

巻 頭 言

精神医学と精神医療の気になる動向

飯森眞喜雄 日本精神神経学会理事
Makio Iimori

昨今、日本の精神医学界の大きな関心は、海外に目を向ければ、ICDとDSMの改訂であろう。DSMの方が先行しており、昨年の2月にはpublic commentを求めて草案がウェブ上で公開された。最終的にどうなるか不透明ながら、多くの方が関心を寄せ、「大きく変わるのではないか?」という期待と心配をもたれたのではないだろうか。どの診断でもディメンショナルな評価が入る…短い診療の間にそんな時間がとれるのだろうか…パーソナリティ特性を評価してパーソナリティ障害の診断を進める…今までのように簡単に(クズ箱的に)PDの診断は下せなくなる…下したとしてもパーソナリティの評価をいかに治療に生かしているといいのだろうか?…(最終的な名称は変わるかもしれないが)attenuated psychotic symptoms syndromeが疾患となっても大丈夫なのだろうか…新たなステイグマにならないか…臨床現場ではどうやって本人と家族に説明したらいいのか…等々、思いは尽きない。

ICD-11については、(今のところ)概念や分類の大きな変更はないようであるが、clinical utilityの向上に力点がおかれている。すなわち、「はい」「いいえ」で進む、ネットでも診断可能になるような利便性である。これは非精神科医でもほぼ正しい診断に辿り着けることを目的としているのであるが、この利便性は同時に診断の簡便化であり、専門的立場からみれば安易な診断法の流布、すなわち「深く考えなくてもOK」という危険性も孕んでしまいか。人は易きに流れやすい。若い人ほどその傾向があるようだ。

さて、国内に目を向ければ、きわめて重要な課題であるにもかかわらず、精神科医の関心が薄いと思われるのは、心理職の国家資格化問題である。これは大きく3つある心理職団体側の意見が現時点ではまとも

ないので頓挫しているらしく、精神科医側は高みの見物状況にある。だが、国家資格を有した心理職が精神医療領域に本格的に参入してきたとき、つまりかれらが「精神療法」なり「心理療法」のプロだと見做されたとき、では「精神科医の精神療法って何なんだ?」「精神科医のやることって何なんだ?」という事態に至るだろう。いうまでもなく、精神科医を精神科医たらしめるのは精神療法ができる、ということである。ただ診断できる、身体を診られる、薬を処方できる、ということではないはずである。ましてや、治療法を振り分けるマネジメントではない。

精神療法は精神科医のアイデンティティーを支える唯一のものであるはずである。診断に関して言えば、clinical utilityの向上したICD-11では、精神科医でなくても簡単にできるのである。となると、われわれ精神科医は、自分にとって精神療法とは何だろうか?と自問自答する必要に迫られよう。「生育歴、環境、置かれた状況、病前性格、身体所見など重層的に考え、その診断名が生まれてきた由来にまで遡って診断し、薬を選び、そして同時に精神療法をやっていく医師」として、己を磨いていくのである。精神科医としてのアイデンティティーと矜持は精神療法によって保たれる、ということをお忘れてはなるまい。

DSMがどう複雑になろうが、またICDがいかに簡便になろうが、それに捉われすぎたり、逆に易きに流れないことである。診断名や分類がどうなるだろうが、精神疾患で苦しむ人の姿が変わるわけではない。そこに精神療法が欠かせないということも不易である。心理職の国家資格化が決まる前に、改めて「精神科医にとっての精神療法とは何か」を考え、いっそう腕を磨くことが求められているのではないだろうか。