

論文

精神医療論争

——電気ショックをめぐる攻防——

吉村 夕里*

I. はじめに

電気ショック療法 (electric shock treatment: 以下ES) あるいは電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy: 以下ECT) は、頭部に100ボルト前後の電流を短時間反復通電して精神症状を改善する精神科の治療法である。ECTは薬物療法が一般化する1960年代までは、ロボトミーと並ぶ「有効」な治療法として精神科で広く用いられた。

しかし、ECTには精神病院内の逸脱行動に対する鎮静や懲罰のために用いられた歴史があり、その負のイメージが小説や映画などの素材になって流布されてきた¹。特に、1950年代頃のECT施行の描写は凄惨を極めたものがある²。また、薬物療法が主流となったとされている1960年代以降もECTが患者の懲罰や管理の手段として使用されていることがノンフィクションやルポなどに紹介されている³。

1970年代前後は、ECT研究が公然とは出来ない反精神医学の風潮⁴が存在し、ECTも過去の治療法とみなされる傾向⁵があったが、ECTの手技自体は変化しながら現在に至っている。1980年代には無麻酔で施行してけいれんを起こす従来の有けいれん法 (以下従来型ECT) に加えて、静脈麻酔下にて筋弛緩剤を用いてけいれんを抑制して行う無けいれんECT (modified ECT, mECT: 以下修正型ECT) が総合病院や大学病院などに導入され始め⁶、1990年代には修正型ECTの有効性をEBM (根拠に基づく医療Evidence Based Medicine) に基づいて実証する論文が多数現れている。また、最近ではより安全かつ簡便な方法として、磁気により前頭前野を直接電気刺激し、意識を失わせることなく脳内全反射を引き起こす反復性経頭蓋磁気刺激法 (repetitive Transcranial Magnetic Stimulation: 以下rTMS) が導入されている⁷。

いずれにしても、ECTは過去から現在まで保険点数化⁸された精神科治療法として公認されており、継続して実施され続けていた実態や、患者や精神医療関係者の間でもECTの評価に両極端の態度が認められることが明らかになってきている。ECTを「脳をリセットする」治療法として自ら希望する患者⁹やECTに肯定的だとされる患者¹⁰、ECTを有効な治療法として積極的に評価している精神科医などが存在する一方で、反ECTの立場から批判を行う患者団体¹¹やECTの非人道性を指摘する関係者たち¹²も存在するのだ。

本研究の目的は、ECTと反ECTの言説を整理し、ECTの問題点や、ECTが推進される要因を分析するとともに、ECT施行に伴う倫理問題を考察することである。修正型ECTの安全性・有効性が主張されるなかで、その治療法がもつ根本的な問題を考察することは、精神医療・福祉の現実に対して再考を促す意義があると思われる。

II. ECTをめぐる攻防

II-i. 患者からの抗議

近年、反ECTの立場の患者と精神医療の対立が表面化した事件が2つある。第一の事件は、2003年10月に京都府立洛南病院院長が、「当院では1970年以前は懲罰的な意味でECTを行っていた。反省の意味でその後2、3年は行っていないが、1973年からはECTは今日まで行っている」と、前進友の会の病院調査の際に発言して、同患者会

キーワード：電気ショック療法、修正型ECT、体験の連続性、意識、主体

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2004年度入学 公共領域

をはじめとした古くからある患者会に大きなショックと怒りを与えた事件である（前進友の会a、2005）。洛南病院院長の説明は以下のとおりである¹³。

70年代の初めからECTを再開し、平均年に1、2例行ってきたこと、精神科救急が始まったところからは年10例となっていること、適応例については切迫した自殺企図、身体衰弱に至るおそれがある昏迷などに対して薬物大量療法や長期の身体拘束かECTかという選択の中で検討し実施していること、家族や患者自身の同意が得られず実施しなかった例のあること等の説明をした。

京都府立洛南病院は、1970年代からの「反精神医学」や60年代から80年代にかけて起こった「刑法改正・保安処分」の動向に対する「反保安処分」の立場の拠点病院とみなされており、懲罰としての四肢拘束、大量投薬、ECTに対して反対してきた患者会から、「共闘する仲間」と思われていただけに、「裏切り」へのショックは大きかった。その後、前進友の会は洛南病院が主催した精神科急性期研究会で予定されていたECTの実践報告会を「粉碎」する実行行使に出ており、前進友の会や彼らに賛同する患者会と、反精神医学運動の拠点だった病院は、ECTをめぐる対立関係に陥っている。なお、洛南病院からは患者と距離を置いた、突き放しとも思える以下の対応が見られた（前進友の会a、前掲）。

現状においてはECTについて精神科医と当事者との溝を埋めることは困難な面があり、当事者の一部にはECTに絶対反対という主張があること自体は止む得ないことだと考えている。

第二の事件は、全国精神障害者家族会連合会（以下全家連）発行「月刊ぜんかれん」2006年2月～3月号誌上での攻防である。2月号の『「養生のコツ」語り』と題された記事において「昭和42年に電気ショックをかけられて、その恐怖心がなかなかとれません。電気ショックのかけかたが進歩したとはいえ、ある程度規制をしなくてはならないと感じるのです」「電気ショックというひどいイメージがあるんですが、電気ショックっていうのは効くんですか」という読者の質問に対して、精神科医の神田橋篠治が以下のように応えたことに端を発して、患者からの抗議・反論が寄せられた。

「確実に効くのはうつ病。うつ病には、現在出ているどの薬も治療効果は電気ショックに及びません」
「電気ショックより効く薬はまだうつ病については発明されていないんです。危険性から考えると、薬のほうがずっと危険です。電気ショックの危険率は1万回に1回くらいです」
「養生のコツ」語り（月刊ぜんかれん、2006年2月号）から引用

月刊「ぜんかれん」編集部は患者から寄せられた抗議・反論などを3月号に掲載するとともに、「配慮に欠ける点がありましたことをお詫びいたします」と謝罪記事を載せている。また、神田橋も「読者の皆様へ」として以下のような謝罪を行っている。

「わたくしが電気ショックの後遺症について無知であったことを知り、それゆえに多くの方々の心を傷つけたことを申し訳なく恥ずかしく思います。皆様の正しい情報が公開されることで、わたくしと同様正しい事態認識を欠いている数十パーセントの精神科医に再考を迫ることになると存じます」
2月号の記事について（月刊ぜんかれん、2006年3月号）から引用

全家連月刊誌の編集部には、電気ショックを一方向的に肯定している、迅速性・有効性は医者から見た判断にすぎない、修正型ECTが主流であるかのような記述で誤解を与える、患者が実際に身近に見聞きした記憶障害などの副作用に触れられていない、などの意見が寄せられている。以下にその一部を列挙する（全国精神障害者家族会連合会、2006）。

「一方的な礼賛には腹が立った。四十年間医者をしているというけれど、僕も四十年間患者をしている。実際に自分が電気ショックを受けたことで、早くうつが直って安上がりだったかもしれないけど、ある意味ロボトミー手術みたいなものだった。医者と本人のインフォームド・コンセントなんてなくて、名前呼ばれて並んでタオルくわえて電気ショックを受けて、目がさめたときのつらさ。同じ部屋の人がのたうちまわるところを見たこととか、患者でないかわからんこと、受けたものでなければわからんということが記事に抜けておるわけだよね。その一方的な書き方は、僕はおかしいと思う」
「いくら麻酔をしていても、薬よりも早くて安いなんて、それはあくまで医者の立場に立った意見であって、本当に6カ月で記憶が直るとかそんな簡単なもんじゃなかった」

2月号の記事について（月刊ぜんかれん、2006年3月号）から引用

「氏の言う一万回に1回というのは死亡例としてときどき言われますが、根拠はなんでしょうか。僕の知っている死亡例では、電気ショック前日、面会した時は元気だったのに、肺炎で亡くなったと処理された人がいます。氏の薬の副作用の発言は死亡例ではないでしょう。これを同列にあつかうのはフェアじゃありません。今、電気ショック賛成を言う事は、1割以上で行われている生がけ¹⁴をも肯定すると思います。氏の文章はまるで、無けいれん法が主流であるような印象を読者に与えます」
「僕の身近でも長期にわたって記憶障害に苦しむ人はいくらでもいます。難しい漢字を忘れてしまって、新聞が読めない統合失調症の人がいます。解離性障害でバスの何番にのればいいのか全く忘れてしまったという人もいます。もちろん無けいれん法での記憶障害の例も聞いています。これらの実態は医学界では全く表沙汰になっていません」

2月号の記事について（月刊ぜんかれん、2006年3月号）から引用

ここで語られる記憶障害の具体例は、次のようなものであり（前進友の会b、2005）、患者が身近な例を伝聞したものである。それ故、ECT推進派からは過去の精神医療が犯した過ちに基づく感情論でエビデンスを欠いているとみなされやすい。

「ぼくの知り合い（40歳くらいの統合失調症の男性）に80数回電気ショックを受けた人がいます。電気ショックの後遺症で回数も本当のところははっきりしません。症状も酷く親は病院を訴えてやっていますが、肝心の事実関係を本人が全然憶えてなく、どうしようもできない状態です」
「30歳くらいの女の子で、麻酔を数える声以降の記憶がすっぱり無く、記憶喪失になっている人がいます。たった1回の施行で、もう何年も経つのに以前の記憶が戻りません。年金を貰った時の病名は統合失調症ですが、私の病名は記憶喪失だと言っています」
「論文を書くような偉い医者は、短期的経過でなく十分長期に渡る追跡調査を行ってほしいです。わずか10人にも満たない電気ショックを経験したぼくの知り合いの中に、現在にも渡る記憶喪失が2人も居るのはかなりの高率だと思います」
「実はぼくの元友人で、ひろさんという電気ショックを数十回うけて、胸を圧迫骨折して、副作用の記憶障害に悩んだ人がいます。彼女は『記憶がなくなって死にたくなった』『バスの乗り方を忘れてしまった』と言っていました。勿論病気は少しもよくなりません」

懲りない精神医療 電パチはあかん!!（前進友の会、2005）から引用

第二の事件の布石が第一の事件にあることは、両事件への抗議に同一の内容があることから推察できる。神田橋の最初のECTに対する説明、それに対する患者からの抗議は、それぞれの立場からの典型的な主張である。ただ、第一の事件との相違は、神田橋が患者の主張を受け入れているところにあり、その意味では対話になっているとも言える。反ECTの患者の主張は一貫しているが、多くの場合は第一の事件と同様に無視される。

ECTへの抗議に対する精神医療の考えは、二つの事件に先だった2001年7月8日(日)の朝日新聞のECTに関する記事への反応から推察できる。「国立松沢病院の閉鎖病棟で有けいれんECTが常態化している」との朝日の「告発」報道¹⁵に対して、精神医療関係者から「読者に間違った知識を与える報道」「記事の作り方には何らかのバイアスが かかっている」との論評が一斉に見られた¹⁶。

この記者は現代の通電療法を実際に見ていないのではないか。通電療法の明らかな効果についてはほとんど記さず、わざわざ「電気ショック」という古い単語を使って、そのおどろおどろしさばかりを印象づける報道の仕方は読者の精神医療に対する不信や誤解を煽るだけと言っても過言はない

救急精神病棟(野村、2003)から引用

なお、朝日新聞は、松沢病院のECT問題を再度とりあげることは無かった。朝日の「告発」は、1970年代に精神病院の人権無視の実態を広く世間に知らしめた「ルポ精神病棟」(大熊、1970)の連載とは異なり、不発に終わったのである¹⁷。

II - ii. ECTの“劇的効果”と安全性

反ECTの主張は、年長の医師ほど多い(中島ら、1993)、世代間格差が目立つ(野村、2003)とされて、EBMの洗礼を受けた世代の医師たちから時代遅れだとみなされる傾向がある。また、rTMSなどの手技の発達によって安全性は高まっている、有害事象に対する警告は古い研究が多いと主張される(Abrams、2002)。たとえば、死亡事故に関しては、修正型ECTは5万回に1回程度(Royal College of Psychiatrists、1995)とも、1万回から8万回に1回程度(American Psychiatric Association、2001)とも言われ、どちらにしても全身麻酔の危険率より低く、適切な医療的判断のもとで実施されれば安全な方法とされる。ECTの有害事象として最も指摘されている認知機能障害¹⁸(日域・佐々木、2005)についても重篤なものは修正型ECTではほとんど見られず、あったとしても一過性であるとされる。

また、非可逆的な記憶障害に悩む患者が多く存在するとの体験的な批判が多く見られるが、それに対して、「仮に記憶を失うことがあったとしても入院中の記憶をなくすだけである。(中略)いずれにしろ入院期間というのは楽しい記憶ではないのだから、その記憶をなくすのはむしろ歓迎すべきことだ」(Fink、1986)¹⁹との見解すらある。

要するに、脳生理学的メカニズムは解明されていないものの、ECTは症状に対して劇的に「効く」治療法であり、だからこそ批判をかいくぐって生き残ったとされる。それは以下の記述などからも伺える。

電撃療法は消え去ってよいのか? こう問われるごとに反発したくなる。私はこの療法をいまだにすてきれずにいる。何故? 何と言っても幾度か電撃療法の強烈な目を見張る経験を持ったからである。長期難治性のうつ状態や昏迷状態に対して、まるでスイッチをきりかえるような鮮やかな効果をみるからである。その時の患者や家族の喜びを忘れることができない。

電撃療法が消える(井川、1986)から引用

意外なことに1回の電気ショックだけでいつとはなしに、一切のモヤモヤがきれいに消えてしまい、その嬉しさと云ったら、たとえようもありませんでした。見る世界が全く一変し、草も気も空も光輝いて見えました。

人格改造マニュアル(鶴見、1996)²⁰から引用

懲罰や管理の手段としてECTが使用されたことは問題ではあるが、ECT自体が悪い治療法だとは言えない、従来型ECTに比して、副作用や有害事象が少なく「人道的」施行形式をもつ修正型ECTの導入によって積極的に患者への適用を図るべき時代を迎えている、とECT推進派は主張するのである。

II - iii. 患者不在の効果研究と修正型ECT主流の言説

修正型ECTの有効性に関わる効果研究は、American Psychiatric Association（以下APA）の第1回のタスクフォースが設置され、第1回のガイドライン（APA、1990）が登場した頃を境にして世界的に急増²¹しており、わが国も例外ではない。では、わが国の修正型ECTの効果研究や施行の実態は、どのようなものであるのだろうか。

わが国の修正型ECTの効果研究においては、医療側が患者の症状に対して、「完全寛解」「寛解」などの評価を行っており、患者自身の主観的評価や人的ケアとの関連は記載されることはほとんどない²²。さらに、ECTの無痛性、安全性や有効性が強調される際には修正型ECTを例にして説明が行われることが多いが、修正型ECTは大学病院調査では75%、自治体病院調査においても35.4%を占めているに過ぎず、日本の9割近くを占める民間精神病院の実態は不明である²³。

身体疾患をチェックして、オペ室で麻酔科医の参加を得て全身管理下で施行されるべきだとされる修正型ECTに必要な設備を完備する民間病院がどの程度存在するのかわからないが、精神科特例が存続しているなかで麻酔医がいる単科の民間精神病院があるとは考えられない。にもかかわらず、ECTの有効性が一般に啓蒙される際は、あたかも修正型ECTを全身管理のもとで施行している精神科医療機関が日本の主流であるかのような錯覚が与えられる。同時に、ESやECTという言葉のうち、当初より用いられていた電気ショック（ES）という呼称は、その言葉がもつ負のイメージを避けてか使用されなくなり、近年は電気けいれん療法（ECT）という呼称が研究論文においては定着している²⁴（黒川、2005）。そして、効果が明確で迅速であり、施行が比較的容易な方法、技法上の進化により安全性が高められた有効な方法（一瀬、2005）として、一般向きの啓蒙書などには「無けいれん法」「無けいれん電気ショック療法」（修正型ECT）が喧伝されるようになっている。たとえば、以下のような記述である。

特に最近では全身麻酔をかけ、筋肉をゆるめる薬を用いた上で通電する方法が導入され、さらに安全性が高まっています。実際、死ぬことばかりしか考えなかったような重症のうつ病の患者さんがこの治療法により、わずか数日で「救われた。なんであんなことを考えてたのか、不思議です」と言うまでに回復した、などという例を私は何度も経験しています。

もう「うつ」にはなりたくない（野村、1996）から引用

「電気ショックというとなんとなく怖いイメージをもたれるかもしれませんが、即効性があり、副作用もほとんどなく、安全性の高いことが特長で、世界的にも認知されている方法です」
「しかし、現代ではハイテク化が進み、『無けいれん電気ショック療法』に変わってきています。副作用としては軽い健忘が起こることがありますが、1ヶ月以内に治まるのがふつうです」

ずばりわかる！「うつ」を治す本（平安、2003）から引用

実態とそぐわない記述には、ECTに対する負のイメージを払拭しようとする意図が感じられる。EBMに基づく欧米の精神医学では、修正型ECTを原則とすること、ガイドラインに沿った適切なインフォームド・コンセント（Informed-Consent以下IC）のもとでECTが適応とされる患者に施行すること²⁵が推奨されている。現在の日本の実態がどうであれ、欧米並みに修正型ECTの施行体制を整えれば、ECTに対する負のイメージをいずれは払拭できると期待されるのである。

では、ECTという治療法自体の問題はないのか。以下に、ECTの問題を、「インフォームド・コンセント」「患者-医師関係」「体験の連続性の喪失」の3点に分けて分析する。

III. ECTの問題

III - i. インフォームド・コンセント

ECTの問題として、最も多く関連づけられているのは、第一にICである。ECTのICは、患者からではなく、大半は家族を対象としている（中島ら、2002；佐々木、2005）。非自発的入院、自殺企図や興奮状態、混迷、服薬拒否な

どにより、医師と患者との治療をめぐる対話が成立せず、ICが行えないと医師によって判定されるからこそ、ECTは施行されている。医師との対話が成立しない患者の意識状態は医師により客体化され評価される。そして、患者の意識をECTによって「変容させる／させない」の判断は実質的には医師に委ねられる。ちなみに、精神科医の9割以上がECTを有効と考えながらも6割がICを困難と考え躊躇する、その際患者の意思決定能力の問題と、患者が同意しなかった時に困ることが医師側の理由としてあげられる（中島ら、前掲）。加えて、医師側の後ろめたさがあるとも指摘され、旧来のECTから見た目にも「残酷」でない有効性とエビデンスがある修正型ECTやrTMSを行うことによって、治療側の不安、緊張感は軽減し、ICは容易になる（守屋、1990；中村ら、2003）。

患者会のオープンスペース「街」のメンバーは仲間の一人から「電気ショックをされちゃった」との電話を受けて病院に面会に行ったときの医師との「対話」の様子を次のように報告している（オープンスペース「街」、2005）。

「電気ショックをされたと本人がいますが・・・」
 M医師「エー、本人が覚えているはずないんだけどなー（やったことは認めた）」
 「電話でいっていましたが・・・」
 M医師「やー、イリウス（腸閉塞）を起こしてこれ以上投薬できなくなったからねー」
 「ひどい・・・そんなことで電気ショックをするのか」
 M医師「ご家族の了解はとってあります」

本人同意が困難とされ家族へのICが行われる場合、医師が患者に対して「本人が覚えているはずがない」とみなせることもICにおける医師と家族の不安、緊張感を軽減させるだろう。患者だけが何が起こったかが認識できない可能性がある治療法は、患者にとっては権力そのものである。ECTを「まだ施行されていない」患者がこのような医師の権力を知るとは、患者－医師間の対話に深刻な影響を及ぼすと思われる。

Ⅲ-ii. 患者－医師関係

ECTの問題の第二は、第一とも関連する患者－医師関係の問題である。施行後の副作用や有害事象、特に「認知機能障害」の判定にも患者－医師関係における権力の問題が存在する。患者の「認知機能障害」が「症状の改善」とみなされるか、「有害事象・副作用」とみなされるかは、医療側の視点に即している。ECT施行の結果、症状体験の所有感に限定して「認知機能障害」が起これば症状の改善とみなされてECTは有効と判断され、限定されなければ副作用・有害事象と判断される。このように医師の効果判定は、「認知機能障害」のために不能になる患者－医師間の対話の範囲に依存している。

精神医学と患者では、認知機能障害へのとらえ方が異なる。認知機能障害は、その状態に陥った患者を身近に見聞きした他の患者から語られることがあっても、当事者自身から体験が語られることは少ない。重篤な認知機能障害は、体験を語ることで自体を困難にするからだ。加えて、修正型ECTは施行記憶が麻酔の影響で欠落するため、認知機能障害とECTを関連づけて当事者が訴えることを免れやすい。

従来型ECTでは施行形式の強烈さが記憶され、当事者からその暴力性に対して批判が起ること、修正型ECTの認知機能障害では施行記憶が曖昧になるため当事者からの批判が少なく、伝聞に基づいて他の患者から批判が起ることは当然であり、患者の批判が感情論である、エビデンスに基づく正確な情報ではない、認知機能障害に関する有害事象が少ない、とみなす根拠にはならない。

Ⅲ-iii. 体験の連続性の喪失

ECTの問題の第三は、患者が体験する「認知機能障害」の問題である。この問題の重要性にもかかわらず、患者が認知機能障害をどのように体験するのかについて、ほとんどの効果研究は関心を払っていないように思われる。

修正型ECTの認知機能障害に関する当事者からの数少ない主観的体験の報告については、ルーチェのドキュメンタリーが存在する。ルーチェは、50代の女性経済学者がうつ病治療を目的とした修正型ECTを施行され症状が改善した後、記憶の保持と再学習に苦しむ様子を彼女からの手紙を基に記述している。彼女の日課は、「いつもの朝食の

作り方」など、自分の日常的な行為に関する健忘の程度を他人に確認すること、人生をやり直すような再学習を行う努力の繰り返しである。彼女の苦悩は、以上の努力に加えて「自分の健忘症の程度に気づかない」可能性に思いを馳せて「過去の歴史がないまま誰かの肋骨から創造されたイブのように空しく感じる」ことにも起因している。「ECTを受けたらしい」ことと「健忘」の関連を彼女はそれでもおぼろげに感じとれるからだ (Roueché, 1985)。

私は何をしてもよいかわかりませんでした。私は怖かったです。私はそれまで泣いたことはありません。しかし、私の愛する知識、私が二十年以上にわたって私の専門分野で学んだすべてのものが、なくなってしまったのです。私の職業的熟練を構成していた知識の体系を失ってしまったのです。私は私の経験、私の知識を失いました。しかし、それはもっと悪いことでした。私は私自身を失ったようでした。私はベッドに身体を投げ出して、泣いて、泣いて泣きました。(略) 時々私は家庭に戻り、何週間も休養し、何もしないで過ごせないかと考える時があります。特に私の知っていることは何か、が分からないときにそうです。しかし、それはすこしばかり恐ろしいことです。もし、私が職業婦人でなかったら—もしも極度に専門化され、高度の知識を要求される職業につく女でなかったら—私は自分の健忘症の程度に気づかなかったかもしれません。私は依然として健康であり、完全であると考えていたかもしれません。

イブのように空しく、推理する科学 (Roueché, 1985) から引用

彼女が思いを馳せる「可能性」は、自己存立と関わる深刻な不安である。この種の不安について効果研究はどのようにとりあげているのであろうか。有害事象を分析した研究には「自己体験」自体を認識できなくなった以下の例の記載がある (日域・佐々木、前掲)。

我々の経験では、有害事象としては健忘やせん妄を含めた認知障害が63例 (全例中29.7%) に認められ最も多かった。中には自分が入院していることも認識できなくなり無断離院にまで至ったケースもあり、この症例も含めて4例がECT中止に至っていた。

他方、次のような「怪談」じみたケースも報告されている (広瀬、2005)。

私自身が勤務先の「患者さん」のことで最近知った、電気ショックについての恐ろしい事情を (記すことを相当ためらうのですが) 記しておきます。その方は、紹介状によれば、以前入院した病院で、両親の了解のみで、しっかりと全身麻酔をされた上で、ご本人には何も知らされることも気づかれることもなく、電気ショックを繰り返し受けています。両親は未だにご本人に伝えていません。もう何年も前のことです。だからその方は、いまだにご自身が電気ショックを受けたという「経験」を知りません。ゆえに私はその方と、その方が電気ショックをされたという「経験」について、未だに語り合うことができていません。

つまり、ECTが「効く」場合も「体験の連続性」が喪失されるという「認知機能障害」による“劇的効果”があるからこそ問題となるのだ。たとえば、精神科医である計見一雄の以下の発言がある (野村、2003)。

通電療法が効いたとしても、患者さんにとっては何が何だかさっぱりわからないうちに症状だけが消えたことになるから、病気への自覚が生まれてこない問題があるんだよ。「症状」と「ぱっと目が覚めた」という二点だけが残って、「治っていく」という連続性が失われてしまう。どういときに具合が悪くなって「おかしくなる」かに、患者さんは治療の過程で気づいていって、「おかしくなる」前に注意するようになる場合が多いんだけど、これじゃあ「おかしくなる」ことへの抵抗力も防御力も身につっこない。したがって、再発もしやすいわけだ。治療者にとっても患者さんにとっても、治療は「線」でなくちゃいけないのに、それが「点」になっちゃうのが、ECTの一番の問題だよ²⁶。

ECTは、精神症状を「改善する／しない」にかかわらず、患者の意識を変容させることによって患者の自己存立に関わる問題を生む治療法である。たとえ、患者がECT施行を自ら希望して、病的体験が消失した場合でも、ECT施行前後の患者の意識に断絶が起これば、その間の「体験の連続性」は剥奪されることになる。「体験の連続性」の剥奪は、ECTの施行形式の問題ではなく、過去²⁷から現在まで存続しているECT自体の問題である。だからこそ、「精神病」者団体の一部はECTによる治療を病者の存立に関わる問題として機敏に反応するのである。病的体験をめぐる社会関係と、そのなかで病者が育んできた体験全体の意味は問われないうまま、病者の意識だけが変容させられる。ECTの“劇的効果”は、患者の「体験の連続性」が剥奪されることを引き換えにして成り立っており、それこそがECT自体の最大の問題である。

以上の問題を前提にしてECTを考察する場合、ECTへの拒絶感情を医学的な有効性を理解しない感情論ととらえたり、ICの課題に限定してとらえたりすることは、いずれも一面的であると筆者は考える。ECTが苦痛や症状をもつ主体の意識を変容させることによって症状を軽減させる治療である以上、ECTから感情的な問題を排除するのではなく、この治療法に対して「精神病」者が抱く拒絶感の源についても医師がもつ権力の問題と重ねて考察すべきである。ECTの有効性・安全性・無痛性が仮に証明されたとしても、かつ所定の手続きを経てICが行われたとしても、ECTには「体験の連続性の剥奪」という問題が残る。患者の意識のあり方を変容させ、継時感覚を喪失させる可能性をもつ治療の是非は問われなければならない。

以下に、この問題を不問にしてECTが推進されている要因を、「意識に働きかける治療がもつ特権性」「精神医療をめぐる市場の論理」「意識と主体の序列化」の3点に分けて分析する。

IV. 客体化される意識

IV-i. 意識に働きかける治療がもつ特権性

意識の変容をもたらす治療は、精神医療に限られたものでもECTに限られたものでもない。向精神薬、抗精神病薬も意識状態に働きかける。しかし、麻酔や鎮痛剤など、精神科以外の薬剤使用は一般に意識の変容そのものを目的にしたものではなく、手術・痛みの軽減など、他の目的に付随して使用される。また、抗精神病薬は強制的に飲まされる場合もあり得るが、「飲む／飲まない」の選択は薬を受け取った側にも生じる余地があり、主体の統制感が完全に消失するわけではない。薬剤使用における患者の統制感は医師-患者間の持続的なやりとりにも依存している²⁸。それに対して、ECTはよりダイレクトに患者の意識を客体化して変容させる治療法である。

一方、意識状態に働きかける一連のセラピーが存在している。特に、精神分析、行動主義心理学、人間性心理学に次ぐ第四の心理学²⁹と呼ばれるトランスパーソナル心理学は意識状態に働きかけるセラピーを行う場合がある。現在は禁止されているが、薬理学的作用を用いたLSDセラピーや、LSDを用いないで同様の効果を得ようとするセラピー³⁰なども含まれる (Grof, 1989)。トランスパーソナル心理学の理論家であるケン・ウィルバーは、人間の意識は前個的状态、個的状态、超個的状态という階層構造をもっているとしてとらえており、各階層に対応する精神病理が存在するとしてセラピーとの関連に言及³¹している (Ken Wilber, 1980)。人間の意識の階層と精神病理を対応させて様々なセラピーを統合的にとらえようとするトランスパーソナル心理学においては、精神病状態の位置づけは両価的である。意識状態は未分化状態 (前個) からトランスパーソナル状態 (超個) までに階層化されたうえで、時に精神病状態はトランスパーソナルな体験としてみなされてセラピーの対象となることもあれば、未分化状態にあたりとみなされてセラピーの対象から除外されてしまうこともある。

他方、催眠、瞑想、呼吸法、自律訓練法やボディーワークなどのリラクゼーションに関わる手技、無意識を扱うとされる精神分析や夢分析などの対話方法は、特に統合失調症への適応に関して慎重な態度が必要だとされる。このような立場をとる臨床家からは、健康なものにとっては自己成長や自己洞察を目指すとしてされるセラピーも精神病状態に対しては、いたずらに無意識を刺激して症状を誘発させるというリスクが指摘される。つまり、現代のセラピーは、所謂精神医学的な健康人が自ら変性意識状態を求めることに対しては寛容であるが、精神病状態と診断されたものには適応が禁忌とされる傾向がある。精神病のクライアントと健康なクライアントたちを選別してセラピーを行う臨床家たちは、健康なクライアントの意識状態とは関わるが、精神病者の意識状態とは関わりたくない、

精神病者の意識状態は医療行為の客体として、その脳を治療することにより改善するべきであると主張しているかのようだ。

意識状態を客体化して、評価するのは治療者の特権であり、端的に言えば、その評価基準は治療者と患者間の対話の「成立／非成立」に依存している。個体の意識を人間関係のなかで相互に影響し合いながら生成されるものにとらえず、客体として固定し序列化する個体還元主義と選別主義は現代のセラピーにも、精神医学にも抜きがたく存在している。ECTを推進する医学的動因は、意識に働きかける治療に対して医師がもつ特権性と、身体因に基づく精神疾患の治療モデルにECTが結びついた方法であることに関連する。「治すこと」を職業的な至上命題とする医師にとってECTは極めて魅力的なツールなのである。

IV-ii. 精神医療をめぐる市場の論理

前述した医学的動因に加えて、社会経済的動因によってもECTの施行は促進される。たとえば、わが国の精神保健福祉・医療に関わる最近の大きな動向として、精神保健福祉対策本部が2004年9月に提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（精神保健福祉対策本部、2004/9）がある。同ビジョンでは、受け入れ条件が整えば退院可能な約7万人の精神病院の入院患者については、精神病床の機能分化・地域生活支援体制の強化などを全体的に進めることにより10年後の解消を図ることが謳われ、グランドデザイン、障害者自立支援法へと政策的展開が行われた。この展開に伴い精神医療は、社会的入院の解消に加えて、大阪教育大学附属池田小学校児童殺傷事件をきっかけとして成立した心神喪失者等医療観察法³²による「重大犯罪を犯した精神障害者」への対応、精神科救急への対応なども要請されている。

現在、民間精神病院が約8割の措置入院患者を受け入れているが、各自治体立精神病院では公的病院の役割ということから、「重大犯罪を犯した精神障害者」の措置入院や私立精神病院での所謂“処遇困難患者”の転入院を引き受けざるを得なくなり、特に大都市圏の自治体立精神病院では、これらの患者をより多く引き受け入院させていると指摘される³³。公的役割を担う病院は「救急救命」「処遇困難患者」「重大犯罪を犯した精神障害者」への対応の必要に迫られ、民間病院は「社会的入院」の解消に向けて慢性期病棟の再編成を行い、急性期病棟の新規入院患者の回転率をあげる必要に迫られている。しかし、精神科特例は撤廃されず、精神科は他科よりも依然として低い人員水準に据え置かれている。

以上の事態は、精神医療がECTの施行を促進するうえでの二つの動因を与えている。第一は、時間と人手のかかるケアよりも「即効性」のある治療や管理の強化が精神医療に要請されるという受動的な動因であり、第二は、欧米のEBMに歩調を合わせて、ECTを施行できる豊富な臨床のフィールドを精神医療が手に入れるという能動的な動因である。

IV-iii. 意識と主体の序列化

精神医療は、前述の病棟の「機能分化」や「心神喪失者等医療観察法」などの動向によって、制度のなかでの患者の選別・序列化に向かっている。精神障害において選別・序列化の基準とされるものは、他の障害に見られるような身体機能や知的機能ではなく、人のところであり、具体的には人が所有するとみなされる意識状態である。ここで問題となるのは、「主体的能動性」をもつ個体が「清明な意識」も所有できるとし、それを健全な人間の前提とみなす社会関係である。では、意識の所有者としての主体的能動性のあるなしは、実際の社会関係のなかでは、どのように配分されていくのであろうか。

浜田は、「自己」と「所有関係」について発達心理学的観点から考察を行い、「自我」というものがまずあってそのうえで所有意識が出てくるのではなく、むしろ所有的關係があって、これが他者関係のなかで相互に認知されることから自我の一端があらわれてくるのではないか」「3項場面のなかでもものに他者から自己性（つまり“あなたに帰属する”ものとして伝えられた所有関係）が与えられ、そこにまず外なる“個別性”が生まれて、のちにそれが内的にとらえかえされると考える」（浜田、1991）。つまり、3項場面という社会関係において、他者から配分されるものとして自己のなりたちをとらえる。

精神医療・福祉をめぐる社会関係においては、主体的能動性をもつ個体が清明な意識を所有するということを健

全な人間の前提とみなした対応が要請されている。清明でない意識をもつ個人は、意識状態を修正されるべきもの、修正が不能なら管理されるべきものとされ、人の意識状態に応じた対応が階層化されている。そして、病棟においては、「心神喪失」から「清明状態」まで、意識状態によって人が序列化され配分される。さらに、「触法精神障害」「障害受容ができない能動型の精神障害者」「主体性のない受動型の慢性精神障害者」という主体的能動性のあり方と障害が結びつけられる。このように、軽度の意識障害を伴う一過性の精神障害から重度の意識障害を伴う心神喪失状態までが、個人の「主体的能動性」の障害の状態として、保健医療・福祉の対象として序列化されていくのである。

しかし、一過性の解離性障害や一時的な昏迷状態などは、他の疾患でも、健常者といわれる人でも認められる。持続する重度の意識障害は、難病、認知症、障害児などにも、他の疾患や障害などにも認められるものであり、意識と主体をめぐる選別・序列化は他に敷衍化することが容易である。それ故、人の意識と主体の状態をめぐる同様の課題とみなせる安楽死・尊厳死の選択をめぐる議論とも根底ではつながっており、ICや医学的判定のみを追及すべきではない。人の意識や主体を医療の対象として客体化する行為は、医療行為としての妥当性が問われるべき倫理問題である。

最後に、「体験の連続性の剥奪」というECT自体がもつ根本的な倫理問題を取りあげて、その医療行為としての妥当性を以下に考察することとする。

V. 体験の連続性の剥奪は医療行為として妥当か

精神医療が功利的判断ではなく、倫理的判断に基づいてECTを施行する場合とは、患者の意識状態に働きかけるECTの「治療効果」が、患者の「苦痛」の除去と直結すると判断する場合、たとえばうつ症状からくる激しい希死念慮に患者自身が苦しんでいる場合などであろう。では、患者が「苦痛」の除去を希望した場合、患者へのICを根拠にECTを施行して、患者の「体験の連続性」を剥奪することは医療行為として妥当なのか。以上の問いに対して、「精神病体験と意識との関係」「苦痛がもつ主観的性格」の2点から考察を行う。

妥当性をめぐる考察点の第一は、「精神病体験と意識との関係」についてである。精神病は、「意識の当事者としての主体的能動性」と「受け身の状態であっても“自分が受け身の形になっている”というとらえかえしをしている主体的能動性」を失う事態である（木村、1983）とされてきた。吉田は木村の主張を是認したうえで、「人間を主体の人間としてとらえるならばティピカルな狂気はもはや人間ではないという結論にならざるを得ない」「ティピカルな狂人を救うか、主体性を救うか」「私は前者をとりたい」と述べる（吉田、1983）。

以上の論では、精神病という「体験」と「意識の当事者としての主体的能動性」は切り離され、対立的な枠組みのなかで扱われている。しかし、「体験」とは本来、共同的なものである。そして、「体験の連続性」とは、意識の当事者として、時々の社会関係をとらえかえす不断の営みの総体だと考えられる。患者が、「苦痛」を他者（医師）に訴えるという行為自体が、患者が「苦痛」について意識の当事者たりえている証拠であり、患者-医師関係を含んだ社会関係に参与する「体験」である。ECT施行は、「意識の当事者」たりえた患者が参与した社会関係、即ち、患者-医師関係に対する患者側からのとらえかえしを奪うものであり、患者は「苦痛」を訴える主体としては扱われてはいないのである。

考察点の第二は、「苦痛がもつ主観的性格」についてである。「体験」とは共同的なものであるが、「意識の当事者」としての体験のとらえかえしは個別的な性格をもつ。とりわけ、心身の苦痛を訴える患者の表現形式は常に主観的である。患者と医師は、「苦痛」を「訴える／訴えられる」対話における「能動／受動」の「体験」を共有しているが、患者のもつ苦痛自体は個別のかつ主観的なものである。本来、共同的な性格をもつ対話の「体験」と、本来、主観的な性格をもつ患者の「苦痛」を同列に扱うことはできない。患者-医師関係における対話の「体験」の共同性を奪うことによって、患者が訴える主観的な「苦痛」を除去できるとみなす方法がECTであり、「苦痛」を訴える主体としての患者を、医療を含む社会関係から一方的に締め出す行為である。

患者が訴える「苦痛」の除去を目的にECTを施行して、患者の「体験の連続性」を剥奪する行為は、患者-医師関係において「意識の当事者」たりえた患者から、患者-医師関係を含んだ社会関係を医療が奪う行為であり、医療行為としての妥当性は存在しない。

VI. 結語

反ECTの主張は、過去の精神医療に対する批判としてのみ成立する、多くの患者の治療を妨げる結果となる、とのEBMに基づく言説のなかで過去に葬り去られようとしている。それに対して、本研究ではECTの有効性をめぐる言説の特徴を「劇的効果」と安全性」「患者不在の効果研究と修正型ECT主流の言説」として整理し、ECTの問題を、「インフォームド・コンセント」「患者-医師関係」「体験の連続性の喪失」に関連づけて分析した。また、ECTが推進される要因を「意識に働きかける治療がもつ特権性」「精神医療をめぐる市場の論理」「意識と主体の序列化」の3点から分析し、最後に「体験の連続性の剥奪」というECT自体がもつ最大の倫理問題に焦点をあてて、医療行為としての妥当性を考察した。

ECTの問題は、個人の意識状態を社会関係のなかで生成されるものとしてとらえず、精神医療の治療の対象として客体化するところから生じている。たとえ、修正型ECTの安全性が証明され、患者自らが施行を希望したとしても、ECTの「治療効果」は患者の「体験の連続性」を引き換えることによって成り立っている。ECTをめぐる倫理問題は、ECTが患者にとって「体験の連続性」を剥奪する治療法であることに起因する。患者の「体験の連続性」を剥奪することは、患者から社会関係を奪う行為であり、医療行為としての妥当性は存在しない。

注記

- 1 映画「カッコーの巣の上で」は、ECTが懲罰として使用される場面を描写している。また、電気ショックを素材としたミステリー小説（宮部，1990）、オウム真理教事件など、電気ショックを犯罪に用いた悪質な事件などもある。
- 2 たとえば、精神病者の松本や精神科医の浜田は患者が集団で強制的に従来型ECTをかけられる様子を描写している（松本，1981；浜田，1998）。ECT施行は「ナマかけ」「ダブル」「鬼退治」などと呼ばれていたという（野村，2003）。
- 3 大熊一夫は、患者たちがロボットミーを「スイカ割り」、ECTを「電パチ」、記憶障害を「電パチぼけ」と呼んで恐れていた実態を生々しく描写している（大熊，1970）。
- 4 日本精神神経学会が反精神医学運動の圧力のなかで「閉鎖病棟入院中の患者に対するECT反対の決議」を行ったのは1974年のことである。なお、反精神医学とは1960～70年代にかけて精神医学内部から湧き起こった精神医学的常識に対する反発、挑戦という政治性を伴った潮流の総称。クーパー（Cooper, 1967）が最初にその名称を提唱したと言われる。
- 5 三省堂の大辞林第二版（1995）には、「最近では、薬物療法の発達により用いられなくなってきている」と記述されている。
- 6 修正型ECTは欧米では1950年代から導入され、1970年代には修正型ECTを標準とするガイドラインが刊行されるようになった。一方、わが国では修正型ECTの導入はかなり遅れていたが、1980年代から欧米で標準化された修正型ECTが導入されるようになり、1990年代後半からガイドラインの策定作業も進められている（栗田ら，2005）。
- 7 日本総合病院精神医学会は2001年に電気けいれん療法第二次試案を発表し、定電流短パルス矩形波治療器認可を厚生労働省に働きかけ、2002年に初めてサイマトロンDGxの輸入が承認された。しかし、新型器の開発に伴ってアメリカでの製造が中止されたために、2003年1月にサイマトロンシステム4が輸入承認され、保険点数化された（一瀬，2005）。
- 8 国内では、従来型ECTも健康保険で認められているが、1日1回150点と低く、近年に認められた修正型ECTの1日1回3000点に比べて診療報酬は20分の1である。
- 9 「電気ショックに助けられて、私はようやく自分を取り戻した」（全国精神障害者団体連合会，1993）、「さあ、あなたもその混乱して落ち込んだ脳をリセットしよう！電気ショックで幸せになろう！！」（鶴見，1996）といった描写が見られる。また、修正型ECTを受けた患者の60%がまた必要があったらECTを受けると答え、80%がECTの怖さは歯科治療と同程度からそれ以下と答えたとする研究もある（Freeman，1980）。
- 10 ミネソタ州ロチェスターのメイヨー・クリニックECT治療部のTeresa Rummans部長らは「精神疾患の治療のため電気ショック療法（ECT）を受けた患者の90%は、治療におおいに満足している」と報告している（Mayo Clinic，1999）。
- 11 日本では前進友の会、ごかい、藤枝友の会、オープンスペース「街」、新松橋亭同人、麦の会などの患者会。海外ではThe Antipsychiatry Coalitionなどの団体がある。反ECTの論者には法学者のStevens, J.D., 精神科医のBreggin, M.Dなどがいる（Stevens, 2004；Breggin, 1997）。
- 12 ECTの非人道性への言及としては、精神障害権利インターナショナル（MDRI）がトルコ国営バキルコイ精神病院において成人と子どもに対して無修正ECT（従来型ECT）が実施されていると指摘した報告書がある（Mental Disability Rights International, 2005）。拷問防止に関する欧州委員会（The European Committee for the Prevention of Torture）は1997年にトルコに対して、無修正ECTをやめるように求め、WHOも世界的に無修正ECTの廃止を呼びかけていたが、国営バキルコイ精神病院ではMDRIの報告書が発表されるまで

- 無修正ECTが使用された。また、拷問犠牲者のケアのための医療基金 (Medical Foundation for the Care of Victims of Torture) は亡命者の証言に基づいてアルジェリアで従来型ECTが拷問に使用されていると報告している (Michael, 1999)。
- 13 「精神科急性期治療研究会開催中止のお詫びと説明」(世話人: 京都府洛南病院長 岡江晃) から引用 (前進友の会a, 2005)。
- 14 「生がけ」とは、旧来の無麻酔の有けいれん法のことを指す。「1割以上の生がけ」という表現は、全国自治体病院協議会精神病院分会が2000年4月1日～2001年3月31日のECT実施状況について郵送によるアンケート調査を実施し「162施設のECT施行実人数655、内、静脈麻酔下で施行する従来型の有けいれん法54.4%、修正型ECT35.4%、約1割は旧来の無麻酔の有けいれん法」と公表している内容 (全国自治体病院協議会精神病院特別部会, 2002/9/13: 佐々木, 2005) と合致する。
- 15 第一面と第三面で特集。「日本の精神病院の草分けのひとつ、東京都立松沢病院 (松下正明院長, 1368床) で、患者を鎮静させるため、全身にけいれんを起こす「電気ショック」を頻繁にかけていることが明らかになった」「電気ショックが頻繁に実施されているのは、症状の激しい患者が入る病棟、新規入院患者を受け入れる2病棟、処遇が難しい患者らが入る長期入院病棟の四つで、いずれも閉鎖病棟。対象となるのは主に、興奮して暴れる患者。患者仲間に軽い暴力をふるう患者や、看護婦に脅迫的な言動があった患者が対象となることもある」「患者には『注射をする』と嘘の説明をすることが多い。注射で眠っている間に電気ショックをかけることと、電気ショックによって意識がもうろうとなり意識障害が起こることから、多くの患者は自分が何をされたのか分からず、『注射を射られた』としか認識していないようだ」などと報じた (朝日新聞記事, 2001/7/8日曜版)。
- 16 松沢病院を告発する朝日新聞と同社の週刊誌AERAの記事については、精神科医の香山リカや林公一がインターネット上に批判的なコメントを載せている (香山ココロ週報74, <http://www.so-net.ne.jp/stress/kayama/backnumber/074.html> 情報取得2001/11/16) (Dr.林のこころと脳の相談室 <http://www.so-net.ne.jp/vivre/kokoro/index.html> 情報取得2006/8/19)。
- 17 朝日新聞記事に対する精神医療関係団体のリアクションとしては、①都衛生局による7月8日の実態確認 (共同通信記事, 2001/7/10)、②日本看護協会の事実関係確認のため同病院訪問 (日看新ニュース, 2001)、③全国自治体病院協議会の提言およびアンケート調査実施 (全国自治体病院協議会精神病院特別部会, 前掲: 全国自治体病院協議会会長小山田恵, 2002) などがある。①に関しては、「治療的確に行われている」と判断されている。②に関しては、「同病院看護部により、『ECTの施行は適切に行われており、施行に当たっては細かな観察とケアが必要とされ、看護者が楽をするために行う処置ではない』」との記事があるのみ、③に関しては、「修正型ECTの施行を原則としたIC」「指針の作成」などが提言された。
- 18 日域らは、1990年から2005年6月までに修正ECTを行った212例中、何らかの有害自傷を認めた症例は147例 (69%)、何らかの理由で修正ECTを中止した症例は20例 (9%) であり、認知機能障害は212例中63例 (29.7%) に認められ最も多く、次いで血圧上昇 (25%)、頭痛・頭重 (21.7%) が多かったとしている (日域・佐々木, 2005)。
- 19 「ECTの祖父」と呼ばれるマックス・フィンク (Fink, 1986) のソマティックのECT宣伝ビデオにおける発言であり、全国「精神病」者集団の要望書でも引用されている (全国「精神病」者集団, 2000)。なお、全国「精神病」者集団によればECTによる非可逆的な記憶障害に悩む患者からの相談が近年増えているという。
- 20 鶴見が対人恐怖症の患者の体験談として紹介している例 (鶴見, 1996)。
- 21 前田によると1991年からECTに関連した論文数が急増している (前田, 2003)。
- 22 前田は英国のThe UK Review GroupによるECT研究のメタ分析結果を紹介して、臨床家による調査に較べてユーザー団体の調査結果はECTの評価がより低いとしている (前田, 前掲)。The UK ECT Review GroupのDiana,R.らは、臨床家による26の研究結果と、患者もしくは患者の協力を得て実施された16の研究結果を分析し、少なくとも3分の1の患者に深刻な記憶障害が認められると指摘している (Rose, 2003)。
- 23 わが国の現状についての研究は、大学病院と国立病院・療養所を対象とした中島 (中島ら, 1993) や本橋 (本橋, 1999) たちの調査と、自治体病院を対象とした全国自治体病院協議会の調査 (全国自治体病院協議会精神病院特別部会: 佐々木, 前掲) がある程度で、単科の民間精神病院の実態は不明である。
- 24 黒川能孝は反ECTの立場を表明している精神科医である (黒川, 2005)。
- 25 ECTは薬物抵抗性のうつ病に積極的適応、統合失調症に相対的適応とされていたが、近年は、パーキンソン病、悪性症候群、視床痛に対しても有効 (土井ら, 1998) とされ、悪性症候群 (長嶺ら, 2003)、認知症 (藤原ら, 2004)、慢性疼痛性障害 (土井ら, 2003)、高齢者うつ病 (一瀬, 2005) などへの適応の拡大が期待される。また、迅速性が優先される事例への救急救命手段としても「ECTへの早期のアクセスが必要」「修正型ECTが施行できるECTセンターの設立や専門医の育成が課題」(鈴木ら, 2005)、「急性期ECTに加えて継続・維持ECTの適応基準を作成する」(栗田ら, 2005) など、ECTの適応は「後ろ手」から「先手」へと拡大の一途を辿っている。
- 26 野村が取材した千葉県精神科医療センター長の計見一雄の発言 (野村, 2003)。千葉県精神科医療センターでは、積極的に修正型ECTが施行されているが、計見氏の発言から推察されるようにECTの根本的な弊害を考察しながら、「反省的」に修正型ECTを施行する立場の精神科医も存在する。
- 27 飯田は1970年代に受けた電気ショックによる「体験の連続性」の剥奪を、「こんがらがった毛糸の結び目」を「ほくために結び目を切りとったら」「ほくけるのではなくてバラバラになってしまう」状態だと比喻して、「記憶は消えても事実としてあった事は消えないか

- らであり、それが問題となる局面が生じれば、記憶がないだけに、自分自身の姿が不安となるからだ」と言っている（飯田博久・飯田裁判を考える会，1982）。
- 28 たとえば、佐川は統合失調症患者の薬に対する主体性獲得に関する研究において治療者との人間関係によって患者の服薬行動が変容することを分析している（佐川，2003）。
- 29 人間性心理学者のマズローはトランスパーソナル心理学を精神分析，行動主義心理学，人間性心理学に次ぐ「第四の心理学」ととらえた（Maslow, 1973）。
- 30 グロフはLSDセラピーから呼吸法，音楽，ボディーワークを組み合わせたセラピーであるホロトロピック・プレスワークを開発している（Grof, 1989）。
- 31 ケン・ウイルバーは意識のスペクトルという「意識の地図」を提唱したうえで，各スペクトルとセラピーの関連を提示している（KenWilber, 1980）。
- 32 正式名称は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（2003年7月に成立）。
- 33 各自治体立精神病院は，それぞれ同規模の私立精神病院に比較して，精神科医はせいぜい10%から20%程度多い程度に過ぎないのに，数倍，時には10倍以上の措置入院患者を引き受けていると指摘される（岡江，2001）。

引用文献

- Abrams, R. (2002). *History of Electroconvulsive Therapy. Electroconvulsive Therapy*, 4th ed, New York: Oxford University Press, 3-16.
- American Psychiatric Association. (1990). *Task Force on Electroconvulsive Therapy, The Practice of Electroconvulsive Therapy*, 1st ed, Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2002). 米国精神医学会タスクフォースレポート 2001：ECT実践ガイド（日本精神神経学会電気けいれん療法の手技と適応基準の検討小委員会，監訳）．東京：医学書院．（American Psychiatric Association. (2001). *Task Force on Electroconvulsive Therapy, The Practice of Electroconvulsive Therapy*, 2nd ed, Washington, DC: APA.）
- 朝日新聞記事．（2001/7/8日曜版）．東京都立松沢病院 閉鎖病棟で常態化 けいれんに伴う電気ショック．
- Breggin, M.D. (1997). *Brain-Disabling Treatments in Psychiatry: Drugs, Electroshock, and the Role of the FDA*. New York: Springer Publishing Co.
- Cooper, D.G. (1974). 反精神医学（野口昌也・橋本雅雄，訳）．東京：岩崎学術出版社．（Cooper, D.G. (1967). *Psychiatry and Anti-Psychiatry*. London: Tavistock Publications）
- 土井永史・一瀬邦弘・中村満他．（1998）．総合病院精神科における電気痙攣療法（ECT）の実際．第11回総合病院精神医学抄録，S-54．
- 土井永史・中村満・一瀬邦弘他．（2003）．短パルス矩形波治療器の適応が期待される疾患：疼痛性障害．精神科治療学，18，12，1，1403-1409．
- Fink, M. (1986). *Informed ECT for health professionals: with Dr. Max Fink. Lake Bluff, IL: Somatics (Videos)*.
- Freeman, CPL. & Kendell, R.E. (1980). ECT: 1. Patients' experiences and attitudes, *British Journal of Psychiatry*, 137, 8-16.
- 藤原広臨・本田稔・伊藤耕一・小山司．（2004）．レビー小体型痴呆に伴う幻覚・妄想に修正電気けいれん療法．精神医学，46，1，77-79．
- Grof, Stanislav & Grof, Christina (1999). スピリチュアル・エマージェンシー：心の病と魂の成長について（高岡よし子・大口康子，訳）．東京：春秋社．（Grof, Stanislav & Grof, Christina. (1989). *Spiritual Emergency: When Personal Transformation Becomes a Crisis*. Los Angeles: J P Tarcher）．
- 浜田晋．（1998）．電気治療のこと．精神医療，15，91-92．
- 浜田寿美男．（1992）．私というものなりたち，東京：ミネルヴァ書房．91．
- 広瀬隆士．（2005）．はじめにかえて：「病氣」への爆撃・「病氣」からの反撃．懲りない精神医療：電パチはあかん！！．東京：千書房．2-5．
- 日域宏昭・佐々木高伸．（2005）．電気けいれん療法の有害事象．精神医学，47，11，1209-1217．
- 平安良雄．（2003）．ずばりわかる！「うつ」を治す本：名医が教える最新治療法と心のトレーニング法．東京：PHP研究所．144-147．
- 井川玄朗．（1986）．電撃療法が消える．精神医学，28，8，856-857．
- 一瀬那弘．（2005）．従来型電気けいれん療法：その歴史と教訓．精神医学，47，11，1165-1171．
- 本橋伸高．（1999）．ECTの現状：日米の比較．脳の科学，21，131-137．
- 飯田博久・飯田裁判を考える会．（1982）．赤い鳥をみたか—ある「殺し屋」の半生—．東京：現代書館．180-182．
- 神田橋篠治．（2006）．「養生のコツ」語り（第15回）．電気ショックについて．月刊ぜんかれん，2月号（pp.32-36）．東京：全国精神障害者家族会連合会（全家連）．
- KenWilber. (1986). アートマン・プロジェクト—精神発達のトランスパーソナル理論（吉福伸逸・菅靖彦，訳）．東京：春秋社．（KenWilber. (1980). *The Atman Project: A Transpersonal View of Human Development*. New York: Quest Books）．

- 木村敏. (1983). 自己・役割・他者. 木村敏・廣松渉・中川久定 (鼎談). 思想, 704. 東京: 岩波書店 27-57.
- 栗田主一・鈴木一正・高野剛久・海老名幸雄. (2005). 電気けいれん療法の適応と実践マニュアル. 精神医学, 47, 11, 1191-1207.
- 黒川能孝. (2005). しない・させないES. 前進友の会 (編). 懲りない精神医療: 電パチはあかん!! . 東京: 千書房 60-68.
- 共同通信記事. (2001/7/10). 「治療は的確」と都が確認: 電気けいれん法多用の指摘.
- 前田紀子・三村將. (2003). 諸外国における最新の電気けいれん療法事情. 精神科治療学, 18 (11), 1291-1295.
- Maslow,A.H. (2000). 人間性の最高価値 (上田吉一, 訳). 東京: 誠信書房. (Maslow,A.H. (1973). *The Farther Reaches of Human Nature*. London: Penguin Books Ltd).
- 松本昭夫. (1981). 精神病棟の二十年. 東京: 新潮社. 36-38.
- Mayo Clinic. (1999). Patient Satisfaction With Electroconvulsive Therapy, *Mayo Clinic Proceedings*, 74, 10, Minnesota : Mayo Foundation. 967-971.
- Mental Disability Rights International. (2005/9/28). Behind Closed Doors: Human Rights Abuses in the Psychiatric Facilities, *Orphanages and Rehabilitation Centers of Turkey*. Washington, DC: MDRI.
- Michael,P. (1999). *FAILURE TO PROTECT : Survivors of torture from Algeria*, London : Medical Foundation for the Care of Victims of Torture.
- 宮部みゆき. (1990). レベル7. 東京: 新潮社.
- 長嶺敬彦・池田まな実・和田方義. (2003). 緊張病症状を呈する悪性症候群に電気けいれん療法は有用である. 精神医学, 45, 5, 557-559.
- 守屋裕文. (1990). 精神科におけるインフォームド・コンセント: 電撃療法を通しての一考察. 年報医事法学, 5, 90-101.
- 中村大介・堀孝文・片野綱大・太刀川弘和・谷向知・水上勝義・荒木祐一・高橋伸二・朝田隆. (2005). 修正型電気けいれん療法 (mECT) における有害事象について—70例の検討. 精神科治療学, 20, 7, 727-736.
- 中村満・一瀬那弘・益富一郎他. (2003). 電気けいれん療法におけるインフォームド・コンセント: どのように説明し, 同意を得るか. 精神科治療学, 18, 11, 1257-1265.
- 中島一憲・石井一平・守屋裕文他. (1992). 精神科治療におけるインフォームドコンセント—ECTについての試論. 精神神経学雑誌, 94, 759-764.
- 中島一憲・山崎久美子・守屋裕文他. (1993). 「電気けいれん療法 (ECT) をめぐる諸問題」についてのアンケート調査. 精神神経学雑誌, 95, 537-554.
- 日精看ニュース. (2001/9/1).
- 野村総一郎. (1996). もう「うつ」にはなりたくない. 東京: 星和書店. 89.
- 野村進. (2003). 救急精神病棟. 東京: 講談社. 177-202.
- 岡江晃. (2001). 「重大犯罪を犯した精神障害者」問題を巡って. 全自病協雑誌, 40, 4.
- 大熊一夫. (1973). ルボ精神病棟. 東京: 朝日文庫. 208-214.
- オープンスペース「街」. (2005). 都立松沢病院での電気ショック. (前進友の会, 編集・企画). 懲りない精神医療: 電パチはあかん!! . 東京: 千書房. 40-41.
- Rose,D. et al. (The UK ECT Review Group). (2003). Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review. *BMJ*, 21, 326 (7403). 1363. London: BMJ Publishing Group Ltd.
- Rouech'e,B. (1995). イブのように空しく. 推理する医学1 (山本俊一, 訳). 東京: 西村書店. 311-331. (Rouech'e, B. (1985). *The Medical Detectives*. Vol.1. New York : EP Dutton).
- Royal College of Psychiatrists. (1995). *The ECT Handbook: The Second Report of the Royal College of Psychiatrists' Special Committee on ECT*. London: Royal College of Psychiatrists.
- 佐川佳南枝. (2003). 統合失調症患者の薬に対する主体性獲得に関する研究: グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて: 第2報. 作業療法, 22, 69-78.
- 佐々木青磁. (2005). 自治体病院における電気けいれん療法の現状と問題点. 精神医学, 47, 11, 1179-1189.
- 精神保健福祉対策本部. (2004/9). 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要).
- Stevens, J.D. (2004). Psychiatry' s Electroconvulsive Shock Treatment-A Crime Against Humanity, A comprehensive 11-part critique of psychiatry. <http://www.antipsychiatry.org/ect.htm> 情報取得2006/8/19.
- 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律. (2003/7).
- 鈴木一正・栗田主一・高野毅久・海老原幸雄. (2005). 電気けいれん療法: 救命手段としての有用性. 精神医学, 47, 11, 1201-1207.
- 鶴見済. (1996). 人格改造マニュアル. 東京: 太田出版. 239-241.
- 全国自治体病院協議会会長 小山田恵・精神病院特別部会部会長 猪俣好正. (2002/9/13). 電気けいれん療法の使用に関する提言.

吉田おさみ. (1983). 精神障害者の解放と連帯. 東京：神泉社. 80-81.

全国自治体病院協議会精神病院特別部会. (2002/9/13). 電気けいれん療法に関する調査結果 (概要).

全国「精神病」者集団要望書. (2000/5/9). 本人の同意なしの電気ショックをやめろ：学会は電気ショック廃絶決議をあげろ.

全国精神障害者家族会連合会・全国精神障害者団体連合会 (編). (2003). 全家連の本：こころの病いー私たち100人の体験. 東京：全国精神障害者家族会連合会 (全家連). 43.

全国精神障害者家族会連合会. (2006). 2月号の記事について. 月刊ぜんかれん, 3月号. 東京：全国精神障害者家族会連合会 (全家連) 22-25.

前進友の会a (編集・企画). (2005). 第1部抗議文. 懲りない精神医療：電パチはあかん!! . 東京：千書房. 11-27.

前進友の会b (編集・企画). (2005). 前進友の会ホームページ掲示板2003/10/23～2004/3/3. 懲りない精神医療：電パチはあかん!! . 東京：千書房. 71-103.

Psychiatric debate over electric shock treatment

YOSHIMURA Yuri

Abstract:

The objectives of the present study are to outline the arguments for and against electroconvulsive therapy (ECT), analyze the problems concerning ECT as well as factors promoting the procedure, and to discuss the ethical issues associated with ECT implementation.

In the present study, first, the arguments for ECT in psychiatry and arguments against ECT among patients are outlined. Second, the problems concerning ECT are analyzed in relation to “informed consent (IC)”, the “patient-physician relationship”, and “discontinuity of experience”. Third, factors promoting ECT are analyzed with regard to the following three points: the “privilege of physicians in treatments that alter consciousness”, “the logic of markets involving psychiatry”, and “the sequencing of consciousness and self”. Finally, the fundamental ethical issue of “discontinuity of experience” in ECT is focused upon, and the validity of ECT in medical practice is discussed.

Ethical issues in ECT arise due to the fact that it is a treatment method that involves “discontinuity of experience” among patients. Such “discontinuity of experience” constitutes deprivation of the patients’ social relationships, and thus lacks validity in medical practice.

Key words : electric shock treatment, modified ECT, discontinuity of experience, consciousness, self