

精神科医が精神疾患に対して抱くスティグマ ——精神疾患に対する高次の了解の要請——

加藤 敏

アンチスティグマの問題枠からすると、精神科医が患者、また精神疾患について抱く否定的な感情、ないしスティグマが治療に及ぼす影響を考慮しておく必要がある。現代日本において、スティグマを惹起、あるいは助長する要因として、精神保健福祉法、また DSM-5 の問題点を指摘した、「空気を読めない」人に対するスティグマについても言及し、精神科医のスティグマをなくす方策として、狂気内包性の精神病理学の知を学ぶ必要性を説いた。

<索引用語：スティグマ，精神科医，精神保健福祉法，DSM，アスペルガー障害>

はじめに

2016年5月にアトランタで開催されたアメリカ精神医学会での会長講演において、Binder 女史は精神科医の務めを具体的に4つ明示した。①刑務所などで医療を必要としている人を含む重篤な精神疾患を抱える患者の治療にあたる、②精神疾患を抱える人に対し、雇用、住宅探しなどでの差別も含めスティグマを減らす、③研究および診断、治療を明確にするための財源を増やす、④新しい知見を学び技量を高めつつ、患者の権利を尊重して医師としての責任を引き受ける⁵⁾。

精神科医としての倫理を説くアメリカ精神医学会会長の演説は、精神疾患を抱える人に対するスティグマの問題に重点をおいており、わが国にもあてはまるものが多く示唆に富む。そこでは、精神科医自身が患者に対して暗黙のうちにスティグマをもってしまうことに注意を促すという含みがある。

精神疾患を抱える人は、自分自身に対して否定的な感情になり劣等感や疎外感を抱くことが多く、医療者は患者の治療にあたる際、患者の「セ

ルフスティグマ」を考慮しておくことが望まれる。他方で精神科医が患者、精神疾患に対し、また患者に対し陰性感情をもってしまうこともある。これが医師-患者関係や治療に悪い影響を及ぼすことは間違いない。

他の医療施設からの紹介状に書かれている病名をみて、医師のあいだで「この患者はみたくない」と囁かれることがしばしばある。境界性パーソナリティ障害はそのよい例となる。医師が精神疾患に対し即座に予後不良というイメージを抱くのも精神科医のスティグマの例となる。統合失調症の診断がその例となる。この精神科医のスティグマが、患者にセルフスティグマを喚起してしまうこともあるだろう。それゆえ、一層のこと医師は、患者に対し疾患について説明する際、慎重な態度が要請される。

精神科医が患者の治療にあたる際、医師として倫理的にも責任を果たすためには、精神科医はスティグマの問題にも配慮して、自分が専門家としてよって立つ理論や言説について批判的立場を堅持しておく必要がある。このような問題意識に

立って、現代日本の動向を見据えながら、精神科医における精神疾患に対するスティグマの要因、背景について論じながら、その方策について精神病理学の見地から述べたい。

I. 「精神科」「精神疾患」に対する スティグマの実際

内科クリニックを受診した患者を、担当医がうつ病ではないかと考え、精神科を紹介しようとすると、とたんに「自分は精神病ではない、なぜ自分は精神科なのか」と受診に抵抗する事例が散見される。今日、不安障害やうつ病などは市民権を得ており、自分で診断して精神科外来に自主的に来る患者が増えているのも確かである。しかし、まだ多くの人にとり精神科に対するスティグマが根強く残っているのである。

ある40代女性は精神科を自ら受診し、混合性不安・抑うつ症の診断のもとに、少量の抗不安薬を服用しながら職場に通い、それまでと変わらずに仕事をこなすことができていた。ところが、親しい同僚との会食のおり、精神科の薬を服用していることを何気なく言ったところ、「A選手みたい」と言われ、ひどくショックを受けたという。彼女はそれ以来、心療内科を紹介してほしい、そこで内科の薬を出してほしいと希望するようになった。おりしも、スポーツ界で知られたA選手が覚醒剤使用で逮捕され、マスコミをにぎわしている頃だった。いずれにせよ、日本の社会では、精神科の薬を服用することに対するスティグマが依然として強いことを示すエピソードである。

50代男性は、不眠症になり、内科より紹介され、軽症うつ病の診断で抗うつ薬をごく少量処方しましょうと提案した。ところが、この患者は抗うつ薬を服用することに強い忌避感を表明し、投与しないまま様子を見ることになった。この患者は高血圧と糖尿病のためすでに20年以上降圧薬および糖尿病薬を服用しており、こちらは一生飲みますと述べる。精神科の薬と内科の薬に対する患者の態度がまったく対照的なのに驚く。

精神科の薬を服用することについては、服用し

て「脳がおかしくなる」「廃人になってしまう」といった恐怖感を抱く人が少なくない。向精神薬は脳に働きかける作用をもつ点に、人々が恐怖を抱く下地があると考えられる。マスコミの報道でも、薬物依存をはじめ薬の副作用の問題を扱ったものがかなりあり、これに影響されて精神科の薬に対するスティグマが助長されていることも考えられる。

精神科を受診することに対する忌避感は、もしも精神科医から精神病といった診断をつけられたらどうしようという心配が頭の片隅にあることに起因する可能性も否定できない。人は自分が「狂ってしまうのではないか」という恐怖、つまり「精神病恐怖」を潜在的にもっていると考えられる。これが「精神科」「精神科の薬」「精神疾患」に対するスティグマの根底に潜んでいることも考えられる。

医学教育を受けた内科、外科など他科の医師のなかにも、精神疾患に対し根深いスティグマをもつ人は多い。専門科での精神科患者の診察を避けたがる医師も実際にいる。その場合、患者が医師の前で興奮したり、話が要領を得ないため診察に時間がかかり、不快な経験をしたことが誘因になっていることがかなりあると思う。救急医療の現場で、多忙のなか境界性パーソナリティ障害をはじめとした患者が繰り返す自傷や自殺企図の対応に追われた医師は、なぜこんな苦勞をしなくてはならないのかという理不尽な思いが頭をかすめ、精神科患者に対し否定的な感情を抱くことが少なくない。

精神科医はといえば、他科の医師以上に、患者の操作的行動や自傷、自殺企図に悩まされ、人間関係の基本にかかわるルールを侵犯するパーソナリティ障害に嫌悪感を抱いてしまうこともある。さらに精神科医は、幻覚・妄想状態や緊張病状態を呈する統合失調症や躁病患者らの入院対応の際、患者から罵倒され、ひいては暴力を振るわれることもあり、おのずと患者に対し否定的な感情を抱くこともある。ある精神科研修医は、病棟で担当した躁うつ病の患者から理由もなく突然何度

か怒鳴られ、すっかり心身が疲弊し、病院に来ることができなくなってしまった。もう患者に会うのがいやになった、精神科の患者はいやだと彼は言う。急性ストレス障害といってよい状態である。こういう場合、指導医がしっかり患者と一緒に診る、あるいは担当医をはずすことも検討してよいだろう。さもないと、精神科患者に対する研修医のスティグマは高いまま続き、精神科医の道を断念するという事態も生じる。精神科医療においては、患者が医師に自発的に医療を求めることから始まる、患者と医師との相互的な承認に基づいた言語的かつ感情的交流が円滑に進まないことが多い。こういうとき、医師としての自尊心が傷つけられてしまい、無意識のうちにスティグマが生じることもある。そうした問題は、研修医や専門医の教育において是非扱うべき大切な事項だろう。

現代において、精神科医が精神疾患に対して抱くスティグマの頻度を調査した興味深い研究がある¹⁶⁾。

ブラジルで開催された精神科の学会に参加した1,414名の精神科医を対象に、以下のような質問がなされた。①「統合失調症患者を親しい友人として認めますか?」、②「統合失調症患者は平均的な知的レベルをもつと思いますか?」、③「学校の先生が統合失調症を患っている場合、教師の仕事を続けてよいと思いますか?」、④「あなたは統合失調症の人の住まいの隣りに住めますか?」、⑤「あなたは、親類に統合失調症の人との結婚を勧めますか?」など。

この回答をもとに、次の結果が出た。

統合失調症に対しスティグマがない精神科医は23.8% (337名)、ある程度のスティグマがあった精神科医は33.3% (471名)、非常に高いスティグマを呈した人は42.3% (606名)であった。

精神科医にあって、統合失調症に関するスティグマでは、スティグマ高値が最も多かったという結果には、正直のところ驚いた。よく考えてみれば、精神科医は実際の治療経験をもとに、予想だにしない突然の自殺企図や興奮をはじめとした統

合失調症の病態について一般の人に比べ、よく知っている。その分、一般の人よりもスティグマが高いという結果が出た可能性がある。例えば「学校の先生が統合失調症を患っている場合、仕事を続けてよいと思いますか?」の問いに、日本の精神科医でも統合失調症を抱える教員が生徒にしっかり向き合えるのか、攻撃的になりはしないかなど心配することだろう。「あなたは統合失調症の人の住まいの隣りに住めますか?」の問いは、他人事ではないだろう。もしも独り言を外に聞こえる声で言い続けたり、道路に向かって叫ぶ隣人だったら精神科医は尻込みすることだろう。また、「あなたは、親類に統合失調症の人との結婚を勧めますか?」の問いはどうだろうか。統合失調症のさまざまな経過を知っている精神科医なら、慎重な返答をする人が多いことだろう。

この論文におけるスティグマの術語の使用法だが、統合失調症患者が普通の人と比べパーソナリティ機能と社会機能において劣っている、また問題をはらんでいるとみることがスティグマであるとされている観がある。これはかなり拡大したスティグマ解釈のように思う。精神疾患を抱える人との交わりにおいては、実際の生活機能などの質と程度、生活していく上でのハンディキャップを正しく知った上で、患者を一個のかけがえのない個人として認め、尊重する態度が本来望まれることである。この姿勢がスティグマから自由な態度といえるのではないだろうか。著者としてはスティグマに関し、精神疾患を抱える患者がパーソナリティ機能と社会機能において明らかに逸脱していることをもって、もはや同じ人間ではない、人間として認めないと判断して、人間としての尊厳をないがしろにし、平等原理を犯すあるまじき差別をするといった偏った態度が本来のスティグマであると理解しておきたい。つまり、スティグマは、本来の疾患のあり方に周囲の人からの感情的思いが加わり、負の面が誇張され神話化された偏見、差別、烙印とみるべきだろう。その意味では、ブラジルで行われた精神科医の調査は、スティグマそのものの調査ではなく、その予備的

な段階のものである。

かつての精神病院では、医師や看護師は病院の敷地にある住宅に住むことが珍しくなかったように思う。ちなみに松沢病院では、大正時代、著者の祖父は看護師らと病院の敷地内の病棟に隣接する住宅に住み、父はそこで生まれた。医師や看護師は患者と同じ敷地で生活をともにしたのである。そこでは患者に対するスティグマは皆無だったといえる。

著者が研修を始めた頃はまだ牧歌的な時代が残っていた。著者の精神医学の師宮本忠雄先生は患者に非常に寛容な精神をもっていて、自宅の家事手伝いを精神病院に入院中の患者に頼み、謝礼を払い、週に何度か来てもらっていた。その1人は、時々被害的な妄想を抱いてしまう50代の慢性期妄想型の統合失調症の女性患者で、中等量の抗精神病薬を服用していた。あらためてよくぞ、患者をお手伝いとして自分の家に迎えたとその度量に感心する。今日だと不要な長期在院、不当な強制労働と批判があるのかもしれないが、患者のパーソナリティを尊重し、信頼しているという点からしても、スティグマはなかったといえる。

II. 精神保健福祉法の問題

わが国の精神科医のスティグマの要因を考える際、精神保健福祉法の影響について論じなければならない。

ここ最近、精神保健指定医の資格を得るためのケースレポートで、不正が発覚して指定医の免許取り消し処分が大量になされ、世間を賑わした。思い起こすと、1987（昭和62）年の精神保健法においてはじめて、精神保健指定の制度が定められた¹⁸⁾ (p.385-388)。この頃から、厚生省（現在の厚労省）は精神科治療に対し次々にあらたな施策を打ち出し、精神疾患患者に対する精神科医および精神科医療施設に求められる対応は、実に目まぐるしく変わっていった。

1993（平成5）年の精神保健法においては、それまでは、この法律の対象となる精神障害は「精神病患者、精神薄弱者と精神病質者」とされていた

のに対し、「精神分裂病、中毒性精神病、精神病質、精神作用物質による急性又はその依存症中毒、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者をいう」¹⁸⁾ (p.422-423) と、法律に定める精神障害者の範囲が大幅に拡大された。現在においてもこの定義が踏襲されている。決定的なのは、平成5年以降、「その他の精神疾患」の文言がはいることにより、ICDで分類される精神疾患がすべて原則、法に裏打ちされた精神科医療の対象とされたことである。

1995（平成7）年には周知のように、精神科医療は福祉と一体化して行うという考えのもと「精神保健法」は「精神保健福祉法」と名称変更がなされた。そして、精神保健指定の制度が定められたのに伴い、それまでは「任意入院者」という表記しかなされなかった任意入院の入院形態について、この改定ではじめて、詳しく明文化された¹⁸⁾ (p.488-489)。精神保健指定はICDに定める精神疾患の患者すべての入院に際し、医療保護入院が妥当か任意入院が妥当なのか決めるというように精神保健福祉法に定めるさまざまな処遇を行うことになった。精神保健福祉法の登場にいたるさまざまな施策が、患者に対する精神科医の態度に大きな影響を与えたように思う。この移行期に著者は、10余年の臨床経験を積んだ精神科医としてその変容を肌で体験した。精神科医療体系を1つの文化と捉えれば、ある種の文化間葛藤の只中に投げ込まれたと感じた精神科医は多数いたように思う。

精神保健福祉法が施行されて、多くの精神科医が、治療者の立場に加えて、特に入院患者に関してだが、それと自覚することなく広義の意味での精神鑑定の業務に携わることになった。この業務において、医師は入院に関する公的文書を患者、ないし家族に示し、署名をしてもらう。厳密に言えば、精神保健指定医は厚労省に委託される形で、公的権力のもとに患者の入院手続きを行う業務を任されているのである。

これは大きな変化だった。1950（昭和25）年に制定され長く続いた精神衛生法では、今でいう措

置入院に焦点が当てられ、精神衛生鑑定医の役職が定められていた。そこでは、一部の精神科医がそうした公的業務に携わるだけであった。ところが、精神保健福祉法では、精神科病棟に入院するすべての患者に対し、この法律に定めるすべて潜在的には強制的な法的拘束力をもつ入院手続きを執り行うことになったのであった。

単なる治療者として患者に接する局面と、精神保健指定医として患者に接する局面は本質的に違う。精神保健福祉法の時代に入り、精神科患者の入院治療全般において、法的見地が優位になり、それまでの医師と患者のお互いの信頼に基づく入院形式は消滅した。

こうした体制になり、不都合が生じることがままある。例えば、大学病院を含む総合病院精神科(開放)病棟へ入院のため、パニック障害や軽症のうつ病の患者に対し、「任意入院」の手続きを進めようとしてその書面を渡すと、患者は、そこに記されている「任意」の意味とは矛盾する、次のような患者の自由を拘束する含みをもつ2枚舌の文言に驚き、入院を考えこんでしまい、時に入院をとりやめてしまうことがある。

「あなたの処遇は、原則として開放的な環境での処遇となります。しかし治療上必要な場合にはあなたの開放行動を制限することがあります。」「あなたの退院の申し出により、退院できます。ただし、精神保健福祉法指定医が診察し、必要があると認めるときには、入院を継続していただくことがあります。その際には、入院継続の措置をとることについて、あなたに説明いたします。」

患者は、どうしてこのような強制的な含みをもった形の入院を自分ではしなければならないのか、あるいは外来担当医はどうしてこのような入院を勧めたのか、と精神科治療に不審の念を抱き、医師と患者の治療関係にひびが入ることもしばしばである。このように、入院の手続きの段階でせつかく患者が決断した入院が暗礁にのりあげ

てしまうのは、はなはだ残念なことである。

著者としては、少なくとも従来診断でいう神経症性うつ病や軽症の内因性うつ病、不安神経症など、また睡眠障害の検査入院などについては、原則、医療法に定める「自由入院」がふさわしいと考える。しかし、精神保健福祉法に定める精神疾患がICD分類のなかに記載されたすべての臨床単位へと拡大されたため、かえって精神保健福祉法からすると「法外入院」となる自由入院(一般入院)の形態をとりにくくなってきているのが現状である。

自由入院を法律の文面では認めていない現行の制度には、精神科入院患者のセルフスティグマを惹起ないし助長する側面があることを指摘しなければならない。精神科医自身も精神科患者に対しスティグマを抱いてしまう可能性がある。

学生運動と連動する形で、イギリスの精神科医 Laing¹⁵⁾など広義の実存的精神医学の実践家の影響下により勢いをもった反精神医学は、精神科患者における健常な主体と自由を尊重し、精神疾患に対する精神科医自身のスティグマを見つめ直し、これを棄却することをめざす運動であった。この批判に行き過ぎがあった面は否めないが、その意義は現代でも失われていない。

反精神医学の動きを知らない若い世代の医師は、この法律に従ってなんの疑問もなく入院手続きを行っている。そのとき、医師は行政事務官のように振る舞っている。そうするなか精神科医自身において、暗黙の裡に精神疾患に対するスティグマが育まれてしまう可能性があることだろう。実際、判断・意志能力が健常と判断される事例に、強制的な制限を発動する可能性を盛り込んだ入院形態を運用するなら、その行為は患者に対するスティグマを内に含んでおり、人道上大きな問題をはらんでいる。人権の尊重をうたいながら、かえって人権侵害を犯すことになるからである。こうして、患者の自由に対する法的制限を前提にした規定をもつ任意入院の形態は、治療的にかえって信頼感に根ざした医師-患者関係を変質させてしまう危険があり、反治療的な面さえあると

言わざるをえない。それゆえ、治療的な観点からも、精神疾患に対しても自由入院の形態を法的に容認することが検討されてよいだろう。以上は、精神保健福祉法には評価すべき点が多々あることを認めた上での、著者の提言であることを断っておかねばならない。参考に付け加えると、フランスやイタリアでは精神科病棟での治療につき自由意志が表明できる患者に対しては、自由入院の形態での入院がなされている。

精神科病院ではひと頃、統合失調症患者も多数入る開放病棟をもっている施設が多かったように思う。ところが精神保健福祉法が定着するのに伴い、開放病棟は減少している観を禁じえない。そうなると、世間からのスティグマが高まってしまうことだろう。任意入院、医療保護入院などの入院形態が定められ、少なくとも精神科入院に関しては国家主導の管理化が進んだことがその要因の1つに挙がると考えられる。

Ⅲ. DSM-5——脳科学優位の方法論の問題——

Andreasen²⁾は、精神科医がDSMを金科玉条のように使用し、患者による病気の語りに耳をかさないで診断する風潮に警鐘を鳴らした²⁾。その憂えの1つは、患者の主体性を尊重することがないがしろにされる点で、このようなDSMの運用の仕方は「非人間化作用 (dehumanizing effect)」をもたらす危険があると、アメリカのDSM精神医学を激しく批判した。大胆な改版がほどこされたDSM-5は、この「非人間化作用 (dehumanizing effect)」をさらに推し進める要素をもっている。その理由を一言で言えば、精神疾患を生物学的次元で体系的に説明しようとする脳科学の方法論が採択されているからである。精神疾患の理解において患者の(無意識の)主体性に配慮する視点が視野の外におかれ、還元的思考が前面に打ち出された。その意味で、わが国の精神科医において精神疾患に対するスティグマを高めるもう1つのありうる誘因として、DSM精神医学が挙げられることを指摘したい。

DSM-5では、精神疾患分類の第1の群として、

自閉スペクトラム症、ADHDに加え知的障害を包摂した「神経発達障害群」、次いで「統合失調スペクトラム障害および他の精神病性障害群」、第3の群として双極性障害を据える。また、認知症は神経認知障害群 (neurocognitive disorders) と総称された。そこには、精神疾患を一貫して神経ネットワークの異常として最終的に理解し、切り分けるという強い意図が込められているように著者には思える⁹⁾。

大局的にみれば、DSM-5は、精神疾患を神経発達の障害ないし神経認知の障害と捉える布置をもっている。さらにいえば、すべての精神疾患を認知の障害と捉える布置をもっているように思える。これは脳科学の見地からすれば、整合性のある把握の仕方、病態把握の上でも意義がある。例えば、うつ病や双極性障害、また不安障害、強迫性障害なども、乳幼児期にさかのぼれば神経発達障害と把握できるだろう。また、長期経過のなかでパーソナリティ機能の著しい不全をきたした精神疾患は、厳密にみればすべて認知の障害と把握することも不可能ではないだろう。しかしながら、こうした観点では、それぞれの精神疾患の質的把握に難点をきたす。統合失調症や神経症圏などの診断基準がそのよい例で、質的規定が排除され、実際の臨床にはそぐわない混乱をきたすことが考えられる。

例えば、統合失調症の診断基準は次のようになっている。以下のうち2つ(またはそれ以上)、おのおのが1カ月間(または治療が成功した際はより短い期間)ほとんどいつも存在する。これらのうち少なくとも1つは(1)か(2)か(3)である。(1)妄想、(2)幻覚、(3)まとまりのない発語(例：頻繁な脱線または減裂)、(4)ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動、(5)陰性症状(すなわち感情の平板化、意欲欠如)¹⁾(p.99)。

この基準に従うと、幻覚、妄想に対して明確な質的規定がまったくなく、幻覚、妄想があるだけで統合失調症の診断がつけられてしまう。あるいは幻覚、ないし妄想とまとまりのない発語(例：頻繁な脱線または減裂)があるだけで統合失調症

の診断がつけられる。このような単純かつ安易な規定は、Kurt Schneider¹⁷⁾が統合失調症の診断をするにあたって強調した「控えめな態度」とはおよそかけ離れており、過剰診断がなされることは容易に推測される。

例えば、双極性障害で幻聴とまとまりのない発語(実は観念奔逸)が存在するという判断のもと、あるいは心的外傷後ストレス障害で、幻覚(実はフラッシュバック)や妄想(実は幻想)が存在するという判断のもと、DSM-5に照らしてそれぞれ統合失調症と診断されている事例が散見される。また、レビー小体型認知症が高齢初発の統合失調症と診断されている事例にも出会う。病名告知が常套化している現在、統合失調症の診断が乱用されることは患者に医原性のスティグマをおしつけることになるので注意を要す。

精神科クリニックなどでは、統合失調症の診断がつくと、患者の年齢やおかれた状況を鑑みることなくほとんど機械的にすぐさま精神障害者年金を申請しなさいと指示する精神科医がいる。社会復帰の可能性が十分ある統合失調症エピソード初発のある青年は、セカンド・オピニオンを求めて家族とともに著者のもとを訪れた。彼は、病名を告げられたのに引き続き、年金を勧められて、ひどいショックを覚えたという。診察場面が思い出されて怖くて眠れなくなったとも述べる。統合失調症の事例に対する病名告知は、がんの告知と同様、この青年のように外傷性を帯びる可能性について医師は配慮すべきである。精神科領域での病名告知は、がんの告知とは質を異にし、深刻な「非人間化作用」を及ぼす危険をもつ。とりわけ、「不意打ちの病名告知」¹⁰⁾は手ひどい心的外傷をもたらしやすいので、慎重に対応すべきである。この事案は、精神科医自身が統合失調症に対し偏った見方をしており、スティグマをもっていることを示す。

DSM 精神医学をもっぱらの拠り所にして、患者に尽くしたいという善意の気持ちで診療にあたる精神科医は、脳科学優位の思考に無批判に従ってしまう結果、精神疾患を抱える人に対する過剰

な障害化が、それと知らないうちに生じている可能性がある。

神経症圏についていえば、精神分析の見地が排除され、「葛藤」の術語は姿を消し、ストレス因子の用語があるだけである。しかし神経症圏の病態は、精神分析が明らかにした転移・逆転移という現象を理解しておかないと、もうこんな患者とは話したくない、会いたくないという気持ちを強め、スティグマの意識が生じやすい。転移・逆転移は治療者-患者がともに時間、空間を共有する出会いの場面において、双方の無意識の力動が知らないうちに賦活されて生じる現象である。面接において、治療者に対する患者の愛の感情にまで達することもある陽性感情の出現、つまり陽性転移が起こる一方で、治療者に対して憎しみや怒りの感情の出現、つまり陰性転移が起こる。他面で、治療者の側でも自分では意識しないうちに患者に魅力を感じ、面接時間が知らないうちに長くなるといった患者に対する陽性感情の出現、つまり陽性逆転移、また自分では理由がわからないまま患者に対する憎しみや怒りといった陰性感情の出現、つまり陰性逆転移が生じることもある。神経症の患者との面接を——別に精神分析的アプローチをとらなくても——、なにげなく繰り返しているだけで、陽性転移、陽性逆転移、陰性転移、陰性逆転移が交錯しながら順次出現することある¹¹⁾。

そうした無意識の力動を基礎に、治療が膠着状態に陥る悪性の転移の出現をみる病態が境界性パーソナリティ障害である。ある患者は治療者に会うなり、一目惚れのように、「はじめて自分を救ってくれる治療者に出会えた」と喜び、治療者に過度の期待をして理想化する。治療者も患者に関心を抱き、当初患者の要望に応じ優に1時間を超える面接をする。しかし、治療者は患者の要望にいつまでも応えることができない。そうすると、突然治療者に対する攻撃的態度や怒りが表明される。こうした行動化の局面で、自傷行為や自殺企図がなされることもある。冒頭で言及したように、境界性パーソナリティ障害に対する精神科医のスティグマが高くなるゆえんである。もし

も、医師がこのような無意識の力動について多少とも理解を持ち合わせていれば、治療者に対する攻撃性や逸脱行動が出現する道筋がわかり、患者に対するスティグマは減ると思われる。

自己像を形成する上で、親のイメージをいかにとりこむかといった対象関係の観点、また最終的に言語によって「私」が構成されるといった観点は脳科学の射程の外にある。突き詰めれば、生物学的医学と（社会学や人類学、哲学、言語学などの）人文科学の交差点に位置する精神医学は、精神疾患を「遺伝子-言語複合体」¹²⁾の失調、あるいはより適切には変態（メタモルフォーゼ）と大きく捉えることが病態理解および治療に要請されるのだが、言語の次元が今日の精神医学では顧慮されない。

IV. 「空気を読めない（読まない）」人に対するスティグマ

1. 日本における場の論理

アスペルガー障害、広汎性発達障害の概念は（精神）医学の領域を超えて、一般の人々にもすぐ受け入れられ、驚くべき速さで人口に膾炙した。とくに日本での普及が際立っているように思う。そのなよりの理由は、日本の文化・社会が人と人との雰囲気、場を大切にする伝統をもっていることに求められると考えられる。

自分の夫は「アスペルガー」だと思うので診断してほしいといった類の相談事例がときどきある。実際に当人と会ってみると、自己中心性が目立ち、親しい同胞に対し愛憎なかばする感情を特徴とする神経症とみるべき事例である。また、精神科クリニックでアスペルガー障害の診断がつけられた事例（10代後半男性）につき、セカンド・オピニオンを求められて診察してみると、同級生との関係でプライドを傷つけられたという挫折を契機にして、対人不安と猜疑心が目立った神経症（社交恐怖）と診断すべき事例であることもあった。さらに付け加えれば、従来なら境界性パーソナリティ障害と診断される事例が、広汎性発達障害と診断されている事例にも出会った。

DSMでは主観的側面をなるべく廃棄しようとする方向で改訂が進んだ。医師による個人差をなくし、誰でも同じように診断できるようにするという利便性と客観性を重視する指針のためである。そのため、従来、当人の主観的な語りを大切にしている、診断が下され、治療者との関係のあり方にも目をやって、したがってある程度の縦断的推移をふまえて診断が下された神経症概念は消滅したともいえる。境界性パーソナリティ障害の診断では一層、治療者との多少とも長期的な関係様態の推移が重視された。

操作的診断体系の台頭とともに、当人の対人関係が社会の場でどのようになっているのか、といった外部からの行動観察をもとに、対人関係が狭まり周りの空気が読めないといった事例には、即座にアスペルガー障害、ないし広汎性発達障害の診断を下す風潮が出てきた。そのなかには、従来診断に従うなら神経症と診すべき事例が少なからず含まれている可能性があることを指摘しておきたい。DSMの指針そのものは納得できるものだが、対人関係を病因の核にもつものが多い精神疾患の診断には限界があることを認める必要があるだろう。

DSM-5では、自閉スペクトラム症の診断の項目における注で、「DSM-IVで自閉性障害、アスペルガー障害、または特定不能の広汎性発達障害の診断が十分確定しているものには、自閉スペクトラム症の診断が下される」¹⁾(p.50)と説明されていることからわかるように、古典的な自閉症とアスペルガー障害が自閉スペクトラム症という1つのカテゴリーのもとに包摂された。ほとんど自発的には言語を発することができず、反響言語が目立つ自閉症と、言語を自由に話し、一定の社会適応をしている高機能広汎性発達障害を同じ性質の病態とみるのは、まずもって臨床的な見地からしてかなり乱暴である。きびしい言い方をすれば、古典的な自閉症を抱える人と高機能広汎性発達障害を抱える人に対するしかるべき評価をしていない点で、いずれの群の人達に対しても暴力の行使につながると考える。このスペクトラム概念では、

パーソナリティ機能および社会機能が低い広汎性発達障害に対するスティグマが高くなってしまっておそれがないかと心配する。

実際、結婚してまもなく、夫が抑うつ状態のため精神科を受診し、アスペルガー障害と診断され、妻と彼女の両親はそのことに驚き、子どもをつくるのも心配になり、離婚を決めてしまった事例があった。アスペルガー障害に対するスティグマが根強いことをうかがわせるアネクドットである。精神科医にあっても、アスペルガー障害がDSM-5で「神経発達障害」のなかに組み入れられたことから、脳の病とする見方が支配的になり、スティグマが高まった可能性は否定できない。

2. Wittgenstein

今日、20世紀最大の哲学者の一人に数えられるWittgensteinは、いわゆる場を読めない(むしろ、場を読まない)人物で、孤高の生活を送った。この点からも、彼をアスペルガー障害ないし自閉スペクトラム症だと操作的に診断することが支持されるかもしれない。自分の病理について彼は、日記のなかで大変鋭い洞察をしている。そこを読むと、人間関係の内実がよくわかる。

「私は大部分の人間よりもむき出しの魂を持っている。私の天才とはいわば、そこにあるのだ。」¹⁹⁾(p.98)

「私の思考装置は飛びぬけて複雑で繊細な造りであり、そのため普通より敏感なものだと思う。」¹⁹⁾(p.51)

「もっと粗い仕組みなら妨害しないような多くのことが、この装置の働きを妨害し、活動できなくする。小さな塵が精巧な器具を止めても、もっと大造りな器具には影響を与えないように。」¹⁹⁾(p.51)

以上の内省は40歳前半のもので、時期的に有名な『論理哲学論考』を完成させケンブリッジにいらるときに書かれている。自分が天才であるという言葉は正しい洞察である。しかもその天才は、極

めつきの繊細な感性、高い知性からなっていることを認めている。あわせて、「飛びぬけて複雑で繊細な造り」ゆえに、他人の存在や話、周囲の物音に非常に敏感になること、またそのため、自分の思考装置が働かなくなることも書かれている。つまり、人の多い雑踏などでは疲れやすく集中力が下がる。逆に、人里離れたところだと、住みやすく才能を発揮できる。これは彼がノルウェイの人里離れた村に時々滞在して、思索を深めたことを思い起こせば、合点がいくところである。

またWittgensteinは、「他の人」と比較して、「精神」の次元が自分にとって生きるのにふさわしい場であることも自覚している。

「私がより精神的な次元に赴く場合、その次元においては自分で人間であることができる。そこでは私は正しいのである。」¹⁹⁾(p.67)

「これに対して、他の人間たちはそれほど精神的でない次元においても人間であることができるのだ。」¹⁹⁾(p.67)

ここで彼は、奇しくも普通の健常人々の住処となる「世俗的な共同社会」と、高次の哲学的思索や宗教的思索の場となる「精神の世界」を区別し、普通の人は世俗的な共同社会において「人間となることができる」のとは対照的に、自分は精神の世界においてはじめて「人間となることができる」と述べる。世俗的共同社会では生きづらく、劣等感をもたざるをない。俗世間では、自分が異邦人である感覚や疎隔感が生じる。ところが、精神の次元に赴くと、生きる喜びが享受される。

この洞察は正常性を相対化する視点を提示しており、精神医学において傾聴に値する。高度資本主義が地球規模で進み、社会に役立つこと、利潤を生む社会活動をすることが健常で、これができないのは病的であるという考えが社会通念になってしまった観がある。端的に言えば、有用性の原理が正常性の条件となった。こうした正常性こそ、今日の精神医学が拠って立つものにほかならない。実のところ、パーソナリティ障害、また高

機能広汎性発達障碍などのカテゴリーは、有用性の原理が大前提になっているのではないだろうか。

Wittgenstein は自分のパーソナリティ特性に關し正しい内省をふまえ、生きる戦略を次のように定式化した。

「私はもっと希薄な大気の中で生きなければならぬ。そこに属しているのだ。そして、もっと濃い気圏で生きようと望むのを許された他の人々と共に生きようという誘惑に属してはいけぬ。」¹⁹⁾(p.68)

彼は世俗的共同社会でたくましい健常人とともに生きる誘惑さえ拒絶し、精神の次元での孤高の生を選択する。

要するに、Wittgenstein は「極めつきの繊細な知性と感性」ゆえに生来、俗世間に生理的といってよい違和感をもち、天上の世界に親和性をもつ。彼自身が語る繊細な思考装置のあり方、生き方は Kretschmer¹⁴⁾により提起され、現象学・人間学的精神病理学の立場から掘り下げられた統合失調病質(分裂病質)の存在態勢にほかならない。その意味では、事例 Wittgenstein は古典的な統合失調病質に入ると考えられる¹³⁾。

彼は4歳になるまで言葉を話すことができず、その後吃音があったという。一般に生来高い知性と感性をそなえた人は考え深く、この世に誕生して世俗社会に適應するのにきわめて大きな課題を抱えていることは十分考えられるところである。言葉を学ぶ場面でもそうで、乳幼児期に言葉の「発達」が遅れ、吃音を呈する天才人は少なくないように思う。

このような事例をふまえると、精神医学は生来、高い知性と感性の双方を兼ね備えた傑出人については、彼らが最初に出会う世界との「原初的不調和」が質、量において著しいことも考慮に入れ、統合失調病質や自閉スペクトラム症などとは別のカテゴリー、あるいは亜型を考えることが理にかなっていると著者は考える。

V. 狂気内包性精神病理学

高度資本主義の論理が力をもつ現代、生活速度が加速し、仕事に時間をとられるあまり、あるいはさまざまなガイドラインに従った行動を要求され、人間は喜怒哀楽の感情を心から正直に表出することが少なくなっている。感情と論理の均衡は大きくくずれ、論理が肥大化し感情が貧しくなっているのは誰しも認めることだろう。効率と生産性、利潤を第一のモットーとするグローバル化の現代社会自体、本来豊かな力動性をもつ言語を失い、「アスペルガー化」⁸⁾している可能性があるのではないか。この観点からは、IT社会を生き抜く上でアスペルガー障碍は「最適者」とは言わないまでも、一種の適応者として登場していると言うことが可能である。

精神科医を含む少なくとも一定数の医師にも、このことがあてはまるように思う。臨床実践の現場で仕事をする以上、医師は科学的知だけでなく、人間について幅広い知と感性を培うことを要求される。とりわけ精神科医にこのことがあてはまるのは言うまでもない。フロイトの精神分析を含む広義の精神病理学は、精神疾患についての科学知を補完する役割をもち、スティグマの軽減に寄与すると思う。さらに精神疾患を体験した人が書いた病の記録、ないし思索から教わる事柄も大きい。

1. Beers

ここではまず精神衛生運動の創始者 Beers について言及したい。彼は名門イエール大学を卒業後、実業家の道を歩んでいる途中、精神病を発症し、コネチカット州の精神病院に入院する。計3年に及ぶ入院の後、完全寛解に達し、精神病院で受けた非人道的な仕打ちなどを含め自分の病の記録を綴った著作『わが魂にあうまで』が1908(明治41)年に刊行された³⁾。この著作が人々の心を動かし、精神衛生運動がアメリカ全土で広がったのであった。日本では、最初この本の抄訳が1902(明治35)年創立の精神障碍を抱える人たちへの支援をする救知会の機関誌「救知会会報」の第59

号 (1940 年) に掲載され、精神衛生運動の発展に寄与した⁴⁾。退院後、完全寛解をみ、精神科患者の人権を尊重し、処遇を改善する精神衛生運動に精力的に取り組むことになった Beers は、この著作の結びで、精神衛生運動に関し印象的な言葉を次のように記している。

「しかし最も基本的なことは、技術的な改革でも、治療でも、予防でもなく、これらすべてに優先する条件は、精神障害者に対する精神的な態度が変更されることです。彼らは人間であり、愛も憎しみも知り、ユーモアの感覚もあるのです。最も悪い状態の人でも優しさに感動するのがふつうです。正常な男女以上に、生き生きとした感謝を述べることも稀ではありません。彼らとかかわりを持ち、治療にかかわったことのある人なら誰でも、そのような例を知っています。一般の人々でさえ、狂人も感謝を捧げることがしばしばある事実気づいています。」³⁾(p.253)

「精神病者が繊細な感情を顕著に表出することについて、私の関心を引き起こしてくれるのは、マサチューセッツの州立病院を訪れたときに出会った医師でした。」³⁾(p.253)

この言葉は、精神病患者といえども狂わない精神を保持しており、このことを尊重することこそ治療や予防の前提であるという認識を示す。狂わない精神については、Jaspers が Van Gogh や Hölderlin など精神病に陥った天才を論じた際に明言している⁶⁾。「精神は病むことができない」「精神は無限の宇宙に」属するという見解がそれである。こうした天才的な人物だけでなく、Beers が精神病院での入院経験から述べたように、病院に入院している普通の精神病患者においても、さらに統合失調症による明らかな人格解体に陥っていると見なされる患者においてさえも、ささやかなりとも、透徹した鋭いまなざしが見てとれるはずである。今日の精神医学では、病む主体についての考えがないため、狂いから免れている精神を認

める視点が欠落している。

2. Wittgenstein

ここで再び Wittgenstein を参照したい。Wittgenstein の思索は、アスペルガー障害などといった障害概念には帰することができない高い質をもつ。著作『論理哲学論考』はいかに生きるのかを論じた倫理の書という側面をもち、精神医学にとっても啓発的である。

例えば『論理哲学論考』において、科学的な考え方が支配的になっている時代精神を糾弾する態度がはっきり表明されている。

「現代の世界観はすべて、その根底において、いわゆる自然法則を自然現象の説明とする誤りを犯している。」²⁰⁾(六・三七一)

世界を自然法則で説明できるなら問題はすべて解決する、という科学の見地に異が唱えられるのである。彼にあつては、世界をみる際、人は世界が存在していることそのものに驚くという審美的態度が重要であるという認識が控えているのである。このことは次の断章で書かれている。

「世界がいかにあるかが神秘ではない。世界があるということが神秘なのだ。」²⁰⁾(六・四四)

「永遠の相のもとに世界を直観するとは、世界を——かぎられた——全体として直観することにほかならない。かぎられた世界としての世界にいたく感情、これこそ神秘的なものだ。」²⁰⁾(六・四五)

彼は世界が存在するというを神秘と感じる。世界が存在することは、強度の様態のもとに彼にたちあられた出来事なのである。この種の審美的態度は芸術家や詩人になるための条件といつてよいもので、彼が日記で述べていた「むき出しの魂」に負うと思われる。

審美的態度を重視するなかで、科学の限界についてははっきり論じる。

「科学上のありとあらゆる問題に解決が与えられたとしてもなお、人生の問題はいささかも片付けられていないことをわれわれは感じている。」²⁰⁾(六・五三)

科学によっては、「人生の問題はいささかも解決されない」という見解は、精神医学にも敷衍できるだろう。すなわち、科学によっては、精神疾患を抱える人の理解はできない。また、科学によって精神疾患はすべて解明されるわけではない。

精神疾患を抱える患者は、Beersの指摘をまっまでもなく、概して繊細な感性をそなえている。「場を読めない」と烙印を押される人々も、Wittgensteinがそうであるように、非常に繊細な感性をもっていることを知っておかねばならない。

したがって精神科医は、患者と交流する際、繊細な感性に同調するだけの豊かな言語能力をもちあわせることが望まれる。それは「無条件の歓待」の精神でもって患者に接することに通じるはずで、スティグマを減らすことができるだろう。そうした言語能力を培うには、狂気を取り込んだ狂気内包性の精神病理学の知が肝要であると考え⁷⁾。

おわりに

著者は冒頭で言及したアメリカ精神医学会に出席した後、Beersによる精神衛生運動が最初に始まったコネチカット州ニューヘブーンに行き、精神科施設を訪問した。Beersが開設したクリニックは、児童精神科施設になっていたのだが、残念なことに、そこにBeersの足跡を記した展示室や碑はなかった。さらに記念碑的著作“A Mind That Find Itself”のことを尋ねても、知っているスタッフはだれもいなかった。すでにこの著作が出されて100年が優に過ぎているわけだが、歴史の忘却が生じるのは早いと思った。

外来と入院施設があるコネチカット・メンタルヘルス・センターでは、次のような掲示をみて驚いた。精神科患者だからといって、アパートへの入居を断ってはいけないというコネチカット州で

定められた法令である。これはまさに、アメリカ精神医学会の会長演説で強調されていた精神科患者の差別をなくすという指針を実践している好例である。アメリカの自由・平等の精神が健全であることを実感した。トランプ政権でもこの指針が貫かれることを期待したい。日本ではここまで踏み込んだスティグマ廃絶の動きはないように思う。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Washington, D. C., 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 高橋三郎, 大野 裕監訳 : DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014)
- 2) Andreasen, N. : DSM and the death of phenomenology in america : an example of unintended consequences. Schizophr Bull, 33 ; 108-112, 2007
- 3) Beers, C. W. : A Mind That Found Itself. Doubleday Company, Garden City, 1908 (加藤普佐次郎, 前田則三訳 : わが魂にあふまで. 羽田書店, 東京, 1949, 江畑敬介訳 : わが魂にあうまで. 星和書店 東京, 1980)
- 4) Beers, C. W. : A Mind That Found Itself. Doubleday Company, Garden City, 1908 (加藤普佐次郎抄訳 : わが魂に遇ふまで—わが精神病院生活の体験記—. 救国会会報, 59 ; 53-75, 1940)
- 5) Binder, R. : Let's claim our future. APA Daily Atlanta May 14-18. American Psychiatric Association, 2016
- 6) Jaspers, K. : Strindberg und Van Gogh, Ernst Bircher Verlag, Leipzig, 1922 (藤田赤二訳 : ストリンベリとヴァン・ゴッホ. 理想社, 東京, p.244, 1959)
- 7) 加藤 敏 : 創造性の精神分析—ルソー・ヘルダーリン・ハイデガー—. 新曜社, 東京, p.223-239, 2002
- 8) 加藤 敏 : 人の絆の病理と再生—臨床哲学の展開—. 弘文堂, 東京, p.150-151, 2010
- 9) 加藤 敏 : 精神病理学による補完を必要とする DSM-5. 臨床精神医学, 43 (増刊号) ; 32-39, 2014
- 10) 加藤 敏 : 精神病理・精神療法の展開—二重らせんから三重らせんへ—. 中山書店, 東京, p.259-281, 2015
- 11) 加藤 敏 : 暗黙の裡に生じる陽性転移, 陰性転

移, 逆陽性転移, 逆陰性転移, 症例に学ぶ精神科診断・治療・対応 (加藤 敏監修, 阿部隆明, 小林聡幸ほか編), 金原出版, 東京, p.6-8, 2015

12) 加藤 敏: 「遺伝子-言語複合体」としての人間に対する薬物療法を考える. 薬物療法を精病理学的視点から考える (石郷岡純, 加藤 敏編), 学樹書院, 東京, p.42-62, 2015

13) 加藤 敏: ウィトゲンシュタインにおける哲学的思索と宗教的思索の同時並行的発展. 日本病跡学雑誌, 92; 40-62, 2016

14) Kretschmer, E.: Körperbau und Charcter. Springer Verlag, Berlin, Göttingen, Heidelberg, 1955 (相場均訳: 体格と性格—体質の問題および気質の学説によせる研究. 文光堂, 東京, p.184-228, 1960)

15) Laing, R.D.: The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness. Penguin, Harmondsworth, 1960 (阪本健二, 志貴春彦, 笠原 嘉訳: 引き裂かれた自己. みすず書房, 東京, 1971)

16) Loch, A. A., Guarniero, F. B., Lawson, F. L., et al.: Stigma toward schizophrenia: do all psychiatrists

behave the same? Latent profile analysis of a national sample of psychiatrists in Brazil. BMC Psychiatry, 13; 92, 2013

17) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 6 Aufl. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962 (平井静也, 鹿子木敏範訳: 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, p.148-149, 1975)

18) 精神保健福祉行政のあゆみ編集委員会編: 精神保健福祉行政のあゆみ—精神衛生法施行 50 周年(精神病者監護法施行 100 周年) 記念. 中央法規出版, 東京, 2000

19) Wittgenstein, L.: Denkbewegungen Tagebücher 1930-1932, 1936-1937 (Herausg.: Somavilla, I.) (MS 183). Haymon Verlag, Innsbruck, 1997 (鬼界彰夫訳: 哲学宗教日記 1930-1932/1936-1937. 講談社, 東京, 2005)

20) Wittgenstein, L.: Tractatus logico-philosophicus: Logisch-philosophische Abhandlung (edition Suhrkamp). Suhrkamp Verlag, Berlin, 1963 (藤本隆志, 坂井秀寿訳: 論理哲学論考. 法政大学出版局, 東京, 1968, 奥 雅博訳: 論理哲学論考 (ウィトゲンシュタイン全集 1). 大修館書店, 東京, p.1-122, 1975, 野矢茂樹訳: 論理哲学論考. 岩波書店, 東京, 2003)

Psychiatrists' Stigma towards Individuals with Mental Illness : A Better Understanding of Mental Illness is Needed

Satoshi KATO

Oyamafujimidai Hospital

Stigma towards individuals with mental illness tends to generally increase in the contemporary era of highly developed capitalism.

From the viewpoint of anti-stigma, it is necessary to take into account that psychiatrists may have a stigma towards individuals with mental illness as well as towards the mental illness itself, in addition to the self-stigma of individuals with mental illness.

On considering the Japanese law concerning the hospitalization of individuals on psychiatric wards, the author has pointed out legal factors that provoke stigma and/or increase pre-existing stigma.

We identified factors contributing to psychiatrists' stigma in DSM-5 on using this diagnostic system as the only frame of reference in a clinical setting.

Stigma toward individuals with autism spectrum disorder, particularly Asperger disorder, is likely to be more marked compared with European countries from the viewpoint that Japanese culture attaches importance to fitting into society in "reading relation with others". This is also true for Japanese psychiatrist.

To overcome psychiatrists' stigma towards individuals with mental disorder, it is recommended to deepen our knowledge of the psychopathology, including the dimension of madness, that is "madness inclusive psychopathology", whose approach has its roots in the work of "Strindberg and Van Gogh" by Karl Jaspers (1922).

< Author's abstract >

< **Keywords** : stigma, psychiatrist, the act on mental health and welfare of people with mental disorders, Asperger disorder, DSM >
