



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

私の、うつ病の初期面接

神庭 重信*

Key Words 面接, うつ病, 生物医学モデル, 心理社会モデル

抄録：うつ病の治療では生物医学モデルと心理社会モデルを組み合わせる必要がある。急性期で症状が重いときには、患者が病気を抱えていることを伝え、それゆえに医学的な治療が必要であることをわかってもらうように語りかける。しかし症状が軽くなり、あるいは慢性のうつ病から抜けだし、より健康な生活へと復帰するにあたっては、現実の問題を解決する主役は患者であり、医師はそれを支援する立場へと変わることが伝えていく。精神科医は、この2つの役割を、時期に応じて、あるいは状況に応じて担うことになる。

● はじめに

初めての患者との出会いはいつも混沌としている。患者は、自分に何が起きているのかを精神医学的には理解していない。しかも、診療のためにどのような情報を医者が必要としているのかを知らない。医者は、患者がどのような人で、どのような経験をして、どのような症状を抱え、何を求めているのかを聞き出していかなければならない。診断面接とは、「病者の語り」を精神医学の平面に映し出し、それを読み解きつつ、問い、語りかけることである。

本稿では、症例をあげて、「私の、うつ病の初期面接」の進め方を紹介したい。

なお、精神科面接の基本については、わが国に多くの名著があり、筆者もかつて他書にてまとめたことがある³⁾。また、薬物治療を行う際に筆者が注意していることについては他書⁵⁾にて紹介した。ここでは重複を省いて、うつ病の

初期面接で、筆者が特別に配慮していることをまとめる。

● 「先生は話を聞いてくれますか」と訴えたうつ病の患者

知人の内科医から紹介されてきた患者は、30歳になる某銀行のベテラン女性社員(Aさん)であった。彼女は、何か所もの内科や心療内科を受診したが適切な治療を受けることができなかった。最後に受診した内科医がうつ病を疑ったため、筆者の外来に紹介されてきたのである。

Aさんは1人で、ぼんやりと待合の椅子に座っていた。名前を呼ぶと、こちらへ顔を向け視線を合わせた。そして緊張した面持ちではあったがしっかりとした足取りで入室した。

筆者は診察室を出て待合室まで患者を迎えに行くことにしている。待合室での表情や姿勢を

My psychiatric interview for the early phase of depression

* KANBA Shigenobu 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 [〒 812-8581 福岡県福岡市東区馬出 3-1-1]

一瞥するだけでも得られる情報は意外と多い。診察室では、緊張するためか、自分をわかってもらおうとして無理をするためか、普段の様子と違って見えてしまうことがある。逆に診察室での訴えが多くても、新聞や本を広げて読んで待っていれば、調子はそれほど悪くないのかな、と思う。

同伴者が居る場合、空席があるのに離れて座っているのを見れば、2人の間に心理的距離があるのではないかと疑う。また家族の誰が同伴しているかにより、家族内の関係を推察することができる。一般に時間が自由になりやすい女性家族のことが多いが、時に男性の家族が同伴することがある。この時にはあえてその理由を尋ねることにしている。母や妻と仲が悪いのか、彼らの具合が悪いのか、父権の強い家庭なのか。なんらかの理由があることが多い。

家族の無理解、叱咤激励または過保護、上司の過干渉または拒絶的な態度は、回復を阻害する因子となりうる。そうでなくても、家族の誰かがうつ病になると、とかく家族関係にひびが入りやすい。家族の理解と協力という強力な治療の武器を手に入れるためには、家族との面接の機会をもつことが大切である。ちなみに筆者はできる限り家族にも面接に同席してもらうようにしている。長期にわたる難治性のうつ病ならばなおさらである。

患者が椅子から立ち上がり、診察室へ向かって歩いてくる際に、全身の身なりと体型を観察する。診察室で座っているときよりも体型がよくわかる。小柄でやせている場合には、拒食症や身体疾患が気になる。逆に太っているならば、過食、代謝・内分泌疾患、服用している薬物の副作用を疑う。顔色が悪く、少しむくんだような太り方をしているならば、引きこもった不活発な生活が続いていたのかもしれない、と推察する。

歩行の様子から、運動系の症状があるかないか(パーキンソニズム、小脳症状、麻痺など)を

観察する。診察室で向き合ったならば、顔色、爪や唇の色、甲状腺の腫脹などを観察しておく。こうして、まず身体疾患へ注意を向ける習慣をつけておくとよい。

挨拶ののちに「どうされたのですか」と尋ねると、彼女は「先生は話を聞いてくれますか」と切り返してきた。

主訴が疾患の主たる症状と関連がなく、鑑別診断に直接結びつかないことも少なくない。しかし主訴は、そのときに患者が受診した理由であり、治療者に解決してほしいと最も望んでいることである。状態が改善されたときに、主訴が解決されているかどうかを確認しておく。主訴が解決されていない場合、患者はほかにも悩みを抱えているのかもしれない。あるいはこちらが併存疾患を見落としているのかもしれない。

「病気に対する心配が極度に強くなり、自分は免疫力が低下していて、菌に侵されたら死んでしまうのではないかと、あるいはがんになってしまうのではないかとのがんが頭から離れなくなって、テレビの健康番組や恐いストーリーのドラマをみられなくなった」と言う。

Aさんの訴えは一見すると不安障害や多愁訴な心気症を疑わせるものである。しかし、うつ病では、強い不安に駆られた行動や、「退行」、「未成熟」、「わがまま」と映る行動が全面に表れ、裏に隠れたうつ病を見逃すことがある。いずれにしても、エピソードの急性期には、パーソナリティ障害や発達障害のような患者本来の特徴についての診断は最後まで保留する。状態が改善すると、年齢や経験相応の人柄に戻ることが少なくない。また、不安・焦躁が抗うつ薬の初回投与や増量時であれば、アクチベーション症候群を疑う。

心氣的観念や罪責観念が強くなれば、それら

は心気妄想、罪責妄想へと姿を変える。「菌に侵されたら……」という訴えの裏に妄想がないかと疑ってみる。うつ病の患者がよく口にする「みなに申し訳ない」という言葉の裏にも、罪責妄想が潜んでいないかを確認する。

● 鑑別診断の第一歩^{注1)}

患者が「話を聞いてくれますか」と切り出したのは、彼女のこれまでの受診歴から理解できた。約3カ月にわたって、治療施設を転々としていた患者は、頭痛への対症療法を勧められたり、心気的な訴えの多い患者として安定剤が処方されたり、神経症としてカウンセリングが紹介されたりしてきた。ある医師からは、診断・治療のためには心理テストをすべて受けてから、と言われ、次の診察は1カ月先だと言われたらしい。「苦しくて、それほど先まで待ってられない」というと、「そのようなわがままがあなたの性格の病理なのであり、わがままを聞くことは治療的に逆効果です」とも言われていた。

「初診にかけた時間は報われる」という笠原嘉の言葉がある²⁾。大切な情報を手にしなかったばかりに、的外れな治療に終始し、治療が思うように進まないことがある。

Aさんの話は、以下に記述する職場の業務上の負担と人間関係が主な誘因であることを示唆していた。ただし、誘因が明確で了解ができる場合にも、内因や身体因・器質因が関与している可能性を安易に否定しないことが大切である。とかく人は、物語の了解性の中で、苦しみを耐え忍ぼうとするからである。しかもその物語は患者の主観であり、“状況”の理解にとって

は十分でない場合もある。また、症状が神経症レベルにあると、医師の側も心因説で納得しがちである。

加えて、誘因は1つとは限らない。日常生活の問題(親の介護、友人や恋人との関係)、借金、アルコール問題やギャンブル依存などは、尋ねないと自発的には言わないことが多い。特に、不倫、性的虐待、DV、あるいはジェンダーやセクシャリティの問題などは、信頼関係ができてからでないと語られないものである。治療の初期のうちに、「言いにくい悩みを抱えている方は少なくありません。そのようなことはありませんか。プライバシーは守ります」と聞いておく。

患者の主観的体験を尋ねて、現病歴を聞いていくと、やがて次のようなことがわかってきた。

平成X年4月に職場異動があり、総務部の配属となった。そこには以前より長く務めている女性社員が2名いて、彼女のことを快く思わなかったらしく、何かにつけ彼女を冷たくあしらったという。挨拶をしても無視され、聞こえよがしに悪口を言われた。何かを尋ねても、「それはもう教えたでしょう」と言われ、親切に教えてくれなかったという。退社後は、2人だけで楽しそうに帰っていく。一度として誘ってくれたことはなかった。

職場がつかなくなり、その不快感を癒すために甘いものを食べるが多くなり、またときに衝動買いをするようになった。この期間に100万円近くも使ったという。8月頃には、夜間に悪夢で目が覚め、気づいてみると動悸がしてい

注1) 精神疾患の鑑別の第一歩は、言うまでもなく、器質疾患、身体疾患の除外である。患者は内科医の前では頭痛と倦怠感を訴えていたので、MRI検査を含む一通りの身体診察と検査が行われており、器質性疾患、身体疾患の可能性はほぼ否定されていた。

初診時ないし治療の初期段階に、血液検査(甲状腺ホルモン、副腎皮質ホルモン、梅毒反応、ビタミンB₁₂、葉酸を含むこともある)と心電図検査(不整脈の有無)をしておく。中高年のうつ病(特に初発例)では、加えて脳画像と脳波を確認するのがよい。

心循環系の併存症を確認できない段階で、向精神薬を処方せざるをえないときもある。この際には、初回投与量を少量にとどめることは無論のこと、問診、脈診、血圧測定は行っておく。

て、しばらく眠れないことがあった。

それでも無理をして出勤を続けていたが、9月頃になると、億劫さが強くなり、寝ても疲れがとれず朝起きづらくなった。頭に輪がはめられたような頭痛と両足の膝より下のしびれを感じるようになり、仕事に集中できなくなった。通勤時間が約1時間半と長かったこともあり、次第に会社を休みがちになったという。

「何をやっても自分は駄目な人間であるかのような気がしてならない」、「考えてみれば、小さい頃から、運動も勉強も苦手で、しかも田舎育ちの自分には、しょせんこの会社でやっていける力はなかったのではないかと後悔する日が続いた。

やがて病気になることに対する心配が極度に強くなり、自分は免疫力が低下して……、云々という前述の訴えに広がっていった。

● 主疾患と併存疾患の診断を確定する

うつ病を疑ったならば、確認をかねてDSMの診断基準9症状を聞いていくのも良いだろう。ただし、うつ病の症状は9つしかないわけではない。DSM診断では、うつ病と不安障害や強迫性障害などの近縁カテゴリーとを区別できるように、その診断基準に、不安、強迫などの症状を含めてはいないからである。しかし実際の患者は、不安、恐怖、パニック、強迫などの症状を抱えていることが多い。Aさんの場合も、不安・心気に加えて、夜間にパニック発作らしい症状が現れている。

気分症状の質問に加えて、「どなたにもお聞きしているのですが」と前置きして、不安・強迫、思考(形式と内容)、幻覚、認知機能、自我機能と病識、意識レベルは一通り確認する。これにより、併存疾患の大きな見落としを防ぐことができる。

うつ病の診断を下すときには、必ず双極性障害の可能性を評価する。Aさんは、衝動買いの時期があったので、うつ病でみられる衝動性の亢進と軽躁病エピソードとの鑑別が必要であっ

た。これはそれほど困難なことではない。前者は、開放感を得るために浪費するのであり、後者は開放感から浪費するのである。そして、気分や意欲の高まりが認められたとしても、薬物による賦活や躁転の可能性を考慮する。

双極性障害あるいはそのスペクトラムを疑うために、家族歴の聴取は必須である。アルコール・薬物依存、自殺も確認する。また、病前性格、すなわち執着気質、循環気質、高揚気質(hyperthymia)などの躁的成分の評価が役に立つ。本人の自己評価に加え、「親しい人からは、あなたはどのような人だと言われることが多いですか」と聞く。体格から循環気質が疑われるときや、抑うつエピソードが混合性の特徴を伴っているときには、「元気なときは、とてもエネルギー的な人だと言われませんか」などと聞くこともある。

言うまでもなく、抑うつ状態では、自己評価が歪められることが多い。また抑うつ状態にあるときには、良かった時のこと、なかでも軽躁病エピソードを思い出すのは一般に困難である。軽躁病エピソードの有無を確認するときには、「眠らずとも、元気に活動でき、アイデアが次々に湧いたり、気持ちが大きくなって、気前よくお金を使ったりしたことはありませんか」などと、具体的な症状をあげて聞く。過去のエピソードの有無については、家族にも確かめておく。

次に大切なことは、うつ病の下位分類まで診断を進めることである。これにより、うつ病の病態をよりきめ細かく診断でき、より適切な治療を考えることができる(表1)。たとえば、不安性の苦痛(anxious distress)を伴っている場合、混合状態、精神病症状を伴っている場合には、自殺のリスクが高まるので、入院治療の方が良いかもしれない。あるいは鎮静系の薬物の併用が必要になるかもしれない。

次に自殺の危険性を判断する。自傷行為の評価と対応の基本については他書に譲るとし

表1 うつ病 (DSM-5) の特定用語

不安性の苦痛を伴う
混合性の特徴を伴う
メランコリアの特徴を伴う
非定型の特徴を伴う
精神病性の特徴を伴う
(気分一致する, 気分一致しない)
緊張病を伴う
周産期発症
季節型
など

て⁸⁾、自殺念慮の切迫度を判断するとき大切なことは、“有るか無いか”と聞くだけではなく、その強さに加えて、頻度(毎日か時々かなど)や最後はいつだったかを聞くことである。併せて、自殺企図の家族歴と既往歴、高齢、男性、孤独、身体疾患、経済的困窮、アルコール依存、精神病症状などのリスクファクターを評価する。

重症度の判定は、GAFのアンカーポイントを念頭において決めるとよい。また仕事に行く週日と休日での様子を区別して聞くことも大切である。休日に症状が軽快する場合には抑うつ状態の程度は軽度で、DSMでは閾値下のうつ病や適応障害の診断がつくかもしれない。軽度以上のうつ病になると、週日の疲労が蓄積してしまい、週末は動けなくなると言う人が多い。

● うつ病の状況分析：個人史をイメージする

病前の性格と病前の適応度を知るために、現病歴から生活史・既往歴へと話を遡る。

生活史についての質問では、どこで、どのように生まれ育ち、現在はどこに住んでいるか、誰と同居しているのか、親友や恋人はいるか、趣味や特技、逆に苦手なことはなにかなど、プライベートな個人史について、ありありとしたイメージが浮かぶくらいに情報を得るとよい。いじめ、不登校、ひきこもりの経験、幼少時の家庭環境、友人関係、教師など権威的人物との関係、衝動制御障害、パーソナリティ障害を疑わせる行為などを確認して、病前の対処能力と

適応度を評価する。

ここでは、軽度の発達障害とごく軽症の知的障害を鑑別することが肝要である。どちらもごく軽症の場合は病前の環境には適応できていて、既往歴にないことがある。前者の場合、主要兆候、すなわち、①対人関係を築く能力はどの程度か、②行動や興味が限定されているかどうか、に焦点を当てて確認する。また軽症の知的障害は、問診票や生活記録に書かれた自筆による記載や学生時代の成績の聴取などから推測する。

しかしながら、軽症の発達障害や軽症の知的障害があっても、うつ病が重いつきには、抑うつ症状に隠れてわかりづらいものである。うつ病が軽症化してくると、面接を重ねるなかで、会話や気持ちがしっくりかみ合わないが出てきて、ようやく鑑別診断に上がることがある。発達障害や知的障害とまでは言えなくとも、コミュニケーション能力やメタサイコロジカルな能力が弱いと対人関係でのトラブルを抱えやすい。いずれにしろエピソードが改善してから心理テストを行うと、情報量が一段と増える。

自尊感情の低下はうつ病の症状でもありうる。急性期の治療段階では、患者が訴える葛藤や劣等感に焦点を当てた精神療法は保留する。Aさんの場合、田舎育ちであるという劣等感、優秀な姉との葛藤は、うつ病の改善とともに軽減し、ことさら意識しないで日常生活を送れるようになった。

うつ病は重症になるにつれ病像がプロトタイプ化するので、生物医学モデル、すなわち普遍性、対象の一義性、客観性、非個人を対象とする医学での治療が導入しやすい。しかし、軽症化してきたならば、心理社会モデルでの治療がより重要になる。たとえば“うつ病の体験”とは、挫折であり、トラウマの体験である。自尊感情は傷つき、自己効力感失せ、生き甲斐すら消え失せるかもしれない。これらの問題が未解決のままだと、抑うつ症状の遷延化や社会復帰の障害を生じることがある。うつ病の体験への共

感と支援への精神療法は欠かせない。上記に述べたような、患者によって異なる特徴、すなわち個性を知っておくことが大切なゆえんである。

● 患者のフォーミュレーションを作成する

フォーミュレーションとは、診断面接から得られた情報から、疾患、および疾患を抱える人としての患者を総合的に理解し、明確かつ簡潔に描写することである。フォーミュレーションには、診断とともに、検査と治療の方針を記載する。フォーミュレーションを作成しておくこと、長期的転帰がわかったときに、自分の初期の見立てが正しかったかどうかを振り返ることができ、診断能力を磨くことにつながる。

Aさんの場合のフォーミュレーションの例をあげる。

元来内気で、不安と劣等感を抱えやすいが、頑張り屋で、学業、就職と、これまではなんとか乗り切って生活してきた人である。職場の仕事負荷と対人関係を誘因として、さらに自信を失い、トラウマ感情を伴って、不安と心気の強い中等度のうつ病(DSM-5)に至った。自殺念慮も企図もない。しばらくは自宅静養と抗うつ薬の服用が有効であろう。不安と不眠に対しても、当面はそれぞれの薬物が必要であるが、うつ病が改善したならば、これらの薬物は減量・中止していく。症状が緩解したならば、復職へ向けてのリハビリテーションを行う。病前の適応も良く、家族や友人の支えもあり、経過は良い方であろう。ただし、復職の壁が高いかもしれないので、職場との連携が重要であろう。そのほかにも、債務支援や自立支援法など、社会資源についてのアドバイスが必要になるかもしれない。

● 治療を開始するときの面接

医師の仕事は、共感をもちつつも、うつ病患者の訴えを自らの医学的な用語をもって説明

し、診断を与えることである。そして、病者の混沌とした状態を客観的で可逆的な出来事として捉え直し、それを病者に合った言葉と態度で返すことで、病者の自己理解の客観化、脱中心化への道筋をつけることである⁴⁾。これにより、患者はうつ病を堪え忍びやすくなる。

筆者は、うつ病が重症あるいは自殺のリスクが高い場合には、「あなたの体調が悪いのや、死にたいと思う気持ちは、うつ病という病気のためです」と明言し、「再び明るい気持ちが持てて、以前のように元気に生活できますよ」と約束して、患者にいわゆる medical sick roll を与える。抗うつ薬も「病気を直すために必要な薬です。しっかりと服用してくださいね」と伝えることにしている。重症うつ病の患者は、強い抑うつ気分、否定的思考、希死念慮に巻き込まれ、自己中心性の強い認知と感情の渦の中に引き込まれているからである。

一方、慢性に経過したうつ病、あるいは重度のうつ病でも軽快したのちには、その先を“歩いていく”のは患者自身であることを伝えている。この時期には狭義の医学モデルから抜け出る必要がでてくる。なぜならば、患者のうつ病を招いた、あるいはうつ病が招いた現実問題のすべてを解決することが不可能なことも少なくないからである。患者自らが、考え、選び、回復する努力が必要であり、治療者はそれを援助するものであることを伝える。この時期に狭義の医学モデル一辺倒の治療をしているとうつ病が遷延化することがある。

特にうつ病が軽度ながら何年も持続している場合には、「良くなるように、一緒に、根気よく、工夫していきましょう」と言うことが多い。また向精神薬の処方の際には、「足を骨折した人が杖を必要とするように、今は必要な薬もありますが、いずれは薬を服用しなくても済むようになるといいですね」と、より健康な状態に戻れるように促すことにしている。

軽度だからといって、うつ病は治りやすいとは限らない。解決が難しい問題を背負っている

場合、発達障害やパーソナリティの問題を抱えている場合、狭義の医学モデルでは解決できないからである。この薬物を服用すればよくなるとか、認知療法を受ければ問題が解決する、などという安易な期待を与えることはできない。たとえ現状維持が精一杯であっても、希望を失わず根気よく自助努力ができるように支えていくのがよい。

また、治療の開始にあたっては、「回復は直線的ではなく、波を打って良いときと悪いときを繰り返すことがあります。振り返ってみれば良くなっていることに気づく、そのような治り方をします」と伝えることにしている。こうしておく、回復期に急に悪化することがあっても、「やはり駄目か」「治らないのではないか」と失望して、自殺企図をする危険を回避することにつながるかもしれない。

Aさんの場合には、自己否定的な考えや病気にに対する心配に対しては、聞き役に徹し、繰り返して安心させるように語りかけた。そして状態に合わせて抗うつ薬の量を加減した。一週間もすると睡眠障害は改善の兆しをみせてきたが、1カ月を過ぎてもそのほかの抑うつ症状は改善してこなかった。不安感と病気への懸念を訴え、劣等感をこぼし続けた。

うつ病なら、そろそろなんらかの手応えがあって良いはずだと思い、誤診の可能性が頭をよぎることもあった。しかし何度尋ねてみても、問診で得られる情報からは、診断がフォーミュレーションしたうつ病以外に考えられなかった。

うつ病が予想どおりに治らない時には、診断を再度見直す(表2)。その際に他の精神疾患に加えて、器質疾患、身体疾患を再度疑うことが大切である。もう一度内科的検査をし直した方がよいのか、精神科診断が違っていたのか、遷延化させている要因を見逃していないか、などを検討する。

表2 うつ病が予想どおりに治らない時

- | |
|---------------------------------------|
| A. 診断の見直し |
| 1) 病歴を聴取し直し、診断を見直す。 |
| 2) 薬物、一般身体疾患、器質疾患を鑑別する。 |
| 3) 併存精神疾患を評価する。 |
| B. 薬物療法の見直し |
| 1) 薬物治療歴を見直す。 |
| 2) アドヒアランスを評価する。 |
| 3) 副作用が改善を阻害していないかを評価する。 |
| C. 心理社会的問題の見直し |
| 1) 伝えられていない心理社会的問題がないかを評価する。 |
| 2) 家族、職場のサポートを得る工夫をする。 |
| 3) 治療者と患者の間の転移と逆転移の問題を評価する。 |
| 4) 新たな心理社会的問題の発生が症状の遷延に関与していないかを評価する。 |

(文献5, p185より引用改変)

● 症状が軽快してからの面接

治療効果がはっきりと手応えとなってつかめるようになったのは、抗うつ薬を増量してから6週が経った時であった。「以前より楽観的に考えられるようになってきている。嫌だと思っていた会社にも、もう一度復帰してみようかなと思う」と語った。徐々に、母親と映画に行ったり、ショッピングを楽しんだりすることができるようになったという。

2カ月が過ぎた頃から、しびれが治り、頭痛もほとんどなくなった。まだ病気に関するテレビ番組は恐くて見られないというものの、友達とクロスカントリースキーに行き、楽しめたとする。この頃から、抗不安薬は一日一回の服用で済み、睡眠導入薬もほとんど必要となくなっていた。ただし抗うつ薬だけは再燃予防のために続けてもらった。

病気に関するテレビ番組が見られないことに関しては、限局性恐怖症として、SSRIsや行動療法を工夫して、治療することもあろうが、しばらく様子を見ることにした。

症状が軽快したならば、リハビリテーションを徐々に開始する。自宅療養をしていると生活リズムが乱れ、体力・集中力が低下することが多い。復帰の第一歩は、リズムの調整、体力・集中力の回復を目的として、生活を整えることから始める。

生活記録をつけてもらい、それを資料として話を聞き、次回までの生活目標を相談する。基本は、睡眠覚醒リズムを一定にする、食事を規則的に取る、軽度の運動や家事、知的活動を開始することである。たとえば、買い物、掃除、料理など、身近にある作業をこなしていくのが精一杯のこともある。このとき神田橋條治は、「男性であれ、最初の活動目標が料理の一品を作ることであっても良い。家族のために何かができる、という気持ちをもてることは、休職して家にいるうしろめたさを和らげることにつながる」と言う⁶⁾。

その後、必要に応じて、復職に特化したリハビリを受けられる施設を紹介する。最近では、職場から復職リハビリを要求してくることがしばしばある。

さらに、職場の関係者との連携が必要になる時期である。診察室から職場の状況、労務の実際を知ることは困難である。患者の許可が得られるようならば、産業医や上司と連絡を取り合い、相互の理解を形成する。このことは、患者の復職をやすくし再発を予防するうえで大切である。

Aさんは、病気に対する不安も和らぎ、自分を卑下する受けとめ方もすっかり消えていた。「自分がなぜあれ程までに悩んでいたのか不思議なくらいである」という感想を伝えてきた。ところが寛解して3カ月が過ぎた頃、彼女は、「よく考えて、会社を辞める決心をした。しばらくは、趣味の講座を受けながら、無理をしないで生活することに決めた」と報告した。

辞職や転職を前向きに捉え、新たな道を意欲的に進んでいけるならば、その決断は必ずしも

人生の敗北でも治療の失敗でもない。特に日本社会は、旧来のタテ型社会が崩れ、ヨコへの流動性が高まっている。「職安」という言葉は死語となった。ハローワークに行くことは、以前ほど惨めな体験ではなくなりつつある。

● おわりに、Negative capability という能力

医者はまた、アイロニーや、矛盾や、ユーモアや、身につけたあらゆる知恵を利用して、またいつそれらを止めるかという知識も含めて、患うことを是認するのである。私は、このことが、医師をするということと病いの経験の精神的な核心であると考えている。

(アーサー・クラインマン著『病の語り』¹⁾より)

うつ病は千差万別であることを知っておかなければならない。どのような個性を持つ人が、どのような環境の中でうつ病になるかによって、その病像は異なる。個性の数だけうつ病は存在する。

慢性化したうつ病の場合、軽快に至るまで数年かかることがある。環境、体質、士気沮喪(デモラリゼーション)が複合しているならば、その改善は容易ではない。

仮に現状を維持するのが精一杯であっても、将来何かの弾みで好転するだろうと考えておくことが大切である。性急に何かをするのではなく、目の前で改善させることのできない自らの治療の限界を堪え忍ぶのがよいと思う。何かをできる能力ではなく、なにもできないことに耐えるこの能力をnegative capabilityと呼び、森山成林⁸⁾は精神科医に求められる大切な能力であることを強調している。

最近、かつて勤務していた病院で治療にあたった患者さんから数年ぶりに手紙が届いた。10年近くうつ病に悩まれた方である。筆者は無力で思うように良くしてあげられなかった。しかしその方が今度結婚されると言う。相手には自分の体験のすべてを打ち明け、了解済みの結

婚だと言う。手紙には、「9回の裏のツアーアウトから最後の打席で逆転サヨナラ・ホームランを打ったような気分」と書いてあった。また、躁とうつをめぐり繰り返したある主婦から届いた今年の年賀状には、「16年経って気分の波がやっと治まった」とあった。さらに6年間おつき合いをしたある患者さんは、筆者の転勤を聞いた後、手紙を書いてきて渡して下さった。そこには、「おかげさまでこれまで何とか生きてこられました」という数行のお礼が書かれていた。筆者はその文を読み、彼がそれほどまでに筆者を頼っていたのかと知り唖然とした。

話を聞き、あれこれない知恵を絞っては相談にのり、場面に応じて認知療法、森田療法、あるいは力動的精神療法の考え方を応用して支援し、薬物治療を工夫する。おそらくこれから先も、筆者にできることは今とそうは変わらないのではなかろうか。

文献

- 1) Arthur Kleinman : The Illness Narratives: Suffering, Healing and Human Condition Arthur Kleinman Basic Books, New York, 1988 (アーサー・クラインマン著、江口重幸、五木田紳、上野豪志訳：病いの語り－慢性の病いをめぐる臨床人類学。誠信書房、東京、1996)
- 2) 笠原 嘉：予診・初診・初期治療。診療新社、東京、1980
- 3) 神庭重信：精神科診断面接。古川壽亮、神庭重信編著：精神科診察診断学－エビデンスからナラティブへ。医学書院、東京、pp17-25, 2003
- 4) 神庭重信、井口博登：うつ病の病名告知をめぐる小論。精神科治療学 19 : 175-177, 2004
- 5) 神庭重信：うつ病の薬物療法。武田雅俊、加藤敏、神庭重信著：Advanced Psychiatry－脳と心の精神医学。金芳堂、京都、pp182-196, 2007
- 6) 神田橋條治：九大精神科での面接実技指導にて
- 7) 高橋祥友：自殺の危険（第3版）－臨床的評価と危機介入。金剛出版、東京、2014
- 8) 森山成樹：精神療法を底支えするもの。臨床精神医学 39 : 1485-1489, 2010

*

*

*