

## 「うつ」に関する10の誤解



2000年3月25日、読売新聞朝刊

自分が「将来うつ病になるかもしれない」と、あらかじめ予想して人生を生きている人は、あまり多くないと思います。労働環境の激変などで「このままだと、うつになるんじゃないか」と感じることなら、不幸にしてあるかもしませんが、そこまで心理的に追い込まれた状態だと、病気についてしっかりと調べて対策をとるのは、なかなかむずかしいでしょう。

私自身がそうだったように、結果として多くの人は症状が重篤になつてから、インターネット等の身近な媒体で、病気について検索することになります。しかし、そういうった場所でえられる知識は往往にして不正確なうえに、むしろ偏見や差別につながるものさえあります。じつさいにそれを鵜呑みにした人びとによつて、患者の治療方針がミスリードされたり、人格的に攻撃されることもあります。

この章では、なかでも多くの人がおちいりがちだと思われる、10種類の「うつに関して広く流布しているが、正しくない理解」をとりあげ、精神科医を中心とした専門家による文献を典拠として注記しながら、ひとつひとつ、どこがまちがいかをあきらかにしていきたいと思います。

## 誤解1

うつは「こころの風邪」である

多くのうつ病体験者が複雑な心境になるのが、「うつはこころの風邪」という、よく聞くフレーズではないかと思います。

私も、初めて上司（学部長）に診断書を提出したとき、「うつはこころの風邪だから。だれにでもあることだから」と言されました。善意でおっしゃって下さっていることがはつきりしていたので、その温かさに感謝する気持ちと、「でも、あきらかにそんなものじゃないんだよな」という実感とが混ざりあって、そのまま泣きくずれそうな心地がしたのをおぼえています。

うつ病とはどのような症状が出るのかについては、次の項目でのべますので、ここではこの「こころの風邪」という表現の由来を説明しておきます。

この言い方は世界共通のものではなく、日本に特殊なキャッチフレーズだとされています。SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）という、副作用が少なく飲みすぎ（オーバードース）の際の危険も低いため、従来とくらべて投与しやすい薬が国内でも認可された、1990年代末

に定着しました。<sup>4</sup>

長いあいだ、たんなる気持ちや性格の問題、あるいは「一生、精神病院に隔離される不治の病」といった目でみられがちだった患者にたいして、「ひとりで悩んだり隠したりせずに、気軽に医者に相談していいんだよ」とうながしたのです。この点では、かりにSSRIを普及させたい製薬会社や精神医学界の意向がはたらいていたとしても、このコピーはすぐれていたのだと思います。

しかしこうしたうつ病のカジュアル化は、逆に「こころの風邪なんだから、医者にかかって薬をもらえばすぐ治るんだろう」という、もうひとつ偏見を生み出すことになりました。<sup>5</sup> 「こころの風邪」ということで仕事を休ませてもらつても、きちんと薬を飲んでいるのに数か月も、1年以上も回復しない。そうなると私もそうだったように、患者は「自分はふつうのうつ病とはちがう、助からない病気ではないか」とおびえたり、「風邪でいつまで休んでるんだ。なまけじやないのか」と同僚も疑つてはいる、もう職場には戻れない」と追いつめられたりします。

そもそも、抗生素質で風邪がなおるように、抗うつ薬でうつはなおるのでしょうか。

じつは従来から難治性（治療抵抗性）<sup>6</sup>のうつ病といつて、相当数の患者には薬物療法の効果がみられないとききました。じつさいに臨床試験によれば、最初に投与された薬で症状が消える人は、じつは5分の1～3分の1のみ。薬を3か月ごとに新しいものに切り替えて、1年後に回復にいたる人が、ようやく3分の2というのが実情です。

3～5人に1人しか薬が即効性を持たない病気を、「風邪」と形容するのが適切でないことは

あきらかだと思います。

もつとも、そこから「だから抗うつ薬なんて意味がない」、さらには「うつ病なんて、薬を売りたい製薬会社がでっちあげた病気なんだ」といった極論に飛びつくのも、理性的ではありません。「抗うつ薬、じつは効果なし」といった見出しで話題になる医療記事も、よく読めば「抗うつ薬とプラセボ（偽薬）のどちらを投与されても、同程度の割合が回復した」というデータ、つまり薬を出してもらっているという安心感が治療に役立ったことを示すもので、限定つきながらむしろ、薬物療法の意義を認めているともいえるのです。<sup>7</sup>

## 誤解2

### うつ病は「意欲がなくなる」病気である

うつ病の啓発が抗うつ薬のPRとともに進んだことで生まれた、病気にたいするもうひとつの

- (4) 北中淳子『うつの医療人類学』日本評論社、2014年、13・202頁。
- (5) 岩波明『うつ病 まだ語られていない真実』ちくま新書、2007年、21・223頁。
- (6) 岡田尊司『うつと気分障害』幻冬舎新書、2010年、192頁。
- (7) 坂元薰『うつ病の誤解と偏見を斬る』日本評論社、2014年、137頁。

かたよつた認識が、うつ病とはなによりも「意欲がなくなる病気」だという理解ではないかと思ひます。

たとえば、シオノギ製薬と日本イーライリリーが共同で運営している「うつ病 こころとからだ」というウェブサイトでは、「気分の落ち込みやからだの重さやつらさ」（強調は引用者）が、主たる症状としてトップにかかげられています。「やる気が出ない……それって、うつ病かも？」といったバナー広告を、見たことがある人もいるかもしれません。

自分の気分が落ちこんでいることは、本人がいちばん自覚しやすいので、潜在的な患者の早期受診につながつたという点では、これらの広告の成果を認めなくてはならないでしょう。しかし私は病気を経験して、意欲や気持ちの問題に特化したうつ病の語られかたには、非常に大きな副作用があると感じるようになりました。

病気の内実を「気持ちの問題」に還元することは、「結局は気の持ちようじゃないか。やる気しだいじゃないか」「だれだって、朝からラッシュの電車に揺られて会社になんか行きたくない。それでもみんながんばってるじゃないか」といった、病者にたいする周囲のネガティヴな感情を、かえつてあおる結果につながつたと思うからです。

あくまで私の発病体験にそくしての話ですが、前章のような経緯で精神的に追いつめられた時期に、まず徐々に能力の低下が起こり、それでもどうにか仕事をつづけようともがくうちに、そもそも文章を読み書きできなくなるところまで症状が進み、「こんな自分ではもうなんの仕事もできない」と思わざるをえなくなつて、ついに生きる意欲が消滅したという印象です。

意欲の低下は病気の主症状というよりは、結果だと感じています。

うつ病にともなって発生する能力の低下のことを、医学的には精神運動障害 (PMD, Psycho-Motor Disturbance) と呼びます。具体的には、他人と会話している際に反応するスピードが落ちたり（動作の緩慢化）、じつと座つていられずそわそわしておなじ話をくり返したり（集中力の喪失）、健康時にはすらすら喋れたことばが口から出てこなくなったり、そもそも頭に浮かばなくなったりします（思考の鈍化）。

結果として回復した後ですら、記憶に欠落が生じることもあります。私自身、病気をする前には愛読書だったにもかかわらず、内容を思い出せない本がいくつもありますし、おなじ病気の知人にも、奥さんといっしょに旅行に行つたことすら、完全に脳内から記憶が落ちてしまい、思い出すことができないとうちあけてくれた方もいます。

このため、入院を必要とするような重篤なうつ状態のばあいに、精神科で受ける「心理検査」はむしろ、客観的な知能テストに近いものになります。誤解の多いところですが、ロールシャッハ・テストのように主観的な印象を述べさせて、患者の「心の闇」に接近するといったサイコスリラーに頻出するイメージは、じつさいの治療ではさほど一般的ではありません。

私のばあいは、大学病院への検査入院時と、同検査から2年強が経過し一定の回復をみたころの2回、WAIS-IIIという一般には「IQテスト」として知られる検査を受けました。結果は

明瞭<sup>めいりょう</sup>で、入院時、つまりうつが最悪に達していたときのスコアのほうが、全検査IQでは14、職業的に必要とされる言語理解の群指数では18も低く出ました。

もちろん本書の末尾でものべるように、IQがその人の能力のすべてであるはずはありません。しかし10ポイント刻みで結果をランク分けする検査で、ほぼ確実に2ランク落ちるほどの衝撃が脳にかかっているのだと考えれば、うつの人のなやみが伝わりやすくなるのではないでしようか。じつさい、そもそもこの検査入院の際には、「いつから苦しいんですか」「いまどんな状態ですか」といった標準的な質問にも、「あー、うー」のようなことばならざることばでしか、答えられないようになつていきました。治療入院中に知りあつた友人は、この精神運動障害のさまを「脳にサランラップをかけられたようだ」と表現しましたが、おなじ体験をしたものとして、ほんとうに卓抜な比喩<sup>ひよ</sup>だと思います。<sup>9</sup>

うつ病の患者でなくとも、風邪で額<sup>ひたい</sup>が熱ぼつたいときや、重めの運動をして身体が疲れているとき、急な仕事が重なつて食事や休息をとれなかつたときには、一時的に「頭がぼんやりして、話しかけられても要領をえないと返事しかできず、複雑なことは考えられない状態」になるでしよう。それが恒常にずっとつづいてしまうのが、うつ状態だといえれば想像しやすいでしようか。能力が低下すれば、とうぜん仕事のパフォーマンスに影響します。経理職をされて発病した知人は、ある日「エクセルの行を左から右に追うこと」ができなくなつて、自分の病気を自覚したと言つっていました。私のばあいも、すでに何度も使つたテンプレートで学内予算を申請する、ふだんは10分前後で片付けていた作業を終えた際、1時間近い時間が経過していく愕然<sup>がくぜん</sup>としたこと



脳へのアクセスが悪化する「うつ状態」(『うつヌケ』11頁より)

があります。

書類やパソコンのような「もの」を相手にする仕事ではなく、学生や顧客といった人間を相手とする教育職や営業職になると、発病を自覚するのはより困難になります。教育（営業）の成果がどうしても上がらないばあいに、それが本人の意欲不足なのか、能力の低下によるのか、相手がほんとうに「筋悪の客」なのか、異論の余地なく判定できるというケースは、そこまで多くないでしょう。

自分もまさにこのために、発病の時期を適切に認識できず、結果として自分自身の健康を不可逆的に損なうだけでなく、周囲にも大きな迷惑をかけたと思っています。

付言すると、うつ状態で生じる「からだの重さやつらさ」もまた、「毎朝、出勤の足が重い」といった「嫌な行動に乗り出す意欲が起きない」事態を指すふつうの語法とは、まったく意味がちがいます。<sup>10</sup>

医療現場では、「鉛様の麻痺」<sup>えんようまひ</sup>といふことばで形容されるように、本人

- (9) 近日話題になつた「うつヌケ うつトンネルを抜けた人たち」(KADOKAWA、2017年)でも、著者の田中圭一氏は、自身が体験した同様の状態を「濁った寒天」にたとえています。
- (10) 前掲『うつ病の誤解と偏見を斬る』3頁。

の主觀では自分の身体が鉛になつたかのように重くなり、自分の意思ではどうしても動かせない。動かないから仕事はおろか、食事にも洗顔・入浴にも行きたくない、という状態がうつ病における「からだの重さ」です。

「そんなのは身体を鍛えていないからだ」「そうはいってもトイレには行くじゃないか」と言う人には、私が病棟で同室だったラグビー部の男子大学生の「うつ状態が激しいときに、尿瓶を買おうか本気で悩みました」ということばを紹介しておきたいと思います。

### 誤解3

## 「うつ状態」は軽いうつ病である

ここまで、すでに何度か「うつ状態」ということばを使ってきましたが、これについても大きな誤解があるように感じます。私が職場近くのメンタルクリニックを最初に受診したときは、臨床心理士による面接ののち、医師に「あなたはうつ病までは行つていませんが、うつ状態です」と言わされました。

このようないい方をされれば、うつ状態を「まだ病気というほどではないもの。軽いうつ病」と理解してしまつてもやむをえませんし、事実、「うつ『状態』で仕事がつらいなんて、病気で

もないくせに」という批判をされたこともあります。

じつは、これは完全な誤解です。精神医学の用語では、病気の結果としてネガティヴな思考にとらわれていることを「抑うつ気分」、気持ちの問題だけではなく能力や身体の面でも不調が生じていることを「抑うつ症状」とよび、これらの総称として「うつ状態」という用語を使います。が、それはうつ病の程度が軽いということではなく、「どの病気に起因するものかは、まだ特定できない」という意味なのです。

うつ病ではなく躁うつ病（双極性障害）かもしだれないし、統合失調症でも陰性症状<sup>11</sup>といつて、外見上はうつ状態とほぼおなじ病状を示すことがあります。<sup>11</sup>また、いきなり「あなたはうつ病です」と断定してしまうと、患者や家族にショックをあたえて予後を悪くする危険<sup>12</sup>があるので、初診ではあえて「うつ状態ですね」とあいまいな言い方を選ぶ場合もあるそうです。<sup>12</sup>

この章で引用している精神科医の方々も感じているようなのですが、「うつ」という同一のことばが、日常用語・症状の名称・病名として相互に異なる意味を持つていることは、病気にたいする社会の理解を深めるうえで、大きな障害になっています。

たとえば「体がだるい」というのは日常用語ないし症状の名称で、「インフルエンザ」は病名

(11) 岡田尊司『統合失調症 その新たなる真実』PHP新書、2010年、88・108～109頁。一般に統合失調症といわれて想像しがちな、幻覚・幻聴・妄想的な独言などは「陽性症状」といいます。

(12) 前掲『うつ病の誤解と偏見を斬る』15頁。

ですが、「インフルエンザなので会社を休みます」といえばすんなり欠勤が受理される場面でも、「体がだるいから仕事行きたくないッス」といわれたら、どなりつける上司のほうが多いでしょう。病名は、日常用語とおなじであつてはいけないので、いかに病状が深刻でも「うつで仕事ができません」となかなか言い出しづらい現状には、こうした医療用語をめぐる混乱にも、責任の一端があるようと思われます。

#### 誤解4

### うつの人には「リラックス」をすすめる

「いま、うつで仕事を休んでいるんです」とうちあけると、幸いなことに知人の多くは同情してくれましたが、対応にこまるのは「リラックス」や「気晴らし」をすすめられたときでした。

ひとりでふさぎこむのはよくないよ、TVのお笑いでもみてみたら、ライヴコンサートなんか盛り上がるよ、整体でマッサージしてもらえば、休めるなら旅行でもしてみたら、なかよしで久しぶりに飲もうよ——はては「これでリラックスすればいいじやん」と称して、FRISKのような清涼菓子を渡されたことさえありました。

うつ病の特質のひとつは反応性の欠如といって、ほんらいならたのしいはずのことでもたのし

く感じられなくなることがあります。これが進行すると無快感症<sup>アンヘドニア</sup>という、文字どおりいつさいの喜びを感じない、おいしい食事を口の中に入れても味がしない、パートナーとの性的行為さえ苦痛にしか思えない状態になります。<sup>13</sup>

私も発病してから一時、あらゆる音楽を受けつけなくなりました。健康なときになんども気持ちを癒<sup>いや</sup>してもらってきた、Number One Againといふビートルズのアコースティック・カヴァー集が、いまや自分の耳にはインダストリアルロックのように響いて、かけられない。他愛<sup>たわい</sup>ないテレビのバラエティ番組を、スタジオの笑い声があたかも自分をあざ笑っているかのように聞こえて、見つづけることができない。

そうこうしているうちに、身体が重くて持ち上げることすらできなくなり、外出や会食などは当然ありえないものになりました。

ようやく、いちばん親しい人とであれば外食が可能になつたのは、入院とデイケアへの通所を経た発病1年後くらいのことです。その後は、類似の病気で苦しんでいる知人・友人とも食事をしていますが、以前の自分の経験から、声をかけるときは「気乗りがしなかつたら無視してくれていいし、いつでもキャンセルしてもらつていいよ」と添えるようにしています。

(13) 前掲『うつと気分障害』 57～58頁。

## 誤解⑤

### うつ病は「過労やストレス」が原因である

昔にくらべれば、うつ病にたいする社会の理解も深まっている——こういうときに多くの人が思い浮かべるのが、「うつになつた人は、過酷な労働環境の犠牲者だ」という認識でしょう。私は「うつはこころの風邪」とは異なり、病者の権利を守るという意味では、このいい方をむげに否定するべきではないと思つています。

もちろん、その裏返しで「大学教員なんて、恵まれた職場じやないか。ブラック企業でもないくせに、うつ病になるなんて甘えだ」という誹謗をこうむつたことはあります。しかし、ほんとうに違法すれすれの現場で働くされている人の気持ちを思えば、そんな中傷くらい、たいしたことではありません。

とはいえた医学的には、これは誤っています。

近年ではあまり使われなくなつた分類ですが、かつてうつ病には「内因性」と「心因性（反応性）」の2種類があるとされていました。字面からお察しのとおり、過労やストレスといった心理的要因への反応としてうつ症状が出るのは、後者の心因性のうつ病。

前者の内因性とはなにかといえば、医学的にはまだつきとめられていないのだが、とにかく脳内にあるなんらかの要因によって、極端にいえばいつさいの悩みやストレスがなくても、脳の機能障害として発生してしまううつ病です。<sup>14</sup>

したがって「うつ病はストレスが原因だ」という説明は、じつは半分にしか該当しません。

なぜいまこの二分法が用いられないかというと、多くの精神科医が2つの病名の印象から、「内因性うつ病」＝「脳の病気」＝「遺伝の影響が強い」＝「重症でなおりにくい」・「心因性うつ病」＝「たんなメンタル不調」＝「遺伝よりも環境の影響」＝「環境が変わればなる」と考えがちでした。

しかし実証的にデータをとつてみると、あきらかに「そう単純にわりきれない」。そのため、予断をまねく分類はひかえようということになつたのです。<sup>15</sup>

内因性か心因性かをとわず、あらゆるうつ症状を包括する「大うつ病」というカテゴリーができたのは、1980年のDSM-IIIという診断基準からですが、日本社会のうつ病観により影響を与えたのは、1991年の電通社員（24歳男性）の自殺をめぐって2000年の最高裁判決まで争われた、いわゆる「電通裁判」でした。<sup>16</sup>

この裁判では原告側が「過労によるうつ病発症」を主張し、会社側が「自殺者は元来、うつ病

(14) 前掲『うつ病　まだ語られていない真実』84～86頁。ほかに、交通事故で頭部に外傷を負ったとか、違法薬物で脳に傷害を与えたといった、明白な物理的要因からうつが生じる場合を「器質性」と呼ぶこともあります。

42頁。

(15) 前掲『うつと気分障害』42頁。

(16) 前掲『うつの医療人類学』2・173～182頁。

になりやすい性格だった」と反論する展開をたどったのですが、最高裁は「会社側が主張する性格は、むしろ好ましい労働者像（次節参照）としても通常想定される範囲のものであり、それを理由に雇用者を免責できない」として、電通に1億6800万円の賠償を命じました。

2015年の末にも電通では若手社員（24歳女性）が自殺し、労働基準監督署は月105時間の時間外労働によりうつ病を発症したとして、労災と認定しました。このとき「月100時間くらい、みんなふつうに残業してる。最近の若者はなさけない」という趣旨の発言をして炎上した識者がいましたが、それでは彼女の残業が月50時間だったら、25時間だったら、「なさけない」と罵倒してもよかつたのでしょうか。

大学にかぎらず教員全般のように、そもそも残業という概念がない職種で働く人が自殺したら、「自分の労働時間も管理できずに、うつになるなんてなさけない」とたたかれるのでしょうか。

そういう考え方たそのものが、まちがっているのです。原因ないし発症の背景として「過労やストレス」があつて発病する人もいれば、それなしでも（かつて内因性といわれたかたちで）うつ病になる人もいる。前者だけが同情の対象で、後者は無視されていいなどということはないのです。産後うつに苦しむ専業主婦の患者さんを、「仕事もしていないくせにうつになつて、旦那にすまないと思わないのか」などと、ののしつてはいけないとおなじです。

なお「うつ病は過労やストレスが原因だ」という認識がもたらす、もうひとつ誤解に「だから休ませてやれば／ストレスの原因を取りのぞけば、すぐに回復する」というものがあります。もちろんこれはまちがいで、「骨が折れてから、重りを取り除いても、元に戻らない」<sup>17</sup>ように、

ストレスを除去したとたんにみるみるなおつたりはしません。

逆にストレス源とひきはなすことで症状が軽減するばあいは、うつ病ではなく適応障害と診断されます。つまり心因性のうつ病以上に、原因となつたストレス因子（たとえばパワハラ上司やシヨツクな事件）を明確に特定できるもの、という意味です。

この適応障害も、字面から誤解される「発症した人は社会不適応者だ」といつた含意はまったくなく、「いくら泳ぎが上手な人でも、大波が押し寄せればおぼれてしまう」ほどのストレスを加えられていた、という診断であることに注意する必要があります。また当初は適応障害だとされても、予後をみていくうちにうつ病の初期症状だったと、あとでわかるケースもあります。

#### \* 残業という概念がない職種

あまり知られていないが、日本の学校教員は教職調整額として給与が数パーセント割り増しされるかわり、残業の概念がなく時間外手当が支給されない、ホワイトカラー・エグゼンブション（WE）的な雇用形態が、従来から基本となつていて、たとえば勤務時間外で参考文献を読む時間を、残業か余暇かに分類するのは困難なので、この制度に一定の合理性が存在するのは事実である。しかし年収1000万円以上に限定しても導入に反対論の強いWE（または高度プロフェッショナル制度）が、はるかに薄給の教育現場で慣行となつてているのは異様ともいえ、とくに部活動の指導を抱える中等教育での弊害が大きい。

(17) 前掲『うつと気分障害』89頁。  
(18) 前掲『うつ病の誤解と偏見を斬る』11～12頁。

## 誤解6

### うつ病に「なりやすい性格」がある

これもまた、よく耳にする言い方です。おそらく、日常の会話でなりやすいとされる性格の1位は「メンタルが弱くてすぐ投げ出す人」、2番目は「いつも暗くてひきこもりがちな人」といったところでしようか。これが転じて「そんな性格だから病気になつたんだ」、はては「おまえは病気じやなく、性格がダメなだけだ。なまけているだけだ」といった言い方になることもあるようです。

しかしながら、これは二重の意味で根本的にまちがっています。

たとえば、アメリカのロック歌手ブルース・スプリングスティーンは、2016年に刊行した自伝で、長年うつ病に苦しめられてきた過去を語つて話題になりました。「ボス」の愛称で知られ、力強いサウンドと政治的なメッセージをこめた歌詞で労働者階級の地位向上に努力しつづけた彼は、「メンタルが弱くてすぐ投げ出す人」でしょうか。

あるいは、ハリウッドの名優ロビン・ウイリアムズは2014年、うつ状態のなかでみずから命を絶つたといわれています。『ミセス・ダウト』や『パッチ・アダムス』などの作品で世界を

爆笑の渦にまきこみ、ナンバーワン・コメディアンの名をほしいままにした彼が、「いつも暗くてひきこもりがちな人」でしようか。

じつは、精神医学のなかでも一時期、そもそもうつ病になりやすい性格があるという議論（病前性格論）<sup>19</sup>が、流行した時代があります。これは、おもに戦後ドイツの精神科医がとなえたものでした。

ナチズムが猛威をふるった戦時中のドイツでは、うつ病を含めた精神病を「遺伝的に脳に欠陥がある劣等な人間」の所産ととらえ、患者の人権を剥奪する蛮行が起きました。その反省から、脳や遺伝子のような生物学的要因に病気の原因を求める風潮をおさえて、「もつと個人の性格や生き方に注目して、病気をとらえなおそう」という動きが起きたのです。<sup>19</sup>

それでは、戦後ドイツの精神医学が主張してきた「うつ病になりやすい性格」とは、どのようなものだったのでしょうか。

専門用語でメランコリー親和型の性格とよばれるその特徴は、先にあげたような一般にいわれる「なりやすい性格」とは、正反対のものです。すなわち責任感が強く、社会の秩序を重んじ、その扱い手として献身的によくそこに自分の生きがいを見出すタイプだとされています。

もちろん、このメランコリー親和型の病前性格論が「正しい」のかといえば、こんにちでは疑問とされています。そもそもドイツでこのような学説が形成されていった1950年代は、最初

の抗うつ薬（三環系抗うつ薬）の発見期にあたり、その後の世界で主流になつたのは「うつ病なんて、要は脳内の化学物質の異常なんだから、薬を飲めばいい。性格うんぬんは関係ない」とする、生物学的な治療法のほうでした。

しかし日本のはあいは、ドイツの学説の輸入が進んだ1960年代がたまたま高度成長期、すなわちひとつの会社に定年まで勤め、中途で結婚して家族を養い、（ときとして自分自身の意見は引っこめてでも）その場で与えられた任務を忠実に遂行することをよしとする生き方が、国民の全体を覆う時期だつたために、メランコリー親和型の病前性格論が世界的にも稀な定着をみたとされています。<sup>20</sup>

つまり「うつ病になりやすい性格がある」という議論とは、本来は①「精神病者は遺伝的な劣等分子だ」といったナチス的な優生学の発想に対抗して、患者の権利を守るために提唱され、そして②高度成長期の日本で「病気になつたのもがんばりすぎる性格ゆえだから、あなたは悪くないよ」と、患者の心を支えるために語りつがれてきたものなのです。

それを無視して、病者の人格を攻撃するために「なりやすい性格」を揶揄するなどというのは、まさしく知性を欠いた人のふるまいにほかなりません。

## 誤解 7

### 若い人に「新型うつ病」が増えている

「うつ病になりやすい性格は存在するのか」についての学説の歴史が知られないまま、ぽんと世の中に出で不幸な流行をみたのが、「新型うつ病」をめぐるスキヤンダルだつたと思います。

新型うつ病とは、2010年の前後につくられたマスコミによる造語で、「精神科医にさえ理解不能な『新しいうつ病』で、会社に出てこなくなる（おもに若い）社員が増えている」という形で流布された概念です。

いわく、ふつうはうつ病だと宣告されると「私はそんな病気ではない」と否定するのに、彼らは平気で受け入れる。これまで「病気になつた私が悪い」と自分を責める人が多かつたのに、彼らは上司や同僚など他人のせいにする。休職して職場にはいかないくせに、海外旅行のような

(20) もうひとつ、日本では1930年代から下田光造の執着<sup>しゅうちやく</sup>、義務論<sup>ぎむろん</sup>という形で、義務感が強く業務の達成にこだわってしまう「模範的すぎる性格の人」が、うつ病になるとする議論が存在していたという理由もあります。前掲『うつの医療人類学』100～102頁。

たのしいイベントには平氣でいく。

——こうした報道のされ方をしたせいで、「それはただのわがままじゃないのか」「ゆとり教育で、若者を甘やかしたからこうなったんだ」という、猛烈なバッシングをまねくことになりますた。

しかし、そもそも正式な精神医学の用語には「**非定型うつ病**」というものはあつても、「**新型うつ病**」はありません。その非定型うつ病とはなにかといえば、先にのべたメランコリー親和型の人たちが発症する典型的な（定型の）うつ病ではないにもかかわらず、類似の症状が出ていることをいうのです。<sup>21</sup>

それではなぜ、かつて典型的な「うつ病になりやすい性格」とされてきたメランコリー親和型ではない人たちが、発症するようになつたのでしょうか。

ここで重要なのは、そもそも定型とされてきたうつ病患者の人たちも、ほんとうにメランコリー親和型の性格が「原因」で病気になつたのか。それとも病前性格論という学説がドイツから輸入された時期に、たまたま日本社会にメランコリー親和型の労働者が「多かつた」だけなのかは、わからないという事実だと思います。

説明をわかりやすくするために、あえて極端なたとえ話をしましよう。かりに、遺伝子や性格とはまったく関係なく、ランダムに全人口の10%が発症する病気があつたとします。そしてある時代、その国の人びとは全員が終身雇用型の企業に正社員として勤務し、与えられた職務を完遂することに全人生の意義を見出す働きかたをしていたとします。

このような状況なら、当然その病気を発症する人は、おおむねみな「メランコリー親和型」の労働者になるでしょう。

しかし、ランダムに10%が発症するという病気の性質は変わらないまま、国民の働きかたのほうが変わったとしたらどうでしよう。つまり全人口の半分くらいはいまや、パートタイムやフリーランスの形でひとつの企業に囲いこまれずに働き、正社員として勤めている残り半分の人たちもまた、キャリアアップのために転職を意識したり、リストラの不安におびえたりしながら生活しているとしましょう。

そのばあいは当然、発病者のなかにも、往年のよき産業戦士たる「メランコリー親和型」とは、異なる性格の人も混じってくるでしょう。<sup>22</sup>

それが、なにかいけないことなのでしょうか。

「新型うつ病」の特徴とされたことのひとつひとつを見ても、たとえば精神病と認定されたら一生、閉鎖病棟から出られないといった偏見が残っていた時代なら、「私はそんな病気ではない」と否定するのは自然なことだし、逆にそのような偏見が解消されているなら、より容易に病気を受け入れられるのも当然です。

(21) 前掲『うつ病の誤解と偏見を斬る』1・4・9頁。

(22) 気づかれたと思いますが、このたとえ話のうち仮定の部分は、終身雇用が「全員」を覆ったという設定と、病気の発症が「完全に」ランダムだという想定のみです。内海健『双極Ⅱ型障害という病』改訂版うつ病新時代』勉誠出版、2013年、214～217頁。

職場でひどい人権侵害にあつても「セクハラ・パワハラ」ということばさえなかつた時代なら、「弱い自分が悪いんだ」と泣き寝入りせざるをえない人が多かつたろうし、そうでないなら、カウンセラーに会社の愚痴くらいくらいこぼすでしよう。

このような時代の変化では説明のつかない、「新型うつ病」固有の特徴らしく思われる唯一のものは、**気分反応性**の存在——つまりあらゆる刺激に反応できなくなるのではなく、たのしい刺激ならポジティヴに反応できる（海外旅行には行ける）ことです。しかし、こちらも別の意味で、本当に新型（ないし非定型）うつ病の特質といえるのかには、疑問が呈されています。

病気としては従来どおりのうつ病なのだが、その初期ないし回復期にあるために、たんに「症状が軽い状態」なのかもしれないからです。<sup>23</sup>

入院時には「重症、メランコリー型」のうつ病だと鑑別されていた私の意見では、そもそも医学用語ですらない「新型うつ病」を振りまわすくらいなら、精神科医は患者に「私には、あなたは病気には見えない。その診断に納得がいかなければ、他の医師を受診してほしい」と告げるべきだと思います。

「うつ病ではあるけれど新型（非定型）だから、症状としてはただのなまけと変わりません」といつているに等しい診断は、<sup>24</sup>患者の自尊心を傷つけながら「病名」だけはつけて、しつかり診療報酬をもらいたいという、医師のエゴなのではないでしょうか。

#### \*ゆとり教育

知識量よりも発想の柔軟性や、コミュニケーション力が重視されるサービス産業型の社会への転換（6章259頁）を見すえで、おもに2000年代に展開された教育政策。授業時間や教授内容を減らしすぎ、学力低下を招くとして同時代には激しい非難を受けたが、のちに鋪織圭や羽生結弦など「ゆとり」を活用して学業外で成果を出す世代が出現すると、批判は沈静化した。

## 誤解8

### うつ病は「遺伝する病気」である

病気をつうじて知りあつた私の友人には、家族をうつ病による自殺でなくした方がいます。退

(23) 前掲『うつ病の誤解と偏見を斬る』4~6頁。同書の著者が診療した患者には、意欲を取り戻そうとして学生時代にボランティアをした離島を訪れたことを、「休職中に旅行とはなにごとだ」とバッシングされた方もいたそうです(26頁)。

(24) 一例として、大手経済誌が運営するウェブサイトの2009年9月の記事では、筑波大学教授の精神科医が、「ワガママちゃん（未熟型うつ）とメランコリー型（従来型うつ）の比較」なる図表をアップしています（ダイヤモンド・オンライン・松崎一葉「職場の若手人材に急増する「未熟型うつ」の正体」2頁）。そこまでいうなら、なぜ「それは単なるワガママで、うつ病ではありません」と書かないのか、きわめて不思議です。

院後に通つたデイケアにも、「親族におなじ病気をわざらつてゐる人が多い」とおっしゃつてい  
る方がいました。

そういう事例を見聞きすると、すぐ「精神病は遺伝なんだ」ときめつける人がいます。私の親  
戚にも「うちの血筋に患者はいなかつたのに、みんなの迷惑だと思わないのか」といは放つた人  
物がいます。

これらはすべて、道徳的に正しくないことはもとより、科学的にもまちがつた認識です。

たとえばうつ病以上に「遺伝する病気」というイメージの強い、統合失調症をみてみましよう。  
遺伝子としては100%同一である一卵性双生児のうち、片方が統合失調症を発症したばあいに、  
もう片方も発症する割合は50%。一般には統合失調症をわざらう確率は1%なので、この数値だ  
けだと遺伝の影響が大きそうにみえます。

しかし逆にいうと、遺伝子が完全に同一でも発症率が100%にならないということは、ざつ  
くりいって半分程度は遺伝ではなく、環境が作用してゐることを示してゐるのです。<sup>25</sup>

さらに研究が進むと、単一の「統合失調症をもたらす遺伝子」なるものは存在せず、最低でも  
2つ以上の遺伝子変異の組みあわせが、「発症しやすい体質」に関係してゐることがわかつてき  
ました。そして、かりに2つの遺伝子変異で決まつてゐるとしたばあい、最低でも片方の変異を  
もつてゐる人の割合は、全人口の30%と推定されています。<sup>26</sup>もし3つ、4つといった変異がかか  
わつてゐるなら、当然この比率はもつと高まる。

統合失調症に関係する遺伝子を持つてゐるのは、むしろごくふつうことと、なんらかのはず

みでたまたま発症するか、しないかのちがいがあるだけなのです。<sup>27</sup>

遺伝の影響がより強いともいわれる、双極性障害（躁うつ病）はどうでしょうか。2007年の研究によると、双極性障害になるリスクを2倍以上に高める遺伝子は、おそらく存在しないと指摘されています。関節リウマチやⅡ型糖尿病で発見されるような「遺伝的危険因子」が、大規模なサンプル調査をしても見出されなかつたのです。<sup>28</sup>

「うちの家族はリウマチ持ちだから、自分もリウマチで」と聞いたところで、リウマチを遺伝病としておそれる人はほほいないと思いますが、それとくらべても躁うつ病は、じつは「遺伝しない」病気なのです。躁や軽躁をともなわない、单極性の大うつ病（いわゆるふつうのうつ病）となると、遺伝的な因子が関与する割合は、双極性障害のさらに半分程度で、パニック障害よりも低いとされています。<sup>29</sup>

「自分は親戚にもうつ病が多くて」という話を聞いて、「やっぱりうつって遺伝するんだ」と考えるのは完全な早とりであり、まして「この人は病気の家系なんだ」などときめつけるとした

(25) 前掲「統合失調症 その新たなる真実」 156頁。

(26) 前掲「統合失調症 その新たなる真実」 157～158頁。

(27) 私が病棟で知りあつた友人には、新聞に掲載された震災の犠牲者の名前が、たまたま家族と一致していた（実際は別人）ことから、統合失調症を発症された方もいます。

(28) 加藤忠史「双極性障害 躁うつ病への対処と治療」ちくま新書、2009年、192～193頁。

(29) 前掲「うつと気分障害」 142頁。

ら、明白な人権侵害になります。

自身が躁うつ病をわざらう女性精神科医であるケイ・ジャミソンは、「ほかの医師に「躁うつ病は遺伝するから、あなたは子どもを産むべきではない」と告げられた際、「地獄に堕ちる」と言い返して診察室を出たことを、苦痛をこめて回想しています。<sup>30</sup> 彼女も触れているように、躁うつ病の治療薬である炭酸リチウムは催奇形性があるとされており、妊娠中の服用は推奨されていません。

しかしそれでも、病気を理由に子どもをつくる権利を奪うことは許されないというのが、戦前の優生学にたいする反省を踏まえた、こんにちの欧米の人権感覚です。ましてや、そもそも遺伝の影響が想定よりはるかに低いことがわかつてきた現在、「精神病者は親戚の恥」という発想こそが、ほんとうに恥ずかしいことだと思えてなりません。

## 誤解9

### 「カウンセリング」が重いうつに効く

試しにグーグルに「カウンセリング」と入れてみてください。有象無象の「カウンセリング・サーム」の数々がヒットすると思います。医療機関内でおこなわれているカウンセリング・サ

ビスがヒットすることもありますが、多くは医師免許と無関係におこなわれている、純粹な民間の施設でしよう。

保険が効かないため利用料金は非常に高額で、たとえば都内だと1時間で1万円前後が相場です。なかには電話で相談に応じるかわりに、30分単位で追加料をとるといったところもあります。

私はこのような施設にお世話になつたことがないので、具体的になにがそこでおこなわれていて、どの程度効果があるのか、については論評できません。

ただ「医療機関で抗うつ薬をもらつても、効果がない」、ないし「薬を飲むのはこわいから、なんとかカウンセリングだけでなおしたい」といった切迫した気持ちの人々が、これだけ高い料金をとるならきつと成果が出るにちがいないという思いで駆けこむのは、以下の理由でおすすめできないので、あえてこの項目を立てることにしました。

まず、カウンセリング・ルームの料金が高価なのは、たんに医療機関ではないので健康保険が適用されないためです。したがって、抗うつ薬より値段が高いから、そのぶん効果も高いはずだと期待するのは、根拠がありません。

さらに、カウンセリングのように患者と治療者との対話を通じて病気をなおしていく方法を

(30) K・ジャミソン『躁うつ病を生きる わたしはこの残酷で魅惑的な病気を愛せるか?』新曜社(田中啓子訳)、  
1998年、2007~2009頁。

「精神療法」といいますが、この開祖といえるのは「精神分析」を打ち立てたフロイトでしょう。しかしフロイトが対象としたのは、かつて抑うつ神経症とよばれた性格的な要因が強い（心因性に近い）外来の患者であり、内因性の入院患者ではありませんでした。<sup>31</sup>

つまりカウンセリングは、過去のトラウマや周囲のストレス、それを許せない自分の性格といつた、特定可能な「なんらかの原因」の存在が比較的はつきりしているうつ病、俗にいう相対的に「軽い」うつ病に効くのであって、原因を判別不能な「重い」精神病の患者には、さほど効果的でないとみられているのです。<sup>32</sup>

とくに双極性障害のばあいは、心ではなく脳の疾患なので、カウンセリングだけでなおることはないとされます。<sup>33</sup>

それでも「副作用がない分、薬に頼るよりはましだ」とお考えになる方もいるかもしませんが、カウンセリングにも副作用はあります。たとえば、もし治療を通じて「多額のお金を払いつけてでも、この人に話を聞いてもらわないと私は生きていけない」と思いこむことになつてしまつたら、それは立派な副作用でしょう。<sup>34</sup>

執拗に（標準的ではない投与法での）服薬を勧めながら、効果が出ないと「なおりたいという気

持ちが足りないんだ」と私にいい放った精神科医は、民間に師をえてフロイト流の精神分析も習得した旨を、ホームページに記載していました。自身のうつ病経験を売りにしているカウンセラーが、「日本のうつ病患者なんて、途上国につれてつて貧しい暮らしをみせてやれば一発でなおる」といった、日本の患者にも途上国の人にも失礼なことを、ブログに書いていた例もあります。

残念ながら、心の専門家を名のる人が、よき心の持ち主とはかぎらないのです。もちろん、カウンセリングに携わる人のすべてが、そういう悪しき人びとであるはずもありません。だからこそ、もしカウンセリングの力を借りたいと思うなら、かかりつけの医師に信頼できるカウンセラーを紹介してもらうなり、行政の窓口で低額の公的サービスを探すなりして、リスクや負担を減らす手順を踏むことをおすすめします。

(31) 木村敏「自分ということ」ちくま学芸文庫、2008年、201～202頁。抑うつ神経症については、前掲『うつと気分障害』39・42頁、および前掲『うつ病　まだ語られていない真実』86頁。

(32) ただし神経症でも長く持続する（なおりにいく）場合もあれば、精神病でも短期で治癒する事例もあるので、ほんとうは安易に一方を「軽い」、他方を「重い」とすることはできません。

(33) 前掲「双極性障害　躁うつ病への対処と治療」111頁。

(34) 前掲『うつ病の誤解と偏見を斬る』129頁。平成の日本で定期的に芸能ニュースをにぎわした「洗脳騒動」も、類似のメカニズムが働いていたものと思われます。

抗うつ薬もカウンセリングも万能ではないことがあきらかになって、うつ病治療の手段として注目されている手法に認知療法、ないし認知行動療法 (CBT, Cognitive Behavioral Therapy) があります。私がかつていたディケアにも、「このクリニックは認知行動療法をやっていると聞いて、かように決めました」とおっしゃってみえた方がいるくらい、社会的な知名度も高まっている治療法です。

治療者（おおくは臨床心理士）と患者が一対一でおこなう療法のほかに、複数の患者でグループを組んでおこなう集団認知行動療法 (CBGT, G は Group の頭文字) もあります。

私もディケアで CBT を受講しましたが、なにをするかというと、生活のなかで自分自身が不快な気分になつたり、悲観的な考え方を持ってしまつた場面を取りあげて、「ほんとうにそうなのか。むしろ自分の考え方（認知）に特有のクセがあるせいで、必要以上にものごとを悪くとらえていい可能性はないか」を検討するのです。<sup>35</sup>

これはたしかに、うつからの回復においては、有効な局面があります。

うつ状態に入ると精神運動障害が顕著になつて、なにをいわれても無表情・無反応になり、鉛様の麻痺が生じて完全に寝たきりになることもあります。これがいわゆる「うつで意欲が低下した」状態ですが、しかし、そういう患者は脳内でも思考が停止して、まったくなにも考えていないのかというと、必ずしもそうではありません。

これは双極性障害の抑うつ気分にかんする記述ですが、「あるべき意欲がない」というものではなく、「むしろ」普段あるはずのない、筆舌に尽くしがたいうつとうしい気持ちが襲つてくる」「辛い気分が、まるで永遠に続くかのように感じられる状態」<sup>36)</sup>——つまりネガティヴで回復をさまたげる、考えても無益なことばかりを、異様なほどの速度で考えつづけていたりするのです。

私のばあいでいうと、「文章も書けない、会話もできない。こんな自分が大学に勤めつづけられるわけがない」→「では辞めようか。しかし研究者以外の職歴がない自分を、どんな会社も雇うはずがない」→「ツレがうつになりまして。」の人は、漫画家の奥さんがいたから助かつただけだ。自身の自分を助けてくれる人なんていない」→「そんな生き方をしているなんて恥だ。<sup>ざた</sup>死んだほうがましだ」→「でも死にそこなつたらどうする。大学教員の自殺未遂なら、新聞沙汰に

(35) しばしば誤解されますが、これは自己啓発セミナーなどで行われる「ポジティヴ・シンキング」とは違います。あくまで「ほかの見方もできないか」を検討するもので、「だからお前はダメなんだ、なおりたいならこう考えろ」ではありません。大野裕『はじめての認知療法』講談社現代新書、2011年、33～34頁。

(36) 前掲『双極性障害 躊うつ病への対処と治療』25～26頁。

なるかもしれない。もつと周囲の迷惑になる」→「だったら生きつづけるしかないが、できる仕事がない……」といった、出口のない悪循環に落ちていくばかりの時期が、半年近くつづきました。

私を担当してくれた臨床心理士は「思考のぐるぐる」とよんでいましたが、それにストップをかけるうえで、「自分の思考のクセ」を把握し、修正していく認知療法は有益です。しかしその利用にあたっては、次のことに注意を払うことが必須です。

認知療法は、患者自身の「思考のクセ＝認知のゆがみ」に問題を見出し、介入していく治療法です。そのため「要は、おまえがネクラなのが悪いんじゃないか。やっぱり性格の問題じやないか」といった、発病の責任をすべて本人に帰する非難のしかたと、あっさり結合してしまう危険性も高いのです。<sup>37</sup>

そういう弊害を避けるためには、治療者と十分な信頼関係があるとか、病気の悩みを共有してくれる仲間が多いいるといつた、時間をかけて整えなくてはえられない環境が必要です。

うつ状態の人の思考が循環してしまう理由として、病気の症状としてのさまざま妄想——「病気になつたのは自分が許されない罪を犯したせいだ」といつた罪業妄想や、「仕事をやめたら即座に無一文になつて飢え死んでしまう」とする貧困妄想、「他の人がなおつても自分だけは絶対におらない」と思いこむ心気妄想に、患者がとらわれることが知られています。<sup>38</sup>

そこから抜けきらない状態のまままで、あせつて認知療法などを開始したら「ああ、やっぱりそうだ。こういうゆがんだ思考の人間だから、自分は病気になつたんだ」という自責感を、極大化

させかねません。その先に待つてある最悪の帰結は、当然ながら自殺です。

私がCBGTを受けたデイケアでは、認知行動療法は「治療」というよりも「再発防止」の手段として位置づけられており、希望者にたいしても「受講可能な段階まで回復したこと」を確認できるまで、待たせるスタンスでした。

私自身、認知療法を通じてえたものは大きかったと思うだけに、あたかも「だれでも、いつでも、やればかならず効果の出る特効薬」のように誇張されたイメージが広がるのは、うつ病関係者にとつてむしろ不幸なことだと感じています。

\*ツレがうつになりました。

うつ病を発症した夫との療養生活を描いた、2006年刊行の細川紹々氏のマンガ。<sup>38</sup> 11年の映画版もすぐれた作品であり、うつ病の知識の啓発に多大な役割をはたしたが、主人公（ツレ）の人物像がメランコリーや親和型（71頁）へと大きく変更されていた点は、過渡期ゆえの配慮として見なくてはならないかもしれない。<sup>39</sup>

(37) 前掲『うつの医療人類学』209頁。

(38) 前掲『双極性障害 躍うつ病への対処と治療』28～30頁。

(39) 現在は「ひとりでもできる認知療法」のように銘打つて、PDFなどの形で関連資料を掲載するウェブサイトも多数あります。作成者の善意を疑うものではありませんが、本文に記した理由で、弊害のほうが大きいのではないかと懸念せざるをえません。