

3 神経精神科診療所での臨床を通じて考えたこと

本 間 俊 行（郡山市・本間内科神経科医院）

診療の実践を通じて日常思うこと

—— 神経症と内科的慢性疾患に神経症様状態を併発した症例の診療を中心にして ——

昭和34年に、弘前大学神経精神科医学教室に入局し、和田教授に師事し、諸先輩の指導で研修したのであるが、個人的には、神経症にことさら興味、関心をもち、フロイトの神経症論を中心に神経症理論に関する著書を読み漁ってもいた。また一方、当時、教室全体がてんかんの研究に没頭していたので、小生もけいれんの組織病理学的研究を電子顕微鏡レベルで大学院生時代に引き続き、日本学術振興会の奨励研究生として研究した。このことが神経症の精神療法研究という心理重視の立場と微細構造的細胞レベルでの生体病変の観察が“心と体”“体と心”という両面から、常に患者を診療するといった態度の基礎になったものと思われる。

続いて、佐藤教授には神経精神科医として、より深い人間理解を中心指指導を受けて、さらに向精神薬剤の臨床研究、そして第5回世界精神神経医学大会に発表するについての機会を与えられ、神経精神科医としての視野を広めることが出来たと思われる。昭和42年、佐藤教授の御配慮により、当郡山市内の精神科病院・内科神経科診療所に勤務することになった。しかし、小生のライフワークとしての神経症・心身症をじっくりとみていくことが出来ないため内科神経科診療所の開設に踏み切ることになったのは今を去ること15年前のことであった。

開業15年間にみた症例は様々で、開業当初とここ近年の患者の内容、はたまた以前医局時代の患者の層、勤務中の患者の層の内容から、一開業医としての感想を述べてみたい。一開業医としての印象を述べる前に、郡山市における小生の医院の概略を述べることにする。当院は概ね、市の中央に位置し、内科就中、神経内科、心療内科を中心とし、さらに軽症の不眠症や抑うつ状態を主とする精神障害の入院治療の為の有床診療所と今ひとつは、本院と隔たること約4kmの約1000世帯の団地に内科小児科を中心とした無床の医院とがあり、その2つの医院を同門の弘前大学卒業でありしかも、同医局で研修した妻定子と交代で診療に従事してきたことをここに記しておく。

これまで診療した患者の疾患別分類についても詳細にここに記載することは割愛するが、当然のこととして、内科としては、カゼ症候群、高血圧、心疾患、胃炎、肝炎、膵炎、腎炎、糖尿病、関節炎、動脈硬化症等の疾患が大半を占め、就中、近年5年間、虚血性心疾患増加が目だっているように思われる。精神科領域としては、不安、抑うつ、緊張を主とする神経症、心気症などの症状をもつ神経症、抑うつ、心気症を主としてあらわれる所謂、中高年齢者の心因性うつ病と仮面うつ病が増えてきた。その他、脳動脈硬化症、老人性神経症も増加しているように思われる。

神経症は精神的原因（心因）によって、精神的あるいは、身体的症状が引き起こされた状態であると定義されているが、もう少しくだけていうと、神経症性性格プラス心理的環境要因(葛

藤、抗争、欲求不満等）就中、家庭内での対人葛藤、職場内での人間関係の歪みなどの結果生ずる相対的心因反応として生ずるものであると考えられる。神経症は所謂、除外診断を基礎としており、その身体的・器質的疾患のないことを証明されることが基本であることは、医学が進歩をとげた今日といえどもかわることはない。

ところで、純粹に器質的、身体的障害をまったくもたない神経症のみのケースは、多数の中でしめる割合は、実質的にはかなり少ない。このことは、今日、健康、疾病に対する人々の関心が非常に高まり、受診の機会が多く、かつまた、めざましい医療診断機器の発達によるところが多いことによる。外来患者の神経症のケースで同時に併発してもつ疾病を発見する機会が多くなった。また、他方、内科的疾患をもつ場合、たとえば、高血圧、胃炎、虚血性心疾患などの病気が診断され、或は、治療経過中に、神経症的発展や、個人個人の持つパーソナリティーやその個人の持つ身体疾患に神経症が合併するといった症例が所謂、神経症的加重をおこしているケースがきわめて目につくのである。

さて、戦後から今日まで約40年の間に疾病構造には大きな変化がみられた。周知のごとく終戦直後は食糧不足、衛生知識の貧困、物質不足等々により結核を中心とする感染症が多く、その死亡率も群をぬいて高かった。戦後、約10年後にはペニシリン、ストレプトマイシン等の抗生物質の発見、開発、応用によって結核死亡率、乳児死亡率が著明に減少したということは言うまでもない。そして医療機器の開発とその応用は、ガンの検診率を高め、向精神薬剤の開発は、精神障害者に多大の福音をもたらし、社会復帰の可能性もしめした。そして、近年のここ5～10年におけるIC、ソフトウェアやメディカルエレクトロニクスの開発はめざましいものがあり、超音波、レーザー等の開発は飛躍的な医療技術の進歩と検診の普及をもたらし、その結果、まさに、日本は世界一の長寿国に変貌したということはいうまでもない。所謂、高齢化社会の到来がそれである。

さて、一方では、食生活の欧米化により心臓病死亡率が、脳卒中死亡率を上まわり、ガン死亡率について死亡率の第2位をしめるに至ったことは、最近の厚生省の発表により明らかなことである。こうした傾向は、一開業医である当医院の外来患者の動向をみても明らかである。

我が国が経済大国にまで成長し、今や世界第2位のGNPを誇るようになった要因の一つには、日本国民の勤勉さと、世界有数の労働過重条件があることを忘れてはならないのである。日本人はたいへん働き者であるということは世界によく知られている。人間関係のむずかしさや、近年、急速の進歩をとげたソフトウェア等をふくむハイテク時代の到来は、中高年層のみならず、若年層にまで心身面での過労やストレス等に追いついては追いついていない。その帰納として、神経症や胃潰瘍、神経性高血圧、神経性狭心症、神経性胃炎、発作性心臓頻搏症、十二指腸潰瘍、過敏性大腸炎、偏頭痛、緊張性頭痛、自律神経失調症、眼精疲労、チック等々の心因性、ストレス性の疾患を著明に増加させているのである。ちなみに、日本医師会雑誌11月号の中で東大の末松弘行教授によると大学病院の内科でも80名中に約47%が心理療法が必要であると報告している。現今、経済の発展を中心に国際的になってくるにつれて、社会、経済、文化等の交流が活発になり、これが人間の生活環境を複雑化している。経済、科学の発展や複雑化は、それなりに生活環境を変え、このことが疾病の構造変化にもいろいろな意味で関与しているのはいうまでもない。

人間生活の基本は、経済生活を基盤としてそのうえに教育、文化等の影響下にあつて、展開されている。疾病の成因を考慮するにあたって、衛生知識の普及、就中、食生活や物理的化學

的有害物質からの回避・防御、人間関係の調和、生物学的要因等々のことがあげられる。このことは、感染症、中毒性疾患、血管障害、腫瘍その他、神経症の病因また予防の面でも基礎となることはいうまでもない。小生は、このわずかな紙面をさいてここに病院病理学、病態論を論ずるつもりは毛頭ないし、また、その力もない。ただ、神経、精神医学を専門とする医師の立場から、神経症、心身症を中心に、その他各種の器質的疾患にみられる神経症様状態および、精神変調について、所見を述べてみたいのである。

ところで、少々話題は変わるが、ここ約1年のあいだで急速に関心の高まっている問題がある。それは、いじめについてである。これを小生は神経症の現象としてとらえてみたい。

いじめ、いじめられの関係は、主に小・中学校を中心として、そのいじめの成因・背景・病理・対策について論じられているようであるが、その関係はなにも小中学校に限ったものではない。大学において、また、一般社会において、いろいろな職場の人間関係の中でもみられる現象であるが、ここでは主に小中学校のいじめについて、若干の所見に限定して述べることにする。

いじめについてその明確な成因が判明し、かつ、また、的確な対処および医師としての解決（治療）のための切札の処方箋はまだないといつてよいだろう。いじめという病的現象が、その解決のカギを握るといってもよい人間の養成を目標としている教育の現場つまり教室でその大部分が行われているといったことは、はなはだ危惧するものがあり、また、解決のカギもそこに隠されているようにも思われるのである。もちろん、いじめは、いじめられる者といじめる者とが存在することによっておこる関係だから、いじめられる現場が学校であるということで、学校教育のみにその責任の大部分を課するというのではない。いうまでもなく、子供の性格、パーソナリティーの形成は、生後まもなくからはじまるものであり、ことに両親の躰、就中、母子関係が重要な意味をもつことはいまさらここに論ずるまでもない。母、時として父を中心に兄弟、祖父母等の同居家族からうける影響は、考え如何によって、学校教育以前からはじめられる躰を中心とした善悪のけじめ、思いやりやいたわりなどの優しい心の育成、また、家庭内でのテレビなどからうける影響もみのがすことが出来ないことの一つであるように思う。

さて、戦後教育の大きな変革、民主化、核家族化などの変化、その後の高度経済成長によってもたらされた産業・経済構造機構の変化は、学歴偏重といった傾向をもたらし、ここ15年以降は特に顕著になり偏差値偏重の傾向を生むことにより、その結果、高校・大学入試を目標に、小中学校などもっとも交友関係を通じての情緒教育の大切な時期に「勉強しろ」「偏差値を上げろ」といったような半ば力づくの要求が学校側からも家庭側からもむけられていることを思い知るべきである。このように競争競争の成績重視の親などからの強制された環境の中では、他人への思いやりやいたわりの心が育成されないのではなからうか？のびのびと遊びたいという子供らしい欲求がフラストレートさせられるところに欲求不満という状況が醸生されると考えられるのである。

戦後、民主教育による教育の機会均等は、教師の威厳が家庭における父権の弱体化と同様に、教師の威厳の弱体化をもたらしたのではないか。かといって教師は生徒の前に威圧的な態度でのぞめということをお願いしたいのではない。高く、確かな教育理念をもち情熱的態度で接することで生徒に信じられ、かつ慕われ愛されるようなそういった望ましい教師達が戦前に比して少ないのではないかと考える。教育者でもない小生は、確かなデータを手にはしていないわけでは

ないため、正確には述べることはできないのだが、教師の質が低下しているのではないだろうか。このため、生徒のフラストレーションが増加し、この結果としていじめがおこるのではないかと考えているのである。

いじめに対する対策は現在、国でもとりあげられてはいるが、いずれ教育の専門家や精神科の医師や社会病理学者、児童心理学者達の手によって、処方箋が示されることになるであろう。ちなみに今日までは教育関係の雑誌「教育心理」「道徳と特別活動」「児童心理」等で専門家達が見解を述べている。またことに、加藤正明教授、小此木啓吾助教授らのすぐれた知見も発表されている。各専門機関の権威者達の見解や教育評論家の遠藤豊吉氏やいじめ問題をあつかった映画監督中山節夫氏と小生との対談から小生の解決策としては少なくとも子供のパーソナリティーの中核をにぎる親の躰という教育態度が基本であり、思いやりやいたわりの心を育成するような倫理・道徳教育が必要となりかつ、勸善懲惡主義の教育の重要性を認識した教師達の協力および、地域社会の人々の良い子はほめ、悪い子には注意をする社会人の協力とマスコミの協力および政府の教育改革（受験戦争の緩和）といったような対策によって、いじめは解消されうるのであろう。

小生らが前に紹介した精神科診療所を主体とした本間医院、柴宮医院の過去およそ15年にわたる診療体験から顧みて、症例の大部分は神経症であり、各種内科的慢性疾患に神経症様状態をあわせもつケースが主であるが、うつ病・内因性うつ病・非定型精神病・分裂病・てんかん・老人性精神病などがあつたが、外来通院を主体としている限り診療の対象となるケースには、次のごとき限定条件のあることはいうまでもない。

- ①患者自身、通院の意志に従って通院してくる症例
- ②医師の指示に従って、検査や注射等の治療をうけることのできる症例。
- ③家庭内で指示通り服薬が、おおむね励行されうること

この3つが最低条件となる。

病識、病覚をもつ神経症は前記の3つの条件をほとんど必要としないケースが大部分であることはいうまでもない。前記の条件が満たされても幻覚、妄想など所謂、自傷他害の恐れのあるケースは通院診療が不可能であることも同様にいえる。家族の積極的な協力をえられ、情熱をもった木目細かい、医師を含む診療従事者やカウンセリング等におけるかなりの精神障害での外来診療は十分に可能なことや向精神薬の投薬量も精神病院勤務時代の診療体験と比較検討してみても、およそ5分の1～3分の1以下と少なくともすむことも知りえたのであるが、カウンセリングに数倍の時間を必要とすることも同時に知ることができた。精神障害者の医療が、向精神薬の進歩・開発によってかなり開放的なふんいきの中ですすめられることが、可能になってきた今日、最終的には、家族・職場の人間関係の障害の問題としてのこる分裂病・非定型精神病ことに老人性精神病などでは、閉鎖的傾向、もしくはそういったムードがあることは否めないような診療に陥りがちな精神病院での入院・治療よりは、あきらかに好ましい医療の姿であり、これからの近代医療はかくあらねばならないと思うのである。しかし、それにもかかわらず、前記の妄想の強い者や向精神薬剤の服薬・注射、および精神療法によるもの、自殺企図などの危機状態から解放出来る。また、通院、加療経過中にしばしばみられる分裂病や非定型精神病や他の精神病の病勢増悪期出現の際などでの診療でコントロールしきれないことがあつたり、薬物の漸増によって軽快する見通しのあるケースでも、軽快に至る期間内に保護者である家族が看病疲れにより患者の面倒をみきれないために、精神病院に入院を希望するケー

スもある。

外来診療と精神病院とはできる限り、互いの機能を理解しあい、みだりに競合することは互いのための得策とは言えないし、患者のためにならないということを深く認識し合うべきであろう。そのために基幹病院としての精神病院との連携を常にとりあうべきである。個人診療所と総合病院との機能分化についてはおおむね前述のごとくであるが、民間病院と国立病院との間にも、精神障害者の診療にあったては、それぞれ役割分担・機能分化に相違があり、この分野でも競合することなく、相互秩序の精神にのっとった診療行為を互いになすべく努力する必要があることはいうまでもない。

すでに、昭和44年第9回精神衛生東北ブロック研究協議大会で『自治体立精神病院への期待』の中で小生は民間病院の立場から意見を述べた。そして昭和45年、共同研究者の兼谷俊氏と共著で『東北地方における精神科医療の現状と問題点』ということで『精神医学』に発表した。自治体立病院の機能と役割については

- ①民間病院で出来ない治療のむずかしい患者を扱うこと
- ②精神科救急医療・保安処分上問題のあるケース、精神病質者、アルコール・麻薬中毒患者、老人痴呆を取り扱うこと
- ③分裂病患者を中心とした諸精神障害者の社会復帰のための中間施設、たとえばディケアセンターなどをもうけること
- ④作業療法士、看護婦などパラメディカルスタッフの教育養成

などを指摘した。

15年後の今日に到ってやっと厚生省が動き出した。その具体策として、

- ①ディケアセンター
- ②福祉ホーム
- ③援護寮
- ④授産施設の整備、建設

があげられ、我が国の精神医療も病院中心から社会に開かれた地域医療になりつつある。このことは小生としては、かねてから強く望んでおり大変よろこばしい限りである。

開業15年で感ずることは、一般的に1時間待ち3分診療ということを目にするがこのことはあながち嘘でもないようである。カゼひき、腹痛、ジンマシンなどの一般急性症の患者は、問題ではないが、高血圧・慢性胃炎・肝炎等の慢性疾患、ことに自律神経失調症（更年期障害を含む）、胃潰瘍、過敏性大腸炎・神経性頻脈・皮膚掻痒症等の所謂、心身症やことに身体症状を前面に愁訴としながらも基本的病気がうつ病であるという所謂、仮面うつ病等もしばしば外来でみられる症例であるが、これらのかかりのケースでは、診療の短さを嘆き訴えていることは小生どもの外来において、日常茶飯事のことである。病気を心配しての医師に説明不足や、質問されることをいやがる医師、質問しにくいふんいきをもつ医師等々、苦情や訴えが多いのにただただ驚くばかりである。

病気の治療の基本となるのは、心身の安静休養をもととし、薬物療法、食事療法、理化学療法、手術等の療法があり、疾患の種類によって、そのウェイトがちがうことはいうまでもなく神経症の治療としては心理療法が基本で、身体疾患代表ともいえる外傷、骨折、ガン、腫瘍等は手術療法が主体となる。しかし、近年多くみられる高血圧、心臓病、胃・十二指腸潰瘍、糖尿病、腎炎、肝炎、膵炎等の身体疾患の大部分は、薬物治療が主体となることがいまでもな

いのであるが、病気にかかるのは人間で、人は動物でいうヒト科のヒト、生物学的生態を基礎とした人間という高い精神の存在なのである。医療は、疾患を持つ人間が治療の対象であるがゆえに、その治療にあたっては、薬物・精神療法の物心両面からの治療が必須不可欠のものとなるものである。

ところが、現代の医療はどうであるか。1時間待ち3分診療ということは、とりもなおさず国の医療政策の低医療費政策の帰納としてみるべきものである。わかりやすくいえば、ひとりの患者には多くの時間をかけることは出来ないしくみになっているのである。1日に100人あるいはそれ以上の患者をみなければ、看護婦、事務員、検査技師、ケースワーカー、賄い婦等々の職員の給料をもまともに払うことができず、また、医師自身の生活も保障されないということが現実であるというのは過言であろうか。日本の医療費は、欧米に比して近年、漸次改善されつつあるとはいいながらも、薬物や検査や手術等のいわゆる目にみえる物質本位の診療の内容が主体であり、心の医療・診察等の技術指導面での診察報酬の評価が少ない点、3分診療を生んでいる根本なのである。近年、とみに増加している心身症はいうまでもなく、心臓病・高血圧その他の成人病をふくむかなりの広範囲にわたる疾患の大部分の治癒には、薬物治療におとらぬほどの心理療法、精神療法が重要なことをここに力説したいのである。

人は誰でも長寿を望み、常に健康でかつ安全であり幸福であることを望んでいる存在である。長寿を望む心は、おそらく人間の歴史はじまってから今日にいたるまで、誰しものが持ちつづけた夢であり、極めて強い願望なのである。前述のごとく近代医療の進歩によって人生50年から、今や世界的長寿国となった本邦においては、男子の平均余命74.8才、女子の平均余命約80.5才、人生80年時代が現実のものとなった。おそらくここ数十年の医学の進歩発展によって、人生100年が可能になることもまざら夢ではないことと思われる。このように寿命がいかにのびたとはいえども、よりいっそうの長寿を望むことと思われる。長生きすることは、望ましいことであるが、急速な高齢人口の増加は、高齢に伴う疾病の増加と労働力の低下、生産性の低下等による生活の基本となる経済力の低下、生活保障の不安（老後の生活への不安）がいまや本邦にとって重要かつ深刻な問題であり、こうしたことから神経症または神経症様状態の増加は十分に予想されるところでもある。人間がその生存上、安全や平和や幸福な条件や状況が危機に曝されたり、脅かされたりする時に神経症状態を呈することになることは十分計り知れるところである。つまり、健康を損ねたり、健康に対する自信を失いかけたり、生活を確保するための収入の取得が障害されたり、職業や学業や交友関係他、家庭・職業上の人間関係の障害など、自己実現が危機状態に曝された場合同様、神経症様状態もしくは、神経症に発展すると考えることができる。今日まで、神経症理論に関して、“フロイトの快樂追求への意志” “クレッチマーの疾病への逃避” “アドラーの権力への意志”その他、自己実現の阻害、人間実存の危機感等の神経症の本質的原因論について、著名な神経症論者の見解があることが十分承知されているし、神経症診断の際には、こうした著名な神経症理論者達の理論を参考とした人間観からの個々のケースについて、人間学的な了解心理学的過程としてとらえ、診断しかつ、診療にたずさわっているのであるが、この道約30年間、多数の神経症、神経症様状態の患者を診断し、小生なりに神経症の成因、分類そしてその治療法（心理療法）および、予防的一方法を以下に論述してみたい。

分類はフロイトをはじめフランクフルにいたるまで様々あるが、小生なりの分類を提起してみたい。

- ①恐怖症型神経症 ②適応不全型神経症 ③ヒステリー型神経症 ④神経衰弱型神経症 ⑤思春期神経症 ⑥更年期神経症 ⑦特定難病恐怖型神経症 ⑧心気型神経症 ⑨不安型神経症 ⑩抑うつ型神経症 ⑪過敏型神経症 ⑫神経質型神経症 ⑬医原性神経症 ⑭賠償神経症 ⑮実存（魂因）神経症 ⑯無気力型神経症 ⑰離人症型神経症 ⑱精神神経症（強迫神経症） ⑲精神衰弱型神経症 ⑳異型境界型神経症 ㉑分類不能型神経症

以上の分類は1、主症状 2、心因の内容 3、診断及び治療の難易度 4、パーソナリティーの特徴 5、年齢・職業等を参考にしての分類であり現象型として単一のもの、二型場合によっては三型にまたがるケースがあることはいうまでもない。本分類については他誌に投稿する予定であり詳しくここに書くことは割愛させていただく。

人間は生まれながらにしておとなしく、概しておっとりとしていて消極的で手の掛からぬ基質の子供と活発で自己主張（？）が強く、いわゆる育てにくい子供とその中間のどちらの要素も兼ね備えている子供の3つに大別されると思う。母子を中心に父と子、兄弟を含めた家庭環境所謂パーソナリティーの基礎が小学校入学ぐらいまでの期間に形成される。そして、学校の教育、友人との交流などによって様々な性格がつけられるのはいうまでもないが、自己中心的であったり、協調性がなかったり、物事に過敏な所謂神経症的性格が形成されるということで、両親の人間観、養育態度（躰）、学校での教育態度・内容ことに教師の人間観および、友人とのつきあい、テレビ、書物、地域社会からの影響のもとパーソナリティーが形成されるわけであり、善悪の判断や自己統制（セルフコントロール）を中心に対人関係等での様々な心理的防衛機序（代償、合理化、昇華、同一視等）を体得するし、神経症にならずにすむような生き方を自ら体得して行くものと思われるのであるが、家庭の躰、学校での教育環境における不適性等々から神経症に陥りやすいような弱い性格、小生に言わせると、免疫性の低い性格、所謂社会的、心理的免疫の低いパーソナリティーが形成されると考えられる。

人間は、現在おかれた環境の中で安全であり、それぞれの年代によって、もちろん相違はあり、また個人によっても相違があることは当然のことながら、その中で、自己実現に対し、妨害されず安全かつ平和で人を愛し、学童は勉強に友人と遊びに、或は、生徒や学生は同様に授業にまた交友に、大学入試などの目標に向けて、鋭意努力をしており、社会人はそれぞれ、その職をまっとうするよう自己あるいは他人の為に将来にむけて夢と希望をもって努力し、自己実現をはたしているのがごく一般の生き方であろう。そういった自己実現が何らかのかたちで障害された時、すなわち、親からの愛情がうけられないような親子関係の危機、いじめなどの状況下におかれた時、思うように学業がふるわなかった時、また社会では職場の人間関係で障害（葛藤・抗争等）が生じたり、健康を害したりした時など、自己実現の危機がかんじられた時に、神経症もしくは神経症様状態が発生するものといった、それはきわめて常識的な考えなのかもしれないが、そのように確信しているのである。

社会は前述したごとく、経済、文化、職場の人間関係や機械化等によってきわめて複雑化の様相が強まっている。そしてその中で人間は心身ともに適応を強いられている。そして自由主義経済機構の中では、弱肉強食であり、力のあるもの、能力のあるものが地位や経済の優遇をめざして競争し、さらに人間関係をたとえば、こきおろし、あしをひっぱる、裏切り、不信等々の好ましくない状況も遺憾ながら現実の問題としてあることも否めない。かかる状況下においては神経症は本来、“神経症的性格+環境要因”との相対反応として生ずるのであるが、今日に到っては性格構造が神経症的でない、かなりの葛藤、抗争、欲求不満にも十分たえうるごとき

性格のもちぬしであっても、神経症あるいは神経症様状態になる社会環境の変化があり、予防の面でも職場の精神衛生管理を十分考慮しなければならないという状況にいたっている。

そしてつけ加えることとして、神経症の要因ことに環境的人間関係の要因として重要とされていた主婦の神経症の要因に嫁と姑の関係があった。昔は姑が嫁いびりなどによって嫁の神経症の要因をしめていたが、今日では核家族化がすすみ、女性の職場進出によって、姑が孫達の面倒をみることで心身の疲労と嫁への気づかいが老人性神経症の要因となっている。

神経症の要因を考えるにも社会環境的要因の変化を考慮に入れることが重要である。

そこで神経症の治療と予防についての私見をのべることにする。神経症の成因を考える時に次のように言えると思う。即ち、幼少時のパーソナリティーの形成に最も重要な時期に、好ましい親子関係を配慮し、苦痛や緊張その他の困難な状況にもたえられるよう強い精神力をもつパーソナリティー、善悪を判断できいろいろな欲求に対する自己統制の出来るパーソナリティー、思いやりがあり、いたわりの心を養成するなどといった情操面での豊かであり、なおかついろいろな困難な状況を乗り越えられるような所謂、強い子たくましいパーソナリティーの養育、養成を念頭とした教育、躾をすることがその予防となり、子供の神経症の治療などにも当然のことながら、しっかりと愛情をもって、甘やかさずに厳しく子供の心理特性を理解した躾が治療かつまた予防の基礎となるものと確信している。一般に神経症の治療の心理療法には基本的に患者の話をよくきき入れる受容的態度は、患者の現状を把握し、理解し、患者に治療者として信頼されることが基本的な治療態度であることはいうまでもなく、症例によってはまた治療の過程中には、指示・説得・教化・保障、時として、暗示、催眠療法や自律訓練法などの手段をとるのが必要とされるケースのあることは、精神科医としてはだれしも日常おこなっているところである。さらに前記の説得・教化・暗示療法に頼らずに出来る限り、患者に話をさせその話の中から患者自身の恐ることない疾病へのとるにたらない不安や思いちがいなど自己の疾患への病的妥協の自己の姿を自覚、発見させるように自分自身を洞察させるよう指導する方法をとることは、前記の説得療法など積極的な療法と並んで神経症の心理療法としてはごくありふれた手法であることはいうまでもない。小生の治療の中から、心理療法として大切な点は次のごとくである。

すなわち、症例によってそれなりに多少のニュアンスのちがいはあって深い人間関係等の理解の立場にたち、相手の悩み、苦痛、不安、緊張を理解しながら、その根源や由来について洞察し、自己実現の障害の由来について語り合い、深い人間のかかわり合いの中から、未来への意義ある生き方を暗に示すような方法、また、人間にとって悩みというものはしばしば本質的に人間の成長の過程において、対決し乗り越えていかななくてはならない性質のものであること等について共鳴、共感をえるような話し方を基本としているし、このような所謂、心理療法が奏効する場合の多いことは肌で感じている。

以上のごとき、心理療法の態度はもちろん成人の神経症を対象としたものであり、ことに近年特に増加の傾向にある実存・不安を背景とした神経症のケースにおいては、奏効することは言うまでもないことである。その他、今回は紙面の都合で割愛させてもらったが、増加する一方の物心両面でのストレスを背景に増加している心身症、そしてここで取りあげた神経症のごくありふれた心理指導、レジャー・スポーツ・音楽鑑賞その他でストレスを解消することによって症状が改善される場合もけっこう多くみられることから、神経症、神経症様状態の治療、予防として好んでとり入れている。

おおむね、小生の体験からみた神経症の治療法は以上のごとくであるが、数年にわたって有効であると思われる一心理療法として、信仰療法（仮にそのようによばせてもらうことにするが）に注目している。

人間は本来、悩みが多くいろいろな心身両面にわたるストレス等に対して特別な訓練などを行っている場合を除いては、強い存在とはいえないと思われる。めまぐるしい近代社会環境の激変にもなう人間関係のむずかしさなどの変化に適応しきれず、神経症、神経症様状態が急ピッチに増加するといったこの傾向はますます今後顕著なものとなることは想像にかたくない。今日ほど、人間関係がいろいろな意味で必要とされている時代は、かつてなかったのではないかと思われるのであるがどうであろう。機械文明の進歩によるオートメ化、コンピューター化の本格的到来により、人間関係の必要性とほうらはらにむしろ人間関係の障害が進んでいるといっても過言ではない。ここに人間関係のみなおしが必要であり、“魂”の価値の見直しの必要性について、真に考えられねばならない時代なのである。

その最も手近な解決の手段、方法として信仰があげられるように思うのである。人間、窮地におこまれたり、生命の危険、生存の危機を体験した時、人間の心、魂をもつものは、誰しも「神様」「仏様」「御本尊様」と胸に手をあわせ合掌する者が大部分であろう。そうして、そういう経験が誰しも長い人生の間で一度や二度あるのではないかと考える。たしかに、神や仏は絶対で、その力は超自然かつ不動のもの、唯一無比のものである。科学の進歩は人間の英知の積み重ねによって、はなはだしい進歩をとげ、人類にしあわせをもたらす反面、多大の不幸も招いたし、また、今後も大きな危険性を招くだろうことは周知の事実である。神仏を信仰することには、あらゆるストレスから心身を守るかもしくは、ストレスをやわらげる効果は抜群にある。不安、緊張、悩みの中にあっても、神仏への強力な信仰はこれらの不安、緊張を強度にやわらげるか、少なくとも減少する力、作用をもっていることは確かである。このこと、つまり神仏を信仰することは、その精神統一といった心理学的精神医学的状况を極めて効率よく体得でき、この不安、緊張、興奮等の鎮静下、所謂大脳皮質一辺縁系一視床一視床下部一自律神経系一身体各器官の動揺の鎮静化（心身面でのストレス解消もしくは軽減化）に効果があると思われる状況が症例によってもしばしばみとめられ、ここに神経症、神経症様状態、心身症の治療にあたり、ことに信仰療法は本人の意志一つで簡単に可能となる技法であることから、小生は折にふれて治療に強力な助けとして取り入れているのである。ただ、ここに言う信仰療法はあくまでも心理療法の一方法であり、応用自然科学としての医学が基本であり、神経症、神経症様状態の心理療法としてなんら支障のあるものではないことを誤解のないように付記しておく。（目下、不勉強の為、信仰と脳下垂体、副腎皮質系の機能との関係についてのたしかかな学問的および科学的文献を手にしてはいるわけではなく、小生の臨床経験から付記することをここにことわっておく）

以上、弘前大学精神神経科医局をはなれて20年めにあたる今日、その間の5年間の精神病院・内科神経科医院における勤務医としての臨床経験から前述のごとき、神経内科、心療内科、小児科、神経精神科を主体とする内科・神経科・精神科系を中心とした開業15年の診療体験、ことに、ライフワークとしての神経症・神経症様状態、心身症の症例、数千例の今日までの小生の私見について、はなはだまとまりの悪いものとなったことは申しわけないが、開業第一線にある者としての実践的な経験としてなんらかの皆様のおやくにたてば幸いこの上ないものと感じ、さらに、本稿の寄稿の機会をあたえて下さった佐藤時治郎教授に深甚なる感謝の意を表し、

ここに稿をとじるものとする。

追 稿

本稿投稿中に日本医師会雑誌11月号メンタルヘルスが特集としてとりあげられ、「内科診療場
面におけるメンタルヘルスの問題」「産業保健とメンタルヘルス」「いじめ・登校拒否・家庭内
暴力」等について各専門分野のエキスパートからの発言がなされている。現時点で各科領域(医
学・教育・産業等)での心理療法並びにメンタルヘルスの必要性が真に求められているとい
うことが再確認された。小生としては、精神神経科医の立場から微力ながらもこの方面の診療並
びにメンタルヘルスに関して積極的に助力すべきことをおしまないのである。

郡山市 本間内科神経科医院

本間 俊行