

第102回日本精神神経学会総会

ランチタイム・プレナリーセッション

統合失調症の経過における治療者・患者間の最小限の情報交換

中井 久夫 (兵庫県こころのケアセンター)

1. はじめに

パターナリズムの去った今、それに対応する問診と治療の見直しが必要である。

2. 初診

急性期の初診患者には、訴えを聴き、身体診察を行い、精神症状に対応する身体症状の有無をきく。幻聴に頭痛、妄想には胃痛など、「ないのは不思議だね」と首をかしげる。身体病ではなさそうだというメッセージである。「これは私の性格です」と言えば「生まれてからか?」と疑問を呈し、「生活を妨げるようになったのはいつごろか」をきく。睡眠障害と便秘の始まりと一致することが少なくない。その直前に何があったかを問うて、まず「今があなたの生涯に何度もない重要な時期だと私は判断する」と「危機の告知」を行う。

「生きる邪魔になっている主なものは治療できる。少なくとも今より悪くならないように努力したい」と述べる。まず病名は「治療のための仮説」だと述べる。初診で統合失調症という条件を満たすことは少ない。「統合失調症か」と問われれば「そのリスクはあるがそうならないように努力したい」と答えることが多い。予後は、家族を呼び「ご本人、ご家族、治療者の三者の呼吸が合うかどうかで大きく変わる」と言う。家族はたいてい大きく頷く。最大の協力は「苦情を言うこと」であると説明する。患者が服薬していないの

に嘘を言うと医者は量不足と思って増量するのが例として挙げることが多い。この「信頼性のギャップ」があれば「治るものも治らない」と言う。

3. 入院と外来初診

ここでもっとも重要な決断は外来治療か入院治療か経過観察かである。非常に多数の因子が絡むので省くが、入院待機期間は最小限であることが望ましい。失調後48時間以内治療開始者の予後は経験的に格段によい。入院に際しては外来医が患者と連れ立って病棟までゆき「私たちの病院に入院治療を決められた誰々さんです。よろしくお願ひします」と患者を師長、看護師に紹介する。この重要さは何にも勝る。当日面接し、最初の服薬には立ち会うのがよい。

外来治療の際は次回面接を「今晚よく眠れたら翌々日、眠れなかったら翌日」に設定する。初処方方は「最低量だから効いたらきみの病いはうんと軽く、効かなくとも量を増やすゆとりが十分あり、別の有力候補薬もまだまだある」と告げ、最後に「効きますように」と軽く祈る。薬局から取って来させて初回は眼前で服んでもらうこともある。

4. 急性期を過ごす

急性期に際しては言語は意味よりも音調、語調の伝達性が高い。唇を微かに動かすほどの小声で耳元に囁く。音は大きく響くので扉の開閉、鍵の

回転音にも注意。まず身体診察を行う。これは「医師であること」の端的な証明である。患者にとって自己身体への再注目の契機である。次に急性期の reassurance を行う。とぎれとぎれな言葉の中にも同じ生き物としての交感がありうる。「うーん」「そうかもしれないがそうでないかもしれない」「不思議だなあ」という合の手を次第に加え、最後に「だがすべてはいつときだよ」「きみは到底そう思えないかもしれないけれども、ほんとうは大丈夫だ」という。できなければ心の中でそう呟く。それがこちらの表情を微かに変えて何かを伝達することを期待する。急性錯乱の中にも「素の時間」(樽味伸)が一瞬訪れる。それは無垢なコミュニケーションな瞬間である。

なお、隔離室には二人連れで訪れるのがよい、少なくとも最初は。

5. 隔離室を出る

まず一般病棟を多少けなしてしんどいこともあるよと underestimate する。隔離室の静謐さと守りのかたさにも触れる。隔離室にいたことによる患者の自己評価の低下を多少とも修復したい。

6. 急性期の幻覚妄想

極期には幻覚妄想は言語化できず、大海の激浪の飛沫のごとき断片的な叫びとなる。言語による因果律とカテゴリーを使用する幻覚妄想のまとまった語りは極期が過ぎた徴候である。「ふうん」「不思議だね」などの合の手を入れつつまず傾聴するが、面接で患者が語らなければとりあげない。欠落と矛盾の指摘は反治療的である。欠落と矛盾があるうちが花なのだ。「そうとも考えられるがそうでないとも考えられる、あー、うー」とこちらが苦しむほうがよい。患者は他患者の幻覚妄想ならば否定嘲笑できる。常に面接の焦点を生活の健康部分に置く。いかにそれに時間を費やそうとも病的体験ではない。我々は患者の自己同一性が病的体験中心(特に妄想患者など)にならないよう心しなければならぬ。

「何々は何々である」という相手の命題を「も

し何々が何々ならば、それは何々だね」といちいち言いなおすこと、一般に陳述を if so, then… という仮定文に変換することは有効である。後者にはたとえば「たいへんだね」という情をまぎれこませられる。ここに徐々に妄想と距離ができ、その比重が下がる糸口がある。妄想は患者が話さなければ話題にしない。我々の焦点は幻覚妄想でなく、幻覚妄想を持つ人の苦悩である。

7. 幻覚妄想の消褪と臨界期

「臨界期」とは反復的な急性期の「状態」から回復という逐次的な「過程」に移る移行期である。緊張病型にしか認められないといわれることが多い理由は、第一に、緊張病ではせいぜい数カ月だが妄想型と破瓜型では一年以上にわたり、精神科医が転勤してしまう。第二に、それは急性期に信頼関係を成立していることが前提である。第三に、妄想型では多彩で関連性が発見しにくく、また前進の後には「揺り戻し」すなわち前進を取り消す反作用が見られる。破瓜型では外面的には些少な事件の離散的なシリーズである。一般に、ものはその気にならないとみれどもみえずである。ここで回復という過程を輪郭だけでも患者に向かって素描しておくことが重要である。

8. 回復の粗書き

回復とは特異症状が消失し非特異症状が正常値に近づくことである。ここではまず観察である。皮膚の艶、髪への生気の蘇り、表情の回復、言語の抑揚、語りのまとまりなどの末梢的なことから回復は始まる。

ここでマイナーな身体症状が出没する。悪夢、発熱、下痢、血圧、眼圧上昇、無月経、円形脱毛症、薬物副作用の唐突な出現などである。看護日誌を生かしつつ、グラフに描いてみると、意味のあるパターンが見えてくる。身体症状はその出没と精神状態のモードの変化や、症状交代、症状出現/消失とが鮮やかに関連する。事件との関連性が次第にはっきりしてくる。

この時期の患者は言葉少なである。絵画の出番

である。断る権利のあることを告げておけば絵画は一般に安全である。何度も書いたので詳細は省くが、最小限、樹木画（彩色が望ましい）と色彩分割（空間を自由に仕切ってもらって、それぞれの部分に自由な色を塗ってもらう）がよかろう。制作途中は関与的に観察し、完成すれば前にかざして一緒に眺め、「できたね」と達成を評価する。これを臨界期から回復初期にはほぼ毎回行う。めまぐるしい変化はこちらの気乗りを高める。これは40～50枚前後で終わる。

9. 臨界期の中で

臨界期から回復初期には、羽化する時の昆虫のような初々しさといいたしきがある。その特徴の第一は身体の変化が覚醒意識にのぼることである。第二は独特の孤独感である。特異症状が弱まれば治療者の足は遠のきがちである。回復の報酬がにわかな面接回数減少であっては寂しすぎる。せめて二週間遅らしてほしい。これは妄想的孤独と断然違い、社会が遠くに見える人間的孤独であって、治療の鍵的時期である。

病いと別の別れにも一抹のさびしきがありうる。また、幻覚妄想の消失は再来の不安を生む。これらを汲むべきである。ここでもていねいな身体診察の出番である。

患者はしばしば、臨界期の諸症状を重大な病気だと思い、永遠に続くと思う。副作用すら取り返しがつかないと思う。エンジンの再始動期にたとえるのも一法である。

この時期の少し前、まず「もし幻の声なり何なりが消えたら寂しくはないか」と執拗にきき、駄目を押し、「大丈夫です」と患者が強く断定すれば「それならひょっとすると消えるかもしれない」と言う。しかし、「置いてゆかれる幻の声がさびしがってきみを呼び戻しにかかるかもしれないよ」と言っておく。幻覚妄想が夢に入らないのを不思議とし、「夢に入ったらすぐ教えてほしい」と言っておき、入ったときけば、昼間ではどうか？ と問うとその力が格段に弱まっているのを患者は自覚する。

10. あせりとゆとり

回復期には「あせり」と「ゆとり」の潮の満ち引きがあることも予告しておく。そしてこの両者を意識し表現できるようになったら、「今、あせりは何%？ ゆとりは？」と問う。「頭にふっと浮かんだ数字を言ってみたまえ」とも。二者択一から相対化に向かう動きの一環である。

11. 睡眠・排便・疲労感

面接は脈の測定で始め、毎分、60～70分になってから話しに入るのがよい。脈をとると傾聴の姿勢に入りやすくなる。睡眠と便通と疲労感については具体的に問う。患者はこれまで、この3つにはさんざん悩んできたはずだ。

私は睡眠を実用的に数段階にわける。(1)全く眠れない、(2)眠ろうとするがすぐさめてしまう、(3)眠れるみたいだが眠った気がしない、(4)いくらねてもねたりない、(5)熟睡できる。こうなれば重点は熟睡感、めざめ心地を問い、睡眠持続感に移る。睡眠学の基本を患者に話すのはよい患者教育である。しかし、夢内容は患者の語りを聴くにとどめる。重要なのは夢作業の開始である。これは治療の重要な協力者である。

便も重要で、緊張の指標であり、多くの患者は便秘である。回数、心地とともに質を問う。「土管」か「兎のうんこ」か「バナナ」か「軟便」「便秘と下痢の交代」「水みたい」かと。頑固な便秘には医師自ら摘便に関与してもよい。全体として軽い軟便で維持するのがコツである。孤独な行為である水中毒の予防に多少はならないだろうか。

12. 幻覚妄想

幻覚妄想を聴くには、「不思議だね」「ほう」「ふーん、私の経験していないことだなあ」という類の合いの手が重要である。言いつばなし聞きつばなしでよい。結論を急ぐのは患者の習慣である。

幻覚のうちもっとも多い幻聴は、(1)初期段階でざわめきとも無数のつぶやきとも何かのひしめきともとれぬ状態、(2)極期の世界全体が叫びだした

ような状態, (3)自由連想の続く段階, (4)次第に一, 二語から数語に収斂する段階, (5)その内容が穏やかになり, 回数が間違になる段階に私はわけているが, (1)から(3)までの幻聴は幻聴だけの治療がありにくいと私は思う。幻聴がある独立性を持つのは(4)(5)である。まず好発時刻とおおよその持続時間と終わり方と好発状況をきく。雑踏や車中から出れば消える幻聴, 入浴などリラクセスの際の幻聴は良性である。持続性だという場合には森田のいう「精神交互作用」が働いているので, 手持ち無沙汰な場と時を変えることである。歌唱, 謡曲の間, 疾走中は幻聴が止まる。大声の独語, 突然の突進などは自前の対処法かもしれない。

幻聴に対しては視覚に転換して好みの色や嫌いな色をきくのも一法である。絵画療法の導入もよい。食べ物, 花, 風景, 野球, 力士, その他, 好みをきくことは, 幻聴の受け身性に対抗しうる。実際, 好きな色が一色(青)から始まって増えるのと反比例して幻聴が始まった例があった。

幻聴が何%ほど生活の邪魔をするのかを問う相対化もよい。一般に聴覚が警戒感覚であること, (1)(3)の型に比べて予見性があることが幻聴の定着性を高めているのであろう。急性発症時の内外界の区別が消失し, 天から地が裂けるような恐怖に比すれば幻覚妄想は何ほどのことはないと言った人がいる。しかし, これが慢性化へ至るワナなのだ。

13. 疲労感と回復期のあせり

疲労についても急性期に予言しておく。「あれだけの大仕事をしたのだから疲労はあって当たり前である」という。回復の開始に当っては一種の荷おろし感があり社会復帰の意欲を語ることもあるが, これは早咲きの花であり, やがて疲労に移行することが多い。

まずは疲れに目鼻をつける作業である。患者に「頭の疲れ」「体の疲れ」「気疲れ」の違いを説明すれば必ず「気疲れ」を選ぶ。次に「硬い疲れか柔らかい疲れか」を問う。「柔らかい疲れ」は実は「リラクセス」であって「アンヘドニア」のた

めにマイナスと捉えざるをえないのだ。そのことを告げると患者は早晚理解する。「今日は硬いほうかどちらか」とききもする。

疲労とあせりの関係と「あせり」と「ゆとり」の%を問う。「医者まであせっちゃお終いだからね」というと笑う患者が多い。

患者のあせりと疲労感は全般的で一様な目鼻のないものから, 次第に出来事に関連するようになる。ただ「決断」がもっとも疲れを誘うようである。大きな決断を治療中に行うのは「もったいない」と言ってきた。また, 疲れは事件の翌々日に大きい。周囲がこれを理解することを患者は切望している。

14. 最初の外泊

最初の外泊は主治医が送り出すのがよい。できなくとも, 患者の家族に会って外泊の目的を「病院疲れ」を癒すためであると告げる必要がある。好きな食べ物などを問い, それをお願いしますという。それから外泊したらどうされますか, と問い, 家でごろごろしていてよいと告げる。

15. 回復途上の出来事

患者がしたいことをたくさん提案する「提案期」がある。この提案を周囲がすぐに実行させると患者は破綻する。「三週間経ってきみの気が変わらなければ僕も口添えしてみよう」というのがよい。提案はその間にほとんど忘れられる。

そのうちに現実的な一つに絞られてくれば, 「実験精神」でやろうという。これは「もし, 就職先なりグループホームなり何なりの前に行ってイヤな気がしたらさっさと帰っておいで。後は何とかするから」という。英語の「hunch」すなわちサリバンのいう「意識の辺縁にちらちらするもの」は発病の際には悪魔の役割をしたかもしれないが, 今度は天使の役割に回ってもらえる。小さなハンチを認めない生きかたが大きな不意の, そして破滅を予感させるハンチに圧倒されたかもしれない。些細な日常のハンチが選択を円滑にしてゆく。

何かを始める時には自身を失いやめなくなる日のカレンダーを手で書いてわたし、「実験には失敗はない」と強調する。ある職場を7日でやめたにしても「7日続くことがわかったことで実験は成功である」と断定する。日付は、3日目、7日目、40～50日目、90～100日目、3ヵ月ごと、1年、3年である。これは仏教の喪の作業中に一族が集まる日でもある。自己実現性予言であっても海図がないに勝る。

そのうち、患者はお遊びも試み始める。行きつけのコーヒー店や日を決めて海を見に行くとか。そのように患者は「世に棲む」ようになってゆく。友人ができる場合がある。友人の勧める仕事は続くことが多いようだ。

16. 再発と予防

初発も再発も失調開始後15分以内に治療を開始したら格段に予後がよい。それは好運な場合（隣人とか）であるが、48時間以内ならば一般に予後が格段によいと経験的にいえる。おそらくあまり脳内システム全体に波及しないうちだからであろう。

「私は臆病な治療者だ」と患者につねづね公言しておくほうがよからう。「医者には冒険したらお終いだからね」とも。患者は基本的に医者の冒険を恐れている。薬物の減量は2週間に1/4ずつ（2×なら2日に一回抜く）にすれば不具合が起らないだろう。回復後の断薬に私は臆病で「保険

として」週1回あるいは2回でも一錠の服用を勧める。これはある優れた甲状腺治療者が患者の数値正常化後に勧める方法であった。いざという時、手元に薬があるという利点もある。これで睡眠を確保すればミニ再発で終わることがある。

精神科医は、後の精神科医が困らないようにクセをつけない心掛けが必要である。クセがどうやってつくのか私にはわからないが、患者の士気を維持し、その自尊心を珠玉のごとく大切にしていれば、クセはつかないであろう。会社と上司のクセは社員につくが逆はない。友人関係でついたクセは本人の人格の延長である。クセは病院と精神科医の問題であろう。ナースのクセはなぜつかないようである。

また、私はしばしば数代前の治療者の努力が私の時に実るのを実感した。果実は即座には実らなくて当然ではないか。改善を自己の行為にして誇るのは実情に反することがしばしばある。

世にカリスマ医者が溢れても、精神科医だけはカリスマ医師はありえない（山口直彦）。日々の糧を得るための仕事を果たしてゆくことが精神科医の本領であろうかと私は思う。

（これはマニュアルではない。研修医の方にはどうしてこういう些細なことが大切だと私が思っているか考えていただきたい。使うなら口写的でなく、あなたのことばの中で溶け込ませてくださるように）。