

巻 頭 言

精神科診断の方法と精神科医の見立ての行方

飯森眞喜雄 日本精神神経学会理事

Makio Iimori

現在、WHOではICD-11の、米国ではDSM-Vの作成が進行中である。この2つの新たな診断基準が公開された暁には大きな反響を呼ぶものと思われるが、とりわけ日本では大きいと予想される。欧米崇拜は自動車や電気製品などではとうの昔になってしまっているが、医学ではまだまだ根強い。これには、とりわけ米国の医学研究費への莫大な資金の投入や大規模治験に太刀打ちできないといった無理からぬものがあるが、操作的診断法についてはどうだろうか。

臨床現場における操作的診断の流れは変わらず、いっそう客観的で科学的な傾向が求められていくことは仕方がないだろう。しかし、そうした流れのなかにいるだけで精神医療は成り立つのだろうか？

精神医学においては、本来、診断と治療とは不可分のものであったはずである。問診によって診断を進めていくしかない精神疾患においては、その過程は同時に精神療法をも併せもつものであるからである。問診の仕方によって、それは単なる情報収集や症状の拾い集めに終わることもあるし、患者の内面をそのつど理解受容しながら行きつ戻りつしているうちに、ついには診断に至らない場合もあるだろう。果ては「診断」などどうでもよくなってしまいうような場合もある。

「人間学的理解」や「哲学的意味」、「心因」や「状況」「病前性格」といったものが生きていた伝統的診断においては、診断過程は同時に治療的要素を含んでいたと思われる。しかし、操作的診断基準の流布以降、診断過程は「診断基準に当てはまるか、当てはまらないか」に終始し、心の襞に分け入っていくような対応は薄らいできているのではないだろうか。そのことは「構造化面接」という物理的ニュアンスをもつ用語によくあらわれているような気がする。

100年の歴史を有する伝統的診断では、患者の言表

のほかに、言葉のひびきやしらべ、沈黙、表情、態度、仕種、それらが醸し出す雰囲気といったもののまでが問診の過程で重視されてきた。そうした多様な見方は精神医学を豊かにしてきたが、反面では主観や哲学的思索に傾きすぎ、客観的で科学的な見方を曇らせることにもなってきたことは否定できない。他方、科学的態度に立った統計的要請から生まれた操作的診断にはこうしたものははじめから切り捨てられていたのであるから、両者をひと括りに論じても次元が違うという意見もあるだろう。

しかし臨床場面では、操作的に行うにせよ、その診断過程に精神療法的営為が包含されていなければ、治療者としての精神科医の力は失われ、問診はただの「診断名レッテル張り」に終わってしまうであろう。こうなれば、次に待っているのは薬物療法のアルゴリズムの出番で、診断も治療も定まったルールに乗って“簡単に”進むことになる。

若い人の臨床論文を読むと、操作的診断基準に従って診断し、そこにリストアップされていない症状のみならず、その病んだ者を“生きている主体”として全一的に把握するのに不可欠な病前性格や患者を取り囲んでいる状況などを一切考慮していないものが目立つようになった。なかには、ある一人の患者について操作的診断規準に従い、「この時期には〇〇が見られ、これこれの時期には××が発現しているので、この患者には〇〇と××が合併している」などというもののまで現れる始末である。人の心は断裁されたものの寄せ集めではない。

精神医療で大切なことは、いかに診断するかではなく、その見立てによっていかに患者理解を深めるかであろう。伝統的診断に慣れ親しんだ世代から操作的診断一本の若い世代へと変わりつつあるなかで、我々はこのことを忘れてはなるまい。