The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	精神保健看護におけるリカバリーモデルの構築と基礎づけ
Author(s)	林, 遠澤
Citation	臨床哲学. 2019, 20, p. 19-31
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/72064
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

精神保健看護におけるリカバリーモデルの構築と基礎づけ

林　遠澤

要旨

本文は、まず「反精神医学」の批判を再考し、現在の精神保健看護学における患者自身の生活史の叙述を重視する「リカバリーモデル」の意義と限界について分析を行う。また、Peplau の「治療的人間関係論」を援用し、患者自身の相互ケアリングの回復を協力するために看護対策の目標を設定する。これらを踏まえ、ドイツの哲学者ハーバーマス(Jürgen Habermas)の「討議理論」がなぜ精神保健看護の人文学的基礎を構築するのに役立つのかを説明する。

キーワード：精神保健看護、リカバリーモデル、治療的人間関係論、反精神医学、討議理論

Abstract

This article reflects the criticism of the “anti-psychiatry” and analyzes the significance and limitations of the “recovery model” in current mental health nursing. It setups the psychotherapeutic strategies based on Peplau’s theory on therapeutic interpersonal relationship, and illustrates the contribution of Habermas’s discourse theory on the humanity foundation for mental health nursing.

Key Words: mental health nursing, recovery model, therapeutic interpersonal relationship, anti-psychiatry, discourse theory.

１　現在の精神保健看護学における倫理的ジレンマ

精神保健看護の立場は、精神医学における精神障害の症状の理解と密接な関係がある。精神保健看護は初め精神障害者を収容する施設で、精神障害の治療を援助するために生まれた学問の分野である。これを起点として、精神保健看護は「精神障害の医学モデル(Medical model of mental illness)」に従って発展してきた。しかし、それは精神保健看護を厳しい倫理的ジレンマに陥らせた。精神医学にとって､精神障害に対しての理解は基本的に他の身体疾患から類推され、脳の異常などの生理学的な機能障害と見なされてきた。さらに、熾烈な議論を呼んだ、精神障害者を強制的に収容する施設化の構想は、精神障害がインスリンショック療法や電気けいれん療法で治癒できるという考えに基づいていた。インスリンショック療法や電気けいれん療法は実際には患者を懲罰的に無理に扱う処置であったが、それが正当化され制度化されていた。収容施設は人道に背き、治療は効果がないので、反精神医学者(anti-psychiatrist)は 1960 年代から

これら懲罰のような療法を激しく非難してきた(Szasz, 1961)。彼らは、社会的規範や価値観から逸脱した行為が精神医学によって疾患と診断されるのは、根本から大衆の恐怖の心理の上に成り立ったものだと考えた。この考えは後に地域医療という概念を促し、各国も続々と精神障害者の基本的人権を保障するように精神保健法を成立させた。

台湾でも 1990 年に精神保健法の施行が承認された。精神保健法の立法精神は精神障害者の基本的権利を守ることを主とし、また、患者が地域生活に復帰できるように、政府機関が様々な医療資源を提供すべきであると定めている。自他を傷つける可能性がある深刻な病状にある患者に対してのみ、厳格な判断基準の下で強制的に地域医療を受けさせたり、強制収容することが認められる。しかし、このような精神保健法の保障の下での地域医療という人道理念は、実は二つの基本前提の上に成り立っている。一つ目は、精神薬理学の進歩により、今日我々は既に収容施設の壁や拘束衣は必要なく、抗精神病薬を通してドーパミンの過剰分泌による神経の伝達を遮断するのみで、精神障害の症状の緩和、あるいは鎮静効果が期待できる。そのため、服薬治療を受ける患者は地域生活に復帰することができる。二つ目は、医療倫理学の原則によると、精神障害者は自己決定に必要な精神状態を有しないので、善行原則に従って患者の同意がないという前提（自律性原則の違反を阻却する）でも、道徳的正当性もあり（故に、法律的許可を持つ）、患者に対する最大の効果と利益に基づいていれば強制的治療を行うことができる。

『精神障害の診断と統計マニュアル』(Diagnostic and Statistical Manual, DSM)によると、人は各カテゴリーに分類され得るだけでなく、各種の精神疾患としても定義付けされ得る。深刻な病状にある患者を診断する際には、精神科医や看護師には更なる権力が与えられ、彼らの専門知識に基づいて一個人に強制的に地域医療を受けさせるか、あるいは精神病院に強制収容させる必要があるかを決定することができた。この一見人道的かつ進歩的に見える立法は、反精神医学者から見ると懸念に満ちたものであった。彼らは当初「社会構築モデル(model of social construction)」を支持しており、精神病が一個人の異常な行動を指すとすれば、必然的にこの異常という概念は我々の社会や文化が定めるところの「正常」との線引きに関係すると主張した。しかしながら、自由民主主義

社会においては、我々は正常という概念に対して我々と違う価値観や判断基準を持つ一個人を差別的に扱う権利など決して無い。反精神学者の考えはその後更にフーコー(Michel Foucault)のポストモダン理論と結び付けられた。フーコーは「狂気」と「異常者」に関する研究の中で、我々は常に専門知識の論述を名目に社会が個人を権力統制していると指摘した(Fardella, 2008)。このことはまさに精神保健法における深刻な病状にある患者の強制的な地域医療の受療や強制収容が、最後は精神科医の診断によって決まることのようである。だが、専門知識を持つ者がどうして他人を支配する権力を有することができようか。精神医学の治療が法律上人権侵害にあたらないか、道徳上人間の尊厳を傷つけないかどうかには大きな疑問が残る。

反精神医学主義とポスト構造主義の知識権力に対する批判を通して、現行の精神保健法及び精神疾患の医療看護が三方面において直面するジレンマが顕著になる。

(1) 精神科医の専門診断において個人が一度精神障害者と診断されると、その個人は原則として自律能力が欠如していると見なされる。精神医学を主とする診療においては、精神医学の知識を使用する専門的資格を有する者には、同時に個人を権力統制する道徳的正当性が与えられる。個人が一度精神医学の知識体系の中で「患者」として認定されると、その個人は、続けざまに「無力化(disempowerment)」及び「学習性無力感(learned helplessness)」として扱われることに対面しなければならない。

(2) 医学は治療が目的になるべきであり、医療行為の論理もまた治療の達成を判断基準にするべきである。しかし、精神薬理学の治療は症状を緩和し鎮静化させるだけであるから、厳密に言うと精神医学の治療法の目的は患者の治療ではなく、「患者」の社会的行動のコントロールにある。つまり、精神薬理学の治療は、基本的に医学の治療行為そのものとしての論理から外れることになる。このように、医学倫理の善行原則を以てその医療行為のための道徳的正当性の基礎を築くことなどできない。

(3) 収容施設や地域医療での看護師の看護への従事が、精神医学の薬物治療に主導されるなら、患者の介護や薬の定時服用の監督は、事実上精神医学における専門知識の権力を通しての、患者の自主性の植民支配の幇助に過ぎず、無

意識に地域医療の患者の隔離とコントロールを促す。その結果、精神保健看護の行動の性質は主として患者へのケアではなく、社会的な制御の一部にある。

台湾の現状はと言うと、徐々に精神保健看護という専門分野の確立に対する必要性が重視されてきているので、「台湾看護学会」及び「中華民国精神看護学会」には既に支持的な集団精神療法・行動療法・対人関係療法・暴力者／自殺志願者の対処・精神保健看護の評価と薬物治療という六つの項目を「精神保健福祉士」に必要な中核的な能力として定義している。その中で、治療的人間関係の重要性は特に強調されている。しかし、上記のように、精神保健看護は先に精神医学への従属を脱し、精神保健看護自体が精神障害者に対する治療の真の起点になるということを意識しないと、精神保健福祉士の養成と認証は社会的コントロールの一部に過ぎないという懸念を取り除くことができない。しかしながら、精神保健看護が精神薬理学の治療に主導され、患者をコントロールする社会的制御の第一線と見なされると、治療において無力な看護職員にとって、精神看護には常に同情と恐れが混在する。行動が予測不能な他者としての患者と接することは知らず知らずのうちに我々の安全が脅かされるという恐怖を引き起こすが、強制的薬物治療を行うことはケア中心の看護職員に不安と同情をもたらす。そのため、精神保健看護の仕事は看護職員を常にケアと支配及び同情と恐れという倫理的ジレンマに陥らせ、また、逃れられない強いストレスと心理的葛藤を与える。(Mitscherlich, 1969:74f.)

２　精神保健看護におけるリカバリーモデルの構築

反精神医学とポスト構造主義の批判に応えるために、看護学界には 20 世紀末「リカバリーモデル(Recovery model)」の構築という運動が興っている。自らのライフストーリー（人生の物語）の追求に基いて、発展してきたリカバリーモデルは、「精神保健看護(Mental health nursing)」が「精神科看護(Psychiatric nursing)」に取って代わる看護の治療的ケアという自覚を体現している。このような患者の自己を回復するモデルは、学者の努力の下、更に「自己ナラティブモデル」や「タイダル〔波〕モデル(Tidal model)」など様々な精神保健看護の考

案を促した。患者の自己のリカバリー（回復）を追求する精神保健看護の運動は、リカバリーの実現を助ける条件として、患者自身のケアの投入が含まれるのは必須であり、医療従事者の診断と看護の専門知識の論述が患者の自己表現の可能性を妨げるべきではないと強調している。また、患者の復元において、自我を改善する願いがある行為主体として重要な役割を担うことを意識するため、リカバリーモデルではナラティブ（語り）が精神保健看護の実践においてもつ重要性が強調される。なぜなら、自分と他人のコミュニケーション活動のみで、患者は言語的語りを通じて生活史が構築でき、自身の病状から離れることで、自己空間を再現し、自身を見直すことが可能となる。

精神医学は『精神障害の診断と統計マニュアル』から患者を分類し、レッテルを貼ることで、患者を最初から「無力化」し「学習性無力感」にさせることを招く。それに対し、リカバリー運動の第一人者であるPatricia Deeganは精神保健看護は自分探しの旅の繰り返しから始められるべきだと主張する。彼女は以下のように述べる。

> リカバリーの過程において、その目的は患者を正常にさせるのではなく、むしろ人間の使命はより深く、より人間らしく生きていけることを理解することである。（リカバリーの過程の）目的は患者を正常化させることではなく、独特な、荘厳な、唯一の存在となることであると呼びかけることである。哲学者ハイデッガー(Martin Heidegger)は人間と成るのは存在の問いへの答えを探す人になることであると説いている。私たちの中で、精神障害というレッテルを貼られる人にとっても、人間と成ることは同じく最も基本的な任務なのである。(Deegan, 1996)

ここから見て取れるように、Deeganも反精神医学の批判を認めている。すなわち、精神障害がある人に対し、異常である、または無能であると初めに判断してはならない。そのかわりに、彼はまだ自己同一性を探す旅の途中で迷っていると認めるべきである（我々も実はこの旅の途中である）。したがって、Deeganにとってのリカバリーモデルの目的は「異常」を消極的に治療するのではなく、「自己の転化と関連し、その上に個人は此処で自分の限界を納得し新しい可能性を発見する」ことである。ゆえに、リカバリー運動は精神医学との協

力を排斥するわけではない。つまり、病状の緩和ができるという基礎の下で、患者にもう一度自己同一性を探すこと及び他人と会話交流の可能性を与えるものである。

さらに、リカバリー運動の影響のもとに、Meiningerなどの人が看護におけるナラティブモデルを発展させた。MeiningerはまずSchönbergerの観点を用いて社会化過程に従って自己同一性の構築を理解し、精神障害者の自主性を最初から否定することを免れる。社会化過程の中で、「自律(auto-nomy)」における「自我(autos)」は、彼が自分の生活史の作者であることを意味する。自分の生活史の作者の立場に基づいて個人の自律を理解するとすれば、（１）全ての理性のない欲望や希望、動機などが自己決定の範囲に含まれ得る。（２）我々が個人の自発的な意志からだけではなく、他人の目から見ておかしい（または理解できない）行動からも一個人の自主性を把握する。（３）個人の生活史において、個人の欲望の実現と発展は他人の援助をあてにするので、個人の自律はいつも他人との関係によって成立する(Meininger, 2001)。このように、精神保健看護の実践はコミュニケーションによって患者自身の生活史のナラティブに参加する以上、患者が更に良い物語のナラティブを追求するのを援助する際、患者が自己決定できる自主的な人格については終始存在し尊重されることになる。

一方、Phil Barker は現在の「精神保健看護」は確かに「精神科看護」と違う要求があることを指摘する。なぜなら、「精神保健看護」は患者のメンタルヘルスの促進を要求するからである。しかし、生物医学に属する精神薬理学の主導の下で、現行の精神保健看護は独立した実践を行う余地がない。それが改善されるとすれば、彼が提唱する「タイダルモデル」のように、精神保健看護の実践を可能にさせることに力を注ぐべきである。彼の「タイダルモデル」についての説明は下記のとおりである。

> 人間の自我、(及び他人に対する経験をも含む) 経験世界に対しての感覚は、自らの人生の物語及びそれから生まれてきた様々な意義と緊密に繋がっている。タイダルモデルはナラティブに基づく実践の形式を築いて試す。それは現代主流となっているエビデンスに基づく実践とは明らかに異なる。前者はいつも特殊な個人の実例に関して、後者は一般に人間の行為に基づ

いて、この人間の中のメンバー全員は同一あるいは一致と仮定される。更に重要なことは、タイダルモデルにおけるナラティブの焦点は個人が生きる上で直面する問題の因果経路ではなく、個人の旅の経験及びそれと連結する意義を応用することで、その個人が「次の一歩」を踏み出すための地図を描くことである。したがって、我々がすべきことは個人の人生の旅を展開させ、その継続を援助することである。(Barker, 2003)

Barker のタイダルモデルを通じて、我々はリカバリーモデルと精神分析理論の違いを見出す。リカバリーモデルは、障害を引き起こす心理的原因を発見することに執着せず、人が将来的発展への広い可能性を以て病状がもたらす苦しみから解放させる。

上述の学者たちのリカバリーモデルについての見解をまとめると、リカバリーモデルが何故「精神保健看護」を以て精神医学の実証医学モデルの「精神科看護」に取って代わることができたのかは、以下のことから見て取れる。

(1) 精神医学は、専門知識の診断における対象分類が患者を「無力化」し「学習性無力感」にさせる欠陥を招くに対し、リカバリーモデルは患者自身の語りによる生活史の構築を通じて患者の経験を優先的に呈示させることを強調する。

(2) 生命医学倫理の原則主義に対し、リカバリーモデルでは、理性での選択が可能であること及び個人の主権の地位を有する者であるという自律尊重原則に従って精神障害者として見なさず、真実の自分を築くために経験しなければならない生活史の語りに基づく転化に自己決定の潜在能力を有している者として患者と見なす。それを以て、患者が行為主体としてエンパワメント(empowerment)の看護計画を参加するべきだと強調する。

(3) リカバリーモデルの生活史の語りにおいて、精神障害は精神医学によって身体的または生理的な障害として還元されることはなく、再び人生問題として解釈され得る。

そうすると、精神保健看護にとっては、患者自身の将来への可能性の展開に対する意義解釈について問うのを援助することは、患者が障害を引き起こす要

因の観察と分析より更に重要である。これらの基本的な観点は、精神保健看護の教育訓練及び実践内容に対し相当に役立つものとなる。

３　精神保健看護における討議理論的基礎を固める

リカバリーモデルの運動において、患者の生活史のナラティブの傾聴を通じて更に良い物語の構築の中で人生のタイダルを追求することと違い、著名な看護学者 Peplau は 60 年代に既に彼女の治療的人間関係論の精神障害者看護への応用を試みた。彼女は患者が自分に対する語り及び他人との対話の中で、常に「患者自身の言語的行為における精神病理学」を表現することを当時既に気づいていた(Peplau, 1999)。Peplau は患者が時々何事においても看護師の許可を求める、あるいは他人の過ちを絶えず訴えるという例を挙げ、このような言語的行為は逆に医療従事者をコントロールして、彼らに患者の歪んだ生活世界の中で関連する役割を演じさせる可能性がある。患者自身もしばしば不適当な人称代名詞を用いて自分と向き合うことを避ける傾向がある、患者は会話の中で自身に関する質問に対して、頻繁に「私」ではなく、「彼ら」を主語に用いて答える。これらの事例は我々が精神障害者と向き合う際に、真の問題は彼らの言語が難解であること、語りが支離滅裂であることだけではなく、彼らの自我が常に防衛機制の奥深くに隠れているという事実を軽視してはならないことを示す。精神障害者は自分のライフストーリーのナラティブが他人に理解されることを意識的、無意識的に関わらず拒むのみならず、同時にナラティブには彼自身が他人の語りの権力を支配したいことも含まれている可能性がある。そのため、リカバリーモデルは言語使用の表面的な意味の理解のみにとどまり、それ以上の深い意味の理解まで達していない可能性がある。

したがって、Peplau は「精神障害者の保健看護の目的は患者を援助し、地域での生活を創造する潜在能力を引き出し、十分に発展させることである」(Peplau, 1999)と定義している一方で、上述の問題を考慮し、「精神医学の考えでは、保健看護が採る対策やアプローチは患者が表現する病理学的な行動の側面に対して論証し得るインパクトが必要である。さらに、これらの対策によって生み出される患者に対する効果と利益も、メンタルヘルスへの強い力も維持し

続けられるものでなくてはならない」(Peplau, 1999)とも提言している。以上の目的を達成するために、彼女は精神障害の治療において少なくとも以下二つの対策に従うべきであると指摘している。すなわち、（１）「看護環境の中のコミュニケーションにおいては、患者と看護師との対面は病理学的な問題が生じる状況を避け、（看護師は）新たな展開を促進するために刺激を与えるべきである」。（２）「看護師は口頭での施策により、患者が使用する言語と思想を変えさせなければならない」。(Peplau, 1999)

Peplau の後、Barker や Reynolds、Stevenson 等の学者は Peplau の人間関係論に則って精神看護の理論と実践に対する人文学の基礎の構築を試みている。彼らは完全な精神看護は少なくとも下記の四つの前提に基づかなければならないと主張している(1997:663-664)。

[前提一] 精神看護は相互的で発達的な人間活動であり、個人の現有の精神的苦痛の根源と要因にではなく、個人の将来的発展に更に関心を持つ。したがって、精神看護は患者に特有な成長と発達の促進に必須の条件を作ることに重きを置いている。また、このような成長と発達は必ず彼ら自身における精神異常についての生活問題への調整と克服に関わる。

[前提二]精神異常と結び付けられる精神的苦痛の経験は公然の迷惑行為あるいは個人間でのみ認識される私的報告を通して露呈する。精神看護は患者にこの経験に触れて反省させる必要な条件を提供しなければならない。このような協同的な自分史の再筆は過去の苦しみを癒し、当面の苦痛を軽減し、さらに将来的発展への道を開くことにつながる可能性がある。看護職員はパートナーという形で患者と接するなら、「患者」としての経験からではなく、「個人」としての経験から治療を始めなければなりません。

[前提三]看護師とその被看護者は互いに影響し合う関係にあり、看護経験の反照の性質は看護師、被看護者及びその重要な他者に変化をもたらすと仮定される。どのようなコンテクストにおける看護でも、看護は人間の相互ケア(caring with)であり、一方的なケア(caring for)だけというわけではない。

[前提四] 精神異常の経験は日常生活での様々な問題と理解され得る。精神

看護の実践は非常に独特に日常生活のコンテクストに存在する。そのため、看護ケアは対人世界のコンテクストにおける自己と他人との関係に関心を置いている。精神看護の実践の焦点は専門知識により定義された異常自体ではなく、個人の精神異常に対する反応の表現を助けることにある。

この四つの前提から見て取れるように、人間関係論に基づく人文主義の看護学者は、リカバリーモデルと同じく、患者の将来的発展への潜在能力を有することを肯定し、患者自身の経験を理解することを強調する（前提一及び二）。また、人文主義の看護学者は日常生活の実践のコンテクストにおいて、精神看護の活動が相互ケアの関係の中で互いに良い影響を生む必要があると更に強調している（前提三及び四）。「相互ケア」を主とする精神保健看護において、我々は患者へのケアにおいて、患者が自身のケアを可能にすることから始めるべきである。つまり、人文主義の看護学は精神看護が「人間の相互ケアであり、一方的なケアだけというわけではない」(Barker, Reynolds& Stevenson, 1997)と特に強調している。

人文主義の看護学者はリカバリー運動のナラティブモデルを考慮し、更に治療的人間関係の重要性を強調する。だが、精神医学の薬物治療に対して、「（治療的人間関係）という理論は我々の実践において実際に効果があるかは定かではない」(1997:665)。すなわち、彼らは Peplau の精神障害の治療への二つの看護対策を認めるが、彼らはそれのために治療における妥当性のある理論的基礎を見つけ出さなければならない。最近になるまで、徐々に多くの学者は精神保健看護のリカバリーモデルとハーバーマスの討議理論が結び付けられるべきであり、ある治療における妥当性のある人文的な看護が明晰に説明され得ると主張している。リカバリーモデルとハーバーマスの討議倫理学との統合研究は現在まだ萌芽段階である。しかし、Fardella は以下のように述べている。

ハーバーマスの討議倫理学とリカバリーモデルの統合は、（看護師と患者及び彼の重要な他者）が協力しケアへのリカバリーモデルの中でお互いの実践上必要な道徳と認知の属性を明晰判明にさせる。ハーバーマスの討議倫理学に含まれることは、リカバリーモデルのために、自己または他人との関係において主体の転換能力の発展及びそれを評価する判断基準の提供

である。(Fardella, 2008)

残念ながら、Fardella は他の学者と同じく、ハーバーマスの討議理論に対してまだ完全に理解していない。したがって、彼らはハーバーマスの討議倫理学とリカバリーモデルを更に統合する目標は Peplau の精神障害の治療への二つの看護対策の具体的な方法を築くべきであると意識していない。

現在の精神保健看護の理論的な状況において、ハーバーマスの討議理論はなぜ人文主義の看護学の基礎に適合するのか。その理由は以下の通りである。ハーバーマスはコミュニケーション的行為の理論において、まず言語行為論によって発話行為を「発話内行為」と「発話媒介行為」という二つの異なる使用方法に区別する。「発話内行為」は、我々が言語の意味の理解を通じて自分と人との行為を調整することを指す。一方、「発話媒介行為」は、威嚇や利益で誘うなどの言語の使用方法のように、言語を用いて他人を支配し、自分の目的を達成することを指す。つまり、それ（発話媒介行為）は言語の意味以外の強制力が必要である。ハーバーマスにとっては、人と人のコミュニケーションが発話内行為で行われるとすれば、「了解定位的なコミュニケーション的行為」を築く。反対に、発話媒介行為で行われるとすれば、「成果定位的な戦略的行為」をする。了解定位的なコミュニケーション的行為の中で、個々人は拘束されない自主的なコミュニケーションの参加者である。このようなコミュニケーションの型が構築する社会は我々の生活世界である。成果定位的な戦略的行為でコミュニケーションを行うとすると、我々が個人に強制力が生じる社会システムをいくつか構築する必要がある(Habermas, 1983)。反精神医学とポスト構造主義の精神医学体系に対する批判は、精神医学の一方的な専門知識の語りがまさに患者を権力で支配することのようであると意識させることである。しかし、このような批判においては、精神保健看護の治療的人間関係の中で、我々がもう一つの「了解定位」的な看護のコミュニケーションの形式を発展する可能性についてはまだ明記されていない。

精神保健看護のリカバリー運動の中で、「自己ナラティブモデル」や「タイダルモデル」から「相互ケア」までの様々なモデルの発展の中で、理論的発展の論理は、「発話媒介行為」としての精神医学の専門知識の語りの権力支配からの

脱却を試み、「発話内行為」ができ、自主的なコミュニケーション的行為者となり、患者を再び「エンパワメント」させる目的を果たすようである。つまり、ハーバーマスの「討議理論」はコミュニケーション的行為において言語的コミュニケーションを通して行為調整を達成し得る「発話内行為の効力」の基礎は一体どこにあるかを解釈する。我々が Peplau の提言に答え、精神保健看護において人間関係論は確かに治療的効果があることを証明し、患者の改善への決意に衝撃的な作用がある口頭での施策を提供できるとすれば、以上のことに対しての理論的基礎は、言語的コミュニケーションが根拠とする発話内行為の効力の可能条件を援用し証明されなければならない。

討議理論が精神保健看護における相互ケアのリカバリーモデルに応用されると、「患者」の役割は一般人と同じく、皆は対話でコミュニケーション的な資質を有する討議の参加者である。我々は看護過程で患者が精神障害を引き起こす言語的モデルに陥ることを避けるために、患者とのコミュニケーションを展開する。この際、討議の質問を通じて、患者の対話への参加を促す手段として患者に難癖を付けたり批判したりすることが目的になるのではなく、ソクラテス的な無知を以て患者の語りが真実な、正しく誠実であると先に仮定し、言語行為における精神病理学の表現に基づいて患者が自身の主張が納得され得るための理由を挙げることを促す。このような治療的コミュニケーションに参加するとすれば、患者はいつでもどうすれば自分の言語的妥当性のある主張が果たせるかを考えることができる。そのため、彼自身は自主的なコミュニケーションの参加者としての役割を回復する。さらに、患者は精神障害の歪んだ生活世界の中で理由の妥当性を証明する超個人的な主観の思考を行い得る上、生活世界における言語叙述を再び合理化する空間を有する。看護師の真理を助産する問答において、患者の言語行為は始めから肯定され、また認められるので、彼は対話の中で自分の主張のために証明しなければならない。したがって、患者の自我は個人的防衛機制の奥に隠れるはずがなく、コミュニケーションにおいて、その対話の仲間からの更に良い、有力な論証に面するため、コミュニケーションの参加者としての理性的潜在能力を発揮しなければならない。このように、自己における相互ケアのリカバリーに基づく精神保健看護は、討議理論が基礎としての治療的コミュニケーションのもとで築き得るものである。

参考文献

- Barker, P. J., Reynolds, W. & Stevenson C. (1997). The human science basis of psychiatric nursing: theory and practice. *Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 660-667.
- Barker, P. (2003). The Tidal Model: Psychiatric colonization, recovery and the paradigm shift in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing, 12*(2), 96-102.
- Deegan, P. (1996). Recovery as a journey of the heart. *Psychiatric Rehabilitation Journal, 19*(3), 91-97.
- Fardella, J. A. (2008). The Recovery Model: Discourse Ethics and the Retrieval of the Self. *Journal of Medicine Humanities, 29*(2), 111-126. doi: 10.1007/s10912-008-9054-4
- Habermas, J. (1983). *The Theory of Communicative Action. Vol. 1, Reason and The Rationalization of Society*. Boston: Beacon Press.
- Meininger, H. P. (2001). Autonomy and professional responsibility in care for persons with intellectual disabilities. *Nursing Phi- losophy,* 2(3), 240-250. doi: 10.1046/j.1466- 769X.2000.00065.x
- Peplau, H. E. (1999). Psychotherapeutic Strategies. *Perspectives in Psychiatric Care, 35*(3), 14-19. doi: 10.1111/j.1744-6163.1968.tb01058.x
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness – Fundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row.

注記

翻訳：陳薈雅（国立政治大学哲学科）

校正：浜渦辰二（大阪大学名誉教授）