

精神疾患をもつ思春期の子ども**の暴発から**
犯罪への転化を防ぐ トリアージ・センター の設計
「安全保障(human security)」と「社会保障(social security)のリンケージ」

立命館大学、先端総合学術研究科

後藤 玲子

共同研究者

神戸大学、工学研究科

喜多 秀行

立命館大学、先端総合学術研究科

萩原 浩史

日本社会事業大学、社会福祉学部

後藤 隆

．序

当初、本研究の目的は、「精神疾患をもった思春期の子どもが暴発し、犯罪に至らないための方法を求めて社会組織のあり方を再検討する」ことにおかれていた。ただし、後述するように、本研究の結果はこのような問題の立て方それ自体の修正を迫るものとなった。より適切には、問題は次のように立てられる。「思春期の子どもの精神疾患をわれわれはいかに理解したらよいのか。精神疾患をもつ思春期の子どもの叫びをわれわれはいかに受けとめ、いかに支えたらよいのか」。以下に問題関心を述べよう。

現代日本で少年犯罪と呼ばれるものはあとを断たない。背後に、貧困や複雑な家庭環境などの要因のあることが指摘されてもいる。だが、中にはみかけは犯罪と同じであっても、意味内容のまったく異なるものが存在する。それは、統合失調症という精神疾患の表出としての行為である。もちろん、後者であったとしても、それが看過できな

い損害を社会にもたらすとしたら、行為それ自体の問題性、行為者の責任性は問われなくてはならないだろう。だが、とはいえ、後者を前者とまったく同様の枠組みに回収してしまうとしたら、後者の発生を防ぐことは期待できない。統合失調症という精神疾患の表出としての暴発行為は、ごく普通の地域、階層、家庭環境のもとで、市民生活の日常のただ中で起こりうる。それは、暴発行為は、統合失調症という病気の1つの現われであり、しかも、とりわけ思春期における統合失調症の発症は、暴発行為という現われによってはじめて
跡づけるに 診断が確定されるという困難さを抱えているからである。

その困難さは医学的な問題に収斂されるものではない。そこには、社会的、文化的な、もっといえばわれわれの思考様式に深く根ざした問題が色濃く反映している。本研究の課題は、思春期の子どもの統合失調症の発見を困難にしている要因を社会科学的分析を通じて抽出することにある。

・「早期介入プログラム」の理論と実践

「イルボスコ」は、学校や地域、マスメディアを使った統合失調症の啓発活動に精力的に取り組んでいる（「東京こころのサイトセルフチェック」など）。これらの活動には、実際に統合失調症である人の精神科未治療期間（DUP: Duration of Untreated Psychosis）を短縮し、スティグマなどの社会的被害を最小化するという意義をもつ。以下に、リーダーである水野雅文氏へのインタビュー調査の概要をまとめる。

（質問）本日はお忙しい中、お時間を取っていただき本当にありがとうございます。マックゴリー氏の翻訳とイルボスコのホームページを拝見しました。早期介入・治療を阻む最大の理由は社会的なものであること、したがって、統合失調症に関する教育・啓発が精神疾患対策の要であることが理解できました。自らの非日常的体験の解釈を求め、治療を希求する若者たちの到達先が少年犯罪の本やサイトではなく、このサイトであったらどんなにいいかと思います。残念ながら現在は、「発達障害」という概念のもとで、統合失調症の発見と治療が先送りにされる風潮があるように思います。本日は、先生ご自身のお言葉で活動の意義を確認できればありがたいです。また、次の点は先生のご関心の範囲を越えていらっしゃるかもしれませんが、ヒントをいただければ幸いです。すでに暴発してしまった統合失調症の少年の治療について、特に、病気のトリガーが家族である場合、どのような治療形態が適切でしょうか。

（回答：水野雅文氏）

早期介入・治療の問題は医学的な回復可能性と関連が深い。脳は自分の異常を気がつくことができないという問題がある。そのため、タイムラグ

が起きることを避けられない。これはリハビリテーションや医療の倫理にもかかわる重要な点である。脳の傷害は微細であっても回復が難しい。この分野における精神医学の進歩はごくわずか、未成熟な分野である。現在の精神科医師のトレーニング方法は分化している。バイオロジカルなアプローチからサイコソーシャルなものまでさまざまな専門がある。統合失調症「圏」それ自体が広がってきているという問題もある。

早期発見のキーワードとなる「前駆症状」は、発症が確定してから実はあのときがそうであった、というふうに跡づけるにわかるもの。リスクの渦中にあるときに、患者と伴走しながら、何が十分な治療かを判断することは難しい。本人に対しては「明日はもうちょっとよくなるよ」と励まざるを得ない。家族には危険性のあることを伝えることが医者務めではあるが、ひとたび体系だった妄想ができあがってしまったとしたら、なぜそうなったのかについてはなかなかわからない。ただし、妄想という形式に対処する方法は共通している。例えば、薬物療法、妄想との距離をとらせること、がポイントとなる。

治療にあたっては、家族と接触する時間を長くしすぎない一方で、家族が本人を見捨てたというメッセージを与えないように工夫する必要がある。地域での医療は重要であると思うが、地域だからといって医療的処置が薄くなるわけではない点に留意する必要がある。入院中よりも薬の投与を増やして沈静しなくてはならない局面もでてくるだろう。病院の改善にもまだまだ工夫の余地がある。例えば、オーストラリア、メルボルンの病院はまさに白い壁、刺激が少ない静かな部屋を用意している。大切なことは、いずれにしても人間として見続けることだろう。入院させる場合にも、社会とも家族とも切り離させず、社会復帰の可能性を高めることが大事である。地域での生活は、家族

と暮らすことを意味しない。若者の家などさまざまなケアの形が考えられる。本人の生活の中で医療が医療として関わる場面はさほど多くないと実感している。

イルボスコの活動は、統合失調症の恐れのある若者に対して、彼らが暴発する危険性を考え、それに備えることを目的としているわけではない。むしろ、病気になる経緯、精神症状の現われの解明に焦点が当てられている。日本は、思春期専門家が少ないという一般的な問題があることは否めない。今後は、精神予防医学学会などが重要な役割を果たすと期待される。繰り返すと、現在のところ、脳の病気に関して画期的な治療法はない。医者のできることはさほど多くない。むしろ、病を抱えてどう生きていくか、それをどうサポートしていくかが主要な課題となってくるだろう。犯罪といったことは病気にかからずと一般にもありうることだから、ことさらそれを意識して対策をとることはない。ある事柄を犯罪とよぶのは社会であって、医学はそれをある症状の現われとしてとらえる。そのうえで、どういった治療が必要なのか、適切なのかを考えるのである。

。「統合失調症疾患をもつ思春期の子どもの暴発を体験した母親」の語り

本章では、統合失調症に罹患した思春期の子どもの暴発（自宅放火）を体験した母親の語りをまとめる。事件当時、子どもは15歳、母親は52歳、自宅には他に父親と兄がいた。事件当時、子どもは「広汎性発達障害」と診断され、週に1回通院していた。

1. 事件に至るまでの概要

統合失調症への恐れ

当時、本人は「脳みそがかきむしられる苦しみ

から逃れたい。電気ショックでも何でもしてもらえないか」、「大人の精神病院に入院したい」、「世界的な名医を紹介して欲しい」と訴えていた。これらの言葉で本人は自分の病の重篤さを訴えていた。事実、子どもの興奮は、抗精神病薬リスパダール3倍増ではおさまりきれない状態にあった。だが、親は本人の訴えを正しく受けとめることができなかった。

その最大の理由は統合失調症という病に対する恐れにあった。本人の病が発達途上の一過性のものであり、翌日になったら霧が晴れたように治っていることを、親はひたすら望んだ。通院して1年余、医師は「広汎性発達障害」と診断するも、本人はそれに強い疑いを抱いた。だが、親は本人のその疑いに耳を傾けることができなかった。広汎性発達障害という診断名にすぎないように改善策を模索する一方で、一向に改善を見せない子どもの姿に苛立ちを隠せず、叱責や激励を繰り返していた。

社会的孤立

事件の数週間まえから、母親は発達障害に対する教育プログラム（発達障害塾やデイケア）を探し始めた。事件の前日、母親は中学校に「（進路相談用の）個人面談」に行った。その折、子どもの意向でスクールカウンセラーとも面談機会をもった。個人面談では通信制高校を探すしかないといい話を担任とした。同時に、本人も担任の先生に電話をして話した。カウンセラーとは中1の夏前、発症の兆しから現況までを話し、次回の面談日を決めるに終わった。中学校からの帰路、母親は、自分たちは「標準」とはまったくかけ離れたケースであること、これ以上、どこに相談しても改善は望めないことを漠然と理解し、深い孤独と絶望に襲われていた。結局のところ、誰にも頼ることはできない、と。

子どもは自ら、携帯であちこちに連絡をとろうと試みていた。だが、母親は、子どものその行動を制した。それぞれ生活を抱える知人たち、職業として接点をもつ人びとを自分たちの苦悩に巻き込むわけにはいかないという「良識」が働いたからである。子どもが求めていたものは、ただ苦しみから逃れることであった。つまりは病いの治療であった。にもかかわらず、それらの行為の中に他者を巻き込む意図を読み込んでしまったのだ。「わらをもつかもうとして、わらをもおぼれさせてしまう」ことがあたかも本人の故意であるかのように。

本人の症状がまさに病いとしてさほど深刻であるとは、まさに翌々日事件が起こるまで理解することができなかった。

2. 統合失調症の「前駆症状」と考えられる出来事
事件後に振り返ると、統合失調症発症のきざしと考えられる出来事が2つある。1つは空笑であり、他の1つは廃人の感覚である。

空笑

中2の5月に家出後、父親らと一時分離させるために母子で自宅を出た夜、ふと横を見ると、本人は思い出し笑いをしているように、声もなく笑っていた。まったく場面にそぐわないもので、おかしいと直観させた。もちろん、それ以前にも、兄に毒を盛られたと訴え、プロテインへのこだわり、筋肉喪失に対する不安、暴力など明らかな異変があった。だが、それらは現われだけを見るなら思春期の問題行動と見分けがつきにくい。それに対して、思わずほろっともれてしまった感のある、あの「笑い」は問題行動ですらなかったのだ。結局、その違和感は医師にうまく伝えることができないまま母親の胸に残された。

「僕はもう廃人」

精神科治療を開始して3カ月ほど経った中2の夏休み、母親とでかけた区立図書館で小学校の同級生とばったり出会った時のことである。本人は、同級生からの挨拶に「僕はもう廃人だから。君は僕の分まで生きてくれ」と応じていた。その言葉に母親は、戸惑った。なぜ、ここで、かくも決定的な言葉を用いなければならないのか、まったく理解できなかったからである。確かに、激しい暴言・暴力、無気力など壮絶な毎日ではあった。だが、それらの現象は、いつか消えるはずだ、いつか回復するはずだと思っていた。本人の内部で決定的な異変が起こっているとはまったく想定できなかったのである。

いまにして思えば、そのとき本人は、紛れもなく自己の内部に異変のあることを感じていた。しかもそれを状態の変化、つまりは発病として感じていたのである。

3. 分析

母親には、どうにも解けない問題があるという。それは、なぜ、本人は少年犯罪に魅かれていったのかという問いである。本節では母親の語りを紹介しつつ分析を試みたい。

少年犯罪への異常な執着

母親の話では、本人は中1の秋から少年犯罪に魅かれ始めていったという。その傾向はまたたくまにエスカレートし、事件を起こす直接の契機ともなった。はたして、そこにはどのようなメカニズムがあったのだろうか。精神疾患をもつ思春期の子どもを理解しようとする際に、正面から問われることの少ない、けれども看過できない問いである。

母親の脳裏にあるのは、次のような少年の姿である。「大好きであったはずのくまのプーさんを踏

みにじる絵、ひとの首をかき切る絵を描きながら、少年犯罪本への興味をたぎらせ、犯行声明を書き、それを新聞社に送りつけることにより「栄光」をつかもうとする」。この姿は、歴史上、一度は否定されたはずの「モノマニー」(異常犯罪への偏執的器質)という言葉を想起させる。さもなくば、善悪に関する道徳的判断の未熟さを。だが、いずれとも異なると母親は直感している。少年の関心は、犯罪それ自体への関心とは質が異なると。また、道徳的人格の未成熟さという問題に解消されるものでもない。

むしろ、周囲が(頼れるはずの大人たちも)誰ひとりとして、本人の異変を正しく理解できなかったことに真の原因を見る。家族や友人の、笑い、怒り、喜び、悲しむ様子が次第にゆがんでいく中で、誰からも適切な救助を受けられないどころか、自らの異変を表現する言葉をもつことすらできない。日常の恐怖にさらされ、普通の人びとの営みから取り残された子どもが、自分を侵襲する外界への復讐を企て、「平和ぼけした」人びとの日常を破壊する犯罪者たちの行為に共感を覚えたとしても、あるいは、攻撃に隷従することなく、自らを滅ぼしながら、果敢に反撃を試みる彼らが「栄光」として感じられたとしても、さらには、秩序だった世界社会に居場所を失った犯罪者たちの立ち位置が、自分自身の境遇に大変、近いと感じられるとしても不思議ではない¹。

「反撃」に向かうという妄想の体系化

少年犯罪に魅かれた主要な理由が、犯罪それ自体への関心ではなく、道徳的人格の未熟さでもなく、自分自身の内的異変を理解したいという欲求に根ざすものだとしたら、それをとどめる鍵はどこにあるのだろうか。

例えば、「理由は何であれ、犯罪をしてはならな

い」ことを、本人が認識可能な記号で伝える方法が考えられる。発達障害の子どもに対する教育プログラムとして実施されている方法、例えば、絵や図などを用いて視覚的に教える試みである。統合失調症の進行によって道徳判断の獲得が妨げられたとしたら、このプログラムは一定の有効性をもつかもしいない。だが、発達障害と統合失調症との相違には留意する必要があるだろう。発達障害の場合、本人は比較的安定した内的世界をもつ。苦痛は、主に、他者との関係性 例えば、障害をもたない多数者と障害をもつ少数者とのずれ

によって引き起こされる(片山・本田、2010 参照)ので、社会的な力関係の是正に努めながらも、多数者のしきたりを「技法」として体得させる方法が有効となる。だが、統合失調症の場合、苦痛は内的世界から発する。外界が問題となるのは、外界との摩擦が本人の内的苦痛を促進するからであって真の原因ではない。統合失調症の本人にとって、外界は双方向性をもつ「関係」ではなく、一方向的な「侵襲物」として映る。不意に侵襲し、執拗に攻撃をしかけてくる外界に、打ち負かされてうずくまるか、さもなくば自爆覚悟で反撃を試みるか、事態は、他者との葛藤というよりは、闇の中で空爆を受け、逃げ惑う姿に近い。

このような状況で、外界からの「侵襲」に打ち負かされることはみじめであり、反撃することは「栄光」であると感じられるとしたら、どうであろうか。しかも、反撃の象徴として少年犯罪が深く印象づけられてしまったとしたら、それを核としてある体系だった妄想が紡ぎだされる可能性は十分にある。例えば、「外界との軋轢が昂じたときには、反撃に出るべし」、あるいは「 を攻撃すれば楽になるのに」といった類の妄想である。

外界からの「侵襲」 それによる内的苦痛の激化 は統合失調症という病の現われだった。「妄想」を紡ぎ上げることも病の現われだった。

¹フォーコー, 1973

いずれも本人にとっては観念ではなく、事実である。そうだとしたら、本人の理性や意思に働きかけて、「侵襲」「妄想」を取り除くことは難しい。道徳的判断を体得させて妄想の実現をとどめることも難しい。

事件によって彼は、外界からの「侵襲」に対して反撃をなし得た。動機を聞かれたときに、「侵襲者」のせいであると主張するとしても不思議ではない。彼にとってそれは言い訳ではなく、まさに因果的な事実であったのだから。水野氏がいうとおり、犯罪とは社会的な呼称であり、医学的には統合失調症の症状としてとらえられるとしたら、症状がもたらされるメカニズムを知る必要がある。犯罪を未然にくい止めることは、社会にとっても本人にとっても重要であることはまちがいないからである。次章ではこのような関心から、妄想メカニズムに関する精神医学理論を参照し、仮説的考察を試みたい。

・統合失調症とはいかなる病であるのか

1. 事例

はじめに、上記の調査における母親の証言をもとに、事件直前の状況をまとめよう。

(前々日からの状況)

抗精神病薬リスパダールを3倍増量しても興奮がおさまらない日が続く。「Aを攻撃すれば楽になるのに」という妄想も高まっていた。妄想の実現可能な手段として、既存の放火事件を模倣することを検討していた。その一方で、担任の先生に電話をし、相談する。母親にスクールカウンセラーに相談するよう頼む。他にも、知り合いのPSWや臨床心理士に助けを求めている。

「Aを攻撃したい気持ちがまだするのか」と父親に聞かれ、それを肯定する。父親は本人がまだ興奮状態にあると見なし、薬の増量服用を求める。

だが本人は、増量することをためらう。電話で医師に助言を求める。医師より規定量を飲んでいるならば、増量しなくてもよい、という返事をもらう。だが、父親を説得することができず、もみあいになる。

そのとき側にいた兄について、兄はやっぱり自分を助けてはくれないのだ、という(それ以前から抱いていた)思いを確信する。

翌朝、土曜日で通院先のM病院は休診。このまま家にはいられないので、母親に京都に連れて行って欲しい、祖父母に電話で祖父母のところに行きたい、M病院に電話で入院をしたいというが、いずれも断られる。その一方で、父親は自分を許してくれるだろうかをさかんに気にする。父親の帰宅後、後ろを向いてギターを弾く父親に自分の方から話しかける勇気をもたぬまま、就寝時間となる。仰向けになり、両目を見開いて虚空を凝視していた。

以上、要点は次の通りである。 内的症状のもたらす苦痛をAを標的とする妄想に結晶していた。

妄想は高まり、興奮状態は続く。リスパダール増量ではおさまらなかった。学校、病院、知り合いのPSW、臨床心理士などに助けを求めている。

自宅を離れること、入院、父親と和解することを望むが、いずれも適わず、見通しを失う。父親を安心させるようなうそ(通常ならばたやすい)をつくることができなかった。

はたして、事件当時の少年の状態は、どのような病状であったのだろうか。

2. 統合失調症という病の描写

ここでは、統合失調症という病の特徴をあらわす文学的な描写を参照したい。精神医学的概念を、

本人の苦痛との関係で理解するためである。

これ（統合失調症）は心の秘密の場所に突然開いた傷口であり、知恵を装った「意味づけ」の大流血である。それは嘘をつく賢い声であり、想像を超える想像をめぐらせる病であって、それはまた、記憶がもたらす安らぎや人間性のあたたかみ、希望という拠り所からもはるかにかけ離れたものである。愛のなかに陰謀が潜む病。親和感や嫌悪感さえも自分からではなく操作され決められてしまう病。そしてさらに、この病は複雑な波のように弾いたり寄せたりしながら、いったん目覚めると激しい悲しみと闇の快樂への欲求をかきたれる。

（Heinrichs, W.,2001）

私たち全員に共通する苦しみは、重い精神の病をもつ人の途方もないつらさを和らげることがほとんどできないという点にある。確かに、薬を使えば、たいていは一部の症状を軽減できる。質のいい地域ケアがあれば、大半の人は閉じ込められずに済むことが多い。重い精神の病について啓発すれば、悪いイメージを弱めることもできる。でも、現実を見つめてみよう。幻覚に苦しめられ、人と心を通じ合わせることができず、不安にさいなまれ、絶望的なまでに孤立し、孤独感に襲われるということは、重い精神の病をもつ人にとって壮絶なダメージである。（Waso, 2000, 24 - 25）

3. 妄想の形成プロセスについて

本節では、アメリカの精神科医であり精神分析家でもあったサリヴァンの理論を、中井久夫（1985）の解説をもとに、妄想の形成プロセスについて検討する。

「脱自的恍惚状態」が、さもなくば「パニック」が分裂病の開始、すなわち解離力の消失と人格の

解体を告げる。これははっきりとした一つの時点であり、終生忘れられぬ事件である。その時点でその人にとっては世界が粉々に砕け散り、予想もできなかった事態が奔入してくるのである。その時点でその人にとっては世界が粉々に砕け散り、予想もできなかった事態が奔入してくるのである。・・・やがて非常な恐怖(テラー)が起こる。・・・そこには「深淵に臨むかのごとき」極大の安全保障喪失感がある。解離されていた諸システムが「自己」に統合されないままで意識に現前してくるのであるから、それは「よいお母さん」と「わるいお母さん」とが別人として認知され・・・「証明したかと思うと反証が出、かわり合いをもつ人は皆、変転する複数の人格をもっている」世界である（347 - 348）。

この事態に対応して安全保障観の希求のほうも宇宙大となる。ここで感じられる非常な「あせりurgency」の感覚がそれであるという。すなわち「宇宙の謎を解きたい」・・・意識されたものとしてのこの「促しurgency」の感覚は区々であるが、これがあるから、患者の意識からすれば急性分裂病状態は「退行」ではなくて「前進」であり、究極的には、・・・「とにかく人間として残りたい、平和な世界を手もとに引き留めておきたい」という必死の希いであろう。この「あせり=促し」の意識の辺縁にはつねに恐怖がちらついているので、・・・「分裂病性遁走」となる。

行動に出そこなえば、何かをしようとする姿勢のまま、はたと止り、強く緊張しつづける「昏迷」となる。ここでは「あせり=促し」を感じつつ宇宙的な力に引きとめられ拘束されている、という感覚をもつ。この拘束が外れると、病者は力そのものになり、その行動は宇宙的ドラマとなる。前者は「緊張病性昏迷」、後者は「緊張病性興奮」と、

精神病理学でいう事態である。突然、とくに睡眠中に昏迷がとれると自傷他害という意味で危険だとサリヴァンという（この事実を臨床家は覚えておいたほうがよい）（以上、348）。

通常、人は、「不安」という急性の不快感を「自己」の外へ「解離」する。・・・人格は「自己」と「自己から解離されたもの」から成る。・・・だが、統合失調症においては、「自己」は解離する能力を失い、「自己」からの解離が不可能となり、解離された諸システムの活動が明確に意識されるようになる。ここで起こる困惑がストレスとなって意識内容のコントロールがさらにできなくなる。最後には「自己組織」と「自己組織以外的人格部分」が同じようなものとなってくる。これらが分裂病の独自性である、という。この、困惑しつつ意識する状態は、ふつうの生活をできなくしてしまう（344）。

「自己」の外に解離したシステムの群を「自己」の中に受容することにより、人格の大幅な変化が起こる可能性がある。どの方向への変化であり、どういう結果になるかが予見できない。・・・時には、一過性の分裂病状態を一つの節とするような新しい生き方の発見もありうる。また、幸福な対人関係の中に置かれると「安定した不適応状態」とでもいうべき、幻想的な対人関係に生きる場合もあって、これは弱い「分裂病性困惑状態」が続いていることに相当する。・・・しかし、分裂病状態が自分以外の具体的な誰かの仕業である、という「発見」をすると、この「ああそうか体験」によって苦しみは減少し、安全保障感が急に増大する。観念内容と感情との不釣合がここで消失する。これが分水界となる。「妄想型の展開」は「自己」が対人関係における安全保障感をつぎはぎ細工ででっちあげることによって、必然的に対人関係が

変造される。ここで合理化がおこって「もっともらしい」解釈となり、その反証が抑圧されると「体系化」され、「自己組織」が対人関係に対していわば不透過性になる（安全保障感を左右されなくなり、不安も起こらなくなる）。しかしその代価は安くないので、「愛」が不可能になる（「愛」は、サリヴァンによれば、相手の満足と安全保障感を自分のそれと同等以上に重視することによって、「前青春期」にはじめて体験するものである）。「迫害者」に対する「憎しみ」が代わって現われる。

この後、「迫害者」に対する「憎しみ」「怒り」「恨み」「渋々ながらの尊敬」「馴れ馴れしい子分」が続く。初期の「妄想症」との違いは、生身の人間とのパラノイダ的対人関係が存在する点にある（349-350）。

4. 統合失調症発症のサイクルについて

つづいて、広沢正孝をもとに、統合失調症のサイクルを検討する。なお、*は、広沢の挙げるリハビリテーションメニューを示す。

発病前夜

出立の試みと挫折

周囲の世界の変容：妄想気分の体験、その変化した世界における出来事が自分と関係があるかどうかもわからない。「なじんでいたはずの景色がよそよそしく感じられた」。

余裕の喪失：「あせり」、目の前で起きている小さな現象に現実離れした統合的解釈を行う。

自律神経症状の高まりと一年発起

時間構造の変化：カイロスの時間の喪失、現在の危機的状況を予感させる過去の象徴的出来事が身の傍らに蘇る。

周囲からの誤解と孤独な闘い

行き詰まり：統合指向性が対処戦略としての機能を果たさなくなり、精神病的世界がひらける。

急性期

あらゆるもの（の存在）が完全に「世界」対「自己」に二分されている。相互交流も統合も一体感もない。自己は世界（世界全体を代表するなものか）によって「読まれ」たり「繰られ」たり「影響」されたりする。特定の人物と関わっても馴染みのある個人ではなく、自分を「読む」だけの、あるいは無関係な「ひと」。すべてがなんらかの意味をもって自分の前に現れる。

「頭の中が騒然とし」、音楽の音もバラバラになる。睡眠もバラバラになり、超覚醒状態。

カイロスの時間が消え去り、クロヌスの時間が残る。言語も記号的となる。例えば、礼儀正しい挨拶語だけが無傷のまま残される。

*急性期の患者への対応:信頼できる人物が余裕をもって傍らにいてくれること。リハビリテーション的な働きかけは混乱させる。

臨界期

外からの圧迫感の消失:再び自分というものの回復してくる兆し。「あの人の目が怖いです」とその人の前で表現できるようになる。

多彩な自律神経症状の出現

時間構造の変化:一気に将来のことが時間を越えて気になる。共人間の世界に開かれたことによる不安。

寛解前期

体重増加、臥床傾向、消耗感・集中困難。睡眠は質がよい。「繭に包まれた」感覚。内的事象・外的事象からの軽度の疎隔感。内的リズムの感覚有り。

寛解後病弊病相:「自ら何かをすることを求められたり」とすると行動がさえぎられる。連続性の不十分さや統合作用の不全感に直面し、「乗り越えられぬ壁のようなもの」を感じる。

心的エネルギーの低下:急性期における壮絶で孤独な闘いによるエネルギーの消耗状態。

突発的な出来事に大きく揺さぶられる

各人に固有なテンポの回復がみられる:破瓜型と妄想型などに分けられる。

*「繭の中」の沈黙を破るのではなく、ともにする。社会的行動を強かず内的リズムを守る。

寛解後期

消耗感や集中困難が突然消失。心的エネルギーが蓄積された感覚を得る。

カイロスの時間の再生:季節感が戻る。「一瞬の気づき」の場合もある。

活動性の確かな再開:内発的動機やプラスの情緒反応がある。

*慢性化の予防:いずれの病気においても次の期への移行が滞れば生じうる。

4. 暴発から犯罪への転化を防ぐ術(仮説)

以上の理論にもとづいてここでは、暴発から犯罪への転化を防ぐ術を解明するための仮説を提示したい。要点は、<外界からの侵襲が昂じたら、犯罪するしかない、という妄想> <外界からの侵襲が昂じた、という事実の誤認> <妄想の指令の遂行>というプロセスへの物理的介入、論理的介入、そして、実践的介入にある。

ここで、物理的介入は、抗精神病薬などにより、侵襲の発現、妄想の体系化をもたらす、脳神経を中心とする生理学的メカニズムに働きかけて症状を緩和する方法である。

論理的介入は、<外界からの侵襲>は所与としたうえで、それと最終的な行為の遂行との論理的接続を変化させる方法である。具体的には、妄想の体系化プロセスに介入し、脱構築する、外界からの侵襲の高まりという事実の認識と、それらからの解放としての犯罪行為との間の認識的接合を切断するという2つのルートが考えられる。一般に、体系化された妄想内容は何であれ、外的に変更することは困難だといわれる。だが、妄想内容をずらし、行為をスライドさせる可能性は考

えられる。

最後に、実践的介入は、外界からの侵襲、妄想の体系化を所与としたうえで、行為の遂行の引き金となるアクシデントを実践的に阻止する方法である。具体的には、外界からの侵襲の高まり時に、引き金となりそうな事柄をデータベース化し、それらを遠ざけることが考えられる。

・統合失調症をもつ人の家族世界の構築に向けて

1. はじめに

家族の精神の病とともに生活することは、非常に大きなストレスをもたらす。そのため、家族は絶望的な考えや気持ちに追いやられてしまうことがある。しかし私たちの文化では、家族に対する陰気な考えや、冷たい考え、否定的な考えを表に出すと、鬨鬨を買う。だから、ほとんどの人がそういった気持ちを胸に秘めることが多い。すると、その気持ちが罪悪感や自責の念となり、悲嘆が終わらなくなる。確かに、愛する人が苦しむ姿を見ることの哀しさや、自分自身に対する喪失感、消せないかもしれない。でも、こういった考えをはっきり口に出して、その存在を認めれば、そんな考えがもっている破壊的な力を弱められるかもしれない。(Mona Waso, 2000, 20)

統合失調症に家族だけで立ち向かおうとしたら、たちまちDV法(家庭内暴力防止法)にひっかかるだろう。家族の死闘は、「援けることができるのは私だけなのです」というせりふを残して、「そして誰もいなくなった」という結末になりかねない。だいたい器物破損や傷害・殺人・放火などの発生を、警備の素人である家族がどうやってくい止めるというのだろう。精神科医でさえ特定困難な、

「精神病エピソード(陰性症状の発症と陽性症状への移行の契機)を、専門家でもない家族がどうやって察知するというのだろう。にもかかわらず、統合失調症への取り組みにおいて「家族統合」や「家族介護」が当然視されてきたのはなぜだろうか。

他でもない家族が果たしうる機能があるはずだという暗黙の了解が、背後にあるのだとしたら、その機能の内実を確かめる必要がある。はたしてそれは、どんな機能を果たし、損害をもたらしているのか。機能(便益)と損害(費用)の両方を比べたうえで、「家族統合」や「家族介護」の必要性を論ずる必要がある。経済学的な費用便益分析は、比較不能、代替不能な事柄を一元的に評価する傾向があるので、病の問題にはなじまない。そう反論する向きもあるだろう。その通りである。おいおい明らかにしていくように、病の発生により家族の被る損害には測り知れないものがある。そして、(病があろうとなかろうと)本人の存在により家族が得る便益にも測り知れないものがある。ここでやりたいことは、その両方を確認することである。何と何とが、なぜ、比較不能、代替不能なのかを見極めることである。何でも比較してかかる経済学的思考様式は、暗黙理に絶対視されているイデオロギーをあぶり出すという逆説的な効果をもつのである。

もちろん、検討した結果、損害の甚大さがあきらかになったとしても、それは家計収支の赤字を意味するだけであり、社会的な純損失を意味するものではない。一部の家計の赤字は多数の家計の黒字によって、あるいは、個々の家計を超えた「社会」の黒字によって、補って余りある、よって「統合失調症と家族」放任政策は、他のいかなる政策よりも望ましいという結論が導出されるかもしれない。費用便益分析自体はこのような立論を排除するものではない。

だが、たとえその数は少ないとしても、ある1つの家族における甚大な損害が明るみに出されるとしたら、その事実は、家族統合は至上的価値をもつといった暗黙の了解を疑わせるには十分だろう。あるいは、それは、家族間ではもとより、家族内で、あるいは個人内で決して相殺してはならない「人間の尊厳」をあぶり出すことになるかもしれない。

本稿は、このような関心のもとで、「統合失調症と家族」というテーマに切り込む。統合失調症をもつ人々への支援において考慮すべき家族の問題とは何だろうか。名前と名前との関係、人格と人格との関係を基調とする家族だからこそ、家族ケアを社会が放任してはならない理由があるとしたら、それは何だろうか。

ただし、本稿は次の問題は扱わない。損害の特定化(だれの被る損害なのか、本人なのか、他の家族なのか)、原因の特定化(だれに起因する損害なのか、統合失調症の発症それ自体に関する原因は?)、それは次のような考えにもとづく。第一に、だれの損害として表出しようとも、他の人もまた影響を被っているはずである。第二に、だれに起因する損害と見えようとも、その根底には「病」それ自体の作用があるはずである。本稿の関心は、「病」がおよそ「人」に及ぼす損害を質的にとらえることにあり、量は問わない(せいぜい「甚大な」というくらいである)。また、本稿の関心は、病を発症した人を支援することにあり、病の発症を予防することにはない。本稿は、むしろ、家族(とりわけ母子)関係を統合失調症の原因とみなすことにより、家族の言語化を阻み、損害を拡大してきた歴史に終止符を打ちたい。

付記すれば、本稿は、損害をつぐなって有り余る便益、あるいは、責任(そもそも発症の原因である、あるいは、ある言動が他の言動のきっかけとなったなどの因果追及的な)の所在によって損

害がキャンセルアウトされるといった類の議論もしない。それらの存在を軽視するものでは決していないが、これまで損害に関する議論が少なすぎたと考えるからである。

以上が本稿の目的と関心である。ただし、紙面の制約もあり、ここでは、既存の文献をもとに問題の所在を探ることにとどめたい。同テーマに関しては、近年、日本でも、看護、心理などの分野で、本格的な調査が進められてきている。抽出された家族の言葉は、これまで調査がなされてこなかったことの不思議さと、さらなる調査研究の必要性を痛感させるに十分である。本稿は、先行研究が抽出する調査事例を2つの作品によって補足するという方法をとる。1つは、統合失調症の息子をもつアメリカの臨床心理学者モナ・ワソーによって書かれた『統合失調症と家族』であり、他の1つは、精神医学者である笠原嘉によって世に出された統合失調症に罹患した少女の日記である。その意図は後者の解読によって得られた視点をもとに、人々の語る言葉の行間を読むことにある。次節では、はじめにユキの日記の解読から始めよう。これは、本人によって書かれたものであり、本人の言葉からスタートするのが、同テーマを扱ううえでフェアであるような気がするからである。

2. 家族に対する本人の考え

小学生のときに喘息を発症し、20歳前後に統合失調症を発症した「ユキ」は、膨大な日記を残した(笠原嘉, 1978/2002, 『ユキの日記 病める少女の20年』)。そこには、ワソーのいう「家族に対する陰気な考えや、冷たい考え、否定的な考え」が実に豊かに記述されている。ここでは、病の発症後に絞って、その解読を試みたい。

はじめに、日記全体の記述ならびに編者の解説からいくつか前提的な注記をしておく。第一は、ユキの家庭は敬虔なカソリックの家庭であること、

めいめい鍵のかかる部屋をもつような比較的裕福な家であること、家族構成はエンジニアの父親と読書好きな専業主婦の母親、姉2人と弟1人、そして本人であること。第二は、8歳から書き始められる日記全体の中で、母と本人に対する父親の暴力が数か所、記述されているものの、本人が父親、母親、きょうだいから虐待を受けた事実を示す記述は見当たらないこと。第三に、喘息発症以降、ユキは自宅療養を余儀なくされ、学校に通うことができず、日記への登場人物は、教会の神父や教会の活動を通じて知り得た人に限られること。きょうだいも次第に家を離れていき、最後は両親と3人の生活になっていく。第四に、日記が書かれた時期は、1945年(ユキ8歳)から1957年(ユキ21歳2カ月)までであり、最後の記述は精神病院への2度目の入院直前であること。2度目の入院後、本人は精神病院への入退院(通算6度の入院)を繰り返し、28歳心不全で逝去する。

ここで取り上げる記述は、初めての入院から退院後、再入院するまでの間(10か月余後に再入院する2か月前から)に、自宅で書かれた日記の抜粋である。以下の資料では、再入院に向かう時間的経過を見るために、日付順に掲載したうえで、内容的なまとまりで番号をつけ頁を記載してある。

はじめに注目されるのは、第一に、母親に対する負の感情(猜疑心、略奪される恐れ、憎しみ)の高まりである。具体的な語彙は、「たくらみ」()、「さぐられていた」()母は「私から何もかもを奪って自分のものにしようとする」()母が「頭がキリキリ痛むほど憎い。ぶってぶってぶち倒してやりたいくらい、殺したって平気だろうと思うくらい憎い」()などである。第二に、母親を含めた家族全員が自分に敵対してくるという感覚である。再入院の直前には、たくらみの「かげ」に前の入院先の先生が加えられる()。第三に、家を出て、

家族から離れたたいという願望である()。

上述したように、もともとユキの活動範囲は家族と教会に限定されていた。統合失調症の発症が認められてからは、その範囲は家族と病院に限定されるようになる。きょうだいたちが家を離れるにつれ、彼女の身の回りの世話をしてくれる母親と二人きりで過ごす時間が増えていく。生涯、母親との親密な関係が生活の要となっていたことは間違いない。例えば、母親への深い愛着を示す記述、きょうだいの眼を通して母親を批判的にとらえ返す記述はともに、ユキの成長プロセスを示している。それらの事実をもとに、発症後に示す母親への負の感情を、母親との関係に帰着させる読解も可能かもしれない。だが、ユキが統合失調症と診断されていたという事実を考慮するとき、母親への負の感情はまさに、統合失調症の徴候として、換言すれば、本人にとっても、母親にとっても外的な「病」の徴候として理解される。

残念ながら、この解釈を立証する手立てはない。ただし、自らの言説を対象化し、「人間は」というより普遍的な見地からとらえ返そうとするユキの視点()自分自身の考えや評価の相対性を省みる視点は、この解釈を支持する有力な理由となる。再入院の時期に近づくにつれ、そのような視点は不明瞭となり、家族のせい(家族の理不尽な言動に対する正当な応答)という論理におされぎみとなる()。しかし、その一方で、「他人同士であればそれはそれとしておだやかでいられ」るのに対し、家族との関係ではそうできない()ことには「必然性」がある、という客観的な視点が入院直前まで維持されていく()点は注目に値する。

さらに、例えば、「悪意を抱かないのに、これほどに善意を失わせるのは何であろうか？」()という問いかけは、彼女自身の内に宿る「精神病」を探索する視点を示すものとして興味深い。

そして、家族以外の他者と会話した体験に関する次のような記述は、彼女自身の中にある深い孤独の所在を示唆する。「やはり生きていくことは楽しかった。心に生気がよみ返った」。だが、「すぐにそのぬくもりは消えて、私はまた冷たい独りぼっこの境遇に戻った」()。

本人の自覚する病の症状は、例えば、次のように表現されている。理性の喪失()、安らぎの喪失()、感情の平板さ()、考えのまとまらなさ「」、言葉の意味の理解の困難さ、連想の困難さ()、「狂って」いる感覚()、落ち着くところのなさ()、過去の消失()、自分のせい()、自分の消失()、「失った私の領土」()。

入院直前に書かれた次の記述は、彼女の病の進行状況を的確に描写している。「私は一人ぼっちで、自分をただし自分をのばすしずかな生活をと望んでいた。力がありすぎ、弱すぎた。だれもが、私の生き方はまちがっている！とたたきだした。だれもが私の喜びを奪いたげだした！そして私はとうとう私も間違っていると思うところに追いやられた。何一つ自分を支えるものがなく、自分の力を感じるところがなく」()。

この記述は、母親、家族、主治医への負の感情は、他でもなく病の現われである、そのことを自覚しつつも自分では変更することができない、それがまさに病であるという理解をわれわれにうながす。彼女はこれを記述した直後に入院(それも前とは異なる病院へ)する。そのときどんな状態であったかはわからないものの、上記の引用の最後の一文は、家族へのわだかまりが消え、家族との葛藤が和らぐ、まさにその瞬間に、本人の内的危機が高まること、家族との生活を不可能とする事態が出現することを示唆している。

繰り返すと以上の解釈は、本人が統合失調症と診断されたという事実をもとに読み込んだ跡づけ

的解釈にすぎない。そのことの限界を踏まえつつ、次節では、ここで得られた解釈を分析視角として、現代日本の家族の状況を探りたい。

(資料)『ユキの日記』の抜粋 (省略)

(10月2日) おとなになってゆくということはおそろしいことだ。もはや信じるものがなく実りもない時、そんなときを持つのではないか。私はお母様を悪く言うけれど、さまざまな経験で偏ってゆく人生の終りでいったい無傷の何が人に残りうるだろうか。人間は何よりも自分の罪科ですりへってゆくのだ。296

(10月3日) 私のまいた善い種のすべてを人びとはけちらしてしまった(そう感じる)。私が自惚れているというので、みなでいしをふみつづそうとしたのだ。私がそれで敵にまわされてみなが団結したのだ。私は今は失った私の領土をときおり懐かしく思い、今は善い種を植えることができないことを嘆く。善い種へのあこがれが時々私を大層かなしくする。いつか私の国をもつだろうと、この国土を失った王は夢みている。ひそかに、ひとり。(王となる日を)296

(10月3日) 私は精神病だった。・・・簡単に現実逃避というけれどその意味は何か、現実から離脱して天国ならぬ地獄を身に負うこと。責任をもたない、もつことができない 苦しみが少ないということではない。何もかもから遠くはなれてしまうこと、あてもなくさまようこと、人間にとって安心の杖である理性を見失うこと、危険から身を守ることもできなくなる。責任を回避するという事は、りっぱな大人がけっこう日常やっつけていることなのだ 精神病患者は(少なくとも私の経験では)負いかぶさってくる圧倒的な苦難から逃げるすべを見失った者であり、

それだからあのように行いが乱れる。現実の上をうわすべりする術がもはやできなくなったことを人は簡単に現実逃避と呼ぶ。狂った人には一瞬の悦び、一瞬の安らぎもないのだ、まさに地獄だ。自分の傷口を医者に説明することもできない。297

(10月3日) わたしは家の誰も信じない。そして家の人には悪魔的なほど私を踏みにじったのだ。

私はお母様のことを悪く言い、悪く書く。しかもちょっとした好意をされると困惑する。私の批判などみな不当なものだと思わなくてはならないかのように思っている。私はこの家では深くなることできない。すべてはあるがままに平面的だ。私の感動をひきおこすものはここにはない。お母様の行為がただ色気だけなのだったらいいのと思う。私の病気が重いのを悦んで熱中して感激しているのでなければよいがと思うと、不安とおそろしさで私は狂おしくなる。297 298

(10月4日) 家の人には簡単にきめこんで理解しようとしなから、私を悪く思って私を苦しめ、私は苦しめられるという考えからぬけだせず、終には冷たい印象だけが残って、私は家の人に対する余裕を善意を少しずつすりへらしていくでしょう。私は何とかしようと絶えず心がけてみているのに、家の人にはまったく依然と同じ健康な人であるのに何も努めないでぐるになるから、私は先に苦しめられて、と思うのでしょうか。299

私はここでは苦しむことができない。私として苦しまない。外では本当に小さなことに全心を傾けることができるのに。この私にとっての一番の問題さえ、いつかここから逃れられる日と夢みるだけで苦しまないですましている。家の人を外で世界をもちたがっているのと少しちがう。家の人には家をもっているけれど、私はそれとはちがう私の家をもちたい。家の人には私を暗黙のう

ちにせめ苦しめるので、そしてそれを正しいことだと思っているので、私はここで家の人を悪く思いはじめ、不屈になりはじめ、一人で気をはって攻撃的にもなるのです。私は家の人とつながりをもつことができないことを見ます。そしてそれが他人同士であればそれはそれとしておだやかでいられます。が、私としてはどうしようもない状態に有りながら抜け出すこともできない。300

この特殊な事情をどうしても認めないのが家の人だけれど、それにはその必然性があります。憤ること夢中で私のことなど考えられないのは、私が病気のときに周囲のことを考えることができなかつたのと同じに人間の意識の範囲外のことなのでしょう。そして人は見ないものは見ないので、見ないということもしらないですますモノです。ここでは私は正しくあることもできない。300 301

お母様は私の病気になったのを悦んでいる。トンデモナイことをいう子だ、こんないいお母さんに。家の人たちの団結がわからなくはない。その善いつもりなわけも。302

私の心の中の敵意、憎しみの情はお母様を殺してもいいくらいに十分である。ピート(弟：論者注)にしても。悪意を抱かないのに、これほどに善意を失わせるのは何であろうか？元気がなったら少し整理して考えてみよう。304

(10月25日) 手伝いのおばさんが「どうですか、あんさんのご気分は」と話しかけてくれた。・・・思いがけないほどうれしかった。やはり生きていることは楽しかった。心に生気がよみ返った。すぐにそのぬくもりは消えて、私はまた冷たい独りぼっちの境遇に戻った。304

(10月26日) お母様が私から何もかもを奪って自分のものにしようとしさえしなければと思

う。お母様には私がさぞ強そうで賢いそうで残酷に見えることだろう。私にとってお母様がそうであるように。ただ耐え忍ぶ。それでけ。もちろん黙って。精神病、精神病といい気になって話題にするお母様を、私は憎いと思えば頭がキリキリ痛むほど憎い。ぶってぶってぶち倒してやりたいくらい、殺したって平気だろうと思うくらい憎い。それでも耐え忍ぶよりほかはないのだ。306

(11月17日：入院の準備)。私は心を失ったもよう。ものごとを理解してもその深みがない。人の生活が単純なものとしてしか心にうつらない。それは理性を失ったことなのだ。310

考えがきれぎれになってしまった。人の言葉が、ほんとうに何を言っているのかわかるのに苦心する。その言葉の意味がやっとわかってそこから連想することができない。310

不安ばかりに変わってしまった。やっと病気だということがわかる。私が退院してきたとき、家に落ちつけなかったのも、五月以降もがきながらまわりの人々と親しめなかったのも、ただその人たちにだけ心が動かなかったからなの。こんど本当に狂って、はじめてこの状態がはっきり説明できる。(省略) みんな自分のせいだと次々に思いはじめたの。311

そして私はとうとう私も間違っていると思うところに追いやられた。何一つ自分を支えるものがなく、自分の力を感じるところがなく、家の人たちはいつもたくらんでいた。そのかげに先生がいるようだった。騒ぐ中心にお母様がいるようだった。私はさぐられていた。私が私の理性を失ったとき、そのことだけが残った。323

3. 統合失調症の子をもつ家族の声

上記で引用した箇所の直前には、次のような母親の記述が挿入されている。「精神の病気に関して

無知であった母は、まるで盲腸の手術でもすませたように、退院したことで万事解決したと思いきりで安心していた。・・・母は・・・少しずつ気づきはじめていたとはいえ、その要求に応え得るにはほど遠く、知識も理解も不足していた」(289)。

本節では、統合失調症の子をもつ家族への調査を実施した2つの先行研究をもとに、そこで紹介されている家族の証言をいくつか抽出し、その再解釈を試みる。参照した先行研究は次のとおりである。佐藤朝子(2006)「精神障害者を子にもつ母親の体験：女性の生活史の観点から」。藤野成美・山口扶弥・岡村仁(2009)「統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩」。前者は、統合失調症を発症した子どもの母親4人について、発症に気づいてから調査当時に至るまでの10数年間の体験を、女性の生活史の視点からとらえた研究である。後者は、統合失調症の子どもと生活する16人の親について、長期にわたる居宅介護の視点から、彼らが共通して抱えるさまざまな苦悩を抽出した研究である。

統合失調症の子をもつ家族が直面する問題の現われ方はさまざまである。中には、例えば、家族の言動が直接、引き金となった、あるいは、家族の対処の仕方が事態を深刻化したケースがないとはいえない。だが、統合失調症という病との関係で解釈するとき、それらは統合失調症という病の特徴を浮き彫りにする。そして、統合失調症に対する社会的な取り組み方に重要な示唆をもたらすのである。

はじめに、上記の2つの先行研究がとらえる4つの問題を列挙しよう。引用文のあとの【】は研究調査者のとらえた証言者の属性(統合失調症をもつ個人との続柄、年齢、持病の有無、介護期間)を、()は引用もとの論文名とページを示す。

1) 暴発の危機

Bさんは、娘から何度も暴力を受けたり、包丁を持って追いかけてまわされたり、殺されかけるといった体験をしていた。また多量服薬による自殺を図って救急車で搬送されるという娘の死の危機にも直面している。本当に何べんもこの子は死に損なったというか。助けてあげられたんですけど、今からもそういうことがあるのかなって。でもね、一生懸命今までやってきたからもしものことがあっても、医者がいたって事故とかあるから。それはもう覚悟っていうか腹をくくっていないと付き合えませんよ（涙）（佐藤, 2006, 6）

Cさんは、実際に娘が7階にある自宅マンションから飛び降りる場に居合わせた。気が付いてエレベーターで下へ急ぎながらも、「そのときはもう最後だと思ったんです」という。死を覚悟したが一命を取り留めた。1度は娘に絞め殺されそうになったこともあるという（佐藤, 2006, 5）。

言葉に色々ちぐはぐが出てきたとき、妄想や幻聴が出てきたときもう手に負えない。どうしたらいいかお手上げ状態になりますね【続柄：母、年齢：80、持病：有、介護期間 12 年】（藤野・山口・岡村, 2009, 38）

状態が悪いときはひどかった。夜中にたたき起されて、出て行けと言われて出ていかされたときもある。ゴミを拾い集めてきたり、自転車を 50 台ほどもってきて庭に並べたり・・・ボヤ騒ぎもあったし、とにかくすごかった・・・こんなときどうしたらいいのかほんとに辛いです・・・【父、71、持病：無、介護期間 5 年】（藤野・山口・岡村, 2009, 38）

Cさんは「娘からは、ママとパパが結婚したというのが、そして私を産んだのが、というそこま

で遡って否定されます。私も実際そう思います。ええ、そう思っちゃいます」と、娘が言うとおり、自分自身にも思い当たるのである（佐藤, 2006, 6）

Dさんも「これは親のやり方が悪いからこうなつちやったとか、その時はすごかったですよ。てめえだの、悪いからこうなつちやった、土下座して謝れって言われましてね」と、息子から夜中でも起こされて毎晩のように責められたという。結局、夫と2人して手をついて謝ったが、本当にショックだったという。また、「一生懸命やってきたのに、家族を幸せにできなかった夫が可哀想」とも語った（佐藤, 2006, 6）。

とにかく気分の浮き沈みが激しいのに引っかき回されて、心身ともに疲れ果てて、苦痛にさえ感じてしまうね。こんなこといっちゃいかんけど・・・【続柄：父、49、持病：有、介護期間 14 年】（藤野・山口・岡村, 2009, 38）

この心の病っていうのは、他の障害者の方ももちろん大変でしょうけれど、身勝手な言い方させていただけ、見かけが普通なだけに、身体はちゃんと動くし、目も見えて口もきけるのに。それでふっと一時はまるで普通の精神状態にもなるんですね、そういう人が大変な病なんで本当に辛い病気だなんて思います。可哀想な病気です。本当に.....、と、Cさんは外的にも内的にも分かりにくい病気であると語った（佐藤, 2006, 7）

だれもいないことが不安でたまりませんね。何も移る病気ではありません。なりたくてなったわけではありません。なのになんでいくつもの悩みを抱えて修羅場を通り抜けなければならなのでしょうか【母、58、持病：有、介護期間 14 年】（藤野・山口・岡村, 2009, 39）

この病気は発病時や再発時は自傷他害を伴うことが多いので、いざというときに家族だけでは対応できない。今まででもずいぶん苦労してきました。今考えると自分自身（母親）も病気のことをもっと知っていればこんなに苦労しなかったんじゃないかと思えますけど、それでもやはり再発時はどうしていいかほんとに困ります【続柄：母、年齢：74、持病：有、介護期間7年】（藤野・山口・岡村, 2009, 38）

上記の証言は次のことを示している。

- 1) 暴発が起こることを予測することはきわめて困難であること、
- 2) ひとたび暴発が起こってしまったら、途中でくい止めることは不可能（「手に負えない」、「お手上げ状態」）であること。また、家族だけで対応することはきわめて困難であること（「いざというときに家族だけでは対応できない」）
- 3) 暴発によってもたらされる損害は甚大、無限大であること（「何度も暴力を受けたり、包丁を持って追いかけてまわされたり 殺されかける」、「何べんもこの子は死に損なった」；「死を覚悟」、「娘に絞め殺されそうになった」；「修羅場」、「心身ともに疲れ果て」）、
- 4) 暴発の危機は家族に、恒常的に、強い緊張感、高い不安感をもたらしていること（「それはもう覚悟っていうか腹をくくっていないと付き合えません」；「気分の浮き沈みが激しいのに引っかけ回されて」；「だれもいないことが不安」）；「再発時はどうしていいか」）。

暴発に至る手前で巧く対処できないものなのか、といふかる向きもあるだろう。24時間、ともに過ごす家族であればこそ、小さな異変に気づき、「早期発見・早期介入」できるはずだと。

側にいる家族が本人の異変に気づきやすいのは確かである。そして、小さい頃から本人になじみの深い、安心できる手立てを講じやすいというのも確かである。だが、そこには限定条件がつく、「本人の異変が病の本質にかかわるものではないとき」という条件である。なぜなら、親であればこそかえって、異変を「病」として認める構えをとりにくいことが推測されるからである。

例えば、「夜中にたたき起されて、出て行けと言われて出ていかされた」、また、「夜中でも起こされて毎晩のように責められ」、「結局、夫と2人して手をついて謝った」という記述は、本人の要求に異変を認めたとしても、自分が要求の宛先である場合には、要求を拒否するか、しないかという、いずれにしても異変の中に巻き込まれざるをえない。しかも、要求の背後に、親が「結婚」し自分を「産んだ」から、あるいは、「親のやり方が悪いからこうなっちゃた」という、自分への「責め」、「否定」が伴う場合には、本人の要求を異変として客観視し、「病」として対処することはきわめて難しくなる。

の「心身ともに疲れ果てて、苦痛にさえ感じてしまうね。こんなこといっちゃいかんけど・・・」という記述は、本人の異変が自分に苦痛をもたらす体験として認知される場合には、（親たるもの子どもの異変を）そのように感ずるべきではないという規範意識が働いて、異変の認知もろとも自分の感情を自己抑制する傾向のあることを示している。

さらに、の「見かけが普通なだけに、身体はちゃんと動くし、目も見えて口もきけるのに、それでふっと一時はまるで普通の精神状態にもなるんですね」という記述は、別の理由を示唆する。一般に、恒常的、持続的に現われてこない状態を認知することは難しい。まして親であれば、異変を、未だ完治していない「病」の徴候と認めがた

いことも確かである。同様の記述は、ワソの前掲書にも見られる。

コミュニケーションは相手が誰であっても難しいものだが、重い精神の病をもつ身内とはそれがいっそう難しくなる。見た目は同じはずなのに、さまざまな面で変化した人と接すると、かなりの混乱を来す。このせいで、私たちの悲嘆は複雑になる。・・・私たちは、その人のかつてのありようを悼むだけではない。なっていたはずなのに、もはや決してなることのない人物愛をも悼むのである。私たちはそんな悲嘆を乗り越えることはない。ただ慣れるだけである。(130 131)

本人を本人の名前において、人格として関与する家族にとって、本人の「人格の変容」は受け入れ難い。その人と家族であるという関係性を掘り崩す、また、その人の父、母であるというアイデンティティを掘り崩す。統合失調症の場合、病の徴候としての異変は、個々の言動の異変を超えて人格の異変として映る。親であればこそ、そのような認知を先送りするのである。甚大な損害を及ぼすことになる暴発のときまで。

それでは家族以外であれば、「早期発見・早期介入」は可能であるか。次の精神科医の言葉は、それが一般に困難であることを、それがまさに統合失調症という病の特徴であることを示している。

統合失調症患者のいだけ焦燥感や不安、不眠、あるいは落ち着かない感じというのは、われわれの想像をこえた、深刻で苦しいものようだ。彼らが不眠を訴え、あるいは落ち着かないから何か処置をしてくれ、と訴えてくるとき、「もうすこし様子を見てみなさい」というのは、たいへん残酷なことである。すでに我慢の限度を超えたため訴え出ているのだから、早急に対応するのがよ

い。・・・仕事を休ませること、入院あるいは閉鎖への転棟など、患者にとって喜ばしくない処置を決断するとき、われわれ治療者はつい躊躇し、「もうすこし様子を見ようか」と考えてしまう。とりわけ、患者が拒否するとき、それがわれわれ自身の言い訳にもなって、つい決断を先延ばしにしてしまう。深刻な事故は、そういう時にかぎっておこる。・・・その時の決断のおくれは、取り返しがつかない。われわれの時間が連続した線とすれば統合失調症患者の時間は破線状で、中間がないままに一足とびに結論へと急ぐ。したがって統合失調症の治療にさいしては、先を見越して早め早めに手を打っていかないと、先走る彼らに置いてきぼりにされる。「様子はみない」ことが原則である(昼田, 2007, 243 244)。

専門家であっても早期介入は難しい。だが、上記の記述から言えることは、家族が宛先人として名指される局面においては、異変の認知において、家族以外の第三者の眼が必要となること。ひとたび暴発が起きてしまった場合には、家族だけで対処することは不可能だということである。この点を確認して、次節では、家族と第三者機関との連携について考察しよう。

4. 統合失調症支援に対する家族の声

1990年代頃からオーストラリアなどで統合失調症の「早期介入プログラム」が精力的に展開されるようになった。日本でもさまざまな形で統合失調症の早期発見・早期介入に取り組まれている。例えば、上述した「イルボスコ」という組織を創り、活動している水野雅文、山澤涼子によれば、その目的は、「精神病未治療期間」、すなわち、明らかな精神症状(いわゆる陽性症状)の顕在化から、薬物治療開始までの期間を短くすることとされる。ただし、専門家の間でもサブクリニカル水

準における介入、「前駆状態」における介入の妥当性については意見が分かるとのことである。それは、その時期の症状が「非特異的」であり、「偽陽性」(実際には統合失調症ではない)の可能性があるのである。他の多くの疾病では、早期介入の結果、偽陽性であることが判明したとしてもさほど大きな問題とはなりえない。だが、こと統合失調症の場合には、早期介入それ自体のもたらす損害が(抗精神病薬のもたらす副作用に加えて、精神科受診のもたらす社会的副作用が)懸念されるのである。病の「再燃」時においても、その懸念が完全に払拭されることはないだろう。精神科医においても困難であるとしたら、精神科医以外の専門家(プライマリケアを担うことになる一般的なカウンセラーなど)さらには家族においてはもっと困難であることが予想される。

たとえ家族が異変を直観したとしても、それを適切な治療につなぐまでにはいくつもの段階を踏まなくてはならない。各々の段階で、統合失調症という病名の宣告を逃れたことに安堵しながら、実のところ、暴発に向かって本人と共に突き進むことにもなりかねない²。上述の論文で、佐藤は次のような事例を紹介している。

Dさんも、わけのわからない不安を訴える息子を前に、何とかしなくてはと考えたが、誰にも相談することはできなかった。本で読んだのか、よく覚えていないが、精神科の受診を決めた。・・・ところが、受診はしたものの、統合失調症と診断されることもなく、ただ「不眠なら不眠の薬」を貰っていただけだった。その裏でだんだんと被害妄想は強くなり、会社も休みがちになった。この頃からようやく夫も積極的に関わりだし、夫婦揃

って、虚ろで何もする気がしない息子を「怠けだ」と感じ、ひっぱたいたり、説得したり、時には聞いてなだめたりしながら、会社へやったり休ませたりしていた。そうこうするうちに3年ほどが経ち、次第に家庭内での暴力がひどくなり、「魔法瓶は投げるわ、テーブルをひつくり返すわでね、それでいるんなものを投げつけたりして、その時は夫と弟に暴力をふるいましてね、本当にびっくりしました」という状態になった。このとき、主治医から統合失調症と診断されたことで、Dさんは「もう本当に駄目なんだなと諦めがついた」と語った。(佐藤, 2006, 4)

知人の勧めで自分が精神科クリニックにかかり、カウンセリングを受けながら娘が精神科につながるのを待っていたが、2年半してやっと「お母さん、もうこれは駄目。行く」と言った。こうしてようやくクリニックでの薬物治療が始まったが、娘が多量服薬し自殺を図ったことで、保健所や家族会につながるまで、Bさんは自宅で薬を飲ませたり、世話をしたり、医療者のように面倒を見ていた。その頃の様子をBさんは、「私はB病院で5年間看っていたんです」と冗談交じりに語る。「5年間1人で抱え込んでいたんですよ。医者に聞いたら、しっかり寝てしっかり食べれば良くなるって言われて、それを信じて……」(佐藤, 2006, 4)

同様の困難さを、ワソーは1999年にウィスコンシン州で実施した面接調査の中で明らかにしている。

一九八〇年の調査でも多く聞かれたように、今回もやはり、親が問題に気づいてからついに誰かに助けてもらえるまで、三年から七年が経過していたことがわかった。ある親は、「私たちは息子の様子がひどくおかしいと思って、精神科医のところ

² 例えば、2010年6月8日『京都新聞』朝刊には、NPO法人「全国精神保健福祉連合会」の調査結果、「31%が専門家に相談できるまでに3年以上かかった」がある。

へ連れていこうとしたんです。でも、息子は嫌がりました。医者は医者で、自分の助けを求めている人しか診ないと言いますし、助けを得るには、一体どんな目に遭わなければならないんでしょう？」と嘆いた。結局、この回答者の成人した子どもは七年たって助けを得たが、それは罪を犯して逮捕された後のことだったという。刑務所入りを宣告されたものの、幸い当局はその刑を地域治療制度というプログラムに切り替えてくれた。(90)

ウィスコンシン州には「全米屈指の優れた精神保健制度がある。それなのに・・・」とワソーは続ける。ちなみに、ウィスコンシン州の制度とは、マディソン・モデルとして日本でも知られる地域精神保健システム(デー郡精神保健システム)であり、ワソー自身がその設立に尽力した経緯をもつことが知られている³。

ある親はこう述べている。「一般的に、私たちは不適当な心理的療法家やカウンセリングをさんざん試しているうちに、結局は本格的な精神病症状が現れて、その時点から公的制度をめぐる悪夢のような旅を始めるのです。」(Orr, 1989, 20)。初めての数年というもの、家族は答えや「完治法」、地域内の資源、希望、そして間違った希望を必死になって模索する。いちばんいい問題の処理方法を議論したり、否認、受容、さらなる否認を経験したりもする。家族のシステムは、主観的・客観的な重荷に揺さぶられる。関係者全員の生活への満足感も低下する。過保護になったり、感情的に遠ざかったり、誰かを悪者にしたり、自尊心を低下させたり、社会的な偏見に遭ったり、家族自体が崩壊したりすることは、ありうるというだけでな

³ 「(慢性的精神病の地域治療プログラム)を成立させるために先頭にたって奔走したのがモナ(ワソー)だ」(デヴソン, 392)。

く、実際、頻繁に起きる。(136)

家族が察知したはずの本人の異変を適切な治療につなげることを阻む障壁はなにか。ワソーの指摘はきわめて明快である。

現行の精神保健法は強制投薬と強制入院を規制しているので、親は病気の子どものために助けを得たいと思っても、高く厚い壁に阻まれる。確かに、過去にはこういった手段の乱用があった。重い精神の病をもつ人への投薬と入院が、あまりにも簡単に行えたのである。しかし、私たちは不要なものと一緒に、必要なものまで葬ってしまった(88)。人権を守るという概念はとても重要である。でも、その人の脳が深刻な機能不全に陥っているときたとえば重い発達障害や、重い精神の病や、アルコール・薬物乱用などの場合治療の問題については、誰かほかの人に決定してもらいたいと私は思うのである。(153)

ワソーは、この主張の正当性を、次のように、「刑事司法制度を通じた義務的治療」との関係で主張する。

私たちが市民的自由を重視するなかで、重い精神の病をもつ人は、ますます刑事司法制度を通じて義務的治療を受けるようになってきているのである。こんな状態は野蛮である。病気によって罪を犯してしまう前に、社会は重い精神の病をもつ人に医療を提供すべきである。いまでは病院よりも監獄のほうが、重い精神の病をもつ人を多く抱えている。(250-251)

最後の一文はいささか乱暴であるが、次章で詳述するように、アメリカ合衆国の統計はワソーの認識を部分的に裏づける。ホームレスの3分の1

近くが、拘置所・刑務所に入れられた人の16%(約30万人)近くが精神疾患をもつ人々であると指摘されている。ワソーの意図は、精神疾患に対する社会の対応がいかにもずいかに示すことにある。精神疾患をもつ人々が触法行為に及ぶとしたら、その理由はまさに精神疾患にある、理由がかくも明白であるにもかかわらず、なぜ適切な対策をとることができないのかと。

適切な対処ができないのはなぜか。それは、ひとえに統合失調症という病が正しく理解されていないためだ、とワソーはいう。「幻覚に苦しめられ、人と心を通じ合わせることができず、不安にさいなまれ、絶望的なまでに孤立し」て叫び暴れる精神病者に、「人間の尊厳」を認められない人も、「市民的自由」や「人権」、「自己決定」などアメリカン・デモクラシーの標語を振りかざし、金科玉条のごとく「強制服薬・強制入院」に反対する人も、いずれも統合失調症を知らない。統合失調症を知らないとしたら、一方で、「ふっと一時はまるで普通の精神状態にもなる」見かけの内面に深く存在する「病」の苦痛と本人の悲嘆を認めることは難しい。他方で、「刃ものをもって追い回し」、「自転車を50台ほどもってきて庭に並べる残忍で異様な言動に、「人間の尊厳」を認めることは、ほぼ不可能だろう。統合失調症という「病」の本当を知らない、知らないことすら知らない人びとの中で、本人と家族は、実に壮絶な、孤独な闘いを強いられているのである。

重い精神の病をもつ人のケアは、複雑で難しいジレンマを突きつける。人権をとるか、施設と平安をとるかという問題や、強制治療をとるか、病状を悪化させる自由をとるかという問題などである(95)。

病気の本人と家族だけでこの「複雑で難しいジ

レンマ」を解くのは困難である。早期介入プログラムを推進する山澤と水野は、「プライマリケアに携わる専門職への教育」の必要性を強調する。異変を感じた本人や家族が最初に相談に行く場合は、学校のカウンセリング、保健所などの地域の相談機関、一般の開業医、総合病院の内科などである。そこから精神科サービスにつながるためには、それらの専門職にある人々自身が「総合失調症の早期サインや症状、治療法、精神科サービスなどに関する正しい知識」をもつ必要があるからである。だが、たとえプライマリケアが充実したとしても、相談に行くのは家族である。実際には、「家族の63%が専門家の多忙さを気遣って相談をためらうことがあると答えた」という記事は、社会の中にありながら、社会から隔絶された家族の姿を映し出す⁴。佐藤は、先に紹介した調査をまとめるにあたって、「精神病院に入院していなくても、家において閉じこもっているしかないのであれば、Bさんが自嘲的に語ったように入院しているのも同然である。地域で施設病化していく可能性もないではない」(佐藤, 2006, 9)と指摘する。

ワソー自身のアイディアは次のようなものである。

完全な依存状態から自立に至るまで、あらゆる状態に対応した連続的なケアと住居を提供するのである。重い精神の病は、自立から依存までの、どんな状態にある人にも影響を及ぼす。それを考えれば、こういった対策を講じるほうが現実的である。(253)

はたして、ワソーのいう「完全な依存状態から自立に至るまで、あらゆる状態に対応した連続的

⁴NPO 法人「全国精神保健福祉連合会」調査(2010年6月8日『京都新聞』朝刊)

なケアと住居を提供する」とは、具体的にはどんな形をとるのだろうか。上述したマディソン・モデルはその好例であるにちがいない。だが、ワソへのインタビュー調査を試みたアン・デヴソンの次の記述を読む限り、彼女の言葉はさほど歯切れのよいものではなさそうだ。「ある記事でモナは、慢性的精神病を治療するには精神病院に入院させることが必要だと主張している。彼女は息子のことにふれてこんなふうに書いている。『わたしには息子が成功例だとはとても思えないのです。私は息子が毁れて棄てられた巨大なプラスチックのおもちゃのようにみえます。そして彼はわたしの心を毀したのです』」⁵。

本書を読む限り、彼女の憂慮は払拭されていない。彼女の次の言葉がそれを物語る。「確かに、私たちの文化全体には精神の病をもつ人への偏見があるし、ケア体制には不備がたくさんある。しかし、最大の敵は病気である。そして、病気は家族一人一人に違った影響を及ぼす」。「重い精神の病を抱えながら生き、その病気に対処するすべての人たちに、優しさと理解をもってほしい」。この結論は陳腐かもしれないが、真実である。冒頭に引用した彼女の記述とあわせて読むとき、そう確信される。

5. 結びに代えて

私たち全員に共通する苦しみは、重い精神の病をもつ人の途方もないつらさを和らげることがほとんどできないという点にある。・・・幻覚に苦しめられ、人と心を通じ合わせることができず、不安にさいなまれ、絶望的なまでに孤立し、孤独感に襲われるということは、重い精神の病をもつ人にとって壮絶なダメージである。ただ、私たちにできることがないわけではない。そのひとつが、長

年にわたって味方でいつづけることである。私たちの心の中にある部屋の大きさは、これまでとまったく変わらない。何を言い、何をすればいいか、わからなくなるときもたびたびあるが、愛するあなたを見捨てたわけではないのである。そして、これからも決して見捨てたりはしない。(24 25)

通常、自分には受容し難い言動をなす人を見かけたら、見知らぬ素振りをするだろう。その人と関わらざるを得ないときは、自分を存立せしめている条件(倫理、美意識、常識・習慣、信念など)が崩されないように、細心の注意を払うだろう。だが、家族にはそれができない。家族は、自分と同様に(あるいは自分以上に)本人に責任を感じるからである。本人をこの世にもたらし、本人をここまで育てたのは親である(本人とともに生まれ、本人とともに育ったのはきょうだいである)。親には、受容し難い個人の言動を矯正する義務があり、それができると考えられている。事実、親は、(本人の存在への愛と信頼は保ったまま)受容し難い言動を子どもの中に見つけたら、すぐさま矯正にかかるだろう。本人の言動は本人の「存在」では決してなく、本人の意思により改められることを信じて。

精神疾患をもつ子どもに対しても、親は同様の態度をとろうとする。本人がその言動をとることが二度とないように、厳然とした態度を示すだろう。昨日までの本人を知っている親であればこそ、多くの出来事を共有する親であればこそ、個々の言動を越えて本人の「存在」的価値を見通せるはずであるから。どれほど逸脱した言動をとろうとも、本人の「存在」は、いつの日かその「言動」をなだめられるであろうことを親は信じて介入する。

だが、統合失調症という病のむごさは、「存在」の連続性を断ち切るほどの変化を本人にもたらし

⁵ デヴソン, 1991

点にある。常軌を逸した子どもの言動に、親は子どもの「存在」そのものの変容を予感する。予感しながら、常軌を逸した「言動」の修正を迫る。もてる限りの言葉をもって、行為をもって、願いをもって。だが、それはことごとく失敗し、中身は次第にエスカレートしていく。あたかも服薬が倍増されていくように。深刻な副作用を残しながら。

その一方で、家族は、自らの認識を変容させにかかる。最初は驚き、怖れ、怯えたはずの行為をなじみある空間になじませようと。異常を異常としてとらえることがきわめて意思的な作用であるとしたら、家族には、逆向きの意思が働く。異常を日常として受容しようという。家族は、どんなに対立しようとも、笑い合い、喜び合い、許し合える不思議な集まりであると。ひとたび受胎された生命は敵味方、善悪の区別なく育まれるように。

専門家とは、無自覚にある行為や状態に慣れることのない、一定の観点をもとに、対象者と自分との間に生じた経験を精査することのできる存在だとしたら、しかも、そのプロセスは他者の検証を経ながら繰り返されるのだとしたら、それは家族とは異なる存在である。すべての人が統合失調症という病を知ることは無理だとしても、自分がそれを本当には知らないということを知る必要はある。一方で、病に関する正しい知識をもち、他方で家族とは異なる視点をもつ、専門家による支援とそれを支える社会の仕組みが待望される。

・【補論】精神疾患の医療と福祉をめぐるアメリカ合衆国の動向

国立精神医療研究所（NIMH）によれば、2010年時点で、アメリカ合衆国全人口の3.3%にあたる770万人が統合失調症あるいは双極性障害にある。ところが、統合失調症の40%、双極性の51%が適

切な治療を受けることに失敗しているという。1998年に設立された「治療権利擁護センター（Treatment Advocacy Center）」の目的は、重度の精神障害者に適した治療を社会的責任で提供すること、その必要性を明らかにするとともに、具体的な方法を提示することにある。

同センターは、ホームレスの3分の1近くが、拘置所・刑務所に入れられた人の16%（約30万人）近くが精神障害者であると指摘する。また、同センターが引用している「家族での殺人」（法務省法務統計局特別報告の裁判プログラムオフィス、1994年）によれば、1988年都市カウンティ裁判所で処理された殺人事件において、尊属殺人の14%、親殺しの25%が精神疾患歴のある人々だったとある⁶。だが、留意すべきは、このような数字を指摘する意図は、精神疾患をもつ人々が他の人々と異なる傾向性をもつことを指摘することにはない。そうではなくて、精神疾患に対する治療が適切になされるとしたら、彼らはホームレスにならなくて済んだ、あるいは法に触れる行為を行わずにすんだ可能性がきわめて高いことを指摘することにある。アマルティア・センの言葉に、「なくすことのできるはずの貧困」というフレーズがある⁷。この認識は、貧困、ホームレス、犯罪といった深刻な社会問題に抗する目標絞り込み型の社会政策としてきわめて興味深い。

「外来医療支援法（assisted outpatient Treatment）」はまさに、精神障害者がホームレスになる前に、あるいは、触法行為をなす前に、司法の力をもって、本人に見合った医療サービスへのアクセスを強制する点に特徴がある。現在それは、名称は少しずつ異なるものの、44の州で制定されている。以下では、その代表として、ニューヨーク州の「ケ

⁶ Bureau of Justice Statistics Special Report “Murder in Families”, <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/mf.pdf>

⁷ 後藤監訳、2011、249

ンドラー法」の内容を紹介する。ただし、その前に、これらの取り組みの背後にある規範理論的問題を整理しておこう。

脱病院化・脱施設化

1960年初頭にケネディ調書が出され、1999年に上述した「オルムステッド法」が成立し、精神疾患をもつ人々が、地域で普通に暮らす権利が、少なくとも法制度上では、整備されていった。いわゆる「脱病院化」、「脱施設化」と呼ばれる「地域ケア」推進の流れである。それは、社会防衛的な観点から無批判に実施されがちだった、長期入院・長期入所の必要性和妥当性を、精神疾患をもつ個々人の視点から批判的に精査することをうながすものだった。1990年には「障害をもつアメリカ人法」ができ、精神疾患をもつ個々人に関して、消極的な差別を禁止するのみならず、公正な配慮のもとに積極的に是正することが決められた。例えば、就労環境を症状に見合ったかたちで調整することにより、経済的に自立する可能性が、法制度的には促進されていった。

アメリカの場合、その流れは、アメリカ合衆国憲法のもとで、「市民的自由と機会の実質的平等」を追求する公民権運動の流れの中で、また、司法手続きにおける「デュー・プロセス」の規定のもとで推進された⁸。脱入院化の流れが、医療サービスを受ける人々一般のみならず、精神疾患をもつ人々にも適用されるものとして、正当な手続きなくして心身を拘束されない自由、合意なくして治療を施されない自由などへの権利、いわゆる個人の「自己決定権」を発展させたことはまちがいない。だが、その一方で、一方向的な脱入院化の流れには、精神疾患をもつ人々の抱える固有の困難や苦悩をとらえ損ねる恐れがあった。

事実、脱入院化は、メディケイド支払いの対象

とはならない州立精神科病院を機械的に廃止する、民間保険に加入できず、メディケイドにも参加できない患者たちを未治療のまま病院外に放置するといった現象をともなった。背後には、連邦政府予算によって運営されるメディケイドは、州政府の運営する州立病院には適用されない、重症の精神疾患の治療には多くの人手と費用が伴うといった制度的な事情がある。だが、未治療状態のまま放置することは、結果的に、精神疾患を主要な理由として、ホームレスとなる人々、法に触れる人、長期入院を余儀なくされる人々の数を増加させることになる。精神疾患をもつ人々の人権・権利を真に守るためにも、アメリカ社会の公共的価値を高める観点からも、考察すべき多くの論点があり、さらなる社会的配慮が必要となる。

上記の取り組みは、ともすると世論としてエスカレートしがちな社会防衛的な観点に抗しつつ、精神疾患をもつ個人自身の人権・権利を守る観点から、医療と福祉と司法という三者の緊密な連携によって、「障害をもつアメリカ人」への「公正な配慮 (reasonable accommodation)」の中身を充実させる試みとして理解することができる。

支援型外来治療法

2009年6月、「ケンドラー法」と呼ばれる「支援型外来治療法」(1999年)ができて10年たったニューヨーク州で、デューク大学医療センターの精神医療と行動科学学科による外部評価が公表された。重症の精神疾患をもち、処方箋を受容しない恐れのある人々に対して、裁判所の命令した治療を地域で行うプログラムである。ケンドラーとは、精神疾患をもつものの未治療であった人によって殺された女性の名である。その主要内容は次の通りである。対象となるのは、18歳以上であり、精神疾患をもつと診断され、無事にコミュニティで生活するためには監護が必要であると判断

⁸ 後藤, 2011

された個人である。過去、36か月の間に、治療を拒否したために、精神科入院あるいは拘置所に、少なくとも2回送られた経験をもつ、過去、48か月の間に、深刻な自傷他害の経験をもつ。精神疾患のために、自発的に治療を受けることが困難であり、自傷他害に至るほど重症化することを防ぐためには、治療を援助する必要がある。裁判所で外来治療が決定された個人は、包括的なコミュニティ・ベース治療計画に従う必要がある。裁判所はそれをモニターすることになる。

全体的な評価は、強制支援外来治療が、入院、ホームレス、逮捕、再投獄といった事態に至るほど、精神疾患が重症化することを防ぐことに大きく貢献したというものだった。だが、4分の3が入院患者の退院促進計画として、あるいは、再入院の常習化を防ぐために使われている点を指摘する。

精神医療における司法と医療の提携モデル

治療権利擁護センターは、近年、「モデル法(the Model Law)」を公表した。その意図は、各州の既存の支援型外来治療法を相互に比較しながら、よりよい司法と医療の提携モデル法を構想することにある。

既存の法と比較した際の「モデル法」の特徴は、第一に、支援型治療を適用するにあたって、対象者の「危険性」に関する認知を要件としないことを明言する点にある。例えば、カリフォルニア、ウィスコンシン州などは、近年、「危険性」の認知を要件とする方向で法を改正している。その動きに同センターは警告を鳴らす。「危険性」の認知という要件は、専門的な訓練を受けていない警察を精神保健の働き手として全面に押し出すおそれがある、現に、ニューヨーク市警察は、1986年、「感情障害をもつ人」を18500人、1998年には24787人を精神鑑定のために病院に送る一方で、1994年

から1999年の間に37人の「感情障害をもつ人」に銃を放っている、と。

その観点から同センターが評価するのは、ノースカロライナ、テキサス、コロラドなどでとられている方法、「危険性」の基準を「治療の必要性(need-for-treatment)」の基準に代える方法である。この方法は、警察の働きを抑えるだけでなく、精神科病院の利用を減らすことにもつながるといえる。なぜなら、危険が認知される以前に、さほど重症化する以前に治療を行うことを可能とするからである。「ある個人が危険になるまで待つことは、暴力的症状(エピソード)の現われをうながすことを意味しかねない」(前文解説)。

第二の特徴は、この法は、「患者がコミュニティの中で『おきざり』にされないように、彼らが、彼らの自立に必要なはずのサービスから遠ざからないように、州の責任を明確に定めること」、そして、「裁判所は患者を治療システムにコミットさせるだけでなく、治療システムを患者にコミットさせる義務をもつ」(以上、前文解説)点を明らかにした点にある。具体的には、「30日ごとに担当医以外の専門家が薬の副作用をチェックする」(第9.1条)、「入院している患者が、コミュニティで暮らしながら、入院施設の管理下にとどまり続ける、といった支援型治療命令を求められることができる」(第2.16条)などのコミットメント規定が付加されている。

第三の特徴は、対象者の範囲を明晰化した点にある。「重症な精神疾患」は、「思考プロセス・感覚反応・気分調整・記憶などにおける障害、日常の暮らしで需要されることがらを充足する能力を著しく損ねるような推論能力の障害」をさす。ただし、次のものは除かれる。「薬物やアルコールにもっぱら起因するもの、てんかんや硬化症などの神経障害、加齢に伴う通常の変化、終末期における脳の変化、人格障害、精神遅滞、自閉症を含む

発達障害」など。その理由は、後者については、ここで定める支援型治療とは違ったタイプの治療システムを設計することが適切だと判断するからである。

ここでは、長期にわたる支援型外来治療の適用は入院・入所を57%減らした、とりわけ、統合失調症などの疾患をもつ個人の入院を72%減らした、他の外来サービスと連携された長期の支援治療は暴力の発生確率を50%減じた、などの研究が紹介されている。支援型外来治療プログラムは、支援スタッフとして働く人々の雇用を創出した側面をもつことは確かだろう。営利・非営利の民間機関への補助金を含めて、それが州や連邦の財政支出の増加を意味することが間違いない。だが、それにかかる費用は不必要にエスカレートした警察や刑務所の費用との間で代替的な関係にある可能性もある。さらに、支援型治療にかかる費用が疾患をもつ個々人の価値の保障につながるのに対し、後者は被害者・加害者双方の価値を傷つける恐れがある。支援型治療の効果を十分にとらえるためには、これらの点を十分に考慮する必要があるだろう。

・ 結び

精神疾患の始まりをとらえることは困難だ。ある子どもが外見においてまったく五体満足であり、乳幼児検診等で発達上の問題を指摘されることもないとしたら、しかも、子どもを取り巻く両親、祖父母、伯父・叔母らが標準的な社会的地位にあるとしたら、たとえ通園先の保育園、小学校、学童クラブ、学習塾で大小のトラブルが観察されたとしても、「教育」の場でそれらが決定的な問題として注目されることはない。それらは成長過程の中で克服するべきつまづきの1つとしてやり過ごされていく。ここに医療が関与し始めるのは、ようやく中高生になってから、それも中程度の問題

行動をきっかけとすることが多い。だが、たとえ医療が関与するようになったとしても、それから真の病気が認識されるまでの道のりは驚くほど長い。

ただし、早期発見・治療に取り組む医療関係者によれば、精神疾患をもつ子ども自身は、一様に、自らの異常を察知し、確実に助けを求めているという。自らに尋常ならざる苦痛をもたらす心身の異変であるから、治療を求めることに子ども自身はためらいがない。突然、ふりかかってきた心身の苦痛から逃れようとするも、その術がわからず、理解を求めて親や兄弟、友人とコンフリクトを引き起こす。それが心身にさらなる苦痛をもたらし、医療機関へと向かわせる。本研究でヒアリングした事例は、まさに、子ども自身がやむにやまれず医療・警察などの公的機関に助けを求めるケースであった。

だが、現代社会においては、統合失調症その他精神疾患の診断を下すことに医療機関もまた慎重にならざるを得ない。子どもの可能性を最大限尊重しようとする良心的な医療機関であればあるほど、医学的介入を控える傾向がある。結果的に、問題は教育に押し戻される。だが、現代の学校教育は精神疾患にはまったくといってよいほど無防備であり、「問題行動」として表出される言動に対して、親と同様、「教育的」な対応をとることしかできない。結局のところ、自己形成の課題として子ども自身につき返される。かくして真の問題は先送りされ、その間にも統合失調症という病は容赦なく進行していくのである。

本報告書の結論は、次の通りである。統合失調症についてわれわれはもっと知る必要がある（とりわけさまざまな分野の専門職は）。彼らが他者や社会との摩擦にいかにか傷つきやすく、ときに「異常」な反応をとるものなのか。とはいえ、それらは彼らのもつ「人間の尊厳」を損ねるもので

は決してないことを知る必要がある。統合失調症を学ぶことは「人間の尊厳」に関する最善の教育の場になるはずである。多忙な中、調査に応じて下さったすべての関係者に心からの感謝を伝えたい。

参考文献

高橋三郎他訳 (1995) 『DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引』, 医学書院.

Deveson, A. (1991) *Tell Me I'm Here*, Penguin Books Ltd., London. (堂浦恵津子『心病むわが子』, 1995, 晶文社)

Heinrichs, R. W. (2001) *In Search of Madness: Schizophrenia and Neuroscience*, Oxford University Press.

Lacan, J. (1975) *De La Psychose Paranoïaque Dans ses Papports Avec La Personnalite* (宮本忠雄・関忠盛訳『パラノイア性精神病』, 1987, 朝日出版社)

Waso, M. (2000) *The Skipping Stone---Ripple Effects of Mental Illness on the Family*, Science Behavior Book, (高橋祥友監訳・柳沢圭子訳『統合失調症と家族 - 当事者を支える家族のニーズと援助法』, 2010, 金剛出版)

ミッシェル・フォーコー (1973) 慎改康之・柳瀬宏平・千條真知子・八幡恵一訳『ピエール・リヴィエール 殺人・狂気・エクリチュール』, 2010, 河出書房.

岡崎祐士・青木省三・宮岡等 (2005) 『こころの科学 統合失調症』, 120, 日本評論社.

笠原嘉 (1978/2002) 『ユキの日記 病める少女の20年』, みすず書房.

片山知哉・本田秀夫 (2010) 「自閉症スペクトラムに特有の症候とは何か？」『精神科治療学』, 2010.

後藤玲子 (2011) 「アメリカの社会福祉(3)——

デモクラシーの実践——」, 松村祥子編著『欧米の社会福祉の歴史と展望』, 放送大学教育振興会, 216-233.

後藤玲子監訳 (2011) 『正義への挑戦 セン経済学の新天地』, 晃洋書房

佐々木滋子 (2005) 犯罪と精神医学 : フーコーの精神医学批判(2) 一橋法学, 4(1): 97-123.

佐藤朝子 (2006) 「精神障害者を子にもつ母親の体験 : 女性の生活史の観点から」日本赤十字看護大学紀要, 20, 1-10.

中井久夫: 治療 (中井久夫著作集第2巻), 岩崎学術出版社, 1985.

日本社会臨床学会 (2008) 『精神科医療 治療・生活・社会』, 現代書館.

濱中淑彦, 河合逸雄, 三好暁光 (編): 幻覚・妄想の臨床, 医学書院, 1992.

原田誠一 (2006) 『統合失調症の治療 理解・援助・予防の新たな視点』, 金剛出版.

広沢正孝 (2006) 『統合失調症を理解する——彼らの生きる世界と精神科リハビリテーション』, 医学書院.

藤野成美・山口扶弥・岡村仁 (2009) 「統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩」, 日本看護研究学会雑誌, 32, 2.

村上靖彦 (編) (1994) 『分裂病症状をめぐる(分裂病の精神病理と治療6)』, 星和書店.

山澤涼子・水野雅文 (2005) 「早期介入と治療予後」, *Schizophrenia Frontier*, 6, 1.

(参照したウェブサイト)

イルボスコ

<http://www.lab.toho-u.ac.jp/med/omori/mentalhealth>
Treatment Advocacy Center,

<http://www.treatmentadvocacycenter.org/>

(access 2011/8/25)