

## 精神障害の初期治療時への提言

木 下 清

川崎医療福祉大学 医療福祉学部 臨床心理学科

(平成8年5月22日受理)

### A Proposal of Treatments for First Attacks of Mental Disorders

**Kiyoshi KINOSHITA**

*Department of Clinical Psychology  
Faculty of Medical Welfare  
Kawasaki University of Medical Welfare  
Kurashiki, 701-01, Japan  
(Accepted May 22, 1996)*

**Key words** : first attacks of mental disorders, psychologists, psychotherapy

#### Abstract

Remarkable progress in tranquilizers has brought about a great advance in cures of mental disorders. But, the other hand, this has caused a tendency to look down psychotherapeutic approach to mental patients. Especially, a lack of any psychotherapy for patients who have first attacks of mental disorders is an important problem.

Based on the above thought, I report some of my psychotherapeutic experiences concerned with patients, including psychoses. At the same time I consider some effects of psychotherapy. To sum up my consideration, a sympathetic interaction between a therapist and a patient for a long time produces a deep rapport between them. This is almost the same even if the patient is a schizophrenic.

For the sake of this approach, I think clinical psychologists are the most suitable. I consider this reason, too, in this paper.

And I make a proposal to support clinical psychologists.

#### 要 約

向精神薬のめざましい進歩は精神障害の治療に偉大な貢献をしてきたが、一方では患者への心理療法的アプローチを軽んじる傾向を産んだようにも思われる。特に初発の患者への心理療法がほとんどなされていないことは問題である。

以上の考察から、筆者は精神病を含む患者に心理療法をおこなった経験を報告するとともに、心理療法の効果について考察する。要約すればセラピストと患者の長期間にわたる共感的ふれあいから両者の間に深いラポールが生じるのである。このことは分裂病者でも珍しくない。

このアプローチに最も適するのは臨床心理士だと筆者は思う。その理由についても考察している。そして臨床心理士を育成するためのひとつの提案をおこなう。

### はじめに

世界精神衛生連盟の名誉会長である林によると、日本の精神病院の患者の平均在院日数は「憂慮すべき長さ」である。彼は東大医学部にも在籍し、故内村先生を尊敬している知日派である。にもかかわらず、彼の日本の精神医療への意見は辛口である。彼によると、日本には優秀な研究者はあるものの、臨床へのアプローチは軽視されがちであり、神経伝導物質やその伝達機構その他の「科学的」研究に向う研究者が多く、かつ日当たりのよい道を歩んでいる。「科学的」技術訓練や高次元の研究は少数の限られた人だけでよく、医局員の5～10パーセントだけでよい。もっと臨床に専念する人が増えなければならない<sup>1)</sup>。

精神病の多くがいまだにその本質を明らかにされていない。確かに向精神薬は長足の進歩を遂げたが、その多くが対症療法の域を超えていないと思われる。飯田は精神障害観を「脳」派、「心」派、「場」派に分けて考察している<sup>2)</sup>。「脳」派は精神障害を脳に起因するものとの基本的立場にたち、身体疾患モデルの病気として対応しがちである。「心」派は障害を性格の問題としてとらえ心理療法を重視する。「場」派は個の問題を場との関係と考へて、グループワークや環境調整に重点をおく。現代ではこれらの各派が協力しあって治療にのぞむことが理想とされているが、果たして実際にそうなっているだろうか。林によると、残念ながら日本ではそうならないらしい。精神医療の現場でそのリーダーである医師に「脳」派が多いことが、そのひとつの要因をなして、「科学的」研究が本命で、臨床は片手間という医師が結構いると言う。

ところで本質がわかっていないのに、特定の立場（「脳」派）が優位であり続けるというのは、

考えれば不思議である。精神医療は他の身体医学とは異なった側面をもつことへの正しい認識が遅れていたと言えるのではないか。もっとも「場」派の活動は最近かなり認められ、リハビリ活動が重視されるに至った。しかし、たとえばカナダに比べると、まだまだ不十分である。林によればカナダの平均入院日数は24日だそうである。それを可能にしているのは心理士やソーシャルワーカーを含むメンタルヘルsteamであり、そのチーム活動ではソーシャルワーカーがリーダーになることも多いという。

飯田のいう「心」派の活動はどうであろうか。精神分析はこの派のパイオニアであり公認されている。しかし精神医療のなかではごく少数派であるし、医師によってなされるものとされている。心理士などのおこなうカウンセリングは診療とみなされていない。筆者は分裂病圏の対象者をも含め、現在の精神医療で最も軽んじられているのはこの「心」派の活動であろうと思う。そして日本における精神病の慢性化、長期入院化は、初期治療時に「心」派による働きかけが乏しいことにも、その一因があらうと考えている。発症にともなう筆舌に尽くしがたい恐怖、不安のただ中であって、不本意ながら訪れる臨床の場がかんたんな問診と投薬しかしない時、または思いもしなかった入院という事態をおしつける時、患者の不安は不信をも加えて、容易に修復できない心的外傷を新たに積み上げることになりかねない。しっかりした「心」派がいて、患者の世界の変化を敏感に察知し共感的に対応することができれば、同じ入院という事態に至るにしても患者の心的外傷の軽減は少なくともなされるだろう。また無用の入院を防ぐことも時として可能である。この一例として、筆者が妄想型の症例についてすでに報告したように<sup>3)</sup>。

この小論では、精神医療の場での心理士の活動の必要性を訴えるとともに、そのために必要な制度の改革について、少々独断的であるかも知れないが筆者の提案をしたい。

### インテイク時の対応

筆者が教員になる前に勤めていた大阪府立公衆衛生研究所精神衛生部（現大阪府立心の保健センター）には、医師7名、ワーカー6名、心理士6名が配置されていた。クライアントは、まずワーカーのインテイク面接を受ける。ワーカーは医師がおこなう予診と同じように、病状の発生や経過をも聴くが、ワーカーとしての視点から家族を始めとするクライアントの周囲の社会的資源にも重点をおいて聴く。医師はそれらの情報をも念頭において診察をする。心理士は必要なテストバッテリーをおこなう。ユニークだったのはワーカーにケースの振り分け権限が与えられていたことであって、たとえばソーシャルサポートの方が診療よりも有効と判断したケースはワーカーが対応していた。心理士によるカウンセリングが適切ならばケースは心理士に廻される。この方式の利点は多忙な医師が来所者全員に関与せずすむことであり、それぞれがその専門性を発揮しやすいことであろうか。医師の診察に廻ったケースについては、医師の診察時所見、心理士のテスト所見、ワーカーの所見をもちよってインテイクカンファランスがもたれる。そこでクライアントへの対応を話しあい、主担当者が決められる。ちなみに筆者が担当したケースを例にあげよう。

ケースは19歳の女子短大生である。中学生の頃、容姿について悪口を言われたことを契機として醜貌恐怖となった。それをもとに関係念慮が強まり、来所時には広く拡散した被害妄想になっていた。自分の顔が醜いので、人々がすれ違いざまに咳払いをし、あてこすりを言い、唾をはき、目をそらすなどと訴えた。始めの頃は同年輩の異性に限られていたのに、この頃は性別、年齢を問わず皆がそうするとともに訴える。医師は初期分裂病の可能性ありとした。筆者はローシャッハや SCT 結果からカウンセリングの対象になると考えてその旨の意見を述べた。結

局、医師は少量のメジャーを投与して状態の推移を観察し、同時に筆者が週一回のカウンセリングをすることになった。

この決定によりケースは来所の日時が決まる。そして投薬を受け、1時間の面接を受ける。この方法の利点をいくつか挙げよう。①ケースは約束の時間に来ればよい。医師の診察は2週に1度でよくなるので待時間の長い日が減る。②医師も「精神療法」のため中途半端な時間を使わないですむ。③ケースは毎週じっくりと話を聴いてもらえる、などである。上記のケースは状態の改善とともに、薬もメジャーからマイナーに変わり、2年の経過で症状は消失し、卒業や就職もできた。以上の経過を医師ひとりで対応していたらどうだろう。少なくとも医師にとっては大変な重荷であったろうことは確かであり、結局、投薬と中途半端な「精神療法」しかできなかったらと思う。薬が効いたのか、カウンセリングがよかったのかはわからない。いずれにせよ「治った」ことは間違いない。蛇足になるが以後再発もしていない。

### 心理士のカウンセリングについて

#### 1. 手 続 き

医師またはワーカーからの紹介でクライアントは担当の心理士に初めて出会う。クライアントと心理士はお互いの都合を考慮し最も無理のない日時を決める。その他、面接がスムーズに続くために必要な事項についての取り決めをする。料金は機関の性質上とれなかったため、治療契約のなかには入れられなかった。多少とった方がクライアントのモチベーションを上げるために良いのだが止むを得なかった。

#### 2. カウンセリングの立場について

心理士の多くがやはりロジャリアンの立場でカウンセリングをおこなっていた。ただし折衷的になるのが現場の実際である。筆者自身もそうであった。霜山らも言うように<sup>4)</sup>、ある特定の立場に固執することは、それぞれ異なる人格をもち異なる生活史をもつクライアントに、唯一の理論によるアプローチをするゆえに、適切でないと思う。藤縄は「精神療法とエロス」の冒頭に、彼が駆出しの頃に担当した、幻

覚や妄想をもった一女性との長年にわたる関わりを記載している<sup>9)</sup>。彼女の症状は実に多彩であったらしい。また明らかに彼女は藤縄に強い陽性転移をもつに至った。子供のような姿をも示し、たとえば藤縄に哺乳ピンのミルクを飲ませてもらふことにより、安定したこともあった。20数年の年月の間、山あり谷ありの経過が続いたが、次第に間隔が空いていったものの藤縄と彼女の交流は絶えることがなかった。その間、彼女は藤縄の代理と思われる人と結婚し、死別するという運命に耐え子供を立派に育てた。このケースについて藤縄は「いまだに診断がつかないし、なぜ治ったのか明確にできない」と述べている。このケースについて2人のコメントーターが論評をしているが、それぞれの立場がわかってなかなか面白い。それはそれとして筆者は彼の「わからない」にとっても共感を覚えるのである。筆者も25年にわたる外来臨床を振り返って同じ感慨をもつからである。臨床の場を去って教員生活10年になろうとする今でも、かつて数年の関わりをもち、治っていったクライアントからの便りや年賀状が来るのだが、なぜ「治ったのか」筆者にも明確にできない。

### 3. カウンセリングの経過中に何が起るのか

筆者の思うところでは、長期間にわたる人格と人格の触れあいが続くことが重要である。その経過は以下のようになるのではあるまいか。

①まず、クライアントはセラピストの傾聴と共感的態度によって、これまで経験したことがないような他者との関係を体験するのであろう。

②当然だが、陽性、陰性の転移や抵抗、防衛も、強弱の差こそあれ生じる。そしてこれまでの他者関係では、これが発動すると壊れてしまうことが多かったと思われる。

③ところがセラピストとの関係では、それらがむしろラポールを一層深め、触れあいを強固にすることにクライアントは気づく。これまでのように自己を追い詰め、相手を巻き込むという破壊的結果に至らないことを体験する。

④もちろんこの道程は平坦ではありえない。まさに山あり谷ありであって、程度こそさまざまであるが、時には二者関係は破局に近くなることすらあろう。しかしセラピストの変わらないクライアントへの関心と共感、

そして可能なかぎりの理解への努力は継続される。⑤嵐の時期に最初の約束はやはり重要な役割を果たす。クライアントは感情の昂ぶりからしばし解放されるし、セラピストもゆとりをとりもどすことができる。⑥クライアントにとって感情の嵐はマイナスばかりではない。しばしばカタルシスにもなる。嵐のような面接の次回が穏やかに過ぎることを多くのカウンセラーが経験していることだろう。⑦長期的に見れば山も谷も次第に平坦になっていく。そして終結の日を迎えることになる。その後は折に触れての接触が次第に間隔をおきつつ続くケースもある。

この一連の経過は中井のいう「導きの糸」<sup>10)</sup>が紡ぎ出される経過であろうか。ロジャーズ流に言えば、自己開示をし、生の感情を表出し、それが受容される体験を通じてセルフイメージが変わる。対象関係派的には、他者との適切な距離のとり方や安定した関係のもち方を学ぶ。自我心理学的には洞察の深まりが自我を強化する。

### 4. 心理士が以上の関わりに適切である理由

①経験ある心理士はロールシャッハなどの心理査定を通じて精神病理についてもかなり理解している。また心理療法のいずれかの訓練を受けるとともに、実地の体験をも積んでいる。

②医師よりもひとりのクライアントに時間を使いやすいので、1時間近くをついやす定期的面接をこなすのに適している。医師は担当の患者が多いし、急患があつたりして面接が不定期になりやすい。

③医師は薬を使うという手段をもっている。患者の心理的問題から発する状態をも症状と見做し安易に薬で解決しようとしがちになる。「脳」派の医師は特にその傾向をもつ。

④医師の面接は立場上ともすれば診断面接や状態観察面接になりやすい。

⑤大変現実的な話で恐縮だが、医師が一日に10人くらいの患者しか相手にできないとなると経営上の問題も生じるだろう。

以上筆者が外来臨床にたずさわっていた経験を踏まえて、心理士が定期的な心理療法に適していると思われる理由を述べた。もちろんこれはチーム医療の一環としておこなわれなければならない。医師やワーカーとの緊密な連携のものになされていた。

### 初診（特に初発患者）における心理療法的アプローチの必要性

早期発見と早期治療が重要であることは精神科領域でも同様である。しかしこの領域での早期発見は身体疾患よりも一層困難である。たとえば分裂病の早期発見も至難である。ありふれた形の不登校や神経衰弱様の状態が数週間から長いものでは数年続く。この間、身体疾患で威力を発揮する検査は、残念ながらこの領域にはない。ロールシャッハのような心理検査も絶対的決め手にはならない。中井は分裂病の発症を3期に分け、それぞれを「ゆとりの時期」、「無理の時期」、「焦慮の時期」として考察しているが、それも絶対ではないと断っている。結局、症状による不適応や異常な言動が目立ち始めるに及んで、家族を始めとする周囲の人々が発症に気づくことになる。その頃には病勢はかなり進行しているのが通常である。他の疾患の多くと違うところはこの時点でも患者の病識が乏しいことであり、たいていが周囲の人々に勧められて不承不承に臨床の場を訪れることになる。分裂病であれば、この時点で患者の世界はすでに変容しており、日常性からはるかにかけ離れた体験の連続によって、彼は筆舌に尽しがたい強烈な恐怖や不安の中にいる。身体疾患ですら、病院や診療所を訪れるのは不安をとまなうものだが、彼の場合もっと大変な事態のなかにいることを考慮しなければならないだろう。

林は精神科のリハビリは初診時から始めなければならないと言っているが筆者も同感である。別の表現をすれば、初診時の対応がきわめて重要であり、治療的でなければならないということである。たとえば分裂病であろうとも、初めて受診する場の印象は後の治療に影響をおよぼす。決しておろそかにしてはならない。そして患者への最も適切と思われる処遇を慎重に検討すべきである。もちろん急性期、たとえば緊張型のケースなど初診イコール入院ということもあろう。しかし、それらのケースでも急性症状が治まったら心理療法を開始すべきである。症状とみなされる興奮や、妄想によるとと思われる言動の背後に、ツットの症例のように<sup>7)</sup>、充分理

解可能な訴えや怒り、それらを引き起こした事情などがあることも稀ではない。それを汲みとり、共感しようとする努力がなされるか否かは、患者の予後に大きな影響をおよぼすだろう。訴えをまともに聴いてもらえないという体験の集積は、患者の心に絶望と不信を積み上げ続ける。その果てにツットのいう自由を放棄して、完全に己れの意志を失ったかに見える慢性の病院沈澱の患者の姿がある。

現在多くの精神病院で、不定期かつ短時間の「精神療法」ではない、きっちりした心理療法がおこなわれているだろうか。多くの患者が服薬しつつ何となく過ごす日々の連続であろう。そうした日々は、中井の言う「繭の時期」を除いて、若い初発の患者にとって有害である。社会に適應するために必要な技能や対人関係操作能力を身につけるのに重要な年代であるゆえに。もっとも、この頃は早い時期から作業療法などに導入するところも増えた。それはそれで結構ではあるが、指示されるから何となく受け身的に参加するだけではあまり効果的とは言えない。作業療法などと同時に、特に若い初発あるいは再発レベルの患者を主体に、上述のような心理療法をするべきだと筆者は思う。中井の言う「心のうぶ毛」を大切に、治療への信頼感を育てなければならない。その意義をいくつか挙げてみよう。①状態の良い時も、その逆の時も変わらず共感を示し理解しようと努力するセラピストを通じて、患者は人間への信頼感を修復できるチャンスをもつ。②一定の日時が定まっている面接は、患者に他者との恒常的な安定した関わりのもち方を学習させる。③他者との言語的交流が本来不得手な患者には、自己表現力の訓練になる。④時には日頃のうっ積した感情や思いのカタルシスにもなろう。

分裂病にはこの種のアプローチは無効と考えられがちであった。しかし分裂病観も変遷を遂げつつある。「分裂病なるもの」が単一の原因による単一疾患ではないのではないかと多くの臨床家が考えているはずである。心理療法が有効なタイプも少なからずあるはずであるし、試みすることは有意義だと筆者は思う。この頃の精神病院には、かつて分裂病の末期症状として記載

されたような人格荒廃状態に陥った患者はほとんどいないし衝動症状もずいぶん減った。それらが多分に保護という名の拘禁のもたらしたものであったことに異存はあるまい。時代の病観の移り変わりによって病者への処遇も変わりつつあり、それによって病像や経過も変わっていく。

ところで現在のごく一般的な状況はどうであろうか。具体的にひとりの青年が発症した場合を素描してみよう。理由がよくわからないままに高校1年の秋に不登校になった。翌年の春頃から、昼夜逆転の引きこもりの生活のなかで異様な言動が始まる。昼でも雨戸をあけず室内で独り言を言い、時には大声で叫ぶ。電話がかかってくる、TVが自分のことを放映しているなどと母親に訴える。これはただ事ではないと感じた父母の説得にやっと応じて、しばしば騙されて精神科の外来に不承不承やってくる。担当医の型通りの診察を経て入院か外来通院かが決められる。入院にせよ通院にせよ、投薬主体で経過を見るというのが一般的であろう。入院の場合、薬効によって症状が消失または軽減されれば退院となり通院に変わる。こうした経過のなかで、きっちりした心理療法がなされているところはほとんどないのが実情であろう。発症から受診、そして現在に至までの本人のある意味での貴重な体験や、それに応じての彼の折々の心の動きなどが意識化されることもなく、何となく闇に葬り去られるのみである。再発を防ぎ、自我を強化するのに役立つかも知れないせっかくのチャンスを彼はみすみす失う。通院では回を重ねるにつれて面接時間は短くなるのが通例である。ついには薬をとりに行くだけということになってしまう。心への治療がこれで良いのだろうか。これでは身体疾患の治療とやら変わらないのではあるまいか。理想的には薬効により顕在症状が軽くなってからの心理療法的アプローチこそ重要であるはずなのに。つまり時間を多くかけなければならないのに。

初発あるいは再発の患者を特に重視するのは治療の場への信頼感をもってもらうこと、まだ柔軟な若い心に働きかけることによって再発や

慢性化を少しでも防ぐことの2点による。事実、筆者が担当して予後が良好だった分裂病圏のケースのほとんどが初発、初診であった。再発を重ねすでに治療へのニヒリズムに陥って自由を放棄したケースは、筆者の感じでは、初発のケースの数倍もの力がある。

なお言うまでもないことだが、心理療法は医師、ワーカーなどとの緊密な連携のもとにおこなわれるべきであることは当然である。

### 分裂病圏のケースとの関わりの事例

筆者の経験では、たとえ分裂病圏のケースであろうと、初発の患者とは深淺さまざまであるにしても、かなりなラポールがつく。そしてソットの言うように、症状とされる言動の背後に結構了解可能な部分があることをも知る。先に醜貌恐怖から拡散した被害妄想をもつに至った症例を紹介したが、2例追加しよう。

#### ①24歳のOL

有名女子大を卒業後、某洋酒メーカーに就職して順調なOL生活を送っていた。ところがほぼ同時に2人の男性から求婚される事態が生じた。どちらもキャリアに申し分なく、しかも熱心に彼女に結婚を迫った。ひとりはオーバードクターではあるが、近いうちに大学の教員になることが内定していた。もうひとりはM商事の社員で将来を嘱望されている。前者はT大、後者はH大卒である。追いつめられた彼女のもった妄想は、当時の首相の出身校であるH大派閥と中央官僚の主流派であるT大派閥との抗争に巻き込まれたというものであった。苦しんだ彼女は自宅で自殺未遂をし、筆者らのもとを訪れることになった。医師が投薬し筆者がカウンセリングを続けた結果、1年半の経過で妄想は完全に消滅し、M商事の男性との結婚を決意するに至った。以後まったく再発なく子供2人をもうけ、海外駐在も経験している。このケースの場合、筆者は彼女がどちらを選択するかの自己決定を辛抱強く待ったのである。妄想は半年で消えたが、この自己決定に1年を要した。

#### ②19歳の女子大生

陸上部員であったが部長への片思いを契機に不眠が続き、妄想や幻聴が発生。幻聴の命ずる

まに、深夜部長のアパートに行き彼のベットに入るなどの奇行があって受診。主治医は破瓜型の分裂症と診断した。投薬とカウンセリングで状態は改善に向かいつつあった。ところが部の遠征に同行したところ、混乱して緊張病的病相を呈し緊急入院となった。約2ヵ月で退院後、再び通所。どうにか大学を卒業できた。卒後アルバイトなどをしてきたが24歳で結婚。夫は本人の病気のことある程度知っていて、結婚後も2週間に1度は定期的にカウンセリングは続いた。第一子誕生後一時再発し、前回と同じ病院に入院したが3ヵ月ほどで退院。またカウンセリングも続けた。第二子の誕生は無事に済み、以後発症はしていない。現在でも毎年家族の写真つきの年賀状をくれる人のひとりでもある。彼女は確かにやや表情も硬く口数の少ない人だった。しかし長年にわたる筆者らとの関係は、強いラポールの形成につながったと思われる。彼女は第一回の入院時、何らかの手段で筆者らの住所を調べたらしい。はるばるやって来て迷ってしまい、警察に保護されて筆者宅に通報があった。駆けつけた時、彼女はすでにいわゆる混乱の状態にあったのを今でもはっきり覚えている。このケースの場合、入院した病院が筆者らの方法に理解があって協力的であったことも幸運だったと思われる。

①は恐らく一時的な妄想状態であったろうと思う。彼女にはモラトリアムの心性が多少あった。それに強力な二重プラスマイナスの葛藤が加わったのである。妄想と自殺未遂はともかく彼女の混乱を收拾する役割を果たした。治療によって妄想が消えて後、彼女は自分の内面を整理して、自己決定に至ったのである。妄想が消えて1年をそれに要したのだが、カウンセリングというフォローがなかったらどうだったろう。

②の診断は恐らく正しかったろうと思う。ここに例示したのは明らかに分裂病の患者であったのに、良好なラポールがついてセラピストを信頼してくれ、たぶんそれが病の進行を防いだのではないかと思われるからである。もし初発の段階で一般的な治療の場に行っていたら、彼女もどういふ予後をもたらしたかわからない。

もちろん、関わったすべての症例が良好な予

後をたどったわけではない。その一例を示そう。

### ③19歳の男子大学生

ペニス小さいというコンプレックスを長年もっていたが、それをもとに関係念慮が発展しつつあった。投薬とカウンセリングによって状態は改善され、大学を卒業し公的機関への就職もできた。しかし就職と同時に来所をやめてしまった。その後を職場からの情報で知ったのだが、3年目に職場の女子職員に恋愛感情をもつとともに再発したらしい。家族は筆者らに内緒で精神病院に入院させてしまった。このケースは体面を重んじる家族とのラポールが終始つかなかった。公的機関への就職はそういう家族の態度を一層かたくなにしたようである。

家族や職場が治療に理解を示し、協力的であることは筆者らの方法にとっても、やはりきわめて重要な要因である。このケースでも患者との間には「導きの糸」のようなものができていたと筆者には思える。事実家族は初回を除いて来所していないのに、本人は特別の事情がない限り指定の日時にきちんと来所していたのである。

### 初期治療への提言(特に初発のケースを対象に)

チーム医療の必要が叫ばれて久しい。にもかかわらず、精神医療でそれが十分に機能しているだろうか。特に、重要な初期治療に「心派」の関与が軽視されていると筆者は思う。これまで論じたことでそれがご理解いただければ幸いである。医師には時間的ゆとりがないとすれば、心理士を育てて、投薬と並行してカウンセリングをおこなわせるべきである。薬効により症状が軽くなってからの関与が特に大切である。

ここからの論は少々ラジカルになるかも知れないが、「心派」の関与を促進するための筆者の提案をしよう。心理士の資格や育成も必要であるが、心理士の仕事のうち、初期治療時のカウンセリングに診療報酬を認める改革を早急に実施すべきである。周知のようにリハビリ活動はこれによって活性化した。筆者はリハビリ(作業療法など)も大切だが、初期治療での心理療法もきわめて重要だと考える。その理由は、こ

れまで何回か述べたように、①治療の場への患者の信頼感を育てて受療へのニヒリズム形成を防ぐ、②他者との安定した関係のもち方を学習してもらう、③発症以来の経過の体験を今後の心理的成長の糧として生かすチャンスに転じる、④セラピストとともに「導きの糸」を紡ぐ、などである。結果として慢性化や病院への沈澱を防ぐことになろう。最初の一の力は後の十の力に匹敵するだろうことは、この領域にもあてはまるに違いないと筆者は思う。向精神薬が長足の進歩を遂げたことは結構ではあるが、それが「心派」の軽視につながるならば、精神病の慢性化の防止には決してならないだろうことを警告しておこう。

以上を踏まえて、筆者の具体的提案をしよう。①厚生省は、経験のある心理士が医師の指示でおこなう週1回、40分から1時間の心理療法にそれに応じた診療報酬を認める。②ここでいう心理士とは、大学で心理学、社会福祉学を専攻し、必要なカリキュラムを修得した後、2年以上の臨床経験をもつ者とする。③心理士は毎回面接記録の概要を残さなければならない。④臨床経験2年は現場でスーパーバイザーの指導のもとに積むこととする。⑤以上は原則として初回から3回までの発症ケースについておこなう。

臨床心理士の国家資格問題はいっこうに埒があかない。関係する諸団体は患者のことを第一

に考えて、大同につき小異を越えなければならない。そのための荒療治として実を優先させることも、時には効果的ではないだろうか。心ある臨床医の多くが日々の仕事のなかで、もう少し時間があったらもっと話を聴けるのにといい、治療への不全感や患者へのすまない気持ちを抱いているはずである。中井もこのことに触れて、止むを得ず、心理療法的アプローチをする患者の人数を絞っていると述べている。筆者のつたない提案が実現して、病院や診療所にベテランから大学を出たばかりの者に至るまでの心理士がいる態勢になれば、医師も安心して心理療法を任せられるようになるだろう。その日が一日も早く来ることを願っている。

ただし「脳派」の医師のなかには「分裂病の治療も原則的には身体疾患へのそれと変わらない。逆の考え方はむしろ有害である」というような人がいるのも現実である<sup>8)</sup>。誤解していただきたくないのだが、筆者はもちろん薬物による治療をも重視する。それが奏効して顕在症状が軽減して後の心理療法によるフォローの必要を主張してきたつもりである。もっとも事例にあげたように、ケースによっては医師との連携をベースに最初から関わったものもある。ひとつの理由としては外来機関であったので、どちらかといえば軽症のケースが多かったことが挙げられるだろう。

## 文 献

- 1) 林 宗義 (1982) 精神分裂病は治るか。弘文堂、東京、pp194—198.
- 2) 飯田信也 (1995) 精神障害小考。大阪精神保健、40, 122—127.
- 3) 木下 清 (1995) 妄想の人間性心理学的意義。川崎医療福祉学会誌、5(1), 60—65.
- 4) 霜山徳爾 (1993) 心理療法を学ぶ。有斐閣、東京、pp 1—18.
- 5) 藤縄 昭 (1987) 精神療法とエロス。弘文堂、東京、pp 3—34.
- 6) 中井久夫 (1984) 分裂病。中井久夫著作集1, 岩崎学術出版、東京、pp181—272.
- 7) Zutt J. (1970) 山本 巖ほか訳 (1975) 自由の喪失と剝奪。岩崎学術出版、東京.
- 8) 荒川直人 (1990) 島園安雄ら編、今日の分裂病治療。金剛出版、東京、pp73—74.