

〔論 説〕

精神科医療における医師－患者関係（1）
——精神科医療の契約法・序説

北 山 修 悟

はじめに

第1章 診断のプロセス

第1節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで （以上本号）
2. 患者への説明から初期治療まで

第2節 「心の臨床」の深層

第2章 治療のプロセス

第1節 治療の基本

第2節 薬物療法

第3節 精神療法

第3章 基盤としての精神医学

おわりに

はじめに

「医事法」が学際的研究領域であろうとするならば、それは単に「医事」について適用される「法」内容の確認作業であるだけでは足りない。医療には医療のロジックがあり、法には法のロジックがあるはずであり、それら2つのロジックの周到なすり合わせが出発点となるべきであろう。現在の医事法学は、この点を見過ごしかけているのではないか。本稿は、医療のなかでも特殊な位置を占めているように思われる精神科医療のロ

ジックとはどのようなものであるかを——本来であれば精神科医療当事者への法社会学的調査によるべきところであるが——文献研究の手段によって可能な限り明らかにし、将来に期待される本格的な精神科医療法学の発展のための素材を提供しようとするものである。ただし、精神科医療のロジックといい、法のロジックといっても、どちらもその範囲は広い。そこで、精神科医療における「医師－患者関係」にその焦点を絞って、「精神科臨床における契約法的要素」に検討対象を限定したものである。

それでは、なぜいま「精神科医療」を取りあげるのか。次の文章を読んでいただきたい。

確かに近年の精神保健福祉の光景を見る限り、精神科の敷居は低くなった印象を受ける。しかしこの「敷居」問題を考えることは、一連の表層的現象を超えて、精神医学や精神医療の存在根拠にも関わる診断論や治療論、さらには、ある時代や地域の「治療文化」を見つめ直すことにわれわれを促すように思う。それは、うつ病や統合失調症の軽症化や症状変遷という問題にとどまらず、脳科学や精神薬理学の展開、DSM-Ⅲ以降の操作的診断基準の普及や、精神医療をめぐる経済的・文化的布置の変化、そしてメディアを通じた精神医療や障害へのまなざしの変容、さらには、医療者自身の「医学という文化」の変貌に関わるものである。今日精神医学や精神医療は、これらを変数として、急速に激しくその全体像を変化させている。それらが全体として新たな「治療文化」を形成しつつあるといえよう(江口2019:279)。

上の文章——その具体的な意味内容については、本稿で順次明らかにしていく予定である——を一読するかぎり、どうやら精神科医療では、現在、大きなパラダイム・チェンジが進行し完了しつつある状況にあるようである。しかし、そのようなチェンジは、精神科医療の(現在および将来の)利用者にとって、真に望ましいものなのだろうか。それを「法」の側からも検討する必要があるのではないか。これが本稿で精神科医療を検討対象とした理由である。

本稿は、3つの章から成る。第1章では、精神科臨床における「診断」プロセスについて概観する。第2章では、「治療」プロセスを取りあげる。第3章では、臨床の基盤となっている「精神医学」という学問領域の動向について検討する。このような構造をとっているが、ここで留意しておいていただきたいのは、本文中でも述べているように、「診断」と「治療」

は不即不離の関係にあるということが、従来の（すなわちパラダイム・チェンジが始まる前の）精神科臨床の特徴であったという点である。本稿では、記述の便宜上、両者を第1章と第2章とに分けて検討しているが、この2つの章は本来であれば連続した1つの「臨床」の叙述であることを、ご承知おき願いたい。そして、最後の「おわりに」の箇所、精神科医療における医師と患者の間の契約関係が、近代的契約法という当事者間の「合意」という単純な説明概念で記述し尽くせるものではないことを明らかにする。

第1章 診断のプロセス

精神科医療では医師によって診断が異なることが稀ではないが、その原因の1つとして、精神症状の評価を客観的に行うことが困難であることがあげられる。現在のところ、血液検査や脳の画像検査の所見によって、精神疾患の診断が確定することは稀である。機能的脳画像を用いた研究では精神疾患でのさまざまな異常が報告されてきたが、結果が一致しないことがしばしばみられる。精神科医療における診断や治療のためには、最新の機器を使った検査よりも、むしろ詳細に病気の経過を問診することがいまだに最も重要である（岩波2018:24）。このように、精神科臨床における面接の重要性は、他の身体科臨床におけるそれとは比較にならない。本章では、この精神科面接の、主として診断という側面についてみていく。

第1節 面接の進め方とその内容

1. 初診から診断まで

(1) 面接の重要性

まず、面接について、最も大切なこと、それは、面接とは「出会い」であるということである。面接の本質は、医師と患者という2人の人間の「出会い」である。ここでいう「出会い」とは、決して難しい内容のものではない。よどみに浮かぶ2個の泡が、種々の条件がそろったが故に出会ったという意味である。いずれかの結ぶのが早くても遅くても、他方の消えるのが早くても遅くても、2個の泡が出会うことはなかったであろう。その因縁に心を置くことなしに行われる面接は、技法、学説を問わず、結局、両者にとって有害無益である（神田橋1994:56）。

身体医学における疾患診断では、自覚症状ではなく、さまざまな臨床検

査が決定打となる。身体医学でも病歴聴取と問診は欠かせないが、それだけで診断が下されることはない。そこで得た情報を参考に、必要な検査が計画され、その結果に基づいて疾患が診断される。ところが、主要な精神障害の類型は、この診断にかかわる最後のステップを欠く。臨床診断は、もっぱら病歴聴取と精神的現症から導かれる。患者が自分自身の精神状態をどのように語るのか（何を語り、何を語らないか、またどこを強調するのか）、また患者を観察する医師が、患者のどのような側面に注目するのかによって、臨床診断は大きな影響を受けることになる（古茶 2019:109）。

精神科医の特技というのは、強いていうと、患者の話を聞くこと、もっと狭くいうとアナムネーゼを取る（患者の話を聞いてまとめる）のがうまいというか、それが唯一の取り柄である。アナムネーゼを取る名医というのは、患者からアナムネーゼを聞いているだけで、もう患者が半分癒えたようになってくる、つまり問診が治療行為の一部にまでなってくる、そういう面がある。人間というのは1人では生きられない、物質的にもそうであるが、精神的にも1人では生きられないというところがある。だれか1人でも聞いてくれる人がいればずいぶん精神健康が違うというところが、おそらく精神医学以前どころか医学以前からあった精神医学のルーツであろう。少しゆとりのある方がゆとりのない方の話を聞くということは、恐らく有史以前からあったのではないかと思う（中井 2011:224-225）。

このように、精神科臨床では診断と治療は絡み合っている。正しい診断をして、しかるのちにそれに対して合理的な治療を選択するというように、整然と診療が進むことはまずない。もちろん診断は大切であり、ないがしろにしてよいものではない。しかし、「正しい診断の上に正しい治療があるのだ」というようなことをことさら主張する人は、あまり臨床家としてセンスがよいとは思われない。次の原則を確認しておくことは重要である。《治療は診断に優先する》。診断はあくまで治療に奉仕するものである。診断するという行為は、良くも悪くも、患者に対してきわめて大きな影響を与える（内海 2005:128）。

ただ、現実の問題としては、外来再診の診療時間は5～7分間であると想定される。長時間の面接や精神療法にはその副作用も軽視できないことを考えると、現在の精神医療に求められているのは、そのような比較的短時間の、侵襲的でない面接であろう。ただし初診には40～50分かけるし、

どうしても時間が限られている場合には、2回に分けて初診時面接を行うこともある。初診の診療は非常に大切であり、できるだけ時間をかける必要がある。初診で適切な面接ができれば、再診の時間はそれほど長くなくても治療できる（宮岡 2014:206-207）。

（2）面接相手の確認

誰が、何を問題視し、どんな目的で受診したのか、受診は本人の意思によるものなのか、家族の希望によるものなのか。家族であれば、それは誰なのか、配偶者か親か祖父母かなどを知る必要がある。時には、職場の上司や学校の教師に勧められてなどという場合もある。そして、受診について、本人が納得しているか、家族は納得しているか、また、本人と家族はその受診をどのようにとらえているのか、という点も大切である。たとえば、本人の「病気かもしれないので診てほしい」という気持ちが受診の動機だと思われたが、よく話を聞いてみると、「上司から『おまえは頭がおかしいから精神科で診てもらえ』と言われたので、嫌々ながら来たんです」などと違う理由が出てくる場合があったりする。誰が何に困っているか、何を心配しているかがわかると、問題が少し明確になる。そもそも治療が必要かどうかもわかってくる（青木 2017:21-22）。

自発的にきたのか、それとも連れられてきたのかは、多くを物語る重要なポイントである。原則として自発的にくる人は「苦痛」をもっている。その場合、たいがい治療意欲を多少とももつ。そして心的エネルギー水準の低下もそれほどひどくない。これに対して、付添人に連れられてきた人のなかには、治療意欲は低いか、あるいはない人がいる。ただし、付添人に連れられてきたといっても、見方をかえれば、少なくとも自分の2本の足で歩いてきたのであるから、本人がいかに口で病識のないようなことをいっても、「体では」というか、「意識下では」というか、とにかく何らかの援助を病院に求めている。そう理解し、直ちにあきらめず、少なくともしばらくは治療関係の成立を模索するべきである。事実そうすることで、成功することもよくある（笠原 2007:24-26）。

患者に家族が同伴して来た場合、患者と家族のどちらの話を先に聞くか。この点については、まず患者の話から聞くのが大原則である。家族同席で話を聞いてよいのか、それとも患者だけで話を聞いたほうがよいのかを、患者に確認する。患者が家族も同席でよいと言う場合は同席で話を進

めるが、ただ、同伴している家族に気を遣って「同席でいい」と言っていることも多いので、できるだけ最初は患者のみの話を聞くほうがよい（宮岡 2014:74）。

また、家族が患者本人の面接の前に、「少し家族だけで話をしたい」と希望することがある。患者と一緒に来ている場合は患者に家族のその希望を伝えて、どうするかを決める。診察では、本人だけと家族だけ、そして同席のすべてをとるほどの時間はないことが多い。適宜状況を判断した説明と対応が必要である（宮岡 2014:74）。

「患者には話してほしくない」と家族が述べる場合は、その家族が多少なりとも患者の精神症状の一部となっていることが少なくない。親が「子どもには言わないでもらいたいですけど…」と話してきた時、どこまで子どもに話してよいかにつき親と妥協ラインを探すことは、すでに治療の一部として重要であることが多い（宮岡 2014:75）。

また、家族から得た情報は、原則として患者にフィードバックしなければならない。これと反対に、患者から得た情報は、原則として家族に返してはいけない。なぜなら、患者の秘密は守ってやらねばならないからである。あるいは一歩進めて次のようにも言える。患者は自分の秘密を守れなくなったからこそ患者になっている。だから、面接者が代わって患者の秘密を守ってやる必要がある（土居 1992:22）。

しかし、家族の協力を得なくては其後の治療が達成しにくくなるし、家族を敵に回すと意外なところで実りのない医事紛争に巻き込まれることもないとは言えないし、そうでなくとも、突然治療を中止したり、その他患者にとって非常にマイナスの事態が発生するということがある。したがって、患者の家族との関係をどうもっていくかということも重要である（中井 2011:230）。

また、家族から話を聞く際の要領の第1は、彼らのアンビバレンスに思いをいたすことである。医師に対して助けを求める気持ちとともに、そうせざるを得なくなったことに対する口惜しさ、残念さ、みじめさを心の中に押さえつけていることがままある。一見整然としている人でも、テーブルの下ではハンカチをひき裂いているかもしれない。そこを見てあげないといけない。そう考えれば、当然、家族に対しても「よく来た」という意味のメッセージが、言語的・非言語的に送られるべきである。とにかく家族もまた、誤解をおそれずにいえば、この時点では半病人の心理に近い。

そこで、家族自身に可能なかぎり休息をとるよう指示する。特に患者が統合失調症の場合などには、家族成員によるこれからの長い協力がどうしても必要不可欠なのだから、家族には一息入れてもらう。病人を入院させることには、家族にしばしの休息を与えるという効用もある（笠原 2007: 121-122）。

なお、とうてい滑らかに問診にはいつてゆけそうにない状態を呈している患者もいる。緘黙状態、混迷状態、多弁多動状態、意識障害の状態といった患者である。そのようなときは、当然、付添いの人から話を聞かねばならない。つまり、付添いの人を相手に問診を開始することになる。このとき、患者とは離れたところで付添いの話をきくのは、効率の悪い方法である。付添いのなかに、患者に内緒で、医師と話したいと希望する人は多い。患者の前でいいにくい話を持っているからである。もちろんその話は、重要な情報であることが少なくない。しかし、問診の開始期には、おおむねその情報は不要である。このような場合には、目の前の患者はとうてい滑らかに問診にはいつてゆけそうにない状態であるが、「なんとか問診のできる状態になってもらいたい」という、医師の心中に湧いてくるその気持ちに、こだわり続けるのがよい。具体的には、問診可能な通常の患者と面接しているときのような位置関係に身をおき、視線を目前の患者と付添人との間を往復させながら、付添人に次のようなことを問う。「このような状態になったのはいつからか、その前はどんな状態だったのか、今のこの状態へ変化した理由に思いあたるところはあるか、今のこの状態を変化させて、問診可能な状態を生じさせる工夫はないものだろうか。それともこの状態は、まだ当分続きそうか」などを問うのである。そして付添人の話が拡がろうとしたらすぐに、今現在の主要テーマである目前のこの状態を何とかしたいという面接医の気持ちに話をひき戻すように努める。そうした問い方を続けておくと、患者に内緒にしておきたいテーマにまで到達することは少なく、にもかかわらず、医療上重要な検索への道筋を見失う危険や、糸口を見落とす危険はかえって少なくなる。さらに、この方法には一種の精神療法作用があり、短時間であるが、問診可能な状態を患者に生み出すことも稀ではない（神田橋 1994:146-147）。

(3) 主訴の確認

精神科医療上常に聴取が必要な事柄の筆頭は、来院の理由である。誰か

が何らかの理由で、精神科受診を必要と考えたのである。その人は、患者以外の人であるかもしれないし、理由は患者の主訴と同じではないかもしれないが、とにかく受診したについては、理由があるはずである。したがって、この点を問診のスタートに選ぶのが最も無難である。通常、「きょうこちらに来られるようになったわけを、まず、きかせてください」というように尋ねて、問診に入ってゆく。また、理想的にいうと、問診の第一声は疑問文でないことが望ましい。問う人、答える人の役割ができて、面接試験や口頭試問のような雰囲気が生じることを避けたいからである。最も悪い例は「きょうこちらに来られるようになったのは、なぜですか?」という導入文である。先の文と同じ意図の導入であるのに、生み出される雰囲気には大きな差がある (神田橋 1994:144-145)。

精神科受診が意に染まないものであることを、表情、態度で示している患者も、よくみられる。そのような様子が少しでも感知されるときは、問診の第一声は、「きょう、来られたのは、ご自分の希望ですか?」を用いるのがよい。拒否的な気持ちを少しでも表示している患者なら、自分では来院したくなかったという気持ちを即座に語るができるものであり、そこからただちに事態の概要が明らかとなるものである。しかも、この問いから入ると、通常、問診に対する患者の協力の意欲と能力とが増加することが多い (神田橋 1994:146)。

話されない主訴に気づくことも大切である。患者が主訴として話すものは、あくまでも困っていることの一部である。本人が「困っている」と自覚していないことや、困っているけれども精神科で話すような症状ではないと感じているものは、医師が尋ねなければ明らかにはならない。「ほかにも何かお困りのことがありますか?」と尋ねたり、主訴の近縁にしばしば認められるもの、たとえば抑うつであれば、強迫やこだわりなどがないかを尋ねてみる。それらを明確にすることによって、「ほんやりと困っていたことは、病気の症状だったのか」「自分が感じていることは、誰でも『困っている』と感じるものなのか」などと患者が自覚することができる。抑うつ患者の場合、意欲低下がみられることが多いが、それに関して「自分が悪いからやる気が出ないんだ」と感じていて、意欲低下という症状で困っているのだと自覚していないケースも少なくない。そのような場合は、自覚されていない主訴を、自覚された主訴や症状にしていくことが大切である。それは「あなたが悪いのではなく、病気の症状である」とい

うことを伝える布石となる。なお、時には、患者は困っていないが、周囲の人が困っているという場合もある。そのような場合には、患者の「困り感」を育むことも大切となる（青木 2017:32-33）。

（4）傾 聴

問診は、患者の話の流れに沿って、患者の言葉を継いでいくように聞いていく。聞く順番としては、主訴・現症から現病歴、そして現在の生活と生活歴、発達歴、さらには、教育歴、家族歴、既往歴という流れが、無理がなく自然である。現在の生活と生活歴こそが、患者の理解と治療・支援には不可欠であり、現症・現病歴に次いで尋ねる必要がある。特に中年期以降になると生活歴が、若い人の場合は生活歴に加えて発達歴も重要になる（青木 2017:54）。

よい面接を語る時、必ず出てくる用語が「傾聴」と「受容」である。「あなたに関心をもち、知ろうとしている」という姿勢を伝えるためにも、相づちや確認は不可欠である。深く理解したことは、共感により伝わる。この医師の共感を示す行動によって、患者は受容されたと感じる。「あなたに関心があります」というメッセージを出し、かつ共感しながら聞くことが傾聴と受容であり、どのような面接においても必須の面接技術である。そして、「共感」はきちんと言葉で伝える。共感にも定義がいろいろあるが、「自分にはあなたと同じ状況に置かれた経験はないが、もし置かれたとしたら感じるであろう気持ちを言葉にして相手に伝えること」ということであろう。表情や話し方で共感が伝わるなどという考えもあるようだが、言葉できちんと伝えたほうがよい（宮岡 2014:81-82）。

患者にとって大切なのは、目の前の医師が、自分の話に耳を傾け、自分を理解しようと努力していると感じられ、またある程度わかってもらえた、今後も自分が話すことをわかってもらえそうだと感じられることである。自分をわかってくれている人がいると感じることは、苦しい状況を生きたときの支えとなる。医師が患者をわかろうとし、患者が医師にわかってもらおうとすることで、相互作用が生じる。それが精神療法の第一歩でもある。このように、主訴を確かめるために、丁寧に尋ね、患者の話をきちんと聞くというやり取りそれ自体が、医師が患者を理解しようとし、患者が医師に困っていることを伝える、という双方向のやり取りとなる。また、抽象的なレベルではなく日常生活に即して具体的に話をしたとき、

「わかろうとし、わかってもらおうとする」という相互作用が豊かになることが多い (青木 2017:37)。

そして、医師の質問に患者が答えるというやり取りを続けていると、次第に患者が診察医に尋ねたり相談したりするなど双方向的なやり取りになり、やがて、患者が話し診察医が聞く、というものに移っていくこともある。それは、診断的な診察から、治療的・精神療法的な診察へと、その重点が移っていく過程でもある。いずれの時点においても、診断的な診察と、治療的ないし精神療法的な診察の両方が、どちらに重点を置いているかは別にして、求められる (青木 2017:39-40)。

なお、患者の話を書く際の医師の姿勢として強調されているのが、次の点である。

すなわち、患者の話は、あたかもストーリーを読むごとく、聞かねばならない。精神科の面接では、患者の話をよく聞かねばならぬといわれるが、患者の話すままをただ聞いてさえすればよいかという、決してそうではない。患者は、時間的前後関係におかまいなしに話をすることが多いが、医師は聞いたことを時間の中に配列し直して、それをストーリーとして聞かなければならない。そして、ストーリーを読むように患者の話に耳を傾ける医師は、あたかも小説の読者のごとくなる。医師は、患者が一体どうして現在の苦境に陥ったのかを理解しようとするが、それはちょうど、小説の読者が主人公の運命をプロットを通して理解するのと似ているといえる (土居 1992:50-51)。

このように精神科的面接をストーリーを読むことに喩えるのは、ストーリーの主人公である患者の精神状態を理解するための視点を与えるという点で非常に有益だからである。すなわち、われわれは、ある人間を理解しようと思えば、その相手と何らかの人間関係に入らなければならない。その関係が視点となって、相手を理解することが可能となるのである。言い換えれば、関係なくして人間理解はあり得ない。たとえ第三者あるいは傍観者であって実際には関係はないとしても、そこではなお第三者的ないし傍観者的関係が成立していると見る方が正しい。もし敢えてすべての関係を排して人間を理解しようと思えば、相手を物体視するほかはなくなる (土居 1992:51-52)。

そして、医師がわからない点にぶつかると、ストーリーは一時ストップしてしまいが、しかし、医師はその先について、それまでに集めた材料に

よっておおよその見当がつくことが望ましい。患者が自分でもよくわからずにわかってほしいと思っていることは何なのか、なぜ自分がわかられていると思うのか、なぜわかりっこないと思うのか、なぜわかられたくないのか、なぜまた何でもわかったつもりになるのか等の疑問点について、患者の病歴や周囲の事情から、多分このようなことではないだろうか、という仮説を立てられることが必要である。ともかく少しでも先が読めるのではないと、その後の面接を実りあるものにするにはできない（土居 1992:58）。

また、次のような工夫も提案されている。

面接に臨むとき、医師が持っている時間は限られており、しかもその長さは不定である。あるときは十分な時間をかけて面接することができ、あるときは数分で終了しなくてはならない。さらに難しいことに、手持ちの時間が前もってわかっていないことがあったり、面接の途中で何らかの突発的事態のせいで面接を打ち切らねばならないことも、決して珍しいことではない。そして、たとえば突発的事態が起こったとき、その瞬間に面接を終了することは不可能である。説明・指示・処方などの医療サービスをする時間が少しは必要である。であるから、実際には「いつでも、あと5分で面接を終了できるように工夫しなさい」ということになる。そして、あと5分で終了できるようにするには、それまでの時間の間に適宜、説明・指示・処方などを織り込んで、早めに済ますことの可能な部分は済ませておくように心がけねばならない。そして、これは、患者に会う前に医師の心の中にある唯一のプランであるべきである。つまり、これ以外の面接プランがあってはならない。なぜなら、ある理論的立場が基盤にあり、それが面接プランになっていると、「その特定の理論と辻褃があうように」所見を色づけしがちだからである（神田橋 1994:136-137）。

うつ状態やうつ気分を認めた場合には、自殺念慮について問うのが定式である。その際、「死にたいと思うことがありますか」と問う医師が多いが、経験的には、「死にたいと思うこともありますね」と問う方がよい。その方が正確な答えが得られる。そして「はい」という答えがあったら、必ず「そのとき自殺を思いとどまるのに、何が役に立ちましたか」と尋ねておく。この問いによって、その人を内から支えている心理構造が明らかとなり、治療計画をつくるのに役に立つ。未来に希望を持つことで自殺を思い止まった人は、希望が持てなくなったときに危ないし、責任感で支え

精神科医療における医師－患者関係（1）

られてきた人は、責任を果たせなくなったときに崩れる。残された家族のことが気がかりで自殺に踏み切れなかった人は、家族とのつながりが薄れたときにもう思い残すことがない、という具合である。そして、自殺念慮の間診において最も大切なことは、自殺念慮はすべて了解可能なものであり、本質的に正当なものであると前提しておくことである。その前提で話し合わないかぎり、その患者を内から支える心理構造を構築することは不可能である（神田橋 1994: 230-231）。

また、自殺念慮を認めたならば、自殺をしない約束をしてもらうように話す。そして自殺念慮が病気の症状であることを伝え、病気の回復とともに改善するものであることを伝える（青木 2017:45）。

なお、医師－患者関係という観点から、次のような指摘も重要である。

現実には、精神科医は、いくら患者から話を聞いても、その患者のことを本人なり家族ほどには知らない。それを謙虚に認めるところから出発するならば、行き詰まりにならない。非常に頭のいい、アンテナの鋭い精神科医というのは、患者の話聞いて、その中から患者のすべてを見抜こうとするが、これはそとやっているくらいはいいが、「あの先生の前によくと全部見抜かれているような感じがする」というのは、患者に対して非常に威圧感があり、気持ちが悪いものである。また、よほど慧眼な精神科医でも、2つに1つや3つに1つぐらいは間違えるものである。確信をもって間違ったことを言うほど滑稽なことではなく、信用がなくなる。医師と患者のつき合いは10年、20年と長いつき合いになることもあるので、頭ごなしに物を言っただちはまち馬脚を現す。いくら精神科医でもそうそういろいろなことはわからないのだということを、再々言葉で示すほうが、患者が話してくれる。黙って座ればびたっと当たるといった感じの精神科医というのはいないことはないが、長い目で見ると、余りよくない（中井 2011:233-234）。

（5）面接の空間

面接は診察室という空間の中で行われるが、それは一種独特の空間でもある。

まず、面接は1つの小ドラマである。出会って別れるまで、たとえ20分そこそこの短い時間であっても、医師は、それを1つの流れとしてうまく構成し、できれば起承転結をつけたいところである（笠原 2007:59）。

そして、面接の場で起きることは、劇の場合のように全く虚構であるというわけではないが、しかし、日常生活から隔絶しているという点では劇と同じである。なぜなら、面接においては非日常的な空間が作り出され、面接者はそこで医師、被面接者は患者という全く非日常的な役割を演ずるからである。面接を劇と見る場合、その筋書きは、被面接者の抱えている問題をどう理解し、どう解決するかというものになる。それ故に、この劇の主役は被面接者で、面接者は脇役であるということが出来る。面接者はしかし単に脇役であるばかりでなく、この劇の監督でもある。なぜなら、この劇を演出するに当たっての最終責任は彼に存するからである（土居 1992:98-99）。そして、面接は、そこで被面接者の問題が十分に展開され、かくして当事者双方がそれを十分に理解するに至ることだけを目的として営まれる。面接においてはこの目的が堅持されるが故に、そこで起きることはあたかも演劇で起きることのように、括弧で括られて日常生活から区別されるのである（土居 1992:108）。

また、ここで留意しておくべき点は、次のようなことである。

面接の場の構成要素のうち、最も重要なのは、実は、面接する医師の身体が示しているもの、すなわち、年齢、性、容貌、声音、身振り、その他であるが、これを意図的にしつらえることは、不可能な場合が多い。しかし、しつらえることは不可能でも、患者に見えないよりはいい。それゆえ、患者が観察しやすいように、医師の顔と手とはよく見えるようにしておくことが大切である。医師が患者の情報を得たがっていると同様に、患者も、医師についての情報を知りたがっているものであり、医師のことが分かると、患者の気持ちは安定する方向へ動くものである。そして医師の精神状態も、顔面と手で表現されることが多いのだから、面接中は、医師の顔と手とが患者に見えるようにしておくのがよい（神田橋 1994:68-69）。

(6) 共感と観察

診察には、患者の主観的な体験を理解する姿勢（共感的態度）と、患者の表情や言葉などで表出されるものを客観的に観察する姿勢（観察的態度）の、2つの姿勢・態度が求められる。前者は治療的態度、後者は診断的態度といってもよい。本来、両者は矛盾するものではなく、1人の医師のなかで相補的なものであるべきだが、実際は両者のどちらかに偏りやす

く、同時に成立させることはなかなか難しい（青木 2017:63）。

まず、主観的な体験の理解について。悩みや苦しみ、そして不安や抑うつなどの体験は、患者がみずから主訴として話をする場合もあれば、医師が尋ねて初めて話し出すこともある。いずれにしても、医師は、まずは患者の悩んでいることや困っていることについて、その内容や経過を具体的に聞きながら、心のなかで患者の体験を具体的に思い描くように努める。生きている1人の人間としての悩みや苦しみを聞き、受けとめる姿勢が必要である。これが「共感」といわれているものである。ただし、患者が語るのはあくまでも患者自身の主観的な体験であり、それが事実かどうか、また主観を通してどの程度実際から変化しているか等はわからない。そのため、どこまでが事実でどこからが主観的に修飾されたものかを、次に述べるように客観的に点検することが求められる（青木 2017:63-64）。

次に、客観的な観察について。精神科臨床においては、血液検査・尿検査をはじめとする他の身体科では重要な役割を果たす客観的な検査所見が乏しい。そのため、精神科における客観的所見は、医師の観察によってとらえられるものが主体となる。その際に観察するポイントは、主に以下のようなところである（青木 2017:64）。

- 表情、口調、発汗、姿勢、筋肉の緊張などの身体の状態、振舞いや態度、化粧や服装などを観察する。それらが話の内容や診察という場にふさわしいものか、年齢相応か、等を検討する。
- 診察を進めていくなかで、言葉や状況の理解、診察医に対する距離感なども観察する。
- 話す速度や間合い、展開などを観察し、気分や思考過程（思考のまとまりや速度）等を判断する。
- 患者が主観的に話す体験の客観的妥当性や偏り、思い込みの強さ等を判断する。
- 主観的体験を、精神症状、精神状態としてとらえ直す。精神症状は、伝統的診断においても、操作的診断においても、診断の根拠となる項目として重要なものであり、主観的体験を客観的観察によってとらえ直すことで、把握されるものである。

ここでは主観的な体験の理解と客観的な観察のバランスが大切であるが、両者のバランスをとることは非常に難しく、どちらかに偏りやすい。主観的な体験の理解に傾きすぎると、「情におぼれてしまう」「共倒れ」などに

なりやすく、一方で客観的な観察に傾きすぎると、ただの「傍観者」になってしまうおそれがある。では実際にどのようにすればよいか。主観的な体験の理解を、客観的な観察によって点検するように試みる。具体的には、患者が話している悩みや苦しみは、精神症状、精神疾患と捉えられないかと考えてみる。その一方で、客観的な観察を、主観的な体験の理解によって点検する。つまり、患者の精神症状や精神疾患と見えるものに、患者の悩みや苦悩が表われているのではないかと考えてみるのである。意識して、これら2つの姿勢・態度の間を行き来することが現実的ではないかと思われる。すなわち、主観的な体験を聞きながら、ときどき客観的な観察も行うのである（青木 2017:65）。

患者の症状は、医師が患者の主観的な体験の理解に傾くと「人生の悩みや苦悩」のように見え、患者の客観的な観察に傾くと「精神症状」のように見える。これはどちらが正しいというのではなく、しばしばどちらでもある。大切なのは、個々の事例に即して、主観的な体験の理解と客観的な観察の両者を考えることである。ちなみに、病気なのか、それとも人生の悩みなのかの判断に迷う例では、適応障害や軽症うつ病、発達障害のグレーゾーンなど、病気や障害としては軽い場合が多い（青木 2017:67-68）。

なお、主観的な体験が現実から乖離している場合もある。1人で受診しに来た患者の場合、その語る内容は現実を主観的に受けとったものであり、現実（この定義は難しいが）とはいくらか、時には大きく異なったものである可能性がある。家庭内や職場内の人間関係に関する話も、主観的な影響をどの程度受けているのか、と考えておく必要がある（青木 2017:68）。

そして、主観的体験と客観的表出のズレに留意することが大切である。言葉で語られるもの（言語的表出）と身体や行動で示されるもの（非言語的表出）の一致・不一致に、また、患者本人が話すことと家族が話すことの一一致・不一致について注意すべきである。そして、不一致やズレが認められたところについて「おかしいな」「なぜだろう」と疑問をもち、それを心に留めておく（青木 2017:72）。

また、診察の後半になったら、「楽なときはないか」「ほっとするときはないか」などと尋ねてみる。症状には大なり小なり変動があり、苦しいときもあれば、いくらか楽なときもあることが多いが、その楽なときを知り

たいのである。どのようなとき・どのような状況で少し楽になるかを知ることが、治療や支援にとって重要である。良くなるということは、「苦しい考えがあまり浮かんでこず、楽な時間があった」とか「ご飯を食べて、美味しいと初めて思った」というような時間、そのような少し楽な時間が長くなることであり、それがわかれば患者も良くなることの具体的なイメージが持てる。また、現在は症状に困っているが、その中に良くなっていくための“芽”のようなものがあることに気づく機会となることもある(青木 2017:85-86)。

さらに、以上のような共感と観察については、非言語レベルでも行われるべきことが強調されている。

すなわち、医師は、話の内容を聞くだけではなく、話の形式に注意し、そこから何らかの結論を導き出す。例えば、話し方、声の調子とその変化、話している際の表情と姿勢、これらから推し量られる感情ないし態度、またそのようにして知覚された感情ないし態度が話の内容と釣り合っているかどうか、等に注意する。このような精神状態の観察は、初対面の時の印象と相まって、主としてコミュニケーションに伴う非言語的側面に注意することによってなされる。精神科的面接の場合は、できる限りそれを確認しようとする。すなわち医師は知覚したものを言語化して患者に返し、それに対する患者の反応を見るのである(土居 1992:40)。このように、医師と患者とのかかわりの在りようと、その中で医師が受ける影響とが、重要な情報源の1つとみなされている点は、精神科面接の特色である非言語レベルでの情報収集といえる。耳でとらえられるものも、言葉の意味内容というよりは、声の大小、調子、感情のこもり具合といった、身体活動に類した面が重視される(神田橋 1994:48-49)。

診察室において脳科学の新知見が利用できるようになってきているか、というと、まだまだ可能性は低い。神経伝達物質のなにか1つでも診察室で血中濃度を測定でき、したがって精神状態の判定や処方の変更利用できるかということ、まだ無理である。現在、精神科医が診察室で利用しているのは、旧態依然として患者の表情の変化、患者の表白する主観症状、観察される客観症状、社会適応の程度である。わずかにこれに患者家族の評価が加わる。依然として精神科医は今後も人間観察の技を磨かざるを得ない、とされている(笠原 2007:90)。

(7) 言葉のやり取り

診察は、患者と医師の間の言葉のキャッチボールである。患者から発せられた言葉は、医師に受けとめられて初めて確かな言葉となる。患者が「話してもよかったのだ」「おかしなことを言っているのではないのだ」と感じることで、次の言葉へと続いていく。言葉が受けとめられたというサインは、うなずきや相づちである。うなずきや相づちは、話している言葉に、「それでいいんだ」という保証を与える。だから、患者は次の言葉を発することができる。じっと聞き入られた場合、いくら聞き手が真剣であっても話し手には反応がわからないため、次の言葉を発するのに不安を感じてしまう。じっと黙って聞き入るのではなく、受けとめているというサインを送りながら聞くように心がける（青木 2017:92-93）。

そして、質問をする際には、専門用語や曖昧な表現は避け、具体的に質問するよう心がける。患者が理解しにくい言葉は用いない。精神医学では用語自体の定義が難しい場合もあるため、さらに注意が必要である。たとえば、患者が自ら「幻聴がある」と訴えた場合、患者の訴えを詳しく聞くと幻聴とはいえないことが多い。また、最近は若者を中心に「妄想する」という動詞を用いる傾向があるが、妄想は自ら意図的にできることではなく、よく聞くと「空想する」の意味に用いていることが多い。さらに、「眠れていますか」「疲れやすいですか」などの日常的になされている質問も、実は極めて曖昧である。「何時に寝て、何時に起きますか」「途中で目覚めることはありませんか」などという具体的な質問が不可欠である（宮岡 2014:94-95）。

このように、現実の言葉のやり取りでは注意すべき点があるが、それに加えて、そもそも「言葉」はどのような機能を営むのかについての、やや立ち入った考察も行われている。

すなわち、私たちの日常の体験というものの自体を精確に描写しようとするなら、それは概念や言葉で尽くせるものではない。にもかかわらず、われわれはそこに言語というタグを、なかば強引につけて形にする。それによって、体験が本来もっているはずの生々しさやリアルさは失われるが、変転してやまないものが固定され、われわれは体験の主体となる。つまり、われわれは話してみても、自分が何を体験しているのか、何を考えているのかが、はじめてわかる。声に出すか出さないかはともかく、言語化してみればじめてわかるのである。最初から生の体験や考えが明確にあっ

て、しかるのちにそれを翻訳しているというのは、偽の図式である。この機序を徹底的に理解することが、精神科面接を考える際の前提になる、とされる (内海 2005:137-138)。

「話す」とは、「放す」に通じる。つまり私たちは、一度外へ向けて、未知のものを投げかける。しかるのちに他者、あるいは社会というものから意味を受け取る。私たちの言語行為には、〈人が話すとそれは他者から応答され、話してみてもはじめて意味がわかる〉という、ダイナミックな回路がつねに作動している。私たちは話すことによって、自分自身の体験から距離がとれるようになる。ベタッと現実には張り付いてしまっているのではなくて、自分の体験に対して、わずかながらも隙間ができるようになる。つまり、自分自身の中の出来事や、知覚体験に密着してしまい、その中で身動きがとれなくなったり、あるいは自分自身を見失うのではなく、それに対して距離がとれるということである。大げさではなく、「自由」をもつということである。このことは、自分の体験に意味が与えられることと同じく、あるいはもしかしたらより重要な、話すことに含まれている機能である (内海 2005: 138-139)。

さらに、問診の質を決めるものとして重要なのは、対話の流れである。2人の人間が対話しているとき、2人の話が行きかっている流れとは別に、2人はおのおの別の独自の連想の流れを持っている。連想の流れはおそらく、その一部分しか意識されることはないであろうが、常に連続して流れており、生理的変化と密着している。この連想の流れから生み出されたものが対話の場に出され、他方、対話の流れは連想の流れにある影響を及ぼし、ひいては生理的変化をも引き起こす。多種多様の対話精神療法はすべて、このからくり依存している。問診の技術を考える際に、この点は見逃せない。そして、こうした観点から、模式的に、3種の対話形式をあげるならば、次のようになる。第1は、取り調べる対話である。問う側が、自分の連想の流れの方向と速度に沿って、話題を定め問いを発してゆく形式である。相手側は受け身に立たされ、連想は受け身の役割にふさわしいものとなる。第2は、真の対話である。充実した対話と呼んでもよい。互いに連想から生み出されたものが、金の輪の次に銀の輪その次にまた金の輪とつながって、一本の鎖を形づくってゆく、いわば理想的対話ができあがる。この対話が進んでいるときは、対話からお互いの連想への波及効果が大きい。対話のもつ豊かな可能性が花ひらくわけであるが、しかし、こ

のような対話には危険性もある。危険とは一口に言って、濃厚な人間関係が形成されることから生じる。医師側についていえば、思い入れが強くなって、判断や推測が色づけされすぎる危険がある。患者側についていえば、対話のペースが早すぎて、それが患者の連想に拍車をかけ、連想の洪水と混乱が生じる危険がある。そして第3の対話は、患者の連想に拍車をかけないように工夫するものであり、医師は聞き役に徹する面接である。この3種の対話形式は、どれか1つが優れているというわけではない。1回の問診の中で、この3種を、時に応じて使い分けてゆくのが正しいし、意識して使い分けることが問診上達のコツでもある（神田橋 1994:151-153）。

また、患者の心身が弱っている状態では、対話のテーマや根幹よりも、対話の雰囲気強い影響力を発揮する。そして、言い回しの微妙な差が雰囲気を決定する。したがって、患者の言葉の細部に気配りすることは、決して些細なことではない。言い換えれば、言い回しは言語の中の非言語的部分であり、雰囲気を決定するのは、通常、非言語的部分である（神田橋 1994:156）。

この非言語的部分は、コミュニケーションにおいて大きな位置を占める。

すなわち、精神科臨床においては、医師が患者に接して持つ印象こそが一次的データを成立せしめるものである。すなわち、面接の場に患者が臨む時の様態を医師がどうとらえるかということの方が、言い換えれば、非言語的に伝達されるものをつかまえることの方が、不安とか幻覚とか妄想とか患者が言語的に訴える事柄についての名称よりも、診断的価値はより高い。逆説的ではあるが、そもそも言語的コミュニケーションは、それがないと非言語的コミュニケーションが評価されない故に重要である。別の言い方をすれば、非言語的コミュニケーションがそこで起きていないような言語的コミュニケーションは、いたずらに上滑りするだけであるといってもよい。その意味では、非言語的コミュニケーションの方が主で言語的コミュニケーションは従である。これはもちろん言語的コミュニケーションをおとしめることなく、むしろその真の価値を明らかにするものであるといつてよい（土居 1992:124-125）。

また、言葉のやり取りにおいて、医師と患者との間の精神的距離は、伸びたり縮んだりする。その距離は、そこで非言語的コミュニケーションが

起きる場であるといつてよい。そしてこの伸縮を加減することが「間合い」を取るということである。すなわち「間」というのは、相手との心理的距離に関係するとともに、話の進め具合にも関係する。したがってまた面接の中で浮かび上がってくる種々の問題をいつどこでどのように話題としていくかというタイミングの問題に関係がある。よい面接というのは、この間合いと話題のタイミングがうまくマッチしたものである（土居 1992:48）。

さらに、医師－患者関係という観点から、次のような指摘にも注意しておきたい。

すなわち、精神科面接の1つの重要な側面は、人間関係の育成である。多くの患者は、辛い状態にある。不安定で、救いとなる何かを漠然と求めているものである。そうした患者をサポートする関係をつくる手立てには2種類ある。患者サポートの方法の2種類とは、非言語レベルと言語レベルとである。この両者は同時に行われ、協力しあい作用する。サポートの質に関しては、非言語レベルで伝えられるものは、暖かさ、やさしさであり、言語レベルでは、的確さである。言語レベルでは「的確にわかってもらった」感じが最も大切である。一方、非言語レベルでのサポートは、常識的で普遍的なものであることが望ましいし、面接の全経過に常に平均してゆきわたっていることが望ましい。確かに、非言語レベルでも、焦点的で深い内容の関連づくりを投げかけることは不可能ではない。その好例は恋人同士が行う言葉以上の非言語レベルでのふれ合いである。しかしこの種の関わり合いは輪郭が不鮮明で、質や量をコントロールすることが難しいため、しばしば患者の中に空想的医師像をふくらませる危険がある。したがって、深いレベルでの非言語的サポートを精神科面接の中で用いるのは禁忌である。非言語レベルでのサポートは常識的な、浅い範囲にとどめるべきである。これに対して、言語レベルでのサポートは、的確であることが必要であるから、ある機会をとらえた焦点の明確なものでなくてはならないし、内容的にも、患者の心にピタッと合致するものでなくてはならない。ありきたりの浅薄な理解を伝えることは、かえって信頼関係を損ねる結果になりやすい（神田橋 1994:51-53）。そして、患者との関係を築くためには、陳述を聞き出したい気持ちを我慢して、まずは関係の確立をはかると、それが患者の陳述の意欲と能力とを増大させ、結局陳述内容が豊かになるという場合がある。医師の熟練と、人間理解と、そして何より

も、面接の目的が問われるのである（神田橋 1994:54）。

なお、患者の言葉に関連して、些細であるようにみえて重要と思われる点が、そのカルテへの記載方法である。

すなわち、精神症状の内容は、できるだけ患者の言葉でそのままカルテに記載したほうがよい。微妙な症状の変化を把握しやすいうえ、患者の言葉を医師が繰り返しながら症状を確認することによって、患者にとって話しやすい面接となる（宮岡 2014:198）。この点につき、精神科でも電子カルテが普及してきたが、それによって、精神症状が担当医の手書きで詳細に記載されず、あらかじめ電子カルテに登録された言葉や表現が頻用されるようになってきている。かつては医師の知識や考え方が診療録記載を決めていたが、今では逆に、電子カルテの語彙が医師の思考に影響を与えているかのように見えることもある。このように、電子カルテは使い方によっては精神医療を不適切な方向に導きかねないが、情報共有という点からは非常に優れており、言い過ぎを恐れずに言えば、電子カルテを適切に使いこなせないうちは精神医学が医学に仲間入りできないのかもしれない。電子カルテはその利点と問題点を十分検討しながら、今後活かしていくべき手段であると考えられる、とされる（宮岡 2014:203）。

しかし、実際の医療現場をみると、医師によっては電子カルテと従来型のカルテを併用するという工夫をしている場合がある。また、先述のように、患者の「言葉」については、慎重な配慮と取り扱いが必要である。電子カルテによる記述の画一化・定型化には、大きな問題があるように思われる。

(8) 「了解」可能性

① 「了解」とは何か

わが国で伝統的に用いられていた精神病理学上のキー概念として、「了解」がある。すなわち、明証性を伴ってわかることを、了解可能と呼んでいる。精神科における臨床診断の際には、心の動きをいったん止めて静的な状態像を評価（抑うつ状態、不安焦燥状態など）し、それから精神障害の分類診断へと進むが、実際には、患者の心は止まることなく流れている。了解的関連では、心を知覚・感情・思考・意欲といった要素にバラバラにするのではなく、常に統合された全体像の推移が対象となる。知覚的体験刺激、それに引き続いて生ずる感情、そこに含まれる志向性、ここに

触発される思考、そして結果としての作為あるいは不作為までを、1つの流れ、ストーリーとして理解するのである。これは、心の全体像を評価する唯一の方法といってもよいかもしれない(古茶 2019:20)。

このように、了解するとは、患者の物事の捉え方、状況に対する反応や行動の仕方をよく理解したうえで、体験の相互の関係を吟味することである。了解可能とは、自分の価値観をいったん棚上げにして、相手の物事の考え方・捉え方に身を置いたうえで(感情移入)、ある心の状態がそれに先行する心の状態と意味ある繋がりを保持していることがわかることをいう。精神病の発症とは、それまでのまとまりのある精神生活とはまったく別の、新たな精神生活が突然入り込んでくることであり、それを意味連続性の断裂と呼んでいる。内因性精神病をまさに病であるとする根拠は、「了解不能性」「生活発展の意味連続性の切断」にある(古茶 2019:22-23)。

精神科を初めて受診する患者の多くが、自分が情けないと気落ちしているものである。程度の差こそあれ、否定的な自己価値感情が患者を支配している。しかし、医師との対話の中で正しく心が共鳴すると、傷ついた患者の自己価値感癒される。了解的関連を追う作業は、副次的に患者の自己価値感を回復させる効果がある。それこそが精神療法のエッセンスでもある。精神分析、認知療法、対人関係療法などさまざまな精神療法があるが、これらすべての出発点は、患者をよく知ること、つまり了解的関連を追う作業にある。たとえば認知療法は、患者の思考の歪みを修正するものだが、最初から間違いを指摘して修正しようとしてもうまくいかない。その出発点には、患者の心のありようを治療者がそのまま受容することがどうしても必要になる。治療がうまくいくかどうかの1つの鍵は、この受容のプロセスにある。(医師と患者の)2つの心の共鳴は、心だけがもつ特質ということもできる。ただし、それを引き出す能力は誰にでも等しくあるわけではなく、相当な個人差がある。また、この2つの心の間で生じている現象は、「心」を「脳」に置き換えてしまうと視野に入らなくなる側面である(古茶 2019:23-24)。

こうした精神病理学上の「了解」概念の位置づけについては、詳しくは本稿の第3章で検討するが、この概念の背後にある思想をここで一瞥しておくならば、次のようになる。

まず、他者のまさに他者たるゆえんとは何であろうか。他者とは両義的

な存在である。つまり絶対に不可知でありながら、なじみある相手である。Heimlich かつ unheimlich、わかると同時にわからない存在である。このどちらにも偏らない態度が精神科医に要請される。それゆえ、他者への態度の原則は、次のように言うことができる。「わかる」と「わからない」、その両者が分かれ出るところをめぐるのである。医師は、この分かれ出る地点、他者がまさに他者として湧き出てくる場所を目指すように、心がけなければならない。普段の日常臨床ではそれはなかなか難しく、医師はどちらかに偏りがちである。安易にわかった気になるか、さもなくば、どうせわからないと切り捨てるか、あるいはその両方であることさえある。うつ病の患者を診る。「気分が落ち込んでいる」、「やる気がしない」という言葉を聞く。「ああ、うつ病だな」とわかった気になる。しかし本当は何もわかってはいない。単に診断のラベルを貼っただけのことである。わからない部分が見えていない。それはとりもなおさず、わからないと切り捨てることと同じになってしまう。あるいは、統合失調症の患者を診る。言っていることがよくわからない。そうすると「思考障害がある」、「ロッケル (locker) だ」ということで終わってしまう。このように、「わかる－わからない」の分かれ出る地点に踏みとどまるのは、なかなか大変なことである。しかしこの両義性に耐えるということは、精神科医としてのミッションのようなものである。「わかる」世界と「わからない」世界をつなぐこと、その間を行き来することが、プロフェッショナルとしてのつとめである (内海 2005:114-115)。

そして、この他者への態度を遂行するのは、確かに容易ではないが、簡単なコツのようなものがある。それは、「わかる」と思ったら、そこに「わからない」ところを見つけようとし、「わからない」と感じたら、そこに「わかる」部分を見出そうとすることである。「わかる」から出発するならば、そこからさらに「わかる」と「わからない」が分かれ、さらにその「わかる」から、「わかる」と「わからない」が分かれる、こういう具合に他者理解は進む。原理的にはこの行程は無限に続く。なぜなら、他者とは不可知なものだからである (内海 2005:115)。

また、精神科医療では、診断と治療は不可分である。それも、単に正しい診断をして、しかる後にそれに対する正しい治療をするというようなものではない。診断はかかわりの中で行われるのであり、かかわることとは、すでに治療である。「わかること」と「わからないこと」、この2つ

はそれぞれが治療の重要な契機に対応している。そしてこの2つのコンポーネントで、精神科治療の基礎はほとんど尽きている。「わかること」、これは「了解」に当たる。それは単に患者の心的な内容を理解することにとどまらない。むしろ大切なのは、理解しようとする、つまりは共感し、気持ちを汲むことにある。「わからないこと」、これが何に相当するかは検討がつきにくいかもしれないが、これは、まさにわからない相手として、他者を尊重するということである。かたい言葉でいえば、「主体の尊重」である。そして、「受容」の原型となるものである。このように、他者の両義的な現れ方へのかかわりが、それぞれ治療的な態度そのものである (内海 2005:117-118)。

たとえば「出立」と「合体」というとき、また木村敏が「アンテ・フェストウム」と「ポスト・フェストウム」などと新語を作成するとき、いずれも表面にあらわれた心因的出来事や生活史の事実や臨床症状の背後にあって、それらを成り立たせる基盤をギリギリ心理学的に言語化しようとしているのである。表に表れたところを臨床精神医学的のファクトというならば、その底にあってそれを成り立たせている人間的心理的のストラクチュアということになる。そういった構造をさぐるアプローチを精神病理学 (Psychopathologie) という (笠原 2007:41-42)。

② 実践として

本当にわかるためには、まず何がわからないかが見えてこなければならぬ。実際、わからないというのも一種の認識である。それは、日常馴染んでいるものをわかっていると受け取る場合に比較して、より高度の認識ですらある。なぜなら、「わからない、不思議だ、ここには何かがあるにちがいない」という感覚は、もともと理解力の乏しい人には生じないからである。この何がわかる時、そして新しい視野が開かれる時、理解は一段と深まる。要するに精神科的面接の勘所は、どうやってこの「わからない」という感覚を獲得できるかということにかかっている (土居 1992:29-30)。

何がわからないという場合、何が何だかわからないというのではなく、わかっていいはずなのにわからないという意味がそこには含まれている。わかっていいはずのものがわからないのは、何かそこに無意識の心理が働いてわからなくしていると考えることができる。したがって、わから

ないところをわかるようにするためには、この無意識の心理を解明しなければならないことになる。このように、精神科的面接は「わかる」「わからない」をめぐる緊張を孕みながら進行する（土居 1992:33）。

精神科医は、患者の話聞いていて、「ああこれは統合失調症だ」とか「うつ病だ」とか、「強迫的だ」とか、「妄想だ」とかと、あたかもレッテルを貼るようになってわかったつもりになることが極めて多い。もっと簡単に、「ここが病気だ」というわかり方をする場合もあろう。確かに、そういった認識が、当の患者を本当にわかろうとすることと関係がないわけでもない。しかし、患者の精神状態の種類別をすることだけでは、精神科的面接はその目的の半分にも達しない。そして、それにもかかわらずそのことだけで事足りるとする面接があまりにも多い（土居 1992:33-34）。「不確かさ、不思議さ、疑いの中であって、早く事実や理由を掴もうとせず、そこに居続けられる能力」すなわち *negative capability* が、医師にとって必要である。「わからない」を通して「わかる」に到着することこそが真の共感である。すなわちはじめは見えていなかったものが見えるようにならなければならないのだが、そこで見えてくるものは、それまでは患者の心中に隠れていた感情であることが多い。その感情がつかまえられると、それについてもう少し事実関係も明らかになる（土居 1992:36）。

そして、このような臨床のあり方は、次のような精神分析的な方法論にも通じる。

すなわち、医師は、自分の心境によって逆に相手の心中を推測することができるし、できなければならない。というのは、医師がただ患者に調子を合わせて共振れしているということだけならば、そのこと自体無意味とはいえないまでも、患者を益するところまではいかない。益するどころか、このことは単に患者の問題を増幅するに留まる。例えば、盲人に対してわれわれも盲人になるというだけでは、彼らには何の救いもない。それと同じように、医師が患者に共振れを起こす時、あたかも両者の間に意志の疎通が起きたように見えるかもしれないが、実は何も新しい発展はそこから期待できない。新しい発展を期待するためには、医師が患者との接触によって引き起こされた内心の変化の意味を洞察し、それを認識にまで高めなければならない。再び先の例でいえば、われわれは盲人と接して自らも盲人のごとくなることを経験するが、しかしわれわれには盲人であることがどのような支障をきたすかを、盲人よりもより客観的に認識できる利

点がある。であればこそわれわれは盲人をどう助ければよいかを工夫できる。同じように、医師は、患者との接触によって起きた主観の変化を通して、患者の問題をより客観的に認識できる。かくして、患者が自らの問題を客観化し、それを克服することを助けることができるのである（土居 1992:104-105）。

具体的には、医師は例えば次のように患者に語りかけることができるであろう。「君は自分のことがわかっている風に話しているが、本当はよくわからないのではないか。その証拠にこれこれのことはよく考えると、理由がはっきりしないではないか」。あるいは幻聴や妄想に支配されて取りつく島もないような相手に対しては、「君は実に非常な無力感に襲われているのだね」と語りかけてよいであろう。あるいは、「君はお見受けするところ、ことさら関わりを避けているようだね」とか、「君は、自分が知ってか知らずにかわからぬが、何かえらく腹を立てているとしか思えない」といってよい場合もある。こうした語りかけが患者の急所を突いたとき、患者は初めて自分のことが理解されたと感ずる。かつて自分で自分を理解したよりも、もっと深く理解されたと感ずる。それはいわゆる疎通 (rapport) を超え、いわば火花が散ったように、医師と患者の間に真のコミュニケーションが成立し、2人の間の劇が進展するのである。患者としては、自分をかくも正しく理解してくれた医師に対し、それこそ百年の知己を得た思いがするであろう。精神分析の用語でいえば、それは対象関係の確立である。そして、このことなくして真の治療関係は成立しないといっても過言ではないのである（土居 1992:105-106）。

患者は対象関係において病んでいるからこそ患者であり、重い病理の場合には対象関係が希薄でほとんど存在しないように見えるかもしれない。しかし、その場合でも健康な対象関係を持つ能力は潜在しているとみななければならない。いいかえれば、患者が自ら対象に接近しようとしなくても、対象への希求が存在しているどころか、逆説的に聞こえるかもしれないが、むしろ病気の時の方が健康な時よりもこの希求が強くなっているということさえできる。したがって、要はこの希求を引き出すことであるが、それには心の傷に手当てをすることが先決である。体の傷でも手当てをすることによって治療関係が成立するように、心の傷でも同じことである（土居 1992:107）。

(9) 生活と生活史

精神科臨床において大切なことは、患者の「人生の大きな流れを知る」ことである。すなわち、これまでどのような人生を生きてきて、現在どのような環境（人的、物理的、職場的、家庭的等）に生きていて、現実の問題や精神症状にどのように対処しようとしているかという、人生の大きな流れ（生活と生活史）を把握する必要がある。人生が悪い方向に向かっていているのか、よい方向に向かっていているのか、そしてその人生は波乱に富んでいるのか、変化のスピードはどうか、などを把握するよう努める。人生の大きな流れと精神症状は時に影響し合っており、その人の生活史を聞くことで人生と病気の関係が見えてくることもある（青木 2017:121）。

その人のこれまでの人生における出来事や変化をつなぎ合わせてみると、その時々々の出来事がその人の人生にどのような影響を与えてきたかを垣間見ることができる。それに加えて、それぞれの出来事の合間がどのような状態であったかを尋ねることも忘れてはならない。たとえば、出来事①（父親の死）、出来事②（母親の死）というようにその人を支援する存在が1人ずつ減っているようであれば、生活上の負荷・困難が少しずつ増えていっているのではないかと確かめてみたほうがよい。ある出来事の直接的な影響だけでなく、それによる人生の負荷・圧力の変化についても把握することが大切になる（青木 2017:121-122）。

患者の「人生の大きな流れ」と精神症状との関係などを考えて、病気に至る道筋を簡潔にまとめたものが「仮説」（診たて、ケース・フォーミュレーション）である。現症、現病歴、生活史など、聴取した情報から「仮説」を立て、治療や支援を考えるということになるが、実際の臨床では、治療や支援を行うなかで新しい情報が入り、それにより「仮説」は常に変更・更新されていく（青木 2017:122）。

当然であるが、人生の負荷が増加するなかで、精神症状が出現したと考えられる例は多い。出来事や人生の負荷に直接反応したかのように精神症状に出現するときもあれば、明確にはわからないが両者が連動しているような例もある。仕事の責任が増える場合や、逆に急に責任が減る場合などは、それを負荷と感ずるかどうかは主観的なものであり、同じものでもどのように受けとめられるかは人によって異なる。「仕事量が増えたので負荷が大きくなった」などと安易に判断せず、そのときに患者がどう思ったのかをていねいに聞くことこそが重要となる（青木 2017:123）。

ところが、後の（12）②で出てくる DSM や ICD などの操作的診断基準を頻用するようになってから、生活史や生活状況を聞かない傾向が強まったように思われる。例えば「広場恐怖を伴うパニック障害」と診断されて抗うつ薬や抗不安薬を処方するにしても、生活史や生活状況が症状にどのように影響を与えているのかを尋ね、それを患者とともに考えていくことは不可欠である。このような評価を行ったうえで薬物療法以外の治療を同時に実施すべきであるし、このような情報がないと診断自体の誤りにも気づきにくい（宮岡 2014:99-100）。

（10）症状の経過

精神症状はいつ現れ、どのような経過をたどっているのかということを知ることも大切である。統合失調症であれば、急性期なのか回復期なのか慢性期なのか、双極性障害であれば、うつ病相と躁病相の程度と期間、病相の間隔はどうか等を把握する。特に病気が全体として回復に向かっているのか、増悪に向かっているのか、それとも同じ状態が続いているのかなど、「病気の向き」を捉えるように努める。病気が回復に向かっているのであれば、治療や支援は自然に回復する過程をみる、というものとなる。逆に病気が増悪に向かっている場合には、当然ながら治療や支援が必要になる。同じ状態が続いている場合には、何か回復を停滞させている要因はないか、このまま待つほうがよいのか等の判断が必要となる。診断や治療は、人生の大きな流れと病気の経過を理解したうえでなされるべきである。現在の瞬間最大風速的な精神症状のみで患者を理解することは、慎まねばならない（青木 2017:160-161）。

また、病歴の長い統合失調症の患者を診ていると、柔軟性のなさやこだわり、複数のことを同時に処理できないなどの陰性症状を認め、それを、①統合失調症の長期経過のなかで出現した人格変化と捉えたらよいのか、②薬物療法を長期間受けてきた副作用として理解したらよいのか、③経過のなかでの環境からの刺激の乏しさの結果として理解したらよいのか、④発達障害圏の特性を生来いくらかもっていたのか、わからなくなることがある。長期の病気をもつ患者の病像には、多くの要因が関与しており、病気本来のものと環境要因とが複雑に絡み合い、慢性病像が作られていると理解する必要がある（青木 2017:184-185）。

同様に、うつ病や非定型精神病などの挿話性精神障害では、過去の精神

症状が診断にとって重要である。これらを過去にもし精神科医が診ていてそれに関する情報があればよいが、実際は十分な情報が得られないことが多い。さらに注意すべきは、最近しばしば登場する双極Ⅱ型障害や、大人になって初めて見出される発達障害のように、それほど重症ではない過去の精神症状や行動を評価すべき場合である。双極Ⅱ型障害では過去のある時期を軽い躁病相と判断するかどうか、発達障害では多くの場合、周囲が大きな問題とはしていなかった小児期の行動特徴が、診断の鍵になる。しかし (a) 明らかに医療に関わるほど重症でなかった、(b) 本人や家族の記憶に頼るため情報が曖昧になることが多い、(c) マスメディアなどを通して多くの情報が流れるためかえって記憶が左右されやすい、等の理由から、評価は非常に難しい。その結果、過剰診断や、その診断に基づいてなされる意味の乏しい薬物療法につながる、といったことも起こり得る。過去の症状や行動を尋ねるときは、このような絶対的な情報の乏しさや歪みがあり得ることを頭に置いておく必要がある (宮岡 2014:92-94)。

(11) 発達歴の考慮

発達歴をどれだけ考慮するかは、医師の間でも意見が異なるようである。

一方では、発達歴の重要性が論じられている。たとえば、トラウマとなる体験には、虐待や災害などの生命を脅かすような強度のものから、客観的に見ればそれほど強いとは思えないが受け手には強く感じ取られるものまで幅広くあり、トラウマの強度、受け手の感受性、周囲からのサポートの有無などによって、トラウマ反応は起こったり起こらなかったりする。大人になって話される子ども時代のトラウマは、それが客観的にあった事実なのか、主観的に外傷と受け取っているのか、もしくは両者の中間なのか、本人の話からだけでは判別が難しい。しかし、臨床的に重要なのは、当の本人がトラウマと感じたかどうかであり、トラウマの強度や質にかかわらず、トラウマ反応は起こるということである。特に、臨床におけるさまざまな患者の中には、PTSD などではまったくないものの、症状やその経過のなかで、トラウマ反応的な側面やプロセスの存在が感じられることが少なからずある。たとえば、虐待などは一切されていなくても、子どもが親に何かを伝えわかってもらおうとしてもそれを受けとめてもらえないというような体験と、その際の本人の反応が繰り返される連鎖のなかで、

精神科医療における医師－患者関係（1）

本人の人に対する信頼の乏しさや被害的な構えなどが形作られていたりする。このように、診断名にかかわらず、トラウマ反応の繰り返しといった視点をもつことで、その患者の症状経過や対人的な構えなどが理解しやすくなるように思われる（青木 2017:200-201）。

また、多彩な精神症状を認める場合、その一部に注目して、境界性パーソナリティ障害や「境界例」、解離症、不安症、うつ病、双極性障害などと診断したり、2～3の診断を重複診断するということになりやすい。だが、それではこれらの診断名の基底にある問題や課題が見えてこない。人に対する基本的な信頼がうまく築けておらず、対人関係が依存や不信、恐怖に満ちたものになりやすく、そのようななかで日常的に対人関係の問題が蓄積していったという発達歴や生活史を理解したときに、初めてその人の治療や支援を考えることが可能になるのである（青木 2017:209）。

以上に対して、心理内面に深く入りすぎないように、という見解もある。

すなわち、時として患者が幼少期の複雑な親子関係を語り始めることがあり、それが現在の患者の脆弱性や症状に関係していることも少なくない。しかし、それを治療の中で積極的に扱ったならば症状が改善するとも言いきれないし、また、それが不適切に面接で重視されるとかえって精神症状が増悪することもある。心理内面を深くとりあげることは非常に難しい精神療法であり、専門の精神療法家が十分に時間をとれる場合に行う治療法と考えておくべきであろう、とされる（宮岡 2014:135-136）。

（12）疾患の診断

① 外因・内因・心因

精神疾患の治療の手順としては、まず第1のカテゴリーである「外因性精神疾患」であるかどうかを判断することが重要である。外因性精神疾患は身体的な病気を原因とするものであり、精神症状を改善させるには、まずはその基礎となっている身体疾患の治療を必要とするからである。疾患によっては、生死にかかわる場合もみられる。たとえば、ウィルス性脳炎の急性期においては、運動麻痺などの「神経症状」がみられず、統合失調症に類似した興奮状態を示すことがある。このような場合に、精神症状のみに目が行き、ウィルス性脳炎という外因性精神疾患を見逃してしまうと、重大な後遺症が残ったり、命を失ったりする場合もある（岩波 2018:

61)。

精神疾患のうち、第2のカテゴリーである「内因性精神疾患」については、いくらかの説明が必要である。もともと「内因」とは、統合失調症と気分障害（躁うつ病等）を念頭に置いて、遺伝的、体質的な原因が想定されていることを意味する。内因性精神疾患は、遺伝的要因の関与も大きいことは確かであるが、脳に明らかな病変はいまだ見出されていない。つまり内因性精神疾患とは、なんらかの脳機能障害が原因と推定され、各疾患にそれぞれ特有の症状と経過が認められるが、その原因は未だに解明されていない疾患群、ということになる（岩波2018:63）。

第3のカテゴリーである「心因性精神疾患」における心因性という言葉は、誤解を招きやすい。一見すると、重大なストレスが精神疾患を引き起こすような印象を与えるからである。確かに、心理的に重大な出来事や、ストレスが多い環境が、精神疾患の発症に関連することは稀ではない。しかし、「心因」を評価するにあたって、より重要な要因は、個人の反応性である。というのは、同じような状況を与えられても、必ずしも全ての人が精神疾患を発症するわけではないからである（岩波2018:64）。

精神疾患が「心因」を原因とするものであるという誤解は、現在でもよくみられる。確かに、うつ病や統合失調症において、生活上のストレスが発症を促進したり、あるいは再発のきっかけとなったりすることは少なくない。虐待やDV、あるいはオーバーワークやパワー・ハラスメントによって、精神に変調をきたす例も数多い。しかしながら、純粹に「心因」あるいは「環境的要因」のみによって生じる精神疾患は稀である。たいていの場合、病気の発症には、「心因」と個人の「反応性」の両者が関連している。一見すると心理的な要因が重要に見えても、実は「心因」の関与はわずかであるという場合も多い（岩波2018:65-66）。

こうした外因性・内因性・心因性の区別は、診断の順番を決めるという点で重要なものとされている。

すなわち、まず第1に外因性の可能性、いいかえれば「身体的基盤をもつ精神障害」の可能性を考える。それが否定できるか、ほとんど排除できるとき、はじめて2番目の内因性の精神疾患（統合失調症圏のものとうつ病圏のもの、ともに軽症者を含めて）の可能性について見当を始める。そして内因性疾患の可能性もまた否定できるか、あるいはほとんど排除できると考えたとき、はじめて3番目の心因性、環境因性の場合を考慮する。

決して逆をやらない (笠原 2007:68)。精神科医というと「心因性」を第1に考慮することの専門家であるかのような誤解が外部の人によってしばしばもたれるが、そうではない。たしかに精神科医は「精神現象の病的側面へのアプローチ」を専門とする者ではあるが、そのことは「精神異常現象の淵源を何よりもまず精神的原因の探索から考えはじめる」ということと決して同義ではない。精神「医学」であるからには、疾患の鑑別は、やはり「外因→内因→心因」の順序にしたがうべきで、前二者が否定できたとき、はじめて心因的な可能性を考える根拠が与えられる。とくに初心の間は、誤診を避けるため、いささか頑なにこの原則を守る方がよい (笠原 2007:69-70)。

なお、日常心理学的な了解を超えた「心因」(ないしは状況因)というのは、たとえばサラリーマンにとっての「昇任」とか、家庭婦人にとっての「転居」とかがうつ病の契機になるといった場合である。「これまでの秩序の変更を余儀なくされる」という意味で、昇任という一見喜ばしい出来事も「心因」たりうる。しかし、家族は、そしてきわめてしばしば本人も、それが発症と関係ありとは思っていない。こういう点については当然、医師の側から積極的に尋ねないと浮かび上がってこない。医師がそうするためには何らかの枠組みないしは項目がある。ちなみに、人生に起こりうるいろいろな出来事のなかで、「心因」たりうると考えられる出来事としては、(a) 過労、(b) 対人葛藤、(c) 離別もしくは死別、(d) 試験、あるいは試験に準ずるところの「試される」状況、(e) 遭難、(f) 日常環境の比較的急な屈折的变化、(g) すこぶる過酷な非日常的環境に投げ込まれること、といったものがある (笠原 2007:38-40)。

それでは、心因・環境因はどの程度同定できるか。結論を先にいうと、初診時にその心因が一見して明らかにできるケースはきわめて稀である。もっとも、少なくとも都市部では、とつけ加えられるべきかもしれない。神経症という大枠の診断はついても、何回面接しても何も心因と称するに足りるほどの出来事がない。そういうケースの方がふつうである (笠原 2007:82)。近因的出来事は、神経症圏のケースのなかには却って見当たりにくい。少なくとも、医師の側がはじめから心因を予測してそれを患者のなかに探したりしない方がよい。そんなに「ミエミエ」の心因のある“神経症”はほんとうの神経症ではない。レッキとした神経症の要因は、元来かくされた葛藤的な性質のもので、結構長期間伏在していて、それほど劇

的ではない（笠原 2007:85）。また、神経症については、心因もさることながら「パーソナリティのかたより」にも注目する必要がある。パーソナリティの問題を分母とすることによってはじめて、ある出来事、ある体験が心因の力価を獲得する。そして、パーソナリティの問題である以上、生活史と不可分のところがある（笠原 2007:86）。

診断に関して注目すべきは、医師による診断の相違であろう。たとえば刑事事件における被告人の精神鑑定の結果が鑑定医によって異なるといったケースについては、マスメディアを通じて、誰も記憶しているのではないだろうか。この診断のバラツキについては、以下のように述べられている。

まず、精神症状を詳細に患者に確認しても、しっかり当てはまる精神科診断が見つからない場合がある。その場合は、見落としがないか、自分の知らない精神科疾患があるのではないか、過去に類似の状態や症例が報告されていて何らかの治療法が提案されていないか、等を検討する必要がある。精神症状からの診断は、身体疾患における検査所見と異なり、環境によって精神状態自体が短期間で変化しやすいし、面接者の能力によって引き出される情報も異なってくる（宮岡 2014:97-98）。

次に、たとえば、最近では、医師に対するうつ病の啓発活動が進んで抗うつ薬が多く用いられるようになってから、若い患者のうつ病に対し、幻覚や妄想の有無を確認せずに抗うつ薬を処方したり、また高齢者のうつ状態に対し、認知症や意識障害の有無を検討しないままに抗うつ薬や抗認知症薬が処方されている場面が増えている。うつ病の知識しかない医師が診れば精神疾患はすべてうつ病にみえてしまうし、認知症の知識ばかりが増えた医師が診ると、認知症が過剰診断されやすい。疾患ごとに知識量に差がある場合、医師は知識の多い疾患の特徴ばかりが目に入り、過剰診断という誤診に陥りやすい。言い換えれば、精神疾患の診断では、その疾患の知識だけでなく、鑑別診断されるべき他の疾患の知識も同等に必要である（宮岡 2014:28）。

さらに、古くから指摘されている問題であるが、最近では精神医学の基本的な知識がないままに精神疾患に関する操作的診断基準を用いる医師が増えており、注意すべきなのが「軽度の意識障害」「軽度の認知症」「うつ状態」の鑑別である。プライマリケア医を主な対象としてうつ病の啓発活動が進んで、「軽度の意識障害に関する知識はないがうつ病は知っている」

という医師が増えたせい、低ナトリウム血症や睡眠薬が効きすぎてボーッとしている状態がうつ病と診断されていたり、また認知症に対する早期の薬物療法が勧められているせい、高齢者のうつ状態が治療面においては上の三者のなかで最も緊急性の薄い認知症と診断されていたりする症例は非常に多い。このあたりは筆者〔宮岡〕の施設へ紹介される症例の中で最も多い誤診ではないかと思われる（宮岡 2014:101）。

さて、ここで「操作的診断」という言葉が再び出てきた。これを次に扱う。

② 操作的診断とその問題点

わが国で伝統的に通常使用されてきた診断方法を「従来診断」と呼んでいる。これに対して、比較的最近になって作成された、国際的な診断基準に基づく診断方法を「操作的診断」と呼んで区別している。操作的診断のための国際的基準としては、WHO（世界保健機関）の作成した ICD-10 と、APA（アメリカ精神医学会）による DSM-5 が知られている。ここで「操作的」という用語を用いているのは、診断の手順をマニュアル化し、そこに掲げられているいくつかの項目を満たせば診断が確定するというシステムを用いているためである（岩波 2018:58）。

ICD-10 と DSM-5 は類似している部分も多いが、ICD-10 の方が従来診断に近い内容が多く、DSM-5 においては、新しく命名された病名が採用されている場合が多い。これら2つの診断基準はともに世界的に使用されているが、ICD-10 は診療統計などに使用されることが多いのに対して、DSM-5 は臨床的な研究に使用される場合が多い。わが国では、障害年金の診断書や自立支援医療の診断書など公的な書類の診断は、ICD-10 に基づいて記載されるのが一般的である（岩波 2018:73）。

しかし、精神疾患の臨床診断において重要性を持っているのは、DSM のほうである。

DSM とは、『精神疾患の診断・統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders）』の略称である。これは、アメリカ精神医学会の定めた、精神科の専門医が患者の精神状態を診断する際の指針を示したものである。1952年にDSMの初版（DSM-I）が発表されて以降、何度か改訂が行われ、現在は第5版（DSM-5）となっている。DSMの特徴として、疾患の病因に踏み込まずに、精神症状のみを目安として分

類している点があげられる。これによって診断基準が明確になり、医師の主観的な傾向を受けやすい精神疾患の診断に対して、客観的な判断を下せるようになった点が評価されている。具体的には、ある疾患を診断するために、いくつかの症状が取り上げられ、そのうちの決められた個数が認められたなら診断を確定する、という方法がとられている（岩波 2018:79。下線は北山による）。

この DSM の診断システムにおいては、精神疾患の横断的な症状に注目するため、長期的な経過についての視点が欠けているという批判が強い。また、DSM は、さまざまな新しい「疾患名」を作出した。今日では一般的となった「パニック障害」「PTSD」「社会恐怖」などの新しい疾患名を生み出したのは、DSM である。この点について評価は分かれる。DSM によってこれまでの疾患が整理され、新しく妥当な疾患概念が形成され、診療や研究に有用であったという意見もある一方で、単なるラベル替えに過ぎないという意見も根強い。さらに強い批判的な意見もみられる。すなわち、DSM は、健康な者にも認められるようなあらゆる精神的状態を何らかの「障害」に変えてしまい、数多くの「疾患」を捏造した、という批判である。この点は新疾患に対する新薬を提供する製薬業界の思惑にも一致しているとする指摘もなされている（岩波 2018:80-82）。

ここで、DSM の診断基準の一例として、「うつ病」(Major Depressive Disorder) のそれを掲げておく (DSM-5:160-161)。なお、同診断基準中にある「注」の部分は、煩瑣となるので省略している。

A. 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは
(1) 抑うつ気分、または、(2) 興味または喜びの喪失である。

- (1) その人自身の言葉（例：悲しみ、空虚感、または絶望を感じる）か、他者の観察（例：涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退（その人の説明、または他者の観察によって示される）
- (3) 食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加（例：1カ月で体重の5%以上の変化）、またはほとんど毎日の食欲の減退または増加

精神科医療における医師－患者関係（1）

- (4) ほとんど毎日の不眠または過眠
 - (5) ほとんど毎日の精神運動焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）
 - (6) ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退
 - (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある。単に自分をとがめること、または病気になったことに対する罪責感ではない）
 - (8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の説明による、または他者によって観察される）
 - (9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画
- B. その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
- C. そのエピソードは物質の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。
- D. 抑うつエピソードは、統合失調感情障害、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、または他の特定および特定不能の統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群によってはうまく説明されない。
- E. 躁病エピソード、または軽躁病エピソードが存在したことがない。

ここで、DSM が現時点でどのように考えられているのか、まずは比較的最近の評価をみてみよう。次のとおりである。

すなわち、国際疾病分類（ICD）や精神疾患の診断・統計マニュアル（DSM）は、臨床医が精神疾患を客観的に把握したり、基礎および臨床的研究の対象を均一に限定したり、多領域・多職種の人たちや多文化を生きる人たちと情報交換をしたり連携したりする際の共通語として非常に有用である。また司法的な判断を求められるときや、精神障害者年金などの公的診断書にも共通語として必要である。だからこそ、精神科医が ICD や DSM を理解し、その概念に当てはめて考えられるようになることは重要である。しかし、ここで忘れてはいけないのは、ICD や DSM による診断が 1 人の患者をすべて理解したことにならないということである。精神科医は経験を積みば積むほど、明快な判断をすることが難しくなるように感

じている。なぜなら病気に当てはまらない部分がいろいろと見えてくるからである。気がついてみると、悩み苦しんで混乱している1人の人がよく見えてくる。1人の人をよく知れば知るほど、病気のことがよくわからなくなる。統合失調症でも双極性障害でも、その輪郭がぼやけ、皆が非定型・非典型のように見えてくる。たとえば、自分を攻撃してくる幻覚や妄想という症状の背景に、誰の援助もなく孤立し心細く生きている1人の人が見えてくるといったように。病気よりも人が見えてくるのである（青木 2017:148-149）。

また、従来の診断体系には、評価者間の診断一致度が低いという問題がある。そのため DSM などの新たな診断基準が登場した。よって、従来の診断体系に戻るのがよいとは思わないが、両者の背景を理解し、どう組み合わせるかは、今後の精神科臨床や教育における大きな課題である。当面は、従来の診断体系と操作的診断基準の両者を適切に併用していくしかないであろう、とされる（宮岡 2014:170）。

ただし、「ICD や DSM で診断した」という話の詳細を尋ねてみると、「患者をみた」→「うつ病を疑った」→「診断基準のうつ病性障害の記載に当てはまることを確認した」→「うつ病性障害と診断した」→「診断手順修了」という思考過程をとっている研修医が少なくないし、中には教える側も疑問を持っていない場合さえある。当然のことながら、実際に判断を下す際にはこれでは不適切である。そのような思考過程をとれば、いろいろな精神疾患を知らない医師ほど、疑う精神疾患の数も少なく、診断に時間がかからないということになり、当然誤診も起こりやすい。極端に言えば、うつ病しか知らない医師は、どのような精神疾患を診てもうつ病にみえてしまうことになりかねない（宮岡 2014:171-172）。これは深刻な事態ではなかろうか。

ちなみに、わが国における DSM の普及について、その賛否が精神医学界で議論されたのは、ちょうど 20 世紀から 21 世紀に変わる前後の頃であった。その時期の議論状況（とりわけ批判論）を映し出している見解は、以下のようなものである。

すなわち、臨床家が日々の仕事の上で必要とし、学びたいと思う診断類型とは、病因論、症候論、経過の見通し、処置法がセットになったものである。つまり、その時点で臨床家がなさねばならない 2 種の作業、すなわち将来の見通しを立てることと、処置法の決定との指針となり得る診断類

型が欲しいのである。診断類型は、原初のときからこの役割を担っており、今日の診断作業においても、重要な役割として生きている。これを「診断の第一機能」と呼んでおこう。臨床家にとって、この機能は切実なものであるので、この第一機能を棚上げして、症候の記述のみに専心している DSM が、魅力の薄いものとなっているのは、当然のことである（神田橋 1994:30）。

そして、最近非常に心配されるのは、「診断クライテリア」と称されるものへの診断医の依存である。たとえば、DSM で、「つぎのクライテリアのうち少なくとも 4 項目を満たすならば、この診断が当てはまる」といった区分けがある。そのときの診断作業は、郵便番号を読みとって、それぞれの行先別に仕分ける作業をする機械を思わせる。このような診断作業の風潮が続くと、ほどなく、臨床医にとって最も大切な感性が失われてしまうだろう。こうしたクライテリアは、診断者の注意が偏ってしまったために起こる重大な誤診をチェックするのに有用であるにすぎない。画一的にそのクライテリアに依存して診断するならば、患者の将来に重大な意義をもたらすことになるかすかな兆しは、すべて見落とされてしまう。診断者の注意が、クライテリアの方に偏ってしまい、患者の福利からそれてしまうからである（神田橋 1994:137-138）。

また、標準化された面接法や、チェックリスト、レーティングスケール、カルテ記載の定型なども、同様の危険を宿している。予定されたプラン、スケジュールを遺漏なく消化してゆくことに注意が偏ってしまい、目の前の患者の流転する姿には目が向かなくなる。各項目につき虱つぶし的に尋ねて患者からの陳述を得ていっても、それぞれの陳述の重みを量りながら聴くことはなく、漫然と一様に受け取っているのだから、記憶に留まりにくい。その結果、患者が確かに医師は受け取ってくれたと思っている情報が、医師の脳裏からは消失しており、将来の相互不理解の芽となる（神田橋 1994:138）。

さらに、患者の年齢と性から多くを知りうるのは臨床医学共通のことで、精神医学も例外ではない。初老期痴呆、退行期うつ病、30 歳代の妄想病、思春期の妄想症、幼児自閉症等々、年齢区分を冠した病名は、DSM が生まれる以前は多かった。残念ながら DSM も ICD も、好発年齢とか長期経過についてあまり関心を示していない。しかし、好発年齢についての臨床知見には分厚い蓄積があり、これを参照しない手はない。うつ

病1つとっても、20歳代のそれと50歳代のそれとは違う（笠原2007:27-28）。

DSMがアメリカでどのように発展し普及したのか、その利点は何か、については、本稿の第3章で詳しく扱う。ここでは、精神科の臨床診断において、それがどのような問題点を含んだものなのかを、内海健の議論に沿って確認しておきたい。

まず、DSMとはどのような面接構造を前提にして成り立っているのか。

第1に挙げられるのは、患者が構造化面接（マニュアル化された面接）を受け入れてくれることである。そうでなければこの診断システムは活用できない。「私は質問する人、あなたは答える人」といった、行儀のいい関係がすでに成り立っているところで行われる量水練のようなものである。ある意味で、精神科で最も困難であり醍醐味でもある、「関係を造る」という作業が省かれているのである。DSMを擁護する人の中には、関係を造るためのプロセスは踏んでいると主張する人もいるかもしれないが、もしそうならば、それは「診断のための関係」という倒錯的なものである（内海2005:164）。

2番目は、患者の言葉はそのまま患者の症状を表していると前提すること。その結果、患者の言葉に信憑性がおけない病態は排除されている。そして、「主体の障害」もうまく取り入れられない。なぜなら、その場合には、語る主体そのものが壊乱しているからである。それゆえ、統合失調症の診断が貧困なものになっている。また、語ることの困難な症状や、記載することが困難な症状は、DSMから排除されている（内海2005:164）。

3番目は、診る側と診られる側は、気心の知れない者同士であるということ。できるだけそっけない、中立的な（深入りしない）関係が前提とされている（内海2005:164）。

4番目は、医療の側が知を寡占してしまうこと。医者側に圧倒的に正しい体系があり、患者の側には何もない。患者は医師に向かって自覚症状を語るだけである。そして、ほとんど自動的に診断を下される。真理の場は患者の心の中にあるはずであるが、少なくともDSMの内部においては、医師が患者から学び、その診断体系を変更するための回路はない（内海2005:165）。

5 番目は、面接者の主体を消すことである。面接者の存在、そして関係性というものは何も書かれていないし、また読み取ることもできない (内海 2005:165)。

最後に、こうした前提に気づかないこと、これらすべてを括弧に入れてしまうということ、おそらく最も深刻な問題はここにある。私〔内海〕はなにも DSM それ自体を否定するつもりはない。ただ、それが成り立っている、それが拠って立っている土壌、社会的な背景というものをまったく無視して、それ自体が真理であるかのごとく取り扱うこと、このことに対しては警鐘を鳴らさねばならないと思う (内海 2005:165)。

それでは、このような問題を含んだ DSM が、何故かくも抗いがたく、ほかならぬこの日本で蔓延しているのか。その背景は何か。

1 番目に、DSM によって潤うのは誰であろうか。まず考えつくのは、製薬資本と保険会社である。右手に診断マニュアルと左手に治療アルゴリズム、そして新規抗うつ薬の使い方を教え込んで、一般医でも抵抗なく診られるようなセッティングを作り、患者を開拓し投下資本を回収していこうとする、そんな資本の意図が感じられる。さらにそのうちに、アメリカと同様に、保険は規格化された診断と治療だけしかカバーしないような、そんな時代になるかもしれない (内海 2005:166)。

2 番目に、患者としっかり向き合えない精神科医のためには、大変都合のよいシステムである。これにはもはや付け足すこともない (内海 2005:166)。

3 番目、精神医学という学問をつまらないものにしたい。DSM のようなものをことさら称揚し、流通させようとしている人たちの中には、精神医学をつまらなくしようとする意志を感じる (内海 2005:166)。

4 番目、研究して偉くなりたい。DSM はそもそも研究用であるから、それは構わないであろう (内海 2005:167)。

5 番目、訴訟対策。これはちょっとした御利益である。DSM で診断し、アルゴリズムに基づいて治療をしたから訴えられない。アメリカでは大切なことかもしれないし、日本も追々こんなことになるのかもしれない。しかし、これが主役になっては臨床は枯渇する (内海 2005:167)。

6 番目、診療が忙しい。これはなんとかしなければならない。実際、DSM や EBM を熱心に推進している人たちの中には、あまりにも忙しい臨床と格闘した末に、精神療法や精神病理学から転向したという真面目な

医師がいる。少なくとも研修医のあいだくらいは、できればそれ以降も、余裕のある臨床環境で研鑽を積むようにしたいものである（内海 2005:167）。

最後に同じように、こうした背景というものは忘れられる傾向にある。社会的な現実が医療というものを可能にしているのであるが、こうした医療の外側の現実というものは、ともすれば隠蔽されてしまいがちである（内海 2005:167）。

以上が内海の掲げる DSM 普及の背景事情であるが、これらのなかで最も大きかったのは、おそらく、大学付属病院等で勤務する精神科医が論文を外国の雑誌に投稿する際には、DSM に基づいた疾患分類に従わざるを得なかった、という点だったのではないか。すなわち、上の4番目の動きが、わが国の精神医学の研究者（そこには大学医学部の教員が当然に含まれる）によって採用され、それが下の世代に教育される、という流れであったと思われる。

かくして、現状については、次のように記述されている。

極言すれば、精神科施設に勤める勤務医を、目前の患者の苦悩より臨床エビデンスを重視し、患者その人に焦点を当てた精神療法や精神医学的ケアではなく、患者管理のための煩雑な書類事務に忙殺され、妥当とされる処方薬を選択するだけの「機械」に変え、精神科の日々の業務を荒涼としたルーティン・ワークに変えつつある一因として、こうした世界的な規模での DSM の普及と、精神医療のマーケティング化がある（江口 2019:291）。

DSM の隆盛は、本稿で先に述べた「傾聴」や「了解」の試みを、まったく不要のものとしかねない。DSM を内蔵した AI（人工知能）が開発され実用化されたならば、患者が自覚症状をそこにインプットすれば診断名が直ちに確定し、その疾患とされたものに対応した治療薬が自動販売機のように出てくる。そこではもはや、精神科医の存在は必要なくなってしまうのではないだろうか。

③ 非定型・非典型

精神疾患には、時代による病相の変化が認められることが知られている。その観点からの診断への影響についてもみておこう。

すなわち、現実の臨床では、伝統的診断、そして ICD や DSM に当てはまらない、非定型・非典型的な病像や経過が増えてきている。そのような

例から診断方法を考える必要があるのではないか。定型・典型的な病像は、どの医師が診ても基本的にはほぼ同じ診断になる。たとえば重症・中等症の統合失調症やうつ病（内因性うつ病）、双極Ⅰ型障害などは、複数の医師が診てもその診断は変わらないことが多い。一方、非定型・非典型的な病像は、教科書の記載やICD、DSMの診断基準に当てはまらにくく、医師によって異なった診断名が付きやすい。それはしばしば軽症例である。特にうつ病や発達障害は軽症例が増加しており、そのため非定型・非典型的な病像を診る機会が増えていると考えられる。これらの軽症例の増加には、(a) 疾患概念の浸透・拡大、(b) 事例化（医療問題化）の増加、(c) 精神科受診の敷居の低下、等の要因が関与していると思われる。そして、たとえば抑うつ状態の軽症では、診断が異なるものとなりやすい。それは「適応障害」「軽症うつ病」「病気ではない」などと、診る医師によって診断が異なってしまい、それだけでなく治療や対応も変わってくることもある。発達障害についても、軽症の場合は発達特性も精神症状も非定型・非典型となり、医師によって診断が異なるといったことが生じやすい。そのような診断の不一致が、患者や家族の医師に対する不信や、前医と後医の間での不信を招くこともある（青木 2017:149-150）。

したがってここで留意されねばならないのは、非定型・非典型的な病像を、無理やり定型・典型的な病像に当てはめて診断していこうとすることを避け、非定型・非典型的な病像をそのままきちんと把握するという姿勢をもつことである。多職種や多文化の間で共有できる共通語としてのICDやDSMに病像を当てはめることは大切なことであるが、それらに基づく診断は、患者の病像をいくらか無理に当てはめている可能性があるということを確認しておくべきである。ICDやDSMに当てはまらない部分に気づき、非定型・非典型病像をできるだけいねいにとらえることが、1人の患者を理解するということである。人は1人ひとり異なり、すべての人は非定型・非典型であると考えるくらいがよい（青木 2017:150-151）。

そして、診断的に発達障害であるかないかに無理やり線を引いて、診断がつけば支援を受けることができ、つかなければ支援を受けることができない、とすることは問題である。いずれの場合も、患者に生きづらさや生活障害が強ければ、支援は必要である。そう考えると、グレーゾーン群を無理やり分けるのではなく、グレーゾーンとしてそのままとらえていくことのほうが現実的ではないかと思われる（青木 2017:154）。

【引用文献一覧】

- 青木 2017：青木省三『こころの病を診るということ——私の伝えたい精神科臨床の基本』（医学書院、2017年）
- 岩波 2018：岩波 明『精神疾患』（角川ソフィア文庫、2018年）
- 内海 2005：内海 健『精神科臨床とは何か——日々新たなる経験のために』（星和書店、2005年）
- 江口 2019：江口重幸『病いは物語である——文化精神医学という問い』（金剛出版、2019年）
- 笠原 2007：笠原 嘉『精神科における予診・初診・初期治療』（星和書店、2007年）
- 神田橋 1994：神田橋條治『追補 精神科診断面接のコツ』（岩崎学術出版社、1994年）
- 古茶 2019：古茶大樹『臨床精神病理学——精神医学における疾患と診断』（日本評論社、2019年）
- DSM-5：米国精神医学協会（高橋三郎＝大野裕監訳）『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』（医学書院、2014年）〔American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (American Psychiatric Publishing, 2013)〕
- 土居 1992：土居健郎『新訂 方法としての面接——臨床家のために』（医学書院、1992年）
- 中井 2011：中井久夫『世に棲む患者』（ちくま学芸文庫、2011年）
- 宮岡 2014：宮岡 等『こころを診る技術——精神科面接と初診時対応の基本』（医学書院、2014年）