

A. 精神医療私史

1.はじめに：このセルセラ・マニュアルについて

ここで提唱する精神疾患の「精神疾患の自己治療法」セルフ・セラピー（以下、このマニュアルでは原則「セルセラ」と記述します）は、私が20数年に渡って行ってきた治療法を元に、患者さん自身が自分でできるような形にして説明し記述し、世に広め、後世にも残したいと考え公開するものです。

これまでは治療者が催眠を使って数千名もの患者さんの治療にあたってきましたが、自分一人では治療を行える対象者は全体から見ればわずかで、今後、この治療法を教授し、セラピストを増やしたとしても、さほど多くの患者さんに貢献できるわけではありません。世界には多くの心病んだ人がいます。多くの人に良くなってもらいたい、この治療法を広め、残したいと考え、このセルセラ・マニュアルを提供する次第です。

諸般の事情から当面の間、一部有料ですが徐々に価格を下げ、無料化を目指しています。

私が元気なうちは書き加えたり直したりして完成度を高めていく予定で、たぶんずっと未完成ですが、基本的な治療法の部分は既に数十年前に完成しています。既に効果については十分検証しており、実績のある治療法ですので、人類史を揺るがすような精神医学上の大きな発見でもない限りは、今後も大きな変更はなく、皆さんの精神健康の増進のためにこのままだでも長らく大いに役立つものであると確信しています。

1) 「自分の自分による自分のための治療」です。

このセルセラ・マニュアルはなるべく平易にわかりやすく、患者さんが読んで自分で実施し、改善できるように書いているつもりです。専門家を対象にしたものではないため、学術論文や専門書のような体裁をなしていませんが、学術的にもたいへん価値の高い、後世に残すべき優れた内容であると自負しています。

神経学、精神分析学等の学問的、理論的背景や根拠を基に開発したもので、催眠を使った治療法ではありますが、気休めやまやかしは一切なく、理にかなったものであり高い効果が得られることは、基本的な医学的知識は必要かもしれませんが、このマニュアルを読んでもわかるはずです。

治療には原理的にも優れた効果の高いものであり、既に臨床的な多くの人に高い効果を出している実績がある、という意味で実証されたものです。

あとはやる人自身、患者さん自身がこれをどう生かすか、役立てるかという問題だと思います。

これまで他者催眠を使って行ってきた治療法であり、やはり自己治療法だけで行うには、いくつかの留意点や条件が必要であり（そのことは以下に記述）それを踏まえて守っていました。だき自己治療、自己研鑽、精神的問題の克服に努めて頂きたいと思います。条件を守っていました。できれば、大きな効果があるはずですが、患者さん自身が自分に対して自己催眠を使って行う治療法としては、まだ実績の乏しいものであるため、事例・症例を集めながら普及・指導に努めていきたいと考えています。

人類の不幸をもたらす大きな問題も根本的には集団的な精神病理現象であり、それは個々人の精神病理の集合でもあります。この治療法により多くの患者さんが良くなり、精神の健康に役立つばかりでなく、延いては人類の幸福、世界の平和に役立つものであることを期待します。

高慢、誇大的だと思う方もいらっしゃるかと思いますが、優れた治療法とはそういうものです。

2) セルセラ・マニュアルの実施に当たってのご注意

・このセルセラ・マニュアルは**当面の間、有料**ですが、まだ購入しておらず検討中の方は、『**治療法、精神強化法**』以外の部分は、無料で公開していますので、それをご覧いただきご理解・納得の上、本当の治療法を知りたい、自分で実践し健康や幸福のために役立てたいということでしたら、このセルセラ・マニュアルをご購入してください。

・いきなり『治療法』『精神強化法』を読んで実践することもできますが、なるべく、『基本』『精神疾患』『理論』を読んで理解してから実践してください。

・特に難しいこともなく、あえて無理なことをしなければ副作用や危険性はありませんが、**すべて自己責任**で行ってください。当然ですが、販売物の特質上、実施によるいかなる問題やリスクや対しても提供者（著者）が責任を持つことは不可能です。一切の補償はできないことをご了承下さい。

・提唱者が元気なうちは加筆・訂正しながら完成度を高めていく予定です。将来的にもダウンロードはできるようにするつもりですが、（病気・死亡等）諸般の事情で不可能になることもあることはご了承ください。

2. 患者としての自分史（私自身の精神病体験）

ここで提唱する精神疾患の自己治療法（以下セルセラとする）の元になりました。治療法と私自身の出会いは1980年の秋に遡ります。セルセラはすべて私だけで開発したわけではなく、実際には当時、私が受けたセラピストが当時の治療者が開発した治療が元になっています。

このセルセラを紹介するにあたり、精神疾患やその治療法を理解するにあたり参考にして頂くために、まず私自身の経験、自分史的な話をご紹介したいと思います。治療法に出会う以前の詳細な成育歴・病歴といった話は、ここでは簡単に触れるのみとして、詳しくは別の機会にします。またこの治療法を実施するようになってから以降のことについても、詳細は機会をあらためて書きたいと思います。

1) 精神疾患に陥ってから治療に出会うまで

私は若い頃、精神疾患に陥ったが、既に幼児の頃からいろいろ問題は感じていました。子供らしからぬ不安や恐怖も強く、今で言うパニック障害のような状態にもなりました。これから先やっていけるだろうか？と思うと余計に不安になりました。自分がどことなく普通の子供とは違うし、家庭環境も普通ではないことは感じていました。

しかし、小学生の頃はいろいろ精神的な問題もあったものの、割に楽しく健康的な子供らしい時期を過ごすことができました。友達は多く、概ね皆と仲良くやっていたし、冗談を言って皆を良く笑わせる人気者で、女の子にもモテたし、勉強はやらなくてもできました。し（元々知能も高い方でしたが、車が好きだったので自動車雑誌でも見ていればそれで十分、殆ど事足りる）、先生にも目をかけてもらった方で、学校も概ね楽しく行っていました。

私に限らず、将来重症な精神病になる人でも、子供の頃は基本的には概ね精神・健康的なものです。

しかし、既に神経症的な症状はいくつも経験し、多くは自分なりの工夫である程度、解決もしていました。それ自体はどんな子供でもあることですが、私の場合は甚だ程度が酷かったのです。徐々に精神が病み、荒んでいくことは薄々とは自分でもわかっており、そのうち重症な精神病になるのではないかという恐怖も感じていましたが、それを打ち消そうという葛藤もありました。

・ 中学時代（精神疾患の発症）

しかし中学に入ったとたんに病態が表面化し、ガクンと酷い精神病状態に陥ってしまいました。勉強どころか、遊びもできないし、運動なんてもっての外、特に辛かったのは拷問のような体育でいつも怯えていましたが、いくらなんでもそんなに惨めな子供は、暴力教師からも殴られることはありませんでした。彼らも人の子です。

酷い精神状態に陥った理由、発症のきっかけは特にありません。いじめられたわけでもなく、特にショックを受けるような出来事があったわけでもありません。自分にとっての環境の変化が大きかったのです。これは外的な学校環境や友人関係もありましたが、内的な、精神的・心理的な面だけでなく、身体的にも思春期の始まり、第二次性徴期でもあり、そうした身体的な変化も重なっていました。

外的な環境変化について言えば、生徒に要求されることも小学校と中学校ではかなりの違いがあったこと、2つの小学校が一緒になり、両者の雰囲気はずいぶん違っていったことです。別に対立していたわけでもなく、私も他校から来た人とも早く仲良くなろうとは思いましたが新しいクラスメイトとはなかなかなじめず、ガラリと雰囲気が変わり、今まで親しかった友人とも何となくよそよそしくなってしまうました。小学校の時は転校生も多かったのですが、私はすぐに仲良くなることができました。

皆もいろいろ大変で精神的にも深刻な状態になったかもしれませんが、特に私が酷く、精神病的な状態にまでなってしまったのは、精神的にはあまりにも未熟で発達的にきわめてあやふやなものしか身につけていない、要するに精神の土台ができていなかったからです。私にとっては皆以上に予期せぬ環境変化のギャップが大きく、それまで上手く適応で

きてはいても、そのため変化に対応することができず、いきなり困難適応になってしまったのです。頭では環境の変化も予測してはいても、実際の精神的な影響については予測を遙かに超えていました。

しかし、きっかけは環境の変化と適応困難ではありますが、根本的な原因は幼児期からの家庭環境、特に養育者（親）の対応や接し方育て方です。そのため「できのよい子、手のかからない子、優秀な子」で、表面的な適応能力はあっても、先ほど述べたように土台となる精神発達ができおらず極めて未熟だったことで、そのため環境の変化に対処できず、適応困難やストレスと重なって発症したわけです。

先に述べたように、物心ついた頃から精神的な苦悩や葛藤、神経症的症状もいろいろあったものの自分なりの努力でかなりの部分は克服してきました。しかし、まだ12歳にして「終に矢折れ力尽き」、これからどうして人生の苦悩と戦うべきか、どうやって生きていったら良いのか皆目見当もつかない混迷状態に陥ってしまったわけです。

症状はありとあらゆることを経験しましたが、主にはひどい抑うつ、離人症状、意欲減退、などなどで毎日のような頻繁下痢（過敏性腸症候群、自律神経失調症）などの身体症状にも苦しめられていました。

最近「中一ギャップ」という言葉もあるようです。小学校と中学とは全く違いすぎるので適応が難しい子どもがいますが、私の場合はまさにそのギャップが激しかったのです。

特に思春期の頃は適応しがたい変化があり、皆さんも体験したように多感な時期です。私は皆よりませた子供で（だからといって精神的な発達が早いのではない）身体的にも成長が早かったのです。1つ年上の兄がいましたが、兄はまだ第二次性徴期はこれから、身長も私がとっくに追い越し10cm位高くなっていました。（今は逆に10cm位低い）そのため、兄弟とも友人たちとも精神的、身体的な悩みを共有することができず、孤独にならざるを得ないことも精神的な危機に拍車をかけていました。

子供の頃の優等生も「二十過ぎればただの人」と言いますが、私の場合は「5歳で神童、七つで才子、十を過ぎれば精神病」です。地獄の下には地獄があることを既に子供の頃に実感しました。少なくとも中学1年の時から自殺念慮もいつもありましたが、何とか生き延びることだけに汲々としていました。

でも何とか無理して学校には行っていました。当時、不登校は皆無ではありませんが、事実上殆ど無かったのです。新設校だということもありましたが、たぶん今より厳しく管理的で、ちっとも良いことはなく、面白くもありませんでしたが。

義務教育は義務だ、軍隊よりはよほどマシだと思い、毎朝這う這うの体で、重い足を引きずるようにして学校に行きました。

軍隊なら殺し合いをしなければなりません。もちろん殺されるのもいやですが、殺人はもっといやです。しかし、学校に行っても殺されるわけでもなくもちろん殺す必要もありません。それがどんなにありがたいことか、でも、曲がりなりにも平和な世の中がいつまで続くのか、日本もまた戦争になったらどうしよう？とはいつも思っていました。

私の子供の頃はベトナム戦争の時期と重なり、毎朝のようにニュースを見ると暗澹たる気分になっていました。北爆の開始は小学校1年、中学に入ったころにはそれも下火になり中学3年の頃にはようやく終結を向かいましたが…

私が中学に入学したのは1971年、入学早々、大久保清の事件がニュースになり、それは随分、気の滅入ることであり大いに苦悩しました。前年にハイジャック事件や大阪万博があり、この年にドルショック、翌年には浅間山荘事件があり、中学3年の時にはオイルショックが起きました。ベトナム戦争は徐々に終結に向かっていきました。

それらのニュースは良く覚えており、赤軍派メンバーの名前など今でも諳んじているほどです。新聞は読んでおり、勉強は全くしないのでそういうことは記憶に残っているのです。彼らも世界の平和や人々の幸福、自由と平等を目指していたはずなのに、なぜあんなことになってしまったのか？

連続婦女暴行殺人事件も集団リンチ殺人事件も、私にとっては深刻な問題であり子供なりに真剣に考えました。中学1年ではあまりに重すぎる課題でしたが、今から考えると、後に精神医療の道に進むためには必然的なプロセスであったように思います。

30歳の時、2つの事件が起こった群馬県の大学に勤めることになり、30歳～40歳まで過ごすことになったのは何かの因果でしょうか。

・高校時代（精神疾患の深刻化、重症化）

勉強は手につかなくとも、中学の時はまだ成績も悪い方ではなく、近くの高校（2流ですが一応進学校）に入学できましたが、高校に入ってから精神状態はさらに酷くなりました。

勉強はほぼ全く手につかなくなり、いよいよ脳が働かなくなったのです。

中学までは何とかあったけどさすがに高校の勉強は難しく、少しは勉強しなくてはわかりません。中学の因数分解はちょっと見ただけですぐにできましたが、高校の因数分解は勉強しなくてはできません。そこで勉強らしいことは初めてやろうとしましたが、まったくわかりません。考えようにも頭の中が空振りするかのようになって働きません。

ご存じのように因数分解は数学の基本、それができなくては高校の数学は先に進みません。そういうことさえ、ずっと後になってわかったのですが…。

すっかり頭がパーになってしまったのか、子供の頃はできても所詮はその程度の頭でしか無かったのか？当時はさっぱりわかりませんでした。あたかも魔法というか悪魔の呪術にでもかかったかのようです。

いまから考えればよくわかりますが、無意識（もちろん意識している部分もある）の不安や緊張、葛藤により脳が支配され、勉強をやろうと思ってもまともな思考は働かず、全く集中できず、それ以前に取り組むことさえできず手につきませんでした。

最初の頃は、現代国語などはできるため、それほど成績も悪くはありませんでしたが（それでも下位）、2年以降はほぼ最下位です。

中学の時には調子の悪くないときは時々本も読んでおり、中学3年の時にフロイトの「精神分析入門」も読んだのですが、読書もすっかりできなくなっていました。

山登りをしたいと思って、ワンダーフォーゲル部に入ったが全くついて行けず、すぐに辞めてしまいました。無理して運動しても体力さえ殆どつかず（これも自律神経失調症のうち）、体育の授業は殆ど拷問ですが、それでも身体に鞭打つように無理してやっていた。中学の頃は不器用ながらも少しはギターも弾いており、友達にも教えたくらいでしたが、それもやらないというよりできなくなりました。

当時はまだ不登校や引きこもりなどはほぼ皆無で、そういうことが話題になることもありませんでした。不登校や引きこもり、家庭内暴力などがいきなり増え、社会問題になるのはもう少し後のことで、私が大学に入った1970年代も後半になった頃です。

今は専業主業不登校、専業主業ニート・引きこもり、といった言葉もあり、それが役割と言うか一つの職業みたいになっていますけど。

中学の時は「不良」もいましたが、さすがに高校には不良もないしイジメもありません。

学校に行かないと親もうるさいだろうし、下手をすると殺し合いになってしまう。

もちろん、働くのも嫌だし、何とか首も吊らずに苦しみあがいて生きてきました。自分にとっては学校に行くか、働くか、首でも吊るか、ほぼ3択しかなかったのです。

精神病院は行く所ではなく行かされる所です。もちろん精神病院に入るのも嫌だし、薬物も怖い、電パチなんて桑原クワバラ恐ろしや、考えただけで身の毛がよだつ。既に精神病についても多少のことは知っていました。認めたくはないし、もちろん葛藤はありましたが一応病識もあり、多少は専門書も読んでおり、精神病院がどういう所か既に薄々は知っていました。

自分が精神疾患であることはとっくにわかりきっていましたが、なるべくそう思われないうように、おとなしく問題は起こさず、人には迷惑をかけず、なるべく嫌われないようにし

ていただけです。成績はビリでも出席していれば落第はしませんでした。そうして何の希望もなくとも毎日学校に行っていると、全く友達ができないわけではなく、高2の終わりころからは少しずつ友達もできましたが…

友人にはまずまず健康的な人もいましたが、やはり「類は友を呼ぶ」、高校～大学にかけて自分の周囲には病気の友人・知人が徐々に増えてきました。

我々が病院に行っても良くなるわけないし、薬は良くないと言ったのに、親に言われたためか病院に行き、薬漬けで廃人のようになった人もいたし、後に自殺した人もいます。いずれも私とは違って、勉強も運動も良くできたしとても真面目でイイ奴だったのですが…、何とかしてあげたくても、私には全く能力も余裕もありませんでした。

進路のことは文系理系いろいろ考えましたが、結局、何も決められませんでした。神学部なんてマイナーな学科や宗教関係も考えたのは心の救いを求めていたからでしょう。体育や音楽の方に進んで教師になりたいなどとも思っていました。なぜなら、それらがまるでダメで運動神経が鈍く体力もないし運動がほとんど不可能、音楽は元々好きな方ではありましたが歌を歌うこともできない、音感もひどく極度に不器用でギターも弾かなくなっていました。

どうしたら運動や音楽ができるようになるのか？根本的なことは教師や専門家でも知りません。私はそれを解明しできるようになりたい、私のような人に教えたいとも思ったのです。後に大学教師にもなったし、実はこのことも達成しました。やはり神経の状態と使い方、無意識の心理から改善しなくては無理です。方法はやはりこの「セルセラ・マニュアル」の『治療法』『精神強化法・健康法』に書いてありますのでお役立て下さい。

滅相もない医学部だけは選択の範囲外で、医者になろうとは今に至るまで露ほども思ったことがありません。後に医療系に進み、医学部の教員にもなったのは不思議なものです。

明治大学政治経済学部政治学科に入学したのは、たまたま友達に入学願書売りつけられて、模擬試験代わりに受けたら合格したので行っただけです。友人に勧められた丸山真男の「現代政治の思想と行動」などを読んで、政治学をやるのもいいかという気も多少はありました。

本当は薄々とは、臨床心理系の勉強をしてセラピストのようなことをしたいという気もあったのですが、当時はそうしたことが学べる大学は僅かで心理学を専攻できる大学さえ少なかったのです。仮に心理系の学科に行っても、心理カウンセラーや心理療法家、セラピストのような仕事は皆無に近く、実際にやっている人もごく僅か、就職もほぼ不可能でした。臨床心理士の資格ができるのは10年以上も経ってからです。

それより何より、「お前こそ病気ではないか！セラピーをやる側では無く受ける側だろ！お前の来るところではないっ！」と指弾されることが怖かったのです。それと同時に、専門家といえどもどうせ精神疾患のことは知らないし、治療法なんかないのに、それなら俺が将来は…、と言う気も実は少なくとも潜在的には、全くなかったわけではないのです。それゆえ葛藤も大きく、とりあえず避けたわけですが。

数年後、実際に精神病院に就職しましたが、思ったよりもずっといい加減な所で、良く言えば寛容でしたが。

でもなぜ、超劣等生が現役で明治に入れたのか？

それは入試前、短期間（4カ月ほど）だけ勉強し、成績も急上昇したからであり、「あんなに怠け者でビリのバカで廃人のようなヤツがなぜ現役で明治に！」と皆が驚いたものです。大した進学校でもないのに、現役で明治ならうらやましがられるくらいです。

高3の秋に勉強を始めてから大学に入るまでは、精神状態もそう悪くはなく、疎外感もなくなり、「ようやく俺も高校生らしくなれたぞ」「俺だってやってるんだ、皆も頑張ろうぜ」という気にさえなっていました。

勉強した分は遊ばなくてはとか、受験のストレスの発散もあって、学校へはおバカなことをするために行ってのようなもので、さぼって友人と海岸や喫茶店やパチ屋に行ったり、中学～大学卒業間近までの10年間ではこの頃だけが楽しかったのです。

なぜ急に勉強ができるようになり、精神状態も良くなったのかは、このマニュアルの『[精神強化法](#)』に書いてあるごく一部のことを、それも偶然1回だけ1時間ほどやったからです。当時はそれが何の意味があるのか、なぜ改善したのかもわかりませんでした。この『[セルセラ・マニュアル](#)』にはその理由も方法も書いてありますので、皆さんお役立て下さい。やはり無意識による神経の状態や働きと使い方から改善しなくては達成できません。

ついでに書いておきます。

高校時代、失恋相手の女性（美人で性格も良く、聡明でスポーツも得意な良いところのお嬢様）がなぜ私に接近してきたのか？

今から思えばよくわかります。惨めな精神病で性格も激しく暗い超劣等生のくせに「世のため人のためにならなくては」という思いだけは疑ったことがなく、皆もそうだと思い込んでいました。だからこそ葛藤も深かったのです。[「テメエの頭の蠅も追えないくせに」](#)

自覚的ではありませんでした。と思いますが、彼女はそこに反応し、何とか力になってあげたいという気になったのだと思います。対人恐怖症も激しい私は口々に口も聞けず、結局「もういいわよっ、私は何とかしてあげたかったのに」ということになったのだと思います。

引き込まれてしまったのは仕方がありません。話らしいことも殆どできませんでしたが、相手がセラピストのようになってしまったのです。[（感情転移・陽性転移）](#)

今から思えば、向こうは仲良くしたがっていたのですから、こっちも仲良くすれば良かっただけなのに。

大学時代（さらに精神疾患の深刻化、重症化）

しかし、大学には入ったものの、精神状態はまたいきなり悪化し、暗澹たる気になってしまいました。当初は時々行ったもの、5月病と言うにはあまりに酷く、大学にも行かなくなり、1年の時は殆ど引きこもってしまいました。大学では最初は2～3の友人はできましたが、毎日おなじクラスメイトに会うわけではないし、積極的に交流しなければ継続的な良い関係はできません。

少ない友人たちも殆どは浪人してしまい、私だけ現役で大学に入ったことが大きかった。ビリだったのにアイツだけ受かって…なんて疎まれることはありませんでしたが、やはり世界が違う。湘南地区なので東京の大学には通えるし、私も自宅から通っており、友人に会いました。ければ地元の予備校に行けば会えるのですが…1度行ってみたら、友人たちに会えて少しほっとしたことはありました。

皆はとりあえず、早稲田だの慶応だの良い大学に入りたい、大学に入ったら好きなことをやろうというのが主な関心事です。私の方は、将来の希望も何もなし、遊びや趣味もやる気はなし、大学に行ったから何になるんだ、お先真っ暗地獄でしかない、やりたいことは何もないどころかできることもない、といった風に絶望的になってしまったのです。

毎日文字通り、のた打ち回るように苦しんで部屋にこもり、精神の崩壊を何とか食い止めるような戦いが続きました。頭は締め付けたように痛いというより苦しい。進むも戻るも止まるもできない崖っ淵を、毎日歩かされているような感じです。一步間違えれば、精神が崩壊していたのか、死んでいたのかはわかりません。

拒食症ではないが食欲もなく体重も40kg位になってしまいました。既に中学の時から、地獄の下には地獄があると感じていましたが、それよりもさらに下に、さらにそれよりもさらに下にあることを、実際に体験してしまったのです。

大学2年になると、浪人していた友人の殆ども大学に入り、同じ大学に入った友人も何人かいて、またバカやろうぜ！みたいな感じで交流が戻りだいが持ち直しました。少々精神状態も落ちついて、大学には一応また行くようになりましたが、抑うつ感、離人感などは激しかったのです。

今から思えば、外から見れば幸福でしかない状況です。家は裕福ではありませんが、そんなに貧乏でもなく、大学くらいは行かせてもらえます。学校には可愛い子もいるし、遊んでも勉強してもスポーツをやっても何をしても良いのだし。

大学4年のとき（セルセラの元となった）治療を受ける

しかし幸運なことに転機は1980年の晩秋にやってきました。当時の私は明治大学政治経済学部4年生、あるきっかけで「セルセラ・マニュアル」の元になっている治療を受けることになり、短期間に文字通り見違えるほど改善したのです。

当時の私は激しい抑うつ症状や離人症状、ネガティブ思考、対人恐怖症など様々な症状に苦しめられており、将来の希望もなく、激しい虚無感や疎外感などに襲われ、自殺念慮も強かった。病状はずっと前から続いていて、病状が酷くなったのは中学に入学してすぐですが、高校、大学とさらに激しく悪化したのは前に書いた通りです。

大学も卒業近くなり、周囲の皆は殆どの方が就職は決まっていたのですが、私は就職活動は何もしていませんでした。当時は尾を引いていました。オイルショックの影響も終息し、バブルまではまだ10年近く前ですが、日本の経済が上を向いていたころです。

それなりの良い大学を出れば、殆どの方は有名な会社や大企業に就職することはできたのですが、私には無理でした。「何が良い会社だ、サラリーマンなんかにはなりたくもねえ」と嘯いてもいましたが、到底務まるわけはありません。当時はニート引きこもりなど許される時代ではなく、プー太郎、フリーターさえ事実上不可能です。学生時代は何とか生きていけても、その先はどうなるのか？

当時の親友にS君という人がいて、彼は早稲田大学で英文学を専攻しており、高校の同級生なので同じ歳ですが1浪なので3年でしました。

彼とは高校3年の時に同じクラス、趣味が合うことも何となく知ってはいましたが、お互い極度の緊張症、対人恐怖症でもあり、会話は全くしたことがありません。大学2年の時に友人の友人ということで再開し、それ以来急に親しくなり当時は親友といって良い関係でありました。大学は違うので毎日会うわけではないが、3日に一度位は会っていました。

ある日のこと、急に彼の状態が見違えるほど変わったのです。こちらから見ると別人と言っても良い位です。

なんか急に大人っぽく立派な感じになりました。吃音もひどく、おどおどとしか話せありませんでしたが、口調も内容もしっかりしている。背は私よりだいぶ高かったが姿勢も良くなったので見上げるようでありました。

街を歩けば、歩き方も違うばかりか颯爽として速くなり、何とかついていくのがやっと、文字通り置いてきぼりにされ、見放されてしまうような感じがしました。

「お前みたいな病気で未熟なヤツとはもう付き合えない」、なんて実際には言ったりはませんが、そう言われそうで不安にもなりました。お互い、対人恐怖症でもありましたが、私の方が友人などには多少は図々しいところがあり、彼はどちらかと言えば弟分というか、こういうのもおこがましいですが、どちらかといえば私の方が友達として付き合い合っている、というような関係だったのです。

「お前、何かありました。のかよ!？」と聞くと、当初は渋っていましたが教えてくれました。(躊躇していました。理由は後述)

あるセラピストの所に行ったというのです。私は見捨てられたくないという気持ちもあって「私も連れて行ってくれ」とお願いし、一緒に連れて行ってもらいました。当時通っていました。お茶の水の大学からも近いので都合が良かったが、治療に通ったのは10回だけです。

治療費はかなり高額でありましたが、S君はそのお金も貸してくれました。彼は中企業の社長の息子で少々金持ちでもありました。もちろん就職してから返しましたけど。

この時の体験はすさまじいものでした。

私を知る友人たちの間では、別人になったと噂が立つほどで、皆、不思議がっていました。私としてはどちらかと言えば、楽しく健康的だった小学校の頃の精神や身体の状態になって、ようやく生き返った、本来の自分を取り戻したという感じで違和感はありませんでしたが。

治療の効果はとてつもなく、ありとあらゆることが激変しました。同時に自分が如何に重症だったかとも思い知らされましたが。そのことはここではどうてい書ききれないので、追々書いていきます。

※『[効果と応用](#)』もご参照ください。

私ばかりではなく、当時同じセラピストの治療を受けた友人たちも同様です。芋づる式に友達の友達も…という具合に治療を受けに行き、直接私が知らないヤツも含めると何十人にも及びます。

精神疾患や人間存在そのものに関する、今ある知識の殆どはこの治療を受けた時に得たもので、このセルセラ・マニュアルに書いてあることの多くもその頃に得たものです。その頃はもちろん何で良くなるのかはわかりませんでした。

その治療を後に私も実践するようになり、その経験を元にこの「セルセラ・マニュアル」を書いています。治療については『[理論](#)』や『[治療法](#)』『[精神強化法](#)』の章をご参照ください。

2)重症患者から精神医療を志すまで

大学を出ても、若い頃の私は何になりたいのかさっぱりわかりませんでした。やりたい職業もありません。もちろん会社員は論外。だから、誰もやらないこと、できないことをするしかなくなってしまいました。

というより、自分の精神病を何とかしないと、人生どうにもならなかったわけです。ほとんど廃人みたいなものだったし。

治療を受けてだいぶ良くなったとはいえ、その頃の私は既に10年以上に及ぶ精神疾患の影響もあって、あまりにもまだ未熟で、適応能力も乏しかったのです。

私の治療が終了した頃には、皆は就職が決まりつつあり、私も働かないわけにはいきません。まだ応募できる会社に1度だけ行って見たことがあります。皆は大人、私は未熟な子供でしかなく、「会社員なんてなりたくねえ〜」なのですが、とうていなれるわけがない未熟者でしかないことを思い知らされました。

大学を出てからも、しばらく就職もせず家でプラプラしていました。当時は、ニート引きこもりも、フリーターもプー太郎もまだ皆無に近く、そういう言葉はありません。数年後にはドツとあふれ出るようになりました。

「高校社会科の教師になる。今年は落ちたからまた来年受けさせてくれ」などと親には嘘をついていましたが、実は試験は受けていません。もし合格して教師になれても、病状はずっと良くなったとはいえ、精神的な未熟さはまだまだこれからの課題であり、社会人としてやって行けるような適応能力はまだ身についておらず、とうていやっていきけるわけではないことはわかりきっていました。自分の中高時代は悲惨だったから、自分のような生徒の役にも立ちたい、という気も多少はありましたが。

一応、親を納得させていたので何も言われませんでした。家にいても落ち着かず何もできないし、そもそも何をやっていいのかわかりません。

ともかく家を出て自立しようと、仕事を探すことにしたがさんざん悩んでも何も出てきません。本屋で自転車の本を立ち読みしていたら、「従業員募集、住み込み可」という広告を見つけました。もちろん金もないし住む所も無いので、そこに行くことにしました。

自転車は子供の頃から好きで、直したり組み立てたり、友達のも直してあげたりしており、一応のことはわかるので、できないことはないと思ったのです。

そこは東京ではおそらく1番か2番目に自転車が売れる店で、当時はまだ珍しいスポーツ車も扱っており、部品の輸入販売もしていました。2人辞めて私だけ入ったので仕事はきつかったが、仲間はユニークで面白いヤツらでした。彼ら仲間は将来自転車店を持つとか夢がありましたが私にはなく、忙しい時は仕事にまだ張り合いがありました。冬になりヒマになってきたらとてもいたたまれなくなり、1年足らずで辞めてしまいました。

自転車店を辞めて、しばらく実家に戻り喫茶店のバイトなどしていましたが、やはり実家にいるのは良くないです。アパートを借りて再び家を出て、本屋で働くことにしました。働きながら将来のことを考えていこうかと。

本屋で立ち読みをしていて見つけたのが、当時はまだあまり知られていなかったリハビリの仕事です。そういう仕事があることは何となく知ってはいましたが、実態はわかりません。

精神科病院にも就職ができるのか？私は患者を脱して、これからは精神病の人の力になりたいという気にもなりつつあったのです。

でも、また3年も学校に行くのか…、でも何にもできず苦しんでいました。学生時代をやり直したい、また学校に戻るのも悪くない、という気にもなりました。

このまま将来のことですっと悩んでいるばかりの葛藤地獄も嫌だし、ともかく先に進もうと受験することにしました。英語や国語はともかく、数学や生物・物理などは高校の時には全くやっていないし、働きながら勉強するのもたいへんです。

しかし高校時代とは違って、勉強も中々集中できないまでも何とかできたし、数学は数I～数IIIまで1カ月でこなしました。私が苦しみあがいているときに、皆はこんなことをやっていたのか…、楽しくやれば良かっただけなのに。

競争率60倍以上もの難関でしたが運よく合格できました。勉強はしないが、やればできる子なのです。私は。

リハビリ専門学校に行き再び学生となり、精神医療を職業として志すようになってからのことは、当時の精神医療の状況含めて次の章で書きます。

今から思えば、サリヴァンと私の経歴は結構似ているのです。サリヴァンは優秀な物理学徒でありましたが、在学中に発症し「予後の良い精神病」を経験し、再び速成の医師養成所に登場し精神科医となりました。当時、重症患者の時から、サリヴァンも読んでいました。けど彼の経歴は知らず、もちろん真似をしたわけではなく、ずっと後になって「サリヴァンの生涯」を読んで知ったことです。

私の方がずっと重症で期間も長かったはずですが、幸運にも良い治療（民間療法）に出会うことができました。

その治療法を自分で行えるように提供するのがこの「セルセラ」です。

若い頃は焦るもので、不登校もニート引きこもりが許される時代ではなく、精神的にはいつも激しく追い詰められていましたが、私にとって結果的にはそれがかえって幸いしたと思います。

・リハビリ専門学生時代（精神医療を志す）

というわけで、大学を出て2年ほど仕事を転々としてしまいましたが、24歳でリハビリの専門学校に入りました。やはり勉強はあまりやらず落第しそうにもなりましたが、バンドも登山も、失恋したけど恋愛も、自治会長もやったし、青春時代らしいことは経験し取り戻すことはできたのは幸運でありました。

大学を出てから、自転車屋、本屋と少しばかり仕事を転々としてから医療系専門学校に入ったのは24歳の時です。

専門学校は可愛い子も多かったし、寮も学校もタダみたいなもので、家庭教師のバイトと奨学金でほとんど何とかだったので恵まれていました。3年制の専門学校なので忙しく、土曜も夜まで授業があり休みも少ししかありませんでしたが、自治会長もやったし、バンドもやったし、山登りにも行って、精神病で潰れた学生時代を再体験して取り戻しました。

今はそうでもないが、当時の精神科は超マイナー科、しかしリハビリは歴史的にむしろ精神科から始まり発展したもので、実際に精神科に進む学生も多く、精神科関係の授業も多く医学部の数倍はありました。非常勤で講師は来ていましたが、専任のリハビリの先生もアメリカに留学し、アドルフ・マイヤーの弟子筋から教えを受けた人でした。それもあってか精神医学の授業の殆どは力動精神医学系で、主に慶応大学出身の先生が講師に来ていましたが、半年だけ記述精神医学の講義もあり、講師は当時は珍しい年輩の女医でした。

同じ学科、20人のうち男は3人しかいません。(もう一つの学科もあるので学年40人) 当時20代半ばの私は中学の時からフロイトは読んでおり、既に述べたように精神病に陥りましたが、大学時代に優れた治療も受けており(要するに分析も体験し、無意識のことも一応わかっていました。) サリヴァンやフロム＝ライヒマンなどに傾倒する自称ポスト新フロイト派です。

もう一人の友人は私より1つ年上で大学では哲学専攻、ハイデガーやヤスパーズなど実存哲学に傾倒し実存分析・現存在分析に関心を持ち精神医療を志した人でした。

もう一人は高卒1浪なので5歳下、当時はもう既にとっくに珍しい絶滅危惧種の新左翼党派で、クーパーやレインなど反精神医療の影響も受けており、当時はまだ占拠・自主管理されていた東大病院精神神経科病棟(通称赤レンガ)の精神科医とも交流がありました。

休み時間には講師の先生もたいていは廊下のベンチで休んでおり、私たちは話しかけるのが常でした。

私は記述精神医学には用はないが、その実存主義の友人が、その講師に、前述のように自分たちのことを紹介し話しかけたら、その女医は驚いて「えっ! アンタたち、そんなこと考えてるのっ!? そういうことは笠原さんとか(笠原嘉さんのことか?) 頭の良い人が考えることよっ! 私たちは症状を見て薬をだすだけ」なんて悪びれもせず偉そうに言っただけだったので、こっちの方が唾然としてしまいました。

「何でこの学校はこんなに精神医学の授業が多いのか? 医学部の何倍もある。何を教えたらいいのかわからない」なんてことも言っていました。

ホントにそれで良しとしているのだろうか？フツの精神科医にはそんな人が多いことは薄々知ってはいましたが、実際に目の当たりにしたのは初めてでした。

私たちは医者になるわけではなく、もちろん薬なんか出しません。そんなことは嫌だからリハビリ職を志したのです。

精神科病院実習ももちろんあり、実際に精神医療現場を見ることにもなり徐々に実態を知り、現実を目の当たりにしても個人的にはなおも信じ難かったのです。

力動精神医学の先生（複数）も無意識の理解は知識だけ、頭だけで私のように体験して身をもって知ったわけではないだろうなあとは思いましたが…

その頃、1984年のニュースになったのは宇都宮病院事件です。詳細は調べればわかるので、ここでは書きません。もうそれは精神医療、最後の膿出しのようにも受け取っていましたが、現実にはそうでもありませんでした。

3年間で3か所の精神病院にそれぞれ1週間、2週間、2カ月とインターン実習で行き、事実を薄々とではなく、実際に知ることになりましたが…それでも半疑が徐々に減ったものの、事実を目の当たりにしてなおも信じがたい感覚は残りました。

1回目に実習に行った病院は国立病院で、信州の山の中の、のんびりしたところでした。良く言えば牧歌的。薬も最小限で、「薬で良くなるわけではもちろんないが、そんなに悪いものでもない、必要悪として認めるべきなのか…」という気にもなりました。（結局、2年後にそこに就職することになりました。）

2回目に実習で行った民間病院では中にいる患者を見るだけでも辛くなってしまいました。やはり薬漬けが酷く、患者を見ているだけでもホントに辛くて、すっかり気が滅入って落ち込んでしまいました。お世話になっている学生の分際で、もちろん医者でもないし、見るに見かねても文句は言えないし、今と違って、治療は体験して知ってはいましたが自分ができるわけではないし、何もできません。

すっかり気が滅入って頭も働かず、ホントにこっちが具合悪くなってしまい、何とか実習は失格にはならず通してもらえたが、「大丈夫か？」と心配した実習先から学校へ電話がかってきた位です。

何とか提出したレポートも専門学生とは思えないほど拙劣なもので、できが悪かったのになぜ不合格にならず通してくれたのかと言えば、担当していました。患者が2人とも状態が急に良くなり、「あの学生さんは良い人ですねえ〜」と、指導者や職員にしきりに言ってくれたからです。もちろん頼んだわけではありません。

その2人はそれまではボーっとして、殆ど話もしませんでした。私が担当になったので、何とか話そう、しつこく聞いて申し訳ないと思いつつ、理解したいと思って接しただけです。

私が2週間の実習を終えて帰った後に、交代で行った例のクラスメイトの反精神医療派の学生にも、「お宅の学校の学生は皆いい人ですねえ」などとしきりに言っていたようです。何とか良くなってほしい、しかしそんなこと有りうるのかと真剣に考え酷く葛藤し、後で思ったことだがサールズの言う「共生関係」にも似た状態になったようにも思います。当時は何もできありませんでしたが、患者を理解することに徹し、真剣に望めば願いは通じるのか？

学生時代の最後に2カ月の実習に行った、中国地方の病院も、民間ですが公益法人で割に良心的で、やはり薬物は最低限にという努力もあり、患者もそう悪い状態ではなく、だいぶ救われた気になりました。再び、薬では良くはならないとしても必要悪として容認すべきものか？ メリットデメリットを考えると無いよりやっぱりあった方が良いのか、という気にもなりました。

当時は、医薬分業ではなく、薬の利ザヤが病院の収益になっていました。（薬を大量に処方するほど儲かる）ので、病院の経営方針や形態による格差が大きかったのです。今は、国立病院も民営化され、収益を上げなければならないので、格差は減っていると思います。

精神医療に従事するにあたって大いに葛藤はありましたが、私は医者ではなくリハビリ職なので薬を出すわけではないし、とりあえず自分の手は汚さない（元々そのつもり）。既に治療を受けて知ってはいましたが自分ができるわけではないので、今は修行の段階だと割り切ることにしました。

精神医学はそもそも勉強するものがありません。いや、ないわけではないのですが、少なくとも治療に直結するもの、これを習得すれば治療ができるというものはほぼ皆無です。

大学の頃から、サリヴァンとか新フロイト派の本なんかも読んでいました。けど、そういうので勉強したわけではなく、自分の見方や考えを確認するために読んだだけです。自分がいくら正しいとしても、自分だけの考えを正当化するわけにはいきません。自分と同じようなことを考えて、本を書いている人が存在しているというだけでも大いに救いになるし、勇気づけられます。

学校だけは這いずるようにして行っていたから、彼女はできませんが、精神疾患に関しては幸いにして似たような考えの何人かの友人・知人にも恵まれました。みんな病気でしたが。

私は医者になるわけではないし、もちろん薬物など論外、基本的なことだけは知っていました。けど、無視することを決め込んだのです。医療系専門学校に入ってから勉強はせず、薬の名前もクロールプロマジンくらいしか憶えませんでした。もちろん憶える気もないし、見るも聞くもおぞましい。

あるときクラスメイトから聞いて驚いたのは、抗精神病薬の副作用止めとして、抗パーキンソン剤を出していることを知ったことです。「薬減らすか止めるか、変更するしかないだろ」

何でそんなに危ない野蛮なことを平気でするのか、医療とはそんなに野蛮なものかと驚きましたが、当時既に多剤濫用処方是一般的になっており、それでもたいていは5～6種類

です。「精神科医は足し算しかできない」「薬漬けにされるだけ」というのは当たり前になっており、実際に不適切な投薬は精神科に限らず医療ではいくらでもありました。

専門学校試験はいろいろな科目を落として落第しそうにもなりましたが、それでも精神医学関係や臨床心理関係の試験は落としたことはありません。試験やレポートには好き勝手なことを書いて、堂々と薬物療法批判もしていました。その内容は、次の章の『[精神医療過誤・向精神薬害](#)』に書いてあることと殆ど同じです。

レポートも出さずにいたら、先生から「たまには出してね」と懇願されたり。やっぱり出さなければ成績のつけようもないので困るのでしょうけど、それより今から考えると私のレポートを読みたかったのだと思います。

要するに基本的な考えとしては、今言ってることも殆ど変わらず、違うのは治療ができるようになったことくらいで、実際に治療しながら得たことももちろんありますが。

当時はそんなもんで力動精神医学も少数派ながら認められており、学校などにもよりますが、私のような「過激派」でもそういう考えもあると認めてもらえる風潮がありました。比較的まともな病院なら、今ほど精神医療は酷くはなく、精神科医もそれなりに話が通じる人が多かったのです。

マッドサイエンティストみたいな精神科医もいるにはいましたがごく一部、脳の病気だと本気で思いこんでいる精神科医もそんなにはいなかったと思いますが、私の知る精神科医は割に良心的だったと言えるかも知れません。

私の考えは昔から変わらず、若い頃から（真の精神医療を目指し、現状に対しては）反精神医療派であり少数派ですが、精神科医には一目も二目も置かれており、若い頃から先生と呼ばれ、むしろ下へも置かないという扱いを受けることが多かったのです。

そんなわけで、いろいろと葛藤を繰り返したが、私はやはり精神医療職につくことにしました。当時、出身地でもあり奨学金を受けていた神奈川県では、募集があったのは2つだけで、一つは実習にも行った民間病院、もう一つは県立病院でしたが、そこは他の学校の学生が実習に行き、その職員にも気に入られて、就職したいという話でした。業界はあまりにも狭く、他校の噂も入ってきます。

・精神科病院に就職

結局、1986年、27歳の私は作業療法士として前述の長野県の山の中の国立病院に就職しました。信州には何の縁もなかったのに就職したのは山に登りたいという気もあったのですが、いつも山を眺めていると、登らなくてもいい気になってしまいます。結局、単車に乗ったり、車の免許も取ったので殆ど山には登らなくなりました。

当時はまだリハビリ専門職の人は少なく、信州大学に勉強会に行ったら、私のことは既に学生の時から知られており、「お噂はかねがね…」なんてその先生方や卒業生や近くの病院職員に挨拶されたくらいです。信州大学も初めての卒業生を出した年でした。

正直に言うと、何となく「将来の精神医療を変えるのは私ではないか？ 自分が何とかしなくては？」という気がして仕方ありませんでした。そんなことは、あまりにも僭越であり高慢で恐れ多いことだと、いくら謙虚に控えめに考え否定しようとも、心の底に沈めることはできても、どうしても消すことも小さくすることも不可能でした。

それにはやはり国の施設に行った方が良いか、という気もしたのです。

とにかく当時の山の中の精神病院はのんびりしており、ヒマでヒマでしようがないくらいです。

忙しいのは私だけです。当時は作業療法士として勤務していました。



1986年～1989年、勤務してした精神科病院 陸軍結核療養所時代の門が現存していました。(2017年12月現在)	

当時の精神科病院の入院患者は、殆どが「精神分裂病」の人です。
外来患者は少なく、多くは元入院患者で退院した人のケアです。

・大学医学部教師となる

精神科病院には3年しかいませんでしたが、その後、大学教師の募集がありました。ので応募したら通ってしまいました。当時、リハビリ系はまだ4年制大学はなく、3年生の医療短期大学です。

大学に就職したら、精神科の教授は何と！ロボットミ手術のついでに患者の脳を窃取し、それを実験材料に使ったということで、刑事告訴されたヤツでした。もうそんな奴はとっくに消え失せていると思ってましたが、今より時間が流れるのは遅く、事件が起こったのは1950年頃、告発されたのは1970年代です。それからさらに20年知くも経っていましたが、そんな奴がまだのうのうとしていました。

口クでも無い精神科医とはかかわからないようにして、私はボランティアでカウンセリングのようなことをしたり、民間病院に誘われたので非常勤で行っていました。

・セラピストになる

ようやく弟子にしてもらったのです。

というわけで、元師匠の治療を受けてから10年以上たって、やっと弟子にしてもらえた。35〜6歳くらい。

しかし、特に教えてくれるわけではありません。というよりもほとんど教えられないようだった。原理はあるのですが。

今から思えば、師匠の直感的洞察力は超人的で、神がかり的というか超能力者のようでさえあったが、原理を理解しそれを説明することは甚だ苦手な人でした。

その頃はこっちもだいぶいろいろなことがわかってきました。弟子にしてもらって1年ほどして、自分でもやって良いといわれた。

しかし、大学や病院では、

こっちは実績も自信もまだないし。医者でも心理療法士でも心理カウンセラーでもありません。やむなく自宅マンションで土日だけやることにしました。でも最初から十分と言っていいかはわからないが、大いに成果を上げることはできました。治療法そのものが良いからです。

その後、四半世紀にわたって治療を続けてきたが、治療に専念するため大学は辞め、リハビリ関係からは手を引き、精神・心理療法のオフィスを個人開業したのが20年ほど前になります。

以来、数千人の治療を行い、師匠からは弟子をとっても良いと言われるようにもなったが、弟子になる人がいません。精神科医や臨床心理士や心理カウンセラーになりたがる人は腐るほどいるが、ほんとに治療したい人が皆無に等しい。

そこで、この治療を広めることを考えていたが、かつての師匠からもこの治療はお前（私）が考え、発明、開発したものして、自由にしてよい、と言われるようになり、私自身の高齢化等の問題もせまりつつあるので、とにかく広めるために自己治療法、セルフ・セラピーとしてここに提示する次第です。

以上、精神疾患の患者としての自分史を書いてきましたが、詳しい体験についてはまたあらためて書きたいと思っています。

こうした私自身の体験や経過を知って頂くことが、このセルフセラを理解するために役立つ所もあるだろうということで。

私的精神医療史

ここでは一般的な精神医療の歴史について論じるのではなく、私が体験し見聞してきた精神医療について書きます。物心がつく前のことは直接知らないし、一般的な精神医療史については、ここではあまり触れません。

一般的な精神医療史については、以下のような参考になる書籍もあります。

『「うつ」という医学の「言葉」は存在しない ヒロシマで見つけた「無意識の病」PTSDの薬物療法』 末田 耕一 文芸社 2017/11/1

『新版 分裂病と人類』(UP コレクション) 中井久夫 東京大学出版会 2013/9/26

『西欧精神医学背景史』【新装版】 中井久夫 2015/11/25

『日本の精神医学この五〇年』 松本雅彦 2015/9/1

大学4年の時にこの『治療法』を受けたことが転機になりました。ことは前章で書いたので、その後の話。『治療法』についても後に説明します。

もっとも私が体験した精神医療といっても、患者として体験したのは、前章で書きました。通り約40年も前の大学時代に、元師匠であり民間療法家の方に短期のセラピーを受けただけです。一般の精神医療にかかったことは一度もありません。

大学卒業後2～3仕事を転々としましたが、リハビリ専門学校に行き、卒業して精神科病院に就職したのは27歳の時、1986年です。1989年に大学教師となり、1995年頃からこのセルセラの基になる治療法を実践するようになり、2000年からは独立して民間療法家として個人開業し、自営でやるようになりました。

もちろん私の体験したことは非常に偏っており、そのとらえ方も私の主観でしかありませんが、少なくとも事実を捻じ曲げたり、自分自身を含めて人を騙したり欺いたりすることはなるべくしないように心掛け、ここでもそう書いているつもりです。

精神医療にかかわるようになったのは、そんなに昔の話ではありませんが、今となつては、その頃のことさえ体験した人も少なくなりつつあり、精神医療としては既に歴史になりつつあると思います。

その後、私からすると基本的には何も変わっていませんが、普通に言えばかなりの変化もありました。

その頃から、最近までのことについて書きたいと思います。

- ・精神疾患に関しては子供の頃から知っていました。

私は精神病ではありましたが、精神科病院は受診していませんし、もちろん抗うつ剤なんて1回も飲んだことはありません。従って向精神薬害の被害者でもありません。薬や電気ショックで精神疾患が良くなるわけなし、おぼろげながらも向精神薬の害やリスクについても子供の頃から知っていました。

精神病は脳の病気ではなく精神の病気、PTSD 心的外傷後ストレス障害であることを理解し（まだそういう言葉はありませんでしたが）、向精神薬の薬害についても見抜いていました。自分では当たり前のことで、精神科医も含めてなぜそれがわからないのかがわからない、というより認めないのでしょうけど。

そのためいくら精神病で苦しんでいても病院に行く気などさらさらなく、高校～大学の頃は友人が病院に行くのを止めようともしました。

精神病の人は直接間接何人か知っていましたし、何とはなしに聞くことから、どんな病気なのかある程度察しはついていました。将来は自分も重症な精神病になるのではないかと、不安や恐怖はずっと幼い頃からありました。自分の親も精神的におかしいし、程度はともあれ病気の人はいくらでもいることは知っていました。

当時に比べて病気の人が増えたわけではありません。病気についての認識があまりなく、精神病院には余程重症な人しか行かなかったのに（というより、行かされたのに）、今世紀に入る頃から爆発的に受診者が増えただけです。

あの先生は〇〇だし、〇〇ちゃんの親は□□なんてことは何となく見抜いていました。多少とも大人たちの話すことが耳に入り、私は精神病にかかわるようなことには敏感で、おそらく薄々とは自分が精神病になってしまうのではないか？という予感があったからだと思います。

－当時の子供は、ついつい誰かがおバカなことをやったり言ったりすると、当人には見えないように他のヤツにはわかるように、頭の所に指で円をクルクルと描くようにして手のひらをパッと開くしぐさをしたり、「黄色い救急車 comes ぞ」なんて言うことが良くありました。

後になって気付いたのですが、黄色い救急車伝説は、たぶん私が思うに日活映画の「危ないことは銭になる」という映画の影響ではないかと思います。主演の穴戸錠が敵対する人物を陥れるために、黄色い宣伝カーで「こちらは東京精神病院です、ただいま凶暴な患者が脱走しましたので皆さん警戒してください。その人物の特徴は…」なんて言っていました。それは飽くまでフィクション、映画の上での悪いジョークだったはずですが、精神病患者に対する偏見が強かったのも事実です。もっとも今日では偏見が少なり理解が深まったと言うより、病像・病態の変化とともに人々の見方も変わってきたのだと思いますが。

私は「知的障害の人をバカにするもの良くないし、精神疾患と脳の病気は違ುದろ、こいつらも大人にならずとももう少し学年が進む頃にはわかるだろう」と思っていました、それから半世紀以上たっても、大の大人どころか専門家とされる精神科医も基本的には当時の子供と同様の考えであり私とは違います。さすがに知的障害と精神疾患の区別はありますが。

精神病は精神の異常であり脳の異常ではないのはあまりにも当たり前で、脳の病気などと言うのは無知な子供や、大人であれば無知蒙昧の輩だけだと思っていました。それが専門家であっても多数派か？「まさかそんなことないだろう？」と何となく思っていました。ハッキリ言ってしまうと、ある意味今日の精神科医の認識のレベルも、当時の子供と基本的には大して変わらないのです。皮肉を込めて敢えて言いますが、大人になっても精神科医であっても無知な子供とたいして変わらないことは、あまりにも予測困難でした。

伝統的には精神疾患も、知的障害などと混同され、「早発性痴呆」などとも言われたこともあった。今日でもあまり重症な人は知的にたいへん優れた人でも、実用上の思考や言語能力等は甚だ障害され、根気や気力にも乏しく、幼児でさえできる簡単な計算や、記憶さえできなくなってしまうことがある。

なぜ薬物療法に批判的なになったのか？

たぶん 1969 年 12 月、小学校 5 年の時です。大掃除で職員室の廊下を掃除していました。というよりサボっていて、廊下の掲示板を見ていたら…

「こんなケシの花はありませんか？見かけたら警察に通報してください」というポスタが貼ってあったのです。「ケシの花なら家にも咲いているかも？でも種類が違うんだろうな…、」どうやら麻薬・覚せい剤の原料になるらしい。

どうやって調べたのか忘れませんが、家にあったのは百科事典くらいでしょうか？新聞などもこの頃から読むようになりました。それで麻薬・覚せい剤のことも一応理解したのです。もちろん向精神薬も基本的には同じものです。

覚醒剤ヒロポンが昭和 20 年代に一般薬局でも販売しており、炭鉱夫や看護師など薬物中毒が蔓延しその後発売禁止になりそのため、覚せい剤、向精神薬取締法ができました。

余談ですが、九州の炭鉱町出身の私の元治療者は戦後間もない頃、小学生で既にヒロポン中毒となり、その有害性や危険性に気づき、これはマズいと中学の頃には地獄の苦しみを

経て短期間で依存症を脱し、そのころ発売禁止になったので闇で仕入れて、周囲の炭鉱夫などの依存症者に「ほどほどにしろ、早く止めろ」と言いつつ売りさばき、大儲けした金で高校に進学したと言う話でした。当時、九州の炭鉱町では景気が良くともまだ貧しく、中学はまだ義務化されたばかりで、高校進学率は今の大学よりずっと少なかったのです。薬物等の管理もいい加減で、きちんと回収されず薬局や問屋の倉庫にも眠っていたようです。そうした経験もあったので、向精神薬についてもよく知っており、やはり薬物否定派だったのです。

話は戻って 1969 年のその頃は学生運動も終息に向かい、退廃的な雰囲気広がっていました。

シンナー、ボンド、トルエンなどの有機溶剤やハイミナール（過度期の睡眠薬）なんかの薬物も当時の若者に流行していました。裏山で遊んでいたら、カップルがアンパンをやっている現場を見てしまい、警察に通報しなくてはいけないかとドギマギしたり、なんてこともありました。当時はマリファナや麻薬・覚せい剤はほとんど手に入りません。それがなぜいけないのか？もちろん向精神薬も基本的には同じことです。

子供の頃はもちろん、大人になってからも自慢じゃないですが、ほとんど勉強らしいことはしたことはありません。そんなに読書家でもないし、新聞もよく読んだのは小学校高学年～中学の頃位です。

小学校の頃、学校の勉強で役に立ったのは「裸の王様」くらいでしょうか。

車が好きで車の本を読んでいたのが、勉強はやらなくてもできました。（わしはアスペルガーか？もちろんそんなことはありません。重度の精神疾患でしたが）

このへんは記憶はおぼろげですが、中学で勉強したこと、というか驚いたことは保健体育の時間、座学があつて性教育とかかな？「そんなのとっくに知っとるわい」授業はいつものように聴いておらず、教科書をペラペラ見ていたら…

「防衛機制」のことが書いてあったのです。

抑圧、合理化、否認、昇華、解離、置き換え、知性化、などなど例のアレです。後の章でも触れますが、知らない人は何かで調べ下さい。

「こんなスゴイこと中学生に教えても良いのか?! 文部省大丈夫か? でも学校教育も捨てたもんじゃねえな」「こんなこと考えてるヤツなんて、俺しかいないだろうって思ってたけど、大人たちもバカではないぞ、正しいことだって言ってる」なんて思ったのは、中2のガキの若気の至りです。

それから程なくして、本屋でフロイトの「精神分析入門」を見つけて貪るように読んでみました。これはちょうど中公文庫の新刊が出ており、懸田克躬 訳で読み易い。その以前から出ていた角川文庫の高橋義孝訳は、文学者なのでやむを得ませんが明らかに内容が分かっていないままに訳した酷いものでした。

「だから治療は何なんだ、やっぱりないかの?」とも思いましたが、精神的な諸問題を、無意識のことから追及している人がいるということを知っただけでも、だいぶ救われた気になりました。

「精神分析入門」を読むと半世紀もたった今でも、読みながら当時考えたことが蘇ってきます。中学の時の私はそんなに高度なことを考えていたのか? と、啞然ともしますが、もちろんそうそう内容がわかったわけではなく、わからないからこそいろいろ考えたのです。

無意識のことは意識化できないから無意識なのであって、いくら知識があってもどんなに頭がいい人が考えても、やはり体験しないと頭だけではわかるわけがありません。「泳げる」「自転車に乗れる」に例えられるような「身体で分かる体験」だとしても、そのように普遍的な体験による修得が、自転車や水泳のように誰しも得られるわけではなく、目指そうとする人も少なく、真剣に取り組もうとする人でさえ、むしろ殆どの人は失敗・挫折せざるを得ません。

分析派の精神科医は、欧米に留学し何年も偉い先生に教育分析を受けなければ、治療者としてやっていくことはできません。しかし、受けて学習したからわかる保障などもちろんないので、もちろん若い頃の私もわかりませんでした。

実際に無意識のことをホントに知ることになったのは大学4年のとき、この「セルセラ」の基になる治療を受けた時であり、それはとてつもなく衝撃的な体験でしたが、その時のことは『理論』のところで後述します。

この「セルセラ」は無意識の洞察も得る方法としても、有益で可能性の高い治療法なので、

その時にわかったことと、それ以前の子供の頃にわかっていたことが、今の私の知っていることのほとんどです。我ながら進歩がないですが、その段階では何かができるようになりたわけではなく、治療ができるようになるのは30代の半ばで、それから実践するようになりました。

※私が受けた治療の内容や効果については『治療法』その他、別の章に書きます。

精神医療、ふた昔

当時はまだドイツ流の記述精神医学と、アメリカ的な（もとは東ヨーロッパ）精神分析的な考えを基本とする力動精神医学派という2大潮流があり、後者は少数派ではありましたが、どちらかと言えば上に見られる傾向もありました。私のいた専門学校では他の生徒も教えられるまでもなく、力動精神医学的な考え方をする人が多かったのです。

当時、DSMはまだII-Rか

精神分裂病、神経症、躁病、うつ病、実際には殆どいないが躁鬱病で殆どの診断は足りるので、精神科医もDSMは殆ど無視しており、日常的な診断に使うことはありませんでした。

た。統計をとるためには国際的な診断基準、ある程度の細分化も必要かもしれない、という位に考えている人が多く、私も同様に DSM をあまり警戒していませんでした。

DSM についてはまた後で記述します。『[精神疾患](#)>[精神疾患の診断](#)』を参照してください。

私は医療職を志すずっと前から、精神疾患は心的外傷が原因であり薬で良くなるものではないことは知っていました。あまりにも当たり前のこととしか思っていませんでした。

その根拠は自分で精神病を体験したこともあります。当然のこと私の親も精神的に問題があり、前章でも書きましたが、病気の友人も少なくはなく、彼らの家族のことも知っていたからです。子供は超能力者のようにそうしたことには敏感です。私は 1 歳の頃から、もちろん断片的ではありますが記憶があります。

物心ついた頃から、「精神病は精神の抑圧、心が病むほど傷つくからなるんだろ」とは思っており、精神疾患であり、脳の病気（中枢疾患）ではないことはわかっていました。

1980 年代、当時よく議論になっていたことは、「精神分裂病と神経症等、他の精神疾患の本質的な違いはあるのだろうか？」ということでした。

私はこれに対して、「それはない。精神分裂病も一見、普通の人にはあり得ない奇妙な症状を呈しているけど、その症状と同じものは実は誰にでもある、もしくはあったものだ。」

「分裂病でも神経症でも原因は同じ。心的外傷（トラウマ）です。でも、精神分裂病の場合は、幼児期、まだ自我が確立する以前に極端な激しい愛情剥奪がある。」

「そのうち世の中の変化とともに、今は区別があるかのように見えていても、ごっちゃになり区別がなくなってくるはず。」

こうしたことはもちろん私が発見したわけではありません。皆知らないだけで、私は基本を知っただけです。だからこそ、20 世紀が近づいて再び精神病の病像、病態が大きな変化を起こすのは、私には十分予測できました。基本がわかっていたからです。

おそらく近代化の以前、19世紀後半までは精神病の形も違い、憑依精神病のようなものが多かったのでしょうか。このことは重要です。

ついでに誤解を恐れずに敢えて言えば、あらゆる精神病は憑依精神病でもあり、転移精神病でもあります。そのことが理解できる精神科医は皆無に近いと思いますが。その話はいずれまた。

・精神分裂病

長らく、精神科対象患者の殆どは重症な精神分裂病でした。

精神分裂病の概念の成立は

クレペリンの記述精神医学体系の成立もフロイトが精神分析学を打ち立てたのも19世紀の終わりです。ハッキリ言ってクレペリンはフロイトやユングとは同じ時代と思えないほど、精神疾患の理解レベルが低い、というか本来理解、対象化するべき範囲を限定捨象した「学問」でしかないと思います。

記述精神医学は、社会科学で言えば、せいぜい今日殆ど顧みられることもない、コント、スペンサーなどの百科全書的総合社会学の域を脱しておらず、マックス・ヴェーバーにも遥かに至らないと思います。

20世紀は精神と脳の活動が不可分一体であることを前提に、脳の病気（中枢疾患）と心の病気（精神疾患）を峻別したのが20世紀精神医学の最大の成果であり、それを前提に学問も臨床実践も進むべきだったはずです。

しかし、それは十分浸透したわけではなく、洞察力や理解力の乏しい精神科医が圧倒的多数派であり、彼らは脳病信仰から脱却できありませんでした。科学の発展が必ずしも段階的直進的ではなく、甚だ偏ったもので、しばしば後退するとしても学問・科学史上珍奇な現象です。

そのため時代を逆行する力学は常に働いており、むしろ若い新世代の精神科医が旧態依然の（決して科学的でもない）脳病信仰を引き継ぎ、逆行・退行が本格化し圧倒的主流となってしまうが、21世紀現在の精神医学の現状です。

当然のこと、臨床的成果もなく、むしろ精神疾患の諸問題を拡大し、悪化を招くという結果になってしまいました。間違いや非を認めず是正せず、誤った前提に立って発展させようとするなら当然の帰結です。

業界でやっていける、立場やプライド、収入や利潤追求と言ったことを目指しているつもりはないにしても、学問研究、臨床的貢献といえども、非意図的な適応のための「忖度と損得」が思考や行動の無意識的支配原理となってしまう、自分の立場を危うくするような「真理や価値の追求」や「世のため人のため」の純粋な職業的使命感や動機はそのはるかかなたの背後に退いてしまいます。

私はそこから離れて自由でいたかった、というより適応能力のない私はむしろそうするかありませんでした。

明治時代は精神病院は「癲狂院（てんきょういん）」と言い「癲」はてんかんにほぼ相当し、「狂」は行動異常や妄想を主症状とする精神病、要するに精神分裂病をさしています。

精神病が脳の病気だというのは、大正時代の話であって、その頃は何もわからないからそう言うただけで、それが流行のようになり、「癲狂院」は「〇〇脳病院」と変更された。

戦後は「精神病院」と言うようになったのは、脳のことも精神病のことも、ごく一部の人のこととは言え無意識のこともある程度は分かってきたし、それなりの学問的背景もあってのことです。学問と言うのは曲がりなりにも進歩するものですが、精神医学だけは旧態依然どころか、退行したことはハッキリ指摘する必要があります。

私と違って体験したわけでもないからわからないのか？

もっとも「うつ病を体験した精神科医」が書いた本など、最も役に立たない類のものですが。

野口英世が病原となるスピロヘータを発見し、脳梅毒は感染症であり精神病ではなく精神分裂病に似た精神症状を呈する脳の病気だと言うことがわかってきました。「てんかん」は精神病だとされていましたが、脳波やCTのおかげで中枢疾患ということになり、実際にそのように扱われるようになりました。

にもかかわらず、未だに根拠もなしに精神疾患を脳の病気だという人は、正直言って何で精神疾患の原因は心的外傷（トラウマ）だとわからないのかわからないのです。

精神科医も含めて（もちろん実際に見てはいても）精神病を知らず偏見を持ったまま、大人になりました。ためか？

最近また梅毒が増えているのは、『「専門家」先導の中枢疾患と精神疾患に対する無理解や偏見』への警鐘のように思われるのは穿った見方でしょうか？

患者は興奮して暴れるもの、という認識という偏見が精神科医にも一般の人にもあるように思いますが、昔は一般の人にはあっても患者を知っている人からすれば、それは偏見でありました。

もちろん実際には確かにそういうことは全くないわけではありませんが、環境や周囲の人の影響であり、要は精神的に追い詰めなければ興奮したりしないことを多くの精神科医は知っていました。

昔の精神病院なんて、座敷牢に入れられたり、

家で暴れて連れて来られた患者だって、拒薬しても、病院に来ただけで落ち着いてしまいその後、10年一日の如し、何のトラブルものないなんて普通のことでした。

患者も雨露しのげて、衣食足りて、これといったストレスがなければそんなもん。患者同士（特に精神分裂病）はお互いに刺激しません。

それが問題と言えば問題、というか問題がない代わりに発展性がありません。

職員が皆優しいわけではないけど、仕事はヒマで楽だし、給料は安いけど田舎で国家公務員となれば一応安泰、それなりの立場もあり、患者はどうせよくなるらない、という開き直りがあり（必ずしも悪い意味でもない）、職員もストレスは少なく追い詰められてはいませんでした。

私が勤めていた数年間も、患者が暴れたなんて聞いたことはありません。自殺企図は数件ありましたが。保護室は使っていたのかどうか？

病棟勤務ではないので知らないけど、保護室を使っていた記憶はないので、使ってもたまたま短期だったはず。既に全開放だったし。

当時の院長は昭和 30 年頃、結核療養所の時に初めての精神科医として入職し、その後、精神科病院に転換したのですが、「結核の患者には 3 年間で 3 回殴られたけど、精神科の患者には 30 年間 1 度も殴られたことはない」とよく言ってましたが、精神病院の実態を知るものからすればそんなことは普通の話でした。

・薬物療法と精神医療問題

実のところ、私自身は精神疾患の「治療」として薬物療法と称し向精神薬を使っていることもずっと昔から知っていましたが、実際に精神医療の現場を知るまでは長らく半信半疑でした。

向精神薬問題についても、基本的なことだけは昔からわかっていたのですが。

ホントに薬なんて使ってるのか？都市伝説じゃないの？心の病が薬で良くなるわけがないの。一部の病院や患者に対してだけ？

「精神病って心的外傷が原因だろ、原因には全然対応していない。やる気もないのか？」

「薬もヤバい（悪い意味）が電気ショックなんてありえねー！脳破壊だろ、危険極まりない。」

「絶対に良くなるわけないし、患者は拒否しないのか？強制は基本的に人権の侵害だろ。懲罰の意味があるのか？？悪いことをしたわけでもないのに患者を懲らしめなければならない理由なんてないだろ。犯罪者だって拷問は禁止されているのに」

「治らないとしても必要なのは保護や救済、癒しだろ」

「この文明の世の中に！私たちが生きてるのは野蛮社会か？精神医療従事者は、未開人か？」

まさか精神科医も患者も皆バカなんてことはありえないし。

学問的理解、科学的認識さえ無意識の「抵抗・防衛」に支配されているに過ぎないのか？

などなどずっと考えていました。

それでもまだ当時は、精神科対象患者の殆どは重症な精神分裂病です。

「薬で治る」なんて言う医者は皆無で、向精神薬は甚だしい症状を抑えるだけで、陽性症状には効くが陰性症状には効かない、せいぜい必要悪に過ぎないと言っていたのです。

私は「精神病の治療なんてどうせできないなら、医療ではなく福祉の対象でいいじゃないか。何とかしようなんて医療の思い上がりだ、そもそも医療なんて福祉の一分野に過ぎない」などとも言っていました。

私が就職した精神科病院は公立で、要するに金儲け主義ではなく（今はそうもいきませんが）薬物も必要最低限とまではいかなくても薬漬けも甚だしくはありません。

医者も割にまともで、他に知っている病院も割にそうでした。

悪徳病院もマッドサイエンティストのような精神科医も知らないわけではなかったのですが。

徐々にこっちも考えを緩め、相変わらず薬物反対派ではありましたが、一部必要悪とは考えるようになってきました。とは言っても薬物にも良い面があるという理由よりも、「お前、薬物に反対するのは良いけど、だったらどうするんだ！」と言われても対応できないという理由が大きいのです。

実際にそんなことを言われたわけではなく、むしろ反薬物派の私は一目も二目も置かれており、どちらかと言えば全般的にも反薬物派が尊重されるような雰囲気もありました。もちろん、今日薬物反対の立場を強めたのは向精神薬害の拡大という現実も理由の一部ですが、治療ができるようになったからで、対案・代替案ならいくらでもあるからです。

それから薬の離脱症状の問題です。

「薬を飲むから止めると危ないのであって、最初から飲まなければ良くはないにしてもそんなことにはならない」と言ったら、むしろ精神科医は「お前は精神科でもないのに何でそんなことが分かるんだっ！」と驚いて、否定されるどころか尊敬の眼差しで見られるようになったもんです。

もちろん烈火の如く怒る医者もいたでしょうが、そういう人の前では言わないし、なるべく避けるようにしていました。

当時から向精神薬の離脱症状に気づいていた人は私以外にいたのでしょうか？当時は文献も検索できないので知りませんが、もちろん今更調べる気もありません。離脱症状という言葉はないので、「麻薬・覚せい剤の禁断症状みたいなもの」なんて言ってましたが、当然、作用は同じようなものですから基本は同じことです。

もちろん向精神薬は使っていましたが、薬で治るとは誰も思っていないし、良くなるとも思っていない医者が多かったのです。

陽性症状を抑えるだけで陰性症状は改善しない、もしくはむしろ悪影響がある、メリットとデメリットを秤にかければ、どちらかと言えば薬を使用した方がマシ、ないよりはあった方が、という消極的必要悪、というのが当時の普通の認識であり、この点では一応コンセンサスが一応あったと言えます。

薬を使用しなければ、収入が得られず病院経営ができない、という問題もありました。

向精神薬服用者の寿命は10～20年程度短いと言われており、悪性症候群により短期間（1年以内）の服用で亡くなる患者も1%ほどいます。実際にイレウス（腸閉塞）など普通は死亡したりしない疾患で簡単に死んでしまうことが良くありました。最悪、まず間違いなく手術すれば治る、一般的には死ぬような病気ではないことでも亡くなってしまい、それが問題になることもありませんでした。

多剤大量乱用処方当たり前になって、そういう人は増えているはずです。

脳病派、生物学派でさえも、私のような薬物反対派の批判をかわすためか、あるいは本心は薬の使用に後ろめたさや罪悪感のためか、「精神病が薬で良くなるわけではないが、薬は意思疎通性を改善し、精神療法的な対応ややりとりが可能になり、精神療法の有効性を高めることができる」などと、言い訳がましく、おもねるようなことを言っていたものです。

そのような状況であり、やはり薬は使用しない方が良いのではないのか？とい疑問は常につきまとっていました。

多分1993年頃だったと思う、もうその頃は私は大学（医療系短大）の教師になっており、自分の勤めていた病院ではないとある病院で、5～6人の医者同士で話題になりました。こと。私は医者ではありませんが、その場（医局）に居合わせました。

ある精神科医が、某私立医大の助教授だった頃の話

(ちなみに、その医大の精神科は分析派、精神療法・心理療法派はいないはずで、全て生物学的精神医学派です。)

元助教授：「ここだけの話、もう10年以上前だから時効かもしれないけど、倫理的・人道的に問題あるから大きな声では言えないけど…、私がいきました。医大である時、やっぱり薬は良くないのではないかと、言う話が持ち上がり、入院している患者の一部(何人か)に偽薬を使って実験してみたことがあります。結果はやはり症状、甚だしく出現してシツチャカメツチャカになってしまい…、やっぱり薬を使わざるを得ないという結論になった。」

老精神科医：「そりゃ、薬を使わなければ良いわけではなく、その代わりに治療的なことをしなければ…」

私：「薬を長期服用して急に止めたら、禁断症状が現れるのは当然で、そりゃそうなるに決まっている。最初から薬を使わない人と比較しなければ…、私は薬を服用させる方が倫理的・人道的に問題があるように思うけど。」

あまり話題にすることもできませんでしたが、そのような議論もなり立つわけで、むしろ皆の関心事でした。

当時の精神科医で離脱症状に気づいている人はいました。だろうか？私は「禁断症状のようなもの」と言っていました、要は麻薬・覚せい剤の類なのです。から同じことです。離脱症状については、我々が10年以上も前からネットで書くようになり、それを見た患者も知るようになり、精神科医も患者経由で「離脱症状」という言葉は知るようになってはきましたが。未だに精神科医の殆どは離脱症状について理解していません。

数年前までその老精神科医は名門と言われる某私立医大の万年助教授で、その時の教授はロボットミ博士で有名であり、彼は苦労したようです。

老精神科医

「医者の間では、『そんなことしたら死んでしまうよ！絶対にヤメロ！』と言うべき場合でも言わない方が良い、というのが暗黙の了解で不文律のようになっている」

私

「正当化して余計にやるからでしょ。それでも何としても阻止しなければ、となると刺し違になってしまう。誰だって殺されたくはないし、命をはることはできません。フロイト先生の言う『抵抗・防衛』はそういうことでもあります。」

初めての向精神薬、クロールプロマジンができたのは1954年、日本の精神病院で実際に使われるようになり広まったのは1958～59年頃です。

「確かに薬ができました。頃、これで良くなるんだ！という期待や希望があった。しかし、実際に使用してみたら、程なくしてやっぱり薬では良くなるのか…、と皆ガッカリしました。しかし、やっぱり薬は止めた方が…という話にはなっても、中止されることはありませんでした。」

「私と同世代かそれ以前からの、昭和20年代に医者になった精神科医はまだ薬が無い頃を知っており、そういう人は、薬はない方が良かった、と皆言ってる。しかし薬を使うようになったらもう後戻りはできなくなった。薬で治るところか良くなるなんて誰も思っていない。」

そんなわけで、その老精神科医と歳は親子ほども違いますが、私とは話が合うのでとても親しくなり、おこがましいけど親友というような関係になりました。

ある時こんな話もありました。

「君、学位（医学博士）をとらなくちゃいけないんじゃないか？とらせてやるよ」

「みんな躍起になってますけどね。俺はいらないですよ。肩書とか関心ないんで、面倒だし怠け者だし」

「いやとらせてやるよ。君がそういうのがキライなのはもちろん知ってる」

「そうもいかないでしょ。」

当時、医者以外で学位を取るのは極めて困難で、リハビリ系だとまだ2～3人かな？米国内に何年も留学したりで大変でした。

「だからこっちで学位論文は書くよ。少し手伝い位すればよい。教授たちは皆、後輩や教え子だから通せるよ、もちろん見返りはいらない。」

「そうもいかないでしょ。いらないっすよ」

「人がせっかく親切に言ってるのに、人の好意は素直に受けるもんだよ。」

今では考えられませんが、まだそんな時代でした。当時は私も若く、と言っても30代半ばくらいですが、まだ純粋だったのです。今でも純情可憐だけど。

もらっておけば良かったのかな？ちょっと惜しかった気もしたが、その老精神科医も心臓を患って、間もなく他界してしまいました。

医学博士ならこのセルセラ・マニュアルのようなものを書いて信用が違うのでしょうか。皆、権威に弱い？でもわかる人にわかれば良いんです。そして役立てて頂ければ。

なぜ、その老精神科医がそんなことを言ったのか、私に対する好意や親切だけではないことは、いまでは良くわかる。だんだんと若い精神科医とは話は通じなくなってきたのです。

後の世代の精神科医は、根拠もなく精神病は脳の病気として、薬も無条件に必要なものとされてしまいました。そういうことに危機感を持つようになったからだと思います。

実際に徐々に患者の病像は徐々に変化しつつあり、古い精神科医は対応できなくなってきた、むしろ小さくなってしまったし、若い精神科医は古い人を見下するようになってきました。もちろん新しい人に何かがわかるようになりたわけでも、できるようになりたわけでもありません。ハッキリ言って、レベルは激しく低下しました。

今の精神科医を教育したのは、そのような先輩精神科医ではなく製薬会社の営業の人です。昔はプロパーと言ってたけど、今はMRって言うようです。何の略だか。

※うつ病の治療

抗うつ剤はまだ三環系抗うつ薬が主であり、使われるようになったのは1960年頃です。私の知る限りでは、たいていの医者は「あんなもの副作用ばかりでちっとも効かない。プラセボ替わりに一応最低量を出すだけ」なんて言っており、患者も殆どかわらないなんて言っていた。それでもたいていの場合は3カ月くらいで良くならないまでも回復はします。重症な人は繰り返しますが。

又聞き之又聞きくらいだから正確な話ではありませんけど、
哲学的で臨床には役立たずそうじゃない本ばかり書いているある大学の精神科教授は、学生
や研修医に話すことも哲学的な話ばかり。

業を煮やした研修医が「ところで先生、うつ病の治療はどうしたら良いのでしょうか？」
と聞きました。ら、「ああ、あれはしばらく待っていれば勝手に良くなるから何もしなく
ていい。治そうなんて余計なことをして足を引っ張るな」と答えたとか。

「さすがは哲学者、バカじゃねえな」と感心したものです。おこがましいけど、今でもそ
う思います。

近年の最も大きな変化はセロトニン系に選択的に効く新型抗うつ剤 SSRI ができて、三環
系抗うつ剤では必発とも言える副作用がなくなり、だからこそ効果を高めることもできる
ようにはなりましたが、短期的な目立つ副作用がなくなっただけで、長期的な副作用も危
険性も高まることは眼に見えていました。

※野蛮な「治療法」

当時既に、マトモな病院なら電気ショックは行われなくなり、私の働いていた病院でも昔
はやってたはずですが、やらなくなって久しく、多分 1970 年頃からはやっていないは
ずです。

たぶん初期の頃、昭和 30 年代にはやってたはずですが、患者からはインシュリン・ショ
ックをやっていた話は聞いたことがあります。電気ショックの話は聞いたことはありません。

もっとも学生時代に実習で行った病院は割に良心的でしたがそこではやっていました。私
が見たわけではないが、私の前から来ていた学生の話。

「先生、電気ショックやって下さいよ」「あれは一時的にはスッキリしても良くないから
やらない方がよい」「そんなこと言わないで頼みますよ」「しょうがないなあ」
と言いつつ別室に連れて行き、

「※！？★△」

「あースッキリしました」

学生に「君たちも勉強がはかどらないときにやってあげようか」
なんて話も聞いたことがあります。あれは依存性があるらしい。

15年ほど前から電気ショックは再び流行り出しました。麻酔を使うなどリスクは少々減ったが、死亡者も少なくないのは変わらないし、野蛮で危険なことをカモフラージュしただけです。やはり「うつ病キャンペーン」によって受診・服薬者は増えたものの良くならないので、苦肉の策でまた持ち出されたわけです。麻酔を使うなど少々やり方は変わりましたが。

ある時、ネットの掲示板を見ていたら、電気ショックの体験者が書いており、内容は明らかに後遺症を示していました。私はそれがわかったので、いろいろと質問してみたら、やはり後遺症を明らかに示しています。あまり良くない言葉ですが「人格の平板化」を顕著に示していました。一言で言えば能天気になる。

しかし、精神科医には電気ショックの後遺症などわからないし、当人にもわかり難い。副作用は短期記憶の消失くらいだと思っている。もちろん実際には脳の損傷ははげしく、様々な機能障害も現れるのですが、彼らには見ても見えません。無意識に否認するともいえますが。

だんだん気づいてきたのは、それは「不都合な真実」であり、患者を知る者なら殆どの方は、精神疾患はPTSD 心的外傷後ストレス障害であることは、薄々は皆も認めており、公式には表立ってそうは言えなかつただけです。その証拠も明示することはできないし、何かをすることはできません。

そうだとすると、何にもできないならばそこから出発するしかないはずですよ。

精神科病院の自由化と開放化

その後、精神病院は非拘束、開放化に向かったはずでしたが、結局、逆行しました。

患者と精神医療の変化：変化は徐々に感じていました。

精神疾患は時代とともに病像や病型は変わってくるものです。

緊張型、破瓜型といった分類は、概念としては有効でも、分類としてはもはや妥当性を失っているように思えました。

ヒステリーの症状自体は今も珍しくも何ともありませんが、フロイト時代のような典型的なヒステリーは戦後には世界的に殆どいなくなりましたが、

「ヒステリー」と言うのが差別的な言い方で登場するのはその後です。

やはり誤解に基づいているともいえますが、実際には皆知らないはずのヒステリーの一部の症状のみを取り出して言っているのです。

徐々に変化が訪れていることはひしひしと感じていました。

ある時、数人の学生と話していました。時です。

分裂病は奇妙な症状を呈し、一見普通の人とは違うようですが、幻覚妄想も普通の人にも「健常者」にもあるもので、精神病の症状は誰にでもある精神的な問題が、遥かに深刻というだけである、といった話をしていました。次の章の『精神疾患』に書いてあるような話です。

ある学生が我が意を得たりと言わんばかりに、そうですよねっ！私は幻聴が聞こえるんです！

何て言っており、驚いた学生もいましたが、別に大したこととも思わない学生の方が多かったのです

その学生は健康と言うのでもないかもしれないが、まあ普通並みかそれ以上は健康そうです。美人で性格も悪くないしもちろん知的にも低くはありません。今はどこかで活躍しているはずです。

国立大学の教員はセンター入試の試験監督をしなければならない。

その説明会に出たら

しかもっと昔から、既にその兆しはありました。

私や私の友人たちは湘南ボーイ？の

時代を先取りしているという自負もありました。それは思想やカルチャーといったものだけではありません。

精神病の症状さえも。従来の精神病や神経症の範疇には入らないような、ニュータイプだと思っていました。

しかし「新人類」と言われる人は、我々より5～6歳年下です。

我々とは別の意味で全く違いました。我々は旧人類だと自覚せざるを得ません。

東京オリンピックの頃を境にして世の中ずいぶん変わったことは子供の頃から実感していましたが、その前と後に生まれた人は全くと違う人種と言っても良いくらいでした。ココでは具体的なことは触れませんが、同様な感想を持った人は多いと思います。だからこそ「新人類」という言葉も流行りました。

こうしたことに気付かざるを得なかったのは、もちろん自分と同じ世代の人は良く知っていますが、24歳の時にに入った専門学校は高卒で入れるため5～6歳以上、年下の学生が多く彼らとの関係が少なからずあったこともあります。。

私と同学年はそうでもないですが、1学年下は全く違いました。2学年下だとさらに違う。

もうその世代の子供の殆どはとっくに成人しています。

確かに今世紀に入る前後に、いろいろな変化はありました。徐々に患者も精神医療も変化していることは肌を感じていましたが、大きな変化が訪れたのは今世紀に入ろうとしていました。頃です。

精神分裂病という診断名が統合失調症に変わっただけでなく、既に病像自体の変化もあることは明らかでした。

精神疾患の病状やタイプも変化することは十分予測できました。し、事実その通りになったのです。

最も精神疾患の本質を理解していれば、当然分かったことですが、私よりも古い世代の精神科医は時代に全くついて行けず、後進の指導育成ができなくなったのです。

古い世代の精神科医は新世代の精神科医に見下されるようになり、その新生代の精神科医の育成をしたのは薬の会社の営業担当者です。

「古い船を今動かせるのは古い水夫じゃないただろう（イメージの歌：吉田拓郎）」という歌がありましたが、もちろん新しい水夫が有能になったわけではなく、実際にはむしろ逆でした。

しかし、被害がここまで拡大するとは思っていませんでした。医者も患者もバカばかりじゃないし。でも私が思ったよりも遥かにバカだったということか？こんなこと恐ろしくてとても言えないよ。と思いつつ書いていますけど。

ジジイの癖で昔語り自分語りになってしまいました。過去を美化してるようですが、私は学生の頃実習などで行った病院は、既にリハビリに力を入れようとしてたどちらかと言え

ば「先進的、良心的」な病院だったし、国立の専門学校、国立病院、国立大学と渡ったので割に恵まれた環境だったせいもあります。

医者は金儲けだと言われるし実際にそうですが、国家公務員の給料は安く、精神科医でも普通のサラリーマンより少ない位で、金儲け主義の人は周囲にはいませんでした。

1980年代頃の精神医療の状況については、前章で書きましたが1990年代は大学に就職したのであまり多くの患者は診てはいません。徐々に患者も精神医療も変化していることは肌を感じていましたが、100年前、フロイトやクレペリンの時代と同様、大きな変化が訪れたのは今世紀に入ろうとしていた頃です。

精神分裂病、うつ病や躁病や躁うつ病、各種神経症以外には殆ど精神疾患というものはなく、つい最近まで診断にもそうそう迷わなかったし、医者が違って診断名が違うことはあまりなかったのである。

要するに典型的なうつ病、不安神経症といった患者は減って、日本では極まれと思われていたタイプの疾患も増え、殆ど認知・観察されていなかった、解離性人格障害といったタイプの患者もずい分増えた。

精神分裂病という名前は使われなくなり、代わって統合失調症と言われるようになったが、これは差別助長を防ぐといった現実的な理由もあるが、病像、病態そのものがずい分代わってきたからでもある。

精神分裂病には病識がないと言われていたが、今日では少なくとも他の精神疾患と同程度には病識があるし、幻覚・妄想もそれとして認識していることが多い。重度の強迫神経症の強迫観念のほうが妄想的でさえある場合もある。

精神分裂病やうつ病という病気自体が、たかだか 100 年位しか続かなかったともいえる。それいぜんももちろん精神疾患は存在していたが、むしろ多様で病名をつけることができなかつたというべきであろう。

重症な人を知る機会、一般の人はもちろん医者でさえ、当時は（今も）そうそう多くは無く、精神病院が成立し一同に集められてから徐々に病像の輪郭を現してきたともいえるだろう。

今世紀に入る頃からの精神医療の変化とその問題については、次の章で述べたいと思います。

年代	できごと ※これ以降の精神医療史年表は次の章をご覧ください
1377年	イギリスの王立ベスレム病院が精神病も扱い始める
1656年	フランス、ルイ14世の指導により精神障害者、犯罪者、浮浪者を収容する総合治療院、ビセートル病院（男性）サルペトリエール病院（女性）が建設される
1789年	フランス革命
1793年	フィリップ・ピネル、ビセートル病院の閉鎖病棟の患者を鎖から解放。道徳療法
1800年	岩倉癲狂院
1807年 文化4	漢方医の香川修徳が医学全書「一本堂行余医言」を発売（第五巻が精神医学の項目）
1867年 明治元	明治維新
1872年 明治5	ロシア帝国皇太子が訪日するにあたり、明治政府は東京府東京市本郷の元加賀藩邸跡（現・東京大学構内）の空き長屋に営繕会議所附属養育院が設置され、巷の生活困窮者などを狩込み収容する。
1871年	ドイツのエヴァルト・ヘッカー「破瓜病」
1874年	ドイツのカール・カールバウムが「緊張病」
明治7	文部省が東京府、京都府、大阪府に対し医制を發布し、癲狂院（てんきょういん、当時の精神科病院はこのように呼ばれた）の設立を規定
1875年	京都府の南禅寺境内に日本初の公立精神科病院「京都府療病院附属癲狂院」（現・川越病院）設立
1879年 明治12	相馬事件 精神障害者部門は、明治12年7月に上野恩賜公園内に「東京府癲狂院」を設置、これが後の東京府巣鴨病院を経て、東京都立松沢病院となる 帝国大学医科大学（現・東京大学医学部）に日本初の精神医学講座が設置。（初代教授は榊俣）
1899年	シュナイダー エミール・クレペリン『早発性痴呆』破瓜病、緊張病に 妄想病を加えた

1900年 明治33	精神病患者監護法、私宅監置（いわゆる座敷牢）の制度化 この頃、フロイトが精神分析をほぼ確立
1901年	東京巣鴨病院（後の松沢病院）にて呉秀三が作業療法を始める
1911年 大正元	オイゲン・ブロイラー「早発性痴呆」を「精神分裂病」と改名
1913年	野口英世、進行麻痺患者の脳に梅毒病原体（スピロヘータ）を発見 （脳の病気と精神疾患が区別されるようになった。以後も精神疾患が脳の病気であるという証拠はまったく発見されていない。
1914年	精神病院法公布
1917年	フロイト『精神分析入門』
1918年	第一次世界大戦終結
大正7	呉秀三・樫田五郎『精神病患者私宅監置ノ實況及び其統計的觀察』を出版。「わが邦十何万の精神病患者は実にこの病を受けたるの不幸の他に、この邦に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」という有名な一節を残す
1919年	松沢病院にて呉の指導の下、加藤普佐次郎が作業療法を確立・発展
1926年	昭和元年
1930年	インシュリン・ショック療法開始 この頃より、アンフェタミン（覚せい剤）が主に軍隊で使われる
1935年	モリス、ロボットミー手術を始める、1937年ノーベル賞受賞
昭和10	
1938年	新潟大学の、中田瑞穂、ロボットミー（精神外科）を開始。 以後1975年(昭和50年)精神外科廃止宣言まで受ける者もいた。
1940年	ナチスT4作戦により精神病患者を虐殺を開始、後にユダヤ人大虐殺ホロコーストにつながる
昭和15	
1943年	レオ・カナーが「早期幼児自閉症」として自閉症(カナー症候群)を報告
1944年	オーストリアの小児科医ハンス・アスペルガーが自閉的精神病質（アスペルガー症候群）を報告
1945年	第二次世界大戦終結
昭和20	
1946年	日本軍備蓄のメタンフェタミンが市場流入。 市販薬ヒロポンによる薬物（覚せい剤）依存症が蔓延し以後社会問題になる。

1947年	米国でウォルター・フリーマンが経眼窩術式（精神外科手術、別名「アイスピックロボットミー」）を始める。1964年頃まで続く
1948年	都立松沢病院でロボットミー開始、以後各地で実施され1950年頃最盛期を迎える。
昭和23年	優生保護法施行。精神障害者に対する人工妊娠中絶が合法化
1949年	オーストラリアの精神科医ジョン・ケイドによるリチウム塩（炭酸リチウム、リーマス）の治療作用の発見
1950年	精神衛生法施行、同法施行に伴い精神病患者監護法、精神病院法が廃止。私宅監置の禁止と共に、医療保護入院や措置入院・緊急措置入院が新設された。
昭和25年	臺弘ら、ロボットミー人体実験研究が実施される。1971年刑事告発
1951年	覚せい剤取締法施行
1952年	アメリカ精神医学会が精神障害に関するガイドライン「精神障害の診断と統計マニュアル（DSM）」初版(DSM-I)を出す
昭和27年	初めての向精神薬、クロールプロマジンの開発、 精神分裂病（統合失調症）に対する薬物療法が始まる。
1953年	麻薬及び向精神薬取締法施行
1955年	この頃より日本でも向精神薬が使われるようになり、精神科病院建設ブーム、
昭和30年	1960年の医療金融公庫の設立（甘い条件で融資）が拍車をかける。
1957年	イミプラミン（三環系抗うつ剤）が、精神賦活作用を有することが見いだされ、うつ病の薬物療法
1958年	リチウム塩（炭酸リチウム、商品名リーマス）の使用開始
昭和33年	医療法精神科特例（精神衛生法の改正） R. 武田、生誕
1960年	武見太郎医師会長、「精神病院は家畜業者」発言
1964年	R. 武田幼稚園入園 東京オリンピック開催
昭和39年	ライシャワー事件、精神病患者にナイフで刺され重症を負う。 精神病患者を隔離収容すべきという世論が高まる。
1965年	精神衛生法改正、自宅監置制度廃止、通院医療費公費負担制度が創設される
昭和40年	R. 武田小学校入学 ベトナム戦争激化し北爆が始まる
1967年	デビット・クーパーら反精神医療を唱える この頃よりベンゾ系精神安定剤、睡眠薬が使われるようになる。
1968年	

1969年	世界保健機関がクラーク勧告を日本に宣告し、日本における人権蹂躪の精神医療に警告を発するも無視される。 学生運動、(全共闘) 激化、1969年頃より急速に失速・低迷 第66回日本精神神経学会(金沢大会)、精神医療批判の気運が高まる
1971年 昭和46年	R. 武田、中学校入学(入学早々精神疾患発症) 大久保清事件 連合赤軍派事件
1973年	オイルショック 大熊信夫「ルポ精神病棟」朝日新聞社
1974年	R. 武田、高校入学、精神疾患重篤化
1975年	日本精神神経学会が『精神外科』を否定する決議を採択しロボットミ―手術の廃止を宣言。患者の通信・面会の自由に関する決議を採択
1977年	R. 武田、高校卒業、大学入学 (入学してしばらく後、精神疾患重篤化、この年ほぼ引きこもり)
1978年	イタリアで通称「バザリア法」が成立。世界初の精神病院廃絶法
1980年 昭和55年	R. 武田(このセルセラの元となる治療を受け、以後大幅改善)
1981年	R. 武田、大学卒業、しばらく後、自転車店就職
1982年	R. 武田、自転車店退職後、書店に就職
1983年	R. 武田、リハビリ専門学校入学
1984年	宇都宮病院事件(リンチ殺人等)
1986年	R. 武田、専門学校を卒業、作業療法士免許取得 精神科病院に作業療法士として入職
1987年 昭和62	精神保健法施行(精神医療法改正)精神保健指定医制度が発足し、任意入院制度確立。精神病院の自由化・解放化徐々に進むが、今世紀に入り後退
1989年 平成元	R. 武田、医療短大教官として入職(1996年～は医学保健学科)
1993年	精神保健法改正公布 障害者基本法公布
1994年	北陽病院事件の民事訴訟判決が確定。患者が起こした事件に対し、県・病院に総額約1億2千万円の賠償責任を認める。
1995年 平成7	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行。精神障害者保健福祉手帳制度制定 障害者プラン策定 茨城県で障害者虐待等により強制労働「水戸事件」が発覚

	優生保護法が母体保護法に変わり、強制断種等に係る条文が削除される。
1996年	R. 武田、セルセラの元となる臨床催眠療法を伝授され試行を始める
1997年	心療内科(心身医学)が標榜科として認可。心療内科ブームが始まる
平成9	大和川病院事件、人権蹂躪の疑いで、大阪府庁が立ち入り検査。入院患者の不審死が26件明らかになる。
1998年	SSRI 新型抗うつ剤が日本でも認可される。賦活化症候群（アクチベーション・シンドローム）により自殺者急増、それまで2万台前半が一気に3万人を超える
平成10	徐々に向精神薬害が蔓延する
1999年	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の一部改正、平成12年、14年施行
平成11	うつ病キャンペーン（疾患喧伝）が始まり、うつ病受診服薬ブームが起こる

※これ以降の精神医療史年表は次の章をご覧ください