

【特別企画】
宮岡 等…編

向精神薬療法の限界

若い研修医をみると、多くの精神疾患において、DSMで診断をつけ、治療アルゴリズムによって向精神薬療法を行い、それでも改善しない場合にはじめて性格や環境に働きかける傾向が強くなっているように思う。極端な場合、向精神薬が効かないだけで、精神療法やカウンセリングと呼べるアプローチはほとんどないまま、難治症例であると納得し、治療におけるみずからの技量不足が棚上げされることもある。

多少極端な言い方になるかもしれないが、情動不安定型や回避型の人格障害を有する人のうつ状態は、かつて「神経症のうつ状態」とか「抑うつ神経症」のような診断の下で、精神療法や環境調整を中心とし、補助的に薬物療法を用いると教えられた。

最近では薬物療法を主体とし、それで改善しない部分について精神療法を行えばよいとされることが少なくない。たしかに、このような症例にDSMをきちんと適用すると、第一軸は大うつ病、第二軸は○型人格障害と診断され、治療アルゴリズムに従えば、最初の適切な対応は十分な薬物療法ということになる。「パニック障害に気分変動症や大うつ病を合併している」ととらえられるような症例にも同様の面がある。

本号は「向精神薬療法が進んだと安心して何に注意しておけばよいか」、「向精神薬療法につながらる診断基準や治療アルゴリズムをどう使うのがよいか」、「向精神薬

療法が比較的効くといわれる疾患でも、精神療法や環境調整をどう併用しなければならぬか」などという疑問をそのまま特集にしたものである。このように書くと、精神療法の意義を強調したがっていると受け取られるかもしれないが、編者は精神科治療の主体はやはり薬物療法であると考えている。ただ、最近の一部の精神科治療があまりに心理社会的な面への配慮を忘れる傾向があることを危惧しているのである。各執筆者にはかなりの難題を押しつけてしまったが、今後の精神科治療のあり方を真剣に考える姿勢があらわれた原稿ぞろいとなった。この場を借りてお礼申しあげたい。