

鬱と暮らす



yota

始めに

鬱、双極性Ⅰ型、双極性Ⅱ型、統合失調、パニック障害、適応障害等々、世の中には脳のシステムが混乱することで発生する病気が蔓延している。同じ病名でも原因や症状が全く違うこともあり、また違う病名でも処置が似たようなものもあり、実際に体験していない人はもちろんのこと、自分がその病気にかかっているにもかかわらず理解のできないことが多い。

持論では、ストレスが脳にダメージを与え、そのダメージを受けた箇所により症状が異なり、その症状によって病名が決まるものだと思う。いずれも薬の服用による治療が主流だが、それはあくまでも症状を緩和させて体調を整え、脳が受けたダメージが自然治癒するのを待つしかないのが現実だ。

しかしながら、この世に生きていく上で、ストレスのない環境というものは残念ながらあり得ない。ならばストレスとどう折り合いをつけていくか、症状をどう抑えていくのか、病気とどう付き合うのか、それを考えることが大切ではないだろうかというのが現時点での結論。

自分が鬱病になり、同じ症状に苦しむ人とも友人になり、様々な症状を知り、それが全てではないのは承知の上で、私の知る範囲内でいろいろ考えてみたい。あくまでも病人の個人的見解であり、学術的視点はなく、専門家見解と異なることをまずご理解いただいたうえで一読いただければ幸いです。

初めての鬱

鬱と一口に言っても、症状は多様である。

常に責められているような気持ちになり落ち込む気分障害。食欲不振に過食衝動。寝付けない入眠困難、夜中に目覚めて寝付けなくなる中途覚醒、早朝に目覚めてしまう早朝覚醒、何度も目覚めたのに起き上がれずに眠ってしまう過眠等の睡眠障害。思考ループから抜け出せない。根拠のない恐怖心によりわけがわからなくなるパニック障害。必要とされたい欲求により不特定多数に性交渉を求めるセックス依存。買物が止まらない買物依存。記憶力の低下。本を読んできてストーリーが頭に入らない等の集中力の低下…。ここに挙げたものだけではないし、またここにあるものが全て当てはまることもない。

これに気分高揚が加わる俺様モードが入ると双極性Ⅱ型と言われる。それ以上の起伏の激しさと躁状態、鬱状態の期間の長さになると双極性Ⅰ型に分類されるようだ。双極性は、鬱状態と躁状態の触れ幅が大きいいため、体力の消耗が激しいのが特徴になるだろう。また、躁状態から鬱状態に変動した際に、躁状態の自分を嫌悪して更に沈むというケースもある。

睡眠障害と鬱は、卵と鶏の関係に似ている。睡眠障害により鬱状態になるのか、鬱が原因で睡眠障害になるのか。なんとなく、睡眠障害が鬱状態を悪化させるような印象であるが、これはじわじわと同時進行しているものだと推測している。鬱患者のほとんどが睡眠導入剤も服用しているが、眠れないということにもストレスが発生するのですんなりと眠れるまでは服用するのがよいのだろうと考えている。

鬱の共通した症状として、興味の喪失がよく挙げられる。これは、体力の喪失による気力の低下に起因しているのだろう。新しいことへの取り組みは体力を消耗すること、また憶えることも多いので脳への負担も少なくない。本能的に体が拒否しているのだろう。また、従来興味を持っていたものへの執着が少なくなる場合もある。常に新しい情報を得ようとする気持ちがなくなるのは前述と共通したロジックだと思われる。共通して言えるのは、新しい情報を収集し、それを組立てる思考力とそれを支援する体力の消耗が激しいことだと言えるだろう。

この体力の消耗が睡眠障害にもつながっていると考えられる。疲れすぎて眠れないというのは健常者でもよくあることだ。また起き上がれないということも体力の消耗が睡眠で回復できていないということになるだろう。

このように考えてみると、鬱状態は体力の異常な消耗と回復が不十分なことにより悪化するというロジックが見えてくる。それならば回復するようにすればよい。短絡的だが、鬱状態からの回復は、体力を回復させることを第一目標にすればよい。ただしその手段は人により異なるし、主治医の見立てにも拠るところが大きいだろう。

どうすれば体力が回復するかというのは、難しい課題である。

鬱は心の風邪というフレーズが一時期でまわっていたが、私としてはそうは思っていない。敢えて似たような表現を考えると、脳の骨折というところだろうか。気合でどうにでもなるものではない。そもそも、その「気」がなくなっているのだ。無理に動かせばマトモな回復にはならない。骨折の治療と同じように、まずはなにもせずに静養し、ある程度の回復が確認できたところでリハビリに移行するのがよいだろう。骨折ではなくヒビ程度であるならば、いきなりリハビリレベルでもいいのだろう。ただ、ヒビレベルのダメージだと、健常者にはわからないだろう。

ということで専門家である医者に相談することが好ましいと考える。会社によっては健康診断でmini問診という簡易的な精神状態を確認する問診をしている場合があるので、そこでひっかかったら迷わず病院に行くことをオススメする。精神科とか心療内科とか、いろいろあるが、かかりつけの医者という意味では心療内科を、専門家を求めるなら精神科をオススメする。最終的には主治医個人の資質になるが、確率としては、心療内科が片手間商売である可能性も少なくない。しかしながら、他の疾患も診てもらえるし、予防接種もできるし、何よりどの処方箋も出せるので総合的には便利である。問診したときに、論理性のある説明と治療方針を話してくれる医者であれば、そんなにハズレはないだろう。個人的には、学会出張をしている医者であれば最先端の情報を常に把握しているという意味で、いいんじゃないかと考える。いつ行ってもいる医者は、ある意味安心感があるが、最新の情報を得ているかどうかは疑問に感じる。あくまで個人の感想ですが。

一度決めたら、しばらくはその病院だけにするのがいいと思う。鬱から来る不安感で、転院を繰り返している人も多いが、医者ごとに考え方も異なるし、治療方針もおのずと異なる。転院すればまたゼロからのスタートになるわけで、それでよくなると嘆くのことには同意できない。しばらく通院して、主治医の説明に違和感を感じる時点で考えても遅くないだろう。年単位での付き合いになるのだから、焦らないようにしたい。

他に、患者視点で「話を聴いてくれる」医者がいいという意見が多い。これについては、個人的には重視していない。話を聴かないのは論外だが、診断に必要なのない愚痴レベルの話も聴く医者もあまり信用ならない気がしている。患者の満足と本当に必要な治療は、必ずしも一致しない。

その他に医者選びで気になるのは、薬の種類と量だろうか。転院を繰り返すプロの患者は、自分でどの薬を欲しいと伝え、それを否定されると「あの医者はろくでもない」と毒づく。どの薬を服用し、どこを目指すのかは医者個人の考え方に拠るところであり、そこは本来の治療方針について話をするべきだろう。そもそも転院してもよくなっていないんだから、自分になんらかの原因があるんじゃないかとか思わないだろうか...

医者によっては、薬を極力出さない方針を打ち出している場合もある。しかしながら、本当に

必要なものだけを選んで処方箋をだしているのかどうかは疑問である。なんとなく、気合で治せとかいう雰囲気が見えるような気がして仕方がない。これはあくまで個人の感想というか偏見に近いかもしれない。

リハビリと復職

静養していれば、筋力が落ちる。スタミナも減る。場合によっては体重が増加して思うように動けなくなる。そのため、社会復帰のためのリハビリが必要となるが、これまた匙加減が難しい。

個人的感覚では「体力を回復できるまでの睡眠がとれる」と「働きたいという気持ちになる」というのが一つの目安だと考えている。が、どこまでやらなければならないのか、やっていいのか、そのあたりは誰にもわからない。主治医に、どのようなことをしたらどういう状態だった等の報告をして、アドバイスをもらうというのが一番適切なものになるのではないかと考える。

その報告をするための手段であるが、行動記録を残すことをオススメする。エクセルやOpenOfficeのCalcで横軸に24時間、縦軸に日付の表を作り、起床時間、外出時間と内容、就寝時間を色分けして記録する。なにか気になる点があれば備考欄に残すのがいいだろう。回復が順調ならば、睡眠時間と行動時間が目に見えて正常化していくのがわかる。また、前日よりも調子が悪い場合は何が原因かを考えることができる。なんとなくよくなっている気がする、変らない気がする、という主観的かつ抽象的な話ではなく、客観的かつ具体的にどういう状態なのかを主治医に把握してもらい、それを治療方針に加味してもらえればより効果的だろう。また、それは会社に復職するための産業医面談にも流用できる。またこれは、思考と分析ができている状態であることのアピールにもなり、より具体的な復職プログラムを提案してもらえらるだろう。また、復職には早いと言われた場合に、どこに問題があるかを具体的に訊く材料になる。

復職失敗をした身で言うのもはばかれるが、復職の失敗は、産業医の判断ミスだけでなく、患者本人の認識が正確ではない場合が多い。また復職失敗例が多い現実からして、復職を渋るケースも少なくない。復職の可否を論点としたトラブルもあるだろう。それを避けるのは自分の精神状態を守ることにもつながる。

さて、リハビリは具体的に何をすることになるが、まずは散歩からになるだろう。寝込んで弱った足腰を鍛えることにもなるし、風景を眺めて季節を感じたりすることができる。写真が趣味であれば写真を撮りながら散歩するというのもいいだろう。運動としては、水泳がいいという説がある。ウォーキングやランニングでは、余計なことを考えてしまうと思惑ループにはまってしまう可能性がある。しかし、水泳だと息継ぎが必要だから余計なことを考えることができない。考えた場合でも息継ぎが必要になるので思考ループを中断させることができる。というものだ。私はやったことがないけれども。

ある程度動ける確認ができたなら、症状にも拠るが、図書館で過ごすのがアピールに便利である。本を読むことができることで、集中力の回復度合いを自己確認することができる。またパニック障害を併発していた場合、平常心でいられることの確認にもなる。何より無料で居座れる。私は喫煙する都合上、あまり図書館は使わず、ドトールで読書していた。ラッシュへの抵抗感があれば、通勤時間帯に会社まで行って、戻ってくるというのもいいリハビリになるだろう。

リワークに参加というのもいい材料になる。決まった時間に行動し、他人との意思疎通に問題

がないことを確認することができる。そのあたりは、主治医に相談すると紹介してもらえらるだろう。

主治医が復職可能と判断し、産業医が復職可能となれば、晴れて復職となる。しかし、そこはゴールではない。病んだ原因のあるところに再度突入するのだ。更に、一度倒れた人間であるという負い目はどうしても消せないだろう。

ここからが本番である。

私の病歴

初めてのストレス性障害

思えば、幼少の頃からストレスのたまる体質だったんだろう。神経性胃炎というストレスに起因する病名をもらったのは小学校5年生のときだった。いろいろ要因はあったのだが、トリガーとなったのは今ならば考えられないようなイジメを担任教諭から受けたことだろう。

その教諭は某新興宗教信者で、体調を崩す生徒に手をかざしていた。効果の程は今でもわからないが、少なくとも私にご利益がなかったことだけは確かであり、私にとってはインチキ宗教であった。教諭の「手かざし」に対しても否定的なことを言ったような記憶がある。生意気な餓鬼と認定されたことだろう。このあたりで、私の新興宗教アレルギー体質が確立したのだが、それはまた別の機会にしておきたい。

当時はかなり成績の良い「勉強のできる優秀な生徒」であった。学級委員もやっていたし、それなりに学友からも信頼されていた。進学塾での成績も上位であり、トップクラスの私立中学受験を目指していた。必然的に学校の授業で教わることは既に知っていることがほとんどであり、あまり真面目な授業態度ではなかったかもしれない。しかしながらテストにおいては常に満点に近い成績であった。

そんな態度が気に入らなかったのだろう。当時、生徒と担任教諭との交換日記のようなシステムがあったのだが、毎日、何一つとして褒められることなく、全面的に否定する言葉ばかりが書かれてきた。給食で苦手な食べ物が出て、それを残そうとすると「食べるまでは昼休み無し」という命令も下された。何かあれば頬を平手打ちされ、心身消耗していった。今でも忘れられない。

そんなこんなで、数ヶ月で登校拒否の症状が出た。朝、登校の時間になると腹痛になる。それでも登校していたのだが、あまりにも続くので近所の内科医に行って診察を受けた。結果、神経性胃炎という診断。私のストレス性病歴の一つ目である。

ということで精神的、肉体的にボロボロとなり、進学塾での成績もがた落ちしていた。小学校4年生3学期には、上から2番目のクラスに位置し、テストの順位は二桁にいたのが、その半年後には順位が四桁まで落ちていた。そこで小学校の教頭に両親が直談判することとなる。担任教諭との交換日記が決定的証拠となり、私に非がないことを認めさせたものの、その教諭にはお咎めはなかった。今だったら炎上していただろう。

結果として、近隣にある小学校に6年生の春に転校することとなった。そこである程度回復し成績も徐々に戻ったものの全盛期には届かず、最上位から1ランク落とした私立中学を受験し、無事合格した。

中学高校時代は特筆することはない。ただ、小学校時代に患った神経性胃炎の影響で、腹部や背中が冷えると痛んでどうしようもなかった。社会人となり健康診断で胃のレントゲン撮影をしたところ、球部変形とかいう状態で要経過観察という診断を受けたが、それ以降はよくなっているようで、最近は何も見無しになった。

二度目のストレス性障害

社会人となった後は、ストレスは日常的にあった。バブルがはじけた直後の入社であり、初仕事から今まで、負の財産の処理がつきまわっている。入社後すぐに工場の人事担当に配属された私の仕事は、圧倒的に後ろ向きの仕事が多かったので、それで徐々に夢も希望もなくなっていったのだろうと思う。今でも、会社に未来があると思えない。

二度目のストレス性の病名は、過敏性腸症候群。出勤時間帯に便意がきてトイレから出られないというヤツだ。これを患ったのは入社4年目のことで、二つ目の職場だった。海外の仕事に携わりたいという希望が通り、工場の人事から海外営業に異動したものの、国内の顧客をメインとする会社であったため、そこは注目されることのない吹き溜まり的存在であった。団塊以前の世代が余生を過ごしており、希望は一気に砕かれた。課もない少人数の部で、工場の操業を維持するためだけの赤字受注も日常だった。そんな部門で安穩としているK部長の指示を正面から論破したところ、あることないこと噂を流されてしまったのがトリガーだったと思う。流された悪い噂の中で認められるのは、反抗的ということだけだった。

今思えば、このころから離人感も発症していた。そのK部長が何を言っているのか、音として認識はするのだけれども意味のある言葉に聞こえず、何を言っているのか理解できない。何か会話している部長と自分を遠くから眺めているような感覚。ぼーっとした時間が流れていた。

そんな環境で半年ほど過ごしたことにより過敏性腸症候群で一週間くらい休んだが、しばらくしてその部長がいなくなっただけからは出勤に対する拒否症状は出ていない。

前述のK部長による風説の流布により、かなり否定的な扱いを受けてはいたが、「わかる人はわかるし、見ている人は見ているから安心しろ」という先輩社員のアドバイスにより大分持ち直した。確かにその後「聞いてたのと違ってちゃんとやるじゃねーか」と複数の上司から言われている。「お前はマトモだ。安心しろ」と言ってくれた課長さんには、どん底の気分だったところを救ってもらったので今でも感謝している。

とはいえ、部長の肩書きを持った人間が流した悪評は消えることはない会社組織。当時の人事評価は直せない。それを考える度にダメージは確実にたまっていった。しばらくして所属する部門の解散とか転勤もあったが、それは会社勤めしているのであれば普通にあることなのでそのあたりのストレスは省略する。

三度目のストレス性障害

三度目にとうとう鬱という診断が下ることとなった。このストレスも人間関係だったが、今までのような上司からの抑圧ではなく、A先輩によるモラハラであった。入社以来知っている人ではあったのだが、親しいわけではなく、顔見知り程度。ただ、調子いいことを言うやつだな、という認識だった。

職場の仕事は、過去の遺産を有効活用するという部門。戦前からの所有不動産からバブル期

に買ってしまった不動産の有効活用。製造業という会社組織からすると島流し的な部門であったが、トータルで見れば、一人当たり年間1億円以上の経常益を出している優秀な部門であり、不動産に関する法令の知識を身につけているので、工場からの相談されたりと、それなりの存在感も仕事もあった。

そこにいたA先輩は、元々技術屋であり、不動産の活用という職場には似合わない経歴の持ち主。噂によると毎日酒臭い息で出社するトラブルメーカーだったらしい。外面は調子よいのだが、内弁慶が酷かったとのことだ。

私の見立てでは、恐らくサイコパスに分類される人だと思う。明らかに嘘だとわかる発言。責任を問われるとその場しのぎをして他人にその始末を押し付ける。その場その場で言うことが違う。全部見ている人には意味不明な行動であるが、部分的にしか接しない人にはわからなかっただろう。

その後始末のほとんどは、後輩である私に垂れ流しされていた。他部門から「Aさんがこう言ってたからよろしく」「Aさんがあなたが担当者だって聞いたからよろしく」「Aさんがやるっていったのに、なんであなたはやらないの？」等々。さすがに半年ほどで、Aさんとのやりとりはメールとして関係者にもCCを流し、テキストで保存することになる。整合性のない発言があると、「〇月×日のメールでこう指示されてますが、違いましたか？」と反撃。それに対する逆切れとの戦い。

誰の目にも明らかに不仲である。当時の部長からは「お前らもっと仲良くできないのか？」ともいわれたが「虚言癖と責任の押し付けされて納得できません」と答えるしかなかった。ちなみにAさんは、私の態度がかわいくないと言っていたらしいが未だに意味がわからない。

ここはA先輩と私との精神の削り合いだった。私も寝酒が欠かせなくなり、しかしA先輩の酒臭さも日を追うごとに強くなり、仕事上でも会話せずに斜め前に座るA先輩とのやりとりはメール。こちらからしかけることはできなかったのが私の弱いところなのだろう。そして先に私がダウンした。恐らくは、それまでに蓄積したダメージが大きかったのだろうと考える。

ある日、眠れないことに気が付いた。寝酒で酔って眠るという生活だったが、いくら飲んでも眠くならない。布団に入っても眠気が来ない。ただ、ふっとした瞬間眠っていた感覚はあるのだが、眠気がない。しばらくはよくわからないまま、眠気のない日を過ごしていた。そして、あるとき気が付いた。「これ、不眠症ってやつじゃないか？」

人事の仕事で、鬱、躁鬱、統合失調等の精神疾患による休職者との面談も行ってきたので多少の知識があった。これはまずそうだと気が付き、その翌日に近所にある心療内科を受診してみた。

問診をしてみたところ、鬱症状が出ているとの診断。眠れないのはよろしくないということで、とりあえずドグマチールとマイスリーとレキソタンを処方された。これが2009年5月。

しかしながら、その時点では生活に支障はなかった。出勤できるし、仕事も問題なくこなせていた。問題になったのは起きられなくなったことにある。

不眠を自覚してから数ヵ月後、睡眠不足によるダメージが体力の限界を超えたのだろう。突然

、起きられなくなるという症状に変化した。それでも休みながら回復を目指し、出勤していたものの、やがて週に2日程しか出勤できないようになる。そして2009年11月に带状疱疹を患い顔面神経麻痺を発症。ここで、免疫力の低下を問題視され、その原因は鬱に拠る体力不足であり勤務は難しいと主治医に判断され、2010年1月より休職開始となった。

ここから、闘病生活を1年過ごした後に復職となるが、その2年半後に再度休職となり現在に至る。二度目の休職は、主には劣等感等の感情が抑制できなかったことだと思われるので、他のケースと併せて後述したい。

本日はない、もう昨日だ。会社から呼び出され産業医面談という無駄な時間を過ごしてきた。正確には四者面談。私、産業医、人事担当、上長、の4人。全員、昔から知っているやつらだ。人事担当は経験がそんなにないことがわかっているし、上長は元々技術屋。産業医は体育会系というか修造を髣髴させる脳筋野郎。ちなみにその産業医と入社以来四半世紀を喫煙の是非についての論議をしてきているので、ヤツは体育会系嫌煙厨馬鹿認定している。何かあっても主導権は握れる確信があったので行ってみた。私よりも狡猾なことがわかる人が同席するなら断つただろう。私の体調はそこまでよくない。

さて、休職後半年で産業医面談の実施。その後4ヶ月経って産業医面談の話が来たときは、なんかあるのか？と疑った。安倍首相が一部上場企業でベースアップしな会社を公表するとかいう発言もあったことだし、退職干渉がくるのではないかと、ちょっとウキウキしていた。が、残念ながら禁煙の薦めもない形式的なものにすぎなかった。なんかあれば労基署に相談できたのに残念で仕方がない。

大人しく聴いていれば、むっとする様な「初めてのウツでどうしようと悩んでいるワカモノ」に向けて言うようなことを言われたので『休職者に「サヨウナラ」も「オカエリナサイ」もやりましたから、ご心配なく』とか言ったら、黙りやがった。もうちょい言ってくれれば退職干渉ですか？とか言いたいくらいに不機嫌になってしまったのは、みとめたくないものだな自分自身の若さゆえの過ちというものを(ryなのだろうか。

面倒だとは思いつつも、一ヵ月後に再度面談をすることになってしまった。個人的には戻りたくない部門だし、もうやりたくない仕事だし、なんらかの食べていける手段があればサヨナラしたいと思っている。ただ、どうしたらその道が見つかるのかはまだわからない。

このpostは、本来はblogに垂れ流すようなチラ裏レベルだという認識はしている。何か次につながることはないかと足搔いているだけなので気にしないで忘れてください。多分、これからも「リアルタイム更新」としたpostは、チラ裏レベルになるんだろうな。

ストレスと病

昭和の時代、ストレスによる症状と云えば、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、それと胃癌だった。現在、鬱病とされる症状は、ノイローゼという言葉でひとくくりに表現されており、気持ちの弱い人間がかかる症状とみなされていた。今でも、鬱は甘えとかいう評価になるのは、その頃の名残なのだろう。

ストレスは様々な症状を引き起こす。前述の胃潰瘍、十二指腸潰瘍、平成になってから認知された過敏性腸症候群と云った消化器系の不具合はわかりやすいところだろう。それと並んで、現在では鬱や双極性障害、統合失調症と云った脳の不具合が認知されるようになってきている。昭和の頃は、統合失調は多重人格障害として、世間ではストレスにより発症したものと理解されていなかった。今でも統合失調症の認識はそんなに変わっていないのかもしれない。

では、前述のようなストレス性疾患はどのようなプロセスで発症するのだろうか。明確なプロセスは今でも解明されていないので、経験則と個人的意見を中心に考えてみよう。

まず、ストレスにより脳が思考回路が正常でなくなる例として、ありがちな自己否定的なところからのプロセスを仮に以下のようにしてみる。

他人が自分を否定しているように感じることにより、必要のない自己否定がとまらず、結果として承認欲求を自分から否定するというパラドックスに陥る。自己否定が前提となっていることから、自力でパラドックスから抜け出すきっかけがないために脳が必要以上のエネルギーを消耗し、脳が本来分泌すべき生理的に必要なホルモンの分泌に異常をきたす。ここで、どこが壊れるかによって異なる症状になるものと推測する。例えば、消化器の活動に異常をきたすようならば胃潰瘍等の症状になるだろうし、睡眠に関するホルモンが分泌されなければ睡眠障害になるだろう。これらの不調の相乗効果で一気に体が壊れていくことで、当初とは異なる様々な症状も現れる。

またそのストレスを解消するために、様々な依存症やパニックを引き起こすことになるのだろう。

ではどうしたらストレスと病とを切り離せるのだろうか。考えてみたい。

ストレスフリーの可能性

ストレスが体調を崩すと前章にて記しているが、ストレスのない世界はありうるか？と考えたとき、それはないと断言できる。個人差はあれども、他人との時間と空間の共有はなんらかのストレスを生み出すし、また独りでいることでのストレスというものも存在する。

ストレスはその時間と空間を共有する人から与えられるものであるが、一方では承認欲求等の欲求を満たしてくれる供給者でもあるのだ。そう考えた場合、自分が自分の環境をどう理解するか、周囲の視線や発言をどう理解するか、それをストレスのない形として理解し、咀嚼するのがストレスフリーな環境を構築することになる。なんとなく難しい言葉にしてしまったが、これがいわゆる認知行動療法である。

認知行動療法の基本はただ一つ。前向きにポジティブに全てを解釈してシアワセになりましょう！！！！である。

個人的に、認知行動療法が適切かどうかということについては否定したいのは、後述するウンチク的前提として認識しておいていただければサイワイである。いや、認知の歪みを正すという姿勢については間違いだとは思っていない。ただそれが全ての人に対して有効ではないと考えているということだ。

さて、前向きポジティブに全てを理解するということは、鬱を発症するような人種にとっては無理である。そんなことができるのは修造のような人種でしかないと考えている。ソチに行って気温を10度以上上げたようなバケモノと同じ土俵では語れませんですよ。

閑話休題。自分自身に対して、周囲が否定的な感情を抱いて接しているという感覚については、それはあり得ないことなので、そこについてだけは認識を正して欲しいと思う。

キツイ言い方になるが、

「周囲は、あなたのことを否定的にも肯定的にも思っていない。それ以前に関心がない。」

というのが、本当のところだと思う。他人に対して興味を持てる人は、職場ではほとんどいないと思っていいだろう。あの人に嫌われているかもとか思っても、その相手は自分のことを知らなかったなんてことはそんなに珍しくはないことなのだ。興味を持っている人ならば、ただの妬みの可能性も低くない。乱暴な言い方をすると、あなた自身がどう思うかは全く関係ないので、周囲からの視線は気にしなくてもいいのである。

「好きの対義語は嫌いではなく無関心である」という言葉を知っている前提での文章になるが、悪意がなければ否定的に接することも無いと思っていい。悪意がある人は、少なくとも興味を持ってきているのだ。ならばそれはそれで、興味を持ってきていることを歓迎しても悪くないだろう。また興味を持たない人の視線に対しては気にする必然性もない。

では、興味を持ってきている人とどの接したらいいのか、また、興味を持ってもらうにはど

うしたらいいのか、この後で考えてみたいと思う。

ありがちなことだが、人は常になんらかの自己主張をしたい。mixiやFBと云ったリアル知人に知られたくないのも珍しいことではないので、匿名性のある「2chのメンヘル板」や「twitter」での垂れ流しが多い。

そこで、twitterでの鬱病患者のアカウントを未定見ると、名前に「UTU」とう単語をつけている人が少なくない。実際、私もutuという単語を用いたハンドルネームになっている。

ところで、鬱はそこまでアイデンティティーになるものであろうか。ハンドルネームに「ウツ」という単語を組み入れることで「この人は鬱である」という認識をされる可能性は高い。そのメリットとして、多くを語らずともある程度は理解しあつた話ができるということにある。同じような症状の人と認識の共有ができるというのはありがたいことだ。

そのような環境で、同病者と「鬱アルアル」的な雑談や、調子悪いねという雑談で、気候由来の不調に代表される環境によものなのか、単に自分の精神状態だけが不安定なのかを知ることができる。そこでの落ち幅をできるだけ抑えて、好調のときにどれだけ精神状態を浮上させられるかを考えるために必要な情報だ。環境による不調であれば、無理をしてもよくなる可能性は少ないので、大人しく薬を飲んで寝込む等の予防策を立てられる。

ちなみに、自分自身の調子が好ましくないと思うような日には、都内の路線で人身事故が起きていることが多い。去年の秋からの人身事故数は多かった。そこで踏ん張れば今現在はもう少しマシな状態であったことだろう。

ところで、自分が鬱病であることを特別視し、アイデンティティーにしてしまうことは、非常に危険なことだと考えている。鬱に限らず、自分が病であることを自己存在意義にしてしまった場合、それを回復させるための努力が少なくなる可能性を危惧する。今の「カワイソウな自分」を大切にしまうと、状況の改善に着手できなくなる可能性がある。

鬱であることを現状認識するまでに止め、それに対する感情を抑え、どうしたらここから抜け出せるのかということを一に考えるべきだろう。

思考ループ対策

まず、どんな人でも多少なりとも共通する症状として、思考のループが挙げられる。自分にとって不利益なことがあるのではないかという不安感を感じてしまい、それを否定することができない。他者からの否定もあるし、自分自身を否定するということも考えられる。

そこで、思考ループをどうにか止めるための行為が存在する。医者からは、そのような場合にはベンゾ系の安定剤が頓服として処方されることが多いと思われるが、すぐに効果があるとは限らず、長時間の効果がないので、病人なりにいろんなことを試すようになる。

ありがちな手段として、例えば自傷行為がある。自傷による流血を見て精神状態を落ち着かせ、それまでループしていた負の思考を停止させることができる。これに慣れてしまうと、自傷することが目的となってしまう、本来は手段だったものが目的になってしまう。精神状態を安定させるための行為が、やがて罪悪感にもなってしまうという危険な行為だと考えられる。

このほかにも薬物の多量服用であるOD(Over Doze)もある。薬を大量に飲むことでの安心感を得ようとする行為である。睡眠不足への不安から行うようになる、深夜の飲酒の日常化からのアルコール依存もその一つであろう。また、SNS等で自死をほのめかすような発言により、それを知った人からの言葉を見るかまってちゃんもいるだろう。

いずれも、不安感を払拭するための行為であるのだが、どう考えてもこれらの行為は他者に迷惑をかけることが少なくない。私もtwitter上で自死のカウントダウンをしている人に対して、警察に通報してみたことがある。結果、翌日には本人はケロっとしていたのだが、「無事で何より」とコメントをしているが、本音を言えば「フザケンナコノヤロウ」である。処方箋のODについては、所詮厚労省が認定した薬であり、あまり期待できない。マイスリーだけは意識を落ち着けるプロセスがないままに身体や思考が動かなくなるという特殊性があるので、ここは一般市販薬のODと一緒に考えて生きたい。

さて、このような思考ループに対する行為を止める決定的な手段は思いつかない。あるとすれば、座禅とか瞑想といった、外部刺激からの強制的な思考停止だろう。心を無にすることが可能であれば、身体にも精神にも少ない負担になることが期待できる。カウンセリングで自分の精神状態を認識するという手段もあるが、これはカウンセラーの個性や能力に左右されることが多いので、万能薬になるとは思っていない。

上記のやっけてしまいがちな行為については、後述していきたい。

Over Doze

いわゆるOD。薬の大量服用だが、これは前述の通り、基本的には意識の切替を行うために行う行為の一つであると考えている。

希死念慮から睡眠薬を大量摂取したと報道されるケースもあるが、それだけでは死ねないということは本人が一番よくわかっている。ただ、睡眠薬を大量服用した状態で、窒息や低体温症での自死を狙うということはまああるが後述しよう。

処方薬で危険なものはベゲタミンAくらいだろうか。こいつは脳にカスを残すので障害を起こすことがあるという。でもベゲAを飲んでる人なら、それなりの知識も経験もあるだろう。

さて、それでは何故ODを行うのかということだが、薬に対する精神的依存が考えられる。焦りや不安感に襲われて、どうしたらいいかわからないときに薬を飲んでしまうというパターンが多い。また前述とは異なるものとして、嗜好品に近い感覚で、薬を大量に服用したときの違和感を楽しみたいというのものもある。

ODによく用いられるのは、服用薬ではなく頓服である場合が多い。向精神薬の多くは、一定時間毎に服用することにより、薬効成分の血中濃度を一定以上に保つことで効果を得るものが多いので、定期的に服用する薬は飲まざるを得ない。一方で、頓服は調子の悪いときに一時的効果を得ることを目的としている。そこで、普段は飲まずに溜め込んだ頓服を一気に飲むというパターンだ。

そのため、睡眠導入剤やデパス、レキソタンと云ったベンゾ系の安定剤をODするケースが多い。そのあたりをODすることによる影響は、体が動かない程度のため、あまり問題はないと考えている。ただし、冬の夜に屋外で睡眠導入剤を飲むことで動けなくなり、低体温症で死亡する可能性はある。また、意識が朦朧としたところでドアノブに紐をかけて窒息死するというケースもある。

ODによる救急搬送をされた場合、胃洗浄という地獄の仕打ちが待っている。また、ODしても楽しいことはあまりない。所詮、合法薬だ。

上記と異なり、嗜好品的に用いられるのが市販薬ODになる。

市販薬の中には、一度に大量服用することで、ふらつき、意識障害等の効果が得られるものもある。これについては、週刊誌等で「薬物依存」と表現され報道されることが多い。市販薬なので、売ることも買うことも飲むことも、いずれにも違法性はない。なので、薬物依存と云われながらも罪に問われることはない。

基本的には精神的依存に分類されるが、やっかいなのは自分で止めることができないところにある。多幸感やふらつき感をどうしても求めてしまい、薬屋が開いている時間帯ならば簡単に手に入る。しかしながら、言動がおかしくなり周囲に迷惑をかけること、市販薬といえども身体的に負荷がかかること、そのあたりの問題が発生する。この依存症の治療は、精神病棟での管理下で生活を見直すしかないだろう。

市販薬ODに近いのが、マイスリーでうだうだすることだろうか。マイスリーは睡眠導入剤であるが、筋弛緩等で睡眠を促す薬ではなく、本人の意識がなくなる薬である。そのため、本人の意識のない状態で食べたり出かけたりして、翌日に「またやっちゃったー！」ってということがよくある。そんな効果があるので、ほどほどに飲んで意識をなくさない程度に刺激を自分に与えていれば、フワフワした感じになるらしい。私は楽しいと思わなかったけど。

ということで、OD事態を否定しない。その人にとっては、そうするしかなかったのだろう。ただ個人的感想をいえば、薬は適切に服用するのがいい。後悔は鬱症状を悪化させるだけである。

自傷行為

所謂、メンヘラ特有の行為とされることに自傷行為がある。自傷した部分をデジタル画像保存し、それをSNSにて公開している人も少なくない。女性に多い印象があるが、恐らく男性よりも血に対する耐性が高いためであろう。

自傷行為として、手首をカッターナイフで切るのが多いだろう。切るといってもすっぱりと肉を切断するのではなく、血が流れる程度に皮膚を裂く程度。それを一箇所ではなく複数個所行うというのがよく見かけるパターンである。

何故、自傷行為を行うのであろうか。行為者は自死を目的としてはいないし、それにより何か改善されるとも認識していない。

恐らくは、痛みによる刺激と、流血していることを見る視覚的刺激により、どうしようもない感情や思考を停止させることができるのであろう。それを繰り返すうちに、刺激に慣れてしまい、また習慣化するものと推測する。当初は思考の切替の手段であったものが、切ることが目的になってしまう場合も少なくない。

上記行為と同じカテゴリと認識できるものに、ピアスを複数空けること、抜毛等がある。いずれも、なんらかの痛覚と、視覚的刺激を求めるという共通点が見受けられる。

ではそれを行う根本的な行動原理は何だろうか。あくまでも個人的見解であるが、OD等とも共通するのだが、してはいけないことをしているという感覚的刺激により正気を保とうとしているのだと推測する。

鬱症状の一つである「どこに自分の非があるのかわからないけど責められていると感じる状態」は物事の是非が自分では判断つかない程度に精神的に疲労している。何が正しいのかわからない混乱状態で、してはいけないと思われる行為を行い、自分の駄目な部分を作り出す。それを見て肯定なり否定なり、そのときに自分自身が欲しいと思われる評価を導き出すきっかけとするのだろう。

しかしながら、あまりオススメできない行為であることには間違いない。傷つけること自体は健康上の問題にはほとんど結びつくことはないが、傷はなかなか消えない。その傷があるうちは、忘れたくても忘れられない場合もあるだろう。また見た目にも、美しいとは言い難い。

個人差があることなのでなんとも提案できないのが歯がゆい。自傷に代わる気分の切替手段が見つかることを祈ることしかできない。

逃避行動

落ち込みやストレスを受けた場合に、一番楽な対処方法が逃避である。ストレス要因から遠ざかるという自己保身のための本能的な行動であり、それ自体はなんら問題が少ないように思える。しかしながら、一番やってはいけない行動だと個人的には認識している。

仕事のストレスからの逃避で一番確実なことは会社を辞めること。しかしながら、鬱を発症するようなタイプだと、しばらくすると働いていない自分に対して否定的な感覚を持ってしまう。そうすると、そのストレスから逃避するために働こうとするだろう。それを繰り返すエンドレスな状況に気が付いたとき、そこから逃避しようとした場合、自死という選択肢が浮かんでくる。当初は自死以外の選択肢を選んだとしても、そのうち全てがなかったことにするにはそうするしかなくなる。

また、現実を直視しないために思考を停止させるような、アルコール依存や薬物依存等の行為も逃避の一種になると考えられる。現実から目を逸らすだけでは何も変えることはできないという点に於いて、同じ結果になる。薬物依存のほとんどは精神的依存であるが、逃避行動を継続するために依存していると認識される状態になるのだろう。

一度、逃避を選んでしまうとそれ以外の行動をとれなくなってしまうこと。そして、逃避行動の究極は全てをなかったことにする自死であること。これが逃避行動を否定したい根拠である。

もちろん、逃避行動を全面的に否定はしない。一時避難的な意味で計画的に逃避する対象を決めていけるならば、効果的な手段だと思う。しかしながら、思考が安定していない状態で、計画的に行動できる人は稀であるし、そもそも計画が適切に立てられるかという問題がある。

適切な計画を立てられるようになるには、精神状態を安定させ、思考が正常に行えるようになっていなければならない。そのためには、一時的に思考をリセットできるような刺激が必要となるだろう。前述した自傷やODによって思考をリセットし、精神状態を安定させることが可能ならば、それらの行動は逃避行動よりも効果的であると考えられる。

自死を否定しないが、そこに至るプロセスが逃避によるもので、それ以外に選択肢がないというのは、あまりにも残念なことであり、認めたくないところである。