

まえがき

本書の目的は、ライフスタイルの観点から、うつ病の診かたを再考することにあります。

第1章では全体のアウトラインを述べ、第2章ではライフスタイル医学の一般論を述べています。どちらも、哲学的な無駄話をしたり、進化の問題を論じたり、縄文人の話をしたりして、適度に脱線しています。関心のない人は読み飛ばし、ムダ知識に興味がある人は気分転換に読んでみてください。

第3章は、うつ病の病態仮説についての考察です。内容は、私にとっては専門とはいえ「生物学的精神医学」に属します。間違いもあるかもしれませんが。専門家におかれましては、どうぞご指摘ください。

第4章は、第3章の生物学的次元を「行動症候群としてのうつ病」へと翻案するときに、欠かせない章です。特に、“Sickness behavior”という概念は、従来のうつ病病理論にはない、新たな視点を提供しています。

第5章は、うつ病と生活習慣要因に関するエビデンスを概観しています。

第6章では、生活習慣指導の実践について、モデル症例をもとに論じています。サーカディアンリズムの安定と、個人の生活の再建を、どう両立させていくかのノウハウが記されています。

精神科医の先生方は、薬についての記載が少ないことにお気づきでしょう。先生方が診るうつ病・うつ状態の患者さんのうち、全体の7～8割を占めるのは適応障害（抑うつ反応）と軽症うつ病です。これらの人には、抗うつ薬は効果がありません。でも、薬以外にいい方法があります。本書を読んで参考にしてください。

先生方のなかには、精神療法にアレルギーを持っている人もいるでしょう。「傾聴して、支持して、共感して…。それで治るのなら精神科医はいらない」、そんな風に思っている人もいるでしょう。そんな先生にこそ、読んでいただきたいと思います。

治療者の奉仕感情に頼った精神療法では、効果がありません。生活を変える、習慣を変える、行動を変える。それなくしては、患者は治らず、医師は燃えつき、相互不信だけが残ります。精神療法は「お悩み相談」のようにではなく、ジムのインストラクターのように、スポーツのコーチのように、ボイス・トレーナーのように、具体的な改善ポイントを的確に指摘することによってのみ、その目的が達成されます。

非・精神科医のジェネラリストの先生方は、高血圧、脂質異常症、糖尿病、痛風などの患者さんに、運動、食事、飲酒などに関する指導をしておられると思います。その同じ方法で、うつ・不安・不眠に対しても療養指導を行ってください。睡眠に関しては、生活スケジュールを確認しなければなりません。その診かたは、第6章をご覧ください。

ただし、統合失調症や高齢者の幻覚妄想状態などの精神病状態については、精神科医にお任せください。また、うつ病の患者さんのうち、自殺リスクのある人も、精神科医にご紹介ください。それ以外は、本書を参考にしてください。特に、外来に一定数いる、心気的不定愁訴を訴える患者さんに関しては、ぜひ、本書の第6章を読んで参考にしてください。先生方の負担は、軽減されるはずです。

第1章 ライフスタイルからこころの健康をみる

1.1	本書で扱う範囲	2
1.2	うつ病・うつ状態とは何であるか	3
1.3	うつ病・うつ状態はなぜ治るのか	8
1.4	うつ病・うつ状態とは何でないか	9
1.5	心身二元論の超克	12
1.6	読者の皆さんへ	15

第2章 ライフスタイル医学としてのプライマリケア

2.1	生活習慣コンサルティング	18
2.2	ライフスタイル医学の潮流	20
2.3	現代人のライフスタイル	25
2.4	縄文人のライフスタイル	28
2.5	ライフスタイルに関連するメランコリー	31
2.6	ライフスタイル精神医学の実践	33

第3章 うつ病の病態仮説についての考察

3.1	うつ病の病態仮説	38
3.2	神経伝達物質の不均衡	39
3.3	HPA系の過活動	42
3.4	酸化・ニトロソ化ストレス	47
3.5	シナプス可塑性の低下	49
3.6	ミトコンドリア障害	52
3.7	慢性炎症	54

第4章 炎症仮説と Sickness behavior

4.1	行動症候群としてのうつ病	62
4.2	Sickness behavior とは	63
4.3	疾病時行動パターンの適応的意義	66
4.4	疾病時行動パターンと脳	68
4.5	捕食・被食関係と疾病時行動パターン	70
4.6	うつ病のパラダイム転換	73

第5章 うつ病と食事・睡眠・運動・アルコール

5.1	うつ病と生活習慣要因	78
5.2	食事とうつ病の関係	79
5.3	睡眠とうつ病の関係	81
5.4	運動とうつ病の関係	83
5.5	アルコールとうつ病の関係	85
5.6	精神療法・療養指導のために	86

第6章 生活習慣指導の実際

6.1	精神療法としての生活習慣指導	88
6.2	営業職；時間管理と精神的負荷の調整	91
6.3	霞ヶ関の官僚；長時間労働とメンタルヘルス管理	94
6.4	鮮魚店；早朝勤務と睡眠管理の重要性	97
6.5	フリージャーナリスト；メンタルヘルス管理と睡眠調整	100
6.6	看護師；交代勤務に伴うメンタルヘルス管理	104
6.7	三交代勤務；自宅療養後の復職計画と睡眠リズムの調整	108
6.8	客室乗務員；時差負荷と睡眠リズムの調整	112
6.9	経営コンサルタントのメンタルヘルス管理	116

6.10	システムエンジニア；管理職への移行と心理的負担	120
6.11	人文系研究者；孤立による抑うつと生活リズムの崩壊	124
6.12	資産家；ストレス過少がもたらす精神的脆弱性	128
6.13	海外駐在員の妻；孤立による適応障害の予防	132
6.14	定年を迎える会社員；検診にて抑うつ傾向を指摘	135
6.15	倉庫勤務；復職後にうつ症状が悪化	139
6.16	失業中のメンタルヘルスマネジメント	144
6.17	派遣社員；屈辱と怒りのエネルギーをどう転換させるか	148
<hr/>		
	あとがき	154
	文献	156

4.6 うつ病のパラダイム転換

疾病時行動パターンをモデルにしてうつ病を捉え直すことは、すなわち、うつ病に関する見方を劇的に変えることとなります。うつ病観の抜本的な改定、いわば、パラダイム転換であるといっても過言ではないでしょう。

気分障害から疲弊障害へ

従来、本邦では、うつ病の基本的症状として、もっぱら心理面の症状が重視されてきました。抑うつ気分、非哀感、不安・焦燥、興味関心の喪失、さらには罪責念慮などの気分の障害、感情の障害、あるいは、抑うつ的な自動思考などです。

それらと比べて、疾病時行動パターンモデルにおいては、倦怠感、易疲労感、動作緩慢、無気力、気分不快、食欲不振といった、**より身体的な症状**に焦点をあてることとなります。日本語に訳しにくい英語に“**malaise**”（気分のすぐれない状態）とか“**lethargy**”（だるくて元気がない状態）というものがあります。これらは、精神医学の文献にはあまり使われない用語ですが、疾病時行動パターンに関する文献には頻出します。

これらの、どちらかといえば身体的な症状の集合体としてうつ病をとらえ、抑うつ気分や非哀感はいずれに付随する症状にすぎないとみなすのです。すなわち、うつ病を**心身疲弊を核とした全身疲労性疾患**として理解しようとするようになります（Charlton, 2000）。

実際、うつ病の身体症状の多くは、気分の障害ないしメランコリー思考と

いった狭義の精神症状からは容易に理解できないものがあります。むしろ、心身の疲労を軸に考えたほうが理解しやすいはずです。従来から指摘されていた気分の日内変動についても、概日リズム障害、自律神経リズムの障害、ひいてはHPA系の機能不全、それらと同期する炎症タンパクのネットワークの障害として再考するほうが適切かもしれません。

うつ病における炎症反応の関与

疾病時行動パターンをモデルとしてうつ病をとらえようとする論者の代表が、マイケル・メイズです。彼は1993年に、急性炎症において認められる**高ハプトグロビン血症**が、うつ病においても認められることを報告しました (Maes *et al.*, 1993)。

その際に、ハプトグロビン濃度と正の相関を示したのが、食欲低下、睡眠障害、精神運動抑制でした。これらの症状は動物の疾病時行動パターンにも共通して認められることから、ヒトのうつ病と動物の疾病時行動パターンは、**炎症反応系の関与**という点で共通の病態を有する可能性が示唆されました。

当時すでに、動物の疾病時行動パターンにはIL-1、TNF- α 、IL-6などの炎症性サイトカインが関与していることが明らかになっていました (Dantzer & Kelley, 2007)。ヒトのうつ病においても炎症反応系の関与が研究されるようになり、IL-1、TNF- α 、IL-6に加え、C-reactive protein (CRP) やハプトグロビンなどの急性期タンパク質の関与が報告されるようになりました (Raison *et al.*, 2006; Dantzer *et al.*, 2008)。

うつ病を疾病時行動として捉え直す

うつ病と疾病時行動パターンは、行動学的な類似点が多く認められます。食欲不振、体重減少、身体活動の低下、疲労感、眠気、集中力低下などは、双方に共通しています。興味・関心の喪失も同様であり、動物においても疾病時には探索行動や社会的接近行動が低下することが知られています (Hart, 1988)。

また、うつ病においては心氣的訴えの増加が認められますが、動物においても痛覚過敏 (hyperalgesia) が観察されます (Dantzer & Kelley, 2007)。体温に関しても、うつ病において日内変動の異常や軽度の炎症関連体温上昇が報告されています (Raison *et al.*, 2006)。

一方、自殺念慮、罪責感、無価値感といった実存的心理状態は、動物の疾病時行動パターンには直接的な対応がありません。この点について、「うつ病のマレーズ理論 (malaise theory)」を提唱したチャールトン¹⁾は次のように説明しています。すなわち、疾病時行動パターンの中核には“**malaise**” (全身的不調感) が存在し、抑うつ気分、無価値感、罪責感、自殺念慮などは、この malaise に対する二次的な心理的解釈の産物であると考えられるのです (Charlton, 2000)。

ヒトは疾病時行動パターンを呈する身体状態にありながら、それを身体の問題として認識できない場合、自身の能力低下や活動性低下を「自分の無能さ」と解釈し、その結果として罪責感や無価値感が生じるとされます。