

## 1. (躁) うつ病の生活臨床～心と脳の疲労仮説

筆者らは、(躁) うつ病患者の生活特性と生活破綻に至る経過の観察から、(躁) うつ病によるうつ状態を心と脳の過労状態であるという仮説によって理解できると考えるようになり、この仮説に基づいて、発症予防、治療、再発予防に取り組んでいる。

なお、筆者らは、心身二元論の立場に立つものではないが、脳の活動によって心を説明しきれない現状から、便宜上両者を区別した。実際は、精神活動は脳だけによって司られているわけではないので、心と脳の疲労状態とは、脳を含む身体全般の機能低下(疲労状態)と考えるのが妥当であろう。

また、昨今、躁うつ病とうつ病は別の疾患であるという見方が一般的になっているが、筆者らの仮説によれば、統一的に理解可能である。

### 1) (躁) うつ病の心と脳の疲労仮説

(躁) うつ病のうつ状態の特徴は、概ね以下のようにまとめられる。

うつ病の主な精神症状；

うつ気分、悲哀感、悲観的、絶望感、罪業感。不安・焦燥感。集中力低下。思考の渋滞。希死念慮。無快楽症。貧困妄想。日内変動。など。

うつ病の主な身体症状；

頭痛など身体各部の痛み、不快感、圧迫感。食欲不振、性欲減退、倦怠感。便秘(下痢)、不眠。など。

これらのうつ病における精神症状と身体症状は、器質的な機能障害(impairment)のレベルではなく、働きの低下である生活機能障害(functioning)のレベルの機能低下であり、心と脳の機能低下としての重度の疲労状態であると見なすことが出来る。

心と脳の重度の疲労状態をもたらす要因には、一般に生活の過活動がある。過活動には、環境要因としては、過重労働、解雇・転職などの社会経済的困難、離婚・家族の重篤な病気の罹患・死別などの深刻な家族問題、災害などがあり、個人的要因による過活動には、躁状態および完全主義的な生活態度(性格)による過労がある。

環境要因と個人的要因による過活動は心と脳の過労状態をもたらす。この過労は心身の過覚醒をもたらし、一般的には、不眠状態となる。この不眠が更なる心身の過労状態を呼び込むという悪循環が作動し、心と脳が極度の疲労状態となる。この状態がうつ状態と考える。この悪循環によるうつ病の形成過程が心と脳の疲労仮説である。

この仮説によれば、うつ状態は、それ以上の心身の過労を防ぎ、破局から心身を守るための防衛反応という性質をもっていると考える。

### 2) 心と脳の疲労仮説による治療原則

心と脳の疲労仮説によれば、うつ症状は過活動の結果(ツケ)であるから見なすことが出来るので、治療の重点は、うつ症状の軽減にではなく、うつ症状の背景にある心身の過労状態の

解消、すなわち、ツケを払うのに相当する休息を取ることである。

過労のツケを払うには 3 つの方法がある。第一がもっと深く沈むこと（もっと深いうつ状態にするという意味である）であり、心身のそれ以上の過労と破局を防ぐ防衛反応を支える逆説的治療法のつもりである。第二が、自然の経過に任せる方法で、2, 3 年間の過労からもたらされたうつ状態なら、2, 3 年かけて疲労の解消を図ることである。第三が、ローンの返済のようにうつ症状の軽減を図りながら時間をかけてツケを払う方法である。社会生活の中断を最小限にする治療法で、抗うつ薬で活動性を確保する代わりに、例えば、2, 3 年の過労からもたらされたうつ状態は、4, 5 年かけて解消することを覚悟する。

#### 図挿入

もっと深く沈むためには、うつ状態でありながら、抗うつ薬、精神安定剤などの症状改善を主要な目的とする薬物療法によるうつ状態の改善ではなく、鎮静作用のある抗精神病薬を使用する。日常生活活動を最小限にすることによって、それ以上の疲労の蓄積を抑えながら、可能な限りの休息を取ることによって蓄積した疲労を解消することを目標とする。これによって、自然な経過よりも早期にうつ状態から回復できる。希死念慮など切迫した重度のうつ状態にあるケースが対象になる。

もう一つの工夫が躁病相における積極的なうつ病の予防乃至軽症化を目指す戦略である。すなわち、躁病相では、可能な限り早期に介入し、鎮静系の抗精神病薬によって、例えば、夜 9 時間から 10 時間寝る時間（必ずしも睡眠時間でなくても良い）を確保する「意図的“うつ病”, induced depression」をくっつけて、その後には予想されるうつ状態を予防乃至軽減するというイメージである。図挿入

二番目の自然経過に任せる方法は、切迫したうつ状態ではなく、中等度のうつ状態にあるケースが対象となる。すなわち、過労のツケを払うことでうつ状態から必ず回復することもある程度理解し、うつ状態の辛さ、希死念慮にも耐えられるようにするうつ病の形成過程を受け入れるケースが適応となる。この場合の薬物療法は抗うつ薬は使用するが、うつ症状の解消を主目的にはせず、最小量を心掛ける。睡眠薬の使用も最小限にして、主には抗精神病薬による休息の確保と睡眠が取れるようにする。

三番目の治療法は、比較的軽度のうつ状態で、社会生活の中断が困難なケースが対象となる。この場合は、抗うつ薬を使用して、うつ症状の軽減を図るが、その分、回復にはそれなりの日時が必要になることを患者・家族には説明しておく必要がある。疲労のツケを払う方法の例示としてローンの返済の方法に類似することを説明する。

#### 3) 「エネルギーの家計簿」による生活の自己統御（セルフコントロール）

過重労働を強いる環境、徹底性格・完全主義的な生活態度、解雇・離別・災害などの人生の試練などに対処するために生活を管理するための工夫が必要である。

その人の心身の活動ために消費するエネルギーには自ずと限界があるので管理を適切に行うことが必要である。そのために、金銭管理のための家計簿になぞらえて、筆者がツールとして考案したのが「エネルギーの家計簿」である。

収支は大雑把にポイント数で表す。患者と治療者で相談して決めるのがコツである。支出は、分かりやすい例として、残業 1 時間をマイナス 1 ポイント、残業 2 時間はマイナス 2 ポイント、残業 3 時間はマイナス 3 ポイント、躁状態による過活動で帰宅が早朝になった場合は、マイナス 5～6 ポイントを課するという具合である。

一方、収入は睡眠時間とする。その人の通常の睡眠時間を基準とするが、仮に、7 時間か 8 時間だとすると、9 時間の睡眠時間はプラス 1 ポイント、10 時間をプラス 2 ポイント、11 時間をプラス 3 ポイントとする。

ただし、睡眠時間とすると不眠へのこだわりと不安が増強し、かえって眠れなくなることが多い。そうすると睡眠薬や安定剤に頼りたくなり、クスリに対する依存性が増してしまう。そうならないために、消灯し安静にして刺激を最小限にする時間を確保することに注意を向けるように促す。「眠ろうとしないことが“最良の睡眠薬”です」と説明すると、睡眠薬の追加、増量を執拗に求めてくる患者・家族の中でも、時間はかかっても、受け入れるようになり、うまくすると睡眠薬なしになるケースもある。もちろん、適切な薬物療法の支援が必要であるが、うつ症状の苦しさから眠ることに必要以上にこだわり、睡眠薬の増量を迫ってくる患者・家族も稀ではない。睡眠状況を詳しく聞いてみると、むしろ“仮眠状態”であるケースもある。

「エネルギーの家計簿」を用いた生活の統御の原則をまとめると以下のようになる。過活動と休息のバランスを取る。例えば、昨日マイナスポイントだったら今日はプラスポイントの生活をする。週の前半がマイナスであったら、後半はプラスポイントの生活にする、平日がマイナスポイントの生活だったら、週末は徹底した休息によって“借金”の返済に充てる、先週過労状態が続いたのなら、今週は休息中心の生活にする。先月忙しい月であったら、今月は省エネの生活にする。春は忙しかったので、夏は手抜き生活にする、という具合である。

#### 4) 認知の転換を促す卵モデル

うつ状態にある患者の悩み、訴えは深刻であり、時には切羽詰まって希死念慮から自殺企図におよぶこともある。通常は、生活や人生の深刻な困難を解消しなければ明日がないと思いついで悩みを解決することに集中してしまう。しかし、思うようには解決しないので、益々深刻なうつ状態に陥ってしまう。

筆者らは、そうしたケースに「卵モデル」を活用している。患者は、深刻な心理社会的状況をクスリなど医学的治療によって解消したくなるし、際限のない薬物療法を求めてくることもある。しかし、生活状況が深刻であればあるほど、その解消は困難であり、クスリで対処できるものではない。

このように深刻な悩みを解決しようとして泥沼にはまり込んでいるように見える患者に、「その問題は今解決できそうですか?」、「解決できそうもないのなら、現状であってもうまく行っているところはないですか?」と問うと、意外にも素直に振り返ることが出来る。そうしたところで、出来ていないところを出来るようにする姿勢から、現状でも出来ているところに目を向けて、それをふくらませて知恵を出す姿勢に誘導できるようになる。つまり、ストレングスモデルである。

このアプローチに誘導するために考案したのが、「卵モデル」である。

図挿入

#### 5) 心の脳の疲労仮説に基づいた治験例

躁うつ病の生活臨床の具体例として、2000年5月パリで開催された世界心理社会的リハビリテーション学会で、「エネルギー保存療法, Energy Saving Therapy, EST」として報告したケースを紹介する。

)T.Iseda, K.Ogawa, K.Hasegawa and N.Iseda: Treatment of Major Mood Disorders by "An Energy Account Book", World Association for Psychosocial Rehabilitation, VIIth World Congress Paris, May 2000.

症例 E: 躁うつ病 (双極性障害)。女性。治療開始時高校3年生

高校2年生の春休みに躁状態となり、級友とディズニーランドに行ったり、帰宅が夜中の3時、4時になったりするなど遊びまわっていた。3年生になっても躁状態は続き6月によく落ち着いた生活が出来ようになった。

ところが、3年生の10月に入ると、登校は出来るが落ち込みが目立ち、家族ともあまり話さなくなった。家族の依頼によって、11月から週一回の訪問診療を開始した。初診時は、接触は取れるが、思考渋滞が目立って意識障害を疑ったほどであった。脳波にも異常なく感染症を疑う血液検査の所見もなかった。それまでに躁状態の時期もあり、躁うつ病と診断し、薬物療法も用いながら「エネルギーの家計簿」による治療 (エネルギー保存療法, Energy Saving Therapy, EST と称した) を開始した。経過は図にした。

最初のうつ状態は、それに先立つ躁状態の持続期間が4か月弱であったのに対して、うつ状態の回復には、5か月弱を要した。抗うつ剤マプロチリン50mgは投与したが、ESTの治療原則により、3か月間の使用に止めた。以後、薬物療法なしのESTだけの治療で2年間経過を見たが、再発はなかった。その後、治療者の9カ月の長期不在により、エネルギーの家計簿による患者自身による自己統御で対応した。この間を含めて合計3年近くの間、再発はなかった。

治療者の長期不在が終わり、ESTが再開されることになったところ、2回目の躁状態になった。5か月弱持続したが、それに続くうつ状態は3か月弱で済んだ。躁状態が激しかったこともあり初期からハロペリドール(9mg)の力も借りながら、躁状態の軽減を図ることを目指して、エネルギーの家計簿による心身の疲労を最小限にするようにした。結果として、う

うつ状態の持続期間の短縮化と症状の軽減に成功したものと評価した。なお、うつ状態に移行してからも、抗うつ剤は使用せず、CPZ 25 mg を継続し、うつ状態が軽快したところで、これも中止し、EST だけで経過を見た。なお、炭酸リチウムの使用を家族とも検討したが、妊娠可能年齢であることを考慮して、使用しないこととした。

その後の11か月後に、3回目の躁状態になったが、躁状態は7か月弱だった。抗精神病薬 CPZ を 300 mg まで増量し、躁状態からうつ状態に移行したところで、軽うつ状態であったこともあり抗うつ剤は使用せず、エチゾラム 3 mg を処方した。6か月後に軽うつ状態も改善したことから、薬物療法は中止とした。

その後の7か月後に躁状態になったが、CPZ を 500 mg まで増量し、躁状態による心身の疲労を最小限にするようにした。結局、軽躁状態が1年半継続することになったが、CPZ は継続したもののうつ状態に移行することはなかった。

その後も、5か月から6か月間続く軽躁状態はあったが、EST と CPZ の投与によってうつ状態に移行することはなかった。

EST 12年間継続していたところ、縁談が成立し結婚することになった。躁うつ病を相手方に告知しないという家族・本人の意向に沿って、結婚を契機に治療を終結することとし、自己管理に委ねることになった。

その際、エネルギーの家計簿によって心身の疲労状態にならないようにすれば再発はないこと、しかし、“粉飾決済”は出来ないので借金生活になったら、再発することは避けられないことを告げて治療終結とした。

治療者は、10数年後、スーパーマーケットで偶然会うことがあった。彼女によれば、その後、躁状態、うつ状態ともに再発はなく、3児の子供も設けて生活は順調だという。エネルギーの家計簿による自己管理は続けており、仕事柄過労になりがちな夫の分のエネルギーの家計簿も付けており、本人は知らないけど、夫のうつ病を予防しているとのことであった。

#### 症例の小括

仮説が裏付けられた。躁状態での心身の疲労を最小限にすることで、引き続くうつ状態を軽減したり、予防したりすることは可能であることを示したと考える。躁状態の早期警告サインを感知した時から EST および鎮静系の抗精神病薬によって、躁状態の軽症化乃至予防が可能になった。仮説の趣旨から抗うつ剤によるうつ症状の改善は可能な限り避け、全治療期間の間、抗うつ剤の使用は最初のうつ状態の3か月間だけで済んだ。抗うつ剤がうつ病を治すわけではないという考えに立つ。エネルギーの家計簿による生活の自己管理によって（躁）うつ病の軽症化と予防も可能である。

#### 躁うつ病の生活臨床の展望

躁うつ病の生活臨床は、当初より主要なテーマであったが、本格的な取り組みはなかった。筆者らの臨床経験では、エビデンス・ベースでは立証できないが、（躁）うつ病の生活臨

床の成功例は蓄積している。統合失調症の生活臨床で目標とした、治療者による生活統御から患者自身による生活統御のレベルに到達しているといえる。

ただ、価値意識を実現する支援のレベルには、到達していない。うつ病の病前性格と見なされる徹底性、完全性、責任感の強さなどはその人の価値意識と関連していることが推測されるので、その解明が必要である。そのための躁うつ病の家族史研究のアプローチによって病前性格が数世代にわたる家族史の文脈で理解されるなら、統合失調症と同様な支援法の開発が可能であろう。特に、繰り返される躁とうつ病の周期、遷延性のうつ病への難治例の治療に貢献できる可能性がある。