

【試論】

心理職養成と精神医学教育

— 迷いは深まるばかりなり —

塚本千秋（岡山大学学術研究院社会文化科学領域）

心理職を志す学生に精神医学を教えることは、自明なことに思える。しかし、精神医学は世間の人々が想像するほど安定した学問ではなく、またその実践としての精神科臨床も、定式化されているとは言えない。これを教育という視点で考えると、教える人間が「学問として流動的」「実践には疑問も多い」などと言え、すでにこの領域に関心を持っている学生には有益かもしれないが、それほどでもない学生は不安を抱くだろう。「それなら、最低限たしかなことだけ教えればよい」と読者は思うだろうが、それができるなら苦勞はしない。本稿では、これまで筆者が実践してきた講義の概要を紹介しながら、筆者の課題意識を検討する。

キーワード 心理職養成 臨床心理士 公認心理師 精神医学教育

1. はじめに

筆者は、当専攻が教育学研究科にあった頃から、大学院生に精神医学を教えてきた。まだ国家資格はなく、修了後に臨床心理士となった者の多くがスクールカウンセラー（SC）として働いていたことから、大学院では「将来、SCとして学校に配置されたときに役に立つ」精神医学・医療を教えるように心がけてきた。

数年前、公認心理師法が施行されて学部からの心理職養成がはじまり、たまたま同じ時期に当専攻が社会文化科学研究科に移籍した。その結果、文学部4年と研究科2年で公認心理師と臨床心理士という二つの資格取得を目指す学生の教育を行うことになったのである。

簡単に各資格の取得要件と精神医学教育について整理する。臨床心理士では、必修の“臨床心理にかかわる5科目”以外に、選択必修科目がA群～E群まで5領域に分けられ、精神医学は「精神医学特論」の名でD群に入っている（臨床心理士資格認定協会）。

公認心理師法では、学部での必修24科目（他に実習80時間）のなかに心理学関連科目として「精神疾患とその治療」が含まれている。大学院では必修の9科目（他に実習450時間）に「医療保健分野に関わる理論と支援の展開」が

あり（厚労省・文科省）、ここで学部での教育を踏まえた、実践的な精神医学教育が想定されているのだろう。

2. 心理職と精神医学・医療

さて、心理職を志す学生に精神医学を教えることは、自明なことに思える。第一に、こころに悩みを抱える人には精神科疾患を持つ人や、経過中にその様相を呈する人が含まれており、精神科医療との連携・協働が不可欠である。第二に、現代人は多くのストレスを抱えており、医療保健以外の現場で働く心理職も、予防や啓発活動に精神医学の知識が必要である^{*1}。

しかし、精神医学は世の人が思うほど安定した学問ではない。診断に限ってみても、名称の削除（アスペルガー障害）、名称の変更（性同一性障害→性別違和）、分類上の移行（ADHD^{*2}）、下位分類の消失（統合失調症^{*3}）、診断基準の追加や修正（大半の精神疾患で）が起き続けており、ある時点での解説が、数年後には無意味になることも稀でない。

また実践としての精神科臨床も、定式化されたやり方があるとは到底言えない^{*4}。国際的にも日本の精神科臨床の問題点^{*5}が多々指摘されているが、それ以外にも私たち精神科医がや

っている/やってきたことが、及第点をもらえるかどうか怪しい点が少なくない。ただ「正しいやり方はわかっているが、現実が追いついていない」のなら、残念ではあるが、説明はしやすい。実際の現場は多次元で構成されているので、ある次元では正しいことが、別次元ではおかしいと評価されることも少なくない*6。

ということで、学問としても実践についても、精神医学を語ることは容易ではない。読者は「それは精神科医であるあなたたちが悩めばいいことで、学生には講義の時点で妥当な見解を教えればよい」と考えると思う。

だが筆者は精神医学の絶え間ない揺れや、精神科医療の不確かさこそ、この領域の本質の頭れであり、それを教えないで、やたらと多い診断名や、薬の名前を説明することにたいした意味はないと思っているのだ。

*1 心理職に偏見がある精神科医もいるので確認しておく。「重症者は精神科医が、軽症者は心理職が」という分業イメージは時代遅れである。何をもって重症かはさておき、今日では器質性～機能的な精神疾患においても心理職が果たすべき役割は少なくない。

*2 ADHDは国際疾病分類上、F9(小児期および青年期に発症する行動および情緒の障害)からF8(心理的発達の障害)に移行することになった。

*3 現場で頻用されてきた解体型、妄想型、緊張型という下位分類は、DSM-5では廃止されている。

*4 統合失調症など代表的疾患の薬物療法においては、学会が定式化(薬物選択のアルゴリズム)を作成して公表しているが、評判は今一つである。

*5 精神科病床が多く(30万床以上、世界の全病床の1/4)、そこに長期入院している患者が多いことは、30年以上前からずっと指摘され続けている。

*6 この多元性を理解するには里山をイメージするのが近道だろう。里山では人為と自然が絶妙なバランスをとって生態系が保たれている。そこには、保護すべき生き物も駆除すべき害虫もいない。

3. これまでの講義(大学院)では

とはいえ、私も問題点ばかりしゃべっているわけではない。就職先で「大学院まで出て、そんなことも知らないの?」と意地悪を言われないように、代表的な疾患については詳しく解説し、関係する社会資源や法律も説明している。

また、同じ講義の繰り返しでは自身が劣化するので、タイムリーな話題を取り上げ、新たな書籍や映画なども紹介するよう努めている*7。

本稿では、近年の大学院での精神医学特論の講義タイトルを紹介し(表1)、講義で必然的に出会う“揺らぎ”や“不確かさ”を表中の番号に従って説明していく。

*7 悲惨な事件が起きて報道が過熱すると、ふだんの問題意識も手伝って、トラウマや司法鑑定制度などについて多弁に語りたくなるが、学生も事件に衝撃を受けていることが多いので、触れる程度にとどめている。

(表1) 精神医学特論(大学院 従来の構成)

	タイトル	キーワード	論文中番号
総論	病気とは何か	社会構成主義	1)
	診断とは何か	精神科診断の特徴	2)
	精神疾患の分類	器質性・機能的・心因性	
	鑑別診断・治療	家族歴・病歴・現症	
各論	統合失調症1	症状と経過	3)
	統合失調症2	病因と疫学	
	統合失調症3	治療	4)
	気分障害1	症状と経過	
	気分障害2	時代背景や社会との関係	5)
	器質性疾患	認知症・せん妄	
	発達障害1	ASDとグレーゾーン	
	発達障害2	ADHDとLD	
補足	精神科薬理学概論	抗精神病薬と気分安定薬	
	精神科医療と法律	精神保健福祉法	

1) 病気とは何か

冒頭で自己紹介を済ませた後、「病気を定義せよ」という課題を与え、グループ・ワークを行わせる(ここ数年はコロナ禍のため個別に考えてもらっている)。日々使っている言葉だが、定義となると意外とむづかしい。この課題は「精神医学という語の仰々しさに身構えている彼らの頭をほぐす」というリラックス効果も狙っている。

次に、誰もが知っている身体各所の不具合を羅列し、それらを「病気か病気でないか」で二分してもらおう。これまでの講義経験では、ケガや外傷を病気でないとする学生が多く、花粉症、生理痛、不妊症などについて意見が分かれることが印象的であった。

最後に病気の定義について、広辞苑など代表

的な辞書や医学事典での記述を紹介する。病気という言葉が、自由や権利などと同様、社会構成概念であり、誰がどのような目的でそれを用いるかが重要ということでもまとめている*8。

*8 時間が許せば、WHOによる国際疾病分類(ICD)を紹介し、学生たちが「病気ではない」と分類した、例えば“小指のケガ”も、疾病としてコード化されていることを確認し、その理由も考えてもらう。

2) 診断とは何か

精神科での診断の多くが、身体科とは異なり、検査所見などのデータに基づいておらず、患者の発言や行動に依拠している。この点はしばしば精神医学の非科学性の顕れと見なされ、他科の医療関係者の蔑視という残念な現象を生みやすい。

学生には、胃潰瘍など代表的な身体疾患の診断プロセスと、うつ病など機能性精神疾患の診断プロセスを対比させて示し、違いを理解させたうえで、後者が必ずしも非科学的ではないことを説明する。

確定診断の決め手がないからこそ、主観的な症状と客観的所見の組み合わせや、病状の経過が重視される。すなわち、事例ごとに異なる生活歴や病歴、家族からの情報から総合的に判断するという作業が必要になり、それが治療の役に立つことを解説する。

しかし、決め手となる所見やデータがないことが、恣意的な診断を生む素地を作っていることも事実である。そうした“負の結果”をもたらした例をあげ、どうして恣意性が生じるのか学生に考えてもらう*9。

最後にまとめとして、社会には支援が必要な人はたくさんいるが、多くはその個人が病気だからではなく、孤立や経済問題、人々の差別意識など、医療外の問題、つまり私たち社会の問題であることを強調する*10。

*9 アメリカでのADHDの激増に警鐘を鳴らす書籍が邦訳されている。診断基準を作った研究者が想定していた数の数倍の少年がADHDと診断され、投薬治療を受けているという。

*10 銃撃されて亡くなった中村哲医師のアフガニスタンへの貢献を思い起こしてほしい。当時、現地

で必要だったのは医療ではなく、灌漑だった。

3) 統合失調症の症状と経過

統合失調症の症状として一般に流布しているのは幻覚や妄想である。こうした症状は奇妙なので目立つが、急性期を乗り越えた患者たちが苦しむのは、認知機能の障害や実行機能の障害からくる生活のしづらさである。患者自身が書いた手記を交えて彼らの生活のしづらさに理解を促すようにしている。

またかつて統合失調症の病理ととらえられてきた拒絶や陰性症状は、実は“意に反して閉鎖病床に収容された”ことに対する人間的反応として理解できる部分が多いと説明する*11。

さらに中井の「分裂病と人類」を紹介し、多数派には感知できない“微妙な兆候”を感知ができる人々がいて、彼らに統合失調症の発症しやすさがあると考えられること、「微かな匂いから猛獣の気配を感じとり、僅かな木の葉のそよぎから嵐を言いあてる」といったこの兆候感知力は、狩猟生活で尊ばれたが、農耕生活への移行に従って意味を失い、やがて彼らは集団の厄介者として扱われるようになっていったこと解説する。

こうした説明によって、統合失調症の患者さんたちを“異常で気味の悪いもの”から“能力を活かしてもらえず集団から排除されやすい人々”というように、接近可能な群と考えられるように学生を導きたいと思っている。

*11 統合失調症の症状研究の多くが、入院中の患者を対象にしたため生じたバイアスである。だが強制入院や閉鎖処遇を批判するだけでは、やはり偏った認識を生むことになる。独りよがりな正義感にも注意が必要である。

4) 統合失調症の治療

統合失調症の急性期に対する入院治療(薬物療法を含む)は、多くの精神科医にとって「語りやすい」テーマである。第一に多くの精神科医が共通の経験を有している。第二に「精神運動興奮→鎮静→静穏化」という患者の状態像変化と「保護室→閉鎖病室→開放病室」という処遇上の変化が、並行する治療段階として学生に理解されやすい。しかもこのプロセスをマネー

ジできることは精神科医に一定の自己効力感を与える。

しかし“わかりやすく説明できる”ものには注意が必要である。

まず統合失調症の急性期は、保護室に収容しなければならない状態、言葉をかえれば“疎通は不能で”“自傷他害の危険な”状態であるという、世間の通念を補強してしまいやすいことである。たしかに激しい急性期症状を紹介すると「それほど苦痛が強いのか、それなら暴れるのも無理はない」といった共感的な感想文も出てくるが、多くは「素人が手を出すのは危険であり、保護室収容や強制的な治療もやむを得ない」という感想になってしまう。

どのような精神障害でも、患者の人権が尊重され、自由な環境での治療が行われるべきだとする世界の趨勢と、日本の精神科臨床との間の乖離を、どのように学生に伝えればよいのか、筆者も迷っている。

実際、多くの臨床家が、激しい精神運動興奮を呈する統合失調症事例は減っていると報告しており*12、「急性期についての新たな考え方・語り方」が求められているのであろう。

さらに、強制的な入院の権限を医師に与えている医療保護入院制度については、その規定の存在の是非をめぐって議論が続いており*13、学生とともに、廃止派・存続派双方の主張を読んでいくのがよいかもしれない。

*12 統合失調症の軽症化については、社会学、哲学的考察も含め多くの論考がある。ここでは軽症化の原因について、「メンタルヘルス不調者への早期の介入の成果」「地域社会に属せずに生きることを可とする価値観の普及と、それを容易にしたIT」という2点を挙げるにとどめておきたい。

*13 厚労省の検討会は2022年5月、医療保護入院制度について「将来的な継続を前提とせず課題を整理する」という文言を削除した。当初は「将来的な廃止も視野に、縮小に向け検討する」だったことを考えると、廃止派の立場からはさらに後退したことになる。

5) 気分障害と時代背景

今の時代、精神医学を講義するうえでもっともむつかしいのが、気分障害である。その要因

はいくつかある。

まず社会の側の要因として“うつ”を呈する人々の激増がある*14。社会の成熟、身体病に対する医療の進歩などにより、“こころの不調”が注目されるようになり、潜在していた不調群が顕在化した。高度経済成長と終身雇用制が終わりを告げ、“夢が持てない”世の中となり、人々の気分が容易に“うつ”に傾くようになった。さらに誰もがソーシャル・メディア上で自己表現が可能になり、心身の不調や希死念慮などの表現があふれた。そうした人々のニーズに導かれ、都市部には精神科クリニックが急増した。

次に、精神医学側の要因として、診断をめぐる混乱がある。DSMに代表される操作的診断は1980～90年代前半にかけて普及したが、同時に、この時代は伝統的診断を学んだ精神科医たちがDSMへの違和感を強めた時代でもあった。

(表2) 筆者らが学んでいた内因性うつ病

好発年齢	中高年
病前の性格	配慮に富む人か執着する人
発病のきっかけ	明瞭なきっかけはない
精神症状	精神運動抑制と抑うつ気分
抗うつ剤	しばしば有効
経過	揺りもどしはあるが徐々に改善
予後	再発防止の話し合いができれば良好

当時、多くの精神科医は、うつ状態の患者を“内因性うつ病”(表2)と“それ以外”に分け、前者には休養と抗うつ剤の処方を、後者には「“治療不要”と告げる」～「各種の“精神療法”に導入する」まで実にさまざまなやりかたで対応していた。また当時、深刻な自殺企図を起こす患者は前者で、後者では希死念慮は訴えられても、既遂はほとんどないと考えられていた。

しかしDSMの影響は年々強まり、両者を区別しない精神科医が増えるとともに、先の段落で述べた患者の激増と製薬会社による販売促進キャンペーンによって、かつてなら“青年期の自己同一性の問題”とか“職場適応の問題”などと見なされたはずの患者まで“うつ病”と診断されて、SSRIなどの抗うつ剤が投与されるようになった。

また従来、自殺既遂は少ないと考えられていた非定型なうつの群でも、既遂が少なくないこ

とが明らかになり、精神病理学的な位置づけを問うより、自殺予防という観点でのリスク評価が臨床家に求められるようになってきた*15。

そして講義担当者をさらに悩ませるのが、まさに“うつ病”と診断されて治療中の学生や、「自分は“うつ”ではないか、この機会に先生に尋ねたい」と思っている学生が、受講者にひとりならず存在しているということである。現代の学生は繊細だが、こうした話題への感度はきわめて高いので、それを前提に丁寧に講義を展開しなければならないのである。

*14 厚労省の患者調査では、ここ20年で医療機関を受診しているうつ病の患者数は13万3千人(1993)から72万9千人(2014年)に増えている。

*15 誤解を恐れずに言えば、筆者にとって現代の“うつ病”とは、子育てに金をかけない日本型予算、時代遅れの学校教育、若者の特性にフィットした職業創出の遅れ、働き方改革のとん挫、歴然と残る男女差別、SNSなどデジタル空間の殺伐さなどを飲み込んで醜く太ったシーラカンスである。

4. 課題意識が生じる理由

ここまで、大学院の講義タイトルを紹介し、それぞれの回で筆者が課題意識を感じる部分—それは寄り道をしたくなる地点でもある—について述べてきた。

表3に課題意識が生じた理由と、その課題から生まれる“問い”を並べてみた。

理由	問い
定義があいまい	何を病気と呼ぶか?
境界線の恣意性	どこまでを病気と呼ぶか?
過度の医療化	病気でないものまで病気にしていないか?
保安としての治療	その治療は患者のためなのか?
扱う領域の広範化	本当にメンタルヘルス問題なのか?
精神科医療の急変	医師ごとに言うことが違いすぎないか?
疾患の病像変化	現状の医療は時代に合ったものか?

あらためて見ると、筆者は精神医学・医療について、脳神経科学的関心よりも、社会学・文化人類学的な関心が強いようだ。社会文化科学研究科に転籍した意義をあらためて認識して

いる次第である。

心理職志望者への教育としてどうかと問われると自信はないが、精神医学・医療をひとりのクライアントと例えたときに、彼が抱えている葛藤や悩みを聴きとって理解することは、セラピストとしての心理職の役割とも考えられよう。

そうやって得られた理解は、やがて現場に出たときに、「なぜ目前の事態に際し、精神科医療関係者は、このように行動するのだろうか」という自然な疑問を考えるヒントになる気がしている。

5. おわりに

この原稿を構想した時点では、このあとに最近始まった学部での講義タイトルを紹介し、最後に学部、大学院を通じて講義のあるべき姿について私見を述べる予定であった。だが半分で力が尽きた。

さて、大学医学部など医師がたくさんいる教育機関では、臨床医学の講義は複数の医師に割り当てる、いわゆるオムニバス形式で行われることが多い。

それぞれの得意分野や専門性が活きるという点でよい面はあるが、各講義が毎回完結してしまうため、全体像や全体と各論の関係がみえにくくなってしまいやすい。

90分の精神医学を14回一人で語ることは正直言って荷が重い、一人で語って初めて学問や実践の裏にある思想や哲学が伝わるのではなかろうか。皆さんはどう思うだろう。

文献

- 1) アラン・シュワルツ(黒田・市毛訳)(2022): ADHD 大国アメリカ-つくられた流行病-誠信書房
- 2) 中井久夫(1982): 分裂病と人類 東京大学出版会