




私の初期面接：なにをどう聞き、どう伝えているか

My interview for the early phase of psychiatric disorders: What to ask and How to tell

適応障害の初期面接

原田 誠一*

Key Words  adjustment disorder, initial interview, assessment of coping strategies, psychotherapy

抄録：適応障害の初期面接で必要とされる診療内容は、①精神医学的診断をつけ、②ストレスへの本人の対処戦略(認知行動パターン)を評価し、③患者の対処戦略の変化の方向性と実施法について考えた上で、④以上の内容をわかりやすく本人に伝えること(見立て：土居)である。さらに薬物療法を行う際には、クスリに関する説明がこれに加わる。本論では5つの自験例を通して、適応障害の初期面接の実情、留意点とコツに触れる。

はじめに

適応障害の初期面接で必要な作業の1つは、当然至極ながら(他の精神障害の場合と同じように)適応障害の診断を下すことである。そのためには、①心身の不調が存在するが、他の精神障害の基準を満たさない状態にあることを確認し、②患者が置かれているストレス状況を明らかにして、③「心身の不調」と「ストレス状況」の関連を推測する営為が必要となる^{2~5)}。後で症例を通して実情の一端を明らかにするが、この「診断」をしっかり行い、ストレス状況を十全に把握することは必ずしもそう容易ではない。

しかるに、診断をつければそれで適応障害の診療を適切に行うことができるかというところ、そう単純にはいかない。有効な関与を実行するためには、患者がストレス状況をどのようにとらえ対処してきたかを明らかにして、治療者がそ

の内容を評価することも不可欠である。言わずもがなであるが、同じストレス状況下にあっても適応障害を発症するかどうかは本人次第、という面がある。ストレス状況に対する本人の対処戦略(認知行動パターン)を明確にして、どこに問題があり適応障害発症に至っているかを評価し、さらには変化の方向性と手段についても考える必要がある。

こうして適応障害の初期面接の必須要素は、①精神医学的診断をつけ、②ストレスへの本人の対処戦略(認知行動パターン)を評価し、③患者の対処戦略の変化の方向性と実施法について考えた上で、④以上の内容をわかりやすく本人に伝えること(見立て：土居¹⁾)になるだろう。また薬物療法を行う際には、クスリに関する説明も必要である事情は申し上げるまでもない。

本論では5つの自験例を通して、以上の「適応障害の初期面接(見立て)」の実情、留意点と

Initial interview in clinical practice of adjustment disorder

* HARADA Seiichi 原田メンタルクリニック・東京認知行動療法研究所 [〒102-0072 東京都千代田区飯田橋1-5-8 アクサンビル4F]

コツに触れる。なお個人情報保護のため、記載内容の一部を事実から変更してある。

● 適応障害の初期面接—5つの自験例を通してみた留意点とコツ

[症例1]：ストレス状況の把握が不十分であったケース①

30代 男性

現病歴：X年春に、職場の上司が厳しい人になりプレッシャーを感じるようになった。加えて本人が担当する職務内容が増えて、大きな負担を感じた。X年夏、気分がすぐれず頭痛・下痢も出現して、A精神科病院を受診。適応障害の診断で、抗不安薬が投与されると共に病休に入った。本人の希望があり、抗不安薬の服用は2カ月で終了。ある程度心身の状態が改善・安定して、X+1年春に復職した。しかし復職後心身の不調が再現して安定しなかったため、認知行動療法を希望して紹介受診した。

初診時の対応：職場でのストレス状況の経緯と現状について話を聞いた後、家庭の様子について質問したところ以下の事情が判明した。

「長男は広汎性発達障害、長女は知的障害があり、対応に苦労している。妻もうつ状態で、精神科に通院中である。そうした中、本人は“仕事より家庭”と考えて頑張ってきた。子どもへの対応などがあり、平日の睡眠時間は平均4～5時間程度になっている」

紹介状に「子どもの障害」「抑うつ状態にある妻の精神科通院」「短い睡眠時間」に関する記載がなかったため、A精神科病院での対応について聞いたところ、「聞かれていないので、その話はしなかった」との由であった。

そのため改めて本人の苦労を労った上で、①家庭内の苦労についても相談にのっていく一方で、②回復のためには、睡眠時間を何とかあと1～2時間増やすことが望ましいと伝えた。

初診後の経過：職場と家庭のストレス状況に関する相談に乗り、睡眠時間を従来よりも長くとることによって、X+2年現在までほぼ安定した経過をたどっている。

コメント：発症の直接の契機となったストレス因の把握しかなされず、「家庭でのストレス状況」「睡眠不足」が看過されていた症例である。このケースにおいて、「家庭でのストレス状況」や「睡眠不足」の把握がなされないまま、患者への適切な共感・介入を行うことはできないであろう。当然のことであるが、表面に浮かび上がっているストレス状況だけでなく、生活の他の場面での実態も聴取する必要がある。

[症例2]：ストレス状況の把握が不十分であったケース②

30代 女性

現病歴：夫、長女、夫の両親との5人暮らしをしている主婦。X-2年に同居して以来、姑への対応で苦労してきた。姑はきつい性格で、何でもズバズバ言ってきて自分の考え方・やり方を人に押しつけてくるとのこと。憂うつ気分と意欲の減退、不安焦燥感、心窩部痛がみられ、X年にB病院精神科を受診。適応障害の診断で、薬物療法開始となった(少量の抗うつ薬・抗不安薬と胃薬)。しかし状態の改善がみられず、C精神科クリニックに転院。その後も安定しなかったため、「悲観的な考え方が目立つので認知行動療法の適応」(紹介状の記載)があると判断されて、X+4年に紹介受診となった。

初診時の対応：家庭での生活状況、特に姑の性格・行動パターンについて話を聞いた後、生育史について質問したところ、以下の事情が判明した。

「幼少時から父親からDVを受けて育ち、母親や兄も自分を守ってくれなかった。生まれつき患者に小さな身体的異常があったことから、父親は患者を“不幸をもたらす縁起の悪い存在”とみなしていた。“早く家を出たい”と考えて高卒後就職し、職場で今の夫と知り合い結婚した。小さい頃からの影響があり、今でも悪い方に考えがち」

紹介状に「父親のDV」や「生来の身体的異常」に関する記載がなかったため、B病院精神科とC精神科クリニックでの対応について聞いたところ、「聞かれていないので、その話はしなかった」とのことであった。

そのため改めて本人の苦勞を勞った上で、少しずつ過去の整理と悲觀的になりがちな傾向の修正を行っていくことにした。

初診後の経過：悲觀的になりすぎる傾向を修正して過去の整理を行う作業を徐々に進めるとともに⁶⁾、姑の批判的な言動をかわして、夫を介するなどして自己主張する術を身につけていった。その結果、若干の調子の変動はあるものの、X+6年現在まで概ね安定した経過をたどっている。なお、処方内容は少しずつ減らしてきているところである。

コメント：発症の直接の契機となった姑にまつわるストレス因しか聴取されず、「父親のDV」や「生来の身体の異常」が看過されていた症例である。このケースにおいて、「父親のDV」や「生来の身体の異常」の把握がなされないまま、患者への適切な共感・介入を行うことは困難であろう。当然のことであるが、表面に浮かび上がっているストレス状況だけでなく、生育史もしっかり把握する必要がある。

〔症例3〕：ストレス状況の把握が不十分であったケース③

50代 女性

現病歴：3人の子どもの育ててきた主婦。子どもは皆独立して、現在夫と2人暮らし。結婚した頃から夫の異性関係に悩まされてきたが、50代に入ったX年頃より顕著になった。心配した子どもの勧めもあり、X+2年にD病院精神科を受診。初診時に子どもがメモを担当医に渡して、その中で「……母は思い込みや妄想が強く、夫である父の女性関係について根拠のない疑いを抱き、そのことでしばしば父を糾弾します。父は必要以上に女性に親切にしたり愛想良くするところがありますが、肉体的な不倫関係はありません。……」と書かれていた。

D病院精神科では、「妄想性障害(嫉妬妄想)」の診断で薬物療法(少量の抗精神病薬)が始まった。しかし状態が変わらないため、X+3年に認知行動療法を希望して紹介受診した。その紹介状に、前医初診時に子どもが持参したメモのコピーも同封されていた。

初診時の対応：夫と知り合った頃から、現在に至るまでの経緯を患者から聴取した。すると、患者が疑念を抱くのも無理がないように感じられるエピソードが多々あり、その中には子どもが知らないことも少なからずみられた。そのため、「これまでの経緯をきちんと把握した上で診断と治療を考えたいので、貴女の中から見たご主人との歴史を次回までに書いてきて下さい」と依頼した。

初診後の経過：2回目の受診時に、患者はA4紙5枚にわたって結婚前からの経緯を記したメモを持参した。それに目を通した上で、筆者は「これを拝見した今の印象では、前の先生が考えておられた妄想性障害ではなく、ご主人の問題行動にまつわる適応障害であるように感じられる」と伝えた。またこれまで「夫婦の恥」と考えて周囲の人に相談してこなかった由なので、信頼できる人を選んで話してみることを勧めた。

3回目の受診時に、患者が叔父に相談したこと、叔父が驚いて夫に掛け合ってくれたことが語られた。叔父が同席した際に、夫は事実を認めて「今まで、傷つけてきてすまなかった。思い通りにふるまっても大丈夫だろうと、勝手に安心してしまっていた」と本人に謝罪したとのことであった。

その後X+4年の現在まで、安定した経過をたどっている。抗精神病薬は中止して、睡眠導入薬のみの処方となっている。

コメント：夫の行状について、従来嫉妬妄想という評価がなされていたケースである。子どもからの情報提供もあり「妄想性障害」の診断で抗精神病薬中心の薬物療法がなされていたが、初診時に患者の話を聞いて「妄想と評価するには、少なからぬ疑問がある」と感じて、今までの経緯を書いて持参するよう依頼した。そして患者が書いた内容を読んで、筆者は「妄想の色彩は薄いのではないか」という印象を深めてその旨を本人に伝えるとともに、周囲と相談するよう勧めた。その結果、患者が親族(叔父)に相談することで事態が大きく変化した。前述の症例1,2と共に、ストレス状況に関する丁寧な聴取・評価が必要であることを、改めて痛感させられる症例である。

〔症例4〕：ストレスへの本人の対処戦略の検討・介入が不十分であったケース①

50代 男性

現病歴：ある企業の経営陣の一人。X-1年、経営陣に抜擢されて任務遂行に励んできたが、思うように結果につながらずあせりがあった。加えて、「人名や言葉がすぐに出てこない」「老眼がすすんで目が重い」体験も出現。脳外科と眼科を受診して「異常なし」との結果であったが、従来自分の若さに自信を持っていた事情もあり、そのことを気に病むようになった。X年に気分がすぐれず出社がおっくうになり、E精神科クリニックを受診。適応障害の診断で薬物療法を受けたが、改善がみられなかった。そこでX+1年、認知行動療法を目的に紹介受診した。

初診時の対応：紹介状に記されていた経緯について改めて話を聞いた上で、それらに関する本人の受け止め方を質問した。すると、「自分が関わっている課題の結果が出ないので、このところ自信を失っている。不甲斐ない自分を責めており、周囲とはあまり相談していない」「言葉が出てこない」「目が重い」こともあり、認知症を懸念している。認知症になれば今以上に仕事をこなせなくなるので、今後のことを悲観している」「仕事と老化の件で煮詰まっており、気分転換をしておらず体をあまり動かしていない」との返答であった。

そこで本人の苦労・心配を労った上で、「自分へのダメ出し」と「過度の悲観」が「抑うつ」の2大原因と称せられることがある事情⁶⁾を伝えた。さらに仕事に関して、①本人が関わってある程度の良い変化が生じていて、その点の評価を受けていることを確認し、②当該の任務内容が、会社の歴史と我が国の産業構造の変化という背景を持つものであり、誰が担当しても容易には解決できないことを共通認識にした。また、本人の希望を確認した上で認知症の簡易評価を行い、問題はみられないことを伝えた。さらには仕事について周囲と相談をしたり、体を動かして気分転換する必要性を伝えた。

初診後の経過：初診後、少しずつ「自分へのダメ

出し」や「過度の悲観」を減らす練習⁶⁾を進め、「周囲との相談」や「ジム利用の再開」も行った。その結果、比較的速やかに状態は改善・安定して、計10回の外来診療で終了となった。

コメント：仕事での結果が思うように出ず自責的・悲観的になり、心気傾向も加わって適応障害に至ったケースである。このように、適応障害の診療では単にストレス因の内容を聴取するに留まらず、ストレス因への本人の対処戦略を把握して、適切な介入を行う必要がある場合が多い。

〔症例5〕：ストレスへの本人の対処戦略の検討・介入が不十分であったケース②

40代 女性

現病歴：1人の子どもがいる主婦。夫の度重なる異なる女性との問題行動があり、X年に抑うつ不安状態を呈してF病院精神科を受診。適応障害の診断で薬物療法を受けたが改善しないため、X+7年に認知行動療法を目的に紹介受診した。

初診時の対応：紹介状に記されていた経緯について改めて話を聞いて、「夫が度々問題を起こしており、全く反省しない」「そのことを話題に出すと逆ギレして、本人を誹謗し人格を否定することを口にする」「しばしば泥酔して明け方に帰宅し大声で怒鳴りたてるため、子どもも怖がっている」実態が判明した。そして、こうした夫の言動が繰り返し蘇ってくる体験もあるとわかった。また、夫は妻と共に精神科を受診することを拒否している由であった。

本人の今後の意向について聞くと、「夫への怒りはあるが、相手の言い分を聞いていると“自分が至らないせい”とも感じる」「子どもがいるし自分に経済力もないので、離婚は考えられない」「何とか夫に変わって欲しいが、どうしたらいいのかわからない」「夫が浮気相手と再婚するのもイヤ」とのことであった。加えて、家庭内の恥を知られたくないという気持ちがあり、周囲とは相談していないと判明した。

そこで本人の苦労を労った上で、本人なりの対応法を少しずつ考えていくと共に、とりあえず実

家と相談してみる方針についての同意が得られた。

初診後の経過：初診後、夫の行状が悪いのは「自分が至らない」ためではなく、夫自身の問題という認識が少しずつ固まっていった。また思い切って実家で相談したところ、「長年のことなので修正は難しいだろうが、一度夫と話をしてみたい。もしも離婚になれば、皆でしっかり援助する」という返答が得られたとのことであった。

何回か家族を含めた話し合いが行われたが、夫の行動パターンは変わらなかった。そこで実家の勧めもあり、患者は弁護士との相談を開始。X+8年に本人が離婚を決意して、X+9年に離婚が成立した。X+10年現在、安定した経過をたどっており処方薬を漸減中である。

コメント：夫の様々な問題行動に伴い適応障害を呈して、薬物療法を受けたが十分な改善がみられなかったケースである。初診時に夫にまつわるストレスへの本人の対処戦略を検討する中で、①「夫の問題行動は、自分が至らないため」と受け止め（認知面の課題）、②「実家と相談しない」という問題（行動面の課題）が浮かび上がった。これらのテーマに少しずつアプローチする中、「夫に非がある」「残念だが、夫の行動が変化することを期待するのは難しい」という認識が定着し、実家や弁護士との相談が始まって離婚という形で問題の解決に至った。この症例も、ストレスへの本人の対処戦略をしっかり把握した上で、適切な介入を行うことが必要である事情を示しているといえよう。

● おわりに

本稿では適応障害の初期面接の必須要素とし

て、①精神医学的診断をつけ、②ストレスへの本人の対処戦略（認知行動パターン）を評価し、③患者の対処戦略の変化の方向性と実施法について考えた上で、④以上の内容をわかりやすく本人に伝えること（見立て：土居¹⁾）をあげた。そして5つの自験例を通して、適応障害の見立てを行う際のコツと留意点に触れた。初期面接でのこうした丁寧な作業が患者への共感を実現して、治療関係を育成するためにも必要かつ有効であることを、ご理解いただけるのではなかろうか。

読者諸賢が適応障害の診療を工夫する際に、拙論の中にご参考にしていただけるところが少しでもあれば幸いである。

文献

- 1) 土居健郎：方法としての面接—臨床家のために。医学書院，東京，1977
- 2) 原田誠一：適応障害の治療。原田誠一：精神療法の工夫と楽しみ。金剛出版，東京，2008
- 3) 原田誠一：適応障害。山内俊雄総編：精神科専門医のためのプラクティカル精神医学。中山書店，東京，2009
- 4) 原田誠一：適応障害。精神科・わたしの診療手順臨床精神医学40（増刊号）：223-225，2011
- 5) 原田誠一編：適応障害。日本評論社，東京，2011
- 6) 原田誠一：精神療法の現状に「活」を入れる—西園先生の「一喝」を機に、自他の精神療法に気弱に「活」を入れてみた。精神療法40：11-20，2014

* * *