

うつ病治療の危機について ——日本のうつ病の現状とこれから——

外ノ池 隆 史*

日本では、2000年頃からうつ病（気分障害）と診断される患者が急増した。その理由として、メンタルクリニックが増え、操作診断が導入され、SSRIが発売されたことなどがあげられる。多くの患者は、本当の（内因性）うつ病ではなく、心因性で、適応障害の重症型というべきものであった。彼らは、「未熟」で「わがまま」であるとされ、「新型うつ病」と言われるようになった。その背景には、日本の社会が大きく変化し、格差が増大する方向へと変化していることがあると思われた。また、多剤多量療法が批判され、抗うつ剤の有効性が疑問視されるようになった。現在の日本のうつ病は、心因性の軽症例が中心となっている。こうした症例は以前から薬物は有効でないと言われていたにもかかわらず、薬物療法を中心とした治療が行われている。今後は患者の自然治癒力や成長を促すような治療関係が求められる。

キーワード：うつ病、新型うつ病、内因性、危機、DSM、SSRI、離脱症状、多剤多量処方

I. はじめに

近年まで日本ではうつ病と診断される人が急増していた。医療機関にかかった人は気分障害全体では平成20年には平成8年の2.4倍になり、約100万人であったが、ここ数年は安定してきている¹⁸⁾。うつ病と診断される患者がこのように急激に増えた理由としていくつか考えられる。一つにはメンタルクリニックと呼ばれる精神科や心療内科の診療所が、増えたことが大きい¹⁸⁾。総合病院の精神科が減少しつつある中で、敷居の低いメンタルクリニックが増えたことで、今まで精神科にかかることに抵抗があった患者が受診しやすくなったのだと思われる。また精神科医療についての啓発が進み、今までは精神科を受診しなかった軽症の患者が受診するようになったとも考えられる。うつ病であるが医療にかかることができなかった患者たちが、適切な治療を受けられるようになったことは、喜ばしいことである。

一方で、「新型うつ病」と呼ばれる人たちが、特に産業保健の分野で話題になるようになった。こういった人たちは、自分のうつになった原因、きっかけを人

のせいにすることが多い。うつ病と言えば自責的な人々であるという、今までの常識とは反対で、他責的なのである。「従来のうつ病」の人は、人に迷惑をかけられないと言って、なかなか休もうとはしなかったものであるが、彼らはためらうこと無く診断書を受け取る。さらに状況反応性も見られる。うつだといっているにもかかわらず、休みの日など楽しそうに出かけていって、その様子を同僚に目撃されてしまう。会社に対して平気で批判的なことを言うし、医師に対しても、職場の変更が必要であるという診断書を書けと要求することもある。こういったところが、「わがまま」「未熟」と受け取られ「新型うつ病」の特徴であると言われる。厄介な人たちであると思われ嫌われてしまったようである。

日本では、「従来のうつ病」については、様々なところで啓発活動が行われ、職場での理解もかなり進んでいた。怠けているのではなく病気であること、まじめで几帳面な人になりやすいこと、励ましてはいけないこと、などは常識といってよいところまでできていたように思われる。しかし「新型うつ病」の登場によって、再びうつ病は、どう対応したらいいかわからない

* 愛知学院大学心身科学部健康科学科・保健センター
(連絡先) 〒470-0195 愛知県日進市岩崎町阿良池12 E-mail: tonoiike@dpc.agu.ac.jp

もの、厄介なものになってしまったように思われる。「新型うつ病」のデタラメ²¹⁾、「新型うつ病」は存在しない¹⁰⁾という本も出版された。彼らはほんとうに病気なのか、そうでないかわからないまま、嫌われてしまっている。そうなるとうつ病の人まで同じような目で見られるようになってしまう恐れが出てきた。

また精神科医療に対する批判も非常に大きくなっている³⁾。薬物療法偏重である、多剤多量処方が横行していて患者が薬漬けにされている、というものである。精神科医に反省すべきところも多いのだが、インターネットを見てみれば、うつ病に対し抗うつ剤を処方している精神科医は、全員極悪人であるかのような扱いをしているところも見られる。こうなってしまうと、医師と患者は相互不信の悪循環に陥ってしまう。なぜこのような事態になってしまったのか、今後日本のうつ病治療はどのようにしていけばよいのか考えてみたい。

II. 従来診断から操作診断へ

うつ病患者が増えた理由としては、先に述べたようにメンタルクリニックと呼ばれるようになった精神科診療所が増えたことがある。もう一つには、精神医学における診断の在り方が大きく変わったことがあげられる。以前は、患者の現在の症状だけでなく、現病歴、出生・成育歴、病前性格、既往歴、家族歴・家族構成、場合によっては治療経過も含めて考慮して診断していた。

従来、うつ病の典型例として考えられていたのが、メランコリー性格型うつ病（笠原・木村分類のⅠ型）¹¹⁾であった。もともと真面目で几帳面で責任感の強い性格の中年の男性サラリーマンに多いとされていた。大学卒業後就職し、一生けんめい働いてきた。人並みに結婚し、子供もできた。会社のほうでも順調に出世し、課長になった。何もかも順調に見えたのに、課長になってから数か月してからどことなく元気がなくなった。口数も減り、食欲もなくなった。夜もあまり眠れていない。仕事の能率も明らかに落ちている。こうした人が、配偶者なり、上司なりに連れられて精神科を受診した。非常に抑うつ的で、悲観的で、食事や睡眠も十分とれていない。仕事の能率も明らかに落ちている。しかし、休むことを勧めても、頑に拒む。「今は休めない。迷惑をかけるわけにはいかない」という。現実には仕事ができていることを指摘しても納得しな

い。医師が、病気だから休むようにと勧めても、患者は、「それはできない」と納得しない。こうした押し問答がしばらく続くというのが、当時のうつ病患者の初診時に見られる、恒例の儀式みたいなものであった。患者の反応も見ながら、この人は間違いなくうつ病だなどと思っていた。そして、うつ病として診断し、休養と服薬を中心とする治療を行うと、概ね3か月くらいするとよくなってきて、復職できることが多い、というものであった。うつ病についての啓発活動も、このような患者を想定して行われていたし、社会の理解も相当に進んでいたように思う。ただし、実際に3か月で復職できたのは3分の1くらいであった。

従来の診断方法においては、同じよううつ状態の患者を診ても医師は「本当のうつ病か」「そうでないか」を考えながら診断していた。この時の精神科医の判断に大きな影響を及ぼしていたのが「自責感」の有無であった。「本当のうつ病」の患者は、「自分のせいでこんなことになってしまった」「みんなに迷惑をかけて申し訳ない」などと言う。休んで治療に専念するよう言っても「そんなことしたらもっと迷惑をかける」「休むわけにはいかない」などと言って素直に応じないことが多かった。患者が他責的な言葉を口にするのを聞き、休職の診断書を何の抵抗も示さずに受け取る姿を見たりすると、「これは、うつ病ではないのではないか」などと考え直した。精神科医は、患者の示す過剰な自責性に注目していた。そこまで自分を責めるのは異常であるという判断が働いていた。その異常さを持って病気であると判断していた。

ここで「本当のうつ病」と診断されたものには、主に三環系抗うつ薬が処方された。また「本当のうつ病」ではないと診断されたものには「抑うつ反応」「抑うつ神経症」「心因反応」などといった診断がなされ、多くの場合ベンゾジアゼピン系抗不安薬が処方された。^{注1)}

それが1980年に登場した、DSM-III²⁾によって大きな変化を強いられることになった。DSM-IIIはアメリカの精神医学会によってつくられた操作的な診断基準のことである。「過去2週間に、本人の言明もしくは他者の観察により、ほとんど毎日、ほとんど一日中、抑うつ的であるか、または興味・喜びの減退が続いている」にあてはまり、あと幾つかの症状がそろえば「大うつ病」と診断することになった。簡単に言ってしまうと、本人が自分はうつだと言えば「うつ病」ということになったのである。ここでは、従来の精神科医が考えてきた、「本当のうつ病」かどうかという

ことは考慮されないようになった。もともと真面目で几帳面な人であったかどうかという病前性格や、自責的であるか他責的であるかということも、考慮されなくなったのである。

筆者は1988年に名古屋大学精神医学教室に入り精神科医となった。当時はまだ操作診断は主流にはなっていなかった。おそらく従来の診断学で精神医学の教育を受けた最後の世代であると思う。アンケート調査のような診断形式には随分抵抗感を抱いたものである。しかし筆者より下の世代は、初めからDSMで精神科診断学を学ぶようになり、抵抗感はあまりなかったようである。DSMで診断しないと論文は読んでもらえないと言われるようになり、以後急速に日本の精神医学はDSM一辺倒となっていった。

こうした事情から、日本では2000年頃から、従来の「本当のうつ病」に加えて、従来はうつ病とは診断されなかったようなうつ状態を呈する者も、同じように「うつ病」と診断されるようになったのである。そうなれば当然、自責的でないうつ状態の者も、パーソナリティに問題のある者の反応性のうつ状態なども「うつ病」と診断されるようになった。彼らは、従来はうつ病患者でよく見られた、まじめで几帳面な性格とは言えず、職場の環境や上司を批判するなど、「従来のうつ病」の患者たちとは異なる行動をすることが多く、「新型うつ病」と言われるようになった。^{注2)}

III. 「新型うつ病」について

最近、うつ病と診断される人が増えているのだが、どう対応したらいいのかわからないと、産業保健の現場が困惑しているという話が多く聞かれるようになった。自責的でなく他人を批判し、職場に様々な要求をする患者が増えたことが、従来のイメージと違うという印象を与えた。

従来の診断方法に対しては、医師によって診断にばらつきがあると批判されることも多かった。それは事実なのであるが、一見同じように見えるうつ状態の患者を診ても、医師は様々な情報を集め「本当のうつ病」か「そうでないうつ病」なのかを考えながら診断しようとしていた。

近年増加していると言われる「新型うつ病」の患者は、従来のうつ病とは異なる言動が多く見られる。まず自分のうつになった原因、きっかけを口にする人が多い。「職場の上司に理解が無い」「残業が多く、土日仕事させられる」「ひどいことを言われた」「い

じめられた」などである。我々からすると、他責的というか、自分のうつ病の原因を、自分以外の周囲の何かを特定しているのである。さらに診断書もためらうこと無く受け取ることが多い。状況反応性も見られ、うつだと言っているにもかかわらず、休みの日など楽しく出かけていったりする。しかし、彼らは一応うつ病と診断されるほどには十分に重症なのである。重症の適応障害と考えていただくとわかりやすいかもしれない。適応障害は新しく登場した疾患名であるが、大まかに言えば、何かストレス因があつて心身に不調が生じている状態のことをいう。多くの患者は、自分からうつ状態の原因を話してくれるので、病気に至るストーリーを患者の言う通りに聞いていれば「適応障害」という診断を下すことができる。人のせいにしたい患者の意向にも沿っているので、つけやすい診断名であると言える。なお、こうした「新型うつ病」は、笠原・木村分類のⅢ型（葛藤反応型うつ病）と重なる者も多いと思われる。また彼らには薬物療法が奏功しないことは、当時から指摘されていた¹¹⁾。

なお「新型うつ病」という言葉は、正式な診断名では無い^{15,16)}。今までとは違った行動をする「うつ病」の人に違和感を抱いていた社会・マスコミが飛びついた「病名」である。

IV. うつ病の変容

操作診断の問題とは別の立場から、近年のうつ病が軽症化してきている、あるいは新しいタイプのうつ病が出現しているという意見があった。代表的のものは「軽症うつ病」¹³⁾「逃避型抑うつ」⁷⁾「現代型うつ病」¹⁹⁾「ディスチミア親和型うつ病」²⁷⁾などである。1996年に出版された笠原の「軽症うつ病」は、軽症だが内因性の（ほんとうの）うつ病が増えているという主張であった。操作診断はまだ普及していなかった時代のことである。SSRIが日本に登場する前で、その内容は説得力に富んでいて、筆者の臨床で受ける実感とも相応していた。職場のメンタルヘルス関係者にもよく読まれ、この内容がいわば常識として共有されていた。

しかし、うつ病と診断される者が急増し、さまざまな「型」のうつ病が提唱されたことで、受け取る側はかなり混乱した。新たな「型」のうつ病論は、詳細で緻密であったが、一方で非常に難解なものであった。そのため、きちんとした理解のないまま、いわゆる「新型」として一緒にたにされてしまったように思える。最近、これらの「型」のうつ病については中嶋が論じ、

いずれも「内因性（本当の）うつ病」には当たらないとし、「逃避型抑うつ体験反応」ないし「逃避型抑うつ神経症」という病名が適当であろうとしている²²⁾。なお、この中の「現代型うつ病」は一般的には、「新型うつ病」とはほぼ同じ意味で使われることが多い³⁰⁾。

V. SSRI の登場

日本では1999年にフルボキサミン（デプロメール[®]、ルボックス[®]）、2000年にパロキセチン（パキシル[®]）が発売された。SSRI（セロトニン選択的再吸収阻害薬）の登場である。今までの抗うつ薬と違い、副作用が少なく、多量に服薬しても安全であり、依存性、離脱症状もほとんどない、とされていた。吐き気がすると訴える患者はある程度いたが、便秘、口渇といった副作用は少なく確かに使いやすかった。「うつは心の風邪」という製薬会社のキャンペーンもあり、内科医師による処方も増え、販売量は急激に増加した。

その頃、日本の医師がベンゾジアゼピン系の薬を使いすぎるという批判が多くなされるようになった^{26, 28)}。海外では既に1970年代後半にはかなり厳しく処方が制約されるようになっていた。習慣性、依存性が高いにも関わらず、日本では安易に長期間にわたって漫然と処方されていることが問題視された。このことに対応したかたちで、いわゆる「新型うつ病」の患者にもSSRIを出しておけば安全だと考えるようになった。

また「うつ病」とは言えないほどの軽症の抑うつを訴える患者に対しても、ベンゾジアゼピン系より安全ならSSRIのほうが良いだろうと思われたので処方するようになった。「抑うつ反応」「抑うつ神経症」「心因反応」など、DSMでは概ね「適応障害」と診断される疾患は、SSRIの日本での適応病名ではないので、保険病名を「うつ状態」にして処方された。「うつ状態」が保険病名として認められなくなると「うつ病」とされた。こうしたこともあり、日本では「うつ病」と診断される患者が急増し、そのほとんどの患者がSSRIを中心とした新しい抗うつ薬を処方されるようになったのである。^{注3)}

VI. SSRI の問題

その後、日本でもさらに幾つかのSSRIが発売された。海外ではSSRIの発売後うつ病と診断される患者が急増したのだが、日本でも同じことが起こった。そ

の背景には製薬会社の巧みな戦略があった。製薬会社が熱心に宣伝した理由は非常に高い薬価が関係している。日本には、精神科通院医療費公費負担制度（現自立支援医療）や自治体による助成があり、患者の経済的負担は大きくなかったため、医師も患者も薬価のことはあまり気にしていなかった。その後いくつかの抗うつ薬が発売された。^{注4)}

またこれらの薬は発売当初はうつ病の薬とされていた。しかしその後、製薬会社からは、「日本では認められていませんが、海外では不安障害、パニック障害、強迫性障害、疼痛性障害等でも有効性を認められますとか、適応を認められています」などと宣伝されるようになった。暗黙の裡に保険適応外処方を勧められていたのである。こうした病態の患者にも、いくらかの抑うつは認めるので保険病名を「うつ病」として処方してみたことも多い。このことも統計上、気分障害の患者が増えたことに関与していると思われる。いくつかの薬はその後適応が認められた。

SSRIは初めのころは安全な薬であるとされていたのだが、日本でも2005年頃になるとその危険性が知られるようになった。ヒーリーの「抗うつ薬の功罪 — SSRI 論争と訴訟 —」⁵⁾が翻訳出版されてからのことであると思う。かなり激しい離脱症状があり、それがうつ病の再燃と鑑別が難しいことが明らかになった。また攻撃性を高め自殺を誘発する危険性も指摘された。製薬会社は自社の薬にとって不利なデータは隠蔽していたこともわかった。欧米では1990年には副作用のリスクが研究論文のかたちで報告されていたにもかかわらず、薬事監督庁が製品への警告表示を指導するなど対応をとり始めたのは2004年以降であったということであった。

筆者もSSRIは安全で、離脱症状もほとんどない薬だと思っていたし、患者にもそう言っていた。しかし、パロキセチンを減薬・中断した患者から奇妙な訴えを相次いで聞いた。「パッパッパシャリーン」というのである。幻聴とも体感幻覚とも違うようであった。筆者が経験した40代女性のうつ病患者は、パロキセチンによる薬物療法を開始してしばらくして、「食事の味がわかるようになり美味しいと感じるようになりました。以前より眠れるようになり気分もずいぶんと良くなりました」と言い、笑顔も見られるようになった。その後も安定した状態が続いたので、1年後に治療の終結を目指して減薬を開始した。しかし、今までとは違った症状を訴えるようになった。「胸か首のあたりで、うまく言えないが、線香花火のようなリズムで、

ジャ、ジャ、ジャジャジャと身体の一部が引きつる感じがします」「心臓の病気かと思って怖くなり循環器で診てもらったが何とも無いと言われました」と言う。インターネットを見てみたら、離脱症状として同じような例がたくさん載っていた。「パキシルのピンシャリ」として患者同士では有名な離脱症状であった。医師に訴えたが、「薬をやめたせいで、うつ病が再発した」と言われたという。また、「ピンシャリが辛くて薬をやめられない」と言う患者の言葉も多く見られた。この患者に薬の離脱症状である可能性を説明したところ「原因がわかって安心した。数か月で消失するなら我慢できます」と言った。幸い、その後しばらくして症状は消失し、うつ病の再燃は無く、治療は終結に至った。以来、抗うつ剤の副作用、離脱症状にはかなり用心深くなった。

さらには抗うつ薬自体ほとんど効果がないということまで言われるようになってきた。抗うつ剤による薬物療法は有効であるが、それはプラセボによるものとかかわらないという主張である^{17, 29)}。にわかには受け入れがたい内容ではあるのだが、その主張はどうも説得力があるように思われる。

こうした経緯があり、最近の日本の精神科医は自らの処方方を反省するようになった。私もその一人であるが、たとえそのほとんどがプラセボ効果としても、薬物療法の有用性は否定しがたいと思いたい。日常診療ではできるだけ処方量は少なくしようと心がけながら薬物療法主体の治療を行っている。有効性より、副作用が少ないかどうか、治療薬選択の主な判断基準になってきている。

VII. 認知行動療法

英国では軽症のうつ病には薬物療法の有効性は高くないとされ、認知行動療法が行われているという³⁾。認知行動療法とはネガティブな思考を改善し、否定的に考えてしまいがちな自動思考に自ら気づくことでそれを解消していくことが、結果的に気分の改善につながるということのようである²³⁾。

日本でも2010年にうつ病に対する認知療法・認知行動療法が保険適応となったが、医療現場ではあまり普及していない。実際に認知療法・認知行動療法を行っている精神科医はほとんどいない。日本の精神科医が皆、有効であると判っている治療法をやらない、無能でやる気のない傍観者なのだとは思えない。日本で認知行動療法を行う精神科医が増えないのは、それな

りに理由はあると思われる。端的に言うなら、あえて看板をあげるほどの治療法ではないということである。例えばここで少し極端な状況を考えてみる。「もうとりかえしがつかない。死ぬしかない」と言っている患者がいるとする。その患者に対し、医師が「そんなことはない」と応じるのは、「認知の歪みの修正」と言えなくはない。しかしあえて「認知療法」などという必要はない。「常識」である。認知療法においては、さらに程度の軽い問題を、細かく網羅的にやっている。日常の精神科診療は、朝から晩まで、「認知の歪みの修正」ばかりである。認知療法は常識的精神療法の範疇に含まれると考えてよいと思う。

しかし、ある程度の時間をかけて行う丁寧な認知行動療法は、やってみる意味はあるかもしれない。問題は、費用ということになる。医師には長時間の精神療法を行う余裕はないので、心理職が行うことになろう。日本では心理職の国家資格はないので、心理療法は医療の中に正式には取り込まれていない。国家資格化されたときにどのくらいの（いくらくらいの）、位置づけがなされるかによって、日本での普及の程度が決まってくると思われる。^{注5)}

VIII. 「新型うつ病」再考

うつ病と診断される若い患者が、「未熟」で「わがまま」であるとされ、「新型うつ病」と言われるようになった。筆者も臨床の現場で、職場の環境を批判し、上司を責めるような患者の言葉を多く聞くようになったので、単純に若い患者はわがままになってきたなどと思っていた。しかし近年になり、多くの若者に接するようになって、今の若者は、やや覇気に乏しいところはあるが、非常にまじめで心配りができるということがわかってきた。彼らはブラック企業を恐れている。実際ブラック企業・企業のブラック化について調べてみると、日本の多くの企業が、若者に対して、非常に過酷な労働を強いていることがわかってきた^{9, 4)}。非正規の労働者は正規の労働者と同じ仕事をしていても安い賃金しかもらえず、昇給もほとんどない。何年勤めても正規雇用にはならない。また正規の社員ですら過酷な労働条件のもとに置かれている。名ばかり店長はその代表であろう。残業代を払ってもらえないだけでなく、過剰なノルマを課されたうえで、それが達成できないと激しく罵倒され、人格を否定されるような言葉を投げかけられる、というようなこともわかってきた。新規の大卒を大量に採用し、過酷な労働

条件のもとで多くの者が辞めていくことは織り込み済みで、残ったものだけを使うというようなことも多い。残った者も安泰ではなくその後も生き残るためには過酷な条件のもとで働き続けなければならない。

また新たに生まれたブラック企業だけではなく、古くからある企業もブラック化していた。日本の企業は株主のものとなった。絶対安泰と思われていた大企業の倒産も相次いだ。会社は生き残るために、リストラをすることが当たり前になった。昔なら就職すれば定年まで安泰と思われていたような大企業でも、いつ首を切られるかわからないという状況になった。職を失いたくなければ、たとえ過酷な条件であっても会社にしがみつくほかはない。日本では医療職以外はいったん正規雇用から外れてしまうと、再び正規雇用されることはほとんどないからである。派遣社員の給料はコストとみなされるが、正規雇用の社員の給料までコストであると考えよう。企業ばかりになってしまった。現在、やや景気が良くなり、多少時給は上がっているが、グローバリゼーションの名のもとに、アメリカ型の考え方を導入し、格差がより拡大する方向に向かっていることに変わりはない。自己責任という言葉がもてはやされたが、企業にとって都合の良い言葉である。労働者の仕事がうまく行かないのは、会社に問題があるのではなく、労働者個人の問題であるということである。会社の従業員に対する考え方も急速に他責的になっていった。

しかし考えてみれば、こうした過酷な社会に投げ込まれているのは、ゆとり教育で育った者たちである。彼らは厳しい教育を受けていない。また不登校に対して様々な対策がとられる中で、いつの間にか「学校がいやなら行かなくてもいい」ということが、常識になった。高等教育機関である大学でも学生に対する様々なサポート体制が強化されている。「やりたいことをやればいい」と言われ続けた結果、「やりたくないことはやらなくていい」と思ってしまって、そのまま卒業し、就職してしまったように見える。学校は居心地の良いところになっていったが、彼らを迎える社会は厳しくなる一方であった。若者たちが大人たちに対して、ある意味裏切られたと批判的に感じるのも無理は無い。このような状況を、精神科医も把握していなかったのではないだろうか？³⁰⁾

そうすると、患者たちの言葉を改めて考えなければいけない。筆者が精神科医になったころは、日本ではまだ終身雇用が当たり前の時代であった。大企業が雇用者に対して酷いことをすることなどないと思ってい

たのである。患者が会社や上司を批判すると、それは患者の耐性が低いとか、わがままであるととらえていた。しかし、患者たちが会社を批判するのは、わがまだからではなく、本当に会社が酷いことをしているのではないだろうかと思えてきた。あるいは、酷いことをされるのではないかという恐れを誰もが抱くようになったといってもよいかもしれない。

「新型うつ病」ということばには、昔ながらの「今どきの若いものは云々」という考え方が入っているように思われる。そもそも若い人が、宴会に出なかったり、残業を断ったり、就業規則通りに有給休暇を取ったりするのが気に入らなかったのであろう。しかし、以前から若者は、異邦人、新人類などと言われていた。うつ病以前の問題として、昔から中高年には若者が「未熟」で「わがまま」に見えたのであろう。真面目な中高年にとっては、就業規則通り、有給休暇を取ることなどありえなかったのかもしれない。彼らは疲れていても休むことなど考えなかった。だから若い人が、診断書を出して、当然のような顔をして休むのが腹立たく感じられてしまう。診断書を出して会社を休むのは労働者の当然の権利であり、就業規則にも書いてあるのだが、その辺のことが中高年にはわからないし、納得がいかない。「真面目な中高年」のほうで、実は会社に依存し、家族を犠牲にしていることにも気づかない。「未熟」で「わがまま」な大人たちと言えるのかもしれない。

「新型うつ病」は確かに従来診断で言う、「本当のうつ病」ではない。適応障害の重症型というべき反応性のものである。しかしこれは社会情勢の変化に伴って現れてきたこともまた事実であり、その多くはDSMでは「大うつ病」と診断されることもまた事実なのである。精神科医まで一緒になって「デタラメ」などと言わずに、真摯に対応していかなければならない者も多くいるのではないかと考えるようになった。^{注6)}

昔は職場で困ったときには多分周囲を見て、周囲の人に相談して、自分の行動を決めていたのだろう。就業規則など見なかったのではないだろうか。就業規則などにはとらわれず、過剰に会社のためにつくし、会社側もまたそれを当然のこととみなしてきた。しかし、対人関係の苦手な今の若者は違う。インターネットを見るとそこには規則が書いてある。まずその規則を読んで自分の行動を決めているように思われる。彼らは規則通りの要求をしているにすぎない。

考えてみれば、我が国では戦後長いこと、中学生高校生に対して管理教育が行われてきた。その際、教師

は彼らに対し「校則に従え」と言ってきたのである。そうした教育を受けた彼らが、就業規則を持って上司に適正な対応を要求するのは、当然のことであり、決してわがままなことではない。産業医、人事担当者等もこうした事情を考えて、対応していただきたいと考えている。

IX. 多剤多量処方

日本の精神科医療における多剤多量処方については、2009年にNHKスペシャルで取り上げられてからは、以前にもまして注目されるようになった^{3,8)}。その背景には、日本の医師の金儲け主義があるのではないかという疑いの目があるように思われるが、それは少なくとも現在は当たっていない。今の医師は薬価差益では収益が上がらないようになっている。しかし、信じ難いような多剤多量を処方する医師がいることもまた確かである。筆者は総合病院の精神科に勤めていたことがあるが、多量服薬で救急外来を受診した患者の処方を見て、驚いたことが何度もある。医師の処方通りに服薬していたとしても「多量服薬」としか言いようがないほど多量の薬が処方されていた。多くは症状が良くならなくて、少しずつ処方が増えたのだろう。しかし初診の段階ですでに多剤処方されていることが多いこともわかってきた。いきなり抗うつ剤から2つ、抗精神病薬から2つ、抗不安剤から2つ、睡眠薬を2つなどという処方である。こういうメンタルクリニックはやはり目立つようで、ほかの精神科医にも聞いてみたが、「あそこから来た患者は、薬を減らすだけで何年もかかるから、引き受けたくない」などという声も聞いた。有名なのである。あまりの多剤多量の処方には何らかの対処が必要なのではないかと、県に問い合わせたことがあるが、それは難しいとのことであった。精神科医同士でもいきなり批判する訳にはいかない。世間では何か不祥事があるとよく「何々業界には、自浄能力がないのか!？」などと叩かれているが、残念ながら精神医療業界にも、自浄能力は乏しいようであった。筆者は、初診でいきなり何種類も薬が出たら、怪しいと思うほうが良いと伝えることにしている。

最近になって、厚生労働省、精神神経学会も対応を始めた。多剤処方は保険点数が下がることになった。またやむを得ない場合でも、処方できるのは、精神神経学会の研修を受けた医師に限るというものである。逆に言うと、ある程度の経験がある精神科医なら、研修さえ受ければ今まで通り多剤処方ができるというこ

とである。中途半端な制度であり、決して十分とは言えるような内容ではないが、あまりに急激な変革もまた問題が多いと思われる。適切な方向へ動き始めたことを評価したいと思う。

X. 治療

「新型うつ病」と言われてしまう患者など、「従来のうつ病」とは違う心因性のうつ病はどのように治療されているのだろうか。今まで述べたような経過で、筆者は「とりあえずSSRI」になってしまった一人なので、実際にもSSRIを処方することが多い。患者の意見も聞きながら少量の処方から開始する。有効性が高いというより、副作用が少ないということでセルトラリン（ジェイゾロフト[®]）を試すことが多い。不眠がある場合には、眠剤を処方する。不安が強い場合には抗不安薬も併用する。いずれもベンゾジアゼピン系等である。ベンゾジアゼピン系は批判も多いが、効果の発現も早いので使いやすい。焦燥感が強い場合は抗精神病薬も使う。有効性と副作用について患者と話しながら処方量を増減する。SSRIは飲み始めてから4週間で効果を判定するとされているが、副作用が出てしまうと難しいことも多い。初診後1週間後の再来で、吐き気等の副作用が出た場合、患者が継続して服薬することに同意してくれることはあまりない。別の薬に代える。「副作用があることは聞いていたので飲み続けました」と言う患者とは、改めてそのまま続けるか、増量してみるか考えることにしている。効果があつた患者については、そのままの量を継続するか増量するか、患者と話し合っただけで決める。効果はなかったが副作用もなかった患者については原則として増量して経過を見ることになる。

患者の心理的葛藤に対処するには、時間をかけた面接が必要であると判断した時には、心理職（臨床心理士）に担当してもらう。

診断書によって休職した場合には、症状が改善してきたら「復職可能である」という診断書を出すことになるのだが、この判断が実はとても難しい。精神科医は主治医として適切な判断を下すべきであるというのは、確かにその通りなのだが、精神科医は診察室での患者しか見ていないし、その時間も十分とは言えない。また職場環境が病状に関係している場合は、職場から離れた診察室にいるときには病状が良くなるのは当たり前であるからである。状態が改善してきた患者には、会社・職場に行って、そこに身を置いて、「ここなら

やれそう」と感じるかどうか試してみるよう勧める。こうしたことは参考にはするが、実際に「復職可能」の診断書を出すときには、本人の判断に任せるしかないのが本当のところである。

復職が順調に進めば良いが、うまく行かないと再び休職ということになる。産業医の研修会などでは、こういう症例が出されて、「精神科主治医の診断書通りに復職させてもうまく行かない、精神科医は患者をきちんと診ていないのではないか」などと批判されることも多い。しかし、どうしたらいいかなかなかわからない。復職前にリワークプログラムなどを紹介してみるのが、あまりうまく行かない。本来の職場でないところで良くなっても、いざ復職となるとやはり難しい。あきらめないで患者の病状につき合っていく。最終的には退職になってしまうことも少なくない。

従来の「本当のうつ病」の治療については、以前と変わらない。笠原の「急性期治療の七原則」そのままである¹²⁾。休養と服薬が原則である。すぐにはよくなるといううつ病であっても、医師のほうも焦らず、一つ一つの薬を十分量十分な期間内服して、よくならなければ、他剤に代えるなり、根拠のある補充療法を行うということを、地道に行っていく。3か月でよくなるということが強調されたこともあったが、残念ながら3か月でよくなり復職できるのは、3分の1くらいである。1年以上、中には10年近くかかる患者もいる。慢性化してしまった場合も根気よくつきあっていく。

XI. 職場での対応

うつ病という診断書を出した患者について、漠然とどう対応したらいいのかと職場から尋ねられることがあるが、残念ながら一般論しか答えられないことが多い。精神科医が患者とあっている時間はごくわずかなのである。職場がどのような環境であるのかほとんどわからない。専門的な仕事とアルバイトの仕事とは本なら別の判断が必要になる。精神科医が判断できるのはせいぜい仕事をしてもいいかということぐらいなのである。職場がどのように対応していくかは、元々の患者の性格や働きぶりを知っている職場の人たちが判断していただくしかない。

次第に、職場の人たちが困っているのは、どうも「どこまで、患者の要望に添うべきか」という問題であることが多いことがわかってきた。上司との関係がうまく行かなかったということなので、復職のときに職場を変更したが、「自分が病気になったのは上司のせい

であるから、復職に当たって自分のほうが職場を変えるのはおかしい。自分は慣れた仕事に戻りたいが、あの上司だけは我慢できない。上司を配置換えしてほしい」というような要求をされることがあるらしい。上司の言動がハラスメントに該当するような場合なら、会社は考えるはずである。「新型うつ病」とされる人に理解を示す医師でもこの要求には応える必要は無いと判断すると思う。会社側には「自殺でもされて責任を問われるのは困る」という気持ちがあるようである。そのような気持ちもわからなくはないが、このような場合であっても基本的には就業規則通りに対応していただくのいいと考えている。他の人に対して示しがつかないだろうと考えるからである。これ以外のことに関しても同様である。休職中に、旅行に行くことは許してほしいが、無断欠勤まで許す必要は無い、ということである。過剰に神経質になって腫れ物に触るような対応をする必要はない。会社側が特別な配慮をしているつもりでも、患者の方は当然の対応であると思っていて、あとから相互不信の原因になってしまうということも何例か経験した。もしも患者個人に対して特別な配慮をするなら、あくまで特別であることを最初から強調しておく必要がある。必要以上の「思いやり」は、かえって相互不信を招く原因になってしまう。

XII. 双極Ⅱ型障害のうつ状態

うつ病の現状について語るときに、どうしても付け加えておかなければならないのが、双極Ⅱ型障害といわれるものである。双極Ⅰ型障害はいわゆる躁うつ病のことである。躁状態とうつ状態を繰り返す。それに対して双極Ⅱ型障害は、軽躁とうつ状態を繰り返すものである。躁状態は気分の異常な高揚が続く状態で、自尊心が肥大し、眠らなくても平気になり、多弁で、活動性が増す状態で、社会活動や人間関係に著しい障害を生じる。軽躁状態は、躁状態に類似しているが、入院を必要とするほどのことはない。本人も周囲も調子のいい状態と感じていることも多い。

以前は、単極性うつ病のうつと双極性障害のうつは区別されなかった。どちらに対しても同じように抗うつ剤が処方されていた。しかし双極性障害のうつに対し抗うつ剤を使用しても有効でなかったり、不安定になったり、躁状態になってしまうことが多いことがわかってきた。双極性障害のうつに対しては、抗うつ剤でなく気分安定剤を用いるようになってきたのである。

元々から元気で、活動性の高かった人がうつ状態になって精神科を受診した場合、今までは、元々元気な人がうつ病になったと考えられ、単極性のうつ病と診断された。こうした症例については、今の症状だけでなく、生育歴等を詳しく聴取して、過去に軽躁と思われる状態があれば、双極Ⅱ型障害を考え、気分安定剤を中心とした処方をするべきであると言われるようになった。

また今まで境界例と診断され、長期間精神療法を続けても改善の見られなかった症例の中に、双極Ⅱ型障害の患者がかなりの数含まれているというようなこともと言われるようになった。気分安定剤によって改善したという²⁴⁾。

確かにそう言われると、このような患者は結構思い当たるのである。しかしヒーリーは診断のインフレを警告している⁶⁾。成人の発達障害のときもそうだったのだが、新しい診断名が登場すると、しばらくして大流行することは何度もあった。双極Ⅱ型障害はどうなるだろうか。

XIII. うつ病治療の今後

過去30年近くにわたりうつ病治療と言えば、笠原の小精神療法¹²⁾と、薬物療法であった。小精神療法は、「本当のうつ病」に対しての治療法であり、一般の人にも啓発され非常に効果を上げた。「励ましてはいけない」ということは、ほぼ常識になっていた。しかしこの対応方法が、最近急激に増えた「そうでないうつ病」に対しても杓子定規に行われたので、特に職場において混乱が生じた。また抗うつ剤による薬物療法の有効性自体についても、疑問視されるようになり、抗うつ剤の効果は、プラセボ以上のものはないという指摘がなされるようになった。さらには服用したことが再発の可能性を大きくしていることや、長期服薬による認知障害が「極めて一般的に」見られる可能性まで示唆されている²⁹⁾。筆者には、こうした事態はにわかには受け入れられない部分もあるが、非常に説得力のある論考がなされていることは認めざるをえない。

「抗うつ剤の功罪」が日本で出版されたときには、製薬会社は、収益をあげるためにはすごいことをやるなとは思ったが、これからは抗うつ剤の副作用には十分気をつけようと思っただけであった。しかし、今回カーシュ¹⁷⁾、ウィタカー²⁹⁾らの著書を読み、ヒーリー⁵⁾の本を読み返してみても、精神科医は考え直す必要があると感じた。

薬物療法の効果が、プラセボ効果によるものなら、そのプラセボ効果を最大限に発揮させるには、精神科医による精神療法が大切になってくる。今の日本の精神科医師の診察が1回5分というのは異常に短すぎる。面接が5分なのではない、処方箋、カルテ、その他の書類の記載すべて含んでの5分であるから、3分ならぬ「1分診療」と揶揄されても仕方ない。統合失調症の患者など、中には、必要な時以外は医師との面接をできるだけ短時間で済ませたいと思っている者も多いので、全員の診察時間を長くする必要はないが、特に急性期のうつ病の患者には15分くらいかけられると、随分余裕を持った外来治療ができるようになる。医師と患者の信頼関係が強固なものになれば、プラセボ効果が十分に発現されるようになるであろう。

今の事態は精神科医にとっては大変な危機である。うつ病の診断だけでなく治療の面でも現代の精神医学は行き詰まっているのである。加藤は「岐路に立つ精神医学」¹⁴⁾と控えめに表現しているが、実際は遥かに深刻であるように思える。宮岡は、はっきりと「うつ病医療の危機」²⁰⁾だという。そこでは現在のうつ病医療の問題点が数多く鋭く指摘されている。しかし、打開策となるとなかなか難しそうである。

精神科医にとっては危機でも、他の療法家にとってはこれ以上のチャンスはない。今までは、どんな治療法、対処方法も、たとうつ病にどれほど有効と思われるようと、そのような主張は許されなかった。「エビデンスがない」「医学的でない」「統計学的に有意差が無い」などと言われた。認知療法・認知行動療法が保険適用になったが、その有効性は、薬物療法と同等であるということである²⁵⁾。そうであるなら認知行動療法の効果もほぼプラセボ効果ということになる。心理療法だけでなく、作業療法、看護師による教育ももちろん効果的であろう。運動療法、音楽療法、鍼灸治療、整体、マッサージも良さそうである。筆者は、多くの患者に鍼治療を勧めたことがあるが、有効性はかなり高いという印象を得た。食事療法もいいだろう。薬物療法にしても薬については医師より薬剤師の方がはるかに詳しいので薬剤師による面接・処方も考えてよい。これからは様々な治療法がうつ病患者の治療に用いられる時代になっていくのだと思う。

今精神科医に求められていることは、まずは必要のない薬物療法はしないということである。今の精神科医は自信を失っているように思われる。自分が精神科医として患者に出会うことが、患者の役に立つと思えないのである。だから、助けを求めてくる患者に対し

て、薬の処方をしていないまま帰すということが、なかなかできない。処方箋を書くことは、精神科医にとってあまりに日常的なことであるので、たとえ副作用のある薬であっても、多くの場合抵抗感がほとんどない。精神科医は自分の無力感を無意識のうちに誤摩化すために、処方箋を書いてしまうのである。しかし、治療効果がたとえプラセボ効果であっても、無力感を感じる必要はないと思う。アレンは「本物の精神障害は速やかな診断と積極的な治療を必要とする——ひとりではよくならないし、病気が長引くほど治療はむずかしくなる。これに対して、生きていれば避けられない日々の問題は、自然の回復力と時間の治癒力によって解決するのが最適である」¹⁾という。これからの精神科医療においては、患者の自然治癒力と成長を促すような治療関係が求められる。

注

注1) 当時内因性のうつ病と診断されると、よく処方されたのが三環系抗うつ薬と言われる薬であった。イミプラミン（トフラニール[®]）、クロミプラミン（アナフラニール[®]）などである。よく効いたし、依存性は少ないとされていた。しかし、痙攣、口渇、便秘、尿閉など副作用も多かった。また常用量と致死量が近いため自殺念慮のある患者には使いにくい薬であった。ベンゾジアゼピン系の薬は当時から現在に至るまでよく使われている抗不安薬・睡眠薬である。依存性は多少あるが、安全な薬であるとされていた。いわゆる「(精神)安定剤」であり、「マイナー」とよばれ（抗精神病薬がメジャートランキライザーと呼ばれていた）、気楽に処方されていた。アルプラゾラム（ソラナックス[®]、コンスタン[®]）、ロラゼパム（ワイパックス[®]）、エチゾラム（デパス[®]）などである。内科、整形外科、産婦人科等でもよく処方された。なお、双極性障害に対して使われる「気分安定剤」は、作用機序が全く異なる別の薬である。

注2) 厳密に言うと、少し違う。うつ病・うつ状態に関する診断名は、非常に複雑なことになっているので理解するのは難しい。本稿においては、「従来のうつ病」「ほんとうのうつ病」は、ほぼ「内因性のうつ病」という意味で使っている。笠原・木村分類のⅠ型（メランコリー性格型うつ病）にほぼ相当する。内因性とは、身体因性でなく心因性でもないという意味で、以前にはよく使われた言葉である。「自然に出てくる」というのもいいが「原因不明の」といってもよい。うつ病のセロトニン仮説などが出てきたので、あまり使われなくなった。しかし、日本の精神科医にとっては大切な言葉で、内因性のうつ病こそ「ほんとうの病気」であるという思いがある。うつ病、躁うつ病、統合失調症に対して使われる。本稿の「そうでないうつ病」は、

概ね心因性のうつ状態と考えていただいてよい。笠原・木村分類ではⅢ型（葛藤反応型うつ病）が代表的なものである。DSMなどの操作診断では、内因性と心因性を区別しない。メランコリー型を特定せよ、という記載はあるが、ほとんど無視されている。当然ながら、従来から心因性のうつ病はあったのだが、うつ病の典型例としては、内因性のうつ病が想定されていたので本稿では、内因性のうつ病を「従来のうつ病」と表現したところがある。

2000年以後に急増したうつ病の患者の多くが、「そうでないうつ病」であった。彼らは、うつ病の典型例としてあげられていた「内因性のうつ病」とは違っていたので、社会のほうが対応に困ったのだろう。「そうでないうつ病」のうち「未熟」で「わがまま」と思われてしまった者が、「新型うつ病」とされてしまった。やや侮蔑的なニュアンスが感じられる。

注3) これは、日本の精神科医が病名を偽ったということではない。うつ病という診断名は、「本当のうつ病」「内因性のうつ病」に対してだけでなく、「そうでないうつ病」、本当のうつ病ではないけれどもうつ状態である患者に対しても、よく使われていたのである。笠原・木村によるうつ病分類（1975年）は、今でも頻繁に引用されるが、その論文のタイトルは、「うつ状態の臨床的分類に関する研究」である。その中で、たとえばⅢ型は、「未熟依存的・自信欠如の性格者が持続的葛藤状況によって生じるうつ状態（葛藤反応型うつ病）」とされている。もともと「うつ病」と「うつ状態」とは厳密に使い分けられる言葉ではなかったのである。

当時、日本の精神科医は、病名を文書に記載するときは、できるだけ軽い病名をつけていた。まだまだ偏見の多い時代であった。「うつ病」とするより「うつ状態」とするほうが患者の利益になるだろうと考えていたのである。

また、ベンゾジアゼピン系の薬の危険性が明らかになったときには、より安全と言われていたSSRIに切り替えるために保険病名を変更した。しかしその患者たちは、もともと「神経症性うつ病」としても差し支えない患者であった。

最近では、ICD-10に基づく診断名が要求されるようになったので、保険診療を受けている患者はすべて、ICDによる診断名がついているはずである。ICDはWHOが作成したものであり、ここでも内因性と心因性は区別されない。

注4) 現在、三環系抗うつ薬の代表であるイミプラミン（トフラニール[®]）と、SSRIのパロキセチン（パキシル[®]）は常用量で約6倍の価格差がある。実際の薬の性能は、薬価ほどの差はない。SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）や、NaSSA（ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬）という新しいのだから古いのだからよくわからない薬も発売された。ミルナシブラン（トレドミン[®]）、ミルタザピ

ン（レメロン[®]、リフレックス[®]）などである。いずれも高い薬価がついている。製薬会社が後援する講演会が頻繁に開かれた。多くの場合、前座として若い精神科医による、その製薬会社が販売する薬物が有効であったという症例報告がなされた。

注5) 臨床心理士は、国家資格ではない。民間の資格である。保険診療をしている医療機関で心理職（臨床心理士でない者も含む）が行った面接（精神分析、認知行動療法、心理検査等）は、すべて医師が行ったものとして、保険請求されている。この状態は数十年前から続いている。当然、厚生労働省も承知しているはずである。

注6) DSMのMajor Depressionが、日本では「大うつ病」と訳されてしまったので混乱が生じた。Major Depressionは、「よくあるうつ状態」といった意味であるようなのだが、「大」うつ病とされてしまった。その結果、うつ病はすべて重症であるような印象を与えることになった。軽症の「大うつ病」もあるのである。

文 献

- 1) Allen F: *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. William Morrow, 2013（青木創訳：〈正常〉を救え ―精神医学を混乱させるDSM-5への警告―。講談社、東京、2013）
- 2) American Psychiatric Association（編）：DSM-III 精神障害の分類と診断の手引（高橋三郎ほか訳）。医学書院、東京、1982
- 3) NHK取材班：NHKスペシャル うつ病治療 常識が変わる。宝島社、東京、2009
- 4) 福澤徹三：もうブラック企業しか入れない ―会社に殺されないための発想―。幻冬社、2013
- 5) Healy D: *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression*, New York Univ Pr, New York, USA, 2004（谷垣曉美訳：抗うつ薬の功罪 ―SSRI論争と訴訟―。みすず書房、東京、2005）
- 6) Healy D: *Mania: A Short History of Bipolar Disorder (Johns Hopkins Biographies of Disease)*. Johns Hopkins Univ Pr. Maryland, 2008（江口重幸、坂本響子訳：双極性障害の時代 ―マニーからバイポーラーへ―。みすず書房、東京、2012）
- 7) 広瀬徹也：逃避型抑うつ。抑うつ症候群。金剛出版、東京、p. 51-77, 1986
- 8) 井原裕、松本俊彦、よくしゃべる精神科医の会：くすりにたよらない精神医学。日本評論社、東京、2013
- 9) 今野晴貴：ブラック企業 ―日本を食いつぶす妖怪―。文藝春秋、東京、2012
- 10) 假野隆司：「新型うつ病」は存在しない ―思いやり誤診はなぜ起きるのか―。栄光出版社、東京、2014
- 11) 笠原嘉：うつ病治療のエッセンス。みすず書房、東京、2009（笠原嘉、木村敏：うつ状態の臨床的分類に関する研究。精神経誌、77; 715-735, 1975）
- 12) 笠原嘉：うつ病（病相期）の小精神療法。季刊精神療法、4; 118-124, 1978
- 13) 笠原嘉：軽症うつ病 ―「ゆううつ」の精神病理―。講談社、東京、1996
- 14) 加藤忠史：岐路に立つ精神医学 ―精神疾患解明へのロードマップ―。勁草書房、東京、2013
- 15) 加藤忠史：うつ病治療の基礎知識。筑摩書房、東京、2014
- 16) 香山リカ：「私はうつ」と言いたがる人たち。PHP研究所、京都、2008
- 17) Kirsch I: *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. Basic Books, New York, 2010（石黒千秋訳：抗うつ薬はほんとうに効くのか。エクスタレッジ、東京、2010）
- 18) 厚生労働省ホームページ <http://www.mhlw.go.jp>（2014年7月17日閲覧可能）
- 19) 松浪克文：現代型うつ病と操作的診断 ―うつ病の拡散とうつ状態―。操作的診断 vs 従来診断 ―非定型精神病とうつ病をめぐる―（林拓二・米田博編）。中山書店、東京、p. 165-182, 2008
- 20) 宮岡等：うつ病医療の危機。日本評論社、東京、2014
- 21) 中嶋聡：「新型うつ病」のデタラメ。新潮社、東京、2012
- 22) 中嶋聡：「逃避型抑うつ」（広瀬）・「現代型うつ病」（松浪）・「ディスチミア親和型うつ病」（樽味）の診断学的検討 ―「新型うつ病」問題への一寄与―。精神経誌、116; 370-377, 2014
- 23) 大野裕：「うつ」を生かす ―うつ病の認知療法―。星和書店、東京、1990
- 24) 佐藤裕史：「境界例」と双極障害Ⅱ型 ―見立てと治療上の留意点について―。精神療法、30; 176-186, 2004
- 25) 清水栄司：成人うつ病治療における認知行動療法の効果 ―薬物療法との比較―。臨床精神薬理、15; 1915-1922, 2012
- 26) 田島治：ベンゾジアゼピン系薬物の処方方を再考する。臨床精神医学、30; 1065-1069, 2001
- 27) 樽味伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”。臨床の記述と「義」―樽味伸論文集―。星和書店、東京、p. 197-211, 2006
- 28) 辻敬一郎、田島治：ベンゾジアゼピンの依存と離脱症状。臨床精神医学、35; 1669-1674, 2006
- 29) Whitaker R: *Anatomy of An Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America*. Crown Publishers, New York, 2010（小野善郎監訳：心の病の「流行」と精神科治療薬の真実。福村出版、東京、2012）
- 30) 吉野聡：「現代型うつ」はサボりなのか。平凡社、東京、2013

最終版平成26年7月23日受理

Crisis in the Treatment of Depression: Current State and Outlook of Depression in Japan

Takashi TONOIKE

Abstract

The number of diagnoses of depression (mood disorder) in Japan has increased dramatically since around 2000. Factors contributing to this rise include the increased establishment of mental health clinics, the introduction of operational diagnosis, and the launch of selective serotonin reuptake inhibitors onto the Japanese market. Many patients do not suffer from true (endogenous) depression; rather their conditions are psychogenic, necessitating an alternative diagnosis of severe adjustment disorder. These patients are said to have “new-type depression”, characterized by ‘immaturity’ and ‘selfishness’. Major transformations in Japanese society, including a tendency toward greater social disparity, provide the backdrop to the prevalence in “new-type depression”. High-dose polypharmacy treatments have been criticized and the effectiveness of antidepressants has been questioned. At present, mild, psychogenic depression constitutes the majority of depression cases in Japan. Despite the fact that drugs are known to be ineffective in such patients, pharmacotherapy remains the primary therapeutic strategy. Treatment promoting natural healing power and growth of the patient are demanded from now on.

Keywords: depression, new-type depression, endogenous, crisis, DSM, SSRI, withdrawal symptoms, polypharmacy