

連載

No.4

精神疾患を解明せよ!

“新型うつ”騒ぎはどこへ行くのか?

理化学研究所 脳科学総合研究センター 精神疾患動態研究チーム チームリーダー

加藤 忠史 先生

2012年4月29日にNHKスペシャルで「職場を襲う“新型うつ”」という番組が放映されて以来、様々な週刊誌等で“新型うつ”について取り上げられることが続いた。

NHKの記述¹⁾によれば、“新型うつ”とは、「若者に多いとされ、従来型のうつ病と同様、不眠や気分の落ち込みなどの症状を呈する一方、常にうつ症状に陥っているわけではないのが特徴」であり、「職場を離れると気分が回復し、趣味や旅行など好きなことには活動的になり、うつになった原因は自分ではなく、職場など他人にあると考える自己中心的な性格が良く見られ」、「従来の抗うつ薬が効きにくいとされ、対応が難しいのが現状」だという。

精神医学の問題なのに、論文でも学会報告でも診断基準でもなく、メディアの記述を引用して論じるとは何事か、と怒られるかもしれない。しかし、日本うつ病学会による、大うつ病性障害の治療ガイドラインに、「(前略)『現代型(新型)うつ』は、マスコミ用語であり、精神医学的に深く考察されたものではなく、治療のエビデンスもないので、取り上げていない」と明記されているように、これは精神医学用語ではなく、まさにメディア用語であり、メディアがどういう意図で使っているのか、ということこそが、この問題を考える上では鍵になると思っただのである。

この言葉は、香山リカ氏が、著書『私はうつ』と書いたがる人たち²⁾の中で、「(前略)こういったいわゆる困窮層の人たちには、“うつ病セレブ”の章で述べたような「仕事はできないけれど、レジャーならOK」という新型のうつはあまり見られない」(60頁)、と述べたことに由来するようだ。この引用にもある通り、この本で香山氏が提案している言葉は、むしろ「うつ病セレブ」の方で、「新型のうつ」という言葉が出てくるのは、同書でもこの一カ所に過ぎない。それがここまで広がったのは、この言葉の中に、何か世の中の人々の感覚にぴたりとくるようなものがあつたからなのかもしれない。

この、いわゆる“新型うつ”について、精神科医の意見は大きく分かれている。

“新型うつ”とは、非定型うつ病、ディスチミア親和型、逃避型抑うつなど、精神医学の中で確立した、あるいは議論されているような患者群であろう、というのが一つの意見である。こうした観点で言えば、“新型”患者も、うつ病ないし関連の病態であることには変わらない、ということになる。

別の考え方に、本来は精神疾患とは言えない人が、病気休暇として手当をもらいながら休職したいために、“うつ”の診断書を求めて来院している、というものもある。この考え方では、場合によっては、完全に詐病と言うべきケースも含まれている可能性があることになる。そして、たとえ詐病の可能性があつたとしても、うつ病らしき症状を訴えて受診した患者に対して、それはうつ病ではない、と判断してうつ病の診断を拒んだ結果、万一のことがあつたら一体どうなるのか、と考えると、やはり、そのような可能性があつたとしても、うつ病ないしうつ状態として対応せざるを得ない、という現場の事情もあるであろう。

筆者の考えは、これらの中間的なものである。青年期特有の自我の未熟さや経験の乏しさ、そしてパーソナリティーの特徴等によって、職場不適応を起こすことはしばしばある。こうした事例が職場で問題化すると、専門家の診断を受ける必要がある、ということになる。そして、こうした事例が精神科を受診すると、症状はあるので、何かの診断をしなければならぬが、大うつ病性障害でないことははっきりしている、ということで、「うつ状態」等の診断書を発行することになる。うつ状態といっても、抑うつ気分を伴う適応障害などであれば、精神科医としては、抗うつ薬を用いるとしても補助的な治療としての位置づけであり、むしろ、職場の環境調整などのケースワーキングやカウンセリングなどを中心に治療しようとするのが普通であろう。しかし、この診断書を受け取った職場の側は、「大うつ病性障害」と「抑うつ気分を伴う適応障害」の違い、ましてや、診断書に記載される「うつ病」と「うつ状態」の違いに関して、深い理解を持っているとは限らない。「うつ状態」=「うつ病」だと考えて、一定期間の休養、薬物療法等、うつ病としての対応を取ることが重要と考えがちであろう。しかし、実際には、本人の様子は、一般に知られているうつ病のイメージとは異なり、病気休暇中に遊びに行ったりしている。そんな様子を見て、おかしい、詐病ではないか、などと思ってしまう。このようなコミュニケーションギャップこそがこの問題の本質なのではないか、というのが筆者の視点である。

このように、“新型うつ”問題に対して、精神科医の様々な意見が報道されている現状に対して、先日の日本うつ病学会のシンポジウムで、メディアの方から、専門家の意見がばらばらなことは、専門家の信頼性を失わせるものだ、とのご批判を頂いた。

筆者も、週刊文春の取材やNHKラジオ等で、上記のような意見を述べてしまったので、こうした意見の不一致に貢献してしまったことになる。

しかし、大うつ病性障害のような明文化された診断基準があつてさえ、必ずしも診断が一致しないのに、学会で定義された精神医学用語ですらないメディア用語に対して、色々な意見が出て当然ではないだろうか。

原子力の問題では、原発事故以前は、おそらくは電力会社の大量広告出稿の影響もあり、原発賛成派の意見のみが報道され、当時、専門家は十分“信頼”されていた。原発事故以後、こうした体制に変

化が生じ、原発反対派も含め、多様な意見が報道されるようになり、その結果、報道内容は多面的となり、専門家は信頼を失った。

もし、製薬会社が大量の広告出稿をした結果、全てのメディアが製薬会社の意向に沿う報道をしたとしたら、このように専門家の多様な意見がメディアに登場することはないだろう。専門家の様々な意見がメディアに登場するのは、メディアが健全な証拠ではないか、というのは、少々皮肉すぎる見方であろうか。

この“新型うつ”問題をどのようにして解決すれば良いかを考えてみると、結局のところ、研究を進めて、うつ病診療にイノベーションをもたらす以外にない、と改めて思う。

面接を介して、現在症や病歴を判断するだけでなく、血液検査や脳画像検査を併用することによって、診断を誰にでも良く理解できるように可視化することが何より重要であろう。そのためには、当然、うつ病の本質となるような病変を明らかにしなければならない。

これまで、うつ病の原因には、神経細胞の樹状突起の萎縮や樹状突起スパインの減少などが関係するのではないかと言われてきたが、動物実験のレベルにとどまっていた。最近、Yale大学のDumanらのグループは、うつ病患者の背外側前頭前野の遺伝子発現解析でシナプス関連遺伝子が低下していることに加え、電子顕微鏡を用いた形態観察でスパイン減少を見いだした。さらに、死後脳で上昇していたGATA1という転写因子をラットのの前頭前野で過剰発現させると、スパイン減少とうつ様行動を起こすことを見いだした。臨床研究も基礎研究も、単独だと色々な限界があるが、これらを併用することによって、より確からしい結論を導き出した研究だといえるだろう⁴⁾。

“新型うつ”問題が話題になった時、筆者が研修医の頃、正常の診断書を書いてくれと言う患者が来ても簡単に書いてはいけない、と習ったことを思い出した。あなたは精神的には正常です、と診断することは、大変なことである。世の中に存在する全ての精神疾患の可能性を否定するには、何十時間面接したって足りないだろう。だから、「正常」の診断書を発行するのは、「うつ状態」の診断書を発行するよりも、遙かにハードルが高い。

しかし、「あなたは精神的に正常です」とは言えなくても、「検査した結果、あなたの前頭前野のスパイン密度は正常範囲です」というようなことならいえるのではないだろうか。

うつ病の神経細胞病態レベルの病態を明らかにして、それを臨床検査につなげていくという研究こそが、遠回りのように見えても、“新型うつ”問題の唯一の解決策なのではないだろうか。

参考文献

- 1) NHKスペシャルホームページ
<http://www.nhk.or.jp/special/detail012/0429/>
- 2) 日本うつ病学会治療ガイドライン
<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd>
- 3) 香山リカ:「私はうつ」と書いたがる人たち。PHP新書, 2008年
- 4) Kang et al., Nature Medicine 2012 (epub)

