

## 目次

## 巻頭言

- 過去は今を生きず ..... 松尾 正 ..... 2

## 特集 私の精神医学的変遷史：

## 臨床と研究、理念と概念・・・変わったものと変わらぬもの

## 心と脳をむすぶ身体について

- －臨床と研究から学んできたあゆみ－ ..... 内村英幸 ..... 6
- 精神医学的自分史－研究・出版・臨床 ..... 中嶋 聡 ..... 12
- 統合失調症の健康生成を考える ..... 杉林 稔 ..... 17
- 変わるものの変り方の探求方法への関心
- －変化するものの精神病理学への道 ..... 古城慶子 ..... 23
- 「ひとり」で在ること－西丸四方先生 私記－ ..... 森島章仁 ..... 30
- 僕の精神科医前史 ..... 坪内 健 ..... 35
- 私の精神医学的変遷史 変わったものと変わらぬもの ..... 田北昌史 ..... 40
- 失われぬあたりまえをめぐって ..... 石川和弘 ..... 43
- 統合失調症における無の自然な回復術 ×
- 生における存在の陰画記述法 ..... 横田謙治郎 ..... 48
- 医学は変わり、現象は変わらず ..... 松尾 正 ..... 52

## 原著

- 荻野恒一はどのように文化を精神医学に取り込んだのか ..... 大月康義 ..... 60

## 特別寄稿

- 書かれたことを書かれたままに読むことはいつでも正しいか ... 山岸 洋 ..... 64

## 研究所報告

- 研究所使用状況 ..... 66

## 入会案内

- 編集後記 ..... 林 道彦 ..... 70

## 過去は今を生きず

福岡・行動医学研究所 松尾 正

ご薫陶を賜ったN名誉教授がご他界され、昨日、ご葬儀に参列させていただきました。白い菊花の大群に囲まれたN先生のご遺影をぼんやりと見つめながら、もう今では思い出すこともなくなっていたN先生との遠い遠い思い出が、どんどん胸中に去来しました。そりゃもう、楽しいことばかり・・・

ご公用を終わられ、黒塗りの大きな公用車を降りられると横付けした私のシティターボIIの助手席にその大きなお身体を滑り込まれ、小さく窮屈そうに縮こまったまま、教室や精神病院協会、さらには同門会関連などの準公用にお出かけなさっておられました。そしてそんなときは、黒塗り公用車の運転手の方がN教授に向かって深々とお辞儀なさった後、おかしそうに笑顔で見送っておられるお姿が、いつも私の車のバックミラーに映っていました。

初盆めぐりや法要などで、遠くまでN先生をお連れすることも多々ありました。暑い暑い夏・・・よくもまあホント、あの小さな車で二人してチョロチョロと走り回っていたものだ、と今更ながら感心させられます。もちろん、黒塗り公用車でのN教授は私のシティターボのN先生ではありませんでした。N教授とN先生のお二人はまったく別人でした。

「ああ・・・あの事件・・・どうなった？」

「ああ・・・アレ？あれは適当に僕が解決しときました。教授としてはそのまま知らんことにしとってください。」

「うん・・・そうか・・・」

「あのなあ・・・教室の運営で大切なことは三つ・・・〇と〇〇と〇〇だぞ。よく覚えておけよ。」

「ハイ、ハイ・・・了解しました」と受け流しつつ、私はこの三つさえしなければいいんだ・・・

と例の天邪鬼的悟りを密かに開いていました。誠に不謹慎にも・・・

「この前、教室に来ていただいた〇〇大学の教授。『松尾さんはいつも、N教授とあんなため口で話しているんかね』と驚いていたけど・・・やっぱもっとへつつら敬語で、おおやけでは虚礼をつくした方がいいでしょうかね？」と私。

「そんなこと、どうでもいい・・・大体、そもそもお前は不屈き者なんだから」と目を細め、ほくそ笑みながらN教授。

「お前、そんなに急いで論文書きまくらず、もっとゆっくりしたらどうだ、一休みしたらどうだ」とN先生。

「あのね、僕はこの今しか、今、この瞬間しか書けないものを書いているだけなの。なにも偉くなるため書いているわけじゃないの」と私。

「うん、そりゃそうだろう・・・」とN先生。

「そりゃそうと、あんな僕の論文でも、はたして学問的に価値なんかあるんでしょうかね？学位なんかになります？」と私。

「そりゃそうよ、十分よ。そもそも学問ならなんでもいいんだ。もちろん、僕には全然、お前の書いたもの、わからんけどね」で、二人して車の中で大笑い。

同門医師関連の冠婚葬祭だけではなく、医局関連のスタッフの初盆や法事、お見舞いにも、二人して遠くまでエッチラコッチラ出かけました。思わぬ田舎の旧家にて、壮大な初盆行事に直面し、二人して度肝を抜かれたこともあり。そんなとき帰り際、そのご親族、取れたての野菜を僕の車に押し込みながら、「よくもまあ、こんな小さな車で・・・」と笑っておられましたっけ・・・  
またあるときは、どこを探してもその家が見つ

からず、日没後、ろくに街灯もない暗闇のなか、ようやく探し出した小さな傾いた家は明かりもなく、背後にせまる黒々とした山塊に呑み込まれたままで・・・無人かと思いつつ声をかけると老女がお一人、恐る恐るお顔だけ玄関の隙間から覗かせて・・・当方の所属や名前をつたえてもなかなか要を得ず・・・ある朝倉の田舎での出来事でした。

そういえば、あのころはナビやスマホなんてありえなかった頃でした。パワーウィンドウもパワーステアリングも無かったんじゃないかな？

N先生のお供をさせていただいた時代の私、昔の自分自身・・・そんな過去の二人を、一緒に車で珍道中を繰り広げたN先生と私自身の二人の姿を、どこか遠くからぼんやりと眺めている、昔とはまったく別人の自分自身が、菊花につつまれたご遺影の前に今います。もはやそんな過去を今は生きていません。過去は今を生きません。過去の自分は他人の自分・・・過去の私は今の私ではない、他人の私なのでしょうね。

H先生の心温まる特別のお計らいにて、数週間前に病床のN先生にお会いできました。お互いの手を握りしめたまま・・・じっと私を見つめられ、何かをいわんかとなさるN先生。私も例のため口で話しかけようとしても思うように言葉がでず・・・ようやく「女房もきていますよ」というとそちらに顔をむけられ、とたんに表情を崩されて「あ、あっ・・・ありがとう」とN先生、笑顔満面で。結局、私もN先生も、昔の自分の他人には今は戻れないのでした。

病室を離れたあと、私が大学を辞めると告げたときN先生が言われた言葉を・・・「大体、お前は先を見すぎる、せっかちすぎる、待たんといかん！」と言われた言葉を私はなぜか思い出していました。

さて、N教授のご葬儀で、H先生とS先生が人生のご同伴者として、お弟子さんとしてご弔辞を述べておられました。「N先生、もう十分、生きられましたね、もう十分ですよ、ねっ、そうですよね・・・」とがっくりと肩を落とされるS

先生。「N先生の前に、T先生、I先生、O先生・・・あっちの世界の方がさぞかし賑やかでしょうね」と現世に一人残されて寂しそうなH先生。この10年以上、N先生はH先生とS先生のお二人を従えて、頻繁に全国行脚をなさっておられたそうなの・・・まるで水戸のご老公ですよ。そんな黄門様に旅立たれてしまったH格さん、S助さんのお二人の寂しそうな姿に、私は、もう他人になってしまった昔の自分自身の姿を、なんとなく重ね合わせていました。「よかったねえ、N先生。いっぱい、良きご伴侶に囲まれて」。

N先生のご葬儀では、たくさんの「自分の他人」の方々が参列されておられました。その内、何人かと黙礼を交わしました。皆さん、私と対面されるというより、他人になってしまったご自身の過去と対面されておられたのかもしれない。失礼ながら、なんともごちない黙礼になってしまいました。私自身は過去の自分の他人などそっこのけで、いまの自分であるしかないと、過去の自分の他人とは見切りをつけておりましたが。

「松尾先生、会うたびに、どんどん偉くなくなりますよね」とF先生のありがたいお言葉・・・他人になった過去の自分を、F先生なりに懐かしがってくれているのでしょうか。

N先生は最近のエッセイに、「次は私」と表題をつけておられました。しかし、現実はその次はI先生・・・そしてO先生・・・結果、H先生のご弔辞にありましたように、N先生はその後を追っかけられる形になりました。そんなO先生が「松尾・・・I先生が亡くなったって・・・」と目を丸くされて呟かれたのは、まだ一年も経っていない、去年の晩秋の頃でした。

「一ヶ月も前に人知れず、誰にもいわずに亡くなったって・・・」

O先生にとっても、またH先生にとっても、さらには私自身においても、I先生との交流が絶えて久しい時間が流れていました。精神科医としての青春時代・・・それは同じ大学研究室で同じ釜の飯を食べ合う学究時代であり、まさにI先生、H先生、O先生はそんな青春仲間なのでしょう。しかし、強烈な意思と価値感を抱いたI先生は、

## 巻頭言

H先生やO先生を青春の相克の中で振り払うかのように大学を下野され、その後は自らの道なき道を猛進しておられました。分け入っても分け入っても青い山(山頭火)、だったのではないでしょうか。

私自身、そんなI先生の強烈な生き様の余波を受け、ドンブリ、ドンブリと気持ち良く鼓舞されながら、一步遅れて精神科医の青春を送っていました。そもそも、所属研究室は私とI先生達とはまったく別だったのですが、なんと彼ら三人組、つまりI先生、H先生、O先生は私達、つまり精神病理研究室の中核そのものでした。それは当然、神様K導師のお導きによるものであることは明白でしたが・・・

ずいぶん前、最後にI先生と交えたのは、私が運転する車の中でした。助手席のI先生は、「お前、立派だなあ・・・あの学派でお前の名前を知らんもんはおらんぞ」と私の大嫌いなタバコをブカブカと吹かしながら・・・私は何も言えませんでした。というのも、その立派だったかもしれない昔の私は、もうそのころにはすでに今の他人になってしまっていたからでした。

もう10年も前のこと、H先生のご還暦をお祝いする会を企画する内に、IHOトリオの復活を私は密かに目論みました。祝賀会ご参加の招待状をI先生に郵送すると、幸い、ご返事は「諾」でした。その当日、ドッキリカメラ発生にわくわくと、私ひとりで期待して待っていたのですが・・・I先生のお姿はありませんでした。あのとき、「オォッ！」と禁煙をもちもせずタバコを吹かしながらI先生がドアを勢い良くはいってくるかと、私ひとりヤキモキしながら待っていたのですが。

そして最近では、そんな再会と再結集が、近い将来のN先生のご葬儀に達成されるのでは、と私なりに再度、空想するようになっていました。N先生にはまことに不謹慎ですが・・・「そもそもお前は不屈き者」なのですから仕方ありません。そのご葬儀場・・・いつものように隣席にいるO先生に、「オヤッ、ほらあそこ、I先生が・・・」とこれを機に、IHOトリオ復活へ・・・と思っておりましたが・・・いつも隣にいるはずのO先生

はそこにはいませんでした。結局、I先生もご参列されませんでした。そもそもO先生もI先生も、この世を振り払うかのようにして、すでに旅だっておられたのでした。

公式の場において、最後にO先生と臨席したのは、N教授卒寿の祝賀会でのことでした。「オイッ、松尾、帰ろうや」とO先生の目配せ。例によって私とO先生、じっとしておれないADHD同士、大勢の白眼視に晒されながら、二人で堂々と、ではなくコソコソと身をかがめながら早々に退場したのでした。そんなわけで、三ヶ月前に亡くなったはずのO先生は、いま現在も私の隣でコソコソと息をしています。互いに同じ空気を吸いながら、同じようにいまも互いに空気のような存在です。そりゃそうでしょう・・・常勤医として二十年、非常勤も含めれば三十年間も雇ってもらって平日は毎日、休日ときどき・・・同じ屋根の下、同じ空間で互いの気配を四六時中、否が応でも感知し合いながら生きてきたのですから・・・同窓生や旅行仲間、趣味仲間や呑み友達・・・とは次元の違う、気配関係、空気関係、つまり実態性意識関係ができあがってしまっています。

私がこれを書いている今、この最中もO先生、隣から「松尾、そうじゃなかろう」とケチをつけてきます。「大体、松尾は、ガチャガチャガチャとへ理屈をつけて喋りまくって書きまくって・・・だからお前と話すのは嫌なんよ」と目を白黒させながらO先生。特に患者様に関しては、O先生が一言、二言の短観、つまり直感診断なのに対し、私はゴチャゴチャと多弁を吹っかけて、ジワジワと追い詰めるかのようにして・・・途中からO先生の視点は凝固し、思考途絶の強固な隔壁が私との間に構築されておりました。そしていまは、そのような私とO先生との間に、O先生のお嬢さん、すなわちK嬢新院長が加わり、私、O先生、K嬢先生の三人でワイワイやっている最中です。多くの場合、私とK嬢先生がO先生の臨床スタイルを糾弾します。「大体、O先生のやり方は・・・」しかし、O先生は自らの診療理念、つまり「患者さんファースト」を堂々と押し出して、猛然と私やK嬢先生に反論し反攻します。さらに当O院の看護師や事務員達も、そんなO

先生を果敢に擁護し、支持し、応援します。

N先生、I先生と生きた過去の私は、今の私の他人です。過去は今を生きていません。しかし、O先生との関係は現実関係ではなく、実態関係です。知的関係ではなく、情的関係でもなく、それは感性的関係、つまり実態的気配的关系なのです。

実態関係には過去はなく、今がさらに延長します。O先生と生きた私は、今もこれからもO先生と生きる私です。O先生との私は、当面、過去の私の他人にはならないでしょう。この駄文が雑誌に載るころ、これから半年後にも、おそらく私とO先生、それにK嬢先生との間では、喧々譁々の毎日が繰り広げられていることでしょう。

平成29年9月17日記

## 心と脳をむすぶ身体について

—臨床と研究から学んできたあゆみ—

福岡心身クリニック 内村 英幸

### はじめに

精神科医を志した1960年代は、統合失調症のインシュリンショック療法や進行麻痺の発熱療法もおこなわれていた。この反面、抗精神病薬としてレセルピン、クロールプロマジン、ハロペリドールが登場し、さらに、次々に新薬が登場して薬物療法の時代を迎えていた。他方、基礎的研究では、脳内ドパミン、ノルアドレナリン、セロトニン各ニューロン系の脳内分布が、蛍光組織化学法によって明らかになった時代であった(1962)。

当時、ハイデッガー、サルトル、ヤスパースなどの実存哲学の時代であり、精神医学の領域でも現存在分析という現象学の強い影響を受けていた時代でもあった。このような時代背景のもとで、経験した様々な疾患をどうとらえるか、いろいろな先人の理論を学んでいった。その学びの軌跡の要点を述べたい。

### I 神経心理学とメルロ＝ポンティの身体論との出会い

1. 1963年(S38)11月三池炭鉱大爆発事故で約460人が死亡し、約840人がCO中毒になる大惨事となった。重症20人が九大精神科病棟に収容され、新人の筆者らが担当した。臨床脳病理学(神経心理学)を集中的に勉強する貴重な経験をした。脳の機能局在論のみでなくゴールドシュタインの「生体の機能」など、ゲシュタルト理論を導入した全体論についても学んだ。大橋博司著「臨床脳病理学(Clinical Neuropsychology)」が出版されたのが1965年であった。

2. 基礎研究として、ウサギの視床下部に電極を植え込み、間欠的刺激を繰り返した情動ストレスによる免疫について研究をはじめたのもこの時期であった。怒りで興奮する腹内側核、恐怖でうず

くまる背内側核、さらに、嗅ぐ・嘔む・飲み込むという一連の食行動の分節行動が、外側核の前、中、後部と機能局在しているのを観察し、各情動行動の機能局在と神経回路が、明らかに異なっているのに驚いた。

これらの脳機能の局在を考えるうえで、ゲシュタルト心理学に興味をもっていった。さらに、脳の神経化学、精神薬理学の研究を進めてゆくと、臨床医として薬物療法と精神療法をいかに統合した考え方をもてるか考えるようになった。幅広く乱読している中で、メルロ＝ポンティの書物に出会った。それは、「ゲシュタルト：形態」あるいは「構造」という概念を導入して唯心論と唯物論を統合止揚とする「行動の構造」「知覚の現象学」や「目と精神」などの身体論であった。この身体論は、筆者の精神医学の臨床と研究に一生大きな影響を与え続けていった。1)「物理的なもの」と「生命的なもの」と「心的なもの」は、三つの存在力ではなくて、三つの弁証法を表す。その1つ1つは、新しい実体ではなく、先行秩序の捉え直し、あるいは、「新しい構造化」として理解すべきである。各秩序と上部秩序との関係は、部分と全体という関係である。上級のものを下級のものから解放すると同時に、上級のものを下級のものに「基づける」という二面性をもっている。このような二重の関係にある(行動の構造、みず書房、1964)。2)意識の根源的な指向性としての運動性を、実存の運動性としてとらえ、意識とは、原初的には<われ惟う>ではなく<われ能う>である。身体は、空間や時間に住み込み、必然的に<ここ>に在ると同時にまた必然的に<いま>存在するものである。身体の運動性とは、「表象された空間の領域内にはじめてあらゆる意味作用の意味が生み出される第一次的な領域」なので

ある。意味の把握は、身体によっておこなわれる（知覚の現象学、みすず書房、1967）。感覚、知覚の現象学は、脳の薬理化学を主に研究している臨床医にとって魅力的な考えであった（内村編：情動と脳—精神疾患の物質的基盤—、金剛出版、1981）。

## II 様々な疾患の心としての身体を考える

### 1. 無為自閉的な慢性統合失調症者の生活作業療法：「もの」を媒体にした間身体性

精神科医5年目、国立肥前療養所（現肥前精神医療センター）で仕事するようになり、言葉を失った多くの慢性統合失調症者に圧倒された。名前を替えた来歴否認の人、いつ聞いても発病時の22歳といい、発病以来20年、30年と今日まで人生がなく止まっている人、病棟では妄想の世界に浸り、外出すると背広を着て普通に接し現実の世界に戻る二重見当識の人などである。他方、クロールプロマジン100mgを長年服用していたほぼ完解している慢性の統合失調症者の服薬をプラセボに切り替えたら、数日で独言、空笑の世界に人格が解体していった。服薬でもとに回復した事例の経験は、疾病のProcessへの抗精神病薬の効果も痛感した。

慢性統合失調症者と一緒に生活してみると、無為自閉的な人は周囲に無関心に見えるが、逆に過敏で周囲への配慮、責任感、甘えなど見せることがある。不安を言葉に出さず問題行動で表現したりする。問題行動の背景に健常者と同じ不安を読み取り、理解、共感する態度こそ重要だと気づいた。この不安を一緒に解決してゆくと、薬は増量せず短期間で安定するのである。物を作ったり、収入を管理したり現実のレベルでのグループの生活作業療法は重要である。グループの相互関係の不安、不信を処理して行くとグループ意識がめばえ、作業種目に応じたリーダーが出現し、言葉レベルでの接触が回復してゆく過程を経験した。皮膚感覚的な間身体レベルの交流を介した実践的作業行動としての物や他者との出会いで、「現実を生きる」根源的な共同存在の体験から過去を手繰り寄せ、過去-現在-未来が生じ、自己の歴史性を回復してゆく事例をみた（内村編：慢性分裂病

の臨床、金剛出版、1983）。

2. 身体ケアによる問題行動や精神症状の劇的改善  
1) 対処困難な事例で、虫垂炎を手術した人、離院しようとして飛び降り腰椎骨折して動けなくなった人や異食によるイレウスで四肢抑制の人など、痛みや動けないため看護師に任せるしかなく、看護師による全面介助は、「まかす-まかされる」関係ができ、身体接触による相互シンクロニーを促進し、信頼感、安心感を生み出し、劇的な改善を経験した。

2) 他方、植物人間の身体ケアで回復した事例で反響を呼んだ紙屋の看護論は、講演を聞いて感銘を受けた（1993）。大脳皮質の機能は低下していても脳幹の自律機能は保たれているのに注目し重視したのが、①呼吸する、②食べる（鼻注厳禁）、排泄する、③姿勢保持（座位訓練）、重力に対抗する姿勢反応の3点であった。具体的な看護ケアは、①障害早期から姿勢保持、姿勢反応を中心に働きかける。臥床させず椅子に座らせる、戸板に固定して立たせてケアする。「人間は立つことによって人間になった」という看護理念があった。②顔面筋や四肢を拘縮させない。心のサインを送る表現方法を確保する。③食べさせ、消化器を刺激して自律運動を回復させる。④温浴による末梢刺激は脳を刺激する。手足は脳の外界に出ているセンサーとして重視した。⑤コミュニケーションの気づきという感性をスタッフは磨くことであった。呼吸器、消化器と姿勢の確保は、人間の原点である乳幼児の機能であり、「鏡面体と共振体」としての身体を確保し交流を深めてゆくためである（内村、吉住編：精神科保護室の看護とチーム医療、金剛出版、2000）。

### 3. 重症心身障害児の知覚と運動の連合と子供と他者の身体接触部位

#### 1) 障害児の手の訓練

重症心身障害児病棟では、その療育が「手」の訓練に集中しているのに気づいた。発達年齢1歳以下の障害児では、スプーンという道具を使って食べる一連の動作を習得するのも大変である。スプーンを握る動作、食べ物をスプーンにのせる動作、口まで運ぶ動作、口に入れる動作、咀嚼する運動、のみこむ運動などである。前述したウサギ

特集 私の精神医学的変遷史

の視床下部外側部刺激で見られたように、嗅ぐ、嘔む、のみこむ行動の神経回路は異なっている。触覚や視覚などの連合、さらに感覚と運動の神経回路の連結をいかに活性化してゆくかであった(内村：触覚と手、九州神経精神医学、30：186、1984)。

## 2) 身体の重さは常にゼロ

脳性麻痺児のリハビリテーションの原点は、無意識的感覚運動レベルの受動的志向性・原初の関係性である。身体の重さは常にゼロであり、「ゼロポイント」を常に更新しながら身体全体を実際の動きに向けて準備を整えた状態、すなわち「ゼロのキネステーズ(身体感覚・身体運動感)」が必要だと人見は強調する。患児とセラピストとの間身体的相互作用の「共働」を介して原連合(触って見る、見て触るなど運動感覚と触覚・視覚などの連合の生成)を活性化して「ゼロのキネステーズ」の原意識の獲得が可能になる(山口：感覚の記憶、和泉書館、2011)。健常児は無意識に学習して通過してゆくが、障害児は心身の発達の過程を意識化させ、対処する手段を与えてくれる。

## 3) 外界に開かれた身体部位

山崎らの研究で、児童思春期病棟での看護の行う身体接触部位を分析すると、健康度の高い神経症群では、治療の進展とともに「手や耳」での子供の要求頻度が高かった。最近は、「耳垢」取るのに耳鼻科に連れてゆくらしいが、「耳垢」取りは母子間の信頼感、安心感を育む行動として大きな役割をはたしている。他方、統合失調症の子供ではこのような傾向はみられなかった。自主性と他者との交流が深まると、他者との身体接触部位が、外界に広がってゆく部位になってゆくのは興味深い。企画する前頭前野と実行する「手」は、情報伝達も密接に連結しており、人間で最も進化した部位である(山崎：メンタルヘルス岡本財団研究助成報告書、5：285、1992)。

## 4. 森田療法と身体ケアと作業の意味

1) 開放病棟で重症の恐怖症や強迫症に対して、臥褥、不問、作業という治療技法のキーワードを基に森田療法を試みたが、途中で挫折する経験をした。資料をよく調べてみると、自宅に入院させた家庭的療法で効果をあげたと森田は述べてい

た。受容的側面を組み込んだ家族的治療の場が重要だと気づいた。受容の側面を意識化し、受け持ち看護師とペアーを組み、核家族的治療の場を設定して森田療法を試み成功するようになった。境界水準に近い重症例では、食事、洗面、清拭介助、マッサージなど看護師による身体ケアは、相互の信頼感、安心感を育成し、依存から自立へと森田療法の展開が可能になった。大沢の力動的発達過程の身体論は、考えをまとめる過程で大きな刺激となった(大沢：身体の比較社会学Ⅰ、勁草書房、1990)。森田療法は、東洋思想特に禅の思想の影響を強く受けている。座禅による呼吸を整える作法、食事と排便の作法と「今、ここ」の作務は、呼吸器と消化器と活動という生命体の原点である共振と鏡体としての身体に還元することによって没我・脱知性化し、あるがままの世界・自己を直観的に体得してゆくための技法だという鎌田の解釈は納得できる解釈である(鎌田：肉体现象学序説、小阪編「身体という謎」、作品社、1986)。気分本位の行動ではなく、不安を持ちながらも「今、ここ」に必要なことに手を出して実践する目的本位の行動をしたとき進歩があるという森田療法の作業観も、禅の思想と同じ没我・脱知性化によって感覚・知覚と運動という、身体レベルにおのれを還元することによって「あるがまま」の自己を体得してゆくことである。この際、家庭的治療の場が安心感を与え、治療の場との一体感を体得してゆくことが「あるがまま」の自己を受容してゆく背景になっていることを痛感した(内村編：森田療法を超えて、金剛出版、1992)。

2) 脳幹論：20数年前、引きこもりの若者のしごきの訓練の仕方が社会的問題となった戸塚ヨットスクールの戸塚校長は、最近ではウインドサーフィンでトレーニングしていて、その考え方としての脳幹論の話は興味深い。①まず、ウインドサーフィンを通して、頭の中をのぞき、自分自身の快・不快の感情と意思の二つの面をよく観察すること。「こうゆう感情が出たら失敗した、こうゆう感情が出たら進歩した・・・」がわかる。恐怖の使い方が、進歩するか落ちこぼれるかの境目である。②恐怖の目的は、1つは逃避、もう1つは安定である。ウインドサーフィンは、恐怖を安定に

もってゆくトレーニングである。生きるか死ぬかのとき発生する恐怖の時、「生きよう」とする能力を身につけることである。海上の訓練だと実に上手くできていて、物事から逃げないようになる。逃げないことで能力が身につく。③感情は、人にとって必要なもので、脳幹部で処理された情報は、辺縁系で細かく処理される。これが本能であり、この本能どおりに使えば善である。本能どおりに理性（新皮質）をつくれればよい。この脳幹論は、動機づけとか指導者との関係性など精神療法の基本については述べられていないが、「今、ここ」の身体を重視する森田療法の作業観、マインドフルネス瞑想法やPTSDのソマティック治療に通じる点がある（戸塚：脳幹論、精神医学、57、2015）。

#### 5. 非線形カオスの研究と身体の柔軟性

1990年代、生体機能はカオスのだといわれ、「ゆらぎ」が注目された。津田、田原の研究グループに参加して学んだ。手指の脈波と心拍がカオスであり、脈波のゆらぎを幾何学的構造（カオスアトラクター）としてあらわすことに彼らは成功した。脈波のカオスアトラクターは、注意、疲労、不安、眠気などで大きく変化し、心身の状態を反映していた（田原：カオス・複雑系で生活リズムと健康を考える、教育と医学、49：334、2001）。健常者の探索眼球運動やラットの探索運動時の前頭前野と線条体の深部脳波は強いカオス状態であるが、統合失調症者の探索眼球運動や覚醒剤投与ラットの常同行動時の深部脳波は弱いカオス的で柔軟性を欠き硬直化していた。カオスの状態と心身の状態の相関がみられ興味深かった（津田：カオスの脳観、サイエンス、1990、内村、田原：精神医学、36：564、1994）。

### Ⅲ 神経現象学 (Neurophenomenology) とマインドフルネス瞑想法

1. リゾラッティらの1986年にかけての一連の研究によるミラーニューロンの発見は、大きな反響をよんだ。メルロ＝ポンティは、「コミュニケーションの原点は、私でもない、他者でもない、無人称の、〈ひと〉の身体である。私の身体が他者の身体と合併してしまう。彼と私とはいわば同じ

ひとの間身体性の器官なのだ」という（シーニュ2、みすず書房、1970）。この神経基盤としてミラーニューロンの存在が明らかになってきたことは、認知神経科学に大きなインパクトを与えた。2000年代に入って、人の社会脳に関する神経科学が、著しく発展してきた。認知神経科学とメルロ＝ポンティの身体論と非線形カオス理論をベースにしたヴァレラの神経現象学の登場は、心と脳をむすぶ身体論として刺激を受けた（Varelaら：身体化された心、工作舎、2001）。主体（自己）と客体（環境）の構造的カップリングによる「共決定」としての行為から世界は産出される。自我－自己は、瞬間から瞬間へ創発される。実体のない創発的な心である無自己（no-self）の心は、仏教思想の無我・無自己（no-self）に通じていることを論じている。この背景に、ニューロン間の連結は、共に活動するとき強められ、それがなくなると消滅する。行為は連結レベルで創発的に発生するというコネクショニズムの考え方である。

ここ15年、人の脳で 自他癒合ミラー神経回路、自他分離メンタライジング神経回路、基本的自己デフォルトモード（心の迷走）神経回路や課題実行系神経回路など解明されてきて、認知神経科学、自己神経科学が発展してきている。脳波と脳室の気脳写所見しか得られなかった50年前、情動と脳神経回路について動物実験していたことを考えると隔世の感がある。

2. 他方、マインドフルネス瞑想法が、第三の認知行動療法に取り入れられ、さらに、瞑想法による脳神経回路の変化の研究は注目を集めてきた。負のスパイラルに陥ると心の迷走回路は活性化されるが、「今、ここ」に注意を集中する瞑想訓練で脱活性化が生じる。シーゲルは、「注意を他に集中することは、神経ネットワークをつなぎなおすメスを手に入れるようなものだ」という（Siegel：脳をみる心、心をみる脳、星和書店、2013）。神経現象学が登場し、脳に関する心理教育も可能になってきた。

境界パーソナリティ障害の治療を対象にしたリネハンの弁証法的行動療法の治療観は、神経症を対象にした森田療法と非常に類似していると思う。それは、「今、ここ」を重視し、矛盾をその

## 特集 私の精神医学的変遷史

まま受け入れ統合止揚していく弁証法的治療である。自己矛盾の自己同一（西田幾多郎）や矛盾のまま無心（鈴木大拙）のあるがままの心境である。要素論的な認知行動療法と全体論的な森田療法の橋渡しがマインドフルネス瞑想法を導入した弁証法的行動療法であり、これらを統合する試みは重要である。当院の竹田は、児童思春期事例でこれらの統合を実践し効果を上げている（竹田：認知行動療法と森田療法の統合、原田編：メンタルクリニックが切り拓く新しい臨床、中山書店、2015）。

## おわりに—草間彌生のサイコスマティック・アートと自己治療

1. 1960年代、メルロ＝ポンティの身体論に出会ってから今日まで、様々な臨床経験と研究から心と脳をむすぶ身体について感じたことを、多くの考え方を学びながら自分なりにまとめ歩んできた。その概要を簡単に述べた。最近まとめたものを参照していただければ幸いです（本文で省略した文献も含んでいます）。

- 1) 弁証法としての森田療法、精神療法、39：409、2013.
- 2) 心としての発達の身体論と身体技法—間身体性から間主観性へ、その1. 発達の身体論の概要と神経基盤、福岡行動医学雑誌、21：39、2014.
- 3) 同上、その2. 心としての身体技法と神経基盤、同上、22：45、2015.
- 4) マインドフルネスを実践する—弁証法的行動療法と森田療法、精神療法、42：522、2016.
- 5) 精神科医にとっての薬物療法の意味—身体は認知・意味生成の源である、精神医学、59：136、2017.

2. 2017年5月中旬、最近の作品を観賞し現在の彼女の心境を感じ取りたいと、88歳の草間彌生の展覧会を六本木の国立美術館に観に行った。父の放蕩三昧、母の嫉妬と怒り、この反動としての母からのトラウマ体験を背景に、幼少時からのコスモスの花が話しかける、犬になって犬に話しかけるなど主客未分化なアニミズムの世界、肉体から魂が遊離する幽体離脱、現実感喪失の離人現象など幻覚と現実を往還しながら、往還する

二つの世界を統合止揚する手段として絵に表現し続けてきた。オキーフとの交流でNYに移り住み、性への嫌悪・恐怖と執着から、無数の男根のベット、椅子、テーブル、ボートなどを作成し、嫌悪・恐怖を克服するため自己をこの中に投入していった。さらに、自己も背景も水玉模様で埋め水玉に同化し、自己消滅が唯一の出口というボディペインティングという表現に埋没した。これらはサイコスマティック・アートと自ら呼び、自己治療の手段で「怖いものがおもしろいものになる」という。当時、ヒッピーブームでもあり性抑圧の解放運動の時代でもあり、大胆なパフォーマンスを繰り返した。フロイト的には、エディパルな葛藤を乗り越えようとする闘いであった。帰国後、日本の閉鎖的抑圧的な環境で自殺や死のテーマも繰り返されてゆく。生と死の境界をテーマにした作品では、ガラスばりの空間に足を踏み入れた瞬間、奈落の底に落ちる恐怖を体感する。これらの心の軌跡を感じながら最後の体育館のような大ホールの展示室に入ると、苦悩の格闘のトンネルを抜けて、鮮やかな色彩の曼荼羅の宇宙空間にいるようであった。80才からの連作500点の中からの150点と巨大なコスモスの花のオブジェが展示されていた。自殺、死のテーマも鮮やかな色彩に変わり、ここ2-3年は、愛、幸福、心、天国、宇宙などがテーマである。おだやかな明るさも感じた。しかし、今もいろいろ幻覚があるという。幼少時から見える水玉や網目、さらにコスモスの花やアメーバ・ゾウリムシのような原生動物との靈魂の交流など、今も反復強迫と集積創造を繰り返し続けたいと生きてゆけないという壮絶な闘いのエネルギーと同時に立ち止まれない苦悩も感じた。しかし、私は今、私を生んでくださった、私の最も尊敬し愛する亡き父と母に心から感謝しているという。プレエディパルな葛藤をも乗り越えたのであろうか、過去のトラウマも病も糧にして包み込み、自己否定から自己肯定への転回である。サイコスマティック・アートのもつ弁証法的治療力、さらに、幻覚と現実、死と生との間の絶え間ない往還運動によって進化し続ける創造性と強烈な実存的生き方に圧倒された。この展覧会は、3か月で52万人を集めて5月22日閉幕した。こ

れまでは序曲です。生きることや死ぬことを超えて、これから私の人生が始まるのですという。(草間：無限の網目 - 草間彌生自伝、新潮社、2012、前衛作家、草間彌生、①-⑩連載、朝日新聞、

2017)。筆者もエネルギーをもらって、心と脳をむすぶ身体についてのソマティック心理学や神経現象学について、さらに学んでゆきたいと思う。

## 精神医学的自分史—研究・出版・臨床

なかまクリニック 中 嶋 聡

### 1. はじめに

本年号のテーマは、「自分の精神科医としての人生を振り返って」。自分がたどった道をそのまま書けばよい、という意味では書きやすいテーマだ。しかし、「自分の人生を振り返る」というのは辛い作業でもある。忸怩たる思いで心が一杯になってしまう。気が向かなかった同窓会に迷った末出席して、「やっぱり出なければよかった」と思った時のような心境だろうか。

そんなわけで、テーマをもらってから三ヶ月ぐらい手を付けることができなかった。でもだんだん締め切りが近づいてきて、力学的平衡が破られる日が来た。というわけで、いま（九月某日）ようやく一太郎を開き、書き始めている。

研究、出版、臨床の三部に分けて書いていこう。

### 2. 研究について

精神病理学を専攻した、ということにはなっているが、残念ながらろくな研究成果をあげることができなかった。数もそれほどないが、いずれもあってもなくてもいいような論文ばかり。振り返って、まったく、情けなくなってしまった。

最近、恩師の安永浩先生のファントム理論を若い精神科医や心理士たちに紹介する機会があって、安永先生の論文を改めて通読したが、その独創性、スケールの大きさ、無駄のなさに、改めて感嘆した。

ファントム理論を人に説明して、「なるほど」と言ってもらえることは少ない。もちろん、説明のまずさもあるし、第一私自身が正確に理解しているかどうか疑わしいので、当然のことではあるが。また、いわば理論物理学のようなものであって、かつ理論物理学と違って実験的に確認することもできない性質のものであるので、どこまで行っても「そんなものかなあ」「面白い考え方ですね」というレベルの感想に終わってしまうし、

また終わらざるをえない。実を言えば、私自身のファントム理論に対する思いも、そのようなものである（もっとも、それ以上に熱く信じていたり、実在するなものかのように語るなら、それは妄想、あるいは信者（「感心な弟子」）のどちらかになってしまうであろう）。

しかしそれでも、ファントム理論の精神病理学的価値は疑いない。値打ちのある研究というのは、まさにこういうものだと思うされる。それは、ひとえにその独創性と、臨床経験において感じるさまざまな疑問や不思議さをうまく説明してくれる力（説明力）にある。

研究と言えるものであるために、説明力が必須であることは言うまでもない。それを通じて何か新しいことがわかるのでなければ研究の意味がない。しかしそれは、総説であってもいけない。つまり、すでにある知識を整理しただけでは、研究とは言えない。たとえば私が初学者のためにファントム理論を上手に整理して説明することには、たしかに説明力もあり、興味がある人にとっては有益でもあろうが、研究ではない。研究であるためには、たとえどんなに小さな事柄であっても、それが世界で初めて主張されるようなもの、つまり独創的なものでなくてはならない。

そのような観点から改めて私自身が書いたものを見渡してみると、まず、ほとんどの論文について、説明力が乏しい。乏しいという自覚があるものだから、表現をわざと難しくして（それが論文風の書き方だと錯覚していた面もあった。しかし自信のなさの裏返しとしての悪気もあった）、目くらましをしているところもある。しかしそれ以上に、独創性が（ごく一部のものを除いて）ゼロである。独創性というのは、なかなか勉強して身につくようなものではない。才能に近いものである気がする。だから、お勉強の連続で大学に入り、卒業して医者になり……、した者が、その延長線

上で研究も……と思ったところに、大きな錯覚があった気がする。

しかしそれでも、(自慢するほどではないが)それなりの独創性があり、したがって多少の値打ちがある研究も、一つ二つはあったと思う。一番そう言えると思うのは、「分裂病者のある独特の印象について」という論文であり、二番目にそう言えると思うのは、「無為について」という論文である。いずれも1994年に出版した『分裂病の実践知と治療』(金剛出版)に収められている。

「分裂病者のある独特の印象について」は、「その場性」という接触印象について論じたものである。学会で発表して若干の反響があり、精神病理学雑誌に投稿してすぐ受理になった。ところが当時の私は欲が強く、受理のあとも書き直したいと強く要求したところ拒否され、それでも諦めきれずに要求を取り下げなかったところ、受理取り消しになってしまった。当時、すでに上記の本の出版が決まっていたので、「それに載せればいい」という気持ちだったのだが、この本はほとんどと言っていいくらい売れなかった。出版直後にあるベテラン精神科医から、「その場性」を面白いと言ってくれる手紙とともに講演の依頼をいただき、ある会合で話をしたが、総体的にはあまり注目されることなく終わってしまった(その後引用してくれる人は二、三いたが)。精神病理学雑誌に掲載されていればもう少し注目されたかもしれないという思いはあり、今にして思えば少し残念である(忸怩たる思いの最たるものはこれである)。もっとも、おそらく結果は同じだったであろうが。

「無為について」は、上記の本の一部としての純粹の書き下ろしであり、統合失調症の無為とうつ病の抑制とを比較して論じたものである。客観的に見てどの程度価値があるかはわからないが、自分としては着眼点・結論ともにある程度説明力と独創性があるのではないかと自負している。しかし当時、これが本書執筆の最後の方で書いた原稿で、もはや振り絞る元気がなく、統合失調症の症例は載せたがうつ病の症例は載せなかった。この点が、論文の価値という点で傷になっているので、「もう少し気力を振り絞っておけばよかった」

と、今にして思えば残念である。

### 3. 出版について

「分裂病者のある独特の印象について」を書いたとき、正直なところ、「こんな感じのままを文章にしただけのものが、論文として通用するのだろうか」という思いであった。それが、学会で発表して「面白かった」という多少の反響があり、また専門雑誌にもすんなり受理されて(後に取り消しにはなったが)、私にとっては、「こんなものでも論文として通用するんだ」という発見になった。

その思いは、次第に開き直りになり、「思ったままを文章にすればいいんだ」という気持ちになってきた。それと表裏一体のこととして、論文臭いスタイルに合わせて中味もないのにもかかわらず論文らしい文章を書くことが嫌になってきたという心境の変化もあった(もちろん、私に中味がなかったことが最大の問題で、だからこそそのような強迫的な努力が必要になったのである)。

そうした思いのもとに、私は『ブルマーはなぜ消えたのかーセクハラと心の傷の文化を問う』(春風社、2007)という本をまとめ、出版した。消えゆく(執筆当時)ブルマーに象徴される「辺縁」(一見あってもなくてもどうでもいいようなもの)について論じつつ、「セクハラ」「心の傷」といった一方の当事者の主観が規範として流通する風潮を批判した、自分としては精神医学的な観点を大いに含んだつもりの本である。自分史的には、身丈に合わない袴にむりやり合わせる偽善と痛々しさからようやく抜け出し始めた、象徴的な出来事であった。

それにしても、この本を出すにあたり、出してくれる出版社を見つけるのは大変な苦勞であった。およそ思いつく出版社に原稿を送り、結果は返事が来ればいい方で、ほとんどは黙殺、来てもあっさりお断り。送られる相手の立場に立ってみれば当たり前だが、自分としては自信があり、どこか価値をわかってくれる出版社があるはずだと確信しながら送り続けた。

そうしたところ、二つの出版社から承諾の返事が。嬉しくて思わず飛び上がった。それから出版

## 特集 私の精神医学的変遷史

までの半年間は、今思い出しても幸せな時間だった。

この本に対しては、多少の反響があり、その後何年か経ってからテレビ局や雑誌編集部から何件か取材を受けた。中でも、直後に「日経ビジネス」という雑誌からインタビュー取材を受け、一頁の写真入り書評が掲載された。

これが、私のその後の出版人生の大きな転機になった。そのすぐあと、新潮新書のある編集者から、「書評を見て本書を読み、大変面白かった。ぜひうちで一冊書いてほしい」という手紙をもらったからである。この方は、新潮新書で（書名を言えば誰もが知っている）ベストセラーを企画した、業界では大変有名な方である。もっともそのことはあとから知った。そして出したのが『「心の傷」は言ったもん勝ち』（新潮新書、2008）である。この本は私が出したもののうちでは最も売れている（と言っても大したことはないが）。その後さらに、同じく新潮新書から、『眠れぬ夜の精神科』（2010）、『「新型うつ病」のデタラメ』（2012）、『うつ病休職』（2017）を出した。最後のものは、私の方からテーマを示して「書きたい」と申し出、受け入れられたものである。はじめて出版を望んだ時のことを思えば、まったく夢のような話である。

それにしても、先の編集者が手紙をくれることがなければ、さらに言えば日経ビジネスという発行部数の多い雑誌社が最初の本に目をつけてくれることがなければ、その後の展開は全くなかったはずである。なぜなら、先の編集者以外には、私の本に目をつけ、連絡をくれた人は一人もいないからである。自慢するつもりは全くないが、この編集者が見ず知らずの私に手紙をくれ、自分の会社から出版を勧めてくれたということは、私の著作に、それなりの価値があったからと言ってよいだろう。手紙の内容は、私の言いたいことを簡潔・的確に捉え、評価したものだ。

そんなに価値のある内容なら、ほかにも何件かオファーが来たり、あるいは少なくともあちこちから評価する声が聞こえても良さそうなのである。しかし、そんなことは全くなかった。つまり、この編集者がいなければ、私の本はまったく埋も

れたままであり、それ以上の発展はなかったということである（それでも、見ず知らずのところ、読者になんらかの感動を与えたり、評価してもらったりはしていたかもしれないし、それだけでも本を出版するという意味はあるが）。たまたま、私と似たような感受性を持った編集者が一人いて、その人に気づいてもらえた。世の縁、人の縁というのはまことに不思議なものである。

こうして書いてみると、私のアイデンティティーにとって、著作・出版というのはとても大きなウエイトを持っていることに改めて気づく。私はいつの間にか、小学者・小研究者であろうとすることをやめ、一般著作の場で自己表現する者になっていたのだ。

## 4. 臨床について

私は1980年に大学卒業後、2年間の研修（うち1年は大学病院、1年はアメリカの病院と大学）、2年間総合病院の精神科、11年間いくつかの精神科病院での経験を経て、1996年、40歳の時にクリニックを開業した。開業医としては、まあ標準的な歩みかと思う。

心がけていることといえば、精神科の範囲の患者については、最初から守備範囲を限定することなく、できる限りどのような病気の人も、どのような状態の人も診療することである。もちろんその上で、外来では無理な人には入院できる病院を紹介するし、自分の知識・技倆を越える問題を持っている人は、適切な専門家に紹介する。

急性期で入院が必要な人を除き統合失調症の人も診療できるようにするために、最初からダイナイトケア（以下デイケアと略称）を併設した。外来診療スペースとデイケアスペースを簡単に行き来できるようにしている（これは一時勤めた南信病院の近藤廉治先生の発想にならっている）、外来診療しながらデイケアの様子がわかるし、空き時間にはデイケアに出入りし、また午後可能な日は私もスポーツ活動に参加したりして、私自身の精神衛生にもずいぶん役立っている。

精神科の診療の仕方について、成書をひもとくと、ずいぶんしかめつらしい、難しいことが書いてあることが多い。また、最低15分は話を聞く

など、現実離れした原則が書かれていることも多い。しかし、基本姿勢は真剣なものでありつつも、精神という本来どう生きようが自由な世界にかかわるのであるという、精神科の特質（良さ）を生かして、肩肘張らず、気楽な気持ちで診療に当たりたいものである。この点は、安永<sup>5)</sup>も「精神の喜劇性」という言葉で述べているし、近藤も実践の中で身をもって示していたし著書<sup>1)</sup>の中でも述べている。特に、もともと統合失調症の人の接触には「その場性」という特徴があり、治療者の姿勢としても、あまり深刻にならず、細かいことにこだわらない、大まかでのんびりした構えが似合っているのである。

そんなわけで、ちょうど依頼を受けたこともあり、2011年に中山書店から『精神科医療面接』という身の丈知らずの題名（ただし依頼の段階で編集者から与えられた）の本を出したのだが、この本はまったく売れなかった。書き上げた段階で内容を見て編集者が喜んで、那覇市内の高級中華料理店で接待してくれた上に続編を依頼され、書いたのが、『精神療法と薬物療法のほどよいブレンド』（中山書店、2012）である。これもまったく売れず。先の接待の際、編集者は「続編が出来上がったらもう一度ご馳走します」と約束していたのだが、その後連絡はなく、反故にされてしまった。

さて、本誌（福岡行動医学雑誌）編集者からの案内には、「自己変遷史で大きく変化してきたもの、一貫するもの（理念？情熱？）を」とあったが、私の場合、精神科医になって以来の30余年（やがて40年になるが）、格別大きく変化してきたものもなければ、一貫したもの（理念・情熱）もない。ヨハネ黙示録で神が嫌われるとされている「生ぬるい」歩みを続けてしまった。しかし、経験的事実として（モーニング娘。のハッピーサマーウェディングの歌詞のように）精神科医には悪い人はいないし（医師会の集まりに行ったりすると実感する。正確には「つきあいくらい人はいない」）、また先に述べた「精神科治療の喜劇性」（安永）が好きなので、精神医学・精神医療の道を選んだことはまったく後悔していない。

しかし反面、統合失調症が主役であり、極端に

言えば「内因性疾患こそが精神科医の注力すべき対象である」とする臨床環境で育った私にとって、次第に不安を主体とするソフトな病気が「パニック障害」「社交不安障害」など大げさな病名が一般化するとともに増え、うつ病らしからぬうつ状態が増えてしかもその多くが「うつ病」として流通し、私には到底躁うつ病には見えないようなものが「双極Ⅱ型」などとして「双極性障害」と呼ばれ、学会に行くと「双極性障害のうつ状態にも抗うつ薬を使うべきか」など、臨床の現場から発想されたとは到底思えないことがまじめに議論されているのを見（私は内因性のうつ状態であれば区別なく使っている）、世の中の常識と私の常識との食い違いが増すにつれて、次第に日々の臨床にやりにくさを感じるようになってきた。

それはさらに、ここ数年、何でもないような人が「会社から診断書をもらってくるように言われました」「休みたいので診断書をください」などと言って受診するケースが増え、「ギャンブル依存症」などと自分で述べて受診するケースが増え、また極めつけは、やはり何でもないような人が「発達障害じゃないか」と言って、あるいは周りから言われて受診することが増えるようになって以来、我慢するのに骨が折れるようになってしまった。前二者については、自己治療のためにこの違和感を主題にした論文<sup>2,3)</sup>を書いたり、一冊本<sup>4)</sup>を書いたりもし、そのおかげで大分自分を抑えて穏やかに臨床ができるようになったが、違和感そのものは変わらない。

診断書希望例への対応はケースバイケースであるが、全然病気と言えないような人の場合は断っている。また「ギャンブル依存症」（このような病名は認めていないので括弧をつけている）に対しては、「今日を記念日にしてください」と言って自分の意志できっぱりやめるよう勧める精神療法を行い、一回で終わっている。

それにしても発達障害など、私から見ると病気でも何でもなく、単なる気質・性格のヴァリエーションにすぎないようなものが、世の中で立派な病気として取り扱われ、学会でも統合失調症などと並ぶトピックとして取り上げられているというのは、どういうことなのだろうか。自分で発達障

## 特集 私の精神医学的変遷史

害ではないかと疑い、あるいは会社などでそう言われて困惑しているケース、あるいは学校でそのように指摘され、特別支援学級に移るよう勧められて、そのための診断書を求めて受診するケースが多い。必要もなく卑下しているケースや、逆に（忘れっぽいとかミスが多いなどについて）自己正当化に使っているケース、あるいは社会が排除するための都合のいいラベルとして使っているように見える場合が多い。世の中が狂ってしまったのか、それとも私がドン・キホーテなのか。これについては、今のところ何かをまとめるほどの準備もないが、そのための元氣も湧かない。

### 5. おわりに

そんなわけで、今の精神医学や精神医療に興味を持つ若者は少なくなっているのではないかと勝手に想像していたが、そうでもないらしい。そして、私の息子の一人が同じ精神科の道に進みたいと言い、実際に進んだ時は、かなりびっくりした。人からは「いいですねえ」「うらやましいです」

と言われ、正直なところうれしいのだが、一体今の精神医学や精神医療の何が面白くて選んだのかは、いまだに不思議である。しかし、何事にせよ、感覚の違う者があとに続くことによってこそ、進歩があるのだろう。私には違和感がある環境であっても、それを所与としてまっさらな気持ちで適応し、何かを感じ、何かを見つけるのだろう。そしていずれは別の種類の違和感を感じるようになるのかもしれない。

### 文献

- 1) 近藤廉治：『開放病棟で診る』合同出版、1985
- 2) 中嶋聡：「逃避型抑うつ」（広瀬）・現代型うつ病（松浪）・「デイスチミア親和型うつ病」（樽味）の診断学的検討—「新型うつ病」問題への一寄与。精神経誌116:370-377,2014
- 3) 中嶋聡：精神科治療における自己責任の問題—抑うつ体験反応・過量服薬・「ギャンブル依存症」を範例として。精神科治療学31:953-956,2016
- 4) 中嶋聡：『うつ病休職』新潮新書、2017
- 5) 安永浩：『精神科医のものの考え方—私の臨床経験から』金剛出版、2002

## 統合失調症の健康生成を考える

愛仁会総合健康センター 杉 林 稔

### 1 はじめに

私事で恐縮ですが、今年（2017年）の2月、急に異動することになりました。結果、精神科医としての診療継続ができなくなり、それまで外来で診ていた約260人の患者さんと急遽お別れすることになりました。2月3日、お別れのための面接に多くの時間を費やしました。

たくさんのお別れを重ねるにつれ、今まで気づかなかった事に気づかされることも多くありました。

中でも印象に残ったのが、統合失調症患者さんの別れ際の見事さでした。みなさんさわやかに清々しいお別れの挨拶をしてくださいました。

非行を重ねていた青年の挨拶も素晴らしく、胸に沁みるものがありました。今日のテーマは「健康」ですが、彼らのさわやかな別れの挨拶は「健康」そのもののように感じています。

### 2 健康生成について

健康生成という言葉が注目されています。ユダヤ系アメリカ人であり、医療社会学・健康社会学者であるアーロン・アントノフスキー(1923-1994)が1979年に提唱した概念です<sup>1)2)</sup>。イスラエルの更年期世代の女性の調査から始まっています。調査によると、ナチスによる強制収容所体験のある女性の健康度は非常に低かった。にもかかわらず3割の女性は健康的であった。それはなぜか。

その理由は、従来のような疾病の発生をいかに予防するかといった疾病生成論では見えてきません。疾病とは別の現象としての健康そのものに注目し、それがどのようにして作られるかという健康生成論をアントノフスキーは提唱しました。つまり、何が疾病を作るのか、ではなく、何が健康を作るのか、という視点の転換です。

アントノフスキーによると、健康生成モデルは「ヘテロスターシス(変化性)、無秩序、そしてエ

ントロピー(ある系内の無秩序化の度合い)の増大化圧力、これらが、生命体のその原型的な特性であるとする根本的な仮定」に立つものです。これは「自己調整的でホメオスタティックなプロセスが崩れることがときどきあると考える疾病生成志向の仮定とは明らかに対照的である」。

また、SOC (sense of coherence) という概念があります。首尾一貫感覚(コヒアレンス感)と訳されています。

「自分の内的そして外的な環境は予測可能なものであり、しかも物事は無理のないように見込まれるし、うまくいく高い見込みがあるというような自信、とくに、浸透的かつ持続的で、動的でもあるような自信の程度を表現する包括的な方向性」と説明されています。

SOCには主要な3要素があります。それは、把握可能感、処理可能感、有意味感です。

「首尾一貫感覚(SOC)とはその人に浸みわたった、ダイナミックではあるが持続する確信の感覚によって表現される世界(生活世界)規模の志向性のことである。それは、第1に、自分の内外で生じる環境刺激は、秩序づけられた、予測と説明が可能なものであるという確信、第2に、その刺激がもたらす要求に対応するための資源はいつでも得られるという確信、第3に、そうした要求は挑戦であり、心身を投入しかかわるに値するという確信から成る。」

アントノフスキーは健康か病気かという二分法を批判し、「健康－健康破綻の連続体」health ease/dis-ease continuum という概念を使います。「連続体上を健康の極側に移動させる」ことが目指されます。しかし、それではやはり健康か病気かという二分法に縛られてしまうように思われます。またそもそも健康とは何か、という問題には踏み込んでいないように見えます。「生成」という言葉が使われていますが、「成因」と訳す方が

## 特集 私の精神医学的変遷史

ふさわしいようにも思えます。

### 3 私の健康論

今の職場に異動してからというもの、私は健康とは何かということをよく考えるようになりました。

かつて緩和ケアで出会った患者さんにこんな人がいました。余命1週間で、立つこともままならない状態だったのですが、(何がしたいですか?)と聞いたら、「旅行に行きたいですね」と希望に満ちた表情で言われたのです。どのような状態でも希望を持つことが大切であることを目の当たりにした瞬間でしたし、なんと健康なんだ、とも思いました。心身の一部に重大な不具合があっても、それを含んだ全体のリズムや流れに気があれば健康といえるのかもしれませんが。

健康について考えをすすめると、生命論とつながらざるを得ないような気がします。赤ちゃんの健康さは疑いようがないですよ。赤ちゃんには生命現象そのものの健康な発露があふれています。児童期から前思春期にかけての「こども」も基本的には「健康」そのものといってよいでしょう。

使われている漢字に着目すれば健康とは「健やか」で「康らか」であること。「健」は、「人を建てる、人を築く」の意で、そこから「すこやか、じょうぶ」につながります。「康」は「年、つぐなう、みのる、みちる」の意で、そこから「やすらか、たっしや、たのしい、やわらぐ」につながる。

しかし考えてみれば「健康」は私たち人間の脳裏に形成される概念であり、各人が独自に意味づけているものなので、一義的に定義できるものではなく、中空構造になっています。それゆえにこそ便利に使い回されています。

19世紀に衛生と呼ばれていたものが今は健康と呼ばれていることの意味を考えると、現代の健康概念は、社会的に正しい状態、という規範性が強いのです。

しかしだからといって健康を社会学に還元してしまうことは危険です。やはり健康は私たちの「生」にかかわる重要な事柄ですから、性急に理論化せず、一つひとつの健康を丁寧に記述し吟

味するという作業をおろそかにはできません。

エルズリッシュ (1973) の調査によると、人々は健康と病気について3つの異なる隠喩を使います。それは、1) 破壊者としての病気、2) 解放者としての病気、3) 取り組みの対象としての病気、です。それぞれ、1) 空虚な健康、2) 蓄えとしての健康、3) 平衡としての健康、として意味づけられます<sup>3)</sup>。

ピエレ (1993) の研究では、4つの視点が見いだされています。1) 健康-病気、2) 健康-道具、3) 健康-所産、4) 健康-制度、です。公的部門の賃金労働者は「健康-制度」として話すことが多く、筋肉労働者は「健康-病気」や「健康-道具」として語ることが多く、農夫は「彼らがいくらか支配できる生活の周期に基づく世界観と同種のもの(全体的な自然的世界の一部)」として語ったといえます<sup>3)</sup>。

ブラクスターら (1982) の研究では「予想外だったのは、多くの人が、ひどい損傷や深刻な慢性疾患に直面していても、自分の健康をよいと述べる、ということが普通に見られた」と記されています<sup>3)</sup>。

語り手の主観としての「健康」という側面だけではなく、<保健・介護・医療>という場で、「健康」の出没を私たちは目の当たりにしています。この手に取るようにして感じることで自他の「健康」からも目を離さないようにしていきたいと思います。

そこには、非常に制度的な場であるがゆえにこそ際立つ野生としての「健康」があるのかもしれませんが。

### 4 暦時間について

アメリカの小児科医ボイスらは「永続感」sense of permanence に注目しました (1983年)<sup>1)</sup>。呼吸器疾患の子どもの1年間追跡調査した結果、疾患の重症度が、ストレスフルな生活変化と家族の日常生活習慣の複合的な作用とに強い関連がありました。ストレスフルな生活変化が直接病状を悪化させるのではなく、「安定感と永続感」が脅かされることによって病状が悪化するのではないかと解釈しています。

「人間には周期性のある活動をしようとする本

質的な傾向があり、家族の日課は生物学的な発達上の基盤になりうる」とし、「日々の家庭生活において、予測できる規則性があり、2人以上の家族を巻き込んだ観察可能な反復性の行動」が豊富にある家庭で育った子どもはより健康的であったとのこと。

「永続性」にダメージを与える変化のみが有害となるという見解であり、アントノフスキーの「把握可能感」に類似しています。

彼らのいう家庭生活の規則性とは具体的には次のものです<sup>4)</sup>。

- 1 親は1日を始めるにあたり、決まって行うことがあった。
- 2 家族は平日一緒に、夕食または朝食を食べていた。
- 3 子どもは家事を手伝っていた。
- 4 子どもは朝起きると、決まって同じことを行っていた。
- 5 親は子どもと会話する時間を1日のどこかに設けていた。
- 6 親と子どもは、1日のどこかで一緒に遊んでいた。
- 7 子どもは、ほぼ同じ時間に寝ていた。
- 8 家族の誰かが外出するときや帰宅したとき、お互いに認識し合っていた。
- 9 仕事をしている親は、ほぼ同じ時間に帰宅していた。
- 10 親子は一緒に外出していた。
- 11 家族には、仕事している親を出迎えるとき、決まって行くことがあった。
- 12 子どもは、定期的な活動に参加していた。
- 13 親は、子どもに本を読んであげたりお話をしあげたりしていた。
- 14 仕事をしている親は帰宅後、子どもと遊ぶ時間を設けていた。
- 15 子どもには寝るときに決まって行ったり、ねだったりすることがあった。
- 16 家族はほぼ同じ時間に夕食を食べていた。
- 17 家族には夜、静かに話したり楽しんだりする、団らんの時間があった。
- 18 子どもは友達と遊ぶ時間があった。

- 19 仕事をしている親は、1日のどこかで子どもの世話をしていた。
- 20 週末（または休みの日）は、家族全員で一緒に夕食を食べていた。
- 21 週末（または休みの日）は、日収家族で一緒に過ごしていた。
- 22 家族は定期的に親戚を訪問していた。
- 23 父親または母親は定期的に自分たちの親と話していた。
- 24 週末（または休みの日）に、家族の何人かで一緒に定期的に楽しむ趣味やスポーツがあった。
- 25 親は、子どもが良くないことをしたときに、決まって行くことがあった。

さてここで私たちの生活を支える規則的なものの代表として、暦時間を取り上げましょう<sup>5)</sup>。

暦は、国や文化、時代によって異なります。日本では明治5年に旧暦（太陰太陽暦）から新暦（グレゴリオ暦）に改暦されましたが、今でも旧暦は文化として親しまれています。

しかしどの暦にも共通する構造があります。

- 1) 「日」が基本単位であり、「日」が繰り返されることによって「月」となり、「月」が繰り返されることによって「年」となる。
- 2) 絶対的な反復であるにもかかわらず、1日として同じ日はない。つまり、反復と更新が連続と続く。
- 3) 特別な日付が設定され、「その日」にはなにがしかの非日常（祭り）が持ち込まれる。「その日」は年に1回巡ってくる。何年も昔の出来事が、「祭り」の儀式を伝えて「今ここ」に立ち現れる。ここにも反復と更新がある。年中行事や習俗、学校や会社の行事は季節感を鮮明にし、私たちの暮らしに「節目」を作り出す。

このような時間構造は暦という仕組みがあってこそ構築されるものです。暦という仕組み（規則性）によって構造化された時間を暦時間と私は呼んでいます。暦時間はあまりにも当たり前すぎて私たちはその重要性を実感しづらいですが、もし

特集 私の精神医学的変遷史

暦時間がなかったらと想像してみると、そこにはカオスが口を開けていることがわかるでしょう。

暦時間はカオスを排除するのではなく、カオスの器として機能し、いわばカオスを飼いならすものです（祭りはカオスの一部を日常に持ち込む仕掛けです）。

このようなダイナミズムは、「健康生成的」と呼びうるでしょう。

星野弘は、統合失調症の閉鎖病棟での入院治療において必要となることを14項目挙げていますが、その中に時間に関する項目が3つあります<sup>6)</sup>。

- 1) 治療上のタイムテーブルを意識的にゆるやかにする。
- 2) 治療過程の時間はそのスケールを長めに設定する。
- 3) 回復（退院）の判断にはタイムラグを置き、退院をはやまらない。

他の箇所にも「時間と医者を処方することはどんな治療法にも勝ると思う。支持的に接しながら、ひたすら「待つ」ことも有効な治療法である」、「患者の十年後を頭において治療に従事すべきである」という文があります。

「タイムテーブル」「時間のスケール」「タイムラグ」という言葉に着目しましょう。それらは、ただの「長時間」（時計的時間）ではなく、カイロス性のある時間（暦時間）です。夜回診の重要性を指摘し、睡眠や体重などの非特異的の症状に注目し、「（統合失調症者は）すぐにでも仕事をしたいというが、彼らの希望が実現するには、生活リズム、身体のリズム（睡眠・生理的リズム）が安定することが重要な指標になると思う」と書く星野の治療観は暦時間に深く根ざしています。

### 5 統合失調症の健康生成とは

統合失調症的体験の特徴は、超越的であるということでしょう。それはアントノフスキーが想定しているような「健康」概念を大きく超えています。「健康—健康破綻の連続体」という視点から「日常—超越の連続体」という視点へ切り替える必要がありそうです。

暦時間において、「今日」は特権的な時間です。「今日」が「現在」であり、「明日は明日の風が吹

く」。明日になるまで明日は来ないのです（「今の瞬間」が「現在」と捉えると「一寸先は闇」であり、時間は瞬間の連続であるというある種の超越にはまりこみます）。

夜が明けて太陽が昇り、覚醒して活動を始め、日が沈んで夕食をとって眠りにつくという自然と文明とのコラボによって私たちの「今日」は生成します。統合失調症においては、その「今日」が崩壊します。「今日」を作るための睡眠が消えます。反復が消え、更新の連続となります（慢性期には逆に更新が消え反復の連続となります）。

「一寸先は闇」となり超越的次元に放り出されます。確かに、これは健康の崩壊（あるいは喪失）であるように見えます。しかし「今日」が構築されたものである以上、その構築が解除される可能性が潜在していることは「生命体の原理」であり、まさにこの原理そのものが「健康」を生成させようともしています。つまり統合失調症患者にとって、病前の窮屈な生き方を解消するために生命体のシステムが発動して「発症」に至ったとする考え方からすれば、「発症」そのものが「健康生成」プロセスであったということになります。

しかしそれを言い出すとすべての疾患が「健康生成」の賜物という話になってしまい、「健康生成」という概念自体の意義が薄まってしまいます。

問題は「生成」という概念で何を見るかであるでしょう。先の「生命体の原理」の話も、はじめに「原理」が想定されています。しかし「生成」という言葉をあえて使う以上、「原理」を想定せず「事象」そのものに向かう必要があるでしょう。その代表例が、中井久夫の統合失調症寛解過程論です<sup>7)</sup>。中井の緻密な観察眼から描出された寛解過程は、それ自体が臨床実践から「生成」したものであり、患者と中井との共同作業といえるものでありました。患者もまたその作業によって何らかの影響を受け、それは病状の経過を左右していると思われます。そのような相互作用の渦の中らなにごとかが生まれることこそが「生成」であるでしょう（ということは、生成する健康もまた、関係性のなかから浮かび上がるものでしかないでしょうが、だからといって社会構築主義に還元すべきものでもありません）。

象徴的なものとして寛解後期に見られる「季節感の回復」があります。ありふれた現象であるがゆえに見過ごされがちですが言われてみて初めてその事柄に気づかされる発見。「健康生成」とはこのような発見のことを言うのではないのでしょうか。

季節感の回復とはまさに暦時間の回復でもあります。中井の寛解過程に向ける眼差しには常に健全な暦時間感覚が装備されています。

樽味伸の「素の時間」もまた暦時間と関連しています<sup>8)</sup>。病的な言動を繰り返す患者とのかかわりにおいて、時折、思いがけず、自然な対話がなされることがある。その瞬間、患者はふと、病気から抜け出してきて、普通の人になる。精神科医も、ふとその役割を解かれて、ただの人になる。そんな瞬間、そんな時間を彼は「素の時間」と呼びました。

「慢性統合失調症患者の世界と、共世界のあいだに窓がひらき風が流れるそのときを共に分かち合うときがあります。やわらかに、強制感を伴わずに、ゆったりとした<とき>のおとずれを待つ、その雰囲気醸成が治療全体のなかに流れることが前提となります。」

「それは壊れやすいものであるからこそ、そういう時間にめぐりあうのは幸運なことであり、それでも少しずつそういった時間が積もっていけば、なにか自然な安心感、少しだけの親密さ、揺らぎにくいおもり(=錘?お守り?)となってひっそりと機能する事になりはしないだろうか、と考えるに留める。」

「暦時間」は「共世界」を形作る時間であり、慢性統合失調症患者の世界においては「暦時間」の構造は脆く変容しています。2つの世界の「あいだ」に「窓」がふいに開く。その「とき」が「素の時間」であるなら、それは「暦時間」を超え出るものでありつつ、「暦時間」に回帰してその鮮度を保つ働きをしているものでもあるはずですが(「素の時間」は「暦時間」を風干しする?)。ここにも「健康」の「生成」が見えます。ただし、樽味は次のように書いています。

「仮にその瞬間・時間に『異常体験』がなかったとしても、異常体験がなければ病気ではないのか、あるいは健康と言えるのか、簡単には判定できないと思われる。そういう意味合いから『素の時間』と対比させる時間を『病的時間』としてしまうと、『素』は『非・病的』となり、場合によっては『健康的』ということになりうるため具合が悪い。一時的であるにせよ彼女らは自然であり滑らかでありピントは合う。しかしそれは『病的』でないかどうかとは別の問題と思われる。したがって『素の時間』以外の時間は『病的時間』とは呼ばずここでは『素』に対する『具』、『具の時間』と仮に呼ぼうと思う。」

「素の時間」を「健康的」と呼ばれることは「具合が悪い」のはなぜでしょうか。おそらく、非・病気=健康という図式に回収されることを避けたかったのでしょうか。しかし本発表がとっている生成論の視点から「素の時間」を健康生成の場と理解することは樽味の見解に反するものではないでしょう。

「素」の英訳は、いろいろありますが、elementという訳もあります。古代ギリシアの四元素説では、火、空気(風)、水、土という4つのエレメント(元素)によって万物が構成されていると考えられました。この考え方は非科学・非合理的な思考方法の一つとして現代でも地下水脈のように受け継がれています(メルロ=ポンティ、パシュラール、レヴィナス、ドゥルーズ)。レヴィナスの文章を見ましょう<sup>9)</sup>。

「環境とは所有不能で本質的に『誰のものでもない』共通の基底ないし領域である。たとえば大地、海、光、都市といったものがこの基底である。どんな関係や所有も所有不能なものの只中に位置づけられている。この所有不能なものを内包し包摂することはできない。この所有不能なものは一方的に内包し所有するのだ。われわれはこの所有不能なものを元基態(エレメント)と呼称する。」

「元基(エレメント)はただ一つの側面しか

特集 私の精神医学的変遷史

有さない。海や畑の表面、風の前線といったものがこの側面である。ただし、こうした面（おもて）の背景となる環境は諸事物によって組み立てられるものではない。環境はそれ固有の次元、つまり深さにおいて展開されるものであり、この深さを元基（エレメント）の面（おもて）の拡がりに、その幅や長さに変換することはできない。たしかに、事物もまたただ一つの面（おもて）しか差し出さない。けれども、われわれは事物の裏側に回ることができるし、そのときには裏が事物の表と化する。」

エレメントという用語には、自然と人間とを区別する科学的合理主義から離れて、自然界全体を巨大な生命体と捉え、人間の精神も身体も、すべてがこの自然生命体によって作り上げられているという発想が込められていることがわかります。

健康とは、素であること（エレメントに日干しされること）、なのではないでしょうか。統合失調症患者と非行青年との別れの挨拶が凜とした気品にあふれていたのは、彼らが大きな苦難を経る中で生命の「素」に深く触れていたからだと思います。

## 6 おわりに 健康と他者

最近元大学教授（69才）と結婚した阿川佐和子（63才）さんは次のように語っています<sup>10</sup>。

「今後はできることなら、互いの健康を気遣いつつ、足腰が丈夫なうちにできるだけたくさん好きなゴルフをし、おいしいものを『おいしいね』と言い合い、くだらないことに笑い合っ  
て、ときどき言い争いつつ、穏やかに老後を過ごしていければ幸いかと存じます。」

統合失調症臨床という視点から健康とは何かと

考えを巡らせてきましたが、そのプロセスではたと気づいたのは、健康とはどう考えても自分のものではなく他者のものであるということです。日常生活の中でも、自分の健康は二の次にして、家族や友人の健康の方を気遣う人は多いし、その方が人間的には自然なことであると思われます。他者よりも自分の健康ばかり気にしている人は、かえって不健康な印象を与えます。

統合失調症患者が示す、他者の健康への気遣いにはわざとらしさや社交辞令っぽさのない、「素」の心情が感じられる、しみじみとよいものであり、このような他者への配慮にこそ「健康」が生成するといえるでしょう。

（本稿は2017.5.27. 第21回統合失調症臨床研究会 in 沖縄大学にて発表した内容をまとめたものです。）

## 参考文献

- 1) アーロン・アントノフスキー『健康の謎を解く ストレス保持と健康保持のメカニズム』有信堂
- 2) 斉藤環『人間にとって健康とは何か』PHP 新書
- 3) ブラクスター『健康とは何か 新しい健康観を求めて』共立出版
- 4) 佐藤みほ、戸ヶ里泰典他「日本語版 Family Routines Inventory 開発の試み」保健医療社会学論集 No25,vol1,2014.
- 5) 杉林稔「アブド・フェストゥムとしての暦時間」臨床精神病理 38巻3号2017
- 6) 星野弘『分裂病を耕す』『精神病を耕す』星和書店
- 7) 中井久夫『統合失調症 1・2』みすず書房
- 8) 樽味伸『臨床の記述と「義」』星和書店
- 9) レヴィナス『全体性と無限』国文社
- 10) 朝日新聞2017.5.17. 記事

# 変わるものの変わり方の探求方法への関心

## — 変化するものの精神病理学への道

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 作業療法学科 古城慶子

### [目次]

はじめに

1. なぜ精神医学の道を選んだのか—自らの性癖からの選択
2. 65歳の敬老の日雑感—御縁に感謝して
3. 変わるものの変わり方への関心に促されての臨床研究
  - 1) 臨床実績を基礎資料にした内因性精神病の長期経過研究の成果
  - 2) 専門外来における妄想者の診療実績に基づく妄想の成因論—症状構成論をめぐる構造分析的アプローチの構築
  - 3) 臨床実績に基づく自著のいくつかを列挙
4. 連続的に変化するものの探求方法としての精神病理学への関心

おわりに

### はじめに

本特集のようなテーマに向かうとき、特に個人史の始まりの頃を想起するときには、どうしても現時点での気持ちによって修飾されてしまうことは否めない。そこでできる限り手元にあるその当時の資料や記録を改めて参照することによって、筆者個人の精神医学的変遷史を辿る作業を試みたい。そうは言っても自分のことは過大評価か過小評価に傾くことは避けては通れない。自己錯覚(自己欺瞞)が働くからである。つまり自己評価が当てにならないことは、すでに Goethe, J.W.<sup>25)</sup> の慧眼でもある。それでもなお筆者は精神医学の歴史の中で自分の立場を相対化したいという気持ちを精神科医になって以来、ずっと持ち続けている。そして自分の認識の最大の批判者は自身であることを知ってもいる。

以上を前置きして、精神科医として40年余の経験を回顧して、まず第1に前半の20年余については東京女子医科大学「大学ニュース」の原稿依頼によって43歳時に提出した「なぜ精神医学を選んだのか」を引用することから始めたい。第2に後半の20年余については、前勤務先東京女

子医科大学精神医学教室で定年退職を控えた時期に同門会報に提出した65歳時の雑感を引用することで、筆者自身の精神医学的変遷史を概略する。第3にその間の経験科学的臨床研究の一端を紹介する。第4に筆者の一貫した関心である、人間はどこからきてどこに行くのか、つまり現象としての人間の個人を超えた変わるものの変わり方(変化するもの)の探求方法としての精神病理学への関心について言及する。

### 1. なぜ精神医学の道を選んだのか—自らの性癖からの選択

今から24年前(43歳時)に「大学ニュース」の「なぜ現在の科を専攻したか」という原稿依頼を受けて書いた記事を見つけることができた。筆者の入局当初の気持ちがかかれてるように思われるので、引用する。東京女子医科大学精神医学教室に入局したのは1978年の春であった。厳密にはその前の年にすでに教室に出入りをしていただが、当時は決意をして精神科医を志していたという程の一途さはなかった。いわば成り行きであった。しかしそれだけではない。何より当時の

特集 私の精神医学的変遷史

教室の主宰者千谷七郎教授は物事の連関を明確にして下さる方であった。それは、20歳台後半の筆者自身の心理状態としては、(虚無に占められて)窒息しかかっている酸素不足の部屋で程よい酸素を吹き入れられる感覚に似ていた。そのために無理がなく、自然であった。その酸素が「こころ」というものだと気づいたのは、ずっと後年のことであった。

この酸素が精神医学の要であった。入局後、幾多の先輩や病者に教えられ続けている間に、どれほど精神医学とその臨床への意欲を駆り立てられたか知らないところとみると、精神科医のエネルギーは人間とその関係が発見されて行く過程にあるということもまちがいなさそうである。

「他者のこころをどのようにして見出すことができるか」という精神科医共通の命題が自身のものとなり、この命題に向けての方法論(精神症状学と精神病理学)とその働き(精神治療学)とを認識し始めたとき、厳密な意味での精神科医として出発することになった。今となつてはこの時点がいつであったかははっきりとは思い出せないが、(記事を書いた時期から遡って)遠い過去ではないことは確かである。というのも心の目覚めが遅かったからである。「なぜ精神医学を選んだか」という問いに対しては「何故なし」に入局してしまつたとしか言いようがないが、「何故今、精神科医を生きているか」について答えることは比較的簡単である。「いのちのすがた(こころの現象する姿とその展開された世界)をみたいからだ」。

そのためには「空間の広がり」と「時間の奥行」を連関の中で見る体系が不可欠となる。人間という現象の全体性に向かうときには、精密な心身連関の洞察が必要となる。そのための学問上の方法論が、因果論的自然科学的方法論と対峙して、精神医学には確かに存在するのである。自然科学が生命を理性(自我)が支配する科学であるのに対して、精神医学は理性が生命に寄り添う科学と言ってもよからう。筆者は、自らの性癖として後者を選んだ。筆者は今、後者の意味での科学をことさらではなく「科学(学問)したい」と思っている。しかしまだ、それは途上である。これが

43歳時の所感であった(東京女子医科大学「大学ニュース」、第92号、15頁、1993年4月8日発行より)。

## 2. 65歳の敬老の日雑感—御縁に感謝して

前勤務先東京女子医科大学精神医学教室での定年を控えて、2015年の敬老の日に同門会誌「泰山木」に原稿を書く機会を与えられた。それを以下に引用する。

9月で65歳になった。敬老の日がやってくる同じ月に年を重ねてきた。なぜこんな祝日があるのか、わからない。かつて精神科医でもある作家のなだいなだが、5月の子どもの日のことをこの日以外は誰のものとして揶揄して、子供が大事にされていないこの国を嘆いた。それと同じ意味で老いた私を敬老の日に誰も大事にしてくれないと僻んでいるわけではない。確かにかつて年寄りには珍しかったし、老賢者というべき尊敬される人はいたのであろう。お釈迦様、孔子、老子、西洋の哲人等々。しかし私も含め年寄りだらけの世の中になった今日、老人の誰もが尊敬される人物になっているはずがない。お祝いしようといわれても正直なところ面映ゆい。それはそれとして私は子供の頃から賢い老人が大好きだった。その思いは今も変わらない。

その中でも学父とも呼ぶべき3人の名前を挙げて敬老の気持ちを表したい。生の哲学者にして心情学者 Klages, L.<sup>17,18)</sup>、当教室のかつての主宰者千谷七郎<sup>4-6)</sup>、そしてドイツ留学中に師事した Janzarik, W.<sup>14,15)</sup> である。若気の至りで無知で辛辣な質問をする私に、人類、歴史、宇宙、生命、存在等々、彼ら賢人がその年齢まで重ねて来た碩学を惜しげもなく、語りかけてくれたからである。Klages は著作を通じての御縁しかない。後の2人は直接話を伺う幸運に恵まれた。老いることの役割を意識しながら後進を導いてくれたこの2人の御恩を忘れてはいない。師は懐かしい。しかし薄情にも彼ら自身よりも彼らが指差す彼方に魅了され続けてきた。その一方で老いたせい、当教室の内外を含めた若い精神科医やメディカルスタッフからの有形無形の鼓舞が私の精神科医としての土壌を豊かなものにさせていると感じる

今日この頃である。ないものをねだらず、今あるもの（過去の居合わせ）をしみじみと味わう年齢になった、と一緒に同時代に仕事ができた奇跡に感謝と御礼の気持ちを教室の仲間たちに付記して65歳時の雑感としている（東京女子医科大学精神科同門会・精神医学アカデミー会報「泰山木」、第11号、5頁、2015年11月5日発行より）。

### 3. 変わるものの変わり方への関心に促されての臨床研究

精神科医としての筆者の臨床が100床余の病床を持つ総合（大学）病院（前勤務先）の急性閉鎖病棟から始まったことが、回顧的にはその後の関心へと繋がったことは間違いなさそうである。最初のインパクトが強烈だったからである。今となつては最初の仕事先の環境がその後の関心の方向を運命づけたように思われる。入局当初の精神医学の成書の中では、内因性精神病の2分法として統合失調症と躁うつ病と呼びならわしている臨床類型（病像と経過の複合）にすぎないものを、あたかも疾病単位であるかのように扱っていた。それはKraepelin, E.<sup>12)</sup>の通則として「Bleuler, E.<sup>3)</sup>以来、特定の統合失調症と呼ばれている症状は不良な予後（欠陥）に相応する。それに対して躁うつ病の症状は完全な回復を伴う良好な予後に相応する」というものであった（Huber, G.<sup>13)</sup>）。ただしKraepelinの通則とはBleulerと同じく横断面病像を重視するSchneider, K.<sup>39)</sup>の狭い躁うつ病像を加えた諸概念の折衷的統合であり、臨床的根拠は薄弱である。Kraepelin自身が最晩年の論文「精神病の現象形態」<sup>34)</sup>の中で2分法類型の妥当性について、自分の問題設定に誤りがあるのではないかと疑念を抱いていたことが知られてもいる<sup>29)</sup>。

筆者らもまた病棟での多数の個々の症例に遭遇して、さらには病棟で担当した後、外来でも継続して診療することによって自身で個々の症例の経過を長期に追うことのできる診療体制に恵まれたおかげで、難なくこの通則にはきわめて例外が多いことを実地臨床経験することになった。同一症例において、経過を追ううちに類型交代が生じることが稀ではなかったことから、病像がその後

の推移（経過）を決定するものではないということが見て取れたからである。長期経過研究への関心が芽生えたのもその種の臨床の現実からの要請があったからであった。変わらないものの普遍妥当性の研究だけではなく、変わるものの変わり方がわかる方法論の探求が不可欠だとして、入局後、大学の同僚達とともに長期経過研究へと導かれることになった。以下に臨床の蓄積から得られた資料の収集に基づく臨床研究の成果を3つ挙げて、経験科学的研究にすぎないが、精神医学的研究の自身の変遷史としておきたい。それは内因性精神病の長期経過研究のための基礎資料1と妄想主題をめぐるかつての筆者らの大規模研究の基礎資料2の蓄積による。

#### 1) 臨床実績を基礎資料にした内因性精神病の長期経過研究の成果

1つ目として基礎資料1とは1974年に生涯ではじめての精神科入院治療を東京女子医科大学病院神経精神科で受け、さらに5年以上の経過を追うことができたDSM-III診断基準による採択での内因性精神病45例である。因みに経過とは独立して横断面病像が規定可能なRDC<sup>40)</sup>を用いることで、各病像の継時的変遷の結果を加味してDSM-III診断基準で採択したものである。背景となる要因としてすでに触れたように、1978年に前勤務先の神経精神科に入局以来、病床数100を越える精神科の全域を網羅できる多数例の診療経験と病棟で診療した患者を外来でも継続して診療する体制とが長期経過研究に繋がった。

この多数例での長期経過研究の成果は、30年余を経て昨今の米国の臨床精神科診断基準(DSM)<sup>37)</sup>の改定試案(DSM-5)の中での内因性精神病の診断基準の変更、つまり従来の統合失調症か気分障害かの2分法から「general psychosis」への変更反映されようとしていた。このことは前勤務先の教室の前史の中で千谷<sup>6)</sup>が提唱した内因性精神病の単一疾患論の立場が呼称を換えてDSM-5に組み込まれようとしているかに見えた。客観的に評価され得る精神病理学の精神科診断学への寄与として診療実績の成果ではないか、と当初筆者は考えていた。しかし蓋を開けてみると、

## 特集 私の精神医学の変遷史

最終案では2分法から general psychosis への変更はDSM-5では棄却されていた。長年の「(疾病単位としての)統合失調症」という観点を解消することには根強い反駁(あるいは政治的意図)があったからであろう。

筆者は症状学的水準で統合失調症症候群の呼称を用いることを歴史の慣習(申し合わせあるいは暗黙の合意 Konventionalismus)<sup>16,33,39)</sup>として踏襲することを肯定はする。しかしそれを疾病学的水準で用いるには無理があることを筆者らの長期経過研究の結果が物語っている<sup>23)</sup>。純化された臨床類型が単一の病因と結びつくという期待は根拠薄弱であり、精神病像の病因非特異性という器質性精神病で確かめられた精神医学の原則からして、むしろ否定されるものである。この点についてはJaspers,K.<sup>16)</sup>が進行麻痺を例にして既に述べたことでもある。内因性精神病的疾病過程が見出されるとしても、それは類型学的区分を前提とせず、独立に得られる可能性があり、しかもそれが従来からの類型分類に一致するとは限らないというJanzarik<sup>14,15)</sup>の見解も同じ意味である。

## 2) 専門外来における妄想者の診療実績に基づく妄想の成因論—症状構成論をめぐる構造分析的アプローチの構築

2つ目として妄想患者の専門外来を通しての妄想の成因論の構築を挙げる。それは2003年以来、前勤務先での妄想患者の専門外来診療を通して、精神症候群を病態発生因子 Pathogenetik と病像賦形(修飾)因子 Pathoplastik との人間学的加工というBirnbaum,K.<sup>2)</sup>が提唱した「構造分析」の見方を9年間蓄積することによって、治療論への通路が見出されるようになったということである。その背景に基礎資料1の内因性精神病45例と、1985年1月1日から1989年12月31日までに当科に入院した1314例中、成因論を問わず妄想症候群を呈した352例の基礎資料2の蓄積が要因にあったからであろう。

構造分析的見方の蓄積が、妄想は単に判断(解釈)の錯誤ではなく、心的生活全面にわたる現象であるという認識に至っている。そこから治療論への通路が見出されたとして、精神医学独自の方

法論である精神病理学が「妄想的臨床」に寄与していることを絶えず主張し続けてきた<sup>27,30)</sup>。

精神症状あるいは状態像の構造分析による病態発生と病像賦形の二面観<sup>21,24,27)</sup>については、精神症状学の方法論の重要な鍵概念の一つとして、全体論<sup>7,36)</sup>および単一精神病論<sup>6,8-10,29)</sup>とともに随所で取り上げてきた。この観点は筆者の前勤務先のかつての主宰者千谷七郎門下の学兄達<sup>1,11,38,42)</sup>の大学系統講義においては自明のこととされてきた。病態発生と病像賦形の二面観の関係、千谷<sup>5)</sup>によるうつ病の構造分析の枠組みを更新しながらうつ病に限らず、内因性精神病全般に「構造分析」の視点を適応してきた前勤務先の教室での学兄たちの歴史があった。病態発生動因面に身体(生体病理)次元(これは筆者らがKlagesの生の哲学<sup>17,18)</sup>の概念目録に則って生命学的次元、感情推進面の次元と名づけてきた次元)、心理(人格病理=心情と自我)次元、そして状況(ストレス)次元があり、それぞれの現象学的症状論を展開すべきだとする方法論<sup>1)</sup>であった。

一方でたとえはうつ病の病態、それはいわゆるうつ病患者の世界という体験(生命体験)パースペクティブの変化の解釈となり、他方でその変化した体験パースペクティブの中で生きることから発生してくる心理を意味論的に解釈するということである。さらに状況が強制するストレス要因の解釈、その3段階で症状論的に分析そして総合するということである。この観点に基づく研究の一端を筆者もまた随所で試みとして発表あるいは論文化してきた<sup>21,23,24)</sup>。詳細はそれらを参照されたい。

## 3) 臨床実績に基づく自著のいくつかを列挙

3つ目として精神医学的研究の自己変遷史というほどのものはないので、その代わりに上記の臨床の蓄積から生まれた基礎資料1と2に基づく自著のいくつかを経験科学的臨床研究の一端としてテーマだけを以下に列挙するに留めたい。詳細については文献番号を振っておくので、そちらを参照されたい。

### (1) 基礎資料45例を母集団とした内因性精神病

#### の長期経過研究

- ・どのようにして慢性化は生じるか—古典的欠陥統合失調症候群の精神病理学のために（欧文総説<sup>32)</sup>）
- ・長期経過観察に基づく postpsychotic depression と単極性および双極性うつ病の比較検討—症状構成、治療的観点および転帰（欧文原著<sup>31)</sup>）
- ・精神分裂病の縦断的研究からみた認知障害（BSABS）（邦文原著<sup>22)</sup>）
- ・長期経過観察に基づく精神分裂病におけるうつ状態の検討（邦文原著<sup>19)</sup>）

#### (2) 基礎資料352例を母集団とした妄想に関する精神病理学的研究

- ・構造力動論的観点からの迫害妄想主題における類循環病像（欧文著書、分担執筆<sup>20)</sup>）

#### (3) 精神科診断学の方法論をめぐる新たな試み—構造分析の視点

- ・単一精神病（邦文総説<sup>29)</sup>、特集；非定型な精神病）
- ・ドイツ語圏の精神病理学における内因性（邦文総説<sup>28)</sup>、特集；内因性は、今）
- ・社会的孤立の状況下での晩期初発の統合失調症候群：Janzarik の「接触欠損妄想症」と遅発パラフレニーとの比較検討（欧文総説<sup>27)</sup>）
- ・Janzarik の構造力動論からみた統合失調症（邦文総説<sup>26)</sup>、特集；精神病理学的視点からみた統合失調症）
- ・精神症状群の症状構成論的観点からの構造力動論—Birnbaum, K., 千谷七郎, Janzarik, W. の構造分析の視点（邦文総説<sup>24)</sup>）
- ・構造力動論からみた精神分裂症候群の諸水準—診断学的、症状学的そして精神病理学的水準での精神分裂病（邦文原著<sup>23)</sup>）
- ・慢性化病像における恋愛妄想主題の構造分析—陰性構造と観念情動性妄想作業との相互連関について（邦文原著<sup>21)</sup>）

#### 4. 連続的に変化するものの探求方法としての精神病理学への関心

以上みてきたように、筆者の関心が一貫して変わるものの変わり方に向けられてきたことが回顧

される。筆者の臨床経験と筆者らの長期経過研究の結果から個々の状態像（横断面病像）はその後の推移（経過）を規定するものではないことは明らかであった。精神医学の対象（人間という現象、眼前の他者）の特質を明らかにしようとする現象学的観点から見出された事実として、次の所見が挙げられる。病因（基体的疾病単位）の非連続性に対して、諸状態像と諸精神症状が「連続的なもの」であること、個々の状態像が「全体性を有する」こと、それが一定の「構造を持つこと」、さらにそれら状態像の「病因非特異性」である。心理学における全体論的観点<sup>7,35)</sup> は、心的事象を要素に分析し、それを結合し構成しようとする要素心理学的研究によっては心的事象の全体性を解明できないという反省から生まれたものである。それはまた「構造連関」という言葉で、心的生命の基本的事態に固有する事態、その全体性性格を表示しようとした Dilthey, W. の構想を受けてのことであった（Krueger, F. の文献<sup>35)</sup> より）。Dilthey の構想は自然科学とは独立した精神（人文）科学を確立することを目指していた。

実地臨床全体論的構造分析的観点は、横断面の病像（状態像）だけに適応されるのではなく、精神医学の対象が現象学的連続性を有していることから、諸状態像つまり症状学的カテゴリー間の差異性（非連続性）を貫く意味の探求が必然的に要請される。それを「経過の精神病理学」と呼んでおく。経過の精神病理学に向けても、生命と自我とから成るとする Klages の人格の概念<sup>17)</sup> に依拠して、それに基づき自我的機能障害（自我意識障害の次元）と感情推進（情緒行為）障害（生命学的次元）との二つの側面、それに自我反動的側面（性格学的次元）を加えた症状学的3次元を設定することによって、縦断面での構造分析を呈示してきた<sup>28,29)</sup>。

筆者らの症状学的3次元設定による長期経過研究を通じて、内因性精神病の症状学の横断的あるいは縦断的脈絡での「経過（変化するもの）の精神病理学」<sup>33)</sup> を不十分ながらも提案し、臨床への応用を試みてきた<sup>41)</sup>。そこでは全体論、構造分析という方法論が織り込まれ、前勤務先の教室の前史における千谷による単一精神病論<sup>6)</sup> が経験科学

## 特集 私の精神医学的変遷史

的長期経過研究によって支持されることを傍証もしてきた。せいぜい40年余にすぎないが、筆者自身の臨床精神科医としての精神医学的変遷史と呼べるものがあるとすれば、変わるものの変わり方の方法論的基礎に全体論、構造分析そして単一精神病論<sup>6,8-10,29)</sup> という3つの鍵概念が重要な役割を果たしていることを確認しながら、実地臨床を通じて更新するという作業の繰り返しの歴史と言ってもよいかもかもしれない。

## おわりに

以上みてきたように、臨床の現実からの要請を通じて、筆者は幾多の先輩や病者によって臨床精神科医に育てられてきた。今回、前方視するしかない一方通行の人生の途上で一旦立ち止まって後方視する機会を与えられて、改めて精神科医としての自身の生き方を相対化する作業を試みた。困難な作業であったものの不思議な景色を観照できた。若いときには立ちはだかる崖を前にして上へ登るしかなく、山の岩肌だけをみて臨床医として修練してきたように思う。老年期に入り、人生の冬に向かって下り坂から見る景色は結構見晴らしのよいものであった。若い頃の狭量さに比べれば、視界はかなり開け、深さと広がりを持って景色がみえるようになった。ただしそれも自己錯覚かもしれない。

今回の回想によって、人はどこから来てどこへ行くのかという普遍的テーマが筆者の通奏低音として響いていること、筆者を含む病者個々人の生老病死をその都度どのようにすれば全うできるかという臨床の現実からの問いかけに対してその方法論を模索し続けてきたこと、その双方に気づかされた。方法論の探索に終わりはない。有限の時空を生きるもの一人として筆者は、歴史の先達から受け継いだ精神医学的財産を次世代に伝承していく使命があると自然に思う年齢になった。歴史の先達が悪戦苦闘して獲得してきた精神病理学的認識が精神医学の独自の方法論として確実であることを、次世代に伝承したいという思いで本執筆に取り組んだ。伝わったかどうかは読者に委ねることにして終わりにしたい。

## 文献

- 1) 赤田豊治: Klages 性格学による内因性精神の構造試案. 精神医学研究, 2:54-59, 1982.
- 2) Birnbaum, K.: Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. In: Bumke, O. (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheit. Bd. V/1. Springer, Berlin, p1-8, 1928 (千谷七郎訳: 「古典紹介」 Der Aufbau der Psychose. 精神医学, 17:975-991, 1975).
- 3) Bleuler, E.: Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. Deuticke, Leipzig-Wien, 1911 (飯田真, 下坂幸三, 保崎秀夫 ほか訳: E. プロイラー 早発性痴呆または精神分裂病群. 医学書院, 東京, 1974).
- 4) 千谷七郎: 躁鬱病の病態学. 精神経誌, 60:1164-1183, 1958.
- 5) 千谷七郎: うつ病像の構造分析. 精神医学, 3:252-266, 1961.
- 6) Chidani, Shi.: Umkehr zur endogenen "Einheitspsychose". Schweiz Archiv. f. Neurol. Neurochir. u. Psychiatr. 112:314-322, 1973.
- 7) Conrad, K.: Ganzheitspsychologie. Fortschr. Neurol. Psychiatr., 15:131-162, 1942.
- 8) Conrad, K.: Das Problem der "nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt, 30:488-494, 1959.
- 9) Ey, H.: Einheit und Mannigfaltigkeit der Schizophrenie. Eine Untersuchung über die klinische und theoretische Fassung des Schizophreniebegriffs. Nervenarzt, 29:433-439, 1958.
- 10) Griesinger, W.: Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin am 2. Mai 1867. Arch. Psychiatr. Nervenkr., 1:143-158, 1868/1869.
- 11) 平澤伸一: ストレスの人間学—メンタルヘルスとストレス—. 哲学堂出版, 東京, 2016.
- 12) Hoff, P. (那須弘之訳): クレペリンと精神医学. 星和書店, 東京, 1996.
- 13) Huber, G.: Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 5. Aufl., Schattauer, Stuttgart-New York, 1994.
- 14) Janzarik, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959.
- 15) Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎. 学樹書院, 東京, 1996).
- 16) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. 9. Aufl., Springer, Berlin-Heidelberg-New York, 1973.
- 17) Klages, L.: Die Grundlagen der Charakterkunde. Bouverier, Bonn-Berlin, 1951 (赤田豊治訳: 性格学の基礎. うぶすな書院, 東京, 1991).

- 18) Klages,L :Der Geist als Widersacher der Seele. Bouvier, Bonn,1929-1932(千谷七郎,吉増克實,平澤伸一訳:心情の敵対者としての精神.全3巻4冊本.うぶすな書院,東京,2008[1954年の原著第3版の訳]).
- 19) 古城慶子,山崎友子,加茂登志子ほか:長期経過観察に基づく精神分裂病におけるうつ状態の検討.精神医学研究,6:106-117,1986.
- 20) Kojo,K.:Cycloid psychotic features in delusions of persecution from a structural dynamic standpoint. In:Bechmann,H., Neumärker,K.J.(eds). Endogenous psychoses. Leonhard' s Impact on modern psychiatry. Ullstein Mosby, Berlin-Wiesbaden, p59-64,1995.
- 21) 古城慶子:慢性化病像における恋愛妄想主題の構造分析—陰性構造と観念情動性妄想作業との相互連関について—.臨床精神病理,19: 147-162, 1998.
- 22) 古城慶子,平澤伸一,加茂登志子ほか:精神分裂病の縦断的研究からみた認知障害 (BSABS) .精神医学研究,11:172-185,1998.
- 23) 古城慶子:構造力動論の精神病理学総論への寄与 第2部 構造力動論からみた精神分裂病症候群の諸水準—診断学的、症状学的そして精神病理学的水準での精神分裂病.臨床精神病理,22:147-162,2001.
- 24) 古城慶子:構造力動論の精神病理学総論への寄与 第3部 精神症状群の症状構成論的観点からの構造力動論—Birnbäum,K.,千谷七郎,Janzarik, W.の構造分析の視点—.臨床精神病理,22:201-218,2001.
- 25) 古城慶子:精神医学的人間学論考—精神医学から人間を見るとは何を意味するか—.福岡行動医誌,15:60-74,2008.
- 26) 古城慶子:Janzarikの構造力動論からみた統合失調症. Schizophrenia Frontier, 10:95-99,2009.
- 27) Kojo,K.: Late-onset schizophrenic syndromes in socially isolated situations: a comparison of Janzarik' s 'Kontaktmangelparanoid' and late paraphrenia. Psychogeriatrics, 10:83-89,2010.
- 28) 古城慶子:ドイツ語圏の精神病理学における内因性.臨床精神医学,40:1013-1020, 2011.
- 29) 古城慶子:単一精神病.Schizophrenia Frontier,12: 215-221,2012.
- 30) 古城慶子:パラノイア問題再考.鹿島晴雄,古城慶子,古茶大樹ほか編:妄想の臨床.新興医学出版社,東京, p69-85,2013.
- 31) Kojo,K., Sakamoto, K., Ishigooka, J.: Comparison of symptoms, medications, and outcomes between postpsychotic and monopolar/bipolar depression in a long-term follow-up study. J. Tokyo. Wom. Med. Univ.,83:29-37,2013.
- 32) Kojo, K., Iwai, K.:How does chronicity occur? The psychopathology of classic defect schizophrenic syndromes. J. Tokyo.Wom. Med. Univ., 86(Extra1): E10-E14, 2016.
- 33) 古城慶子:「精神医学の3分体系」(ヤスパース・シュナイダー)を保持する理由.臨床精神医学,46:711-717, 2017.
- 34) Kraepelin, E.: Die Erscheinungen des Irreseins. Zschr. f. Ges. Neur. u. Psychiatr., 62:1-29,1920.
- 35) Krueger, F.: Der Strukturbegriff in der Psychologie.2. Aufl., Jena,Leipzig,1923.
- 36) Krueger, F.: Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit. Springer, Berlin- Göttingen-Heidelberg, 1953.
- 37) 中安信夫:反面教師としてのDSM—精神科臨床診断の方法をめぐって—.星和書店,東京,p80-87, 2015.
- 38) 柴田収一:症状構造論.飯田真編:躁鬱病.国際医書出版,東京,p231-243,1983.
- 39) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 13. unveränderte Aufl. mit einem Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross, Thieme, Stuttgart-New York, 1987.
- 40) Spitzer, R.L., Endicott,J., Robin, E.: Reseach Diagnostic Criteria. Rational and reliability. Arch. Gen. Psychiatry,35:773-782,1978.
- 41) 内出容子,古城慶子:急性精神病で始まった35年経過の女性症例—病像変化の縦断的構造分析.東女医大誌, 86(臨時増刊1号):E109-E119,2016.
- 42) 吉増克實:精神医学における純粹症状学の役割—方法論の提唱—.東女子医大誌,58:1256-1269,1988.

## 「ひとり」で在ること— 西丸四方先生 私記 —

穂高の森メンタルクリニック 森 島 章 仁

私は十代の終り頃に、ジョルジュ・バタイユとアントナン・アルトーを読み、衝撃を受けた。彼らは、現実の向こうにある「真の自由」を模索しているように見えた。そこから、「私」という存在とは何なのか、どんなことなのか、また「自由」とはどのような状態を指すのか、どんなふうにしてそこに到達し得るのか、という問題が私のなかに渦巻くようになった。私もまた、余人の例に洩れず、澁澤龍彦、種村季弘、生田耕作らにも導かれ、シュルレアリスムの作家たちやマニエリスム、暗黒舞踏、そしてモーリス・ブランショやジル・ドゥルーズ、エマニュエル・レヴィナスらの思考に魅かれてきた。文学や哲学の上では、一般の現実原則を突き抜けた狂気や創造の世界は、超脱や自由にそのままつながっているように思われた。

精神医学を志してからは、実際の臨床に接して困惑し、それまでの思考や観念とどのように接続できるのか、考え続けた。

すでに学生時代に、西丸四方先生の『狂気の価値』<sup>12)</sup>などは読んでいた。その本では「狂気の価値」について、“一切は無”という視点からとらえられているように見えた。しかし、臨床経験のない私に、どこまで深く理解できたかどうかはわからない。臨床で統合失調症の病者に会ってみると、超脱や自由という世界からは遠い人たちというところばかりが目についた。哲学の分野では、ドゥルーズが統合失調症について新たな地平を提示してはいたが、やはり観念的であり、そこには臨床上の精神や身体の問題が抜け落ちていた。臨床の言葉がそれまでの私の思考に追いつくのに、約10年を要した。それから私は、アルトーについて書き始めた。

これ以上、私の経験について書き留めても、あまり益はないと思われるため、ここでは、私が西丸四方先生に接して、感じたことや学んだことを記したい。すでに、先生の数々の業績や精神医学

への寄与、患者さんとのつきあい方や人となりの一端などについては、教えを受けた近藤および高柳先生らによって書かれたものがある<sup>5,16)</sup>。もちろん私は、西丸先生から直接教えを受けたことはなく、先生の知己を得ることができたのは、数々の偶然による。

私の同居人Kは、西丸先生が信州大学の初代教授の時代に、脳の病理標本を作成する技官として勤務していた。西丸先生とは、たった1年半重なっているにすぎないが、先生が辞められてからも、折に触れてのおつきあいが続いていた。その後、5人の後任の教授に移り変わった今も、同じ医局で働き続けている。昔の医局を知る本人は、「化石のようなもの」と言って笑う。

私はKを介して、西丸先生と奥様にお目にかかり、度々お話を伺ったり、一緒に食事をしたり、お便りをいただいたり、という知遇を得た。ただ幸運というしかない。そしてKから、医局時代の先生の様子をことあるごとに聞いてきた。

医局員が何か質問すると、たいてい先生は、「さあ、どうでしょうねえ」と答えられたという。もちろん博識な先生は、すべてをわかった上で、“どれとも決められない。もしくは、あなたが自分で考えなさい”と伝えておられたにちがいない。翌日、医局員の机上には、関連した本が何冊も置かれていたそうである。

「数学者になりたかったけれど、頭が追いつかないので医者になった」と、西丸先生は言われた。数学の世界には、思考と論理を追いつめる作業と、なおそれを越えた神秘がある。先生は、神秘学・オカルティズムにも造詣が深かった。グスタフ・マイリンクの『ゴーレム』<sup>7)</sup>をさらりと取りあげる(「オカルト小説『ゴーレム』」<sup>14)</sup>精神科医など、めったにいないだろう。『精神医学の古典を読む』<sup>14)</sup>には、ほかに、修道士のシュプレンガーらによって悪魔憑きについて書かれた『魔女の槌』<sup>15)</sup>(「悪

名高い魔女裁判の本<sup>14)</sup>の独訳(1982)という、15世紀の悪魔や魔女の迫害時代の書についても記されている(『魔女の槌—悪魔憑き』)。一方、シュルレアリスムの画家、ハンス・ベルメールの恋人にして精神病患者であったユニカ・チュルンの『ジャスミンおとこ』<sup>17)</sup>まで訳されている。

草間彌生を見出したのも先生である。1952年、松本で草間の個展を見て驚嘆した先生は、すぐに画を一点買い求めた(“若描きを残しておいては名折れになる”<sup>11)</sup>という意向で、後に草間自身が買い戻したそうだが……)。そして間を置かず、関東精神神経学会において、「分裂性女性天才画家」として、画の展示を行い、いち早く紹介、発表した。ことあるごとに相談にのっていた西丸との関わりがなければ、草間彌生の今日の活躍は、あるいはなかったかもしれない。渡米した草間からは、その後も度々電話がかかってくるという。

先生は、草間彌生の最初の著作『マンハッタン自殺未遂常習犯』<sup>6)</sup>にも帯文を寄せている。ハーバート・リードの序文をつけ、瀧口修造が「妖精よ永遠に」という頌を寄せた書の帯には、こう書かれている。

「草間彌生のパターンは、その緻密さにおいて信じ難いほどの圧迫を与える。精神の病を浄化しようとする真剣な闘いが、地上の病めるすべての魂の苦渋と二重にうつし出されるとき、その芸術は精神医学界においても貴重なものとなるであろう」。

さらに、西丸の著作には、草間を指している症例があちこちに散見され、はなはだ興味深い。

さて、いま私の手元に、ヤスパースの『精神病理学原論』初版(1913)<sup>2)</sup>の原書がある。西丸先生が神田の古書店で見つけ、3円で買ったものと繰り返し回想しておられる書である(現在の古書価では、おそらく20万円以上の値がつくものであろう)。先生がご逝去された折に、シュトルムの原書や『我身にたどる姫君』などと一緒に、いただいたものだ。ヤスパースの原書は、西丸という小さな蔵書印が押されたほかは、どのページもまっさらで、ほんのわずかな鉛筆の書き込みが数カ所あるだけである。奥様からは、翻訳されたときには、ノートに書き写してから訳されたのだ

と伺った。「訳者あとがき」には、「ノートを取りながら読んでずっと私の道しるべになった」<sup>2)</sup>とある。

同じとき、西丸先生のノート一つねに小さなポケット判を持ち歩き、患者さんの様子や話を細かな字でびっしりと書き留めたもの一、そのノートの一部もいただいた。膨大なノートのごく一部である。頁を開くと、患者さんと病室や戸外で接したときの言動が書かれている。ところどころにドイツ語が混じった克明なもので、その様子がありありと浮かび上がる。ときどき、翻訳やそのつど考えられたことも記されている。そのなかに、オイゲン・ブロイラーの子息であるマンフレート・ブロイラーの論文“Gedanken und Erfahrungen zur Schizophrenielehre”<sup>1)</sup>(『統合失調症群についての概念と経験』とでも訳せようか)の和訳がある。論考の初め、10頁余りを訳されている。そこから少し引いてみる。

「病気の原因を別の世界に求めても、そういうものはみつかるまい。なぜかという我々はこの世界の中にいるのだから。分レツ病の原因を未曾有のきいたこともないもの、まだなかったもの、と假定すると、分レツ病の発症(発生)と日常の出来事の間のカンケイは認められそうもなくなる。何か聞いたこともない様な原因がみつかるという考えはわざわいの様なもので、我々がみることのできるものを軽んぜしめる」。

「人間は分レツしていて分レツ病者もそうである。自閉では自分の中にしりぞき、外界からとざす。自閉の下に同時に反対の傾向がみつかる。自閉の中で患者は自分がどんなぐあいかを示す。インシウ(ママ)的な形のマスクをやめる。ハダカで正直にあらわす。つくられた社会的なキソクよりも正直なもっとよいやり方で共同生活者と近づこうとする。患者のいう事をよくきくとそれが分る。自分の悩む心を開くことが他人の心をひらかしめるのではないかとのにおいがある。

患者のするどいジャスイの目つきは分レツ病の症状といわれるが、患者にもっと近づくと、

## 特集 私の精神医学的変遷史

リカイと、こまった時のタスケを求める目つき、いうにいえぬカナシミのめつき、救を求める目つき、リカイに対してのカンシャの目つきが分るようになる。アキラメがあるが、キボウがまだのこっている。不信の目より救を求める目に気づくようになる。自閉の中にいてつながりを求める」。

慢性期の統合失調症で自閉している病者も、どこかで人を求めているのだ。同様なことが、先生の論文「分裂性痴呆」<sup>10)</sup>に書かれている。

「重い分裂性痴呆も多くはどうにもならない気がするのであるが、この場合われわれの努力が足りなくて、うまい合鍵を見つけることができないためのことも時にはあると思われる。今は分裂性痴呆の患者には漠然と多量の薬を与え、漠然とした作業をさせているが、これを療法と呼ぶのはよく考えると気が引けるようにも思われる。といて今精神病院制度で薬も作業もさせないでおけば、状態が悪化することは確かである。ただわれわれは実のところ分裂性痴呆患者はどうにもならないものとして、漠然と薬を多量に用い、漫然と集団的な作業療法、生活療法に従事させ、個性が無視されているところが多い。いまさら見ても仕方があるまいという気分になっている」。

「一般に分裂性痴呆の患者には精神科医の無力を感じて力を尽くすのをはじめから断念してしまいがちであるが、決してそういうことはないのである。この老婆（この論文の70歳の慢性統合失調症の症例）は例外的なものであったということは決してない」。

“薬物療法や作業療法、集団療法だけではつまらない”というのが西丸先生の考えである。たとえば、統合失調症の病者であっても、ひとりひとり病み方が違う。素因や気質、考え方、生き方や文化・風土など、人それぞれに背景が異なるのであれば、当然のことであろう。そのひとりに対しての合鍵が見つければ、慢性の統合失調症患者であっても、奥に隠された体験や人となりに触れ得

るのだということ、つまり、統合失調症の病者といっても、ふつうの人に対するときと、根本的に異なるところはないのだ。私は、（なあんだ、）ふつうの人の場合と同じでよいのだと、西丸先生を通して教えられた。あえて告白してしまえば、私の気持のなかには、“西丸先生の最後の弟子”と自称したいひそかな願望がある。

「『生きがい』を与えるとは」<sup>13)</sup>という、とても西丸先生らしい論文がある。そのなかで、“「生きがい」を求めるのは不健康であり、「生きがい」など求めず、ただ生きればよい”と、先生は言っておられる。

「私は分裂病は治る患者のほうに注目すれば治る病気といえるし、治らぬ患者に注目すれば治らぬといえるだけのことと思う。生きがいを与えて治すなどということはできそうにもない。私は健全な人にも生きがいを与えられるとも思えない。生きがいは自分で見出すものである。患者がよくなってくれば、生きがいを自ら見出すものであろう。それはもちろん客観的な生きがいである。ここに述べた患者に今の生活に生きがいがあるかなどと問う気障なことではできない。自分でさえ生きがいを感じないで生きているのである。その日その日をあくせくと暮して、生きがいがあるかどうかなど反省してもみないのが、健康な生活であると思われる」。

そこに、精神療法についての考えも記されている。“何をやってもよい。その人それぞれに、合ったやり方しかできないであろう。所詮、他人の真似をしてもうまくいくはずもない。西丸流の精神療法を他の人がしようとしても、その個人の在り方、存在様態そのものが精神療法に影響を及ぼしているのだとすれば、うまくいくはずもない”ということであろう。素人の熱心さが、医療者より精神療法的に病者を力づけることも、しばしばあるものだ。原田憲一先生の簡にして要を得た解説を添えて、最近再刊された『心の病気』<sup>14)</sup>にも、同じことが書かれている。“昔、大学で診た患者さんたちが、別の精神病院に亡霊のごとく沈殿している”のを見て書かれた有名な巻頭言、「我亡

霊を見たり」<sup>9)</sup>にも、「誠実な人間であることが専門医であることに優先するよう見える。専門医、専門の学者でも精神分裂病の治療はできるものではなく、素人と大して差はない。専門家というのはドイツ人のごとくに亡霊に新しい装いをさせてさも何かありげに尤もらしく登場させる厚顔の人間か、アメリカ人のごとくに亡霊を亡霊とせず臆面もなく並び立てる心臓を持つことにすぎない。われわれは一応は感心する。しかし心のどこかでこれは本物なのかと囁く声を聞かざるをえない。われわれは華々しい何々療法、何々学説に騙され続けてきたような気がするし、自分の書いた論文というのは、一応麗々しく並べ立てはするものの、心の中では照れ臭くて赤面し、読みかえずに堪えない思いをする。過去の論文は皆亡霊になっている」とある。

私は臨床を通して、やはり、人との関係こそが力の源であるのだと教えられた。ひとりとひとりの関係である。ひとりで在ること、他者と隔たっていること、それが自由を可能にしているのだと思われる。統合失調症の病者は、知らないうちに、“私の領域”へ他者に土足で踏み込まれ、荒らされてしまうがゆえに、“私の自由”を失ってしまう。いわば、無理やりに他者と一体化させられてしまっている。私と他者との隔たりこそが、「自由」を生みだしているのだと考えられる。そして、隔たった他者を十全に迎え入れるためには、“私”は、“ひとり”を甘受し、“ひとり”であり続けなければならない。西丸先生が、どこか近寄りたがたい孤高の人と見えたのは、そのためだと思われる。先生は病者に対して、まったく差別をせず、ふつうの人と同じ向きあい方を貫いた。だからこそ、『精神医学入門』<sup>8)</sup>に、患者さんの顔写真を載せることができたのだと思う。現代なら、“権利の侵害”とすぐに言われそうなことであるが、誰一人として抗議をした方はいないようだ。精神科の病者といえども健康な人と変わらない人なのだ。それが十分に伝わっているからであろう。実際、回診のとき、医局員が「この人は…」と言ったところ、「この方は…」と言いなさいと、注意されたことがあるそうだ。

つい最近、加藤敏先生がこう言われているのを

目にした。「精神病者が繊細な感情を顕著に表出すること」についての一文である。「精神病者といえども狂わない精神を保持しており、このことを尊重することこそ治療や予防の前提であるという認識を示す。狂わない精神については、JaspersがVan GoghやHölderlinなど精神病に陥った天才を論じた際に明言している<sup>3)</sup>。『精神は病むことができない』『精神は無限の宇宙に』属するという見解がそれである」<sup>4)</sup>。これも、西丸先生とどこか通底した見方ではないだろうか。

ふつう医局には、教授による無言のうちの強制が働くものであろう。医局員はそうした雰囲気を感じとりながら、研鑽を重ねてゆく。それも教育の一面ではあろう。しかし、西丸先生の時代の医局には、そうした威圧感や強制の雰囲気がほとんどなかったという。いかに、“ひとり”と“自由”が自然に備わり、それを重んじられていたかの証しであろう。先生ほど、無言のうちにそれを体現されていた精神科医は、ほかにいないのではなからうか。独特の文体も、こうした自然体からもたらされたものだろう。まさに「曼陀羅」である。まるで南方熊楠のような曼陀羅世界が、西丸の著作の特徴である。周縁が中心に収斂するのではなく、周縁も中心と同等の力を及ぼし、複雑に枝がからみあった世界なのである。

「生きる」とは、“自由”を目指しながら、究極的に他者とは同一化し得ないもどかしさのなかにある。統合失調症の病者のように、他者と合一してしまえば、“私の自由”を奪われて、不自由きわまりない状態に置かれてしまう。おそらく、「生きる」とは、中途半端なままで漂い続けることにほかならないのだろう。あまりにも潔癖に、このもどかしさを消し去ろうとすれば、17歳で服毒自殺を遂げた天逝の詩人、長澤延子（遺稿集『友よ私が死んだからとて』1968がある）のようになってしまう。（この度、待望の『長澤延子全集』が皓星社から刊行されるという。）

西丸先生は、生と死を超越したかのように、超然としているところがあつた。世間的な価値観にもとらわれず、あまり関心を寄せられなかった。勲章授与も辞退されたと同ったことがある。

あるとき、Kが父親の死去を先生にお伝えした

## 特集 私の精神医学の変遷史

ところ、先生は、「ああ、そうですか」とだけ答えられたそうである。それを聞いて虚を突かれたように、「死ぬことはたいしたことではないんだ」と思ったという。西丸先生の訃報に際してKは、「西丸先生は死なないと思っていた」と言った。達観といおうか、すべては「無」の掌の中にあるという、荘子の思想を西丸先生が自家薬籠中のものとされていたからでもあろうか。

いただいた先生のノートのなかに、『狂気の価値』<sup>12)</sup>を書かれた折に、覚書を記されたものが2冊ある。ドイツ語、英語は言うに及ばず、ラテン語やロシア語、漢詩や漢文まで登場して、驚いてしまう。

そのなかの一ページには、『閑吟集』から引かれた歌が記されている。

「なにせうぞ くすんで 一期は夢よ ただ狂へ (ムロマチ時代)」。その下に、自身による現代語訳が添えられている。「(何だい まじめくさってさ、人生夢さただ狂え)」と。

『狂気の価値』では、この訳文は、「何だい、まともな顔してさ。人生夢さ、ただ狂え」と直されている。

西丸先生について回想したとき、私には、これ以上にふさわしい言葉が見つからない。先生自身がこうした姿勢を体現していたからこそ、頑なな病者も心を許したのにちがいない。こんな精神科医は、私の知る限り、西丸先生をおいて他にはいない。

## 文献

- 1) Bleuler, M.: Gedanken und Erfahrungen zur Schizophrenielehre. in (hrsg.), Bleuler, M., Angst, J.: Die Entstehung der Schizophrenie. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, pp.107-190, 1971.
- 2) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie. Verlag von Julius Springer, Berlin, 1913. (西丸四方訳：精神病理学原論。みすず書房、東京、1971.)
- 3) Jaspers, K.: Strindberg und Van Gogh. Ernst Bircher Verlag, Leipzig, 1922. (藤田赤二訳：ストリンベリとヴァン・ゴッホ。理想社、東京、1959.)
- 4) 加藤 敏：精神科医が精神疾患に対して抱くスティグマ—精神疾患に対する高次の了解の要請—。精神神経学雑誌, 119 ; 672-685, 2017.
- 5) 近藤廉治：西丸四方—精神医学を身近なものにした先生の「西丸ぶし」—。臨床精神医学, 42 ; 889-896, 2013.
- 6) 草間彌生：マンハッタン自殺未遂常習犯。工作舎、東京、1978.
- 7) Meyrink, G.: Der Golem. Kurt Wolff Verlag, München, 1915. (今村孝訳：ゴーレム。河出書房新社、東京、1973.)
- 8) 西丸四方：精神医学入門。南山堂、東京、1949.
- 9) 西丸四方：我亡霊を見たり。精神医学, 12 ; 2-3, 1970. (『西丸四方の本 2 精神医学の人と書物』所収、みすず書房、東京、pp.214-217, 1991.)
- 10) 西丸四方：分裂性痴呆。精神医学, 15 ; 326-331, 1973. (『西丸四方の本 1 精神科の臨床から』所収、みすず書房、東京、pp.67-80, 1991.)
- 11) 西丸四方：心の病気 (創元医学新書)。創元社、大阪、1975. (創元こころ文庫、創元社、大阪、2016.)
- 12) 西丸四方：狂気の価値。朝日新聞社、東京、1979.
- 13) 西丸四方：「生きがい」を与えるとは。季刊精神療法, 9 ; 3-7, 1983. (『西丸四方著作集 II 精神医学拾遺』所収、丸の内ハイデ出版社、松本、pp.351-359, 1992.)
- 14) 西丸四方：精神医学の古典を読む。みすず書房、東京、1989.
- 15) Sprenger, J., Kramer, H.: Malleus maleficarum (Der Hexenhammer). ラテン語初版, Köln, 1486.
- 16) 高柳 功：慈愛の名医—西丸四方先生追悼。臨床精神病理, 24 ; 37-44, 2003.
- 17) Zürn, U.: L' Homme-Jasmin, Impressions d'une maladie mentale (trad. Henry, R. et Valançay, R.). Gallimard, Paris, 1971. (西丸四方訳：ジャスミンおとこ。みすず書房、東京、1975. / Der Mann im Jasmin. Édition allemande, Ullstein, Frankfurt, 1977.)

# 僕の精神科医前史

社会医療法人 正光会 松ヶ丘病院 坪内 健

## 1. なぜまた精神科医に

「なぜまた精神科医になろうと思ったのですか」と聞かれることがある。例えば、地域医療実習でやってきた医学部の学生とかに。そして答えに窮する。仕方なく「今も考え中」と答えることにしている。答えになっていないけど。

やや極端だが、「なぜ生まれてきたのですか」という質問に置き換えてみれば、やはり「今も考え中」としか答えられないと思う。大抵の人は「生きる意味」という命題を多少なりとも胸に抱えて生きており、それを考えること自体が生きる意味の一部であると思う。

僕が精神科医として歩み出したのは、現在のよ様な研修医制度がない時代だったので、卒業してすぐに精神科の教室に入局した。「もったいない。6年間大学に行って内科や外科を勉強してきたのに、なんでまた精神科に……」と周りから思われていたフシもあるのだが、僕としては精神科は6年間どころか、二十数年間生きてきた経験をフル活用する科だし、医学的知識のみならず、あらゆる知識を導入する場だと考えていたので、特にもったいないとは思わなかった。

## 2. ギフト

実家が食料品の卸売業をしていたので、なじみのお客さんや従業員などたくさんの大人達に囲まれて育った。僕は突然大人に蹴りを入れたり、下校中の女子高生のスカートをめくったり、店の商品におしっこをかけたりして、無茶苦茶な子どもだったが、結構大人達にかわいがられた。

それと、僕はおばあちゃん子だった。兄は常に両親の部屋で寝ていたが、僕は1日ごとに（父方の）祖母の部屋と両親の部屋を行き来しながら寝ていた。親戚の家にも一人で平気で泊まっていた。近所に住む親戚のおじいちゃんもよく家に寄って

お茶を飲んでいたので、そのおじいちゃんのをベレー帽をとって被ったり、膝の上に座ってこたつと一緒にみかんを食べたことも憶えている。曾祖母が息子と娘（僕の父方の祖母）の家を行き来しながら暮らしていたので、曾祖母と過ごした時間も思い出深い。晩年は精巧な紙人形を作るのが趣味だった。僕も工作が好きだったので、曾祖母の傍にいと創作意欲が湧いた。

書いていて思い出したが、僕は確か勘のいい子だった。幼少時に自分で「よく勘が当たるなあ」と思ったことがあった。と言っても、何をどう当てたのかは覚えていない。多分たまたま何かを予想して、たまたま当たったのが続いただけなのだろう。

現在、病院内外で非常に多くの人びとに囲まれて仕事をしている。悪戯心の延長線上で突飛なアイデアを出しては、周りに苦笑されながら、ほどほどに許されている。おばあちゃん子の影響で、お年寄りがひどい目に遭わされると無性に腹が立つ。創作意欲と勘を駆使して、未来を予想しながら、今ここで使える道具でいろいろと工夫している。書いてみると、幼少期の生活とあまり変わらない。

## 3. 幼少期のこと

実家の店の従業員の中には今思うと知的障害であったであろう女性も含まれていた。彼女は早口でしゃべり、かつ内容も意味不明だったので、何を言っているのか理解できなかった。しかし母は彼女とどうにか意思疎通をしながら、単純な指示を出して仕事をしてもらっていた。特に障害者雇用という概念もなかった時代だし、他の従業員と同等に扱われていたと思う。幼い僕はその女性にとってもかわいがられた。店の中でちょろちょろ走り回って遊んでいた僕を見つけては、言葉になら

## 特集 私の精神医学の変遷史

ない何かを早口でしゃべりかけながら僕に微笑みかけてくれるのだ。

店に毎日オロナミンCを1本買いに来る認知症の老婦人がいた。「これは体にいいと言うから私は毎日飲んで長生きするよ」と言って、オロナミンCを飲みながら、しばらく事務所で世間話をして帰る。僕は子どもながらに「あんな甘い炭酸飲料を毎日飲んで長生きするはずがない」と思っていたが、母は「まあ、そう思っているのだから飲ませてあげればいい」と言って見守っていた。これは今日のデイケアのはしりではないかと思う。

近所に知的障碍の兄弟もいた。兄が僕より2歳年上、弟は僕より3-4歳年下だった。あの頃は子どもの多い時代で、近所の子ども集団の中で自然にその兄弟を受け入れていた。野球をするときにはバットに当たるまでアウトにしない約束になっていた。バットに当たったら手加減してアウトにしないようにする暗黙の了解もあった。できるだけ塁に出て一緒に遊べるようにしていた。僕は子ども集団の中でも幼少の部類だったので、年長の人を作るそういうルールに従うことで、今で言うインクルーシブ教育みたいなものを受けたと思う。

よくその兄の方がてんかん発作を起こした。登校途中に起こすと登校班のみんなまで介抱した。しばらくすると目を覚まして、「遠くの街に行っていた」とコメントするので、僕らはてんかん発作のことを「4次元に行く」と表現していた(当時ドラえもんが流行っていた)。発作中に魂が時空を旅して現実世界に戻ってくるイメージが湧き、素敵な能力を持っているのだと少し羨ましく思ったりもした。

近所の魚屋のおじさんが躁うつ病で、「また病院に入っている」という話も聞いたことがある。僕はそのおじさんのことが結構好きで、将棋を教えてもらったことがある。学校の帰り道などに僕の顔を見ると、よく声をかけてくれた。

というふうに幼少期の体験を語るときりがな

い。登場した人達と触れ合った体験がなかったならば、現在の僕の間観はもっともっと狭小で独善的なものになっていただろう。そう思うとぞっとする。あの人達との関わりの体験の一つ一つが、現在の僕を内側からほくほくと温めている。僕はあの人達から多くのものを与えられたと思う。その影響からなのか、正常と異常の間に線を引っ張り、一方から一方に援助を与えるという単純な図式が僕にはなじまない。

## 4. 小学校時代

子どもだからといって、僕がピュアでイノセントな世界を生きていたわけではない。気に入らない人を除け者にしたたり、あるいは自分が除け者にされたりもした。いわゆる「いじめ」の世界にも身をおいたことがある。どちらの側の体験も苦いものとして残っている。

小3の頃、母方の祖母が広島で被爆したことを知った。社会科で戦争のこと、原爆のことなどを習い、図書館で「はだしのゲン」を読んだりした時期と重なる。その種の体験談を祖母から聴いてみたいと思い、夏休みのある日、友人数人を連れて母の実家に行き、祖母から昭和20年8月6日の個人的体験について聴いてみた。祖母は「さあ、何を話せばいいのかね」と言ってニコニコして座っている。

「原爆ってどうだったの？」

「ピカッと光ってね」

「……」

「……」

「で？ どうだったの？」

「大変だったよ」

「……」

「……」

で終わり。それでニコニコしている。「スイカでも食べるかい？」と祖母が口を開くと、友人たちは遠慮なく「うん、いるいる」と言い、出されたスイカを食べて外に遊びに行ってしまった。祖母は縁側でスイカに食らいつく子どもたちを「みんなよう食べる」と言ってニコニコ見ていた。

以来、僕は祖母に原爆について尋ねていない。

## 5. 中学時代

中2の時、隣のクラスの知的障害の男の子がクラス内でいじめに遭っていることが発覚して問題になっていた。いじめている方も目立たない人間で、部活でも補欠だった。「弱い者達が夕暮れ、さらに弱い者を叩く」というブルーハーツの歌詞があったが、ちょうどそういう感じの構図だった。

前述したように僕もいじめから隔絶した世界に生きていたわけではなかったが、さすがに中学生にもなれば、バカバカしくてそんなことはしなかった。ただし、僕はいじめの側を吊るし上げて糾弾したいのではない。弱い者を弱い者として保護したとしても、保護した方が強い者になるということはないだろう。強い者が弱い者を保護するという力関係自体に、どこか暴力的な匂いを感じた。保護しているかのようにみえる人間が、ある瞬間に権力をふるって暴力的になってしまう可能性もあるのではないか。あるいは保護という行為を通して、保護をする方とされる方という強弱の関係を、メッセージとして相手に刷り込んでしまうこともあるかもしれない。

僕は真の優しさとか、真の強さについて随分考えた。そして結局のところ、強さを渴望すること自体が弱さの表れで、強さの誇示は弱さの隠蔽と同じことではないかと思うようになった。時折そういうことを考えるのは、やはり自分の弱さに気づいた時であったり、人が暴力によって弱さを隠蔽するのを目撃した時であったりした。

中3のときにクラスの男の子が不登校になった。今振り返ると、統合失調症だったと思う。担任の先生が、「朝迎えに行ってくれ」と言い出したので、通学路を少し逸れて同級生3人で迎えに行った。お母さんが呼んでも反応がないので、3人で部屋まで上がってみた。するとふとんをかぶって、「う〜う〜」とうなっていた。結局ふとんから出て来ず、顔も見られなかった。何か鈍く重く異様なエネルギーを感じた。僕らは何も言葉をかけることができなかった。とにかくかける言葉が思い浮かばない。お母さんの困り果てた顔も記憶に残っている。結局彼はその後一度も学校に来なかった。

高校時代に使っていたJRのホームで、彼が青白い顔をしてポツンと立っていたのを見かけたことがある。彼は職業訓練校に通っているのだと伝え聞いた。しかし、彼を見かけたのは一度きりなので、訓練校も続かなかったのかもしれない。

中3のクラスでは、中2でいじめられていたあの知的障害の彼も同じだった。僕らのクラスは個性あふれるクラスだったが、彼がいじめられることはなかった。修学旅行にも一緒に行ったが、1日目の夜にてんかん発作を起こして口から泡をふいた。先生が「おいちょっとタオルを」と言うので、一番近くにいた僕がタオルを貸してあげた。結局彼は救急車で運ばれて、2日目以降は同行できなかった。

彼は、その後も随分と勉強を頑張ったようで、なんと県立の農業高校に合格した。見たこともないような晴れやかな表情で、「合格したよ」と僕達に報告しに来た。

中学時代には、先生を殴った同級生もいた。思春期には誰だって苛立つ。僕だって苛立っていた。だからといって先生を殴っても何も解決はしないことは、当時の僕でさえ分かっていた。暴力で解消された衝動は永遠に言語化されないし、その衝動の本質的な意味も理解されない。衝動の意味を考えないまま歳をとって、何も成長しないまま無理解な大人となって、また子どもたちに理不尽な苛立ちを与えるのだろう。

殴られた先生は家に帰って奥さんにどう話すのだろう。先生の子どもさんはどう感じるのだろう。先生は明日の朝、どのようなことを感じて目を覚ますのだろう。僕はそんなことを想像する少年だった。子どもの中にも、ずるく狡猾で、嫌な人間はたくさんいた。そのずる賢さは当然僕の中にも巣食っていた。大人の中にも僕たちを深く理解し、あたたかみと滋養を与えてくれる人はいた。その逆もあった。僕は、大人と子どもとの間に線を引っ張って物を考えないようになった。

僕が殴った同級生の彼岸に立っているというのではない。僕にも弱いところや暴力的なところがあった。権威にたてつくところもあるし、どちら

## 特集 私の精神医学的変遷史

かという反抗的な人間だ。決して褒められたものではない。ただし、報復できない立場にある先生を一方的に攻撃するのはどうだろうか。反抗するにしてもその方法をしっかり選ぶ必要がある。守るべきものを持ち、報復できない立場に立ち、自分の目で社会を見つめてみるまで、判断を保留し、しっかりとその表現方法を吟味した方がいいと思った。それであまり早急に答えを出さず、自己主張もせずに沈黙するようになった。

## 6. 高校時代

自分の中の衝動というのは言葉でしっかりと説明がつかない。高校時代に聴いていたやかましく攻撃的な音楽の方が、その衝動に肉薄している気がした。

詩人か画家にでもなればよかったが、そんな技術も才能も勿論なく、代替案として「そうだ精神科医になろう」とふと思いついた。独立心が強く、親に養われるのが嫌だったので、ともかくなんとか自立しようと思って医学部に行くことにした。医者になるのは気が進まないが、精神科医ならまあいいかと思った。僕は精神科医というのは本質的に反抗的な人間のする仕事だと思う。

と、書いたところで、僕が精神科医になった説明にはなっていない。「なぜ精神科医になったのですか」という問いにも答えていない。結局「今も考え中」だ。勘であり、衝動であり、思いつきだ。そういうのは言葉で説明しにくい。言葉未満、声以上の領域には触れにくい。本当は詩人にでもなれたらよかったのだけど……。でも本当に詩人になっていたら、精神科医になった理由を考えることもなかった。でも理由なく精神科医をやっているというのが、案外幸せなのではないだろうか。生きること理由を求める人が、どこか肩に力が入って辛そうなのと同じく、精神科医をやるのに目的意識が強すぎる人は何だか苦しそうだ。最終的には人生は「理由」より「納得」だと思う。

## 7. 言葉にならない世界

被爆した母方の祖母は後年認知症が進み、施設に入所していた。いろいろとあって、思うように帰省できず、祖母にもずっと会えていなかった。

平成28年、アメリカ合衆国の大統領が広島を訪れた。ふと「そろそろ会っておかないとなあ」と祖母のことが頭をよぎった。その夏、広島カープが25年ぶりのリーグ優勝に向けて快進撃を続けていた。8月23日、祖母がおやつの饅頭を喉に詰めて、施設から救急搬送された。幸い一命は取り留め、病院に入院となったが、意識障害は続いていた。

9月4日、何とか時間を取って、日帰りで帰省して、短時間の見舞いができた。点滴がつながれて閉眼したままだった。

「おーい、来たぞー。起きろー」

と言って額をポンポン叩いたら、奇跡的に目を開けた。その時点で祖母は96歳、祖父は95歳だった。ちなみに僕が幼少時に一緒に寝ていた父方祖母も95歳で、まだ元気に店の事務仕事をしている。僕がよく「似ている」と言って比べられる父方祖父は、父が大学4年の時に亡くなっていたが、残りの3人の祖父母は長生きしてくれた。

9月9日、10日に講演の仕事で島根県の隠岐の島に行ってきた。帰宅してまもなく、広島カープがリーグ優勝を決めた。翌9月11日、祖母が一般病室に移り、食事を再開したという報せが入った。(後々確かめてみると)この日に祖父が僕宛てに「こないだは忙しい中をお見舞いありがとう」と言う内容の手紙を書いていた。

9月15日、祖母が急変して亡くなった。

9月16日、祖父の手紙届いた。そこには僕がこれまで知らなかった祖母の生い立ちが記されていた。祖母は広島県の大竹市の出身で、女学校を主席で卒業した直後に母を亡くし、実家で妹らの世話をしていたらしい。昭和20年8月6日は、たまたま広島市内にいた祖母の父に届け物をするために市内を訪れており、そのタイミングで被爆したそうだ。原爆で父は死亡し、本人も瀕死の重傷を負ったという。(僕の母方の)祖父(つまり結婚前の祖母の夫)は海軍だったので、おそらく呉にでもいたのだろう。祖母とのなれそめは記されていなかったが、既に出会っていたらしく、戦後祖母を見舞った時の祖父の感想は「見るに耐えない状態」であつたらしい。そこから奇跡的に回復し、岡山の山間部に嫁にやってきたそうだ。見

舞いのお礼の手紙にしては、かなり踏み込んだ内容なのが印象的だった。僕はそれらを全然知らなかった。人が何かを知るのには、これほどまでに時間がかかるのだろうか。祖母はそれらをずっと語らなかつた。人が何かを伝えるのには、これほどまでに長い時の経過を必要とするのだろうか。

9月18日、葬儀の日は敬老の日だった。祖父が泣いていた。葬儀で紹介された祖母の歴史の内容の多くが、祖父の手紙と重なっていた。

生前の祖母はそれらを全く語らなかつた。ただただいつもニコニコしていた。語らなかつたのか、語れなかつたのか分からない。瀕死の重傷を負っていたので記憶自体が欠落していたのか、あるいは被爆者にまつわるもろもろの社会的事情から敢えて語らなかつたのか、それとも語ろうにも語る言葉がみつからなかつたのか、今となっては真相

は分からない。祖母の生きた戦後71年の沈黙が、逆説的に言葉の届かない世界の存在を示している。語らずに生き抜いたのは、祖母の強さなのか、優しさなのか、あるいはそれは愛なのかもしれない。

分からない。また「今も考え中」の命題が増えた。世の中には答えのない問いが多過ぎる。言葉の届かない世界が広過ぎる。言葉未満の世界に、言葉で触れようとする、沈黙が増す。祖母は一体何に触れようとしていたのだろうか。

本稿を書いている今日は日曜日で、傍でTVのニュースが72回目の原爆の日を伝えている。そう、今日は平成29年8月6日だ。久しぶりに黙祷を捧げよう。

ちなみに明日は僕の45回目の誕生日だ。僕は原爆の日の翌日に生まれたのだ。

## 私の精神医学的変遷史 変わったものと変わらぬもの

田北メモリーメンタルクリニック 田北昌史

今年は松尾正先生からこのお題を頂きました。昭和60年に九大精神科教室に入局して、精神科医として働き出して32年が経ちました。

終戦が昭和20年、32年後と言えば昭和52年です。その頃は大学生でしたが、第一次オイルショックはあったものの、高度成長の余韻が残る時代で、海外旅行に行ったりすることは一般的になっていました。どこの家庭でもマイカーを持って遊びに行くなど既に充分豊かな時代で、終戦時の昭和20年とは全く違う状態になっていました。私も九大教養部時代は大学にホンダシビックに乗って通学し、農学部のお姉さんとカセットの山下達郎を聴きながらドライブを楽しんだりしていました。

さて昭和60年から平成29年の変化はどうかというと、パソコン、スマホなどの通信、コンピューター系の発達は目覚ましいものがありますが、社会の基本的な構造には大きな変化は無い様に見えます。新幹線は東海道山陽以外にも開通しましたが、東海道山陽に関しては「ひかり」が「のぞみ」になってスピードは速くなりましたが、食堂車がなくなるなどサービスの面には後退した面もあります。東京と福岡の間を飛行機に乗って1時間半で行くなどは昭和20年には不可能でしたが、昭和52年にはジャンボが既に登場して、一般的になっていました。昭和60年もそうです。所要時間は現在の方が空港の混雑が激しくなったために所要時間が掛かるようになっています。政権与党もやはり自民党です。

昭和20年から52年の変化はジェット機や新幹線など全くなかったものが出現したのに比べ、昭和60年からその後の32年の変化はジェット機がボーイング747だったのが787になるなど質の変化に留まっている気がします。

このようにここ32年の主として昭和末期から平成にかけての変化は戦後から高度成長した時代

の変化に比べると、そこまで大きな変化ではないようにみえます。しかしそれでも時代で変わってきた面が精神科診療にもたくさんあります。それらのいくつかについて考えてみます。

### 変わったこと

#### ① 自分が診察する疾患が変わった。

精神科医になった頃は九大精神科の入院患者は統合失調症、うつ病、躁うつ病、さらには人格障害（ボーダーラインが多かった）といったところが主でした。そして将来もそれらの疾患を診る仕事をしていくと思っていました。

ところが私は今認知症専門のクリニックを開業しています。以前、元宮崎大学教授の三山先生が自分が精神科に入局した頃は「アルツハイマー病の一例」という論文があったと書いておられましたが、そのような論文であれば今なら私は年間300本以上の論文が書けます。

私が入局した時点では、認知症はそこまで重要な疾患と思われていませんでしたが、現在は国民病の様相を呈しています。認知症専門のクリニックを開業するなど当時は全く考えていませんでしたし、日本中探しても昭和60年にそんなクリニックなどなかったでしょう。

#### ② 薬剤が変わった。

私が入局した頃は抗精神病薬ならセレンース、コントミン。ちょっと新しくドグマチールやクロフェクトンといった感じでした。特に指導医からはコントミン、セレンースをちゃんと使えるようになりなさいと指導されました。抗うつ薬はトリプタノール、アナフラニールなどの三環系、少し新しいテトラミドやルジオミールの四環系でした。

現在はこれらの薬剤が使われることは本当に少なくなりました。抗精神病薬は非定型が主流になり、抗うつ薬はSSRI、SNRI、他にミルタザピ

ンなどです。

効果については先生方もご意見があると思いますが、非定型抗精神病薬が主流になって悪性症候群を経験することがなくなりました。副作用が少なくなって、安全な治療が可能になったことは間違いのないと思います。

また私が日常で最も頻繁に使用している薬剤は「アルツハイマー型認知症治療薬」です。このような薬剤も平成11年に発売されたアリセプトがさきがけです。昭和60年当時将来このような薬剤が現在のように広く使用されるとは、夢にも思いませんでした。

一方ベンゾジアゼピン系薬剤はあまり新顔もなく、変わらないようです。

### ③ 精神科医が変わった。

私が入局した頃の先輩方は普通の医師とは思えないような、変わった先生が多くおられました。

私は精神科に入局する前に九大放射線科に入局して、そこで1年10ヶ月研修医として勤務しました。放射線科も内科や外科などに比べたら豪快な先生が多かったのですが、朝の出勤時間は厳しく、また個人的な事情で休暇を取るなど許されない雰囲気でした。朝7時に病棟に行って採血をしたり、輸液を開始した後外来に行って検査の準備をしたりして、とにかくばたばたと働いていました。夜も患者の状態が悪いと遅くまで病棟に残っていました。患者は癌の末期なので、研修医がいてもどうすることも出来ません。しかし、そういう時にでも帰ろうとすると先輩の当直医が「研修医がもう帰るのか。いい根性しとるな」など呟きます。するとなかなか帰れなくなります。極めてブラックな職場でしたが、当時の九大病院の研修医はほとんどがそんな環境で働いていたと思います。

ところが精神科に入局して九大精神科の病棟で勤務しはじめたある日ですが、2年目の研修医が別の2年目の研修医に明日自分は病院勤務を休むので、リチウムの血中濃度の採血をして欲しいと頼んでいる場面に遭遇しました。九大精神科病棟は普通の採血は看護師がしていましたが、リチウムは採血後遠心分離が必要で、医師がしていました。その休む理由を横で聞いていて私は驚

愕しました。それは自宅のクーラーが故障したが、明日修理に来るので、病院を休むというのです。研修医がそのようなことで大学病院を休むのかと思いました。またそんな日にリチウムの採血を入れなければ良いのとも思いました。後日談を聞いてさらに驚いたことには、「故障は室外機にカバーが掛かっただけでした。すみませんね」とのことなのです。その先生はその後今日もカーテンを替えるので、業者が来るからなどと言って病院を休んでいました。

他にも少々変わった先生方が多くおられました。医局の電話で自分がOBの大学の運動部の試合に指示を2時間以上出している先生やいつもネーベンばかり行って、「私は大学がネーベンです」などと放言している先生もいました。

正直言って他科から移ってきた身には毎日がびっくりの日々でした。ただ次第にそのような先生が意外にある種の患者さんの治療が上手かったりするのが判って来ました。世間の厳しい人間関係に疲れ果てた患者さんには変わった先生の方が親しみ易かったのかもしれない。そしてその変わった先生たちが生きていけるおおらかな（決していいかげんではない）ムードが医局にはありました。

医師までもぎすぎすしていたのではぎすぎすした社会で疲れて入院した患者さんの治療は出来ないでしょう。当時の故中尾教授はそう思っておられたのではと想像します。変な先生たちはお釈迦様の手のひらの上で暴れる孫悟空のようなものだったのではと考えます。

最近の若手の先生はまじめそうで、あまり変な人がいなくなったような気がします。ただ野球でも同じタイプの投手ばかりだと、意外にもろい場合があります。たとえば右オーバーハンドの投手ばかりではなく、アンダーハンドやサイドハンドの投手も必要です。また左投手も左バッター対策には有用です。現在ももう少し変な先生がいても良いかもしれません。

### 変わらないこと

#### ① 人間の生き方

時代がいくら変わっても、人間の生き方、運命

---

**特集 私の精神医学的変遷史**

---

は変わらないかと思えます。人間は生まれて、生きて、死んでいくという本質はいつの時代にも全く変わらないことです。そのことを考えれば、人間の生きていくことの悩みについて考える精神科

医療の本質も変わらないかと思えます。

私も精神科医としては古だぬきの部類に入ってきましたが、今後も精進して、少しでも良い方に変化していきたいと考えています。

## 失われないあたりまえをめぐって

若久病院 石川和弘

### 1 読書

産声をあげて吸い込んだ最初の息を人は呼吸器の死腔に匿い、身体の檻を焼かれる時ようやく大気に解放する。預けた息を大気が引き取ることが死である。人の気性は移ろい、身体ですらほんの数年の内に別物に代謝することを思えば、このわずかな気体が人の終生を貫く唯一のものであり、生まれてこの方わたしが一人の「わたし」であり続けた只一つの根拠である。ところがこの命綱は無形無色無味無臭であまりにはかなく存在を主張をしない。だからわたしは胸の奥に何かしまったことすらたちまち忘れてしまうのだ。あるいはわたしが「わたし」たる所以のこのような心許なさとの直面を恐れ故意に思い出さないのかもしれない。そうやってわたしは時によらず一貫し「わたし」として生き長らえられることを疑わず安心している。同じように「あなた」の胸郭を暴いてまで「あなた」が本当に昨日のあなたであるか確かめたりもしない。わたしは「わたし」をより盤石なものとする為に、すすんで「わたし」の似姿の「あなた」を暗黙裡に認めようとする。我々はゆるい地盤に杭をたいして打ちもせずこしらえた楼閣の上であたりまえのように平然と暮らしている。

病者の大きな痛手の一つは、あたりまえ、を失うことだという。安寧の眠りを起こされ共に生きる世界の崩落を告げられる戸惑いは想像に余りある。「わたし」が揺らぎ、「あなた」を見失い、あなたとわたしの間の暗黙の契約がかすむ。手練れの看護師は病者を可愛いという。これは決して語彙の問題ではなく、曖昧や漠然を許さないひたむきと言えばひたむきな病者の潔さに魅入られてのことだと思う。根拠も無いまま安穩と「わたし」でいられなくなった私の最初の患者は、説明や説得、教育、慰めの全てに耳を貸そうとはしなかった。

それでも初めて白衣に袖を通した頃はまだ、今

よりずっと大らかな診療が許されていたことが救いであった。例えば、カルテや診断書へ操作的診断基準に依る記述を強いられなかったおかげで、形象的病態への拘泥を免れられたと今でも信じている。かつて診療は医療者の内に湧く情感に大きな裁量を委ねていたと言えよう。とりわけ、内省に富む寡症状性分裂病という診断の不条理を揶揄する者が周囲に誰もいなかったことは幸運であった。

とは言え、病者の根本的問題への接近をいかに慎重に目論もうとも、多彩な症状を呈する生身の患者相手となれば、彼が抱える困難の何を基底に据え何をその現れと見做すか、事態は渾然としてくる。よって初版から二十年を経たブランケンブルクの訳書が不安に満ちた当時の若い精神科医達に何を実効的に示したかと言え、患者の有り様のみならず在り方へ注がれる眼差しそのものであったのかもしれない。誰もが、あたかも写実主義のようであり、印象派のようであったことを懐かしく振り返る。無論それで一切を解決できたわけではない。明るみに引き出されて一層深まる混沌もある。病者の経験によって突きつけられた、あたりまえ、の脆さをもう一度忘れる術についてはどの成書も記してはいなかった。書物は解を与えずただ、時に猜疑心をもって問い、時には問題を棚上げする鷹揚さをまとうよう私に迫った。地図を手に入れたとしても、どの道を進むべきかは依然不明なまま、針路は自分で探さねばならない。その先にどんな顛末が待っているかようと知れず、本が指南書でないことに一度は落胆しもしたが、これにも今はむしろ感謝している。歳をとれば、読書は解答を得る為にするものではなく、正しく迷う為にするのだとよく分かるからである。

### 2 理念

臨床理念と言うと勇ましく響く。しかしそれは

特集 私の精神医学的変遷史

必ず倫理観や任侠心から声高に叫ばれるとばかりは限らない。もっと控えめに各々の医療者の適性に合わせいつの間にか心中に宿る、そのような理念もあってよいだろう。

察することと言葉を擁することに自信を持ってない私は、腕利きの精神科医がする唸るような解釈を早々に断念せざるを得なかった。患者や家族の期待に応えきれないことに忸怩たるものがあつたが、まことしやかな誤解を弄して患者を侵襲することは第一に避けなくてはならない。追い打ちをかけるように、意味が剥落した言葉を豊かに操る認知症患者や、過剰な意味に圧倒されて言葉を失った統合失調症患者との出会いは、経験の意味内容を問いつの解を以て患者を回復に導かんとする気力を一層萎えさせた。私にできることは最初から限られていたのである。

病いを人間学的問いの発露であると言う人達がいる。頷けなくはない。病者が抱く妥当な根拠を欠いた確信を精神科医は不合理であり病的であると指摘する。では、海の広がりに自ずと爽やかさ覚えるように、あたりまえのこととしか言えずそれ以上根拠を問えない直接的経験の合理性は一体どのように与えられるのらう。また、我々が病者と対峙し、たじろぐのは、我々の頼む自明性を足元から揺さぶられるからだとすう。だとすると今の今まで世界の非自明性から目を背けていた我々は、如何なる理由によって患者の確信についてのみ無根拠さをあげつらい非自明性を暴こうとむきになるのらう。暗黙の了解によってわたしが「わたし」であろうとする様に、もし病者がなら前提を置かず得た無心の経験に、根拠よりも自明性を与えようと挑むのであれば、その帰結はどうあれ暗黙の了解を得ようとする動機それ自体に病的なほつれを見つけれない。世界からの疎外を被むる病者にまだ無傷のままある、あたりまえ、を求める意図を、病的と呼ぶは惜しく、むしろ、押し寄せる圧倒的な意味の連鎖をくい止めようとする、非力にして懸命なあがきであると見做せはしないらうか。

こうした無力感に端を発した内向的思惟であっても、私にとっては、経験の意味を追うことを一旦留保し、せめて目的や根拠を問えない素朴な経

験そのものを見張ることに注力しようと決断するには必要で充分な過程であった。曇天に否応無く気が滅入る時、外来に生けられた花の造形の不思議に患者がみとれるのを見かけた時には尚更、もしかすると因果律の網をすり抜ける領域をすくい取れるかもしれないと夢想した。実際、あたりまえ、をあらかた失った患者と並び立てる地平を耕すよう医療者はいつも要請されている。きっとそれは可能であると信じたい。確かに病いの極期において拠り所は、「あなた」がいる、「わたし」がいる、そして二人が、あたりまえ、を経験する機運は失われていない、と三つを数えるだけかもしれないし、しかもこれらは単なる意味の出所、瞬間であつて、まだ何の意味も発生しない沈黙の世界であるかもしれないが。

精神医学とは実学であり虚学であるとはなから思っていた。精神科医たるや形而上学的観念に熱中しつつ形而下に為すもの、と生きる患者を目の前にした医療者は腹を括るしかないらう。この点から言っても、現世的な経験であり経験の原理的萌芽である、あたりまえ、のことは不器用な精神科医に好都合な主題であつた。あたりまえ、な経験が形而の上下を結ぶつなぎ手になると希みをつなぐことができたからである。また、流行りは廃れ真理は移ろわない、と信じ譲らない持ち前の偏屈との相性も良かった。あたりまえ、とは、不変、普遍の類義語である。最新の精神医学を追尾することは私にとっていつも困難なことであつた。新しい診断名、新しい基準、新しい治療、あまつさえ新しい疾患までもが次々と消え現れるに及んで、その先に浪漫を見つけることはできなうになつた。

### 3 臨床

腰が重く新しくはことをなかなか始めない。それでいて一旦取り掛かると今度はやめるのが億劫になる。病棟でピアノを弾いたり保護室で脱抑制の患者と歌ったりを四半世紀以上続けてきたのも惰性と言えばその通りである。ただ歩む路面の摩擦係数が小さければこそ惰性が衰えずに済んだとは言えるかもしれない。ごく稀に私の「音楽療法」を好意的に評価して下さる方もいる。だがそうし

た方の間違い無く全員が、我が国の本当の音楽療法が欧米の背中を追って特にこの二、三十年の間に成し遂げた成熟と広がりを知らない。昨今、私がするような唱歌や流行歌をただ歌うアクティビティに満足する生粋の音楽療法家はほとんどいないだろう。だから以下に述べる音楽の話題は標準的音楽療法全体を代表するものではない。極めて私的な経験談をここであえてする理由は、臨床音楽への私の態度が私の臨床全体の姿勢を代表していると思うからである。

少し前に話題となった米国の実録映画「パーソナル・ソング」を遅ればせながらDVDで見る機会を得た。制作スタッフの一人に「レナートの朝」の原作者オリバー・サクスの名が有る。カメラは活気を失いかけた認知症や精神疾患の患者を音楽が次々に目覚めさせていく様子を記録している。音楽はレナートに投与されたL-ドーパバりの効果を見せる。ある認知症を患う女性はそれまで虚ろな顔で「分からない、思い出せない」と答えるばかりであったのに、iPodでレイ・アームストロングを聴かせるとにわかに目を輝かせ若い頃ダンスホールで踊った思い出を生き生きと語り始める。そうした奇跡とも思える劇的な音楽の効果に触発されたケースワーカー、ダン・コーエンは全米の高齢者施設にiPodを配布すべく資金集めに奔走する、と話は展開する。

登場する患者達の表情は我々の患者とよく似ている。洋の東西で当然顔立ちは違えど、表情の印象はほとんど変わらない。病いは国を問わず人を悩ませるものだとつくづく思う。反してドキュメンタリーが感動を煽ろうとし過ぎる点には幾らか違和感を抱いた。ダン・コーエンが見出した「奇跡」は、私のような市井の町医者にとってさえ日常的なあたりまえの出来事に過ぎない。しかも「奇跡」の実現に最も役割を果たしたのは、患者の半生を丹念に辿り患者にとって特別な曲パーソナル・ソングを突き止めるまでの時間と労力であったはずだが、それについてはまるで割愛されていた。きっと患者は小さな電子機器に向かって語り始めたのではない。「奇跡」の一番の功労者は、ヘッドフォンを患者の耳にあてがい患者の話を聴こうと身構えたその人であろう。一方このドキュメン

タリーの秀逸の最たるはパーソナル・ソングという名付けであると思う。音楽が誰にとっても一様に響くものではないことをこの名はよく表せていると思う。私が旧態依然のやり方で音楽しながら願うのもやはり、ダン・コーエンと同じく、パーソナル・ソングの周波によって病者の胸の死腔に眠るわずかな気体をもう一度震わすことである。もしや馴染み深い振動が胸郭に孤立する気体の存在を病者に思い起こさせ、「わたし」が目覚める契機となれば。そう願ひ、それはしばしば叶うのである。

映画「パーソナル・ソング」がそうである様に、臨床音楽というとりもなおさず非言語的、前言語的あるいは全脳的作用が喧伝される。だがこの頃私がより関心を誘われるのは、音楽のどのような作用であれそれは治療者から患者へ一方向のみ働くものではないという点につきる。五十路に入りほとんどの患者と年齢差が二十年で収まるようになってくると、それこそ自然な成り行きで、患者のパーソナル・ソングが同世代の私にとってもパーソナル・ソングであることが珍しくない。患者と治療者の両者にとって特別な曲を共に弾き歌うというのは、二者双方向の感情移入を極めて容易にする。これは単に患者が好む曲を弾き聴かせ歌わせるのとはまるで異なる経験であると言ってよい。知ってしまえばあたりまえのことを今更ながら気付けたというのは、あいも変わらず一つのことを続けて来た報いだと思う。あるセッションでは、患者と私の双方に思い入れ深い曲を合唱する内に、患者の語る思い出が私自身の来し方の記憶と重なって擬似共同体となり、彼我未分離な感覚をどうにも拭えなくなってしまった。それは患者も同様ではなかったかと想像する。我々医療者は共感の二文字を好んで言うが、この時の経験は共振か共鳴と呼ぶのが相応しいものであったと思う。(余談だが2015年のポール・マッカートニーの公演も得も言われぬ経験であった。思春期の頃から数知れず繰り返し聴いたビートルズ・ナンバーがその日半世紀ぶりに日本武道館に響くや、高揚した私は私と同じように旋律を口ずさむ他の観衆への感情移入が止まらなくなり、あたかも私は会場の一万人を超える全員を知っているよう

## 特集 私の精神医学の変遷史

な、また私も知られているような錯覚に陥ったのである。)音楽はあなたが「あなた」として生きた記憶をあなたに蘇らせて終わらず、わたしが「わたし」を生きてきたと同じ様にあなたは「あなた」を生きてきたのだとわたしに直感させ、更に二人が瓜二つであるとあなたに告げる。あなたを変えようなど大それたことを意図せず、あるべき姿であるようにとのみ願い、しかしあなたとわたしが遠い場所で同じ生い立ちを持つと知る一瞬が生じ、そのわずかな時間にこれからここで共に生きていける兆しが覗ける、それを甲斐として相も変わらず古い歌を歌っている。そもそも始めは臨床音楽の動かし鎮める力に惹かれ、そのような野望をとうに棄てた今もなお音楽をやめずにいるのは、ひとえに惰性であり、もしかすると音楽に潜むあなたとわたしの「間」をとりもつ引力に抗えなかったからかもしれない。

私の志す臨床が、あたりまえ、への帰還であるからには、その道のりは穏やかで平坦で退屈であるのが似つかわしい。従って私が奇跡の様なダイナミックな音楽を好むとしても、私自身が音楽を振りかざし臨床に特別な奇跡をもたらそうとは思わない。また、薬物療法と比較し音楽の方がより人間的であるとダン・コーエンは主張するが、そのように音楽が別の何かの代替であるとも思わない。それはむしろ呼吸や鼓動に近く、馴染み深くかけがえのないものでありながら普段は大して意識もされずごく自然に背景としてあるとよいと思う。連れ立って散歩に出かけた患者が昨日も咲いていた野辺の花に今日初めて気付き「懐かしい」と言う。その日の到来を期して季節はあたりまえのように巡り花は咲き続けなくてはならない。我々の日々の暮らしがそうであるように、たとえば病棟の中であろうと耳を塞げば消え求めれば必ずすぐに手が届く、そのようなあたりまえのものとして音楽があれば、それが私の目指すところである。これまで出会った患者の誰一人として「音楽で治りました」とは言わないのだから、私はこれを割と上手く実践できているはずである。

## 4 研究

大学の精神病理研究室への出入りを許されて程

なく先輩諸氏から、いずれ臨床に専念するつもりならその前に一時でも基礎研究を経験しておくという、と助言を頂戴した。二年の臨床研修の後、かねて関心を抱く一般性、普遍性について一度突き詰めて考えておきたいとの初志に沿い、公衆衛生学教室の門をくぐり廣畑富雄教授の御指導を戴いた。当時、精神科医局員の多くは生理学や生化学など細胞レベルのミクロな分野で業績をあげていたので、あえて本流を逸れ気概を見せようという野心もあった。それからしばらくはフィールドワークと数千人規模の症例と対照群に統計処理を施すマクロの仕事に没頭した。大量のデータをNEC製のPC-98にひたすら打ち込み多変量統計ソフトを走らせると非力なCPUでは翌朝にやっとひとつ解析結果が出る。そのような個とかけ離れた作業をしていると案の定、集団があたかも一つの人格を持っているように思えてくる。俄かユンギアンになった気分であった。だがよく誤解されるように、あたかも乱数表のように並ぶ数千人の数値を眺めているだけで、集団に潜む普遍的現象が独り独りに浮き上がってくるものではない。実際にはまず験者が数値の間の因果関係を仮定しその仮説に関わる統計変数を設定した後に初めて集団が有するある傾向が見えてくるのである。つまり既に在る集団が何か普遍的な傾向を主体的能動的に内包し我々に提示してくるのではなく、何らかの普遍性が有ると見込まれた瞬間にばらばらの個が一つの集団と見做され始める、というのがより印象にそぐう時系列の説明である。四年をかけたやっと仕上げた虎の子のペーパーの結語に、集団は普遍性を有さず普遍性が集団を可能にする、と書き加えたかったが英文に翻訳する能力を欠き断念した。

その二年後、松尾正先生のお力添えとハイデルベルク大学のアルフレッド・クラウス教授の御厚意により一年余りをドイツで過ごした。1999年の夏、一説にはノストラダムスが予言したともいわれる皆既日食を、ハイデルベルクから列車で一時間余りの街ラシュタットで目撃した。木村敏門下の留学生らと連れ立って街の中央に位置する宮殿の庭で時を待っていると、真昼の空は次第に明るさを失いやがて辺りはまさしく夜の闇。同じく詰

めかけた群衆からどよめきが漏れた。しかしそれもものの十分、太陽は月の影から何食わぬ顔で再び姿を現す。子供の頃あんなにも脅えた「世界の終焉」は拍子抜けするあっけなさであった。別のある日、言葉をまだ（いまだに）よく理解しないまま紛れ込んだ大学の定例研究会で、主催者が次回あたりブランケンブルクを会に招けるかもしれないという。氏のお人柄に直に接するもしかすると最初で最後の機会の到来に浮き足立った。けれど意中の人の姿は次の会にもその次にも見えず。帰国の二年後、氏の急逝を臨床精神病理学会誌の追悼文で知った。一方的な私淑とはいえ模範と憧憬の対象を亡くし幾ばくかの喪失感を覚えた。それが唯一直接の契機となった訳ではないけれども、私の何かを追い求める意気込みが潮が引くように薄らいでいったのはこの頃からだったように思う。この兆候は診断や治療の先進的なテクニックに関して顕著であった。いい年嵩に達すると次第に理論の鎧で見得を切る気も失せ、元来自分の内にある習性と感性を専ら頼みとできる程の度胸がつくものだと我ながら驚く。間もなく不惑に届こうとしていた。

それから十五年。研究とは縁遠く、観念の遠出をすることはめっきり減って、現在の関心事と言えば日々身近なよしなしごとばかりである。しかも速い動きには目が慣れず、じっと動かず変わり

そうにないものばかりを飽かず眺めている。長く変わらず、それだけにあたりまえのこと、天分や運を持つ者のみを知るあたり特別なことではなく、私でも、患者でも、誰でも、目を閉じさえしなければ容易に見つけられる作為にまみれない素朴な経験を、できれば意味を問う間も無い程の新鮮さで味わいたいものだと思っている。精神科医が備えるべき日常性と非専門性の追求が私の最重要研究課題で、これは100年前のノーベル文学賞作家メーテルリンクの援用だ、などと言うと多少体裁良く聴こえるだろうか。（もっともメーテルリンクは戦時中ドイツと組んだ日本を、終生好ましく思っていなかったらしいが。）幸い世間に只一人精神科医がいるわけではない。精神科であればこそ、それぞれの医療者が異なる持ち味を持って職務を果たせば、医療全体をより豊かに展開できるように思う。そうした中では素人が果たす役割は案外小さくないのではないかと希望を込めた観測をしている。

#### 参考文献

- 1) 自明性の喪失：W. ブランケンブルク（木村敏ら訳）みすず書房 1978
- 2) Blankenburg の死を悼む：木村敏 臨床精神病理第23巻03号 2002
- 3) パーソナル・ソング：マイケル・ロサト＝ベネット 監督・脚本・製作 アメリカ 2014

## 統合失調症における無の自然な回復術 × 生における存在の陰画記述法

川添記念病院 横田 謙治郎

「文化と非文化」表層にて、現物にて、拙稿、この拙ノートさえも、人の手による文として、文化となり、品にされる。没にするにしても品である。稚拙、愚昧なものとしてある。あるいは色物や芸やネタとして消費されましょうか。

ところがすでにそのもとに、中層に、間に、作品や人文や文化を超え、文化的、人文的、間文化的色彩がにじんでいる。品はコード化され、作品番号が付され、配置され、カタログができあがる。品々は、理解、解釈、同調によって関係する。好み、相性、傾向、感受性、親和性によってつながる。

さらに、基層にて、媒介層にて、文化創造的に世界が揺動する。文化性が生み出される。非文化の異なる物や人や文や自然が映り出る。それらが基材になる。それらの技になる。

そして、その基底が無である。ほんとうの没、ほんとうの無為自閉になるには、その、文化をすり抜けた底抜けまでたどり着かねばならない。

「個別と普遍」表層にて、個体は欠損を抱く。そこに治療が成立する。かつ、そこで治療が揺らぐ。中層にて、個体は普遍的制約と普遍的自由とを纏う。基層は、普遍である。だがそこで、個体は異なげな他者と接しもする。その基底は無である。しかし、個体は他者と分かれる。

「療法と作品」精神科臨床において、症候も治療も回復も、暮らしにおいて表れるしかない。生活用品は、治療に当たり前に使われるが、治療をないがしろにしもする。生活用品は、治療を事実にするために治療を演じるが、治療を引き下からせ、なし崩しにしもする。

個体の欠損が補填されるなら、それは恵みである。自助は、個体の欠損への施しである。だが、そうして治療はなし崩しとなる。

個体がそこに取り残され、素材を売り、未来を約束するならば、それで個体の能や利は守り固められるにしても、治療はあやまちである。その治療が退き、つづまると、残る当個体はあやまちであった。そして個体はまた恵まれた。

「轍と足取り」道は定まるものではなかった。道は生かせるものではなかった。わだちは押しもできず、深めもできず、直しもできず、収めもできず、通しもできず。

「考え出しと終焉」精神科臨床について、かくも言明を浮かべてみようとする。しかし、おさまりはつかない。それなら早く終わるよう、早くすませるよう、またにするよう迫られるのは当然だった。

個体としては、考えるな、考えるから頭がおかしくなる、考えているだけだろ、と氣遣われていたであろう。

「道理と背理」精神科臨床に背理がある。背理があるから道理が浮かぶ。道理で。

科学の因果論に、医学は目的論を被せる。病気を治す。治すものが治る。治る。治るものが治る。病気を治すと言おうが、人を治すと言おうが、治るものを治すと言う。冷静に言おう。理念として言おう。誠実に熱意を持って言おう。

「病と病理」霊地と門と門前町。海と海辺と海の家。滝と滝療治と滝の茶屋。

開放化は、町、家、屋のことがらである。そこに、下野するための門、辺、台がある。機能分化は、御利益による。個別化は、基盤からではなく、通底しないで、分配による。

湯は涸れ、滝は途切れ、湧き水が止まる。大師は古い、老師は滅入った。全敷地がテーマパークとなった。誰もが芸能に活躍し、支持された。待つともしれず待つほかなかった者は、金喰いに

なった。消費者に格上げされた。

精神病院は起源を失った。現存すればよい。根無しとなった。精神科医は出自を失った。重心がなくなった。多元の星となった。かけらとなった。

「精神科臨床と非臨床」 個体として、面の皮の薄い精神科医になりたいと思った。生き物であることになにか秘密を感じて、死に圧倒的な秘密を感じて、医学を学ぶ前から生物学が好きだった。だから合目的であることが要請されるとはいえ、都合のいい医学に、恨みを覚えた。そこからさらに、生物学的精神医学とは、いかにも名前からしてあざとく思われた。

精神病理の指導の先輩は、基礎生物学の道を開いてくれた。臨床の記述への道にもなったはずだった。

ところが当個体は、研究生の申し込みを忘れていた。それでも個体は追放されず、救済され、医員にしてもらえた。後に大学院生となることもできた。学位は取った。しかし基礎生物学研究を、生き様になるほどまでには、死に体になるほどまでにはしなかった。

「分裂病親和性と親和性を超えるもの」 統合失調症と移行する。統合失調症感受性がある。個体がそう目された。ネタにあげられた。

そう理解されると、辻褄が合うと、納得されると、分かれると、腑に落ちると、そう在ることになる。そう在る品になる。そう在る間柄になる。しかし、品からも間からもすべり落ちる親和者が居る。もはや非親和というか非者というか。

「体験と非体験」 原体験あるいは非体験が、体験を浮かばせる。体験を体験として体験させる。当個体が、福岡行動医学雑誌に経験をまとめ、投稿しようとした。

「学問と非学問」 以前、当個体が別々の論文を精神医学2誌に投稿したら、この個体は二度と投稿するなどいづれの雑誌からも言われた。書き換え不能だからといづれからも言われた。

それでも、取り組まなかったこと、喰い残したこと、ごまかしたこと、わかったふりをしたこと、やり過ぎたこと、逆らったこと、見下げたことから決して抜け切れず、それらを再評価せざるをえなくなる。個体として配慮され、甘やかされ、

持ち上げられれば、なおさらである。個体が、蔑んだことに取り残され、見過ごしたことに取り残され、見くびったことに取り残され、それらを取り戻さねばならなくなる。

「純化と偽化」 精神病を鋭く、一瞬にして、瞬時に見抜く。異常を優先させる。精神病を優先させる。ちょっとでもあればそうである。しかし一方で、精神病を全体に雰囲気をつかむ。あるいはだいぶあるならそうである。濃さがある。強さがある。活きがある。でも少しなら誰にでもある。

直観的に、あるいは経験的に、あるいは理論的に精神病がありうる。可能性であればよい。見通し方、見過ごし方、忘れ方、薄め方がある。

「自由と不自由」 脳の不自由な方、機能の不自由な方、心の不自由な方、間柄の不自由な方、関係の不自由な方、間の不自由な方、存在の不自由な方、非存在の不自由な方、権利の不自由な方、立場の不自由な方、力の不自由な方、正しさの不自由な方、あやふやさの不自由な方がおられるそうだ。

「自然と不自然」 クレペリンは、自然の統合失調症の疾病過程を述べた。過程はプロセスといって怖れられた。コンラートは、シュープの型によって発病過程を述べた。中井久夫は、寛解過程を述べた。どなたかが自然経過を、自然的態度でもって、線分によってつなぎ、矢印を付け、図にする。谷徹は、自然的態度を分け入り、意識の自然を述べた。松尾正は、統合失調症の自然治癒から始めたが、他者に直面し、ヤスパースの省察を経て、自然治癒が予言、暗示されるものとなって述べられなくなることで、時の自然を述べた。

在る、在られる、在らせられる、在らされる。いる、おる、おられる、いさせられる、おらせられる、おらされる。尊敬受動の、絶対受動の、絶対自己と混じり合わない絶対他者であられる。あらせられる。おられる。自然の、不自然に表される他者であられる。絶対他者の前にのみ、絶対浮動の、相対受動の、相対対象としてのみ表れる者で在らされる。在ることにされる。いさせられる。いることにされる。おらせられる。おることを迫られる。おらされる。

個物の有効性と自己の可能性を賭けさせられ

## 特集 私の精神医学の変遷史

る。統合失調症の自然の回復に浮かぶ。背理に浮かぶ。病者や医療者がどのようにかして浮いている。精神病院や人がどのようにか浮かぶ。精神病院が失われ、自らを見失う。自然の回復はもはや浮かんでほこない。浮かぶ型だけをなぞる。

「移行と疎隔」総合失調症の発症前と発症後が、発症によって移行する。前駆によって移行する。しかし一方で、発症は、決定的な差である。

気質、発展、変容、了解によって移行する。統合失調症を見る者で移行する。統合失調症を見せられる者で移行する。統合失調症で移行する。患者で移行する。あなたもわたしも統合失調症を見るものでもあり、統合失調症を見せられるものでもある。しかし一方で、統合失調症から疎隔されるものである。病識を持たない者である。生き生きさを喪失した者である。離人者である。無為者である。

病として移行、病として疎隔している。そう見せられて、病からは疎隔されている。者として移行する気になって、者として疎隔されている。

非性統合失調症は、わからない。ありえない。ただならない。そしてなんでもない。非性統合失調症者は疎隔される。そして、精神科医は、非性統合失調症者の欠損を補うように言い出す。あるいは自らの欠損を補うように言い出す。直観、心理、倫理、神秘、現実、常識、ほどほど、えもいわれなさを、記述できなさを言い出す。あるいは、精神科医はそれらを持たなくなる。精神科医は、部分的、断片的、破片的、欠損的となり、原理的、天理的となる。直観的になろうとして、神秘的、直感的に、身体反動的になる。より原理的になろうとして、見過ごし、解離的、転換的になる。

「間と無」表層に間が浮かんでも、品々の間が示されるのみになる。相性、親和性、感受性、リングで品々の間がつけられる。自閉の利用、拒絶のすすめで、神田橋條治は間をつないだ。しかし中層から、精神科医は呼び覚まされる。統合失調症がよくなる。松尾正は、沈黙する病者の傍らにあって自らも沈黙し、病者に注意を向けず、病者のよくなるのを見た。あるいは駆け出しの精神科医にとっても、個体を超え、なぜか病者はよくなった。しかし基層で、松尾正にては、よくな

るのを予言、暗示されるのみとなった。

治癒の希望、臨床の未来であるだけなら、感性に優れたモデル、スター、役者、ナレーターが述べる方がよかった。あるいは異なげな個体は、おどろおどろしい演出の役者だっただろう。しかし異なげな他者は、希望も絶望も未来も超えている。

「内と外」心の内の精神病があれば、心の漏れた、心の位相の裏返った精神病がある。外傷の内の精神病がある。外傷のただ漏れした精神病がある。他人の内の精神病がある。他人の位相の裏返った精神病がある。者の内の精神病がある。者のただ漏れの精神病がある。人間の内の精神病がある。人間の位相の裏返った精神病がある。自閉の精神病と他開の精神病がある。暮らしの内の精神病がある。暮らしのただ漏れした精神病がある。自然の内の精神病がある。自然の位相の裏返った精神病がある。偶然の内の精神病、説明の内の精神病、理解の内の精神病がある。偶然のただ漏れした、説明の位相の裏返った、理解の位相の裏返った精神病がある。間の内の精神病がある。間のただ漏れした、間の位相の裏返った精神病がある。

無の内の精神病は、無のただ漏れした精神病である。統合失調症の内の精神病があり、さらに統合失調症のただ漏れした精神病がある。しかし統合失調症の位相の裏返った精神病がある。

「個体と型」年をとらない奇怪性と年をとらない妖怪性がある。慢性化して何々君と呼ばれ続ける奇怪性と、ますます盛んな妖怪性は異なる。しかし、いずれも年による老練の技を見せ、口、金、地位に頼りもするかもしれない。

個体としては、名前が出てこなくなり、耳が遠くなり、怒りっぽくなり、早くに滅びるだろう。

「直接と媒介」物事が、正直に、素直に、素朴に、率直に、真に、实际的に、即座に、あるいは深い分析により、あるいは反復により知らされる。正当に、当然に、必然に、偶然に、自然に届く。一方で、物事が構成、成り立ちに乗る。発生、生成する。関係、出会い、間を持つ。時が待たれる。

しかし、直接にかつ媒介の上、発生を見せられる。有無をいわせず、ありえない。そう言わざるをえない。分からないと言わざるをえない。ただならないと言わざるをえない。隔てのない疎隔、

開かれもしない無、神秘さのない神の秘匿を見る。見た根拠や見せられた根拠によってではなく、見させられることによる。根拠というのなら、いわれのない落ち度をたどり直すしかなくなる。

そして、分裂的处理、断片的处理、縮小的处理、膨張的处理によって、いずれにせよ、いわれなく、裏次元を閉め出す。ひっくり返して部分的处理をする。多角、多元の根無しの处理をする。

## 医学は変わり、現象は変わらず

福岡・行動医学研究所 松尾 正

今回の特集テーマ：自分自身の精神医療。何が違って、何が変わらない？何が変えて、何が変えない？変わるもの、変わらぬもの、変えるもの、変えないもの・・・それは何？一応、皆様をお願いしたものの、一体、このテーマで私自身、何を問いたいのか、何をここに記述したいのか、何をより若い精神医療関係者に、あとに続く方々に伝言したいのか？

変転、変化、流転・・・時間を問っていることは間違いありません。そして、その回答・・・それも明白です。つまり、変わるもの、それは自分の年齢。変えるもの、それは自分の年齢。年齢が年齢を変えます。自分は年をとり、自分の年を変えます。自分が自分の年齢を変えることはできません。年齢が年齢を変え、自分を変えます。きわめて平凡なる受容です。受動的な存在です。

年齢、加齢、老化、老衰・・・精神医学者でも臨床精神科医でも、大きな年齢の波に押し流されます。難解な理論や複雑な知識体系など、若ければ若いほど、燃えます。しかし、老学者になるとシンプルかつストレートです。かのフランツ・リストも最後は慰めでした。また、臨床精神科医も、心身のエネルギーを求められる患者様への対応が困難になります。私自身にとっても、昔は自閉症幼児や夜尿症児童から老年痴呆症と呼んでいたお婆ちゃんまで、なんでもかんでも患者様でした。いまや初診対象は18歳から69歳まで・・・つい最近では20歳から69歳に縮めました。それでも、つい最近、21歳専門学校不登校の青年患者様の初診となると、「で何が目標・・・人生の夢は？」と私、「別に・・・何にも・・・」と患者様。「偉くなったり、人助けしたり、スポーツカーや美人との結婚、海外留学など・・・なにかこの世に希望、欲望ないの？」、「別に・・・アニメとゲームだけでいいです・・・」とニコニコ患者様。何の専門学校か、何を専攻しているのか・・・そんな

話題に振る気持ちも、私には失せてしまうのです。自分自身の同年代を投影することはまったくかなわず、世代格差がそのまま臨床格差になるわけです。

昔、巻頭言にて触れた故N名誉教授のご指示のもとで、医局員に分担執筆をお願いして、ライフサイクル精神医学の本を私が中心となって編ませていただいたことがあります。精神医学も精神医療も、そして現場の診療も、患者様の年齢階層に応じて変貌し、それぞれのライフサイクルに応じた適切な判断と対処が必要である・・・子供には子供の精神医学と診療を、思春期にはやはりそれに応じた精神医学と診療を・・・老人は同様なライフサイクル精神医学を、と今も昔も当たり前のことを故N教授はことさら重要なものとして、ご自身のご退官を前にご企画、ご出版されたのでした。

今思うと、このようなライフサイクル精神医学に関するご着目は、故N教授ご自身のご高齢化、ご退官といったライフサイクルがなさしめたものでは、と私なりに回顧しています。つまり、患者様のライフサイクル精神医学より、精神科医自身のライフサイクルがその精神医学や医療、診療現場を変転させていくのでは、と。

私自身が精神医学に飛び込んだときは、あの恩師K導師が医局に鎮座なさり、その用語はほとんど精神分析という学派から選択されるものでした。もちろん、故N教授が率いる大脳生理学研究室が教室全体の主流であり、かつそれぞれ専門分野のご講師の方々がおそらく当時、日本の精神医学教室にあってはこれ以上望むべくもないような一流の研究活動、診療活動を自由闊達になさっておられました。巻頭言にあげたように、「学問ならなんでもいい」という故N教授の懐の深さが、私が所属した教室と医局をとてつもなく活発な多様性に染め上げていたわけです。

しかし、医局の医療全体は、とくに診療現場においては隅々までラスプーチンK導師の色合いに染まっており、「精神科の診療は楽しい、患者さんを診ることが一番、なによりも重要。机につかず、診療せよ。そもそも、論文なんか書くと治療能力が低下するぞ」という具合で、患者さんファースト、診療ファーストが当たり前の医局でした。かくして精神病理研究室には各自の机はなく、ソファの奪い合いに終始していました。これは、私とその研究室を任されたときに是正し、「各自、机を持って。本を読み。理論武装せよ。論文書け、表現こそが存在だ」と、号令を下しましたが・・・研究室の誰も机につかず、相変わらずソファの奪い合いで（ちなみにそのソファとは、例の精神分析自由連想用の患者さんベットでしたが）、話すこと、読む本とは・・・残念ながらカメラと写真のことばかり・・・自己表現は論文執筆にはいたらず、日常凡庸画像表現に変貌してしまっただけです。しかし、思えばあのころの研究室、雑種野良猫達の集会場所が、私の人生では一番、楽しかったなあ・・・充実していたなあ・・・猫臭かったなあ・・・ちなみにそのころの研究生や大学院生は、皆、その後まったく偉くなっていません。普通の臨床精神科医に終始しておられます。

さてトリップはやめて、正気に戻って・・・そもそも、40年前の精神医療は出会いの精神医学、といっても過言ではないでしょう。精神科疾患は精神＝人間関係の病であり、その治療も人間関係を通じて癒やされる、といった関係性に貫かれた医学であり、医療であり、診療でした。転移や逆転移といった観点は、患者さんの人生や生い立ちと、治療者個人のそれとの出会いと相克の場としての精神科診療と治療をとらえようとする、互いの生き様、人間関係の視点に満ちていました。それに、治療者の存在を限りなく空虚化させた状況での自由連想といった診療場面では、次々と連想される患者さんの言葉の背後では、治療者自身と患者さんとの原初的な出会いの可能性が、互いの沈黙の奥底に積み重なっていったのでしょうか。関係としての病と関係としての治療・・・これは私の20歳代のロマンでもあり、基礎でした。

しかし、そんなあまっちょろい人間ロマン、関係性のロマンを一瞬にして打ち砕くのが、むしろ精神医学の精神医学たるゆえん、精神科医療をして他科から断絶させる隔たり、つまり精神医療の真髄なのです。そして、その精神医療の真髄を表わす言葉が内因性という用語でした。内因性精神病・・・

そもそも、私達はその内因性をいう用語を、原因が分からないもの、どうも人間関係に由来するものではない病気、その基本的障害の在処が皆目分からないもの・・・つまり、その患者さんの内部にあって私達外部からは分からないもの、患者さんの外部である私達からはその患者さんの訴える内容やその理由が分からないもの、情感的にも理性的にも接触不可能なもの、つまりは了解できないもの、了解不能性・・・その意味において、その疾患が患者さんの内心にとどまり、外部からはうかがうことができない病理、病態・・・という意味で内因だったはずなのです。

K導師からのお導きで、かつ自分自身も膜電位大好きで基礎系大学院に進学した私。レセプターや神経伝達物質、膜電位などと、向精神薬が脳神経細胞にもたらす変化を測定するための機械を右手で操作しながら、左手にはフッサーやハイデッカーの訳書を開いて迷走、いや瞑想・・・機械としての脳は膜現象、つまり境界事象であり、神経細胞の興奮と鎮静、つまりプラスとマイナスによって脳全体が規定され、支配されていると感嘆しつつ・・・しかし人間はその脳ではない、人間とは関係性である、ではその関係性の外部とは、内因とは・・・存在とは・・・存在の外部とは・・・存在不可能性とは・・・やはり悶々、迷走。

当時から、そんな精神医学の学派があることにはありました。現象学的云々、現存在分析云々、人間学云々・・・しかし、それらは外見では哲学的用語を駆使しつつも、その語意は本来の哲学的意味からは遠くかけ離れたもの、まったくの別の言葉でした。超越論や存在論、実存論は精神医学ではすべて単なる超越的であり存在的であり、実存的な意味に読み替えられ、かつその読み替えられた用語でもって精神分裂病者やうつ病者の現存在の障害や欠損、つまり目にみえない内因が現象

## 特集 私の精神医学の変遷史

学的に説明されるといった、私個人からみるととても奇妙な感覚に襲われる学派でした。

そもそもハイデッガーの種々の哲学用語は、精神医学で多用されたような現存在＝人間という一存在者の存在構造を示す用語ではありません、本来は現存在＝現という存在に開かれた存在者＝人間の特殊な在り方を指し示すための用語であり、その現への開きを情態性をきっかけとして突破し、存在そのものの構造を解釈学的に解明するために、すべてのハイデッガー哲学の用語は使用されるべきなのです。ハイデッガー哲学が開示した存在そのものの構造契機が、ある時に障害されたり欠落したりして内因性精神病が発病したり、またあるときにはそれが回復したり復活したりして治療に導かれたりするようこと・・・精神医学的現象学ではありません、哲学的思惟領域では滑稽千万なことではありえませんが、存在論的な思惟は、存在的に破壊されたり、障害されたりするような存在者の思惟ではないのです。健康人であろうが病人であろうが、机であろうが、大地であろうが・・・夜空の星々であろうが・・・どんなものであれ、それらがあること自体の可能性、存在そのものの存在論的可能性をいかにして解明し、解釈し、記述するのか・・・それが現に開かれた特別な存在者である現存在が存在論的に突破し、洞察し、解釈することによって・・・存在論的差異を差異化するのです。といっても、そもそも、これらハイデッガー的思惟は、私からいわせればフッサールの超越論的エポケーの横取り、二番刷り、いわば巧妙な脚本家、映画化に他なりません・・・ともあれ、ある疾患によって、精神疾患においてそれら超越論的、存在論的機制や構造が障害されたり治ったり・・・本来的には、つまり哲学的にはありえないことであり、考えられないこと、その本質からして馬鹿げた誤謬なのです。

しかし、哲学的には遠く、馬鹿げた理論ではありませんが、それは精神医学にとっては生産的で創造的な誤謬であったということが出来ます。なぜならば、内因性精神病者が精神医学的な現存在＝人間存在として欠損態であり障害態であったとすることで、その病者を現存在＝人間存在として理解しつつ治療へと導こうと、現象学的かつ人

間的な精神医学が提唱してきたからです。内因性精神病の内因とって内部秘匿性を紐解き、人間として理解し治療へと導くといった人間療法、関係療法へと、患者さんとともに精神医学を導いてきたわけです。内因性の内部を紐解く用語として、哲学的現象学は精神医学的現象学によって積極的かつ生産的に誤謬され、創造的に活用されたのでした。

哲学的用語を誤謬的に活用することによって目に見えない内因、つまり他人の内側を存在とみなし、その障害や治療を解明しようとする現象学的とか現存在分析とか人間学的とかいう精神医学の流れを横目にみながら、精神医学的学徒の大半はもっと容易に、当たり前に見え、数量化されるものに、つまり脳に病者の内因の内側を見ようとしました。そしていま多くの精神医学研究者は脳を研究対象とし、かつ多くの精神科医も脳に影響を及ぼす物質＝薬物でもって精神医学者であり、臨床精神科医であろうとしてきましたし、これからもそうなのでしょう。

病者の目に見えぬ内因を、現存在といった人間の存在様式ではなく、脳といった機械的臓器の故障や障害として解明しよう、治療しよう・・・もっとも合理的かつ科学的かつ分かりやすい精神医学や医療が台頭し続けてきました。おそらく自分自身の生き様においても二元論など、存在論などまったく関知しない、AIのような方々が新しい精神医学をこれからも構築していくのでしょうか。もっとも私自身も、20歳代後半、右手で神経細胞を微小電極で突きながら、左手でもって哲学書を紐解いていました。そして、確かに生命体としてのヒトは脳神経の膜現象、つまり境界事象に集約されると私自身も実感しておりました。しかし、やはり私という存在は、「哲学的思惟主体としての現存在」といったおこがましいことをいわずとも、そのような脳事象に還元される生命体としてのヒトではなく、今、ここを自分として生きる人間であることに間違いありません。脳細胞の興奮と鎮静、+と-、その0と1から派生するヒト＝AIではなく、あること自体を感知しつつそれを超えたものをも信じている人間・・・現存在として超越論的であるばかりではなく多く

の世界人は超越的、つまり神や仏、さらには自然のもとにあります。存在を超えたものを信じるものは、存在するものをいとも簡単に超越します。人間は人間以外のものに仕え、そのもとで別の他のものに仕える人間をも抹殺します。つまり、別の超越のもとで信仰生活を過ごす世界人を世界から駆逐しようともします。かつそのためには、自分自身のヒトとしての生命体などどうでもよくなり、聖戦死などまったくいとわなくなります。70年あまり前の日本にもそんな神様の僕が満ち溢れていましたし、これからもそうなる時代が訪れるかもしれません。つまり、そんな01からなるヒトの合理性からいとも容易に超越しうる非合理的存在者が人間であり、不条理な世界人なのです。

もちろん、いまでも人間存在としてではなく、脳事象として精神を考え、脳事象の異常=内因性精神病と考える精神医学者と治療者が主流です。伝達物質や異常タンパク質などの物質の量やその場所を測定し、ある精神を司るとされる脳領域の大きさを測定し、さらには膜や受容体、脳内機関の分子構造まで解明し・・・その一つの究極としてあるとき、精神医学に遺伝子学者が台頭してきました。ヒトとしての生物学的特徴や機能ばかりではなく、人間としての在り方そのものが遺伝子によって規定される、といった唯遺伝子論が唯物論的精神医学の究極体として登場し、「その人が何を信じる、その人の宗教やそれを捨て去り改宗する行為自体、そもそも遺伝子が規定している、改宗遺伝子も存在する」と超越的遺伝子論さえ、この精神医学に出現する有様でした。もっとも、そんな中、自殺遺伝子が存在するという論文・・・というには、私なりに、実臨床的にはそんな感じもするのですから・・・他の唯遺伝子論者を馬鹿にすることもできませんね。どんなに治療的に関わっても、どんなに家族が説得しても、状況をかえても、自死へと理由もなく、了解不可能な形で突入していく人がいます。そしてその背景には、家族的、家系的傾向が存在します・・・なんとなく、タナトスは遺伝子規定的な感じがするわけです。

さて、それはさておき、いまも盛んに？突発的に？散発的に？・・・ある疾患、特に内因性精神

病に関して、ある脳内物質の異常や遺伝子の組み合わせの異常、大きさや量、配置の異常など、さまざまな物質的研究報告がなされ、ときにそれがニュースとして世間に流布することがあります。精神科医になって40年近く、そんな話題の勃発に晒され続けると、いい加減、どれか一つぐらい当たってね、どうでもいいから眼の前の患者さんの治療に貢献してね、といいたくなります。しかし、治療に貢献するといわれ、高額な医療費を請求される物質、とくに向精神薬においては、私からみるとまったく何のパラダイムチェンジもなく、いまだに、アップテイク、ソガイ・・・医学生のと時から、「仮説に過ぎない」といわれてきたものが、仮説にすぎない部分は影に薄れ、薬品会社からのパンフレットにはいまだそのまま通用・・・もちろん、その伝達物質の種類は変わり、受容体の種類もさらに下位分類され・・・精神薬理学的な薬物療法の選択と組み合わせはかくして詰め将棋より複雑で困難となり・・・まさしく薬物選択を近い将来、AIドクターワトソン君に任せるしかなくなる・・・そんなAI精神科医を作りだし、売り出すための薬品会社=AI作成会社の策略では、と思わされるような薬物療法百花繚乱なのです。

実際、私自身、当時出現し、現在一般的となっているほとんどのSSRIの、大学における治験責任者をつとめながら・・・どうもあやしい・・・先に患者さんがあり、その病態の解明の末に登場する向精神薬ではなく、まずある受容体に結びつく向精神物質が偶然発見され、それをなんとかして利用するために新たな精神疾患・・・特にDSM的な新疾患名が作り出されているのでは・・・ある向精神物質を薬物として世間に売り出すために、疾患概念を潤色し、世間一般の健康者からまた新たな精神疾患を作り出しているのでは・・・そしてその医産複合体の究極の夢が、あらゆる人間をヒトとしての病気と規定可能な新型〇〇病とか〇〇障害という病名の創作であり、かつそのためにあらかじめ用意された向精神物質ではないか、と・・・

昔の向精神病薬は一般人が服用するとボーッとフラフラして、なかなか服用困難なものでし

## 特集 私の精神医学の変遷史

た。しかし、最近の向精神病薬は抗うつ剤も精神安定剤はなんともない良い薬・・・副作用の少ない、安全性の高い薬として重宝されつつ、その分、一般人の中にあらたな感情障害や精神障害者を発見し、すべての世界人がなんらかの新しい病名のもと、新しい疾患概念のもと、向精神薬の恩恵にあずかる時代が到来してきています。視点を変えれば、あらゆる人々は自分が何らかの精神障害である可能性から逃れる術がない、ということになります。ヒトは生きている以上、なんらかの精神障害を引きずっていきていることになるのです。そして、新たな精神医学はすべてのヒトを網羅する診断名を開発し、その前にそのヒトに投与する物質を用意しておくのです。精神医学は医産複合体として、すべてのヒトを〇〇障害として飲み込みながら発展していくこととなります。精神疾患罹患者が増えて向精神薬物消費量が増えるのではなく、向精神薬物消費量が増えて精神疾患罹患者が増えてゆきます。それはちょうど、新たに飲んべえが増えたが故にそのための新たな酒が盛んに作られ、その消費量が増えるのではなく、まずもって新たな酒が出回ることにより新たな飲んべえが新たに発掘され、かくして酒も飲んべえも共に相乗的に増加していくのに似ています。ものすごくうまい酒が発見され、それによって新たにアルコール依存症の患者様が爆発的に増加し、かつそれを治療する向精神薬が開発され、それも爆発的に服用され・・・しかし、良くみればその新たな酒と新たな薬は同じ会社で作った類似物質だったりして・・・かくして、酒＝向精神薬の創作から始まる唯物論的唯薬的精神医学は、一般世間人という無限の市場を今後、将来にわたって開発し続けることとなります。

酒、といえば・・・昔、20歳台後半、マウスの脳神経細胞を微小電極で突きながら、いろいろな向精神物質をぶっかけて遊んでいたころ、「なんだ、究極の薬、唯一の向精神薬は酒、アルコールだけじゃん」と妙に納得したときがあります。自然な向精神薬としての酒・・・いわゆるGABA系だけが、自然なので神経細胞が喜びます。それからの私は、患者さんには抗不安薬は自然で快適なフットブレーキね。抗精神病薬は不自

然で不快なサイドブレーキ、ハンドブレーキですよ・・・と説明することにしており、その自然で快適な分、その抗不安薬は依存し、やめられなくなり、やめたらその分、不快になるから多用、連用には注意してね、というようにしています。結局、究極的な薬物療法とは、巻頭言で触れました故I先生のお仕事です。飲酒療法・・・病棟で酒を適量、飲む訓練。アルコール依存者への治療でしたが、世間一般でも「酒は百薬の長」なのです。それを発見したお猿さんは偉い！しかし、お猿さんは抗うつ剤や強力精神安定薬など合成しませんし、そんなもの見向きもしないでしょうね・・・それとも猿山のお猿さんにも、担当の獣精神科医がいて、抗うつ薬や強力精神安定剤、はては〇〇障害猿さんには覚醒剤類似薬を投与しているのかしら・・・？そういえば最近、こんな話を患者様から聞かせてもらいました。「先生、この新しい薬、ベルソムラ・・・いままでの睡眠薬と違い、快感を伴いませんね」と。

さて話はずいぶん、果てしない乱雑な方向に向いてしまいましたが、問題は内因です。患者さんの内因、つまり治療者からみての他人の内因が不可知であるが故に原因不明、了解不可能としかいいようがない内因性精神病患者を前にして、精神科医はそこに現存在を見て、その現存在の変容や障害として精神医学的に解釈し、その内因を了解可能なものに変えようと、了解可能なものとして解釈しようと努力してきました。つまり、哲学的現象学の生産的誤謬が現象学的精神医学に生かされてきたのです。しかし、上述したように、多くの精神医学者や治療者、つまり精神医療関係者は内因を脳因と見なし、脳の科学的生物学的研究とその脳に作用する物質の探索と開発、そしてそれを薬として治療に利用することに奔走してきました。

しかし、そんな内因などはじめから頓着しない、内因などといった目にみえないものは埒外におき、目にみえるものだけに頓着し、その目にみえるものだけで診断し、治療的に操作しようとする合理的で理知的で科学的な精神医学が、この数十年の間、どんどん幅をきかせてきています。目に見えるもの、しかし脳の物質の量や位置として測

定可能なものではないもの、臨床的な現場においてその診断と治療に直結する目にみえるもの。それはいうまでもなく患者さんの行動であり、患者さんの言葉でもって表現される判断や理解の仕方です。精神医療者と患者さんとの間で、その場で見て聞いて確認できる表現物、または心理検査などに表わされるそれらの特徴と数量化された値・・・言動や判断、理解をそのまま記載し、量的に数値に変換し、それらをもとに診断と治療的な指示作用、つまり行動と認知の変容を指示し、訓練する。それが認知行動療法として、ときには唯物論的薬物療法をも陵駕する精神医学的治療手段の潮流となってきています。

了解可能なストレス障害であろうが不安症であろうが、または了解不可能な内因性精神病であろうが・・・その症状としての言語的表現物だけに着目して診断し、その言語的表現物の治療的変容をもって治癒とみなすといった行動主義が王道を進む分、精神分析的な出会いの精神医学、つまり治療者と患者さんの出会いの場として、目に見える症状の背後に隠れた患者さんの生い立ちや文化、価値感などの人間的意味を、治療者自身の人間的背景を舞台にして取り扱い、共に治療的に変容しあう、といった出会いの精神医学、精神医療は、現在では脇道となり、すっかりすたれてしまった感があります。

先日、強迫神経症の方が「認知行動療法を受けたいので別のクリニックに変わりたい」と申し出られたため、その患者様が希望するクリニック宛に紹介状を作成し、転院してもらいました・・・転院してもらったつもりですが、即、帰ってこれ、その返事には、「認知行動療法はうつ病にしかエビデンスがありませんので、貴院に帰ってもらいます」とのこと・・・で、仕方なく、大学精神科の行動療法グループに治療をお願いしましたが・・・うつ病・・・昔でいうと内因性？に認知行動療法のエビデンスがある・・・というのはアメリカンの論文などに良くでていようです。しかし、では内因性の精神分裂病には？昨今の統合失調症には？あまり・・・ほとんど聞いたことも、そんな記事、よんだこともありませんが、当然、私の勉強不足なんでしょう。内因も外因もな

い、即自的な行動分析は、行動療法こそが、統合失調症の診断と治療に多大な貢献をしているに違いないのです・・・が？

もともと精神分析といった出会いの精神医学も、行動分析といった即自的な精神医学も、内因性といわれた患者さんには無力でした。精神分析も行動療法も、うつ病や統合失調症といった内因性精神病患者を研究的にも治療的にも対象としませんでした。しかし、現在はうつ病といった内因性の疾患に行動分析・・・やっぱり新型うつ病に、でしょうか？

最近、私が治療させていただいているやや双極性の色合いのあるうつ病の患者さん。仕事から、まっとうな産業医を通じて、中央主催の認知行動療法治療研究の対象者に指名され、中央のおそらく偉い行動精神科医の指導のもと、半年近くにわたって指定された臨床心理士による認知行動療法を、定期的に受けられていました。もちろん、私の凡庸精神科治療と並行して・・・幸い、自然に普通に治られ、いまでは元気に復職されております。これまでの治療経過をみて、特別な別の治療的作用が加わったという感じを、患者さん自身も私もうけることはありませんが・・・現在は元気に仕事をなさりながら、結婚をめぐって毒親との壮絶な格闘をなさっておられます。本人にいわせると、認知行動療法を通じて、本当の問題の在処、つまり毒親との確執が根底に存在し、それに対抗する勇気を認知行動療法によって開かれた、とのこと。すばらしい・・・でも私からいわせると、ついでにその毒親との確執の克服、生い立ちから積み重ねられてきた抑圧解除と新たな親子関係構築にまで、認知行動療法がお世話をしてくれれば、こんなに私、凡庸精神科医が説教療法（彼氏とともに親を一時的には亡き者と化すこと！という説教だけ）に苦勞をせずにすんだのに・・・と恨めしく思っている次第です。もちろん、スーパーエゴはその人自身のエゴそのものであり、その人が将来、親になったらその子にも同じようにスーパーエゴとしてエゴ化し・・・結果、家族の歴史として、反復強迫的な新たな家族構成エネルギーに変えてゆくしかないのでしょうか・・・やはり、出会いの精神分析的治療が必要ですよ・・・

## 特集 私の精神医学の変遷史

以上、思いつくままに、私の周辺での精神医学や治療の変遷を綴ってきましたが、私自身は何が変わったのか・・・何を变えたのか・・・何が私を変えたのか？20歳代後半の唯物的生物学的精神医学からは足を洗い、というより見事に脱落し・・・以後は普通に精神科医をしながら、内因について、つまり了解不可能な外部について、いろいろ思惟をかさねてきました。その人生の経過の中でT研究所の精神科医U先生、T大学哲学教授のN先生、さらには哲学的学兄のM先生やT先生、さらには間接的ながら多大な恩恵を賜ったK大学精神科医のK先生・・・それら恩師からの薫陶感化をうけつつ、精神医学的な内因性という用語が存在了解不可能な外部を、つまり存在論的な意味合いでの存在可能性そのものからの外部、絶対的他性を指し示す精神医学的隠語であり、かつその外部を露見せる事象こそが「眼前に他者がいる」といった精神医学的根本現象である、と記載し続けてきたわけですが・・・しかし、これは世間一般の世界人からすると、やはり「一行目から了解不能な妄言」にしか映らないのです。

故・N教授からもK導師からも、「松尾、お前の書いたものは一行目から分からない」といわれ続け、その暖かな恩師の思いをこころに抱きながら、「あのね、そんなこと、ビンラディンやアイエスなんかとの関係なんか、ここ以外では気安くいったらだめよ。妄想と思われ、職場からも排除されるからね。待合室でも突然、クスクス笑ったり、ブツブツと頭の中の相手と会話しちゃ、だめよ。がまんして、こらえておきなさい。でも、この診察場面では遠慮せんで、いろいろ頭の中や世間での出来事を話したり、笑ったりしていいとよ。でも、ここだけにしておきなさいね」とまさに温かく、世間を普通に生きようとする、今、眼前にいた患者さんに私は説教しているのです。そんな妄言、つまり患者さんが精神医学的造語でもって語り出す世界の外部は存在論的な外部の世界・・・存在論的突破によって差異が差異化され、開示された存在論的な存在可能性をもさらに突破するその外部・・・他性の脅威と驚異にみちた語り得ぬ世界外無存在を、妄言として表現しようとしています・・・私同様、世間一般を普通に生

きようとしたら、患者様もその世界外無存在を語ろうとせず、じっと我慢して黙秘し続けることが肝要なのです。

つまりはその治療・・・それは二人して黙秘し続けることです。突破された穴を二人で塞ぎ、差異化された差異を均等に均すこと・・・実は世間にむかってその開示された存在論的外部、つまり存在了解不可能な世界外無を妄言して語りだすこと、それ自体は患者さんにとっての自己防衛的な自己慰安の行為なのです。そもそも患者さんは、癒やされてはじめて妄言しえるのです。精神医学的造語はそれによって存在論的差異を均し、突破された穴を塞ぐための精神医学的言語新作なのです。しかし、不幸なことにその自己慰安的妄言行為によって、患者さんは世間一般からは排除されます。だから、こらえて我慢して、私もこんなこともう書かない（といってこの雑誌だけには妄言執筆し続けていますが）、あなたもここだけにしておきなさいね、ビンラディンも・・・ああ、そのビンラディンのDVD・・・僕は怖いから、僕は見ないから僕に貸さんでいいよ・・・

精神医学、精神医療は千変万化を繰り返し、私のこの精神医学的根本現象は精神科医になって40年あまり・・・変わりません。眼前の他者という根本現象が私を精神科医させ、私を現象学させます。幸か不幸か、その私の現象学は超越論的で存在論的で・・・つまり哲学的な本来さによって世間からみれば妄言であり、一行目から了解不可能な妄論です。その結果、自己防衛的に妄言しようとする眼前の他者、つまり患者さんとともに二人して我慢・・・黙秘し、沈黙し合うことが治療的行為となるのです。精神医学的な治療関係は、かくして共同幻想体、共同妄想体となります。精神医学的治療論は、共同幻妄論なのです。

年をとって、すべてが変わってしまいました。でも、はじめからこんな出会い外の出会いで、私は最初から今まで・・・なにも変わらず精神科医をしているようです。

追記：最近、生物学的唯物的な精神医学にあって、眼にみえない内因を腸に、腸内細菌に求める動きがはじまっているような・・・しかし、腸内

細菌って何？第三者・・・外部・・・腸内細菌って了解可能な生命？了解外部の物質？それとも意思をもった第三の存在者？腸内の雑菌さん達・・・あんた達、誰？そのうち、生物学的精神医学は脳分子生物学ではなく、腸内雑菌学に吸収され、収斂していくのでしょうか？伝達物質や受容体はどこに行くのでしょうか？それとも、腸内雑菌さんのそれを研究することになるのでしょうか・・・？腸内雑菌の次の第三者がすぐに現れるのでしょ

か・・・それは何？空気？放射線？電磁波？最近話題の重力波？・・・そういえばしばらく診なかった患者さん・・・別の精神科クリニックで、なんとか電磁治療をうけ、ボロボロになって帰ってこられましたっけ・・・「先生、初回だけはとっても効いて、スッキリしました」と嬉しそうに、悲しそうに・・・腸内雑菌さんに最初だけ、効いたのでしょか？

## 荻野恒一はどのように文化を精神医学に取り込んだのか

大月クリニック 大月 康 義

### 1. 荻野恒一の経歴の概略

荻野恒一は精神医学者としての生涯においてきわめて浩瀚な領域で業績を残している。現象学的精神病理にはじまり現存在分析へと向かい、同時にフロイトの精神分析とアドルフマイヤーの力動精神医学の影響の強いアメリカ精神医学発祥の文化精神医学の影響を受け、そこにはサリヴァンの「精神医学は対人関係の学問である」という定義が色濃く残っている。さらに「精神障害者をヒューマニティを保持した人間として受け入れ、かれらがでてきたその社会の成員として取り扱うべきである」という今日では常識的となっているが当時は革新的であったコミュニティ精神医学にも強い関心を抱いていた。

そして、パリ留学、パプア・ニューギニアでのバートン・ブラッドレーとの比較文化精神医学研究、愛知県知多半島、奥能登でのフィールドワークなど書斎精神医学にはとどまらない活動を行った。それらの背景には「状況」と精神との相互作用についての深い確信があった。

1974年に伊豆山にて開かれた「精神医学と疾病概念」において荻野は「何かね、人間、長い間人類が一番大切にしてきたものがね、それが今日、完全な技術主義によって一つ一つむしばまれてると思うんですね。…そういうふうな現代文明観というものが、私の根底にはあるわけですね」と言っているが、それが彼の仕事の根底に常在し続け最終的に「現象学的比較文化精神医学」という方法論に行きついたことをみてゆきたい。まず、彼が大きな影響を受けた最初の症例から述べていくこととする。なお分裂病の病名は当時のままとした。

### 2. 精神科医前夜

荻野は精神科医になりたてから生物学的精神医学とは異なる方向へと歩みを進めていた。そのわけを探るには精神科医の運命を決定づけるといわ

れる最も初期の印象深い彼の症例をみてみることから始めたい。

彼は自身の著書「現象学的精神病理学」の中で臨床精神医学的原体験として「わたしが、精神医学の臨床と研究をはじめたばかりの未熟なころのなかに起こってきた驚きの情を、わたしは生涯大切にしたいと思うからである」として紹介している症例を略述する。

荻野が京大精神科入局間近の昭和19年8月18日の夕方、25歳の航空機製造工場に勤めていた女性が急性錯乱状態で入院した。荻野は彼女を始めて受け持つことになる。「従兄が迎えに来てくれる」などという従兄への言及と「スパイが家のまわりにいる」などという被害的言動があった。隔離室へ彼が行くと彼の白衣をつかみ「お願い」などということが彼を困惑させた。彼女は5日間の錯乱の後、電気ショック2回で完治した。当時の教室では緊張病性興奮という診断であった。しかし、彼が彼女の語りを聞くうちに彼女の状況の問題が大きいことを感じ取った。彼女の勤めていた工場には彼女が慕っていた従兄が働いており、発症したその日に従兄は事故で亡くなったのであった。しかし、当時の戦争下の状況は彼女を従兄にひきあわせることを阻み、そのような中で錯乱状態となったのであった。漫然と診察していたならば緊張病性興奮患者が電気ショック療法で軽快退院したということで終わった症例であろうが、荻野は慕っていた従兄が事故で亡くなったが遺体に会うことができないという状況の中での人間という観点からまったく異なる人間学的姿をこの患者の中にみいだした。そして当時の京大で支配的であった生物学的見方に疑問をいだいた荻野に賛意をしめしてくれたのが当時助教授であった村上仁であった。それが荻野の現象学的精神病理学研究の発端であると考えられる。

### 3. 最初期の論文2編

荻野の最初の論文は1947年9月受理されたものである。「心因性反応と急性分裂病の連関性について」である。内容は上述した最初の症例に類似した症例を集め考察しているものである。ある強度の心的衝撃の下に、急激に朦朧状態、夢幻様状態、或いは緊張病性興奮、混迷状態を呈するに至る一群の疾患がある。これらの患者に共通している事は、困難な現実への適応に失敗しやすい、弱い、或る意味で純な性格の持ち主であり、素質的には、心的水準の低下が、急激に深層にまで来たしやすい素質を持ったものであるように思われる。これらのうちあるものは心因反応或いはヒステリーとして神経症に入れられ、あるものは緊張病或いは急性分裂病として分裂病のなかに入れられる。しかし上記の一群は共通な背景と、同じ様な成立機転、心的構造を有し、同様である障碍の表現的相違ではないかとしている。そして心因反応（ヒステリー）と心因性要因の著明である急性分裂病の間には明確な境界はなく一群のものとして捉えられうること、分裂病において予後不良のものに対し予後良好なるものはこの一群に入るものであろうとしている。当時同じ教室で分裂病の家族内発症を研究し定型分裂病と周辺群は遺伝的に異なるとしていた満田の影響もうかがえる。この論文に載せられた症例は後の満田の非定型精神病といわれるものである。このような強い状況因により急性精神病状態になる一群の疾患は荻野が文化と精神病について考えていく礎となっている。1954年村上仁らと翻訳したアンリ・パリュックの精神病と神経症にそのひとつの成果があらわれている。

さらに1948年11月荻野は「夢幻様状態形成に関する精神病理学的考察」を発表している。「分裂病の定型例では意識障碍を伴わないが非定型例、とくに心因性、外因性などの影響により誘発された場合、意識障碍を伴い、時として錯乱状態あるいはアメンチア類似の症状を呈することが稀ではないとし、夢幻様状態が出現するとし、3例を挙げている。そして、夢幻様状態が夢の心性に類似しているのみならず、病状の悪化と共に、夢と現実との区別が次第に不明瞭となり、漸次夢が

現実の中に浸透して来たり、遂に夢幻様状態に至る時は、夢がそのまま覚醒時の夢幻様状態に連続していく過程を詳細に追求することができ」と記している。これは1960年、ピンスワンガーの「夢と実存」の翻訳として結実した。夢はピンスワンガーにおいて睡眠中に見るものだけではなく幻覚や夢幻様状態に見るものまで幅広いものでありそこにおいても人間は実存しているという観点である。狂気における実存という問題へ荻野の目は向いている。

最初の1947年の論文では症例記述は患者の症状を客観的に描いただけのものであるが、1948年の論文では患者の環境、心因となるもの、夢幻様状態を患者本人が陳述した言葉をそのまま記録したものなどで症例を記述し、現象学的方法の萌芽がみとめられる。このように患者の状況をとらえつつ患者自身の言葉から症状を描き出すという手法はその後も洗練されていく。

### 4. パリ大学留学

荻野は終戦後、京都大学の精神医学教室にいるあいだにフランス精神医学の文献を読む機会が多くなった。そしてとりわけフランス精神医学において、具体的な症例の記述がすぐれていることに魅力を感じるようになった。そして、1953年から1955年にかけて船旅でパリ大学へ留学した。そこで統合失調症患者に自閉が少なくかなり外向的で、病型も妄想型が多いことに気づいた。

夏休みにドイツへ赴きドイツの精神病院で患者をみる機会をえた。そこで自閉的患者が多く日本の精神病院にいるような懐かしさを覚えた。フランスと、ドイツ、日本の患者の違いが文化的なものからきているのではないかと考えた。

### 5. 南山大学文学部赴任

荻野はパリ大学から帰国後1956年から1970年まで南山大学文学部へ研究の場を移す。

ここで彼の精神医学研究にとって大きな契機が3つある。一つは1962年南山大学山岳部が冬山遭難し幻覚体験をした学生たちを診察したことである。正常者でも極限的ストレス下では幻覚をみるということから、限界状況における幻覚体験は、

## 原著

きわめて状況的であり、とりわけ被暗示性の役割が重要であるということに思い至った。

二つ目はおそらく荻野にとって最大級の影響をもったであろうできごとである。それは1964年に南山大学人類学部の研究者4名とパプア・ニューギニアへ研究調査に赴き、そこにあるただ一つの精神病院で働いた一人の精神科医バートン・ブラッドレー博士と知り合ったことである。アングロサクソン系の精神医学にはじめて出会い大きな影響を受けた。さらに統合失調症とうつ病がいまだ未開な地域においてはまったく無いということに衝撃を受けた。そして「わたしたちは、東ニューギニアにおいて、かれらの伝統文化のなかに現代欧米文化が狂気じみた速度で侵入しつづけており、そこで精神分裂病という新しい狂気が発生しつつあることを知った」。ここで彼が精神分裂病といっているものは現代流にいうと急性多形性精神病、古くは非定型精神病のことをいっているのではないかとと思われる。これは荻野が最初に研究した心因反応から急性分裂病へとつながる一群の意識野の構造解体をきたす疾患群である。

三つ目は、「特殊な文化が、精神医学体系をはみ出すほどの特殊な精神病を生ぜしめたり、病型のちがいにまで関与するほどの力をもっている」という事実を知ったのは、わたしにとっては、さきに述べた東ニューギニアにおける民族精神医学的調査以後のことである。しかしながら、こういう新しいまなこでみていくと、いままで出会っていないながら、はっきり映じてこなかった事柄が、あざやかにみえてくる場合も少なくないように思う」といい、1968年からそれまで南知多病院で診ていた日間賀島と篠島の患者たちの比較調査を行ったことである。

日間賀島と篠島の患者は南知多病院に来るのであるが荻野自身パプア・ニューギニアでの体験を経るまで両者の違いについて特に意識することはなかった。しかし調査を終え帰国してから両島の違いを意識するようになり、分裂病患者について比較してみた。その結果、日間賀島には破瓜型分裂病が大部分を占め、篠島では妄想型が多くを占めた。そして両島の歴史的文化的環境が大きく異

なることを知った。日間賀島では小型の漁船で島の近くで漁をすることを昔から続けてきており、外部との交流は盛んではないのに対し、篠島は伊勢神宮との特別な関係を飛鳥時代から持ち特権を与えられ江戸時代にははるか南方にまで出漁していた。そして現代も外部との交流は盛んである。こういった相違が分裂病の病像の違いに影響をもたらしているのではないかと考えた。

1969年に荻野は「現存在分析」と「文明と狂気—精神病は何を語るか」を出版した。これらは荻野の研究のありかたの大枠を表明するものである。状況の中で個々の人間を捉えていくということと、文化により精神病像は大きく異なるということが統合されつつある。荻野はそのことについて次の如く述べている。「このような精神医学的方法は、ごく身近な文化現象のなかにも、重大な精神病理学的事象が秘められていることに気づき、その事象の意味を問い、とりわけその事象が文化的状況全体において、なにに向けられているか（なにを志向しているか）をあきらかにしていくことにほかならない。わたしはこのような方法を、ここで現象学的方法とよんでおこう。そしてこの方法にもとづく比較精神医学を、わたしの造語にすぎないが、現象学的比較文化精神医学と名づけようと思う」。

## 6. 金沢大学教育学部赴任

現象学的比較文化精神医学という精神医学の方法論をみいだした荻野は1970年から1973年の間金沢大学教育学部へ赴任する。この間に奥能登の精神病患者についてのフィールドワークを行い、その後東京都精神医学研究所へ移った後も奥能登の研究調査を続け1977年に「過疎地帯の文化と狂気—奥能登の社会精神病理」を出版した。その研究は現象学的比較文化精神医学という方法論を用いた荻野の集大成というべき研究となった。そこでの方法は奥能登で患者の住んでいる地域の歴史と文化をローカルな形で描き出し、患者の家族環境、生活歴を本人家族などから聞き、精神病状態における患者の語りを記述現象学的に記録する。そして患者の状況の中での主観的内面を描き出していく。同時に患者の育った地域の文化と現代日

本の文化状況との関係にまで考察を広げていく。その具体的な様子を簡略に述べてみる。

荻野は金沢大学で教鞭をとる傍ら奥能登における文化と精神病理のかかわり方に関心を抱くようになり、奥能登の宇出津病院精神科で入院中の患者たちと接するようになった。そして、まず最初に奥能登では憑依性精神病が極めて少ないことに気づいた。そしてそれは奥能登に深く広く信仰されている浄土真宗が影響していると考えた。

またメランコリー親和型うつ病の発症状況では現代文化的状況の流入と祖先伝来の伝統的文化の象徴としての家、土地、故郷といった文化一般の喪失が顕著にみられた。

破瓜病者たちについて能登半島の先端に近づくほど分裂病における破瓜病者の率は高まり46パーセントにもなった。珠洲地区は過去において北前船の行き来する極めて豊かで文化度の高い地域であった。それが明治以降陸の孤島となり過疎の辺地となってしまった。この過去の栄光と没落の歴史がいまだに奥能登の人々のこころの中に息づいており発病した破瓜病者の自閉的虚構的生き方に影響しているのではないかとしている。

また、妄想病患者は大都市へ出て行ってから発病したものが大多数を占め、この状況はタイやニューギニアの小都市のような西欧文明が急速に流入しつつある地域での妄想病患者の多発と極めて類似している。奥能登の妄想病患者の発病状況はかなり共通しており、大都市で孤立し、危機的疎外感を体験したときなのである。このような過疎地帯から大都市へ赴き発症した妄想病患者たちには、今日の価値基準の動揺と多様化の状況（アノミー状況）が如実に窺われ、同時にこの状況下で自分が依拠すべき、あるいは依拠したい価値基準そのものが見失われている現代人の危機、一言にして自己同一性の危機が露呈されているごとくに見えるのであるとしている。

そして、文化的影響が最も深刻であると思われ

る急性精神病について次のように述べている。「急性精神病者たちは、それぞれ独自の生活史を背負って大都市に赴き、そこでかりそめの自由と解放を得るのであるが、しかしそこでの生活が異郷での彷徨であるとき、すなわち精神分析的にいて、その都市の文化との同一化に成功しなかったとき、彼らの全存在はふたたび、家と土地とがある故郷を志向するようになる。それはふつうには、郷愁やホームシックの形態をとることであろう。しかしここで、帰るべき家や故郷のなかにも深刻な葛藤内容が内蔵されているときには、家や故郷は、郷愁の対象とは異なった別様の意味を帯びてくる。すなわち、ここで急性精神病者たちは、郷愁の対象にもなりうる故郷との同一化にも失敗せざるをえないのである」。慣れ親しんだ文化との断絶と異文化との同一化の失敗は意識野の構造解体をも来す精神への衝撃であることから文化は精神にとって極めて大きな存在だといえる。

「ごく身近な文化現象の中にも重大な精神病理学的事象が秘められている」ということばに象徴されるように、患者と密接に結び付く微小文化ともいべきものが患者の精神病理と深くからみあい病像形成することを明らかにすると同時に、そのごく身近な文化現象がさらに大きな文化に巻き込まれており、地域と大都市における文化の違いと歴史的時間における文化変動の大きな渦に巻き込まれているのが個々人の精神であることを表明している。

荻野は奥能登での研究ののち「状況の精神病理」を著し、その後は大きな仕事はしていない。この荻野の開拓した現象学的比較文化精神医学はその後幾人かの人文的精神医学研究者に影響を与えたが、その後はごく一部の文化精神医学者が継承しているのみである。このような稔りある壮大な精神医学が日本で開拓されたことを誇りに思うとともに荻野の精神医学をどのように継承していくのか、それは今後の大きな課題である。

## 書かれたことを書かれたままに読むことは いつでも正しいか

北野病院 山 岸 洋

精神病は脳病にほかならないと19世紀の精神科医たちが言ったのは、経験的に実証された事実をもとにそう主張したわけではなく、精神科も医学部の中の立派な構成要素だと認めてもらうためにはそう言うしておくが必要だと彼らを感じていたからだと思えなくもない。まだ生まれたばかりの精神医学は、神経（内科）学の一領域としてまずは地歩を固めていく必要があったのである。そうしなければ、精神医学は、医学の中で周縁的な位置に追いやられることになってしまっただろう。そうした事態は今でもなんとか回避できているようである。その意味では、世の人々が脳科学に寄せる期待というものもありがたく感じなければいけないのだろう。

他方で私たちが現在診療している患者の多くは、精神病と神経症とのどちらかと言えば、神経症の人たちである。薬物療法などの身体医学的な治療（だけ）を施してよくなっていく患者は、比較的（もしかしたら圧倒的）少数である。そもそも精神が病気になることなどありえない、病気になることができるのは身体だけだ、というクルト・シュナイダーの見方からすると、私たちが今治療している相手のほとんどは、病気ではないということになる。このような状況の中で私たち精神科医が自分は医者であるというアイデンティティを保っていけるのだろうか心配にもなる。

\* \* \*

ある種の精神現象は病気の表われだと認められている。このときその精神現象と病気（身体現象）との直接の関係が示されなくても、その現象が他者にとって心理的に了解できないものであれば、それは病気によるものだと見なしてかまわないというのが、ヤスパースの主張であったとされる。この主張が20世紀の精神障害の分類体系に大き

な影響を与えてきたことは確かなことである。だが、個々のケースの診断で私たちは本当にその原則に従って、この人は病気なのか、そうでないのかを決めているだろうか。

私がここで問題にしたいのは、ヤスパースの言い方を文字通りに受け取る人たちに見られるちょっとした外れな議論である。書かれたことや語られたことをそのまま受け取るということは、必ずしも語った人の意図を正しく理解することにはならない。マニュアルや教科書に書かれていることをそのまま硬直的に理解しようとする態度をリテラリズム literalism（直解主義あるいは直解的態度）と呼んでもよいかと思う。

リテラリズムが私たちの目につくようになったのは、いわゆる操作的診断法が導入されて以降のことかと思われる。DSMに書かれていることと一字一句違わないようなケースだけにその診断名を与えようとする若い医師たちを、昔ながらの診断に慣れきっている年長の医師たちはかなり違和感もちながらも、時代の流れかとあきらめて眺めていた。それでも、診断マニュアルを研修医があまりにもひどく硬直した形で適用しようとするときには、何らかの注意を先輩の医師が与えるといったことがあったかもしれない。DSMに関しては、まさにそれ（リテラリズム）が新たな診断方法の主張するものだという認識がほとんどの人にあったから、そういうことが日常的に起こっていたとしても、ひどく深刻な問題は生じなかったように思う。場合に応じてその柔軟な適用が必要であるということは誰の目にも明らかだった。

リテラリズムによるもう少し深刻な（というのも、気づかれていないからだ）影響が見られる例として、クルト・シュナイダーのテキストの読まれ方を挙げてみようかもしれない。たとえば

シュナイダーは『臨床精神病理学』の冒頭で、精神医学の対象の概略的な分類体系を挙げている。この見取り図を、彼は精神医学の求めるべき理想として提示しているわけではない。彼はここで、現在の（彼がテキストを書いた当時の）精神医学がだいたいこのような形で精神障害の分類をしているのだということを描写しているにすぎない。この表に彼の強い主張が含まれると見るのはかなりの外れのことでないかと私は思う。ここで彼は、こうすべきだとかこうでなければならないということを行っているのではなく、ただ（巷では一般的に）こうなっているということを行っているだけなのではなからうか。

同じことは、同書の中のシュナイダーの統合失調症の診断論（とりわけ有名な一級症状の議論）についても言える。シュナイダーは、一級症状が統合失調症の本質的な症状であるといったことを述べているのではない。ただ、精神科医の申し合わせ、あるいは習わし（規約）として、統合失調症の診断はこうになされているのだということに彼は指摘しただけではないだろうか。私の読み方がやや偏っている可能性は私も認める。ただ、彼の統合失調症に対する見方は甚だ規約主義的なものであったことは確かである。その意味では、DSMの操作主義の源流は明らかにシュナイダーに存在する。

ちなみに、この規約主義的な態度を一切無視して、シュナイダーのテキストを文字通りに読んでしまった代表格は、日本の満田久敏であったかもしれない。満田はドイツでシュナイダーに会った際、「あなたの言う一級症状は、統合失調症よりも非定型精神病に多い」と指摘した。これに対してシュナイダーはひどく不機嫌な顔をしたらしいが、この話のかみ合わなさには満田のリテラリズムに原因があるとしか私には思えない。シュナイダーにとって統合失調症は、ただ規約をもって定義された仮説的カテゴリー（コンストラクト）にすぎず、満田の求めたような疾患単位（実体）とは異なる次元にあるものだった。満田はそのずれをまるで認識していなかった。

\* \* \*

ヤスパースのテキストも、DSMやシュナイダー

と同様、文言どおりに読まれてしまうところが大きいにある。精神科医としてのヤスパースと言えば、了解と説明の二分法がすぐに連想されるが、私の同僚が最近こんな議論をしているのを見て、私はかなり違和感を覚えた。その同僚が言うには、複数の医師が患者を診察した場合、医師によって了解する能力の差があるので、ある医師が了解不能とした現象を、別の医師は了解可能とすることがあるだろう、そして了解の範囲は医師の学識や人生経験のようなものに大きく依存するものであるから、了解という診断の道具はかなりあてにならないものかもしれない... そんな内容であった。

この議論は、個々の診察者の了解能力というのが、たとえば将棋の段位のごとく計測可能であるように扱っている。ヤスパースが了解という言葉で示していたものは、そこまで具体的に実体として描かれるものとは私には思えない。了解とは、人間に備わっているごく一般的な能力による営みであり、その能力の個性性といったことは度外視できるように思う（了解能力指数？ 考えられなくもないが）。つまり了解可能か不能かは、ある意味で、規約としての構成物としてすでに習慣化されているものであり、個々の場合にそのつど私たちが判定するようなものではないというのが、本当のところではないだろうか。実際、私たちは診察の場面である種の典型的妄想の存在を確認したとき、それが了解可能かどうか検討をあらためてはじめるようなことはふつうない。

ヤスパースにとって了解という概念が自分のオリジナルのように思っていたということはありえない。それは了解がディルタイから借りてきた概念だからだとかいった意味ではない。そうではなくて、ヤスパースは19世紀の精神医学の主要著作を読み込んでいて、そこにたえず書かれてきたことの最大公約数として了解不能性というものを病理現象の特徴として取り出したのだろうという意味である。

\* \* \*

精神病は（脳の）病気である、なぜならそれは了解不能だから、という私たちにはお馴染みの主張を、リテラリズムに陥らずに理解することはけっこう大変なことなのかもしれない。

## 研究所使用状況

H29.	1.	5	心理集団療法	13	心理集団療法
		11	心理集団療法	16	天神連句会
			医療心理学研究所 詳読会	19	心理集団療法
		12	心理集団療法	20	心理集団療法
		14	福岡社会福祉研究会	26	心理集団療法
		15	天神連句会	27	心理集団療法
		18	心理集団療法	5.	10
		19	心理集団療法		医療心理学研究所 詳読会
		25	心理集団療法	11	心理集団療法
		26	心理集団療法	13	福岡社会福祉研究会
	2.	1	心理集団療法	17	心理集団療法
		2	心理集団療法	18	心理集団療法
		8	心理集団療法	21	天神連句会
			医療心理学研究所 詳読会	24	心理集団療法
		9	心理集団療法	25	心理集団療法
		15	心理集団療法	31	心理集団療法
		16	心理集団療法	6.	1
		18	福岡社会福祉研究会		7
		19	天神連句会		8
		22	心理集団療法		10
		23	心理集団療法		福岡社会福祉研究会
	3.	1	心理集団療法		14
		2	心理集団療法		心理集団療法
		8	心理集団療法		医療心理学研究所 詳読会
			医療心理学研究所 詳読会		15
		9	心理集団療法		18
		11	福岡社会福祉研究会		天神連句会
		15	心理集団療法		21
		16	心理集団療法		心理集団療法
		19	天神連句会		22
		22	心理集団療法		心理集団療法
		23	心理集団療法		28
		29	心理集団療法		心理集団療法
		30	心理集団療法		29
	4.	5	心理集団療法		心理集団療法
		6	心理集団療法		7.
		8	福岡社会福祉研究会		5
		12	心理集団療法		6
			医療心理学研究所 詳読会		心理集団療法
					8
					福岡社会福祉研究会
					12
					心理集団療法
					医療心理学研究所 詳読会
					13
					心理集団療法
					16
					天神連句会
					19
					心理集団療法
					20
					心理集団療法
					26
					心理集団療法
					27
					心理集団療法

- |     |    |              |     |              |
|-----|----|--------------|-----|--------------|
| 8.  | 2  | 心理集団療法       | 29  | 心理集団療法       |
|     | 3  | 心理集団療法       | 30  | 心理集団療法       |
|     | 9  | 心理集団療法       | 12. | 6            |
|     | 10 | 心理集団療法       |     | 7            |
|     | 16 | 心理集団療法       |     | 9            |
|     | 17 | 心理集団療法       |     | 福岡社会福祉研究会    |
|     | 19 | 福岡社会福祉研究会    |     | 13           |
|     | 20 | 天神連句会        |     | 心理集団療法       |
|     | 23 | 心理集団療法       |     | 医療心理学研究所 詳読会 |
|     | 24 | 心理集団療法       |     | 14           |
|     | 30 | 心理集団療法       |     | 心理集団療法       |
|     | 31 | 心理集団療法       |     | 17           |
| 9.  | 6  | 心理集団療法       |     | 天神連句会        |
|     | 7  | 心理集団療法       |     | 20           |
|     | 9  | 福岡社会福祉研究会    |     | 心理集団療法       |
|     | 13 | 心理集団療法       |     | 21           |
|     |    | 医療心理学研究所 詳読会 |     | 27           |
|     | 14 | 心理集団療法       |     | 心理集団療法       |
|     | 20 | 心理集団療法       |     | 28           |
|     | 21 | 心理集団療法       |     | 心理集団療法       |
|     | 27 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 28 | 心理集団療法       |     |              |
| 10. | 4  | 心理集団療法       |     |              |
|     | 5  | 心理集団療法       |     |              |
|     | 11 | 心理集団療法       |     |              |
|     |    | 医療心理学研究所 詳読会 |     |              |
|     | 12 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 15 | 天神連句会        |     |              |
|     | 18 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 19 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 25 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 26 | 心理集団療法       |     |              |
| 11. | 1  | 心理集団療法       |     |              |
|     | 2  | 心理集団療法       |     |              |
|     | 8  | 心理集団療法       |     |              |
|     |    | 医療心理学研究所 詳読会 |     |              |
|     | 9  | 心理集団療法       |     |              |
|     | 11 | 福岡社会福祉研究会    |     |              |
|     | 15 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 16 | 心理集団療法       |     |              |
|     | 19 | 天神連句会        |     |              |
|     | 22 | 心理集団療法       |     |              |

---

入会案内

---

入 会 案 内

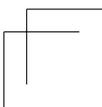
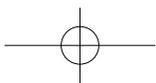
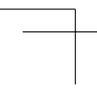
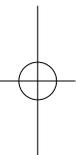
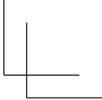
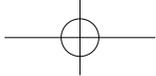
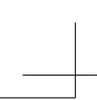
本研究所の活動の一環として「福岡・行動医学研究会」を主催しております。会員の皆様には次のようなご案内をさせていただきます。

1. 本研究所主催の研究会のご案内
2. 「福岡行動医学雑誌」の配布及び雑誌への投稿（無料）
3. 研究所の無料使用

会費は年間2,000円です。ご入会ご希望の方は、本研究所宛ご連絡のうえ年会費を以下の口座にお振り込み下さい。

郵便振込 01790-8-791

加入者名 福岡・行動医学研究会 代表 林道彦



## 編集後記

平成29年9月、福岡行動医学研究所初代所長中尾弘之先生が逝去された。平成元年から15年間、当研究所所長をしていただいた。「福岡行動医学研究所」の命名も先生によるものである。

中尾先生の留学時代からの友人となったハンス・アイゼンクは行動理論の提唱者である。中尾先生の研究はアイゼンクの行動心理学の影響を受け、生理学実験で神経症の動物モデルを完成させたものである。心理学を生理学とドッキングさせ現在の脳科学の礎を築いた一人である。「行動医学」の提唱は、個体と環境を重視する先生の思想の表れでもあった。研究所の活動に中尾先生の意味が受け継がれていくよう気持ちを新たにしたい。

中尾弘之先生のご冥福をお祈りします。

(記 林 道彦)

福岡行動医学雑誌 vol.24 No.1 2017

発行 平成30年3月1日

発行者 医療法人  
うら梅の郷会 福岡・行動医学研究所

〒810-0001 福岡県福岡市中央区天神2-13-17

恒松ビル9階

電話 092-722-0606

FAX 092-722-4139

印刷・製本 ダイヤモンド秀巧社印刷(株)