

エキスパートに聞く その7

「現代型うつ病」

樋口 輝彦先生

(国立精神・神経医療研究センター理事長)



聞き手

財団法人精神・神経科学振興財団
常務理事 埜中 征哉

現代型うつ病とは？

最近、「現代型うつ病」という活字がメディアを中心に使用されることが多くなりました。しかし、これは学術用語ではなく、したがって、その定義も定まったものではありません。なぜ、「現代型うつ病」が使われるようになったかを説明するためには、「現代型」ではない「古典型うつ病」について説明する必要があります。従来、教科書の中で書かれる「うつ病」は抑うつ気分、興味・関心の喪失、思考・行動の抑制、不眠、食欲不振、体重減少などの症状が週単位、月単位で持続し、これらの症状は環境が変化しても、変化することなく続く性質のものでした。また、古典的なうつ病の人は、もっぱら自責感が強く、他人や家族に迷惑をかけて申し訳ないという気持ちが言動に表れていました。このようなうつ病を従来、「古典型」あるいは「メランコリー親和型」と呼んできました。しかも、うつ病の発症年齢は40～50代にピークがある、中年～初老期の病気とされていました。しかし、近年、うつ病の発症年齢は従来の中高年発症以外に20～30代にも見られるようになり、最近ではこの若者のうつ病が増えてきました。そして、この若者のうつ病の中に、従来の古典型、メランコリー型と異なるタイプが見られるようになりました。古典型と異なる点は、抑うつ気分や興味・関心の喪失が状況によって変化する点です。例えば、仕事をしている時、ストレスがかかった時には抑うつ的であるが、仕事から解放される時、友達と遊ぶ時には楽しく過ごすことができる。場合によっては不眠、食欲不振とは逆に過眠、過食に傾く。自己を責めるよりも、他罰的なところがしばしば見受けられるなど、古典型では見られない特徴を示す。このような特徴をもつうつ病を「現代型うつ病」と呼んでいます。



うつ病はソクラテスの時代から

埜中：樋口先生、今日はお忙しいところをお邪魔します。どうか、よろしく願いいたします。

今日はうつ病、特に現代型うつ病という新しい概念が出来たことに関してお話を聞きに参りました。まず最初にうつ病一般についてお話をお聞きしたいと思います。うつ病というと我々はすぐに躁うつ病だとか、大うつ病だとか、季節型うつ病だとか、それから初老期うつ病だとか色々な名前のついたうつ病を聞きます。まずうつ病とはなにか、その分類など一般的なことのお話を聞きたいのですが・・・。

樋口：うつ病とは、先生もご承知のようにギリシャ・ローマ時代、もっとそれ以前ソクラテスの時代から記載があるのです。ということは、うつ病は人類とともに出現してきた病気だということなのです。だからそれだけ歴史があり、時代と共に色々な言葉が作られ、使われてきているのです。

埜中：うつ病って、現代病で最近増えてきたと思っていました。歴史があるのですね。

樋口：さっき先生がおっしゃったような、色々な「うつ」がついた病気が次々と出てきたのです。内因性うつ病とか言われてきた言葉は、今はほとんど使われなくなっています。今はもっぱら、大うつ病とかそれから双極性の

うつ病だとかっていうのが出てきて一般化している。それはなぜかという、その時代の分類の体系が少しずつ変わっていているからなのです。

うつ病の診断基準が国際的に統一

樋口：昔私達が学生の頃は、今の体系じゃなかったのです。ですから内因性うつ病、心因性うつ病、あるいは外因性うつ病っていうそういう言葉が分類として使われていたのです。1980年にDSM-Ⅲ(注1)ができたわけです。なぜDSM-Ⅲができたかという、世界各地で色々なうつ病という言葉が使われ、少しずつその中身も定義も違って使われていたわけです。そうすると国際的に何か研究しようとしても、私の国はこれをうつ病といいます。いや私の国ではいいません。ということになって具合が悪い。だからこれは世界的に統一した基準を作るべきであるっていうので出てきたのが、DSM-Ⅲであり、そのあと後追いでICD(注2)もそれに従うようになってきたのです。そのDSMで初めて登場したのが「大うつ病」という言葉です。

注1：DSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 精神疾患の診断統計マニュアル)とは、いろいろな精神疾患の診断名を統一し、診断基準も国際的に統一しようとアメリカ精神学会が提案したもので、第3番目の改訂版DSM-Ⅲ(1980年)から広く使用されるようになり、現在ではDSM-Ⅳ(1994年)が使用されている。

注2：ICD(International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: 疾病及び関連保健問題の国際統計分類)

ICDは1900年に第1回国際死因分類として発足した。その後10年毎に改訂され、第7版からは死因だけでなく疾病の分類も加えられ、医療統計における医療記録に使用されるようになった。現在では、ほとんどの主な病名を網羅したICD-10が広く使用され、病気の頻度の統計などに役立っている。

埜中：「大うつ病」ってすごく重症みたいで、あまりいい言葉でない気がします、決めたことなので仕方ありませんね。

樋口：それから気分調節障害という難しい言葉が出てきたのです。何がそれ以前と大きく変わったかということをご説明しましょう。以前は、抑うつ神経症あるいは、神経症性うつ病という概念がありました。それは神経症の範ちゅうにうつ状態を併発する人がたくさんいる。そういう抑うつ神経症っていうのと本来のうつ病(内因性うつ病)を区別してきたのです。ところがそのDSM-Ⅲはそれをうつ病性障害にとり込んだのです。神経症性抑

うつは「気分変調性障害」と名を変え、うつ病性障害の中に大うつ病と共に分類したのです。さらに、気分障害の中にはうつ病性障害と並んで、双極性障害という大きなジャンルがあるのです。双極性とはうつの時期、躁の時期があるものをいうので、これは別に分類はしてあります。基本的には、うつ病性障害と双極性障害っていう大きなくくりがあって、うつ病性障害といわれているものの中に、その大うつ病と気分変調性障害が位置づけられたのです。

埜中：現在ではDSM-Ⅲ、ICD10という分類が世界中に広がって、分類上の混乱は落ち着いてきたということですね。

樋口：そうです。

埜中：双極性障害というのはいわゆる躁うつ病ですよ。

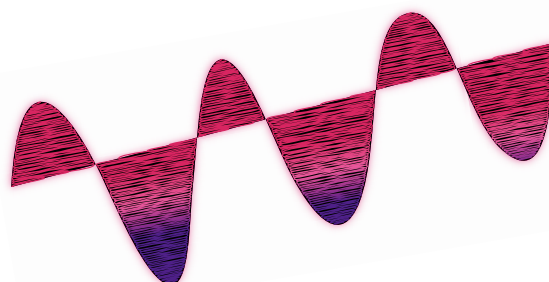
樋口：そうです。躁うつ病です。それで躁うつ病が最近問題になるのは、病気の最初から、躁とうつが繰り返して出てくるとは限らないことです。とくに日本人に多いのですが、多くはうつ症状だけが長く続くのです。うつ病で始まって、10年目に躁症状が出てきて、双極性障害だとわかる人がいるのです。発病して10年間も診断がつかないことがあるのです。病気の初期は、この双極性障害のうつと大うつ病のうつとの性質がどこか違うのかっていうと、症状からは分からないこともあるのです。ただ、最近光トポグラフィーというのをを使って、脳の血流をしらべると、両者の区別が出来そうだとということが分かってきました。

埜中：それは大きいことですね。

樋口：今のところは光トポグラフィーの検査は診断の補助的役割しかしませんが、その補助としての有用性は大きそうだとということで、先進医療で認められたのです。これからは画像だとか、脳の血流だとか、いろいろな補助手段を使って、早期に診断がつけられるようになると思います。臨床症状はうつ病だったけれど、躁状態が出てきて初めて、あっ、この人やっぱり躁うつ病だったんだ～、そういう人も結構いる訳ですね。

埜中：すると私もいつか躁状態がでてきて、やはり埜中は躁うつ病だったのだと分かるかもしれませんね。

樋口：先生はずっとにぎやかで、躁病が続いているとしか思えません(笑)。



現代型うつ病は若い人に多い

埜中：次に、ジャーナリズムが最近よく取り上げている現代型うつ病、軽症型うつ病、新型うつ病、それらが出てきた背景というものを最初にお話して頂けますか。

樋口：私は要素としては大きく二つあると思うのです。一つはさっき申し上げた分類がDSMになってうつ病の概念が広がったということがあるのです。それ以前は、うつ病というと内因性のうつ病にしばられていたのです。ところが、分類が新しくなると大うつ病のなかに、さっき申し上げた抑うつ神経症のような神経症も含まれるようになってきた。それでかなり軽症を巻き込むようになった一つの大きな原因だと思います。

それからもう一つは、昔うつ病と診断されていた方は基本的には中年以降から初老期にかけての年齢層の人だったのです。ところが、今は若い人のうつ病が増えてきているのです。さらに、若い人のうつ病はかならずしも典型的なうつ病（メランコリー型）ではないのです。その人たちが示すうつ病の病状が典型的なものとは異なるので、現代型うつ病あるいは非定型うつ病、あるいは軽症うつ病、と呼ばれるようになったのです。すなわち時代的な背景、社会的な状況の変化が若い人のうつ病に注目が集まるようになった大きな要因だと考えられています。

もともとうつ病は色々なプレッシャーがあったり、ストレスがかかったり、環境要因が全てではないにしても、きっかけとしては大きな要素であることが知られていました。中間管理職がなりやすいということが、昔から言われてきました。会社で言えば課長クラスで、だいたい40～50代にかけての年齢になります。上からはプレッシャーがかかり、下からは突き上げられ、一番忙しくストレスが大きかったのです。

ところが今やどんどん若い方にシフトしてきているのです。

今は職場も30代の人が多い。チーフだとか言われて、昔の課長、係長クラスの仕事をこなさなければならなくなっている。それにこれだけ経済状況が悪くなってくると、人は採用しないで少人数で出来るだけやろうとする。リストラが行われ

て、残ったほうは結構ストレスが高い。そのような背景が若い人のうつ病の増加に影響していると思うのです。

若い方にうつ病が増えてきているけれども、従来型（内



因性）のうつ病でない新型だ、現代型だとか今までのタイプと違うものがでてきたのは何故なのか、そこが疑問なのです。この原因はほとんどわかっていませんが、日本人の特性みたいなもの、すなわち社会の秩序を重んじ、上下関係をきちんと大事にし、従順にかつ几帳面に仕事をし、完璧を期するっていうのが変化してきていることが要因として考えられています。

埜中：それはまさに私ですね（笑）。

樋口：それは知りません、ノーコメントです（爆笑）。

樋口：日本では滅私奉公みたいなことがよいと言いつたられてきた。そういうことが出来る人は素晴らしい人間で、理想的な人間像だと教えられてきた。そういう人を高く評価する社会構造だったのです。ですから、戦後社会が発展していく過程の中で、そのような人が非常に重要な役割を果たして来たのです。でも一方、そういう人達がうつ病になるという、そういう図式があったのです。

そういう几帳面な性格、病前性格といいますけども、そういう人は、一人で考え込んでどんどん仕事を膨らます。最初のうちは残業する、つぎに土曜日曜も出勤する。あげくの果てには自宅にまで仕事を持ち帰ってくる。それでも間に合わない。そして、完璧さゆえに、どうしてよいかわからなくなる。それでバサア〜と落ち込んでしまうという、それが昔の本当のうつ病の典型だったんですね。

埜中：そうですね。私もそのように考えていました。

現代型うつ病はなまけものと誤解されやすい

樋口：ところが、今はそういう人達が減ってきているのですよ。今でもお年寄りの中にはそういう人達がたくさんいるんだけど、少なくとも若い20～30代ではそういう人の比率が減っているのです。今までのうつ病の患者さんは、仕事がうまくいかないことがあったり、対人関係がうまくいかなくなると、自分に非があると思う傾向にあったのです。他人には迷惑を掛けちゃいけない、これは自分に劣る所があって、だからもっと自分は努力しなきゃいけないとかね。

ところが、最近よく言われる現代型うつ病とか新型うつ病、非定型うつ病ってのは何かと言うと、自己反省的なものがないのです。若い人には自己責任、従順、それから几帳面などは、ナンセンスだと考える人達が増えてきているのです。すると、おのずとその人達がかかるうつ病の姿も変わってくるようになります。今言われている現代型うつ病は、うつになっているんだけど、その原因を相手のせいにするわけですね。

かつての典型的なうつは、周りに迷惑をかけて、自分が休んでしまって、他人に負担をかけてしまって申しわけないと感じていたのが、今の若者がうつ病になると、こりゃあ～会社のせいだよ、自分にこんな無理な仕事させるからだと思うようになったのです。

埜中：すると、本来のうつ病は自分に非があると考え、自分を責め自分が悩みます。ところが先生が言う現代型のうつ病というのは責任を自分以外に転嫁すれば、自分であまり悩まなくて、うつという症状が現れないのではないのでしょうか。

樋口：そのように考えるのは当たり前です。しかし、やっぱりうつになるのです。それも普通のうつと同じなのです。気分が落ち込む、眠れない、元気がなくなる、食欲が落ちる・・・現象としてはうつなんです。

埜中：では、まず先生達が患者さんを診察すればうつ病と診断はつくわけですね。

樋口：ただですね、非定型なのです。典型的なうつは、眠れない、食べられない、痩せるという症状を示します。非定型うつでは、眠りすぎ、食べすぎ、太ってくる、といった反対の現象があるのです。このような非定型うつ病は、昔からあったのです。最初の報告は1960年ころ、アメリカからだったと思います。

埜中：もし私が、そういう患者さんを診たらとてもうつ病とは診断出来ないと思います。

樋口：難しいですね。けれども気分が落ち込んでいて、やる気がなくて、興味も何にもわなくなっていて、という症状が共通なのです。きちんと普通に生活出来ていた人が、ある時点から精神的に変化を来すというのが診断のポイントになります。

埜中：病気の人は、責任を他人に転嫁し、自分をあまり責めないという点についてお話を聞かせていただけますか？

樋口：うつ病の人って、まあどんな場面でも元気はないし、あんまりおしゃべりもしたくないし、楽しくないというのが普通ですね。ところがよく言われるのは、この若者はある場面、例えば仲間とワッと飲みに行くと、そこでは一通り楽しめるのですよ。こういうところが、ちょっと誤解されるのです。典型的なのは、最近Yahoo!ニュースの記事にもなりましたが、「新型うつ病、仕事はうつ、アフターファイブは元気元気、これって病気なの？」って言われてしまうのです。

埜中：やっぱり一般の人からみれば、何だっという事になりかねませんよね。

樋口：ところがそうじゃないのです。実際は本当に仕事でだけ元気がなくて、アフターファイブは元気元気って、うんなんかマンガみたいな話じゃないのです。やっぱり



対談中の樋口輝彦先生（左）と埜中常務理事（右）

全体としてはうつの状態があって、気を紛らわすことが従来のうつ病は出来ない、だけどこの人達は一時的には気を紛らわすことが出来る。ところが一時的に気を紛らわした後はもっと深く沈み込んでしまう。そういうのがあるのです。それから、人からどう見られているかなどを気にするのです。

埜中：それは普通のうつ病でもあるのですか？

樋口：普通のうつ病では、人のことは気にはなるかもしれないのですけれど、どうにもできないのです。自分を出るだけ頑張っってよく見せようってしても、それが出来ないのです。そんなエネルギーはないのです。ところが現代型うつ病ではそれが出来る程度です。だから、余計に誤解されるのです。

埜中：現代型うつ病の患者さん自身は、やっぱり病気という事で悩んでいらっしゃるのですか？

樋口：はい。実際とても悩んでおられ、それで病院に來られます。私が不思議だなんて思っているのは、そういう人達が従来の内因性と呼んでいたようなメランコリータイプのうつ病が、ただ若い年代に広がったというものではないという点です。まったく別なものなのかも知れない。その証拠にはこっちの内因性って言われているものは薬（抗うつ薬）が割と効くのです。ところが現代型は薬の効きがあんまり良くない。だからやはり成り立ち自体が異なるのだと思います。アプローチの仕方も治療の仕方もうんと考えなければと思っています。

埜中：大うつ病の方は、自殺願望そういうのを持っている人が多いと聞いています。この現代型の場合にはそれはどうなのですか？

樋口：現代型の方ももちろん自殺のリスクを抱えています。

埜中：やはり、ご本人の悩みは深いのです。

樋口：自殺のパターン・傾向を年代別に表しますと、中高年の働き盛り、50～60代前半にピークがあるのです。

しかし、最近は段々若い方に移ってきているのです。だから現代型の人、自殺のリスクはありますし、気ままに生活しているようにみえても、放置してよいなんてとてもいえないのです。

埜中：この病気の方は、外から見ると怠け者のようにみえて、色々誤解を受けやすい。しかしご本人は気持ちがふさがって、いろいろと悩んでいる。自殺の願望もあるということで、先生のような専門家から見ればうつ病の一型であることにはもう間違いないという事ですね。

樋口：その通りです。

現代型うつ病の治療には心理療法が有効

埜中：つぎは、そういう人に対して、どういうふうにして治療してあげられるかっていう事になると思うのです。世の中の誤解とか色々あって治療しにくいだろうと思いますが、薬物治療も含めて、治療についてちょっとお話して戴きませんか？

樋口：その前にうつ病一般についてちょっとお話させてください。最近特にうつ病に対しての社会的な関心が非常に高まっている訳です。うつ病は実際に増えて、現在治療を受けている人達がとうとう100万人を超えているのです。

埜中：病院に行っている人が100万人。日本人の約100人に1人はうつ病で医師の診療を受けている。かなりの頻度ですよ。

樋口：ところが治療ということに関して、日本は色々な意味で遅れているのです。一番大きな遅れは、ドラッグラグと言われているお薬自体が遅れています。海外でも出回っているお薬が日本では使えないってことがあります。

実はもっと深刻なのは、薬しか治療の方策がとられていないことです。実はうつ病は、その人がどういう環境に置かれ、どういうストレスを受けて、そしてその人自身が自分のうつ病という病気をどう理解しているのか、そういう疾患教育みたいなのが必要であるし、心理療法も必要なのです。最近では認知行動療法という心理療法がうつ病には有効だといわれています。しかし、日本の精神科医療全体がそういう事を出来る環境にないのです。

埜中：それは人手の問題とお金の問題が一番大きいわけですね。

樋口：うちの病院も含めて、今どこのクリニックの外来に行っても、うつ病の患者さんであふれています。少ない医者が一日に何十人という患者さんに対応していく

為には、一人の患者さんに5分しか時間が掛けられないという状況にあるのです。5分は平均ですから、場合によっては30分掛けなきゃいけない人がいるかもしれないけど、その30分の為には後の人をじっくりと診察できなくなるのです。ゆっくりと患者さんの話を聞いて、心理的な事柄に触れて、あるいは疾患教育をしてなんて不可能なのです。だから右から左に、はい変わりないですかと声かけて、処方を書いて、次の予約をとってお終りみたいな状況にあるのです。外国では、そういう状況ではない、要するに精神科医が一人でうつ病の人に対応するっていうそういう事はもう卒業しているのです。すなわちチームでやっているのです。医者は診断をし、治療方針を決定し、それを受けて心理士さんが心理療法をやる、ケースワーカーがその方の環境的な調整が必要な時には関わる、精神科専門ナースが関わっています。このような協力体制があれば医者は5分で済むのです。初診だけは勿論ゆっくり話を聞いて診断するという事はあっても、あとは流れていくのです。日本はそれがありません。

埜中：日本の医療の貧困さをもっとも表しているものだと思います。うつ病の患者さんが外来に来られて、医療関係者に色々と訴えるだけでも、ずいぶん気分的には違ってきて、大きな治療効果を果たすはずですね。

樋口：ただし、薬物療法で単純に言えば薬物で十分に改善していくという一群があることは確かです。さっき申し上げたような内因性うつ病なんかはそうで、そういう人達は十分な休養をとって、お薬を飲んでという事で急速に回復していくこともあるのです。ところが現代型うつ病になると、心理的な問題とか対人的な問題とか、職場での問題とか、そういう環境要因が非常に大きな意味



をもっているのです。ですから、じっくりと話を聞き心理療法をやり薬物はその一部として補助的な役割を果たしているというケースが圧倒的に多いのですよね。

現代型うつ病治療へ センター病院の挑戦

埜中：ここの国立精神・神経医療研究センター病院では、先生はどのように患者さんに対応しておられるのですか？

樋口：一般の再来のドクターは5分刻みでやらざるを得ないという環境にあるのだけれど、私は少し時間をゆったりとれる環境にあるので・・・。

埜中：理事長は忙しいはずなのに理事長の仕事をサボっていて、余裕があるのですか（笑）。

樋口：この病院ではうつ病専門外来をやっているのです。うつ病専門外来では1人の患者さんに1時間かけているのですよ。

埜中：えっ！すごいことではないですか。

樋口：私は、それだけ時間をかけているのに、まだエクストラマネー（割増金）を貰っていない、貰わなければいけないとっておりますこれから（笑）。

埜中：そんな、すばらしい外来があるなんて全然知りませんでした。不勉強でした。うつ病外来は先生も含めて何人で担当しておられるのですか？

樋口：患者さんが精神科外来に来られたとします。そこにうつ病の新患を担当する医者がいるのです。それは若いドクターです。その人達が病歴を聞いて、この人はどうもうつ病らしいということが分かるとします。その医師はうつ病の専門外来があるので受診するかどうか聞いてみます。受けたいと申し出られたら、うつ病専門外来に来ていただきます。外部のクリニックや病院にもある程度知られるようになってきたから、外部からの紹介が多くなってきています。担当は私や、研究所の功刀先生、病院の岡本医長が中心となって、やっています。

埜中：そうそうたるメンバーですね。

樋口：専門外来に来られると、画像検査、心理テストなど全ての必要な検査を行います。研究所とタイアップして、まだ研究段階ですが遺伝子を含めた検索も行います。その結果が出たところで、再度私どもの外来に来ていただいてその結果を説明する。基本的にはセカンドオピニオン的にやっておりますので、元のクリニックに紹介します。一部はすぐに診断が確定しないケースもありますから、そういう方はしばらく専門外来に来ていただいたり、場合によっては入院してしばらく経過をみえています。

埜中：すると先生のところのうつ病専門外来を受診して、色々検査をし、そしてある程度治療方針が立てば、その元の病院へ戻って頂くということですね。

樋口：そうしないとこっちがパンクしますから・・・。

埜中：お話を聞くと、国立精神・神経医療研究センター病院としてはかなり先端的な医療を行っているということですね。

また現代型に戻りますが、現代型の方も、そういう治療・検査をして治療方針を立てるといのは同じですか？

樋口：そこは同じです。

埜中：だけどなかなか治らないとなると、すぐにまた元の病院にお返しするっていうことが難しいのではありませんか。

樋口：難しいことが多いのです。薬物療法はどこでもできます。しかし、一番問題なのは心理療法の中の認知行動療法です。これは世界的にも認められている優れた方法ですが、それが出来る場所っていうのが非常に限られているのです。国は、それが重要であるって認識したので、さっきも申し上げたように保険点数が認められました。だけどそれは医者に限ります。さらに一定の認知療法の研修を受けたものに限りというふうになっているんです。そこで、認知行動療法の普及のために研修が必要になってきました。今厚労省から研修を進めるように指定されて、今それを盛んにやっています。

我々は医者に対してだけでなく、コ・メディカル（医療関係者）の心理士とか看護師とかにも研修をしています。それを来年度は認知高度療法センターというセンター内センターにしたいと思っています。幸い特別枠で予算が通りました。これが出来ると研修、研究が進み、クリニックで実際に治療を行うことが広がると思うのです。

埜中：先生のお話から、現代型うつ病というのがどういうことかということ、国立精神・神経医療研究センターが一番いいことをやっているということ（笑）がわかりました。

樋口：そこを特に強調して下さい。

埜中：先生どうも有難うございました。