

## 「psychosis における病識について」

久保馨彦（鶴が丘ガーデンホスピタル・慶應義塾大学医学部精神神経科）

精神障害における「病識」は、治療へのモチベーション、症状への自助戦略に大きく関わり、精神症状や自殺率などによる予後や自尊感情にも影響すると言われている重要な所見である。病識欠如は、実臨床においては、psychosis によって障害される症状として捉えられ、入院治療を導入する際の判断材料としても用いられる。その一方で、病識能力は psychosis の罹患に対する心的反応として捉えることが多い。「病識」は主に、統合失調症において広く議論されてきたが、妄想や幻聴などの体験そのものの自己所属性の障害として語られることの多い統合失調症と、他の双極性障害やうつ病などの psychosis、さらには心因反応までもを疾患横断的に論じて良いかは大きな疑問が残る。本発表では、psychosis (統合失調症、双極性障害、うつ病)のそれぞれにおける、病識の症候学的な差異、そして予後や自尊感情との関連について、各種データベースを用いて、review を行う。なお、先行研究では、病識の評価において、Schedule for Assessment of Insight や Beck Cognitive Insight Scale などの多くの評価基準が用いられている。これらは精神疾患を有することへの認識のみならず、治療への態度などそこから生じる心的反応などの多くの要素から構成されており、疾患特異的な評価尺度ではなく、横断的な評価を目的としている。継時的な変化の比較を各 psychosis において行うため、自験例の症例において、各 psychosis の症例がどのような経過で病識を獲得するに至ったかを簡単に紹介したい。その上で、精神疾患についての本人や家族への説明や、疾病教育の際にどのような観点が必要か、私見を交えて議論したい。

## 「意味合法則性に関する考察」

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）

Schneider K は、'Zum Krankheitsbegriff in der Psychiatrie' (1946)において、統合失調症と循環病は「圧倒的多数の例では体験とのつながりを有しておらず、体験に動機付けられておらず、とりわけ生活発展の意味合法則性を切断する。これは身体的基盤が明らかな精神病でも全く同様であることから、統合失調症と循環病の基盤になんらかの疾患の存在を推定することは確実に許容される。」と記し、統合失調症と循環病という精神病について、身体内に存在する疾患的な器官過程に帰し得るという意味で「疾患的」であるとする理由として、意味合法則性の切断を挙げている。

本発表では、Schneider が、'Klinische Psychopathologie'において「最近、Kiskerはこの問題に関する包括的論文を発表した。」と言及している、Kisker KP の、'Zur Frage der Sinngesetzlichkeit' (1955)での議論を中心に、意味合法則性について検討したい。

## 『生の哲学的人間学』（ルートヴィヒ・クラーク）の精神症状学への寄与について

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）

精神症状学の独自の課題とは人の心がわかる方法論の探求であると演者は強調してきていた。強調点は1. 成因論から独立した症状論とは「どのように」という観点から心理的状态像の現象像を求めること、要は世界の中で障害を受けた人間が保持されている可能性を通じて生きる姿全体を「どのように」という観点から眺めること、2. 症状学を通じて求めるものは、さらにこの姿の時間経過とともに生じる変化の様態であり、目標はここでも「どのように」という人間の生きる姿の変化のあり様を明らかにすること、3. ここには基本的に「なぜ」という問いはなく、生きる人間の姿をそのようなものとして指示するまでのこと、その3点であった。心が現象の意味である（Carus, C.G.）とすれば、現象を捉えることができれば意味は自ずから示される。心とは「現象そのものが学理（Goethe, J.W.）」であるような認識の領域であり、この純粹症状学の認識領域こそ精神病理学が洗練すべき領域としてきた。

生の哲学的人間学の系譜（Goethe, Carus, Bachofen, J.J., Nietzsche, F.W., Klages, L.）を評価してきたのは症状学の横断面あるいは縦断面的脈絡での記載に適した概念目録にある。つまり精神病像も Klages のいう Es（生命性）と自我（生命に宿った精神）とから成る人格の構造の反映とみる個人的見解の現れではあるが、現実的、包括的そして開放的な病像規定の方法と考えたからである。ここではそのようにして規定された病像が一般性を持ち得るか、その点を彼の生の哲学的人間学の精神症状学への寄与という観点から相対化することを試みたい。そのために発表当日は Klages の1. 生物学者としての寄与、2. 性格学の創始者あるいは表現学者としての寄与、3. 精神症状学に対する寄与、その3点を検討する。それは彼の著作の根底にある、一方で生の本質および個人的あるいは宇宙的な諸生命形態に関する洞察と、他方で人類の本質および生命と精神との同時的担い手としての人類の特殊位置に関する洞察との再検討にほかならない。

## 「症例からみた‘意志’の症候学について

古野毅彦（国立病院機構東京医療センター精神科）

症例は64歳女性。X年5月、膀胱がん（stage1）の経尿道的腫瘍切除術目的に当院泌尿器科に入院。手術を終え、自己導尿の手技を練習していた。他覚的に精神的変調は認められなかったが、入院8日目早朝に無断離院しマンション13階から飛び降りようとして保護された。帰院後当科に依頼があり診察。抑うつ感が目立たず、会話可能であったが話の広がり乏しく、内容は‘導尿の不安’に収束してしまい、自らの精神変調を自覚せず、自殺希図についてもはっきりと振り返ることができなかった。‘導尿の不安’は一見了解可能であるが、そのことに過剰に執着し、何より自殺希図に至った点は病的と考え、精神科病棟に転棟とした。転棟後10日目ごろより亜昏迷、反響言語、拒絶症が認められるようにな

り、最終的に昏迷に至った。

症候学的には昏迷、緊張病症状などが‘意志の障害’の症状とされるが、本症例においてそれ以前の経過についても‘意志の障害’での症状の理解を試みた。意志とは「行動の目的などを知ったうえで選択や決定を行う力」と考え、意志の機能を認識、行為にわけて考える。認識が機能していれば、状況を相対的間接的に捉え、内容を吟味し事態を妥当的に処理することが可能であるが、本症例においては認識の障害により状況性に強く支配されてしまい、(がん)(導尿の不安)などの negative な状態から発展した極北的な雰囲気支配されていたと考えられる。また病識を持つことができなかつたことも認識の障害のためだと思われる。また行為の障害のため状況性に流されるかたちで現実的には適切でない自殺という行為を踏み止まることができなかつたと考えられる。このように急速に‘意志’までが侵された症例では本人は自らの変調に気づかず、自らも内界を語るができず、注意が必要である。また‘意志の障害’が論じられるのは、昏迷、緊張病症状に至ってからのことが多いが、それ以前の病態においても、‘意志’の症候学を持ち込むことで理解が進む症例が少なくないと思われる。

## シンポジウムⅡ

### 「語り(ナラティブ)と対話(ダイアログ)」

#### 指定発言：前田貴記(慶應義塾大学医学部精神神経科)

私は精神病理学の中でも、生物学に近い立場の精神科医かと思いますが、シンポジストの先生方の抄録を拝読させていただき、現時点で私なりに考えたことを以下、述べさせていただきます。

シンポジウム全体に通底するような良い切り口があればと思いながら抄録を眺めていたところ、ラカン派精神分析についてお話をされる小林先生の抄録に、「主体」、「分析主体(患者)」ということばがありました。オープンダイアログについてお話しをされる斉藤先生の抄録にも、「決定の主体」ということばがありました。おそらく、小森先生がお話しされる家族療法においても、家族を構成する者たちが、システムとしてであれ、ナラティブにであれ、それぞれ役割(父親、母親、子など)を担った「主体」として在ることを大前提としているものと思われます。オープンダイアログは、家族療法とのコントラストで言えば、それぞれが担っている役割を脱ぎ棄て、治療環境において、参加者の皆が対等な「主体」となることを目指していると言えましょうか。さらには、各人が「主体」であることすらも意識しないようにして、治療環境全体が、あたかも主体的な意志を持つかのような状態にまで至ることが望ましく、患者が治療環境を信じて身を委ねられるようにすることを目指しているかのようにもみえます。患者は自ら語りつつも、同時に治療環境全体の意志に適うものとして体験され、結果として患者の内的世界に押し込められていたもの、秘匿されていたものが安心して解き放たれ、外在化・共有が成されるのかもしれない。

興味深いのが、当然と言えば当然であります。いずれの治療論においても、語りと対話において、人間というものが「主体」として自律した個体としてまず在り、「主体」どうしが“相對峙”しているという構造を前提として治療論が展開されているという点であります。今日の精神医学は、近代以降の人間観に基づいた治療思想であるため致し方ありませんが、生物学的にみた場合、“私”という意識が生まれる以前から、個体は生物として既に環境の中で適応すべく主体的に生きており、このとき必ずしも当の「主体」が自身について意識的である必要はありません。「主体」は、「主体」としての“私”という意識（以下、「主体性の意識」）に先立っており、その上で、自と他（非自）という体験が分化してくるのであります。ここで重要なのは、生存環境において、環境から完全に自律した「主体」というものはありえず、適度に環境に依存しつつ（環境依存性）、適度に環境から独立しつつ（自律性）、環境と結びついて生きているのが生物であります。しかるに、人間の「主体性の意識」は、人間とは完全に自律的なもので、意志決定の責任の帰属するものと信じ、とらわれている（信じさせられている？）。このように、「主体性の意識」の肥大化により、生物としての「主体」の実体と乖離してしまっていることが、人間のところに生じる様々な問題の種となり得るものと思われまます。そして、治療技法としての語りと対話は、病める「主体」が自らの住まう環境への結びつきを取り戻し、適応を回復することを目指すための技法かと思われまました。