

心の病と共生社会 ストレス社会を反映して

ストレスは、人口と時間の過密がもたらす社会環境に由来します。時間がゆっくり流れ、土地が広々とした時代や地域には、ストレスはさほどありません。現代社会を反映して「心と体のクリニック」は、今どきは身近な存在となっています。では「精神科」「神経内科」「心療内科」の違いは何でしょうか。「神経内科」は、神経という器官を診る科目で、消化器科や胃腸科などと同じ類の名称です。「心療内科」は、心身症(心の不調に現る身体症状、例えば喘息やアトピー、ストレス性胃腸炎等)を扱います。つまり、「心療内科」は内科の一科目で、本来治療を担うのは内科医です。精神科は、その名の通り精神に関わる疾患を扱います。「精神科」は重く「心療内科」は軽めとイメージするのは、全くの誤りです。

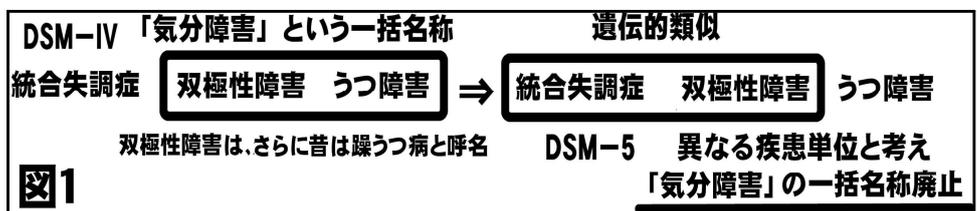
しかし、実際には「心療内科」を看板に掲げるお医者さんのうち、8割が精神科医で残りの2割が内科医です。「心療内科」は1963年から存在しました。ただし、当時は「心療内科」を名乗れるのは、九州大学などごく一部、6つ大学病院に限られていました。それが、研究が進み、現代社会での心身の管理の重要性が高まるにつれ、「心療内科」の意義が認知され、1996年には、標榜科として認可されました。「心療内科」に「精神科」や「内科」を併記しても差し支えないわけです。患者さんには、「精神科」よりも「心療内科」のほうが来院しやすく、お医者さんも、「心療内科」を掲げるほうが患者が増え経営が安定するという、双方のメリットがあります。

そして実態的にも、精神科医が心身症も扱い、心療内科医がストレス関連疾患も扱う等、垣根はなくなっています。実質的な区分が曖昧になって診察が受けやすいことは、精神科と心療内科のよき共生とも言えます。(但し精神の病が重い場合は精神科医に、心身症に係る身体症状が顕著な場合は心療内科医にかかるのが適切)このように共生社会にみる言葉は、時代の背景や世相を反映します。

心・気持ちと言葉と人権

「時代と共に変わる病名」は前号でも触れましたが、ここではさらに深く言及します。昔は「精神分裂病」と名付けられた病も、今は「統合失調症」に変わっています。それは、「精神が分裂した病」の名づけが、患者さんの人格や心が深く傷つけるからです。この症状は、意識・前意識・無意識の3つの心的領域において、一番核となる無意識層で起こり、無意識的な動機と心的現象(抑圧・投影・転換・葛藤・置換・取り入れ・分裂・空想・退行)が表出するものです。3領域のバランスの失調によって日常に直に現れる訳です。精神の防衛機制としての無意識の存在自体は、決して特別なものではありません。要はいつ、どこで表れるかですが、夢や泥酔時が一般です。「統合失調症」の改名は、イメージ改善だけでなく実態に沿った命名です。痴呆症→認知症、障害児教育→特別支教育も同様です。

さて、このほかにも「障害」→「症」、「病」→「症候群」等、読み換える例は、沢山あります。「障害」を「症」とするのは、①障害と名付けられて患者やその親がショックを受ける ②症状が改善しないと誤解される ③周囲に差別と偏見の目で見られやすい ことがあげられます。「病」→「症候群」と



するのは、① 関連する諸症状を含めてピンポイントでの診断が難しい。② 緩やかにくくりとすることで、医師も患者もゆとりや逃げ場ができる。誤診を避けたり心的負担を少なくする意味合いを持ちます。また、医学の発達し素因が解明されることで、くくりが変わることもあります。双極性障害は統合失調との類似が判明し、DSM-5においては気分障害の一括名称は廃止されました。(図1)

DSM区分は、米国精神医学会の精神障害の診断・統計マニュアル(DSM)に基づくものです。日本では研究上の診断として用いられることが多いものの、日常臨床では普及していません。労災認定等、公的診断に利用されるのが、WHO(世界保健機構)の国際疾病分類ICD区分です。どちらの区分も数年に一度見直されますが、DSMは現在のバージョンは5、ICDは10です。これらの区分は、条件となるチェック項目を満たせば診断確定(客観的)となります。が、経験に基づく主観的判断(個々の専門性)を排除するため、一般の医師の間ではあまり使用しない傾向もあります。

心の病と共生社会

心の病や症状は、要素と傾向として誰もが持ち得ます。その意味では、全ての人間が障がい者です。ただ症状が顕著で適応が難しいと、相応の処置が必要となります。例えば、統合失調症の治療は、この半世紀どう行われてきたかという、精神分裂は異常だ、だから正常にしないとイケない、そのためには薬物を与え、心理療法も、訓練も、生活指導も必要だ、そしてこの人に平均値のような生き方をさせよう、としてきた訳です。

ところが近年は考え方が大きく変わりつつあります。統合失調という生き方自体を認めてもいいじゃないか。社会が認め、環境の方が近づいていくという考えです。自閉も同様です。無理に外に連れ出そうとすると、その反動が10年、20年後々に現れることもあるそうです。今はネットを通じた交流や起業という選択肢もあります。さらに引きこもり起業アドバイザーや支援団体もあります。滅多に外出しないから生活費がかからない。安価な宅配総菜やコンビニ弁当もある。自閉的に生きてもいいじゃないか…

身体障がい者については、随分と社会が歩み寄っています。昔は身体が不自由だと外に出る術がなかった。でも今はバリアフリーが叫ばれ、環境も周囲の理解も高まりました。学校教育でも点字やアイマスク、車いす体験等が行われています。その点、精神的な障がいは見えない故に、まだまだ理解に乏しく偏見も多いようです。福祉の原点に立って、心身に渡る真のバリアフリー社会の到来を望むところです。

共生社会の落とし穴

ヒトは防衛本能によって生命を維持しています。防衛には、攻撃と排除と自閉があります。よってヒトは自分を閉ざし、他人や私物を排除し、攻撃もします。人と物と事に関わる「嫌悪」「敬遠」「無視」「悪口陰口」「怒り」「転嫁」「言い訳」等がそうです。

それらは人が生きていくための本能ですが、相手を傷つけたり、差別や偏見につながる恐れもあります。その一方で、人間には理性や協調が備わっています。それは本能を制御する術です。排除VS取り込み、動物的VS人間的、本能VS理性…これらの兼ね合いをどうつけるかのせめぎ合い…この問題は、私達にとって身近で大事なことですが、案外難しいようです。感性や感覚を司る右脳と論理や理性を司る左脳に問いかけ、しっかり考えていきたい所です。心身に関わる言葉の変遷を通して共生社会を観る時、様々な展望と可能性、課題が浮かび上がってきます。そして、それらは他人事ではなく、防衛本能に関わる自身の問題とも重なり合います。



<参考資料>心理療法の基礎と実際(松井紀和:カウセリング 社) 精神医学・心身医学概論(村上典子・溝部宏二)

心理アセスメントと精神医学的診断/精神症状学(柏木雄次郎:大阪市立大学)