
心理療法が始まるまで

(7)

— コミュニティと病院で —

藤 信子

先号で、「自分の経験を医療スタッフをはじめ周り人と話せる場があることは重要なこと」と書いたが、今回はこのことについて、もう少し考えてみようと思う。この連載の(2)に患者さんが主体的にその人なりの「問題」を考える必要があるけれど、忙しい病院でそのような時間はとれているのだろうかと書いた。心理療法は、対話をとおして自分で気付いていないことに、気付いていく過程である、私は私たちを取り巻く社会、環境などで私が束縛されていることに気付いたり、私の中に受け継いでいる対人関係について意識していく過程だとも言えるだろう(藤2011)。そういう心理療法が今は精神医療の中で、あまり大切だとは思われなくなってい

るようだ。

米国では精神分析療法に対しては、保険会社の保険はきかなくなった久しい。だから治療者は比較的短時間で有効な治療法を開発することになる。エビデンスベースドということは、効果のある治療を求めるという点から見ると当たり前だと思える。しかし、エビデンスの求めやすい治療法や研究と、時間がかかり結果のにくいものもあるのではないだろうか。現在の米国の精神医学の診断はDSMに基づいており、日本でもそれに基づくことが共通用語になっているようだ。現在示している症状、患者さんが訴える内容だけに基づいて話を聞いて診断が行われると、病気の特徴が見えにくくなり、どんな患者さん

がどんな体験をしているか分かりにくいようなことが、事例を聞いているときに感じることもある。DSM の診断は、ある症状があるかないかというように見ていくので、統合失調症の場合、陽性症状（シュナイダーの1級症状）を見ることになるらしい。1級症状の幻聴や妄想は、精神分裂病でなくとも存在するのだから、精神分裂病（統合失調症）の診断は、プロイラーの基本症状（連合弛緩、両価性、自閉、感情の平板化）で考えるのだと、昔（本当に昔になってしまった）教えられた私には、そんなに病気を見る観点がずれてしまったのかと驚いてしまう。連合弛緩をはじめ、基本症状は思考の問題だと言えるけれど、それは明確でないため、エビデンスと言う考え方に馴染まないのだとは、ある精神科医に聞いた話である。

精神科医は診断に際して、患者の話のどこにポイントを置いているのだろうかと思ふ余計なことを考えてみたくなる。思考に焦点を当てるとしたら、何故この人はそんな風に考えるのかと思ひ、聞いてみるのだろうかと思ふ。また昔の話だけれど、妄想は思考の内容ではなく「思路の問題」である、と教えられた、考える筋道としてどうなっているかを聞くようにといわれた。以前はこのような思考についての精神病理学が盛んだったが、今はもう見かけない。現在このような研究をしているのは、英国の認知行動療法を開発している、Garety たちだろうか。どうしてそのように考

えるかが問題でなく、妄想か幻聴があることさえわかればよいのなら、話の聞き方は変わってくるのだろう。そうすると、患者の思考について注意深く慎重に聞くことはあまり大事ではなくなり、聞き方に対する関心は減るのではないだろうか。聞き方は訓練がいることもなくなるのではないだろうか。

話の筋道を追うということ、この人はどうしてそのように考えるのだろう、という関心は、どこかに「私は普通このような筋道で考えるけれど、何故この人は、ここでそのように考えるのだろう」ということを含んでいると思う。この「私」が入ってくるところが、エビデンスから離れると思われることかもしれない。「私」が感じたり、考えたりすることを手がかりに相手(患者)を理解することは、人によって差があるので、そんなことは大きな集団で統計的に扱えないということだろうか？

統合失調症は脳内の生化学異常なので、それに効く薬物を出すのです、と言われるだろう。脳内ではそうだろうけれど、体験しているその人がいる。その人が自分に起きている体験を考えたり、まとめたりすることをせずにどうして自分の病気について考えられるのだろうか。この主観的な側面については、現在はあまり大事にはされないのだろうか。ここでやっと先号に書いたことに戻る。患者さんが自分の体験を話したいという雰囲気の治療環境は、どのように作られているのだろうか、

考えている。〇〇療法と名のつく療法（この場合特定の療法をイメージしてほしい、心理療法というのは、普通名詞のようなイメージなのでこれには含まれない）は確かに増えているけれど、本人が自分の問題を話せるように、見つけ出せるまでが時間がかかることが多い場合、その〇〇療法の目標は何になるのだろう。誰にでも合いやすい目標から始めるとしても、それで解決するわけではないだろう。誰にでも合う治療目標ということを否定するわけではない。私たちは人と共通する問題をたくさん抱えているので、それは有効だと思う。一緒に考えながら、自分の問題を探していくことは、そう短時間にはできそうに無いと思うけれど、どうだろうか。〇〇療法の時間だけでなく、いろんな場で話せて、自分の考えること、話すことばを見つけだしていく場が大切なのだと思う。心配しているのは、今の精神医療が心理療法のような時間のかかる治療に、関心を示さないとしたら、患者さんの悩みは誰が聞くのかとってしまう。〇〇療法の対象は症状で（訴えている症状だけれど）、悩みではないところが難しいところなのだと思う。精神科病院は、病院なので病気を治すのであって、悩みを聞くのではない、そういう主観的な取り上げ方はしないといわれるのではないかと、ふと思ってしまった。でも悩みが問題というだけでなく、悩みを聞いていくことを重ねないと、問題にたどり着かないこともあると思う。

文献：藤 信子（2011）私の・外のグループ、内のグループ. 集団精神療法 27（2）