

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

(110011)

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つても、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、これに限つ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つた。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、効能がはつきりしていない。それゆえかえつ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つ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、もうちょっととゆっくり話を聞いてくれへんの?」「うーん、そうやねえ、ならカウンセリングはどうやろ?」「え、先生の診察はカウンセリングちやうん?」「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、精神科でも三分間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ふと、これはもうカウンセラーの低賃金労働に頼つてゐるに違ひない。

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見える。

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つた。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つたこと、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、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つた。明らかな不採算部門だったのである。しかし、カウンセラーの方にしてみれば、様々な悩みを抱えた目の前の患者さんたちがほつ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って、鍵と鉄格子に象徴される「収容」状況は今も続いている。

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、安易に病名をつけたまま薬を出す。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、精神科医の方にしてみれば、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、患者をかえつ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か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、権威をともなっ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つ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は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つたが、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て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つて

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、と思われるであろう。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こともあるし、病気 자체が悩みになることもある。おまけに心というものにとつては、病気か病気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、ともかくにもわかるのである。精神科医にとっては、うつ病は明らかに心身の病気であって、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、まずなかつた。

「なかつた」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つたからである。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る。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つたのかもしれない。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」が統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つている時間はない。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、十分な休養を保証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、病気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康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がもつとも病気と複雑に絡みあつているのも、この部分である。これらが病気のきっかけとなれば、病気の回復を妨げる要因ともなつている。

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って、その後の道のりがすっかり変わってしまうこともありますのである。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、お互いに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」などといふ、本当に病気として扱つ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ふことは、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つてくる場所ではなかつた。精神病の人は「狂つてゐる」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。本當は、本人の苦惱、苦痛は言うに言わぬ強烈なものなのだが、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つてくれるべきところという誤解、否、明らかに「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つてゐるではないか」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」という名前が載つてゐる。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、何を心の病気と考へ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つ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へる。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向けの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。さらには、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(『精神疾患はつくられる—DSM診断の裏』ハーブ・カチンス、スチュワート・A・カーネ著、高木俊介・塚本千秋監訳、日本評論社二〇〇一)。

ところで、このような性格特徴や行動パターンをもつてゐる人たちが、人間関係でストレスを抱えやすかつたり、人生の様々な場面で躊躇^{つまづ}やす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、精神医療は幾乎かの役に立つことができる。

しかし、躊躇やすさの根っこにある人格傾向に対しても、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くしたり、行動パターンを変え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。精神医療あれカウンセリングあれ、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されてきた役割、つまり「困った人」を隔離することでの社会の管理、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、とは思えないものである。

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對して、その個人の人格だけを問題としてとりあげることによつて、その人に無能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上に生じてゐるにもかかわらず、すべてを心理学的な問題に引き寄せて考へ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に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つている。カウンセラーはこれらの技術を暗黙のうちに使用して、来談者の苦悩を、それが社会的なものであつても、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つた場合に、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つて、その予測によつ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つてゐるのだが、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々は、この法律は他人事だと思ったのである。彼らは、まったく関心を持たなかつたようである。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つ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ろうというのである。人の心を測定して評価していくことについては、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。この危うさをから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つてしか行われないとということである。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？『心理学化』と『自己責任化』の社会の中で」『メンタルヘルスはどこへ行くのか』岡崎伸郎編、批評社、二〇〇一）。社会全体に確固とした規範がなくなり、それに代わるもの個人の内面に求めるしかなくなつたのである。見えにくくなつた社会の代わりに、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。そのための手っ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、お金を払つて心の悩みを専門家に相談することは日本文化にはないまない、カウンセリングは日本では流行らないとも言っていた。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つているが、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つているのだ。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、世の中にもしても、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(むりょう)であつてほしい、と誰もが願つている。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と、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つていて。それをはつ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、ますます信用を貶めることになってしまふかも知れない。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っている特殊性を指摘する。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。

しかしそのようく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つきりさせること、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、その時々の状態に対し何らかの処置を行う場合、治療者は常に何らかの「診断」を行つていて。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て、「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やかしたものであつたりしてもよい。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々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柢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、第三者と共に有するといつても、多くの病気はそこにその病気があるとして指示示す

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示することはできるが、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ってのみならず、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つ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ち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つ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つていうことになる。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だとわかるだろう。

問題はこれにど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・スタンダードとなつてゐ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、他者の観察によつて示される、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てよいとある。もちろんこれらの基準は他の基準と組み合わさ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ころか、つまり症状であると考えるかといふ線引き(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れば「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に即してみると、偽陽性の診断、つまり、たとえばうつ病でいえば、抑うつ病で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、それは偽陰性と診断されることが、偽陰性と診断されて病気を見逃してしまつ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く、かえつ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igma、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方を抱いた患者は、そのことで強制治療の対象となり病院に収容されるとその考え方を捨てた後の

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、そのためには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も先に、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つ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つたのは、極端な性格をもつ者に対してつけられる「精神病質」という診断をめぐつてのことであった。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ても性格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。そのように言つてしまふには、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、それに對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、僅かであるといえ確かにある。ただ、精神医学的診断がもつているこのようないまいな側面に無自覚でいれば、知らず知らずのうちに行つてしまふ過ちも大きいものになつてしまふだろう。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。

したがつて、「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つて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

ソ連とする)における反体制派への弾圧であろう。前者はすでに多くの言及があるし、精神障害という診断そのものが虐殺に結びついたものである。それは精神障害に対する露わな差別の、もつとも見えやすく悲惨な現れである。後者はやや事情が異なる。それは、精神障害の診断そのものがもつあいまいさが利用されたケースである。精神医学的診断が偽陽性を多く含み、結果として診断範囲が容易に拡大する傾向にあるという、先に述べた問題が現実となつた結果である。

精神医療の抱える問題のひとつは、本人は何も異常はないと考えているのに医療従事者以外の者が「診断」したうえで精神科に連れてくることにあると述べた。この人のやつていること、言つていいことはおかしい、この人は私たちの地域では迷惑な存在だ、理由はわからないがとにかく興奮して暴れている、なんとかしてほしい、こうした場合に時には警察の力も借りてその人は精神科に連れてこられる。ソ連の場合、こうして国家体制に逆らう者、秘密で海外と連絡をとる者、公認の思想に反する考え方を述べた者たちが、多くは KGB (国家秘密警察) によって精神科に送られてくるようになつていた。

ソ連の精神科医は、彼らを診断もせずに精神病院に「収容」したのだろうか。そうではなく、精神科医は彼らをまじめに診断したうえで、治療として「入院」させたのである。ソ連の精神科医たちは、これらの反逆者たちを病気、とりわけ分裂病 (schizophrenia : 統合失調症。) では旧ソ連での診断名に限り「分裂病」と表記する) であると診断するための、緻密な医学的診断システムを作り上げていた。

ソ連ではモスクワ学派を中心として一九六〇年代から独自の診断システムが作られ、七〇年代にはほぼそれが唯一の公認精神医学となつていた。その精神医学大系では、分裂病が中心的位置を占めている。というのは、分裂病の範囲があまりに広いので、他の精神障害を覆い尽くしてしまつっていたからである。しかし、この範囲拡大は恣意的ななされたものではなく、クレペリン以来の経過研究が基礎にあると信じられており、それゆえ科学的なものとされていた。

ソ連における分裂病診断を簡単に説明すると、まずは分裂病を特徴づけるものは何よりも経過であるとされており、そこでは「持続性」「段階様」「周期性」の三つの経過型が区別されている。そのうち前者ふたつは最終的には重症の精神病状態になるが、それに至る以前の軽微段階が設けられている。その段階の特徴として「神経質」「脅迫」などと並んで、「社会的闘争好き」「哲学的関心」などが混ざっているが、極めつけは「親や権威者との対立」「改革論者 (reformism)」であろう。これらの軽微段階にある者は、重症精神病段階にある者と同一のカテゴリに属する者と認知され、分裂病の診断が下され、しかもそれは遺伝的に規定されたもので一生の診断となるのである。

このような診断システムの「軽微段階の分裂病」は、モスクワ学派の権威とそこで実際のトレーニングによつて、体制内のエリートであるソ連の精神科医にとつて疑いのない実体となつてゐた。彼らは個人的な悪意や偏見をもつて診断したのでもなく、国家体制全体に奉仕するために診断したのでもない。あくまで自身の職務に忠実に、正当な権威に従つて診断し、

結果として疾患の徵候をもたない反体制者を精神障害として入院させたのである。これは、ペレストロイカ以降にも容易に変わらなかつたという。

さて、もうひとつ付け加えておきたい現代の精神医学的診断の乱用は、いわゆるマスコミ精神医学である。最近起ころざしまま事件の報道に際して、識者の意見として非常にしばしば精神科医がマスコミに登場するようになつたことは周知の事実である。ここで彼らが精神医学の一般的知識を提供するのであればとにかく、往々にして話題の人物や容疑者を精神障害にてはめて論じるという「診断」を行つてゐることが問題となる。彼らはマスコミ精神科医は、断片的な事実や事実とは限らない報道をもとにして当事者にとつては致命的ともなりかねない診断を行い、さらにそこから根も葉もないような筋書きをでっち上げるのである。彼らには、同じ診断を得てゐる他の多くの患者がどれだけ不快に感じどのようない不利益を被るかということに思い至る想像力のカケラもない。さらに、診断という医学的行為をこのよだな間接的条件で行うことには倫理的問題もあるだろう。

しかし、このような醜悪な行為が世間で広く受け入れられる背景には、精神医学的診断がもつてゐるある種の力が作用している。それは、わけのわからない行為を簡単なラベルに還元することで理解できたような気がして安心できるという診断の鎮静作用、そのような行為をする者を共同社会とは違つたところにいる者とすることで社会の正常性を維持しようという診断の解毒作用という、精神医学的診断がもつてゐる魔力である。

5 「再犯予測」という診断の危険性

精神障害にはその症状の結果として自他に危害を及ぼしてしまうことがたしかにあります。精神医療従事者にとってそれを未然に防ぐことは重要な課題である。しかし、これを一〇〇パーセント予測し防ぐことはできないし、そのような努力にばかり目を向けることは患者に過剰な拘禁を強いることになり、本来の治療行為とは対立することになる。

現在わが国では、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行つた者の医療及び観察等に関する法律案」という法案が国会審議中である(二〇〇二年六月三〇日脱稿時現在)。この法案は精神障害者による刑事事件相当の行為の再発を防ぐためという目的によつて作られており、その中心は、犯罪に当たる行為を行つた精神障害者に対して精神科医と裁判官によつて特別施設での処遇を決定するというものである。そしてこの処遇の決定に際して重要なのが、「再犯の予測」である。現在のところ多くの精神医療関係団体は、この再犯予測は不可能であるとしてこの法案に反対している。

厚生労働大臣は、再犯予測は可能であるとイギリスの代表的な教科書に書いてあると国会で答弁した。しかし実際には、その教科書には「再犯の予測は困難である」と答弁とは反対のことが書かれている。イギリスのように古くから司法精神医療のための特別施設をもつ国では、精神科医に対して社会や司法から寄せられる社会防衛的な期待は大きく、精神科医はその期待

と患者との治療的な関係の維持の板挟みになつて苦悩している。実際その教科書に書いてあることは、過剰な危険防止や社会防衛という社会から精神医療に押しつけられる役割の重圧から、いかにして精神医療本来の患者—治療者関係にのつとつた治療的営みを取り戻すかということである。危険性の予測の精度を上げるために研究の総説には多くのページが割かれているが、これらの研究は純粹に臨床的な範囲の中で精神科医としての責務を果たすために役立てるべきものと位置づけられている。このような諸外国の苦悩を無視して、あたかも諸外国の司法精神医療の特別施設はうまくいつており、わが国に導入されていないことが遅れであるように言わるのは公平な議論ではない。

もしも今回の法案が現実のものになれば、精神医学的診断の意味するところに新たにひとつの目的が加わることになる。つまり、診断はその精神障害者の将来の犯罪の危険性を見通すものであり、精神科医はそのような能力をもつた者として振る舞うことが要請される。たとえ科学的にはその予測は蓋然性(がいぜんせい)に過ぎないものであつても、社会は法律にも定められた精神医学の既定能力とみなすのであり、そうである限り精神医学的診断は精神障害者による犯罪に責任を負うことになるのである。

「診断」とはこのように医学の内部だけで決まるものではなく、常に社会的意味をもち、社会でどのように機能するかという面があることを忘れてはならないだろう。

6 あらためて病名と告知を考える

以上私は、精神医学的診断の影の部分を強調して述べてきた。しかし、やはり診断することは医療の入り口である。ここをおろそかにしては、治療者として病気に苦しんでいる患者に何らかの援助をすることは不可能である。

間違った診断のもとに正しい治療が行われるような悲喜劇は、精神医療では日常的にある。うつ病を心理的葛藤による神経症性抑うつ状態と診断して延々と精神分析が続けられ、苦しみのあげくに出会った薬物療法で一気に回復した患者が精神分析家を訴えた事件は、アメリカで精神分析の凋落のきつかけとなつた象徴的事件であった。この事件では、診断の間違いもさることながら、最終的に訴訟事件となつたような患者—治療者関係にも問題があると考えるべきであろう。

最初にも述べたように、誤診はありうることであり、医療は常に誤りの危険性に曝されている。この不可避な間違いが治療の経過の中で修正されていく道筋が、医療行為自体の中に組み込まれていなくてはならない。これには病院という組織のあり方まで含まれているだろうが、もつとも要となるのは患者—治療者の関係における情報のフランクなやりとりが保証されることである。医学がその権威を守るために、背後にある不完全さや未完成さを患者や市民の目から隠すことの恐ろしさは、かつてのソ連の実態から明らかである。

ともあれ個々人の私たちは、個々の患者—治療者関係を大切にするしかない。この中で、精神医学のもつ不確実さや精神医学的診断が患者の人生に及ぼすであろう影響まで含めて、当面の治療の方針としての診断を伝えながら話し合うことを大事にしなければならない。

そのような努力は、さまざまな意味をもつた「診断」を患者当事者の福利にかなうものへと変えていくことになるだろう。最近、「精神分裂病」という日本語病名が「統合失調症」に変更されることになった。「精神分裂」という患者の人格そのものを否定したような語感のする病名が、治療者と患者当事者の間の情報交換にとってマイナスの作用しかもたないものであるという理由で、より実際の病態に近く侮辱的な響きの少ない名称に変更されたのである。このような診断名の変更も、診断の意味するものを患者当事者を中心としたものにしていくという方向性の一環であると理解されることで、単なるコトバの変更にとどまらない医療改革の流れの中に位置づけられるであろう。

* 本稿では病名告知に関する具体的な方法に言及する紙数がなかつたが、私の臨床における工夫は以下の書籍に所収されているふたつの論文に書いている。興味のある読者は参照していただきたい。

高木俊介「病名の告知—3-A・原則」「病名の告知—3-B・精神分裂病告知の問題」（松下正明・高柳功・中根允文・齋藤正彦監修）『インフォームド・コンセントガイドンス—精神科治療編』先端医学社、七月一八六頁、八七一九六頁、一九九九年

DSMと適応障害

—DSMに適応できなかつた診断の命運

(1100回)

1 DSMと適応障害—相性の悪い親子

「DSMと適応障害」というお題をいただいたて、考えた。そもそも「適応障害=adjustment disorder」という用語はDSMによる発明である。これほど関係の深いものはないのだから、適応障害について何を語つてもDSMのことになるのである。楽勝だ。ところが、よくよく調べてみると、この障害ほどDSMと相性が合わない診断もないのだ。話はややこしい。

どう相性が悪いのか。まず、DSMというのは原則的に精神障害の成り立ちに関するどんな理論や仮説も排出したことになつていて。それがDSMのウリである。ということはつまり、何かの原因があるから起きた障害である、という特定の見方が含まれているような診断はDSMの体系にそぐわないのである。ところが、適応障害は、ヘストレスとなる出来事>が見いださ