

第107回日本精神神経学会学術総会

教 育 講 演

うつ病の臨床診断について

内 海 健（東京藝術大学保健管理センター）

うつ病の臨床診断について、精神病理学的な見地から、操作的診断学を批判的に検討しながら考察を加えた。総論的なこととしては、1) 診断は臨床というシステムの1つの要素であること、2) 治療に役立たない診断には意味がないこと、3) 診断のプロセスが治療的であるように工夫すること、4) 診断は個々の事例の総和以上のものを与え、事例の個別性を保存するものであること、を提示した。また、実践的な事項について幾つかの要点を示した。

<索引用語：うつ病，診断，精神病理学，DSM>

On Clinical Diagnosis of Depression

In this paper, diagnosis of depression was deliberately considered from a view of psychopathological studies, and problems of operational diagnostic system in psychiatry were discussed. For good clinical practices, 1) diagnosis must be considered as a part of clinical practices. 2) diagnosis must be closely related to therapeutic works, 3) the process of making a diagnosis itself should be managed to be remedial, and 4) a clinical category is expected to contain not only a summation of individual cases, and at the same time the link between the category and individual cases should not be abandoned. The author also discussed about some clinical maneuvers.

<Key words: depression, diagnosis, psychopathology, DSM>

今日は「うつ病の臨床診断について」というタイトルでお話をしますが、今この時点で、3.11のことについて触れずに通るわけにはいきません。

この未曾有の出来事に対して多くの精神科医が、それぞれの立場から、被災者や被災地に対して何ができるかを問い、そして試みました。惨事に際して精神科医が積極的に寄与できるというのは、隔世の観があります。それがどのような効果をもつものだったのか、検証の作業が今後必要となり

ますが、支援の営みはまだ終わったわけではありません。むしろこれからより重要な段階となるでしょう。

ところで、精神科医がいかなる貢献が可能であるかということが活発に論じられる一方で、精神科医として震災から何を学んだのかということについての議論は、格段に乏しいように思います。もちろんトラウマやストレス性障害について、今回の出来事から新たな知見や臨床知が導き出され

第107回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011年10月26～27日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，
ホテル日航東京

総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山 精神科における一層の専門性の追求

教育講演 うつ病の臨床診断について 座長：中山 和彦（東京慈恵会医科大学精神医学講座）

るでしょう。しかし、私が言っているのは、そうした各論的なことではありません。

未曾有の惨事のさなかにいる人たちに対して、われわれはどのように気持ちを汲み、支えるのかということ、このことは精神科臨床と同じ構図です。日常性を超えた問題に立ち会い、容易にこちらの了解や想像力が届かない事態に陥った相手に対して、いかにして回復の手を差し延べるかということは、われわれのやっていることに他なりません。つまり震災は精神科医の普段の営みに対する問いかけでもあるのです。

今回の震災に対して、政治家やいわゆる知識人たちが様々なことを発信してきました。しかし残念なことに、そうした発言の多くは、想像力の乏しさとポピュリズムをさらけ出すにとどまりました。

他方、多くの学校で、卒業式や入学式が取りやめられました。このような時にこそ、若い人たちに対して、大人たちがメッセージを与えるべきであるのに、リスク管理の名のもとに、みすみすそうした機会が放棄されてしまいました。そして、このこと自体が若者たちにメッセージとなって伝わっているのです。

その中で、当時大阪大学の総長であった鷺田清一氏（哲学者）が、震災後まもない4月に執り行われた入学式で述べられた式辞は、震災に関する知識人の発言の中で、私が唯一感銘を受けたものです。

その中で鷺田氏は、被災者への基本的態度として、「他者への想像力」というものを示しています。

そういう意味で、みなさんにいつも持ち合わせてほしいのは、この《他者への想像力》です。……《他者への想像力》とは、ふつう思いやりと言われますが、要するに 他者を他者のほうから理解しようとすることです。その意味では、想像力とは、じぶんが抱いているイメージをさらに拡げるのではなく、じぶんをここではなく別の場所から見る力のことだと言うべきです。¹⁶⁾

われわれはともすれば、他者を自分の側から想像してしまいます。いわゆる同情と呼ばれるものがそれにあたります。同情は、ここにいる自分の陣地から、あたかもアメーバが偽足を伸ばすがごとく、相手を自分のうちに取り込んでいくことに他なりません。

もっとも、こうしたことさえやらない臨床家もいるので、一概に否定はできません。大変な状況にいる相手に同情する、どのような気持ちなのかおもんばかり、あるいは相手の立場に身を置いてみるといったことなどがそれに該当します。おそらくこうしたことだけでも、普段の臨床の風景は相当変わるだろうと思います。ただ、同情はどこかで限界に突き当たります。

鷺田氏のいう「他者への想像力」とは、同情の延長線上にあるものではありません。こちら側から向こうへ向けての想像力ではなく、他者の側からみることです。それは相手の立場に身を置いてみるということでもありません。そうではなく、向こうからやってくるものに、こちらの心を開いておくということなのです。

他者の心は決してこちら側の考えに還元することはできません。他ならぬ他者の心を扱う精神科医として、他者からやってくるものにこちらの心を開いておくことの重要性は強調してもしすぎることはないでしょう。さらに鷺田氏は、この「他者への想像力」を自然科学にとっても基本的な態度であるといっています。

自然や社会の出来事を、そうした出来事を引き起こしている見えない構造のほうから突きとめようという科学研究の姿勢と、じぶんでは体験しようのない他人のこころの内を思いやろうとする対人関係の態度とは、このように、視点をいったん自分のここという場所から外して、出来事の側に、あるいは他者の側に置くという意味では、じつはおなじ性質のものなのです。そしてその意味で、ほんとうの科学は思いやりのあるものであるはずなのです。¹⁶⁾

科学ですらそのようなものであるなら、われわれの臨床の営みが思いやりのあるものでなければならぬのはいうまでもないことです。診断もまた例外ではありません。

以上を前置きとして、ここから、うつ病の臨床診断について、まずは原則的なこととお話し、残った時間で実践的なことに触れようと思います。

I. 臨床診断の原則

最初に、精神科臨床における診断についての総論的な問題を確認しておきます。まずは、次の2つのことを原則として呈示しておきたいと思います。

1. 診断は臨床というシステムの1つの要素である。
2. 治療に役立たない診断には意味がない。

この2つは、臨床診断の原則として、ごくあたりまえのことを述べたにすぎません。診断はあくまで治療に奉仕するものであり、患者が回復するために役立たなければ意味がありません。もちろん、治療において診断は重要な位置を占めます。しかし診断が決まらなければ何も始まらないというようなものではありません。

正しい診断に基づいて、正しい治療を行うのが臨床の基本であるといわれます。こうした考え方には抗いようがないようにみえます。しかし本当にそうでしょうか。

たとえば救急の現場を考えてみてください。この場合、正しい診断がつくまで治療をしないとすれば、命にかかわることになります。可能な範囲で正確な情報を集めながら、とりあえずはその場の見立てに基づいて、処置を進めていかなければなりません。そこで求められるのは、機敏で、勘のよい見立てです。

あるいは、統合失調症とおぼしきたずまいをした初診の患者が来たとします。その人に対して、診断をつけるためにとって、DSMなどの診断基準に掲載されている症状をいきなり確認し始めたとしたらどうなるのでしょうか。

「自分の内面が見抜かれている」、あるいは「自分の知らないことを他人が知っている」と感じやすい人にそのようなことをすれば、取り返しのつかないことになってしまいます。もちろんこのようなことをする人は稀であり、多くの人は適度な温かみと、安心感を与える心的距離をもって対応するものと思います。

ではこの場合の「適度な温かみと、安心感を与える心的距離」とは、診断に奉仕するためのものでしょうか。もしそのような心づもりでことにあたるなら、統合失調症の患者は、そこに含まれる偽善や欺瞞を見抜くでしょう。それは機械的な問診をするよりも、傷つけるものになります。しかし、彼らがこうした受傷を言語化することはありません。症状化したり、それとない異常な行動に現れたり、あるいは深いあきらめのなかに退却することになります。

患者を見立てる時の医師の態度は、それがどのような効果をもつにせよ、すでに治療に影響を与えてしまっているのです。つまり治療が診断に先行しているということです。

われわれが統合失調症の患者を前にして、「安心感を与える心的距離」に気を配るのは、診断から導かれる態度ではありません。患者の発する何かから、自然にそうした態度が要請されるのです。むしろ、そうした構えをしている自分に気づくことで、われわれは統合失調症的な病理を感じ取っているのです。ただし、これは他者に対して開かれた態度をとっていなければ、与えられることはありません。

うつ病臨床では、統合失調症の場合ほどには、医療のもつ侵襲性への配慮は要りません。むしろ、うつ病は医学の枠組みが保護的に働くことが多いのではないのでしょうか。というより、せっかく与えられた枠組みが、うまく機能するよう工夫すべきです。

うつ病の診断にあたっては、ある程度、身体科に準じた、いわゆる医学化した面接が採用されることになります。ただ、その場合、構造に甘えて、見立てが甘くなることに注意しなければなりません。

ん。いわゆる通り一遍の問診で、症状を数え上げるだけのようなものとなっては、診療は荒れてしまいます。そこで3つ目の原則です。

3. 診断する行為が治療的であるように工夫すること。

これはかなり贅沢な要求であるようにみえますが、達成可能な目標です。これについてはまたあとで述べることにしたいと思います。

II. 操作的診断の基本思想

現在のうつ病診断を論じる場合、DSM に代表される操作的診断学の問題点を素通りするわけにはいきません。

現在の DSM の骨格は、第Ⅲ版 (1980) で作られました。当時、策定に当たった Andreasen ら中大西洋学派を中心とするメンバーは、精神科診断から精神分析を一掃し、そこに彼らの信奉する欧州の精神病理学を導入しました。周知のことですが、DSM の第Ⅱ版までは、Meyer の精神生物学と自我心理学派の精神分析学が主導的な原理でした。中大西洋学派はそれを一挙に書き換えることに成功したのです⁹⁾。

DSM-Ⅲの根幹をなす思想が2つあります。1つは、いましがた述べた欧州、それもおもにドイツの精神病理学です。注意深く目を配れば、Kraepelin や Schneider の影響が読み取れるでしょう。これはいわゆる英米圏で“phenomenology”とよばれるものですが、いわゆる日本で「現象学」と呼ばれるものとは異なり、記述症候学のようなものです。実際にできたものをみればわかるように、精神病理学といってもごく初歩的なものです。

もう1つの軸となるのが、「論理実証主義」です。論理実証主義とはウィーン学団に由来し、第二次世界大戦を機にアメリカに活動拠点を移した科学哲学の思潮です。

それは、事象を観察言語によって命題とし、理論言語によって説明することにより、人文・社会

科学を含めてすべての学を、数学と物理学に還元することを基本思想としています。しかし、DSM-Ⅲで取り入れられたのは、観察言語に対応する「無-理論主義」の方だけでした。もう一方の理論言語は DSM には存在しません⁹⁾。

ところで、論理実証主義はすでに当時、科学哲学の舞台からほぼ退場していました。Popper の反証主義やプラグマティズムによって取って代わられていたのです。

こうしてみると、DSM は精神病理学と科学哲学を2つの柱にしつつ、そのいずれもが、専門の見地からみるなら初歩的な水準にとどまっています。そのようなものが、その後30年以上も生き延び、それどころか世界の精神医学の指導原理となっているのは、不思議といえば不思議なことです。

私は1979年に精神科医になったので、臨床の修練を積むにあたって、DSM の影響はほとんど受けていません。ですから、日本の臨床現場に操作的診断学が浸透してきた時も、多少の戸惑いはありましたが、自分のそれまでの経験が大きくゆらぐようなことはありませんでした。いわゆるダブル・スタンダードと呼ばれる構えでさばっていたと思います。DSM や ICD は大数研究や疫学、そして行政的な文脈に限定して用いられれば、何の問題もないように思います。

ところが、近年では、DSM で臨床を学んだ人たちが増えてきました。もしかしたら日本の精神科医の半数近くがそうした世代にあたるのかもしれませんが、これは倒錯的といってもよい現象です。

DSM が臨床の現場に弊害を与えたとしたならば、それは第Ⅲ版ではなく、第Ⅳ版 (1994) の時代ではないでしょうか。第Ⅲ版も第Ⅳ版も操作的診断学として、その基本骨格は同じです。しかし第Ⅲ版では、「この診断マニュアルは、精神科の基本的診断ができるようになっている人が使用するように」、という但し書きが付けられています。つまり一定の臨床経験を積んだうえで使うものと位置付けられているのです。われわれもそれを確認して納得したものです。

実は、第Ⅳ版にもそうした但し書きがいくらか

記載されているのですが、たいていは無視されています。ちなみにその箇所を読まれた方はどれくらいおられるでしょうか。第IV版の時代になって、米国の精神医学は謙虚さを失いました。そして誇りと自信を失った日本は、それに唯々諾々と従っているわけです。

III. 診断の正しさはどこにあるのか

診断の正しさには、2つの基軸があります。いわゆる妥当性 (validity) と信頼性 (reliability) です。妥当性とは、どれだけ真理に近いかということです。かつては神の智が真理の保証人として背後に控えていました。現在の身体医学では、病理所見やそれに準ずる生物学的マーカーと一致することです。

精神科疾患の場合には、そうした gold standard が確立したものはほとんどありません。ですから妥当性とは、名人あるいは達人と呼ばれる人が診た時の診断ということになります。操作的診断学を称揚する人は、こうした名人・達人といったものが、診断の斉一性、ひいては科学性と相容れないことを指摘しますが、私はどうしてもそうした批判の裏に、ルサンチマンを嗅ぎ取っています。

他方、信頼性とは、誰がみても同じ診断になるということです。そのために、診断のための規約をつくり、それをみんなが遵守するということが求められます。この考え方の背景には、「真理というようなものなどないのだ」という断念があります。その意味では、神なきポストモダンにふさわしい正しさの基準と言えるでしょう。

だとすれば、信頼性は謙虚なたたずまいをしていなければなりません。「所詮われわれは真理を知ることはできないのだ」という慎ましきをもってしかるべきでしょう。

操作的診断学は、経験を積んだ臨床家の間で形成される大まかなコンセンサスといった程度のものでよいのではないかと思います。おそらく第III版を策定した人たちは、そうしたことを目論んでいたのでしょう。

ところが、現在の診断学では信頼性が暴走しています²⁾。たとえば経験豊かな精神科医でも、駆け出しの研修医でも同じ診断にならないといけないというのは乱暴な話です。さらには臨床に携わったことのない研究者でも同じ診断になるならば、臨床知は捨て去られることになります。なぜなら、一致させるためには、低きに合わせざるをえないからです。こうした体たらくでは、素人にばかにされるのもいたしかたありません。

操作的診断学は、真理の保証人がいないことを前提にしているのですから、それ自体が正しいかどうかを判断することはできません。たとえば、DSMの大うつ病エピソードの診断基準³⁾をみましましょう (表1)。この診断基準が正しいという根拠はどこにもありません。この基準に合致するから「大うつ病エピソード」ということはできても、その基準自体の正当性はどこにもないので⁴⁾。

ちなみに神庭重信氏は、この基準はある意味で、米国の文化依存症候群であるという見解を提示しています⁵⁾。たしかに第一項目の「抑うつ気分」と第二項目の「興味、喜びの著しい減退」のどちらかがなければならぬというのは、米国人の価値基準、つまり彼らが何を異常と感じるのかという文化的バイアスが、色濃く反映されているように思われます。

診断基準に合致すれば「大うつ病エピソード」ということになるなら、DSMは無謬です。間違いようがありません。あるとしても、それは手続き上のことに過ぎません。正しい手続きさえすれば、あとはこちらが用意した基準に当てはまるか否かだけが問題となるからです。

ここに欠けているのは、反証可能性です。先ほど、DSMの設計思想の基軸となっている論理実証主義は、すでに当時、反証主義の登場によって、時代遅れになっていたことを指摘しました。名人・達人の見立てに対してならば、われわれが臨床家としての気概を失っていなければ、それを批判したり否定したりすることは可能です。しかし臨床の現場において、DSMには反証される回路

表1 DSM-IV 大うつ病エピソード
(文献1より、一部省略)

A 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起している; これらの症状のうち少なくとも1つは、(1) 抑うつ気分または(2) 興味または喜びの喪失である。

- 1) その人自身の明言(例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる)か、他者の観察(例えば、涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
- 2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)
- 3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加(例えば、1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加
- 4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過多
- 5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)
- 6) ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退
- 7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある)、(単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)
- 8) 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる(その人自信の言明による、または、他者によって観察される)
- 9) 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

がありません。経験によって診断が彫琢されていく可能性がないのです。

そして反証の最も重要なリソースは、いうまでもなく患者です。もし臨床に真実値があるとすれば、目の前の患者の中にあります。それは、彼らがどのように体験しているか、どのように困っているか、どうしたら回復するかということに他なりません。われわれの診断はこうしたことから鍛えあげられるべきものであり、患者から学ぶという臨床の生命線が涸れないようにしなければなりません。

IV. 概念はいかに形成されるのか

「うつ病」というのは1つの概念(カテゴリー)です。ここでわれわれの概念がどのように形成されるのかをみておきましょう。

最近、兼本浩祐氏が『心はどこまで脳なのだろうか』という素晴らしい著書を出版されました⁷⁾。その中に、「犬がもし操作的に診断されたとしたら」といういささか挑発的な表題が付けられた章があります。そこで氏は、心理学者ロッシェの「プロトタイプ理論」と神経回路網における学習理論を組み合わせて、概念の形成について論じています。

通常、われわれが「概念とは何か」と問われたら、いくつかの特性によって定義されたものを思い浮かべるのではないのでしょうか。つまり辞書に書いてあるようなものです。しかし、実際の生きた概念はそのようなものではありません。

ロッシェは、たとえば「犬」という概念は、自分が経験した何匹かの犬を基盤として、この原型となる犬から形成されるとしました。彼のいうように、われわれは「犬」という概念をもつのに、百匹もの犬を経験する必要はありません。おそらくは数匹みればだいたいのところはつかめるでしょう^{註2)}。

この「だいたいのところ」が犬の概念のプロトタイプとなります。もちろん、これはどのような犬を経験するかによって変わります。しかしいったんプロトタイプができれば、新しい犬に遭遇するたびに、それは修正されていきます。

このように、コアとなるプロトタイプが形成され、それが経験の中で修正されていくというのが本来の概念の在り方です。そして、われわれの臨床概念も同じく可変的なコアをもっています。それは個人的な経験によって微妙に食い違いますが、しかしおおよその疎通は可能であり、臨床の営みにはそれで十分なはず^{註3)}。

では、かりに犬を操作的に定義したらどうなるのでしょうか。皆さんも実際にやってみてください。「4本の足をもつ」、「脊椎動物に属する」、「毛に覆われている」、「その鳴き声は日本人には「ワ

ン」と聞こえる]、「ペットとして人気が高い」など。こうした属性の束によってわれわれの概念が構成されているわけではありません。

われわれは、犬に遭うたびごとに、操作的な定義を当てはめて確認するというようなことはやっていません。これがいかにも不自然に感じられるのは、犬の操作的定義は、犬のプロトタイプに基づいて作られるものだからです。それを逆転させてしまったら、倒錯的な営みになってしまいます。

それはうつ病の場合にも同じです。「大うつ病エピソード」にしても、それがわれわれの「うつ」のプロトタイプからあまりにもかけ離れているなら、採用されるべくもありません。

もちろん、犬のように日常的な経験ではないので、プロトタイプが簡単に形成されるわけではありません。しかし真摯に臨床に向き合えば、いずれはわかる時がきます。そうでなければいかにもプロとして恥ずかしいことです。そしてお互いの対話を通して、鍛え上げる作業を怠らないようにしたいものです。

V. <Bild> ということ

大人になってから「アスペルガー症候群」と診断された藤家寛子さんは、人の感情を把握するのに大変な苦勞をした経験について書いておられます。その中でも彼女が一番つかみづらかったのは、「不機嫌」という状態でした。

「不機嫌」は、私にとって本当に理解しにくいものだわ。大抵の人は、「不機嫌である」ことにひどく疑問を感じないだろうと思うの。

だけど、私は「不機嫌な気持ち」自体を今まで知らなかったの。「怒る」にも「戸惑い」にも当てはまらない。だけど何だかイヤな気持ちを「不機嫌」と呼ぶと知らなかったの！⁴⁾

表2に示すように、藤家さんは表情筋の動き、口や口角の形、視線の方向、そして声の性質などの物理的情報をたえまなく収集しては分析して、相手の状態をうかがっていました。発達障害の女

表2 (文献4より一部を転載)

怒る
視線が変わらない
口角が著しく下がる
頬の筋肉が少しも動かない
これ以上ないくらい低く喋る
「声」を発しないようにもなる
不機嫌
顔の筋肉の動き自体は「怒る」に似かよっているけど、視線は交わる
ただし度々目を反らせ、どこを見ているかわからない
口は固く結んでいることが多い
普段よりやや低めの「声」を発する

性の中には、こうしたやり方で、相手の心や気持ちを汲みづらい弱点を補っている人を見かけます。見立てが甘いと、こうしたことから単純に「空気が読める」などと速断して、障害が見逃されてしまいます。

藤家さんも長い間、発達障害が見逃されたままでした。彼女たちは、定型発達のように、表情の相貌や全体のかもし出す雰囲気から相手の感情を自然に読み取ることに難があります。

ところで、藤家さんの他者の感情についての「診断」が、操作的診断学に似ていることにすでに気づかれた方もおられるでしょう。このようなことを言うと、彼女に対して失礼かもしれませんが、なぜなら、藤家さんの記述の方がはるかに緻密だからです。そこには彼女が人との間で生き抜くなかで編み出した苦勞が刻み込まれています。

とはいうものの、両者は、全体的なつかみが欠けている点において共通しています。この「つかみ」に相当する伝統的な臨床用語が Bild (ビルト) と呼ばれるものです。

ドイツ語になじみのない世代が増えてきたので、若干説明しておきますと、Bild とは全体像のことです。英語には building などとその跡を留めています。直接対応するアングロサクソン系の単語がありません。あえて翻訳するとなると image になるのでしょうか。実は、この Bild は、DSM がドイツ精神医学から学びそなったもの

なのです。

DSMの大うつ病エピソードの診断基準をみると、たとえば「抑うつ気分」の項目に、うつ病らしいBildは感じられません。あるいは診断に必要な5項目が集積されても、それがうつ病のBildをなすわけではありません。Bildというのは要素の集積から離陸したところに結ばれるものなのです。

Bildは先に取り上げたプロトタイプとほぼ同じような性格をもっています。何例かみていくうちにコアが形成され、しかるのちに新しい経験によって彫琢されていきます。それは個々の事例からその共通項を抽出して得られるというようなものではありません。うつ病でそのようなものを求めれば、そのうち何も残らなくなります。

ウィトゲンシュタインは、成員すべてに共通する本質はないが、成員どうしは似ているというあり方を「家族類似性」という用語で示しました¹⁷⁾。中井久夫氏¹²⁾は、統合失調症概念をこうしたものではないかと論じていましたが、うつ病概念もまた家族類似性のもとにあります。

別の視点からみれば、Bildは個々の事例には還元されない新しい性格を獲得しています。それは「犬」という概念が、それぞれの犬にはないのと同じことです。このことがピンとこない人は、すでに「犬」という概念をもって、個々の犬を思い浮かべているからにほかなりません。

臨床診断もまた、個々の事例に新しい見え方を提供するものです。なかなか見立てがつかず苦慮していたところに、ふと、ある診断が頭をよぎり、「ああ、そうだったのか！」と腑に落ちるような経験をしたことは、誰にもあるものと思います。この場合、目の前の事例には何の変化もありません。診断を通して、われわれの見え方に劇的な変化が起こったわけです。このように、診断は、事例に対して、それを理解するための視点を提供します。それによって精神科医を安心させ、かかわるポイントを与えてくれます。

VI. 個別性をどう確保するか

他方、診断がいったん確立すると、ほかの見方を取るのが難しくなります。これはしばしば誤診を生むもとになっているので、気を付けなければなりません。それと、もう1つ注意しなければならないのは、事例の個別性が失われなければならない、ということなのです。

とくにうつ病の事例は、個性が埋没しやすい傾向があるので要注意です。患者がどのような仕事をしているのか、どんな家族構成なのかさえ治療者が把握していない場合もあります。どこの出身の人なのか、どんな趣味をもっているのか、普段はどのような生活をしているのか、ということになると、さらに心もとないのではないのでしょうか。

いわゆる通俗科学的な見方をすると、今挙げたようなことは、臨床特性の一項目として落とし込まれるか、さもなくば「誤差」のようなものとみなされてしまいます。つまり普遍的なものではないというわけです。

しかし臨床概念が個別性を無視するものであれば、それは普遍的とは言えません。なぜなら、われわれ一人一人は、言い換えるならば、すべての人は、個別的なものだからです。こうした普遍性と個別性の絡みあいについて、哲学者の村上靖彦氏は、臨床フィールドの経験に基づきながら次のように論じています。

……人間の経験はそれぞれそのつど異なるものである以上、たった一例の記述を分析したとしても他の例に「応用」できないので普遍性は持たないのではないかとされるかもしれない。確かに応用はできない。しかし、人間の経験はまさに個別的なものであるがゆえに、一見誰にでも当てはまりそうな一般的で抽象的な概念から出発しても、実のところは誰にも当てはまらないのではないだろうか。¹⁰⁾

操作的診断の批判的検討が少し長くなりましたので、それをまとめる意味で、4つ目の原則を提示しておきます。

4. 診断は事例の総和以上の何かを与え、同時に、事例の個別性を貧しくしない。

VII. 実践的なことから

時間の関係で、実践的なことは駆け足でお話します。だいたいの勘所は以前にも示したことがあるので¹⁵⁾、重複するかもしれません。

1) 初診に時間をかけること

笠原嘉氏の名著『予診・初診・初期治療』の中にあるように、初診にかけた時間は報われます⁸⁾。多くの臨床家が多忙をきわめており、初診に時間を投入することは、なかなか困難なことだと思います。しかしよほどの名人ないしは達人でなければ、初診を端折ると、臨床は荒れます。5分で10回面接しても、50分の面接にはならない道理です。

2) うつ病以外のものを除外する

昨今の診断基準は、疫学的な用語でいえば、感度が高く特異度は低いものになっています。もちろん、うつ病らしくないたまたまいをしている事例が、実はうつ病であったということは、かつてから重要な問題でした。

ただ、おそらく数の上では、「偽陽性」の事例が圧倒的に多いものと思います。宮岡等氏は、まずうつ病以外のものを見逃していないかチェックすることの重要性を説いています¹¹⁾。

たとえば、明らかな過重負荷や環境上の問題がある事例、本人の能力に問題があり適応できていないケース、トラウマ的なイベントで引き起こされた病態が、そうした事情を勘案されぬまま、安易に堂々とうつ病と診断されている場合をよくみかけます。発達障害や、さらには軽症の統合失調症さえもが見逃されている場合にもしばしば遭遇します。

3) 異質なものをつかむ

うつ病の診断は、おもに症状によってなされます。これは操作的診断学の特徴でもあります。

うつ病の場合、統合失調症のようにその特有のたまたまいや受ける感触からおおよそのめどがつくということは、とりわけ近年のように軽症化した事例が多い中では、なかなかありません。

ではあらためて症状とは何でしょうか。それは異質な (strange, alien) ものです。診る側からすると、それはわからないものとして現れます。先年亡くなられた土居健郎先生は、この「わからない」に対するセンスを磨くことの重要性を、つとに指摘しておられました。

精神科的面接の勘所は、要するにどうやってこの「わからない」という感覚を獲得できるかということにかかっているが、このことはいくら強調しても強調しすぎることはないであろう。というのは、精神科的面接の目的は相手を理解することだというわけで、何でもすぐにわかってしまう面接者があまりにも多いからである。³⁾

とりわけ日本人にとって、「哀しみ」や「落ち込み」はそれほど異質な印象を与えるものではなく、しばしば了解文脈でわかった気になって、抑うつ病の病理性を捉えそこなうことが多いことにも注意すべきです。たとえば、「仕事を休んで迷惑をかけている」という言葉の裏には、罪業妄想や希死念慮がひそんでいるかもしれません。

4) 質的な記述を大切に

近年の症候学では、たとえば抑うつ気分を確かめるのに際して、「気持ち落ち込んでいる」、「ゆううつな気分がする」といった程度のもので、「症状あり」とされてしまうようです。もう少し質的な記述をみがかなければなりません。

古典的には Kurt Schneider の「生氣的悲哀」という用語があります。これは統合失調症における一級症状ほどではないにせよ、特異度の高い症状とされており、「準一級症状」と呼ばれるものです。Schneider は生氣的悲哀を次のように記述しています。

ある循環病の女性は、自分はいつも憂鬱だ、しかしその憂鬱の原因は主として彼女の胸に根をおろした、内心の落ち着きなさと興奮だと語っている。彼女があるとき胸部と胃部の圧迫感を訴えるので、どんな気持ちかと聞くと、「まあ憂鬱といった方がよいでしょう」と答えた。別の女性は自分の胸を指して、「おそろしい気の塞ぎがこのなかにあります」という。¹⁴⁾

Schneider はうつ病に特異的な気分を身体に近いものとしてとらえています。今の症候学では、こうした訴えをすると、「身体表現性障害」などと診断されかねません。もちろん抑うつ気分は他にも様々な現れ方をしますが、身体的なものをともないつつ、えもいわれぬような気分の悪さが伝わってくれば、「なるほど」と腑に落ちます。

ついでに指摘しておきますと、この悲哀気分の記述の中には「内心の落ち着きなさと興奮」が含まれています。「混合状態」を認めない Schneider にはわかるべくもないのですが、ここには双極性成分がチラリと顔をのぞかせています。

その他に特異度の高い症状を挙げれば、神庭重信氏は「日内変動」と「早朝覚醒」を「内因性の香り」と呼んでいます⁶⁾。また野村総一郎氏は、今の症候学では、「精神運動制止」が不当に軽視されていることを指摘しています¹³⁾。確かに制止は、定量的な把握がしやすく、把握しやすい症状です。

5) <地から図へ> という方向で捉える

操作的診断学になじんだ人たちの間では、チェックリスト型の問診をするのがあたりまえになっているようです。しかしこれにはあまり感心できません。

症状は対象としてそこにポツンとあるわけではなく、バックグラウンドをもっています。ゲシュタルト心理学の用語でいうなら、症状を<図>とすれば、バックグラウンドは<地>にあたります。この地から図が浮かび上がってくるように捉えるのがプロのやり方だと思います。そうすることに

よって、医師も患者も症状の異質性を確認でき、疾病だと納得しやすくなります。

<地>となるものとして、代表的なものが2つあります。1つは患者の普段の生活であり、今1つは患者のヒストリーです。それらは患者ごとに異なり、多彩なものです。そのなかから何らかのハード・コアが取り出されれば、確かな指標となります。また、様々な生活や人生の息づかいに触れることによって、臨床感覚をいつまでも瑞々しいものに保つことに役立ちますし、精神科医にとっては世間というものに触れるよい機会でもあります。

6) 病前性格について

さらにもう1つ<地>の候補となるのが性格です。かつては「執着気質」や「メランコリー親和型」といった病前性格が臨床概念として機能していました。しかし昨今では、あまり重要視されません。

その理由の1つには、メランコリー親和型性格のような類型が目立たなくなったということがあります。ただ、その背景にある生理的な特性や、「同調性」という存在様式は今でもそれほど変わりません。変わったのはその現れ方と、見る目がなくなったことです。

病前性格には科学性やエビデンスがないということがよくいわれます。しかしこの場合の「科学性」であるとか「エビデンス」というのは、ラフに計量化され、マスとしてひっくるめられた上で、統計的な処理をすることを指しているに過ぎません。

「病前性格」というと、何か疾病の原因やリスク要因であるように思われがちです。もちろんそうした意味合いが含まれていますが、そこだけが強調されると、貧相なものに落としこめられてしまいます。心も脳も、そのようなりニア（線形的）な展開はしません。

そしてまた、病前性格とは単に vulnerability を意味するものではなく、resilience もまた含まれています。そうした厚みのあるものであること

を忘れないでください。

いずれにしても、目の前の患者がどのような性格傾向をもっているのかを知ることなく診療することなど、私には到底考えられないことです。

7) 治療関係について

〈地〉となるものとして最後に取り上げたいのが治療関係です。診察している今ここでどのようなかわり合いが行われているかということから、病態が浮かび上がってくることがあります。

先ほど述べたように、統合失調症では、われわれは彼らに「安心感を与える心的距離」を取ろうとします。あるいはリュムケのいうように、われわれの「感情移入」の手が短すぎて相手に届かぬ感じが統合失調症であることを予感させます。また BPD をはじめとするパーソナリティ障害では、病態はもっぱら関係性において現れます。

それに比べると、うつ病では関係性が問題となることは多くありません。彼らの多くはいわゆる「病者役割」(sick role) にはまってくれます。その意味では、医学的な診察がやりやすいのですが、それゆえ単調になりがちです。またわれわれが彼らに甘えて、見立てが甘くなる危険があります。

かつて土居健郎先生は、うつ病者の関係性を「わかりっこない」と看破されました³⁾。つまり自分の苦しみなど人にはわかるはずもない、という断念がどこかにあるのです。だからこそ、むしろ「病気」と見立て、病人として庇護されることが有効な枠組みとして機能するのです。

しかしこちらの見立てが甘いと、彼らを失望させることになりかねません。「本当はもっと大変なのではないか」と折にふれて見直して見る必要があるでしょう。

VIII. おわりに

うつ病の診断では症状把握が基本となります。そして質の高い症状把握ができたなら、それは治療的により影響を与えます。症状は診る側からすれば異質なものですが、患者からすれば苦痛の宿るところです。

患者の苦痛が症状として形づくられることは、それ自体で減圧の効果があります。そして自分が病気であると納得しやすくなります。うつ病者はともすれば、自分の病状の中にのみ込まれやすいのですが、自分と病気の間になかなか距離ができることで、多少の余裕が生まれます。

これらは質のよい見立てがもたらすものです。すなわち、診断のプロセスそのものが治療的なものとなっています。

かつてウィトゲンシュタインは、「痛み」というのは、自分の内的な直接的な感覚であり、自分にしかわからないものであるという通俗的な見方に対して、私的言語論や言語ゲーム論によって疑義をはさみました。彼によると、「痛み」というものの表現の仕方を学んで、はじめてわれわれの痛みは他人に伝わり、自分の体験になるのです¹⁷⁾。

本来、痛みは最も自分に固有の感覚のはずですが、しかしそれは、文化的、言語的なルールに則って表現しない限り、「痛み」にはなりません。いったん、他人に教わり、他人に伝えられるようになって、それは「痛み」という感覚となるのです。

他方、抑うつは、他人にはなかなか伝わらないものとして人を苦しめます。そしてその人と周囲との関係を断ち切ってしまう。

このように、うつ病者は、どうあっても他人に伝わらない内的体験を抱えています。それを表出する言葉をもちません。せいぜいやる気のなさや性格の弱さなどと翻訳されるのがおちです。

それゆえにこそ、医療という例外的な場で、その苦痛が扱われることになっているのです。そして医療はその体験のわからなさを「病気」としてくくることによって、治療文化の中で受容可能なものとしてきました。

しかし今や、うつ病というものは、すり減った貨幣のごとく、ありきたりのものとして世間に流通し、それが医療の現場に還流され、浸食してきています。こうした状況で、再び患者は誰にも伝達できない抑うつを抱え込むこととなります。

われわれはこうした現況を踏まえた上で、今一

度, うつ病の見立てをプロフェッショナルにふさわしいものとしなければならないのではないでしようか。

文章化にあたって, 貴重なコメントをいただいた和田信先生(埼玉県立がんセンター・精神腫瘍科), 堀有伸先生(南相馬市・雲雀ヶ丘病院)に感謝します。

註

- 1) もちろん DSM でも診断の妥当性は検討されている。その場合, 内的妥当性 internal validity と外的妥当性 external validity にわけて論じられることが多い。内的妥当性とは診断システムの無矛盾性のことである。外的妥当性とは, 診断基準が当てはまる事例の集合が斉一性をもつこと, ひいては同一の病因によって説明されることである。前者は本論と関係がなく, 後者はいまだ達成されたことがない。これに対して本論でいう妥当性としているのは, 眼の前の患者の苦痛に対する見立ての正しさである。真理の公準はあくまで患者の側にある。
- 2) 推論の形式については, 古くから演繹 deduction と帰納 induction の2つに大別されている。ここでいうプロトタイプの形成は, もちろん演繹ではないが, かといって帰納というような気の遠くなるような手続きを踏むものでもない。あえていえばチャールズ・パースのいうアブダクション abduction に近いものであり, それを洗練させたものである。
- 3) 本稿では「うつ病」をあくまで概念, つまりはカテゴリーとしてとらえる立場をとっている。診断をめぐる問題は, categorical と dimensional の対立がしばしば問題にされる。しかし両者は真の対立項ではない。というのも, dimensional は categorical がなければ成り立たないからである。たとえば dimensional を説明するのに, しばしば色のスペクトラムが例に取られる。しかしわれわれの認知は, 虹を七色で表わすように, どうしても categorical なものになる。それ以前に, 「色」というカテゴリーがあって, はじめてそれについてのディメンジョンを立てることができるのである。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 1996)

- 2) Andreasen, N.C.: DSM and the death of phenomenology in america: an example of unintended consequences. Schizophrenia Bulletin, 33; 108-112, 2007

- 3) 土居健郎: 方法としての面接——臨床家のために。医学書院, 東京, 1977

- 4) 藤家寛子: 他の誰かになりたかった——多重人格から目覚めた自閉の少女の手記。花風社, 東京, 2004

- 5) 堀 有伸, 内海 健: 精神病理学からみた操作的診断の功罪—科学哲学からの検討。精神療法, 37; 574-579, 2011

- 6) 神庭重信: うつ病の文化・生物学的構成。現代うつ病の臨床——その多様な病態と自在な対処法(神庭重信, 黒木俊秀編)。創元社, 大阪, 2009

- 7) 兼本浩祐: 心はどこまで脳なのだろうか。医学書院, 東京, 2011

- 8) 笠原 嘉: 予診・初診・初期治療。診療新社, 東京, 1980 (星和書店, 東京, 2007)

- 9) 黒木俊秀, 松尾信一郎: DSM-V 研究行動計画——解題。DSM-V 研究行動計画(黒木俊秀, 松尾信一郎, 中井久夫訳)。みすず書房, 東京, 2008

- 10) 村上靖彦: 誰かがそこから呼びかけてくる場所について—がん緩和ケア専門看護師 C さんへのインタビューから(口頭発表)。第 11 回河合臨床哲学シンポジウム, 2011

- 11) 宮岡 等: うつ病の混乱——科学・社会・経済のはざまで。臨床精神病理, 29: 179-183, 2008

- 12) 中井久夫: 治療文化論。岩波書店, 東京, 1990

- 13) 野村総一郎: うつ病の真実。日本評論社, 東京, 2008

- 14) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 6. Aufl., Georg Thieme, Stuttgart, 1962 (平井静也, 鹿子木敏範訳: 臨床精神病理学, 文光堂, 東京, 1978)

- 15) 内海 健: うつ病の心理——失われた悲しみの場に。誠信書房, 東京, 2008

- 16) 鷺田清一: 平成 23 年度大阪大学入学式 総長告辞, 2011 (http://www.osaka-u.ac.jp/ja/guide/president/ja/guide/president/files/kokuji_h23.pdf)

- 17) Wittgenstein, L.: Philosophical Investigations. The German text, with a Revised English Translation. Blackwell, Malden, Oxford, 1953 (藤本隆志訳: ウィトゲンシュタイン全集 8, 哲学探究, 大修館書店, 東京, 1976)