうものかと思ったりする。しかし医療の分野については、これは編集の人と医者誰が企画したものだろうとか、記事の内容についても偏りがあったり、大切な情報を伝えていなかったり、話題をクローズアップするあまり、「これで決定！」という扱いのこともあると感じる。専門の医療分野についてはある程度厳密な（critical）読み方ができるということだ。しかしそれ以外の分野についてはただ受け入れるしかないのが現状である。書かれている記事が、専門の現場でどのように受け取られるものかまでは分からない。新聞でもそうだから、インターネットではなおさらである。

患者さんが睡眠導入剤について、公式的な・一行豆知識的な関心を持つのは最初の一步としていいことだ。しかしそれで最終判断までしてしまうのは危険である。

自分の体調・体質・心理傾向について知る。同じ薬でも人によってかなり効き方が違うし、同じ人でも体調によって効果は異なる。治療の最後までイメージして最良の選択をする。そのあたりまで勉強してくれるならありがたいのだけれど。

誰もが最初は初心者である。そのようにして最初の一步をはじめ、経験を深めてきた。

話を拡大するとパターナリズム〈教父主義〉と自己決定主義の対立になるだろうか。

宗教の世界でも、未熟な自分が判断するよりは偉大なる存在に判断をゆだねようとする考え方があった。

その場合、最終的にゆだねようという判断は自己決定であるから、大きく言えばやはり自己決定しているのだと言えるのだけれど。その場合、知識を確実なものにするのではなく、自分の運命を誰にゆだねたらいいのか、人間を見る目を養うことが大切になる。

直接人間を見て直感的に人間を判断する感性を人間は長い間養ってきた。それに成功した人が生き延びてきたのだと進化論的に言ってもいいかもしれない。現在のように情報だけが、人格印象をまとわずに飛び交う状況になると新しい淘汰の時代だと感じる。

日本語ならまだしも、英語やドイツ語のサイトを見て、人格の手触りまで感じ取るとはなかなか難しい。

「こころの薬箱」由来

一冊の本

当時、カトリックの文献を読んでいく中で、「グノーシスとはなにか」マドレー・スコペロ著、入江良平+中野千恵美訳（1997年刊せりか書房 原著 Les gnostiques Madeleine Scopello,1991,Les Editions de Cerf,Pari）に出会った。著者はナグ・ハマディ文書の研究者である。明快な文章で説得力に富む。

そもそもの神学的疑問はこうである。「カトリックの神は完全に善なる者であるのに、神がつくったこの世界はどのようにして悪と不幸が満ちあふれているのか、これが神の作ろうとした世界なのか、これが神のつくろうとした人間なのか。」

カトリックに敵対するさまざまな異端があり、グノーシスもその一派である。この世界が悪と不幸に満ちているのは、この世界は悪の神が創造したものだからであるというのである。真の神は創造とは無縁であり、無限の光の中にひとり存在している。ここであまりに単純化しすぎるのは危険であるけれども、そのようなことが論の始まりである。この本の中で、面白い一節があり、印象に残った。引用すると以下のようなものである。

エピファニオス（315?~403）は『パナリオン』で八十の異端に言及している。（中略）グノーシス的異端は蛇のようだ、とエピファニオスは言う。彼の著作の題名の由来はここにある。パナリオンとは、ギリシャ語で、医者を持ち歩く「薬箱」を意味する。その中の薬は、蛇の噛み傷すなわちグノーシス主義者の教えに対する解毒剤なのである。

わたしは患者さんに悩みや病気の説明をする際にパンフレットを用意しようと思った。患者さんは診察室では緊張していて、全部言えないし、お医者さんの言うことも全部は理解できないこともある。患者さんは家に帰ってからパンフレットを読み返して理解を深めるだろう。題名は「パナリオン」を拝借しようと思った。しかし「パナリオンとは……」とまた説明が必要だった。

わたしのパナリオン

当時「こころの辞典」丸善出版の編集が終わったばかりの頃だった。そこで名前をそろえて、「こころの薬箱」とすることにした。悩みや病気の説明は「こころの薬箱」で、その中の言葉の説明は「こころの辞典」でという分担だった。

自分の書いたものが絶対に正しいとは思うものではないが、少なくとも、いま世間にあふれている不確かでときには有害な情報に対して、「薬箱」の役目を果たしてくれたらいいと思う。時がたち、現実は厳しい。この世界は悪の神が創造したのかと一瞬思ってしまう、そんな毎日である。しかしわたしが会おうさまざまな人たちはわたしを慰めてくれる。思い出の中でも、現在でも。わたしにとっての「パナリオン」は、わたしが会った人々なのだと思う。