

精神科の分かりにくさについて —学生たちの質問から考えること—

山田了士

岡山大学学術研究院医歯薬学域 精神神経病態学

キーワード：精神疾患の診断，バイオマーカー，理念型，大学病院精神科

The difficulty of understanding psychiatry : Thoughts from students' questions

Norihiro Yamada

Department of Neuropsychiatry, Okayama University Graduate School of Medicine, Dentistry and Pharmaceutical Sciences

はじめに

臨床実習に来る学生から、毎週1人1回の質問を受けるようにしており、これまでのベ千数百回の質問に答えてきた計算になる。回数を重ねると、やはり頻度の高い質問はいくつもあり、その中で特に目立つのは、学生たちが精神科で感じる一般身体医療との違い、なかでも精神科の診断体系や治療過程の分かりにくさ、医療体制の違和感などに関するものである。こうした分かりにくさは、学生だけでなく研修医から精神科以外のベテラン医師に至るまで多くの医師が感じることであろう。日本のみならず世界中でこの疑問が持たれているようで、米国やフランスの著明な精神科医も幅広い読者向けに精神科の診療が今なぜこのようになっているのかについて書物を著して興味深い^{1,2)}。今回はこの紙面を借りて、学生の質問を思い出しながら、精神科が分かりにくいのはどういう事情によるものを述べて、他科の医師の方々にも少しでも理解して頂ければと思う。

精神科の疾患に医学的な根拠はあるのか

よく聞く質問として、精神科の病気には裏付けになる検査がほとんどないのに診断をどう確定するのかというものがある。たしかにその通り、精神疾患には誰もが認めるようなバイオマーカーは今のところ存在しない³⁾。精神科でラボデータや画像、生理検査、遺伝子検査等の一般的な検査で診断できるのは認知症やてんかんのよう、他科との境界領域のものがほとんどである。なかには、近年明らかになった抗NMDA受容体抗体脳炎のような、精神症状を主症状とする自己免疫脳炎もあるが、このような自己免疫脳炎や神経梅毒、中枢神経ループス (neuropsychiatric SLE) といった疾患は身体的要因が明らかになって、治療手段も身体医学の手法が主体になると、それぞれ脳神経内科やリウマチ科の疾患になっていくとも言える。

一般の身体疾患では、炎症や腫瘍、血管障害といった疾患の基盤になる病理現象を共有するのに対して、大半の精神疾患は今のところこうした「目に見える」ものを共有しない。精神の変化という形態のない形而上の特徴を病気の症状として扱うところが、精神科が他科と際立って異なり分かりにくい点である⁴⁾。しかし逆の場合を見ると、内科など身体の診療科において

2021年9月14日受理

〒700-8558 岡山市北区鹿田町2-5-1

電話：086-235-7242 FAX：086-235-7246

E-mail：nyamada@okayama-u.ac.jp

◆ プロフィール ◆



1983年 岡山大学医学部医学科卒業
 1983年 岡山大学病院 精神科神経科 研修医
 1984年 広島市民病院 精神科神経科 研修医
 1986年 岡山大学病院 精神科神経科 医員
 1989年 ニュージーランド・オタゴ大学心理学部 研究員
 1991年 岡山大学病院 精神科神経科 助手
 1998年 岡山大学病院 精神科神経科 講師
 2007年 川崎医科大学 精神科学教室 准教授, 川崎医療福祉大学 臨床心理学科 教授 (兼任)
 2010年 川崎医科大学 精神科学教室 教授
 2015年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 精神神経病態学 教授
 2021年 岡山大学学術研究院医歯薬学域 精神神経病態学 教授
 専門領域：臨床精神神経医学全般 てんかんの基礎研究と臨床, リエゾン精神医学・精神腫瘍学, 器質性精神障害

は、医学的な所見がみられない不定な症状を、しばしば「ストレス性」「心因性」「機能的」などと名付けている。これは要するに「分かりません」と言っているのに等しいと、Goodwin という米国の碩学がその精神科診断学テキストの序文に書いている⁵⁾。精神医学はこうした分からない病気を引き受けているような面がある。

もちろん統合失調症や双極性障害、うつ病などのいわゆる内因性精神障害は疾病としての一定のまとまりがあり、その原因の少なくとも一部は脳にあると推定される。精神医学もこの原因を探る努力を間断なく積み重ねてきており、うつ病の神経炎症、内分泌異常や、統合失調症の神経変性、自己免疫、遺伝子変異といった仮説は盛んに研究されているものの、精神疾患の動物モデルが作成困難ということもあり、我々の日常臨床に応用できるような病態機序はまだ明らかにされていない。

それでは、精神疾患はどう鑑別するのか

前項で述べたように精神医学で最も重要で本質的な鑑別診断は、その精神障害が身体的な疾患基盤によるのかどうかという点である。

では、器質的な基盤のない(バイオマーカーのない)精神疾患の中での鑑別とはどうなのだろうか。現在国際的に普及している診断分類は、DSM (diagnostic statistical manual)⁶⁾であり、これは各精神疾患の症状リストを列挙し、一定数以上の項目があてはまればその病気とする、いわゆる操作的診断体系である。古茶によれば、DSM でもそれ以前の診断学でも、器質的でない精神疾患は「これこれこういう特徴がある病気を〇〇病としよう」という形、すなわち理念型として規定されている⁴⁾。理念型とは、複雑多様な現象をその特徴をもとにして理論的に構成し、概念として名前をつけるということである。つまり理念型は名付け人の見る角度から浮かび上がる特徴を言語を介して分類したものであって、少し角度を変えると異なる性質が見えてきて、例えば発達障害とパーソナリティ障害のように分類が変わってしまうことがよくある。理念型の分類も臨床的な治療計画や予後の見通しなど実践的な役には立つのであるが、時代が変わるとまったく違う病気にされてしまったりするのは、この理念型の持つ本質である。

唐突だが、ここで色の話をしてみたい。世界の言語

や文化は非常に多様で、色の分類は言語ごとに様々に異なり、わずか2種類しか色の名前を持たない極端な言語もあるという⁷⁾。それと同じように、精神科医の見る疾患の呼び名も地域や時代によって異なるのである。例えば「青」という色を言葉で説明することが困難なように、精神疾患も言語で厳密に定義することは非常に難しい。また、「群青」「紺」「インディゴ・ブルー」「マリン・ブルー」などのように「青」の中にも区別の難しいバリエーションがあり、ときには「青」と「緑」のどちらのグループに属するのか見る人によって異なる色があるように、例えばうつ病の中に「非定型うつ病」「新型うつ病」「抑うつ神経症」など曖昧な概念があるのと似ている。色の方ではRGBの数値である程度絶対化できる面があるのに対して、おおむね言葉にのみ頼る精神疾患の分類はどうしても不安定にならざるを得ない。

ただし色の場合、いかなる言語の話者であっても、たとえば英語や日本語を学べば、青や赤など基本的な色概念を正しく認識することができるという。つまり、各色の概念はその分け方を知れば、人間が元々持っている識別能力によって正しく分別できるということである⁷⁾。精神疾患もそれと同様なところがあり、一定の臨床経験を積んだ医療者であれば、中核群のうつ病のような疾患については、かなり正確に見分けることができるようになる。だが、疾患にはグラデーションがある。中核から離れた症例は、離れていることは誰もが分かるけれども、それをどう呼ぶか、DSMのどの項目に当てはめるかになると、診断する医師によってまた異なって来たりするのである。

したがって、日常的な臨床においては、精神医学は診断学よりも治療学の方に重きが置かれる。精神障害では、同じ病名の障害については、全てガイドライン通りに治療すればよいかという点も必ずしもそうではない。個々の患者の症状がそれぞれ多彩なことに加えて、アルコール依存やパーソナリティ障害など他の精神障害の併存や、経済状況、患者自身の環境や生活事情、受けられる支援の度合など数々の因子によって、治療の方法や優先順位が変わってくる。その組み合わせは患者の数だけあるといってもよい。そうしたことから、一義的な病名の選択にはあまりこだわらず、どう治療していくかという計画を立てることの方が重視される。他の医学領域なら、診断が曖昧なままで治療をしていくのは考えにくいかもしれないが、生物学的な疾

患基盤の明らかでない精神障害では、多角的な治療論を優先することが現実的な対応である。逆に言えば、精神医学はこの現状を見つめ直して、治療手段をモジュール化して構成するような診断学を整備することも考えるべきなのかもしれない。Goodwinの「*Diagnosis is prognosis*」という言葉⁵⁾を何とか具現化したいものである。

患者さんとの話が難しい

会話のまったく続かない重症精神障害の人を担当した学生や研修医は非常に苦勞する。それだけでなく、大人と話すのが苦手な10代の子もいれば、医療への強い拒否感（それが妄想であるかどうかに関わらず）から対話を拒んでいる人もある。さらに大学病院では、主治医や看護師のみならず、研修医や療法士、複数の学年の学生たちが次々と訪れるので、人に疲れていたりもする。こうした場合、経験を積んだ精神科医でもうまくいかないものであり、無理な会話を続けない方が良いこともある。しかし、会話を拒む患者さんでも味方になってくれる人を欲してはいるので、「この人は安全そうだ」と思ってもらえるまで何度も顔をみせにいくのが基本である。これは「人ぐすり」などと呼ばれるもので、近くに佇んだり、遠くから見守ったり、患者医療者双方が負担にならない距離を取って、やがて言葉が繋がるようになるのを待つということも必要なのである。これは外来の診療でも似たようなところがあって、診療を繰り返すにつれて、互いの間合いが徐々にちょうど良いところに落ち着いていくと、様々な話題を話しやすくなる。精神障害を持ってしまった人では、何より安心できるコミュニケーションを欲している人が少なくないのである。

精神科の治療効果はどう評価するのか

精神科の治療は一部を除いて、がんや脳卒中のような緻密なタイムスケジュールを立てることは困難である。前述したように精神科では個人ごとの差違が非常に大きいため、一般化したスケジュールを作ってもあまり役立たないのである。クリニカルパスを適用できる症例が精神科で異様に少ないのは概ねこのためである。

治療効果の判定については、症状評価スケールはたくさんあってよく使われている。しかしこれらは、炎症所見や腫瘍のサイズのように分かりやすいものでは

なく、やや曖昧な言語表現に頼るところがある。一般に物事を測る尺度には、平均基準（温度や長さのように絶対的な数値）と価値基準（良い悪い、高い低いなど形容詞的・相対的な基準）とがあり、精神症状の尺度は精度では劣る価値基準に基づくものがほとんどである。したがって症状評価スケールは、日常臨床でのアナログな印象と質的には大きく変わらないことが多い。精神科臨床で治療効果を評価するには、肌感覚のような誰がみても納得できる病状の変化を捉えるのが一般的である。そう聞くと、そんな判断ではたとえば早く退院したい人が上手く演技をすれば騙される医師もあるのではないかという疑問もあるだろう。確かに一人の医師による判断だけでは信頼度が低いかもしれないが、複数の医療者それも多職種の異なる目から見た判断が一致するならばかなりの妥当性が得られるようになる。精神科臨床では他科に先んじてチーム医療が発展してきたのも、そうした理由もあると考えられる。症状評価スケールは、こうした判断を追認して何とか数値化し、研究や治療開発につなげるという役割があると理解すべきであろう。

治療はどのように進めていくのか

精神科のみならず医療の目標は「患者の生命を守り、人生と生活を良くすること」である。重症うつ病の電気けいれん療法とか、統合失調症の抗精神病薬のような急性期の医学的治療は、生命の回復という観点できわめて重要である。また、認知行動療法のような現代の心理療法はよく標準化されており、効果も高い治療手段である。では、これらの治療を行って一定の効果があれば、後の診療は経過観察でいいのかというと、実は精神科の診療では、この後の回復期や慢性期の長期の治療の方が重要なことも少なくない。つまり再発を防ぎながら、実生活で降りかかる困難を何とかやり過ごして、より良い生活を送る力をつけてもらうことが大切なのである。こうした慢性期治療は定型化できないので、ある意味最も高度な医療と言ってもいいくらいであるが、端から見ると何もせずただらだと通院させているように見えてしまうかもしれないのが難点である。

ちなみに、生活を良くするということは、必ずしも働いて自立した生活を送れるようになるということばかりではなく、人の手を借りたり行政の支援を受けたりしつつ、その人に応じた役割を得ていくということ

にあることを付け加えておきたい。

一方、症状はより深刻な状態になるのを防ぐために出ている場合もあるという、ネオヒポクラティズム的な考え方もある⁸⁾。そういう症状は無理に取ろうとせず、患者の持つレジリエンスを重視し、良くなる機転を邪魔せずに助力する治療姿勢が望ましい。レジリエンスは復元力などと訳され、単に頑強な抵抗力があるというのとは異なり、負荷がかかって少し調子を崩しても立ち直るしなやかな竹のような力を指す。ちょうど感染症における発熱や下痢は身体の適応的・抗病的な反応であるとする考え方である。うつ病でレジリエンスが働くと自然に寛解に向かうが、そうならない人でも抗うつ薬を服用すると、前者と同じような経過で寛解に向かう⁹⁾。つまり、過度な対症療法を行うのではなく、それぞれの人に依じて必要な範囲の治療を加えて、自ら治る力をアシストするという考え方である。

たとえば、心因性非てんかん性発作 (psychogenic non-epileptic seizures: PNES) は、てんかんや失神ではないのに倒れたりけいれんしたりする発作で、多くは心的要因によると考えられる症状である¹⁰⁾。PNESはときに重積のようになり、ICUへの入院例も少なくない。効果の確実な薬剤や治療法はなく、あれこれと治療を試しても発作は度々起こって救急車を呼ばれて、ERに迷惑をかけることも多い。医療者の中には、わざと発作を起こしているのではというネガティブな感情を持つことになり、そのためか発作がさらに悪化したりもする。治療は簡単ではないが、発作を止めようと無理をするのではなく、周囲 (医療者も含む) の対応や環境を整えて、患者が本来の良くなっていく力を取り戻せるように支援する治療姿勢が望ましい。すなわち、PNESは「ストレス性の」症状であって詐病ではなく、発作時は収まるまで休めば良いことを患者や周囲に理解してもらうこと、発作を起こしても見捨てられないと感じてもらえるようにすることなどが重要と考えられる。その経過を通して発作と一定の心理的距離を取れるようになれば、徐々に発作が減っていくようになる。このような治療の流れは、PNESだけでなく他の精神疾患でもしばしば重要で、良くなっていく過程を不必要に過剰な治療やネガティブな感情で邪魔をせず、必要な範囲の治療を行いながら寄り添っていく姿勢が必要なのである。

アルコール依存とかは、自己責任ではないのか

これほど率直な言葉で質問する学生はいないけれども、それに近い印象を持っている人は学生だけではないだろう。たしかに、アルコールや薬物への依存状態にあるのに、そのことを開き直ったり、暴力暴言や違法行為に訴えたり、二度としないと誓いながらまた手を出す様な人を見るとそう思うのもやむを得ないところもある。しかしながら、アルコールや薬物依存症のある人、さらにはリストカットや過食が止められない人などは、心のどこかに「もう止めないといけない、でも止められない自分はダメな人間だ」と思っているものである。それでもまた、誘惑にかられて酒を飲んだりしてしまう。それはたしかに自分で飲んだのではあるけれども、自らそうすべきだという意志で能動的に飲んだわけではない。また誰かに強制されて受動的に飲まされたわけでもない。こうした能動態でも受動態でもない行為のモードは中動態と呼ばれて、古い印欧語には存在したという。日本語でも「俣ばれる」とか「思われる」と言うように、能動でも受動でもない、意志の所在がはっきりしない言い方がある。

國分功一郎が雑誌「精神看護」に連載した「中動態の世界」¹¹⁾はこの存在と意味を我々に教えてくれたが、その中で國分は、現代語は能動と受動しかない形になっており、能動であればその行為は行為者の責任であり、受動であればそれをさせた誰か別の人の意志による行為の責任であるというような窮屈な社会の基盤になっているのではないかという。

依存症以外の多くの精神疾患もまた、この中動態を介した症状を呈しているのかもしれない。強迫性障害や摂食障害などもよく似た状況で苦しむ病気であり、本人や誰かの責任でなっているわけではない。しかし、特に依存症ではその人の意志が問われることになりがちで、その責任を追求されればされるほど、苦しみは一層強くなっていくのである。このように意志と責任を追求する風潮が支配して、一方的な非難や炎上につながるような事態は好ましくない。アルコールや薬物依存では自助グループ (断酒会のような当事者相互の治療的集まり) の利用が力を発揮するが、これは中動態のような説明し難い行為の成り立ちを当事者が一番よく分かりあえるからなのかもしれない。

大学病院の精神科は他とどう違うのか

「他の科を廻ると、大学病院では特殊な治療が必要な人や、珍しい病気などの診療をすることが多いようですが、精神科ではどうなのですか？」という質問である。大学病院の精神科は市中の精神科病院と同様の統合失調症や双極性障害などごく普通の精神疾患を診ていることは確かで、その点では大学でもいわゆる common disease を診ているということである。これは教育や研修という点では決してマイナスではないけれども、大学という高度医療を売りにしている病院としては物足りなさがあるのかもしれない。けれども、前述のように脳疾患や身体的疾患を厳密に鑑別できるのはやはり大学病院であるし、また重度の摂食障害や、様々な身体疾患を合併した重度精神障害も他の施設では対応困難である。さらに、大学は医師数に比較的余裕があるため、他の総合病院精神科と比べて充実したリエゾンサービスや精神療法を展開できる利点もある。他の診療科とは異なる尺度の上に大学精神科の役割があるといえるだろう。

ただし診療報酬の問題は大きい。一般に精神医療の診療報酬は、何百床もあるような単科精神科病院で、精神科特例として人件費を抑えられる代わりに、1人あたりの入院収入は一般病床の1/3程度という制度である¹²⁾。精神科特例は今から60年以上前の1958年の医療法で制定されたもので、医師数1/3、看護師数2/3でよいとする。単科精神科病院の入院患者は年余に及ぶ超長期の人も多く、日々必要な医療行為が限定的であるということが前提になっている。大学病院や総合病院の精神科病床ははるかに小規模ながら、これと同じ制度が適用されるため、一般病棟より少ない看護師（医師は大学ならそれなりに多いとはいえ）数で運用しているのである。しかし、例えば当院の精神科では、身体的にも精神的にも病状が重く、精神科病院でも一般病棟でも受け入れてもらえない人の治療を受けざるを得ない。すなわち透析や手術が必要であるのに精神症状のために治療を拒絶する人、自殺企図の後で心身ともに手厚い医療が必要な人、重篤な低栄養なのに食事を拒む摂食障害の人、脳炎・脳症で精神症状が顕著な人などで、ケアに何倍も労力を要する。一般病床でもせん妄やその他の精神症状が随伴すると、たちまち看護に支障をきたしてしまうことがないだろうか。全国の大学病院精神科病床では日々そのような奮

闘をしているにも関わらず、入院収入や必要看護師数は単科精神科病院と同じという理不尽な状況が続いている。

日本総合病院精神医学会はこれを問題として、もう30年以上も改善要求活動を続け、一定の成果は見られているものの、高額化した一般科との差はむしろ開いている。当面は大きくこの状況が変わるとも考えにくいので、大学の精神病床は地域の多様な人々を引き受けるエッセンシャル・サービスとして、精神科リエゾンとともにその価値を認知してもらえるようにしていかなければならない。

おわりに

ここまで読まれて、精神科診療がますます分かりにくくなってしまわれたかもしれない。経験したことがなければ分かりにくいのはやむを得ないことでもある。しかし昨今は、分かりやすさばかり追求し、SNSのような短い言葉で直感的に理解できることばかりを求めすぎていないだろうか。精神科の臨床は、人間の複雑で厄介な問題を、何とか少しでもほぐしていこうとする試みである。精神疾患は誰もが罹りうるものであり、万一そうなればその分かりにくい世界で何とか立ち直ってもらわなければならない。そういう差し迫った必要があることを理解してもらうためには、やはり見聞することが重要である。現在の臨床研修制度では精神科は必須の診療科となり、全ての研修医と学生が短いながら精神科の世界を複数回経験するようになったことは歓迎したい。実際、平成一桁の頃までと比べて、若い医師に精神科への理解を持つ人が増えたと感じることも少なくない。これをさらに発展させるのは我々精神科医の責務である。精神医学自体は分かりにくいもののだとしても、我々は言葉を磨いて、他の医学領域と同等の価値を感じてもらえるように努力し、ひいては精神障害のある人が広く一般と同じ医療を受けられることに繋がっていけばと考える。

文 献

- 1) 渡邊拓也訳：教えてルモアンヌ先生、精神科医はいったい何の役に立つのですか？ Lemoine P 著、新泉社、東京（2016）。
- 2) 柳沢圭子訳：シュリンクス 誰も語らなかった精神医学の真実、Lieberman JA 著、金剛出版、東京（2018）。
- 3) 橋本亮太、松本純弥、長谷川尚美、三浦健一郎：精神疾患のバイオマーカーを考察する。精神医学（2020）62、875-

882.

- 4) 古茶大樹：臨床精神病理学，日本評論社，東京（2019）.
- 5) Goodwin & Guze's psychiatric diagnosis 7th edition, North SN, Yutzy SH (eds), Oxford Univ Press, Oxford (2018) pp17-19.
- 6) American Psychiatric Association：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版，日本精神神経学会日本語版用語監修，高橋三郎，大野裕監訳，医学書院，東京（2014）.
- 7) 今井むつみ：ことばと思考，岩波書店，東京（2010）.
- 8) 八木剛平，浦上紘之：医学思想史 精神科の視点から，金原出版，東京（2017）.
- 9) Stassen HH, Angst J, Hell D, Scharfetter C, Szegedi A : Is there a common resilience mechanism underlying antidepressant drug response? Evidence from 2848 patients. J Clin Psychiatry (2007) 68, 1195-205.
- 10) 山田了士：心因性非てんかん性発作を診る. Epilepsy (2019) 13, 31-37.
- 11) 國分功一郎：中動態の世界 意志と責任の考古学，医学書院，東京（2017）.
- 12) 佐藤茂樹：精神科救急・合併症入院料判定の意義と課題，総合病院精神医学（2013）25, 346-353.