

## 巻 頭 言

### 当事者との「共同」

齋藤利和 日本精神神経学会理事  
Toshikazu Saito

医学校を卒業して、入局もせずに就職した小樽市の病院で、アルコール依存症の治療に従事することになった。一人一人と時間をかけて面接をし、集団療法をした。一生懸命やったつもりだが、結果は芳しくなかった。多くの退院者は直ぐに再入院となった。その頃は精神科医の間でも「アル中(アルコール依存症)は治らない」と考えている人は多かった。行き詰まった挙句、学生の時臨床講義で会った断酒会員を頼ってスタッフと札幌の断酒会に出かけた。断酒会員の方々の発言は教えられることが多く、その後も続いた断酒会員とのお付き合いは手探り状態の院内の治療システム作りに役立った。実際、半年、1年と断酒する人が増えてきたのは小樽断酒会が誕生した後のことだった。

アルコール依存症の自助グループの草分けであるAA(アルコーホーリクス・アノニマス)は1935年にアルコール依存症者のビルとボブの米国のオハイオ州アクロンでの出会いから始まった。現在、AAミーティングの参加者は世界中で200万人を越しており、本邦でも4,000人以上の参加者がいる。本邦においてAAと並ぶ組織である断酒会は1958年に高知で誕生した。1963年全日本断酒連盟が誕生し、現在では650の全国各地の断酒会に12,000人の会員がいる。アルコール依存症の治療(回復)はもはやこうした「共同」なしには考えられない。私が卒業した頃、「アル中は治らない」といわれていたことのひとつはこうした「共同」がなかったからに他ならない。

当学会の監訳で出版されている米国精神医学会治療ガイドライン「物質使用障害」の日本語版の61頁には「物質使用障害に対する外来治療は～中略～患者が自助プログラムに参加することを促し、

自助プログラムと統合されるべきである」という記述がみられる。これも当事者との「共同」を推進する立場からの記述であり興味深い。

さて、本誌108巻6号の巻頭言で丹羽真一先生は研究活動も「研究者と当事者の協働(共同)作業」であると述べられているが同感である。私もかつて断酒会例会で生物学的マーカーの必要性を語らせていただき血液の提供を呼びかけたことがある。「先生是非やってください」との会員の熱い反応が忘れられない。ご家族の分を含めて多くの方から血液の提供をいただいた。また、数年前、白菊会の総会で献体された脳の一部を研究に使用させていただきたいとのお願いをした。私なりに研究に対する思い入れを語らせていただいた。話し終わったとき、会員の方々の反応に驚いた。一瞬の静寂の後、会場われんばかりの拍手だった。会の終了後何人の方と握手をした。「先生しっかりお願いしますよ。僕らは(医学の)お役に立ちたくて献体を決意したのですから」とおっしゃっていただいた。脳バンク設立の思いを家族会の方に話したこともある。「先生、是非やりましょうよ」と手を握っていただいた。ブレインバンクも「共同」の中で考えるべき問題である。設立後は、運営にも当事者の代表に是非参加していただきたいと思っている。

いまや、こうした患者さんとの共同はアルコール依存症にとどまらず統合失調症や他の精神障害でも見られるようになった。最近、回復の中心がこうした「共同」であるといっても過言ではない。

患者さんとの「共同」を今後どのような形でどこまで発展させられるかが、今我々に問われている最も大きな課題のように思える。