

医療における生命と主体

The Life and the Subject in the Medicine

野間 俊一 Shun'ichi Noma (京都大学)

キーワード：肝移植、うつ、解離、主体性、グロデック

key words : liver transplantation, depression, dissociation, subjectivity, Groddeck

I. 現代医療の落とし穴

現代の医療の進歩には目覚ましいものがある。さまざまな近代科学の技術が駆使されることによって多くの難病の謎が解明され、数年前には想像できなかったような治療法が開発されている。それと同時に、医療のさまざまな場面でシステムが構築され、患者すべてに均質な高度医療が提供されるようになった。

高度な医療が提供されることと並行して、あらゆる疾患に対して治療法や医療行為がマニュアル化されるようになった。治療法についてガイドラインが策定され、治療アルゴリズムが構築され、治療や看護の手順がプロトコールとして明示される。そのようなマニュアルを基礎づけているのがさまざまな「エビデンス(理論的根拠)」であり、これこそが医療を素朴な経験学問から客観的で確実な科学的行為へと引き上げる大きな原動力となっている。医療的手順を明確にしたクリニカル・パスの活用によって、医療の効率化に大きく貢献している。リスク・マネージメントは、当然ながら不慮の医療事故を限りなくゼロに近づけるためには不可欠である。

たしかに医療がシステム化されることによって、患者にとっては医療の質が保証され、医療者にとってはなすべき医療行為が明確化された。その結果、医療に携わる者は、患者も医療者もすべて、ある種の安心を得ることができるようになった。しかし、医療における質の保証や効率化の陰で、何か犠牲になっていないだろうか。エビデンスは、エビデンスを得ることのできる客観化可能なデータしか扱えないという限界を認識しておかなければならない。リスク・マネーজে

ントは、元来患者を危険から守るシステムであるはずが、いつしか医療者を守る制度へとずらされてきている。システムが完備されればされるほど複雑さが増し、システムが構築されたそもそもの目的が見えにくくなり、安心のために作られたはずのシステムによって、漠然とした不安を強いられているという現実もある。

システム化とは、誰が誰に行っても同じ結果が生じることが前提である。すなわち、再現性普遍性がなければならない。しかしそうすると、万人に共通した事柄ばかりを扱うことになり、そこでは個々の患者の個別性が見逃されてしまうという危険性はないだろうか。また、個々の医療スタッフの現場での観察や判断が十分に生かされない可能性はないだろうか。そのような環境で日々を過ごすことで、医療スタッフの観察力や判断力はますます鈍っていくことになりはしないだろうか。



本稿ではまず、生体肝移植医療を取り上げて、先端医療の現場での患者や医療者の体験を検討し、さらにそれと現代のメンタリティとの関連を指摘する。そのうえで、1世紀前の心身医学者であるゲオルク・グロデックの思想を参照しながら、あらためて患者の全人的な理解とあるべき医療観について考察したい。

Ⅱ. 先端医療で生じていること —生体肝移植医療の現場

先端医療の現場は、これまでになかった新たな領域へのチャレンジなので、患者はもちろん医療者側も日々未知の経験を余儀なくされる。そこでは、独特なかたちで医療の歪みが露わになることがある。近年大きな発展を遂げている臓器移植医療の現場も例外ではない(野間, 2012)。

周知のとおり、欧米では脳死移植が主流であるのに対して、わが国ではまだまだ生体移植がほとんどである。これは、脳死を人の死と認めることに抵抗を感じる日本人特有の死生観が反映された結果だといわれているが、そのような私たちの「死」の受けとめ方、「身体」の受けとめ方が、生体移植においてもまた関係する人びとに少なからず影響を及ぼしている。

臓器移植と一口にいても、移植される臓器によってさまざまである。現在、肝臓、腎臓、肺、膵臓、小腸、心臓の移植が行われていて(表1)、それぞれ生体移植の可否、代替療法の有無、ドナー人数が異なる。生体臓器移植とは、大前提としてドナーの自発的申し出によって成立する医療であるが、現実にはそれほどスムーズにドナーが決まるわけではなく、家族の間で誰がドナーになるかを巡って話し合いや駆け引きが行われることも稀ではない。もちろん、それを感じ取っているレシピエントもまた、死の恐怖と家族への罪責感の狭間で苦しむことがある。とくに、代替療法がなくドナーが1人でよい生体肝移植の場合、ドナー候補となる家族は「誰か1人でいいが、誰かがドナーにならなければ患者は死に至る」という究極の状況で判断を迫られるため、家族間葛藤はより浮き彫りになりやすい。

生体肝移植症例を呈示する(本稿で呈示する症例は、実際の症例をモデルにしているがプライバシー保護のために大幅に修正を施している)。患者は、ウイ

ルス性肝硬変の30歳代の男性で、ドナーは2歳下の未婚の妹だった。術後の経過が良好であるにもかかわらず、「眩しい」との理由で病室のカーテンを終日閉め切り、看護スタッフにもほとんど会話をしない状態が続いたため、精神科に往診依頼があった。精神科医が病室を訪れると、患者は表情に乏しく、質問にも曖昧な返答を言葉少なに語るのみだった。病的な不安抑うつや意識障害は認められず、うつ病や術後せん妄は否定的だった。その後、週1回の往診を継続したところ、約1ヶ月後、病室のカーテンを開けており、笑顔で往診医を迎えた。患者は、「今朝、お腹のエコー検査がありました。そこで肝臓の断面図を見せてもらったんですが、その時それが人の顔、それも笑顔に見えたんです。これは肝臓をくれた妹の顔だ、と直観しました。妹が自分の肝臓の一部を僕にあげたことを喜んでくれてるんだと、実感することができました」とうれしそうに語った。この経過から推測されるのは、患者は妹への罪責感から肝移植直後に抑うつ的になり窓を閉め切って過ごしたのではないか、ということである。

生体肝移植レシピエントの約2割が、移植術直前あるいは直後に中等度以上の抑うつ状態や不安があることが確かめられているが、それは必ずしも全身状態とは関係がない。一部の患者では、移植術は成功し経過も良好で、全身状態が術前と比べて改善しているにもかかわらず、精神状態が不安定になり新たに抑うつや不安などの精神症状が生じることが知られている。それは「逆説的精神症状 paradoxical psychiatric syndrome」(Fukunishi・Sugawara・Takayama et al, 2001)と呼ばれ、背景にドナーへの負傷感や罪責感があると考えられている。移植医療が、自分の自発的意思ではなく、まずドナーの自発的意思から開始されるという特殊性を反映したものだろう。

それと関連して、移植手術を受けるレシピエントの精神面には手術前からある特徴が見られる。精神科の術前診察で手術への思いを尋ねたときに、「すべてお任せしています」「まな板の鯉ですから」「説明はちゃんと聞いていませんでした」と、消極的で他人事のような言葉がしばしば聞かれることである。ほかの手術の場合には、手術前に多くの患者が気持ちを強く持つようとして「がんばります」と言うことと、対照的である。すなわち、レシピエントには「主体的に治療を受ける」という意識が乏しいことがわかる。

生体臓器移植においてレシピエントが主体的になれないことは、この医療の特殊性を反映した現象といえるだろうけれども、じつは先端医療に関わる患者全般にも共通している。医療は年々高度化し、それに伴ってますます複雑化している。このことによって難病患者の命を救うことが可能になったのは事実だけれども、医療内容はいくらインフォームド・コンセントがあっても、患者には十分な理解が困難なことが多く、

表1. 各臓器移植の特徴

	肝臓	腎臓	肺	膵臓	小腸	心臓
生体移植	○	○	○	○	○	脳死のみ
代替療法	なし	人工透析	なし	インシュリン療法	なし	人工心臓
ドナー人数	1人	1人	2~3人	1人	1人	1人

患者としては「お任せ」するしかないのである。

先端医療の現場では、患者が主体的に選択し自ら医療を受けるという「主体性」が欠如しているということが出来るだろう。それと同時に、自分が医療を受けながら生きているという事実についての「現実感」も失われているのである。

Ⅲ. 現代のメンタリティ —うつと解離をめぐる

ここで、精神疾患に話題を変えよう。

うつ病は古くから存在する精神疾患であり、とくにこの数十年で一般市民にも知られるようになってきているが、近年うつ病のあり方が変わってきたことが指摘されるようになった。

27歳の独身男性患者を紹介する。元来、奔放でマイペースな性格であり、独居生活を送っている。仕事で単純なミスをして上司に咎められてから、意欲低下、全身倦怠感、食欲不振が生じたため、精神科を受診した。うつ病の診断で1ヶ月の病休の診断書が出されたが、仕事をほかの人に頼むことができず、上司に診断書を見せたものの結局は勤務を続けた。仕事内容は軽減してもらったが、意欲低下と倦怠感は持続した。休日になると別人のように、彼女と遠出をしたりスポーツジムに通ったりして過ごし、「工学部出身だが不動産関係に就職してしまった。今の仕事は自分に合っていない」と現状への不満を述べた。患者の特徴としては、自己中心的で他責傾向がある。プライドが高く、他人への頼みごとができない。不満は述べても、現状への実際的な対処は困難である。

従来のうつ病と現代のうつ病の比較を表2に示す。うつ病とは、元来は責任感の強い中高年が大きな心理的負荷を契機に発症することが多かったが、近年になって自己愛が強く他責的な青年が、些細な心理的負荷により発症するパターンが増えてきた。従来のうつ病患者は自制的でストイックな生活をしてきたが、現代のうつ病患者は趣味を楽しむことができ、仕事場面だ

表2. 従来のうつ病と現代のうつ病の比較

	従来のうつ病	現代のうつ病
好発年齢	中高年	青年
主症状	抑うつ気分	意欲低下、不安症状
対人関係	自責的、他者配慮	自己愛傾向、他責傾向
環境要因	大きな心理的負荷により発病	些細な心理的負荷により発病、悪化
日常生活	自制的、ストイック	趣味を楽しむことが可能
経過	数ヶ月で回復することが多い	しばしば遷延

けでうつ状態に陥る。症状面では、従来のうつ病では、くよくよと思い悩んで自分を責めるといった抑うつ気分が強いが、現代のうつ病では、やる気が出なかったり漠然と不安感を感じたりといった意欲低下と不安症状が前面に出ている。従来型が適切な治療によって数ヶ月で回復することが多いのに対して、現代型はしばしば遷延することも特徴である。

このような現代型のうつは、しばしば「新型うつ病」と呼ばれるが、「新型」の表記はすぐに廃れるだろうから、ここでは「西暦2000年前後に多く見られた抑うつ状態」という意味で「2000年型抑うつ」(野間, 2012)と呼ぶことにしよう。「2000年型抑うつ」の患者の特徴は、困難な状況に対して現実的な対応が苦手であり、自ら責任を引き受けることができず、ほかの人や状況のせいにするのである。ここにも、先端医療で確認した「主体性の欠如」と「現実感の喪失」を見ることができる。

じつは、「2000年型抑うつ」が見られ始めた1990年代とは、「解離性障害」が増加してきた時期でもある。「解離」とは、意識や記憶や感覚の連続性が途絶えてばらばらになる状態のことである。具体的な症状としては、心因性の健忘(数時間あるいはもっと長期間の記憶が欠落する)、人格交代(複数の人格の交代、これを主訴とする疾患名が「解離性同一性障害」である)、感覚運動麻痺、離人(自分がここにいるという実感が欠如している)といったかたちで現れる。これらは、従来の「ヒステリー」と病態は同じである。ただし、ヒステリーではけいれんや麻痺などの身体症状が優勢だったのに対して、現代の解離性障害では精神症状が前面に出ている点異なる。解離性障害患者には、自分が自分であるという実感が欠如しており(離人)、周囲の世界が現実の世界であるという実感も欠如している(現実感喪失)ことが多い。

すなわち、先端医療を受ける患者で確認されうつ病患者にも認められた「主体性の欠如」と「現実感の喪失」という特徴は、解離の中心的な病態ということもできる。すなわち、解離とは現代特有のメンタリティなのである。世の中のさまざまな状況が複雑化されシステム化されることによって、私たちは生活のあらゆる面で主体的に関与しているという実感が持ちにくくなっている。とくに医療現場では、患者だけではなく医療者もまた、「主体性欠如」と「現実感喪失」に悩まされているのである。

Ⅳ. 全人的な理解とは —G・グロデックの思想から

ここで、約1世紀前のドイツの医師を紹介しよう(グロデック・野間, 2002)。ゲオルク・グロデック(1866-1934)は、バーデン＝バーデンの小さなサナト

リウムで、温浴療法、食餌療法、マッサージと独自の精神療法により、癌などの難病の治療に当たった臨床医で、ヨーロッパ中から患者が訪れたという。40歳のときに、精神分析の創始者であるS・フロイトと親交をもち、精神分析家たちとの交流が始まるが、あくまで独自の理論と技法にこだわり続けた。さまざまな著作活動があり、その中で心身一元論を貫いた健康観医療観を展開しており、ヨーロッパでは「心身医学の父」と呼ばれている。

フロイトは精神を「自我」「超自我」「エス」という三重構造で理解したことはよく知られているが、その「エス」という概念は、じつはそもそもグロデックが使っていたものである。ただしフロイトは、グロデックの考えた意味とはかなり変更を加えて用いた。「エスEs」とはそもそも、ドイツ語で「それ」の意味の指示代名詞であり、英語の「it」に当たる。フロイトの構造論では、意識された「私」としての「自我」があり、それを欲動や本能である「エス」と両親や倫理観である「超自我」が影響を与えているという図式になっている。すなわち、精神を三層構造に分けて考え、「エス」はあくまでその一部であって、自我を惑わせる本能であると説明されている。

それに対して、そのオリジナルであるグロデックの「エス」は、精神も身体も含む生命全体を司っている生命的根源である。私たちに生じる生命現象はすべて「エス」の表現形態であって、私たちは「エス」によって生きられているという。それ以上の説明は困難であり、グロデックはこのような根源的なものを「それ」としか名指すことができないという意味で、「エス」と呼んだ。「エス」は私を根源的に支えていると同時に、外界と私を結びつけている力でもある。そのため、私達の生命性を基礎づけているエスが十分に機能してこそ、自己（私）と世界（外界）をともに生き生きと感ずることができるのである。逆にいえば、エスが機能不全に陥ると、自己と世界が同時に生気を失い、その結果、主体性が欠如し現実感を喪失することになる。これは、ここまで述べてきた現代特有のメンタリティの特徴である。

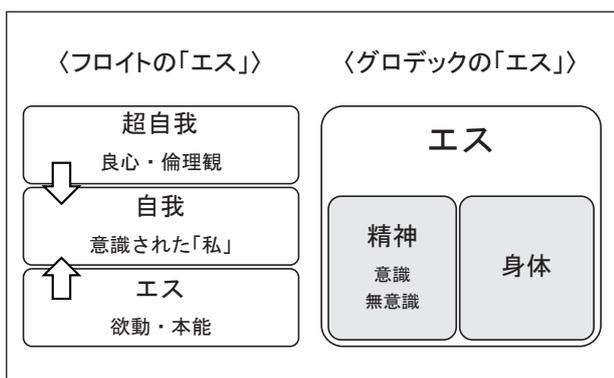


図1. フロイトの「エス」とグロデックの「エス」の比較

そうすると、病める人を援助するということがどのようなことなのだろうか。現代において病める人が主体性の欠如と現実感の喪失に苦しんでいるとするならば、患者の症状を取り去ることだけではなく、患者のエスを十分に機能させ、患者が本来もっている「生命力=治癒力」を賦活させることが重要だということになるだろう。グロデックはさらに、患者に対する治療を論じる中で、「患者のエスを動かすには、治療者は自らのエスでもって患者に接せねばならない」と説いた。つまり、患者の身体徴候や言葉に現れているものを頼りに、その背後にあるエスの意図を援助者のエスでもって汲み取り、エスに寄り添いつつよい方向に導くことこそが、治療的援助ということになるのだろう。

V. 現代の医療で求められていること

ここまで、現代社会においてはすべてが複雑化し、システム化されていて、それ自体は生活を快適にし、とくに医療現場では多くの命を救うことに貢献してきた。しかしながら一方では、現代社会を生きる私たちは、主体性の欠如と現実感の喪失に悩まされるようになった。医療という究極の現場において、この問題はより鮮明に浮き彫りにされている。

このような時代だからこそ、援助者は「自らの生命力でもって病める人の生命力に働きかけるのだ」という意識を持つことが求められているのではないだろうか。それは、患者のもつ生命性や治癒力を信頼することでもあり、かつまた同時に、援助者自身が自らの感性を信頼するということでもある。

システム化の陰に隠れがちだが、患者も援助者である私たちも、ともに生きているという最も根本的な事態を思い返し、それぞれの内に秘められた力を信じてみてもいいのではないだろうか。

文献

- Fukunishi I, Sugawara Y, Takayama T, Makuuchi M, Kawarazaki H, Surman OS, Kita Y. (2001). "Paradoxical psychiatric syndrome" of the recipient after child-to-parent living-related liver transplantation. *Psychosomatics*, 42 (2), 163.
- Groddeck G.・野間俊一 (2002). エスとの対話ー心身の無意識と癒しー. 東京:新曜社.
- 野間俊一 (2012). 置き換えられる身体/置き換えられる生ー生体肝移植の経験ー. 野間俊一, 解離する生命 (pp.192-215). 東京:みすず書房.
- 野間俊一 (2012). 身体の時間ー<今>を生きるための精神病理学ー. 東京:筑摩書房.