

論文

抗うつ剤の台頭

——1950年代～70年代の日本における精神医学言説——

松 枝 亜希子*

1 問題の所在

近年、過労により、うつ病という精神疾患が発症するといわれている。厚生労働省が行った最近の研究では、日本人の15人に1人は一生に1度はうつ病にかかる可能性があるとされており、「誰もがなりうる病気」と説明される。このような精神疾患を患った場合、どのような治療を受けるのだろうか。

うつ病治療の中心はやはり薬物療法だ。うつ病の治療薬を「抗うつ薬」と総称する。抗うつ薬こそ、うつ病治療の最大の武器である。これはうつ病が脳の病である以上、当然のことであり、実際的にも抗うつ薬は「よく効く薬」と言ってよいだろう¹。(野村 2004: 120)

医師によって「うつ病」という診断が下された場合、薬物療法が治療の中で大きな位置を占めている。しかし、抗うつ剤の普及は1960年以降だとされており、それ以前は精神医療において薬物療法ではないほかの治療法が実施されていた。うつ病治療において抗うつ剤が普及することは、精神医療において何を達成したのか。この問いに答えるのが本稿の目的である。

クロルプロマジンなどの抗精神病薬や向精神薬が開発され、一般化した1960年代から80年代における日本の医療従事者やジャーナリストの向精神薬への肯定的評価、精神医療・向精神薬批判については拙稿にて言及した(松枝 2008)。向精神薬が普及した当初の肯定的評価・批判を歴史的に再検討したうえで、向精神薬の薬効は、当時の精神医療批判が告発した施設における大量投与という問題だけではなく、「精神のクスリは効くことが問題」(吉田1980)でもあるということを示した。

それでは、現在、広範に普及している抗うつ剤に限定した場合、その薬効は服用する本人との間にどのように立ち現れ、効くことまたは効かないことはどのような問題性をはらむのか。最終的にこの問いに答えるために、本稿では精神医学言説における抗うつ剤の薬効の説明と、それに基づく治療実践の変遷を検討する²。なぜなら、ときの支配的な精神医学言説にもとづいて医師は向精神薬を処方し、患者もそれに一定の信頼をおいて服用するあるいは服用しないということを決めざるをえないからだ。「気分の落ち込みが減った」「本当の自分を取り戻した」など、向精神薬の薬効は服用する人の日常に大きく影響を与える。だからこそ、それを処方したり、服用する根拠となる精神医学言説、また医療従事者がそれを一般の人にどう伝えたかを考察することは重要である。

具体的な方法として、まず1960年代70年代に精神科医によって上梓された向精神薬の医学書より、抗うつ剤の薬効への評価とその変遷という理論に関わる面を明らかにする。次に、向精神薬の台頭が、薬物療法の位置付けを従来の治療法と比較してどのように変化させたかという実践面を検討する。最後に、『家庭の医学』の記述から、精神科医が一般の人に精神疾患の原因・治療法をどのように伝えたかを読みとく。以上を通じて、抗うつ剤の浸透は

キーワード：向精神薬、抗うつ剤、精神医学言説、言説分析

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2007年度入学 公共領域

精神医学の言説および実践において何を達成したのかを明らかにする³。

2 抗うつ剤の薬効評価

国内の精神医療において、抗うつ剤が処方可能になったのは1950年代後半だといわれる。医学・薬学の教科書または一般書によれば、抗うつ剤は最初の抗精神病薬であるクロルプロマジン同様、偶然に発見されたという。抗うつ剤発見の経緯を概括すると以下のように述べるができる。1950年代、抗うつ剤のもととなる薬剤が発見された。それには2つの事例があった。一つは、結核治療に使用されていたイプロニアジドとイソニアジドである。これらは後にモノアミン酸化酵素阻害剤（以下、引用文以外の本文中は「MAO阻害剤」と表記）と呼ばれるようになる。もう一つの事例は、スイスの精神科医であるRoland Kuhnが、イミプラミンに抗うつ効果を発見し、それが後に三環系抗うつ剤という名称になったことである。イプロニアジドとイソニアジドは、抗結核作用を期待して結核患者へ投与した際に、偶然抗うつ効果が発見された。その際、「結核患者が病院の廊下で楽しそうにダンスしている」と表現された。抗うつ剤が発見された当初は、薬効として「多幸」が重要な概念であったことは複数の文献から確認できた。1950年代の抗うつ剤の発見は、「うつ病の治療にはっきりと特異的な効力をもつ薬が、臨床精神科医にはじめて利用できるようになった」(DiMascio et al. 1970 = 1973)「うつ病の薬物療法の時代が始まった」(谷向・乾 1973)と、今までの治療実践とは別の療法が利用可能になったこととして語られている⁴。

1950年～70年代の日本においても、MAO阻害剤・三環系抗うつ剤が抗うつ剤の市場を占めていた⁵。それらを統括する概念として「抗うつ剤 antidepressants」という名称があたえられるも、「抗うつ剤 antidepressants はまた感情調整剤 tymoleptics と呼ばれる」(谷向・乾 1971: 10)など、薬効の差異から類別して名称を与えられていた。

これらの薬を定義することはきわめてむずかしいことが明らかになっている。この属のすべての薬は、うつ病に対して定評ある、あるいははっきり示しうる効果を有している。この群に属する薬は、「興奮剤(analeptic)」、「刺激剤(stimulant)」、「精神賦活剤(psychic energizing)」、「感情調整剤(tymoleptic)」および「抑うつ軽減剤(depressolytic)」などと名づけられている。われわれの関心は、これらの薬の共通の性質にあるので、ここでは「抗うつ薬(antidepressant)」の名称を用いることにしよう。(DiMascio et al. 1970 = 1973: 413-4)

表1 向精神薬の分類

抗うつ剤 Antidepressant
感情調整薬 Tymoleptica
感情興奮剤 Tymeretica (MAO阻害剤)
精神刺激剤 Psychostimulant

(吉富製薬 1973: 99より引用転載)

上記のような表は、当時の医学書にたびたび登場する。1970年当時、抗うつ剤という概念には、たとえば、アンフェタミンなどを主成分とする精神刺激剤 Psychostimulant も含まれていた。また、三環系抗うつ剤は感情調整剤に、MAO阻害剤は精神賦活剤に分類されていたのが一般的なようである。繰り返しになるが、この区別は薬効の差異による。

抗うつ剤の発見当初、イプロニアジドとイソニアジド（後のMAO阻害剤）は薬効として患者に「多幸」をもたらすと評されていたが、その後、「多幸」をもたらす薬効は「興奮」「賦活」などと意味付与された。MAO阻害剤は現在販売されておらず、当然、「感情興奮剤」「精神賦活剤」という名称は抗うつ効果をもたらす薬剤には採用されていない⁶。また、1970年代に「精神刺激剤」と呼ばれていた向精神薬も、現在ではうつ病治療という目的では用いられておらず、「感情調整剤」と呼ばれていた三環系抗うつ剤のみが現在においても抗うつ剤と呼ばれている限りである。以上のことから、抗うつ剤という概念が指し示す向精神薬は、ほかの疾病の薬剤同様、時間の経過とともに

入れ替わりがあったことがわかる。

以上のような治療実践における抗うつ剤の普及は、精神医学の学説にどのような影響を与えたのか。精神薬理学・向精神薬を扱った医学書は1960年代以降上梓されたが、ここでは1971年に出版された谷向弘と乾正の向精神薬に関する医学書を取り上げる。筆頭執筆者の谷向は、向精神薬に関する論文を多数執筆していた精神科医であり、1970年代前半に日本精神神経学会の機関誌である『精神神経学雑誌』の編集委員を務めていた(70年代半ばに逝去)。精神医学界の学説の形成に影響力を持っていた人物だったと言える。医学書の冒頭にて「かくて精神科医は、はじめて精神疾患と闘うための武器としての薬物を手に入れたのであった」(谷向・乾 1971:5)と言及している。それは向精神薬を精神薬理学との関係においてどのようなものと見なしたことによるのか。

このようにして薬理学、生理学、生化学、遺伝学、心理学、精神医学など多方面よりの知識や技術を結集して、薬物が精神機能におよぼす影響を研究する新しい分野として「精神薬理学 psychopharmacology」が生まれ、そこで取り扱われる薬物を総称して「向精神薬 psychotropic drugs」と呼ばれるようになった。

(谷向・乾 1971:5-6)

3. 近代精神薬理学の誕生

chlorpromazine, reserpine による精神分裂病治療の成功は精神障害を薬物で治療することに対して光明を与えた。その成功に勇気づけられて、精神病症状に対して効果の期待される薬物が次から次へと開発されていった。すなわち、分裂病像に対しては数多くの phenothiazine 誘導体や butyrophenone 誘導体が、うつ病像に対しては imipramine をはじめとする三環化合物やモノアミン酸化酵素阻害剤が、神経症の不安・緊張に対しては propandiol 誘導体や benzodiazepine 誘導体が開発され、chlorpromazine, reserpine が精神科治療領域に登場してから20年足らずの今日、日常の臨床に使用されている精神疾患治療剤は100をはるかに越える数に達してしまった。

(谷向・乾 1971:5)

向精神薬 psychotropic という用語が精神医学領域で浸透することにより、精神薬理学という分野が発展してきた。その発展の際に役割を果たしたのが、1950年代に発見されたクロロプロマジンであり、抗うつ剤である。抗うつ剤が躁うつ病のうつ病相に対して一定の効果があると認識され、それが普及することによって、精神薬理学における薬効機序の解明がより加速することになった。精神薬理学の発展は、疾病原因の説明にどのような影響を与えたのか。

これらの抗うつ剤(引用者——「三環抗うつ剤 tricyclic antidepressants」「モノアミン酸化酵素阻害剤 monoamine oxidase inhibitors」)は向精神薬のなかでは薬効機序がもっともよく知られているものの1つであって、それが進んではうつ病あるいはうつ状態の病因に関する生化学的仮説を提出するまでに至っている。

(谷向・乾 1971:10)

B. 躁うつ病治療薬の薬効機序

躁うつ病の治療に用いられる薬剤、とくに抗うつ剤については、薬理的な作用機序に関する研究がかなり進んでおり、その成果に基づいて、躁うつ病の病態生理に関する作業仮説が提出されるまでに至っている。現状ではこの問題を抜きにしてうつ病の治療を語ることはできないし、この問題に関する知識の深さが、躁うつ病の理解の深さにもつながると考えられるので、最近の薬理的知見についてここで触れておきたい。

(谷向・乾 1971:80)

4. うつ病のアミン学説

抗うつ剤の薬効機序に関する上記の知見は、選んでうつ病の病態生理に関する生化学的仮説を産んだ。すなわち、視床下部および大脳辺縁系の化学的シナプスにおける有核アミンの減量がうつ状態 depressive states を引き起こすという考えである。事実、長期にわたる reserpine 投与は、しばしば副作用としてうつ状態を引き

起こすことがあるし、うつ病患者の脳脊髄液や尿中では、有核モノアミンの代謝産物の含量が減っているという生化学的成績もある。また一層直接的には、うつ病による自殺者の脳髄について、実際に serotonin の低下を測定した成績もある。現在、この方面の研究を進めている生化学者や薬理学者あるいは精神科医には、このうつ病のアミン学説の信憑性を疑うものはほとんどいないが、有核アミンのうち、noradrenaline (catecholamine 仮説) と serotonin (serotonin 仮説) のどちらが、より病因として重要な役割を果たしているのかについてはなお議論が分かれている。(谷向・乾 1971: 84)

臨床にて薬効が確認された抗うつ剤の薬効機序を精神薬理学によって科学的に説明することにより、うつ病の発生は脳内物質に起因しているという言説を提出することとなった。精神薬理学が精神疾患の原因としての生化学的仮説を浸透させたといえる。その結果、抗うつ剤は、ノルアドレナリン、セロトニンなどの脳内物質を「正常」状態へと戻すことによって精神疾患を生化学に基づいて治癒するものと見なされるようになった。抗うつ剤が発見された当初の薬効は「多幸」や「賦活」であったが、精神薬理学の発展によって、抗うつ剤の薬効には生化学的に精神疾患を治癒させるものという意味が付加されたと言える。

3 薬物療法と従来の治療法との比較

抗うつ剤が医療実践に浸透することになり、国内において抗うつ剤はどのような評価を得るにいたったのか。まず、1960年代前半には、抗うつ剤がどのように評価されていたのかを検討する。参照する資料の代表執筆者である諏訪望は、精神科医という立場から向精神薬に関する論文・著作を多数執筆してきており、当時の精神医学における向精神薬の言説を形成するのに大きな役割を果たしたと言える。また出版当時、日本精神神経学会の評議員も務めていた。諏訪が薬物療法に対して肯定的な評価をくだしていたことは以下の記述からわかる。

その際われわれも明らかにしたところであるが、薬剤療法は、たとえ従来のショック療法と同様に、精神疾患の原因療法ではないとしても、治療術式としては、ショック療法よりはるかに合理的であり、また治療効果という点で、少なくとも今までの方法に劣っていなければ、この方法の優位性を認めることはきわめて妥当であるということになる。(諏訪ほか 1963: 2)

薬物療法が精神疾患の治療に有効であるとの見解のうえで、抗うつ剤については次のように述べている。

躁うつ病の治療も、精神分裂病のそれと同じく、特殊治療薬の出現によつて大きな変貌をとげた。最近の治療の趨勢を要約すると、つぎのようにいうことができる。(1) 薬剤療法は、現在、躁うつ病治療の中心である。とくに最近の抗うつ剤の利用は、抑うつ状態に対する治療を一新するにいつた(ママ)。(2) しかしこれまでひろく用いられた電撃治療も、依然その価値を失わない。薬剤療法との併用によつてその効力は一層たかめられ、より確実なものとなった。新しい治療は、つねに両者の併用と、進歩した看護および生活指導の総合のうえに成り立つものである。(諏訪ほか 1963: 109)

このように数えだててくると、薬剤療法はよいところばかりのようにみえる。しかし実際にはもちろん、いつもそう具合よくゆくものではない。電撃治療はきわめて強力な治療効果をもち、薬剤療法ではどうしても越せなかつた壁を一気に打ち砕いてしまうことがしばしばである。要するにうつ病の治療は総合的なもので、薬剤療法だけでも電撃治療だけでも成り立たない。両者が効果的に組み合わせられるとともに、時宜を得た精神的な支持と、家庭や職場における環境調整が加わつて、はじめて完全に近づいていくものと考えられる。

(諏訪ほか 1963: 115)

周知の通り、向精神薬が登場する以前のうつ病に対する治療は、電気ショック療法が主流であった。しかし、

1950年代後半に向精神薬が使用されるようになって以降、躁うつ病のうつ病相の治療には抗うつ剤が用いられ、一定の効果を上げることが認められた(図1)。しかし、1963年発行の著作では、諏訪は薬物療法の有効性は認めるも、電気ショック療法は「強力な治療効果」を有しているとの見解を示し、よって望ましいのは両者を併用する治療法であるとしている。薬物療法だけでは治療が十分でないという認識があったにせよ、治療実践において抗うつ剤は不可欠なものとなり、薬物療法が次第に普及し始めたと言える。また、抗うつ剤の適応に関する記述は、うつ病という疾病単位ではなくも、躁うつ病の中のうつ病相という項目で言及されていたことをつけ加えたい。

1970年代初頭には、向精神薬、とりわけ抗うつ剤についてどのような評価がくだされていたのか。先ほど取り上げた谷向弘と乾正によって著された向精神薬に関する医学書を検討する。この書籍は、「本書は精神薬理学の本ではなく、精神薬理学の成果を臨床医家に参考になるように書くことを目標としているものである」と書評にて紹介されている。臨床において日々実践している薬物療法を紹介することを目的としており、当時の薬物療法への評価をうかがい知ることができる。

**電撃療法に代る
新しい抗鬱療法**
鬱病・抑鬱状態治療剤
トフランール
トフランール(一般名:イミプラミン)は、地球上全く新しい種類に属する特異的な抗鬱剤で、各種鬱病、抑鬱状態に顕著な効果を発揮します。
(特 長)
1) 各種鬱病、抑鬱状態に伴う初期気分、精神運動抑制などすべての症状に対して感作機能的に作用します。
2) 従来の療法と異なり用法簡便で、しかも安全に治療できます。
3) 本剤は副作用ではありませんので、薬害などの懸念なく、また副作用も極めて少ないので安心して連用できます。
(備 考)
1) 対症性鬱病、躁鬱病、進行性力弱は器質性原因による鬱病精神科病の病態における鬱状態、認知覚醒と睡眠覚醒の鬱状態、精神衰弱および精神衰弱に基づく鬱病、その他器質性成分濃縮に基づく閉塞的鬱病
(包装) 注射200(25mg)10管、50管 錠剤100(25mg)200錠、1000錠
大塚製薬株式会社 薬研製品部 東京都中央区日本橋本町二丁目一番五号
(TEL) 03-5561-1111

図1 トフランールの広告
(['精神医学'] 2巻4号、1960年)

これらの精神医学の進歩のうち、最も目ざましいのは、向精神薬による精神疾患の治療であろう。従来インシュリン療法や電撃療法によって、先人が苦勞をして治療してきた精神分裂病や躁うつ病が、向精神薬によって、手軽に治療することができ、しかもそれらの治療法に劣らない効果をあげている。(谷向・乾 1971: i)

B. うつ病の治療

1. 電気ショック療法について

抗うつ剤が発見されるまでは、うつ病に対しても種々の身体療法が行われたが、もっとも有効なものは電気ショック療法 electroshock therapy, electroconvulsive therapy であった。今日では、電気ショックによっても、抗うつ剤と同様に脳の有核モノアミンが増量することが知られており、また電気ショック療法が抗うつ剤療法と両立しうること、両者の併用が有効なことも周知である。しかし最近では、薬物療法だけでたいいうつ状態を治療することができるようになったので、電気ショック療法が適用される機会は大幅に減少した。われわれは近年5年以上にわたって、うつ病に電気ショック療法を行なったことはない。(谷向・乾 1971: 169)

谷向らは1960年代の諏訪の見解同様、向精神薬が従来の電気ショック療法などに劣らず、うつ病治療に有効であるとの見解はわからない。しかし、諏訪は電気ショック療法と併用すべきだと主張するも、谷向らは、薬物療法だけでうつ状態を治療することができ、よって「電気ショック療法が適用される機会は大幅に減少した」と言及している⁷。また、この時点でも抗うつ剤への言及は、躁うつ病という疾病単位の中のうつ病相への適応として記されている⁸。谷向らの記述から、70年代初頭にはうつ病治療には薬剤が有効であるとの評価が一定浸透したと言える。

薬物療法は、電気ショック療法など以前の療法と比較して、患者に恐怖などの負担を与えない、療法の実施が設備・人的資源から考えたときに容易であるなどの利点が挙げられる。それに加え前節で述べたように、向精神薬は脳内物質の変調に起因する精神疾患を生化学的に治療するという精神医学言説が、治療実践として薬物療法を選択することを後押ししたと言える。その結果、1960年代では抗うつ剤を使用した薬物療法は電気ショック療法と併用され

るべきものだと捉えられていたが、70年代になるとうつ病の治療には抗うつ剤を使用した薬物療法がよりいっそう選択されるようになり、治療実践においても重要な位置を占めるようになったとわかる。

4 『家庭の医学』の疾病原因・治療法

抗うつ剤の薬効が精神医学の学説や治療実践において認められ、薬物療法が採用される経緯については前節までで検討した。それは医療従事者からどのように一般の人に伝えられたのか。繰り返しになるが、ときの支配的な精神医学言説にもとづいて医師は向精神薬を処方し、患者もそれに一定の信頼をおいて治療を受けることを決める（ときには受けないことを決める）からこそ、医療従事者がそれを一般の人にどう伝えたかを考察することは重要である。一般の人に伝える際には、うつ病の原因、治療法、薬物療法とほかの治療法との比較がより簡潔にそれぞれの特徴を際立たせて説明されている。以下では、医師が一般の人の疾病・医療への理解を深めるため執筆した『家庭の医学』を参照する。1950年代前後、60年代、70年代発行のそれぞれの記述がどのように変遷したかを検討していく。

時事通信社発行の『家庭の医学』が初めて出版されたのは1949年であり、薬物療法が普及する以前のことであった。そこでは疾病原因・治療法はどのように記載されていたのか。「躁うつ病」の項では、発生要因について、年齢、体型、学歴についての言及はあるが、脳という部位あるいは脳内物質については述べられていない。治療法については以下のように記されている。

この躁うつ病の治療として、現在最も多く行われているものは、前に分裂病のところで述べた痙攣療法と持続睡眠療法である。持続睡眠療法とは、大量の睡眠剤を與えて、10日間から3週間位、余り深くない睡眠の状態に連続おくのである。（稲田・塩田 1949：67）

前後するが、「精神分裂病」の項では「痙攣療法」について次のように説明されている。

この病氣も、不治の病と考えられていたのであるが、最近はいろいろ近代的療法が表われて、効果をあげている。もつとも廣く行われているのはインシュリン衝撃療法と痙攣療法（カルジアゾール又は電氣による）である。（…）痙攣療法は、強心剤であるカルジアゾールを静脈内に注射したり、頭部に交流電氣を通ずることにより、人工的にてんかん様痙攣発作を起すのである。（稲田・塩田 1949：65）

1950年代前後は治療法として「カルジアゾール又は電氣による」痙攣療法、持続睡眠療法が採用されていた。次に抗うつ剤が臨床に普及していた1967年発行の『家庭の医学』の記述を確認する。「原因不明の精神障害」という項にて「躁鬱病」の病因について言及されている。

ひとりで起こってくるように見えるので、遺伝的な、素質による内因性のものであると考える人もあり、脳に何かの変化がありそうだと考えられて、いままでさまざまな研究がおこなわれてきたのですが、まだ脳の変化はわかっていません。何か新陳代謝の障害があるらしいのです。またノイローゼと同等のもので、精神的動機によると考える人もあります。（…）ですから、治療も、薬など物質による人と、ノイローゼのように精神的なはたらきかけ（精神療法）に重きをおく人とあります。（榊原・小林 1967：61）

原因として遺伝的要因・精神的動機などがあげられているが、解明されていない部分も多いという説明があるにせよ、「脳の変化」についても言及されている。「原因不明の精神障害の治療」の項では、持続睡眠療法、インシュリン・ショック療法、電氣ショック療法、精神安定剤による治療が挙げられている。

電氣ショック療法は、100ボルトぐらいの交流を頭部に2-3秒通じて、昏睡とけいれん（人工的てんかん）を起こします。1日か2日に1回、10回から20回くりかえします。鬱病と精神分裂病にききます。

精神安定剤による治療は1952年からはじまり、前にあげたあぶなっかしい治療法にくらべて非常にらくでよくきくので、今日はまずこの方法がおこなわれます。(…)鬱病にはフェノチアジンと少しちがったイミプラミンが使われます。(榎原・小林 1967:63-4)

1960年代後半には薬物療法が第一に選択される療法として、医療従事者から一般の人に伝えられるようになったことがわかる。

次に1978年発行の『家庭の医学』では、精神疾患の原因として脳の「物質的な変化」について言及されている。

精神の異常は、人間の振る舞い、顔つき、話しかた、話の内容などにあらわれるその人の気持ちの故障から察するよりほかありません。その状態は大きく分けると、脳に物質的な変化、または病気がある場合(意識混濁状態、記憶減退状態、知能低下状態)と、脳は物質的におかされておらず病気もない場合(神経衰弱状態、活動変化状態、幻覚妄想状態)とがあります。(榎原・小林 1978:116-7)

「躁うつ病」の項の「治療」については以下のように記載されている。

躁病には安定剤のフェノチアジン、鬱病には抗鬱剤のイミプラミンが有効です。放置しても、時がくればひとりでもよくなるものの、それはいつのことかわかりませんので、薬で治す必要があります。鬱病は、頭に電気をかけて、失神・けいれんを起こす方法(ショック療法)で短期間で治ることもあります。

(榎原・小林 1978:176)

うつ状態の治療には薬物療法がまず選択され、「薬で治す必要」がある疾病であることが述べられている。抗うつ剤の普及とともに、うつ病治療において薬物療法が電気ショック療法よりも第一に選択されるようになり、それが医療従事者から一般の人にも伝えられたことが確認できた。また、薬物療法を実施する根拠として、精神疾患の原因には「脳に物質的な変化」がある場合もあることが説明されている。

5 考 察

本稿では、うつ病治療において抗うつ剤が普及することが、精神医療の言説・実践においてどのような変化をもたらしたかを考察した。1950年代後半から1970年代にかけては、クロルプロマジンなどの向精神薬の肯定的評価と相まって、精神医療において薬物療法を歓迎する風潮があった。また当時、神経症に効くとして抗不安薬の広告が新聞に掲載されて市販されていたなど、社会においても向精神薬への関心が大きかったと言える。そのような風潮を形成した向精神薬の一つが、1950年代後半に発見された抗うつ剤である。これにより「うつ病の薬物療法の時代が始まった」(谷向・乾 1973)という。1950年代は、うつ状態に対しては電気ショック療法がおもに実施されていた。1960年代では、薬物療法の有効性は認めるも、電気ショック療法と併用して実施されていた。しかし、1970年代になると薬物療法だけでうつ状態を治療することが可能だという精神科医の見解も登場し、薬物療法は第一に選択される療法として位置を占めるようになった。

抗うつ剤がうつ状態に対して一定の効果があると認識され、それが普及することによって、精神薬理学における抗うつ剤の薬効機序の解明が加速した。また、精神薬理学の発展は、うつ病が発病する原因を、脳内物質で説明する言説を生成した。精神疾患の発症は、ドーパミン、ノルアドレナリン、セロトニンなどの脳内物質が変調をきたすことなどによっても起こると生化学的仮説で説明されることとなった。抗うつ剤が発見された当初の薬効は「多幸」や「賦活」であった。しかし、精神疾患の発症原因が生化学的仮説によって説明されたことで、抗うつ剤は脳内物質の整備によって精神疾患を治癒するものとなった。抗うつ剤の登場は、その薬効機序を精神薬理学で説明することによって、従来からあった精神疾患の発症要因の言説、遺伝的要因や家族・環境要因などに「脳内物質に依拠する」という言説を加えた。

19世紀に活躍したドイツの精神医学者 Wilhelm Griesinger が「精神病は脳病である」という精神疾患の原因論を普及させたとされている。Griesinger の「精神病は脳病である」という説明は、脳の実体的な疾病を指している。つまり、彼は、精神病とは脳という特定の臓器の生理学的・病理学的変化の直接的な現われであると考えていた（小俣 2008）。日本では、精神医学が確立されはじめる 19 世紀末に、Griesinger や Emil Kraepelin などのドイツ精神医学が輸入されたという。日本精神医学の父・呉秀三による「躁鬱病」概念の導入によって、「鬱病」は脳病としての意味を固定化した（北中 2004a）。

このようなドイツ精神医学から受け継がれた脳病概念に依拠し、精神疾患の疾病原因が脳にあることを想定して電気ショック療法などが実施されていた。しかし、疾病の原因として脳という部位を指すとき、それは心身や人格・意志を司る部位という曖昧模糊とした印象を与える。しかし、向精神薬の台頭によって疾病原因として脳内物質が登場することで、精神疾患は曖昧模糊とした印象を払拭し、個人の脳内物質に起因する医療で治療可能な疾病となった。また医療従事者にとっても、精神疾患が個人の脳の中の脳内物質の変調と説明されることで、科学的根拠に裏付けられた向精神薬を用いて治療することができ、患者に対して薬物療法を採用する根拠や治療の正当性を容易に説明できるようになった。

残された重要な課題の一つは、科学的根拠をもって処方された向精神薬が薬効を発揮することは、服用した本人にとっていかなる意味を持つのかを検討することである。「再び充実した日々を取りもどすために」。これは、アナフラニール（1973年に販売された抗うつ剤）の広告用コピーである。抗うつ剤を服用することは、再び充実した日々を取りもどすことになるのかどうか。薬で人格を変容させることはなぜ問題になるのか、何を変えてしまうことが問題なのかということは、すぐには答えが出ない問いである¹⁰。過去において向精神薬がどのように語られてきたかという事実や当事者の言説を整理することによってこそ、この問いに迫ることができる。

<注 釈>

1 抗うつ剤は 1950 年代後半から販売されたが、一般に認知を広める契機となったのは、「セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）」（代表商品名：プロザック）の開発である。プロザックが 1980 年代後半から 90 年代前半に臨床現場に浸透した要因は、従来の抗うつ剤と比較して副作用が少なく安全性が高いという評価があったからだ。それに加え、米国の大衆誌 *Times* などにおいて、「幸福をもたらす薬」として、プロザックを服用したビジネスマンの営業成績が上昇したり、沈んだ気持ちを高めて内気な人を積極的な性格へと変えることなどが紹介され、一般的に認知されるようになった。

また、プロザックが米国で市民の大きな関心の的になったのは、2冊のベストセラーが上梓されたことによる。一冊は、精神科医である Peter Kramer が 1993 年に発表した *Listening to Prozac* である。「美容薬理精神医学」と称して、自らエンハンスメント enhancement（本稿では「増進的介入」つまり「医学が治療という任務を超えて、心身の能力を増進させたり、性格を変化させたりすること」（島藪 2005）として用いる）利用だと考えた患者に処方した事例を紹介した。もう一冊は、Elizabeth Wurtzel が 1994 年に出版した *Prozac Nation* であり、彼女はプロザックの薬効に対するとまどいを巧みに描写している。その後、精神医学者である David Healy がセンサーショナルにプロザックの副作用などを暴露した。それは衝動的行為を誘発するというものであり、また製薬企業の販売戦略がプロザックを広範に普及させたというものであった（Healy 2003 = 2005）。現在においてもプロザックは話題性の高い向精神薬であると言える。

ただ、日本においてプロザックは認可されたことがない（SSRI は数種類、販売されている）。しかし、先に述べたような経緯をふまえて、プロザックという商品名が SSRI の代名詞として認知を広めたことから、SSRI について言及する場合、本稿では象徴的な意味でプロザックという名称を採用する。

2 本稿では抗うつ剤普及の過程を日本に限定して明らかにすることを目的にしている。収集できる資料の制約はもとより、日本における抗うつ剤の普及の過程とそれへの考察を行った研究が少ないことによる。たとえば、米国での抗精神病薬や抗うつ剤などの向精神薬の普及の過程、それにとまなう功罪については、Edward Shorter (1997 = 1999)、Elliot S. Valenstein (1998 = 2008)、Healy (2003 = 2005) が詳しい。先に述べたように、プロザックは話題性が高く、精神医学・薬理学の研究分野以外での言及も多いが、それ以前の抗うつ剤については少ない。それゆえ、本稿ではプロザック以前の抗うつ剤がどのように語られてきたかに着目した。

3 向精神薬の普及と製薬企業による産業化との関係についてはたびたび指摘されてきた（Shorter 1997 = 1999, Valenstein 1998 = 2008）。米国におけるプロザックの普及は、製薬企業による巧みな宣伝活動の結果であることを Healy は詳細に描いている。製薬企業はまずうつ病という疾病を、メディアを用いて一般市民に宣伝し、その発見・治療という啓蒙活動を行った。つまり、プロザックという

抗うつ剤ではなく、疾病自体を宣伝するのである。その後、精神科医の薬効を評価する論文などを根拠に、抗うつ剤が宣伝した疾病に有効であることを訴え、販売活動を促進していく。その結果、製薬企業の販売戦略が精神医学・薬理学に大きな影響を与え、精神医学の診断までも操作するようになったという。

以上のような Healy が明らかにした産業化の経緯は、日本における抗うつ剤の普及においても同様に検討されるべき課題である。しかし、非常に膨大な論考となるため、稿を改めたい。また、抗うつ剤という向精神薬の流通が精神医学の疾病概念にどのような影響を及ぼしたかを考察することも同じく重要な課題である。

- 4 資料の選定にあたっては、精神科医で向精神薬療法の歴史に関して多数著作のある風祭元が、2006年1月から2007年2月まで『臨床精神医学』に連載した論文「日本近代向精神薬療法史」の文献を参考にした。
- 5 日本において販売された三環系抗うつ剤およびMAO阻害剤は以下の通りである。

表2 三環系（および類縁）化合物の抗うつ薬一覧

一般名（認可年）	代表的商品名（製薬会社★）
Imipramine (1959)	トフラニール（藤沢）
Amitriptyline (1961)	トリプタノール（メルク万有）
Desipramine (1964)	パートフラン*（藤沢）
Trimipramine (1965)	スルモンチール（塩野義）
Meritracene (1968)	チメオール*（武田）
Nortriptyline (1971)	ノリトレン*（大日本）
Clomipramine (1973)	アナフラニール（藤沢）
Dibenzepine (1961)	ノベリル*（森下）
Dimethacrine (1975)	イストニール*（日本ケミファー）
Amoxapine (1980)	アモキササン（日本レダリー）
Maprotyline (1981)	ルジオミール（チバカイギー）
Lofepramine (1981)	アンブリット（第一）
Myanserin (1982)	テトラミド（三共）
Dosulepin (1961)	プロチアデン（科研）
Setiptiline (1961)	テシプール（持田）
Trazodone (1961)	レスリン（日本オルガノン）

（*：現在発売中止、★：製薬会社名は発売当時）

（風祭 2006：546より引用転載）

表3 わが国で発売されたMAO阻害剤

（現在はすべて発売中止）

一般名（認可年）	主要商品名（製薬会社）
Pheniprazine (1960)	カトロン（中外）
Phenelzine (1960)	ナルディール（小野）
Nialamide (1961)	ナイアマイド（台糖ファイザー）
Isocarboxide (1961)	エナーザー（武田）
Safrazine (1964)	サフラ（小野）

（風祭 2006：548より引用転載）

- 6 MAO阻害剤は「初期の熱狂的な歓迎から現在における事実上の無視」（DiMascio et al. 1970=1973）という経緯をたどった抗うつ剤である。現在は販売されていない。
- 7 抗うつ剤の普及以降は第一に選択される治療法が薬物療法になったが、現在においてもうつ病に対して、電気けいれん療法（ECT：electroconvulsive therapy）は実施されており、有効な治療法であることには変わらない。近年におけるECT施行に伴う倫理的問題への考察は吉村夕里（2006）が詳しい。
- 8 先に述べたように、Healyによれば抗うつ剤という向精神薬の普及が精神医学の疾病概念にも影響を与えたとされる。1960年～70年代の向精神薬・精神薬理学の医学書においては、抗うつ剤の使用・適応について「躁うつ病」という疾病項目の「うつ病相」にて言及されることが多かった。しかし、1980年以降の抗うつ剤の使用・適応については、「うつ病」という疾病単位および神経症などそのほかの精神障害にて言及されていることが多い。日本における抗うつ剤の普及が精神医学の疾病概念にどのような影響を与えたかを検討することは稿を改めたい。
- 9 うつ病治療において電気ショック療法に代わって薬物療法が第一に採用されるようになった要因について、本稿では抗うつ剤の薬効への信頼性という分析視角から検討した。しかし、両者それぞれを採用した場合の保険点数と診療報酬の差異という側面から、薬物療法が台頭してきた背景を読み解くことも考察されるべき重要な課題である。
- 10 この問いについては、過去に多くの論者がその是非を含めて多様な見解を述べている。たとえば、吉田（1980）、Kramer（1993=1997）、Wurtzel（1994=2001）。これらの議論を精緻に検証していけば、向精神薬を服用すること、薬で人格を変容させることの是非は早急には語りえないことがよくわかる。

<引用・参考文献>

- Ban, Thomas A., Hollender, Marc H., 1981, *Psychopharmacology for Everyday Practice*. S.Karger AG, Basel. (= 1984, 伊藤齊・立山 萬里監訳『日常臨床における向精神薬の使い方——283の質問と解答』医学書院.)
- DiMascio, Alberto, Shader, Richard I., 1970, *Clinical Handbook of Psychopharmacology*. New York: Science House Inc. (= 1973, 風祭元訳『臨床精神薬理学』南江堂.)
- Griesinger, Wilhelm, 1861, *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten* (= 2008, 小俣和一郎・市野川容孝訳『精神 病の病理と治療』東京大学出版会.)
- Healy, David, 2003, *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship between the Pharmaceutical Industry and Depression*, : James Lorimer & Company. (= 2005, 田島治監訳, 谷垣暁美訳『抗うつ薬の功罪——SSRI 論争と訴訟』みすず書房.)
- 稲田龍吉・塩田廣重編集, 1949, 『家庭の医学』時事通信社.
- 金森修, 2007, 「装甲するピオス」石川准編著『身体をめぐるレッスン 3——脈打つ身体』岩波書店, 3-26.
- Kass, Leon R, ed., 2003, *Beyond Therapy: Biotechnology and the Pursuit of Happiness: A Report of The President's Council on Bioethics*, New York: Dana Press (= 2005, 倉持武監訳『治療を超えて——バイオテクノロジーと幸福の追求: 大統領生命倫理評議会報告書』青木書店.)
- 風祭元, 1989, 『向精神薬療法ハンドブック』南江堂.
- , 2006, 「日本近代向精神薬療法史 (5) 三環系抗うつ薬と MAO 阻害剤」『臨床精神医学』35 (5) : 545-9.
- , 2007, 「日本近代向精神薬療法史 (11) 「新規向精神薬」の導入」『臨床精神医学』36 (1) : 83-8.
- 北中淳子, 2004a, 「『神経衰弱』盛衰史——『過労の病』はいかに『人格の病』へとスティグマ化されたか」『ユリイカ』36 (5) : 150-67.
- , 2004b, 「鬱の病」栗山茂久・北澤一利編著『近代日本の身体感覚』青弓社, 360-90.
- Kramer, Peter D., 1993, *Listening to Prozac*. : Viking Penguin Inc. (= 1997, 渋谷直樹監訳, 堀たほ子訳『驚異の脳内薬品——鬱に勝つ「超」特効薬』同朋舎.)
- 松枝亜希子, 2008, 「向精神薬への評価——1960年代から80年代の国内外における肯定的評価と批判」『Core Ethics』4 : 465-73.
- 美馬達哉, 2007b, 「リスク社会と偽装」『現代思想』35 (14) : 71 - 83.
- 野村総一郎, 2004, 『うつ病をなおす』講談社.
- 小俣和一郎, 2008, 「ドイツ最初の精神医学教科書をめぐって——W・グリーンジガー『精神病の病理と治療』」『UP』11 : 1-7.
- Shorter, Edward, 1997, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. : John Wiley & Sons, Inc. (= 1999, 木村定訳『精神医学の歴史——隔離の時代から薬物治療の時代まで』青土社.)
- 島菌進, 2005, 「増進的介入と生命の価値——気分操作を例として」『生命倫理』15 (1) : 19-27.
- 諏訪望・森田昭之助・山下格, 1963, 『向精神薬の臨床—理論と実際』金原出版.
- 谷向弘・乾正, 1971, 『向精神薬の使い方——診断から処方まで』南江堂.
- 融道男, 1972, 「書評 向精神薬の使い方——診断から処方まで」『精神医学』14 (6) : 583.
- Valenstein, Elliot S., 1998, *Blaming the Brain: The Truth About Drugs and Mental Health* : a division of Simon & Schuster. (= 2008, 功刀浩監訳, 中塚公子訳『精神疾患は脳の病気か? ——向精神薬の科学と虚構』みすず書房.)
- Wurtzel, Elizabeth, 1994, *Prozac Nation*. : Houghton Mifflin. (= 2001, 滝沢千陽訳『私は「うつ依存症」の女——プロザック・コンプレックス』同朋舎.)
- 榊原任・小林太刀夫編集, 1967, 『家庭の医学』第4次改定版, 時事通信社.
- , 1978, 『家庭の医学』新版, 時事通信社.
- 吉富製薬株式会社, 1973, 『精神科薬物療法の実際』吉富製薬株式会社.
- 吉田おさみ, 1980, 『“狂気”からの反撃——精神医療解体運動への視点』新泉社.
- 吉村夕里, 2007, 「精神医療論争——電気ショックをめぐる攻防」『Core Ethics』3 : 375-89.

The Rise of Antidepressants: Psychiatric Discourse in Japan from the 1950s to the 1970s

MATSUEDA Akiko

Abstract:

This paper examines the changes in psychiatric discourse and practice that led to the spread of antidepressants for the psychiatric treatment of depression.

The paper analyzes (1) the change in psychiatric theory towards a positive evaluation of antidepressants by psychiatrists in medical textbooks in the 1960s and 1970s; (2) the change in psychiatric practice that occurred with the rise of antidepressants, when psychotropic drugs began to be compared with electric shock treatment; (3) the influence of *Katei No Igaku* (Family Medicine), a medical manual which introduced psychiatrists' ideas about the causes of and treatments for depression to laypeople.

In the 1950s, antidepressants were discovered by chance. In the 1960s, medication was not the dominant psychiatric treatment choice, but, in the 1970s, antidepressants became the main choice for psychiatric treatment. The idea that psychiatric disease originates in the organ of the brain emerged from 19th century German psychiatry. When psychiatric pharmacology developed, however, there arose a new discourse that psychiatric disease is caused, instead, by biochemical *substances* within the brain. This removed vague fears of psychiatric disease, because psychiatric drug treatment worked on the substances within a brain disorder and antidepressants treated depression based on biochemical evidence.

Keywords: psychotropic drugs, antidepressants, psychiatric discourse, discourse analysis

