

「精神医学を相対化することの意味： G. Deleuze、F. Guattari らを参考に」

久保馨彦(慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)

前田貴記(慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)

精神疾患の診断名は、それ自体が当人のひととなりを正確に示すわけではないが、病名自体が当事者と周囲の人々へ与える影響は大きい。特に、統合失調症においては社会的な要請に基づいて、該当者を「医療化」する側面が大きいものの、その疾患概念は E. Kraepelin の Dementia Praecox に始まり、E. Bleuler の Schizophrenia、現在の DSM による操作的診断に至るまで時代と共に変遷しており、定まっていない(DSM5 においてはスペクトラム化されることで、正常と連続であることが含意され、疾患概念が広がることとなった)。「狂気」が知の対象となるにつれて、その処遇は精神医学の発展、社会背景と相互作用しながら変動してきた。精神科医療の一般化が進み、精神病院の脱施設化や当事者の語りへの視点などが注目されるようになったことは、多様な精神科医療の可能性を示唆しているかもしれない。その一方で、診断基準の拡大使用やこころの健康への啓蒙などに関して、我々の扱う「狂気」を語るためには医学のみではなく、以前にもまして巨視的な視点が必要であると考えられる。今回、G. Deleuze、F. Guattari らの俯瞰的な Schizophrénie の描写を紹介したい。彼らは、フロイト、ラカンの理論を参照にしながらも、全体に従属する部分性を信じておらず、部分における「欲望機械 Les machines désirantes」の「器官なき身体 Le corps sans organes」における離接と生産こそが Schizophrénie の本質であると描き出した。その上で、精神分析における double bind の問題を指摘し、治療におけるオイディプス化を批判した。また、同様の分析を資本主義に対しても行うことで、社会的な抑圧の存在をラディカルに指摘している。賛否両論あるものの、このような批判は、個人、家族、社会などの様々な層における精神疾患の「医療化」の問題について、医学の立場からのみならず、相対的に捉える際に重要になると考えられる。本論では、病者の生きづらさ、治療の行き詰まりを扱う際のヒントとして彼らの論を検討したい。

「憑依精神病の回復の可能性について：憑依体験の構造から考察する」

柏倉美和子(日産自動車健康保険組合診療所・慶應義塾大学医学部精神神経科)

菅原ゆり子(日産自動車健康保険組合診療所)

前田貴記(慶應義塾大学医学部精神神経科)

鹿島晴雄(国際医療福祉大学・慶應義塾大学医学部精神神経科)

大正 4 年に森田正馬が提唱した憑依精神病(祈祷精神病)は、「祈祷若しくは之に類似したる原因により感動を本としておこる一種の自己暗示性の精神異常定型」であるが、統合失調症との鑑別はしばしば困難を期す。一方、憑依そのものは古来より日本文化に根付く概念であるが、前近代の日本では疾患よりもむしろ信仰に含まれ、医

師ではなく祈祷師がその治療を請負っていた。医療の現場では、疾病として語られがちな憑依だが、本来なら共同体でこそ活躍できる場は存在し、儀式や託宣などを司るものとして重要な役割を担っていた。憑依患者と巫者、ふたつの違いは何か。憑依の体験構造、つまり主体的自我と霊的人格の関係性を見るに、そこには明らかな類似性が見られる。しかし、本人をとりまく状況がより現代文化的か、シャーマン文化的かによって重大な影響を被る、つまり現代文化の中で危機を感じ、シャーマン文化内に飛び込もうとしても、その文脈において自分の回復を語るができない場合、identity crisis を起こして憑依性の病を発症するのではないかと、荻野恒一や久場政博は指摘している。一方で、文化人類学者の大橋英寿は、伝統的なシャーマンの修行過程では、精神医学では負因となるある種の心理的特性の社会的価値づけを逆転させてプラスの社会的機能を付与し、巫病者に新たな役割を与え、社会の中に取り込んで受容することで、巫病者は試行錯誤しながらも役割を通した中で、回復へ進むと報告している。現代においても、自然科学では解決できない病や事故、未来への不安は依然として存在し、その受け皿としてシャーマニズム文化は現代宗教や個人の意識の奥底に根強い。今回は、演者が経験した憑依の一例や、日本の伝統的なシャーマニズム文化を振りかえり、現代において巫病の回復とは何かということを考え、延いては、精神の病というものの回復について考えたい。

「内因性精神病に関する心理の問題について」

工藤弘毅(東京歯科大学市川総合病院精神科・慶應義塾大学医学部精神神経科)

古茶大樹(聖マリアンナ医科大学神経精神科学講座)

針間博彦(東京都立松沢病院精神科)

前田貴記(慶應義塾大学医学部精神神経科)

Schneider K は『臨床精神病理学(Klinische Psychopathologie)』において、「統合失調症と循環病…の基盤に疾患があることは、極めてよく支持される要請であり、極めて十分な理由に基づく仮説である。」と述べ、その理由となる生物学的指標の一つとして、「身体療法が反論の余地なく優位であること(循環病には他の治療法がないこと)」を挙げている。

本発表では、統合失調症と循環病という内因性精神病に対する治療法として、身体療法ではなく精神療法の可能性について Schneider K が論じた「内因性精神病の精神療法という問題について(Zur Frage der Psychotherapie endogener Psychosen)」(1954)及び、いわゆる心理学化の問題について論じている「心理学化の限界について(Über die Grenzen der Psychologisierung)」(1953)での議論を基に、内因精神病に関する心理の問題について検討したい。

「精神症状学の基本問題—方法論としての全体論と構造分析そして単一精神病」

古城慶子(国際医療福祉大学小田原保健医療学部作業療法学科)

提出する演題の主題は、演者にとって精神医学の基本問題の最重要課題の一つであり続けてきたものである。精神症状の症状学的評価が精神医学の最初の課題であることは、いずれの臨床精神科医にとっても疑いないことであろう。しかし歴史を回顧すると、評価者の好みの問題と言ってよいほどに精神症状学の多様なあり方があり、精神症状の症状学的評価それ自体に多くの困難を含んでいることも確かな事実である。近年の操作的診断基準による現象(症状)評価の共有可能性の乏しさからして、それを精神症状学と呼ぶにはあまりに貧困な症状学といわざるを得ない。精神症状学の独自の課題とは、精神医学の基本に立ち返れば、障害を持つ人のところが「わかる」ことであろう。

ここで扱うテーマは、精神医学の大きな課題であり、相応の準備作業が必要として、演者は長年にわたり本学会の随所で不十分ながら論及し続けてきたものである。特に副題に示す「全体論」、「構造分析」そして「単一精神病」をめぐっては、演者には精神症状学の方法論の鍵概念ともいべき重要な観点として、それぞれについては繰り返し言及してきた。そのうちのいくつかは論文化もしてきた。ただし、自己批判的にはその都度、準備的覚書程度の認識に留まっていた発表も少なくない。今回、改めて「人のところがわかる方法を探求する」という観点に立ち戻って、従来の精神症状学のあり方を見直し、批判的展望をも含めて精神症状学が入り込んでいる迷路からの脱却の道を求めたい。そのために、発表当日はまず副題に示す精神症状学の3つの方法論的観点を再説することから出発する。次いでそれら3つに通底する精神病理学的意味を探求することによって、精神症状学の方法論としての3つの観点の今日的意義に言及する。最後にこれら3つの方法論の「経過(変化)の精神病理学」に向けての展開可能性に触れる予定である。