

統合失調症の薬物療法と病名告知に関する失敗学

八木 剛 平*

抄 録 精神科臨床サービスに失敗学を応用する初めての試みとして、近年の新薬導入に先立つ薬物療法の失敗（非可逆性・致死性副作用の増加）と「精神分裂病」の呼称変更と先立つ病名告知の失敗（「病名ショック・絶望症候群」の発生）を取り上げ、その要因と「からくり」を探った。とくにそれぞれの「失敗のからくり」を分析して、非定型抗精神病薬による薬物療法にも再び当事者の健康を損なう危険が、また「統合失調症」の病名告知にも再び当事者や家族に士気喪失をもたらしかねない危険が潜在していることを指摘した。

精神科臨床サービス 7:177-182,2007

キーワード：薬物療法、非可逆性・致死性副作用、非定型抗精神病薬、病名告知・士気喪失症候群、統合失調症

はじめに

失敗学¹⁾における「失敗」とは、人間が関わったひとつの行為の結果が、望ましくない、あるいは期待しないものになること、と定義されている。ここでは失敗学を精神科臨床サービスに応用する試みとして、統合失調症に対する医療行為の結果が、治療上望ましくない、あるいは期待しない結果になった場合（「失敗」）をとりあげ、失敗学の手順に沿って検討を進める。

残念ながら統合失調症の処遇・医療の歴史は「失敗学の宝庫」であり、失敗を数え上げればきりが無い。とりあえず最近の身近な話題として、いわゆる非定型抗精神病薬の普及と「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更が頭に浮かんだので、この2つを失敗学という新しい「課題設定」と見立て、それに先立つ薬物療法と病名告知が引き起こした治療上望ましくない、あるいは

期待しない結果（失敗）についてそれぞれの「要因」と「からくり」（失敗学でいう「原因」）を探ることにした。

1. 薬物療法の失敗

1. 非可逆性・致死性副作用の増加（結果）

1950年代における抗精神病薬の導入は統合失調症の治療に大きな進歩をもたらしたが、1960—70年代には遅発性ジスキネジアの漸増が、1980年代の前半には悪性症候群による発症数の急増が報告された（図1）。これが統合失調症の薬物療法における重大な失敗であることは明らかであろう。

なお前者は1950年代の後半から症例報告があったにもかかわらず、非可逆性の副作用として注目されるようになったのは、欧米では1960年代の後半から、日本では1980年代になってからであった。また後者の症例報告はフランスで1961年、日本では1974年であるが、英語圏で致命的な副作用として警告が発せられたのは1980年、日本では1980年代後半からである。最初の報告

やぎ ごうへい

* 翠星ヒーリングセンター・おおぞらクリニック
[〒243-0202 神奈川県厚木市中荻野726-1]

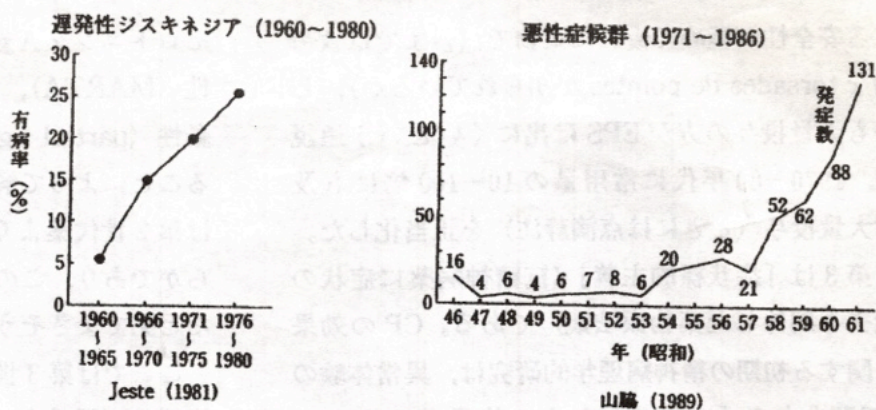


図1 非可逆性・致死性副作用の増加

から10~20年たってようやく深刻な薬害としてこれらが認知されたという経緯は、「失敗は確率現象である」「失敗は拡大生産される」という失敗学の法則で理解できよう。

2. 第2世代の抗精神病薬 (要因)

1950年代前半に chlorpromazine (CP) の有効性が明らかになると、より強力な治療薬を求めて製薬会社の開発競争が始まり、1950年代後半から用量力価 (mg potency) の高い化合物が相次いで市場に登場した。そのなかでCPの400倍の用量力価をもつ benperidol を頂点とする butyrophenone 誘導体 (とくにCPの50~100倍の用量力価をもつ haloperidol, HP と略) が、1960年代後半から抗精神病薬の主役となった。非可逆性・致死性の錐体外路系副作用 (EPS) が問題化・深刻化した1960年代後半~1980年代前半は、抗精神病薬が低力価型 (第1世代薬) から高力価型 (第2世代薬) へと世代交代した時代であった^{脚注1)}。

第2世代薬は、①薬理面ではCPに潜在していたドーパミンD₂受容体親和性を単離・強化し、

②臨床面ではEPSを頻発・激化させたとはいえずそれ以外の副作用 (とくに心循環系) を軽減して安全性を向上させ、③理論面では (抗精神病薬の用量力価とD₂受容体親和性の強度との相関を通じて) 統合失調症治療薬のドーパミン (DA と略) 仮説を確証し、ひいては統合失調症のDA仮説を導出する手掛かりとなった。従ってそれは治療薬の開発という点では第1世代薬からの一歩前進であり、少なくとも第2世代薬それ自体は抗精神病薬療法の失敗の原因ではなかった。

3. 失敗のからくり

第1は「薬物信仰」にもとづく大量薬物療法である。統合失調症の薬物療法に関する実態調査で、1970~80年代における抗精神病薬療法の著しい多種・大量化が示されている。第1世代薬によって統合失調症の急性期入院例の多くは退院可能となったが、この成果に幻惑されて1960年代前後には、精神病院に残された多くの慢性例・難治例を、より強力かつ大量の薬物で改善しようとする「薬物一辺倒の治療観」が生まれ、これが第2世代薬による大量薬物療法のきっかけとなった。

第2は抗精神病薬の「安全神話」である。CPによるEPSは理論的にも臨床的にも大きな関心を集めたが、当初は可逆性で生命に危険はないとみなされただけでなく、その出現こそが抗精神病薬の臨床特性と考えられ、1950年代の後半からEPSを意図的に惹起する治療さえ行われた。とくにHPは1960年代の経験から、心循環系に対

脚注1) 一般に「非定型」抗精神病薬は「第2世代」の抗精神病薬と呼ばれているが、CP型抗精神病薬とHP型抗精神病薬とは1日投与量 (数100mg対数mg) だけでなく、副作用プロフィール (とくにEPS) および薬理プロフィール (とくにD₂受容体親和性) について大差があり、筆者は前者を「第1世代」、後者を「第2世代」として区別している。これだけの差異を無視し、両者を一括して「第1世代」とし、「非定型」を「第2世代」とする通説は、「非定型」抗精神病薬の新しさを強調するためのいわばマーケティング・トリックであると思う¹⁾。

する安全性が極めて優れた薬物で（いまでは致命的な torsades de pointes が知られているが）、しかも大量投与の方が EPS は出にくいという通説が、1970—80 年代に常用量の 10—100 倍にも及ぶ大量投与（ときには点滴静注）を正当化した。

第3は「症状標的主義」（抗精神病薬に症状の除去を期待した薬物療法観）である。CP の効果に関する初期の精神病理学的研究は、異常体験の「不関化」や「遠隔化」をその特徴とみたが、1950 年代後半から 60 年代にかけて高力価薬の導入とともに「抗幻覚妄想効果」や「賦活効果」「抗自閉効果」が喧伝され、実際にはありもしない特異的效果を達成しようとする目論見が失敗するたびに、薬物療法の多種大量化が進行した。

第4は抗精神病薬による薬物療法を DA 「拮抗」療法と誤解したことである。誤解の背景には抗精神病薬の DA 抑制説とこれを反転した統合失調症の DA 亢進説があり、その集大成が 2 症候群仮説（Crow, 1980）であった。抗精神病薬の DA 遮断説は 1970 年代後半—1980 年代前半に支配的となり、実証されてもいない DA 神経伝達過剰を「仮想標的」にした第2世代薬の大量投与（DA 「遮断」療法）を理論的に正当化する役割を果たした。

そして最後に、(a)統合失調症の治療「失敗」史に通底する最も重要な「からくり」として、治療は当事者の自己回復力を援助する手段のひとつに過ぎないという事実、(b)薬の効果には必ず限界があり、量をふやせば副作用は加算的に増加・重症化するという薬物療法の常識、(c)薬が奏効するためには心理社会的治療の併用が不可欠であるという経験、これらが無視あるいは軽視されていた。

4. 第3世代の「非定型」抗精神病薬（課題設定）
「非定型抗精神病薬」という薬理学的概念（1975）は、ドーパミン D_2 受容体親和性を維持しつつ EPS を惹起しない抗精神病薬の開発、という課題の設定に沿って提出された。この課題は 1980 年代後半から、軽・中程度の D_2 親和性（基本特性）に、中脳皮質辺縁系選択性、 D_1 親和性、

セロトニン 2A 親和性（SDA）、多種受容体親和性（MARTA）、易解離性（弱結合性）、部分作動性（partial agonism）などの副次特性を加えることによって解決が試みられてきた。臨床的には第2世代薬より EPS が格段に少ないことが明らかであり、この点では旧世代薬の改良に成功したと見てよさそうである。

ここでは第3世代薬の薬理作用が、とくに「易解離性（弱結合性）」や「部分作動性」などの特性にあらわれているように、 D_2 受容体の全面的・持続的な遮断（DA 「拮抗」）をむしろ回避し、DA 活動のアップ・ダウンを「調整」する方向に向かった点に共通点を見出すべきである。これに対応して統合失調症の病理仮説を DA 活動の「一方向性亢進」からアップ・ダウンの「不安定化」へと修正し、その治療理念を DA 「拮抗」療法から DA 「安定化」療法に転換しなければならない。さもなければ第3世代薬による薬物療法も再びかつての「失敗のからくり」に陥らざるを得ないであろう。

Ⅰ. 病名告知の失敗学

1. 「精神分裂病」による病名ショック・絶望症候群（結果）

「（精神）分裂病」なる病名が、かつてその当事者や家族に与えた衝撃の大きさと絶望の深さを、最近の手記の中から引用する。

1990 年代に発病し、精神病院に入院した経験のある大石洋一氏¹⁾は、障害年金の手続きをする際に病院の診断書の病名が「精神分裂病」と書いてあったことで、初めて自分の病名を知った。

「私はこの診断書を目にしたとき、頭をかなづちで殴られたような衝撃を受けました。精神分裂病、とても恐ろしい響きでした。（中略）障害年金の手続きは、なんとか済ませましたが、自分が精神分裂病だということが頭から離れず、人生が終わったような、深い絶望感に襲われていました」

やはり 1990 年代に発病した梅津布紗子氏²⁾は

「精神分裂病の診断を受け、心は地獄の底まで落ちた。私は人間のクズだ、恥だ、死にたい、と毎日、思い続けた」。

全国精神障害者家族会連合会（全家連）の機関誌「ぜんかれん」（2005, 12号, 13頁）の投書欄には、息子が入院した際に初めて「精神分裂病」の病名を告知されて、「一晩中泣き明かした」母親の体験談が載っている。別の父親は病名（精神分裂病）を聞いたときの衝撃を「後頭部をハンマーで打たれた感じ」と表現している²⁾。

絶望や士気喪失は病気からの回復を阻害する最大の要因である。病名告知が治療の一環³⁾であることを考えれば、当事者と家族に対する「精神分裂病」の（とくに「不意打ち」的な）告知が治療上の大きな失敗であったことは明らかである。失敗学によれば、ここに引用した大失敗の事例1件の裏には39件の軽微な事例があって、さらにその後ろには「病名告知・士気喪失症候群」とも言うべき事例が300件潜んでいた（ハインリッヒの法則）と推定される。

2. インフォームド・コンセント（要因）

実は1990年代まで、日本の精神科医の多くは「精神分裂病」の告知に消極的であった。インフォームド・コンセント（IC）研究班のアンケート調査（1995）では、原則として患者・家族にこの病名を告げる精神科医は20%未満に留まった。また日本精神神経学会の評議員に対するアンケート調査（1996）¹⁰⁾では、旧病名の告知をためらう理由の筆頭が「患者さんを絶望させることになる」からであった。さらに2つの雑誌の特集（1999¹¹⁾, 2002¹²⁾）でも、日本の著名な精神科医のほとんどが（精神）分裂病の病名告知に対して消極的というより否定的な見解を述べていた。

そして加賀乙彦氏¹³⁾や風祭元氏¹⁴⁾は、この問題がかつての癌の告知との関連で論じ、旧病名を告知しない、あるいは当たり障りのない病名をとりあえず告げておくのが「人道的配慮」と思われていたことを指摘している。実際に大沼れい氏（当事者）の手記¹⁵⁾の中には、（通院・服薬を続けて

いたにもかかわらず）「自分が障害者であることすら、最近まで知りませんでした」「でも、健常者の中で健常者と信じて生活し続けていたので、ある意味で自立できました」という証言がある。

やがて1980—90年代にICの必要性が強調されるようになって癌の告知率は急速に高まり、精神科でも「積極的病名告知」を基本方針とする病院や「分裂病の病名告知も精神医学の進歩」と考えたり「原則告知派」を名乗る医師が現われた。いわば「告知至上主義」時代の到来である。全家連による病名変更の強い要望が提出されたのは、ICの普及にともなって「精神分裂病」の告知による「病名ショック・絶望症候群」や「病名告知・士気喪失症候群」が全国に蔓延し始めた時期であったと推定される。

しかしICそれ自体は病名告知の失敗の「原因」ではないし、また「精神分裂病」という病名そのものに罪があったわけではない。前者は利用者（当事者）が医療の主体になるための必要条件であり、後者はかつての「早発性痴呆」からの改称であった。

3. 失敗のからくり

からくりの第1は、当事者や家族自身がもつ偏見（セルフ・スチグマ）¹⁶⁾である。

病名ショックで絶望に陥った当事者と家族は「精神分裂病」なる病名をどのように感じ取ったのか、ふたたび手記の文章を引用する。

大石氏¹⁷⁾がこの病名に「とても恐ろしい響き」を聞いたのは「よく新聞などに載っている事件を起こした人たちが、この病気だということを聞いたことがあったから」だった。大沼氏¹⁸⁾は「人に病名が言えない病気。理解されにくい病気。頑張れない病気。精神病に対して自分が一番偏見を持っていました」。診断を受けて心が地獄の底まで落ちてしまった梅津氏¹⁹⁾は、やがて「自分自身が精神科の看護婦であったために、余計にひどい偏見を持っていたことに気がついた」。川村実氏²⁰⁾も「自分自身の中にある地獄のような偏見に押しつぶされ、阿鼻叫喚と死と隣り合わせに生活し

て」いた。また息子を入院させた上記の母親は「息子が入院しても分裂病というこの病気のことは何も解らず、もう廃人になってしまったと息子の入院を嘆き悲しみました。正直この病気に対して何の知識もない私自身に大きな偏見がありました」と述べている。

なお森実恵氏(当事者)⁶⁾によれば、セルフ・スチグマとは「過去の私が未来の私を蔑み、差別」することである。当事者が発病前に社会と共有していた偏見が、発病後は自分自身の烙印になるのであるから、セルフ・スチグマの起源は社会的スチグマに他ならない。ただし「精神分裂病」に対する差別や偏見は名称が生み出したのではなく、かつては不治の病いの「宣告」であり、告知された患者は生涯を精神病院で送らざるを得なかったという歴史的事実に基づいていた(江口)¹²⁾。その「風聞」がこの病気を忌み、嫌い、蔑む風潮を広めたのであって、原語にも訳語にも罪はなく、社会的スチグマの問題を追及していくと「世間という現実」(中里)¹²⁾につきあたる。この「からくり」は厄介である。

第2のからくりは、病気の命名および病名の告知という医師側の行為にある。

内海氏¹⁵⁾によれば「精神分裂病」にあって当事者が直面していたのはまさに「命名に含まれる暴力」であった。権威や力による傷つきやすさは「分裂病の病理の本質そのもの」に書き込まれているのであり、命名とはまさに権威がなす行為だからである。

また「告知」という言葉について、尾久氏¹¹⁾と加賀氏¹²⁾は「権威のあるものが下々に告知らせる」「権力を持った人が、支配している人に対する一方的な意思の押し付け」という意味が含まれていることを指摘した。これに加えて加賀氏は「インフォームド・コンセント」という言葉も、日本語になると告知と同じように上位下達の意味が強くなることに注意を促している。

第3のからくりとして、癌の場合には告知される側の主体性が「非侵襲状態」にあって(吉松)¹¹⁾、「告知に耐える精神力」をもっており(笠

原)¹¹⁾、病名を伝えれば必ず病識が生ずる(鈴木)¹¹⁾のに対して、「精神分裂病」の場合にはここに問題の核心があった。「病名が問題になるたびに、そのつど当事者は命名の根源的暴力の次元へと突き抜けてしまう」¹⁴⁾のであった。

4. 「統合失調症」の告知(課題設定)

1993年に全国精神障害者家族会連合会(全家連)が日本精神神経学会理事会に対して病名の変更を要望した理由を、全家連の中井和代氏⁷⁾は次のように述べている。

「一般に病名を知るとは、治療への第一歩である。しかし〈分裂病〉と告知された家族は絶望に陥る。本人には告げられない。身内にも他人にも開示できない。家族は、病名を告げられたことで死ぬほどの苦痛におそわれる。病気自体で死ぬのではなく、病名のゆえに死ぬ事さえある」

2002年に「精神分裂病」の呼称は「統合失調症」に変わった。呼称変更が家族会の主導で実現したということは、統合失調症の医療処遇史において画期的な出来事であり、抗スチグマ活動の成果であるとともに、ノーマライゼーションに向けての利用者側からの第一歩であろう。

新病名が驚くべき速さで普及・定着したのは、精神医療の従事者や関係者も、当事者と家族ほどではないにせよ、旧病名の「烙印」的性格を認識していたからである。病名改定案を聞いた安永浩氏¹²⁾の「ああ診断書を書くのが楽になるかなあ」という第一印象は、多くの精神科医の感想でもあったろう。「告知派」の精神科医なら「ああ告知が楽になったなあ」と思ったかもしれない。

いずれにせよ烙印としての「精神分裂病」は消滅し、「統合失調症」がこれからの医療における病名告知の新たな課題となった。

しかし「精神分裂病」時代における「病名ショック・絶望症候群」の「からくり」は変わったであろうか。セルフ・スチグマの研究はまだ萌芽期にあり⁹⁾、心理教育によってもその払拭は難しいことが報告されている¹³⁾。「すべては世間が決めるのだ」から「さしあたり世間の見方の変化に待

つよりない」¹²⁾という意見もある。そして「何故、彼らは名に苦しむのか、外からの力が深い傷痕を残すのか、さらにはその傷が自分の人格の芯となり、存在根拠にさえなるのか」という問い¹⁵⁾は、呼称をめぐる議論で忘れられたままになっている(脚注2)。

すでに「統合失調症」の告知は依然として当事者にとって侵襲性が強いという精神科医の指摘(2003)があり、当事者の森実恵氏⁶⁾(2006)は「統合失調症に対するイメージはどうも昔のまま、間違っって浸透しているよう」だという。精神科医をはじめとする医療従事者が「精神分裂病」告知失敗の「からくり」に深く想いを致さない限り、ICの普及はいずれ再び「病名ショック・絶望症候群」や「病名告知・士気喪失症候群」の拡大再生産をもたらしかねないであろう。

おわりに

精神科臨床への失敗学の応用は初めての試みなので、ここでは「逆演算」の手順を忠実に模倣し、かつて薬物療法と病名告知が引き起こした「結果(失敗)」から逆に辿って、「要因」と「からくり」という「見えない2つのもの」を探ったつもりである。失敗学では「からくり」の正体を明らかにすることこそが、本当の意味で失敗の原因を究明することになる、とされているので、それぞれの「からくり」の解明に重点を置いた。「失敗の脈略」(要因、からくり、結果の関係)の分析は読者にゆだねたい。

失敗学は歴史を学ぶ方法のひとつと考えられるが、歴史を知っていても必ずしも失敗は防げないことを歴史は教えている。とくに精神科で「失敗のからくり」は見えにくく、またその中には気づきにくく変えにくいもの(疾病観や治療観など)や、分かっているにもかかわらず人為的に変えることが難しいもの(たとえば偏見)が少なくない。それでも精神科臨床サービスに失敗学を応用して「失敗の

からくり」を明らかにすることは、治療の失敗の被害を最小限に食い止める役割を果たしてくれるだろう。

謝辞：慶應義塾大学医学部精神神経科学教室・鹿島晴雄教授のご支援を感謝する。

文 献

- 1) 古川奈津子編著：心が病むとき心が癒えるとき。ぶどう社、東京、2004。
- 2) 古川奈津子編著：心を病む人と生きる家族。ぶどう社、東京、2006。
- 3) 畑村洋太郎：決定版 失敗学の法則。文藝春秋、東京、2005。
- 4) 加藤敏：治療の一環としての病名告知。精神科治療学、19；137-138、2004。
- 5) 川村実、佐野卓志、中内堅ほか：統合失調症とわたしとクスリ。ぶどう社、東京、2005。
- 6) 森実恵：〈心の病〉をくぐりぬけて。(岩波ブックレット No.671)。岩波書店、東京、2006。
- 7) 中井和代：統合失調症(3) 家族(会)の立場から。(特集：病名と告知を考える)。こころの科学、105；8-86、2002。
- 8) 大石洋一：心の病との闘い・そして。文芸社、東京、2002。
- 9) 下津咲絵、堀川直史、坂本真士ほか：統合失調症におけるセルフスチグマとその対応。精神科治療学、20；471-475、2005。
- 10) 特集：精神分裂病の概念と呼称をめぐる(第22回日本精神神経学会総会シンポジウム)。精神神経誌、98；701-731、1996。
- 11) 特集：分裂病の病名告知。精神科治療学、14；1311-1372、1999。
- 12) 特集：病名と告知を考える。こころの科学、105；8-86、2002。
- 13) 内野俊郎、前田正治、原口健三：「精神分裂病」とスチグマ。臨床精神医学、32；677-688、2003。
- 14) 内海健：「分裂病」の消滅—精神病理学を超えて。青土社、東京、2003。
- 15) 内海健：スキゾフレニア論考。星和書店、東京、2002。
- 16) 八木剛平：いわゆる分裂病における病名と告知について。こころの科学、105；84-85、2002。
- 17) 八木剛平：現代精神医学論 説批判—ネオヒボクラティズムの展望。金原出版、東京、2005。

脚注2) したがって筆者¹⁰⁾は昔の「精神分裂病」も、今の「統合失調症」も、非告知を原則にしている。