

福岡行動医学雑誌

福岡行動医学雑誌

Journal of Fukuoka Behavioral Medicine

第25巻 第1号 2018

Vol.25 No.1 2018

医療法人うら梅の郷会
福岡・行動医学研究所

Fukuoka Institute of Behavioral Medicine

目次

巻頭言

精神科医の元気な辞め方は大変？	松尾 正	2
-----------------------	------------	---

特集1 私の患者様の治癒率は？ —治癒とは何か？

孤独な精神科医の第二治癒率論	福田 明	5
精神科における「治癒」を問う—街角の精神医療から—	内村英幸	22
精神科の病気の治癒とは何か	中嶋 聡	26
鉄橋の下を流れる川／「治癒」について	菊池慎一	30
治療の残り香、治癒のその先	坪内 健	35
治癒とは？	石川和弘	42
統合失調症の自然治癒を論じることをほんとうに避けうるか	横田謙治郎	47
回復から治癒へ	松尾 正	53

特集2 私の読書体験から

2018年 私の読んだ本	中嶋 聡	55
この一年間：私の読書体験から	田北昌史	63

原著

「生の哲学的人間学」(ルートヴィヒ・クラーク)の精神症状学への寄与について	古城慶子	65
ハイデガー「言葉への途上」を読む	大月康義	73
個人症候群再考—ヤップ文化精神医学への回帰—	大月康義	84
健康診断にやってくる身体	杉林 稔	97
臨床学徒よ見よ、透過と力と反射を— Rümke,H.C.「本能、元型、存在論的 であること、一省察」(1958年)からの精神科臨床の方法論的探究—	横田謙治郎	103

特別寄稿

私の精神医学的変遷史(1)—草創編—	生田 孝	120
私の精神医学的変遷史(2)—物理編—	生田 孝	126
精神科医の過剰な能動感	山岸 洋	131

研究所報告

研究所使用状況	133
---------------	-----

入会案内

編集後記	林 道彦
------------	------

精神科医の元気な辞め方は大変？

福岡・行動医学研究所 松尾 正

医者は終身が美德？
しかし、患者様にとっては大迷惑？
僧侶や聖人ではあるまいし・・・

温厚さ、包容力が老人医師の魅力、老人力かもしれないませんが、その分、加齢にともないあらゆる治療力、つまり知性や体力、気力、集中力の持続は当然、減退してゆきます。午前中の患者様は、「そんな、松尾先生、若くてとっても元気じゃない、引退なんて」と笑って冷やかしながら励ましてくれます。しかし、夕刻近くになると、「先生、とっても疲れているんじゃないの」と心配そうに労ってくれます。64歳7ヶ月の現時点では、「僕が僕であるのはお昼の12時15分までよ。ほら、もうすぐするとバッテリー警告灯が点滅して頭も目もかすみ、手も振えて動かなくなるから、ね」と患者様に告げ、なるべく午前中の受診を勧めざるをえない老衰ぶり、老廃ぶりなのです。

もともと前院長との約束にて、私は65歳で現役引退。以後、私の患者様はいずれ遠い将来に新院長になられるはずのご息女に引き継がせていただく、という予定でした。が、おもいもかけずにその世代交代、院長交代が早まり、かつ私・松尾の患者様は私自身で引き継がざるをえなくなりました。といっても、月曜から土曜日までのフルタイム出勤をこれ以上、65歳を過ぎて継続することは到底不可能です。ついては、とにかく患者様の整理、といっちは物を扱うようで大変失礼なのですが、その患者様の総数をなんとか減らしてゆかねばなりません。

すでに数年前から第一線医師からの引退、つまり「常勤医からパート医になり、かつ、いままで通りの確実な診療行為、つまり出勤時間帯には必ず在院し、受診OK、電話相談もOKというような現役常勤医ではなくなりますよ。今後は本来、出ているはずの曜日、日時でも、事情によって

は・・・おそらく体調の加減で居ないこともありえますよ」、ということを患者様に説明し、一緒に今後の診療をめぐって相談し合ってきました。

もっとも気軽な方、地を這うような治療関係をとっくの昔に卒業し、高原を吹き抜ける爽やかな風のような治療関係になっておられる方。そんな患者様は、「ああ、それは本当に松尾先生、ご苦労様です。いいです、先生が来られなくなったら私もそこで通院を辞めますから。先生が医者を辞めたら自分も患者を辞めますから・・・そもそも、最近薬もほとんど使っていないから」とあっさり、清々しい笑顔のお釈迦様、または聖母マリアのような患者様。そんな方も結構、たくさんいらっしゃいます。なんとなく、私自身としては「もう先生はいらない」といわれたような寂しいような、ホッとしたような・・・いわば治療者と一緒に患者様もお役目終了・・・自然的共同終診の方なのです。

私が医者をするために、これまで来院され受診されてこられた方。ご自身の治療のためではなく、私を医者として存続させてくれるため・・・まさしく、患者様に支えられて成り立つ精神科医業なのでしょう。

でも、一番多いのは、「じゃ、何曜日になりますか？来年春以降は？なるべくこれからは松尾先生の居られる曜日、その日時にきますから」と、今後も私との治療継続をご希望される方。しかし、週数日の限られた平日の午前中・・・夕刻以降や土曜日などは、今後、私の診療不可能ということの説明し、その曜日・時刻にしか来院できない方、つまり多くの勤労現役の患者様については、なるべく同じ釜の飯を食べた先生方に・・・つまり、私の治療方針、治療理念を自然に共有できる後輩の諸先生方に、この1、2年、全力を振り絞って紹介状を作成させていただいた次第です。しかし、あと半年に迫った現在、その紹介能力、つまり紹

介状作成能力も疲労衰退枯渇し、現在では「なるべく松尾受診、それが不可能な場合には新院長による代診をうけてくださいね、でもなにか重要な相談の場合にはかならず仕事を調整してでも松尾の午前中に受診してくださいね」と説明し、なんとなくお茶を濁しながら、穏便に患者様のご承諾をえるようにしている状況です。

もっとも、こういう状況説明、つまり「基本は松尾主治医、臨時では新院長代診医」で、という私からのお願いを了承しつつも、患者様自身の方からこれに対する自衛行為、つまり自主的な担当医交代を自然に成就されようとなさる方も散見されます。つまり、こっそりと自然風に、しかしおそらく意図的に私不在のほんのちょっとした隙に、つまり火曜日の夕刻や土曜日の隔週休診日に限って来院され、新院長の治療を受けられる、といった自然的治療者交代を目指されている方もおられます。そんな方々には、私もやさしく、しめしめと心の底で思いつつ、「うまく新院長に乗り換えてね」と密かに激励させていただいているのです。自然的代診医がそのまま自然に自然的新主治医へと移行、成就しますように、と。しかし、もちろんその分、新院長にはご負担をかけてしまうのですが・・・そうでなくても前院長の患者様を丸ごと抱え込まれており、その上に私の患者様まで加わることになり、新院長には本当に申し訳ないのですが。

さて、一番の問題は、このような自然的共同終診でもなければ自然的治療者交代でもない方々、つまり「それは困ります。松尾先生でないと不安です」と自然的共同終診も自然的治療者交代も困難な方々。これらの方々はいわゆる松尾先生の患者様として、現在進行形で治療継続中・・・病状は一進一退でさらに今後も治療者と患者様が一緒になって改善に向っての具体的対策を模索し続けないといけない方々。まだまだ現役医師が必要な現役患者様。しかし、結局、私自身の共同治療能力が確実に老衰し、枯渇していく中、もはやそんな退役医師には現役患者様を支えることが困難となり、結局、治療的損害、不利益を患者様に与えかねなくなります。いわゆる退役医師による治療的老害、老齡医師の治療的弊害が発生するわけで

す。外科医の手の振えを抑える外科用ロボットのよう、頭の震えを抑える精神科用ロボット AI が登場すればいいかもしれませんが・・・しかし、そうなると皆、医師は失業ですよ。

現役医師としての私を必要とする、これからも現役であり続ける患者様には、自然的ではなく人為的な治療者交代が必要です。かくしてこの数年、私と患者様との間で、ひっきりなしに次期治療者探しとその新治療者への紹介状作成、そして送り出しに没頭してきた次第です。私を第一に必要とする現役患者様、その方々に一番の損害、不利益を与えかねない治療者側の要因とは、いうまでもなく健康リスク、つまり突然の病欠勤です。精神科医になって40年間、私自身の記憶では一度も病欠勤はしませんでした。もちろん病欠になりましたが、左腕には点滴しながら患者様の診察をさせていただいたり、机に座れずに腰痛牽引体操で腰を浮かせながら診療したり、突然の突発性難聴では一時診療中断、多量飲水と地下街駆け足ウォーキングにて10分で完治させたりと・・・そもそもあやしいインフルエンザはすべて単なる風邪なのです。窓を開放し、寒風換気を切らさないようにして・・・

医者も看護師も、自分がインフルエンザになると、患者様を前にした診療行為をしてはいけません。そもそも病院にきてはいけません。しかし、患者様は当然、インフルエンザでも内科はもちろん、精神科も受診されます。患者様は病院にゆかねばなりません。当たり前のことです。

しかし、もう無理ですね・・・と一年前からすっかり悟りの境地なのです。無理をすると命を賭するというのではなく、出勤不可能、机について会話すること不可能・・・という具体的な状況の危機が迫っていることは身に染みてヒシヒシと・・・一年前には、それでも自分でなければ役目を果たせぬ自分の診療日、つまり患者様の上司や遠方からわざわざ来院される患者様の家族との相談会が設定されたあかつきには、出勤不可能な体調に鞭をいれ、必死の形相で出勤し診療。しかし、その最中に患者様が「先生、大丈夫ですか・・・もう、お休みになられては」とまっとうな診療にはならず。結局、そのやさしい患者様に

巻頭言

は「今後はますます、このような無様な診療でご迷惑をかけることが多々おきそうだから」とのことでご了解をいただき、信頼できる後輩精神科医のもとに紹介させていただいている次第です。

かくして、いざ欠勤となれば多大なご迷惑をおかけすることになる患者様には懸命の説得につとめ、全力で紹介状作成し、その内容見本も患者様にお渡しし、患者様のご了解を得たうえで、私よりもはるかに治療能力に長けた若々しい、後輩精神科医のもとに送り出してきました。そして、この人為的治療者交代劇は、なんとか成功裏のうちに収束しつつある現状ですが・・・それでも気がつけば現在の私の受け持ち患者様の総数はまだ優に500名以上・・・現在では以前の治療中断後の新たな出戻り患者様、すなわち一年以上たって再度受診する患者様のために、むしろさらに増加傾向にすらあります。

すでに人為的治療者交代を成し遂げる活力というか治療的エネルギーというか紹介状作成能力と

いうか紹介意欲というか・・・そんなものすら減退中ではや枯渇しつつあります。かくして、これからは自然減、つまり自然的共同終診か自然的治療者交代へと自然に、なるがままにまかせるしかない状況です。

前院長が良くおっしゃっていました。「なあ松尾、クリニックは始めるのはとても簡単。でも本当に大変なのは続けることだぞ」と。しかし、その前院長に私は言いたい。「本当に本当に大変なのは、元気なうちに精神科医を辞めることだよ」と。命を賭して精神科医を続けるのではなく、なるべく元気なうちに、自然に、かつちょっとだけ人為的に・・・

でも果たして半年後、この私達にとっての最後の雑誌が発刊されるころには、一体、その元気は残っているのでしょうか？命は賭されていないでしょうか？

平成30年10月21日 記

孤独な精神科医の第二治癒率論

稗田病院 福田 明

大喜利というわけでもないが、今回の松尾正さんからのお題は、治癒率に関するものだが、初見、他人のことはいいから、私自身の医者としての世間順応度はどうなのかという意地悪な問いが隠されてあるように、ふと思ってしまった。今はもう松尾さんはそれほど意地悪ではなくなっているのかもしれない。その私の世間順応度は、あいかわらず、モノ欲しくないわけではないにもかかわらず（ほぼ完全に孤立して、一見、超然または脳天気としているかのようでも）、かつてよりさらに悪化している可能性があるのだが、それはもはやどうでも良いこと。ただ、モノ欲しいから組織適応度が上がる場合もあれば、モノ欲しすぎて、疑心暗鬼になりやすく自ら首を絞める場合もある。今回の問いは、そのような医者にもかかわらず、恐れ多くも畏くも（本当にそうだ。正直、あいかわらず初診は怖かったりするものである）、受け持たせていただいた患者の臨床に関連した、ついに窮極の何事かである。

だから、この設問の着眼点は、一見、小気味よく痛快なのだが、我々はかなり痛いところを突かれているわけで、あえて、患者と買い物外したり、あえて、患者の作業所見学や、グループホーム見学に同行したりして、おのおのが、パソコンの前から逃げ出したくなってしまいうのも全く仕方がないこと。私など、常日頃より、何かにつけそんなたぐいの方法でパソコンの前から逃げだして、後にしたパソコンのことは、もうそれっきり、なかったことになるのが関の山なのである。ところが、そんな時はかすかな自己欺瞞感がありながらも、実際、すっかり晴れ晴れとしてしまっているのだ。これは、いわゆる「免罪符としての患者様」という重要な概念であるが、あの松尾さんが、患者をあえて患者様と呼ぶのは、なにも、大人のたしなみでも、伊達や酔狂でもなく（そういうも

のとは無縁であるのが松尾さんの玉に瑕とも考えられるが、違うかもしれない）、このありがたい我々にとっての免罪符機能に、全ての精神科医に思いを馳せてもらいたいがゆえではなからうか。また、我々の、人としての生活も医者としての存在意義も学的功績も、神様・仏様・患者様のおかげであることが当然含意されている。私は、その免罪符機能をやや乱用する傾向があるため、診療情報提供書より長文の記述の仕方が、このところ分からなくなっているのだが、しかし、現象学的思惟とは、裏を返せば、明らかな臆見でもまずは括弧に入れ、とはつまり価値判断は一旦保留し、明らかなそれだとしても頭ごなしに却下するのではなく、その臆見の成り立ちをめぐって考察が展開されるような本来極めて他者に優しい思惟なのであり、私にも臆見ならいくらでもあると思い直して、今まさに牛歩の歩みで行きつ戻りつしながらこのように、結局、道草稼業なのである（今なすべきことではないことに、むしろ精が出がちという意味）。また、単に、私的臆見は、無邪気で面白いということもあるだろうし、実際、気取ったさかしらな話など誰も聞きたくないし、くどい説教じみた文言には、ためになりそうな話でも拒絶反応が生じてしまうわけであり、福岡行動医学雑誌ならそのたぐいのものも、論考としてとりあえず受理してくれるような気がする（断言しよう、仮に受理されても擁護は一切してくれない）。その場合、現象学的結論は「この私だ」ということになり、超越論的には「見ての通り」または「行間にこそ明示される通り」となる。つまりまさに、「この人を見よ」なのである。ニーチェの場合が「なぜわたしはかくも賢いのか」だとしたら、私の場合には、「なぜわたしはかくも愚かなのか」とまではいわないが、「なぜわたしはそれほど賢くないのか、齢を重ねているし、書籍を繙くことは怠らないのに」という若干の違いはあるが（しか

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

し、実際は、ついに、書籍らしい書籍を繙くのも怠りがちなものだから、何をかいわんやである)。よって、ただ虚栄を散りばめすぎたり、虚飾を着込みすぎたり、または卑下を弄しすぎたりしなければ、それで御の字なのである。「謙遜は最大の自惚れである」とは、野見山見さんが分かりやすい皮肉ではなく、若者へのエールとして言いはなってくれたことである。「自惚れは最高の謙遜なのだ」という意味合いがそこにあるわけだろうから。そして、多少なりとも、倫理的な何かが表立った意図とは違って、あたかも脇汗のように滲んでくるようなら、自分にとっても無駄な営為ではなかったと思えるはずだ。ところで、脇汗は、私の若いころからのテーマである。想像はしてくれなくて大丈夫だが、研修医のころは患者を前にして白衣の下で脇汗が滲むどころか、ほとんど蝦蟇の油のように流れていた。私はたぶん患者を前にして、進退窮まっていたのだろう。だから、その脇汗の克服こそが、まさに精神科医として熟達するための努力目標だったかのようですらある。その結果が、単に厚顔無恥になっただけとしたら、冗談にもほどがある。松尾さんの言葉を借りるなら、笑いごとではない。

たとえば、臨床における倫理の具体は一体どうなるのかは、たぶん薬物療法以上に重要だと思われるのだが、ここでは問わない。「語りえぬものについては、沈黙せねばならない」という「論理哲学論考」の結論に、上野豊吉さんのように、こだわらざるもりのないのだが結局そうになってしまう。ちなみに、その精神科医でおそらく唯一のヴィトゲンシュタイン論者である上野さんは、沈黙するために、過剰引用におちいる。過剰という言葉すら穏当に聞こえてしまうほどの、上野さんの引用は、自身の沈黙をこれでもかと補強するためになされる。そして、やがて、上野さんが何を沈黙しつつ示そうとしているのか、我々には皆目見当がつかなくなってゆく。大海原からの謎のつぶやきを運んでくる久遠の波のように、書物の大海からの引用があくことなく繰り返されるかのようであり、沈黙の輪郭は、やがて波打ち際の足跡のように消滅してゆくのだ。それこそが上野さんの唯一

の狙いだったかのように。ゆえに、上野さんの論考には、重苦しい意味ありげな沈黙感は喪失され、ことごとく、徹頭徹尾、意味が意味としての焦点を結ぶ前に、何かを恐れてあわてて蒸散してゆくような、読み解こうとしている我々は、あくまで虚空をつかまされ続けるかのような、軽やかなウルトラポストモダン感に支配される。我々は、いまだに松尾さんの「沈黙と自閉」にあまりにとらわれているのだが、実は、上野さんが最もそうなのではなかろうか。上野さんは、かつては、ヤスパース学者である鈴木三郎教授に師事する哲学徒であったらしいのだが、それゆえ余計に、「沈黙と自閉」の衝撃はあたかもトラウマとして機能するようになり（なんと「哲学」が精神病理学徒により手玉に取られようとしているではないか）、その機能的トラウマからの回復努力として、ウルトラポストモダンな、過剰引用をおのれに課し続けるかのようだ。ヤスパース自身は、ハイデガーへの両価的感情、ある種の嫉妬的感情で苦しんだのだが、上野さんはヴィトゲンシュタインを援用することで、ある意味で、松尾さんとの対峙を、転向するがごとくに回避したとも言える。つまり、上野さんはおのれの心の師ヤスパースより、良い意味でも悪い意味でも、ほんの少しだけ不真面目だったということなのだろう。しかし、そのウルトラポストモダンな不真面目さにもかかわらず、上野さんは、沈黙を（仮に沈黙こそ倫理的な身振りだとすると、倫理的な何かを）先送りにするために、律儀な引用作業の努力をやめられない。つまり、倫理的な何かを先送りにすることこそむしろ倫理的なのである、否、メタ倫理（倫理の母体）の不断の創生なのであるといわんがばかりに。

もちろん、実際は、語りえないその事情は人それぞれである。終わり方は、あくまでその人込みでの、とりあえずの結論めいたものとなるはずだ。だから、単に作文として語りえるのは、その人となりはあくまで抜きにした、他者へのバトンタッチがいかようにも可能な、中途半端にしか受肉されていない非結論的で開放的な（批判誘導的、反論可能的な）何かである。それが、仮に倫理っぽいものにすぎないとしても、おのれにとっては、

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

倫理的な自己奨励や自己評価または自己規制や自己批判めいたものがなければ、やっていることが無価値以上に有害なものになってしまう恐れがあるような気が若干するのだ。そしてそれは、大袈裟に言えば、「反時代的考察=反道徳的考察」となるかもしれない。なぜ、反時代的なものが反道徳的になるのか。今が極めて道徳優先の時代だからである。道徳すなわち空気を読むことに習熟することが貴ばれる時代である。暗く切ない絶望感を否認するようにした、つまり明るい希望をはらむ弁証法的な思惟の出る幕のない、捨て鉢の、近視眼的な、フェイク・ニュース誘発的なジャパン・ファースト的で排他的な雰囲気息苦しいほどに鬱蒼と辺り一面に滞留する状況において、今まで以上に同質圧、同調圧が高まり、同質であることの確実な証となる、これまで経験したことがないほどの露骨な忖度が社会に蔓延する時代であって、必然的に長と名がつくものたちはおおむね格好が良くなり睨みを利かすようにして尊大で威圧的である。醜く尊大な者ほど、それを目印として、馬鹿にすることが必帯している（こんな深慮のないやり口がどうせお好みなのでしょうの）忖度をしやすいがゆえに、長たちは、よりグロテスクにそうってしまう。長たちは漠然とした自然的承認とは無縁なために、さらに忖度による力づくでの直接承認を呼び込む。太鼓持ちが、その者を心底から馬鹿にしているからあのように底抜けな芸が出来るように、忖度は、本当はこれ以上見たくない、見られたくない、関わりを持ちたくないからこそ、常識が骨抜きになるほど露骨にそうしたくなるのだ。多くの人々は、その者らを人生の参照者とはしがたいだろう。もはや一瞥するだけであり、あわてて顔をそむけざるをえないがゆえに、反面教師にもならない。そのようにして階層間の交通がなくなってゆき階級闘争はついに起こらず、社会の停滞的なカースト化が進むのである。かつて満ち足りていた四国の山奥の村人たちのように、階層化社会でも資本主義的ではないリア充があり、物語が閉域で完結すればするほどリア充が多彩に充実してゆく。つまり、道徳とは忖度しながらも馬鹿にする仕方、馬鹿にしながらも忖度する仕方の洗練として擬制的に物語化され

たものである。というような、どこかで聞いたことがあるような話の廉価版のような話は誰も興味がない（ということくらい私は承知しているから、私はそれほど愚かではないはずだが、嬉し気に書いてしまうくらいは愚かなのだろう）。だから、以下は、あたかももったいぶって曖昧で散乱的で時に不快な論述となって、いやでも下手くそな「徒然草」のようになってしまいそうだ。下手くそでも、むしろそうならばおおむね妥当だと思われるのだが、実は、私はそこまで精神科医にまだ通暁していないし（大学からこのかた友人が極めて少ないし）、文学が本当にこの世にあるのかどうかさえ分かっていない（文学の文と非文学の文の区別がつかない、だから、文が学になる理由がわからない）。

松尾さんの問いは治癒率であり、治癒率を語るうえで最も重要なのは、言うまでもなく、精神科における治癒とは実際いかなることかということである。本格的な切迫したうつ病が、治癒し始めたことの端的な目印となるのは「死にたくなる」ということだろうか。自傷が繰り返される「死にたい病」は難治性のうつ病なのだろうか。死神に憑りつかれているのかのようでも、うつ病なのか。死にたくなるのは、ほとんどはうつ病のせいだろうか。うつ病ではない希死念慮はだれがそう認定してくれるのか。単純に、死にたくなるのはすべてうつ病のせいとして、何か不都合なことがあるのか。医学的にそれではあまりにいい加減すぎるといっただけのことか。つまり、精神医学の面子だけなのか。顔に泥を塗られることで、無病息災になることもあるのだが。うつ病は、練炭自死や無理心中、または、死刑を目論んで通り魔的に誰でもよかったと供述される殺人なども関連がなくはないのだろうか。世間の耳目をひく諸方法で、端的にあくまでいたずらに死が志向されてしまう可能性がある精神疾患、すなわち、運命や人生行路の意味深い、円谷幸吉さんの自死のように悲劇的な自己完結的な終焉としてではなく、単に精神疾患により乱暴にもたらされる、病的な死に直結しかねない病態（樽味伸さん言うところの「犬死」）であることも主たる一因として、い

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

まや広く人口に膾炙するものとなっているといえる。このところは、それでも、「心の風邪」などと、パステル調で微熱的な、場合によっては、宮崎駿的なサナトリウムの転地療法が想定されているかのような、メルヘンチックでさえあるような製薬会社が作成した抗うつ剤のパフレットの表紙の風景画がしっくりくるかのようなうつ病のイメージでは、ほとんど語られなくなっているのは、不幸中の幸いだろうけど、そのイメージも、うつ病の裾野を拡大することに大いに寄与はしたと思われる。製薬会社、およびその企業活動と利害が一致する精神医学界の何者かの目論見通りと言いたくなる者がいたとしても、誰もそうとは言わない。思っただけで満足して、いまだかつて誰も言っていない。そんなにどうでも良いことではないにもかかわらず。「患者の掘り起こしのための啓蒙活動」という言葉に、ほとんどの精神科医が強い嫌悪感、不実感を抱くだろうに。

整形外科におけるロコモティブ・シンドロームや皮膚科のAGAのように、うつ病は、認知症とならび、精神医学と世間とを架橋するという意味で、虎の子の精神疾患とも言えるのだろうか。そのせいで、いわば自死の意味は、考察の対象ではよりなくなったかのようだ。すべての自死は、あたかもうつ病という精神疾患ゆえであり、それ以上でも以下でもなく、まさにうつ病により（犬にはちょっと失礼だが）犬死に追いやられることになったかのようだ。精神医学が、さらに自死さえも忌避すべきものにしたのではなかろうか。精神科が、他科の職業的な基本的死生観に歩み寄ったともいえる。しかも、他科では、あくまでも職業的な死生観なのだが、精神科では、扱う対象が精神そのものであるわけだから、心身二元論が失効していて、職業的二重見当識は機能せず、生粋のわだかまりなき生物学的死生観になってしまうかのごとし。

かつて、木村敏さんは、自死したおのれの女性患者の死を、主治医としては無意味なものとはどうしてもみなしえない、むしろ患者における自死の彼女固有の意味は主治医として十分に認識でき

るという、その者の自死を悼みながら、悼むがゆえに、肯定するような（自分だけは肯定してあげたいとの切実な思いが滲んでいると感じられる）内容での論考をものにしたが、いまやそのような論じ方などほとんど夢物語なのだろう。すかさず炎上する恐れさえある。自死とは、とりまおさずうつ病治療の失敗であり、その失敗をあたかも肯定し、医療の責任には無頓着であるかのようなとんでもない考え方だなどと。かつては、犯罪精神医学のみが世間とのつながりに過ぎなかったのかもしれないが、そして当時は内輪でもマスコミ精神科医などと揶揄する雰囲気があったが、いまやその世間との微妙な関係さえも懐かしいくらいだ。

他方、実際にはそんなことはしないけれど、しばしば死にたくなるくらいに辛くて、意欲を出せない状態が根強くあって、心身がとにかきつくて横になっていても安らぐことはなく、周囲からすすめられる気晴らしの外出は、そのきつさを理由に一向に踏み出せず、たとえば、たまに母親が付き添うことがあった際、その母親が診察室で苦笑したりすると、「ほんとに苦しいのになんで笑うのよ」などと訴えが強くて（以前に一度だけ、母親の首を絞めたことがあって入院になったことがあるらしい）、かつてならおそらく抑うつ神経症（または回避性人格障害者の抑うつ状態）とかみなされるだろうような、表立っては決して微小的にも罪業的にもならない、というような病状を呈する40代後半のその男性患者は、8、9年前に、4年間は服薬なしで仕事ができている、その後は長くうつ状態が続いており、前院では主治医との関係が悪化したということで、抗うつ剤とクエチアピンの比較的大量投薬内容にて、当院に転院してきたわけだが、赤く上気し消耗した相貌で、溜息とともに両手で顔を覆いゆっくりと顔を擦る、ちょっと画一的な動作が繰り返される、週一回のたいがい「ダメですわ」といった風情で首を傾げながら入室してきて、ほぼ愚痴（どのような現状打開的なこともことごとくできないことの、うつ的な理由をしばしば陳情する）のような話を聞かされる診察が繰り返され、1～2ヶ月程度入院

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

も二度あったが一向に改善はせず、本人は、たまに治らないことに苛立ちを示すことがありながら、こちらもたぶん意地になっていたと思うが（この医者もやっぱりそうなのだ、予想通りお手上げなのだ、というその事実のみを確認するための、患者の生の術中からめとられたりはしないとの覚悟のもとに、というほどでもないが）、元来私はかなり短気なのだが、治療関係の堪忍袋の緒が切れるようなことにはならず、感情的破綻の剣ヶ峰で踏みとどまり（やはり、というほどでもないが）、ほとんど3週～4週で、ああでもないのね、やっぱりこうでもないのねの、抗うつ剤と少量の抗精神病薬と炭酸リチウムの組み合わせはほとんど無限にあるということでの薬物調整を継続していて、生活費の蓄えも底を尽きかけつつある状況で、見切り発車で面接に行き仕事再開を強引に目指すも上手くゆかず、いよいよというときに、訴えの泣き言の度合いもかなり強いものに達した外来で、「やるだけやってだめなら生活保護となるのは仕方がないでしょう、まさにそういう人のために生活保護はあるわけだから」とまあ、通り一遍といえば通り一遍のことを、その泣き言の度合いに呼応するかのように、その焦慮に冷や水を浴びせるかのように、いつもの受け身で、のらりくらりとかわすようなものではなく、若干、突き放すような、若干、けつをまくるような、話をした翌週から、明らかに目覚ましく抑うつ状態は改善していて、本格的な仕事へもほとんど速やかに復帰し、すでに1年以上仕事は続けられているという、ちょっと印象的な患者がいたが、医者の言葉が回復のきっかけだったかのように、つまり、壮大な治療的ツンデレが効を奏したかのようにも見えるし、また、母子関係における愛憎模様もありそうだったが（分からず屋の母親に、何としても分からせたいが、分かってくれないがゆえなのか、母親なりの心情に由来した心配、共感の抱きかた、表し方が常に微妙に、絶妙に、患者のツボを外しまくるがゆえなのか）、この人は、内因性のうつ病だったのだろうか。結局、抑うつ神経症らしきものも、たいがい内因性なのだろうか（とってしまうのは、DSMにより、すでに首根っこを完全につかまれてしまっているがゆえかもし

れない）。抑うつ神経症の場合、しばしば分かりやすい表現形での抑うつ状態への、疾病利得的な係留状況があるのかもしれない。急速に回復した後の母子の様子は微笑ましくもあるほどで、母親は、あたかも、息子にはもうほとんど匙を投げていましたが、よくまあ治って社会復帰までしてくれました、というようにやや恐縮しつつ、やはり若干恐縮した風ながら、ゆとりさえ感じさせる温和で人の好さげな息子に寄り添っていた。つまり、特段、母親が薄情そうでも絶妙に意地悪そうでもなかった。利得のない疾病はないと思われるが、それは、どの疾病にも利得があるかのように周りが感じようとしているだけなのかもしれない。苦しくなったら、疾病利得というわけだ。一見しての利得性の背後に隠蔽されてしまうこともある。いずれにしろ、分かりやすい疾病利得だとしても、利得性には無頓着で、結果的にその片棒を担ぐくらいが治療的に望ましい場合があるわけで、それは、たとえば、精神医学的ギグナーズラックが起こる一つの要因だろう。医者による分析的な指摘があっても、患者は、だいたいそんなことはあなたに言われなくても分かっていますよ、の場合が多いのかもしれないし（少なくとも私の場合はたいがいそうだ）、医者が指摘してくれたので、患者の医者への気遣い、思いやりから、知っていても、知らなかったように振舞われた挙句、実際に知らなかったのだと思いこまされているだけの場合もある。えらい人の高説にはそんなところがある。知らないという立場を内容以前に我々は強いられるのだ。あなたたちは何も知らないでしょう、知らないのよね、に誘導的に頷ける者しか、高説は高説として聞けない。つまり、あたかも知を独占しているかのようにして教え導いてゆく治療は、むしろ分からない状態、治りにくい状態を強化することもあるような気がする。

パニック障害の場合はどうか。パニック障害が治るとは、たとえば冷や汗や動悸が誘発され、できれば回避したい閩門トンネルの通行を、同型天井の筐子トンネルにおける天井崩落事故のことが頭をよぎることはあって、瞬間的に天井を見上げてやっぱり怖いなど現実的な恐怖心を抱くことが

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

ありながらも、ほとんど葛藤なく通過できるようになった状態だろうか。というか、その者の基本的な活動範囲、最低限の生活圏が回復してきたら、少々の苦手領域、回避状況があっても、苦手分野があったほうが、むしろ得意分野がより際立ち秀でてくるなどと、訳知り顔で、しかしエビデンスにはまったく基づかないことを語ったりしつつ、パニック障害はだいたい治癒したと判断し、患者には、ほとんど自力でパニック障害を克服したようなものだから、「私はこうしてパニック障害を克服した」という本をあなたは書けますよ、だから、今後必ずや精神科の薬からの脱却も可能になってゆくでしょう、薬からの脱却まで書けたらもう完璧ですから、などと第二克服努力を奨励するようなこともあるはずだ。

認知症の治療について、フランスでの主要な抗認知症薬が保険適応から外れたことなど、あたかもなかったかのように、日に日に増大している印象の認知症専門医の一大勢力が今やあるわけだが、サルトルやフーコーのいたフランスのあり方が、もちろん常に我々に先行しているわけではないし、ろ（ラカン日本人には精神分析は必要ないと言った）、認知症治療の実際を見直す機運にさえないのはいたって不思議なことだ。認知症の精神科における、徘徊事故予防的行動制限的治療を軽視するつもりはないし、また、家族に向ける認知症ゆえの病的易怒性に対するの隔離的対処療法は、家族の認知症関連事態からの全面的解放につながるものなのかもしれないのだが、そのような認知症への隔離的行動制限対応以外では、むしろ、他科医のほうが、お年寄りには優しいそうで、またなんとなくお医者然としていて箔があって治療的だ（すなわち、認知症治療において、精神科医は「隔離する者」としてしか意味をなさない可能性がある）とまでは言わないが、精神科医はあまり優しくなさそうに見えてしまうのはどういうわけだろうか。臨床的に優しさに治療的意味が見出せないということなのだろうか。治ることのない臨床にやがてときめきがなくなるのか。優しさというバイアスがかかると、プロトコールに則った薬物治療に悪しき陰りが忍び寄るがごとく

で、研究的には、ありがたくない想定外の結果が出てしまうような気がして、優しさをあえて封印してしまうようなことがあるのだろうか。優しさのようなものは、本格派の医学者にとっては甘っちょろくて、若干、虫唾が走って、また科学の厳密性にとっては仇にしかならないのか。加えて、他科では臨床においてそれ自体は無色透明な即物的検査データを駆使するがゆえに、つまり医術を算術化、計量化できるかのようで一見あるため、必然的にそこそこクールに見えるだけであり、即物的データとは無縁で、原理的に計量化不能の精神科医にはクールさの根拠はなくて、たとえば統計学的考察には戯画的な雰囲気があり、したがって精神科医のクールさもどことなく戯画的なものになりやすく、ということは、たぶん、クールさの意味が精神科では転倒されており、クールさはむしろ素人、初心者指標になりやすいわけである。また、基本的に患者に対して常に優しい構えだと、手強い精神科の患者の本音や魂の叫びが堰を切ったように医者に向けて流れこんでしまうがゆえに、それでは身が持つわけがないということで、またそういう関与の仕方は症状を持続させやすく実は治療的ではないという根拠希薄な説のもと、病棟に長居はせず追いつがる患者を振り切るように医局へと舞い戻ってゆくのが当然のことになってゆくこともありうる。しかし、このところ、かつてに比し医療における精神科の存在意義が落ちてきたような、医療における精神科のあつかいがさほど難しいものではなくなったような、さらには、きわめて軽率なものになったような気がするのは、私の個人的感想だから、全くそんなことは良いとして、幾星霜、かつては精神科には、分裂病の守護者や理解者や管理者や同伴者のような、特異な、一般医療からは敬して遠ざけられざるを得ないような雰囲気があったと思われるのだが、かりに、30年後には、精神医学が、老年医学や心身内科学と見分けがつかなくなっても誰も何も困らない。我々の自発的な歩み寄りなのである。

強迫性障害の治癒とは、他でもなく、強迫観念がなくなり強迫行為がおさまることだろうが、治る強迫性障害もあるのかもしれないが、私におい

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

て強迫性障害はほとんど“不治の病”である。ある強迫傾向がある青年患者に（その者は高校の頃より飛蚊症に悩むようになり、やがて白紙が見られなくなって大学受験も配慮してもらい薄暗がりの中で受けさせてもらったりしたのだが）、主治医として率直にとにかく強迫性障害はきわめて治りにくい病状なのですと告白したところ、思いの外、その患者にがっかりされたことがあるから、その後はそういった治療敗北宣言はひかえるようにしている。その患者の、妙な躁状態における数度にわたる万引き行為が罰金刑となり、薬の加減の必要性もあつたりして母親の希望で大学病院に入院したが、逃げ出すようにすぐに退院となって、やがて母親は明らかにその青年に関する心労がたたり抑うつ的となって、患者の弟の宗教がらみのすすめで、四国の、頸中心の治療であらゆる疾病を治癒にいたらしめると謳う、たぶん理学療法主体のある病院に母親が入院し、うつ状態が悪化して三か月後に母親は戻ってきて、その母親の世話や家事の一部を患者が多少しなければならなくなったという状況があつて、当然ながら、今や語られるテーマは家族のことばかりであり、自身の強迫症状は語られなくなっている。もちろん、語られないから強迫症状が軽減したわけではないのだろうが、強迫症状はあたかもなくなったかのように、やや露骨な生活指導が以前よりはしやすくなっている現状である。先ごろの外來では夕方にウォーキングを始めた。以前より、主治医が母親の治療のなかでついでに青年にもすすめていたことであり、患者の処方へのこだわりには辟易しながらも、そのこだわりに応じた処方調整をもったいぶってしてあげたら、あたかも、律儀なお返しのようにそうしてくれたのである。ところで、SSRIは強迫性障害患者の一体何を改善してくれるのだろうか。多くの強迫性障害患者との治療経験があれば、SSRIは、時には明らかな効果があつて治癒に導くことの大きい助けになるのだろうか。効いたためしがないにもかかわらず、あまりに未来志向で、つまり今度は効くのではとの期待をつねに胸に抱きながら、裏切られた過去は、効かないこともそりゃ当然ありますよとの一見もっともな言い訳を自身にしながら、こんなに効

かないのはちょっと違うのではという感覚だけは芽生えさせず、SSRIを使い続けているのではないのか。あたかも、SSRIのストーカーのごとく。中井久夫さんの論説を参照し、統合失調症の発症に拮抗するものとしての強迫性障害と考えれば、SSRIよりも量次第では抗精神病薬のほうがまだしも有用性がありうるのではないか、などとうがった考え方にもなりそうである。単純すぎて共感はほとんど得られないと思うが、苦肉の策として、SSRI+抗精神病薬の処方も試してみたいとなるのも人情。私の場合、強迫性障害の治療経験が多くないため、まったく印象による話にすぎないが、ほとんど印象のみのエビデンスに基づかない治療の選択は日常茶飯事だと思うがどうか。それとも、自分にとって効かないと思われる薬が、効くと教科書的、製薬会社的に言われている限りは、エビデンス至上主義で、訴訟沙汰になった場合のことも多少は念頭におきつつ、これでもかと思つたのが医者役割を全うするうえでは重要なのだろうか。石の上にも三年で。やみくもにSSRIを信じて。教える立場になるとそうなりやすいのかもしれない。もしもの時には、自分にも火の粉がかかってくるのだから、どうしても、防衛的な教え方のみならず防衛的な学問のあり方にさえなってしまう。防衛的な診療の在り方を、基本の望ましいことと教えていると、自分自身にも、それを教えることになってしまう。向精神薬は、使う医者の持ち味によっても効き方は微妙に変わってくるような気もする。たとえば、アリピプラゾールなどは、抑制効果はほぼなく、より賦活状況を招きやすいようであり、私には苦手な薬の一つだ。しかも、医者さじ加減は、させるだけ損とばかりに、完全に否定するあのデポ剤の量である（そりゃあ誰だって嫌がって、ドクターショッピングという名のセカンドオピニオン、サードオピニオンを求めますよ）。私におけるアリピプラゾールの使い勝手の悪さは、私の関与の仕方が、それを助長している可能性があるのかもしれない。妄想を聞きすぎると治療的ではないという通説があるが、妄想の語りを沈黙（無視や無言の注視や睥睨）でもって応じるのにはいまだに非常に抵抗がある。

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

そうまでして統合失調症は治さないといけないのか。分裂病者から病をとりはらい分裂者としたのではないか。じゃあやっぱり、分裂病の治療はそんなに目くじらを立てなくても良いのよねって確実に思いましたし、やっぱり、非真面目な真面目さでもって、非懸命的な懸命さと、粘り強さとは異なる粘りで、非沈黙的沈黙をあくまで保持しつつ、非治療的な治療を粛々となしてゆくべきなのであると、完全に我が意を得たりでしたからね、私などは。これで確実に医者も患者も楽になりました。家族もたぶんそうだろうし。三方一両得。めでたしめでたしとか。だから、妄想非無視的関与が自分には合っているとしか言えない。かなり前のこと。今は亡き初老の分裂病患者との入院中のやり取りで、若かりし頃に居住していた首都圏の部屋の隣人より電波攻撃を受け続けているとの話は以前からあり、それを提訴するために門前払いにもめげず複数回警視庁に行ったことがあるほどだったのだが、その妄想話に関し否定的な意見を私が述べた際に、「そんな風に言われて私がどういう気持ちになってしまうかあなたにわかりますか」と普段とは違って、プレコックス感の岩盤に亀裂が生じ、感情性が一挙に噴出されるように、ちょっとびっくりするほど明確で切実な抗議をされることがあって、その時私は本当に絶句し、今思い出したが、その時私はその患者に心から謝った。その時から私は、基本的に妄想便乗的、妄想前提的な話しかなくなり、かつての隣人からの電波攻撃による心身への特別なストレスに対する心身保護的な投薬という内容説明になったのだが、安易に妄想否定的な意見を述べることの精神有害性を、その時、嫌というほど思い知らされた。薬は治療における武器だけど、武器たる薬を多彩に縦横無尽に使えるようになるのも、一つの理想的な精神科医の在り方だろうが、私は、若干手前味噌になるかもしれないが、手前味噌というよりだれも振り向いてくれない、悲しき自己正当化、自説正当化なのだが、なんとなく苦手になって使いづらい薬が増えてゆくほうが、より好ましい、さらに理想的な精神科医の習熟の仕方のような気もするのだが、ただ手をこまねいているだけの、(治療的)無為無策なのかもしれない。

さて、統合失調症の場合はどうか。私は研修医時分にある先輩から、「あなたがそんな風に言うように、本当にそれほどきれいに治ったとしたら、それは分裂病じゃなかったのよ」と、ひどく意気消沈させられることを言われることがあった。その際、私は思い上がりの鼻柱を見事にへし折られたわけであり、だから、その先輩に対して異様なプレコックス感を抱いたものだが、この先輩に関して、九大ゆえに、いたずらに辛い臨床を強いられ続ける過程で、師匠の長年にわたる多彩な教えへのリアクションとして、底意地の悪いひねくれが骨の髄まで染みついたため、いたいけな後輩への教育的かのような実質嫌がらせとして、訳知り顔で、カビ臭い自説、または被りに被った師匠の言葉を、ここぞとばかりにことさらに言い募ったにすぎないのだろうと私は考え、その時はワインの力を借りてようやく留飲を下げたのだったが、その安ワインのせいでこたま頭が痛くなった。しかし、その「治ったら分裂病にあらず」という考えは、その後から、あたかも根本的臨床評価判断基準のように、または、お前は精神科臨床の現場にいる限り、悲観的かつ否定的自己評価しか根本的には抱いてはならないのだとの呪いのように、あたかも残存し続ける安ワインの頭痛のように、執拗に私に付きまとい続けている。治ったら分裂病じゃないとなると、今回の設問であるところの治癒率の問いが、ほとんど愚問となってしまいかねない。「治ったら分裂病にあらず」という原理から導かれる結論として、たとえば松尾さんならば、逆説的に治癒率が低い医者が、つまり、統合失調症に関しては、治さない医者が、より誠実かつ倫理的であるという結論を、すなわち日本広しといえども福岡行動医学雑誌でしか通用しない暴論的な結論を期待してくれるだろうか。このところ見聞きするものが、ことごとく、くそ真面目過ぎて、肩がガチガチに凝っておりカルテを見る目が霞んでしまう、本当は絶対に暴論好きであろう編集長ゆえにありえない話ではない。照らされていない灯台の下の暗がりこそあえて照らすように、論述することもかつてはしばしばあった編集長であるがゆえに。とにかく、今回の松尾さんからの課題は、統合失調症の治療に関することが主

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

たる関心事なのではなかろうか。なんといっても、分裂（病患）者との治療経験こそ精神医学の根本体験というわけなのである。たとえば、発達障害、自閉症スペクトラム障害関連の事柄は、言及しなくても文句は出ないのだろうか。それとも松尾さんにおいてさえ無視できないものになっているのだろうか。障害の治癒率とは文言としてあり得るのかどうか。

ところで、我々は、発達障害と聞いて、やや及び腰になるのはどうしてだろう。統合失調症と聞いて、少しだけほっとするのはどうしてだろう。ともに、十人十色、広いスペクトラムが呈されるのだが（しかし、九大ではかつては軽い分裂病という表現は許されなかった。九大には、そんな不自由で興味深い時代があった）。どんな疾患もそうといえそうだが、他の疾患は、百聞は一見に如かずの度合いはやや低いのかもかもしれない。発達障害では、生きづらさを精神医学の比較的新しい疾病概念により（精神医学では疾患概念の流行り廃りが著しいのだが）自ら理解し納得しようとする、やや性急な前のめり感が示される場合もあるが、それが若干の苦手意識につながっているのだろうか。多重性人格障害の場合のほろ苦い経験があるからか。我々が忙しさにかまけて（ということではなく、たんに精神医学的関心の指向性の応變的チューニングが下手なために）、慢性的に発達障害に関しては知識不足となっていて、発達障害患者自身のほうが常に発達障害の操作的知識にかんして優位なような気がするからなのか（は、時代から取り残されているという事実を言い換えただけかもしれない）。発達障害には、境界型人格傾向や若年性うつ病も含まれやすいし、統合失調症様状態も二次障害に含まれる場合があり、すべての精神疾患の基底にはなんらかの発達障害が存するという考え方がありえそうで、そういった考え方を広めてゆく野望を秘め持つ発達障害学者がいるような気が少しして、それは、先物買い好きな者の発達障害原理主義のような印象もあり、なんだかちょっといやな感じがするの。一方、統合失調症の場合は、診た限りは必ずすみやかに治療に入らないといけないわけではない場合もあ

るから、気が楽なのだろうか（どうせ薬も飲んでほもらえないし）。薬の使い方がかなり限定される気安さもあるのだろうか。精神医学の根本事象であるところの分裂病をこそ擁護してゆかねばならぬと、ある意味、古風に思っていて、精神科医としてやる気が出やすい者がいたりするのか。精神病理学において精神医学の根本体験と必然的にみなされるのは、この分裂病者体験が我々に、あたかも孵化したての雛が親鳥を従ってゆくべき存在として刷り込まれるように、記銘されるからであり、素朴に了解不能であることが、つまり、精神科の神髄が突き付けられるこのまたとないこの精神医学的原初体験において、統計学的理解や仮説的理解も、仮に教授の威光があったとしても、どうしても心底では腑に落ちることがないがゆえに（場合によってはまったく面白みを感じないがゆえに、そんなことするために精神科に来たわけじゃない、話が違うじゃないかとの思いもあったりして）、私やたとえば日本語臨床における横尾博志さんのように、現象学的退却つまり、学的「問わず語り」、学的「独言空笑」が生じてしまうというわけだ。それとも、エミール・クレペリンとオイゲン・ブローラーの著書は、やがて世界記憶遺産になってしまうのか。

認知症専門医は大いにいて、しかし、統合失調症専門医などは皆無であり、というか、かつては分裂病を診ない医者はクリニックなどに稀にいたが、大部分は分裂病専門医だったわけで、しかし、そう名乗らないのは、分裂病こそ胎盤のような双子的分有だったがゆえに、我らには、強力な精神医学的絆があったのだが、今や、分裂病者は統合失調症患者に姿を変え、我らの紐帯機能がそれ以来次第に機能不全を呈し、大きな物語としての分裂病がすっかり姿を消した後、鳥宇宙的疾患が点在する状況になっている。だから、あたかも、分裂病は、現代宇宙論における、ダーク・マター（暗黒物質）として機能していたがごとし。分裂病としてのダーク・マターの分厚い霧がきれいに晴れあがり、鳥宇宙がさらにくっきりしてくるようなのだ。精神医学を充填していたダーク・マターとしての分裂病の質量ある分厚い霧が晴れる

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

と同時に、精神科医の同胞意識はかくのごとく、なくなってしまう。つまり、分裂病治療でいろいろと不器用に苦勞していることが相互的な揺るぎない共通感覚だったかのようであり、いまや、ほとんど他の精神科医との共通言語がなくなり、対話が成立しなくなっていて、精神科医は相互不審が当たり前になったかのよう。精神医学が医学の中で鬼子的ではあっても、ひとつの強固な一塊の医学的イメージとして意識されていたのは、まさにダーク・マターのように精神医学にあまねくたちこめていた分裂病ゆえではなかっただろうか。いまや認知症と気分障害がその二大島宇宙だが、内因性の権化、分裂病がいなくなり、認知症は脳の変成であり、気分障害は神経伝達物質の量的問題である。内因性と分裂病が共に喪失され、広義のスピリチュアリズムの雰囲気は消失し、精神医学になら謎らしい謎がなくなり、根底が見極めやすい、とはつまり結果的に底の浅い学問に移り変わったかのようなのだ。分裂病の謎により謎めいた学問性が支持されるような学問は、学問を僭称してはいけけないのだといわんがばかりに。分裂病の謎との共犯関係は破綻した。あたかも我々はその共犯関係の中で既得権益的暴利をむさぼっていたかのよう。しかし、その暴利は謎めいた暴利であり、現在の製薬会社との分かりやすすぎる共犯関係などとは比べ物にならないくらいの、精神医学的リア充があった。

その共犯関係的リア充の典型が、木村敏（の例えば「時間と自己」）であり、中井久夫（の例えば「分裂病と人類」）であり、松尾正（の例えば「存在と他者」）である。分裂病の分裂とは何を意味していたのか。精神医学の未来を暗示する、特殊な予兆的名称だったのか。精神医学内を一身に担い、精神医学の分裂、破綻の歯止めになっていたという意味なのか。分裂という否定的名称をあえて身にまとい、我々の統合を強力に支えていたのではないのか。そういう苦難もあり、あるいは、分裂病自体がとにかく精神医学の王（または、精神医学的奴隷）の地位から退位したくて前々からうずうずしていたのだろうか。今にして思えば、そんな分裂病に急き立てられるようにして、放た

れざるを得なかった嚆矢が「分裂者」概念だったかのよう。「本当の謎はついに解明されずただ消えゆくのみ」なのか。分裂病とは、原因不明の人類史的な流行病だったかのようですらある。それとも分裂病受肉者たる人間が、ミシェル・フーコーの予言通りに忽然といなくなったのか。分裂病親和的な今までの人間がいなくなったから、根本的に人間が変化したから、本来、人間的な分裂病が消失したのか。分裂病の謎とは、結局、人間の謎だったのではなからうか。分裂病とともにその謎のペールも取り払われたら、現れたのは、認知症と気分障害と発達障害だったということだろうか。その三疾患が、妄想型、緊張型、破瓜型に、あたかも精神医学的役割分担として対応するかのよう。分裂病が一手に引き受けていたものを、分業的に担おうとして諸疾患の精神医学的意味が高じているのか。ということは、分裂病とは矛盾的に、つまり本来なら同居しえないものである三様態が混在するものだったのか。分裂病が、その矛盾的な力業で一塊化してくれていたにもかかわらず、分裂病により屹立していた巨大な精神医学的バベルの塔における、我々のリア充的な無責任な喧噪、学的享楽が精神医学的神すなわち分裂病そのものの怒りを買ひ、罰として、対話が成立しないある意味で医学的には至極生真面目でまともな小島宇宙の疾患が残ったのか。今となっては、分裂病は一夜の（百万夜の）夢だったかのようですらある。分裂病現象とは、一見すると明らかに病的現象なのだが、ならばとそれを極めようとすればするだけ、その病性が見えなくなってしまう特異な現象なのではないのか。生物学的精神医学でも同様に、病的現象の根幹を捕えようとすると、あたかも真夏のアスファルトの逃げ水のように分裂病は後退してゆき、それ以上の追究をあきらめさせてしまうような、つまり、医学的には病気とはみなしがたいものだったのだとの結論で終わりにさせられてしまうような、特異な病的現象なのだろうか。臨床においても、治療的に、というか治療的付き合いが深まるのであれば、当然、プレコックス感まがいの疎通不全感は金輪際なくなるのだが、それと相同的な事態が生物学的研究水準でも思弁的、論述的局面（分裂者で象徴され

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

る)でも起こらざるを得ないという特異な存在の仕方なの分裂病現象だろうか。臆見的な感じ方だと異常性が際立ち、近傍で、臆見が生じようがない感覚になると、その異常性が隠されてしまうのか。視覚優位での異常性と、肌感覚優位な場合の非異常性。だから、あたかも肌感覚的な直観把握的なプレコックス感は、実は、視覚的なもの、分析的なものにすぎない可能性がある。「美人は三日で飽きる、醜女は三日で慣れる」は明らかにハラスメントの一種なのだが、これもひとつの人間の謎として分裂病現象と関連しているのか。分裂病の謎は、人間が人間であることの謎である。だから、分裂病学がそのまま正確に純粹人間学批判となり、謎は謎のままであるほかない。

だから、統合失調症は、治ったら本当の統合失調症ではないのだろうか。たしかに治らない、治ろうとしてくれない患者がいる。大都会の有名私大卒業後、大都会での短期の就労後に発病的状況があり、帰郷してからは家族、血縁者との折り合いはすこぶる悪くやがて身内には見限られた末に亡くなられ、短期間の一人暮らしがあっただけで、結局、警察にバリケードを突破され踏み込まれる形での入院が二度あって今は長期間の入院となっており、入院中には、自分をアメリカ人風の名で名乗りまた英語及びカタカナにて記名することに固執し、アメリカ大使館に手紙を出すことは何度もあって、アメリカに帰郷するための援助を依頼するような出自妄想が呈され、看護師との関係はそれなりに良くて同伴外出もするのだが、医者顔を見るやいなや三白眼で鋭く睨みつけ、馬鹿、馬鹿と時に小声で時に発語なく口の動きのみで罵ることがたまにあり、そうじゃない時は、廊下に背を向けちょっと上半身を起こし気味にして、老いたクリント・イーストウッドが拳銃を弄んでいるかのようにしながら、静かにベッドに横になっている、取り付く鳥のないこの患者は、ここ10数年一向に治る気配はなく、この患者こそ筋金入りの本格的な統合失調症患者とみなすべきだろうか。それとも、とっくの昔に治り、治ったかたちがこうなのだろうか。自分のことをどれほどレポート用紙にびっしり詳述し提示しても、口頭で繰り返

し訴えても全く理解しようとせず、時には馬鹿にしたように鼻で笑うような医者どもはどいつもこいつも明らかに馬鹿であり、訴えを適当に聞いて適当に鎮く看護師は、まあまあ否定的な存在とはならないという感覚は、全く了解可能であって、ただ、「思い出したように、馬鹿、馬鹿、と基本取り付く鳥がない、少しだけアクターのような格好良さがなくもないこの感じ」がこの人からのプレコックス感ということになるのだろうか。

また、誇大的発明妄想を語ってやまないある女性患者は、大卒後に九大のとある基礎系の教室で研究補助員をしていた時期があるようで、そのことと主治医との縁を感じることもあったようだが、普段は、作曲妄想や建築設計妄想、入金妄想のたぐいを語り、ある日、唐突にルーブル美術館のモナ・リザのモデルは自分であると普段の語りと同じトーンで、いつものように放送でそう告知されたこと、慈愛に満ちた笑みを浮かべつつ主治医に述べるがあったし、時々思いだしたように天皇制の数か月後の終結を宣言するのだが、この人もどんなに薬を調整しても、尿閉を起こしたり、尻もちをついて脊椎の圧迫骨折を負ったりするばかりでなのである。私が主治医だった10数年は、抗精神病薬がほぼ無効であることを前医の処方の変遷および自身の処方経験から早々に悟られたため、験の落ち窪み（以前入院した他院において薬で一夜にして起こったことであり、だから薬で必ず治る）や爪の粗糙（現主治医の薬のせいであろう）や、治さないと訴える、死刑になる）などの訴えに応じるようにして多少の処方調整をするくらいで、それ以外はただただ妄想話を聞かされるばかりであり、たまに主治医からは思い付きの反撃的法螺話を口にするだけという診察であったのだが、ということはこの人も治らない統合失調症者の一人と言えそうである。ある時この人に、「叙勲までされた某大学名誉教授に、臨床で手を焼くあなたのことでおうかがいをたてたところ、何十年とあまたの患者を診てきた私でもこれほど治らない患者は見たことがない、ひょっとしたら、その患者は人間ではなく人間以外の知的生命体すなわち宇宙人の可能性がある、某放送局からの放

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

送という名の幻聴ということだが、本当は、異星からの未知なる放送を聴いているのかもしれない、という見解を述べられた。そして、ついに現代精神医学の改訂版の統合失調症の項目に詳細に症例掲載されることになった。」と告げると、再び、慈愛に満ちた笑みで満更でもない様子であって、この患者のほうがさすがに一枚も二枚も上手なのである。この患者からのプレコックス感とは、さしずめ、この身をやつした聖母の慈愛に満ちたかのような微笑に由来するものなのだろうか。ただ、モナ・リザのモデルというのはあなたが全くの妄想的嘘八百でもないのかもしれない。つまり、モナ・リザの謎の微笑みとは、モデルの女性が実は誇大妄想を有する者であり、この患者が有する笑みと類似性がある、誇大妄想に関連した得体のしれない余裕の微笑みゆえに謎めている、つまり、この患者のものと瓜二つの精神科医ならおなじみだけど手ごわい不滅の笑みである可能性は捨てきれない（しかし、先日あらためて問うと、自分がモナ・リザである、モナ・リザのモデルではなくモナ・リザなのであると若干ニュアンスが違っていた）。

今年、40歳になる男性外来患者は、大学在籍中に視線恐怖を強く自覚し、その克服のための努力を修行のように日々繰り返すこととなり、卒業後、家電量販店に就職したがすぐに辞め、それ以降、ネットで自分のことが流布されていると混乱状態がきたされ、その後より治療が始まったのだが、頭の中に読み取り装置が埋め込まれているとの訴えなどがあり、自宅にあったクレオソート（防腐剤）を飲んでの入院があって、退院後しばらくしてから本屋でのアルバイトを始めたが半年でやめ、直後にはトラックにバイクで突っ込んでの自殺未遂があり、風呂場で服を着たままシャワーを浴びていて弟よりしたたか殴りつけられたが薄ら笑いを浮かべていることがあって、再入院となったが、その入院中には、病棟の廊下の突き当りの分厚いガラスを素手で（空手経験者である）割ったりすることもあった。この当時がもっとも関係拒絶的な様子であった。自宅の生活に戻ってからは、瞑想と称して内なる自己を見つめ、おそらく（家族

の話では）内なる言葉を聴き入るようなこともしばしばで、唐突に大学のころの友人を訪ねてゆき安否を確かめたりすることがあり、家族も気が気ではない日々が続いたが、そのうち、公認会計士の資格をとるために、短期の専門学校に通い始め、その短期の通学が終了してからもそこで出会った一人の男性とたまにカラオケに行ったり、まれには某国立博物館に行ったりなどしばらくして、他はちょっとした家庭菜園の手伝いくらいで、やがてその友人との交際も途絶え、家事手伝いの自閉的時期があり、社会復帰に向けた主治医との会話の中で他の患者の体験談として何度か出たこともある、ドラッグストアの勤務を想定して、それなりに勉強を続けた後に、登録販売員の資格試験に合格したうえで、粘り強く（4回）面接を受け、今年の8月からついにドラッグストアのパート仕事を始めている。この人はとうとう治ったのだろうか？ 現状はもちろん全く予断は許されない。彼は、いまや寛解と見做してよいのか。もともと、本当に分裂病だったのだろうか。たぶんそうだったのだろうか。ところで、寛解とはいかなる状態なのか。寛解の大雑把な理解は簡単かもしれない。一見すると、なんら症状らしきものはなく、精神科の患者とは思えないのだが、精神科医からすると再燃の可能性が背景にほぼ常に覚知されるような危うさがあるような特異な状態だろうか。この青年患者もまさにそうだ。しかし、実は特異でもなんでもなく、精神科医であるがゆえに覚知できるのは、その精神科医が単にその患者の過去の病状の推移を熟知しているからにすぎない。勤務先と同僚からは、ちょっと天然で、おそらくはかなり浮世離れしているであろう、ちょっと古風な、他人を疑うことを知らないかの患者は時々つこまれるらしい。この天然感が、この人の寛解的な状態におけるプレコックス感か。主治医はそんなにつこみはできないが、突っ込む感じになると、若干、彼の表情がマジになってむきになる感じがあるため。ただし、寛解状態に導くのは医者ではなく、寝食をともにする家族の力が大きいように感じる。こういうことは言うてはいけないのだろうが、こと統合失調症の場合は、治療の実利をあげるためには、時間をかけて臨床に生真面目に精

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

を出すよりかは、主治医の話に聞く耳を持ってくれる家族ならば、家族としては、心配な点ばかりが目につきやすく悲観に傾きやすいわけであり、それでも対処してゆく意味を感じてもらうように、鼻薬をわずかに利かすような働きかけを経時的にしたほうが効率的なのかもしれない。治療効果誇示的に（単に自慢げに）このようなアプローチで治療の効果が出たという話は、完璧に眉唾物だ。医者がプロパーの接待などでうつつを抜かしている間に、あるいは、小難しい書籍や村上春樹の小説を読みふけている間に（どうせなら、大江健三郎の「同時代ゲーム」をもう一度読むべきだ）、治療は進展している可能性がある。とにかく、寛解という状態は、医療以外の要因が大きいような気がする。気がするだけだが。これは、寛解という日常用語的には意味が暫定的に理解しにくい、医療的なものが介在しているとはにはわかには信じがたい、つまり、より自然推移的であり、治癒場における不自然な医者という存在が勘定に入りにくい、曖昧な言葉の響きゆえかもしれない。ただ、一部は、私における根深いやっかみや逆恨みじみた怨恨からの言いがかりの可能性が大いにあることを急いで述べておく。

ということは、精神科医が、トリックスターのように患者の環界を潤滑させては、自身はその環界から消えてゆくように常に機能し続けてゆくような、アクロバティックな存在の仕方はさておき、我々ができることの基本は、医者・患者二者関係を上手く渡り合っただけでゆくことではなかろうか。統合失調症の場合は特に、反精神医学的な考え方ではなく、殊更には力づくで治そうとはせず、とにかく治ってゆくための時間稼ぎができるような治療関係を構築してゆくことが何より大事なような気がする。というのは、あれよあれよで自主的に治っていったらまさにこのうえもない天恵であり、治療関係を、患者にとって（ということは、医者にとってももちろんそうである）持続してゆきやすいものにしてゆくことこそが、可能な現実的診療のありかただと思われる。かつて木村敏さんは、自分が精神病患者に治療を施すのは、患者がさほど嫌がるわけでもなく外来に来るから

だ、つまり、なにも無理やり治療をしているわけではなく、治療を求めて患者らがやって来るから治療をしているのだと、その当時の時流にのって流行っていた反精神医学的主張を声高に繰り返す面々の問いに対して（やや苦しいかもしれないような）意見陳述をすることがあったらしい。精神科患者らが外来に来るのは、不都合なものの除去、制圧のような身体的治療およびその予防と類似したものを求めてではなさそうである。そうではなく、基本的には他でもなく木村敏さんその人に、ただただ会いに来るために、外来に訪れていたのではないだろうか。もちろん、向精神薬依存のような人もいるはずだし、この生活状況の経済的、家族関係的苦境を何とかして欲しい、とにかく私の話を聞いて欲しい、の人もいるし、親から促され渋々の人もいるはずだけど、過半は木村さんに会って、二言三言、話しをするために来ていたのではなかろうか。二言三言話しをすることの意義とはなにか。たとえば、患者も主治医も今よりもずいぶん若かったかなり前に数か月間の本格的な入院治療がなされ、ここ数年は小手先の調整だけで基本はほぼ不変の処方となっているその主治医と、いつもの調子でやり取りすることは、そのつどかすかに、アンテ・フェストゥムの切迫に差し水をするように抗う、ポスト・フェストゥムの「第二原点回帰」が起こっているのかもしれない。つまり、外来に来てくれるのは、この第二原点回帰の感覚が、患者と医者の共陰性的な共安全保障感、想えば保護室は遠くになりけり共昔日感、かつて若気の至りが随所にあったがゆえなどの共羞恥感、または、このやぶ医者がこのやぶ患者が、の共やぶ感に関連しているのかもしれない。とすると、「第一原点回帰」とは、発症状況を反復するかのような再燃状況である。雨降って地固まるばかりではないにしても、「再燃賦活正気付け療法」という、郊外の道路沿いの黒地に黄文字で書かれた小さな立て看板でおなじみの、いわくありげな民間療法かのような、胡散臭げな治療機縁もあながちありえない話しではないのだろう。それは、発症、および再燃からの回復過程のありようも治癒の分岐局面になりうるということだ。一部の製薬会社の、医者を小馬鹿にしたよう

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

な謳い文句や、おおかえ医者、何やらもっともらしくて人当たりがスマートそうで、多少、医師としては羨ましくなるような、売り込み動画などには惑わされず、でも一応参考にはしつつ、エビデンスはエビデンスに過ぎないわけで、数年の平均で治療成績を誇り名医の仲間入りをしたいのなら、完全にアルゴリズムなるものを墨守すれば良さそうだけど、この患者のこの治療であるわけだから、そうは問屋が卸さないのは仕方ないところであるがゆえに、抛り所がとほしい手探りの治療となりやすく、ということは必然的におそろおそるで、とは通説には反するものの、患者の病状に振り回されるように後追いで、まさに「免罪符としての患者様」の、大魔神化しての再降臨なのだばかりに（プレコックス感とは、埴輪を目の前にした時に抱かれる感覚に似ているという議論がかつてあったが、大魔神は明らかに「埴輪武装男子立像」にその着想を得ている）、また、大魔神の覚醒の元凶である悪党どもは成敗しつくしたにも関わらず、一度点火した怒りの炎は鎮まることのない大魔神によって、蹴散らされ逃げ惑う無辜の村人さながらに（って、そんなわけはない）、やや翻弄されながら、やや右往左往することを許容するほうが、心ある貴兄ら、貴姉らなら誰しも、一様に深く同意してもらえるかどうかは全く不明ながら、結果的に望ましいような気がする。その根拠は何か。それは大映の大魔神のプロットの展開そのものである。ゆえに、野見山さんの言うような、「役立たずで居ること」の意味も、かみしめてゆきたいところだ。役に立とうとするがあまり、生真面目ゆえの過度な治療の押し売りのせいで、幻聴助長的な薬剤性精神病なども生じやすくなってしまふ恐れがないわけではなく、「こんな薬飲んでたらよけい病気になる、だから飲まない」と、研修医の頃に言い放たれた治療拒絶的教訓も忘れたくはないものだ（当時は、何言ってんだと思っただけであったが）。

そして、なにはともあれ、プレコックス感だが、いくらリウムケはシュナイダーの1級症状に入れたかったとしても、それほどその存在を前提しようような単純なものではないと私は思う。人はだ

いたい見かけによらないものと相場は決まっていることからしてもそうだ。精神科医は他者を見分ける卓越した感性、眼力を持っている、わけではいささかもない。我々は、五月の柔らかい陽光が降り注ぐ心地よい草原でたまたま分裂病者にであうのではなく、対極的な、無機質な狭い診察室で、精神科医として分裂病者に会おうのだ。抗精神病薬黎明期前後のリウムケの生きた時代なら、精神科に入院させられることは、今以上に世間とはるかに隔絶させられるイメージが強かったのではないだろうか。また、小さいころからの躰で、母親の財布から小銭をちよろまかすようなことをすると、「警察の怖いおじさんが来るよ」とともに、浮かれすぎてまた感情が激し世の中のルールから逸脱するようなことをすると、「〇〇精神病院の車が迎えにくるよ」は万国共通の常套句だったろう。あなたの都合などは一応お構いなしに治してやろう、あくまで、こちらの都合としてはとりあえずどうでも治ってもらいたいと、ある意味で、治療的で操作的なスケベ心（職業的義務感や、功名心や、一向に消えない未熟な万能感の確認証明欲求）をもってして患者に関わろうとする場合に、患者は、ありありと手に取るようにその秘められた意図を察知し、強烈なプレコックス感の「素」を発するのではないのか。すなわち、独特の控え目さ内向性でもってしてささやかな抵抗を、まさに眼前の我々に向けて、ぶきっちょながら粘り強く顕わし続けるのではなからうか。もともと、本当に、患者らは治してなど欲しくない、精神科医になど関わってもらいたくないと切実に思っているふしがあるわけだ。再び、ある意味で、精神医学において実験的に弄ばれる可能性が高く、患者にとって精神科の内部は、当初は、「圧倒的に不利な状況」と感じるであろう。我々は、それほど遠くない過去に、風呂場の一部をリノベーションした場所でロボットミーをした者らである。その時、流された患者らの血と脳漿はいまだ我々の手に染みついている。というふうには鼻息荒く述べているあなたは一体何を言いたいのですかと問われると、特に何もありません、なのだが。

リウムケさんなら、そういうことをも含めて、

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

分裂病者はほかの精神疾患と明らかに異なりますよ。あなたにはいまだにそれが分かりませんか、と論してくれそう。いや、私もそうなのかなとは思うのだが、強烈な病識欠如、病識拒否、病氣じゃなくてあなたたちには分からないと思うけど人間の可能性の一つなのである、自分の人生の必然的帰結なのである、私ではなく、あんたらが病氣なのだ、というような感覚にもとづく姿勢くらいにしか今や思えないのであり、だから他者への窓を完全に閉ざし接近を拒もうとしているだけだ。このような感覚は、おそらく、患者ら自身と、松尾さんらとの交流を通して次第にそう実感されるようになった気がする。ただ、プレコックス感とは分裂病の本質的な対人接近本能の障害を如実に現わして、そのみで診断可能であるという直観診断の考え方には、研修医の頃から私はほとんど違和感しかなかったし、少なくとも、対人接近本能の障害と意味づけされたプレコックス感など一度たりとも感じたことがない。ということは、そのプレコックス感を感じられないのなら、そのような私は、はなから、ほぼ必須の精神医学的才能が欠如した、ということは常に的外れであることを宿命づけられた、世のため他人のため、つまり患者のためになりようがない愚劣な精神科医の部類に完全に入るのである、と思ったことはさすがになかったが、ちょっとした引け目負い目感覚はあったような気がする。私自身に、プレコックス感を覚知しえないようだと、精神科臨床で肝になる直観診断は不可能であるというような、精神医学に関する稚拙な誤読があったのかもしれない。プレコックス感とは、精神科医が自分の特異性は考えずに、自身の無垢性、透明性を無根拠に前提し、最初から、あまりに患者側の障害と考えてしまっている。つまり、プレコックス感とは、分裂病の脳病仮説を前提してしまっているのではないのか。分裂病は、プレコックス感云々以前に、単純に幻覚妄想があるのだから、どう考えても脳病としか思えない、という脳病仮説が抗いがたくしっくりしてしまう、ある意味で、精神医学的見の幅が狭くて深い者しか、接近本能の障害としてのプレコックス感を感じないと、ちょっとナイーブだがそう言いたくなる。本来は、脳病は前

提にはできないにもかかわらず、それを前提にするから、対人接近本能の障害という、これこそ了解不能の結論が導き出されるのではないのか。なのに、脳病仮説の前提は隠蔽され、あたかも対人接近本能の障害が即物的に特異的なものとして、曇りなき直観として先行的に把握せられるようにみなされるから、黙って座ればびたりと当たるかのような、感性的な直観診断のような考え方が出てくるのではないのか。これは、ご都合主義をそれとして自覚せずに適用してしまう、いわゆる「遠近法的転倒」の典型なのではないのか。

とにかく、新規薬を使うことに少し治療気分が刺激されるだけでなく、それ以外の治療的な何か（直接的には治療的ではないことだとしても、ある種、こじつけるようにして）に手応えも時々は感じていたものだ。辛気臭い顔で患者には会いたくないという当たり前の感覚もあるだろう。まあ、サービス精神感覚だったりもして。しかし、サービス精神感覚が、どのようにか治療的意味を有するようになるためには、それが板につくようにならねばならない。ふつうは回避的な感覚、不愉快な感覚が起こることに、肯定的な快、またとない積極的な意味を実感するようになることは一種の倒錯だが、倒錯があたかも倒錯などではなくて、あろうことか月曜日鬱によく拮抗してくれる精神科医甲斐にすらなったら、ちょっとした臨床における強みになるのかもしれない。ただ、倒錯ならなんでも良いわけではなく、やはり弱い者いじめ感覚が快になってはいけぬ。周囲に不快な思いを抱かせることが快楽になってはならぬ。過ちを犯しても、周りが何も言えないことに、どす黒く納得してはいけぬ。明らかな言い訳を言って周りがひれ伏すことに快感があることは良くわかる。知らぬが仏であるところの仏の快感が味わえるわけだから。悪化させることができる者ならば、治すこともできる。とは、かつて何度か聞いた仮説だが、そんなわけはよもやなかろう。もちろん悪化させることは簡単で、治すことはきわめて難しいわけだ。悪化のさせ方は、ダブルバインドとか、high EE、広義の洗脳状況における葛藤、「色、金、欲」などいろいろ定式化されているが、

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

定型化された治し方はない。そんなことばかりに関心を持っていて、肝心なことはおろそかにしていると言うなかれ。実は、そんなことさえも、治療的に核心的なことのひとつではないかと思っている節が私にはあるわけだから。「雨が降っても精神療法」ではなかっただろうか。などと言えるのは達人だけだろう。

ところで達人とは、本来、威圧的ではないイメージなのだが違うのだろうか。ハラスメントへの風当たりが強い昨今だから、そういう軟弱な感覚になってしまうのだろうか。それとも、威圧的な者こそが達人になりやすいのか。達人の境地が、会得した真理の力と開明的な光が、人を必然的に威圧的、威光的にしてしまうのか。その威光圧をかくぐって、場合によっては満身創痍になりながらアプローチすることこそ、達人といわれる人たちとの正しい付き合い方なのだろうか。達人が見出したものと同じ事象を、本当は自分で発見したいだろうし、それができなくても、それらしきいちいちを自分の目で確かめたくはあり、本当は、発見の成果ではなく、発見のための、めくばせのようなヒントさえあればそれで十分だと思われる私などは、側面から横目でチラ見するように学びたいのだが、それではまったく達人からの恩恵は得られないのだろうか。知のつまみ食いからは貴重な知的栄養はもたらされないのか。でも、視野の端のみでほとんど見もしないでもたらされるものは、自分の手作りのふるいにかけてられた、達人の達成の、おのれにとっての砂金のような欠片ではなかろうか。字義通り気色悪いともいえる洗脳のような習得はごめんだし、本来、物真似ごときで患者が治るとは思えない。物真似で、つまり耳学問的な省エネで治そうとするのは、患者を虚仮にしているのと同じだという気さえするが、それはどうかわからない。威圧的でない達人風の人物は、私が知る限りは木村敏さんくらいだ。話したことはないけど、ぱっと見なんとなく。実るほどこうべを垂れる稲穂かな。垂れた稲穂はチャーミングだ。だから、「今日、下関で1羽のカモメが羽ばたき、関門海峡の空気をかき乱せば、明後日、博多で猫があくびをする」可能性は大いにある。

これは、「シーガル効果」と呼ばれるもので、北京で蝶々が羽ばたくとニューヨークで嵐になるという、「バタフライ効果」とは若干異なり、些細な出来事でも、思いもよらない些細なことが遠隔的にその原因になっていることもあるから、色々詮索すると面白い場合があるよ、の喩えである。

さて本題である。やむを得ず、統合失調症に限ってなのだが、自分なりの治療的関与で3/4はおおむね現状維持、1/8はやや悪化、1/8はやや改善。ということは、私の統合失調症の治癒率は、悲しいかな、プラマイ・ゼロということになってしまう。しかし、この結果はさほど悲しからなくてもよいのかもしれない。というのも、この結果は少なくともマイナスではなく、つまり、それほど患者に悪影響は及ぼしていないとの解釈も可能かもしれないわけで、だから、急いで、「とりあえず、まあ、ぎり良かったんじゃないの」と言っただけでいいところだ。ただし、悪化に関して、たとえば、その患者の理想的な自然治癒過程からしたら、現状は悪化などしていないと言える患者などいないはずだ、などと言いつつきりがないものの、私はそういう可能性さえも加味してあれこれと病状の今を吟味しているわけであり、じゃあ、あんたらはどうなのよ、というような思いあがった不遜な意図はもちろんないのだが、実際、理想的な自然治癒過程とはどういうものなのだろう。しかし、きわめて不毛な問いだ。「不毛な問いに悩んでみるのも精神療法」。だが、この精神療法は、少なくとも達人のそれとは似ても似つかない代物である。

数年前のことだが、本屋の向かいのブック・オフで古書をあてどなく、いわば落穂拾いのように、逍遙していた時に、小柄なぶつぶつと何やら声にならない声でつぶやきながら店内をゆっくり歩いている、マントの肩にインコを乗せているかのような独特のいで立ちのおばさんがいた。私はすぐに気づき、いるのねと思い、自分の本探しに戻ったのだが、数分後に、気づくとそのおばさんが私の横にいて私に話しかけてきた。瞬間、普段の臨床感覚で耳を傾けようとしたが、小声の早口で聞

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

き取ることができそうもなく、あわてて、すみませんちょっと分かりませんと、申し訳ないとの素振りをかすかにして、ゆっくりと、悪気がないことをよそおいながら、立ち去ったのだが、このおばさんは、明らかに統合失調症だと思われた。そして、泳ぐような身軽さと自己完結的な印象もあって、あるいは理想的な分裂病の精神医学的に手垢のつかない、自然過程の人だったような気もするし、しかも（包丁を所持している気配はなかったから）、なんと「軽い分裂病」だったのかもしれない、そういう分裂病者、分裂者であっても、やはり、対人接近本能はこれっぽっちも障害されていなかったと判断されるのだ。なぜなら、この私に接近してきたのだから。かりに精神科医臭さの気安さがあったとしてもだ。ところで、分裂病者に刺殺される精神科医がたまにいて、それは、精神科医としてなんの迷いもなく一貫した、もの見事な一生なのだろうか（すなわち、「かんじゃさまより さされたること いとをかし」なのか）。それとも精神科医としてはやや情けない一生の閉じ方だろうか（だから、「よろずにいみじけれども かんじゃさまにさされたるは いとあさましきことかな」なのか）。たんなる偶発的犬死なのか。なんというか、精神医学的的必要経費なのか。自由、人権、人間的可能性の、独特な束縛者たる我々は、本当は、患者にまれには刺殺されてしかるべき存在なのだろうか。プレコックス感、分裂病臭さとは、鏡像的な、対照的

な、対峙的対抗的な、精神科医臭さは正統でありきたりな精神科医の唯一の証なのだが（私は、教授に連れてゆかれた、しみつたれた中洲のあるスナックの、高島屋がたいそうお気に入りらしいママから「患者かと思った」と言われてわずかに嘲笑され、一方、離れて座っていた正化孝さんは「皇室の方みたい」と言われちやほやされていたのだが、どちらが正統な精神科医か分からない、どちらも断じて正統なわけがない可能性がある）、正統な精神科医は街中で未治療の分裂病患者（未治療だから分裂者である、分裂者は我々の治療によって分裂病者になる、分裂病者に生まれ変わる）に刺殺されてしかるべき存在なのか。あの古本屋でのおばさんとの邂逅からの連想としては、刺殺される終わり方が精神科医としてなんとなく最もふさわしい終わり方、または、全的な神の赦しを得られる唯一の終わり方のような気もしてくるから不思議なことだ。もちろんそうなるのは、私は嫌だが、どっちみち同じようなものかもしれない。もしそうなったら、臨死体験のさ中で、そういう風に自分を慰撫してあげられるかもしれない、ということだろう。しかし、ふと翻って分裂者において考えたらば、いみじくも、もろとも精神医学の生贄になったかのようなのである。だから、そうならないための根源的配慮が、つまりすべての治療的関与における根幹に「汝殺すなかれ」の原理が、まことに、あらまほしきことなり。

精神科における「治癒」を問う

—街角の精神医療から—

福岡心身クリニック 内村 英幸

はじめに

日々の診療では、クライアントが障害をあるがままに受け入れ、その人らしく社会で生活できるようになればよいと考えている。特集のテーマとしてのクリニックでの治癒率は調べたことはないが、精神科における治癒とは何かと精神医学の根本的な問題を投げかけられると、原因不明の精神疾患では「治癒」とは言わず「寛解」と言っているのでそれでよいのかと思うが、原点に戻って整理しておきたいと思った。まず、精神医学大辞典（新福尚武編、講談社、1980）をひもどいてみると、「治癒：Cure」について新福は次のように述べている。

精神医学には3種の治癒がある。第1は、症状が消失するもの、第2は、症状を起こしているもの（原因）が除去されるもの、第3は、欠陥や痕跡を残さず完全にもとの状態にもどるもの、である。この3つが伴うときは完全治癒であるが、そうでないことがしばしば起きる。原因が除去されずに症状だけが消失するばあい、治癒と言わず「寛解」という。症状、原因が完全に除去されたとき、あとに欠陥、残遺が残存していても完全治癒という。このためリハビリテーションが必要になる。精神障害の治癒の判定にはしばしば「病識」が問題にされる。

他方、社会的視点から見ると、昭和45年心身障害者対策基本法が成立したが、医療を必要とする精神障害者は含まれなかった。どこまでが医療でどこからが福祉かという定義が最大の問題であった。昭和40年に発足した全国精神障害者家族会連合会を含む障害者団体の長年の要望と国際的な動向から精神障害者においても精神疾患を有する患者であるとともに、日常生活や社会生活上の支障を有する障害者であるというとらえ方が広が

り、福祉対策の必要性が認識されるようになった。このような中で、平成5年の障害者基本法で施策の対象に精神障害者がやっと明確に位置づけられた¹⁾。

このように精神医療では、医学的視点よりむしろ社会的視点をより重視するようになり、治癒は疾病別に考えてみる必要がある。筆者のクリニックでは主に適応障害を含む神経症と気分障害で、統合失調症は少ない。器質性疾患は扱っていない。外来に通院してもらうには何より、「病感」「病識」が最も重要である。まず、神経症から考えてみたい。

1. 「あるがまま」の自己受容：矛盾を抱える力を育てる

神経症や境界水準圏内の治療は、森田療法と弁証法的行動療法をベースにして治療している¹⁰⁾。「とらわれ」の不安・恐怖と共存しながら、気分本位でなく「今、ここ」に必要なことに手を出して実践する中で、自己観察を忘れ、抑圧から解放され、あるいは自己分裂を回避し、そのものに集中して目的本位の生活ができるようになったとき、「あるがまま」の自己受容が展開されてゆき治療は終結する方向に向かう。この背景に、信頼感のある治療関係が重要なのは言うまでもない。

典型的な社交恐怖症のAさんは、「人前で緊張し顔がこわばり話ができない、何とか治したい」と受診してきた。森田療法の気分本位でなく目的本位の「今、ここ」で必要なことを日々実践する中で、「自分を観察する意識が仕事の方へ動き、いつの間にか自己観察を忘れていた」という「あるがままの自己」になりきっていた瞬間を述べている。この体験を繰り返すことで、「あるがまま」の自己を受け入れ目的本位の生活が軌道に乗って

いった。この時、Aさんは「今のままの自分でよかったのですね」と、不安・緊張は唯不安・緊張とあるがままに受け入れ、自己否定から自己肯定への転回が生じた。あるがままの自己を受け入れて前向きに社会生活をするようになったことは、完全治癒であり再発はない。

不随意運動を示す転換性障害のBさんは、挫折体験があるがままに受け入れ前向きに生活をはじめて症状は消失していった。境界水準の人が、負の連鎖に陥りリストカットや過量服薬など衝動コントロール障害を示したり、否定的自己から誇大的な自己への自己分裂や味方が敵になる他者分裂（スプリッティング）も、矛盾した自己をあるがままに受容し、「今、ここ」を生きるとき、「分裂」は回避でき、あるがままのありふれた自分でよいと安定してゆくのである⁹⁾。

「あるがまま」という自己否定から自己肯定への転回こそ、その人らしい生き方を見出してゆく基盤であり、いろいろな障害の克服にも通底している。発達障害で一般企業では適応が困難だったが、カミングアウトして障害者雇用で仕事を特化してもらい、個性を生かして自分なりに創意工夫をして特技を発揮している人もいる。係長にならないかと会社より評価されているが、マネジメントは無理と断り、専門職として続けている。こちらの方が、いろいろと対処法を教えてもらっている。

2. 内因性のうつ病の自然治癒力と共存の道

内因性うつ病は、治療法のなかった Kraepelin 以来病相期間は約6か月であり、松村（1936）の統計でも6か月以内が半数以上で1年以内で80%は回復していた。抗うつ剤が登場してからどうなったのだろうか⁵⁾。

三環系抗うつ剤が導入されたのは、1960（S35）年である。安斎（1970）は、導入前（S28-34）と導入後（S35-40）を比較した。その結果、①入院期間も通院時の状態にも著しい相違は見られない、②外来通院期間は、S35年から次第に延長傾向になり、1年以上長期通院患者は9%から34%に著しく増加している、③退院後の経過で復職不能例は減少せず（33.3%と33.6%）、復職した

事例の服薬継続は26%から45%と非常に多くなっている。新福ら（1973）は、うつ病の外来治療成績は薬物療法導入以前が良かったし、治療期間も短くすんでいた。入院の場合は完全緩解率は最近のほうが高い。しかし、治療期間は延長し、安定しない症例や再燃しやすい症例が増加していると報告している。最近のアメリカの報告で、Posternak（2006）は、未治療のうつ病患者84名と治療介入群46名を比較し、15年間追跡調査した。未治療群は1年後に85%回復し、治療群の1年後の回復率は75%であった³⁾。このデータは、松村や、安斎や新福のデータに近い。

筆者の世代は、基本的には笠原一木村の分類で治療しているが、内因性うつ病治療の基本は、休養、脳の休息である。性格の特徴を自覚し同調しすぎず、頑張りすぎないことである。うつ病のCさんが、カウンセリングを希望して来院した。3回入院治療を繰り返し、薬だけで十分効果なく、家に引きこもるが姑が家事しているし家に居場所がなく、無理して週3日8時間パートで勤めているという。遷延したうつ状態であり、まず休息をとることを話し、仕事を辞め1か月休養したら退屈感出てきた。週4日午前中4時間単純作業のパート、午後や休日は家に居場所なければ図書館などでゆっくり過ごす。3月日：夕方散歩、夕食作っている。6月日：作りたくないときは惣菜買ってくる。頑張りすぎず、生活ペースうまくなる。8月日：母親の役割を回復して姑への負い目はなくなり、薬も不要になり治療終結した。森田療法のうつ病養生訓⁷⁾「かくあるべしにとらわれず、かくある事実を受け入れる」をベースに休養し、抗うつ薬は自然治癒力を高めるためのものであろう。

しかし、躁うつ病の人はそう簡単にはゆかない。Dさんは、フリーライターから会社を起業し、気分の変動が激しくなり躁うつ病を発症し経営に行き詰まっていった。会社経営を他人に譲り、非常勤の仕事の他に副業として特技のイラストのバイトしたりして経営という厳しい枠から解放され、収入は少なくなったが、比較的自由に暮らすようになった。低空飛行と本人はいうが、ここ10年感情の波は小さく安定して生活している。Eさんは、

特集1 私の患者様の治癒率は？ ー 治癒とは何か？

躁うつ病で服薬しながら仕事していたが、副作用に苦しみ仕事はやめ薬は最小限度にして気分の変動と共存しながら障害年金のみで生活している。「うつ」の時は、乾パン、缶詰など保存食を摂ってうつが過ぎ去るのを待ち、「そう」になると浪費傾向が出るので、レシートをすべて入力して友人にチェックして貰い、カフェで音楽をゆっくり聞いて落ち着かせ、気分の波と共存しながらの生活をしている。

3. 統合失調症の治癒はあるのか？

歴史の長い精神科病院で勤務し、慢性統合失調症や入院を繰り返す統合失調症を見ていると、回復あるいは治癒はあり得るのかと楽観的にはなれない。Robinson (2004) らは、初回エピソード治療の統合失調症の5年後の寛解率は、47.2%だったが、社会機能向上を加えた2年以上の完全回復は、13.7%にすぎなかった⁴⁾。最近のAustinらの報告(2013)でも、追跡調査率は61%であるが、初回エピソード治療から10年後の回復率(陽性・陰性症状の安定した寛解、直近2年間就業、または就学している、GAF60点超)は14%にすぎなかった¹⁾。やはり統合失調症の治療は楽観的にはなれない。

しかし、クリニックでは、多くはないが統合失調症の治療をしていると、楽観的になる。Fさんは、服薬で軽快したが、その後も、疲れると作為体験、被害妄想出沒した。「過労」「不安」「不眠」「孤立」は再発リスクの4原則(原田の認知療法)であることを話していった。仮眠室で一人で休息すると回復する対処法を身に着けていった。いい出会いがあり結婚した。異常体験はすっかり消失し仕事も順調で完全な回復状態がつついている。結婚して安定した人を何人か経験しているが、自我保護的な伴侶の存在は治療上大きい⁸⁾。

生活臨床で有名な群馬大学の退院者140名の16-21年追跡予後調査(1979)では、転帰判明率93%、生存例102名の最終5年間の社会適応「自立安定」「変動・中間」「入院固定」で、それぞれ34%、38%、29%であった。自立安定群35名、男性(19名)、全例就労し職業水準も比較的高い。女性(16名)、主婦3/4を占める。男1名、女

2名を除き、すべて結婚しており、離婚したままのものはいない。男2/3、女半数以上が、すでに精神科医療の手を離れていた⁶⁾。この資料は、精神科病院よりクリニックでの治療の感覚に近く、予後に希望が持てる。いかに伴侶の支援を受け続けて生活してゆくかが重要である。

さらに、長期在院者でも退院して社会で生活できる人も少なくない。20年長期在院して母と暮らし始めたGさんが紹介されて外来通院することになった。陽性症状はほとんどなく、少し子供っぽく人懐っこい典型的な残遺型状態の人であった。服薬は、毎日分割してケースに入れ、服薬後の包装紙は、1日毎に服薬確認するよう母親が指導。買い物、金銭の扱い、掃除、洗濯、整理なども母親が指導。近所は高齢者が多く、買い物の手伝いをしたりして暖かく支えられていた。気ままに生活していた。10年後、母親が亡くなる。銀行でのお金の出し入れも福祉の人に指導してもらい問題なく単身生活している。日常生活を自立してやれていることに驚かされた。母親による生活指導のたまものである。訪問看護と福祉に支えられている。

皆、それぞれ、あるがままの自己を受入れながら、自分らしく社会生活している。

4. 「2030年 人の仕事は消えてゆく」ー労働は人間の本质ではない、価値観の転換が必要ー：経済学者 井上智洋氏の未来社会についての以下のような論説がある(朝日新聞、8・14、2018)

「今のAI(人工知能)は将棋とか1つの目的に特化したものだが、2030年頃には人間と同じ汎用型AIが開発されるとされている。大半の仕事がなくなる。『脱労働社会』である。古代ギリシャでは労働は奴隷がするもので、市民は政治などに熱中していた。16世紀思想家トマス・モアの時代から最低限の生活費を一律に給付する制度BI(ベーシックインカム)の議論はあったが、BIに市民の多くは興味をもってこなかった。しかし、今、生きづらさを感じる人は多く、ますますそうになっている。30-40年先では、一般的な労働はAIに任せ、約1割の資本家とスーパースター

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

労働者に富は集中するといわれている。労働以外に興味や価値を見出している人の生き方も肯定してゆかないと立ち行かなくなる。単に怠けている人は一種のハンディキャップを持っている人で、今働いている人は、たまたま労働意欲や能力にめぐまれた人にすぎない。今、BIを導入するなら1人月7万円ぐらいが妥当で、今すぐすべての人にBIを給付すべきと思っている。」

クリニックでは、生活しづらいため生活費で困っている人も少なくない。家族のいる人は障害年金のみでは生活はできない。生活保護はあるがハードルが高い。それでも増加している。「働かざる者食うべからず」の労働重視の我が国の未来の社会を考えると多様な価値観で社会生活できる準備が必要であろう。現在の精神医学では、統合失調症の陽性、陰性症状消失を寛解、さらに2年以上の就学、就労、GAF60以上を回復と定義されているが、2030年頃には就労は不要になるだろう。

おわりに

精神科病院の入院が中心になる精神医療とクリニックでの社会生活している人の外来中心の精神医療では、同じ病でも健康度が異なっている。広い視野をもつためにも、入院中心と外来中心の両精神医療の経験は貴重である。さらに、仕事なくなる未来社会をみると、事例で述べた如く、就労できなくともあるがままの障害をもつ自分を受け入れ、自分なりの社会生活ができていた人たちを、街角の精神医療では社会的治癒と考えるのはあながち間違っていないように思う。BI制度

が導入され、最低限の生活費が支給されると障害年金も生活保護も制度そのものがなくなり、差別感も負い目もなくなる日はそう遠くないかもしれない。(プライバシーには配慮して記載した。)

文献

1. Austin SF et al.: Predictors of recovery in first episode psychosis: the OPUS cohort at 10 year follow-up, *Schizophr Res* 150: 163-168, 2013 (古川壽亮監修: EBMH, 日本語版, 5 (1): 2015).
2. 原田誠一: 幻覚妄想体験の治療ガイド- 正体不明の声- 対処するための10のエッセンス-, アルタ出版, 2002.
3. 岩崎弘, 中山和彦: 早期介入による薬物療法の功罪, *精神医学*, 56: 763-769, 2014.
4. 金賢, 他: 統合失調症の長期転帰調査, *Schizophrenia Frontier*, 10: 177-185, 2009.
5. 大熊文雄: うつ病の臨床, 金剛出版, 1977.
6. 宮真人, 他: 精神分裂病者の長期社会適応経過 (長期経過研究, 第1報), *精神神経学雑誌*, 86: 736-767, 1984.
7. 中村敬, 他: 難治性うつ病の精神療法- 養生論 (森田療法) の立場から- 精神療法, 36: 590-595, 2010.
8. 内村英幸: 最も長い治療的つきあい- 良き伴侶にめぐまれた人たち-, *福岡行動医学雑誌*, 17: 48-51, 2010.
9. 内村英幸, 松尾顕二: 森田療法における病態と介入のポイント- 特に「純な心」について-, *精神療法* 37: 287-292, 2011.
10. 内村英幸, 竹田康彦編著: 精神科クリニックにおける精神療法- 認知行動療法・マインドフルネス・森田療法をむすぶ弁証法的治療-, 金剛出版, 2018.
11. 精神保健福祉研究会監修: 改訂第二版, 精神保健福祉法詳解, 中央法規, 2002.

精神科の病気の治癒とは何か

なかまクリニック 中 嶋 聡

I

開業した当初の頃、家内がレセプトを手伝っていた。毎月末入力作業をするたび、「いつも同じカルテばかり。治るといふことはないの？」と言っていた。病院なのだから、治療したら治っていき、したがって月が変われば対象の患者さんも変わっていくはず。それなのにいつ行っても同じ人が続いているってどういうこと？ という、当然の思いがあったのであろう。この医者（つまり私）は、よほどの藪医者か、やる気がない医者なんだろうと思っているようであった。

すでに精神科医を15年あまり続けた頃だったので、そう言われて驚くということはなく、「精神科というのはいくらもものなんだけどなあ」と心の中で思いつつ、黙って笑っていた。

当時も、「治す」という感覚はすでにほとんどなかった。それでも少しは、「治せるものなら何とかしたい」という気持ちはあったかもしれない。

精神科医になって38年、開業して22年経った今では、「治す」という感覚はまったくない。別にそれを「進歩」だとか「自覚の深まり」だと主張するつもりはない。かといって、能力がないせいとか、気が落ちたせいとか、「慢性化した」などと卑下するつもりもない。

先日、一年先輩の精神科医U先生と久しぶりにお会いして話をした。U先生は、神田橋先生の診察に陪席させてもらったと熱く語っていた。「患者の問題の核心を見つけ出していく力がすごい。君もぜひ陪席させてもらおうといいよ」と言っていた。大学の健康相談室に勤めている関係で人格障害の患者が多いそうで、「人格障害の患者の治療がもっと上手になりたい」とも言っていた。

それを聞いて、昔代々木の花クリニックに、神田橋先生のグループ・スーパーヴィジョンを受けにしばらく熱心に通っていたことを思い出した。神田橋先生を知っている人なら誰でも感じるこ

とと思うが、たしかに問題の核心を直観する能力は超人的である。私には先生の指摘の真偽は判別できなかった。だから本当を言うと、本当に超人的であるかどうかはわからない。しかし「本当らしい」と感じさせるところがあった。自分には感じられないが、空間に見えている世界と別に同時に動く見えない実体ーいふなれば安永²⁾のファントムのようなものーがあって、先生はそれをたしかに感じているのだろうと感じた。精神科医というより、体育の先生という感じがした。まあそんなことを思い出した。

しかし、U先生のその助言を聞いた瞬間、私にはそうした欲望がまったく起こらないことに自分で驚いた。あれほど毎月、電車を乗り継いで出席していたスーパーヴィジョンだったのに。もはや、精神療法の技術を習得しようとか、治療技術を磨こうといった欲望は、私にはない。そのことに気づかされる一瞬だった。そして、U先生の「治療がもっと上手になりたい」という言葉には、僭越ながら「若いな」と感じてしまった。今の私からは、治療が上手いとか下手といったカテゴリー自体が消失してしまっているのだった。

それは、今年（2018年）の学会（日本精神神経学会）で、ある私より少し若いぐらいの（つまり世間的には若くない）シンポジウム司会者が「大学病院で仕事をしているとなかなか治療が上手くなれない」と言うのを聞いた時にも感じた。もっとも、これは何となく嫌味な発言だ。内包している自己矛盾に気づいていないか（だとしたら鈍感）、あるいはいながらわざと発している（だとしたら悪趣味）言葉に感じられるからだろう。

II

開業したクリニックは23年目に入り、毎日50人を超える患者が来院する。今の私は、「来た人に対して、精一杯対応する」という方針だ。「いつ

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

いつまでを目途に治す」とか「なかなか治らなくて困る」といった意識はない。そういう時間軸的な発想はない。

考えてみると、患者たちも、「病気を治してほしい」という発想はあまりないように思える。それよりもむしろ、「楽になりたい」「楽にしてほしい」という発想のようだ。そもそも、病識以前の、意識の仕方の問題として、「自分が病気である」という意識はあまりないように思う。

「治す」というのは、「病気を治す」ということである。だからそれは、「病気」という実体を想定している。これに対し「楽になる」というのは、「苦痛から楽になる」ということである。いま、対比のためには「楽にする」と言いたくなるころだが（実際最初そのように言ってみた）、でもそれは何となく不自然だ。「治す」の場合のように、医師が意図的・計画的に何かをするわけではない。目の前の人が困っているので、とりあえず何かをやってみる（話を聞く、処方する、薬を変更するなど）。するとその結果、患者は次回、楽になっていることもあれば、なっていないこともある。後者の場合は、またとりあえず何かをやってみる。以下同様。

だからこれは、「楽にする」というよりは、「楽になるのを助ける」というのが適切な感じだ。意図的・計画的に何かをしたというよりは、いろいろやってみたら楽になっていた、という感じだからだ。実際のところ、精神科における薬の使い方というのは、まさにそんな感じではないだろうか。「抗うつ薬の作用機序」などといってもっともらしいことが喧伝されていても、実際問題、当の患者においてどうなるかは、使ってみなければわからない。期待通りうまく行くこともあれば、うまく行かないこともある。また、本来の適応にはない患者に対して試行錯誤の末使った場合に案外効果があることもよくある。今では「本来の適応」にされているようなものでも、こうした使い方が集積され、知識化された場合がかなりあるのではないだろうか（うつ病に対する非定型抗精神病薬、躁うつ病（双極型）に対する抗てんかん薬など）。

Ⅲ

治癒とは、病気の原因、および本体となっているようなある実体的なもの（病理・病態生理）が治療によって消えてなくなること、と定義することができるだろう。結核なら結核菌ならびに乾酪巣、癌なら腫瘍巣が内科的あるいは外科的な治療により消えてしまえば治癒である。

これにならって言えば、精神科の病気の場合、それがわかっているもの自体がほとんどない。器質性疾患の場合には、たとえばいくつかの型の認知症のように、かなりの程度わかってきたものもある。しかし残念ながら治癒させる方法は見出されていない。もっともせん妄のように、時間経過による回復も含めた意味で治癒させることができるものもある。また症状性精神病のように、精神症状に関する病態生理は不明でも、基礎疾患が治癒可能で、その結果精神症状についても治癒可能だという場合もある。

しかし内因性疾患の場合には、いまだに病気の原因はもちろん、「本体となっているような実体的なもの」が一体何なのか、さらにはそういったものがあるのかないのかすらわかっていない。主として薬理的知見を通してある程度の手がかりは得られているが、それもただか仮説にすぎない。不安神経症（パニック障害を含む）や対人恐怖症など一般に心因性とされている病気についても同様か、あるいはさらに手がかりが少ない場合が多い。

精神科の病気の場合には、器質性疾患とはっきり言えるものを除けば、病気の原因も、本体となっている実体的なものも、もしあるとしても、身体的なものとは限らない。もしかすると心理的なものかもしれない。あるいは、原因レベルにこだわらず、病態生理レベルでよしとするなら、神田橋先生がおそらく得意としていたような、ファントムみたいなものであっても構わない。その場合、実体的なものがあるのかないのか、またそれが何なのかをはっきりさせることが至難の業である。どうしても（それはそれでよいのかもしれないが）「名人には見えるが、ほかの人には見えない」という問題が出てきてしまう。さらに、それにどう働きかければよいのか、さらに最善の働き

特集1 私の患者様の治癒率は？ —治癒とは何か？

かけをしたとしてそれを根本的な意味で改善する（消失させる）ことができるのか。できないと断言することも困難だろうが、名人でない限り、ほとんどの場合はできないと言ってよいであろう。

IV

「精神科医に名医はいない」という言葉をどこかで読んだことがある。名言だと思う。

昔、神田橋先生のスーパーヴィジョンを求めて花クリニックに通っていた頃は、あるいは名医を求め、また名医を目指す気持ちが少しはあったのかもしれない。

正直なことを言えば、いろいろな患者を前にして、それぞれに異なるファントムのような病気の本態を正確に見抜き、それに合った治療法を明確に提示できる医師、つまりは名医というものに対する憧れは今でもある。自分には見えないとき「名医（名人）なら見えるのかもしれない」と思うと、それはますます強まる。しかしそういう思いが浮かぶと、同時に、それは非現実な幻想にすぎない、それは新興宗教における教祖への憧れのようなものだと、ブレーキをかける思いも浮かぶ。

患者ごとに「病気の本態を見抜く」などという技は、いわば神業であろう。私が平均的な精神科医であると言えるかどうかはわからない。しかし、おそらく公平に見て、特に名医でもないが、かといってそれほどひどくもない精神科医の一例程度であろう。それをもとにして言うと、おそらく普通の精神科医にとって、それはなかなかできないことだろう。そしてそれができない以上は、治癒を目指すという発想は、過分に遠くを見すぎなのではないだろうか。もちろん、それ以前の問題として、精神科の病気のほとんどが、他科の多くの疾患とは異なり原因及び本体（病理・病態生理）がはっきりしていないことも、治癒という概念がなじまない理由であろう。

精神科の場合、「治す」という発想は、間違っているにしろ、何かぴたりこない感じがする。「治す」相手がはっきりしないのだ。そして最終的に「治癒した」と言い切ることも滅多にできない。「寛解」という歯切れの悪い言い方をするのが精一杯である。内因性疾患に限らず、パ

ニック障害のような（シュナイダー¹⁾のいう疾患ではなく）偏倚に属する病気にしても、症状が消えたにしても再発の可能性を否定できないのが普通で、「治癒した」とはっきり断言できることは稀である。われわれが一般的に持つ知見と治療技術をもとにすれば、やはり現在でも、この程度の控えめさがやはり妥当であるように思える。

精神科では一般に、ほとんどすべては対症療法であり、目の前の相手を「とりあえず楽にする」治療である。それ以上のことは滅多にできない。治癒を究極のゴールとみなす考え方からすれば、実に物足りなく、精神医学は実に遅れたものに見えることだろう。しかし、これはやや開き直り気味の感じがしないでもないが、もしかすると、精神科においては案外、治癒が究極のゴールであるという考え方は根本的な意味で正しくないのかもしれない。つまり、将来精神医学が進歩したとしても、そうなのかもしれない。それはあるいは、医学における主導的な治療観を揺さぶるような、ある種の真理を含んでいるのかもしれない。慢性疾患の治療観が、また不治の病の治療観が、急性疾患の治療観の延長線上では語りきれなかったように。

いずれにせよ、精神科の治療は基本的に対症療法でありそれ以上のことは滅多にできないと割り切ってしまうと、どのようなやり方であろうが、治療者が目の前の相手を「とりあえず楽にする」という目的に向かって真剣に取り組んでいるなら、よいということになるのではないか。そう考えれば、治療に関して過度にストイックになる必要もなくなる。そして、もちろんそれが目的ではないが、精神科医はずいぶん楽になる。そういえば、安永²⁾が精神科治療は悲劇でなく喜劇である、と言っていたのを思い出した。この言葉にはそういう含みもあるような気がする。

実際、薬物療法について言えば、同じ病気でも紹介されてくる患者の薬を見ると多様であり、私だったら選ぶであろう薬とはかなり違うことが多い（もちろん逆も真であろう）。またその場合、その処方を引き継ぐのが普通で、従って私が最初の担当医であれば選んだであろう薬とは大分違って来るが、それで問題を感じることは少ない。精

特集 1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

神療法についても同様であろうし、その多様性はおそらく薬物療法の場合以上であろう。ガイドライン医療に慣れた他科の医師には、喜劇的な悲劇に見えるかもしれない。

でも、「それでよいのだ」と私は思っている。

参考文献

- 1) シュナイダー K. (針間博彦訳) 『新版 臨床精神病理学』 文光堂、2007
- 2) 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

鉄橋の下を流れる川／「治癒」について

宝塚三田病院 菊池 慎一

I

二階からみえる鉄橋の下を流れる川には、いろんな生きものがみられる。

すっかり葉桜になった四月のこの川辺の並木道を朝はやくに歩くと、水面からぬるりとした背中をだしてむこう岸へと泳ぐヌートリアがみえる。一匹だけではない。数匹の群れが土手に穴をつくってそこを根城にしている。ヌートリアは沼狸(しょうり、ぬまたぬき)とよばれる愛らしい齧歯類だが、侵略的外来種なのでどうしても害獣とか悪党のイメージがついてまわる。毛皮が軍隊の防寒服用にいいということで輸入され飼育されたが、戦争がおわると野外に放逐されたという。

ヌートリアの巣からさほど遠くないしげみに、水色とオレンジ色のコントラストもあざやかな小鳥がみえかくれする。カワセミだ。漢字だと川蟬、あるいは翡翠とも表記されるらしい。まさに川の宝石である。この沼狸と翡翠がいあわせているだけでもなかなかめずらしい光景だと感心するのだが、そこに「ケン、ケン！」と空気をきりさくような甲高い声で鳴くキジまでくわれば、無機質で殺伐としていた高架下は野生の楽園のようにみえてくる。

子供のころ、実家の応接室の棚のうえにはキジの剥製が飾ってあった。私はいまにも息のふきかえしそうなその飾りにおそろしさを感じながらも、床におろしては手にふれて仔細に観察していた。それは、夏休みに昆虫標本をつくるという学習課題に夢中になって、クマゼミやノコギリクワガタやカブトムシを捕獲してはそれを飼い、屍になると防腐剤を注入して標本箱にならべ鑑賞にひたっていたときの愉悅にしていた。だが、人とおなじ赤い血をながす生き物がそのままの姿で封じこめられ、人の鑑賞用オブジェになっているという残酷さにおいて、それは昆虫の標本をはるかにしのいでいた。だから、キジの頭部が青緑色で、目の

まわりが血のような赤い肉垂におおわれているという視覚的情報は私の脳裡に鮮明に記憶されていたが、鳴き声についての聴覚的記憶はなかった。

「ケン、ケン！ケン、ケン！」

キジの声とはこんなに人間の鼓膜を震盪させるような激烈な音声だったろうか。それどころかよく考えてみれば、私はこれまでに生きたキジの挙動をみたことがなかった。いや、ひょっとしたら私は野生のキジにどこかで遭遇していたのかもしれない。だが私はその野生のキジをキジだと認識しないまま、そしてその鳴き声をキジの声とはまったく別次元の音としてやりすごしていたのかもしれない。私にとってのキジといえば、鋭い眼光をむけたまま微動だにしない美しくも寡黙な鳥、つまりは応接室に鎮座する飾りもの以外のなものでもなかったわけである。実際のキジは、太古の恐竜時代のなごりを一手にひきうけたような声をあげ、走りだせば時速三十キロにもおよぶ脚力をもつすばしこい鳥獣なのであった。

II

そういえばカルテの最初のページの診断名を記入する欄には、治れば「治癒」した日の年月日をするす箇所があった。身体的な病気のいくつかはそのつどこまめにその日付を○年○月○日と書きこんできたわけなので、私はまあふつうの医療従事者なみには「治癒」にくわしいはずである。風邪なら五日間、軽い外傷(裂傷)なら縫合して七日間、骨折なら整形外科でシーネ固定などをうけて約一か月で治るだろうという、自分なりの経験則にもとづいた「治癒」予測さえたてていたりする。

たぶん私は、急性一過性でおさまる身体疾患では、治療終結とともに「治癒」と判断している。しかしその一方で、糖尿病や高血圧症で慢性化しているものや、自己免疫疾患、遺伝性疾患などで

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

病状のながびくものには「治癒」とつけずにいる。
…きわめてあたりまえの話だ。

Ⅲ

眠くなりそうな陽気につつまれた五月の午後には、鉄橋の下を流れる川の岩のうえで草ガメが甲羅ぼしをしており、コイカナマズをねらって糸を垂れている釣り人の対岸ちかくには、カモが二羽水面をゆらすことなくゆっくりと川下に移動している。薄暗くなるとコウモリの群れがくるったように高架下をとびかい、闇でみえなくなった鉄橋のうえには、窓あかりだけがつらなって空中にかぶ列車が轟音とともに通りすぎる。そして六月ともなると、カエルの大合唱が夜空にひびきわたる。

カエルの大合唱というのどかな田園風景が思いうかぶだろうし、たしかにここは田舎である。だからカエルの声があちこちからきこえてくるといふ状況になら不自然さはない。だが、私の家にひびいてくる今年の合唱は例年になく大音響なのだ。牧歌的という形容をはるかに凌駕して騒音にちかい。その理由はすぐにわかった。主たる音源がすぐちかくにある小学校のプールのなかにあったのである。

ちょっと前までは、川辺の桜並木から小学校までの一帯は田んぼと畑がひろがり、そこには山ほどのカエルとカエルをねらうヘビがひそんでいた。だが去年の春、その肥沃な土地はショベルカーでほりかえされ、新たな土が無造作にはこびこまれ、鉄骨や材木がつぎつぎに搬送され、秋にはみごとな分譲住宅地にさまがわりした。天下をとったかのような建築業者の旗がしばらくひらめき、その数か月後には若い世帯の家族でいっぱいになった。

ヘビがどこに逃げおおせたかはわからない。カエルもかなり離散した。だが居場所をすぐそばにさがしたカエルの軍団の一部は、水の潤沢な小学校のプールに新居をみつけた。季節はずれのリゾートホテルの中庭にみえなくもないスカイプールの水面からは目と鼻をのぞかせたカエルの群れがうごめき、白く塗装されたコンクリートのうえであちこちで重なりあうオスとメスの姿がみられた。梅雨があげて暑い夏がくれば、そこは小

学生の子供たちのあふれんばかりの歓声にとってかわられる運命なのだろうが。

Ⅳ

こころの風邪が流行したころ、「自分もそうなんじゃないか」と診察室をおとずれる人がふえた。「そうなんじゃないか」というひかえめな疑問形の人だけではなく、「そうなんです」という断定口調の人もいた。たしかにそういう人のわりとおおくは、はやめにこころの風邪が治って診察室をあとにしたので、「治癒」したように思う。なにしろちょっとした風邪なもので。しかしたんなる風邪じゃない場合もあるので、油断は禁物である。

こころに傷をおった人は、傷の深さによって転帰がことなるだろう。しかもその傷の深さは、おそってきた脅威がどれほどであったかという外的要因だけでなく、それをこうむった個人がどのように感受するかという内的要因によってもことなってくる。つまり同じような状況にさらされたとしても、急性ストレス反応として「治癒」するときもあれば、PTSDとして長年悪夢に苦しめられざるをえない場合もある。

こころが折れてしまった人はどうだろう。「あのときこころが折れそうになったが、なんとかふんばった」とふりかえることができるが幸いだが、本当に折れてしまった場合、こころの骨つきにはじゅうぶんな安静が必要だし、折れたまま深刻な事態におちいってしまうこともある。

こころの風邪もこころの傷もこころの骨折も、病状の程度やその後の経過によっては簡単に「治癒」とはならない場合があるのは当然だ。それはからだの風邪や傷や骨折でもいえることだが、目にみえる判断材料があるか否かはやはり大きなちがいだ。

Ⅴ

ヌートリアもカワセミもキジもコウモリも、じつは数年前までは鉄橋の下の川にはいなかった。コイやナマズを釣る人もおらず、川の中にはブラックバスとブルーギルしか生息しない場所になっていた。

もっと昔の、三十年ほど前にはコイやナマズは

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

もとよりフナやタナゴやウナギさえいたと思う。だが、列車は単線から複線となり、河岸工事がおしすすめられ、その兩岸には桜が植樹され、川環境もかわった。そして昨今のさらなる都市開発が、もっと山奥にひそんでいた野生たちの生息圏をおびやかした結果、すみかをなくした彼らがこの鉄橋の下までおりてきて、肉食系外来種のブラックバスやブルーギルさえ駆逐したのかもしれない。

VI

こころの〇〇という表現にはいかにもやさしげな胡散くささを感じたが、それも一時のブームだったようである。最近ではメンタルヘルスということばを診察室で耳にする。「メンタルの問題があるようなので一度心療内科でみてもらいなさい」と上司にいわれて来院するサラリーマンの人が受診してくるようになった。

なるほど「メンタルの」ということばは、「精神的な」というほどの深刻味はなく「こころの」というほど曖昧でもなく、偏見もこびりついていないので、つかいやすいビジネスライクな表現かもしれない。しかし私はこの横文字カタカナ表現に、おもわずレンタルなお手軽さとメタルなひやりかさを感じてしまう。(というか、だいたいパソコンが普及してからというもの、それまできいたこともなかったカタカナ用語が大手をふって闊歩するようになったいまの日本語の現状に、繊細で情緒的なことばの奥深さが急速にうしなわれつつあるのではないかと危惧している。)

診察ではメンタル不調の原因としての診断と休職期間、そしてそのうち復職可能という判断が要請される。職場環境の調整という付記が患者さんのほうから希望される場合もある。そこではとりあえず働けるようになったかが問題なのであって、「治癒」かどうかはさほど重要ではない。一億総活躍の世の中であって、労働力の確保はまったなしの緊急課題なのである。

「こころの」とか「メンタルの」とか目先をかえて大衆迎合的、あるいは経済戦略的によび名をかえてみたところで、治るものは治るし治らないものは治らない。もし治癒率があがったようにみ

えても、それはたもの網の目をこまかいものにかえ、本来はとらないような表層の小魚まですくいにとって、数字上の釣果をあげているだけのことにすぎない。そう思ってしまう。

VII

五十年ほど前の夜空の西の方角には、流れ星にまじってそろばんのたまのような光がみえた。そのはるか下には、いまよりずっと貧弱だがやはり鉄橋がかかっていた。そのころは私が現在すんでいる二階建ての家はまだなく、ここは実家の庭だったが、周辺に高い建物もなかったので、夜空はもっとひろびろとしていた。

光のたまはしばらく夜空に停留したあと、アルファベットのZのような幾何学的な軌道をえがいて急速に降下したり、二つにわかれてきえさったりした。飛行機の軌道とはあきらかにちがっていた。私がそうした飛行物体をUFOとよぶらしいと知ったのは、もうすこしあとになってからのことだが、当時の私にしてみれば、そのような光景をながめることは、西の空に宵の明星を見つけることと格別ちがうことではなかった。

「今度みえたらよんで」と興味しんしんの家族だったが、うまくタイミングがあわず、光のたまをみたものは残念ながら私だけだった。そのかわりといっちはなんだが、私以外の家族は玄関先の窓のカーテンのかげにネグリジェ姿の妙齡の女性がたっているのをいくども目撃していた。中古品のピアノについてきた幽霊じゃないかという意見もだされ、さもありませんとみんなが納得して静観しているうちにいなくなった。私もみたような気がする。ただし私の目撃した霊はネグリジェではなく着物姿であり、しかも髪の毛のぬけかかった老婆だった。

UFOも霊もひとまとめにすればあやしい超常現象ということになる。そういったたぐいのことにとくべつな嫌悪感をいだかず、逆にのめりこむでもなく、たぶん世間からすれば鷹揚にかまえる家庭にそだった私が、現在では患者さんのいうUFOや霊の話に耳をかたむけたりしているわけだ。

VIII

診察場面で超常現象に関連したことがらが話題になるのは、やはりいまも昔も統合失調症の人におおい。病的体験や妄想が超常現象によるものだとしてかたられることはよくある。そこには病識の問題が生じるし、ときに「治癒」についての当人独自の感覚がしめされることもある。以下にそういった具体例を二つ（① UFO のでてくる例、② 霊のでてくる例）あげてみる。

*

① UFO のでてくる例：

自称「UFO の開発者」とかたる六十代の男性は、発病後から今日までの四半世紀を就労することなく無為にすごしている。いくどかの入院歴があるが、入院するたびに他患者たちに対し「カラオケとか麻雀とか、働かんでぶらぶらしとるのはけしからん」と批判する。そのくせ自分は作業療法にも参加せず、昼間自分のベッドのうえでごろごろしている。だが夜中になるとおきあがり、廊下をゆっくりと徘徊しながら思索にふける。「とても重要な仕事をしている」、「千年後の地球をまもるために UFO の実用化を考えている」と真剣にかたる。そして、「UFO の謎がとけたときに、病気は治っているとわかった」といいながらも、薬については「話していても水かけ論になるだけやし」と意外にあっさり服用するようになる。そのうち深夜の徘徊もなくなって、「重要な仕事」はしばらくみられなくなる。

② 霊のでてくる例：

「動物霊や人の霊からの声」が十代後半からきこえるようになった四十代の青年は、ふだんはあるていどの病識をもっているのだが、霊の声が活発化すると「家にいてもコンビニにいても霊につきまといわれる」ようになる。そして生活上のほんのささいな変化も「霊障」のせいとなり、その一方で「病気はもう治ってるんです」と治癒宣言をして怠薬してしまう。大便には日に三度いくが、それがさらに一回でもふえると「霊のひそむ闇を吸いとったから、そのカスで便の量がふえた」と表情を硬くし、「幽霊退治の必要性がせまっている」と説きはじめる。それは「皇族の血をひいた自分の宿命」とかたるのだった。

*

①も②も、ともに長期経過の中でときどき急性増悪し入院を余儀なくされている慢性の症例である。いずれも超常現象に関連した病的体験が発病後の早期から出現し、それ以降は調子が悪くなるたびに同様の症状がわきあがってくる。そしてそうした再燃過程のある時点で、彼らは妄想的確信とともに「治癒」についても実感したような陳述をする。①では「治っているとわかった」、②では「もう治ってるんです」というように、いずれも「治癒」がすでにおこっているできごととして現在完了的にとらえられ、かわりに超常現象の世界が、現在進行形あるいは未来を先どりするような形で展開される。

もちろん治療者としての私は、一貫して彼らの病態を「治癒」とは判断していないわけなので、ここで当人と治療者のあいだで「治癒」についての意見がわかる。この事態は、治療者側からすれば病識欠如と表現されるものなのだが、この二例は、ただ単に病気ではないと主張するだけの病識欠如ではない。「治っている」というからには、その前提として治るまえは病気だったというストーリーがあるはずで、そうした病歴認識をあるていどもったうえでの病識欠如なのである。

「治癒」について上記とは逆のパターン、つまり治療者は「治っています」といっているのに、当人の方が「治っていない」といいはる場合もある。それは、たとえば心気妄想をかかえたうつ病の症例などである。風邪は治っているのに「肺癌にちがいない」と胸をおさえる。どんなに精査しても病変はみつからないが、「もう手遅れなんです、不治の病なんです」とうったえる。そして内科や外科を何軒かめぐったあと、精神科に紹介されてくる。私は「肺癌」についてききながら、うつ病の病態を観察する。そこには、「治癒」ではなく「不治」であるという、「とりかえしのつかない絶望」の確信がある。

当事者の実感をも第一に考慮するとすれば、本人が「治癒」といえば「治癒」だし、ちがうといえばちがう。そういう「当事者治癒」というのもあるろう。

特集1 私の患者様の治癒率は？ —治癒とは何か？

Ⅸ

ながくつきあってきた患者さんは歳をかさね、もともとの精神疾患の治療もさることながら、加齢にともなう介護のほうにだいたい重心がかたむいた。あらたに入院となるケースもご年配の認知症（アルツハイマー型、レビー小体型、ついで脳血管性）の方がかなりふえた。超高齢社会だから、患者さんの年齢分布もそれ相応にかわってくるのはしかたないというか、時代の流れにはさからえない。

その一方で、発達障碍と診断される人もよく目にするようになった。発達障碍の概念は、それが人口に膾炙し理解がふかまったという点ではとても喜ばしいことだが、発達の視点から精神疾患をとらえる傾向があまりにつよくなると、「病気というよりは発達の問題だから」と医療からやや遠ざかってしまう心配もある。「かつて統合失調症と診断されていたものの一部は発達障碍だった」という風潮が逆に発達障碍の過剰診断をまねいていないか、というのが私の懸念するところである。

児童～思春期～青年期にまたがる発達障碍と、初老期～老年期にかけての認知症。これらの疾病概念がひろく浸透し、ケアやサポートの必要性が日々実感されるようになったいまの臨床現場で、「治癒」ということばはなにか懐かしささえ感じるような、ないものねだりのことばにもきこえてくる。

X

と、そう書いている段階で、鉄橋の下を流れる川は、私がこれまでみたこともない豪雨による増水で風景を一変させた。川上からうねりをあげて流れてくる黄土色の濁流が橋桁にぶつかっては水しぶきをあげ、今にも危険水域をこえるいきおいだ。ヌートリアもカワセミもキジもコウモリも甲羅ぼしをしていた草ガメも、はじめからそこにはなにもなかったかのように一掃された。カエルの合唱もきえた。星のない七夕の夜空からは、まだこれでもかと大粒の雨がふりそそいでくる。すでに鉄道は全面運休し、土砂くずれをこうむった道も封鎖され、交通網は完全に寸断された。隣家の住人も避難勧告にしたがってもうここにはいない。これは夢じゃない。妄想気分としての世界没落体験でもない。

私は三カ月前にこの原稿を書きはじめた。「治癒」について考えようとしているのだがいっこうに筆はすすまず、かわりに鉄橋の下を流れる川あたりの情景がなぜだかうかんでしまうのだった。それは、私としてはめずらしいことだった。自由連想風に書いているうちに「治癒」へとつながるかもしれない、そんなあわい期待をいただきながら書きはじめた川への奇妙なこだわりは、とんでもない現実世界へとつながっていた。それにしても奇遇だなあ。と悠長なことはいってられない。みんなの無事を祈りながら、私もひとまずこの稿を終えて、つぎの行動にうつります。

治療の残り香、治癒のその先

社会医療法人 正光会 松ヶ丘病院 坪内 健

僕はできれば病院に行きたくない。歯医者にも行きたくない。ついでに自動車免許の更新で警察署に行くのも嫌。それが普通だと思っている。仕方なく通院することになれば、できるだけ短期間でおさめたい。3回より2回、2回より1回がいい。よくお世話になる歯医者は大抵2回で終わる。初回に削って型取り、次に被せ物を入れて微調整して終わり。

精神科医療も、極力短く、治癒という形で終了するのを目標とすべきだろうが、なかなかそうはいかない。薬は飲んでいなくても、それなりに関係性が成立していて、月に1回とりとめのない話をして帰る患者もいる。そしてこちらからも積極的に「終わりましょうか？」という話も切り出さない。

治療から離れて、実生活でやってみて、多少苦しくてもそれで何とか生きていけるなら、そのまま治療の外でやっていけばいい。広い意味での治癒と言ってもいいと思う。

再診の際には「お久しぶり」とか「あれからどうでした？」という風に診療が再開されるので、中断している間もどこかでつながりが保持されているのだろう。そこには僕の方に「ダメならまた来てくれる」という感覚が残っているからで、それは関係性の「残り香」みたいなものだ。それを残すことがいいことなのか、僕はずっと考えている。治療したことさえ記憶に残らないような完全な治癒の形もあるような気がするが、それを狙うと治療関係自体が薄くなって、治療そのものが成立しないと思う。

治療を終えた患者は、通常の生活に戻っているのだから、もう患者ではない。そこまで詮索して人の生活を揺さぶりたくないが、今回は実際に治療を終えた方に聞いてみないことには治癒のあり方を考察できないので、10年ほど前にしばらく外

来でお会いしていた方に、手紙で本稿の趣旨を説明して協力をお願いした。ディテールを書き過ぎると個人が特定されてしまうので、大筋を外れない程度に事実に変更を加える。加島恵子さん（仮名）は、当時50歳前後で、インテリジェンスがあり、対人援助職に就いていた。

加島さんは、その年の11月に、あるプロジェクトの責任者として仕事を終えたものの、期待したような成果と評価を得られず、虚脱したような状態で当院を訪れた。主訴を尋ねると、「苦しいです」としか答えられず、しばらく沈黙が続いた。その後、言葉もとぎれとぎれに絞り出すように経緯が語られた。

遡ること12年前にも仕事上の不調から過呼吸を起こして救急外来に運ばれたことがある。6年前に脳出血を起こして2年休職し、その後2回再発した。前年には虫垂炎をこじらせて腹膜炎を起こしていた。体の劇的な反応が起こるまで無理をしてしまうようで、本人も「真面目で抱え込む性格で、力を抜いたり怠けたりするのが嫌」と自らを評していた。

加島さんは2人姉妹の妹で、父は既に他界していた。母と姉は同居しており、母は高血圧、姉は低血圧と聞いた。姉妹のうち一方は低血圧、一方は脳出血と、母の素質の継承の仕方が正反対のように感じたが、それは僕の物思いにとどめた。

加島さんにも2人の娘がいる。「娘が10歳のころ過呼吸を起こしたことがある」「娘がいなくなって激ヤセした」と聞くと、加島さんと娘との間の線引きが曖昧で、どちらのことなのかかわからないが、いずれも主語は加島さんである。加島さんと娘の情緒的結びつきの強さを想わせた。

加島さんが通院したのはそれから約2年後の12

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

月までで、計43回中、休職した1年半の期間は1～2週に1回、復職後は月に1回程度の通院だった。きっちりと時間を指定した予約外来ではなく、一般外来で1回5分～15分の診察である。

3回目の診察で加島さんは次のような夢を報告した。

夫婦と娘2人でフランス旅行に赴き、夫と次女だけ空港に行き、加島さんと長女が取り残されて、次の便が数日後にしかなく「大変だ～」と焦る。

僕は夢の内容を解釈する技量を持ち合わせていないが、これは当時の加島さんの長女と次女の対比を象徴しているかのような内容であった。

長女は福祉系の大学を卒業間際で、ケースワーカーとして病院への就職が決まっていた。すでに大学の先輩と婚約しており、両家の話し合いも進んでいるようだった。きっちり、かっちりとした性格で、計画通りに物事を進める。加島さんがだらしなくしていると、長女から時々注意されるほどだ。

次女は看護学校を中退し地元のスーパーで働いていた。中学時代はいじめと不登校で苦勞したらしく、ちょうどそのころ加島さんは脳出血を発病した。長女に比べて次女は自由奔放な性格のようで、定職についていない男性との恋愛に加島さんは反対していた。しかし、次女は独立心が強く聞く耳を持たない。

5回目に「舌がだるい感じがして、舌のおき場がない。通っている歯医者で聞いたけど、『どこも悪くない』と言われた。舌を切ってしまいたい」と処方していたスルピリドによると思われる副作用が報告された。

実は加島さんは、長女を「上の子」、次女を「下の子」を呼ぶのだが、舌⇄下と置き換えてみると、当時の状況にぴったりと当てはまる。つまり当時加島さんは次女に関して、「下がだるい。下のおき場がない。下を切ってしまいたい」と悩んでいた。

僕はちょうどそのころ、10年間くらい苦しみ抜

いた生物学的研究で学位審査を終えたばかりで、反動のように精神分析の本を読みふけていた。その中には、北山修著『心の消化と排出』という本も含まれていて、当時の加島さんの悩みについて考えるとき、食える／食えない、消化できる／できないといった視点が入りやすかったかもしれない。

姉／妹、高血圧／低血圧、長女／次女、上／下、口唇期／肛門期、卒業／中退、望まれる結婚／望まれない恋愛、就職／無職、きっちり／自由、知／情、心理／身体……。僕がレヴィ＝ストロースの『神話論理』を読破したのはそれより後だが、たぶんこういう2つのキーワードを行き来する構造の中には、神話的構造が潜んでいるだろう。どちらかの極に真実があるのではなく、おそらく両極の間の移動・移行・運動に真実がある。一方はもう一方の影として顕れ、決して尻尾はつかませない。今現在の俯瞰的な視点で書くと、それは本質的に「線を引けない」普遍的構造なのだが、当時は診察室で語られるカオスの中で、(当然の事ながら)僕も加島さんも溺れているわけで、僕がかろうじて認識していたのは、初回面接から数々の対になるキーワードが頻出していたことだけだ。

「2人の娘は両極端を行っている。上の子は幸せに向かっているけど、下の子の現実を見ると……」

「もう切り札は(次女と)縁を切ることです」

と言うものの、夫が「もう(次女とは)親子の縁を切る」と、長女も「もう(次女は)妹ではない」と言うと、今度は加島さんの中に、

「『もう娘ではない』と言いかけて、でも親バカが出て、どっちの心もあって苦しい」

という思いが沸き返ってくる。次女の「自分は邪魔な子だったんじゃないか」という発言を機に、「もしかしたら私は心の中で、あの子のことを嫌っているのかもしれない」

という考えが加島さんの脳裏をよぎり、その自分にまた恐怖を覚えて困惑していた。

その後も、復職や職場のこと、上司との関係、

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

夫との関係についての話題も混ざりつつ、主に「長女は順調だが、次女が心配で……」という話が語られていった。それは実在の2人の娘たちの話であり、分割された加島さんの影の話でもあった。娘との「食えない」「消化できない」関係は遷延し、

「3日くらい、いっぱい食べて、吐くのが続いています」

というふうに、この問題は加島さんの食にも影を落としていた。加島さん自身の姉妹葛藤については触れなかったが、加島さんと母との関係については聞く機会があった。

加島さんの母は元看護師で、加島さんにとってはとても厳しい母だったようだ。恋愛に関しても母のコントロールが入り、母が自分でパレンティンのチョコを買ってきて、「好きな人に渡しなさい」と言ったというエピソードも教えてくれた。

1年近く経っても、進展のない次女の状況が語られていたが、「でも後退もない」という言葉もつけ加えられるようになった。僕の方では、語られるいろいろな素材が、有機的に結びつきつつあり、変化の予兆を感じていた。

「あの子（次女）は土日には必ず実家に帰ってくる。帰ってくると一生懸命ごはんを作ってしまう私がいる。あの子のこと、大嫌いと思ったこと何度もあるけど、大好きなんだろうな。親に内緒で勝手に結婚したら、（次女との関係を）放るという気持ちだけど、本当の心の中は違うんだろうな～」

という言葉の中に、加島さんの「本当の心」が見え隠れしていたが、加島さんは、「自分が前と違っている」ことに戸惑いを感じていた。例えば、野菜を切っても形が不揃いで大雑把になり、手をすべらせて皿やコップを割ることも多くなっていた。夫がいないとさらに家事は雑になった。

「前と変わってしまった自分が嫌。いいかげんが嫌い」

とその変化を受け入れられないようだったが、僕は、

「こちらから見ると、雑になってよかったねえ～と思ってしまいますけどね」

と言って変化を肯定的にとらえて強調してみた。

整／雑、きっちり／いいかげんと対比すると、もちろん加島さんは後者を異物ととらえている。変化する／しない、コントロールされる／されないの葛藤が、母、上司、治療者との関係性の中で重複して再演されていた。

「娘の部屋も整頓すればスッキリするだろうと思う」「こないだは自分の服も全部捨てました」

と、ためる／吐き出す、受け入れる／捨てるにまつわる葛藤に直面し、加島さんは異物を排除し続けていた。そこから、娘をコントロールすることについての話に及び、

「子の人生は子の人生。子離れしなきゃと思いつつ、コントロールしたいような……。上の子は親離れしている。……子離れできないのは自分じゃないかな」

と述べ、そこではコントロールしたくない／コントロールしたい「自分」の問題が語られ始めていた。

「自分とつき合うのは難しいんですね。幼い頃の育てられ方のマイナス面、そういうのが出てくる。でも育てられ方のせいにすると、人のせいにしちゃうことになるな。やだな。育てられたけど、今自分で生きてますよね。私どんな状態なんでしょう？最初と変わってきている。今の自分が本当の自分じゃ嫌だ」

と過去と現在の自分を対比し、変化しつつある自分と異物としての治療過程に困惑を覚えているようだった。このころ加島さんは、消化できない異物としての治療を排除しようと、無理して上司に会いに行くなどして実生活で奮闘していた。診察室では、

「主人に話した方がいいんでしょうか？」「自分で解決した方がいいんでしょうか？」

との疑問も投げかけられ、治療では一向に解決できないという苛立ちも向けられた。

このとき新たに浮上したのは視力の問題だった。右目の視力低下が進んでいて、眼科医は「左目を隠して右目（弱点）を鍛えるように」と、脳外科医は「右目を隠して左目（長所）で生きていくよ

特集1 私の患者様の治癒率は？ 一治癒とは何か？

うに」と真逆の助言をしたそうである。
「ずーと食べている。お腹がすくのが怖い」
と食（口）の問題も続いていたのだが、
「一番の悩みは目なんです。治らないというの
が受け入れられない。思うようにいかない」
と述べ、加島さんは口よりも目の問題を重視し
た。僕の中には、目≡知、口≡情というイメージ
があって、知的に処理してきたこれまでの加島さん
の対処法が悲鳴をあげているように思えた。知
（上）を取るか、情（下）を取るかという帰路に
立ち、

「知性化されたい子の自分が、今までのよう
に現実に対処できなくなっている」
というふうにも指摘してみた。

どうもそれは長女（上）と次女（下）との関係
性にも表れているようで、長女は帰省のたびに加
島さんを叱咤激励するため、加島さんは長女と話
していると舌が回らなくなるそうだ。加島さんの
発言にも、

「上の子は厳しい目。下の子は私を傷つけない
ようにしている」

という表現が出てきた。そういえば、夏目漱石
の『草枕』に「智に働けば角が立つ。情に棹させ
ば流される。意地を通せば窮屈だ。兎角に人の世
は住みにくい」と言うのが出てきたなあ。

それから次の診察まで1ヶ月も受診が途絶えた。
10月半ばに来院した加島さんは、

「お久しぶりです。なんか割り切って……。苦
しかったんですけど、前回先生と話して、薬もや
めて……。眠れなくてすごいきつかったです
けど、ある本に出会って、目も病気もクヨクヨし
ていても治らないんだと思った」

とのことで、その本に「あなたにできることを
すればいい」と書いてあったり、夫も「人の意見
を取り入れることができるようになったんだね」
と言ったりして、この1ヶ月の間になんとか自分
で対処しようともがいていたようだ。「治療には
任せてられないので、本を読んだりして、自分で
なんとかやっています」という決意表明にも聞こえ
なくもなかったが、僕はそういうことをわざわざ
診察室に引き戻して蒸し返したりはせず、できる

限り実生活における対処能力に状況を任せる。と
いっても、「薬も飲んでないし、もう来なくてい
いから、自分でやんなさい」みたいなことも言わ
ない。

「まあ、来てくださいね。ここに」
と言葉をかけると、
「来ます。なんか……意地張っちゃって……」
との言葉も返ってきた。「意地を通せば窮屈だ」

初診から1年経った11月の初旬の28回目の診察
は、

「うん、悪くない」
という言葉で始まった。娘の様子を尋ねると、
「上？下？」
と聞き返すあたりも、面接がかみ合っている感
じがした。

そこから数回の診察で、家族の変化や復職への
決意が語られていった。

長女は結婚したが、家庭や職場での困難もあり、
決して順調ということでもなさそうだ。

次女は決して停滞しているというわけでもなく、
新しい目標を見つけて転職して動き始めていた。

加島さんから娘たちの話を聞いていると、どち
らかが順調で、どちらかが困難を抱えているとは
僕には聞こえず、もはや両者の差はあまり感じな
くなくなっていた。

家庭では夫が積極的に助言したり、本を勧めた
りしてくれていた。

その本の中に、「ほめられることを求めている
人が日本人には多い」と書いてあるのを読んで、
「ああ私だ」と思ったようで、

「必要とされるというか存在感というのは必要
かな。この病気になって強く感じたのは、人間と
いうのは必要とされるというか……そういう存在
でありたいなということ。子どもは存在を認めら
れることが必要と思う。自分の身に降りかかって
体験した。散歩してふと一昨日思った」

と述べた。加島さんは一昨日そう思って、昨日
受診の予約をした。その逆ではない。治療の外で
自然に気づいて自分で回復する構造が芽生え始め

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

でいて、診察はその報告に過ぎなくなっていた。

「一昨日っていうのがいいですね」

と僕はつぶやくように返した。

「嫌なこともあるけど、たまってる。消える。消しているのかな？ 考えないようにしている。打たれ弱い自分。私も人を傷つけているのかもしれない。人を傷つけるのは耐えられない。自分が傷つくのはいいけど」

と聞いて、

「そりゃ、最近読んだ本に書いてた『自虐的世話役』ってやつですね。日本人によくあるらしいですよ。『鶴の恩返し』のおつうですわ」

と指摘した。

「鶴の恩返しですか……。そうか、当てはまるかもしれない」

「その本には、正体がバレたあとも、ヨヒヨウのもとにとどまって、一緒に生き残って再生できるかがポイントだって書いてありましたけどね」

加島さんが押し殺して消した思いがある。「それはどこに行ってしまうんでしょうかね」と僕が思ったのか、つぶやいたのか、伝えたのか覚えていない。鶴の恩返しの織物のような創造物ができるのだろうか？

その年の12月の診察で、職場に提出する治療の報告書の内容について話し合ったのが、治療について振り返る機会になった。

「自分の中でも、よくなったのはわかるけど、治ったのか治ってないのか……。これって何て言うんですかね？ カウンセリングじゃないですけど、ときどき話を聴いてもらって、意見していただいて、いい刺激になってるって書こうと思う」

と治療の概要をとらえていた。僕も治療について、その時点で気づいていたことを話した。

「意見……そうですね。意見ですね。話を聴いて気づいたこと、理解したことは言葉にしてお返ししていると思います。でも基本は聴くことです。こちらがしゃべりすぎるとよくないと思ってます。意見というの、うまく理解できて加島さんの中でクリエイティブに作用すればいいですけど、例えば僕の言葉は、上司の方、お母さん、あるいは厳しい長女さんの言葉と似たように侵入的に作用

するかもしれない。それは傷になる可能性もあるので、できるだけ僕も気をつけるようにしています。しかし、やはりお話をお聴きして僕の中で理解が進んだことは、お伝えした方がいいと思います」

「はい。でも、娘は……娘は厳しくありません。優しく私を気遣ってくれます」

「僕は、それは治療の中で、そう思えるようになって来たと思っています。最初、ちゃんと学校も卒業して、就職して、幸せな結婚をしている長女さんと、学校を辞めて悩みの種だった次女さんは両極端だった。しかし、実際は長女さんだけが順調なわけではない。加島さんの治療期間中に、並行して娘さん達も、いろいろなことを乗り越えて前に進もうとしてきた。どちらも加島さんの娘さんであり、どちらも同じく切り捨てることのできない、加島さんの一部なのではないか。それは加島さん自身の両面でもあり……」

と述べたところで、加島さんは

「……私なんです……」

と言葉を継ぎ足した。

「最初加島さんの語る順調な長女さんと、悩みの種だった次女さんの姿に、加島さん自身の心の2つの面が表れているように僕には映りました。コントロールの効くいい子の部分と、自由奔放な子どもの部分と言いましょか。それが、今では2人の娘さんは2人とも子どもの部分とたくましい部分を持った、同じような姿に見えてきました。ここ1年でいろいろありましたが、治療の進展とともに2人の娘さんは似たようなところを抱えた加島さんの娘さんなんだと、僕の中で認識が変わりましたので、そう伝えているのです。精神科の治療というのはそういうふうに、外の変化と中の変化が相互に作用して進んでいくことだと思います」

「……ストーンと落ちました」

「発病のきっかけは、加島さんが一生懸命準備した仕事に思うような評価を得られなかったことでした。自分が身をそいで作った織物をヨヒヨウが受け取ってくれなかったようなものです。あの織物を受け取ってもらえないと、身が裂けるような苦しみだと思っています。発病場面には全てが詰

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

まっています。ここ数回の中で、復職して生き残りたい、やめたくないという加島さんの思いを感じ取りました。僕の中ではそのように理解が進みました」

「そうです」

「だから復帰しようと考えている」

「はい」

復職後も、誰もやり手がいない仕事を「私が断ったら誰がするんだろう」と言って引き受けようとするなど、ついつい無理しがちだった。そんな時は、夫が介入して「自分をダメにするほど自分を犠牲にして引き受けなくていい」と言ってくれた。

「ご主人がそう言ってくれてるのは、なんか夫婦のクリエイティブな営みって感じですね」

と僕が感想を述べると、加島さんは夫の後押しを再認識したのか、

「私（その仕事を）断ります！」

と力強く言った。その日、加島さんのシャツにはドクロマークがプリントされていた。普段エレガントな加島さんにしては、妙に好戦的な図柄だった。冗談まじりに

「それって意識的？」

と聞くと、

「いえ、無意識です」

と加島さんは照れ笑いをした。無意識にうまくいくのが一番いい。治療の世界よりも実生活の中で問題が解決される方がいい。こころの織物、関係の創造物は実人生で生き続けるのがいい。

「もういいんじゃないの？」

僕はそう思った。

本稿執筆の了承を得るために、加島さんに手紙で連絡をとった。ちゃんと返信もいただいた。

「当時の苦しさは今でも覚えています。そして先生が救ってくださったことも忘れることはできません。初診の日、先生が下さったメモ書きを今でも大切に、目につくところへ貼っています。

私の性格上、改善されない部分はあり、弱い人間だと自己理解しています。そんな自分とつき

あって毎日を生きている私です。弱い自分は改善されませんが……。

(中略)

私は治癒した！と言ってもよいかもしれませんが。今、命があって幸せに生きている実感は本物だと思っています。

これが今の私です。

命の続く限り、ゆっくり生きていこうと思っています。

先生のご活躍をお祈りいたします」

加島さんの知的で整然とした大人の部分と、自由で雑然とした子どもの部分が、2人の娘の姿に投影されて語られる過程で、次第に大人の部分（知）と子どもの部分（情）が統合されていった。並行して現実の2人の娘も順調な部分と困難な部分を混在させながら、前に進んでいった。もはや一方が順調で一方が困難を抱えているという両極端な存在ではなく、差は感じなくなった。それを認識することで加島さんも自立した自分の人生と決断を取り戻し、現実の世界に戻っていった。

という治療的美談を示したいわけではない。実人生は、そういうわかりやすい（消化しやすい）臨床的ストーリーをはるかに超えている。

あれから10年。今回、普段は知り得ないその後の加島家クロニクルのことを知った。加島さんはそれを「相変わらず」と表現した。僕は「らしい」と思った。治療の残り香、残像、感触、ぬくもり……。その重なりは治療の影ではなく、リアルでアクチュアルな実像であった。

残り香の残らないクリーンな治癒なんてあるのだろうか？それを理想とする僕の治療観自体が、何も残さず立ち去ろうとする『鶴の恩返し』のおつうではないか。書きながらそう思った。

あれから10年。僕は、より一層人の自然治癒力というものを信用するようになった。人間に対する基本的信用。世界に対する素朴な信頼。

治癒とは治療的完結ではなく、実人生に戻ることだと僕は思う。だから通常、治療者は患者の治癒像を知り得ない。

あれから10年。加島さんは5人のお孫さんのお

特集1 私の患者様の治癒率は？ —治癒とは何か？

ばあちゃんになっていた。

治癒のその先には、もう語らなくていい世界がある。

謝辞：ここでは仮名しか書けませんが、加島恵子

さんにお礼申し上げます。本稿執筆過程で何度も原稿を読んでいただき、お気づきの部分をご指摘いただきました。何よりも投稿と掲載のご許可をいただけたことに感謝いたします。

治癒とは？

若久病院 石川和弘

1. 体温

昭和8年、59床の若久病院は船出した。以来、先駆と良き古さのバランスを旨に段階的増床を経て現在の370床に至る。さてこれも良き古さに含めてよいものか、当院は時流に抗い今なおローテクの紙カルテを貫いている。増床と歳月の掛算で積み上がるカルテの置場に後々どれ程苦勞することになるか、開院当初誰が想像しただろう。今やそれらは院長室より広いカルテ庫から溢れ出んとしている。いよいよ電子カルテ導入を、と持ち前の重い腰を上げ議論を始めたものの準備にはまだ時間を要す見通し。今日も明日も高さを増す一方のカルテの山をどう扱うか、目下当院の侮れない課題となっている。

即席の実効的手立てとして真剣に検討したのは、カルテ一冊の後半に配置し一番幅を稼いでいる体温表の保管を諦めることであった。仮に体温表を整理してもカルテ本文が残れば診断書作成など将来の業務に支障をきたすことはない、というのがスリムカルテ推進派の主張である。これは確かに合理的な妙案と思われた。一方、体温表保存派の訴えは感傷的である。特に中堅以上の年代のスタッフにとって検温や血圧測定は手当ての手始めというつもりがある。そんな関わりの航跡を失うのは忍びないという意見だ。果たして提案は数度院内会議に諮られその度に否決。今日も我々は積年のカルテ全頁を後生大事に仕舞い続けている。

話しは遡る。以前大学に勤めていた頃、私は後方視的統計調査の目的で連日古いカルテを繰っていた。今世紀以降の若いドクターには想像つかないかもしれない。当時の大学のカルテ庫は小振りな図書館なみのスペースにスチール書棚が数十本も立ち、そこに気の遠くなる程の数の製本済みカルテが時系列に並べられていた。膨大なカルテのどのページに探す情報が見つかるかは分からない。昨今と違いコンピューターで一括検索できるはず

もなく、そこで私が調査の最初の手がかりとしたのが体温表（大学のカルテでも後ろ半分を占めていた）であった。数十年間ほとんど変わらない書式の一貫性や、月単位のスパンを一瞥に俯瞰できる視認性の良さなど、体温表の利点は少なからず調査の役に立ったものである。このことからすると、診療経過の索引としても体温表は全く無用な訳ではないという結論になる。

ところで古いカルテをあれだけ多く一度に読み耽ったのは後にも先にもその時限り、それ自体が一つの経験であった。やりつけない作業は普段であれば見過ごす気付きを生む。当時得た新たな発見は、体温表の索引さながらの利便性ともう一つ、体温表がもたらすささやかな効果であった。即ち、カルテを頼りに出会ったことがなく顔も知らない患者の表象を思い浮かべようとする時、意外なことに、その人の気配をより生々しく漂わせるのはカルテ本文ではなく体温表の方だったのである。確かに体温表の記載は年金の診断書には必要の無い事柄ばかり。二週間原因不明の微熱が続いたこと。乱高下する血圧。中途覚醒の為に深夜不眠時薬を服用したこと。カクテリンなる筋肉注射が二日毎になされたこと。旺盛な食欲。便秘と座薬。我が国最初期の電気けいれん療法。無月経。隔離。外泊。歳月による紙の黄ばみ。しかしこれらはバイタルサイン（生命指標）でありディテールでありローデータである。いかに緻密な記述であってもあくまで治療者の思惟変遷の筆記録であるカルテの中で、体温表だけは患者その人についての直接的な記録なのである。解釈や判断を拒み時間の罫紙に只々記された事象の羅列は、それが故に却って患者の姿に忠実である。時の間を波打つ体温は身体のリアリティを醸し、肉厚に乏しい紙上の患者の实在を裏打ちする、と言い換えてもよい。

翻って今、当院が不便をかこちつつも体温表の破棄を躊躇するというのは、我々の内心に後講釈

への懐疑と事象そのものへの執着が巢食っている証しだろうと内省する。手練れた装いは個性を偽る。差し詰め、カルテ本文は治療者仕立ての他所行きをまとう患者が現れる玄関、体温表は家着の患者を呼び出す勝手口である。素の患者が顔を覗かせる予兆が、計算尽くではない未練や名残や愛着や郷愁を呼び、我々は後方の扉を閉じられないのだ。

体温表が医療者の御仕着せを棚上げするとまで言うと、これはこれで我々の感傷的な思い入れのお仕着せになり、堂々巡りの様を呈する。とは言え情緒と合理性がせめぎ合う時、得てして積み重なる歳月は情緒の方に肩入れする。患者との丁々発止がその年月の分だけ我々を避け難く感傷的、情緒的にするから、当院はたかがカルテについてさえ合理主義に徹しきれないのだ。問題が根深いのは、累々と積み重なるカルテが我々の感傷の原因ではなく結果であることだ。このような非効率性はカルテのみならず当院の診療の広い範囲に及び、しかも年月とともに頑迷さを増し続けているはずだと推測される。クリニカルパスには載らない不合理性を水面下に仕込みながら我々は臨床と対峙している。

当院の建前は先駆と良き古さのバランスである。カルテに関しては、さすがに当院もいずれこれを全て電子データに置き換えることだろう。しかしカルテの行く末がどうなれ、カルテと一緒に抱え込んだ扱い難い情緒や感傷までをも一掃することは我々にはこの先もできそうにない。それは澱のように手の届かない底に沈んでしまっている。医療における情緒的交流の倫理的な重要性をここでそれこそ情緒的に叫ぶつもりは毛頭ない。良き古さとは言っても、実の所これは良し悪しではない。情緒は、何も目的とせず、ただ避けようもなく自ずと湧き起こるだけのものである。

2. 終わりから始まる診療の終わり

仕事を始めて最初の十年は毎年異動の連続であった。精神科医療における一年は決して充分な時間とは言えない。自分が来年ここを去ると分かっていたら、半年かけて患者と出会い、残る半年は別れの準備という慌ただしさである。初診の

日にはもう終診の段取りにおおよその見当をつけ、終わりから逆算して今日為すべき診療を構築するというイメージが常に胸中にあった。穏当な別れを期して、患者の容態に向けると同じ細心の注意を患者治療者関係に払い、関係が想定軌道から逸れぬよう腐心した。感性は環境に順応し、経験はスキルをそれなりに向上させる。終わりから始めて、前進しつつ退避する、そんな臨床スタイルが自然と身についた。それは患者が無難に病院（あるいは私）を巣立っていくのに一定の貢献を果たしたと思う。ただし今は、この様な臨床理念に潜むある誤解について自覚が遅れた反省もある。疾病が治癒すれば治療は終わる。この自然な転帰を、まがいなりにも成功体験を得る内に、治療を終えれば治癒、とすり替えてしまっていたのである。

東京オリンピックの翌年に生まれ、次の東京の翌年が勤続二十年目の節目である。当院に赴任したばかりの頃、一回り年長の医師から「異動が無いということはだね・・・」としみじみした口振りで囁かれたことを忘れない。だがその後何と言われたか具体的に憶えていないのは、それを実感をもって聴くにはまだ早すぎたということであろう。この頃その先輩と同じ年嵩になりようやく、一つ所に身を置き続けるのがどういったことか骨身に沁みつつある。

着任以来ずっと主治医を務めるその女性のカルテは、二十年分ともなれば到底一冊には収まらない厚さとなり、慣例に従い分割。経過の全容を振り返るにはカルテ庫を訪ねなくてはならなくなった。スタッフ同士の間で「〇〇先生の患者さん」という言い方をする。もし「〇〇先生の患者さんがね」「ああ、□□さんね」と主治医の名だけで伝わるようなら、□□さんと〇〇先生はもう相互感応的な抜き差しならぬ関係に陥っている。そういう意味において彼女は紛れもなく「私の患者さん」である。

鉄の鎧も時間の前には無力なもの。それは必ずいつか錆び腐食する。彼女と私の顛末もそうであった。最初の内こそ私は私のセオリーに沿った診療を企て、上手く一度目のシューブを乗り切ったのである。しかしそれからがこれまでと勝手が

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

違った。年齢だけは中堅となった私に異動の予定はもう無く、彼女もここでの治療継続を望み、そして翌年訪れた二度目のシューブ。不用意な過接近がいたずらに彼女を揺らさぬよう慎重に距離を測り、彼女には自身を閉じるよう促す。退きつつ進む常套戦略が予定通り功を奏したのは、この時が最後であったらうか。その後彼女は軽症ながら悪性症候群を併発。それが癒え息をつく間も無く再燃する病状。七千日分の体温表は彼女がほぼ一ヶ月間続く拒食を年に一二度必ず繰り返して来たことを記録している。体温表を開くと彼女との格闘の記憶が蘇る。給食の毒味、点滴、鼻注をした。おだて、なだめ、叱りもし、彼女の好むおやつを求め売店に走り、食事介助もした。大袈裟でなく生き死にに関わる修羅場の連続は、関与しながら同時に他の何かをする余裕を残してはくれなかった。関与者ではなく当事者として彼女との濃密な二者関係に巻き込まれた、という方が実際の感覚に近い。闇雲の意味を知った。十余年看板に掲げ続けた終わりから始まる診療の敢えない終焉であった。彼女はしどけなく己をさらけ出し私に迫る。私に許されたのはたじろぎだけ。後退る道は残されていなかった。死が二人を分かち、と宣誓したつもりは無い。彼女を「私の患者さん」として受け入れる腹を括ったのがいつだったかもはっきりしない。ただそれは二十年をかけて確かに起こったのである。

浅学にして一人の患者の数十年に渡る経過を追いつつ通した専門書を目にしたことがない。内心そうした本を見つけれないのは当然とも思う。概して書物は優れた壮年の臨床家によって物されるものだからである。彼らの知見には挫折と時間が不足している。私はまた理論に則った患者治療者関係の耐用年数を知らない。思うに、どれだけ周到に組み上げた患者治療者関係であっても、たかだか数年の内にその制御を全く失う可能性を孕んでいる。実際、彼女と私の関係は、私が最初に予期し、意図し、計画したものと大きく違ってしまった。そもそも私ならざる未知の対象との関係をどちらか一方が支配しようと目論んだ所に矛盾が含まれていたのかもしれない。患者治療者関係と大上段に構えてみても、これが「関係」の一垂

型である以上、親、子、同胞、友人らに対すると同じく、長い時間の内にはいつか論理の手は尽き、定まった先の見通しは立たなくなる。いざそうなった時、我々には、情緒の触手を伸ばし、反撃に翻弄され、肩透かしに戸惑い、たまさか訪れる故無き一体感に恍惚を味わう位の手立てしか残らないのではなかろうか。関係はロジックよりも感情や衝動と馴染むというのが、私の暫定的結論である。

先だって彼女の家族と話す機会があった。私は、入院が長期に及んでいること、治療者としての数々の失態を詫言。言い訳まじりに、もし時を遡って最初からやり直せるなら今の私はもう少しましな治療をするでしょうに、と愚にもつかぬことを述べると、「皆で同じだけ歳を重ねたことが肝心です。最初に戻れば、また最初から始まるだけのことです」と笑われた。

3. 標べ無き治癒

入院してくる迄の彼女は古いアパートの二階で一人暮らしをしていた。入院してからも具合のいい日には自宅へ外出や外泊をしてきた。だがこの十年は容態が思わしくなく一度も帰れないでいる。今は遠方に住む家族が季節毎に来福し、衣替えを手伝い、彼女の代わりに部屋に風を通してている。

回復過程は発病過程の巻き戻しではないという指摘を、彼女のような長い経過の患者については特に実感する。入院当初、彼女と私が立てた目標は、住み慣れた部屋に戻り一人暮らしを再開することであった。しかし迂回に次ぐ迂回の回復過程を辿る内に、過ぎた時間は景色を一変させた。目標は病状とは別の理由から次第に達成が困難となりつつある。例えば年月は足腰を衰えさせ、彼女はもうアパートの古く急な階段を一人で登ることができないだろう。実は回復過程のみが巻き戻してないのではない。誰も時を巻き戻せないのだ。誰も絶えず違う場所へと進み続けるより他にないのである。

しかし繊細な感情の機微が必ず時の流れに追いつくとは限らない。彼女が家を空けて二十年、これまで彼女が家を引き払うと言いつつ出たことは一度も無い。賃貸を解約し退院が近づく頃に改めて

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

条件の良い新居を探す、この提案を彼女は受け入れない。なけなしの障害年金から捻出す月々数万円もの痛手を彼女は厭わない。

そんな彼女に焦りが無いのは不思議な程である。時間は彼女を着実に家から遠くへ遠くへと運んで行くのに、それでもいつか家へ再び帰り着くものと彼女は信じきっている。進む道と還る道、引き裂かれた二本の道を同時に行こうとする彼女は、一見すると迷走に陥っている。しかし、彼女自身には二本の道が一つに見えているのか、迷い子の焦りが全く無い。

恐らく地図上の座標の問題ではないのだ。あの家が実際には帰れる場所でなくなっている、聡明な彼女はもう理解している節がある。部屋のどこを気に入り何を懐かしく思うか、住み心地がどうであるか、彼女の口から聴くことが最近ほとんど無くなったからである。それに、時間という航路が本当にあの家まで自分を運んでくれるのか、彼女は余りにも疑わず確かめようとしなない。ただあの象徴的な家が胸の内にあるだけで充分なのだ。家があれば彼女は病院を仮宿と呼べる。家を目指し続けられる。むしろ彼女の家は地図の上にあるべきではない。磁石が北を指そうと南を指そうと、それは彼女の針路の先に忽然と現れなくてはならないのだ。

感情は感染し広がる。住む見通しの立たないアパートへの出費を彼女の家族達はまるで惜しむでもなく、また彼女の帰宅が困難と判断した私からして、主不在の家をこれからも守っていこうというの間にか願い始めている。今や家族と私のする支援の焦点は、彼女の帰宅ではなく、帰らんとする彼女の祈りへと絞られてきている。訣別を目指す診療を断念した日が転換点だったのだと思う。あの日、彼女と私は治療の幕を閉じる前提となる現世的な達成目標を失った。見失ったのではない。消えたのだ。今彼女と私の間にあるのは、今この瞬間の刹那的目標か、或いはいつか還るという永遠の目標かである。

願いが報われることが治癒であり、治癒を目指す行為が治療であるなら、私が治療者でいられるかどうかは、彼女の願いに私がどう添うかにかかっている。考慮すべきは、彼女と私の患者治療

者関係がありふれたただの関係へと日々趣意更新を行なっていることである。全ての良好な関係に共通する願いは、その関係がこれからも続くことであろう。関係は関係それ自体を願う。此の期に及んでは、「患者治療者関係」という標榜は、ただの普通のこの関係を続ける方便の名目でしかなくなってきた。治癒と銘打った終診を理詰めで目指し、自身が患者に自閉することで成果を得ようと目論んできた私が、ここに来て関係を受け入れ、治療者であり続ける為に治療を続けている、という不思議に我ながら驚いている。

一を知って十語る真似をしたくない。また私は多分に運命論者ではあるが、宿命を余り信じない。彼女とは出会うべくして出会ったのではなく、たまたま出会い成り行きによって関わり合いが続いたのだと思っている。彼女についての経験が私の臨床の全てを塗り替えたということもない。今日も私は急性期治療病棟の病棟医として三ヶ月以内を目処とする診療の旗振り役を務めている。同じ建物の別の病棟で休む彼女が急性期病棟の時計の進みを変えることまではできないのだ。ただし私の想像力に対して小さからぬ影響をもたらしたことは認めなくてはならない。経験は夢想を幻滅させ新たな想像を呼ぶ。この二十年に私に起きた変化は、私が治癒としてきた患者のその後に想像を巡らす時間が多少なりと増えたことに尽きる。終診は治癒ではなく、治癒は終わりではない。この当然のことを半ば意図的に見落としてきたやましさも手伝って、私はその後を思う。

主治医は治ったという。患者は何も変わらないと言う。患者はもう大丈夫だと言う。主治医はまだだと言う。治癒を患者と治療者の手切れと結び続ける限り、主張の対立は続くことだろう。円満な別れには相応の準備と覚悟が必要である。たとえ別れてからも患者と私にはそれぞれのその後が続く。それならばいっそ無策無心に時に任せ、理念的患者治療者関係が自然崩壊し普通の関係に還るのをもって治癒とするのも一計と思う。誰かが治癒を決めるのではなく、患者と治療者の間に治癒を委ねるのである。

この観点から言えば、彼女の治癒はようやく目前に迫っている。一方で悲観的な思いもある。今

特集 1 私の患者様の治癒率は？ —治癒とは何か？

後私に残された時間でどれ程の治癒が可能なのだろうか。二十年をかけて知り合うような、そんな巡り合わせが今更何回あるとも思えない。長く同じ場所で同じことを続けていると次第に、変わらず続けることそれ自体に価値を見出さなくなるとはなる。

同時に自分の持ち時間に見合った診療のあり方も考えなくてはならない。症候論はこれを無用な論議と蔑むだろう。しかし考えてみるといい。治癒とは何ぞや、という主題を成立させる度量が精神科医療たる所以なのではないか。

統合失調症の自然治癒を論じることをほんとうに避けうるか

川添記念病院 横田 謙治郎

1. 序章

私の治療の治癒率といわれれば、私が、私に見えないものは治っている、と思うことで、圧倒的に治っているようなものだ。もちろん、見る努力をし、見えるものに対しては治癒のための努力をしよう。しかし、その私の中からしたら、治癒は、あきらめと等しく、苦いものだ。いや、治癒は、あきらめにもならない言い逃れと等しく、酸っぱいものかもしれない。

私に見えない世間がある。見えはしないが、個人の都合や家族の都合や社会の事情がある。都合の内訳は見えないが、私に悪寒と戦慄が走る。軽く、あるいは強く。そして、患者が、都合に目を奪われ、都合の生霊になってしまっておれば、寒気の巡り合わせで、精神科医としてあるはずの私に、かろうじて患者が見えてくる。生霊に映る都合の中で、その都合がよかったり、悪かったりする。そして、その患者の本性を超えて、社会的治癒をはるかに超えて、都合の生霊は、都合はよくとも、なお出過ぎたり、足りなかったり、乱れたり、乱したり、生き生きしすぎたり、生気をなくしすぎたりする。その外れ具合を世間では、病気や患者が治っていないと言うのだろうから、私の治療では、ほとんど治っていないのかもしれない。

けれども、統合失調症臨床を振り返るに、治癒はままある。そう、ほとんどが欠陥治癒である。

ところが、統合失調症の陳旧化した残遺をまとう欠陥治癒という見方と、統合失調症の揺れてやまない慢性化という見方の、どこがどう折り合うのか。また、世間の見方の、世間の意見の、世間の都合である統合失調症の社会的治癒や個人的治癒は、統合失調症の自然治癒とどう折り合うのか。

自然治癒はあくまでも自然であって、もとより論じられない。統合失調症を前に、病ばかりか、精神医学の論考も、陳旧化、残遺化、あるいは慢性化する。あるいは社会化、人格化する。

しかし、いまでは統合失調症が、軽症化し、非定型化しているらしい。ところが、そうであればなおさら、非定型軽症化した病が、慢性化し、人格化しとするらしい。さらに、部分の拡散、局在の散漫、要素の混交が起こり、軽症化と非定型化と慢性化とが循環しつづける。

そして、いまも、病理の治癒ではなく、治癒の病理を論じるしかない。

2. 自然治癒

1) 自然治癒は論じなくてよい

病は自然においてとらえられる。治療は病の自然と戦う。けれども治療は自然の治癒を邪魔しない。治療は治癒の自然を引き出す。自然治癒は医学の根である。自然治癒は当然なので、論じる必要がないかもしれない。

2) 自然治癒は論じない方がよい

自然治癒は当然なので、論じない方がそれらしい。

治療が積極的であれば、当然、治療は自然治癒を当てにしている。何もしないのを自然の水準とする。治療により、さらに積極的に上乘せを狙う。また、偶然に左右される自然療法や代替療法は、必然的に自然治癒の恵みを求めている。

根を探るのは怪しい。自然の根を探るなら、ありがたい自然治癒による根治の原理と可能性を疑う、ただの疑り深い輩ではないかと、あるいは、けっきょく自然治癒に帰依するために疑ってみて探っている輩ではないかと、自身の痛くもない腹を探られることになりかねない。

3) 自然治癒は論じるべきでない

自然治癒という医学にとっての根の方から呼び覚まされるとき、自然治癒を論じようとするかもしれない。しかし、自然治癒よりも要素を狭め、欠陥治癒にまつわるただの奇跡か偶然か、あるいは、それもありという当然のことになってしまうの

特集1 私の患者様の治癒率は？ —治癒とは何か？

がよからう。

根の方まで裂け目の見えてしまっているときには、そこから自然治癒を論じ始めるよりも、自然治癒をさらに深くあがめてしまうのがよからう。

根無しを感じてしまったなら、社会的治癒と、病ではない育ちと人格の問題にする。

危機に揺れるなら、論ずるよりも支えよ。自然治癒を根にした伸び代が医学にすぎないのだ。自然治癒は、医学の恵みであり、限界である。

4) 健康科学

治癒は、病気について言う。回復は、病気、病人、病態、病状について言う。あるいは、回復は、健康、権利、日常、未来、希望についても言う。健康学、健康科学は、社会の希望と不安に合わせて、自然治癒を論じるかもしれない。手に入るものとして、各人に平等な、元々の各人の限界に回帰させるものとして、目的においても回帰させ、起源においても回帰させるものとして、あるいは、死のように、誰にも平等に回帰するものとして、論じるかもしれない。

3. 欠陥治癒

Huber, G.⁵⁾ は、統合失調症にかぎらない残遺状態を純粹欠陥と呼ぶ。純粹欠陥は、非可逆性の、非特徴的な残遺症状群である。全精神エネルギー水準の低下、基本的な欲動や生気の減弱を示すが、複雑な産出性・精神病的な体験や表出の特徴のものはや欠如した、非特徴的な残遺状態を表す。

Rümke, H. C.¹²⁾ は、精神科医が統合失調症患者を前に感じる統合失調症らしさであるプレコックス感が、陳旧化した患者に感じられなくなることを述べる。また、インスリン・ショック療法やレセルピンによる薬物療法を受けた患者では、症候の回復にいたっていても、プレコックス感が減弱する、とする。Rümkeはそれを、統合失調症過程のものはやすすんでいない残遺状態では、症候があっても、プレコックス感が感じられなくなるのではないかと推察する。そして、Rümkeは、統合失調症ではエネルギー源泉の消退が起こり、統合失調症過程が進行するが、エネルギー水準の低い、欠陥的な平衡に行き着くと、それにより、統合失調症過程の停止と、残遺化が起こるの

ではないか、と考える。もはや活きた統合失調症ではなくなる。

また、人の型と融通の巡らしようの浅薄化、通俗化、単調化により、残遺は、人格変化としてとらえられる。病は、生活への刻印、人格への刻印を残すことになっている。

4. 社会的治癒

自然条件、社会条件、社会事情は移ろう。環境、文化、時代は変わる。病の概念も変わるが、病の受け入れも変わる。さらに病理の出てくる条件は移ろう。表出や表現型が変わる。それに伴い、自然治癒は、もはや社会的治癒にまつわる根でしかない。

Rümke¹²⁾ は、状況による症候の表れと消退について、やはりエネルギー論を仮説に考える。統合失調症において、エネルギー源泉の消退が起こると、影響を被りやすい系でエネルギーが減弱し、低いエネルギー水準でさしあたりの平衡を取り戻すが、予備を欠き、条件により平衡がおびやかされ、エネルギー欠損による症候がまた表立つことになる、とする。

Rümke¹²⁾ は、統合失調症が長期に及んだ患者では、情緒的表出の抑制がありながらも情緒性がみられるようになり、活動性の低下がありながらも反応性の活動が大きくなり、病的体験と自我との距離が広がる、と述べる。そうして各人が、病理的かつ治癒的に、距離や場面や構造のある社会を再構成していることになろう。

また、病理の表出については、時代とともに、なぜか統合失調症は軽症化しているらしい。Rümke¹⁴⁾ は、すでに薬物療法の時代の前から、興奮の減少、緊張病的姿勢の消失、深い退行からの改善が起きていた、とする。病が軽症化すると、病の軽さにより、病は揺動しやすくなるかもしれない。

病に、器質因、心因、環境因が関与する。自然が病気の型を決め、精神は実存を表し、心理が舞台設定と演出と小道具を決める。そうして、人の像を社会が見る。また、人はいろいろだから、病の出方が人格のありようと関連する。病が人格の筋書にもなる。人の発達の筋書にもなる。人の適

病の筋書にもなる。

さらに、病の要因が他の要因に比べて圧倒的でないかぎり、あるいは、他の要因を抑制してしまわないかぎり、他の要因が病の表出を大きく変形することになる。病は、なんでも心身症になる。社会治癒する。個人治癒する。

病に、器質因、心因、環境因が混交する。病前性格も人格も混交しつつ、拡散し、散漫化する。世間的なさまざまなものも関与し、世俗化する。

また、或る社会で、長くその社会に生きてきた、病気か欠陥か治癒か人格か知的か発達か適応か認知かわからない人が、社会的変化に伴って掘り出される。あるいは、或る精神病院に、統合失調症と呼ばれ、統合失調症らしい殻を身に付けた、よくわからない像の、正体のよくわからない人ばかりが発見される。その精神病院の社会情勢で、ひそかに像がまた移り変わる。時にその精神病院で、人が奇態な病へと打ち上げられてゆく。

5. 慢性化

中井¹¹⁾は、統合失調症の慢性状態を、心身の揺れてやまない状態、という。星野^{3) 4)}は、精神症状によるのか、身体症状によるのかもわかりづらくなる、という。中井¹¹⁾は、統合失調症の過程として、発病過程に加え、寛解過程を考える。慢性化を、発病過程や寛解過程の進む先ではなく、寛解過程のどこかの段階にとどまって揺動する状態、と理解しようとする。そして、慢性統合失調症からの回復には、統合失調症状態を地に寛解現象の散発する状態から、寛解現象が地となる状態への相変化が起こる、とする。相変化が起こるという点では、慢性化は、病理の固定した状態ではない。

Rümke¹²⁾は、統合失調症の仮説として、予備の少ない、とりあえずの平衡と、細かな揺動の発生というエネルギー論を考える。エネルギー低下が欠陥を表し、欠陥治癒を表す。しかし、Rümke¹²⁾のいうように、それがかならずしも不可逆とかぎらなくてよい。見かけの定常と予備の少なさにより、揺動する。欠陥と慢性化が同じ仮説に乗る。

慢性化においても、やはり器質因、心因、環境因が混交する。世俗化し、散漫化する。

6. 非定型化

Schneider, K.¹⁵⁾は、内因性精神病の治癒について、精神医学の診断は原則的に状態像に基づくものであって、経過に基づくものではないが、しかし、通例は、分裂病¹⁶⁾の症状では不良な経過が予想され、循環病では反対に目下の相期の完全な治癒が期待されることになる、と述べる。循環病には相期があり、循環が止まらないかぎりは、常に上昇か下降の変遷の途上にあることになる。

非定型精神病^{1) 2) 9) 10) 18)}は、躁うつ病と統合失調症との相中、さらにはそれらとてんかんの相中にあるとされる。非定型精神病は、精神病症状を表すが、経過は、突発し、寛解してゆく。精神病状態が、急性に、一過性に、挿話的に、時に周期的に表れる。内因性の精神病ではあるが、発病に心理的要因も身体的要因も関与し、脳波異常や内分泌異常のみられることもある。記述精神病理学的には症候の混交として表されるが、むしろ非定型精神病にこそ、端的に、遺伝、体質、気質、生物学、心理学の関与が考えられやすい。非定型精神病では、精神変容だけでなく、気分変容、さらには意識変容がみられる。感覚的、幻想的、夢想的、酩酊的、退行的、脱抑制的になりやすい。人に当たる構えになる。世間的で憑依的な神様体験になることもある。病気の型よりも細部のみを蘇らせ、細部が周期的に再演されることもある。祝祭的な、祭のさなかのイントラ・フェストゥムの⁷⁾になる。変容による混乱を生じる。

非定型精神病は、循環病のように、目下の相期が変転してゆき、完全な治癒が期待されるという点では、予後がよく、治癒しやすいことになる。しかし、非定型精神病は、なぜか停滞、慢性化しもある。方位の混交を生じる。向きの拡散や膠着を生じる。統合失調症に移行したわけではなさそうで、やはり要素的で、突発的で、解離的で、しかし現金な規格で、場当たりなままである。

疾患としても、様態としても、世間的にも、器質因、心因、環境因が混交し、散漫化する。心理化、生物化もされ、心理学的通俗化、生物学的通俗化しやすい。

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

7. 軽症化

軽症化も、散漫化、慢性化につながる。うつ病を参照すれば、樽味と神庭¹⁶⁾は、従来のメランコリア親和型うつ病に対し、ディスチミア親和型うつ病が増加したことを述べる。その変遷の中で、ディスチミア親和型は、慢性化しやすく、さらに、どこまでが生き方で、どこからが症状経過か不明となりやすい、とする。

また、内海¹⁷⁾は、近年、うつ病は軽症化した、回復しやすくなったとはいえず、慢性化、遷延化しやすくなった、と述べる。そして、慢性の様態はとらえどころがなく、回復期の病理が、びまん性に飛び散ったかのである、という。さらに、慢性化は、なし崩し的で、シック・ロールの維持が危ぶまれ、病気が性格かわからないと言われやすく、生理的なものか心理的なものか判別困難で、メリハリがなくなる、とする。また、傷つきやすさとあてはずれという、うつ病の回復期の心理的課題が、やはり常に存在するが、対象関係は抜き差しならなくなり、思いやりや心配りとなっていた病前性格の同調性が空回りし、依存や自閉、自己愛的病理を表しやすくなる、と述べる。

統合失調症は軽症化しているといわれる。軽症化し、揺動しやすくなり、混交しやすくなる。軽症慢性化する。また、揺動、混交し、内因性精神病はますます非定型化する。しかし、非定型であっても慢性化しやすい。非定型慢性化する。

8. 拡散・散漫・混交

病は、軽症化、非定型化、慢性化する。さらには、はじめから病をもすつとばして拡散し、体質、気質、病前性格に戻って、それを発達化、適応化する。病や発達化は、生物化、心理化し、通俗化し、器質因、心因、環境因の多要因化し、しかし混交し、区別がどんどんつかなくなり、根のない適応という社会的治癒に浮かび続け、揺られ続け、慢性化、人格化する。

今度は、そうした循環への偏倚、崩壊、変容、適応や、目下のこだわり、うらみ、かまわなさ、執着、未執着、解離があるだろうか。

9. 精神の自然・精神の社会・精神の欠陥

先史を見せられ、物で先読みさせられ、物を先行させ、先取りしてしまう精神は、自然とはいわれない。Klagesによると精神は生を損ねる悪魔であるという^{6) 8)}。精神は、後先のない反復、循環におちいりもする。しかし、内因性精神病の内因において、内因が内因でしかなければ、精神は精神を生む。つまり逆説的に、不自然きわまりない内因においてのみ、精神の自然さがある。

しかし、共同体の精神は、身代を代償する。代替、代理、代行する。消費され、価値を得る。代をかせぐ。

そして、そうあるかもしれない治癒を自然にまかせるにしても、治癒に呼び覚まされ、治癒を生かし、治癒を呼び覚まし、治癒を余し、余地を残し、余分を残す精神を、何と呼ぶか。精神の病と呼ぶのか、欠陥の病と呼ぶのか。代償の病と呼ぶのか。それとも、余人の余生と呼ぶのか。精神科医や患者の余人の余生と欠陥的というのか。

10. 終章

これからの治癒の課題について、精神病理論考などまるでいらぬことかのようにすっぱりと抜いてしまえば、そして、これまで知った気になっていたものに、浅はかながら、なおもなぞらえてみれば、思い浮かぶのは、どこかで統合失調症を経過してもう治っていること。もう治っている人格への痕跡。変わった人が雑駁な診断では統合失調症といわれていたこと。非定型患者のうらさき。非定型精神病の、無のない、なんでもあり。退行患者のうらめしさ。慢性化の混沌。かつての慢性病棟の自閉的な慢性統合失調症患者の静けさ、反対に医療者の異様な騒がしさ、おさまりのない、社会的に生きられる場のざわめき。地域移行という軽症慢性化。開放化という散漫化と、どこかさえももっとわからなくなったところへの開放的閉じこもり。個別化という非主体化の拡散。機能分化という解離。

かつて自然治癒の根を覆うように表れていたものが、いまや根無しで漂う。拡散、散漫、混交が、かつて慢性病棟で自然治癒の沈黙の根を失ったようにして起こったのに倣い、世間的な病棟や地域

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

で社会入院や社会治癒になって断片的に情態めかして蘇れば、それはおそろしいものだろう。でもおそろしいどころか、情態として、都合として、解離的に、あるいは平静に、鈍麻的に反応して、誰も口にしない。感付きはしない。かつて慢性病棟のきびしい世俗で、駆け出しの一精神科医が自閉的な静かすぎる慢性統合失調症者たちから身のこなしを学んだように、そこで生きのびるための無為自閉的なすべを学ぶことができるだろうか。それとも、いまでは、ちょっとした情態の軽い跳ね上がりで、空気とネタを消費生産しつづけるのだろうか。

自立に伴う、自分を超越のものへの開けで、自閉できない。けれども、独立を果たせばよいわけではない。ならば、立場を孤立させても、存在は孤立させてもらえない。そこに、社会治癒を超えて、個人治癒を超えて、自然治癒だけが届く。しかしながら、いまや、それも、あきらめと言いつれのネタの皮肉な弁に代えないといけないのか。

精神により、時間、空間、歴史、物語を拡張する。しかし、自然の時間や空間には、精神も主体もいらなくなっている。ただ拡散する。だから、精神は、矛盾から、なんにもないところに、なんでもありの散漫な精神病まで作り出す。病の様態は、情報による夢幻機能に頼る。拡散で置換する。しかし、いまや時間が与えられない。自然時間で記録される気になって、もはや、自然治癒の時間が与えられない。

精神に内側で呼び覚まされるようになってしまった人の、自然治癒による欠陥治癒は、心の生物化および潜在化をはさんで、外の精神との齟齬を、社会的治癒と社会参加とでまぎらわす。

内省ない病識を携え、自称統合失調症が行き、無と死を、人格が引き受けず、野に曝す。軽く野ざらしの野に乗りながらも、現生の信号のみを発し、権利と能力により、ただまた権利と能力を消費する。

病は軽症化、散漫化し、だが治療は、有効さと引き換えに、気付かずに、かえって大なる欠陥治癒と、生来欠陥のあまねく発達障害を招く可能性を、いまでも表してくれている。

さて、Rümke¹³⁾は、偽統合失調症は治癒可能

性があるとし、さまざまな療法は偽統合失調症にこそ役立つ、という。偽という可能性と有用性は、拡散、散漫、混交にもよく合う。

あくまでも自然治癒は、社会的治癒となり、病気の理解からも、患者や医療者の態度からもすりぬける。自然治癒は、統合失調症臨床における、さまざまな回復の萌芽の気付かれなかった、見過ごされた、忘れられたエピソードによって垣間見られるのみになる。

精神科医として、あるいは筆者として、無能な独白に終わった。なぜそうならざるをえないのかという弁明がくるところを、そういうものだろうとあって、また終わらせてしまい、たいへん申し訳ない終章となった。

注) 統合失調症は軽症化したものであって、精神分裂病や早発性痴呆のように予後が悪いという意味の用語ではない、とする向きもあるようなので、この部分の病名は、統合失調症に引継がずにおく。

文献

- 1) 藤縄昭：非定型精神病. 三好功峰, 藤縄昭編：NIM Lectures 精神医学. pp.305-308, 医学書院, 東京, 1985
- 2) 鳩谷龍：非定型の内因性精神病の精神-生理学的研究(第1報). 精神神経誌57: 144-166, 1955
- 3) 星野弘：分裂病治療の経験—安定しない慢性病態について— 精神科治療学9: 1143-1152, 1994
- 4) 星野弘：分裂病治療の経験—硬い慢性患者をほぐす. 精神科治療学10: 811-820, 1995
- 5) Huber, G.: Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. dritte Auflage. 2. Kapitel und 3. Kapitel 2. Paragraph, F. K. Schattauer Verlag, Stuttgart New York, 1981 (林拓二訳：精神病とは何か 臨床精神医学の基本構造. 新曜社, 東京, 2005)
- 6) Jaspers, K: Allgemeine Psychopathologie. fünfte Auflage, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg, 1948 (内村祐之, 西丸四方, 島崎敏樹, 岡田敬蔵訳：精神病理学総論. 岩波書店, 東京, 上巻1953. 中巻1955. 下巻1956)
- 7) 木村敏：時間と自己. 中央公論社, 東京, 1982
- 8) 古城慶子：生の哲学者 Klages, L. の現代的意義—「心情の敵対者としての精神」の意味について— 福岡行動医誌21: 50-57, 2014
- 9) 満田久敏：「非定型精神病の概念と臨床」に対する付

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

- 議. 精神神経誌64 : 23-26, 1962
- 10) 満田久敏 : 内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神神経誌55 : 195-216
 - 11) 中井久夫 : 分裂病の慢性化問題と慢性分裂病状態からの離脱可能性. 笠原嘉編 : 分裂病の精神病理 5. pp.33-66, 東大出版会, 東京, 1976
 - 12) Rümke, H.C.: Über alte Schizophrene. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 91 : 201-210, 1963 (中井久夫抄訳 : 老分裂病者について. 中井久夫 : リュムケとプレコックス感. 季刊精神療法 3 : 81-92, 1977内) (横田謙治郎訳 : 古い統合失調症者たちについて. 横田謙治郎 : 統合失調症の無為自閉となんでもないこと— Rümke, H.C. 「古い統合失調症者たちについて」 (1963年) をもとに—. 福岡行動医誌20 : 106-123, 2013内)
 - 13) Rümke, H.C.: Contradictions in the concepts of schizophrenia. In: Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 1958 (von Baeyer, W. (übers.), Selbach, O.C. (Mitwirkung): Widersprüche im Schizophrenie-Begriff. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (herausgegeben und übersetzt von von Baeyer, W. unter Mitwirkung von Selbach, O.C.), pp.211-219, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1967) (横田謙治郎訳. 統合失調症概念の矛盾. 横田謙治郎 : 統合失調症のわかり方とわからなさ— Rümke, H.C. 「統合失調症概念の矛盾」 (1958年) から—. 福岡行動医誌21 : 75-94, 2014内)
 - 14) Rümke, H.C.: Aspects of the schizophrenia problem. Address delivered at the Schizophrenia Symposium on 19th April 1963. Second Psychiatric Clinic, State University, Utrecht (Netherlands). Folia Psychiatr. Neurol. Neurochir. Neerl.67:79-94,1964 (von Baeyer, W. (übers.), Selbach, O.C. (Mitwirkung) : Aspekte des Schizophrenieproblems. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (herausgegeben und übersetzt von von Baeyer, W. unter Mitwirkung von Selbach, O.C.), pp.226-242, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1967) (横田謙治郎訳 : 統合失調症の諸視点. 横田謙治郎 : 統合失調症の, 手元に何も引き寄せなかった清明な知について— Rümke, H.C. 講演「統合失調症の諸視点」 (1963年) をもとに—. 福岡行動医誌22 : 86-107, 2015内)
 - 15) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. sechste, verbesserte Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1962 (平井静也, 鹿子木敏範訳 : 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 1957)
 - 16) 樽味伸, 神庭重信 : うつ病の社会文化的試論—とくに「ディスチミア親和型うつ病」について—. 日社精医学会誌13 : 129-136, 2005
 - 17) 内海健 : うつ病の慢性状態からの離脱可能性について—精神病理学的回復過程論の試み. 精神神経誌106 : 1005-1015, 2004 (うつ病の回復過程論. うつ病の心理—失われた悲しみの場に. pp.76-109, 誠信書房, 東京, 2008収載)
 - 18) 横田謙治郎 : 非定型精神病における罪, 怒り, 狂気—舞の変容・変容の舞. 北山修, 山下達久編 : 罪の日本語臨床. pp.171-182, 創元社, 大阪, 2009

回復から治癒へ

福岡・行動医学研究所 松尾 正

診断は治療のためにある。そして治療は治癒のためにある。

この私達にとっての最後となる特集では診断でもなく治療でもなく、治癒を論じ問いましょう。

一般的に医師はまず診断と検査の効率的循環、そして検査結果に基づく確実な診断のもとでの効率的な治療法選択、その成否によって治療成功率が決定、さらにその治療方法における治療成功率が、その診断名におけるその後の治療方法選択にフィードバックされます。つまり、一般医療においては、治療成功率が高い治療方法が治療選択率も高くなり、個別治療成功率＝標準治療法選択率＝一般的疾患治療率となるわけです。

その他にも、医学では回復率や治癒率という言葉があります。「いや、この患者さんは回復が早いなあ、回復力が強いなあ」と。治癒に関しても同様に、「この患者さんの自然治癒力はたいしたもののだ」と。しかし、医師が「この患者さんの治療力は高いなあ、自然治療力もたいしたもののだ」ということはありません。逆に、「この医師の回復力、この病院の自然治癒力は相当高い」などともいいません。回復も治癒も患者様側の要因によって支配され、治療はあくまで治療者つまり医師側が司る世界なのです。治療室を出た患者様は、そのまま回復室にて自然回復力に身を任せ、自然治癒へと蘇るのを待つのです。

治療ではなく、治癒を問う、といったテーマは、私の中での巻頭言に繋がっています。「一体、今回、元気なうちに精神科医を辞めるに当たって、どのくらいの患者様がこれまでの私の治療において治癒なさったのだろうか、治癒なさった、と聞いていいのだろうか」と。自然に、私の治療の治療率ではなく、患者様の治癒率がテーマにあがってきたのです。

精神科医40年、膨大な患者様との出会いがあったことでしょう。大学と関連病院、そして現在の

クリニック。幸いなことに、ドイツ留学（単なる遊学ですが）時代にあっても、クリニックにて私の患者様は前院長の庇護下、私の帰国を待っていてくださいました。おかげで帰国と同時に、待ち構えていたかのように再燃悪化される患者様が続出し、大わらわで対応に追われたことを記憶しております。患者様から「お前だけドイツでいい思いをしてきて」、とっしゅ返しをくらったかのように。

ともあれ、今回の現役医師引退に際して、改めて患者様と一緒に、これまでの治療期間を振り返ることが多くなりました。そして、10年、20年とはいわず、30年以上、つまり私の研修医、医員時代からのお付き合いをしていただいている方も結構、居られることで、なんとも言いがたい、嬉しいのか悲しいのか・・・運命というか腐れ縁というか・・・運命共同体・・・一蓮托生・・・そんな言葉を言い合いながら患者様と一緒に苦笑いをしつつ、私の治療の非力さをごまかしている状況なのです。

しかし、幸いなことに、そのような数十年以上の運命共同者の方々の多くは、言うまでもなく、今後は自然的終診、または自然的治療者交代に自然にゆっくり移行される方々ばかりです。いずれ、私とともにこの治療状況から自然に離れてゆかれるか、または新院長のもとで自然に治療者交代を乗り越えられるか、どちらかになるでしょう。この意味で、私の人為的治療からは離れられ、すでにその患者様自身の世界で自然治癒されている、ともいえるし、むしろ患者様の自然治癒の世界で私・治療者自身も治療行為から解放されて癒やされている、つまり患者様によって私という治療者が治癒されている、とすらいえるのかも知れません。治療から離れ、治癒されている方々には治療者が影に隠れても、また別の治療者に交代しても、その自然治癒力によって庇護されているかぎり安

特集1 私の患者様の治癒率は？ — 治癒とは何か？

泰のように感じます。

そもそも、治療とは医師から患者様への一方通行の行為であるのに対し、治癒とは医師と患者様との共同地平行為なのかも知れませんね。

診断に頭をひねり、治療方法にあれこれと思案し、試しにこの診断でこの薬を・・・などと治療者が治療を施している患者様にあって、その治療者が引退を余儀なくされた場合、別の治療者がそのような治療行為を継承し、展開させてゆかねばなりません。まだまだ治癒の共同地平は開かれず、目に見える治療方法の新たな選択と施行を、紹介した別の治療者に託するしかありません。巻頭言で記載した人為的治療者交代を余儀なくされた患者様とは、私と患者様とのそのような治療歴を一緒に振り返りつつ、新たな治療者へのメッセージを紹介状として作成させていただいた次第です。そして、そのような振り返りと将来への伝言作りの共同作業には、新たな患者様を引き受けるよりも遙かに膨大なエネルギーと集中力が必要とされたため、私も患者様も相当、疲労困憊に陥ったのですが、この最後の共同作業そのものが重要な最後の治療的共同行為であり、新治療者への強靱なる架け橋となることを、少なくとも私自身は信じていたのです。その上で、新たな治療者のもとで、新たな共同治癒地平が広がらんことを。

治療をある時点をもってして完遂するのではなく、無限に開かれた将来に向かって治癒可能性への道を開く。治療を模索しつつも治癒の地平が広がるのを待つ。治癒地平の自然開示。人為治療に自然治癒を邪魔させないこと。自然な治癒回復力を人工的な治療行為が妨げないこと。

身体的治療の到達点は回復。つまり回り回って

元に復することかもしれません。しかし、精神科治療の到達点はそんな回復ではないような気がします。回復といった固定的な到達点を精神科医も患者様もいつの間にか通り過ぎ、二人とも元に復することはないような形で変容し続けること・・・癒やしの共同地平が開かれ続けること。それはおそらく、治療者と患者様との治療的出会いが他の人々との出会いと同じように、出会う人を両方とも変容させ、共に別様の在り方へと導き入れられること。そういえば昔の大好きな本の中に、「出会いの精神医学」という本があったような気がします。

結局、精神科医も患者様も一方的な回復ではなく、共同的な治癒を目指します。精神科医は治し療するのではなく治し癒やすのです。そして、精神科医は治すことによって自らが患者様とともに癒やされるのかもかもしれません。

そして、身体科医が診断し治療した結果、患者様が回復する、といった診療過程に照らしていえば、その回復に対置する形で精神科医療での治癒が存在するのではなく、精神科医療全体はそもそもはじめから二人の治癒であるといえるのではないのでしょうか。精神科医が診断し治療し患者様が回復するのではなく、はじめから精神科医と患者様の二人で一緒に治癒する、治癒しあう・・・自然にあるがままに・・・元に復するのではなく、二人の共同地平へと変容し続けて・・・

診断は治療のために。

治療は回復のために。

そして精神科医と患者様は、

二人して治癒を開かんとする。

2018年 私の読んだ本

なかまクリニック 中 嶋 聡

又吉直樹『火花』（文藝春秋、2015）

最近には珍しいまじめな小説。一青年の成長物語で、いわゆる教養小説。テーマになっている葛藤は、平凡といえば平凡なものだが、それだけに普遍的なものであり、共感した。

古賀茂明『国家の暴走』（角川新書、2014）

安倍政権の本質と危険性をよくまとめた本。読みやすく、わかりやすい。本質と危険性はいまや相当ばれており、安全保障法案も成立してしまったが、それでも読んでおく価値がある。ヒトラーやその他の歴代政治家に学んだ、国民の騙されやすさと忘れっぽさをあてにした同じ「世論操作術」による目くらましはこれからも続くはずだからだ。ただし、価値が高いのは第三章まで。第四章以降は著者のリベラルな社会論が雑駁に述べられている。前半の密度の高さが緩んでしまった感じで少し残念だ。著者は自身の立場を第四象限（リバタリアン）に位置づけているが、規制緩和論者ではあるものの心情的にはむしろ第三象限（普通のリベラル）に属する人ではないかという印象を受けた。

竹田恒泰『アメリカの戦争責任』（PHP 新書、2015）

戦争終結をもたらしたのはソ連参戦であり、原爆投下ではなかったこと、それゆえアメリカ国民に喧伝されている「早期終戦・人命節約論（100万人のアメリカ兵の命を救った）」は誤りであることを論じた本。大変わかりやすく論じられており、説得力もあった。しかし同時に、日本の国家指導部が終戦の決断にあたりいかに国体護持にこだわったかもよくわかった。日本国民はまさに「天皇の赤子」で、国体護持のためにならどこまでも戦争を続けるつもりであり、そのための犠牲ならいくらでも厭わなかったのだ。アメリカもそ

のことはよく知っていて、日本に戦争終結を迫るにあたっては国体護持を保障するかどうかは焦点の一つであった。また天皇がすぐれた軍人であり、参謀能力を持っていたことも改めてよくわかった。急所においては方向を指示して介入している。大元帥としての天皇の責任をまったく問題にしていない著者の姿勢は、疑問というより滑稽に感じた。

色川大吉『自由民権』（岩波書店、2005）

「民主主義の原理とは何か。それは多数意志を尊重し、すべて多数決に従うということに尽きるものでは断じてない。国家の存在よりも、政府の法よりも、先に人民の基本的権利があり、それは何物によっても侵すことのできない永久の権利であると認めることに始まる」（105-106頁）。ここに自由民権の概念が一言で言い表されている。それは、基本的権利を国家に優越させる考え方である。自由民権は、つねに国権との戦いであったが、それは今も同じ形で続いている。自由民権運動はその戦いと妥協によって潰れ去ったが、その一つの原因は、天皇制権力についての批判の不徹底にあった。その結果、伊藤博文らによって作られた大日本帝国憲法は、君主に行政権のみならず立法権まで集中し、国会は単なる協賛機関とするものであり、国民の基本的権利については、「法律の許す範囲内」という制約のもと「臣民としての自由」のみを擬装的に認めるにすぎず、実のところはそれを一貫して認めないものであった。大日本帝国憲法は、国権主義者＝支配階級によって押しつけられたものであった。日本国憲法はよく「押しつけ憲法」と言われるが、国権主義者＝旧支配階級が押しつけられたのにすぎない。人民にとっては、旧勢力からの解放を意味していた。

「自由民権派の弱点は国権と民権との関係を深く掘り下げ、普遍的、原理的な確信にまで到れなかったという点にあった」（230頁）。憲法改正が

特集2 私の読書体験から

話題に上るようになった今日、本質的な論点は明治の先人の時代におけるのとまったく同じ構造であることに驚く。現代に生きるわれわれにとっての必読書である。

白井聡『永続敗戦論—戦後日本の核心』（太田出版、2013）

鳩山内閣の退陣が示したのは、国民の要望と米国の要望の二者択一を迫られたとき、後者をとらざるをえないという日本政治の構造であった。日本の戦後政治は、韓国・台湾という反共の最前線があったがゆえに許された「デモクラシーごっこ」にすぎない。戦後日本は、敗戦を否認しているがゆえに際限のない対米従属を続けなければならない、対米従属を続けている限り、敗戦を否認し続けることができる。この状況が著者の言う「永続敗戦」である。それは戦後レジームの根幹であり、「戦後の国体」である。ロシアに対し北方四島を要求するためにはサンフランシスコ講和条約を否定・破棄しなければならないが、日本社会はそれを直視しようとはしない。ここにも永続敗戦がある。政権政党も、左派・リベラルも、永続敗戦の構造に無自覚に乗っかり、甘えてきた。そのことが、「戦後」という時代をのんびりやりと続けさせてきた。しかしいずれ日本は米国から見放される時が来る。そのとき日本社会・国民は、永続敗戦の構造・本質に否応なく向き合わされることになる。

命ぜられた通りに「鬼畜米英」と叫んだ同じ口が「民主主義万歳」と唱え、アメリカを無条件に賞賛する戦後日本の不思議さ。その謎を解く一つの鍵が、著者の見出したこの構造であろう。独創的な考察。一読の価値がある。

しかし、なぜか読後感は良くない。その一つの理由は、いかなるイデオロギーにもアンガジェせず、巧みに距離をとっているように見える、著者の評論家の姿勢にある気がする。たとえば「国体」という言葉を使いながら、天皇制についての批判的考察を行っているわけではなく、それを経てこの構造を上のように呼んでいるわけでもない。むしろ、「国体とは、一切の革新を拒否することにほかならない」として、この言葉の意味を原理

のレベルに思い切り抽象化することによって、上のような新しい意味につなげているにすぎない。この辺に著者の概念の甘さ、のんびりやりとした印象を感じてしまうのだ。

ロバート・ヘア『診断名サイコパス—身近にひそむ異常人格者たち』（早川書房、2000）

「サイコパスは社会の捕食者であり、生涯を通じて他人を魅惑し、操り、情け容赦なく我が道だけをいき、心を引き裂かれた人や、期待を打ち碎かれた人や、からになった財布をあとにのこしていく」という文章から本書は始まる。「良心とか他人に対する思いやりにまったく欠けている彼らは、罪悪感も後悔の念もなく社会の規範を犯し、人の期待を裏切り、自分勝手にほしいものを取り、好きなようにふるまう。彼らから被害を受けた人たちは、驚きとまどい絶望的な思いで自問する。『あの人たちはいったい何者なのだ？』『どうしてあんなことができるのだろうか？』」

サイコパスは家庭環境によるものではない。彼らの家庭環境がほかの犯罪者の家庭環境と違うという証拠はまったくない。サイコパスでない犯罪者は、家庭環境の質によって犯罪行為に手を染める年齢が異なっていた。すなわち、もめごとを抱えた恵まれない家庭環境出身の者は15歳くらい、比較的安定した家庭環境に育った者は24歳くらいだった。非常に対照的なことに、サイコパスの場合には家庭環境の質は初めて犯罪を犯す年齢にまったく影響を与えておらず、どちらの場合も14歳くらいだった。

サイコパスは生理的恐怖に欠け、それにもとづく葛藤がない。サイコパスは行動を起こすことの是非を考えたり、その結果に思いをめぐらしたりしない。「やりたい気分だからやった」というのが行動の理由を聞かれたときの共通の答えだ。サイコパスの衝動的な行為は、癩癩を起こした結果というより目的を追求した結果であることが多いが、その目的とは、安易に満足感や快楽や安堵を手に入れることだ。サイコパスは現在にしか根を生やしておらず、チャンスと見ればそれに抗しきれない人たちなのだと考えれば、彼らの行動や動機づけが納得できる。

ほとんどのサイコパスは、幼い頃に嘘をつく、人をだます、盗み、火遊び、学校をさぼる、暴力、いじめ、家出、性的早熟、動物虐待など由々しい問題行動を見せ始める。平均して受刑者の20%、重大犯罪の50%以上がサイコパスである。

彼らは事務的に、いともあっさりと、冷静に暴力を振るう。白熱した議論や感情的打撃、抑えきれない怒りの結果爆発して暴力的行動に出るのは明らかに違う。大抵の場合、彼らは突如「道を踏み誤った」のではない。それまで何度も運良く表に出ずにすんでいた異常な人格構造が自然の成り行きで犯罪を犯したのだ。

自分を低く評価し、依存心が強く、主体性に欠けている人は、サイコパスと親しく付き合うようになる。サイコパスは、肉体的にも心理的にも弱い人、どんなに傷ついても相手にしがみついていたと感じるような人を何の苦もなく利用する。

子供にサイコパスという言葉を使うことに抵抗を感じる人もいよう。しかし臨床経験や調査によれば、この人格障害の素地は実際に子供時代に存在している。彼らは成人して突如何の前触れもなく現れてくるのではない。

著者はサイコパスの特徴を抽出し、精神病質チェックリストというものを作成している。それは以下のようなものである。

〈感情／対人関係〉1) 口達者で皮相的 2) 自己中心的で傲慢 3) 良心の呵責や罪悪感の欠如 4) 共感能力の欠如 5) ずるく、ごまかしがうまい 6) 浅い感情(感情に奥行きがない)
 〈社会的異常性〉1) 衝動的 2) 行動をコントロールすることが苦手 3) 興奮がないとやっていけない 4) 責任感の欠如 5) 幼い頃の問題行動 6) 成人してからの反社会的行動

実証的研究に基づく、きれいな事を排した論述に、好感を持った。

テリー・ゲイニー (小林宏明訳) 『エリックが消えた一幼児レイプ殺人鬼の履歴書』(徳間書店、1991)

担当検察官が述べた言葉の通り、主人公の犯人、チャールズ・ハッチャーは「地上に降りた悪魔の使者」だ。しかし、これだけの大部の分析を経て

も、不可解な点が多い。彼の言葉によると、「人を殺したいという我慢できない衝動」に襲われて殺すのだという。しかも、一度遂行しても満足するわけではなく、また日が変わると同じ衝動に襲われる。本人自身「いつまた何時やるかわからない」という。刑務所生活の苦痛も、その予感も、それを止めることができない。普通の意味の自己利益(損得勘定)では理解できない。内に棲む悪魔が本人の意思をささ動かしているように見える。そしてこうした存在が、数え切れない人々に耐えきれぬ不幸をもたらしている。

この犯人がなぜ進んで自白しようとしたのかも謎である。まさか冤罪を被った受刑者への同情や、罪の意識からではあるまい。解説にある宮崎勤同様、動機にせよ、病気なのかどうか(病気なら一体何か)にせよ、その存在のほとんどの側面を謎に残したまま消えていってしまうのである。

M. E. トーマス (高橋祥友訳) 『ソシオパスの告白』(金剛出版、2017)

1) ソシオパスは独自性を持つ存在であり、そこに価値がある。具体的には、感情(という夾雑物)によって左右されることがなく、また人や世界との関係において、規則性を徹底することができる。それはしばしば、独自のものの見方を可能にし、また社会的成功をもたらす。ソシオパスは努力して普通の人になることはできないし、またその必要もない。

2) ソシオパスは、共感や感情を体験的に知ることにはできないが、相手の反応を通じて(いわば行動学的に)学ぶことができる。それは体験的に知ることには劣らず有効であるばかりか、もっと効果的に知ることさえできる。その知識をもとに、規則性を徹底して適用することにより、場合に応じて良好な人間関係を持つことができ、愛の関係を築くことさえ可能である。

以上が、筆者が読み取った本書の要約である。

猫を体験的に知らない人(実際に見たことがない人)が、努力して「猫とは何か」をつかみ取り、その結果に自ら感動し、「猫を知らなくても知ることができる」と自慢しているような印象を受け

特集2 私の読書体験から

た。繰り返し「自分は賢い」と述べる。確かにIQは高いのだろうが、自己愛的で、不器用であり、決して賢くはない（賢明ではない）。著者は上記のような生き方で、対人関係もうまく行っていて、社会的にも成功していると述べているが、主観的・独善的な判断という感じがした。

もっとも後者は事実かもしれない（長期的にそう言えるかは疑問だが）。そして確かに、社会の指導者層の中には、似たような人々が一定数いるのかもしれない。そういう意味では、興味深い指摘だ。

菊池英博『そして、日本の富は略奪される—アメリカが仕掛けた新自由主義の正体』（ダイヤモンド社、2014）

「アメリカは1994年から日本に『年次改革要望書』を送り、日本の社会経済体制をアメリカ型に変更するように要求してきた。この新自由主義・市場原理主義（グローバリズム）の理念をベースとして、日本の社会経済を破壊・停滞させ、成長を抑制させる。その結果、発生する余剰資金を海外へ流出させ、アメリカの国債や金融市場・商品市場に資金を供給させるわけである」。なるほど、小泉改革・アベノミクスの本質がわかった。

アメリカの日本に対する新自由主義の要求は、1981年のレーガン大統領による「日米構造協議」の提案、そして中曽根首相がこれを受け入れて両国が1983年に設置した「日米円ドル委員会」に始まる。それに先立つカーター政権の頃は「日本機関車論」に基づいて日本に内需拡大を要求していたアメリカだが、クリントン政権になってからは、日本の金融資源をいかにしてアメリカに吸い上げるかが対日戦略の中心になって「日本財布論」が台頭し、金融規制の緩和が要求されるようになった。橋本政権における財政健全化政策によって始まったデフレは、小泉政権において積極的にデフレ政策がとられることによって本格化した。これは郵政民営化をはじめとして金融規制の緩和を積極的に行うものであり、それを通じて日本国民の預貯金が政府に吸収され、アメリカ国債に大量に投資された。2013年4月以来の日銀による「異次元の金融緩和」も、「日本財布論」への協力の

一環にすぎない。日銀が国債を買い上げ、大量の資金を流すと、そのほとんどがアメリカ国債の購入にあてられ、あるいはニューヨークでヘッジファンドが投機資金として運用しているのだ。それはアメリカの量的緩和縮小の補完としても機能している。結局、日本国民の預貯金が、公共投資を通じて国民のために使われる代わりに、アメリカによって利用されている。もちろん、日本の協力を通じてである。著者は、京都大学教授・藤井聡氏が提唱する、国土強靱化政策を骨格とする有効需要喚起政策（積極的財政政策）を支持している。

現在の経済政策の本質を、論理的に、わかりやすく、大胆に論述した書である。

菊池英博『新自由主義の自滅 日本・アメリカ・韓国』（文春新書、2015）

新自由主義とは、99%の国民の富を1%の富裕層・大企業に移転しようとする反革命運動である。それは収益至上主義であり、社会資本（インフラストラクチャー）には投資しないので、経済は成長しない。現在の世界の大きな流れは、政治経済の基本理念において、新自由主義型資本主義と福祉型資本主義に大別される。独仏は前者を拒絶し後者を選んだ。

米国は農協を破壊し株式会社化しようとしている。そうなると農民は農奴となり、収益は増えても農民の所得は増加せず、資本家の配当に回る。

日本ではかつて田中角栄の時代、積極的な財政政策による公共投資・内需拡大が行われ、いち早く石油危機から脱した。米国でもクリントンの時代には、同様の政策が行われ、経済が成長した。著者が望むのはこうした政策の復活による、格差の少ない安定した「一億総中流」社会の再構築である。

菊池英博・稲村公望『「ゆうちょマネー」はどこへ消えたか—“格差”を生んだ郵政民営化の真実』（彩流社、2016）

菊池英博氏の著書の中で最も簡潔でわかりやすい本。郵政民営化は新自由主義というイデオロギーの具体化であり、その目的は、財政投融資の

財源である日本国債を売らせ、かわりに米国国債を買わせて米国の赤字をファイナンスすることである。そして次に来るのは、同じ目的での農協解体である。後半の稲村公望氏の担当部分はひどく、まとまりない文章である。前半の菊池英博氏の記述の格調高さを毀損している。読者としては前半だけ読めばいいと思う。

幸徳秋水『兆民先生・町民先生行状記』（岩波文庫、1960）

幸徳秋水と中江兆民との、生き生きした師弟関係。兆民が幸徳に「春臆」という雅号を勧めたところ、「生甚だ朦朧を憎む。乞ふ別に選ぶ所あれ」と希望し、それではと正反対の意味の「秋水」を勧めたという逸話が載っている（38頁）。

兆民先生は、民権には英仏の民権のような「下から進んで取るもの」としての恢復的民権と、大日本帝国憲法におけるような「上から恵んで与えるもの」としての恩賜的民権とがあり、前者でなくては駄目だと述べている（18頁）が、重要な論点である。

岡本茂樹『凶悪犯罪者こそ更正します』（新潮新書、2014）

『反省させると犯罪者になります』（新潮新書、2013）の続編。遺作となった『いい子に育てると犯罪者になります』（新潮新書、2016）を合わせた三部作の一つ。

人は表面的な反省では絶対に変わることはできず、本音、とくに子供の頃に虐待され、あるいは受け入れられなかった体験を誰かに受容してもらうことによってのみ変わる（本当の意味で反省し、また更生する）ことができるという、著者の体験に基づく信念を述べた本。論旨は明快で読みやすい。対極として「反省している受刑者」美達大和をあげ、なぜ美達のような反省ではダメなのかを詳しく論じている。多分、著者が本書で一番力を入れている部分である。納得する部分も多かったが、同時に（すでに読んだことはあったが、『女子高生サヤカが学んだ「1万人に1人」の勉強法』（小学館文庫、2016）は良い本でした。）美達の著書をもっと読みたくなった。

著者は、仮釈放を控えた優良受刑者をホームステイさせることも提案している。しかし受刑者の中には、サイコパスのように、絶対に反省できない者、徹底的に周囲をだますことのできる者もいるのだ。著者の性善説にはついていけないところもあった。

伊藤重平『愛は裁かず』（黎明書房、1982）と似た趣旨の本である。

石飛仁・高橋幸春『愛が引き裂かれたとき—追跡ルポ・結婚差別』（解放出版社、1996）

部落問題とは何だろう。それは、歴史のある時期に権力者が巧妙に植え付けた支配の構造なのではないだろうか。差別する側も、加害者でありながら、実は支配されているのだ。破談にされたある女性の、「相手の母親が、『すみません、なんで今も差別があるんでしょうか』って聞くんですよ。（中略）『私はなんで差別するんでしょう』なんて、差別している人間が言い出すんだから、まったくどうかしていますよね」という言葉が、そのことを語っていて、印象的だった。どの事例でも、最初は気にしないように、場合によっては理解者であるかのように装っていながら、結婚が現実の問題になるにつれ、動揺し、逃げてしまう。そして、相手を途方もなく傷つけ、自分自身も不本意な選択をしていながら、その理由をだれもまともに語るができないのだ。

渡瀬謙『負けない雑談力』（廣済堂新書、2016）

観察から相手が興味ありそうなテーマをみつけ、それについて一つ質問し、あとは相手に喋らせればよいという方法。会話術の本の中で、私にはこの本が一番しっくりきた。一つの哲学とも言え、「あっ、そうか」という気づきにつながった。何も特別なことをする必要はない。普通でいいんだ。余計な力が抜けた感じがした。雑談が苦手な私でもすぐに実行できそうな気がした。

海渡雄一『戦争する国のつくり方—「戦前」をくり返さないために』（彩流社、2017）

現在の共謀法と同じように、「普通の人には関係ない」という触れ込みで治安維持法が成立する

特集2 私の読書体験から

に至ったいきさつ、それがいかに拡張され、当初は無関係と思われていた人々まで引き込む、権力に都合の良い網として活用されたかを、歴史上の出来事に沿いつつ具体的に生き生きと述べている。また秘密保護法などその他の法制や、監視カメラの日常化や盗聴の合法化、捜査可視化導入と同時に焼け太りに導入された自首・告発の奨励（相互監視を促進する）や司法取引の導入などとあいまって、法律と生活環境の両面から戦争に都合の良い世の中が次第次第に形作られてきていることが、系統的に良く理解できた。

小竹広子氏のコラムもとても良く、心に残った。

菅野完『日本会議の研究』（扶桑社新書、2016）

評者が日本会議に関する本を読むのは、これで三冊目だ。山崎雅弘『日本会議—戦前回帰への情念』（集英社新書、2016）、青木理『日本会議の正体』（平凡社新書、2016）、そして本書。どれも良書だ。しかし、その中で、本書は傑出している。それは、本書が、日本会議の「根」、いわば日本会議の情念に迫っているからだ。私は本書を読んで初めて、なぜ一見名もないような集団が、国政を動かし、国の根本をも変えるような力を持つに至ったのか、そしてそれが、中心人物たち（それが誰なのか、マスコミを見ている限りでははっきりしないのだが）が、ある情念を抱き続けつつ、見えにくいところで運動を続けてきた成果であることが、垣間見えた気がした。日本会議の底にある、恐ろしいほど人間的なもの（それを理解するのもまた容易ではないが）が見える、そういった本である。それを発見した慧眼と、それを抉り出し裏付けるために払った著者の辛抱強い努力に敬意を表したい。

渡辺治『戦後政治史の中の天皇制』（青木書店、1990）

戦後すぐから代替わり近辺（1990頃）までの、政治にとっての天皇制の意味について分析した本。天皇は、戦後しばらく（1960年代から1970年代まで）はほとんど忘れられていたのに、代替わりが差し迫ると、突然社会の前景を占めるに至った。

著者は、この二つはともに驚くべき現象だとい

い、天皇制の意味をめぐる社会理論は、この二つをともに説明しうるものでなくてはならないという。そしてそれは、現代日本の支配構造の一部として果たしている役割を理解することによって可能になるという。

天皇制の意味は、終戦から1960年頃までの第一期、1960年代から1970年代までの第二期、それ以降の第三期に分かれるという。昭和天皇は戦後も、象徴天皇であることには不満で、あくまで大日本帝国憲法下と同様「統治権の総攬者」であることを希求し、内奏を求め、最後まで政治に関わりようとしていた。現にマッカーサーへの沖縄占領継続の希望表明（1947）や増原内奏問題（1973）などに見られる通り、影響力を行使し、あるいはしようとした事実がある。第一期は、支配層がこれに呼応し、天皇の政治的位置づけの復活に努めていた。これに対し第二期になると、高度成長に伴い企業が国民支配のための「君主」の役割を果たすようになったために、支配層は国民や野党勢力との摩擦の原因になりうる国家イデオロギーを前景に出すことを避けるようになり、それとともに天皇はほとんど忘れられた存在となった。ところが第三期になると、企業ならびにアメリカの力の後退とともに、再び国家イデオロギーの意識的高揚の必要性が生じ、それとともに天皇制の意義が再び支配層によって強調されつつある。

さまざまなエピソードを通じて昭和天皇の上記のような一貫した姿勢がわかり、興味深かった。また、1990年発刊の本書を通じ、今後天皇制がどのような意味を持つてくることになるのか、考えさせられた。

中北浩爾『自民党政治の変容』（NHK出版、2014）

55年体制以後の自民党の歴史が、右派トリベラル派、近代的組織政党派（総裁公選制・小選挙区制の導入を志向）と日本的多元主義派（派閥・中選挙区制の維持を志向）のヘゲモニー争いの歴史であったことがよくわかった。無党派層のとりこみという課題のため、今はそれぞれの前者が優位にあるようだ。しかし今後はどうなるのだろうか。もはやそれは「自民党の歴史」という形では語れ

なくなるのであろうが。

稲垣えみ子『魂の退社』（東洋経済新報社、2016）

朝日新聞の記者だった著者が、退社してはじめて気が付いたことを書き綴った本。人がいかに会社に依存しているか、また社会がいかに「会社に所属していること」を基本に成り立っているか、辞めてみるとよくわかるそうです。そのことを、「I am not ABE じゃなく I am ABE だった」と表現しているのが面白かった。

佐々木実『市場と権力―「改革」に憑かれた経済学者の肖像』（講談社、2013）

竹中平蔵の一代記であるが、それを通じて新自由主義がどういうものであるかが伝わってくる本である。「官から民へ」「自由な競争」というのが、一見至極客観的な原則で、既得権を解体して手を挙げる人に平等に利益を解放するように見えながら、実は特定の勢力に合法的に利益を移転するしくみであることがよくわかった。またそれがナオミ・クラインのいう惨事便乗型資本主義であることもよくわかった。感情的にならず落ち着いた筆致が説得力を高めている。あとがきにある以下の記述が特に印象に残った。「『平等』『公正』といった概念を無視し、『効率』のみを形式論理的な枠組みのなかで論じるようになったことで、この学問（経済学）は『価値判断からの自由』を標榜できるようになった。けれども、それは見せかけにすぎないのではないか。そう宇沢（弘文）は指摘した。『価値判断からの自由』は、『効率性のみを追求し、公正・平等性を無視する』という態度の表明にほかならないからだ」（p.319）「書いているうちに、私は一代記ではなく、『あるもの』を表現しようとしていると感じるようになった」（p.322）。

滝川一廣『子どものための精神医学』（医学書院、2017）

著者の信念をはっきり維持し、それを随所に図示して説明しつつ、他の論者の見解も紹介して、児童精神医学全般についてわかりやすくバランス良く解説している。昨今はやりの発達障害につい

ても、人間の発達を持つ二つの相の一つ、つまり知能（認識能力）のおくれとしての精神遅滞と並ぶコミュニケーション能力のおくれとしてとらえ、ことさらに脳の異常として疾患化することを批判している。この点同意したし、論理的に整理して書かれていると感じた。特に、昨今のそうした傾向一般を批判する、以下の比喩に共感した。「巨人ファンと阪神ファンがいる。両者の脳に明白なちがいが認められる。……一方には喜びの情動反応、他方には怒りの情動反応が励起される。しかしこれをもって（両者がそれぞれのファンであるのは〔引用者註〕）この脳のちがいに起因するといえるだろうか」（178頁）

谷内修三『詩人が読み解く自民党憲法案の大事なポイント』（ポエムピース、2016）

詩人が、自分の感性で、自民党憲法案の表現が意味するところを読み取り、解き明かす。自民党憲法案は、一言でいえば個人のかわりに国家を置こうとするものである。日本国憲法の成立当初から、日本の支配層の中には大日本帝国憲法への回帰を志向する勢力が根強くあった。昨今、思想的な面での中心的な支持団体である日本会議の後押しを受けつつ、それをいよいよ現実のものとするために自民党が作った草案がこれである。

「公共の利益に反しない限り」を挿入したり、「国は国民と協力しつつ」とするなど、一見するともっともにも見える修正が多い。しかしそれがいかに憲法の基本思想である立憲主義に反し、個人の基本的人権を制限し、国家の個人に対する優越を意味するものであるかを、詩人ならではの言葉に対する敏感さを生かしつつ解き明かしていく。表面的に読むとすっかり納得してしまいがちになるところに注意を向けさせる。だまされて、かけがえのない権利を自ら失ってはならない。憲法が危険にさらされつつある今こそぜひ読みたい一冊である。

前川喜平『面従腹背』（毎日新聞出版、2018）

元文部次官。森友・加計問題で安倍政権に不利な証言をし、そのためその後人格攻撃や学校での講演に関して政治介入を受け、2018年前半のマス

特集2 私の読書体験から

コミを販賣した人。この間および官僚時代の葛藤が、体験を経て得た人生観を交えて、正直に書かれている。「組織の中で仕事をするうちに、その組織の論理に完全に同化していく人間が出てきてしまう。その方が楽なのだ。与えられた職務と自らの内心との葛藤を経験せずに済むからだ」というのはがきの文章が印象的。全体として面白かったが、しかし私は「面従腹背」という姿勢が嫌いなので、読み終わるとすぐに中古に出してしまった。

小口日出彦『情報参謀』（講談社現代新書、2016）

自民党のネット戦略を請け負い、民主党に政権を奪われてから再び奪還するまでの4年間のドラマを書き綴ったノンフィクション。最初は著者が売り込んだらしいが、民主党に権力を奪われて思うようにテレビに露出することもままならなくなった自民党執行部は、著者のレクチャーを聞いてただちにネットの重要性を認識し、専門会議を立ち上げた。毎週どのキーワードが上位にあるか、またそれがどの程度持続性があるかを分析し、それをもとに毎週イメージ戦略を練るのだ。4年後の政権奪還はその結果でもあるという。ネットで上位のキーワードやイメージを意図的に強調し、露出させることで人気を高める。そういうことが可能だということは、現代の人々が、全国民レベルで一気に、簡単に操作されうるということを意

味している。「人気のある傾向はこうだ」と示すことで、人の心はそちらの方向に動いてしまう。それは、人々がいかに不安で、孤立を恐れているかということを示している。そしてそれを利用した大衆操縦術は、その後ますます洗練され、日常的に使われていることだろう。恐ろしいことだ。

磯部涼『ルポ川崎』（サイゾー、2017）

川崎市南部、韓国・朝鮮人が多く居住する桜本の人間模様のルポルタージュ。川崎は北部のニュータウン（比較的高級な住宅街）と南部の雑居地域（外国人居住者や貧困な人々が多い）とから成る独特の市だ。貧困の中、荒んだ家族の元で恵まれない幼少期を過ごした若者たちが、ラップミュージックやスケートボードを通じて独自のアンダーカルチャーを形成し、アイデンティティーを築いていくという物語。もちろんこうして成功する者はわずかであろう。それがこの地域を代表しているとは思わないが、しかしどのような環境であれ、人は困難を形に変えていく力を持っていることを改めて感じさせてくれた。私は以前、大阪・釜ヶ崎のカラオケスナックから楽しそうなだみ声が聞こえてくるのを聞いて、人はどんな環境にあってもそれぞれに楽しんでいるのだという当たり前のことを感じたことがあったが、それと似たような感想を持った。

この一年間：私の読書体験から

田北メモリーメンタルクリニック 田北昌史

今年松尾正先生からこのお題を頂きました。

以前も書きましたが、私はプロ野球観戦が一番の趣味なのですが、鉄道や時刻表も子供の頃から大好きでした。ただ最近は時刻表を見ることも少なくなっていました。先日交通公社発行の「時刻表昭和38年12月号」を入手しました。これを見ていると時が経つのも忘れます。そこで今回は読書になるか？ですが、この55年前の時刻表について書いてみます。

大きさはB6で現在の時刻表より一回り小型です。表紙はカラーで急行「せっつ」の写真です。「せっつ」は東京と大阪の間を走っていた電車の普通急行です。写真は今でもそう色あせず、印刷技術は高いようです。

内容で今と異なるのは、新幹線が無いことです。東海道新幹線の開通は昭和39年10月ですから、その約1年前で東海道本線の特急、急行の最盛期です。東京駅の東海道本線下りを見ると、大阪まで行く座席特急が朝7時発の「第一こだま」を皮切りに8本。そのほとんどは食堂車、ビュッフェ、展望車付です。座席急行は6本、他に座席でも夜行の急行が2本あります。急行はビュッフェが付いています。また主として九州まで行く寝台特急が16時35分発の「さくら」から19時発の「はやぶさ」まで4本、午前中から午後の早い時間などには九州行き寝台急行が5本。これらの寝台列車には食堂車がほとんど付いています。さらに夜になると大阪方面へ向かう寝台急行が9本運転されています。もちろん東海道本線ですから、通勤用の普通電車も多く運転されています。そこにさらにこれだけの数の列車を運転するのですから、当時の東海道本線の混雑は大変なものだったと思います。

また列車の運転時間の長さは現在では考えられないほどで、急行「高千穂」は14時55分に東京駅を出発し、終着駅の西鹿児島（現在の鹿児島中

央）には翌日の19時43分に到着し、なんと29時間近く掛かっています。現在ならヨーロッパに飛行機で往復出来そうです。この列車は日豊本線経由で特に時間が掛かるのですが、鹿児島本線経由の「霧島」でも26時間33分掛かっています。「霧島」は博多から西鹿児島を約6時間で走っていますから、現在の4倍の時間です。当時の日本は広かったのです。しかし現在の新幹線の東京新大阪間の本数を数えると「のぞみ」、「ひかり」、「こだま」合わせて100本以上有りますから、輸送力はおそらく現在の10分の1以下でしょう。

また長距離の鈍行列車もあちこちを走っています。東海道本線も東京発名古屋行き、大垣行き、姫路行き、大阪行き普通などが走っています。鹿児島本線も京都発鳥栖行き、大阪発八代行き、鳥栖発人吉行き、鹿児島行き、門司港発鹿児島行き、都城行き、長崎行きもあります。門司港発は夜行です。123列車は鳥栖を9時12分に出発し、鹿児島に19時32分に到着します。鹿児島に行くのに10時間です。当時の旅行は時間がないと出来ないなと痛感します。

また今では不思議と思われる運行をしている列車も多くあります。青森発奥羽本線経由の特急「白鳥」は新潟や富山を通して大阪に向かいますが、なぜか上野発大阪行きという「白鳥」もあり、直江津で連結されます。ディーゼル特急ですが、14両編成で食堂車が2両という大編成です。なぜ連結するのか当時は事情があったのでしょうか、今となっては判りません。上り準急「しんじ」（宍道湖の「しんじ」でしょう）は博多を6時40分に出発して、鹿児島本線、山陽本線を経由して下関で分割され、一方は小郡（現在の新山口）から山口線を経由、もう一方は山陰本線経由で進み、また益田で一緒になります。それから山陰本線を走って米子からは伯備線に入りますが、新見で準急「たいしゃく」が連結され、準急「しらぎり」

特集2 私の読書体験から

が分離されます。岡山から宇野線に入って宇野に19時30分に到着しますが、岡山では鳥取から来た準急「砂丘」が連結されています。時刻表を見ても何がどうなったか判らなくなります。なぜこんな複雑な列車運行を行っていたのでしょうか？また急行「フェニックス」は西鹿児島発宮崎行きで九州をほぼ一周しています。このような列車に始発駅から終着駅まで乗る人はまずいなかったでしょう。また博多発西鹿児島、熊本行きという急行があり、西鹿児島には小倉経由で日豊本線を走ります。また熊本行きは別府で別れて、豊熊本線経由で熊本に行きます。その急行の名前はなんと「ひかり」です。新幹線で走るまでは「ひかり」はこんな地味な急行でした。そもそも準急自体JRからなくなり、急行もほぼなくなってしまいました。

さらに九州の路線図を見ると現在に比べるととても多くの路線があります。筑豊地区には網の目の様に線路が通っています。他にも佐賀と瀬高の間の佐賀線、延岡と高千穂間の高千穂線、豊後森から肥後小国の宮原線などもあります。これを見ると当時は列車で色々なところまで行けたのだなと思います。また逆に現在の篠栗線はまだ開通していません。北海道も沢山の路線が走っていますが、その多くは現在廃止されています。意外に東京周辺の路線は大きくは変わっていません。もちろん瀬戸大橋や青函トンネルはなくて、宇高連絡船、青函連絡船です。

国鉄以外では空路は日本航空のムーンライトが

あり、羽田発深夜1時40分で伊丹を経由して福岡着が早朝5時です。運賃は割引されて8400円で、今もあれば大変便利だと思います。また大分熊本間にヘリコプターが飛んでいます。阿蘇や別府に寄って、45分で着いています。結構便利なようです。また福岡から東京はジェット機なら1時間15分で今より短時間です。でも直行のジェット機は1日3便しか飛んでいません。機種も120人位のボーイング727かコンベア880でしょうから、全体の定員は今の50分の1くらいでしょう。料金は片道13000円です。もし普通急行で博多東京を行けば、運賃は乗車券が2010円で普通急行券が300円なので、2310円で航空運賃は鉄道の約6倍です。

確かに現在は便利になりました。しかしこの時刻表を見ていると昔ブルトレの食堂車で食事したりしながら東京に行っていたことを思い出します。あの頃は色々な列車や車両があって、どの列車に乗るか選ぶのが楽しみでした。最近の新幹線では車両はみな同じで、食堂車もビュッフェもなくて、味気ない限りです。鉄道の旅は便利になりましたが、楽しみは少なくなりました。

さて最近の教授選を見ていると、遠方の大学から新教授が選ばれることが多くなった気がします。以前のような交通事情であれば、遠方からの教授就任には二の足を踏む先生もおられたでしょうが、今のように交通が便利になれば、日本中どこでも簡単に赴任できます。交通事情の変化は精神科の世界にも大きな影響を与えているようです。

「生の哲学的人間学」(ルートヴィヒ・クラゲス)の精神症状学への寄与について

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]

緒言

1. Klages, L. の生命論的人間観と世界観の概観
2. Klages の生物学者としての寄与
3. 性格学の創始者あるいは表現学者としての Klages の寄与
4. 精神医学の独自の課題である「精神症状学」に対する Klages の寄与

結論

緒言

精神症状学の独自の課題とは「人のこころがわかる方法論の探求である」として、これまで強調してきたのは次の点である。1. 成因論から独立した症状論とは「どのように」という観点から心理の状態像の現象像を求めること、要は世界の中で障害を受けた人間が保持している可能性を通じて生きる姿全体をどのようにという観点から眺めること、2. 症状学を通じて求めるものはさらにこの姿の時間経過とともに生じる変化の様態であり、目標はここでも「どのように」という人間の生きる姿の変化のあり様を明らかにすること、3. ここには基本的に「なぜ」という問いはなく、生きる姿をそのようなものとして指示するまでのこと、この3点^{25, 30, 31)}である。「心が現象の意味である (Carus, C. G.)」³⁾とすれば、現象を捉えることができれば意味は自ずから示される。心とは「現象そのものが学理 (Goethe, J. W.)」⁷⁾であるような認識領域⁴⁾であり、この「純粹症状学 (吉増)」⁴⁰⁾の認識領域こそ精神病理学が洗練すべき「純粹精神病理学 (Janzarik, W.)」⁸⁾の領域としてきた。

「生の哲学的人間学 Lebensphilosophie」^{22, 27, 28)}の系譜 (Goethe, Carus, Bachofen, J.J., Nietzsche, F.W., Klages, L.) を評価してきたのは、症状学の横断面的あるいは縦断面的脈絡での現象記載に適した概念目録にある。つまり精神病像も Klages のいう Es (生命性) と自我 (生命に闖入した精

神) とから成る人格の構造の反映とみる個人的見解の現れではあるが、現実的、包括的そして開放的な病像規定の方法と考えたからである。本稿は、そのようにして規定された病像が一般性を持ち得るか、その点を彼の生の哲学的人間学の精神症状学への寄与という観点から相対化する試みである。そのために次の論点に沿って検討する。1. Klages の生命論的人間観と世界観の概観、2. 彼の生物学者としての寄与、3. 性格学の創始者あるいは表現学者としての彼の寄与、4. 精神症状学に対する Klages の寄与、その4点である。それは彼の著作の根底にある、一方で生の本質および個人的あるいは宇宙的な諸生命形態に関する洞察と、他方で人類の本質および生命と精神との同時的担い手としての人類の特殊位置に関する洞察との再検討にほかならない。

1. Klages, L. の生命論的人間観と世界観の概観

このような包括的問題に対する経験的要請と原理的要請との双方には「生命性の中核層にまで透徹する人間の性情 Wesen の分析 (Klages)」¹⁴⁾によってのみ応え得るとされるために、筆者らは Klages の生命論的人間観と世界観とによって明らかにしてきた。彼の概念目録を作図したもの (図1) を自著の随所で示してきた^{21, 22, 26, 31)}。必要不可欠な概念につき、要約的に再説しておく。Klages の生命論的人間観と世界観によれば、人格には、世界、現実時空の変化とともに変わる部

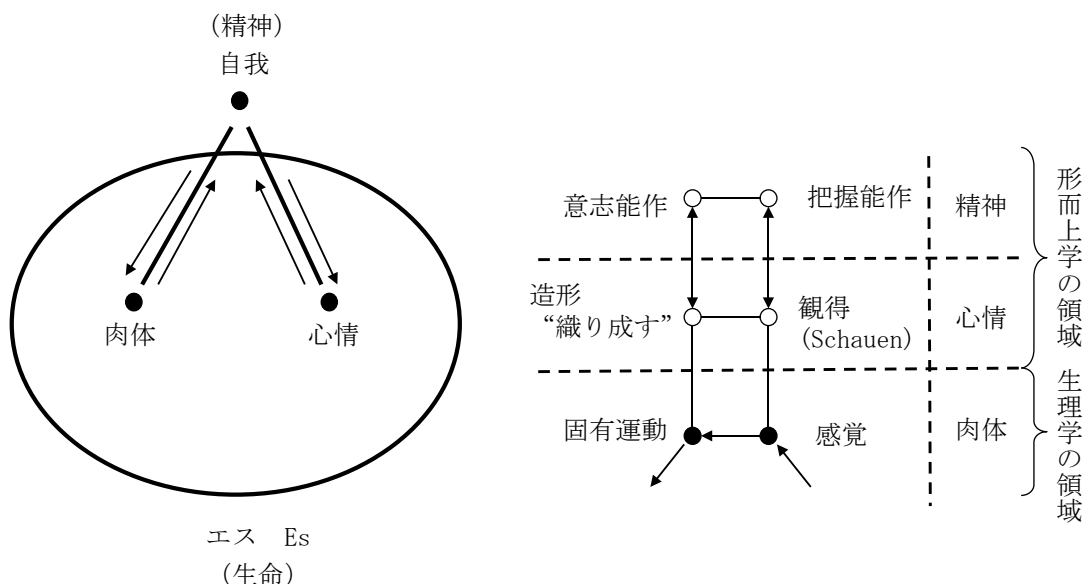


図1 肉体、心情および精神の3つとしての人間性情およびそれらの摂受極と実施極 (Klages,L.¹²⁾による)

分と、その変化に抵抗し、それを何か変わらないものにしようとする二つの働きが、時に協調的に、しかし基本的には当然対立するものとして備わっているとして前者を「生命 Leben」と呼び、後者を「自我 Ich」、つまり生命に闖入した「精神 Geist」と呼ぶ。人間は、まず生きて「体験 Erleben」し、その上で判断し行動しているのであって、その逆ではなく、判断も行為もしていない、自我とは無関係な人間の生、体験過程は存在する。たとえば、睡眠中も体験過程は働いており、生命的事実は間違いなく自我の働きに先行している。自我は生命に依存しているのである。

生命としての人間は、現実という全体の部分であり、その限りで全体⁶⁾の持つ性質を共有している。現実とは分割不可能な時空的全一性であり、現実の時間と空間は分けることはできない。時間と空間とは一つの現実の極性的分化の現れであり、極性分化とは、一つのものが分化する場合、一方がなければ他方も成立しないという連関におかれた分化のあり方であり、無論、時間のない空間も空間のない時間もあり得ない。極性分化こそ全体の諸部分の連関の基本的あり方であって、この全体の中での諸部分の連関のありようを構造³²⁾と呼

ぶ。現実是一个の全体として相互連関的な諸部分からなり、構造を有し、それは唯一一回限りのものとして、絶え間ない、しかしリズム的な変化の中に置かれ生成発展する過程である。Klagesの人間学によれば、図1に示すように、人間の「生命」は「心情 Seele」と「肉体 Leib」の極性連関にある体験過程である。現実が体験過程と体験内容に極性的に分化しており、元来一つのものとして部分の連関を同時体得して含んでいるという事実に基づいて、個体生命である人間は現実を現実として認知する。心情的体験過程は「観得 Schauen (共感的認知)」と「造形推進」に、肉体的体験過程は「感覚」と「運動推進」に極性分化している。

「生命」に対峙して、それ自体は非時空的で質を持たない空虚な一様性、つまり無であるところの「精神」は、生命としての人間の肉体と結びつくことによって現象体としての「自我」になる。自我は生命を前提にして、生命なしでは自我は働かず、それも肉体の覚醒状態において初めて作用可能になるに過ぎない。自我自体の作用は理解(把握)作用としての判断と、意志行為として現れるが、その作用はすべて反現実的働きとして示

される。判断とは、それ自体は理解作用とは異質で体得されるよりない現実を、理解可能なものにしてしようとする意志であり、それは体得の内実、意味単位を概念化し不変なものとして固定するものである。しかし概念の内実は体得されていない限り、伝達不能である。自我自体は体験不能である。

以上、人格における生命的体験構造と自我作用の特質を対比させてまとめると、生命的体験構造は、現実それ自体の一部であり、質的に同質のものとして現実の諸特質を体得する。それは時空的連続性、変化性、全体性と構造連関、質性（情動的牽引を伴う意味性）、唯一性と一回性などである。それに対して自我は、反現実的作用として現実に関与し、現実を理解可能、利用可能なものへと変化させようとする。自我の作用は判断と意志行為を通じて発揮され、現実を変化しない存在的なものとして対象化し、連関を奪って要素として孤立させる。現実の生起を因果律として説明する。自己同一的の反復が実現されることになる。

2. Klages の生物学者としての寄与

以上の解説を基礎にして論点2に入りたい。「生命とは不断の更新が可能形態である」、「生命は体験である」^{12, 14)}として、どんな有機体、どんな固有性情にとっても生命は体験であることはKlagesの確信であった。彼は植物や動物の外的な生命活動を学び知って、これを内部生命の表現と観ようとした。「Klagesは生中心の思想家であったので、生物学もまた（自然）科学の一部門であるとともに形而上学の問題の源泉として、これに彼が多量の関心を抱いたのは当然の成り行きであった」とKlages協会所属のオランダの生物学者兼哲学者のWiersma-Verschaffelt, F.は論文『生物学者としてのKlages』³⁹⁾の冒頭で述べている。

Klagesはその著書『心情の敵対者としての精神』¹⁴⁾の中で、固有性情（有機体）について、いくつもの章を書き上げたが、その前に徹底して生物学の知見を調べ上げ、植物の心を書き上げるためだけでも幾百もの著作の閲覧に数か月をかけたという。また手紙や面談によって、著名な生物学者達と連絡もし、生物学者Uexküll, J. v.³⁸⁾の研究所で多くの時間を割いて盲犬の訓練を見学したと

もいう。

固有性情（有機体）、つまり生物の一般的特徴として挙げられるのは栄養と生殖である。どのような固有性情も外部から提供される物質を選択し自分に固有の物質に造り変えて、成長に役立てる。なお少なくとも2つの属性、それはあらゆる生命活動はリズム的（生殖はその適切な例）であること¹⁵⁾、あらゆる固有性情は原形質からなっており、しかもこの原形質は絶えず動いていることである。Klagesはあらゆる領域で「現象学」総論を探求したので、原形質において現象するものは一体何か、不断の生起として表現されるものは何か、という問題に取り組んだ。そうしてあらゆる固有性情を包括する一般的表現、「生命は体験である」に達した。つまり細胞は原形質の生起として、決して静止することのない体験の流れの表現とみたのである。

しかしこういう独断的な表現で満足できるはずがないので、体験の明瞭な定義を下した。体験の最も重要な標識をKlagesは分別（ぶんべつ）という。それはあらゆる体験過程において体験するものと体験されるものとを認識されることをいう。体験するものをKlagesは心情と呼び、体験されるものは体験内容という一般的用語で呼んでいる。Aristoteles¹⁾はすでに「人間は色を見るが、自分の見ることを見ない。音を聴くが、自分の聴くことを聴かない」と述べたが、それは感情についても同様であって、人は激怒や賛歌を感じるが、情感過程そのものを感じない。これはあらゆる形の体験過程に通じる事で、動植物および単細胞生物の体験過程は、その体験内容が人間にはほとんど、あるいは全く追体験できない程、人間のそれと異なるものの、これについてもやはり妥当としている。

このようにどんな固有性情にも心情があり、その心は体験の可能根拠であり、さらに不断に推移交替していく諸々の体験の固有、特徴的な流れであるが、このような体験は、すでに述べたようにリズム的変移に置かれている。なおKlagesによればどんな体験過程においても、分別の相に短い融即の相が先行するのであって、その際、固有性情の心は、その体験するものと完全に一つになり、

原著

それに全く奪われてしまうという。先に登場した生物学者の Wiersma-Verschaffelt³⁹⁾ は、「この融即相は植物においては動物におけるよりも重要であり、また人間の情感においてその感覚体験におけるよりも重要であると思う」と述べている。「それゆえ我々が見るものを見ることから分かたつ方が、我々の情感するものを情感過程から分かたつよりも容易である」と付言もしている。

以上述べてきた固有性情（有機体；植物、動物、人間）の特徴を Klages の言葉¹⁴⁾ を拾い上げて改めてまとめてみる。

固有性情：「外部の生起は内部の生起を引き起こし、これはさらに固有運動を引き起こす」。

植物：「樹は太陽も星空も見ず、梢が風にそよぐのも聴かないが、『近』と『遠』とも極めてよく調和し、命が通っているので、これに比べれば、単に世界の知覚にすぎない存在は体験の瘦せ枯れた残渣になってしまう」。

動物：「動物の特徴は接触する近環境に対し反作用する天賦であり、植物の特徴は浸透する環境自体を変化させる天賦である。接触と浸透は共に神秘であって、一は形体性、他は生起の神秘である」。

人間：「全き観得者は心情の情性者である。動物は人間の中にある動物も含めて生ける肉体の動性者であり、植物は動物と人間の中にある植物も含めて、肉体の情性者である」。

ちなみに動物の体軸が水平なのに対して、人間の体軸は植物のそれと同様に垂直に立つことを考えるならば、人間は動物よりも植物的であるといえる。人間はその事実を知っていて、祭儀、神話、詩において自分を木になぞらえることがよくあった。その感知界は最も高度に発達した動物のそれに対しても比較にならない程広がった。動物の推進は現前しているもの、現前し得るものに向けられているのに対して、人間は遠が感知される。つまり遠は人間の憧憬を聴き視覚によって満たすことはあるものの、遠をつかむことはできない。植物は遠が宿っているの、遠受容性がある。この植物の観得は人間では感知となった。人間にとって遠は、その内部にあるだけでなく、その外にも宇宙の現象としてある。人間の心情はこの

遠の感知に全く没入してしまうことがあり、その間、人間の推進は、それ以外のときには動物と同様持つてはいるものの、しばらく沈黙する。これが Klages の表現「全き観得者は心情の情性者である」の意味である。彼自身こそ全き観得者にほかならなかったの、その最も重要な発見をなし得た。それが「諸形象の現実」である。

3. 性格学の創始者あるいは表現学者としての Klages の寄与

心理学者、特に筆跡心理学者の一人 Niederhöffer, E. v.³³⁾ はヨーロッパでは大多数の哲学者にとって自分は実地に走るには「良質すぎる」と自負しているの、実生活を語らず、ただ存在ばかりを論じていると批判した。東アジア人は人生の現実に応用し得ないような哲学には関心を抱かず、「理論と実地」との隙間はなく、「低級な実地」に抱くヨーロッパ教養人たちの軽蔑に共感しないと述べ、そこで例外的に唯一の近代ヨーロッパ、ドイツの形而上学者、哲学者を紹介するとして、Klages を挙げる。彼は存在を語らず、現実の本質を認識し、そしてこの認識から2つの科学の創始者となったという。つまりそれが性格学と表現学である。実際の現実の中で、そしてこの現実での経験に拠ってこの科学の基礎理論を創造したと Klages を評価した。それは Klages の成書『性格学の基礎』¹²⁾、『表現学の基礎理論』¹⁶⁾、『意識の本質について』¹¹⁾そして主著『心情の敵対者としての精神』¹⁴⁾として結実している。

Klages にとって「性格」は「個人的心情の真に識別的な個性」であり、したがって「性格 = 人格（個人性）」である。精神医学者であり Klages の友人でもあった Prinzhorn, H.³⁴⁾ は「人格」の語を幾分拡大して用いたが、Klages は「性格」の語に終始した。彼の著書『性格学の基礎』の中で諸属性（量的属性、方向属性、比例属性、構築の属性）の分類を行ったが、これは相貌学（表現学）、特に筆跡学¹⁰⁾の実地で最もよく実証された。Klages の諸発見を成就させた端緒は彼の心情の受容、接受的側面に属する観得の性能を自覚する力量であった。このような自覚は Nietzsche¹⁷⁾ や Goethe^{5, 7)} が知っていたことで、

他覚を経て初めて可能となる。彼は Goethe の「人間は他人を知っている程度だけ自分自身を知っているに過ぎない」²²⁾を地でいった。自身の巨大な観得力で現実の本質を発見したことによって観得の性能を見出したのである。五感のそれぞれの摂受過程においても、生起する「観得」²⁸⁾には行為はなく、体験されるものである。精神の概念的把握に対して「観得的体験」とも呼んでいる。

精神はいつも対象的な何かでなければ把握しないのに対して、心情は観得過程において非対象的な何かを、何か把握不可能なものを体験する。対象的なものは「諸物」であり、精神の担い手としての自我者としての人間が諸物を作り出すので、「諸物とは世界に投影された諸我である」ということになる。心情が体験する非対象的なものは触れることのできない「形象 (das Bild)」である。Klages は「五感に差し込む形象、それが世界の意 (こころ) であり、その外にはない」と結論する。かくして現実とは「諸形象の現実」である。「現象の背後を探してはならない。現象そのものが学理なのだから」⁷⁾という Goethe の正しさを認識する。性格学者 Klages の Goethe に遡り、Nietzsche から注目された「相貌学」がそれである。この語は Klages では最広義に人間性情の「現象学 Erscheinungskunde」と解さなければならない。Hegel, G.W.F. (『精神現象学』) や Husserl, E. (『現象学の理念』) のいう現象学 Phänomenologie の意味ではなく、今日「運動相貌学 Bewegungsphysiognomik」あるいは「表現学 Ausdruckskunde」と言い換えられている本来の意味においてである。この意味での現象学の学的体系の完成は Klages によるもの¹⁶⁾である。

これが性格学と同時に Klages によってヨーロッパで創始された表現学の前提であった。この前提を筆跡学に応用し、科学としての価値を獲得した。ちなみに Jaspers, K. は Klages の表現学セミナーに参加していた。Jaspers は著書⁹⁾の中 (278頁) で、Klages の象徴解釈を全く魅惑的な観得力と呼び、彼の象徴 (特に詩や文芸) の現前化は、おそらく彼の著作中の不朽のものとなっている。

4. 精神医学の独自の課題である「精神症状学」に対する Klages の寄与

論点 1 から論点 3 までを通じて、Klages の世界観および人間観を概観してきた。そこでは人格 (人間という性格) は、現実界の分化した一部としての個体生命と、反現実を特質とする自我とからなるという Klages の人間観を呈示し、生命的体得 (観得) 過程と自我の理解 (把握) 作用とを認識の基盤として示してきた。

筆者は精神症状とは何か、精神症状 (現象) の特質に即した精神症状学のあり方とは何か、という問いに答えるために現象自体を取り扱う現象学的観点の重要性を強調してきた。別著の随所で精神症状学が現実的なものであるためには全体論的構造分析的なものでなければならないことを、現象の体得的認識を指示的に概念化する精神症状学の唯一のあり方として示してもきた。これまで Klages の性格学を方法論的基礎にして精神症状学各論としてきた理由はそこにある。論点 4 ではそれらを改めて俯瞰することで Klages の精神症状学総論への寄与についての論及を試みたい。

Schneider, K. の臨床精神医学体系分類³⁶⁾の意味での非疾病性の心的障害 (心的資質の異常偏倚つまり不均衡) について筆者は精神症状学各論として、病気ではなく世界 (狭くは世間) で生きることあるいは単に生きることに主観的あるいは客観的に著しい困難を感じている人間の姿 (人格的神経症的反応的状态像) を対象にして、Klages の性格学 (人間の心理学) の精神病理学 (障害の人間学) への応用可能性を評価してきた。「Klages の性格学からみた異常人格」²⁴⁾、「神経症の精神病理学に対する Klages の寄与」²⁶⁾という自著論文がそれである。前者の異常人格 (素地性の障害) についての筆者の小論では、1928年に雑誌「Der Nervenarzt」の中で「いわゆる精神病質についての覚書」¹³⁾という Klages 自身が論文を公表していることからそれを手掛かりにした。彼はその中で1923年当時ケルン大学教授であった Schneider の著書『精神病質人格』³⁵⁾がどの学派にも含まれない時流に乗らない優れた博学であり、類型を作ることは実地臨床上有効であることを認めながらも、10類型を批判的に展望して、性格学

表1 内因性（特発性）精神症候群の症状学的次元の3系列

 <生命学的症状の次元>

- ・感情推進面(気分-行為面)の症状; 生命的症状(千谷)、力動的症狀(Janzarik, W.)。
- ・超個性、身体近縁性から、疾病性、病勢の直接的反映とみなしうるもの。
- ・疾病論的観点からも最も注目されるべき症状。
- ・比較的純粋な現れが躁うつ病圏の症状。

<意識学的症状の次元>

- ・構造依存的症狀(Janzarik)に相当。
- ・統合失調症圏の特徴的症狀が含まれる。
- ・生命学的次元の変化が優勢化するにつれて、内容の断片化。病勢が穏やかな折にむしろ意識内容は脈絡をもつものになる。
- ・自我意識障害の段階を特徴づける指標的症狀の系列として、ドイツ語圏の自己関係づけ、妄想知覚、言語性幻覚、光景的幻視(知覚における意味意識の実体化の系列)。フランス語圏の妄想病の区別では、各段階は復権妄想病、解釈妄想病、急性幻覚性精神病、急性錯乱性精神病に照応。

<性格学的症状の次元>

- ・異常体験反応(心因反応)、神経症性特殊症状。
 - ・内因性精神病の経過中に転換、解離症状が生じることがある。
 - ・人格のまとまりをもって、直面した社会生活での状況に反応するため、病勢の軽い時期に多く認められる。
 - ・この次元だけが前景に立つ場合もあるが、その重症度と生命学的次元の変化は必ずしも相関しない。
 - ・統合失調症圏の病像よりも躁うつ病圏の病像で問題になる。
-

この表は筆者の文献23の中で筆者が作成。病勢の強さ(急性態)の徴標として挙げられるのは、特に睡眠短縮あるいは睡眠喪失などの睡眠変化が目立つこと、それ以外では表現における緊張性、激情性。

的に根拠のある精神病質概念を Klages は発掘している。ちなみにこの論文に対して、Schneider 自身が後に反論³⁶⁾もしている。

要は Klages の人間学では自己欺瞞（自意識の傷つきを避け、自己不全感を隠蔽するために、自分がそうであるものをそうでないとし、そうでないものをそうであると無意識の裡に思う自己錯覚）が精神病質の中核（Schneider の類型では自己顕示欲者、いわゆるヒステリー人格者）を意味しているといつてよい。精神病質の「病」の概念について、ホモ・サピエンスの系統発生的な病の概念、その意味は歴史的人類全体の辿りつつある「文明」の時代的推移とともに進展する、Morel, B. A.²⁴⁾とは異なった意味での「変質」の概念を示唆しているように思われる。「生命的人間」から「自我的人間」への変質²⁶⁾という意味である。彼の異常人格論からの応用編（各論）として犯罪者性格の基盤となる心情喪失（Schneider の類型では情性欠如者 Seelenlosen）の問題を筆者は取り上げもした。要は、犯罪者の意識のあらゆる性質は通常以上に激しく不屈な意志あるいは意欲を持ちながら、心ある献身の能力に欠けているという、一つの根からの枝分かかれといえと結論づけられた。

後者の生の哲学的人間学に照らした「神経症」についての自著論文の中で、歴史の先達为名付けてきた特殊神経症機構は、精神病理学的には生命性の障害、つまり生命的形象創造力の麻痺（肉体と心情との一体性の弛緩、心情にとってその故郷の喪失、造成功の源の枯渇）から招来する体験非力（強迫症）、表現非力（転換症、解離症）、自己実現の障害、つまり人格の多面的重層的構成の交代錯綜と統合へのダイナミズムの脱統合、内的異和（依存症、抑うつ症）、対他者関係の障害（恐怖症、心気症）、あるいはそれらの複合型（離人症、やせ症等々）とみなしたきた。特に Klages の自己欺瞞の心理学が神経症の精神病理学に果たす役割を筆者は高く評価した。神経症がもたらすものは、現実との全人格の接触を制限し、人格統治の可能性を奪い、人格と生活を戯画化（仮想化）し、形骸化すること、つまり成熟抑止とまとめることができた。

疾病性の心的障害、特に精神医学独自の領域である内因性精神症候群^{23, 25)}では、実地臨床では、精神医学の対象の性質が現象学的連続性と変化性を有していることから、症状学の横断面的および縦断面的脈絡での連続的変化の精神病理学が必要である。それを「経過の精神病理学」^{30, 31)}と命名

してきた。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 の人格概念に依拠して、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2つの側面、それに自我反応的側面（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^{2, 21, 23, 25)}を試みてきた。表1に提示するように筆者らの症状学的3次元設定による長期経過研究を通して、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」の試みを発表あるいは論文化してきた^{18-21, 29, 37)}。今後も資料の蓄積を通じて、経過の精神病理学へ Klages の人間学がどのように寄与できるか、あるいは批判的展望も含めて、その展開可能性を検証していくことが必要であろう。

結論

今回、人間学という語を用いたが、人間の精神と生命との両面を視野に入れて、人間の現実を学的に認識する体系（Goethe, Carus を経て Klages にいたる生の哲学的人間学の系譜）の意味においてであった。このような人間学を基礎にして、改めて本来の人間のありようを人格の基本的ありようの中にまで遡って追及することを試みた。精神病像も Klages のいう Es（生命性）と自我（生命に闖入した精神）とから成る人格の構造の反映とみる演者らの個人的見解が、実地臨床に照らすことで、一般性を持ちうることを論述した。その結果、現実的、包括的そして開放的な病像規定の方法の一つとみなすことができた。

これまで触れることの少なかった Klages の生物学者としての側面を詳述し、性格学者および表現学者としての側面はこれまでの自著を略述することで、精神症状学総論に対する彼の寄与について論及した。その最も重要な寄与は、存在を語らず、現象の中に現象するもの（性情）を観得する過程と変移する生命が外部に現れ出るような内部を外部に見出すことのできる眼（形象観得眼）との重要性とを論じた、性情研究にあるとまとめられた。

本稿の要旨については日本精神病理学会第41回大会（2018年）において発表した。

文献

- 1) Aristoteles (副島民雄、福島保夫訳)：アリストテレス全集10『小品集Opuscula』、岩波書店、東京、1977。
- 2) Birnbaum, K. : Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. In: Bumke, O. (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheit. Bd.V/1. Springer, Berlin, pp1-8, 1928 (千谷七郎訳：「古典紹介」Der Aufbau der Psychose. 精神医学, 17 : 975-991, 1975)。
- 3) Carus, C.G. : Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele. 1846, 1851. Von L. Klages neu ausgewählte Ausgabe mit dem Einleitungswort. Eugen Dietrichs, Jena, 1925。
- 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：ゲーテとルートヴィヒ・クラークス—ゲーテの『ファウスト』の「悲劇」の意味についての一考察—。ゲーテ年鑑, 13 : 155-175, 1971。
- 6) Conrad, K. : Ganzheitspsychologie. Fortschr. Neurol. Psychiat., 15: 131-162, 1942。
- 7) Goethe, J. W. (岩崎英二郎、関楠生訳)：エッセイ箴言と省察。「ゲーテ全集」第13巻、潮出版社、東京、1980。
- 8) 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)。
- 9) Jaspers, K. : Allgemeine Psychopathologie. 7. Aufl., Springer, Berlin, 1959。
- 10) Klages, L. : Problem der Graphologie. Barth, Leipzig, 1910。
- 11) Klages, L. : Vom Wesen des Bewußtseins. Barth, Leipzig, 1921 (平澤伸一、吉増克實訳：ルートヴィヒ・クラークス 意識の本質について。うぶすな書院、東京、2010 [1955年の原著第4版改訂版の訳])。
- 12) Klages, L. : Die Grundlagen der Charakterkunde. Bouvier, Bonn-Berlin, 1926 (赤田豊治訳：性格学の基礎。うぶすな書院、東京、1991)。
- 13) Klages, L. : Bemerkungen zur sogenannten Psychopathie. Nervenarzt, 1: 201-206, 1928。
- 14) 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])。

原著

- 15) Klages, L.: Vom Wesen der Rhythmus. Niels Kampmann, Heidelberg, 1933 (平澤伸一, 吉増克實訳: リズムの本質について. うぶすな書院, 東京, 2011).
- 16) Klages, L.: Grundlagung der Wissenschaft vom Ausdruck. Bouvier, Bonn, 1935 (千谷七郎訳: 表現学の基礎理論. 勁草書房, 東京, 1964).
- 17) Klages, L.: Die psychologischen Errungenschaften Nietzsches. 3. Aufl., Bouvier, Bonn, 1958 (柴田取一, 平澤伸一, 吉増克實訳: ニーチェの心理学的業績. うぶすな書院, 東京, 2014).
- 18) 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.
- 19) 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.
- 20) 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.
- 21) 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—Birnbaum, 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.
- 22) 古城慶子: 精神医学の人間学論考—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.
- 23) 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.
- 24) 古城慶子: Klages, L.の性格学からみた異常人格—人格の精神病理学の洗練のために—. 福岡行動医誌, 19: 98-107, 2012.
- 25) 古城慶子: 単一精神病. Schizophrenia Frontier, 12: 215-221, 2012.
- 26) 古城慶子: 神経症の精神病理学に対する Klages, L.の寄与—生の哲学からみた神経症の人間学—. 福岡行動医誌, 20: 89-96, 2013.
- 27) 古城慶子: 生の哲学者 Klages, L.の現代的意義—「心情の敵対者としての精神」の意味について—. 福岡行動医誌, 21: 50-57, 2014.
- 28) 古城慶子: 精神病理学の基礎としての心情学—認識形成のための観得過程について—. 福岡行動医誌, 22: 57-63, 2015.
- 29) Kojo, K., Iwai, K.: How does chronicity occur? The psychopathology of classic defect schizophrenic syndromes. J. Tokyo. Wom. Med. Univ., 86 (Extral): E10-E14, 2016.
- 30) 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.
- 31) 古城慶子: 精神医学の方法論再考. 最新精神医学, 23: 391-397, 2018.
- 32) Krueger, F.: Der Strukturbegriff in der Psychologie. 2. Aufl., Jena, Leipzig, 1923.
- 33) Niederhöffer, E. v. (浅野欣也訳): 性格学の創始者クラークス. 理想, 12月号 475号: 61-67, 1972.
- 34) Prinzhorn, H.: Bildnerie der Geisteskrankheiten: Ein Beitrag zur Psychologie und Psychopathologie der Gestaltung. Springer, Berlin, 1922.
- 35) Schneider, K.: Die psychopathischen Persönlichkeiten. Deuticke, Wien, 1923 (懸田克躬, 鱒崎徹訳: クルト・シュナイデル 精神病質人格. みすず書房, 東京, 1954 [1949年の原著第9版の訳]).
- 36) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. Georg Thieme, Stuttgart, 1950 (平井静也, 鹿子木敏範訳: 臨床精神病理学. 東京, 文光堂, 1975 [1962年の原著第6版の訳]).
- 37) 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.
- 38) Uexküll, J.v., Kriszat, G.: Streifzüge durch die Umwelt von Tieren und Menschen. Bedeutungslehre. Fischer, Frankfurt, 1934/1940 (日高敏隆, 野田保之訳: 生物から見た世界. 思索社, 東京, 1973).
- 39) Wiersma-Verschaffelt, F. (赤田豊治訳): 生物学者としてのクラークス. 理想, 12月号 475号: 50-60, 1972.
- 40) 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—. 東女医大誌, 58: 1256-1269, 1988.

ハイデガー「言葉への途上」を読む

大月クリニック 大月 康 義

1. 静寂を聴く

精神科臨床では日常の談話とは異なる深層の語りに出会う。狂気とはまさに詩的言語との出会いである。また慢性期の精神病患者の特異な病いの体験は詩的言語を生み出す。「帰りにあらゆることを考えて地面に押しつぶされて地面に一体化する」、「こうしてお話ししているのが誰の口がしゃべっているのか」。このような非日常的言語への考察を深めるために、ハイデガーの言語論を参照してみたい。詩的言語はまさに深層の語りであり、古には神の言葉であり、神謡であった。そのような言葉をどうとらえたらよいのか、彼の「言葉への途上」¹⁾を参照し考察してみた。

この中で、彼は、1950年の講演「言葉」で、語るとはどういうことかを問いかけている。そして、結論を先に言うと、「言葉が語る」がその答えである。これはハイデガー自身が感じたことを言葉にしたものであろう。彼の講演はまさに言葉が語っているからである。語られたものの中に、語るという働きがしっかりと守られ残っていると、純粋に語られたものとは詩であり、良く出来た詩を究明することで、語るということが明らかになっていくとしている。そして、ゲオルク・トラークルの詩を挙げ論じている。

「冬の夕べ」

雪が窓辺に落ち、
夕べの鐘長くなりわたり、
世の人多くに食卓整い
家うちよく設えてありたり。

さすらいを続ける人のいくたりかは
小暗き小径を踏みて家の戸口に来る。
恵みの樹は黄金なし花開く
大地の清冽なる樹液によりて。

さすらい人静かに内に入る
痛みは敷居を石と化したり。
汚れなき明るみに輝くは
卓の上なるパンと葡萄酒。

ハイデガーは言う。何千年と続いて支配的であった言葉についての考えかたによると、言葉は人間の内的な情念の動きと、そういう心の動きを支配している世界の見方を、人間が表現したものというものである。この考えを打ち破るべく、言葉はその本質に即してみると、表現でも人間の活動でもない。言葉そのものが語るるのである、と言いつつ、言葉そのものが語りだしているのを詩の中に見てみようと言いつつハイデガーは言う。

言葉が語るのである。この語る働きは区 - 別に到来するように命じ、この区 - 別の方では世界と事物から自性を没収し、両者を純粋無雑な親密な問柄たらしめるのである。

言葉が語るのである。

人間は言葉に応答するときのみ語ることになる。この応答とは聴くことである。そして、聴くこととは、静寂の下す命令や指図に耳を傾けて従うときのみ、聴くことになるのである。

ここで区 - 別、世界、事物といったことを理解するためにハイデガーがトラークルの詩の一節を解説した部分を取りあげる。

パンと葡萄酒は天と地の果実であり、死すべきものへ神なるものから贈られたものである。パンと葡萄酒は（天と地と神と死すべきもの）四者の合一という純粋単一の事態に基づき、己れの周辺にこの四者を結集させるのである。

言葉は世界と事物を区 - 別するものとして立

原著

ち現われ世界と事物を呼び寄せる。第一詩節の雪、鐘、窓、食卓、家うちは、詩の言葉として名指し呼び出すことでこれらを現前させる。降雪は人間を誘って、黄昏からやがて暗い夜へと移っていく天へとつれてゆく。晩鐘の響きは、人間が死すべき者であることを自覚させ、我々を神的なものの前へと連れてゆく。家と食卓は死すべきものをこの大地へと結びつける。名指されたさまざまな事物は、呼びかけられたことによって、そこに、天と地、死すべきものと神的なものを結集させる。この四者連関をハイデガーは世界という。この第一詩節で事物は事物として世界を呼び出し、その世界の中に事物は留まる。事物を呼び出すことで世界が呼び出され、事物と世界の区別としての言葉がある。

この四者連関の世界は物質的自然観の奥にある詩的世界である。心の原郷である。観念世界とも言う。そこにおける世界と事物の区別としての言葉の現れ。そこに詩がある。しかし、その詩的世界は現実から遠い観念的なものにすぎないのだろうか。われわれが住んでいると思っている物質的世界は分子が流動しているだけの世界である。水滴が氷雪の結晶となり空から舞い降りてくる。そのような物質現象を名づけたとき、言語的連関の網の目に組み込まれ、そこに観念の世界が広がる。雪と名づけると雪についての物語、雪遊びの思い出、雪の歌などが思い出され情緒が動く。単なる分子の運動する世界は観念に裏打ちされ暖かい世界となる。物質的科学的には地動説の世界に住んでいるが、日常的感觉では天動説の世界に住んでいる。われわれは生活世界に住んでおり、そこでの観念世界に住んでいる。われわれは分子のむき出しの世界ではなく厚く観念に包まれた世界に住んでいる。そのような観念世界を神と人、天と地の四元の世界とハイデガーは表現した。

そして世界と事物の区別である言葉は静寂に耳を傾けるときにのみ聴くことができる。その静寂とは「どのような運動よりも動きに充ち満ちており、どのような活動よりも精気に溢れている」ものであるとハイデガーは言う。そのとき、静寂とは何であるのか。ハイデガーはそれに応えるために7年を要した。

2. 言葉は有の家である

ハイデガーはさらに言葉についての思索を続け1957年に「言葉への道」という講演を行った。そこでハイデガーは、

詩人こそがまだかつて語られたことのないものを、言葉までもたらしめてゆくという経験をしており、みずからが言葉について得た経験を、言葉にまでもたらさざるを得ない

という境地にまで達することができるのだと
言い、シュテファン・ゲオルゲの晩年の、ほとんど歌といってもよいような、純粋な詩の中のひとつ、『語』(Das Wort) という詩を紹介している。

ことば
語

遠くはろかな秘蹟や 夢にのみ見るものを
くの際まで 私はもたらしてきた

そしてじっと待ち続けた 霜いたたく運命の女神が
おのが泉の中にももの名を見出してくれるまで—

そこで 私はそのものを抱きしめることができた
かたく つよく
いま それは このさいはてのくくに 花と開き
光り輝いている…

ただ一度だけ 私は快い旅路を了え 戻り着いたことがある
ゆたかで可憐な一顆の宝珠をたずさえて

女神は泉で長らく捜し やがて私にこう告げた：
「それで この深い水底には 何も眠っておりませぬ」

すると この珠はわが掌中より滑り落ち
私のくには 二度とこの宝を得ることとて
なかった…

そこで 私は悲しくも諦めを学び取った：
ことば
語の欠けるところ ものあるべくもなし。

そして、かつて「ヒューマニズムに関する書簡」で述べた一句「言葉は有の家である」に呼応し次のように述べる。

最後の一句「語の欠けるところ ものあるべくもなし」の中には、何と云っても、次のような発言が含まれています、すなわち：何らかの有るもの^{ことば}の有は、語のなかに住みついている、と。それ故：言葉は有の家である」(Die sprache ist das Haus des Seins)、という命題が成り立つわけです。こう考え進んでくると、我々はかつて述べたことのある「言葉は有の家である」という思考の命題に対し、詩の作品の中から、最善の典拠を見つけ出したかのようにも思われます—…語^{ことば}によってはじめて、ある何らかのものが、今現に有るようなものとして立ち現れてくることできる、つまり、厳として眼前に有るようになる、このことを詩人は経験したのです。何らかのものを、その有において保ち支えているのは、語^{ことば}であることを、語^{ことば}がみずから詩人に向かって確約したのです。

静寂に耳を傾けるとき聴こえる言葉、その言葉の源となる静寂とは何か。語^{ことば}の中に住みついている何らかの有るものとは何か。「静寂」ならびに「何らかの有るもの」は言葉以前の何ものかを指し示している。語^{ことば}によって立ち現われることのできる何らかの有るものがある。それは「どのような運動よりも動きに充ち満ちており、どのような活動よりも精気に溢れている」静寂であり、そこにこそ、その何らかの有るものはある。詩には、ゆたかで可憐な一顆の宝珠に水底から名を拾いあげることができなかつたとき二度とこの宝を得ることはなかつたとある。ここでいう一顆の宝珠とは詩人の心が感受した「ある美しい感じ」としてとらえたものである。何らかの有るものである。何か現実の宝物があるわけではない。「有る」を物のあるなしのレベルで捉えるとデカルトの懐疑以前の「有」に戻ってしまう。そこに見える有るものは幻覚かもしれない。「確かに有るのは今考えている私だ」というデカルトの「有る」のレベルは確保したい。考えていることを感じとること。それが有るということである。デカルトの「考えていること」と同じく、「静寂」、「何らかの有る

もの」は言葉にすくいとることができなくとも感じとることのできるものである。

「言葉は人間の内的な情念の動きと、そういう心の動きを支配している世界の見方を、人間が表現したものというものである」という何千年来の言葉に対する考え方は心に感じたことはそのまま言葉にできるという前提にある。しかし、ハイデガーは言葉が語る、言葉を言葉として言葉にもたらずと言い、心の動きは言葉が語るというかたちで表現されると主張する。

真冬の深夜に満月のもとで青白く照らし出される雪をみたときの感動はすぐには言葉に表せない。様々な言葉を試してみてもうまく表現できない。そのままなんとなく引かかる気持ちをかかえていると、あるとき突然うまく表現できる言葉が浮かんでくる。まさに言葉が語ったかのようなのである。曰く言い難いものの表現はうまく言い表すことができずにいる期間があり、そして、突然、言葉があらわれてくるものだ。すぐれた詩の言葉、深く考えられた思想の言葉は言葉が語ることであらわれでてくる。そして、その言葉がなければ泡沫のように消え去ってしまう淡くもろいものだ。その淡くもろいもの^{ことば}の有を保持するには言葉に住まわねばならない。言葉は有の家である。そして、この何らかの有るものへと近づくためにハイデガーは詩作と思考の近さについて考察をすすめていく。

3. 詩作と思考の近さとは何か

言葉が語ることについてハイデガーの感じ取ったものは思考ならびに詩作の近さである。その近さに、言葉が語ることは何か見出す手がかりを得ようと繰り返し繰り返し詩作と思考の近隣関係について語る。

詩作が本来的にはひとつの思考活動であるのか、それとも、思考が本来はひとつの詩作という作業であるのか、すぐには決めることができません。そして、この二つの活動の本来の関係を規定しているのは何か、また、我々が今あまり深くも考えずに本来的なものと呼んでいるのが、いったい何処に根源を持っているのか、依然として闇に包まれたままになっております。ところが、—我々が詩作と思考を思い浮かべようとする度

原著

ごとに、その都度、たったひとつの要素がわれわれに迫ってくるようになります。すなわち、言うという働き (das Sagen) です。我々がその問題に気づいていようといまいと、そうなのです。

それだけではありません：詩作と思考は言うという要素の中で動いているのみならず、詩作と思考は、同時に、両者に共通の言うという活動を、言葉についてのさまざまな経験に負っているのです。

詩作と思考を繋ぐたった一つの要素が「言うという働き (das Sagen)」であり、その言うという活動はさまざまな言葉についての経験に負っているとハイデガーはいう。ハイデガーは哲学者である。ギリシャ以来の哲学の流れの中にある。パルメニデスの書物を読むとき内面で動くものがある。そこから新たな哲学の言葉が生まれる。ハイデガーは言う。

思惟とか思考とかは、有という耕地に畝を作るものなのです。1875年に、ニイチェはこう書いています：『我々の思考は、夏の夕べの麦畑のように、力強く香るべきだ。』今日、はたして何人が、こういう香りに対する感覚をもちつづけているのでしょうか。

思惟とか思考は有という耕地に畝を作ることであるとは、思考を繰り返すことで有が耕されそこから言葉が芽生えてくるということだ。それは詩作においても同じことである。そこにハイデガーは近さを感じたのであろう。詩の言葉、思想の言葉は有の耕地から言葉として芽生えてくるものだ。その言葉に耳を傾けることが静寂を聴くことであり、何かあるものを有にもたらすということである。このことを踏まえると、言うという働き (das Sagen) とは様々な言葉の経験が有の耕地を耕しそこから新たな言葉が芽生えてくるということである。

4. 言 (die Sage)

われわれは言葉についてハイデガーの思考の後を追って考え続けてきたのであるが、言葉は大きく二つあることを肝に銘じなければならない。それは詩や思想の言葉と計量の言葉である。それは

同じ言葉でも用い方によってこの二つの言葉に分かれてくるということである。この違いを明らかにすることでハイデガーは現代文明の根本にかかわる洞察をこの講演の中で行っている。われわれが浸りきっている計量の言葉のもたらす厄災に気づくことで、詩の言葉への洞察を深めてみたい。

今日における思考というものは、決定的に、しかも例外を許さないほど徹底的に、計量活動と化しているものですから、思考するとはいっても、手近にあるさまざまな力を動員し、「関心・興味」を発動して、どうすれば我々の世界とは無縁の宇宙空間の中で人間が順応してゆけるか、という問題を算定するのです。こういう思考というものは、大地としてのこの地球を、まさに放棄しようとするものに他なりません。思考はいまや計量活動と化してしまったのですから、この思考は、憑かれたように速度を益々高めて、宇宙空間の征服へと向かうのです。こういう思考は、万事を無に追いやることもできるような暴力の爆発となってしまいました。このような思考からでてくる最後のものは、破壊兵器を機能させるための技術的な出来事にすぎなくなり、拳銃の果は、狂気が支配して無意味な暗い結末に陥ってしまうでしょう。

半世紀以上以前にこれほど深い洞察をハイデガーは行った。経済学や社会学をもちいるのではなく、ただ、言葉をつきつめることで現代になりようやく明らかになりつつあることを洞見した。そして、現代失われつつある詩の言葉こそが救いのわずかなともしびであるという。そしてゲオルゲの詩を読み解くことで、さらに詩の言葉を深く探求してゆく。先に引用した詩「語」で失われた宝珠についてつぎのように述べる。

宝珠は確かに我々の前から身を隠して、軽々には説き明かせない、まさに驚くべき領域に入り込んでしまっています。そういうわけですから、ゲオルゲという詩人は『歌』という詩の前書きで述べているように、沈思を続け、以前にもまして、思いを深めているわけなのです。この詩人は以前とは異なった仕方で、言の働きを一構成してゆくのです。

宝珠、それは語^{ことば}になりえなかった何らかのあるものなのだが、それが驚くべき領域に入り込んでしまった。その驚くべき領域をゲオルゲは言^{こと}という。そして、この詩人の予感する語^{ことば}の不思議さについて標題のない詩を書く。

いかに怯みなく軽やかな発音が
遠き女親のお伽の園の
真中を縫ってさすらえるや

いかなる目覚めの呼びかけを
白金の角笛もつ楽人は
言^{こと}のまどろめる繁みに吹き入れるや

いかほどひめやかな息吹が
憂愁の念い去りやらぬ
心の中にそと忍び入るや

言^{こと} (die Sage) がこの詩の題名であってもよかったとハイデガーは言う。言葉になりえなかった宝珠が戻りゆくところ、それはすなわち語^{ことば}がやってくるところ、すなわち、言^{こと}である。それを驚くべき領域であると言う。目覚めの呼びかけを言^{こと}へと吹き入れ、ひめやかな息吹が心の中に忍び入るのである。それがおそらく詩作と思考の近さなのであろう。その近さについてハイデガーは言う。

詩作も思考もそれぞれ言^{こと}の仕方です。そして、詩作と思考とを相互に近隣関係に位置づける近さのことを、我々は言^{こと} (die Sage) と呼びます。この言^{こと}の中に言葉の本質が潜んでいるのではないか、と我々は想像したのです。言う (Sagen) とは示すことであります、すなわち：現れさせること、我々が世界と呼んでいるものを提示することとしての、開いて光をあてると同時に隠して開放することです。森を間伐して明るくしながら隠し匿うような、つまり、ヴェイルを被せるような形で世界の提示こそ、言うという働きの中に真に永続的にあるものなのです。

「詩作も思考も言^{こと}の仕方です」という。言^{こと}は喩えようのない美しい言葉を現前させ、至高の考え

を結集する。そしてそれは「詩作と思考は言うという要素の中で動いているのみならず、詩作と思考は、同時に、両者に共通の言うという活動を、言葉についてのさまざまな経験に負っているのです」と言うように詩作と思考が言^{こと}の中で動いている。そして、言^{こと}は言葉についてのさまざまな経験に負っている。ここで「言^{こと}」と「言うという活動」を同じような意味で使っているがドイツ語では die Sage と das Sagen であり後者は動詞の名詞化である。Die Sage が活動するものとして das Sagen を考えたい。

詩作あるいは思考において言葉は現れては静寂へと消えてゆくその繰り返しのなかでなにもものが蠢き静寂から詩の言葉あるいは思想の言葉が返ってくる。そこに詩作と思考の近さがある。なにもものかの蠢く領域が言^{こと}である。言葉になる以前のある感じがざわめき、あるかたちをなしたとき言葉となり現れ出る。その領域はわれわれの考えや想像の及ばないものを生みだす何ものかをそなえている。そうでなければ詩作や思考に行き詰ったときに向こうから突然閃いてくることはありえない。

詩作と思考はいずれも言^{こと}の働き方であり、しかも、傑出してすぐれた仕方なのです。詩作と思考という二様の言^{こと}の働きの仕方は、近いが故に近隣の間柄であるとすれば、この近さそのものが言^{こと}の働き方の中で支配的な力を振っているに相違ありません。そうすると、近さと言^{こと}とは実は同じものということになりましょう。

詩作と思考はともに言^{こと}の働き方であるならば、そこで働いている何ものかがある。そして近さが言^{こと}の働き方の中で支配的な力を振っているならば、近さとはその何ものかである。ただ、ハイデガーは近さには四元の相対する仕方であるという言い方もする。

天と地、神と人という四つの世界領域を動かして道をつけ、互いに委ね合わせ、その領域が互いに遠く離れているにも拘らず近づけているもの、それが近さそのものなのであります。この近さとは、互いに相対し合い合っている事態を動かして道を与えるものなので

原著

す。

二十年前にこの書物を読んだとき、かなり後期ハイデガーは神秘的だと思った。しかし、その後、アイヌのイムを研究するなかで、ハイデガーの言うことが生き生きと捉えられるようになった。アイヌの人々は和人に征服される以前は、天と地の間で神的世界と現世を交錯させ、神謡ユーカラを朗々と吟じていた。そして、日常的な出来事を歌にして歌いながら歩き、仕事をしていた。産業革命以前の資本主義システムが世界を覆いつくす以前の時代、特に、アイヌ民族のように狩猟採取の生活を送っていた人々は、まさに、天と地と神々と死すべき者たちの世界に生きていた。そこにおける世界と事物の区別は神謡を到来させた。また、日常での歌が生まれていた。神謡では、語り手は解離状態となり、恍惚と謡いつづけるのである。謡い手と聴く者は神謡の世界で遊び踊る。まさに、資本主義システムを剥ぎ取ったあとには四者の合一する世界があらわれる。そこには、神謡があり、出来事の歌があり、言葉が語ることが生き生きと生起している。

このアイヌの挿話はたまたまハイデガーの四元が具現化されていたことをあらわすのであり、ハイデガーの意図する射程はさらに深遠である。天と地は相対し生命が循環する。神と人は精神に超越的なものと死を呼び起こす。その四者が向き合うところに有がある。

ハイデガーはバーデン州メスキルヒの小さな町で生まれた。そこはシュヴァルツヴァルト（黒い森）と隣接し土地のほとんどは森林と農園におおわれている。住民のほとんどはカトリック教徒であり、父親は教会の時計台と鐘の世話をしていた。ここで育ったハイデガーは森の民といってもよいであろう。そこで育まれた中核となる世界が天と地、神と人の四者の向き合うものであるのは首肯できる。カトリックの神学校で学んだハイデガーに神的なものへの志向性があるのは否めない。現象学へと舵を切ったハイデガーは「有」を追い求め、天と地、神と人の四者連関の世界へと行きついた。

この四者連関の世界は全く現実離れした概念の

ように思われそうであるが、ハイデガーが考え抜いた現代文明を転覆しうる考え抜かれたものである。現代は天と地はアスファルトとコンクリートで切断され天と地の自然の循環は閉ざされ生き物は生存できない、しかし、人間はそこに巨大な保育器を都市として建造し生活している。人間は自然の生態系から隔絶されて生きている。その行く先はハイデガーの言うように宇宙空間での生活となる。そして、地球に似た惑星を探すこととなる。そして、ニーチェが言ったように神は死んだ。論理と物質の積み重ねですべては理解でき創りだせると現代の人間は思っている。

しかし、少し考えると、全身三十七兆の細胞を統一し調和を保つことが人知で可能だろうか。人知を超えた智が働かなければ不可能であることは明白である。しかも因果律で動いていると思われるこの世界も、それは幻想であることが示されつつある。量子力学ではベルの不等式が提出され、实在論の破綻について物理学者の清水明は次のように述べている²⁾。

- ・ベルの不等式は实在論の破綻と量子論の本質を、最も明確にえぐり出した。
- ・人類は、自然現象を相手にする限り、古典的世界観（实在論）からの決別が必須であるという衝撃的事実を突きつけられた。
- ・一見すると（悪い意味での）哲学的な命題にすぎないようにも見えた命題が、実験で判定できるようになった。
- ・最も深遠な発見とも言われる。

あまり知られていないことであるが、素朴实在論は量子レベルでは成立しないということである。論理と物質の目の前の世界は仮象のものであり、さらに広大な智を必要とするということだ。渡り鳥の方向探知や葉緑素の光合成などには量子力学がそのまま顔を出している。素朴实在論の世界は実は穴だらけであり、物質と論理ですべて説明できるという素朴实在論は破綻している。それを超える智と向き合わねばならない。神と人との向かい合いが再び登場するハイデガーの四者連関の世界はそのような智をも射程に入れた深淵なもので

ある。

天と地、神と人の向かい合う四者連関の世界と言との関連はどうなのだろう。

四つの世界領域を互に向い合せつつ、一つの近さに保っている道を拓きつつ動くものが、実は、言の中に宿っているとすれば、この言こそが、我々が「有る」(ist)という小さな語で呼び、この語によって言を追いつつ語ろうとしていることを、許していることになるのです。この「有る」を思索しうることを開示したり、同時に秘匿したりするのは、この言なのです。

有を言葉にもたらす驚くべき領域が言である。例えば、思想の流れの中に身を置くならば、先人の著書の言葉の経験に浸り思考することで、岩の割れ目に水のしみとおるように、言葉を感じとり、思いが組みあがってくるのを待つ。そうすることで、言が熟成し、新たな思想が生まれてくる。そこには遠い過去からの巨大な言の流れがある。そして、その言の流れの奥に「有る」とは何かという問いがある。

詩人においては言はどのように働くのだろう。上に引用した文章の「四つの世界領域を互に向い合わせつつ、一つの近さに保っている道を拓きつつ動くものが、実は、言の中に宿っている」という言葉からすると言は四元を向かい合わせつつ結集させる動くものである。それはトラークルの詩を思い起こさせる。先に引用したハイデガーの文章をふたたびとりあげたい。

パンと葡萄酒は天と地の果実であり、死すべきものへ神的なるものから贈られたものである。パンと葡萄酒は(天と地と神と死すべきもの)四者の合一という純粹単一な事態に基づき、己れの周辺にこの四者を結集させるのである。

ここではパンと葡萄酒であるが、雪、鐘、食卓などすべての言葉は四者を結集させる。そのように結集へと動くものが言である。真夜中の青白い月の光の雪に照りかえる情景をみて言葉が浮かぶとき、のどもとまで言葉がでてきてもそれがはつきりしたかたちをなさないならば、もどかしさと

ともに結集し言葉へと結び合わせられない感じが残る。このとき、この感じとして残る動きが言であろう。そのようなことが繰り返され、そして、これだと思える言葉と感じがやってくる。そこで結集されたものが有であり、それが言葉により保たれる。言葉は有の家である。

言と有が言葉の陰から現れてきた。そして、1959年の講演「言葉への道」で生起とのかかわりへと深化する。

5. 言と生起 (Ereignis)

1957年の言葉の本質から1959年の言葉への道へ至る間に言の意味合いが変わり、生起が加わることとなった。

言葉の言うという活動は、かつて語られた言。およびいままでも口にされたことのない言から生まれてくるもので、こういう言こそ、言葉というものの裂き開きの概略図 (Ausriß) という基本的な構図の隅々にまで浸透しているわけなのです。

かつて語られた言、いままでも口にされたことのない言とは言葉の経験の巨大な集積から醸成されたものである。そこから言うという活動が生まれる。そして、言は言葉というものの裂開の概略図の隅々にまで浸透している、としている。言葉はその言葉の経験で得られたすべてのものの活動があり、それらがなす裂開の概略図の隅々にまで言は浸透している。ここでちょっと気になるのが、言が隅々にまで浸透しているのだが、その媒質は何なのだろう。かつて語られた言、いままでも口にされたことのない言はその媒質によって保たれているものである。その媒質はベルグソンの持続にあたるものだ。そして、言葉の経験で得られるすべてのものを観念と名づけたい。もちろん、観念には言葉の経験以外から得られるものもある。言葉にすることができない身体技法のコツ。言葉にしえない複雑な感情。それらの観念が持続の中で漂っている。言はそれらすべてに浸透し網状に広がっているというイメージがある。詩人の言葉からこのことをみていたい。

「太陽が海に融ける」というランボーの言葉。

原著

太陽という言葉に関連する様々なものに言は浸透し、海という言葉に関連する様々なものにやはり言は浸透し、それら結びあわないと思われた二つが融けあうことで鮮烈なイメージと感動を生む事件となる。言葉が生まれる。

さらに具体的に鳥の場合は、「鳥」は羽ばたき、羽があり、卵を産み、恐竜の子孫である、また、鳥の写真、鳥に関連する書物の経験、鳥そのものの体験などあらゆる鳥に関連する観念が内面に保たれている。それらを網状に貫くものが言である。

また、耳の立った、毛のふさふさした、しっぽの丸まった、日本原産の犬ということまではでてくるがその名が出てこない時、それらの観念を貫く言を凝集し秋田犬という言葉を作り出す。言葉は裂き開きの概略図をなす網状に広がった観念の集まりを凝集することで立ち現れる。

ハイデガーは観念という言葉は簡単には使わない。観念はわかっているようでいてきわめてあいまいな言葉であるからだ。しかし、ここではハイデガーのとらえがたい文章をなんとか掬い取るためにちょっと通俗的な古い言葉にも頼りたい。観念は言葉になる以前の何者かであり、言葉になったあとも言葉に貼りついているものだ。プラトンのアイデア以来観念は現実に対立するものとして様々な使われ方をしてきて、その意味も様々なものとなっている。ここでは言葉になる以前のもの、ベルグソンが一般観念といい記憶の円錐の中を埋め、円錐の先端に凝集して言葉となるもの、井筒俊彦がコトバといった言葉以前のものと同等のもの、すなわち、経験で得られ内面に保たれるすべてのものを観念としたい。言は、ハイデガーによると、言葉の経験から得られる観念であり、それらは網状に繋がっている。

「言は四元を向かい合わせつつ結集させる動くものである」と1957年の言葉の本質では言っていた。それが1959年の言葉への道では、言は言葉というものの裂き開きの概略図となっている。そこに結集させる動きはない。概略図と結集させる動きをこの時点では、分けている。それでは結集させる動きにあたるものは何だろう。ハイデガーは次のように言っている。

言の示すという働きの中で動いているものは固有の性質をおのがものとするのである。(Das Regende im Zeigen der Sage ist das Eignen) …この固有の性質を発揮することを生起すること (das Eignen) と呼ぶことにいたしましょう。…生起は言の構図である裂開の概略図を凝集させ、その構図を繰り広げ、示す活動を多様な形で実現する組織にまで作り上げます。…死すべきものである我々人間は生涯を通じて、この生起の中に生き続けるのであります。

言の中で動くものが生起である。裂開の概略図を凝集させ、示す活動を多様な形で実現する組織にまで作り上げるのが生起である。これはすなわち、観念という言葉で置きなおすと、内面をただよう網状に結びつく観念を意味のある言葉にまで練り上げるものが生起であるということである。それがどうして、「人間はこの生起の中を生き続けるのである」ということになるのだろうか。ハイデガーは次のようにも生起を言っている。

生起というものは、本来の個性を発揮させ一保持し一己がもとに引きつけておくことにより、さまざまなあらゆる関係を束ねる関係そのものであるからです。…我々は言のために用いられているものなのでありますから、我々がそういうものとして生起に帰属し、生起のなかに組み入れられている仕方に応じて、我々の言葉に対する関係が決まってくるわけなのであります。

言は言葉の経験の集積から生まれるものであるから、人間同士の直接の関係、書物などを通しての言葉の関係などによって生まれるといえる。すなわち、個人に言は限定されず、人と人の間にどこまでも広がっているものである。ハイデガーのように哲学をする者は哲学の言の流れにいる。哲学の言の流れに用いられ哲学者として生きてゆく。そこで哲学を学び考え表現してゆくときに生起に帰属している。生起はあらゆるものを結び合わせそれらの関係を束ね、本来の個性を発揮させ一保持し一己がもとに引きつけて新たに哲学を生みだしていく。まさしく生起のなかに組み入れられ哲学の言葉を紡ぎだしてゆく。

現実と観念の関係を裏返してみると、われわれ

の世界、身体は観念によって裏打ちされている。ある意味、観念の伽藍に現実が張りついているともいえる。観念は周りの状況から、他者の言葉から、心身の状態から次々と沸き起こり続けている。それらは関連し繋がり過去から現在へ、そして、未来へと観念の大伽藍を形成している。そして、すべての観念は網状に結び付いている。そのなかになれわれは組み入れられている。

6. ヘレン・ケラーと言葉の獲得

観念についてももう一度考えてみたい。ヘレン・ケラーの WATER を水という意味だと理解した場面は有名である。片方の手に水の流れを受け、もう片方の手の平にサリヴァンが WATER と指で書き込んだ。そのとき稲妻のようにヘレンを打つものがありその瞬間 WATER が水を指すことがわかった。その場面以前にも水を飲むとき、小川に手を入れるときなど水に触れるときには必ずサリヴァンが手のひらに WATER と書いていた。そのときには WATER が水を指すとは理解できなかった。飲み水、顔を洗う水、小川を流れる水、手に流れ落ちる水それらを貫く水という観念が WATER という文字と結びつくとき衝撃が貫いた。そのときのことをヘレンは次のように自伝に書いている。

私は身動きもせず立ったままで、全身の注意を先生の指の運動にそそいでいました。ところが突然私は、何かしら忘れていたものを思い出すような、あるいはよみがえってこようとする思想のおのきといった一種の神秘的自覚を感じました。このとき初めて私は W-A-T-E-R はいま自分の片手の上を流れているふしぎな冷たい物の名であることを知りました。この生きた一言が私の魂をめぐらし、それに光と希望と喜びとを与え、私の魂を開放することになったのです。

それから母や周りの物などを指す言葉を手に書いてほしいと頼みつけ、次々と言葉を獲得していった。WATER が水の名を指すとわかったこの一事だけで、すべての手に触れるものには名があると理解した。これは、感じとして観念は形成されていたがそれに言葉が与えられていなかった

ことを示す。ヘレンは手探りと身振りで日常生活は送っていた。水を飲み、顔を洗い、小川に手を入れていた。感じとして水の観念を結集していた。そうでなければ混乱の中に投げ出され日常生活は送れない。その観念が WATER という言葉と結びつくところが肝要である。観念と言葉が結びつくとき観念を操れるようになる。すなわち思考が可能となる。さらに想像することもできてくる。そして、その観念を共有している他者がおり言葉でその観念をやりとりすることができるようになる。水という観念はヘレンの中にもあり、サリヴァンの中にもありそれが言葉でつながるのである。観念は言葉を介してどこまでも広がっている。ヘレンはその後大学卒業するのであるが、言葉から得た膨大な知識と交友関係、師弟関係などからの生きた知識、それらがヘレンを観念の海に生かすこととなった。水の観念と WATER が結びつくことで広大な世界を手に入れることとなった。

言葉と観念は繋がり、人と人を介し、書物を介し、インターネットを介し広がり繋がり言葉と観念の広大な世界を形成している。その中をわれわれが生きている。その広大な世界はわれわれの生活に伴い刻々と変化し続けている。われわれはその観念と言葉の世界に絡めとられつつも新たな観念と言葉を生み出している。ヘレンは言葉を獲得することでこの広大な世界に生きるようになった。ヘレンの自叙伝“The story of my life”はそのようなヘレンの世界を観念と言葉で描き出している。言はこの広大な世界の背景となり実質となっている。

「突然私は、何かしら忘れていたものを思い出すような、あるいはよみがえってこようとする思想のおのきといった一種の神秘的自覚を感じました」。水の観念になりかけの塊が水という言葉へと結集し、水という言葉と水として明確化した観念が結びついた。このとき言の裂き開きの概略図が結集し言葉となった。そこに生起が動いている。生起そのものをヘレンは感じ取ったのである。難問に行き当たり答えが見つからない時に、突然、答えが心の中に結晶するように現れる時、やはり神秘的自覚を感じる。そこにも生起がある。それがどういふものなのかを指し示すことはできない

原著

が感じることはできる。なにかしらの大きな智の働く感じである。

生起はいつでもどこにでも動いている。ただ、それを感じることでできるのは、言が言葉へと結集するとき、数学の難問の解が浮かんだとき、芸術作品にうたれるときなど限られている。大規模な言が結集するとき、生起が感じとられる。

ヘレンの中で生起が大きく動き言葉と観念が結びつくとき神秘的な感じに撃たれ、その後、次々と観念に言葉が与えられるとき、大きな喜びとなった。もやとした漂う観念が言へと編成され世界が築かれていくことへの喜びである。

普通の子供は生育過程で言葉と観念は同時に獲得されていく。汽車の模型を指し示されて同時に「キシャ」という言葉を与えられる。それから汽車という言葉の様々な経験をしてゆき言が形成されてゆく。ヘレンは六歳になって初めてWATERという言葉を獲得し、それまでに身振り手振りで内面の欲求などを伝え、観念が形成されていた。観念が先に形成されていてそこに言葉が繋がるという全く特異な体験をした。そこには言葉と観念の関係が、断層に化石がむき出しになっているにははっきりとあらわされている。さらに視覚と聴覚が不自由であるため、言に生きることがより鮮明に体现されている。“The story of my life”には彼女の言がみごとに表現されている。

言が言葉についての経験から得られるすべての観念の網様体であるとするならば、言葉は観念による裂開の概略図であり、そこに言が隅々にまで浸透していることがはっきりとみてとれる。そして生起はそれら観念の網様体が凝集し言葉を生成していることもみてとれる。われわれは観念の網様体に絡めとられており、それが生起により固有の性質をおのがものとするように示されることで、言葉でかたどられた現実が現れる。われわれはそのなかを生きている。

7. ヴィルヘルム・フォン・フンボルトからの啓示

ハイデガーはヴィルヘルム・フォン・フンボルトについて「古代ギリシアに始まり、多様な道程

を踏んで行われてきた言葉の考察は、ヴィルヘルム・フォン・フンボルトの言葉に対する深い省察において最高頂に達したのです。その省察の中でも窮極的なものは、ジャワ島におけるカヴィ語に関する研究に付せられた長編の序説であります」と述べ、その序説「人間の言語構造の相違性と人類の精神的展開に及ぼすその影響について」から、最大の啓示を受けたと思われる一節を引用し「言葉への途上」の最後に記している。

言語の音声を変化させることなく、ましてや、言語の形式やさまざまな規則を変えることもせず、時が、理念を展開させ、思考能力を昂め、さらに、感受の能力を深めていって、その言語がかつて所持していなかったものをその言語にもたらすことが往々にしてあるものである。そのときには、同じ器であっても新しい意味が盛られ、同じ徴しであってもいままでとは異なったものが与えられ、同一の語の結合の規則に従ってはいっても、従来とは違った段階での理念の歩みが示されることになる。これこそ、ある民族の文筆活動(Litteratur)の不断の成果であり、このような活動のなかでも、とりわけ著しい影響を与えるのは、文芸と哲学である。

ここで言語といているものは、フンボルトが民族の生きた言語すなわち日常的に使われている言語だけを言語学の対象としたことから、民族の巨大な言葉と観念の網様体の流れを指す、すなわち、言の流れを指している。そして言のなかで「理念を展開させ、思考能力を昂め、さらに、感受の能力を深めて」いくものは「時」であると言っている。言語自体は同じであっても観念の巨大な網様体が民族の文筆活動により熟成し理念を展開させ、思考能力を昂め、感受の能力を深め新たなものをもたらしていく。このフンボルトの一節から啓示をうけ、言がハイデガーの中で歴史を超えた巨大なものに膨らんだと思われる。そして、生起により、言が固有の性質をもつものとなり生きた生活を彩っていく。

最後にあたり、ここまでの全体の流れを振り返ってみたい。ハイデガーは言葉そのものが語りだしているところを詩の中で探し求めてみよう

ゲオルク・トラークルの「冬の夕べ」を読み込み、「人間は言葉に応答するときのみ語る。言葉が語るのである」と1950年の「言葉」で、「言葉が語る」というテーゼを示した。そして、1957年に「言葉の本質」でシュテファン・ゲオルゲの詩「語」の「語の欠けるところ もあるべくもなし」から「言葉は有の家である」との以前のテーゼとの結びつきをしめし、題名のない、「言」とも名づけてもよい詩から「言」という、言葉になる以前の何ものかを概念化した。さらに、1959年の講演「言葉への道」で、言は裂開の概略図の隅々にまで浸透し、それが生起により凝集し言葉となるとした。また、ギリシア以来最高の言語学者フンボルトの一節から啓示を受け、言が個人を超えた民族の文芸と哲学の流れを大きく含むものであり、その流れの中にわれわれは置かれており、

生起により言は現実化しそこに生き生きと活動しているとした。

われわれは言と生起の中におり、そこで精神科臨床を行っている。臨床の場において計量の言葉を聞き分け、相手の言からの語りに耳を傾け、われわれ自身の言から語りかけることを教えられる。

そして、ハイデガーは言う、「われわれが語っているとき、常にいつも同じ度合いで、共に語っているものは一体何か」と。

参考文献

- 1) Heidegger, M : Unter wegs zur Sprache, Verlag Günther Neske, Pflüngen, 1959 (ハイデッガー全集、第12巻言葉への途上、亀山健吉、ヘルムート・グロス訳、創文社、東京、1996)
- 2) 清水明：新版量子論の基礎、東京、サイエンス社、2003

個人症候群再考

—ヤップ文化精神医学への回帰—

大月クリニック 大月 康 義

1. 曖昧模糊とした精神科臨床

DSM 全盛の現代、精神科臨床は混沌とした状態である。それというのも、精神医学においてその対象となるべき生物学的実体がいまだに明らかにならず、たとえ器質精神病であっても脳へどのような影響で精神症状が現れるのかは不明であるからである。極端な話、麻酔でさえも何故麻酔がかかるのかはいまだに不明である。そのように DSM という疾病分類の対象であるであろう生物学的実体すなわち脳があまりにも複雑繊細であるためにその実態は今だ定かならず、そしてその疾患の病因も PTSD 以外はいまだに不明であることはアラン・ヤングの指摘するとおりである¹⁾。そのような状況に対しクレペリンによる病状と転帰からの疾病分類をもとにして統計をとることを主目的としてつくられたものが DSM である。これまた、アラン・ヤングの指摘するところである¹⁾。このように現代の精神医学臨床で用いられている DSM の疾病分類が極めて曖昧模糊としていることをはっきりと自覚するとき、あらためて疾病分類とは何かの問題となる。DSM という疾病分類は世界中あらゆるところで使用できることが求められるように、統合失調症や躁うつ病などのような世界中で普遍的に認められる疾病を対象とする。したがって DSM V では文化結合症候群は診断項目に入っていない。さらにかつて全盛を誇った個人の内面に深く関与する神経症は不安障害、強迫性障害、心的外傷およびストレス因関連障害、解離性障害、身体症状症などに分解され診断項目によって診断されうるものとされ普遍化されている。かつて個人の無意識の力動関係からの症状とされたものが逆に症状から分類されるものとなった。そして、個人の精神誌は等閑視され、疾病だけが普遍的にあるものとされる。近年の精

神医学教科書は DSM 分類に基づくものが多く、研修医などはそれにそって診断し、その診断に基づいて精神科薬物療法マニュアルを紐解き処方する。それは一見すると極めて内科の診断治療と似ているが、内科疾患は病因が明らかであることから処方薬が決まるのに対し、精神科では病因が明らかでないままに薬物療法がおこなわれるところが大きく異なる。その結果、まったく治療が奏功しないことも増えてきた。そこで起きてきた問題を緩和するものは、年配医師が経験によって確立してきた処方がその病院なり医局なりの治療文化として伝承され、それにもとづいて治療がおこなわれていることであろう。それにしても DSM が隆盛となるにつれ、精神科の診断治療はきわめて平板化し、マニュアル化され、無味乾燥な様相を呈している。

そうではあるが、DSM 診断治療マニュアルはある程度機能している。それは、向精神薬は症状に対し用いられるからである。疾病に対して薬が使われるのは内科でみられるように病因がわかっていることからその病因に対して効果のある薬物が選択される場合である。精神科領域では病因が不明であるために症状に対して薬物が選択される。幻聴があればリスペリドンであるとか抑うつ感があれば SSRI であるとかというふうには処方される。DSM 診断では症状から病名が決まるため、DSM で病名が決まったならば、治療マニュアルでは DSM に羅列されている症状に対して効果のある薬物が自動的に選択されている。そうであるから、一見病名に対して薬が選択されているように見えるが、その内実は症状に対して薬物選択しているのである。結局、DSM 診断治療マニュアルでもある程度治療効果は期待できる。研修医はそのようにして治療しある程度の効果をもたらし、われ

われ経験の長い精神科医は病因不明の疾病に対し症状軽減する目的で薬物療法を行っているだけなのである。そして、病名らしきものはあとからついてくる。ある意味中世の錬金術師や魔法のレベルで臨床を行っているともいえる。DSMに対してかなり辛口に述べてきたが、DSMの体裁がなければ疾病の統計もとれず、精神医学は科学的であるかのような体裁もとることができないであろう。精神病という混沌に目鼻をつけたのがDSMであるともいえる。それほど精神医学は曖昧模糊としているのである。

いまだに混沌としている精神病であるがDSMとは全く異なったアプローチが古くからおこなわれてきていた。それは臨床経験にもとづく疾患の同定の歴史である。典型的なものは統合失調症である。モレルが早発性痴呆と名づけ、カールバウムが典型狂気と名づけ、ヘッカーが破瓜病と名づけ、クレペリンがそれらをまとめ上げ早発性痴呆とし、プロイラーが統合失調症と名づけた²⁾。そこに行くまでの過程で幾多の臨床家がそれらの病名を使用しなにかの手応えを感じその積み重ねの結果、統合失調症という疾患単位ができてきた。そこにはその病名を使う治療文化があり病名と治療実践の相互作用から、統合失調症という疾患単位は在るという事実が生まれた。そこから連なる治療文化の流れが現代の精神科臨床の土台をかたちづいている。そのようにして精神疾患病名は生まれ伝えられてきたのだがDSMはその流れを分断し、疾患単位をもう一度バラバラにし、再統合したものである。それゆえ現代の精神科臨床には過去から伝えられた治療文化の流れと人工的に合成されたDSMとがある。そしてDSM診断と向精神薬による治療とが優位になってきている現在、もう一度、治療文化の流れに回帰し、実感と中身のある精神医学を取り戻す意味で中井の個人症候群からヤップの文化精神医学へと遡行してみたい。

2. 何故、今、個人症候群なのか？

個人症候群は中井久夫が、その著「治療文化論—精神医学的再構築の試み—」³⁾で提唱した概念である。精神疾患を普遍症候群、文化結合症候群、

個人症候群に分け、普遍症候群はDSM診断にのってくるような生物学的病因を隠し持っているであろう疾患群である。代表的には統合失調症、躁うつ病などである。文化結合症候群はアイヌのイム、マレーシアのラターなど民族文化に特有の症候群である。普遍症候群と文化結合症候群は精神医学史においてクレペリンを源流とし、文化結合症候群はクレペリンがジャワのボイテンディンク精神病院でラターなどのジャワの文化特有の症候群を知ったことに始まる。その後、西欧の植民地政策と同伴し調査され各地での文化結合症候群が報告されてきた。それらに対し個人症候群は中井がヤップの「Comparative Psychiatry⁴⁾」(比較精神医学)とエランベルジェの「エランベルジェ著作集I、II、III」⁵⁾「無意識の発見」⁶⁾を基に発想したものである。個人症候群の最初の記述のある中井の「治療文化論—精神医学的再構築の試み—」にその発想の軌跡がある。その軌跡を追ってみたい。

クレペリンに始まる精神医学の歴史には、当初、普遍症候群と文化結合症候群だけがかった。比較文化精神医学者であるヤップもまた典型的・普遍的症候群と非典型的文化結合症候群との2大別を承認している。ヤップは比較精神医学のdyscrasia^{註)}(個人と環界の不調和)としての病いの章で図1を示し、dyscrasiaには生物心理学的な部分とパーソナル(心理—社会—文化的)な部分とがあり図の左から右へ移行するにつれ生物心理学的な部分は減少し、パーソナル(心理—社会—文化的)な部分は増加するとした。ここに初めてパーソナルという言葉が出てくる。パーソナルとは心理と社会と文化の結びついたものとしている。また、ヤップはdyscrasiaからの回復過程の図2において、生理心理的病い=普遍的疾患とし、パーソナルな病い=文化依存的症候群としている。ここにパーソナルな病いが文化結合症候群と一体化していることが現れている。普遍症候群、文化結合症候群、個人症候群三つのアスペクトの片鱗があらわれている。ここで重要なことは普遍的疾患は生理心理学的病いであること、パーソナルな病いは文化と密接な関係にあることである。中井の治療文化論はそこから次へと移り『個人症候

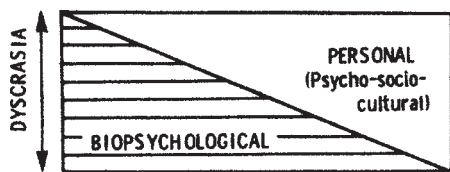


図1 Two approaches to abnormality: biopsychological and personal (Yap, P. M. 1974⁴⁾より)

群』という概念に向かって』という章になる。

そこでは中井と同じ奈良盆地で生まれた天理教教祖中山ミキの病跡をたどる。文化結合症候群としての神掛かりである。それを中井はエランベルジェの「創造の病い」を借り、宗教的創造の病いとしている。奈良盆地の一角で江戸から明治への混乱期を生きた中山ミキが時代の影響を受けながら、バリントのいう困苦の「一人過程」を経て天理教を創出する物語を描き出している。ここに初めて中井なりの宗教的創造の病いが現れているのであるが、そのくだりを引用したい。

平凡な農婦と見た中山ミキは、忍苦が限界を超えた時、変貌する。仁王立ちになって「われは天理王命なるぞ」と宣言する。ここからすべてが始まるのだが、これは発病であろうか。ある意味ではそうかもしれないが、同時に解消（すなわち解決 Erlösung）ではないか。彼女の伝記で宣言の条を読むと、暗鬱な雲が一度に吹き払われて、明るい天地が眼前に開けた印象を持つ。バリント流に言えば、一人過程が終わって二人過程が始まる転回点である。バリントにあっては別物だった創造と病いとは、ここでは統合されて「創造の病い」となっている。

中井は中山ミキが天理教を創始した地から500メートル離れた地で生まれ育った。彼は「おミキ婆さん」の話を聞いて育ち、その地一帯に足裏による馴染みがあると記している。同じ奈良盆地に生まれ育った者の中で何故「おミキ婆さん」だけが開祖となれたのかという疑問を抱き続けたであろう。その疑問がエランベルジェの創造の病いと

の類似性に気づいたとき解消された。創造の病いが科学的分野を超えて宗教にまで越境しうることを見だし、そこに個人症候群への発想の萌芽がある。

その文脈から、中山ミキの例から引き続いてエランベルジェの科学的「創造の病い」が挙げられている。エランベルジェはフェヒナー、フロイト、ユングを創造の病いであるとしている。「創造の病い」は中井の要約によると、抑うつや心気症状が先行し、「病い」を通過して、何か新しいものをつかんだという感じとそれを世に告知したいという心の動きと、確信に満ちた外向的人格という人格変容を来たす過程である。「通常科学者」が「創造の病い」を経過して「パラダイムをつくる科学者」となる。なんらかの形の意識混濁を伴い、過去と現在と未来が一望の下に見える、その中で「思いがけないものの結合」が起こる。

そして『『妖精の病い』と神話産生機能』の章がつづく。ある女学生に夜な夜な妖精が訪れて、対話するという症例である。エランベルジェの「精神療法の再建のためには、今忘れられている、無意識の持つ神話産生機能に注目しなければならない」と言っていることにふれている。

そして以上のことを考えあわせ「個人症候群」概念導入の試みがなされる。

これらの「病い」（宗教的「創造の病い」、科学的「創造の病い」、「妖精の病い」）は文化結合症候群であろうか、あるいは普遍症候群に入るのであろうか。いずれのことばでもある程度は事態を語りうると思う。しかし語りつくせはしない、とも思う。…私はここで、「普遍症候群」と「文化結合症候群」の他に「パーソナルな病い」、すなわち「個人症候群」をあえて樹てようと思う。「個人症候群」の代表的な一例は「創造の病い」である。…すでに「思春期危機」「例外状態」などの古典的な名称があって、これらは用例に徴すれば実は「個人症候群」のために準備された容器である。

精神医学は精神を対象としている。内科などのその他の諸科は肉体を対象としている。肉体であれば生物学的アプローチでその疾病に対処できる。肉体は人間であれば同じ構成を持っていることが

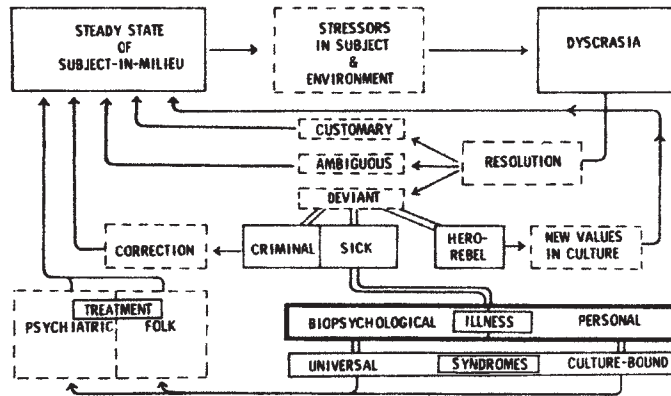


図2 Schema for comparative psychiatry (Yap, P. M. 1974⁴⁾ より)

ら全世界の人類に対し普遍的に診断治療ができる。しかし、精神は肉体を基盤とするが肉体そのものではない。生物学的病因が見つければ直ちに世界人類に診断治療を普遍化できるのであるが、それは精神医学においてはいまだにできていない。そうなるように努力しているのが現状である。精神医学は精神という肉体を基盤とするあるものを対象とするがゆえに普遍化ができていない。生物学的精神医学は精神と肉体との関係が明らかになるにはこれからきわめて長い時間がかかることを考慮していない。例えるならばパソコン画面の図を見出すためにパソコン本体をいくら分解していてもその図の現れることは解明できないことに似ている。記憶媒体の中まで追って行ってもそこには画面上の図を示すものはない。ソフトウェアはハードウェアを基盤としているがそれらはまったく違うレベルのものだということを認識しなければならない。精神をそのままソフトウェアに類似のものとするはまったくできないが肉体と精神の関係がハードウェアとソフトウェアの関係にヒントを得ることができるとは言えるであろう。精神に人類共通の形はないであろうことは、生命に近い衣食住については共通点があってもその文化的表現形態は様々であり、言葉が共通していないことからいえるであろう。もちろんチョ

ムスキーの生成文法は、全ての人間の言語に「普遍的な特性がある」という仮説を基にした言語学であり、その普遍的特性は人間が持って生まれた、すなわち生得的な、そして生物学的な特徴であるとする言語生得説を唱え、言語を人間の生物学的な器官と捉えたものであることから言語の基本的特徴は類似しているとしている。しかし、それらの言語の表現型は国や民族の違いで全く異なる。精神は生物学的基盤から離れるほど自由に変化する。このように普遍的なかたちをもたない精神を相手にして疾病分類をつくること自体が極めて困難なことである。

サリヴァンは精神について婉曲にはあるが、次のように表現している⁷⁾。

人間は動物ではないが、動物として生まれる。この動物がホモ・サピエンスという種を構成するただの動物にならないで人間に転換するのは、大量の文化を同化し、文化の一部と化することによってである。ここで文化とは、この世界における人工的なものすべてである。

サリヴァンは「精神医学は対人関係論である」⁸⁾の中で、人間は授乳を始めた時から人間相互関係により情愛や信号のやりとりが始まり、言語獲得、

原著

幼少期のギャング集団形成、前思春期などを経て対人関係を通して精神が発達してゆくとしている。精神とは何かという問題はあまりに大きい。ここでは発育に伴い対人関係をともし言語をはじめとする文化を同化した結果できてくるものとするにとどめたい。ただ、精神をこのようなものであるとするならば、個人の精神誌を深く掘り起こすことが精神の異常を理解するために求められることが明らかである。ここに個人症候群がうち樹てられる根拠がある。中井の個人症候群の淵源にはサリヴァンの発生学的精神医学がある。

さらに、中井はエランベルジェの「無意識の発見」ならびに「エランベルジェ著作集Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ」の翻訳をとおして力動精神医学による個人の内面深くへの探求、創造の病い、神話産生機能などに触れ、さらに自身の「西洋精神医学背景史」⁹⁾で正統精神医学と力動精神医学の流れを研究し個人症候群の概念まであと一步のところまできていた。そこから一步進め、中山ミキの病跡を経て、「宗教的創造の病い」、「科学的創造の病い」から個人症候群は発想されたものであろう。

中山ミキの病跡が重要であるのは、個人の内面における観念の大掛かりな組み換えは精神の生物学的基盤から遠いところで行われ、そのとき明らかな精神的変調が観察され、人格の変容も認められるからである。生物学的基盤から遠ざかるほど精神の病いの普遍性は薄れ、個人症候群の色合いを濃くしてゆく。「科学的創造の病い」もそれまでの科学研究の大きな流れに身を浸し、そこからそれまで有り得なかった新たな科学的創造、科学的観念の凝集体を創りあげるのだが、科学的観念の大幅な組み換えを要する。それは「宗教的創造の病い」にも比する精神の大仕事であり精神的病いの様相を呈する。しかもそれはその科学者だけに起きることであり、きわめて個人症候群的である。

このような個人の精神誌に深く根差す精神症候は普遍症候群に対するようなD S M診断治療マニュアルでは対処できない。個人症候群に対処しうる治療文化を必要とする。かつては力動精神医学がその一部を担っていたが、有閑階級の消滅、薬物療法の隆盛、D S M診断の広まりなどからそ

の姿は消えつつある。個人に深くかかわる精神症候はD S Mの枠内から漏れ出し溢れている。個人症候群を追っていくためにここで文化結合症候群の消褪について考えたい。

3. 文化結合症候群の消褪

中井は「三つの症候群（普遍症候群、文化結合症候群、個人症候群）はそれぞれ一つの相^{アスペクト}（見方）であるともいえる。同一症例を、どの相から見てもある程度は記述できるというわけだ。しかし、また、いずれによっても完全には記述できない」としている。この中で文化結合症候群について1990年の岩波同時代ライブラリーの付記に次のように記している。

マーフィの「比較文化精神医学」は、文化結合症候群とは、実は文化変容の一過程において発生する、その意味ではほとんど普遍症候群であることを、旧オランダ領東インドすなわち現インドネシアの文書にあたって明らかにしたものである。わが「イム」も、またアイヌ民族に特有なものでは全然ない。そのことは高畑直彦先生の『イム』—残念ながら非売品である—に照らしても明らかである。とくに蛇恐怖と結びついて生じるこのパニック障害は、メキシコの「ススト」、インドネシアの「ラタハ」と同じものの変種であるが、アイヌ民族に限らず、シャモ（ヤマト人）あるいは朝鮮民族にも発生していることが明らかにされたのである。

ここでは文化結合症候群が普遍症候群にきわめて近いものであるとされている。しかし、アイヌのイムを詳細にみてゆくと、アイヌの文化の中に驚きやすい女性、解離を引き起こしコントロールする儀式行為、蛇に関する恐ろしい俗信、イムを導く者などの複合的な文化装置があったものが、和人に同化されるとき強いストレスと複合的文化装置の破壊があり、驚きやすい女性が蛇の刺激を受けたときそれに引き続く解離をコントロールできず意識野の解体を引き起こし、一見、非定型精神病像を示す。これはインドネシアのラターにもいえることであり、イム、ラターなどの文化結合症候群は文化的条件が同じであれば世界中どこ

でも発生する可能性がある。それが生物学的基盤に近い普遍症候群ということはできず、文化結合という単純な図式にも乗らないものであると理解すべきである。

今、世界はインターネットで繋がり、世界中、よほどの秘境でないかぎりどこへでも24時間以内に行くことができる。このように緊密に繋がった世界では文化特異性は溶解してしまっている。その意味でも文化特異的な文化結合症候群は消滅している。

しかし、ヘルマン医療人類学¹⁰⁾には文化結合症候群について次のように書かれている。「『文化』は決して均一でないうえに、ある特定の時間・場所・社会環境というコンテキストにおいてこうした症状が起こる傾向があるために、これを『コンテキスト結合障害』と称してもよいだろう」。このようにヘルマンも指摘しているように文化を文脈の束と考えると文脈結合症候群としての文化結合症候群は今も健在である。

ヤップも指摘しているがアングロサクソン社会での「ホモセクシュアル・パニック」は20世紀中後期には、「白人男性は男らしくあれ」という強い文脈から必然的に導き出されるホモがタブーであるという無言の要請からの逸脱への恐怖からのものであった。それが同性婚が許される州も出てきた現在、ホモがタブーという文脈が消え、同時に「ホモセクシュアル・パニック」は消滅した。それと対応するとされた日本のインセスト（近親相姦）恐怖も性に関する規範の崩れから現在は消滅している。

以上のように文化結合症候群とされてきたものは詳細にみてゆくと文化変容に伴う非定型精神病とみえるもの、強い社会的文脈からの逸脱への恐怖から発症するもの、エクゾティックな文化が保たれていてそこでの文化装置によって発生するものなど種々のものがある。そこにあり続けるものは、文化を文脈の束とみるならば、文脈の束に囲まれた個人の精神誌である。

先にサリヴァンの文化の定義を引用した。「人間がホモサピエンスになるのは大量の文化を同化し、文化の一部と化することによってである。ここで文化とは、この世界における人工的なもの

すべてである」というものである。「それと文化とは文脈の束である」という定義とはどこで重なり合うのだろう。人工物、例えば箸は、芋を洗う猿がその文化を真似することで継承してきたように、その使い方を幼い頃、親から教えられて初めて使えるようになる。その使い方は主に言葉によって伝えられる。文脈によって伝えられるといえる。箸は製作者がおり、その人はその師匠から学ぶことで製作できるようになった。そこには作り方という文脈の伝授がある。人工物は文脈の束としてある。制度やしきたり、踊りの流儀、料理の仕方などほとんどの文化的なことは文脈の形で伝えられる。文化の基底をなすといえる人工物である言語もそれが活動するときは文脈となっている。そしてまわりのものすべては文脈の束として現出している。人工物的一部分と化するとき文脈の束に一体化している。文化結合症候群を引き起こした強い物語も人工物であり文脈である。その文脈に一体化し文化結合症候群が出現する。

文化結合症候群が幻であり、文化を文脈の束ととらえるとき、先の精神症候を三つのアスペクトから見るというありかたはどうなるのであろうか。そのことのヒントとなりうるものがヤップにある。ヤップには三つのアスペクトから精神症候をみるという方法論はなかった。そのかわり、すべての精神症候は、生物心理学的病いからパーソナルな病い（ヤップは個人症候群をこのように表現していた）に至るまでのスペクトルにおいて、文化の関与を逃れえないとし、すべてを文化結合症候群としてみなしていた。そして生物心理学的側面が減少するにつれパーソナル的（心理-社会-文化的）側面が増加していくとしている。パーソナル的（心理-社会-文化的）であるとは個人の精神誌が文脈の束に一体化していることをいう。

先に示した図1は中井の普遍症候群、文化結合症候群、個人症候群の三つのアスペクトの原型となった可能性がある。ここで文化を文脈の束と考えるとすべての精神疾患は生物学的要因と文脈の束と個人の精神誌の中にあり、普遍症候群から個人症候群へと移行するにつれ生物学的要因は薄れ、文脈と個人の精神誌の影響は増えていくことになる。純粋な普遍症候群は文脈と個人の精神誌の影

原著

響をほとんど受けず、生物学的要因からのみとなり、純粋な個人症候群は文脈の束と個人の精神誌そのものである。

名だたる文化結合症候群が消褪した現在、ヤップの図へ原点回帰し、すべての精神疾患は生物学的要因と文脈の束と個人の精神誌との結びつきがあり、普遍症候群から個人症候群へのスペクトルにおいて前者から後者に向かって生物学的要因は弱まり、文脈の束と一体化した個人の精神史は強まっていく。そのように精神疾患をみるときどのようなものがあらわれるのであろうか。

4. ヤップへの回帰と個人症候群

中山ミキの病跡は奈良盆地という地誌的宇宙と江戸から明治への時代背景と家族と信者などすべての文脈の絡みが彼女の一人過程を包み天理教が生成したことを生き生きと表現している。そして文脈の中の個人の精神誌というヤップの文化精神医学を体現している。もちろん中山ミキの生涯と天理教の成立は多くの研究がなされそれをもとに彼女の精神誌と文脈が語られるのは当然である。しかし、中井は思春期危機、例外状態なども個人症候群であるとしている。宗教的創造の病いと思春期危機はどのようにして一つの枠組みに収まりうるのであろう。

ここで再び個人症候群とは何かを問い直したい。個人症候群として挙げられるものが、中山ミキの宗教的創造の病い、教祖誕生にまで至らなかった症例、フロイト、ユング、フェヒナー、ウィーナーなどの科学的創造の病い、例外状態でパノラマ現象の起きる例、妖精の病い、思春期少年グループの中の思春期危機と集団力動による治癒、力動精神医学におけるフロイトの症例、まだまだあるがこれらに共通するものとは何であらう。一つには生物学的要因の希薄さである。生物学的要因が強ければ強いほど普遍性が増し、個別性が減弱する。個人症候群は個別性がきわめて強いものである。二つ目に、発症したものを取り巻く少数の熟知者がいること。熟知者による症候の発見と治癒への寄与が重要である。発症者を取り巻く熟知者の集団力動の関与。ここには知識として知っていること以上に情動的関与が求められる。力動

関係の本体は集団的情動の関わり合いである。フロイトが狼男との関わりから、その運命も変転していったことが述べられているがこれは発症者との関わりにおいて周りの者たちも情動の深いところで影響を被ることを示唆している。三つ目にバリントの言う一人過程を経ること。宗教的創造の病いにおける中山ミキの新たな宗教を創造するときの内部での観念の発酵、ならびに科学的創造の病いにおけるパラダイムを転換させるほどの発見にいたる内部での観念の発酵。また、妖精の病いにおける幼少期のお伽話で出会った妖精の観念が凝集し解離し独り歩きするという一人過程がある。そこにはサリヴァンのいうパラタクシス期（自閉言語期）の幻想的他者との対人関係が残存しているともいえる⁸⁾。そこに至るには一人過程が重要である。

以上のことを見渡すと1. 生物学的要因が希薄であること、2. 熟知者が発症を知り治癒に関与し熟知者の集団力動が重要な役割をはたす、3. 一人過程による観念の熟成期間があること、これらの三要因が抽出される。

これをヤップの文化精神医学的観点からとらえるとうなるだろう。生物学的要因が希薄であることはヤップのパーソナルな病いにつながる。熟知者の集団力動の中でとらえるには発症者を包む文脈の束を把握することが求められる。一人過程に対しては個人の精神誌を記述することが必要である。個人を包む文脈の流れと精神誌の記述が求められている。このヤップの文化精神医学を日常臨床に持ち込んでみたい。

これら三要因をもつ個人症候群は中山ミキしかり、妖精の病いしかり、思春期危機しかり、例外状態しかり、どれも医療現場にはあまり姿を現さないものたちである。そこに医療が関与する隙間はあるのだろうか。関与するとするならどのような形であらうか。熟知者の集団力動という観点からまず切り込んでみたい。中井は「個人症候群」は直接熟知しているか、熟知者を介した（広義）熟知者によって認識され治療されるとしているからである。ここで熟知者を近親者や友人に限定すると個人症候群もその治療も成り立たなくなる。それは個人症候群が医療現場には姿を現さなくな

るからである。中井は発症した一人の少年と彼を取り巻く少年群の集団力動を描き、そのような集団力動の変化が治癒へと向かわせる力を持つことを例として挙げている。熟知者の小集団内における発症者の精神誌とそれを横断する文脈の変化を中心から少し離れた少年が調整役となることで文脈変換をおこし治癒へと向けていった。そのような治療を医療現場に持ち込むことができるのだろうか。医療と結びつきうる場合とはどのようなものであろう。

中井の紹介する岩村昇のネパールでの体験が示唆を与えてくれる。個人症候群と医療の橋渡しをする重要な部分であるので、治療文化論からそのまま引用したい。

精神科医という職業集団内で流布している小話がある。若い時のほうが診断がうまく、中年になると診断の切れ味がわるくなり、代わって患者の生活が見え出す。さらに老年に近づくと、診断は全くといってよい程つかなくなり、その代わり、患者の状況と人となりが見えてくる、いや、診断もつかず、人柄も状況もそう分からない（定式化できないという意味である）のに何となく治療ができる、とさえいう。これは、自嘲でも、風刺でもありうるが、おそらく事実である。若い時は、普遍症候群しか見えず、中年になると状況一すなわち文化依存性がみえて来て、さらに進むと個人症候群として見えるという含蓄がある。

似たことが、異文化に外国人治療者として近づく時にも起こるらしい。例は精神医学ではないが、ネパールの山村で十数年医療に当たってきた岩村昇・元神戸大学教授の直話である（次図）。

ネパールにおける I 氏医療の段階

近代医学による外来者の医療

岩村昇の統率する近代的医学陣、医療機器、医療イデオロギーによる、『宣撫』医療。スピーカーで村人を集める。少数の患者が、はじめはしぶしぶ、次いで、わんさとエックス線をかけにくる。

↓

ドクターは、結核患者が絶望的に多いのを知る。村人は「エックス線」をかければ病気が治ると思っている。ドクターの絶望

↓

外来ドクターのイニシエーション体験

ドクターはその国の研修医をつれて指導中、細菌性赤痢にかかる

↓

ドクターの困惑、他にドクターはいないし、医療材料もない

↓

村長にあう、村長は窮地のドクターに「アプノ・マンチェ」（身内）の待遇を与え、

↓

ドクターは「日本の医学博士」の面子を捨てて呪術医（ふだんは農民）の治療を受けて一治る！

↓

ドクターの開眼

↓

開眼と受容

呪医と村長に村の病人を教えられる。彼らは村のすみずみまで、何代以前まで、各家の疾病状況を知っている

平行（共業）医療

ドクターは呪医にみちびかれて、「村の病人」が《みえ》はじめ、どこからどう治療していったらよいかという戦略が立ち始める。試験的に医療をする。呪医は呪医で治療している

↓

ドクターと呪医の接近

呪医はドクターに病人を教え、病人は呪医の紹介と臨席によって安心する。呪医はドクターから少しずつ医療知識を学びはじめる

↓

協力治療

呪医の治療にドクターが技術的に協力し、その他に助言や助力をする。呪医の治療力があがる。ドクターも協力者・補助者となって治療効果が目に見えて上がる

↓

相互の友好的「征服と融合」

村の結核は減りはじめる。ドクターは、結核孤児を養子にとりはじめる

老精神科医の患者の状況と人となりが見えてく

原著

るということが個人症候群としてみえてくるということだとは、経験を積むほどに診療している地域の文脈を知悉するほどに文脈の流れの中に患者の精神誌が浮かんでくるということである。さらに岩村の事例はネパールの地元の呪医は患者の世代先からの事情や状況を知悉しておりその呪医と協力することで地元民の結核が減っていったことを示している。ある意味、呪医は村民を個人症候群としてみえており、その視点が岩村の視点と重なることで村民の安心感と治療の道筋が見えてきたといえる。

アーサー・クライマンは台湾の事例で呪医はすべての村民を治癒させることができたのに対し、西洋医はまったく治療できなかったことを述べている。なぜ呪医は治すことができるのかが疑問であるとしている¹¹⁾。その答えが岩村の事例にある。村を流れる文脈の束を知悉するものが呪医である。個人の精神誌も知り尽くしている。そこでの村民の変調は其中で理解され解きほぐされる。そこに西洋医が普遍症候群としての視点を加えることで村民の結核は減少する。個人症候群は熟知者によって治癒されるという中井の見立ては、呪医と西洋医の協同によって達成されるということで医療へと広がっていく。

地方の小都市で精神科クリニックを長年営んでいるとそこに住む人々の事情や状況を知悉するようになり来院する患者の文脈が手にとるようにわかってくる。ネパールや台湾の呪医と似た立場となる。文脈に包まれた個人の精神誌があらわれてくる。個人症候群としてみえてくる。患者を包む小さな力動関係の片隅に入り込み力動関係を調整しながら患者を診てゆく。ここに個人症候群に医療がはいり込む隙間がある。

5. 実地臨床と個人症候群

実際の精神科臨床では短い時間での診察で個人の精神誌と文脈を把握しなければならない。そして精神科医は町の呪医として擬制熟知者となって関与する。そのようなアプローチで個人症候群が浮き出てくることを示したい。次にあげるのは一度だけの診察で終了した症例である。

症例 1. W. N. 23歳、男性 「精神がおかしくなっ

たので」という理由で受診。正月明け早々の1月8日に受診した。次のように語った。「ラーメン屋のバイト先で二つ下の後輩に嫌なことを言われ落ち込んだ。元気を出そうと思うのが気分が落ち込む。仲の良かった後輩もいるがその子にも仕事を辞めれと言われ気分が更に落ち込んだ。バイト先の間関係にもストレスを感じる。仕事中心でいいかパニックになり自分自身が嫌になる。12月下旬に市立病院のメンタルケア科を受診したが、その時は少し頑張れそうだったので聞かれたことに対して嘘をついてしまった為、特に処方薬は無かった。12月28日より仕事に行きたくないと思ったが休めず、31日より休んでいる。昨日から少し気分がよく話ができる状態になっている。話ができなくて、メールもできなくて、友達何人減ったんだろう。遊ぶことになっていたのに行けなくて」。最初話を聞いていると同僚との関係の問題化からストレスを受け抑うつ的になっているのかと思った。そのラーメン屋は私も何回か行ったことがあり、薄いスープと、接客があまりできない若者たちが働いていた。経営的にかなり厳しく従業員の関係も難しそうであった。たしかに、そこで働くことはストレスがかかりそうであった。しかし、大学卒業後なぜラーメン屋でアルバイトをしているのか不思議に思い、経歴を聞いていくと、市内の進学校を卒業後S市の私立大学を卒業しバイトしながら市役所を受けたが落ちたことがわかった。進学校からS市の私大に進学したのであるが、公務員試験に一回で受かるには難しいレベルであると思われた。意識の表面には現在勤めているアルバイト先のことばかりが話題にのぼるが、実は、就職問題が別の文脈として流れておりサリヴァンのいうところの選択的非注意の状態にその文脈は陥っていると思われた。公務員になりたいのであろうが、実力的にかなり困難であり、アルバイトと遊びに逃避している姿が浮き出た。そこから、今、一番重要なことは公務員試験に向けて勉強することであり、同時に、他の就職先も模索することであろうと強く忠告した。はじめは怪訝な表情さえ浮かべていたが徐々に本当の問題へ意識が向くようになり、「就活しなければならぬのにできない、焦りが根本にある」と言

うようになり、就職問題が話題となっていった。受診はその一回だけであった。

症例1. はDSM診断治療では適応障害あるいはうつ病エピソードの病名となり、それに伴う抑うつ状態に対して抗うつ剤が投与されることとなるであろう。しかし、ヤップの文化精神医学の観点からは、公務員試験に失敗しアルバイトに集中していたのだが、心の深層では就職問題について煩悶しているそのことについて選択的非注意の状態であり、その文脈を掘り出すことで焦りの原因に注意が行き渡るようになり、冷静に問題に取り組めるようになり、纏れた文脈を解きほぐすことで冷静になっていけるようになったといえる。DSMでは見えなかった心のあり様がヤップの文化精神医学的観点からは伺えるようになる。簡単な精神誌に二つの文脈が絡む個人症候群としてとらえることが可能である。生物学的要因から離れるほど文脈と精神誌からみえてくるものが大きくなる。

さらに文脈が纏れた症例について考察をすすめたい。これは嫁と姑を包む文脈がぶつかり合い、不思議な事態が理解可能となった症例である。

症例2. Y. A. 77歳女性。9月に娘二人と来院時次のように語った。「今年5月に老健施設に入所した。夫は33年前に56歳で亡くなった。婿養子で実家の寺を継いでくれていた。息子がその寺をさらに継いでくれた。息子夫婦と男ばかりの孫3人と本人で暮らしていた。一番上の孫は市内進学校の2年であるが、気に入らないことがあると暴れる。息子の住職が止めようとして階段の5段目のところから突き落とされた。何分も倒れたままだった。嫁もそれを見ていたが傍へ駆け寄ることもせず、黙って見ていた。それを見ていてつらくなった。3月頃に家を出て近くに一人で暮らす次女のところに行った。2か月娘のところから老健施設に入った。8月末から体がこわい。近くの内科で点滴を受けたがよくならなかった。めまいは耳鼻科で良性頭位眩暈症と言われた。今は体調がよくないので、また、次女の家で暮らしている。去年、乳がんが見つかり手術した」。

診察が終わってから看護師が数年前にそのお嫁さんが受診したことを思い出した。その時のカル

テを取り出してみた。

症例3. Y. H. 44歳女性。症例2 Y. A. の受診した3年前のカルテからの記載。その年の7月29日受診。夫は住職。中2の息子、小6の息子、自閉症の小2の息子と姑とで暮らしている。「よく眠れない。気持ちが不安定。行動するにも時間がかかる」とのことで来院。次のように語った。「もともと威圧的な態度の夫だったが、6月23日今まで見たこともない程大声をだし、椅子やテーブルを壊した。その後からずっと緊張している感じで突然涙が出たり、家事をする気力がなくなった。その暴れている姿を中2の長男がビデオで撮影していた。その後から長男は刃物を持ったり、壁に穴をあけたり、クローゼットをこわしたりするようになった。自分でもイライラをおさえられないと泣くこともある。水泳を頑張っており7月の全国大会に出場を決めた。夫は暴れたその日からキャンピングカーでどこかへでかけ7月19日から家に戻っている。夫がいる時や、子供が暴れたとき、首のうしろが熱くなる感じがし、歩行時右側に引っ張られる感じがする。横になるとグルグル回る眩暈が出現する。夫に殺されるのではという恐怖心もあり夜も寝られない。姑に今の家庭環境は子供たちにもよくない、第三者に入ってもらった方がよいと言われ夫も同意し離婚調停になる予定。姑が夫のことを精神的におかしいと思い、夫の友人である精神科のM医師に相談したが、夫婦げんかの延長ではと言われた」。夫が本人に対し暴力的でありそれを止めようと長男がビデオでとったり、止められない自分にいらだち壁に穴をあけたり暴力を振るうようになったと考えられた。もっと以前からの問題もあると思われた。住職の妻は言う。「2年前の東日本大震災があったとき、毎日100回謝ることを1年半やらされた。そのころ別居の話がでた。義父は夫が20歳のときに亡くなった。静かな人だった」。長年にわたる心理的身体的家庭内暴力があり、彼女が3人の子供たちのために耐えてきたことがわかった。このことがカルテからわかって後、姑である症例2. Y. A. が1週間後に娘2人と受診した。息子の住職の暴力の問題をどう思っているかを聞くために、孫の暴力の原因は何であるかと思うかを尋ねた。そ

原著

うすると嫁の孫に対する態度が問題だというばかりで息子の暴力については全く語らなかった。一緒についてきた娘二人もそのことには一切ふれなかった。すべてを嫁と孫のせいにしていた。

姑の症例2および嫁の症例3をDSM診断するとやはりうつ病エピソードとなるであろう。そして抑うつ状態に対し抗うつ剤の処方ということになる。それも軽度のうつ病であるとみなされる。しかし、ヤップの文化精神医学の視点からは文脈と個人の心性が浮かんでくる。

当院へ嫁が3年前に受診し、今回姑が受診した。姑の話からは孫が一方的に息子の住職に暴力的になり階段から突き落とし、息子がそのままうつぶせに倒れたままでおり、嫁は駆け寄ろうともしなかった。嫁はおかしいという話であった。孫も本当に困った子だということだった。そこには息子である住職の嫁に対する暴力の話はまったくなかった。階段から突き落とされうつぶせに倒れている住職に誰も近寄ろうとしない不思議な光景がそこにあった。それが、3年前に嫁が受診したときのカルテを開くと、住職の嫁に対する激しい暴力があり離婚の話まででていたことがわかった。そのような暴力をふるっていた住職が息子に負け、どうすることもできずうつぶせに倒れたままだことがわかった。息子のほうが強くなってしまったのだ。この権力の交代の場面が住職のうつぶせのときの光景であった。そして、姑も小姑も嫁と孫だけが悪者であると言い張っていた。嫁のどうしようもなく孤独でつらい立場であることが浮き彫りになった。それは、嫁の文脈と姑の文脈がぶつかり合い真実が露になったことで明らかにされたことである。この家族の根深い問題は全員の文脈が絡まりあうかたちで続いている。その纏れを解すことは難問中の難問である。表には現れてこないが最も問題となる個人症候群は住職である。孫は母親と住職との狭間で苦悩している。そして本当に重症なのは姑である可能性がある。他者を狂気に陥れて自らの正常？を保つタイプであるかもしれない。嫁はこの家族の中でなんとかまともであることを保とうとして押しつぶされかけている存在であろう。病んだ家族の力動体制のなかで個々の個人症候群が現れてくる。ヤップの文化精

神医学的対処としては、受診している住職の母親に対し、住職についてまったく関与していないとしていることは異常であることをつめてゆき、住職に問題はないのかを確かめてもらう作業、嫁に対する異常な見方について、せめて現実感をとりもどすことを試みる、孫の行動は突発的な異常行動ということでもとらえてよいのか、何か原因となることなどがあるのではないのかと問いかけていくことなどが治療のきっかけとなるであろう。こどもでもやはり個人症候群としてみることで全く違う景色がみえてくる。

上記3症例はきわめて個人症候群的色彩の強いものであるが、日常臨床では普遍症候群と個人症候群の入り混じった、互いに影響も与えあう症候がほとんどである。そのような例を一つ挙げてみたい。

症例4. K. S. 81歳女性。3月に100キロくらい離れた中都市に住む娘と受診。本人は旧産炭地の山間の町でひとりで暮らしている。前年の12月に夫が亡くなり、49日ごろまではしっかりしていたが、その後、徐々に調子が悪くなった。2月頃から家の周りの水が気になるようになった。雪と雨のせいで車庫に水が入り、家の中にも水が入るのではないかと心配するようになった。家が水に浸かると大切なものがすべてダメになると心配し、動悸、体の震えがでる。意欲低下もひどく家事もできなくなってきた。家から外へも出たくない状態である。何を言っても家が水に浸かったらどうしようと考えてしまいふさぎ込んでいる。

本症例はDSMでは妄想性障害、あるいはうつ病エピソードなどとなるのであろうか。強固な水に対する思いは妄想と言ってよく普遍症候群に組み入れられそうである。それと同時に夫が亡くなってからのことであり、心因があり、一人暮らしの不安などの要因も強く、個人症候群の傾向も否定できない。二つの中間くらいに位置するようである。

こどもでもう一度ヤップの図1. (Two approaches to abnormality: biopsychological and personal) を見てみよう。左へ行くほど生物心理的傾向が強く右へ行くほど個人的(心理—社会—文化的)側面が強くなる。それはDYSCRASIA^{註)}の中身の

比率である。すなわち左に行くほど個人と環境との間の不調和の中身は生物心理的傾向が強く、右に行くほど個人—環境の不調和の中身はパーソナル的（心理—社会—文化的）となる。中井の用語では精神的病いは左に行くほど普遍症候群の傾向が強く右に行くほど個人症候群の傾向が強まるということである。症例 1. 2. 3. は図の右端へいき症例 4. は図の中間あたりにあるといえる。すべての精神疾患は左から右への普遍症候群から個人症候群へと至るスペクトラムの間にある。DSM はスペクトラムの右にあるものも強引に生物学的要因からとらえようとするために診断が平板化してしまう。ヤップの図に従い普遍症候群の傾向と個人症候群の傾向を塩梅しながら診断治療することが精神科臨床の幅を広げる。

6. エランベルジェの逆理

ここで普遍症候群を少し整理してみたい。世界中に普遍的に同じくらいの確率で発症するものを普遍症候群とするならば間違える可能性がある。適応障害は普遍症候群としてとらえられるが、企業での上司、同僚との人間関係の問題、パワハラの問題が基底にあり、その状況下ではどこでも起こりうるという意味で普遍的なものであり、生物学的要因が強いからどこでも同じような確率で発症するわけではない。適応障害は状況起因性という意味で個人症候群である。普遍症候群を生物学的要因が強いものと限定しなければ混乱してしまう。内因性精神病とされる統合失調症、躁うつ病などは生物学的要因がかなり強くそこに状況因がわずかに関与していると考えてよいだろう。ヤップのスペクトラムの図の左端は生物学的要因だけからなるものとし、右へ進むにつれ状況因が強まり、右端はパーソナルなものとなる。これを左端を普遍症候群とし右に進むにつれて状況因と一人過程が強まり生物学的要因が弱まり、右端では個人症候群となる。そこには状況と個人の観念の生成を孕む精神誌だけがある。このようなことを踏まえるとエランベルジェの逆理が解けてくる。エランベルジェの逆理とは、次のようなものである。

一元性を求める科学者にとって、人間の心の認識に

二つの相容れざる接近法が同時に存在するという事は衝撃的なことである。われわれは新しい力動精神医学の諸体系の自立性を葬り去って科学の一元性という原則を守り抜くべきなのだろうか？それともこれらの体系（および今後もひきつづき生じるかもしれない諸体系）を存続させて、一元科学という理想などは浮世離れの高貴な夢とみなすべきなのだろうか？

中井は標準化指向型・近代医学型精神医学（これを DSM 型精神医学とする）に今ある精神医学は収斂しうるかという問題に置き換えて考えている。DSM 型精神医学はてんかんや中毒性精神病のように生物学的要因が明らかとなったものや統合失調症やうつ病のように向精神薬の効果から神経伝達物質の関与であると想定されるもの、すなわちヤップの図で左側によるものと適応障害や身体表現性障害など身近な状況因から出来るもの、ヤップの図では右側によるものとを、同列に列挙し診断治療を記述している。しかし、現代科学に収斂する医学とは分子生物学で説明可能なものまでに限られている。状況因から発症するものについては分子のレベルでも解明できない。量子物理学者 David Bohm は「思考過程と量子過程は類似している」としている¹²⁾。おそらく、心は量子レベルにまで至って初めて解明されるものであろう。その意味で医学を一元的に統一しようという科学の試みは分子生物学の領域までしか至っていないことから精神医学を一元的に統一することはまだまだできない。

個人症候群は生物学的要因から離れた文脈と個人の精神誌の分野である。DSM 精神医学の関与できない部分である。現代の精神医学を症状項目の選択と向精神薬の適用という索漠とした状況から蘇らせるためには個人症候群を取り込んだ精神医学、ヤップの文化精神医学への回帰こそが、今求められている。

註) dyscrasia は本来廢語であり悪液質といった意味合いであった。ヤップは本文中で dyscrasia を個人と環境との不調和と定義している。中井は破断と訳しているが本論文では dyscrasia を個人と環境の不調和という意味で不調和と訳した。原文は次のように定義してい

原著

る。The most basic meaning of illness is that of dyscrasia: a state of imbalance or disharmony arising from a disturbance of pre-existing dynamic forces in a stable field. : 病の最も基本的な意味はディスクラシアである : ディスクラシアとは定常状態にあるそれまでの力動的な力の動揺に起因する不均衡あるいは不調和状態である。

参考文献

- 1) Young, A: The Harmony of Illusions — Inventing Post Traumatic Stress Disorder —, Princeton University Press, New Jersey, 1995 (PTSDの医療人類学、中井、大月、下地他訳、みすず書房、東京、2001)
- 2) Shorter, E : A Historical Dictionary of Psychiatry, Oxford University Press, 2005 (精神医学歴史事典、江口、大前、監訳、みすず書房、東京、2016)
- 3) 中井久夫 : 治療文化論—精神医学的再構築の試み—、岩波書店、東京、1990
- 4) Yap, P. M. : Comparative Psychiatry — a theoretical framework —, University of Toronto Press, Toronto and Buffalo, 1974
- 5) Ellenberger, H. F.: エランベルジェ著作集 I、II、III、中井久夫編訳、みすず書房、東京、1999~2000
- 6) Ellenberger, H. F. : The Discovery of The Unconscious — The History and Evolution of Dynamic Psychiatry, Basic Books Inc., 1970 (無意識の発見—力動精神医学発達史、木村、中井監訳、弘文堂、東京、1980)
- 7) Sullivan, H. S. : Clinical Studies in Psychiatry, Norton, N. Y. 1956 (精神医学の臨床研究、中井、山口他訳、みすず書房、東京、1983)
- 8) Sullivan, H. S. : The Interpersonal Theory of Psychiatry, W. W. Norton & Company Inc. 1953 (精神医学は対人関係論である、中井、宮崎他訳、みすず書房、東京、1990)
- 9) 中井久夫 : 第3章、西欧精神医学背景史、分裂病と人類、東京大学出版会、東京、1982
- 10) Helman, C. G. : Culture, Health, and Illness, fifth edition, CRC Press, 2007, (ヘルマン医療人類学 第5版、辻内、牛山他訳、金剛出版、東京、2018)
- 11) Kleinman, A. : Patient and Healers in the Context of Culture, An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry, Berkeley, University of California Press, 1980 (臨床人類学—文化の中の病者と治療者—、大橋、遠山他訳、弘文堂、東京、1992)
- 12) Bohm, D. : Quantum Theory, Prentice Hall, Inc., 1951 (量子論、高林、井上他訳、みすず書房、東京、1964)

健康診断にやってくる身体

愛仁会総合健康センター 杉 林 稔

I はじめに

私は大学卒業後28年間精神科医として働いてきたが、2017年2月に急な異動があり、健診を主な事業とする施設に所長として赴任した。それに伴って、精神科医としての仕事はすべて中断し、管理者としての仕事を中心となった。医師としての仕事は、健診や人間ドックの際に必要な診察業務のみとなった。

週に2回程度、午前半日をかけて、20-30人の受診者の身体診察を行う。それは長年精神科医をしてきた私にとって、大いに戸惑いを感じる業務であった。精神科だからといって身体を無視してきたわけではないが、健診とはいえ内科医でもないのに身体の診察のみを目的とした診察を、「内科医のような顔をして」続けることに違和感があった。

しかし私なりに再学習をし、診察業務にも慣れてくるにつけ、少し余裕ができてきた。「内科医」というアイデンティティは持てないが、「健診医」というアイデンティティを持つことができるようになってきた。

その矢先、ふと受診者たちの身体が気になるようになった。慣れない診察業務を四苦八苦しながらやっているときに感じていた、彼らの身体性について言葉にできるような気がしてきた。記述の霧のようなものが立ちこめてきた。

ある日、書いてみようと思い立ち、彼らの身体性についてのメモを書き綴ってみた。3時間ほどかかったが、概ね書き切れた気がした。その後も少しずつ追記しながら、研究会で発表するかどうかを考えた。迷ったが、「健康診断にやってくる身体」というタイトルが浮かんだことで記述の芯の部分が決まり、発表しようという気にもなれた。

追記できることがもつとないかとさぐったところ、芋づる式にいくつかの記述を引き出すことができた。しかしこの作業にはタイムリミットがあった。記述すること自体が目的となってしまう、リアルな受診者の身体性との対応関係に乏しい、言葉だけの論理で伸びていこうとする記述になる。そのような記述はできる限り取り除いて、少し整理してここに提示する。

II 背景

診察業務の概要をあらかじめ示しておこう。

診察は個室になっている診察室で行われ、介助者はおらず、医師と受診者のみで行われる。受診者は全員、あらかじめ検診衣（ポリエステル製。半袖上衣とパンツ）に着替えている。医師はワイシャツの上にコート型白衣（サックスカラー）を着用している。

まず医師が待合にいる受診者を呼び入れる。受診者が席に着くと、医師が受診者の氏名を確認する。次に、眼瞼結膜と前頸部の視診、胸部（腹側、背側）の聴診をする。次に、ベッドに横臥してもらい、腹部触診。席に戻って、診察結果、心電図、胸部レントゲン結果の説明をする¹。続いて、受診者からの質問を受ける。ファイルを渡し、それを渡してもらう場所を教示して終了。通常3-4分で終了する²。

III 記述

1 入室

待合に赴いて番号を呼ぶと、呼ばれた身体はおもむろに動き始める。意外にのろのろしている。「はい、私です」というメッセージがあいまいである。ゆっくり立ち上がってくる³。

¹ 人間ドックの場合、血液検査などの他の検査結果の説明も行う。

² 人間ドックの場合は7-8分。

³ 土曜日は早い。また、秋になったら早くなった。夏のせいだったのかもしれない。

原著

診察室に入った身体に、座るように仕草ですすめても立ったままでいることが多い。「よろしくお願ひします」と律儀に挨拶されることも多い。こちらが座るのにあわせて座る身体が多い⁴。

ようやく座った身体は、目前にある胸部レントゲン画像を注視する。こちらからは氏名の確認をするが、それにはそぞろに返事し、レントゲン画像に目を奪われている。

また、名前の確認の際、多くの身体は少し怒っているように見える。

メガネをかけている身体にはメガネを外してもらおうが、この動作は例外なく素早い。躊躇なく早い。

2 結膜視診

結膜視診では、こちらの両親指で相手の両下眼瞼を押し下げ裏返して結膜を露出させる。非常に小さい部分なので覗き込まないとよく見えない。そのため至近距離でのいきなりの対面となる。多くの相手は目をそらす、中には、ぎゅっと睨んできたり、うっとり見つめられたりもする。

顔をタッチする時、静電気が走ることが結構ある。静電気予防にまず肩をさわる場合もある。そのようなステップが入るとなおさら、キスをする前のような恰好になる。

3 前頸部触診、視診

次に、首にさっと触れて、首を眺める。顔に比べ、首は無防備であることに気づく。また寂しげだ。首はいつも顔の影に隠れている。メガネを外してもらった人には、またかけてもらう。これも自然で素早い動作であり、オートメーション化している。その隙にこちらは聴診器を準備する。

4 胸部聴診

a) 男性の場合

ガバッと検診衣をまくしあげる人が多いが、恥ずかしそうに少しだけしかあげない人や、自らあげようとしなない人もいる。あげようとしなない人

は、衣の上から聴診する。

男性の前胸部はまずもって、広い。そして平たい。それに、角ばっている。聴診器をあてるために近づくと、さらに広く感じられ、圧倒される。衣をまくしあげているせいか胸をそらしている。両肘が肩まであがり両拳も鎖骨のあたりまであがっているので、エヘン、と威張っているようなポーズになる。顔は神妙な表情がキープされている。威張りつつ神妙、という姿勢におかしみが漂う。

聴診器を通して、心音が聞こえてくる。この音はなんだろう。私はいったい何を聴いているのだろう、といつも思う。背側の聴診に移る。相手に回転椅子上で半回転してもらい、こちらも少し横に回るといふ協同的動作がスムーズに作動する。背中は呼吸音の聴取に集中する。胸腔を満たす入り組んだ構造に吹く気流に耳を傾ける。私は瞬時放心する。気流音には人を放心させる力があるように思う。

背中も広大だが、なぜかこのとき、多くの男性身体は、両前腕を自身の両腿に置いて、前傾ポーズをとる。一息つく戦士のように。男の背中は頑丈で雄弁であり、見惚れてしまう。

b) 女性の場合

検診衣の上から聴診器をあてる。それでも心音、呼吸音は十分聞こえる。乳房のふもとに聴診器を押し付けることになるので、「失礼します」という感じで会釈するように、聴診器を少し持ち上げてその人に見せてから始める。女性は必ずと言っていいほど、胸を張らない。身体の軸はすらすらと垂直に伸びている。首から肩にかけて丸い曲線があり、さらに乳房に向けての丸い曲線がある。いくつもの丸みを帯びたものが軸にそって連なっている。そういう複合的な構造物であり、例えるなら一房のぶどうである。背中に回っても、それは変わらない。よく見るといろいろな丸みが隠れている。背中から側腹部、腰、臀部に至るまで、境界や段差なく、繊細な丸みの連鎖が形成されている。やはり我を忘れて見入ってしまいそうになる。

⁴ このタイミングが開始の儀式なのだろう。かつてやっていた外来診療では呼び込むために声をかけた時点でアイコンタクトがしっかりあって、開始の儀式がなされていたことに気づく。

女性の背中にかかる髪をこの状況で見ると、それは単なる整容、美容の具ではない。髪そのものが、うごめくような、波打つような、呼吸しているような、今にも動き出しそうな艶かしさを放っていることに気づく。

c) 呼吸合わせ

記述をきっかけとして思いついたことだが、背中を聴診する時、受診者の呼吸にこちらの呼吸をシンクロさせてみた。すると、こちらの緊張感が柔らぎ、こちらの動きのリズムと流れがよくなったように感じた。受診者とともに舟に乗って揺られているような感覚が生まれた。それは次の診察にもつながるリズムとなり、流れになった。その流れに誘われるように、後の結果説明でのコミュニケーションがスムーズになったようにも感じる。呼吸を合わせることが不思議な力を呼び寄せていると率直に思える。

5 腹部聴診

ベッドに横臥してもらって腹部を触診する。受診者にとっては最大のアクションをしていただくことになる。まず手にしているポケットティッシュなどをどこに置くか、どのようにしてベッドに上がるか、頭の位置はどうか、正しい体位になっているか、など、瞬時にしているいろいろなことを考えることになる。こちらから何も言わなくても検診衣を胸までたくし上げる身体もあるが、手をどこに持って行っていいかわからず所在無げに漂わせる身体も多い。顔には今までになかった不安がほのかに浮かぶ。緊張しているが、どこに力をいれていいかわからずとまどっている風である。朝から絶食を強いられているので、聴診器を当てると激しい腸音が耳に飛び込んでくることが多い。心音や呼吸音は耳を済まして聞く必要があるが、腸音ですれをすると大音量に襲撃されることになるので、聞き方を切り替えなければならない。逆に全く音がしないことも少なくない。その時は耳を澄ます。それでも何も聴こえない、ただ深海の沈黙のような何かを感じる。他にも、いろいろな味わいのある音がメロディーとともに聞こえて来

ることがある。心音はリズム音であり、呼吸音は自然界に偏在する気流音であるが、腸音は動物の鳴き声に似ている。

6 腹部触診

触診というが、皮膚の表面を撫でるというわけではなく、腹部全体を手でそれなりの強さで圧迫しながら軽くまさぐる。それによって変なものに触れないか、痛みはないかを確認する。受診者の反応は大きく2つに分れる。1つは腹筋の緊張が高まるタイプである。くすぐったい、と言って笑い出す場合もある。いずれにしても、こちらの手の動きを跳ね返すように腹筋が強く防御してしまうため、何もわからない。

もう1つは、腹筋がやわらかいまま、こちらの手がすっとお腹の深いところまで入っていけるタイプである。手は相手のお腹を泳ぐようにして内部を探ることができる。聴診の時のように、われを忘れて没入するということはない⁵。

学生の時に学んだように、左手を相手の右肩に添えながら、腹部をまさぐられている相手の様子をうかがいながらの作業となる。こちらの注意を適度に分散させながら、全体的な印象のなかで異変が浮かび上がるかどうかをキャッチしようとする。

7 椅子に戻る

ベッドから起き上がり、スリッパをはいて椅子に戻ってもらう。体操選手のように腹筋の反動を使って一瞬にして座位になる身体もあれば、ゆるゆると体を起こす身体もある。椅子にもどるようにさりげなく指示しているにもかかわらず、ベッドに座ったまま次の指示を待つ身体も少なくない。こういう様子を見ると、ああ、さっきの触診で放心していたんだな、と感じる。

こちらはすでに椅子に座っている。右手掌に2秒ほど、触診した感触が残っている。

8 結果説明

相手が椅子に戻ったら、パソコン画面や検査結

⁵ 視覚や聴覚は、身体の「われ」を奪うことに長けているが、触覚は「われ」をおびやかすことなく身体に沁み入る。

原著

果用紙を示しながら結果説明をする。言語的やりとりが主役になる。一通り説明したあと、「何か気になることはありますか」と問う。

多くの人は、「いえ、特に」と答える。さまざまなニュアンスをまとわせながら。時にはこごとばかり日頃気になっている健康について相談される。どのような相談でも、こちらはほっとする。相互性のある会話が始まることによってはじめて、よそよそしい関係が崩れて親しみの間柄が生まれる。

9 終了

終了を告げ、次の行動の指示をしながらファイルを手渡す。こちらの態度は変わる。決まり文句をやや事務的に告げる。相手の反応も早い。こちらの態度変化を先取りするように、スイッチが切られる。次の移動に向けて、こちらの言葉を聞き漏らさないように注意を集中させる。そこにある身体はもう次の行き先に向かっており、その後ろ姿に話しかけているように感じられる。時をおかず、退室される。こちらはパソコン端末への入力に集中する。こちらの身体も終了を告げた瞬間から次の診察に向かっているようだ。外見的に対面していても身体のレベルでは「後ろ姿どうし」になっていたと考えるとしっくりくる。

10 補遺

a) 酔い

20人から30人くらいを連続して診察するので、最初は身体に酔うような感覚があった。高揚感に包まれた。慣れるにつれ、それは減弱した。

b) アンケート

受診後のアンケートに「診察がおざりな気がする」という感想があった。手早く進めることを気にするあまり、診察の時間が短かったことに気づいた。ほんの数秒だが、聴診の時に聞き入る＜間合い＞を意識して作るようにした。そこから呼吸合わせに発展した。それ以降、診察への不満の感想は出ていない。

c) 性差

診察していると、性差ということを強く意識する。社会的文化的レベルの性差にはさまざまな改

変が加えられてきたが、身体（肉体）レベルでの性差は厳然として存在することを見せつけられる。

d) 土曜日の身体

はじめて土曜日に診察したところ、平日との違いを感じた。土曜日の身体は平日の身体よりも、普通で自然な感じであった。診察と説明がすすると進んだ。土曜日の身体には憩いがある。精神科で外来診療していた時も同じような感覚があったことを思い出した。

e) 息

ふとしたタイミングで、「ふっ」とか「はっ」という息が漏れる身体がある。意図せざる身体のいたずらであるが、それがその場の雰囲気を大きく変えてくれる。こちらの身体はそういうものにならず反応している。息には息で反応している。2人の息が変化することが雰囲気を変えるのだろう。

声を伴う場合もあるし、鼻息が荒い人もいるが、多くの身体は息などしていないかのようなのである。ふとした息漏れは、息をしていることを思い出してくれる機会でもある。

11 記述の工夫

主語を工夫した。「こちら」「相手」「身体」「人」を主に使い、「私」「受診者」はできる限り使わないようにした。また、「こごとばかり」「ぎゅっ」となど、受診者の行動に付随する諸印象をできる限り組み入れた。多数例の個々の個別性をできるだけ拾いながら、かつ、共通性を掴んでいくことを目指した。

比喩的表現をある程度取り入れた。大仰なものは控え、自身の身体感覚にいちばんフィットすると思われる表現を選択するようにした。

IV 考察

以上の記述に関連して、記述の中に織り込めなかったいくつかの観点を、断片的なものにとどまることが提示する。

1 検診と受診

以下便宜のために、病気を早期発見するために年に1回程度諸検査と診察を受けることを検診、

すでに確認されている病気の治療のために定期的に病院受診することを受診と定義する。

受診にやってくる身体もまた、はじめは検診にやってくる身体と大差はないように思える。しかし、受診を継続している身体は、受診自体がルーチンと化した新しい身体となる。検診にやってくる身体の中で、すでに病気を持っていて治療を継続している身体がいるが、これらの身体は、治療を受けていない身体とくらべて全体的にリラックスしており、受診行動に習熟している。習い事に定期的に通っている身体のようにこなれている。

2 ゆるみ

中でも、精神科の治療を受けている身体は目立つ。通常の親しい関係以上に力が抜けている。力を抜いているというより力が入らないという印象でもある。微かにではあるが破滅感がある。それはどこかで一度「壊れた」ことのある人に特有の「ゆるみ」である（かつて統合失調症の直観診断でプレコックス感というものがあったが、それに似ている）。精神科医としての仕事を長くしてきた私には一瞬にしてわかり、懐かしい気持ちになる。

この「ゆるみ」は、病気や生活環境のせいだけでなく、治療効果そのものでもあるようだ。身体疾患の大病を患ってそこから回復した身体にも、産後のお母さんにも、同様の「ゆるみ」がある。「ゆるみ」はいずれ「しなり」（しなやかさ）を引き寄せるだろうか、「たるみ」に吸い寄せられるだろうか。

3 職種と地域

スーパー店員の身体は相手の挙措に即座に反応する瞬発力を感じる。身体のトリガーが相手に置かれているようだ。

学校の先生たちの身体は意外に普通。運動量は豊富なはずだが、身体性としては事務職的身体である。

経営者の身体は、問うてくる身体である。黙っていても、「君はどうなんだ」と問いかけてくる雰囲気がある。鷹揚に構えていても隙がない身体でもある。

下町色の強い A 地域に出張することがある。その健診所にくる身体は、野生動物のような不敵さがある。医師受診者関係を軽々と乗り越え、素の身体として対峙する。ほのかな誘惑が漂いすらする。気が合うと、本気で「会えてよかった」という表明がなされる。気が合わないと、「なんやこいつ」という態度が露骨に出る。良くも悪くも「露骨」的であり、不敵に構えている。T 地域での健診でいつも見られるような、身体と「われ」との解離がなく、「われ」が触覚的に迫ってくる。

4 皮膚について

身体を見ているとき、目は皮膚を見ているはずだが、実際には皮膚は見えていない。皮膚の前面に、形態や質感や運動性がせり出しており、皮膚はその中でひっそりとしている。ただし、何らかの異変（小さな黒子でもよい）があればそれが小さなものでもすぐに目をひく。一度スポットライトを浴びるともう元には戻れない。

異変としてよく見かけるものに、アトピーがある。長い患いの歴史を想い、ねぎらいたい気持ちになる。と同時に、ある種の美意識が刺激される。

まだら状の色素沈着のある身体、大きな母斑がありそこから濃厚な毛髪が生えている身体、毛深い身体、手術痕のある身体。

皮膚の異変は身体にさまざまな装飾的紋様を刻んでいる。それがまさに身体であることをまざまざと見せつける。私は見て見ぬ振りをするが、その紋様の持つ強度に私の身体はくらくらする。

V おわりに

受診者の身体性を感知するためには、こちらの身体のコンディションが大きく影響する。こちらの身体が疲れていると、感知力は低下する。疲れていなくても、久しぶりの診察だと最初の数人は診察のリズムがつかない。そういうときも身体性についての感知力は鈍る。

逆に、こちらの身体が好調すぎても、相手の身体性をキャッチしづらい。ちょっとしたエアポケットのような時間が訪れることが肝要となる。

また記述にも要注意である。一度記述してしまうと、今度は実践の中でそれを再確認しようとし

原著

てしまう。するとまた、全く別の身体性が現れる。この記述と考察も、まとめを書いて閉じようとするほど新たな展開が生まれてしまう。

検診は医療制度によって規定されたものであり、診察場面における受診者と医師の振る舞いは大いに制度化されたものである。制度化されているからこそ、初対面の相手に2、3分で肌を露出し内臓の様子を探られるという、通常ではタブーとされる身体接触が執り行われる。医師は相手の身体を「モノ」として扱うことが通例だが、それは身体に失礼だと私は感じてしまう。私は出会った身体たちの様子を記述したが、さまざまな様子の向こう側には主人を失った身体たちが佇んでいる。それらには主体という司令塔がなく、身体が身体そのものの意向によって動いている。何を考えているのかは全くわからない。それらは少し不気味で少し懐かしい。

最後につい最近発見したことを記す。ふと思いついて、私が怒りを感じる知人を受診者として診察している場面を想像してみたところ、怒りがうそのように消えて、やさしい気持ちになれた。怒りの感情は徐々に薄れていくことはあっても、心理的な操作によってこんなにも簡単に消えることはなかったのでわれながら驚いた。この現象にはさまざまな要因が絡んでいると思われ、それらを解きほぐすにはまた時間を要するが、聴診や触診を、相手をモノ扱いせず、相手の身体と自身の身体との交感の場として行うことが医師の感情コントロールに大きな影響を与えていることを実感できたことはうれしい発見である。

* 本稿は、2017.10.7. 第94回臨床実践の現象学研究会
@東京大学で発表した時に使用したレジメ原稿に若干の修正を加えたものである。

臨床学徒よ見よ、透過と力と反射を

— Rümke, H.C. 「本能、元型、存在論的であること、一省察」(1958年) からの精神科臨床の方法論的探究—

川添記念病院 横田 謙治郎

I. はじめに

精神医学における臨床の学の探究のために、Henricus Cornelius Rümke (1893-1967) の省察「本能、元型、存在論的であることについて、それらの呼び覚ます世界について、人の像の還元と変形についての覚書 Aantekeningen over het instinct, de archetypus, de existential, over de werelden, die zij oproepen, over reductie en misvorming van het mensbeeld」³⁾ を取り上げる。その Rümke の省察は、1958年の Rümke の著書「新・精神医学の研究と講義」に収載されている。ただし、Rümke¹⁾ は、1954年のユトレヒト大学創立記念式典の学長講演で、現象学から生物学へと立ち入る仕方について、本能と元型と存在論的であることを関連づける努力をした、と述べているので、もう少し前の論考のようである。その省察は、1967年 von Baeyer, W. の手で、Selbach, O.C. の協力のもと、ドイツ語に訳され、「講演・論文選集 危機に花開く精神医学」に収載された⁷⁾。拙稿の第二章において、その Rümke の省察を、ドイツ語訳「Instinkt, Archetypus, Existential. Eine Betrachtung」⁷⁾ を基に紹介する。

その Rümke の省察では、存在論が取り上げられている。だが、晩年に Rümke⁶⁾ は、外国語訛なしに現象学語の会話を習うことがなかった、と述べている。さらに拙稿筆者は、心理学も哲学も学んでおらず、現存在分析にも不案内である。拙稿の試みは、無知、無恥、無能、無謀、無分別、無鉄砲の謗りを免れない。

しかし、Rümke は、精神科臨床の課題を述べている。拙稿筆者は未熟な者であるが、精神科臨床の課題を避けることのできない臨床の徒として、拙稿において臨床の学の方法論的探究に取り組む。

II. Rümke, H.C. 「本能、元型、存在論的であること、一省察」(1958年) 訳 G. van der Leeuw のために

序

一つ〔訳注：原文斜体による強調を傍点にて表す。以下同様〕の表題の中に、それぞれまったく別の方法で学問的に把握される、そこまで異なる思想世界に根ざす概念を並べて置くのが、方法的愚行ではない、と。それらの概念を互いに比較するのは、むしろ開明よりも混乱に寄与、しないはずだ、一なぜなら、開明が目下の私の目的なのだから一、と。一方、それらの概念はだが、正しい方法的理由により、本来比較不能なのだ。その後者の見方つまりは私自身も長いこと傾いていた。

私が今、けれども、すべてのそれらの困難にもかかわらず、その試みをあえて行うのは、私の臨床的仕事の見解と関係する。臨床家として私は、まったく異なる領域上でなされ、まったく異なる方法でものにされる、臨床的仕事に関する発見を利用できるようにする必要性の前に立つ。私はここで、より詳しく、私の臨床的仕事の核とみなすものを説明しようとは思わぬ。それは私は別のところで行った。ここで言うに足るのは、臨床家の課題は、具体的な人を、臨床家がその人を前にするままに、できるかぎり深く及ぶまで理解することである、ということだ。それは本来的に臨床家にとり価値のあるのみならず、具体的な個別の人を探究するのを責務とする誰にとっても価値がある。注意深さと並んで、学問的誠実さと並んで、臨床家は、或る最適な方法的無頓着〔Unbekümmtheit〕を必要とする。私は、まさにその上述の方法的無頓着により、それらの価値について正しく評価される、多数の重要な臨床的

原著

現実状況を挙げることができよう。臨床精神科医は、心理学的に充分弁護されえぬ構想から大きな有用性を引き出した。だが、上に挙げた概念を並べて置くことの責任を負いうるのには、さらに別の理由がある。診察者が完全に世界内に立つこと〔das In-der-Welt-Stehen〕と、本能に基づくのみの、元型に基づくのみの、存在論的であることに基づくのみの診察者の方位付けとの間には、明らかな関連がある。逆に、その理論的方位付けは、診察者の世界内に立つことに影響する。そのことは広い地平を持つ成熟した研究者にとって価値はなくても、一未熟な、より若い研究者にとっては、そこに大きな危険が隠れている。その危険は、人を変形された形に見ることであり、たしかに想像上のことではない。そうした一面的な幻影は人の治療上にも阻止的に働く。

本能

私は充分満足させる本能の定義を知らない。そのため、人において効力のある本能の数は非常に異なって挙げられる。「本能〔Instinkt〕」と「生得的欲動〔angeborener Trieb〕」の術語は並んで用いられる。ここですべての本能問題を論究するのが私の意図では決してない。私がこの論述で試みることに関しては、von Monakow と MacDougall による本能学説についてのいくらかと、Freud の学説についてのいくらかを、Freud の欲動学説であるかぎりでも述べることで、まったく足りる。

Von Monakow は、以下の本能を区分した。

- a) 一般によく知られる自己保存の本能。この本能は力能と力増大能を含む。
- b) 生殖本能（性）、言葉の最も広い意味での性衝動
- c) 社会的、集団的本能
- d) 世界本能、宇宙的ないしは宗教的本能。この本能は、個体のそこから発生した万象に対する関係に向けられている。

最高に意味豊かな見事なやり方で、von Monakow は人の発達を記述する。

MacDougall は、もっとはるかに大きな数の本能および生得的欲動を区分する。それは18より少

なくはない。

1. 餌探しと餌保存
2. 或る種の有害物質（不快）の拒否と回避
3. 求愛する、言い寄る、つがう
4. 逃走（恐怖の欲動力）
5. 未知の状況や事物の探究（好奇心の欲動力）
6. 子に餌をやる、保護する、寝所を与える。親の欲動
7. 同胞との共同体と、孤独なときの社会欲求
8. 自身が同胞に対して上にあると示す、同胞を導く、同胞に勝つ、同胞から区別される（自己主張の欲動）
9. 譲歩することと従うこと、屈服する（服従欲動）
10. それらに怒る、あるいは力で障害に打ち克つ、抵抗を破る（怒りの欲動力）
11. 我々の意図が希望なく挫折させられたとき、他の人たちの助けを呼ぶ（救助探究の欲動力）
12. 住居や家具を作り出す（創造衝動の欲動力）
13. 有用で魅力的に思われるものすべてを得る、所有する、守る（所有意志の欲動力）
14. 同胞の小さな欠陥を笑える
15. 快くないものを取り除く、あるいは不愉快を呼び起こす事物を捨て去る
16. 疲れたら横になる、休む、眠る
17. 常に新しい所を探ること
18. 純粹に身体的な危急に役立つ単純な欲動の群（咳、くしゃみ、呼吸、排泄）

MacDougall の指摘するには、その目録は最終的ではない。そこに一つの標題のもとに持ってこられたいくつかの欲動は、本来は異なるということがありうる。或る種の人々では、若干の欲動を欠くかもしれない。いくつかの欲動が、一つの上位の欲動力に関する諸区分として一緒に属さないかと、論争されるかもしれない。明らかなのは、そこで、すべての人間の人格とその行動を、本能的諸作用の一列から説明することの試みられることだ。

我々はそれに Freud の欲動図式を対置させる。

その欲動図式は、人に関する Freud の全説明の基盤を形成している。

1. 生欲動あるいは自己欲動
 - A. 性的欲動（性愛）
 - a) 抑制されぬ性的欲動
 - b) 抑制され、昇華される欲動
 - B. 自己保存の欲動
2. 死の欲動。この欲動は、有機的な生を生命のない状態に戻す使命を持つ。

この本能の列举に、私は今さらに、いくつかの本能定義を付け加えたい。

Von Monakow は述べる。「本能は、生気に根ざした潜在的、もしくは可能的な、生きている有機体内の欲動力である。その欲動力は、外受容性とともに入受容性を、個体の生の関心に役立つ合成へともたらすのに向けられている。」

MacDougall の定義が、van Wimersma Greidanus によって、いくらか拡大されて述べるには、「本能は生得的性質であり、その性質が有機体を、対象の或る定められた質に気付かせるよう仕向ける（有機体の注意を、対象の或る定められた質に向ける）。その性質はさらに、或る情緒的知覚を、その対象に関して発生させ、行動することへの励起を引き起こす。その励起は、当の対象に向かう、或る特有の振舞いの中で、その表現を見出す。」Van Wimersma Greidanus は付け加える。「その性質はまた、有機体が対象について定められた質を探す型、そして、それと関係する情緒、それとともにまた、それに属する行動を得ようとする型を示しうる。ついに有機体はまた、情緒と、行動することへの衝動とを、不適切な対象に対して、いやそれどころかまったく対象なしに、生かしうる。」

Freud は欲動を、「身体内部に根ざし、心に達する刺激」の心理学的代理人、「心的なものに、身体的なものとの関連のために負わされている、或る嵩の仕事要求」として記述する。

それら力動的体系すべての中で、人間的生を定め、そして説明する欲動力が記述される。どれほど強力な学問的建造物がその基礎の上に建てられ、どのような秩序が混沌とした多数の事実をそれを通じてもたらされ、いかに最低次の有機体と人と

の間の平行関係が見えるようになったかを、我々は決して忘れるべきでない。Freud の精神分析は、疑いなく最も仕上がった欲動心理学だが、それは—これはここで強調して言われるべきである—、しかし唯一の欲動心理学ではない。私が Freud の基本図式を、他の著者たちの基本図式と比較するならば、私の逃れえぬ結論は、Freud 流学説建造物の欲動心理学的基盤は狭すぎるということだ。

元型

私がここで、C. G. Jung によって彼の全著作にわたってちりばめられたすべての記述、時には元型の定義も再現しようと思えば、私はそれで多くの頁をいっぱいにせねばならぬ。それはしかし必要ではない。おそらく重要であるのは、それらの記述が上下でかなり異なるのを確認することだ。その読者の明らかに感じるのは、Jung が一度もはっきりさせていないことだ。それどころか Jung は、本来の定義が与えられうるものでないのを強調する。だが、それらの記述すべてに明確な一線が通っている。私は今またもう一度、Jung が元型について述べている全箇所を調べはしなかったが、だが私は「省察 Betrachtungen」という本を用いた。その中には、Jung のすべての本質的理論が体系的な連関の中で再現されている。—その本は、私が誰にでも購読をすすめるが、とりわけすでに C.G. Jung の原著に没頭した読者にだ。私はまず元型の記述を1936年から取り出す。その記述は最も明確なものの一つである。「大きな誤りであるのは、新生児の心が、まったく何もそこにはないかのような意味で、白板 [tabula rasa] であるとみなすことだ。子供が、差異化された、遺伝によってあらかじめ決められた、そしてそれをめぐって個別化されもした脳をたずさえ、この世にやってくるという点では、子供は、外からくる感覚刺激に不特定の用意を置くのではなく、特定の用意を、たやすく統覚の独自の（個別の）選択と造形を引き起こすものに対して、置きもするのである。それらの用意は、証明可能に遺伝される本能であり、そしてさらに、家族的に条件づけられた前提だ。後者は、統覚についての、本能に基礎づけられた、先天的でかつ形式化された前

原著

提である。それらの存在が、子供と夢を見る人の世界に人型の印を押す。それらが元型だ。元型は、それぞれの空想活動に、その定められた軌道を指図し、そのやり方で、小児的夢の空想産物にも、統合失調症の妄想網にも、驚くべき神話学的な類比を産生する。元型が、最終的にまた、だが減じられた量で、正常者たちや神経症者たちの夢の中に見出されるのと同じだ。それはすなわち、遺伝された表象ではなく、遺伝された表象可能性と関わる。」

同年のヴォータン〔Wotan；訳注：ゲルマン神話主神〕研究で、我々は読む。「元型は、水は去っているが、しかし定まらぬ長い時の後に、再び水を見つげうる河床のようなものだ。一つの元型は、そこを生の水が長く流れ、深く刻み込まれた、一つの古い川の流れのようななにかだ。そして、水が長くその方向を保てば保つほど、水が遅かれ早かれ、再びそこに回帰するのが確からしくなる。」気付かれるであろうが、元型ははじめ河床であり、しかし後には河床を流れている水でもある。

1942年、我々は読む。「元型は、真剣に受け取られておかねばならぬ心的生命力であった、ないしはある。」

1942年、Jung は以下のようにも記した。「原初の像（元型）は、固有で、無条件で、創造する精神の力の一つの表現である。その原初像は、生命的過程の統合する表現だ。」

元型の、我々が精神と呼ぶものとの、その関連は、同様に、1942年出版された現代史の論文の中でも表現された。「欲動は、分離されたなにかではなく、実際的に分離されえぬ。欲動は、いつも精神的な視点の元型の内容をたずさえている。それにより、欲動は、一方で根拠づけられ、一方で制限される。別の言葉では、欲動は、いつもかつ避けがたく、世界観のようななにかと対になる。その世界観はまた、太古的で、不明瞭で、もうろうとしているかもしれない。欲動は或る者に考えさせ、そして自発的にそれが考えられねば、強迫思考が生まれる。そのため、心理学的なものとの精神的なものという心の両極は、解消不能に互いに結びつけられている。それをめぐっては、精神も

欲動領域から切り離されると空転に処せられる通り、一方的な欲動解放もない。」

また同年に発言が出ている。「一瞬たりとも、元型が最終的に明らかにされ、それで始末がつけられうるといふ幻想を抱くのは許されぬ。」そしてさらに、「元型はつまり、一決して忘れるべきでないことだが—、それぞれのもとの明らかになる一つの心的器官だ。」

我々が元型を離れるなら、或る「無防備な、過去によってはもはや方位付けられぬ意識」が発生する。「その意識は、救いなくあらゆる暗示に服する」（1939）。

それらの引用により、私の考えでは、C. G. Jung が元型を正しく無頓着なやり方で記述する、— Jung が、同時に別の切面を照らし出すのに物怖じせず、そして我々に終わりに公然と、元型を説明することは幻想だと述べるのが十分に示されている。いったん元型が Jung ではほとんど本能と同一だとすると、ならば本能は心的な像と同様であり、ならばその内的像の投企〔Entwurf〕に関する素因と、つまりなにかを表象するという遺伝的可能性と同様であり、ならば本能は精神の創造的力の表現である。言われることになるのが、そうした多義性は学問的に無責任だ、漠然としている、計算できない、娯楽文学の文学としてさえ弁護されえぬ、ということである。しかしながら私に思われるのは、元型について語るそのやり方は一つの道であり、そこで、より深く一人の人の心的生活に入り込めるといふことである。元型の数は無制限である。それらは、すべてを短く、私が MacDougall の18の本能を記述したようには、記述されえぬ。我々は、父、母、子、男、女を、数えきれぬ形で見出す。我々は、見知らぬ動物や、我々皆の知る動物、動物の形の人、神々と悪魔、魔術師、そしてまた、目、光、血、山々、川、海、木々、花々を見出す。もし私がそれを正しく理解しているなら、象徴的解釈のきっかけとなるものすべてが元型的視点を示しうる。神話学において、すべては元型的意味を積み上げられている。元型は、あらゆる人間性の財産である。

存在論的であること

我々は、Heideggerの原文を拠り所にする。「存在〔Existenz〕の問いは、いつも存在すること〔das Existieren〕それ自体によってのみ、純粹なものに届けられる。それによって導いている理解〔Verständnis〕そのものを、我々は、存在的なもの〔das Existentielle〕と呼ぶ。存在の問いは、現存在〔Dasein〕の一つの存在的な〔ontisch〕『事柄〔Angelegenheit〕』だ。存在〔Existenz〕の存在論的な構造〔ontologische Struktur〕の理論的透明性を、そのためには必要とせぬ。存在の存在論的構造についての問いは、存在の構成するものの分解を目指す。その諸構造の連関を、我々は、存在論性〔Existentialität〕と呼ぶ。その分析は、存在的なもの〔ein Existentielle〕の性質ではなく、存在論的である〔existential〕理解すること〔Verstehen〕の性質を持つ。そしてさらに、それを、その存在論性を、我々はしかし、存在する〔existieren〕在るもの〔das Seiende〕の存在体制〔Seinsverfassung〕として理解する〔verstehen〕」（存在と時間 Sein und Zeit, 12頁以下）。

さらに我々はそこで読む。「現存在の分析から発生するすべての解釈は、現存在の存在構造〔Existenzstruktur〕に目を向けて得られている。その解釈が存在論性から自らを定めるので、我々は、現存在の存在性質〔Seinscharaktere〕を存在論的であること〔Existentialien〕と呼ぶ」（上記引用44頁）。

存在論的であること〔Existential〕という言葉は、つまりHeideggerでは、確かに輪郭づけられた意味を持つ。Heideggerにより、範例的なやり方で研究された存在論的であることは、気遣い〔Sorge〕の存在論的であることだ。L. Binswangerは、気遣いと並んで、とりわけ愛を存在論的であることとして、より詳しく記述した。在るものとしての人の投企する〔entwerfen〕世界の特徴的な諸特性は、諸々の存在論的であることに数えられもするにちがいない。それらの特性は疑いなく、「存在する在るものの存在体制」に属する。存在論的であることはただ、在るもの自体から出発するとき、純粹に記述されうる。もち

ろん人間的な精神は、人間的な精神が存在論的であることをただ一つの言葉によって指示するときには、抽象化する。存在論的であることは、存在論的であることというその言葉において客体化されるときには、その存在的〔existentiell〕内容を取り去られている。そして私がHeideggerを正しく理解しているなら、それは本来的にもはやまったく存在論的であることではない。私は、存在論的であることを存在〔Sein〕から知ら〔kennen〕ねばならぬ。その、私の自身の存在からの知識〔Kenntnis〕はしかし、或る内的経験以外、何も意味しえない。その内的経験において、私になにかが、在るものにより、そしてまたそれとともに存在により、与えられる。それとともにしかし、存在論的であることは、一つの哲学的概念であるのを止め、一つの心理学的なものへと変化する。問われうるのが、存在論的であることは一つの経験可能ななにか或る物であるのか、それとも、我々が存在哲学による方位付けを通じて、そして理論的な分別を通じて、存在論的であることのようななにかを経験するのか、ということだ。我々は気遣いを経験するが、だが我々は気遣いという存在論的であることを経験しない。我々が世界を投企するというのを、我々は経験しない。だが、現存在分析は我々に、世界投企〔Weltentwürfe〕を知ることを教える〔kennen lehren〕。我々が意識において、その気遣いすべてについて経験するのなら、それによって同時に、存在論性が、体験することとして与えられてありうる。だが、その際、我々が別の源泉から存在論性について知るような〔wüßte〕ことでもなければ、我々の決して持つはずのない或る非直接的体験に関わることになる。無媒介の体験の明証からは、私は決して、諸々の存在論的であることから存在へと達しえない。この事実は、すべての、書かれる存在論的であることや世界投企では、目に留めておかねばならぬ。私のそこで思うのは、とりわけL. Binswangerの記述する世界投企、破裂するまでにエネルギーの込められた世界、圧迫と衝突の世界、一危険なしには一歩も踏み出せない、一時間体験が切迫の印を担う、一空間性がおそろしい強制をふるうように見える、だ。我々はまた、

原著

Binswanger の、持続中断のたびに深い驚愕が呼び起こされるところで、持続に同調させられている世界投企を思い出す。Binswanger は、その彼の現存在分析を一つの経験的な学問と呼んだ。私は定まった確信を持つが、Binswanger はその点で誤っている。— Heidegger の立脚点からは、それは間違いなく経験的方法ではなく、一つの哲学的視点の基礎上の解釈だ。Binswanger はそこで、簡略化の道へと歩を進めている。存在論的であることを、臨床的・精神医学的に利用可能にするために必要な一歩である。

本能、元型、存在論的であることにより
呼び起こされる世界

我々がなにより出会いにおいて、他の者や他の物を知る〔kennenlernen〕というのが真であるならば、私が出会いにおいて、本能や元型や存在論的であることをもって経験し、体験しているものについての分析は、私をそれらの基礎概念、それらの概念の差異やそれらの概念の関連へと近づける。私の前に浮かび上がる諸世界の記述が、私が本能、元型、存在論的であることに会うときには、きわめて主観的に終わるしかないのは認めよう。その理由から私はこの論文の表題の下に「一省察 Eine Betrachtung」の言葉を置きもした。だがそれでも、我々が、三つのまったく異なる世界の中で動くのは見誤れない。

本能および欲動の世界。それは同質の世界ではない。Monakow 流 本能学説の世界は、MacDougall のそれと異なるものであり、Freud のそれと異なるものだ。だがそれでも、そのすべては、元型や存在論的であることの世界よりは、かぎりなくずっと近くに並んである世界である。欲動および本能の世界にある人々は、皆互いに似ており、まずは同じ言語を話す。それは我々の知る〔kennen〕ように、動物愛好家たち、動物たちの愛好家たちの世界である。その世界は、なにか見慣れたものを持ち、そしてすべての世界の複雑さにあっても、けれどもまた、なにか単純なものを持つ。その世界の人は無邪気だが、だがそれはまさに還元された人だ。私は、蜜蜂の巣、蟻塚、伝書鳩、蜘蛛や雀蜂、燕、犬や猿を思い出す。た

しかに我々はライオンや虎の滅亡させる力を知っている〔kennen〕が、だが私がそれでも見る他ないのは、その世界は友好的で温かな世界であることであり、それが健康的な世界で、また—それがさほど嘲笑的に聞こえぬとして—、覚えの早い世界であることだ。我々は、いかに動物たちがそれでも人間たちに似うるかを見て、そのたびに驚き、時にまさしく感動する。それが、MacDougall を偉大な代表者とする真の本能心理学の世界だ。Von Monakow の世界はいくらか異なり、動物たちの世界よりも、むしろ力に満ちた有機体の世界である。Monakow の好む言葉では、「人という巨大原形質〔das Riesenprotoplasma Mensch〕」は、大きな暗示的な力を発散する。その用語は、Monakow によって複雑化され、またいくらか豪奢だとはいえ、真の本能世界における単純なものだ。それは明るい世界、問題のない世界だが、生物学的な道徳意識〔Gewissen〕を持つ人間は、そこでしかし、まったくの無邪気ではない。その世界でも人は、宇宙の本能の認識のため還元が他の著者の場合と同じ遠さには進まぬとはいえ、還元された人である。

Freud の世界は、異なった、複雑化されて陰影づけられたものだが、だがそれでもやはりまた、Freud が欲動心理学者とはかぎらぬとしても、そうまったく別ではない。人は Freud の世界でも、同様に本能世界における還元された人である。

Freud の欲動の世界を述べるのは難しい。私は、極度に精密で十分に組み上げられた鋼鉄構造物を見る。その世界には、あらゆる愛にもかかわらず、なにか禁欲的なものがある。目的意識〔Zielbewußt〕があらゆる質的、主観的体験から読み取られる。その禁欲から、現実の与えられた状態の豊かさにもかかわらず、大きな簡約化が発生する。陰影は見えなくなっている。

「神々を変えられないなら、冥界を動かそう。」その、Freud の食いつきで呼び出された言葉を、Freud は標語として、彼の夢解釈の上に据えた。私は、私がかぎってそれを読んだとき、その標語が私になした印象をいまでもとてもよく思い出す。Freud が、冥府、地獄を作動させるかもしれぬ。私はまだ若く、大きな欲望を感じ、Freud が我々

に人の心の地獄から露出させるかもしれぬものへ、おそらく少し罪深くもある好奇心を感じた。私はここでまったく率直に言おうと思うが、人の心の冥途の川を知るという、私の張りつめた期待は失望させられた。Freudは、実際、冥途の川を作動させたか。Freudが人間性を、奈落に向かって、不安に陥れる深みに向かって見させたなら、Freudの仕事の中で、人間性のすべての苦悩が見えるようになるか。善と悪の間の人間性の格闘における人間性の絶えざる転落と墜落は、神をめぐる人間性の苦悶は、人間性の勝利と絶えず繰り返す敗北は、人間性の後悔、人間性の高慢、人間性の卑しさと愛のなさは、見えるようになるか。それについて私は、Freudの仕事の中に足跡を見つけれない。冥途の川は、罪責なしに、罪過なしに、思い浮かべられうるか。私の思うのは、子供部屋のしつけの下の過ちによる冥途の川ではなく、幼児の罪悪感による冥途の川ではない。Freudの人は、無邪気な人だ。Freudの罪過は、—それをHeyermanによる言葉の変形をもって言うべき—、子供部屋罪過だ。だが誰も、それゆえそれらの欲動構造の研究が子供たちでさして重要でないとは思まい。子供はそこで、すべての生に対する決定の下されうる、極めて危険な野を動く。その子供が無傷でその危険な地域を通してこなければ、発達上、時に非常に重大なやり方で、その報いがくる。私は確信するが、性格障害の、陰萎の、臆座のいくつかの例、いくつかの婚姻禍が—それら少しの障害しか挙げぬが—、障害の或る本質的な部分で、早期の小児期に帰せられるべきものであり、そして時に治癒されえもし、時にそれも、あらゆる忘れられた危険と負傷の跡の追いかける治療を通じてのみ治癒されうる。したがって我々の喜んでおらねばならぬのは、Freudによって見出されたものをとどめ、広げること、そして、身体と心をもってして、Freudの見解に基づく治療に、その世界投企の中でそれにより発生しうる硬直にもかかわらず、打ち込む人々の群のあることだ。その人々の世界投企の狭まったため、その人々が、一本の鍵をもはや一本の男根と区別できなくても、その人々を容赦する

のは、我々の人間的義務だ。人を心的に治療しようと思う各人は、その世界を一度旅しておらねばならぬ。そしてその者が、その世界から、そこで集めえたすべての宝をたずさえ、再び解放されるのがうまくいくなら、その者は、それからもまたまたさらに他の諸世界をさまよう勇気を持つのを前提として、非常に価値ある治療者になりうる。冥途の川と地獄を、その者は、本能心理学の世界の内では知ら〔kennenlernen〕ない。いかにしてその者は、それをもできるようにすべきだろうか。神を知ら〔kennen〕ぬ者は地獄を知らず、地獄を知らぬ者は人を知らない。

元型との、ないしは研究者たちとの出会いにおいて、その領域にまったく違った世界が生じる。たしかに我々は、そこでも動物たちを見る。だが、それはそれから、もはや動物愛好家の見慣れた動物たちではない。それらの動物は、秘密に満ちて我々を凝視し、それらの動物は、底知れず、数千年来の意味を込められている。そこで、すべてが我々にとって新しい意味を得るが、だが太古に根ざした意味だ。風景はもはや見慣れた風景ではなく、木々は悲劇的な姿になり、誘い、挑発し、脅す形が浮かび上がり、魔術師、魔女、幽霊的現出となる。それらの要素はもはや、家族的世界の中で我々皆のためにあるものではない。火、土、水、空は、我々の全存在を貫く神秘的な力になる。我々を引き付けるもの、我々の吐き気を催すもの、我々の欲するもの、我々の逃げるもの、我々の落ち着かず追い求めることで知る〔wissen〕もの、我々の守りたいと思うものと我々の隠れておきたいところ、創造することへと我々を駆り立てるもの、我々に力へと手を伸ばさせる、あるいは征服へと駆り立てるもの、我々が天を恐れぬ思い上がりで敢えてすること、我々の憎悪と我々の愛、我々の罪と我々の良心のやましさ、我々の憤激、我々の尊敬と我々の恐慌的不安、—それらすべてが、その世界において我々の前に、圧倒的な数の、力のこもった像で立ち上がる。それはもはや、いつも繰り返しその世界が思い出されようとも、本能との出会いがこちらへと呼び起こす世界ではない。それは、明瞭で無邪気なFreudの世界ではない。そこで我々は、時にまったく理解できぬ言

原著

語でなにか呼びかけられ、そこで我々は、麻痺させられ、強固にされる。そこで秘密が曝露され、我々の個人的な存在〔Sein〕の秘密だけではなくなる。そこで我々は内的に、すべての人の内に一つの時代にも生きていたものが、我々自身の内にもまた姿を表すのに気付く。

そこで地獄が我々の前で目に見えるようになるが、だがまた、浄化の山も天も目に見えるようになる。地獄、浄化の山、天は、地にやってきて、目にみえるようになった。その世界は、本能の薄暗い世界ではない。それは幾分明るくなっており、豊かな、数千ひだの陰影のついた世界だが、だが底知れず、最も大きな部分が理解不能だ。精神の光がその世界の薄闇を打ち破ったところに、その世界の住人が空想の神話の山国を見る。元型は、精神の光の中では本能の像だ。その世界は完全ではない。それは、発生したままの世界であり、動きの中の世界であり、混沌の動きではなく、果てのない海の動き、呼吸と心拍の動き、大きな内的感動の動きだ。その、元型を通して呼び出された世界は持続する生成の世界であるので、誰もその世界の目の見えぬ予言者ではいられない。ただ初学者だけが最終生成物のそばで立ち止まる。したがって、その世界はまた、欲動および本能の世界ほど、密に人が群がってはいない。だが、まったくその世界にふけた人々が存在する。

その世界から存在論的であることの世界に踏み入る者は、一番始めに、その世界の裸性と、その世界の氷のような冷たさに見舞われる。存在論的であることの世界は、水晶のように透明な世界である。我々はそので、まったく非物質的な材質による、ぴんと張りつめた、またたく糸からなる、非常に幾何学的な形象を見る。その世界は、物質を、像を、生成を、運動を、知ら〔kennen〕ぬ。本質的にたしかに運動である、超越すること〔das Transzendieren〕さえも、そこでは同時に静止である。成ること〔Werden〕、在ること〔Sein〕、超越すること〔Transzendieren〕は、一瞬のうちに重なる。その世界の中で諸世界は投企され、その世界の中で我々はたしかに一つの世界の中に共にあるが、だが互いを見ぬ。その世界には、存在する〔vorhanden〕事物はなく、生物学者が知

る〔kennen〕ような本来的な生はない。一つの道が、その世界から日常の我々の見慣れた世界へと導くか。私はそのような道を見ない。完全に遠くに、我々は「世人〔Man〕」の群れを見る。そこで人々は、そこから人々が外へと生み出された世界をまだ見うるだろうか。誰もその世界を見ることはできぬが、だが皆の中に、実存在の世界への郷愁がまどろむ。日常の気遣いの中で、愛の中で、共同体の世界の中で、不安の中で、実存在の構成要素のなにかが露になる。すなわち、気遣い、愛、不安、世界の投企することを可能にする存在の諸様式だ。日常の世界において、それについて、いたるところに痕跡が見つかり、時になにかが存在の本質から突破してくる。

日常の世界で他の人々と事物の本質についてなにかが人に触れる、そのいたるところで、人はその人の起源の国を思い出させる。存在の世界の明瞭さを思い出させられ、しかしまた、不安と、理解できぬ無も思い出させられ、それら二つの世界の間、日常世界と存在論的であることの世界の間に、やはり一つの道が存在せねばならぬが、だがその道を示しうる誰も存在せぬ。存在論的であることの世界の人々は、物質でなく、生でなく、純粋な精神である。その世界から来た人々、成熟し人間的な人々は、なにか記述できぬものに、人になつたる言い表せぬものに対する人々の畏敬に、認識可能なままとどまる。無はその人々にとって一つの事物だ〔訳注：ないしは「その人々にとって事物は無い」〕。その人々が、他の皆とともに一つのことを感じるのは、その人々が宇宙の元型的な像の担い手であることによってではなく、その人々の存在〔Existenz〕が他の者たちの存在において持つことにされている、その人々の知ること〔Wissen〕を通じてである。その人々は、無の秘密についてなにか体験し、精神の光を見た。成熟せずにその世界から歩み出てきた者は、その者が本能の国を統治するには狭すぎる生の投企によって特徴づけられるのではなく、その国に生きる人々の精神盲によって特徴づけられるのではなく、未熟な者がそこからいかに膨れ上がって戻ってくる元型の国の、もつれさせるものや薄暗いものによって特徴づけられるのではない。そうではな

くて、未熟な者は、本能の温かさに無感覚であり、元型の作用の劇的な力に無感覚であり、それに加えて、精神の魅惑に落ちて留まる刑と、概念をもって遊ぶ刑に処せられている。我々はその者に感嘆するが、最高度に難しい概念をもってしての、その者の名人芸の手作業することのゆえにであり、非物質的な存在論的であることをもってしての、その者の曲芸することのゆえにであり、我々が、一それはその者の運命の皮肉だ一、非物質的なものがその者の遊んでいる手の中で一つの存在する〔vorhanden；訳注：手元にある〕事物になるのを見るまでである。

還元と変形について、そして本能、元型、存在論的であることとの間の連関について

私の確信によれば、すべての三つの概念は、それら互いに独立して、離れて用いられるときには、還元へと行き着く。だが、それら三つの概念のそれぞれが、人をまったく違ったやり方で還元する。還元の傾向はまた、ほとんどあらゆる、おそらく字義通りにあらゆる学問において、一般的な動向だ。人を一つの原則から導き出すという克服しがたい傾向がある。物質主義の幕開けにおいて、還元は最も遠くに進んだ。興味深いのは、前世紀の学問は、いつも繰り返し、還元を取り下げねばならなかったことだ。生を純粹の化学的諸過程に帰し、心理学的なものを生化学的なものから導き出すと考えられた時代に、生命的なものの中に、完全には物理化学的諸過程から導き出しえぬなにかの見られた一つの時代が続いた。すべての心理学は本来的に生物学だという Donders の発言は、もはや全般的な賛成を得られぬ。精神と心は同じではないという考えは、再び弁護者を得る。私はそこで、Ortega Y Gasset の卓越した論文「生命性、心、精神 Vitalität, Seele, Geist」を思い出す。私が「精神」と「存在〔Sein〕」は非常に近く関わりを持つということから出発するなら、私は即座に言おう。すなわち、本能性は生命性に属し、元型は心に属し、存在〔Existenz〕は精神に属し、その配分によって同時に、一つのものの還元の試みのたびに他のものへ欠失の生じるのを暗示する。それをもって、だがもちろん、それら三つの概念

が、それらの示す諸現実の中で、なにも互いに関わりがないとは言われていない。すなわち見誤れぬのは、それらすべて三つは、少なくとも一部は、なにか一つの、ないしは同じ現実について、すなわち人について、言い表していることだ。それが正しければ、臨床家がそれらの概念の相互の関連の探究にあり続けるのを、臨床家に禁ずることはできぬ。

他の両者の概念と元型との関係は、元型の概念自体の中で与えられている。だが、どこに本能と存在論的であることとの間の関係があるか。個人的に私は思うが、その関係は、ふつう認められるよりもはるかに近い。つまり、本能によって一私は今 MacDougall の18の本能を念頭において一、たしかに薄暗い輪郭の世界とはいえ、世界の投企されるのを否定できようか。だが、その世界は、存在論性の世界とはまったく異なって構造を与えられてないか。私のすすんで認めるつもりなのが、我々は、その本能によって投企された世界、およびそこに所属する世界内存在〔das Inder-Welt-Sein〕を、人間学的観点から、欠陥的な世界と呼ばねばならぬことだ。それは精神の光の輝かぬ世界だ。私の立てることに傾くやもしれぬ命題は、少なくとも本能と同じくらいの多さの存在論的であることが存在することであり、それぞれの存在論的であることが、自体の本能相関関係を持つということだ。本能は実際、存在〔das Sein〕の構成要素であり、存在の可能性を意味する。だから、非常にありえそうな可能性は、還元なしの完全な人間の存在が生物学的な存在として把握されうるとでも一私には遠くにあることだが一、仮定されぬかぎり、本能よりも多くの存在論的であることが存在することだ。それによって、我々はしかし、まったく解かれておらぬ問題の前に立つ。つまり、人の内に非生物学的な質のバネ〔Triebfeder〕があるのか、それとも、我々が精神と呼ぶものが生物学的力に方位と色だけを与えるのか。だが、それよりもおそらくもっと言われようことは、本能は存在するが、存在論的であることは存在せぬ、あるいは、存在論的であることは、単に精神の光の中だけで本能だ、ということである。それに対し、それが他方で、完全には本

原著

当らしくなくなるのは、精神が本能に対抗して立ち上がりうると考えられるときである。その状況は、それこそまた精神的なバネを指し示す。どこからそのバネが自体のエネルギーを汲むのかは、完全に暗闇にある。

人は、その自らの動因〔Antriebe〕に対して立ち向かう。明らかなのは、その動因は、その人間的意味を存在論性を通じて保ち、それがとりわけ倒錯の研究の際に示されることだ。誰も否定せぬであろうことは、我々に倒錯について、S. Freud が、Freud 以前のすべての研究者をひっくり返すよりも多く教えたことだ。それにともない見誤れぬのは、von Gebattel による研究、E. Straus による研究を通じて、なによりしかした M. Boss による研究を通じて、倒錯の上に新しい光の降りたことだ。Boss の仕事の中で、加えて明確に目に見えるようになるのは、実際、本能学説と存在論性の学説が、実り豊かに互いに結びつきうることだ。

人の解釈に用いられる還元を、我々は、本能学説に関わる範囲で、人の生物学的有機体への還元として記述しよう。だが、存在論的であることの学説の中にある還元は少なくともまったく同じくらいに強く、そこで人はその生命性とその本能を完全に取り去られる。C. G. Jung の学説は、決して、ないしはほとんど還元せぬが、だが人を過大にしそうである。

疑いなく、どの三つの概念も、人の像が唯一に孤立して諸概念のうちの一つの光の中に見られるなら、人の像をゆがませる。本能心理学において、そして Freud の心理学の一部分において、人の大きさは小さいものから説明される。Jung では、それはしばしば逆だ。人の小ささがその人の大きさから解釈される。本能心理学の自立しておらぬ後継者たちにとっての危険は、したがって精神的貧困であり、C. G. Jung の未熟な後継者たちにとっての危険は高慢である。人間像はどちらの例でも変形される。存在論的であることについての学説の門弟たちの代表する人間像は、非物質的で、かつ基礎を置く生物学的な人の性質が取り去られている。その人間像は、一つの純粋に精神的な像である。逆説的に言うと、その像においては、人は目

に見えない。それにより、未熟で自立しておらぬ後継は、自らが同じやり方で変形される危険、人との真実の出会いを逸する危険、そしてその者の精神豊かな遊びの中で孤独になる危険へと入り込む。

多くの人たちは、本能と存在論的であることという概念は両立しないと考える。現象学者たちは、心理学者たちや生物学者たちとは対照的に、存在する事物を語らないという見かけを一時に大仰さのなくもなしに一、呼び起こす。その対照は的確ではない。本能も元型も存在する事物には属さず、まったく確かに、それらは元来そのようなものとしては考えられていない。能動性を指示する言葉は、決して存在する事物を指示しない。生物学者の話す生は、存在する事物ではない。生の統治する本能は、本能的に反応すると前提される世界と共に一つのものとして、或る定められた、動かされて在ること〔ein Getriebensein〕を指し示す。本能の中で、他の者もしくは他の物は、いつも一緒に前提されている。単離された本能は考えられぬ（そのために、なによりそれが非常に明確に表現されている von Monakow による本能定義、あるいはまた他の本能定義を参照）。すべてのその定義は、世界の中の、共に在ること〔ein Miteinandersein〕を前提とする存在を指し示す。それが理解されれば、本能と存在論的であることとの間の溝は、より小さな深さになる。多くの人たちが、本能という言葉がなにか言い表しえぬものを指し示すことを忘れ、それで実際、その概念を存在する事物を扱うように扱うとしても、それがちょうどまた、存在論的であることの学説の門弟たちにとって、同じようなやり方でその者たち自身の領域内部で思い違いすることへの警告になればよからう。本能心理学者たちはしかし、本能が存在する事物でないことについて自分たちばかりに弁明を与えぬがぎり、いつもあらためて存在論者たちから学びうる。

純粋に学問的な研究者は、右や左を見やることなしに、自身の本能性、自身の元型的原像、自身の存在論性を受け、引き続き人を研究せねばならぬ。それらの領域すべてにおいて、いまだ大きな前進が待たれる。もしやまさにまったく偉大な研

究者が、他の領域の発見を通じて着想を与えられ、自らの領域で、より深い認識と新しい発見に至るのが真実でもありうるとき、その学者の素材へと深く入り込もうとする学者の構造に、ともかく、考える〔das Denken〕という一つの方法に学者の部分化されぬ注意を費やすことが、属している。臨床的研究者はしかし、一そして私は大学病院に所属するが、治療もまた一、具体的な人と接する臨床従事者は、どの他の学問の構造ともまったく異なる学問的構造を必要とする仕事の方法を持つ。臨床従事者は、自身の前にするその一人の具体的な人に、あれこれのやり方で損傷を加えなくては、決して一面的であることが許されぬであろう。その事態は、臨床家にとって、この論文の始めに挙げた方法的無頓着の誘因となる。本能、元型、存在論的であることが、方法的な点で互いに一つにまとめられぬのがまた真実であろうとも、それでも臨床家は、その三つの概念を臨床家にとって用いるようにする解決を見出すのを強いられよう。その際、臨床家は、その三つの方法の成果を、臨床的に用いる一つの構想へと置き換えねばならなくなろう。なぜなら、臨床家は三つの概念すべてを必要とするからだ。元型は、私の考えによれば、臨床家にとって中心点にある。C. G. Jung が、元型は本能的・生物学的かつ精神的視点を持つというとき、たしかに C. G. Jung は正しい。だが臨床家は、元型とのみ折り合うのではない。元型の不確定性は見誤れず、誠実な研究者にとって、完全には満足させられない。誠実な研究者が、だが一般的本能学説の莫大な事実素材や Freud 流精神分析の欲動心理学的な部分の事実素材を無視するなら、その研究者の仕事の中のものにも逸する。元型学説の帰結として私のなくて困るものは、私が同様に本能心理学においてなくて困るものでもある。それは、人格を中心に置くことだ。その人間学的側面は、存在論性の現象学を通じて顧慮されねばならない。だが、存在論的であることについての学説は、いまだ長く、本能学説や C. G. Jung の学説のように自体の認識の豊かさを指し示しえぬのが事実である。明らかなのは、誰しも、自分の患者たちを治療しようとする者は、その治療を力動的心理学に基づかせ

ねばならぬことであり、存在論的であることについての学説のような学説は、理論的寄与を具体的な人の力動的発達史には供給しないことだ。

Ⅲ. 精神科臨床の学的方法論的探究

1. 臨床の学の課題

Rümke は、精神医学の臨床家の課題を、一人を、その人を前にするままに、できるかぎり深く及ぶまで理解することである、とする。そのため臨床の学の課題として、異なる領域、異なる方法でものにされる臨床の仕事の発見を利用できるようにする必要性を述べる。

Rümke は、人を心的に治療しようと思う者は、自ら一度、心的に投企された世界を旅することが必要である、と述べる。ただし、その世界の宝を得て、その世界を離れ、戻ってくることができなければならぬ、とする。さらに、別の世界をさまよう勇気を、なお持つことができなければならぬ、とする。

また、Rümke は、臨床家は、自身が世界内に立ち、そして自身が世界内に立つことに本能や元型や存在論的であることが連関する中で、本能や元型や存在論的であることによって人を還元し変形して見る一面的な幻影が、人の治療を阻止しないようにする必要がある、という。いずれの還元も一つの還元のみでは欠失を生んでしまう、とする。一面的であることが自身の前にする人に損傷を加えてしまうことになる、とする。そこで Rümke は、本能や元型や存在論的であることが、一人のことをそれぞれ部分的に表すのなら、臨床家がそれらの概念の相互の関連の探究にあり続けるのは避けられない、と述べる。

ところが、さらに Rümke は、臨床の学的方法に、注意深さと学問的誠実さとともに、最適な方法的無頓着・方法的かまわなさが必要になる、とする。本能と元型と存在論的であることの世界の相互の関連の探究には、学問的探究であるにもかかわらず、避けがたく方法的無頓着がついてまわることになる。

Rümke によると、未熟な研究者は、或る世界の或る還元で、人を変形してしまう、という。また、初学者は、或る世界の或る最終生成物のそば

原著

で立ち止まってしまう、という。ところが、それだけにとどまらず、誰にとっても、人を見ることに関して、その先にも、正統性や確定や確立が準備されているわけではない。あるいは、臨床経験が、努力や質を保証してくれるわけでもない。Rümkeによると、経験を積むと、世界の関連が新たに呼び起こされることになる。方法的かまわなさが必要になる。その方法的かまわなさこそ成長や成熟がいる。しかし、かまわなさである。かまわなさで通り過ぎ、かまわなさで先を待たざるをえない臨床的経験を生じてしまう。

2. 比較差異

1) 対象

世界投企・可能性の企画・草案の投げかけを反射して、存在する事物上にさまざまな世界が映り、像を結ぶ。だがどこに像を結ぶか。

映るということに目を向ければ、物の表面か世界の表面か。映すということに目を転じれば、映像の明るみか暗幕か。視るということに目を移せば、目か網膜か脳か心か、視点か焦点か視線か視野か視座か視界か。見えるということに目を移せば、境か濃淡か、形か色か明暗か、面か奥行か、異質性か同質性か。一つの世界に各世界が映るとしたら、物の世界か表象の世界か、客観的世界か主観的世界か心の世界か内的世界か。しかし、いずれにしても、見たものは、そこに在るように対象化される。

さらに、いずれにしても、それは経験的であるだけの世界ではない。端的に見る力が人にあるとも、端的に見せつける力が物や者にあろうとも、物本体や者本体が見えるものではない。映るのは世界のそれである。あるいは、見る力を抜いても、投げかけをやめても、見せてくる力を除いても、呼びかけてくるのが伏せられても、そこに在るものは、物や者本体にはならず、そこに在るものは、世界の何かとして見えてくる。

ただし、その見方や見せ方や見え方が、たとえば本能や元型や存在論的であることであったとしても、そこに在るものが物や者本体にならないとここで今述べているのは、還元による変形にまつわることではない。ここで述べているのは、変形

の前の、見ることや見せてくることや見えることの反射と透過による解釈に関することである。

見方や見せ方や見え方が、像をそこで反射させながら、さらにそこを透過してゆく。それにより、見方や見せ方や見え方の行方を、透明の、無いものにして、見方や見せ方や見え方の反射と透過を解釈しなおさなければならない。本能にしろ、元型にしろ、存在論的であることにしろ、それらを乗せる間の在りように向けて解釈をさかのぼらなければならない。

見方や見せ方や見え方が像を透過したら、その物や者の内側や裏側が見えてくるわけではない。見方や見せ方や見え方の行方は、可能性や企画や未来などと煽られる。しかし、物や者が、見ることや見せてくることや見えることを超えて、在るものとして、超越することになる。(表1)

さて、臨床的に対象をとらえ、解釈をさかのぼる。本能や元型や存在論的であることについて、定義や標語はあっても、解釈をさかのぼり、本質を述べることは難しい。本能、元型、存在論的であることが、それらすべてを浮かばせる間の在りように乗せられ、さらに、本能、元型、存在論的であることで色めきもする解釈に乗せられ、比較され、特質が把握される。(表2)

2) 了解

像や対象と、存在や超越との間に、解釈の領域が入らざるをえない。そうでなければ端的に見ることが在ることになりはしない。そのやむにやまれぬ解釈に、例えば本能や元型や存在論的であることが乗り、ないしはその解釈を透かせ、本能や元型や存在論的であることの色がつく。そして、解釈の領域に、世界で見えてきたかのような精神や心や存在の内容が乗ってくる。解釈的了解が呼び覚まされる。見方は自由にみえて、解釈が間に入る不自由さがある。見方によって不自由にみえて、解釈的自由ならある。

3) 超越

解釈の向こうは、了解不能、解釈不能である。超越している。しかし、なにか伝わってくるとしたら、呼びかけとして伝わってくる。人は、わからない、あるはずのないことに呼び覚まされかねない。けれども、人は、符丁による呼び覚まし、

表1 世界の力と反射と透過による連関

	本能	元型	存在論的であること
力	生得的欲動 人に効力 生 生氣 潜在的 可能的 有機体 内部 欲動力 暗示的 注意 衝動 身体内部から心に達する 心が身体との連関で要求される	心理学的なもの 遺伝的本能 家族的前成 欲動 河床を流れる水のような元型 心的生命力 精神の力 生命的過程 強迫思考	存在 問い 存在することそれ自体 自身の存在からの知識 内の経験 存在により与えられる 精神が生物学的力に方位と色のみ を与えるか、精神の光の中で存在 論的であることが本能であるか
型	本能的作用の系列 外受容性 内受容性 定められた質 不適切な対象にも対象なしにも	心的な像 特定 差異化 個別化 前提 軌道 河床のような元型 心的器官	存在論性 現存在の存在性質 存在 する在るもの存在体制 存在の 存在論的構造 気遣い 愛 不安 人の投企する 世界の諸特性
超越	個体の生 関心 合成 情緒的知覚 振舞い 表現 情緒 行動 人格	精神的なもの 子供 夢 空想 妄想 神経症 川の流れるような元型 投企 表象 創造 精神 表現 統合	生成・存在・超越が一瞬で重畳 純粋なもの 理解すること 存在の 問い 理論

力による呼び覚まし、必要による呼び覚まし、用法による呼び覚まし、欲望による呼び覚まし、世界観や主観の呼び覚まし、還元の手がかりの呼び覚まし、刺激反応の呼び覚ましなどとして、解釈をはさみ、呼び覚ましを了解し、物事を対象化する。

3. 統合

1) 一つの構想

Rümke は、還元はあらゆる学問で一般的である、と述べる。学問的に、人についても、一つの原則によって導き出そうとする、という。しかし、還元された人には欠失を生じ、原則を一つにしても、人は一つにはならない。学問的成果も、還元を中心に置くか、人格を中心に置くかで異なってくる。

Rümke は、本能、元型、存在論的であることが方法的に一つにまとめられなくても、臨床家は三つの概念を必要とし、用いる、とする。そこで臨床研究者は、臨床の学という一つの構想をもたねばならなくなる。

2) 一つの世界

Rümke は、人は出会いにおいて、他の物や他の者を知る、と述べる。そこで研究者は、出会いにおいて、本能や元型や存在論的であることによって経験、体験しているものを分析し研究する

ことになる、という。純粋に学問的な研究者は、自身の本能性、自身の元型的原像、自身の存在論性を受けて、人を探究しなければならない、とする。すると、研究者は、さまざまな世界を訪れたり戻ってきたりしながら、自身として一つの世界にあることになる。ところがさらに Rümke は、臨床的研究者は、自身の前にする人に関わる、とする。すると、臨床研究者は、自身として、一人の他の者を前にするという、一つの世界にあることになる。

3) 一人

臨床として、人を単に対象とするだけでなく、人を単に還元するだけでなく、人を前にするままだに知ろうとする。そうであれば、臨床の学的方法論的探究をさらに行わねばならなくなる。臨床家は、人を前にする臨床の経験や体験を重ね、分析するだけでなく、人を前にする体験について、体験構成的、体験生成的に方法論的探究を行わねばならなくなる。

経験の学と体験構成の学の間には、経験をいくら主観的にしようとも、あるいは経験をいくら客観的にしようとも、次元の差異がある。あるいは、いかに認識豊かに、感性豊かに、記述豊かに経験しようとも、臨床の経験と方法論的探究の学とでは次元の差異がある。超越的な探究も必要になる。

原著

表2 馴染みのないものと探究者による一つの世界の循環

	本能	元型	存在論的であること
生	有機体 力動的体系	心的生命力 持続 生成	現存在 知ったような生はない
死	死の欲動 有機的な生を生命のない状態に戻す 滅亡させる力を知っている 危険	切り離し 空転 無防備 失方位 暗示	現存在 非生
宇宙	世界本能 宇宙的・宗教的本能	神話 元型的像の担い手	日常世界に痕跡 突破
世界	知る世界 動物の愛好家の世界 見慣れたもの 単純なもの 無邪気 友好的で温かな世界 健康的 覚えが早い 家族的世界 似ることに感動 人が並ぶ 似た動物 力に満ちた有機体 精神の光の輝かない世界	太古的 不明瞭 もうろう 陰影 底知れなさ 理解不能 空想 神話 国 発生 動き 生成 果てのない海の動き 呼吸と心拍の動き 内的感動	裸性 氷のような冷たさ 水晶のように透明 またたく糸の幾何学的形象 非物質 非像 非生成 非運動 非知 静止 成ること・在ること・超越することが重なる 純粋な精神
精神	元型を介する	本能の像	精神のバネ
未熟な研究者	狭すぎる生の投企 精神盲 精神的貧困	最終生成物のそばで立ち止まる 目の見えない予言者 もつれ 薄暗さ 膨れ上がり 高慢	本能の温かさに無感覚 元型的作用の劇的な力に無感覚 精神の魅惑に落ちて留まる 概念で遊ぶ 名人芸 曲芸 事物化 変形 出会いを逸する 精神の遊びの中の孤独
人の像	人の大きさを小さいもので説明	人の小ささを大きから解釈	非物質的 非生物学的 純粋に精神的な像 映らない人
還元	生命性 無邪気 生物学的有機体	心 ほとんど還元しないが人を過大に	精神 生命性と本能を取り去る
出会い	皆 互い 似る 同じ言語 友好的 温か	密に群がらない 元型の世界に耽る人々	一つの世界に共にあって互いを見ない 郷愁のまどろみ
見知らぬもの	知っているもの 小児期早期の忘れられた危険と負傷の跡	秘密 凝視 底知れなさ 意味 太古 悲劇 誘い 挑発 脅し 魔幽霊 神秘 理解できない言語 呼びかけ	記述できない 言い表せない 畏敬 認識
無	忘れられた	持続する生成 予言者でいられない	不安 理解できない無 無は一つの事物 無の秘密
一	他の者や物が一緒に前提 世界とともに一つ	宇宙の元型的な像の担い手	自身の存在 他者の存在 知ること
内	共に在ること	すべての人の内 いつの時代にも	互いを見ないが一つの世界の中に共にある
悪	無邪気 薄暗い 生物学的な道徳意識	立ち上がり	動因 倒錯の意味
罪	発達 禁欲 子供部屋	天 地獄 浄化	存在様式として露になる 痕跡
非事物性	能動性 生 動かされて在ること 言い表しえない	表象ではなく表象可能性 象徴	事物的でない
臨床家	一般的本能学説の事実素材 欲動心理学的事実素材 人格を中心におく	中心点 本能的・生物学的かつ精神的 不確定性 不満足 人格を中心におく	人間学的側面 存在論性の現象学 一人の力動的発達史の理論にはならない

4) わからないもの

Rümke は、本能も元型も存在論的であることも、存在する事物ではなく、言い表しえぬものを指し示す、とする。さらに、人は、知らないこと、わからないことに出会う。人は、知らないこと、わからないことを前に、一つに跳ね返されることになる。体験的にも、体験構成的にも、ただ一つのわからない出会いとして跳ね返される。

4. 統合失調症

Rümke は、元型は臨床家にとって中心点にある、とする。さらに、Rümke⁶⁾ は、真の統合失調症を示すものを述べるときに、Jung による元型的世界の攪乱が重要な徴候である、とする。しかしながら、その基準はしばしば信用されていない、とも述べる。

統合失調症を前にして、本能的に退行し、立ち止まるだけではない。元型は、馴染みのない見知らぬものをも表し、そのことで統合失調症をも表す。Rümke は、人は、元型的に見知らぬものに呼びかけられ、存在論的に、見知らぬものへの畏敬、認識に及ぶことができる、とする。(表2)

野生は、理性と出会う。そして、理性を失うとされる古来的な精神病が表れる。しかし、統合失調症は、理性の独り立ちしようとする時代の病であった。聖性と共同体が理性を用いて人を律していたものが、理性の管理技術社会が自己責任において、そのまま理性を各個体に使うようになった。その、理性の時代の病として、統合失調症が表れた。また、統合失調症は、理性の独り立ちしようとする青年期の病であった。ところが、20世紀の統合失調症は、理性に対し、知性を課題とした。知性により、無知を知った。知性によって、馴染みのない、わからないものに出会った。精神医学は、知性を用いた。精神医療は、理性を、博愛によって振るった。その間隙で、天性の元型的なものやトリックスターがときに表れた。

Rümke^{2) 4)} は、統合失調症において、統合失調症の病者を前に、馴染みのない、見知らぬ、わからないものに出会わざるをえなかった。そして、統合失調症に、知性を超え出る真性を知ることになった。一方、偽性は、治療の有効さに関して重

要となった。Rümke は、一人の力動的発達史の理論に存在論は寄与せず、治療は力動的心理学に基づくことになる、とする。

5. 基底の学

精神科臨床の学の方法論的探究は、統合失調症の基底から呼び覚まされることになる。概念の点では、Rümke⁴⁾ によると、統合失調症概念についての問いは、疾病単位か症候群か、基本症状を持つか持たないか、器質性疾患か心因の状態か、治療するかしないか、正常と移行するかしないか、遺伝発生的に決定されるかされないか、謎は型によるか内容によるか、精神病理学的記述が役に立つか立たないか、モデルがあるかないかなどで矛盾をはらみ、真の矛盾に出会えば、矛盾の両項を乗せる基底にまで論を深めざるをえない、という。また、臨床の点では、Rümke によると、統合失調症臨床は、疎隔されながらも伝わるプレコックス感^{2) 4)}、思いがけないおどろきでありながらもなんでもない回復⁶⁾、障害された創造性ながらもまっとうな創造性⁶⁾ などを知り、やはり矛盾を乗せる基底にまで及ばざるをえない、という。

他の人を前にした臨床家への呼び覚ましは、はじめに治療の統合を超えてやってくる。統合を超えた呼び覚ましは、生物学的説明や理論的説明も心的了解も解釈的了解も超えてやってくる。

IV. おわりに

拙論において、Rümke の「本能、元型、存在論的であること. 一省察」に触発され、精神科臨床の学の方法論的探究を行った。臨床家が、一人を、その人を前にするままに知るには、一面的にならずに、異なる方法による知見の統合を考える方法的無頓着が必要であった。

見ること、知ることは、力の向かいようによって、物事の像を生み、対象化する反射と、存在の超越を知らせる透過に分かれた。

しかし、臨床家は、特定の方法で特定の世界を呼び覚ますという。それは、けれども、臨床家が、特定の世界から呼び覚まされていることである。さらに方法論的には、ここに在ることになっているわたくしといった者が、在るものから呼びかけ

原著

られてしまうことがある。そして、在るように見る、在るように知るという基礎的方法論を深める思路からは離れざるをえなくなった。

そして、見ることと在ることの間に、解釈が入らざるをえないという、別の方法論的思路を加えてしまうことになった。

精神科臨床において、臨床家は、自身として、一人の他の者を前にするという、一つの世界にある。その中で、体験だけでなく、体験構成性を論じなければならなくなる。しかし、知らないこと、わからないことを前に、一つのわからない出会いを体験的にも体験構成的にも生じる。

統合失調症において、精神科の臨床家は、統合失調症の病者を前に、馴染みのない、わからないこと、無いことに出会わざるを得ない。統合失調症概念および統合失調症臨床の矛盾を知らされ、説明も解釈も超えた、統合失調症の基底性にまで論じ深めざるをえない。

謝辞

ドイツ留学、ドイツ語学習に際し、中山科学振興財団2005年「脳と身体性の人間科学」国際交流助成をいただいた。Christoph Mundt教授（当時ハイデルベルク大学精神科）、神庭重信教授（九州大学大学院医学研究院精神病態医学教室）の御厚意に感謝する。言葉の身に付かない落ちこぼれの小生を授業に混ぜてくださったDietmar Walther文学博士に感謝する。

文献

- 1) Rümke, H. C.: Een bloeiende psychiatrie in gevaar. In: Derbe bundel studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 1958 (von Baeyer, W. (übers.), Selbach, O.C. (Mitwirkung): Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (herausgegeben und übersetzt von von Baeyer, W. unter Mitwirkung von Selbach, O.C.), pp.5-20, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1967) (横田謙治郎訳: 危機に花開く精神医学. 横田謙治郎: 心霊の主体・幽霊の主体・無知の主体・主体を呼び起こす統合失調症者—Rümke, HC 講演「危機に花開く精神医学」(1954年)から—。福岡行動医誌23: 82-104, 2016内)
- 2) Rümke, H.C.: Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien. Nervenarzt 29: 49-53, 1958 (松尾正, 宮本初音抄訳: 精神分裂病群内部における臨床的区分. 松尾正, 宮本初音: 分裂病者現象はいかにしてその存在論的真理を暴露しようのか—「精神分裂病群内部における臨床的区分 (Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien; H.C. Rümke)」の抄訳と、その精神医学的“差異”と“循環”と“還元”に対する精神医学的文献解釈学の一試み—。福岡行動医誌3: 28-53, 1995内)
- 3) Rümke, H.C.: Aantekeningen over het instinct, de archetypus, de existential, over de werelden, die zij oproepen, over reductie en misvorming van het mensbeeld. In: Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema & Holkema N. V., Amsterdam, 1958
- 4) Rümke, H.C.: Contradictions in the concepts of schizophrenia. In: Nieuwe studies en voordrachten over psychiatrie. Scheltema & Holkema N.V., Amsterdam, 1958 (von Baeyer, W. (übers.), Selbach, O.C. (Mitwirkung): Widersprüche im Schizophrenie-Begriff. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (herausgegeben und übersetzt von von Baeyer, W. unter Mitwirkung von Selbach, O.C.), pp.211-219, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1967) (横田謙治郎訳: 統合失調症概念の矛盾. 横田謙治郎: 統合失調症のわかり方とわからなさ—Rümke, H. C.「統合失調症概念の矛盾」(1958年)から—。福岡行動医誌21: 75-94, 2014内)
- 5) Rümke, H.C.: Über alte Schizophrene. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiatr. 91: 201-210, 1963 (中井久夫抄訳: 老分裂病者について. 中井久夫: リュムケとプレコックス感. 季刊精神療養3: 81-92, 1977内) (横田謙治郎訳: 古い統合失調症者たちについて. 横田謙治郎: 統合失調症の無為自閉となんでもないこと—Rümke, H.C.「古い統合失調症者たちについて」(1963年)をもとに—。福岡行動医誌20: 106-123, 2013内)
- 6) Rümke, H. C.: Aspects of the schizophrenia problem. Address delivered at the Schizophrenia Symposium on 19th April 1963. Second Psychiatric Clinic, State University, Utrecht (Netherlands). Folia Psychiatr. Neurol. Neurochir. Neerl. 67: 79-94, 1964 (von Baeyer, W. (übers.), Selbach, O.C. (Mitwirkung): Aspekte des Schizophrenieproblems. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (herausgegeben und übersetzt von von Baeyer, W. unter Mitwirkung von

- Selbach, O.C.), pp.226-242, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1967) (横田謙治郎訳：統合失調症の諸視点. 横田謙治郎：統合失調症の、手元に何も引き寄せなかった清明な知について—Rümke, H. C. 講演「統合失調症の諸視点」(1963年)をもとに、福岡行動医誌22：86-107, 2015内)
- 7) Rümke, H. C.: Instinkt, Archetypus, Existential. Eine Betrachtung. In: Eine blühende Psychiatrie in Gefahr. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. (herausgegeben und übersetzt von von Baeyer, W. unter Mitwirkung von Selbach, O.C.), pp.143-155, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 1967

私の精神医学的変遷史（1）—草創編—

総合病院 聖隷浜松病院 精神科 生田 孝

「私の精神医学的変遷史」とは、“私の精神医学における変遷史”とも取れるし、“精神医学的に見た私の変遷史”とも取れなくもない。私には取り立てて人に語れるような精神医学の変遷史はないと思うので、まずは私の変遷史として語ってみよう。

I. 幼少期から高校卒業まで

私は、北海道の小樽という片田舎に生まれて、そこで高校卒業までの18年間を過ごしたのであるが、そこが当時の私の世界のすべてであった。今の基準から見れば私が小中学校を過ごした昭和30年代は、今から見ればみな貧困といえる状況にあったが、当時はおしなべて皆がそうであったのでそれほど貧富の差は感じていなかった。それでも我が家は、近所の家よりは多少とも裕福ではあったようだ。それは自宅に電話があったからであるし、台所に水道もあり内風呂もあったからである。自宅周囲十数軒を今思い起こしてもそれらがある家は、もう一軒斜め向いにあった教師のHさん宅だけであった。だから近所の多くは緊急連絡先の電話番号を私の家で登録していたので、しばしば我が家は一種の公衆電話のように利用されて、近隣宅への連絡電話があるとそれを取り次ぎに行ったり、また電話器を貸したりもしていた。水道も我が家とHさん宅以外はまだ水道の引き込みがなく、我が家より数十m先にあった共同水道の蛇口から、各世帯は天秤棒に大きなバケツを前後に二つかけて汲みに行き、各世帯の台所にある高さ1m位もある陶器製の大きな水瓶へと運んでは、汲み置きしていた。当然、各戸に内風呂はなく、みな銭湯に通っていた。しかし私は、大学に入るまでは、銭湯に行った経験はなかった。

当時はまだテレビは姿を見せておらず、唯一の娯楽の供給源はラジオであった。それも真空管式であったので、ときどき電波変調を来しキューン

と変な音を立てて雑音が混ざることもあった。しかし、今の高級な音響機器のスピーカーから出てくる音よりも、生々しい臨場感があった。おそらく期待し想像する力が、主観的に音を綺麗に修飾していたのであろう。ラジオで聴く、大相撲の手に汗握る栃若（栃錦-若乃花）戦に一喜一憂したり、ローマオリンピック（1960）の実況中継音が強くなったり弱くなったり音がうねって聞えることが、遙かなる伝播の距離感を際立たせていた。それによって、水泳自由形での中山毅の活躍などに興奮した思い出がある。テレビが我が家に来たのは、もちろんそれも白黒ではあるが、小学校5年頃であったような気がする。

当時では当り前のことも、今思うと古色蒼然としたセピア色に記憶が彩られてしまっていることに自分でも当惑してしまう。つい最近のことと思っても、いつの間にか数十年も経ってしまい、いつも病院で指導している若い研修医に半世紀以上前のことを言うと、彼らには限り無く遠い世界のことと感じられてしまうようである。それは私も同様で、実際、私の生まれる4年前に第二次世界大戦が終わったのだが、私にとって戦前世界はまったく歴史的世界であり、私の生きてきた世界との実体的連続性が感じ取れない、つまり知識としては知っていてもリアルな実在感を欠くのである。それと同じように研修医は、私の過去の思い出を聞いているのであろう。

不思議な事に私には、小学入学以前の記憶がほとんどない。兄とは12歳違うので、兄が東京の大学に進学すると同時に私は小学校に入学したのであるが、兄と同じ屋根の下で一緒に暮らしていたにもかかわらず、その記憶が全然ない。兄は、私をことのほか可愛がってくれたと、家族から聞いているのに、不思議である。唯一の例外が、兄より数歳上の従兄弟が鉄道事故で轢死したときに遺体に泣きすがる伯母の姿であり、その葬儀のきら

びやかな荘厳さに、あたかも光り輝く平等院鳳凰堂を見たかのように圧倒されたことが、就学前の記憶として唯一目に焼き付いている。

私は、子どもの頃から多少変わった子であったのかもしれない。体育は大の苦手で、あまり授業には参加せずに、雪のない季節であれば校庭の鉄棒にぶら下がって皆を眺めていることが多かった。田舎の学校のせいか、それだけですんでいたし、それで仲間はずれにされていじめられることもなかった。そもそもみな貧しかったせいか、いじめが問題になることもなく、小中高を通して周囲でいじめを目にしたこともない。当時は、子ども同士のいじめよりも、教師が気に入らない生徒に体罰を加える方がより顕著であった。端から見ても、理不尽な折檻をする教師がおり、虫の居所が悪いと、決まって殴られ蹴られる生徒が何人かいた。そのせいか、教師は怖い存在ではあっても、一部の尊敬を集める教師以外は、世間でも「でもしか先生」などと揶揄されていた。ちなみに「でもしか先生」とは、当時小中学校の先生になるのは極めて容易(?)であったせいか、先生に「でも」なろうか、いや先生に「しか」なれない、というところから派生した言葉のようである。現在の教員採用試験の狭き門からは想像も出来ない時代であった。さて、体育をまともにしなかったせいか、私はスポーツは苦手で、何もしないししたこともない。だから、野球やサッカー(当時は、サッカーなるものは目にしたこともなかった)を一度もしたことはなく、だからルールさえも知らない。今も新聞のスポーツ欄やテレビのスポーツニュースはスルーである。しかし不思議とスポーツコンプレックスは、いまだにない。多分にスキーが滑れたせいもあるだろうし、そもそも運動能力に自分の存在価値を一切置いていないからであろう。

私ができる運動の唯一の例外が、上に述べたスキーである。「歩くのが得意」などと言う人がいないように、スキーは私にとっては歩くのと同様であった。それは、私が豪雪地帯に住んでいて、記憶の始まる前から雪に馴染み親しみ、そして滑っていたからである。雪の季節は、12月から3月までほぼ4ヶ月、1年の3分の1が雪の世界となる。小樽は非常な豪雪地帯であり、我が家の辺

りは雪がピーク時には二階部分にまで達してしまう。そのため雪が根雪になる前に、家の外側に面した窓やガラス戸の周囲には材木で板塀をめぐらすのである。兩戸があるところは引いておくが(もっとも北海道の家屋には兩戸がほとんどなく、その代わりに二重窓、二重戸)、それだけでは雪圧に耐えきれないのである。板囲いの仕事は毎年晩秋から初冬にかけて、だから11月下旬から12月上旬の父の仕事であった。そうしないと、雪が降り積もり、それが氷塊と化して、窓や兩戸が雪圧で破壊されて家の中に雪崩れ込むのである。自宅前には自動車が1台通れるほどの舗装されていない小さな道が夏にはあったが、雪が積もり出すと車は入れなくなってしまふ。その道にどんどん雪が降り積もるが、そこを人が行き交うのでそこだけは踏み固められて行く。道は雪が積もってどんどん盛り上がりゆき、最後には道の真ん中に人が一人やっと通れる程度の幅の雪道が出来上がって、その高さは家の二階位までに達する。家の玄関の位置は変わらないので、高くなった雪道から自宅玄関まで雪の階段を作らなければならない。大雪の日など、朝起きて玄関の引き戸を引くと1m位まで新雪が積もっていることもあった。その雪をスコップで掻き出して、雪道までの階段を作り直すのが朝の仕事となる。冬場に晴れることは滅多になく、いつもどんよりとした鉛色の空が低く垂れ込めて、特にその圧迫感は夕暮れ頃に最大に達する。しかし、それはその時に感じていたというよりも、それはむしろ内地に出てから追想的に体験的に回顧して感じるようになったという方が実感に近い。つまり、体験が経験となったのである。

小中高の間、冬の、つまり3学期の体育授業はスキーとなる。北海道を東西に分けて、東は余り雪が降らないのでグラウンドに水をまいてスケートリンクを作りスケートを滑るが、西は雪が降り積もるのでいくら水をまいてもリンクはできない。週に一回、午後がすべてスキーの授業に当てられ、終わりの時間になるとそこで解散となった。小樽は坂の町とも言われるが、海岸まで山が迫っており、学校から歩いて数十分程度の距離にはスキーができる斜面がいくらでもあった。だから、ス

特別寄稿

キー授業のある日などは、スキーを履いたまま（交通事故の観点から禁止はされていたが、それを無視して）学校まで行くことがしばしばあった。高校になると、内地からの転校生でもないかぎり誰でもスキーは自由に滑れるので、学校近くまで追っている雪山を皆でせせと登り続けて、時間になるとそこで現地解散！ 私はそのまま自宅の玄関口まで一直線に滑り降りて帰ったものであった。

話が大幅脱線したが、北海道にいる頃は、将来の自分がどうなるのかなどは考えたこともなく、日々の生活を特に不満を感じることなく、ただそれが当たり前であり、生きることを生きていたというか、ただ時間が過ぎてゆくだけであった。

当時の北海道は（聞くとところによると京都も）、小学校から高校まで小学区制を取っていたので、住んでいたところで自動的に行ける公立高校（普通科）が1つだけに決まっていた。選択の余地がないのである。だから、そもそも競争原理などは働かず、受験戦争はないに等しかった。小樽市は、東西に高校学区を4分しており私は札幌寄りの学区だったので、そこにある高校にエスカレート式に進学した（もちろん入試はあったが、落ちるのは各中学数人程度）。だから、同じ小中中で仲の良い友達がいまでも結構いる。

II. 初めての内地生活

私は、高校を出て初めて大学に通うために、兵庫の宝塚市に下宿し、阪急で通学していた。そこに暮らしてみて、初めて四季というものを知った。もちろん北海道にも四季はあるのだが、長い冬と30度を超えることが数回もない短い2ヶ月弱の夏、そしてこれもあつという間に過ぎゆく遅い春と早い秋を体験していたに過ぎない。初めて関西に住んでみて、雪のない冬を知り、本当の意味で3ヶ月ごとにめぐってくる内地の四季を体験した。何が違うのかと言えば、それは季節感というか、季節に伴う体感・情感がまったく違うことであった。中学高校で、古今の俳句や和歌を学び、有名なものは暗唱までしていたが、どうもしっくりこなかった。字面で暗記して、頭では理解したつもりでいても、何かしら皮膚感覚で微妙なズレを感じ

ていたのである。それが、関西に暮らしてみると、空の色、空気の微妙な湿り気と温度、風のそよぎ、梅雨、秋霖・・・を体験していったのだが、そこで気づいたことは、俳句の季語が当然のことだが内地仕様であり、それに依拠してはいくら北海道で俳句を作っていたとしても結局は二流作品にしかなりえない、という感慨であった。だから、それを超えるというか、その準拠枠にとらわれない創作活動しないかぎり、内地の人には到底かなわないであろうと、道産子の私には強く実感された。

それと同様に、雪のない生活もまた信じられなかった。それまでの私にとって冬の雪は、アプリオリな存在（Sein）であり、それに即して生きるのが自明の当為（Sollen）であった。ところが関西には、そのSeinもSollenもなく、それらに無縁な世界が展開されていた。冬の寒い朝にすくむ気持ちを奮い立たせてはエイヤッと起き上がるために、自分の身体にエンジンを駆けるエネルギー備給とそれに要するロスタイムがまったくないのである。この時に私が最初に感じた気持ちを正直に言うと、「ずるい！」であった。内地の人が（東北や北陸は別にしても）冬こんなに楽をしているのなら、大学受験で北国の人には10点位の加点がないとまったく不公平ではないか、と腹が立つほどであった。しかし、そのうち内地の冬の室内暖房の余りの貧弱さ（寒さ）には、また驚くのではあったが。

私が高校を出たあと、内地で初めてスキーを滑ることがあったが、その時も歩くが如く滑ることができた。しかし、不得手の友人に教授を頼まれたのだが、いかんせん何も教えられないのである。もし歩き方のコツの伝授を頼まれたとしたら、多くの人は困惑するのではないだろうか。意識せずに獲得したものを意識化することは、ほとんど困難である。なぜそうできるの？と問われても、おのずから「そうなる」としか言いようがないのである。

ちなみに、北海道の人は、以南の日本を内地という。だとすると、北海道は外地となるのだが、その意識は道産子も多少は持っているようだ。子どもの頃、たまに内地から転校生が来ると、身な

りも上品で弁舌爽やかなせいか、何かしら別世界からやってきた人という雰囲気があった。その頃で標準語に接するのはNHKを通してだけであったが、それはラジオを通して聴くだけの言葉であり、生身の人間が話しているという実感は乏しかった。だから、それをしゃべる生身の人間が目の前に現れると、何かしら不思議な気持ちになった。だからといって、自分の話す言葉が方言という意識はまったくなかった。小樽は、道央でも札幌に隣接するので、それほど訛った発音は少なかったせいか、今でも自分には余り方言意識はない。初めて関西の大学に入った頃、阪急電車のアナウンスがとても新奇におもしろく聞こえたので、電車に乗るのが何となく楽しかった。他方、私の話す言葉に対しては、ほぼ例外なく「東京の方ですか」と言われた。関西人には、東京弁と北海道弁の弁別がほとんど出来ないようである。しかし私には、東京弁の幾つかの言葉は極めて耳障りである。例えば、東京のニュースキャスターでしばしば聞かれるのが、「なんつーか」である。私には「何というか」と言ってくれないと、急にその人がガサツな人に見えてしまう。もっともこんな所から、偏見や差別意識が出て来るのであろうから、差別ではなくて区別の次元で言っている。ところで、沖縄の人は、以北を本土と呼ぶようだが、沖縄の人が北海道に来て「内地の方ですか？」と聞かれると、一種独特の感概を覚えるそうだ。

私は、最初の大学時代は周囲が関西弁だったので、その習得に一時努力したことがあったが、周囲からは、お前の言葉はとても聞くに堪えなく気持ち悪いので止めてくれて、と言われて断念してしまった。周囲には地方から出てきて、あつという間に大阪の言葉のものにする人が、多かったように思う。そこで私は、つくづくと語学の才がないことを痛感した、日本語の別バージョンでさえ習得できないのなら、まず外国語は無理であろうと。実際、その予想は大当たりで、いまだに外国語は不得手である。私の大阪弁習得の失敗の要因の一つに、関西弁の多様性があるようだ。私には皆同じに聞こえていたが、関西でも、大阪、京都、河内、和泉、神戸、播磨等々、みな微妙にしかし当事者には決定的に違うようであり、それを私が

ごちゃ混ぜに不規則に話すと、とても異様な響きになっていたようである。

これも余談であるが、私は先に書いたように、ラジオからテレビに移行した世代である。ラジオは、当然のことながら声しか聞こえないが、人の声なので我々は当然話している人を想定し、無意識的にその人の姿形をイメージしてしまう。というか、アナウンサーそれぞれのイメージが自分の中で自然に形成されていた。ところが、テレビ放送が始まると、今までその声のみでしか知らなかった人たちの姿をテレビで見ることができるようになった。この際に、多くの人の姿形が、自分のラジオで形成されていたイメージとかなりずれていることに不思議な感覚を覚えた。実際、声から想像されていた顔と実物のそれが合致していた人は、半分もなかった。

これと同じような体験をまた最近するようになった。私は、大学に13年もいてから、その後医師になったのだが、大学時代と医師になった最初の2年間はテレビのない生活をしてきた。たまに帰省時に見ることもあったが、それはせいぜい1～2年に一度に過ぎない。だから、ほぼ15年間テレビのない生活を過ごしていた。しかしラジオはあったので、当時若者の間で流行った音楽はよく耳にしていた。私の眼の記憶は、グループサウンズとビートルズあたりで止まっている。以後のフォークやロック、ニューミュージックなどは耳の記憶でしかない。だから、それらのミュージシャンの顔はほとんど知らないままで来ていた。ところが、最近ユーチューブで、彼らのデビュー当時から最近までの映像が見られることに気づいた。そこで、閑なときなどに、顔を知らなかったミュージシャン達の現在と過去を見比べてみる楽しみを知ったのだが、これもやはり頭の中のイメージと実像には結構ギャップがある。そして気づいたのだが、多くのミュージシャンはデビュー当初からしばらくの間がピークで、20～30年も年月を重ねると顔貌の質（顔相）がどこかレベルダウンしている人が多いことである。ただごく稀ではあるが、新人当時よりもはるかに顔貌が陶冶されて気品のある人がおり、きっとこの人は充実した人生を送ってきたのであろうな、と想像される。

特別寄稿

そしてそれは、今月郷里で開かれた高校同期会で何十年かぶりに出会った人たちにも同じように言えることであった。

Ⅲ. 宇宙の謎、存在の謎

私は、物心つくころから「世界は、自分は、なぜ存在するのか？」という疑問を抱いていた。世の中にはこのようなことをおおよそ考えたこともないであろう大多数の人と、子どもの頃からこれを真剣に考える少数の人とに、二分されるとある心理学者が書いていた。とにかく、このことを考えだすと、小さな胸がキューンと締め付けられるような、不快ではないが何か奇妙な切ない甘酸っぱい気持ちになるのであった。その時に決まって、蓄音機の上で真っ白なレコード盤が回っているイメージが浮かび上がった。アームの先に音をひろう針がレコード盤と接していて、盤がクルクルと永遠に回り続けているのである。そのころ自宅にあった「玉川児童百科大事典」の宇宙編が私の愛読書であった。これは、父が私の兄のために買ったもので、父は初子の兄には相当期待していたようで、先取的に多くの本を子どもの頃に買い与えていたが、その中の1冊であった。ところが、私は父からは一冊の本も買ってもらった記憶がなく、またたまにおねだりしても既に兄に買ってやったものがあるだろうと、にべもなく一蹴されるのが常であった。その事典は、私の熟読玩味によって綴じた背の部分はバラバラになってしまったが、いまでも大事に持っている。そこで覚えた宇宙の知識に魅了されて、さらに、宇宙の果ては？ 太陽が巨大化して地球軌道を飲み込むときに人類はどうなるのだろうか？ 自分は、歴史の中でなぜ他の時代ではなくて他ならぬ今にいるのか？ 自分はなぜ自分であって他人ではないのか等々、考え出すと切りがない問題に、そして宇宙の壮大さとその秘密の解明に、いつも胸をときめかせていた。

ところで、先の百科事典の中に、以下の様な説明があった(ような気がする)。「北極に立って全天を眺め、次に南極に立ち全天を眺めれば、地球から空(宇宙)のすべてを見たことになる」とあった。しかし私には、北極と南極の間には地球

の直径分の巨大な幅があるので、北極や南極に立ってもその水平線下には地球の広大な直径部分が残りの幅の領域は見通せないはずであるので、なぜ両極に立てば全天を見たことになるのだろうか？ とかなりの間考え込んだものであった。それは、かなり思い悩んだ末に、ある時何かが閃いて解決した。よく考えれば、地球の直径など、全宇宙に比べれば微小なものであり、そもそも恒星の直径は地球よりはるかに大きいので、地球の幅は無視しても差支えない。つまり「地球の直径／宇宙の大きさ ≈ 0 」という、今から言えば無限小の概念を、そこで獲得したのである。もちろん次に、では「宇宙の大きさ」とは何か、という疑問が生じるのではあるが。

子どもの頃、私は考古学にも興味を抱いていた。小学校の卒業文集に「天文学者になるか、考古学者になってマヤやアステカの遺跡を発掘したい、それがダメなら古本屋になって好きなだけ本を読んで暮らしたい」と書いたような気がする。考古学に関する私の疑問の中に、「なぜ遺跡や化石はいつも発掘されるのか？」というものがあつた。遺跡や化石は、地表に露出している場合もあるが、おおむね地中から掘り出される。つまり遺跡や太古の動植物の上に土が降り積もっているのだが、それだけなら地球の体積はどんどん大きくなってしまいが、歴史学的にも地質学的にもそのような事実はなさそうである。ではなぜ「発掘される」のだろうか？ この問題もしばし私の思案の対象であったが、ある時アッそうか！と、自分なりの答えを導き出した。

以下が、それである。例えば、昔どこかに神殿があつたとする。それが使用されなくなれば、いつかは廃墟になる。その場所は、侵食されるか何かか堆積するかのどちらかであろう。それが位置していた地形にも拠るであろうが、それらも含めてすべてを平均して見れば、確率的に半分は埋もれ、半分は風化や侵食によって消えるであろう。消えたものは、後世に残らない。埋もれたものだけが、いつか発掘される可能性を有し、そして偶然にわれわれの時代に発掘されたのであろう。つまり大局的には確率の問題である、ということが小学生の頃に考え出した答えであつた。多分、本

質的にはそれほど間違っていないのではないかと
思う。

他にも、考えたことはいろいろある。例えば、
石炭は太古の植物が炭化して化石化したものであ
るようだが、では石油は何に由来するものであろ
うか？ 太古の大量の恐竜の死骸に由来するのか、
大洋のプランクトンに由来するのか、つまり有機
的に生成されたのか、それとも地質学的意味で無
機的に生成されたのか、これについてはいまだそ
の種の本を見ても、明快な説明は載っていないよ
うである。

そんなことを考えながら、中学と高校では、生
物部や化学部、茶道部（これはお茶菓子目当て）
などに属していたが、自宅では天文学に凝ってい
た。今で言えば、さしずめ天文オタクであろうか。
中学から日本天文学会と東亜天文学会に入会して、
15cmの反射鏡を自分で研磨し、また口径6cm
屈折望遠鏡で天体観測をして天体写真を撮ってい
た。空は、夏より冬の方がはるかに状態が良くな
る。冬は、先にも記した雪や曇りの日が多いのだ
が、雪のあとに晴れると素晴らしい星空が出現す
る。多分、大気中の塵や埃も雪と一緒に地上に落
下して透明度が高くなるのであろう。分厚い防寒
対策をして、望遠鏡を担いで自宅の雪が積もった
屋根に登り、夜中の極寒の中で見た天体ショーの
美しさは終生忘れられぬ記憶となっている。ちな
みに夜中が良いのは、各戸がストーブを焚いてお
り、煙突から煙が出るのでこれも邪魔であるが、
夜中になるとみなも寝静まり、ストーブも消され

て煙もなくなるからである。

そんなことをする日々の中で高校に入ってから
は、どうも天文学の基礎学は物理学と数学である
ことを認識するようになった。そのどちらかに進
もうかと迷っていたが、結局、実在に根ざす物理
学の方が自分には面白そうに感じられて、大学進
学は理学部物理学科に決めた。当時の私には、医
学部進学はまったく念頭になかったし、そもそも
考えることさえなかった。当時、医師になろうと
する人は、医師の子弟か、よほど医師になること
に使命感を持った例外的な人であったのだが、私
は、医学自体が応用の学にすぎず、物理・数学・
哲学のような基礎学でないことで、極端に言えば
軽蔑していた。その視点から、当然、工学も私の
関心対象外であった。今から思えば、とても思い
上がった考え方の持ち主であったと、反省してい
る。高校三年の時に、札幌の丸善で「中間子論30
年記念論集」というような副題の本を買ったのだ
が、そこに湯川さん、朝永さん、坂田さんらの座
談会が掲載されていた（物理の世界で「さん」付
けは、敬意と親愛の情の表現である）。そして彼
らの体験からして権威主義的な東大と京大では十
分な研究できず、それよりも阪大・名大・理化学
研究所の方が自由闊達な研究にはふさわしいとい
うようなことが記されていた。結局そのことが、
私の行く大学を決めた。しかしその私が、その後
十年も経ってから精神医学への道を歩み出そうと
は、当時の私には想像だにできぬことであった。
それについては、また次の機会としよう。

私の精神医学的変遷史（2）—物理編—

総合病院 聖隷浜松病院 精神科 生田 孝

松尾先生から、「福岡行動医学雑誌」終刊（休刊？）の知らせを受けて、先に提出した「草創編」に続く「精神医学編」の執筆を依頼されたが、いかんせん時間が足りず、その次の「物理編」で今回は力が尽きてしまった。しかし、いつか機会があれば引き続き「精神医学編」を書きたいと思っている。

I. 物理学の青春

私の人生が一番充実していたのは理論物理を専攻していた大学院の5年間（修士課程2年、博士課程3年）であった。それは多分に名古屋大学の研究環境によるところも大きかった。私は、阪大物理を出てさらに名大大学院に進んだが、大学の雰囲気がかなり違うことに気づいた。もちろん私が身を置いていた物理学教室だけの話ではあるが、しかし名大物理は名大のシンボリック的存在であるので、その雰囲気は他学部へ今でも大きな影響を与えていると思う。敢えて表現すれば、阪大は多少権威主義的、名大は良い意味でルーズで自由闊達であった。

以前にも書いたことがあるが、名大物理では大学院に入ると、院生と教授は学問においては対等であり、またそうあるべきであるという理念が存在していた。その理念は、坂田（昌一）さんを中心につくられた「教室憲章」としてまとめられていた。教室運営の最高決定機関は、院生と教授以下助手までの教官全員が参加する物理学教室会議であった。助手と院生が連携すると、数の上で教授たちを上回るの、助手と院生が反対することは実質的にはできない仕組みになっていた。教室運営は、教室会議を経て行われていたが、院生が参加できない業務は、学位審査委員会と入試委員会くらいに限られており、他方、人事委員会には必ず院生が加わっていたので、院生の総意に反する人事や教授採用は不可能であった。もちろん教

室会議で決定された新規教授採用案は、事後的に理学部教授会に上程されて形式的かつ正式に承認されることになるので、文部省も口は挟めないようになっていた。このような自由な雰囲気から、後日、増川さんと小林さんのノーベル物理学賞（2008）が生まれた。

院生は、自分より上の人を「さん」と呼び、上の人には下の人を「君」と呼んでいた。研究者は、いくら過去に大きな業績を上げていたとしても、常に今の創造性が問われた。知識が多いことは、余り評価されずに、むしろマイナスの意味を帯びることさえあった。一般社会や医学界では、物知りや博識な人は良い評価や高い評価の対象となる。しかし、物理で「あの人は物知りだ」と言われることは、あの人は何でも明快に説明してしまうので疑問がなくなって、結局は創造的な仕事に乏しいという意味を含んでいて、ある種軽蔑のニュアンスさえ帯びていた。アインシュタインが、「事典に載っているようなことは覚えなくてもよい、必要なときに調べれば済むことだから」と言たとされるのもその精神の延長上にある。

どこでも物理の大学院は、理論と実験に別れているが、名大では各10人余、だから毎年20数人が院入試に合格した。不思議なことに、当時、名大から物理の院へ上がってくる人はせいぜい多い年で数人程度であり、自由闊達（過ぎる？）気風が、かえって学生の学力レベルの低下に寄与しているのではないかとも言われていた。その結果か、多くの他大学出身者が集まることになり、各研究室は梁山泊の雰囲気を漂わせて雑多な人間の坩堝となり、創造的場が形成されていた。そこで5年間は、私にとっては今でも学問の理想的桃源郷として思い出される。

一般的に理学部は、物理学科、数学科、化学科、生物学科などから構成されるが、しかしそれらが医学部の内科や外科などと対応するのではない。

むしろ、例えば、物理学科を物理「学部」と理解してもらえば、分かりやすい。医学部の基礎と臨床があるように、そこに（類比的に言えば）実験と理論の二大分野がある。さらに理論でも、素粒子論、物性物理、理論生物学、宇宙論等々の研究グループがあり、むしろそれらが医学部内の耳鼻科や眼科などに対応していて、それぞれヘッドに教授（ないしは助教授〔当時〕）を置いていた。各研究グループは、研究対象の英語の頭文字1つをとって、素粒子グループは（elementary particle から）E研、物性物理グループは（solid state physics から）S研などと呼ばれていた。私の属していたのは「混沌グループX」というとんでもない名前が付いていた。それは、まさに chaos の謎の X を研究することを意味していたのだが、当時はまだ誕生直後の non-linear physics を研究していた。そこから、現在の複雑系やオートポイエシス理論なども展開していったのであるが、私がやっていたことは、イメージ的には数理物理学に近いことである。

当時私は、混沌 X で自然界の物理現象（流体、プラズマ等々）を記述する非線形偏微分方程式に取り組んでいた。非線形方程式では、一般解を得ることはなかなか難しいが、不思議と自然現象に対応した解が経験的に得られることがある。純粋数学における解が、物理世界に現象化する。本来無関係なはず（？）の事柄の間に有意義な関係性が生じるのである。数学も物理学も共に宇宙の在り方の違った記述の仕方であるからこそ、両者は根っ子において通底し合っているのではないかと私は考えている。そして、両方とも人間の脳が生み出した産物であり、そして脳もまた宇宙の一部であるがゆえに、宇宙の特性を何らかの形で反映しているはずである。非線形偏微分方程式では、分散（dispersion）があるだけでも、散逸（dissipation）があるだけでも、安定解は得られない。しかし、その両者が共に存在するとある条件下で両者がバランスしあって安定解が得られることを示すことが、私の研究内容であった。それは、孤立波（solitary wave, soliton）を求めることであり、具体的にはソリトン解であった。このことは、現実と何の関係もないわけではない。例

えば、海底ケーブルで日本からアメリカに電磁パルスを送るとすると、日本からしっかりした矩形波を送ってもアメリカに着く頃には減衰して波形も崩れてしまい、かなりの情報が失われてしまう。ところが、ソリトン波で送ると、波形の崩れも減衰もなく到達できるのである。このような現象は、例えば、宇宙における銀河の渦巻形成にも関与しており、さらにはマイクロからマクロまでの色々な自然現象にも関係していることが分かって来ている。

私は、ソリトン関連の論文をすべて英語で書いたが、物理の世界では「論文を書く」ということは、英語論文を書くことを意味していた。「論文（paper）」と言われると、日本語のイメージはまず伴わない。もちろん日本語の学会誌も存在するし、そこには和文論文も出てはいるが、それらは欧文オリジナル論文の和文解説や和文総説などであり、一次論文と見なされてはいなかった。

修士論文では、高速回転する電磁物体の周囲に付帯するプラズマ流が光速に近づいたときの状態（light cylinder）を相対論的電磁流体力学を用いて論じ、それは日本物理学会欧文誌（JPSJ）に掲載された。これは、高速回転している天体のパルサーを念頭においた研究でもあった。その仕事を一段落させて、さらに博士課程へと進んだ。

博士課程は3年間ある。そこを終了するときに博士論文を提出すると、最短27歳で「課程博士」になる。課程修了後も数年以内に論文を出すと、課程博士になれる。しかし、それを超えると、別枠での「論文博士」の扱いとなる。大学院を経なくても、今までの研究の成果を提出して博士になる人がいるが、それである。私は、先に述べたような二次元ソリトン解の研究で、博士課程を修了と同時に理学博士号を取得した。私の記憶では、終了と同時に学位を取った人は、同期で数人位しかいなかったと思う。しかし、その時に私は、すでに精神医学への道を志していた。

今でもよく尋ねられるのが、「どうして精神科医になったのですか？」という問いである。この種の質問には、正直困ってしまう。相手から真面目に問われると、より困る。人生の選択には、物理現象のような単純な因果関係は存在しない。

特別寄稿

「スピードの出し過ぎによる交通事故」でさえも、「出し過ぎ」の背景には、道路状況、運転手の技量・心理状態、前日の睡眠、当時の天候、車の性能等々無数の要因が複雑に絡み合っ「事故」に至る。ましてや、人間の心の変化や決断などに、一義的説明は困難どころか不可能に近い。「どうして今の奥さんと結婚なさったのですか？」と問われても、多くの人が返答に窮するのと同じである。答えないのも気詰まりなときは、何か適当に大きな要因の一つでも返答しておく、たいていはそれで相手も納得してくれる（おさまる）ので、質問する相手も余り複雑な回答は求めているのかもしれない。

精神科医になった理由を問われたときには、だから正直に「そんなこと一言では言えませんよ」と返しているし、実際、自分でもなぜそうなったのかを、しっかりと自分の人生に定位しているわけではない。しかし、その大きな要因の一つが、K君の存在にあったように思う。

II. K君

K君は、私が博士課程2年の時に混沌Xに1年下で入ってきた新人であった。彼とは大学院の5年間を一緒にしていたような気がしていたが、今回思い返してみれば、たかだか2年位しか一緒にいなかったことに気づいて驚いている。彼は、大分出身で、地元の工業高等専門学校を卒業した後、当時は高専からの編入を唯一認めていた山梨大学に学部編入し、そこを卒業してから、阪大基礎工学部の修士課程に入ったという。その頃に日本人ながら米国物理学会会長をしていたHさんが阪大に集中講義に来ていて、そこで院生に課題を与えてレポートを提出させた。ところが、極めてよく書かれていながら、しかしほぼ同じ内容のものが複数提出された。つまり、一人が源で、あとはそのコピーであることは明らかであった。そこでHさんは、オリジナルを同定し、それを書いた院生を呼び出したのだが、それがK君であった。呼び出しを喰らったK君は、てっきりお叱りを受けると思いきや、逆にHさんから非常に褒められて、「私の知り合いを紹介するから、ぜひそこでもっと勉強しなさい」と激励してくれ

た。その紹介先が、混沌Xの私の指導教授Tさんであった。そうして彼は、初めて名古屋へとやって来た。最初の出会いがどうであったのかは、もう覚えていない。しかし、彼とは妙にウマが合うというか、非常に気が合って、すぐに意気投合し、大学では夜遅くまでよく議論し語り合っていた。もちろん物理や数学の話題もあったが、思想、哲学、政治、小説、世相等々、お互いに関心を持つことは何でも話の種となった。本当に当時は、無限の時間があった（ように感じられた）。その頃の大学院は、講義など何もなく、たまに外部から集中講義に他大学の先生が来るくらいで、別にそれも出席を取られるわけでもなく、むしろ教官クラスが興味あるテーマを研究している人を呼んで来て、それに院生も参加しているような感じであった。だから、決められた講義など一切なく、各研究室で行われる論文紹介の抄読会や各自の研究の進捗状況の報告、あるいは学会発表の予行をおこなう会合が週1回程度あるくらいで、それを当時はコロキウム（colloquium）と言っていた。研究テーマは、院生がみずから見出し、それを指導教授と相談しながら行うパターンが一般的であり、指導教授からテーマを与えられて、やむをえずしかたなくやるという、他の分野では時折耳にするような、あるいは今の大学院では往々に見られるようなことはなかった（ただ実験系では、必ずしもそうではなかったようだ）。だから、時間の使い方はまったく自由であり、自分で考えて論文を書き、それなりにパブリッシュできていれば、本当に自由の楽園であった。私は、院生時代に約10編弱の論文をものにしたのだが、その意味では順調であった。

K君とつきあっていると、彼の数理物理的な才能が並外れていることに気づくようになった。阪大物理に入ったときに、指導教官だったSさんが「多分、皆さんは、ノーベル賞を取ろうと思って来ているでしょう。それを思っていない人は、まずここにはいないと思います。それは、了としまししょう。しかし、今そう思っていない、来年は半分に、再来年はさらに半分に、そして卒業するときにもまだそう思っているなら、それはかなりの可能性があります。ほとんどの人は、講義が理

解出来なくなると思います。でも、それなりに勉強すれば、ちゃんと卒業できるようにしますから、ご心配なく。我々は、皆さんの中で将来研究者になるであろう数人だけに向けて講義をするので、理解出来なくても心配要りません。真面目に勉強する姿勢が大切で、それが分かれば、卒業できますし、一般企業や教師などへの道もありますから…。実際、Sさんが言った通りの大学4年間となった。しかも、大学闘争のピークの「1968年」に入学したので、1年目は何とか講義もあったが、1回生の終わり頃には全学ストライキに突入してしまい、それから1年余り大学はバリエード封鎖されて授業も実習も何もないまま過ぎていった。私は、右にも左にも加担せず、しかし多少は左気味ではあったが、行動にまでは至らず、ひたすら読書の日々であった。そのせいか、下宿のおばさんから「あなたほどの読書家を下宿させたことはない」と褒められたが、お金もないので本を読むくらいしか能がなかったのである。

物理の学年末の試験は教官が、ただ黒板に問題を書いて「あとで答案を取りに来るが、書いた者は教壇の上に提出しておくように」と言って、教室を出て行った。だから、カンニングしようと思えばいくらでも出来るのではあるが、まったくの筆写（書写）では能が無い。回答の仕方を、自分なりに「ある関数を ϕ とすると」を「 ψ とする」などと表記法や思考の道筋を少し変えておかないと、つまり出来過ぎ君の答案を理解し咀嚼して自分なりの表現に落とし込まないと、バレバレである。しかもこの翻案ができる位なら、出来過ぎ君の答案を「優」とすれば、咀嚼された翻案は「可」に匹敵する程度の価値がある。しかし多くの者は、咀嚼困難のために「不可」となるが、それでも幾ばくかの点はもらえるので、その点と次の再試の点を合算して、それでも足りなければさらに再々試の点を加えて、何とか合格点にしてもらうのである。このようなプロセスを経て行けば、自ずから自分はどの位のレベルに位置しているかが、自他共に明らかとなる。このような試練の4年間を経て、私は出来過ぎ君ほどではないが、まあそれほどの落ちこぼれでもないだろうと思い、大学院への進学を決めた。その頃の私の関心領域は、高

校卒業の頃と同じく、宇宙であり世界であり自然現象にあった。

物理学における淘汰は、次の大学院レベルで決着がつくが、数学の世界はそれがもう少し早く、学部の後半でその人の数学的才能の有無が、むごいほど自他共に明らかになる。そのせいか、数学科の学生の方が、虚無的になりやすく、また時に自殺する人も現れる。事後的に見ると物理学科の出来過ぎ君たちは、おおむね物理学者としてはそう大成せず、どこかで挫折ないしは転向して行った者が多い。これは、医学部でも似たようなもので、成績トップクラスよりもその下から中の上くらいの間の人の方が、後日の伸び代が大きいように思う。ただし医師は、臨床という絶対的安全弁（最後の砦）があるせいか、背水の陣を敷いて研究している理学部系研究者の切迫感や緊張感を欠いており、研究態度にはかなり甘さが残っていて、もどかしさを感じる事が多々あった。

ということで私は、物理学ではそれほど大きな挫折は経験せずに過ごしていたのであるが、先に述べたK君と出会って、彼の驚嘆すべき才能の閃きにこちらが震撼させられてしまった。私と彼の人柄が共鳴し合うことがより一層、彼の存在を私に向き合わせる事になった。彼のように才気あふれる有能な人と一緒にいると、劣等感を感じるよりも、むしろ逆に爽快にさせられてしまうのである。自分が物理を研究するよりもこの人がやってくればそれで良いのではないだろうか、とまで思い出す始末である。その後K君は、米国に渡り、あちらの大学で数学教授となって、今も活躍している。

Ⅲ. 徒労感と転進

その頃、研究者なら誰にでもあることであろうが、ある出来事が私の物理への気持ちを萎えさせた。論文を書く場合、必ずすでに誰かが同じテーマで発表していないかをチェックする必要がある。当時はインターネットなどない時代であり、図書館に入る欧米誌は一応チェックしていたのだが、念のためにソ連の雑誌に当たってみた。ソ連の物理学雑誌は当然、ロシア語で書かれていて、私はもちろん読めないのだが、ソ連の雑誌はすぐに米

特別寄稿

国で英文に翻訳されて各国に配刊されていたので、それで読むことができた。ところがある時、私の投稿予定論文とほぼ同じ内容の論文がすでに掲載されていたのである。それで、投稿を断念したのであるが、しかしこの一事は私の気持ちをかかなり重苦しくさせた。まともな研究者であれば、失敗は成功の元、七転び八起きの精神で次に進むのであろうが、当時、私が感じたのは、正直なところかなりの疲労感であった。その頃はまだ20代後半で活力も十分にあったはずだが、その時に思ったことは、自分がこの調子で研究を続けて行くとして、30代はまだしも、40~50代までこの生き馬の目を抜くような世界で生産的に走り続けることがはたしてできるだろうか、そうすることは相当にしんどいことになるであろうな…という感慨であった。今から思えば、軽度抑うつ状態に陥っていたのかもしれない。しかし、どうもそのことも契機となり、私は転進を考え始め出したのである。それでも、私は以後も論文を順調に書き続けていた、いやむしろ「今しか出来ない」という思いが白鳥の歌を書かせたのかもしれない。博士課程3年目には欧文論文を2つ、さらに学位論文も書き上げて学位審査に臨んでいた。

このようにして、自分は物理学を好きではあるが、しかし好きなことと自分に向いていることが一致していないこともあるのではないか、という疑念が頭をもたげてきた。物理の世界で競走馬のように走り続けることの厳しさを思いつつ、自分が本当に求めているものは何なのだろうかという気持ちが日々強くなってきた。そして、気が赴くままに手当たり次第にいろいろな書物を乱読渉猟していた。気分の落ち込みに対する自分なりの読書療法であったのかもしれない。その中で強く惹かれて行ったのが、木村敏先生と河合隼夫先生の著作であった。両者は当時出版されていたものは、ほとんどすべてを読んだと思う。その中で結局、私の進むべき道は精神医学であるという思いが強くなってきた。そして、私の師は木村先生であると自分で勝手に決め込み、いまだ出会ってもない師に私淑し、精神科医になることにしたのである。実際に会ったのはその5~6年後、医学部6年生のときに名市大へ入局をお願いに行った

ときであった。

このようなことを多分博士課程2年の終わり頃に指導教授 T さんに、恐る恐る伝えたような気がする。先生は、しばらく沈黙、私は叱られるかと思いきや、膝をポンと叩き「それは良い！ 人間、やりたいことをやるのが一番、でもせっかく博士課程にいるのだから、博士論文はまとめて行きなさい。学位を取っておくことは、君の将来にとって決して損にはならないと思う」と言ってくれた。この発言の背景には、T さんがやはり私と同じ年頃に素粒子論を研究していたが、なかなか芽が出ずに悩み、ようやく30歳を過ぎてから非線形物理学へと転向し、今やその第一人者になったという自負心があった。だから私の転進は「まだその時よりも若い！」と励ましてくれたのである。その時に取得した学位は、その後ドイツのフンボルト財団による給費研究員としてマールブルク大学のブランケンブルク教授の下へ行くときに大きな力を発揮することになった。

今から思えば、私の転進は、自分の物理的才能に対する限界の自覚であり、それからの逃避でもあった。壁にぶち当たり、初めて自我に目覚めたのかもしれない。言い換えれば、子どもの頃からの自然への、つまり客体 (Objekt、客観) への興味関心から、それを認識する主体 (Subjekt、主観) へと私の関心が移ったとも言える。それは、一種の防衛機制としての「置き換え」でもあろう。だから、なぜ精神科医になったのですかという問いには、先に述べたように、一義的には答えられないと言いつつも、「ノーベル賞を取るだけの才能がないことを自覚したから」とか、「自分の関心が、観察する対象から、それを認識する主体へと移ったから」などと言っている。それは正直なところ、当たらずとも遠からず、と自分でも思っている。

ということで、博士課程3年で学位論文を書き上げて学位審査に臨むと同時に、当時は阪大だけが行っていた医学部学士編入試験の準備も並行しておこないながら、その両方を良首尾に果たして、最初から精神科医になる積もりで医学部3年に編入し、再び4年間の学生生活を始めた。

精神科医の過剰な能動感

北野病院 山 岸 洋

このところ医学史上の古い書物にはまっている私はドイツの19世紀の精神科病院の報告などを読む機会が多いのだが、そういう論文に載っている症例の紹介を見ておもしろいと思うのは、治った例ばかり報告する医者がけっこう多いということである。治療がうまくいったケースをほかの医者にも知ってもらいたいというのは、当時の精神科病院の状況を考えれば、私たちにも共感できないことではないし、当時の精神科病院では（たぶん）稀にしかいなかった治癒退院の例の詳しい紹介は学術情報としても十分価値が高かったということなのかもしれない。しかしそうした理由はどうあれ、そういう医者たちは自分の中の一種の認知バイアスに気づいていない。

これとは少し違うが、同じような感じを抱くのは、若い研修の先生などが書く退院時のサマリなどの内容である。この薬をつかっていたが、それをこう変えたら病状が改善し、それを増やしていったらさらに良くなって退院することができました（めでたし）といった内容の文章は、病院のどこでもよく見かけるのではないかと思う。そこまで薬の内容と病気の経過がめでたく対応するものだろうか。

治療しなければ病気は（少なくともその多くは）良くなるはずだという考えが医者の中にも繁殖してしまっていて、もはやそれを除去することがひどく困難になっているのかもしれない。

製薬メーカーのパンフレットによくあるあの図（投薬期間と病状改善の経時グラフ）はプラセボ投与と実薬投与の曲線の比較をしている。ほらこのとおり両者の間に有意差があったんで、この薬はこんなに効いているんですよと、メーカーの人はめでたくも主張するのである。しかし、何かおかしくないか。

プラセボも実薬ももらわなかったらどうなるのかということ（つまりプラセボ投与よりもっと

自然な病気の経過）はこの図のどこにも出てこない。プラセボ投与群の曲線は、だいたい病状改善の方向へ向かっているが、図の示し方からすると、この改善の変化量をすべてプラセボ効果だと思い込んでしまいがちだ。だがそのようになるのは、自然な経過が水平に引かれた時間軸と重なっている場合（すなわち、病気の症状が全く良くも悪くもならず経過する場合）に限られる。プラセボ投与の曲線も実薬投与の曲線も、自然経過による改善（または増悪かもしれないが）の影響を大いに受けているのである。

このように見るなら、私たち治療者の認知が能動感（私がこの人を治しているという感覚）過剰の方向へのバイアスを受けていることを認めないわけにはいかない。私たちは患者の運命を自分が握っているのだと、めでたくも思い込んでいたのではないか。

* * *

私たちは「自然の経過」というものをなんとしても見ないようにしている。

これはある種の精神疾患の患者によく見られる現象と同じようなものかもしれない。私たちと患者に共通しているのは、いわば中動態の捉え方ができないという点だが、患者の場合は圧倒的に受動的な認識、「自分でないなにかによってさせられる」という方向に偏っているのに対して、私たちの場合は能動感がひどく過剰になって「自分がすべてをしている」という方向に偏った状態になっているというべきだろう。だとすると後者は自我の肥大と呼ぶこともできるように思う。

話の方向が少しかわって申し訳ないが、上のような文脈で「中動態」という用語が頻繁に使われている（いま私も使ってしまった）が、問題の核心はむしろ他動詞と自動詞の特性の違いに対応しているような気がしてならない。問題の発見という意味で中動態への着目は精神医学に非常に貢献

特別寄稿

したと思うのだが、オッカムの話を簡単にしたいのであれば、自動詞（非人称動詞とか再帰動詞も同様）と他動詞とを区別して、そこから議論すれば十分なのではないだろうか。わざわざギリシア語を持ち出す必要はまったくないと思う（ただ、自動詞と他動詞だとか言ってみても誰もそこにおもしろいことがあるとは思わないので、その意味で中動態という用語は効果的ではある。くやしいが）。

* * *

最初に歴史の話からはじめたので、最後に歴史に戻って終わりにしたい。

19世紀にドイツ各地で精神科病院が設立されていった当時、精神科医は、灌水、回転器、瀉血（吸血ヒルによる場合もあった）、炎症（皮膚潰瘍）誘発法、灼熱鉄（による人為的火傷）などといった現在の私たちからは信じがたい方法で患者の治療にとりこんでいた。しかし身体的拘束はできるだけ避けたいという合意は形成されつつあった。内服薬剤として19世紀後半までに精神科で使われていたものは、臭化カリウム、抱水クロラル、ヒヨス、阿片、モルヒネ、ジギタリス、アルコールなどぐらいだった（もちろんこのほか、一般医学でも主要な治療薬であった下剤や催吐剤も広く使われていた）。普段の生活の場から病院に入院することで環境が変わること（特に家族などから遠ざかること、精神科医の側ではこれを隔離 Isolieren と呼んでいた）が治療的に作用するということを指摘する人も多かった。

このように明らかに非科学的と呼ばざるを得ないような治療法が当時の精神科医の選択肢には多かったのだが、それは当時の医学一般についても同じだったことを私たちは忘れてはならないだろう。

たとえば、外科治療の際に笑気等の吸入麻酔が用いられるようになったのは1840年ころから、内腔針をもつ注射器が使われるようになったのは

1853年以降（輸液法の確立は1920年ころ）だった。消毒法は1840年ころから導入され（石灰クロル）、無菌手術がおこなわれるようになったのは1870年ころだった。19世紀にはまだ抗生剤はなく（ペニシリンの発見は1928年）、代表的な感染症の病原菌が発見されたのも19世紀後半になってからである（パスツール、コッホ）。X線の発見は1895年のことである。19世紀前半には、虫垂炎もほとんど致死的な疾患で、麻酔なしの開腹手術をしたとしても助かる例は少なかつただろうと思われる。

こうして19世紀の医療全般の状況も考えてみると、精神科医だけが無謀な治療に没頭していたわけではなかったということが見えてくる。無菌操作と麻酔なしの開腹手術と皮膚感染誘発による精神病治療のどちらが野蛮だったか決めることはそう簡単ではない。

過去の医学を当時の科学や技術の水準を考慮せずにただ見下してしまうというところにも認知のバイアスがかかっている。精神医学に関して、過去の個々の医療の事実だけを捉えてネガティブに捉えはじめると、何から何まで当時のことがネガティブに感じられるようになる。そして今あるものこそ最高だということになってしまう。そういう捉え方は、最近邦訳が出版された『シュリンクス』（米国精神医学会の元会長 J. A. リーバーマン著）といった本にも典型的に見られる。19世紀の精神科病院での医療がどのようなものであったのか、現在と比べてはるかに劣ったものであったのかどうか、といったことはもっと柔軟な見方から判断しないといけないことかと思う。

私たちが今おこなっている治療行為についての評価についても、すべて未来に任せてしまうべきではない。どこまでも制限されてはいるだろうが、その限定を自覚しつつパースペクティブをさまざま変更しながら過去と現在の精神医学について評価を下していく必要がある。

研究所使用状況

H30. 1. 10	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会	15	天神連句会
11	心理集団療法	18	心理集団療法
13	福岡社会福祉研究会	19	心理集団療法
17	心理集団療法	25	心理集団療法
18	心理集団療法	26	心理集団療法
21	天神連句会	5. 2	心理集団療法
24	心理集団療法	9	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会
25	心理集団療法	10	心理集団療法
26	勉強会	12	福岡社会福祉研究会
31	心理集団療法	16	心理集団療法
2. 1	心理集団療法	17	心理集団療法
7	心理集団療法	18	勉強会
8	心理集団療法	20	天神連句会
10	福岡社会福祉研究会	23	心理集団療法
14	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会	24	心理集団療法
15	心理集団療法	30	心理集団療法
18	天神連句会	31	心理集団療法
21	心理集団療法	6. 6	心理集団療法
22	心理集団療法	7	心理集団療法
25	福岡げんき会	9	福岡社会福祉研究会
28	心理集団療法	13	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会
3. 1	心理集団療法	14	心理集団療法
7	心理集団療法	17	天神連句会
8	心理集団療法	20	心理集団療法
10	福岡社会福祉研究会	21	心理集団療法
14	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会	22	勉強会
15	心理集団療法	27	心理集団療法
22	心理集団療法	28	心理集団療法
28	心理集団療法	7. 4	心理集団療法
29	心理集団療法	5	心理集団療法
4. 4	心理集団療法	11	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会
5	心理集団療法	12	心理集団療法
11	心理集団療法 医療心理学研究所 詳読会	14	福岡社会福祉研究会
12	心理集団療法	15	天神連句会
14	福岡社会福祉研究会	18	心理集団療法
		19	心理集団療法

研究所報告

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

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

平成が終わり5月から新元号になる。松尾正所長も緒方良神経科クリニックの常勤医を辞め、非常勤医になられる。それに合わせ、福岡行動医学研究所長を退任されることになった。松尾先生には、中尾弘之初代所長の後を受け、平成14年11月から所長を務めていただいた。

松尾先生は、精神疾患の本質を常に意識して、それを臨床に体现しようとされた。時代の流れの中で精神疾患の評価尺度が「社会適応」に変わっていったが、疾患の本質を見極めようとする氏の姿勢は稀有な存在となりつつある。松尾先生の思想は福岡行動医学雑誌の編集方針に現れていて、そこに共鳴された多くの方から論文を寄せられた。そして本号は松尾先生が編集された最終号である。力作ばかりで大部となった。

第3代所長は神庭重信九州大学教授に就任していただく予定である。神庭先生は著名な脳科学者であり、また高名な臨床家でもある。中尾弘之先生を師と仰がれ、そのご意思を受け継ぎたいということで本研究所長をお引き受けいただいた。新しい研究所活動の展開が期待される場所である。

新生「福岡行動医学研究所」に、なお一層のご指導、ご鞭撻、ご支援をお願い申し上げます。

(記 林 道彦)

福岡行動医学雑誌 vol.25 No.1 2018

発行 平成31年3月1日

発行者 医療法人福岡・行動医学研究所
うら梅の郷会

〒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 九州コンピュータ印刷
