

この間、非定型抗精神病薬の売り文句は、「錐体外路系副作用を起こさない」「陽性症状だけでなく陰性症状にも効果がある」「単剤投与が可能となる」「鎮静作用が少なく患者にとっての飲み心地がよい」等々であった。これらの売り文句は、従来の「第一世代抗精神病薬、つまり定型抗精神病薬（以下、便宜上「定型抗精神病薬」と統一）」が使用されるようになつてから二〇年間に、遲発性ジスキネジアの出現、悪性症候群や突然死という致命的な副作用が問題になつてきたこと、定型抗精神病薬の多剤大量処方が蔓延していたことなど、定

薬物治療への期待と製薬会社のマーケティング戦略

統合失調症の治療には薬物療法が不可欠である、ということが言わればじめてから久しい。今では、統合失調症はまず薬物療法であり、薬物療法に反応しない、あるいは薬物療法を受けていない統合失調症は、他の様々なハビリや福祉的支援も不可能であると考えられているかのようだ。ほん

の二〇年前には、そうでもなかつた。確かに、七〇年代にはまだ精神療法（心理社会療法）と薬物療法のどちらが優れているのかを調べるような研究がいくつも出ていた。

薬物療法なしには統合失調症の治療は成り立たないとまで、教科書や啓蒙書に何ら疑問なく書かれるようになったのは、おそらく今世紀に入つてからであろう。それは、前世紀に冷戦体制が終了し、新自由主義経済が世界を席巻していくのと軌を一に

して、前世代の精神科医に対してもあからさまに軽蔑の目を向けるほどである。ガラパゴス精神科医というわけである。

また、九〇年代からは、製薬会社によつて「非定型抗精神病薬」「第二世代抗精神病薬」と統一と名付けられた新規抗精神病薬が続々と市場に投入された。日本は欧米の動きに約一〇年遅れていたとはいうものの、近年になっての非定型抗精神病薬の広がりは、またたく間のことであった。今では若い世代の精神科医は、ハロペリドールやクロールプロマジンという処方を見る

と、前世代の精神科医に対してあからさまに軽蔑の目を向けるほどである。ガラパゴス精神科医といふわけである。

PART III クスリの効用と限界

〔特集〕統合失調症に治療は必要か

Shunsuke Takagi

抗精神病薬の神話

統合失調症に対する薬物治療への偏重から脱却したのに（前編）

は、「錐体外路系副作用を起こさない」「陽性症状だけでなく陰性症状にも効果がある」「単剤投与が可能となる」「鎮静作用が少なく患者にとっての飲み心地がよい」等々であった。これらの売り文句は、従来

の「第一世代抗精神病薬、つまり定型抗精神病薬（以下、便宜上「定型抗精神病薬」と統一）」が使用されるようになつてから二〇年間に、遲発性ジスキネジアの出現、悪性症候群や突然死という致命的な副作用が問題になつてきたこと、定型抗精神病薬の多剤大量処方が蔓延していたことなど、定

型抗精神病薬による治療の副作用が注目された事情がある。これらの副作用についての裁判が行われるなど、製薬会社にとつても問題が大きくなってきたのである。

また、臨床的には、二〇年前に華々しく登場した薬物療法が、その効果の限界を精神科医の前に突きつけてきた時期でもあつた。そこに非定型抗精神病薬が、製薬企業のマーケティング戦略に後押しされて登場してきたのである。これらの製薬会社は、八〇年代の一連の自由主義的改革によつて産官学共同体となつて大資本化しており、マーケティングの規模もやり方もグローバル化・巨大化しており、非定型抗精神病薬は、またたく間に市場を席巻したのである。

しかし、ようやく最近になつて、つまり新たな非定型抗精神病薬の登場から二〇年の月日が経つて、この非定型抗精神病薬についてもはつきりと見直しの時期がやつてきた。このようないくつかの理由があると私は思つている。まず、あのリーマン・ショック以降、製薬会社の医療界に対するコントロールが金銭面で弱まってきたこと。次に、これまで新薬の開発のバッケグラウンドとなつていた様々な仮説が出尽くし、それとともにそれぞれの仮説のもとで開発されて

きた新薬のほとんどが、すでに市場に出でてしまつたこと。第三に、爆發的に販売されたり出でてくるのにあわせて、抗精神病薬

型あわせてこれだけの種類の抗精神病薬が市場に出回り、統合失調症の患者に対しても疑念を検証しやすい下地ができるなく処方されてきたのにもかかわらず、統合失調症自体の予後の改善が証明されなかつたこと、である。

効果への過剰な期待

最後の理由、「統合失調症の予後改善が証明されていない」という文言には、少ないからぬ読者が怪訝な顔をされたであろう。教科書や啓蒙書には、統合失調症の治療は神科医以外の精神科医療スタッフ、患者とその家族は、そのように思い込んでいる。薬物療法の導入以後著しく改善されたと明証的に書かれているからである。特に、精神科医以外の精神科医療スタッフ、患者とその家族は、そのように思い込んでいる。確かに単純な薬物療法でおどろくほどの改善をみせる患者もいるし、薬物療法がなければ家庭生活を続けられなかつたであろう患者も、一人ひとりの場合をみれば明らかに存在している。しかし、全体としてみると

と、そのようなことは明らかではないのである。

先入観を捨てて、少しばかり身の回りの事例を思い返してみよう。例えば、初期の錐体外路症状、遅発性ジスキネジア、さらには非定型抗精神病薬による重度の肥満や糖尿病の発症が、そのような可能性を高めている悪化の可能性とそれを支持する仮説が立てられるにもかかわらず、多くの精神科医療従事者と患者・家族は、薬物療法の効果を信じて疑わない。それは、精神科医をはじめとする医療従事者がそう信じて疑つておらず、種々の否定的な情報を当事者が

知るすべがないこと、製薬会社のマーケティング戦略が精神科に限らず、処方医からコ・メディカルスタッフへ、患者会やマスコミを通した当事者への巧妙な薬物宣伝へと変わってきたことによるのかもしれない。しかし、きちんと耳をすますと、これらの宣伝にもかかわらず、精神科の領域でも薬物療法の効果についての過剰な期待の見直しが始まつていることが聞き取れるはずである。

今回、私は決して薬物療法を否定しようとしているのではない。しかし、学問の世界では定説となりつつあり、また臨床医の実感としても次第に納得を得られつつある抗精神病薬の効果に関する見方を、より広い層に対しても私なりに咀嚼しながら伝えようと思う。なぜならば、私たち医療従事者、当事者やその家族、そして社会がひたすら薬物療法を盲信することによって、実は看過できない精神医療のゆがみが生じていると思うからである。

非定型抗精神病薬はどういうに登場したか

日本でリスペリドン（商品名・リスピダール）が発売されたのが一九九六年である

が、その後から奇妙な論文発表が目立つようになつた。リスペリドンの服用によつてかえつて不安や抑うつが惹起され、時には深刻な自殺企図に至るといつてゐる。そして、幾多の論文で、このことはりスペリドンが従来の抗精神病薬に比べてすみやかに病的体験を消失させ、さらに鎮静作用が少ないために、急速に自分が病気になつたという現実に直面するようになつたためであるとされ、いつしか人気映画「レナードの朝」にちなんで、「めざめ現象」と名付けられた。つまり、この現象はリスペリドンの効果の証拠とされたのである。人気映画の主人公と同じような劇的な効果が見込まれるというのである。

これに對して、当時統合失調症の精神病理学を学んでいた私は非常に違和感があつた。同じ事は、それまでの従来型抗精神病薬についてもすでに言い尽くされてきていたからである。例えば、永田俊彦は急性精神病治療の経過中にあらわれる「寛解期疲弊病相」を記述し、とりわけ病者が病的体験する「自覚めの体験」を自殺企図に至った。永田は同論文の中で、すでに一九六〇年代にクロールプロマジンの服用後に起

つた同様な現象の報告があることを指摘している。また、精神薬理学からは、当時から急性期寛解後にそれまでの抗精神病薬の副作用があらわとなり、特にアカシジアが出現した際に、様々な精神症状とともに、その衝動亢進による自殺企図が起つてゐることに注意を促していた。しかし、これらの指摘は、当時の精神病院に長期に収容することにのみ重点が置かれ、薬物療法についてもパターン化した大量療法が当たり前であった精神医療状況の中では無視され続けていたのである。

このエピソードが何を示しているかといふと、大々的に宣伝されいやがうえにも期待が高まつた非定型抗精神病薬の発売に際して、精神科医が大いに臨床に奮起したのではないかということである。精神科医の「めざめ現象」が引き起こされたわけである。しかし、悲しいかな、これら新薬の臨床試験に参加し、あるいは真っ先に新薬に飛びついた精神科医の多くは、それまで精神症状の複雑微妙な緩に分け入りながら、じつくりと患者の話を聞いた体験もなけれどもに話し合つたことがなかつたのである。そこに、不幸にもそれまで大量に使用

されていた定型抗精神病薬が新たな非定型

発売の際にはあり得なかつたことである。

うのだが、残念ながらその病院について退

抗精神病薬治療の「失われた」二十年

のアカシジアが生じたものと思われる。おそらくそれが、リスペリドンの効果の証明とされた「めざめ現象」の正体であった。⁽³⁾

案の定、新薬の特効性を称揚する「狂騒」は、一二、三年のうちにまったく姿をひそめてしまった。因みに、非定型抗精神病薬の副作用にかえつてアカシジアが目立つことが明らかとなつた最近では、精神症状が治まつた後に起こる自殺企図について、は、アカシジアが原因であるという説が有力となつてゐる。

このような抗精神病薬の新旧交代劇を目
の当たりにして、私は原則的に発売後数年
の様子見をするまで、新薬を使用するのを
控えている。そうすることで、多くの薬の
副作用は発売後数年はひそかにしか告知さ
れないか、隠されているということに気づ
かされた。さらに印象的であったのは、新
薬を使用して欲しいという要望が患者・家
族当事者の間にいかに強いか、つまり製薬
会社の宣伝が当事者の間に急速に行き届く
ようになっているという変化である。この

E⁽⁴⁾、CUTLASSなどがある。CATIE研究では、旧世代の抗精神病薬としてパーエナジンが選ばれ、数種類の新世代薬と効果(effectiveness)において同等との結果が示されている。このうち、オランザピンのみが服用の継続性で有意に優れていることが示され、製薬会社の宣伝に使われている。しかし、この研究では一八ヶ月で七割が脱落しており、オランザピンでも六割の脱落者をみているため、現在のアメリカの精神医療事情の悪さを反映しているだけの研究にすぎないとも読める内容である。

CUTLASSはイギリスらしく対費用効果研究であり、価格の高い新世代薬が旧世代薬より一年後のQOLにおいて優れているとは言えないという結果になつた。つまり対費用効果では、旧世代薬が勝るのであ

非定型抗精神病薬が日本で発売されて一五年あまりが過ぎた。その間、クロザピンも含めて七種の新薬が発売されている。二年に一種の割合で新たな薬が大々的な効能の宣伝とともに、日常臨床で使用できるようになつたのである。その間、いくつかの新薬宣伝のための講演会にも参加してみた。製薬会社が行う似たような個々の精神症状の改善度のグラフと、まるで分子の動きを実際に見てきたかのような神経伝達物質がうごめく図版はとにかくとして、そこで使用経験を語る精神科医の中には聴衆の私に強烈な印象を残した者もいる。

ある新規抗精神病薬について語るその医者は、短期間に一〇〇人近い自分の統合失调症の患者にその薬を使い、半数以上の患者に改善を見たと述べ、「この薬はわれわれ精神科医にとっての福音と言つてもよいでしょう」と両手を広げる派手なジエスチヤーとともに力説した。新薬について「福音である」という評価は何度か聞いたが、それでも「そのような効果があれば彼の病完かうは確々と退院者が出ていると思

非定型抗精神病薬は、定型抗精神病薬による錐体外路症状（EPS）の発現、特に遅発性ジスキネジアの出現が問題化するごとに伴い、EPSが少ないことを売りとして発売されてきた。しかし、そのエビデンスとして使用された論文の分析⁽⁶⁾によつて、英米の研究の大部が新薬に比較する際のハロペリドールの使用量が過剰であつたこと、つまり有害事象についてハロペリドールに不利になるよう研究されていたことが明らかになつた。

世界での非定型抗精神病薬発売から一〇年がたった二一世紀になつて、ようやく非定型抗精神病薬の効能を客観的に評価しようとする研究が始めた。その流れは、この一〇年の間でだいたい決着がついていくが、専門家の間ではとにかくとして、日本の紹介と咀嚼は遅々として進んでいな。その結果とは、定型、非定型抗精神病薬については、効果に関して差はなく、副作用についてはそれぞれのプロファイルがあり、全体としてどちらが優れているとは言えないという、あつけないものである。おそらくこの結果は、多くの精神科医にとってこの一五年間の自らの言動を否定することになり、受け入れがたいのである。

非定型抗精神薬の研究

ある程度の観察の研究には、CAT

患者にとって不快な鎮静感が少ないだけ、維持療法の必要使用量が多めに設定される可能性が否定できない。したがって、定型抗精神病薬の使用量が増えるとともに遅発性ジスキネジアや突然死の頻度が増加し、それが定型抗精神病薬への失望につながったように、今後一〇年の間に非定型抗精神病薬についてもどのような副作用が出現し、内分泌系への影響がどのようなものになるのか、われわれ精神科医は真剣に見守つていかなければならぬ。

これらの研究成果を受けてWPA（世界精神医学会）は二〇〇八年に既発表論文のメタ解析を行い、定型、非定型抗精神病薬の間に効果の差はないこと、副作用についてはそれぞれのプロファイルがあり、EPPの出やすさと内分泌代謝系への副作用の

精神医学ハンドブック

医学・保健・福祉の基礎知識

山下格

〔著〕 北海道大学名誉教授

精神科の診断と治療・支援のあり方、国際診断基準の特徴と利点について詳解し、うつ病を中心に気分障害の項目を大幅改訂。



日本評論社

〒170-8474 東京都豊島区南大塚3-12-4
TEL:03-3987-8621 <http://www.pipawa.co.jp/>

間に優劣をつけるのは困難であること、どちらの抗精神病薬についても投与量への注意が必要なことをアナウンスした。

その後も、このような研究が続々と出版され、最近ではEPSの頻度においても定型・非定型間に差がないことが示された。⁽⁸⁾さらに、遅発性ジスキネジアの頻度、悪性症候群の頻度⁽¹⁹⁾についてさえ、定型・非定型抗精神病薬の間に差がないという報告が相次いでいる。

卷之三

これら続々と明らかになつた知見をふまえて、一昨年の英國精神医学会誌では注目すべき論争が巻き起こつてゐる。直接のきっかけは、それまで長期研究の欠如が指摘されていた領域に、Girgis, R.R.⁽¹⁾らの中国におけるクロザピンとクロールプロマジンの服用患者を追跡比較した研究があらわれたことによる。これは、初回発症から九年間の経過を追つた画期的なものであるが、その結果もこれまでと同じように、九年後の効果については両者に差はない、クロザピンについて初回エピソードでの認容性がわずかに高いということであつた。

「なんら有益性はない」などと語りた
そして、非定型抗精神病薬の物語は、ねつ
造されたものであり、カネとマーケティング
の産物であり、高価な非定型抗精神病薬
の費用はそれを処方する精神科医を雇う費
用に等しくなつていると批判し、特別な名
称をこれらの薬に使うのはやめるべきで、
すべては単なる抗精神病薬にすぎない」
と嘆かくつた。

ちなみに、わが国において非定型抗精神病薬の薬価がどの程度であるかについて見ておこう。ごく普通に使われる量を想定すると、例えばハロペリドールでは六mg／日とする。もちろん、現実にはこれ以上の量が使用されていると考えたほうが実情にあつているであろうが。ハロペリドール六mgに対してクロールプロマジン等価量換算を使用するなら、オランザピンは七・五mg、アリピプラゾールは一二mgである。これも、現在の日本の精神医療では、ジプレキサやアリピプラゾールは用量依存性の副作用が少ないこともあって、より大量に使用されており、ジプレキサは二〇mg、アリピプラゾールは一八mgから二四mgがごく当然な

ランザピンの商品名) 七・五mgの薬価が四〇三・五円、エビリファイ (アリピプラゾールの商品名) 一二mgで三四〇・七円である。したがつて、それぞれの量を一日量として一ヶ月処方した場合、セレネースが六三六円、ジプレキサが一万二一〇五円、エビリファイが一万二二一円となる。だいたい、月一万元程度の差となるのであり、一人の精神科医が五〇人の統合失調症患者を診るとしても、月五〇万元の差となり、若い精神科医一人なら十分雇える額となる。つまり Kendall, T の批判は決して誇張ではないのだ。ただし、現在多くの当事者・家族が精神科医に絶望し不信を抱いているので、薬を安いものに変更して精神科医を雇うことには、彼らが賛同してくれないかも知れないが。

Kendall, T の議論に対し、Leucht,⁽¹³⁾ Sらは、「すべての抗精神病薬は同じなのか?」と問い合わせ、それぞれの薬の特徴に応じて患者との意志決定プロセスを共有しながら個別性にそつて処方すべきだらうと反論した。臨床医の立場からは Leucht,

に与したくなるが、E.P.S.の頻度に差がない⁽⁸⁾、折せば

いことを見いたしたFenno, M.が、新世代の精神科医がEPSを見いだす能力を失っていると指摘している」とが思い出される。薬物療法の無批判な席捲は、精神科医から精神疾患を診る能力、その生活と人生に対する想像力を奪つてきたのである。

抗精神病薬が登場して五〇年の歴史の中で、近年のマーケティングの隆盛のうちに見失われたものを、われわれ臨床精神科医が取り戻すには、さらに再び多くの時間と試行錯誤が必要となりそうである。

(後編では 総合失調症の予後は薬物療法で改善されているのか、薬物療法は無条件に第一選択であり必須の治療法なのかということを論じる予定である。)

〔文献〕

(2) 高木俊介「遲発性アカシジアによる精神病状 分裂病症状との鑑別診断について」
『精神科治療学』五巻二号、二二三一二一十九

原、一九九〇年
(c) Mattes, J.A.: Risperidone: How Good is the Evidence for Efficacy? *Schizophrenia Bulletin*, 23, 155-161, 1997.

- J.Pet al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353; 1209-1223, 2005.

(a) Jones, P.B., Barnes, T.R.E., Davies, L.: Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 63; 1079-1087, 2006.

(o) Hugenholtz, G.W., Heerdink E.R., Stolk, J.J. et al:Haloperidol dose when used as active comparator in randomized controlled trials with atypical antipsychotics in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67; 897-903, 2006.

(r-) Tandon, R,Belmaker, R,H.Gattaz, W.Fet al: World Psychiatric Association Pharmacopsychiatry Section statement on comparative effectiveness of antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Schizophr Res*, 100; 20-38, 2008.

(o) Petuso, M.J., Lewis, S.W., Barnes, T.R.E., Jones, P.B: Extrapyramidal motor side-effects of first- and second-generation antipsychotic drugs. *British Journal of Psychiatry*, 200; 387-392, 2012.

(o) Scott, W.W., Morgenstern, H., Saksa, J.Ret al: Incidence of tardive dyskinesia with atypical versus conventional antipsychotic medications:a prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71; 463-474, 2010.

(Ω) Trollor, J.N., Chen, X., Chitty, K., Sachdev, P.S.: Comparison of neuroleptic malignant syndrome induced by first- and second-generation antipsychotics. *British Journal of Psychiatry*, 201; 52-56, 2012.

(=) Girgis, R.R., Phillips, M.R., Li, X. et al : Clozapine v. chlorpromazine in treatment-naïve, first-episode schizophrenia: 9-year outcomes of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 281-288; 2011.

(S) Kendall, T.: The rise and fall of the atypical antipsychotics. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 266-268, 2011.

(Ω) Leucht, S., Davis, J.M.: Are all antipsychotic drugs the same? *The British Journal of Psychiatry*, 199, 269-271, 2011.

【論説】

抗精神病薬の神話

(後編)

統合失調症に対する薬物治療への盲信から脱するために

Shunsuke Takegi

たかぎクリーラク／精神科医

ブロイラーの預言

—100年の背信

統合失調症は、本来、決して予後の悪くない病気であった。

かつてE・ブロイラーが「統合失調症といふ症候群」をまとめた記念碑的著作を出版した時、統合失調症に対する地域処遇の必要性と長期入院のもたらす悪弊がすでに指摘されていた。そこには、

①正常な状況、慣れた環境で治療することは一般的のことである

②患者は、統合失調症に『かかったから』施設へくるべきなのではなくて、特定の適応がある時くるべきである

③概していえば、早期退院がよい結果を得る

と述べられている。

さらに、「病院治療の有害な点とは、患者の症状がまさに抑圧によってかえつて悪化することである。患者は自由を得ることができれば、いつそう健康な状態へと向かう」と、病院や施設の抑圧性と早期退院の必要性を訴えた論文すら残している。

さらにブロイラーは、統合失調症の予後にについても早くから言及している。息子のM・ブロイラーによって校訂が続けられた教科書には、もう少し詳細な数字とともに、治癒可能性の大きさが語られている。つまり、

①平均的には本症は発病後五年以後はもはや悪化することはない

②多くの患者は発病後何年も経過してもなお改善を示し、時には何年もの後に再び健康なかつた。ことに日本では、統合失調症の

となることもある

③発病後五年間またはそれ以上経過した後にも、患者のおよそ三分の一はなお急性の改善と悪化を示す。五年間に多少とも安定した状態に達した人のうちのおよそ三分の一は持続的に治癒し、三分の二は慢性の障害を示す。この後者のうちの約四分の一のみがきわめて重症の慢性精神病にかかる

というのである。

統合失調症という症候群は、それが見いだされた当初から、「正常な状況、慣れた環境で」ケアするならば、比較的治りやすい病気だったのである。しかし、ブロイラーの統合失調症概念が広く受け入れられた後も、治療に関する彼の洞察が現実に生かされることはない。

表1 五大長期経過研究

	対象者数(人)	研究期間(年)	回復あるいは 顕著に改善(%)
M. Bleuler (1972)	208	23	53-68
Huber et al (1979)	502	22	57
Ciompi & Muller (1976)	289	37	53
Tsuang et al (1979)	186	35	46
Harding et al (1987)	118	32	62-68

出典: Harding et al. 1992

べていたその時代は、薬物療法以前の時代だったということである。しかも、その「薬なしの時代」において、統合失調症の多くは発症後五年で病状の進行が止まり、しかも、その後持続的に改善するというのである。

これを虚心に読むならば、現代の私たちには驚くべきことである。私たち専門家は、お

そらく市民向けの啓蒙的な講演などでは、統合失調症という病気は「適切な治療」によつて多くの患者が社会復帰できる病気であると述べる。しかし、そういうながら、実際にはそこまで楽天的には考えていないことが多い。精神病院に長期に入院している慢性の統合失調症の人たちの病棟を日々騒がすその病的な振る舞いと、何年も続く変わらない生活をみていると、私たちは頭の片隅で、あのクレペリンの「早発性痴呆」というイメージを拭えないままである。そして、現代の患者が

人々は、大規模な精神病院への長期入院が当たり前のこととされ、「正常な状況、慣れた環境」である地域社会から引き剥がされて、生涯にわたる収容生活を強いられてきた。プロイラーの預言は一〇〇年、裏切られ続けてきたのである。

ここで注目しなければならないのは、プロイラーが統合失調症について、ほとんど半世紀後の脱施設化を先取りするようなことを述べてきたのである。

統合失調症はかつて、精神分裂病と呼ばれていた。しかし、「分裂」しているのは、このような二つの方向、つまり、薬物療法によって統合失調症のおかげなのだと思い込んでいるのではないだろうか。

統合失調症は確かに「純粹な統合失調症であれば予後はよくない」と断定することはできないだろう。この研究が前提としているように予後基準にあてはめなおした動作がある。この研究は、プロイラーの研究は現代的診断基準でいうところの統合失調感情障害が三〇%を占めており、それが治癒率を押し上げていることを明らかにしている。しかし、統合失調症と感情障害の間に診断があいまいとなる一群があることは、「非定型精神病」が提唱された昔からどの国にもあり、それについての決定的な診断基準となるものがない以上、この

結果をもとに「純粹な統合失調症であれば予後はよくない」と断定することはできないだろう。この研究が前提としているように予後基準にあてはめなおした動作がある。この研究は、プロイラーの研究は現代的診断基準でいうところの統合失調感情障害が三〇%を占めており、それが治癒率を押し上げていることを明らかにしている。しかし、統合失調症と感情障害の間に診断があいまいとなる一群があることは、「非定型精神病」が提唱された昔からどの国にもあり、それについての決定的な診断基準となるものがない以上、この

う教科書的で樂観的な希望と、現実に自分たちの目の前に展開している貧困な精神医療・福祉の情けない現状との間に引き裂かれた、(私たちの)精神病者観なのである。

統合失調症の長期経過と抗精神病薬の影響

プロイラー以後の長期経過研究は、そんなに多くはない。俗に五大長期経過研究と呼ばれるものは、M. ブロイラー⁽⁴⁾、G. フィアン⁽⁶⁾、L. チオンピ⁽⁵⁾ & C. ミュラー⁽⁸⁾、M. ハーディング⁽¹²⁾である。これらの研究の結果を表に示す(表1)。ハーディングらは、これらの研究を総括して、「統合失調症の臨床的回復は従来考えられてきたよりもずっと良好である」と結論し、統合失調症の回復を妨げるものとして以下のものを挙げている。

●施設症●病人役割への固定●リハビリテーションの機会を奪われること●社会的孤立と貧困●差別●偏見●希望の喪失と意氣沮喪●よくなるという期待の欠如●予言の自己成就(「悪くなる」と決めつけられると、実際に悪くなること)●薬物療法の副作用

そして、「慢性統合失調症」という言い方をやめて、「遷延性統合失調症」と呼ぶことを提唱している。

これらの研究についての異論もある。なか

る。予後研究には、判断の指標として何を選ぶかということや、長期にわたる観察者の一貫性をどう保つかなど多くの困難がある。そのため、多数の研究を比較したり統合したりするメタ解析(評価に偏りが出ないよう客観的な治療効果を評価することを目的とした研究方法を使って分析する手法)がほとんどない中で、R. ワーナーによる八五件の研究を網羅した報告は衝撃的である。それによると、

①現在の統合失調症からの回復率は、今世纪初頭の二〇年間のそれと比較して特別優れているわけではない。一九五五年の直前に抗精神病薬が出現したが、長期的な転帰にはほとんど影響を及ぼしていない(図1)

②経済状態は統合失調症の転帰と連合しているわけではない。統合失調症者は抗精神病薬が使用される前にも変動することがもつとも重要である

つまり、「精神科治療が統合失調症に大きな衝撃を与えたのではなく、むしろ病気の経過と精神医学そのものの発展が政治経済によって左右される」ことが、明らかにされたのである。

ちなみに同書は、アメリカの脱施設化が抗精神病薬の出現によって進んだという主張に

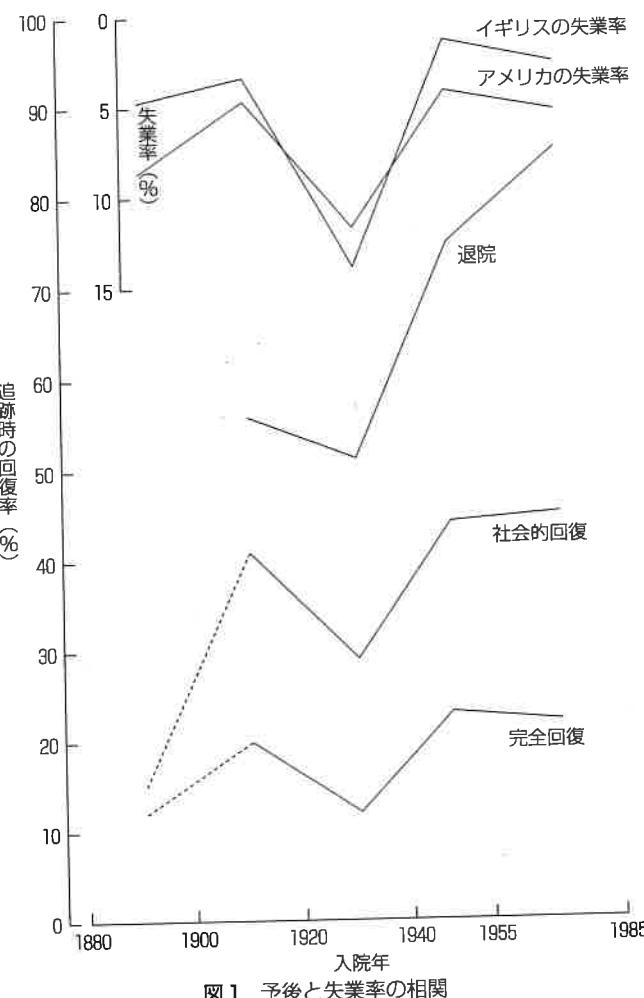


図1 予後と失業率の相関

- ③統合失調症者は抗精神病薬が使用される前に、脱施設化していた
- つまり、「精神科治療が統合失調症に大きな衝撃を与えたのではなく、むしろ病気の経過と精神医学そのものの発展が政治経済によって左右される」ことが、明らかにされたのである。
- ちなみに同書は、アメリカの脱施設化が抗精神病薬の出現によって進んだという主張に

精神病院の全入院患者数(千人)

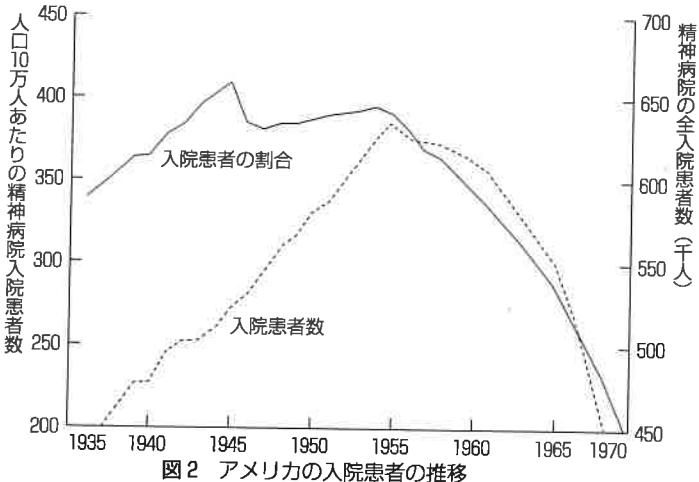


図2 アメリカの入院患者の推移

さらに統合失調症の予後研究に関連して重要なテーマは、自殺と死亡率である。後者についても、抗精神病薬の使用により統合失調症者の寿命が短縮しているという研究が、海外では相次いでいる。¹⁶⁻¹⁸特にS・ザッハラの最近のレビューでは、統合失調症患者は健康人に比べて年齢調整死亡率 (standardized mortality ratio) が二～三倍にのぼり、それは年々増加しているという。その要因としては、自殺とともに身体疾患の併発が多い。そのため、今後は身体疾患の誘発が憂慮される影響に注意しなければならないと警告している。

日本では、最近ようやく「突然死」の問題が当事者を中心としたNPO法人コンボによって取り上げられている。突然死は実際にわが国でも八〇年代末から九〇年代初頭にかけてさかんに議論された。しかし、多くの精神病院で実感として語られてきた突然死が、現在のように広く当事者を含めて知られることはなかった。当時は、ちょうど精神病院乱立時代に入院となつた団塊世代が、そのまま病院で大量の抗精神病薬を服用して過ごしながら、突然死のリスクが高くなる中高年に差し掛かった時代だったのである。現在突然死が再び注目を集めるのは、団塊ジュニア

世代がリスクにさらされやすい年代に差し掛かっているためかもしれない。

自殺も寿命短縮の原因のひとつである。そこでアカシジアという抗精神病薬の副作用も関係している。

これらの対策も喫緊の課題であるが、本稿の範囲を超える膨大なものであるし、前述のようにコンボのような当事者団体も取り上げており、情報へのアクセスが改善しているのでここでは論じない。突然死については、コンボが出版した『統合失調症の人気が知つておきこと 突然死から自分を守る』²⁰のよう、さまざまな立場の視点を取り入れて、よくまとめられた書籍も出ている。ただし、これらは製薬資本が精神医療に及ぼす影響力への批判的視点を欠いて（あるいは意識して避けて）いる。医学への過剰な期待から薬物療法に対する盲信に陥っている専門家・当事者の態度への切り込みが浅いと、それは巡り巡つて、わが国の精神病院中心主義の精神障がい者処遇を補強することになると私は思う。

以上のことから、

①現在「統合失調症」としてまとめられる疾患は、おそらく表面的な症状には共通性があるものの、原因も経過・予後もさまざま

ざまであるような異なった病気を含んでい可能性がある（症候群）。しかし、それらを全体としてみると、本来は予後良好だと考えてよい症候群である。

②予後については、原因となるものの違いによつて良・不良が定まつてゐるわけではなく、社会的環境の影響が大きい。

③抗精神病薬は、予後の改善については期待されてきたような効果はない。

④もし、抗精神病薬が予後改善に役立つてないとすれば、逆にその副作用などを通じて、統合失調症の予後をかえつて悪くさせて、統合失調症の予後をかえつて悪くさせている可能性がある。

ということは、控えめにではあるが結論されるであろう。そして、控えめとはいゝ、このことが私たちの臨床に及ぼす影響、患者本人や家族に与える影響は、非常に大きなものであるはずである。

少し脱線するが、現在の世界および日本の置かれた経済状態からは、今後ほぼ確実に地域の障がい者に対する福祉国家的援助は縮小していく。特に高齢化が急速に進行する日本では認知症患者が確実に増え、一般病院でそれを吸収することができないだけでなく、そこに入院している認知症患者が精神症状を呈した時の対応ができないために、精神病院への期待は再び高まることになる。現在は空床が増えている精神病院のベッドは、認知症患

抗精神病薬による維持療法はどこまで役立つてゐるのか？

私は、統合失調症の急性期や明らかに不安定な病的体験の持続に関しては、薬物療法は（使用法を間違わなければ）有用であると考へている。もつとも、世界ではたゞ急 性期であつても薬物療法に頼らない、あるいはいかに最小限の薬物で急性期を手当てするかという研究や実践があることは注目しておかねばならない。しかし、急性期の薬物療法の可否や方法については、テーマの大きさから今回は扱わない。ここでは維持療法（再発や悪化を防ぐために抗精神病薬を服用し続ける治療）に焦点を当てて考える。

私は、統合失調症の急性期や明らかに不安定な病的体験の持続に関しては、薬物療法は（使用法を間違わなければ）有用であると考へている。もつとも、世界ではたゞ急 性期であつても薬物療法に頼らない、あるいはいかに最小限の薬物で急性期を手当てするかという研究や実践があることは注目しておかねばならない。しかし、急性期の薬物療法の可否や方法については、テーマの大きさから今回は扱わない。ここでは維持療法（再発や悪化を防ぐために抗精神病薬を服用し続ける治療）に焦点を当てて考える。

表2 薬物療法と再発率

月ごとの経過	服薬中断者の再発率	服薬継続者の再発率
3カ月後	44%	6%
6 //	49%	11%
9 //	52%	14%
12 //	54%	17%
18 //	57%	22%
24 //	59%	27%

出典: Jeste et al. 1995

ここでの科学叢書
中里 均 [著]
統合失調症の患者が現代社会に適応できないのはなぜか。効くと思われている治療は本当に効くのか。健全な生き方を問い合わせる。
第1章 統合失調症を考える上での根本問題 第2章 文明と統合失調症と「仕事・遊び」
第3章 統合失調症者の治療と「はじめて」とか 第4章 統合失調症治療の「さまざま」な試み
第5章 精神科病院のこと 第6章 精神科デイケア 第7章 統合失調症をめぐる諸課題

統合失調症治療の再検討



日本評論社

〒170-8474 東京都豊島区南大塚3-12-4
TEL: 03-3987-8621 http://www.nippon.co.jp/好評発売中／定価2,100円(税込)
四大判／ISBN 978-4-535-80427-2

あるかのように思われるが、ここに統計数字を解釈する上で難しさがある。ここでは服薬による治療効果を「再発なし」という指標であらわすとして、もっともよく用いられる「相対危険」を出してみよう。これは服薬したグループの再発率を服薬中断したグループの再発率で割ったものであり、ここでは〇・四六となる。この数字からは、服薬継続による再発予防効果はそれなりに大きいといふことになる。

この数字を「相対危険減少」といって、この場合は〇・五四となる。

これは、治療により再発が五四%減ったということを意味しており、普通内科の医者などが高血圧の治療効果について患者に言うとが多いものである。この数字の印象としては、半分の人に維持療法の効果があつたように受け取れる。

治療には抗精神病薬による維持療法が必須であると思いついている。これは医者のみならずコメディカルにも、そして地域の福祉関係者や家族にとっても当たり前のことになつているのである。そして、薬物療法を受けている患者は福祉的サービスやリハビリテーションが受けられないという事態も生じている。

ところが前節で述べたように、もう一方で

私たちは、統合失調症が決して予後の悪い病気ではないこと、特にその三分の一は「完全に」治癒するということを知っている。この「私たちの二重見当識」はどうやらきている

しかし、両者の間の引き算である「絶対危険減少」は、〇・三二であり、効果の印象はずつと少なくなる。この逆数を「治療必要数」というが、それは三・一である。つまり、再発予防のために服薬している人の三人に一人が、薬の効果によって再発しなかつたと考へられるのである。逆に言えば、薬を継続している人のうち三人に一人が、統計上は薬を飲まなくとも再発していなかつた可能性があるのだ。

ちなみに、実は抗うつ剤や降圧剤の効果についても同じことが言えるのである。抗うつ薬については、その治療必要数は一〇、つまり薬物効果によつてうつが改善するのは一〇人に一人である。降圧剤については、脳卒中の予防効果を指標にすると治療必要数は二〇を超えていく。今回、抗精神病薬による維持療法の効果についてみた数字は、抗うつ剤や

のだろうか。私は、私たち精神医療・福祉関係者に対する「心理教育」が、いつのまにか大々的に行われて成功をおさめてきたのだと思う。私たちは、患者に対して「心理教育」や「病気の説明」を行いながら、その実、自分たち自身に「心理教育」を行つていているのである。どういうことか。実際に心理教育に使われる「エビデンス」をみてみよう。

心理教育では、薬を飲み続けなければどれだけの人が再発してしまうかということを患者やその家族に統計で示す。そのような統計を割り出した論文の中でも、包括的なものはジエステラのものであり、四〇〇〇例以上の

表3 抗精神病薬による再発予防効果

	抗精神病薬	
	継続	中断
再発	a=27	c=59
再発せず	b=73	d=41

観察を集め、薬を飲んでいる場合と飲まなかつた場合の再発率を一年までの経過で比較している(表2)。それによると、三ヶ月の時点では服薬中断者の四四%が再発し、服薬継続者は六%の再発をみるのみである。同様に六ヶ月から二年までの結果を集積してあるが、二年目でみると服薬中断者の再発率は五九%、継続者は二七%となつていて。このことは、この資料を使った心理教育を受ける患者や家族に強いインパクトを与えるだろう。

しかし、この数字はいくつかの疑問を突きつける。特に注目しなければならないのは、二年の経過をみると、最初に受けるインパクトとは反対に、服薬中断しても四〇%の者が再発しておらず、逆に服薬を続けていても三〇%の者が再発しているということをどう考えるかということである。さらに、なぜ約半年の間にこれだけ多くの患者が再発し、それが以降の再発者の増加が少ないのかといふことも考えねばならない。

二年経過した時の再発率を例に考えてみよう。表2から、二四ヶ月後の服薬継続・中断のそれぞれの再発率を取り出して見直してみると(表3)。六割の人が服薬中断により再発していると聞くと、再発防止には服薬が必要であるといふこと)。

この数字はどのように解釈できるだろうか。統合失調症の再発という事の重大さを考えれば、維持療法を続けるにあたつて穏当な数字であるようにも見える。しかし、これまでみてきたように、抗精神病薬の副作用が明らかに寿命短縮まで引き起こすものだとすれば、三人に二人が不必要な維持療法を続けているのかもしれないという数字は、維持療法の継続にあたつて重大な意味をもつていて。

こへした判断が、一律に白黒を決められない

以上、できうる限り少量の薬で維持療法を行う」ということが、最も現実的な選択となりそうだ。しかし、かなりていねいにゆつくりと薬を減らしていくたとしても、その途上にさまざまな出来事が起り、病状の不安定さが増すことは実際多いために、臨床ではますます維持療法の中止や減量が困難になつているのが現実であろう。

そもそも再発予防という研究自体に多くの難しさがある。その困難さの一つは、端的に再発の定義の難しさが関係している。つまり、「再発なし」ということが、すなわち患者の生活が「うまくいくている」ということにはならないといふ面がある。さらに、通院を継続している（医者に隠して薬を中断していたとしても）ところで、薬物療法以外のちょっととした工夫で再発が乗り越えられる機会が生じる。したがって、服薬中断者の再発の兆候は重大視されるが、通院さえしていれば再発の兆候が実際より低く見積もられる傾向が生じるかもしれない。また、当然のことであるが、服薬をきちんと続いているといふことは、患者にも家族にも安心感を与えてプラセーボ効果となる。さらに、服薬中断によって再発したとみられていく状態は、実は服薬中にすでに再発しており、精神症状の悪化のために服薬ができなくなつただけなのか

もそれない。

そして最後に、さらに重大な問題が残る。統合失調症の病状が顕在化するには、普通はかなりの時間がかかる。つまり、ゆっくり悪くなる病気であるのに、なぜ服薬中断後は最初の三ヶ月のうちに急速に再発が増えるのか

といふことである。これに対する答えのひとつは、服薬中断により病状が再発したとみなされているのは、実は再発ではなく、服薬中断による退薬症候群（禁断症状）だったのではないかという可能性である。抗精神病薬には依存が生じない、したがって退薬症候群はないと言われているが、抗精神病薬の退薬によつて激しい精神症状が生じるという研究は以前からある。⁽²³⁾これらは、「抗精神病薬中断症候群」「ドーパミン過敏症候群」などと呼ばれる、本来の精神症状の再燃と区別がつきにくく。

確かに経験上も、急激な再発の中には、抗精神病薬の再度の服用によって短期間のうちに改善するものが多い。精神病自体が再燃・悪化した場合は、その治療にはある程度の時間が必要なので、このようにすみやかに改善することは、その後が実は退薬症候群であったのではないかという可能性を示唆している（ちなみに、これと同じことが新薬の効果判定においても生じる。治験で「病状」と判定されているものは、実は前薬の退薬症候群

であるのかもしれない、その辺に新薬の改善の早さが印象づけられている可能性が高い）。

このような問題を解決するためには、精神状況を大まかにとらえて行う大規模研究の前に、例えば日本では全国にある急性期病棟、精神科救急病棟における綿密な症状把握と経過研究が必要となるであろう。残念ながら、

近年ますます顕著になる臨床上の急性期治療のマニュアル化と、学問上の症候学や精神病理学の衰退によって、精神科医にこのような研究を行う余裕も能力もなくなつていて思われる。

おわりに

一回にわたって、私たちが陥っている抗精神病薬の効果に対する神話について考察し、その盲信を戒めてきた。これは自分自身の臨床に対する戒めである。私自身、実際の臨床では、些細な変薬の積み重ねから多剤投与、大量投与となつてしまつ」とがある」とは否定できない。また、これまでの治療で多剤・大量となつている薬剤を、うまく整理・減量でやっているわけではない。最近インターネットなどを中心に声高に呼ばれ、流行つてゐる反精神医学的な主張（その多くは「サイエントロジー」と関連している）に与するつもりはない。

肝心なことは「科学的」と称される」との多くに、実は政治的・経済的な背景や力関係が作用してくる」とを忘れないことである。

そして「科学的」ということは真実であるということだと同義ではなく、つねに論争的であることがより科学的である」との条件であると知ることである。このことは、3・11を経験し、原発や放射能についての解決のつかない論争に巻き込まれ、その背後にある政治・経済権力が握っている莫大な利権構造について見てしまった私たちが、より自覚的にならなければならぬ責務である。

私は抗精神病薬の役割について、誤解を避けずに入れば、むしろ肯定的である。ただし、それはより注意深い使用という個別的努力と、精神医療体制の改革という全体状況の進歩があつてのことである。薬、特に人間の精神に作用して日々の生活に大きく影響する抗精神病薬では、もし患者を支える人間関係や社会的支援体制が六〇%の成功をおさめるなら、適正な薬は患者の人生を八〇%充実したものとわざわざ偏重され、それに基づいた医学的管理だけしかない貧困な体制のもとでは、いくら薬を大量に使つたところで、一〇〇%のものを六〇%にするとはできないのである。それが、抗精神病薬には期待されたような効果がない、といふことの内

実だろう。

抗精神病薬の神話から脱するところは、その真の効用を捨て去ることではなく、精神医療の現実とそれをとりまく社会に目を向け、その変革を志すところになるとある。

（追記：最後に、維持療法の効果についての考察で、これまでの私の講演で用ひてきた数字に私の不注意による誤りがあり、維持療法の効果を過小に見積もつて述べていたことを記す。）これまで治療必要数を「七」としてたのを、今回「三」に改訂した。これまで私が述べてきた数字よりも、維持療法の効果については良好なものであったわけだ。しかし、本文中に述べたように、抗精神病薬による維持療法の過信に対する私の主張は変わつてない。私の講演を聞いてくださった方々に対し、この場を借りてお詫びします。

〔文献〕

（1）アロイラー、オイゲン『早発性痴呆または精神分裂病群』飯田真・下坂幸三・保崎秀夫・安永浩訳、医学書院、一九七四年（原著は一九一一年刊行）

（2）アロイラー、オイゲン『精神分裂病の概念—精神医学論文集』人見一彦監訳、学樹書院、一九九八年

（3）アロイラー、オイゲン著、マンフレッド

・プロイラー校訳『内因性精神障害と心因性精神障害』切替辰哉訳、中央洋書出版部、一九九〇年

（4）Bleuler, Manfred, *Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familien geschichten*, 1972, Georg Thieme (Bleuler, Manfred, *The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies*, translated by Clemens, Siegfried M., Yale University Press, 1978.

（5）Bleuler, Manfred, "Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familien geschichten," Georg Thieme (Bleuler, Manfred, *The schizophrenic disorders: Long-term patient and family studies*, translated by Clemens, Siegfried M., Yale University Press, 1978.

（6）Huber, Gerd, Gisela Gross and Reinhold Schüttler, "A long-term follow-up study of schizophrenic patients," *Schizophrenia Bulletin*, 6(4), pp.592-605, 1980.

（7）Ciompi, Luc, Müller C. Lebensweg und Alter der Schizophrenen, *Eine kathastrophische Langzeitstudie bis ins Senium*, Springer Verlag, 1976, (for the Vermont Longitudinal research project as *The life course and aging in*

精神科救急病棟における綿密な症状把握と経過研究が必要となるであろう。残念ながら、精神科救急病棟における綿密な症状把握と経過研究を行つ余裕も能力もなくなつていて思われる。

schizophrenia: A catamnestic longitudinal study into advanced age, translated by Forsberg.

Edgar, 1984.

(5) Tsuang, Ming T., Robert Woolson and Jerome A. Fleming, "Long-term outcome of major psychoses: I: Schizophrenia and affective disorders compared with psychiatrically symptom-free surgical conditions," *Archives of General Psychiatry*, 36, pp.1295-1301, 1979.

(6) Harding, Courtenay M., George W. Brooks and Takamaru Ashikaga, et al., "The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later," *American Journal of Psychiatry*, 144(6), pp.718-726, 1987.

(7) Harding, Courtenay M., George W. Brooks and Takamaru Ashikaga, et al., "The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia," *American Journal of Psychiatry*, 144(6), pp.727-735, 1987.

(8) Harding, Courtenay M., Joseph Zubin and John S. Strauss, "Chronicity in Schizophrenia: Revisited," *British Journal of Psychiatry*, 161(suppl 18), pp.27-37, 1992.

(9) Harding, Courtenay M., Joseph Zubin and John S. Strauss, "Chronicity in Schizophrenia: Fact, Partial Fact, or Artifact?" *American Journal of Psychiatry*, 144(6), pp.718-726, 1987.

Hospital and Community Psychiatry, 38(5), pp.477-486, 1987.

(10) Modestin, Jiri, Andreas Huber and Engin Satirli, et al., "Long-Term Course of Schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered," *American Journal of Psychiatry*, 160(12), pp.2202-2208, 2003.

(11) ハーナー、ツサキ・ル・「統合失調症の回復」西脇直樹・中井久夫翻訳、抑鬱学術出版

出版社、1100円

(12) Joukamaa, Matti, Markku Heliövarra and Paul Knekt, et al., "Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality," *British Journal of Psychiatry*, 188, pp.122-127, 2006.

(13) Osborn, David P.J., Gus Levy and Irwin Nazareth, et al., "Relative risk of cardiovascular and cancer mortality in people with severe mental illness from the United Kingdom's general practice research database," *Archives of General Psychiatry*, 64(2), pp.242-249, 2007.

(14) Saha, Sukanta, David Chant and John McGrath, "A systematic review of mortality in schizophrenia: Is the differential mortality gap worsening over time?" *Archives of General Psychiatry*, 64(10), pp.1123-1131, 2007.

(15) 高木俊介「癡呆症トウカムハトによる精神病科治療学」第五巻第一回、111-111-111九頁、1990年

(16) 佐野隼人「精神障害の人が

「おもろい・かわいい」と思われる「突然死から逃げた」。その「おもろい・かわいい」な姿

ZAO社人地域精神保健福祉機構・ロゴマーク

11月号

(17) Gilbert, Patricia L., Jackelyn Harris M. and Lou Ann McAdams, et al., "Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature," *Archives of General Psychiatry*, 52(3), pp.173-188, 1995.

(18) Jeste, Dilip V., Patricia L. Gilbert and Lou Ann McAdams, et al., "Considering neuroleptic maintenance and taper on a continuum: Need for individual rather than dogmatic approach," *Archives of General Psychiatry*, 52(3), pp.209-212, 1995.

(19) Tranter, Richard and David Healy, "Neuroleptic discontinuation syndromes," *Journal of Psychopharmacology*, 12(4), pp.401-406, 1998.

●編集部に届いた本（価格は税込）

『当事者が語る精神障害とのつきあい方—「グッドラックー統合失調症」と語おへ』佐野隼人、森美恵、松永典子、安原莊一、北川剛、下村幸男、ウテナ著、明石書店、一八九〇円

『ほんがサイコセラピーのお話』P.・ペリー(物語)、J.・ハート(物語)、鈴木龍監修、酒井祥子、清水ゆみ証、金剛出版、一五二〇円

『統合失調症の人が知つておくべきこと—突然死から自分を守る』ZAO法人会編、一九六五年など著、青崩堂、一三六五年

『ハナダスの笑』—精神障害がい体験者がつくる心の処方箋』vol.20 ラグーナ出版、八〇〇円

『精神障がい者地域包括ケアのすすめ—ACT-Kの挑戦〈実践編〉』高木俊介監修、福山敦子、岡田愛編集、批評社、一八九〇円

●表紙の「ひろば」

——岡田あらゆ、「ハズメ」

事務局：京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座精神医学教室

(お問い合わせ：075-751-3386)



『統合失調症のひろば』発刊にあたって

●編集部に届いた本（価格は税込）

『当事者が語る精神障害とのつきあい方—「グッドラックー統合失調症」と語おへ』佐野隼人、森美恵、松永典子、安原莊一、北川剛、下村幸男、ウテナ著、明石書店、一八九〇円

『ほんがサイコセラピーのお話』P.・ペリー(物語)、J.・ハート(物語)、鈴木龍監修、酒井祥子、清水ゆみ証、金剛出版、一五二〇円

『統合失調症の人が知つておくべきこと—突然死から自分を守る』ZAO法人会編、一九六五年など著、青崩堂、一三六五年

『ハナダスの笑』—精神障害がい体験者がつくる心の処方箋』vol.20 ラグーナ出版、八〇〇円

『精神障がい者地域包括ケアのすすめ—ACT-Kの挑戦〈実践編〉』高木俊介監修、福山敦子、岡田愛編集、批評社、一八九〇円

●表紙の「ひろば」

——岡田あらゆ、「ハズメ」

事務局：京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座精神医学教室

(お問い合わせ：075-751-3386)

統合失調症には幾多の困難な課題があり、悲しみと苦しみがある。長年にわたり統合失調症は精神医学の中核的課題であり続けた。かつてわが国の近代化の累で統合失調症は「不治の病」や「一生入院」といわれながら烙印を押された不幸な時代があった。後に統合失調症的生き方に新しい意味が見出され、基本的人権への配慮が強く主張され、法的整備と医療システムの構築が推進される時代が訪れた。そして今や統合失調症は「軽症化」したとされ、精神医学の関心の中心は、発達障害や気分障害、認知症などへと拡散していった。

時代の要請に翻弄されてきた統合失調症が、その表舞台から降りることなどができたことは喜ばしいことなのかかもしれない。しかしそれでもなお統合失調症には幾多の困難な課題があり、悲しみと苦しみがある。旧態依然とした劣悪な環境の中で打ち拉がれてい人々も少なくない。されば、精神医学の中心は、発達障害や気分障害、認知症科学実証主義、市場中心主義が席巻する中、統合失調症の真の姿が社会の死角に消え入ってしまうとしている。

今こそ統合失調症についての語らいの火を大きく燃えなければならぬ。精神科専門職だけでなく、当事者や家族の語らいも等しく採り入れる新しい「ひろば」をつくり、統合失調症をめぐらすさまざまな事柄を見逃さず見過さず、より上手によく語らう。語らうの火が私たちの眼にかかる轟を吹き払う、「ひろば」に明るい陽が差すこと、統合失調症じつあせりと苦しむ悲しみが少しでも薄らぐことを願ひて、私たちの発刊の志とする。読者、投稿されるみなやへ心から理解、支援を賜りたい。