

■ 編集だより

編集後記

精神症候学は面白いが、現場での応用は常に難しい。日常の臨床現場で、丁寧に、丁寧に、しつこく、しつこく、患者さんに接すると、教科書的な精神医学用語では到底表現しきれない患者さんたちの立ち居振る舞いに圧倒されるのである。「これが臨床現場なのだ」、「表現できなくて当たり前だ」、「精神医学は未だまだ発展途上なのだからなあ」、「だから自分の不勉強のせいじゃないのだ」、などと自己弁護する。回診や外来診療後に、学生などからときに質問される。「先生、さきほどのあの患者さんの『あれ』ですが、なんという『症状』ですか、『あれ』？ 妄想ですか？ なんですか『あれ』、あのお話うか、『あれ』、先生。幻覚でもないしなあ、なんですか、『あれ』は？」のような展開になる。「いやあ、『あれ』はねえ、私もわからなあ、ああいうふうにおっしゃったのだから、ああいう『症状』いうか、そういうのは、なかなか医学用語では言い表しにくいよねえ、確かに。だから精神医学は面白いのですよ、教科書では語り尽くせないのが臨床の現場ですからね」などと、返に窮してはぐらかしてしまう、我が身の不勉強が恥ずかしい。あとで医局の先生が、さらに追い打ちを掛ける、「先生、教授なんですから、わからんとは言わんでくれませんか、先生！ 教授なんですよ〜」と。で、「わかった、わかったが、じゃがのお……」と考え込んでしまうのである。「わからんのである」から、「患者さんのおっしゃったとおりに、カルテに記載しておくしかなかろ」と、無理矢理、教科書の精神医学用語のどれかに適用しなくてもと、本音はそう想っているのである。

「臨床神経学が亡くなった」、勿論、臨床精神医学の実践現場での現況である。深刻な問題である。この「珍事」とさえ言い得る現象は、神経内科学の台頭(?)あるいは発展(?)の影響とも考えにくい。脳科学全体からみれば、神経も精神もないのではあるが、この「珍事」は精神医学にとって、大変に不幸なことなのである。なぜなら、抗精神病薬を中心とした向精神薬に起因する様々な錐体外路症状などの神経学的所見を、われわれ精神科医は毎日診ない訳にはいかないし、認知症医療の現場でも、錐体路・錐体外路、小脳、脊髄失調などにも、随分と遭遇する機会が多い筈である。

しかし精神科医がハンマーを持たなくなったのである。まして握力の測定や筆や針などを利用しての感覚障害の診察など、担当医であるのに、全く手を出そうとしない。このような状況は、もちろん全国的あるいは世界的な傾向のようでもある。このままでは、高次脳機能を分析する神経心理学の発展は、望みようもない。精神科医は神経学的所見の診方に、もっと精通すべきであるし、日常診療の現場でも実践しなければならない。患者の身体に触れる診察は、診断目的のためであると同時に、立派な治療(精神療法)でもあるのである。精神症候学は神経学を抜きにしては成立しない。

医学・医療の細分化・専門化の潮流が、精神医学の中でも、「分化」(退化?)して、進行しているようにもみえる。単一の「疾患単位」にみえそうな名称の学会の乱立は正しい方向性か？ 神経学や精神医学関連の学会は、再度、統合に向かうべき時期に来ているのではないのか？ 堀口 淳