

社会の変化からみた心の病

阿部恵一郎

皆さん、こんばんは。ただ今ご紹介いただきました阿部です。私は講演会や研修会で話をする機会がしばしばあるのですが、皆さんは筆記用具を持参して机に向かって、さあ聞くぞという勢いで、皆さんの迫力に、きょうは負けてしまいそうです（笑）。

連続講演会の今年の統一テーマは「現代社会と心の危機」で、私の話は「社会の変化からみた心の病」というタイトルにしました。

社会の危機が叫ばれ、時代が苦しくなると、きまつて国民の心の問題や精神衛生（最近では精神保健あるいは

メンタルヘルス）が強調される傾向があります。昭和11年に日本精神衛生協会が発会し精神衛生運動が起り、昭和8年には児童虐待防止法も制定されています。戦後になると精神障害のある人たちは隔離されていくようになり、高度経済成長期にはその傾向がさらに強まっていきますが、徐々に精神障害のある人と健常者との境界がはつきりしなくなり、PTSD（ストレス後心的外傷）の診断名でも分かるように、いつ激しいストレスを受け、そのために不安定な精神状態になり、うつ病などに罹患するか分からない時代になってきました。

かつては精神障害者といえば、特別な人間とかわれていました。現在は誰もがそうなる可能性をもっていると考えられるようになってきました。

私は非行や犯罪精神医学が専門なのですが、社会病理現象という視点から、現代の「心の病」が時代とともにどのように変化してきたのかをお話しようと思います。授業のときに学生たちに言われるのですが、私が原稿なしで話し始めると、ウナギの寝床のように話す内容があっちに行ったり、こっちに行ったりするものですから、いつも話の大筋をプリントにします。

今日は社会の変化をさまざまな角度からとらえた統計資料も示します。ですから、「えっ、本当にそうだったの？」と思うようなデータも出てくると思います。例えば、少年の凶悪事件が増えている印象があると思いますが、実際には減っている。ここ2、3年では、実は犯罪件数も減っているのです。

タイトルは、「社会の変化からみた心の病」としました。「うつ病」の概念はすでにギリシア時代からあるのですが、時代の変化について世界的に古代ギリシアから

始めようか、あるいは日本だと「心の病」は奈良時代の文献に既に出ているので、その頃から日本史的に始めようか、といういろいろ考えたのですが、講演のために新たに勉強するとあまりおもしろい話にならないことが多いのです。やはり自分自身が日ごろ感じていたり考えたたり、あるいは臨床の場で経験したことをお話しするのが一番よいと思いましたので、主に日本の明治以後から時代の変化と心の病についてお話します。

1 心の病をどのように考えるか

「心の病」とは何でしょう。「心の病」は、精神障害なのかもしれません。しかし「心の病」に関する本を読むと、それは「うつ病」であったり、あるいはさまざまな活動における不適応を表現するものであったり、精神病も含める場合もあるようです。「心の病」は、精神障害や精神疾患というよりも「人生におけるつまずきの表現」だと私は思います。学校であれば不登校、家庭では虐待、それに自殺や職場不適応などの背景に「心の病」を考えます。ストレスとの関係から考えるこ

とが多いかもしれません。不適応状態としては犯罪や非行、それに自殺なども挙げられるでしょう。

少し話は飛びますが、昨今、「医者者の性格はろくでもない」とかいろいろ言われていて（笑）、我が身に照らしても確かにそうだ、と思うところもなくはないです。ただ、そういうときに思うのは、ろくでもないものになっているところに実は医療法・医師法の問題があると。最近ある本に書きましたが、「赤ひげ」の映画をいま見ると、幾つの医療法・医師法違反があるだろうか。医療法・医師法の違反だらけです。「患者さんの言うとおりに処方するな」と、厚生労働省の研修のときに言われました。患者さんの要望と法的に規定されている医療行為にだいぶズレがあると思いますから、「変な医者が多い」と言われるのでしょうか。

疾病からみた「心の病」

「心の病」は「人生におけるつまずきの表現」と言いましたが、「心の病」を映す鏡が、社会におけるさまざまな不適応状態なのです。それは「心の危機」と言わ

れたりもしますし、いろいろな犯罪、奇妙な事件として表現されたり、身近なところでは不登校、家庭内の問題たとえば離婚なども挙げられます。「病」というと普通はまず身体の病気を考えます。「頭が痛い」「お腹が痛い」といった症状があると病院へ行き治療を受けます。症状はないけれども病院に行くという事態も最近があります。それはどういうことかというところ、健康診断のときがそうです。元氣なのに癌（ガン）が見つかってしまったということもあります。

身体の病気では、一般に痛みなどの症状が先に見られ、診断され治療という経過をとります。それに対して、「心の病」というか「精神疾患」の場合には、「幻覚、妄想」あるいは「うつ的で意欲の低下」というのが、最初に患者さんに気づかれることは極めてまれです。最初は仕事に行けなくなってしまうとか、あるいはやる気が出なくてとか、まずは不登校だったり、あるいは何か事件を起こしたりというような事が先に起こります。その後、ひょっとしたら「これは心の病じゃないんだらうか。何か精神疾患があるのではないか」

ということになり、診察を受けるのですが、自分から進んで診察を受けようとする人もいれば、頑^{かた}なに診察を拒否する人もいます。身体の病気でも「絶対に自分は癌ではない」と言い張る人もいますが、一応診察だけは受ける場合が多いでしょう。身体の病気と比較してみると、心の病や精神疾患では発見のされ方や診察に対する受け止め方がだいぶ違うようです。

事例化と疾病化

ですから、いろいろな問題や事件が起きて、例えば児童虐待、自殺、非行、犯罪などが起きたときにそれをおこなった人には、ひょっとしたら心の病があるのではないかと考えます。そういう意味では、身体の病気とは違って、多くの場合「心の病」は問題行動、不適応行動、犯罪などの事件が先なので、何か問題が起きたときの理由や意味づけとして「心の病」という診断が求められていると言えるかもしれません。問題行動や不適応行動を、一般には「事例化」と言います。事例化というのは、ケース(事例)になるということです。

だから、「不登校の子がいるよ」とか、「学校で落ち着かなくて」というのは、発達障害の児童に多い「事例化」した場合です。奇妙な犯罪とか非行があったときに、「ひょっとしたら、この人は何か心の病気があるのではないか」と考えます。そういう意味では、問題が起きてから「心の病」が見つかるというところがあると思います。こういった場合を「事例の疾病化」という言い方をします。

精神医療や心療内科など臨床の現場で相談を受けたときも、幻覚があるとか、妄想があるといった、これを精神症状と言いますが、そういうものを抱えて診察にやって来るよりも、「何か問題があつて」とか、あるいは働けなくなつてといった事例化され、しかも「身体は全部チェックしたんだけど、問題ないと言われて」、「心の病」があるのではないかと診察に来ることになります。それが、「事例化から疾病化」です。「疾病化から事例化」はよくあるので分かりでしょう。インフルエンザ(疾病化)に罹患したら、学校や仕事を休み(事例化)、事例化を証明するために診断書(疾病化)を書い

てもらわいです。

事例性から疾病化の例

いくつか「事例化から疾病化」の例を挙げてみましょう。疾病化は何か問題があったときの理由探しといった側面もありますから、必ずしもすべてが「心の病」という疾病に結びつくとは限りません。例えば、不登校の場合に発達障害という疾病があることはお話ししましたが、それ以外にも「いじめ」や「教育問題」が原因のこともあるでしょう。すべてが疾病を理由にするわけにはいきません。非行や犯罪の場合にも、奇妙な人格が目につくと、精神障害（人格障害）が考えられるのですが、貧困などの経済的理由や教育（^{しつけ}躾）が原因として挙げられる場合も多いでしょう。

それから自殺も深刻な事例化ですね。最近、自殺統計では一年間に3万2000人ぐらいの人が自殺しています。自殺された後に、周囲の人は「ひょっとしたらうつ病だったんじゃないだろうか」と考えたりします。これも、「事例化から疾病化」に当たります。とい

うのは、何か不気味な事件や、あるいは、とてもつらい問題が起きたときに我々はどうしても理由を欲しがります。そうでなければとても不安でたまらない。奇妙な問題を起こした人に対して、「あの人は普通の人だよ」と言われたりすると、我々は不安になります。そういう意味では、いつも私たちは理由を求めているのですが、同時にもう二度と起きないようにするための方策がないものだろうかと考えているのですね。

自殺については、うつ病との関連がしきりに言われていますが、実は日本で自殺とうつ病についての詳しい調査はまだ始まったばかりです。だから、「うつ病が原因の自殺が75%」と言われたりしますが、これは実はフィンランドのデータであって、日本のデータではありません。日本のデータでは、やはり経済的理由が一番大きいような気がしますが、健康問題、家族問題など複合していると見るのが妥当でしょう。五十日（^{ごとおび}毎月5日、10日、15日、20日、25日、月末日）の自殺、つまり借金の支払いが間に合わなくてという場合もあります。借金が払えなくて自殺する国民は、世界中を見る

とそんなに多くないようです。人間の価値観とか、あるいはどんな教育を受けてきたかが影響を与えていると思います。南米は自殺が非常に少ないのです。人生を楽しみ、そして「借金を返せない人にお金を貸したほうが悪い」と考えているようです(笑)。

事例化ではないのですが、最近ストレスで「うつ病」になっているという話をしばしば耳にします。ストレスは、今は心の疲労、原因などについて言いますが、もともとは金属工学の用語だったらしく、これをカナダのハンス・セリエというお医者さんが「心」にも使ったわけです。

事例化と疾病化の例として判断に困る場合の例を挙げておきましょう。どちらかと言えば、これは「疾病化から事例化」の例です。「知的障害」や「発達障害」の場合です。普通、病気というと精神的な病気でも、「発病の時期はいつか」が問題になります。知的障害や発達障害の場合には、発病の時期が分からないというか、生まれてからずっと障害を抱えて成長し、それぞれの発達段階で問題行動や不適応行動という事例化が見ら

れることになります。実は子どもの問題はさらに複雑です。「発達障害」と「児童虐待による身体的、心理的影響を受けた場合」とでは、症状がよく似ていて判断に困ることが多いのです。

それはさておき、事例化と疾病化から「心の病」と不適応行動を検討する場合、①多くの身体疾患のように疾病化から事例化がみられる場合②精神疾患のように事例化から疾病化される場合、そして③疾病化の時期が生まれたときからという3つの場合があるのだと考えてみるとよいでしょう。

「心の病」と精神疾患

心の病ですが、講演に備えて一生懸命何かをやるにあまりいいお話はできないと言いましたが、とはいえ「心の病って何だろう」というので、大学の図書館に行つて、「心の病」というタイトルがついている本を調べてみました。そうしたら、統合失調症、躁うつ病からストレス関連疾患、その他、一切合財ひっくるめて、つまり精神疾患全般、日常生活で何かにつまずいたり

というのも含めた表現になっているものもありました。それから最近よく言われる「うつ」という言葉は、うつ病を指していて、「心の風邪」という言い方もされますが、うつ病は精神疾患なのですけれども、精神疾患というと非常に重い印象を受けますね。それが「心の風邪」という表現のおかげで、皆さんが以前よりはずっと気楽に病院に行けるようになりました。精神疾患や精神障害に対する抵抗感は昔ほど強くななくなっているのかもしれませんが。精神神経学雑誌、これは精神科医専門の雑誌ですが、その最新号に、「もう精神科の専門医は『うつ』という言葉を使うのをやめよう」という論文が出ていました。「うつ」という言葉が、あまりにも広がりすぎてしまっている。皆が言っている「うつ」と「うつ病」は違うのだというのをはっきりさせようという提言もありました。

それから、「精神障害全般」と言いましたが、そのなかで最も重大な病気は、統合失調症です。昔は精神分裂病と言われていました。実は、この数十年の間に統合失調症（精神分裂病）の症状がとて軽くなりました。

症状の軽症化と良い薬が開発されたことで治りがよくなって、「統合失調症」という名前に変えることになったのですが、疾患の名称を変えた効果はどういうところにあるかというと、患者さんや家族に「統合失調症です」と病名を伝えるのにそれほど抵抗がなくなったという変化もあります。実際に、治る人はとても多くなりました。

脳の問題と心の問題

「心の病」を脳から考えることもできますね。脳についての研究も日進月歩です。ストレスと脳の関係、うつ病と脳の関係なども含めて、脳の中がどのようなになっているのかテレビなどでもしばしば放映されています。うつ病というのは脳の中のセロトニンという物質が足りないとか多すぎるとか、さらにストレスが脳に影響するのかなどさまざまな疑問がわいてくると思います。セロトニンの影響が考えられる病気と、ストレスから来る病気は実際は違うメカニズムなのかもしれないのですが、なぜか同じように抗うつ剤が効きます。

皆さんからよく質問されるのは、「どうしてストレスでうつ病になるのか」とか、「脳の病気としてのうつ病と、精神的な打撃を受けたストレスによるうつ状態は違うのではないか」などです。どうしてなのか私もよくわかりません。ただ、経験した症例ですが、不登校の小学生で、まず母親が職場不適応状態になり職場に行くのがとてもつらくなり、それが子どもにも影響して学校に行けなくなりました。その小学生は、「学校に行かないから昼間は寝ていたけど、夜も眠れていた」と言います。それを1ヵ月ぐらい続けたら、夜は眠れなくなつたそうです。つまり、不登校になつて不規則な生活をしていく間に睡眠のリズムが狂い始めた。そうすると、ストレスを受けて何か困つた状態が続くと、睡眠のリズムなど何らかの問題が脳に影響したのではないか、あるいはそれがセロトニンかその他の神経伝達物質の脳での流れに作用したのかと思つたりもします。いずれにしても、ストレスでうつになつても、脳の病気のうつでも、両方に薬が効くという印象があります。

ところで、脳の問題と心の問題とえば、最近の10年で最も話題になつたのは、「心の理論」と「鏡ニューロン」でしょう。「心の理論」は通常4歳頃までに完成します。「心の理論」とは言ってみれば、他人が考えていることが自分の考えていることと違うのだと気づくことです。自分が考えていることを他人も同じように考えているというのでは、「相手の立場に立つて」考えることができませんね。ある人、例えばAさんがBさんのことを考えているとします。もし、Aさんが「心の理論」と呼ばれる段階をクリアしていなければ、AさんはBさんも同じようにBさん自身のことを考えているとしか思えません。BさんはCさんのことを考えていたとします。AさんがBさんが自分と違うことを考えることがあるのだと気がつくと、CさんはDさんのことを考えているとBさんは思っているとAさんは考えたというように広がります。このように「心の理論」は、人間関係の複雑な構造を理解する基になるのです。

話が少しややこしいかもしれませんがね。「心の理論」

をチェックする質問形式にしたテストが発売されています。Aさんが何かを、例えば引き出しに隠したとします。今度はAさんが「知らない間に」、Bさんが別なところ、例えば籠の中に移しました。この二人の行動を全部見ていた子どもたちに、Aさんが戻ってきて隠したのを見つけるために、どこを探すかという問題を出します。4歳をすぎると普通「引き出し」と答えるのですが、「心の理論」をクリアしていない場合には、「籠の中」と答えます。「だって、Bが籠の中に移したのを見て、そこにあるのが分かっているから」と答えます。要するにAの立場に立てないのです。自閉症とかアスペルガー症候群と呼ばれる子どもは、普通よりも遅れて大体6歳か7歳くらいになると、「心の理論」をクリアできるようになります。

この「心の理論」と関連すると思われた脳細胞について話題になりました。それが「鏡ニューロン」です。1996年にイタリアの研究者たちが報告した神経細胞で、猿の前頭葉から見つかっています。普通、脳の神経では、運動神経と感覚神経では一つの細胞は必ず

それぞれ固有の役割をもっていて二つのことを同時にこなう細胞はないと考えられてきましたので、物を捕まえるときに興奮する細胞と、自分が物を掴んでなくても、それを見ただけで同じ細胞が興奮したのを見つけました。「運動系の細胞と感覚系の細胞は別だ」と言われていたのに、まるで鏡合わせのように興奮する細胞が見つかったので「鏡ニューロン」と呼ばれました。これと「心の理論」が関係あるのではないかと言われ、一時ブームになっていましたが、最近はまだ言われなくなりました。

アスペルガーとか自閉症の原因は脳のどこの場所にあるか見つかったみたいないことを言いますが、大体10年ごとに学説が変わります。脳というのは研究するにはとても魅力的だけれども、なかなかわからない。でも、発達障害や言語活動と脳との関係を分析するのは非常に広まっていると思います。

メンタルヘルス

どうしてこんなにも「心の病」という表現が広まっ

たのかというと、メンタルヘルスという考え方に行き着きます。かつては「精神障害者」と言うと、それだけで、家族にそういう人がいたら大変だ、縁談にも障る、就職にも障ると言われていたのが、だんだんそうではなくなってきました。メンタルヘルス、それは「精神保健」とか「心の健康」と訳されます。精神障害者を扱う法律も、「精神衛生法」から「精神保健法」という名称に変わりました。

いろいろなストレスを受けた時、私たちは精神の変動をきたすことがあります。普段は精神的に健常者であるはずなのに、ある日突然、うつ病などの精神障害者になったりする。でも、精神障害をきちんと治療すれば良くなって治るんです。そうなると、精神障害は「一生治らないだろう」と思っている方がいるかもしれませんが、実はみんな健常者であっても、精神障害者になったり、治ったりするのだから、ある意味で身体の病気と同じように考えていいのかもしれない。そんなふうに思えるようになり、精神障害者は自分とは全く異質な存在だと思わなくなったということや、「心の風

邪」という言い方と相まって、精神科あるいは心療内科に通院しやすくなったのではないかと思います。

そのうえ、メンタルヘルスの考え方がこの20年ぐらいの間に大きく変化しました。精神障害についての差別感がなくなっただけではないけれど、我々も眠れなくなったり、意欲がなくなったりするし、つまずくということがあるのだ、でも、それは治るんだというふうに思えるようになってきたのかなと思います。

うつ病とその周辺

「心の病」と言うと、うつ病がすぐに考えられると思いますので、簡単にうつ病について触れておきましょう。うつ病は約200万人いるだろうと言われていました。その根拠はわかりませんが、そのうち150万人は治療を受けていないと推測されています。うつ病と言っても、病状は重いのも軽いものもあります。

一般人口の15人に1人がうつ病を経験する。生涯有病率は7・5%と言われていますが、これは、今日の講演会に参加されている人は250人くらいいらっ

しやるから、そのうち20人くらいがうつ病だ」という意味ではないのです。

一人の人間が生まれてから死ぬまでの間にどこかの時期にうつ病になる割合ですけれども、どうやら中年以降が多いような気がします。ただ、若い時期にうつ病になってしまおうという人もいたりしますし、小児うつ病というのがあります。うつ病になると日内変動と言って、午前中調子が悪いけれども夕方からとても元気になったりする。時々、不登校の子どもが診察にやってきます。原因がうつ病や不安が強かったりする場合には、抗うつ薬などを処方すると元気になります。不登校に薬を使うなんて、と学校の先生はいぶかりますが効果があることもあります。しかし、学校でいじめを受けて学校に行けなくなった場合などはあまり効果がありません。

何でもうつ病や「うつ」と言ってしまうのも問題ですね。いろいろな問題が起きたときに背後に何があるのか考えなければならぬ。いずれにしても、精神医学的にはうつ病が一番難しい病気です。というのは、

人間、誰でも「うつの」になりやすいからです。不安にもなりやすいですね。身体の病気だと「発熱」と言ったありふれた症状の原因が最も分かりづらい。ありふれていて、幅が広くて、人間的な病気だから、うつ病の定義や概念がはっきり決まっていないのです。精神症状の中では、「うつ」がおそらく一番幅広いものだと思います。

1999年にはうつ病で44万人が治療を受けていて、2002年には71万人に増えていきます。今だと100万人を超えているかもしれません。こういうときに気をつけなければいけないのは、うつ病だと診断された人々が増えたのであって、うつ病になる人々が増加したかどうかは別な話ですね。花粉症になる人が多いのですが、昔はアレルギー性鼻炎などと言われていました。花粉症という言葉が広がるにつれて、そのように診断される人が増えていきました。「自分も花粉症じゃないか」と思って気になり、病院に行き治療を受ける人が増えました。花粉症患者は確かに増加したのかもしませんが、うつ病の人が昔に比べて増加したかは

分らないですね。実際には昔と変わらないのかもしれない。私はあまり増えたという印象はなくて、昔も今も同じかなと思います。「心の病」や「うつ」という状態は誰にでもあるもので「病氣」だと思わなければあまり病院に行きませんね。

うつ病患者に関する統計を紹介しましょう。実際に「うつ病」とか「うつ」と診断された人は最終的には診療内科とか精神科医に行きますが、最初は何の診療科に行くかというところ内科が一番多く(64%)、次に婦人科(10%)、そして脳外科の順で、最初から精神科や心療内科を受診するのは10%にすぎないのです。これはどうしてかというところ、うつ病は、心の症状と同時に身体症状が出る人が多いのです。不眠、頭重感、しびれなどを訴える患者さんが多く、それ以外にも、疲れやすさ、食欲不振、のどの渇き、便秘などがあります。だから、まず内科に行きます。あるいは女性の場合だと更年期障害ではないかと思ひ、婦人科を最初に受診される人もいます。

心療内科や精神科を受診しないため抗うつ薬を処方

されず、内科から処方された痛み止めをいくら服用しても治らないので、痛みや苦しさが続き絶望的になる人もいます。そのために、自殺を図った患者さんに最近会いました。その人は、サラダ油を頭からかぶったけど火がつかなくて助かったのです。内科ではいろいろな検査を受け、「リューマチ性筋痛症」と診断され、ステロイド剤を服用していたそうです。その患者さんが自殺を図ったということで心療内科に来院したので、抗うつ剤を服用すると2、3週間で良くなりました。精神医療の現場について随筆を書いているので、それにこの話を書いてよいか尋ねると、70歳を過ぎたこの女性は、「先生、いいけどさあ、名前はあるの?」と尋ねるので、「出ないよ。どうして?」と聞きましたら、「子どもも孫もいるからさ」と、答えました。診察に付き添ってきた娘さんは「だったら自殺なんかしないでよ」と、大笑いでした。「どうして死のうと思ったか」と聞いたら、「肩がこって、苦しくて、身体がしびれて苦しくて、内科に行ってお薬をいっぱいもらったんだけど何も効かない」というので、「死んだほうが楽だ」

と思い、サラダ油をかぶったのだそうです。

この患者さんのように、うつ病でも身体症状だけ訴えて、「気分が沈むんだ」と言わない場合もあります。ですから、もし体調が悪いと言った場合に、いろいろな検査を受けた後に、「原因が分からないけど、とりあえず痛み止めを」と医者に言われたときには、その薬を飲んでもいいですが、心療内科などに行くことをお勧めします。こうしたケースはとても多いです。身体症状を強く訴えるために、抑うつ気分が目立たなくなる患者さんは、うつ病の症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と言います。

うつ病にもさまざまな種類があり、「季節性感情障害」と呼ばれるものもあります。日本海側は日照時間が短いのでうつ病が多いと言われていますし、秋田県の自殺率が都道府県レベルではずっとトップでした。日照時間との関係、それから寒冷地にうつ病が多いことも指摘されています。

うつ病の治療についても簡単にお話ししましょう。「うつ」にもうつ病にも抗うつ剤は効果があります。た

だ、薬だけで良くなると考えるのは間違っています。カウンセリング、つまり精神療法や心理療法が必要なのです。薬を飲んでだんだん気分や感情の波は収まっていくのですが、原因となったストレスはずっと変わらずにあったり、あるいは症状が良くなることで患者さんの判断や思いも変化するわけです。うつ病の症状が重い期間は、「自分は駄目だ」と言い続けていたのが、薬を飲んで良くなると、今度は「早く良くなければ」とあせり始めます。あせりが出始めると自殺の心配をしなければならぬ。「うつ」やうつ病が本当にひどい状態のときは、あまり自殺をしません。むしろ良くなってきたときが危ないのです。そういう意味では、治して自殺されたみたいなきっかけもあります。

身体的な痛みだと、薬を出して痛みが止まる。痛みがあるときもなくなったときも症状の判断は同じようにできるけれども、うつの場合は判断が変わるので、「また、やれるんじゃないか」とか、「もっと頑張れるんじゃないか」と思うわけですね。治療経過とともに患者さんの判断も変わるので、きちんとフォローしながら

治療するという意味では、カウンセリングがとても大事なのです。

うつ病になる要因を挙げると、ストレス、環境の変化、もともとの性格、身体的なことなどがあります。ストレス社会と呼ばれて久しいですね。過労、家庭内の不和、身近な人々とのトラブルといったストレス、それから環境の変化としては、肉親の死、離婚、職場での転勤などです。「出世うつ」「空の巣症候群」といったものもありますが、出世するとうつ病になるというのは興味深いですね。自分に能力があるのだろうか、まかされた仕事をきちんとやれるのだろうかと心配になるのです。「空の巣」は、育てた子どもたちが家を離れ、寂しさや母親としての役割喪失が原因なのでしょう。性格的には几帳面でまじめな人がなりやすいようです。今日参加された人ははじめの方が多いので、要注意ですね。

身体的なことでは、月経、出産、更年期など女性に関係することが多いです。今日は女性の参加者が多いと聞いていたので更年期の話を少ししましょう。

規則的に生理があったのが、だんだん不規則になるのが大体45歳ぐらいからです。大部分の女性は55歳頃までに閉経になります。男性の場合にも更年期はあるのですが、女性に比べてホルモンの減少が急激ではないので目立たない人が多いのです。女性の平均余命は80歳を超えるわけですが、思春期のスパートはいま大体10～11歳あたりで、明治時代に比べると思春期はかなり早まっているのに、閉経の時期は昔とあまり変わらないのかもしれませんが。もちろん個人差も大きいですね。昔は「人生50年」なので、閉経になった後、死ぬまでにそんなに時間がなかった。しかし現代の女性は、閉経になる頃が人生の折り返し地点になってきたので、これまでは違う女性の生き方を考えないといけない。男性も同じかもしれませんが、長生きだけではなくて、閉経後の長い期間をどう生きるかですね。

「心の病」の定義

「心の病」をどんなふうに考えたらいいかをいろいろお話してきましたが、結局のところ、人生におけ

るつまずきという「事例」を通して現れる疾病、事例化の理由としての疾病を「心の病」と表現しているのかもしれませんがね。だとすると、人生のつまずきに伴うものということになりますが、もちろん、つまずきの原因がいつも疾病とは限りません。しかし、我々が「心の病」という場合には、いつも何らかの不適応行動やつまずきがありますね。

2 時代の変化（見方の変化）

疾病化（問題を診断名で説明する）傾向

「心の病」はさまざまなことを意味しますが、それは不適応行動など事例となって表現されるわけです。逆に言えば、人生のつまずきや問題の理由を疾病に求めているのかもしれませんがね。事例化されたものは同じであっても、事例化を疾病化する傾向、あるいは疾病化自体も変化していると言えます。さまざまな事例化と疾病化を挙げますので、そこから社会の変化を見ていきましよう。

まず、事例化されたものに対する我々の見方の変化

を示してみます。実は、事例化で挙げってきたものを、「これは心の病があるのではないか」と考えるようになったのは、つい最近のことなのです。何か問題や事件が起きたときに、病気があるのではないかと考えるようになりました。

酒鬼薔薇事件と聖サレジオ学園事件

この二つの事件は、酷似した事例なのに「説明」あるいは「疾病化」が異なるのです。一言で言えば、「非行少年が姿を消し、異常少年が全面に押し出されている」のです。

10年前になりますが、1997年に起きたのが神戸の酒鬼薔薇事件です。一方、1969年、今から38年前の神奈川県川崎にあるサレジオ学園高校で、当時高校1年の男子が友達の首を切り落とした事件がありました。首を切り落とし、しかも犯行現場が学校内という点でも二つの事件はよく似ています。

神戸の事件では、被害者を殺害して頭を切り落として学校正門前に置きました。とても陰惨な奇妙な手紙

を書いたり、「自分自身への嫌悪」「猫の解剖に飽きて、人間を殺したいという妄想」をもったなど、心の内面についての異常性が強調され。サイコパスの可能性、性的サディズム、行為障害、精神病、アスペルガー障害ではないかと言われました。いずれにしても、何か精神疾患があったのではないかと我々は病名をいろいろ考えました。疾病化の傾向がとても強いですね。マスコミの報道も同じようでした。

サレジオ学園の事件では、被害者を殺害後、頭をナイフで切り落として校庭に置きましたが、加害者は中流家庭の「普通の子」であると報道され、さらに興味深いことに、当時の新聞では「異常性は見られず、毛虫がげんかの原因だった」とか、「日ごろ悪ふざけをさせていたことを思い出し、腹がたつて、持っていた登山ナイフで刺し殺した。夢中で首も切り落とした」と、普通の少年であることが強調されています。今、似たような事件が起きたら、事件を起こした子どもを誰も「普通の子」とは言わないでしょう。マスコミも、必ず「心の闇」と言うでしょう。サレジオ学園事件の加害者は、

その後弁護士になったということです。最近、出版された『心にナイフをしのばせて』という本は、この事件の被害者の家族の様子をずっと追いかけていたルポライターがまとめたもので、その中にどのように書かれています。

問題行動についての理解の変化

この二つの事件の間に30年近い時間が流れています。サレジオ学園事件の頃は、「心の闇」とか「心の病」というように疾病化するよりも、人間関係の中での「関係性」から理解しようとしていたのかもしれませんが。同級生同士の関係がどうだったかという文脈で考えようとしていました。これが見方、理解の仕方の変化です。こうした問題行動や不適応行動に関して、戦後の説明概念がどんなふうに変遷したかという点、「経済学から教育学を経て心理学・精神医学へ」と言えるでしょう。戦後すぐには非行では万引きや窃盗が多かったのは、お腹が空いているから食べ物盗みました。ですから食料がない、お金がないといった経済（経済学）から説

明されますが、その後、経済成長とともに生活が豊かになると、「親の躰」や教育（教育学）が説明のフレームとなり、最近では「心の闇」「心の病」など異常心理学や精神医学から説明する傾向になっています。何か危機的なことが起きたときの説明の仕方や理解の仕方が時代とともに変化しています。

理解の仕方だけでなく、実際に背景自体が変化していると感じる例を紹介します。「貧困から家族病理へ」の例として、昭和30年代の養護施設入所児童の変化が挙げられます。現代の児童養護施設は、入所児童の半数以上が虐待を受けた子どもで占められています。第二次世界大戦が終わった後の養護施設では、親が戦争で死んで取り残された子どもたちが数多く入所していて、その子たちは扱いやすかったのです。なぜ扱いやすかったかというと、親子で一緒に温かい家庭で暮らした経験をもっていたからなのです。ところが、昭和30年代になると、養護施設に入ってくる子どもは現在とあまり変わらない、つまり、親に問題があつて歪んだ養育、今で言う虐待された子どもたちが入所して

きました。そういう意味では、昭和30年代から現在に至るまでの養護施設入所児童の問題は変わっていないと言えるでしょう。

発達障害と特別支援教育

子どもの問題をさらに見ていくと、発達障害児童に對して文部科学省が取り組み始めた特別支援教育があります。今までは知的に低い子どもだけが対象となっていて、特殊学級や養護学校に通学していました。知的には問題がないけれど、学校内で落ち着かない子どもや周囲とコミュニケーションがうまくとれず、いじめの対象になっていたりする子どもに對しても取り組み始めました。学校に行けなくなったり、学校で不適応行動が見られるといった事例性がまずあり、理由として診断名（疾病化）が求められるわけです。実際には、診断名がつかないと学校や行政は対応できないという現実があるのかもしれませんが。診断名としては発達障害の中でも、自閉症、注意欠陥多動性障害、アスペルガーが多いのです。こうした診断名は、児童精神医学

の対象になります。

日本の児童精神医学は、昭和30年代から40年代にかけて、まず自閉症研究会から始まりました。自閉症の疾患モデルは当時の精神分裂病であつたので、自閉症は小児分裂病に近いもの、あるいは精神分裂病が純粹な形で子どもに出現したものと考えられていました。3つの特徴があり、①言語の遅れ②対人関係障害③常同行動（無目的に見える同じ行動を繰り返す）です。言語の遅れのために知的にも遅れがみられるため、多くは軽度精神遅滞の病像をとると考えられ、IQ70以上（高機能自閉症）は少ないと考えられていました。高機能自閉症という言葉は1980年代半ばから出現しますが、そのきっかけになったのが、アスペルガーに関する1981年のローナ・ウィングの論文でした。「自閉症の診断基準を部分的に満たす児童が厳密な自閉症の数倍いること、その中でも言語障害の非常に軽微なグループが、自閉症類似の1つの症候群を形成すること、このグループがアスペルガーが記述したものと一致すること」を指摘してから、アスペルガー症候群が注目され、

1990年代に作られた診断基準に、正式にアスペルガー症候群が広汎性発達障害として登場します。これに関連して高機能児童の問題も注目されるようになります。

私が精神医学を教わったときには、自閉症児は最後は知的障害になっていくのだと思われていました。1980年代以降に、特に欧米で詳しい調査報告が出されるようになり、遅れながらも言葉を獲得していく、あるいは追いついていく子どもたちが少なくないことが指摘されるようになりました。日本での調査でもIQ70以上の子がかなりいることが分かりました。知的障害と発達障害を見直さなければならぬと思われるようになったのは、本当について最近です。1999年頃に自閉症の子どもをもつお母さんの集まりで講演をしたことがあり、そこで「自閉症児の知的障害合併率は60%」と言ったら、「40%です」という反論が参加したお母さん方からありました。20世紀の終わりになって、高機能児が多いことが意識されるようになったので、最近になって増加したのではない。つまり我々が

知らなかったのですね。存在していても知らなかった
ので、最近指摘されると、まるで最近になって増加し
たと錯覚してしまうのでしょうか。

呼び方の変化①不登校

時代とともに不適応行動や問題行動に対する見方が
どのように変化したかを見てきましたが、ここでは
呼び方について変化した例を挙げてみることにしま
しょう。名称が変わるということは認識が変わるこ
とです。

まず、不登校について取り上げてみます。不登校は
最初、「学校恐怖」と言われました。というのは、不登
校の子どもがいるとまず病院に連れて行き、恐怖とい
う病名がついたのです。恐怖あるいは恐怖症は神経症
のカテゴリーに属するものです。学校に行けないのに
は、何か親子の問題があるのではないか、精神発達に
問題があるのではないか、と想定したのでしょうか。次
には、学校に行かせようとしたら「嫌だ、行かない」
と登校を強く拒否したので、「登校拒否」と呼ばれるよ

うになり、さらに家庭内暴力が出現するようになりま
す。その後、不登校になったら「学校に行け」と言わ
ないほうがいい、つまり登校刺激を避ける傾向が強
なっていくます。学校恐怖から登校拒否になっていき、
現在は「不登校」という言い方が一般的になりました。
不登校児を扱っているフリースクールがたくさんあり
ますが、そこに集った子どもたちに「どうして自分た
ちが学校に行けなくなったのか」というアンケートを
とったとき、「学校が悪い」つまり学校問題が原因と回
答してくる子がとても多かったです。「学校に行かな
い現象」を、最初はその原因を親子関係から見た「学
校恐怖」と考え、登校刺激による拒否の姿勢を示す「登
校拒否」になり、現在は「不登校」という現象そのも
のが名称として使われています。

呼び方の変化②注意欠陥多動性障害

現在は注意欠陥多動性障害と呼ばれるものも、最初
は脳微細損傷と呼ばれていました。その後、脳微細機
能障害と言われ、さらに注意欠陥多動性障害が診断名

となっています。この名称が全国に広まったのは、多動児による「クラス崩壊」と関係があると思います。多動児も増加したのではなく、昔から落ち着きのない子どもはどこにでもいました。この症状にあてはまる児童は昔から存在していて、ただ呼び方が、「脳が損傷している」では保護者に抵抗があり、もう少しマイルドな表現が考えられ「脳機能障害」となり、現在は落ち着きのなさを表現する「多動」が用いられています。

児童虐待と親の問題

児童虐待は統計を取り始めてからずっと右肩上がりですとうとう4万件を超えてしまいました。ただ最近では嫌がらせの通告もあるようで、隣近所の人間関係、例えば「赤ん坊の泣き声が大きくてうるさい」などでも、虐待しているのではないかと児童相談所に通告されることもあるようです。私が平成4年に、児童福祉施設に入所中の非行少年について全国調査したとき、児童相談所の調書を調べたら、子どもの養育に関する親の

態度には、「放任」「溺愛」という言葉が並び、「虐待」と記載されていたのは5%もなかったのです。「虐待」は今で言う「身体的虐待」や「性的虐待」にあたります。「放任」や「溺愛」がネグレクトや心理的虐待に読み替えられていきます。虐待が増加したというよりも、社会の目が養育問題を「虐待」から見ていくようになったのです。虐待が最近急激に増加したのではなく、昔からあって、呼び方が変わったのでしよう。あるいは確かに増加したのかもしれませんが、いずれにしても現象を認識する枠組みや呼び方が変わった影響が大きいに思います。

以前に虐待をする親の「心の病」について研究したことがありますので、その時に気がついたことを少し話しておきましょう。外国の報告では母親のうつ病とアルコール依存が多いと言われ、日本でも同様の結果でした。ただ統合失調症も少なくなかったです。虐待する親に「心の病」があり、被虐待児童は虐待後の影響で「心の病」になることも多い。虐待が発達に与える悪影響は測りしれません。虐待の影響を考えると、

被虐待体験から非行に向かう、つまり虐待が非行の原因になっている場合もあります。

非行行為がまるで「私は虐待を受けてきたんだよ」という叫びに感じられることもあります。家庭内で虐待を受け、それを回避するために家出をし、お金がないから盗みを始めるのです。自記式による少年院入所少年の調査では、「親に殴られた」という身体的虐待を受けた少年はなんと50%に上ります。興味深いのはネグレクトが2%しかいなかったのです。これはなぜかという点、本人が記入する自記式の調査では、自分の家庭がネグレクトなのかどうかはわからない。誰しも、そうかもしれませんね。自分の家庭以外知らないのですから。虐待の認定は、児童相談所の職員がおこないますが、彼らとて自分の育ってきた環境しか分からないから、それが物差しになるので、虐待の認定はそれに関わる人によって判断にズレが生じるのはやむを得ないですね。

虐待防止法が日本で最初に制定されたのは昭和8年です。ですから、戦前に児童虐待はなかったとか、あ

るいは最近の現象だということはできません。毎年のように増加してきた児童虐待件数ですが、児童相談所の嘱託医をして最近、どうも掘り起こしたなという感じがします。これも増えたというよりは掘り起こされた。つまりは、こういう法律ができたことによると思います。

さまざまな法律の制定

社会の変化をさまざまな不応行動や現象に関する私たちの見方からお話ししてきましたが、名称が変わることで統計的に急増するものが多いことが分かります。

社会の変化という視点で、最近特に20世紀末から21世紀にかけて大きな変化がありました。それは児童虐待防止法、これは戦前にもあったのですが、それ以外にもたくさん法律ができました。精神医療、子どもの健全育成、家庭の問題など、さまざまな領域にわたっています。表1にまとめてみました。精神衛生法から精神保健法への変化は、はじめにお話ししたように

表1
さまざまな法律の制定

精神衛生法から精神保健法	1988、1995年
児童買春・児童ポルノ禁止法	1999年
児童虐待防止法	2000年
ストーカー規制法	2000年
配偶者暴力防止法	2001年
心神喪失者等医療観察法	2003年
刑事施設及び受刑者の処遇に関する法律	2006年
児童福祉法改正	2008年12月3日

「精神障害者だけを対象とした精神衛生」から「健常者のメンタルヘルスも視野に入れた精神保健」と名称を変えただけでなく、「心の病」や精神疾患に対する考え

方を変化させました。子どもや配偶者に暴力をふるうのも悪いことなのだと、法律が明確にしました。多くの不適応行動が法的に規定されました。こうした法律ができたこと

で、私たちの考え方も大きく影響されます。

3 時代の変化（統計から）

「心の病」にどれだけの人が罹患しているか、それは分かりません。その原因として現代がストレス社会になってしまったこと、あるいは教育の領域では進学率、家庭の問題では結婚・離婚などその状況が時代とともに変化しています。また、「心の病」を疾病化と見た場合、非行や犯罪、それに自殺、精神障害で入院している患者さんの数も同様に変化しています。みなさんすでにご存じのこと多いかと思いますが、社会の変化とともにどのように変化したかを簡単に見ていこうと思います。

高度産業社会（別名「ストレス社会」）

都市部と呼ばれるところに住んでいる人口は、1920年（大9）には18%にすぎなかったのが、1985年（昭60）になると77%に増加し、日本における人口の都市集中が顕著になり、田舎に住む人が極端に少なく

なっています。そのため、家族・親族や地域の伝統的ネットワークが脆弱化していつてます。日本医師会の調査研究部で働いていた友人によると、「人がその地域からいなくなる前にまず医者がいなくなるだろう。

その後、人がいなくなる。だから、『医者不足』と言っているところは、ゆっくり人口が減っているかもしれない」と。そういう見方を示してくれました。現在の医療の危機について興味深い指摘だと思いました。

人口が集中すると24時間営業のコンビニなどが出現し、昼夜逆転の労働環境も増えてきました。労働条件がともストレスを受けやすい。合理化や技術革新などで、神経をすり減らすような仕事が増えました。おそらくはこうしたことが、ストレス関連疾患の増加につながっていると思います。1986年（昭和61）に、当時の労働省は「企業におけるストレス対策の指針」を発表し、中堅の中高年齢労働者の「心の健康の危機とその破綻」が問題となり、職場不適応者が増加していると報告しました。仕事の内容がパソコンなしではできなくなり、多くの中高年齢労働者が戸惑い、自殺が増

加したことで、こうした指針が出されたのでしょう。現職の国家公務員の死因を見ると第1位は癌ですが、第2位と第3位は心臓疾患と自殺が占めています。

教育の領域から

高校や大学への進学率は戦後上昇を続けてきました。かつては受験戦争による挫折、あるいは受験地獄などと言われることもありました。「受験地獄」という言葉は大正時代からあったそうです。

戦前だと大学自体も少ないから、大学に入ることはエリートになることでした。それが2005年度からは、志願者数よりも大学の定員が上回る状況になり、大学によっては定員割れを起こしているところもあります。幸いにも、創価大学はそうではないのでホッとしています。昔の4年生大学と現在のそれとは学歴と言ってもだいぶ違ってきています。我々団塊の世代では、中学卒でも就職してちゃんと結婚もできる、家も建てられる、そんな夢があったけど、現在の中卒者・高卒者は、昔より厳しい状況に置かれていると

表2

全国大学メンタルヘルス研究会の報告

1979年(昭和54年)～2002年(平成14年)の統計

対象：旧国立大学81／95校(2002年度は39万7247人、女子は35%)

休学率	1995年(平成7年度)1.6%から急増 2002年(平成14年度)は2.72%
留年率	1994年(平成6年度)から2002年(平成14年度)まで6%台で推移
退学率	1994年(平成6年度)1.2%から漸増 2002年(平成14年度)は1.59%

思います。

次に大学のメンタルヘルスに取り組んでいる全国大学メンタルヘルス研究会の報告を見ていくことにします。

私もこの研究会の会員ですが、主に旧国立大学の健康管理センターによって資料は集められています。表2

に示したように、休学率は1・6%から2・7%に上昇して、退学率も若干、上昇しています。創価大学の状況については公表されていません。全国の私立大学ではどこも公表していないのです。留年や休学者に「心の病」特に「うつ病」に罹患している学生が多いよう

に思われます。旧国立大学が休学率や留年率などを公表しても、そのうちうつ病などがどのくらいいるかについては分からないのかもしれませんが。男女差については、すべてに女子のほうが低く、女子は就職が不利なために勉強するのに対して、男子は勝負に敏感で諦めが早く、無気力に陥りやすい傾向が指摘されています。

結婚／離婚

例えば、平成12年の婚姻件数は79万8140組、婚姻率(人口1000対)は6・4ですが、昭和22年の婚姻率は12・0と2倍以上になっています。つまり人口比で見えた場合、約50年経ってみると日本では、それまで結婚した人の割合の半分しか結婚しなくなっているのです。この50年間でゆっくり減少していったわけではありません、昭和40年代後半には、婚姻件数は100万組を超え、婚姻率(人口1000対)も10・0以上になり、結婚ブームもありましたから、20世紀末に急に非婚時代になったようです。平成12年の離婚件数は

26万4255組で、大体3組結婚すると1組は離婚しています。ですから、なるべく家族状況については尋ねないようにしています。小学校などで母の日、父の日を話題にする場合に、教師はかなり気をつかうようです。非婚時代であると同時に、晩婚傾向になり、平均初婚年齢は、夫が28歳、妻は27歳、地域による差が大きく、東京はもう少し高年齢でしょう。最近の30代女性と40代男性は結婚しない、経済的なことを考えるといけない、と言われたりもします。

離婚が必ずしも悪いことではなく、子どもに悪影響を及ぼすと考えるべきではないかもしれません。しかし、非婚、晩婚とともに人生のライフサイクルをどのように見るか、この20年くらいの間に大きく変化したことは確かです。ライフサイクルとは青年期、成人期、老年期などをどのように生きていくかということですね。

自殺

原因としてうつ病が挙げられますが、これはフィン

ランドが国家的規模で自殺の原因について調べた結果、自殺の直前にうつ病に罹患していた人が75%くらいだったという報告に基づいていると、お話ししましたね。最近日本でも「心理学的剖検」という手法で、家族を調査しようとしています。日本ではそつとしておいてくれという遺族が多く、調査はなかなか進みません。うつ病も含めた医療問題、それに経済問題、家族の問題などが複合して自殺の原因になっていると考えられています。

自殺を時代的に見ていくと、最近では毎年3万人以上の方が自殺していますが、人口比から検討すると昭和30年代も現代に近い自殺率を示しています。とはいえ、日本の人口が1億人を突破したのは昭和40年代になってからです。やはりこの10年連続して自殺者が3万人を超えているのは、外国と比較しても異常なことです。男女比では男性が圧倒的に多く、女性は少ないのですが、それでも諸外国の女性の自殺率と比較すると日本女性の自殺率は高いと言えます。ロシアやハンガリーの自殺率も日本と同様に高いのですが、開発途

上国では調査されていないところも多いのでよく分かりません。

日本は長寿国と言われながら、自殺も多い。寝たきり老人や認知症患者、みんな生き続けています。老老介護などの問題もあります。「姥捨て山」が必要なのか」という議論も出てくるかもしれない。かつて自殺率が高かった昭和30年代の自殺では、20代の男性による自殺も中年以降の自殺と同じように多く、年齢分布が若い人と老人の2つの山があるので二峰性と言われていました。現在は20代の自殺は少なくなり、もっぱら50代以降に集中しています。女性では70代が多いのです。

精神障害者数と犯罪者（ペンローズの法則）

「心の病」の中に精神障害も含まれます。「心の病」が時代とともに増加しているのか、あるいは変わりなのか、それはこれまでもお話ししてきたように、呼び方が変わったたり、あるいは考え方の枠組みが変化したこともあって、実態把握は難しいと思います。ですから、さまざまな指標（自殺、児童虐待、発達障害など）

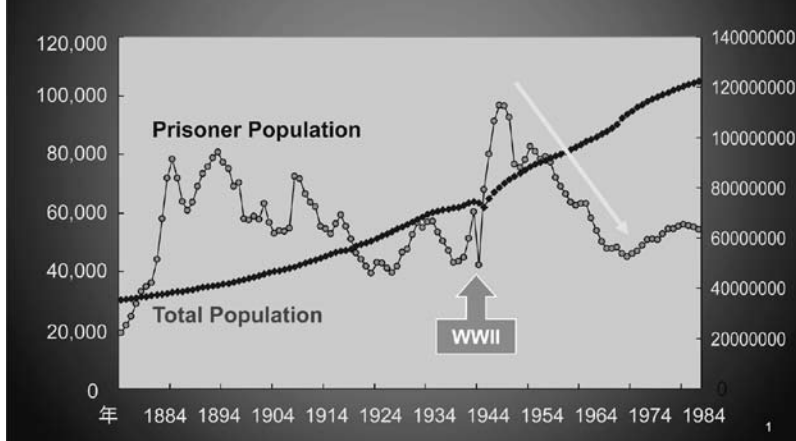
と社会的な統計（進学率、結婚や離婚）を用いて概観してきました。

統計的資料の最後は、精神病院の入院患者数と矯正施設（刑務所など）に収容されている人数が、時代とともにどのように変化したかを示したいと思います。

グラフ1は「刑務所受刑者数と総人口の経年変化（1874～1984）」です。明治の初め頃、日本の人口は3千万人強です。人口は徐々に増加していき、第二次世界大戦で少し減少しますが、昭和40年代になると1億人を超えました。もう一つの折れ線グラフは刑務所の入所者数です。明治中頃に8万人くらい収容されていた時代もあり、第二次世界大戦直後の収容者数が10万人を超えたこともあるのですが、その後しばらくは4万から5万人くらいで推移していました。現在と比べて人口が1/4なのに受刑者数がほとんど変わっていないことにびっくりすると思います。

日本は犯罪が少なく安全な国だと言われます。フランスは、大体日本の倍の人数が刑務所に入り、アメリカは3倍とか5倍と言われていましたが、最近では日本

刑務所受刑者数と総人口の経年変化 (1874 - 1984)



グラフ 1. 刑務所受刑者数と総人口の経年変化 (1874-1984)

(Total Population=総人口、Prisoner Population=受刑者数、WW II =第二次世界大戦)

精神衛生法から精神保健法 1988 ペンローズの法則は成り立つか？



グラフ 2. 刑務所受刑者数と精神病院入院患者数の経年変化 (1983-2004)

(Prisoner Population=受刑者数、Mental Patients in Hospitals=精神病院入院患者数、Prisoners=受刑者、Mental Patients=精神病患者、Time Lag=時間のズレ)

の入所率に比べて10倍になっています。薬物乱用者の再犯に厳罰処遇をしているため、薬物使用を3回やると終身刑にしたものですから、刑務所は溢れんばかりになったのです。日本は犯罪が少ないこともあるのですが、なるべく執行猶予をつけて社会で処遇しようとしてきました。

グラフ2は「刑務所受刑者数と精神病院入院患者数の経年変化（1983～2004）」です。それと1988年に施行された精神保健法の時期を目印に加えてあります。1992年から刑務所に入る人数が増加していきます、精神病院に入院する患者数が減少していきます。私が刑務所に勤務していた1995年頃は、収容人員は4万人から5万人で推移していましたが、現在は7万人台になり、民営刑務所も作られました。また、最新版の『犯罪白書』を見ると、受刑者の年齢構成では65歳以上が10%、70歳以上でも5%近いのです。刑務所が、刑罰の場というよりも老人福祉の場になっていると言う人もいます。外に出たら、食べられないから生きていけない。

1988年に「精神衛生法」から「精神保健法」に変わりましたから、患者さんの社会内処遇をめざし、極力入院させないように制度が変わりました。3年間のタイムラグがあつて入院患者数は減少に転じています。戦前は精神病院がほとんどなかったので、第二次世界大戦以前は最高でも病床数は2万5千でした。いまは35万床ですから比べものになりませんが、とにかく刑務所に行くよりも精神病院に入る方が多かったです。

この2つの数字が反比例の関係にあることを示したのが、20世紀初頭にイギリスで衛生学教授をしていたペンローズだったので、「ペンローズの法則」と言います。彼は当時のヨーロッパの精神病院入院患者数と、刑務所の受刑者数の経年変化を調べ、このような関係にあることを見出したのです。

ただ、誤解がないようにしていただきたいのは、精神障害者イコール犯罪者ではないのだということです。現状を見ると、一人の精神障害者がサポートなしに生きていくというのはなかなか大変です。そういう意味

では、犯罪をしやすい状況になりがちであると言えるのかもしれませんが。刑務所や少年院に入る精神障害者数は徐々に増加している傾向にあります。精神病院が極力入院させないで治療しようとするので、このような傾向になるのかもしれませんが。かつて少年院に入所した少年の中に知的障害児が多かったのですが、知的障害児や知的障害者の施設が数多く作られていくにつれて、入所する知的障害児は減少していきました。きちんと保護できる制度や施設があれば、非行は減少するのです。

（グラフは著者作成。『日本においてペンローズの法則は成り立つか』、2007年、ドイツのレーゲンスブルグ、司法精神医学コロックで発表）

4 心の病の原因と処方箋

日本人は変わったか、あるいは人間は変わってきたのか

戦中派、団塊の世代、新人類など、社会の変化とともに、ある世代について、さまざまなネーミングがさ

れることがあります。人生のつまずきの表現でもある「心の病」は、常にどのように生きていくかという問題と関係していると思います。ある大学院生が、40年前に小学4年生に実施した「人生の目的」についてのアンケートと同じ内容を、最近実施しました。その結果では、40年前には「人や社会のために役立つ人」といった回答が多かったのに対して、最近の小学生では「楽しい人生を送る」などの回答が多かったのです。人生に対する意識、これは教育が影響していますね。人生に対する考え方の変化に驚いたものでした。

戦争がこれほど長い間なかった時代はこれまでなかったわけで、高齢化社会にもなり、どんなふうに死んでいけばいいのかについて戸惑いもあります。臨床の場で、70代、80代のおじいちゃん・おばちゃんに会うと、「あそこが痛い、ここが痛い、治るかどうか」と尋ねられます。そうした時には「いつまで生きたいですか」と私のほうから尋ねます。そうすると、「親の年まで生きられればね」と笑いながら答える人もいます。その時は、「わかりました。90歳ですね。じゃあ、90歳まで

お薬を飲みましょうね」と言います。

ある時、認知症についての講演を依頼され、「人間がどんなふうにして死んでいくのか」を知っているか聴衆に尋ねました。認知症は、肉体は元氣なのに脳が先に死んでいく病氣とも言われます。死に方は文化と医療に結びついていきます。日本では心臓が止まるまで「死」を認めないし、寝たきりになり意識がなくなっても、栄養補給のチューブなどを何本もつなぎ、「スパゲティシンドローム」と言われる状態で、心臓を動かし続けます。海外で考古学の研究をしている友人に聞いたのですが、ホンジュラスに滞在しているときのこと、ある日、「これからおじいちゃんが死ぬから皆でお別れに行くんだ。一緒に来てくれないか」と言われ、行ってみたら、おじいちゃんはベッドに座って、来てくれた人々に握手をしながら「さようなら、今までありがとうね」と言ったのだそうです。そしてその3日後にちゃんと死んで葬式があった。つまり、延命を図るだけの医療をしないのですね。日本ではこのような死に方は受け入れられないかもしれません。

人間は不安や恐怖に弱くなったのか

それぞれの国や文化によって死に対する受け止め方は違うのでしょうか。「心の病」の中核症状である不安や恐怖についても、表現の仕方はいろいろです。ところで、社会の変化とともに、不安や恐怖に対して私たちはだんだん脆弱になっているのでしょうか。環境が脳に及ぼす影響、食の問題などから考えると、そのような気もしますが、よく分かりません。

人間が生きていく上で、不安や恐怖心をもつのは大したことです。山の中でオオカミの声を聞き不安になり、身の安全を図ろうとします。もし不安や恐怖心がなかったら、無防備のまま襲われるかもしれませんから、人間にとって生存のために不安や恐怖心は必要なものなのです。不安になりやすいことは、自分を守りたいという気持ちの表れであって、病氣ではない。むしろ不安や恐怖に振り回されて、実際にはそれほど不安にならなくてもよいのに絶えず不安になり、そのために何もできなくなると、病氣の症状としての不安です。

現代人は昔に比べて不安になりやすくなったのだろうか、と考えたりします。あるいは、昔よりもオオカミの声を遙か彼方からも聞くことができるようになったのかもしれない。人間が弱くなったと思いませんが、とても壊れやすいものだと感じます。

「心の病」の処方箋と今後の医療

いろいろお話ししてきましたが、最後に「心の病」への対策についてお話しします。「心の病」そのものが精神疾患から不適応行動までを含み、多岐にわたり、「人生のつまずき」という視点で見てきました。精神疾患であれば、多くの場合、薬物療法や精神療法を用います。健康心理学の分野で「コーピング」という言葉が流行したのですが、これは「対処行動」と訳されていて、さまざまな不適応行動、もちろん病気も含まれますが、それに対する対処方法に関する研究です。現代はストレス社会ですから「ストレスコーピング」と言ったりもして、ストレスに対する対処をどのように工夫するかを考えます。

肯定的コーピングと否定的コーピングがあります。肯定的なものの代表は「きちんと相談できる人がいること」、周りからのサポートを得られることが大事なのです。今日お集まりの皆さんは、相談するよりもされる場合が多い方々ですね。臨床の場での経験では、患者さんが「どうしたらいいだろうか」と相談をもってきますが、意外に自分ですでに結論をもっていることが多いのです。ですから、話してもらうのを聞くだけで、「何かアドバイスをしなければいけない」と考えないで、じつと聞いてあげるのがよい場合が少なくありません。

否定的なコーピングというのは、かえってストレスが強くなる場合で、例えばヤケ酒とか、物を投げたり、あるいは自分の気持ちに正直にならないで我慢するなどということ。悩んだり、周囲から相談を受けた時に、「これは肯定的かな、否定的かな」と考えてみると良いかもしれません。

「心の病」を「人生におけるつまずき」と見ても、やはり病気であったり、医療が必要なことも多いと思

ます。

現在の日本の医療は危機に瀕しているとも言われています。私はこれまで非行少年などを扱うことが多く、その後、発達障害や子どもの不応行動について研究することが多かったものですから、子どもの治療について世界各国の医学教育がどのようになっているか調査したことがあります。私の担当はフランスでした。フランスの人口は日本の半分よりちょっと多いぐらいですが、医者の数は半分どころではなくて1/3にすぎません。それでも決して少ないとは言っていない国なのです。これからの医学教育で医学生たちに「医療経済学」を必須科目にしないといけない、どれだけ医療を提供できるのか、予算を考えながら医療をするように教育しようとしています。日本は医療費を多くかけすぎているかもしれませんね。先ほどのホンジュラスでの死に方とはあまりに違います。

フランスの医療でもう一つの提言は、「患者教育の必要性」でした。必要以上の検査を受けない、必要な量以上の薬はいらないとはつきり言える患者になること、

そのためには医療側はインフォームドコンセントをきちんとおこなう一方で、患者さんはきちんと知識をもって自分の身体のこと、自分の心のことに対して、受け身ではなく考え、そして薬も自分の身体に入るものなのだから、安全性についても知る必要がありますね。

今日、お話ししたことが「心の病」に対する「患者教育」になったのなら幸いです。

(あべ けいいちろう／創価大学教授)

(本稿は2008年12月4日に行われた当研究所主催の公開講演会の内容に加筆いただいたものです)