

臨床心理学と診断

—パーソナリティ構造と関係性の視点から—

神谷 栄治・西原 美貴

Diagnosis in Clinical Psychology

—Viewpoint of Personality Organization and Relationship—

Eiji KAMIYA and Miki NISHIHARA

臨床心理学は基礎科学というよりも応用科学である。つまり、純粋に事実や真理を探求しようとするよりも、問題を抱えた人の存在を前提としこれに対する実際の関わりのある方を通じて問いを立てていくという姿勢が常に根底にあるからである。

問題を抱えた人つまり来談者へ臨床心理学者が関わりをもち心理的手段によって働きかけるとし、これがなんらかの裏付けをもった方法であるなら、それは心理療法ということができよう。しかし、来談者に心理的手段で働きかけるとしても、その来談者がいかなる人であるかという見当もなく、ただ一律に働きかけるとしたらそこには専門性があるとはいえないのは明らかである。来談者と関わりを持つとする場合、その来談者はどのような人なのかある程度理解し、そのうえでもっともふさわしい方法を選ぶということが当然なされる。その結果、ときには心理療法をしないで、医療機関に紹介するという選択肢もありうるし、自分の力量を越えた問題であると思われればしかるべき人に心理療法を依頼するために紹介するという選択肢もありうるであろう。

こうした関わりの方針を立てるために、来談者の問題をしらべ見当をつけることは、通常、診断あるいは見立てあるいはアセスメントといわれる。

この診断という用語は臨床心理学では忌避される傾向にある。それは、診断という語は、基本的には医学用語であるからである。最近ではたとえば「企業診断」といったように他の分野で用いられることもあるようだがしかし、これはあくまで医学用語の隠喩的利用であろう。臨床心理学は、精神医学と重なる領域は少なくないが、それゆえ独自の観点に基づいているないしはそれを持つと奮闘しており、この点からいって医学用語に簡単に依拠するようでは、学問のアイデンティティそのものが揺るぎかねないことになる。こうした事情で、臨床心理学では、診断という語を避け、アセスメントとか見立てという語を用いることが多い。

がしかし、どんな言い方をするにせよ、さしあたり来談者への関わりを持ち方の今後の指針を得るために、来談者の話を聞いて問題の所在を暫定的に判断している以上、臨床心理学者は日々、診断に類した行為はしているわけである。こうした診断ないしは診断に類

する行為に対する臨床心理学者のスタンスには、あいまいな言い方であるが、すくなくからぬ揺れがあったと筆者には思われる。それは、前述したような診断という語に対する臨床心理学者の微妙な態度からもうかがいしれると思う。本論では、こうした臨床心理学における診断のあり方の変遷や位置づけについて検討していくことにする。

1. 診断をめぐる小史

A. 精神医学的診断

臨床心理学は前述したように精神医学と重なる領域が狭からずあるが、精神医学に比べると若い学問である。つまり医師でない心理学者がこの分野に着手したのは、当然医師に遅れてである（ちなみに臨床心理学の学問的礎となったフロイトもユングも医師である）。ただあつかう対象にはかなりの重複があるから、臨床心理学での診断の前史として精神医学の診断について簡単にふれる。

精神医学で診断といったとき、その診断のあり方についてさらに身体医学にその範をとるとする。身体医学において、疾患とは①特有の症状、②特有の経過、③特有の器質的変化、④特定の原因が明確になっているものをいう（成田 2000）。しかし、精神医学があつかう疾患あるいは障害は、必ずしも身体医学でいう場合の疾患の定義を満たしていない。たとえば分裂病といった場合、特定の原因や特定の器質変化も明確ではない。しかし、今後いずれそれらが明確になるであろうという見込みのもとで疾患単位概念と成立しているわけである。

近代医学の幕開けとその確立の舞台となったのはご多分にもれずヨーロッパであるが、精神医学においては、ドイツのクレペリン（E. Kraepelin）が決定的な役割を果たした。前述したように、不明確さが必然的に付随する精神医学において、病因についてはさしあたり棚上げしその症状の記述や経過を重視して早発性痴呆という疾患単位を明確化し（1896年のことである）、さらに倦むことなくその考え方を押し進め緻密で壮大な疾病分類体系を作り上げたたびたび改訂し精緻化していった。

このクレペリンの緻密な疾病分類体系によって、精神医学が身体医学にならんで近代化をなしとげることができたと言えると思う。しかしながら、この疾病分類体系はその緻密さと厳密さゆえに得ることも大きい一方で、ながらく精神医学にとって枷でもあったのではないかと思われる。

それは、その厳密さゆえ、患者を前にして、壮大な疾病分類体系のどこに当てはまるのかということに地道をあげることになるであろうし、また精神疾患の多くは、身体医学とは異なり器質的異変が明確でない以上、厳密さをもとめるとそれはさらに観念的になる傾向を強め、厳密さを重視すればするほど、観念の袋小路に入っていく。あまりに厳密さを重視することは学問の発展には有意義であれ、日常の臨床上得策ではないことが推測されよう。こうして診断することが、壮大で厳密な疾病分類体系の中に位置づけることに偏重するようになると、診断は、壮大な疾病分類体系の言語世界を共有する特権的で学問的権威をもつ者の間でおもに流通する符丁のようなものになり、それは患者に対して、治療の方針を説明し理解を得るということからかけ離れてしまうことにつながる。かくして、精神医学の診断が問われることになっていく。

また実際の問題としても、診断分類体系があまりに厳密に観念的になると、疾病分類体系が国や学派ごとに言うなれば「方言」のようにある差異をもっていくようになる。たとえば、イギリスとアメリカでは分裂病といった重要な疾病でさえ、線引きがことになって、同じ患者がイギリスとアメリカでは病名がことになるといったこともまれではなくなってきたということもあった。

B. 反精神医学

イギリスのレイン (R. D. Laing) を代表とするような反精神医学の運動では、診断はレッテル張りにすぎず患者にとって有害であるという主張がなされた。端的に言えば、精神病というものは存在せず、精神病とレッテルを貼ることによって精神病が作り出されるのだということである。つまり、日常社会で隠蔽されている真実に気づいてそれを告発する者は、真実を見たくない家族や周囲の人には都合が悪いので、家族から精神病とレッテルを貼られ片づけられることになり (たとえば「あの子はおかしいからあんなばかげたことを言っているのです」)、そうするとむしろ精神病とされる方が真実を認識した正気であり、レッテルを貼って他者の言に耳を貸さない者つまり家族や精神科医などの方がむしろ正気ではないということである。

こうした反精神医学の、治療者の側に潜む権威性への異議と、そうした権威を背景にした診断が患者ないし人間を抑圧疎外するものに他ならないという主張は、既存の権威に対して異議を申し立てるといふ当時の風潮とあいまってある程度の影響力をもった。がしかし、臨床経験がないかごく浅いものならともかく、ある程度以上経験のある臨床家にはこうした観点は部分的には首肯できなくはないが、一方で多数の患者の実状を考えるとあまりにイデオロギー的でありまた理想郷のごとき話 (ではレッテルを貼るのをやめると患者の苦悩はなくなるのか) と思われ、またそれは、患者ではない権威から疎外されている多くは青年期や成人期前期にある者や権威を希求しながら得られずにいる者が、自らの疎外感や鬱屈を安易に患者の立場に仮託し思い入れたものと感じられたはずである。今の時代に彼の著作を読むと彼の言動は部分的に真実であり患者の立場に立とうとするその意志には頭が下がる一方、筆者にはそう思える。すこし距離をとれば見えてくるのが、その時代の当事者たちには時代の波に巻き込まれて見えず、極端な意見が大きな力をもつということはいつの時代でもあるのだろう。また大義名分や正義というものが、権力闘争の材料になるということはいつの時代でも避けられないのかもしれない。

そして彼の理念にもとづいた治療的試みもなされたけれども、実際のところうまくいかず、彼の考え方は重要な視点を提供したものの、既存の権威や制度への異議申し立ての域、つまりテーゼに対するアンチテーゼの域を出なかったように思われる。

C. 臨床心理学における診断無用論

精神科医ばかりでなく、まず教育分野で教育相談のかたちで心理相談ないし心理療法面接がはじまった。そうした流れのなかで、アメリカの心理学者のロジャース (C. R. Rogers) が診断は無用であると主張した (1957)。その主張を要約するとつぎのようになる。

ロジャースは心理相談において、セラピストの特権性や権威を背後にした判断や解釈の押し付けを忌避し、来談者に対するセラピストの共感的役割を重視した。そして、診断と

は、専門家が来談者を外側から見て専門的な枠にはめて理解することでしかなく、来談者がどのように感じ考えているのか来談者の内側から追体験するように知ろうとすることからほど遠いことである。言い換えると、セラピストが診断するということは、専門家役割に逃避することであり、来談者と隔たりをつくることであり、時間の浪費であると述べたのである。

こうした彼の主張に対して、彼の想定していた来談者はいわば健康度が高い者に限られていなかったかとか、実際、彼を中心にしてなされた分裂病を対象にした彼の理念に基づくアプローチの検討では効を奏さなかったのではないかとか（それにしてもこういうことに取り組みその思わしくない結果を公表したところはやはり彼の言動は自己一致している）、日本で彼の理念を取り入れた教育相談生徒相談では相手の自我の未熟さを助長することになって混乱を来したのではないかなど、彼の主張を今の時点で批判することはたやすい。しかし、一方、ロジャースがあくまで相談の主体は来談者であることを重視して「来談者中心療法」を唱えた時代背景を考慮せぬままではそれは一面的な批判に過ぎなくなる。当時のアメリカでは、精神分析や分析家が権威を持つようになり（分析家になるにはそれこそ莫大な費用と時間が必要とされた）、専門家からの一方的な判断や解釈の押し付けなど、言うなれば素人は口を出さずに専門家に任せるべきだといったバターンナな治療関係が色濃かった時代である。ロジャースの主張は、心理相談の主役を、セラピストやセラピストの信奉する理論ではなく、来談者そのものに転換した画期的な主張であると言える。彼の主張を今の私たちの立場から、あまりに極端であると主張するのはたやすいことであるが、医師でない彼が心理療法をし、そして診断という行為に込められたある種の権威性や理論や治療者偏重性に批判を唱えることは、当時のアメリカにあってどれほどの重みがあったろうか、臨床心理学がある程度社会の中で所在を得ている今の時代ではほとんど伺いしれないことであろう。筆者は思うに彼の主張する内容よりも、彼の姿勢にこそ見習うべき点が多いと思う。

D. 『精神障害の診断・統計マニュアル』の現代

今日では、人のDNAが解析され、さらに脳の断層撮影や核磁気撮影などやマイクロな生化学的分析など高度な科学的測定手段が画期的なまでに進化し、いままで心理力動的に考えられていた多くの精神障害に生物学的基盤があることがつぎつぎと解明されつつある。精神分析の隆盛はもはや終わり、生物学的精神医学の時代となった。そして、診断も心理力動を明確にすることよりも、いちじるしく客観的で操作主義的に、表面的で明確な症状を単に記述して分類していくような時代となった。クレペリンの診断体系は重要な役割を次第に終え、チェックリスト方式で万人に診断ができるようになりつつあるのである。いわば精神障害の分野でも情報公開がなされ、診断が一部の専門家のみしか理解できないことがなくなってきた。万人に等しく診断の仕方や基準が共有され、異なる国の研究者どうし、また精神科医と看護師や臨床心理士など、職種にわたって理解され共有できるようになったのである。

またその一方、臨床心理学の分野、こと日本の臨床心理学では、多量の客観的データを扱う量的研究よりも、ある事例とのかかわりを微視的に検討する質的研究が重視され、近代科学の客観性に疑義を唱える傾向が強まってきている。つまり、近代科学への批判にお

いて、臨床心理学のアイデンティティを立脚させようとする向きも散見される。こうした流れの中で、客観的な診断など、近代科学の客観主義に汚染された形式的なものに過ぎないのだと断定して事足りるといった向きも見受けられる。

しかしその一方、臨床心理学者の中でも、明確さに魅せられ、無批判に DSM に依拠して診断しそれによってそのガイドラインにもとづく治療方針を一律に押し進めるといった、精神障害や症状という枠組み以外の視点を持つとせず、来談者の独自性や精神性などを考慮しなすぎざる傾向も見られる。

現状をかながみると、筆者が思うに、これまで概観したような診断に対する歴史性が反映されていない傾向があると思う。そこには診断に対する弁証法的態度がないと思うのである。つまり客観性や厳密性の行き過ぎへの危惧、診断行為にはらむ権威性の危険、また厳密な診断を過大視することの危険、また診断を軽視しあまりに素朴に治療関係を礼賛することにとまなう危険など、こうしたこれまで約数十年にわたって問題となってきた観点があまりに単純に片づけられ、自らの現在の行為に重ね合わせて考える想像力が欠けているか、または自らの依ってたつもの、それは近代科学への批判であれ、DSM のガイドラインへの信奉であれ、を重視するあまり、まごうことなく精神的苦悩をもちながらその一方精神障害の尺度の中のみ位置づけられる以上の独自性や精神性をもつ来談者の存在のあり方をじっくり考える余裕がないかのように思われるのである。

2. 現代の臨床心理学における診断の意味

以上みてきたように、診断にたいして臨床心理学者は微妙で複雑な態度をとってきた。しかし、日々心理臨床家は、臨床活動をしている以上、診断ないしは診断に類した行為をしている。ここでは、あえて診断という言葉を使って、臨床心理学における診断の今日的で日常的な意義について考えたい。

ここでは、診断を万能視するわけでも否定するわけでもない。むしろ、臨床心理学者として、来談者に益する診断のあり方はどういったものであるかという視点をとる。そこでは二点を特に強調したい。

ひとつは、臨床心理学で診断といった場合、それは、単なる診断の列挙や記述やラベル貼りにとどまらず（もちろんこれとて大事なことであることは言うまでもないがさらに）そうした症状や問題を抱えた人のパーソナリティの機能性全体への十分な配慮がなされる必要があるということである。またひとつは、臨床心理学的診断では、来談者を客体として環境的文脈から切り離して個体としてとらえるのではなく、関係性つまり対人的相互作用の実際のあり方の視点をもつことが重要である。それは特に、面接場面での態度ややりとりや来談経路や相談歴によってこうした関係性が話された情報以上に得られることになる。この点に関しては、臨床心理学では薬物による関わりを前提としていない以上、今後セラピストといかなる人間関係（すなわち治療関係）を展開していく可能性があるのかについての目星が特に必要である。

そして筆者はこうした二点こそ、臨床心理学的診断に不可欠の要素と考えている。なお以下の論述はアメリカの分析家マクウィリアムズ (MacWilliams, 1994) の論点に多大に負っている。

A. 心理療法の計画

診断がしかるべくなされると、治療の方針がはっきりする。これは診断の古典的な意義であるかもしれない。たとえば、不登校の事例を考えてみると、おなじ不登校であっても、対人関係に敏感な回避性パーソナリティなのであるか、それとも独自の内的な精神世界を有しそれを重視するあまり外界から超然してしまうようなスキゾイドパーソナリティであるかで、心理療法のセラピストのかかわりのスタンスはかなり異なってくる。

こうした、たんなる表面的な症状のラベルづけにとどまらない、パーソナリティ全体を考慮した診断は、その後の心理療法的接近にとって重要な意味をもつ。逆にいうと、表面的な症状のラベル貼りにとどまる診断であるなら、心理療法の接近に役に立たないのである。

B. 予後の把握

たとえば、ある来談者がある恐怖症症状を呈して相談に訪れたことを考えてみる。その来談者が健常なパーソナリティ構造を有しており、たとえば子どもが自立したあとの反応性の症状である場合と、たんなる恐怖症症状だけでなくその背後にパーソナリティ障害を併存している場合とでは、その経過の予測がかなり異なってくる。前者に対しては、短期的であると推測できるが、後者であればその症状以外に様々な問題が表面化してくることや治療のかかわりがごく長期にわたることを覚悟せねばならないだろう。

こうしたように、パーソナリティ全体を考慮した診断は、その後の経過の予測、つまり予後に何らかの情報をもたらし、単に症状の解消にセラピストが一喜一憂に終始することを避けさせる。

C. 来談者への説明と同意

現代では、一般医学の治療関係において、インフォームドコンセント、つまり治療者が、患者に治療の方針を選択肢を含めて十分説明しそのうえで治療方針を患者が主体的に選ぶかまたはそれを受容するさいに治療の方針にかかわる責任の一端を患者自身が引き受けるということが重視されつつある。簡単にいうと、医師が一方的に治療方法を押しつけるのではなく、患者自身が治療方針について説明を受けその方法を選ぶこともできることであることであり、治療において、患者は受け身でなく主体性をもつべきであるしそれが許されてよいはずだという考え方である。現代の日本の医療制度の実状や治療関係の風土において、その当否はさておき、十分な診断はこうしたインフォームドコンセントに欠かせないことである。

たとえばどんな来談者にたいしてもほぼ一律に「私は精神分析的心理療法をしていますから、とにかく来週から心理療法を始めましょう」というのでは十分な説明と言えない。つまりしかるべくなされた診断のあとで「あなたの不安症状には一、二ヵ月といったものではなくそれ以上にわたる長期の心理療法が必要だと思います。また、まずは薬物療法のみで対応することもできます。どうなさいますか。」とか「さしあたり、あなたの落ち込みは抗うつ剤で対応できるとおもいます。が、この問題はあなたの性格的な問題とかかわっておきていることが推測されます。ですから、抗うつ剤だけでなく、心理療法を平行してしていくことがより望ましいと思われれます。ただし、数回の面接で軽快するといったわけではなくある程度継続していく必要があると思います」など、しばしば来談者が抱きがち

な心理療法への過大な期待を助長せずに、主体的に治療に参加してもらうために、こうした診断に基づく説明は欠かせないであろう。

D. 関係性の理解

特に経験の少ないセラピストの場合はそうなのだが、しばしばセラピストは来談者に対して強い感情を抱くことがある。それがまた嫌悪感といった陰性の感情であることもまた少なくない。そしてこうした感情を抱いていることをセラピストが自覚すると、特に経験の少ないが熱意のある場合そうなのだが、当惑してしまうことがある。こうしたとき、そうした良心的なセラピストは、自責し自信を失ってしまうということさえある。

こうした現象が起きるのは最近増えていると推測されるパーソナリティ障害の傾向のある来談者と出会うときに起こりやすい。たとえば、まず偉ぶった態度をとり相手を圧倒して優位にたち操作するといった対人関係の持ち方をする人がいるが、こうした来談者に出会った人なら誰でも内心反発を抱くものであろう。

そしてこうした来談者に対して抱く感情、この場合は反発であるが、これは、けっしてセラピストとして抱くべからざるものでなく、むしろ、今後の治療関係を理解するうえで貴重な資料である。つまり、臨床心理的診断において、重要な材料なのである。

つまり来談者がセラピストの内面に惹起する感情は、来談者が内在化している対象関係像をその場で発動させているわけであり、これほど新鮮で直接体験的な素材はそう他にない。こうした視点をセラピストがもてるなら、セラピストは自由に来談者に対する感情を内心で抱くことが可能となり（かといってこれをすぎさま表現したりこれにしたがって行動すべきでないことは明確である）こうした感情を治療関係のモニターとして活用することが可能となる。

こうした観点を織り込むと、来談者の言葉の内容のみにとらわれたり単なる表面的な訴えを分類するだけでない、対象関係の診断ができることになり、これこそ、臨床心理学にとって重要な要因ではないかと思われるのである。

最後に

診断を単なる分類とラベル貼りに終わらせるのか、それともパーソナリティ理解につながるものにしていくかは、診断者の姿勢にかかっている。診断する人の人間観が浅薄なものであればおのずと診断で得られる人間像や臨床像もその程度にとどまろう。また、人間を精神障害の診断分類体系で解明することの限界を自覚しつつも、なるべく全体像として明確に状態を把握しようと努め、なおかつ、診断する者の内面をモニターとして関わりの指針を得ようとする姿勢があるなら、それは単なる儀式を越えた出会いとなるであろう。

診断するのがいいのか悪いのかという論争には意味がないと筆者は考える。むしろ来談者にとって役立つ関わりはどんなものであるのか、そうした視点を持っているとおのずと来談者をより深く理解しようとするとなると筆者は考える。

文 献

McWilliams, N. 1994 Psychoanalytic diagnosis The Guilford Press

成田善弘 2000 「精神科医の立場から」『臨床心理学 2 診断と見立て』培風館

ロジャース 1957 「治療における人格変容の必要にして十分な条件」伊東博訳編 1962 『カウンセリングの理論』試信書房