

強制的な投薬は統合失調症患者の治療オプションの一つなのか？

(Should Forced Medication be a Treatment Option in Patients with Schizophrenia?)

National Empowerment Center, Judi Chamberlin debates E. Fuller Torrey, MD on Involuntary Treatment (<http://www.power2u.org/debate.html>)

訳：松田 博幸

なお、文中の〔 〕は訳者による補足です。

## <賛成>

### E. フラー・トーリー、医師

- 治療アドボカシー・センター(バージニア州アーリントン)、所長
- ユニフォームド・サービス健康科学大学(メリーランド州ベセスダ)、精神医学教授
- スタンリー財団研究プログラム(メリーランド州ベセスダ)、代表

重度の精神疾患をもつ人びとへの強制的治療が必要とされるのには、科学的、人道的、社会防衛的、実際的理由があります。科学的な観点からいうと、最近の多くの研究において、統合失調症や双極性障害をもつ人びとの40%から50%が病識の障害(内省の障害とも呼ばれる)をもっていることが示されています<sup>1</sup>。その人たちの病気は前頭前皮質の機能に障害をもたらすのですが、脳のその部分は、自分自身の状態を把握したり、自分のニーズを理解するのに使われています。ですから、重度の精神疾患をもつ多くの人びとは、病識に障害をもたらすような発作を患っている(たとえば、脚が麻痺しているのにそうでないと感じている)人びとや、初期のアルツハイマー病の人びとと同じなのです。

人道的な観点からいうと、そのような人々に対する治療がうまくいかないと、ホームレスの人びとや軽犯罪で収容される人びとが生まれます。現在、路上、シェルター、刑務所はそういった人びとであふれています。

## <反対>

### ジュディ・チェンバレン

- ナショナル・エンパワメント・センター(マサチューセッツ州ローレンス)、シニア・アソシエイト

この討論において投げかけられている問いは、純粋に医学的なものではありません。ですから、討論者の一人は医師ではなく、法的な権利擁護者(アドボケイト)であるのが適切です。ここでの論点は、精神科の薬の使用そのものではなく、服薬を望まない人びとに医師が服薬を強制することが許されるのかどうかという点です。質問は「患者」についてふれていますが、議論の対象となっている人びとが、患者でないことを選ぶことができるということは明らかです。質問は次のように組みなおしたほうがよいでしょう。「精神科医たちは、人びとを、それらの人たちの意思に反して『患者』として定義してもよいのか？」こうすれば、議論の論点は、医学についてのものではなく、法的権利や倫理についてのものであるということが明らかになります。

医学的検査のなかで、診断名を伴う検査を、診断名を伴わない検査からはっきりと区別したものはありません。サービンは、30年間の心理学の研究を分析して、「統合失調症の妥当性を確立するようなマーカー(しるし)が生み出されることはなかった」<sup>1</sup>としています。「統合失調症」は、臨床的な印象で

人道的観点のみから考えても、自分の病気の病識がなくて、路上生活をしたり、ゴミ箱をあさっている人びとをそのままにしておくのは正しいことなののでしょうか？(重度の精神疾患をもつ人びとの 25%以上がそのような状態にあります<sup>2</sup>。)

社会防衛の問題が生じるのはなぜかという、治療されておらず、重度の精神疾患をもつ、少数の人びとが妄想のため危害を与えるようになるからです。重度の精神疾患をもちながら治療されていない人びとが一般の人びとに比べて有意に危険であると報告する研究が、過去 15 年間に、すくなくとも 25 件ありました。1994 年の司法省の研究によれば、すべての殺人の 4.3%(1 年間に約 1,000 件)が精神疾患の病歴をもつ人びとによっておこなわれているとされています<sup>3</sup>。そして、これらの殺人の多くは、それらの人たちが治療されていれば起こらなかったであろうものです。公共の安全という観点からは、統合失調症や双極性障害をもちながら治療されていない人は、てんかんをもちながら治療されずに自動車を運転している人や、活動性結核をもちながら治療されずに映画館であなたの隣に座っている人と同じなのです。どちらの場合も、それらの人びとが治療を受けることを私たちは要求します。

最後の観点ですが、役に立つという、実際的な理由から必要とされる場合、強制的治療が用いられるべきです。たとえば、ニュー・ハンプシャー州では、条件付退院(conditional release)を用いることが、投薬のコンプライアンスを 3 倍改善し、暴力のエピソードを以前のレベルの 3 分の 1 に減少させたことがわかりました<sup>4</sup>。同様に、指定通院制度(outpatient commitment)も、オハイオ州、アイオワ州、ノース・カロライナ州、アリゾナ州、ワシントン D.C.における研究において、再入院率を著しく下げることが示されました。

しかなく、人種や社会階層といった非医学的な諸要因に大きく影響されているのです<sup>2</sup>。このような事実は、このたびの討論を純粋に医学的な考察を超えて展開させることが必要であることを示しています。

また、質問は、注意深く吟味しないといけない一定の前提を含んでいます。具体的には、(1)投薬はアウトカム(成果)を改善する、(2)強制力は、異議を申し立てる人びとに治療をおこなうのに有効な方法である、というものです。

アウトカムという点に関しては、神経弛緩薬によってそれが改善されたという客観的なエビデンス(根拠)はほとんどありません。実際、神経弛緩薬の投与は効果のある治療であるという主張にもかかわらず、過去 100 年にわたって、重度の精神疾患と診断された人びとのアウトカムについては、ほとんど変化がありませんでした<sup>3</sup>。さらにいえば、神経弛緩薬そのものが、統合失調症的な機能低下のエビデンスとしてしばしば指摘されているところの、脳の変化に影響を与えているというエビデンスが増えています<sup>4,5</sup>。

有効性という点に関しては、指定通院制度(ニューヨーク市強制的指定通院プログラム)についての大規模な研究があります。手厚い外来サービスを強制されることなく受けたグループと、裁判所の命令のもとでそのようなサービスを受けたグループとの間の違いはありませんでした<sup>6</sup>。どちらのグループも、再入院の期間、ドロップアウト率、アウトカム尺度において同じでした。この研究が示しているのは、鍵となる変数は手厚いサービスなのであって、強制力ではないということです。一対一のカウンセリング、サポート・グループ、住居や仕事を探す際の支援といったサービスが重度の精神疾患と診断された人びとのためになるということは、これまで繰り返し示されてきました<sup>7</sup>。[指定通院制度という]監視やコントロールにつぎ込まれてい

強制的な治療に反対する意見には根拠がありません。たとえば、精神保健サービスが十分に魅力的であれば、〔強制されなくても〕患者たちはそれらを利用するだろうということがいわれています。でも、病識のない人びとは、けっしてサービスを利用することはないでしょう。なぜならば、その人たちは自分が病気であるとは思っていないからです。

強制的な治療は患者を〔治療から〕遠ざけてしまうという人びともいます。しかし、実際には、研究結果は逆のことを示しています。ある研究においては、強制的に投薬を受けた患者のうち、71%が次のような言葉に賛成しています。「また状態が悪くなり、薬が必要になったとき、自分が欲しくない場合でも、薬を与えられるべきだと思います。」<sup>5</sup>他の研究では、強制的な投薬を受けた患者の60%が、過去を振り返って、それはよい考えであったと賛成しています<sup>6</sup>。

ナチスのドイツやスターリンのロシアを思い起こさせるような虐待を生じさせる可能性があるからということで、強制的な治療に反対する人びともいます。もちろん、治療は虐待的なものになる可能性はあります。しかしながら、行き過ぎを抑える適切なシステムがあれば、そのようにはなりません。合州国には90万人以上の法律家がいることを考えれば、事前対策が不可能である理由はありません。

最後に申しますと、市民的自由主義者たちは、強制的な医療が人の基本的な権利の侵害であると非難していますが、統合失調症や双極性障害をもち、路上で生活している人びとは、ほんとうにどこからみても自由だといえるのかどうか、市民的自由主義者に問わねばなりません。

このことに関する最後の言葉は、9年間、ブリティッシュ・コロンビア市民自由協会の代表を務めたハーシェル・ハーディンのもので、

るお金を、研究結果がほんとうに重要だとするところのサービスにつき込むことができないというのは、皮肉なことです。

キャンベルとシュライバー<sup>8</sup>は、重度の精神疾患と診断されたカリフォルニア州住民の集団のうち、半分強の人びとが、治療が自分のためになるかもしれないと思うときでも自発的な治療を避けていること、そして、それは強制的な治療に従属させられるという恐れのためであるということを示しました。カスパー、ホージ、フォイト-ハビヤー、コーティナ、コーエン<sup>9</sup>は、バージニア州において、治療を拒否する人たちの研究をおこない、「それらの患者は、従順な患者よりも、より病的な状態であった」と結論づけました。「本研究が示唆するのは、院内治療の拒否に続くネガティブな症状については、すぐに治療をおこなってもそれらを除去することができない」ということでした。さらに、「治療の拒否者は、従順な患者よりも多量の抗精神病薬を処方され」ていました。また、「治療の拒否者は」「入院の時点で、過去、現在、未来の治療に対して否定的な態度」をとることが明らかにされました。このようなことから、強制的な治療がネガティブなサイクルを生み出し、さらなる強制が必要とされるのです。

通常、強制的な治療が正当化される場合、重度の精神疾患をもつ人びとの側の暴力にその理由が求められます。しかしながら、暴力というのはまれであるだけでなく、アメリカ精神医学会によれば、「精神科医は、危険な行動を予測する特別な知識や能力をもっていない」のです。諸研究が示しているのは、「暴力行為歴のある患者についてでさえ、将来の暴力の予測は、3人の患者のうち2人については間違うだろう」<sup>10</sup>ということです。さらに、強制的な治療に対する一般的な正当化の理由として、自分で自分のことがわかっていない、また、自発的に治療を求めようと

「強制的な収容や治療に対する反対は、市民的自由の原則の深い理解に背くものである。投薬は犠牲者を病気から解放する、つまり、精神病のバスターコからその人たちを解放するのであり、それらの人たちの尊厳、自由意思、自由の意味ある行使を回復するのである。」<sup>7</sup>

### 参考文献

1. Amador X.F., David A.S., eds. *Insight and Psychosis*. Oxford, New York, NY, 1998.
2. Gelberg, L., and Linn, L.S. *Hosp. Community Psychiatry*, 1988;39:510-516.
3. Dawson, J.M. Langan, PA. "Murder in Families," Bureau of Justice Statistics Special Report. Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice, Washington, DC, 1988.
4. O'Keefe, C., et. al. *J Nerv Ment Dis* 1997;185:409-411.
5. Schwartz, H., et. al. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996;24:513-524.
7. Hardin, H. "Uncivil Liberties." *Vancouver Sun*, July 22, 1993.

### チェンバレンさんの意見に対する反論

E. フラー・トーリー、医師

チェンバレンさんの寄稿は、彼女が、この領域の科学的文献から、痛ましいほどかけ離れていることを示しています。

1)

「統合失調症」は「臨床的な印象」以上のものです。それは、はっきりと証明され、生物学的に基礎づけられた、脳の機能不全です。統合失調症をもつ人びとは、脳の構造(た

はしないといったことがいわれていますが、次のようなことを覚えておいたほうがよいでしょう。最近、元患者たちによって起こされた暴力事件がよく報道されましたが、そのような事件に関与した人たちは、犯罪行為に先立つ何週間かの間に治療に到達する努力をしており、しかしながら、それが実を結ばなかったのです。救急救命室やクリニックを訪れていたのですが、繰り返し追い返されていたのです。自分のことがわかっていないのではなく、それらの人たちは自分自身の感情・情緒的な不調を感じていたのですが、接触した臨床家たちには、それがまったく見えなかったのです。

このような状況において明らかなのは、強制的な治療の拡大を求めることは、それに従属させられるかもしれない人びとにも、トラウマを与えられて、自発的に援助を求めることをできなくさせられている人びとにも、そして、一般の人びとにも、利するところがないということです。一般の人びとの場合、自分たちの安全が向上することはありませんし、コミュニティのインテグレーションを高める自発的なプログラムを精神保健システムが提供できなくなる方向に税金がつき込まれてしまうのです。

### 参考文献

1. Sarbin, T.R. *J Mind Behavior*. 1990;259-283.
2. Hollingshead, A.B., and Redlich, F.C. *Social Class and Mental Illness*. John Wiley: New York, NY, 1958.
3. Hegarty, J., et. al. *Am J Psychiatry* 1994;151:1409-1416.
4. Chakos, M.H., et. al. *Am J Psychiatry* 1994;151:1430-1436
5. Gur, R.E. et. al. *Am J Psychiatry* 1998;155:1711.
6. "Final Report: Research Study of the

たとえば、脳室拡大、海馬容量の減少、灰白質の減少)と脳の機能(たとえば、神経化学的、神経学的、神経物理学的)の両方において、対照群の通常の人たちと異なることを示した、何百もの研究があります。パーキンソン病が「臨床的な印象」ではないのと同じく、統合失調症は「臨床的な印象」ではありません。

2)

彼女は、抗精神病薬が脳の変化を引き起こすかもしれないと述べていますが、それも間違っています。たとえば、治療されたことのない、統合失調症をもつ人びとにおいて、脳室拡大<sup>1</sup>、海馬容量の減少<sup>2</sup>、灰白質の減少が生じていることを示す諸研究があります。

3)

彼女は、「半分強」の患者が「自発的な治療を避けており、それは強制的な治療に従属させられるという恐れのためである」と断言している、1つの、査読(ピア・レビュー)を受けていない研究を引用しています。この争点に関しては、査読を受けた論文のうちのほとんどすべてにおいて、強制的に治療された患者の多数派が過去を振り返ってその必要性を認めていることが報告されています。

4)

彼女は、通院指定制度の効果を立証したさまざまな研究を無視しながら、ニューヨーク市ベルビュー病院の研究を引用し、その研究が、「手厚い外来サービスを強制されることなく受けたグループと、裁判所の命令のもとでそのようなサービスを受けたグループとの間の違いはなかった」ことを見出したとしています。実際には、裁判所の命令に基づくグループの人たちは、11ヶ月の間に中央値で43日間入院し、一方で、裁判所の命令に基づかないグループの人たちは101日間の

New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Program." Policy Research Associates, Delmar, NY, 1998.

7. Anthony, W.A., Cohen, and M., Parkas, M. Psychiatric Rehabilitation. Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston, MA, 1991.

8. Campbell, J. and Schraiber, R. In Pursuit of Wellness: The Well-Being Project. California Department of Mental Health, Sacramento, CA, 1989.

9. Kasper, J.A., et. al. Am J Psychiatry 1997;154:483-489.

10. American Psychiatric Association. "Statement on the Prediction of Dangerousness." Washington, DC, 1983.

## トーリー医師の意見に対する反論

### ジュディ・チェンバレン

トーリー医師によって提起された議論は、基本的に、倫理的、道徳的なものであり、そのなかで彼は、強制的指定通院制度が個人にとって人道的であり、社会にとって利益をもたらすと述べています。私は、それとは反対に、強制的指定通院制度が、社会を非人道的で不正なものにすると思っています。

すでに論じたように、重度の精神疾患であると診断するための信頼性のある方法はありません。ですから、[気をつけないと、]人びとは、曖昧な診断基準に基づく治療を選択あるいは拒否する自分たちの権利を失ってしまうでしょう。そして、そこから、曖昧に定義された集団が生み出され、その集団〔に所属させられる人びと〕は他の人たちと比較してほとんど権利をもたないということになってしまうでしょう。歴史と現在の政策を通して、私たちは知っています。精神

入院でした。この差は、 $P=0.05$  レベルにおいて統計学的に有意であることを示すことができませんが、通院指定制度の効果を立証した他の諸研究を支持しています。

5)

彼女は、重度の精神疾患の人びとによる暴力のエピソードが「まれ」であると断言しています。その人が治療されている場合、それは真実です。治療されていない人びとについては、さまざまな研究がそれは真実ではないと示しています。たとえば、精神疾患の人の家族たち(その家族たちは、重度の精神疾患である身内のうち 11%の身内が前年に他の人を傷つけたと報告しています)は、それが「まれ」であるとは考えていません<sup>4</sup>。また、「調査対象グループの人びとの 13%が暴力的であるという特質を示していた」133 人の外来患者の場合、その身内はそれが「まれ」であるとは考えていません<sup>5</sup>。私はチェンバレンさんに対して、治療されていない、重度の精神疾患の人びとで満たされたシェルターでしばらく過ごし、暴力的なエピソードがどれだけ「まれ」なのかをご自身で証明してみられることをお勧めします。

#### 参考文献

- 1.Knable, M.B., Kleinman, J.E., and Weinberger, D.R. Textbook of Psychopharmacology, 2nd edition. Schatzberg A.F., and Nemroff, C.B., eds. APA Press, Washington, DC, 1998.
- 2.Velskoulis, D., et. al. Arch Gen Psychiatry 1999;56:133-141.
- 3.Zipursky, R.D., et. al. Arch Gen Psychiatry 1998;55:540-546.
- 4.Steinwachs, D.M., Kasper, J.D., and Skinner, E.A. Family Perspectives on Meeting the Needs for Care of Severely Mentally Ill Relatives: A National Survey.

疾患だと診断された人びとに対しては、お金も関心もほとんど向けられてこなかったということ。トーリー医師が非難している脱施設化が人びとに支持されて盛り上がったのは、一つには、州立の精神科施設内部の恐ろしくひどい状況が繰り返し人びとの目にさらされたからですが、大規模な強制的指定通院制度のほうがそれよりましであろうと考えることのできる根拠などありません。

また、トーリー医師は論理的な間違いをおかしています。重度の精神疾患をもつ違法者という少数者を一般化し、そして、もっと多くの、法律を守っている生産的な市民に対して、きわめて厳しい基準の適用を広げているのです。それらの人たちは、診断を受けているにもかかわらず、自分が選んだ治療やサポートとともに社会においてつつがなく暮らしています。彼の論理では、たとえば、人種的マイノリティ集団のすべてのメンバーは、集団のなかに違法者がいたという理由で、自由を制限されなければならないということになります。このようなポリシーは、すべての人びとにとって不自由を生み出すでしょう。

トーリー医師の立論におけるもう一つの論理的欠陥は、重度の精神疾患をもつ人びとによっておかされる殺人の多くが、もしそれらの人たちが治療を受けているならば起こらないだろうという主張です。これは証明不可能な主張です。さらにいうと、もしもトーリー医師が引用している、1年に1,000件の殺人がなくなったとしても、犯罪統計においてそれは微々たることです。なぜ合州国が世界のなかでも非常に高い殺人の発生率を示しているのかについては、簡単に銃をもつことができるということや、精神疾患以外の他の社会的要因のほうが、はるかに関係しています。

私のほうも引用を使って終えることで、読者に、社会や道徳性について考えてもらいた

National Alliance for the Mentally Ill,  
Arlington, VA, 1992:25-30.

5. Bartels, J., et. al. Schizophr Bull  
1991;17:163-171.

いと思います。

「すべての専制政治のなかで、その犠牲者の善きことのために真心こめて執行される専制政治が、もっとも抑圧的である。追いはぎ貴族(訳注\*)のもとで暮らすほうが、全能感に満ちた道徳的なおせっかい好きのもとで暮らすよりも、ましであろう。追いはぎ貴族の残酷さはときどきは眠り、強欲さはある程度のところで満たされる。しかし、私たちの善きことのために私たちを苦しめる人びとは、終わることなく私たちを苦しめるだろう。というのも、その人たちはその人たちの良心の賛同のもとにそのようにしているからである……。自分の意思に反して『治される』ということ、自分が病気だとみなしていない状態を治されるということは、分別のつく年齢にまだ達していない人びとのレベルに置かれるということである。」<sup>1</sup>

訳注\*：自分の領地内を通行する人びとに追いはぎをはたらいたり、法外な通行税を課した中世の貴族。

#### 参考文献

1. Lewis, C.S. "The Humanitarian Theory of Punishment," *God in the Dock*. William B. Eerdmans Publishing Company, Grand Rapids, MI, 1994.