

精神科専門医に求められる精神療法

精神療法委員会 藤山直樹

Keywords：治療関係，精神療法，精神科専門医

はじめに

精神科専門医に求められる精神療法とはどのようなものか。

この問いに対して私たちの委員会では一応の答えを想定し、それに沿って活動を続けてきた。その答えは、それは良好な「治療関係の構築と維持」を目標とする心理的交流である、というものである。このことが何を意味し、なぜそれが求められるのか、そしてそのための研修や訓練がどうして必要なのか、その研修や訓練はどのようにして積んでいけばいいのか、ということ論じていきたい。

I. 求められるもの：第一水準の精神療法、支持的な精神療法、心理的マネジメント

精神療法といったとき、通常思い浮かべるのは心的交流によって患者の精神病理そのものを変化させる実践である。たいていの精神医学の教科書には、そうした精神療法がいくつも羅列的に書かれてある。精神分析、行動療法、認知療法、森田療法といった比較的歴史の古いものから対人関係療法、弁証法的行動療法といったもの、さらに個人対個人の設定でない集団療法や家族療法といったものなど、いろいろである。それぞれの理論と技法と訓練の体系をもった精神療法が多数存在しているのである。私たちの委員会の委員の多くは、そうした精神療法の専門家である。精神医学

の教科書を読む初学者は、精神科医はそうした精神療法をすべてこなせるのか、と誤解する。私が医学生の時もそうだった。

確かに、こうした精神療法がどのようなものであるのか、それに向いている患者はどのような人たちなのか、といった知識をもつことは、精神科医にとって必要な知識の1つであろう。しかし、そうした精神療法の訓練を受けてその実践が一人前にできるようになるには長い年月がかかるという事実は、それらを習得して行えるようになることが、普通の精神科医の達成すべき水準を超えていることを意味する。例えば筆者が専門にしている精神分析であれば、週に何度も精神分析を受けるセッションをもつ（訓練分析）何年間かを過ごさないといけない。一種類の精神療法を実践できるようになるのが大変なのだから、多くの精神療法を習得するのはますます困難である。こうした精神療法の一人前の専門家になることが、精神科専門医一般に求められることは不可能であるし、その必要もないだろう。そのかわり、必要なときに専門家に紹介できるということが最低限のスキルとして要請される。

精神科臨床の現実を考えると、精神科医にとって重要な精神療法的能力（患者との心理的交流を治療に生かす能力といってもいい）は、上述のような特殊な心理的交流によって精神病理そのものを改善する能力ではない。精神病理そのものは薬物療法をはじめとする身体療法によっても変化させうる。実際、現在の日本では患者あたりの

精神科医の数が欧米と比べて明らかに少ないので、いきおい、短時間低コストで臨床的成果を出すことが求められる。薬物療法はこの目的に適っている。専門医に求められるのは、薬物療法などを主要な方略として精神科臨床を円滑に進めていく能力である。

すべての精神科医に精神療法的能力が必要となるのはここにおいてである。もちろん、どのような医療も、患者と医師や医療チームとの協力的な対人関係を基礎に置いていることはいうまでもない。だが精神科臨床については、このことはさらに重要性を帯びる。精神科の患者は、協力的な対人関係を他人とのあいだで作ら上げ、一定の時間維持することに困難を抱えていることが多い。そうした対人的問題そのものが患者の問題の中心となっている患者も少なくない。精神科の患者と治療関係を構築することは、通常の医療におけるより難しい。しかも、精神科の病気の多くは長期の医療とのかかわりを必要とする。患者は病気によってさまざまなものを喪うことが多く、人生の感触が決定的に変化することもまれではない。医療につながっているのにもかかわらず、そうした喪失と変化の過程を患者はほぼ必ず経験しなければならない。したがって、精神科臨床の仕事は本質的に、そうした喪失にさらされている患者が、それでもなお自らの幸福にむけて治療を受けようとする意欲を支え、励ます側面を含むことになる。

要約してみよう。精神科の患者たちとの精神療法的な仕事でもっとも基礎的なものは、人間関係の構築と維持にさまざまな困難を抱えがちで、長期の喪失の過程でもすれば治療意欲を失いがちな患者たちと、良好な治療関係を構築し維持することである。

こうしたスキルを、精神病理を変化させることを目的とした専門的な精神療法（第二水準の精神療法）と対比して、「第一水準の精神療法」と呼んでもよいだろう。あるいは、米国の専門医のボードでの呼び方にならって、「支持的精神療法」と呼ぶこともできる。しかし、「支持」という言葉が、ともすると患者の意に沿うことであるとか、患者

に許容的になることであるとかのように誤解されがちであることには、注意が必要である。真のオーソリティとして患者に信頼されるためには、ある局面では患者にとって耳の痛いことも語らなければならないかもしれないのである。心理的交流を通じて治療をマネージするという意味で「心理的マネージメント」という言葉も使用できるかもしれないし、「治療関係マネージメント」といってもよいかもしれない。

いずれにせよ、このスキルこそが、精神科専門医にとって必須のスキルであると私たちは考える。

II. 訓練もしくは研修の必要性

精神科の患者とよい治療関係を作って維持するには専門的なスキルが要求される。それは、単に常識的に親切な善意の人として、患者に一見「共感」的な態度で接することで達成されることではない。ときには限界を示し、ときには患者の内省を促し、ときには患者と明確に対決し、ときには、自分のこころのなかに起きたさまざまな気持ちと真摯に向き合う、といったような、他の科の医師が行わない患者とのかかわりや心的作業が必要となる。そうしたことは、日常生活のなかでの通常の間関係の構築と維持とは異なる専門的なスキルを要し、訓練もしくは研修を必要とする。

そもそも、一定の訓練や研修の結果として習得したスキルを根拠として、私たちは通院精神療法、入院精神療法を保険請求できると考えてよいだろう。そうした請求が可能になるには、その請求の根拠を社会に向けて説明する責任が私たちにはある。

現実的にはこうしたスキルが必要とされない精神科臨床は原理的に存在できないので、このスキルについて、そのスキルを用いない臨床と比較するコントロール・スタディは不可能である。つまり、実証的なエビデンスによってこのスキルが必要であることを社会にアピールすることは、原理的にできない。とすると、私たちがこのスキルについて健康保険から料金を請求できる根拠を示す

としたら、一定の訓練を受けていることで通常の医師とは違うスキルを獲得しているという主張をすることしかないだろう。

いままで、私たちは医師になったとたん、通院精神療法や入院精神療法を請求してきた。しかし、このスキルが専門的なものであるとすると、原理的にいってそのようなことは合理的ではないといわざるをえない。行政の側が医療コストを削減しようとするとき、こうした不合理な請求を見逃さないということは十分に考えられる。私たちは、専門医になるための卒後研修のなかにこのような訓練もしくは研修を形にすることが求められる情勢であることに、意識的にならなければならぬまい。

Ⅲ. どのように訓練もしくは研修するのか

専門的な各種の精神療法はそれぞれの理論、技法、訓練の体系をもっている。しかし、ここで私たちが問題にしているスキルをどのように学ぶかということについて、明確な方法論があるわけではない。専門的な精神療法の訓練のやり方のなから、いま問題にしている第一水準の精神療法の訓練研修に適切なやり方を選び出して応用することであろう。

すると大きくわけて以下の3つの訓練/研修がありうる。

1. 講義を受けること

医学教育のなかには対人関係に関する知識を学ぶ機会がない。援助関係のなかで展開する人と人とのあいだに起きる、想像を超えたできごとについて学ぶ機会もない。哲学や人文諸学ときちんと向き合う機会もない。脳科学や神経科学についての知識は与えられていても、それを実践に生かすための対人関係の構築について、自分の人生経験以外に使えるリソースがない、というのが現実だろう。少なくとも基本的な素養を身につけるための一定の知識を学ぶ機会が必要だと考える。

2. スーパービジョン、コンサルテーション、ケースセミナーもしくはカンファランス

実際の患者との対人的やりとりについて、誰かに報告し、話し合い、助言をもらうという機会が必要である。できれば、専門的な精神療法について十分な訓練を積んだ人に、お金を払って一対一で指導を受ける、個人スーパービジョンの機会を得られれば一番いいと思われる。さらに専門的な精神療法（精神分析的な精神療法や認知行動療法）を行ってスーパービジョンを受けると、その精神療法についての眼が開かれるだけでなく、日常の治療関係の構築と維持における自己の感情のモニターや処理について、大きな進歩を実感することになるだろう。

個人でのスーパービジョンの機会が得にくければ、外部の訓練を積んだコンサルタントを医局や病棟などに招いてケースについてのコンサルテーションを受ける、ということも意味がある。できれば定期的にそうしたことを行えば、かなりの効果があると考えられる。ケースを提出しなくてもケースの提示者とコンサルタントのやりとりを聴いている参加者も大きな刺激を受ける。

外部のコンサルタントが利用不可能な状況であっても、患者との情緒的な関係を話して相互に助言し合うような医局や病棟でのケース検討のカンファレンスも一定の意味があるだろう。通常のクリニカルカンファレンスのように患者の診断や治療方針を検討するためではなく、患者と主治医の関係や介入のあり方を検討の対象の素材にするのである。

3. 自分が治療を受ける経験をもつこと

精神療法を受ける経験は、患者との治療における対人関係上の弱点を理解し、克服することに役立つ。専門的な精神療法家が利用可能であれば、そうした経験も精神科医としての機能を向上させるために役立つであろう。

Ⅳ. 利用可能性の問題

こうした訓練や研修について、いまの日本の状

況では、訓練を供給できるリソースが不足している現実が確かにある。利用可能性 (availability) の問題が存在している。しかし、そうした状況を克服することは、少し工夫すればある程度はできることのように思われる。少なくとも同じ治療チーム、医局、病院といった枠を超えて、外部の指導者のリソースを求めるといふ努力がなされれば、確実に利用可能になるリソースも地域に存在している可能性がある。場合によっては精神科医に限らず、臨床心理サイコロジストなどにもリソースは求めうるだろう。

また、本学会に隣接する学会といってもよい精神療法の専門的な学会と提携して、利用可能なリソースの確保を模索することも、十分可能な道筋だと思われる。

当面このような手段で、利用可能なリソースを

十分に活用して、この領域についての訓練もしくは研修を積める機会を増やしていくことが必要である。

おわりに

まず何といってもこの領域の訓練もしくは研修が必要なのだ、ということ、若い研修医を指導する指導者層が認識することが重要なことだと考える。私たち精神療法委員会が研修会に専門医資格をもっている方々にも参加していただく機会を提供しているのは、そのためでもある。

この喫緊の課題の認識に、この一文が少しでも寄与すれば幸いである。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。