

特集 うつ病診療における治療脱落を考える

治療脱落・アドヒアランス不良とリワークプログラム

秋山 剛

1. はじめに

シンポジウムで筆者に与えられた課題は、リワークプログラムにおける治療脱落について論ずることであった。治療脱落は、「薬の飲み忘れ」「寝坊して、リワークプログラムに行けなかった」というような単純な現象ではなく、人間の普遍的な、あるいは、本質的な心理に関わる現象であるように思われる。そこで、本稿では、治療脱落の心理的な側面について分析し、その後リワークプログラムにおける治療脱落やアドヒアランス不良について論ずる。

2. キューブラー・ロスの5段階論

末期疾患であることを告げられた時、人のころが段階を経て動いていくことについては、キューブラー・ロスは、以下のように示唆している¹⁰。

①否認：自分が病気であることを、受け入れない、信じない。

②取引：「願をかければ」「塩断ちすれば」など、何か特別なことをすれば、病気が治るのではないかと期待する。「名医ならば自分の病気を治してくれるのではないかと」と、ドクターショッピングをする人も、心性としてはこれに近いであろう。

③怒り：取引を、あれこれ試しても、自分の病気が思うように改善しないことに直面すると、周囲に怒りをぶつけるようになる。怒りは、医療従事者にもしばしば向けられるし、家族や友人に向けられることもある。

④抑うつ：怒りを周囲にぶつけても、それで病気が

がよくなるわけでもなければ、気が晴れるわけでもない。これを理解していくと、「自分は本当に治らない病気なのだ」という事実に向かいあうことになり、抑うつ状態になる。

⑤受容：患者の中には、「死がいずれ来ることは避けられないが、それまでの時間を、なるべく有意義に過ごそう」と、死という運命を受容したうえで、残りの時間を前向きに生きていけるようになる場合がある。ただし、すべての患者が、この受容の段階に至るわけではなく、①～④の段階にとどまったまま、死を迎える患者もいる。

3. 心理の普遍性

上記は、末期疾患と告げられた時の、心理的反応である。では、「一生治らない、一生服薬しなければならない精神疾患である」と診断を告げられた時の心理的反応は、どうであろうか？ やはり、

①否認：そんなはずはない、誤診だ。自分の状態には何々という事情があり、精神疾患ではない。

②取引：名医をたずねたら、きれいさっぱりよくしてくれるのではないかと。薬を飲まなくてもよいように、治してくれるのではないかと。

③怒り：飲んで副作用ばかり出るような薬を処方する医者には、やぶ医者だ。

④抑うつ：自分は、本当に一生、飲みたくない薬を飲み続けなければいけないのだろうか、という段階を経て、患者によっては、

⑤受容：薬を飲み続けて、意義のある人生を送つ

ていこう。

と思うようになるといった流れで、心理状態の変遷をたどると思われる。末期疾患の場合と同様、すべての患者が受容の段階に至るわけではなく、①～④の段階にとどまったまま、再発を繰り返す場合もある。

4. Colom と Vieta の分類

治療アドヒアランスを確保することが難しい病気の1つに、双極性障害がある。Francesc Colom と Eduard Vieta は、「Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder (Cambridge University Press)」⁶⁾ (「双極性障害の心理教育マニュアル—患者に何を、どう伝えるか」, 尾崎・秋山監訳, 医学書院) の中で、服薬からの治療脱落、アドヒアランス不良を以下のように分類している(以下、引用)。

①絶対的なアドヒアランス不良

担当医の指示を完全に守らない状況、または受診を拒否している状況を指す。このタイプの患者は、まったく服薬せず、精神科医との予約も順守しないので、フォローアップが難しい。そのため、これらの症例への影響を正しく評価することは困難であり、アドヒアランス不良の中でも、最も研究が進んでいない。精神科医の診察は受けるが薬物治療は拒否する患者も含めると、安定期を含め、(双極性障害患者の)絶対的なアドヒアランス不良の比率は、10%を超える³⁾。

②選択的かつ部分的なアドヒアランス

ある種の治療は拒否しないが、ほかの治療を選択的に拒否する患者である。障害を一部しか自覚していないという問題があり、双極性障害は慢性疾患であり再発しやすいことを認めないとか、維持治療を守らず、調子を崩した時に抗うつ薬だけ投与してもらいたいと希望する患者もいる。また、急性期には抗精神病薬を含むあらゆる治療を受け入れるが、予防的治療は拒否する患者もいる。また、「天然」成分であるという理由で炭酸リチウムの服用は受け入れるが、

他の薬剤は拒否する患者もいる。障害に関する知識や薬の副作用に対する不安が、このような行動を引き起こす。

③断続的アドヒアランス

リチウム服用患者においては、断続的アドヒアランスは例外ではなく、通常のパターンである¹¹⁾。多くの患者は、治療を完全に脱落するわけではないが、処方通りに服用するわけでもない。断続的アドヒアランスを示す患者は、自分勝手に、さまざまな「治療休止期間」を設ける。「治療休止期間」はときに長期に及び、処方された薬剤の一部または全部を拒否する。医師に、「投薬治療を休止したい」とはっきり述べる患者もいる。なかには、血中濃度検査の数日前に高用量の気分安定薬を服用して、アドヒアランス不良を隠すテクニックを学んでいる患者もいるので、血中濃度によりアドヒアランスを確認する際には、注意が必要である。

④遅発型アドヒアランス

Goodwin らが記載しているようによくみられるパターンである⁸⁾。一部の患者は、治療の必要性を認めることに初め抵抗を示し、再発を数回繰り返した後、ようやく処方された薬剤の服用に同意する。障害の罹病期間とアドヒアランスとの関連性も報告されている³⁾。

⑤遅発型アドヒアランス不良

アドヒアランス良好な状態が2～3年続いた後、明確な理由なく気分安定薬の服用を中止する患者がいる。この現象は、リチウム⁹⁾と抗けいれん薬¹⁾について報告されている。

⑥乱用

アドヒアランス不良には、一般的に言われる「処方された薬剤の服用不十分」だけでなく、薬剤の過剰服用も含まれ、特に薬物依存¹³⁾またはパーソナリティ障害を併発している患者にこの傾向が高い。ベンゾジアゼピン系薬物の乱用が多いことは明らかであるが¹⁴⁾、これは氷山の一角にすぎず、抗うつ薬⁷⁾、向精神薬²⁾、非定型抗精神病薬¹²⁾のほか、気分安定薬である新規の抗けいれん薬⁴⁾の乱用もみられる。一部

の患者が性急に症状の改善を求めるあまり、処方量以上の薬剤を服用することがあり、注意を要する¹³⁾。

⑦行動面にみられるアドヒアランス不良

「アドヒアランス不良」には、服薬回数、量など投薬指示の順守だけでなく、治療への取り組みや行動に関する側面も含まれる。具体的には、規則正しい受診、自分の症状について適切かつ十分な情報を医師に報告すること、アルコールや他の有害物質を摂取しないこと、気分が安定した状態を維持することができるよう規則正しい睡眠習慣などの望ましい行動についての医師の指示に従うこと、などが挙げられる。処方された薬剤は規則正しく服用するが、行動面の指示を順守できない患者がいる。このような患者は、障害の生物学的な特性を、自分に都合よくとらえている。障害を重症と認識せず、日常生活を犠牲にしたくないと考える患者がおり、これも病識欠如の一形態である。障害に焦点を当てた行動療法が、薬物療法の順守とあわせて、双極性障害の治療成績を向上させると考えられる⁵⁾。

キューブラー・ロスの段階説と引き比べると、①は、ほぼ、否認の段階にあると考えられる。④は、よくみられるパターンで、ゆっくりと病気の受容にむかうプロセスの途中なのであろう。②⑥⑦には、ある種の取引をしている心性がうかがわれる。③⑤は、「ある時点では、病気や治療を受容しながら、その後、治療から脱落していく」という興味深い現象である。おそらく、「受容」という段階に至ったように見えるが、心性として「怒り」や「抑うつ」が潜在しており、ある時に、治療を受け続けなければいけないことへの怒りやつらさが、受容を転覆してしまうのであろう。

5. 精神医学と精神医療

精神医学の発展につれ、様々なガイドラインが作成される。ガイドラインでは、科学的な根拠に基づいて、「患者が治療方針に従うのであれば、

もっとも高い効果が得られるはずの方針が述べられる。ガイドラインが優れていれば、より高い効果が期待できるわけで、ガイドラインを作成する研究者は、治療の「高さ」を追求していると言えよう。

ところが、前の2つの段落で述べたように、現実の患者はしばしば治療方針に従わない。というより、治療の初めから、医師の治療方針をすべてきちんと守る患者は、かなり限られているのではないだろうか。「治療方針を守らない患者」は、医師にとっては、「けしからん」患者である。しかし、キューブラー・ロスの段階説にもあるように、「医師の診断や治療方針の判断は、本当に正しいか?」「本当に、厳しい治療方針を守らなければいけないのか?」「少しは、自分が思うようにしても大丈夫ではないか?」などと疑問に思うことは、人間にとってむしろ自然な心性であると考えられる。

クリニカルパスでは、定型的な治療プロセスを乱す要因を、「バリエーション」と呼ぶ。治療へのアドヒアランスが悪く、バリエーションを持っている患者は多数存在すると思われる。精神医療においては、バリエーションとなっている、治療方針からの「ずれ」状況を解決してはじめて、ガイドラインの「高さ」が生きてくる。つまり、臨床家は、アドヒアランスを妨げているバリエーションを取り除くことが重要な役割であり、患者が治療方針を守るようになれば、後は、ガイドラインの「高さ」で治療を進めていく。

6. 治療脱落への支援

治療方針からのずれを生じさせている状況に対する支援については、「情報の提供」と「感情的関わり」の両方が必要と思われる。

「情報の提供」を有効に行うためには、まず、相手を持っている情報のレベルを確認する必要がある。「診断は何ですか?」とか「どんな治療をするのですか?」と患者に質問されたら、まず、「精神科の病気の診断についてどんなことを知っていますか?」「治療については、どんな知識が

ありますか?」と、質問を返して、相手の情報のレベルを確認した方がよい。当然ながら、精神科医は、精神疾患の診断や治療について、専門性が高い情報を豊富に持っている。しかし、このことを逆にいうと、精神科医が常識だと思っていることは、ほとんどの場合、患者や家族にとっては、常識ではない。だから、何が相手にとっての常識であるかを確認してから、その常識に少しずつ情報が付け加わるような形で説明していくのが適切であると思われる。

「感情的関わり」を、精神科医对患者という、一対一の場で行うには、心理的なスキルを要する。というのは、精神科医は、通常は精神疾患に罹患したことがなく、患者と同じ立場での共感を示すことは難しいからである。そのために、ともすれば、「薬を飲みなさい、飲まなければだめだ」という指示や説教になってしまう。治療脱落への感情的支援を行うためには、患者に「取引」「怒り」「抑うつ」といった心性があること、Colom, Vieta の分類の②～⑦にみられる行動をとりたくなる欲求があることを、医師の方から積極的に口にして、「何々と感じたり、思ったりすることもあってしょうね」と働きかける必要がある。それに対して、患者が、「実はそうなんです——この間、じつは先生に内緒で薬を止めてみました」などと話した時に、いきなり説教するのではなく、どうしてそう思ったのか、そう試してみた結果はどうであったのかを、患者に話してもらってから、「ただ、薬の中断をずっと続けると、何々というリスクがあると言われてます」などと、説明を加えるのがよいであろう。

7. 心理教育グループ

治療脱落を防ぐためには、理論的には、「スタッフが出席した、患者同士の話し合い」つまり「心理教育グループ」が一番有効であると考えられる。というのは、こういうセッティングでは、スタッフが情報提供を行い、患者同士が、感情的なサポート、服薬を忘れないための工夫、周囲に服薬に気づかれぬための工夫、副作用に対処す

る工夫など、患者ならではのアドバイスをお互いに交換できるからである。Colom と Vieta のテキストには、こういった例がいろいろ記述されている。

8. リワークプログラムにおける治療脱落

次に、Colom と Vieta の分類に従って、リワークプログラムにおける治療脱落、アドヒアランス不良について検討する。

①絶対的アドヒアランス不良

リワークにおいても、プログラムの必要性を認めず、参加を拒否する患者はいる。こういった患者は、運がよければ、プログラムの助けなしに復職しているのであろうが、結局復職できないままに終わってしまう例もあろう。

②選択的かつ部分的なアドヒアランス

プログラムの一部について、「自分には、こういうプログラムは不必要である、役に立たない」などといって、拒否を示す患者がいる。服薬の場合と似ているが、患者の疾病の本質に対するプログラムの方が、拒否されやすいかもしれない。

③断続的なアドヒアランス

プログラムに来たり来なかつたりする患者はいる。断続的な参加を続けた結果、「復職」という目的が達成されないこともある。

④遅発的アドヒアランス

リワークプログラムへの参加を勧められても、なかなか納得せず、休職期間がおしつまってようやくプログラムに参加する患者がいる。「参加が遅すぎた」ために、結果として復職できない場合もある。

⑤遅発型アドヒアランス不良

リワークプログラムに参加したした後、プログラムを止めてしまう患者がいる。対人関係の困難、症状の悪化、依存行動など、何らかの精神症状が関連している場合が多いと思われるが、中には、積極的な選択として、「今の会社への復職はやめる」とか「しばらく働くのを止める」などという患者もいる。「リワーク」「就

職」は、基本的に、患者が自己決定して行うことなので、後者のような積極的な選択を、アドヒアランス不良と呼ぶのは、妥当でないかもしれない。

⑥乱用

リワークプログラムに過度に没頭する患者は、珍しくない。また、「リワークプログラムの居心地がよくなって、復職が怖くなってしまう」患者もいる。前者は、スタッフが援助して、徐々に、自己の体調にあわせて作業できるようになる場合が多いが、後者は、「リワークプログラムへの参加」が「復職」に置き換わってしまっているわけで、まさに、薬物への依存・乱用にあたる現象と言えよう。

⑦行動面にみられるアドヒアランス不良

リワークプログラムにはきちんと参加するが、飲酒、夜更かし、ゲームなど娯楽への過度ののめりこみなど生活面での節制が十分でない患者がいる。ただし、リワークプログラムでは、通常、日常生活の状況をスタッフが把握し、こういった状況がみられれば指導することになっている。

最近、症状が重いわけではないが、うつ状態が遷延する病態が注目を集めている。こういった状態は、診断に関する立場によって、双極スペクトラム、非定型うつ病、現代型うつ病、ディスチミア（気分変調症）親和型うつ病などと呼ばれることもある。こういった人は、横断面的には症状が重くないために、自分の病態を「軽いもの」と考えがちで、リワークプログラムにおいても、そういう傾向がみられる。他責性といった傾向があれば、なおさら、周囲への不満は漏らすのが、自己努力に集中できず、断続的なアドヒアランス不良、遅発的アドヒアランスなどがみられがちである。筆者は、こういった人に対しては、「横断面的には症状が軽いようにみえるが、うつ状態が遷延して治りにくいという意味では重症で、リワークプログラムにも、早く本気で取り組まないと、休職満了退職になってしまうおそれがある」と、早期に警告することになっている。

これとは別に、性格的に依存性が強く、リワークプログラムへも、自らの意思でなく家族の勧めなどで参加していて、「リワークプログラムに顔を出せば、自動的によくなる」と非現実的な期待をしている患者もいる。

9. リワークプログラムの集団治療性

リワークプログラムは、集団的な治療であるので、患者は一旦プログラムに参加すれば、スタッフからの情報提供に加えて、他の患者との交流による援助が受けられる。薬物治療は、精神科医対患者という個別場面で処方決定されるので、アドヒアランスが不良な患者には、別に心理教育プログラムが必要であるが、リワークプログラムの場合、患者がリワークプログラムにいろいろな疑問や疑いを持った場合でも、スタッフや他の患者からの援助が可能な構造になっている面はある。

10. おわりに

リワークプログラムについては、そもそも、本人に「復職」の意思、希望、動機づけがあることが前提であるし、また非薬物治療であるので、薬物よりは「副作用」がみられにくく、「副作用」を理由としたアドヒアランス不良が起こりにくいといった、有利な点もある。一方、上記のように、リワークプログラムにおいても、いろいろなタイプのアドヒアランス不良がみられることも事実であり、今後、検討を進めなければいけない問題であると考えている。

文 献

- 1) Adams, J., Scott, J.: Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiat Scand*, 101; 119-124, 2000
- 2) Buckley, P., Cannon, M., Larkin, C.: Abuse of neuroleptic drugs. *Br J Addict*, 86; 789-790, 1991
- 3) Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., et al.: Clinical factors associated to treatment nonadherence in euthymic bipolar patients. *J Clin Psychiat*, 61; 549-554, 2000
- 4) Colom, F., Vieta, E., Benabarre, A., et al.:

Topiramate abuse in a bipolar patient with an eating disorder. *J Clin Psychiatry*, 62 ; 475-476, 2001

5) Colom, F., Viet, E., Martinez-Aran, A., et al. : A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60 ; 402-407, 2003

6) Colom, F., Vieta, E. : *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge University Press, 2009 (尾崎紀夫, 秋山 剛監訳: 双極性障害の心理教育マニュアル—患者に何を, どう伝えるか. 医学書院, 東京, 2012)

7) Delisie, J.D. : A case of amitriptyline abuse. *Am J Psychiatry*, 147 ; 1377-1378, 1990

8) Goodwin, F.K., Jamison, R. : *Manic-Depressive Illness*. Oxford University Press, New York, 1990

9) Jamison, K.R., Gerner, R.H., Goodwin, F.K. : Patient and physician attitudes toward lithium. *Arch Gen Psychiatry*, 36 ; 866-869, 1979

10) Kübler-Ross, E. : *On Children and Death*. Macmillan Publishing Company, New York, 1983 (秋山 剛, 早川東作訳: 新死ぬ瞬間. 読売新聞社, 東京, 1985)

11) Maj, M. : Lithium prophylaxis of bipolar disorder in ordinary clinical condition: patterns of long-term outcome. *Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome* (ed. by Goldberg, J.F., Harrow, M.). American Psychiatric Press, Washington, D.C., p. 21-39, 1999

12) Vieta, E., Reinares, M., Corebella, B., et al. : Olanzapine as long-term adjunctive therapy in treatment-resistant bipolar disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 21 ; 469-473, 2001

13) Weiss, R.D., Greenfield, S.F., Najavits, L.M., et al. : Medication adherence among patients with bipolar disorder and substance use disorder. *J Clin Psychiatry*, 59 ; 172-174, 1998

14) Wood, J.H., Katz, J.L., Winger, G. : Use and abuse of benzodiazepines: issues relevant to prescribing. *J Am Med Assoc*, 260 ; 3476-3480, 1988