

精神医療とカウンセリング

——あいまいな対象をめぐるあやうい関係

(二〇〇三)

1 カウンセリング、心の万能薬か？

世を挙げて「心の時代」といわれ、カウンセリング・ブームである。しかし、カウンセリングと一口に言っても、実に様々である。「お肌と美容のカウンセリング」もあれば、結婚カウンセリング、職業カウンセリング……最近よく話題になるのがスクール・カウンセリング、そして心理療法のひとつとしてのカウンセリング、等々。要するに、何らかのテーマについて相談者と受け手がいて、相談者の決断を促したり、悩みを解決に導いたりする話し合いが、すべてカウンセリングだ。

ここでとりあげるのは、精神的ストレスからくる心身の不調を治療するための心理療法としてのカウンセリングである。以下、これに限ってカウンセリングと呼ぶ。最近ますます増えて

いる街中の精神科クリニックには、「カウンセリング」を掲げているところが目立つようになってきた。この「カウンセリング」も、これまで様々な流派や技法に分かれている。それぞれの専門的な話はさておいても、何のためにそのカウンセリングを行うのか、「病気を治す」のか、とりあえず「悩みをすっきりさせる」のか、「性格の欠点を改めたい」のか、はては「自己実現をめざす」という遠大な目標なのか、効能がはっきりしていない。それゆえかえって万能のように思えるところは、「言葉の正露丸」である。

売り手が精神科の病院である場合、売る方の精神科医もはっきりわかっているわけではない。例えばこんな問答が日常的である。「先生、もうちょっとゆっくり話を聞いてくれへんの？」「うくん、そうやねえ、ならカウンセリングはどうやる？」「え、先生の診察はカウンセリングちゃうん？」「う、む、まあ似たようなところもあるんやけどな、なんせ時間がとれへんし……」「精神科の先生はカウンセリングできへんの？」「いや、ま、精神科つちゅうのは、脳みその内科みたいなもんやし……」こうして、薬は精神科医、話はカウンセラー、という分業が始まるのである。

現代日本の医療の例にもれず、精神科でも三分問診療という現実がある。なぜカウンセラーならば一時間近くもの相談時間を取れるかというと、これはもうカウンセラーの低賃金労働に頼っているとしたか説明しようがない。

ところが、一般の人たちには、このような精神医療とカウンセリングの違いや両者の関係が

あまり知られていないようである。それが、カウンセリングに対する過剰な期待や、精神科の薬物療法への誤った不信の念を助長しているようにみえる。

2 精神科医とカウンセラーの微妙な関係？

一般の人たちにとっては意外かもしれないが、つい最近までは、だいたいのところ、精神科医とカウンセラーは仲が悪かった。最近、ようやく変わりつつある。というのは、カウンセラーのいる診療所が増えたように精神科医がカウンセラーの職場を提供できるようになったこと、精神科医とカウンセラーが協働する公的機関の職場が増えたこと、カウンセラーもスクール・カウンセリングなどの独自の職場を確保できるようになったことなど、カウンセリングをめぐる社会状況が好転しつつあることが影響しているようだ。衣食足りてこそその礼節、である。

これまでは、精神科の病院で働くカウンセラーにとって、職場は理解のあるところではなかった。明らか不採算部門だったのである。しかし、カウンセラーの方に見れば、様々な悩みを抱えた目の前の患者さんたちがほったらかしにされている。精神科医は短い権威的な診察で、薬を出すだけだ。日本には三五万床という世界にも例のない多くの精神科入院ベッドと、千以上もの精神科の専門の病院がある。日本の病院ベッドの四床にひとつは精神科なのである。その多くは人里離れたところにあつて、鍵と鉄格子に象徴される「収容」状況は今も続いてい

る。精神科医はそのような悲惨な状況の上にあぐらをかいているばかりか、このごろでは街中にも進出して、本来心理療法の方がふさわしいかもしれない人たちにまで、安易に病名をつけては薬を出す。カウンセラーから見れば、まさに医者という権力者が横暴をふるう世界である。一方、精神科医の方に見れば、カウンセラーというのは何をやっているのかわからない。薬を飲んでゆつくりと休養することが必要な患者をきちんと診断もせずに抱え込んで、過去がどうの家族関係がどうのと追って、患者をかえって心理的に追いつめている。さらに、独りよがりの独自の心理療法に固執していたり、果てはオカルトまがいの怪しげな治療法の看板を掲げる……等々。

このような互いの言い分のために、なんとなく険悪なムードが漂っていた。しかし、この業界で圧倒的な権力をにぎっているのは、精神科医である。しかも、精神医療にはこれまで述べたように多くの問題がある。それに対しては、精神科医の責任が大きい。精神科医は、カウンセラーがこの業界でしかるべき地位を確立することに協力せねばならないだろう。

このような両者の間の溝には、もう少し根深いそれぞれの出自の違いも影響している。ドイツに学んできた日本の精神医学は、病気を客観的にながめて正確に記載し、それを大きな体系の中に位置づけていくことに重きが置かれてきた。このような病気についての体系が、権威をとまなつて医療の一部門を占めていったのである。ひとりひとりの人間に固有な悩みという側面は、ともすれば無視されてきた。

一方、心身に失調をきたしている人に対する援助としての心理療法の歴史は、人類の歴史と共に古い。現代の心理療法はなんらかの形でそれらの遺産が洗練されたものと考えてよい。たとえば、ある人の悩みやうまくコントロールできない感情に「イライラ虫」というような名前をつけて扱いやすくする「外在化」と言われる手法がある。これは、かつて不幸を憑き物のせいにして、それにお払いを行うような呪術的手法の現代版である。

このような心理療法にもっとも大きな影響を及ぼしたのは、フロイトである。彼は無意識というものを人間が持っていること、それが個人個人の歴史の産物であり、現在の個人の心のありように様々な形で影響していることを明らかにした。彼は開業の医者であったが、彼やその門弟たちの技能を継ぐものは、医者ではなくカウンセラーとなつていった。

精神医療とカウンセリングの間には、このような出自の違う二つの流れがからまりあつた歴史がある。これに加えて、お互いが扱う対象の範囲がともアイマイなものであることが、両者の関係をさらにややこしくしている。

3 心の病気のグレイゾーンをめぐって

こうした事情があるのなら、精神科医は病気を診て、カウンセラーは日常生活の中で起こる心理的な悩みの相談にのればよいのではないか、と思われよう。ところが、そう簡単に

は割り切れない。悩みやストレスを抱えた人ほど病気になりやすいということもあるし、病氣自体が悩みになることもある。おまけに心というものにとっては、病氣か病氣ではないかという基準が、実はアイマイなのである。

うつ病の場合を例にとってみよう。誰でも何かあれば落ち込むのに、どうして単なる落ち込みとうつ病の違いがわかるのですか？ というのは、精神科医が受けることの多い質問である。答えるのも実はそう簡単ではないのだが、とにもかくにもわかるのである。精神科医にとつては、うつ病は明らかに心身の病氣であつて、体の様々な機能に障害が出て、単なる落ち込みとは質を異にする心身のエネルギーの消耗である。これを見誤ることは、まずなかった。

「なかった」というのは、かつては、見誤ることのないような典型的な状態を呈した患者さんだけしか、精神科医のもとにやつて来なかったからである。うつ病でも軽症の人は、かつてならば「単なる落ち込み」「よくある人生のスランプ」として、社会生活から一時的にリタイアすることが認められていたのであろう。精神科の医療が関与しないうちに、自然と回復していく人が多かったのかもしれない。今は、大学の授業を休むのにも診断書が必要とされる時代である。ましてや企業では、「スランプ」が続けばリストラの対象である。のんびり回復のための休養をとっている時間はない。新聞の健康記事やテレビCMでも、あなたの落ち込みはうつ病かもしれません、と教えてくれる。

今、落ち込んで精神科を訪れる人の多くは、軽いにしても、やはり「うつ病」である。精神

医学には、その微妙な具合を診断できるだけの知識と経験がある。そして、うつ病と診断されれば、十分な休養を保證することと薬物療法が優先する。精神的エネルギーが尽きて、思考や感情がどうしてもマイナスに傾いてしまうしかない時に、下手なカウンセリングによつて現実問題や人生行路の問題に直面することは、病氣の悪化を招きやすいだけでなく、自殺のような最悪の結果に向かうこともありうる。

しかし、診断に迷うこと、判断がつかないことが多いのも事実である。軽症の精神障害と健全な精神状態の間の移行帯、グレイゾーンは思いの外広いのである。生活上のストレスや人生における様々な悩み、進学、学業、就職、結婚、職場、子育て、介護等々のストレス、さらには本来の性格傾向などもつとも病氣と複雑に絡みあっているのも、この部分である。これらが病氣のきっかけともなれば、病氣の回復を妨げる要因ともなっている。

このグレイゾーンでは、精神科医もカウンセラーも、お互い自分のできることだけをして、患者・来談者を抱え込んでしまうことになりやすい。どちらか片方のやり方だけではうまくいかないことも多いのに、お互いの連絡や協力はスムーズなものとは言えない。だから、最初にどちらの門をくぐるかによつて、その後の道のりがすっかり変わってしまうこともありうるのである。だからこそ、精神科医とカウンセラーの両者が風通しよく協働できるシステム、お互い気楽に紹介したり相談できる関係が必要である。何より患者がそれを望んでいるだろう。

4 「パーソナリティ障害」というアイマイな対象

さらに、「心の病気」と呼ばれるものの中には、「発達障害」とか「パーソナリティ障害」などという、本当に病気として扱ってよいのかどうかすらアイマイなものがある。これについては、精神科医とカウンセラーが仲良くなれば解決、という問題ではない。何を病気として扱うかということは、その社会の文化に深く根ざしている。ここではパーソナリティ障害という診断について考えてみよう。

精神医学はもともと、世の中のはずれ者、厄介物の吹きだまりにされてきた、という暗い歴史がある。本人が病気の苦痛のために自ら求めてやってくる場所ではなかった。精神病の人は「狂っている」のだから本人に苦痛はないのだと、今でも多くの人が漠然と考えている。本当は、本人の苦悩、苦痛は言うに言われぬ強烈なもののだが、このことはなかなか理解されない。だから、今でも精神病院というところは、病気の治療をするところというより、社会の厄介者を預かってくれるべきところという誤解、否、明らかな「偏見」が世間にはある。

しかし、「精神科の教科書、権威ある診断基準の本には、ちゃんとパーソナリティ障害がのっているではないか」という反論があるかもしれない。確かに、WHOの診断分類にも、アメリカ精神医学会の診断基準集であるDSMというマニュアルにも、「パーソナリティ障害」という名前が載っている。しかし、現実にそのようなタイプの人間がいるということと、それを

現在の精神医療が扱うことができるかどうかということは別問題である。特に、何を心の病気と考えるかということには、その社会の価値観が大きく影響する。私は、現在の精神医療は、それらを病気として扱って本人の福利となるものを提供できるレベルにはないと考える。それゆえ、それを「病気」として扱うべきではない。

実際に精神医学の教科書や診断基準をひもといてもらえばわかることだが、パーソナリティ障害の診断基準は人の外面的な行動の寄せ集めであり、とても医学といえる代物ではない。さらに、アメリカのDSMという診断基準が、いかに政治的経済的配慮のもとにつくられた非科学的なものかという批判もある（『精神疾患はつぐられる—DSM診断の罠』ハープ・カチンス、スチュワート・A・カーク著、高木俊介・塚本千秋監訳、日本評論社二〇二二）。

ところで、このような性格特徴や行動パターンをもっている人たちが、人間関係でストレスを抱えやすかったり、人生の様々な場面で躓きやす^{つまず}いことは確かである。むしろ、それもパーソナリティ障害の定義のひとつだ。そのようなストレスや挫折から、不眠症をはじめうつ病や神経症などの心の病気になりやすいという傾向はあるだろう。このようなとき、精神医療は幾ばくかの役に立つことができる。

しかし、躓きやすさの根っこにある人格傾向に対しては、精神医療はほとんど役に立たない。人格を変える薬はないし、あつたらそれこそ怖いことである。この部分へのかかわり、つまり、性格特徴を自覚して乗り越えやす^{つまず}くしたり、行動パターンを変え^{つまず}るということについては、カウ

ンセリングがウデを振るう領分であろう。もつとも、それも本人の希望と同意があつてのことである。精神医療であれカウンセリングであれ、強制的に人格を変えようとしたりしてはいけない。

5 心のケア、心理学化した社会の自己責任？

以上のような点で、私はごく普通の現場の精神科医の立場から、カウンセリングに期待している。

しかし、同時に、これまでの精神医療が担われてきた役割、つまり「困った人」を隔離することで社会の管理、治安維持を担ってきたという役割について反省してみると、隔離や薬のような物理的強制力を持たず言葉のみを治療手段としているカウンセリングならばそのような役割から逃れられる、とは思えないのである。

言葉の副作用、言葉によって人が傷つけられた時の深刻さは、薬の副作用よりもよほど強烈である。カウンセリングは、社会的にみじめさを味わって打ちひしがれた人に対して、その個人の人格だけを問題としてとりあげることによって、その人に無能力な落伍者という烙印を押すこともできる。これは、人生の問題が様々な社会的状況や人間関係の網の目の上に生じているにもかかわらず、すべてを心理学的な問題に引き寄せて考えるというカウンセリングの本質にかかわることだ。

また、精神科医が病気を評価するように、カウンセラーは心という目に見えないものを様々な基準を使って評価している。IQのような能力検査もそのひとつであるし、人間の発達の標準について心理学は実に細かい測定方法を持っている。カウンセラーはこれらの技術を暗黙のうちで使用して、来談者の苦悩を、それが社会的なものであっても、個人の心理学的能力の高低という枠の中で見ているという側面があるのではないか。

最近、心神喪失者医療観察法という法律が成立した。この法律は、重篤な精神病の状態などで犯罪行為を行った場合に、特別な施設に収容することを定めたものである。この法律の最大の問題点は、ある人が将来再犯を行うかどうかの予測を行って、その予測によって無期限の収容が可能になるということである。その予測は精神科医が行うことになっているのだが、精神科医の学会は再犯予測は不可能であると結論している。

カウンセラーや心理学に携わる人たちは、この法律は他人事だと思つたのであろう。彼らは、まったく関心を持たなかったようである。しかし、実は英米では、ある人の将来の危険な行為を予測して拘禁するための基準を作成してきたのは、カウンセラーと心理学者である。犯罪行為こそ個人と社会の要因が複雑に絡み合った結果の行為であるが、それを心理学の視点だけで切り取るうというのである。人の心を測定して評価していくということについては、心理学は精神医学以上に冷徹である。

このようにカウンセリングという行為には、すべてを個人の心の中にある問題としてとらえ

返して、その個人の心を矯正して社会に適応させ管理していくという側面がある。この危うさをかろうじて防いでいるのは、カウンセリングは本人の意思と同意によってしか行われないうことである。しかしそれでも、当の本人の意思自体が今の社会の産物であるという悪循環からは逃れられない。

現代社会でカウンセリングに対する期待が高まっているのは、物事を心理学の目でとらえて、個人の内面の資質の問題として自己責任に帰したいという社会の要請があるからではないだろうか（この「社会の心理学化」と「自己責任化」という問題については、以前詳しく論じたので、興味のある方は読んでいただきたい。拙論「精神科医療はどこへ行くのか？」岡崎伸郎編、批評社、二〇〇二）。社会全体に確固とした規範がなくなり、それに代わるものを個人の内面に求めるしかなかったのである。見えにくくなった社会の代わりに、人の心という本来複雑で多面的で、しかも目に見えないアイマイなものを、なんらかの形で見えるようなスッキリしたものにして、安心したいのである。そのための手取り早い手段を心理学が提供し、カウンセリングが実行する。

このような社会的背景のために、カウンセリングは今後ますます期待され、必要とされるであろう。かつては、お金を払って心の悩みを専門家に相談するということは日本文化にはなじまない、カウンセリングは日本では流行らないとも言われていた。しかし、今後の日本社会では「心のケア」は自己投資の対象、フランスの社会学者ブルデューの言う文化資本のひとつに

なるだろう。

心のケアは、きちんとした社会人に必要とされる身だしなみになりつつあるのである。対人サービス産業が中心となる現代社会では、対人関係をスムーズにこなすための心の能力は、誰もが心理学的な知識やカウンセリングの力で身につけるべき資質だとみなされるものである。それに気を遣わない者は、自己責任を果たしていないと見なされるだろう。

大げさであろうか？ しかし、文科省が小中学校に配布した『心のノート』を見て欲しい。新しい道徳教育のために作られたというこのワークブックのような副読本は、カウンセリングの手法をいたるところに活用している。子どもが自由に自主的にあるテーマについて書き込みをするようになっていくが、書き込んだ次のページをめくると、それを作成者の観点から批評し批判し、作成者の考える道徳的な方向へ修正するような仕組みになっているのだ。このワークブックを作成した中心人物が、ユング派の心理学者であり日本のカウンセラーの顔である河合隼雄氏である。このことは、あえてユング派心理学のキーワードを使わせてもらえば、「象徴」的なことである。

人の心を扱うということは、どこまでも不確かなものに分け入りながら、その不確かさに耐え抜くことなのだ。「心の時代」のカウンセリング・ブームの背景には、心というアイマイなものをスッキリさせたいという期待がある。しかし、人の心にしても、世の中にしても、スッキリすればそれでよし、ではないはずだ。

1 はじめに

医学は無謬むびつであつてほしい、と誰もが願っている。医療には間違いがつきものだが、それは個々の医療者の誤りであつて科学である医学には間違いはないものだ、人々は皆そう思いたがつているのではないだろうか。

しかし、医学は静的な科学であるよりも動的な実践行為である。それゆえに医学も医療も過ちの可能性に満ちた試行錯誤の繰り返しであり、とりわけ精神医学の診断という領域ではこのことが際立っている。それをはっきり述べることは人を不安にさせるかもしれないし、ただでさえ精神医学は一般医学に比べるとあやふやなものと思われているというのに、ますます信用おとしを貶めることになつてしまふかもしれない。しかし、これから述べるような精神医学的診断の

悪用や悪影響に満ちた現実を無視して、精神医学を人々のこころの悩みや不幸に対する万能薬のように宣伝するわけにはいかなないのである。

まずは、一般医学の診断がもつ意味や機能と比べて、精神医学的な診断につきまといつてい特殊性を指摘する。次に、精神医学の診断が政治的支配の道具として使われた歴史や、精神科診断の乱用とも言えるような現代社会の状況を見てみよう。さらには、司法の領域で精神医学的診断が現在どのような目的で使われようとしているか、それが精神医療の役割にどのような変化をもたらすかという問題を指摘しておく。

しかしそのように問題の多い現実があるにせよ、最後に、やはりあるべき精神医療の実践として、どのような診断や告知が望ましいのかということを考えてみたい。

2 「診断する」ことの意味

治療者が患者に対して行う「診断」というと、普通は病気が何かということをはっきりさせること、つまり病名をつけることであるように思われているだろう。しかし、実際の医療行為の中では病名をつけることだけが診断ではなく、その時々^{時々}の状態に対して何らかの処置を行う場合、治療者は常に何らかの「診断」を行っている。つまり、診断とは何らかの医療行為を行う場合の根拠を提供するものである。それをもつともコンパクトにまとめた表現が病名である。

このことは医師が書く「診断書」を例にとるとわかりやすい。まずそこには患者の現在の状態が書かれる。これは多くの場合短い病名であるが、必要に応じて状態像であったり、あるいは個別の病名ではなく、「心臓疾患」のようにカテゴリーの大きなものであったり、正確な医学的病名ではないばかりかしたものであったりしてもよい。つまり、次に書かれる処置と矛盾しなければよいのである。その処置は、たいいていの場合、医学的治療と休養であり、そのための必要な期間、すなわち今後の見通しを伴う。このようにすることで最終的に診断書は、患者とその周囲の人に患者が治療を要する病気であることを伝え、治療に専念することを保証するのである。ここに診断の意味することがほぼ尽くされている。まず、第一に診断は患者の現在の状態を確定して、治療の指針を提供する医学的用途をもつ。第二に診断は患者を病人として認定し、それを患者と周囲の者に伝える役割をもつ。すなわち、診断は社会的意味をもつ。最後に、この第三者が同じ治療者であれば、診断は専門家同士のコミュニケーションをとるための道具となる。これは、診断書がその特殊なものである医療情報提供書（紹介状）である場合に明らかだろう。こうしてみると、診断という行為は、あらゆる医療行為を行うにあたってまず行われなければならないものであることがわかる。そして、医療行為というものは常に何らかの侵襲を伴うものであるから、その医療行為を正当化するためにはその根拠となる診断が第三者と共有できるものでなければならない。

しかし、第三者と共有するといっても、多くの病気はそこにその病気があるとして指し示す

ことができるものではない。たとえば、高血圧という病気をとつても、たしかに血圧計の目盛りをお互いに指し示すことはできるが、その血圧がどのくらい以上あれば高血圧という病気であるとされるかということは、医学による取り決めでしかない。つまり高血圧の病気というモノがあるのではなく、高血圧という「病気」は血圧を媒介として示すことができる概念に過ぎないのである。わが国の医療倫理学の草分けである中川米造（一九七七）は、このことを「あるのは病人と患者であり、『病気』はその間を埋めるための実践的概念である」と述べている。これが概念であるからには、それは社会でそうと認められる意味のかたまりでなくてはならない。しかも、病気という患者個人にとつてのみならず、患者をとりまく周囲の人々に直接間接に多大な影響をもつ概念であるから、避けがたく社会的意味をもち、社会的な認可を必要とする。逆に、そのような社会的意味を担った診断を下されることで、患者は社会からの義務や要請を免除されて、保護を受け休養することができるのである。

以上のことをさらに要約すれば、診断とは「病人の中にある本来かたまりのない苦しみに病気という輪郭を与えて、自他にとつて認められるものにする行為」である。

3 精神医学的診断のあいまいさと倫理

「病気」とは何らかの実体ではなく患者と治療者をつなぐための実践的概念であり、診断と

はその概念を当面の目的に沿うように切り取って提示することであるとすれば、診断にはあいまいさがつきまとうことになる。この診断の不確定性ということは、たとえば癌細胞が顕微鏡下に見られるような紛れもない実体であるとしても、診断としての「癌」はその個々の侵襲の場所や患者の体力などさまざまな要因により不確定性を抱えることになるので、身体疾患も含めてどのような病気にも当てはまる。

しかし、精神医療ではこの「診断のあいまいさ」の程度がはるかに高くなる。精神科の診断では、先の顕微鏡下の癌細胞にあたるもの、あるいは患者の身体という物質的対象物であるものが、患者が語る言葉という概念のかたまりである。(もちろん、精神科診断の道具にもCTや血液検査はあるが、これらはやはり脇役である。)さらにこれに患者の感情や、患者と治療者の間の関係に依存したさまざまなニュアンスの違いが加わる。これだけでも、精神医学の診断が身体医学の診断とは大いに異なるものとわかるだろう。

問題はこれにとどまるものではない。あいまいさがもつとも深刻に現れるのは、このように言葉で語られた患者の状態の、どこに正常と異常の線を引くかということにある。このことを示すには、精神医学的診断のグローバル・スタンダードとなっているアメリカ精神医学会の診断マニュアル(DSM)から、例としてふたつの診断基準項目を挙げれば十分であろう。まず、もつともありふれた精神疾患であるうつ病の診断基準として第一に挙げられている項目は、「その人自身の言明か、他者の観察によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑う

つ気分」である。ふたつめは、統合失調症(schizophrenia)では妄想が重要な症状であるが、その妄想についてマニュアルでは「妄想の内容が奇異な場合」には他の項目を同時に満たさなくともよいとある。もちろんこれらの基準は他の基準と組み合わせられて診断を導くのであるが、ここで問題にしているのは、どの程度の「抑うつ感情」「奇異さ」があればこの基準に合致するとするか、つまり症状であると考えるかという線引き(cut-off point)があいまいであるということである。つまり、どの程度落ち込んでいけば「抑うつ」なのか、どの程度現実離れしていたら「奇異」なのかということについては、実は誰にとっても一致できるような客観的な線引きはないということである。

このことは精神医療の現実在即してみると、偽陽性の診断、つまり、たとえばうつ病でいえば、抑うつの傾向はあるが実際にはうつ病ではない患者をうつ病と診断するという場合、が容易に増大していく傾向があるという重大な問題を引き起こす。医療は一般的に偽陽性診断に寛容であるが、それは偽陽性と診断されることが、偽陰性と診断されて病気を見過してしまふよりも患者の利益に直結するからである。しかし、精神医療では患者の利益になるという結果が逆転していて、かえって患者にとりかえしがつかない不利益をもたらすという危険が生じる。強制医療の存在と精神障害者に対するステイグマ、差別、偏見という問題があるからである。患者の個人的な生活環境の中では決して奇異とはいえない考えを抱いた患者は、そのことで強制治療の対象となり病院に収容されるかもしれないし、一度診断されるとその考えを捨てた後の

人生でもさまざまな差別を受けるかもしれない。これはつい近年まで、旧ソビエト連邦で実際に起こっていた事態である。

さらに、診断時点でのこのような過ちが生まれやすい前提となる事情がある。それは精神医療が対象としているものの中に、ある人の個人の苦しみではなく、本人がそれを異常と考えるかどうかとは別に周囲の人々や社会がある人の行動を正常から逸脱したものであると考えて、そのために精神科に連れてくる場合があるということである。これは、精神科医が診断するより先に、社会が診断しているということである。このような場合、精神科医のしていることは、その診断の正しさを追認して専門家としてもっともらしいレッテルを貼り付けているだけ、ということにもなりうる。

かつてこのようなことが問題となったのは、極端な性格をもつ者に対してつけられる「精神病質」という診断をめぐってのことであった。精神医学は、それを「疾病」ではないが「正常からの偏倚」と定義することで医学の中に位置づけた。このようにして、逸脱者を排除せよという社会からの要請と妥協したのである。「精神病質」という診断は現在も各国の法律の中に生きており、精神医学の中では「パーソナリティ障害」と名を変えて生き残っている。そして、「精神病質」「パーソナリティ障害」と呼ばれるものは果たしてどこまでが「病気」として精神科の治療の対象なのか、あるいは治療できるものなのか、さらには治療できるものだとした場合を治療の対象としてよいのか、などの議論は現在も決着をみていない。

こうしてみると、精神科の診断は、二重の意味であいまいなのだと言えるだろう。すなわち、本来の対象とすべき範囲があいまいであり、さらに、個々の事例についての診断の確定があいまいだということである。

しかし、私は精神医学がこのようなあいまいな信頼できないものであるということを主張したいのではない。そのように言ってしまうには、人間の心の病やメンタルヘルスにかかわる問題、そこからくるこの世界の不幸はあまりに多く、それに対して精神医療をはじめとする精神保健専門家がなしうることは、僅かであるとはいえ確かにある。ただ、精神医学的診断がもっているこのようなあいまいな側面に無自覚でいれば、知らず知らずのうちにやってしまう過ちも大きいものになってしまいうだろう。先にも述べたように、診断の結果が誤った強制的医療や差別に結びつくことがあるからである。

したがって、「診断する」ということは、きわめて倫理的行為である。それは、あいまいさと危険を常に伴っていることを自覚しながら、患者の苦悩を和らげる手段となることを目指して行われる行為である。

4 精神医学的診断の悪用と乱用

精神科診断が最も広汎に意図的に悪用されたのは、ナチズムによる安楽死と旧ソ連(以下単に

