

うつ病(セミナー) The Lancet, May 2, 2026

「僻地で世界最先端」 西伊豆健育会病院早朝カンファ 2026.6 仲田和正

付けたり: 芥川龍之介の自殺、沢田研二・六番目のゆううつ、菊池寛の芥川葬儀弔辞、
芥川 16 歳の恩師への弔辞、片頭痛の閃輝暗点、上田敏・秋の歌、ノルマンディ上陸作戦暗号、
ノルマンディツアー参加、芥川遺書、アップルウォッチ、早稲田漱石山房、アップルウォッチのアラート、
アンモナイト効用、上田敏「春の朝」、

Depression (Seminar)

著者

• Gin S Malhi, Erica Bell, Anne Naylor

Academic Department of Psychiatry, Kolling Institute, Northern Clinical School, University of Sydney

• Anna Stavdal

Specialist Family Medicine, Bolteløkka legesenter, Oslo, Norway

• Prof Chia-Yi Wu

School of Nursing, National Taiwan University College of Medicine, Taipei

• Veena Kumari

Center for Cognitive and Clinical Neuroscience, Brunel University of London, Uxbridge, UK

The Lancet, May 2, 2026 にうつ病 (Depression) の総説 (Seminar) がありました。

著者はオーストラリア、ノルウェー、台湾、英国の精神科医、家庭医、ナース達です。

The Lancet, May 2, 2026 「うつ病 (Depression)」の最重要点は下記 12 です。

- ① 臨床診断は PHQ-2 「興味・喜びの消失 (0-3 点)」「憂鬱 (0-3 点)」、 $>3/6$ でうつ。
- ② 診断: 憂鬱, 興味喜び ↓, 体重増/減, 不眠/過眠, 興奮/抑制, 疲労, 無価値, 集中 ↓, 自殺念慮。
- ③ 男女 1:2。10 代で始まり 4 割 25 歳前に最初のエピソード。2-6 カ月で軽快, 1 年で治癒。
- ④ 発症は素因・脆弱性 (diathesis) にストレスが加わる diathesis-stress model。
- ⑤ 「主要症状は憂鬱と快感消失」だが実際は睡眠障害、疼痛、疲労で来る。主症状を聞け。
- ⑥ 治療は教育 (医師患者関係 ↑、治療遵守 ↑)、生活改善、心理的介入、薬物治療の 4 つ。
- ⑦ 食事、運動、睡眠の 3 つ (互いに影響) を改善。禁酒/禁煙 (うつで ↑)、薬物中止。
- ⑧ 運動は CBT と同等, SSRI より有効。歩行・ジョギングは全員, 筋トレは若年と女, ヨガは男と老人。
- ⑨ うつに地中海食有効。超加工食品 (スナック、加工肉、インスタント麺、菓子) は炎症促進、避けよ
- ⑩ 不眠に CBT と運動有効。精神科的介入は満足度・服薬順守改善。ネット利用でも有用。
- ⑪ SSRI が第 1 選択、1/3-1/2 量で開始、1-2 週で増量。ほとんどの抗うつ薬は同等に有効。
- ⑫ 若人は開始数週は自殺注意。第 1 選択 SSRI > SNRI > TCA。最低 6-9M。1 年投与。

へーと思ったのは外来でのうつ診断には PHQ-2、「興味喜び消失」と「憂鬱」の 2 つの質問で十分だということです。驚いたのは食事 (地中海食)、運動、睡眠の 3 つの重要さです。

1 つがうまくいかないと他の2つに影響を与えると言うのです。また運動はうつに極めて有効であり SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor) 投与以上の効果があります。
なお 20 世紀のうつ治療は三環系抗うつ剤でしたが今は SSRI (SNRI) が第 1 選択です。

1. 臨床診断は PHQ-2「興味・喜びの消失(0-3 点)」「憂鬱(0-3 点)」、 $>3/6$ でうつ。

芥川龍之介は、うつ病により 36 歳で自殺しました。バルビタール系のヴェロナール内服によります。彼が最後に東京帝大英文科の旧友、久米正雄に書いた手紙(或旧友へ送る手記)には次のように書かれています。

「自殺者は大抵レニエの描いたやうに何の為に自殺するかを知らないであらう。それは我々の行為するやうに複雑な動機を含んでゐる。が、少くとも僕の場合は唯ぼんやりした不安である。何か僕の将来に対する唯ぼんやりした不安である。」

[芥川龍之介 或旧友へ送る手記](#)

(青空文庫)

この総説によると臨床(外来)でうつ病を見つけるには、過去 2 週間の 2 症状を尋ねる PHQ(the Patient Health Questionnaire)-2 で十分とのことです。「興味、喜びの喪失」と「憂鬱」をそれぞれ 0-3 点で尋ね合計して 3/6 以上ならうつの可能性が高いと言うのです。

【PHQ (the Patient Health Questionnaire)-2、Two-item screening for depression】

過去 2 週間で次の 2 症状にどの程度悩まされたか？

各症状 0-3 点でカウント(0:皆無、1:数日、2:期間の半分以上、3:ほぼ毎日)

総計 3/6 以上ならうつの可能性高い。

- i) 物事への「興味、喜びの喪失」(Little interest or pleasure in doing things)
- ii) 「憂鬱」(Feeling down, depressed or hopeless)

まとめますとうつ病の外来での臨床診断は PHQ-2「興味・喜びの消失(0-3 点)」「憂鬱(0-3 点)」、 $>3/6$ でうつです。

2. 診断:憂鬱,興味喜び↓,体重増/減,不眠/過眠,興奮/抑制,疲労,無価値,集中↓,自殺念慮。

小生、うつを疑った時、大うつ病の診断クライテリアを思い出すのに沢田研二(ジュリー)の往年の大ヒット曲「6 番目のユ・ウ・ウ・ツ」の歌詞をたどることにしております。

You tube で簡単に見られますので是非観て下さい。

【6 番目のユ・ウ・ウ・ツ】

「毎日僕眠れない(不眠)、やるせない(精神運動性焦燥)。毎日僕生きてない(無価値感)愛せない(興味、喜びの消失)。あなたを抱いても 誰かを抱いても ユ・ウ・ウ・ツだよ(喜び・興味、消失、憂鬱感)。.. もっと血を流してみたい 見知らぬナイフに傷つけばそこは misty zone(死、自殺願望)。」

大うつ病のクライテリア 9 つのうち、上記の歌詞に含まれていないのは「食欲増減」「決断困難」「易疲労性」の 3 つだけです。

とくに「あなたを抱いても 誰かを抱いても ユ・ウ・ウ・ツだよ(喜び・興味、消失、憂鬱感)」こそは 2 つの必須クライテリア「興味や喜びの消失」と「憂鬱」を含みます。

必須クライテリアを忘れたら「あなたを抱いても 誰かを抱いても ユ・ウ・ウ・ツだよ(喜び・興味、消失、憂鬱感)」と聞こえないようにつぶやいてみればよいのです。

そしてこの 2 つに歌詞中の不眠、焦燥、無価値感、自殺願望の 4 つを入れると、DSM-5 の大うつ病クライテリア 9 つの内、6 つ(5 つ以上で確定)を満たし「大うつ病」確定なのです。作詞者は 三浦徳子(よしこ)という方です。「6 番目」が何を意味するのかよくわかりません。三浦徳子氏は松田聖子の「風は秋色」、「夏の扉」、八神純子の「みずいろの雨」、「パープルタウン」などの作詞家で 2023 年に肺炎で亡くなっています。

なお「大うつ病」というとひどく重症なうつ病かと思ってしまうですが、「major depressive disorder」をそのまま日本語に訳したから「大うつ病」になっただけで、ふつうのうつ病のことです。

【米国精神医学会の Major depressive disorder(大うつ病性障害)診断】

大うつ病エピソードの診断基準

●Criterion A

以下の「9 つの症状のうち 5 つ以上」が同じ 2 週間以上の期間中にほぼ毎日現れ、少なくとも 1 つは、(1)抑うつ気分、または(2)興味や喜びの喪失のいずれか。

- 1) 憂鬱(low mood)で、本人の報告または他者の観察で示される
- 2) ほぼすべての活動に対する快感消失(興味や喜びの減退、anhedonia)
- 3) ダイエットをしていないのに著しい体重減少/増加(1 か月で体重が 5%以上変化)、または食欲の増減
- 4) 不眠症または過眠症。
- 5) 精神運動性の興奮または抑制(単なる落ち着きのなさや動作の鈍さといった主観的な感覚ではなく、他者からも観察できる)。
- 6) 疲労感や倦怠感。
- 7) 無価値感や過剰罪悪感。
- 8) 思考力や集中力の低下、優柔不断。
- 9) 死についての反復的思考(単なる死への恐怖ではなく)、自殺念慮、自殺未遂、自殺実行の具体的な計画。

●Criterion B

症状は社会的、職業的に重大な支障を起こす

●Criterion C

症状は他の疾患、薬物に帰することができない。

●CriterionD

他の精神疾患(統合失調感情障害、統合失調症、妄想性障害)等で説明できない。

●CriterionE

躁病、軽躁病エピソードは経験したことがない。

家内の友人が沢田研二(1948 生まれ)の大ファンで毎年コンサートに参加しているのですが、「皆、いいか！80 歳までコンサートやるぞー」「オーッ！」と皆で歓声を上げるのだそうです。

まとめますと大うつ病の診断は下記 9 症状のうち5つ以上です。:憂鬱、興味喜び↓、体重増/減、不眠/過眠、興奮/抑制、疲労、無価値、集中↓、自殺念慮。

3. 男女 1:2。10 代で始まり4割 25 歳前に最初のエピソード。2-6 カ月で軽快,1 年で治癒。

菊池寛は東京帝大英文科の芥川龍之介の同級生でしたが、芥川の葬儀に弔辞として次のように述べています。

「芥川龍之介君よ。君が自ら擇(えら)み自ら決したる死について我等何をか云はんや。たゞ我等は君が死面に平和なる微光の漂へるを見て甚だ安心したり。友よ安らかに眠れ。」

うつ病は男性より女性に多く 1:2 でありこの性差は思春期から成人まで比較的一定です。典型的には 10 代で始まり 40%で 25 歳前に最初のエピソードがあります。再発性であり 4 分の 1 は 5 年以内に次のエピソードが起こります。

へーと思ったのは成人 15 人に 1 人は何時でも経験し、5 人に 1 人は生涯に経験するというのです。5 人に 1 人なんてそんなに多いのかと驚きました。

うつ病の経過は、ほとんどのうつエピソードは 2-6 カ月で軽快し 1 年以内に完全に治まります。しかし 1/3から 1/2は 1 年以上続き多くは複数のエピソードを繰り返します。

まとめますとうつは男女 1:2 で一定。10 代で始まり4割 25 歳前に最初のエピソード。2-6 カ月で軽快,1 年で治癒します。1/3-1/2は 1 年以上続きます。

4. 発症は素因・脆弱性(diathesis)にストレスが加わる diathesis-stress model。

芥川龍之介と言えば中伊豆の伊豆近代文学博物館に龍之介が東京府立第三中学校(現両国高等学校)4年、16 歳だった明治 41 年(1908)11 月 2 日、亡くなった教師に総代として読み上げた弔辞が展示されていました。

「人は云ふ計あり、石渡先生長逝(ちょうせい)し給ひぬと。果たして然る乎。校庭の梧桐、校門の松樹、桐葉は寒々として舊(旧)の如く、蒼松は亭々(そびえ立つ)として形を改めず。

然も我が石渡先生は獨り長へに逝き給える乎。默思すれば先生の舊顔、莞爾(かんじ、ニコニコ)として猶目前にあり。静想すれば先生の温言、惇々(誠実で温かいさま)として猶耳邊に存す。焉(いづくん)ぞ先生の訃音を信ずるを得む哉。……」
小生、逆立ちしたってこんな語彙は出てきません。

「現在のうつ病の理解は diathesis-stress model (素因・ストレスモデルまたは脆弱性・ストレスモデル)」
と言い、うつ病が個人の素因 (diathesis つまり個人の脆弱性、individual vulnerability) と
ストレス要因 (環境的ストレス) の組み合わせによって発症するという理論です。
diathesis (ディアセシス) とは、特定の病気や状態を発症しやすい「素因・体質的傾向」を指します。
具体的には、遺伝的素因、幼少期の逆境体験、認知的脆弱性などの個人的な脆弱性因子が、
人生のストレスの多い出来事 (喪失、経済的困難、対人関係の問題など) と相互作用することで、
うつ病のリスクが高まります。

芥川龍之介は生後 7 カ月で母親フクが精神異常をきたしたため母の実家の芥川家に預けられ叔母フキ
に養育されました。うつ病はともかく精神病の特に「統合失調と双極性障害の遺伝性は強く」、
一卵性双生児でこれら疾患の発現率 (concordance) は 50%、兄弟、両親では一般人口に
比して罹患率 10－15 倍です。この詳細は下記の NEJM の精神病 (総説) を御覧ください。

[conference-30_14.pdf](#)

NEJM, July 19, 2018, 精神病 (Review Article)、西伊豆早朝カンファ

また龍之介は片頭痛がありその前兆の閃輝暗点 (scintillating scotoma)を小説「歯車」に描いています。こんな感じです。

「……僕はそこを歩いてゐるうちにふと松林を思い出した。
のみならず 僕の視野のうちに妙なものを見つけ出した。
妙なものを? ——と云ふのは 絶えずまはってゐる半透明の歯車だった。
僕はかう云ふ経験を前にも何度か持ち合わせてゐた。

歯車は次第に数を殖(ふ)やし、半ば僕の視野を塞いでしまふが、
それも長いことではない。暫らくの後には消え失(う)せる代わりに
今度は頭痛を感じはじめる、——それはいつも同じことだった。 ——二十歳前にも
見えないことはなかった。僕はまたはじまったなと思ひ、左の目の視力をためす為に
片手に右の目を塞いで見た。
左の目は果たして何ともなかった。しかし右の瞼(まぶた)の裏には
歯車が幾つもまはってゐた。」

片頭痛の閃輝暗点(scintillating scotoma)は次のように見えます。

家内は若い頃、片頭痛がありましたが、全くこのビデオの通りだとのことでした。

小生も頭痛はありませんがたまに朝、この透明歯車が動くのが見えることがあります。

<https://www.youtube.com/watch?v=AVYjbthGk2s>

片頭痛の閃輝暗点 scintillating scotoma, Mayo Clinic、ユーチューブ 58 秒)

まとめますと、うつ病の発症は素因・脆弱性(diathesis)にストレスが加わる diathesis-stress model が主流です。

5. 「主要症状は憂鬱と快感消失」だが実際は睡眠障害、疼痛、疲労で来る。主症状を聞け。

龍之介は第一高等学校から東京帝国大学英文科へ進学しました。英文科の定員は当時 1 学年数人で大変な難関だったようです。東京帝大英文科と言えば「海潮音」の作者、上田敏は講師小泉八雲（ラファエル・ハーン）から「英語を以て自己を表現する事のできる 一万人中唯一人の日本人学生である」と絶賛されました。

フランス語詩、ベルレーヌの「秋の歌(落ち葉)」は次のような原詩です。

<Chanson d'automne(秋の歌) シャンソン トートム >

Les sanglots(嗚咽) longs(長い)	レサングロロン
Des violons (バイオリンの)	デ ヴィオロン
De l'automne(秋の)	トゥ ロートム
Blessent(傷つける) mon coeur(私の心)	ブレス モン ケール
Monotone(一本調子)	モノトヌ

原詩はロ、ロン、ロン、オム、オン、オンと韻を踏んでいますが、これを上田敏は 次のように訳しました。

「秋の日の ヴィオロンの ためいきの 身にしみて ひたぶるに うら悲し」
小生、フランス語より日本語の方がよっぽど美しいと思います。

これが堀口大輔だと次のような訳になります。上田敏の方が美しいと思います。

「秋風のヴィオロンの 節(ふし)ながき啜泣(すすりなき)
もの憂き哀しみに 我が魂を 痛ましむ」

うつの「主要症状は憂鬱(low mood)と快感消失(anhedonia: 普段なら喜びを感じられる活動に喜びを感じない)」です。

しかし実際には患者がうつ気分 (low mood) や悲嘆 (sadness) で来ることはあまりなく全般的苦痛 (general distress)、睡眠障害、疼痛、疲労で来ることが多いとのことです。
従って「常にうつの可能性を考え主要症状(憂鬱、快感消失)を尋ねることが重要」です。

はっきり診断に至らぬ時は短期間患者を評価観察し、これを「watchful waiting (経過観察)」と言います。

まとめますとうつの主要症状は憂鬱と快感消失ですが実際は睡眠障害、疼痛、疲労で来ます。主症状(憂鬱、快感消失)を聞きます。

6. 治療は教育(医師患者関係↑、治療遵守↑)、生活改善、心理的介入、薬物治療の4つ。

ベルレーヌの秋の歌(Chanson d'automne)は連合軍のノルマンディ上陸作戦の際、フランス国内の対独レジスタンスへの作戦開始の暗号としても使われました。

まず上の句 Les sanglots longs des violons de l'automne (レ サングロロン デ ヴィオロン トゥ ロトム) がラジオで放送され、近日中に作戦が行われることを伝え、数日後に下の句 Blessent mon coeur monotone (プレス モン ケール モトン) が放送され作戦が開始され連合軍がフランスに向けてイギリスを出港したことを告げたのです。

下の句の放送と同時に一斉にフランス国内のレジスタンスは鉄道爆破等の行動を開始したのです。

小生以前、家内とパリからノルマンジー戦跡ツアーに参加しました。辺鄙なところで交通の便が悪く個人旅行は大変なのでツアーを利用しました。パリから460 kmもあり東京から京都日帰り旅行する位の距離です。11月まだ真っ暗なエッフェル塔前のシャイヨー宮に7AM集合でした。ここはヒトラーがエッフェル塔を前に記念撮影したところです。

こんなマニアックなツアーに参加するのは自分達くらいだろうと思っていたのですが、なんと23人もいてほぼ全員が米国人でした。途中の休憩で立ち寄ったスーパーで家内はブルターニュ地方のケランドの塩(Sel de Guérande)を見つけて2 kgも買い込んでいました。ミネラルが豊富なのです。今も大事に使っています。

ガイトがバス内で第1次大戦からノルマンジー上陸に至る当時の状況を1時間程かけて詳細に説明してくれました。ガイトが参加者に「この上陸に参加した身内、親戚はいるか」皆に聞きましたが1944年6月6日の話で、18歳で参加したとしても2026年には100歳ですから、さすがに誰もいませんでした。

ユタビーチ、オマハビーチと絶壁の上に砲台があったPoint du Hoc(ポワント・ホック)、博物館を訪れました。映画プライベートライアンではオマハビーチ上陸の凄まじい戦闘が始まります。現在はただ眼前に幅の広いビーチが広がるだけでとてもそんな凄惨な戦闘があったとは信じられません。

海岸にはモニュメントが設置されていました。Point du Hoc では砲撃による地面の穴がそのまま残っていました。近くには米兵の墓地もあります。
博物館ではドイツ軍の救急箱があり熱傷用の軟膏や包帯が展示されていました。

パリへの帰路、警察のテロ警戒の検問にひっかかり警察官がバスに乗り込んできましたが、ガイトが「ほぼ全員が米国人でノルマンジーツアーの帰りだ」と言ったところそのまま放免となりました。隣に止まっていたバスは全員が荷物の取り調べを受けていました。

うつのほとんどは 4 つの手法、即ち教育 (psychoeducation)、生活スタイル改善 (lifestyle modifications)、心理学的介入 (psychological interventions)、薬物治療 (pharmacotherapy) により改善します。5 番目に電気痙攣治療 electroconvulsive therapy のような理学療法が重症では使われます。Psychoeducation はすぐに開始します。

psychoeducation とは知識、指導、治療の知識提供です。そのエビデンスは少ないですが慢性疾患では有益と思われます。また医師患者関係も良好となり治療遵守も改善します。
機会がある場合はつねに教育を行うべきです。

まとめますと、うつの治療は教育 (医師患者関係 ↑、治療遵守 ↑)、生活改善、心理的介入、薬物治療の 4 つです。

7. 食事、運動、睡眠の3つ (互いに影響) を改善。禁酒/禁煙 (うつで ↑)、薬物中止。

芥川龍之介は 36 歳でヴェロナール (バービチュレート) 内服で自殺しました。
自殺念慮でなく自殺企図し実際に自殺しているのです。
なぜ薬物自殺だったのかは前述の久米正雄への手紙に書かれています。

「僕の第一に考へたことはどうすれば苦まずに死ぬかと云ふことだつた。縊死 (いし) は勿論この目的に最も合する手段である。が、僕は僕自身の縊死してゐる姿を想像し、贅沢にも美的嫌悪を感じた。(僕は或女人を愛した時も彼女の文字の下手だつた為に急に愛を失つたのを覚えてゐる。) 溺死も亦水泳の出来る僕には到底目的を達する筈はない。
のみならず万一成就するとしても縊死よりも苦痛は多いわけである。

轢死も僕には何よりも先に美的嫌悪を与へずにはゐなかつた。ピストルやナイフを用ふる死は僕の手の震へる為に失敗する可能性を持つてゐる。ビルディングの上から飛び下りるのもやはり見苦しいのに相違ない。僕はこれ等の事情により、薬品を用ひて死ぬことにした。
薬品を用ひて死ぬことは縊死することよりも苦しいであらう。しかし縊死することよりも美的嫌悪を与へない外に蘇生する危険のない利益を持つてゐる。

「うつ治療では治療開始の最初、数週間は自殺リスクが高い」のです。一般に抗うつ薬で自殺願望は軽減しますが特に若人では抗うつ薬治療開始時、自殺願望が高まることがあります。

うつの診断を受けて治療開始することは患者にはストレスが多く、時に自殺リスクが増加します。従って最初に診断と治療をよく説明し予後、副作用について検討します。

生活上のストレスはうつを悪化させるので本人の義務やサポート体勢について把握しておきます。
薬物乱用 (substance use) や不安障害 (anxiety disorder) はよくあり治療が複雑化します。

食事、運動、睡眠などのライフスタイル改善(lifestyle modification)と、リスクな嗜癖の停止、即ち禁煙、禁酒、薬物中止は有効です。これらリスクな嗜癖、特に喫煙と飲酒はうつではよく見られるのです。
バランスの取れた食事、定期的運動、十分な睡眠はうつの予防、遅延に役立ちます。
食事、運動、睡眠はお互い絡み合っており一つが変化すると他の二つに影響します。

まとめますとうつでは食事、運動、睡眠の3つ(互いに影響)を改善し、禁酒/禁煙(うつで↑)、薬物中止します。

8. 運動は CBT と同等,SSRI より有効。歩行・ジョギングは全員,筋トレは若年と女,ヨガは男と老人。

我が家ではアップルウォッチを夫婦で着けております。毎日の歩数、歩行距離、脈拍、SO2 を知ることができます。また右手の指で左手首の時計のクラウンに触れると心電図第 I 誘導を取ることができます。

これを着けるようになってからほとんどエレベーターを使用しなくなりました。
また週 3 回 5 km 歩いております。散歩道の距離も正確に判るようになりました。
6 分で 570m 歩くこともわかりました。つまり 60 分で 5.7 km です。
運動の励行に DHT(Digital Health Technology)は間違いなく有効であると確信しております。

小生、今回このうつ病の総説を読んで大変驚いたのは「食事、運動、睡眠」の3つをよく整えることの重要さでした。この 3 つはお互い絡み合っており、どれか一つをおろそかにすると他の2つに影響します。運動は何と SSRI 内服より有効であり、CBT(cognitive behavioral therapy、認知行動療法)と同程度に有効なのです。

国際的ガイドラインでは重症なうつでなければ運動を推奨しています。運動は睡眠の質と認知能を改善します。運動はメタ解析で目に見える利益(tangible benefit)があり、中等度に大きな効果量(effect size)があります。

有酸素運動、ウォーキング、ジョギング、筋トレ(strength exercise)、ヨガは CBT(cognitive behavioural therapy)と同等の効果があり、そのエビデンスは高くなんと SSRI(selective serotonin reuptake inhibitors)よりも有効とされます。

以前、インド旅行をした時、インド人ガイドに聞いたのは、その友人が東京でヨガを教えているとのことでしたが、ガイドによると「あいつはヨガなんて何も知らないはずだ」とのことでした。

歩行、ジョギング、有酸素運動は年齢、性を問いませんが、筋トレ(strength exercise)は特に若年者と女性のうちに有効です。ヨガは男性と老人に有効です。

運動を日数と頻度で定期的に組み立てます。精神的介入や SSRI などと組み合わせることは有用でありその利益は老年者でも有効です。

まとめますと運動は CBT と同等効果、SSRI より有効です。歩行・ジョギングは全員に、筋トレは若年と女性に、ヨガは男と老人に推奨です。

9. うつに地中海食有効。超加工食品(スナック、加工肉、インスタント麺、菓子)は炎症促進、避けよ

新宿区早稲田に夏目漱石が晩年、1907 年(明治 40)～1916 年(大正 5)に過ごした漱石山房があり現在、漱石山房記念館になっています。ここで「三四郎」「それから」「門」「こころ」「道草」「明暗」などが執筆されました。早稲田の地下鉄駅から細い路地を登っていったところにあり、ここで木曜会と称して芥川龍之介、久米正雄、菊地寛、中勘助、寺田寅彦、高浜虚子、内田百閒、岩波茂雄、和辻哲郎など錚々たるメンバーが集まり文学サロンを築いたのです。サロンを行った居間も再現されており、行くとここに巨人達が集まったのだなあと感じます。

うつ病で食事は地中海食(Mediterranean diet)が有意に有効でありうつリスクを減じます。これは健康的食材が多く炎症を抑えることもあるかもしれません。

地中海食の要点は以下の 3 点です。

【地中海式食事の要点 3 つ】

- i) 摂るべきは、果物、野菜、低脂肪乳製品、玄米、全粒粉(白いパンでなく 茶色のパン)、鶏肉、魚、ナッツ、豆、植物油(オリーブ油)。
- ii) 減らすべきは、赤い肉(豚、牛)、バター、ラード、菓子、砂糖入り飲料！
最悪は加工肉(ソーセージ、ハム、ベーコン、ハンバーグ)で大腸癌も増加。
- iii) 赤ワインを 1-2 杯(白ワインではない)。アルコールは女性 ≤ 1 standard drink
(アルコール 14g、ビール 350ml)、男性 ≤ 2 standard drink(ビール 700ml)。

逆に超加工食品(ultra-processed foods：家庭では作れないレベルの加工や人工的添加物の多い食品：スナック菓子、インスタント麺、清涼飲料水、加工肉、冷凍ピザ、菓子パンなど)や精製糖などは「炎症促進性」食品(proinflammatory diet)でありその摂取はうつリスクを増加します。
まとめますと、うつに地中海食が有効です。超加工食品(スナック、加工肉、インスタント麺、菓子)は炎症促進性食品であり、避けます。

10. 不眠に CBT と運動有効。精神科的介入は満足度・服薬順守改善。ネット利用でも有用。
CBT(認知行動療法)はネット利用でも十分な効果が認められています。以前、家内が
伊豆半島のジオサイトツアーで案内中、丸木橋の上で滑り背中から転倒し第 8 胸椎の骨折を
起こしました。途端にアップルウォッチが作動し「SOS を呼びますか？」と表示されました。
激痛でしたが「いいえ」を押しました。

アップルウォッチは転倒や強直間代性てんかんを起こした場合、極めて有用です。
転倒して 1 分間無反応の場合、30 秒のカウントダウンが始まり着用者の手首を叩き続け警告音が
次第に大きくなり周囲に知らせます。カウントダウン終了とともに、着用者の位置情報とともに
緊急連絡先に通報します。家内の場合は小生を含む 3 か所に自動通報されます。

iPhone14 以降は電波が届かない場所でもなんと衛星経由の緊急 SOS システムで通知できる
ようです。皆様もご両親に是非アップルウォッチをプレゼントされてはいかがでしょう？
ただし今まで家内がジュースの入った箱を床にドスンと置いたり、ドスンと座ったときに誤作動
したことがありました。

うつ患者は不眠を訴えることが多く入眠障害、早朝覚醒があります。認知行動療法
(cognitive behavioral therapy、CBT)が最も有効です。精神科的介入(psychotherapy)
は医師患者との関係を改善し患者満足度と治療服薬順守(adherence)を高めます。

他の治療との併用が望ましいのです。

CBT とは「物事の受け止め方(考え方)と行動の癖を変えて気持ちを楽にする治療」です。
例えば同僚が挨拶を返さなかった場合「嫌われたのかも」と思うと落ち込みますが「
気付かなかっただけかも」と思えば楽になります。

上司に怒られたときも「自分を育てようとしている」と良いように考えます。

自分の「受け止め方とそれによる行動パターン」を見直して悪循環を断ち切るのが CBT です。

精神科的介入には以下の方法があり認知行動療法(CBT, cognitive behavioral therapy)が
最もよく研究され使われていますがどの方法でも、うつに有効です。効果にはっきりした差が
でない理由はどの方法も同じ要素を共通に持つからです。これらの精神科的介入は薬剤と
併用すれば効果は高いようです。重症のうつでは1対1がより有用ですが利用が難しく高価です。
そこでグループ治療やインターネットを介した治療もポピュラーであり有効です。

【精神科的介入各種】

- ・認知行動療法(cognitive behavioral therapy): 認知と行動の修正
- ・対人関係療法(Interpersonal therapy): 対人関係の改善
- ・行動活性化療法(behavioral activation): 活動量の増加で気分改善
- ・問題解決療法(Problem-Solving Therapy): 解決スキルの習得
- ・マインドフルネスに基づく治療(Mindfulness-based therapies): 注意訓練、脱中心化
- ・精神力動的療法(Psychodynamic Psychotherapy): 無意識・対人パターンの理解
- ・心理療法(psychological therapy): 1 対1またはグループ治療で行う。

うつ病のデジタル使用の CBT には synchronous (同期型) と asynchronous (非同期型) があります。 ネット利用する時、ファシリテーターがリアルタイムでサポートするのが synchronous、時間差で行うのが asynchronous です。

iCBT は軽症うつに第 1 選択として推奨され、重症でも補助療法として推奨です。

うつの重症度に関わらず iCBT はその拡張性 (scalability) の高さ、少ない資源で可能なことからガイダンスやサポートがなくても有用であり、また患者満足度も高くアウトカムも良いのです。

高照度光療法 (bright light therapy) は、suprachiasmatic nucleus (視交叉上核：

視床で視交叉のすぐ上にある) を介して作用します。哺乳類の概日リズムをコントロールします。

これはうつ病患者に対して毎日高照度の光に曝露する治療法で、通常は蛍光灯ボックスまたはライトグラスを使用して実施されます。一般的には 10,000 ルクスの光を 30～60 分間、毎日照射し 哺乳類の概日リズムをコントロールします。

Bright light therapy は、光感受性網膜神経節細胞を刺激することで、脳内の概日リズムペースメーカーリズムを活性化すると考えられています。とくに主観的に睡眠の質が不良の場合に有効です。

特に季節性のうつで、抗うつ剤と併用で効果は強化されます。

この治療法は以下の複数の生理学的効果を持ちます。

- ・ 生物時計 (概日リズム系) の再同期
- ・ 覚醒度の向上
- ・ 睡眠圧の増加 (恒常性システム)
- ・ セロトニンおよび他のモノアミン経路への作用
- ・ メラトニン産生の抑制と概日リズムのタイミング調整

なお今のところ「睡眠の改善に強いエビデンスがあるのは CBT と運動の 2 つだけ」です。

まとめますと不眠に CBT と運動が有効です。精神科的介入は満足度・服薬順守改善します。ネット利用も有用です。

11. SSRI が第 1 選択、1/3-1/2 量で開始、1-2 週で増量。ほとんどの抗うつ薬は同等に有効。

小生、手元にアンモナイトの化石を置いております。

アンモナイトが生きていたのは、約 4 億 2,500 万年前 (古生代シルル紀末) から約 6,550 万年前 (中生代白亜紀末) までです。およそ 3 億 5 千万年もの長い期間、地球の海で繁栄していました。色々悩むことがある時、この一個体を手に取ると、つくづく悩みが余りに些少で馬鹿らしくなります。精神的にとっても良いのです。ちなみに今、悩みはないです。

抗うつ薬には 30 種類以上あります。20 世紀には三環系抗うつ薬が主流でしたが現在は SSRI が最も広く処方される抗うつ薬です。

一過性副作用として頭痛、嘔気、胃腸症状があります。

「ほとんどの抗うつ薬は同等に有効である」ののですがなぜなのかよくわかりません。

抗うつ薬の作用機序が、細胞内レベルでも機能レベルでも“最終的には同じ経路に収束していく (converging downstream)” ことの結果かもしれないということです。

プライマリケアでは抗うつ薬の効果は軽度から中等度にすぎず忍容性は中等度から高度ですが

患者の受容性(acceptability)は低いのです。SSRI が最もよく処方され第 1 選択であり
忍容性(tolerability)が高くとくに老人でも安全です。

うつ治療は3つの phase があります。即ち Acute、continuation、maintenance です。

治療は推奨量の 1/3 から1/2 量で開始し 1-2 週で増量します。

効果が出始めるに典型的には数週を要します。

反応不良の患者では他の薬剤に変更したり追加します。

35-67%の患者は最終的には改善します。

まとめますと薬剤は SSRI が第 1 選択、1/3-1/2 量で開始、1-2 週で増量。ほとんどの抗うつ薬
は同等に有効です。

12. 若人は開始数週は自殺注意。第 1 選択 SSRI>SNRI>TCP。最低 6-9M。1 年投与。

東京帝大英文科卒の上田敏(1874-1916)の著作「海潮音」に Robert Browning の
「春の朝(あした)」の名訳があります。この日本語訳の美しさにはしびれます。
これも英語より日本語の方が美しいと思います。

春の朝(あした) Browning, 上田敏(海潮音 明治 38 年 10 月)

時は春、
日は朝(あした)、
朝(あした)は七時、
片岡(かたをか)に露みちて、
揚雲雀(あげひばり)なのりいで、
蝸牛(かたつむり)枝に這(は)ひ、
神、そらに知ろしめす。
すべて世は事も無し。

Pippa's Song Robert Browning (Pippa passes, 1841)

The year's at the spring
And day's at the morn;
Morning's at seven;
The hill-side's dew-pearled;
The lark's on the wing;
The snail's on the thorn;
God's in his heaven —
All's right with the world!

なおうつ治療では治療開始、最初の数週間は自殺リスクが高いのです。
一般に抗うつ薬で自殺願望は軽減しますが特に若人では抗うつ薬治療開始時、
自殺願望が高まることがあります。

以下に抗うつ薬の薬用量を掲げます。

SMD とは standard mean difference (標準化平均差) で効果量です。

SMD0.27 とはおなじみの偏差値で言うと 52.7 点というところです。

なお偏差値は正規分布が前提であり、医学データは正規分布とは限りませんから
効果量は厳密には標準偏差値と同じではありません。

【抗うつ薬用量】

【SSRI】

・Sertraline (セリエゾロフト)

用量 50－200 mg (国内 25, 50, 100mg/錠、25－100 mg) SMD0.27(0.21－0.34)

・Paroxetine (パキシル)

用量 20－50 mg (国内 5, 10, 20mg/錠、20－40 mg) SMD0.32 (0.28－0.37)

・Fluvoxamine (デプロメール、ルボックス)

用量 100－300 mg (国内 25, 50, 75mg/錠、50－150 mg) SMD0.32(0.22－0.43)

・Escitalopram (レキサプロ)

用量 10－20mg (国内 10, 20mg/錠、10－20 mg), SMD0.29(0.19－0.28)

【SNRI】

・Venlafaxine (イフェクサー SR)

用量 75－225 mg (国内 37.5, 75mg/錠、37.5－75 mg) SMD0.33(0.28－0.39)

・Duloxetine (サインバルタ)

用量 60－120 mg (国内 20, 30mg/錠、20－60 mg) SMD0.37(0.31－0.44)

・Milnacipran (トレミン)

用量 (国内 25－100 mg を分 2, 3) SMD0.30 (0.16－0.44)

【TCA】

・Amitriptyline (トリプタノール)

用量 75－300 mg (国内 10, 25mg/錠、30－75mg/日で開始 150 mg、稀に 300 mg/日まで)
SMD0.48 (95%CI 0.41－0.55)

・Clomipramine (アナフラニール)

用量 150－300 mg (国内 10, 25mg/錠、50－100 mg/日を 1－3 回分服、最大 225 mg/日)
SMD0.33(0.21－0.45)

・Imipramine (トフラニール)

用量 75－300 mg (国内 10, 25mg/錠、25－75 mg/日で開始 200－300 mg/日まで)

・Nortriptyline (ノリレン)

用量 75－150 mg (国内 10, 25mg/錠、1回 10－25 mg、2－3 回/日分服、最大 150 mg/日)

・Trimipramine (スルモンチール)

用量 75－300 mg (国内 10, 25mg/錠、1 日 50－100 mg、分服、200 mg/日まで)

初期投与した薬剤はおそらく維持期 (maintenance phase) でも続けることになるのでその忍容性と効果の観察は長期にわたり重要です。
再発予防のため薬剤の持続、維持期間は最低 6－9 カ月、理想的には 1 年です。
完全回復したら徐々にゆっくりと減量していきます。

抗うつ薬中止は十分な観察が必要で 1/3 の患者は抗うつ薬中断症候群 (antidepressant discontinuation syndrome) と言い、めまい、悪心、不眠、不安、感覚異常などがあり FINISH syndrome (Flu-like symptoms, Insomnia, Nausea, Imbalance, Sensory disturbances, Hyperarousal) とも言います。以前は離脱 (withdrawal) と言われましたが現在は中断 (discontinuation) といいます。これは抗うつ薬には依存性はなく opioid やアルコールなどの物質離脱とは異なるからです (Open Evidence)。

思春期や老人のうつ病、周産期うつ病 (peripartum depression)、疾患合併のうつ病の治療ではアウトカムは不良です。

それでは皆様 The Lancet, May 2, 2026「うつ病 (Depression)」の最重要点 12 の怒涛の反復です。

- ① 臨床診断は PHQ-2「興味・喜びの消失 (0－3 点)」「憂鬱 (0－3 点)」、 $>3/6$ でうつ。
- ② 診断: 憂鬱, 興味喜び↓, 体重増/減, 不眠/過眠, 興奮/抑制, 疲労, 無価値, 集中↓, 自殺念慮。
- ③ 男女 1:2。10 代で始まり 4 割 25 歳前に最初のエピソード。2－6 カ月で軽快, 1 年で治癒。
- ④ 発症は素因・脆弱性 (diathesis) にストレスが加わる diathesis-stress model。
- ⑤ 「主要症状は憂鬱と快感消失」だが実際は睡眠障害、疼痛、疲労で来る。主症状を聞け。
- ⑥ 治療は教育 (医師患者関係↑、治療遵守↑)、生活改善、心理的介入、薬物治療の 4 つ。
- ⑦ 食事、運動、睡眠の 3 つ (互いに影響) を改善。禁酒/禁煙 (うつで↑)、薬物中止。
- ⑧ 運動は CBT と同等, SSRI より有効。歩行・ジョギングは全員, 筋トレは若年と女, ヨガは男と老人。
- ⑨ うつに地中海食有効。超加工食品 (スナック、加工肉、インスタント麺、菓子) は炎症促進、避けよ
- ⑩ 不眠に CBT と運動有効。精神科的介入は満足度・服薬順守改善。ネット利用でも有用。
- ⑪ SSRI が第 1 選択、1/3-1/2 量で開始、1-2 週で増量。ほとんどの抗うつ薬は同等に有効。
- ⑫ 若人は開始数週は自殺注意。第 1 選択 SSRI > SNRI > TCA。最低 6－9M。1 年投与。