

特集◎うつ病の診断と治療を理解する

うつ病の治療 心理療法の工夫

平島奈津子

国際医療福祉大学三田病院精神科

Key words : 心理教育, うつ病の小精神療法(笠原), 認知行動療法, 対人関係療法, 精神分析的心理療法

はじめに

うつ病の病因はいまだに解明されているとは言い難いが、そこに生物学的な要因が関与していることは間違いないだろう。その意味では、マスコミなどによる「ストレスによってうつ病になる」という表現は、随分と短絡的な物言いであるということになる。それにならえば、うつ病の心理療法にはおのずと限界がある。それは、何らかの要因によって生命エネルギーが枯渇したことによってうつ病を発病させた患者のさらなるエネルギー枯渇を食い止め、治療を円滑に進めるための方策を提供するに過ぎない。しかし、それにも関わらず、うつ病治療において心理療法が果たす役割は決して小さくない。

現在、うつ病をターゲットとした短期心理療法は、認知行動療法だけでも、マインドフルネス認知療法、行動活性化療法など、さまざまな技法が開発されている。本稿では、それらの技法ごとの概説は成書にゆずり、うつ病治療の代表的な局面での心理療法の工夫に焦点づけて論述していきたい。

I 心理教育における工夫

近年では、「自称为うつ病患者」が増えているとはいえ、従来、うつ病患者は心身の変調に対して「怠けているだけ」、あるいは「疲れているから」と解釈したり、何か身体の病気にかかったと心配したりしても、よもや、うつ病という精神の病にかかっているとは考えないのが普通である。うつ病の病状が深刻な場合には、「過去にした罪深い行為の罰だ」と本気で(妄想的に)信じ込むこともある。したがって、うつ病患者に対して「治療と療養が必要な疾病にかかっている」ことを伝え、そのことについて患者と話し合うことが治療の第一歩となる。

どのような疾患であっても同様だが、病名を告知する場合には一方通行の説明に終始せず、患者とやりとりをし、日を改めて、そのプロセスを繰り返すように心がける必要がある。なぜなら、その病名告知が患者にとって衝撃的であればあるほど、患者は耐えきれず、防衛として「心のシャッター」を閉じる。彼らは一見聞いているように見えても、医師の話は耳に入らず、記憶として残っていても、実感をもって考

表1 笠原の小精神療法 (1978年)¹⁾

1. 単なる怠慢や疲労ではなく医療の対象となつてしかなるべき気分障害であることを告げる (必要とあれば家族や上司にも)。
2. できるだけ早く心理的休息のとれる態勢を整えさせる。
3. 心身反応として脳に変化が生じているから抗うつ薬を服用するよう勧める。その作用機序, 副作用も伝える。
4. 予想される治癒の時点をあらかじめ告げる (当初は3カ月先としていたが, 今では6カ月先くらいというのが常識的か)。
5. 治療中, 病状に一進一退のあることを予告する (“三寒四温”)。
6. 治療中自殺しないことを誓わせる。
7. 治療終了まで人生に関わる大決断 (例えば離婚, 転職など) を延期するようアドバイスする。

えられない。そのため、医師は、患者がうつ病であることを理解するための援助に時間をかけて取り組まなければならない。

意外なことに思えるかもしれないが、うつ病患者は心情として憂うつや悲哀を実感していないことが少なくない。本来体験するはずの憂うつや悲哀を遠ざけるために、うつ病を発病したのではないかと、いぶかしみたくなるほど「無感情」なことさえある。その場合、憂うつや悲哀は身体感覚として「胃のあたりが熱く、どんよりと重い」などと表現されるにとどまる。だからこそ、自分が「憂うつを感じる病としてのうつ病」だという病識に欠けるのである。

例えば、身体症状ばかりを訴えていたうつ病患者が、認知行動療法を受けているうちに、自身の憂うつや悲哀に初めて目を向けるようになり、それに付随して、自らの認知 (もののとらえ方や考え方) や対人関係の非適応的なパターンに気づき、うつ病に至る「疲弊 (心理的エネルギーの枯渇)」を招いた過程を理解し、それが改善の端緒となることがある。もちろん、心理的エネルギーの枯渇は認知行動療法だけでは容易に回復しないことも少なくないが、認知行動療法という心理療法がうつ病を持続させている「悪循環」に風穴を開けることによって、回復の手がかりを得ることは大いにある。

認知行動療法²⁾³⁾は1970年代に米国の精神科医 Beck A によって創始された短期精神療法で、うつ病治療におけるファーストラインの精

神療法として知られている。それは「状況をどう解釈するか (認知するか) によって、生じる情緒は決定され、それによって行動や身体状態も影響される」という「認知モデル」に基づき、治療者が伴走者のように患者を支えながら、うつ病に特有の悲観的な認知を修正することによって症状改善を図るものである。

認知行動療法に限らず、心理療法の要素には「患者自身が自分の病を理解する」という意味において、心理教育の過程が含まれている。その中でも、笠原が提唱した「うつ病の小精神療法」(表1)¹⁾は、本邦の精神科医にとって、うつ病の心理教育におけるバイブルといっても過言ではないだろう。

自分がかかっているうつ病という病を理解する中には、症状ばかりでなく、治療方法や治療過程も含まれる。治療の初期に「見通し」を持つことは、それだけで患者に希望を与える。いうまでもなく、希望は生きる原動力となり、治療に積極的に参画することを促す。

うつ病は、笠原が冬から春への季節の移り変わりにみられる「三寒四温」に喩えたように、一直線ではなく、調子の悪い日が続くかと思うと、晴れやかな一日があるというような波を繰り返しながら、気がつけば、調子が悪い日さえ数週間前に比べるとマシになっていると感じられるようになるような治り方をする。そのことをわかっていると、イタズラに不安になったり焦ったりせずに療養することができる。

前述の「小精神療法」では「患者に自殺しないことを誓わせる」ことも述べられているが、その前段階として、患者に死にたい気持ち（希死念慮）を尋ねることは、慣れない医師にとっては躊躇があるかもしれない。最近の‘うつ’を訴える若い人たちの中には自ら自殺をほめめかす患者も少なくないが、典型的なうつ病患者の自殺願望は潜伏し、自ら口にしないことが多い。そもそも、うつ病はエネルギーが枯渇した状態のため、動作や話す速度は遅くなり、声も小さく、頭も思うように働かなくなる。患者はそういう自分を恥じたり、責めたりするが、自分に対して思うことを他人も自分に感じているに違いないとも考え、他人が自分に批判的なのではないかと疑いを向けたりもする。それゆえ、うつ病患者は他人から距離をとり、自己の中に閉じこもるが、その反面、その孤独感を理解されたいという気持ちもある。だからこそ、医師が「死にたい気持ちはありますか」と尋ねることは、患者にとって「死にたい」気持ちがあることを受けとめられたと体験される糸口となっても、不慣れた医師が心配するような「刺激してしまって、自殺へと追い立てる」ことに普通はならない。医師自身の不安な気持ちが先走らないように心の中で深呼吸するような気持ちで「死なないでください」と懇願したり、入院を勧めたりする前に「患者の死にたい気持ちを「死にたくなるくらい辛さ」として理解し直し、傾聴した上で「しかし、それもうつ病の症状であって、うつ病が回復すれば気持ちも変わる」ことを伝え、医師の言葉を信じて「自殺行動はひとまず保留にする」ことを頼む。これによって、患者の「死にたい」気持ちはひとりで抱えるものから、医師と共有され、医師にひとまず預けられたものになる。もし患者が「自殺することを保留できない」と頑なに拒むようであれば、自殺への決意がかたいと考えた方が良いので、その時は家族や周囲の人間も交えて、患者の生命を保護するための入院治療を考慮する必要がある。

うつ病では、物事を悲観的に考えがちで、過

去も将来も「悲観的な現在」の色眼鏡越しにしが見えないため、自分の生命も含めた全てをリセットしたくなる。そこで、職業生活でいえば「退職」、社会生活でいえば「離婚」のような重大な選択についても、「うつ病の症状が間違った決断に導く」ことを患者に説明し、同じく保留にすることを勧める。

このような心理教育は、1対1で行うとは限らず、集団でも行われる。患者は自分の「心身の苦痛」が自分にだけ出現した特殊なものではなく、他の患者にも出現する普遍的な症状であることを知るだけでも安心する。それが他患から直に見聞きできると、医師から説明されるよりもずっと実感できる認識になることがある。

II 「休養」のとり方

うつ病患者は、朝、布団からなかなか起き上がれず、動作も緩慢で、声も小さくなるなどの心身共に疲弊した状態となる。そこで、治療の一貫として休養を勧めることが多い。その休養の程度はさまざまで、就労時間を短縮したり、就業後の付き合いを控えたりする程度で済むこともあれば、休職や入院が必要な場合もある。

しばしば、患者から「どのように過ごせば休息になるのか」と尋ねられる。昼も夜もベッドに横になっていても、かえって疲れてしまったり、起き上がった時に頭痛やふらつきなどに悩まされたりする。何が休息になるかは人それぞれで、それを見極めることを援助するのも治療者の役目のひとつであり、心理療法における着眼点のひとつになるかもしれない。

そのような時、図1に示すような「週間活動記録表」³⁾は便利なツールである。これは見ての通り、毎日1時間1マスごとに活動を記載できるようになっており、その横に憂うつなどの気分の程度を0～100%で記載していくと、気分が活動や時間帯によって変動することがわかり、その人にとって比較的気分が良くなる活動が見えてくる。この気分が良くなる活動こそが心の休息になる。その意味では、ほどほどの社

(記録する気分：)

時間	9月8日(月)	9月9日(火)	月 日(水)	月 日(木)	月 日(金)	月 日(土)	月 日(日)
5:00～ 6:00	睡眠						
6:00～ 7:00	起床 (憂鬱 70%)						
7:00～ 8:00	朝食 (70%)						
8:00～ 9:00	出勤 (80%)						
9:00～10:00	…						
10:00～11:00							
11:00～12:00							
12:00～13:00							
13:00～14:00							
14:00～15:00							
15:00～16:00							
16:00～17:00							
17:00～18:00							
18:00～19:00							
19:00～20:00							
20:00～21:00							
21:00～22:00							
22:00～23:00							
23:00～ 0:00							
0:00～ 1:00							

図1 週間活動記録表の記載例

交や運動が休息になることもある。また、休職している人にとって、仕事関連の人や勉強からしばし離れて考えないようにすることも休息につながるかもしれない。

なお、健康な人たちが常識的に考える転地療養や旅行は、うつ病の極期には、むしろ病状を悪化させてしまうことがあるので、注意を要する。人は新しいことに対処する時には普段よりもエネルギーを必要とするため、ただでさえエネルギーが枯渇している状態の患者は場所や人の変化に対処しきれない。そのようなわけで、気分転換は「～ねばならない」気持ちであればやめておいた方が良くと考え、「～したい」という気持ちになるまで待つようにする。

III 長引く病状に対する工夫

うつ病の病状が長引く場合には、薬物の調整や診断の見直しなどを試みることに加えて、あらためて、インテンシヴな心理療法の併用が検討されることがある。

実証研究で有効性が報告されている認知行動療法や対人関係療法は、一般的に、うつ病患者の「現在」と「意識(自覚されている認知や情緒、コミュニケーションのパターンなど)」をターゲットにしていることが強調される。しかし、興味深いことに、それらの治療であっても、難治性患者に対しては「過去」や「無意識」の視点を導入することがあり、それが治療

表2 対人関係と気分の年表の記載例

年代	出来事	対人関係	気持ち	考え
小学校	両親が離婚した。	「悪い子」だと叱られて、お母さんによくぶたれた。	悲しい。 淋しい。	自分は悪い子だ。だから、お父さんは出て行った。
大学生	ボーイフレンドができた。	彼がだらしないので責めると、彼に暴力を振るわれた。	悲しい。 腹が立つ。	彼を責めているときの自分はお母さんに似ている。
三十代	転職した。仕事が難しい。	上司は何もいわない。自分からも相談しない。	不安。 憂うつ。	上司に「できない」と思われている。誰も頼れない。

的な視野を広げることにはひと役買うことがある。

例えば、認知行動療法²⁾³⁾では、「うつ病患者は特有の悲観的な思考パターン—これを自動思考 (automatic thought) と呼ぶ—に支配されているが、その考えは頭に浮かんでも瞬時に消えて、不安や憂うつのような気分だけが自覚される」という理解のもとに、患者の自動思考をとらえ、その不合理性を検証し、より柔軟で適応的な思考パターンを獲得することによって気分を改善させようと試みる。自動思考は治療者の質問などによって比較的容易に意識化できる。このように、通常は患者の意識にのぼりやすい認知を扱うが、治療者は、治療に入る前のアセスメントでは、生活歴や家族歴を幼少期まで遡って、その患者の認知の成り立ちや、無意識にある中核信念 (core belief) を同定することが求められている²⁾。中核信念とは自動思考とは異なり、置かれた状況に関係なく、ゆるぎない真実として心に根付く自己像である。うつ病患者の場合はネガティブな信念が優勢で、例えば、それは「私は出来が悪い (無力感)」、「私は好かれない」、「他人は信用ならない」などである。通常、中核信念は意識されていないため、そのアプローチには慎重を期す必要がある。Beck J²⁾は「中核信念とは一般的にどのようなものであるか…患者に心理教育し…患者が自己観察しやすくなるよう支援」した上で、「中核信念が維持されてきた過程について、それが現在の困難に及ぼしている影響について」検討することを勧めている。特に、慢性化例や再発例では、中核信念へのアプローチが有効な

ことがある。

同じく、対人関係療法でも、うつ病に関連する現在の対人関係について検討することが強調されている⁴⁾⁵⁾が、筆者は、そのアセスメントで使用する「対人関係の年表 (病歴表)」⁵⁾を一般外来の診療で利用することがある。表2のように、年代順に憂うつな気分になった出来事や対人関係を想起し、そのときに考えたことや気持ちを整理するための表である。現在の対人関係に困難を抱えている抑うつ状態の患者に、このような表の作成を提案すると、実に詳細な表を作成してくるので驚くことが少なくない。その表を患者とともに検討すると、その患者特有のパターンが繰り返されており、そのパターンが現在の抑うつ状態にも影響していることが明らかになる。そして、それは新たな視点から現在の対人関係を検討する端緒になる。このように、無意識の領域を扱わない対人関係療法であっても、患者が無意識に繰り返される対人関係のパターンが治療に役立てられることがある。

認知行動療法や対人関係療法のような短期心理療法と異なり、精神分析的心理療法では積極的に過去の影響や無意識を扱うため、治療期間は年余に亘る。その治療では、治療関係が重視され、治療者に投影された転移や、転移に反応した治療者の逆転移の分析によって、患者がパーソナリティの洞察と、その変化を果たすことを治療目標とする。転移も逆転移も無意識に生じる。転移には、幼少時からの影響を受けた情緒、思考、対人関係のパターンが織り込まれており、そこには、その患者が克復したい

と秘かに願っている「人生のテーマ」が見てとれる。例えば、年長の男性治療者に対して、自分の高圧的な父親のイメージを投影し、その父親に反発していた態度と同様の態度を治療者に繰り返す患者は、人生のさまざまな局面において、父親に対するように、年長の男性との葛藤的な関係を繰り返し、そのために自分を活かしきれないという不適応に陥っていた。

精神分析療法の臨床知見⁶⁾は、うつ病患者がその無意識のうちに「低い自尊心」や「無力感」、あるいは「傷つきやすさ」を潜ませ、それ故に、他者を理想化しては失望し、あるいは拒絶され、それに憤怒し、そういう自分を嫌悪し責め、ますます自分を低く見積もるという悪循環の中で、ついには自殺念慮にまで至る過程を描き出してきた。これらの理解を認知行動療法で得られた知見と比較すると、それは「巨大な建物を別の地点から眺めた」といえる程度の違いかもしれないが、そのアプローチには大きな隔りがある。

長びく病状に対するインテンシヴな心理療法の導入に際しては、それぞれの心理療法の特徴を理解した上で、患者のニーズや状態に相応しいものであるか否かを十分に検討する必要がある。

おわりに

うつ病の心理療法は日進月歩の感があり、さまざまな治療者によって、新たなアプローチが考案されている。しかし、一番重要なことは、案外、変わらないものなのかもしれない。つまり、病に苦しむ患者を理解しようとして、患者に寄り添う姿勢があってこそその、「工夫」であることを忘れないようにしたいと思う。

文 献

- 1) 笠原 嘉：気分障害の小精神療法もしくはサイコエデュケーション. 精神科 13 (3) : 178-183, 2008.
- 2) ジュディス・S・ベック：認知療法実践ガイド, 基礎から応用まで—ジュディス・ベックの認知療法テキスト—. 伊藤絵美, 神村栄一, 藤澤大介 訳, 星和書店, 東京, 2004.
- 3) デニス・グリーンバーガー, クリステーン・A・パデスキー：うつと不安の認知療法練習帳. 大野裕 監訳, 創元社, 大阪, 2001.
- 4) クラークマン, ワイスマン, ランスヴィル 他：うつ病の対人関係療法. 水島広子, 嶋田誠, 大野裕 訳, 岩崎学術出版社, 東京, 1997.
- 5) デニス・E・ウィルフリイ, K・ロイ・マッケンジー, R・ロビンソン・ウェルチ 他：グループ対人関係療法, うつ病と摂食障害を中心に. 水島広子 訳, 創元社, 大阪, 2006.
- 6) フレドリック・N・ブッシュ, マリー・ラデン, セオドア・シャピロ：うつ病の力動的的精神療法. 牛島定信, 平島奈津子 監訳, 金剛出版, 東京, 2010.

* * *