

VI 統合失調症の基礎知識

—診断と治療についての説明用資料

【解説】この文章は、統合失調症についてよく知りたいと希望するご本人やご家族に、専門家ができるだけわかりやすくかつ正確に説明をする際に、参考としていただける資料として作成したものです。編集委員が作成した案を、当事者やご家族や専門家に読んでいただき、寄せられたコメントに基づいて大幅に修正することで、より良いものにすることができました。ご協力に感謝いたします。読者の日々の診療やサービス提供に役立てていただけることを希望いたします。

<ポイント>

- 統合失調症は、人口の1%近くがかかる頻度の高い病気です
- 幻覚や妄想という特徴的な症状とともに、生活に支障が表れることがあります
- ご本人が望む生活と人生の回復を、治療の目標にしていきます
- 治療の進歩により、回復が格段に改善してきています
- 薬物療法と心理社会的治療が、治療における車の両輪です

1 病気の特徴

統合失調症は、およそ100人に1人がかかる頻度の高い病気です。「話が通じなくなる」、「不治の病」という誤ったイメージがありますが、こころの働きの多くの部分は保たれ、多くの患者さんが回復していきます。

高血圧や糖尿病などの生活習慣病と同じように、早期発見や早期治療、薬物療法とご本人・身近な方々の協力の組み合わせや、再発予防のための治療の継続が大切です。脳の構造や働きの微妙な変化が原因と考えられるようになってきています。

2 統合失調症とは

統合失調症は、幻覚や妄想という症状が特徴的な病気です。それに伴って、人々と交流しながら家庭や社会で生活を営む機能が影響を受け(生活の支障)、「感覚・思考・行動に病気のための歪みがある」ことを自分で振り返ることが難しくなりやすい(病識を持ちづらい)、という特徴を合わせて持っています。

新しい薬の開発と心理社会的ケアの進歩によ

り、初発患者のほぼ半数は、完全かつ長期的な回復を期待できるようになりました(WHO, 2001)。幻覚や妄想が強い急性期を少なくできると経過が順調になりますので、そうなれるよう病気と上手に付き合えることが大切です。この点は、高血圧や糖尿病などと共通しています。

3 発症しやすい年代

思春期から青年期という10代後半から30代に発症することが多い病気です。中学生以下の発症は少なく、40歳以降にも減っていき、10代後半から20代にピークがあります。発症の頻度に男性と女性で差はありませんが、男性よりも女性のほうが発症の年齢がやや遅めです。発症の原因はわかっていませんが、進学・就職・独立・結婚など、人生の進路における変化が発症のきっかけとなりやすいようです。

4 症状

統合失調症には様々な症状があるため、その全体を理解するのが難しいのですが、ここでは先に述べたことをもとに、①幻覚・妄想、②生活の支

障, ③病識についての症状の3つにまとめてみます。

A | 幻覚・妄想

幻覚と妄想は、統合失調症の代表的な症状です。幻覚や妄想は統合失調症だけでなく、他の精神疾患でも認められることがありますが、統合失調症の幻覚や妄想には一定の特徴があります。幻覚と妄想をまとめて「陽性症状」と呼ぶことがあります。

1. 幻覚

幻覚とは、実際にはないものが感覚として感じられることを言います。統合失調症で最も多いのは、聴覚についての幻覚、つまり幻聴で、誰もいないのに人の声が聞こえてくる、他の音に混じて声が聞こえてくる、という幻聴(幻声)です。「お前は馬鹿だ」などと本人を批判・批評する内容、「あっちへ行け」と命令する内容、「今トイレに入りました」と本人を監視しているような内容が代表的です。

普通の声のように耳に聞こえて、実際の声と区別できない場合や、直接頭の中に聞こえたり、声そのものははっきりしないのに不思議と内容ばかりがピンとわかる場合などがあります。幻聴に聞き入ってニヤニヤ笑ったり(空笑)、幻聴との対話でブツブツ言う(独語)場合があるため、周囲の人から奇妙だと思われてしまい、その苦しさを理解してもらいにくいことがあります。

2. 妄想

妄想とは、明らかに誤った内容のことを信じてしまい、周りが訂正しようとしてもその訂正を受け入れられない考えのことです。「街ですれ違う人に紛れている敵が自分を襲おうとしている」(迫害妄想)、「近所の人の咳払いが自分への警告だ」(関係妄想)、「道路を歩くと皆がチラチラと自分を見る」(注察妄想)、「警察が自分を尾行している」(追跡妄想)などの内容が代表的で、これらをまとめて被害妄想と呼びます。時に「自分に

は世界を動かす力がある」といった誇大妄想が出現することもあります。

妄想に近い症状として、「考えていることが声となって聞こえてくる」(考想化声)、「自分の意思に反して誰かに考えや体を操られてしまう」(作為体験)、「自分の考えが世界中に知れわたっている」(考想伝播)のように、自分の考えや行動に関する症状があります。思考や行動について、自分が行っているという感覚が損なわれてしまうことがこうした症状の背景にあると考えられることから、自我障害と呼びます。

3. 幻覚・妄想の特徴

統合失調症の幻覚や妄想には、2つの特徴があります。その特徴を知ると、幻覚や妄想に苦しむ気持ちが理解しやすくなります。

1つめは、内容についての特徴です。幻覚や妄想の多くは、「他人が自分に対して悪い働きかけをしてくる」という内容です。つまり人間関係がテーマになっています。その内容は、大切に考えていること、劣等感を抱えていることなど、本人の価値観や関心と関連していることが多いようです。このように幻覚や妄想の内容は、もともとは患者さん本人の気持ちや考えに由来するものです。

もう1つは、気分にあふ影響についての特徴です。幻覚や妄想の多くは、ご本人にとっては真実のことと体験され、不安で恐ろしい気分を引き起こします。無視したり、放っておくことができず、否応なくその世界に引きずりこまれるように感じます。場合によっては、幻聴や妄想に従って行動を起こしてしまうこともあります。「本当の声ではない、正しい考えではない」と説明されてもなかなか信じられません。

B | 生活の支障

統合失調症では、先に述べたような幻覚・妄想とともに、生活の支障という形で生活に症状が現れることが特徴です。この症状は、「日常生活や社会生活のなかで適切な会話や行動や作業をする

ことが難しい」という形をとります。陰性症状とも呼ばれますが、幻覚や妄想に比べて病気による症状とはわかりにくい症状です。ご本人も説明しにくい症状ですので、周りの人から「社会性がない」、「常識がない」、「気配りに欠ける」、「怠けている」などと誤解されることがあります。

こうした日常生活や社会生活の支障は、次のように知・情・意それぞれについての症状と考えると理解しやすいでしょう。

1. 会話や行動についての症状

会話や行動のまとまりが影響を受ける症状です。日常生活では、話のピントがずれる、話題が飛ぶ、相手の話のポイントや考えがつかめない、作業のミスが多い、行動の能率が悪いなどの形で認められます。症状が極端に強くなると、会話や行動のまとまりがなくなっているように見えることもあります。こうした症状は、注意を適切に働かせながら会話や行動を目標に向けてまとめあげていく、という知的な働きが影響を受けることによると考えられます。

2. 感情についての症状

自分や他人の感情についての症状です。

自分の感情についての症状というのは、物事に適切な感情がわきにくい、感情をうまく表せずに表情が乏しく硬い、それなのに不安や緊張が強く慣れにくい、などの症状です。また、他人の感情についての理解が苦手になり、相手の気持ちに気づかなかつたり、誤解することが増えます。こうした感情の症状のために、対人関係において自分を理解してもらったり、相手と気持ちの交流を持つことが苦手となります。

3. 意欲についての症状

物事を行うために必要な意欲にも影響が表れる症状です。仕事や勉強をしようとする意欲が出ずにゴロゴロばかりしてしまう(無為)、部屋が乱雑でも整理整頓する気になれない、入浴や洗面などの身の清潔にも構わない、というように生活の仕方に症状が表れます。さらに対人関係について

の意欲の症状として、他人と交流をもとうとする意欲、会話をしようとする意欲が乏しくなり、無口で閉じこもった生活となる場合もあります(自閉)。

C | 病識についての症状

「病識」というのは、自分自身が病気であること、あるいは幻覚や妄想のような症状が病気による症状であることに自分で気づくことができること、認識できることをいいます。

統合失調症の場合には、この病識が影響を受けます。多くの場合、普段の調子ではない感じや、神経が過敏になっていることは自覚できます。しかし幻覚や妄想が活発な時期には、それが病気の症状であると言われても、なかなかそうは思えません。症状が強い場合には、自分が病気であることが認識できない場合もあります。治療が進んで病状が改善すると、自分の症状について認識できる部分が増えていきます。

他の患者さんの症状については、それが病気の症状であることを認識できますから、判断能力そのものの問題ではないことがわかります。

自分自身を他人の立場から見直して、自分の誤りを正していくという機能が影響を受けることが背景にあると考えられます。

5 | 診断

多くの精神疾患と同じように、統合失調症は臨床症状とその経過に基づいて診断します。そのため基準を決めた国際的な取り決めとして、ICD-10 や DSM-IV、5 と呼ばれる診断基準があります。統合失調症と診断するためには、典型的な症状が1 か月は続き、何らかの症状が6 か月以上持続することが必要とされています。同じような症状でも、その持続が短い場合には、別の病気である可能性があるからです。幻覚や妄想を症状とする病気には、統合失調症以外にも様々な病気がありますので、診断のためには専門家の判断が必要になります。

今のところ、体の病気のように検査の結果に基づいて統合失調症を診断することはできません。診断や治療の参考として心理検査を利用し、脳の病気のために似た症状が出現する場合があります。脳波・CT・MRIなどを行います。

統合失調症が発症しやすい思春期・青年期は、子どもが大人へと成長する時期、ひとが本格的な人間らしさを獲得する時期にあたります。誰にとっても不安定な時期ですから、精神的な不調が感じられても、そうした時期に特有の悩みであるのか、それとも病気によるものか、精神的な病気によるとしてもどんな病気であるのかは、専門家であっても判断が難しい場合があります。経過をみることで初めて正しく診断できる場合が少なくありません。家族や友人との対人関係に大きな支障が生じたり、行動を起こすための意欲が保てなくなった場合には、精神的な病気の可能性を慎重に考えたほうがよいかもしれません。

6 原因

A 原因ときっかけ

統合失調症の原因は、今のところ明らかではありません。進学・就職・独立・結婚などの人生の進路における変化が、発症のきっかけとなることが多いようです。

ただ、それらは発症のきっかけではあっても、原因ではないと考えられています。というのは、こうした人生の転機は特別な出来事ではなく、同じような経験をする大部分の人は発症には至らないからです。

また身近な方のなかには、親の育て方、家庭の環境、あるいは周囲の方の接し方が病気の原因になったのではないかと心配したり後悔したりする方がいらっしゃいます。しかし統合失調症の原因は、親の育て方や家庭の環境や周囲の方の接し方ではありません。それらがきっかけとなって発症するように見える場合であっても、同じ家庭環境のなかで同じ親のもとで育ったご兄弟の多くの方は統合失調症とはなりませんから、やはりきっか

けと原因とは別のこととして考えなければならないことがわかります。

B 脳の変化

統合失調症の原因は明らかではありませんが、患者さんの脳にいくつかの軽い変化があることが明らかになっています。

1つは、神経伝達物質の変化です。神経伝達物質とは、脳を構成している神経細胞どうしの情報伝達に利用される物質のことです。その1つであるドパミンという物質の作用が過剰となると、幻覚や妄想が出現しやすくなることが知られています。セロトニンやグルタミン酸やガンマアミノ酪酸(GABA)など、他の神経伝達物質も関係していると考えられるようになってきています。

2つめは、脳の構造の変化です。CTやMRIという装置で患者さんの脳を検査すると、脳の一部の体積が健康な人よりもやや小さいことが示されています。体積が小さめとされるのは、前頭葉や側頭葉と呼ばれる部位です。ただし、この体積の違いは大勢の患者さんについて平均するとそういう傾向があるということで、統合失調症の患者さんと健康な人との重なりはかなり大きいものです。

したがって、それだけで原因ということではできませんし、それをすぐに診断には利用できません。

C 素因と環境

医学では様々な病気の原因を、患者さん自身の要因(素因)と周囲から受ける要因(環境)の2つに分けて考える場合があります。例えば高血圧については、血圧が高くなりやすい体質を親から受け継いでいるという素因としての原因や、食事から塩分をとりすぎるといふ環境としての原因が考えられます。ただ話は少し複雑で、塩分をとりすぎるといふことには、育った家庭環境の影響という面もあるでしょうし、塩辛い味が好きという生まれつきの体質があるかもしれません。

双生児や養子について調査をすると、発症に素因と環境がどの程度関係しているかを知ることができます。例えば、一卵性双生児は遺伝的には同じ素因を持っているはずですが、2人とも統合失調症を発症するのは約50%とされています。したがって、遺伝の影響はあるものの遺伝だけで決まるわけではないことがわかります。

様々な研究結果を総合すると、統合失調症の原因には素因と環境の両方が関係しており、2つの影響の割合を比較すると素因の影響が環境の影響よりやや大きく、素因の影響が半分かそれを少し上回る程度とされています。素因の影響がずいぶん大きいと感じるかもしれませんが、この値は高血圧や糖尿病と近いものですので、頻度の高い慢性的な病気に共通する値のようです。

子どもは親から遺伝と環境の両方の影響を受けますが、それでも統合失調症を持つ母親から生まれた子どものうちで同じ病気を発症するのは約10%にすぎません。

7 治療

A 治療の場を決める—外来と入院

病気が明らかになった場合、治療の場を外来で行うか入院で行うか、決める必要があります。治療の進歩により、以前と比べて外来で治療できることが増えてきました。外来か入院かを決める一律の基準があるわけではありません。入院治療には、家庭の日常生活から離れてしまうという面があるのですが、それが休養になって治療にプラスになる場合もあります。医療の側からみると、病状を詳しく知ることができる、検査や薬物治療の調整が行いやすい、ことは入院治療の利点です。これらのバランスを考えて、治療の場を決めます。地域でのサービスが充実しているほど、外来での治療を進めやすくなります。

医療者としても、できれば外来で治療を進めたいのですが、入院を考えるのは次のような場合です。

- ・日常生活での苦痛が強いため、ご本人が入院し

ての休養を希望している。

- ・幻覚や妄想によって行動が影響されてしまうため、日常生活を送ることが難しい。
- ・自分が病気であるとの認識が乏しいため、服薬や静養など治療に必要な最低限の約束を守ることが難しい。

B 薬物療法の位置づけ

統合失調症の治療は、外来・入院いずれの場合でも、薬物療法と心理社会的な治療を組み合わせで行います。心理社会的な治療とは、精神療法やリハビリテーションなどを指します。薬物療法なしに行う心理社会的な治療には効果が乏しく、薬物療法と心理社会的な治療を組み合わせると相乗的な効果があることが明らかとなっています。「薬物療法か心理社会的治療か」と二者択一で考えるのではなく、薬物療法と心理社会的治療は車の両輪のようにいずれも必要であることを理解しておくことが大切です。特に、幻覚や妄想が強い急性期には、薬物療法をきちんと行うことが不可欠です。

C 抗精神病薬が有効な精神症状

統合失調症の治療に用いられる薬物を、「抗精神病薬」あるいは「神経遮断薬」と呼びます。精神に作用する薬物の総称である向精神薬のうちの、1つのカテゴリーがこの抗精神病薬です。

抗精神病薬の作用は、大きく3つにまとめられます。①幻覚・妄想・自我障害などの陽性症状を改善する抗精神病作用、②不安・不眠・興奮・衝動性を軽減する鎮静催眠作用、③感情や意欲の症状などの陰性症状の改善を目指す精神賦活作用の3種類です。

幻覚や妄想が薬物により良くなるというのは、なかなか理解しにくいことで、「薬によって強制的に考えが変えられる」、「薬で洗脳される」と誤解される場合があります。しかし、実際に抗精神病薬を服用した患者さんの感覚は、「幻覚や妄想にとらわれずに済む」、「行動に影響しなくなる」

というものです。

ある患者さんは、「どうしてもあることにとらわれて気持ちが過敏になることがなくなる」、「頭が忙しくなくなる」、「薬を飲んで『最初にグサリときた感じ』（被害妄想を体験していた頃の恐怖感のこと）を忘れることはできないが、それだけにのめりこむことがなくなる」と表現していました。実感としては、楽になるとかりラックスすると感じる人が多いようです。

D | 抗精神病薬の種類と量

抗精神病薬には、様々な種類があります。それぞれの薬物によって、先に挙げた3種類の効果のいずれが強いかという特徴の違いがあります。それぞれの患者さんの病状を目安にして、なるべく適切な薬物を選択します。1人ひとりの患者さんに合った種類や量を定めるためには、ある程度の試行錯誤が必要です。患者さんごとに薬の種類や量の個人差が大きいことは、精神疾患に限らず慢性疾患の治療薬物の特徴なのです。この試行錯誤の過程は、患者さんと医師とが力を合わせて行う共同作業ということができます。

抗精神病薬は、「第一世代抗精神病薬」と「第二世代抗精神病薬」の2種類に分類されます。第一世代抗精神病薬というのは以前から用いられていた薬物、第二世代抗精神病薬は最近になって用いられ始めた薬物のことです。脳における神経伝達物質への作用に違いがあるために、こうした名称がつけられています。

第二世代抗精神病薬は、第一世代抗精神病薬にある副作用の軽減を1つの目標として開発されたことから、全体としては精神機能への副作用が少なめです。また第二世代抗精神病薬には、認知機能を改善することでQOLを高める作用が強いとの指摘もあり、期待される薬物です。主治医と相談しながら「自分にあった薬」をみつけていくことが最も大切です。

E | 抗精神病薬の再発予防効果

抗精神病薬には、これまで述べたような精神症状への効果だけでなく、再発を予防する効果があります。

抗精神病薬による治療で幻覚や妄想がいったん改善しても、薬物療法をその後も継続しないと、数年で60～80%の患者が再発してしまうとされています。ところが、幻覚や妄想が改善した後も抗精神病薬の治療を継続すると、その再発率が減少します。このように、いったん病状が落ち着いた後も服用し続けること（維持療法）で再発が予防できることを、抗精神病薬の再発予防効果と呼んでいます。

調子が良いのに薬を飲み続けるというのは、なかなか納得しにくいことですが、高血圧を例に考えるとわかりやすいと思います。

高血圧で薬物治療が必要となると、血圧を下げる薬（降圧薬）を服用することになります。降圧薬を服用すると血圧は下がりますが、それで高血圧が治ったわけではありません。降圧薬を中止するとまた血圧が上がってしまうからです。そこで、血圧が正常化していても降圧薬を飲み続けることになります。抗精神病薬による維持療法もこれと同じ仕組みと考えると、理解しやすいでしょう。

抗精神病薬を中止しても、すぐに再発が起こるとは限りません。最初は服薬を中止しても何の変わりもありませんから、本人も家族も維持療法は必要ないと油断しがちです。しかし何か月かたってから、生活上のストレスをきっかけに再発が起こることが多いのです。このことを最初から理解しておくことが大切です。

F | 服薬の中止

高血圧の場合に、降圧薬による治療を長期間続け、血圧が正常な期間が長くなると、降圧薬を中止したり減量しても血圧が上がらなくなることが増えてきます。統合失調症の場合も同じ、精神症状が安定した状態が長く続くと、抗精神病薬を減量したり中止したりすることができるようになり

ます。その段階にまでなれば、抗精神病薬による治療は、一時的に症状を抑えるだけの対症療法とは言えなくなります。ある意味では、服薬を続けることで病気そのものが軽くなっていくといっよいでしょう。

具体的に、精神症状の安定がどのくらい続いたら抗精神病薬を減量したり中止したりできるのかは難しい問題です。例えば、初発の場合には1年、再発を繰り返している場合には5年という目安が提唱されていますが、個人差が大きいので、一律に決めるのが難しいのです。再発の徴候がつかみやすいかどうか、再発した場合の症状が生活にどのくらいの支障を引き起こすものか、などを考慮に入れて、主治医と相談することが大切です。相談をしないで自分だけの判断で中止してしまうのは、一番まずい方法です。

GI 副作用

抗精神病薬は、全体としては重い副作用の少ない安全な薬です。長期間服用を続けることを前提とした薬ですので、たとえ10年以上も服用を続けたとしても問題のない場合が多いものです。

副作用を恐れるあまり維持療法を中断し、再発を起こしてしまうのは残念なことです。どんな副作用があるのかについて知識を持ち、心配な点を早めに主治医に相談することが大切でしょう。副作用についても個人差が大きいので、自分にあった薬物を見つけていく必要があります。

抗精神病薬の副作用は、いくつかに分類して考えることができます。

1. いろいろな薬物に共通する副作用

肝臓や腎臓への薬物の影響です。血液検査・尿検査・心電図などを3~6か月に1回チェックすることで、早期に発見できます。薬物によっては高血糖になったり糖尿病が引き起こされることがありますので、飲み始めの頃に検査の繰り返しが必要な場合があります。

2. 抗精神病薬に特徴的な副作用

そわそわしてじっと座ってられない(アカシジア)、体がこわばって動きが悪い、震える、よだれが出る(パーキンソン症状)、口などが勝手に動いてしまう(ジスキネジア)、筋肉の一部がひきつる(ジストニア)などです。こうした副作用を軽減する薬物を併用したり、薬物を減量したり種類を変更することで改善します。

3. 薬物の随伴的な副作用

眠気、だるさ、立ちくらみ、口渇、便秘などです。薬物の種類や量を調整することで、軽減できる場合があります。

4. ホルモンへの影響

プロラクチンというホルモンの分泌が増加して、無月経、乳汁分泌、インポテンスなどが起こる場合があります。服薬している最中の一時的なものです。恥ずかしい気持ちから専門家に相談しにくい方が多いようですが、薬の影響ですので遠慮せずに相談することをお勧めします。

薬の影響に運動不足や食べすぎが加わることで、肥満が生じることがあります。食事や運動の工夫で解決できることもありますし、薬の種類を変更することが役立つ場合もあります。太っていることが気になって、自信をなくし、よけいに引きこもりがちな生活となってしまう方がいます。また、長期間続くと生活習慣病を招くこととなりますので、この点についても主治医とよく相談することをお勧めします。

5. ごく稀だが重篤な副作用

悪性症候群〔高熱、筋強剛(筋肉に力が入ってしまい体が硬くて動かない)、自律神経症状など〕は、すみやかな治療が必要です。

よくある失敗は、副作用を恐れて自分の判断で薬を減量しているのに、そのことを主治医に伝えていない場合です。処方した量の薬を服用しているものと考えている主治医がますます薬を増量する、という悪循環に陥ることになります。

II 回復(リカバリー)

統合失調症では、様々な症状だけでなく家庭生活や社会生活にも支障をきたして、ご本人の望む生活や人生の実現を妨げることがあります。そこで、ご本人の価値観や夢(アスピレーション)に基づいて希望する生活や人生を明らかにし、その実現を治療の目標に据えることが出発点になります(リカバリー)。そのうえで、目標の実現のために必要な症状の改善や日常生活の支障の回復を明らかにし、それに向けて本人・家族と専門家が力を合わせていくことが、具体的な治療の過程になります。このようにして、ご本人が自分自身や自分の人生を大切に思えるようになること、病気の症状の改善や生活の支障の回復に自分が中心となって取り組んでいると感じられるようになっていくことが大切です。

先に述べた薬物療法は、統合失調症により影響を受けている機能の修復を図る治療です。しかし薬物がそうした効果を生むことができるのは、生体に本来備わっている回復力(レジリエンス)を背景としています。それだけでなく、統合失調症による影響を受けていない能力や、もともと備わっている強さに目を向けることも大切です(ストレングス)。統合失調症という病気による影響を軽くするとともに、それぞれの当事者が持っているこうした力を生かすことを治療の中心に据えることで、家庭生活や社会生活の支障を克服し、生きる意欲と希望を回復し、夢に沿った充実した人生の実現を目指していきます。

治療の目標を決めそのための方法を選ぶ際には、本人・家族と専門家がそれぞれの立場で対等に相談をしていくのが望ましい進め方です〔患者と専門家がともに考え相談して進める意志決定(shared decision making)〕。調子が悪くなって気持ちが混乱しそうした冷静な相談が難しいときに備えて、不調時の対応法をあらかじめ安定した気持ちのときに相談しておく方法も少しずつ普及してきています。具体的な対応手順を書いた事前指示書を作り、署名して身に付けておくとともに、家族や医療者にもコピーを手渡しておくとい

う方法です。

III 心理社会的治療 (リハビリテーション)

リハビリテーションと呼ばれるのは、そうしたリカバリーを実現するために用いられる個別の方法です。リハビリテーションに用いられる方法は、病状や生活の状態により様々です。病気や薬についてよく知り、再発を防ぎたいとの希望がある患者・家族のためには「心理教育」、回復直後や長期入院のために身の回りの処理が苦手となっている場合には生活自立のための取り組み、対人関係やコミュニケーションにおける問題が社会復帰の妨げとなっている場合には、認知行動療法の原理を利用した「生活技能訓練(SST; social skills training)」、仕事や職業における集中力・持続力や作業能力の回復を目指す場合には「作業療法」、対人交流や集団参加に自信が持てない場合には「デイケア」、「地域生活支援センター」、就労のための準備段階としては「就労移行支援・就労継続支援事業所」(いわゆる作業所)など、個々の患者さんの病状にあわせて利用していきます。

回復を図るうえで助けとなるサービスや施設が少しずつ充実してきています。暮らしている地域にはどんなサービスや施設があるのか、そのうちで自分にはどれが向いているのかは、なかなかわからないものです。保健所・精神保健福祉センター・福祉窓口などの公的機関には情報が揃っていますので、ぜひ尋ねてみましょう。そうした社会資源を上手に活用することが、回復の助けになることが多いようです。

8 経過

病気の経過は、前兆期・急性期・回復期・安定期に分けてとらえるとわかりやすいでしょう。

A | 前兆期

急性期を前にして様々な症状が出現する時期です。精神症状としては、焦りと不安感・感覚過敏・集中困難・気力の減退などがあります。それだけでなく不眠・食欲不振・頭痛など自律神経を中心とする身体の症状が出やすいことも特徴です。

初発の場合にはこれだけで統合失調症を診断することはできませんが、再発を繰り返している場合には、前兆期の症状が毎回類似していることを利用すると、「不調の前触れ」として本人や周囲が気づく手がかりにできます。

B | 急性期

幻覚や妄想などの、統合失調症に特徴的な症状が出現する時期です。この幻覚や妄想は、患者本人にとっては不安・恐怖・切迫感などを強く引き起こすものです。そのため、行動にまで影響が及ぶことが多く、睡眠や食事のリズムがくずれて昼夜逆転の生活になったり、行動がまとまりを欠いたり、周囲とのコミュニケーションがうまくとれなくなったりなど、日常生活や対人関係に支障をきたすことがあります。

C | 回復期

治療により急性期が徐々に治まっていく過程で、現実感を取り戻す時期です。疲労感や意欲減退を覚えつつ、将来への不安と焦りを感じます。周囲からは、結構良くなったように見えますが、本人としてはまだ元気が出ない時期ですので、辛抱強く待つ姿勢が良い結果を生みます。

D | 安定期

回復期を経て、安定を取り戻す時期です。すっかり病前の状態へと戻れる場合もありますし、急性期の症状の一部が残存する場合、回復期の元気がないような症状が続いてしまう場合などもあり

ます。

こうした安定期が長く続き、リハビリテーションにより社会復帰を果たし、治療へと向かう多くの患者さんがいます。しかし、この状態から前兆期が再度始まり、再発を迎えてしまうことがあるのは残念なことです。

9 | 家族や周囲の人の対処法

治療の中心は本人と家族です。ご本人が接する時間が最も長いのは家族をはじめとする身近な方のことが多いでしょうから、家族や身近な方の力は専門家以上に大きなものとなりえます。しかし精神科の病気は目に見えませんから、家族や周囲の方にとってはなかなか理解しにくいものです。家族は「わからない」、本人は「わかってもらえない」というストレスを抱えることになりがちです。

病気についての理解が進むと、そうしたお互いのストレスが減ります。また、治療にどういう仕方で協力すればよいかがわかると、そのことが病状や経過によい影響を与えます。本人・家族・専門家がみんなで医療チームを組み、統合失調症という病気に立ち向かえるのが理想です。そこで、家族や周囲の方にお願ひしたいことが4点あります。

A | 病気とそのつらさを理解する

第一は、病気やそのつらさについて理解を深めていただきたいということです。患者さんがどんなことを苦しく感じるのか、日常生活で怠けやだらしなさに見えるものが実は病気の症状であることを理解してもらえることは、患者さんにとってはこころ強いことです。自分が自分でなくなってしまうのではないかという不安や恐怖、家族や友人や社会から取り残されてしまうのではという焦燥感や孤独感、自分の人生に希望を持たないような絶望感、ご本人はそうした気持ちを抱えていることがあります。「気持ちがたるんでいるから病気になるんだ」と言われて理解してもらえないこ

とは、患者さんにとってはつらいことです。いちばん身近な存在であるご家族や周囲の方が辛さをわかって添ってもらえているという安心感があると、ご本人は病気と人生に前向きになりやすくなります。

B | 自分自身を大切にする

第二は、ご家族自身の生活と人生を大切にしてくださいということです。「親の育て方が悪かったからこんな病気になった」とご自身を責めるご両親がいらっしゃいます。しかしこれは、医学的な事実ではありません。育て方のせいで、統合失調症を発症することはありません。また、「自分の生活をすべて犠牲にしても、治療に捧げなければならない」と献身的に頑張る方もいます。しかし、こうした努力を長続きさせるのは難しいことです。また患者さん自身にしても、周囲の方が自分を犠牲にするほどの献身をすると、かえって心理的な負担を感じてしまいます。ご自身の生活と人生を大切にしてください。そのうえで、治療への協力をお願いします。

しかしそれでも、ご家族自身がつらい気持ちとなり、耐えにくい場合があるでしょう。そうした気持ちになるのは無理もないことが多いのですが、自分たちだけで問題を解決しようとするとならさがますます強くなりがちです。ご家族が社会のなかで孤立せずに、家族会など同じ境遇の方とつらさを語り合い、分かち合うことができる機会を利用したり、利用可能なサービスについての情報を共有することをお勧めします。家族会は、病院・保健所・地域など様々なところにあります。

C | 医療チームの一員になる

第三は、治療において医療チームの一員になっていただきたいということです。家族のもつ大きな力を治療において発揮していただければ、回復もそれだけ促進されます。すぐにできることとしては、診察に同伴して家庭での様子を主治医に伝える、薬の飲み忘れがないように気を配る、など

のことがあります。薬を飲むことについて、ご本人は気持ちの面でも副作用の点でもハンディキャップであることを感じながらも、頑張って服用していることが多いものです。医師から処方された薬について、「薬を続けるとクセになってよくない」などと言うと、患者さんをととも迷わせてしまいます。

ご本人と家族の関係がうまくいっていない場合には、個人情報保護の点からご家族にすべてをお話しできない場合があるかもしれません。しかし、その場合でもご家族からお話を聞かせていただくことであれば問題ないことが多いはずです。いろいろな制約があるかもしれませんが、可能な形でご家族の力を発揮していただければと思います。

D | 接し方を少し工夫する

第四は、患者さんへの接し方を少し工夫していただきたいということです。患者さんは、対人関係に敏感になっており、そこからのストレスが再発の引きがねの1つとなる場合があります。特に患者さんが苦手なのは、身近な人から「批判的な言い方をされる、非難がましく言われる」、あるいは「オロオロと心配されすぎる」ことです(強すぎる感情表出)。

身近な方がそうした態度をついとしてしまいがちなのは、患者さんの示す症状に翻弄されていたり、そうした患者さんを支えるために疲労困憊しているからです。そうならないためには、第二で述べたようにまずはご自身の生活と人生を大切することから出発していただきたいと思います。

そうすることで気持ちに少し余裕ができれば、小さなことでも患者さんの良い面を見つけ、それを認めていることを言葉で表現する、困ったことについては原因を探すことはひとまず脇に置いて具体的な解決策を一緒に考える、という接し方を工夫していただければと思います。薬についてだけでなく、こうしたコミュニケーションにおいても、家族のもつ力が回復を促すことになります。

接し方には、社会的なこともあります。病状に

応じて利用可能な福祉や医療の制度や施設はいろいろありますが、申請して初めて利用できる場合が大部分です。そうした制度や施設と一緒に調べたり相談に出かけたりすることが、ご本人の悩みの解決につながる場合があります。生活の見通しがついたり、経済的な安心が得られることは、気持ちの安定のためにも大切なことです。

10 予後と生活のアドバイス

A 予後

長期の予後を検討すると、治癒に至ったり軽度の障害を残すのみなど良好な予後の場合が50～60%で、重度の障害を残す場合は10～20%であるとされています。病状に応じたそれぞれの仕方で、仕事についていたり、結婚をしたり、子育てをしたり、自分の経験にもとづいて同じ病気の仲間を支援することを専門としたり(ピアカウンセリング)など、充実した生活を送る方が増えてきています。

この数字は昔の治療を受けた患者さんのデータですので、新しく開発された薬と心理社会的ケアの進歩の恩恵を受けている現代の患者さんでは、より良い予後が期待できます。症状が現れてから薬物治療を開始するまでの期間(精神病未治療期間)が短いと予後が良いことが指摘されていますので、長期経過の面でも早期発見・早期治療が大切であることがわかります。

B 生活のアドバイス

患者さんをお願いしたいことは、主治医を始めとする専門家と良い関係を築いていただきたいということです。統合失調症は、回復までの時間が必要なことが多い病気です。短期間でなかなか病前のように回復しないことから、不安になったり待ちきれなくなり、病院や施設を転々と変える場合がときどきあります。

しかし、精神科の治療は個別性が高いものです。医療者など専門家にとっては、その患者さん

の病状の経過や薬物の効果を知っていればいるほど、またその患者さんの生活や家族について知っていればいるほど、その患者さんに合ったサービスが提供できます。

ですから、診断や治療に疑問や不安が生じたときに、すぐに主治医を変えてしまわないでください。まず主治医に質問や相談をしてみてください。その答えに納得ができなければ、セカンドオピニオンを求めることもできます。そうしたことを通じて、主治医と良い関係を築き、統合失調症という病気に立ち向かうための仲間を増やしていくことが、より良い治療へもつながっていきます。

最近ではインターネットで、診断についても治療についても様々な情報を得ることができるようになりました。そこには、正確で有用な情報もありますし、個人の体験にもとづいて必ずしも一般化できない情報もありますし、様々な理由により歪んだ情報も含まれています。それぞれの情報の発信元を確認して、その特徴を見分ける力を普段から身につけておくと、自分には当てはまらない情報に振り回されてしまうことが減っていきます。

11 間違いやすい病気

こまかく分類すると、統合失調症に似た病気はいくつもありますので、正確な診断のためには専門医の判断が必要です。統合失調症と、うつ病や躁うつ病の症状が両方ともあると、統合失調感情障害、非定型精神病という病気である場合があります。治療薬物の選び方が少し異なります。

統合失調症では、幻覚や妄想が出現してから受診に至るまでに、数か月以上の期間が過ぎてしまうことが普通です。早期治療のためには、家族や周囲の方が早く気づいて受診を促すことも大切です。不登校(登校拒否)、家庭内暴力、ひきこもりとされている方に、幻覚や妄想がみられる場合には、早めに受診や相談を検討するとよいでしょう。

12 偏見(スティグマ)について

統合失調症だけでなく精神疾患について、他の病気以上に社会的な偏見(スティグマ)があるのは残念なことです。精神疾患への偏見は、日本だけでなく世界の多くの国で認められます。

そうした偏見は、精神疾患についての知識が乏しいことだけでなく、精神疾患の患者さんの実際の様子を知らないこと、一部の出来事や病気の一面を極端にとりあげることから生まれることが知られています。さらに、そうした社会的な偏見があることで、医療などの専門的なサービスを受けるタイミングが遅れたりその機会を失い、そのことでご本人が病状に苦しむことやご家族の苦勞が増し、よけいに偏見が強まってしまうという悪循環があります。

こうした偏見を解消していくためには、社会としての取り組み、専門家の取り組み、当事者やご家族の取り組みのいずれもが必要と考えられます。

社会としての取り組みとしては、精神疾患についての正しい理解を広めていくこと、一般の方々が生活のなかで精神疾患を持つ方に接することができる機会を増やすこと、そうしたことを通じて精神疾患の有無によらずに市民が共生していける社会を築いていくことが大切と考えられます。そうした取り組みと並行して専門家には、精神医療の現状をより良いものへと変えること、より根本

的に精神疾患についての研究を進展させ、精神疾患の原因を明らかにし、早期発見と根本的な治療を可能で容易なものとするのが求められていると考えられます。

当事者やご家族の取り組みとしては、力を合わせて声を上げ、社会に情報を発信していくことが挙げられます。全国規模の大きな組織には、「地域精神保健福祉機構・コンボ」(<http://comhbo.net/index.html>)や「全国精神保健福祉会連合会・みんなねっと」(<http://seishinhoken.jp/>)などの団体があります。また、インターネットで当事者や関係者の声を直接紹介する動画サイト「JPOP-VOICE・統合失調症と向き合う」(<http://jpop-voice.jp/schizophrenia/index.html>)では、それぞれの方がご自身の体験を発信しています。さらに、マンガや書籍として家族の方が体験を紹介する取り組みが少しずつ広がり始め、多くの共感を生んでいます(例えば、中村ユキ『わが家の母はビョーキです 1,2』『マンガでわかる！統合失調症』、夏苺郁子『心病む母が遺してくれたもの—精神科医の回復への道のり』)。

こうした当事者・ご家族の取り組みが基盤となり、社会としての取り組みや専門家の取り組みと力をあわせることで、社会的偏見が解消することが期待されます。

(福田 正人)