

精神療法と 薬物療法の ほどよいブレンド

中嶋 聡

中山書店

はじめに



精神科の治療は、ほとんどの場合、精神療法と薬物療法の組み合わせによって行われる。組み合わせといっても、二つ別々のものを組み合わせるわけではなく、両者は大いに関連している。そのこと自体には、精神科医であれば誰でも気づいている。しかし、どう関連しているのか具体的に論じたものとなると、これまで案外少なかった。

本書は、この両者の関係についての、理論的かつ実践的な試論である。

具体的には、薬物療法と精神療法の働きの次元をどう考えるか（それは結局、脳と心の関係をどう考えるかということである）、および、どのような基本原則にもとづいて両者を臨床に適用すればよいかについて、まず理論的考察を行った。そしてそれにもとづいて、薬物療法と精神療法が臨床の現場で実際にどう絡んでくるのか、どう上手に結びつけるのがよいか、また薬物療法をめぐる起きてくるさまざまな問題についてどのように考え、解決していけばよいかについて述べた。

本書が念頭に置いているのは、私のような、普通の精神科医である。普通の精神科医とは、次のような意味である。つまり、精神科医ではあるが、精神薬理学の専門家ではない。治療に必要な程度の精神薬理学の知識はあるが、それ以上に詳しい知識はないし、研究しているわけでもない。薬に関しては、使う専門家であるが、教える専門家や研究する専門家ではない。

考えてみると、精神科医のほとんどは、こうした者ではないだろうか。精神薬理学を専門にしている精神科医は、せいぜい5%くらいだろう。そのような人で、かつ臨床経験も豊富な人がいれば、その人こそこのような本を書くのに最もふさわしいかもしれない。

しかし、このようなテーマについて考えるためには、精神病理学の知識や関心も必要である。それも、個別の疾患についての知識よりは、脳と心の関係についてどう考えればよいか、あるいは、精神科治療をどのようなも

のとお考えるかといった、いわば医学概論のような知識や関心が必要である。

自身は精神薬理学の専門家である八木は、精神病理学と生物学的精神医学の関係について次のように述べている。

「精神病理学は今の生物学的研究との接点や対話、言いかえれば『対等の関係』を求めるべきではない。むしろ精神病理学の主導下に、……生物学的知見を取捨選択し再組織することが必要なのである。」(「陰性症状の治療反応性」臨床精神病理 19：138-148, 1998)

私は、八木の構想を真に受けて、この「精神療法と薬物療法の関係」というテーマについて、一度それを試してみようと思った。すなわち、自身の精神病理学の知識と関心を生かして、精神医学領域における一種の医学概論のような意味をもつこのテーマについて、掘り下げて考えてみようと思った。精神病理学の知識と関心は多少あっても、精神薬理学には暗い以上、私が特にこの任にふさわしいとは思わない。しかしこれが、精神科医にとっての永遠のテーマの一つである以上、私にも試論を書いてみる資格くらいはあるだろうと(多少開き直って)考えた。

なお、本書でいう精神療法は、一般的な意味でとっていただいてもかまわないが、私がとくに念頭に置いているのは、前著『精神科医療面接』(中山書店)で述べた日常精神療法である。少なくとも、本書で具体的に述べる諸相は、日常精神療法のそれである。

本書を書くにあたって、特に心がけたのは次のことである。精神療法と薬物療法の関係はだれもが重要と思っているだけに、結論が漠然としたきれいごとに終わりやすい。私はそれは避けたかった。そこで第一に、いたずらに一般的・客観的に通用する真理を追究するのではなく、私自身の認識論と臨床医としての価値観を明確にし、それをふまえた一貫性のある考え方を提示するよう努めた。第二に、両者の関係を、できるだけ臨床で出会う場面や問題に即しながら、具体的に生き生きと論じるよう心がけた。

第6章では、各論として、私が実際に行っている薬物療法を紹介した。これはあくまで、先立つ各章の内容を私が各疾患の治療においてどう生かしているかを示すために、実例をあげているにすぎない。だから、このよ

うな薬の使い方が正しいなどと主張するつもりはない。もつとも、本書を途中まで読んでいただければ、私がおんなのような考え方をとらないことはわかっていただけと思う。この本の主眼はあくまで薬物療法にあたっての心構えと姿勢を論じることであって、この部分は例示にすぎない。だからこの本は、薬物療法の具体的な方法を指南する本ではない。この点はいくらぐれも誤解のないようお願いしたい。

本書における私の立場は、EBM (evidence-based medicine) ではなく、臨床的直観に基づく医学、すなわち IBM (impression-based medicine) である^{注1,2)}。実際の臨床においては、どの薬をどのように使うのが最適なのか、迷う場合が非常に多い。それはちょうど、山道でどちらに行けばよいか迷ったときの選択に似ている。どちらかは正しい道で、どちらかはけもの道である。一見するとどちらも同じように見える。しかし、経験ある登山者は、踏み固められ具合、周囲の樹木の様子、その他の微妙な手がかりをたよりに、いずれかを選んでいく。精神薬理学的に、またはエビデン

注1) 学問としてみれば、IBM は予備的考察にすぎない。しかし、IBM はすべての学問の出発場所であり、戻るべき場所、つまりフッサールのいう「生活世界」である。EBM は重要であり追究すべきだが、IBM に基づかないEBM は空虚である。もちろん反対に、IBM に固執するあまりEBM を否定するのは、盲目で非科学的な態度である。私もそのような態度をとるつもりはない。しかしここでは私は、それを議論の出発点とするという方法論的目的から、あえて私自身のIBM にこだわった。EBM の成立以前のIBM の一例を、生きた形で示してみたかったからである。

なお、EBM に対置されるものとしてNBM (narrative-based medicine) がよくあげられる。NBM とは、生活史的理解に根ざした医学という意味の概念である。しかし、NBM は、精神医学における一つの方向性にすぎない。真の意味でEBM と対置され、互いに弁証法的関係にあるのはIBM である。

注2) 精神医学の場合には、IBM には2つの階層がある。印象に基づく医学 (impression-based medicine) と、直観に基づく医学 (intuition-based medicine) である。臨床医の経験は前者に始まりつつ、重ねられることを通じて次第にその本質が抽出され (すなわちフッサールの言う形相的還元がなされ)、後者に高められる。両者は弁証法的関係にあり、どちらだけで十分ということはない。本書の議論は、生の臨床の提示を主体としているため、おおむね前者のレベルにとどまっている。それがさらに反省され、批判されることを通じて、後者に高まっていくであろう。なお「直感」ではなく「直観」であることに注意されたい。

スの上では薬をそのまま続けるのが最良だと思われても、精神療法的にどうかということも考慮しなければならない。患者の好みや希望も無視できないし、効果が出始めるまでのあいだ我慢して待てるタイプの人かどうか、薬に対する依存傾向や過量服用の傾向はないかといったようなことも考慮しなければならない。エビデンスが強調される現代にあっても、精神科の場合は「脳」というブラックボックスを経ながら「精神」（「心」）に働きかけるという特殊性のゆえに、特に経験や勘に頼る場面は多く、医師の決断のウェイトは大きい。そしてそれは、医師の仕事の醍醐味の一つでもある。本書を通じて、臨床家の一人としての私の迷いや決断のありさまを、そして精神科臨床のおもしろさを感じとっていただければありがたいと思う。

精神薬理学の専門家でなく、まして薬物療法について専門的に研究してきたわけでもない私のような者が、薬物療法に関する本を書くことは、普通に考えればありえないことであろう。しかし、一通り経験を積んだ「使う専門家」が、どのように“臨床の知”（中村）を生かしながら、精神療法との関連のもとに薬物療法を行っているかを紹介することは、薬の作用や作用機序、あるいはそれを踏まえた教科書的な薬の使い方について述べることは別の意味で、これから臨床経験を積もうとしている「使う専門家」たちのために、きっと役立つのではないか。この本は、そうした発想から生まれた。

本書の題名「ほどよい」は、言うまでもなくウィニコットの“good-enough”を意識したものである。完璧を目指さず、現実的な範囲で、できるだけよいものを追究したいという含みがある。また薬物療法を精神療法的に生かすという、本書の基本姿勢を象徴する含みもある。

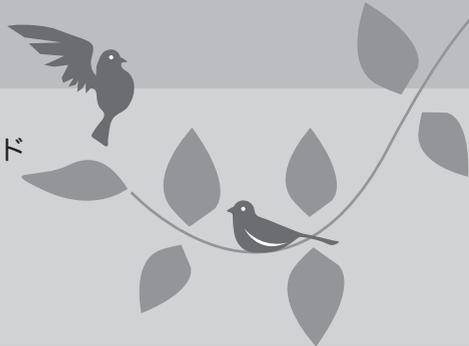
なお、薬品名については、わかりやすさのため、特に一般名が適当な場合以外は、実際に臨床でよく用いられている商品名を用いた。よく用いられる商品名が複数ある場合には、普段私が使っている商品名を用いた。また用量は、特に断らないかぎり1日量を示している。

試論である以上、批判されることを目的としている。認識論の違い、治療観の違いが絡むというテーマの性質上、精神科医の数だけ異なった考え

方があってもおかしくない。本書が、精神療法と薬物療法の関係についての、また薬の使い方についての、実践的な議論のきっかけになれば幸いである。



目次



● はじめに iii

第1章 精神科治療における基本姿勢 —精神療法と薬物療法に通底するもの—

1. 理論的テーゼ 2
 - a. 重ね描き 2
 - b. 薬物療法は間接治療である 4
 - c. 脳は未知である 6
2. 実践的テーゼ 8
 - a. 精神科治療は喜劇である 8
 - b. 患者は生活者である 12
 - c. 向精神薬の相対的安全性を生かす 13
 - ①副作用 13
 - ②依存性と退薬症状 14

第2章 精神科治療における薬物療法の特殊性

1. 薬物療法と精神療法の関係について 15
 - a. 精神療法の可能性の条件としての薬物療法 16
 - 1) クロルプロマジンの登場 16

2) 西園の依存的薬物精神療法	17
b. 薬物療法の効果をもつものとしての精神療法	18
c. 精神療法の一部としての薬物療法	18
2. 「精神の病気を薬で治す」という不思議	19
3. 「薬には頼りたくない」という心理	20
4. 何が薬物療法の常識化をもたらし、それは人々の意識をどう変えたか	23
5. 精神科医がもちやすい幻想	25

第3章 薬物療法の効果をもつものとしての精神療法

1. 薬物療法にまつわる幻想を生かす	28
a. 第一の幻想—「効くはず」幻想	28
b. 第二の幻想—「脳の病気」幻想	29
c. 幻想を生かす	29
①不安の軽減	29
②がっかりさせない配慮	30
③予備知識を尊重する	30
④「何かしてくれた」効果	31
⑤「誤解を尊重する」	32
2. 薬の効果や副作用の説明の仕方	32
a. 効果の説明	32
b. 副作用の説明	33
3. 「脳の病気」という言い方のうまい使い方	35
4. 薬をめぐる不安に対する答え方	37
a. 薬はくせにならないか。一度飲み始めたらやめられなくなるのではないか	37
b. 薬を飲むと呆けるのではないか	38

- c. 副作用が出て困るのではないか 39
- 5. 薬剤師との上手な協力の仕方 40

第4章 精神療法の一部としての薬物療法

- 1. 「投薬行為」という精神療法 43
- 2. 応答としての薬物変更 45
- 3. 面接終結術としての「ではお薬を出しましょう」 48
- 4. 中間者としての薬の役割を生かす 49
 - a. 「薬を話題にすることを通じて」 49
 - b. 「薬という物質を媒体にして」 50
 - c. 薬（SSRI）による受診行動の変化 51
- 5. 薬に対する依存性を生かす 52
 - a. 精神依存（常用量依存）・退薬症状を利用 53
 - b. 「薬がないと不安」という気持ちも尊重する 54
- 6. 生活にまつわるジレンマにどう答えるか 55
 - a. 運転の是非 55
 - b. 飲酒の問題 56
 - c. 喫煙について 57
 - d. 妊娠中・授乳中の服薬 57

第5章 さまざまな場合への対処法

- 1. 「薬だけください」という患者 59
- 2. 薬物依存傾向・過量服薬傾向のある患者 60
- 3. 薬を指定して希望する患者 62
- 4. 適応なのに薬物療法を希望しない患者 64
- 5. いくら薬を増やしても眠れないという患者 65

第6章 疾患別 私の薬物療法

1. 統合失調症 69
2. 躁うつ病 73
 - a. 単極型（うつ病） 73
 - b. 双極型（躁うつ病（広義）もしくは双極性障害） 77
3. 適応障害（抑うつ体験反応） 80
4. 不眠症 83
5. 不安神経症（パニック障害，その他） 85
 - a. パニック障害 85
 - b. その他（全般性不安障害） 87
6. 心気神経症 88
7. 強迫神経症 89
8. 対人恐怖症（社交不安障害） 90

Q & A

この30年間の精神医学の変化について 94

- Q1 先生が医師になった1980年頃の精神医学と現在の精神医学とを比べるといかがですか。この30年間でどのような進歩がありましたか？
- Q2 PTSD，性同一性障害，解離性障害，発達障害などは，この間の精神医学研究がもたらした進歩といえるのではないのでしょうか？
- Q3 いずれにしても，先生が研修医をなさっていた頃にくらべると，病名はずいぶん増えたことになりましたね。

Q4 「進歩」という意味から、うつ病、双極性障害に関してはどうでしょうか。最近増えていると言われていますが。

Q5 せめて何か一つくらい、本当の進歩と言えるものはないのでしょうか？

操作的診断と従来診断

102

Q6 現在の診断はDSMやICDなどの操作的診断が主流で、私たちも学生時代からそれらを用いて診断するよう教育されています。しかし、ベテランの先生の中には、いまだに従来診断を用いる方もいます。この点について、先生はどのように考えられますか。

Q7 かつては精神病理学的に診断していたが、今ではそうではなくなったということですが、そのことをもう少し説明していただけませんか？

Q8 精神病理学に則って診断しなくなったのはなぜですか？

Q9 DSMのような操作的な診断方法では、満足な診断はできないということでしょうか？

臨床で大事にしたいこと——ある程度の害を恐れず、トータルで助けるという発想

107

Q10 先生が治療を行ううえで、一番大事にしていることは何でしょうか？

Q11 決定論的な考え方をしない“「生の質」というものにこだわる治療”を、例をあげて説明していただけませんか。

Q12 医師から見ると薬はそろそろ止めてもよさそうなのに、患者さんが続けたいと希望するという

ことがありますが、その場合はどうしますか？

- Q13 投薬の継続による危険性はなにがなんでも避けなければならない、というわけではないのですね？

標的症状による薬の使い分けはできるか 112

- Q14 統合失調症なら、幻覚妄想の激しい患者にはこの薬がいいとか、無為自閉が中心の患者にはこの薬がいいというように、うつ病の場合はどうですか。使い分けることはできるでしょうか。標的症状による薬の使い分けができないかと思うのですが、それは可能でしょうか？
- Q15 抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、気分安定薬の、標的症状による使い分けはどうでしょうか。

多剤併用をどう考えるか 116

- Q16 教科書にはなるべく多剤併用を避けるべきだと書かれていますが、実際に臨床の現場に出てみると、多剤併用されている例に多く出会います。この点、どのように考えたらいいのでしょうか？
- Q17 統合失調症やうつ病の治療についての多剤併用はどうですか？
- Q18 必要な場合には多剤併用をしてみてもいいということでしょうか？

リハビリと薬物療法との関係——治療全体のなかで薬の必要性をどう位置づけるか 120

- Q19 統合失調症で幻覚妄想が激しいとか、興奮して暴れているような状態ですと、薬の必要性はわかりやすいのですが、慢性期で軽い無為自閉のほかとたたて問題がない状態の患者さんを診

ていますと、一体薬を続けてもらうことにどのくらい意味があるのかわからなくなることがあるのですが。

- Q20 統合失調症の慢性期における薬物療法の意味は？
- Q21 まとめて言うと、統合失調症治療全体のなかでの薬物療法の役割はどのようなものになりますか？
- Q22 躁うつ病（広義）におけるリハビリテーションと薬物療法の関係は？
- Q23 躁うつ病（広義）がひととおり寛解したあと、一体どのくらい薬を続けてもらえばいいのでしょうか？ また遷延した場合の対応（担当したケースで大変困難を感じたのですが）については？
- Q24 適応障害の治療とリハビリテーションの関係は？

薬なしの精神療法はどこまで可能か

128

- Q25 現在、精神科にかかるほとんどの患者さんに薬物療法が行われていますが、薬なしでの治療の可能性についてはどのようにお考えですか？ しかし、一部には薬を希望しない患者さんもいるし、また実際には薬を使っている患者さんでも、薬なしで治療できないかと考えるケースもあります。この点、先生はどのように考えられますか。
- Q26 うつ病・躁うつ病（双極型）に対しては、精神療法だけでは無理ということでしょうか？
- Q27 いわゆる心因性疾患についてはどうでしょ

うか？

Q28 心因性疾患についても、薬物療法が主役ということになるのでしょうか？

自己責任をどう考えるか

135

Q29 服薬管理はどこまで医療者の責任で、どこから患者さん本人の責任なのでしょうか？

Q30 過量服薬のなかには「少し多めに飲んだ」という程度にとどまらない、自殺目的の大量服薬がありますが、これについてはどう対処すべきでしょうか？

Q31 自殺目的の大量服薬に対する精神療法は？ 自殺企図の場合を含め過量服薬には、つらさを背景にした行動化という意味があると思いますが、どこまで受容し、どこまで本人の責任を問うべきでしょうか？

Q32 衝動行為については？「つい…してしまう」という訴えは臨床でよく見られますが。

Q33 そうなると、「ギャンブル依存症」などは？

● おわりに	140
● 参考文献	142
本書で紹介した薬剤	
● 索引	144

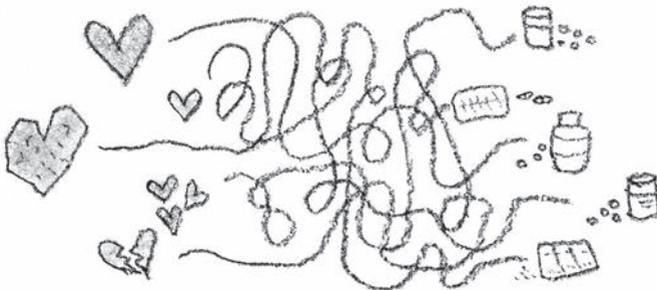
第6章

疾患別 私の薬物療法

私は総合病院精神科で4年、精神科病院で12年、その後開業して精神科クリニックで16年臨床を経験してきた。ひととおりいろいろな環境で経験を積んだことになるが、不思議と、よく経験した疾患もあれば、世の中でよく話題になっている割にはほとんど経験したことがない疾患もある。

ここでは、ある程度以上よく経験した疾患に限って、私の行っている薬物療法について語ろうと思う。

なお、症例呈示において用いている〔感〕〔問〕〔聴〕〔応〕とは、それぞれ、『精神科医療面接』（中山書店、2011）で述べた面接者の態度の4要素、「感受」「質問」「傾聴」「応答」のことである。





1. 統合失調症

統合失調症の薬物治療は、今も昔も本質的に変わらない。メジャートランキライザーによる治療である。

メジャートランキライザーは、最初にクロルプロマジン（コントミン®）が現れ、次いでハロペリドール（セレネース®）が現れた。この二つの薬は、私が1980年に医師になったときからあった。そして今日まで、これらを本質的な意味で凌駕する薬は現れていない。「本質的な意味で凌駕」とは、この二つには質的にない作用があつて、そのためこの二つがあつてもそれが無いと困るような薬である。実際私は今でも、セレネース®さえあれば統合失調症の治療には困らない。

本当のことを言えば、セレネース®に加えてレボメプロマジン（ヒルナミン®）はあつたほうがよい。鎮静作用が強い薬がほしいときがあるからである。また、現在のようにいろいろな薬があつたほうが便利ではある。しかし、なくて困るほどではない。セレネース®は抗幻覚妄想作用に加えてかなりの鎮静作用ももっており、その点でもすぐれた薬である。

非定型抗精神病薬は錐体外路症状が少なく、それが長所だという。たしかにそれは有益である。しかし、セレネース®などの定型抗精神病薬の場合でも、アキネトン®かアーテン®のような抗パーキンソン病薬を一緒に使えば、だいたい問題は解決する。実際あまり困ることもない。

非定型抗精神病薬は陰性症状に効果があるとも言われる。しかし、私の使用経験からは、あまりそのような実感はない。陰性症状、つまり自閉や無為というものは統合失調症の根幹をなすものであつて、薬物療法によつても、精神療法によつても、そう簡単には変わらない。八木は非定型抗精神病薬のこの点における優越性を否定しているが、それは定型抗精神病薬にも似たような程度の陰性症状に対する効果があるという趣旨からである。私は経験上、どちらにもあまり効果がないという印象をもつ。

急性期には比較的高用量を用い、急性期が収まって慢性期に入ってきたら用量を少なくして、その用量で維持する。症状の激しさや個体のさまざ

まな条件によって違うが、私の場合、セレネース®なら急性期には9 mg前後、慢性期には3 mg前後とすることが多い。ただし、ことに急性期においては、必要性や副作用の程度に応じて4.5～18 mgくらいと、用量の幅は大きい。また慢性期でも、状態を見ながら適宜用量を変化させ、できるだけ急性増悪を防止する。

抗精神病薬の再発予防効果はこれまでの研究を通じて確立されている。だから、「いつまで薬を続けるのか」という質問に対しては、「一生続ける必要があります」というのが正確な答えである。しかし実際には、患者の心情と受け入れ能力を考慮して、「当分のあいだ続ける必要があります」などと答えることが多い。なお、寛解状態にある患者が「薬をやめたい」と強く希望した場合、薬の再発予防効果とやめた場合の危険性について改めて説明する。それでもやめたいという場合には、「私は勧めませんが、それでは薬なしで様子を見ることにしましょう。この場合、再発の危険性は高いと言われてしますので、もし何日か続けて眠れなくなったり、『声が聞こえる』など前に感じたような病気の症状が起こってきたり、そのほか調子が悪い感じがしたら、すぐに受診してください」と伝えたくて、薬を中止し、悪くなりそうなら随時受診してもらおうという形にすることが多い。

ただし、実際にはこのような形で治療を終結した例は少ない。それは医師の側が治療継続を図るよう努力しているためもあるが、いったん激しい症状が収まった後も、むしろ患者のほうが薬の継続を望むためでもある。患者がなぜ治療終結をあまり望まず、治療継続を望むのか。医師としても不思議である。おそらく急性期症状の「つらさ」のためではないかと私は推測しているが、本当のところはよくわからない。

〈例 1〉統合失調症急性期の患者 25 歳，男性

【聴】 僕は病気じゃない。本当のことを言ってるんです。みんな自分のことを噂してるんです。錯覚なんかじゃない。

[応] そういう感じがするんだね。

[聴] 態度でわかるんです。自分が近づくと急にみんな話すのをやめたり。

[応] なるほど……。ちょっと敏感になりすぎてるみたいだから、それを抑えるような安定剤を飲んでみたらどうか。

[聴] 病気じゃないんだから、そんなのいいです。

[問] 夜は眠れてる？

[聴] 日によるけど。あんまり寝てないかな。

[応] ではまず、睡眠薬だけでも飲んでみたらどうか。夜ぐっすり眠れば、それだけで大分楽になるよ。

[聴] ………。

[感] (どの程度拒否的か協力的かを見きわめる。この場合は、多少はそうしてみてもよいという気持ちになっていることを見て取る)

[応] じゃあ、睡眠の薬を1週間分出しておこう。1週間後にまた様子を見せてね。よくなっていたらそれでいいけど、もし1週間しても調子悪いようなら入院する必要があるかもしれない。まあ様子を見て判断しよう。それまでは、今日出す薬をしっかり飲んでおいてね。

[応] ヒルナミン[®] 25 mg、ロヒプノール[®] 2 mg を就寝前に、7日分処方した。



コメント

約束通り睡眠の薬だけを処方したが、その中に少量ながらメジャートランクライザーを入れた。幻覚妄想状態に対する治療としてはこれだけで十分とは思わないが、治療のきっかけとして、このようなやり方をとる場合は少なくない。治療に対して協力的になってくれば、いずれもう少し本格的なメジャートランクライザーを日中薬として追加する予定である。

〈例2〉統合失調症慢性期の患者 46歳，女性

[問] 具合はどうですか。

[聴] 別に変わりません。

[問] 何か気になることはないですか。

[聴] 特にありません。

[感] (表情が普段と変わらず、何かを特に隠しているわけでもない様子であることを確かめる)

[応] では、いつものお薬を出しておきましょう。

[応] ジプレキサ[®] 10 mg を朝夕食後に、ハルシオン[®] 0.25 mg とベンザリン[®] 10 mg を就寝前に、28日分処方した。



コメント

慢性期で外来通院を続けている患者には、このように状態を確認するごく短いやりとり、すなわち『精神科医療面接』（中山書店，2011）で述べた「面接の基本形」で治療を続けている人がはなはだ多い。一般に、統合失調症の人は深い接触を好まない。だから、本人から切り出さない事柄については、あえて話題にしないで通り過ぎるのがよいことが多い。「聞かないやさしさ」が必要なのである。もちろん、確かめる必要があるなら、聞くのを遠慮する必要はない。また、本人が何か話題を持ち出してきたときは、十分に傾聴する必要がある。熟慮のうえ、そのタイミングでその話題を持ち出してきた可能性がある。

こうした症例では薬が治療関係を維持する絆になっていることが多い。患者は薬がなくならないように定期的にもらいに来る。医師はそれを利用して患者を定期的に診察し、状態を確認する。

なお、上記の処方は一例にすぎない。慢性期だからどの薬でなければいけないということはないが、状態に応じた用量であるかどうかには注意し

ている。ややもすると、急性期に用いた量をそのまま継続してしまいやすいからである。



2. 躁うつ病

私は、躁状態を示す症例とうつ状態を示す症例の本質を共通のものとして、統一的に「躁うつ病」というカテゴリーに括ったクレペリンの洞察は、慧眼であると思う。そして、単極型と双極型とを峻別する考え方には、精神病理学的にはばかりではなく治療経験上も、違和感を捨てきれない。しかし、ある程度の区別は現実的であり、また治療上有益であることを認めるので、以下では単極型の「うつ病」と、双極型の「躁うつ病」（狭義）もしくは「双極性障害」とを分けて、その薬物療法について述べることにする。



a. 単極型（うつ病）

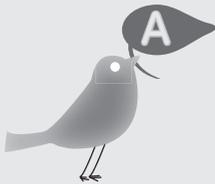
うつ病の薬物治療の中心は、もちろん抗うつ薬である。

抗うつ薬は1990年代に革命的な変化を遂げた。すなわち、SSRIの登場である。自律神経系に対する副作用が減り、格段に使いやすくなった。この出来事がうつ病の増加を引き起こすという奇妙な現象をもたらしたことは、冨高が実証的に示している。

抗うつ薬として、イミドール® やトリプタノール®,あるいはルジオミール® やアモキシサン® といった旧世代薬を用いるか、もしくはデプロメール® やパキシル® などのSSRI,あるいはトレドミン® のようなSNRIを用いるかであるが、私は基本的にどれでもよいと考えている。SSRIやSNRIは効果において旧世代薬にやや劣り、副作用において（性質が違うものの、総合的には）優れている。私はこの点を考慮して、症例ごとに適当なものを選ぶようにしている。一般的にはデプロメール®（50～150 mg, 通常75 mg）かパキシル®（10～40 mg, 通常20 mg）を最初に選択することが多いが、典型的で強いうつ状態に対してはルジオミール®（30～125 mg, 通常75 mg）を選択することが多い。使ってみて、もし副作用が強くて継続



投薬の継続による危険性はなにがなんでも避けなければならない、というわけではないのですか？



よくヒポクラテスを引き合いに出して、「治療において重要なことは患者に害を与えないことだ」と言う人がいます。いかにももっともらしく聞こえるのですが、私は、少なくとも精神科の治療においては、そしてまたかなりの程度医療一般において、これは正しくないと思っています。治療というのはダイナミックなものです。治療的な侵襲も害なのですから、ある程度の害を与えることは避けられません。それを上回る益を与えるのであれば、それでいいと思います。完封しなくても、7対6で勝てばいいのですよ。ある程度の害を恐れず、トータルで助けるという発想が大切ではないかと思います。

具体的には、言葉や態度によって傷つけることを必要以上に恐れたり、薬物療法の場合なら副作用を過剰に恐れることは、かえって治療選択の幅を狭め、それによって与えることができるかもしれない利益も逸してしまう可能性があります。また、再発を恐れるあまり必要以上に長期間治療を続けたり、悪化の可能性を恐れるあまり必要以上に厳しい生活指導を行って、知らず知らずのうちに患者に過大な負担をかけてしまう場合もあります。害を与えないように細心の注意を払うあまり、かえって害を与えてしまうこともあるのです。

精神療法の場合も、もちろん良かれと思って言葉を選ぶのですが、そ

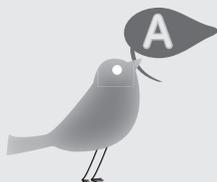
れでも患者がそれに傷ついたり、あるいは治療者があとから振り返って「あの言い方は失敗だった」と感じることはよくあります。それはある程度仕方がないことだと思います。それを受けてまた次の手段を考える。時には災いさえ益としようとする。「こういう場合にはこういう言い方をしなければならない」ということは必ずしもありません。繊細でありつつも、思いがけず起こってくる事態に二段、三段構えで柔軟に対応できる、しぶとく、しなやか (resilient) な姿勢が望ましいのではないのでしょうか。



標的症狀による薬の使い分けはできるか



統合失調症なら、幻覚妄想の激しい患者にはこの薬がいいとか、無為自閉が中心の患者にはこの薬がいいというように、うつ病の場合はどうですか。使い分けることはできるでしょうか。標的症狀による薬の使い分けができないかと思うのですが、それは可能でしょうか？

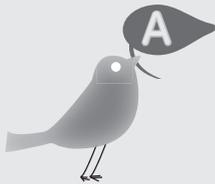


第1章で紹介したように、私も研修医のころ同じ疑問を持ち、大先輩の風祭先生に質問しましたが、はっきりした答えをもらえませんでした。私は今では、「それはできない」という考えに傾いています。

いろいろ新薬が出るたびに、「これは～に効く」という触れ込みがありました。統合失調症では、どの薬も、幻覚妄想に対する効果ははっきりしているのですが、無為自閉に効果のある薬はなかなか見られません。今では使われることが少なくなりましたが、クロフェクトン®という薬があります。この薬は、陰性症状に効果があるという触れ込みで、かなり使いましたが、無為自閉をとりたてて改善できたという印象はありません。ホーリット®やクレミン®も似たような触れ込みで登場しましたが、やはり同様の印象でした。その後登場した非定型抗精神病薬も、その点は変わりませんね。



抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬、気分安定薬の、標
的**症状**による使い分けはどうか。



抗うつ薬については、かつて、うつ病のメカニ
ズムとして「ノルアドレナリンの欠乏」と「セロ
トニンの欠乏」の2つが取り沙汰され、抑制は前
者、抑うつ気分や不安焦燥、不眠は後者が主とし
て関与していたと言われていました。そこで、抑
制が強いうつ病には前者に対する作用が強い薬、た
えばルジオミール®を、また不安焦燥が強いうつ病
には後者に対する作用が強い薬、たとえばトリプ
タノール®を用いるとよいと言われていました。そ
れに従っていろいろ試してみましたが、結局のところ、
どれを使っても似たようなもので、違いはよくわ
かりませんでしたね。

SSRIにしても、SNRIにしても、その違いはよく
わかりません。パキシル®とデプロメール®の違
いにしても、あるいはそれらとトレドミン®の違
いにしても、格別実感できるものはありませんね。
今では、たまたま思いついたものを使うというやり
方になっています。もっとも私は、はっきりした理
由があるわけではありませんが、SNRIは第一選
択としては使いません。最初に用いるのはたいてい
デプロメール®, パキシル®, ルジオミール®, ド
グマチール®のいずれかです。ドグマチール®は
主として軽症の場合に用います。

抗不安薬の場合も、実感できるような違いはほとん
ど何もありません。

精神療法と薬物療法のほどよいブレンド

2012年5月10日 初版第1刷 ©

[検印省略]

著者 ———— なかじま 中嶋 さとし 聡

発行者 ———— 平田 直

発行所 ———— 株式会社 中山書店

〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14

TEL 03-3813-1100 (代表) 振替 00130-5-196565

イラスト ———— 磯 さやか

DTP・グランド デザイン ———— (有)学芸社

印刷・製本 ———— 三松堂株式会社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73480-4

乱丁・落丁はお取換えいたします。

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権は株式会社 中山書店が保有します。

JCOPY ((社)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、その都度事前に (社)出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著作権法上での限られた例外を除き著作権法違反となります。大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。