新しい薬学をめざして 45, 158-163 (2016).

向精神薬を科学する―

「非定型」抗精神病薬の神話終焉と人薬（ひとぐすり）について（その 4）

石田　悟

寄り道（7）「薬物維持療法」という“神話”について

再発の予防という点では薬物による維持療法の有用性が強調されてきたし，服薬支援活動や心理教育，家族会，当事者会などで「服薬の必要性」を私たちも話してきた。しかし，デポ剤を含む「薬物維持療法」の有用性は小規模なトライアル試験のみであり，1990 年代以降に発表された長期経過観察研究の結果はいずれも「薬物維持療法」の“神話”が揺らぐ内容となっている。

この点については別途考察し医報に投稿したいと思うが，例えば，2013 年の JAMA に掲載された Wunderink らの報告は抗精神病薬により治療した後（寛解後），薬を減量した維持療法群と服薬を中止した群とにランダムに振り分け，7 年間にわたり経過観察を追った研究[15]（患者数；103 名）だが，服薬中止群は 6 か月後の再発率は高かったが 7 年後の「回復率」では維持療法群よりもはるかに高く（維持療法群の 17.6%に対し中止群は 40.4%），有職率などの社会機能面の改善率も高い結果となった（維持療法群に比べて約 2 倍）。

この観察結果をどう見るかという点で言えば，Wunderink らの報告は「維持療法」における薬物治療そのものを否定したものではないと考えている。何故なら，「回復率」が高かった中止群においても 59.6%の患者が薬物を含めた何らかの治療的関与を必要としていたことや，前述したモシャーらによるソテリア・プロジェクトの 2 年後の結果でも 34%の患者が継続ないしは間歇投与を受けている「事実」がそのことを裏づけている。ただ，薬物による「維持療法」が全例に必要ではなく，「必要としない一群」も少なからず存在するということだろうと思う。

Wunderink らの結果の受け止め方として，統合失調症は決して予後の悪い疾患ではなく，良好な環境においては患者の 1/3 は持続的に治癒するとしたオイゲン・ブロイラーの指摘を踏まえつつ（「早発性痴呆あるいは精神分裂病群」，医学書院より），薬物一辺倒という「考え方」への過信を戒め，薬を必要とする一群の患者についても先に述べた Open Dialogue（「聴く薬」をベースに双方向性の会話を重視した関り）などに見られる「非薬物的関与」による“生の困難さの乗り越えの支援”の併用など，より洗練された柔軟なスタイルでの「維持療法」のあり方（薬を使用するにしてもごく少量によるお守りがわりとしての位置づけ）をどのように臨床の場で構築していくのかを私たちに問いかけたものと思っている。

一方で，抗精神病薬は低用量であっても持続的に使用し続けることで，ドパミン受容体そのものの構造変性やドパミン受容体の過感受性化（抗精神病薬によるドパミン受容体遮断に対し，

生体側がドパミン受容体の数を増やしてドパミンの流れを確保しようとする防御反応だが，ドパミン受容体の過感受性化は抗精神病薬への反応性低下をきたし，症状の動揺性と薬物増量の必要性などが生じる）をきたすことが知られており，現時点で「薬物維持療法」の有用性については科学的根拠が少なくとも十分でないと言える。

DSMという武器と，「産・学・官・民」共同体（そしてグローバリゼーションという流れ）のなかで創りあげられた「非定型」薬の有用性・安全性“神話”は，これまで述べてきたように「実にあっけない形」で幕を閉じた（その終焉に際しては，「非定型」薬の有用性・安全性“神話”の評価に先行して研究されたSSRI“神話”に対する科学的で「明確な結論」も大きく影響したものと考えている)。

欧米では「非定型」薬に関する評価がすでに定まり，「定型」と同列で考えるようになっているが，日本では周知のように「非定型抗精神病薬加算（＋15点)」として国による手厚い？保護政策がとられている。脱施設化の世界的な流れから大きく遅れ，日本は精神医療の後進国として揶揄されているが，「非定型」薬の評価に関する領域でも“世界の孤児”にならなければ良いと思っている。

この稿を書くにあたり読み返した本に，オーストリア出身の哲学者で文明評論家でもあったイヴァン・イリーチの「脱病院化社会，医療の限界」(1976年刊，晶文社より1979年に邦訳）がある。イリーチはその著書のなかで，「Medicalizationにより医療専門家の権威が人々から健康を取り上げてしまい，人が苦しみや障害に，そしていかに死に向かうかというようなまともな人間らしい対応をできなくさせている」と述べている。

イリーチが感じた「脅威である医療の権威」は，今日，医療専門家から医薬品の研究，規制，処方，利用率，使用法に関する方向性などをコントロールしている多国籍製薬企業に大きくシフトしているが，これまで述べてきたようなDSMの“弊害”や「非定型」薬“神話”の誕生過程，そして患者（家族）に与えたその後の影響を考えると，40年近く前のイリーチの指摘は実に先見性のある内容であると同時に，いまを生きる私たちに（「非定型」薬の“神話”終焉に直面している私たちに)，「精神医療や薬物療法について根本から，そして人権の視点から捉えなおす必要性」を問いかけていると考える。さらに，医薬品が多国籍製薬企業にとって「生理活性物質としての側面」だけでなく，「商品価値としての側面」を持つ以上（太田秀ほか著，「くすりの秘密」より)，彼らによる政治的・経済的力動があらゆる領域（医療のみならず福祉や保健，行政，立法など多岐にわたる分野）に影響が及ぶこと，商品価値を高めるために学会や専門家を動員しながらデータの加工・修正，隠蔽などを行い，そこに「科学的」という言葉を添え「本質部分」を覆い隠そうとする彼らの常套手段としての戦術を考えるとき，「近代科学の誕生が“疑うこと”から始まったように，世間の常識や多数派の正しさに疑いの目を向け，昨日と今日の正しさは，明日の誤りかもしれない」とする“構え（批判的精神)”を日ごろから意識的に培うことの大切さをイリーチの著作と「非定型」薬の検討から学ぶことができたと思っている。

おわりに―“神話なき後”についての考察

“神話なき後”を私たち（患者・当事者）はどのように生きたら良いのだろうか。筑波大学医学医療系・社会精神保健学の斉藤環は，精神療法誌に「精神医療の行方」というエッセイを寄稿している（精神療法，Vol 40，No 1， p 21-23，2014 年）。

斉藤はそのなかで，「おそらく遠くない将来において，精神科薬物療法をはじめとする身体療法はその進歩の限界を迎えて長い停滞期に入り，精神医療の中心は『人薬』になることはほぼ確実である」と述べ，「精神障害は，現在よりもさらに非特異的な援助希求行動と区別がつけにくくなるため，医療と福祉の境界，治療と支援の区別，リハビリテーションと就労支援の境目はますます曖昧化するであろう。そうした見かけの上の混沌においてありうる不変項が，『人間』である。医療システムの臨界において“人間は人間によってしか癒されえない”という単純な事実が再認識されるはずである。ここで鍵を握るものが『人薬』である…，薬物に依存しないコミュニティケアは，すでにL.Ciompi らによって創設されたSoteria Bern などの試みが有名だが，Open Dialogue の手法は『対話』の機能を積極的に活用するところに特異性がある」としている。

前段でも述べたように，精神医療は「人が人を良くする世界」と思っている私は，斉藤の見解に大賛成であり「非定型」薬を含む抗精神病薬の「限界性」が以前にも増して明らかになった今日（抗精神病薬のエビデンスが確立している領域は，急性期と維持療法期の一部のみである），「人薬」というクスリの効用について理解を深め，治療文化としての確立を図っていくことは重要と考える。

歴史的に，「人薬」というクスリ（および環境）を治療の中心に据えた精神医療の源流は 18 世紀後半からのモラル・トリートメント運動に見ることができる。そして，モラル・トリートメントの伝統はHS Sullivan やシュビング的接近として知られるゲルトルート・シュビング（「精神病者の魂への道」の著者，みすず書房）らの臨床実践に受けつがれ，今日の Soteria Bern，Open Dialogue などへと続いていると考えている。

では，モラル・トリートメントとはどのような内容で，そこから私たちは何を学び取る必要があるのだろうか。モラル・トリートメントとは（以前の病院大会―リハビリテーションについて―で報告したように），フランスのピネルや英国のデューク，イタリアのキアルジ，米国のディックスなどにより精神科の病院に導入された治療活動の総称である。

米国におけるモラル・トリートメントの実践を例にとると，その内容は 250 人程度の小規模な集団を原則とし，精神疾患患者と職員（医師，看護師，そして非専門家―世話人）とが，自然に触れあいながら一緒に花壇の手入れや園芸を愉しんだり，作物を植えたり，動物の世話をしたり，食事を共にするなど，「フツ～のごくありふれた日常生活」を送るというものであった。音楽会や様々な講演会などが企画され，レクレーションや教育を受ける機会も保障されていた（秋元波留夫はその著，「作業療法の源流」で作業療法の起源はモラル・トリートメント運動に求めることができると述べている）。

こうした①（身体的にも心理的にも非拘束下という“環境”で）自由と安全（安心）が保障され，②指示的でも教育的でも（そして強制的でも）ない親密さあふれる温かい対人交流（“人薬”）と，③「患者は，自分で自分の歴史をつくる（関りにおいて余計なことは一切しな

い！)」，④「無害な妄想は社会復帰の妨げにならない―HS Sullivan（妄想や幻聴といった症状があっても一向に構わない)」とする考えのもと 50～80%の患者が「回復」し，退院したとされている。

しかし，モラル・トリートメントは 19 世紀に入ると医療の中心から急速に衰退していくこととなる。その理由の第一は，モラル・トリートメントを推進する人たちの多くが医療的な介入を極端に忌避した側面もあるが，「効率性」を重視する社会・経済的変化（不況）であった。つまり，その頃には精神病院は増床につぐ増床を繰り返して巨大化し（1,000 床規模)，結果として「家族的雰囲気（手づくり)」という構造で患者を処遇することが不可能となり，できるだけ安上がりのコストで収容しておいた方が無難（安心）という，社会防衛的側面が次第に強まったことが挙げられる。

第二に，ウィルヒョウに始まる細胞病理学の影響（精神疾患は脳細胞の回復不能な様態とする悲観論）と，それを精神科臨床の側面から理論づけをしたクレペリンの「早発性痴呆学説」が大きかったと思われる。当然のことながら，モラル・トリートメント時代に比べ退院率は大幅に低下し，前節で述べたように「効率性」と病理攻撃的治療観に基づく薬物療法中心の時代へと移っていった。

私がモラル・トリートメントの歴史から学んだことは，①患者（統合失調症）は本来的な自己をめざそうとする人たちであり，不幸な統合失調症も幸福な我々も等しく同じ人間である（HS Sullivan 著，「統合失調症は人間的過程である」より）とする文化的土壌が存在していたこと，②決して「否定」されることのない，むしろ「自己肯定感」をしっかりと育むことのできる“人薬”を含めた対人・対物環境という“器”の存在（薬は無くとも人は生きられるが社会と他者抜きには生きることのできない存在であり，そうした関係性の中でこそ患者自身が「個」を確立していくことができるとする思想性）が患者の「回復」にとって何よりも重要ということであった。

K.マルクスは著書・「経済学批判」で，「人間の意識が彼らの存在を規定するのではなく，彼らの社会的な存在が彼らの意識を規定する」と述べているが，モラル・トリートメントの「構造」（安全保障感の保障に充ちた“人薬”を含めた場で困難さの乗り越えと生を紡ぐことができたこと）は，まさに患者自身の意識を変えることにつながったと思っている。

一方，入局した頃，医局から教えられた精神科臨床作法に，①「いかなる時，場にあっても患者を害することなかれ（二次外傷を作らない)」，②「患者の奇異な言動は摩訶不思議な力によるものではなく，そこには意味がありメッセージ性が込められている。そして，それは暴力においても同じである」，③「ジェンコ理論」（表と裏があってこそ本物の貨幣として通用する→何ごとも表と裏の両面から眺めることの大切さ)，④「分からなければ患者に聞け，患者はある意味プロであり私たちの教師でもある」，⑤「聴くことの大切さ（聴くクスリ―“人薬”の重視)」，⑥「世間の常識（モノサシ）や慣習で患者を推し量らない」，⑦「患者の人権を尊重し（阻害する要因から彼らを）守りぬく」などがあった。

しかし，10 年の放浪の後，15 年前に藤代健生病院に舞い戻ったときの印象の一つは，②の意味なりメッセージ性を「その段階」では分からなくとも何とか理解しようとする姿勢や③の

表と裏の両面から考察する力が看護全体として少し弱まっている感じを覚えたことと，かつてのように患者と時間を共有しながら（寄り添いながら）「遊び呆ける」看護者の姿がほとんどいなくなっている点であった。「遊べる」というのは健康度が高い証であり，双方に余裕がなければできないことである。そして，余裕は患者の「回復」を示す指標の一つでもある。

昔と違い「効率的」な看護を求められているからだろうと思うのだが，②と③の力の弱まりは，看護側に「その患者が見えなくなってしまう状態」をもたらし，患者側には「(看護者との間の）絆を頼りに本来的な自己を目指す」ことを難しくしてしまうことを意味し，両者にとって実に「不幸なこと」ではないだろうか，と思った。このことは（看護者が）気がつかないうちに①の二次外傷を作ることにもつながっていると思う。

例えば執拗に訴えてくる患者に対し，「文句ばかり言う人」として捉えるのか，彼・彼女からの「一つの情報」として踏まえるのかではその後の関係なり見方，「回復」に向けての戦術が全く異なってくる。「プロ」は常に後者の立場から考えるものではないだろうか。

「表」だけを見て「裏」の意味を考えることを閉ざした関係性のなかでは，（看護者との間の）溝がなかなか埋まらず，看護者を鏡に効果的な現実対応を学ぶことができない（身につけることができない）患者としては，その都度「症状」を産生して“訴える”こととなり，いつまで経っても「安定」しない関係の間柄ということになってしまう。

二つ目は，患者が示す「症状」に対して，まずは耳を傾け（「聴く」という“人薬”），そして腑に落ちない点を双方で確認しあいながら時間をかけて患者が抱えている困難さの昇華を手伝うことが少なくなり，何らかの向精神薬による「効率的な解決」を図るケースが非常に多くなっている点であった（頓服の種類の多さと注射製剤の多用）。

このことは医師体制上の問題もからむことから，一概に看護だけがということではないが，しかし，もし患者の訴えや落ち着きのなさを「煩わしさの対象」として思っているとしたなら，それは（直接目に見えるものだけを頼りにする）DSM の根底を流れている思想性（患者にとって意味のある訴えや「症状」を撲滅の対象とする病理攻撃的治療観）と同じ方向を向いていると言えるだろう（身体科の「医学モデル」に基づいた精神看護！）。

私は，前節でも述べたように精神科における薬物治療を否定する立場ではないが，精神医療はおそらくどこまでいっても「効率性」やグローバリゼーション(普遍性)とは相いれない世界であり，斉藤が述べたように“人間は人間によってしか癒されえない”と考えている。

薬物は一時的であるにしても患者を「ラク」にする働きのあることは事実だが（そしてこちら側としても「ラク」な方法なのだが），問題は双方が「ラク」の一点だけを共有する関係（薬物を介した共依存的関係）に陥ってしまうことで，患者自身が「躓きの要因となっている根っ子の部分」を見つめ，悩み，苦しみ，考え抜き，苦労を背負いながらも自立し自律していく道を見失い，克服していかなければならない自己譲渡障碍（全て他人任せ）を逆にこちら側が強化（全て薬任せの人生）してしまう危険性が「薬だけのやりとりの関係」には孕んでいるし，患者の“孤独感”を強めるだけと考えている。

これまで述べてきたように，「非定型」薬を含めた抗精神病薬による有用性の限界のみならず，平均寿命の短縮や心臓突然死，その他のリスク（脳体積の減少など）が明らかになった今

日，私たちに求められてくる課題は，もっともらしく臨床の場に繰り返し流布されてくる通説や定説に対し「批判的な立場」を強化しつつ，今まで以上に薬物療法について学び，そして習熟する努力を重ねることと，“人薬”の効用（聴く力，言葉が持つ力，寄り添う力による「回復」に向けての関係性の構築）を一所懸命に研究し，磨き（何故なら，臨床作法の一つ「ジェンコ理論」からすると“人薬”の裏側は「人毒」であることから），患者の安心と安全を保障しつつ可能な限り薬物への「依存度」を小さくすることで，患者が「病」を抱えながらもフツーに「人生を全うできる治療環境」を全体として創り上げていくことではないかと考えている。

追記；

「非定型」薬の狂騒・妄信（バブル）が一段落した米国では，民間保険会社の誘導もあってか（薬物だけでは治りが悪く，コストがかかることから），精神医学教育に力動精神医学や精神療法を組み入れる動きとなっている。また，薬物治療の領域でも併用療法（二剤併用）が臨床の場で次第に広がる様相を示しており，一方向に極端に傾いていた振り子がほんの少しだが元に戻りつつある状況である。

引用文献

15) Lex Wunderink et al. ; Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy. JAMA Psychiatry. 2013 ; 70 (9) : 913-920.

（いしだ・さとる　藤代健生病院薬局）