

ゾーエーとしての生と精神医療の一側面

Life as the zoe and a side of psychiatric practice

大 宮 司 信

Makoto DAIGUJI

I. はじめに

本論考では、人間の生きざまを二つの相にわけ、健康や病気、特に精神医学・医療の目指す治療とどのような関係をもつのかを考察する。とりわけ精神科医療の特徴である強制的な医療の意味づけに焦点をあて、現代的な課題とそれに対する筆者の見解を述べる。

I-1. 2つの生の概念：ゾーエーとビオス

生きることを表す名詞は日本語では「生」、英語では「life」が代表的だが、前著⁴⁾でも示したように、古代ギリシャでは生は一つの言葉ではなく、2つの言葉によって表現されていた。ゾーエーとビオスである。例えば法哲学者アガンベン¹⁾も自著の冒頭でこの生の二つの側面を紹介しており、その意味内容に対するニュアンスの違いはあるがケレーニイ⁷⁾によっても記述されている。

筆者なりの言い換えだが、このうちビオスが「意味を求めて生きること」とすれば、ゾーエーとは「意味を見いださなくとも、とりあえずただ生きること」、すなわちわれわれだれもが持っている生命の営みとしての生と考える。人の生きる側面のうちゾーエーの部分には、生物学的に人間にそなわっていると言いうような、意志と離れた要素がある。

ひとつの思考実験だが、これから自殺しようとする者でも、その前に喉を潤そうとして手に取った茶碗がひどく熱ければ、必ず茶碗から手を離すにちがいない。こうした行動は「特定の死を選択するために他の死を拒否する」といった精神分析的な理論付けとは無縁な、自由意志を超えた自動的・不随意的行動である。筆者の考えるゾーエー的生とはこのようなことである。

現代医療はその裾野を大きく広げ、医療の世界のみでなく、福祉や介護との協働はもはや常識である。その流れのなかで、医療の世界に限っても多くの職種が生まれ、資格化され、患者・利用者と接することになった。同じ医療の世界でも、各職種はそれぞれの方法論をもっており、その考え方に違いがあることは当然であろう。医学・医療も当然、己が立場と視点の再認識、何を為すべきかが問われることになる。こうした動向のなかで、上述したゾーエーとしての生こそ、医学・医療の守るべき対象であるという当たり前のことを、本論考を始める前に改めて述べておきたい。

I-2. ゾーエー・ビオスとwell-being

前項では医学・医療とゾーエーとしての生についての筆者の見解を述べたが、それでは医学がその克服を目指す病気とは何か。このような問いは誰でもが一定の見解を示しうるものの、全員に納得させるような回答を出せる問いではもちろんない。

問い方を少し変えたい。病気の反対側にある健康とは、それではいかなる概念であろうか。健康という概念は例のWHOの定義、well-beingという言葉でしばしば表現される。しかしこのwell-beingを構成する2つの言葉、wellもbeingも、よく考えるとその内容は自明ではない。

先ほどの生の二種に関連して言えばゾーエーはbeingに相当すると考える。一方、筆者はビオスを「意味を見いだして生きる」という意味の生と捉えており、well-beingに相当ないし関係すると考える。

一般的にbeingとは何かを問うことは、それなりに、例えば、まずは聞き慣れた生物学的意味から始めてできるかもしれないが、wellあるいはwell-beingの具体的意味内容を画一的に定義づけることは困難であろう。なぜならwell-beingに関連する「生の意味付け」は、画一的・確定的な出来合いのものではなく、人間各自が己の責任と考えに基づき求めるべきであるからである。それは患者であろうと治療者であろうと変わりはない。

このように考えるなら、意味を求める生、すなわちビオスに関係するwell beingよりもゾーエーとしての生に関与する医学は、人間のbeingにより深く関与する。このようなゾーエーとしての生を対象とするという医学という基盤にたちながら、以下本論考においては、精神医学・精神医療に特徴的な患者の自由意志の制限という領域について考える。

II. 精神科臨床における強制的医療の側面

II-1. 強制的医療と病者・家族

精神科医療の特徴の一つは、本人の取りあえずの（つまりは診察場面での）意向に反して治療（と医療者側が呼ぶ）行為を行う点である。定期的通院や服薬は、診察場面から離れてしまい患者がその気にならなければ遵守されないから、本人の意向に反した治療の実際のはほとんどは強制的な入院である。

映画「カッコーの巣の上で」は、良心的と言われていたかつてのアメリカの精神病院における強制的医療の残忍さを描いた作品とされる。一面からみれば、人格障害あるいは単なる反抗心旺盛な健康人に対してロボットミーまで施行してしまったという「ひどい誤診物語」ともいえるが、強制力が強い精神病院の宿痾をよく示す作品でもある。

多くの病者から、強制的医療、特に入院医療の惨めさを訴え、その悲惨さと矛盾を告発する声が聞こえる。食事・排泄・投薬などなど、精神科病棟生活が一般科病棟生活に比べみじめであることはよくわかるし共感できる。またその多くの部分が、日本の安上がりの精神科医療の貧しさに由来することも、すでに多くの指摘がある。

さらに一部の病者は、そうした問題とは異なり、みずからの示す状態を「病氣」という範疇で把握されることを納得しない。たとえ自らの思考が、健者から見てありえない異常であろうとも、それに基づく行動はみずからの自由意志の発露であり、もしそれが社会的逸脱行為であるのなら、強制的医療とは別の形の対応を望む声もその中にはあるのではなからうか。このような主張は、例え宮殿のような病院の中であって、十分な人的・物的支援があっても、病者が示す「いやだ!」という声にさからって本人を拘束することの是非を問題にする。

どのように患者サービスのよい病院であろうと、どのようにアメニティーの行き届いた病院であろうと、強制的医療が行われる限り、必ず矛盾・問題が生ずるとというのが一部の病者の申し立てである。下記のように、強制的医療の立法措置とその根拠まで否定する者もいる⁸⁾。

精神科医はじめ専門職は「強制も例外的にやむをえない場合もある」と主張し続け、強制を前提として人権擁護のための「適正手続き」を主張してきた。しかしながら、「強制的容認」の根拠はまだ明らかにされていない。仮に彼らの主張どおり、生物学的な脳の失調ないし障害が、私たちの判断を誤らせ自らの生命を損なうこともわからずに医療を受けないという判断を生み出しているとしても、そうした状態になるのは何も精神科の病気に限ったことではない。ほかの科の病気であろうかあるいは事故だろうが、自分の状態を認識しそれに対応できない状態になる病氣あるいは状態はいくらでもある。しかしながら精神科以外ではその患者を強制収容する特別な法律はなく、また法律がないからといって医療がその患者を放置しているわけではない。さらに障害のとらえ方として、ほとんどの障害者団体および精神科関連以外の専門職の主張する障害の社会モデルを使うならば、精神障害者のみに「強制もやむをえない」という結論は出てこない。足が動かないという医学的な「障害」のある個人がいたとしても、だからその人が「障害者」なのではない。その人の移動の自由や社会参加を妨げているのは階段であったり交通機関であったりで、「障害」は社会の側にこそあるというのが障害の社会的モデルの考え方だ。同様に精神障害者の障害も社会の側にあるとすれば、その障害がどうであろうと人として扱われるためには、強制をいかになくしていくかは社会の側の問題であり、強制が必要なのは個人の側の医学的障害によるものではないということになる。しかしながら「強制的容認」を大前提としている専門職側は、「例外的に必要」といい続けながら、「強制的廃絶」に向けた努力をしてこなかった。ひたすら社会モデルを否定し「精神病ゆえに強制が必要」という医学モデルに固執する態度を続けてきた。これこそが「強制も例外的に必要」という主張の根源的な誤りだ。精神衛生法以来、法律上私たちは精神障害者と呼称されてきたが、私たちの福祉が強制収容法である精神保健福祉法に定められているがゆえに、実は今現在も障害者扱いされずに福祉においてもたとえば支援費制度も適用されず別枠で扱われている。この法体制上の別扱いも医学モデルに根拠があるともいえる。

一方、患者をかかえる家族は、患者の精神病症状の悪化にもとづく激しい暴力にたえかね、どうしたら地獄のような日々を解決できるのかにはげしく苦しむ。絶対納得しない病者をいかに医療の流れにのせるか、具体的には、いかにして入院させるかの苦心・苦渋、身内にそうした病者を持つなげなげさ・身のおきどころのなさ、患者の粗暴な行為の数々についての隣人へ

のおもんばかりなど、涙ながらに語る体験談はいとまがない。野村はこうした救急の対応で毎年およそ80人もの人々が亡くなっていると述べているが、多くの家族の気持ちの代表として聞いておきたい⁹⁾。

本人が受診拒否をすれば、家族が説得して受診させなければならず、本人が暴れると家族が警察を呼ぶしかなく、パトカーで来てても暴れている現場でなければパトカーは帰ってしまいます。そして近所から怖がられます。結局は費用は全額家族が負担して警備会社を雇って精神科病院に強制的に連れ込みます。その結果、家族と本人との関係は険悪となり、一生涯恨まれます。このように症状悪化時の支援体制に欠ける現状では家族の犠牲が大きく、毎年80人くらいはその対応のなかで命を落としています。

命が無くなることよりいっそう恐ろしいことがあります。それは、本人が近所の人に驚きと恐怖を与えるような言動を激しく繰り返すときです。一瞬一瞬が近所との連帯感、信頼感をズタズタに切り裂き、その地域に続けて済むことが決定的に不可能になることが現実化するのです。家族がどれほどお詫びしても修正ができません。隣人からは蔑みと激しい怒りと岩のような拒絶感が伝わってきます。家族は心が崩れて悲嘆に暮れ、立ち直るのが難しくなりますが、支えてくれる人はどこにもいません。それでも死ぬこともできずに自分一人で生き続ける決意をし、立ち上がって、引っ越しを始めます。絶望に向かっての果てしのない、何度も繰り返される一時凌ぎの放浪の旅に出で立つのです。このような恥辱の人生を続けるよりは、死んでしまった方がどれほど綺麗で気が楽かれません。精神障害者の家族としてのレッテルをしっかりと張り付けられ、恐れられ、追い払われ、スティグマにまみれて生きていくのです。尊厳や希望は、もうどこにもありません。

これまであげた病者と家族の忌憚のない声は、精神科医である筆者にとっては、橋渡しできぬほどの距離感を感じさせられる。

II-2. 反精神医学の世界

さて1970年代、精神医学の世界では反精神医学という運動が展開された。これは当時日本を覆っていた学生運動、医学部ではとくに医局講座制にたいする反動という政治運動と連動していたことは否定できない。「精神の病いは社会の産物である」とした彼らの視点は、厳密な学問的な検証には耐えられなかったと思う。また同じ路線で展開された統合失調症の社会因や家族因はいまではあまり省みられない。

この運動の嚆矢とされるレインらのキングスレーホールの実践は反精神医学の実際を物語るとされているが、詳しい実情は必ずしも明らかではない。筆者の知る限り、わずかに「狂気をくぐりぬける」²⁾という書の中にその一端をみることはできるが、紹介されているメアリー・バーズという名の事例は、統合失調症というよりは周期性を伴う非定型精神病である可能性があり、その回復は周期性の寛解の可能性も筆者は考える。

また彼女の呈したさまざまな様態はとうてい一般家庭の中で相互に許容しあえるものではな

いように思う。精神科医が名付ける精神病を、「自らを発見するための旅路」と位置づけることは、言葉の上では可能だが、市民感覚の上に形成される家庭でそのような旅路を共にあゆむことは可能であろうか。

ところで以上述べたのとはまったく異なる反精神医学運動に近い位置づけが可能な（と筆者が考える）運動が現代展開されている。代表的な例は北海道の「ベテルの家」の活動である。彼らのいう「安心して悩める」能力とか「幻覚を楽しむ」余裕は、ユーモアにあふれているが、筆者のみるところ、かつての反精神医学以上に現代精神医学にとって良い意味で挑戦的であり、かつ脅威的である。筆者から見れば本当にこうした運動が成就・拡大していけば、打ち倒されるのではなく精神医学は廃業せざるを得ないからである。

かつての反精神医学とことなり、彼らは、自分たちだけの力でそうした未来に到達できると思っていない。そこに精神医療の力が必要であることは認めていて、むしろ積極的に取り入れ、利用しようとしている。彼らの考え方や行動はこれからの精神医療を動かす大きな要因となっていくであろう（彼らの活動は、従って、「反精神医学的」というより「脱精神医学的」と呼ぶべきかもしれない）。

II-3. 事例性と異常性

精神医学は社会防衛機構ではないから、強制的医療は一義的には患者の問題行動（先行研究者にならって著者はこれを事例性と呼ぶ³⁾）には依拠せず、精神病理学的な異常を根拠として行われる。しかしこうした異常性は時代により、また社会によって、たとえその異常性が通時的・継時的に一定であっても、受容の様相が変化すれば病気の徴候とはみなされなくなる。

一方、人間のどのような些細な行動もすべて脳が関与している（と筆者は考える。もちろん現時点の水準で客観的にとらえられるかどうかは別問題であるが）。だから、精神病に対応する脳の動き、特に健者のそれとの相違に焦点をあてて病気の責任を見ようとする態度は了解できる。だが、問題となり、家族が願うのはあくまで病者のけたはずれの言動や行動の解決であり、それが由来する脳の異常そのものではない。彼らにとってみれば、精神の病気（もちろんそのすべてではないが）が、人と人との間を断絶させる言動・行動であるといつて大きなまちがいはないのではないか。

逆に、社会的な、あるいは小さく日常的には家族的な関係の中の逸脱がすぐ精神の病気では勿論ない。そこで、これまでの精神医学や精神病理学はそのような言動・行動を引き起こし、同時に存在する特殊な体験、例えば幻覚といったいわゆる異常な事象を記載してきた。

ただし逆は必ずしも真ではない。例示した幻覚にしても、現象自体は日常的な体験ではなく、非日常ないし異常な事態だが、必ずしも精神の病だけに特権的に出現するものではない⁵⁾。従って、異常性と事例性、すなわちありえない齟齬の体験と、それから生じる社会的逸脱行動の組み合わせを指標として、精神医学は疾病の概念、その内包と外延を設定してきた。

このような疾病概念の構成はいくつかの変遷はあるものの、基本的には精神医学の疾病概念

の基本となってきた。だが異常性と事例性のどちらにより重点があるかといえば、それは後者といわざるを得ないだろう。事例性なき異常性は、珍奇には思われるかもしれないが、社会のなかでは問題として浮上してこない。

筆者は、精神医学特に精神病理学が構築してきた精神疾患の概念構築への寄与を否定するつもりはもちろくない。先に述べたように、精神病理学的規定によって、これまで精神疾患は概念構成されてきた。あるいは表現を変えれば人間の示す諸様態のなかから精神疾患として切り取ってきたし、これからも切り取っていくであろう。かつてのヒステリー、最近注目されているアスペルガー症候群など、いずれもこうした作業の所産である。

しかし、このような形式で得られた疾病概念の構築は不十分ではないだろうか。やはり対社会的な行動の逸脱を抜きにしては実際上は定められないのではないだろうか。

II-4. 反精神医学的方向と精神科医の立ち位置

前項でも述べたが、精神科医は社会秩序の確立をめざす仕事ではもちろくない。そして具体的な姿がどうかはさておき、病者の側に立つ（というよりも立たされる）ことは、その仕事の第1歩である。それなくしては病者の生に携わる根底が欠落することになる。

それでは先の強制的治療を行いながら、病者の側に立つ、ないしは病者の味方になってゾーエー的生をまもるといふ、精神科医の立ち位置とはどのようなことであろうか。「そうあるべき」ということではなく、現状と筆者が考える諸点について以下述べるが、中心になるのは前項に述べた反精神医学的な思想・構想である。

フーコーらの思想が実践として花ひらいた反精神医学の実践は、当事者は否定するかもしれないが、外面的な姿が変わっても、「生権力」の否定という中心思想はかわらずに今にまで継承されているように筆者には見える¹¹⁾。可能か不可能かではなく、「生権力」の入り込む余地をできる限り少なくしていこうという方向は、病者と健者がともに住み、ともに生活する場を豊かにしていくにちがいない。

しかしそれだけではたして統合失調症を中心とする精神の病者が適応的な共同生活の中に収まっていくだろうか。またこうした共同体は、まったくの「権力」なく運営されるだろうか、レインらのキングスレーホールの実験的实践に対して周藤は興味深い指摘をしている¹⁰⁾。

1966年の春、共同体はしだいに敵対を増す二陣営に分裂してきていた。エスターソンらは、キングスレイ・ホールのあまりにも粗雑な共同体に明確な規則を作るべきであり、誰もがそれに従い、従わないものは共同体から放逐されるべきであり、そしてこの共同体は相互承認によって決められた権限をもつ最高管理者によって維持されるべきであることを主張した。結局、エスターソンはキングスレイ・ホールを去ることになるのだが、このことはまたキングスレイ・ホールという共同体の性質をよく表している。キングスレイ・ホールは、共同体の個々のメンバーが自分の狂気を達成できる共同体としてかなりうまく機能したことも事実だろう。しかし、それはまたレインというカリスマ性をもった指導者のもとに集まった者によって構成されて

いたことも事実なのである。

周藤の記載は、構成員で作り上げるか、あるカリスマによってもたらされるかは別にしても、何らかの「権力」が共同体（筆者的に言えば社会）に必要とされることを示唆していると筆者は考える。

一方で門⁶⁾は「狂気をくぐりぬける」のメアリー・バーンズに関する次のような美しいエピソードを紹介している。

メアリー・バーンズが極限まで退行し、拒食が続いて生命が危ぶまれたことがあった。ブリスキンの話は本の中に書かれていることは若干異なるのだが、ついに「医師たち」は経管栄養を考えるとところまで追いつめられる。というのも、キングズレイ・ホール共同体が始まってからまだ間もない頃だったので、死亡者（しかも餓死者！）が出るということは大変なスキャンダルとなり、そうなるとキングズレイ・ホールの存続が危ぶまれるからである。何度も話し合いが行われた。ついにある晩、夜明け前になって突然レインが、「結局われわれは皆自分たちの不安についてしか考えていない。メアリーのことを話してはいるが、本当にメアリーのことを考えているのではない。それならそれでわれわれの本心を正直に伝えよう」と言い出し、レインがメアリーの枕元へ行って、彼らの不安について、つまりこのままではメアリーは死ぬのではないかと不安でたまらないこと、そしてもし死ぬようなことがあればせつかくの共同体がつぶされるおそれがあること、だからどうしても食事をとってほしいということを正直に打ち明けた。それ以後メアリーは、食事をとるようになったということである。

ここには治療に携わる者(上述引用中でいえばレインたち「医者たち」)の、個人としての不安、患者との対等の対話があるとも言えよう。先に触れた「ベテルの家」の試み、特にその徹底した「ミーティング」には、このメアリーへのレインのまなざしをみる思いをする。

人間が社会的存在であることはいまさらいうまでもない。人は他人との関係性のなかで生きていく。心が傷つく多くの原因は対人関係の軋轢であるが、心が癒されるのもまた人からの慰めであろう。しかし生きていく上での意味や価値だけでなく、生命を延長し継続していくためにも他者・家族・地域そして広く社会における関係が不可欠であることは、社会学者の数えられぬほどの研究結果をいちいち示さずここに言い切ってしまうても差し支えあるまい。生命を保持する、本論的に言うなら人のゾーエー的生を保持するために、社会は個人にとって蟻や蜂と同じように必要なのである。

これまで述べてきた反精神医学的方向の実践（再度書くが、これはあくまで筆者の位置づけである）は、恐らく精神の病者とともに生きる別の社会、ないし同じ社会の中の独立した小社会の構成につながるのではないか。そこでは医療の枠は不必要か、あるいは先に触れた健者の社会では受容されない事例性をみずから引き受けるその小共同体の存在を前提にした上での、脇からの応援（例えば相互了解の上での投薬など）が、精神科医の立ち位置になろう。

Ⅲ. まとめにかえて

周知のように終末期医療や尊厳死の問題をめぐり、「ただ延命をはかればよい」という医療が根本的な批判を浴びつつあることは筆者もよく理解している。しかし筆者は、意味が見出せなくてもまず生きるというゾーエー的生を医療・精神医療の対象と考えたい。

また人間はひとりでは生きえず、必ず何らかの社会構造に所属せざるをえない。例えば社会と隔絶しているようにみえる引きこもりですら、衣食住を保証する同居人や家族が存在しなければ生をつづけられない。このような社会的存在である人間が精神医療の対象であることを本論では改めて強調した。

著者の理解の限りにおいてであるが、思想家パースに依拠すれば、永久不変の真理のような理想像を設定し希求して出発するのではなく、まず現時点でなしうる最良を念頭におきつつ、さらなる進化をめざすという姿勢が、最も現実的であって、間違いの多い人間のなすことができる数少ない間違いのない（正確に言えばおそらく、間違いの少ない）実践であろうと考える。そしてこれが、精神科臨床という世界の営為と毎日の外来・入院という個人の行為の取り得る無理のない姿ではあるまいか。

健者・病者ともに、取りあえず現在精神の病いと呼ばれている現象を、現代の水準で（過去でも未来でもなく）、またそれぞれの目指す方向を固執せずゆずりもせず妥協点をさぐっていけば、取りあえず現状では強制的医療がやむを得ないとしても、今よりも小さな一歩の前進になるような気がする。そして筆者が患者と呼んでいた存在が、当事者・利用者という名称で呼ばれる方向へと向かっていることは、次のステップとして確実に見えている。

【文 献】

1. アガンベン, J. (高桑和己 (訳)): ホモ・サケル—主権権力と剥き出しの生. 以文社, 2003
2. バーク, J. (著), 弘末明良・宮野富美子 (訳): 狂気をくぐりぬける, 平凡社, 東京, 1977
3. 大宮司信: 精神病理学と事例性に関する一考察. 北大医療短大紀要, 第13号: 9-17, 2000
4. 大宮司信, 森口真衣: 日本における「宗教を精神医学からみる研究」の視点の諸相. 北翔大学生涯学習システム学部研究紀要. 第12号: 119-131, 2012
5. 大宮司信: やまいとすくい視点から見た幻声. 人間福祉研究. 第16号. 2013 (印刷中)
6. 門眞一郎: キングスレイ・ホール異聞. 精神医療, 13: 39-45, 1984
7. ケレーニイ, K. (岡田素之 (訳)): デイオニューソス—破壊されざる生の根源像一. 白水社. 東京, 1993
8. 長野英子: 私の望む精神医療—精神「医療」は存在するのか. 精神保健福祉. 35: 7-10, 2004
9. 野村忠良: 提言の早期実現を望む. 臨床精神医学. 40: 101-106, 2011

10. 周藤真也：反精神医学と家族，あるいは人間へのまなざし．現代社会理論研究．第8号：65-80．1998
11. 多賀 茂：ラボルド再考—精神医療の現状と無意識への配慮．第16回日本精神医学史学会プログラム抄録集．10．2012