

①

第243回広島市臨床産婦人科医会研修会
(広島医師会館 3階 健康教育室, 2011.1.20.)

婦人科医が知っておきたい

中高年女性の『心療』

—コミュニケーションのコツと向精神薬処方の適正化—

広島大学病院 総合内科・総合診療科 准教授
佐伯 俊成

✉ psy1@hiroshima-u.ac.jp

婦人科領域における『心療』の重要性

- 全人的医療
 - 身体－心理－社会的アプローチ
- 精神の健康なくして真の健康なし
 - No health without mental health (WHO, 2005)
- 『心療』＝メンタルケア
 - コミュニケーション
 - 薬物療法

婦人科医が知っておきたい中高年女性の『心療』

- コミュニケーションのコツ
 - 男女差:「システム化」と「共感」
 - 上手な聴き方の五原則
- 向精神薬処方 of 適正化
 - 抗不安薬, 抗うつ薬の正しい知識
 - なぜうつ病患者は増えたのか?:「SSRI現象」
 - 何はなくともまず睡眠!

性差を考える際に

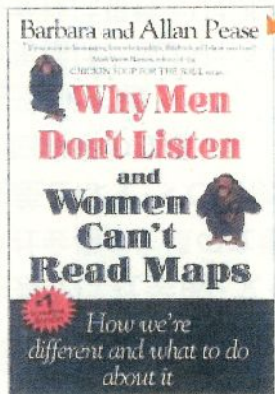
- 性差とは社会的・文化的に生み出される?
 - 社会構成主義の立場
- 性差とはすべて生物学的要因から生じる?
 - 脳科学の立場
- 性差別主義
 - 男性は女性よりもすぐれている?
 - 女性は男性よりもすぐれている?

男性と女性ではその特徴が異なっているだけであり、総合的な知能でどちらかが勝っているということではない

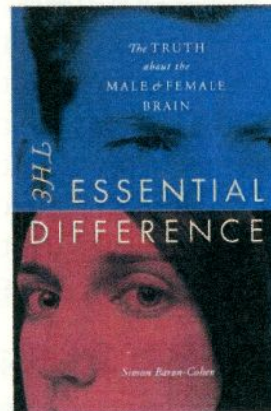
平均的な女性と男性の違い

- 男性は女性よりも平均して・・・
 - 背が高い
 - 体重が重い
 - 筋力がある
 - 足が速い
 - 体毛が濃い
 - 頭部が大きい
 - 前腕が長い
- 男性と女性の脳(=心)の働きには平均的に違いがあるのか?

男は話を聞かない? 女は地図が読めない? (2000)



性差に関する最新のコンセプト(2003)



女性と男性の脳の働きに違いはあるのか

□女性 は 言語能力にすぐれ、男性は空間把握能力にすぐれている



□女性型の脳

■共感(empathizing)にすぐれた脳

□男性型の脳

■システム化(systemizing)にすぐれた脳

コミュニケーションの性差 I

■女性: 対話的談話(double-voiced discourse)

□協力的, 互惠的, 協調的な話し方

■「できたら・・・してもらえると助かります」

■「まあ、それはステキな・・・です」

■「つまりあなたは・・・だと言いたいんですね」

共感

■男性: 独語的談話(single-voiced discourse)

□断定的, 命令的, 威圧的な話し方

■「残念だが君は間違っているね」

■「そんなことをするんじゃない」

■「くだらないね」「それじゃ意味がないだろう」

序列化

コミュニケーションの性差Ⅱ

■ 女性

- 言葉を発する時間が長い
 - 相手の理解を得て相手との関係を深めるため
 - こちらが話を聴いていることを相手に知らせるため
- 親密さを増し相手を思いやる関係を築き、確かめ合う言葉を頻用する (特に同じ女性に対して)
- 相手の髪型やアクセサリー、衣服などに触れて相手を褒める
- お互いの気持ちや人間関係に関する話題が多い

共感
仲間づくり

■ 男性

- 言葉を発する時間が短い
- 自分の知識、技能、地位を誇示する言葉を頻用する
- 相手の言葉を遮って自分の意見を主張する
 - 相手の意見にはあまり耳を貸さない
 - 相手を大切に思っていることなどなかなか口にしな
- スポーツの試合結果や車の性能、道路の状況など具体的な事物を話題にすることが多い(人間関係に言及することは少ない)

序列志向
システム志向

共感(Empathy)とは

- 意識することなく、自然に他人の気持ちや感じ方に自分を同調させること
 - 人と人の間に流れる情緒的な空気を読み取る
 - 意識的な努力なしに、自分を他人に置き換えて考える
 - 人の気持ちを傷つけないよう細やかな気配りをしながら言葉を交わし、相手をいたわる
- 面と向かって話をしているなら、絶えず相手の声の調子や表情、特に眼差しに注意を払い、相手がどう感じているか、何を考えているかをそこから読み取ろうとすること

コミュニケーションに必須の要素!

共感とシステム化

■ 共感(Empathy)

人間の理解

- 他の誰かが何を感じ、何を考えているかを知り、さらにそれに反応して適切な感情を催す傾向
 - 相手の考えや気持ちをただ機械的に推測すること(マインドリーディング)とは異なる

■ システム化(Systemization)

物事の理解

- システムを分析・検討し、システムのパターンを支配する隠れた規則を探り出そうとする衝動や、システムを構築しようとする傾向

システム化(Systemization)とは

- システムを理解したり構築したりしようとする衝動
- システムとは、『入力→作用→出力』(～すれば・・・になる)で表されるすべてのもの
 - 工学的システム("人工物", コンピュータ, 乗物, 物理学, etc.)
 - 自然物に関わるシステム(自然科学, 動植物, 気候, etc.)
 - 抽象的システム(規則, 帳簿, 株式, 時刻表, 数学, 文法, etc.)
 - 社会システム("人の集団", 団体, 機関, 社会科学, etc.)
 - 組織化されたシステム(博物館, 書店, コレクション, etc.)
 - 運動に関するシステム(競技, スポーツ, etc.)

外界のコントロールに必須の要素!

誰もが技能として共感もシステム化も持っている

- 共感≫≫システム化(システム・ブラインド)
- 共感≧システム化(Empathizing: Eタイプ)≧女性型
- 共感=システム化(Balance: Bタイプ)=バランス型
- 共感≦システム化(Systemizing: Sタイプ)≦男性型
- 共感≪≪システム化(マインド・ブラインド)
=自閉症スペクトラム
(男:女=10:1)

女性型と男性型の脳を生む原因とは

- 文化的・社会的(後天的)な要素の影響? 生物学的(先天的)な要素の影響?
 - 出産翌日の赤ん坊に「女性の顔」と「顔型モビール」を見せて反応を観察すると・・・
 - 女兒は「女性の顔」を、男児は「モビール」を、有意に長く見つめる傾向!
 - 世界中の122の社会を調査した結果・・・
 - 121の社会で武器の製造(システム化を要する技能)に男性だけが携わっていた
 - 残る1つの社会でも女性は男性を手伝っていたに過ぎなかった

後天的な要素はもちろん働いているであろうが、
先天的な要素の関与が大きいことは明らか

5

男性型の脳, 女性型の脳の利点

- | | |
|------------|----------------|
| ■ 男性型の脳 | ■ 女性型の脳 |
| □ 道具の製作と利用 | □ 仲間を作る |
| □ 狩猟と追跡 | □ 子育て |
| □ 商取引 | □ うわさ話 |
| □ 権力 | □ 社会間の移動 |
| □ 支配 | □ パートナーの気持ちを汲む |
| □ 専門技術 | |
| □ 孤独に耐える力 | |
| □ 攻撃性 | |
| □ リーダーシップ | |

脳の性差—生物学的(先天的)要因

- 胎児期(8-24週)のテストステロンが大脳右半球, さらに右半身全体の発達を促す
 - 男性は、左脳<右脳, 左足<右足, 左睾丸<右睾丸, の傾向
 - 女性は、左脳>右脳, 左足>右足, 左乳房>右乳房, の傾向
- 右脳は空間把握能力(システム化)を、左脳は言語能力(共感)を司る
 - 「共感」には大脳辺縁系(扁桃体)～上側頭溝が関与
- 言語中枢は、男性では左脳優位、女性では左脳だけでなく右脳も利用している傾向
 - 女性のほうが男性より脳梁膨大部(右脳と左脳の連絡経路)が大きい傾向
- 高度のシステム化能力を要する建築家、芸術家、音楽家、数学者などには左利き(右脳優位)が多い

男性の脳と女性の脳では、形態も機能も異なっている

コミュニケーションスキルの重要性

たとえば、がん医療において、
コミュニケーションスキルが良好ならば...

- がん患者のケアへの満足度↑
- がん患者の告知後の精神的適応↑
- がん患者の生存↑(?)
- 医療者の燃え尽き↓



患者のみならず医療者にとっても重要！

人間関係の基本は「好意」

- 「何を言うか」よりも「誰が言うか」のほうが大切
 - 「明日正午、テポドン2号が東京に向けて発射されるらしい」
 - 近所の酒屋の主人が言っても信用する人はいない
 - アメリカ合衆国大統領の声明ならパニックが起きる

☞信頼できる人、好意を寄せている人が言うことは信用される（チャルディーニの法則）

説得のコップ理論

- 相手の心のコップを空っぽにしなければ、こちらの言い分は相手の中に入らない！
- 人を説得しようとするなら、まず相手に徹底的に話をさせ、心のコップの中にあるものをすべて吐き出させてしまう必要がある
- 心のコップが空っぽになった時点で、あらためてこちらの言い分を言えば、すんなり入っていくはず

上手な聴き方の五原則

1. 「80対20の法則」
2. 相手の話を奪い取らない
3. 相手の話をすぐに否定しない
4. 相手の言うことを即座に承認する
5. 相手の反論に反論しない

上手な聴き方の五原則

1. 「80対20の法則」

- 相手の話す時間が80%, 自分の話す時間は20%
- 「人は話すことによって癒される」
—カール・ロジャース
- 「本来、人は自分自身のことを語りたがり、それを他人に真剣に聞いてもらいたいと思っている。それは単なる気晴らしのためばかりではない。生きていくために食事以上に大切なことといってよい」
—エリック・バーン

上手な聴き方の五原則

3. 相手の話をすぐに否定しない

- 相手との共感ゾーンを作る
 - 相手の話をすぐに否定するのはディスパージング (disparing)
 - 相手の話に積極的に合わせるのがペーシング (pacing)
- 相手の話を、自分の感覚や価値観にそってすぐに否定すると、相手は話したくなくなってしまう

上手な聴き方の五原則

2. 相手の話を奪い取らない

- 相手の話を聞き取る能力は、相手が話すスピードの1000倍の速さで回転している
 - ☞ 相手の話を聞きながら、相手の言おうとする事を1000倍の速さで予測し、心の中で自分の話の構成が瞬時にできてしまっている
- 自分の考えや経験を押し付けずに、最後まで相手の話していることに集中する
→ **返事を用意しないで、白紙の状態で聴く**

上手な聴き方の五原則

4. 相手の言うことを即座に承認する

- 相手との共感ゾーンを作る
 - 相手の話に積極的に合わせるのがペーシング (pacing)
 - 相手の話をすぐに否定するのはディスパージング (disparing)
- 相手の話を、自分の感覚や価値観にかかわらず、即座に承認、賞賛すると、相手はどんどん話したくなる
☞ **こちらに「好意」「好感」「好印象」を持ってもらえる**

上手な聴き方の五原則

5. 相手の反論に反論しない

- 「議論に勝つ最善の方法は、議論を避けることである」
— デール・カーネギー
- 反論に反論しない最善の方法は、賛成・承認すること
- 相手の意見を承認することによって、相手との間に共感ゾーンができる(ペーシング)
- 人は基本的に
 - 自分を否定する人が嫌い
 - 自分の言ったことに同意してくれる人が好き

最近の向精神薬

- SSRI(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)
 - フルボキサミン (デプロメール[®], ルボックス[®])
 - パロキセチン(パキシル[®])
 - セルトラリン(ジェイゾロフト[®])
- SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)
 - ミルナシبران(トレドミン[®])
 - デュロキセチン(サインバルタ[®])
- NEW**
- NaSSA(ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬)
 - ミルタザピン (リフレックス[®], レモン[®]) **NEW**
- 非定型抗精神病薬
 - リスペリドン(リスパダール[®])
 - ペロスピロン(ルーラン[®])
 - クエチアピン(セロクエル[®])
 - オランザピン(ジプレキサ[®])
 - アリピプラゾール(エビリファイ[®])
 - プロナサン(ロナセン[®])
- 抗不安薬
 - タンドスピロン(セディール[®])
- 睡眠薬
 - ソルピデム(マイスリー[®])
 - クアゼパム(ドラール[®])



積極的に聞く5つのコツ

- うなずき効果
- あいづち効果
- 視線効果
- 質問効果
- メモ効果

抗不安薬の力価(ユーザーの印象から)

- レキソタン[®]
- ソラナックス[®], コンスタン[®]
- セパゾン[®]
- メレックス[®]
- デパス[®]
- ■ メイラックス[®]
- ■ ワイパックス[®]
- セルシン[®]
- リーゼ[®], セレナール[®]
- ■ セディール[®]
- グランダキシ[®]

高 (強い)



低 (弱い)



非ベンゾジアゼピン系抗不安薬

■ タンドスピロン(セディール®)

□ 効能・効果

- 心身症(自律神経失調症, 本態性高血圧症, 消化性潰瘍)における身体症候ならびに抑うつ, 不安, 焦躁, 睡眠障害
- 神経症における抑うつ, 恐怖

□ 用法・用量

- 1日30mgを分3, 適宜増減可, 最高60mgまで
- 禁忌なし

□ グランダキシンに次ぐ低力価であり, 老若男女, クスリ恐怖症のケースにも初期投与しやすい

□ 筋弛緩作用がほとんどなく, 脱力による転倒のリスクが少ない

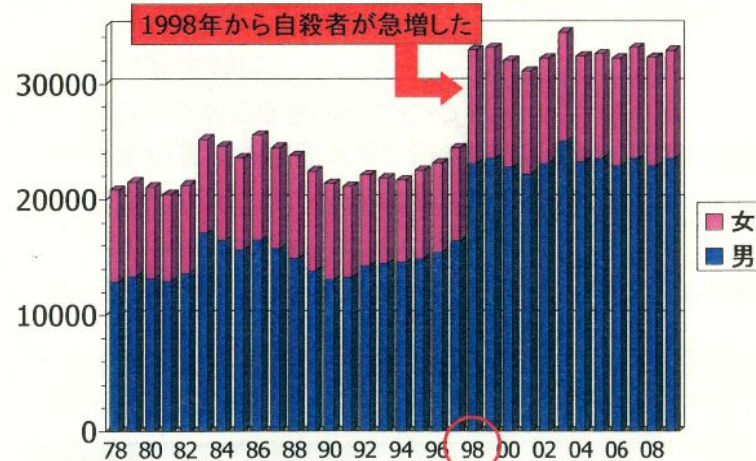
□ 最高量でさえ効果が足りないケースも少なくないので, 効果が不十分なら, 適切な抗不安薬(低力価ベンゾジアゼピン系)や抗うつ薬への置換が必要

抗不安薬と抗うつ薬のクロスオーバー

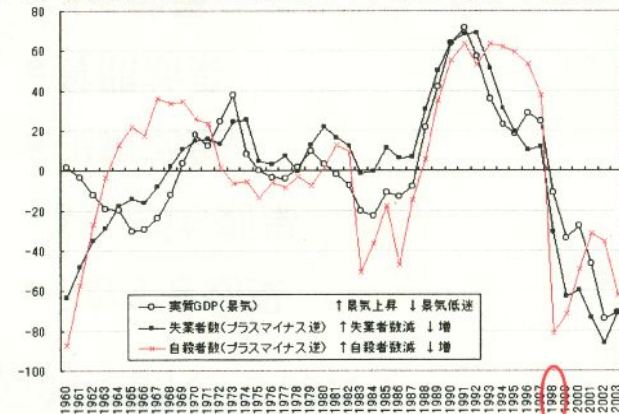
- 1960年代まで, 抗不安薬は不安障害(神経症)に, 抗うつ薬は大うつ病に使用するという明確な区別があった。
- その後, 大うつ病の治療においては, 抗うつ薬の効果発現までに抗不安薬の追加処方が一般的となった。
- 1970-80年代にかけて, 三環系抗うつ薬がパニック障害や強迫性障害に効果があることが判明し, 不安障害にも抗不安薬と抗うつ薬が併用されるようになった。
- 1980年代後半にSSRIが海外で開発され, 1990年代に入ると抗不安薬(BDZ)は速効性よりも依存性が強調され, 臨床で頻度の高い不安とうつの混合状態には, むしろBDZよりもSSRIのほうが根治的とされ, BDZにかわってSSRIが第一選択薬と位置づけられるようになった。
- しかし, SSRIがBDZに効果のうえで優れていることを示した大規模RCTは, 実は今のところ存在しない。

日本の年間自殺者総数の推移

(警察庁, 2010.5.13発表)



日本の景気, 失業者数, 自殺者数の推移

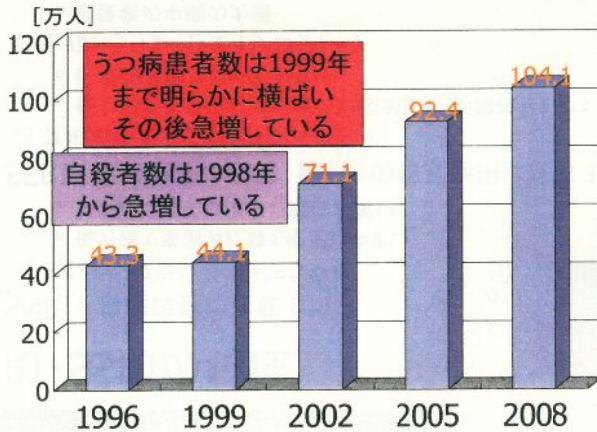


(注) 各指標値の一回帰線からの乖離幅の推移である。実質GDP(10億円)、失業者数(万人)、自殺者数(人)それぞれの乖離幅について、0.002倍、-1倍、-0.015倍した数字である。
 (資料) GDP統計(03年は第2次速報値)、労働力調査、人口動態統計(03年は概数)

うつ病

日本の気分障害患者数の年次推移

<厚生労働省:患者調査(平成8年,平成11年,平成14年,平成17年,平成20年)>



なぜうつ病の人が増えたのか I (富高, 2009)

- 1998年から自殺者が急増した後、1999年より後にうつ病患者が急増している
- ストレス仮説(景気低迷→うつ病→自殺)では説明できない
 - 景気低迷は自殺者の増加に直結する **FACT!** = 事実
 - 失業率が急上昇した1998年から自殺者が急増している
 - 自殺者のほとんどは精神的な問題を持っており、その多くはうつ病である **FACT!** = 事実
 - しかし、うつ病患者数は1999年までは明らかに横ばいで、その後急増している
 - うつ病患者増加と自殺者増加の関連は薄い
- うつ病患者増加には、景気低迷以外に大きな要因があるはず!

⑧ 軽度のうつ病には、抗不安薬と抗うつ薬は同等の効果、
 → 抗うつ薬は、初期には処方しない方がいい
 (SSRIなど)

なぜうつ病の人が増えたのか II (富高, 2009)

- 三位一体☆
 - うつ病患者数の増加 = 1999年以降
 - メンタル休職者数の増加
 - 国家公務員、地方公務員の「精神・行動の障害による長期休職」の増加
 - 抗うつ薬売上高の増加
- 1999年以降に何が合ったのか? → SSRIの発売
 - 1999年5月、ルボックス/デプロメール発売
 - 日本初の新規抗うつ薬SSRI(セロトニン再取り込み阻害薬)
 - 2000年11月、パキシル発売

SSRI導入→うつ病患者増加

SSRI現象(富高, 2009)

安易に抗うつ薬の処方危険!!

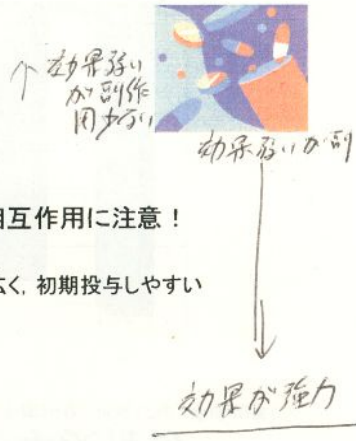
- SSRIが市場導入されると、うつ病患者、メンタル休職者が爆発的に増加する
 - うつ病通院患者ベースで10年間に3-5倍に増加
- イギリス、フランス、ドイツ、イタリア、スウェーデン、デンマーク、ノルウェー、フィンランド、アイスランド、アメリカ、カナダ、オーストラリア、そして日本において、統計データ上で確認されている
- 薬価の高いSSRI売上げ増を目指す製薬メーカーの積極的なうつ病啓発活動(awareness campaign)が、うつ病患者受診率の上昇をもたらす

抗うつ薬 Antidepressants

- ✦ 三環系抗うつ薬 Tri-Cyclic Antidepressants: TCA
 - ⊕ アミトリプチリン (トリプタノール®) 1963年～
 - ⊕ ノルトリプチリン (ノリレン®) 1971年～
- ✦ 選択的セロトニン再取り込み阻害薬 Selective Serotonin Reuptake Inhibitor: SSRI
 - ⊕ フルボキサミン (ルボックス®, デプロメール®) 1999年～
 - ⊕ セルトラリン (ジェイゾロフト®) 2005年～
 - ⊕ パロキセチン (パキシル®) 2000年～
- ✦ セロトニン-ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 Serotonin-Noradrenaline Reuptake Inhibitor: SNRI
 - ⊕ ミルナシプラン (トレドミン®) 2000年～
 - ⊕ デュロキセチン (サインバルタ®) 2010年～
- ✦ その他
 - ⊕ トラゾドン (レスリン®, デジレル®) 1991年～

SNRI・SSRIの特性

- SNRI: 排尿障害に注意!
 - ミルナシプラン (トレドミン®)
 - 低力価で高齢者に最も使用しやすい
 - 他剤との相互作用の可能性が低い
- SSRI: 投与初期の嘔気, 他剤との相互作用に注意!
 - フルボキサミン (デプロメール®)
 - 低力価のため通常投与量の範囲が広く, 初期投与しやすい
 - 性機能障害が比較的少ない
 - セルトラリン (ジェイゾロフト®)
 - 前後者の中間の力価
 - パロキセチン (パキシル®)
 - 高力価で切れ味がよい
 - 離脱症状が生じやすい



三環系抗うつ薬の副作用

- 一般にみられる副作用
 - ムスカリン (M1) 受容体遮断
 - 口渇, かすみ目, 便秘, 頻脈, 排尿障害, 記憶障害
 - ヒスタミン (H1) 受容体遮断
 - 眠気, 鎮静, 体重増加
 - アドレナリン (α1) 受容体遮断
 - 起立性低血圧, めまい
 - ドパミン (D2) 受容体遮断
 - 錐体外路症状 (活動性低下, 無表情, アカシジアなど), 乳汁分泌, 月経不順
- 心毒性
 - 不整脈, 心停止



⊗ ドグマチール, デリオン, ナクセチン, バシレ
 は、薬剤性パーキンソンを引き起こし、後戻りにくい、可逆性あり!

1種のみ使用の方

マラソン神経
 谷内をたたく
 手打たき
 仮面様顔貌

器質因のない難治性身体症状への処方

- まずは抗不安薬から! 例えば...
 - セディール®: 30-60mg
 - メイラックス®: 1-2mg
 - ソラナックス®: 0.8-2.4mg
- 効果不十分なら、
 - SNRI
 - トレドミン®: 30-75mg
 - その他
 - デジレル® (レスリン®): 50-150mg
 - SSRI
 - デプロメール® (ルボックス®): 50-150mg
 - ジェイゾロフト®: 25-75mg
 - パキシル®: 10-30mg

ドグマチール®は要注意!

抗うつ剤
 も1種のみ使用の方

食後に出た...ろろ パリアクチンE (ドグマチールE X)

アメリカのFDAでは、有効性の認められていない!

睡眠障害の対応と治療ガイドライン

株じほう, 2002, ¥2,200



- 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「睡眠障害の診断・治療ガイドライン作成とその実証的研究班」(平成11-13年度)
 - 主任研究者: 内山 真
 - 分担研究者
 - 伊藤 洋, 井上雄一, 内村直尚,
 - 梶村尚史, 亀井雄一, 佐伯俊成,
 - 清水徹男, 谷口充孝, 土井由利子,
 - 古田 人, 山田尚登

不眠症対策12の指針

1. 睡眠時間は人それぞれ, 日中の眠気で困らなければ十分
2. 刺激物を避け, 眠る前には自分なりのリラックス法
3. 眠たくなってから床に就く, 就床時刻にこだわりすぎない
4. 同じ時刻に毎日起床
5. 光の利用でよい睡眠
6. 規則正しい3度の食事, 規則的な運動習慣
7. 昼寝をするなら15時前の20-30分
8. 眠りが浅いときには, むしろ積極的に遅寝・早起きに
9. 睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のぴくつき, むずむず感には要注意
10. 十分眠っても日中の眠気が強いときは専門医に
11. 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
12. 睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

睡眠に関する正しい知識

- 睡眠時間は人それぞれ, 日中の眠気で困らなければ十分
 - 睡眠の長い人, 短い人, 季節でも変化, 8時間にこだわらない
 - 歳をとると睡眠は短くてよい
- 起床時に日光を浴びて15-16時間後に眠気が出現
 - 早寝早起きではなく, 早起きが早寝に通じる (休日には早起きを!)
 - 毎朝の起床時刻を一定にすることが先決
- 刺激物を避け, 眠る前には自分なりのリラックス法を
- 昼寝をするなら15時前の20-30分
- 睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと (一錠目のアルコ-ルはX)
- 寝る前のアルコールは, 深い睡眠を減らし, 中途覚醒, 早朝覚醒しやすくなる
- 睡眠薬は医師の指示で正しく使えばきわめて安全

睡眠薬の使い分け

	入眠障害	中途覚醒・早朝覚醒
神経症的傾向弱い 脱力・ふらつきが出やすい (神経伝達作用↓, 覚醒向上)	アモバン® マイスリー®	ドラール®
神経症的傾向強い 肩こりなどを伴う	ハルシオン® レンドルミン® デパス®	ロヒプノール®/サイレース® ベンザリン®/ネルボン® ユーロジン®
腎障害, 肝障害あり →	エバミール®/ロラメット®	ワイパックス®

服薬指導のポイント(1)

- 睡眠薬を飲み続けるとボケる？
 - ⇒ ボケることはないが、副作用としての記憶障害がボケと誤解されることがある
 - 服用後すぐに床につく
 - 服用後起こされることがある場合は服用しない
 - アルコールと併用しない
- 一度睡眠薬を飲み始めると、それなしでは眠れなくなる？
 - ⇒ 反跳性不眠を経験すると、患者は不安になる
 - 症状が安定したあとは、睡眠薬の減量・離脱を行うことをよく説明する

服薬指導のポイント(3)

- 睡眠薬より寝酒の方が安全なのは？
 - ⇒ アルコールによって寝つきはよくなるが、眠りが浅くなり、利尿効果も重なって、中途覚醒や早朝覚醒が生じやすくなる
 - アルコール依存症や肝障害の原因にもなるので、絶対に睡眠薬代わりにアルコールを使用しない

服薬指導のポイント(2)

13

- 睡眠薬を飲むと翌朝起きられなかったり、日中眠くなるのでは？
 - ⇒ 睡眠薬の持ち越し効果によって翌日眠気が残る
 - 作用時間が短い睡眠薬を適切な投与量で用いる
(マイスリーなど)
- 大量に服用すると生命に危険が及ぶ？
 - ⇒ 重大な身体疾患や脳器質性疾患を合併している場合を除き、ベンゾジアゼピン系および非ベンゾジアゼピン系の睡眠薬によって死に至ることはほとんどない

抗不安薬や抗うつ薬の中止のポイント
(眠気などの副作用が、出てきた時) この2つ
(飲み忘れが起きないように) かポイント

向精神薬のやめ方(1) → 計画的な減量はX

- 積極的な減量・中止は、むしろユーザーの緊張感を高めてしまうことが多い
 - 今日クスリの量を減らしたが大丈夫だろうか
 - 昼のクスリを抜いてみたがどうも心配だ
- 消極的減量のススメ！
 - 原則として指示通り定期的に飲む
 - 飲み忘れるようなことがないうちは、敢えて減量しない
 - つい飲み忘れた場合には、すぐに飲み直さないで、そのときの体調や気分がよければ、そのまま飲まずにすませてみる

向精神薬のやめ方(2)

- 副作用が出始めたら、減量・中止へ！
 - それまでは飲んでいけるほうが好調だったのに、むしろ飲むと眠気や気分不良が出始めたら・・・
 - 病気がよくなってきて、神経系の反応性が正常に近づいてきた証拠
- 飲み忘れが多くなってきたら減量・中止へ！
 - それまでは処方日数どおりにクスリがなくなっていたのに、クスリが余るようになってきたら・・・
 - 病気がよくなってきて、不調をあまり感じないため、クスリを飲むことにとらわれなくなってきた証拠

参考文献

- Simon Baron-Cohen: The Essential Difference. 2003 (サイモン・バロン＝コーエン著, 三宅真砂子訳: 共感する女脳, システム化する男脳. NHK出版, 東京, 2005)
- Leonard Sax: Why Gender Matters. Doubleday, New York, 2005 (レナード・サックス著, 滝川 漣訳: 男の子の脳, 女の子の脳—こんなに違う見え方, 聞こえ方, 学び方. 草思社, 東京, 2006)
- 箱田忠昭: 「できる人」の聞き方 & 質問テクニック, フォレスト出版, 東京, 2006
- 富高辰一郎: なぜうつ病の人が増えたのか. 幻冬舎ルネッサンス新書, 東京, 2010

すこやかな生活に眠りは何よりも大切！

- 人生, 三分の一は眠っている
 - それほどに眠りは大切！
- 究極のストレス解消法は眠ること
 - ぐっすり眠られれば, 翌朝には心身ともにすっきり
 - 「12の指針」によって快眠できればベスト！
 - どうしてもいい眠りが得られなければ, 割り切ってクスリを飲んでみるのも一つの方法
 - 寝るためのアルコールはむしろ有害
- 食事, 睡眠, アリナミン？

一は睡眠, 二は休息, 三は食料, 四に話す

抗不安薬の初量は, 3日で判断できる！

抗うつ薬も同様！

(3日で効果を感じ, 足りない) 有量の日2回と
↳ 2回内子が必要有り！

1ヶ月は, 1日1回から増量し, 徐々にあったヤリ方。