

## リエゾン精神医学の立場から

成田 善弘\*

### **From the Viewpoint of the Liaison Psychiatry**

Yoshihiro Narita M.D.: Psychiatric Division Chukyo Hospital

It is important, but difficult, for the physician to stand in the place of the patient. The patient's definition of illness is different from the physician's. The patient sees his illness as follows:

- 1) There is something in himself that bothers him.
- 2) It is out of his control, so he is not responsible for it.
- 3) It is an object of medical treatment.

The patient also has his own theories of the illness: somatogenic theory, supernatural theory, divine punishment theory, endogenous theory, psychic trauma theory, chronic stress theory, iatrogenic theory, self-induced theory. The liaison psychiatrist understands the patient's theory, conveys it to the physician, and proposes a compromising theory or a theory which contains patient's and physician's theories in order to maintain and improve the doctor-patient relationship. The liaison psychiatrist also makes clear the meaning of illness in the patient's life, the patient's emotional reaction to the illness, and his relationship with people revolving around the illness. He sees the illness not merely as a dysfunction of an organism but as a human problem in a broader context to contribute to the establishment of general or total medicine.

---

\* 社会保険中京病院精神科

## キー・ワード

リエゾン精神医学 Liaison Psychiatry, 患者の病気の定義 Patient's Definition of Illness, 医師の病気の定義 Physician's Definition of Illness, 病気についての患者の説 Patient's Theory of Illness, 医師-患者関係 Doctor-Patient Relationship

## I リエゾン精神医学とは

コンサルテーション・リエゾン精神医学またはリエゾン精神医学とは、精神科医が精神科以外の部門において行う診断的、治療的、教育的、研究的活動全般を指す<sup>2)</sup>もので、主として、狭義の精神科患者以外の患者に他科医と協力連携して働きかけたり、他科の患者をめぐる様々な治療関係に働きかけ、患者、他科の主治医、看護婦、その他のスタッフ、患者の家族、その他の関係者間の関係を調整し、その間に生じる主として心理社会面の問題の解決を図るとともに、それが問題として出現する以前に未然に防止しようとするをいう。具体的には、他科患者が何らかの精神症状を呈した場合の診断と治療、他科で治療を受けている心身症患者の治療、身体疾患あるいはそれに対する治療への患者の反応、特殊な病棟や治療状況（ICU、人工透析センター、救命センター、臓器移植など）で発生する精神医学的問題への介入、患者あるいはその家族と医療スタッフとの間に発生する様々な感情的問題への対応などを含む。リエゾン精神科医はまず患者の視点に立って、患者が自分の病気をどう理解しているか、医師やスタッフとの関係をどう体験しているかを把握し、それを医療スタッフに伝達するとともに、それにどう応えていくかについて主治医、看護婦、その他のスタッフのコーディネーションを図る。

## II 「病氣」の定義について

医師が患者の視点に立つということは、実はなかなか難しいことである。まず同じ「病氣」という言葉を使用している、医師と患者とではその言葉の定義が相異なっている場合がしばしばある<sup>3)</sup>。

医師にとって「病氣」とは、ウィルヒョウ以来、表1のようなものをいう。たとえば結核であれば結核菌という特定の原因があり、発熱や咳といった結核特有の症状があり、慢性に経過する特有の経過があり、結節や空洞といった特有の器質的変化が証明できる。精神科領域の代表的疾患である分裂病では表1の①と④とが現在まだはっきりしないが、いずれ明らかになるものと期待されている。

これに対して、患者にとって「病氣」とは表2のようなものをいう。たとえば心気症（特に器質的病変がなくても、心身の些細な不調にとらわれて重大な疾患ではないかと恐れ、医師に執拗に訴える神経症の一種）は患者にとってまぎれもなく病氣であるが、身体医学の医師にとっては原因が見当たらず、経過も不定で、器質的変化に欠けるので「病氣」のうちに入らない。検査所見が認められないと、医師は患者に「病氣ではない」と告げるが、こう言われると患

表1 医師からみた「病氣」

- 
- ①一定の原因
  - ②一定の症状
  - ③一定の経過
  - ④一定の器質的変化
- 

表2 患者からみた「病氣」

- 
- ①自分の中に何か困った事態がある
  - ②その事態は自分の意志で左右できないから自分には責任がない
  - ③それは医学的治療の対象になる
-

者は喜ぶどころかむしろ困惑し、不安になり、時には傷つけられたと感じる。あるいは、妄想をもつ患者は精神科医から見れば明らかに「病氣」であるが、患者は困った事態は自分の中ではなく外にある（たとえば何者かの陰謀）と思っていて、その事態を医学的治療の対象とは考えないから医師を受診しようとはせず、相手側（と患者が思う人物）や警察などに出向く。妄想の対象となる人物が近親者や近隣の人である場合には、患者の家族も初期には患者に同調して「病氣」と思わないこともある。

医師が患者の視点に立つには、まず患者の「病氣」の定義を知らねばならない。医師の定義と患者の定義がくい違う場合は、まずくい違っているという事実を認識し、そこに何らかの妥協点を求める工夫をしないと治療が中断してしまう。たとえば心気症者に対しては、「病氣」を「心因性」ときめつけることなく、とりあえず医師と患者が共有しうるような何らかの妥協的診断名（たとえば「自律神経失調症」とか「更年期障害」）をつけて医師患者関係を維持する必要がある<sup>1)</sup>。妄想患者には妄想の真実性についてはとりあえず棚上げして、そういう困った状況に置かれている患者の不安、不眠などに焦点をあて、その改善を図るためということで投薬する。

### III 「病氣」についての説について

患者の「病氣」の定義が明らかになったら、次には患者がその病氣の原因をどのように理解し説明しているか、つまり患者の「病氣」についての説を聞く<sup>3)</sup>。これは実に様々であり、詳細は患者1人1人異なっているが、その主要なものについて簡単に説明する。

#### 1. 身体因説

「病氣」は何らかの身体的病変によるとする説。心理的、人格的問題は否認ないし極小化される。患者は想定される身体的疾患に対する医学的検査、投薬、手術などを要求するのみで、心理的接近は拒否する。この説においては患者が

人格的に責められることはない。患者がこの説を採用し、医師も医師の定義による「病気」を見出しうる時は両者の説が一致し、両者間のコミュニケーションには支障がない。心気症などの場合には患者はこの説を採用するが医師はそう考えないので、「病気」の定義をめぐる相互不理解が生じ、そこをどう調整するかが治療の課題となる。

## 2. 超自然的原因説

キツネ憑き、悪霊憑き、先祖のたたり、水子のたたり、家の方角、星運などにより「病気」が生じたとする説。患者は呪術や宗教に救いを求めるが、なかには医学的治療との二本立てで対応する人もある。この説でも患者が人格的に責められることはまれである。ただし憑きものは、その文化の境界に存在するとみられる人に憑くことが多いようである。

## 3. 天罰説

患者の過去に犯した性的行為やその他の非倫理的行為など、何らかの罪への天罰として「病気」が生じたとする説。周囲がこの説を採用し患者を責める場合と、患者自身がこの説を採用し自責的になる場合がある。患者がこの説を採用することが、「病気」を受容する一助になる場合もある。超自然的原因説の一部に含まれるとも考えられるが、患者の人格的評価が大きく問題になるという点で、一応別の説として取り上げた。

## 4. 内因説

病気は生まれつき、あるいは遺伝によるとする説。この説が採用されると患者も周囲も治療に対して悲観的となる。かつての（あるいは現在においても）分裂病がその一例であろう。

## 5. 心的外傷因説

重要人物の死、性的外傷体験、離婚、失恋、試験の失敗、仕事上の挫折など

の心的外傷により病気が引き起こされたとする説。この説が採用されると患者はさしあたりは同情され、休養を求めることが許される。しかし次第に、その出来事を心的外傷として体験する患者の態度や人格が問題とされるようになり、患者には「ショックに耐えられる強い人間になること」が期待され、「修業」などがすすめられることもある。

## 6. 慢性ストレス因説

家庭や職場での長期にわたる人間関係のもつれ、精神的、身体的疲労の蓄積などの慢性的ストレスにより「病気」が引き起こされたとする説。この説でも患者の責任はさしあたりは追及されない。治療には休養、慰め、あたたかい人間関係などが期待される。

## 7. 医原性因説

医学的検査、投薬、手術あるいはそれらのミスにより「病気」が引き起こされたとする説。医療一般や特定の医師への不信、憤り、恨みなどが含まれていて、もっぱら医療者側の責任が追及される。医療者側を屈伏させること、自分の状態を元に戻すことが要求される。

## 8. 自作自演説

「病気」の原因はもっぱら患者自身の態度や人格にあるとする説。甘え、怠け、精神力の不足、「自分で病気をつくっている」などともっぱら患者の責任が追及される。治療には叱咤激励、訓練、修業（ヨットスクール、禅寺）などが考えられる。大方は周囲が患者への道徳的、人格的非難をこめてこの説を採用する。たとえばうつ病者に対して家族が、神経症者や境界例に対して一般の医師がこの説を採用しやすい。周囲がこの説を採用すると、患者はこれに反発して治療が困難になる。時には、神経症者自身が治療の後半になってこの説を述べることもある。こういう場合は、むしろ治療の進展のしるしとみられる。

患者の説は治療の進展に伴って変わっていくこともある。患者の人格評価や

責任性をめぐって、どの説を採用するかで患者と周囲が争うこともある。医師と患者がそれぞれ異なる説を採用し、しかもそのことに気づいていない場合、両者のコミュニケーションに支障が生じる。リエゾン精神科医の仕事は、患者の説を聞きとってそれを主治医に説明すること、患者の説と主治医の説を含み込みうるような第三の説を提示して、両者の理解と協力を可能にすることである。

#### IV リエゾン精神医学の事例から

コンサルテーション・リエゾン精神医学の実際を事例をあげて紹介しつつ、そこにみられる患者、主治医、リエゾン精神科医それぞれの「病気」の定義や「病気」についての説、さらに「病気」への反応について検討してみる。

##### 事例1. 頑固な腹痛を訴え病院を転々とした中年男性

消化器内科から次のような依頼があった。「腹痛を訴えていますが、消化器的には特に所見がありません。その旨説明しても患者は納得せず、いくつかの病院を転々としています。外科では試験開腹の話も出ているようです。」

内科主治医は「患者が自分で病気をつくっている」と思っているらしい。患者は主治医のすすめで不承不承精神科を受診し、次のように訴えた。腹部不快感があり、しばしば痛くなる。数年にわたってこういう状態が続いているので何か悪性の病気ではないかと恐れ、今までいくつかの病院を受診して精査を受けた。どこでも「異常なし」といわれたがどうしても気になる、と。精神医学的には心気症と思われた。患者は「身体因説」を主張し、今までの医師も「身体因説」に沿って精査し、所見がないので「異常なし」と、つまり医師の定義に従って「病気ではない」と告げていたが、患者は患者の定義に従って「病気」と主張し続け、医師はこれに対して「自作自演説」を採用しかかっていたわけである。精神科医は「過敏性大腸症候群」、あるいは「慢性痛」などが考えられると妥協的診断名を告げて、医師-患者関係の維持を図りながら、患者の訴え、不安を受けとめるように努めた。患者は次第に、数年前に信頼していた上司が

転勤して肌の合わない上司に代わったこと、患者がかかわった大きな取引が不調に終わり、そのことでその上司から責められたことなどを語った。しかしそれを発症と結びつけようとする心因論的解釈（心的外傷因説）には反発し、すぐ症状の訴えに戻った。精神科医が心因論的解釈は差し控えながら、患者の人生の不運や自己愛の傷つきりを共感的に聞いていくうちに、症状は次第に軽快した。患者の説と精神科医の説は平行状態のままであったが、あえてそこは問題として取り上げず、妥協的診断名をかかげて表向きは身体に焦点をあてつつ面接が進行した。次第に、実は心のことを問題にしているということが両者の間に暗黙に合意されているような雰囲気形成され、その中で生活史上の様々な出来事が語られ、症状は軽快した。

## 事例2. 肝障害で入院中にヒステリーを疑われた中年女性

消化器内科から、「肝障害で入院中ですが、ここ数日性的な言葉を口走り、『3日後には治るといふ神のお告げがあった』などと言ひ不隠状態です」との依頼があった。

主治医は入院生活による性的欲求不満が関係しているのではないかと疑い、「これは肝臓の病気とは関係のないヒステリーでしょう」と家族に説明し、精神科に依頼したらしい。

私が病棟に回診すると、患者はロビーに坐りこんで断片的に性的な言葉を口走り、「霊が憑いている」などと言う。3日後には霊が抜け出すというお告げがあったと言う。背後に身体疾患とその予後への不安が存在していると思われた。しかし同時に見当識の障害や状況誤認があり、軽い意識障害が存在すると思われたので、「代謝性障害による軽度の意識障害があって、その上に不隠状態が生じていると思われる」と意見を述べ、さらに、たしかにヒステリーの機制も働いているであろうが、軽い意識障害により低次の機能が減弱して低次の機能が露呈したものであろうと説明した。数日してこの患者は昏睡に陥った。ヒステリーと思われていた症状は肝性昏睡の前駆症状だったのである。この例はその後の内科医の適切な処置により幸いに回復した。

この例は、内科医は心因性の病気としてのヒステリーを疑い、原因として入



院生活のストレスや性的欲求不満を考えていた。あえて分類すれば「慢性ストレス説」を採用したわけである。患者自身は「超自然的原因説」を考えていたらしい。リエゾン精神科医は「身体因説」を唱えたが、主治医のヒステリー説をもそこに含み込むように説明した。この説は、その後の経過によって内科医に受け入れられた。

この例のように、心因性あるいは内因性の疾患を疑われて紹介されてきた患者に身体疾患の基盤を見出すことは、リエゾン精神科医が時に経験することである。

### 事例3. 手の手術前に不安になった若い女性

形成外科から次のような依頼があった。「右手の外傷後瘢痕拘縮にて入院。腱の延長術および腹部皮弁による移植術を施行。近日中に皮弁切断の予定ですが、2,3日前から精神的に不安定で、『このままでよい』『もう家に帰りたい』などと感情不安定です。」

形成外科医は、手術の途中で患者が突然拒否的になったことに困惑しているようであった。

病室に回診すると、患者は包帯に包まれた手を見ながら「もういじってほしくない」などと口走っている。けがをした時のいきさつを問うと、「子どものころ母にあまりかまってもらえなかった。4歳のころおもてで遊んでいて、母に名前を呼ばれた時うれしくて、母をもっと呼び寄せようとして後退りしたところへ電車がきてぶつかってけがをした。母は病院に連れていってくれず、近所の人が連れていってくれた。以来いくつかの病院にかかったがだんだん悪くなった。母は『医者にいじられてよけい悪くなった』とよく言っていた。自分も今までの医師に対して『(自分の手は)玩具じゃないのだから』と反発していた」と語る。私が「今回の手術に関しても以前と同じような不安が出てきたのかな」と述べると、患者も過去の不安が重なっていたことを認め、3日前に母が見舞いにきてから昔のことを思い出していたという。私が「お母さんはあなたのけがに気が動転して、自分であなたを病院に連れていくことができなかったのでしょうか。またけがのいきさつに罪の意識をもって、そのためよけいに今までの

医師を非難したくなかったのかもしれませんが」と述べると、患者はうなずく。そして「気持ちがすっきりしました。手術は受けます」という。形成外科医ならびに病棟看護婦に、この面接の内容を要約して伝え、手術が2回にわたることの意味をもう一度患者に説明してもらうよう依頼した。患者は翌々日手術を受け、よい結果を得て退院した。

患者の母親は娘の手の状態について少なくとも一部「医原性因説」を主張し、患者もこれにかなり同調していた。発症以来これまでの治療への不安、不信に加えて、手術が2回にわたることの意味が患者に十分理解されていなかったことが患者の反応を引き起こしていた。精神科医の介入によってけがのいきさつ、その後の治療歴、それにまつわる母親と患者の感情的反応が明らかになり、現在の不安の由来をある程度理解することができて、患者の不安は軽減した。背景には幼児期以来の母子関係の問題があると思われたが、そこまで立ち入ることはできなかった。

#### 事例4. 母親からの腎移植を予定して入院中に不安定になった若い男性

泌尿器科から「慢性腎不全で、母親からの生体腎移植を予定して入院中ですが、感情不安定で移植を拒否するような言動がみられます」との面接依頼があった。

泌尿器科医は患者のわがままな言動に眉をひそめる感じで、移植中止をも考えているらしい。病棟の面接室でまず腎臓病の病歴から話を聞く。患者は「中学3年頃から蛋白尿があったが、特に自覚症状はなく生活していた。21歳で恋愛結婚し翌年女の子が生まれたが、その後間もなく腎機能が低下し、23歳の時透析に導入された。絶望的になって、水分制限を守らなかつたり、妻にあたったりした。妻は子どもを連れて家を出ていき、結局離婚になった。それ以来人生に張り合いがなくなった。透析を受けてまで生きていたくない」と言う。さらに「2、3歳のころ母親の不注意から炬燵で足に火傷を負った。その跡が残っているのをずっと苦にして、母を恨んできた。母はそのことを悪いと思って僕のをがままを通してくれたり、腎臓提供を申し出たりするのだと思う。母の腎臓はもらいたくない。母と一緒にいるといらいらして、家では暴力を振るっ

ていた」と語る。母親は「この子のためにできるだけのことをしてやりたいが、もし不成功のときに、親がすすめたことを責められるのが不安で……」と言う。母子ともに直接話し合うのは避けたいと言う。

私は泌尿器科医に移植の可否についての決定をしばらく保留してもらおうよう依頼し、その間に患者と母親双方の気持ちを相手に伝え、仲介に努めた。患者はやがて「母からもらうとは思いたくないが、移植は受ける」と述べ、ついで「母も痛い思いをしてまでくれるのだから」と母親からの腎提供を受け入れた。手術は成功し、患者は退院後は家を離れて会社の寮に入り1人暮らしをしている。精神科にも引き続き通院し、母親への両価的感情について語り、次第に自立の道を歩んでいる。母親からの腎移植を契機に母子間の感情的問題が顕在化し、その解決に向けて患者が踏み出しつつある例である。

以上、実例を提示しつつ、患者、家族、主治医がそれぞれ「病気」をどう定義し、その原因をどう考え、それに対してどう反応しているかをみてきた。リエゾン精神科医は「病気」についての患者の説や「病気」に対する反応を理解し、それを主治医に伝達するとともに、妥協的な説あるいは両者の説を含みこむようなより広い説を提示することによって医師・患者関係の維持、改善を図ることが必要になる。

身体医学の疾病観、人間観と精神医学の疾病観、人間観には相違があり、そのことが時にはコンサルテーション・リエゾンの場での相互のコミュニケーションを困難にする。身体医学は人間を無名化された1個の有機体とみて、その諸活動をできるだけ要素的なものに還元しようとする。客観的に証明しうる器質的、機能的変化が問題であって、主観的体験は問題にされない。主体的人格とその担ってきた歴史や関係は考慮されない。科別、臓器別に細分化された専門性とそれに伴うテリトリー意識が存在する。精神医学は人間を1人の人格とみなし、その全体性を歴史の中で、また環境との関係の中で理解しようとする。主観的体験と意味を重視する。

一方が正しく他方が間違っているというのではない。人間を徹底して1個の

有機体とみる見方なくしては近代医学の進歩はなかったのであり、我々もこの見方のもたらした進歩の恩恵を日々こうむっている。しかし近年、こういう身体医学の疾病観のみでは対処しきれないような事態が生じつつある。1つには急性疾患がある程度治るようになり、慢性疾患、老人性疾患、心身症などが増加し、心理社会的側面からの援助の必要性が増大してきたこと。2つには身体医学の専門化、細分化があまりに進んだ結果、患者を1人の病める人間とみる視点が欠落して、そのことが医療の場で様々な問題をつくり出していること。3つには医療技術の進歩が逆に様々な精神医学的問題を発生させていること（臓器移植に伴う問題もその一例）があげられる。医療従事者がいま一度患者の視点に立ち返ってこういう事態に対応していくことが、身体医学がその発展の過程で切り捨ててきた意味や歴史や関係性を再び医学の中に回復し、真の総合医学、全体医学を確立することにつながると思われる。リエゾン精神医学もそのため寄与しようと思う。

（本稿は日本保健医療行動学会第6回大会のシンポジウム「患者の視点からコーディネーションを考える」における私の発言を要約したものである。私の以前に書いたもの、文献3)～6)と一部重複することをお断りする。）

#### 参考文献

- 1) 近藤三男, 室谷民雄: 心気症の精神療法——自己愛的病理の観点から——, 精神医学, 30: 131-139, 1988.
- 2) Lipowski, B.J.: Consultation - Liaison psychiatry, An Overview. Am.J. Psychiat, 131: 623-630, 1974.
- 3) 成田善弘: 精神療法の第一歩, 診療新社, 1981.
- 4) 成田善弘: コンサルテーション・リエゾン, <西山詮編: リエゾン精神医学の実際>, 新医学出版社, 1986.
- 5) 成田善弘: 心身症と心身医学, 岩波書店, 1986.
- 6) 成田善弘: リエゾン精神医学の実践, 精神神経学雑誌, 93: 768-774, 1991.