

特集 最近のうつ病の病型と治療

うつ病臨床における「えせ契約」(Bogus contract) について

井原 裕

うつ病臨床の混乱は、診断学の問題にみえて、実は、医師・患者間の「えせ契約」(Bogus contract) の問題である。それは、医療界全体を蝕む深刻な危機であり、本邦だけの特殊事情でもなければ、精神医学だけの問題でもない。したがって、原因を斯学の科学的基盤の脆弱性に帰しても、何ひとつ解決策は得られない。医者にできることと、患者が求めることとの乖離こそが、事態の本質なのである。

Smith, R. (2001) は、BMJ 誌にて「なぜ医者はかくも不幸なのか？」と題する巻頭言を寄稿。その際、「えせ契約」の問題を論じた。現代医学を過信する患者たちは、医者はその気になれば何でもわかるし、相談すれば何でも解決してくれると思っている。一方、医者は、医療には限界があり、行き過ぎた治療は危険だと思っている。この、医療を過大評価する患者と、過大評価と知りつつ誤解を解こうとしない医者とのあいだで、治療契約は相互欺瞞の営為と化した。

うつ病臨床においては、この相互欺瞞がグロテスクなまでに誇張されている。今日、「うつ病」とされる事態は、生物学的病態をはらむ場合すら、労務(超過勤務、パワハラ、派遣切り)、貧困(失業、多重債務)、対人(上司部下関係、家族関係)などの諸問題を付随させている。

この状況で、「うつ病は脳の病気」と宣言すれば、直ちにコミュニケーション・ギャップが生じる。医師側は、自身の責務を薬物療法に限定させようと思ってこう宣言するが、患者側は、逆にすべては薬で解決してもらえるのかと錯覚する。その際、両者は、重大な事実を隠蔽する。医学には限界があり、人生のすべての問題を抗うつ薬が解消してくれるわけではないという自明の理である。

患者は、煩瑣な問題のすべてを投げ出して、医療にげたを預けるべきではない。精神科医は、患者に対し医学にできることとできないことを明示し、勇気をもって現実に向き合うよう促すべきである。

<索引用語：うつ病，抗うつ薬，診断，えせ契約，自律性>

1. うつ病臨床の混乱

なぜうつ病臨床はかくも混乱しているのか²⁾。

それは、はたして精神医学内部の問題であろうか。

精神科医は、これまで混乱の原因を精神医学固有の問題として理解しようとしてきた。たとえば、治療薬の問題、病型分類の問題、診断の問題、精神療法技法の問題などである。

2. 混乱の原因は何か

1) 治療薬の問題か

たとえば、それは治療薬開発の問題か。

新薬が市場に出るとき、開発に尽力した臨床薬理学者たちは、それがいかに困難をきわめた道のりであったかを力説する。その際、「待ちに待った」「待望の」「いよいよ」「ついに」などの形容をもって、新薬の門出に祝福を送るのである。

しかし、新薬への期待に関しては、臨床薬理学者と実地医家とのあいだでかなりの温度差がある。

臨床薬理学者は、新薬開発の経緯を感動のドラマとして語るが、それを聞けば臨床医は困惑するであろう。救世主を待つような思いで新薬の登場を待ち焦がれている実地医家が、いったいどれほどいるであろうか。本当のところ、現場の臨床医は、新薬を「待ちに待った」りはしていないかもしれない。新薬にまったく期待していないわけではない。が、過大な期待をかけてはいない。新薬の有効性、忍容性の情報は傾聴に値する。しかし、いかに優れた新薬が登場しても、それで解消するほど現場の混乱は単純ではないからである。

「気軽にお医者さんに相談しましょう。お薬で治ります」、人々はそう言われてきた。その通り受診した。相談した。薬を飲んだ。しかし、治らなかった。患者は、期待が裏切られたと感じている。医者は期待に応えられなかったと感じている。臨床医は、患者の不満にさらされる。診察室は、顧客相談窓口と化した。臨床医は、かなりの労力を苦情処理に費やさねばならなくなった。かくも混乱した現状は、一種類の薬剤が登場したことで解消されるほど単純ではない。それどころかいかなる薬剤が登場しても解消されないほどの、深刻さなのである。

2) 病型分類の問題か

それでは、うつ病下位分類を再考すればどうか。病型についても、多くが語られてきた。たとえば、最近、佐藤⁹⁾は「うつ病は生気感情の低下が基本障害」とし、「議論の中心は、いまでも神経症(反応)か精神病(内因、脳病)か、健常者の抑うつ気分と生気感情が低下した抑うつ気分は質的に異なるのかといった、古くて新しい問題」だと喝破した。これまでうつ病については寡黙であった斯界の重鎮が、突然沈黙を破るように発言したこともあって、ここには傾聴すべき多くのメッセージが込められている。

ただ、今日「うつ病」とされる人の大半が「非精神病性(非内因性)うつ病」であり、「生気感情の低下」をきたしてはいないという事実をどう考えるか。圧倒的多数を「本来のうつ病にあら

ず」としていいであろうか。もちろん、それは、かつて昭和時代に俗に「ノイローゼ」と呼ばれた状態に重なり、明治大正期に「神経衰弱」といわれていたものにも通じる。だから、その平成の現代語訳たる「適応障害」の語をもって「うつ病」に代えるとの代案もありえる。しかし、その場合、操作主義診断の登場以降30年にわたって行ってきたうつ病啓蒙キャンペーンの大幅な内容変更が必要である。圧倒的多数派に対し、今頃になって「あなたがたはうつ病ではありませんでした」と宣言しなければならない。それは容易ではない。

むしろ、多数決という民主主義原理を採用し、いっそ地と図を入れ替えてみてはどうか。「非精神病性(非内因性)うつ病」を「非本来的」、精神病性(内因性)うつ病」を「本来的」とみなすことをやめ、前者こそ「本来的」、後者はむしろ例外型とみなすほうが、混乱は少ないかもしれない。もっとも、その場合、「健常者の抑うつ気分」に「病」の字を付す違和感に苦しめられる。中核精神病をすら統合失調「症」と呼ぶこの時代に、である。

ただどう病型を再分類しても、多数派が抗うつ薬から利益を得ないのではという懸念¹⁰⁾は変わらない。

3) 精神療法ほかの問題か

それでは、精神療法はどうか。認知行動療法、対人関係療法その他、次から次へと精神療法の技法が開発され、臨床研究に供される。が、それなら、いつの日か画期的な技法が開発されるだろうか。そうして、今日のうつ病患者を一気に治すようなことができるだろうか。それは到底ありそうもないことである。

そのほか、診断の評者間一致の問題、薬物療法アルゴリズムの問題、EBM、NBMなど実に多種多様なテーマが論じられてきた。しかし、それらによって抜本的な問題の解決を期待することは困難であろう。

3. 混乱はうつ病だけではない

忘れてはならないことがある。臨床現場の混乱は、うつ病だけではないということである。

児童思春期精神医学も混乱している。自閉症圏が渦中にあるが、そこに、注意欠陥多動性障害が「発達障害」なるあいまいな呼称の下に同居させられている。本来、後者は、自閉症スペクトラムとは無関係の行動障害にすぎず、「発達の問題だから一緒にしてしまえ」とは何とも乱暴な議論である。そもそも、これらについては「病気か個性か」の議論すら決着がついていない。

司法精神医学の混乱³⁾にいたっては、もはや収拾のつきようがない。「心神喪失者」が何を意味するか、「心神耗弱者」が何を意味するかなど、本当のところ誰一人答えられない。

現在、マスメディアはうつ病の混乱だけをクローズアップさせているが、患者総数の多さゆえに目立つだけである。精神医学全般を見渡せば、混乱はうつ病だけにおさまらない。

さらにいえば、実は、精神医学だけの問題でもなく、日本だけの特殊事情でもない。全医療界に程度の差こそあれ、同様の混乱はあり、かつ、海外にも似たような問題がある。したがって、原因を斯学の科学的基盤の脆弱性に比しても、解決策は得られない。世界標準に比しての本邦精神医学の遅れを指摘しても、むなし。なぜならば、日本の混乱のレベルは、まさにそれこそ世界標準だからである。

4. 「えせ契約」(Bogus contract) について

混乱の元凶は、精神医学固有の次元にはない。原因は、ある意味で自明ともいえる。医者是谁も皆、そしておそらく患者も多くは気づいている。自明だが、医者も患者も、向き合おうとしない。しかし、問題の本質に向き合おうとしないかぎり、事態は変わらないであろう。

その問題とは、医師・患者間の「えせ契約」(Bogus contract) の問題である。医者にできることと、患者が求めることとの乖離こそが、事態の本質なのである。

患者の期待は大きい。医師にできることは限られている。ここに巨大なギャップがある。そのことに双方気づいているのに、気づかないふりをしている。そして、医師は患者をだまし、患者も医者をだまし、双方だまし合いに気づきつつ、いつまでもそれをやめようとしな。これが「えせ契約」の本質である。

Smith, R.⁶⁾ は、BMJ 誌にて「なぜ医者はかくも不幸なのか?」と題する巻頭言を寄稿。その際、「えせ契約」の問題を論じた。現代医学を過信する患者たちは、医者はその気になれば何でもわかるし、相談すれば何でも解決してくれると思っている。一方、医者は、医療には限界があり、行き過ぎた治療は危険だと思っている。この、医療を過大評価する患者と、過大評価と知りつつ誤解を解こうとしない医者とのあいだで、治療契約は相互欺瞞の営為と化した。

それに対して、Smith は、患者・医師間の合意点を探ろうとする。まず、患者、医師双方が、過酷な現実を認めるべきだという。それは、「死・病・痛は人生の一部である」ということであり、「医学には限界があり、社会的問題を解決することはできないし、危険ですらある」ということである。そして、「患者は問題をすべて医者に丸投げしてはならない」し、「医者はできないことはできないというべきだ」という。

5. 精神医学と「えせ契約」

1) 「えせ契約」とうつ病臨床

Smith の論考は、国外の、また、医学一般の問題を論じたものでありながら、本邦の精神医学にとっても示唆に富む。うつ病臨床においては、「えせ契約」の相互欺瞞がグロテスクなまでに誇張されている。今日、「うつ病」とされる事態は、生物学的病態をはらむ場合すら、労務(超過勤務、パワハラ、派遣切り)、貧困(失業、多重債務)、対人(上司部下関係、家族関係)などの諸問題を付随させている。

私どもは、「死・病・痛は人生の一部である」「精神医学には限界があり、社会的問題を解決す

ることはできないし、危険ですらある」ということについて、患者の理解を求めていかなければならない。そして、何よりも私ども自身がこの事実を受け入れていかなければならないのである。

2) 精神医学診断の限界

精神医学には限界がある。まず精神科診断に限界がある。高度の評者間一致を得ることは不可能である。うつ病に関しても、気分変調症、双極II型、全般性不安障害、強迫性障害、身体化障害、解離(転換)性障害、境界性パーソナリティ障害など周辺カテゴリーとの境界の問題(あるいは併存障害とみるか)がある。これをどうするかについては、一般論としてコンセンサスを得ることすら難しい。まして、個別の症例については、一致が得られる見通しはきわめて低い。

さらに重大な問題は、すべての精神科医が正確に診断したとしても、診断から直ちに援助の方法が得られるわけではないという事実である。「正しい治療は正しい診断から」との診断学の理念は、うつ病臨床においては説得力がない。

3) 精神科薬物療法の限界

薬物療法にも限界がある。それは、ガイドラインやアルゴリズムの問題ではない。それらが患者の個別性を等閑視しているといった議論は、もはや陳腐化している。むしろ、看過できない問題は、およそ薬物療法の対象でない事柄が、次々に診察室に持ち込まれてしまうということにある。抗うつ薬には、「抗多重債務効果」「抗パワハラ効果」「抗嫁姑葛藤効果」「セクハラ上司撃退効果」「DV夫矯正効果」「暴言妻鎮静効果」などはない。

4) 精神療法の限界

精神療法といえば、一般的には、「森田療法」「精神分析」「認知行動療法」「対人関係療法」などのカギ括弧のついた技法を考えがちである。しかし、うつ病臨床の現場は、毎日が戦場であり、技法に固執している余裕はない。希死念慮が強い、自傷を繰り返す、強迫症状が強いなど、もっとも

精神療法を必要としているケースにかぎって、技法中心精神療法は無力である。それに、保険診療の現実を考慮に入れず、理想を語っても仕方ない。「初診30分超、2回目以降5分超」が保険診療の現実である。この厳しい保険診療の掣肘をふまえずしてうつ病臨床は語れない。

精神療法には、「公然の秘密」がある。もっぱらそれが個人の独創性に依存するというのである。結果として力量に巨大な個人差が発生する。すべての神経症治療者が「土居健郎」になれるわけではない。すべての統合失調症治療者が「中井久夫」たりえるわけではない。斯界には練達の臨床家による多数の名著が存在する。そこでは、高度なひらめきと創造性に満ちた戦略的思考の数々が披瀝されているが、大部分の同業者は読めば憂うつになるであろう。何年かかってもこの域には達しない。野球少年はすべてイチローを夢見るが、その大半は足元にも及ばずに終わる。精神科医も同じである。

5) 科学主義の限界

「精神医学をもっとサイエンティフィックに」とのもっともらしい主張は、もっともナンセンスである。精神医学には、心身問題という認識論の難問が含まれていて、それは脳科学の発達によって解決するわけではない。ここに関わる用語をすべて神経科学のタームに翻訳すれば、それで「科学的」となるわけではない。

たとえていおう。恋愛は、「恋わずらい」と俗にいうように最広義の「こころの病」である。恋愛はすべて性欲に由来し、そのかぎりでは生物学的規定性を有する。しかし、そうだからといって、そのことは直ちに「恋愛は脳の病気」とはいえない。性欲に関わる視床下部-大脳辺縁系の神経科学の解明が進んでも、それで恋わずらいの複雑微妙さが解明できるわけではない。クリューバー・ビューシー症候群の実験に従事する脳科学者が、研究成果をもとに恋愛上手になれるわけでもない。

うつ病の生物学的知見は今後も蓄積されよう。うつ病には、ある程度生物学的規定性がある。し

かし、それは、ただちに「うつ病は脳の病気」ということを意味しない。生物学的知見が得られても、直ちに患者に還元されるわけではない。うつがもたらす行動への影響は、個人差が大きいからである。視床下部-辺縁系の実験の経験が無粋な研究者をロマンティックな恋人にかえるわけではない。同じく、うつ病の脳科学の研究歴が凡庸な精神科医を優れた臨床家に変えるわけでもない。

6. 「脳の病気」宣言と「えせ契約」

1) 「脳の病気」宣言の問題

うつ病を「脳の病気」と呼ぶことは、今日、再考に値しよう。欧米では、ここまで露骨な表現はしない。「化学的不均衡」「chemical imbalance」という婉曲表現にとどめているが、それでもまことに評判が悪い。脳への言及は、ただちに薬物療法への誘導を示唆するからである。

American Psychiatric Association (APA) は、DSM-III発行を機に「神経症性抑うつ」と「うつ病」の二分法を消去したが、その際の公式見解は認識（診断）の限界ということであった。けっしてすべてを生物学に帰してかまわないということではなかった。しかし、APA は神経症概念の消去という政治的意図をもっていたので、その後急速に生物学主義へと向かった。製薬資本との共同作業がそこに加わり、いつのまにか抑うつは、SSRI の奏功する「脳の病気」となった。こうしてうつ病は、理由のない憂うつもわけのある悲しみも、十把一絡げに「モノアミン関連脳症」となった。

「うつ病は脳の病気」とは、真実ではない。SSRI の機序から推測して打ち建てられた仮説にすぎない。十分な立証を経たものではない。このような仮説にすぎないものをあたかも確立した事実のようにみなすことには、大きな問題があろう。科学的合理性に立脚することを課せられた医師が、アミン仮説に過剰に依拠して診療を行うことは、信頼をよせる国民に対する背信となろう。

DSM-III の導入による「神経症性/内因性」の区別の消去は、「診たところ区別できない」から

にすぎない。「すべてを『脳のせい』とみなしてよい」という意味ではなかった。そのうえ、アミン仮説の論拠となっていた SSRI の効果が、今日疑義にさらされている。「うつ病は脳の病気」との主張は極論であり、「精神医学は科学としての節度を放棄した」とみなされよう。

2) 「脳の病気」宣言と「えせ契約」

「うつ病は脳の病気」とのテーゼは、うつ病臨床における「えせ契約」の温床となっている。

「うつ病は脳の病気」と宣言すれば、直ちにコミュニケーション・ギャップが生じる。医師側は、自身の責務を薬物療法に限定させようと思ってこう宣言するが、患者側は、逆にすべては薬で解決してもらえるのかと錯覚する。その際、両者は、重大な事実を隠蔽する。医学には限界があり、人生のすべての問題を抗うつ薬が解消してくれるわけではないという自明の理である。

このテーゼが危険なのは、精神科医の側に治療者としての不安を脳仮説に固執することで解消しようとする強迫観念としての側面があるからである。脳仮説に対する信念の強さは、面接技術の自信のなさと同比例する。だからこそ、一部の精神医学者は、薬だけではどうにもならない今日の状況を見ても、依然として「うつ病は脳の病気」と強弁するのである。

3) 「脳の病気」宣言は誰の利益か

ただし、ここで私どもは、患者に奉仕する立場に立ち返ることとしよう。古典的なローマ法の問題、「cui bono」(“For whose benefit?”) (「誰の利益か」) を問わなければならない。「脳の病気」宣言は、誰の利益か。誰がこの神話によって利益を得たのか。患者ではない。精神科医である。それも、臨床の現実から逃避する理由を見つけたがっていた消極的な医師たちである。患者は恩恵をこうむっていない。

7. おわりに——人生の主役は患者自身——

すぐれた精神科医とは、極端な生物学主義にも、

表 精神科医からのメッセージ

大事なお知らせがあります。
 事実を知っていただきたいのです。
 私どもにとって、皆さまのご期待はまことに重荷です。
 私どもにできることには限りがあります。
 不安、悲しみ、憂うつ、自己嫌悪、
 それらは人生につきまとういたしかたのないものなのです。
 私どもには、これらのすべてをとりさってさしあげることはできません。
 「プロによるこころのケア」といっても、家族の愛情のかわりになるものではありません。
 薬を飲むことは意味があります。
 しかし、薬は万能ではありません。
 薬は人生をバラ色に染め上げるものではありません。
 薬は、人生につきまとう憂うつや不安をすべて消し去ってくれるわけではありません。
 貧困失業、超過勤務、パワハラ、派遣切り、多重債務、対人関係、家族関係、
 これらの問題を投げかけてくださっても、私どもはまことに無力です
 薬は、これらを解決してくれないでしょう。
 ご自身以外の誰一人、これらの問題を解決する人はいないのです。
 どうぞ、お忘れにならないように。
 人生の主役はあなた自身です。
 私どもは、あなたにかわって、あなたの人生を生きてさしあげることはできないのです。
 もっとも、私どもは「まるで役立たず」ではありません。
 ご自身が人生の主役である、ということをお忘れにならないかぎり、
 私どもは微力ながらご支援を続けるでしょう。
 私どもはご支援させていただき所存です。
 時の流れがすべてを洗い流してくれるその日まで。

極端な精神療法主義にも陥らず、患者の状態に応じて薬物療法と精神療法との比重を柔軟に変えていくものである。精神科医の仕事は、精神療法だけでも薬物療法だけでもない。うつ病を薬物療法だけで治そうとすることは、てんかん重積発作を精神療法だけで治そうとするのと同じくらい、愚かなことである。

ただし、精神療法とは、すべてを医師が患者になりかわって背負い込むことではない。治療の初期においては、一時的に諸問題を棚上げさせることも悪くない。しかし、治療の後半は、「人生の主役は患者自身」(自律性)という自明の事実を伝えていくことも必要である。患者をいつまでも患者役割にとどまらせることは、彼らの利益にならない。そもそも、患者は、煩瑣な問題のすべてを投げ出して、医療にげたを預けるべきではない。精神科医は、患者に対し医学にできることとできないことを明示し、勇気をもって現実に向き合うよう促すべきなのである。

かつて、J.F. Kennedy は、名高い大統領就任演説において、こう述べた。「親愛なるアメリカ人よ。あなたの国があなたに何をしてくれるかを問うのではなく、あなたがあなたの国に対して何ができるかを問うてほしい」(My fellow Americans, ask not what your country can do for you, ask what you can do for your country.) と。

同じく私どもは、患者に対してこういうべきであろう。「親愛なる患者さん。あなたの主治医が何をしてくれるかを問うのではなく、あなたがご自分のために何ができるかを問うてください」(My fellow patients, ask not what your doctor can do for you, ask what you can do for yourself.) と。

最後に表に示すようなメッセージを付して、小論を終えることとする。

文 献

- 1) Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., et

- al.: Anti depressant drug effects and depression severity. A patient-level meta-analysis. JAMA, 303 (1); 47-53, 2010
- 2) 井原 裕: 激励禁忌神話の終焉. 日本評論社, 東京, 2009
- 3) 井原 裕: 精神鑑定の乱用. 金剛出版, 東京, 2010
- 4) Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., et al.: Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. PLoS Medicine, 5; 250-268, 2008
- 5) 佐藤光源: 巻頭言 “内因性” うつ病と操作的診断基準. Depression Frontier, 8; 3, 2010
- 6) Smith, R.: Why are doctors so unhappy? There are probably many causes, some of them deep. BMJ, 322; 1073-1074, 2001

A Bogus Contract between Psychiatrists and Patients with Depression

Hiroshi IHARA

Department of Psychiatry, Dokkyo Koshigaya Hospital, Dokkyo Medical University

Why are patients with depression so disappointed with their psychiatric treatment? One of the causes of their disappointment is a 'bogus contract' (Smith, 2001) between patients and psychiatrists. Patients tend to idealize modern psychiatry as if it could solve many of their problems, including social ones. Psychiatrists, however, know that modern psychiatry has limited powers and that they cannot solve all problems, especially social ones. There is a huge mismatch between what psychiatrists are trained for and what they are required to do.

In fact, the biological model of depression is inadequate to help depressive patients, particularly patients with psycho-social problems. It has long been believed that anti-depressant medications represent the best established treatment for major depressive disorder. Recent meta-analyses (Kirsch et al., 2008; Fournier et al., 2010), however, found little evidence that anti-depressants have a specific pharmacological effect relative to a pill placebo for patients with mild or moderate symptoms. This may be owing partly to the fact that depression is associated with ineluctable life events like separation, interpersonal conflicts, unexpected adversities, etc., that are central to being human.

Both patients and psychiatrists should be aware of the limitations of psychiatric treatment. A more realistic relationship is required between patients and psychiatrists. Psychiatrists should be open about their limitations. Patients cannot leave social problems to psychiatrists. However, some chronically depressed patients may be capable of managing their social problems. In such cases, respecting patients' autonomy promotes clinical practice and prevents them from entering a state of chronic patienthood.

<Author's abstract>

<Key words: depression, anti-depressants, diagnosis, bogus contract, autonomy>