



精神科医

笠原 嘉 氏

Kasahara Yomishi



精神症状の背景にいる ひとをみる —臨床の知を求め続ける85歳の精神科医—

笠原嘉氏は、戦後の精神科病院の急増、薬物療法の普及、反精神医学と精神科医療の改革運動、DSM (diagnostic and statistical manual of mental disorders) による診断など、激動の精神科医療60年を生きた、わが国を代表する精神科医の一人である。氏は、学園紛争時代に京都大学の保健センターに赴勤務し、大学生の無気力状態をスチューデント・アパシー（退却神経症）と名付け、話題になった。

大学の教授を退職後85歳となった現在も、名古屋市内にあるクリニックの名誉院長として外来診療を行いつつ、「外来でできる薬物療法を補完する小精神療法」を提唱している。診察室では、症状や病気だけを評価するのではなく、病気の背景にある患者の人間にも毎日、目をくばる。一般向けの分かりやすい解説書も多い。



山根 寛 氏(京都大学
大学院 医学研究科、
作業療法士)



精神科クリニックのこと色々

山根 笠原先生は大学を退職された後14年間、クリニックでの外来診療をされていますが、日々、どのような治療をされるのでしょうか。

笠原 私が勤めるクリニックは、地下鉄の駅を少し離れていますが、バス通りに面する小さなマンションの2階にあります。こういうクリニックはここ数年、全国的にずいぶん増えました。全体的にいって、精神障害が軽症化し、精神科病院に入院しなくとも、外来ですむ人が多くなったのです。私のところでは、半分以上がうつ病、躁うつ病、統合失調症の患者さんです。そこでは、薬をいかにうまく使うかがベースです。そこに心理カウンセリング、作業療法、精神療法をのせます。

治療の目標は、ごくプラクティカルです。一言でいえば、「社会参加」です。特に、内因性の精神障害では、家の中での生活さえできればよいのではなく、外へ出て、社会の中で作業ができることが重要です。たとえば、治療の第一歩として、図書館へ行って司書の方に会って本を借りる。これも簡単な作業療法ですが、その背景にある「社会」を意識してもらいます。

今、神経心理学で、“社会脳”^{*1}という概念がクローズアップされつつあります。作業療法学も“社

会脳”という精神医学の新しい概念に近づいてみたはどうでしょう。最近の解説書にはこの話がよく出ていますから。

山根 社会の中で作業ができるかどうかということに関して作業療法士（以下、OT）は、状態が悪くなったりとみえる時に、薬が効きすぎたためなのか、逆に薬を調整して増やさねばならない状態なのか、作業を通じて判断ができるので、主治医にその情報を提供することができます。そのあたりは、医療の知識・技術を背景にもってかかわっているOTという職種の強みだと思います。

笠原 そうですね。それには、主治医とどううまく、関係を築けるかという問題がありますね。精神医学者には、主流の生物学派の外に精神病理学（psychopathology）という心理学的精神医学をやる人たちがいます。そういう医師の方がOTから近づきやすいかもしれませんね。



短編小説としての人生

笠原 最近では、以前に比べて薬がよく効くようになりました。副作用も少なくなっています。薬ではどうにもならない部分もありますが、クリニックが現在の治療水準まで達しているのは、薬があつてのことです。私も薬を大事に使いながら行っています。長期に使っても意外に副作用はありません。薬があるからこそ、患者さんは、人の視線に耐えて

*1 社会生活のために使われる脳の機能の総称。



笠原 嘉（かさはらよみし）

1928年 神戸生まれ。1952年 京都大学医学部医学科卒業。1966年 京都大学精神医学講座、保健センターの講師を経て、1972年より名古屋大学医学部教授（精神医学講座）。その後、1982～1994年 厚生省公衆衛生審議会委員、1985～1987年 名古屋大学医学部附属病院院長、1998～1994年 社団法人日本精神神経学会理事長など数々の役職を歴任。1998年に藤田保健衛生大学を定年退職し、現在は、桜クリニック（名古屋市石川橋）、名譽医院長。

著書に『青年期』（中公新書、1997年）、『軽症うつ病』（講談社現代新書、1991）、『精神病』（岩波新書、1998年）、『退却神経症』（講談社現代新書、1998年）、『外来精神医学という方法』（みすず書房、2011年）、『笠原嘉臨床論集「全体の科学」のために』（みすず書房、2013年）など多数。



桜クリニックでのインタビューの様子

外へ出て作業療法的に図書館へ行く、といった方法で社会の中へ入っていく練習ができるのです。そしてわれわれ医療家は、薬によって間接的に「脳」に注目させられる、つまり「心」と同時に「脳」も診ているのです。これは大事なことです。

しかし、精神疾患の治療を薬だけですませるわけにはいきません。急性期治療を専門にする人はちょっとそんなに気になることもあるかもしれません、概して精神疾患の治療は長いものです。そして当然、治療者は「長く診る」ことを求められます。長く診るのには、「街角の」「地域に根差した」外来クリニックが意外に力を発揮します。大病院のように医師が転勤しませんから。

そして、長く診ていると、人はどんなに平凡そうに見えて、独自の人生を歩んでいるのだなと実感させられます。もし、小説家なら一遍の短編小説を書く材料をそこに発見するのでしょうか、私たちにはその力はないので、拙いケーススタディとして仲間うちで交換します。そう思って会えば、どの人も面白いですよ。20年、30年とみると皆、それぞれの場所で、それなりの人生を生きています。

山根 精神的な病気で入院なさった人に対して、精神面からかかわりを始めるのは双方に負担が大きいです。作業療法では、自分と身体の関係を取り戻す、身体を動かしても大きな違和感を感じない、自分の

身体を自分が動かしているという感じがする、こうした感覚を取り戻すようなかかわりから始めます。

アノレキシアは内因性の精神障害

笠原 作業療法でぜひ将来もっと課題にしてほしいものに、アノレキシア（摂食障害）領域の問題があります。これは、10歳代後半から20歳代の女性に多く発症する病気ですが、身体の方の管理学はこの30年ずいぶん進歩しました。しかし、精神療法、社会復帰療法にはそれほど進歩がみられないように

思います。突破口があるとしたら、作業療法学ではないか、とかねてからひそかに私は思ってきました。

単純な心身医学ではどうも太刀打ちできませんね。神経性無食欲症（拒食症）の場合、内科学からすれば考えられないくらいに痩せているのに、それでも生きることができるのか、ちょっと不思議です。女性の病気なので、男性の私としては、考えが及ばない部分がありますが。

山根 アノレキシアについて、作業療法では、できるだけ体重や食について考えなくてすむ時間を作業でつくります。作業していたら面白くて、思わず時間が過ぎたというような時間です。

医学的管理により基本的な身体機能を回復することが必要な時期、そのストレスを軽減する相補的な役割としてのかかわりです。そして、ある程度体重が戻り、安定してくると家族や社会にまつわる葛藤が始まります。患者自身が成長し、社会に出ていく時にみられる葛藤です。多くは自分の生活の場に戻っていかれます。

ただ、アノレキシアや統合失調症の方は、1回目の治療で何かをしようと思うよりも、2度目、3度目の出会いの中でというかかわりをします。その間に、患者さんも生活を通して、病気についての見方や自分自身に対する考え方を変わってくるようです。

また、陶芸をしながら面接することがけっこう多

いのですが、アノレキシアや統合失調症の方に粘土を渡しますと、何を作るというわけでもなく粘土に触りながら、自然な形で自分の気持ちやこれまでの生活のことなどを話されます。作業を介するかわりの特徴です。

笠原 それは非常に良いですね。粘土の表現で自身のボディイメージ（身体像）を探っているのでしょうか。ご存知のように、アノレキシアの患者さんは、ボディイメージがとても変わってしまいます。クリスプという人が1950年に述べたのが最初かと思うのですが、「普通の食事をした時と低カロリー食の時とで、自分のボディイメージが大きく変わる。しかしそれは“自分の身体”についてであって、他人の身体の認知には別条はない」こういうボディイメージの問題があります。この問題は「身体図式」といって、神経心理学の古くからのテーマでもありますから、脳とも関係したことです。

それから、アノレキシアは、ほとんど内因性の精神障害に近いと思わせるところがありますね。内因性の代表というべき統合失調症は、病後はなかなか成長しにくい病気です。うつ病や躁病は、治療前にとっても苦しい時期があったはずなのに、治ってしまえば、何もなかったかのように忘れてしまいます。患者自身の意識レベルが変わるだけで、人格に体験がなかなか刻印されません。それに比べアノレキシアの場合はどうですか。人格としてはそれなりの成長をするのでしょうか。

当事者同士の結婚は可か

山根 統合失調症の患者さんをしっかりみると、私たち自身をみることにもなります。人間を知るうえでとても大切だと感じています。

笠原 特に、精神科の作業療法に関心をもってくださる方はそう感じているかもしれませんね。私は、文献のみならず患者さんたち自身から病前、病中、病後を貫く「個人史」をみる視点を教えられました。

発病までの「生活史」にスポットをあてたという意味で、20世紀の力動心理学には功績があると私は

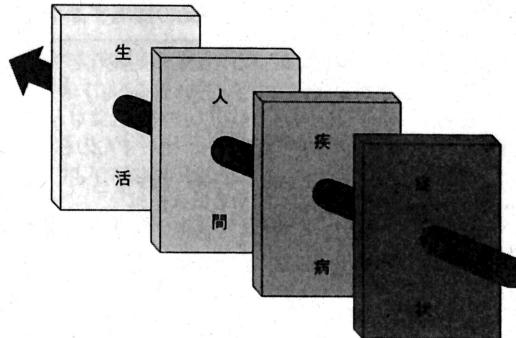


図1 症状のうしろの人間・生活を見る

思うのですが、個人史には発病後もハンディに耐えながら生きる「生活史」がある。そこに注目するの^をは治療学者の使命ではないか。

それから、ちょっと申し上げにくいことですが、統合失調症の患者さんが良い方へ向かう条件の1つに、結婚しない・子どもをもたないということがあるのでないか。結婚したための苦労・子どもをもったための苦労が治療を阻む1つの要因になるかも。最近は、有名人や芸能人の中に“結婚しない生き方”を選ぶ人が多くなりますから、「有名な〇〇さんも結婚していないよ」と言うことができます。

それでも、薬物療法のおかげで、親も本人も「もう大丈夫と思うから結婚したい」と言ってくる人を医者としてなかなか止めにくいですね。私に、結婚について反対されたために、違う医師のところに行く患者さんもいます。それでも私は、統合失調症の当事者同士の結婚には反対なんです。

山根 互いが互いの特性を知り合ったうえで、一緒に住むという共同生活でしたら、うまくいくのでしょうか。

笠原 それでもやはり、対人距離の近さに敏感な当事者同志は難しいのではないか。ご両親にしてみたら、自分たちの死後の彼らについて心配されるのは当然です。今でも、ある程度のところまでは社会保障制度ができています。両親を安心させるような立派な体制をつくるのは、われわれの使命です。

症状よりも人間を診る

笠原 精神科医を大きく分けると、精神医学的に治

表1 笠原氏の提唱する小精神療法¹⁾

- ①「症状」「疾病」のむこうにいる人間に終始関心をもつ
- ②患者さんが診察室で自分を（言語的非言語的に）表現しやすいよう終始配慮する。机の位置、患者さんの呼び込み方、最初の挨拶の言葉などを工夫する
- ③基本的に、非指示的な態度を持ち、患者さんの心境や苦悩を「そのまま」受容する努力を惜しまない。このために医療者は寡黙な方がよい。しかし、陰気になってはいけない。もちろん、こちらの過剰な感情表現は慎む
- ④患者さんと協力して折に触れて（数回に1度くらいの割合）問題点を大まかに整理し、彼の内的世界の再構成を促す。この内的世界の「整理ないし再構成」は小精神療法の要點の1つであろう。その際治療者の人生観や、価値観も押し付けにならない範囲でなら相手に伝える。必要に応じて日常生活の指示、説得、激励、医学的啓発も遠慮なく行う
- ⑤患者さんと医療者との間に起こりうる感情転移現象には、常に注意する。できるだけ温かな陽性転移の維持を目指す。特に異性の患者との間では
- ⑥しかし深層心理への介入は、できるだけ少なくする。外科医になぞらえていえば、メスによる切開は小さい方がよい
- ⑦症状構成の陽性面のうしろに隠されている陰性面（たとえば心の疲労）に常に留意し、その面での悪条件をできるだけ少なくする。たとえば、心理的休息のすすめ。ただし健常人が快と感じるであろう行動は、必ずしも彼に快ではないことを知った上で
- ⑧たとえ心因性の病態にみえても、必要とあらば向精神薬の使用を躊躇しない。ましてや、内因性の疑われる病像については、一度は薬物をトライする。作用の軽いものでもよし、期間が短くともよい。もちろん、時には何年にわたって使うのもよい
- ⑨決して短期の奏功を期待せず、変化や成長に十分の時間を貸す
- ⑩ともすれば世間の偏見の対象になりがちな病人ならびに家族への少なくとも「同情」、もっといえば「愛」、さらにいえば心理的重圧に抗して生きる人間への「尊敬」をもつ

ため、医学について勉強し、医師と同じ土俵で話ができるといけませんね。

薬物療法と セットの小精神療法

山根 作業療法のキーワードとして、「人」「作業」「身体」「生活」があります。「生活」は、社会を含みますので、単なる日常というよりは、「人の中で生きる」という意味です。先生のなさっている小精神療法はどのよ

療する医師と、神経医学的に治療をする医師と2つに分かれます。その差は“症状のうしろの人間”をどれだけみることができるかに違いが表れます（図1）。DSM-III（1980年）以来、米国の方は絶大で、それまでの欧洲医学を駆逐してしまいました。

この図でいう、「症状」と「疾病」をもっぱらみるのが、神経学です。現在使われているDSMは神経学的で、その分、人間味に欠けるように思います。これは、アフリカの奥地でも日本でもどこでも平等に診断できるように、診断学と統計を重視したもので、急性期にはとても役に立つのですが、残念ながら慢性期には言及がほとんどありません。

しかし本来、精神医学、その基礎となる精神病理学は、症状の背後にある「人間」をみることが不可欠だと思ってきました。コ・メディカルの中で、この精神病理学に近いものを継いでくださるのは作業療法であり、OTだと思うのですが、いかがでしょう。

どうか、患者さんに「愛」とまではいいませんが、心を病む苦痛に耐える人への「尊敬」「畏敬」を少しでいいからもってくださいませんか。

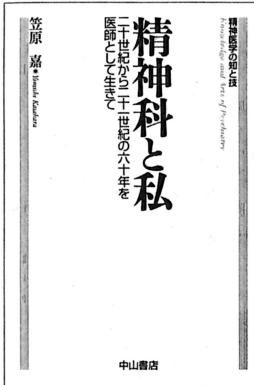
山根 精神科領域の優れたOTは、先生のおっしゃるように「人間」の方からアプローチします。その

うな形で進められるのでしょうか。

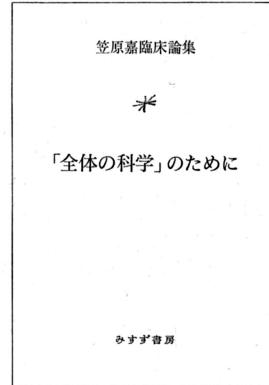
笠原 私が提案する小精神療法（表1）は、薬物療法とセットになっていて、いつも薬を多少とも必要とする軽い精神病の人を考えています。そして、健保下で万人平等に「15分」程度を理想とします。精神科の患者さんと2、3年過した経験のある方なら、どなたにも容易にやっていただけるはずで、難しいものではありません。初心の方でどんな風に面接したらよいか悩まれるようなことがあったら、ちょっとこの10項目に目を通してから診療されることをすすめます。

たとえば、うつ病は、憂うつ症の症状が消えたからといって、治療が終わるわけではありません。性格全体までは治せませんが、少しでも性格をよい方に向けられると、社会で楽になるかもしれないと思って、紙に“まあいいか”と書いて壁に貼っておきなさい」なんて言うこともあります。

「あなたは、完全主義だからこうなのだ」と心理テストで分析してもしょうがないのです。「不安が起きたとき、薬飲んでもいいよ」「30分くらいゆっくり歩いてきなさい」と言います。小精神療法というのは、そういうことです。それなら誰だって



『精神科と私—20世紀から21世紀の60年を医師として生きて』(笠原嘉著、中山書店、2012)

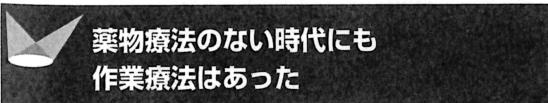


『笠原嘉臨床論集「全体の科学」のために』(笠原嘉著、みすず書房、2013)

できます。

診察も平凡でいいのです。ただ、毎日の診察室がまた、社会性の訓練の場と思って診察しています。たとえば、まず、私が診察室の戸を開けて、待合室で待っている患者さんを「○○さん」と呼びます。それに応えて立ち上がり、こちらへ歩いてくるところを私は見ています。どれくらいの時間で立つかで、長く診ている人なら、だいたいその日の状態が分かります。診察室に入ったら、「ここにちは」と私が先に声をかけます。向こうは挨拶を返してこなくとも、しつこく挨拶するように促します。「挨拶」は特にしっかりしたいところですね。

それから、会話がはずまないようなら、「お父さん、お母さんは元気ですか」と、ご家族のことをたずねます。「あなたは家族の一員だ」という認識をもつよう促すわけです。帰る時も、「今日は暑いのによく来ましたね。来週待っているからまたいらっしゃい」「来週までに、できたらこういうことをやってきませんか」というように話して締めくくります。ですから、自宅に知人を呼んで雑談する時のようなニュアンスです。



山根 こちらの本(『笠原嘉臨床論集「全体の科学」

のために』)は、去年出版されたものですね。

笠原 はい、これを書いて著作活動は打ち止めにしました。いくらなんでも85歳なので、「年齢を考えなさい」と近親者が言うものですから。

最後に、私の作業療法についてのエピソードを1つ紹介してこのインタビューを締めくくらせてください。薬物療法がまだない時代のことです。院外作業療法の時間に破瓜緊張病型(統合失調の一形)の1人の青年男子患者と男性看護師が、当時流行っていた三角ベースボールをしていました。破瓜緊張病型は、感情や意志が鈍り、能面のように無表情で、肢体も硬くしているという特徴がありました。病棟での青年は、破瓜緊張病型そのもので硬い姿勢のままでした。

ところが、名門野球部のある高校出身だった青年は、一緒にプレーしていた野球の上手な看護師たちにつられ、気づけばまるで別人のように表情豊かに、見事なグローブ捌きを披露していました。しかしその時間が終り、病棟に戻ると、青年はまた、破瓜緊張病型の無表情な彼に戻りました。

このエピソードは、今思い出してみても素朴な驚きです。薬物療法のなかった時代のことです。作業療法には、患者をおのぞと自然やさらには社会に向かわせる力があると思いました。これから作業療法にも大いに期待しています。

山根 小精神療法のverbal・humanなかかわりにおけることばとリアルな生活行為との関係、作業療法のnonverbal・nonhumanのかかわりにおける作業とことばの関係、これから佳境というところで時間がなくなりました。飘々と語られる先生のことばには、できるだけ治療者という人間の副作用を引き起こさない心配りにあふれていました。いつか「話の後の一献」とおっしゃっていた時間がもてる日を楽しみにしています。

文 献

- 1) 笠原 嘉:精神科と私—20世紀から21世紀の60年を医師として生きて. p.281, 中山書店, 2012