

**特集**

『臨床精神医学』発刊40周年記念号〈この40年と精神医学〉

**折々の断想：15年間を振り返って**

神 庭 重 信

**略歴**

九州大学医学研究院精神病態医学分野教授。  
1980年、慶應義塾大学医学部卒業。1982年、米国メイヨ・クリニックへ留学、2年間、精神薬理学の研究に従事の後、3年間の精神科レジデント・トレーニングを終了。精神科アシスタント・プロフェッサーを経て帰国し、慶應大学医学部精神神経科にて勤務。同大学講師を経て、1996年より山梨医科大学精神神経医学講座教授。2003年より現職。専門領域は気分障害、ストレス・情動の脳科学、進化心理学。

**1 はじめに**

『臨床精神医学』の編集委員に加えていただいだのは、1997年の2月のこと、この時に中谷陽二先生も一緒になられたように記憶している。それまでは6名の大御所により編集されていた雑誌で、当時東大におられた松下正明先生が会を務められておられた。風祭元先生は僕の専門領域でもある精神薬理学の第一人者、浅井昌弘先生は母校の医局の恩師であった。当時僕は、慶應義塾大学から山梨医科大学に移って1年も経っていない新参であったから、各分野のそうそうたる方々と席を同じくして、毎回とても窮屈な思いをしていたことを思い出す。僕に期待されていたのは、進歩の著しい神経生物学の領域や議論が絶えない薬物療法上の問題からテーマを選んでは特集に仕上げることであった。

企画した特集の数をみると、1997年には2編、1998年には4編、1999年には4編で、張り切っていたことも確かである。しかし先輩たちが引退されて新しく編集委員が加わり、徐々に古株になるにつれ、甘えることを覚えてしまい、企画数は激減した。しかも九州大学に移動してからは、通うのが大変なこともあります、編集会議自体からも足が遠のいてしまった。

そもそも特集の企画とは気苦労の多いものである。時宜を得た特集テーマを考え、それを7～10の論文として構成し、それぞれに相応しい執筆者を考える。執筆を断られると、次の方に依頼し、またその返事を待つ、という作業の繰り返しである。加えて、執筆を依頼するときには、「考えていることを思う存分書いてくれるだろう」と思うことより、「さぞかし忙しいだろうに、余計な仕事を押しつけて申し訳ない」と心を痛めることの方が多い。僕自身が、義理ある方からの執筆依頼をなかなか断れない質だからよくわかる。組織のリーダーに頼む時には、「ご自身が忙しいならば下請けに出すだろう」と思うから少しは気が楽であるが、仕事を押しつけられて困るであろう部下の方に無関心でもいられない。

むろん編集にやりがいを感じるときもある。それは、読者が求めていた特集が優れた論文で構成され、「あれは勉強になった」といわれる

ときであり、さらには、優れた若手の力作と出会うときや、患者の診かたや治療のコツに深く頷かされる先達の言葉に出会うときである。

以下に、特集を提案した号の編集後記を抜粋して紹介させていただきたいと思う。過去15年間の折々に考えた、僕なりの「精神医学の断想」である。今となっては、古い考え方や的外れのこととも含まれているが、敢えて当時の様子を伝えるべく、語句の修正にとどめた。そして、新しい考え方や振り返って思うことなどを追記として書き加えた。

## 2 精神現象の季節性（1997年10月）

かつて勤務していた慶應大学病院へはJRで通っていた。人身事故にはたびたび遭った。自分の患者ではないかと一瞬ときっとする。どうも春と秋に多いような気がしていた。病棟も、真夏と真冬は回転率が悪いように思えた。外来もしかりである。逆に春と秋は初診も多いし、今まで安定していた患者さんが急に悪くなったりもする。リズムに関しては門外漢の私ではあるが、精神症状も季節の影響を受けているような印象を持っていた。それとも単なる気のせいなのだろうか。そんな疑問に答えていただきたいと思い、この領域の第一人者に難題をぶつけさせていただいた。

論文を読ませていただいて、知識が整理されたとともに、いろいろな疑問がわいてきた。統合失調症や気分障害が季節変化の影響を受けるならば、精神疾患の予防や治療に際して季節を考えるべきなのだろうか。一冬安定していても、春～夏を越えるまでは薬物の減量を試みるべきではないのだろうか。再発しやすい季節には、社会復帰を避けるべきなのだろうか。精神現象の季節性はどのようにして生まれるのだろう。脳内の伝達物質や受容体に機能的・構造的变化が起こるのだろうか。それに、明らかにされつつあるclock geneとの関係も興味深い。

自分を振り返ってみても、夏には無理が利く。

診療に、研究に、アウトドアにと飛び回っていても、一向に気にならない。ところが、冬は頭も体も冬眠する。今や初秋である。編集作業が重くのしかかってくる頃である。

(追記)本誌編集委員として、初めて企画した特集である。当時は概日リズムを刻む分子や遺伝子が次々に明らかにされつつあった。地球という生態環境に適応してきた生物には、日内リズムがあるよう季節リズムがある。動物は冬に備えて収穫の秋に栄養を身体に蓄える。そして春になると繁殖行動を起こす。種の保存のために何とも合理的なプログラムではないか。精神機能もきっと季節の影響を受けているはずだ。しかしそれはわかっていない。研究を深めて、これを臨床に応用できないものだろうかと、今でも思う。

## 3 難治性気分障害の治療（1997年12月）

この特集は公募論文から構成されたものである、投稿されてきた難治性気分障害の内訳をみると、高齢であることが難治に結びついていると考えられる症例が約3割、双極性障害が約4割を占めている。また、治療場面で試みたいと思うような薬物療法の報告が多く、ドーパミン・アゴニスト、気分安定薬、甲状腺ホルモン、光療法、漢方薬の併用療法の効果が示されている。抗うつ薬の変更法について考察した論文もある。一方で、家族の強い感情表出がラピッド・サイクラーの遷延化に関与していた可能性、患者・家族への認知療法的働きかけ、持続的葛藤状況の理解、などの心理社会的問題も扱われている。

気分障害の各病相は比較的治りやすいものの、長期経過研究の結果は、疾患の転帰とともに、社会的転帰も必ずしもよくはない。今後ますます問題となるのが、高齢者の難治性気分障害である。心理社会的環境はもちろんのこと、器質性脳変化あるいは身体合併症が難治化の要因となるからである。今回の症例にもあるよう

に、薬物抵抗性のうつ病のために全身状態の悪化を招き、死に至るような最悪の転帰を招くことも稀ではなくなるかもしれない。このような場合、無けいれん性ECTが救命的手段として見直される必要があるだろう。

(追記)今も昔も難治性の気分障害には悩まされる。2001年に始まったStar\*D研究でも、大うつ病のおよそ30%は各種抗うつ薬や認知療法を含むさまざまな治療に抵抗性であることが明らかにされている。うつ病の回復を考えるとき、患者の身近な環境に加えて、社会・文化的な環境を忘れる事はできない。経済不況で労働環境が悪化している昨今、うつ病はますます治りにくくなっているのではないだろうか。

後記を書いた頃には、高齢者のうつ病の難治化が今後大きな問題になると思われたが、昨今、より大きな問題となっているのは若年者のうつ病、うつ状態である。当時、誰がこのことを予想し得たであろう。

#### 4 情動の神経科学（1998年1月）

人のこころは知・情・意の側面を持つといわれるが、知・情・意の3要素は、互いに独立したものではない。知を司る新皮質(特に連合野)、情を生みだし、知覚情報に生物学的意味を付加する大脳辺縁系、意と関係が深い大脳基底核、これらの領域は密な神経線維で互いに結ばれている。例えばこのため、記憶や判断という認知機能においても情動が強い影響力を持つ。

脳科学は情動についての理解を深めつつある。しかし情動は定義が曖昧な現象でもある。今回の特集でもそうであるが、情動を扱う論文は、「情動とは」という定義から始まることが多い。特集ではまず、情動の定義とその性質について詳しく紹介していただいた。情動の神経回路の研究、神経心理学的研究では、扁桃体や眼窩前頭皮質などの局所脳機能とネットワークの重要性が報告されている。情動の神経化学で

は、血中の浸透圧調節に関わる物質として発見されたバソプレッシンが、視床下部において情動ストレスに伴うHPA系の機能亢進に重要な役割を果たしていることが示されている。

すべての精神疾患において、多かれ少なかれ、情動の病理が心因や誘因として、あるいは病像を修飾する要因として関与している。しかも情動の病理は、自律神経・内分泌・免疫を巻き込んで、身体にも無視できない影響を生む。したがって情動の研究は、これからも精神医学の中心的な課題の一つであり続けるだろう。

(追記)この頃、認知の研究が盛んに行われるようになった。統合失調症は認知機能の障害が強い。だから、ある座談会で諒訪望先生から「統合失調症の基本障害は情動にあるのではないか」と問われたときには、意表を突かれた思いがした。確かに、発症初期の特徴である妄想気分は、一次妄想とされているが、情動の一次的障害だと考えることもできる。統合失調症の幻聴や妄想が被害的な色彩を強く帯びるもの、情動のなせる技なのかも知れない。

#### 5 統合失調症研究の現状（1998年5月）

近代精神医学の黎明期に、Kraepelin, Alzheimer, Nissl, Spielmeyer, Spatzらにより着手された統合失調症の脳研究は、ようやく一世紀が過ぎようとしている。長い間、統合失調症は明らかな外因や脳病理を認めない、内因性あるいは機能性精神病と考えられてきた。ところが、近年の諸研究は、統合失調症といえども、微細な構造上の異常を伴う脳の疾患に他ならないことを強く示唆している。また、その原因として数々の心理的および生物学的因素が推定されている。

そもそも機能と構造は明確に切り離せるものではない。しかも脳には可塑性という、機能を構造に置き換える性質が備わっている。したがって、古典的な疾病概念は検討される必要が

あろう。

将来、統合失調症の原因が、ごく特殊な特徴をもつ患者を対象として発見される時がくるかもしれない。しかし、原因がわかるということと、その精神病理が科学的に説明できるということとは別である。それはちょうど、進行麻痺の原因がわかったからといって、なぜある時には神経症様の症状が現れ、ある時にはうつ病になり、あるいはまた幻覚・妄想が現れるのか、これらの疑問が全く未解決のままに残されているのと同様である。

精神病理を科学的に解明しようとする試みは、精神疾患の原因を解明することにとどまらない。それは、精神と脳との関係という、生命の最大の謎に迫る一つの道筋でもある。

(追記)この特集を組んだ時には、MRI技術も未熟で、統合失調症の脳に進行性の萎縮が起こるという報告はいまだ行われていなかった。気脳写や旧式のCTで脳室の拡大や脳溝の拡大が報告されてはいたが、特異的な神経病理学的異常までは見いだされていなかった。統合失調症は神経病理学者の墓場である、とまでいわれていた。ところが2003年になり、大脳皮質第3層のGABA介在神経の障害が明確にされるなど、器質的研究は今後の発展が待ち望まれる分野となった。

## 6 気分変調症の臨床(1998年6月)

うつ病の下位分類をめぐっては、うつ病の一元論も含めて、古くからさまざまな意見が対立してきた。詳細は省くが、それは原因を見据えた議論から始まり、症状の複合体(症候群)として分類する考え方を経て、今日の操作的分類に至っている。この流れの背景にあった基本姿勢は、安易な原因の推測は、治療の可能性を狭め、その結果として転帰にも好ましくない可能性を生む、とする考え方であった。

うつ病は、症状の程度が軽症であっても長期にわたる場合、長期であるがゆえに障害の程度

は重いといってよい。患者の苦悩感、家族関係への影響、社会的喪失は、むしろ大きいと思われる。また逆に、家族関係や社会的な諸条件が、うつ病を長期化させている場合も少なくない。

うつ病は重症であればあるほど、患者の個性は影を潜め、類似した病像が現れてくる。逆に、軽度のうつ病では、個性がその病像を激しく修飾する。それだけに、軽いうつ病の診断は難しく、診断一致率も悪いのであろう。実際、患者はさまざまな診断名を付けられて紹介されることが多い。

長期化したうつ病の治療では、医師の側にも患者や家族の側にも、もつれた糸をほどくかのごとく、時間と労力と根気が求められる。長い治療経過においては、病状の変化や環境因子の変化が複雑に絡み合ってくる。その時々の問題の核心を見極めながら、有効と思われるあらゆる治療手段を動員して治療にあたることになる。

医師がさじを投げないこと、治療への安易な期待ではなく、回復への希望を与え続けることが必要だと思う。

(追記)軽度であっても長期化する抑うつ状態は、社会的損失・障害が大きい。生活リズムにも乱れが生じやすい。個人精神療法は無論のこと、短期入院、集団療法、リハビリテーション、生活リズム療法、家族療法などを積極的に行うのがよい。症状を聴取して処方を変える、という作業だけに終始していると、あっという間に月日が過ぎてしまう。

## 7 性ホルモンと精神疾患(1998年9月)

今回ご執筆くださった順天堂大学の新井康允教授の言葉を借りれば、「脳は性ホルモンの標的器官の一つである」。

生殖に必要なホルモンという固定観念は完全に崩れ、性ホルモンは人の脳形成の初期から老年期に至るまで、これまで思いもよらなかつた

生理的作用を發揮し、生涯にわたって脳の機能と構造にダイナミックに作用していることがわかつてきた。

特に、神経の成長、神経回路の構築に及ぼす影響は、脳の性分化にも深く関わっている。このことは、性同一性障害を考えるうえでも重要な問題を含んでいるかもしれない。初潮、月経、更年期など女性ホルモンが大きく変動する時期に、気分障害をはじめとしてさまざまな精神障害が好発することも臨床的によく経験される。統合失調症にみられる性差も古くから議論されてきているが、いまだに決着がついたとも思えない。エストロジエンがシナプスの可塑性やコリン作動性神経機能に影響を持ち、知的機能にも関わっていることがわかつてきた。そして近年では、アルツハイマー病におけるエストロジエンの関与やホルモン補充療法が注目されている。

脳科学の進歩はこれまで以上に加速している感がある。精神医学のように広範囲の精神・神経機能を問題とする学問においては、脳科学の各領域の進歩についていくのは至難の業かもしれない。しかし編集者として、臨床研究や実際の治療に関わりそうな脳科学の進歩について、精神科医が置き去りにされることのないように、今後もできる限りの情報を提供していくたいと思っている。

(追記)信州大精神科の杉山暢宏先生が提唱している、エストロジエン受容体の「陰と陽仮説」(Sugiyama et al, 2010)を紹介しておきたい。エストロジエンは極めて複雑な脳への作用をもつ。これを理解する鍵となるのが受容体研究である。21世紀初頭、従来知られていたエストロジエン受容体( $ER\alpha$ )に続いて、第2のエストロジエン受容体 $ER\beta$ が中脳縫線核(セロトニン神経起始核)に大量に発現していることが明らかにされた。縫線核にはエストロジエン受容体が存在しないと考えられていたため、大きな驚きを持って受け止められた。その後の検討から $ER\beta$ の選択的刺激が抗うつ作用

をもたらすことが動物実験で示され、新規抗うつ薬への期待が高まっている。

$ER\alpha$ と $ER\beta$ は同じリガンドを共有しながら、正反対の生理作用を有している。細胞や組織のエストロジエン情報への応答は $ER\alpha$ と $ER\beta$ の発現の割合から導かれる総和によって決まり、この陰と陽の関係が崩れると障害をきたすという仮説が「陰と陽仮説」である。

## 8 精神科臨床研究の方法 (1999年1月)

私たちは普段、当たり前のように専門誌を手にしている。学会と雑誌の数は毎年増え続けてきた。このところやっと平衡状態に達したようである。それ以外にも、製薬企業が出している、あまたの雑誌やパンフレットなどが医局に山と積まれている状態である。

大量に生みだされる情報がすべて正しいわけでも、また価値があるわけでもない。その中から本当に価値あるものを見いだし、しかもそれを批判的に読む態度を養うことが必要になってくる。完全なものはないからである。中には批判的にではなく偏見をもって読む人がいるが、それはさておき、そのためには、自らが実際に報告や研究を行い、それを論文に仕上げることを身につけておくことが必要であろう。

このような理由もあって、今回の特集では、「精神科臨床研究の方法」を組ませていただいた。精神医学のすべての領域や問題を網羅するには至れなかったが、依頼させていただいた専門家の方々からは、さすがにその領域に精通された方が書いたと思われる、読みごたえのある原稿をお寄せいただいた。

と同時に、方法論をこのように並び立てて読んでみて、改めて精神医学の幅の広さと奥行きの深さとを思い知らされたように思う。同時に、精神医学は医学の中でも最も多くの不確かさを含んでいる分野であるということも。

過ちをおかさずに、しかもひと味違う精神科の臨床研究を進めることは、なんとも難しいこ

とではある。

(追記)この時期、臨床研究の方法論は格段の進歩をみせた。コクラン・ライブラリーの設立が1993年である。米国でStar\*Dと呼ばれる大規模臨床研究が始まるのが2001年で、CATIEの発表は2005年であった。臨床研究の組織力の差を見せつけられたような気がした。しかし小規模ながら、久山町研究のようなきめ細かな独自の研究が明らかにすることもある(Ohara et al., Neurology 2011)。耐糖能異常が20年後のアルツハイマー病発症のリスク因子であり、しかもapoE ε4遺伝子との間に、遺伝子環境相関を起こすことを、当時誰が想像できたであろうか?

## 9 身体疾患に伴ううつ病をどうとらえるか (1999年2月)

うつ病という用語を疾患単位として狭義にとらえてきた人には、「一般身体疾患によるうつ病」という診断には抵抗があるかもしれない。ここでのうつ病は、DSM-IVのdepressionの訳である。今日、depressionは症状の集合(抑うつ症候群)を指して用いられる。一方、melancholiaはギリシャの体液病理学説以来DSM-IVに至るまで、なんらかの病因論を含んだ用語として用いられている。しかしこの訳語もかつては「うつ病」であった。

今回の特集を担当いただいた先生方も、うつ病、うつ、うつ症状、depressionとさまざまな用い方をされている。専門や立場により、これらを慎重に使い分けられた方とDSMに準拠された方とがおられたように思う。

DSM-IVのマニュアルを読むと、「症状が特定の一般的身体疾患の直接的な原因となる生理学的機序による」と診断される場合に限って、「一般身体疾患による気分障害」と診断することが許されるとある。しかし考えてみれば、かなり無理な診断を求めているではないか。現在私たちが手にした知識では、生理学的機序なるものの真の実態は明らかではない。現実の診断は状

況証拠に委ねられている情況にある。この妥協はDSM-IVのマニュアルの行間にも読みとれる。

特定の一般身体疾患を抱えていてもうつ病にならない人がいる。個人の側の感受性や脆弱性を考えないのも片手落ちのような気がする。臨床では、生物、心理、社会的要因における個人差をも含めて「原因となる生理学的機序」を考えていく必要があるのだろう。

(追記)いうまでもなく、精神疾患の診断は、身体因、器質因、外因、内因、心因の順でふるい分けていく。しかし患者の訴えは、もっぱら精神症状であるから、診断は心理次元で行われがちで、私たちの注意は心因(よくても内因)へと向かい、うっかりすると身体因を見逃すことがある。この傾向は、症状が神経症レベルで了解が可能な場合に強い。

意識障害、注意障害、記憶力障害は、病歴を聴きながらでも診断できる。高齢者では、問診の最後に長谷川式検査を(さらに簡略して)問うてみるのがよい。さらに、脈、結膜・舌・爪そして甲状腺ゴイター、下肢の浮腫や脱水を観察する。動作や表情からは、錐体路症状、錐体外路症状、小脳失調症状などを確認する。数分とかからない。要是疑うかどうかである。

最近は電子カルテ化が一般的となり、患者さんが身体科を併診している場合には、内科医や神経内科医がどのような診察や検査を行っているかを覗き見られるようになった。ときどき他科のカルテを開いてみると勉強になる。

## 10 ストレス脆弱性 (1999年3月)

外界が精神内界に表象されてできる主観的世界がある。それが生体の恒常性を歪めているとき、それは情動ストレスと呼ばれる。それが、精神疾患の発症や再発を招くならば、個体の側にストレス脆弱性がある、とされる。どちらも便利ではあるが、極めて抽象的であいまいな概念である。

ストレス脆弱性は、外界の条件、外界への情動認知と対処、情動自律反応の要素を含むだろう。またそれは、遺伝子レベル、細胞レベル、神経回路レベル、神経心理学レベルそして心理学レベルでの理解を必要とするだろう。原因に関しては、遺伝子が環境の交互作用を受けつつ作り出す、脳の発生と発達の各段階に求められるものなのだろう。しかも、誘発される内因として初発に関与するストレス脆弱性もあれば、修飾される内因として易再発性を生むものもあるだろう。疾患を違えれば、共通することもあるが、またそれぞれに違う脆弱性を探すことにもなる。

このように、どの時点で、どの角度から、どのレベルで、どの疾患をみるかによって、ストレス脆弱性のもつ意味もまた変わるのでなかろうか。そのようなわけで、今回の特集では、総論(佐藤光源先生)に続いて、分子遺伝学(功刀浩先生)、脳発達(岡崎祐士先生)、心理発達(狩野力八郎先生)、と異なるレベルから、また、統合失調症(高橋象二郎先生)とうつ病(渡辺義文先生)という異なる疾患から、ストレス脆弱性を考えていただいた。

ストレス脆弱性の研究は、疾患の理解はもちろんのこと、一次予防、二次予防につながる重要なテーマである。今回の特集が、ストレス脆弱性についての知識を整理するのに役立ち、またさらなる研究を刺激することにつながることを願う。

(追記)レジリエンスという概念が導入され、ストレスや病気の抵抗力や回復力をさして用いられている。単に「脆弱性より聞こえがよい」という問題ではない。たとえば、トラウマを受けて、PTSDになった者の“脆弱性”と、ならなかった者の“レジリエンス”的両者に焦点を当てて研究することは、疾患の成立を考え、回復や予防を考えて行くうえで、ともに重要な疾病観である。研究は、分子レベルから、心理社会レベルにわたる次元で行われている。

## 11 服薬の心理とコンプライアンス (1999年6月)

「自ら薬を飲もうとする動物は人間だけである」といわれる。それも、服薬することで痛みや苦しみから解放されたいと思うからである。患者はいつも薬を飲みたいと思うわけではない。したがって、薬剤の必要性やその根拠に関して医師は十分な説明をする義務がある。いうまでもなく、薬剤についての知識はもちろんのこと、患者の服薬心理や服薬体験についての理解も求められる。時に、服薬が必要な患者を励ますことも大切だろう。

コンプライアンスとは、従うことであり、服従、応従、遵守などの訳語が充てられている。つまりは決められた規則などをよく守ることを意味する。しかし、コンプライアンスを強調しすぎるあまり、患者の側のインフォームド・コンセントやインフォームド・チョイスの重要性が忘れられてはならない。医師が一方的に治療の規則を決めるのではない。この意味で、コンプライアンスという名称は、それが患者の問題であり、ノンコンプライアンスは患者の責任であるという誤解を招きやすい。

コンプライアンスこそ、薬物療法で最も重要な問題の一つであり、幅広い知識と経験が要求される、医師の側の問題なのであり、医師が真剣に取り組むべき対象であることを忘れてはならないと思う。

(追記)いつの間にかコンプライアンスはアドヘアランスという言葉に取って代わった。コンプライアンスには、医師への服従というニュアンスがあった。しかし、コンプライアンスがアドヘアランスに変わっても、信頼関係を基盤とした基本的な「処方のマナー」にはなんら変わりはない。服薬を続けるかどうかに加えて、薬物の薬理効果にプラス効果を上乗せできるのか、あるいはそれすらも損なってしまうのか、を決めるのはこのマナーだと思う。

shared decision makingはインフォームド・コンセント(IC)より一步先を行く医療だと思う。「病識がなく保護室で拒薬する患者さんには該当しないだろう」と思われるかもしれない。それでも、「あなたがこの薬を飲んでくれるまで、僕は帰りません」と粘り強く説明する若い医師が僕のそばにいた。彼らが、長きよき医局の伝統を受け継いでくれていることに感激するとともに、この伝統を築いてきた先輩たちに頭が下がる思いがした。

## 12 今日の精神科治療 2000(2000年9月)

脳やここについての私たちの理解は確実に深まる。臨床研究においても高い科学性を備えた良質なエビデンスが蓄積されつつある。そう遠くない将来に、“精神医学も進歩したな”と誰もが実感できるような時代がくるだろう。しかし常に問われるべきは、精神医学の進歩云々ではなく、私たちがこれらの進歩をどこまで自分のものにできているか、はたして自分のものにしようとしているのか、その姿勢ではなかろうか。

精神療法はもとより、薬物療法にしても、先達の技術を模倣しながら、自分の中へと取り込み、試行錯誤の経験の中で自らのものにするしかない。手本が悪いのは論外であるとしても、手本がないと独りよがりな治療に陥る。なるべくよい手本を探して模倣すべきである。しかし、精神医学はすそ野の広さを特徴としており、その多種多彩な治療法のすべてを一個人が習熟することは極めて困難である。

編集委員会では、2回の会議を経て、今日の臨床に即した問題とその治療法を漏れなく取り上げ、馴染みの薄い疾患や問題に出会ったとき、該当する項目をさっと一瞥して治療法を理解できるような特集を目指した。5年前と見比べて、執筆陣は大幅に入れ替わり、若返った。最新の知見と英知が詰まった、よい手本に仕上げただけたのではないかと思う。この場を借りて心から感謝の意を表したい。

(追記)従来の治療指針(手引き)は技を紹介したものであった。やがて治療指針はガイドラインと名前を変え、EBMが技に取って代わった。このころはまだ、EBMという考え方は一般には理解されていなかった。むしろアレルギー反応を起こす方も少なくなかったように思う。

しかし治療が技であることは未来永劫変わらないと思う。つまり技である限り、上手な人から教わる必要がある。優れた師と出会い、師を模倣して、師から教授を受け、師と協働して、技を身につけていく。治療の技の世代間伝達はこのようにして行われる。これは精神療法に限った話ではない。薬物療法もまたしかりである。

加えて医師は、患者さんから学ぶということも忘れてはならない。

## 13 向精神薬療法：今後の展開 (2001年9月)

新たな特徴をもった新薬が次々と登場し、精神疾患の薬物療法に大きな変化が生まれようとしている。新薬の真の価値を見定めるには相当の時間がかかるが、近年登場してきた薬物は、諸外国では十数年前から用いられていたもので、その大まかな評価はほぼ固まってきており、ガイドラインにも組み込まれている。

大手製薬資本の宣伝力はハリウッド並であり、精神薬理の専門家すらもが、うっかりと宣伝文句を口ずさんでいるようである。この傾向は欧米の臨床精神薬理の専門家に多々みられ、その姿勢には閉口してしまうことが多い。ガイドラインは無論、比較試験すらもがこのバイアスから完全に自由ではない。中立で科学的な評価をどうしたら得ができるのか、大きな課題である。

新薬の特集にしては遅いではないか、といわれそうであるが、これも市販されてしまふたところで、つまりバイアスの薄れたところで、日本の専門家の意見を伺いたいと思ったからである。

新薬導入に要した十数年を、「失われた十年」

と評する者、「いや健全な保守性なのだ」と主張する者とさまざまである。どちらが正しかったのか、答えが出てくるのはやはり数年後ではなかろうか。

今回は特別に座談会をもつことにした。新薬の登場もさることながら、それ以上に臨床が変わろうとしているからである。十分な説明を行い、患者の選択を重視して医療を行う時代となった。当たり前のことのようにも思われるが、自分の診療スタイルを変えるのは誰にとっても大変なことである。今後どのような医療が望ましいのか、その姿を描き出すうえで、今回の座談会が少しでも参考になれば幸いである。

(追記) Medicalization や disease mongering が盛んにいわれている。振り返ってみると、新薬導入のタイムラグは「健全な保守性」によるものではなかった、と言わざるを得ない。新薬は、医師にとっては、新たな治療手段を手に入れることに他ならないが、製薬企業にとっては市場拡大の機会でもある。それは、適応疾患の拡大や処方医の数を増やすことによって行われる。米国では、一部の専門家と製薬企業との癒着が問題化した。今や冷静に問題の解決に向かう時期である。まず、トップレベルの専門誌から企業のパンフレットに至る“エビデンス”と呼ばれる資料を、科学的な批判力をもって読みこなすことが肝要である。

## 14 精神疾患と養育環境 (2002年5月)

精神疾患の原因は、突きつめれば“遺伝と環境”となる。近年遺伝子研究が盛んに行われているが、遺伝子を研究すればするほど養育環境の重要性が見えてくる。子どもの発達が漸次どのように現れてくるのか、そのときにどのような環境を整えてあげればよいのか。その子が先天的に障害や脆弱性をもつ場合にはどのような環境が望ましいのだろうか。各研究領域からの新たなメッセージが待たれる。

病いの人類学は、人が「病いに原因と責任と

を探し出したがる」ことを教えてくれる。もっとも公害や薬害のように責任を明確にしなければならない場合もあるので、一概にその是非を論じることはできないが、私たちは病いに対して原因よりはその責任を聞いたがる。

かつて病いは先祖のたりや病者自身の罪とされた。今でも、生まれつきの障害をもった子どもが生まれるとその母親が責められ、もう少し成長してから何らかの障害が子どもに現れると今度は親の育て方が悪かったといわれる。いわれる前に、親自身が痛いほどに自らを責めているだろうに。

遺伝子の研究が進み原因遺伝子がはっきりすれば、その遺伝子を子どもに渡した者が特定されるかもしれない。それが偶然の仕業であることが明白であるだけにまだいいともいえる。それに比べて環境は、人為的所業として映りやすいだけにやっかいである。「病いの責任を聞いたがる」私たちの心性が変わらないのであれば、いかに原因がはっきりしようとも、結局、新たな責任探しに終わってしまうのではなかろうか。

(追記) 環境が遺伝子発現にエピジェネティックスというメカニズムで影響し、長期にわたって遺伝子の機能を調節することが解明された。児童精神医学の領域では、早くから遺伝子環境相関の重要性がいわれてきた。また、ニュージーランドの Dunedin で行われているコホート研究では、セロトニン・トランスポーター遺伝子と環境ストレスとの交互作用で大うつ病の発症が決まる、という結果が報告されている。

遺伝か環境かという問いはもはや不毛である。遺伝と環境とがどのように関わり合うのか、という疑問を解決していくなければならない。

## 15 今再び、向精神薬の安全性を問う (2003年5月)

向精神薬の開発は有効性と安全性を求めて行われる。そこで、承認された薬物は安全であろ

う、より有効であろう、との期待をもって迎えられる。しかし開発過程の詳細を覗くならば、身体状態や年齢を含め比較的厳密に基準を設けて対象を厳選し、併用薬を制限し、しかも定期的な検査やモニターを行うなど、治験が滞らないように配慮されていることに気づくだろう。しかも、稀な有害事象は、少數例を対象とした開発段階で十分に洗い出すことは困難である。

ところが新薬の臨床使用が許可されると、開発時のように厳密にモニターされることなく、何十万、何百万という患者さんが、それもさまざまな身体状態を抱え、加えて併用薬とともに、一斉に服用することになる。医師はといえば、新薬の効果の方に気をとられがちである。しかしやがて、稀な重篤な有害事象が発見されることになる。これは薬物が持つ宿命なのかもしれない。ここで直面する問題は、その有害作用を蓄積し伝達する手段が十分に機能していないことであろう。その結果、有害事象の被害者は必要に増えてしまう。

ちなみに、不幸にして有害事象に出会ったとき、どのような手続きをとるべきかご存じであろうか。思い浮かぶのは学会報告であろうか。これも一つの手段であろうが、時間がかかるうえに、情報の行き渡る範囲が極めて狭い。ただちに利用すべき制度は、厚生労働省の医薬品・医療用具等安全情報報告制度である。ここに報告すると全国の症例が蓄積され、専門家により評価され、必要ならば緊急安全性情報として発信される。しかもWHO国際医薬品モニタリング制度を通じて、全世界の情報が交換され吟味される。厚生労働省医薬品安全対策課に直接電話連絡するだけである(03-3595-2435)。HP:[www.pharmasys.gr.jp/info/houkoku.html](http://www.pharmasys.gr.jp/info/houkoku.html)で報告用紙ダウンロードすることもできる。多忙な先生は、製薬会社のMRさんに相談すればこのシステムの利用を手伝ってくれるだろう。

有害事象は予期できない場合が多い。しかし、それを報告することは、起きてしまったことに対するせめてもの代償行為である。「○○が×

×に著効した1例」といった論文に時間を使うより、自分が医師であることをより強く意識できる行為である。

(追記) FDAのtalk paperが、「SSRIが若年者で自殺企図を増やす」ことを報告したのが2003年である。さらに、攻撃性の亢進や他害の事例が蓄積され、厚生労働省、薬事・食品衛生審議会、医薬品等安全対策部会(2009年5月)において、国内におけるSSRI/SNRIの関連する副作用報告が解析された。その結果、添付文書の「使用上の注意」に、興奮、攻撃性、易刺激性等に対する注意喚起、および他害行為の発生と関連する可能性のある患者背景に関する注意喚起が追加された。日本うつ病学会から「SSRI/SNRIを中心とした抗うつ薬適正使用に関する提言」の勧告が出されたのが2009年10月であった。

医師は、当たり前であるが、新薬の効果に関心を持つ。だが、効果より先に副作用に関心を持つ習慣を身につけるべきではなかろうか?

## 16 多剤併用への処方箋(2003年6月)

多種類・多量の向精神薬が処方される傾向が日本では著しく、このことの弊害が指摘されてから久しいが、実際には目立った変化は少ないようだ。東アジア6カ国における統合失調症患者の処方調査(2001年7月の時点調査)の結果をみると唖然とする。向精神薬総数、抗精神病薬の処方量ともに日本が断トツ1位である。このデータだけで、われわれの医療文化・社会論をさまざまに語ることができそうだ。

昨今、従来型の向精神薬を上回る有用性を持つとのふれこみで、新しい抗うつ薬や抗精神病薬が幾種類も登場してきた。これで多剤を使用しなければならない場合も減り、さぞかし処方も変わったことであろうと思っていた。だが実際にふたを開けてみたら、新たな薬剤が従来の処方に上乗せされただけ、という場合が少なくないようである。医療哲学がないところでは、

新薬の登場はただ単に併用薬の数を増やすだけなのか、と思った。

本号の特集では、多種類・多量療法の弊害にいち早く警鐘を鳴らし、声高に批判し続けてこられた臨床精神薬理学の専門家から原稿を寄せていただいた。そこには、後進が受け継がなければならない刮目すべき教えを数多くみることができる。しかし、これら専門家の意見もガイドラインも、これを傾聴しようとしているもの前では、むなしいかけ声でしかない。新薬の登場も歓迎すべきことではあるが、「よりよい薬物療法」を追い求める姿勢がまずあるべきではなかろうか。

(追記)多剤・大量療法の問題がマスメディアの辛辣な精神科医療批判とともに報じられ、厚労省から厚生労働省医薬食品局総務課長通知「向精神薬等の処方せん確認の徹底等について」(2010年9月10日)が出された。これを受けて、日本うつ病学会、日本臨床精神神経薬理学会、日本生物学的精神医学会、日本総合病院精神医学会が「向精神薬の適正使用と過量服用防止」と銘打った学会勧告を発表した(日本うつ病学会ホームページ参照)。臨床精神薬理学の基礎知識と技術とを、卒前、卒後の教育を通じて徹底する必要がある。

## 17 笑いとユーモアの精神医学 (2003年8月)

カント以来、心は知・情・意からなるものと考えられることが多い。しかし、知・情・意は独立して働いているわけではない。それぞれは互いに連合し合いながら常に一体となっている。人の心の動きの中でも、笑いやユーモアは最も人間的なものとされるが、それは高度の知性と極めて細やかな情とが合一して初めて生まれるからである。それだけに、その理解は難解であり、これまで「笑い」や「ユーモア」はもっぱら、心理学や哲学の対象とみなされてきた。

近年、その精神生理学的な意義がわかり出し、神経心理学や脳科学からのアプローチも盛んに

行われるようになった。今回の特集では、笑いやユーモアをめぐり、さまざまな分野における研究や論考を紹介していただいた。

笑いには、優しさと冷たさが込められる。その点、ユーモアは基本的に相手に対する優しさの表現である。とかく深刻で不条理な状況の中で、患者も医師も苦境に立たされることの多い精神科医療の現場に、ユーモアがもっと生きされてもいいような気がする。ユーモアについて、精神科医が今まで以上に理解を深め、関心を持っていただけることを願っている。しかしこればかりは、誰にでもできるという技でもなさそうである。それこそ、高度の知性と細やかな思いやりが求められる。かくいう私も、ユーモアの域に達することができずに、下手な冗談に終始している。

(追記)この特集にはとくに思い出が深い。「伝統ある『臨床精神医学』には相応しくない特集ではないか」というご意見をいただいたからである。

ユーモアとは、ジョークやウィットを手段として、相手への優しさを表す言語表現だと思っている。統合失調症も発達障害も、そして認知症でも、患者さんは比喩や隠喩が苦手である。なかなか冗談が通じない。通じるようならば、「状態はいいのかな」と思う。認知機能訓練などと大上段に構えるつもりはないが、治療にも応用できないだろうか。

医師のマナーとして、ユーモアを大切にしたいと今でも思っている。ご批判はいただいたが、この特集は僕なりに重要なメッセージを伝えたつもりでいる。

## 18 周産期精神医学 (2004年8月)

産後うつ病を代表とする産褥期の精神障害は古くからよく知られ、精神科医であれば誰もが関わるであろう頻度の高い問題である。また、胎児や新生児への影響を考えて、母親の精神症状に対する薬物療法で頭を悩ませることも臨床現場の日常である。しかし意外なことに、これ

らの諸問題へ向けられる関心は高くなかったよう思う。

しかし近年、周産期精神医学は、疫学、発生・発達医学、発達心理・精神医学、神経生物学、精神薬理学を巻き込んで着実に発展を遂げつつある。今や古典となった Bowlby の愛着や Harlow の母子分離研究が、新たなコンセプトと方法論とをもって大きく展開され、予防・治療・ケアに生かされつつある。

「脳を知り、脳を守る」という脳科学のメインテーマの観点からも、周産期精神医学への期待は大きい。妊娠中の母親の受けるストレスや産後うつ病が、子どもの脳の発達にどのような長期的影響を生むのか。そのメカニズムを明らかにし、レスキューする方法を手にできるならば、数多くの精神障害の予防につながるのではないか。

この領域の最新の知見を集めた本特集は、「周産期精神医学」の研究と臨床がどこを目指しているのかを教えてくれる貴重な資料となつたように思う。

今回の特集は、この領域の第一人者である九州大学精神科の吉田敬子先生に、構成立案、執筆者の選定、共同研究者の Glover and O'Connor 氏の論文翻訳までをお願いした。付記して感謝の意を表したい。

(追記) ボウルビィ J のアタッチメント理論には強い感銘を受けた。スターん DN の「乳児の対人世界：理論編」には圧倒された。脳の発達を科学的視点と分析的視点からあわせ見たスターんの精緻な考察は、今に至っても全く斬新である。余計な話だとお叱りを受けそうであるが、かみさんと僕とで訳出する機会(岩崎学術出版)を得たことを書き加えさせていただきたい。

それにしても“発達”は驚きと魅力に満ちている世界である。系統発生と、個体発生と、文化・歴史的発生とが合流して生まれる現象である。

## 19 第2世代抗精神病薬の臨床薬理： up-to-date (2005年4月)

第2世代抗精神病薬が市場に導入されてから15年近くが経ち、これらの薬剤はそれぞれ一定の評価を得て、臨床に定着したよう思う。日本での経験が積まれ、薬理作用の研究も進み、導入当初に問題とされた有害事象には、ある程度解決されたものと、依然として未解決のままに残されているものとがある。従来にはなかった新たな問題も現れてきている。広告の文言として紹介されたそれぞれの薬剤の“特徴”は、これまで何度も何度も特集で取り上げられてきた。臨床の経験が積まれた現在、これらの“特徴”をどのように理解するのがよいのか。

非定型という名称の是非、各薬剤間の臨床的相違と使い分け、明らかになった薬理作用、そして近く臨床への導入が予定されている薬剤の紹介などを含めて、改めて第2世代抗精神病薬を取り上げることで、これらの薬剤についての理解がさらに深まると期待した。

今回の特集は、第2世代抗精神病薬の薬理学的研究に従事したことがあり、これらの薬剤の臨床経験が豊富な九州大学精神科の黒木俊秀助教授(現肥前精神医療センター)に立案していただいた。薬理学から臨床までを幅広く見渡せる氏ならではの構成となり、読み応えのある特集となった。感謝を表したい。

(追記) 統合失調症の薬物治療にはもっぱら第二世代抗精神病薬が用いられるようになった。時にハロペリドールやクロルプロマジンが必要になることがあるが、やはりパーキンソン症状をはじめ、不快な副作用が強く、併用する薬剤も多くなってしまう。気分障害やパーソナリティ障害の情動安定や衝動性抑制を求めて用いて、効果的なことも少なくない。抗精神病薬という名称はもはや相応しくないかもしれない。それはともかく、新規抗精神病薬の研究・開発は人類の大きな業績である、と思っている。

## 20 神経症圈障害のすべて (2006年8月)

神経症という用語は、18世紀に英国のCullen Wにより導入されたもので、元来「解剖学的損傷のみられない神経機能の障害」という意味であった。しかしこの当時には、病理が発見できなかった神経疾患なども含まれていたようである。その後、神経症の概念として心因が重要視され、心因としては、環境、性格、患者自身の心の構えなどが分析された。19世紀になると、もっぱら精神分析学の対象とされ、治療も分析的理解に基づく精神療法が主体となつた。

神経症概念が後退するのは、DSM-Ⅲ(1980)の導入によってである。DSM-Ⅲは、原因を仮定しない客観的な診断基準を確立するという建前をもって、それまで米国で隆盛を極めていた精神分析学の影響を取り除こうとした。このことは、精神医学自体に善くも悪くも大きな影響を与えた。

今日では、神経症に推定されていた神経機能の障害が脳機能画像で明らかにされつつあり、遺伝学的基盤が解明されつつある。その症状がベンゾジアゼピンやSSRIで改善することが実証されたことと併せて、精神医学の長足の進歩を感じさせる出来事で満ちている。「解剖学的損傷のみられない神経機能の障害」というCullenの見方は正しかったのかもしれない。

かつては心因性疾患の代表とされてきた神経症は、今や最も即物的なまなざしが注がれる対象へと姿を変えつつある。DSM-Ⅲ制作者らの思惑を越えた事態に至ったのではなかろうか。しかし診断名の変化にかかわらず、僕としては、心理次元の研究の復権を望みたい。

(追記)神経症は、便利な言葉であるが、かつてさまざまな定義が与えられ、混乱している用語の一つである。同じように用語の混乱を招いているものに「うつ病」がある。だからといって、「うつ病」

という用語を捨てさる必要がないように、神経症も新たに定義を決めて残したらどうだろうか。神経生物学的な研究はこれからも進むだろうが、精神分析的な見方が有用なことが多い。とりあえずDSMの「不安障害」は「神経症」と変えてもなんら不都合はないだろう。

## 21 双極性障害 (2006年10月)

躁病とうつ病が出現する病態を詳細に記載し、疾患単位として抽出したのは、Falret Jean-Pierre (*la folie circulaire*) と Baillarger Jules (*la folie à double forme*)といわれており、これが現在の双極性障害の概念につながるものとなった。前者は寛解期をはさんで躁病相とうつ病相が現れる経過を一つの疾患として捉えたのに対し、後者は寛解期をはさまずに病相が入れ替わる場合を单一疾患として捉えた。この点においては、今日の双極性障害の疾患概念の父はFalretであるといわれる。

気分障害の80%は大うつ病と気分変調症が占める、と考えられてきたが、軽躁病が診断に含められたことにより、双極性障害のlow endの概念は次第に拡大した。双極Ⅱ型障害を定式化したのはDunnerら(1976)であった。双極Ⅰ型障害とⅡ型障害を併せると、一般住民での有病率は1.3%になる。大うつ病と診断された患者の22%が双極Ⅱ型障害に該当した。さらに詳細な情報を得た1カ月後の診断では、40%が双極Ⅱ型スペクトラムに該当した。Akiskalは、大うつ病と診断される患者の30～70%が双極Ⅱ型スペクトラムではないかという。ここで問題となるのは、軽躁病の診断の精度である。双極性障害患者の37%が初診時に大うつ病性障害と診断される。双極Ⅱ型障害の正確な診断率はわずかに9%でしかないという報告もある。

一方双極性障害のhigh endには、気分に一致しない精神病症状を伴うエピソードあるいは統合失調感情障害、さらにはcycloid psychosisや非定型精神病、*bouffée délirante*の流れをくむ

急性一過性精神病との関係が未解決のままに残されている。

(追記)この特集を組んだ当時、すでに米国では、双極性障害の過剰診断が広がり出していた。そこで、特集の論文の中で、児童・思春期の有病率の高さに対して、加藤忠史先生と金生由紀子先生に冷静な分析を加えていただいた。日本の精神医学には、固陋な悪弊もあるが、健全な保守性もあると思う。

## 22 うつ病周辺群のアトミー (2008年9月)

かつて牛肉を食べなかった日本人にとっては牛の肉は“牛肉”でしかなかった。これを食べるようになってから、ロースだサロインだとうようになった。部位により、味(うつ病では症状)が違い、調理法(治療法)が異なるからである。うつ病も時代とともに変わるだろうが、みる目が変わったのだという説も大いに賛成である。

一見して軽くみえる抑うつ状態が、うつ病の再発の経過のなかで認められることも少なくない。一見して重いうつ病患者が、職場の移動などの環境変化により、たちどころに治ることがある。抗うつ薬が効いたのかと思えば、“実は飲んでいなかった。上司が異動になったので楽になった”と明かされる。懸命に向き合っていると、あるとき用いた抗うつ薬で躁転したりする。無力感に襲われるときである。漱石は、「大学の教授を十年間一生懸命にやったら、大抵のものは神経衰弱に罹り……ピンピンしていられるのは、皆嘘の学者」(現代日本の開花)と、なんとも手厳しいが、うつ病のことを考えているだけでも神経衰弱になりそうである。

将来に期待されるのが、神経現象学(neurophenomenology)である。神経現象学とは、意識経験(first-person experience)を神経科学的手法(fMRI, PET, MEGなど)の対象として、個人的な心、感情的な心、経験的な心、

あるいは現象学の次元の心を、神経科学の次元で理解しようとする試みだ。オートポイエーシスの提唱でも知られるゆえ Francisco Varelaによる用語である。

(追記)うつ病の中核群と周辺群は、その両極端においては、それほど鑑別に困ることはない。しかし、大半の患者達は、スペクトラムの中間にあり、内因性なのか心因性なのかに、迷うことが多い。若年者をみると、つい後者を疑いがちである。しかし、軽症内因性うつ病、双極性障害のうつ病相など、最後まで鑑別診断の気を抜くことはできない。そのうち、回復して復職する姿を見ながら、ぼんやりと初期診断を振り返ってみると、ここでもまだ確信はできない。半年後に軽躁になったり、重いうつ病相が再発したりすることもあるからである。精神疾患の診断はすべからく、長期の縦断的な観察なくしては確信に至れないのだ。僕は、何らかの理由で患者さんと別れる時には、「年賀状をください。一行でいいから最近の調子を書いてください」と頼むことにしている。こうすると、自然と長期経過がわかり、自分の初期診断の適否がやっとみえてくる。

## 23 不安の病理と治療の今日的展開 (2010年4月)

不安は進化学からみて古い情動であり、だれにも備わっているものである。生体防御行動、あるいは社会的情動ではなくてはならない情動である。今回の特集では、その生物学的意味や生理学的メカニズムについてどこまで理解が進んだのかを取り上げた。また、不安と一言で済ませがちだが、その様子は極めてさまざまだ。うつ病の不安と強迫性障害の不安とは性質が異なっている。特集では、この微細な差違に注目して、精神障害を捉え直せないかと考えた。精神障害の表面に現れていない、不安への目配りと対処がきめ細かな治療には欠かせない。解離、物質依存、痛みなど、不安とは一見して関係ないような障害についても、不安の視点から新たに

なアプローチが可能となるかもしれない。

(追記) 1998年1月に情動の神経科学を企画させていただいた。これはその臨床編である。DSMでは「不安障害」の下に数多くの障害が集められているが、その不安の性質はさまざまである。患者の語れる言葉には限りがある。すべての異常体験に共通することであるが、不安という原初的で基本的な体験の異常もさまざま、その病的表現型もさまざまである。小学生の娘が、新学年になり怖い男性教師の指導を受けて、強迫症状を起こすかと思えば、企業に就職して数年にもなる方が、心身の負担の中で、パニック障害や解離性障害になる。交通事故の体験はPTSDと親和性が強い。それぞれ、遺伝と環境とが作る体质に誘因が加わって表現型が作られる。だが、強迫にしても、パニックにしても、解離にしても、PTSDにしても、それぞれごく軽いものならば、僕たちの精神機能として働いているものばかりではないか。フロイトが「人はみな神経症だ」といったように。

## 24 双極性障害の新たな展開(2011年3月)

双極性障害は、より若年で発症し、多彩な病像を示す。若年者のうつ病が典型的でないよう、若年者では双極性障害もアモルフなことが多い。気分障害の症状は、気分・行動・思考の3つのドメインに及ぶ。成人のように、メタサイコロジカルに気分の変調を語ってくれるなら判断はしやすいのだが、行動の変化が前景に出ていると、ADHD、行為障害、境界性パーソナリティ障害などとの鑑別が難しい。それは躁的行動が、多動、衝動性、焦燥、不機嫌・易怒性などの表出症状で特徴づけられるためである。逆に、双極性障害のうつ病相は得てして非定型的な病像を特徴とするため、これもまた“新型うつ”などと決めつけられがちである。

双極性障害は本来周期性を特徴とする障害である。病相は(完全とはいかないまでも)寛解状態を挟むか、病相転移はあるかなどに注意を払

う。そのほかにも第一度親族の双極性障害、抗うつ薬による躁転やアクチベーションの既往などが参考になる。加えて参考になるのは病前性格ではないかと思う。それも、よくいわれる循環気質よりも、執着気質やhyperthymiaが多いように思う。

双極性障害が発症後の人生に及ぼす影響は甚大なものがある。朗報は、薬物療法とともに心理社会的治療法にも進歩がみられていることである。適切な診断と治療が行われるならば、その予後は相当に改善できるのではないか。本号の特集と併せて、2006年10月号の特集を参考にしていただければ幸いである。

(追記)これがもっとも最近の企画である。日本うつ病学会が、双極性障害治療ガイドラインを発表する時期に合わせて組んだものである。両者を同じ号に載せて、補完的に利用していただきたかったのだが、ガイドラインの掲載は遅れてしまった。しかしガイドラインは、定期的な改定が必要なので、掲載の主たる場を日本うつ病学会のホームページと決めている。

かつて日本薬物療法研究会で作成した「大うつ病」の薬物療法アルゴリズムは、うつ病の早期発見と治療の教材として、精神科医だけではなくかかりつけ医にも広く知れ渡った。このときに予想できなかったことは、2003年に作成したアルゴリズムの図だけが、今に至るまで、一人歩きしていることである。その結果、「うつ病の治療ではこのように薬物を出しさえすればよい」というメッセージへと変質してしまったように思う。これは僕を含む制作者らの思惑とはかなりかけ離れたものであった。そもそもは合理的なうつ病の薬物療法のためのアルゴリズムなのであって、うつ病治療のアルゴリズムではなかった。しかしこの重要なことが、本文を読まない人には伝わらなかったのだ。

そこで、双極性治療ガイドラインでは、その序言において、正しい診断と適切な精神療法があつての薬物療法であることをことさら強調した。また、いかなる出版社や企業から要請があっても、

表や図が一人歩きしないように、部分的な引用を制限した。そして、全文を読んで、趣旨を理解してもらえるように、限りなく贅肉をそぎ落とし、全体を短くした。かつ、「推奨できること」だけではなく、「推奨できないこと」にも等しく力点を置いた。

## 25 おわりに

一流の英文雑誌は原著論文を中心であり、特集にあたる論文集は著書として出版されるのが一般的である。しかし、単行本は出版までに相当の時間がかかってしまう。タイムリーに情報を発信するには雑誌が有利である。『J Clin Psychiatry』は比較的古くから特集を組んできた。そして最近になって『Nature』や『Lancet』もレビュー雑誌を出してきた。『臨床精神医学』はそれより遙かに早く刊行されたレビュー雑誌であり、当時は国際的にみても独創的な試みであったと思う。

情報に飢えていた世代のわれわれは、発行を待ち構えて読んだものである。その後、特集を

中心とした雑誌が増え、似たり寄ったりの特集が組まれるようになり、編集作業には一段の工夫が求められるようになった。しかし選択肢が増えることは、読者にとって決して悪いことではない。

僕が本誌の編集に関わってから15年が過ぎようとしている。特にこの間、精神薬理学と神経生物学は目を見張る進歩を見せた。認知療法など精神療法の工夫も進んだ。地域医療やチーム医療という、医療の姿自体にもパラダイム・シフトが起きた。また、精神疾患を脳の発達という軸から縦断的に理解する見方が優勢になり、早期介入から予防へという流れを生み出した。精神医学や心理学は、フロイトやピアジェ、ヴィゴツキーをはじめとして、精神の発達を研究対象とした長い歴史をもつが、昨今の流れは神経生物学の進歩の影響を強く受けている。

『臨床精神医学』の今後の方向の一つをあげるとするならば、発達というベクトルの上に、今まで以上に生物学と心理学を接近させて、精神疾患の多元的な理解と多様な治療法を提示していくことではないかと思っている。

\*

\*

\*