

## ■ 編集だより

### 編集後記

#### こころ音痴

私事で恐縮であるが郷里の父の手術に際して、職場の仲間からお見舞いを贈りたいと言われたが「気遣いが無いほうが療養に専念できるので」とお断りした。その後で家族に「あなたは『こころ音痴』だからね」と言われてしまった。そういえば「人のこころを理解する能力に欠けるのによく精神科の医者が務まるものだ」と20年前に私を責めたのは家内であった。「今でもそう思っているのか」と10年前の私なら尋ねたが、今は尋ねない。尋ねなくても答えは想像できる。20年の年月は『こころ音痴』にも変化をもたらす。これを成熟と言うつもりはないが、すこしだけ知恵も付く。

同じような遣り取りをご高名な精神科医の大先輩がエッセイにお書きなっておられた。「患者さんはお前と違って素直だからね」と大先輩は奥様にお答えになったそうである。何という強気の切り替えし。とても後輩の参考にはならない。そのエッセイは「人のこころは個性的で千差万別でとらえどころがないけれど、疾患となるとある程度のまとまりがある」と続いたと記憶する。

疾患ごとの症状の纏まりはICD-10、DSM-IVで操作的診断基準として強引に整理された。最近では精神科専門医認定試験のケースレポートがICD-10を要求しているために日本の津々浦々に再度浸透したようである。標準化された診断によって治療レベルが底上げされ、症状論から疾患論に、急性期治療から再発予防にシフトすると期待される。たとえば統合失調症様障害であれば病因は統合失調症より気分障害に近く、抗精神病薬に加えて気分安定薬も奏功するとのエビデンスは患者の再発防止に役立つ。

それでも、「操作的基準による診断とアルゴリズムに基づく治療ならロボットでもできるが、人間の医者は『傾聴』、『共感』も含めた癒しができる」と、『こころ音痴』は自分を棚に上げて主張する。しかし主張する端から、失敗が次から次に思い起こされる。

「会社が車通勤を一律禁止したので、診断書で特別に許可して欲しい」と馴染みの50歳の工場労働者の患者さんが言ってきた。理由を根掘葉掘り尋ねると「実は電車に乗れない。駅のような場所には行けない。遠出ができないので親戚の葬儀なども不義理をしている」という。広場恐怖である。パニック発作は否定する。大卒で営業職で入社したが30歳頃のうつ病を転機に現業職に異動したと申し送りがあった方である。引き継いでからの5年間はうつ症状がないのに少量の三環系抗うつ薬を希望し続けた。しかし、長い付き合いなのに広場恐怖が話題に出なかった理由を尋ねても実直な患者さんは口籠るだけで明確に答えない。「もしかすると診断書の口実だろうか」とまで気を廻しながら、後味の悪さを残して診察が終わった。

後日、「広場恐怖の患者はこの悩みを性格の弱さと誤解し、強く羞じて口にしないことも多い」と成書に見つけて腑に落ちた。営業職を続けられなかった理由も、うつ病と申し送りされた理由も、長期間抗うつ薬を希望しつづけた理由も氷解する。不正確な診断と不十分な治療で、人生の大きな変更を強いられた患者さんの犠牲は大きすぎる。「口実？」と疑った未熟さは論外として、口籠る患者さんを前にしても『こころ音痴』は気付けない。知識と知恵が必要である。

篠崎和弘