

かつて安永 浩の診療に陪席する機会が何度かあった。在りし日の旧東大分院神経科（2001年本院に統合）で研修を受けた者の特権である。しかし私は、与えられたタイムリミットが来る前に、いつも退室していた。

安永は、まるで陪席者がそばにいることなどまったく眼中にないかのごとく、静かなたたずまいのなかで、患者の話を聴き、軽くなずき、時折さりげないコメントを呟いていた。そこで何が起きているのか見当もつかず、私はおいてけぼりをくらったような孤独を覚えた。同時に、その静かなたたずまいからは、「本当はいてもらいたくないのだが……」というオーラがにじみ出ている。早々に退散せざるをえなかったのである。

後年、安永の診療に同席した神田橋條治は、それを「いかなる侵襲も与えまいとする面接」と評し、それゆえに安永の記述ほど純粋な臨床データとして信頼できるものはないと回想している。

統合失調症（分裂病）が発見されたのは、今から百年ほど前のことである。そして^{また}瞬く間に精神病を代表するものとなり、多くの青年に過酷な生を強いるものとなった。この悲劇は、単に病理の重篤さだけによるものではない。統合失調症は、自分を発見したものと相性が悪い。まなざしの暴力によって深い傷を負うのである。

発見したまなざしは2つある。1つは、「早発性痴呆を発見した Kraepelin に代表される、徹底的な観察と記述の精神である。そして見出したものを命名・分類し、あくことなく体系を練り上げていった。もう1つは統合失調症の発見者である Bleuler の精神分析的素養である。彼の統合失調症概念の基幹となる「自閉」は Freud の「自体愛」に想を得たものであり、一次症状である「連合弛緩」には Jung のコンプレックス概念が色濃く反映されている。つまり統合失調症は、精神医学の二大潮流によって見出されつつ、拒まれているということになる。

安永が本稿で指摘しているように、統合失調症を病む者にとっては、他者が自分に投げかけてくる規定が、たとえ^{わら}唾うべき想像の押しつけであっても、通常の知覚並みの、あるいはそれ以上の、強制的なものとなる。あるいは、自らの内面が他者のまなざしのなかで限りなく透明化され、秘密を握られているかのように感じられる。そして自分の知らないところに勝手に登録され、語られることになる。われわれが統合失調症の症状を把握するとき、一歩間違えば、彼らをかように侵襲的な状況に追いやるものとなるのである。

昨今の精神科臨床では、統合失調症を病む人から症状を聴取することが当たり前のようになされている。だが、それはプロとしてあるべき姿だろうか。うつ病の場合には、医療という枠組みのなかで、丁寧に症状をたずねていくことが、診断や治療のために手堅く役立つ。境界例水準の事例の場合には、症状はあまり明確なまとまりをもち、むしろ周囲の人や治療者との関係性のなかに特徴が現われるだろう。場合によっては、治療の枠組み自体が揺さぶられることになる。

では、統合失調症の場合はどうなのだろうか。すでに示したように、医師が症状をたずねるといふごくあたりまえの行為が、彼らに強い不安を惹起するものとなる。それゆえ探索的な診察は最小限にとどめ、まずは彼らが安心できるような対応を心掛けるべきだろう。こうした治療的配慮をしている自分に気づくこと自体が、所見として診断的な意義もっている。そのためには、患者のたたずまいや切れ端のような所見からでも、彼らのなかで何が起きているのか、すぐれた先達から学ぶことによって、だいたいのところは想像がつくようになりたいものである。

この安永の症状論は最小限の侵襲性、卓越した記述力、類をみない精緻な精神病理の結晶である。目の前の事態を率直に受けとめ、記述に徹していくなかで、この病いの固有の病態、つまりは体験のもつ独特の逆説性にたどり着くことになる。

もちろん簡単に読みこなせるわけではない。しかしわれわれの症状把握はあまりにもイージーなものとなっていないだろうか。わからないことに対してあきらめずに立ち向かうのは、われわれの使命ではないだろうか。大部の論考なので、まずは「3. 幻覚」あたりまで読んでみてほしい。彼らの陥っている逆説性の一端が垣間見られたとき、この病理を受けとめる器は、一回りも二回りも大きくなっているはずである。

(内海 健)