

精神医学
エッセンシャル・コーパス③

日本の名著論文選集

精神医学を拓げる

諏訪 望
福島 章
吉野雅博
鳩谷 龍
藤縄 昭
神田橋條治
木村 敏
仲宗根玄吉
荻野恒一
小林靖彦

総編集・松下正明

編集・井上新平

内海 健

加藤 敏

鈴木國文

樋口輝彦

中山書店

Essential Corpus of Clinical Psychiatry

序

誤解をおそれずに言うなら、本書に収められた諸論文が書かれた時代は、20世紀初頭に構築された古典的疾患体系が大きく揺らぎはじめた時代と言っていい。Charcot, Janet, そして Kraepelin, Freud, さらには Bleuler, Schneider, Jaspers, そうした人々の観察と思索のうえに築かれた「二大精神病」と「神経症」という精神医学の枠組みが綻びを見せはじめ、同時に、さまざまな辺縁域に新たな病態が現れ、精神医学が大きな変革を要求された時代である。1970年代半ばから1980年代はじめというこの時代、第二次世界大戦後に精神医学推進の中心がヨーロッパからアメリカへと移行してすでに四半世紀以上が過ぎ、精神分析という知への熱狂もさめ、反精神医学の波がいったん精神医学の多くの部分を洗い、薬物療法がすでに一定の効果を達成していた。それは、DSM-IIIという新たな精神疾患の分類が世に浸透する、まさにその前夜に当たる。そしてまた、巨大なグローバル資本経済が一気に世界を包み込む前夜でもあり、また、情報化の波が世界を覆う前夜でもあった。

『精神医学を拓げる』というタイトルのもとに集められたこれらの論文のどれもが今日の精神医学の抱える問題のいわば根の部分に照射している理由の一つは、そのような時代背景に求めることができるだろう。その頃、精神医学はまさに拓がらなければならなかったのであり、それ以降、脱皮を繰り返すことが必要だったのである。世に精神科クリニックなるものが出現し、一気に浸透していくのはまさにこの頃からであったし、精神科医の数が飛躍的に増したのも、またこの頃からであった。

統合失調症は、われわれの「了解の彼方」で繰り返される絶対的に背理的な思考、主体を覆す病的体験を主徴とする病態であるが、統合失調症という概念はそれが提唱され、市民権を得たその時からすでに外延規定の難しい概念であった。境界例概念が盛んに論じられたのは1970年代。躁うつ病から単極性うつ病が切り離されたのは1960年代、そのうつ病のすそ野が広がりはじめたのは1970年くらいであろうか。今では、うつ病と「憂うつ」の境もあまり明確ではなくなっている。

精神科医療の主戦場は、それが内因性の精神障害にあった時代に比べると、今は確実に正常近くへと移動している。精神科臨床の主たる対象は今、働く施設によっては、正常と異常との境界域にこそあるとすら言えるのである。

しかし、この正常と異常との境界域の問題を把握するための理論構築はこの2、30年の間、止まったままのようにも見える。1960年代から1970年代、統合失調症の精神療法の可能性が論じられ、境界例についての議論が盛んになされ、統合失調症の辺縁域について論じられ、うつ病と神経症心性との関係について問われ、さらには非定型精神病についての議論が詳細になされた。しかし、そうした高まりは1980年の半ば以降、ほとんど一握りの精神科医に預けられ、多くの人から顧みられることなく、放置されたままとなった。いわばこの領域の理論は耕されないままに何十年か放置された農地のようなものである。

精神医学は、本来、文化・社会現象と深いつながりをもっている。そのことは、この30年から

40年の間に精神障害の病態がどれほどに変化したかを見るだけでも明らかである。うつ病の症状から「罪責感」が後退し、同一性拡散といった病理は今や正常心性の一部と言えるまでに蔓延した。解離性の病態は驚くほどの速さで広がり、神経症よりPTSDの方が人々に受け入れられる概念となった。そして、広汎性発達障害の病理が社会のそこそこで人々の話題に上っている。いずれの変化も文化・社会の変化という視点を抜きに考えることは不可能である。精神の病態と文化・社会とは単に結びついているという以上の、あえて言うなら、同じことの裏表というほどの近い結びつきにある。こう言うことは、決して、精神疾患の心因性を強調しようとするものではない。それはただ、文化・社会が変れば脳も変わり、脳が変化すれば文化・社会も変容するということにほかならない。今は、この連関のメカニズムを読み解くことこそ急務である。社会脳に対する強い関心の高まりはそのことの重要性を示しているのだろう。

言うまでもないが、精神医学は科学の一分野である。科学はある一定の条件を設定し、その条件下で実験と観察を繰り返し、限定された原理を切り出すことをその方法の基本としている。しかし、精神医学はどうしても切り出された原理をとりまくあらゆる条件への目配りなしには実践に寄与しない。精神医学は、原理を切り出すと同時に、外へと拡がる力をもたない限り、その効力を十全に発揮することはできないのである。科学という砦に閉じこもり、視野を拡げる試みをおろそかにするや、その力のすべてを失ってしまう。

今こそ、われわれの知の足場をなす先人の思考を役立てたい。

2013年3月

鈴木國文

精神医学を拡げる

CONTENTS

1 神経症と心因反応：その概念と歴史的展望 諏訪 望 3

はじめに	3
1. 神経症概念の変遷に関する展望	4
a. Janet の見方	4
b. Binder と Bräutigam の見方	5
2. 神経病から神経症へ	7
a. ヒステリーを出発点として	8
b. 外傷性神経症をめぐる	10
3. 神経症における心理的機軸の追究	12
a. 精神衰弱とヒステリーに関する Janet の考え方	12
b. ヒステリーを中心とする神経症に関する初期の Freud の考え方	14
c. ヒステリーにおける心理的機軸と生物的機軸	16
d. 神経症理論の多面的な発展	19
4. 心因反応という概念の成立	20
a. 内因精神病と心因反応との区別	20
b. 心因反応に関する Jaspers と Schneider の考え方	24
5. 心因反応および神経症の疾患分類学的な位置づけ	26
a. 心因反応, 神経症, 精神病質	26
b. 心因反応および神経症の分類に関する一つの考え方	30
むすび	34
解説	鈴木國文 38

2 拘禁反応 福島 章 43

はしがき	43
1. 歴史と症状論	43
a. 記述の時代	44
b. 急性反応の解明	47
c. 内因性精神病と拘禁着色	50
d. 心因性精神病	51
e. 拘禁反応の理論的検討	53
f. 日本における研究	54
g. 拘禁反応の分類	55

2. 拘禁状況と反応類型	57
a. 拘禁状況の区分	57
b. 未決拘禁者の反応	58
c. 死刑囚の反応	60
d. 既決囚の反応	61
e. 時代と地域	66
3. 治療	68
a. 一般的原則	68
b. 状況の統制	70
c. 拘禁解除の適否（環境の統制）	70
解説	内海 健 74

3 感応精神病と祈禱精神病 吉野雅博 79

序章	79
1. 感応精神病	81
a. 概念の変遷（研究史）	81
b. 参考症例	84
c. 発生（外的特徴）	86
d. 成立要因	90
e. 構造（内的特徴）	94
f. 病因論	95
g. 経過と治療	96
2. 祈禱精神病	97
緒言	97
a. 森田の原著	98
b. 社会文化的意義	100
c. 症状と病像	101
d. 発病要因	102
e. 発病状況と憑依の意義	104
f. 憑依病と憑きもの俗信	104
g. 祈禱精神病の位置	106
結語	107
解説	加藤 敏 111

4 非定型精神病の概念と歴史的展望 鳩谷 龍 115

歴史的展望	115
解説	樋口輝彦 130

5	非定型精神病の症状論	藤縄 昭	135
A.	一般論		135
	まえがき		135
	1. 諸々の類型論にみられる臨床像		135
	a. Kleist-Leonhard 一派の類型論	136	
	b. 和田の分類 (1961)	138	
	c. 黒沢の類型論 (1962)	138	
	d. 諏訪の分類 (1963)	139	
	e. 木村の分類 (1973)	140	
	2. 症状論的考察		141
	a. 躁うつ的気分変調	145	
	b. 離人症体験	148	
	c. 急性幻覚妄想状態	150	
	d. 緊張病様症状群	151	
	e. 夢幻様状態	153	
	f. 錯乱状態	155	
	3. 間歇期の残遺状態		156
	むすび		157
	解説	鈴木國文	159
6	境界例の治療	神田橋條治	163
	はじめに		163
	1. 論述のための虚構		164
	2. 患者に出会う前に考えておいてよいこと		164
	a. 医学的治療か、サービスか	164	
	b. 自分のことを知っておく	165	
	3. 患者がやってきた		166
	a. 診断期	166	
	b. 選択の対象となる医療サービス	170	
	4. 治療における注意事項		175
	a. つねに重要な事柄	176	
	b. 特別の出来事	180	
	c. 治療の終結をめぐる	183	
	5. 境界例治療の副産物		184
	解説	内海 健	186

7 離人症 木村 敏 191

1. 症状の輪郭	191
2. 離人症の概念をめぐって	195
a. 用語について	195
b. 定義	196
c. 疾病学的位置づけ	197
3. 離人症の成因に関する諸学説	200
a. 初期の感覚説	200
b. 体感説	200
c. 感覚錯誤説	202
d. Janet の精神衰弱説	202
e. 感情説	203
f. 初期の現象学的方向	205
g. 初期の精神分析的学説	207
h. Federn の自我心理学説	210
i. 離人症の存在論的人間学	212
j. 日本における離人症論	215
k. 新しい学説—共通感覚の障害としての離人症	220
4. 臨床的諸問題	222
a. 離人症発現の条件	222
b. 他の精神症状との関連	223
c. 離人症の“治療”	227
解説	井上新平 231

8 責任能力に関する基礎的諸問題 仲宗根玄吉 235

1. 責任能力の概念規定	235
2. 責任能力の生物学的要因	236
a. 意識障害	237
b. 精神活動の病的障害, 精神薄弱	239
c. いわゆる一般条項 Generalklausel について	241
3. 責任能力の心理学的要因—可知論と不可知論	242
4. 限定責任能力	245
a. 概説	245
b. 限定責任能力の生物学的要因	246
c. 限定責任能力の刑の軽減	248
5. 責任能力の法哲学的基礎, 自由意志の問題	249
解説	松下正明 257

9 文化構造と精神疾患 荻野恒一 261

はじめに	261
1. 過疎地帯の文化構造と精神疾患	262
2. 過疎と過密を往復して	264
3. 二重人格と文化構造	268
4. 生きることの二重性と文化構造	271
5. 分裂・自閉と文化構造	273
6. 共存の思想	275
解説	加藤 敏 279

10 日本精神医学の歴史 小林靖彦 283

はじめに	283
1. 漢方医学期	285
a. 病名に関して 288	
b. 治療に関して 289	
c. 収容施設に関して 290	
2. 蘭方医学期	293
3. 近代医学期	295
a. 専門書に関して 296	
b. 講義に関して 297	
c. 精神医学の研究に関して 299	
d. 精神病院に関して 304	
e. 法規などに関して 308	
おわりに	314
解説	松下正明 324
索引	326

6

境界例の治療

神田橋條治

解説：内海 健

初出：境界例／治療，『現代精神医学大系第12巻 境界例，非定型精神病』
（編集：諏訪 望，西園昌久，鳩谷 龍），pp93-112，中山書店，1981年。

著者略歴

神田橋條治（かんだばし・じょうじ，1937～）

鹿児島県加治木町出身。九州大学卒。執筆時は九州大学医学部精神神経科講師。専門領域は精神分析，精神療法。現在，伊敷病院（鹿児島市）。

著書として『精神科診断面接のコツ』（岩崎学術出版社，1984〈追補 1994〉），『発想の航跡』（岩崎学術出版社，1988〈発想の航跡2 2004〉），『「現場からの治療論」という物語』（岩崎学術出版，2006），『技を育む』（中山書店，2011）などがある。

わが国屈指の精神療法家。精神分析から出発し，その後独自の治療論，治療技法を確立。天才的施療士として，今や伝説の域に入りつつある。

（内海 健）

6

境界例の治療

はじめに

特定の学派に偏ることなく、純臨床的立場から境界例を語ろうとすると、たちまち、一種の混沌の中に迷い込んでしまう。その結果、ほとんど何ひとつ語れないということになってしまいそうである。そのような事態が起こるのは、次の二つの理由からであろう。

- (1) そもそも、境界例という名称が出現し、存命し続けるのは、従来の精神医学の疾病分類が、さほど明確な輪郭を備えていないためである。そのため、個々の精神科医がどのような分裂病概念をもち、どのような神経症概念をもっているかにより、境界例概念自体、いかようにもつくられうることになってしまう。
- (2) 現在、私たちの目にふれる種々の境界例概念は、本書の他の論者が紹介するように、さまざまな異なった観点や考え方によっており、研究者間で概念の不一致が著しい。

当然、治療についての考え方も多種多様であり、それらを列記することは、読者に混沌を伝達するだけになってしまうだろう。

純臨床的立場からいいうことは、次のようなことであろう。

- (1) 日常の臨床の場で、精神科医の前にあらわれる患者たちの中に、神経症とも、精神分裂病とも、性格異常とも分類しにくい「診断に迷う症例」があり、経過を観察していくにつれて、その迷いは解消されるどころか、ますます強くなる。そうした症例に、とりあえず、「境界例」というラベルを貼ることが許されるならば、精神科医の心のうちに一種の安らぎが生じる。
- (2) 上記のような体験を、個々の精神科医にもたらした症例を、拾い集めていくと、種々の点で特徴ある患者たちの一群ができあがる。したがって、個々の精神科医の理論的立場を越えたところに、「境界例」という名称を位置づけることが可能である。いいかえると、「境界例」という名称は、精神科医相互のコミュニケーションの手段に必要な経験上のコンセンサスを得ている。
- (3) 個々の精神科医の精神医学観の差にもかかわらず、こうした症例について探究することが有意義である、という大方の合意がある。その合意の背後には、この患者たちが、治療者としての精神科医を困らせる患者である、という臨床精神科

医の共通の体験があるように思われる。

筆者は、治療についての本論をあくまで、「診断する精神科医を迷わせ、治療する精神科医に困難を感じさせる」、そうした症例があるという事実に沿って書き進めようと思う。したがって、これから述べることは、さまざまな境界例概念の間にある相違点を棚上げし、ごくおおざっぱにひとまとめにした境界例全般に対する、医療サービスの目安ということになるであろう。

1. 論述のための虚構

考え方や治療法の説明のために、ひとつの視覚的イメージを用いようと思う。厚い皮に包まれた夏ミカンのような球体を、思い浮かべていただきたい。すなわち、視覚イメージの構成要素は、外界と、皮殻と、内部とである。そして、この夏ミカンを患者と見なして論述を進めたいと思う。念のために断っておかなければならないのは、境界例の人格構造論としてそのようなイメージを提示しているわけではない、ということである。この視覚イメージは、あくまで本論での説明を行なう際の、筆者と読者とのコミュニケーションの道具として採用した、ひとつの虚構にすぎない。

2. 患者に出会う前に考えておいてよいこと

境界例（とよばれる、正確にいうと筆者がそうよんだ）患者たちとの経験を通して、次第に凝集してきた感想のごときものを最初に記しておきたい。それらは、漠然としたものであるため、結論として取り扱うことはできない。しかし、境界例患者に出会う前に、治療者が考えておくとは有益だと筆者が信じている事柄なのである。

a. 医学的治療か、サービスか

今日の医学で「治療」という言葉が使われるとき、その意味するものは次のようなことであろう。まず、普遍的な正常状態というものがあると考え、それから著しく離れた状態を「病気」と見なす。そうすれば、「治療」とは、正常状態へ近づけようとする操作ということになる。ところが、「治療」という言葉の意味には、いまひとつ、「患者の苦痛の除去を目標とするサービス」という面があり、医学の歴史からみると、その意味のほうが本質的であるかもしれない。「治療」を前者の意味でとらえるか、後者の意味でとらえるかをあらかじめ考えておくことは、境界例治療において最も重要な点であり、（どのような理論的立場・治療法を採る場合でも）この問題をつねに心に留めておくことは、境界例治療における「コツのコツ」であると、筆者は信ずるようになっていく。なぜなら、これまでの筆者の経験では、「治療」の開始から終結までに起こってくるさまざまな問題は、突き詰めると、「患者の治療目標」と「治療者の治療目標」との間の、一致する部分、食い違う部分の問題に帰納されるものであり、治療上の行き詰まりは、つねに、「治療」の意味にまで立ち戻って考えることでしか解決が得られなかつ

たからである。

現在、筆者は、「治療」を「医療サービス」と考える気持になっている。しかし、「治療」を「正常へ近づける操作」と考える立場を、不当なものとは考えない。ただ、その立場を好まれる読者は、自分のイメージの中にある「正常」の姿と、それを正常と決める根拠（理論的でも、経験に基づくものでもよい）を、自分の中でまとめておかれるようにお勧めしたい。前述のような治療上の行き詰まりが生じた際、きっと役に立つだろうし、それどころか、その患者の治療を引き受けるか、否かという初診時の判断のときから役に立つことも多いと思う。

b. 自分のことを知っておく

医師は、患者を診断し、治療行為を行ない、その結果を判定する。つまり、作用力としての役割と、物差しとしての役割との両方を行なう。精神科においては、物差しの目盛も、作用力の性状も十分に客観化しえない。ことに境界例患者の治療においては、物差しの目盛、すなわち、判定の基準が確立していない。実は筆者が「治療」の意味を、「患者の苦痛の軽減」を目標とする医療サービスと考えるようになったのは、ひとつには、患者に物差しの役を一部負担してもらおうとしたためである。

それはともかく、精神科医が、治療者としての責任と、判定者としての責任とを果たすうえで、大きな過ちを起こさないために、自分自身をよく知っておくことが大切であるように思う。具体的には、次の点について考えておくことが役だつように思う。

- (1) 自分は、精神科診断、疾患分類、個々の疾病名の概念をどう把握しているか？
精神分裂病とは？ 神経症とは？ 性格異常とは？ そして、どのような患者を境界例と分類するか？
- (2) 前述の夏ミカンの視覚イメージのどこに、自分の注意は向きやすいか。皮殻に注意を向ける人ならば、見たまま、聞いたままと重視し、推測、仮説を軽視する。内部に注意を向ける人ならば、裏にあるものを推量しようとする。その結果、境界例の人格構造論として提唱されている種々の理論に対する関心が強くなる。
- (3) 自分の治療に対する姿勢はどうであろうか。熱中するほうかどうか。患者の身になって考えるほうかどうか。この点については、小此木が「Freud 的態度と Ferenczi 的態度」という対比で詳しく論じている。小此木の論文は、精神療法における治療者の態度について論じているものであるが、精神分析や精神療法を否定し、単に境界例の臨床における医師の姿勢として読んでも、十分理解でき納得できるものであるので、是非一読をお勧めする。ただ注意してほしいのは、小此木は二つの態度を選択可能なものとして並記しているが、実は、この二つの態度のそれぞれは、治療者の人格や性行と密接に関係しているものであり、多くの場合、いずれか一方しかできないのだと考えておいてほしい。（精神療法家の訓練とは、両方の態度を自由に選択できる状態へ、少しでも近づこうとする努力であるといえよう。）むしろ、自分の態度はどちらに属するかを知り、その長所と短所とを知るために、小此木の論述が役だつのである。

- (4) 自分は何ができ、何ができないのか、人はそれぞれ、持ち味・得手不得手・限界をもっており、精神科医も例外ではない。

3. 患者がやってきた

a. 診断期

これは、患者が初回来院してから、治療関係にはいるまでの時期をさす。その期間の長さは不定である。ここで「不定である」というのは、主として、医師の側の診断に対する態度に関係している。次のようないろいろな例が考えられる。

- (1) その精神科医が、すでに一定の境界例概念を保持しており、さらに、精神科診断とは、夏ミカンの皮の部分だけを所見として行なう分類作業と考えるならば、おそらく、初診時の1回の診断面接だけが、診断期とよばれるであろう。それどころか、初診面接の後半は、治療期とよばれることになるかもしれない。
- (2) 精神療法や、それに関連してつくられている人間構造論（種々のものがある）に関心を向けている精神科医の多くは、診断を、内科医や外科医の診断と同様のものと考えている。そうした精神科医ならば、夏ミカンの内部についてのつじつまのあった推測がおおよそできたとき、診断期が終了したと考えるであろう。それゆえ、本人との数回の面接や、家族面接、心理テストなどにより、たくさんのデータを得ようとするようになるだろう。
- (3) 医師-患者関係に、過度に注意を払う精神科医（精神療法を専門にしている人が多い）の中には、診断をほとんど無視している人が多い。そうした精神科医には、診断期などというものは、ことさら必要でないであろう。意識的な立場としては、それと正反対でありながら、実質的には、きわめて似かよった一群の精神科医もいる。診断と治療とは平行して進むものであり、患者が次第に、患者自身や医師やその関係について知ってくるという意味での、「患者側の診断」も重要だと考える精神科医である。こうした姿勢を採る医師の多くは、「医療はサービス」だと考える傾向が大きいように思われる。ともあれ、この第3群の精神科医においては、診断期は、非常に長いものになるが、それでも、患者とのつきあいが長くなるにつれて、診断とよぶに相応しい作業の占める割合が次第に減ってきて、いつかは、「もう、診断期は過ぎたなあ」と感じる時期はくるものである。

診断についての上記3群の姿勢の間に、優劣があるとは、現時点ではいいえないように思う。

しかし、ここでもまた、自分がどの姿勢を採っているかを意識しておくことが、境界例治療において役だつように思われる。なぜなら、筆者の経験では、境界例の治療においては、患者の関心や話題が「治療者としての医師の姿勢」に向けられることが多く、医師の側が、その点に自分の注意を向けることができると、患者との対話が発展するものだからである。

さて、診断についてどのような姿勢を採る場合にも、共通して重要であると思われる

幾つかの点について述べておきたい。

1) 患者の訴え

境界例患者（とよばれる人）のほとんどは、何らかの訴え、苦痛をもっており、その解決を医師に期待している。しかも、その訴えの多くは、診断する医師の理解力・共感力を越えた、その患者独特のものであり、医師に対する期待もまた、通常、医師が「患者が医師である自分に期待するであろう」と予測するものと、大きく食い違う場合が多い。つまり、お互いが非常な相互不理解の状態（しかも、それに対し両者とも気づかぬまま）、治療へと出発する危険がある。この危険をできるだけ減らすために、診断期に、患者の訴えを入念に聞くことが大切である。決して自分の理解力、共感力に信を置くことなく、きわめて物わかりの悪い人になったつもりで、患者に、「何を困っているのか、どうしてほしいのか」、質問の角度をいろいろ変えながら問う必要がある。夏ミカンの内部に興味・関心が向く精神科医で、そうすることが正しいと信じている人でも、少なくともこの段階では、皮殻の部分だけに目を向けて質問を工夫することをお勧めしたい。その理由は、いろいろあげることができるが、次にあげる幾つかの説明のどれかで、納得してもらえるのではなかろうか。

- (1) 内部に目を向けた質問をすると、経験上、診断期がいつまでも終わらない。
- (2) 内部に目を向けた質問は、治療期に属する。
- (3) 内部に目を向けた質問は、患者の注意を彼方此方に向けさせて、患者の認識力を混乱させる。

その結果、材料は豊富に提供されても、その質が多様なために、精神科医の頭がそれをすべて整理してまとめあげることができなくなり、結局、両者とも混乱してしまう。悪いことに、人は、そうした自己の混乱を收拾するのに、早のみ込みとか、手もちの理論の枠組みをあてはめて理解できた気になる、とかの方法を取りやすく、そうなると、相互不理解が一段と解消不能な形で固定されてしまう。

患者の訴えと期待とを聞きとる作業は、同時に、患者が医師を診断する機会であるともいえる。したがって、目の前の精神科医が、自分を担当する治療者として適当かどうかを、判定するための患者自身の認識力は大切なものである。それを低下させないために、患者に幻想的期待を与えないことも、診断の場での倫理的要請であると筆者は考える。

2) 自分が提供できるサービスについて

境界例であると診断し、患者の苦痛と医師への期待の内容とを把握したら、次に、精神科医として自分が提供しうるサービスの種類と、内容とについて説明を加える作業に移る。この作業こそは、個々の精神科医の疾病観・医療観が、最も顕著に反映されてくる場面であり、その後の治療の流れを決定するものである。しかも、どのやり方にも一長一短があり、最良のものがどれであるか、現在、本論を執筆している時点の筆者には決められない。

いいうことは次の2点である。その第1点は、個々の精神科医にあったやり方があるはずであり、自分で、それを見いだしてもらいたいということである。自分の個性・

精神療法の鬼才、神田橋條治渾身の論考である。

若き日の神田橋は、その才をひたすらことばの修練に傾けた。韻律とロジック、語ることと書くこと、あるいは constative（述べること）と performative（動かすこと）といった、およそ言語のあらゆるジャンルに精通し、そこに「ことばの魔術師」とでも形容すべき精神療法家が誕生することになる。

かつて精神医学のいかなる研究も悪とされた不幸な時代があった。その当時において、精神科医のステータス・シンボルとなったのは、一つは統合失調症にかかわることができることであり、いま一つは境界例とわたりあえることであった。この双方について神田橋は記念碑的な論考を書いている。「[自閉]の利用——精神分裂病者への助力の試み」（1976）であり、そして本論文（1981）である。

「境界例」とは、「精神病というのはためらわれるが、かといって神経症と呼ぶには重い」というまさにボーダーラインに位置する事例として 20 世紀前半に出現し、最終的には、いわゆる「境界性パーソナリティ障害（BPD）」に集約されることになる。そして現在、ほとんどの BPD は臨床場面から姿をくらました。

しからば境界例とは過去のものなのだろうか。そうではない。歴史から退場した BPD とは、境界例水準のある突出した病態である。非特異的な事例は、むしろ臨床場面の majority を構成しつつある。この汎境界例化ともいうべき事態は、精神病が劇的に軽症化し、神経症というカテゴリーが抹消された疾病分布の現況をみれば明らかだろう。それゆえこの論文は、これから臨床に分け入っていく世代に格好の道標となるだろう。

とはいえ、この論考に取り組むには覚悟が必要である。なぜなら、かの「ことばの魔術師」が煩悶し、5 年もの歳月をかけたすえに、ようやく産み落としたものだからである。読み進めるうちに、息苦しいような感覚に浸されていこう。ジャンルは異なるが、三島由紀夫の『天人五衰』、中上健次の『異族』のような、失敗作すれすれの、崩壊の淵で踏みとどまっているようなきわどさをはらんでいる。異なるのは、三島と中上の場合には遺作となり、ついぞ次の展開をみぬままに終わったのに対し、神田橋のこの論考は、前期と後期を分かちランドマークとなったことである。

境界例の特異性は、治療関係が主舞台となることにある。もちろん治療関係はどのような病態でも重要である。だが、「診断する精神科医を迷わせ、治療する精神科医に困難を感じさせ」、「患者の関心や話題が『治療者としての医師の姿勢』に向けられる」ことが病理の焦点となるのは、他の病態ではあまりみられない。

つまり境界例に対しては、医療という枠組みがうまく機能しないのである。医療に対する挑戦というよりも、むしろ医療に取り付き、感染すると言った方が適切だろう。そこでは〈診る側〉と〈診られる側〉という、とりあえずの前提がもはや成り立たず、それに依拠してきたオーソドックスな診断や治療を戸惑わせる。

境界例に遭遇するとき、医療が「フィクション」であるという真実が突き付けられる。この場合、フィクションといっても偽物という意味ではない、およそ制度が制度である以上、含まざるをえないものである。われわれも白衣を脱げばただの人である。逆に言えばただの白衣がわれわれを医師としている。フィクションが機能するためには、フィクションだと気づかれてはならない。暴かれてしまえば、制度は立往生する。

境界例というあり方は、近代的制度の有効期限がそろそろ切れつつあることを物語っている。われわれをどこかで守ってくれているはずの何かが退場した、あるいは、守ってくれているというのが幻想だったのではないかと、人々が気づきはじめた。欧米風に言えば、「私と契約した以上、何か起こったら、後は私が引き取る」とのたまう神が退場したのである。こうした庇護者をどこかに想定していたからこそ、われわれは困難を受け、そこに身を躍り込ませていった。しかしもはや、やみくもの誠実や情熱は、いつ足元をすくわれるかわからない。

境界例とわたりあったすえに、「ことばの魔術師」は、言語の限界に突き当たった。そのことは率直に表明されている。誠実そうにみえてけれん味たっぷりの論者が目立つなかで、この神田橋の正直さを私はこよなく愛する。のちに神田橋は、本稿で言語化できなかつたことが、すでに Balint の “Basic Fault”（邦訳『治療論からみた退行』）の中で整然と記述されているのを発見し愕然とした、と追想している。しかし、私は、自らの言語が内側から破碎される地点まで突き詰めたこの論考こそ、稀有なるものであると思う。そこにはわたりあった病理が刻み込まれており、期せずして、読むことがすでに身をもって境界例を体験することになるという仕掛けになっている。

言語が前面に出なくなったあと、それまで通奏低音のごとくつき従ってきた神田橋の身体感覚が目覚める。言語以前の次元にある生命的なもの、そして生命が病んでいることが発する邪気に対して、天才的な感性が萌えだし、ことばの魔術師は稀代の施療士へと変貌していくことになる。

（内海 健）

精神医学エッセンシャル・コーパス 3

日本の名著論文選集

精神医学を拡げる

2013年5月31日 初版第1刷発行 ©

[検印省略]

総編集——まつしたまさあき
松下正明

編集——いのうえしんべい うつみ たけし かとう さとし
井上新平／内海 健／加藤 敏／
すずきくにふみ ひぐちてるひこ
鈴木國文／樋口輝彦 (五十音順)

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/>

装丁——花本浩一 (麒麟三隻館)

印刷・製本——株式会社シナノ

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-73697-6

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。

・ (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。