思いやりを育てる精神医学

医療法人秀峰会 2016年度講演会より

講師　牛島 定信
Ushijima, Sadanobu

楽山
【らくざん】

思いやりを育てる精神医学

[RAKUZAN] Mental Health Series VOL.IV

講師　牛島 定信

楽山
【らくざん】

[RAKUZAN] Mental Health Series VOL.IV

〒343-0851 埼玉県越谷市七左町 4-355 Tel.048-985-6666 Fax.048-985-6650

思いやりを育てる
精神医学

医療法人秀峰会 2016年度講演会より

講師　牛島 定信
Ushijima, Sadanobu

思いやりを育てる精神医学

目次

開催にあたって 4

思いやりを育てる精神医学
講師　牛島 定信

講師プロフィール 7

プロローグ 8

chapter 1
科学の長足の進歩を背景に時代は大きく変わった 12
機械が男の筋肉労働を奪った／社会システムの急激な変貌／科学的思考の浸透（自由・平等・人権）

chapter 2
精神医学も大きく変わった 19
起点はDSM-Ⅲの登場
DSM精神医学、35年目の評価／エビデンスが最重要課題に／生物学的な考え方の普及／予防精神医学を登場させた／DSM-5、5つの無念

chapter 3
DSM精神医学の限界 34
チェックリスト（操作的診断）では限界がある／20世紀の経験科学的な遺産が消し去られた／統合失調症の治療には母性愛が必要？／距離の取り方も重要？／それに輪を加えているのは、時代的な病態変化（患者側も変化？）

chapter 4
現実の臨床場面 45
ケース1　30代後半の女性／ケース2　躁うつ病・20代後半の女性

chapter 5
そもそも精神医学とは 56
ピネルの精神医学／ピネル批判　身体主義者、ドイツ精神医学／ピネルの継承者も居た――ピネル、シャルコーの流れ／精神医学のその後／フーコーのピネル批判／カールバウム

質疑応答 76

本書は医療法人秀峰会が職員の研修・研鑽を目的に平成28年8月に開催した講演会の内容をまとめたものです。

開催にあたって

中村 吉伸　医療法人秀峰会 理事長
Nakamura, Yoshinobu

医療法人秀峰会 2016年度講演会を開始いたします。職員の皆さんには仕事でお疲れのところ大勢ご参加していただき、ありがとうございます。

今日の牛島定信先生の講演を大変たのしみにしておりました。先生には、テーマも何もかも全てお任せでお願いしました。結果、いただいたタイトルは「思いやりを育てる精神医学」――私ども秀峰会の絶対目標が「思いやり」ですので、感動しました。

秀峰会の人間にとってはこの演題だけで全員が聴きたくなる、それくらい期待に胸が膨らみます。本当にありがとうございます。

プロフィールを紹介いたします。牛島定信先生は福岡県に生まれて1963年（昭38）九州大学医学部卒業、同大学院および精神科医局を経て69年（昭44）国立肥前療養所（厚生技官、医長）、70年（昭45）医学博士。73年（昭48）ロンドン大学精神医学研究所留学、その後福岡大学医学部教授、91年（平3）東京慈恵会医科大学教授。定年後は同大客員教授のほか東京女子大学教授を歴任しておられます。

秀峰会には慈恵医大教授就任時より顧問をお願いして、2011年（平23）からは職員の指導もお願いしております。知悩会、各病棟においてスタッフが先生から直接指導していただいております。評判は上々で「大変わかりやすい」「とてもよい」、さらに「患者さんとのやり取りがスムーズになった」「患者さんを理解できるようになった」など、素晴らしい感想ばかりです。

牛島先生からは「そろそろ、もういいでしょう」とリタイアをほのめかされますが、「ぜひ続けてお願いします」と無理を言って今日に至っております。

北辰病院が難しい患者さんを診ることができているのも、退院時のアンケートで患者さんからの評価が高いのも、牛島先生のご指導の賜物と思っております。

さて著書ですが、沢山あって紹介しきれません（7頁参照）。私からは代表的なものだけ挙げさせていただきます。

『境界例の臨床』（金剛出版1991）、『境界性パーソナリティ障害 日本版治療ガイドラ

Profile プロフィール

牛島 定信（うしじま さだのぶ）

精神科専門医・指導医、医学博士、精神分析家

1963 九州大学医学部卒業 / 1964 九州大学医学部精神神経科学教室（大学院、副助手）/ 1969 国立肥前療養所（厚生技官、医長）/ 1970 医学博士（九州大学）/ 1972 九州大学医学部精神神経科学教室（助手）/ 1973 ロンドン大学精神医学研究所 / 1974 福岡大学医学部精神医学教室（講師、助教授、教授）/ 1991 東京慈恵会医科大学精神医学講座（教授）/ 2004 東京慈恵会医科大学（客員教授）/ 2005 東京女子大学文理学部心理学科（教授）/ 2008 東京女子大学大学院（特任教授）などを経て現在に至る。

学会活動等

日本精神分析協会正会員、訓練分析家/日本精神分析学会元会長/日本森田療法学会元理事長/日本児童青年精神医学会元理事長/日本精神衛生会理事長/日本サイコセラピー学会元理事長

主な著書

『思春期の対象関係論』金剛出版　1988 /『境界例の臨床』金剛出版　1991 /『対象関係論的精神療法』金剛出版　1996 /『心の健康を求めて 現代家族の病理』慶應義塾大学出版会　1998 /『人格の病理と精神療法 精神分析,森田療法,そして精神医学』金剛出版　2004 /『図解やさしくわかるパーソナリティ障害 正しい理解と付き合い方』ナツメ社　2012 /『パーソナリティ障害とは何か』講談社現代新書　2012　他。

共著・編著

『神経症・人格障害』中山書店　1994　シリーズ精神科症例集 /『児童青年精神医学』中山書店1994　シリーズ精神科症例集 /『ウィニコットの遊びとその概念』岩崎学術出版社　1995 /『境界例 パーソナリティの病理と治療』岩崎学術出版社　1995　思春期青年期ケース研究 /『精神分析学 その成り立ちと展開』放送大学 1996 /『精神分析療法』金原出版　1996　精神科mook /『強迫の精神病理と治療』金剛出版　1997 /『精神保健』メヂカルフレンド社　1997　最新介護福祉全書 /『神経症・心因反応・人格障害』中山書店　1998　精神科ケースライブラリー /『人格障害』中山書店　1998　臨床精神医学講座 /『現代精神分析学』放送大学 2000 /『摂食障害・性障害』中山書店　2000　臨床精神医学講座 /『人格の病理と精神療法――精神分析、森田療法そして精神医学』金剛出版　2004 /『精神分析入門』放送大学　2007 /『境界性パーソナリティ障害日本版治療ガイドライン』金剛出版　2008 /『詳解子どもと思春期の精神医学』金剛出版　2008 /『境界性パーソナリティ障害のことがよくわかる本』講談社　2008 /『境界性パーソナリティ障害の人の気持ちがよくわかる本』講談社　2011　他。

翻訳

D.W.ウィニコット『情緒発達の精神分析理論 自我の芽ばえと母なるもの』岩崎学術出版社　1977　現代精神分析双書 / E.ジェイコブソン『うつ病の精神分析』共訳　岩崎学術出版社　1983　現代精神分析双書 /『メラニー・クライン著作集 1(1921 ～ 1931)子どもの心的発達』編訳 誠信書房　1983 /『メラニー・クライン著作集 3(1933 ～ 1945)愛、罪そして償い』共編訳　誠信書房　1983 / ウィニコット『子どもと家庭 その発達と病理』監訳　誠信書房　1984 / J.レフ, C.ヴォーン『分裂病と家族の感情表出』共訳　金剛出版　1991 /『ウィニコット著作集 第8巻　精神分析的探求 3(子どもと青年期の治療相談)』監訳　岩崎学術出版社　1998 / Valerie Sutherland, Cary L.Cooper『お医者さんに効く!ストレス解消ハンドブック 職場でできる簡単ストレスマネジメント』監訳　じほう　2004 /『人間の本性 ウィニコットの講義録』監訳　誠信書房　2004 /『ウィニコット著作集 第4巻　子どもを考える』共監訳　岩崎学術出版社　2008 / フレドリック・N・ブッシュ、マリー・ラデン、セオドア・シャピロ『うつ病の力動的精神療法』共監訳　金剛出版　2010　他。

イン』編（共著／金剛出版2008）、『図解やさしくわかるパーソナリティ障害 正しい理解と付き合い方』（ナツメ社2012）等々、このほかにも著書・共編・翻訳・論文が多数ございます。

牛島先生は、日本でも有名な精神療法家です。いろいろな方が先生の話をお聴きしたいと望んでおります。本日、この機会を私どもが持てたことは光栄です。大変嬉しく思います。

牛島先生、どうぞよろしくお願いいたします。

思いやりを育てる精神医学

講師
牛島 定信
Ushijima, Sadanobu
精神科医、医学博士、精神分析家
元福岡大学医学部教授
元東京慈恵会医科大学教授
元東京女子大学教授

過分な紹介に預かり、ありがとうございました。いつもお世話になっております、牛島でございます。

中村先生より、年1回のこの講演会でぜひ話をという申し付けが私のところに回ってきました（笑）。何をお話ししようかと、ふと目に留まったのが正面の壁の「思いやり」というコトバでした。これこそが私の想い――ということで、その場で決めさせていただきました。

このコトバについては、最後のほうで改めて触れたいと思います。行き着くところはフィリップ・ピネル（Philippe Pinel／1745～1826）の精神医学ということになります。

日本で、この「思いやり」を或る意味〝恥ずかし気もなく〟きちんとコトバにして実践している精神科の病院長を、私は二人しか知りません。

一人は、私が精神科医になってから40年程お世話になった福間病院（福岡県）を創設された佐々木勇之進先生です。そして、その佐々木先生が一番信奉していたのが、薬も何もない時代に精神科病棟の全開放管理を実行した国立肥前療養所（現、国立病院機構肥前精神医療センター）院長の伊藤正雄（1913～1989）先生です。

当時、色々な問題が起こったようです。私が肥前療養所の勤務医だったとき、当直の夜間回診中に、同僚だった看護長からこんな話を聴いたことがあります。

先生、回診は今でこそ院内だけですが、昔はもう大変だったのですよ。周辺農家まで巡回しなければいけませんでした。農家の庭先でガサガサと音がする。見ると、患者さんがサッと隠れる――そういう時代を過ごしてきた――と言います。

あるいは診察中も、「この患者さんは、長崎本線を止めた豪傑ですよ」とか（笑）。私が肥前療養所にいた当時、そんな逸話を沢山聴いたものです。

他の大学（病院）では到底できない貴重な経験をさせてもらったと思っています。

全開放管理を実行した伊藤先生を尊敬し、そのあとを付いていったのが福間病院の佐々木勇之進先生です。

佐々木先生はしきりに言っておられました。「絶えず患者と共に」、在るべきは「看護者が患者と共にあることだ」。先生の創られた福間病院は今でも厚生労働省が一目置く病院として位置づけられています。

「つねに患者と共に」
「どんなに難しい患者であっても入院を断ってはならない」

そして、もうお一人方は、ここにおられる秀峰会の中村吉伸先生です。

私は25年前に東京に来て、大変驚きました。中村先生もやはり「患者の傍に入るべきは看護者」、そして「どんなに難しい患者であっても入院を断ってはならない」とおっしゃられていて、絶えず「思いやり」を口にされていたからです。

私は、こうした基礎なくして真の精神医療は成り立たないと思っています。尊敬する二人の先生がそれを見事に実践しておられます。

本日のお話は、最後はそこに持っていきたいのですが、その前にこの時代は我々が望む方向で精神医療をちゃんと支えてくれる社会なのかどうか、改めて考えてみたいと思います。私自身は今の精神医学は本物か？ということについては、甚だ疑問と言わざるを得ないのです。

chapter 1

科学の長足の進歩を背景に時代は大きく変わった

いま我々は大変な時代に生きています、生かされています。

とくに20世紀後半から21世紀にかけて、科学技術は長足の進歩を遂げました。それに伴い時代が大きく変貌したことはご承知のとおりです。

私はその影響を三つに分けて考えています。

機械が男の筋肉労働を奪った

科学技術の進歩がもっとも影響を与えたのは筋肉労働です。筋肉労働とは太陽が東に昇る前に家を出て一日中田んぼや畑を耕して、陽が西に沈むと家に戻ってくる――農作業の中にシンボリックに表れています――そして、そのときに必要とされたのは男の筋肉労働でした。

ところが機械がどんどん発達して、男の筋肉労働は必要でなくなってきました。頭脳が必要という時代がやってきて、さらに近年はその頭脳さえも人工知能にとって替わられて、ものを覚えたり、計算等は全て機械がやってくれるという時代になってきました。「男だ」と世間でも家庭でも威張っていたのが、その威張る理由がなくなってしまった。

女性の生き方も変わってきました。女性は強くなり、女性の社会進出は当たり前のものになってきました。

考えなければならないのは、それによって子供を育てる一番の基盤であった「家族」「家庭」というものが大きく変わってしまったことです。

父親がいて母親がいて、子供がいる、昔ながらの家族構造が今もそのまま通用するかというと必ずしもイエスとは言えなくなりました。親父とお袋がいる環境があるから子供がきちんと育ち大人になる――というプロセスは、今はそれほど期待できなくなったように感じています。こうしたことは待機児童問題や、「託児所トイズ（栃木県宇都宮市）」という認可外保育施設で、預けられた幼児が死んでしまったあの事件の中にもシンボリックに表れています。

とはいえ、昔の家族スタイルが理想かといえば、それもわからない。今後あるべき家

族像というものもよくわからない。若い世代がこれから作っていく家族スタイルによって子供の人格がどう育まれていくか――その辺りもわからない。つまり、わからないことだらけ、それが現実なのです。

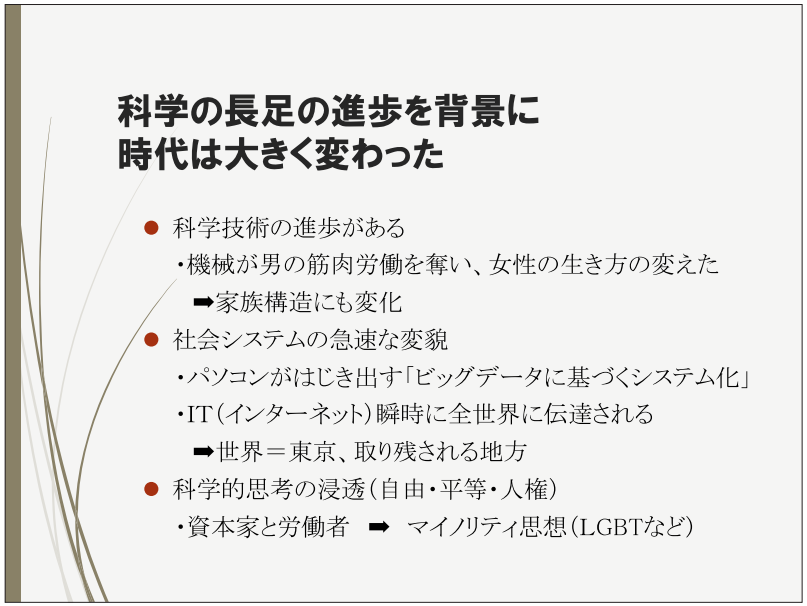
社会システムの急激な変貌

もう一つは、急激なIT化とグローバリゼーションです。パソコンが弾き出すビッグデータに基づいて社会がどんどんシステム化されています。インターネット等を通じて情報が瞬時に世界中に拡がるような時代になってきました。

申し上げたいのは、こうしたデータに基づいた〝均一化〟が精神科でも起こってしまったということです。みんな一緒、標準偏差。精神科の場合でも入院して3か月経つと退院、その後はデイケアやリハビリという感じになり、個人個人の都合や状況を考える余裕はなくなってしまいました。

個人のことを考える必要はない――というような時代です。

（図表1）



科学的思考の浸透（自由・平等・人権）

さらに科学的思考の浸透、つまり「自由・平等・人権」という考え方が浸透してきたことによる、或る意味での〝生きづらさ〟というものも出てきました。

１９６０年代、自由平等のために学生たちが一番燃えたあの安保闘争は、資本家と労働者という関係をいかに平等にするか、ということがテーマでした。

ところが今の自由平等の運動はそういうのとは違っています。たとえば、それは障害者、学歴のない人、ＬＧＢＴ（女性同性愛者Lesbian・男性同性愛者Gay・両性愛者Bisexual・性同一性障害を含む性別越境者Transgender等を意味する頭字語）等、つまりはマイノリティ（社会的少数者）の平等を訴えるための運動です。「同性愛者も一人の人間」「障害者も人間」、だから「みんな平等に」という考え方が非常に浸透してきたということです。これは「新自由主義運動」と呼ばれています。

もちろん、これは非常に大事なことです。ただ、それによって、別のいろんな問題が生じていることも考えなければいけない気がします。

精神科実践のなかで感じるのは、「障害者枠」というものが出てきたことです。制度自体は「精神障害者の社会復帰を支援する」という概念ですからそれなりに意義があります。しかし時間の経過とともに変質してしまいました。なかには精神障害者には仕立てたくない「ひきこもり」のケースまで「障害者枠」にはめ込まれる傾向があるのです。

しかも企業側がこれを利用する。障害者を雇い入れると有利なことから、ひきこもりの若者を誘導して障害者手帳を作らせるというケースが出てきました。

次第に「障害者枠」「生活保護者」という新たな社会階層が出来つつあるかのような印象です。さらに「障害者枠」の上に「フリーター（アルバイト）」「非正規社員」なども含めると、知らないうちに、とんでもない格差社会がつくられていくというわけです。

「貧困」「格差社会」という概念が一般化する傾向にありますが、精神科臨床の経験を通して見ると、こうした格差社会も、科学技術の進歩がもたらした現象の一つではないかと思えてなりません。

貧困、格差社会という概念が一般化するなか
精神障害者には仕立てたくない「ひきこもり」のケースまで
「障害者枠」にはめ込まれてしまう傾向がある。

この現象は、子供社会の中でも実は起きています。いじめも同様です。夏休み明けの9月1日になると子供の自殺が増えるとよく言われますが、何故でしょうか？　子供社会でも偏差値に基づいた学校生活というようなシステムが出来てしまっているからです。多少遊んでもいいよ、という学校生活ではありません――。一方フリースクールというのも出来て「勉強ばかりしなくてもいいよ」と、いわば両極端が入り混じったような時代です。

私は、学校生活にも格差の問題が秘められているような気がします。

chapter 2

精神医学も大きく変わった

起点はDSM-Ⅲの登場

こうしたなか精神医学も大きく変わってきました。起点は1980年に登場したDSM-Ⅲ(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders＝精神障害の診断と統計マニュアル)です。精神科に明確な操作的診断(基準)が初めて導入されたのです(図表2)。

きっかけは、アメリカとイギリスで双極性障害(躁うつ病)の発生率を研究したところハチャメチャな結果がでたことです。イギリスでは2%なのにアメリカでは10%という不一致が起こったのです。調べてみるとアメリカ人の先生が考える躁うつ病とイギリスの先生が考える躁うつ病はどうやら違うらしい、ことがわかりました。

これを統一しなければいけないということで、みんなの判断を摺り合わせて出来上がった統一基準が「操作的診断」です。

統合失調症では ①妄想 ②幻聴 ③解体した思考 ④解体した行動 ⑤平板化した感情、このうち二つ該当すればよい(統合失調症)という診断方法です。

（図表2）

精神医学も大きく変わった

起点は、DSM-Ⅲ（1980）の登場

・US-UKの躁うつ病の発病率研究の不一致

・操作的診断という手法が導入された

・操作的診断とは、たとえば、統合失調症では

A. ①妄想 ②幻聴 ③解体した思考 ④解体した行動 ⑤平板化した感情のうち、2項目

B. 社会的、職業的機能水準が著しく低下している

C. 上記は、少なくとも、6か月は継続している

DSM 精神医学、35年目の評価

そして操作的診断導入から35年が経ちました。1980年の導入時に精神科医になった先生方は若くても既に60歳にはなっているでしょう。つまり、導入以前の精神医学を知っている医師は歳月の経過とともに減少して、今や日本中の殆どの精神科医がDSM-Ⅲに基づいた教育を受けた先生ということになりました。

DSM-Ⅲ（操作的診断）は或る意味で非常に功績がありました。

各疾患の診断基準は非常に簡便なものです。「これとこれと、この症状が揃えば、これこれの診断」という具合に選んでいけば病名が出ます。そのため、精神科医が大いに歓迎したという面があります。しかも診断基準が統一ですから、精神科医間のコミュニケーションも格段によくなった。あっという間に全世界に拡がり、精神医学は考え方・治療法に至るまで世界共通（国際基準）になりつつあります。

ちなみに、以前は国によってかなり違っておりました（後述）。

DSMの操作的診断は、項目も非常にわかりやすい。眠れないとなれば、「不眠がある」と診断されます。昔ならば「統合失調症の眠れない」「うつ病の眠れない」「神経症の眠れない」と、「普通の人が眠れない」のとでは見立てが全然違っていたものです。ところ

が最近の精神医学では、みんな一緒になってしまいました。

そして、このわかりやすさが一般の人にも浸透して「精神医学はわかりやすい」となり、精神科の敷居を低くすることにつながったといわれています。

しかし忘れてならないのは、この手軽に判断できる操作的診断システムが拡がった故に、精神医療者がそのシステムに嵌(はま)って身動きがとれなくなってしまうという面も出てきました。主体的に医師自らの判断で患者さんを診て治療・面接・ケアするのが難しくなってきました。型通りとなり、融通が利かなくなった面も出てきています。

（図表3）

DSM精神医学　35年目の評価

- DSM-Ⅲ登場以来、35年を経た
- 簡便さが精神科医間のコミュニケーションをよくし、あっという間に全世界に広がった。考え方、治療法など世界共通に（国際基準）
- 項目が分かりやすいために、一般の人にも浸透した

  ➡精神科の敷居を低くした
- しかし、それが一つのシステムとなり、逆に、それに載ることを求められるという状況に

エビデンスが最重要課題に

そうやってできたＤＳＭ精神医学がどんなことになっているかということです（図表4）。

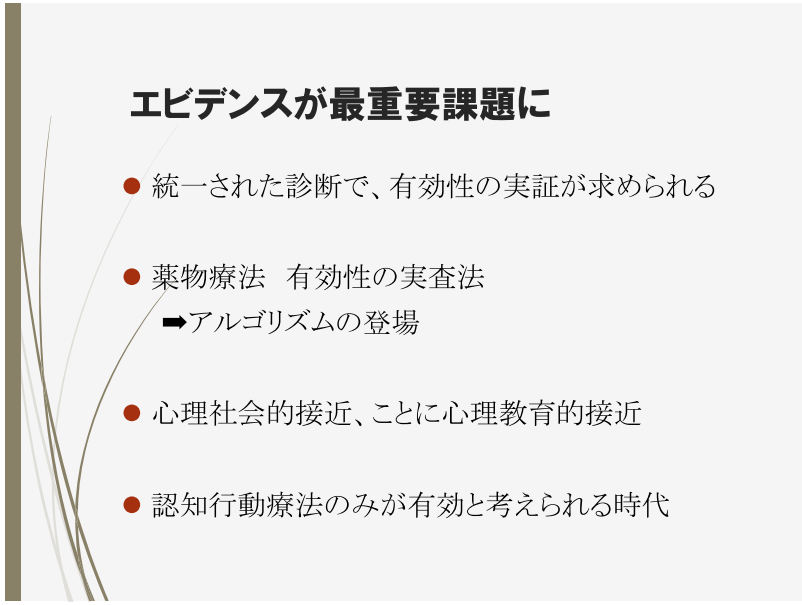
まず、統一された診断による有効性の実証が求められるようになった。ひと言でいえばシステム化です。一方、私のような「長年の経験から……こういう患者さんがいるから、こうだろう」というような昔ながらの手法、個人的な判断＝診断や考え方を治療に取り入れることは「学問ではない」「ダメ」と否定される先生も沢山出てきました。

したがって、薬物療法が有効となりました。この状態にはこの薬とこの薬で「保険適用です」という言い方が一般的になりました。

薬のつかい方も定式化＝アルゴリズム（algorithm＝問題を解くための手順の定式化）の登場です。以前は、薬のつかい方も先生によってマチマチだったのですが。

学会その他の権威によって「うつ病では最初にＳＳＲＩ（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）を投与して、充分な効果が無ければＳＮＲＩ（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）を加える…」というふうに手順まで縛られる、そういう時代になりました。デイケアや作業療法でも同じことがいえます。

（図表4）



薬物療法以外では「認知行動療法」だけが有効だとして厚生労働省は保険を適用。反対に「もっと人間的な」とか、「患者さんの気持ちを考えて、家族の状況を支えて何かしてあげないと」という部分は、「これは治療ではない」となってしまいました。

生物学的な考え方の普及

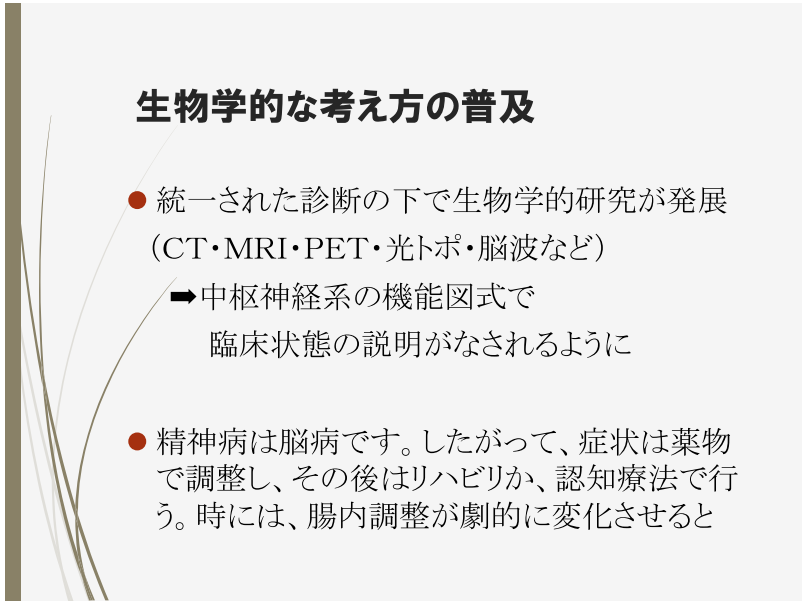
統一診断の下で生物学的研究も発達してきました（図表5）。科学技術の発展によりCT・MRI・PET・光トポグラフィー・脳波などを用いた研究によって、脳の中のことも色々わかってきました。

加えて中枢神経系の機能も詳細にわかってきました。私は2か月に一度、某大学にケースカンファレンスのために行くのですが、その際「この患者さんのこの症状は、扁桃体のこの部分と脳下垂体のこの部分の結合が悪いからこのような症状が出る…」というような説明をする偉い先生が少なくありません。

そういう時代になっていると驚いています。

私は、何でもかんでも脳の中に持っていかずに「家庭でいろいろ嫌な目に遭い、こんなに辛いことになっている」くらいの説明でもいいんじゃないか（笑）、と思うことが時々

（図表5）



あるのですが、それでは許されない時代のようです。脳の中の出来事として考える――ことが主流になってきました。

薬局に配置してあるパンフレットを眺めてみると、「双極性障害、躁うつ病は脳病です」「統合失調症は脳病です」、したがって「症状は薬物で調整し、その後はリハビリか認知行動療法を行う」等々ということが堂々と書いてあります。

予防精神医学を登場させた

こうした傾向のなかで「予防精神医学」を口にする人も増えてきました（図表6）。統合失調症の初回エピソードの研究により「最初の発病から治療までの期間が長いと予後が悪い」ことがわかってきたのです。つまり精神病未治療期間＝DUP（During Untreated Period）のことですが、そのDUPをできるだけ減らすためには「教育現場で統合失調症やうつ病の症状をしっかり学ばせてチェックリストを持たせるようにしよう」というふうになっているというわけです。

それから「ARMS（At Risk Mental State＝発病危険状態）」というのもあります。はっきりとはしないけれども一過性の精神病症状を呈する状態があった場合、それを「一刻も

（図表6）

予防精神医学を登場させた

- 初回エピソード（統合失調症）
  精神病未治療期間（DUP）
- 発病危険状態　ARMS（at risk mental state）
  1. 微弱な陽性症状
  2. 短期間の観血的精神病症状
  3. 精神病になりやすい特性（家族歴・性格）

早く見つけて治療するほうがよい」という考え方です。しかしARMS状態の人で、実際に統合失調症に発展するケースは3年間でおよそ35%くらいです。すると、果たしてそれが予防になるのかという疑問も生じてきます。

ともあれ「予防精神医学」が議論されてきていることは確かです。

DSM-5、5つの無念

繰り返しになりますが、DSM-Ⅲが登場して35年経ちました。そして今、それはどのように評価されているでしょうか？　2015年に出たDSM-5では「5つの無念」ということが語られています（図表7）。

まず「生物学的マーカー」です。たとえば統合失調症ならCTやMRI、あるいは化学物質でもいいのですが「○○○所見があったら統合失調症に間違いない」というような明確な検査所見を示すつもりでしたが、それが上手く行かなかった。

また科学的データに基づいて「適格な治療法の提示」をするつもりだったのに、これもダメだった。

「予防概念」を導入できるはずであったのに、予防法（早期発見・早期治療）を示すことも

（図表7）

DSM-5、5つの無念

1. 生物学的マーカーを導入できるはずであった
2. 適格な治療法が提示できるはずであった
3. 予防概念（予兆の整理と初期診断・初期治療）を導入できるはずであった
4. ディメンジョン分類が可能なはずであった（状態・重篤度などの数量化）
5. 併存診断のもたらす混乱を解決できるはずであった

叶わなかった。

「ディメンジョン分類（状態・重篤度などの数量化）」が可能なはずであったが、どの程度の病気かということの数量化は実現不可能であった。

さらにDSM-Ⅲの導入後は、一人の患者さんに病名が4つも5つも付くようになってしまった。双極性障害、解離性障害、パーソナリティ障害とか、一人のケースに複数の病名が付いてしまう――。この併存診断の混乱を整理して解決できるはずであったのに、これも叶わなかった。

結局、「ダメ」が5つになってしまった。DSM精神医学が行き詰まっているということです。

DSM研究に巨額の研究費をつぎ込んでいるNIMH（国立精神衛生研究所）という組織がアメリカにあるのですが、この体たらくならば研究費を削減するほかないと言い出したという説もあります。

つまりDSMはチェックリスト（操作的診断）という手法のわかりやすさ故に拡く浸透して、それに基づいた治療法、さらには予防法を含むさまざまなシステム化が進んだわけですが、それが「行き詰まっている」のではないか、ということです。もちろん、その一方で、今も、いきり立ってその方向を推進しようとする人たちも沢山いることを忘れてはなりません。

これが今、我々精神科医が置かれている現状です。臨床現場の方々は「DSM精神医学だけではどうも上手くいかない」と思っているとも言えるでしょう。

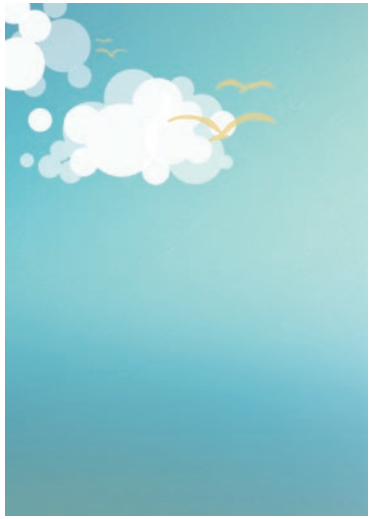


Illustration by Airi Ono (p6, 18, 22, 33)

chapter 3

DSM精神医学の限界

チェックリスト（操作的診断）では限界がある

人間には、それが治療者ならば「患者に寄り添いつつ感じ取り、読み込む心理」というものがあります。どの患者にもその人特有の個々の生活があり、人生があり、さらには家族がいます。治療者はそこを忘れてはいけない。その上で患者が今訴えている苦しみを理解せねばならないのです（図表8上）。

ところがDSM精神医学は、これを省いてチェックリストを用いて表面の症状から診断しようとするために、患者の人間的な部分までは手が届かない……。このことについて、アメリカの研究者ナンシー・C・アンドレアセンは「DSMの脱人間化作用（dehumanizing impact）」と指摘しています。

今後はこうしたことにも注目しなければならないということです。

（図表8）

20世紀の経験科学的な遺産が消し去られた

とくに20世紀後半は、精神医学においても非常に重要です。経験科学的に編み出された色々なものの考え方や経験が豊富に蓄積された時代と言えます。ところがＤＳＭの操作的診断の登場で、その貴重な遺産が消し去られてしまいました（図表8下）。

たとえば、「妄想」。妄想にも一次性・二次性の区別があります、さらには「有り得べからざることを確信してしまう状態」という定義があります。ところが、これも緩んでしまいました。

記憶に新しいのは、２０１６年に相模原で起きた障害者施設の襲撃事件です。あの犯人には「妄想性障害」という診断が付けられました。しかし、果たしてそうでしょうか？私は一体何を考えているか、あれは妄想などではない、と思うわけです。

人類の歴史には、昔から障害者差別の歴史があります。そして人類は「自由・平等・人権」という思想の下、健常者も障害者もみんな一緒に共同生活が行われるべきと考えて、今日の我々の社会生活が営まれているのです。「障害者の否定は良識的ではない」と人類が定めたわけです。

一方、あの犯人が抱く「障害者は抹殺されるべき」という考えは「妄想」ではありません。それは「狂信（fanaticalidea）」という概念です。狂信とは「狂った、信じる」と書きます。

ところがチェックリスト（操作的診断）では「妄想」になってしまった。そのため「妄想性障害」という病名が付いてしまい、おかしな方向に行ってしまった。

この事態に対し、「診断した医者に問題があった」と言いだせば（チェックリストだとそうなるのだから）天下がひっくり返るほどの大騒ぎになってしまいます。だから厚生労働省はこれを抑え込んでしまって「あの診断と処置には間違いはなかった」ということにしてしまったのでしょう。

しかし、これは恐らく「ＤＳＭ診断法がもたらした欠陥」だろうと私は思います。

それから「幻聴」にも、真性・偽・解離性があります。偽幻覚はヒステリーといわれるものに生じます。多重人格の方は、しばしばきれいな幻聴が聴こえてきます。ところがＤＳＭ診断では「これも統合失調症」と、そういうことになってしまいます。偽幻覚かどうかがわかっていれば、そういう診断を下すことはないのですが。

「不眠」も、統合失調症の人が訴える不眠と躁うつ病の人が訴える不眠、うつ病の人が訴える不眠、さらに私が「眠れない」と慢性的に訴える不眠とは、実は内容が全然違います。それを識別できれば病名を付けられるはずなんです。ところが「不眠の症状がある」と書くだけなので、「睡眠導入剤を使う」ということで終わってしまう……。

これに対し、我々の場合は、統合失調症の不眠症を診たら抗精神病薬を使うし、うつ病のこれを診たら抗うつ薬を投与します。しかし今のやり方では、うつ病には抗うつ薬を使うけれども、不眠症には不眠薬を使うという、短絡的かつ奇妙なことが起こってしまっています。

20世紀にきれいに分けて学問的に論じられていたものが、今の臨床現場では殆どその経験は消えてしまいました。

統合失調症の治療には母性愛が必要？

かつては、色々な経験がものを言いました。たとえば統合失調症にはこのような話が幾つも転がっています。

シュビング夫人（G.Schwing）は、部屋に籠って身動きひとつしない患者を毎日訪ねて、ただ「傍にいる」ことを繰り返しました。しばらくして患者が話すようになった、という経験を報告して有名になりました。その結果、統合失調症には、〝母なるもの〟が必要だということになりました。

セシュエー（M.Sechehaye）は、ルネという少女を一生懸命治療して、最初はルネが何を求めているのかわかりませんでしたが、遂には付きとめました。ルネが見つめるリンゴを二つ手に取って自らの乳房の上に重ねて「ルネはこれが欲しいのよね」と言いました。そのときに初めてルネと気持ちが通じた、とセシュエーは報告しています。

これをセシュエーは「シンボリック・リアリゼーション（symbolic realization）」と称し、統合失調症の治療には母性愛が必要であることを示しました。

いずれも薬がない時代の話です。しかし、その治療によって明らかに患者は変わっていきました。「嘘でしょう？」と疑うかもしれませんが、間違いなく治療の効果であったのです。

最近、斎藤環（たまき）（精神科医、批評家）氏が「オープン・ダイアローグ」という精神療法を紹介していますが、これも「毎日、一定時間会話をする」というもので、シンプルな心理的交わりが患者の症状を軽くするということを実践しています。

距離の取り方も重要？

なお、その後、統合失調症をめぐっては「母親的愛情を施せば治療になるか？」というと、そうとばかりは言えないことも段々わかってきました。「パラタクシス（Parataxic）」と呼ばれる非常に複雑な関係が生じやすいことから、「距離の取り方が重要」と教えてくれたのはサリヴァン（H.S. Sullivan）やハロルド・サールズ（H.F.Searles）等、沢山の先生方の経験です。

20世紀の経験科学的な見解は数多く示されています。しかし、今はその話をしても耳を傾けてくれる人は殆どおりません。恐らく、耳を傾けてくれるのは北辰病院と楽山病院のスタッフくらいでしょう。他のところでは殆ど通じません（笑）。

こういう時代になった、ということをまず認識しなければならないでしょう。決して科学的とは言えないのです。

大事なことは、20世紀の財産を簡単に放り出してしまったという現実を認識して、もう一度いかにしてそれを掘り返すか、だと私は思います。

それに輪を加えているのは時代的な病態変化（患者側も変化？）

もう一つ、大事なことがあります。患者側も変わってしまったことです。このことも知っておかねばなりません（図表9）。

今から50年前、私が精神科の医者になったばかりの頃、統合失調症というのは非常に真面目で社会適応が良く、20歳過ぎるまでは本当に模範男性・女性というような人たちが或る日ストレスを引き金に突然発病する――そういうのが一般的でした。したがって20歳を過ぎて初めて生活が崩れる、興奮と昏迷状態に陥る、妄想を呈するようになる、これがいわば共通認識でした。教科書にもそう書かれていました。

順調な人生を歩んでいた人が突然ガタンと崩れてしまう。これをクニック（Knick）、「中折れ」「折れ線」と言います。ガタンと折れるようなポイントがあって、初めて精神病が出現するのです。これは躁うつ病にも同じことが言えると思います。20歳を過ぎて、突然そんなふうになってしまうのが特徴でした。

なお、子供の場合は「子供の統合失調症」「子供の躁うつ病」というように大人と区別して使っていました。それくらい子供では稀だったからです。

ところが、これも最近は何が何だかよくわからなくなってきました。

まとめますと、精神病は軽症化していると言えるでしょう。患者も昔のように奇妙奇天烈、奇怪というイメージではありません。私が精神科医になって初めて病棟に行ったときは腰を抜かすほど驚いたものですが、今はそんなことはない。病棟でも社会でも精神科の患者さんは普通の人と今はそう変わらない。精神病が非常に軽症化しています。

その一方で、パーソナリティ障害と区別がつかないケースが増えています。

神経症では、強迫神経症、ヒステリー神経症の患者が非常に重症化していて、これもパーソナリティ障害みたいになってきています。

つまり、精神科治療が必要な人は「パーソナリティ障害」みたいになってしまっている、ということです。

繰り返しになりますが、かつて精神病患者といえば、20歳くらいまでは何の問題もなく社会生活を送っていた人が一般的だったのです。ところが今は小学校高学年や中学高校でも不登校や摂食障害、自傷行為、暴力行為などが見られます。今の患者さんのカルテをみて不思議に思うのは、発病時期は〝20歳、30歳過ぎてから〟と書いてありますが、生活史のほうには「小学生のときにいじめがあった」との記述があることです。診察医

（図表9）

それに輪を加えているのは

- 時代的な病態変化である
  ↓
- 精神病の軽症化でパーソナリティ障害に近くなる
- 神経症の重症化でパーソナリティ障害の状態に
- 精神病と神経症の境界が曖昧になり、併存診断を増やした
  ↓
- こうした重なり合う病態を描き出すのにチェックリストでは限界
- 表面の症状だけではなく、背後の人格をも併せ考える必要が

が聴きだしたというより、これは恐らく患者自身あるいは家族が発言したのでしょう。

小学校高学年、中学高校で精神病の症状と思われる節があります。

私は小中学校の先生方と研究会をやっていますが、「学校に行かなくなった中学生が一週間ほどしてまた行きだす。そして、また休む……」というケースが珍しくないそうです。しかしながら登校拒否は本来、行かないといったら絶対に行かないのが普通です。「突然また行きだす」というのは、どうも統合失調症の昏迷らしい症状と言えます。そして、そういう人が小学校、中学高校から既に大勢いるというのです。

パーソナリティ障害の程度も、20代、30代では精神病とまでは言えない状況の人が40代で精神病の状態に陥るケースもあります。つまり神経症なのかパーソナリティ障害なのか、あるいは精神病なのか、区別できない状態が長く続いていた人が、40代で病名がはっきりとする――この場合、チェックリストだけではどうにもならないのです。

今の精神病患者さんは、普通の人とそう変わらない。
精神病が非常に軽症化している――。
その一方でパーソナリティ障害と区別がつかないケースが増えている。

chapter 4

現実の臨床場面

ケース1 30代後半の女性

患者の具体例を紹介いたします。まず「30代後半の女性」のケースです（図表10）。

小学校は12歳まで父親の仕事の関係でドイツで過ごしています。帰国後は中高一貫校から都内の有名大学に進学卒業、いわゆるエリートコースを辿っています。しかし、その一方で12歳で帰国した頃から「死にたい」気持ちに襲われるようになり、それは今尚続いています。さらに高校のときには拒食過食の摂食障害に陥って辛い日々を過ごした、と言います。

26歳のときウィーンに1年間バレエ留学。そして帰国後まもなく、自室に沢山の刃物を隠し持っていることが発覚して精神科を受診することになりました。かなり深刻な状態で、典型的な「境界性パーソナリティ障害」と診断されて治療を開始しています。

この十年余で3名の精神科医を受診。しかし状態は一進一退で自傷行為等を繰り返して、先が見えないと……母親と二人で上京したのをきっかけに私のところにきました。患者は当時、地方都市に住んでいたのです。父親は既に亡くなり7〜8年経っています。

初診時、彼女は「バレエを続けていれば来世も生きていける」と言い、また「現在もっとも気がかりなのは家賃が支払えるかどうか」だと口にしました。

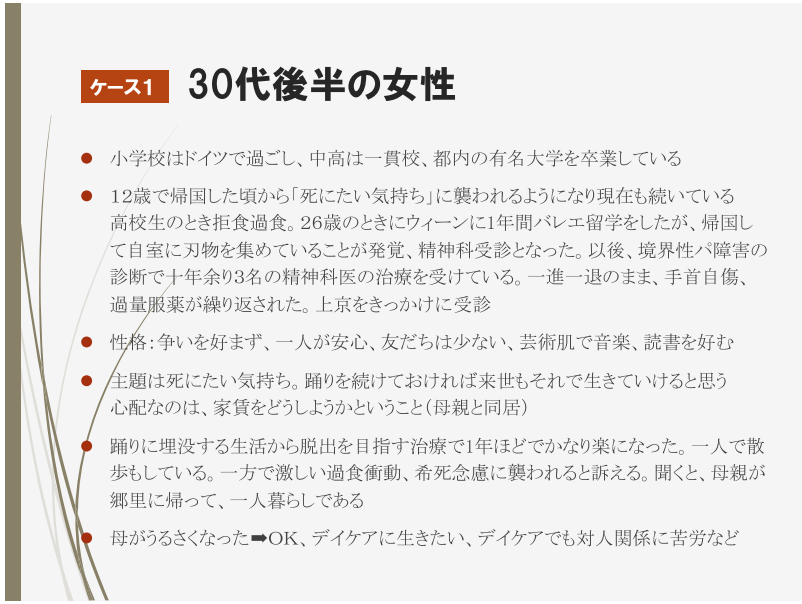
死にたい気持ちを抱えたまま何のためらいもなく単身ウィーンに留学する非現実性。通常ならこの状態では腰が引けるはずなのに怯みもしない。さらには来世の心配と現実の生活費の心配、という不釣り合いな組み合わせ。

幻覚妄想をはじめとした精神病性の症状は認めないが、考え方があまり現実的ではないと考えて性格を聴いてみました。「争いを好まず、一人のほうが安心、友人は少なく、芸術肌で音楽や読書を好む」とのこと。そこで「スキゾタイパル（統合失調症型パーソナリティ障害）」と考えて、治療を開始しました。

今も続けているというバレエの練習はほどほどに、心をゆっくりとをモットーに毎日の生活をアドバイスをして、コントミン300mg／日 程度の薬物療法を始めました。2〜3週に1回程度の外来治療です。

1年ほどして、「ずいぶん楽になった。でも、この1週間くらい高校時代の過食が出

（図表10）



ていて辛い、死にたい気持ちが倍増している」と訴えます。そうなった理由はわからないと言います。

日々の生活を中心にした話をするうちに、母親が自宅の管理のため郷里に帰っていることが判明しました。不安定の要因がそれだとは本人は認識していないものの、私は過食と希死念慮の増悪の原因はこれだと思いました。一人で過ごすことが負担になっていると考えたのです。

診察室で彼女に母親の携帯に電話をかけさせて、途中で替わって「1日1回は電話で話すように」とお願いしました。次の診察のとき、患者は「多少はよくなったが基本的には変わらない」と報告しました。

「電話ではお母さんの声を聴くだけ？ それともお母さんの顔を思い浮かべながら話しているの？」と尋ねました。以前の電話の様子から、私は、母親と彼女の会話は表面的なやりとりだと感じていたのです。

「ただ話すだけ」と彼女は言います。「じゃあ今度話すときは、そのときのお母さんの表情とか着ている服とか、姿を想像しながら話してごらん。もし様子が浮かばなかったら、お母さんに尋ねてみればいい」と伝えました。

言いたいことは、こういうことです。

生まれたばかりの赤ん坊は母親の乳房にしがみついておっぱいを吸うだけで顔を見ることはないのですが、1～2歳になるとちゃんと母親の顔をみて、その表情をみることで自分が元気になったり、あるいは母親に笑顔を求めたりするのです。

この関係性について、乳房相手の関係を「部分対象関係」、顔を見ながらの関係を「全体対象関係」と言います。

私は、患者に後者の関係を築くよう促したのです。

患者は私の提案を実験したようです。1か月後の面接では「やはり違いますね。母の顔を思い浮かべながら話すと違います、安心します」と言いました。その後、母親が戻ったこともあり再び安定した状態を取り戻しました。

しかし、その安定は半年も保てませんでした。今度は「母がうるさくて仕方ない、何やかやと干渉してきます」と訴えます。これまでも同じ母親が実は居たはずなのです。ですが最近になって気づいた、ということでしょう。

「成長したじゃない」と支持してやると、「ビックリですね。具合が悪くなったと言われるかと思いました。成長したと言われて、救われました」。

時々キレていたこととも関係あるのでしょうか。「外のほうがいいのでアルバイトでも始めたい」と言います。クリニックにはデイケアがあることを伝えて紹介することにしました。

始めたばかりのときは、何かと気を遣ってストレスを溜めては休んだりしていました。母親と一緒がいいか、デイケアがいいか――しばらくはバランス取りが続いていました。そして次第にデイケアの日常に馴染んで行きました。母親が数か月にひと月ほど地方の自宅に行って東京の家を留守にするのですが、母親が居ない間もそれほど気にならなくなってきました。デイケアでは、カラオケなども愉しむようです。歌に心がこもっていて上手いとスタッフに褒められたりしています。

それまでの彼女は家庭外の人間との接触は皆無だったのですが、今は熱心にデイケアに通う姿がみられます。私を受診してから3年ほど経って、最近は過去に遡った話も色々してくれます。「帰国して中高一貫校に入って、皆に付いていけるだろうかと酷く混乱していた」「高校では摂食障害になってとても追い詰められていた」。

精神的に自律して家庭外に対象を求める段階での挫折が主題であったということです。統合失調症、あるいはその近縁領域の状態であっても、そこには「一人の人間の人生がかかっている」と示してくれた気がします。

「脳の異常」だけではないのです。

ケース2 躁うつ病・20代後半の女性

次のケースは、躁うつ病の女性です（図表11）。

28歳のときに私のところにきました。19歳で渡米して大学、大学院へと進んだが指導教官と反りが合わずバランスを崩してうつ病になった、25歳で発病した、と言います。アメリカでクリニックを受診したところ「うつ病」と診断されて、SSRIの投薬と認知行動療法を受けた。しかし調子は戻らない、たまらなくなって日本に帰国した。

帰国してまもなく祖母が亡くなり、そこから益々具合が悪くなって、様子もおかしくなってきた。どんなふうにおかしくなったのか？ 日中は落ち込んで死にたい気持ちに襲われるのに、夜になると元気になって真夜中にゴソゴソと起きだして勉強しないと気がすまない。精神科を受診したところ「双極性障害である」と――薬も何種類も処方されたが、よくならない、それで私のところにきた――というのです。

私が診ても、双極性障害であることは間違いないようです。処方も必ずしも間違っていない。ただ、よくよく聴いていくと、大学院のときに指導教官のことで苦心惨憺（さんたん）しただけでなく、当時、I型糖尿病を患ったこともわかりました。I型糖尿病は結構手がかかります。治療上きちんとした生活をしなくてはならないため、それでバランスを壊したところもあったそうです。でも、それも何とか切り抜けた――まあ、色々あったとい

（図表11）

ケース2 躁うつ病・20代後半の女性

- 19歳で渡米、大学、大学院、そしてうつ病になって混乱、帰国、双極性障害として治療を受けてきた
- もの静かだが、夜になると元気になり、勉強に励む。時にイライラ。ブロナセリン程度の抗精神病薬が有効なことも
- 米国では、語学留学のつもりで行ったが、頑張って勉強すると大学へ、大学院へと進むことができた。その間、IDDMにも、しかし大学院で指導教官と上手くいかず混乱、何も手がつかなくなった
- 高校2年のとき、やる気を失って、不登校になった。中学1年のとき、やる気がなくなって、しばらく不登校に。まもなく復学に
- アルバイトに。米国に帰る気持ちは薄くなった。母は帰米を勧める
- 父親が単身赴任で母と二人に。圧倒され、母親に振り回された
- 同級生とは心和む。バイト先で元気に。彼氏ができ、結婚

うことです。

もう一つ、彼女に生活指導していてわかったことがあります。高校2年生のときにも「うつ病になった」と言うのです。

実は、私が一番不思議だったのは、19歳の高校を出たばかりの女の子が単身渡米したことでした。自身は「最初は語学研修にでも出かける感じで、あとは帰ってから大学に入ればいい…」くらいの感覚だったようです。ところが向こうで一生懸命頑張っていたらアメリカの大学にも行ける水準になり、それで大学に進んで、卒業すると今度は大学院まで行けるということになった。

当時を振り返って「非常に気を張っていました」と言います。

そして帰国後は「大学院に戻らなければいけない」と「戻りたくない」が交錯するようになりました。大学院の途中ですから、母親は「大学院に戻りなさい」と言う。しかし、彼女の中には「もうコリゴリ」という気持ちもある。そのうちに中学の友人たちと会って思い出話に浸ったり、昔の知人を懐かしく思ったりしているうちに、次第にアメリカに戻って勉強するという気が失せてしまう――。

それからは急速に状態が落ち着いてきました。母親も諦めてしまいました。

さらに驚いたことは、高校だけでなく、実は中学1年生でもうつ病になったことがはっ

きりしたことです。「不登校になった、でもまた学校に行けるようになって高校に進学した。でも高校でもうつ病になって不登校。しばらくして復学。その後、今度はそれをひっくり返すかのごとくアメリカに渡った」という経過です。

この患者さんは恐らく中学、さらに高校でも「躁病」になった可能性が非常に高い。しかし普通に学校に通い、勉強して皆と一緒に生活してきたわけですから、躁状態ではなく軽躁状態ということでしょう。でも非常に気を張っていたということですから、ただ事でなかったことは確かです。

一般の精神科医は、双極性障害は脳病だとして「薬で調整」と言います。でも、この方の躁病は人生をかけた躁病であった。

そして、そういうことがわかってきて「平凡な人生でいいじゃないか」となってくる。言い換えると、母親に引っ掻き回された私の人生があったことに本人が気づき始めたのです。またそのあたりで調整がつくと、アルバイトに行くようになります。そしてアルバイト先など生活の中でいろんな人と巡り合って、恋人ができて結婚する――すると驚くほど落ち着きをみせるようになります。治ってしまう。

もちろん今は薬も必要ないです。

人生をかけた躁うつ病もある
精神病という状態は
見方によっては一人の人生の一端を表している

今は、躁うつ病は脳の病気と決めてかかってしまうのですが、こうした経過をみると、人生の或る出来事を乗り越えようとして失敗して、またそれを乗り越えようとして生じる躁病もあるということです。

まさに人生をかけた躁うつ病です。

それから双極性障害の人は跳ねたところがありますが、平凡になって初めて落ち着く、ところがあります。留学してアメリカの大学院で政治学を学ぶほど上昇志向の強い人が、ごく普通の男性と一緒になって安心する――見ようによっては不思議な感じがするかもしれませんが、ご本人が「これがまともな人生だった」と言えるようになると思います。

このケースから学ぶことは、我々が精神病と呼ぶ状態は、見方によっては一人の人生の一端を表しているということです。

chapter 5

そもそも精神医学とは

考えなければならないのは、学問として今日の最先端を行く精神医学と、私たちのように臨床現場で患者とともに在る精神医学を比べたとき「そもそも精神医学とは何か？」ということだと思うのです。

ピネルの精神医学

昔、精神病に対して「悪魔憑き」「霊が憑いた」というような捉え方をした時代が長くありました。それを最初に打ち破ったのは、フランスの精神科医フィリップ・ピネル（P.Pinel／1745～1826）でした（図表12）。

ピネルは1826年まで生存しています。その意味では、フランス国王ルイ16世の王

（図表12）

妃マリー・アントワネットが斬首（1793年10月16日）された現場にも居合わせたという、そういう時代を生きた方です。

ピネルは、1792年に当時パリ周辺の精神疾患患者や囚人を一堂に収監していたビセートル病院の院長となり、その後サルペトリエール病院に移りました。こちらはパリ13区のど真ん中なので、日本人にはサルペトリエール病院のほうが有名かもしれません。精神科の社会復帰活動などを盛んにやっている病院です。そしてこの病院の駐車場の片隅には今もピネル先生の銅像があります。

図表13は、今も昔も教科書に必ず登場する絵です。「悪魔憑き」だとして幽閉されていた人たちを鎖から解放するところを描いた油絵です。サルペトリエール病院の2階の図書館に行く階段の踊り場のところに飾ってあります。

「この人たちは悪魔憑きでなく病人である」という考え方を最初に示した象徴的な絵です。したがって「病人なのだから、我々はその患者のケアをしなければいけない」ということです。そして「精神病の人は普通の社会生活のなかではバランスを壊してしまうが、きちんとした保養所（病院）で看守ってあげると病気は自然に治まってくる」とピネルは言っています。

さらに、精神病には「マニー（Manic episode）」「メランコリー（Melancoly）」「痴呆」「白痴」の4種類あると示しています。ちなみにマニーとは統合失調症のことです。

（図表13）

（図表14）

ピネルの精神医学

- 精神病状態は、社会的刺激から隔離して保護してやると自然に治まってくる（ビゼートル、サルペトリエール）
  道徳的処遇（moral treatment）←乱暴な（brutal）
- マニー・メランコリー・痴呆・白痴の4分類
- 発病には、外傷、ストレスが重要な役割を果たし、その背後にパーソナリティを含む個体の「感受性」（脆弱性）問題がある
- 看護者の質が成否を決する

発病の原因はストレス・外傷・トラウマが重要な役割を果たすが、患者の背後にあるパーソナリティを含む、いろんな個人的な「感受性（脆弱性）」に問題がある――ということを言っています。こうしたものを持った人がストレスに晒されて精神病を発症するとピネルは示しています。

したがって、精神病の人を殴ったり、叩いたり、鎖でつないだりすることは間違っていて、むしろ人間的なケアをするのが大事という考え方です。「道徳療法」と呼ばれています。

看護者の質が治療の善し悪しを決める――ピネル

特筆すべきは、ピネルが「看護者の質が患者の治る・治らないを決める」と言っていることです。冒頭で申し上げた福間病院の佐々木勇之進先生、そして中村吉伸先生の考え方にもつながります。

看護者の質が治療の善し悪しを決める、ということです。

ピネル批判
身体主義者、ドイツ精神医学

ピネルの考え方を痛烈に批判をした一群の精神科医がいたことも忘れてはなりません。ドイツ精神医学の人たちです。

図表15のE・クレペリン（Emil Kraepelin／1856～1926）とK・ヤスパース（Karl Theosor Jaspers／1883～1969）、さらにW・グリージンガー（Wilhelm Griesinger／1817～1868）などが有名です。グリージンガーは「精神病は脳の病気である」というコトバを残しました。これが決定的になったと言われています。（図表16）

しかし、何がそうさせたのでしょうか？

「脳の病気」ということにしないと医学の仲間入りできないという事情がありました。「ストレスによる反応」では福祉問題になってしまう＝医学の問題ではなくなってしまう。何とか医学の形に仕上げるためには、脳の病気でなければならなかった。これがドイツ精神医学の始まりであります。

したがってドイツ精神医学の人たちは、ピネルのやり方・考え方を痛烈に批判しました。それが後に続きます。

1897年、クレペリンは「内因性概念」――内因性精神病、統合失調症と躁うつ病

（図表15）

（図表16）

という病気は、原因は不明だが、脳の中に原因をもつ病気である――という考え方を示して、これは現代の精神医学の起点となったと言われています。

またヤスパースは、患者がどんな症状を示すかをまとめるにあたって精神を「知・情・意」に区別し、幻覚、妄想……等を分類して、これが今精神科で使われている「症状のシステム化」につながります。ヤスパースの「精神病理学（症候学）」が日本に伝わり、我が国の精神医学が確立されました。精神医学にはこういう歴史があります。

ピネルの継承者も居た
――ピネル、シャルコーの流れ

ところで、1800年代にピネルが築いた精神医学は消えてしまったのでしょうか？決してそうではありません。その後もフランスで継承されました。なかでもJM・シャルコー（Jean Martin Charcot／1825～1893）の功績は重要でした（図表17）。

シャルコーといえば催眠でヒステリー症状をつくったことで有名ですが、それはピネルの精神医学の連続線上にありました。

シャルコーは沢山の発見をして、大勢の弟子（図表18・19）を輩出しました。19世紀末までに精神医学上の重要な人物を沢山育てています。大勢の人がシャルコーの影響を受けていたのです。

ドイツ精神医学が世界を支配したといわれるなか一方で、ピネルの継承者（心理主義）も大勢いたということです。

S・フロイト（Sigmund Freud／1856～1939）もその一人でした。フロイトは29歳のときに仏サルペトリエール病院に留学しています。ヒステリー症状が人工的につくられることを知り大変驚いたと言っています。それを基に「精神分析学」を発展させました。

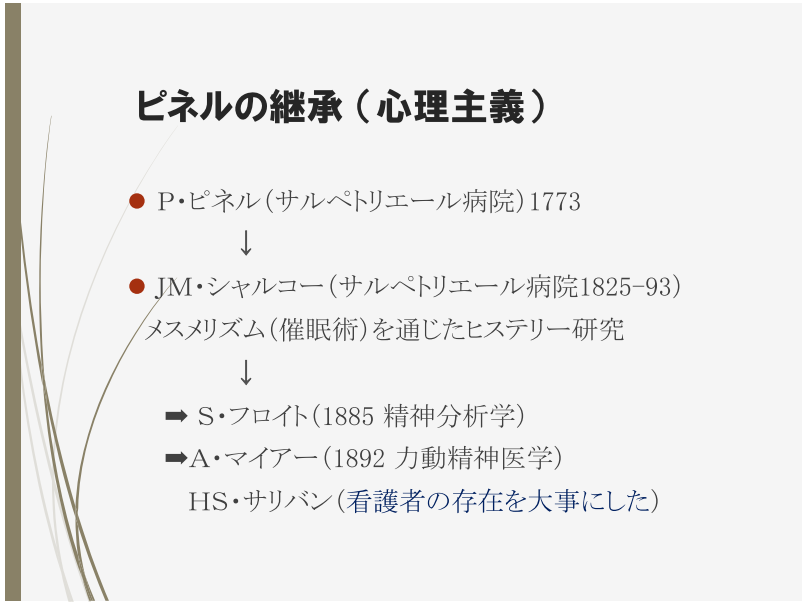
精神病にしろ、神経症にしろ「心理学的な側面を忘れてはいけない」ということをフロイトは力説したというわけです。

さらにA・マイヤー（Adolf Meyer／1866～1950）がいます。スイスからシャルコーのところに行って学んでいます。その後アメリカに渡り、マイヤーはアメリカの精神医

（図表17）

（図表18）

（図表19）



学の基礎を築きました。「力動精神医学」です。

ドイツ精神医学とは異なり、マイヤーは「精神病はストレスや外傷に反応して起こった状態である」という考え方を示しています。それがフロイトと結びついて、アメリカで「力動精神医学」として発展しました。これが20世紀初めから1960年代、70年代までのアメリカ精神医学の流れをつくります。

精神医学のその後

ところが1950年、精神分析治療に関する惨憺（さんたん）たる研究結果が発表されました。科学的思考が発展したことにも関係していると思います（図表20）。

有名なのはメニンガークリニック（Menninger clinic／カンザス州）という病院の研究ですが、「精神分析療法を施したケースで治療効果はどれくらいあったのか」を調べたところ、「殆ど変化は見られなかった」「殆どのケースで症状は残ったままだった」という結果が出たのです。関係者は、これに非常にショックを受けました。

研究が開始された背景には当時、「精神分析ばかりやっても仕方ないだろう」という批判が強くなったことがあります。その批判に対し「精神分析は有効」であることを示

そうと研究が始まったのです。ところが、惨憺たる結果となった。精神分析療法が全く有効でないとわかってしまった。

結果として、そこから「行動療法」あるいは「脳研究」の研究者たちが勢いづくことになります。もちろん、1955年にクロールプロマジンという向精神薬が導入・発展してきたことも忘れてはなりません。

このあたりから精神医学が急速に変わっていきました。さらにデイケアなど社会療法も加わって、病院への収容主義が批判される流れになってきたこともあります。

薬を使う、デイケアをする、それから家族療法をする、認知行動療法をする――現在はそういう流れになっています。

ピネル以降、シャルコーそれからマイヤーに繋がっていく精神医学は現在、存亡の危機にあるということです。

（図表20）

フーコーのピネル批判

フランスの哲学者ミシェル・フーコー（Michel Foucault／1926〜1984）が、ピネルから現代に至る精神医学に対して面白い批判をしています（図表21）。

ピネルは自身の治療を「道徳療法」と称して「患者を道徳的に扱わなければならない」と提唱しました。それに対して1972年、フーコーは「ピネルは道徳の名において人間の本性である非理性がもつ将来、可能性を葬った」と批判したのです。

なお、この「道徳の名において」の部分は、現代では「適応の名において」「科学の名において」とも置き換えられると思います。そしてフーコーは、それによって〝人間の本性〟が否定されてしまったと。

人間のなかに潜む非合理性、矛盾、訳のわからない感情、衝動、本能だけでは説明のつかない何か……人間のそういう部分こそが実は精神病を引き起こす本質ではないのか、精神病患者が妄想や幻覚を示すのも、その狂気の中でその人間は必死に生きようともがいている部分がある――そのようにフーコーは言っています。

ピネルは、確かに偉かった。患者を鎖から解放した。

でもピネルは道徳性や博愛主義という面からそこに入っている。ならば、真の意味でそれは「人間の真髄を突いたのか？」疑問が残る、というわけです。

（図表21）

（図表22）

カールバウム

最後にもう一人、KL・カールバウム（Kari Ludwig Kahlbaum／1828～1899）という偉い人物のことをお話しておきたいと思います。

図表22をご覧ください。「筋肉のけいれん」とは興奮して暴れまわること。「弛緩（混迷）」とは無言無動の状態で、動かなくなること。カールバウムはこの興奮と混迷という相反する状態を含む病像のことを「緊張病」と名づけました。

さらに、この状態を「精神性、宗教性、心霊性という非感覚的な生命の表現」「人間が一生懸命生きようとする姿」と表し、その根底には「熱情性恍惚の状態がある」とカールバウムは言っています。

ところが先述のヤスパース（ドイツ精神医学者）は、これを「興奮と混迷」と科学的に表現して、その背後にあるものは「支離滅裂（人格解体）」だと言ってのけました。

カールバウムが表現した「熱情的な恍惚」というのは消されてしまいました…。

しかし、我々が今、目の前で診ている精神病患者の興奮して暴れるという状態の背後には、やはり必死に生きようとする人間の姿があります――。

カールバウムが伝えたかったことはミシェル・フーコーにも通ずる、ということです。

本日のまとめとして図表23をご覧ください。

まず、精神病とは実存を賭けた戦いであるという視点です。

それから、今や人類は自らが発展させた科学技術に足元をすくわれて、自らの存立が危うくなっているということです。

同じことが精神医学にもいえます。精神科は今や非常に科学的・合理的になったのですが、その一方で〝行き詰まり感〟が出ていることを忘れてはいけません。

それだけに、今、私たちの目の前にいる精神科患者の姿もまた、存立をかけた戦いの一端であるといえます。まさに患者は、人間が生きようとする、生きるか死ぬかの存立を賭けた戦いの渦中にある――そのことを再度、思い起こさなければいけない。

それだけに、我々には、患者が精神病状態から抜け出すのを助けるだけではなく、患者自身の人生を支える立場にあるという自覚が求められているのです。

歴史を紐解けば、ピネル、カールバウム、そしてフーコーの精神医学に通じるものだと思います。さらに、こうした考えにこそ、中村理事長が常々口にされている「思いやり」の理念――それが精神医学の根底にあるのではないでしょうか。

（図表23）

まとめ

- 精神病は、実存を賭けた戦いであるという視点
- 現在、人類は自らが発展させた科学に足元を揺るがされ、自らの存立の危機に
- それだけに、私たちの目の前にいる精神科患者の姿もまた、存立を賭けた戦いの一端である
- それだけに、私たちは、精神病状態から抜け出すのを助けるだけではなしに、患者さん自身の人生をも支える立場にいるという自覚が求められている

Q&A

質疑応答
Question and Answer

中村（理事長）　牛島先生、どうもありがとうございました。素晴らしいお話でした。

このあと質疑応答の時間を設けていますので奮って質問してください。皆さんが感じたこと、考えたこと、わからないこと、せっかくの機会ですからぜひ質問してください。

私自身は、今の社会状況からお話していただいて、大変面白いなあと。

科学技術の進歩は私たちの家族構造の変化にまで及んだ。その進歩によって我々は便利な生活を得たつもりだったが、それが男性の役割、女性の役割を変えてしまったという。また便利なパソコンも、一方ではそれが社会システムを均一化して、価値観まで均一化して、いわゆるグローバリゼーションの流れになっていること。

それから「自由・平等・人権」の考え方が浸透して、障害者枠などマイノリティーを特別視したことで逆に別の問題も生じていること。

そうした社会背景のなかで精神科もシステム化せざるを得なくなり、ＤＳＭが導入されたが、それも限界がきて弊害が生じている――。

症例も紹介していただき、さらに精神医学の歴史を丹念に皆さんにわかるような形で教えてくださった。

そして、牛島先生のもっとも得意とする精神療法の根本――症状とか薬だけではなく、もっと大事なものがあるんじゃないかという――それは「思いやり」みたいなものではないのかと結論づけていただきました。

Ｋ（医師）　私自身はＤＳＭ導入後の世代です。脳の病気ということで薬物治療を習ってきました。しかし、確かに、私が医局に入った当時は教授から「人間を診なさい」「その人自身を診なさい」とよく言われたことを覚えています。

ただ実際にはアルゴリズムみたいなものができて、治療はそれでやらないと成り立たないという部分もある…。でも、それだけでよいわけではなく、今後、治療を選択するにはどうあるべきか非常に難しさを感じています。

中村　いかがでしょうか？　私自身は牛島先生の世代に近いほうなのでＤＳＭには今でも抵抗しているわけですが、Ｋ先生はその後の世代です。

牛島　慈恵医大の学祖である高木兼寛先生は、「病気を診ずして、病人を診よ」と言っておられます。〝基本〟はどの世代にも共通すると思っています。そういう側面が医学にも、精神医学にもある、ということです。

また今の若い先生方はそれがわかっていないかというと、決してそうではありません。K先生はちゃんと考えておられる。どうもありがとうございました。

中村　このあたりについて、S先生はどう感じていますでしょうか？ 元々は内科医で今は精神科にどっぷりと浸かっているなかで、いかがでしょうか？

S（医師）　牛島先生、ありがとうございました。まず精神医学の歴史をこれだけ短時間で、しかもきちんと捉えて、さすが牛島先生であると思いました。

「非合理性」という言葉が少し気になっています。人間の中には訳のわからない色々なものが必ずあり病気もそれなりの意味を含んでいる、その人らしさを現しているというところです。そして「心霊性」「宗教性」という言葉を使われましたが、もう少しイメージしやすい言葉がありましたら教えてください。

それからもう一つ、患者さんを診るときに私は「この患者さんが少しでも心地よく生きていくためにどうすればいいのか？」と考えながら治療しているのですが、牛島先生の症例のお話を伺って、「成り立ち」はやはり大事だと。とくに本人がまだ語っていない成り立ちをどう引き出すかが重要だと気づかされました。

これからも一生懸命やっていきたいと思います。どうもありがとうございました。

牛島　「心霊性」「宗教性」というコトバは、カールバウムは「精神病の背後にみた何か＝サムシング（something）」と表現しています。私の言葉になおすと「生命力」ということになります。

「成り立ち」をどう引き出すかは、患者さんが発病するまでの生き様、発病によって挫折した生き様をどう組み直すか――それを治療者が絶えず考えること、だと思います。

T（医師）　素晴らしいお話をありがとうございました。

症例のなかで先生が使われた「人生を賭けた症状であった、症状そのものに人生が表れていた」という言葉は、大変腑に落ちる経過でした。ところで、そこに至るまでに先生は何年くらい、その患者さんを診ていらしたのでしょうか。

また患者さん自身が人生を選び、患者さん自身が「こんなことがあった」と振り返られる状態に至るまで、治療者は大局的に「一歩引いて診る」ような関わりをするわけですが、とはいえ、そこに至るまでに治療者として能動的な関わりをすることもあると思います。その間、治療者にとっての心理的な拠り所はなんでしょうか。

よろしくお願いいたします。

牛島　私の治療の仕方は「いつ止めてもいい」というのが基本です。人には拘(こだわ)りがありますが、それを如何に少なくするかという――。

先ほどのアメリカ留学をしていた患者さんは5年目くらいで、ついこの間お別れに来たところです。でも、大体の治療は3年足らずで既に終わっています。治療は2～3週間に1度、一般外来での診療でした。診察時間も普通で5分、長いときでも10分程度で、それほど深い治療をしたわけではありません。

ただ、この人は「どうしてこの人生を歩み出したんだろう?」と考えます。常識から外れた人生航路に着目するわけです。18歳の女の子が一人で外国に行って生活するということ。本人は「普通」と言っていますが、しかし「やはりこれは一般常識からは外れている」と考えるのです。知らない社会で生活するには或る程度の自信がないとできない、という考え方は必要です。それが「平気でできる」という、これもまた精神病の一

つだろうと私は考えたわけです。

しかし、その人がそれを行ってきたことは事実です。だから否定せずに支えながら「それがどうなったのか？」を聴いているうちに、本人自らが「やはりおかしかった」と気づくのです。

そして、全体を眺めて「アメリカで一人頑張ったことは納得しているが、結局、私は平凡になりたかった」ことを自らが発見する。また、それを明確にしてあげると本人も初めて安心するという感じになるんですね。

エリートコースを辿っているという視点ではなく、純粋に「そこに人間が一人で生きている」という視点で患者さんを治療していると、このような治療になってくるという気がいたします。

特別なことをやっているわけではないのです。私がこうした話をすると「1回の治療に1時間かけて毎週治療して…」と思いやすいようですが、そんなことはない。私は1日に20～30人もの患者さんを毎日診るのですから。

中村　ただいまのお答えで、今日の話がさらに皆さんに繋がったと思います。

患者さんの症状を牛島先生は「必死で生きようとしている姿」だと理解される。患者さんへの愛情があるから患者さんのことが見えてくる、その悩み、本質の部分が見えてくる。

皆さんが「どうしてわかるのだろう？」「どうやって気づくのだろう？」と思った部分、それはきっと先生の患者さんに対する深い愛情、思いやりがあって、そこから「あぁ、こうじゃないか」と治療に繋がっているのではないかと、思いました。

牛島先生の今日のお話の行間にあるもの、先生が必死で皆さんに伝えたかったことを、ぜひ理解できるように、これからも反芻（すう）しながら勉強してみてください。

含蓄に富んだ、大変素晴らしいお話でした。

どうもありがとうございました。

心をメンテナンスするそれぞれの60室＋α

http://www.rakuzan.or.jp

楽山 【らくざん】 心療内科病院 楽山 [RAKUZAN]

〒343-0851 埼玉県越谷市七左町 4-355

4-355 Shichizacho, Koshigaya-shi, Saitama, 343-0851 Japan

Tel.048-985-6666 Fax.048-985-6650 E-Mail.info@rakuzan.or.jp

本書は医療法人秀峰会が職員の研修・研鑽を目的に
平成28（2016）年8月に開催した講演会の内容をまとめたものです。

SHUHOKAI

医療法人秀峰会

心療内科病院 楽山 [らくざん]
精神科救急病院 北辰 [ほくしん]
介護老人保健施設 南面 [なんめん]
認知症専門デイケア 佳境 [かきょう]
通所リハビリテーション 福田 [ふくでん]
通所介護デイサービス 里仁 [りじん]
居宅介護支援事務所 徳風 [とくふう]
越谷市地域包括支援センター 出羽 [でわ]
越谷南部訪問看護ステーション 好楽 [こうらく]
精神科デイナイトケア 生徳 [せいとく]
精神障害者越谷地域生活支援センター 有朋 [ゆうほう]
精神障害者グループホーム 一瓢 [いっぴょう]