

シンポジウム：“患者にやさしい医療面接” から “こころを癒す精神療法” へ

## 日常の常識に沿う精神医療のすすめ<sup>\*1</sup>

齊尾 武郎<sup>\*2</sup>

フジ虎ノ門健康増進センター

### From “patient-friendly medical interview” to “psychotherapy with healing power”: Recommendation of common-sense psychiatry

Takeo Saio

Fuji Toranomon Health Promotion Center

#### Abstract

Today, both polypharmacy of psychotropic drugs and rude behaviors of psychiatrists in medical encounters provoke public mistrust in psychiatry in Japan. On the former issue, we already discussed in-depth in an academic meeting and received a lot of media coverage.

On the other hand, many academics condemn the bad practice of cookbook-medicine in psychiatry spreading throughout Japan. This kind of cookbook-psychiatry in Japan has arisen from 1) implementation of a positivism-psychometric approach without the knowledge of background culture of those theories, and from 2) psychiatrists' inhibition of ideas when confronted with problems beyond their ability.

To conquer this, Japanese psychiatrists should gather information of patients open-mindedly because the existing methodology in psychiatry avails nothing to newly emerging psychopathologies. But as mentioned in exordium, rude behaviors and choplogics of psychiatrists pose impediments to have good doctor-patient relationships. So we propose in our symposium the importance of the medical interview as the basis of both diagnosis and psychotherapy for its nature of a common-sense approach might offer clues to solve the impregnable situation. And also we stressed that the life-style modification of the patients is central to the psychiatric treatment as is the same and common in other areas of medicine.

#### Key words

mistrust in medicine, cookbook-medicine, psychiatric encounter, psychiatric disorders not otherwise classified, public understanding of science (PUS)

*Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation)* 2013 ; 40 : 389-94.

<sup>\*1</sup> 本稿は、第108回日本精神神経学会シンポジウム25 (2012年5月25日(金)11:00~13:00, 札幌コンベンションセンター 大ホールAB)「患者にやさしい医療面接」から「こころを癒す精神療法」への口演内容を整理して論文化したものである。

<sup>\*2</sup> K&S産業精神保健コンサルティング (K&S Consulting Office for Occupational Mental Health)

## 1. 危機に瀕する精神医療

現在、精神医療の質が問われている。すなわち、不適切な処方や辛い副作用に苦しんだり<sup>1, 2)</sup>、診察時の医師の心無い態度や発言で患者が精神的に傷つけられたりすること<sup>3)</sup>が社会的に大きな問題となっている。前者については、第107回日本精神神経学会学術総会(2011年10月)でもさまざまな形で取り上げられ、大きな反響をもたらした。

いっぽう医学界の内部からの批判としては、医師が十分に診察せず検査ばかりするようになり、診察技能が低下したと指摘されて久しい。これは精神科では、「精神障害の診断と統計の手引き(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM)」などの操作的診断基準の普及により、若手医師たちの症候学的な知識が乏しくなり、患者の病態水準や背景にある環境の要素を考慮せず、安易な診断をしがちであるという、ベテラン医師たちの嘆きとなっている<sup>4)</sup>。だが、このようなマニュアル片手に「料理本医療」<sup>5)</sup>化した精神医療は、若手医師だけでなく、ベテラン医師にも見られる。すなわち、初診の問診を精神保健福祉士や看護師に委ねたり、患者に既存のスクリーニング用の問診票を記入させたりするなどして、ベテラン医師がごく短時間の診察しかしないケースを少なからず見かけるのである。これは5感を用いて診察する以外に患者の発する疾病に関する情報を収集する方法がほとんどない精神科にとって、由々しき事態である。

## 2. 診療ツールの恣意的使用

このような「料理本医療」化した精神医療は、操作的診断基準や各種の臨床評価尺度の普及など、実証主義的精神医学/計量精神医学<sup>6)</sup>にその責を負わせるべきなのであろうか。本来は実証主義的精神医学/計量精神医学こそ、科学哲学的には論理実証主義的立場<sup>7, 8)</sup>から厳密に物事を定義して情報を収集すべきものである。しかるに今日

のわが国で生じている現象は、こうした厳密な科学としての精神医学とは真逆であり、臨床現場では操作的診断基準や臨床評価尺度といった診療ツールが、少なからず本来使用されるべき厳密な定義や条件が無視され、恣意的に使用されている。

むしろ、臨床現場では利用可能な医療資源や時間には制約があり、厳密な科学としての精神医学を完璧に実践することは不可能である。しかし、本来、厳密な科学を企図して作成された診療ツールを、その作成経過や使用条件を弁えず、使用者が恣意的に利用するのでは、基準や尺度を設けた意味が失われてしまう。また、実証主義的精神医学/計量精神医学の立場で作成された診療ツールも、精神疾患を把握するための仮説に基づくものに過ぎず、その背景にある疾病理解の妥当性を保証するものではない。しかしそれでも、恣意的に使用されてしまえば、その仮説の検証も不可能となる。ではいかにしてこの事態を招来したのだろうか。

一つには、わが国にそうした診療ツールが輸入される際に、それらが作成された背景<sup>9)</sup>が十分に伝わらなかったためであろう。すなわち、第2次世界大戦戦前・戦中の精神病理学/哲学的精神医学とナチズムとの親和性の問題<sup>10, 11)</sup>や従来診断の再現性の乏しさを超克する動きから、戦後に実証主義的精神医学/計量精神医学が勃興し、精神医学に革命を起こしたことがわが国ではほとんど知られなかったがために、実証主義的精神医学/計量精神医学の立場で作成された診療ツールが表層的かつ便宜的に臨床で使用されてしまった。ナチスドイツ時代の負の遺産を実証主義により乗り越えようとする欧米の精神医学界の努力は、戦前・戦中のドイツ人精神科医たちの米国への亡命とその後の研究の動きを追い、来日したドイツ精神医学界の重鎮たちの講演を聴けば理解できる<sup>12)</sup>のだが、わが国でこれを論じる者は少ない。

この問題を要約すれば、わが国の精神医学のガラパゴス化現象である。すなわち、近年の国際社会のグローバル化に先立つ時代に先進諸国の学問

を日本語に翻訳して輸入していたため、当該学問の周辺知識や文化が伝授されず、いずれの学問も国内で訓詁学的に議論されるに留まり、学問の広がりやわが国独自の偏狭で硬直したものとなってしまったこと<sup>13)</sup>が、精神医学にも当てはまるのである。

### 3. 精神疾患の軽症化

さて、「料理本医療」の蔓延を解明するもう一つの補助線は精神疾患の軽症化である<sup>14)</sup>。ただし、軽症化したからといって、精神疾患が治りやすいわけではない。むしろ、軽症化したからこそ、従来の診療戦略が通用しなくなってきた。従来であれば、疾患に特徴的な症状 (pathognomonic symptoms) があったものが、非特異的で把握しにくい症状に置き換わり、診断・治療の手掛かりが乏しくなった<sup>15)</sup>。また、軽症化すればこそ、患者の症状も多様化し、診断の際にノイズとなってしまっている。すなわち、従来の精神病理学／哲学的精神医学では病態理解や診断が困難となった。

このことは、わが国におけるいわゆる「新型うつ病」を巡る混乱を考えれば、思い半ばに過ぎるであろう。確かに古典的なうつ病像 (うつ病中核群<sup>16)</sup>) では理解しきらないうつ病圏の患者群は筆者の診療経験上、少数だが存在する。しかし、それを「新型うつ病」に属する精神病理学的な諸疾病概念で十分に説明しきれるかと言えば否である。あるいは、それらが従来診断 (症状合成論的立場に基づく記述精神病理学的診断) や DSM や International Classification of Diseases (ICD) などの操作的診断基準である程度説明がつくとしても、そうした診断体系におけるうつ病圏の疾病の典型例とは病像が異なり、わが国の精神病理学者が発見した新たなうつ病像を示す患者群に対しては、従来の症候論では太刀打ちできないのである。

これはわが国でも長く問題となっている「ひきこもり」についても同様の事情であり、個別の症例の原因疾患をいかに精神医学的な診断で精細に鑑別・分類しようとも、その発現形式である「ひ

きこもり」現象の根本的解決につながったかといえば、甚だ心もとない<sup>17)</sup>。さらに言えば、高機能広汎性発達障害の成人期診断例についても、その疾病論的な位置づけは未だ定まっておらず、診断が治療に反映されているとは言い難く、過剰診断の弊害すら指摘されているほどである<sup>18)</sup>。

あるいは、慢性疲労症候群や線維筋痛症など、精神疾患との強い関連性が示唆される機能的な身体症候群<sup>19)</sup>と呼ばれる身体疾患群もまた、従来の症候論では精神医学的にも、身体医学的 (精神疾患も少なからず生物学的な基盤を持つことを考えると、精神医学と身体医学という二項対立構造を想定することには一定の留保が付くが) にも、病態の解明にはつながっていない。

このように精神疾患の軽症化に伴う非特異的な症状の増加や、自ら症状を語る「口数の多い」個別性の高い患者とのコミュニケーションの増加が、これまでの典型的な症状の「無口な」患者群に対する定型的な精神医療とは別の方法論を必要としているのである<sup>20)</sup>。

あるいは「料理本医療」化した精神医療は、こうした現代的な精神疾患の病像の変化に対する「抑圧」という形の防衛機制なのかもしれない。すなわち、現代的な病像を発生的にも静的にも了解しがたいがため、医師は無力感を感じる。十分に病像を把握できず、己が治療者として無力であるという苦痛から逃れるために医師たちは患者という謎を考えることを止め、パターン化した「料理本医療」に埋没することにより、「料理本医療」の提供する「かのような了解 (als ob Verstehen)」を共有し、よき治療者たりえない悲しさを忘却しようとしているのかもしれない。これが「料理本医療」が精神医療に蔓延した二つ目の理由である。

### 4. 基本的な診療スタイルの重要性

今日のポストモダン社会で多種多様化した精神疾患の病像に対峙するには、客観性・普遍性を旨とする近代合理主義的な方法論では限界があり、

一期一会で患者の抱える問題をその都度、間主観的に解決していく社会構成主義的なナラティブ・ベースト・メディシン (narrative based medicine : NBM)<sup>21)</sup>を必要とする。ここでは、医師患者関係は時に逆転し混沌とするが、「場」が人を癒す。つまり、経験豊かな医師がしばしば語るように、医師は患者を治すことにより、同時に医師は患者から救われる。本来、そのような「力」を診察室は持っているのである。

ところが残念なことに、そうした癒しの「場」であるはずの精神科の診察室でのコミュニケーションがうまくいかず、しばしば患者も医師も気まずい疎外感を味わっている。精神疾患の病像が変化し、患者のもたらす雑漠で記述の困難な情報が増えた以上、従来のような定型的な精神疾患のパターンを把握するための診断面接では対応しきれないのは当然であり、パターン化しにくい今日的な精神疾患の病像に対応した新たな診療スタイルが必要となる。しかし、そのためには、巧みな診察テクニックよりもまず、患者が精神科医の前で緊張したり警戒してしまったりすることによって病像を修飾することのない、「自然な」対話ができる診療環境づくりが大切なのである。

精神科は本来、種々の診療科目の中でも、もっとも面接の得意な科目のはずである。ところが、現実には、精神科では患者からの医師の診察態度を巡る批判が他の分野よりも厳しい<sup>22)</sup>。精神科が心を病む患者を診る科目であることを鑑みれば、これがいかに深刻な事態であるかは明らかだろう。この問題は精神科の臨床研修が少なからず、基本を修得しないままに、応用を追求するスタイルで行われていることによる。なぜならば、近年の新研修制度下で基本的な診療スタイルを学んだ若い医師たちでは基本的な患者対応の“マナー”が守られており、往々にして旧来の研修で成長した精神科医よりも、患者やスタッフとのコミュニケーションが優れているからである<sup>23)</sup>。そもそも診察の基本さえしっかりしていれば、患者との間に大きな問題は起きないものだが、それが不十分であるからこそ、患者からの信頼を得られず、不

必要にトラブルを招来しているのではなかろうか。そこで本シンポジウムでは、精神科面接の基本を考えていくこととした。

## 5. 精神科面接の「守破離」

18世紀の茶人・川上不白は戦国時代の茶聖・千利休の修行観を兵法用語（一説には高坂弾正昌信口述の甲州武田氏の軍学書「甲陽軍鑑」に由来するという）になぞらえ「守破離」と表現した。すなわち、医の道においても、まずは型を「守」り、体得した段階で型を「破」り、己のオリジナルな型を追究する（「離」）のが本筋である。

そこで本シンポジウムでは、まず、精神科診察における基本の段階（「守」）として内科・総合診療分野で盛んに取り入れられている「医療面接」<sup>24)</sup>を取り上げ、その評価法としての客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination : OSCE)<sup>25)</sup>を紹介した。次いでその応用編・発展段階（「破」）として精神科の専門性としての「精神療法」を検討した。これにより、医療面接の基本を身に着けた若い医師が医療面接の「次の段階」あるいは「応用編」として、正しく「精神療法」を修得できるようになり、優れた精神科医を輩出できると考える。また、医療面接という領域横断的な診察の基本技術を修得しないままにベテランとなってしまった精神科医も、改めて診察の基本を学ぶことにより、患者との不幸な出会いを減らすことができる。

さらに本シンポジウムでは、精神科面接の「離」の段階として、「療養指導」を取り上げた。患者に対する「療養指導」という名の「養生」の勧め（「医師が病気を治すのではなく、他ならぬ患者自身が病気を治すのだ」という思想に基づいている）は、精神科治療の初期段階から行うべきもので、形式的には経験の浅い精神科医でも可能なものだが、それでは患者が生活態度を改めることはなく、実効性がない。「療養指導」には、患者個々人の価値観はもとより、ライフスタイルや当世の社会事情を把握した上で、患者の共感を呼ぶ形で適切

なタイミングで（卒啄同時）治療者が病気を超克あるいは共存するための生き方の知恵を語らなければ患者の心に響かないという、名人芸的な精神療法の側面があるゆえに、ここでは「離」と位置付けた。また、「療養指導」には、精神疾患が生活習慣を損ない、生活習慣の乱れが精神疾患を悪化させるという悪循環を断ち切ることにより、精神疾患の改善を図るという、「生活習慣病としての精神疾患<sup>26)</sup>」の視座がある。

## 6. 終わりに：常識にかなう精神医療へ

本稿冒頭に「危機に瀕する精神医療」と記した。これは決して誇張ではなく、今や国民の精神医療への不信はその極に達し、精神医療を過剰な不適切診療の塊であると非難し、精神医学の疑似科学性を指弾する極端な精神科不要論が声高に叫ばれ、科学的根拠のない民間療法が盛んに施術されている。こうした精神科批判の動きは患者の適切な治療へのアクセスを妨げ、過少診療による被害を生むのだが、これに対する医学界の動きは鈍い。

筆者もまた、精神医療の現状を憂うもの<sup>27)</sup>だが、精神医療の改革は医師のプロフェッショナルオートノミー<sup>28)</sup>により成し遂げられるべきであるし、医師たちの手で成し遂げることが可能であると考えている。そして改革の根幹には、精神科医の臨床能力の向上というただ一点のみが必要であると確信している。すなわち、わが国の精神医学界が、精神科医に最小限かつ必須の“臨床的”知識や“臨床”判断の方法論を正しく提示していないがために、精神科医の診療レベルが標準化されていないことが、わが国の精神医療の混迷を招来していると考えている。精神医学界はこれまで多士済々で百家争鳴の観があったが、諸氏の意見の対立を超えて、精神科医として修得すべき標準的かつ最小限の知識とスキルを提示すべき時期に差し掛かったのではないかと。

ここで重要なことは、もはや精神医学は医学の中でも特殊で、通常の医学的理解を超えるものだ

という考え方は過去のものになりつつある<sup>29)</sup>ということであり、個々の精神科医・精神医学者の思想の自由は尊重しつつも、良識ある一般市民の常識にかなう精神医療のあり方を模索し、精神医学における一般市民の科学理解（public understanding of science : PUS）<sup>30)</sup>を推進することが必要なのである。この意味で、本シンポジウムで市民社会の中で医師に求められる“患者にやさしい”コミュニケーション技法を培う医療面接，“こころを癒す”専門的な精神療法の基本、患者を主体とする常識的な養生の知恵などが具体的に示されたことは、精神医療改革に向けての大きな一歩となろう。

## 文 献

- 1) 齊尾武郎. “壁のない医師”のみた精神科処方. 精神経誌. 2011 : SS146-51.
- 2) NHK取材班. NHKスペシャル うつ病治療 常識が変わる. 東京 : 宝島社 ; 2009.
- 3) 西城有朋. 精神科医はなぜ心を病むのか. 東京 : PHP 研究所 ; 2008.
- 4) 中安信夫. DSMは精神科医をして「感じず、考えない人」に墮さしめた！精神科治療学. 2012 ; 27 (1) : 131-4.
- 5) Timmermans S, Mauck A. The promises and pitfalls of evidence-based medicine. *Health Aff.* 2005 ; 24 (1) : 18-28.
- 6) 古川壽亮, 北村俊則. 精神医学における実証主義と操作化と計量的手法. 臨床精神病理. 1992 ; 13 (2) : 89-100.
- 7) 黒木俊秀. DSMと現代の精神医学：どこから来て、どこへ向かうのか. In : 神庭重信, 松下正明, 編. 精神医学の思想. 東京 : 中山書店 ; 2012. p. 123-36.
- 8) 堀 有伸, 内海 健. 精神病理学からみた操作的診断の功罪 — 科学哲学からの検討. 精神療法. 2011 ; 37 (5) : 574-9.
- 9) Spiegel A. The dictionary of disorder: how one man revolutionized psychiatry. *New Yorker*. 2005 Jan 3 : 56-63. [齊尾武郎, 訳. 病気の辞書 — 精神医学に革命を起こした男の話. 臨床評価. 2005 ; 33 (1) : 261-70.]

- 10) 小俣和一郎. 精神医学とナチズム: 裁かれるユング, ハイデガー. 東京: 講談社; 1997.
- 11) 岩井一正. 70年間の沈黙を破って — ドイツ精神医学精神療法神経学会 (DGPPN) の2010年総会における謝罪表明. (付) 追悼式典におけるDGPPNフランク・シュナイダー会長の談話「ナチ時代の精神医学 — 回想と責任」(邦訳). 精神神経学雑誌. 2011; 113(8): 782-96.
- 12) 齊尾武郎. 哲学的な精神病理学から実証的な計量精神医学へ. 臨床評価. 2005; 33(1): 259-60.
- 13) 鈴木 直. 輸入学問の功罪 — この翻訳わかりますか? 東京: 筑摩書房; 2007.
- 14) 笠原 嘉. 外来精神医学という方法 (笠原嘉臨床論集). 東京: みすず書房; 2011.
- 15) 田中伸一郎. 統合失調症のノーマライゼーションとポストモダン — いわゆる輪郭不鮮明型の精神病理学についての一試論 —. 精神科治療学. 2012; 27(4): 489-98.
- 16) 市橋秀夫. 中核群うつ病. 精神科治療学. 2009; 24(1): 27-31.
- 17) 斎藤 環. 医療は「ひきこもり」現象をどう引き受けるのか. 精神科治療学. 2012; 27(4): 475-81.
- 18) 常に“発達”の視点を持って患者さんを診ることが, 広汎性発達障害の正しい診断につながる: 広沢正孝氏 (順天堂大学スポーツ健康科学部健康学科教授・精神保健学) に聞く [interview]. 週刊医学界新聞. 2011 Feb 28; (2918).
- 19) Barsky AJ, Borus JF. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999; 130(11): 910-21.
- 20) 岩井圭司. これからの精神病理学の役割と機能, あるいは反・精神病理学. 精神医療. 2007; (45): 77-83.
- 21) Kalitzkus V, Matthiessen PF. Narrative-based medicine: potential, pitfalls, and practice. *Perm J.* 2009; 13(1): 80-6.
- 22) 下田治美. 精神科医はいらない. 東京: 角川書店; 2004.
- 23) 宮岡 等. 心理療法以前. こころの科学. 2011; (160): 17.
- 24) 平島奈津子, 野口賢吾. 心理療法以前に役立つ医療面接の技法. こころの科学. 2011; (160): 18-22.
- 25) Burton NL, de' Medici AH, Stacey NC. *Clinical skills for OSCEs.* Oxford: BIOS Scientific Publishers; 2003. [齊尾武郎, 南郷栄秀, 訳. OSCE直前対策. 京都: 金芳堂; 2006.]
- 26) 井原 裕. 治療以前に療養指導 — 寝不足なら寝ればよい. こころの科学. 2011; (160): 29-36.
- 27) 齊尾武郎. 精神科医 隠された真実: なぜ心の病を治せないのか. 東京: 東洋経済新報社; 2011.
- 28) World Medical Association. WMA declaration of Madrid on professionally-led regulation: Adopted by the 60<sup>th</sup> WMA general assembly, New Delhi, India, October 2009. [世界医師会. 医師主導の職業規範に関するWMAマドリッド宣言. 2009年10月.]
- 29) 仙波純一. 精神医学の実証主義的展開. 現代思想. 1996; 24(2): 164-73.
- 30) 齊尾武郎. 一般市民の科学理解 (Public Understanding of Science: PUS). In: 高久史麿, 宮岡 等, 齊尾武郎, 栗原千絵子. こころの病は, 誰が診る? 東京: 日本評論社; 2011. p. 208-11.

\* \* \*