

精神療法について思うこと

宋大光

精神療法と聞いて、ピンと来る方は少ないのではないのでしょうか。

「精神科医が行う治療？カウンセリング？」、「言葉による治療？」、「心理療法やカウンセリングと何が違うの？」私も精神科医になるまではかなりあいまいなイメージでした。今も正直「精神療法とは？」と悩みます。

精神療法について述べるなどとは恐れ多くて普通の人にはできません。

精神療法の定義についてはいろいろな精神科医がこれまで言及しており、一定した定義はありません。

「精神療法とは治療者・患者間の精神的相互作用を通じて、患者の心身に何らかの治療的变化を起こす治療法」これは慶応大学の小此木啓吾（おこのぎけいご）先生が述べられた精神療法の定義です。この定義は比較的分かりやすいものではないかと考えています。

精神療法とは行う精神科医の資質、性格によっても異なり、さらに精神療法と名のつくものは数百種類あるといわれており、統一して語ることは現実的ではありません。

さらに個人精神療法となると患者さん、精神療法を行う医師、診察室の環境、看護師などの様々なもので変わりますし、まさにオーダーメイド治療です（もちろんオーダーメイドにできているのかは精神科医の力量によりますが）。

しかし実際には日々患者さんと接する中で多くの壁にぶつかり、診療について考える時間のほとんどを精神療法について考えざるをえません。精神療法について考えることが私の診療について考えるほとんどの時間です。そこで私の考えをここで述べることで、みなさんが患者さんに接するときのお役にたてる部分が少しでもあるのではないかと考えました。

（あくまで）「こういう精神科医がいるんだ」程度に、ひとりの精神科医のつぶやきとしてお読みください。

精神科医にとって精神療法とは外科医にとっての手術と同じといわれています。つまりそれくらい侵襲性の高いものであると同時に、治療効果も高く、精神科医として大切にすべき技術です。その医師の言葉、態度、姿勢が患者さんの状態を改善させることもあるし、悪化させることもあります。精神科医が精神療法をしないで、薬の相談、調整だけを行うのであればその人は精神科医ではありませんし、保険診療上の通院精神療法をとるべきではありません。

先述の通り、精神療法とは行う精神科医の資質、性格によっても異なり、さらに実際には何百もの種類があり、統一して語ることは現実的ではありません。しかしその中で普遍的であるべき部分もあると思うのです。私が実際に患者さんを診察する際にどの方であっても基本的に行っているものについて書いてみました。

初診での私の診察風景（特に初診）を想定しながら述べます。

1. まず診察室に入ってこられる前に立っておき、入ってこられたらその人の目を見てあいさつをする。
できれば自分が待合室に行き、声をかければよりいいと思います。私はクリニックではこのようにしています。なぜならその時に患者さん、家族との関係などの様子を観察できるからです。

2. 患者さんが椅子に座るタイミングを見ながら自分も席につく。
3. その患者さんが何に今困っているのかを聴く。話を聴きながら何が一番問題なのかを考える。患者さんの状態を俯瞰的に見て、問題点、状況を整理していく。
4. その患者さんが精神科医療に対して何を望んでいるのかを感じ取る。
5. 患者さんの話を聴く時間と医者が話す時間の比率は6 : 4くらい。
つまり自分よりも患者さんに話してもらおう。話を聴くことが精神科医の仕事ですから。話を聴くだけで抑うつ状態がよくなる患者さんはいらっしゃいます。そして「間」を大切にすること。精神療法家の成田善弘先生は「すぐれた治療家の診察には意味深い沈黙が多い」と述べられています。
6. 全体の診察時間は初診で40-50分、再診で10-20分を心がける。
このような診察の枠決めのことを「構造化」と言いますが、これは大変重要です。患者さんにとってある決まった日、時間に主治医に会うということは安心感を得るうえで重要であり、さらに決まった時間の中で診察を終えることも重要です。なぜなら決まった時間しかないので、自分の問題点を整理してより明確に語ろうとする、その時間内で話せないことは次回まで持ち越す、あるいは自分で処理していこうとの考えができるようになるからです。さらに精神科医としてはこの短い時間であっても効果的な精神療法を行うことを怠ってはいけないと思います。
7. その患者さんの診察時間は、その患者さんのことだけを考える。
神戸大学の感染症学の教授、岩田健太郎先生は著書「患者様が医療の壊す」の中でこのように述べられています。
「僕はひたすら自分の診察室という殻に閉じこもり、この診察室という空間を共有しているほんの数十分だけその患者さんのことを一生懸命考える。こんな希薄な付き合いで患者の生活全体にコミットしているとはとてもいえない。このことに僕ら医者は自覚的であるべき。」
8. 説教、説得はできるだけしない。提案程度にしておく。
説教をされて自分の行動を改善していこうと考える人はほとんどいません。むしろ発達障害の子供たちへのペアレントトレーニングのようにできたことをほめる、してほしくないことは無視することがより効果的かもしれません。たとえば、それがリストカット、大量服薬、薬物・アルコール依存など精神科で代表的な慢性的自傷行為であるとまさにそうです。自傷行為や依存の方で「やめなさい」と言ってすぐにやめられるような患者さんは病院には来ません。その場合にはまず自傷行為や依存の裏にあるつらい気持ちを聞く。自傷行為、依存の方は自分がしていることに対して悪いことだというのはわかっていることがほとんどです。それをまた主治医が「そんな悪いことをまたして。前にもやめるように言ったのになぜまたしたの？」みたいなことを言うと、「やっぱり私はだめなんだ」と自分を責める気持ちをより強くさせて、つらくなってまた自傷行為、依存に走るという負の循環に陥ります。その後その患者さんと一緒に改善するための方法を考える、これが現実的に精神科医としてできることではないでしょうか。ただ、患者さんによっては説教、指示をもらうことで安心して自分の行動を変えていこうとされる方もおられること、説教をせざるを得ない場合はもちろんあります。
9. 1回の診察の中で何か心の支えになる言葉や事柄を1つは持って帰ってもらえるよう、その時に必死に考える。
精神療法では診察時間のときだけ、耳に心地いい言葉を残して、診察室からできればまたもとの状態にもどることはできるだけ避けなければならないと思います。つまり、次回の診察まで患者さんの心の支えになる言葉、事柄を持って帰ってもらい、それが診察時間以外の時間、さらに次回の診察まで精神療法的に効果を発揮できることが理想です。それは耳に心地いいことばかりではなく、ときに本人にとって戒めとなる言葉であったとしてもです。もっと言えば、患者さんの琴線に触れる言葉をその診察の中で言えるか、

そのために患者さんをよく観察し、それに合う言葉を自分の中にためておく、具体的には自分自身の人生経験、臨床経験、その他（本、映画、人との会話）の中で探し続ける努力、研鑽が精神科医には必須であると考えます。

ただ、毎回濃厚な精神療法を行う必要はなく、患者さんの状態が落ち着けばただ日々の状態だけを聴き、短時間で診察を終えることも患者さんに安心感を持ってもらうための一つの精神療法です。

10 自分が行った診療がその患者さんにとって本当に治療的であったのかを常に振り返る。そして間違っている可能性があることも自覚する。

自分が意図しておこなった精神療法がすべてではなく、診察時間すべてが患者さんにとっていいものとなるものがある可能性を自覚しておくことが重要です。

11 患者さんが診察室から出られるまで目を離さない。

患者さんは精神科医が最初から最後までどのような態度で自分に接するのかをかなり厳しい視線で観察しています。

以上、私が日々診察の中で基本的にどの患者さんにも行っていることです。

精神科における診察では多くの場合、適度に気遣い、親切に患者さんに接しているだけで状態が良くなることも多いのが現実です。もちろんそのことは大切ですが、ただ単に漫然とそれ続けているだけではプロの精神科医としては物足りない、もっと言えばプロとは言えない。要は多くの患者さんを目の前にしたときにそのうちの何割の人に良くなってもらえるのか、この「打率」を高めることにどのくらい努力しているのかが患者さんに問われている気がします。

精神療法の終結について国府台病院の斎藤万比古先生は次のように述べられています。

「人は精神療法によって別人のようになってしまうほど大きく変わることはない。実際には人は少しかだけ生き方を修正するだけで十分に幸せに生きられるのかもしれない。精神療法は少し生き方を患者自らが修正するものであり、私はその成果を実感できるところまで小さな明かりを手を同行する医師でありたい。」

ここに述べたことは所詮、一精神科医の考えに過ぎません。もちろん完全なものであるはずもありません。ただ私は精神科医として「打率」を高めるために、精神療法についてこれからもずっと考えていきたいと思います。