

# 第1部 ● 精神科臨床の覚書

最初のセクションは精神科臨床で1~2年目くらいの若手が知っておいたほうが良い“総論”を扱います。基本ソフトと思ってください。例えば初診時ですることとか疾患別で対処することなんかは確かに大事ですが、ここで見てもらおうと思っているのは、それ以前としての心構えや態度みたいなもの。具体的にじゃなくて抽象的なことなので、ちょっと難しいなあと思うかもしれません。かつ、これを学んだからといって明日からすぐに臨床で役立つ！ ということはないかも（逃げ腰）？ でも、その根っこの部分として働くものと考えています。

精神科っていう科は、他の科よりも曖昧さがつきまとっています。「精神医学は科学なのか!？」なんてのは往々にして言われることですし、精神科医はそれに対してどこかちょっと自信なく、何となく他科にコンプレックスをもってしまう部分も。精神科を糾弾するサイトや本などもたくさんありますね。これらは極論も多くて紋切り調。そういうのは大衆受けも良いんですが、現実に行われている診療のファジィさを認めず品のない批判に終始しているものも数多く、教祖とその信者と化している雰囲気もあります。ただし「まあ確かになあ…」と思ってしまう部分もいくつか出てきちゃいます。こういうのは一笑に付すべきではなく、火のないところに煙は立たないという言葉の通り、反精神医学が何時の世もあるという理由を、私たちは真摯に考えねばならんでしよう、うむ。

治療においては抗うつ薬や抗精神病薬といった向精神薬の出現により他科に近づいた感じはあるものの、そのお薬も実は怪しいもんです。うつ病とか統合失調症とか、そういう精神疾患のメカニズムというのはわかっていません。崩れそうな仮説を頼りに現在の薬剤はつくられており、特にモノアミンのみではもう先が見えてしまってます。その限界はきちんと認識しましょう。また、奇しくも薬剤が出たため、今の精神科医は症状が遷延する患者さんを“薬剤治療抵抗性”と見なしがちになっています。昔のコマーシャルで「パファリン®の半分は優しさでできています」というのがありましたが、まさにそれが今必要なんじゃないかしら。薬剤は環境改善と相まって効果が出てくるということ

忘れてはいけません。薬剤だけあーだこーだやってもなかなか難しい部分もありますし、症状と副作用の区別もつけなきゃいかんです。

薬剤以外で治療者が行う治療法をまとめて精神療法と言わせてもらいますが、それには認知行動療法とか対人関係療法とか精神分析とか、色んなものがあります。大きく言って、自助能力を高めるための援助でしょうか。精神科に入ったばかりだとこんな様々な治療法を見て「何をすれば良いんだこりゃ…」 「どう患者さんに接して良いのかわからん…」と途方に暮れてしまうこともあるでしょう。しかも患者さん1人あたり3分から10分くらいの短い外来診療で“何たら療法”というような濃厚な治療は困難なことが少なくありません。理想的には、認知行動療法と薬剤療法の組み合わせなんかがあると良いんですけど、やっぱり理想。現実には甘くないのでございます。世の中は「何で日本の精神科は認知行動療法やらないんだ！製薬会社と癒着してるのか！」という疑いと非難の眼をこちらに向けますが、外来患者さんの多さと1人にかけられる時間を考えればそんなのムリなのは明らか。それなのに「もっと1人に時間かけろ！」と言ったかと思うと「待たせすぎ！」だとか、そんなダブルバインドどないせいつちゅうねん。だから“患者さんが多いためできるだけ短時間で一定の質の治療を目指す”という実情を踏まえると、薬剤メインになってしまうのもムリはないかも、とも考えちゃいます。極端だと、こんななってしまうかも？

患者さん「先生、なんか不安なんです…」

医者「よし、その不安を抑える薬出しましょう」

患者さん「先生、飲むお薬が多くなって不安です」

医者「よし、その不安を抑える薬出しましょう」

患者さん「Oh…」

さすがにそこまではならんですけどね…。

さらに言ってしまうと、精神科は診断というものすらはっきりしないんです。私たちが“統合失調症”と定義する疾患も、おそらくは様々な疾患を集めた“統合失調症候群”とも言えるもの。現在の精神科の診断はほとんど症状を指標にします。例えば腎臓の病気なら生検して“IgA腎症”とか“膜性腎症”とか分けることができます。症状だけでなくその他にも診断のために用いることがで

きて、それが当然のようにも思っています。でも精神科は症状のカタマリを“疾患（障害）”としてグルーピングするしかなく、非常に危なっかしくて暫定的なものなのでございます。悪く言うと、上っ面だけを眺めて診断してるってことですわね。前時代的と言われてもあんまり返す言葉もない…。私たちが拠り所とするものは全てどこか頼りないというのが、今の精神科なのかしらと思っちゃいます。

何だかはっきりしないものばかりの現状、私たちにできることは、曖昧さのなかを、曖昧さを認めて進んでいくことだけ。不安にもなるでしょう。でも、この霧のなかの海原で、先を照らしてくれるような灯台も存在します。それは、患者さん自身にはしなやかな回復力、最近の言葉では“レジリエンス”なんて言いますが、その力があるということ。私たちはこれを信じて日々の臨床を行うことが大事なんじゃないかなって思ってます。我慢強く、耐える診療というのが多いでしょう。本に載ってるいわゆる“症例”っていうのは「これこれこうしたらこうなった」みたいな変化の部分しか記載されません。でも実際、毎回の診察では、患者さんの状態が変化しない期間のほうが長いですよ。うちの患者さんなんか良くならないと「やっべえ…」みたいな気分させられちゃいます。患者さんは患者さん自身を責めて希死念慮みたいなもの口にするんですが、それが治療者への攻撃に聞こえてきてしまいます（全部じゃないですよ、念のため）。そうなるちょっとこっちも焦ってくる。そんな良ならず停滞した時間をひーひー言いながら凌いで、という作業が私たちに必要になります。その果てに変化は生まれるもの。患者さんも治療者も辛いこの期間をどう耐えていくか、が特に若手にとっておぼつかなくて怖いもんでございます。

そういうことを鑑みて、このセクションは、精神科医になったばかりの若手が患者さんと接するにあたって「どうやれば非侵襲的であるか」というのを目的としています。初めに会った患者さんに対しても、なかなか治療に反応しない患者さんに対しても、良くならなくてやきもきしてついお説教してしまう衝動に駆られて言ってしまうないように、というのが大事になってきます。レジデントのなかには「え、何でそんなこと言っちゃうの!？」ということ言う人も少なくありません。

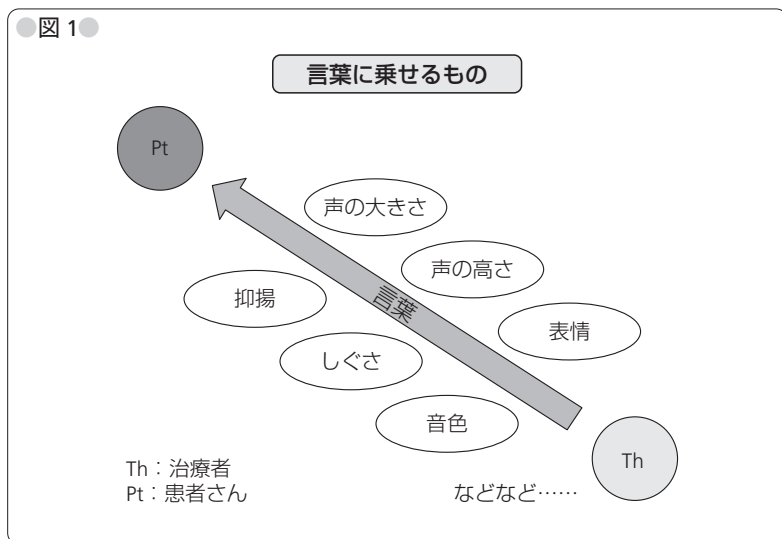
患者さん「先生、やっぱり調子悪くて…」

医者「それはね、あなたの考え方が悪いんですよ。もっと前向きに考えてください」

患者さん「は、はい…」

悪気はないと思うんですけどね…。改善しない時なんかこっちは針のむしろみたいな気分ですから「何とかしないと！」と焦ってつい色々言ってしまう…。すっごくそういう気持ちはわかるんですが、こんなんでも前向きになれば、わざわざ医者のところには来ません（でも言っちゃうよね…）。言葉というのは希望を灯す役割を持ちますが、同時にその灯をフッと消してしまうような危険性も有しています。精神科医は言葉を上手に使わんとはいかんです。こっちは何とも思わずに投げかけた言葉が、患者さんにとってはきつつい一言になりうるという暴力性を秘めたものだという事、これをしっかり認識しましょう。そして、言葉はこうやって文字にすると感情が入らないので苦勞するんですが、音声的な響きやその時の治療者の表情やしぐさなどに強い影響を受けます。サリヴァン先生っていうエライ精神科医も「verbal じゃなくて vocal が大事」って言ってます。言葉に乗せるものも実に大事だなと思いますよ（図1）。

なかなかこれらの側面に無頓着な人は、精神科の基本ソフトがまだ入っていない



ないだけだと思います。それを入れてしまえば致命的なミスは避けられるんじゃないでしょうか。精神科には精神科独自の基本ソフトがありますし、おそらく他科よりもその数はかなり多いんだと思います。その1つをちょっと紹介できれば、そんな自分もひょっとしたら他の先生からは「お前、何でそんなこと言うんだよ…」というような内容を患者さんに言っているのかもしれませんが、一応、経験したり勉強したりして身につけた害の少ないものをお話ししていきます。まだ若手の自分が若手なりに感じたことをお伝えしてみよう、ということ。若手だからこそ、身の丈に合った考え方を提供できる、かもしれません。

ここで注意して欲しいんですが、侵襲的なもの全てが悪いわけじゃあないですよ。患者さんがその侵襲をしっかりと受け止めて消化してくれるのであれば、それは治療的なものとなるでしょう。ただ、そのタイミングを自分含めて若手が見定めるといってはなかなか難しいものです。だから、まずは無難なラインで何とかしのぎ“来るべき時を待つ”みたいな戦法が重要。えいって切り込むよりもデュオアクティブ®を当てるような、アクロバティックなものじゃなく、地味だけど患者さんの回復力を邪魔せず助けるような、そんなお作法。それを覚えてから、色んな治療法、例えば認知行動療法とか対人関係療法とかをお勉強すべきと思ってます。だからこのセクションは実践にすぐ結びつかないから面白みがないなーと感じるでしょうが、あくまでも若手用の基本ソフトと思ってください。難しい概念を説明抜きに使うことや、持って回ったような表現をすることなんかはせず、できるだけわかりやすくしていきたいなと考えています。

いざ説明といっても、精神科領域っていうのは、ちょっと勉強しようと思って大御所的な本をめくってみると、「これ医学？」と思っちゃうような人文科学的なものも多く理解しづらい…。仮に通読しても…。

A 先生 「いやー、読み終わったよこの本」

B 先生 「お、すごいじゃん。『精神病の現象学』？ 難しそう」

A 先生 「そうそう。頭良くなった気がするわ」

B 先生 「へー。で、どんなこと書いてあったの？」

A 先生 「え？」

B 先生 「え？」