

「こころ」や「精神」を医学する 「精神医学」とは何か？

精神科医になることを
迷っている人、
なったばかりの人、
興味がある人のために

編著 **明智龍男**

名古屋市立大学大学院医学研究科
精神・認知・行動医学分野 教授

中外医学社

はじめに

巷に精神医学の教科書は溢れている。その多くは精神医学とはどういった学問なのかを説明し、また現在の精神医学の到達点について記載している。無論、こういった情報は重要である。そして本書のタイトルも一見そのような内容になっている。しかし、教科書には載っていない大切な情報も多い。例えば、私たちの精神科教室に見学にくる学生や研修医によく尋ねられる質問として、「どうして精神科医になったのですか？」がある。つまり、何 (what? 精神医学では何を学ぶか?) や、どうやって (how? 精神科医にはどうすればなれるのか?) ではなく、なぜ (why? なぜ精神科医になったのか? なぜ精神医学を選んだのか?) への回答である。これらの質問に対しては正解がなく、また個々の精神科医が感じていることも三者三様である。一方で、この、「なぜ」を知ることで精神医学の本当の魅力や価値に近づけるのではないだろうか。そして、こういった情報を提供している書籍はあまりないかと、そんなことを考えているときに本書の出版の提案をいただいた。自分の周囲を見渡して、「なぜ自分が精神科医になったのか?」「なぜこの領域を専門にしているのか?」についての明確な動機をもち、自身の意思や価値観に自覚的な医師は総じて誠実であり、また魅力的である。これは精神科医に限ったことではないが、こういったタイプの医師は使命感が行動に現れるので日々のふるまいをみているとよくわかるのである。目的とする意識が高いので、それを実現するために、頭の中で考えているだけでなく、必ず行動として表現しているからであろう。また、なぜ精神科医になったかを意識している医師は、誰にいわれなくても自身で学び続ける。医師は一生学び続けることが必然であるので、これは思った以上に大切である。

このようなよくある疑問 (なぜ精神科医になったのか?) に対して少しでも参考になる情報が提供できないかという思いから本書は生まれた。本書に含まれている項目の多くは、見学にきた若い人たちから寄せられた素朴な質問そのものである。冒頭でも書いたように精神医学に関する書籍であるので、当初は病態や治療に関する最新のエビデンスを含めるべきではないかとも思った。しかし、これらエビデン

スは日々刻々と変化するため、最新の知見を身につけるためには、良質で最先端の情報を自分が操れるようになること、つまり洪水のように膨大な情報から真に重要な情報を選択できるようになるリテラシーを身につけることが重要である。実際、巷のテキストや一般的な書籍に掲載されている情報はおそらく3～5年ぐらいで古いものになってしまうのではないだろうか。

本書は、教科書には載っていない、精神科医になりたいと思っている人、迷っている人、精神医学に興味を持っている人、なったばかりの人に対して「普段あまり人に話すことのない思い」に近い内容を提供したいという願いから生まれた。執筆者の多くは、普段から一緒に仕事をしている仲間たちである。内容を考え、多くの若い同僚にも原稿を頼むことにした。手前味噌だが、類書のない興味深い書籍に仕上がったのではないかと自負している。

タイトルにあるとおり、精神科医になることを迷っている人、なったばかりの人、精神医学に興味がある方にぜひ手に取っていただきたい。そして、自身のなぜ？に答えを見つけていただきたい。精神科医への道を歩むのか、別の道を選ぶのか、という悩みを解決する一助になれば幸いである。もちろん、その後にはどのような道を歩むのかはみなさんの自由である。

2023年6月

名古屋市立大学大学院医学研究科 精神・認知・行動医学分野 教授

明智龍男

2. 精神科医になってよかった？

鈴木祐一郎

私は1983年に大学を卒業して、名古屋市立大学の精神医学教室に、当時の事なのでローテーション研修を経ずに直接入局した。一昨年（2021年）に享年90歳で御逝去された木村敏教授の精神病理学に魅かれてのことであった。学生時代には木村先生や中井久夫先生の著作を幾つか読んだことが、私の進路の決定に大きく影響した。ただし私はその後、精神病理学を熱心に勉強したとはいえ、不肖の弟子（とさえも呼べない者）であった。

しかしこれまで約40年間、辞めようとも思わずに精神科医としての職業生活が続いてきたのだから、まずまず自分に向かない仕事ではなかったのだろうと思う。こういう言い方をすると誤解を招くかもしれぬが、当時の精神科医局は（そしておそらくは現在の多くの精神科もまた）体育会的な、あるいは厳しい徒弟制度的なところが他科と比べて少なく、そうした「文科系サークル」的な雰囲気主流であったことも自分の体質に合っていたに違いない。

もちろんそうは言っても、精神医学の勉強も自分なりに人並みにしてきたつもりではある。私たちが医療というサービスを提供する対象の患者さんやその家族・関係者達にとっては、診断や治療そして援助の方法について学ばない医者は、いくらその医者の人柄が良くても有害である（このことは数年前に夏苺郁子先生の講演を聞いた時に、あらためて教えられた）。その意味で真面目に勉強して知識と技術に習熟することは、職業人として必須でなければならない。しかし私に関して言えば、「刻苦勉励」「脇目も振らず」とか「この道一筋」という訳ではなかった。人生の一時期にそのような「一所懸命」な集中があって然るべきだという意見については、私も充分賛意を表するし、自らに欠ける性向として憧れるものもあるが、自分はそのようではなかったという以外にない。

いう研究報告もあります。大切なのは、患者さんに誠実に向き合う姿勢であり、その上で、経験を生かしていく力があれば、精神科医としての“良医”に近づけるのではないのでしょうか。このコラムが少しでも皆さまのご参考になれば幸いです。皆さまの今後のご活躍を祈念いたします。

先輩医師からのメッセージ

患者さんの回復や成長の場に立ち会えた時、精神科医としてこの上ない喜びを感じ、時には感動することすらあります。人や心に興味がある方、人のためになりたい方、精神科は大歓迎です。他学部を卒業された方は勿論、読書好きな方、音楽好きな方、映画好きな方、スポーツ好きな方、旅行好きな方も、自分の体験を生かすことができるでしょう。社会の中で精神科医のニーズがさらに高まっています。私達と一緒に精神科領域を盛り上げていきましょう。

4. 対人関係療法 (IPT)

利重裕子

1. IPT の歴史と現在

対人関係療法 (Interpersonal psychotherapy: IPT) は、1970 年代より米国にて故 Klerman と Weissman らによって、うつ病を対象として開発された短期精神療法である^{1,2)}。IPT 開発時には、新しい精神療法を一から作り出すのではなく、さまざまな精神療法の効果的な要素を取り入れ、うつ病に対する体系的アプローチの構築が目指され、1984 年にはオリジナル・マニュアル「うつ病の対人関係療法」が作成された³⁾。臨床研究による IPT の効果検証が進み、有効性のエビデンスは豊富に蓄積された一方で、効果検証を優先したために一般臨床への普及は 1990 年代からとなった。しかし、2002 年には国際対人関係療法学会 (International Society of Interpersonal Psychotherapy: ISIPT)⁴⁾ が設立され、米国以外の国々でも IPT 普及は着実に進んでいった。日本においては、2007 年より水島広子先生によって対人関係療法勉強会 (現在の IPT-JAPAN) が始められ、現在、日本国内においても IPT の普及が進みつつある。

2. うつ病に対する IPT

1973 年に最初に施行された急性期うつ病患者に対する臨床試験では、IPT 単独が抗うつ薬 (アミトリプチリン) 単独療法と同等の改善を認め、さらに IPT と抗うつ薬の併用は最も高い効果を認めた⁵⁾。また、1989 年に施行された大規模多施設共同臨床研究試験では、IPT が CBT と同等の抗うつ効果を認めた⁶⁾。さらに、2013 年に施行されたネットワーク・メタアナリシスでは、7つの精神療法 (支持的精神療法、力動的な精神療法、社会技能訓練、問題解決療法、CBT、行動活性化療法、IPT) について、各々の精神療法を待機群と比較した場合の有効性には有意差を認めないものの、7つの精神療法を相互に比較した場合、「IPT のみが支持的な精神療法よりも有意

対人関係



気持ち・症状

2. 「気持ち・症状」と関連する「現在の対人関係」において、どのような対人関係上の選択肢があるかを検討する。
3. 患者が対人関係上の選択肢を選び、実行できるように支援する。

架空症例を用いて、中期でのセッションの一部を説明する。

20代前半の未婚女性

病名：うつ病

家族構成：両親と3人暮らし

問題領域：(就職を起点とした)対人関係上の役割の変化

提示したセッションで取り組んだ治療目標：患者が就職という「対人関係上の役割の変化」に適応するために、重要他者である母との関係からもたらされる安心感をより確かなものにする。

【IPTの治療戦略】

「気持ち・症状」と関連する「現在の対人関係」に焦点をあてて介入する。

①朝、母に悩みを相談しようとしたが、母に断られた。

③悩みごとがあっても、母に相談することはなくなり、悩みごとを一人で抱えるようになった

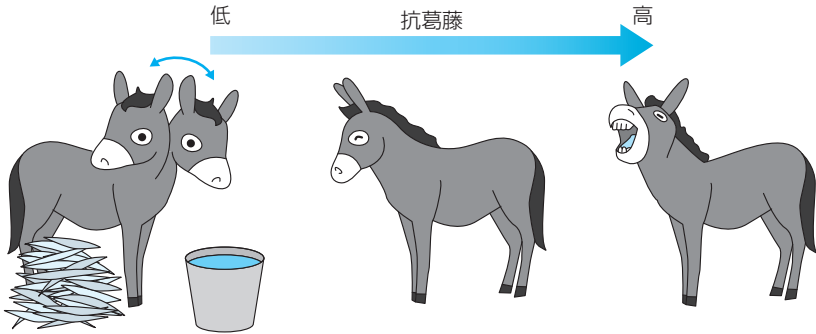
今回は、「抑うつ気分」に関連する「患者と母との対人関係」に焦点をあてて介入していきます。

対人関係

気持ち・症状

②「お母さんに相談するのは迷惑だから、もう相談しないほうがよい」と思って落ち込んだ。





【図2】抗不安薬の用量の差異と効果のイメージ

ネズミはたとえチーズがあったとしても明るいところには出てきません，猫がいたりしたらなおさらです．けれどもネズミに「抗不安薬」を飲ませると，明るいところでも平気で出てくるようになります．「抗不安薬」の本質は抗葛藤作用です．

さらに次頁の絵（【図2】）を見てください．一番左のロバは，水を飲むか，干し草を食べるか悩んでいます，「抗不安薬」を飲むと，一時的に葛藤が弱まって真ん中のロバのように安心します．けれども，「抗不安薬」は低用量で脱抑制（葛藤が取れすぎて衝動や感情が抑えられない）反応が出現したり，高用量で奇異反応（鎮静作用と逆に興奮する）が出たりして，右のロバのようになることがあります．もともと衝動性の高い人が脱抑制反応によって思いもよらない行動をとったり，薬剤へ反応しやすい人に奇異反応が起きて興奮したりする可能性があるというわけです．

「抗不安薬」であるBZP系薬剤は，GABA神経細胞のGABA_A受容体に作用し，その神経伝達を促進して，①睡眠・鎮静作用，②抗不安作用，③抗けいれん作用，④筋弛緩作用を示します．GABA神経は，脳に広範に存在する介在神経で，他の神経回路に抑制的に働きます．高用量で使うと抑制した回路をさらに抑制してしまうため，脱抑制反応が起こります．

BZP系薬剤は少ない量で効くかどうかで高力価－低力価，作用時間によって（超）長時間－（超）短時間作用と分類されます．1カ月以上持続して使用した後に薬剤をやめると，中断（離脱）症状が生じます．短時間で高力価なほど，離脱症状が強く