*umière* 

専門医のための 精神科臨床 リュミエール 30

# 精神医学の思想

[責任編集] 神庭重信/松下正明

中山書店

精神科の専門医を対象として、日々新たにされる課題を掘り下げて提供するシリーズとして、〈リュミエール〉が発行されたのが2008年5月のことであった、リュミエール(lumière)とはフランス語で"光"のことである。本シリーズが、精神医学の諸問題を深く掘り下げ極めていく際の、"先導の明かり"となることを含意して名づけられた。初期の10巻が好評であったのを受け、さらに20巻の刊行が決まり、4年の歳月を経た今、本書をもってこのシリーズ30巻は完結する。

〈リュミエール〉は、その時々のトピックスを取り上げ、臨床に直結する実践的な情報を提供してきた。そしてシリーズの最後を飾る本書『精神医学の思想』は、精神医学が内包する中核的な問題について考え、あるいはまた精神医学が架橋する諸分野から精神医学を見直すことを通して、これまでのシリーズが提供してきた実践知の体系の上に、現代精神医学の姿を改めて描き出すことを試みた一巻である。

ありきたりであるが、精神という存在がヒトを人たらしめ、「人間性」を生み出しているのだとしたら、精神を病むということは、いきおい最も人間的な問題を孕むことになる。医学と生物学との分界点、すなわち人間性を扱うかどうかという点において、精神医学には、生物学を越えて、医学という学問が抱える問題が凝集されているともいえる。とりわけ、人は精神の拘束からどこまで自由でいられるのか、そもそも精神の自由とはどういう状態なのか。そして究極的には、人であるとはどういうことなのかなどの疑問を抱えながら、精神医学は精神を病む人々と向き合うことになる。

しかも精神もその障害も、ともに実体が未知である。この脆弱な基盤の上に作られている現象は、かつて宗教や信仰の誤った対象とされた時代を経て、哲学・倫理学および心理学の領域で研究が深められ、現代に至り科学による接近が可能になりつつある。確かに、他の医学領域にみられる目覚ましい科学的進歩には嘆息せざるをえない。臓器移植、人工臓器、ロボット手術、全ゲノムの解読と疾患遺伝子の発見、万能細胞の作成など例をあげればきりがない。聴打診やハンマーを頼りに疾患を鑑別していた彼らは、高度の画像診断とバイオマーカーを手に入れた。私たちは、他の医学領域の進歩に圧倒され、彼らと肩を並べることを願い、即物的な発見を高らかに唱うことを夢見てきたと思う。しかもそれは、脳科学の加速的な進歩をみせている時代の思潮にあって楽観的な気持ちでもいられ、意識経験(first-person experience)すらも神経科学の対象とする試みに違和感を持たなくなっている。

ここで私たちが注意すべきことがある. A という診断カテゴリーを対象として行われた無数の治験や臨床研究, そのメタ解析, あるいは大規模な疫学研究や生物学的研究を目の前にしていると, あたかもそこに"ある疾患"が存在

しているかのような錯覚に陥ってしまうのである.診断上の約束事にすぎないものが想像上の実体を獲得してしまう現象であり、これを物象化(reification)と呼ぶ.本来、実体が不可解な限り、決まり事である診断は、臨床的に有用かどうかでその真価が問われるべきものである.このように私たちは、精神医学が本来どのような基盤の上に成立しているのかを、常に知っておく必要がある.それは将来ともに決してないがしろにできない問題を含んでいるからである.

ここで本書の構成を紹介したい.まず読者には、I章に目を通していただきたい.精神医学とはどういう医学なのか、どのような歴史を経て現在に至り、いかなる側面を含むべきなのか、精神医学が異常であると判断する根拠は何なのか、などを考えていくと、精神医学の輪郭が徐々にはっきりしてくるだろう.過去を振り返ることは、現在の否定や敗北を意味しない.精神医学のあるべき姿を求めて、その歩みの歴史を常に振り返り、軌道を修正する必要がある.

精神医学は、精神を病むという自由、権利、あるいはそれらに伴う義務を語ることなくして存在しえない。II 章では、科学として成立しうる精神医学の普遍性・不変性と、その境界の外域で展開される反精神医学、反神経科学の謂、格差・貧困と精神疾患の親密性を考えていただきたい。

巨人 DSM-5 が登場するのも、はや1年後に迫っている。操作的診断の意義と限界を、批判的視点をもちつつ、理解し、利用していくうえで、III 章は貴重な論考に満ちている。続く IV 章では、精神医学の乱用や過剰な投薬などの歴史をふまえ、強制治療の倫理性、病名告知の是非などを取り上げる。改めて問われるべき精神医学像と治療論とが継ぎ目なく読者に語りかけてくるだろう。

V章では、精神疾患の神経現象を扱う、ただし、具体的な個々の現象は取り上げていない。これは、〈リュミエール〉16巻『脳科学エッセンシャル―精神疾患の生物学的理解のために』(2010)に詳しく紹介されているからである。ここでは、精神疾患を脳の機能と構造において理解しようとするときに、神経学との不連続点がないことに留意しつつ、参照すべき思考の航跡を渉猟してほしい。そして最終章 VI では、哲学、文化、宗教など、近年とかく傍観されがちな隣接分野の重要性を再認識し、精神医学の礎ともなっているこれらの学を考えていただきたい。

精神医学には、本書で扱いきれないほど数多い問題が横たわっている。今回 扱えた少数の問題ですら決して単純ではない。結論のない疑問もあれば永遠に 明確な輪郭が描けそうにない問題もある。しかたがって、書き手により答えは 異なる。しかも執筆者は論客揃いである。読者は彼らの論考を鵜呑みにするの ではなく、時に反駁し、自らの答えと新たな疑問をもって読み進んでいただき たい。それによって現代精神医学がぼんやりとでも浮かび上がるならば、〈リュ ミエール〉はその使命にひとまずピリオドを打つことができる。

# 専門医のための精神科臨床リュミエール 30

# 精神医学の思想

# CONTENTS

	_	wet to the same of		_
1	1.	精神医学とは何か ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	— 松卜止明	3
	2.	精神医学の起こり ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	大塚耕太郎	15
	3.	現代精神医学における正常/異常概念の検討 ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	— 加藤 敏	28
<b>—</b>				
П	4.	精神医学概念はあらゆる社会においても普遍妥当性をもつのか 「普遍性」の考古学:科学的真実と臨床的リアリティ	— 下地明友	51
	5.	精神医学はどこまで科学か ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	— 村井俊哉	64
	6.	なぜ精神医学は反精神医学を内に含むのか ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	— 鈴木國文	76
	7.	精神医学の光と陰	— 岡田幸之	90
	8.	精神疾患と格差・貧困 ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	— 中根秀之	100
	9.	神経科学の倫理性 ————————————————————————————————————	— 香川知晶	111
	10.	DSM と現代の精神医学――どこから来て,どこへ向かうのか ――	— 黒木俊秀	123
	11.	操作的診断の時代における精神病理学の意義とその進むべき道 ――	— 古茶大樹	137
IV	12.	精神医学における治療思想 ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	— 八木剛平	153
	13.	薬物療法の限界と可能性	— 樋口輝彦	167
	14.	精神分析は精神科医療にとってどのような意味があるのか ―――	— 藤山直樹	175
	15.	強制治療が許されるのはなぜか ――――――――――――――――――――――――――――――――――――	五十嵐禎人	191
	16.	統合失調症の偏見と病名告知の是非	— 藤井千代	208

# CONTENTS

V	17.	精神機能と脳――力動的局在論 ————————————————————————————————————	鹿島晴雄	223
	18.	神経学と精神医学	三好功峰	234
777	1.0		W7 C7 167	047
VI	19.	文化と精神医学	野田文隆	247
	20.	哲学と精神医学	花村誠一	258
	21.	宗教と精神医学	島薗進	272
索引				- 282

# 1. 精神医学とは何か

#### はじめに

精神医学とは何か. 何をもって精神医学と考えるのか. 精神医学の本質は何か.

精神医学の定義にかかわる問いに対しては、「精神疾患を対象とした医療、医学の一分野」とごく単純に、その枠組みだけをもって答えることもできるし、その枠組みに多少の肉づけをして、精神疾患を対象とした医療や医学の特色をより詳しく述べることをもって定義としてもよい、あるいは、精神医学の歴史的発展を述べることによって、また、筆者が別稿"で記したように、他の身体診療科との基本的な相違から精神医学にみられる特異性を描くことによって、精神医学とは何かという問いに答えることもできる。精神疾患はこれまでにどのようにとらえられてきたのかという精神医学の思想の変遷をまとめることによって精神医学を定義することも可能である<sup>2</sup>.

いずれの定義にしても、それぞれは相反するのではなく、相互に排他的になるものでもなく、むしろ相補的であるとされるべきであるが、しかし、そのような種々の内容を集めて、その実体をいかに詳細に記したとしても、それをもって精神医学の本質をとらえることができるのかどうか、疑問なしとしない。

もしそうであれば、精神医学にみられる基本的な考え方をもって精神医学を定義することが最もふさわしいのかもしれない。精神医学の根本にあるものといえば、筆者は、精神疾患に病む人をいかに理解し、その病いという苦悩から、その人をいかに脱却させるかということに関する根元的な認識である、と考えている。

そのような見方から、筆者は、ひとまず、「精神医学は、精神疾患に病む人の人間理解にかかわる学問であり、医療である」と定義しておこう。本稿は、そのような立場からの、一つの試案である。

# 精神疾患に病む人の人間理解

精神疾患に病む人(精神障害者)の人間理解にはさまざまな次元における理解がある。多次元的理解といってもよい、似たような言葉として、多

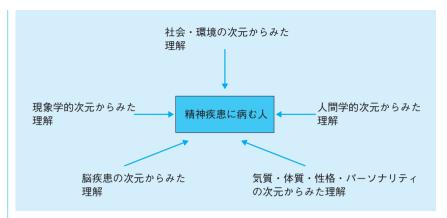


図 1 精神疾患に病む人の 5 次元的人間理解: [5 次元的精神医学]

面的理解があるが、そうではなくて、次元という言葉をことさら用いているのは、それぞれの次元における人間理解がそれ自体でほぼ完結していることを意味している。しかしまた、全人間としての理解のあり方としては、それぞれの次元が別個に独立しているだけではすまなくて、それぞれの次元における理解の総体が組み合わさって問われることになる。その意味を込めて、多次元的理解という用語を使う。

独自の存在をもった個々の人間を対象とするだけに、人間理解に至る多次元的理解の道筋は無限にあるといってもよい。しかし筆者は、なかでも基本的な理解のあり方として、5つの次元的人間理解があることを提唱したい。

すなわち, ① 脳疾患の次元からみた理解, ② 気質・体質・性格・パーソナリティの次元からみた理解, ③ 現象学的次元からみた理解, ④ 人間学的次元からみた理解, ⑤ 社会・環境の次元からみた理解, の5つの次元である.

このような精神障害者の5次元的人間理解を、いくらか誇張した表現になるが、5次元的精神医学(5D-psychiatry)と称してもよい.

なお,多次元的理解を図示することは難しく,図示することによって, 多面的理解として誤解される可能性がある.それを承知のうえであえて図 示すれば、 $\mathbf{図1}$  のようになる.

精神疾患を次元論の立場から多次元的に理解するという立場は、歴史的にいえば、20世紀当初から、Jaspers、Gaupp、Kretschmer など多くの精神科医によって主張されてきた。現代においても、多次元的見方を主張する人は少なくないし<sup>3</sup>、聞くところによると、DSM-5 には次元論的な思想による分類や診断基準が導入されるという。また、現代の精神医学教科書としては出色の著書<sup>4</sup>を著した McHugh らは、精神医学を理解する際の、4つの視点(perspective)として、疾患としての視点、次元的視点、行動的視点、生活歴としての視点をあげている。彼の言う視点は、私の言

う次元という用語にほぼ同一のものと考えて大きな誤りはない.

### 脳疾患の次元からみた理解

精神疾患は脳の病いであるという思想, つまり脳の病気によって精神疾患が生じるという考えは, 古代ギリシア・ローマのヒポクラテスやガレノスにまでさかのぼることができ, 精神障害者の人間理解のなかでも最も古い考え方に属する.

この思想はその後の精神医学史のなかでも連綿として続き。19世紀に なって、近代的な装いをもって、Griesinger、Wernicke、Kraepelin の精 神医学体系のなかでの主調となってきたが、その主調が「精神疾患は脳の 病気 | であるという単なるスローガンに終わらずに、その実体をもって語 られるようになってきたのは、20世紀、それも後半以降のことになる、 今や、精神疾患を脳の病変、あるいは脳機能の異常によって理解する立場 に異を唱える人は皆無といってよい、もちろん、その背景には、科学・技 術としての医学の著しい発展に伴い、種々の精神疾患における脳の病変や 機能異常が明らかになってきたことがあり、また、その解明が、統合失調 症にその典型をみるように、経験的に精神疾患に有効性が確かめられてき た薬物の薬理作用から逆照射されて明らかにされた病態に由来するという 事実が存在することはあえて述べるまでもない。 そこには、科学・技術の 発展に加えて、臨床経験によってもまた、精神疾患は脳の病気であるとい う思想が支持されていることの示唆を見ることができるし、脳の病気であ るという思想には、精神疾患が薬物療法によって治癒しうるという思想と 表裏の関係にあることを示唆している.

Schneider の教科書<sup>5)</sup> に明らかなように、従来、特にドイツ語圏内の精神医学では、「精神病」という概念は、脳に病変がある精神疾患という意味で用いられてきた。つまり、「精神病」は、脳に異常のある精神疾患すべての総称であり、そのなかで、すでに脳の器質的病変が明らかな疾患は脳器質性精神病とされ、脳病変が明らかでなくてもなんらかの身体的病因がすでに存在しているものに、症状精神病、中毒性精神病、代謝性精神病、内分泌性精神病などがあり、現在の段階では脳の異常を確認できないので症候学的、心理学的にまとめざるをえないが、いずれは脳の異常が解明されるはずであるとされる一群の疾患を、内因性精神病、あるいは機能性精神病と称するとされたのである。

いずれ器質的病変が明らかにされるであろうと推測された,いわゆる機能性精神病,つまり統合失調症や躁うつ病などにおいて,脳の器質的な異常が明らかにされてきたのが,まさに,現代の精神医学ということになる.統合失調症や躁うつ病でどのような脳の異常(分子遺伝学的情報も含めて)が解明されてきたのかについては,総論的な枠組み論を目的とした本稿で

はふれないが、それらの個々の病態の解明によって、脳器質性精神病と機能性精神病との二分法的な人間理解がもはや通用しなくなってきたことが示されたのである。まさにそのことが現代精神医学の特徴であるといっても過言ではない。

しかし、精神疾患は脳の病気だとし、その病態として、病変の部位や形態的異常、あるいは神経細胞を構成する物質や神経伝達物質の異常、あるいはその背景にある分子遺伝学的異常が判明したとして、さらには、病態というよりはもっと深化されてすでにして病因が解明されたとして、それだけの次元で、精神障害者の人間理解が完結できるのかどうかは疑問である。つまり、当たり前の話であるが、精神疾患の理解と精神疾患に病んでいる人間の理解とは同義ではないことの認識は欠かしてはならず、精神疾患の病態や病因がいかに詳細に解明されたとしても、そのこととその病いに悩んでいる人間を理解することとは質を異にする問題であるという認識は明確にしておかねばならない。

# 気質・体質・性格・パーソナリティの次元から みた理解

気質・体質・性格・パーソナリティという次元から、精神障害者を理解することも重要である。この次元による基本は、病んでいる精神疾患それ自体の知識もさることながら、病む人の、病前の素質、人格構造を知ることに意義を求めることにある。病前の素質や人格構造を知ることによって、精神疾患に病むことの意味もまた明らかになるはずだからである。

ただ、この次元における現代精神医学の関心はきわめて乏しく、そのことに疎い筆者の私見によっても、これらの要因についての新たな知見をみることがほとんどないといってよい。

従来の教科書的な記述に従えば<sup>6</sup>,性格の基礎にある感情面の先天的な傾向を気質\*¹といい,この気質を核として家庭,教育,訓練,環境などの後天的な影響が加わって,感情・意志・行動,社会生活,対人反応など,いわゆる性格,パーソナリティの特性が形成されていくということになるが,精神障害者の理解にとって,その人の固有の気質や性格,パーソナリティの特性をとらえていくことが必要である.

また、人格・パーソナリティの類型として、内向型・外向型に分ける Jungの類型に始まって、Schneiderの異常人格分類<sup>5)</sup>、ICD-10 や DSM-IV に記述されるいくつかのタイプがあり、また、ヒポコンドリー基調と自己 不全感を基底として死や疾病への恐怖におびえ、種々の神経症的症状を呈 してくる森田神経質、几帳面さと正義感、熱中性などを特徴とする下田の 執着性格、勤勉、良心的で秩序を重んじ、他人のための存在を生きがいと する Tellenbach のメランコリー親和型人格などもまた常に患者理解の基

#### \* 1

活発, 精力的, もの静か, 鈍い, 朗らか, 暗い, 不機 嫌など. 礎となる。さらに、性格と体格・体質との関連を強調する Kretschmer のやせ型・統合失調気質、肥満型・循環気質、闘士型・粘着気質の3つの類型、人の身体的構造の計測から内胚葉型、中胚葉型、外胚葉型に分けて気質や性格との関連を求めた Sheldon の3類型などもよく知られている。

このような、気質・体質・性格・パーソナリティという次元から、精神 障害者を理解することの重要性は、現代においても、変わることはない。 ここでは、従来の教科書的な見方にふれたのみであるが、将来、この次元 における気質論、体質論、性格論、パーソナリティ論における新たな展開 がなされることが期待される

# 現象学的次元からみた理解

精神障害者の心,つまり精神障害者の主観的な心理や感情をいかにして 正確に把握するのか,その主観的な心理や感情の背景にある基本的な人格 特性をどのようにとらえるのか,そしてそれらの心のあり方と基本的な特 性を通して,その人をいかに理解するのかが,この次元における理解のあ り方である.

精神障害者の主観的な心のあり様をどのようにとらえるのかは、古くより精神医学にとってきわめて重要な課題であったが、その解決への大きな一歩となったのが、Husserl の現象学であり、範疇的直観、本質直感、あるいは現象学的還元という方法であった。いかなる先入見も、予断も、知識も、解釈も、判断も、知的操作も、価値判断も、思考も、主観・客観との区別もすべて排除して、本質直感、現象学的還元という精神作用をもって、現象をありのままに記述し、その背景にある基本的な人格特性を理解するという Husserl に由来する方法論的哲学\*2 は精神医学にとっても大きな影響を及ぼすことになった。

Husserl の現象学に関連した精神医学的方法としては Jaspers によって詳細に記された記述的現象学がよく知られているが,Ellenberger は,精神障害者の現象学的次元からとらえた人間理解にとって重要な方法的接近として,Jaspers の現象学に加えて,成因的構造的現象学,範疇的現象学も重要であることを指摘している<sup>7</sup>.

#### 記述的現象学

記述的現象学の基本は、症状、症候、疾患単位といった概念から精神障害者の状態を分析するのではなく、精神障害者の主観的症状に焦点を合わせることによって精神障害者の心的状態をとらえようとすることにある.

1913年、Jaspers は、何をもって精神疾患とするのかを明らかにするための、いわゆる精神医学の方法論を樹立するために『精神病理学総論』®を著し、Husserlの現象学に基づいた症候論を展開した、彼自身は、その

#### \* 2

本稿では、2、3の例外を 除き, 哲学関係の論考を引 用しない. ただ、Edmund Husserl については、以下 の論考が彼の思想を知るう えで勉強になったことだけ はあげておきたい. フッ サール(立松弘孝、松井良 和. 赤松 宏訳). 論理学 研究1~4. 東京: みすず 書房;1968-1976, 特に 第4巻;同(谷 徹訳). ブリタニカ草稿. ちくま学 芸文庫. 東京: 筑摩書房; 2004;同(立松弘孝編). フッサール・セレクショ ン. 平凡社ライブラリー. 東京:平凡社;2009.

なお、Husserl の現象学については、Binswanger L. Über Phänomenologie. Z Neur 1923; Vol 82 (木村敏〈訳〉. 現象学について、荻野恒一、ほか〈訳〉. 現象学的人間学一講演と論文1. 東京: みすず書房;1967に所収)を参照されたい.

症候論を精神病理学的現象学と称したが、一般には、Jaspers の記述的現象学といわれる。記述的現象学という言葉もやや曖昧であり、ここでは Jaspers の現象学を精神医学的現象学としておく.

『精神病理学総論』刊行の1年前に、Jaspers は、「精神病理学における現象学的研究方向」<sup>9)</sup>という論文を公刊しているが、『総論』とこの論考によると、精神症状には、客観的症状と主観的症状があり、客観的症状は、反射、運動、表情、運動性興奮、言語、妄想などの言語産物など対象者に現れる種々の現象のほかに、著述作品行為、生活態度、作業能力など感覚器官で知覚しうるすべての事象が含まれる。

一方,主観的症状には、感覚器官によって観察されるものでなく、あるいは思考の力をもってしてではなく、他者の心に感情移入、共感することによって、内的な直観、共体験によってのみとらえられる現象が含まれる。また、感動、不安、悲哀、快活などのように表出される感官現象のなかで直接的にとらえられるものも含まれるとし、主観的症状を把握するためには、対象者である人間への感情移入、共感、共体験、直観が必要であるとJaspers は強調する.

心的体験が何に依存し、それがどのような結果になり、いかなる関連が心的体験に含まれるのか、あるいは心的体験はその人にとってどのような意味があるのかを対象とする、いわゆる主観的心理学を深めるためには、心的体験を心に描き出し、明確に限定し、その特定された心的体験の意味を明らかにする必要がある。そのための、心的現象を包括的に整理する作業のことを精神医学的現象学と称するのだと Jaspers は述べる。すなわち、精神医学的現象学は、実際に体験されたことのみを問題とし、心的なものを人間の内部から直接に、ありのままに想起して観察することによって成り立つとする。すなわち、精神医学的現象学のキーワードは、感情移入、共感、共体験、直観であるということになる。

Jaspers は、また、Dilthey の哲学に影響されて、了解と説明という概念を精神医学に導入するが、了解との関連でいえば、心的状態の現象学的理解は、発生的了解ではなくて、静的了解と呼ばれることになる。Jaspers の精神医学的・了解的現象学は、その後の精神医学に大きな影響を及ぼし、Kretschmer、Birnbaum、Rümke、Welsh らの優れた業績を生み出すことになる。

Jaspers は、自らの現象学を補充するものとして、筆跡や文学、絵画や彫刻など精神障害者が表現する作品を通して、精神障害者の心的体験を明らかにする、いわゆる精神障害者自身に自らの内面を語らせようとする方法である表現病理学という分野を開拓するが、その一つに病跡学という精神医学のなかでも独自の領域\*3が生まれてきたことはよく知られている。

しかし,対象者の表現能力にもかかわることで,精神障害者が述べたり, 記述することが,本当に彼らの心的体験や心的状態をありのままに正確に

#### \* 3

現在では、病跡学という言葉より、創造学という用語がよく使われるようになってきた.

現しているのかどうか、あるいは精神医学的現象学のみで精神障害者の心的状態の本質をとらえることができるのかどうか、Jaspers の記述的方法のみでは心的体験を正しく把握することは難しいのではないか、むしろそれらの心的状態を統合する基底的な人格特性こそを明らかにすべきではないのかという批判が出された。その結果、精神医学的現象学を補足するものとして、Ellenberger のいう、成因的構造的方法、範疇的分析などが提唱されることになった。以下、主として Ellenberger の論文でによって、簡単にふれてみる。

#### 成因的構造的方法

記述的現象学で得られた種々の心的体験や心的状態のそれぞれの関連, あるいはそれらの背景にある基本的な障害を明らかにする立場で,それを 代表するのが, Minkowski の「構造分析」と von Gebsattel の「構成的成 因的観点」である.

Minkowski<sup>10</sup> も von Gebsattel<sup>11)</sup> も、精神障害者の意識や心的状態の背景にある基本的な障害に注目し、うつ病者においては、時間の流れの障害、特に時間の流れの停止や逆流が見られることに注目する。うつ病者にとっては未来への時間の流れが障害され、彼らの目は過去にしか向かないことになるという<sup>10)</sup>。また、Minkowski は、統合失調症者の基本的な状態として、現実との生ける接触の喪失<sup>12)</sup> をあげ、von Gebsattel は、強迫神経症者には、自分にとって親和的、非攻撃的なものは存在せず、すべての事物は腐敗的、崩壊的、汚物的な相貌をもったものに見え、したがって強迫神経症者はその腐敗的な対抗世界への無限の闘いを行うことになり、その無限の闘いにこそ心的状態の本質があるとする<sup>13)</sup>.

#### 範疇的現象学

範疇的な視点(categorical frame of reference), つまり, 時間性, 空間性, 因果性, 物質(実体)性などの範疇において, 精神障害者がどのような体験をしているのか, その実際の体験を通して障害者の心的状態, あるいは心の内部世界を再構成するのも現象学の務めである.

Ellenberger はそれぞれの範疇について詳しい紹介をしているが $^{7}$ 、そのなかから時間性と空間性についてふれてみると、まず、時間性に関しては、つまり、精神病理学的現象学としては、精神障害者の主観的時間体験ということになるが、Bergson の内的持続という時間  ${\bf a}^{14}$  が、特にMinkowski  $^{10}$  や Janet  $^{15}$  の精神病理学的現象学に大きな影響を与えたことが強調される。

精神病理学的現象学では、前項で述べたように、Minkowski の論考<sup>10</sup> や von Gebsattel<sup>11)</sup> がうつ病者の本質としてとらえた時間の流れの障害、Janet の不変時間と可変時間概念<sup>15)</sup>、あるいは Janet の現在化(présentifi-

#### \* 4

高齢になると時間の経過の 速度が速くなる, 躁病者で は時間の経過のスピードは 促進される.

#### \* 5

内的生活史という概念は Binswangerが用いたかすので、外的な出来事に対す直 個人的な反応として、応 的な心情的・身体的反志は 心情的な体験における与す。 反応があり、後者の反応な おける体験内容の内的・ と と り関連を内的生活史と んだ。 cation) 概念, また時間の速度意識の障害\*4, 過去, 現在, 未来をどのように経験するのかという問題などが論じられることになる.

空間性に関しても、精神病理学的現象学にとって、精神障害者が自らの心の内部世界でどのような主観的空間体験をしているのかを知ることは重要である。Ellenberger でよれば、主観的空間体験の現象学については、Husserl の現象学と Heidegger の『存在と時間』の影響が強く、精神医学関係では、Straus 160 のダンス空間、Binswanger 170 の気分や感情によって決定される気分空間、また歴史的・神秘的・美的・技術的空間、空間における垂直軸、Minkowski 100 の明るい空間と暗い空間、輝く空間、生きられる距離、Merleau-Ponty 180 の空間構造などの概念が精神障害者の心的状態、さらには障害者の幻覚や妄想を理解する際にきわめて重要であると指摘されている。

## 人間学的次元からみた理解

この次元の基本は、精神障害者を、生活史、とりわけ内的生活史\*519の立場から、精神障害者を理解しようとすることにある。生活史を理解する際には当然のことながら、主観的な心的体験を正しく把握する必要があり、したがって、生活史的理解のためには、前項で述べた現象学的次元からの理解が大前提となる。現象学的次元と人間学的次元とは重なっている部分が多く、あえて両者を区別する必要はないという意見も成り立つが、筆者は、一方では主観的心的状態の把握、他方では生活史の重視という次元であり、筆者の精神医学観では、両者の次元は別個に扱うことになる。

生活史の立場から人間を理解するといえば、まずは精神分析を中心とし た力動精神医学をあげなければならない、その中心にあるのは、言うまで もなく Freud で、彼の思想は、内的生活史に深く立ち入りながら、人間 の精神を細かく分析し、その生活史のなかから発生する無意識、心的外傷 という世界を発見し、さらにはいくつかの要素的コンプレックスを取り出 し、それらを自我という自然科学的構築を思わせる心的装置のなかに位置 づけることによって、自らの精神医学の体系を形成することにあった。ま た、力動精神医学における力動とは、まさに、内的生活史における意識・ 無意識の世界におけるダイナミズムであった。しかし、一方で、Freud は、 自然科学的思考を人間の心理現象に適用させる。あるいは人間の本質を自 然科学的な図式に還元することによって自らの理論を体系づけようともし た、後に、Freud の生物主義と批判されることになる方法で、そこでは人 間理解というよりは自然としての存在の理解のほうに重点がおかれること になる. したがって、Freud の理論では、内的生活史的方法をとりながら も、彼の独自の方法で精神障害者を理解するにはかなりの限界があること を認めないわけにはいかない.

そのような見方からすれば、人間学的次元からの理解を代表するのは、つまり、内的生活史の次元での人間理解を徹底させたのは、Freud の精神分析に深く入り込み、その影響を強く受けながら、そこから離れて Husserl や Jaspers の現象学に傾斜し、さらには Heidegger の世界内存在としての現存在哲学に依拠しながら、自らの哲学を形成し、いわゆる現存在分析を唱えた Binswanger であると考えられる\*6. 宮本は、「精神医学における人間学的傾向は、19世紀の自然科学的方法に対する反立として、まずフロイトによって準備され、ヤスパースによって精錬され、フッサールによって方法化され、ハイデガーによって深化されたともいえるひとつの前衛的思想のようなものであり、この思想の変遷を縦断的に生きつづけたのがビンスワンガーであった」と述べている<sup>20</sup>.

Binswanger の現存在分析を理解するには、Kierkegaard に端を発する実存主義の考え方、つまり、①事物の存在と人間の存在との根本的な相違を認める、②存在と非在(無)の両者を心理的体験の対象とする、③個人が生きている個別的世界における存在としての人間(世界内存在)の理解、④現象学的方法の活用、という4つの点に特徴のある考え方をもとに、人間の実存構造を分析し、人間の存在様式である現存在概念の特性を把握しておかねばならない<sup>21)</sup>.

現存在分析は、Dubois による「道徳療法」や Viktor E. Frankl の「ロゴテラピー」などで知られている実存的精神療法といわれるものとはまったく異なるものである。実存的精神療法では、精神分析と現象学は完全に排除されるが、現存在分析では、前述したように、精神分析、現象学、Heidegger の思想が総合的に取り入れられることになる。 Ellenberger 7.21)は、現存在分析は、Heidegger の概念を座標軸として、精神障害者の主観体験の世界をできるだけ完全に現象学的に探究しようとするものであると述べる。何がその障害者の時間性、空間性、因果性、物質性などの主観的体験となっているのか、他の人間たちとの関係のあり方はどうか、現存在の双数性、単数性、無人称性の体験をもっているのか、非本来性ならびに本来的な生の拒絶のあり方はどうか、などを調べる。このようにして再構成された精神障害者の主観的体験の世界は、さらに、その力動的起源と自らの生きてきた過程での展開という観点からも探求されるが、このような特徴的な考え方を精神障害者の治療に応用しようとするのが現存在分析である<sup>21</sup>)。

# 社会・環境の次元からみた理解

精神障害者が、家庭、地域、学校、職場、食住の環境、自然環境など、社会や環境のなかで、どのような人間関係を営み、どのような生活をしているのか、そのような次元で精神障害者のあり様を理解するという立場が

#### \* 6

Binswanger の現存在分析やその他の実存分析などをまとめて人間学的分析,あるいは人間学的精神医学ともいう. 筆者は,ここでの次元論で,人間学的次元からの理解という言葉を使った所以である.

#### Memo

Binswanger の現存在分 析については、彼の著書、 Binswanger L. Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins. Türlich: 1942, Traum und Existenz(荻野恒一 〈訳〉. 夢と実存. 東京: みすず書房;1960), Schizophrenie, Bürlingen; 1957 (新海安彦, 宮本忠雄,木村 敏〈訳〉. 精神分裂病, 1, 2. 東京: み す ず 書 房;1960-1961). Über die daseinsanalytische Forschungsrichtung in der Psychiatrie. Schweiz Arch Neur Psych 1946; 57: 209-235 (宮本忠雄〈訳〉. 精神医 学における現存在分析的 研究方向. 荻野恒一. ほ か〈訳〉. 現象学的人間 学一講演と論文1. 東 京: みすず書房; 1967) など参照. 特に, 『精神 分裂病』中の症例エレ ン・ウェストの記述が重 要である.

#### \* 7

Adolf Meyer については、 彼の著作集の Winters EE (ed). The Collected Papers of Adolf Meyer, 4 Vols. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1950-1951 & Winters EE, Boers AM (eds). Meyer A: Psychobiology. A Science of Man. Springfield: Charles C Thomas; 1957, Liff A (ed). The Commonsense Psychiatry of Dr Adolf Meyer. New York: McGraw-Hill; 1948 を参照.

#### \* 8

Meyer はアメリカにおける 作業療法の父といわれてい る.

#### Memo

Adolf Meyerの夫人であ る, Mary Potter Brooks Meyerは、アメリカで 作業療法を精神科医療に 導入した最初の人として よく知られている. 精神 科医療における作業療法 の歴史のなかで彼女の名 は欠かせないが、彼女の 仕事が Meyer に影響し たのか、Meyerの影響 によって彼女の活動がみ られたのか、その間の相 互の影響性については, 筆者には不明である. た だ, Meyer 夫人は素晴 らしい女性で、多くの面 で、Meyerの生涯を支 えたという逸話にはこと 欠かない.

この次元からみた理解である。人間を社会や環境のなかでとらえるという見方、考え方、つまり、psycho-social な観点はあらゆる医療の場で承認され、かつ、その観点が医学や医療において必須であることが強調されてきているが、特に、精神医学の領域では、古くから、精神障害者の理解にとって重要な観点として、採り入れられてきた思想であった。

広くは、bio-psycho-social model (生物・心理・社会モデル)とされるが、その中核にあるのは、social な視点から人間をとらえようとする立場であると考えられる。そのような社会的観点から精神障害者を理解するという思想は、精神医学史のなかでは古くから存在していたが、近代的な色彩を帯びたものとしては、20世紀前半のアメリカ精神医学の発展のなかでAdolf Meyer によって主導され、その後の第二次世界大戦の経験を経て、1950年代に華咲いた精神医学運動の中心にあったとみなしてよいであろう。その思想の影響のもと、戦後のアメリカにおいて、社会精神医学という分野が確立されてきたという歴史もまたあえて繰り返すまでもない事実であった。

周知のように、生物・心理・社会モデルは、George Engel によって体系化されたとされるが<sup>22)</sup>、その源流にあったのは、Meyer の思想であった\*7. 特に、彼の思想は、生物・心理・社会モデルを示す言葉として精神生物学(psychobiology)という概念を提唱し、その概念のなかで、精神障害者を、疾患、生活歴、教育などを含め、その人の身体・心理・社会的な背景をもとに、一人の全人間としてとらえるということに、主眼があった。そこでは、精神・身体の二元論は否定され、心身一元論のもと、holistic に人間をとらえるという思想であった。「精神医学の出発点は、心や身体やそれらの諸要素ではなく、生物学的に組織された単位やグループ、およびその機能を示す事実にある」「精神医学は、個々人が一人の人間として紡ぎだす客観的事実を研究する学問であり、人間全体の機能や精神的に統合された行動を研究する学問である」と、Meyer は主張する.

なお、Mayer の精神生物学思想の形成にあたっては、当時の心理学者である Peirce、William James、John Dewey の影響が強く及んでいたことは周知のことであり、また、その事実は忘れられてはならないだろう。

以上のようなことからも直ちに推測されるように、Meyer の精神生物学による精神障害者の治療の目標は、患者の人格の統合であり、患者を日常の生活にいかに適応させるかにあった、患者が示す不適応は教育や指導によって改善させることができるとして habit training を唱えたり、作業療法の重要性を指摘したり\*8、心理・社会的側面の重視という意味で、精神科医療における家庭訪問の意義を高く評価し、その実践を常に勧めたのは Meyer であった.

また、生物・心理・社会モデル(=精神生物学)は、社会における精神 障害者の待遇、処遇にも関心が及ぶ思想であった。Meyer は、一般社会 における精神疾患や精神障害者に関する啓発活動を促すことにも力を入れ、コネチカット精神衛生協会や連邦精神衛生委員会の設立の中心的人物でもあった. mental hygiene(精神衛生)という用語を提唱したのはMeyerであった.

Meyer 以降の、生物・心理・社会モデルの発展については、ここでは ふれないが、最近になって、このモデルに対して、それは単なる掛け声だ けにしかすぎず、実態は乏しく、単一の視点をもたず、曖昧な折衷主義に しかすぎないとした、厳しい批判が出されている 3.23 特に、Ghaemi の 批判 23 は、筆者としては異論があるものの、いろいろと教えられること もあり、興味深いが、話題自体は本稿の範囲外にあり、このような批判書 が出されていることだけを示すにとどめることにしたい.

#### おわりに

筆者の提唱した5次元的精神医学,つまり,精神障害者を,① 脳疾患の次元からみた理解,② 気質・体質・性格・パーソナリティの次元からみた理解,③ 現象学的次元からみた理解,④ 人間学的次元からみた理解,⑤ 社会・環境の次元からみた理解,の5つの次元から理解するという考え方は、別にこと新しいものではない。それどころか、それらの次元における代表者として、Husserl、Dilthey、Heidegger などの哲学者はともかく、Jaspers、Minkowski、Binswanger、Meyer、von Gebsattel、Straus、Ellenberger など、今や、現代精神医学でほとんど忘れ去られている人物ばかりが登場していることからも自明なように、20世紀の初めから半ばにかけての思想であった。

そのような現代精神医学にとっては忘却されてしまった思想にこだわり続けることに、いささか忸怩たる思いがないわけではない。しかし、あえて、5次元的精神医学として、それらの思想にこだわる理由としては、彼らの思想が日本に導入され、翻訳でも手軽に接近できるようになった1960~1970年代に筆者が精神医学を学び、それらの著書や論文を読みふけった時代があり、それらの論考に少しはなじんでいたことをあげることができる。いや、それは筆者のてらいであって、20世紀前半から60、70年代までに出された彼らの思想は、21世紀の精神医学を考えるうえでも、なんら古ばけてはいないという確信があってのことというのが最大の理由である。

脳科学が中心である現代精神医学においても、疾患ではなく、疾患に病む一人の人間を理解するためには、Jaspers や Minkowski、Binswanger、Meyer らの考え方に再び注目することの意味は小さくはないという考えを筆者はもつ。筆者の一つの試案は、彼らの現代的な復権を願っての論考でもあるとしてよいのかもしれない。

(松下正明)

#### 引用文献

- 1) 松下正明. 精神医学. 加藤 敏, ほか (編). 現代精神医学事典. 東京: 弘文堂; 2011. pp579-581.
- 2) 松下正明. 精神医学の思想―精神の病はどのように認識されてきたのか. 社会技術レポート No 27. 東京:科学技術振興機構 社会技術研究開発センター;2010(阿部博之,ほか〈編〉. 科学技術と知の精神文化 III―創造性と環境. 東京:丸善プラネット;2012 に所収予定).
- 3) Ghaemi SN. The Concepts of Psychiatry. A Pluralistic Approach to the Mind and Mental Illness. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2003 / 村井俊哉(訳). 現代精神医学原論. 東京: みすず書房; 2009.
- 4) McHugh PR, Slavney PR. The Perspectives of Psychiatry, 2nd edition. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1998.
- 5) Schneider K. Klinische Psychopathologie, 7 Aufl. Stuttgart: Georg Thieme; 1962 / (第15 版の訳として) 針間博彦(訳). クルト・シュナイダー 新版 臨床精神病理学. 東京: 文光堂; 2007.
- 6) 大熊輝雄. 現代臨床精神医学, 改訂第7版. 東京:金原出版;2009.
- 7) Ellenberger HF. A clinical introduction to psychiatric phenomenology and existential analysis. In: May R, et al (eds). Existence. A New Dimension in Psychiatry and Psychology. New York: Simon & Schuster: 1958.
- 8) Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Berlin: Julius Springer; 1913 /西丸四方(訳). 精神病理学原論. 東京: みすず書房; 1971.
- 9) Jaspers K. Die Phanomenologische Forschungsrichtung in der Psychopathologie. Z ges Neurol Psychiat 1912:9:391-408/藤森英之(訳). 精神病理学における現象学的研究方向. 精神病理学研究 2. 東京:みすず書房:1971. pp195-217.
- 10) Minkowski E. Le temps vécu. Étude phénoménologiques et psychopathologiques. Paris: d'Artrey; 1933 / 中江育生, 清水 誠(訳). 生きられる時間, 全2巻. 東京: みすず書房; 1972-1973.
- 11) von Gebsattel VE. Zeitbezogenes Zwangsdenken in der Melancholie. In: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin: Springer; 1954.
- 12) Minkowski E. La Schizophrénie. Paris: Payot; 1954 / 村上 仁(訳). 精神分裂病. 分裂性性格者及び精神分裂病者の精神病理学. 東京: みすず書房; 1954.
- 13) von Gebsattel VE. Die Welt des Zwangskranken. In: Prolegomena einer medizinischen Anthropologie. Berlin: Springer; 1954.
- 14) Bergson H. Essai sur les données immédiates de la conscience. Paris: Alcan: 1889 / 竹内信夫(訳). 意識に直接与えられているものについての試論. 東京: 白水社: 2010.
- 15) Janet P. L'Evolution de la mémoire et la notion de temps. Paris : Chahine ; 1928.
- 16) Straus E. Die Formen des Räumlichen. Ihre Bedeutung für die Motorik und die Wahrnehmung. Nervenarzt 1930: 3:633-656.
- 17) Binswanger L. Die Raumproblem in der Psychopathologie (1932). Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Vol II. Bern: Francke: 1955. pp174-225.
- 18) Merleau-Ponty M. Phénoménologie de la perception. Paris: Gallimard; 1945 / 竹内 芳郎, 小木貞孝, 木田 元 (訳). 知覚の現象学, 全2巻. 東京: みすず書房; 1967, 1974.
- 19) Binswanger L. Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte. Mschr f Psychiat Neurol 1928; 68:52-79 / 宮本忠雄 (訳). 生命機能と内的生活史. 荻野恒一, ほか (訳). 現象学的人間学一講演と論文 1. 東京:みすず書房; 1967. pp63-93.
- 20) 宮本忠雄. ビンスワンガー. 井村恒郎, ほか(編). 異常心理学講座第7巻 精神病理学1. 東京:みすず書房;1966. pp383-444.
- 21) Ellenberger H. Existentialisme ey psyhciatrie. L'Union médicale du Canada. 20, 1961 /中井久夫(訳). 実存主義と精神医学. 中井久夫(編訳). エランベルジェ著作集 3. 東京: みすず書房: 2000. pp47-79.
- 22) Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry 1980: 137: 535–544.
- 23) Ghaemi SN. The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model. Baltimore: The Johns Hopkins University Press: 2010.

# 専門医のための精神科臨床リュミエール 30 精神医学の思想

2012年5月10日 初版第1刷発行©

「検印省略〕

編集——神庭重信/松下正明

発行者——平田 直

発行所 ——— 株式会社 中山書店

〒113-8666 東京都文京区白山 1-25-14 TEL 03-3813-1100(代表) 振替 00130-5-196565 http://www.nakayamashoten.co.jp/

本文デザイン ----- 藤岡雅史 (プロジェクト・エス)

装丁 — 花本浩一(麒麟三隻館)

カバー装画 ―― 安田みつえ

印刷·製本 —— 三松堂株式会社

Published by Nakayama Shoten Co.,Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73247-3

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します.

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)は株式 会社中山書店が保有します.

JCOPY ((社) 出版者著作権管理機構委託出版物》

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。 複写される 場合は、そのつど事前に、(社) 出版者著作権管理機構(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, e-mail:info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください.

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、 著作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き著作権 法違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上 使用する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。 また私的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本 人以外の者が上記の行為を行うことは違法です。