

統合失調症をめぐる 最近の「精神医学理論」

Yagi Gohei
八木剛平

(衆星ヒーリングセンター)



●はじめに

本特集の編集企画によれば、「精神医学理論」とはつまり「精神医学の理論的探究の基礎となるべき精神病理学」のことであるという。精神科開業医の筆者にとって精神病理学は実地活動する上での手段のひとつに過ぎないが、精神科医は精神病理学に通じて一般的な概念や規則を知っていなければならないから⁸⁾、精神病理学者が抱いている危機感に無関心ではいられない。そこで精神病理学の門外漢として、まず編集企画の文章を組上に載せて「危機」の内容を吟味することから始め、次いで統合失調症をめぐる近年の話題について私見を述べることにする。

1 ●「危機」とは何か

編集企画がまず危機として取り上げた「臨床からの解離や思弁的傾向」は、(ヤスバース⁹⁾が言うように) この学問が「精神的な出来事」を扱い、しかも「実地上方法手段として役に立つかどうかは問題ではない」(つまり臨床の有用性を問わない)とすれば、その是非は別としてむしろ自然の成り行きにみえる。松本¹⁰⁾によれば、精神病理学そのものは(エッフェル塔のように)「その内部に入っても、実体としての中身はない、空虚な穴、スキンスケのくさ(くう)」だから、「そこにいろいろな言説が飛び交って当然」なのである。したがってこれを危機とみるなら、それはいわば「内因性」の危機であり、筆者のような部外者に口をはさむ余地はない。

次に「思弁的な精神病理と実地的な臨床精神病理への二極分化」といえば、精神病理学の

創始者とされるヤスバースが実存哲学に向かったあと、後継者とされるK・シュナイダーが、理論によらず臨床に即して臨床精神病理学(1950)を著した¹¹⁾ことが思い起こされる。「コトバを通じて病める心のありようをくわらうとする」学問(松本¹⁰⁾)としての精神病理学は、これまで精神医学の実地活動を主導してきたし、今後もこれが変わるはずはない。この学問の内部で思弁的傾向に実地的傾向が拮抗して緊張を保っているなら、臨床医には危機というよりむしろ健全な状態にみえる。

もう昔話になるが、1960—70年代の日本では学問と精神医療の現場との乖離は極限に達していた。松本¹⁰⁾によれば、精神病理学の興隆によって精神病患者の人間的理解が深まるまさに同じ時代に、医療現場では精神病床が激増し不祥事件が頻発しており、これを座視するのみでどうすることもできないという苛立ちが反精神医学に結びついて、この二極「分裂」は遂に精神病理・精神療法学会の解体にまで進んだ。しかしドイツで「精神病理学の危機」が叫ばれた1970年代が⁸⁾、日本では「格段に実り豊かな時代」(長井)となり、「世界でも類をみない高みを迎えた」(黒木)¹²⁾のは、学会の破局が学問の再興につながったことになる。その後の精神病理学は「——とは何だろうか」「——に明日はあるか」(1987)、「——の明日によせて」(1989)、「——の可能性」(1997)、「——の課題」(2000)などを論じて今回の「——危機」に至った。これはこの四半世紀に精神医学の内外で生じている変化に対する危機感の反映であろう。

たしかに編集企画のいう「生物学的精神医学の知見の集積、薬物療法の発達、EBMの隆盛」を見れば、精神病理学者が抱く危機感は分らないでもない。無論それはこの学問(そして学者)が時代の流れから取り残されてしまう、というような単俗な問題ではあるまい。それは、初期の精神病理学が定着させた「全体像の優先、内面の重視」という視点(浜田)¹³⁾が揺さぶられ、あるいは軽視されることによって、「精神医学の実地で行われることは、いつも一人一人の人間全体を問題にすることである」¹⁴⁾という事実が忘れられようとしていることであろう。

しかし全体像と内面性の復権こそ、臨床精神医学が精神病理学に期待する最大の課題である。ピンチ(危機)はチャンス(好機)という言葉もある。精神病理学が生物学から心理学・哲学まで、精神分析から計量精神医学まで「すべてを呑み込むブラスチックホールのような学問」(松本)¹⁰⁾であるなら、生物学的知見も薬物療法もEBMもすべて呑み込んだ上で新しい理論を構築できるであろう。すでにEBMに対してはNBMが提唱され、加藤¹⁵⁾は薬物療法の経験や生物学的知見をとりいれた精神障害の新たな分類を提唱した。しかし、もし多くの精神病理学者が「すべてを呑み込む」気概を失い、これまでの専門領域のなかに引きこもっているとなれば、それは「外因性」の危機というよりはむしろ「外因反応力」の衰退であろう。

次に、日本の医療福祉がノーワライゼイション(健常者と障害者が等しく生きる社会の実

現)の理念をかかげて10年が過ぎ、精神医学理論が存立する地盤は大きく変わりつつある。統合失調症の医療・福祉も、またこれを支え、あるいはこれを規定する文化的・経済的・思想的な時代精神も変わり、ゆるやかな脱入院化から少なくとも部分的な脱医療化に向かっている。折から精神病理学の成立と発展を支えてきた「場」が、大学病院であれ精神病院であれ、診療室という「密室」であったことが指摘された⁵⁾。「外因性」の危機に晒されている精神医学理論があるとするれば、それは「診療室の精神病理学」であろう。

2 ●「精神病理学と生物学的精神医学の接点」をめぐる

1990年代に精神科の2つの学会が開いたシンポジウムは、精神病理学者と生物学的研究者の双方がそれぞれの学問に行き詰まりを感じ、あるいは危機感を抱いていたことを物語っている。

その一つは日本生物学的精神医学会の「精神医学と生物科学のクロストーク」(1994)²⁶⁾である。生物学的精神医学のストラテジーを求めて(副題)、精神病理学者として中井久夫氏が招かれた背景には、統合失調症の生物学的研究が臨床からあまりにも遊離しているという問題意識があったようである。しかしその記録を読むかぎり、7名の生物科学者との問答は「掛け合い」(クロストーク)よりも「すれ違い」に終わった感がある。

もう一つは日本精神神経学会の「精神病理学と生物学的精神医学の接点」(1993、1994、1995)である。こちらは十数名の臨床家や精神病理学者が参加して百家争鳴の観を呈したが、こと「接点」については曖昧な発言が多く、両者の間に「相応は常にあるが、接点はない」という原田憲一氏の主張が、このシンポジウムにおける唯一の成果であった。これに関連して中井(2002)²⁷⁾の見方を敷衍すれば、精神病理学(心の医学)と生物学的精神医学(脳の医学)とは相克しないが、心から出発すればどこまでも心であり、脳から出発すればどこまでも脳しか見えないのであり、「ここに心終わり脳始まる」という「立てれ」(接点)に出くわすことは決してないのである。

それでは精神医学は、精神病理学による臨床記述と絶え間なく提出される生物学的知見とをどう統合するのか。

加藤²⁸⁾によれば、精神医学の出発点は症状と臨床単位の「記述」にあるが、現在の生物学的精神医学による知見はさしあたり精神障害の生物次元での「記述」の段階にあり、その記述はこれまでの精神病理学の記述への「重ね描き」(大森莊蔵)とみなされる。大森によれば、日常描写と科学的描写とは略画と密画の関係にあり、「一にして同じ」状況の「二通り」の描写であって、科学的描写は日常描写への「重ね描き」である。精神医学において科学的(生物学的)知見は、精神病理学が記述した「略画」(臨床像)の「密画」として共生しうるのである。

かつてのいわゆる4大精神病のうち、そのひとつであった進行麻痺は顕微鏡による脳内スピロヘータの発見によって、もうひとつの癲癇は脳波による異常電気活動の検出によって、つまりは略画に重ね描きされた密画によって、それぞれの病理の理解と治療に飛躍的な進歩がもたらされた。残りの2大精神病(統合失調症と気分障害)の生物学的研究にまだこれほどの成果はないが、統合失調症の急性期からの回復過程で血中ホモセリニン酸の一過性上昇とその後の持続的低下が明らかにされたことは注目される。急性期からの回復という臨床次元の現象(略画)に中枢ドーパミン活動のアップ・ダウンという生物学的知見(密画)が「重ね描き」されたことは、これまでのドーパミン研究における唯一の成果として回復論的・治療的に大きな意義がある²⁹⁾(ただしこのことに言及した精神病理学者も生物学者もほとんどいないのは遺憾である)。

精神病理学の臨床記述と生物学的精神医学の知見との関係をこのように考えれば、両者の間に「接点」はないが、前者は後者が提出する生物学的知見の臨床的意味を絶えず問い続けるといって、両者の共生と相互の交流は成立するはずである。ただしそのためには双方とも、どうの昔に行き詰まった発病的視点をいったん放棄して共通の回復論的視点に立つ必要がある。また、生物学的研究によってこの病の基礎となっている身体過程が判明したら、心理学的興味は忽ち消失するだろう、という精神病理学の側の「身体的先入観」(ヤスバー³⁰⁾)も捨て去らなければならない。

そもそも統合失調症の身体(脳)に病的過程を仮定したクレペリンやE.フロイラーの疾患概念を踏襲して、この病気の解明を身体医学的(生物学的)研究に委ねたのははかならぬその後の精神病理学であった。K.シュナイダー³²⁾は、「大多数の精神科医の推測によれば、内因精神病も症状精神病」だからという理由で、「身体に基礎づけえない精神病」という考えを「きっぱりと拒否」し、器質力動論者のH.エイデすら、「K.ヤスバー以来、精神医学には精神障害の病原的プロセスについて語る習慣がついている」という理由で、「精神疾患は器質的過程に基づく」と主張した。いま精神医学の包括的理論として普及しているbio-psycho-socialモデルも、かつて岡崎³³⁾が指摘したように、身体(物質)を基底におく階層理論である。日本の精神病理学が生物学的知見を統合して新たな精神医学理論を構築するには、これまでの欧米流の過程説(あるいは現在の脆弱説)や階層論の桎梏からいったん自らを解放する必要がある。

3 ●ノーマライゼーション時代の精神医学理論

1 ●Schizophreniaの訳名変更をめぐる

「精神分裂病」の呼称が統合失調症に変わって4年が過ぎた。いまや新しい呼称は正式病名として完全に定着し、今回の呼称変更は至極当然のことのように受け取られているよう

ある。これが家族会の主導で実現したということは、統合失調症の医療処遇史において画期的な出来事であり、ノーマライゼーションに向けての利用者側からの第一歩であろう。

筆者は精神医学に関わる者のひとりとして、今回の病名変更が精神医学界の内部からではなく、全家族からの要望によって実現した（逆にいえば要望がなければ実現しなかった）ことに当初は内心忸怩たる思いを禁じえなかった。しかし考えてみれば、精神医学（理論）に医療福祉（現場）の動向を先導するだけの力はない方が当然かもしれない。むしろいま問題にすべきは、今回の呼称変更の意味について精神医学がまだ理論上の整理を済ませていないことであろう。そこで呼称変更の決定前後に学会のシンポジウムや雑誌の特集で述べられた意見や当事者・家族の手記から、精神医学理論にとって重要と思われる部分をとりあげて論じてみたい。

イ）「精神分裂病」による「病名ジョック・絶望」症候群

統合失調症の病名告知を考えるにあたってまず必要なのは、旧病名が当事者と家族にあたえてきた絶望と苦悩は医療者側の想像をはるかに超えていた、という事実を認識することである。まず旧病名があたえた衝撃がどれほどのものであったか、手記の中から引用しておく。

22歳で発病し、精神病院に入院した経験のある大石洋一氏¹⁰⁾は、障害年金の手続をする際に「衝撃的な事実」を知る。

「実はこのとき、私は自分の病名を知りませんでした。それが意外な私たちで、知ってしまったのです。発病したとき入院した病院の診断書の病名が「精神分裂病」と書いてあったのです。私はこの診断書を目にしたとき、頭をかならずちで殴られたような衝撃を受けました。精神分裂病、とても恐ろしい響きでした。（中略）障害年金の手続きは、なんとか済ませましたが、自分が精神分裂病だということから頭から離れず、人生が終わったような、深い絶望感に襲われていました。」

全国精神障害者家族会連合会（全家族）の機関紙「ぜんかれん」の投書欄には、息子が入院した際に初めて精神分裂病の病名を知らされて、「一晩中泣き明かした」母親の体験談が載っている。そして中井和代氏（全家族）¹¹⁾は次のように述べている。

「一般に病名を知るとは、治療への第一歩である。しかし〈分裂病〉と告知された家族は絶望に陥る。本人には告げられない。身内にも他人にも開示できない。家族は、病名を告げられたことで死ぬほどの苦痛におそわれる。病氣自体で死ぬのではなく、病名のゆえに死ぬ事さえある。」

ロ）精神科医側の態度

次に精神科医の側は旧病名にどんなイメージを抱いていたのかを振り返ってみると¹²⁾、春日武彦氏（当時は松沢病院）にとって「精神科医という名称はまことに威圧的で恐ろしい」ものであり、池田友彦氏（精華園）には「精神が分裂し、めちゃくちゃとなる、気狂い」

「不治の病であり、廃人となる」といった「不吉な精神の死のイメージ」があった。おそらく日本の精神科医の大部分がこのようなイメージを共有していたと思われる。そのためであろう。精神科医を対象にしたアンケート調査（1995）では、原則として患者・家族にこの病名を告げる医師は20％に満たなかった。また2つの雑誌の特集（1999¹³⁾、2002¹⁴⁾）でも、日本の著名な精神科医のほとんどが（精神）分裂病の病名告知に対して消極的というより否定的な見解を述べていた。

それにもかかわらず日本精神神経学会の総会（1996）で呼称変更の問題がとりあげられた際には、評議員に対するアンケート調査で4割弱（とくに大学では約6割）が変更の必要を認めていなかった。いまになってみれば、精神医学界は旧病名の烙印的性格と告知の侵襲性を認識していながら、これを放置したまま「非告知」という姑息な対応に終始してきたと批判されるかもしれない。しかし加賀乙彦氏¹⁵⁾や風祭元氏¹⁶⁾は、この問題をおつての痛の告知との関連で論じており、旧病名を告知しない、あるいは当たり前障りのない病名をとりあえず告げておくのが「人道的配慮」と思われることを指摘している。実際に上記のアンケート調査でも、旧病名の告知をためらう理由の筆頭が「患者さんを絶望させることになる」からであった。

1980—90年代にインフォームドコンセント（以下IC）の必要性が強調されるようになって痛の告知率は急速に高まり、精神科でも「積極的病名告知」を基本方針とする病院や、「分裂病の病名告知も精神医学の進歩」と考えたり「原則告知派」を名乗る医師も現われた¹⁷⁾。これに対して笠原嘉氏¹⁸⁾・吉松和哉氏¹⁹⁾・鈴木國文氏²⁰⁾は、分裂病の病名告知は癌のそれと基本的に違うという意見を述べている。次に述べるように、この病氣の精神病理に関わる重要な指摘である。

ハ）病名告知をめぐる精神医学理論の資困

ともかく新病名が驚くべき速さで普及・定着したのは、旧病名の烙印的性格を、当事者と家族ほどではないにせよ、精神医療の従事者や関係者が認識していたからにちがいない。病名改定案を聞いた安永浩氏²¹⁾の「ああ診断書を書くのが楽になるかなあ」という第一印象は、多くの精神科医の感想でもあったであろう。「告知派」の精神科医なら「ああ告知が楽になったなあ」と思ったかもしれない。

しかし内海²²⁾は、新病名を現場で使用することを諒しながらも、このような理由だけで旧病名がいつも簡単に葬り去られることに対して、思惟することの貧困という精神医学界の現状を批判して「ある種の怒り」さえ表明している。筆者もまた、精神医学界が呼称変更の反スチグマ効果に幻惑されて、病名とその告知をめぐる本質的な問題の議論が整理・総合されないまま、新病名が精神医療の現場を一人歩きしていることに懸念を抱かざるをえない。ここでは筆者²³⁾が「統合失調症」を「精神分裂病」と同様に「原則非告知」としている理由として、呼称変更をめぐる提起されたままになっている問題を列挙しておく。

まず新病名そのものについては婉曲語法のひとつであるとか、ライト感覚の名称であるなど若干の批判がある^m。一方で、これを高く評価する精神科医はすくなくない。しかし「精神分裂病」にまとりついていた「社会的死」のイメージが、新病名によって払拭されるという期待を疑問視する意見も注目される。中里均氏^mによれば（精神科医がどう考えようと）「すべては世間（風聞といってもよい）がきめる」のであり、「原語にも訳語にも罪はない。そこに別の意味を付してしまうのは世間である。〈統合失調症〉という訳語にしても、いずれとんでもない意味が付与されて、価値中立的でなくなる恐れがある」。

次に医師が「病気に名前をつける」という行為の問題がある。かつて松本¹⁰は、治療のために不可欠な診断作業にも反治療的側面があることに言及したが、病名の問題^mについては自身が「病むこと」とそれを周囲が「病気と名づけること」との間には、埋めることのできない深淵が横たわっていることを指摘している。そして内海²⁰によれば「精神分裂病」にあつて当事者が直面していたのはまさに「命名に含まれる暴力」であつた。権威や力による傷つきやすさは「分裂病の病理の本質そのものに書き込まれている」のであり、命名とはまさに権威がなす行為だからである。

さらに「告知」という言葉について、尾久氏²⁰と加賀氏^mは「権威のあるものが下々に告げ知らせる」「権力を持った人が、支配している人に対する一方的な意思の押し付け」という意味が含まれていることを指摘した。これに加えて加賀氏^mは「インフォームド・コンセント」という言葉も、日本語になると告知と同じように上意下達の意味が強くなることに注意を促している。

二)「統合失調症」の病名告知

たしかに呼称の変更によって当面は「病名ショック・絶望症候群」のような激しい反応は減つたであろう。しかしすでに、新病名の告知は依然として当事者にとって侵襲性が強いという精神科医からの報告がある。当事者の森実恵氏（2006）¹⁰も「統合失調症に対するイメージはどうも昔のまま、間違つて浸透しているよう」だという。

いま「統合失調症」なら当事者は「命名に含まれる暴力」から逃れることができているのか。これからもこの病名なら「告知することが病気そのものよりも悲劇的なもの」にならずに済むのか。告知至上主義の風潮のなかでICの原則に盲従した安易な病名告知の蔓延が懸念される。

筆者はかねてよりICも広義の精神療法の一部とみなしているので、「治療の一環としての病名告知」¹⁰という考え方に賛同する。だからこそ病気を診断し、それに名を付け、その名を当事者と家族に伝えるという一連の行為については細心の注意が必要だと思う。（良くも悪くも）「言葉のさきはう国」の精神病理学には、この問題についての徹底的な議論を期待する次第である。

2●非告知投薬をめぐる理論と現場の乖離

あきらかに幻覚や妄想があるとみられるにもかかわらず、家族や周囲による異常言動の指摘や症状の存在を真っ向から否定し、受診の勧めや服薬を頑強に拒絶する人たちは今も後をたたない。そして服薬を拒否する当事者に困り果てた家族と、協力を求められた医師との「共謀」によって、いつのころからかいかわゆる「隠し飲ませ」（非告知投薬）が（双方ともに多かれ少なかれ罪悪感にさいなまれながら）ほとんど総ての通院施設で行われるようになった。じつは筆者もこれに関わつた経験が何回となくある。その有効性を最初に論文で公表したのは、筆者の知る限り、安斉（1977）¹¹である。

しかしICの議論が広まるにつれて、この行為は公表に馴染まないことが精神科医の間で暗黙の共通認識になった。やがてこの問題が症例報告の形で熊倉（1995）¹⁰によって提起され、「原則禁忌」という一案が呈示されたことで公表をタブー視する風潮はさらに強まつたようである。井本（1996）¹¹による長期「非告知」投薬例（精神病院通院者の1.5%）の公表は、所属病院長が難色を示したために所属が変わるまで延期され、それを掲載した雑誌の編集委員が「勇気」ある行為と称えたほどであるが、被告知投薬そのものは「現代医学における治療とはいえない」と否定された。

これに対して精神科医へのアンケート調査（1995）では74.2%が「止むを得ずにやることがある」と回答している。森山ら（1998）¹⁰は日本全国の精神科通院者で非告知投薬は約1万人にのぼると推定したうえで、自身の経験からこの問題をICとQOLの両面から論じ、非告知投薬を一方的に糾弾することの非を強調した。また1988年の非告知投薬に関する裁判（2000）¹²がその行為を「違法でない」としたことから、塚崎（2003）²⁰はこの問題の「オープンな議論に道が開かれた」として「非告知投薬の制度化」に言及した。折から非定型抗精神病薬（とくに液剤）への関心が公表の活発化に拍車をかけ、「自験成功例3例」（2000）、「円滑な治療導入が可能になった経験」（2003）、「非告知投薬で目覚めた」妄想症例（2006）とともに、非告知投薬中に「水中毒により横紋筋融解症を呈した」例（2005）も公表された。

しかし宮地ら（2003）¹⁰は先の判決によって非告知投薬が正当化されたわけではないとしており、精神医学界では「原則禁忌・現状改変」派と「条件付・現状容認」派とが並立している（「全面禁止」論はなさそう）。いずれにせよ再び裁判沙汰が不祥事件が起こつてメディアが騒ぎ出すことにでもなれば、世間は精神医学界に法的整備を迫るであろう。しかし非告知投薬は精神科医の法的・倫理的問題に尽きるものではあるまい。臨床的には、病気を否定し医療を拒否する当事者の「病識」を再考し、多要因モデルを介してその「欠如」へ治療的にアプローチする試み¹⁰も必要であろう。また病識欠如という個人の病理を超えた「関係性」の分析から、非告知投薬を「患者病理によって誘発された治療者の病理的反応」とした解釈¹⁰も注目される。さらにこの問題を、統合失調症が昔から精神医学理論につきつけてきた難題の一部と考える歴史的視点も必要ではないか。

医学的心理学の全歴史を20世紀の前半までたどって、ジルボーグ (1940)²⁰⁾ は「医師を含めて精神的に健康な人間の精神にとっては、精神病者は依然としてわれわれの文化的常識に対する断固たる反抗者」のようにみえたと述べた。その後の反精神医学運動はこれらの人たちの主張を一時的に代弁したが、21世紀にも「精神医学化に対する断固たる反抗者」は健在である。いま精神医学は、ノーマライゼイションの理念に照らして「反精神医学的存在」にどう関わるのかを問われているように思われる。

3 ● ふたたび当事者の手記(自己描写)へ

ここ数年間で注目すべき現象のひとつは、当事者による手記の出版・公開が活発になってきたことである。しかもその読者として想定されているのは、精神科医をはじめとする医療従事者よりも世間一般の健常者であり、ノーマライゼイションに向けての当事者側からの第一歩とみられる。いわゆる「闘病記」の出版は身体疾患の領域ではさらに活発で、癌の当事者による手記がもっとも多いが、これらを網羅して「闘病記コーナー」を設置した図書館では統合失調症の手記が身体疾患のそれと「同列」にならんでおり、こと手記に関しては偏見も差別もないことに筆者は感慨をおぼえた。

いずれにせよ精神疾患の当事者による手記は、身体疾患のそれとは異なる学問的な意義をもっていると考えられる。かつてE・プロイラーがその主著 (1911)²¹⁾ のなかで、統合失調症の症候学を当事者が自発的に書いた文章の引用で始め、ヤスバース (1913)²²⁾ が精神病理学の研究手段として「非常に役立つのは患者が自分で書いた記述である」と述べていたことが思い起こされる。もっとも最近の手記をかつてのように精神症候学的に、つまり内容の異常性や病理性に注目して読んでも得るところはあまりなからう。手記そのものが精神症候学にものづいて書かれているからである。

たとえば森実恵氏²⁶⁾ は「心の病をくぐりぬけて」、日常生活のなかで生ずる「心理的聴」を詳細に記述して、統合失調症の当事者がどのようにして「懊悩する哲学者のような生活をおくる破目になってしまう」のか、また「死ね、死ね」という命令形の幻聴よりも想像化声のほうがなぜ自殺の危機として恐ろしいのか、を記述している。さらに「言葉のサラダ」を、言い得て妙な文学的表現と評価して次のように説明する。「この病気になる人はもともと勘が鋭く、先の先まで考えます。空理空論にいつもふりまわされ、自分の首を自分で絞め、アリ地獄の中におちていくような傾向があります。そうした状況でもがき苦しみながらの必死な叫びが「言葉のサラダ」なのでしょう」と。そして森氏は「統合失調症ほど芸術的でロマンチックな病気は、ほかにない」「これほどユーモラスでユニークで人間的な病気は他にないだろう」というのである。

手記の著者たちが試みているのはまさに「コトバを通して病める心のありようをくわらうとする」こと、そしてそれを他者に伝えようとする、つまりは当事者による精神病

理学の営みにはかならない。いずれは「統合失調症の告知」や非告知投薬についても意見をきける日がくるであろう。いま精神病理学は、ふたたび内省・分析・表現の能力に秀でた当事者の手記(自己描写)に還って、健常者と共生する統合失調症の心のありようを学びつつ、その内容を豊かにする時期にきたのではないか。

● おわりに

精神病理学の門外漢の立場から、編集企画が精神医学理論の危機として挙げた事項のうち、晦渋な思弁に走る傾向はこの学問そのものの特性であり、実際の臨床精神病理が思弁的な精神病理に拮抗して二極化する傾向はむしろこの学問の健全なありかたであるとみた。また生物学的研究や薬物療法、計量的な診断・治療学(DSM・EBM)の隆盛が、精神病理学に危機をもたしているとするのも実は皮相な見解であり、これら諸領域の知見や経験を活用しつつ、病気の全体像と病人の内面性を取り戻すことこそこの学問に課せられた使命であると考えた。

その上ですべて精神病理学と生物学的研究の関係について、両者の間に接点はないが、前者を日常的世界の記述(略画)、後者を生物学的次元における記述(密画)として位置づけることによって相互の交流は可能であること、すでに精神病エピソードの回復過程における床記述とドーパミン活動の変化とは対応可能となっており、このことによって統合失調症の治療的理解が深まっていることを示した。

つぎにノーマライゼイションの時代を迎えて「診察室の精神病理学」は時代遅れの危機に瀕しており、「精神分裂病」から「統合失調症」への呼称変更をめぐって、あるいはインフレーション・シフトの原則と相容れない非告知投薬の問題に関連して、精神医学による理論的整備の遅れを指摘した。最後に、統合失調症の当事者による近年の手記に注目し、当事者自身による精神病理学の試みが今後この学問を豊かにする可能性について考えた。

謝辞：慶應義塾大学医学部精神神経科・鹿島晴雄教授のご支援を感謝する。

またこの論文は、かつて浜田秀伯氏²⁴⁾・加藤敏氏²⁵⁾・松本雅彦氏²³⁾・内海健氏²⁰⁾ から贈呈された著書に負うところが多い。ここに厚く御礼申し上げます。

【参考文献】

- 1) 安斉三郎：精神分裂病患者の治療拒否に対する二重投薬法の試み。臨床精神医学6；677-687, 1977.
- 2) Bleuler, E (飯田真, 他訳)「早発性痴呆または精神分裂病群」医学書院, 1974.
- 3) 深谷翼：診察なき診断および非告知投薬の適否。精神科治療学16；495-499, 2001.
- 4) 浜田秀伯「精神症候学」弘文堂、1994.

- 5) 広沢正孝「統合失調症を理解する」医学書院、2006.
- 6) 池淵恵美：「病識」再考。精神医学46；806-819, 2004.
- 7) 井本浩之：長期「非告知」投薬例の報告。精神科治療学11；867-871, 1996.
- 8) Jaspers, K (1913) (西丸四方、訳)「精神病理学原論」みすず書房、1971.
- 9) 加藤敏：治療の一環としての病名告知。精神科治療学19；137-138, 2004.
- 10) 加藤敏「統合失調症の語りと傾聴——EBMからNBMへ」金剛出版、2005.
- 11) 熊倉伸宏：地域において抗精神病薬液剤の「非告知」投与を受けていた1精神分裂病例の報告——インフォームドコンセントにおける「保護」概念の再検討。精神経誌97；106-116, 1995.
- 12) 黒木俊秀：個人精神療法と薬物療法。Schizophren Front 5；260-264, 2004.
- 13) 松本雅彦「精神病理学とは何だろうか」増補改訂版。星和書店、1996.
- 14) 宮地伸吾、藤井康男：Risperidone 液剤と精神病院患者への急性期薬物治療。臨床精神薬理6；1567-1574, 2003.
- 15) 森山成弥、他：精神科外来における無告知投薬の現状。精神医学40；517-524, 1998.
- 16) 森実恵「[心の病]をくぐりぬけて」岩波ブックレットNo671, 2006.
- 17) 中井久夫：医学・精神医学・精神療法は科学か——見極論にみえる常識論。こころの科学101；2-12, 2002.
- 18) 岡崎伸郎、他：座談会「精神分裂病はあるか」精神医療、第4次8・9合併号；17、1996.
- 19) 大石洋一「心の病との闘い・そして」文芸社、2002.
- 20) 大森莊蔵「知の構築とその呪縛」ちくま学芸文庫、1994.
- 21) 大塚公一郎：病名告知。精神治療学19；115-117, 2004.
- 22) Schneider, K (平井静也、訳)「臨床精神病理学」文光堂、1965.
- 23) 下津咲絵、他：統合失調症におけるセルフマネジメントとその対応。精神科治療学20；471-475, 2005.
- 24) 塚崎直樹：抗精神病薬非告知投与の現状と問題点。臨床精神薬理6；441-446, 2003.
- 25) 特集：「精神分裂病の概念と呼称をめぐって」(第92回日本精神神経学会総会シンポジウム)。精神神経誌98；701-731, 1996.
- 26) 特集：「分裂病の病名告知」精神科治療学14；1311-1372, 1999.
- 27) 特集：「病名と告知を考える」こころの科学105；8-86, 2002.
- 28) 討論：「精神医学と生物科学のクロストーク」精神医学36；621-624, 1994.
- 29) 内海健「[分裂病]の消滅——精神病理学を超えて」青土社、2003.
- 30) 八木剛平：いわゆる分裂病における病名と告知について。こころの科学105；84-85, 2002.
- 31) 八木剛平「現代精神医学定説批判——ネオヒポクラテイスムの眺望」金原出版、2005.
- 32) Zilboorg, G (神谷美恵子、訳)「医学的心理学史」みすず書房、1958.