

2011. 3. 1.

今回は、カウンセラーにとって、治療上わかっておいた方がいいと思われる、薬に関する事柄を記します。

a. カウンセラーや臨床心理士の間で高まる薬への関心

治療ゼミの読者の多くは、カウンセリングや面接が主で、日ごろ薬を処方する立場にいないと思われますが、今回薬のことを話題にしたのは、以下の理由からです。

①カウンセリングを受けている多くのクライアントが薬を服用しているという事実があること、②薬で余り改善されない患者が精神科医からカウンセラーに紹介されてくること、③薬もカウンセリングと同様、重大な治療要因であること、④カウンセリング中に薬のことが話題になることがあり、それが治療の行方に関係することなどから、薬のことを取り挙げてみることにしました。

心理臨床家の間での薬に対する関心の高まりは、幾つかの精神療法の雑誌の中に、臨床家のための精神薬理学の連載が組まれたり、臨床心理士の集まりの中で薬を主題にした勉強会が出てきたりしている点に窺われます。また個人的なことになりますが、「日本心理臨床学会」のワークショップに薬物療法の基礎についての講師をすることを筆者が命ぜられたりして、これも臨床心理士の側で、薬に対する関心が高まってきていることを示しています。

それ故、ここでは、カウンセリングや心理療法の促進のために薬がどのような役割を果しているか、そして薬を治療促進的に使うにはどうしたらいいか、あるいはカウンセリングの場面で薬の話題が出てきたとき、どのようにそれを取り扱うといいかといったことを念頭に薬のことを説明していきます。

b. 薬とは？精神に関係する薬とは？

薬とは、もともと「楽」をもたらす草（「薬」という漢字は「楽」という字に草冠がついている）であり、「苦去り」「苦少なし」（「くすり」の語源）ということもあって、病苦にのたうちまわっている人間に少しでも、楽や安らぎを与えようとして発見・発明されてきたものです。

薬は、その意味ではどんな薬でも、精神に影響を与えますが、その中で、特に精神や心に作用するものとして、抗不安剤、抗うつ剤、睡眠剤、向精神薬（強力安定剤）、気分安定薬といった精神薬があります。

c. 精神薬の効能は？

①精神薬の効果（確実ではない。各精神薬の効能は互いに関連する）

精神薬は主として「心身を楽しむ」「不安・気がかり・心配・緊張を減らす」「いらいら、不満、怒り、あせりの緩和」「気分の改善、気力の増大」「睡眠の改善」「冷静さ、安らぎ、自覚、落ち着きを取り戻させる」といったような効能があります。

一つ注意すべきは、それらの効能は確実ではなくて、そのクライアントの状態、状況、治療関係など様々な要因により、普通に効く場合もあれば、全く効かないどころか副作用だけがひどく出てきたということもあり、薬を絶対視しないことが大事です。かといって全く役に立たないと切り捨てるのも問題があります。

もう一つの注意は、抗不安剤、抗うつ剤、睡眠剤、向精神薬の間で、薬の効能の性質に関してはそんなに差がないということです。具体的にいうと、抗不安薬には不安を和らげる効能だけではなく、抗うつ効果もしっかりとあります（効能書きにも明確にそれが記載されています）。抗うつ剤の中には、強迫に効くものもあり、さらには不安神経症（パニック障害）に効果のあるもの（パロキセチンなど）もあります。また睡眠薬を昼間にのんで薬に過ごす方から、逆に抗不安薬を眠前にのんで熟睡を助けるということもあります。これから言えば、抗うつ剤も抗不安剤も等しく「心の安らぎ」を目指しているということになるのでしょう。

それで、以下に、うつ病患者に対する抗うつ剤使用をモデルとしながら、筆者が薬をどのように考え、どのように使っているかを述べていきます。

②抗うつ剤の目的（安らぎ・成長のための補助手段）

抗うつ剤は、いわゆる気分改善、精神運動賦活（気力増大）、鎮静・抗不安といったことを期待するわけですが、うつ状態の様相・程度、患者の状況・気持ちによって、使用する目的は様々です。だから、セラピストは、患者が今何を求めているかということを大局的に見ながら、とりあえず今ここでは、何が、この患者に必要なのかをよく見ておくことが大事です。

筆者自身は、薬はあくまで補助手段（厳密に言えばカウンセリングも補助手段であり基本は本人の自助能力の増大にある）であって、その人の心の安らぎや成長のための一種の方便だと考えています。例えば、うつ状態・不安状態がひどすぎて考えることができない状態から、薬を使うことによって、少しは余裕を持って自分を見つめ直すことができる方が、カウンセリングや心理療法は進むわけですから、そんな場合、大いに薬は役に立った、少し大きさに言うと、薬の魂が生かされたということになります。たとえ、補助であっても、役に立っているということで薬自身も喜んでいるでしょう。

もっとも、あまりに、薬を飲み過ぎて、気持ちはいいが眠気が強くて、考える気がしないとなれば、自己成長のための心理療法の妨害になる可能性がありますから、その辺の匙加減は難しい所です。（この点で言えば、憂鬱や葛藤や苦悩を必要以上に薬で抑え込まないことが大事かもしれません。程々の不安、苦悩、憂鬱、葛藤等は人間の成長にとって不可欠ですから）

もちろん、筆者は、全ての人に成長を求めている訳ではありません。その人が、とにかく不眠だけを解決して欲しいということであれば、それに応じた対応をしてあげる（睡眠・生活指導に加えて軽い睡眠導入剤の処方）ことにしています。ただ、不眠の場合でも、その人の人格の問題点がかなり影響している場合がありますので、その場合の対応は自ずと心理療法的になっていきます。

③抗うつ剤使用に当たっての注意

〔患者への説明〕

一般的には、診察・面接による受容・共感、病歴聴取を通して、信頼関係の芽生えといったものが生まれて来たら、薬物の効用や必要性を説明します。この時は、原則として薬の名前や副作用の説明もします。

この効用の説明の仕方はいろいろあって一概にこれと言えるものはありません。例を少し挙げてみますと「今は、脳の疲労が頂点に達していて、この疲労を和らげるのは薬が一番有効です」とか「脳がいわばオーバーヒートの状態になっていて、薬で少し冷やす必要があるのです」とか「（種々の疲労が重なって）脳の働き、神経伝達物質の働きが悪くなっていて、薬を使うことで、その働きを正常化します。今、形だけ休養をとっても、脳内の休養は薬でないと難しいです」（理屈好きでインテリの方には、これがいいようです）といった言い方があります。更には「理屈では不安、憂鬱を受け止めながら、生きていかねばならないとわかって、苦しくて耐えられない時、薬で楽にするのを助ける」とか「苦しさ・不安がひどすぎると正しく考えられないので、物の道理にそって考えるのを助けるために薬を出します」という言い方もあります。

また、もっと簡単に「薬で、気分が良くなります」「意欲がでできます」「いらいら、不安、苦しさが楽になります」「ゆとりと安らぎが得られます」「正しく幅広く考えやすくなります」といった簡単な説明でもいいと思います。もし、こうした説明で納得がいかなかったような感じがしたら＜今の説明で分かりましたか？＞とか＜今の説明で、何か質問はありますか？＞と聞いてあげるのも大事なことです。そこで、患者が疑問を言ってきたら、もち

ろん、納得のいくところまで話し合うことが大切です。

しかし、大事なことは、抗うつ剤を投与した後、効果出現までには、早くても1～2週間（もちろん例外があり、2，3日で効く場合もある）かかるので、効果がすぐ出てこなくても、服用し続ける必要性を説いておきます。場合によっては、受容体の感受性の正常化に時間がかかるという説明も有効です。（神経伝達物質を受け取る受容体が過敏になり過ぎると過度の不安やいらいらを引き起こすことになりますので、そのために、過敏になり過ぎている受容体が、ほどほどの敏感さになることが望まれるのです。もっとも受容体機能の正常化は、カウンセリングやリラクセーションでもなされると筆者は推測していますが）

薬の名前は、本人に安心感を与えるだけでなく、うつ状態の治療に当ってしばしば、話合いの材料になりますので、覚えておいてもらう方がいいでしょう。もっとも、高齢者の方などで、「すべて、おまかせします。薬の名前など言われても覚えられません」というような方にまで、無理に教える必要はないと思われます。

主な抗うつ剤は以下の通りです。

3環形抗うつ剤；イミプラミン（商品名はトフラニール）、クロミプラミン（アナフラニール）、アミトリプチリン（トリプタノール）、ノルトリプチリン（ノリトレン）、アモキサピン（アモキサン）、ロフェミプラミン（アンプリット）。

4環形抗うつ剤；マプロチリン（ルジオミール）、ミアンセリン（テトラミド）、セチプリン（テシプール）、トラゾドン（レスリン、デジレル）。

SSRI；フルボキサミン（ルボックス、デプロメール）、パロキセチン（パキシル）

SNRI：ミルナシプラミン（トレドミン）

〔抗不安剤や睡眠導入剤の併用〕

抗うつ剤の効果発現まで時間がかかると言いましたが、現実の患者は、苦しくてたまらないし、そんなに待ってられないというのが、現状だと思います。そんなこともあって、筆者は、多くの場合、速効性で抗うつ作用も少しある抗不安剤、エチゾラム（デパス、エチセダン）やアルプラゾラム（コンスタン）などを併用したりします。また、睡眠が取れることも、随分、患者さんを楽しにし、冷静さも増しますので、睡眠導入剤を併用することもあります。もっとも、抗不安剤だけで、睡眠が得られる場合もあるので、その場合は、抗不安剤だけの併用にします。（これでもわかるように、抗不安薬も睡眠薬も立派に抗うつ効果を持ち、又逆に抗うつ剤も、抗不安作用があるのです。従って、抗不安薬と抗うつ剤の一番大きな差は、その効能にあるのではなくて、前者が比較的即効性があるのに対し、後者はじっくりと

じわっと効いてくるということではないかと思われます)

もちろん、この場合でも、抗不安剤の効用、名前、副作用の説明、使用上の注意は必要です。

[薬に対する理想化(薬幻想)と、否定的態度についての注意]

ところで、先に述べたように、抗うつ剤の効果は確実ではありません。せいぜい、6～7割と言われています。また効き方にもいろんな程度がありますが、この真実を正しく知ってもらうことはとても大事です。というのは、薬を服用すれば100%治ると信じていた患者の場合、なかなか治らなかつたら、「薬ですら効かないほど自分の病状は悪いのか」と絶望したり、または、^{いたずら}徒に薬を変えるだけに終始して、治るための別の治療法(心理療法、家族カウンセリング、環境調整等)の開始が遅れる場合があります。

さらには、治るといっても、かなり楽になる場合もありますが、ほんの少しの場合もあるのです。この時、患者が「過度の爽快感」を期待していたとして、少ししか効かなかったとしたら、効いた部分は無視され、「全然効かない」と、薬への否定的態度を強める可能性が生じ、少しは有効なのに全く服用しなくなり、うつ病が遷延する危険性があります。つまり、薬を理想化することの害が生じるのです。これは特に未熟人格や境界例や自己愛人格障害で起きやすいので、彼等の理想化には気を付けておく必要があり、薬の現実を示しておかないといけません。

しかし、いきなり「この薬は、6～7割にしか効きませんから」と言ったら、うつ病者は、ただでさえ悪く考える傾向を持っているので、そんなだったら飲まないという形で薬に対して否定的な態度を取る場合があります。そうなるとせっかく、薬をのんで苦しさが楽になるかもしれない可能性を、自ら摘み取ってしまうことになります。

だから、この説明の時、セラピストはすごいジレンマに悩むのです。従って、こういう時の対応はやはり多様になるのです。例えば、オーソドックスには「普通は、この薬をのめば、気分がよくなり、楽になり、考える力も戻ってきますが、絶対とは言えません。もし、効果が上がらなければその時点でその理由について考え、対策を探りましょう」という言い方でしょうが、最初から、「服用すれば、楽になりますから」と自信を持って、簡明に告げるだけの方がいい場合も多いです。もし効かなければ、その時点で、薬の有効性と限界性について話し合っていけばいいと思われます。

いずれにしても、大事なことは、うつ状態の治療の中での抗うつ剤・抗不安薬の位置付け、そして抗うつ剤の有効性と限界性についての理解が得られることなのです。

そして、適切な種類の薬を適量使えるように、患者さんと二人で理想的な処方を探求

していくのがいいのではないかと思います。そして、そのためには、効く効かないだけではなく、薬がどんな変化を与えたかを正確に報告してもらうことがいいでしょう。

[副作用とその対策]

あらゆる薬に副作用がつきものであるように、抗うつ剤・抗不安薬も例外ではありません。副作用に関しては、出やすいものだがそう危険はないもの、減多に出ないが出ると大変危険なものに分けて考えておくとよいでしょう。

まず、3環形抗うつ剤のありふれた副作用ですが(といっても1割程度ですが)としては、①眠気(これは、他の安定剤でも見られるものですが、もし家で休息する場合は、「最初は眠気を感じるぐらいの方が、脳の疲れが休まる」といった説明をしておき、もし眠気が不快になったり、日常生活に困難を及ぼすようになったり、思考能力を低下させるぐらいになると、もちろん減薬していきます)、②ふらつき(これは血圧低下によるところが多いので、ゆっくり立ち上がるよう注意しておきます。また、リズミックなどの昇圧剤を利用することもあります、これもあまり強いと減薬します)、③便秘(この場合、普段から便秘がちな人は、一層便秘になりやすいので、便秘対策(起床時に冷水を飲むこと、水分を多く取り、繊維質の多い野菜をとること、便意があってもなくても1日2回は便器に座る習慣をつけること、便意があれば決してがまんしないように)を指示した上で、漢方の便通改善剤や、下剤を渡しておきます(以上のことが実行できないし、また実行してもすぐに出ないことがあるからです))、④口渇(口が渇くのも不愉快な症状ですが、これは、もともとうつ病や神経症の症状と区別ができないところがあります。しかし、不快なことであるのは、まちがいないので、漢方の白虎加人参湯やチスタニンといった薬、サリベートといった人口唾液、ガム、レモンのしぼり汁を入れた水などを試します、⑤排尿困難(これも、不快ですし、尿閉までいくと大変ですから、ジスチグミン、ベタネコール、八味地黄丸などを使うなり、減量します)、⑥かすみ目(これも生活に支障が出るぐらいだと、減薬するか、抗コリン作用の少ない薬剤に変更することが大事です)等があります。

後、稀ですが、重大な副作用としては、せん妄状態、腸閉塞、悪性症状群(高熱等が出て、死の危険もある)、造血障害などがありますが、経験によれば、重大な副作用は、たいてい、高齢者や、食欲不振・脱水が強く体の衰弱している人に出る場合があるので、そういう方には、低量の慎重投与が必要でしょう。

現在抗うつ剤の主流となっているSSRIの副作用は、これに比べて少ないため、人気があるのですが、それでも初期に吐き気や下痢などの消化器症状が現れることがあるので、

初期は胃薬と同時に出すこともあります。また時に眠気が出たり、逆に不安・イライラ・不眠といった神経系の副作用も、1割ほど出たりします(これらはSSRIの減量や他剤投与といった対処をします)。それとかなり稀ですが、セロトニン症候群という重大な副作用があります。これは錯乱、焦燥、悪寒、震え、下痢、発熱、手足が思うように動かない、ミオクロヌス(細かい不随意的な筋収縮)といったものです。ただ、重大と言っても、Sternbachによれば、9年間で38例の報告があり、その中で死亡例は1例だけですので、悪性症候群ほど危険ではありません。

[副作用の説明]

これまで、主要な副作用をあげましたが、実際には、まだまだ、多くの副作用があります。さて、この副作用の説明も、薬の効用の説明と同じく難しいものがあります。きちんと説明することは必要ですが、あまり詳しく説明し過ぎると恐くて、のめないことになり、その結果、いつまでもうつや不安に苦しみ続けることになります。いわば「副作用を知り過ぎることの副作用」が生ずる訳です。

要は、「副作用は、少しはあるが、そんなに心配しなくてもいいし、それに応じて適切な対策を講じるので、副作用らしきものが出てきたら、早目に医師に告げて欲しい。また副作用を恐れて、飲まない場合の方が、はるかに害が大きいので、出たからといって、自分の判断だけで中止しないこと」といったことが、患者に伝わればいいのです。

今の話は、副作用が小さい場合を指す訳ですが、もし作用と副作用が同じ程度であれば、のむかのまないか、のむとしたらどの程度のむか、どれが一番メリットが多く、デメリットが少ないか話し合う必要があります。

患者の中には、副作用や依存性(特に抗不安薬に対する依存性)を恐れ過ぎて、せっかくの有効な薬を使えない場合があるので、この副作用恐怖・依存性恐怖について、徹底的に話し合うことが大事になります。依存を心配する人には「薬は、必要なときに必要な薬を必要な量だけ服用するのが健康的であること」「必要かどうかわからないときは治療者と相談すること」「適正に薬を使用すると、必要なのに薬を服用しない人に比べて、却って健康が保たれる」といったことを基調に適切な使用方法を、共に考えていきます。

それと、薬剤性の肝障害もあるので、先の重大な副作用防止のためにも、定期的な尿・血液・心電図検査などが必要です。

(人間というのは面白いもので、薬に関しても、これにかなりの幻想を持ったり、逆に過度の恐怖を持ったりして、両極端に振れやすいのです。中道を正しく見るというのは、なかなか

か難しいものだと言えます）。

〔実際の使用に際して〕

さて、以上のことを踏まえて、実際の使用ではなるべく、本人の状態に適した、副作用の少ない薬を選ぶことが大事でしょう。例えば、最近でてきた、SSRI系（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）のフルボキサミン（ルボックス、デプロメール）、パロキセチン（パキシル）などは、副作用が比較的少ないことから使いやすいと言えます。

また、使う時は、副作用に気を付けながら比較的多目に使う方が望ましいでしょう。具体的に言うと、2～3日処方して、副作用がなければ、漸増して、2週間以内で十分効果が得られる量まで増やして出すことが肝要ということです。

但し、最大に近い量を出して、4～6週間見ても変化がなければ、別の抗うつ剤に変更することが望ましいとされます。

また、従来の抗うつ剤で効果がない場合は、リチウム製剤（本来躁うつ病の躁状態に使用された薬であったが、ある種のうつ状態に効く場合がある）や、ベタナミンといった精神刺激薬（ただし、刺激作用があるので夜は使用しないし、依存性に注意）、スルピリド（意欲低下や食欲低下に効くが、肥満や無月経に注意）、カルマバゼピンやクロナゼパム（両方とも、抗てんかん剤として使用されるが、他の抗うつ剤が効かない時に有効な場合がある）、女性ホルモンや甲状腺ホルモン剤（有効とされた例があるが、はっきりはしない）などを使うのも一考でしょう。

それから、身体症状が、頑固に続いている場合などは、漢方を使うこともあります。この場合は、虚実、陰陽、気・血・水に関する知識（気うつ、気虚、気逆、於血、血虚、水毒など）を総合して、証を推定してから使う必要があります。漢方薬でも証を誤れば、副作用が出る場合がありますから。

d. カウンセラー・臨床心理士と薬について

精神科医が、治療に当って、薬だけでなくカウンセリングやカウンセリング的診察を必要とするように、カウンセラー・臨床心理士でもカウンセリングに当って、薬が必要になる場面があります。

まず、多いのは不眠で、それと関連するイライラ、抑うつ、強度の不安・恐怖、身体的疲労などですが、それだけではなく過度の怒りや不満、また過食や拒食といった摂食障害、さらには幻覚・妄想、錯乱状態でも薬が必要になる場合があります。

薬が必要になるかもしれない場面の時、カウンセラーはどうすればいいかを少し考えてみ

ます。

①単独でカウンセリングをしている場合

一つは、クライアントが、カウンセリングを受けている最中に、不眠、不安、抑うつ、疲労などを訴えてきた場合です。この時、カウンセラーは、カウンセリングだけで、この人の不安・不眠は解決しそうという見通しを持っていた場合は、その不安・不眠に焦点を合わせ、別に薬の話や精神科医への紹介の話などはしなくていいと思われます。ただ、場合によっては「あなたの不安・不眠は、基本的にはカウンセリングで解決していくものだと思うけど、応援部隊として薬を使うのも一つの方法です。決して、のみなさいと勧めるつもりはなく、一つの情報提供のつもりで言っているのですが、どうですか？」という言い方をするのも一法です。もしクライアントが薬の助けを借りて、カウンセリングを続けるというなら、適切な精神科医を紹介してあげることになります。だから、カウンセラーにとって、連携できる精神科医を持っておくことが是非必要なことになります。

この時、クライアントが迷ったり、あまり望まないような感じであれば、無理強いしない方がいいでしょう。ただ、場合によっては迷いの理由を聞くのも一つの手です。また、紹介に当ってクライアントは様々な思い（カウンセラーから見捨てられるのではという不安等）を抱くので、それを尊重しておくことが大事かと思われます。

それから、カウンセラーの方が、より積極的に、このクライアントには薬を補助的に使う方がいいと考えた場合は、その理由をクライアントに告げ、話し合った上で、やはり合意の元に精神科医を紹介するということになります。

二つ目は、同じことですが、今度はクライアントの方から、「薬をのんだ方がいいでしょうか？」と言ってくる場合です。この場合、カウンセラーは「私は薬のことはわからないから、お医者さん（精神科医）の所へ言って下さい」とか「それでは、すぐ医師を紹介します」と応じるのも一法ですが、もう少し、そこで、「本人が薬を利用したい理由」「薬に期待しているもの」「この時点で薬のことを話題にしてきた理由」等を話し合うことも、一つの手です。後者の場合、カウンセリングにおける抵抗が発見出来、カウンセリングが進む場合が多々あります（クライアントは、しばしば、カウンセリングへの不満・行き詰まりを「薬が必要なのでは」という形で表現することが多いことをわかっておいて下さい）

②精神科医と連携して、カウンセリングをしている場合

精神科医と連携中にカウンセリングをしている場合、時として、クライアントの方から「先生（カウンセラーのこと）、この薬、のんだ方がいいんでしょうか」と聞かれる場合があります

ます。本来精神科医にすべき質問なのに、カウンセラーに向けてくるのです。この時、カウンセラーの方が、「それは、精神科の先生に聞いて下さい」とか「私はカウンセラーなので薬のことはわかりません」という対応もありますが、もう少し、その点を深く聞く手もあります。それは「薬をのむことに心配や疑問があるんですか？」とか「もしよければどのような点で心配なのか、教えてもらえませんか？」、といった質問をして、クライアントの薬に対するいろんな思い（恐怖も期待も含めて）を聞きながら、クライアントの抵抗や問題点の本質に迫っていくやり方です。

もう一つは、「薬に関して、先生（精神科医）から、何か言われてますか？ どういう説明を受けていますか？」とか「薬に関する心配を私（カウンセラー）と話し合ってもいいのですが、医師と相談しにくいですか？」といったことを聞いて、クライアントに精神科医との治療関係について考えさせるのも一つの方法です。

いずれにせよ、こういう中で、クライアントの様々な問題点（薬に対する過度の恐怖だけではなく、対人関係に対する恐怖が強い、一方的なものの見方しかできていない、精神科医に対して聞くべきことを聞けていない、自己主張能力に欠ける、といった）が浮かび上がり、それを巡って話し合うことで、カウンセリングが進むことがあるのです（それだけでなく、クライアントと精神科医の治療関係も改善することがあります）

③心理療法と薬物療法は車の両輪

我々は生きる上で、人と物の両方を頼りにします。従って、心の病の治療やカウンセリングでも、人（セラピスト等）と物（薬など）に頼るのはごく自然です。だから、心理療法と薬物療法は、治療という車を動かす時の両輪となると思われます。

もう少し、付け加えておくと、先ほど心理療法やカウンセリングを進める上で薬が役に立つ（服薬により、ゆとりをもって考えられるなど）と述べましたが、薬物を処方する上でも、十分に的確にクライアントの話を聞き、薬を利用する方がメリットが多いことや使い方などを説明しておくといった心理療法的カウンセリング的接近でもって薬を処方したほうが遥かに効果は大きいのです。

だから、薬物療法を進める上でも心理療法は必要なのです。そうなってくると、もはや心理療法・カウンセリングと薬物療法の間にはあまり差がなくなって来る気もしますが、如何なものでしょうか？

さらに考えを広げると、「未熟な薬物投与（カウンセリング的接近無しの、クライアントの気持ちを配慮しない雑な薬物療法）」「未熟で頑なカウンセリング（薬は絶対に使わない

という狭いカウンセリング)と「成熟した心理療法・薬物療法」(柔軟で、まずは患者の役に立つことを考える治療やカウンセリング)の差の方がよっぽど大きいのかもしれません。

e. 薬の効果的な投与法10個条

以上のように薬は役には立ちますが、大変複雑で使い方も慎重を期します。この使い方を誤ると、心の病を、却って悪化させることになる場合があります。それゆえ、重複を恐れず、筆者の経験による、薬の効果がより出る場合と、効果的な薬の使い方を個条書きにして述べておきます。これは、筆者が治療において薬物を出す時に患者さんにあらかじめ読んでおいてもらっています。

f. 精神薬はどうやって作られるか?

薬というのは不思議なものです。なかでも精神薬というのは多くの謎を秘めているように思います。この謎は、おそらく今後心理学や脳科学を含んだ治療学の発展と共に解き明かされていくのかもしれませんが、今は、よく訊かれる質問「一体、精神に効く薬というのは、どうやって開発されるのですか」という質問に答えておきます。

まず、新薬を作るのには最低10年の期間と莫大な投資・エネルギーがかかっているということなので、これを頭に入れておいてください。その過程を示します。

①まず、非臨床試験では、今までの有効な薬をもとに別の有効になりそうな化合物を見つけていきます。

②これが安全かどうか有効かどうかを検討されます。

③数百万と言われる化合物から選ばれた薬剤の薬効薬理試験が行われます。この時大きな役割を果たすのが動物実験です。その実験とは

- ・高架式十字迷路試験(その薬を投与された動物が高い所にいる時間が多くなるとストレスに耐えたことになる)(抗不安薬の開発に使われる)

- ・強制水泳試験(箱の中に水を入れた時、動物はしばらくすると無動状態になるが、抗うつ薬は、この無動時間を短縮する。それにより、無動と言う絶望状態からどれだけ脱しえるかを観察する)

- ・条件付け場所嗜好性試験(動物の薬への依存性を調べる)

- ・プレパルス抑制試験(精神薬を投与された動物では、プレパルス抑制(小さい音を事前に聞いておくと大きい音を聞いても驚愕が抑制される)が高まる。即ち、過度の不安や興奮をどれだけ抑えられかという試験である)

④動物を使つての安全性試験

⑤人間での臨床試験

といったようなことです。この中で一番印象に残るのは、動物の世話を随分なっているということと、動物の実験だけで大丈夫かなという思いです。また、臨床試験といっても、患者の主観、医師の思いなどいろんなものが入るでしょうから(二重盲検法も主観性をカバーすることは出来ない)、結局は、自分の感触や患者さんからの率直な感想を手探りに薬を適切に使っていくことが大事なのでしょう。そのためには、正確な薬理学・脳科学の知識もまた必須なのでしょう。