

第6章 PTSD理論が忌避するもの

本章では、まず、いわゆる心因性疾患の心理的原因が、精神科や心療内科でどのように考えられ、扱われているかを説明します。しかる後に、PTSD理論を含め、ほとんどの心理療法理論が、症状出現の直前にある、真の意味での原因に目を向けないようにしているという現実を浮き彫りにし、そのことの重大性を明確にしたうえで、その理由について考えることにします。したがって本章では、PTSD理論そのものに的を絞るというよりは、PTSD理論を含めた心因論全般を対象とすることになります。PTSD理論が抱える根本的な問題点を、より普遍的な視野で検討するということです。

心理的原因と精神科医

本来、心理的原因とは、心因性疾患と総称される病的状態を生み出す原因を意味する言葉のはずです。とはいえ実際には、心理的原因がどこまで発症に関与しているかという問題については、昔からさまざまな見解がありました（たとえば、佐藤、2001年参照）。いずれにせよ、精神科（および後発の心療内科）では、1950年代後半に実用化された薬物療法が普及し、その効力や利便性が認められるにつれて、第二次大戦後、ある程度にせよ高まっていた心理的要因の認識的重要性が次第に低下して現在に至っているわけです。

抗精神病薬が登場するはるか以前の1936年から、東京（帝国）大学で精神科教授を務めていた内村祐之は、40年代末に刊行した著書で次のように述べています。「精神原因が分裂病の原因として何の意味も有しないと言ひ切ることは早計である。〔中略〕フランス學派の中には、精神原因を重視するものが他の國々の學者に比して多く、この問題の解決には今後にまつべきものが残されて居るとはいへ、精神衝撃の誘因としての役割は、特別の例においては否定し得ないと思はれる」（内村、1948年、141ページ）。

加害者と被害者の“トラウマ”

この引用文からわかるのは、ドイツ精神医学の嫡子たる当時の代表的精神科教授が、脳内の異常によって起こることが想定されていた分裂病^[註1]について、「誘因」としてではあっても、心理的要因をそれなりに重視していたことです。それに対して、最近のある精神科医は、一般の精神科医による心理的要因の位置づけを、次のように批判的に描き出しています。ここに描写されたものは、現在の精神科医の代表的意見ではないのかもしれませんが。しかし、それをうかがい知るうえで、ひとつの参考資料にはなるはずです。

この数日眠らず独り言を吹き、ときに興奮する子供〔患者〕を連れてきた母親は、その初診も終えないうちに、「どんな病気なのか、何が原因なのか、私の育て方のせいなのか」と性急に治療者に詰問してくる。〔中略〕この種の問いに対して、精神科医は苦し紛れに「不眠ゆえの異常な脳の興奮のせい」とか「衝動行為は幻聴のせい」などと答えたりする。そして、母親は一応納得した態度を示す。〔中略〕

上記の要素還元的な説明では、「なぜ脳の異常が独り言という現象をもたらすのか」「なぜ幻聴が衝動行為を出現させるのか」という、逆のプロセスを説明することができない。分裂病の遺伝子異常が明らかになったとしても、なぜ「この」患者に「この」病態が出現しているのかを、その遺伝子所見は教えてくれないであろう。(松本, 2000年, 42-43ページ)

[註1] 分裂病の原因については、現在、ドーパミンなどの微量な脳内産生物質の分泌異常やその受容体の異常によるとする神経生理学的仮説（たとえば、Davis, 1991）が世界の主流になっているようですが、それにはあまり根拠のないことも、その一方で明らかにされています（たとえば、ヴァレンスタイン, 2008年, 107-118ページ）。抗精神病薬が登場する以前（たとえば、内村, 1948年, 189ページ）と以後とで、分裂病の“寛解率”に、事実上ほとんど差が認められない（Bockoven & Solomon, 1975）こと、アメリカで行なわれた研究（Carpenter, McGlashan & Strauss, 1977）やイタリアの精神医療（Ballerini *et al.*, 2007）では、分裂病の急性症状をごく少量の薬で治めることに成功していること、最近では、初発であっても症状が全体として軽微化してきていること、後年に症状が軽快（晩年寛解）する事例が少なからず知られていること（守田, 2008年; Harding *et al.*, 1987）も、その有力な根拠になるでしょう。

これを読むと、昨今の精神科医たちが、分裂病はもはや脳内の（あるいは遺伝子の）異常から生じた疾患にまちがいないという大前提のもとで、“心因論”を、治療者や家族が「納得」するための説明概念ととらえているらしいことがわかります。わが国の場合、第二次大戦終了時までには、ドイツ流の器質精神医学が主流だったため、心理的療法は「精神科医の個人的気まぐれ」で行なわれる程度のものにすぎず、精神科医が自分なりに理解できる範囲で症状を解釈する以上のものではなかったようです（Cotton & Ebaugh, 1946, p. 345）。その伝統を引いているためか、今なお、心理療法は患者（や家族）をなだめる程度のものであり、心理的要因にしても、分裂病の原因の解明やその治療に役立つはずはないと考えられているということです。

このいわば余裕のある態度は、薬物療法という、多少なりとも実用的な対症療法を持っているために生まれるものなのでしょう。それに対して、薬物療法を手にする以前の精神科医は、電撃療法を含む各種の痙攣療法（および、場合によってはロボットミーなどの“精神外科手術”）を除けば、症状を鎮静させるための効果的な対症療法を事実上持っていなかったため、観念の世界にしても、心理的要因に目を向けなければならなかったということなのかもしれません。両者が置かれている立場の違いは、非常に大きいと思います。電撃療法は病院で、しかも単発的にでなければできない（毎日続けるにしても、施行可能回数が限られる）のに対して、薬物療法は、特別な機器や管理を必要とせず、自宅で、しかも長年月にわたって継続的にできるからです。

もちろん、薬物療法が登場する以前にも、心理療法と呼ばれるものがなかったわけではありません。催眠療法がそうでしたし、精神分析やそれと対極的な位置にある後発の行動療法もそうです。そしてその背景には、相応の原因論があります。しかし、精神分析も含めて、現実に効果的な形で応用できる心理療法理論があったわけではありません。治療法として比較的有効な催眠療法（や内観療法）も、一時しのぎ的な役割しか果たさないことが多かったようですし、特に精神科で最も数が多く最も治療の困難な精神分裂病に対しては、とうてい歯が立つものではありませんでした。

ついでながらふれておくと、わが国の心療内科では、必ずしもそうではありませんでした。わが国の心療内科の揺籃期には、催眠療法などが非常に効

加害者と被害者の“トラウマ”

果的に使われていたのです。そのことは、わが国の心身医学の開祖とも言うべき池見酉次郎の初期の著作（池見，1965/79年）などを見ると、よくわかります。新しい分野の黎明期には、それなりの熱意や活気が見られるもので、この著書は、そうした観点から見てもきわめて興味深いものです。

憧憬と現実

第二次大戦後、ロバート・リフトンをはじめ、精神分析を専門とするアメリカの精神科軍医たちによる積極的関与のおかげで、わが国にも力動精神医学が導入され始めます（Muramatsu *et al.*, 1954, p. 643）。その後、シュヴィング（1966年）やセシュエー（1971年）による心理的接近法への憧れも生まれ、心因論にもそれなりの地位が与えられました。しかしながら実際の現場では、心理療法など相手にもされず、私が精神科病院で心理療法を始めた70年代の初め頃は、私たちは主に心理検査のための要員にすぎなかったのです。

とはいえ、この方面で何の試みもなかったわけではありません。群馬大学では、生活臨床という先進的な取り組みが行なわれていましたし、小坂英世による先駆的な実践もありました。それ以外にも、主として個人レベルで、^[註2]現在では実行困難なものも含め、いくつかの探索が行なわれていたようです。

そして、現在のわが国では、臨床心理士などの認定資格制度ができて、その資格を持った“心の専門家”たちにより、さらには精神科医や心療内科医たちにより、津々浦々の病院やクリニックや職場や学校で、心理療法やカウンセリングが当然のごとくに行なわれるようになっていきます。昔を知る者からすれば、まさに隔世の感があります。

心の専門家の進出自体は悪いことではないのでしょうか。しかし現段階では、ほとんどの場合、その背景にある動機が問題です。患者やクライアント側の要望と、専門家側が抱く被害者の救済願望という、時代の要請にひたすら応える形で副次的に行なわれているにすぎないように見えるからです。薬物療法を必須とする精神科や心療内科で、治療法としての心理療法やカウ

[註2] それらに関心のある方には、藤縄ら（1968年）、宮城（1977年）、臺（1978年）、山中ら（1993年）の論文や編著書が参考になります。

セリングが、一部の患者やクライアントに対してであれ、必要不可欠な第一選択として認識され、重視されるようになったわけではないのです。

心理的原因の推定と確認

心理的原因とはどういうものか

DSM-IIIまではかろうじて心因性疾患として残されていた神経症群も、III-Rからは不安障害群の下位項目として扱われるようになり、伝統的位置づけを失っています。この事実からも、精神分析や行動療法をはじめとする従来の心理療法の有効性が、いかに認められていないかがわかってしまうのです。ちなみに、DSM-IVでただひとつ心因性疾患としてのお墨付を得ているPTSDも、この不安障害群のひとつに分類されています。この位置づけは、来るべきDSM-5でも踏襲されるもようです。

ところで、心因性疾患の心理的原因とは、実際にはどのようなものなのでしょう。実生活の中で起こった何らかの（重大な）出来事だけで、心因性疾患が発症するものなのでしょうか。それとも、何らかの準備状態があるところに起こった出来事が、引き金のような形で作用することで発症するのでしょうか。このふたつの見かたは、眺める方向が違うだけで同じものとも言えるのですが、前者であれば、“ストレス脆弱性”という要因を考慮するにしても、それなりに大きな出来事でなければならないでしょうし、後者であれば、「引き金」の内容に加えて、どのような準備状態が必要かという点が、重要な問題になってくるでしょう。

また、どちらにしても、心理的原因を探る意味はどこにあるのでしょうか。病気になった理由を知りたい、それによって納得したい、というだけのことなのでしょうか。それとも、心理的原因を突き止めると、それによって症状に何らかの変化が起こることが想定ないし期待されているのでしょうか。

いずれにしても、推定を重ねるだけでは何の進展もありません。推定された原因が事実なのかどうかを、何らかの科学的方法を使って確認しなければならないのです。ところが、これまでの精神科や心療内科では、単なる推定が、知らず知らずのうちに断定にすり替わってしまうという奇妙な状況が、疑念をもたれることなく、当然のごとくに続いているのです。次に、その裏