
心理療法が始まるまで

(4)

—コミュニティと病院で—

藤 信子

この連載の(1)に、保健師さんが難病の患者さんに、「病気で辛い気持ちをカウンセラーに聞いてもらいませんか」と、カウンセリングを進めたところ「私は精神的な病気ではないのだから、カウンセリングはいらない」と断られたということを書いた。先回に書いた「強い人」でなければならないから、他人に相談できない場合もあるけれど、このように「精神的な病気」ではない、と言う背後には精神病に対する偏見、そして恐れがあると思われる場合も多い。「病気」に対する偏見は、案外皆いろいろなものを持っているかもしれないけれど、「精神的な病気」に対する社会の偏見は、かなり強い。強いというのは、言い方を変えると人が「精神病になりたくない」

という言う時と、「癌になりたくない」と言うときは、聞く側の反応もちょっと違うような感じだからである。「癌になりたくない」と聞くとき、「そうよね、できるだけ食べ物とかにも気をつけたいけれど」と共感的なニュアンスで、それは自分もなるかも知れない可能性を感じながらの会話のように感じられる。しかし、「精神病になりたくない」と聞いた時には、聞き手はどうだろう。「そうよね、できるだけストレスを避けたいよね」ということになるだろうか。そうではなく、どちらかという、自分が精神病になるという可能性はあまり考えずに、肯いていることが多くはないだろうか。精神病の中で、統合失調症は100人に8人という有病率であるに

も関わらず、自分とは遠い病気のように考えているように見える。

このような「精神病は自分とは関係ない病気」と考えたい気持はどこからくるのだろうか、ということの時々考えてみたいと思う。精神病への「偏見」「差別」とか言われることに対して、私たちの心の中で起きていることとして考えを進めないと、初めに書いた保健師さんに、カウンセリングの勧め方のアドバイスが十分できないような気がする。マスメディアが精神病に対する偏見を助長している、という批判がされたことがある。事件が起きた時に、精神病院への入院歴や通院歴が書かれたりした。これは批判されて今は少なくなっているが、批判されるまでは社会的にはおかしいと思われなかったようだった。事件を起こしたからといって、心臓病や糖尿病の通院歴は問われない。精神病だけがこのような扱いを受けるのは、どこかに社会に精神病に対して「何をするのかわからない」という不安を抱いている部分があるから、そのようなことが受け入れられるのではないだろうか。

ストレスと精神病の発病の関連に関して、例えば日本の社会ではどのくらいの人が、関連があると考えているのだろうか。精神医療従事者にしても、その関連を考えない人が結構多いのではないかと、思う時がある。患者さんに何が起きたか、それについてどのように考えているのかを十分に聞かずに、薬物療

法に頼りすぎているような話を聞くと、そうか・・・精神病は脳の病気だから、対人関係など関係なく自生的に病気が起こる、という考えなんだろうな、と思ってしまう（私は身体とか脳が無関係と思っているのではない、「ストレス脆弱性仮説」については、またいずれ触れることになるだろう）。そのように、人が日常の中で、疲れたり悩んだり苦しむことと統合失調症になることが関連している、症状もまわりの環境と無関係とは言えないと思えず、精神病は私とは遠い無関係な病気と思うのは、何がそうさせているのだろうか。

たとえば統合失調症になることへの不安や恐れは、短期では治癒しないことも少なくないので、経済的な問題が生じること等の不安はもちろんあるが、これは他の病気でも同様だろう。それより多いのは、「自分の思考、行動のコントロールができる」という気持を持ってなくなる恐れということも関係しているのではないだろうか。でもよく考えてみると、私たちはそんなにいつも自分の思考や行動をコントロールできているのだろうか。精神病への認知行動療法を構成する理論の中に、妄想を持つ患者は「結論への性急な飛躍」という推論バイアスがあることが示されている(ガレティ・ヘムズレイ、丹野監訳 2006)。これは辻(1980)の精神的な主だった病態は、自分の手にあまる状態に陥ると、合理的、主体的で自由な思考を失い、直線的になり複数の視点を持ちえなくなる、という治療精神医

学の視点に近い。ガレティ達は心理学者なので、実験的にこの推論を確かめていて、その実験（ビーズ玉課題）が、ほーと驚くような簡単だけど説得力のあるものなので、魅力的である。ここでの観点は、妄想とそうでない思考はそれほど違わない、妄想でない思考は慎重にいくつかの可能性を考えてみるが、妄想の場合はすばやく結論に飛びつく、ということである。なぜすぐ結論に飛びつくのかは、不安な状態にある時は十分に考えている時間がないような気分で、結論を急ぐ状態になっているからである。私はこの「結論への性急な飛躍」について話す時に、幽霊の正体見たり枯れ尾花や、蛇嫌いの人が道で小枝や紐を見るとはっとするという話をするが、分かってもらいやすいようだ。

このような、妄想など精神病の思考が「健常な」場合の思考と、同じようなメカニズムで考えられるということは、今まではあまり日本では、受け入れられてはいなかったようだ。このこともあって、心理療法（カウンセリング）という対話療法が精神医療の世界で広がらなかったのだらうと思う。そのあたりが、精神病の人は何を考えているのかわからない、話がわからないということになっていき、心理療法が十分広がらなかったことについて、もう少し次回も考えてみたい。

—文献—

P. ガレティ・D. ヘムズレイ共著 丹野義彦
監訳 2006 妄想はどのようにたちあがるか ミネルヴァ書房

辻 悟 (1980) 治療精神医学—ケースカンファレンスと理論— 医学書院

*最近、辻先生の新しい本がでています。辻 悟 2008 治療精神医学の実践
こころのホームとアウェイ 創元社