



臨床精神医学 臨床心理学 用語辞典

品川心療内科編集室

1

しこうすいにゆう

思考吹入

thought insertion

させられ体験のひとつで、他者によって考えが吹き込まれる体験。他者は強く意識されず、考えがひとりでに外から吹き込まれるという程度のこともある。思考の自己能動性または自己所属感が失われた状態である。シュナイダーによる分裂病の一級症状のひとつである。

思考内容ではなく、「吹き入れられる」点について、能動性と自己所属感を問題にしている。「変な考えが入ってくる」は中間形態であり、「変な考えが入れられる」は思考吹入である。「変な考え」は多くは他人の考えである。しかし思考内容の他者所属性は思考吹入の条件ではない。

2

思考奪取

thought withdrawal

させられ体験のひとつで、他者によって考えが抜き取られる体験。「他者」が強く意識されず、「考えが抜き取られる」とだけ訴える場合もある。さらに薄められて、「考えようと思っても考えが抜かれるんです」などと言われることもある。「考えようとしても考えられない」というだけでは思考奪取とは言えない。思考の能動性または自己所属感が失われていることが指標になる。

外からの観察としては、思考途絶と映ることもある。

思考吹入と思考奪取は思考が「入れられる」と「抜かれる」の、対照的な被動的状態を意味しているのだが、思考吹入の場合には「内容を考えた主体」と「吹き入れた主体」とについて誰かと問うことができるのに対し、思考奪取の場合には「抜き取った主体」について問うことができるだけである。微妙な非対称性がある。

したがって、思考吹入の場合には「その思考内容を考えたのは誰か」ではなく「思考を吹き入れたのは誰か」について考え、能動性と自己所属感が失われているかどうか判断するのが、思考奪取との整合性を保つためにはよいだろう。

3

させられ思考

thought alienation

させられ体験のひとつで、他者によって考えさせられる体験。思考の能動性が失われた状態である。

思考の能動性が失われ、次第に被動的になるとさせられ思考になり、その中間地点に強迫思考がある。

「考えたくないのに考えてしまう」は正常の場合もあり、支配観念や優格観念のこともある。能動性が失われ、かつ自己所属感が保たれているなら強迫思考である。

「考えたくないのに考えさせられてしまう」はさせられ思考である。

させられ思考の場合、思考の内容は自分に属している。考えるか考えないか、何を考えるかの判断について、能動性が失われ被動的になっている。つまり、思考開始と停止・話題選択のボタンを他人に操作されている状態。

4

	考える主体	<u>操作</u> 内容と <u>操作</u> する主体
思考吹入	他人	他人の思考内容を他人が吹き入れる
思考奪取	<u>自分</u>	<u>自分</u> の思考内容を他人が抜き取る
させられ思考	<u>自分</u>	<u>自分</u> の思考の話題の選択や開始・停止を他人が決める

5

精神療法依存

精神療法なしでは生きていけない状態。気に入ってもらったのは嬉しいのだが、一人立ちできないようでは治療としては失敗である。不可避の場合もあるが、治療者の側にも問題があることがある。

6

憑き物（つきもの）体験

phenomenon of possession

= 憑依体験

神仏、悪霊や動物がのりうつり、患者に思考させたり行動させたりする状態。狐つきなどという。心因性精神病で見られるが、精神分裂病でも観察される。

シャーマニズム的文化、被暗示性の高い性格などが背景にあって成立する祈禱性精神病では、宗教儀式の間に憑き物状態となる。

7

思考伝播

broadcasting of thought,diffusion of thought

= 考想伝播

自分の考えが外に漏れ出て他人に知られてしまっていると思う妄想。シュナイダーによる分裂病の一級症状のひとつ。自我境界があいまいになり自分の内側のものが外に漏れ出る自我漏洩のひとつである。

8

自我境界の障害

外から内へ→影響症候群（幻聴、させられ体験など）

内から外へ→自我漏洩

9

幻聴は、自己の能動性の喪失、自己所属感の喪失である。つまり、させられ体験のひとつである。

10

情動

emotion

身体変化を伴うこともある感情。涙を流すなど、生理的な変化を伴うことがある。

11

感情

feeling,affect

気持ちをあらわす一般的な言葉。

12

気分

mood,Stimmung

精神の背景にあり、長く持続する感情の状態。

13

抑うつ気分

depression

ゆううつでおっくう、ときにイライラと不安を含む。やる気が出ない、気分が沈む、いやなことばかり思い出す。

14

感情鈍麻

flattening of affect,Gefu"hlstabstumpfung

精神分裂病の慢性期に見られる、感受性の鈍麻した状態。外界に対する感受性が鈍くなり、対人場面での感情交流が平板になる。分裂病ではまた不関性や冷淡とも表現される。離人症の場合の現実感喪失や実感喪失については感情鈍麻という言葉は使わない。

15

情動麻痺

Emotinsla"hmung

激しい情動興奮により、知情意の各側面で精神機能が麻痺すること。動物が危機のときに死んだふりで切り抜けることと似ているかもしれない。

16

しかめ顔

grimace, Grimassieren

精神分裂病で観察される表情のひとつで古典的。状況にそぐわず、持続的にしかめ顔をしたり、ひそめ眉、とがり口などを伴うこともある。外来クリニックではあまり出会わないように思う。

17

ひそめ眉

Gesichtsshneiden

精神分裂病で観察される表情のひとつで古典的。状況にそぐわず、持続的に眉をしかめる動作。原因は不明。近眼の人が眉をしかめて視力を一時的に得ようとする場合は別である。

18

とがり口

snout

Schnauzkrampf

精神分裂病で観察される表情のひとつで古典的。なぜ口をとがらせたままではいるのかは分からない。

19

プレコックス感

praecox feeling, Praecoxgefu"hl

昔、精神分裂病を早発性痴呆 (dementia praecox) と呼んでいたが、そのpraecoxに由来する言葉で、分裂病患者と会っているときに、面接者の心にわき起こる特有の感じのこと。分裂病感と言ってもいいし、分裂病臭さや分裂病らしさと言ってもいい。この直感的な感じは多くの精神科医に共有されていると考えられる。

それが何であるかを客観的に明らかにするのが診断学であるのに、こうした直感的な言葉が残っており、しかもなお有用であるところに、精神医学の著しい特質がある。それは前近代的だということではなく、身体医学との方法論の違いである。患者は対人接触本能に障害があるため、面接者は患者と会うと対人場面での異質性を感じさせられ困惑するのだとかつて説明された。いわば面接者の心がリトマス試験紙のように働いているわけである。この場合の「感じ」とは、単なる表層の印象というものではなく、人間の本来の深い能力を発揮している「直観」と考えられ

る（とりあえず「印象」と「直観」という言葉で対比させるとこのような表現になる）。対人接触本能と言われたものは、別の言葉で言えば、集団機能、対人機能とでも言うべきものである。このような側面を客観的な測定で代用することはまだ可能になっていない。したがってこのような意味での「直観診断」が非常に重要であるが、そのことが単なる「印象診断」とならないよう注意が必要である。

20

前景症状について

・前景に現れた症状について、代表的なものを取り上げた。患者の症状について正確に記述することが大切で必須であるが、おおよその見当をつけるには、以下のような類型で十分なことが多い。

・どれかひとつにあてはまるわけではない。組み合わせて表現することが必要な場合もある。
・たとえば、躁状態とうつ状態は反対であるが、躁うつ混合状態もある。これは精神機能のある面ではうつ状態で、別のある面では躁状態というように混合した状態である。うつから躁への変化のタイミングは各精神機能ごとに異なることがあるからである。

21

不安状態

anxiety state, Angstzustand

不安が強く頻回に現れる状態。不安発作またはパニック発作は、不安の他に動悸、汗、呼吸亢進、血圧上昇、手指のふるえ、めまい、ふらつき、吐き気などの身体症状を伴う。不安の内容としては、パニックや恐怖といった強度のものから、漠然とした不安まである。もう死んでしまうのではないか、発狂してしまわないか、自分で自分をコントロールできなくなってしまわないかなどと真剣に思うほど苦しいこともある。

抗不安薬はこの状態によく効く。一般に、クリニックを訪れる人はどのような系統の悩みであるにせよ、不安をかかえていると考えて間違いないので、抗不安薬は役に立つことが多い。自分ではコントロールできない不安が押し寄せてきて、それは自己所属性を保っているのに、強迫性障害に似る。しかし不安が生じること自体を「不合理」とか「ばかばかしい」と感じていないことが多く、その場合には強迫性障害とは異なる構造を持っている。

22

心気状態

hypochondriacal state

理由なく過度に身体状態にこだわり病気ではないかと心配する状態。身体は全く健康のこともあるが、多少の不調を実際に抱えていることも多い。しかし実際の不調に比べて過度に心配する。内科その他身体科での診察では「心配ない、気にしすぎだ」と言われて精神科神経科に紹介される。「自分でもばかばかしいと思うが、どうしても気になってしまう」という場合には強迫症

の構造をとる。しかしたいていの場合は「ばかばかしい、不合理だ」とは思わないようである。疾病恐怖は「病気になったらどうしよう」と恐怖するものであり、心気状態は「病気になったらしまったらしい、どうしよう」と悩むものである。病気に違いないと確信し、訂正不可能にまで至れば、心気妄想である。

セネストパチー（体感異常症）は心気状態や心気妄想と重なる部分がある。体感の異常を取り上げて名付けるか、そのことについての悩み方の特徴を取り上げて名付けるかの違いである。

23

強迫症候群

強迫の内容が恐怖なら、恐怖症。不安も同じ。「不合理」と思っていない場合には、強迫の構造を持っていないことになる。

24

離人症候群

25

躁状態

manic state

うつ状態の逆である。気分は高揚し爽快となり、なんでもないものを見ても感動して楽しい。思考面では思考奔逸がみられ、意欲は亢進する。しかし全体にまとまりがなく、注意は散漫で持続しない。目に付いたもの、耳に飛び込んだ音に引きずられてしまう傾向がある。自己評価は理由なく肥大し（ego expansive）、ときに誇大妄想にまで至る。自分には特別な才能があると信じたりする。

行動面では、多弁多動、たくさんの買い物をして浪費したり、ギャンブルに金をつぎ込んだり、電話をたくさんかけたり、性的逸脱が見られたり、興奮しやすく暴力的になったりと問題が多い。たいてい自分勝手である。夜も眠らず活動を続けることもある。

躁状態での問題点は大きくいえば社会的信用を失うことである。借金が残る、仕事上の信用を失う、異性にだらしないと評価されるなど。あとになって本人は大いに反省するが、あとの祭りである。

躁うつ病の他にステロイド使用時の躁状態が有名である。

躁状態は脳にダメージを残すのかが興味ある問題であるが、長期経過を見ると、反復する躁うつ状態は脳神経細胞になにがしかのダメージを残す印象がある。従って、リチウム剤やカルバマゼピンなどを用いつつ、再発予防に努めることが大切である。

26

うつ状態

depressive state

躁状態の逆である。抑うつと同じ。精神症状としては、ゆううつ、悲しい、おっくう、やる気が出ない、頭が働かない、考えが堂々めぐり、集中困難、仕事の能率が落ちた、悪いことばかり考える、自分には価値がない、不安、イライラ、決断不能、自責ときに他責、怒りっぽい、死にたい、消えてなくなりたいなど。身体症状としては、不眠、食欲不振、性欲減退、頭痛、肩こり、その他多種の自律神経症状などがある。ときに貧困妄想、罪責妄想、心気妄想などの妄想を伴うことがある。

簡単にまとめるときには、「ゆううつ、おっくう、不安・イライラ」が三大精神症状であるとする。

躁うつ病にみられるのはもちろんであるが、分裂病に際しても見られ、シュナイダーは分裂病の二級症状としてあげている。また神経症レベルの状態にも、境界レベルの病態の際にも見られる。結局、症状そのものとしては疾患特異性のないものである。しかしうつ状態の中でも、シュナイダーが提唱したように、「生機（または生氣）抑うつ」（vital depression, vitale depression）は内因性うつ病に疾患特異性がある。vitaleな抑うつは、ただ単に気分だけではなくて、体全体が抑うつに苦しんでいる印象で、胸がふさがり、心臓は押し潰されそうで、身体化された抑うつと言うべきようなものである。ただ、このような特有のうつがあれば内因性うつ病を考えるが、なくても内因性うつ病のことは多い。

27

幻覚妄想状態

幻覚や妄想が前景にある状態で、精神分裂病の陽性症状が典型である。アルコール症や老人性痴呆の場合にも見られる。

28

意識障害状態

意識障害の程度に応じて、せん妄状態やもうろう状態などがある。幻覚妄想があるときに意識障害が同時にあるかどうか、痴呆症状があるときに意識障害が同時にあるかどうか、夜間不穏になる場合にも意識障害によるものではないかどうか、問題になる。

29

食行動異常状態

不食と大食を中心とし、隠れて大食する、決まったものばかり食べる、大食後のむりやりの嘔吐や大量下剤による下痢など、食行動にまつわる異常状態である。背景病理としては分裂病、うつ病、学校や職場への適応障害、神経症、青少年の発達途上の一時的障害など、多様な病態が考えられる。重症の場合には命にかかわり、軽症の場合にもいろいろな後遺症を残す可能性があると言われている。

30

思考促迫

forced thinking, Gedankendra"ngen

考えが次々に浮かび、抑えようとしても抑えられずまとまりがない状態。自生思考に近いが、も
とまとまりがない。

31

自生思考

autochthones Denken

= 自生観念 autochthone Idee

chthonは「土地、土壌、土着の」。思考について自己能動性が失われ、考え自体がひとりで生まれ出ようす。または、いま自分が考えようとしていることとは別の思考が、割り込むようにひとりで浮かんでくること。前者では思考に関する自己能動性の障害の観点で考えられている。後者では、背景思考の前景化の意味を込めている。私の考えでは、一種の自動症、軽度の自我障害。自己能動性が軽度に損なわれている状態であり、さらに損なわれると、被動性・他律性が強まり、させられ体験になるが、そこまでは至っていない。

精神分裂病の成立を考察するに際して重要である。

32

制縛神経症

anancastic neurosis

anancastic, Anankastは「強制」の意。強迫神経症と恐怖症の間に移行を認め、両者を一括した名称。やめようと思っても、抑えようと思っても、どうしようもない状態を含んでいる。しかし観念や感情は自己に所属している。

33

うつ状態のチェック

うつ状態の評価尺度としては、SDS（ツングZung自己評価うつ病尺度）などが有用である。これは20項目からなり、抑うつ気分、日内変動、涙もろさ、睡眠障害、食欲不振、性欲減退、体重減少、便秘、動悸、疲労感、困惑、意欲減退、精神運動興奮、絶望、焦燥、決断困難、自己過小評価、空虚感、自殺念慮、不満を患者自身がチェックする。日常の診察では、性欲についてはいかにも翻訳調で問題があるように感じられる。

ほかにはハミルトンうつ状態評価尺度がある。これは観察者が記入するものである。

また、笠原が外来診察に用いて有用であるとして紹介しているものがある。

- 1)朝いつもより早く目が覚める
- 2)朝起きたとき陰気な気分がする
- 3)朝いつものように新聞やテレビを見る気になれない
- 4)服装や身だしなみにいつものように関心がない

- 5) [仕事](#)に取りかかる気になかなかならない
 - 6) [仕事](#)に取りかかっても根気がない
 - 7) [決断](#)がなかなかつかない
 - 8) いつものように気軽に人に会う気にならない
 - 9) なんとなく [不安](#)でイライラする
 - 10) これから先やっていく自信がない
 - 11) 「いっそのこと、この世から消えて [しま](#)いたい」と思うことがよくある
 - 12) [テレビ](#)がいつものように [面白](#)くない
 - 13) 淋しいので誰かにそばにいてほしい、と思うことがよくある
 - 14) 涙ぐむことがよくある
 - 15) 夕方になると気分がらくになる
 - 16) 頭が重かったり痛んだりする
 - 17) 性欲が [最近](#)はおちた
 - 18) 食欲も [最近](#)おちいてる
- また、診察室での簡便なチェックに「sig E caps」がある。うつにはEnergyのカプセルを処方しろと覚える。

s sleep

i interest

g [guilty](#)

e energy

c caution

a appetite

p psychomotor retardation

s suicidal [idea](#)

34

[更年期障害](#)

[女性の更年期](#)に、内部[ホルモン環境](#)の変化に伴い、[自律神経症状](#)を中心とするさまざまな症状に悩まされることがある。それらを[更年期症状](#)と総称している。症状形成には[ホルモン](#)だけではなく、一部は[性格](#)要因により、生活上の様々な要素が関連して、一部は[環境](#)要因による。

[自律神経症状](#)が前景にあれば[自律神経失調症](#)と診断するし、背景に[うつ状態](#)があることが分かれば、[うつ状態](#)と診断して[治療](#)することもある。薬剤は[抗不安薬](#)、[抗うつ剤](#)、[自律神経調整剤](#)、[漢方薬](#)などを症状・病態に応じて用いる。また、[エストロゲン](#)欠乏症状として[見立て](#)た方がよい場合には[更年期障害](#)として、微量の[ホルモン](#)補充療法を施したりもする。診断に際してはクッパーマン[指数](#)が役立つ。チェック項目は17からなる。

1) 顔が熱くなる（ほてる）

2) 汗をかきやすい

- 3)腰や手足が冷える
- 4)息切れがする
- 5)手足がしびれる
- 6)手足の感覚が鈍い
- 7)夜なかなか寝つかれない
- 8)夜眠ってもすぐ目を覚ましやすい
- 9)興奮しやすい
- 10)神経質である
- 11)つまらないことにくよくよする (ゆううつになることが多い)
- 12)めまいやはきけがある
- 13)疲れやすい
- 14)肩こり・腰痛・手足の節々の痛みがある
- 15)頭が痛い
- 16)心臓の動悸がある
- 17)皮膚をアリがはうような感じがする

35

妄想の形式と内容

妄想について形式で分類すると、以下のようなものがある。妄想知覚、妄想着想、妄想気分、妄想追想。また、内容で分類すると、以下のようなものがある。被害 (迫害) 妄想、関係妄想、注察妄想、誇大妄想、血統妄想、恋愛妄想、嫉妬妄想、つきもの妄想、変身妄想、貧困妄想、罪業妄想、心気妄想など。

36

妄想知覚

delusional perception,Wahnwahrnehmung

言葉の印象から誤解を招きやすいのだが、正常に知覚したものについて、妄想を抱くことである。たとえば、玄関にいる黒い犬を見て (正常な知覚)、誰かが自分を迫害していると確信する (妄想) 場合などである。対象の知覚には問題がなく、それに対する意味付けが異常である。この体験は対象の知覚と意味付けという二分節からなるものであるとシュナイダーは指摘し、精神分裂病の一級症状のひとつとしている。

37

妄想着想

delusional intuition,autochthonous idea,Wahneinfall

特にきっかけなく突然に、「自分は迫害されている」「自分は神だ」などと着想し確信するもの。シュナイダーは、妄想知覚が二分節性であるのに対して、妄想着想は一分節性であるゆえに精

精神分裂病の二級症状のひとつとしている。

38

妄想追想

Wahnerinnerung

正しい過去の記憶に妄想的な意味付けがなされる場合と、過去になかったことが妄想的に着想される場合と、両方を含めて呼んでいる。記憶は正しいが、意味付けは妄想的という場合には二節性である。記憶自体が妄想的に生み出される場合は一節性であると考えられる

39

妄想気分

delusional mood,Wahnstimmung

分裂病で、周囲や自分自身について、不気味・異様・ただごとではないと感じられ、ものごとは新たな意味を帯び、いまにも何か起きそうだと感じられる状態。「確かに見慣れた街並みのはずなのに、自動車で走っていくと、いまにも何か起きそうな異様な雰囲気がはっきり分かった。何かが変わってしまっていた。」などと語る。不安、恐怖、困惑に支配された気分である。世界没落体験（Weltuntergangserlebnis）や世界破滅感に発展することがある。妄想の場合は確信している内容が当然あるわけであるが、妄想気分では内容がなく、しかしいまにも妄想の内容にふさわしいような異様な事態が起こりそうだという気分である。妄想の前段階であることもあると言われる。

40

思考奔逸

flight of idea,Ideenflucht

= 観念奔逸

躁状態のときに見られる思考異常で、話題がそれながら素早く進行すること。思考が軽はずみに速くなりしかもときに注意転導亢進がみられるため、話の流れを追うことが難しくなる。常識的な連想の輪が1→2→3→4→5と進むとすると、思考奔逸では1→5となってしまう。これに語呂合わせが混じったり、遠くの看護婦や他患者、院内放送の言葉につられて思考が逸れたりするので、ちんぷんかんぷんとなる。しかし、分裂病性の滅裂思考とは区別して考えられている。分裂病性の滅裂思考の場合には1→Dと常識的には無関係のDが突然結合される。分裂病では観念の関連の仕方が崩れているのに対して、躁状態の場合には観念の関連の仕方は保たれており常識の範囲内にあるが、途中が飛ばされるので理解しにくくなる。一応、考え方としては以上のようなのだが、このように理屈通りに目に映るわけではない。「全然わかんない」というのが素直な印象であるが、全体の気分が躁であり、多弁となり、深みに欠け、また思考内容も誇大的、多幸的、攻撃的になるので、分裂病性の滅裂思考との区別は容易である。

41

思考制止

retardation of [idea](#),Denkhemmung

思考に[ブレーキ](#)がかかった状態。[うつ状態](#)で見られる。思考奔逸の逆の状態である。[老年者の場合](#)には思考制止が[痴呆](#)と見間違えられる[場合](#)がある。うつに伴う思考制止は[治療](#)可能なので、鑑別診断が大切である。

42

滅裂思考

desultory thought,zerfahrenes Denken

= 思路の弛緩 loosening of thinking,Lockerung des Denken、支離滅裂Zerfahrenheit、[連合弛緩](#) loosening of association,Assoziationslockerung

分裂病で見られる思考障害で、[常識](#)では1→2→3と関連しているのに、1→Dと[常識](#)的には無関係のDが突然結合される。分裂病では[観念](#)の関連の仕方が崩れているのでこのようなことが起こると考えられる。滅裂思考を呈する人に絵を描いてもらうと、木の[根本](#)から人の足がはえていたりする。「木」と「人の足」の関連の仕方が崩れている。

43

[言葉のサラダ](#)

Wortsalad

分裂病で、支離滅裂がさらに進行し、文法的[構造](#)も失い、[単語](#)の羅列に近くなった状態。

44

思考途絶

blocking of thought,Denksperrung

分裂病で考えがぷつりと途切れて[しま](#)う状態。考えが抜き取られたので何も考えがないいんですと言ったりする。絵を描いてもらうと、山も川も木も、関連なくただ[独立](#)して[存在](#)しているような絵ができる。

45

迂遠思考

circumstantiality,umsta"ndliches Denken

まわりくどい思考。診察室ではしばしば出会う。[教科書](#)には[てんかん患者](#)などに典型と書かれているが、軽度の知能[障害者](#)にも見られ、その方が出会う頻度は高いように思う。[患者](#)さんだけではなくて[患者](#)さんの[家族](#)にも観察される。特にどの疾患に特徴的ということではない。診察室での迂遠な態度は[治療](#)への抵抗の[場合](#)もあり、またある種の[性格](#)障害の[場合](#)もあり、[痴呆患者](#)の[場合](#)にも見られる。[言葉](#)の厳密な[定義](#)は「[てんかん患者](#)の[粘着](#)気質を背景とした[場合](#)の、話題の[本](#)

質に関係のない枝葉ばかりが詳しく、[袋小路](#)をさまよい歩く思考様式」といったあたりであろうが、一般にはもうすこし広い[意味](#)で用いているようである。

46

思考の保続

perseveration

[ひとつ](#)の考えにとどまり続けて次の考えに移ることができない状態。[老年期痴呆](#)などの[場合](#)に見られる。単に保続（これも perseveration）と言えは脳器質性疾患で[言葉](#)または行動について、話題が変わっても同じ[言葉](#)を繰り返したり、状況が変わっても同じ動作を繰り返したりすることを[意味](#)する。この現象についての[内省的な言葉](#)はあまり聞いたことがないので、[自分](#)でも[おかしい](#)と思いつつやめられないのかどうかなどについては不明。

47

恐怖症

phobia

[現在](#)クリニックで出会う恐怖症は対人恐怖、[電車恐怖](#)と不潔恐怖が多いように感じる。何々恐怖症と名付ける[とき](#)はその症状の[構造](#)まで考えているわけではなくて、ただ単に何々が怖いから、何々が苦手だからという[言葉](#)を手がかりにしているだけのことが多いだろう。

恐怖の対象物・状況が本当に実際の恐怖に値するものであれば、[精神科](#)に来て[相談](#)しようとは思わないはずだろう。やはり実際にはそれほど恐怖に値するものではないはずだと[自分](#)自身承知していながら、どうしても苦手でやりきれず[不安](#)が高まる状態で、これは[自分の心の問題なのだ](#)と感じている。

不合理と自覚しつつ、どうしても恐怖がわき起こるとい側面からは恐怖症と同じ[構造](#)である。実際、不潔恐怖は手洗い強迫と結びつくことがある。

疾病恐怖の[場合](#)には心気症から心気[妄想](#)にまで至ることがある。

対人恐怖の[場合](#)には、赤面恐怖のようなものもあれば、[自分](#)の何か[不快](#)な側面が他人を傷つけて迷惑をかけていると[確信](#)する加害[妄想](#)まで、内容は様々である。[重症](#)対人恐怖症と分類しているものの中には、[思春期妄想](#)症や分裂病の始まりの[場合](#)などが含まれている。

このように強迫症の[構造](#)から[妄想](#)の[構造](#)までを含むものであり、症状の[構造](#)からの分類ではなく、ある特定の[もの](#)や場面が苦手だという[患者](#)の[言葉](#)によって名付けている症状である。

臨床の用語とは言えないが、[高所恐怖症](#)では、高い場所を[危険](#)だと思うのは当然のことで、必要なことでもある。このように不合理とは考えられないものにまで恐怖症と名付ける[場合](#)がある。[男性](#)恐怖症という[場合](#)には、[患者](#)さんの[意味](#)しているものが病的な恐怖なのかどうか、[吟味](#)が必要である。

48

[電車恐怖症](#)→再[検討](#)

都会ではかなり多くの人が悩んでいる。多くの方は「[電車](#)に乗ることなんか何でもないはずなのに、そんなものを恐怖するなんて不合理だ」とは思っていないようだ。[高所恐怖症](#)に似ていて、

[電車](#)に乗っていると動悸、[吐き気](#)、むかつき、[過呼吸](#)、息苦しさなどの身体症状に加えて、どうしようもない[不安](#)がこみ上げてくる。

[各駅停車](#)はいいが[急行](#)は苦手。地上線はいいが[地下鉄](#)はだめ。空いていればいいが満員[電車](#)はダメ。[電車](#)はだめだが[タクシー](#)はいい。

[自分](#)が具合が悪くなったとき、すぐに止めてもらえる乗り物ならば大丈夫という人もいる。誰か知り合いと一緒に乗っていただけることもある。[アルコール](#)を飲まないで[電車](#)に乗ることができない人もいる。

原因は様々である。[会社](#)恐怖や家庭恐怖の別の表現であることがある。

[電車](#)に乗れないので行動が制限される、だから好きなことができないと悩みを語りつつ、[自分](#)の本当の問題は家庭を持っていないことなのだと洞察している女性もいる。

上記二者は置き換えが起こっている。

揺れが苦手で[吐き気](#)がする人もいる。しかし[耳鼻科](#)や内科の[検査](#)では異常はない。

49

[広場](#)恐怖 →再考

agoraphobia

=[空間](#)恐怖

agoraを[広場](#)ととりあえず訳しているが、「場所」という意味で考えた方がよい。

初めて報告した人の症例は、自宅から遠く離れた「大通り」や慣れない「繁華な場所」で[不安](#)発作に襲われた。[古代ギリシャ](#)のagoraは集落の真ん中にある[広場](#)で、公共の集会所でもあり、[市場](#)の立つ場所でもあった。[英語](#)ではmarket。それは[日本語](#)では[広場](#)でも[空間](#)でもない。強いて限定すれば、「自宅以外の公共の場所」という意味あいのようなものである。

実体を考えてみると、本当に[広場](#)が怖いという場合もあるだろうが、人混みが怖いという場合、また、特定の場所が怖いという場合、外出恐怖、遠出恐怖、[街路](#)恐怖、乗物恐怖、独りきりになる恐怖などまで広く含む。ときには閉所恐怖をも含むなど、[広場](#)恐怖の言葉から出発する初心者には意味不明である。

要するに[不安](#)発作が出る状況が「場所」に関係しているかどうかということになる。個々の例で「場所」に関係しているかどうかは、実際はあいまいで、各々のクリエイティブな解釈にまかされているようである。

しかしながら、DSMではパニックディスオーダーの診断に際してアゴラフォビアの有無が問題になる。その内容は、「[パニック発作](#)が起こったときに逃げることができないまたは助けが得られないような場所や状況を恐怖する」「その結果、外出は制限され、独りで外出できない」「たとえば家の外に独りでいる、混雑の中にいる、順番待ちの列の中に立つ、橋の上にいる、[バス](#)・[列車](#)・車で旅をするなどの状況」と説明されている。

症例に即して考えてみると、患者はそれぞれの場所について、安全か危険かはっきり区別しているようである。自宅は安全、自宅まですぐに帰ってこられる場所なら安全、信号を渡ると赤ならすぐには帰ってこられないので危険。しかし横断歩道を渡りきったところにクリニックを見つけ、不安発作が起きたらそこに駆け込めばいいと考えたら、横断歩道の先もしばらくは安全。ひとりだと危険だが誰かと一緒なら安全。自宅にいるときも、30分以上ひとりでいるのは危険。急行電車はしばらく停まらないから、不安発作が起こったときのことを考えると危険。各駅停車なら、我慢できるかも知れない。地下鉄は、理由が分からないが危険。タクシーはすぐに停めてもらえるので安全。

安全領域と危険領域が区別されている。患者は特に不合理とも思っていないようである。

50

強迫症

手洗い強迫と言われる場合でもいろいろある。典型的に「もうきれいになっていることは自分にも分かっている。それなのにどうしてもやめられなくて十回繰り返さないと落ち着かない。」と不合理の自覚、儀式の付随などが観察される場合もある。一方では、「洗っても洗っても汚い。棚に置こうとすると汚れてしまう。だから洗い続ける。」という場合は妄想の構造である。また、「きれいになったかどうか自信が持てなくて何回も洗う。そばにいる人がもうきれいになったよと言ってくれれば安心できる。」というような自信欠乏者の場合もある。

強迫症と名付けてよいのは、「不合理と自覚していながらやめられない」構造を持つものに対してである。その他の理由で反復行為をしているものについては厳密には強迫症と言ってはならないのだが、内的構造は二の次にして、行為の外形だけを見て名付けている場合もある。内的構造の分析もいつも完全にできるわけでもないし、分類しようとしてもあいまいな場合もあり、中間型のような印象を受ける場合もある。たとえば不合理の自覚についても一貫して不合理と思っているのでもない例もある。

51

閉所恐怖

claustrophobia

たとえばエレベーター、しかも窓のないエレベーターを恐怖する。窓があればどうして安心できるのかを尋ねると、発作が起こったときに助けを呼べるからだと言う。しかしそれならインターホンがついているのではないかと尋ねると、それ以上は分からないと言う。患者には閉じられた空間に孤立することはとてつもない恐怖である。自分ではどうしようもない不安発作が起こったときのために、安全な場所と危険な場所を区別しているらしい。

52

赤面恐怖

erythrophobia

人前で緊張して赤面することを恐れること。赤面は[家族](#)のように深く知っている人に対しては起こらず、また、[電車](#)で偶然乗り合わせたような全く見知らぬ人の中でも起こりにくい。名前程度は知られているがまだ本性を深くは知られていない、そのような中間的な状況で起こりやすい。たとえば、[結婚式](#)で見慣れない親戚や相手方の親戚が集まる場所などで起こりやすい。赤面によって実際に[仕事](#)に支障があったり友人を失ったりするわけではないので、赤面を自分の一面として受け入れられれば（あるがまま）苦痛は半減する。

53

先端恐怖

aichmophobia

[ナイフ](#)の先端や針の先端を、不合理なまでに極度に恐怖する状態。自分でも[おかしい](#)と思うが、恐怖はやまない。

54

対人恐怖

socialphobia,anthrophobia

= 社交恐怖、[社会不安障害](#)、社交[不安障害](#) SAD social anxiety disorder

[日本](#)で症例が多く、[研究](#)も盛んな恐怖症であり、対人的な場面で過度に緊張してしまい、[仕事](#)がうまく行かないのではないかと恐れたり、友達関係が壊れるのではないかと恐れたりする状態。さらには緊張したらどうしようかと予期して不安状態が続くようになり（予期不安）、対人場面を回避して生活するようになり（予期不安）、対人場面を回避して生活するようになり（予期不安）、若い人に多い。

赤面恐怖のほかに[醜形恐怖](#)や自己視線恐怖などが含まれる。後二者は自分の容貌の醜さや自分の視線が他人を[不快](#)な思いにさせるのではないかと恐れるもので、[加害恐怖](#)、さらには加害[妄想](#)と言ってよい面もある。[重症](#)例には[妄想](#)症と呼ぶべきものもある（[思春期妄想症](#)）。

55

単一恐怖

simple phobia

単一物、単一状況への恐怖。たとえば、[はさみ](#)、馬、蛇、クモ、細菌などへの恐怖。

56

[不安障害](#)

anxiety disorder

不安[神経症](#)、[パニック](#)ディスオーダー、[心臓神経症](#)、[過呼吸症候群](#)、対人恐怖症、空間恐怖症、単一恐怖症、[強迫神経症](#)などを不安を共通項としてまとめて考えて、[不安障害](#)と呼ぶ。

57

一節性と二節性 →没

[シュナイダー](#)の考え方。[妄想](#)知覚は（正しい知覚+[妄想的意味](#)付け）で、二節性である。[妄想着](#)想は[妄想的着想](#)のみの一節性である。分裂病に際しての診断価値が高いのは二節性のものであり、従って、[妄想](#)知覚が分裂病の一級症状として採用されている。たとえば、[妄想](#)追想の場合にも、（正しい[記憶](#)+[妄想的意味](#)付け）の構造をとるものと、[妄想的着想](#)のみのもとのとがある。日常の臨床においても、仲間と一緒にいて、そのときはそれほど疲れた風でもなかったのに、次の日になってとても疲れたと訴える場合がある。また、友人と一緒に遊んでその日は楽しかったのに、次の日になって、友人に悪いことをしたから謝りたいと言いだし、友人はそんなことは全然ないよなどと言う場合がある。これらは、体験とその意味付けの二節性を有していると解釈できる。

58

逆行健忘と前行健忘

retrograde amnesia and anterograde amnesia

[1月1日](#)に怪我をして[意識障害](#)が起こり[現在](#)2月だとする。[事故](#)前のたとえば12月の[記憶](#)が失われるのを逆行健忘という。[事故](#)後のたとえば1月の[記憶](#)が失われるのを前行健忘という。[事故](#)の前には記銘の障害は考えられないので、逆行健忘は回想の障害である。[事故](#)の後を忘れる前行健忘では記銘と回想の片方または両方の障害の可能性があると考えられる。

59

[既視感](#)と[未視感](#)

de'ja' vu and jamais vu

初めて見る情景のはずなのに既に見たことがあるように感じたり、逆に、見たことがあるはずなのに初めて見るもののように感じる事。[文学作品](#)の中にも描かれているという（[トルストイ](#)、[ディケンズ](#)、[プルースト](#)などにあるということだ）。体験の構造にまで言及した表現ではないので、疾患に特異性はないし、そもそもこの体験自体は健康者にも起こり、病的体験とは言えない。

しかし[既視感](#)が[不思議](#)な感じがすることは確かで、[前世](#)で体験したことだとか、個人の意識を超えた[記憶](#)がよみがえるのだと考える人たちがいる。

情景そのものが同一なのではなく、情景が喚起する内的体験が同一の構造をとっており、それゆえ軽い[錯覚](#)が起こるのだと推定される面もある。

センスス・コムニスの観点から説明できる部分もあるかも知れない。

また、視覚に限らず、体験について既体験感を感じることがある。[既視感](#)や既体験感と感ずるからには、いま経験していることは自分にとって初めてのものだと分かっているはずだとの意見があるが、はっきりそうとも言えないこともある。初めてだったか、あるいは夢の中で経験したか、と[あいまい](#)に思うことがある。

[既視感](#)の場面はなにかしら情動を伴うもののように、個人的な調査の範囲では自分にとって好ま

しい経験のようであった。

目の前にある情景を一瞬早く[記憶](#)に格納して、素早く回想しているとすれば、[既視感](#)が成立するだろう。

数多くの人が数多くの[既視感](#)を経験していることは確か[である](#)から、[既視感](#)成立の[メカニズム](#)もまた[普遍的](#)で起こりやすいもの[である](#)だろう。

[未視感](#)に出会うことは少ないよう[である](#)。分裂病での[妄想](#)気分に関連した[世界](#)変容感や知覚変容感も[未視感](#)と似たような[言葉](#)で表現される。「見慣れた道で、実際このあいだまでと同じなのに、でも何かがすっかり変わってしまった。同じだけれど、見たことのない街のようだ。」しかしこれは[未視感](#)とは呼ばないようだ。

60

知能

intelligence

知能とは、知能[テスト](#)で測られる[精神機能](#)[である](#)。

61

[痴呆](#)

dementia

いったん獲得された知能が何らかの原因により永続的に低下した状態を指す。獲得される前に障害があった場合には知的発達遅滞[である](#)。永続的ではない一時的な知能低下としては、老年者の[うつ状態](#)でみられる仮性[痴呆](#)（偽[痴呆](#)ともいう:pseudodementia）、[ヒステリー](#)でみられるガンザー[症候群](#)（Ganser's syndrome）がある。早発性[痴呆](#)は[精神分裂病](#)の昔の呼び名[である](#)。経過の特性から名付けられた名前[である](#)が、必ずしも[痴呆](#)に至らないので使われなくなった。[痴呆](#)と言うよりは分裂病性の[人格変化](#)[である](#)と考えられている。

62

させられ体験

made experience, passivity feeling, gemachtes Erlebnis

= 作為体験、影響体験、影響感情、させられ現象

思考や行為の自己能動性または自己所属性が失われ、「他人にさせられる」体験をいう。[シュナイダー](#)のいう分裂病の一級症状の[ひとつ](#)[である](#)。思考はそもそも初めから自分が考えているもの[である](#)が、思考奪取、思考吹入、させられ思考では能動性が失われ思考の主体が他者に移っている。行為では、誰かが私の足を動かす（誰かに私の足が動かされる）、感覚では性器をいじられるなどの症状が見られる。感覚面では体感異常とも分類される。[ドイツ](#)と[日本](#)では重視されるものの、それ以外では重く見られないという。英訳はなんとなく落ち着かない。

63

安定剤

「先生、[アイスクリーム](#)にも[安定剤](#)が入っているんですよ。びっくりしました。でも、よく考えてみたら分かったんです。食べるときに冷たくてびっくりするといけないから、気持ちを落ちつけるために[安定剤](#)が入っているんでしょうね。私は[アイスクリーム](#)が好きでよく食べるから、処方してもらっている[安定剤](#)は少し減らしてもいいかも知れません。」「そうですね、考えてみます。」

64

末梢神経名称対照表

体性神経 = 随意神経 = [動物](#)神経

自律神経 = 不随意神経 = [植物](#)神経

・交感神経 = 活発神経 (闘争と逃走・[狩猟](#)) = NA (α , β)

・副交感神経 = 休息神経 ([睡眠](#)・消化) = Ach

さて、[精神科](#)の困った症状とは、ほとんどが交感神経亢進・副交感神経不活発の状態[であ](#)
[る](#)。[リラックス](#)に欠けているのだ。不安状態とはこれだと言ってもいい。NA upとAch down[であ](#)
[る](#)。[睡眠](#)は不足で、食欲はなくなり、[便秘](#)・下痢となる。常に闘争と逃走の状態におかれ、緊張と不安に支配される。

[向精神薬](#)はたいていが抗[コリン](#)作用を有する。[アセチルコリン](#)作用から見れば、これもよくないことだ。

[自律訓練法](#)とは、本来不随意的な[神経系](#)を、随意的にコントロールして、副交感神経優位状態をつくり出すこと[である](#)。

65

[自律訓練法](#)

autogenic training

自律神経はautonomic nerve[である](#)から、自律神経の自律は自分を律するの[意味である](#)。一方、自律訓練の自律は自己発生的の[意味](#)であり、随意的と言ってもよい。随意的[リラックス](#)法、さらに内容を明示するなら随意的筋血管緊張解除法と呼ぶのがよい。[ヨガ](#)などの訓練の本質は何かと[研究](#)した結果、[筋肉](#)と血管の弛緩が本質[である](#)との結論が得られた。[筋肉](#)ならば本来随意的にコントロールできるはずで、それが結局、自律[神経系](#)の諸器官の状態を変化させるのだから、[心臓](#)、消化器などの器官はある程度随意的にコントロールできるはずの[ものである](#)。持続的交感神経緊張状態に対して有効[である](#)。つまり、持続的な不安・緊張状態に対処する、薬以外の有効な方法[である](#)。

66

[環境の奴隷](#)

[環境](#)のせいではなかったと考えれば、[責任](#)を免れることができる。([環境](#)因説・他責型。) し

かしそれは同時に環境の奴隷となっていることだ。人間には環境を選び取る力があるし、未来の環境をつくり出す力もある。

赤ん坊は別だが、ある程度の年齢になれば、いまの自分を決定していると考えているその環境も、自分が半ば選び取ったものである。昨日までの自分の選んだものが、今日の環境である。環境のいいなりになる人と環境も積極的に選ぶ人の違いは何だろうか。

(たとえばIQの低い人は環境に応じた生き方しかできない。IQが高くてしかも能動的な人は環境にもかかわらず人生を選ぶことができる場合がある。→表現に難あり。)

また、神の愛を感じている人は、現在の境遇自体が神から自分に向けての問いかけであると考えることもできる。困難な環境のなかであなたは何をするのかと神に問いかけられ、生き方をもって神に答える。

人間の連帯の価値を信じている人、人類の未来を信じている人、そのほかそれぞれに環境の奴隷とならずにすむだろう。

環境にもかかわらず良く生きることは常に可能ではないだろうか。

67

生活習慣病

成人病の名称をやめて生活習慣病と呼ぼうと提唱されている。大変よいことである。習慣や行動は変えることができる。思考や感情のパターンを変えるよりは易しいことだ。生活習慣病ならば治せると感じられる。(そして、それら悪い生活習慣がなぜやめられないかを考える場合のポイントが不安である。結局は不安のコントロールの仕方の問題なのだ。)

68

境界型人格障害

不安をコントロールするために対人関係を特に異性関係を利用するパターンの人たち。理想的で空想的、強烈な対人関係で不安を癒そうとし、深い関係を常に求め、しかし常に満たされない。対人関係の始まりでは理想的空想的な人物像を投影するので激しい理想化が起こる。しかし現実の人間は患者の空想のレベルには届かないので時間が経てば失望する。失望の裏には見捨てられる不安が常に伏在している。失望とともに怒りが発生し、自分と他人に向けられる。自分に向けられた怒りは抑うつや自殺企図となる。頻回の自殺企図にもかかわらず実際に死ぬことは少ない。他人に向けられた怒りは、他責、暴力、対人操作などとして表現される。感情は強烈さを求めつつ満たされないので、空しさをどうすることもできない。家族関係は助けにならない。この空しさを満たしてくれるものは、見捨てられる不安を打ち消してくれるほど強烈な新しい人間関係だと空想して、次の行動が始まる。

微かな世間並みの幸せに安定していることはできない。幸福にしる不幸にしる強烈さを求め、常に不安定である。安定のなかには刺激はなく、刺激を求めれば変化が不可欠である。変化し続ける強烈な人間関係のなかで幸福にしる不幸にしる強い感情を感じているときだけ、生きている実感がする。これは、離人症の人たちが、血が出たときに生きているのだと実感できるとか、激し

い痛みが襲ったときにだけ生きていることを実感できると述べることに似ている。

他人を振り回していればそのときだけは他人は注意を払いエネルギーを注いでくれる。それが優しさや愛と感じられる。しかし振り回していないと放って置かれて寂しくなる。見捨てられる不安が再燃する。

治療の枠はずしは彼らの好みの行動パターンである。自分のためにどれだけスペシャルサービスをしてくれるかを試す。「先生は仕事だから私に会っているだけでしょう。本当に私のことを心配してくれるなら……」と言い始める。治療の場所、時間、通常してはいけないこと（性的関係など）の枠を破るよう治療者に対して要求し、自分だけ特別扱いであることを、自分に対する愛情と解釈する。このようなスペシャルサービスはいつまでも続くわけがないから、いつかは見捨てられる。見捨てられそうになる時さらに激しい対人関係のピークを体験する。このときが彼らの本当に生きている瞬間である。この痛みが不安を癒す。痛みは快感でもあり、彼らはこの痛みに飢えていると言えるのかも知れない。しかしこれは吹き出す血を見て生きている実感をつかみなおすパターンに似て不毛である。覚醒剤が身を蝕むようなものだ。

見捨てられることが恐いから、どこまでは安全か確かめておきたくなる。次々にエスカレートしているうちに、見捨てられる地点まで来てしまう。「見捨てないで下さい」と何度も念を押すために、人を振り回し続け、そのせいで見捨てられてしまうのである。構造的悪循環である。

人格発達は、一部分では非常に発達しており、魅力的である。しかし一部分は非常に未発達で、空想と現実を区別できないほど機能低下していることがある。

治療者としては枠はずしを要求されたときの対応が難しい。あまりにも明白に拒絶するとそれは患者にとっては見捨てられたことを意味する。不安は高まり、それを鎮めようとして新しい関係を探す。別の医者に行ってしまうえば当方としてはとりあえずそれでお終いになるが、しかしそれでは治療になっていない。逆に、そのときは要求を受け入れてすこしだけ枠はずしたとしても、要求はエスカレートしていつかは拒絶せざるを得ない時が来る。こうした困難に対処する方法として、治療構造を工夫することがあげられる。たとえば、治療の枠を管理する医者と、精神療法担当者とを分離する方法があり、A-Tスプリットと呼んでいる。この方式であれば、枠はずしを要求してきたときに、精神療法担当者はそういった要求をしてきた心の動きを問題にするだけでよい。実際に枠を守るように決定するのは管理医である。精神療法担当者は患者を見捨てないですむ。

69

A-Tスプリット

境界型人格障害を参照。

70

治療構造

精神療法家の愛や献身が患者を癒す、そのような素朴で幸福な関係もなかにはあるが、未熟な愛が患者をいつまでも患者のままにさせておくことも多いので注意を要する。患者を癒すのは愛で

もあり専門知識でもあり治療構造でもあると、成熟した見解を持って治療にあたりたいものである。

71

思考化声と幻声

思考化声では内容は自分に属し、声は他者に属している。幻声では内容も声も他者に属している。通常状態では内容も声も自分に属するものである。自己所属感で分類すればこうなる。体験の自己所属感は体験の能動感と同じである。

誰か他人の声が「聞こえる」ということと「聞かせられる」ということとの差はあるだろうか？思考化声と幻聴はさせられ体験に含めてよい。自我の能動性が障害される状態である。

「聞かせられる」、「見られる」という場合、話す、見るの主体は他人にあり、自分はそれらに受動的にさらされるばかりである。

72

離人と能動感

古くから離人症は自己の能動感の障害と言われてきた。その根拠はどこにあるのだろうか。能動感の障害は典型的にはさせられ体験であるはずではないか。

離人感は、感覚面での能動性の障害と言える。感覚は一見すれば受動的なものであるから、能動的感覚とは何か、吟味が必要である。

(『感覚面での能動性』(?)が、「実感」「いきいきとした感じ」につながっている。？能動性と感覚の問題は深い。)

73

強迫と能動感

自己所属感で説明すれば、行為や思考・感情は自己に所属しているものの、それが不合理でかばかしいと思っているわけだから、内容に関しての自己所属感は「薄れて」いるようである。

74

強迫

強迫は繰り返し体験とでも言った方がいいのではないか。漢字の意味が分からない。

75

精神科疾患・診断と治療

A脳の解剖と特性……神経伝達物質

Bこころの解剖と特性……防衛、スーパーエゴ、エゴ、イド。

C診断……診断作業の方法

・前景症状……各種状態像

- ・病態水準……鑑別
- ・[病前性格](#)……典型像
- ・[環境](#)状況……家庭、[職場](#)
- ・[検査](#)……心理[検査](#)・[画像](#)診断・脳波・身体的診察
- ・背景病理……[伝統](#)的診断、外因・内因・心因
- ・児童
- ・[痴呆](#)

D [治療](#)……選択法

- ・薬
- ・[精神](#)療法・[カウンセリング](#)
- ・[社会](#)復帰療法・[環境](#)療法（DC）

F制度

- ・[法律](#)
- ・利用可能な制度・相談窓口

76

[頭部外傷](#)後[人格](#)障害

[頭部外傷](#)後に脳の上位機能が失われることによる症状と、それに伴う下位機能の亢進による症状が現れる。上位機能欠損としては抑制欠如、[道徳感情](#)低下、自発性減退などが見られる。下位機能亢進としては本来の[性格](#)の先鋭化がおり、爆発性[性格](#)、多幸傾向などが見られる。

77

防衛機制

いろいろな種類があるが、[現実](#)の歪曲が激しくなるほど、低次[のもの](#)となり、自分や周囲におよぼす害も生まれてくる。?[現実](#)Aを存在すると半ば認める。[健康](#)型。?[現実](#)Aは存在しないと考える。→抑圧型。[神経症](#)タイプ。?[現実](#)Aは存在しないどころか、[現実](#)Bが存在するとして、[現実](#)解釈をねじ曲げる。→[精神病](#)タイプ。[現実](#)検討が損なわれている。

（[現実](#)検討の点で言えば、?[だって](#)損なわれているはずではないか？）

78

[治療](#)者は[患者](#)の何を受け入れ、何と連帯するのか？

[患者](#)の[精神](#)機能は全面的に病的なわけではない。部分的に病的であったり、一時的に病的であったりする。したがってたいていの場合、[健康](#)な[自我](#)機能は残されていて、[治療](#)者が、[患者](#)の[健康](#)な[自我](#)機能と連帯するチャンスは常にある。

病的部分と[健康](#)部分とを分けて考えると、[健康](#)部分の悩みを受け入れ、[健康](#)部分と連帯すればよい。病的部分と[健康](#)部分の区別がはっきりしなくなることが[精神病](#)の特徴である。区別がはっきりしなくなったとき、区別を再びつけられるよう援助するのが[治療](#)者の役割である。病的部分

があっても、それを病的と認識できていれば、病識があると言う。病的部分と健康部分の区別をする認知機能は病気におかされていないことになる。

79

空想と夢の意味

現実検討能力を問題とすると、簡単に言えば、現実と夢・空想・想像を区別する能力を考えている。心の内容と外部現実の区別と言ってもよい。

一般の人に、「夢見る力・空想力・想像力は大変重要なもので、それを否定するようなまたは軽視するような精神医学は浅薄である、患者さんから夢や空想を奪い去るのか、かわいそうすぎる」と非難されたことがある。

空想・夢・非現実と言っても、「自分が国連事務総長だったら……をしてみたいのになあ」という普通の言い方と、「自分は国連事務総長だから……をしてあげますよ」とまじめに言うのとは意味が違う。当たり前のことである。現実検討能力で問題にしているのは後者である。

一般に言う、夢や空想は、将来の希望であったり、かなわないまでも心に抱き自分を勇気づけるものであったりする。一方、現実検討のことを話す場合の夢・空想は心内のイメージやファンタジーのことであって、幻覚妄想状態のときの心の中にあるものと言ってもよいものである。現実検討能力を現実と妄想を区別する力と言えれば分かりやすいが、定義から、妄想は現実とは区別されないものである。現実ではないと判定されたものはイメージとかファンタジーとか呼ぶしかなく、日本語では夢・空想などの言葉を当てている。「心の内容」くらいが穏やかな言い方だろうか。

さて、よく考えてほしいのだが、夢や空想を悪いと言っているのでは決してない。心の中で考えたことがそのまま外部の現実であるかのように思ってしまうところが問題だと指摘しているのである。心の内容と外部の現実を区別できなくなっているとき、精神病状態と呼ぶ。

80

施設によって異なる病像

大学病院と古くからの大病院と街中のクリニック。これらでは出会う病気のタイプも異なり治療も異なるようである。古くからの大病院の入院治療を担当すると、昔からの精神医学教科書が大変役に立つ。クレペリンやシュナイダーの偉さがよく分かる。大学病院の勤務では最近の雑誌報告などがとても役に立つ。街中のクリニックではこれらと少しずつ差がある。古い大病院ではクレペリン以来の精神分裂病、躁うつ病、神経症、性格障害などといった診断学が十分に役立つ。クレペリン以来の伝統的な精神医学は入院治療を中心に考えているらしいところもあって、入院治療に際して役立つのは当然と言えば当然である。しかし街中のクリニックでは役立たないことがある。なぜか。

街中のクリニックに来る人の中には病気のはじまりの人もある。病気のはじまりの時には、いろいろな病気で共通のこともある。非特異的な症状だけが前景に立ち、たとえば、不眠、食欲不振、集中力欠如、うつ状態などが問題になっている場合、一体どんな病気であるのか、判定に根拠

を欠く場合がある。

[時間](#)が経って、各[病気](#)に特有の症状が明らかになるにつれ、診断は容易になる。この時期には[入院治療](#)の必要なことも多く、古くからの診断学が役立つ。

81

[ファイナル・コモン・パス](#)ウェイ

final common pathway

脳の疾患について病理の性質が多少異なっても、極度に至れば同様の[痴呆](#)状態に至るという考え方。最終共通経路。

はじめは共通・自律[神経症](#)状や不安症状（たとえば街中のクリニックに初診する。また、[神経科](#)ではなく内科などに相談に行く。）→各病態に応じて特有の症状（[入院治療](#)）→最後は共通・[痴呆](#)や意欲減退状態

82

[アルコール](#)幻覚症

alcoholic hallucinosis

[アルコール中毒](#)症者にみられる、[幻聴](#)を中心とする特有の幻覚状態。本質についての議論は見解が分かれていて、[離脱症状](#)、[潜在していた精神分裂病](#)が顕在化したもの、[独立の器質性精神病](#)、などの考え方がある。「殺される」などの被害的・[迫害的な幻聴](#)があり、[自殺](#)、[自傷](#)、遁走、[放火](#)、他害などの問題行動を引き起こすことがある。たとえば自分の腕をノコギリで切るなどの取り返しのつかない悲惨な行動化を引き起こす可能性があることに注意する必要がある。

83

[アルコール](#)と薬剤の相互作用

【参照】チトクロームP-450

夜に薬をのんでその上に[アルコール](#)を飲んだらいけませんかとの質問がしばしばある。「いけません」が答えであるが、理由は次の通りである。

[アルコール](#)が[肝臓](#)で代謝・分解されるときには、[肝臓](#)にあるチトクロームP-450が必要であるが、P-450は同時に薬剤の代謝にも使われる。先に[アルコール](#)を飲んでから薬をのむと、まず[アルコール](#)の代謝のためにP-450は使われてしまい、薬の代謝が滞ってしまう。薬の分解が遅れると、強いままの作用がいつまでも残る。そこで薬の効き過ぎが起こる。逆に薬を先にのんだ場合には、薬がP-450を使ってしまうので、[アルコール](#)の代謝が遅れる。酔いがいつまでも残ることになる。また、慢性[飲酒](#)の場合には普段から大量の[アルコール](#)を処理する必要があるのでP-450が増加している。その状態で薬をのむと、大量のP-450は薬を速やかに分解してしまうので、通常量よりも多い薬剤がないと[普通](#)の効き目が現れない。したがって[アルコール中毒](#)症者には[麻酔薬](#)や[精神科](#)の薬が効きにくく、さめやすいことになる。手術を受けるときには注意が必要である。

アルコール性肝障害

アルコールを飲んでいてまず心配なのは肝臓であろう。アルコールが原因となる肝障害としては、アルコール性脂肪肝から始まり、アルコール性肝線維症、アルコール性肝炎、アルコール性肝硬変と要注意の病気が並ぶ。そろそろ危ないかなと注意すべき目安としては、

? 清酒で3合以上（純アルコール量にして60グラム以上）を5年以上飲み続けているとき。

? 検診でγ-GTP高値、高脂血症、肝腫大が指摘されたり、手指に震えがみられるとき、顔面の毛細血管が拡張しているときなど。

? 禁酒すると?、?が改善するとき。

などがあげられる。

アルコールと妊婦

妊娠中の飲酒によって胎児に主として知的発達障害が生じることが、現在では世界的な常識であるとされており、胎児性アルコール症候群と呼ばれている。精神・運動発達遅滞、記憶力低下、情動不安定、多動、注意散漫などが観察される。一日純アルコールにして60cc以上が危険量と言われているが、「子供を望む母親は飲酒を中止すべきである」と勧める専門家が多い。妊娠しそうなときや妊娠が分かったときはアルコールを控えるのが安全らしい。

アルコールのフラッシャーとフォーマー・フラッシャー

アルコールの代謝に必要な酵素のひとつであるALDH2が欠損していると、少量の飲酒で顔が真っ赤になる。このような人をフラッシャー（flasher）と呼ぶ。以前はフラッシャーだったが、鍛えて大酒家になった人はフォーマー・フラッシャー（former flasher）と呼ぶ。最近、飲酒と咽頭癌、食道癌の関連が指摘され、ALDH2欠損者に危険が高いという。研究によれば、「酒を飲み始めて最初の数年はすぐ赤くなっていたが、次第に酒に強くなった」という人はフォーマー・フラッシャーであり、消化器癌に注意すべきである。

アルコール性痴呆

alcoholic dementia

アルコール中毒症者の10%が痴呆症になるとのデータがある。アルコール中毒症者はビタミンB1欠乏によりウェルニッケ・コルサコフ脳症になり、ニコチン酸欠乏によりペラグラ脳症になり、肝障害にともなって肝性脳症をおこす。これらが広義のアルコール性痴呆に含まれるが、このほかに、栄養障害や肝臓障害がなく痴呆を呈するものがあり、これを狭義のアルコール性痴呆と呼ぶ。記憶障害、判断力低下、感情鈍麻などがみられる。CTでは前頭葉を中心とする脳萎縮所見が確認されている。アルコール中毒症者には特有の判断や認識の甘さ、自己正当化、思考の

貧困、感情変化などがみられ、[痴呆](#)と言うほどではないものの、単に[性格](#)変化とだけ言ってすまされない、器質性の変化を想定させる面もある。これらも[前頭葉](#)を中心とする脳萎縮所見と関連しているらしい。脳萎縮は断酒により[改善](#)傾向を示すことが特徴である。

88

潜在性肝性脳症

[アルコール](#)性肝障害があっても特に異常なく生活している人が、鋭敏な神経機能[検査](#)によりはじめて異常が検出される場合がある。[患者](#)に自覚症状はなく、周囲の人々もはっきりとは気付かないことがおおい。判断力や[決断](#)力の低下がみられ、注意散漫となり、[自動車事故](#)や[労働災害](#)を起こしやすいという。WAISでは[言語](#)性能力は正常、動作性能力（[符号](#)、積み木問題）が低下する。CTでは[前頭葉](#)中心の萎縮所見がある。[欧米では](#)潜在性肝性脳症は顕在性肝性脳症の2~3倍と推定されている。

89

[アルコール](#)精神病

alcoholic psychosis

[アルコール依存症](#)を基礎として発病する[精神病](#)。[アルコール](#)性幻覚症、[アルコール](#)性嫉妬妄想、[アルコール](#)性ウェルニッケ・コルサコフ脳症、肝性脳症、[アルコール](#)性痴呆、[離脱症状](#)の一つとして振戦[せん妄](#)（離脱[せん妄](#)）、などが含まれる。このような状態に至る頃には、[家族](#)関係も[仕事](#)関係も悪化していることが多い。

90

[アルコール](#)性嫉妬妄想

alcoholic jealousy

[アルコール](#)は性衝動を高めはするが、[アルコール中毒](#)症者ではインポテンスが少なくないため、結果的に性生活は不満足なものとなり、病的嫉妬に結びつくと言われてきた。[学問的](#)には、[アルコール中毒](#)が、嫉妬妄想にどのくらい直接に結びついているのかについて見解が分かっている。[アルコール](#)により脳が損傷され、全般に妄想に陥りやすい状態が準備される。ここから嫉妬妄想になるか被害妄想になるか、その他の妄想になるか、それは状況が決めることで、[アルコール中毒](#)症者の場合、夫婦仲が悪くなる、[経済的](#)に行き詰まる、友人からも見放される、インポテンスになるなどの条件の中で嫉妬妄想が形成されるのであろう。このように見てくれば、[アルコール中毒](#)症と妄想反応との二段階に考えることにも理由がある。

91

自我障害

離人体験やさせられ体験、[自我漏洩](#)症状などを指す。[ドイツ精神医学](#)では、[自我意識](#)の特性として、?能動性?（同一[時間](#)の空間的）単一性?（[過去現在未来](#)にわたり一貫している）[同一性](#)?外

界や他者との間の境界があることがあげられ、それぞれの障害により [自我](#)障害が発生する。?の能動性が障害されれば、[離人](#)体験やさせられ体験が生じる。?が障害されれば、[自我漏洩](#)として思考伝播などがみられる。

[自我](#)障害は種々の疾患でみられるが、とくに[精神分裂病](#)の症状として [重要](#)であり、[シュナイダー](#)の[精神分裂病](#)の一級症状は主に陽性[自我](#)障害を指標としたものである。[精神分裂病](#)の本質として [自我](#)障害を考える流派はいまもある。

92

[自我漏洩](#)症状

egorrohea symptom

「自分の中から何かが漏れる」症状を指す。臭いが漏れるのは自己臭[妄想](#)や[体臭](#)恐怖、思考が漏れるのが思考伝播、自分の視線が他人に迷惑をかけていると感じられるのが自己視線恐怖、自分の醜さが他人に迷惑をかけると感じられるのが[醜形](#)恐怖。いずれも自分の中の何かが外に出て他人に迷惑をかけているものである（加害[妄想](#)）。さらにそのために他人は自分を嫌い避けていると考えるようになる（忌避[妄想](#)）。させられ体験は逆に、自分の外の何かが自分の内に入ってきて自分に迷惑を及ぼすもので、方向が逆である。[自我](#)境界の病理として [自我](#)障害の [ひとつ](#)と考えられる。[思春期妄想](#)症との関連で提唱されたもので、[思春期妄想](#)症や[重症](#)対人恐怖の場合にしばしば見いだされるとする。臨床場面では確かに[青年期](#)の対人恐怖症の場合に[自我漏洩](#)症状を伴う場合を経験するので [意味](#)があると思われる。[精神分裂病](#)、[境界型人格障害](#)、[重症](#)対人恐怖症などと関連がある。

93

[思春期妄想](#)症

adolescent [paranoia](#)

[自我漏洩](#)症状・加害[妄想](#)・忌避[妄想](#)・[重症](#)対人恐怖などを特徴とする、おもに[思春期](#)に発生する[妄想](#)症。背景病理としては[重症神経症](#)の場合もあり、[境界型人格障害](#)や[精神分裂病](#)の場合もある。[外来](#)診療で少なからず出会うので、わが国の臨床的疾患 [単位](#)として [意味](#)があると思われる。[治療](#)は背景病理に対しての [治療](#)を考えればよい。

94

一級症状

first rank symptoms

[精神分裂病](#)の診断に際して第一級の重みを持つとして[シュナイダー](#)がまとめたもの。思考化声、問答形式の幻声、自己の行為に随伴して口出しする形の幻声、身体へのさせられ体験、思考奪取やその他の思考領域でのさせられ体験、思考伝播、[妄想](#)知覚、感情や[衝動](#)や意志の領域に現れるさせられ体験があげられている。これらがみられて、身体的基礎疾患が見あたらないなら、臨床的に控えめに分裂病と診断してよいとされる。

95

思考化声

thought [echo](#) ,[echo](#) de la pansee,thought spoken out loud

=考想化声、思考[反響](#)

自分の考えが、他人の声になって聞こえてくる状態。分裂病の一級症状の一つ。

96

思考吹入

thought insertion

=考想吹入

考えが外から吹き込まれて自分の頭に入ってくる。させられ体験の一つで、分裂病の一級症状の一つ[である](#)。「考えが入れられるんです」と訴える。

97

思考奪取

thought withdrawal

自分の考えが他人によって抜きとられる体験。分裂病の一級症状の一つ。

98

思考途絶

blocking of thought

思考の進行が[中絶](#)し、停止する状態。[主観](#)的には思考奪取の結果と感じられる場合もある。

99

問答形式の幻声

単に問答形式と言え、第三者同士が問答しているものと、[二人称](#)者と自分が問答するものとの二種が考えられるが、どちらも[精神分裂病](#)の診断にあたって[重要である](#)とされ、[シュナイダー](#)による分裂病の一級症状の[ひとつである](#)。

100

破瓜病

Hebephrenia

破瓜型分裂病のこと。[解体](#)型分裂病とも言う。破瓜とは「[処女](#)膜が破れる」[意味](#)で、[思春期](#)のこと。[思春期](#)に多い[精神病である](#)から、こう呼ばれる。分裂病の中でも[陰性症状](#)が中心で、自閉や感情鈍麻がみられる。分裂病は破瓜型、緊張型、[妄想](#)型などと分類されるが、おのおのの要素をいくらかの割合で持っている場合も多いので、特に[典型的](#)な場合以外は下位分類を特定しな

い**医師**もいる。

101

[共依存](#)[co-dependency](#)

[アルコール依存症](#)の研究から提唱された考え方。支配されることを通して相手をコントロールしようとする[アルコール依存症](#)者に対して、自分の内面的な葛藤を他者を支配することによって癒そうとする[配偶者](#)がいる。この[人間関係](#)を[人間関係](#)嗜癖すなわち[共依存](#)という。「私がいなければ何もできないあなただから私は離れられない」と演歌に歌われているような状態。離れてしまえば問題は解決するのに、自分の内的な問題が未解決なので離れられないでいる。しかしそれを自分の問題とは認知できないでいる。[アルコール](#)依存者の[配偶者](#)の他に、医療従事者の中にもときに見いだすことができる。

102

嗜癖

addiction

=中毒、依存

それがどうしてもやめられない。それなしでいられない。人に言われると「いつでもやめられるから病気なんかではない」と言いながら、実際にはやめられない。周囲の人は悪いことだと思っているのに自分は特に悪いことだとは思っていない。次第に[人間関係](#)を損ない、健康を損ない、本人と周囲に[不利益](#)をもたらす。

本来は精神に効く化学物質に関して用いる言葉であったが、近年は以下の三分野に拡張されて用いられることがある。

? 物質嗜癖・・・[アルコール](#)、薬物、[食べ物](#)? 過程嗜癖・・・[ギャンブル](#)、買い物、仕事、宗教、不安、愛情、反復される暴力? [人間関係](#)嗜癖・・・[共依存](#)

三分野の嗜癖は相伴うことが多い。中毒、嗜癖、依存などの言葉はほぼ同じ。

103

自閉

autism

[専門用語](#)としては、現実から遊離して内面の主観的世界に閉じこもること。「現実との生ける接触」を失った状態であるといわれる。一方、一般の言葉としては自閉的と言え「自分の部屋に閉じこもっている」「他人との感情交流が乏しい」などを意味するようで、診察室でもそのような理解が多い。世間一般の言葉で自閉的と言われている人でも、他人の気持ちや周囲の状況を正確に理解している場合も多く、そのような場合には専門語としては自閉的とは言わない。逆に、世間で[普通に](#)生きているが、周囲の状況に非常に無関心で、「いきいきとした接触」を失って

いる場合には自閉的と言ってよい。

104

自閉症

→児童の部

105

神経症

neurosis

不適切な行動パターンを選択しているために起こる、現実状況への適応障害のこと。

1) 人間は状況に応じて、自分の内部に保存しているさまざまな行動パターンから適切な行動パターンを選択して行動している。

2) さまざまな行動パターンとは、人生の過去のいろいろな場面で身につけた行動パターンである。

たとえば、厳格な祖父に接するうちに、祖父らしい行動パターンを学び取り（防衛機制の言葉で言えば、取り入れ：introjection）、同時にそんな人に対応するときの行動パターンを身につける。また、甘やかしがひどかった祖母に対して、仕事で忙しかった父に対して、見栄っ張りの姉に対してなど。また、家族以外でも、学校時代の友達、先生、近所の人たちなど。

こういったたくさんの行動パターンの中から、現在の状況に役立つようなものを引っ張り出して行動している。それはたとえば、職場で仕事をするとき、部下を叱るとき、上司の機嫌をとるとき、紛争を処理するとき、家庭で子供と遊ぶとき、妻と趣味の話をするとき、歯医者で治療を受けるとき、みな少しずつ違った自分であることから実感できる。状況に応じて柔軟にいろいろな行動パターンを取り出して使うことができ、しかも全体としてはその人らしさが一貫している、そんな状態が普通である。

3) また、個人の経験から蓄えるだけではなく、人間の進化の過程で学び取り、脳に器質的に固定されている行動パターンもある。それは猿も猫もワニも同じ行動パターンを持っているかもしれないものである。

4) 職場で部下を叱る自分と、家で子供と遊ぶ自分が同じであったら何かおかしい。適切な行動パターンを選び出していないからである。

5) こうしてみると、適応障害にはいくつかの原因が考えられることが分かる。

まず、適切な行動パターンを持っていない場合がある。対人経験があまりにも乏しかった場合。対人経験を適切に学習する能力に欠けている場合。

次に、行動パターンの選択が間違っている場合。「いまそんな状況ではないでしょう」と言われかねない。

6) 対人関係があまりに乏しかった場合。経験を補う。現代の暮らしは昔に比べて、いろいろな年代の人やいろいろな境遇の人と出会うことは少なくなっているかもしれない。テレビでは見ているだろうけれど。テレビを見ることが、対人関係の学習になるものかどうか、疑わしい。

- 7) 対人関係学習能力に欠けている場合。これは問題だ。「良肢位」での固定を目指すSSTなどを考える。分裂病の人は発病してから対人関係の学習も停止していることが多い。
- 8) 行動パターン選択が間違っている場合。これが神経症である。治療は、適切な行動パターンを選ぶことができるようにすることだ。それにしても、なぜ適切な行動パターンが選択できないのか？明らかに自分にとって不利な選択をしている場合があるのだ。たとえば、電車内でのパニック発作。脳内の、利益の秤が壊れている場合がある。
- 9) 分かりやすい例。学力試験会場で不安が高まり、ノルアドレナリン上昇、血液は筋肉に集まり、心臓はどきどきになる。たとえば熊で例えるとして、熊から逃げたり熊と戦ったりには最適の態勢になったが、いま目の前に熊がいるわけではない。不安を共通項としているために、熊と出会ったときの反応を選択してしまったことになる。学力試験を前にしての適切な行動選択は、筋肉に血液を集めることではなく、脳に血液を集めることである。
- 10) 状況に適していない行動パターンを選択していることの結果として、どのような症状が出ているかという観点からみたのが神経症。強迫神経症や離人神経症、不安神経症などと症状で呼ぶ。一方、全般的にどんな行動パターンを選択しているかという観点からみれば、性格障害の分類になる。ある場面で一時的にある行動パターンを使うから適応障害になるという場合、現在決まった言い方はされていない。もっぱら症状について名付けている。
- 11) 性格とは結局のところ、行動パターンの選択の特異性について全般的な傾向をとらえて言う言葉だ。
- 12) 行動パターンを大文字、状況を小文字で表す。A-aならばよい適応状態である。B-aでも最高ではないものの最悪ではないという程度の適応ができる。T-aくらいになると、かなり不適応状態であると言えるかもしれない。
- 13) 性格とは、普段の行動パターンのセットであり、それはたとえば、ADERTなどと記述できる。
- 14) TEGは普段選択している行動パターン（上の例で言えば、ADERT）の中に含まれているPACの各成分を測定し合計したものである。
- 15) 神経症と呼んでいるものは、場面に特異的な、不適応行動パターンの選択である。どこが壊れているのかといえ、不適応行動パターンの修正ができないところだろう。なぜさっさと別のパターンに切り替えられないのか。なぜ硬直しているのか。それが問題。
- 16) 交流分析で、クロスの交流をしている場合など、これが神経症ということだ。状況に適していない行動パターンを選択しているから。

106

アルコールの換算法

清酒一合

ビール大一本

ウイスキーダブル一杯

焼酎お湯割り一合

ワイングラス二杯

純アルコール19～24グラム

以上が同等で一単位とする。一日三単位以上を五年以上飲んでいる人はそろそろアルコールの害に気をつける必要がある。

107

精神科診断学

?前景症状……状態像の把握

?背景病理1)-病因についての推定（これはあくまで症状の内容・経過の特性・**病前性格**からの推定にすぎない）

?背景病理2)-病態レベル

2,3を**クロス**させてさらに1と**クロス**させる。

2,3の表参照。

病前性格の位置付けをどう考えるか。

?不安状態、心気状態、強迫**症候群**、**離人症**候群、**躁状態**、**うつ状態**、幻覚妄想状態、分裂病性残遺（欠陥）状態、恐怖状態、**摂食障害**、などが代表的である。他に錯乱状態、緊張病**症候群**、**意識障害症候群**、**せん妄**状態、アメンチア、**もうろう**状態などの状態像がある。**典型的**な場合はこれでよいが、その他の場合には個々の症状について記述する。たとえば、失声、失歩、不眠状態、衝動コントロール欠如、過度の他罰、など。このなかのいくつかの状態・症状については特異的に効奏する薬剤がある。

?推定の材料。症状の内容、経過の特性、**病前性格**。

?**精神病**レベル、**神経症**レベル、境界レベルを区別する。

108

病前性格

premorbid character

病気になる前に持っている性格。もともとどんな性格傾向であったかを知ることは診断に役立つと考えられている。**精神分裂病**の**病前性格**としてあげられているのは分裂気質であり、**躁うつ病**は循環気質、単極性**うつ病**は執着気質や**メランコリー親和型**である。

病前性格は、そのような性格だったのが原因で**だんだん**病気になっていったというものではない。**精神分裂病**も**躁うつ病**、**うつ病**も、もともとの素質としてその傾きを有しており、そうした素質のあらわれの一つとして**病前性格**があると考えられる。

人間には持って生まれた気質がある。しかし環境に適応していくためにはもともとの気質のままでは不都合だという場合があり、しだいに別の性格を発達させ、もともとの気質を**後天的**な性格で**くすみ**込むようになる。さらに環境が変わっていけばそれに応じて別の性格特徴を付加することもある。このようにして人間の性格は複雑に多層化してゆくと考えられる。

たとえば、もともとが分裂気質で人と距離なく交わるのは苦手だという人が、**たまたま**知能が高かったので集団の**リーダー**になったという場合。**リーダー**としては多少循環気質の要素を発達

させていった方がいい。他のリーダーのあり方などを見ながら次第に循環気質を身につけてゆく。このようにして社会適応を高めてゆく。さらにまた状況が変わり、こんどは一人で仕事をする場面が多くなったりすると、これまで作り上げた性格の上に、再度分裂気質の要素を付加して適応しようとする。

このように考えると、病前性格を診断するときには、現在もっとも表層に現れている性格だけではなく、その人の性格構造がどのような層構造を形成しているのか、人生のそれぞれの時期にどのような性格傾向を発達させたのかを緻密に評価する必要がある。

109

分裂気質

Schizothym

精神分裂病患者が発病前から示す性格特徴のこと。振り返ってみるとこんなタイプの人が多い感じがするという程度のものである。

全体には「対人距離が全般的に遠く、しかも柔軟性がない」ことが特徴で、三型に分類できる。変人タイプ：気むずかしい、他人との共感が乏しい。孤独型：対人過敏で傷つきやすい、対他交渉を避ける。従順型：おとなしい、生真面目、ユーモアに乏しい。分裂気質の人が必ず分裂病になるのでもないし、分裂病の人の病前性格が必ず分裂気質であるということでもない。分裂気質だから性格を変えないといけないということもない。独立独歩でユニーク、まじめで繊細と評価することもできる。

集団の中では中心部にいるのではなくて周辺部の存在であることが多い。対人的に過敏なので、対人距離が遠くなる。

ハリネズミのたとえで言えば、他人のとげが長すぎるように錯覚されている状態である。他人に刺されないように遠くに離れている。そんな人たちである。

110

循環気質

Zyklothym

躁うつ病患者が発病前から示す性格特徴。基調としてつきあいがいい、親切、親しみやすい。躁に傾く成分として、朗らか、ユーモアに富む、元気、激しやすい。うつに傾く成分として、静か、落ち着いている、物事を苦にする、感じやすい。これら三側面からなる性格である。集団内部では、中心部にいて、リーダーの役割を果たす場合がある。

おおむねの特徴は「対人距離の取り方が柔軟である」ことだろう。状況を素早く察知して、その場の雰囲気に合わせて対応ができる。価値観は現実的であり、超越的な感覚には乏しい。

111

執着気質

うつ病患者が発病前から示す性格特徴。一度生じた感情が長く持続し増強することが基本特徴である。

る。責任感が強い、仕事熱心、徹底的、熱中する、[几帳面](#)、正直、凝り性[である](#)。周囲からは模範的な人、確実な人と見られ、評価は高いことが多い。

112

[メランコリー親和型](#)

Typus melancholicus

[うつ病](#)者が発病前から示す性格特徴。秩序を愛する常識人。仕事は堅実、対他配慮に富み、義理堅く、人と争わず、人の思惑を気にし、人に頼まれると断れない弱気な面がある。

113

感情病の[病前性格](#)

bipolar I, bipolar II, monopolarと並べてみる。症状の面では次第に躁成分が減少する。うつ成分は一貫して存在している。[病前性格](#)の点でも、次第に躁成分が減少する。

つまり、激しやすさ・熱中性＝神経出力増大成分＝M (manisch)、[几帳面](#)さ・常同性・不変性＝神経出力現状維持成分＝A (anankastisch) とすると、Mは次第に減少、Aは一貫して保持されている。

114

[エゴグラム](#)では自我状態を三群・五つに分類している。妥当か？

PACの三群[である](#)が、たとえば、脳の三層構造を持ち出してはどうか？

115

反応性[うつ病](#)

reactive depression

環境への反応として了解可能な[うつ状態](#)。失恋したとき、肉親を亡くしたときなど。[心因性うつ病](#)（狭義には反応性でも内因性でもないもの。元来は[抑うつ](#)を引き起こさないはずの情動的緊張などの心因による[抑うつ](#)。広義には身体因と内因を除外した広い範囲のものを指す。）、反応性[うつ病](#)（環境への反応）、[神経症性うつ病](#)（幼児体験に発する未解決の葛藤が原因）、[抑うつ神経症](#)（依存性[人格障害](#)、[境界型人格障害](#)と近縁と考えられる性格の問題を伴うことの多い、葛藤型の[うつ状態](#)。）、[抑うつ](#)反応（環境に反応するもので反応性[うつ病](#)よりもやや軽症のものを指す。）といったように似た言葉がある。厳格に区別しない場合が多いし、そもそも区別できない。

116

脳死問題

脳死は人間の死だと考えてよいかという問題。？脳死とは何か。どのように判定するか。？そのような脳死は人間の死なのか。？結局人間の死とは何か。などに問題を分解できる。大脳の働きがな

ければ人間は生きていないのだなどということは脳が言いそうなことである。生物界には脳なんかなくても生きている生物がいくらでもいる。生命体として共通の条件はDNAである。人間らしくはないが生きているという状態を考えてもよい。

脳が考えるから、脳死が人間の死になる。DNAが考えれば、自己複製・増殖に役立たないなら、死んでいるのだと判定するかもしれない。

117

男と女のピラミッド

女のピラミッドのダブルスタンダード

自己評価と他者評価

ある集団の中で、誰と誰がカップルになりそうかという問題についての理論。学校のクラスでもサークルでも、また会社内でも、男性集団と女性集団があり、その中での個人の順位はおおむね決まる。猿の集団の順位付けのようなものである。順位付けの価値基準はその集団の性格による。学力が評価されたり、運動能力が評価されたり、また資産や家柄が評価されたり、ルックスや趣味が評価されたりする。それらの重み付けの違いが集団の価値観の特性ということになる。自然な成り行きとして、男性ピラミッドの中での順位が決まり、女性ピラミッドの中での順位が決まる。そして男と女の自然なカップルは、この順位に照らして対応する男女である。ここまでが原則である。

さて、集団の価値観と個人の価値観は、おおむねは一致しているが微妙に違う。また、同性による評価と異性による評価とはずれがある。ここらあたりから恋愛の劇が始まる。

まず現代日本女性の場合には特殊な事情がある。学校時代には男女一緒の教育を受けて、勉強や運動の能力で評価される。それが主な評価の軸となる。男性の場合は家庭を持ってもその評価を延長していればよい。しかし女性の場合には、家事能力や育児能力といった面での評価もなされるようになる。それは学校や会社での評価とはかなり異なった軸になる。料理を上手に作ったり部屋の飾り付けが上手にできたりする能力は、伝統的な価値観を持った人々からは根強く支持されている。

このようにして、女性に関してダブルスタンダードが生まれる。女性は学校・会社でのいままでの自分の努力を評価されない場面に出会ったり、突然良妻賢母のイメージを押しつけられたりする。別の価値基準で測れば、ピラミッドは別のものになる。

118

躁うつ病の成因仮説

MAD細胞の比率が問題

熱中型の要素

熱中過ぎでMタイプ細胞は急にブレイクダウンする。

環境反応型の要素

A細胞が多い人は新しい環境への適応が素早くない。

M細胞が多い人は新しい環境への適応が素早い。

	M	A	D	性格構造	症状	熱中性	環境適応
1	○	○	○				
2	○	○	◎	弱力			单相性うつ
3	○	◎	○	制縛			強迫症 遅い
4	○	◎	◎	制縛+弱力			单相性うつ 遅い アパシータイプ
5	◎	○	○	強力	大		
6	◎	○	◎	強力+弱力			双極性うつ 大
7	◎	◎	○	強力+制縛			双極性うつ 大
8	◎	◎	◎	強力+制縛+弱力			双極性うつ 大

強力成分は次第に[エスカレート](#)して、急にゼロになる。そのときはAとDの成分が残り、性格が変わってしまったかのように見える。

5 - ○ ○ →制縛+弱力.....うつ

6 - ○ ◎ →弱力.....うつ

7 - ◎ ○ →制縛.....強迫状態

8 - ◎ ◎ →制縛+弱力.....うつ

さらに[病前性格](#)との関連

循環気質

◎ x ◎.....◎ ◎ ◎

◎ ○ ◎ [典型的](#)循環気質 bipolar I

執着気質

[メラニコリー親和型](#)

x ◎ ◎.....○ ◎ ◎ [典型的](#)執着気質 monopolar

◎ ◎ ◎

x ◎ ○.....○ ◎ ○ bipolar II

◎ ◎ ○

脳が全体にM細胞に依存している部分が大いときには、M細胞の機能停止でひどい[うつ状態](#)になる。そうではなくて、M細胞が機能停止しても、その機能が占める割合が小さければ大した症状にはならないだろう。

119

脳の[神経細胞](#)

数は約千数百億個と見積られる。うち九割は小脳皮質、一割が[大脳皮質](#)で、約140億個。「脳には140億個の[神経細胞](#)がある」とよく言われるのは、[大脳皮質](#)部分のこと。

120

脳[神経細胞](#)の特徴

確実ではないが、日々十萬個ずつ失われるという数字が通説となっている。再生不可能。ただし、細胞は再生しなくても、残った[シナプス](#)の可塑性は失われないから、新しく[シナプス](#)結合を増やしていけばよいとも考えられる。[神経細胞](#)を再生する研究は日々続けられていて、希望もないわけではない。

121

脳の病理学的変化

循環障害、炎症、腫瘍、変性、代謝障害、先天性異常。このほかに原因不明の分裂病性変化、[躁うつ病](#)性変化および[非定型精神病](#)性変化がありまとめて内因と呼ぶ。また、実際に脳組織に病理学的変化がないのに起こると考えられているものを[神経症](#)と呼んでいる。

122

脳の[エネルギー](#)代謝の特徴

脳は全身酸素消費量の20%を占める。低酸素状態に極めて弱い。しかし[カナリア](#)は人間よりもさらに低酸素状態に弱いので、炭鉱[労働者](#)は[カナリア](#)を連れて炭鉱内で仕事をする。[カナリア](#)が倒れたら酸素欠乏のしるし[である](#)から仕事を中止する。

123

[神経伝達物質](#)

[神経細胞](#)が次の[神経細胞](#)に興奮を伝達するとき、[シナプス](#)前にある[シナプス小胞](#)から[シナプス](#)間隙に[神経伝達物質](#)が遊離され、[シナプス](#)後細胞にあるレセプターにとらえられる。レセプター部分から興奮が細胞全体に伝えられる。

[カテコールアミン](#) ([アドレナリン](#)、[ノルアドレナリン](#)、[ドーパミン](#)) S

インドールアミン ([セロトニン](#) [5-HT]、[メラトニン](#)) うつ

[アセチルコリン](#) 痴呆・向知性薬

[グルタミン酸](#) 味の素

[ガンマアミノ酪酸](#) [ベンゾジアゼピン](#)

124

[メラトニン](#)の話題

[アメリカ](#)でもてはやされていると報道されている[大衆薬](#)。[時差ボケ](#)改善には有効という。しかし[専門家](#)には今のところそれほど重要視されてはいない。人はいつでも万能の新薬に憧れているように見える。

125

自律神経

歩いたり話したりするのは自分の思い通りにできるし、思わなければ何も起こらない。そのよう

な部分は随意神経が支配している。一方、人間がいちいち意識しなくてもひとりでうまく働くようにできている部分も体には沢山あって、心臓や消化管などの内臓運動、皮膚からどの程度汗をかくかなどが代表である。これらは不随意的なもので自分勝手に動くから自律神経と呼ぶ。動物神経と植物神経という言い方もある。体の移動に使う筋肉に関係していれば動物神経で、それ以外の栄養や保温などに関係している部分は植物神経である。自律神経は植物神経に相当する。自律神経の働きは二つに大別され、休息のときには副交感神経、闘争と逃走のときには交感神経が働く。

126

交感神経

自律神経でノルアドレナリン（ノルエピネフリン）を伝達物質とする系。副交感神経と拮抗してバランスしながら機能を調整する。闘争と闘争（flight and fleet）のときに優位となる系である。パニック発作、不安発作の的には交感神経優位となっている。脈拍は早くなり、血圧は上昇、手に汗握り、のどは渇き、瞳孔は縮み、全身の血液は内臓から筋肉に移動する。すべて戦いの準備として整合的である。たとえば道で熊に出会ったとき、不安や恐怖が引き金となりノルアドレナリンが放出され交感神経優位状態となる。全速力で逃げるのに適切な状態が準備される。しかしまた、試験会場で不安を感じたときも、不安が引き金となって交感神経優位状態となる。この場合には筋肉に血液を集めるのではなくて脳に血液を集めなければならないはずで、反応としては間違っているのであるが、不安が共通の引き金となっているため、仕方がない。いたずらに緊張は高まり、実力は十分に発揮できないままで試験は終わる。教訓としては、不安状態にならなくてすむように、準備をすること。準備が足りなかった場合には、あわてずに、副交感神経優位の場面を頭に思い描くことである。そのためにも、たとえばお気に入りの海辺などを日頃から経験しておくことをお勧めする。

127

副交感神経

自律神経でアセチルコリンを伝達物質とする系。交感神経系と拮抗する。休息のときに優位となる。

ベラドンナアルカロイド（アトロピン）は副交感神経系を働かなくさせる。昔ヨーロッパで舞踏会に行くときはアトロピンを使った。副交感神経が働かなくなり交感神経が優位になる。瞳が大きくなり魅力的に見える。そこでベラ・ドンナ=美しい・女性と呼ばれたと記事にある。瞳が大きくて濡れている状態は甲状腺機能亢進時やスポーツのとき、ジェットコースターで興奮したときにも見られる。すべて恋の始まりとなる。

128

海と山

どちらが別荘としてよいか、好みが別れる。研究によれば、海からの風には交感神経を刺激する

粒子が多く含まれている。だから漁村の人たちは一般に荒くれ者というイメージがある。一方、山からの風には副交感神経を刺激する粒子が含まれている。フィトンチッド効果などもそのひとつである。以上の知見を総合して、風が変わるごとに山からの粒子と海からの粒子が程良くブレンドされる場所がよいとの提案もある。どの程度山に近いか、どの程度海に近いか、そのブレンドの仕方は各人の体質と好みと目的によるだろう。

129

シナプス

神経細胞と神経細胞の接合部を指す。神経細胞同士は直接つながっているのではなく、約5万分の1ミリのすき間があいている。すき間をシナプス間隙といい、神経伝達物質が行き交う。神経伝達物質をレセプターが受けとめて、刺激を伝える。現在の向精神薬は神経伝達物質とレセプターの働きをコントロールすることにより効果をあらわすといわれている。

130

レセプター

神経分野でいえば、神経伝達物質を受け取る部分の構造体。日本語では受容器である。生体内ではレセプターの数は一定ではなく、常に調整が続いている。たとえば、何かの理由でドーパミンが少なくなっている状態が長期にわたり続いたとすれば、レセプターを増やして、ドーパミンの恒常的な減少を補おうとする。逆に長期にわたりドーパミンが多すぎる状態が続くとレセプターは減少する。これらは生体のホメオスターシスのひとつと考えられる。

ドーパミンレセプターの面から分裂病を説明しようとする考え方もある。分裂病の死後脳の研究では、ドーパミンレセプターが増えているという報告がある。その意味については、増えたから分裂病になった、分裂病になったから増えた、薬を飲み続けたから増えた、などさまざまな考え方がある。

131

脳血液関門

Blood-Brain barrier

脳の血管には、血管内の有害物質が脳に影響を与えないように、血液中の物質を選択的に脳の側に透過させる仕組みがあり、脳血液関門という。個々では選択的透過が行われるため、薬物の血管内濃度と脳内濃度が一致しない場合がある。ハロペリドールやリチウムなど一部の薬剤について血中濃度をモニターしながら治療が行われるが、それはそのまま脳内濃度ではないことに注意が必要である。

132

Blood-Testis barrier

ウイルスが精子に組み込まれるとすれば、BTBを通り抜けなければならない。BTBは個体の適応

状態を反映しており、適応低下時にはBTBは弱くなり、[ウイルス](#)も通りやすくなる。結果として変異は促進され、新しい形質の獲得の可能性を試すことになる。適応がよい場合には、BTBは強固であり、外来の[ウイルス](#)などは通さず、精子の[遺伝子](#)を現状のまま固定しようとする。環境が変わったときには、これまで適応が悪くて苦しみ続け、変異を模索してきた[遺伝子](#)が脚光を浴びることになる。奢る平家は久しからず[である](#)。

133

脳機能の局在性

過去の脳機能局在に関する議論は、脳の局所の損傷によってどのような機能欠損が生じるかについての観察を基礎にしていた。また、[ペンフィールド](#)の実験は脳外科の手術の途中で脳の表面を電氣的に刺激して、その部分の刺激がどのような結果を生むかを調べたもの[である](#)。これらの手法の場合には、脳のその場所に機能があるのか、機能の中継点なのか、機能の引き金があるのか、いろいろな解釈ができる。

現在はPETなどの装置により、生体内での活動を測定することができるようになった。しかしこれもあまり確実な所見とも言えない面がある。解釈は慎重にすべき[である](#)という意見が少なくない。

134

男の脳と女の脳

[男性脳](#)は空間認知能力に優れ、数学、物理、建築に向く。身体・脳とも狩猟に向くという。女性脳は言語能力に優れている。また女性脳は左右の脳をつなぐ脳梁が大きく、女性の方が左右の脳をバランスよく使っていると推定される。こうした特性から女性は育児、教育、看護などに向くと言われる。しかしこれは平均的な傾向であって、[個体差](#)は集団差を超えてはるかに大きい。女よりも男が平均身長は高いが、身長の高い女はいくらでもいるのと同じ[である](#)。

135

右脳と左脳

右脳を[活性化](#)するなど[マスコミ](#)で言われるように、右脳と左脳の機能分化は明白のような印象を与えるが、実際にはそれほどでもない。片方の脳だけを短時間麻酔する方法で調べると、その人に関しての脳の左右差を調べることができる。結果は、左脳と右脳の機能分担も人によりかなりの違いがあるということのよう[である](#)。

136

[レム睡眠](#)・ノン[レム睡眠](#)→表 脳と身体それぞれの状態

睡眠の状態を、脳波所見を参考にして分類したもの。ノン[レム睡眠](#)は普通の眠り。深い眠りで、多少のことをされても目は覚めない。[レム睡眠](#)の時期には、Rapid Eye Movementの名の通り、目がぎょろぎょろ動いていて、脳はある程度働いている。それに反して体は完全にぐったりしてい

て脱力状態である。自律神経機能は不安定となる。この時期に意識が戻って、体が寝たままだと「金縛り」と感じられる。レム期には夢を見る。またレム睡眠中に目覚めるとすっきりとした目覚めになる。睡眠はノンレム・レムのセットを何回か繰り返して目が覚める。どうせ目覚まし時計を使うなら、自分のレム・ノンレムのセットの時間を覚えておいて、その正数倍を考えれば、すっきり目覚められると提案する人がいる。レム・ノンレムのセットは平均90分と言われているが、人によってばらつきがあるのでまず睡眠日記を付けて時間を計ることから始める。何回めかのレム期にちょうど目覚めれば成功である。

137

多因子病

決定的に悪くはない数多くの病因遺伝子の加算によって発症に至るタイプの病気。たいていの高血圧症や糖尿病、内因性精神病はこれに属する。面白いことに、どれも発症は生活習慣とも密接に関連しており、多因子の中には生活習慣という後天的因子まで含めて良さそうである。

138

精神異常の異常とは何か

?平均からのずれとしての異常。?価値判断としての異常。?疾病概念としての異常。これらが教科書にはあげられている。しかし実際の診察室では、異常かどうかは問題になることはあまりない。患者さんは困っているから来院する。もし「私は異常なんですか」と聞かれたら、それは「それほど深い不安に悩んでいます」ということだ。悩みについて解決を考えればいいわけで、特に異常かどうかを判定する必要もない。正常だが深い悩みも沢山ある。また家族や周囲の人が来て、誰かについて異常ではないかと言いつつ出したとしても、そのような発言に至るからには誰かが困っているのだ。では、その悩みについて相談しましょうということになる。

精神異常かどうかの判定が求められるのは裁判の場面である。しかしこの場合も判断能力をどの程度保持できていたかが問題なのであって、異常とは何かについて判断する必要はないだろう。

139

異常か正常か

「私の子供は病気でしょうか?」「私の妻は異常でしょうか?」
このような言い方は結局、「私はまだ我慢しなければならないのでしょうか。辛いんです。」という訴えだと思ふ。本人も困っているが、家族も困っている。誰かが異常だとか病気だとか言ってみても、それで悩みが解決するわけではない。医療としてお役に立てそうか、医療の他にはどんな手だてがありそうか、一緒に考える。家族全体の苦しみをケアしようとする態度が大事である。

140

疾患概念

病理標本の裏付けがなくても疾患と言えるのか。多分言えないと思う。[精神科](#)の場合にだけ、控えめに許されているのだろう。

141

[ICD-10](#)

WHOによる国際疾病分類（[INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES](#)）のことで、現在は第10版が用いられている。[保健所](#)・役所関係の人には大切である。

142

[DSM-IV](#)

Diagnostic and Statistic [Manual](#) of Mental Diseasesの第四版。[アメリカ精神医学会](#)が定めた[精神障害](#)の診断と統計のための[マニュアル](#)である。多軸診断システムを採用している。統計的手法を用いて研究発表する人には有用である。

143

[措置入院](#)

[医療保護入院](#)

[任意入院](#)

[基本的人権](#)の一時的制限

144

[リビドー](#)

狭くは性的欲望のこと。広くは人間を突き動かす欲望全般のこと。心の[エネルギー](#)のこと。

145

イド・エゴ・[スーパー](#)エゴ

[フロイト](#)の描いた人格構造。

146

意識・前意識・[無意識](#)

147

葛藤

[conflict](#)

心の中に両立しがたい欲求が同時に存在する状態。旅行に行きたいけど貯金もしたい。食べたいけど太りたくないなど。人生は葛藤の連続であり、適切な妥協点を見つけるのが人生の智慧である。結論として、旅行は年に一回、体重は42キロと決心する。そしてしばしば自分の決心を裏

切る。欲求は決心よりもしばしば強い。

148

防衛機制

defense mechanism

欲望が起こったとき、そのままの形で意識したり行動したりすると不安状態となるため、心はその欲望を受け入れることができず、形を変えて納得しようとする。そのようなメカニズムのこと。無意識的な作用である。

防衛機制は、正常、神経症性防衛機制、精神病性防衛機制と分類される。

149

抑圧

repression

意識したくないことを無意識界に追いやること。そうすれば都合の悪い自分を見ないですむ。

150

退行

regression

適応困難な場面で、より低次の適応段階に逆戻りすること。低次の行動様式を選択する。たとえば、中間試験が受けたくなくて二歳の子供に戻ってしまい、指をしゃぶって言葉も話せない状態。大人が子供と遊ぶときに、一時的で部分的な退行を示す。これは健康な退行である。

151

反動形成

reaction formation

衝動が強烈的な場合、抑圧するだけでは不十分な場合がある。衝動とは正反対の行動を選択することで不安から逃れようとする。憎しみを何とか処理しようとして溺愛したり、敵意を何とか処理しようとして馬鹿丁寧な態度をとったりする。

152

同一化

identification

自分の理想とする人の真似をして振る舞う。たとえば、母を恋しても父に邪魔されてしまうとき、父と同一化して満足しようとする。→取り入れ？

153

置き換え

displacement

もともとの衝動を、[社会的](#)に受け入れられるものに変更すること。

154

否認

denial

受け入れたくない現実や体験をなかったことにすること。

155

投影

156

取り消し

157

孤立

158

合理化

159

分裂

160

取り入れ

161

昇華

162

象徴化

163

治療抵抗

抵抗

164

転移

transference

165

[逆転移](#)

counter-transference

166

行動化

acting out

167

機能性[精神病](#)

functional psychosis

[英語圏](#)の[精神医学](#)で使われる言葉。[顕微鏡](#)程度では脳病変（構造変化）を観察できないような[精神疾患](#)を指す。[顕微鏡](#)では見えないほど微細なレベルでの変化という意味も含まれるが、脳に病変はない（つまり構造は正常[である](#)）が機能が異常になり病気が起こっているという意味も含まれる。

しかしながら、ある機能があれば、必然的にそれに対応する構造があるはず[である](#)。構造は壊れていないが機能が壊れているという言い方は矛盾している。

168

内因性[精神病](#)

身体因で起こるのではなく、心因と遺伝的素因の両者の関与によって起こると見られている疾患。遺伝的素因はどのようなものか不明であり、心因としても特異性は見いだされていない。遺伝性疾患ほど[遺伝子](#)に決定されてはいない。一卵性双生児の発病一致率は50%程度[である](#)。また、心因となる[ストレス](#)の関与は確かにあると思われるが、[神経症](#)の場合のように強く状況に反応しているわけではない。非特異的[ストレス](#)という程度の場合もある。

169

幻覚

「対象なき知覚への確信」[である](#)。実在しない対象を知覚していると信じるもの。

170

錯覚

[illusion](#)

外界からの知覚入力があり、それを誤って知覚すること。

171

過剰相貌化

幻覚に関する理論のひとつ。たとえば壁のシミが人の顔など意味のあるものに見える現象について、過剰に意味を読みとろうとする点に着目したもの。

172

人混みが苦手な人の不思議

人の中では緊張するから、行きたくないと言いながら、行ってしまう。なぜか。

昨日は人の中に入って緊張してとても疲れてしまったと語る患者がいて、それでは経験を生かして、次からは疲れすぎない程度でやめておきましょうと指導する。しかしつぎにもまた人の中で活動している。その様子を見ていると特に疲れている様子でもない。次の日になれば疲れて大変だとか緊張して大変だという割には、そのときには平気で、それなりに楽しんでさえいるように映る。

ある人に話しかけられて深い話になってしまい、そのあとで大変な目にあつたと話している。それでは次からは人と距離を持って話すようにしましょうと指導するが、つぎにもやはりじっくりと話し込んでいる。

嫌なことであるならなぜ避けようとししないのだろう。話し合いの結果、多分、その時は嫌ではないのだ、後で回想してみても、どんどん嫌な気分染まっていくのだと思われた。

体験の段階ではさほど嫌な経験ではない。しかし後になってそれを思い出してみると、とても嫌で疲れる体験と感じられている。それは回想の段階で、妄想的な加工が加わるからではないか。嫌だ嫌だと言いながら、はまりこんでいってしまう、そして次の日になってとても疲れたと言う。こんな人の場合は、回想の仕方に病理があるのではないか。本当にその場で嫌なものならば、回避するようになるはずではないか。

現在形では嫌な気分を知覚できず、回想でしか知覚できないのだと考えてもいい。それを、現在の知覚障害と考えるか、回想時の妄想的付加と考えるか、ということだろう。

173

薬剤使用量

病状や薬剤の効き目・副作用について懇切丁寧に説明すれば、薬剤の使用量は減少するだろう。まず親切な精神療法を行えば、薬剤は少量ですみ、効果も高い。ときには偽薬で十分なほどである。

もらった薬の全部または一部を捨てる患者も、きちんと話す時間があれば必要十分な薬をもらって全部のむようになるだろう。

不必要な薬を出して平気な医者は、きちんと説明することが必要で、ときには質問もされれば、不要の薬を出すことにためらいを感じるようになるだろう。

医者のかげ持ちをやめるようになる。

きちんと説明もしないような医者にかかっていると不安ばかりが高まる。

というわけで、患者さんのためにも、さらに医療経済の点からも、懇切丁寧な面接が望まれる。

174

薬か精神療法か

精神療法ですむものなら、もちろん精神療法ですませたい。薬は自然の食べ物ではないから、なしですむならその方がいい。

しかし薬には即効性がある。

薬でまず一段階楽にして、そこから本格的に精神療法に取り組むというのもよい作戦である。

175

「薬は自分を変えてしまう。精神を変えてしまう。」という不安。

これは根強い。日本人は自分を変えてしまうことには恐怖を感じていて、できれば自分のままで、その延長として自分を強くして、困難を乗り越りたいと願っている。ある国の人たちは、自分をきっぱりと自分以外のものに変えて、困難を乗り越りたいと思うのだそう。その点では、日本人にはドリンク剤やビタミン剤が好まれ、精神科薬剤は敬遠されるのだろう。それは、精神科薬剤がまるで覚醒剤や麻薬のように自分を変えてしまうとの誤解が根底にあるからだろう。

薬の効き目はたいていは、不安を少し遠ざけるだけだ。薬で少しだけ楽にして、時間をかせいでいれば自分の身体の内部に備わっている自然な治癒能力が働いて、精神を調整してくれる。精神そのものにメスを入れているようなものではないのだ。

176

妄想？

なぜ幻覚妄想は発生するのか？

1) さまざまな原因からドーパミン過剰状態またはドーパミンレセプター過剰状態になり、ドーパミン系過敏状態となり、幻覚妄想状態になる。証拠としては、ドーパミン遮断薬が幻覚妄想を除去するのに役立つこと。また、脳内ドーパミンを増大させるような薬剤を使うと幻覚妄想状態が引き起こされること。なるほどと思うし、賛成の声も強い。しかしドーパミン系過剰状態が関与している可能性は認めるとしても、それが全てではないだろう。

2) 心理面から考えれば、自己の内面にある考え・感情・イメージを、それが自己の内部にあると認めたくないから、外部に投影することで生じると考える。まあそれは当たり前で、対象なき知覚であったり、現実と食い違う確信であったりするのだから、自己の内部に発生しているものに違いない。それがあたかも外部に起源を持つものであるかのように考えてしまうところが病気の部分である。

3) 壁のシミが人の顔に見えたり、空の雲がアイスクリームに見えたりする。これをパレイドリアといい、これ自体は普通の人の普通の時に起こることである。しかしこれは本来意味のないところに意味を見てしまうのだから、幻覚妄想状態と同じ構造を持っている。パレイドリアの状態

にも、程度の違いを考えることができる。壁のシミが確かに何かの形に似ていると容易に理解できることもあれば、全くどう見ても何にも見えないこともある。星座の形にしてもそうで、とても物語の英雄には見えない。それでも現在のように名前が付いているということは、誰かがそんなことを考えたわけだ。意味のない形に意味を付与する作用には強弱があることが分かる。この作用が強い場合を過剰相貌化といい、弱い場合を脱相貌化といっている。

ドーパミン系の過剰状態は過剰相貌化をもたらす。これは幻覚妄想の起こり易さという、いわば形式を準備している。内容を定めるのは、個人の心理内にある内容である。欲望や関心、不安、そういったものが投影されて、個人に固有の幻覚妄想を生じる。これが幻覚妄想状態である。上の1)は形式を決定し、2)は内容を決定する要因であると考えられる。

逆に、ドーパミン系不足状態は、離人症を準備する。意味を外界に投影する作用が薄れてしまい、意味を感じ取ることができなくなってくる。離人状態はこれが全てではないが、このような成り立ちの離人状態もあり、それは精神分裂病とその周辺の病理の場合に起こるタイプのものである。

相貌化作用でいえば、固定して過剰または過小の場合と、大きく揺れ動く場合の、どちらも病気の原因となると考えられる。これはドーパミン系の言葉で言えば、ドーパミン系過剰または過小で固定されている場合と、両者の間を大きく揺れ動く場合の、両方が病気に関係していると考えられる。症状に翻訳していえば、幻覚妄想状態または離人状態と、この両者を揺れ動く場合とがある。

177

妄想？

自分や身の回りの人が幻覚妄想状態になったら、どうすればいいか？

自然で良性的の幻覚妄想状態はないと考えてよいので、専門家に相談して下さい。とは言ふものの悲観する必要はありません。手だてはいろいろあります。

178

看護学対処法

身体病の患者さんが精神的に変調を来している場合。

?まず、その人の言っていることや考えていることが現実と一致しているのかどうかを考えてみる。説明したり説得したりして、どんな反応を示すか、様子を見る。現実とかけ離れていることをあくまでも信じ込んでいるならば、「熱心に懇切丁寧に対応する」方針だけではうまくいかないかも知れない。主治医に相談して対策を考える方がよい。

?現実と一致しないことはないのだけれど、考え方や感じ方があまりに極端で、患者さん自身が悩んだりまわりの人を困らせたりしていることがある。性格に問題があるのかも知れない。そんなときは対応の仕方をよく考えなければいけないので、看護ミーティングの場でよく話し合う。

?身体病になるということは、たいていの場合、「自分の大事なものを失う」体験である。これを喪失体験という。身体病になることで身体の機能を失う、そのことによって人生の計画や生きが

いを失う、[経済力](#)を失う、さらには良好な家族関係を失うなど、失うものがたくさんある。病気になることによって得られるものもたくさんあるのは確かだけれど、そのような[プラス](#)の面を考えられるようになるのはかなり落ち着いてからだろう。

人間は大切なものを失ったときは「[うつ状態](#)」になる。だから、病気で通院したり入院したりしている人たちは多かれ少なかれ、[うつ状態](#)に傾いている。さらに家族も大切な人の病気に際してはさまざま大切なものを失うのだから、やはり[うつ状態](#)に傾く。

したがって、身体病の患者さんと家族に接するときには、[うつ状態](#)の人に対しての対応の仕方を頭に入れておけばよいことになるだろう。

?[うつ状態](#)の人に接するときの基本は、話をよく聞くこと、患者さんに真面目な関心を寄せて理解しようとする、批判するのではなく受け入れること、など[である](#)。このとき、?と?の場合には別の対応が必要になるから注意する。

179

燃えつき[症候群](#)

なぜ特に[看護婦](#)について言われるのだろうか？

完全主義、[理想主義](#)、強迫傾向の人が、教師、[看護婦](#)、精神療法家などの職業に就いたときに、心身ともに疲労して[うつ状態](#)になってしまった状態のこと。自分が職業について理想として思い描いていた状態が、実際には実現困難なもの[である](#)ことを知るにつれて、報われなさに押し潰されて行く。教育や[カウンセリング](#)など人間の精神にかかわる分野では、客観的な評価が曖昧[である](#)。自分で自分を評価することになるが、その場合、完全主義の人は自分により評価を与えることができず、まだ足りないと思うようになる。精神的活力を使い果たして[うつ状態](#)に陥る。

教育や心理の仕事は相手が人間[なのだから](#)、自分が努力すればそれに比例して成績が上がるといった性質のものではない。したがって完全[主義者](#)が本来感じやすい不安全感や報われなさが生じやすい分野[である](#)。完全主義傾向のある人は、仕事の性質からいって、自分の完全癖を満足させることは難しいのだと最初から頭に入れておく必要がある。教育効果や治療効果を完全にしようと思わずに、自分の記録を完全にするとか、勤務時間を完全にするとか、そのあたりで完全欲を満たすようにしたら[どうでしょうか](#)。

180

想像の手紙

「あなたの友人、それは実在でも架空でもいいのですが、その人からの手紙を考えます。それを受け取ったら心から満足できると思うような手紙を自分で書いてみましょう。友人にしてもらいたいこと、言ってもらいたいことを正確に言葉にして書いてみましょう。」物事を多面的に見る訓練になる。

181

[精神安定剤](#)

本当の安定剤の他に、比喩的に「心の安定剤」という場合がある。人々は心が不安定になったときのために対処行動を開発しているものである。アルコールを飲んだり、やけ食いしたり、ある特定の対人関係に頼ったり、性的関係を求めてみたり、ギャンブルをしたり、仕事になおさら打ち込んだり、趣味を持っていたり、本を読んだり、ビデオを見たり、いろいろある。この中で限度を越えると依存状態として問題視されるものがある。まず代表はアルコールであり、シンナー・トルエン・覚醒剤・睡眠薬・ある種のかぜ薬などの各種化学物質、ギャンブル、買い物、食べ物、仕事、宗教、暴力、ある種の人間関係などは、度を過ぎれば嗜癖、または依存や中毒と言われるものになる。健康なストレス発散は問題ないのだが、どうしたわけか、問題領域に入り込んでしまうのである。そうした人たちはたとえばアルコールをやめようとしてギャンブルにはまりこんだりするなど、ひとつの問題行動から別の問題行動に移行していることも多いと指摘されている。

要約していえば、彼らは不安に対処する力が弱いということだ。

182

構造主義

人間の本质は情報または構造についての情報であるとする考え方。

思考実験として、人間の体の各部分を切り離して人工物に変えていくとする。義足、義手、義歯、義眼、と次々に変えて行く。たとえば、子供の頃からの手と、義手は同じではないのだから、義手を使うようになった自分はもう昔の自分ではないのだ、だから手は自分の本质の一部なのだと言い張るとしても、その議論には無理がある。変化は起こるだろうが、やはりその人はその人であろう。愛用の靴と愛用の手とでは本質に違いはないだろう。歯を抜いて入れ歯にしても人間の本质が変わるわけではない。では脳を移植したらどうなるか。それは脳だけを残して体全部を入れ替えることだから、結局非常に大規模な体の移植ということになる。

このように考えると、やはり脳にその個人の本质があるだろうということになる。さらに、脳の部分移植を考える。小脳を移植するとして、普段より動きがいいなと感じる程度で、別段不都合はないだろう。脳幹も、取り替えればもっと調子がよくなるかも知れない。では何が自分の本质なのだろう。

意識も記憶の脳神経細胞の作り出すものとする現在の脳科学の仮定をここでも前提とすれば、結局自分の本質とは、自分に固有の神経細胞のネットワークの仕方ということになるだろう。それは「もの」ではなく、情報ということになるだろう。情報が充分にあれば、この人に固有の神経細胞のネットワークを再現することができるだろう。そうした情報を分析する技術が確立されれば、ミイラは情報ボックスで充分である。生き返るときにはその情報をもとに神経細胞を組み立てればいいわけだ。（困難は大きい。神経細胞の特性は無限であるし、細胞同士の情報伝達の仕方も無限に多彩である。）

さらに一歩進めると、実は情報を神経細胞に移さなくてもいいはずである。神経細胞ネットワークを再現したとして、それがどのように働き、何を体験するのかについてはたとえば大規模なコンピュータでシミュレートできるだろう。そうすれば、特に生きる理由もないかも知れない

。コンピューターの内部で、ある個人の情報セットが体験し、変化して行くのである。これは生きることと全く同等である。

183

中毒仲間

アルコール中毒や薬物中毒の仲間は、メンバーの立ち直りを喜ばないことがある。せっかく中毒の行動パターンをやめられそうになっているときに、「実はいい話がある」などと言って接近し、それまでの努力をだいなしにしてしまう。この誘惑に打ち勝つことができるかどうか、立ち直りに成功するかどうかの鍵であることもある。映画やドラマでも、ここで勇気を持ってきっぱりと悪い仲間とは別れなさいと勧めている。ある種の不安を処理するために特定の物質に頼っている場合、その物質の入手の都合から、同じ傾向の人たちと知り合いになる。すると今度は物質依存に加えて対人関係の面でも嗜癖性のパターンを発揮するようになる。そのような集団では、誰かが目覚めて、自分たちの不安消去パターンを否定するような言動をすれば、自分たちの存在の根底を掘り崩されるような不安を感じる。全般に不安に対処する方法が下手な人たちである。個人の不安を消去するために集団を作ったのに、こんどはその集団が不安に脅かされるといっては騒ぐのである。

184

中毒とエスカレート

中毒症者は、アルコール、食べ物、ギャンブル、宗教、対人関係、その他どの場合でも、エスカレートすることが特徴である。一方、躁うつ病者の病前性格として循環気質があり、その特徴の一面として熱中性があげられている。これもつまりはどんどんエスカレートするすることであり、中毒症者のエスカレートと通じる面がある。両者の違いは、循環気質の場合には、ある時点で熱中性を持続できなくなり自然の経過としてうつ期に移行することであり、中毒症者の場合にはそのような移行がないまま持続することである。また、中毒症者の場合には同程度の満足を得るためにさらに強い刺激を必要とする悪循環に陥るのに対して、循環気質の場合には同程度の刺激でも満足が強くなるらしい。

185

熱中性と脳内モルヒネ

熱中性やエスカレートする性質の物質的基盤として、脳内モルヒネが関与しているか関心が持たれるのではないか。

186

精神科診断学

?確実に客観性をもって分かること

?推定または印象、意見に属すること

の二つを区別する診断学がよいのではないか。

[病前性格](#)・生活歴・対人特徴などについて。

行動・情動・思考[パターン](#)の特質を描写する。

187

[風景構成法](#)

たとえばうさぎが描かれたとして、それは何を意味するのか。その[イメージ](#)はその人の心のどの層のどの部分から出てきたのか、その人に即して考察する必要がある。一般化しすぎてはいけない。各個人の内部の[イメージシステム](#)を検討する必要がある。

188

防衛機制・取り込みの例

「こっばずかしい。」発言の分析。

テレサテンの歌が天井から流れてきたとき、ある女性が「よくこんなこと言えるわね、こっばずかしい」と言った。その女性の普段の言葉遣いからすれば[違和感](#)のある表現である。その部分だけがその人らしくないような印象であった。推定すれば、祖母か母か、そのような年代の人の言葉のようであった。

その人は、恋愛についての自分の感情を抑圧している。恋愛部分についての感情は自分の生の感情ではなく、祖母や母の言葉の反復である。その人の全体としての幼さの印象はそうしたところから出ているのだろう。

189

演歌の世界

テレサテンは高級[クラブ](#)の女たちの、演技を含んだ純愛。

[八代亜紀](#)は[下層階級](#)の例。時に男は酒と女と賭博に溺れ、私がついていなくてはこの人はやっていけないと考えて女は満足している。

190

悲しい演歌

自分の悲しみを代弁してくれる。感情に形がつけば、[カタルシス](#)である。他人の不幸を見ていれば安心できる。

191

性格の[三角形](#)

強力、常同、弱力の[三角形](#)は、各人なりにバランスをとっている。MADの[三角形](#)である。

たとえばMDの比率が大きいときには、Aを大きくさせてバランスをとろうとする。これが循環気質に見られる強迫成分（常同成分）である。[先天的](#)には強力成分と弱力成分が優勢で、常同成分

は後天的に発達させたものである。だとすれば、強迫症は性格防衛である（A性格を発達させて性格の一部とすることによって適応をはかっている）という言い方もできる。躁うつ状態になり、防衛破綻しているときには、まず薬で抑えた後に、A成分を再建する必要がある。

後天的に発達させることができるのは、Aが最も容易であり、古くから子供のしつけの要点は几帳面さを発達させることに自由点が置かれてきた面がある。世間では几帳面で常同的なことは適度な範囲であれば、信頼性を増し、好ましいことであると考えられている。

A型行動傾向は強力と常同の比率が高い。

常同と弱力の比率が高い場合。……アパシーパターン。常同的パターンで適応する人。環境変化に適応するまで時間がかかる。新しい環境に適応しきれないでダウンすると、常同成分が停止し、弱力成分だけが残る。この状態がアパシーである。新しい状況に常同型行動パターンで対応することができないでいる。：退却神経症の場合、本業からの選択的退却、アルバイトや趣味は興味を持ってできるというものであり、この両者の対比が印象的である。：性格としては、まじめ、おとなしい、礼儀正しい、完全主義、頑固、几帳面、小心、攻撃性に欠ける、積極性に欠ける、自尊心が高い。：強力成分は柔軟性でもある。強力成分に欠ける人は柔軟性に乏しい。

強力だけの比率が多い場合。うつとは無縁の軽躁型。

常同だけの比率が高い場合。強迫性格。

弱力だけの比率が高い場合。抑うつ型性格。

強力成分はノルアドレナリンと交感神経系に関係している。

弱力成分は？と副交感神経と関係している。

A成分はたいていは後天的なしつけの成分なのだと考えてよいかも知れない。

シュナイダーは、強迫性格は自信欠乏の裏返しだと考える。しかしそれは自信というものの基準が高いからだろう。自分の正確さの基準が高いのである。

幼児期の悲しい体験は弱力性を増大させる。

三成分は、持って生まれた比率でもあるが、後天的な影響により比率が変化する？

弱力性とは、運命を甘受することである。

人の力ではどうすることもできない無力感が弱力性成分を強化する。

192

定義する作業

辞典では意見ではなく事実を伝えたい。たとえば旅行ガイドであれば、どこの景色がいいとかどこに行けば楽しいとか、それは意見である。しかしどこに何があるという情報については事実である。それに相当するものを伝えたい。しかしそれが難しい。

分裂病とは何かと説明しようとしても、各国ごとにさまざまな診断基準があり、それらを集めたものが出版されているほどである。

富士山とは何かと説明しようとしても、境界の説明が難しい。中心部については誰にも異論はないだろう。しかしどこまでがなぜ富士山なのか、説明は難しい。遠くに行くほど明瞭である。

分裂病の中核部分については異論はないだろうが、分裂病の周辺部分については意見が分かれる

こともある。それでも何とか医者同士で話は通じている。

では分裂病は難しいから、症状について事実を提示したらどうだろうか。しかしそれも難しいのである。幻覚妄想にしても客観的に測定することもできず、患者さんの語る言葉や行動を医者の側で「深く」解釈する必要がある。たとえば、「自発性の減退」という場合、言葉で言えばひとまとめにできるものの、[うつ病](#)の場合にはおっくうさと言うし、分裂病の場合には無為と表現している。その他には[アパシー](#)でも見られる。そしてそれぞれの場合にやや違いがある。これについてはなんとか理解できる。ところが、[離人症](#)の場合、分裂病、[うつ病](#)、[神経症](#)などいろいろな場合に見られる。それぞれの場合で[離人症](#)に違いはあるのか、ないのか。どのようにして差があるかないか確かめることができるのか。そんなことさえも分からない。全く原始的な話である。

定義しようとするれば、学説の紹介にもなってしまう。結局複雑になる。

そこで、患者さんと家族の皆さんに役立つ情報を伝える。学説は[ひとつ](#)でよい。

そして説明は事実そのものでなくても、分かりやすいたとえ話を重視する。

193

依存（甘え）のよい面

不安をコントロールするために依存は役に立つ。過度の依存はすすめられないが、適切な依存は人間として普通のことである。依存はいけないとってたらいの水と一緒に[赤ん坊](#)まで流してはいけない。

194

自己記入式[テスト](#)

その人が自分をどれくらい飾っているかも分かる。また、[自己評価](#)の低さについても評価できる。誇大的か、卑下的か、実際の面接時の印象と比較して評価することになる。したがって、実際の面接がやはり基礎になる。郵送で採点していたのでは、表面的なことしか分からない。自己評定と面接を組み合わせることで、人格の立体的な構造が明らかになる。

たとえば、「人に親切にしないではいられない」に○と記入した人が、普段はどのような言動をしているのかを背景として考えれば、いろいろなことが分かる。

195

受容

受容派の人は、単に嫌われることが怖いだけのこともある。迎合する。みんな自分のためである。一時的に嫌われてもなお相手の利益に立つことができない、弱さがあるのである。

196

[リフレイミング](#)

再枠付け。視点を変えて物事を見る。洞察的精神療法では、[リフレイミング](#)をすすめることによ

って、物事を多面的に見ることができるよう導く。多元的な価値観を身につけることは人格の深まりである。

197

ヒステリーと境界例の違い

人格の未熟といえ、どちらも未熟である。ヒステリーは全般に小学生程度にまで退行し、境界例は部分的に赤ん坊にまで退行する。人格水準としてみれば、こういうことになる。

境界例はでこぼこな退行、ヒステリーは全般的ななだらかな退行と言えるかも知れない。

WAISで折れ線パターンが特異的発達障害で、LD。全般的レベル低下は知能発達遅滞である。それと同じように、人格水準を人格要素ごとに分析したときに、全般的低下を示すのはヒステリータイプ、折れ線で部分的に低下しているのが境界型タイプではないか。

また、症状の面でいえば、不安が前面に出たり、衝動コントロールが悪かったり、類似している面はある。

転換ヒステリーも、解離性ヒステリーも、症状としては特有で、境界例とは重ならない。

昔からの習慣でヒステリーといっているタイプは、全般に人格が未熟で、行動面では衝動コントロールや欲求コントロールがまずい、対人的には未発達で甘えが見られる、などの点が特徴であろう。

ヒステリーは分裂病とは全く関係がない。

ヒステリー型：全般に低下するが、神経症レベルにとどまる。小学生程度。

境界型：精神病レベルので低下するが、部分的。その他の部分の機能は高い。

境界例の人は治療者に対しても理想的な満足を求める。対人的に「理想的・空想的・強烈な」対人関係を求める。異性についても治療者についても。

昔はヒステリーとパチー（精神病質）でだいたい表現できた。このごろは細分化されて、ヒステリーは転換型ヒステリー、解離型ヒステリー、パチーは境界型、反社会性、自己愛性などと表現される。すると、中間型や分類不能が他が必ず出てくる。それらは仕方がないから、昔で言うヒステリーとしか言いようがない。

もともと連続したものを類型で表現するのには無理がある。性格障害多次元空間でも考えて、多次元の要素について連続量として測定し、座標に位置づけるようにするのがよい。測定は、ストレスに対するアドレナリン反応性などが最適であるが、現状では心理テストにより測定した数値を使用すればよいであろう。こうしたことがうまく行けばよいのだが。

198

浦島太郎と竜宮城

施設（竜宮城）の外では適応できない人のこと。施設病、ホスピタリズム。スタッフとしては、患者さんを浦島太郎にして施設に縛り付けておいてはいけない。あくまで社会復帰が目標である。施設が居心地よくなった人は、このまま仕事を辞めて、毎日でも来ますなどと言い出す。居心地がよくなくてはならないが、現実世界と切り離された竜宮城であってはならない。しばらく

いたら現実社会に戻る力が備わるような場所でありたい。[竜宮城](#)で遊んでいるうちに[浦島太郎](#)は社会復帰不可能になりましたというのでは治療になっていない。

199

自分からの[レットル](#)張り

「私はACだ」という発言は、「おまえはACだ」という発言を誘発する。

200

[進化論の不思議](#)

ワニの[赤ちゃん](#)は唇がないので、乳首を吸って[おっぱい](#)を飲むことができない。ワニの母には乳房も乳首もない。こんな状態から、ほ乳類になると突然のように母には乳房と乳首、子供には唇ができて、哺乳ができるようになる。[哺乳類](#)になったわけだ。しかしこれは独立に起こったことなのだろうか？進化の途上では、役にも立たない乳房があった時期があるのだろうか。このような[不思議](#)もいずれ何かで説明されるだろうと期待するなら、とてつもない楽観主義と言わなければならないだろう。

201

楽観主義

くじけない心。努力は報われると信じて努力を続ける態度。成功の可能性が1%でもあれば、その可能性を追求してみる態度。何もしないでもどうにかなるだろうと信じる態度とは異なる。

202

悲観主義

努力はどうせ報われなれないと思いながら生きること。失敗の可能性が1%でもあれば、その可能性に縛られる。

203

受容

acceptance

[カウンセラー](#)のクライアントに対する態度として、受容が言われる。[ロジャーズ](#)によれば、「無条件の肯定的・積極的関心」と同義であり、ひとりの人格として重んじる態度である。しかしこのことはクライアントの現状を無批判に肯定することではない。[カウンセリング](#)とは、批判することではないが、無条件に肯定したり受容したりすることではない。無条件に関心を持つことと無条件に受容することとは全く違う。

受容すべきなのは、患者の今現在外にあらわれている言葉や行動ではない。よく生きたいと願うクライアントの心を受容するのである。その人の健康な自我と同盟するという「自我同盟」と似たところがある。

現状ではなく、可能性を受容すると言ってもよい。

このように見てくれば、よく生きるとは何か、現状よりも他の可能性がよいのか、これらの点について価値観が入り込む。ここのところを自己コントロールするのがプロである。

無条件の受容は治療的退行を引き起こす。それは治療効果を狙ったうえでの意図的な退行操作でなければならない。そのためには、どのようなクライアントに治療的退行が有効であるのかを、見極める必要がある。治療者によってまた施設によって方針が違うだろうが、我々としては、生育の歴史の中に葛藤の根源があるタイプの[神経症](#)に限って、治療的退行を適応と考えている。その他の場合には、退行操作は自我の脆弱性を亢進させてしまうので、禁忌である。このような事情から、受容的態度の前に、正確な診断が不可欠である。

204

意識と無意識

【参】[自由意志](#)、[自意識](#)、他意識

[自意識](#)と他意識という分類を考えてみる。[自意識](#)とは、自分の心の内容についてモニターする働

きのこと。自己内部についての意識である。他意識とは外部感覚を処理して反応する部分である。他意識は感覚器官を通じてのものであり、自意識は感覚器官を通してのものではない。自己の内部状態についての直接知覚である。

膝蓋腱反射を考えてみる。腱が伸びたとの感覚→脊髄で処理→筋収縮といった経路で反射が起こる。ここではいわゆる意識は働いていない。「無意識的な反射」と言ってよい。自意識はただ結果を意識するのみである。

感覚→他意識で処理→運動。

他意識には内省は生まれえない。ただ自動処理するのみである。

では、人間の意志や思考は何の役に立つのか？思考は他意識の処理過程である。意志と感じられるものは、自意識の作用である。

膝蓋腱反射では刺激→反応の経路が明白だから自意識も自分で決めたと感じることはない。

自分の自由意志で足をあげたと思ひ込むだけである。錯覚に過ぎない。

なぜそのような錯覚が必要であったか？生存の役に立っているのか？

他意識は自動反応部分である。

自意識は自動反応を能動的な反応と錯覚する装置である。

自意識の役目は、自己の内部状態についてモニターして記憶しておいて、他者の内部状態について推定することである。

この推定ができない個体は「共感性に乏しい」ことになる。これが集団機能の中核と考えてよいだろうか？

また、他者からの推定を許さない独自の内部状態を持っている人もあるだろう。こうした人たちも、集団機能は欠如することになる？

?は自意識の機能の障害であり、分裂病型。自意識機能の障害としては、時間遅延効果の障害としての能動性の障害が見られ、自動症、離人症、させられ体験が並ぶ。自分の考えなのに他者の声として聞かされるのが幻聴であり、させられ体験の一部として考えることができる。そのほかの幻覚体験についてはまた別の成り立ちではないか？の系列には幻声と他者からのまなざしの体験が属する。被注察感をどう考えられるか、不明。妄想は訂正不可能な確信とまとめることに疑問がある。（自発性減退の例）。被害妄想については、させられ体験との連続で考えることができるのではないか。

?は他意識（自動反応装置）の障害であり、性格障害であると考えられる。

自由意志とは、錯覚であり、自意識はたとえば膝蓋腱反射をも自由意志の結果であると思ひ込むような装置である。

205

カテゴリーの問題

自発性減退とカテゴライズすることで、分裂病の無為も、うつ病の億劫さも、アパシーや退却症候群の自発性減退も、あたかも同列のものであるかのようにまとめて考えがちであるが、それは不正確である。

たとえば、[離人症](#)状についても、いろいろな病態で起こる離人状態が同じと考えていいかどうか、疑わしい。

もし、ひとまとめにして意味がないものをひとまとめにして扱おうとしているのならば、[カテゴリー](#)設定について考え直す必要がある。

たとえば、架空の[キリスト教的](#)[精神病](#)理学で、神の症状・悪魔の症状・天使の症状などと分類して考察したとしても、それは病態そのものの問題ではなくて、考察する人間の脳の中身の問題になってしまう。そのような本来の目的とは乖離した考察をしてはいないか、再考を要する。

206

外界の認知

感覚器官を通じて、世界が認知されている。これは途方もない奇跡[である](#)。

脳の中に世界の[モデル](#)を持っていて、それが外界とうまく対応している。うまく対応しているとは、生活に支障のない程度に対応が成り立っているということだ。

207

物質と人間

人間の脳は、物質の延長[である](#)。したがって[自由意志](#)は錯覚[である](#)。知覚は実体の部分の特性を認知しているだけだ。それらをもとに脳の中で世界を構成しているに過ぎない。構成された世界は外界の世界とほほほの一致を確保している。それは進化の過程で長い時間をかけて獲得されたものだ。

構成された世界は個体ごとに変異が生じるように仕組みられている。変異がよりよい適応を生むから[である](#)。

どのようにしていま私が意識しているような意識内容と作用が形成されてきたものか、考えるとやはり大きな断絶があるようにも感じる。石ころが極度に複雑化され統合化されたものがこの意識だと言うのだろうか？しかしとりあえずは物質的一元論でどこまで説明できるか試みるべきだろう。物質の側から説明を積み重ねて、どこまで可能なのか見極める、それが間接的に神に至る道[である](#)。そして人間の理性はそのように厳密に道を通してしか、神に近づくことができない。人間のその他の能力はもっと直接に神を感じている部分もあるけれど、そこには錯誤も多いと感じられる。

208

[自由意志](#)

石には[自由意志](#)はない。下に落ちようとする意志を見るというなら、それは比喩というものだ。魚が餌を食べる。意志と言ってもよいが自動反応と言ってもよい。言葉の定義によるのだが、私の定義では、自動反応[である](#)。物質の法則による決定論的な[プロセス](#)によるならば、それは自動反応[である](#)。物質の法則による決定論的な[プロセス](#)によらないならば、それは[自由意志](#)の可能性がある。魚、ワニ、犬と考えると、[自由意志](#)があるとは思えない。

人間の場合、膝蓋腱反射は[自由意志](#)ではない。自動反応[である](#)。人間の体の各所に自動反応がある。[神経系](#)の各所に自動反応がある。そして私は人間の[神経系](#)のどこにも[自由意志](#)を見いだすことができない。[自由意志](#)の感覚は錯誤[である](#)と思う。

結局[ニュートン](#)的な決定論の[世界観](#)を支持しているのだ。神は[さいころ](#)を振らない。人間はもちろん、[さいころ](#)を振らない。

[フロイト](#)は精神の決定論を主張すべきだった。

[量子力学](#)の不確定性は[自由意志論](#)とは関係がない。

209

[物理学](#)と精神科学

[物理学](#)の目的は世界の成り立ちを理解すること[である](#)。宇宙の成立と発展。宇宙の法則。時間は[ビッグバン](#)とともに発生したという時、人間の認識作用の壁を感じる。[物理学](#)の行き着く先に、認識論がある。認識論の基礎は[脳科学](#)[である](#)。[物理学](#)の法則は、物質の法則でもあり、それを認知する精神の法則でもある。

[ニュートン](#)と[カント](#)の会合場所がすなわち人間の精神[である](#)。

210

認知と[スケール](#)

人間の認知は[日常生活](#)で便利なように発達してきた。人間の脳は人間の背丈に応じた範囲での世界の法則を転写して蓄えていった。だから、[センチメートル](#)から[キロメートル](#)程度の[物理学](#)は人間の感覚にぴったり合う。しかし微細な世界の[量子力学](#)になると、理解が難しくなる。また、全宇宙規模の話になると感覚がついていかない。

211

交感神経と[ノルアドレナリン](#)

[パニック](#)状態が交感[神経系](#)亢進状態だというなら、[ノルアドレナリン](#)を[ブロック](#)すればいいだけのことではないか。

212

分裂とは何か

昔、連合[心理学](#)というものがあつた。人間の精神は、観念の連合によって成り立っていると。たとえば、家、戦車、平和などの観念が、それぞれのまとまりを持ち、かつ、他の観念との関係を持ちつつ、心の中に蓄えられていて、その結果精神が成立していると。これらの観念の連合、つまり関係の仕方が崩れたものを「分裂」状態と呼んだ。観念の輪郭そのものが失われてしまうなら、むしろ痴呆に近いだろう。家は家、戦車は戦車、そこまではいいのだが、それらの関係になると崩れているという状態が分裂[である](#)。はなはだしい分裂を支離滅裂という。やや分裂している状態を連合弛緩（loosening of association）という。

現在は連合弛緩や支離滅裂は思考の障害として分類され、分裂病性残遺状態（欠陥状態）または陰性症状のひとつと見なされる。

観念の連合と言うからぱっとしないが、現在では神経細胞の連合と言ってもほぼ通じるだろう。構造としては同じことだ。神経細胞の連合が崩れているから、精神分裂病がおきる。これは素朴で明確な考え方であろう。もっとも、現在は「家概念細胞」があるというわけではないからもう少し変更が必要ではあるが。

213

自由意志と軸選択理論 → 没

量子力学の解釈のひとつ。量子力学の方程式が、未来について確率的にしか提示しないのは、実際に未来が複数個あり、存在確率はその個数に応じているのだと考える。そうすると、現在の意識はどの未来に属するかが問題となるだろう。複数の（つまりは無数個の）意識に分散するのか、あるいは、意識はひとつで、投影された影が無数個となるのか、……。

あるいは、ひとつの意識がひとつの宇宙を選択するのか。その場合、その選択が人間の意志である。意志は個人のひとつだけのものではなくて、人類のすべての意志の総和である。人間の意志の総和が宇宙のあり方を決める。軸を選択するのである。

214

「私には分かる」

とも狂いの危機。分からないはずのことが分かるとは、実は分からないことが分からなくなっているのだ。

215

錯覚と幻覚の発生

まず錯覚。たとえば視覚ならば、光刺激は眼球から、視交差、外側膝状体、後頭葉視覚領へと伝えられる。その間に刺激は徐々に変形されて行く。光刺激自体は単なる光の粒の集まりだったものが、次第に意味のあるまとまりとして認知されて行く。脳内の伝達の過程でエラーが発生すると錯覚となる。

幻覚の場合。最初の光刺激はない。眼球から後頭葉視覚領に至る間のどこかで、自発信号の形のエラーが起こる。そこから後の信号処理としては通常と同等である。視覚領では、あたかも外界に対応する刺激があるかのように解釈する。眼球に近いほど要素的で、視覚領に近いほど、意味のまとまりを持ったものになるだろう。

こうしたタイプの錯覚・幻覚論は分かりやすいが、幻覚現象の一部分のみしか説明していないだろう。典型的には幻覚妄想を伴う場合の側頭葉てんかんの場合である。

?パレイドリアタイプ。意味作用が過剰である。これは錯覚の延長のように思われるが、意味作用の過剰という点では、妄想にも通じる。

?妄想タイプ。先に意味がある。これは妄想というべきであるが、幻覚の定義にもあてはまる。

錯覚と幻覚を分けるわけ方にはあまり意味がないのではないか。さらに幻覚と妄想を分けることにもあまり意味がないだろうと考えられる。

[シュナイダー](#)の二節性

?は二節性。意味付加作用のみが異常である。

?は一節性で、はじめから妄想である。

216

[離人症状](#)

[離人症](#)とは全般に

存在の現実性がピンと感じられない、実在感の希薄化、喪失、[違和感](#)、疎隔感が起こる。

?内界意識[離人症](#) = 自己の体験や行動の能動感消失 = 人格感消失 (狭義の[離人症](#))

?外界意識[離人症](#) = 外界対象の実在感の希薄 = 現実感消失または非現実感

?身体意識[離人症](#) = 身体の自己所属感の喪失・自己感覚の疎隔 = 自己身体喪失感

そのほかに有情感喪失感 (生き生きとした感じ) という表現もある。これらを含んだものが[離人症状](#)である。

頭では分かるが実感としてピンと来ない。実感がわからない。

本人は病識を有していて辛い。しかもその行動を見ているだけでは他人からは異常が分からない。

?内界意識[離人症](#) = 自己の体験や行動の能動感消失 = 人格感消失 (狭義の[離人症](#))

自分がない

[空っぽ](#)だ

[喜怒哀楽](#)を感じられない。つまらないとも思わない。何も感じない。

頭が麻痺している

[ゼンマイ](#)が切れた

自分がやっているのは分かるのに、自分がしているという実感がない

自分はもとの自分ではなくなってしまった

?外界意識[離人症](#) = 外界対象の実在感の希薄 = 現実感消失または非現実感

ものが何だか変

ものが遠くにある

まるでこの世のものではないみたい

立体感がない

現実ではない

夢のよう

通じ合うものがない

意味がよく分からない

自分とものを隔てる膜がある

[ベール](#)が一枚かかったかのようだ

世界が生き生きと感じられない
町を歩いている人が生きている感じがしない
ものごとに現実感がない
実感がない
ものが実際にある感じがしない
生き生きとした感じがしない
ものごとが死んでいるよう
空虚な感じ
見慣れた街なのによそよそしい
景色を見ても映画を見ているようによそよそしい
目に入るがぼやけてピンと来ない
音楽を聴いても音だけ聞こえる感じ
言葉にすることは難しい。「[めまい](#)」のようなものだ。

?身体意識[離人症](#)＝身体の自己所属感の喪失・自己感覚の疎隔＝自己身体喪失感

自分の体ではない
暑さ寒さの感じがしない
痛みも分からない
味も分からない
肌に膜が張っている
自分の体が生きている感じがしない

恐怖性不安・[離人症](#)候群＝強い[ストレス](#)の後に生じる[離人症](#)を伴う広場恐怖。こんな記載もある。

また、強度の疲労や不安のときに感じるある種の感覚が、離人と似ているのだろうか。

『「自分は自動人形になってしまった」という感覚が発展すると、自己が二重になり、行動する自己と、それを外部から眺める自己とが二つに分かれてしまうこともある。』

夢との対比。脳の構造の手がかり。意識の構造の手がかり。

意味を投与する作用が失われている。パレイ[ドリア](#)の逆。相貌化喪失。意味が剥奪される。

「意味」と「能動感」と「実感」の関係

外界や自己に関する変容感、非現実感。こうした変容を苦痛に感じる自我が存在し、体験が二重になる（mental diplopia）。体験が二重になる点で、強迫症と似たところがある。

なるほど。もどかしい感じについては「もどかしい、[何となく](#)変だと」痛切に感じているらしい。ということは、やはり自分のことについて感じている部分が残っているのだ。

すべてがぼやけて遠ざかって行くのなら、自己の状態についての陳述もなくなるはずだろう。

非現実化と能動性が薄れて自動化

外界物が非現実化し生き生きとした感じが薄れるということと、自己の能動性が薄れて自分の動きが自動化していると感じられることとを[離人症](#)状という[ひとつ](#)の言葉であらわしていることの意味。→同一の患者に起こるから[である](#)。同一の病理が推定される。

そもそも外界物質には「生き生きとした感じ」などあるはずがない。「現実化」も「非現実化」もあるはずがない。

そもそも自己の能動性などはあるはずがない。（あると素朴な直感では信じられているけれど。）

どちらもあるはずのないものをあるとあっていて、それが失われたことを嘆いているのである。人が共通に持っている錯覚をなくした。それを症状だといっているのである。

まあ、とにかく、普通ではないことが起こっているのは確かだ。

217

脳の層構造・ジャクソニズム

脳の機能分類、構造区分にはさまざまな考え方がある。

エゴグラムのPAC、脳の進化の構造としての爬虫類、哺乳類、人間の脳（古皮質、旧皮質、新皮質）、個体の生存のため、種の保存のため、自己実現のため（マスローの欲求の段階図）。進化の原則は、過去のものを捨ててしまうのではなく、再利用する形で新しい体制に組み込むことだ。ヒレだったものを再利用して、手足にしている。エラだったものは肺になっている。虫垂は今のところ再利用できていないので、一見むだにくっついている（本当にむだかどうかは分からないけれど）。脳のレベルでも、古い脳を新しい体制に組み込むことで再利用がなされていると考えられる。

古い機能単位を利用するのだから、新しく作るのは、それら古い部分をどのように利用するかの指令を出す部分だけでよい。さらに新しい機能はもっと上位の指令を出すことによって可能になるだろう。このようにして脳の機能の層構造ができる。それはそのまま脳の解剖学的構造でもある。

では、脳が壊れるときは、どんなことが起こるだろうか。構造は古いものほど頑丈にできている。新しいものほど壊れやすい。長い時間を生き延びてきた構造が壊れにくい構造になっているのは分かりやすい。そこで、人間の脳でも、壊れやすいのは一番新しい部分である。一番新しい部分は、機能として考えれば、一番高級な部分、古い部分を総合的に使う部分である。人間の脳の機能でいえば、総合的な判断やいろいろな素材を組み合わせる新しいものを創造する部分である。そこが壊れると、判断は部分的になり、創造は反復になる。

上位部分が下位部分を支配するときに、抑制的に支配する場合と、促進的に支配する場合とがある。脳の傾向としては、抑制的に支配する場合が多い。このことから、上位機能が壊れたときに、下位機能の突出が起こり、それを「脱抑制」と呼んでいる。下位機能の突出傾向をうまく抑えることでコントロールして、役に立つ機能を引き出していたものが、上位からの抑制を失うわけだから、下位機能の突出が起こるわけだ。脱抑制の症状としては、過度にわがままになってみたり、過度の性欲を呈したりすることがある。

アルコール中毒症などで、脳の高級機能が失われることがある。その場合に、倫理観欠如を呈したり、粗暴になったりする。それは脱抑制の印象を与える。ある種の性格障害でも、このような症状が観察されるのは、アルコール症と同様の、高級機能の欠損が関与しているかも知れない。

もともと、[アルコール](#)症は、もともとが不安耐性の低い人に起こりやすいとの見解もあるので、[アルコール](#)のせいで高級機能が失われるのか、高級機能が失われているから[アルコール](#)に依存するのか、はっきりとは分からない。

胎児の時期に脳に微細な損傷を受ける機会は、近代都市文明にさらされれば多くなると考えられる。流行性感冒、[タバコ](#)の煙、[排気ガス](#)、機密性の高い部屋での酸素欠乏、[アルコール](#)、売薬、医者から出される薬、[覚醒剤](#)など各種物質、[食品添加物](#)、食品のかび、[電磁波](#)、X線、[それからストレス](#)。母親には何でもないことでも、胎児の脳にどんな影響があるか、心配すればきりが無い。

脳の機能が壊れたときに、その部分の機能が失われれば、それを[陰性症状](#)と呼ぶ。同時に、これまで抑制されてきた下位の機能が突出することがあり、それを陽性症状と呼ぶ。

以上のような考え方がジャクソニズムである。

このように書けば[まこと](#)に明白な理論のようであるが、実際には明白でもない。ある症状が[陰性症状である](#)か、陽性症状であるか、決め手に欠けることもある。また、ある機能が欠損し、かつある機能が過剰となることによって生じる症状があるとすれば、これを度のように分類するか、問題もある。たとえば、幻覚妄想は陽性症状であり、意欲減退・感情鈍麻は[陰性症状である](#)。上位の機能が壊れたときに、脳は下位の機能で代理させる。このときに特有の症状が出ると考えられる。

218

離人感

目で見ただけでは信じられなくて、手で触って確かめてみたいと思うような感じ。でも、遠くにあるビルだとそんなこともできない。

街並みがどんよりとしていて、なんともいえない感じ。

自分の手が、本当に自分の手なのか、納得がいかない。動かせば動くから自分の手だなとは思えけれど、本当かなという感じ。

[ガラス](#)を通してみているようで。きれいな[ガラス](#)でも、窓[ガラス](#)を開けてみると、やっぱり違うでしょう、そんな感じ。

219

躰

子供の躰は大抵は、[几帳面](#)さ、礼儀、完璧癖を育成する方向のものである。その点からは躰とは抑制系を発達させることである。脳は促進系を発達させるよりは、抑制系を発達させるほうがたやすいことが理由である。

220

[精神遅滞](#)

mental retardation(MR)

=精神発達遅滞

原因を問わず、[知能指数](#)が70以下の状態。ICD分類と[文部省](#)分類がある。

	文部省	ICD	全人口の2~3%
IQ70~50	軽度	軽度	75%
IQ50~20	中等度	中度 (50~35)	20%
	重度 (35~20)		5%
IQ20以下	高度	最重度	

軽度の場合には[小学生](#)程度の知能は確保できるので自立して生活することができる。中等度の場合には成人しても部分的助力が必要であり、高度の場合には[日常生活](#)の全面的な助力が必要である。[特殊学級](#)や[養護学校](#)で教育するかどうかは、その時のIQだけではなく、性格傾向、運動能力、感情発達なども加味して、最適の教育環境を提供できるよう配慮する。[ノーマライゼーション](#)の考え方を重視すれば、統合教育の中で工夫するのが望ましく、そのために教育力を高めてゆく必要がある。

全般に環境の影響を受けやすく、恵まれた環境では手に職をつけることも可能であるが、環境に恵まれない場合には困難な状況に押し潰されることも少なくない。この点で環境整備が大切である。またこのことから、知能とは困難な環境にもかかわらず未来を切り開く力であるとも考えられる。

原因として、胎児期のさまざまなダメージが考えられるが、その中で近年の話題としては、[インフルエンザ](#)と[アルコール](#)がある。妊娠中期に[インフルエンザ](#)に感染した場合、流産率が高くなったり、出生体重が減少したりする。脳にもダメージがあると考えられ、その理由として、[インフルエンザ](#)に母が感染して免疫ができると、抗体が胎児の脳を攻撃するのではないかとする説が話題になっている。また、[アルコール](#)が胎児に影響を与えることはほぼ確実で、妊娠の可能性のある女性は飲酒を中止した方がよいと勧告されている。

221

幻覚

「対象なき知覚」、「知覚すべき対象なき知覚」または「対象なき知覚への確信 (conviction sur la [perception](#) sans objet)」。 「確信」を重く見れば、妄想に近づく。知覚は感覚から意味までを含むので、その幅に応じて幻覚も考えられる。

空間の特定の場所にはっきりと存在すると固く信じられるものは真性幻覚であり、ひょっとしたら自分の[イメージ](#)なのかも知れないと思えるものは偽幻覚である。実在の水音、風音に混じって聞こえてくるのは機能幻覚と呼ぶ。しかしシャワーの水音の中に電話の音が聞こえてくるのは異常ではない。

単純な要素的な音が聞こえてくる場合 (要素幻覚) から、[メッセージ](#)を明確に持った言葉が聞こえてくる場合 (幻声) まで、様々である。[メッセージ](#)または意味がより明確に付与されているほど、妄想に近くなる。

入眠時幻覚、出眠時幻覚は寝入りばなとおきぬけに現れる幻覚である。意識レベルが低下してい

るときに現れるもので、必ずしも異常とは考えられない。

幻聴のなかでも幻声が**精神分裂病**に多い。患者は幻声と会話をしたり（**二人称**幻声）、幻声同士がひそひそと自分のことを言っていると悩んだり（**三人称**幻声）、自分の考えが声になって困ると言ったり（思考化声）する。行為批評幻声は、幻声が患者の行為について「便所に行った」「薬を飲んだ」などと**コメント**を加えるものを言う。

幻触は「性器をいじられる」などという訴えとなる。させられ体験と言ってもいいし、体感異常と表現してもいい。それはどの程度要素的な感覚に近いか、どの程度**メッセージ**や意味を含んだ経験に近いかによる。

人間は他の**哺乳類**に比較すれば圧倒的に視覚の動物**である**と思われるのに、幻視は幻声ほど問題にならない。それは人間の意味の伝達が音声による言葉を介してのことが多いからであろうと思われる。人間が言葉を頭の中に思い浮かべるとき、文字で、たとえば**明朝体**の青い字でなどは思い浮かべないだろう。（考えが文字になって見えるのは、考想可視と呼ばれ、まれ**である**と記載されている。）時間の流れを伴った音声言語で、ちょうど喉を少し震わせて発音するくらいの調子で、思い浮かべるのではないだろうか。（これは私が文章を書くときの様子をとりあえず標準として引いているのだが。）

幻視は分裂病よりは器質性疾患が目立ち、たとえば**アルコール**性の幻視では**小動物**（**ネズミ**や**ゴキブリ**）が見えたり、腕をアリやクモがはいまわっていたりする。また**アルコール**症では圧迫幻視＝リープマン現象が有名で、閉眼させて上眼瞼を圧迫すると、幻視が誘発される。

（上記はあまり意味を含まない幻視**である**が、意味を豊かに含む幻視については、見えることよりもその意味付けがやはり問題になるので、妄想と名付けることが多い。→削除）

頭のうしろにものが見えるというときは、視界の外に視覚が成立しているわけで、域外幻覚と呼ばれる。

幻嗅、幻味、については診察室ではあまり見かけない。

以上は感覚器官の種類に応じての分類**である**が、幻聴特に幻声の占める割合が圧倒的に大きいことからしても、「聞こえてくる」という属性を手がかりにすることはあまり有効ではないように思う。そしてこのことが、幻覚現象を神経学的に考えることの限界を説明するだろう。**てんかん**発作のような自発的信号発生を機序として仮定した場合、聴覚に偏ることは説明が難しいだろう。人間にとって意味の伝達はどのようにしておこなわれるのかについての考察が大切だろう。

222

病識と病感

Krankheitseinsicht,insight into disease and Krankheitsgefu"hl,feeling of disease

「分裂病では病感はあるても、真の病識は得られにくい」と言われるとき、病感是不調の感じ、病識は病気に関する真の理解、という程度の意味**である**。感覚と理解の差**である**。たとえば、「いまとても不安**である**。その原因は、アイツラが自分を迫害して**いるから**だ」と言えば、病感はあるが、病識には欠けているわけ**である**。「いまとても不安**である**。自分は迫害妄想に悩まされ

ているからだ。」と言うなら病感だけではなく病識も得られていることになる。両者の差は、「自分は迫害妄想に悩まされている」と認知する部分が病気におかされているか否かである。分裂病は自分が病気になっていることを理解する部分さえもおかされる病気であり、そうであれば治療を望むはずはないだろう、ということになる。このような状態のときに責任能力もないのは当然であろう。これは痴呆でも見られることであるが、痴呆の場合の病識のなさはそれを観察する者としては自然に納得できる。分裂病の場合には了解不可能の印象を与える。

223

生きがい

worth living, worthwhile life, raison de vivre, sinnvolles Leben, wertvolles Leben

人生の意味。人生の価値。生きる理由。生きがいを確実に感じている人は、精神的に強い。生きる理由があるから強いのだろう。

224

絵画療法

各人に特有のイメージシステムを前提として、絵画表現を通じて治癒を導く技法。各人の内部でのイメージシステムが分からなければ、たとえば風景構成法で描かれた「うさぎ」についてもその意味を考えることは難しい。逆に、絵画などで表現することによって、イメージシステムは次第に明らかになるし、変化もする。その変化が治癒と関係しているのではないかと考える。

225

カウンセリング

深層と浅層の二種の作用からなる。

浅層作用：心からの関心に向け、傾聴、受容、支持、表現、説得、洞察の技法を用いつつ、患者の人格発展を援助すること。

深層作用：カウンセラーの人格の力が無言のうちに、無意識のうちに、クライアントの人格に影響を及ぼすこと。

226

カウンセリングの害

カウンセリングについての国民全体の理解が深まっていない現状では、さまざまな誤解がある。説教や人生訓を垂れることがカウンセリングだと信じている人もいるし、無条件の受容がカウンセリングの愛なのだと信じている人もいる。こうした誤解はすぐに誤解だと分かるから、罪は深くはないだろう。

カウンセリングを外科の開腹手術にたとえてみよう。

術前：消毒→カウンセラーの精神的な衛生を保ち、クライアントの精神を「汚染」しないようにする。逆にクライアントの精神病理に「汚染」されないように技術を身につける。

手術中：どこを切れば血が出るか、解剖と病理を知る。→どんな言葉・態度が患者の心を傷つけているのか知る。心が血を流しているのが見えるまで感受性を訓練する。

手術後：しっかり閉じる。→診察室から出るときには、心の傷をしっかり閉じて、新しい「汚染」にさらされないようにする。

手術なら、治療者の操作がどのような結果をもたらしたか、目で見ることができる。しかし[カウンセリング](#)の場合には、クライアントの心が血を流して悲しんでいても、[カウンセラー](#)に見えていないことがある。切れば血が出るということを分かっていない人、またはそのことを頭で理解していても実際には見えていない人が[カウンセリング](#)をしたら、クライアントの心は血まみれになるのである。

ところが、自分にはものが見えていないことを知ることは難しいことだ。人は誰でも自分の目に見えているものすべてだと思わざるを得ないのだから、自分の目には見えていないものがあると知ることは原理的に非常に難しいことである。

従って、[カウンセラー](#)になるための[トレーニング](#)が必要である。[トレーニング](#)の必要のない、天性の[カウンセラー](#)という人は確かにいて、その人は心の現象に関して非常に明瞭な視力を持っている。そうでない人は、一度心の視力測定をしてもらいなさいということになる。視力が足りなかったら、[メガネ](#)をかければいい。よほどの乱視でなければどうにかなるものだと思う。視力が足りないままで運転をしていたら自分も相手も傷つけることになる。

227

内因

endogenous cause

[精神障害](#)の原因を、心因、内因、器質因と三大別し、さらに性格障害、精神発達遅滞を加えて五つに大別したときの、[ひとつ](#)。[目覚まし時計](#)がひとりでに鳴り出すように、特に誘因なく内側から自然に起こって[くる病気](#)について、その原因を指す言葉。[ドイツ精神医学](#)で用いられてきた独特の概念であり、「内部的な未知の原因」を意味し、現在は不明であるが、おそらく脳の器質的障害として発見されるであろうと期待されるものである。[遺伝子](#)レベルで規定されていると考えられるものの、双子観察からの知見によれば一致率は約50%であり、決定論的なものではなく、多因子的に形成される素質と思われる。現在内因性[精神病](#)といえば、[精神分裂病](#)、[躁うつ病](#)（内因性[うつ病](#)を含む）、[非定型精神病](#)を指す。今日では内因性[うつ病](#)と心因性[うつ病](#)を区別するときに重要である。内因性[うつ病](#)は、素質・体質がより大きく関与しており、心因性[うつ病](#)は素質の関与がより小さい。

228

心因

psychogenic cause

[精神障害](#)の原因を、心因、内因、器質因と三大別し、さらに性格障害、精神発達遅滞を加えて五つに大別したときの、[ひとつ](#)。心が体験する[ストレス](#)が原因となる場合を心因性疾患と呼び、[神](#)

経症や心身症、心因反応が含まれる。[心因性](#)で症状が主に自律神経系に発現するものを心身症、主に[精神病](#)レベルの精神症状を呈するものを心因反応、その他の[心因性](#)疾患を広く[神経症](#)と呼ぶ。

229

器質因

organic cause

【類】 身体因 somatogenic cause、外因 exogenous cause

[精神障害](#)の原因を、心因、内因、器質因と三大別し、さらに性格障害、精神発達遅滞を加えて五つに大別したときの、[ひとつ](#)。器質因は脳性と脳外性に分けられる。[脳外傷](#)、脳萎縮、脳循環障害などは脳性のもので脳器質性疾患と呼ばれる。[感染症](#)、内分泌疾患、[膠原病](#)などによるものは脳外性であり、症状[精神病](#)と呼ぶ。有害物質による中毒性[精神病](#)も器質因に含める。

230

外因

exogenous cause

個体の外部に存在する病因のこと。器質因と心因を含む。

231

身体因

somatogenic cause

器質因と同じ。

232

[精神分裂病](#)

schizophrenia

おそらく器質性であるが現状では原因不明の[精神病](#)。経過の特性としては、主として青年期に発症し、段階的に進行しつつ、適切な治療を加えない場合には特有の[適応障害](#)を残す場合がある。症状は陽性症状と[陰性症状](#)に分類して考えられる。[陰性症状](#)の代表としては、しばしば現実把握が失われ自己の内面世界にのみ住むこともある自閉、ほかには感情鈍磨がある。陽性症状としては特有の自我障害が見られる。

233

[躁うつ病](#)

manic-depressive psychosis

おそらく器質性であるが現状では原因不明の[精神病](#)。経過の特性としては、躁うつの二相性またはうつだけの一相性の周期を反復する。周期が終われば[後遺症](#)を残さず治癒する。特有の[病前](#)

[性格](#)が指摘されており、循環気質、執着気質、[メラニコリー親和型](#)などがある。症状は、うつ
の精神症状としておっくうさ、ゆううつ、不安・イライラがあり、うつ
の身体症状として[睡眠障
害](#)、食欲低下、さまざまな自律[神経症](#)状、躁の精神症状として誇大妄想、抑制が
きかなくなる、睡眠もとらず働き続ける、種々の程度の興奮がみられる。

234

両極性[うつ病](#)

双極性[うつ病](#)

[躁うつ病](#)で、躁とうつを繰り返すものをいう。うつのみを繰り返す場合は単極性[うつ病](#)という。
言葉の上では、[うつ病](#)は単極性で、[躁うつ病](#)は両極性とするのが整合的[である](#)が、実際は両極性
障害に比較して単極性障害が圧倒的に多いため、代表として[うつ病](#)と呼び、[躁うつ病](#)、感情障害
、[気分障害](#)を意味する場合がある。その場合は、両極性[うつ病](#)という、矛盾した用語が成立す
るが、両極性感情障害のこと[である](#)。最近はさらに細分し、[躁状態](#)があるものは bipolar I、[軽躁状
態](#)にとどまるものは bipolar II として区別することがある。

235

単極性[うつ病](#)

[躁うつ病](#)で、うつのみを繰り返すものをいう。躁とうつを繰り返す場合は両極性[うつ病](#)という。

236

感情病

[躁うつ病](#)を中心とした感情の変調を症状とする病気のこと。

237

[気分障害](#)

[躁うつ病](#)を中心とした気分の変調を症状とする病気のこと。

238

[精神分析](#)

[精神分析学](#)

psychoanalysis

[フロイト](#)によって創始された学問。人の思考や行動の背後にある[無意識](#)的動機、幼児体験がおよ
ぼす影響、不安と各種防衛機制、治療における転移と抵抗など、現在でも重要な視点を含んで
いた。その後は多数の[後継者](#)たちにより、自我[心理学](#)、対象関係論などさまざまな進展がみられ
ている。

239

[せん妄](#)

[delirium](#)

軽い[意識障害](#)の中でも、精神運動興奮（興奮や多動）を伴う意識混濁で、不安、恐怖、錯覚、幻覚、妄想を伴うことがある。老年者では夜間[せん妄](#)が起こりやすい。[昼夜逆転](#)し、夜眠らずに興奮したり幻視を体験したりする。また[アルコール](#)禁断症状として振戦[せん妄](#)がみられる。手がふるえ、発熱発汗を伴い、注意散漫、[失見当識](#)、[小動物](#)幻視などが起こる。

240

振戦

tremor

勝手に体の一部がふるえる、ふるえのこと。身体の一部がある固定点のまわりで、規則的に繰り返し運動を示す不随意運動の一種。手、指、舌などに好発する。病的振戦には静止時振戦、姿勢振戦、動作時振戦（企図振戦）などがある。静止時振戦はパーキンソニズムでみられ、企図振戦は[脳血管障害](#)でみられることがある。振戦だけが症状である本態性振戦は老人に好発し、老人性振戦と呼ぶ。

241

続発性パーキンソニズム

secondary parkinsonism

【参照】薬剤性パーキンソニズム drug induced parkinsonism

振戦、固縮、無動、姿勢反応障害を呈するものをパーキンソニズムというが、特発性のもは[パーキンソン病](#)といい、続発性のもは続発性パーキンソニズムとまとめて呼んでいる。脳炎、[二酸化炭素](#)中毒、[マンガン](#)中毒、[脳梗塞](#)後の血管性障害などに続いて起こるものを指している。[抗精神病薬](#)（[メジャーランキライザー](#)）を使用した場合の[副作用](#)としてみられるものは薬剤性パーキンソニズムと呼ぶ。

242

姿勢反応障害

243

退行期うつ病

involutional depression

= 初老期うつ病

244

滞続言語【辞典には載せない】

Stehende Redesart

同じ言葉や文章を繰り返すこと。連続的な言葉の繰り返しは保続[である](#)が、他の言葉を挟んで同一の言葉が繰り返されるのが滞続言語[である](#)。[側頭葉型ピック病](#)に多いとされる。

245

脱水

dehydration

体液の不足した状態。老年者では、口渇に対する感受性の低下や腎機能低下などに起因して、脱水状態に陥りやすい。脱水時には[意識障害](#)や[脳梗塞](#)が起こりやすくなるので注意が必要[である](#)。経口的にまたは静脈内点滴で水分を補う。

246

多発梗塞性痴呆

multi-infarct dementia

[痴呆症](#)の[ひとつ](#)で、脳血管性痴呆に属する。[記憶障害](#)などの[痴呆症状](#)は段階状に悪化し、局所[神経症状](#)（巣症状）、構音障害、感情失禁、人格保持などが特徴[である](#)。

247

知能検査

intelligence test

知能を客観的に定量する方法として、WAIS、Bender gestalt[テスト](#)、三宅式記名力検査法、田中・ビネー式などがある。子供用としてはWISC-Rなどがある。

248

遅発性ジスキネジア

tardive dyskinesia

[長期間](#)の[抗精神病薬](#)治療の後に出現すると言われている、舌、口、顎を中心とする反復的・常同的な不随意運動。しかしながら、同様の不随意運動が、[抗精神病薬](#)の出現する以前の記録にもあることが指摘されていることなどから、薬のせいではなく、病気の長期経過の中で起こる症状の[ひとつ](#)ではないかとの[少数意見](#)もある。起こったら薬を変更調整することが多い。

249

痴呆

dementia

知能の全般的低下状態。

250

痴呆の評価尺度

evaluation scale of dementia

痴呆の程度を客観的に定量する[テスト](#)としては、改訂[長谷川式簡易知能評価スケール](#)（HDS-R）、N式精神機能検査、コース[立方体テスト](#)、国立精研式痴呆[スクリーニングテスト](#)、ミニ・[メンタル](#)・ステート・[テスト](#)、[ベントンの視覚記銘テスト](#)などが用いられる。それぞれ特徴があり役に立つ。

251

[デイケア](#)

day care

デイ [ホスピタル](#)

[精神障害者](#)が社会復帰をめざして対人関係[トレーニング](#)などを行う。入院と異なり、夜は各自の家に帰り、日中のケアを行うことから、[デイケア](#)またはデイ [ホスピタル](#)と呼ぶ。施設の性格により、患者[クラブ](#)のようにレクリエーション中心のところから、職業に向けた訓練が中心のところまで、多彩である。[精神分裂病](#)の陽性症状は薬剤で抑えて、[陰性症状](#)は[デイケア](#)で対処する。

252

動作性知能

performance IQ

WAISの動作性[テスト](#)によって評価される知能。[テスト](#)は絵画完成、絵画配列、積木問題、組み合わせ問題、符号問題の五つからなる。脳器質性障害では言語性知能よりも動作性知能の低下が著しい。

253

[ドーパミン](#)

dopamine

[ノルアドレナリン](#)の[前駆物質](#)で、血管内に投与すると強心作用、腎血管拡張作用などがある物質。脳内では、黒質[線条体系](#)、中脳[辺縁系](#)、中脳皮質系などに分布している。黒質[線条体系](#)の[ドーパミン](#)欠乏は[パーキンソン病](#)をひきおこす。[メジャートランキライザー](#)は[ドーパミン](#)レセプターを[ブロック](#)することにより、抗幻覚妄想作用を示すと考えられている。[ドーパミン](#)レセプターはD1からD4まで、さらにはそれ以上に細分化されているが、[精神分裂病](#)に対しての効果は主にD2が関与していると推定されている。

254

[日常生活動作](#)

[activities](#) of daily life(ADL)

自立した生活に必要な基本動作の評価。起居移動、食事、排泄、更衣、入浴などが中心項目となる。起居移動は特に重要で、ベッド上ADL、ベッドサイドADL、室内ADL、室外ADLなどと分

類する。

255

尿失禁

[urinary incontinence](#)

尿を漏らしてしまうこと。老年期痴呆で問題になることが多い。排尿中枢の[神経細胞](#)が侵された場合には回復は困難であるが、[意識障害](#)に伴って起こる尿失禁などは回復可能であるので、鑑別診断が大切である。

256

脳萎縮

brain atrophy

脳[神経細胞](#)の脱落や萎縮により、脳が全体として小さくなること。脳回にすきまができたり、脳室の拡大として認められる。[アルツハイマー病](#)で著明である。

257

[脳血管障害](#)

cerebrovascular disorder

脳の血管障害であり、[脳梗塞](#)（血栓性……その部位の動脈が粥状硬化を呈し、その結果詰まるもの。塞栓性……他の部位、たとえば心臓などから飛んできて詰まるもの。）、[一過性脳虚血発作](#)、頭蓋内出血（[脳出血](#)、[くも膜下出血](#)）、高血圧性脳症、脳静脈[血栓症](#)、脳動脈炎症性疾患、血管奇形、血管発育異常などが含まれる。多くは[脳卒中](#)として急激に発症し、脳局所症状を呈することも多い。

258

脳血管性痴呆

vascular dementia

脳血管の病変に起因する[痴呆症](#)。多発梗塞性痴呆が頻度として多いが、その他に[ビンスワンガー病](#)なども含む。[記憶障害](#)などの[痴呆症状](#)は段階的に悪化し、局所[神経症状](#)（運動麻痺や病的反射）、構音障害、感情失禁、小刻み歩行、人格保持などが特徴である。時間経過と症状の分布の両方の特徴としてまだらであるという意味で、まだら痴呆と呼ぶ。

259

[長谷川式簡易知能評価スケール](#)

改訂[長谷川式簡易知能評価スケール](#)

HDS-R(Hasegawa's dementia rating scale -revised)

[痴呆症](#)の程度を評価する[テスト](#)。言語に関係した知能を[テスト](#)する項目からなっており、短時間

で実施可能で、信頼性も高いので、日本で広く用いられている。言語以外の能力を測定するためには、他の[テスト](#)を併用する。

260

まだら痴呆

lacunar dementia

多発梗塞性痴呆の特徴をとらえた表現。精神機能の損なわれ方、身体症状の現れ方、時間経過の特性のどれについても、まだら[である](#)ことから言われる。精神機能としては、たとえば記憶能力と判断力、[感情表現](#)力などの間に差がある。身体症状としても、症状の分布があちらこちらにみられる。時間経過の面では、段階的に不定期に進行するなどが特徴[である](#)。

261

[心因性うつ病](#)

psychogenic depression

= 反応性[うつ病](#) reactive depression

[ストレス](#)をきっかけとして[うつ状態](#)を呈するに至るもの。反応性[うつ病](#)とほぼ同義。身体因性[うつ病](#)および内因性[うつ病](#)との鑑別が大切[である](#)。[心因性うつ病](#)では、日内変動が不明確で、他責的、依存性が高く、[抗うつ薬](#)への反応が悪いことがある、などの特徴を有する。[心因性うつ病](#)とは言っても、心因が100%とは考えられず、[心因性うつ病](#)を成立させる基盤としての脳の構造があると想定される。

262

[被害妄想](#)

persecutory delusion

妄想により被害感を感じ悩むもの。[精神分裂病](#)に多く、老年期痴呆でもしばしばみられる。

263

[ヒステリー](#)

hysteria

[神経症](#)の[ひとつ](#)のタイプ。心理的問題が身体にあらわれる転換[ヒステリー](#)では、[ヒステリー](#)性失声、[ヒステリー](#)性運動麻痺などがみられる。解離[ヒステリー](#)では人格の解離がみられ、[二重人格](#)や[多重人格](#)、生活史健忘などが起こる。[ヒステリー](#)性格は、演技性性格とも呼ばれ、芝居じみた様子が特徴[である](#)。症状形成には、抑圧をはじめとする心理的防衛機制が重要な役割を[果たしている](#)と考えられている。

264

[ピック病](#)

Pick's disease

初老期に発症する**痴呆症**の**ひとつ**で、**アルツハイマー病**との鑑別を要する。人格変化（無関心、抑制欠如など）、**反社会的**行為（暴力、盗みなど）を特徴とする。同じ言葉を繰り返す滞続言語がみられる。

265

非定型うつ病

atypical depression

= 退行期うつ病、初老期うつ病

266

不安神経症

anxiety neurosis

【類】 **パニック**ディスオーダー

不安発作が主症状となる**神経症**。不安発作時には、動悸、呼吸困難、発汗、ふるえ、**めまい**などが生じ、死ぬのではないかと思うほどの不安に襲われる。心臓に関して特に訴えが集中する場合には心臓**神経症**と呼ぶ。最近では**パニック**ディスオーダーと呼ぶことも多い。**抗不安薬**が比較的良好に効く。支持的精神療法を併用する。電車恐怖は都会に多い。我々のクリニックでは「電車克服の会」を継続している。しばらく精神療法を続けていると、電車が本当の問題ではないこと、本当の問題に取り組めないでいるのはどうしてなのか、などについて洞察が深まる。

267

不眠症

insomnia

睡眠障害と同義。**入眠障害**、**中途覚醒**、**早朝覚醒**などのタイプに分けて考えられている。背景にどのような疾患があるのか、環境調整の余地はあるのか、心因に対して精神療法が適切か、などを慎重に鑑別診断する。**中途覚醒**、**早朝覚醒**の場合、背景に**うつ状態**がある場合があり、**抗うつ薬**が役に立つ。その他の場合は**ベンゾジアゼピン**系薬剤を適切に用いればよい。しかし**睡眠時無呼吸症候群**は、**ベンゾジアゼピン**の適応ではないので注意を要する。

268

ベンダー・ゲシュタルト・テスト

Bender gestalt test

幾何学図形を提示して、白紙の上に模写させる**テスト**。**ゲシュタルト**とはひとまとまりの図形というほどの意味である。脳器質性疾患、痴呆などの場合に用いられる。

269

保続症

perseveration

ある言葉またはある動作を命じて言わせたり、動作させたりした後に、別の言葉や動作を命じても、前と同様の反応を繰り返す現象。[痴呆症](#)で見られることがある。

270

本態性振戦

essential tremor

振戦のみが症状で、動作時に[利き手](#)の上肢に出現することが多い。精神的緊張によって増強する。「ふるえるかなと意識し始めるとふるえる」と語る人もいる。家族歴を有することが多い。 β 遮断薬が用いられる。効かなければ、[抗不安薬](#)、[抗精神病薬](#)、抗パーキンソン薬などが選択となる。

271

妄想型分裂病

paranoid schizophrenia

破瓜型、緊張型とならぶ[精神分裂病](#)のタイプ。妄想を主要症状とする。発病年齢は遅く、30歳以降のことも多い。経過は長く人格は比較的保たれる。薬が著効しないときでも、人生を楽しむには十分な程度に回復することを目標とすればよい。

272

夜間[せん妄](#)

night delirium

[せん妄](#)は一般に夜間に起こりやすい。外界の光も音も減少して感覚遮断状況に近くなることに加えて、呼吸循環機能が低下することも関連していると言われている。老年期痴呆の場合、夜間[せん妄](#)が起こりやすい。しかし[せん妄](#)による失禁や徘徊であれば、治療可能な場合があるので、治療不可能なものとの鑑別が大切である。

273

薬剤性[胃潰瘍](#)

drug-induced gastric ulcer

[ステロイドホルモン](#)、[アスピリン](#)などの薬剤により起こった[胃潰瘍](#)。発症の詳細は不明の部分もある。潰瘍の程度を勘案しつつ対策を考える。必ずしも薬の変更を要しない場合も多い。

274

妄想

delusion

訂正不可能な確信。現実や常識に反する考えを思いつくこと自体は病的ではない。その考えを検証した後に、現実や常識に反する場合にも訂正・棄却できなかつたり、人に言わないで黙っていらなかつたりするならば、妄想と呼ばれる。人々は様々な程度に訂正不可能な確信を抱いているものであるが、その考えがその人の社会生活を困難なものにする場合に問題となる。たとえば、盗聴されていて苦しいという訴えに対して、周囲の人が「重要人物でもないあなたがどうして……」と説得を始めたとする、それは周囲の無理解と受け取られ、患者さんをますます孤独な戦いに追い込んでしまう。患者さんが妄想を口にするとき、よほど考え詰めて、絶対に間違いがないと確信できたときだと思ってよいからである。周囲の人の説得が有効なくらいなら、もっと早く自分で訂正しているはずである。ところがその一方で、こんなおかしなことであるのだろうかと半信半疑の面もあるのである。「あなたも信じられないくらい不思議なことだと思いませんか？まわりの人が分かってくれなくても、仕方がないくらい不思議なことですよ。」などと言え、同意してくれる。従って、周囲の対応としては、「あんまり不思議すぎて、その考え自体には賛成できないけれど、そのように考えていればとてもつらいだろうということは理解できる。つらさを軽くするためには専門家に相談してみたらどうだろうか。」と話を進めるのがよい。

精神分裂病に被害妄想をはじめとする妄想があらわれることの多いのは事実であるが、妄想があるからといって精神分裂病というわけではない。

275

恋愛妄想

妄想に基づいて、相手が自分を愛していると確信している状態。反対に、妄想に基づいて、自分が相手を愛していると確信している状態については、妄想と言わず恋愛と呼ぶ。ここに恋愛の本質が露呈している。

276

被害妄想

妄想に基づいて、自分は被害を受けていると確信している状態。

277

嫉妬妄想

妄想に基づいて、自分の恋人や配偶者が他の人を愛していると確信し、嫉妬するに至る状態。老齡男性やアルコール中毒の男性のインポテンス、女性の場合の容色の衰えなどが背景にあり、もう自分は相手を性的に満足させられないと考えている場合に起こりやすい。しかし最近では実際に裏切りがある場合も少なくない。その場合には、推論のプロセスは妄想に影響されているとしても、裏切られたという結論だけは事実と一致する場合もあり、注意深い扱いが必要である。

278

血統妄想

妄想に基づいて、自分はある特別な血統の人間であると確信している状態。皇族貴族に関するものから、[財界人](#)・[政治家](#)に関するものまで、さまざまなケースがある。「私は誰々の子供」と言う場合も、[マッカーサー](#)、天皇、[田中角栄](#)、西武の堤などと[時代の風潮](#)を反映する点で、妄想は現実と全くかけ離れているものではないようである。

279

幻覚

hallucination

外界に対応する刺激がないのに知覚を生ずる現象。周囲の誰にも声が聞こえないのにその人にだけ声が聞こえる場合など。刺激が存在し、別の何かであると知覚するのは錯覚である。他の人たちには[電信柱](#)に見えたものが、その人にだけ人影に見えた場合には錯覚と呼ぶ。知覚の正しさは[多数決](#)によるものではないのだが、実際上は[多数決](#)と常識によっている。[クーラー](#)のうなり音に混じるように人の声が聞こえる場合には、機能性幻聴と呼び、病的な場合も正常の場合もある。シャワーの音の中に電話の音が混じりあわてるケースなどは、病気ではない場合でもしばしば生じる。幻覚は様々な疾患で生じるが、幻覚体験自体が病的とは言えず、幻覚の内容や持続、さらに背景の病理を検討する必要がある。[専門家](#)に相談しておくほうが安心である。

またたとえば幻聴を体験している場合、実際に幻聴があることと、幻聴があると妄想していることと区別できるだろうかという問題があり、難問である。たとえば、[ヒトラー](#)が私に命令している幻聴が聞こえていると訴える場合、[ヒトラー](#)は[ドイツ語](#)で語っているのか、[日本語](#)で語っているのかと問題にすれば、[あいまい](#)になることが多い。この場合は、[ヒトラー](#)が私に命令しているという妄想があると記述した方が適切である場合もあると考えられる。

280

薬剤(過敏)性肝障害

drug-induced liver injury

[抗生剤](#)、抗精神薬、抗[不整脈](#)薬などの起因薬剤により生じた肝障害。発熱、発疹、皮膚搔痒、黄疸などを初発症状とし、[白血球](#)増加が起こることがある。老年者で多剤併用している場合には起こりやすい。抗精神薬による肝障害をチェックするために、六ヶ月に一度程度の[血液検査](#)が推奨されている。

281

薬疹

drug eruption

薬物が直接にまたは[アレルギー](#)機序を介して、皮膚や粘膜に異常反応を起こしたものをいう。多くは地図状じんましの形をとる。ほかに日光疹型薬疹や苔せん型薬疹がある。薬疹が現れたら薬剤を中止するのが一般的な方針である。年月を経ても同じ反応が起こることがあるので、薬剤

を使用する前に、薬疹や食事[アレルギー](#)についての問診が必要である。

282

薬物性[せん妄](#)

drug-induced [delirium](#)

老年者では薬物の代謝・排泄の能力が低下していることがあるため、軽度の[意識障害](#)を呈しやすく、ときとして[せん妄](#)状態に至ることがある。比較的好くみられる原因薬剤として、三環系[抗うつ剤](#)、睡眠剤([ベンゾジアゼピン系](#))、抗パーキンソン剤([アーテン](#)、[シンメトレル](#)など)があげられる。これらの薬剤を使用中に[せん妄](#)が観察されたときには、痴呆や[脳梗塞](#)などと即断する前に薬剤の影響について検討する必要がある。

283

薬理動態

pharmacodynamics

薬物が体内で代謝され排泄されるまでの動きのこと。各種臓器の機能低下の程度、体全体に対する脂肪・水分の構成比率変化などが薬物動態に影響している。経口薬物の場合は、胃・腸、血中[アルブミン](#)、肝臓、腎臓が主に関与しており、老年者の場合にはそれぞれ、吸収の低下、[アルブミン](#)結合薬物の減少、代謝低下、排泄低下の傾向にある。各薬物の最適量と、薬物間の相互作用を勘案した上での工夫が必要である。たとえば老年者では若年者の薬物量の1/2～2/3が安全域とされる。さらに[血中濃度](#)と臨床的有効量は老年者の場合必ずしも一致しないことがあるといわれるので注意が必要である。普通量の半分から使用を始めるくらいで間違いはない。

284

予備能力

reserve function

各臓器は普段は能力の一部だけを使っており、普段は使っていない予備能力があるから緊急時に対応できるの[である](#)が、老年者では健康な場合でも潜在的に予備能力の低下が起こっている場合がある。疾病への抵抗力や薬剤への反応を考える場合に考慮すべき[である](#)。老年者への薬剤投与は、多剤併用はできるだけ避け、普通使用量の半分程度から始めて、[ゆっくり](#)増加させる。

285

利尿薬

diuretics

[高血圧症](#)の治療に用いられることがあるが、現在ではかつてほど用いられていない。低K血症、低Na血症、脱水、循環血液量減少による心拍出量の低下などの[副作用](#)が起こることがあり、心臓の冠状動脈への危険因子となることが指摘されている。

286

良性発作性頭位眩暈

benign paroxysmal positional vertigo

【参照】悪性発作性頭位眩暈

一定の頭位により誘発される内耳性のめまい。難聴は伴わず、純回旋性眼振を伴い、20～30秒で消失する。良性である。

287

悪性発作性頭位眩暈

malignant paroxysmal positional vertigo

【参照】良性発作性頭位眩暈

一定の頭位により誘発される中枢性のめまい発作。1分以上の持続がみられ、繰り返し誘発される。脳循環系疾患、腫瘍、小脳・脳幹の変性疾患などにみられる。内耳性の良性めまいと鑑別する必要がある。悪性と名付けられているが、悪性腫瘍を意味するものではない。

288

老人振戦

senile tremor

=本態性振戦

289

老年期痴呆

dementia in senium

アルツハイマー型老年痴呆と脳血管性痴呆を代表とする、老年期の痴呆症。老年期痴呆、老年痴呆、老人性痴呆などがあり紛らわしい。老人性痴呆はもっとも広い呼び方。それを年齢で区切った場合、65歳以降に発症したものを老年期痴呆、それ以前に発症したものを初老期痴呆と呼ぶ。病気の原因で区別すれば、脳血管性痴呆（出血や梗塞）、老年痴呆（アルツハイマー病、ピック病）に大別できる。

290

老年痴呆

senile dementia

=アルツハイマー型老年痴呆、アルツハイマー病

アルツハイマー病はもともとは初老期の痴呆を指したが、老年期タイプの場合も病気の本質は同じであるということで、初老期も老年期も、アルツハイマー型の脳変性がある場合にアルツハイマー病またはアルツハイマー型老年痴呆または老年痴呆と呼んでいる。記憶障害、見当識障害、感情障害、性格変化、思考障害、行動異常などの痴呆症状が、血管性痴呆に比して直線的に進

行し、全般的痴呆を呈するに至る。初期から病識に乏しい。[ピック病](#)ほどではないが早期からの[人格障害](#)がある、神経学的症候や脳局所症候が目立たない、などが特徴である。脳萎縮や脳室拡大がCTやMRIで確認できる。脳代謝改善薬などが用いられる。

291

[アルコール症](#)

alcoholism

【同】[アルコールリズム](#)、[アルコール依存症](#)、[アルコール中毒症](#)

【参照】[アダルトチルドレン](#) (AC,ACOA:Adult Children of Alcoholism)、[共依存](#)、振戦[せん妄](#)、匿名[アルコール](#)者の会 (AA)

急性と慢性に分けられる。若い人の「イッキのみ」などで起こるのが[急性アルコール中毒](#)で、死に至ることがある。急激な[アルコール](#)濃度の上昇は死の危険があることを広く常識とする必要がある。慢性[アルコール中毒](#)は、過量の[アルコール](#)を[長期間](#)飲み続けた結果、嗜癖・依存状態となったもので、肝障害、脳症、[精神障害](#)、末梢神経障害などを起こし、さらに家族を巻き込む([アダルトチルドレン](#)、[共依存](#)など)点で、問題の広がり大きい。主婦の[キッチン](#)ドリンカーなども問題となる。

治療は断酒が第一であるが、無理な場合も多い。環境調整、家族教育など多面的な[アプローチ](#)が必要とされる。

単にやめればよいといっても解決にはならない。やめられない理由を考えなければならない。心のすきまを[アルコール](#)で埋める習慣は日本には根強い。現在では昔ほどの深酒の習慣はなくなりつつあり、若者世代では[覚醒剤](#)や麻薬も代用となる。眠れないときに酒を飲む、他人が元気がないときには酒に誘う、とりあえず酒を介してうちとけるなど、社会に浸透している行動[パターン](#)があり、[アルコール中毒](#)の誘因となっている。最近の[アルコール飲料コマーシャル](#)はますます大量になりつつある。

社会要因から目を転じて、個人の内面を考えると、[ひとつ](#)の視点は喪失体験である。喪失体験からの立ち直りの[プロセス](#)がうまく完成せず、[アルコール中毒](#)に陥る場合がある。あらためて喪失体験を完成し、体験を消化吸収するように努力すると良い。喪失体験の自分にとっての意味が何であったか、探求することが中心課題となる。

AAは匿名[アルコール](#)者の会 ([Alcoholics Anonymous](#)) で、[アルコール](#)からの立ち直りをめざす人たちが集まり、体験を共有し励まし合う会である。有効だと思うので、病院、[保健所](#)や精神保健[センター](#)などで紹介を受けるとよい。

[アルコール](#)性肝障害が早期に発現した場合には[アルコール](#)を控えるようになるため、脳が決定的に侵されないうちに[アルコール](#)の悪影響が止むのではないかとの見解もある。逆に、肝臓が丈夫な大酒家は脳が侵されないよう注意が必要である。

292

[アルコール](#)性小脳変性症

alcoholic cerebellar degeneration

慢性[アルコール中毒](#)にみられる小脳変性症。中年期以降に歩行障害で発症することが多い。初期ならば断酒、栄養改善、[ビタミン](#)補給、などで改善する可能性がある。

293

[アルツハイマー](#)神経原線維変化

Alzheimer's neurofibrillary [change](#)

[アルツハイマー](#)病で[大脳皮質](#)などに多発する変化で[顕微鏡](#)で確認できる程度の病変である。非痴呆性老人脳でも海馬などに限局して少量出現することがある。

294

[アルツハイマー](#)病

Alzheimer's disease

初老期から老年期にかけて発症する原因不明の器質性痴呆である。[神経細胞](#)の減少、老人斑、[アルツハイマー](#)神経原線維変化、顆粒空胞変性が広くびまん性に多数出現する。症状は、記憶力低下、[見当識](#)障害、失語、失行、失認、行動異常、人格変化があり、進行性である。CTやMRIで脳室拡大、脳萎縮を観察できる。脳波では基礎律動の徐波化を認める。全経過は4～6年といわれている。

295

[一過性](#)全健忘

transient global amnesia

中年以降に好発し、突然に前兆なく起こる。最近の記憶が消失する逆行健忘であり、数時間で回復することが多い。発作中も意識清明であり、[日常生活動作](#)には障害がない。発作中にも病感があり、どうして自分はここにいるのか、自分は何をしようとしているのか、と悩んだりする。[後遺症](#)を残さず全治する。

296

[アルコール](#)性肝症

297

[アルコール](#)幻覚症

alcohol hallucination

[アルコール](#)離脱[症候群](#)とは別のもので、[アルコール依存症](#)者で大量飲酒に引き続いて急激に発症する。敵対的・脅迫的な内容の幻聴が多い。大部分は数週内に治癒するが、一部は慢性の妄想状態に移行する。[アルコール](#)に誘発された[精神分裂病](#)とみる意見がある。

298

[アルコール](#)と消化器癌

[アルコール](#)依存者に消化器癌の発症の割合が多いことが注目されている。[食道癌](#)などに検診で注意した方がよい。

299

[一過性](#)脳虚血発作

transient ischemic attack(TIA)

[一過性](#)に脳虚血発作により脳局所症候が生じ、24時間以内に完全に回復する場合を言う。5～15分程度で回復することが多い。微小塞栓、盗血現象(鎖骨下動脈で見られる)、血管圧迫などが原因となる。内頸動脈と椎骨脳底動脈で症状が異なる。

300

運動失行

motor apraxia

身についていたはずの動作が拙劣となる現象。指の巧緻運動の障害は手指失行、麻痺はないのに足が動かない歩行失行などがある。

301

運動失調

ataxia

多くの筋肉を協調して働かせることができなくなる状態。特に、伸筋と屈筋の協調が失われる場合があげられる。手のひらを表裏とすばやく動かす運動や、[人差し指](#)を膝と鼻の間で往復させる運動により[テスト](#)する。

302

エアマットレス

[alternative](#) pressure pad

褥瘡を防ぐために有効なマットレス。体圧の分散、湿度コントロールなどにより褥瘡予防ができる。

303

遠隔記憶

remote memory

【参照】近接記憶

昔から覚えている古い記憶。自分の生年月日、一年は365日など。痴呆症の場合の[記憶障害](#)は、主に近接記憶が失われるものであって、遠隔記憶は保たれることが多い。

304

嚥下障害

difficulty in swallowing

食事を飲み込むことが困難になること。老年期痴呆で嚥下障害がみられるようになると家庭での介護は限界に近い。

305

[オリーブ](#)核・橋・小脳萎縮症

olivopontocerebellar atrophy

[脊髄小脳変性症](#)の一型で、主に下[オリーブ](#)核、橋、小脳に強い変性を生じる。40～50歳代に始まり、徐々に進行する。小脳症状として運動失調や構音障害がみられ、パーキンソン症状群のような[錐体外路症状](#)、自律[神経](#)症状、病的反射などが観察される。[パーキンソン症候群](#)が考えられる場合に鑑別が必要である。

306

開口障害

disturbance of opening mouth

[顎関節症](#)、[リウマチ](#)、[瘢痕化](#)などの場合がある。老年者では歯の具合、不適合な義歯、関節異常、[精神的](#)原因などにより起こる。老人の場合、[トレーニング](#)をしてやや回復する場合もある。

307

かいば

海馬

hippocampus

[大脳辺縁系](#)に属し、記憶機能に関連しているとみられている部分。[アルツハイマー](#)病では著明な変化をみる。Hippocampusとは、[ギリシャ神話](#)に出てくる、馬の胴に魚の尾の怪物で、海馬と翻訳する。その前脚を連想しての命名だという。[初心者](#)には何のことだか全く実感が湧かない。海馬の、側脳室に突出した部分を海馬足といい、アンモン角ともいう。Ammonは[エジプト](#)の[太陽神](#)で、その頭部を連想しての命名であるというが、こちらも異文化の架空のもので初学の者には全く見当がつかない。星座の名を学ぶときに似ている。すぐ忘れるのが当たり前で、[記憶障害](#)ではない。

「竜の落とし子」

308

灰白質脳症

poliencephalopathy

灰白質に主病変が存在する病気を総称する言葉であるが、[亜急性初老期灰白質脳症](#)が歴史的に有名である。現在は[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)のひとつととらえられている。

309

片麻痺の[リハビリテーション](#)

rehabilitation for hemiplegia

[脳血管障害](#)などによる片麻痺の[リハビリテーション](#)は[神経細胞](#)が傷害された場合の機能再建のよいモデルとなる。ジャクソニズムの原則から、より下位の機能から再建を開始し、より上位の機能回復に至るよう、[プログラム](#)を組む。おおむねは体の中心に近い筋肉の運動から始めて、しだいに遠位部の運動の取り組めばよい。これと同様の原則を精神機能の再建にも応用したいが、容易ではない。なお、片麻痺の[リハビリテーション](#)中に[うつ状態](#)が起りやすいことが指摘されている。その原因として脳の器質的損傷による[うつ状態](#)がまず考えられる。さらに、身体機能が失われたという喪失体験への反応としてのうつ、また、仕事ができなくなるなど今後の生活を考えるうつ等、心理的な要因も重なっているようである。

310

寡動

bradykinesia(hypokinesia)

随意運動に際して、動作開始や動作自体に要する時間が延長した状態で、[錐体外路症状](#)のひとつ。動作が緩慢になる。[パーキンソン症候群](#)では、振戦、固縮、寡動が三大症状である。

311

仮面うつ病

masked depression

[うつ病](#)の症状にはおっくう、ゆううつ、いらいら、不安などの精神症状と、不眠、食欲減退、便秘、[めまい](#)、痛み、[肩こり](#)、各種自律[神経症状](#)などの身体症状がある。[うつ病](#)の中には精神症状は前景に立たず、身体症状のみが訴えられるタイプのものであり、仮面うつ病と呼ぶ。注意深い生活歴・[病前性格](#)・現病歴の聴取の上で診断され、[抗うつ薬](#)・[抗不安薬](#)が役立つ。精神症状は仮面で隠して、一般的な自律[神経症状](#)などで装っているという意味あいである。

312

肝性昏睡

hepatic coma

[肝硬変](#)、[劇症肝炎](#)、亜急性肝炎でみられることのある[意識障害](#)。血中[アンモニア](#)を肝臓が処理できなくなり、血中芳香族[アミノ酸](#)が増加し脳組織内に移行することから[意識障害](#)が起こると考えられている。芳香族[アミノ酸](#)の代謝産物の一部が[ノルアドレナリン](#)の代わりに偽[神経伝達物質](#)として[振る舞う](#)のだという。[神経伝達物質](#)の働きを考える上で興味深い。当然であるが、入院治療が必要である。

313

癌性小脳変性症

carcinomatous cerebellar degeneration

[悪性腫瘍](#)に合併して小脳症状を呈するもので、亜急性[脊髄小脳変性症](#)ともいう。歩行時のふらつきや[めまい](#)などの小脳症状が[悪性腫瘍](#)に先行して出現することもあるので、注意を要する。

314

観念失行

ideational apraxia

たとえば、[たばこ](#)に火をつけることを目的とする動作の場合、[マッチ](#)を取り出す、[マッチ](#)をこする、[たばこ](#)の先に火をつけるなどの部分的な動作はできるのに、[たばこ](#)に火をつけるという一連の動作として完成することができなくなる場合をいう。運動の企画そのものができなくなるもので、優位半球頭頂葉病変による。

記憶障害

disturbance of memory

記憶は理屈の上からは「覚える、保つ、思い出す」の三段階に分けて考えられている。覚えると思い出すの部分の障害は、それぞれ記銘障害と想起障害と呼ばれる。痴呆症、コルサコフ症候群、健忘症候群は記銘障害、ど忘れは想起障害である。実際には理屈通りにくつきりと区別できるわけではない。痴呆症では新しいことをある程度の時間覚えていられないタイプの記憶障害が多く、新長谷川式検査に取り入れられている。

不必要なことは忘れるのも大切な機能であるので、「消去する」も大切である。老年に至ると不必要なことの見極めがついてくるから、覚えなくておくことも多くなる。消去機能の不全もいろいろな不愉快さを引き起こしているはずであるが、病気として名前が付けられてはいない。

うつ状態の時には、過去の記憶の中からうつにつながる部分だけを取り出してつなぎ合わせたビデオを見ているかのような、とてもゆううつで自責的な状態になる。「うつ場面選択想起」とでも名付けたい状態である。また、うつ病になる人たちは熱中の果てに疲れすぎてその反動でうつ状態になったと学習して納得しているはずなのに、次の時にも全く同じような経過でうつ状態に陥ってしまう。すっかり忘れていた状態をみると、これはうつ病に独特の一種の記憶障害ではないかとも思われる。何かに熱中しているときには「躁場面選択想起」が起こっているため、うつにまつわることはすっかり忘れていたのではないかと思われる。

企図振戦

intention tremor

動作時に目的物に近づくほど増大するふるえ。たとえば手でしょうゆのビンをつかむときなどに見られる。小脳が責任部位で、脳血管障害やウィルソン病などで出現する。動作時振戦とほぼ同じ。逆は静止時振戦で、パーキンソン症候群の時に見られる。

強迫症

強迫性障害強迫神経症

obsessive-compulsive disorder (OCD)

強迫症状とは、考えや感情または行動が、ばかばかしいと思いつつもやめられない状態である。確認強迫や手洗い強迫が典型である。軽度の場合には一種の癖と思われている場合もある（たとえば爪をかむ）。完全癖といわれる程度に薄まれば、症状というよりは性格傾向のひとつと考えられる。人間社会に広く分布する儀式や迷信を考察するにあたって重要な視点となる。特に宗教と倫理の方面では強迫性格者の果たす役割は小さくない。

文学者倉田百三は、数字を加減乗除しないではいられない強迫症や、いろはを最初から最後まで

何度も繰り返し唱える強迫症など、多彩な症状を自身で体験し記載した。

ジュディス・ラパポート著「手を洗うのが止められない」の邦訳（[晶文社](#)）は、[強迫性障害](#)にどんなに多くの人々が悩み、そのことを口にできず一人で悩んでいるか、いきいきと描いている。興味のある人には一読の価値がある。

清潔強迫の裏側には不潔恐怖がある場合があり、確認強迫の裏側には自己不確実性性格がある場合があるなど、症状の成り立ちの考察も面白い。

[無意味である](#)と一方では考えながら、一方ではそれをやめられない。しかもどちらも自分自身の考え・行動である。こう考えれば、一種の自我障害としてとらえることができる。

強迫症状がある場合、背景に[うつ病](#)や[精神分裂病](#)がある場合もあり、また特にそういった背景はなく強迫症または[強迫神経症](#)と呼ぶべき場合もある。背景病理によって治療は異なるので、診断は専門医に相談すべきである。[うつ病](#)を背景に持つ強迫症と[精神分裂病](#)を背景に持つ強迫症、さらにそれ以外の強迫症の違いがどこにあるか、同じものなのかという問題については、興味深いが決定的な結論はないのが現状である。

かつては[フロイト](#)による[精神分析](#)的理解が主であったが、[クロミプラミン](#)（商品名[アナフラニール](#)）などの三環系[抗うつ剤](#)、[プロマゼパム](#)（商品名[レキソタン](#)）などの[抗不安薬](#)がよく効くことが知られてからは、脳内神経回路の問題として考えられることが多い。特に、人類の歴史をさかのぼり、過去のいずれかの時点で適応的で有利であった行動が脳の神経回路として残存し、それが現在の生活には不適応であるのにひょっこり顔を出してしまったといったタイプの解釈がなされている。

318

拒食症

refusal of food

【参照】[思春期](#)やせ症、[神経性食思不振症](#)、[過食症](#)、[食行動異常症](#)

食事を自分の意志で拒絶すること。若い[女性タレント](#)の場合がしばしば報道される。神経性食思不振症、[うつ病](#)、[精神分裂病](#)などで見られる症状であり、また、背景に病理を持たない独立した症状と見えることもある。神経性食思不振症にみられる場合が多い。その他には、自分の犯した罪に対する罰として食べてはいけないと確信していたり（[うつ病](#)）、食べてはいけないと幻聴に命令されていたり（[分裂病](#)）、[食べ物](#)に毒が入っていると確信していたり（[分裂病](#)）、いろいろな場合があるので背景の病理を見極めて治療にあたる。若い女性に多く見られる神経性食思不振症に伴う拒食症の場合、拒食と同時に過食が見られることも多い。過食のあとには無理な嘔吐や下剤の大量使用などが見られることもあり、拒食症と一面的に名付けるよりは、食行動異常症などと呼ぶ方がふさわしいだろう。原因不明であるから、母との関係の問題など心因主義に傾きがちなものもやむを得ないが、薬剤も適切に用いながら、総合的に対処すべきである。若い人が多いので人格の問題が不可避免的に絡んでくる。また、教育的観点が大切にもなる。[ボーダーライン・シフト](#)または[アノレクシア・シフト](#)とも呼ぶべき固い治療構造であたらないと治療は難しい。診断と治療に関して、英米の[マニュアル](#)がある。拒食と巨食は紛らわしいので、不食と過

食としたほうが、耳で聞いても間違いがないだろうと思われる。

319

拒絶症

negativism

外部からの働きかけに対して徹底的に拒絶する態度。食事を勧めても拒否、面会も拒否、[トイ](#)
[レ](#)誘導も拒否などである。妄想状態、[うつ状態](#)、痴呆症などで見られることがある。全面的拒絶
ではなく部分的拒絶のことも多い。

320

拒薬

denial of drug-taking

【参照】[コンプライアンス](#)

明白な拒薬の場合は対策も明白で、説得と対話である。緊急時には注射も使える。外来通院患者
の場合の拒薬は対策が難しい。外来で診察していると、誰々先生からの薬は実はのんでいない
とか、カプセルを一粒だけにしてあとは捨てているとか、そんな話をよく聞く。選び方もそれぞ
れで、なかには抗パーキンソン薬を捨てて[抗精神病薬](#)だけを飲んでいたりする。これでいいと自
分が信じていれば、[副作用](#)も起こらないらしい。自分が[主治医](#)として薬を出している場合にはそ
んな打ち明け話はもちろん聞けないので困ることがある。服薬確認が是非必要な場合には[血中濃
度](#)
[度](#)の測定という方法もあるが、そこまでする必要もないだろう。薬を調整して欲しいと言われて
調整する場合にも、その中のどれが実際に飲まれているのか、推測するしかない。飲まなかった
薬を捨てる人もいるし、自宅の押入にしまっておく人もある。[スタッフ](#)はたまに部屋を訪問して
みるのがよいと思う。背景には薬付けにされているのではないかと、医療に対して不信感を抱い
ている状況があると思われる。そんな人たちも、[漢方薬](#)は[副作用](#)がなくて安心だからと信じこん
でせつせと飲んでいるのが[不思議である](#)。

拒薬は患者さんの自主性の表現であると評価する人たちもいる。薬を飲ませるのは、薬を飲ませ
て自主性を奪い、結果として薬を飲ませ続けるためであるとする。話としてはおもしろいが、薬
を飲み続けることが分裂病の再発防止に役立つことは確かなこととしてよいようなので、やはり
きちんと飲んでいただければそれに越したことはない。

321

起立性低血圧

orthostatic hypotension

急に立ち上がったときに、全身の血管の収縮が遅れて、脳が一時的に虚血状態となる。[立ちくら
み](#)
[み](#)がして目の前が真っ白になったりする。[運動不足](#)の人や高齢の人に、また降圧薬使用中に起こ
ったりする。[向精神薬](#)を使用中に起こることがある。特に薬の使い始めに起こって不安に思う場
合がある。しばらく続けて体が馴れれば起こらなくなることが多いし、昇圧剤を加えて調整する

こともできるので心配はいらない。

322

筋強剛

=筋固縮

323

筋固縮

muscle rigidity

屈筋と伸筋の両方が緊張亢進している状態。[錐体外路系](#)疾患に特有である。[パーキンソン症候群](#)では歯車様固縮が起こる。錐体路障害では痙直（spasticity）が見られる。→調査

324

近接記憶

recent memory

最近のできごとに関する記憶。「近接」の範囲は数秒から数年と言われていて全く漠然としていが、即時記憶と遠隔記憶の中間程度のものを指す。痴呆症の場合、近接記憶の障害がもっとも問題となる。

325

緊張性尿失禁

stress incontinence

[腹圧性尿失禁](#)のこと。老年女性や多産婦に多いとされ、咳、[くしゃみ](#)、笑いなどにより、腹圧が増したときに起こる。

326

[くも膜下出血](#)

327

[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)

Creutzfeldt-Jakob disease

大多数は初老期以降に発症し、痴呆、幻覚、運動麻痺などを呈し、二年以内くらいで死に至る。脳に海綿状（スポンジ状）変性が起こる。このため、亜急性海綿状脳症の別名がある。かつて初老期痴呆の一種とされていたが、感染性のもの[である](#)ことが分かり、[プリオン](#)（PRION:proteinaceous infectious particles:蛋白性感染粒子）によるものではないかと考えられている。移植によって[うつる](#)ことから、移植性痴呆とも言われる。[イギリス](#)の[狂牛病](#)を起こす[プリオン](#)は、羊の脳病（[スクレイピー](#)）も起こし、その羊の脳を食べる習慣のある部族は同様の脳

の病気におかされ、クル病と呼ばれる。

328

軽症 [うつ病](#)

笠原氏の提唱になる、内因性ではあるが精神病レベルではない、その意味で軽症の [うつ病](#) のこと。内因性 [うつ病](#) は精神病レベルの病態を呈し、[心因性](#)（反応性）[うつ病](#) は [神経症](#) レベルの病態を呈するという [ドイツ精神医学](#) の伝統的な通念に訂正をせまっている。治療の原則は内因性 [うつ病](#) の治療と同じ。近年は [精神分裂病](#) も [うつ病](#) も軽症化の傾向にあり、外来クリニックで通院治療する症例が増え続けている。

329

頸性眩暈

cervical vertigo

頸部の屈伸・捻転により誘発される [めまい](#)、ふらつき。[耳鳴り](#)、難聴を伴うこともある。頸部の筋、靭帯、脊髄神経根、交感神経、椎骨動脈などが刺激されて起こるものと推定されている。[めまい](#)、ふらつきの鑑別診断は難しく、[耳鼻科](#)、[神経内科](#)と回って、[心因性](#)ではないかと言われて [精神神経科](#)に来ることが多い。

330

下痢

331

言語性知能

[verbal IQ](#)

332

[抗うつ薬](#)

antidepressant

= [抗うつ剤](#)

[うつ状態](#)を改善する薬。背景にある病理が [うつ病](#)でも、[精神分裂病](#)でも、[神経症](#)でもかまわない。三環系と四環系があり、四環系の方が抗 [コリン](#)作用などの [副作用](#)が少ないよう [である](#)。余病のない成人男性の場合には三環系 [抗うつ剤](#)を充分量使えば早く楽になれるのでよい。[副作用](#)には、便秘、口渇、眠気、だるさなどがあるが、いずれもしばらく使い続けるうちに気にならなくなることが多い。尿閉の場合は相談を要する。[緑内障](#)がある場合には使用は控える。[心電図](#)をチェックすること。

333

口渇

[向精神薬の副作用](#)として頻度が高い。我慢できる範囲のものが大部分である。アメやトローチをなめる、茶で口をしめらしておくなどで十分な対策となる。場合によっては薬剤で調整するが、[漢方薬](#)の白虎加人参湯などを勧める人もいる。

334

高血圧性脳症

hypertensive encephalopathy

急激な血圧上昇時に、頭痛、[吐き気](#)、[意識障害](#)などの頭蓋内圧亢進症状を呈するもの。外来では、部下を怒り出すと頭痛がする、[セックス](#)をすると頭痛がするなどの相談で訪れる。まず血圧の調整をしてから[ゆっくり](#)と状態を評価する方針でよい。最近では一日一回の服用でよく、一日の血圧変動も自然なタイプの薬剤が開発されているのでコントロールしやすい。

335

[甲状腺機能亢進症](#)

hyperthyroidism

[甲状腺ホルモン](#)の過剰状態。精神的には[躁状態](#)に傾く。易怒性、元来の人格傾向の先鋭化、イライラ、不眠、過敏状態などがみられる。ときに[うつ状態](#)が見られるという。[甲状腺ホルモン](#)を調整することで治療できるので、見逃さないことが大切である。

336

[甲状腺機能低下症](#)

hypothyroidism

[甲状腺ホルモン](#)の欠乏状態。精神的には全般的に[うつ状態](#)に類似する。意欲低下、疲れ易さ、不活発、寒がりなどがみられる。疑いが持たれるときは、[血液検査](#)で[甲状腺ホルモン](#)の関連の項目をチェックすればよいだけなので手軽である。[甲状腺ホルモン](#)を補うことで治療できるので、見逃さないことが大切である。特に、老人性痴呆と見える人で、[甲状腺](#)機能が低下している場合には、[甲状腺](#)機能を調整してみることが役立つ。笑顔が戻ると[スタッフ](#)もうれしいものである。

337

構成失行

constructional apraxia

[幾何学的](#)図形を構成することができなくなる。たとえば、紙に家を描くことができない、積木で立体をつくることができない、など。図形の全体の構成を頭のなかで把握できなくなるためと思われる。

338

抗精神病薬

antipsychotics

強力精神安定剤と同じ。[メジャー・トランキライザー](#)ともいう。[ハロペリドール](#)、[クロルプロマジン](#)をはじめとして、多種類がある。抗ドーパミン作用が中心で、[精神分裂病](#)や[躁状態](#)に用いられる。意識水準は低下せず、興奮は静まり、過敏さを取り除く。[副作用](#)は、眠気、だるさ、口渇、手指のふるえなど[である](#)が、いずれも対策があるので、医師に相談すればよい。長期服用による[副作用](#)として考えられているものもあるが、服薬の利益の方が大きいと考えられる場合が多く、ときに変薬で対応する。[精神分裂病](#)は[抗精神病薬](#)の登場によって外来コントロール可能な疾患となった。高血圧の場合、降圧薬によって血圧を下げて、高血圧から起こるさまざまな障害を防止している。同様に、[精神分裂病](#)の場合、[抗精神病薬](#)によって体質的な神経過敏を抑え、[日常生活](#)で起こる[ストレス](#)に対処しやすくしている。

339

向精神薬

psychotropic drugs

脳に作用して精神機能を整える薬を総称する。[睡眠薬](#)、[抗てんかん薬](#)、[抗精神病薬](#)、[抗うつ薬](#)、[抗不安薬](#)、[気分安定薬](#)、などをあげることができる。[抗精神病薬](#)と紛らわしいが、はっきり区別して用いられている。他の薬と同様、老年者の場合には通常量の半分以下から使用を始める。

340

向精神薬副作用

side effects of psychotropic drugs

[副作用](#)は、本来、主作用に対する言葉であり、有害作用を意味するものではない。しかし診察室ではほぼ有害作用と同義に用いられている。世間の評判では、[副作用](#)がないのが[漢方薬](#)、[副作用](#)が強いから飲まない方がいいのが[精神科](#)の薬、となっているよう[である](#)。薬品[カタログ](#)や解説本をみると、たくさんの[副作用](#)が羅列されているので恐くなってしまう。[製薬会社](#)は発生頻度を考慮せずに並列しているので、実際の有害作用発生状況を把握するには役立たないの[である](#)。実際上は、服薬中止すべき[副作用](#)と服薬継続してよい[副作用](#)とに区別して考えればよい。服薬継続してもよい場合にも、患者さんの不安が強すぎるようなら臨機応変に対処すればよい。服薬中止すべき場合は限られている。1)薬疹など[アレルギー](#)反応が出たとき。2)[心電図](#)で異常が出て危険なとき。3)[緑内障](#)のあるときは[抗うつ剤](#)は中止。4)[甲状腺](#)、腎臓、肝臓などに変調があるときは慎重に考慮。用量を考慮すべきものとしてたとえば、胃薬のシメチジン服用時などがある。いま飲んでる薬を飲むべきか捨てるべきか、迷う人は多い。[専門家](#)でなければ正しい判断は難しく、薬について悩むことでさらに悩みが深くなってしまうこともあるので、[専門家](#)に相談するようにして欲しい。患者さんの中に「薬の[ハムレット](#)」は少なくない。痴呆が進行するのではないか、依存・中毒状態になるのではないかなどの質問もあるが、意志の指示通りの服用をしている限り

心配はない。

341

考想化声

thought hearing

=思考化声

自分の考えたことが外部の声になって聞こえてくる状態。幻聴のひとつであるが、思考内容は自己に属し、声は他者に属する点が特徴である。

342

夜間せん妄

老人の場合、夜間に軽度の意識障害を呈して、興奮することがある。夜は意識状態が低下しやすいのに加えて、外界からの刺激が少なくなるので、暗闇が怖い、静寂が怖い、などの要因もあり夜間せん妄を起こしやすい。夜でも灯りをつけて明るくしておくことが夜間せん妄解消に役立つことがある。

343

抗パーキンソン病薬

抗パーキンソン薬

抗パ剤

antiparkinsonian drugs

パーキンソン病の際に用いられるのはもちろんであるが、精神科領域では向精神薬の副作用としての薬剤性パーキンソン症候群に対して用いられることが多い。手指のふるえやロレツのまわりにくさが改善される。具体的には抗コリン薬であるビペリデン（アキネトン）、塩酸トリヘキシフェニジル（アーテン）、抗ヒスタミン薬である塩酸プロメタジン（ヒベルナ）などを用いる。

344

抗不安薬

minor tranquilizer

不安をしずめ、筋肉の緊張をほぐし、心を穏やかにする薬。ベンゾジアゼピン系薬剤が中心である。脳内ではGABA系に作用しているものと考えられている。副作用としては、軽い眠気が起こることがあるが、量を調整すればよい。代表的な薬はエチゾラム（デパス）、アルプラゾラム（ソラナックス）などである。不安神経症をはじめとする各種神経症状態、精神分裂病、躁うつ病、てんかんなどに広く用いられる。指示された使い方に従っていれば、依存・中毒の心配はない。

345

昏睡

coma

【参照】[意識障害](#)、せん妄
高度の[意識障害](#)。眠り続ける。

346

[罪業妄想](#)

delusion of culpability

自分は罪人だ、とりかえしのつかない罪を犯したと事実と反して確信している状態。[うつ病](#)で見られることがある。

347

[作業療法](#)

occupational therapy (OT)

身体障害や[精神障害](#)の回復期に、軽作業によって、身体・精神機能全般の回復をはかる治療法。作業能力改善と社会性機能改善を目的とする。[ボルト](#)をねじにはめる作業や封筒作りなどから、やや熟練を要する作業まで、施設によって特徴がある。仕事に直接結びつく[イメージ](#)があるので、社会復帰への[ステップ](#)として重要である。仕事ができれば将来に対する自信がわく。なお、[作業療法士](#) (occupational therapist) もOTと略称する。

348

作話

confabulation

作り話。痴呆症の場合に、記憶の欠損を作話で埋めることがある。嘘をつくのも平気になったと倫理観の低下を嘆くのではなく、嘘で埋めて取り繕うだけの社会性が残っていると評価することができる。慢性[アルコール中毒](#)の際にみられる[コルサコフ症候群](#)は、記憶力低下、[失見当識](#)、健忘、作話を呈するものをいう。

349

[三叉神経痛](#)→外科の本で調べる

trigeminal neuralgia

発作的電撃的痛みが顔面に起こるもの。原因不明のものもあるが、動脈が三叉神経を圧迫していて、動脈の脈動に伴って痛みが生じる場合もあり、神経血管圧迫[症候群](#)という。手術が有効な場合がある。薬物としてはカルパマゼピン ([テグレトール](#)) を試してみる。他に[抗てんかん薬](#)や[抗うつ剤](#)が効くこともある。

350

視覚失認

visual agnosia

目には異常がないのに、脳内の処理の異常により、見えているものが何であるか認識できない状態。優位半球後頭葉の病変により生じる。たとえば、鉛筆を見ても、それが何であるか分からない。しかしそれを手で触ると、鉛筆だと答えられる。知人の顔を見ても思い出せない相貌失認、色が分からない色彩失認、物の空間的関係の認知障害である視空間失認などが含まれる。痴呆症の場合、視空間失認により、徘徊を続けることがある。

351

自殺→調査

suicide

年代で見ると、二十歳台と六十歳以上の人たちに特に問題である。疾病で見ると、精神分裂病、うつ病などで多い。実際には死因統計よりも多くの例が自殺していると思われる。精神科臨床においては自殺を防ぐことが大変重要な仕事となる。死なないと約束をとりつけたり、薬剤を調整したり、家族との関係を調整したりと、さまざまに努力するものの結局防ぐことができない場合もある。スタッフ一同は大きなダメージを受ける。家族は自殺を納得できず、否認したりスタッフを責めることもあなど、いわゆる「喪の仕事」の各段階を経験するようである。どうか死なないでほしい。生きていれば何とかなるものである。今後は治療法もどんどん改善されるだろうし、社会全体としても住みやすいものになってゆくはずである。いつまでも今のつらい状態が続くのではないと考えて、ぜひ生きてほしい。

352

失見当識

disorientation

= 指南力低下

場所、時、状況、自分自身について正しく把握することができなくなっている状態。老年者で失見当識が見られる場合には意識障害と痴呆症の鑑別が必要になる。

353

実験神経症

experimental neurosis

いくつかのカテゴリーがあるが一例としては、弁別困難な近似刺激間でなお弁別を強制した場合に神経症状態をつくりだすことができる。楕円形を見せて、赤か青のレバーを押させる。縦長の楕円を見たら赤いレバーを押すと正解。横長の楕円を見たら青いレバーを押すと正解。正解の場合には餌が出る。不正解の場合には床に電流が流れて不愉快な思いをする。このような設定をしておいて、充分に馴れたあとで、楕円をどんどん円に近づけて行く。弁別は不可能となり、深い

悩みに陥る。[神経症](#)状態となり、食欲不振となったり、[無意味](#)な常同行動を呈したりする。対人関係場面で、弁別困難な近似刺激間でなお弁別を強制される場合はしばしばあると考えられる。たとえば、女性の何気なさそうなひとこと、謎のような瞳。それらが何を意味しているのか、弁別は困難なことが多いが、男性はなお弁別を強いられている。

354

失行

apraxia

運動麻痺などはないのに、すでに学習されて修得されている動作ができなくなる。観念失行、構成失行、着衣失行など各種が知られている。

355

着衣失行

dressing apraxia

着衣、脱衣が困難になるが、運動障害などはない。[ズボン](#)を頭にかぶったりする。痴呆症などで見られることがある。

356

失語症

aphasia

すでに言語を学習し使用することができていたのに、大脳の特定部分の障害により、言葉の理解ができなくなったり、言葉話すことができなくなったりすること。聴覚や口の運動に障害はない。ブローカは運動失語を、ウェルニッケは感覚失語を記載した。失語症に出会ったら、失語症鑑別診断検査を実施して、[リハビリテーションの専門家](#)に依頼する。

357

失算

acalculia

すでに計算を学習し修得していたのに、大脳損傷により計算ができなくなる。優位半球頭頂葉後方下部病変による。[ゲルストマン症候群](#)は手指失認、左右失認、失書、失算からなる。ほかに痴呆でも見られる症状である。

358

失認

agnosia

感覚機能は損なわれていないのに、対象物の意味が把握できない状態。視覚失認、聴覚失認、触覚失認などがある。

359

状況意味失認

中安の提唱する、分裂病の[メカニズム](#)に関係した概念。状況についての知覚は間違っていないのに、状況の意味を間違えている場合をいう。たとえば、机の上にかばんがあったとして、状況の意味を把握して、誰かが忘れたと考えたら届けるし、[トイレ](#)に行っただけですぐに戻ってくるだろうと考えたらそのままにしておくだろう。この状況意味の把握ができないと、周囲の人には理解できない行動になる。分裂病の始まりには、状況意味失認があると中安は提案する。

360

自発性減退

lack of spontaneity

意欲を持って自分から何かしようとするものがなくなった状態。[うつ状態](#)で見られるときには「おっくうさ」と表現する。[精神分裂病](#)の場合には「無為」と表現される。抽象的に表現すれば共通点もありそう[である](#)が、現実には相当違う。[アパシー症候群](#)の場合にも自発性減退が見られるが、それは本業についてであって、趣味や副業についてはやる気があって楽しめている。薬のせいでやる気がなくなったと感じる人は多いもの[である](#)が、誤解のことが多く、多くは病気の回復過程でおこる一時的な自発性減退[である](#)。さらに回復が進めば、消える。

361

情動失禁

affective incontinence

=感情失禁

少しの感情のうごきも、すぐに外に漏れて出てしまう状態。少しのことで泣いたり笑ったりする。脳血管性痴呆で見られる状態が[典型的である](#)。脱抑制症状のひとつ。怒ったり泣いたりして尿便失禁するのではない。

362

小歩症

marche a petits pas

軽度に前屈し小刻みに歩く。老年者に見られる。[大脳基底核](#)の小梗塞が原因と推定されている。[パーキンソン症候群](#)の場合にもこきざみ歩行となるが、突進現象、すくみ足が観察され、階段は楽に上がれるなどの特徴がある。

363

[ショート・ステイ](#)

short stay

=寝たきり老人短期保護制度

364

健忘

amnesia

体験の全体を忘れてしまうこと。食事の場合を例に取れば、健常の物忘れの場合は、今朝の食事の献立が思い出せない。[健忘症](#)の場合には食べたこと自体を忘れてしまう。このような意味で体験の全体を忘れることから、健忘と呼ばれる。診察場面でも、面接の予約をしたのに、予約の時間を忘れるのではなく、予約したこと自体を忘れる患者さんがいて、それは健忘[である](#)。健常の物忘れやど忘れとやや性質が異なると考えられる。

365

触覚失認

tactile agnosia

手指の触覚には異常がないのに、物を手で触れてもそれが何[である](#)か分からない状態。目で見れば何[である](#)か判別できる。反対側の頭頂葉後部、上縁回近辺の病変による。

366

ショック

shock

医学用語としては心血管系の病的状態のひとつで、急激な低血圧や循環不全を指す。大量出血の際などに見られる。一般語彙としては心理的衝撃のことで、「ショックを受けた」といえば、大きな心理的な[ストレス](#)にさらされたことを意味している。医学用語と一般語の一致しない一例。

367

初老期[うつ病](#)

=退行期[うつ病](#)

368

初老期痴呆

presenile dementia

65歳以前を初老期というが、初老期に始まる原因不明の痴呆のこと。そのなか[である](#)程度輪郭の知られている有名なものには[アルツハイマー病](#)と[ピック病](#)がある。[アルツハイマー病](#)は健忘が、[ピック病](#)は人格変化が顕著[である](#)。年齢で分ける趣旨は、52歳の痴呆と84歳の痴呆ではやはり病気が違うだろうということで、素朴な直感に基づいている。その点では意味があるが、たとえば63歳と67歳とで病気が違うわけではないから、やはり病態の本質を見ることが大切[である](#)。

369

性格障害

personality disorder

＝性格異常、異常性格、人格異常、異常人格、[人格障害](#)

【類】精神病質 psychopathy、精神病質人格

【参照】演技性障害、自己愛性障害、境界性障害、反社会性障害

性格の問題のために社会適応が困難な場合をいう。特に社会適応困難と言うほどではないものは性格傾向 (personality trait) という。英語ではpersonalityとcharacter、[日本語](#)では人格と性格、どちらの言葉を採用するかも問題となる。障害と異常も語感が違う。人格は性格よりも深い何かで、異常は障害よりも困難な事態を感じさせる。最も[ソフト](#)に言うには性格障害、[シリアス](#)に言うなら人格異常となるだろう。

[シュナイダー](#)の分類やDSM分類が有名[である](#)。DSMでは演技性障害、自己愛性障害、境界性障害、反社会性障害などを紹介している。実際の症例の場合には、「そのような面もあるが、別の場面ではこうだ」などということも多く、[スタッフ](#)間で[着眼点](#)の違いから意見の異なることもある。非常に[典型的](#)な場合には文献の記載と見事に一致する場合もある。

370

[反社会性人格障害](#)

antisocial personality disorder

[無責任](#)で[反社会的](#)な性格のため社会適応が困難な場合をいう。易怒的、攻撃的、暴力的、犯罪の反復、性的乱脈、家族虐待などの特徴があげられる。

371

[演技性人格障害](#)

histrionic personality disorder

[クジャク](#) ([ピーコック](#)) 性格とも呼ばれる。派手好きで、人の注目を集めることを好み、芝居じみている。[自分勝手にわがまま](#)で、被暗示性が高い。人格成熟の不足を指摘する意見もある。[ヒステリー](#)を起こしやすいので[ヒステリー](#)性格ともいう。

372

[自己愛人格障害](#)

narcissistic personality disorder

全般的誇大性、共感欠如、他者による評価への過敏性などによって特徴づけられる。[ギリシャ神話](#)のナルシスは自分の姿にうっとりしてしまい、一時的にととても幸せだった。[自己愛人格障害](#)の場合には自分で自分をほめて、うっとりしていることができないため、他者による評価を求める。しかし内的には空想的誇大感があるため、それに見合うだけの評価を与えてくれる他人は滅多にいないはず[である](#)。空想的誇大感が現実的なものに訂正できればよいのだが、共感欠如し、他

人や世の中についての現実把握がずれていることが多いため、空想的誇大感は訂正できないまま存続することになる。このようにして不全感を抱えたまま、社会適応が次第に困難になってゆく場合がある。

373

[境界型人格障害](#)

borderline personality disorder

= [境界例](#)、境界[パーソナリティ](#)構造 (BPO: [borderline personality organization](#))

対人関係の不安定を主徴とし、衝動性コントロールが悪く、行動の不安定を伴い、情緒は激しく変わりやすい。これらの結果として社会適応に困難をきたしている状態。他人を過度に理想化してみたり、次には理由もなく非難してみたりする。診察室で[スタッフ](#)に対して理想化と脱理想化が[典型的](#)に起こる。また、周囲の人々の間の反目を燃え上がらせるような対人操作をみせることも特徴[である](#)。自殺企図を繰り返したり、周囲の人たちを巻き込み振り回すような行動があるため、周囲の困惑は深い。治療は容易ではないがさまざまな試みが紹介されつつある。入院治療時には上記の特徴に対処するため、市橋の紹介している[ボーダーライン・シフト](#)とでも言うべきような特別の体制が必要[である](#)。[ポイント](#)は[スタッフ](#)間で十分な情報交換と意見交換を行い、対応に差がないようにしておくこと、治療構造をよく考え、A T [スプリット](#)なども場合に応じて採用することなど[である](#)。

374

心気症

hypochondria

実際は病気ではないのに、自分は病気ではないかと心配している状態。説得も聞き入れず、訂正しがたい確信にまで至った場合には、心気妄想と呼ぶ。背景に[うつ病](#)や[精神分裂病](#)があることもある。

375

[神経症](#)

neurosis

[神経症](#)という言葉の使い方としては、二つに大別される。ひとつは脳病としての外因性精神病と内因性精神病に対立して、[心因性](#)または環境因性に起こる病気を指す。他のひとつは、病態レベルの深さを表現する言葉で、精神病レベルと[神経症](#)レベルとを区別する。多くの場合は、[心因性](#)のものは[神経症](#)レベルであり、[脳疾患](#)の場合には精神病レベルとなるので問題はないの[であ](#)[る](#)が、細かな議論になると原則通りには行かなくなり、混乱することがある。

376

(広義の) 精神病

病因分類 脳病 非脳病（広義の心因）＝もっとも広義の**神経症**
 外因 内因 （狭義の）心因 環境因

コンピューター CPU CPU+KB+HD HD KB

病態レベル

精神病レベル （狭義の）精神病 心因反応

外傷 **精神分裂病**

脳血管性傷害 **躁うつ病**

神経症レベル 内因性軽症**うつ病**（笠原） **神経症・心身症**

外因＝判明済みの脳器質因

内因＝不明の脳器質因（素因）＋環境因・心因……比重はさまざま**である**。

環境因＝現在の明白な、意識層の心理的**ストレス**→支持的療法

心因＝幼児体験を典型とする、抑圧・隠蔽されている、**無意識**層の心理的**ストレス**→洞察療法

内因は「原因未だ不明の脳病」と同義ではない。素因と環境因、心因の加算**である**。比重はさまざま。

分裂病の双子一致率は50%、それだけが素因ということになる。それ以外の部分が50%**である**。

脳病の場合、それ自体とそれに影響を受ける生活のことを考えると、どちらも心理的な**ストレス**

となり、上の分類で言えば、環境因となる。複雑な場合には心因として働く場合もある。従

って、**排他的**ではない。脳病の場合心因・環境因を伴うのは普通。心因・環境因の場合は脳病とは独立**である**。

しかしながら、脳にある程度の弱さがないと、心因・環境因があった場合にも、発症には至らない印象**である**。

病態レベルについて

病態レベルとは、病気の本質の深さについてという言葉。病態水準。精神機能を環境適応の観点から評価したもの。

神経症レベルと精神病レベルの違いは、

1) 現実検討（reality testing）が侵されていれば、精神病レベル。保たれていれば、**神経症**レベル。

2) 用いている防衛機制の種類。**神経症**レベルの防衛機制としては……があげられる。精神病レベルの防衛機制としては……があげられる。

神経症レベルと精神病レベルの中間に位置するものまたは両者の間を揺れ動くタイプのものを境界（型）**パーソナリティ**構造（BPO: borderline personality **organization**）という。**境界型人格障害**の基盤となる。

強迫神経症や離人**神経症**と呼ぶ場合、強迫症状や**離人症**症状が前景にあり、その病態レベルは**神経症**レベル**である**ということの意味している。同様の症状が前景にあっても、精神病レベルならば、その背景病理を重視して**精神分裂病**や**うつ病**と呼ぶ。

3) 了解可能ならば**神経症**レベル、了解不可能ならば精神病レベル。

心因性に生じる病気の総称。主に自律神経系に症状が出るものは**心身症**と呼び、たとえば**胃潰**

瘍、めまいなどがある。主に随意筋を中心に症状が出るものは転換ヒステリーと呼び、失声や失立、失行がある。それ以外のものは神経症と総称するが、症状の特徴によって、不安神経症、恐怖神経症、強迫神経症、解離ヒステリー、離人神経症、抑うつ神経症、心気神経症などを区別している。

学問的にも歴史的変遷があり、また、日常語としての使い方は学問的な背景を持った言葉の使い方とは異なっている面もあり、言葉の意味の変化や範囲を手短に説明することは難しい。診察室で患者さんに「私はやはりノイローゼですか？」と聞かれて、医師が「そうですね、軽いノイローゼでしょう」と答えている場合、両者が何を考えているのか、吟味が必要である。

「二、三日前まで全く普通に歩いていた女性が、突然歩けなくなった。神経学的診察をしてみると、筋肉も神経もとくに異常はないようである。家族に話を聞いてみると、もともとが大げさで演技的なところのある性格で、二日前に職場でいざこざがあって家に帰ってきてから絶対に辞めてやるといきまっていた。次の日、朝から歩けなくなっていた。診察をして、しばらく自宅静養するよう話をした。二十日くらい経つうちに元に戻った。何の後遺症もない。」このような場合、身体的には何も異常がないのに、心のストレスが原因で起こっているように見える。

病気の原因として、感染症や新生物と並立して、心因性（神経因性）があることが古くから知られていた。心因性の歩行麻痺と、脳性の歩行麻痺を区別することは神経学者の大きな課題であった。この課題のなかから、精密な神経診断学が発達していった。心因性麻痺の場合、たいていは神経解剖の原則に反した症状を見せるので、専門医は鑑別できるのだが、少数の例ではそれができない。完全に神経学の原則通りの症状を心因性の疾患で呈することがあるという。それを一部の神経内科医は、診断学の不完全さと考えている。

神経因性 neurogenic と心因性 psychogenic

ほぼ同義としてよい。

377

振戦せん妄

delirium tremens

アルコール依存症者が、急激な断酒をした際の禁断症状のひとつ。興奮を伴う意識障害で、落ち着きなく、注意散漫、失見当識などを呈する。小動物や昆虫（ゴキブリなどが多い）の幻視があり、皮膚の上を這い回っているように感じるなど、辛い体験をする。もうこりごりだ、絶対に酒はやめると言ったりもするが、そのうち忘れるようである。

378

身体失認

autotopagnosia[auto=自己 topo=場所 a=否定 gnosis=認知]

身体の位置の認識や身体各部位の呼称ができなくなる。手指失認、左右失認などがある。優位半球頭頂・後頭・側頭葉の境界部の病変で生じ、両側性であるという。

錐体外路疾患

extrapyramidal disease

錐体外路は運動ニューロンへの間接的な賦活系である。その異常により、種々の筋緊張異常や不随意運動が起こる。パーキンソン症候群が代表である。

睡眠障害

sleep disturbance

眠れない人は実に多い。原因もさまざまである。なかには眠りすぎるのが悩みの人もある。何時間寝ていれば充分なのかと質問されるが、人生を十分に生きられるならば何時間でもよい。おおむね七～八時間前後が統計の数字で、最近は短くなる傾向にある。年齢によって眠りの時間も深さも変化し、個人差も大きい。というわけで、全く漠然としたものである。

臨床的に睡眠は精神状態の指標として有用である。眠れないから全般に不調なのだとも、全般に不調だから眠れないのだとも言える。眠れないときはまず、背景に疾患がないか調査する。うつ病や精神分裂病で睡眠障害が生じるし、神経症一般で睡眠は妨げられる。さらに睡眠時無呼吸症候群やナルコレプシーなどを鑑別診断する必要がある。こうしてみると、睡眠障害は呼吸器疾患の際の咳のようなもの、身体疾患の発熱のようなもので、神経系の不調のしるしであるが、それだけでは原因は不明で、専門家に相談した方がよい事態であるといえる。

眠れないときにアルコールを使う習慣は根強いが、賛成できない。

睡眠薬

hypnotics

効果によって睡眠導入剤 (sleep inducer)、睡眠持続剤などに分けられる。現在はベンゾジアゼピン系薬剤が中心に用いられており、安全性は高い。診察場面で質問が多いのは、常習性についてである。薬がないと眠れなくなってしまうのではないかと心配である。?薬も体にとっては自然な食べ物ではないから、全体としてなるべく少量ですませたほうがよい。?そのためには、だらだらといつまでも続けないこと。必要十分な量で、なるべく短い期間の治療を目指す。?長くなって心配なら、ときどき別の薬を使ったり、休薬日を作ってみるのもよい。?量や時間についての指示を守る。アルコールとの併用は避ける。?普通ならそろそろやめられる頃なのにやめられないとしたら、それは少し根の深い問題があるのではないかということになるだろう。環境や心理についての詳しい調査が必要である。この場合は、薬に依存性があるからやめられなくなったのではなくて、自分の問題が解決していないからやめられないのだろう。

ときに依存を形成する人はいる。しかし薬について十分に詳しい説明をしながら精神療法も併用している場合には、数は少ない。

382

[睡眠導入剤](#)

sleep inducer

効き始めがはやくて、薬が体から消えるのもはやいタイプの睡眠剤。[入眠困難](#)の場合に最適である。

383

[スティー爾症候群](#) →外科の本で調べる

steal syndrome

鎖骨下動脈盗血[症候群](#)が有名。ほかに眼動脈盗血現象などがある。

384

[脊髓小脳変性症](#)

spinocerebellar degeneration

運動失調を中心症状とし、小脳とその連絡路にあたる領域が慢性進行形に障害される変性疾患。原因は不明であるが、しばしば遺伝性に生じる。小脳型、脊髓小脳型、脊髓型に分類され、老年者では小脳型が多く、[錐体外路症状](#)や自律[神経症状](#)を呈することも多い。

385

線条体黒質変性症

striatonigral degeneration

線条体と黒質の変性により、パーキンソニズム、錐体路徴候、自律[神経症状](#)を呈する疾患。中年から初老期に発症する。パーキンソニズムであるが、Lドーパが無効である。

386

脊椎管狭窄症

spinal canal stenosis

脊椎に骨変化などが起こり脊椎管狭窄になると、脊髓圧迫が生じ、運動障害や感覚障害が発生する。原因は骨変化の他に、脊椎滑り症、骨棘、[後縦靭帯骨化症](#)、黄色靭帯骨化症などがある。

387

[コンピューター](#)による比喩。

CPUとHDとKBに分ける。[キーボード](#)からの入力がCPUで処理されて、[ハードディスク](#)に記憶されている。必要に応じて[ハードディスク](#)から取り出して加工する。

CPUの障害……精神病：処理[プロセス](#)の障害

[キーボード](#)……現実[神経症](#)：現在の入力が不適切な場合

[ハードディスク](#)……精神[神経症](#)：現在までの蓄積。幼児体験の病理。

パソコンとワープロ

プログラムが固定されているかどうか。プログラムが固定されているワープロは、下級生物に似ている。閉じた輪で、トライアル・アンド・エラーによって最適DNAを選び出す。

プログラムが固定されていないパソコンは、環境に対してプログラムの入れ替えによって対応することができる。その点で、新しい学習能力を獲得している。開いた輪である。

開いた輪として生まれて、環境のあり方を取り入れ、親の世代の適応方式を取り入れて成長する。

ということは、ここに病理の発生する基盤がある。

輪は子供時代に合わせて次第に閉じる。その後の変化が激しければ、対応しきれないかも知れない。

388

?前景症状……強迫、離人、など a、b、c、など。

?背景病理……A病態レベルとB疾患分類……A×Bのマトリックスができる。それぞれの項目をX、Y、Zなどとする。

見立て = (a, c, d, , ,) × (X)

389

嫉妬

人間関係を大きく支配するマイナスエネルギー。破壊的である。羨望はプラスエネルギーであることもある。

390

恋愛

妄想状態は、恋愛状態をたとえにすると分かりやすい。たとえば、周囲の説得は逆に火に油を注ぐばかりであり、訂正不可能である。思春期に妄想状態になりやすく、同時に恋愛しやすい。何かのホルモンがこのような「訂正不可能な確信」の成立に役立っているのだろう。

391

CPU,KB,HDの比喻。

人間は生まれたときに、大部分が空っぽのハードディスクを持って生まれてくる。子供プログラムが完成する。しかしその後大人プログラムに取りかかる。ここに思春期危機が訪れ、分裂病などの発症をみる。

392

起立性調節障害 (OD)

現在不登校児は75000人とも言われるが、その中に起立性調節障害の児童が意外に多いことが指摘されている。起立性調節障害は10歳頃から増加し、朝起きが悪く、午前中はぼんやりしていて夜になると元気になることから、「フクロウ病」のあだ名がある。朝、頭痛や腹痛を訴え、立ちくらみや脳貧血を呈する。学校の限りに間に合わないのそのまま不登校になってしまう。「学校に行きたくない」と言って休む子供と違い、「学校に行きたいのに朝起きられなくて行けない」との訴えが特徴である。うつ病の日内変動に似ることから、うつ病との鑑別も必要である。また、睡眠リズム障害のときにも、朝調子が悪く学校に行けない場合があり、ビタミンB12が睡眠リズム補正に役立つことがあるので、鑑別が大切である。

起立性調節障害の治療は朝、起床予定時間の40分前にふとんの中にいたままで昇圧剤を投与し、予定時間に起こす。これですっきり学校に行けるようになることがある。毎食後に昇圧剤を投与しても役に立たないことが多いので、起床前に投与する方法は頭の良い工夫であると思われる。

393

項目ごとに望みたいこと

- ・読む人が、「自分や家族の場合にはそれに当てはまるのかどうか」の判断の役に立つ。
- ・治るのか。後遺症はあるのか。進行を遅らせることは何に注意していればよいのか。
- ・どんなとき相談に行くべきか。どんなときは見守っていればよいのか。どんなときは少し生活の変更が必要なのか。
- ・専門家に相談に行くとしたらどこに行けばよいのか。連絡先。

394

自由意志

free will

【同】意志の自由

古くからの哲学的論争点であり、現在もまた重要な、しかし困難な論点である。精神医学ばかりでなく、刑法でも重要な問題であり、責任能力論に関連する。つまり、人間に自由意志がないのなら、罪についての責任もないだろうということになる。

人間に（一般に生物に）自由意志はあるのかと考えてみて、自分自身についての体験から出発すれば、自由意志が存在することは自明のことである。しかし生物一般に関して客観的に考えれば、自由意志は存在しないと考えられる。

議論の前提として「意志とは何か」について考えておく必要がある。たとえばコンピューターに、一貫して円周率の計算を続けるようなプログラムを与えておく。その場合、「このコンピューターは円周率の計算を続けようという強い意志を持っている」と表現していいだろうか？内部から発生する意志とは何だろう？内部とは何か？

人間の脳が神経細胞の複雑な連絡だけから成立しているとして、自由意志は存在すると考えられるだろうか？神経細胞ネットワーク以外に、その奥に霊魂が存在するなど仮定しなければ、自由意志の存在は否定せざるを得ないだろう。

[自由意志](#)に対立する状態として、自働機械が考えられる。外部状態と内部状態に応じて反応するだけの自働機械と、[自由意志](#)を持つ人間との違いはどこにあるのだろうか。本質的な違いはないと思われる。したがって、人間に[自由意志](#)は存在しないと結論せざるを得ない。

人間の精神活動は分子活動からのみ説明されると仮定すれば、[自由意志](#)はないと結論できる。分子活動の結果としての[自由意志](#)を考えられるというのなら、[自由意志](#)についての定義が我々とずれているのだと思う。

宗教的な前提をおけば、違いは明瞭であるかもしれない。しかしその場合にも、人間に特権的な地位を与えない限りは、石ころにも[自由意志](#)があると結論しかねない。

石ころと、植物と、猫と、人間と。どこから[自由意志](#)はあるのか。人間に[自由意志](#)があるのなら、石ころにも、「そこに居続けようとする意志」「地球の真ん中に向かおうとする意志」などを感じ取ることができる。石ころには[自由意志](#)がないのなら、[コンピューター](#)には[自由意志](#)がないのなら、人間にも[自由意志](#)はない。

こんなにも自明なことなのに、[合意形成](#)が難しいのは、我々人間の素朴な常識が邪魔しているだけだ。

395

自律神経失調状態

自律神経系の器官の障害を中心とし、場合によっては[不定愁訴](#)全般を含む。動悸、血圧上昇・低下、呼吸促迫、息切れ、頭痛、[めまい](#)、ふらつき、口渇、唾液過多、[吐き気](#)、嘔吐、胃痛、食欲不振、腹痛、便秘、下痢、多汗、無汗、冷汗、寝汗、微熱、顔のほてり、顔面紅潮、[顔面蒼白](#)、[冷え性](#)、手足のしびれ、手足の感覚麻痺、手足のふるえ、不眠、悪夢、全身倦怠感、[肩こり](#)、腰痛、関節痛、[筋肉痛](#)、皮膚蟻走感、排尿障害、インポテンス、[耳鳴り](#)、難聴など。また、精神面でイライラ、くよくよ、悲観的、怒りっぽい、[無気力](#)、易疲労感など。

[精神分裂病](#)、[躁うつ病](#)、[不安神経症](#)、[更年期障害](#)をはじめとし、さまざまな疾患で見られる。上記症状のいくつかが見られるというだけで[自律神経失調症](#)または自律神経失調状態と診断してよいので、疾患の構造や病態にまで踏み込まない、表層的な表現である。

396

支離滅裂

incoherence

概念の輪郭崩壊と、概念間の関係崩壊により生じる。言動が了解不能でまとまりなく映る。意識清明な分裂病患者について用いる。

397

事例性

caseness

疾病性 (illness) と対照される語。疾病性は医学的判断による疾病の認定であり、原則的には病理

診断が中心となる。事例性は患者の主観、周囲の人々の感じ方、社会の規範などによって決定づけられるような、問題ありとする認定である。「病気だ」というよりは「解決すべき問題がそこにある」という認識である。身体各科でも疾病性を主に扱いつつ事例性に注意を払っているが、[精神科](#)・[神経科](#)では事例性の比重が一層重い。[人格障害](#)の一部、犯罪、非行などは疾病性に注意を払いながら事例性を解決すべく努力する。

398

了解

表層での了解と深層からの了解が言われる。

表層での了解は、患者の話を聞いていて自然に平明に了解できる次元のことで、子供の頃の様子や近頃の環境が現在の辛さをつくり出していると考えられるものである。

時間をさかのぼった原因から現在の状態が了解される場合には、発生的了解である。現在の状況から現在の辛さが了解できるならば、静的了解である。

深層からの了解はたとえば[精神分析](#)のように、[無意識](#)の層の力動から理解されるものである。

([シュナイダー](#)の図参照)

了解する側の了解能力に左右される場合がある。了解能力が不足しているがゆえに了解できない場合もある。逆に、了解し得ないものを私には了解できると誤解している場合もある。

了解不能なものは説明が可能なだけであり、精神病は了解不可能であるとされた。

399

成功したときに破滅する人物 → 没

those wrecked by success

成功しそうになると[神経症](#)を発症して破滅するタイプの人物。[フロイト](#)が[マクベス](#)夫人を例としてあげている。成功はそのまま良心の責めを引き出すことになり、鋭い葛藤状況が生まれるからだと説明される。

400

予期不安

expectation anxiety

不安[神経症](#)や[パニック障害](#)の場合に、一度強烈な不安発作を体験すると、こんどはその不安発作を恐れて持続的な不安に悩むようになる。これを予期不安と呼ぶ。この時期には不安回避行動が見られるようになる。

401

現実検討と[見当識](#)

reality testing and orientation

現実検討能力と現実見当は紛らわしいが、違うもの。現実把握の点では似ている面もある。

402

[カタルシス](#)（浄化）

catharsis

[無意識](#)層に抑圧していたものを自由に表現することによって、心の緊張を解くこと。浄化法、通風療法、除反応、煙突[掃除](#)などとも呼ばれる。煙突がつまって部屋が煙だらけになったとき、煙突[掃除](#)をするとすっきりするのと同じである。[無意識](#)層に抑圧せざるを得なかった事情自体は変わらないのに、表現するだけで好転するのは、抑圧を続けることは心の[エネルギー](#)をたくさん消費するから、抑圧をやめることで心の[エネルギー](#)を別の方面に使えるようになるからだろう。これは自発的な表現でなくても、たとえば[映画](#)、[小説](#)、[歌謡曲](#)などに共感し、自分の内面と共通のものの表現を見いだすだけでもよい。それは心の無形の悩みに形を付けてくれる。映像や言葉でくっきりと表現されるのを見れば、それだけで心の整理がつく。

「やつあたり」は攻撃性が本来攻撃すべき対象に向けられず、攻撃しても安全な対象に向けられる場合で、多くは弱い者に向けられる。夫の会社での怒りを「やつあたり」で発散され、受けとめざるを得ない妻は一種の[カタルシス](#)療法を行っていることになる。その妻のやつあたりに付き合っているのが猫である。

[飲み屋](#)で皿を割ったりするのも一種の[カタルシス](#)である。

[カタルシス](#)に付き合わされた人はときに嫌な思いをする。そんな時は[人間関係](#)を壊すことがあるので注意が必要である。

403

過敏性大腸[症候群](#)

irritable bowel syndrome, IBS

[心身症](#)の[ひとつ](#)で、腹痛や下痢、[便秘](#)が続くが諸[検査](#)によっても原因が見つからないもの。器質的病変ではなく、[ストレス](#)による機能性[のもの](#)と考えられる。内科で[検査](#)したあと、[精神科](#)・[神経科](#)に紹介される。よく話を聞いて、環境調整、心理療法、[薬物療法](#)などの適応を探る。薬物は[抗不安薬](#)、[抗うつ剤](#)、自律神経調整薬、整腸剤その他を病態に応じて考える。確かにすっきりしなくてつらいけれども、だからといって人生の楽しみをあきらめてはいけないと思う。

404

機能性疾患

functional disease

たとえば腎臓を顕微鏡で調べてみても異常が見つからない、しかし尿検査で異常がある。この場合に機能性疾患と呼ぶ。

一応そういうことだが、機能性疾患の背景となる形態学的な異常がないかと言えば、そんなことはない。機能にはそれを可能にする構造が必ずあるのである。ただ、それを人間が見つけれられるかどうかというだけのことである。

つまり、機能の異常は見つかったが、その裏付けとなる構造が発見できないでいるとき、機能性疾患と呼んでいるだけである。

すべての疾患は機能に異常があり、しかもその裏付けとなる構造の異常が存在するのである。たとえば、足の骨が曲がっているためにまっすぐ歩けない場合。骨を顕微鏡で見ても、異常はないだろう。それは顕微鏡レベルの異常ではないからだ。構造の異常はすべてがミクロなレベルに還元できるのでもない。

405

病理の推定

正常と器質性脳障害を両端におく。正常→性格障害→神経症→うつ病→分裂病→器質性精神病と一応並べられる。単一精神病論に近い。

何を基準にして並べるか。器質性精神病は明白に診断可能であり、その精神症状を観察できる。そこを出発点にして、正常者との間の距離を測ろうというものである。何がその要素になっているかははっきりしない。

最終的に自分に不利なことをしているのは器質性に近い。最終的に自分に有利なことをしているのは正常・性格障害に近い。自分の行為の効果について、時間的に離れた効果、間接的な効果まで計算した上で行為できているならば、精神機能は高い。つまり損なわれていない。

「現実把握の歪み（reality testing:現実検討）」

自己中心的な振る舞いも、人格の中心部から出ていて、さまざまなたくらみに彩られている場合、より性格障害に近い。

明白で直近の直接の利益を狙う場合、どちらかといえば器質的である。

他人の思惑に敏感、他人を操作する、欺く場合には性格的である。

直接の利益と、間接の利益。

めくらましの戦術が高級な場合には性格的。

性格問題にも二通りある。ひとつは人格低格状態からくる、未熟な人格（ヒステリー性格）。ひとつは人格の各要素の発達バラバラで、不統合な状態（境界型人格障害）。移行型は当然ある。

道徳感情や羞恥の感情についてはまた別なのかも知れない。

406

うつ病と分裂病を並べて対照させる考え方

これは良くないのではないか。うつ病は個々の脳神経細胞の性格の問題である。分裂病は脳の構築の事情からくるものである。

建築で例えると、うつ病は建築材料の問題である。分裂病は全体の設計の問題である。

407

離人と知覚

離人症を知覚障害の系列で考えてみたくなるのは理解できる。

知覚障害は、末梢感覚障害（低次の末梢の問題）→失認（高次の中枢の問題）と大別できる。離人はこの系列で考えれば、超高次の機能障害とも考えられる。

408

偽幻覚

→知覚、表象、幻覚、偽幻覚

自己の内部に発生したイメージだということは承知しているものの、自分の意志ではどうにもならないもの。自己所属感は保持されているが、自己能動性は失われている状態。自己所属の点でイメージに似て、能動感喪失の点では知覚・幻覚に似る。

	外部所属・実体的	内部所属・画像的
意志に左右されない（能動性喪失）	知覚・幻覚	偽幻覚
意志に左右される（能動性保持）		<u>イメージ</u> （表象）

409

幻覚妄想状態

幻覚妄想状態の時、意識は清明かあるいは意識障害があるかをチェックする必要がある。

410

行為に伴う幻声

患者は自分の動作について、「彼女は今それをするよ。今度はそれ。」と人々が話しているのを聞く。患者の行為はいちいち批評されたり、指図されたりする。

指図に従って動く場合に、指図の内容は他者に属し、それにしたがって動く選択は自分に属して能動的に判断している。

声に従うかどうかの能動性が奪われ、自動的・被動的・他動的になった場合にはさせられ体験になってゆく。

411

幻覚妄想の形式と内容

形式を決めるのは病理である。内容を決めるのは欲求や無意識の力動などである。

412

思考促迫

思考促迫は分裂病の時に用いる言葉である。

413

一節性と二節性 →調査 Glied

自然な観念連合のひとまとまり→節 ？

一節性＝外界認知も失われている→より器質的な病理を推定させる。

二節性＝外界認知の一部は保たれている＋意味付けの障害→分裂病に特有の症状

「玄関の黒い犬」の知覚から出発する自然な観念連合→一節

これに異常な意味付けが「接ぎ木される」感じ。それは「異質な二者の不自然な結合」と映る。
この状態を二節性と表現している。

414

強迫

指標は「圧倒性」。

強迫の内容ごとにギリシャ語で名付けても意味がない。200個。

強迫症と恐怖症の関係……強迫観念の内容が不安の場合？

415

心の辞典

止むに止まれぬ探求癖

416

言葉の網の目

言葉の網の目の差は感情の網の目の差。個人によって、民族によって。

個人の内部で、名付ける作業の意味。それが成長・成熟である。未分化な感情が分化した感情になるとき、名付ける作業が不可欠である。それは言葉でも良いし、映画による表現やその他の表現でもよい。自分で見つけるのはクリエイティブな作業で困難もある。他人の表現の中に自分の内面の問題との同型性を見つければそれで落ち着く。それもまた名付ける作業である。

417

両価性

両価性がはっきりと問題になることは少ない。ブロイラーが分裂病の指標としてあげているにもかかわらず。これはなぜか？症状が変化しているのか。診断学がずれているのか。

418

不安

不安の二種。A現実不安 (actual) 。B対象のない神経性的不安。

Aは現実の状況に対する反応である。

Bは現実の状況とは対応しない・脳内神経伝達物質の異常と考えてよい。

419

精神という多面体

すっきり分類分析できない

420

交代性意識

意識がB2→A2→B1→A1→B→Aと時間系列として並べる。患者はAではA2,A1を知っているが、Bの系列については知らない。BではB1,B2を知っているが、Aの系列については知らない。時間経過における同一性障害である。解離性ヒステリーで見られる。

421

自我意識

ヤスパースによる。

1他者に対する自我の区別

2能動意識

3瞬間における単一性の意識

4時間経過における同一性の意識

5実存意識 (シュナイダー)

実存意識の喪失として訴えられるものは疎隔体験であろうと思われる。

422

疎隔

離人の内容。

知覚、感情、欲求が異和的、非現実的、疎隔、偽物。

423

経過の特性

病理の性格は経過の特性にあらわれる。

血管性のようなものなら場所特異性があるはず。

この頃緊張型が少ないのはどうしてか。

破瓜型と妄想型の違いは何か。→病理が同一ならば (分裂病と一括するからには病理が同一なのだろう)、違いは場所だということにはならないか？

分裂病は多少の違いはあっても、[自我障害](#)・[被害妄想](#)が多いなど、共通点が多い。同じ場所が壊れているのか？それとも、事例化するのがこうしたタイプだからだろうか？

血管性の場合

- 1) ダメージを受けやすい血管がある。
- 2) 事例化しやすい場所がある。

424

強迫

[シュナイダー](#)から。

「強迫体験とは、平静時には[無意味である](#)と知りながら、[主観](#)的強迫の体験を伴って現れる、押さえつけられない意識内容のことである。そこから行為も生じるが、それを強迫行為という。しかし行為の行われなこともあり、それを強迫不履行あるいは恐怖症という。」

「[無意味である](#)と知りながら」については[意味](#)のあることもあるので、必ずしも[無意味](#)とは言えない面もある。

[ポイント](#)は「圧倒性」[である](#)。

形式としては、

強迫表象、嫌なことを思い出してしまう、性的光景を思い出してしまう。

思考習慣、[壁紙](#)の模様・敷石を数える、後ろから読まなければならない。

疑問強迫、時間と[永遠](#)について。

[無意味](#)・解決不能の問い、当たり前のことについてなぜと問う。

[毒物](#)・汚物を前にしてそれによって不幸が起こるかも知れないという不安。

[責任](#)強迫、チェック行動。

罪責強迫、誰かを傷つけてしまった。

状況強迫、橋から[飛び降り](#)るのではないか、窓からものを投げ捨てるのではないか。神聖な場所で卑わいなことをやってしまうのではないかという不安。広場・閉所での不安。

注目強迫、洋服がきちんとしていないのではないかという不安。赤面恐怖をもちじっさいに赤面してしまう。どもるのではないかと思ってどもってしまう場合。

など。

状況強迫と注目強迫は恐怖症。

自己所属・自動・意志に反して・不快不合理な内容

[自我](#)異和的かどうかは[微妙](#)。

恐怖症との同型性。結局別な名付け方でしかないということか？

強迫表象 (obsession) ……ひとりで浮かぶ、不快不合理な考え・[イメージ](#)

[電車](#)恐怖

[電車](#)恐怖強迫と言うべきか？

「[電車](#)が怖い」がいつも強迫的に浮かぶのではない。

能動 → 自動 → 被動 → 他動

強迫させられ

強迫にやめる自由はない

425

[精神医学](#)における疾病概念

[社会](#)で**邪魔**になるものを病的と呼ぶのなら、ある特定の**価値観**から**勝手に**判断しているだけ**である**。比喩的に「[病気](#)」と言っているに過ぎない。医学的**疾病概念**とは関係ない。

医学的に**病気である**ということと、**社会的価値**とは関係がない。医学的に**病気である**とは、身体的・形態学的に変異があり、**健康**や生命を損なう場合**である**。

426

生氣的悲哀

生氣的悲哀と心的（反応的）悲哀とは別々の「層」から出てくる。生氣的悲哀は基底から、心的反応的悲哀は上層**のものである**。基底層は身体と密接に結びついている。

生氣的**うつ病**でも、たいていは了解的で心的（反応的）な上部構造が、二次的に構築される。それは陰性の**自己評価**感情となる。（[シュナイダー](#)）

427

[せん妄](#)

意識混濁が運動不穩と結びついたもの。

428

アメンチア

[意識障害](#)で、困惑と思考散乱が前景に立つもの。

429

広場恐怖

[ウェスト](#)ファルは広場恐怖の原因について、眼筋障害による「[広場めまい](#)」説を否定し、不安を重視した。強迫現象と関係づけた。

430

[プレコックス](#)

praecoxとは、「急速に進行する」の意。

431

[プレコックス感](#)

極度の不安に包まれている人に相対した場合、他者は不安の**信号**を読みとり、?危険から遠ざか

るか、または?危険に共同して対処しようとするか?にするかは、受け取る側の事情と、発している不安の[信号](#)の内容によるだろう。

分裂病者は、自分にだけ感じられる不安におののき、不安[信号](#)を発信し続けており、それが相対した他人には[プレコックス感](#)として受け取られるのかも知れない。「不安[フェロモン](#)」が分泌されているのではないかと推定する考え方もある。

集団内での不安[信号](#)の伝達説である。

しかしながら、他者は分裂病者から不安を感じ取るのではないだろう。何か一種異様な感じを受けて、友達にはなれそうもない感じがする。人間らしい感じが何か欠けている。これは不安が満ちているのではない。人間同士で発し合っている「人間[フェロモン](#)」が欠けている、そんな印象。

分裂病の人たちの中には、「おどおど、びくびく、他人を警戒している」タイプと、「人間としての手応えに薄い」タイプがいる。

432

事例性の例

[宗教](#)活動に熱心な女性。家庭を全く犠牲にしてあれほど[宗教](#)活動に打ち込むのは、[精神病](#)だと夫が言う。しかし本人は、現実把握に歪みはなく、「夫と[子供](#)に我慢を強いるのは申し訳ないがいつかは分かってくれと信じている。」と語っている。「自分とまわりの人が[幸せ](#)になるのがよい[宗教](#)ではないですか?」と尋ねると、それは教理問答の第一ページにあることだとのことで、たくさんの言葉が返ってくる。

軽度の[うつ状態](#)が認められるだけで、特に[精神障害](#)の故に[宗教](#)活動にのめり込んでいるとも思えない。その旨を夫に説明すると失望していた。

→未完

433

強迫診断の例

ただ単にある行為を反復するだけでは強迫行為とは言えない。不[合理性](#)の自覚・自己所属感の存在・自己能動感は希薄になり自動性が高まるなどの指標が必要である。

例えば、皿洗いや手洗いを反復している患者について、「皿が何回洗っても本当に汚れているから」とか「洗い終わって水切りかごに立てるときに汚れてしまう、気のせいではなく本当に」と言えばそれは妄想に属する。

「皿が何回洗っても汚れているような気がする」「そばにいる人にもうきれいになったよと言ってもらおうと安心して皿洗いをやめられる」と言うなら、自信欠乏者と言うべきである。

「皿がきれいになったことは分かっているけれど、[何となく](#)やめられない、十回だけ洗おうと決めている」「まだ汚いという考えがひとりで浮かんでしまう。本当はきれいになっていると感じてはいるが、その考えが浮かんでしまうとまた洗わなくてははいけない」などと言うなら、強迫症である。

「洗ったかどうか忘れてしまう」という場合もある。

洗い方が悪くてきれいにならないから何回も洗う場合もある。

また、強迫症で「まだ汚い、また洗わなくてはならない」という考えが浮かぶ状況の中で、その人の洗い方が実際に下手で汚れがいつも残るとしたら、思考内容と現実は偶然一致しているわけである。この場合には強迫症は隠蔽される。

実際の言葉の使い方としては、厳密な用い方の一方で、[主観](#)をあまり問題とせずに行為の外観だけで強迫行為と名付けていることもあるので注意を要する。

434

受動的攻撃

435

疾患について、

患者の注意すべき点

家族の注意すべき点

436

◇予備知識

- ・各症状間の関係
- ・症状の構造
- ・[見取り図](#)

◇前景症状の把握

- ・意識レベル
- ・[主観](#)症状
- ・客観症状
- ・前景症状群……列挙

◇その他診断に必要な[情報](#)

- ・病態レベルの把握
- ・[病前性格](#)（そのために生活歴）
- ・家族歴・遺伝負因
- ・身体症状・身体診察・薬物歴
- ・脳波・画像診断
- ・心理[検査](#)

437

基礎解説とさらに詳しい解説を分けて、二段階にする。

図・表を多用する。

438

対人距離

対人距離の取り方が硬直していて、はじめは遠く、ある時点で急激に接近しすぎるのが分裂気質の特性である。

循環気質は対人距離の取り方が柔軟である。相手に合わせながら伸び縮みの加減がうまい。→これは循環気質がというのではなく、普通は、つまり分裂気質以外は、ということだ。

対人距離が遠い・近いで分裂気質・循環気質を分類するのは不正確である。

しかしながらこのように分裂気質と循環気質を同一平面上の排他的な二者として論じるのは間違いではないかと思う。

439

知情意と分けるのに応じて、分裂病、躁うつ病、てんかんと論じていた本があった。恐ろしいことである。述語が「三つ」で同一だから主語が一致するとするのは未開人の論理である。述語の一致から主語の一致を結論したり、部分の一致から全体の一致を結論する思考法を述語論理またはパラ論理的思考あるいはフォン・ドマールス (von Domarus,1944) の原理と呼ぶ。

440

世界観

世界はよいか悪いか。世界に能動的にかかわるか受動的にかかわるか。

この世界はよい。世界に能動的にかかわる。→創造者。

この世界はよい。世界に受動的にかかわる。→鑑賞者。

この世界は悪い。世界に能動的にかかわる。→革命家。

この世界は悪い。世界に受動的にかかわる。→厭世家。

441

症状を説明する方法。

?思考、感情、などでまとめて提示する。

?分裂病系、うつ病系、躁病系、などとまとめて提示する。

これはどちらの面も大切である。?隣り合った症状とどのように違うのか。区別の基準。?どのような症状と伴って現れるのか。そのことによって症状の性質が分かりやすくなる。縦糸と横糸のようなものだ。

442

EQ

emotional quotient

情緒指数または感情指数。自分の感情をコントロールする技能および対人交流の技能、さらには

集団内での振る舞いについての技能。IQが高くてもそれを十分に発揮するためには対人的な技能が必要な場合が多いのでEQも大切である。

「EQ……」は読んで面白い本である。

443

デイケアの意義

◇フロイトの時代の神経症はヒステリーに代表されるようなintrapyschicな病理であった。個人の内面での葛藤が中心で、イド、エゴ、スーパーエゴなどで考察するのが適切であった。従って、個人精神療法が有効であった。現代ではinterpersonalな病理への変化が言われている。対人関係の中で病理は現れ、治療場面の設定としても対人関係場面が必要である。

◇この頃は厳しすぎる超自我が問題となって症状を起こしている人は少ない印象である。厳しい超自我と強い抑圧（これによって起こる問題がintrapyschicなものである）は過去のものとなっているのではないかと。フロイトの時代とは違う。

◇言葉が悪いが、現代では逆にわがままが過ぎて、他人に迷惑をかけている印象である。

◇集団内では個人精神療法の場合よりも多彩な転移関係が展開する。

◇個人面接を併用する。

◇集団内で多様な転移関係を観察し、特徴や問題点を把握し、それを個人面接のなかで取りあげ改善してゆく。interpersonalな病理に対しての治療にはこのような集団場面が不可欠である。

◇患者クラブとしてのデイケアにも意義はある。しかしそれだけで十分な時代ではない。

interpersonalな病理へのケアの場として、デイケアが求められている。

◇集団精神療法、集団力動、対人関係、交流分析、生活療法、生活類型、SST。

◇病理によって対応は異なる。受容的・人格退行促進的＝うつ病と神経症の一部のみ。生活再建・人格成長促進的＝その他の大部分（分裂病、性格障害など）。

◇人格退行的に接した場合には、デイケアから外に出るときには普通の人格水準の戻っているようにする必要がある。退行したままで外に出ると「浦島太郎」である。

◇従来のデイケアは患者クラブであり、結局「竜宮城」だった。浦島太郎は、時間を楽しく過ごしたが、社会適応には失敗したのである。

◇社会復帰をめざすことは、一部では社会の価値観に妥協することである。それが良いことかと問われるだろう。しかし、まずとにかく生きることが大切だ。霞を食べて生きられるわけではない。デイケアにいるよりも、仕事をした方がいい。一人でのよりも結婚して家庭を持った方がいい。そのような常識的な価値観にまず妥協しよう。食えるようになったらゆっくりと哲学しよう。

444

ボーダーラインシフト

市橋の提案した境界型性格障害の治療方法のひとつ。→論文

445

分かることと、分かろうとする態度と。

分かることはできない場合もある。しかし分かろうと努力している態度はいつでも可能である。

446

感受性を育てること。

芸術に親しむこと。高い人格に触れること。本物に触れるための投資を惜しまないこと。

447

躁うつ病

熱中後うつ病または熱中後無気力病と言ってよい。MAD理論。

これ以外のうつ状態、たとえば、反応性に起こるもの、成功の寸前に罪悪感にとらえられてうつ状態になるもの、性格障害によるもの、妄想に原因してうつ状態となるもの、などがある。

448

枠

境界例患者は、どこまで私のために特別なことをしてくれるのか、枠を無視してくれるのか、約束よりも緊急時の対応で私を慰めてくれるのか、試そうとしている。

449

強迫症

強迫症の指標としての不合理の自覚。

シュナイダーは、ときにばかばかしくない、有益で有意義な思考内容の反復もあるという。従って、「不合理の自覚」は定義としては狭すぎて不適切という。

行為 清潔強迫 反復行為

内面 不潔恐怖 不潔妄想

不合理の自覚（+） 不合理の自覚（-）

現れ方が軽度に自我異和的である。不都合なとき、そぐわないとき、に出現して困らせる。

思い切って、「内容は別問題」「問題なのは出現の様式。出現の時と場所について、自分が不都合と思っているにもかかわらず出現する。」「不都合と思うのは内容が不都合もしくは不合理と思うものである場合が多いだろう。」

精神病理学は「形式」の面から定義していきたい。（なるべく）

450

意志・看護・心理の初期研修の材料。

勉強すべき文献を付す。

451

正確な複雑さと不正確な単純さ。

まずは理解しやすい説明。これを手がかりとして、細部を訂正してゆけばよい。

452

軽症分裂病

軽症内因性うつ病を精神分裂病でも考えてみたもの。

症状は神経症性の不安が主体。時に離人症などを呈する。病態水準は神経症レベルで、現実検討は保たれている。しかし病前性格、人生の歩みなどを加味して判断される背景病理は分裂病である場合。

→笠原の「外来分裂病」をチェック。

453

背景性格

病前性格は背景性格と言った方がいいのではないか？

454

電車恐怖は恐怖症か？

強迫 [中間領域](#) 妄想に近い

ばかばかしいと思っている ばかばかしいところではない。本当に怖い。

電車恐怖の場合、「ばかばかしいと思うがどうしても恐さが振り払えない」のではない。「本当に心底怖い」のである。

「現実の恐さに反する程度にまで怖い」と言ってい。妄想のレベルである。電車恐怖妄想と言うべきである。

455

定義は法律で決めたわけではないのだから、ある程度曖昧である。そこで実際の運用に即する必要もある。また一方で、クリエイティブな定義も提案したい。

【流通している定義】と【提案したい定義及びその理由】を二段階に分けて紹介するのが親切である。

456

[プレコックス感](#)

本能・直感という言葉が使われることの意味。たとえば、異性を見ているときの直感のようなものではないか。どの人が良いか選択する目が潜んでいる。それを正確に言語化する習慣はない。

(それはなぜだろう?) [一目惚れ](#)とか直感とか言っている。

目の前にいる人の何かを感じているのだ。

分裂病の人が「[結婚](#)して[子供](#)を作る」ことについては[ハンディ](#)はなく、従って分裂病の[遺伝子](#)も減らないのだとの議論が一般的[である](#)。そうだろうか？[ハンディ](#)はやはり[ある](#)ように思うが？

457

[自我](#)障害の標識

能動→自動→被動→他動

自己 自己 グレイ他者

自己所属感はこれとどう重なるか。独立の軸[である](#)か。自己所属感は[自我](#)境界の話だろう。

[自我](#)障害の標識としては何個で充分か？→中安を参照。

458

外胚葉系診断学

[神経系](#)と皮膚は外胚葉に共通して属する。ともに自己と外界との接点で働いている。[神経系](#)の敏感さは皮膚系の敏感さと共通すると仮定してみる。

外界からの刺激を記憶して、次回から反応の仕方を変えたりする動きも共通[である](#)。[免疫](#)の場合にも記憶は大切な働き[である](#)。

たとえば、以前口唇[ヘルペス](#)が出たとする。酒を飲んで赤くなったときに、以前の[ヘルペス](#)の跡がくっきりと浮かび出たりする。この現象は、分裂病の履歴現象と似ていないこともない。[ストレス](#)がかかったとき、耐えきれなくなるのは、決まった場所[である](#)。それはその個体に[歴史](#)があるから[である](#)。

外界に対する敏感さを皮膚反応で測定できないか。それを外胚葉系診断学という。

459

内容と形式

夢の場合。強い欲望や葛藤があるから夢を見るのではない。夢を見る条件は別にある。そして夢を見る条件が整ったとき、内容は何になるか、それは欲望や葛藤が決定する。

パレイ[ドリア](#)の場合。壁のシミを見て、何に見えるか。何かに見えるか、単に壁のシミに見えるか、それは相貌化作用の強弱による。相貌化作用が十分に強かった場合には、何かが見える。何に見えるかは、やはりその人の欲望や葛藤、心理の[歴史](#)による。

幻覚妄想についても同様の事情がある。従って、幻覚妄想を形式で分類する作業は、脳の病理を反映している。内容で分類することは、心理内容を反映している。

幻覚妄想や夢、パレイ[ドリア](#)、全て形式と内容は別[である](#)。形式は脳の状態を反映している。内容は心理の内容を反映している。

従って[夢分析](#)は心理の内面を探るものとして大切[である](#)。

分裂病で[被害妄想](#)が圧倒的に多いのは、人間心理に一般に被害的なものが基底状態として存在しているから[である](#)と思われる。妄想が発生する条件が整ったとき、人間は一般に被害的な内容を注入するものだという事だ。それは人間の生きる知恵として有利なものであつたらう。身を

守り、種を守るものであったはずである。

また別の考えによれば、幻覚妄想状態に至った場合に、世界は見慣れない異質な場所として体験され、まるで異国で一人さまようような心細さであると言われる。そのような場合に人は被害的になり、警戒的になる。この指摘によれば、被害的状态は反応性であり、了解可能であるとさえ言える。

460

離人症と能動性

離人が能動性の障害であると記載されるのはなぜか。浅い意味では、「自分が何かしているという実感が薄れる」という症状をとらえて、能動性の障害と言っているようである。

しかしさらに深い意味も考えられる。人間が何かを知覚するときには、ただ受動的に感受しているのではない。知覚には能動性が含まれている。コウモリが自分から超音波を発して、その反射を受け取るように、人間の側から対象に「網を投げかけるようにする」能動性が含まれているのではないかと考えられる。

たとえば、低次の例では、目で見るときも手で触っているように能動性を発揮している。目は「ざらざらした」質感をとらえるが、それは手が能動的に動くことによって獲得する感覚である。さらに高次の説明を述べれば、眼球を固定した場合、視覚的認知がどれだけ制限されるかという実験がある。眼球を動かして能動性を発揮することによって、感覚を手に入れているのである。こうした事情から、知覚には能動性が関与していることが考えられる。そして離人症が能動性の障害であるという記述の深い意味がここにあると考えられる。

461

自我障害

能動性……させられ系、離人、強迫。

自己所属感……幻声

自我境界……自我漏洩

(自我漏洩に影響体験を対置するのは間違いであることになる。？自我境界の障害を上位に置き、それを自我漏洩と影響体験に分ける。影響体験は能動性の障害としても説明される。？)

二重自我や交代人格などの症状を除外した、自我障害の一部を一級症状と呼ぶ。

462

不安にはパニックから弱い不安まで強弱がある。

463

自我親和的と自我異和的

ego syntonic and ego alien(dystonic?)

464

無意識の二層

集合的無意識と個人的無意識に分ける。集合的無意識は人類または更に広くは生物全体が進化の途上に記録していった無意識の記憶である。

絵画療法などの場合に出現したイメージが何を意味しているのか、メッセージは何であるか、考える場合に、参考になる。即ち、たとえば「うさぎ」が何を意味しているのか、その人の内部のイメージシステムを探るとき、そのイメージは心のどの層から出たものか考えてみる。

集合的無意識層から出たものであれば、ある程度類型的であるから、ある程度公式的な読みとり方も可能になるであろう。しかしそれもある程度である。公式的な読みとり方は常に危険である。

また、無意識層のイメージシステム形成にあたっては、言語システムの影響が大きい。言語はそれ自体、イメージ間の暗黙の関連を含む。それが心に取り入れられて無意識層の形成に関与しているとも考えられる。

つまり、集合的無意識も個人的無意識も、言語システムから来る無意識にある程度は「汚染」または影響されていると考えられる。

465

交感神経は散瞳させる。副交感神経は縮瞳させる。

466

模倣

人まねをすることが主な行動パターンとなっている人々がいる。人まね性格。これは集団としては大切である。生存の戦略としても、自分の能力が特に高くなくても、能力の高い誰かの真似をしていれば、能力が高いかのように振る舞うことができ、大変有利である。

467

三叉神経痛

neurovascular compressionに対して、神経血管除圧術を行う。

468

葛藤が症状を起こすだろうか？

葛藤は症状の内容を決めるだけである。

病理が形式を決める。葛藤が内容を決める。それが神経症である。

いわゆる心因性疾患はない！

その人はすでに病的状態であったが、葛藤内容が特になかったので、症状の内容がなかった。症状の形式はすでにあった。

不適応はストレス信号となり他の防衛システム・行動様式を探す。

適応が低下すると、[免疫系](#)が低下するように、別の行動様式に[スイッチ](#)が入る。

469

産褥[精神病](#)

puerperal psychosis

[出産](#)後数週以内に起きる[精神病](#)状態の総称。原因としては、身体的に[ホルモン](#)環境の変化がまず考えられる。心理的には親になることや夫婦関係の変化などが[ストレス](#)となると思われる。たとえば、親との間の葛藤が未解決な人の場合、自分が親になるにあたって、未解決の葛藤が再燃するとも解釈される。

状態像としては[うつ状態](#)が多く、その場合には[産後抑うつ](#)とも呼ばれる。[うつ状態](#)になったときには[嬰兒殺し](#)や[心中](#)の危険があるので注意を要する。分娩後十日くらいまでに起こる軽度の[うつ状態](#)で、理由もなく涙もろかったりするものは[マタニティブルー](#)と呼んでいる。[産後抑うつ](#)との区別は特に明確ではないが、[うつ](#)の軽度[のもの](#)を指しているよう[である](#)。

470

[月経前緊張症候群](#)

premenstrual tension

[月経前](#)の場合には多くは[月経](#)予定一週間くらいから、不安、イライラ、[抑うつ](#)、[無気力](#)、衝動的、過食、[アルコール](#)多飲、易怒的、[頭痛](#)、浮腫、過眠、不眠、下痢、[便秘](#)、[吐き気](#)、[めまい](#)、動悸、発汗などに悩まされるもの。[月経前](#)のほかに[月経中](#)、[月経後](#)、また排卵に一致して、不快な気分を訴える場合がある。[月経前](#)のタイプと同じ原因かどうかは不明[である](#)。

471

生殖[精神病](#)

女性の場合、[月経](#)、[妊娠](#)、[出産](#)、[更年期](#)と、生殖機能に關係しての精神不安定状態が種々知られており、それらを総称して生殖[精神病](#)と呼んでいる。たとえば、[月経前緊張症候群](#)、産褥[精神病](#)、[マタニティブルー](#)、[産後抑うつ](#)、[更年期障害](#)、[更年期うつ病](#)などを含む。症状発現が[ホルモン](#)系の変動に直結している印象があるので興味を持たれている。しかし現在は性[ホルモン](#)[そのもの](#)だけではなく、性[ホルモン](#)と相互作用するいろいろな系も含めた多因子型の[脆弱性](#)を想定しているよう[である](#)。

472

目次

◇脳の解剖と特性

◇心理の解剖と特性

◇精神の異常とは・疾病[見取り図](#)

◇予備知識・症状の名付け方

◇前景症状の把握・各状態像

- ・ [自我障害](#)
- ・ [うつ病](#)系症状
- ・ [痴呆](#)系症状
- ・ その他の症状群

◇背景病理の把握

- ・ 病態レベル
- ・ 背景性格
- ・ 家族歴、遺伝負因
- ・ [心理テスト](#)所見

◇古典的疾患分類・総論

◇古典的疾患分類・各論

- ・ 分裂病
- ・ [躁うつ病](#)
- ・ [神経症](#)
- ・ [痴呆](#)
- ・ [アルコール症](#)
- ・ 性格障害

◇治療

- ・ [薬物療法](#)
- ・ 精神療法

◇とりまく社会

- ・ 法制度
- ・ 相談窓口・[社会](#)資源

◇索引

473

[見取り図](#)

能動—自動—被動—他動

運動		させられ
思考	自動思考	させられ
感覚	離人	させられ

強迫症の位置づけ？

474

能動感

そもそもなぜ自分が行為している感じなど生じるのか？外界の生き生きとした感じなどなぜ生じ

るのか？物の実感とは何か？

予測（普通の意味の予測ではない・照合作用のこと）との一致とずれ
外国旅行の生き生きとした感じ
見慣れた景色がくすんでくる様子→自動化・無意識化・照合機能停止

475

非定型精神病

分裂病 躁うつ病

症状 S MD

経過 Shub Phase

S+Shub=S

S+Phase=Atypical

MD+Shub=?(MDIのひとつのタイプ).....だんだん悪くなるタイプがある。

MD+Phase=MDI.....考えるに、これは嘘ではないか？これは反応性かも知れない。

Phaseで済むものは反応性なのかも知れない。

476

Front signs or syndromes (problems) 前景症状

Background pathology 背景病理

477

脳の中のイメージ

脳の中に像を結んでいる外界の像。これは本来外界とは関係のない独立のものである。しかしながら、外界と一致していれば都合がよいので、照合できる部分については一致するようになっている。この一致が生存可能性を高める。

照合はある存在の全体について実行することはできないし、必要もない。実際の生活に必要なところから一致を確かめていけばよいわけだ。

trial and error により蓄積されてきた結果である。それがいま人間の各人の内部にある像である。

それは外界そのものではない。

創造力の問題はそうしたことにつながっている。

はずれかどうか知らないがたくさんの物を創り出し、それを現実と照合する。この作業を繰り返している。

478

離人症

離人症状について、解離性障害として記載されることがある。「自己の精神過程または身体から遊離し、自分が外部の傍観者であるかのような感情の体験」「ロボットになったような、夢の中

にいるような感情の体験」とDSM3Rでは記述されている。これでは何が本質なのか分からない。

479

能動性意識

知覚、思考、感情、行為の自己所属性あるいは（現）存在意識と、自分がしているという実行意識からなる。（濱田）

能動性意識の障害に、[離人症](#)、させられ現象、

しかし、能動性と言うからには、自己所属性はすでに前提されている。実行意識もあやふやな語である。

結局、能動性はほかの言葉に還元されない。行為や感情や思考の主体が自分であるという感覚である。

行為の主体が自分であるとは？

- ・意志する者と実行する者。意志するのは自分。実行するのは自分。→能動性。
- ・意志するのは他者、実行するのは自分。→させられ体験。

思考の主体が自分であるとは？

- ・意志するのは自分、思考するのは自分。→能動性。
- ・意志するのは他者、思考するのは自分。→させられ思考。
- ・意志するのは他者、思考するのも他者、思考を入れられる→思考吹入
- ・意志するのは他者、思考するのは自分、思考を抜かれる→思考奪取

感情

- ・？

480

ego-syntonic [自我親和性](#).....欲動や表象が自我に受け入れられること

ego-alien [自我異和性](#).....欲動や表象が自我に受け入れ難いこと。[フロイト](#)は自我が抑圧する性衝動に用いた。

ego-syntonic と ego-dystonic [自我親和性](#)と[自我異質性](#).....自己の規範に調和し共存するか否か。（Jones,E.1938）

優格観念は[自我親和性](#)を持ち、[強迫観念](#)は[自我異質性](#)を持つ。

強迫.....自分としては出てきてほしくないと思っている行動や思考や感情や欲望が、自己の意志に反して出てきてしまう状態。

不合理か否かだけではない。反道徳的であったり、自分の[趣味](#)に合わなかったりするもの。

481

[ヒステリー](#)性格者

模倣を主な行動様式とする。発達の不十分な個体の場合にはよい戦略である。未熟だから模倣戦略は価値がある。

482

病態水準

[神経症](#)レベルと[精神病](#)レベルとは言っても、それほど明白に区別されるわけではない。[精神病](#)レベルとは言っても、一時的[である](#)のが通例[である](#)。[神経症](#)レベルや正常者は決して一時的にも[精神病](#)レベルにならないであろうか？[意識障害](#)は当然除外するとして。

個人の内面で、妄想的確信とすれすれの信条はかなり[ある](#)のではないか。人に話す的には反省も働くから訂正されることが多いとしても、自分だけで非反省的に思っているときには妄想すれすれの考えというものは少なくないようにも思う。[ある意味](#)ではそれが人間の「ふくらみ」というものではないか。

病態レベルについても、[個人ごと](#)にだいたいの傾向が観察されるだけ[である](#)。[本質的](#)に違うわけではなく、なだらかな移行があるだけ[である](#)。

483

疾病性と事例性

[同性愛者](#)に対する考え方の変遷。DSM3では[同性愛者](#)は[精神障害](#)の[ひとつ](#)であった。DSM3Rになって、除外された。

[同性愛者](#)について、病理標本の裏付けはないままに、ということはつまり疾病性の確実な根拠はないままに、疾病性の推定のみによって[精神障害](#)の[ひとつ](#)とされていたことになる。[ひとつの世界観](#)の押しつけであったわけだ。

本人や周囲の人々の苦しみを取り上げることはよい、つまり事例性をまず認める。しかしそこから疾病性を認定するにはやはり断層がある。断層があるということを忘れてはならないのに、[常識](#)というものの力の強さゆえ、忘れがち[である](#)。断層を埋めるものは身体に還元される異常、[典型的](#)には病理標本[である](#)。

484

対人距離

接触恐怖の一面がないだろうか？人混みが苦手。

485

場所の診断と病理の性格の診断

脳の特性から、場所に特有の機能がある。従って、症状には場所の特性が反映される。また、病理の性格の反映がある。たとえば血管性障害、新生物、変性疾患などの病理の特性が反映される。

[脳血管障害](#)の場合には、症状の出現の時間的特性に病理の特性が反映されている。場所の特性は症状の内容その[もの](#)に反映されている。これを[モデル](#)として分裂病と[うつ病](#)と[神経症](#)を考えられないか。

てんかん性格

epireptischer Charakter

＝粘着気質 viscosty temperment, Kollathym

粘着性と爆発・解放の両極構造を持つ。[ドストエフスキー](#)が代表としてあげられる。粘着性は、[几帳面](#)・融通がきかない・[執拗](#)・まわりくどいなどの特徴で示される。関心の転換が不活発で持続的である。迂遠思考は特徴の[ひとつ](#)で、なかなか話の核心に至らず、周辺部をうろうろ往復し続ける。ときに術学的で[エスプリ](#)に欠ける。平たくいえば、くどい。爆発性も特徴である。これは[てんかん](#)発作から直接に連想される特性で、易刺激的、爆発的、暴動的などと表現される。感情はしばしば極端な振幅を見せる。悲しみも喜びも巨大である。賭事に熱中する面もある。[一か八か](#)の一瞬に生きている実感がこみ上げてくる。固着性が強い。予約の時間は厳守し、服薬も比類なく正確である。

我慢に我慢を重ねて（粘着性）、限界を過ぎると爆発してしまう（爆発性）。「はっと気がついてみると、相手は血まみれになって倒れている。どうしたんだろうと思ってみるが思い出せない。右手がぬるぬるするので見ると、べっとりと血がついている。周囲には人だかりだ。何か大変なことをしてしまったらしい。」

風土と気質

[和辻哲郎](#)「風土」の例。気候風土と気質性格との関連は[もっとも](#)素朴には、南の島で育ったから「温暖な」性格とか、北国で育ったから暗くて陰気とか、[東北地方](#)は我慢強いとかの説があり、[因果関係](#)の理解に手間取るようなものである。海からの風には交感神経を刺激する粒子が含まれている。漁村の人々は交感神経優位の人間になる。荒くれ者の[イメージ](#)である。山の風には副交感神経を刺激する粒子が含まれている。山の人たちは副交感神経優位の人間になる。これも、単純な二分説に属し、使用している論理は述語論理のようである。農業従事者は予測可能な収穫をあてにして[几帳面](#)な態度で責任感を強く持って仕事をする。収穫は保存可能であり、[未来](#)を計画しながら生きる。田圃が四角いのも、収穫量の計算に適しているからだという。[二宮尊徳](#)が代表である。漁業従事者の場合は漁獲は予想不可能であり、魚は大部分は腐る。従って[刹那的](#)になる。

商業道德はおおむね農業道德から発する。

農業生産物が保存可能になったのは[近年](#)であり、税を物納せず貨幣で納めるようになったもの[近年](#)である。[農産物](#)はすぐに腐り、物納した税もすぐに腐るという世界では、執着気質型の性格はあまり活躍できないだろう。近代になって初めて、執着気質は活躍するようになったものであろう。

風土が気質を選択する。

488

ヤロムの集団精神療法の治療因子

1よくなるという希望をもつこと

患者集団の中にいると、自分もあのように悲惨な状態になって、人生をむだに過ごすのかと思うと絶望する。病気がひどくなるだけではなくて、人格も腐り、犯罪まがいのことで生きて行くようになる気がされる。

2普遍性（自分だけではないのだと気付く）

ずるいのは自分だけではない、怠け者なのは自分だけではないと気づき、居直る。それだけのことだ。金のためなら何でもするのは自分だけではない。

3情報

教育的情報はあつ。それは役立つ。しかし患者の間に流通する不正確で有害な情報も実に多い。

「薬は多すぎるとだめ。自分でこっそり減らす。」「あの赤い薬をやめたらすっきりしたから、君もやっごらん。」「被害妄想までいったらもうだめだ。治る見込みないよ。」など。本当に困つたものである。

4思いやり。愛他的行為により、自己評価を高める。

相手を見下すことと背中合わせである。自分より不幸な人がいることを確認するだけの行為になっていないか。貧しい心は治らない。もしも愛他的行為をしたとしても、余計なお世話だと誤解される。相手は被害妄想に悩んでいるのだから。

5家族関係についての修正感情体験

そこまで患者同士の関係は深まらないし、スタッフとの間でも同様。集団としての力動が発生しない。修正悪感情体験ならばある。

6社会適応技術の学習

SSTどころの話ではない。指摘するのがまず難題。指摘しても分かってくれない。分かってくなくても治しようがない。患者同士のことでいえば、三千円を借りておいて、手持ちの不要のがらくたで返済する。ネックレスを値段を偽って売りつけようとする。こんな社会適応は学ぶのだ。相手が病気ならば騙しやすい。

7行動を模倣する

仕事をしないでぶらぶらする。そのために生活保護を申請する。そのために親を捨てる。親の金を使ってギャンブルに通う。模倣が勧められる行為であるのは、よいモデルがいるときである。よいモデルはデイケアに来るだろうか？

8対人関係の学習

悪い対人関係パターンだけを学習する。善意は踏みにじられて返却される。この世界はひどいところだと学習する。こんな対人関係は知らない方がよい。こんなひどい人がいることも知らない方がよい。そして、こんなひどい人と自分が同質なのだと絶対知らない方がよい。

9集団凝集性

全然高まらない。分裂病の人たちはもともとが集団機能の低い人たちである。この人たちに集団凝集性を求めるのは間違っている。いつまで立っても傍観者である。今日見学に来た人と変わらない。誰かのコンサートで偶然同席した人以上の関係ではない。クリニックの待合室にいるのと変わらない。

10カタルシス

前提は強力な超自我である。しかしそんなものはない。自我さえも薄い。イドも薄くなっている。お門違いである。カタルシスを促進しようとするれば、退行促進的となり、最悪の結果を招く。

11実存的因子

彼らほど不条理に直面している人々はいない。それなのに彼らほど実存の感覚に遠い人たちもいない。反省的意識に乏しい。

結局、病人同志が集まって何かをしようというのが間違っているのだ。お互いに悪影響を与えあうだけだ。本当に治りたいと思ったら、普通の人たちの普通の集団で治療すべきだと思う。

489

集団精神療法の言葉

集団を記述する言葉をどれだけ持っているかが問題である。我々の現状では、個人の内面から見た対人関係を記述する言葉が多い。対人関係そのものに焦点を当てた言葉、集団そのものに焦点を当てた言葉が不足している。集団のことや対人関係のことは、個人の内面の記述に還元できないからこそ、集団の心理学があるのだ。

intrapsychicな言葉から、interpersonal さらには group itself の言葉で記述することが必要である。

490

集団精神療法の技術

集団の設定（枠・構造・約束・目的）、メンバーの決定、経過に応じた対応。集団設定としては、退行のレベル設定も大切。どこまで現実的でどこまで空想的な集団であるか、性格付けが重要。

491

集団設定

時間、場所、休むときの連絡の要否、自由参加か限定参加か、参加の目的、結果はどのようにして評価されるか、家族との意思統一、プログラム内容（レクか訓練か）。

途中参加はどうするか。卒業するか。何人にするか。年齢、性別、疾病、病態レベル、社会機能レベル。

492

メンバー決定

対人関係パターンの把握。集団内での振る舞いについての予測。

患者の目的と予想される効果、そのための必要条件と予想される挫折。

役割、期待。

[治療者](#)は自分でメンバーを選ぶことが大切。何をしたいかは、どんなメンバーを選ぶかということと同じ[である](#)。

また、患者も自分で希望することが大切。強制入院ではないのだから、本人の意思が第一[である](#)。また、家族の意向も大切。

493

集団[治療技法](#)

[リーダーシップ](#)のあり方。個人精神療法との組み合わせ方。[情報](#)の[フィードバック](#)の仕方。役割分担の仕方（A-Tなど）。

特に、集団場面の指導と、個人精神療法での指導とを組み合わせる技術が大切。各々の担当を違う人が担当するのがよいかも知れない。

494

[非定型精神病](#)

経過は相性(Phase)であり、症状は分裂病とうっかり言う。しかしそれは分裂病症状[なのだろうか](#)？たんなる妄想状態ということではないか？[自我](#)障害の特徴を確実に備えているか？→言葉の選択に注意。

経過に本質を見るか、症状に本質を見るか。→もちろん両方[である](#)のだが.....。

495

人に何か言われるとそれが見えてしまう。（オバQなど）。患者・篠の場合。

496

[治療者](#)の自己一致

この態度が患者によい影響を与える。

497

理想[社会](#)

[資本主義](#)経済も[社会主義](#)経済も、人より楽をして多く儲けようと思うから弊害が出る。

498

[ソクラテス](#)の毒杯

彼が毒杯を受け入れたのは、「悪法も法」だからではない。[靈魂の不滅](#)を信じ説いていたのだから、毒杯を拒む理由はなかった。

499

[アイデア](#)と実在

[プラトンのアイデア](#)の説は多少の拡張解釈を許してもらえば、多様な解釈が可能である。[プラトン](#)が現在の言葉で語るなら、と考えてもいい。

目に見える現実には[アイデア](#)（真の存在）の影であるという。これは[量子力学](#)の解釈とも関係する。また、人間の知覚についての議論とも関係する。真の実在は確率的に存在しており、人間の観察によって、[ひとつ](#)に定まる。それが観察される。観察される前には猫は「確率的に死んでいる」のだ（[シュレディンガーの猫](#)・量子効果が猫の生死に直結している箱の例）。

人間の知覚は真の実在の一部分の性質を、感覚器官の特性を通して把握している。極めて部分的で間接的な認知である。

では、人間は「真の実在」[アイデア](#)を知ることができるのだろうか？[不可知である](#)。

500

[アパシーシンドローム](#)

[病前性格](#)としては、真面目、おとなしい、手のかからないいい子、礼儀正しい。頑固、強情、融通がきかない、強迫的、[几帳面](#)、完全主義。小心、攻撃性欠如、積極性欠如。[自尊心](#)が高いので敗北と屈辱を異常なほどに嫌がる。勝負する前に降りてしまうことがある。

本業からは退却するが、[アルバイト](#)や[趣味](#)には打ち込むことがある。この選択的退却に注目して、退却[神経症](#)と呼ぶ（withdrawal neurosis, avoidant neurosis）。

分裂病と[うつ病](#)は除外する。

501

妄想【追記】

何かの考えを、それは妄想であると判断するとき、真実ではないと判定していることになるが、何を根拠に真実かどうかの判定をしているのだろうか。

真実であると考える根拠には、大別して三つあると思われる。

1) 経験を吟味した客観的事実。しかしこれは錯覚や考え違いということもある。単なる偶然ということもある。間違いのない確実な経験を求めて、科学が発達してきた。検証可能で反復可能な事実は何かを吟味する。

2) 集団内の常識。科学の観点からは真実とは言いがたい場合でも、その集団内で常識として共有されていれば、真実と言って良い場合がある。したがって、誰かの所属する集団は何であるか、そこではどのような常識を共有しているのか、慎重に考慮する必要がある。

3) 宗教的啓示。これは神から直接に多くは一回限り、真実が伝えられる事態である。これこそ典型的な妄想ではないかとする考え方もあるが、しかしそれは唯物論的な規範の中での思考である。世界の人々の考える「真実」は宗教的啓示によるものも無視できない。

2) は多数決で決まる真実である。集団の中で生きるとは、この常識についての多数決を受け入れるということでもある。受け入れない場合にも、そのことについては沈黙を守ることだ

1) は手続きに従えば少数意見も尊重される可能性がある。むしろ、2) のタイプの常識の中には迷信や錯覚、偶然などが多すぎるので、間違わないようにできないかと考え、経験を洗練する方法として発達してきた面がある。したがって、しばしば1) と2) は対立する。昔から引用される典型例はガリレオである。

ガリレオが「それでも地球は回っている」とつぶやいたとすれば、そのとき天動説は集団内の常識として真実であったし、一方、地動説はガリレオの厳密な観察から考えて真実であった。1) と2) のふたつの基準がぶつかっている状態である。

妄想か否かを考えるとき、実際にはあまり悩むことはない。むしろ、患者さんが確信を語るとき、それは何を根拠にした確信なのか、上のどのあたりに属する確信なのかを心の中で確認しながら話を進めるのがよいのではないか。

キリスト教の旧約聖書を文字どおりに信じる立場の人にとっては、世界は神が七日でつくりあげたもので、進化などない。しかし進化を信じる人たちの立場からは、生物の進化は「科学的真実」である。

削除

さらには宇宙がどのようにしてできたのかという、宗教者にとっても、唯物論者にとっても、興味深い問題もある。ビッグバンはあったのか、あったとして、その爆発から時間と空間が始まったとはどういう意味なのか。ビッグバンがなかったとしたら、世界の歴史はどこまで遡ることができるのか。

治療者側の判断の根拠や、世間の常識の由来にも敏感になっている必要がある。

502

薬の量

[抗精神病薬](#)や[抗不安薬](#)が、[ドーパミン](#)やGABAと関連していると仮定して話を進めよう。[精神分裂病](#)の急性期に[抗精神病薬](#)を投与すると陽性症状はおさまる。薬剤は[ドーパミン](#)レセプターを[ブロック](#)して、[ドーパミン](#)の伝達を抑制していると考えられている。しばらく経つと、症状も安定して薬剤量も少なくなり維持量で落ち着いている状態となる。そこまで来たら、社会復帰をめざして[デイケア](#)を始める。[デイケア](#)は集団場面も設定し、多少の[ストレス](#)もかけながら[ここ](#)を賦活する。つまりはせっかく落ち着いていた脳内での[ドーパミン](#)を再び活発にしていることになる。症状再発の危険もあるので、薬剤をやや多めに調整することが必要になる。一方で薬剤によって[ドーパミン](#)を抑えながら、一方で生活療法や[デイケア](#)で[ドーパミン](#)を活発にしようとしている。これはどういうことだろうか？このような事情であれば、[デイケア](#)などしなくても、薬剤を減らせば十分であるはずだ。しかし現実はそのようではない。[ドーパミン](#)単一で考えているから不十分な考察しかできないのだろう。

ある患者さんに対して、どの程度の量の薬を処方するかについて、客観的に決められる最適量があるはずである。それが科学というものだ。しかし医者によって判断が異なることが多い。

[ひとつ](#)の理由は治療目標の違いである。どの状態をめざすかによって、薬剤種類も量も異なってくる。再発防止だけを最優先にするか、そうではなくて、早い社会復帰を優先するか。（もちろん、こう言ってしまっては不正確だ。再発を防止しつつ社会復帰に向けるのが治療であり、二つを両立させなければならない。両立を図る中で、どちらに重点を置くかという微妙な判断のことである。）

しかし一方ではこんな事情もあるのではないかと考えている。医者や[スタッフ](#)、施設全体の[雰囲気](#)などが異なれば、患者の精神に与える影響も異なる。単純化して言えば、この医者と会っていると[ドーパミン](#)がたくさん出るのに、あの医者とも会っていても[ドーパミン](#)はあまりでないといった具合である。厳しい医者や優しい医者がいるし、母性的な人も父性的な人もいる。患者の精神構造もそれぞれ異なるので、厳しい医者の中で[ドーパミン](#)がたくさん出る人もいるし、厳しい医者の中では[ドーパミン](#)はあまり出ない人もいるだろう。したがって、医者によって薬剤量に違いが出てくる。あの医者は薬が多い、別の医者は少ないという場合、このような理由もある。

では一歩進んで、医者の態度や[パーソナリティ](#)にも最適点が考えられるのではないかという問題についてはどう考えればよいだろうか。患者さんの[パーソナリティ](#)が多様であるという事実が前提になる。患者さんの多様さに応じた医者の多様さがあれば、需要と供給はバランスするのではないか。客観的にどの場合にも最適な医者の[パーソナリティ](#)があるわけではなくて、相性の問題である。そして、その組み合わせに応じて、薬剤の選択がなされる。こう考えてくれば、ある患者さんに対しての理想の処方は何かという問題には、普遍的に正しい唯一の答えはないことになるだろう。

一般的傾向として、説明が丁寧で、患者さんによく納得してもらっている医者の中には薬は少

なくてすむ。しかしまた、そのように丁寧で立派な医者がいれば、そこに難しい患者さんが集まる傾向もあり、結果として薬は多くなるという事情もある。

503

人生についての態度の平面

性格把握の一方法として取り上げてても良いのではないか。

504

転移・退行・自我のもろさ

転移を引き出す操作は、同時に退行促進的であり、場合によっては幻覚妄想状態を引き起こす。転移を起こさなければ分析できないが、起こしたときには退行しすぎで元に戻らないというのでは失敗である。診察したでだけ起こる、限定された退行であればよいのだが。

自我境界のもろい人には、むしろまわりに自我境界の代替物を提供することの方が適切である。固い構造の部屋、揺れ動かない態度・意見など。

505

内因性

脳器質性と心因性の両方であること。双子研究の一致率は50%である。これを強調すること。単なる「現在原因不明の、しかし将来発見されるであろう脳器質因」ではないこと。

506

患者は治療者を試す

自分のためにどれだけ悴をはずしてくれるか、破ってくれるか、それを愛だと見なしたがる。自分をどれだけ特別扱いしてくれるかを試そうとする。

507

分裂病の多様性

この多様なありさまを分類する方法はないものだろうか。例えば、全景症状の組み合わせとして、分類することはできそうではないか？なぜしないのだろうか？

分裂病症状と一括してはいけない。不安、強迫、被害妄想と数えて、病前性格の描写を加える。そのような中から類型を取り出す。

まあ、今までもそのようにしてきたわけだ。その中から、妄想型分裂病とか、思春期妄想症とかを取り出されてきた。

508

[精神病と神経症の見取り図](#)

[こころの病気の見取り図](#)

定義が先にあって、それに従って病気が作られたのではない。人が相談に来るから何とかする、これが出発点である。

509

分裂病は曖昧である

多様なファンタジーを引き出す。哲学者（人間の精神構造から不可避に生じる問題）、教育学者（育て方の問題）、理系の人（神経伝達物質の問題）、革命家（社会構造の問題）、それぞれに自分なりの分裂病の原因と治療を思い描いている。

まだ神話の時代を生きているのだ。

510

現実神経症.....キーボードからの変な入力。0で割り算したり。

精神神経症.....キーボードからの入力はハードディスクに蓄えられてゆく。ハードディスクへの情報蓄積が少しまずかったらどうなるか？必要な情報を取り出そうと思っても、間違った応答をしてしまう。間違った演算をしたりする。強迫神経症など。

511

子供時代に一応の完成をする。大人になるにあたって、新しい適応が必要になる。「建て替え」が起こる。子供は平屋で、大人は二階建てのようなものだ。子供時代に完成したものの一部を解体して、二階部分の建設を始める。それがうまく行かない場合に分裂病の危険がある。

512

受容的態度は退行を促進する。

自分では言わずにおこうと思っていたことも、思わず言ってしまったりする。

逆に、現実検討を高めるカウンセリングも大切である。

513

身体表現化されている心的問題。この場合、カウンセラーがこころの問題ではないですかと言えば、拒絶される。なぜなら、こころの問題であることを拒絶するために、身体化しているから。それは抵抗様式そのものである。だから、解除させるのは難しい。

514

他人の人生の選択をどのように援助するか。

映画「ニュー・シネマ・パラダイス」の場合。他人の人生にどのようにかわり合えるか。

まるで父親のように接していたからといって、父親のように子供の人生を決定的に左右してよいものだろうか？よいはずがない。父でさえよいはずがない。

アルフレードはトトの将来を思い、女と別れるように勧める。また、女にも、別れてくれと言う

。さらには、女からの伝言をトトに伝えず、結局二人は別れることになる。女と結婚すればトトは一生故郷の町で埋もれるだろう、それではいけないというのがアルフレードの考え。

しかしどの女と結婚するかについて、アルフレードが口出しをする理由はないではないか？あの女のどこがそれほど決定的に不適格なのか、全く描写されていない。女と一緒にローマで映画の仕事をしたっていいはずではないか？それがなぜできないのか描かれていない。

だいたい、父親でさえ、息子の人生を決めることなどできない。忠告はできるだろうが、伝言を伝えないという、消極的な作為は許されないのではないか。そんなことをして、なお自分の善意に確信が持てるものだろうか？持てないと思う。

アルフレードという教育もない男が考えもなしについつい親切のつもりでしてしまった、消極的な作為であると解釈できるだろうか。彼なりの善意であったのだと。彼は二度と故郷には帰ってくるなとトトに命じる。その真意は何なのか。ローマに幸せがあるとなぜ彼は考えるのか。

トトの小さな自我が考えるのではなく、もっと大きな自我としてアルフレードが考えている。一種のカウンセラーとして。トトには自覚できないとしても、トトの人生を大局的に見渡すことのできる、外部の人格としてアルフレードがいたとしたら？

トトは表面的には納得できないでいるのだが、深層では納得できている。仕方がなかったのだと思っている。アルフレードがいたから、彼のせいにできたのであって、彼がいなければトトは自分で女と別れてローマへと出発しただろう。彼のせいにできるのだからトトは気が楽だ。運命のせいだとか、アルフレードのせいだとか言っている。しかし実際は、心の深いところでのトトの打算の結果なのだ。

人は自分の一番の願いをかなえながら生きているのだ。トトの一番の願いは何であったか。女と暮らすことではなかったのだ。

実際、トトは女を探すことに一所懸命ではなかった。

打算家なのにロマンチックでありたいと思っている。夢想家のポーズを楽しむだけの打算家である。

515

患者は目先の問題に対して、現実的で簡易な解決を求める傾向がある。

治療者は心の発展をめざす傾向がある。

516

教科書（たとえば笠原のもの）の読み方の本。別の考え方や、そのような書き方になっている理由。

517

病気を進化のなごりとしてみる。

身体で言えば、腰痛、近視など。心・脳については動物行動学などで考える。

過去に適応的であった行動様式の、誤った応用。

不安が高まったとき、ノル**エピネフリン**を高くして、闘争と逃走の体勢にする。それは昔は良い作戦であった。しかし現代ではそのような作戦はまずい。**スポーツ選手**の場合くらいしか役に立たない。

試験会場で筋肉に血液を集めてみても無駄**である**。

518

効率の良い**民主主義**という言葉の矛盾。効率の良い社会とは、集権的で独裁的なものだ。

519

コンピューターの比喩。

人間の特性は生まれた時から**オープンリングである**ということ。

故に、幼児体験は大切**である**。

精神療法は、**リングのオープン**部分を操作することだ。

520

被害妄想が分裂病に多い理由

- ・言葉も知らない外国にひとり**ぼっち**になったとき、被害的になる。
- ・周囲の状況をよく把握できないときは被害的になった方が自分を守ることができる。これは長い間の淘汰の歴史が脳に刻み込まれているのではないか。
- ・**ロールシャッハ**のようなものだ。また、転移・**逆転移**と同じことだ。状況や意味が不明の時は、自分の内部にあるものを対象に投影してひとまず解釈する。
- ・結局、**被害妄想**は原発的に生じるのではない。混乱し**意味不明**となるのが第一の**プロセス**であり、それに対する反応として**被害妄想**が生じるのであろう。

521

人格中核喪失状態

分裂病と**覚醒剤**中毒**後遺症**は区別ができないくらい似ていることがある。そんな時、役に立つ項目。分裂病者は原則として嘘がつけない。集団の中では他者に遠慮している。中毒**後遺症**者は平気で嘘をつく。集団内では**自己中心的である**。西丸参照。

522

定義

もっとも広義の分裂病から、**もっとも**狭義の分裂病までを並べて検討してみる。たとえば以下のよう。

?性格傾向を判断材料とする。→分裂病ではうつ症状も**神経症**症状も出る。

?幻覚妄想状態・現実検討の喪失を基準とする。→病態水準。

?自我障害（さらに厳しくは**シュナイダー**の一級症状）を基準とする。

以上は現在症からの診断。

?経過の特性を重く見る。→しかしこれでは何十年も経ってからでないとは診断できないことになる。決定的に不都合。しかしこれがもっとも病理の本質と関係しているかも知れない。

性格傾向、病態水準、症状、経過と次第に絞って行くイメージ。だんだん輪が狭まる。

523

エディプスコンプレックス

Oedipus complex

異性の親への愛着と同性の親への敵意、敵意が知られて処罰される不安などを要素とする考え方で、フロイトの精神分析のひとつの頂点。男の子の成長に関するものを限定してエディプスコンプレックスと呼び、女の子の場合にはエレクトラコンプレックスと呼ぶ場合がある。

さて、フロイトによれば男根期に男の子は母が大好きで結婚したいと思う。さらには相姦を願望する。しかし父がいるからかなえられない。父に嫉妬し、その死を願う。そのまま母と仲良くしていると母は「おちんちんちゃん切っちゃうわよ」などと言って脅かす（去勢恐怖）。もう父と争っても勝てないのだとあきらめて、敵意を抑圧し父と同一化する戦略をとる（同一化、取り入れ、男性化、超自我の形成）。潜伏期の始まりに抑圧は完了する。

以上のような過程がうまく進行しないで、未解決のまま持ち越してしまうと、神経症の原因となるという考え方である。

フロイトのこの考え方に対する現代の精神医学者の態度は様々である。万能薬のように大切にする人はもういない。

エディプス王神話の概略を紹介しよう。

テーバイの王ライウスは、「これから産まれてくる子はお前を殺すだろう」という神託を受ける。女王ヨカスタが男子を産んだとき、王は乳児を山麓に捨てて、死ぬにまかせるように命じた。

羊飼いは乳児を発見して、ポリバス王に届け、王は子供を養子にした。歩けないようにアキレス腱を切断されていたため、足が腫れていた。そこでエディプス（Oedipus）と名付けられた。Oediはedemaであり、腫れているの意、Pusは足のことである。

青年となったエディプスはコリントを後にして旅に出る。たまたま十字路でライウスと出会い、道を譲れ譲らないで喧嘩となり、実の父であるライウスを殺害してしまう。

次にエディプスはスフィンクスの所にやってきた。スフィンクスは旅人に謎を出し、解けない場合には殺していた。

「朝は四つ足、昼には二本足、夜には三本足、これは何か。」この謎を「人」と見事に解いたところ、スフィンクスは屈辱から飛び降り自殺をした。

テーバイの人々は感謝して、エディプスを王とし、彼をヨカスタと結婚させた。

近親相姦は神を怒らせ、テーバイに悪疫が流行した。神託によれば、ライウス殺しが悪疫の原因と出て、エディプスは犯人を捜した。その結果、彼自身が殺人者であり、母と結婚している身であることが分かる。ヨカスタは首を吊って死に、エディプスは彼女のブローチで自分の目を

ついて盲目となる。

以上が、エディプスの物語である。しかしそれにしても、なぜエディプスはこのような過酷な運命を生きなければならなかったのか。エディプスに罪があったのだろうか？

こうした悲劇の淵源は、父ライウスの傲慢にあった。若くして**テーバイ**の王位についたライウスは、王位を狙っていた叔父を放逐したことがある。ライウスは、旅の間はペロプ王の保護を受けていた。ライウスがペロプの庶子を誘惑して**同性愛的**関係を持ったことから、この**保護者**は、自分の好意と親の誇りを踏みにじられたと怒り、復讐を決意し、呪いをかけた。ライウスが息子の手で殺され、そのベッドが息子に奪われるような運命が彼に与えられた。

これもライウスの悲劇の説明であって、エディプスの悲劇の理由にはなっていない。エディプスの人生全体は、父ライウスの傲慢とその償いのために消費されているよう**である**。

産まれたばかりのエディプスは無垢ではなかったか。罪のないままで、「足腫れ」の身にされてしまう。罪のない者がなぜ過酷な運命を引き受けなければならないのか。これが神の意思なのか。これは後に**ドストエフスキー**が、その文学の主題として取り上げている。

貧しく過酷な**ロシア**の風土の中で、無垢の子供たちが、命を奪われ、あるいは奴隷的な労働に縛り付けられる。このような現実には神が望んだものなのか。神が何かの意図を持って設計したものなのか。それならば一体どんな意図があったのか。産まれてまもなく、残虐に殺害されて行く子供たちの、この間に神が答えられないなら、私はこの世界への入場券を返却する、とまで物語の登場人物に語らせている。

エディプスも同じ問を発するだろう。そして神は答えない。
患者の運命と我々健常者の運命を隔てているものは何か？

524

集団

集団を記述する言葉とメンバー間の関係を記述する言葉を我々は十分に持っている**か**。観察し、記述し、介入する。その前提として、言葉を持つこと。

全体一（個々の人の総和）＝集団独自の何か。G-(a+b+c+d+e)=0ではない。

また、(a+b+c)+(d+e)と(a+b)+(c+d+e)は等しくない。

個々のメンバーはどのような集団の中に**いるか**によって、振る舞いが大きく異なる。全体の記述は欠かせない。たとえば、「場の力」と言ってもよい。

525

機能性疾患

機能性疾患という場合に二種類がある。?本来構造変化があるのだが、道具が未熟なため見つけられないでいる場合。これは本来の意味での機能性疾患ではない。?異常のレベルがある程度高次**である**場合、還元主義的な手法では異常が見つからない場合がある。たとえば、骨が**マクロ**のレベルで曲がっている場合。骨ならば見えるが、腎臓ではどうか？脳ならばどうか？脳で骨の湾曲に対応するものは何か？

526

二重拘束説

[うまい](#)例：？

分裂病原性母親

527

真の愛

真に愛を持って接するとはどういうことか？

例えば、親の愛と考える。父母の愛。しかし現実の父母は、医学的・[心理学的](#)知識の点では欠けている場合がある。

治療者は、部分的にはあるが、理想の親の役割を引き受けている。十分な専門知識と経験、将来への展望を持った人間が本当に親身になったとして、どのように接するものか。

親であり、医学・[心理学](#)の知識と治療経験が豊富なものとしての役割。

528

[パターンリズム](#)

[プロセス](#)としての自己決定権を尊重するのか、結果としての幸せを尊重するのか。[イエスキリスト](#)に盲目的に従う蟻塚の蟻の群になってしまうのがよいのだろうか？

529

SSTの原理

刺激→受信機能→処理機能→発信機能→行動

受信機能という言葉は曖昧である。SENSE,[PERCEPTION](#),さらには状況意味認知などまで、幅がある。一部は処理機能にまで踏み込んでいる。[PERCEPTION](#)ですでに処理機能を働かせている。しかしそれは言葉の用い方の問題でもあろう。

また、人間の認知として、[テレビカメラ](#)が映像をとらえるような視覚機能ではないだろうということも考慮すべきであろう。むしろ、こちらから網を投げて情報を[スキャン](#)している印象である。

客観的実在を仮定して、それを信号として受信し、処理するという図式はあまりよろしくないだろうと思うがどうか？

そんなこともあるが、全体として、脳の機能は、「SENSE→処理→MOVE」と一括できる。（継ぎ目をどこにとるかは難しいという意味。現実には、幾個かの[神経細胞](#)のつながりがあるだけで、この三段階のというわけではない。はじめの感覚細胞の時点ですでに[情報処理](#)は始まっている。網膜はすでに脳である。）

処理の内容としては、結局は情報の総合ということであろう。経験を加味し、予測を加味し、まわりの状況を加味し、[総合判断](#)を加え、行動を[アウトプット](#)している。

分裂病の場合、この処理過程が動いていない。あるいは誤動作している。その場合、どこが間違っているのか、詮索することはやめて、新しい単純な「反射経路」を作っておこうというのが要するにSSTであると思われる。

SSTの問題点

集団精神療法一般に言えることであるが、患者同士と一緒に何かをやることに意味があるのかどうか、それを考えるべきだ。

例えば、自動車運転の未熟な者が集まって、指導を受け、他の未熟な人の失敗や熟達の様子を見て参考にする。感想を語り合い、コツを伝授しあう。この一連の集団の動きが一般人には有効である。しかし精神分裂病の場合、集団内での学習機能や共感機能がまさに障害されているのではないか。程度の差はあるにしても。

例えば、健常者8人の中に患者一人を入れて、ロールプレイを行う場合。それと、患者8人でロールプレイを行う場合とを比較して、どちらが効果が上がるだろうか。

「相手もひどい精神病」という状況は、精神病院内の集団療法の場合には仕方がない。むしろ、出発点にある条件である。

しかしそれが真に治療的か考えてみたい。

片麻痺のリハビリをする人が、もう一人の片麻痺患者と一緒にリハビリをする。それはよいことか？

励まし合い、陥りやすい誤りを学びあう点ではよいことである。しかし筋肉・神経のことを考えれば、健常者にガイドしてもらう方がいいに決まっている。

分裂病者の場合、励まし合いなど集団特性を生かす方向の効果がどれだけ期待できるだろうか？ある場面では、悪い効果ばかりが伝達されて行くこともある。

たとえば悪いが、そして実際を知らないので不正確であるが、少年院で悪いことをさらに学んで一層の悪になって行く少年のようではないか？あるいは、悪い性質を持った友達が、彼を餌食にしよう。

親はどう考えるだろうか？病気の人同士仲良く遊べばいいと考えるか？（そもそも遊べるだろうか？）健常児の中でできる抱けよい習慣を真似してほしいと考えるだろうか？

生活保護受給者の生活態度を見て、生活保護になれば楽だと考えた人がいる。人間は真似をするものだ。

集団の場では、よいモデルを提示しないといけない。よいモデルのよい態度が伝染していけば、それはよい集団療法である。

よいモデルの提示。それが大事だ。

これがSSTに欠けている。

530

妄想と社会性機能

妄想は社会性機能の欠如と考えられる。

なぜなら、自己内部の想念を現実と照合して訂正する機能は、社会性機能と考えられるからであ

る。(荻野・ジャネ)

この考え方は、真実は実験的事実のうちにあるのではなく、真実は集団内の了解のうちにあるとしているようだ。

真実の源泉。

?実験・直接経験……理性……[理科系](#)の真実

?集団的了解・権威による提示……集団性……[文化系](#)の真実・集団内の合意事項・制度

?啓示……超越性・時に[精神病理](#)

なぜ[自意識](#)はあるのか。反省的意識は何の役に立つのか。……集団機能。集団内の他人の意向を推定することができるようになる。

531

[ハリネズミ](#)の話……なぜ緊張してしまうのか

緊張について

・[結婚式](#)の挨拶・記帳、朝礼当番

・緊張状況……

親しい(家庭、自分がどんなにくだらな人間かはばれている。)、

知らない(電車内・関係は生まれない。「誰か」「どんな人か」は問題にならない。)、

その中間(学校、職場。「誰か」はばれているが、どんなにくだらな人間かはばれていない。[結婚式](#)などがよい例。)

・全く知らない人の中で緊張してしまう人と、中間場面で緊張する人は違う。

緊張を[プラス](#)に利用する

・緊張しない人はいない……よい緊張にできるか……[スポーツ選手](#)の[イメージトレーニング](#)

・[プラス思考](#)

・脳の[シミュレーション](#)機能……[集中力](#)の大切さ……集中すれば、より多くの[神経細胞](#)が参加して、よりよい[シミュレーション](#)ができる。現実の先取り。

・抑制する、促進する。それを制御する上位中枢に働きかけて、そこを促進する。抑制よりも、上位を促進する方針の方がいい。

・心の多面性……[多重人格](#)……[あなた](#)の中にも別の自分が眠っている

・いまは眠っている自分呼び覚ますには……心の[トレーニング](#)……いつも同じ自分ではない

・家庭、職場、愛人宅、[同窓会](#)、父兄会、それぞれに違う自分を出している。

対人距離について

・[ハリネズミ](#)……対人距離……人と一緒にいたい、しかし傷つけられる。適切な距離を身につける。

532

検閲

copyright

無意識界の欲望の中の、意識化しては都合の悪いものを自我や超自我が「検閲」して意識化しないようにする作用をいう。そのまま無意識層に抑圧されてしまい、そのような欲望はなかったものとされる場合もあれば、変形されて意識層に出てくる場合もある。

533

神経症

心因が神経症を起こすのではなく、神経症は軽度の器質性障害にとどまり、機能障害も軽度である。主な症状は低位の防衛機制の使用である。その場合、心的内容に問題がある場合、即ち葛藤的な場合には、症状が出る。低位の防衛機制では処理しきれないからである。

- ・心因が神経症を起こすのではない。
- ・器質性や内因性精神病ほど決定的な脳障害が起こるわけではない。
- ・症状は、高位の防衛機制の消失と低位の防衛機制の出現である。これは陽性症状と陰性症状としてジャクソニズムで考えることができる。
- ・この状態で、心理の内容が葛藤的であれば、処理しきれなくなる。即ち症状が出る。
- ・神経症を準備するのは器質因である。
- ・葛藤内容がなければ症状形成しない。強い葛藤があればそれに応じた症状が出る。
- ・一種のストレス脆弱性モデルである。分裂病と神経症は一元化できる。脆弱性の内容は少しずつ違う。(?)
- ・妄想のプールから、噴出する。精神病レベルの場合には妄想が生のまま噴出する。神経症の場合には加工されて噴出する。正常の場合には訂正される。
- ・妄想生成と訂正のプロセスは、トライアルアンドエラーである。

534

病態水準

病態水準は明確ではない。むしろ印象に近い。変動する。変動の幅を測定しているとも言える。変動したとしても、現実検討は失われたいとするのが神経症レベルである。しかしそうだろうか？

神経症レベルでも、正常人と言われている人でも、よくよくインタビューすれば、そこには現実から遊離したファンタジーもあるはずである。人間の精神機能とはそうしたものだ。ただ、それは現実ではないとインタビューアーに対しては言える。それが現実検討は保たれているということだ。言えるとしても、心底そうだろうか？精密に聞きただせば、曖昧な部分にぶつかるものではないか？しかしそれは精密に聞けばということである。

人間はその本質からして、妄想的なのだと言える。したがって精密に聞きただせば、誰もが妄想的である。

本質が妄想的で、根の部分には妄想があるから、脳の一部が壊れたとき、妄想が訂正されずに噴出するのであろう。

フロイトは、リビドーの生の形での噴出を自我と超自我が抑えているのだと考えた。抑えきれな

いものについては変形加工する。検閲機能である。

似たような図式として、次々にわき上がる妄想を訂正するのが上位機能である。上位機脳が失われるに従って、伏在する妄想が噴出する。

535

分裂病の本質

分裂病は場所の病理なのか。

・血管型の何かが多様な部位で起こっているとしたら、（そうでなければ多彩な症状は説明できそうにない）、場所依存性ということになる。どこか？→丹羽の本にあった。否定的。

・ドーパミン系の系統的変性疾患だとしたら、整合的か？

・経過の特性と症状の特性＝病理の特性と障害部位（場所）の特性

536

定義

症状についても、広い曖昧な定義から、狭い厳密な定義まで、並べてみる。強迫症、離人症など。うつ病や分裂病についても並べてみる。ぼやけてゆく様子を見ることに意味があるのではないか？絞り込んでゆく過程で、何が本質かが問われる。ひょっとすれば、枝分かれがあるかも知れない。

537

還元主義と全体主義 集団の記述

要素に還元して要素間の関係を記述して行けば、全体の記述ができると考えるのはやはり間違いではない。ただ、複雑すぎるということだろう。複雑さを回避するためには全体を記述する言葉を持てば便利である。複合した現実を含んだ高次の言葉ということになるだろうか。しかしその分抽象的で典型的である。

集団全体を記述することと、個々のメンバーについてカルテを書くこととの間には越えられない溝があるのだと考えてよいのだろうか。

家族システム論は、責任回避の論理のようにも映る。誰かが悪いのではない、結果として一番弱い人に症状が結実する。これは家族のみんなが納得しやすい考え方である。

538

神経症と精神病の二分

精神病院には民衆が入れられ精神病として扱われる。脳が壊れたのだとされる。

民間のクリニックでは（たとえばフロイト）富裕な階級の患者が通院し、神経症として治療を受ける。心理的ストレスが原因であるとされる。

違う病気なのだろうか？同じ病気について別の扱い方をしているだけなのだろうか？

環境が病像を変えているのではないか。

539

転移神経症

神経症を、無害な、主治医との関係に限定された、転移神経症に変換して、治癒と見なすこと。

540

反応としての神経症

悩みがあれば軽度から重度までの神経症状態を呈する。

従って、精神症状＝（器質性成分＋葛藤内容）＋前二者に対する主体の反応（神経症成分＝不安処理のための反応）となる。ここから症状を整理して行くことができないか。

神経症成分などという言葉は誤解のもとであるから廃止した方がよい。

541

理由のない不安

従来、神経症性の不安は不安の内容や対象がはっきりしない不安と表現されてきた。そのような不安もあるが、恐怖症の場合のように明確な対象を持つ場合との境界はあいまいである。不安の源がはっきりしない場合に無意識層の力動を考えるのも方法である。しかしそれは反応性の不安ではなくて、脳内の神経伝達物質の変調としての不安と考えることもできるだろう。心理的な理由がないのだからそのような考えるのが自然である。

理由のない不安＝脳の変調

542

防衛機制

不安を処理するメカニズムのこと。神経症と同じ。

543

環境反応

症状形成に器質性因子や性格よりは環境条件が圧倒的に大きな非常を占めていると考えられるもの。

病態レベルが神経症レベルのものについては、短期のものを急性ストレス反応と呼び、数日で軽快する。長期にわたるものを適応障害と呼ぶ。精神病レベルのものは心因反応と呼ぶ。環境が変われば症状は消える。

544

全般性不安障害

generalized anxiety disorder

不安障害の中で不安発作（＝恐慌発作 panic attack）のない慢性不安状態を主徴とするタイプのもの

の

の

を指す。日本では伝統的には馴染みのないものであるが、DSMで紹介された。

不安を主徴とする疾患を不安障害と呼び、不安発作を呈する群（=パニックディスオーダー）と不安発作のない慢性不安状態を呈する群（全般性不安障害）とに二分される。全般性不安状態の不安状態は「慢性不安」の点で、パニックディスオーダーの予期不安の状態に似ているとする意見もある。

臨床場面では全般性不安障害と診断する場面はあまりないように思う。なじみが足りないためであろうか。

545

ゲシュタルト学説

「全体は部分の総和以上のものである」とするドイツの学説。

ゲシュタルト崩壊とは、知覚されたものが全体の構造を失い個々の要素に解体すること。これを分裂病の中心症状と考える見解があり、連合弛緩に通ずる面があるとする。確かに、風景構成法で「全体の構成が失われている」と表現するときゲシュタルトが失われていると言い換えてよいただろう。山、川、家、たんぼと個々の要素は描けているのに、それらを全体のまとまりとして風景に構成することができない状態である。

風景構成法で、解体した全体構成を取り戻す作業をすすめることはゲシュタルト再建をめざしていることになる。

546

パニックディスオーダー

= 恐慌性障害

不安を主徴とする不安障害の中で、不安発作が主徴となるタイプの疾患。

不安発作（=恐慌発作）→発作のない時にも持続的に不安（予期不安）→逃げられない場所・助けが得られない場所を回避（広場恐怖=危険な場所・状況を色分けする）

心因性の見方から生物学的な見方へ。薬剤（イミプラミン・アルプラゾラム）が有効、パニック惹起物質の存在、寝ているときでも起こることなどが背景にある。

したがって、診断に際しては、予期不安の有無、広場恐怖の有無について記載する必要がある。パニックの起こる状況について、誘因物質も含めた詳細な問診が必要である。

547

治癒因子

カウンセリングの治癒因子。外側から数えてゆくと、?治療構造?専門知識?人格（自己一致）。まず重要なのが治療構造である。時間、場所、その他いろいろな約束。治療構造を固く保つことで治療構造が内在化されて行く。それは社会化されてゆくということでもある。

専門知識はカウンセリングの中心である。薬、性格、行動、症状などに関するアドバイスであったり、ともに考える姿勢であったりする。

人格の影響は患者の深層に見えない形で浸透して行く。患者の成長は実はこのレベルで起こるのかも知れない。このレベルで大切なのは自己一致（congruence）の原則である。治療者自身が言葉と行動、感情を一致させ、さらには本来の自己と現在の自己を一致させることである。この点での不一致を見てしまうと患者は治療者を信頼しなくなる。

?は意識のレベルへの影響、?は無意識のレベルへの影響と考えてもよい。治療者としても、?は意識的にコントロールできるが、?はコントロールできない部分もある。

548

自己一致

(self)congruent

治療者自身が真実であり純粋であること、本来の自己と現実の自己が一致していること。言葉、行動、感情など他面にわたって自己として一致し統合されていること。自己一致が人格への信頼を生み、患者の人格を成長させる契機となる。カウンセラーは自己一致の状態にあることが、受容や共感といった技法に優先して大切である（ロジャーズ）。

549

広場恐怖

agoraphobia

本来の語義は、agoraすなわち、広場、街、マーケット、人混みの中などに対する恐怖症ということであるが、パニック障害の診断に際して広場恐怖があるかどうかという場合には、特定の場所や状況に関係した恐怖症があるかという意味である。その場合には閉所恐怖（エレベーター、電車、飛行機など）や外出恐怖（一人で街を歩けないなど）も含んだ概念に拡張して用いている。結局、「広場」の語は場所という程度の意味になっている。

正確に言えば、「不安発作が起こったとき安全な場所・状態に避難できない」ならばそこは危険である。そのような危険な場所や状況を恐怖し回避すること。

550

不安障害

?パニック障害

?恐怖症+強迫性障害=制縛性障害

?全般性不安障害

心的外傷後ストレス障害などは環境反応とする。

551

対人恐怖症

anthrophobia

青年男子に好発。

?自我漏洩型.....赤面、自己視線、体臭、醜貌.....重症タイプは妄想を形成する。重症対人恐怖または**思春期妄想症**。

?そのほか様々な疾患で見られる。

552

強迫性格

几帳面、完全主義、**自己中心的**、堅苦しさ、秘められた攻撃性

553

強迫性障害

?ばかばかしい（もしくは不快な）考えや**イメージ**が、?意志に反して、?繰り返し頭に浮かんできて、?止めようと思っても意志ではどうにもできない。（笠原）

支配観念.....自我親和的

させられ思考.....他動的

飲酒・**ギャンブル**・盗癖.....自我親和的

強迫.....自我異質的 ego-dystonic

?自我異質的

?能動性消失、非他動的、自動的

?反復性

?自動的

554

転換**ヒステリー**

conversion type

心理の問題が身体の問題に転換されているタイプの**ヒステリー**。失声、失立、失歩、慢性疼痛などが代表的**である**。

診断の**ポイント**は、?内科・**神経内科**的に診察しても原因がつかめない。?性格傾向として、演技性性格。?疾病利得の存在。?症状に対して不安が不釣り合いに小さい。深刻味に欠ける。

555

解離**ヒステリー**

dissociative type

本来**ひとつである**はずの人格が、解離し複数になる障害。**二重人格**や**多重人格**がある。成熟の程度が違う各人格が交代して現れる。交代人格とも呼ぶ。どれかの人格が他の人格について**知っているかどうか**は、症例によって異なるよう**である**。**シュナイダー**はお互いのことを知らないと記載している。

全生活史健忘は名前や住所を含む全生活史を忘れてしまうもの**である**。それらの記憶は別の人格

部分に属していて、[アクセス](#)できない状態であると考えられる。

荻野の報告している古い症例では、[多重人格](#)が高次的人格からしだいに低次[のもの](#)に向かって順次出現し、治癒の過程では低次的人格から順次高次[のもの](#)に統合が起こったと報告されており、ジャクソニズムの原則を確認するもの[である](#)としている。

556

照合時間遅延タイプ分裂病

自生思考、離人感、[強迫性障害](#)、させられ体験を含む、照合時間遅延症状を呈する分裂病。能動感が消失し、自動的、被動的、他動的な状態となる。

557

M細胞活動停止型[うつ病](#)

M A D

×◎◎

×◎○

×○○

×○○

の各タイプの[うつ病](#)。

ここからさらに執着気質崩壊が起こるとA成分の変動があり、症状が動く。

558

A細胞活動停止型[うつ病](#)

M A D

◎×◎ 強力なMとDに引き裂かれる状態。

◎×○ これはうつではない。

○×◎ 執着気質の崩壊による[うつ状態](#)。

○×○ 不明。

ここからさらにM成分の崩壊が起こると症状が変化する。

559

MADは×○○の三段階というわけではない。連続した変数[である](#)が、傾向を便宜的に分類してみただけ[である](#)。

560

心気症、心気[神経症](#)、心気妄想、

体感異常（セ[ネスト](#)パチー）、体感幻覚と言うべき場合もあり、その場合には心気妄想[である](#)。

強迫や離人は症状の形式に着目したもの。心気症は内容に着目したもの。

561

抑うつ神経症

depressive neurosis

= 神経症性うつ病 neurotic depression

?言葉の表面から演繹されるのは、うつ状態が前景にあり、神経症レベルの病態水準であることである。神経症についての一般の定義に習って、心因性であることをつけ加えてもよい。また、うつ状態を呈している場合に、内因性（躁）うつ病、分裂病、人格障害などを除外した後の診断名と考えてもよい。

?しかしながら精神医学の慣用ではさらに限定された意味がある。依存性人格障害や境界型人格障害と近縁のもので、人格に問題があり、発病前から心的葛藤に悩み、発病前の社会適応はあまりよくない。長期にわたる精神療法によっても軽快せず、結局人格成熟による以外は克服できない。内因性との違いは、性格傾向、日内変動がないこと、症状はvitalでないこと、薬剤には反応しにくいことなどである。少なくない。

562

離人

?外界の疎隔感＝現実感喪失 derealization

「春になったという季節感をぴったりと感じない。花の美しさが感じにくい。」

「外界の事物に、そこに存在するという実感が乏しい。まるでガラス越しに見ているようだ。もちろんそこにモノが存在することは頭では知っているのだが。」

「景色に奥行きがなく平板に見える。」

?自己の身体に関する疎隔感

「（外界の事物の存在感だけでなく）自分の身体の実感もいま一つうすい。ありありと感じない。」

?自己の存在に関する疎隔感

「（身体だけでなく）自分という存在が今ここに在ることが、ピタッと感じにくい。もちろん、ここに自分がいるということを頭ではよく知っている。」

周辺部の症状

「何をしても楽しさ、面白さが感じられない。」

「自分らしさとは何かが分からない。」

「自分はどのように生きてらよいのかが分からない。」

たとえば境界型人格障害で見られ、軽度の離人症状とみてもよいが、自己アイデンティティの混乱とも見られる。

563

森田神経質

もともと神経質で過敏な性格傾向（ヒポコンドリー基調）の人がささいな身体変調を気にして「とらわれ」が発生し、感覚鋭敏と注意集中の**悪循環**に陥る（精神交互作用）。この状態を森田神経質と呼ぶ。

564

森田療法

森田神経質に対する森田の治療方法。「あるがまま」を強調。精神交互作用を断ち切る。臥褥療法、**作業療法**、体験療法、家庭的療法などの別名あり。行動中心の技法**である**。目的本位、行動本位の指示的精神療法**である**。

565

森田

神経質は**先天的**素質（変質）によるものとした。

たとえば**はさみ**を落として**はさみ**恐怖になった者は、その素質が問われるべきであり、**はさみ**の意味や**はさみ**を落としたことの意味は大した意味はなく、偶然の**きっかけ**であったとする。ここが分析との違い。

566

神経衰弱状態

neuroasthenia

静養または環境調整により軽快すると考えられる心身不調状態の総称。意味の輪郭は**あいまいである**。しかし**あいまい**にしか診断できない病態も存在するので、ときに有用**である**。

567

課題

不適応や心理的疲労が退行を**引き起こし**、低次の防衛機制を発動させることになる事情を説明する比喩・**モデル**を考えること。

葛藤→心的**エネルギー**空費→低次の防衛機制→普段ならば**大丈夫**なはずの不安に耐えきれなくなる。

568

了解可能性の限界

青年は老人の気持ちは分からない。立場が違えば了解は困難**である**。経営側と労働側は分かり合えない。

569

神経症性不安

neurotic anxiety

自分自身でも何が不安なのか分からない。言葉で表現しにくい。他人に分かってもらいにくい。気にしすぎだなどと言われる。なかなか消えず、耐え難い。予期不安につながる。

無意識の病理と考えるよりは、生物学的なメカニズムが想定される。不安の引き金が脳内部にある印象である。

570

神経症の症状→症状の三角形→行動・身体の悩みを内面の精神的悩みに変換。そして治癒。心の内面で悩めるようになれば精神療法的に接する。

・精神面……不安、恐怖、強迫、離人、ゆううつ、おっくう、その他（イライラ、無気力、心的疲労感）

・身体面……

・ ・身体疲労感、易疲労感。

・ ・自律神経症状（頭重感、めまい、動悸、息苦しさ、口渇、吐き気、食欲不振、下痢、便秘、月経困難など）、

・ ・ヒステリー性転換症状（嚥下困難、失声、失歩、失立、難聴、二重視、失明、意識消失、運動麻痺、感覚脱失、歩行困難、けいれん、慢性疼痛、性的不感症など）

・行動面

・ ・ヒステリー性解離症状……二重人格、遁走、生活史健忘

・ ・自己破壊的行動……自殺、自殺未遂、自傷

・ ・攻撃的行動……家庭内暴力

・ ・その他の衝動行動……過食、浪費、盗み、性的逸脱、薬物乱用など。

571

分裂病の定義

広い順に

・分裂気質＋症状（ほとんどあらゆる症状）

・遺伝負因＋症状

・陽性症状（幻覚妄想）＋他疾患の除外

・ブロイラー4A（陰性症状の強調）

・シュナイダー 一級症状・二級症状（自我障害）

・クレペリン 経過分類・シュープ（段階的増悪）

572

内因性うつ病の症状

広い順に

・循環気質・執着気質＋症状

- ・ 遺伝負因＋症状
- ・ 状態像（精神・身体・日内変動など）
- ・ [クレペリン](#) 経過・ファーゼ（相性経過）

573

投影 だめ

projection

= 投射

・ 自分の内部にある感情や欲望を、他の人の内部にある感情や欲望であると見なすこと。自分の内部のものを他人の内部に投影するという意味。自分の中にあることを気付きたくなかったり、あることを拒否したいような感情や欲望について起こることが多い。そのことを明示するには投影性同一視という言葉を使うこともある。×

・ 自己の内部にとどめておくことが不快なものを外に出してしまう機制。自分の攻撃性を他人に投影して、他人が自分を怒っていると知覚する場合などである。→これでは他者についての認知を歪めていることになる。客観的現実の歪曲。

しかし、この認知の部分は無意識過程で起こり、最終的な結果として、「僕は彼が嫌いだ」という感情だけが残る場合には、神経症レベルでよいのかも知れないが？

（僕は彼が嫌いだ。→抑圧）→（投影→彼は僕が嫌いだ。）→（だから）僕は彼が嫌いだ。

（）内は無意識。

でも、これでは一回りしただけではないか。×

○自己の内部の感情や欲望を他人の内部に投影して、他人の感情や欲望と見ること。自分のもの のと思いたくない感情や欲望は、不快なもの、拒否したいもの、存在に気付きたくないものの場合が多く、それを特に投影性同一視と呼ぶ（ラプランシュ・ポンタリス）。他人の感情や欲望を歪曲しているので精神病レベルの病態水準であると考えられる。

574

投影性同一視 だめ

projective identification

・ 投影の一つで、特に、主体内部で拒否されるもの・悪いものの外部への投影を指す（ラプランシュ・ポンタリス）。境界型人格障害などで見られ、精神病レベルの防衛機制である。

・ 同一視と言っても、単にidentify同定する、確認するという程度の意味ではないだろうか？そうであれば、同一視には特にこだわらなくてもよいだろう。

・ 分裂（splitting）した自己のよいまたは悪い部分のいずれかを、外界の対象に投影し、さらにこの投影された自己の部分と、投影を受けた外界の対象とを同一視する機制。（×これでは意味が分からない！）

575

防衛機制

不安を処理するための**無意識**的な働きのこと。

事実は変更せず、ことからの意味付けや観点を変更するのは正常範囲の防衛**である**。これは防衛というよりは成熟と言うべきもの**である**。

内的事実（自分の欲望や感情などについての事実）を歪曲するのは**神経症**的な防衛**である**。

外的事実を歪曲するのは**精神病**的な防衛**である**。外的事実を歪曲するに至れば、現実検討喪失であり、**精神病**レベルの病態水準**である**と言える。

以下に列挙されている防衛機制は、理論的に演繹されたものではないから雑然としており、一部は重なるものもある。また複数の防衛機制の組み合わせで説明できるものもある。それぞれに背景があり存在理由のある言葉なので仕方がない。

- ・ **神経症**的防衛。抑圧、取り入れ、**反動形成**、退行、合理化、隔離、解離、知性化、逃避、打ち消し、自己懲罰、置き換え、昇華、補償。
- ・ **精神病**的防衛機制。**原始的**防衛機制ともいう。分裂、投影、投影性同一視、（取り入れによる）同一視、否認、**原始的**理想化、躁的防衛。

576

抑圧

repression

自分にとって都合の悪い内容を**無意識**層に押し込めて、意識に浮かばないようにする、**無意識**の作用。意識的な場合にはsupression（これも抑圧）という。**超自我**がイドの内容を検閲して、都合の悪いものは抑圧する。

姉の夫を好きになってはいけないのに好きになってしまった。**超自我**はそのようないけないことは認めないので、**無意識**層に抑圧する。

?抑圧が完全でなければ、表層に出現するが、検閲作用があるので変形を受ける。結果として転換**ヒステリー**の症状として失声などが起こる。

?抑圧し続けるためには大量の心的**エネルギー**を必要とする。このことにより**神経衰弱**状態になる。

577

取り入れ（摂取）

introjection

他人の感情や思考、行動などの特性を自分の中へ取り入れること。その結果、自己と他者を同一に感じるならば同一化**である**。取り入れは**神経症**レベルの機制**である**が、取り入れた対象と自分を同一化する場合には**精神病**レベルの機制と言うことができる。

両親からの禁止は取り入れられて**超自我**となる。**男の子**は父を取り入れて男らしさを身につける。発達途上の子供の場合には同一視もしばしば起こっているよう**である**。しかしそれは正常の発達過程というべきで、**精神病**ではない。

取り入れは食べ物を食べて消化して自分の血肉とすることにもたとえられる。同一化は、鳥肉を食べたら自分は鳥だ、鳥は自分だと言うようなものである。

578

同一化

identification

=同一視

他者の特性を取り入れて身につけることにより、自己と他者を同一視すること。自己と対象の区別があいまいになると、自分の心の外の事柄についての認知がずれるので、精神病レベルの機制である。

579

反動形成

reaction-formation

抑圧を補強するために、その反対の態度をとること。普通に抑圧するだけでは足りず、反対の態度をとることによって抑圧を強めようとする。たとえば相手に対する攻撃性を抑圧すれば中立的な態度になるが、通常の抑圧では不完全であると考えられるとき、より完全に抑圧しようとして、攻撃とは逆の態度である慇懃な態度になる。この時、適切な慇懃さではなく、どこかしら不自然で、鎧の下から攻撃性が透けて見えて、慇懃無礼と言うべき状態になることがあると指摘される。

強迫神経症との関連をフロイトが指摘したので有名である。（現代では強迫症が反動形成によるとは必ずしも考えられていない。）

劣等感は尊大さになる。憎しみは過度の優しさになる。過度の潔癖、過度の正義感など、背後に逆の傾向を宿していると見ることができるという。

580

×

取り入れ、同一化の逆が投影である。しかしそれは心内の出来事であるべきだ。外的対象についての事実ではなく、自分の感情や欲望についてであるべきだ。

581

退行

regression

幼児返り。現在獲得している行動パターンよりも低次の行動パターンの出現。ジャクソンが解体（dissociation）と呼んだものを、フロイトは退行と呼んだ。進化論的に新しく高級なものに進むのが進化（progress）であり、古く低級なものに戻るのが解体または退行である。

治療的退行は一度古い層を露出させ治療を加えるための操作である。

健康な退行は一時的で部分的な退行であり、状況に適した退行 [である](#)。たとえば、[忘年会](#)での退行や子供と遊ぶときの退行など。

582

固着

fixation

[精神分析](#)で、口愛期、肛門期、エディプス期と進行する途中のどこかで問題が生じ、多大な精神的[エネルギー](#)が付与されること。固着が起こったところには固着点が生じ、退行したときには固着点まで退行する。

口愛期への固着、[リビドー](#)の固着、父固着や母固着などと言う。

→これでは防衛機制とは言えない。！

583

合理化。

rationalization

理屈付け。言い逃れ。失敗したけれども対象が無価値であったから惜しくないとむりやり考えるのが「酸っぱい[ぶどう](#)」。失敗してかえって良かったのだとむりやり思い込むのが「甘い[レモン](#)」。

584

隔離（孤立）

isolation

本来は結びついているはずの思考、感情、行動などを別々に区切ること。屈辱感の記憶が感情を抜いた調子で語られる場合など。[フロイト](#)は強迫症に特徴的と述べた。

585

解離＝分離

dissociation

意識の一部分が全体から分離され、あとで健忘が見られること。解離性[ヒステリー](#)の場合の解離 [である](#)。[二重人格](#)の場合など。

isolationとの間で訳語に混乱がある。

586

知性化

intellectualization

感情や欲動の自然な発動の代理として、感情や欲動を知的に理解すること。性衝動を知識獲得で代償する場合など。性衝動の場合などは昇華とも言えるし、嫌いな人の行動を感情を隠して[精神](#)

分析用語で語ることなどは隔離である。一応、現実把握が正確であることが前提となる。

587

逃避

escape

いやなことから逃れること。疾病への逃避が代表的。「病気だから仕方がない。」疾病利得を伴う転換ヒステリーとなる。

空想への逃避。空想の中で満足を図る。

現実への逃避もある。解決困難な現実を回避し、解決容易な現実に向かうこと。

588

打ち消し

undoing

不安や罪悪感のために隔離された情動を、さらに取り消すために償い行動が見られること。不安や罪悪感を伴う行動を、意識的に情動が伴わなくなるまで反復し続ける。それが強迫行為であると説明される。

589

自己懲罰

無意識的罪悪感のため、自己破壊的な行動を先取りすること。先取りする罪滅ぼし。

590

置き換え

代理形成（代用満足）。

591

昇華

sublimation

不都合な欲求を、社会的に是認される活動に転化すること。代理対象がより高い文化的目的をめざす場合をいう。性衝動をスポーツによって解消する場合など。

592

補償

compensation

劣等感を克服するために活動すること。アドラーが主に言ったもので、フロイトの文脈とはやや異質である。劣等感を克服するように頑張る場合のほかに、劣等感を起こさせる価値観を否定したり、空想に逃避したり、劣等感を隠す装いをすることも含む。

593

否認

denial,disapproval

不安や苦痛に結びついた外的および内的現実を否認すること。[精神病](#)レベルの防衛機制の[ひとつ](#)。現実を知覚している自我は確かに一方にあり、しかし他方にはその現実を否認している自我がある状態で、自我は分裂している（ego splitting）。抑圧では現実についての知覚が意識に送られることはない。

594

分裂

splitting

自己と対象の良い側面が悪い側面によって汚染あるいは破壊されてしまうという、非現実的で被害的・妄想的な不安に対して、両側面を分裂した別々の存在と認知することによって防衛する機制。分裂は対象分裂（splitting of [object](#)）と自我分裂（splitting of ego）を含む。

595

観察自我と体験自我

人間の自我は、物事を体験する自我と、体験している様子を観察する自我とに分けられる。観察自我を育てることが精神療法の目標の一つとなる。

596

[原始的](#)理想化？

外的対象をすべて良いものと見ることで、自己が攻撃性によって破壊されることを防ぐこと。

597

躁的防衛？

manic defence

自分の攻撃性が自分にとって大切な良い対象を破壊してしまうのではないかという不安に対する防衛として働く。

598

0～2歳の子供には[原始的](#)防衛機制。

生後三ヶ月の「妄想分裂[ポジション](#)」では、乳児は母親を全体的には認知できず、対象は「良い対象」と「悪い対象」に「分裂」する。良い対象は「理想化」して「取り入れ」て、自己の中核とする。悪い対象は「投影」して排除しようとする。そして自己を脅かす「迫害的不安」が生じる。また自己の悪い部分が「分裂」し、対象に「投影」され、対象に属するものと見なされた

りする（投影性同一視）。

生後六ヶ月から二歳までは、「[抑うつポジション](#)」である。「分裂」していた対象が実は一体の[ものである](#)ことに気付き、対象を失ってしまう不安、罪悪感などの「[抑うつ](#)的不安」を経験する。ここでは[原始的](#)防衛機制はまだ働いており、さらに「躁的防衛」が活動するようになる。（以上笠・分かりやすい）

[クライン](#)は2～3歳の子供との[プレイセラピー](#)により、この年頃の子供の内的世界は迫害的不安に満ち、[原始的](#)防衛機制が存在することを見いだした。

3～5歳の子供はエディプス[コンプレックス](#)の時期で、抑圧ができる。

迫害的不安は、発達早期に現れることでも分かるように、人間にとって基本的で根底的な「[構え](#)」[である](#)。このようなものを脳の[プログラム](#)の基本にすえた人間は危機に強いはず[である](#)。

599

行動化

映画や[テレビ](#)では行動を映像で描く。従って登場人物は内省せず、身体化も少なく、行動化が多い。小説はその点内省を描くことができる。映像文化は行動化による悩み方を教えている。文章文化は内省の習慣を教える利点がある。

600

行動化は損[である](#)

人間の脳の最大の武器は、行動の前に[シミュレーション](#)して検討することによって、行動を節約すること[である](#)。危険を事前に回避すること[である](#)。実行することによる損失を脳の中だけに限定すること[である](#)。そしていろいろな行動を脳の中で試したあとで、自分にとって最も有利な行動を選択すること[である](#)。行動化が問題になる場合には、こうした脳内の[シミュレーション](#)が欠けているため、実際の行動は多大な損失を招く。

行動化が低次の行動様式[である](#)という意味はこのようなこと[である](#)。

たとえば、将棋の時に、一手先までしか読まないでさっさと打つようなもの[である](#)。

601

身体化はなぜ低次の適応様式か？

602

[超自我](#)

[政治家](#)と役人の[拝金主義](#)。[超自我](#)の弱体化に関係している。これは[日本](#)全体の傾向である。[患者](#)も[超自我](#)は弱くなっている。強すぎる[超自我](#)の病理はいまはあまりない。

理由は何か？

内在化すべき親の権威がない。

603

離人

分類の際に対象の違いで三分野に分けるのはあまり意味がないであろう。離人と呼ばれてひとまとめにされているものの中にどのような構造のものが含まれているかを明らかにしなければならない。

604

[自由意志](#)とさせられ体験

能動感と[自由意志](#)は重なり合っている。

させられ体験で[殺人](#)をしたという場合、法はやはり罰するのが正しい。[自由意志](#)やさせられ体験を観察した部分を罰するのではなく、実行した部分を罰するのである。

体験[自我](#)と観察[自我](#)で言えば、体験[自我](#)の部分を罰する。

[行動療法的な意味](#)で言えば、反省が届かなくても、罰は有効であろう。

605

強迫行為と強迫「内的体験」

(強迫内的体験という言葉で、強迫症の非行為部分を指すことにする。)

これは同じ構造のものと考えてよいかどうか、怪しい。

[森田](#)は区別していたそうだ。行動は[治療](#)が難しいという。

強迫行為の背景に強迫内的体験があるのなら、問題はない。強迫思考や強迫[表象](#)のゆえに強迫行為が成立しているならば、問題はない。[治療](#)も同じはず。

内的体験が欠落して、直接に行動が結実している場合にはどうなのだろう。そんなことがあるのだろうか。

そういうことがあるとしたら、行為に対する[自由意志](#)も能動感も意志の支配も欠落している。そ

のようなものなのだろうか？

勝手に考えが浮かぶように、勝手に手が動いてしまうのだろうか？→想像を絶する。

ばかばかしいと思いながらどうしても確かめてしまう。→確かめる前に「疑い、不確かさ」の感覚が襲うのならば、結局は強迫内的体験が先行している。

606

デイケアの目的

デイケアの目的には二軸ある。生活拡大の縦軸と、生活深化の横軸である。

縦軸は病院から中間施設、さらには社会へと連なる軸であり、生活の場が移るに従って自由度が増大し責任も増す。生活臨床で言う、病院よりも家庭、結婚して仕事を持つ、という目標である。（世俗の価値観そのままの軸である。）

しかし生活はそれだけではない。病院にいても、中間施設にいても、職場や学校にいても、それぞれの場所で人生を深めることはできる。それぞれの場所で生活を深化させることが横軸である。縦軸に比べればあいまいな目標ではあるが、大切なことである。人生を深めるとか、生活の意味とか、こうしたことは結局人生観や価値観の問題となるので、何か簡単な具体的な言葉に集約することは難しいだろうと思う。そこで抽象的に生活の深化と言っておく。それぞれの人なりの深まりである。

敢えて言えば、その人なりの人生の意味の深まりと言ってもいい。

（たとえ苦しい人生であっても、意味に満たされていればいい。世間で言うような意味がなくても、生きていればそれで充分素晴らしい。）

社会（職場、学校、家庭） →生活深化

↑

中間施設（デイケア、作業所）→生活深化

↑

病院 →生活深化

縦軸の方向に役立つのは、服薬、生活指導、家族関係調整、SSTをはじめとする生活訓練などである。

横軸の方向で有効なのは、メンバーやスタッフと共に生きる意識である。

607

薬依存の心配

「薬をやめられなくなったら困ります。いつまでも続けていていいんでしょうか。」

「薬がやめられないのはなぜなんですか。試しに一日だけ薬をやめてみたら、とても調子が悪かった。もう薬なしでは生きていけない体になったのではないかと心配だ。」

「依存になりやすい薬だと聞いた。」

「はやくやめないと一生離れられない、薬のせいではやく死ぬなどと言われて心配している。」

「ただ薬をのんでいてだけで、いつまでたっても治らないじゃないですか。」

?それは依存や中毒ではなくて、まだ**病気**が治っていないからでしょう。それを薬のせいにするとは、他責的・**責任**回避的な考え方です。自分の問題として見つめるのは不安を呼び起こすので、他人のせいにして安心しようとしている。**神経症**的な防衛機制です。とても簡単な**からくり**です。他人にはすぐに分かります。

あなたが薬のせいだと思っても、現実が変わるわけではない。現実には、**あなた**が依然として薬が必要な**病気**にかかっているということです。**あなた**の人生の**根本**に、**責任**回避的・他責的な考えがある限り、**あなた**は**根本**的な解決に向かって踏み出すことはできない。

自分が家を出るのが遅かったくせに、交通**渋滞**のせいにしてたり、**電車**のせいにしてたりするのはいけません。問題解決のためにはまず、目を開けて、問題を把握することです。どんなに辛くても。

608

病気の原因

あなただって**子供**の頃は薬なんかいらなかったでしょう。**子供**の頃と現在とどこが違ってしまったのか、考えてみましょう。

609

夢

夢を考える手がかりとして、夢を見ているときの現実の音や温度などの感覚**情報**を加工して夢に見ている場合がある。その場合の音や温度に特有の**意味**はないのだが、心の内部の**意味システム**とその時心を占めている問題とが、**意味**を付与する。外部からの感覚**情報**の他に、内部から発生する「雑音」も**意味**付けの**きっかけ**になるのだろう。

ロールシャッハに似ている。インクのシミは夢を見ているときの内部と外部の感覚**情報**に相当する。

従って、夢と**ロールシャッハ**は同型**である**。しかしながら、ロールの場合には目覚めているわけだから、「検閲」は一層厳しいと考えられる。夢の方が検閲は緩い。

610

言葉の**意味**

一般の平均的な**意味**から、**専門家**の**意味**まで、重層的**である**。そして**専門家**といっても、流派によって**微妙**に**意味**のずれがあるまたは強調点に違いがあることがある。

専門的になるほど、独自の仕方で限定され、深まりが出てくる。背景を背負った言葉**である**ということが理解されてくる。そして周辺の言葉との差異が明瞭になってくる。しかしそのことを示そうとしても容易ではない。それは全てを理解した場合に感得される**種類のもの**だからだ。

出発点でそれが分かっていたら、つまり言葉の**地図**が明らかになっていれば、その先の**勉強**はかどるだろうと思うのだが、そういった**地図**を手に入れることこそが**勉強**の最終地点**なのだ**。**地図**が手には入ったときに、自分としてはどう考えよいかの意見についてもきちんと言えるように

なる。

本来ならば事象に帰ればよいだけであるが、そんなわけにもいかない。この事象を指すのだと的確に言うこともできない。ただ単に解釈が違うだけではないのだ。

専門家になればなるほど、微妙に限定された意味で用いていることが多い。

翻訳語の問題もある。一見日本語のようで、実は原語のつもりで用いている人もあり、その場合には日本語のつもりで読んで意味が通らない。きちんと翻訳したらいいのといわれても、意味を通そうとすれば本来の言葉が消えてしまう。論述の趣旨の深層に横たわるものとしてひとつの言葉の多義性がある場合、（）内に言語を表示しながら、その都度意味を翻訳していくことになるのだろうが、それでは全く面白くない話である。

さて、問題は、書かれたものを読むときに、筆者がどのような意味を込めて使っているのか、推定しなければならないことである。一般の新聞に使われるよう語のレベルなのか、一般精神科医のレベルか、フロイト派の分析家か、クライン派の分析家か、精神薬理学の専門家か。困ったことに、通常は一人の筆者が上記のひとつのレベルの意味だけではなく、文脈に応じて柔軟にレベルを移動しながら使うことがある。それが意識しないものであることもあり、レトリックとして用いていることもある。

こんなややこしいことにつきあっても、たいしてはたいして面白いことでもない場合が多いので、頑張る必要はないと考えるが、今回は辞書を作るというのだから、どんなレベルではどんな意味になるのか、示す必要がある。辞書を作るというのは、本来はそういうことだ。

611

たとえばドイツ語の単語の意味の二面性を利用した心理分析などというものがある。これは翻訳しても一向に面白くない。→例？

ライクロフトの紹介しているAngstとanxious。

critical 批判的な・厳密な

positive 肯定的な・積極的な

こうした意味の二面性を故意に利用している場合があり、日本語でその二面性に対応しきれない場合に無理が生じる。

たとえば、criticalという言葉はカントでおなじみである。批判的とも厳密とも訳される。危機的ななどの意味もある。限界を明確にしつつということだ。「クリティカルに読む」といえば、厳密に読む、しかもその態度は決して心酔してではなく、冷めた頭で時に批判的にもなるほどに厳密に、意味の範囲を明確にしつつ、といったところであろうか。厳密に読むといっても、ある種の宗教書を読むときのように、靈感に満たされて心酔しながら厳密・精密に読むという場合もあるであろう。クリティカルと言えはそういった態度ではない。その辺の事情が、「クリティカルに読む」と言うだけで充分に通じるのである。そのような事情を一語で伝え切る日本語があればそれでよい。ない場合には仕方がない。英語の場合にはcriticalは盲目的に肯定的ではないが少なくとも中立的であり、一方、日本語で批判的といえは、「反論」を強く含むので、訳語としてはあまり適切ではないかも知れない。

たとえば、positiveという言葉はロジャーズでおなじみである。積極的な関心と肯定的な関心と、両方の意味があるからこそ、この言葉が生きてくるのである。敢えて訳せば、積極的で肯定的な関心ということになる。

612

分裂病サブタイプ

「私がバラバラになりそうなとき、あなたの腕が私を束ねてくれる。」

銀座のデパートで見かけた言葉。

まるで分裂病の描写である。ゲシュタルト崩壊の様子である。

自然なゲシュタルトが崩壊して、代替物が生成されていない場合、破瓜型（解体型）の分裂病となる。

自然なゲシュタルトが崩壊して、独自の、他者には了解不可能なゲシュタルトが生成された場合には妄想型となる。それは自然に形成されるのではなく、欠落に悩み抜いた末にようやくのことで生成されるものであろう。

「ばらばらになりそう」という言葉を具体化したのが、風景構成法である。山と川と田圃と家はバラバラに全体の構成を失って存在している。「山」という概念の輪郭は保たれている。しかしそれが他のものとどのように関連しているか、その「関連」つまり「関係」が失われている。失関連と名付けてもよい。それが破瓜型である。

自然な関連が失われた後に、独自の関連を当てはめたなら、妄想型である。

経過としては、どちらのタイプもいったんは破瓜型の経過をとる。「関連」は失われる。その先に了解不能で訂正不能の「関連」を作るのが妄想型である。

解釈は二つある。

?新しい関係を生成するだけのエネルギーがあった。……破瓜型では新しい関係を生成する能力さえ欠如している。妄想型では、新しい関係を生成する能力は保たれており、それを訂正・棄却する能力が失われている。

?妄想的「関連」を訂正・棄却するだけの現実検討力が欠如している。破瓜型よりも機能が低下している。……これは通常の観察に反すると感じられる。

一般に脳内の「試行錯誤」は次のステップで起こる。

?仮説生成能力。（多くは現実には適合しないが、それで構わない。）……破瓜型で失われている。破瓜型では、支離滅裂になるばかりで、新しい体系的な意味連関は提出されない。

?現実への適合性を検証し、訂正・棄却する能力。（これがあの有名な現実検討である。）……破瓜型、妄想型ともに失われている。

破瓜型 妄想型

仮説生成能力 × ○

現実検討 × ×

思考 支離滅裂 妄想

言葉のサラダ

ここでは緊張型が説明されていない。緊張型は身体面に強く症状が出ている。

613

強迫と不合理な信心

[11月20日](#)は[酉の市](#)だそうだ。「とり」は「とりこむ」に通じるということで、商売人が信心するようになったという。[宗教](#)に見られる強迫症的心性の一例である。

614

[自由意志](#)

幻影である。錯覚である。ここから論が始まる。しかし、我々が自然に実感している[自由意志](#)の感覚を説明しなければならない。[自由意志](#)という錯覚が生じる[メカニズム](#)を説明。その他とで、その[メカニズム](#)が壊れることによる症状を説明。

[主観的に自由意志](#)（能動感や自己所属感）が失われていても、外部から見れば、特に問題はなく、通常と変わらない。

615

小さな論文形式がよいのではないか。

疾病、症状などごとにフォームを決めてみる。

たとえば疾病については、

概念、頻度、症状、[治療](#)、

症状については

例示、構造、疾病との関連、[治療](#)、どんなときに正常範囲、どんなときに相談すべきなど

616

[ドーパミン](#)と薬と[ストレス](#)の話。……これはあくまで[患者](#)さんへの説明方法。

[グラフ](#)の傾き……

適応範囲……

617

[トランスパーソナル心理学](#)

？

618

神・超越者への言及？

[自由意志](#)が幻影ならば、我々の倫理の理由は何か？

神経機械としての脳の外側に何かを想定するのか？エックルスの[二元論](#)。

619

書き方

一般に、抽象的な言葉だけではなく、具体的な例、図、表で説得力を増す。文章だけでは不足。具体例が最も大切ではないか？

620

フロイトの決定論

意識による現在の意志決定が前提にあることはもちろんであるが、しかし部分的には、過去が現在を決定し、無意識が意識を決定する。決定論への傾きが見られる。

621

さなぎのままにいる人

人間は子供から大人への移行期に、脳の構成としては幼虫がさなぎを経て成虫になるのと同様な大きな変化を遂げる。性的成熟は身体はもちろん、精神も作り変える。子供の身体や精神を土台として、二階建て部分を付加するように、作り変えるのである。

その場合、精神的にさなぎのままでとどまる人が必ずいる。幼虫のままでとどまる人もいる。そして精神は多面的なものであるから、ある部分はさなぎ、ある部分は幼虫、ある部分は成虫とバラバラな発達を呈する場合もある。

622

確実なデータ

確実なデータをもとにして論を組み立てるべきである。しかし精神医学の場合の確実なデータとは何か、それが実は難しい。客観的な物差しは何なのか、そんなこともいまだに分かっていない。

623

風景構成法の解釈

構造（形式）と内容→ロールとの比較

集団的無意識→

個人的無意識→

意識→

昔の夢分析ハンドブックのようになってはいけない→根拠は何かと問うべきだ。

624

風景構成法

風景構成法→正常児童の発達をまず精密に記録する。そのデータと成人異常所見とを比較検討

する。それはやや科学的である。所見は内容ではなく形式についてである方が有望であると考えられる。ジャクソニズムの応用である。

風景構成法にも、陽性所見と陰性所見が含まれている。その点を深く考えてみることに。

625

分裂病症状の二系列

- ・ 自我障害型→自我障害型幻聴→陽性症状中心型→一部は解体型に移行する。
- ・ 関連の解体→解体型（破瓜型）→陰性症状中心型（このタイプの幻覚妄想は自我障害型とメカニズムが異なる。失われた「世界連関」を妄想で埋める。幻聴は、それ自体妄想と区別できない、感覚要素の希薄なものである？）

これらが別々の疾患系列であると考えられることはできないか？（Crowの提案に関する。）

病理は同一で、場所が異なると考えられないか？（移行型があることから。）

626

風景構成法の陽性所見と陰性所見

風景構成法にも、陽性所見と陰性所見が含まれている。

たとえば、他の構成度は高いのに、人が線画になっている。また、家だけが色を塗られず放っておかれている。この場合にはいったん高度に構成されたものが部分的に解体したものと見なすことができるだろう。

（マイナスのエネルギーが集中している。「最大の関心事であるから、描けない」としたらどうだろうか。）

またたとえば、全体の構成は失われていて、個別の絵になっている場合、人がきちんと書かれていたとする。その場合には「対人的緊張」が問題ではない。「関連」が空白になっているのである。（別の見方をすれば、人に対する特別の関心が失われている異常所見であるとも言えるのではないか？）

627

ジャクソニズム

脳の解体の原則で、解体部分の上位機能が失われ、下位機能の脱抑制が観察されること。症状はこれら二者の混合物となる。概念としてはこれでよいが、実際の解釈は理屈通りにはいかない。

628

風景構成の再獲得

構成が再獲得されれば、世界連関は再獲得されるだろうか？逆の命題、世界連関の再獲得は風景構成の再獲得につながるであろうことは理解できるのだが。実験してみる価値がある。

風景構成の再獲得のトレーニングとしてはどのようなものがよいだろうか？

629

生活で観察される精神機能から推定される風景構成と、実際に描いた風景構成が著しく食い違うことがある。予想外に高く出ると、予想外に低く出るとがある。このあたりも面白い。

630

風景構成法の難点

風景構成法の難点は、絵が上手と下手では所見の意味が違ってくることである。人が線画になったとして、書き慣れていない、または下手であるということなのか、人間に対する態度の何かが反映されているのか、線画という所見だけからははっきりしたことは言えないだろう。この難点を解消する技術が求められる。

631

風景構成法における観察自我

自分で描いた絵を下手だとか、不自然だとか評価することはできる場合も多い。この場合には、描く機能としての風景構成（世界連関）は失われているが、それを観察して評価する部分の風景構成は失われてはいないことになる。

これはまた考えてみれば、体験自我と観察自我の分離を前提とした場合、観察自我は解体されずに保持されている場合も多く、従って、治療も観察自我と共同すること（治療同盟）が有効であると結論できるかも知れない。

632

風景構成法

川が最初だという見解。川を初めにかくのは構成を困難にする意味があり、テストとしての判別度を高める。敏感度が高まる。

しかし一方、再構成を促す目的で考えるならば、山から描いて、構成しやすく誘導した方が効果的ではないかと考えられる。

633

治療的退行

therapeutic regression

＝操作的退行

治療操作としての退行。退行を基礎として転移や抵抗が起こり、それを分析して治療は進行する。外科手術で、メスを入れて病変部を露出させる操作に対応する。退行状態を作り、治療的操作をして、通常人格レベルに戻す。

治療的退行においては観察自我は保持され、一時的で部分的であり、通常生活レベルへの復帰が可能である。

634

アレキシサイミア

alexithymia

a=lack,lexis=word,thymos=emotion

=失感情言語症、失感情言語化症、感情言語化障害、感情表出障害、失感情症、感情表出困難症、感情失読症、自己感情認知障害

感情は起こっているのに、それを認知する作用が失われている。従って、それを表出する作用も失われている状態。これを、認知はされているが表現が妨げられていると考える人もいる。また、認知されているが抑圧されて意識化されず、結局表現できないと考える人もいる。どれがもっとも正確か決める方法はないように思われる。

訳語としても、感情表出の障害として訳すものと、自己感情認知作用の障害として訳すものがある。前者はその理由には言及していない。後者は観察される症状としては結局、感情表出の障害となる。

感情と知性の解離が起こり、何かを述べるときにも適切な感情が乗っていない。言語表出を阻止された感情は身体化されて症状となると考えられる。これが心身症の根本と考えられた時期もあったようだが、現在ではそのようには考えられていない。

635

アレキシサイミア?

感情→認知→表出

障害は認知部分にあるか、表出部分にあるか。見解の差がある。認知はしているが表出はできないという状態ではないように思われる。

636

英語のfreedomの意味の特殊性

ジェフリー・ゴアラの記述をライクロフトが紹介。

第二次大戦後半に言われた四つの自由freedom (言論の自由、宗教の自由、困窮からの自由、恐怖からの自由)は、英語以外の言語では事実上意味をなさない。「~を妨げられない」「~から守られている」という二つの意味を併せもつことができる英語のfreedomに相当する言葉は、他のいかなる言語にも見あたらないからである。

637

Angstとanxietyの差

不安のドイツ語Angstを英訳するときにはanxietyをあてる。しかし両者の意味範囲は一致しない。Angstには苦悩anguish、懸念fear、苦・病いpainの意味が内包されているが、未来期待の含意を伴うことはないようである。anxietyには期待感情の含意がある。楽しい期待を表現するときに用いられる。

primary anxiety といえば、驚愕frightや恐怖terrorを指すのにも用いられる。（ライクロフトの精神分析学辞典より）

「anxiety=Angst+未来期待」であるから、英訳したときに余計な意味が入りこむ余地があるというわけだ。

この点は日本語では混乱はない。「不安」の語には未来期待の意味はない。

638

動名詞と名詞

英語では動名詞で書くところを、ドイツ語では名詞化して扱い、ときに冠詞までついてしまう。抽象名詞を具象化して扱うことは抽象概念の实在性を信じさせる。ドイツ語の特性が、ドイツ人の思考の特性を引き出している。

639

翻訳による変質

精神分析はドイツ語から英語へ翻訳されるときに変質している。?言葉の意味の範囲が違う。?言葉が喚起するものが違う。例：cathexis,Besetzung,備給

640

フロイトはエロスと理性の信奉者。

アードラーは権力powerと自己主張の信奉者。

ユングは神秘論者。

641

自我心理学

自我の成長と自己認識の芽生えに視点をすえた。リビドー発達の段階を自己認識の発現に関係づける。

642

対象関係論

子供は常に対象を求め、対象との不断の関係の中で成長する。

643

フロイトは文章に動詞を与えた。主語と目的語を補足したのが自我心理学と対象関係論である。

本能と性的快感から、自我と対象関係へ。

（ライクロフト）

644

精神分析学派はひとつではない。従って、意味の分化も生じる。

645

一次過程と二次過程

primary process and secondary process

一次過程は無意識の心的活動の特徴をなし、夢において具体的な姿をとる。二次過程は意識的な思考の特徴をなし、思考において具体的な姿をとる。

一次過程は現実への適応が低いので、抑圧される。イドは一次過程に従い、自我は二次過程に従う。

646

一次利得と二次利得

primary gain and secondary gain

症状の一次利得は疾病内利得(paranosic gain)であり、不安と葛藤からの解放を症状がもたらすことである。二次利得は疾病外利得(epinosic gain)であり、他人に優しくされたり、他人に何かさせることによる実際の利益を症状がもたらすことである。

647

アナクリティックな

anaclitic

= 依託的な

対象選択には自己愛的対象選択と依託的对象選択の二型がある。自己愛的対象選択は人が自分自身との何らかの現実的ないし想像上の類似に基づいて対象を選択することであり、依託的对象選択とは自分とは似ていない人に対する幼児期の依存類型に基づいて対象を選択すること。

異性愛は依託的、同性愛は自己愛的である。

648

依託的抑うつ

anaclitic depression

幼児が母親から引き離されたときに生じる抑うつ。幼児がまだ客観的に母親に依存している年齢に起こるとき、依託的という。

649

リビドー発達の図式

口唇期、肛門期、男根期、エディプス期

前エディプス期、エディプス期

ナルシシズム的、対象愛

口唇期を口唇吸愛期と口唇咬愛期に分ける場合もある。

肛門期を肛門排出期と肛門貯留期に分ける場合もある。

650

固着

リビドー発達の各段階で十分に発達しなかった場合に、その地点（固着点）にエネルギーを注ぎ続けることになることを指す。退行すると固着点にまで退行する。

651

デイケア方針

社会

↓? ↑? rest

中間施設

↑? ?act

病院

矢印が今どちらを向いているかによって異なる対応になる。

662

カウンセリング

?治療構造 →社会の内在化。人格の外的成熟。社会化。

?専門知識 →悩みの解決。（薬、対処法など）

?人格（自己一致）→人格の内的成熟。深化。

663

ストレス・ドーパミン・薬仮説→グラフ参照

Sの人は対応範囲が狭い。→狭いのは治らない。（根本病理?）→?狭いながらどこにセットするか。?薬でどの傾きにするか。

対人距離が柔軟でないのに似ている。（遠すぎるか、近すぎる）

664

知覚の能動性と離人症

知覚や感覚に能動性があるものなのかどうか。

たとえばコウモリが超音波を発信して、その反射を受け取り、世界を認識する。人間の知覚の中にもそのような働きがないか。

図と地を区別する働きは脳の中にある。写真にとっても、図と地は区別されるわけではない。ゲシュタルトとしての認識は脳の中にある。

フィルター仮説と同じ。どの情報を拾い上げるか。カクテルパーティ効果。

ものを見るときに、眼球は動き続けている。

眼球でなくても、脳は動き続けている。(たとえば自分の位置を計算し続けていて、[ボール](#)の動きを引き算で割り出している。)

それだけではない。大切なのは世界についての図式を脳が供給していることである。目に見える像に脳はそれらを付与している。

そのようにして[意味](#)を読みとっている。

たいていは差を読みとっている。

とすれば、知覚の能動性が失われるという事態も考えられる。それを[離人症](#)と呼ぶ。

世界についての図式が失われるのが、[破瓜型分裂病](#)である。

[患者](#)：「机も封筒の同じ質感に見えるんです。」「経験があるから、机はこんな感じ、封筒の質感はこんな感じと頭で考えている。」

→このような言い方からは、共通感覚の病理という考え方も分からないではない。

→頭で考えて付与しているものがここでは意識されている。意識されればこのようになるだけで、普段は意識せずに頭で考えて付与しているのだ。

妙な話だが、「頭で考えて付与する」ところに能動性が見えている。

それにしてもなぜ、実感が生じるのか。なぜ失われるのか。それが問いかけられていない。それこそが[重要](#)である。

665

[神経症](#)の二段階説

?器質因が準備される。

?内容となる葛藤が準備される。→[精神分析](#)などで明らかになる。夢で露呈する。

?がなければ、症状は形成されない。

容れ物と内容である。

[カタルシス](#)は?を吐き出すことだ。空になれば症状は消える。しかし本当の[意味](#)で[病気](#)であるのは?である。

?の特性の一部は性格として表現されている。

[神経症](#)を[不安障害](#)と言い換えてよいだろうか?

666

夢の[意味](#)

検閲は緩くなり、[無意識](#)と意識の双方の事情を把握しやすくなる。

ときに夢は[カタルシス](#)効果を発揮する。

667

[患者](#)に欠けているもの

「外枠」が欠けている場合がある。→[治療](#)構造を意識した[治療](#)が有効である。

668

[摂食障害](#)と口唇期

口唇期と肛門期の両方の要素が出ている。一方、[男根](#)期とエディプス期の要素には乏しい。

669

固着

心的[エネルギー](#)（[リビドー](#)のこと）があることに固着してしまい、その結果、その[エネルギー](#)は発達に用いることができなくなる状態を指す。

670

[心因性精神病](#)

psychogenic psychosis

心因反応psychogene Reaktion、反応[精神病](#)reactive psychosisと同じ。原因は[心因性](#)、症状は[精神病](#)レベルの[もの](#)。

671

原始反応

激しい心理的ショックに遭遇して腰が抜ける（[脱力](#)）、失禁などが起こったり、全く動けなくなったりする。死んだふりに近い。

672

拘禁反応

拘禁中の[受刑者](#)に見られる[精神病](#)状態。[的外れ](#)応答や偽[痴呆](#)がみられるのはガンザー[症候群](#)（Ganser's syndrome）と呼ぶ。

673

感応[精神病](#)

=二人組[精神病](#)（folie a' deux）

二人のうち、一方が[精神病](#)で、他方は[精神病](#)ではないのに同じ妄想を持つ場合をいう。母子や姉妹の場合などで見られる。両者を引き離すと、[精神病](#)はそのまま[である](#)のに対して、影響された側は[精神病](#)状態から脱する。

暗示は現実検討能力をも[麻痺](#)させてしまう。これが人と人との間に働く[不思議な力](#)[である](#)。

674

祈祷性[精神病](#)

[加持祈祷](#)の際や[宗教](#)儀式において、憑依状態やさせられ体験が起こること。儀式が終われば時間とともに治癒する。強い暗示の場で起こる。暗示が[自我](#)機能や現実検討能力を[麻痺](#)させる。

675

難聴者の迫害妄想

現実に反しているが、状況に照らしてみれば、了解可能である例である。幻聴と強い不安を伴うことがある。中年以降に多くなる。

676

海外渡航者の急性妄想反応

現実に反しているが、状況に照らしてみれば、了解可能である例である。移民、捕虜、留学生などで生じる。環境を変えて治るのが原則である。治らない場合には、潜在していた分裂病が顕在化したと解釈する。

677

敏感関係妄想

クレッチマー（Kretschmer）の提唱したもので、心因性の妄想であるとされる。発生的に了解可能であることが意義深い。

クレッチマーの三徴候を特徴とする。?敏感性格。?逃れられない困難な状況。?たいていは屈辱的な「鍵体験」。

敏感性格は次の二極で特徴づけられる。?弱力性（無力性）……内気、控え目、繊細、傷つきやすい。?精力性（強力性）……名誉を重んじる、負けず嫌い、疑り深い、頑張り屋。

678

反応性うつ病

心因性（環境因性。深層心理まで考えなくても、状況を時間を追って聞いていけば充分納得できる。幼児体験に原因しているなどの深層心理的な問題ではない。）の、精神病レベルのうつ状態。しかし心因性の神経症レベルのうつ状態を指すこともある。その場合には病態レベルを特に考慮せず、原因が心因性（環境因性）であることだけを強調することになる。配偶者と死別するなどの喪失体験に引き続く場合が典型的である。

679

病態水準

「現実と非現実の区別」および「自己と非自己の区別」が保たれているとき、神経症レベル。崩れているとき精神病レベル。現実検討と自我境界。（これは同一のものなのだろうか？同一でないなら、なぜ二つを並べるのだろうか？）

自己は空想の領域である。非自己は現実の領域である。

自己の内部で生成する空想を現実と照合して現実に適合しない場合には棄却する。訂正は実際にはなく、別の空想を照合するだけである。

結局照合作用が失われると現実と非現実の区別ができなくなる。

自己と非自己の区別。典型的には幻聴。声が他者に属すると感じる点が**病気である**。これに関しては時間遅延で説明できる。本質的にはさせられ体験と同等**である**。自分の思考の能動性が失われ、他動的になる。そのことを他者所属と錯覚する。

自己の一部が他者に属するのは、こうしたことで説明できる。

逆に他者が自己に属するのはどのようにして説明できるか？

自我漏洩はどうか？

影響体験はさせられ**である**から、時間遅延でよい。

680

心身症

psychosomatic disease(PSD)

広くは原因と**治療**に心理的因子が**重要である病気**。限定すれば、**心因性**で自律神経支配器官に症状が現れる**病気**。

	原因	症状	治療
狭い	心因	自律神経支配器官に器質性変化	心理的配慮が不可欠
広い	心理因子が 重要	身体症状全般	心理に配慮

681

心身症の原因

?**ヒステリー**の転換機制は体性神経を中心とするもの**である**が、自律神経に転換機制が及んだ場合**である**。

?衝動欲求が阻止されると、持続的緊張状態となり、自律**神経系**の症状となる。

682

Crow1980の**サブタイプ**論。

?妄想型.....照合棄却機能の障害。内部空想、一次過程の突出。

破瓜型.....?と?の混合。

?単純型.....空想産出機能の障害。一次過程の消失。

?を繰り返していると?が混在し、最終的に?になっていくことがある。

?から?にはならない。

しかしそれでは**ドーパミン**は何をしているのか？

683

分裂病は人格全体を侵す何か**である**と書かれている。このような印象を与えるものが、脳の一部の障害**である**だろうか？→無論可能であろう。そのような印象を引き起こす「部分」があるのだ

。

684

しつけ

力関係

超自我は「社会というピラミッド構造の内在化の一部」として考えられるかも知れない。

チンパンジーの社会性機能

自閉症児の社会性機能.....ボスは誰か。状況を読む力。

なぜその人をボスだと思うのか。生物学的な刻印があるはずだ。たとえばフェロモンのような。

685

人間関係のフェロモン

それを読みとることのできない人たちがいる。

それを分泌することができない人たちがいる。

人間の場合には、フェロモンという物質ではなく、表情や態度やその他、物質ではなく「情報」化されたものではないだろうか。それを読みとることができない、または発信できない、そのようなタイプの障害が考えられる。

そこをとらえて、プレコックス感と名付けているのではないか。

実体は何かと言われるとそれ以上の考えはないのだけれど。

単なる情報処理機構の全般的欠損ではなく、「人間関係フェロモンにあたる情報」の受信と発信の障害。

686

精神分裂症と精神分裂病

複数の疾患を症状の共通性でまとめて呼ぶときには精神分裂症と呼ぶ。そうではなくて、分裂病はひとつだという考えのときには精神分裂病と呼ぶ。

精神分裂病についてはその成因について種々の議論がある。病像や経過を検討してみて、一種類の病気ではなく複数の病気をまとめて分裂病と呼んでいる可能性が高いと考えられている。そもそも分裂病の呼び名を与えたブローラーは、それまで破瓜病、妄想病、緊張病とそれぞれ呼ばれていたものを共通の病気としてまとめて分裂病と呼んだのである。現在は再び別々の疾患として考えるべきだとの考えも提出されている。

症状としては似ているが、疾患単位としては複数のものが含まれているということを明示するためには精神分裂症と呼ぶのがよい。

687

否定妄想

de'lire de negation

自分の身体（の一部）の死滅、非存在を主張する。

688

微少妄想

Kleinheitswahn

誇大妄想の逆で、[うつ病](#)で見られる。罪責妄想、[貧困妄想](#)、心気妄想の三者を指す。これらの妄想は人に迷惑をかける、金がない、[病気](#)になるといった世俗的な関心の延長にあり、[うつ病](#)者の性格特性をよく反映している。分裂病者の場合には世俗的というよりは超越的といわれる。

689

日内変動

diurnal (mood) [swing](#)

内因性[うつ病](#)の精神症状が、[典型的](#)には朝方に重く夕方から夜にかけて軽快すること。非典型例では逆のこともある。会社での[ストレス](#)が原因というような反応性[うつ状態](#)の場合には、夕方にかけて症状が悪化する[パターン](#)を示すことが多い。

日内変動の知見や、[睡眠リズム](#)障害、また日照時間短縮と関連して起こる[うつ状態](#)などから見て、生体[リズム](#)と[うつ状態](#)の関連を重視する考え方もある。

690

生体[リズム](#) →参考文献どこかにあり

biological rhythm

人間は二種の内部[時計](#)を持ち（X、Y）、自然環境[リズム](#)と社会環境[リズム](#)とで調整しながら生きている。Xは深部体温周期などを支配する強振動体、Yは視交叉上核にあり[セロトニン](#)などの[リズム](#)を支配する弱振動体である。自然環境[リズム](#)は、[一年](#)の季節の周期、月の周期、一日の夜昼の周期などがある。[社会環境リズム](#)としては、夜勤、交代制勤務、[時差ボケ](#)などがある。これらの関わり合いから人間のさまざまな[リズム](#)が決定されている。[うつ病](#)で生体[リズム](#)の障害が[研究](#)されている。[抗うつ剤](#)は[サーカディアンリズム](#)（概日周期）を延長させるのに役立つ。なかでも[睡眠リズム](#)は[もっとも](#)大切な生体[リズム](#)である。快適な[睡眠](#)はさまざまな要素が総合されてはじめて実現するものであり、[睡眠障害](#)は脳内の[リズム](#)の障害を敏感に反映する指標である。日常臨床ではこのような意味でも[睡眠](#)状態の把握が大切になる。

時間薬物療法は血圧変動や[ホルモン](#)変動の[パターン](#)をつかみ、その上で合理的な薬物投与のタイミングを考えるものであり有用である。

691

仮面[うつ病](#)

masked depression

内科などに[受診](#)して、身体症状だけが前面に見えて、精神症状は目立たないタイプの[うつ病](#)。身体症状が精神症状を[マスク](#)しているという意味である。[抑うつ](#)なき[うつ病](#)ともいう。[病前性格](#)、

経過の特徴（相性出現）、日内変動、[抗うつ剤](#)への反応などを総合して診断される。身体症状を訴えるものでも、[心身症](#)は[ストレス](#)性障害であり、仮面[うつ病](#)は内因性[うつ病](#)の[ひとつ](#)のタイプと考えられる。

692

概して、

循環気質.....若年両極性[うつ病](#)

執着性格.....中年単極性[うつ病](#)

693

状況因

Situagenie

厳密には心因とは言えないが、[うつ病](#)の発病に先立ち特徴的な心理的出来事・配置が見られるとき、状況因として記述する。

たとえば笠原によれば、

1転勤（昇進もふくむ）

2子女の[結婚](#)、婚約、遊学

3[家族](#)成員の移動（死亡、別居、誕生など）

4生命にかかわらない程度の身体疾患

5負担の急増、急減

6[出産](#)

7転居、改築、留学、帰朝など居住地の移動や改変

8愛着する物事や地位、[財産](#)の喪失

悲しいことで心理的に了解可能であれば心因の可能性があるが、昇進や転居は希望がかなって喜ばしいこともあるので、通常の[意味](#)での[心因性](#)とは言えない。しかし昇進や転居に際して新しい「秩序」の確立が求められ、そのことが大きな負担となる場合があると考えられる。執着気質の場合には古い秩序を捨て、新しい秩序を確立することは一大事業である。

694

[うつ病](#)の原因となる可能性のある身体病

診察に際しては以下の身体疾病の可能性を除外して後に、内因性または[心因性](#)の[うつ病](#)の可能性を考える。

全身[感染症](#)（[感冒](#)から脳炎まで）

[甲状腺](#)機能亢進症・低下症

副腎皮質機能亢進症・低下症

[膵臓](#)機能障害

[代謝](#)性疾患（ペラグラなど）

中脳・間脳の異常

[脳腫瘍](#)・[脳血管障害](#)・脳変性疾患

産褥[精神病](#)

術後[精神病](#)（外科手術のあと）

薬剤性（[ステロイド](#)など）

695

[うつ病](#)等価体

[depressive equivalents](#)

[うつ病](#)者の既往症の中で、[胃潰瘍](#)、十二指腸潰瘍、不眠、易疲労感などが見られたとき、それらを[うつ病](#)の症状と推定してよい場合があり、[うつ病](#)等価症状という。詳細な聞き取りが必要であるし、それでも病院で検査でもしていなければ確実なことは言えないのはもちろんであり、過去のことであるから不確実な推定にとどまる。しかし病相を繰り返す[うつ病](#)の診断に役立つことがある。

696

[慢性疲労症候群](#)

全身のだるさが六ヶ月以上も続く原因不明の**病気**。[アメリカ](#)では五百万人以上との数字もある。

診断された約七、八割は女性である。[仕事](#)などに頑張るタイプに多いとされる。

?安静にしているだけでは良くならない疲労が六ヶ月以上続いている。

?[糖尿病](#)、腎臓病、肝臓病、貧血、低血圧、[甲状腺機能低下症](#)、[更年期障害](#)、[自律神経失調症](#)、[うつ病](#)、癌、[膠原病](#)などの**病気**によるものではない。

この二点を確認したうえで、次のチェックをする。

?37.5～38.6度の発熱

?ノドの痛み

?[リンパ節](#)の腫れと痛み

?全身の筋力低下

?[筋肉痛](#)ないし**不快感**

?運動後の疲労感が**いつまでも**残る

?慢性の**頭痛**

?腫れや発赤のない関節痛

?健忘、興奮、思考力低下、[集中力](#)低下などの精神症状

?不眠もしくは過眠などの**睡眠障害**

このなかで八つ以上に該当していたら、可能性が高い。

[治療](#)は消炎鎮痛剤と心理療法。[怠け病](#)と見なされて**社会的**信用を失うことがないように配慮する。

697

遷延性うつ病

prolonged depression

内因性うつ病が遷延した経過を辿るもので、原因として性格障害、[家族](#)の配置（たとえば優しすぎる[配偶者](#)）、薬物などもあげられるが、主として内因性うつ病から[心因性うつ状態](#)への交替が考えられている。

内因性うつ状態から治癒に向かうに際して、元来の執着気質または循環気質が失われている場合があり、[神経症](#)状態になる。[治療](#)は性格を執着気質または循環気質へ再建することが大切である。

698

うつ病の小精神療法

笠原のすすめるもので、以下の内容である。

?うつ病という「[病気](#)」であることを本人・[家族](#)と確認しあう。気持ちがたるんでいるせいではない。

?休息をとらせること。一、二ヶ月の間[仕事](#)を休むのが望ましい。病初期に頑張らせてはいけない。

?薬を必ず飲んでいただく。そのために薬がよく効くこと、作用・[副作用](#)について十分説明する。薬を早くやめる人がしばしばいるので注意する。

?完治には3~6ヶ月程度かかることを告げる。

?[治療](#)中の一進一退はほとんどの人にある。途中で逆戻りしても悲観しないように伝える。[三寒四温](#)である。

?[自殺](#)しないことを約束していただく。

?[治療](#)が終わるまでは人生の大決断はしないでいただく。たとえば退職・退学や[離婚](#)。

699

うつ状態の患者さんへ

?うつ状態は、がんばりすぎた後に、「[ちょっと](#)休息をください」と心と体が要求している状態です。専門的には、脳の[神経伝達物質](#)に軽度の異常が起こるのだろうと推定されています。

寒いところにいれば[風邪](#)をひくように、[ストレス](#)を受けながらがんばりすぎた後に、うつ状態になります。[風邪](#)もうつ状態もどちらも[病気](#)で、休息が必要です。

?[病気](#)ですから、気合いを入れても良くなるものではありません。逆にがんばればそれだけ心の[エネルギー](#)を使い果たすことになります。気持ちがたるんでいるからうつ状態になったのではなく、うつ状態になったから元気が出ないのです。必要なのは休息です。

?休息をとっていてもうつ状態はつらいものです。薬でそのつらさをやわらげましょう。薬が本格的に効き始めるまで、約二週間待つて下さい。その後はとても楽になります。いろいろな薬があり、作用も[副作用](#)も違いますから、そのつど説明します。のみ合わせの心配などにもお答えします。疑問点は遠慮なくおたずね下さい。約六ヶ月のあいだ薬を使います。その後は薬は使いま

せん。

?完全に治り、もとの生活に戻るまでには三ヶ月から六ヶ月と考えて下さい。[仕事](#)はできれば一、二ヶ月程度は休むのがよいようです。診断書を提出して休みましょう。職場復帰にあたっては、[仕事](#)内容、職場、時間などの調整をします。たとえば半日勤務で開始することなどを会社に要請することもあります。

?数カ月の間には軽い波があるのが普通です。途中で少し悪くなっても悲観しないことです。全体としてよい方向に向かっているのだから[大丈夫](#)だと考えましょう。

?命には別状はありません。[後遺症](#)もありません。遺伝もしません。ただ、[自殺](#)が心配です。[自殺](#)しないと約束しましょう。

?[治療](#)が終わるまで、[仕事](#)、[学校](#)、家庭での大きな決断はしないようにしましょう。退職、退学、[離婚](#)などの必要はありません。[休職](#)や休学でよいのです。体調が万全になってから、その先のことを考えましょう。いまは悲観的な考えしかわいてきません。

?ご[家族](#)の方にも[病気](#)の説明をします。休養中に気分よく過ごせるように、ご[家族](#)に協力していただきます。

?[治療](#)が終わるまで、[アルコール](#)はがまんしましょう。

?休養中に居場所がないのが悩みとなります。自宅、[図書館](#)、[喫茶店](#)、[公園](#)などで時間を過ごすこととなりますが、[デイケア](#)の利用が有効です。[病気](#)について理解を深めながら、この機会に人生を深めましょう。

700

[うつ状態](#)の患者さんのご家族の方へ

?[対応](#)の仕方

脳の中で何かが起こっている[病気](#)です。「[怠け病](#)」や「[気持ちの持ちよう](#)」ではないので、ご本人を責めないで下さい。また、励ましの言葉や外に連れ出すことに対しても、患者さんは期待にこたえようと気をつかい、体力も消耗します。とにかく[ゆっくり](#)休ませて下さい。飲みに連れていったりする人もいますが、今の時期には[お勧め](#)できません。

心が[風邪](#)をひいたと考えてください。十分な休養が一番の[治療](#)です。[風邪](#)をひいた人は無理をしないで寝ているのが一番です。それが本人の自己治癒力をひきだすのです。[うつ状態](#)も同じです。

?[自殺](#)

命に別状はありませんし、[後遺症](#)もありません。ただ、[自殺](#)は心配です。ご家族の方は十分に気を配ってあげてください。できれば一人にしないことです。

?職場や[学校](#)

三ヶ月から六ヶ月ですっかり元にもどります。必要に応じて診断書を提出して[休職](#)や休学もできます。しかしときに患者さんは退職、退学、[離婚](#)、[財産](#)処分などを急ぐことがあります。大きな決断をしようとしていたら、「まず元気になって、[それから](#)よく相談しても遅くない」と説得しましょう。

事情を知らない人が、上のような決断について文面通りに受け取ってしまうことがあるかも知れませんので、ご家族の方が支援してあげてください。

701

[ストレス脆弱性モデル](#)

[ストレス](#)に対する反応が幻覚妄想状態である場合。これが[ヒステリーである](#)場合もある。[うつ状態である](#)場合もある。

[ストレス](#)に対する反応が[ドーパミン](#)過剰であり、それが幻覚妄想状態になる。→傾きの[理論](#)でよい。

傾きの[理論](#).....処理しきれない部分が幻覚妄想になる

空想産生[機能障害](#)（単純型）と照合・棄却[機能障害](#)（妄想型）

時間遅延[理論](#).....[自我](#)障害

これらの関連。整合性。

さらに集団機能。[プレコックス感](#)。

702

[うつ状態](#)を[精神病](#)型と[神経症](#)型に（つまり病態レベルで）分類すべきだろうか？[意味](#)があるか？

微少妄想は[意味](#)があるか？

このあたりすっきり整理できないか？

703

[てんかん](#)性格。

[棟方志功](#)の爆発性。[躁状態](#)と[てんかん](#)の爆発性・陽気さとの違い。棟方が[ねぶた](#)で踊っている様子。[祭り](#)のさなかの爆発性と[躁状態](#)の違い。イントラ・[フェストウム](#)。

704

十一月になって患者さんたちが調子が上がってきた。なぜか？夏が終わり、秋も深まった頃。収穫、冬眠など関係があるか？

705

[ラピッドサイクラー](#)

rapid cycler

両極性[うつ病](#)または単極性[うつ病](#)で、躁病相または[うつ病](#)相を年に四回以上繰り返すものをいう。病相が頻発する理由は不明である。臨床的観察としては、女性に多い、[甲状腺機能低下症](#)が関連している場合がある、[リチウム](#)に反応しにくいなどがあげられる。経過が長期になるほど再発頻度は高くなる印象がある。[甲状腺](#)障害があれば[リチウム](#)は使いにくいなど、薬剤調整は難しい。[甲状腺ホルモン](#)を調整するに際しては、内科的な調整レベルである80~100%ではなくて、100~140%のレベルをすすめている論文もあるが、循環器などの状態も勘案する必要がある。

アイデンティティ

identity, self identity

=同一性、自己同一性

心理的・社会的自己定義。自分が何者であるか、何に属し、社会の中でどんな役割を担っているか、などについての自覚。家族アイデンティティといえ、自分はどんな家族の一員であるかということについての意識と、そのような者として他人や社会にどのようにかかわるかについての意識。職業アイデンティティといえ、自分はどんな職業の人間であるかを意識し、さらにそのような役割の者として社会にかかわろうとする意識。性アイデンティティといえ、自分がどの性に属する人間であると考えているか、それによってどのように振る舞うのが適切かということ。

こうした個々のアイデンティティを自己 (self) として統合して考えるのが自己同一性である。たとえば、自己同一性=鈴木一郎の子供+鈴木和子の夫+バツハが好き+一級建築家+ボランティアア団体副代表+元ボート部+.....。

亡命や国際結婚でこれまで抱いていた自己同一性を捨て、新しい自己同一性を獲得する必要に迫られることがある。これを同一性危機 (identity crisis) という。子供から大人になるとき、実家から婚家に嫁ぐとき、退職して別の身分になるときなどにはややマイルドな形で起こっている。

昭和20年を境とした社会の変化は多くの人に同一性危機を強いたようである。昭和一桁後半から十年代生まれの人々が中年になってから自殺する例が数多いと報告された。敗戦に伴い価値観の大きな変化にさらされ、自己同一性危機を経験し、それに対して執着性格形成によって適応しようとし、中年に至ってうつ病を発症、その一部が自殺したとの解釈が提出されている。

自己同一性を明確に自己決定できないために社会参加が滞る場合には同一性拡散 (identity diffusion) と呼ぶ。この心理的・社会的自己定義の不能は現代青年を理解する鍵であるとエリクソンが提案した。自己同一性の自己決定を延期している期間をモラトリアム (猶予期間) という。

自殺

警視庁によれば1995年の自殺者総数は2万2445人である。ここ数年2万2000人台である。年齢別では65歳以上の老年者の割合が多く、全体の25.4%を占めている。老年者の自殺率の高いことは先進諸国に共通している。従来日本の特徴とされてきた青年期の自殺の多発は最近はそれほどでもなく、他の年代との差は出ていない。自殺統計の数字はいろいろな都合で実数が反映されていないことがあると考えられる。

二重見当識

double orientation

妄想と客観的現実が矛盾しているにもかかわらず、分裂病者の内部で両立している事態を指す。たとえば、「自分は国連事務総長でとても忙しい」という妄想と、「自分は病棟で火曜日の××当番だ」という客観的現実が両立している。二重記帳 (double booking) ともいう。

709

ダブルデプレッション

double depression

DSM分類で大うつ病エピソードと気分変調性障害と両方に該当するものを指す。ただし、DSM分類では「両方の診断が与えられる」と注にあり、ダブルデプレッションの言葉は使わない。二年以上続く慢性の抑うつ状態の上に、うつ病相が出現した場合である。気分変調性障害とうつ病は疾患としては別のものと考えられるが、ダブルデプレッションではそれらが同時に現れることで興味を持たれている。

710

自閉

autism

現実との生き生きとした接触を失った状態。自分の内面的主観的世界が外的客観的現実には優先している状態。現実への関心が失われた状態。現実からの遊離。精神分裂病の客観症状のひとつ。

711

無為

abulia

分裂病で現れる自発性の減退。

712

分裂病者の思考

ユングは「精神分裂病者は目覚めながら夢を見る人だ」といった。正常人も夢の中で分裂病の思考様式をもつことがある。前論理的思考、音韻連合。連想弛緩、支離滅裂。

713

ブロイラーの4A

ブロイラーは分裂病の基本症状として以下の4Aを重視した。陰性症状が分裂病の根本的な障害であるとする見解である。

Autism : 自閉

Ambivalence : 両価性

disturbance of Affect : 感情の障害 (平板化、無関心、不安定など)

loosening of Association : 連想弛緩

強迫

- ・本当はやりたくないという意識はある。しかし何かに強制されてやらざるを得ない。→意志のレベルで、「誰の意志」なのか。他人がそう「強制」する。それを「自分の意志でやらざるを得ない」。
 - ・自分にそう強いるものは何なのか？→他者の意志であろう。他者が現れていなくても、「自分の意志ではない」、それははっきりしている。
 - ・決意については自分の意志ではない。むしろ自分はそれをやめたい。しかしやめられない。
 - ・「しかしやめられない」というとき、[レトリック](#)ではないかどうか、吟味する。
 - ・「やってしまうのも自分」かつ「やめたいと思うのも自分」。
 - ・実行者は自分である。いやいやではあるが自分がやっている。行為の所属は自分。
 - ・意志決定者は自分ではないような、少なくとも薄まっている。[自我](#)異質的な部分で決定され、その決定が押しつけられているような。考えが浮かぶ、[イメージ](#)が浮かぶ点では自生的である。
 - ・自生体験は自生的であるが[自我](#)異質性がない。自動性である。能動性だけ自動性に傾いている。
 - ・能動・自動・被動・他動の系列と、[自我](#)親和・[自我](#)異和の系列で考えればよい。
- 自分がしている。

[勝手に](#).....している。

.....される。（他者の存在は前提されていない。）

.....に.....される。（他者の存在が前提されている。）

[自我](#)親和的思考・行動・感情→[自我](#)親和的motor

離人は？ 能動性を失った感覚体験 sense

[自我](#)親和 [自我](#)異和

能動 1 通常行動

自動 2 自生体験 3 強迫体験

被動 4 強迫体験

他動 5 させられ体験

1→5に向かう。自動の部分だけは境界領域である。

[自我](#)障害なかでも能動性障害の分類。→時間遅延理論で説明できる範囲。感覚の能動性は[離人症](#)になる。

破瓜型

hebephrenic type

分裂病の[ひとつ](#)の型。思考障害と感情の平板化が特徴である。妄想型ほど妄想の体系化は見られず、むしろ[断片化](#)が特徴である。[ゆっくり](#)と始まり慢性に進行する場合が多いといわれる。[解](#)

[体型](#)（disorganized type）ともいう。

716

緊張型

catatonic type

緊張病性興奮や緊張病性[昏迷](#)が特徴である。運動面での症状が特徴で、理由もなく無目的に衝動的な動作が生じたり、逆に動きが極端に少なくなったりする。混迷状態のときにも、周囲の状況についてはよく把握していることが多い。最近はあまり見られない。なぜ少なくなったかは不明である。

717

妄想型

paranoid type

幻覚妄想状態が主体である。感情障害や自閉性は目立たないことも多く、[社会生活](#)はそれなりに保たれていることが多い。破瓜型よりは発病は遅く、人格は保持されることも多い。

718

単純型

simple type

目立った症状が少なく、極めて[ゆっくり](#)と現実から遊離し、他者との交わりがなくなる。性格障害と区別しにくい。[陰性症状](#)純粋型である。

719

残遺型

residual type

＝欠陥治癒型、分裂病性欠陥状態

分裂病は[シュープ](#)を繰り返すごとに感情平板化、連想弛緩、自閉などが進行し[固定化](#)する。[シュープ](#)状態ではないが、元の水準での精神活動は失われている状態である。人格水準低下状態ともいう。

720

分裂病の[晩年寛解](#)

remission

分裂病の一部は人生の[晩年](#)に至れば病勢も衰えて、[寛解](#)状態となることを指す。

721

[パラノイア](#)

[paranoia](#)

=妄想症

人格は保持され、連想弛緩も感情平板化もなく、妄想だけが問題となる病的状態である。妄想は体系的で持続的、治療に抵抗する。意味の変遷としても複雑な歴史をもった語であるが、現在はこのような限定した意味に用いている。妄想という不思議な現象が純粋な形で結晶している点で興味深い。内沼にパラノイア中核論がある。

722

境界型精神分裂病

borderline schizophrenia

=偽神経症性精神分裂病

pseudoneurotic schizophrenia

神経症症状で来院し、精神分析療法を施すと精神病症状を呈するに至るもの。一部分は潜在的精神分裂病であると解釈すべき例であり、前景には神経症症状があり、背景には分裂病がある。分析療法などで一次過程（無意識過程）を賦活すると、本来の分裂病症状が出現する。

また一部分は境界型性格障害と解釈すべき例である。

723

接枝分裂病

graft schizophrenia

精神発達遅滞を基盤として精神分裂病状態となった場合をいう。

724

[パラノイア](#)（純粋妄想症状）

妄想型分裂病

破瓜型分裂病

単純型分裂病（純粋陰性症状）

725

顕微鏡で組織標本をのぞいたとき、はじめは分からない。形がくっきり見えない。勉強すると頭の中に図式ができて、突然くっきり見えるようになる。これがゲシュタルト。

視覚以外でも言える。パターン認識。

精神症状も勉強するとある時くっきりと見えてくる。症例報告を読んで、頭の中でくっきりピントが合う。

726

なぜ妄想型が中年になってから多くなるのか？

説明？

妄想産出力は弱まるだろう。照合・棄却のチェック能力は強くなるだろう。両者の兼ね合いの問題であるが？

727

時間遅延理論で、内部情報情報が外部情報情報よりも早いから、情報の照合と棄却が起こる。遅れると一次過程は訂正されずそのまま出てゆく。そこで幻覚妄想が成立する。

728

時間遅延→自己モニタリング・照合・棄却ができない→他者推定ができない→集団機能の異常

729

モニタリングについて

?行動はずれていない。モニタリングができない。→外面的な行動は崩れていない。自己モニタリングができないので、他者について推定ができない。集団機能が失われる。→分裂病型

?行動そのものがずれている。自己モニタリングもできないので、行動訂正ができない。→性格障害型・分裂病型・境界型人格障害

?行動がずれている。自己モニタリングもできる。しかし内部情報情報がずれていて、訂正の必要を感じていない。(利益の階層がずれている。利益の天秤がずれている。)→典型的な性格障害。あるいは偏った性格。

730

若年者=妄想産出力(大)+チェック能力(小)→恋愛、青春の冒険

731

病理が表現されるとき、行動化する場合と、内面化される場合と。分けているのは何か？

732

若年の場合→産出力低下したら→破瓜型(単純型)・純粋陰性症状

中年の場合→チェック能力低下したら→妄想型(パラノイア)・純粋陽性(妄想)症状

晩年寛解とは何か？産出力低下と関係するか？

733

シュープ

病勢増悪

734

絵画において、
描くときのゲシュタルト喪失と
見るときのゲシュタルト喪失が
別々ではないかとの疑い。
このことを掘り下げられないか？

735

年をとるごとにREM期がだんだん減る。→妄想産生力と比例する。

736

妄想産生力=空想力、想像力、創造力、夢見る力

チェック力=照合・棄却能力

妄想産生力 チェック力 状態

大 大 ?多産的だが現実的・創造的・夢を見ながら現実的

小 大 抑圧強い・単純型分裂病

大 小?一次過程の突出・妄想型・子供時代

小 小 破瓜型

年をとるにつれて、妄想産生力は減少、チェック力は増大

総合すると、年をとるにつれて、?から?に向かう。

薬は妄想産生力を減少させる。

737

736の図

738

絵画のH型とP型の対比。

739

プレコックス感

臭さは日本語で、オランダ語は色彩と言う。これは日本人の特性ではないかと言っているが、むしろ日本語の特性である。心が先で言葉が後というだけではない。言葉が偶然選ばれて、それを習慣として受け入れていることが多いのではないか。

740

離人感は動いているはずである。感覚は「差異」をとらえるのである。離人も長く続いて固定していれば、違和感もなくなるはずである。従って、苦しいからには揺れ動いているはずである。離人症の場合に「物体が目飛び込んでくる」「ものが急に大きく見える」などと訴えるこ

とがある。このように揺れ動いているはずではないか？

揺れていることが分からないのは何か理由があるのではないか？

741

医者だけが分かるサインが大切。

内科医でも外科医でも、医者だけが分かる専門知識がある。レントゲン、特殊検査。また聴診でも打診でもそうだ。患者にも分かるというものではない。

ところが精神科の場合にはそういったもの（患者を有無を言わずに納得させるもの）が欠けている。問診は患者の言葉に頼る。眠れない、落ち着かない、……患者の言葉に頼る限り、全部患者が情報をコントロールできる。医者にだけ分かる秘密がない。

その場合、たとえば絵画などが利用できそうである。しかし患者が「それで何が分かるんですか、どんな風に判定するんですか？」などと尋ねる。レントゲンのような分かりにくさがない。医者にだけ分かるサインが内科には沢山あるのに、精神科には少ないように思う。そして精神科にも医者にだけ分かるもの、それは医者にだけ分かるものだと患者にも納得できるものが必要だと思ふ。

742

Mセルと免疫、適応状態、

Aセルは固い殻を作る蟹のようなもの。現状を維持しようとする→現在の適応はよい。変化の必要を認めない。

執着器質は固い殻をかぶっているようなもの→しかしだからこそ機敏な変化はできない

適応良好→変化の必要なし→免疫良好→変化なし

不適応 →変化の必要あり→免疫不全→変化

743

能動性が失われ、被動～他動になれば、自我異質的になるのは当然とも思われる。いや当然ではない。内容は関係ないはずである。→自我親和的な内容であれば、能動性の喪失を特に悩まないかも知れない。ある程度自我異質的であるからこそ、悩みも生まれるのではないか？

つまり、自我親和的かつ能動性喪失状態は存在するが、結局問題にならない。能動感喪失は意識されなくて終わる可能性もある。

自我異質的な内容が能動性を保つことはあるか？→その場合には自我検閲機能が働いて、棄却するので、意識にのぼらない。

自我異質的な内容が被動的・他動的に出現する→自我検閲機能が働いていない。それは時間が早いので、すり抜けて、一次機能が突出する。夢、妄想が突出する。

自我異質的とは

内容に関すること・一次過程の突出→意識は検閲する。

時間遅延→検閲できない→一次過程の突出

非・[自意識](#)＝他意識は一次過程（夢の原理・空想の原理）に従う

このようにして、意識・[無意識](#)・検閲機能と時間遅延を組み合わせることができる。

745

分裂病に関する三[理論](#)を組み合わせる。

746

分裂病質[人格障害](#)

[schizoid](#) personality disorder

内気、[社会生活](#)から身を引く。

747

分裂病型[人格障害](#)

schizotypal personality disorder

分裂病質[人格障害](#)の上に、数時間から数日に及ぶ[一過性](#)の[精神分裂病](#)的な思考障害や感情平板化が加わったもの。

748

[妄想性人格障害](#)

paranoid personality disorder

[社会生活](#)で非常に傷つけられやすい。猜疑的、防御的な性格。

749

[境界性人格障害](#)

衝動性のコントロールが不十分で[自殺](#)企図、性行動、[ギャンブル](#)などの衝動行為に走りやすく、感情が不安定である。部分的に[精神病](#)レベルの病態水準を呈する。

750

[社会](#)復帰療法

急性期が終わった後で、自閉性を打破し、[社会](#)との接触を回復するために[社会](#)復帰療法を行う。院内作業、レクリエーション療法、生活療法、[デイケア](#)、[ナイトケア](#)、[コミュニティケア](#)など。

751

分裂病の予後に影響を与える因子

いつとはなしに発病して[陰性症状](#)なかでも思考障害が中心、分裂気質で[シュープ](#)を繰り返すものは[予後不良](#)である。急性発病で幻覚妄想状態が中心、非分裂気質のものは予後良好である。→表（笠原、116）

752

寛解

remission

分裂病の場合には治癒とは言っても再発の可能性を含んでいる。従って、治癒と言わず寛解と呼ぶことがある。

753

社会寛解

social remission

少々の症状が残遺していても、社会生活が可能なきをいう。社会生活を継続することは何よりの治療である。

754

思春期と妄想

人間はいつでも発情期＝いつでも創造的＝空想産出的

動物は脳内で試行錯誤しないから、空想産生的でなくてよい。

妄想的になるから恋愛もできるし、新しいことも考えつく。

発情状態を持続することは空想産出状態に固定することであり、利益がある。

755

?まず、S→脳→R

?次に、それをモニターする部分。ここで時間先取り・遅延が生じ、自由意志の錯覚が生じる。

?自己状態のモニターが社会性機能の発生につながる

内的感情体験のモニター

756

?仮説生成

↓

?照合・棄却 ←?現実世界の像 (reference data)

?の障害＝単純型 (陰性症状・精神運動貧困)

?の障害＝破瓜型 (時間遅延型・自我障害型・一次過程の突出・まとまりがない)

?の障害＝妄想型 (体系的・まちがった参照世界像をもっている)

757

執着の意味

横着、愛着、などと同じで、着は著の意味で様子、さま。

(自由国民社p.573)

758

[几帳面](#)

[平安時代](#)の几帳の両側の柱をきれいに仕上げていることから。

(自由国民社p.579)

759

[バリント](#).....基底欠損

[フーバー](#).....純粹欠陥

760

甘い[レモン](#)

本当は価値を否定したい・不本意な状況について、自分に納得させるために、この状況も思ったほどは悪くないと考える[メカニズム](#)。[レモン](#)は酸っぱいと思ったが、思ったよりも甘かったと自分を納得させる。

761

恐怖症と妄想

外部現実についての訂正不可能な誤った確信は妄想であるが、「内部現実」に関しての訂正不可能な誤った確信については何と呼んでいるだろうか。たとえば「私は胃ガンだ」と言うのなら、調査の結果「心気妄想または疾病妄想」などと言える。しかしたとえば「私は[電車](#)が怖い」と言う場合にはどうなるだろうか。

[電車](#)の性質について何か言うのなら、真偽を判定することもできる。しかし、[電車](#)が自分の内に呼び起こす反応について語っている。

本当に不安反応が起きて[いるか](#)どうか、循環器系統をはじめとする身体の[検査](#)によって確認することはできる。

「不安・恐怖」ならば[検査](#)の方法も少しはあるが、「苦手」程度のレベルでは何ができるだろうか？

自分の心の中について何かを主張する場合には客観的な検証は拒否されるのではないか？

自分の心の状態について妄想を抱いているときには、他人はそれを妄想と言うことはできない。

「頭を冷やせ」と言えるだけである。たとえば、[恋愛](#)の場合、また、[宗教](#)的確信の場合がそうである。

「自分は愛している」「自分は信じている」と言うことにたいして、他人は「妄想」と判定することはできない。

内部状態についての言明で、「私は……が怖い」と言う場合、これも検証ではない性質のものである。本当に怖いかも知れない。しかしそれは妄想かも知れない。恐いと決めつけている妄想が

あるから、予期不安が起きて、回避行動に至るかも知れない。

恐怖症とパニック障害の類似点がある。

恐怖症と妄想の類似点がある。

恐怖症と強迫症の類似点がある。

762-1

現実と照合すると言うけれど、それは結局「集団で共有しているもの」に統一するということではかないように思われる。

現実という場合に意味の多重性があり、科学的真実、集団的合意事項の二種がある。

未開人が考えていること。子供が考えていること。大人が考えていること。このように並べてくると、結局、大きな集団の一員として生活するために、個人的な特殊な考えは一応伏せておいて、集団の大多数の合意に同調することが必要となるのではないか。

集団の合意事項に自分を合わせることは「照合・棄却機能」である。こここのところの障害が集団機能の障害となる。自分の中からでてくる個人的な体系を捨てることができない場合である。

集団がある程度大きくなり、教育が普及し、人間は共通に分かり合えるものであるという前提があってはじめて、分裂病も成立する。共通規範が成立するから、同時にその規範を内在化する機能の障害が成立する。

近代社会と分裂病の同時成立である。

照合・棄却機能の純粹障害は「さまざまな妄想が体系化されずに出現する」ものである。破瓜型はこれに近い。一次過程・無意識の突出である。

？妄想型で「単一の妄想が体系化される」事態は？うまく説明できない。照合・棄却機能に一部分穴があく印象である。

空想産出機能の純粹障害は単純型分裂病である。破瓜型はこれにも近いが純粹型ではない。

連合弛緩・支離滅裂型の思考障害と自閉と両価感情は照合・棄却機能の障害である。

感情鈍磨、無為（意欲低下）は空想産出機能の障害である。

空想産出機能の障害と照合・棄却機能の障害は結局は相伴うことが多い。なぜか？

762-2

照合・棄却ができないで苦しんでいる間に、空想産出を制限するようになると、目的論的に考えるか？

しかしこのようなことが起こる脳のメカニズムはどう考えるか。

照合・棄却機能が壊れていると空想産出能力に障害が及ぶ。このメカニズムをどう考えるか。ドーパミン系など。→シュープを繰り返すと人格水準低下する。

シュープは照合・棄却機能のブレイクダウンである。

人格水準低下は空想産出機能の低下である。

強迫的行為は創造性を必要としない。空想産出機能低下に対する適応行動である。防衛である。

分裂病で強迫症が防衛になると解釈される理由。

ドーパミンは空想産出機能に関係している。ドーパミン遮断薬は空想産出を抑制する。逆にドー

[パミン](#)過剰は空想過剰であるが、照合・棄却機能がしっかりしていれば、問題はないだろう。潜在的な分裂病が、[ドーパミン](#)増加刺激（薬剤など）によって顕在性の幻覚妄想状態になるのは、もともと「照合・棄却機能が脆弱」なところに、[許容範囲](#)を超えた「[ドーパミン](#)増大・空想過剰」が与えられるからだろう。

[ストレス脆弱性モデル](#)に接続できる。

しかし本質的には照合・棄却機能を再建することが治療である。

[ブレーキ](#)が壊れたから[エンジン](#)を止める、それでは走らなくなる。

763

妄想型は中年に起こる。

空想産出力はやや低下している。その状態で、照合・棄却機能に障害が発生すれば、「さまざまな空想」ではなく、「単一の空想」が発生する。

若年でも、もともと空想産出力の弱い場合には妄想型になる。

しかしこれでは照合・棄却機能の障害が[シュープ](#)として発現し、次第に空想産出力を低下させていった場合に、どの時点かで妄想型の形をとることになるのではないか？そこが説明できない。

「空想産出力低下+照合・棄却能力の部分的（穴）低下=妄想型」という印象。しかし？

764

[ストレス](#)・[ドーパミン](#)直線で、傾きに相当するのが、空想産出力である。

わずかな[ストレス](#)でもたくさんの[ドーパミン](#)を出力するのが空想産出力大の場合である。

この線で、[ストレス](#)・[ドーパミン](#)直線と接続できる。

765

照合・棄却機能の実体は時間先取り機構である。

766

清く正しく生きて[田園調布](#)に家を建てられるだろうか？

767

空想産生機能→照合・棄却機能→内省化 = 体験化

通常の行動=行動化

棄却→抑圧

[神経症化](#) = [神経症](#)

自律神経化 = [心身症](#)

体性神経化 = 転換[ヒステリー](#)

「感覚の能動性の消失」→詳しく言うと、「感覚体験の内省化の段階で照合・棄却の障害が

ある。」

感覚は体験となるときに内省化する。そのときに照合・棄却が働く。[フィルター](#)はここにある。

768

[脆弱性](#)→照合・棄却機能の弱さ

しかし空想産生機能が低下すれば妄想も起こらない→年をとると落ち着く

空想産生機能→[ストレス](#)に反応して[ドーパミン](#)が増加することに関係。

769

右脳と左脳は似たものが二つあって、私の仮説にはちょうどよい[舞台である](#)。しかし……？まともそう考えてよいものかどうか？

770

仮説産生[機能障害](#)

照合[機能障害](#)

棄却[機能障害](#)

照合と棄却は分離して考えられるのだろうか？

771

比較[言語学](#)

・「気まぐれ」→[意味](#)の分化を探る。[ドイツ語](#)と[日本語](#)と[ラテン語](#)。また、[日本語](#)の変遷。

・たとえば[椅子](#)の[意味](#)の分化……chair, stool

772

履歴現象について……どう解釈できるか？

773

[不安障害](#)

・不安発作 (panic) とは。……たとえば[あなた](#)が道を歩いていたら、大きな犬が向こ[うから](#)歩いてきたとする。近づくとつれて[心臓](#)はどきどきする、息は詰まりそうになる、冷や汗がでる、口は乾く、[だんだん](#)血圧が上がるといった変化が起こる。飼い主もいるし、鎖もついでいるから噛みつかれることはないと思うが恐くてたまらない。一番近づいたときに犬は大きな声で「ワン！」と吠えた。何かにガツン！と殴られたような衝撃で、息が止まるかと思った。[鳥肌](#)が立った。脈拍は頂点に達し、失禁しそうになる。足がすくんで動かない。犬が通り過ぎてからも体ががたがた震えている。本当に[死ぬかと思った](#)。しばらくたってようやく歩けるようになって家に帰った。歩いているあいだ[めまい](#)がした。「ただいま」も言えなかった。声がでなかった。鏡を見ると[顔面蒼白](#)だった。[エビアン](#)を一杯飲んでやや落ち着いた。強く握った手のひらは冷たくなっ

て汗がへばりついていた。

このような事件が不安発作である。二度と経験したくないものだ。犬に吠えられるのも嫌だが、不安発作はもっと嫌なものだ。原因が分からないし、強度も強く質的にやや深い。

・このような激烈な体験であるから、また起こったらどうしようかと持続的な不安 (anxiety) に支配されるようになる。panicよりは弱い。予期不安という。二度と同じ目にあいたくないと考えて危険を回避するために回避行動をとるようになる。

・パニック障害はこのような強烈なパニック発作があるもの。全般性不安障害は、予期不安が延長したような状態で、持続的な不安が特徴である。

774

解剖学の原理を考える人と実際の数字やメカニズムを検証しようとする人がいる。

科学の探究は具体的な事実とそれらを説明する概念とが両輪となっている。たとえば遺伝子科学でいえば、DNA分子が発見されて、それが遺伝情報の実体であるということになれば、あとの具体的な遺伝子配列に関しては力仕事で退屈な仕事である。退屈というのは、実際にはスマートな技術の開発や頭のいい推論がいくつもあり、探求はエキサイティングであるが、問題自体は局所的なものであるということだ。こうした基礎的な部分での確実な事実の集積が世界観の変革を生むのであるから、大切である。そのことは百も承知で認めつつ、なおくだらないという気持ちを捨てられない。はやいか遅いかの違いで、どうせ誰かが到達するのだ。どうせ誰かができることを自分もやるのは退屈である。

そのようなことに人生の時間を費やすことの愚かしさを忘れられないのである。どうせうまく仕組みがあってちょうど良くことは進んでいるのだろう。進化論のいろいろな疑問も、遺伝子の特性から発していることが多くあるだろう。そのあたりも自動的に副産物として明らかになってくるだろう。期待してはいる。

結局感覚を喜ばせることができるかどうかなのだろう。

「生きることなんか召使いに任せておけ」とまでは言わないが、私としては結果待ちである。酸っぱいブドウの論理と言われるかも知れない。そうかも知れない。

たとえば円周率の計算のようなものだ。どうせ何かの数字が並んでいることは確実で、それが何であっても大差はない。しかしそれを具体的に明らかにすることは意味がある。意味があるがやりたくはない。計算法を考えることさえあまり気乗りはしない。どうせ3と4の間の数なのだ。

ただ、それがいつまでたっても終わらない数であるということには深く感銘する。すごいことだ。どうしてそんなことが分かったのだろう。

具体的事実、さらにその細部にこだわるのは科学のよい習慣である。百桁目が2なのか3なのかにこだわることは大切である。すぐに世界観や意味について論じるのはよい習慣ではない。しかしそれは好みの問題で、科学者の中の数パーセントはそのような大局的なことに興味を持ってもらいたい。

病気の原因となれば、やはり具体的に分かりたいと思う。わかればそこから治療の道が開けるからだ。それは素晴らしいことだ。

775

[フロイト](#)が抑圧といい、検閲といったものの実体が時間先取り効果[である](#)。

検閲が弱い場合にはすり抜ける。変形はどのようにして起こるか？

変形されたものが検閲をすり抜けると考える。検閲部分で変形されるのではない。

776

防衛機制といっても、「機制」の[意味](#)ははっきりしない。「[メカニズム](#)」の[翻訳語](#)である。そのつもりで置き換えて読めばよい。

777

[ストレス](#)とは？

[不適応信号](#)である。

ではどう対処するか？いろいろな経路がある。

- ・不安反応→GABA系[脆弱性](#)
- ・妄想反応→[ドーパミン](#)系[脆弱性](#)
- ・外部現実変更→外部環境に働きかける
- ・内部解釈変更→自己内部に働きかける（防衛機制）

[ドーパミン](#)系は新しい系で、古いGABA系の上に乗って成立しているのではないか。その逆か？GABA系が抑制的に[ドーパミン](#)系を調整しているという点から見れば、[ドーパミン](#)系の方が古い系で、それを後で上から抑制しているのがGABA系と見た方がよいか。

古い[ギャバ](#)、[ドーパ](#)、新しい[ギャバ](#)などと層的に考えた方がよいかも知れない。

778

アゴラフォビアについて

広場恐怖と訳しても空間恐怖と訳してもどうせ不十分[である](#)。[勉強](#)していない人には分からない。[キツネうどん](#)と言いながら、[油揚げ](#)が乗っている。これはまあ、[キツネ](#)と[油揚げ](#)の因縁を知ればよい。タヌキそばについては何のいわれがあるものか知らないが、とにかくタヌキはのっていない。カモ南蛮とは言っても、のっているのは鴨ではなくて鶏のことが多い。かっぱは[きゅうり](#)が好きなので、[きゅうり](#)を巻いたものをかっぱ巻と言う。

アゴラは名前を提案したときには、街に行くことが主な[意味](#)だったようで（[ウエストファル](#)）、[ギリシャ語](#)のアゴラは[マーケット](#)の[意味](#)だった。しかし次第に病態の[研究](#)が進むと、街に行くことというよりは、特定の苦手な場所、自分が危険と感じる区域、さらには場所の限定も離れて、苦手な状況（一人になることとか、家から離れているとか）までを含むようになった。アゴラに代わるいい名前が提案できずに、アゴラのまま[である](#)。

それを[日本語](#)に移すときに、また困難があった。アゴラと広場は明らかに[意味](#)の範囲が異なる。むしろ、ごく僅かしか重なっていないと言っている。日本語の広場は[草野球](#)ができるところ、狭くても三角[ベース](#)程度はできるところ[である](#)。そんなところが恐いなら行かなければいいだけで

[ある](#)。大人は広場に行かなくても暮らせるものだ。空間恐怖でも事情は変わらない。真に[意味](#)するところとアゴラは[意味](#)がずれていて、[日本語](#)にするときさらに[意味](#)がずれている。これでは[初心者](#)は[意味](#)が分からない。それどころか、そのままにして放っておいている人たちを信用しなくなるのではないか。

しかしながら、いい言葉も見つからない。こんなときは[中国](#)でどのような[漢字](#)に置き換えているか調べてみるのもよいだろう。

「不安発作が急に襲ってきたときに助けがないか[逃げられない](#)ような場所や状況」恐怖[である](#)。ものが恐いのではなくて状況が恐いの[である](#)。対人恐怖の場合にも、人が怖いというよりは対人場面が恐いのであり、その点ではanthrophobiaよりもsocial phobiaが適切[である](#)。

social phobiaは[社会恐怖](#)と訳されることがあり、通常の[日本語](#)の感覚では受け入れがたい。対人場面恐怖でよいだろう。

779

内省化促進療法の開発

自己主張訓練など必要ない。欠けているのは[超自我](#)と内省化[である](#)。

自分の行動と感情体験を脳の内部で予行演習する（[シミュレート](#)）習慣を作ること。損をすることも、頭の中だけで済む。

780

一次過程・[無意識](#)界からの圧力（[ドーパミン](#)圧力）に対抗できるだけの強さを持った照合機能が必要[である](#)。

もともと生まれ持った照合・棄却機能の強さと、[ドーパミン](#)量の問題[である](#)。

[ドーパミン](#)レセプターの増大。過敏性の成立。履歴現象。

薬は直線の傾きを小さくする。レセプターは二次的に増大する。レセプターが増えると直線の傾きは大きくなる。

781

妄想は一種類なんだろうか？

知恵遅れと妄想の決定的な相違はどこにあるのだろうか？

[痴呆](#)の場合の妄想と分裂病の場合の妄想はどのように違うのか。

[うつ病](#)で本当に妄想が起こるのだろうか？微小妄想は妄想と言うべきだろうか？

妄想にどんな種類があるのだろうか？

[メカニズム](#)として。

訂正不可能の[メカニズム](#)。

照合不全。

棄却不全。→間違っていると分かっているのに棄却できない。→強迫症！恐怖症！

しかし強迫症の場合には「選択的な機能不全」が起こっているよう[である](#)。

全般に渡ってではない。繰り返し起こるのはなぜか？→リカレントサイクルを形成している？心臓でのリカレント症候群。

脳でのリカレント症候群。神経系ならば当然起こりうる機能不全である。

心臓の伝達系の機能不全と脳の場合とを比較してみるのも有用である。

照合作業は一瞬のうちに、腱反射のように終わるのだろうか？多分、一種の反射である。

782

幻覚体験の違い

？「ああまた変なものが見えています。人の形に似ているけど、赤いみたいな色で……何でしょうね」

？「人がいます、私に用があるみたい、……」

体験と距離がとれている。

妄想に対する批判力が保たれている。

自我の中心が巻き込まれる。

「発生するのは末梢の感覚」「発生するのは中枢の体験」

だから、幻覚発生に関して、「知覚経路のどこかで誤信号が混入した」とするタイプの説は、？タイプの体験しか説明しない。

？は中心部分で誤信号が発生している印象である。

しかしながら、妄想知覚の例もあるように、体験が二節性になっている場合も考慮する必要がある。パレイドリアの原理。過剰相貌化。

783

酸っぱいブドウで防衛している人の治療。

「本当はブドウが食べたいんだ」と言わせる。

「その人に適切なブドウを設定してあげる」→目標の再設定。

784

「待ち伏せ」と「陰口」……性格が悪い

785

患者さんにもある程度分かりやすく、イメージが描けて、それなりに演繹が可能であること。説得力があること。

786

プレコックス感→凶

普通ならばわき起こるはずの感情の欠如。

人格的影響と転移・逆転移は同じか否か？

むしろロゴセラピーや自己一致などの次元での影響。生きる態度の次元。

787

カウンセラー

自分は何を扱うのかを限定するセンスが必要。患者との間で何が起きているのかを見るセンスが必要。愛があればすべては解決するとの信念は間違いである。

788

治療構造は人格構造になる

境界型人格障害は枠の不全であり、人格構造の不全である。

789

精神医学において確実なものは何があるのだろうか。

790

強迫行為は

照合・棄却機能の補強・代償であると考えられないか？反応であると考えられないか？

791

不安障害

パニック 外部刺激なし.....パニック障害

外部刺激あり.....恐怖症

パニックなし 対象明確しかし釣り合わない不安.....全般性不安障害

単一ではない（さまざまなイベントで）

apprehensive expectations

（不安に思う理由はある、しかし釣り合わない）

792

強迫が自我異質的なのは、出てきてしまうから異質的、抑圧できれば知らなくて済むという事情ではないか。

つまり、抑圧し損ねたから異質的である。

親和的ならば抑圧しないで意識している。

793

図に書こうとするから、困難がある。文章だけで済まそうとすればごまかせるかも知れない。しかしそれではごまかしである。

結局、時間装置が、そのまま抑圧装置となっている。そして能動性の障害が発生する場となって

いる。

794

強迫の反復の理由が説明できない。

795

[モラトリアム](#)はさなぎの状態。さなぎのままで年をとる人がいる。

796

音による[ロールシャッハ](#)。

試してみてもいいはず。

797

純粹欠陥

reiner Defekt

G.Huberによる。純粹欠陥[症候群](#)、純粹残遺（reine Residuen）、純粹欠乏（reine Defizienz）。全体的な心的[エネルギー](#)の低下。心気症、体感異常、発動性欠乏、心身の[易疲労性](#)、決断不能、思考力と[集中力](#)の減弱、感情喪失の感情、刺激性亢進、興奮性、抑制欠如。一方、[精神分裂病](#)に特有の非疎通性、[感情移入](#)不能性、了解不能性、冷たい孤立性、[プレコックス感](#)、異質性は欠如する。患者は自分が変化したことを意識し、活動力の喪失に悩む。現象像の特徴はその非特異性である。

コンラートの「[エネルギー・ポテンシャル](#)減少（Reduktion des energetischen Potentials）」、ヤンツァーリクの「力動の空虚化（dynamische Entleerung）」は類似の概念である。（事典から・中谷）

空想生成力減少（→単純型）に近い考え方。

798

基底欠損

[basic fault](#), Gruntsto"rung

M.Balintによる。「エディプス葛藤領域」が三者関係の葛藤力動形態をとるのに対して、「基底欠損領域」は[排他的](#)二者関係、[マインド](#)の歪み・欠損に発する力動関係である。両者は[転移](#)の型と[治療](#)技法が異なる。さらに一人関係を特徴とする「創造領域」を考え、[マインド](#)はこれらの三領域からなるとした。

障害は葛藤ではなくて欠損であるから、支持的・補完的[アプローチ](#)が正しい。[境界例](#)の理解と[治療](#)に役立つ。

原初は「基底欠損領域」で、分化すれば「エディプス水準」、単純化すれば「創造水準」である。（事典から・中井）

799

課題集団と基底的想定集団

work [group](#) and [basic assumption group](#)

[ビオン](#)による。課題集団は、集団の現実的活動の側面であり、期待想定集団は集団の[無意識的](#)・潜在的側面[である](#)。基底的想定集団は三種に分けられる。?闘争・逃避集団.....敵が集団の内部または外部にいて、その敵とのあいだに闘争または逃避が行われるという想定があるかのように動く場合。?依存集団.....ある対象に依存していることであらゆる危険から[保護](#)されていると想定して[いるか](#)のように動く場合。?対集団.....一対一のペアを作り上げ、その中に閉じこもることですべての困難を回避してしまえると想定して[いるか](#)のように動く場合。

これらは[クライン](#)によって解明された[精神病](#)的不安、すなわち?妄想的不安、?[抑うつ](#)的不安、?躁的防衛、にそれぞれ[対応](#)するものと[ビオン](#)は考える。（事典から・岩崎）

800

単純型

simple schizophrenia

連想障害と感情障害が主。幻覚妄想を欠く。潜行性で緩慢な経過。やがて人格の枯渇化、貧困化を来す。浅薄な情緒、冷淡、無情、[無気力](#)。破瓜病のような[痴呆](#)化には至らない。[浮浪者](#)、[売春婦](#)、非行者として暮らすこともある。類縁疾患として[カール](#)バウムの類破瓜病がある。

801

分裂病性思考障害

実体は何か。観念連合の障害として、連合弛緩や支離滅裂に至るのならば、当然分かる。→風景の「構成」の消失。[世界観](#)の全体構成の喪失。自然な自明性の喪失。それによってばらばらなものが現れてしまう。

しかし論理の形式がずれること、思考力の低下、そのあたりについてはどうか？

→形式.....これは全体構成の喪失と同等である。

→思考力.....[エネルギー](#)低下でもある。一方では、形式喪失と連合喪失の結果でもある。

802

時間遅延理論

全く同一の回路があり、意識状態[モニター](#)のための回路からの信号は一瞬早く到着し、そのあとに実際の運動命令が到着する。その差が能動感を生む。

803

両価性

現実チャンネルと妄想チャンネルの二つが矛盾しながら両立している状態。

804

[ストレス](#)解消にやけ食い

食行動は自分でコントロールできる。それがヒント。コントロールの病理。

805

YAVIS

young,attractive,[verbal](#),intelligent,and successful.

若く魅力的、言語化能力が高く、知的で成功している。患者がこのような特性を持つとき、治療者が患者によって理想的[救世主](#)に仕立て上げられてしまう危険性が[もっとも](#)高いため、[精神科](#)に限らず他科の医師の場合でも、治療者がいつの間にか患者の[精神科](#)的問題を見逃してしまうことが多い。これをYAVIS[症候群](#)という。[摂食障害](#)の治療の難しさの一面がここにある。（渡辺勉）

→グリックマン,L.S.荒木他訳、「[精神科コンサルテーションの技術](#)」1983,岩崎学術出版。

806

[全般性不安障害](#)

いろいろな人生の出来事に際して広範で過剰な不安が慢性に続く状態。不安の対象は変化し続け（浮動性：free-floating）、学業や仕事など理解可能なもの[である](#)。精神症状だけではなく、身

体症状も伴うことが多い。

807

離人症の解釈

?自我障害（能動性障害）……内界意識[離人症](#)に対しては説明可能。その他については、外界意識の能動性、身体意識の能動性を論じる必要がある。

?DSMは[解離性障害](#)に含めている。知覚している部分と、それを意識している部分との「解離」と解釈するのだろう。

?中安は、対象化性質の脱落体。（簡単に言えば、通常の認知は「素材＋対象化性質」で成立している。実体的意識性は素材が欠けて、対象化性質のみの場合。[離人症](#)は素材だけがあり、対象化性質が欠けている場合である。）

?中安は、自己危急反応の症状[スペクトラム](#)として、運動暴発、擬死反射、転換症、解離症、[離人症](#)をあげている。Puriの[テキスト](#)p.188の図10.6。[パニックアタック](#)を回避する方策としての[離人症](#)。

?安永の[ファントム](#)短縮説。

?木村は共通感覚の障害説（知覚の能動性の喪失）。

?脱相貌化説。（Pauleikhoff）

?時間遅延効果。（知覚の能動性の喪失）

808

・病的不安とは何か……[日常生活](#)の不安とは違う

（犬に吠えられる、仁王様の表情、散瞳）

1 何が怖いのかははっきりしない、理由が分からない

2 がつんと死ぬほど怖い（強度の違い）、我慢できない、自分をコントロールできない

3 人に分かってもらえない

・[パニック発作](#)とは何か

1 呼吸困難、心悸亢進、胸痛、窒息感、[めまい](#)、手足のしびれ、発汗、ふるえ、気が遠くなる。

2 心臓[神経症](#)、[過換気症候群](#)

・スチレッサー・[ストレス](#)曲線(?) は人によってかなり異なる

・イエークス・ドットソンの法則(?) ……不安と達成度の関係

→[ストレス](#)に弱い人がいる……どんな図になるか。

→薬を使うとどうなるか。

・限界[ストレス](#)を超えたらどうなるか?

1 過敏状態、緊張、不眠、食欲不振、不安

2 幻覚妄想

3 自律[神経症状](#)

・病気→[引きこもり](#)→薬→生活拡大（デイ[ナイトケア](#)）……[グラフ](#)で説明(?)

・薬を飲みながら、[デイトケア](#)に通うこと。その先に仕事がある。

自己危急反応の症状[スペクトラム](#)

運動暴発（乱発）

擬死反射

転換症

解離症（ここはどこ？私は誰？）

[離人症](#)（脱現実、脱人格）

809

観念連合を調べる[テスト](#)

単語から文章に。使えないか？

[コンプレックス](#).....かたまりすぎ

s.....ばらばら

810

[音楽療法](#)

予測能力の再建

予測能力があれば、能動的に聞くことができる。そのとき[ゲシュタルト](#)がつかめる。

811

予測が当たる＝能動感の実体

心臓の[ペースメーカー](#)セルのような、意志生成細胞があってそこで意志が生成されると考えるよりはいいのではないか？

812

Subject2 Sense

Subject1 Motor [Object](#)

?五感

?運動したかどうかは、内部感覚によってつかまえられるもの[である](#)。筋肉や腱の状態を[モニター](#)しているから分かる。

?内部思考・感情

これらの感覚の総合が自我意識を生成している。

S1は一次[プロセス](#)も多く含む。

S2は仮説生成する。よりよく当たる仮説を次第に形成する。

S2はs(n)を受けて予測p(n)を生成し、S(n+1)と照合して、採用か棄却かを決定する。

能動性を求めて生きる。根本的本能。

その欠如が「なされるがまま」[である](#)。

813

器質精神病

organic psychosis

脳器質疾患に基づく精神障害のこと。傷害が局所的な場合には単症状を呈する。傷害が全般的かつ急性の場合には意識障害を呈し、全般的かつ慢性の場合には最終的には痴呆に至る。局所的傷害としては脳血管障害、脳腫瘍、頭部外傷、中毒、変性疾患、脱髄疾患などがある。全般的かつ急性のものには中枢神経感染症（中枢神経梅毒、脳炎）、全般的かつ慢性のものには脳血管性痴呆やアルツハイマー病などがある。

814

症状精神病

symptomatic psychosis

脳以外の部位に主病変がある疾患の、部分症状または二次的変化として脳に障害が現れる場合をいう。おもな症状はさまざまな程度の意識障害である。

815

通過症候群

transit syndrome, Durchgangssyndrome

Wieck, H.H.による。可逆的脳障害からの回復過程において、意識混濁の前に現れたり後に現れたりする症状群。可逆的脳障害からの回復過程において通過する症候群の意味。重症（主に健忘）、中等症（自発性低下など）、軽症（情動障害など）を区別した。たとえば昏睡を呈した脳外傷後の回復過程では、昏睡、意識喪失、意識混濁、重症通過症候群、中等症、軽症と経て正常に復するのが典型経過である。必ずしもこの通りの経過をとるわけではないが傾向として軽、中、重の区別を置く。またどこかの段階で固定してしまう場合もある。固定したときの障害が全般的であるほど、痴呆の像に近くなる。

器質性脳障害の急性全般性障害は意識障害を主とし、慢性全般性障害は痴呆を主とする。部分的障害は場所に応じてたとえば単症状を呈し、これにも急性と慢性がある。通過症候群は正常と急性全般性障害と慢性全般性障害の三者のあいだを埋める概念として意義がある。

816

実体的意識性

意識性とはある対象や事物が感覚的要素の媒介なしに一挙に体験される現象。実体的意識性とは、人や物の実体的な存在が感覚的要素の媒介なしに体験されること。分裂病で見られる。

物の存在の実感だけが、物の存在そのものを離れて意識される。たとえば、目の前に椅子はないのに、椅子の実在感・実感がまざまざと伝わってくる。たとえば、隣の部屋に確かに椅子があるとまざまざと実感される。

(?→[だんだん](#)拡張されてゆく。)

→これは記憶の病理なのか？馴染んだ物が、今ここにはない、それを懐かしむということがあり得る。……しかしこれではない。→しかしながら、記憶の病理として記述することもできそう[ある](#)。デジャ・ビュの関連で考えられないか。

→離人感はあるのに実感が消失している。

→感覚の能動性の一人歩き。対象物がないのに、その対象物に能動性が付与すべき実感が発生している。そのような異常。

817

神経梅毒

neuro syphilis

[中枢神経系](#)を梅毒の病原体である[トレポ](#)ネーマ・パリドゥムが侵すもので、いくつかのタイプがあるが、その中心は脳[神経細胞](#)の変性脱落を来す進行麻痺（general paresis, progressive Paralyse）である。感染から10年かそれ以上経ってから精神[神経症](#)状が始まり、痴呆と人格変化が中心である。躁的・誇大的になったり逆に[抑うつ](#)的になったりする。アーガイル・[ロバートソン](#)徴候は、対光反応が消失し輻輳反応が保たれているもので、診断に役立つ。近年は梅毒は再び増加の傾向にあるとも言われている。

進行麻痺の[有名人](#)は数多く、[ニーチェ](#)、[シューマン](#)（疑い）など、日本では[大川周明](#)などが有名である。[野口英世](#)は脳内に[トレポ](#)ネーマ・パリドゥムの存在を証明したことで有名である。

818

[宗教団体](#)内部での集団性。

[アメリカ](#)での「集団」と「個の独立。」

819

感覚＝赤。丸い。小さい。（要素的）

知覚＝[リンゴ](#)。（全体のまとまりとして把握）

認知＝[リンゴ](#)は体にいい。今が食べ頃の[リンゴ](#)。彼からもらった。（価値など諸情報を付与。知覚情報を加工する[プロセス](#)。）

820

認知 [cognition](#)

[デカルト](#)のCogito ergo sum.の「コギト＝考える」が語源。

821-1

分裂病[モデル](#)

?感覚情報・現実情報

?現実モデル

?空想産生

?照合・棄却

以上の四部分に分け、考察する。→図（821-2）。

- ・ 脳の目的は「よりよい現実モデルを形成すること」である。
- ・ 照合の結果を現実モデルに反映させて、よりよいモデルに成長させられる。
- ・ 空想を現実情報と現実モデルが抑圧する→抑圧モデルとして使える。
- ・ 能動感は、?、?が?よりも早いことで達成される。現実を先取りする＝予測することで能動感（むしろ能動感の錯覚）が生まれる。
- ・ ?空想が?現実モデルよりも早くなったとき、一次プロセスの突出が起こる。幻声、させられ体験など。
- ・ 離人は「感覚の能動性の欠如」である。?、?が?よりも早いことで「実感」「実体感」が生まれる。このモデルのよいところは、感覚の能動性の内容を一般化して説明できる点である。
- ・ もっと精密なモデル（821-3）。現実モデルを参考にして空想プロセスは空想を産生する。
- ・ ?-?と?-?とのどちらが近いか比較して、現実情報に近い方を選択する。それを現実モデルの一部として採用し、現実モデルを作り変えつつ、認識と行動がつながってゆく。
- ・ ?と?が待っているところに?がやってきて、照合が始まる。結果がよいものを現実モデルに繰り入れる。予測がうまく当たっていれば、能動感が生まれる。現在採用している現実モデルは、子供の頃から使ってきたものであるから、そんなにひどく現実とずれているということはない。また、基本的な骨格は「遺伝的に形成され、伝達されたもの」であろう。従って、実際は現実との微調整をしているということだ。
- ・ 「遺伝的に受け継いだ現実モデル」であるが、そこにも軽微な突然変異が起こっている。そしてよりよく現実を写し取っているものが次の世代では多くなる（自然選択）。
- ・ 後天的に身につける部分はむしろ微調整であろう。この場合、微調整の能力を試されていることになる。
- ・ 結局、?先天的な現実モデルの出来、?現実モデルの微調整の能力（これは空想産生と照合の能力による）、の二種の能力がかかわっている。
- ・ 照合をゆるめる。空想機能の優先。→夢や創作。
- ・ 821-3について。感覚情報が与えられたとき、次の世界の状態はどうなっているか、予測する。（その洗練された形が物理学である。現実モデルと空想産生は数学そのものである。数学者の仕事と性欲のピークが重なることを考えてみよ。）→予測には二つある。ひとつはこれまで蓄えた現実モデルによる予測。安定している、飛躍はない、未曾有の事態には対応できない、歳をとるにつれて精密になる。他のひとつは空想産生機能による予測。不安定であるが、ときに飛躍を生む。
- ・ この図で、「意識」の場所はどこか？「照合」の場所が意識に近いのではないか？
- ・ 次に障害各種。
- ・ 現実モデルがはじめから壊れている。→?MR

- ・現実モデルが後天的に壊れた。→（風景の）構成喪失型。自然な自明性の喪失。
- ・空想産生能力が壊れた。+現実モデルは精密。→老人型。常に過去を参照する。試みをしない。
- ・空想産生能力が壊れた。+現実モデルは出来が悪い→単純型。
- ・照合機能の異常。→自我障害型。破瓜型の一部。
- ・照合機能が壊れていると、現実モデルを微調整することができない。→成長停止。破瓜型の一部。
- ・照合機能が少しだけ壊れていると、長い時間の後に、現実モデルが現実から離れてしまう。→妄想型。体系的妄想。
- ・現実モデルは壊れて、空想は活発→若年、妄想突出型（の破瓜型）。

822

離人

知覚の能動性の意味

知覚の能動性とは何を意味するか。

感覚→知覚→認知と高次の脳内処理になるにつれて、外来素材に脳内の概念や理解を付加している。そういったそれぞれの段階が知覚における能動性とも考えられる。

そうした機能が欠けていれば、最終的に「感覚素材のままの赤」であるにとどまるだろう。

外界の事物に「実感」が性質としてあるわけではない。「机」だけが周囲から飛び出して、地に対する図のように見えるはずはないのである。そういった現象が起こるのは、脳が机を特別のものとして見ようとエネルギーを集中させているからだ。

823

離人

（引き算と反対状態の考察）

?反対は「実体的意識性」。素材と実感の分離。→過剰または消失を考えるのには適さない。→しかし連続体を考えた方が落ちつきがよい。

?知覚の能動性の欠如。→能動性の欠如は最終的には他動性にまで進展するだろう。能動性の過剰は「生き生きとした感じ」なのだろうか？

?解離障害説。恐怖から心理的に遠ざかる。一種の防衛反応。→極端なものは擬死である。

?共通感覚の欠如。

?脱相貌化。過剰相貌化の反対。→幻覚妄想と反対極の事象となる。

外国のはじめての事物の新鮮さ。

いつもの風景の陳腐さ。これらは離人と関係があるのだろうか？

824

脱相貌化の病理

色盲検査の絵.....見せられてすぐは何のことだか分からない。少しすると形が見えてくる。離人の人は「何だか分からない」状態のままで停止している。

脱相貌化.....正常相貌化.....過剰相貌化（パレイドリア.....幻覚・妄想）

一連のもの。連続体。

正常の場合、「机」を見て、一瞬のうちに相貌化が進行する。離人の場合、机を見て、相貌化が進行せず、色盲検査の絵のような状態にとどまる。この比喻の段階が分かるか？

テレビを見ても粒が見えるだけだ。風景は絵葉書のようだ。風景はガラスを通して見たような感じだ。

脱相貌化は有力説である。→このようなタイプの離人もあり得るということだ。

「ゲシュタルト形成」と言っていだらう。

色盲検査の絵+ゲシュタルト=形

机+ゲシュタルト=実感を伴った机

引き算で定義される何かはゲシュタルトである。それは脳が付与しているものである。

825

ゲシュタルトの実体は何か？

実際の世界は、色盲検査のカードのように「のっぺりした」「平板な」ものなのだと思う。「テレビがただの粒の集まりに見える」のは全く正しい感覚なのだ。ただ、人間の脳はそれを知覚にさらには認知にまで加工する。その加工のプロセスに能動性が存在している。

そうした加工の際に参照される世界のモデル・現実のモデルがゲシュタルトである。

ゲシュタルト崩壊と言うとき、現実モデルの崩壊と、現実モデル参照機能の崩壊と、両方の意味があるだろう。

826

たとえば、離人の場合に、患者が自身の内的状態を表現する。そこに巨大な問題が横たわる。

「目の回りにゼラチンの層が10センチくらいある。」と言ったとして、どこまでが比喻だろうか？全部その通り、比喻ではないと言ったとして、果たしてそうか？言語化能力の問題。言語使用の癖の問題。

できれば全く心理学を知らない人か、逆に心理学を完全に理解している人か、どちらかにして欲しいものだ。

患者は本当のところ何を語っているのか？それが問題である。

本で読んだことに引きずられて語るという場合も大いにあるだろう。

827

内部状態について「自分のものでないようだ」「なんだかぼんやりしていて自分ではないような感じで」という人が、自身の状態について語る言葉の何が真実であるか？

828

感覚に際しての実感の成立が、

A → B → C → D → E → F

であったとする。「感覚の実感が失われる」タイプの離人症が成立するためには、AからFのどれかひとつが欠けるだけでよいはずである。そしてそれぞれの場合にやや異なったタイプの離人感が成立するはずである。これをさらに詳細に議論できないか？

可能性としては、

S系

?脱相貌化・過剰相貌化の軸→これは幻覚論に結合できる。

?実体的意識性との対比から、素材と実感の説。（ファントム説も似ている）→しかし広がり欠ける。

?能動性消失の病理。過剰能動性は？他動性との関連は？（木村など）感覚の能動性の内実を明らかにする必要がある。→能動性の軸は自我障害の問題になる。これは大きな軸。

?ゲシュタルト崩壊→実感を生成する場所または実感を参照する実感プール（ゲシュタルト）の崩壊？だとすれば、実感と素材の分離説の?に近い。（現実モデルと照合・棄却モデルを考えている）

うつ系

？

神経症系

?自己危急反応説。高度なストレスに対する解離反応の極端なもの。防御反応である。パニック等価体。→分裂病、うつ病というよりは、さらに広範な対ストレス・防衛反応。

分類不明

?共通感覚障害の病理（木村）

以上の説は、それぞれ違ってものをいっているのか、どのようにとなりあっていて、どのように重なり合っているのか？

829

図説方式は魅力がある。やってみたい。

830

名前は親がつけるから、親の価値観や教養である。それを一生背負うのは大変なことだ。そして自分の価値観や教養は自分の子供の名前になる。このようにして世代間の伝達が行われる。

831

過換気症候群で救急車で運ばれる人は、東京で一年に12000人以上。

832

けいれんの種類

convulsion:[てんかん](#)の発作

apasm:まぶたのぴくぴく

cramp:こむら返り

833

[絵描き](#)が[いつまでも](#)若々しく長生きをする理由。

現実原則と空想原則のバランスがいい。空想産生力を保ち続けている。描くことは空想産生力を保持させる。現実[モデル](#)による抑圧の[メカニズム](#)をある程度制限している。年をとるにつれて、現実[モデル](#)だけに頼りがちであり、そのことは老化を促進している。

834

不安の二種

[パニック](#)（理解不可能な不安対象）……「生命の注意信号」の誤動作……[アドレナリン](#)系反応
持続的不安（たいてい理解可能な不安対象）……「適応レベルについての注意信号」……[遺伝子](#)作り替え指令・免疫・DNAと連なる経路……[ギャバ](#)系反応？

[グラフ](#)→

835

「電車恐怖症」と呼ぶ場合にも、さまざまにものが含まれているよう[である](#)。恐怖症の要件を満たすもの、妄想症の様相を呈するもの、うつ気分の延長、性格障害の一部、など。

836

三環系[抗うつ剤](#)が効く症状をひとまとめにできないか。→できるはず。共通性を考えろ！自己危急反応の誤動作として解釈できないか？

うつ

[パニック](#)

強迫症

体感異常

うつも自己危急反応の一面がある。一種の防衛反応[である](#)。

時に自殺するのはなぜ？→個体としてではなく、種としての防衛反応[である](#)。

[配偶者](#)の死……もうお前も死んだらいいという、集団からの圧迫。集団内の「[ユニット](#)の死」[である](#)。[大家族](#)ならば[ユニット](#)の死とは考えられないだろう。

837

[うつ病](#)の妄想は二次妄想[である](#)？

一次妄想があるからその結果として[うつ状態](#)になった場合にはむしろ分裂病や[パラノイア](#)と言っ

た方が正しい。

838

強迫性行動様式

これも防御反応の面がある。→証拠は自我の二重化！

不安信号に対して、反応するひとつの選択肢。

839

感情 feel,affect

情動 emotion……天気……一時的・身体反応を含む

気分 mood……気候……長期的

情緒

840

interpersonalとintrapsychicの違い

841

「心の問題が体に出る」という言い方は正しいのか？

842

袋に穴があいていると、中の液体が流れ出る。

穴がなぜあくかを考えるのは、精神病理学である。器質性の何かを考慮することも多い。

何が出てくるかは、何を入れたかによるだろう。それを考えるのは精神分析などである。

袋を溶かしてしまうような液体を入れたとすれば当然、袋には穴があくだろう。しかしだからといって、全てをそのような説で割り切るのには無理がある。たいていは中身と関係なく、穴があいているのである。

843

「医者はみんな、まずカフェイン中毒を治しましょう、我慢しなさいとだけ言う。なぜカフェイン中毒になったかを知ることが大切なのに。そのことを自分でよっぽど考えているんだけど、わかんない。

こんな人に任せておいていいのかなって思っちゃう。絵なんか描いてたってどうなるの。先生はどうしてこんな風な関係の仕事を選んだんですかって聞いたら、たまたまそんな関係の学部に入ったからとか何とか、そんな話で。がっかりしちゃった。

仕事してても、こんなのどうでもいいなって思う。何やってんだらうって。大事な問題は解決されていないのに。

甘えているかも知れない。自分でもどうなんだかわかんないですよ。それを分かりたくて来

てるのに、ただ[カフェイン](#)を我慢しろって言うのはどうなんだろう。心理的な深いことをなぜも[と](#)探求しないのか。」矢島。

治療者が治療者になった動機を聞いて理解できなければどうだというのだろう。[個人情報](#)に立ち入る態度は境界型。「すごい事件」を言いたくて、聞いて欲しくてうずうずしている。いったん聞いたら、「[あなた](#)だから思い切って教えてあげたんだ。[あなた](#)からのリターンは何なの？」となるのだろう。べったりしている。女には敵意。男にはべったり。

お前の吐き出す「[排泄物](#)」なんか聞いても[しょうがない](#)のだ。

844

患者の不安

癌を宣告された患者の不安をどのようにして[マネージ](#)するか。同様のことが[精神病患者](#)にも言えるはずだ。不安の制御が必要[である](#)。

845

恋愛転移

仕事で優しくしているのに、それを恋愛感情と見誤る。人間には恋愛転移の傾向があるからこそ、実際の恋愛も発生するし、結婚もできるのだが、仕事の上では支障になることもある。

看護の仕事や[カウンセラー](#)の仕事はその点で難しい。優しくすることがそのまま恋愛転移の誘因になる。たとえば「[あなた](#)のような人と結婚する人は幸せですよ」と言えば、誤解のもとになる。

846

海馬

hippocampus

[側頭葉](#)の下内側にある海馬は短期記憶の一時的[メモリー](#)と言われている。[アルツハイマー病](#)では病気の初期から海馬が萎縮しており、短期記憶が障害される。海馬は[ギリシャ・ローマ神話](#)に出てくる[上半身](#)が馬、[下半身](#)が[ウナギ](#)のような姿をした怪物。海の神[ポセイドン](#)が乗り回していた。この怪獣の前足の形に似ているので名付けられた。[タツノオトシゴ](#)もhippocampusという。

847

アンモン角

脳を垂直に切ると、海馬が[くるり](#)と巻いている様子が分かる。[古代エジプト](#)のアンモン神は雄ヒツジに似ていて角が大きく内側に巻いている。[アンモナイト](#)は「アンモンの石」の意味であり、巻き方がアンモンの角に似ているので名付けられた。

848

[扁桃体](#)

扁桃とはアモンドのこと。扁桃体は快不快の判断をするセンターであるといわれる。記憶は海馬や側頭葉にプールされており、判断の材料となる。

サルの側頭葉を切除するとクリューバー・ビュシー症候群 (Klu"ver-Bucy syndrome) が見られ、扁桃体の働きが失われることが中心ではないかと見られている。?精神盲を思わせる状態。?oral tendency 何でも口に入れる。?hypermatamorphosis あらゆる視覚刺激に強く反応する。?情動反応の欠如。?性行動の亢進。?食事習慣に対する異常行動。

849

視床下部

内分泌のセンター。自律神経システムのベースキャンプ。

850

視床下部の満腹中枢 (腹内側核) には女性の第二性欲中枢がある。

摂食中枢 (空腹中枢) のすぐそばには激怒と男性の第二性欲中枢がある。だから空腹では怒りっぽくなる。

851

神経性食思不振症の患者の尿をラットに注射すると、食欲がなくなって痩せる。

852

脳炎

encephalitis

感染性による脳の炎症を脳炎と呼び、脳器質疾患の原則通り、典型的には急性期には意識障害が、慢性期 (後遺症) では痴呆や人格水準低下が見られる。

蚊により媒介されるアルボウイルスが引き起こす日本脳炎 encephalitis japonica は後遺症としててんかんや知能遅滞、人格変化を残す。エコノモ脳炎 (嗜眠性脳炎) は日本ではほとんど見られないが、脳炎後パーキンソン症候群で筋強剛が特徴的である。亜急性硬化性全脳脳

炎 (SSPE:subacute sclerosing panencephalitis) は麻疹ウイルスの感染によるもので、脳波での周期性同期性発射 (PSD:periodic synchronous discharge) が有名である。単純ヘルペス脳炎は、免疫不全者に見られることがあり側頭葉症状 (高度の記憶障害やKlu"ver-Bucy症候群) が特徴でAcyclovir を投与する。予防接種後の脳炎は神経アレルギーによると考えられている。40~50歳で発病するクロイツフェルト・ヤコブ病 (Creutzfeldt-Jacob disease) は亜急性海綿状脳症を呈し、プリオンによるものとされる。AIDS痴呆症候群 (AIDS dementia complex) はHIV (human immunodeficiency virus:ヒト免疫不全ウイルス) による亜急性脳炎であり、高度の痴呆に至る。HIV感染では免疫不全からヘルペス脳炎などの日和見感染が起こる場合もある。

853

脳動脈硬化症

cerebral arteriosclerosis, Hirnarteriosklerose

脳動脈の粥状硬化による脳血流量低下と、それによる二次的脳病変により生じる症状が見られ、中心は[記憶障害](#)を主とする痴呆である。

脳動脈硬化症の原因として高血圧があり、高血圧はそれ自身で[脳障害](#)を起こす。高血圧性脳症 (hypertensive encephalopathy) では[最低血圧](#)の上昇により脳浮腫が起こり、[一過性](#)の頭痛や[吐き気](#)、視力障害、ときに[意識障害](#)が訴えられる。[被害妄想](#)や嫉妬妄想を呈することもあるが予後は比較的良好である。

脳動脈硬化症の初期症状として頭痛、頭重、[めまい](#)、[耳鳴り](#)、[睡眠障害](#)などの自覚症状が見られる。こうした高血圧性脳症と区別の付かないような状態が続いた後で、まだら痴呆、情動失禁、夜間[せん妄](#)などの特徴的な症状が現れる。[痴呆症状](#)を指して言う場合には、脳血管性痴呆と呼ぶ。

854

[一過性](#)脳虚血発作

TIA:transient ischemic attack

脳血管の攣縮や脳小動脈の血栓によって脳血流が急激に低下するために起こるもので、虚血の部位によりさまざまな症状が起こる。多いのは軽い[意識障害](#)であり短時間のうちに回復する。しかし[一過性](#)脳虚血発作を繰り返しているうちに[脳梗塞](#) (脳軟化) が起こるので注意が必要である。海馬付近で虚血発作が起こると[一過性](#)全体健忘 (TGA:transient global amnesia) が見られる。中年以降に突然起こる[後遺症](#)のない前行性健忘で、[逆行性健忘](#)を伴う。海馬が短期記憶の一時的[プール](#)であることを推定させる現象である。

855

脳出血

cerebral hemorrhage, Hirnblutung

好発部位は[線条体](#)動脈、視床動脈、橋の動脈など。好発時刻は、活動時で、血圧が高まったときである。急激な髄膜刺激症状 (頭痛や[吐き気](#)など) や[意識障害](#)で発症する。

856

脳梗塞

cerebral infarction, Hirninfarkt

脳動脈の血流が途絶えると脳組織の一部が死ぬ。[脳梗塞](#)には脳血栓と脳塞栓がある。脳血栓の場合が圧倒的に多い。

脳塞栓は心臓の心弁膜症などで心房内に形成された栓子 (embolus) が、脳に飛び、多くは左中大脳動脈領域に閉塞を作るものである。青年に多く急激な[片麻痺](#)や[意識障害](#)を起こす。

脳血栓ができるのは脳動脈での粥状硬化による血栓形成が第一にあげられる。高血圧や高[コレス](#)

[テロール血症](#)が続いていると、動脈壁に傷がつき、そこから血栓が成長して動脈を塞いでしまう。はじめは[一過性虚血発作](#)の形をとるものが多い。

そのほかに血液が固まりやすい時に血栓ができやすい。脱水になり血液が濃縮されているときや血液凝固系が促進されているときなどが危険である。とくに一度[脳梗塞](#)で倒れて[片麻痺](#)が残っている場合など、[トイレ](#)に行くのが大儀で水を意識的に制限して飲まず、結果として脱水症状、さらには再度の梗塞を起こすことがある。

857

ゲル[ストマン症候群](#)

Gerstmann's syndrome

脳血栓による巣症状の[ひとつ](#)のタイプとして有名である。?手指失認?左右障害?失書?失算の四つが条件であり、優位半球の後頭・頭頂境界領域に責任病巣があるとした。実際にはこの四つが揃うことはまれであり、構成失行や視覚失認などの症状を伴うことも多いとされる。ゲル[ストマン](#)の1924-30年の仕事であり、道具も乏しい時代によくやったものだと感心させられる。

858

頭蓋内脳[動脈瘤](#)

intracranial aneurysm

[先天的](#)なものが多く、脳底動脈に多い。大きくなると動眼神経を圧迫して動眼神経麻痺を引き起こすことがある。破裂して出血すると致命的なことがある。

859

[くも膜下出血](#)

subarachnoid hemorrhage

頭蓋内脳[動脈瘤](#)の破裂によることが多く、くも膜下腔に出血し髄膜刺激症状を呈する。突然の激しい頭痛から[意識障害](#)に至る。

860

[脳腫瘍](#)

brain tumor

脳に腫瘍ができると頭蓋内圧亢進症状と脳局所症状が現れる。頭蓋内圧亢進症状では頭痛、嘔吐、うっ血乳頭の三主徴が有名である。早朝からの頭痛、噴射性の頭痛などが特徴とされて記載されている。局所症状としては[前頭葉](#)でモリア（moria:諧謔症、多幸的・軽率・抑制欠如の状態）、[側頭葉](#)で[記憶障害](#)、[頭頂葉](#)で失行・失認、[後頭葉](#)で視覚失認などさまざまなものが発生する。頭蓋咽頭腫（craniopharyngioma）は[レントゲン](#)写真で歯が見えることがあるので有名である。[下垂体腺腫](#)（pituitary adenoma）では[ホルモン](#)産生腫瘍の場合がある。副腎皮質刺激[ホルモン](#)産生腫瘍では副腎皮質[ホルモン](#)過剰となり、肥満・[ムーンフェイス](#)となり精神的にも躁またはうつを

呈することがある。乳汁分泌[ホルモン](#)（プロラクチン）産生腫瘍では[おっぱい](#)が出る。成長[ホルモン](#)分泌腫瘍では末端肥大症になる。[下垂体](#)腫瘍は視神経を圧迫して視野欠損を引き起こすことがある。

子供の頃から成長[ホルモン](#)の産生が多いと巨人症になる。しかしその人の[下垂体](#)が視神経を圧迫していると、両耳側半盲となり視野の外側が欠けてしまうことがある。その人が[ピッチャー](#)になっても視野のすみで[ランナー](#)を見ながらのけん制球がうまくできない。なお巨人病は巨人症とは別の[もの](#)で、日本プロ野球界特有の傾向であり、次第に減少しつつある。

861

視床痴呆

thalamic dementia

視床腫瘍、血管障害などで発生する。両側視床内側部の病変では近接記憶も遠隔記憶も障害される。視床の障害では視床[症候群](#)が有名で深部知覚障害、反対側半盲、半側性[注意障害](#)、視床痛などが見られる。視床の障害ではその他に視床手、半側アテトーゼなどさまざまな興味深い症状が見られる。

862

[ヒステリー](#)とカタトニーの減少

どちらも身体表現性の病理、どちらも[先進国](#)で最近では減少。

ということは、カタトニーとは、分裂病の[ヒステリー](#)タイプではないかと考えてみる。

かわって行動表現型の病気が増えている。

こうしたことはなぜなのか？

intrapsychicからinterpersonalへの変化とも重なるものであろう。個人内病理から、対人関係病理へ。

[超自我](#)装置の弱体化と関係しているだろうか？

[リビドー](#)→[超自我](#)抑圧→身体化→[ヒステリー](#)・カタトニー

[リビドー](#)→??抑圧→行動化→[境界例](#)など

[リビドー](#)→自我抑圧→内省化→うつなど

863

集合的[無意識](#)と被害妄想

[被害妄想](#)はおそらく集合的[無意識](#)の層から発している。そのような構造が刻み込まれているのだ。

蛇恐怖なども同様に集合的[無意識](#)から発している。

集合的[無意識](#)は遺伝的に受け継いだ記憶[である](#)。

864

現実モデル＝記憶＝遺伝的無意識＋個人的無意識＋個人的意識＝遺伝的無意識的記憶＋個人的無意識的記憶＋個人的意識的記憶

はっきり意識できる記憶は個人的意識的記憶だけである。

そのほかは無意識的なもので、記憶としても再生はされず、現実判断の際に参照されるだけである。事柄自体は再生されず、ただ構造だけが再生されて、現在の事柄を整理し理解し判断し実行することに役立てられる。

文書を作る。内容は現在のものだ。書式は過去のものを参照する。過去の文書には内容もあるが、それは再生されない。ただ書式のみが再生されるのである。

865

記憶の再生・形式の再生と内容の再生

内容が再生されるのは意識の層。形式が再生されるのが無意識の層である。

866

頭部外傷

head trauma

トラウマといえば心的外傷を指すことが多いが、本来は肉体的外傷のことである。脳震盪（しんとう）、脳挫傷（ざしょう）、頭蓋内出血などを区別する。

脳実質に損傷は起こっていないものを脳震盪といい、意識障害が起こる。ときに健忘を伴う。

脳実質に器質的損傷が起こったものが脳挫傷であり、重篤な意識障害が生じる。そのほか損傷部位に応じた局所症状や逆行健忘が見られる。

頭蓋内出血は出血部位によって分類し、脳内出血、くも膜下出血、硬膜内出血、硬膜外出血がある。受傷直後に意識障害を発症することもあるが、しばらく無症状期（lucid interval）があって、その後で頭痛・吐き気や意識障害が始まることもある。

867

過敏性情動衰弱状態

hyperaesthetischemotioneller Schwa"chezustand

頭部外傷による意識障害から回復した後の、間脳の機能障害を中心とする自律神経障害をいう。

頭重、めまい、耳鳴り、睡眠障害などが見られる。頭部外傷後遺症のひとつ。

868

外傷でコルサコフ症候群が見られることがある。

869

失外套症候群

apallic syndrome

大脳の皮質と白質の広範な障害により大脳の機能が失われた状態で[植物状態](#)の一種。精神活動は失われるが睡眠覚醒や栄養は保たれる。上肢屈曲、下肢伸展の除脳硬直姿勢をとることが多い。目は動くが、対象物を見ているようではない。

870

無言無動症

akinetic mutism

[ケアンズ](#)が報告した。[植物状態のひとつ](#)で、開眼昏睡の一型である。失外套[症候群](#)との区別については議論があり、あまり区別しないで用いる場合もあり、意識混濁を伴うものは無言無動症で、失外套[症候群](#)では意識混濁はないとする考え方もある。

871

人格水準低下

Niveausenkung, level down

脳の損傷により、自発性減退、多幸、抑制欠如、易刺激性亢進、[道徳感情](#)低下、粘着・爆発性などの傾向が見られることがある。[前頭葉](#)などの損傷による高級機能の欠落症状（ジャクソニズムでいう[陰性症状](#)）と、本来の性格の先鋭化・低次機能の突出（ジャクソニズムでいう陽性症状）が重畳して症状形成されている。外傷、薬物、[アルコール](#)のほか原因によらず、[脳損傷](#)がある程度以上進行すると現れる。さらに[脳損傷](#)が進行すると痴呆に至る。

このように[脳損傷](#)の原因によらず最終的には人格水準低下から痴呆に至る進行のあり方を最終共通経路（final [common pathway](#)）という。

872

外傷[神経症](#)

traumatic neurosis

=賠償[神経症](#) Rentenneurose

外傷後、自覚症状を裏付けるような器質的損傷が認められないのに、心気・不安・自律[神経症状](#)を呈するものをいう。背景に性格、生活状況、受傷状況などがある。

なかでも賠償が不十分であるとの不満が関係していると推定されるものを賠償[神経症](#)と呼ぶ。

外傷後[ストレス症候群](#)（PTSD）とは別。

873

[一酸化炭素](#)中毒

[carbon](#) monoxide (CO) poisoning

古くは炭坑で、最近では[都市ガス](#)、炭火、練炭、[自動車](#)の[排気ガス](#)（自殺目的）などによるものが多い。COは酸素よりも[ヘモグロビン](#)との結合力が強く、CO中毒の状態では血液は末梢に酸素を運ぶことができなくなる。皮膚が鮮紅色を呈するのはCOの結合した[ヘモグロビン](#)の色である。

藤井稔（1960）は一酸化炭素中毒で淡蒼球が対称性におかされることを指摘した。
軽度の場合には頭痛、悪心、嘔吐などであるが、重度の場合は急性期には意識障害が、慢性期（後遺症）には健忘や錐体外路症状などの各種神経症状が見られる。
ときに間欠型（interval form）を呈する。急性期の意識障害がいったん軽快した後に、無症状期が訪れ、1～3週のものちに再び意識障害や神経症状が見られるものである。

874

不安傾向と不安状態

trait anxiety と state anxiety

不安傾向は生涯にわたる人格傾向であり、不安状態は開始を特定できる一時的な病的状態である。両者の不安を区別すべきである。

875

目で見る→こちらの能動性はやや難しい。しかし内在していることは確かである。能動性という言葉がまずいのかも知れない。

手で触る→こちらには明らかに能動性がある。

ものの実感各感覚の総合。目で見ているときに触覚などを想起し、また、触覚を予測していたりする。

876

離人

ものが変化しているのではなく、自分の感覚が変化しているのだと知っている。

877

症状が妄想につながる経路

心気症→心気妄想

対人恐怖（加害恐怖）→加害妄想

加害恐怖は結局、「嫌われる恐怖」である。

神経症態 妄想態

心気症 心気妄想

加害恐怖 加害妄想

強迫症 ？

離人症 ？

不安 ？

神経症性うつ 妄想性うつ（微小妄想は二次妄想である可能性がある）

対応物を考えてみる。対応物がないなら、防衛反応である可能性がある。

878

離人

もの・自分の体・自分の心をとくに区別する必要はないのではないか？

Q.これらが混合して、いずれとも分類不可能な場合はあるか？「分類できない種類の体験」はあるか？

離人は対象の性質ではないのに、対象の性質によって区別しているのはおかしい。

879

brain disease.....subjective distress

mental illness.....objective physical pathology

原初の病理に対する反応.....reaction=illness

880

質の違い

panic :adrenal

anxiety,Angst :GABA

シグナルとしても差がある。

881

慢性患者に付き合うときの特有の辛さ

人生の些末な一場面でしかない場合と、人生の主な舞台の登場人物である場合と。

882

熱や咳が症状とは言っても、防衛反応であること。これの延長で解釈できる精神症状があるのではないか。

捕食者に襲われる→パニック

排除の恐怖→対人恐怖social phobia

883

不安欠如の病はあるか？

不安信号がなければ、すぐに死ぬか怪我をしているだろう。そそっかしさ。むこうみず。命知らず。

884

「メモリー＝現実モデル」 同一仮説 →図

メモリーは、意識、個人的無意識、集合的無意識に分けられる。無意識は、内容ではなく形式が読み出される。（そのことによって、新しい事態にも役立つものになる。）無意識の意味はそう

いうことだ。

885

区別。

nervous

fear

anxiety

panic

886

[ストレスホルモン](#) cortisol

→protect bodyの面がある。

887

anxiety は外的から身を守る働きがあるから、過剰なくらいでよい。escape and avoidance [である](#)。

しかしそれではbody [damage](#)がきつくなる。stress病。

888

pain and fear は身を守る。本来は有益信号。それが邪魔な症状となる経緯について。

889

生まれてからヘビを見せたことのないサルは恐がらない。[ビデオ](#)でヘビを恐がっているサルを見せると、ヘビへの恐怖が発現する。[遺伝子にプログラム](#)されていたものが発現する。花を恐がっているサルを見せても花を恐がるようにはならない。

890

恐怖の出現を制御するものがあるはず。→学習理論。

hight,snake,spider.

891

のどで気管と食道が交叉している。これで窒息も生じるが、仕方がない。その理由？

直立歩行では手が自由になったが、その代わりに腰痛が起こった。

→同様に、精神症状の得失を考えられないか？

892

生体の誤反応の例。たとえば[アレルギー](#)。[アトピー](#)。必要な免疫反応と、過剰な免疫反応。

→同様に、精神症状を解釈できるか？

893

抗体と細菌が勝負する

細菌は[抗生物質](#)に対して大部分が死んでも、たった[ひとつ](#)が耐性となって生き延びれば、あとは勝利である。これは強い。[抗生物質](#)を作るときにこの大量[試行錯誤](#)と選択の[プロセス](#)がないので不利である。

たとえば、大量の豚で、その細菌に対する抗体を作る。数ある中には必ず有効な抗体もあるはずである。この抗体を人体でも作ることができるように仕組みればよい。これなら大量[試行錯誤](#)が可能である。

894

亜急性海綿状脳症

subacute spongiform encephalopathy

scrapie、[ミンク脳症](#)、Kuru、[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)では、[灰白質](#)を中心に特徴的な海綿状態が見られる。つまり、脳実質の一部が脂肪組織に置き換わっており、全体としてスポンジのようになる。

895

無動無言症

目を開いて意識があるように見えながら、眼球運動以外は自発的身体運動がない、[植物状態](#)の一種である。Cairnis(1941)らが[意識障害](#)の一型として報告した。障害部位は主として脳幹である。

896

[メニエール病](#)

[めまい](#)、[耳鳴り](#)、難聴が反復する内耳疾患で、原因不明。

[めまい](#)、ふらつきの鑑別診断は[耳鼻科](#)に依頼することも多い。前庭神経炎[後遺症](#)とか[メニエール病](#)とか、何か分かれば患者さんは落ち着く様子である。

897

水銀中毒

mercury poisoning

無機水銀と[有機水銀](#)が原因になる。[水俣病](#)は[メチル水銀化合物](#)が工場→排水→魚介→人間の経路で体内に取り込まれて発症した。症状は小脳性運動失調、[意識障害](#)、知能障害などが見られた。胎児性[水俣病](#)は高度の知能障害が見られた。

898

[有機リン中毒](#)

農薬の[有機リン](#)は抗[コリンエステラーゼ](#)作用がある。中毒状態では[コリンエステラーゼ](#)が減少し、[コリン](#)が多くなり、悪心・嘔吐、下痢、縮腫などの副交感神経刺激症状が見られる。

899

[パーキンソン症候群](#)

Parkinsonian syndrome

[パーキンソン病](#)（振戦麻痺 paralysis agitans）が古くから記載されており、同様の病像を呈する疾患がいくつか発見されて、まとめて[パーキンソン症候群](#)と呼んでいる。[パーキンソン病](#)の他に、脳炎後パーキンソニズム、[線条体](#)・黒質変性症、パーキンソン・痴呆複合（[グアム](#)）、薬原性、[脳動脈硬化症](#)などが原因として知られている。

三大症状は筋強剛（筋固縮）、寡動（無動）、振戦である。四肢を他動的に屈伸させようとすると、筋強剛のために歯車を回すときのような小刻みな抵抗を感じる（歯車現象）。寡動では運動開始の困難が特徴で、歩行開始時の困難（すくみ足）などが見られる。目印があったり階段だとすいすい歩けるので、筋強剛のせいだけではない。振戦は静止時振戦で、丸薬を指先で丸めるような（pill-rolling）とも形容される。

自律神経症状としては発汗、あぶら顔、唾液分泌過剰、便秘などがある。[抑うつ](#)などの精神症状が見られることもある。

以上の症状は黒質[線条体](#)系で[ドーパミン](#)が欠乏するため、抑制系である[尾状核](#)の機能低下、ひいては[淡蒼球](#)・視床腹外側核系の機能亢進をきたす結果起こる。

治療はトリヘキシフェニディール、ピペリデンなどのほかに種々の薬剤が試みられている。

[向精神薬](#)の副作用として頻度の低くない症状であるが、抗パーキンソン剤を加えることで緩和できるので心配は要らない。

900

アテトーゼ

athetosis, Athetose

筋緊張は亢進したままで[ゆっくり](#)とくねる不随意の運動が顔面、頸部、上下肢などに見られる。遠位筋に優位といわれる。緊張すると出やすいと訴える。[錐体外路症状のひとつ](#)。

901

アナクリティック・[デプレッション](#)

anaclitic depression

アナクリティックは母親への依存の意味。母親を奪われたときの子供の[抑うつ](#)をアナクリティック・[デプレッション](#)と呼ぶ。anacliticは[スピッツ](#)による造語で「よりかかる・依存する」の意味。母性的養育の大切な理由である。

902

[ウィルソン病](#)

Wilson's disease

先天性銅代謝異常である。肝[レンズ核](#)変性症 hepato-lenticular degeneration と呼ばれる。銅と結合するセルロプラスミンの合成不全が原因で、肝臓、角膜、脳などに銅が沈着する。[錐体外路症状](#)として振戦（羽ばたき振戦）や筋固縮が起こり、ほかには[カイザー・フライシャー](#)角膜輪、[肝硬変](#)などが見られる。精神面では初期には抑制欠如、情緒不安定など、末期には知能低下などを呈する。[レンズ核](#)は淡蒼球と被殻のこと。

903

正常圧水頭症

normal pressure hydrocephalus

老人に多く、痴呆、歩行障害、尿失禁が三大症状である。髄液圧が正常であることから名付けられているが、現代では画像により診断できる。脳質は拡大しているが皮質の萎縮がない。外科手術により治療可能なことがある痴呆なので、見落とさないことが大切である。

水頭症は髄液が過剰になり、脳室が拡大し髄液圧も高くなるのが一般である。乳幼児の場合には頭そのものが大きくなる。正常圧水頭症では髄液圧が上昇しないので[不思議](#)であるが、睡眠中には髄液圧の上昇が見られるとの報告がある。髄液再吸収機構に問題があると考えられている。

904

性的小児症

sexual infantilism

性的発達不全を示すもので、精神的にも人格未熟、情緒不安定、被暗示性亢進、[自己中心的](#)、依存的、[信頼関係](#)欠如などの問題点が指摘されている。疾患としては下垂体性として類宦官症、小人症、性腺原発性として[ターナー](#)症候群、[クラインフェルター](#)症候群、[視床下部](#)性として、[フレーリッヒ](#)症候群、ローレンス・ムーン・[ビードル](#)症候群などがある。

以上のことは、?生育の[プロセス](#)で精神発達と性的発達の関係の深さを示唆する。?脳の形成の[プロセス](#)での性[ホルモン](#)の重要性を示唆する。?逆に、性的機能形成において脳からの刺激物質の重

要性を示唆する。

また、脳の形成の観点から見ると、胎児期と第二次性徴期の二度にわたって、性ホルモンの重要な時期があると考えられる。胎児期、特に視床下部分化期に性ホルモンの影響を受けて脳の特性が決定され、思春期以降の性行動が決定されるとの主張がある。当然、脳への影響は性行動に関連する部分だけではないであろうと推定される。

第二次性徴期は精神分裂病の好発年齢の開始期であり、かつ真の意味での創造性の始まる時期でもある。いずれも体系的な空想活動に関係している。

905

月経前緊張症候群

premenstrual tension syndrome

月経開始前二週間くらいから始まり、月経が始まると症状が消えるもので、情緒不安定、頭痛、不眠、イライラなどが訴えられる。ときに離人感も生じると文献にはある。乳房痛など、性ホルモンの影響が明白と考えられる症状も見られる。

感情や思考に性ホルモンがどのようなメカニズムで関係しているか、実に興味深い。

906

レンズ核＝淡蒼球＋被殻

被殻＋尾状核＝線条体

内包はレンズ核を内方から包む白質部。

視床の外側に淡蒼球、その外側に被殻がある。

907

発症機構・構造と内容

・下痢のたとえ。

腐ったものを食べたから、下痢をした。→神経症タイプ。

ストレスが強くて下痢をして、タベ食べたものが出てきた。→症状の形式と内容は別。精神病タイプ。

908

治療と役割

・「役割」は社会参加のモードである。大切。社会に素裸で参加するのではなく、役割という「洋服」を着て参加するのである。役割は社会での自己認知である。

役割の認知を通して、社会機能を再建する。

909

分裂病の予防

・アリエティが指摘しているように、[イスラム](#)のキブツでは分裂病の発生が少なく、それは集団母親体制が有効に機能しているからではないかとの考え方がある。近代社会は、核家族化の方向に向き、それは結局、母親の機能不全を補完するものを奪ったのではないか。大家族や村社会で生きていた当時は、子育てに向かない母親は子育てをしないで住んでいたかも知れない。分裂病の素因を持った子供は素因をそれ以上発展させることなく終わったかも知れない。

・もしそんな事情が実際にあるのなら、分裂病の予防に有効な方法である。

・[現代社会](#)では、[ベビー](#)シッターや保育所、託児所の活用が考えられる。

910

[錐体外路症状](#)

extrapyramidal symptom

錐体路は随意[運動系](#)であり、[錐体外路](#)は錐体路を修飾する不随意（自動調節）[運動系](#)である。[錐体外路系](#)に司令を送るのは[大脳基底核](#)であり、その詳細は尾状核、[レンズ核](#)（淡蒼球と被殻）、[視床下核](#)（Luys体）、視床、黒質、赤核などである。尾状核と被殻とを線条体と呼び、線条体は[大脳基底核](#)の中心的な働きをしている。[錐体外路](#)疾患はこれらの場所での異常が原因になる。黒質線条体系の[ドーパミン](#)欠乏では[パーキンソン症候群](#)が起こり筋強剛・寡動タイプである。[ハンチントン](#)舞踏病では筋緊張低下・多動となる。薬剤性[パーキンソン症候群](#)では抗パーキンソン薬でおおむねコントロールが可能である。

911

ウェルニッケ脳症

Wernicke's encephalopathy

[アルコール](#)多飲に伴う[ビタミンB1](#)（[サイアミン](#)）欠乏によるもので、眼筋麻痺、[意識障害](#)、運動失調が古典的三徴候である。路上に倒れていた原因不明の[意識障害](#)の患者がかつぎ込まれたときには、点滴にサイアミンを混ぜるようにすすめる指導医もいる。[コルサコフ](#)症候群に移行することも多いとされる。

912

現実[モデル](#)の重層性

意識・個人的[無意識](#)・集合的[無意識](#)

赤ん坊のときは集合的[無意識](#)から個人的[無意識](#)と意識が作られてゆく。次第に集合的[無意識](#)と個人的[無意識](#)から個人的[無意識](#)と意識が作られてゆく。つまり、上位のものを作るとき、下位の構造が役立てられる。

意識・個人的[無意識](#)・集合的[無意識](#)の複合体＝現実[モデル](#)

[無意識](#)とは、主に「構造」だけを供給する。内容は意識に蓄えられる。？

集合的[無意識](#)は「構造」を主に提供し、意識は内容を主に提供する。個人的[無意識](#)は中間である。？

913

絵画解釈の指針

→そのイメージは心のどの層から出たものか？

意識と二つの無意識。

無意識の構造……集合的無意識と個人的無意識

?集合的無意識とは、系統発生的に蓄えられた現実モデル。遺伝子情報である。系統発生的現実モデル。

?個人的無意識とは、個体発生（生育歴）から蓄えられた現実モデル。個体発生的現実モデル。

?言語システムに蓄えられた構造がある。（たとえば、概念同士の関係。）これは長い歴史の間に現実を転写したのものもあるし、偶然が重なってそのままになっているものもある。

言語システムは意識層と個人的無意識層にプールされる。

（名詞に男女中性がある言語では、たとえば「太陽」のイメージに性がつきまとうかも知れない。）

?現実モデル（意識・個人的無意識・集団的無意識）と?空想、?照合・棄却。これらのどのレベルから出たものであるか。

言語システムの問題は小さくない。自意識の発生と言語の使用は密接な印象がある。

914

理系の真実と文系の真実

真実の参照先が違う。理系は経験・その洗練されたものとしての実験の真実、文系は集団の真実。

915

妄想かどうかは誰がどのように決めるのか？医師が正しいという保証はあるのか？医師は何を根拠にして自分が正しいと判断しているのか？

→端的に言えば、医師の頭の中にある現実モデルを参照して決めている。

916

術後精神病

postoperative psychosis

【関連語】ICU（集中治療室：intensive care unit）精神病

外科手術の後に精神症状を呈することがある。器質因、心因、内因という精神医学の伝統的な分類に従えば以下のように三分できる。

?器質性症状

疲労、麻酔、電解質バランス異常などの、手術にともなう肉体的ストレスは意識障害をはじめとする急性器質性症状を引き起こす。また基礎疾患による精神症状（肝不全など）として意識障

[害](#)を中心とする器質性症状が現れる。

?[心因性](#)症状

手術や環境による心理的[ストレス](#)が心因として作用する場合は不安、心気、[抑うつ](#)などを引き起こす。特にICU精神病では、極度の不安や隔離された人工的な環境などにより精神病状態が見られる。子宮摘出後や乳房切除後には女性[アイデンティティ](#)の喪失問題などとも関係するのでやや長期の精神療法も必要である。

?内因性精神病の顕在化

手術に伴う[ストレス](#)が、潜在していた内因性精神病を顕在化する場合がある。

917

脳平衡不全症候群

cerebral disequilibrium syndrome

【関連】[人工透析](#)、腎不全、透析脳症、透析痴呆、進行性透析脳症

慢性腎不全患者に対する[人工透析](#)開始時に、体液成分が急速に正常化されるために頭痛、嘔吐、軽度[意識障害](#)が起こることを指す。ほかに[人工透析](#)では[社会生活](#)が大きく制限されるので患者は喪失体験に苦しみ、[うつ状態](#)を経過することがある。[心因性](#)の病態に対しての精神療法が必要である。

長期にわたる透析療法は非可逆的慢性器質性脳障害を引き起こすことがあり、透析脳症 (dialysis encephalopathy) や透析痴呆 (dialysis dementia) といわれる。感情不安定・知能変化・性格変化などが急速に進行するものが進行性透析脳症 (progressive dialysis encephalopathy) であり、原因は[アルミニウム](#)などが推定されているが明白ではない。現在日本での[人工透析](#)患者数は十万人以上、平均年齢は五十歳以上であり、精神面でのケアも大きな問題である。

918

治療薬による精神病

薬物依存を形成するタイプのもので、有害[副作用](#)によるものとの大別される。症状としてはうつ、[意識障害](#)、幻覚妄想に大別されるが、使用量・期間・原疾患によって異なるし、大部分では複合した症状が出る。あえて分類すると以下のようなになる。

うつタイプは、ドーパ (抗パーキンソン剤)、レセルピン (抗圧剤)、メチルドーパ (抗圧剤)、プロプラノロール (β ブロッカー)、ヒドララジン (抗圧剤)、グアネチジン (抗圧剤)、[ステロイド](#) (副腎皮質[ホルモン](#))、[経口避妊薬](#)、サイクロセリン (抗結核剤)、INH (抗結核剤)。

[意識障害](#)タイプは、[ジギタリス](#) (強心剤)、[アンタブース](#) (抗酒剤)。

幻覚妄想タイプは、[ペンタゾシン](#) (鎮痛剤)、トリヘキシフェニディール (抗[コリン](#)剤)、アトロピン (抗[コリン](#)剤)、スコポラミン (抗[コリン](#)剤)、アマンタジン (抗パーキンソン剤)、[エフェドリン](#) (気管支喘息治療剤)。

たとえば抗圧剤が[うつ状態](#)を引き起こすことに関しては、?薬自体の有害[副作用](#) (レセルピンはカ

テコールアミンによる神経伝達を阻害する) の場合がある。? 血圧が低下したことによるうつ状態または攻撃性低下の可能性はある。攻撃的だった人が急に落ち着くとコントラスト効果で元気がないように見える。? さらには血圧の下げすぎで脳梗塞が発生し、その結果としてうつ状態が起きていることもある。? 逆に、服薬していても高血圧が存続し高血圧脳症の症状として意識障害があり、それがうつ状態と見えることもある。

またSLE (自己免疫疾患のひとつ) の場合の感情障害は原疾患によるものかステロイド剤によるものか複合したものか、区別は難しい。

意識障害や幻覚妄想については、服用開始時期や用量から比較的原因は明瞭であるが、脳器質障害が併発しているときには原因が不明確になる。また、潜在していた内因性精神疾患や脳の脆弱性がこれら薬物や病気のストレスによって顕在化する場合もある。

患者さんは自分の感覚から薬が原因ではないかと医者に見かねる。半ば責めるような口調になり、また投薬した別の医師をともに非難することを求めるようでもある。精神症状について薬が原因ではないかと疑うことは必要であるし、実際に薬が原因のことは多いのであるが、しかし上記のような事情もあるので、慎重に考え、決めつけない方がよい。

919

てんかん

epilepsy

発作性脳律動異常を原因し、運動発作や各種精神症状を呈する疾患。かつては精神分裂病、躁うつ病とともに三大内因性精神病のひとつとされ精神科医が診察していた。脳波検査によって発作性脳律動異常を検出できるようになって、てんかん発作の裏付けとなる各種脳波が見いだされてからは内因性精神病からは除外されている。てんかん発作の初発は幼小児期から思春期にかけてのことが多いので小児神経医が診察し、成人してからは神経内科医または精神科医が診察を引き継ぐことが多い。脳内の手術可能な病変が原因の場合や脳手術後にてんかん発作が始まった場合には脳外科医が診察する。

「てんかんは脳に原因があってひきつけを起こす病気なのにどうして精神科医が診察するのか」と聞かれることがあるが、てんかんは種々の精神症状を伴うからである。意識障害から幻覚妄想状態まで、性格変化から痴呆までいろいろある。脳外科で診察しているてんかんの場合も、精神症状で問題がある場合には精神科に相談に来ることも多い。

発作時の症状によって名付けて分類するのが伝統的であり、大発作型、欠神発作型、精神発作型、精神運動発作型、自律神経発作型などがある。誤解の余地なく伝えるためには国際分類に従うのがよい。発作時脳波がなくても、臨床所見と非発作時脳波があれば性格に分類できるすぐれたものである。? 意識障害を伴う = 「複雑」、伴わない = 「単純」、? 脳波異常が限局 = 「部分」、脳波異常がすみやかに全体に波及 = 「全般」、部分から始まり全体に波及する様子が分かる「二次性全般化」という分類を軸に行われる。

治療は薬剤によるコントロールが主体である。ドストエフスキーの作品の中にてんかん発作の描写が書かれていて、有名である。

920

大発作

grand mal

=強直・間代性発作 (tonic-clonic seizure)

もっとも代表的なてんかん発作のタイプ。意識消失に続いて四肢が伸展 (tonic)、次に四肢が収縮と弛緩を繰り返す。一分以内程度で後睡眠に移る。逆行性健忘を残すことがある。発作の直前に前兆 (アウラ aera) が起こることがある。眼前に光を感じるなどが典型的である。大発作がいったんおさまってまたすぐに大発作が起こるものをけいれん重積状態 status epilepticus という。ジアゼパムを注射する。発作を繰り返すたびに脳神経細胞はダメージを受け不可逆変化を残す。

921

単純欠神発作

simple absence seizure

子供に好発する。意識が数秒間消失し、回復する。突然始まり突然終わり、話は中断し、手にもっていた物は落とす。倒れることは少ない。純粹小発作 petit mal ともいう。大人になればなくなる例が多い。

922

複雑欠神発作

complex absence seizure

単純欠神発作で見られる意識消失発作に加えて運動系の症状が出るもの。自動症欠神は意識消失の間に舌なめずり、唇運動、揉み手などの単純運動が見られるものである。ミオクロニー欠神は意識消失の間に眼瞼や手にミオクロニーが起こるものである (筋肉の一部がぴくぴく動くこと)。

923

精神運動発作

psychomotor seizure

側頭葉てんかんとも呼ばれる。意識障害と舌なめずり、口唇運動、表情筋運動などの運動系の症状が見られる。意識がないのにまとまった運動をするので自動症 automatism という。数時間の徘徊の例もある。

924

精神発作

psychic seizure

知覚、思考、感情などの面で発作症状が起こる。患者は発作を自覚していて、幻覚、未視感、既視感、強制思考などを体験する。体験との距離は保たれていて批判力が保持されている点が分裂病性の幻覚妄想とは違う。

925

自律神経発作

autonomic seizure

吐き気、嘔吐、腹痛、便意、消化管違和感などの腹部症状、頭痛、頭重などの自律神経症状がてんかん発作として起こる。脳波所見として6&14Hz陽性棘波が見られる。

926

てんかん性精神病

側頭葉てんかんに関連して起こる慢性精神病のこと。幻覚、妄想、抑うつ、興奮などの症状を呈するが、人格は保持される。症状からだけでは分裂病との鑑別は困難で、結局先行するてんかん発作があったかどうかの問題となる。てんかん精神病が分裂病と同じなのか違うのか、分裂病モデルとなりうるのか、議論が多い。

927

単純部分発作

simple partial seizures

てんかんの国際分類で、意識障害がなく脳波異常が局限しているもの。運動発作、感覚発作、自律神経発作、精神発作に分類される。

928

複雑部分発作

complex partial seizures

てんかんの国際分類で、意識障害があり、脳波異常が限局しているもの。側頭葉てんかんにほぼ等しい。自動症を伴う場合と伴わない場合で細分する。

929

全般発作

てんかんの国際分類で、脳波異常が全体に波及し意識障害が伴うもの。欠伸発作、ミオクロニー発作、強直・間代性発作、間代発作、強直発作、脱力発作などに細分される。

930

熱性けいれん

三歳未満で熱発時に見られる全身けいれん。小さい頃引きつけはありましたかと尋ねて、熱を出

したときに一度あったそうですなどと答えがあった場合は熱性けいれんである。[てんかん](#)への移行は少ない。

931

個体は[遺伝子](#)の適応実験である。

932

[てんかん](#)の薬

[副作用](#)の少ないバルプロ酸を中心に考える。[バルプロ酸](#)だけでは発作をコントロールしきれないことがあるので、[フェノバルビタール](#)や[テグレトール](#)などを併用する。

[血中濃度](#)を[モニター](#)しながら長期にわたり服用することが必要である。

933

[偏頭痛](#)

migrane

発作性・拍動性・一側性の強い頭痛。動脈の収縮と拡張が原因としていわれているが、[セロトニン](#)代謝の問題が指摘され、薬剤としてもエルゴタミン製剤と[抗不安薬](#)のほかに予防薬として抗[セロトニン](#)薬が検討されている。遺伝性・前兆（aura）あり（[閃輝暗点](#)、耳鳴り、悪心など）・頭痛の他に吐き気・嘔吐あり、などの特徴を示す典型的[偏頭痛](#)（classic migraine）と、睡眠中・早朝起床時にみられるあまり強くない頭痛を呈する普通型[偏頭痛](#)（common migraine）などのタイプがある。

934

豊かな自閉と貧しい自閉

貧しい自閉は空想力の枯渇=[エンジン](#)が停止。現実[モデル](#)は壊れていることもあり（→破瓜型？）、壊れていないこともある（→単純型？性格障害型？）。

豊かな自閉は空想力は保たれているが、現実[モデル](#)が壊れている（妄想型）。

現実[モデル](#)と空想産生.....道路・ガイドと[エンジン](#).....川と水圧

豊かな自閉は「照合・棄却装置」の障害。棄却されずに空想が意識化される。

貧しい自閉は「照合・棄却装置」と「空想産生力」の障害。

935

夢=ばらばらの空想+[無意識](#)の構造

構造には意味がある。空想内容にはさしたる意味はない。睡眠中の感覚情報が取り込まれていることも多い。

936

非定型精神病

atypical psychosis, atypische Psychose

[クレペリン](#)は状態像と経過から、分裂病と[躁うつ病](#)を定型的精神病とした。非定型とはこれら二つの定型的精神病以外の精神病をいうのであるが、定義は人によって狭いものと広いものがある。分裂病は状態像としては[シュナイダー](#)の一級症状、経過は[シュープ](#)を繰り返して次第にレベルダウンするもの。[躁うつ病](#)は状態像としては感情、意欲、認知の面で偏りをきたし身体症状を伴い、経過は相性で最後には発病前の状態に戻るものである。[非定型精神病](#)を広く指す場合には、分裂病とも[躁うつ病](#)ともいえないが精神病であるものをいう。狭く指す場合には分裂病性の状態像と、[躁うつ病](#)性の経過を呈するものをいう。つまり、急性幻覚妄想状態・急性錯乱の状態像と相性で完全に元に戻る経過を呈するものである。さらに付随的な特徴としては脳波異常が確認される場合があること、遺伝負因がある場合が多いこと、発病契機を明白に認める場合があることなどがあげられる。

この狭い意味での[非定型精神病](#)は、脳波所見、遺伝性、状況依存性、病像としても[意識障害](#)の色彩があることなどの諸特徴から、内因性精神病と脳器質性精神病の中間に位置し、[てんかん](#)と同質の病理を持つとの推定がある。

ICD-10では分裂感情障害と急性一過性精神病障害、DSM4では分裂感情障害と分裂病様障害があげられている。急性一過性精神病障害と分裂病様障害は狭義の[非定型精神病](#)に近く、分裂感情障害は現在症として分裂病症状と[うつ病](#)症状が併存するもので、広義の[非定型精神病](#)の範囲に入る。

937

不眠症

insomnia

眠れないことや熟眠感がないことが一大事だということが普段眠れている人には分からない。「眠れない夜くらい経験はありますよ」とは言っても、続くものでなければ辛くはない。「眠れなくて死んだ人はいない」と説得する人もいるが、だからといって苦しさはやわらぐものではない。

熟眠感は数多くの条件がそろってはじめて実現するものである。従って不眠の原因はたくさんある。

?他に病気がある場合.....脳の病気とその他の病気がある。

?薬や食べ物が原因の場合.....寝る前に[カフェイン](#)を含む[飲食物](#)をとる。

?老人の場合.....配偶者を亡くして寂しさがつのり、不眠を訴えることがある。老年になるに従って睡眠時間は短くて済む傾向がある。

?[心因性](#).....気にかかることがあって眠れない。今夜も眠れなかったらどうしようと心配になってしまって眠れない。

?環境因性.....睡眠環境が悪い場合で、上の階の住人が夜中まで騒ぐ場合、隣の部屋の人が[テレビ](#)や[ステレオ](#)をうるさくしている場合、[自動車](#)の音、駐車場の音・光などである。

対策は以上の各原因に従う。

?原疾患の治療。

?原因物質の摂取を控える。

?自分に本当に必要な睡眠はどのようなものか、若い頃とは違うことを知っていただく。

?精神療法。

?環境調整。耳栓なども含む。

?共通の対策は睡眠剤の使用である。根本療法ではないが、改善のきっかけにはなる。ただ、[睡眠時無呼吸症候群](#)だけは[ベンゾジアゼピン](#)系薬剤は症状を悪化させるので注意が必要である。

?積極的環境調整としては、夜になったら頭を休める、軽い体操、ぬるいお湯に[ゆっくり](#)と入浴、香りを調節する、音楽を調整する、電話が鳴らないようにするなどの工夫がある。

938

睡眠[ポリグラフ](#)

睡眠時の様子を脳波、体温、体動、[いびき](#)、眼球運動、呼吸状態、発汗など他種類にわたって記録すること。[睡眠障害](#)の原因の探究に役立つ。付き合っている医者は大変である。

939

ストーマー・[パーソナリティ](#)

stormy personality

アリエティ (S.Arieti) が記載した性格類型で、[精神分裂病](#)に親和性が高いものとされている。自己同一性が確立されず不安定で極端、「As-if人格」に類似の点もあり、[境界型人格障害](#)に似た要素もある。嵐のように激しい。

940

[睡眠時無呼吸症候群](#)

sleep apnea syndrome

睡眠中に十秒以上にわたる呼吸停止を反復するもの。呼吸再開すると[いびき](#)を伴う。不眠や昼間の眠気を主訴とする。太っている人が多いが、そうでない人もいる。問診では、そばで寝ている人に、呼吸の一時的停止と[いびき](#)を尋ねる。「[いびき](#)でうるさいと思っていると息が止まるので[不思議](#)な人だなと思っていました」とか「死んだのかと思ってびっくりしたことがある」とか話すことがある。確定診断は睡眠[ポリグラフ](#)で呼吸と脳波をチェックする。脳波は覚醒状態を示してよく寝ていないので、不眠、昼の眠気、仕事の能率の低下などを引き起こす。

原因は?上部気道閉塞.....肥満や鼻閉で起こる?呼吸中枢の異常?以上の二つの混合したものに区別できる。不眠であるからといって[ベンゾジアゼピン](#)系の眠剤を使用すると上部気道の閉塞を促進してしまうので注意が必要である。アセタゾラミドが保険適用となっており、呼吸性ア[シドーシ](#)スを改善する。成人男子に多いが乳幼児にも見られ、乳児突然死症候群の一部であると考えられる。

肥満、昼の傾眠、赤血球増多を示すものはピックウィック症候群という。

941

睡眠時ミオクローヌス症候群

nocturnal myoclonus syndrome

睡眠中に下肢の不随意運動が出現し睡眠が中断されるため不眠となる。クロナゼパムを試してみる。

942

レストレスレッグズ症候群

Restless legs syndrome

=[むずむず脚症候群](#)

夕方安静時や夜間就床時に下肢にムズムズが生じ不眠となるもの。[ふくらはぎ](#)の深部に虫が這う感じだという。いったん起きて歩き回るとおさまることがある。原因は不明。クロナゼパムを試してみる。

943

[ナルコレプシー](#)

narcolepsy

多彩な症状を示す、過眠症。同一家族内に発生することが多くDNA研究が進められている。運転中や麻雀などを行っているさなかに急に睡眠発作を起こす、大笑いしたりすると脱力発作を起こす（情動性筋緊張消失：カタプレキシー）、入眠時幻覚、睡眠麻痺（入眠直前や覚醒直後に体が動かせない）、脳波では入眠時REM、逆説的 α 波抑制（開眼すると α 波が増える所見）などが見られる。患者は人口の0.02～0.09%、米国では50万人もいるという。患者に昼に「眠ってください」と命じると五分以内に眠ると文献にはある。[メチルフェニデート](#)などを試みる。患者会に「なるこ会」がある。

944

金縛り

REM期に何かの拍子に目が覚めると体は眠っていて力が入らないので金縛りにあったように感じる。[超常現象](#)ではなく普通の現象である。

945

[幽体離脱](#)

=[体外離脱](#)

幽体とは「霊魂」で、それが身体を離脱すること。[臨死体験](#)で霊魂が離脱して状況を斜め上方から見ていたりする。また非常に強いショックを受けたときに離人体験が生じ、そのようすを映画

でも見ているように客観的に眺めているときは[幽体離脱](#)に近い状態になっていると考えられる。DSM4の離人症の記述は[幽体離脱](#)体験に近い。（離人症を人から靈魂が離れると解してみる人もいる。取り残された人体は自動機械のようになる。これはひとつの比喩として面白い。）

946

周期性傾眠症

periodic somnolence

=クライネ・レービン症候群 Kleine-Levin syndrome

[思春期](#)男性が一週間内外のあいだ傾眠発作を繰り返す病気。傾眠発作に食欲異常亢進が見られるものをクライネ・レービン症候群という。発生は比較的まれで、原因は不明、成人に達すると自然治癒することが多い。

947

睡眠覚醒[スケジュール](#)障害

Sleep-wake Schedule Disorder

一過性のものには時差症候群（jet lag syndrome）や[シフト](#)勤務によるものがある。持続性のものには睡眠相前進症候群、[睡眠相後退症候群](#)、非24時間睡眠覚醒症候群などがある。これらは[社会生活](#)の時間と[体内時計](#)の時間が一致しないためにずれが次第に大きくなったり固定したりするものである。ビタミンB12を試してみる。[メラトニン](#)は有望かも知れないが経験はない。

948

喪の仕事

grief work

いくつかの段階に分ける。それらは大きく分けると、自己危急反応、現実歪曲、心内歪曲、受け入れと進行する。

この進行は防衛機制の発達と重なっている。現実歪曲は精神病レベルの防衛機制であり、心内歪曲は神経症レベルの防衛機制である。ここでも低次反応から高次反応へ段階を踏んでいる。

949-1

グループ全体の[無意識](#)を考える

グループ全体の[無意識](#)が治療者に向かって反応を起こす場合、逆の場合など、転移[逆転移](#)を個人の[無意識](#)と集団の[無意識](#)との間に考える。

グループは二人から成立するから、患者グループもいろいろ考えられる。また、治療者グループもいろいろ考えられる。そして全体の集団がひとつある。

ということになれば、実にさまざまな集団的[無意識](#)があるわけだ（→図949-2）。それらがすべて同等の重みを持つわけではなくて、「心理的に支配的な集団」があるはずである。それは[アイデンティティ](#)にも関わってくる。

フロイトによる精神構造論

フロイトは生のエネルギーをリビドーと名付けた。性のエネルギーはリビドーの主要な部分である。フロイトは心の構造をイド（id、またはエス es）、エゴ（自我 ego）、スーパーエゴ（超自我 super-ego）に分けて考えた。イドにはリビドーがあり、イドの本能的欲求を対象により満足させるのがエゴである。良心、理想自我、自己観察の機能はスーパーエゴにあり、本能的欲求に対して禁止や脅しを行い、エゴに罪悪感を感じさせる。

イドの欲求に問題がなければエゴは現実の満足を実現する。イドの欲求がスーパーエゴの道德感覚に照らして許されないものであれば、エゴは抑圧などの防衛機制により欲求を引っ込めさせる。欲求が強力で抑圧しきれない場合には夢の中に検閲をくぐるような形に変形されて登場したり、転換または解離ヒステリーなどの形で症状として表現されたりする。

これに対する治療は二つの方向があり、抑圧が不完全であるから完全な抑圧を作るという方向と、抑圧しても出てくるのだから、抑圧はやめて発散させればよいという方向とがある。

後者が簡便で大衆には歓迎される。たとえば、上司に対して言いたいことも言えないで悶々としている患者に対して、自己主張訓練を始めるような流派である。たまっているならぶつけて吐き出しなさいというのは日本での治療としては適切かどうか疑わしい。

951

フロイトの精神性的発達論

フロイトは人間の精神発達を性的発達と密接であると考え次のように関係づけた。?口愛期 (oral phase,0~1歳3ヶ月。)。口唇を通じて母親の乳房と交流する時期で、基本的信頼感が形成される。?肛門愛期 (anal phase,1~3歳。)。排泄物の保持・放出を通じて基本的欲求を調節することを学ぶ。肛門愛性格とは、儉約、頑固、几帳面。?男根期 (phallic phase,3~5歳。)。エディプス・コンプレックスの時期。?潜在期 (latency period,6~11歳。)。性的発達としては潜伏する。?思春期 (adolescence,genital phase,11~18歳。) 第二性徴が起こる。自我同一性の確立に向けて試みが始まる。?成人期。

口→肛門→性器と続く発達は、生物が進化の歴史で辿った歴史でもあり、フロイトは系統発生を参考にして、個体発生においてもこうした順序で発達が起こるであろうと推定したものである。フロイトの時代は「個体発生は系統発生を反復する」というヘッケルの説が流布した時代である。

952

薬物依存

drug dependence

精神的依存または身体的依存が成立しているときをいう。古くは中毒、その後は嗜癖と習慣性という言葉を用いていた。嗜癖 addiction とは精神的・身体的依存があり用量増加の傾向に加えて個人と社会に害を及ぼし、薬剤入手の欲求は衝動的で自制できないものをいう。一方、習慣性 habituation は精神的・身体的依存は目立たず禁断症状もなく害は個人に限定され、薬剤入手の欲求も衝動的というほどではない。つまり嗜癖は重症で習慣性は軽症なのであるが中間の事態を判定するのが難しいので、現在では両者を含む言葉として依存 dependency を用いている。

身体的依存は急激な中断をすると禁断症状が現れるものである。薬をやめようと思っても禁断症状が辛いのでやめられない。モルヒネやアルコールで見られる。

精神的依存は薬物を求める精神的な衝動である。薬物依存ではどのタイプにも見られる。

耐性とは、同じ効果を得るための薬剤量が増えてゆくことで、アルコールでいえば「強くなる」ことである。

交差耐性とは、たとえばアルコールで耐性ができている人ははじめて使用するバルビツール酸でも耐性が見られることで、ほかにモルヒネと他の麻薬でも見られる。酒飲みには手術用の麻酔も効きにくいことがある。

依存はひとつをやめても別の依存を始めていることがある。薬物であればアルコールから睡眠薬に、また買い物依存症や過食症などに形を変えるなどして存続することが多い。「忘れたいこと」や「不安なこと」が解消しないまま患者を苦しめ続けるからであろう。不安の処理の仕方を改善することが大切であると言われるものの、具体的にどうすればよいのか難問である。

CTやMRIで強い萎縮などの脳の形態的な異常を見ることがある。薬物使用前の写真がないので薬物が原因かどうかは分からないが、後遺症の質を検討する際に役立つ所見であろう。

953

[モルヒネ](#)

morphine

法律用語である「麻薬」は阿片およびコカの葉とこれらから作られたもの、これらと同等の毒害を及ぼすものを指す。けしの実からとれる18種類の[アルカロイド](#)を総称して阿片という。その主成分が[モルヒネ](#)である。[ヘロイン](#)も阿片の誘導体で[モルヒネ](#)よりも強力である。つまり、[モルヒネ](#)、[ヘロイン](#)、コカの葉からとれる[コカイン](#)、合成物である meperiden や methadone などを麻薬と法律で言い、[麻薬取締法](#)が適用される。

鎮痛作用が強く、苦悩を忘れる。精神依存・身体依存ともに強く形成され、禁断症状は激烈で自律神経の嵐と呼ばれる。意志薄弱と高等感情鈍麻を残すうえに、[モルヒネ](#)依存は再発を繰り返しやすいので社会復帰は容易ではない場合がある。[モルヒネ](#)はやめても[アルコール](#)依存などに移行する場合も多い。

[エンドルフィン](#) (endorphins) は脳内で自然にできる[モルヒネ](#)に似た物質で、作用も似ている。むしろ、[エンドルフィン](#)が存在して、そのレセプターもあるから[モルヒネ](#)が作用すると言える。[エンドルフィン](#)は痛みや快感の調整をしており、[モルヒネ](#)が体外から入ると急速に産生が中止される。この状態で体外からの[モルヒネ](#)を少しでも減らすと激しい痛みや自律神経症状が出現する。

954

[コカイン](#)

cocaine

コカの葉から抽出されたもの。[局所麻酔薬](#)として使われる。[フロイト](#)が[局所麻酔薬](#)としてはじめて使ったことは有名である。多幸状態になるので精神依存を形成する。身体依存や耐性は形成されない。乱用すると幻覚、[意識障害](#)、[てんかん](#)発作などの症状が出る。[コカイン](#)精神病では幻触と[被害妄想](#)を呈する。再発率が高い。[麻薬取締法](#)が適用される。

955

大麻

大麻草からとられて喫煙される。カンナビス ([cannabis](#))、[マリファナ](#) (marijuana)、ハッシュ (hashish) と呼ばれる。多幸福感、変容体験が好まれる。精神依存は形成されるが身体依存と耐性は形成されない。長期使用するとやる気がなくなり[労働意欲](#)低下に陥るなど精神の荒廃を招く。[大麻取締法](#)が適用される。

956

精神異常発現薬

LSD-25（いわゆるacid。、[ライ麦](#)に寄生する麦角菌の[アルカロイド](#)。）、[サイロシビン](#)（psilocybin:magic mushrooms 中米の毒キノコから抽出された。）、メスカリン（[メキシコ](#)の[サボテン](#)の一種であるペヨーテから抽出された物質。）、PCP（phencyclidine）などがあり、幻覚、心地よい good trip や不快な bad trip が起こる。長期使用すると人格に好ましくない変化が起こり、さらには[精神分裂病](#)に似た幻覚妄想状態を呈することがある。[麻薬取締法](#)が適用される。

957

[有機溶剤](#)

ペンキを薄める液や接着剤に含まれている。主成分は[ベンゼン](#)や[トルエン](#)で、酩酊、多幸と幻覚作用が好まれる。精神依存と耐性は形成され、身体依存は形成されない。誤って大量使用したときには呼吸抑制により死亡する。長期使用によりやる気がなくなり、不安、被害感なども生じる。非行グループに属しているうちに[有機溶剤](#)を覚え、経済的に余裕ができると他の薬剤依存に進展することもよく見られるらしい。

958

覚醒剤

[メタンフェタミン](#)（日本で[ヒロポン](#)）と[アンフェタミン](#)（米国でベンゼドリン：[スピード](#), MDMA）とがある。[ヒロポン](#)は「疲労がポンととれる」とのことで戦時中に用いられ、敗戦と共に一挙に放出されたという。現在は[覚せい剤取締法](#)が適用される。

疲労除去、気分爽快が好まれる。女性のやせ薬として使われることもあるという。身体依存はないが精神依存は強く耐性も大きい。長期使用していると分裂病に似た幻覚妄想状態になる。[覚せい剤](#)をやめた後も分裂病症状が残ることがある。潜在的分裂病を顕在化させたのか、全く新しく分裂病を生じさせたのか、不明のことも多い。

959

[カップル](#)燃えつき症候群

本来「燃えつき症候群」は看護職員や教員が理想を実現しようと努力した末に報われず[うつ状態](#)に陥る現象である。[カップル](#)の間でも、お互いの性格傾向がある種の組み合わせになるときは、最初に理想を実現しようと努力する時期があり、しばらくして報われず燃え尽きの時期が訪れることがある。これはたとえば理想を求めて妥協しない人格傾向と関係している場合があると考えられ、[カップルセラピー](#)の適応である。

960

[精神疾患](#)の分類

まず何が[精神疾患](#)であるか、これは自明ではない。たとえば同性愛はかつては[精神疾患](#)のひとつ

として分類され、DSMで分類番号が与えられていた。しかし現在では精神疾患ではないと見なされている。したがって精神疾患かどうかはいつでも議論の余地を含むものであると考えておいてよいだろう。

さて、身体疾患の場合には組織病理診断と生活障害診断（症状）と二つのレベルで考えることができる。組織病理診断で病変がある場合が病気である。普通は組織病理病変があればそれに対応する生活障害がある。組織病理診断で病変があっても、生活障害がない場合もある。それは症状はないけれども病気である。組織病理病変がないけれども生活障害（症状）がある場合がある。そんなとき身体科の医師は神経症とか心因性とか考えて神経科・精神科に紹介する。

組織病理診断 生活障害診断（症状）

○ ○ 通常の病気

○ × 病気はあるが症状はない

× ○ 症状はあるが病気はない（神経症・心因性）

生きているうちに画像診断したり、死後に解剖したりして、脳に病変が発見されるとき、脳器質性疾患という。脳腫瘍、脳外傷、アルツハイマー病をはじめとする変性疾患、アルコール症などである。

脳器質性疾患は組織病理診断でも生活障害診断でも病気であると判断されるので、身体疾患と同じ考え方で対処できる。

また、他器官の疾患があり、それによって二次的に脳に障害が現れる場合があり、症状精神病という。この場合は原疾患と脳の異常のあいだの関係を厳密に考える。

以上の二つを除外した場合、つまり脳や他器官に脳の異常の原因となるような組織病理診断が何も見つからない場合を非器質性疾患または機能性疾患と呼んでいる。

機能性疾患を内因性精神病と神経症に分けている。内因性精神病には精神分裂病と内因性うつ病、躁うつ病、非定型精神病がある。神経症にはパニック障害、全般性不安障害、強迫症、恐怖症、神経症性うつ状態、心気症、ヒステリーなどがある。内因性精神病と神経症の区別はいくつかある。症状としては「現実を歪めて認知しているかどうか」（現実検討という）が最も重要である。そのほか経過の特性、予後、病前性格、遺伝負因、発病状況などの点で区別される。

内因性精神病と神経症については組織病理診断の裏付けがないのに症状はあるものという定義にとどまっており、これは医学的な観点からは消極的な定義と言わざるを得ない。

従って、内因性精神病と神経症についてはいくつかの考え方が許されることになる。

内因性精神病は「まだ発見されていない脳器質性原因」によるものであるとし、神経症は「心因性」の原因によるものとするのが現在主流であると言えるだろう。薬剤への反応、症状の特性、経過の特性、予後、病前性格、遺伝負因、発病状況などが推定の根拠となる。

しかし両者ともいまだ発見されていない脳器質性原因があるのだとする考え方もある。神経症の中でも特にパニック障害と強迫性障害は薬剤への反応やその他の証拠から器質性疾患と考えるべきだとの考えが強まってきている。また、心因性とは言うものの、同じ心因にさらされても発症する場合としない場合があり、発症する場合も精神病症状を呈する場合から神経症症状を呈する場合まである。だとすれば、心因は症状発現のきっかけであると言うべきで、発病を準備して

いるのは精神病と神経症共に器質性要因であると言うべきである。

この議論は微妙なところがある。脳の機能は全て脳内の活動として記述されるとすれば、そしてそれは現在では当然の過程だと思っただが、すべての症状はそれに対応する器質性のプロセスの記述を持つ。そのプロセスが異常であるか否かという議論は「異常」という言葉の定義にかかわることになる。

また一方では内因性精神病も神経症も、器質因が見つからないから暫定的に非器質性だといふのではなく、積極的に非器質性であるとする立場がある。これは従来から根強い考え方で、心のストレスが症状を引き起こしたと見る常識的な因果関係の感じ方の延長にある。

ビニル袋から中身の液体が漏れている。ビニル袋に穴があいているのは器質因であり、中身の液体が何であるかは心因である。液体の漏れ方は、穴のあき方と液体の性質の両方に関係している。

神経症心因説は、中身の液体の性質が特別だから袋に穴があいたとするものである。

さて、器質性と非器質性の区分が意味のあるものかどうかについて一石を投じるのが、[ストレス脆弱性モデル](#)である。これは脆弱性は器質性部分であり、素因と呼んでもよい。ストレスは心因部分である。症状は、[脆弱性](#) + [ストレス](#) の加算によって成立する。つまり器質性要因と非器質性要因の加算によるわけである。

考えてみれば、器質性疾患の場合でも、

一次症状 + 二次症状（一次症状に対する反応） = 総合症状 という考え方もできる。

身体疾患でも、

高血圧 + 二次的不安 = 総合症状 という成り立ちになっている。精神症状の場合には複雑である。

精神症状 + 二次反応 = 総合症状 であるが、二次反応が正常反応でない場合が多い。

原発異常 + 異常反応 = 総合症状 である。原発異常が何か、それに対する反応は何か、と分けて考えられないか。原発異常が何かと考えて、ひとつのヒントは、精神異常の一番始まるの時点で、二次的異常反応が起こる前の時期に症状をつかまえられるれば、それが原発異常ではないかというものである。

961

[カフェイン](#)

caffeine

精神刺激剤のひとつで、[アメリカ](#)では[コーヒー](#)、[イギリス](#)では紅茶、[ブラジル](#)ではガラナ (guarana)、日本では緑茶で飲用している。[チョコレート](#)や[コーラ](#)飲料にも含まれている。心臓を刺激する。脳の抑制物質であるアデノシン (adenosine) を抑制することによって、刺激効果を生む。大量使用では[セロトニン](#)に影響を与える。

・ [カフェイン](#) 当量

[コーヒー](#) 一杯

紅茶 一杯

[コーラ](#)一杯

[カフェイン](#)剤一粒

962

高血圧

hypertension

- ・ 血圧計は何を測っているのか。
- ・ 自動血圧計は正確か。
- ・ 脈拍はどうか。
- ・ 高血圧はなぜ体に悪いのか。
- ・ どうすれば血圧が下がるのか。

963

[ニコチン](#)

nicotine

たばこに含まれている物質で、呼吸と心拍数を増大させ、食欲を抑制する。脳の[アセチルコリン](#)の代わりに[ニコチン](#)感受性レセプターを刺激することによって作用する。依存性は高く、その弊害はもはや常識である。喫煙習慣はたばこの煙の吸入を望まない周囲の人にも害を及ぼすことが問題で、嫌煙権として主張され、公共の場所での禁煙または分煙が広まりつつある。自分が好きなのだから他人はある程度我慢をしても構わないと考えるのは生まれつきなのだろうか、たばこのせいなのだろうか。先進諸国のたばこ産業は自国での販売は先細りで、開発途上諸国に売り込んでいく。自国で害ありとされているものを、啓蒙が不十分な国で売ろうとするのはどういうものだろうかと議論されている。治療用に[ニコチン](#)ガムがあるので、利用するのもよい。

964

話をすること

話をすれば気持ちが整理されてすっきりする場合（整理タイプ）と、話をすれば一層混乱を増す場合（散らかりタイプ）とがある。各々の患者さんについてどちらのタイプであるかを判断しながら治療する必要がある。

965

幻覚剤

hallucinogens

[中南米インディオ](#)のペヨーテ（メスカリン）、中近東のハッシシュ（大麻・[マリファナ](#)）などのように古くから宗教儀式や悦楽のために用いられていた。異常な精神状態を引き起こす薬剤としては、メスカリン、大麻、LSD-25、[サイロシビン](#)などがある。

966

抗酒薬

ディサルフィラム disulfiram（アンタブース）とシアナマイド cyanamide がある。[アルコール](#)は体内で[アセトアルデヒド](#)を経て酢酸に、さらに酸素と[二酸化炭素](#)に代謝される。

節酒療法に使われる[シアナマイド](#)は[アルコール](#)から[アセトアルデヒド](#)への変換を阻害して[アルコール](#)濃度を上げる。少量の[アルコール](#)飲酒でも酩酊状態になるので、大量飲酒を避けられるようになり、結果として節酒になる。

嫌酒療法に使われるディサルフィラムは[アセトアルデヒド](#)から酢酸への変換を阻害し[アセトアルデヒド](#)の濃度を上げる。。過量の[アセトアルデヒド](#)は不快を引き起こすので、飲酒を嫌うようになる。

なお、ディサルフィラムは dopamine- β -hydroxylase の阻害によって脳内[ノルアドレナリン](#)の減少と[ドーパミン](#)の過剰を[引き起こし](#)、ディサルフィラム中毒としてのアンタブース精神病の原因となる。[意識障害](#)や[うつ状態](#)が見られる。

[アルコール](#)→[アセトアルデヒド](#)→酢酸

[シアナマイド](#) ディサルフィラム

967

[うつ状態](#)と[抗うつ薬](#)

[うつ状態](#)のときにはいろいろな身体症状が現れる。だるさ、眠気、頭痛、頭重、口渇、便秘などが代表的である。[抗うつ薬](#)を服用したときの[副作用](#)の代表はだるさ、眠気、ふらつき、口渇、便秘などであり、本来の症状と重なっているものがある。[抗うつ薬](#)の使いはじめには薬のせいでこれらの症状が重くなったと感じられることもあり、やや不愉快である。[抗うつ薬](#)はぐんぐんと元気を出し、眠気もとれて体がすっきりすると思うのは間違いで、もっと[ゆっくり](#)と効力を発揮するものである。[うつ状態](#)が改善するには本質的に時間が必要で、時間を待っている間に本来の自己治癒力が働き出す。それまでの時間を我慢しやすくするのが[抗うつ薬](#)の主な働きであると考えてよいだろう。[抗うつ薬](#)で気分をぱっと調整するなどという魔法のようなことができるわけではない。そんな気分があったらそれは、もうかなり治りかけのタイミングで[抗うつ薬](#)の服用を始めたということだろう。法律で禁止されている覚醒剤のたぐいは即効性に一時的に苦痛を取り去るが、結果的には精神と肉体がさらに深く蝕まれることになる。

968

性格障害

?おおむね神経症レベルの現実把握で推移し、ときに精神病レベルの病態水準に落ち込むこともある。

?心因や環境因というよりは、性格因と言うべきような、持続的な困難を抱えている。

?治療は長期間にわたるものとなり、困難な場合が多い。

?環境が許せば、性格の病理を抱えたままで生きてゆくことができる。病理を抱えながらも生活に

中断を来さないことは他の疾患よりも多い。

?古くからその人を知っている人は、昔からそのような人柄であることは承知しているので病気とは見ない。新しく出会う人も「病気」という目では見ないことが多い。従って本人も病気とは感じないことが多い。

?人柄と見なすか、病気と見なすかは、社会の習慣による。この点は典型的な精神病の場合よりも一層著しい。

概ね神経症レベルで、しばしば生涯にわたるが青年期に一層著明な持続的な困難を抱えている。環境が許せば病理は問題とならず人柄として周囲に受け入れられる場合もある。

969

agoraphobia

本質は「[パニック発作](#)恐怖」であるとする見解。

本質は「家から離れて一人になり、外敵からの恐怖にさらされる危険を回避する」ことであるとする見解。

「外に出たら熊に襲われる」と考えて外出できなくなるのが原型。次に「熊に襲われる[パニック](#)」が一般に「原因不特定の[パニック](#)」に置き換わる。この時点で般化が起こる。特定状況から不特定状況に広がり、予期不安になる。

この対処方式は危険の範囲を広く見積もる慎重な対応である。これは生存の確率を高めるだろう。

[パニック発作](#)は典型的には外で一人のときに外敵に襲われたときのものであろう。

「[パニック発作](#)の回避」＝「発作状況の回避」＝「[安全地帯](#)を離れて、一人でいること」「無防備であること」

危険地帯はどこか？その判断はそれぞれである。しかし原則は、「家が安全で、そこにつながっていれば大丈夫」ということらしい。

逃げ場のない閉所は危険。窓がない[エレベーター](#)は危険。何かあったときにすぐ下ろしてもらえない乗り物は危険。

970

[精神分析](#)の流れ →図にまとめること

[フロイト](#)

[ユング](#)

対象関係論 ([イギリス](#))

[クライン](#)

Ferenzl

[カーンバーグ](#)

[マスターソン](#)

ガンダーソン

Guntrip

Rank,O.

[自己心理学 \(アメリカ・コフト\)](#)

境界例が議論されているのは主に[アメリカ](#)。

971

[マラー](#)の精神発達論

?正常自閉期

- ・ 出産
- ・ 正常自閉期

?共生期

?分離個体化期

- ・ 分化期
- ・ 練習期
- ・ 再接近期
- ・ 再接近危機

?危機の解決と最適距離の発見

972

幼児期・児童期の[精神障害](#)の特徴

一般に精神的に悩むのではなく行動や身体に現れる傾向がある。低年齢であるほど、未分化で全身的な表現をとる。原因が何であれ、嘔吐したりする。次第に部分的で複雑な症状を現すようになる。

973

1～5歳の発達診断表 →表

974

CT(computed tomography)

[コンピュータ](#)断層撮影

[1972年](#)に[イギリス](#)で実用化された。X線ビームを多方向から照射し、その結果を[コンピュータ](#)で計算して画像を再構成するものである。簡単に言えば、脳の輪切りができあがる。[脳血管障害](#)、脳萎縮、脳腫瘍などの診断の決め手となる。MRIに比較すると画像は不明瞭なことがあるが、特別な場合以外は充分診断価値があるし、撮影時間が短くて済む点は有利である。

975

[ポジトロンCT](#)

positron emission tomography(PET)

[ポジトロン](#)は陽子のこと。[放射性物質](#)を体内に入れ、放射される[ポジトロン](#)を検出して[コンピュータ](#)で計算し画像を再構成する。[放射性物質](#)を含む[アンモニア](#)、[炭酸ガス](#)、[酸素](#)、[ブドウ糖](#)などを用いて、脳の局所血流量、酸素消費の分布、[ブドウ糖](#)消費の分布などを画像で見ることができる。

[ポジトロン](#)の代わりに単光子 (γ 線) を放射する各種を用いるものがSPECT(single-photon emission CT)であり、脳局所血流量測定に用いられる。

976

MRI [magnetic](#) resonance imaging

核磁気共鳴画像法

=NMRI(nuclear [magnetic](#) resonance imaging)

磁場の中で特定周波数の電磁波を加えると人体内の水素原子から電磁波が放射される。それを測定し計算して画像として再構成するもので、X線を使わない検査である。X線CTに比較すると鮮明で診断価値は高いが時間がかかる。[電子レンジ](#)に似た状態になるので、金属は発熱する。体の中に金属を埋め込んでいる場合は注意が必要である。たとえば義眼は熱くなる。30分くらい閉じこめられることになるので、[閉所恐怖症](#)のある人には向かない。また、30分の間頭を動かしてはいけないので、検査の意味を良く理解してくれる人でなければ難しい。

977

脳波

EEG electroencephalogram

脳[神経細胞](#)の活動の総和を頭皮の電極により記録したもの。

分かること：[てんかん](#) (3Hz spike and wave [complex](#),hypsarhythmia,6&14陽性棘波など)。意識状態。睡眠深度。脳機能発達。脳死の判定の補助。肝性脳症の三相波。[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)の周期性同期性放電。亜急性硬化性全脳脳炎の周期性全般性両側同期性棘徐波放電。

分からないこと：知能、感情、意志、精神病、神経症、性格など。脳波検査に当たって被害的になる人に話を聞くと、秘密が全部ばれてしまうと思っている人もいるようである。そんなことはないので安心して下さい。

[てんかん](#)をはじめとする疾患の診断に用いられる他に、現在ではバイオ[フィードバック](#)のひとつとして、 α 波などの出現頻度を[モニター](#)しながら[リラクゼーション](#)や集中の[トレーニング](#)をすることが行われる。血圧や脈拍に比較してよい指標であるとの印象がある。

978

[レム睡眠](#)

急速眼球運動が見られ、同時に抗重力筋の筋緊張は低下する(金縛り)。一方、自律神経器官の活動は亢進し、心拍や呼吸は活発になり、勃起も起こる。この時期に夢を見る。約90分に一度、

一晩で四、五回出現する。

979

睡眠ポリグラフィー

polygraphy

睡眠中の状態を、脳波、心電図、呼吸、脈波、眼球運動、筋電図、自発性皮膚電気反射、microvibrationなどにより多面的に記録すること。[睡眠時無呼吸症候群](#)の診断などに有用である。

980

離人症

[てんかん](#)の鉤回発作 uncinat fit (Jackson,J.H.) やLSD中毒でも現れる。

981

心気状態

hypochondriacal state

肋軟骨下 hypochondros を気にすること (ガレノス Galenos) が語源。

982

[意識障害](#)の評価

意識の覚性 vigilance とは清明度のことで、刺激しても覚醒しなければ昏睡、刺激すれば覚醒する程度なら傾眠、刺激しなくても覚醒しているなら意識清明とする。[意識障害](#)を表現する言葉は微妙なので、3-3-9度方式での表現が役立つ。 →英語表現不安定→再検討

I.刺激しなくても覚醒している

1:大体意識清明だが、今ひとつはっきりしない

2:時・人・場所がわからない (見当識障害) :confusion

3:自分の名前、生年月日が言えない:[delirium](#)

II.刺激すると覚醒する状態.....刺激をやめると眠り込む:drowsiness:傾眠

10:普通の呼びかけで容易に開眼する:somnolence

20:大きな声または体をゆさぶることにより開眼する:hypersomnia

30:痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと、かろうじて開眼する:stupor

III.刺激しても覚醒しない状態:

100:痛み刺激に対し、はらいのけるような動作をする:semicoma

200:痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめる:coma:昏睡

300:痛み刺激に全く反応しない:deep coma

上記の他に、不穏.....R(Restlessness)、糞尿失禁.....I(Incontinence)、自発性喪失.....A(apallic?? ? state)を付加する。

たとえば、30-I,3-Aのように表現する。

また [グラスゴー・コーマ・スケール](#) では開眼・発語・運動機能の三分野の得点を合計して表現する。最高で15点、最低で3点となる。7点以下は昏睡で [予後不良](#) である。

→再検討

開眼

自発的 4

呼びかけ 3

痛み 2

開眼しない 1

最大言語機能

見当識保持 5

混乱した会話 4

不適切な単語 3

言葉がはっきりしない 2

発語なし 1

最大四肢運動機能

命令に従う 6

痛む部分を教えられる 5 ?

四肢屈曲・逃避 4 ?

四肢屈曲・異常（除皮質硬直） 3 ?

四肢伸展（除脳硬直） 2 ?

全く動かない 1

一方、清明度の障害とともに意識の変容が見られることがあり、[もうろう](#) 状態 twilight state , Da"mmerzustand、せん妄状態 [delirium](#) などという。[てんかん](#) 発作後の [意識障害](#) 時に見られる [もうろう](#) 状態では、[意識障害](#) があるにもかかわらず一見まとまりのある行動が見られる。せん妄は軽度の [意識障害](#) に幻覚妄想、興奮が加わった状態である。[アルコール](#) 症の振戦せん妄、痴呆の夜間せん妄などがある。

983

緊張病症候群

catatonic syndrome

分裂病の緊張型に見られる緊張病性興奮と緊張病性昏迷が典型である。拒絶症、常同症、わざとらしさ、反響動作、反響言語、カタレプシー（強硬症）、命令自動などが見られることがある。

984

司法と [精神医学](#)

刑法 民法

責任無能力者 [心神喪失](#) 行為能力なし 禁治産 後見人

985

[心神喪失](#)と[心神耗弱](#)

[心神喪失](#)は責任無能力であり、[心神耗弱](#)は限定責任能力である。法律の文章では[心神喪失](#)とは「精神の障害に因り、事物の理非善悪を弁識する能力なく、またはこの弁識にしたがって行動する能力なき状態」（昭和6年大審院判決）である。[心神耗弱](#)とは「精神の障害未だ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、其の能力著しく減退せる状態」（同上）である。

[精神科医](#)が[精神障害](#)の内容についてまた[精神障害](#)と犯行との関係について鑑定で報告し、それを参考にして[裁判官](#)が判断する。[心神喪失](#)の場合には罰せず、[心神耗弱](#)の場合には刑を軽減する。[責任能力](#) criminal responsibility がなければ犯罪についての刑罰に意味がないと考えるのが一般的である。たとえば脳腫瘍による異常行動が結果として犯罪をひきおこしたとき、脳腫瘍を治療すればよいのであって、刑罰については意味がないと考えるのものである。ただその場合にも、保護監督の責任があり、危険を知りつつ症状を放置していた人がいたならば、患者ではなくその人の責任は問われるかも知れない。

[責任能力](#)の有無については、米英では、善悪[テスト](#) the right and wrong testや所産[テスト](#) product test の考え方が用いられる。善悪[テスト](#)は、[精神障害](#)により行為の善悪を判断する能力がない場合には責任無能力とみなされるというもので、マクノートン法則 McNaughton rules ともいう。所産[テスト](#)は、[違法行為](#)が[精神障害](#)の所産であるならば[責任能力](#)はないとするもので、ダラム法則 Durham test ともいう。

986

禁治産と準禁治産

売買・契約・遺言などの法律上の行為に際して、責任を持った行為が可能かどうかを行為能力と呼んでいる。

[心神喪失](#)の常況にある場合、つまり常に一定して[心神喪失](#)の状態にある場合は行為能力なしとみなされる。その場合本人または周囲の人が損害を受けたりしないように禁治産宣告をすることができる。そのとき本人の法律行為は無効となり後見人が代行することになる。このようにしておけば、たとえば不利な条件で土地を売ったりして後で後悔することなどを防止できる。

[心神耗弱](#)では行為能力減弱とみなされ、準禁治産の宣告をすることができる。その場合には保佐人の同意がなければ本人は法律行為をすることができない。

[精神科医](#)による[精神鑑定](#)の結果を参考にして[裁判官](#)が[心神耗弱](#)または[心神喪失](#)について判断する。

987

[精神鑑定](#)

民法に従い行為能力の有無を判定して禁治産や準禁治産の宣告をする場合、また[刑事訴訟法](#)によ

り刑事被告人の責任能力を判定する場合に、学識経験のある者が精神鑑定を行う。鑑定内容としては犯行時と現在の精神状態、疾患がある場合には治癒・改善の見込み、生活史、家族歴、既往歴、その他関連する事項が記載される。

鑑定結果を参考にして行為能力や責任能力について裁判官が判断する。

988

群集心理

群衆は軽度の退行を呈している。集団になれば退行する。

989

α 波の意義

居眠りするくらいリラックスしているときには α 波がたくさん出ている。現実的思考がどんどん進むときは β 波などの速波が優位になっている。しかしそれは同時に緊張状態である。リラクゼーションでは α 波がたくさん出るくらいの脱緊張状態をめざしている。この状態では豊かな空想がわき出やすい。

990

大発作はいつ出やすいか

睡眠時、過呼吸時、光刺激時。

991

精神科の入院制度

任意入院と医療保護入院、措置入院の三種がある。後二者は本人の意思に反する場合もある強制入院に属する。

任意入院は患者本人の意思に基づくものである。

医療保護入院は患者本人の意思によらず、精神保健指定医の診察により入院加療が必要と認められ、法律で定められた保護義務者の同意があった場合の入院形態である。

措置入院は精神保健指定医二名が自傷他害のおそれが高いと診断した場合の入院形態である。後二者では患者の意思に反する場合もあるので、人権が損なわれる可能性のないように、制度として工夫が施されている。

992

第一次、第二次、第三次予防

地域精神医学または予防精神医学で大切な考え方。

第一次予防とは、精神障害の発生を防ぐこと。家庭環境改善や職場環境改善が役に立つ。たとえば、アルコール性胎児症候群の発生を予防するために啓蒙活動をすること。

第二次予防とは、精神障害の早期発見と早期治療である。これができれば患者は外来通院で治療

することも可能で、長期にわたり入院して[社会生活](#)を中断しないですむ。乳幼児期では[発達障害](#)を早期に発見することで最適の教育環境を整えることができる。

第三次予防とは、[精神障害](#)の後遺症を最小限にとどめるために社会復帰訓練をすすめることである。たとえば分裂病の[陰性症状](#)は時間がたつうちにますます[固定化](#)され社会復帰から遠ざかる。そのような事態を予防するために、興奮状態が落ち着いた時点で社会復帰療法をすすめる必要がある。

993

十年前に、[自由意志](#)はないと考えた。[自由意志](#)はない、しかしその錯覚を抱いて人は生きている。それだけのことだと直感した。

そんなことを考えたところで、確かめようもないと思った。しかし精神病があった。意志の自由が失われる病態があった。

それは私の考えでいえば、[自由意志](#)の錯覚が失われる病理である。錯覚が失われるだけであるから、本質的にどうということもないはずである。しかしそれは大変な苦しみのようなものである。中には苦しみの果てに自殺する人までいる。なぜ錯覚が失われるのがそんなにも辛いのか。それを探求してみたかった。

石ころが坂を転げ落ちる。それは[自由意志](#)だと言い張ることもできるだろう。しかし重力の仕業であると説明することもできる。磁石が引き合うことも[自由意志](#)であると言い張ることができる。しかしそれを磁力であると説明することができる。

人間が何かを求めるとき、非常に単純で低級なものであれば、[自由意志](#)だという必要はない。[因果関係](#)は見えている。しかし欲求が高級になればなるほど、刺激に対する単純な反応からは離れて行くから、[自由意志](#)と考える余地がでてくる。たとえば、[自己実現](#)という高級な欲求は刺激に対する反応というにはややためらいがある。過程が複雑だからだ。

しかしそれだけのことである。

994

性格障害

personality disorder

人生の長期にわたって持続する性格傾向が、患者内面、対人関係、[社会生活](#)のいずれかの面で苦悩をもたらしているものをいう。軽度の場合には性格傾向 personality trait という。

性格とは何かについて、全く分からない人もいないだろうし、完全に把握している人もいないだろう。

性格はどのような構造をしていてどのように形成されるか、その生理学的な裏付けは何かなどは今後の課題である。

性格障害の考え方として大きく分けて二つある。

ひとつは[シュナイダー](#)が明確にしているものである。?平均から著しくずれているものが異常性格である。?そのなかでも自分が困ったり社会が困ったりするものが精神病質人格である。

たとえば自信欠乏の軸で考えてみると、平均的な自信の持ち方の両側に、極端な自信欠乏と極端な自信過剰がある。極端な自信欠乏のなかで自分や社会が困るものが精神病質としての自信欠乏者である。

こうした考え方では価値判断を含んでいない。また分裂病やうつ病との連続性も考えていない。性格障害の考え方のもうひとつは、病気との関連で類型を考えるものである。病前性格論では分裂気質、循環気質、粘着気質がそれぞれ分裂病、躁うつ病、てんかんと関連づけて理解される。これらは病気ではなく性格傾向である。分裂病と関連する人格障害としては分裂病質人格障害、分裂病型人格障害、妄想型人格障害がある。ヒステリーと演技性人格障害、強迫症と強迫性人格障害、うつ病と依存性人格障害や回避性人格障害がそれぞれ関係づけられて理解されている。

995

性格研究

英語で人柄を記述する単語は18000語程度であるとある記事に出ている。その内容を分析すれば、言語システムが人柄をどのようにとらえているかを知ることができる。どの単語とどの単語は近い意味で、どれとどれは遠い意味で、反対語、上位概念語、などと分類してゆくことができる。時代による変遷や地域による違い、また社会階層や職業、性による分類も興味深い。英語という言語システムと日本語という言語システムでどのような違いがあるのか。その原因はどこにあるのか。

996

シュナイダーの精神病質人格の類型

?発揚者 Hyperthymische (活動精神病質) : 軽躁的で楽道家。争いを好み意志は不安定である。

?抑うつ者 Depressive: 軽うつ的で繊細、几帳面。自分に厳しい。

?自己不確実 (自信欠乏) 者 Selbstunsichere: 自信欠如で不全感を抱いている。強迫症の母体となる。対人関係の自信が欠如している者は敏感者 Sensitive であり、クレッチマーの敏感関係妄想の母体である。

?狂信者 Fanatische: 支配観念を抱く宗教者など。好訴者もこの類型である。

?自己顕示者 Geltungsbedürftige: 自分を実際以上の者に見せたいと望む者。ヒステリー (シュナイダーは「この言葉を絶対に用いない」と書いているが) の母体である。

?気分易変者 Stimmungslabile: 周期的に抑うつ的不機嫌になる者。

?爆発者 Explosible: ささいなことで激怒する者。自己中心的。

?情性欠如者 Gemütslose: 良心欠如。残忍冷酷。

?意思欠如者 Willenlose: 人のいいなりになる者。

?無力者 Asthenische: 精神的・身体的な不調にいつも悩む者。

997

境界例の向こう側

分裂病型[人格障害](#)の向こう側に分裂病があるように、[境界型人格障害](#)の向こう側に疾患Xがあるのではないか？

自己[モニター](#)はできているのに行動の規範がずれている。照合はできている。現実[モデル](#)がずれている。現実[モデル](#)の[価値判断](#)部分がずれている。

998

強迫行為は[強迫観念](#)の結果である。そうか？

999

この症状が著しくなったとき、どんな妄想に発展するのだろうと考えてみる。

この性格障害の向こうにどんな疾患があるのだろうと考えてみる。

極端化してみることに。

1000

性格障害 (DSM4)

A群:奇妙で風変わりな言動。[引きこもり](#)。分裂病に近縁。

?[妄想性人格障害](#):paranoid

疑い深く、他人を信じない。先入観に基づいて周囲を曲解する。軽蔑的、攻撃的、好争的、説得を受け入れない。

?分裂病質[人格障害](#):schizoid

社会的関係を望まず、苦手。内省的、温和、萎縮、孤立。他人からの賞賛・批判に無関心、他人の気持ちに鈍感。

?分裂病型:schizotypal

社会的孤立、奇妙な思考や行動。魔術的思考。

B群:おおげさ、過激な感情、不安定。

?[反社会性人格障害](#):antisocial

[反社会的](#)行為が著しい。嘘、怠け、盗み、けんか、過度の飲酒、攻撃性、性的逸脱。

?[境界性人格障害](#):borderline

すべての面で不安定。衝動的。

?[演技性人格障害](#):histrionic

芝居がかって大げさ。浅薄で表面的。人の注意を引きたがる。

?[自己愛性人格障害](#):narcissistic

自分にばかり関心が向けられている。無限の成功を夢見る。他人の注目と賞賛を求める。共感に乏しい。誇大感。

C群:不安、恐怖。

?[回避性人格障害](#)。:avoidant

他人から拒否されることに極度に敏感。絶対受容の保証があればつきあえる。引っ込み思案。[自](#)

[己評価](#)の低さ。

?依存性[人格障害](#):dependent

自分で責任をとらない。他人に任せる。自信がない。[自己評価](#)の低さ。

?強迫性[人格障害](#):compulsive

規則、細部、因習にこだわる。融通がきかない。仕事熱心、忠実、暖かな感情の表現に乏しい。

1001~1100

1001
性格障害とは、何らかの性格傾向 (trait) について、統計的平均から常に著しくずれているために、本人、家族、社会が悩むものをいう。性格傾向は[思春期](#)かそれ以前から持続するものである。[精神疾患](#)による言動の傾向は、一過性である。

性格障害があれば、[精神障害](#)になりやすい。しかも治療は困難になる。たとえば、[うつ状態](#)、不安、薬物依存、[アルコール](#)依存。

青年期以前については性格障害とはいわないことが多い。児童[思春期](#)は不安定な時期であるから。

1002
personality 性格 = character + temperment

character 人格 長年の間に形成されたもの。性格の中の道徳や倫理の側面。

temperment 気質 生まれつきの性質

1003
性格について標準は何か
?統計的平均
?理想状態 (現実適応の点で、また、倫理の点で)
?病態状態から遠いこと
?社会防衛 (医学的診断ではなく)
?各種の発達理論から見て正常であるという意味

1004
連続体
共感的→繊細→過敏→猜疑的
empathic-sensitive-oversensitive-paranoid(suspicious)
マイルドな性格の偏りは、[ストレス](#)状況でのみ明らかになることがある。たとえば喪失体験時。

1005
異常な精神状態や行動の原因
[精神疾患](#) 性格障害
一時的 持続的
不連続 連続的

たとえば、[うつ状態](#)の時には回想もうつ的になり、人生の歩みもうつ的に表現される。それを持続的なうつ傾向ととって性格の問題としてはならない。

[うつ病](#)になったとき、[強迫性障害](#)が出る。強迫性性格の場合。

性格傾向が[精神障害](#)に対する防御となっている場合がある。たとえば空想がうつを防ぐ場合がある。

世間の人が「[神経症](#)」というばあいは、性格の問題について言及している場合が多い。（[神経症](#)とは、[ストレス](#)に対して、[精神障害](#)や精神的異常反応で対応する場合をいう。）

日本で一般の人が「[神経症](#)」といえは、「病は気から」「非器質性疾患」のこのようだ。

性格[神経症](#)は[精神分析](#)から出た言葉で、正常な性格形成に失敗したもので性格障害を意味する。疾患としての[神経症](#)ではない。

性格障害の診断は、18～35歳、女性、低社会階級に多い。

1006

性格障害の分類

?状態像としてはICD,DSM

?[フロイト](#)の発達理論.....口愛、肛門愛、男根と性格タイプ。

?量的な把握.....EPI,MMPI,16PF,

[精神科医](#)の間で、この患者についての性格傾向の記述は一致が高い。しかしどのような分類にすればよいかについては一致が難しい。しかし大局的に見て、三つから四つの[カテゴリー](#)に分けられる。

DSMでは?[引きこもり](#)、奇妙、風変わり?[反社会的](#)、演技的、[感情的](#)、おおげさ、不安定?依存的・抑制的の三群に分ける。

[イギリス](#)での分類の例

?[ひきこもり](#)群

- ・妄想性
- ・分裂病質
- ・分裂病型

?依存群

- ・不安性（回避性）
- ・依存性
- ・受動攻撃的

?抑制群

- ・制縛性（強迫性）
- ・循環性または類循環性

?反社会群

- ・演技性
- ・感情不安定
- ・衝動的
- ・境界型

- ・自己愛型
- ・反社会性（精神病質）

1007

精神病質性格

psychopathic personality

元来は性格障害一般を指す言葉であったが、とくに反社会性性格障害を指すことがある。最初に[アメリカ](#)で、つぎに[イギリス](#)でこのように限定した意味で用いられる。特徴は以下の通り。

情性欠如

愛することや感じる事が不可能

衝動的

[自己中心的](#)

結果を考えず[刹那的](#)な満足を求める

罪悪感の欠如

[反社会的](#)行動と暴力

経験から学ばない。罰からも学ばない。

1008

- ・妄想性

過敏、恨み、猜疑的、嫉妬、他人の悪意のない友好の行為も敵意や侮辱と誤解する。[責任転嫁](#)、誇大的、好訴的、[イエスマン](#)をまわりに集めて集団を作る（[新興宗教](#)）、男性に多い、一過性の[被害妄想](#)や幻聴。

- ・分裂病質 [schizoid](#)

交際に関心。冷酷、空想傾向、内省、性体験を持つとしない、親密な[信頼関係](#)の欠如。[パーティー](#)に出ない、地球平板説や[ネス湖](#)の怪獣に奇妙な関心を寄せたりする。人よりも数字に関心、[コンピューター](#)には向く、孤立しているのでうつになりやすい。

- ・分裂病型 schizotypal

思考、風貌、話し方、行動が奇妙、対人交流欠如、分裂病者の血縁に多い、分裂病の遺伝[スペクトラム](#)の一部と考えられている。

- ・不安性（回避性）

緊張と不安、[自意識過剰](#)、拒否されることに過敏、無条件の受容が保証されているときだけ関係を結べる。

日常場面での危険を過大に考える、行動を回避するようになり、生活が制限される。

引っ込み思案。対人恐怖。ときに恐怖症。

- ・依存性

自分の人生の大切な決断を他人に任せる。自分の依存している人には何も要求できない。

自分を無力と感じ、見捨てられひとりになることを恐れ、親密な関係が終わるときには打ちのめ

される。

不適切な、受け身の、無力性の。

[うつ病](#)、気分変調dysthymiaの準備因。

asthenic = Greek for inadequate ?

- ・受動攻撃的

あたりまえの要求に対する受動的抵抗、ぐずぐず先延ばしにする、子供じみた妨害や不機嫌、気がすまないときにはぐずぐず仕事をする。自分は有能だと信じている。

- ・制縛性

[優柔不断](#)、完全主義、過度の良心、銜学、定型的、頑固、細部まで事前に計画。仕事熱心、忠実、事務能力高い、広い視野ではなく細部へのこだわり、空想に欠ける。男に多く遺伝性がある。

自分の考えが挑戦されたときには怒る。（他人にも有能であることを期待する？）

[フロイト](#)の肛門愛性格、大便をためこむ。心氣的、[抑うつ](#)的。

心気性[人格障害](#)と[抑うつ](#)的[人格障害](#)（気分変調性 dysthymic [人格障害](#)）に関係する。

- ・循環性または類循環性

感情の不安定。軽うつと軽躁。[躁うつ病](#)の準備因。

- ・演技性

過剰な感情表出、演劇的、大げさ、被暗示的、浅薄で不安定な感情、注目を集めたがる、操作的。

[フロイト](#)の男根期に関連。エディプス期に固着。

性的誘惑。対人関係は激しく不安定。女性に多い。同様のケースは男性ならば反社会性障害となるだろう。薬飲み過ぎ傾向。転換型または身体化疾患になりやすい。

- ・感情不安定

- ・衝動型.....感情不安定、衝動コントロール欠如、暴力、威嚇。爆発型または攻撃型ともいう。攻撃衝動のコントロールが一過性に失われる。[ストレス](#)にたいして暴力や怒りで反応する。後悔と自責は本物である。男に多く遺伝性がある。

- ・境界型.....自己像が[あいまい](#)で混乱している。対人関係と気分は激しくかつ不安定、感情危機を招き自殺の脅しや自傷を伴う。慢性の空虚感と退屈、[スプリッティング](#)や投影性同一視といった原始的防衛機制が見られる。

過度の[ストレス](#)下では、一過性の精神病状態。

精神病の周辺部における重症性格障害をひろく指していることもときどきある。女性に多く、dysthymia、うつエピソード、薬物乱用、短期精神病反応を起こすことがある。

- ・自己愛性

誇大性、空想と行動で、過敏さ、共感欠如。肉体的病気や手術による肉体変形にうまく対処できない。

- ・反社会性

[無責任](#)、対人関係を継続できない、[欲求不満](#)に耐えられない、攻撃的、暴力的

罪悪感を感じない、罰や経験から学ばない、[反社会的](#)行為について他人を責めるかもっともらし

い言い訳をする。

15歳からの行動障害（登校拒否など）をみる。薬物・アルコール乱用に染まりやすい。精神病質、社会病質を含む。

1009

ユングの性格分類

内向的 introversion と外向的 extroversion

1010

性格障害の分析的見方

口愛期.....依存性

肛門愛期.....制縛性

男根期.....演技性

精神病質.....スーパーエゴの形成不全

など

境界型とchildhood sexual abuse など。

1011

マリファナ ('grass')

タバコ型 ('joints')

1012

カフェイン量

カフェイン錠剤 30-100mg

コココーラ 30-50

紅茶一カップ 30-100

コーヒー一カップ 70-150

一日250mgを超えたら注意する。

依存になると神経過敏や胃腸症状が現れる。

カフェインは身体依存はなく、精神依存がある。

1013

フェンサイクリジンまたはフェンシクリジン

phencyclidine(PCP)

麻酔薬として開発されたが、鎮痛効果が高い。陶酔作用が好まれる。乱用により幻覚、妄想、興奮、分裂病様症状がみられる。1970年代にアメリカで乱用された。'Angel dust'.

1014

agoraphobia

?家を離れることと?ひとりになることが辛い。

1015

妊娠と薬

妊娠しそうなときや妊娠したときやめなければならない薬がある。トリメタジオン（ミノ・アレピアチン）、炭酸リチウム（リーマス）、バルプロ酸（デパケン）、カルバマゼピン（テグレトール）である。全部てんかん系の薬。妊娠が疑われるときにはアレピアチンやエクセグランに変更する。

その他の薬はすべて、奇形の危険と、症状悪化の危険を見比べることになる。子供を守るために薬をやめて、その結果症状悪化して流産することもあるので難しい。

薬も注意したいが、アルコールにも注意を要する。アルコール性胎児症候群では母親の飲酒が胎児に生涯続く影響を与える。

1016

ナルコレプシー

ナルコレプシー・カタプレクシーともいう。

ナルコ＝睡眠

レプシー＝発作

sleep seizureのこと。sleep attacks が襲う。

四分の三にカタプレクシーを伴う。脱力発作（情動性）。

cata下へ + plexis打撃。高笑いなどするとがくっと崩れる。

鑑別は、いびき（睡眠時無呼吸）と情動性脱力発作（カタプレクシー）。カタプレクシーがあるなら、睡眠時ポリグラフでナルコレプシーを確認する。

緊張型分裂病で見られるカタレプシーはろう屈症で別のもの。

1017

薬は人間の何を変えるのか。何を変えないのか。

中核の価値判断などは不変なのではないか。それを素直に出せるかどうかだけが違うように思う。

1018

子供の頃にセロトニンレベルのセッティングが決まる。

母親剥奪されるとセロトニンが少なくなり、集団機能が障害される。

セロトニンレベルは臆病さを決定する。母親がいない状況では危険から自分を守るために臆病になる。

1019

価値の問題。

治療目標をどこに置くか。

1020

[抗うつ剤](#)はうつ状態を感じさせなくしているだけではないのか？

たしかにその疑問はある。[うつ状態](#)を改善するのは本質的に時間であり、[抗うつ剤](#)は単に時間を耐えやすくしているだけであると患者に説明することがある。

1021

薬をのんでいる自分が本当の自分なのか、のんでいない自分が本当の自分なのか。

病気は非自己である、というのが前提であろう。

本当の自分などと言うから分からなくなる。ただ二つの状態があるだけだ。

紅茶と緑茶とどちらが本当か何ていう問に似ているだろう。

1022

集団内で注目されたら危険である。

そこから対人恐怖が[生まれる](#)。他人からの視線が集まるとろくなことが起こらない。その記憶がセットされているから、対人状況で[パニック](#)が起こる。

1023

集団性機能の障害

→集団性機能の形成[プロセス](#)を考える

→母子の[安心感](#)と集団内の[安心感](#)

1024

性格障害

脳内の利益考量装置が壊れている。世界[モデル](#)が壊れている。何が自分にとってうれしいのか、何が恐いのか、その重み付けがずれている。

分裂病系列の性格障害は、やはり病理の根本も、セミ分裂病が起こっているのだろう。→だとすれば、これこそが分裂病[モデル](#)ではないか！分裂気質と、三つのA群障害は分裂病[モデル](#)となりうるはず。この糸をたぐること！

一人でいることの寂しさよりも、みんなといることの苦しさが大きいから、閉じこもりになる。そのような重み付けの装置が壊れている。その集団として自然で平均的な重み付けから大きくずれている。それが性格障害B群である。

反社会性は価値装置が平均からずれているタイプのもの（冷酷な打算）と、衝動的で普段とは違

った**価値判断**をしてしまう場合があるのではないか？

C群はうつ親和型であり、セルタイプ理論から説明できるのではないか。

intrapsychicとinterpersonalとを分けたらどうか？

各疾患について、上記二者を分離して考察してみる。

1025

アルコール症のチェックの仕方

CAGE questionnaire

Cut:**アルコール**を減らそうと思ったことはある？

Annoyed:周りの人に飲酒についてあれこれいわれて困らされた？

Guilty:飲酒について罪悪感がある？

Eye-opener:朝目が覚めて、酒を飲みたいと思ったことがある？

1026

性格障害を行動障害と記述したらどうだろうか？

本人の内面の陳述はカットする。ただ外に現れた行動を行動主義者風に記述してみる。そうすれば、問題がすっきりしないだろうか？

性格障害の項は、分類以前の昆虫図鑑のようなものだ。

1027

見捨てられ**抑うつ**

abandonment depression

マラーの分離・個体化理論をもとにして**マスターソン**が提案した**境界型人格障害**の基本病理。**境界型人格障害**では、分離体験が**抑うつ**感情を**引き起こし**、このうつ感情を処理するためにさまざまな行動化が起こる。このような**抑うつ**は分離・個体化期の見捨てられ**抑うつ**に起源があるとする。

母親が**境界型人格障害**であった場合、子供が母親という環境から分離・独立しようとする時期に情緒的支持を撤去してしまう。適切な情緒的応答をもらえなかった子供は見捨てられたと感じ、**抑うつ**状態になる。これが見捨てられ**抑うつ**である。**思春期**に至り再度環境からの分離を試みるときに見捨てられ**抑うつ**が再燃する。WORU,RORUに関連する。

1028

分離・個体化段階

individuation-**separation** phase

マラーの発達理論の一段階。生後6ヶ月から3歳くらいにかけて子供は母親との共生関係から分離し個体化してゆく。この時期に「よい母親」を内在化できれば、順調に母親から分離できる。このような内的対象関係の形成が不全であれば、**境界型人格障害**や自己愛型**人格障害**が発生する

という。

1029

再接近期危機

rapprochement crisis

[マラー](#)の発達論の一段階。子供は母親との共生期をへて、6ヶ月から3歳くらいまでのあいだの分離・個体化期に入る。精神的にも発達し、身体的にも運動能力が高まり、母親からの分離独立を試みる。分離・個体化期は?分化期?練習期?再接近期?個体化・情緒的対象恒常性の確立期の四つの時期に分けられる。自分で動き回れるようになって母親からの分離の練習をするが、母親と一体であることによる全能感が失われるのは苦痛であり、再び母親に依存的になりまわりつく時期が来る。これが再接近期であり、分離したい気持ちと依存したい気持ちの葛藤が生じる。この時期の危機を乗り越えて分離・個体化は完了する。この時期に母親の共感能力や情緒的安定が必要で、それに欠けている場合には[境界型人格障害](#)の原因になる場合があるとする。

1030

[美女と野獣](#)

[醜形恐怖](#)で発病した解体型分裂病者が、寛解期にいたり、感情の疎通性を回復し幸福になる話。王子の父母が出ないのはなぜだろうか。

娘の父は発明に熱中する妄想型分裂病。娘は空想癖のある「[赤毛のアン](#)」タイプ。母親は多分、夫に愛想を尽かして離婚した。

人を愛することと人に愛されることは青年期の課題として最重要なもの。[醜形恐怖](#)があっても、娘の性格特性によってはうまく行くことがあるからあきらめるなという教訓。

1031

知能

[知能指数](#)の分布は標準分布をとり、[標準偏差](#)は16である。100-2SD=68,100-3SD=52,100-4SD=36,100-4SD=20であるから、70-50をmild、50-35をmoderate、35-20をsevere、20未満をprofoundとしている ([ICD-10](#))。→図

1032

うつ

DSM4では、[躁状態](#)エピソードがあれば、[うつ状態](#)エピソードがなくても、[双極性障害](#)となる。[躁状態](#)のない[うつ状態](#)は双極性とはならない。

1033

うつ DSM4

[うつ病](#)性障害

- ・ [大うつ病](#)性障害（単一エピソード、反復性）
- ・ 気分変調性障害:dysthymic（大うつはないが、[抑うつ](#)気分が持続している。）

双極性

- ・ 双極I型（[躁状態](#)）
- ・ 双極II型（軽[躁状態](#)）
- ・ 気分循環性障害:cyclothymic（軽[躁状態](#)はあるが、[大うつ病](#)はない。）

1034

分裂病 DSM4

妄想型

解体型

緊張型

残遺型

分裂病様障害（持続が1ヶ月以上6ヶ月未満のもの）

分裂感情障害（双極型または[抑うつ](#)型の感情障害と分裂病が併存している）

妄想性障害（奇異でない妄想があるが、分裂病の基準は満たさない）

短期[精神病性障害](#)（1ヶ月未満）

共有[精神病性障害](#)（Folie a' deux）

1035

不安性障害分類

?自発性[パニック発作](#)の反復あり

- ・ 器質性[精神障害](#)
- ・ [パニック障害](#) agoraphobiaあり
- ・ [パニック障害](#) agoraphobiaなし

?自発性[パニック発作](#)の反復なし

- ・ [強迫性障害](#)
- ・ [心的外傷後ストレス障害](#)
- ・ [全般性不安障害](#)
- ・ 対人恐怖（[社会恐怖](#)）
- ・ 単一恐怖

1036

精神療法

psychotherapy

個人精神療法と集団精神療法がある。個人精神療法は次のようなものである。

?表現精神療法。心の中にあるものを言葉などで表現してみる。これは[カタルシス](#)効果をもたらす

、さらに問題や状況を客観化することでもある。普段頭の中だけで考えていたことを言葉にして話してみると問題の別の面が見えてくる。また言葉ではなく絵画で表現すれば、別の表現経路を使うことになるので自分の別の面が見えてくることもある。

?支持的¹精神療法。問題を解決したり状況を耐え忍んだりするに際して患者の自我を補強し支える。患者の話²を傾聴しているだけで患者は自分の力で前に進むものである。

?洞察的³精神療法。自己への洞察を深めることにより治療しようとするもの。[精神分析療法](#)、[ロゴセラピー](#)などが含まれる。

?訓練療法。[行動療法](#)、[自律訓練法](#)、[認知療法](#)、[森田療法](#)など。それぞれに最適な病状がある。[集団療法](#)としては、家族精神療法、夫婦療法、小[集団療法](#)、大[集団療法](#)などがある。

精神療法に関して[大切なこと](#)は、方向として退行的か再構成的かを明確にすることである。退行的に接してよいのは[神経症](#)の一部だけである。分裂病の残遺期には再構成的に接する。分裂病残遺期に退行的・受容的に接すると分裂病の[プロセス](#)を促進してしまうので注意を要する。分裂病の急性期には精神療法は積極的にはしない。[うつ病](#)では病気の説明と生活上の注意が中心になる。

1037

支持的¹精神療法

[神経症](#)や[うつ状態](#)の時に、弱まっている自我の機能を下から支えて補強することによって援助すること。内面をあばくようなことはしない。どちらかといえば常識的で实际的である。方向転換というよりは支持である。援助の範囲は心理的な励ましや肯定・支援の他に、実際生活での助言や機関の紹介も含む。経済的な面や就業の件では[ソーシャルワーカー](#)や[ケースワーカー](#)にも相談できる。

1038

表現²精神療法

言語、絵画、遊技、その[他の方法](#)で内面を表現することによる精神療法。その一部は芸術療法である。

言語による内面の表現には告白がある。他人に語ることはそれ自体に治療的意義がある。悩んだときにはよく友人に話を聞いてもらう。それだけで十分なことも多い。また、他人に語ることで自己を客観的に点検するきっかけになる。そのようにして告白したときには[カタルシス](#)（通利）または通風（[ベンチレーション](#)）が実現する。煙突がつまって部屋の中に煙が充満しているときに煙突掃除をすればすっきりする。そのような意味で[カタルシス](#)は煙突掃除ともいう。防衛機制としての抑圧がある場合、[無意識](#)界に抑圧された感情を表現することで、抑圧されていた感情を解放すると同時に認知する。そのことによって抑圧により生じていた症状は解消される。抑圧された感情を表現するには通常³の自我ではなくやや退行した状態の方がよいこともある。

絵画による表現には自由画の他に[風景構成法](#)などがある。言語表現をする時とは別の表現回路を使うので、診断的にも重要な情報が得られる。それと同時に、それは自己の内面のもう一つの表

現であり、ここでも[カタルシス](#)が期待できる。絵画は一般に自我を退行状態にするので、その点も有利である。

表現するとは、自分の内部にすでに何か確定したものがあって、それを外に出すということだけではない。表現という作業が内面の無形のものに形を与えるのである。たとえば言葉を与えられたとき、無形の何かは輪郭を持ち、制御可能なもの、理解可能なものになる。また、個人的なものから、集団に共通のものになる。

したがって、表現すること自体に大きな[エネルギー](#)を必要とする。それはただ描いているのではなく、雑然とした状態の心の中を、言葉という整理棚を作って整理をする作業である。

たとえば、「死のうと思っていた」と本気ではなしに[何となく](#)メモに書いたときに、自分の本当の気持ちに気付く場合がある。また、「愛」という言葉に接して、自分の本当の気持ちを見つける場合がある。

人が表現するのは、心にあるものを外に出すためだけではない。表現するときには何か生まれるのである。表現が内面を生み、内面を耕すのである。

1039

洞察的精神療法

洞察するとは深く気付いて理解することである。患者が現在洞察していないことを新たに洞察するよう援助するのが洞察的精神療法である。気付いていないことは[無意識](#)の領域のこともある。その場合は[深層心理](#)学的理論を背景とする[精神分析](#)療法となる。

患者が自分で気付いていないことをなぜ治療者が気付かせられるのか。それは治療者にはすべてが見えるからというのではない。治療者は洞察のための方法を知っていて、その方法を患者に指導する。それによって患者は自分自身を洞察する。

あるいは、治療者は[問題点](#)をいまここに再現する方法を知っている。いまここに再現された[問題点](#)を考察することは患者にとっても容易なことだ。

内的対象関係、転移、[逆転移](#)、解釈、抵抗解釈などによって洞察を深めるきっかけとする。

これは患者の周囲にいる人生の達人がズバリ問題を言い当てるといえるのは全く異なることである。

1040

精神療法

精神療法の構造は図のように表現される。

?治療構造

精神療法はたいてい予約制である。場所と時間が決まっている。場合によっては[テーマ](#)もおおよそ決まっている。終了時間と料金、治療者が誰になるかも決まっている。こうした設定をきちんと世間の人並みに守ることができるかどうかは[大切なこと](#)である。どのように守れないかでその人の病理についての情報が得られる。また、治療構造を守ることができるように導くことが大切な精神療法となる場合がある。特に境界型性格障害の場合に大切であると言われている。

?専門知識

患者が精神療法を求めてくるときは、専門知識または専門技術を求めている。患者はときに、「ただ話をしているだけで治るんですか?」と聞いてくることがある。治療者は専門性を高めておく必要がある。病気について、薬について、患者が利用できる社会制度について、個別の病理について、研鑽を怠らないことである。

?人格

人柄はどうしてもお互いに影響を与えあう。仕事の性質から言って、治療者よりも患者のほうがより多くの影響を受ける。ここでは転移と[逆転移](#)が大切である。患者の過去の対人関係の経験が診察室で再び展開される。患者の過去の対人関係の一部が再生されて治療者に投影されて生じる感情が転移である。治療者の過去の対人関係の一部が患者に投影されて生じる感情が[逆転移](#)である。陽性転移といえば、過去の良好な対人関係を投影して、治療者を好ましいものとして見ることである。陰性転移といえば、その逆で、険悪な感情を投影して治療者を悪く見ることである。陽性[逆転移](#)と陰性[逆転移](#)についても同様である。

転移と[逆転移](#)は[無意識](#)の過程である。患者が陰性転移を抱いた場合、それは反治療的かといえばそうではない。悪い経験をよい経験で置き換えるチャンスが[生まれる](#)。これを修正感情体験という。たとえば、悪い父親体験しかない人が、治療者と父を[無意識](#)のうちに同一視していると。その場合に、治療者がよい経験を与えれば、欠けていたよい父親体験を補うことになる。

1041

日常的精神療法の[ポイント](#)

(外来[神経症](#)レベルの場合)

表現を促し、傾聴し、非指示的に受容し共感する。適切な指示を出し薬も使う。[深層心理](#)への介入は慎重にするが、転移と[逆転移](#)については視野に入れる。積極的で肯定的な関心を持ち続ける。患者が自力で山を登ることを助ける。

(分裂病慢性期)

生活療法。再構成的精神療法。生活指導。

(分裂病急性期)

不安を取り除くこと。深い話しは無効。

([うつ病](#))

病気指導と生活指導。内科と似た雰囲気。

(どこに話しかけるか)

心には病気の部分と健康な部分がある。健康な部分と共同・同盟・共感し、病気の部分を違和化する方向がよい。

1042

[自律訓練法](#)

autogenic training

自律 (autogenic) とは、「自分で発生させられる」の意味である。簡単でお金がかからずどこでもいつでもできる便利な方法で自己催眠法的一种である。[催眠術](#)の共通の本質は手足が暖かくなることと重くなることであることから、四肢が重い、[暖かい](#)などの[自己暗示](#)をかける。不安のコントロールに有効である。[パニック障害](#)や不安の強い[うつ状態](#)でも有効である。

自律神経 (autonomic nerve) 系器官の機能を整えるのに有効である。本来ならば自律神経系器官は随意的コントロールは難しいのであるが、四肢に血液を分布させる→心臓、脳、内蔵の血流が減少する+副交感神経が優位になる→心臓、内蔵に変化が現れるて落ち着く。そのまま寝てしまう人も多い。

1043

[森田療法](#)

[森田正馬](#) (まさたけ) が考案した日本的・禅的心理療法。対人緊張が強い人や[強迫性障害](#)のある人に勧められる。独自の用語と理論があるがある。

[几帳面](#)、内省的、完全癖、[羞恥心](#)が強い、よりよく生きようとする欲望が強い、これらの特徴を持った人を森田神経質と呼ぶ。患者はこれらの傾向に悩み、脱却したいと願って相談に訪れる。[森田療法](#)ではこれらの特徴をむしろ長所として生かすように訓練する。

ヒポコンドリー性基調とは自分の身体の変調に過敏になっている状態をいう。過敏になっていると普段は何でもないはずの変化が異常なものに思われる。たとえば、動悸に過敏になっていれば、ささいな脈拍の増加を異常とらえる。不安が生じてますます注意は集中し、ますます異常をとらえやすくなる。このようにして症状と注意の[悪循環](#)が成立する。これを精神交互作用という。こうして成立するのが「とらわれ」である。

[森田療法](#)は入院が原則で、絶対臥褥期、軽作業期、重作業期、実生活準備期と移る。読書や日記を使用する。この治療で患者は「あるがまま」を学び、「かくあるべし」から脱却する。あるがままに症状を携えて生きようになる。赤面があっても、きちんと内容が伝えられればよいという「行動本位・目的本位」に切り替わる。

[精神分裂病](#)などには向かないので、導入前の診断作業が大切である。

1044

境界型[精神分裂病](#)

borderline schizophrenia

S.Kety,D.Rosenthal

分裂病の不全型・頓挫型と考えられるもの。

1045

偽[神経症性精神分裂病](#)

psedoneurotic schizophrenia

P.H.Hoch,P.polantin

分裂病の不全型・頓挫型と考えられるもの。

アリエティは偽[神経症](#)性分裂病の一部はストリーミー[パーソナリティ](#)であることを指摘している。

1046

かのような[パーソナリティ](#)

as if personality

H.Deutsch

1047

[行動療法](#)

行動理論では[神経症](#)を不適切な条件反応に他ならないと考える。古典的条件付けや[オペラント](#)条件付けの理論を背景として、過剰で不適切な条件付けを解除するために、系統的脱感作療法や嫌悪療法、フラッディング法（除反応）が用いられる。

系統的脱感作療法（systematic desensitization）では不安階層表を作り、弛緩法で各段階の不安を克服しつつ最上位の不安にも耐えられるように訓練する。クモ恐怖の場合に、クモの絵からはじめて、瓶の中のクモ、小さいクモ、大きなクモと進む。電車の場合なら、地上各駅、地上快速、[地下鉄](#)と進む。（電車恐怖の場合には原因がいろいろなのでこのように単純な脱感作ですまないことも多い。）

嫌悪療法（aversion therapy）は[アルコール中毒](#)などの悪い習慣に対して不快刺激を与え、古典的条件付けを狙う。

フラッディング法（除反応:flooding）は恐怖症の場合に、恐怖の対象にさらして慣れさせようとするもので、系統的脱感作法とは弛緩法を用いない点で異なる。[高所恐怖症](#)の人にいきなり高所を体験させ慣れさせる。（floodは洪水で、恐怖を洪水のように浴びて、平気になろうという意味。個人的には遠慮したい治療法である。）

1048

[認知療法](#)

[cognition](#) therapy

[認知行動療法](#) cognitive-behavioral therapies のひとつ。[認知行動療法](#)は行動を変えるには認知を変えればよいとする考え方。不適切な思考を適応的な思考で置き換えるのが認知再構成法、対処技術を学ぶのが対処技術療法である。

[認知療法](#)は[認知行動療法](#)のひとつで、[うつ病](#)の治療から発展した。[うつ病](#)者の認知の三徴は、自己、世界、将来に対する否定的な見方である。認知の歪みとして、?恣意的推論?選択的抽出?過度の一般化?拡大視と縮小視?自己関係付け?全か無か思考?[ポジティブ](#)な側面の否認?[感情的](#)決めつけ?「すべし」思考?[レッテル貼り](#)、があげられる。共通する特徴は、極端、否定的、絶対的、抽象的であることである。こうした認知の傾向に気付かせ修正することが治療になる。習慣化し[固定化](#)した認知[パターン](#)（自動思考という）を知るために、状況・感情・自動思考をセットに

した記録用紙を埋めていたり、これらにさらに理性的反応・結果をセットにした記録用紙（これがBeckの非機能的自動思考記録用紙）を使ったりする。自動思考を理性的思考で置き換えて行くことが治療目標になる。

1049

[コンサルテーション](#)・[リエゾン精神医学](#)

consultation-liaison psychiatry

[コンサルト](#)は相談すること、[リエゾン](#)は連携することである。総合病院で身体科の[スタッフ](#)から患者の[精神医学](#)面についての相談を受け、専門知識を助言する場合をいう。[コンサルテーション](#)と[リエゾン](#)は同じ意味と考えてよい。やや意味を拡張して用いるときは、専門知識を授ける相手が?患者?他科医師?施設や組織全体の場合も含むことがある。?は並診になる。?については上級医師が研修医師に教える[スーパービジョン](#)もこの形である。?は職員間の関係調整を考えたりする。

1050

[コンプライアンス](#)

compliance

薬を処方通りに飲むこと。[コンプライアンス](#)がよいと言え、処方通りに飲んでいること、[コンプライアンス](#)が悪いと言え、処方通りに飲んでいないこと。処方通りに飲んでいない患者は多く、そのことを隠している患者も少なくない。[ダイケア](#)場面などで主治医でない医師に向かって「本当は飲んでいないんです」と打ち明ける場合がある。

1051

しつけ

驕という漢字が読めなくなっている。それと同時に実際の驕も少なくなっているようである。驕とは、一般に自然な欲望を一時的に我慢すること、我慢することによって周囲の人からのまたは良心からのよい評価を得ることである。そうした「自分の欲望の内容を別のものに入れ替えて、直接の欲望の満足よりも集団の中での評価を満足とする」ことが少なくなった。結果として、他人の迷惑を考えない人たちが増えている。「他人の迷惑」を考慮しても、利益がないから考慮しないのだ。

驕が廃れて、[超自我](#)が弱まった。[アメリカ](#)では[精神分析](#)的な抑圧[モデル](#)が一般人の中に広まっている。我慢させることが精神的な病気のもとになる、したがって子供には我慢をさせず欲望を充足させるのがよい育て方だと単純に考えられている面がある。日本でもその風潮を忠実に追いかける人たちがいる。

驕がよい[社会人](#)や真の人間を作るのか、驕が本来の人間性を損なっているのか、古くから議論がある。前者の例として中国の[諸子百家](#)のひとり「荀子」、後者の例として[ルソー](#)など有名である。

精神医学的に見れば、躰は超自我（スーパーエゴ）の形成と、自我（エゴ）機能の形成の両面を要請するものである。親や周囲の超自我が完成している人から、超自我の価値観を教えられる。それが倫理や道德となる。次に親はそうした価値観の実際の場面での運用の仕方を教える。どんな場面で適用し、どんな場面で適用しないのか、柔軟な判断を担うのが自我である。

（自我はこうしたやや限定された意味の場合と、もっと広く自己に近い意味で使われる場合がある。自我機能といえは限定された意味になるだろう。）

躰ができていない人とは、超自我という、いわば心の中の集団価値システム、愛他的価値システムが形成されていない人である。従って、躰をしないということは、子供に対する親の役割なかでも大切な一部を怠っていると云わざるを得ない。

現実原則に快感原則が優越しているとも言える。

1052

治療同盟

therapeutic alliance

患者の心の中で健康な自我部分と、治療者の治療者的自我との同盟。たとえば患者が妄想状態にあり、「電話が盗聴されている」と訴えているとき、患者の心は100%妄想に支配されているかといえ、そうではない。わずかでも健康な自我の働きが残っていて、「重要人物でもない自分がどうして盗聴などされるのだろう」「これから一体どうなるのだろう、周囲の理解は得られないし、かといって自分は盗聴されているとしか考えられないし」とか思っている。そのときは病的部分に圧倒されていても、時間がたてば、健康部分の割合が拡大したりする。

この様子を極端に提示したのがチャンネル理論である。妄想チャンネルと健康チャンネルが、まるでテレビ画面が切り替わるように交代する。

病的部分に圧倒されているときや妄想チャンネルになっているとき、健常部分への働きかけは無意味なのだろうかといえ、そんなことはない。有効であるから、健常部分と同盟を結べるよう働きかけ続けるのである。働きかけの言葉は、健常部分が思うであろうはずの言葉をかけてやるのがよい。「とにかくこんなに心配なことが起こったのでは不安で夜も眠れないし食欲もなくなりますよね」「本当に困りましたね、家族に分かってもらえないのが二重に辛い」「でも、家族としては理解できないのもまた当然ですね」など。

1053

短期精神療法

治療開始初期に患者が治療者に対して強い陽性転移を示す場合、「理想的な治療者による素晴らしい治療を受けた」と感じる。ここで治療を中断すれば、劇的な暗示作用により表面的な症状は消失することがある。これが短期精神療法であり、浅いが即効的な作用を期待するものである。ここでやめないで継続すると、治療者との間に陰性転移を含むより深い転移・逆転移関係が生じ、さらには治療者を現実的な目で見るとなる。いったん治ったように見えた症状が再燃したりさらにひどくなったりする。その段階ではじめて、解釈と洞察、また人格の深い部分からの

再構成が可能になる。時間もかかるが根治的である。

1054

治療者と患者の性

男性治療者は男性患者の競争心やライバル視を引き起こしやすい。また女性患者の性愛（エロス）的反応を引き起こしやすい。女性治療者はその逆である。

いったん競争相手と見るが、治療者は治療場面では患者よりも優位に立っている。その優位関係に従順に従う患者は、治療者により多くの権威・専門知識・人間性・社会でのステータスを求める。自分の主治医が一番いい車で通勤して、いいスーツを着ていて、看護婦にも尊敬されていて、と求めるタイプである。

逆に、優位であるはずの治療者に劣位を演じてもらうことで喜ぶ患者がいる。「……先生は俺には一目置いている」「……先生に是非にと頼まれて、仕方がないな」など。演じられた劣位であることを感じられない鈍感さがある。

女性患者からのエロス反応は、個人精神利用法の範囲では維持しやすい。外来通院の初期に通院維持の主要な動機になることもある。集団精神療法場面では二者ではなく三者関係になり、治療者独占の空想が壊される。その意味では、個人面接場面よりも集団精神療法場面が現実度が高い。この観点から、個人場面から集団場面に移行するタイミングを工夫することもある。

1055

転移

患者が診察室で治療者に対して、これまでの人生の重要な対人関係を再生するよう感じたり行動したりすること。無意識の過程である。内的対象関係を投影していると言ってもいい。治療者が具体的にどんな人なのかははっきりしないうちは、患者の過去の経験の中から拾い出して推定するはずであり、当然のこととして、治療者に似ている過去の人や過去に大きな影響を残した人が選択されるだろう。

したがって、転移が起こったときは、治療者自身がスクリーンになって患者の内面が映し出されるようなものである。これは患者の内面を知る大切な情報である。

患者が治療者の前で見せる態度は、治療者を現実把握した上での態度と転移による態度の混合物となる。これを見分けるのが大切で、かつ困難であることもある。観察する治療者側にも逆転移が起こるからである。自分一人で考えるのではなく、複数の目で考える習慣を持っておくと、次第に自分を客観視できるようになるだろう。また、スーパーバイザーがいれば役立つ。

1056

転移神経症

現在の神経症に対して精神療法を始めると、転移が発生し患者の心を占めるのは現在の葛藤ではなくて、過去の葛藤になる。この状態では現在の症状は消えるので転移性治癒という。一方で過去の葛藤が活性化されることにより新しい神経症症状が発生し、これを転移神経症という。

[フロイト](#)の[精神分析](#)療法では[神経症](#)を転移[神経症](#)に変換し、症状を診察室内に限定した上で治療を進める。

1057

解釈

「一日中、人の悩みを聞いて頭がおかしくありませんか」

→自分の悩みはきちんと理解されているかという[メッセージ](#)。

「結婚していますか」「子供がいますか」

→夫婦のことが分かるのか、親の気持ちが分かるのかという[メッセージ](#)。

「年はいくつですか」

→十分な経験があるかどうか心配なんですね、大丈夫ですよ。

「[心理学](#)科に進みたい」「医者になりたい」

→陽性転移

解釈はタイミングが大事。

1058

抵抗

治療に対する抵抗のこと。治りたいから面接を続けているのだが、症状はある面では葛藤のなまの噴出を阻止している有益物でもあるので、症状を消すことには[無意識](#)のためらいがある。そこで[無意識](#)に治療に抵抗することになる。沈黙、無関係なことの多弁、繰り返し、話題の回避、知性化、一般化、時間の変更、[キャンセル](#)、時間短縮、治療者変更要求などがある。現実的で妥当なものか、治療抵抗なのかを判断して、治療抵抗と判断された場合には解釈して操作する。

1059

自我異和的と自我親和的

全面的な自我異和化が離人状態である。

1060

[超自我](#)

道徳とか倫理とか言われるが、親に、まわりの人に、さらには神に立派だと言われたい欲望だと言ったら不正確だろうか？道徳だけをことさらに取り出したのは、[フロイト](#)の時代の病理の[ポイント](#)が[道徳感情](#)にあったからではないか。結局[道徳感情](#)も欲望のひとつである。満たされれば満足するし満たされなければ不安に襲われる。

教育によって生ずるとするの、どうだろうか？動物にも愛他的行為は観察されている。特別の地位を与える必要もないのではないか？

心の装置としては、諸欲望と、それらに重み付けをする部分だけで充分である。

1061

現実原則と快感原則

欲望を満足させようとするのが快感原則。欲望満足にあたって、「今は我慢して将来のより大きな快感とする」のが現実原則である。つまり一時的な抑圧である。

現実原則を快感原則に対比させることには疑問がある。現在の満足と将来の満足のどちらが大切であるかということであれば、結局は大きな快感を選ぶというだけのことである。

(空想原則と現実原則とを対比させるのはどうか？それなら「現実」の言葉に意味がある。)

1062

防衛機制はいくつもあって、原則がない。これで全部なのかどうかも分からない。これは無原則な偶然の採集にまかされているからである。たとえば昆虫採集がそうである。[精神医学](#)分野では、性格障害もそうである。全体を見通す原則がなく、これで全部という枠組みがない。

ある人たちは無理な理論化や分類はただ頭の中にあるだけで[無意味](#)であるとして、現実中存在する個別のものだけに価値があるとする。

別の人たちは分類して構造化して理論化することに知的興奮を感じるとする。

山内[名誉教授](#)はどちらかといえば前者で、私は後者である。

1063

[神経症](#)

子供の頃に適応的であった行動[パターン](#)を、大人になって不適切な場面で再生することにより生じる。「なぜ過去の・現在は不適応の行動[パターン](#)を用いるのか」、それがそのまま「[神経症](#)の原因は何か？」と同じ意味である。

現在の行動[パターン](#)が不適応な場合、順次古い行動[パターン](#)を試してみる。これを退行という。[フロイト](#)の考えでは男根期から肛門愛期、口愛期の順に退行する。

いくつかの不適応行動が続き、あるところで症状形成し[神経症](#)として社会に認知されることになる。ここでそれなりに落ち着く。この「あるところ」を固着点という。

1064

防衛機制 (G.E.ヴァイラント。西村良二の紹介)

?自己愛的防衛=現実を変えること・正常五歳以前

- ・妄想性投影
- ・否認=外的現実についての否認。精神内界のことをは含まない。
- ・歪曲

?未熟な防衛 3~16歳くらい。

- ・投影=自分のものと認めたくない気持ちは他人に属していると考ええる。
- ・分裂質性空想=孤独な[引きこもり](#)。
- ・心気症

- ・ 受け身的・攻撃的行動＝先延ばしなど。
- ・ 行動化
- ・ 退行
- ・ 自己へ向かうこと＝他人への怒りが自分に向かうなど。

?[神経症](#)的防衛＝内的感情を変える。

- ・ 知性化＝感情に気付かず、形式的。
- ・ 抑圧
- ・ 置き換え
- ・ [反動形成](#)
- ・ 解離

?成熟した防衛

- ・ [愛他主義](#)
- ・ [ユーモア](#)
- ・ 抑制
- ・ 予期
- ・ 昇華

1065

[フロイト](#)の局所論

意識、前意識、[無意識](#)。普段は意識していないが、意識しようと努力すれば意識できるものが前意識。

1066

[フロイト](#)の構造論

イド、エゴ、[スーパーエゴ](#)

イドは欲動、本能的欲求

エゴは欲動の調整

[スーパーエゴ](#)は道徳規範や理想自我、禁止と脅かし罪悪感……検閲、自己非難、良心、理想形成作用

1067

ARISE adaptive regression in the service of ego

自我の統制下における自律的退行

Kris,E.による。自我機能のある部分は退行するが、観察自我のような別の部分は退行せず、自我が一次過程的思考を自由に使用して、創造活動を行い、うっ積した[エネルギー](#)を解放したり、自我[エネルギー](#)を充填したりする。このような自我の前意識的自律性をARISEと呼んだ。

分析療法では、治療者も患者もARISEの状態での退行し、治療的・共感的交流がなされることが大

切である。(いさお氏による)

治療的退行もしくは一時的・部分的退行と重なる概念。直訳は「自我に役立つ適応的退行」である。

1068

のみ込まれる不安

Guntripによる。

1069

disease と illnessと [神経症](#)

disease = 客観的身体的病理があり、病因が分かっている。

illness = 主観的痛み。

[精神科](#)疾患では病因は複合的であり、明白な病理が提示できないものが多い。したがって、mental diseaseよりはmental illnessと呼ぶのが適切な場合が多い。

実際、始まりの部分はdiseaseであるとしても、それについて悩んだり不安を感じたりして病状を修飾する。その部分はillnessである。

精神療法や薬剤は必ずしもdisease部分に作用しているのではなくて、むしろillness部分を緩和している場合が多いのではないか。

そしてそれも大変に有効である。「[自然治癒力](#)を引き出す」と言ってもいいし、「ダム水位が上がれば自然と問題は隠れてしまう」でもいいし、「[中心の問題](#)と、周辺不安」と説明してもよい。

diseaseに対する反応としてのillnessと考えるとして、精神病の場合には、反応の仕方も壊れている。したがって、illnessの現れ方も異常な反応になっているのだろう。ここで困難が二重になる。

最初にあるものが、diseaseでもよいし、その他のきっかけでもよいのではないか。→こう考えると、diseaseなしのillness純粋型が考えられる。それを[神経症](#)と呼べばいいわけだ。

1070

遺伝的に獲得される[無意識](#)は形式だけを保存している。つまりは内容を待っている。そこに現実が入ればとてもよい。しかし別のものが入ることもある。たとえば夢。現実のかけらをもとにして組み立てる。

1071

[片頭痛](#)

頭痛のひとつのタイプで、血管性頭痛と考えられている。発作性拍動性激痛が多くは片側性に生じ、[吐き気](#)、嘔吐を伴うことが多い。持続は数時間から一、二日程度であり、はじめは拍動性で、次第に持続性の鈍痛へと移行することが多い。[閃輝暗点](#)などの前駆症状があるものを[典型](#)

[片的頭痛](#)と呼び、前駆症状の明らかでないものを普通型[片頭痛](#)と呼んでいる。発作初期に酒石酸エルゴタミンを使うのが有効で、予防薬としては抗[セロトニン](#)薬などが用いられる。

1072

筋収縮性頭痛

muscle contraction headache

精神的緊張や特定の姿勢が続くと、頭蓋をとりまく筋肉の持続的収縮が起こる。これが血管収縮を[引き起こし](#)循環障害につながる。すると発痛物質が発生し、頭痛を感じ、これがさらに緊張を[引き起こし](#)、筋肉での循環不全が持続固定する。筋収縮と循環不全が肩に起これば[肩こり](#)として自覚される。頭蓋筋に起これば、頭痛として感じられる。

治療は[リラックス](#)を促進すること。

1073

[三叉神経痛](#)

trigeminal neuralgia(TN),tic douloureux

顔面領域の激痛発作で、洗顔、歯磨き、食事に支障を来すことがある。[カルバマゼピン](#)や[ビタミンB1](#),[B12](#)が試みられる。痛みの機序がneurovascular compression（神経動脈圧迫。前下小脳動脈が三叉神経を圧迫する。）の場合には、神経血管減圧術により外科的に圧迫を取り除く。このほか[脳腫瘍](#)や動静脈奇形による三叉神経圧迫が少数ある。

1074

[カウンセラー](#)の態度

[ロジャーズ](#)は、?自己一致?共感?積極的関心?無条件の関心の四つをあげている。

1075

[アイデンティティ](#)

本当の自分。

[アイデンティティ](#)には、自分で選んだものと、選ぶことなく（自然に）決まったものがある。後者の例としては、長男[アイデンティティ](#)とか、貧乏とか、性別とか、知能、運動能力など、人生のかなり大きな部分を占める。それは結局受け入れざるを得ないことが圧倒的に多い。拒否していてもそれは無理というものだ。それがその人の人生の条件[なのだ](#)。変えられないものは受け入れるしか道はない。いかにして受け入れるか?いやいやながら従うか、条件として受けとめて、そこから積極的に人生をつくって行くか。つまりは人生に対して積極的になれるかどうか。人生の主役は運命ではなく自分である。

満足 不満

自己選択 自信 後悔・やり直し・自責

非選択 自然・当然 他責・[無力感](#)

1076

受容

受け入れ、肯定すること。[カウンセラー](#)の患者に対する態度として用いるときには、患者の何を受け入れ肯定するかによって、違いが[生まれる](#)。いわゆる受容派は患者を人格として無条件に受け入れ尊重し、あるがままのその人全部を受け入れる。ここに[価値判断](#)はない。アンチ受容派は患者の心の健康部分を受け入れる。

[ロジャーズ](#)は受容とは「積極的・肯定的関心」と同義であるとしている。また[カウンセラー](#)と患者の両方が、「私は理解され受け入れられている」と感じている状態が真の受容であるとする記述もある。

考え方の違いは人間観の違いにもよるが、おもに患者の病理の種類によると考えられる。全面的に受容すれば育って行く人は病理としては深くないと言える。病理の深い人には受容と非受容の両方を使う必要がある。

たとえば、母親は子供の全部を深いところでは全的に受容している。しかし浅い部分では、教育の方法として、部分的受容を用いるのである。治療者の態度としてもこの二つの受容があるので、区別が必要である。

治療者が受容という言葉に縛られて、きちんと指導できない場合があると聞いているが、受容が必要な場面と指導が必要な場面とを区別する必要があるだろう。

1077

[アタッチメント](#)

ボウルビイの愛着理論の「愛情による結びつき」を指す。

1078

[マズロー](#)の欲求階層説

米国の心理学者アブラハム・マズローは、[1950年代](#)に[アメリカ](#)の都市生活者に[アンケート](#)をとり、その結果、欲求には低次なものから高次なものに向かう階層的構造があり、低次の欲求が満たされると次の段階の欲求が生まれると考えた。

?[生理的](#)欲求.....呼吸、飢え、渇き、排泄、睡眠、性など

?安全欲求.....恐怖・危険・苦痛から逃れられること、[保護者](#)

?所属欲求.....帰属感、愛（家族、[新興宗教](#)、企業など）

?[自己評価](#)（self-esteem）欲求.....他人からの尊敬、承認

?[自己実現](#)（self-actualization）欲求.....[自己実現](#)（?の他人からの評価と異なり、自分が自分の人生を実現して行く。）

?がもっとも低次で、?がもっとも高次である。たとえば、お腹が空いている[赤ん坊](#)は[オッパイ](#)を欲しがらただけである。お腹が一杯になった[赤ん坊](#)は[保護者](#)からの庇護を求める。[生理的](#)欲求が満たされ、安全も保障されると、何かに帰属することを求める。これは[アイデンティティ](#)を求める

ことの始まりである。社会への参加である。次にはその社会の中で承認を求めるようになる。最後には社会に規定された自分の意味にとどまらず、自分が自分の人生に意味を与えてゆく段階に達する。[マズロー](#)は後に?自己超越欲求を加えて、全体で六つの階層を考えた。自己超越の欲求は、各段階で次の段階に進もうとする欲求なので、各段階で常に機能していると考えてもよい。そして、[自己実現](#)を超える高次の状態があることも示唆している。[トランスパーソナル心理学](#)ではそうした高次の状態を探求する。

1079

寄る辺なさ

helplessness

乳児の[無力感](#)をあらわすために[フロイト](#)が用いた言葉。人間の乳児は生まれた時に全く無力であるため、食事などの[生理的](#)欲求や安全欲求を満たすために全面的に他者（とくに母親）に依存しなければならない。この全面的依存状態を寄る辺なさ（helplessness）と表現した。

1080

季節性感情障害

seasonal affective disorder

=季節[うつ病](#)

秋冬に[うつ状態](#)になり、春夏には回復する経過を反復する[うつ病](#)のタイプ。二十歳台の女性に多く、家族内発生があり、高緯度になるほど多く、過眠、過食、体重増加など[うつ状態](#)としては[典型的](#)でない症状を伴うことがある。寒くなるとたくさん食べて太り、その後眠り続け、春になると回復するのは冬眠に似ていると言われる。日照が少ないせいで起こると考えられ、高照度光照射療法がすすめられる。蛍光灯が何本か並んだ光照射器の前に朝夕座る。日照時間が長くなったような錯覚を起こせばうつは消える。必ず効果があるというわけではないが、よく効く症例がある。

当然[メラトニン](#)との関係が問題になるが、確定的な知見は未だないようである。

季節[うつ病](#)は[うつ状態](#)の中でも心理因子が関与しないタイプのもので、興味深い。

1081

[イメージ療法](#)

image therapy

たとえば、T細胞がガン細胞を攻撃している様子を具体的に強く[イメージ](#)することによって、実際にガン細胞に対する生体の攻撃力を高める療法。また自分が再び元気になって生き生きと人生を生活している姿を具体的に[イメージ](#)することが自己治癒力を引き出す。

神経系と免疫系の関連は神経[免疫学](#)でも盛んに研究されている。

1082

睡眠遮断法

たとえば当直をしていて[睡眠不足](#)になった次の日には[軽躁状態](#)になることがあると言われる。睡眠遮断は即効性の抗うつ効果があると言われていたので、睡眠遮断法が用いられることがあると文献にはある。しかし実際には[うつ状態](#)の患者さんは[睡眠不足](#)で悩んでいることが多いので、どの[うつ状態](#)でもすすめられるというものでもないようである。反応性の軽度のもので、薬を使うほどでもない[うつ状態](#)ならばちょうどいい適応かも知れない。

睡眠[リズム](#)のずれと、睡眠中の脳内[神経伝達物質](#)の処理中断との両面が考えられる。

1083

[エゴグラム](#) → [心理テスト](#)

1084

[エレクトラ・コンプレックス](#)

Electra complex

[女の子](#)が父を愛し、母を憎む気持ちを持つこと。[ユング](#)が記載した。[ギリシャ](#)悲劇「[エレクトラ](#)」または「[供養する女たち](#)」による。ミケナイの王[アガメムノン](#)は妻とその愛人に暗殺された。そのことを知った[アガメムノン](#)の娘[エレクトラ](#)は弟と協力し実の母を殺害する。

エディプス[コンプレックス](#)の女性版と言える。ただし、エディプス[コンプレックス](#)は男女で区別することなく用いることも多い。

「大きくなったらパパのお嫁さんになるの」と語る[女の子](#)は少なくない。

1085

[エンカウンター・グループ](#)

encounter group

Tグループ（感受性訓練）や[ロジャーズのエンカウンター・グループ](#)が起源とされている。10人程度のグループで、一人か二人の[ファシリテーター](#)（促進役）が加わり数日の合宿を行う。課題なしに自由に、または何かの課題について、話し合いつつグループ体験を深める。集団の中で防衛を解除してゆく。よい自己変容の感覚が生まれたときには有意義であるが、逆に急性[精神障害](#)の発病や心理的損傷が見られたりするので、導入の可否の判断には細心の注意が必要である。

1086

[音楽療法](#)

music therapy

音楽が精神的に作用を持つことは誰でも体験していることで、治療法としても有効であろうと推定することは容易である。しかしさらに一步踏み込んで、どんなときにどんな音楽がよいのか、なぜよいのかという点になると、[あいまい](#)なままである。「気分に合わせて[好きな音楽](#)を聴きなさい」と言える程度である。

特有の音の並び方が特定の脳内神経回路を刺激するとか、音の記憶が昔の心地よい記憶を再生するとか、[メロディー](#)か[リズム](#)かとか。また演奏することと鑑賞することとの違いなど。いろいろな話題は考えられるが、確かなことはあまりない。

1087

絵画療法

art therapy

言語チャンネルを通さない表現のひとつである絵画を利用した精神療法。レクリエーションの意味合いが強いものから、診断的意義が強いもの、治療関係を作る方法としてのもの、[カタルシ](#)
[ス](#)を狙うもの、さらには[イメージ](#)の世界の再構成を狙うものまで、幅広い。

具体的に紹介すると、

?空間分割法。画用紙に線を引いて画面を分割し色を塗る。

?なぐり描き法。[スクリブル](#) (scribble) 法では、自由になぐり描きした線に色を付ける。スクイグル (squiggle) では治療者と患者が交互になぐり描きと色付けを行う。

?バウム・テスト。木を描いてもらう。

?人物画。グッド[イナフ](#)。人間の全身像を描く。

?風景画法。TPH (木、人物、家) をセットで描くものや川、山、田、……と順次描く[風景構成](#)
[法](#)がある。

?家族画法。家族が何かしているところを描く。

このなかでも[風景構成法](#)が特に有用である。

1088

[風景構成法](#)

[中井久夫](#)の創案になる。はじめは[箱庭療法](#)への導入の適否を判定する資料としての意味あいもあったという。

B5の[ケント](#)紙に[サイン](#)ペンでまず枠を描く。(枠なしの技法もある。) 川、山、田、道、家、木、人、草花、動物、岩・石・砂、その他つけ加えたいものの順に描く。次に[クレヨン](#)で色を付ける。最後に味わいつつ、絵についてすこし話す。診断の意味もあり精神内界の再構成の意味もある。患者は解釈を聞いたがるが、一枚の絵で何が分かるというものでもない。中井はP型 (paranoid) とH型 (hebephrenie) に分けている。解釈はこの程度が妥当であると思う。

1089

[カウンセラー](#)

counsel(l)or

人の話を聞いて慰めてあげればそれで[カウンセラー](#)だという素朴な常識が一方にあり、他方では[カウンセラー](#)は高度の[専門職](#)であるという考え方がある。もちろん後者が正しいのだが、高度の専門知識は何かということが難問である。特に患者さんには分かりにくいところがある。医者

は薬を出したり、時には注射をするから、心理職よりは専門性が分かりやすい。

患者さんの中には、「ただ話を聞いているだけじゃないか」「ただ話し相手になってくれるだけなら隣のおばちゃんと同じだ」「ただ絵を描いただけだ」「もっと根本的に治してくれないのか」などといった感想が出ることがある。

そして[カウンセラー](#)と自称している人の中には、まったく「隣のおばさん」と変わらない人もいるので、上の批判は当たっている場合があるのである。

しかし「本物の[カウンセラー](#)」は目に見えて違うかと言え、そうでもない。むしろ、自分の意見や経験を押しつけてくるタイプの人や（いわゆる悪い意味での）[宗教家](#)じみたタイプの人が「本物の[カウンセラー](#)」らしく映ったりする。

1090

診断面接

・うつだと見当がついたら→SDSを施行。「うつの患者さんへ」と「うつの患者さんのご家族へ」を手渡し説明する。薬が心配な人には「薬について心配している方々へ」を手渡し説明する。その後に[風景構成法](#)などの[心理テスト](#)を計画する。心理面接は掘り下げるのではなく生活指導でよい。よく休める環境を作ることができるように援助する。

・分裂病だと見当がついたら→症状について詳しく聞くのは一、二回だけ。あとは生活指導。精神療法的には[風景構成法](#)程度。深い話や精神内界を問題にするのではなく、表層的に。現実的な話をして現実把握を根付かせることが大切。またどうしてもいいことについては話を合わせてはいないと付き合う。おおむね向こうのペースでよい。

・[神経症](#)→こちらから問いかけをしなくてもどんどん話してくれるのが[神経症](#)。心気症や心臓[神経症](#)が[典型的](#)。共感しながら聞く。意見はたいてい無効。「そうですか。大変ですね。」と[太鼓持ち](#)をして、「この人は何ヶ月かかるかな、何年かかるかな」という気持ちで付き合う。[心理テスト](#)も喜ぶので適当に入れる。

・生活指導の中心は「睡眠・食欲・便通、薬の飲み心地」。これは医師が尋ねるのが適切。

・上記以外はもっぱら心理が対応する。

・[アル中](#)、薬中は範囲外。

1091

薬は前景症状に対して出すのか、背景病理に対して出すのか

原則として、前景症状に対して出すと考えてよい。なぜなら、背景症状の診断は間違ふことがあり、かつ患者は端的に現在の症状を早く消して欲しいと願っているからである。

1092

前景症状と背景病理で考えれば、患者の把握が立体的になる。投薬も精神療法も二段構えになり、立体的になる。大変よろしい。

1093

共感とは

間違いは、患者の状況を聞いて、治療者の経験を呼び起こし、そこから類推する態度。正しくは、患者の話のままに患者の状況を想像の中で生きてみて、感情を体験すること。しかしこのような理想的な共感ができるはずもないので、ある程度は治療者の個人的な体験が影響する。たとえば、母について、故郷について、海の思い出などには自分なりの色が付いている。しかしそれらをいったんできるだけ無色透明なものにして、患者の語るとおりの色づけをして体験する努力が大切である。それが共感である。「私の父も早く死にました。だからお気持ちはよく分かります。」といった類は共感とは言えない。自分の気持ちが分かっているだけである。体験の外形の一部の類似を手がかりとして体験全体の一致を主張することに近い。むしろ、「私の父も早く死にました。あなたの場合と自分の場合とどんな風に違うか考えてみたいのですが。」と言って詳細化を促すのがよい。

1094

[ジェームズ](#)・ランゲの説

[ジェームズ](#)とランゲが別々に唱えた説で、人間は悲しいから涙が出るのではなく、涙が出るから悲しいのだとする説。つまり、情動が身体的変化を引き起こすのではなく、身体的変化が情動を引き起こすという説である。現在でも論争になっているらしい。

?泣かない人は悲しさを感じないだろうか?悲しくないのに泣く人はいるだろうか?この考察からは悲しみが先で、泣くのは後。悲しみに泣くことが続く場合もあり、続かない場合もある。しかし泣くことの前には悲しみや悔しさの情動が必ずある。

?身体を持たない脳は情報に接したとき悲しまないのだろうか?多分、悲しむだろう。

?悲しみと泣くこととは同時ではないのだろうか?情報に接したとき、両者が同時に起こるのではないだろうか。それだけのことではないか。悲しいから泣くのではない。ある情報が悲しみと泣くことの両方を引き起こすのだろう。

1095

ガンに対する精神療法

?自分や[配偶者](#)がガンであると知ったときの絶望に対するケア。

キュ[ブラー](#)・ロスによる悲嘆の[プロセス](#)は、?拒絶?怒り?取り引き(神との取り引き)?[抑うつ](#)?受容。

アルフォンス・デーケンの悲嘆の12段階は、?マヒ状態?否認?[パニック](#)?怒りと不当感?敵意と恨み?罪意識?空想と幻想?孤独感と[抑うつ](#)?精神的混乱と無関心?あきらめ・受容?新しい希望・[ユーモア](#)と笑いの再発見?立ち直り・新しい[アイデンティティ](#)。

?神経系と免疫系の密接な関係を背景として精神面から免疫系を動かす試み。未来に希望を持つこと、[人生の目的](#)を持つこと、動物と触れ合うこと(アニマル・[セラピー](#))などがガンの治療に際して有効であるとされる。また、[イメージ療法](#)として、自分の免疫細胞がガン細胞を攻撃して

打ち勝つ様子を思い浮かべることが有効で、実際に免疫系が活発になるとの実験がある。
免疫系と神経系の類似については、伝達物質とレセプター、記憶作用など不思議なくらいの類似があり、発生過程を考えれば、同根のものではないかとの推定もある。この分野を神経免疫学という。

1096

前景症状と薬剤

不眠 [ロラメット](#) (1) 1T

不安状態 [ベンゾジアゼピン](#) ([デパス](#)、[ソラナックス](#)、長時間は[メイラックス](#))

[パニック](#) [ソラナックス](#)・[トフラニール](#)

離人 [フルメジン](#)、[スルピリド](#)、

強迫・恐怖 [アナフラニール](#)、[レキソタン](#)

対人恐怖

心気 PZC、[スルピリド](#)

そう [セレネース](#)

うつ [抗うつ剤](#) ([テシプール](#)) ・[デパス](#)・[ソラナックス](#)

幻覚妄想 [メジャー](#) ([セレネース](#)・[コントミン](#))

[摂食障害](#)

[人格障害](#)

1097

くすり

はじめの処方 [デパス](#) (0.5) 1T 1xv.d.S 7TD

次の処方はN,S,Dと三つに分けて考える。

N→[デパス](#)を1~3mgの範囲で調整。

S→

[デパス](#) (0.5) 1T+[セレネース](#) (0.75) 1T+[アキネトン](#) (1) 1T 1xv.d.S 7TD

D→

[デパス](#) (0.5) 1T+[テシプール](#) (1) 1T 1xv.d.S 7TD

このあとも急には増やさない。一粒ずつ。

何より大切なのは、[副作用](#)を感じさせないこと。

薬について、[パンフレット](#)を手渡して、作用と[副作用](#)について説明する。

1098

危機介入

crisis intervention

自殺や犯罪の危機に際して、緊急対応して危機を回避させること。現代では電話が特に有効で

ある。

1099

喪失体験、直面化、惚れ込み、外国文化受容など、みな類似の経過をたどる。

まず都合のいいように現実を歪曲してみる。これが精神病的防衛機制。つぎに自分の気持ちを歪曲する。これが**神経症**的防衛機制。そのあとでやっと正確な状況把握が**生まれる**。

前二者は否定から受け入れへ向かう。後二者は**過大評価**から幻滅を経て受け入れへ向かう。

1100

カウンセリング

カウンセリングは素人にできるようなものではないから決してしてはならないなどと言いつつ、ではその専門性はどこにあるのかといえば、怪しいし、カウンセラーの方々の質は現実にはあまり高くないようである。はっきり言えば、カウンセラーだと言って理論を振り回したり、絶対の受容を実践したりする人よりも、健全な常識人が知人として相談に乗った方が被害は少ないものである。

ただひとつお願いしたいことは、まず分裂病やうつ病の診断を正確に行って欲しいということだ。こじらせてから「やっぱり医者に行け」というのでは困る。患者は余計に傷つくし、治療も難しくなる。

1101

[キリスト教](#)教会での告白には特別な意味がある。

それは人間に向けて語るのではなく、神に語る。それは[カウンセリング](#)の本質である。

共感的理解、自己一致、受容、無条件の尊重、配慮、自己受容、自己開示などが[カウンセリング](#)の条件とされるものであるが、教会の告白にはこれらを理想的に満たす条件がある。

1102

[カウンセリング](#)で何が大事か、何が原則かという問題についてはいろいろなレベルで答えがある。

?もっとも低級の答えは、「自分の考えを押しつせず、クライアントの話を傾聴する」といったものである。[カウンセラー](#)の「自分」を消去することが求められる。ただ単に傾聴と受容になってしまう場合もある。

?しかし受容だけでは務まるはずもないので、ときに対決・説得・助言の場面も必要になる。しかしこれと「自分の考えを押しつけない」こととの違いを明確に意識していなければならない。これは難しいが、結局高いレベルの常識があるかどうかということになるだろう。しかしそのような世間の常識というものは、世間で世間並みに仕事をしているからこそ得られるのであって、診察室で話を聞いているだけでは十分に身につかないものかも知れない。[カウンセラー](#)は（たとえば）保母さん以上に世の中や人間について知っているかといえは、疑わしい。

[カウンセラー](#)は何を知っているのだろうか。何を与えられるのだろうか。それが問題である。

?さらに高級になると、再び[カウンセラー](#)の「自分」というものが消える。

?さらに高次になると人間の深い部分での交流になる。これは実際の[社会生活](#)の中でも数多くは存在しない。

1103

[カウンセリング](#)理論

[精神分析](#)理論、[自己心理学](#)、行動主義理論、[実存主義](#)、特性因子理論、[交流分析](#)、認知理論、[集団療法](#)理論、[家族療法](#)理論などがある。どれもたいして感心しない。

1104

来談者中心療法

治療者中心になる場合が少なくないので、心に留めておいて有効な言葉。

よい[カウンセリング](#)を言葉で抽象的に定義することは難しい。要するに、相談者の人生にとって本当に必要なものを提供していればよい。それが何であるかは、さまざまである。来談者の、現在と未来とどちらを重く見るか、その点ですでに難しい判断が横たわっている。

治療者は患者の人生になぜどのようにかかわろうとしているのか、最大限謙虚に反省してみるべ

きである。

1105

[カウンセリング・マインド](#)

患者が自己発見、自己受容、自己選択、自己決定、[自己実現](#)などをするに際して、そばにいて積極的な暖かな関心を示しながら共に考え感じ悩む用意が常にある心の状態。まず治療者自身に心の余裕がなければならない。

1106

[カウンセリング](#)

学生相談室などで[大切なこと](#)は、まず第一段階として、病気が関係していないかどうかを診断することである。[精神分裂病](#)と[神経症](#)の一部は青年期に好発する。最近は[うつ状態](#)も少なくない。病気の可能性が除外できたら、受容的な[カウンセリング](#)でも、場合によっては教育的な精神療法でも、侵襲的な[集団療法](#)でも試みればよいだろう。

1107

[核家族](#)

[大家族](#)に対して、夫婦と子供だけで構成されている家族。精神病患者の場合でも、おじ・お婆の立場での人間付き合いが救いになると指摘されることもある。また、母親に十分な母親機能がない場合でも、[大家族](#)内の女性が代行した昔と違い、現在では母親の機能欠損が直接に子供に影響してしまう。このような点で、治療環境を考える上でも大切な視点である。女性問題を考える上でも大切な変化である。[大家族](#)制は女性を圧迫し、[核家族](#)制で男女は同権に近づき……と公式的に語られる。

日本では農村型封建的[大家族](#)制から、都市型[核家族](#)制に移行した。[明治時代](#)の小説の主題のひとつに「家族制度からの脱出」などがあり、[文学史](#)などで習うが、一向に切実に響かない。「[西洋文明](#)との出会い」「西洋と東洋の統合」なども今では切実に響かないように思う。お[年寄り](#)たちはまだそんなことを商売の種にしているけれど。

1108

過剰適応

over-ajustment

人間はいくつもの[アイデンティティ](#)を統合して自己[アイデンティティ](#)を確立しているが、その中の単一の[アイデンティティ](#)だけが自己[アイデンティティ](#)全体と等しくなるほどに重要になった場合をいう。たとえば、[会社人間](#)という側面だけが強まり、家庭人としてや[趣味人](#)としての側面がほとんどなくなった状態を過剰適応状態といい、一面的に特殊化しているだけに変化や[ストレス](#)に弱い傾向がある。[会社人間](#)の父の他には、よい母親を演じる母、よい子を演じる子供などが過剰適応の例である。言葉を換えれば、「単線の人生の脆さ」である。

1109

家族療法

広い意味では家族を対象とする[集団療法](#)を指すが、狭い意味では特に[システム](#)論に強く影響を受けた療法を指すことがある。[システム](#)論では、家族の個々の成員には異常はないが、家族間の関係の仕方に問題があるために、家族の一部に[精神障害](#)が発生しているとする。この立場では、症状を呈している一人を治療しても意味がなく、家族全体の[システム](#)を正すことが必要になる。[精神医学](#)の世界では、昔流行したらしいが現在は主流とはいえない。

[システム](#)論を離れて、[精神障害](#)の場合に療養環境としての家族に問題がある場合、家族全体を精神療法の対象にする場合がある。また家族教育でhigh-EEの問題を教育する場合がある。

1110

過敏性腸症候群

irritable bowel syndrome

器質的原因なしに下痢・便秘・腹痛が続くもので、[心身症](#)のひとつ。神経性胃炎などとも呼ばれることもある。二次的に痔になることもある。薬剤が効く場合もあるが、[カウンセリング](#)や[自律訓練法](#)などが効く場合もある。

1111

カルチャーショック

異文化との接触がもたらす精神的不安状態。[価値観](#)や社会習慣の違いが不安を喚起する場合がある。時間がたてば受容される。その[プロセス](#)は、過度の理想化（または嫌悪）から次第に現実的な理解に移行するものである。個人のレベルでも生じるし、集団でも生じる。日本の場合には明治以来、[西洋文明](#)に対する[カルチャーショック](#)をどのように受容消化するかということが国家的課題であった。

[カルチャーショック](#)に重なる形で[アイデンティティ](#)の問題が生じている場合もある。

たとえばある[韓国人](#)は、[日本人](#)はkindだけどfriendlyじゃないと言って泣いていた。またある[韓国人](#)は、私は[韓国人](#)でもないし[日本人](#)でもない、中間人ですと語っていた。前者は[カルチャーショック](#)の形で、後者は[アイデンティティ](#)の問題の形をとっている。いずれも異文化の中で生きる人間の問題である。

1112

?要素の記述＝思考・感情・意欲・行動・社会適応・……

?前景症状（状態像）＝離人（S,D,N,P）、不安（S,D,N,P）、……

?背景病理の推定＝[病前性格](#)、経過の特性、家族歴

?薬剤選択＝まず前景症状に対して処方する気持ちであたる。例外として、背景病理に対して処方する。

?精神療法方針＝退行促進的か、再構成的かをはっきり意識する。分裂病[プロセス](#)を再燃させてはいけない。

1113

分裂病の初期が疑われるとき

?[シュナイダー](#)の一級症状や[ブロイラー](#)の4Aを参考にする。

?急性期の鑑別診断として大切なのは、器質性疾患の除外。意識状態はどうか、身体に異常所見はないか、診察する。[脳腫瘍](#)や中枢神経[感染症](#)、[ホルモン](#)疾患、薬物中毒などの可能性がある。

?器質性疾患の可能性がなければ、あとはうつでも[神経症](#)でもあまり変わりはない。

?次に大切なのは入院の必要があるかという点。自殺の危険、他害により周囲に迷惑をかけたか、自分の立場を悪くしたりといった可能性がどの程度か考える。自傷他害の可能性があったらためらわずに入院依頼の紹介状を書く。

1114

分裂病慢性期の診察

?[日常生活](#)指導が中心。しかも、現状維持のための指導が大切。

?診察では「睡眠・食欲・便秘・服薬」の確認を忘れない。カルテ記載時にはBPRSとSANSが参考になる。

?薬物は少しずつ変える。なるべく変えない。

【参考】

BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale

心情的訴え

不安

[感情的引きこもり](#)

思考解体

罪業感

緊張

衝動的な行動や姿勢

誇大性

[抑うつ](#)気分

敵意

疑惑

幻覚

運動性減退

非[協調性](#)

思考内容の異常

感情鈍麻

興奮

見当識障害

SANS:Scale for the Assessment of [Negative](#) Symptom;Andreasen,N.C.1981

情動

思考

意欲・発動性

快感消失・非社交性

注意の障害

1115

Ward Behaviour Rating Scale

動作の緩慢

行動減少

会話

社会からの[引きこもり](#)

余暇活動に対する興味

独語空笑

奇異な姿勢と常同行為

脅迫的ないしは暴力的行為

排尿調節

身繕い

食事の行動

1116

診察時に着眼すべき領域

○状態像の点で

知覚.....幻覚など

思考.....思考形式・滅裂思考など、思考内容・妄想など

記憶.....健忘など

知能.....発達遅滞など

自我意識.....離人、させられ、つきもの、自我境界の異常など

感情.....そう、うつ、感情鈍麻など

欲動.....意欲がわからないなど

意識.....[意識障害](#)がないか

態度・表情・服装・疎通性・病識など

身体要因.....身体診察・他科受診歴・検診などの検査結果

薬物.....[アルコール](#)ほかの薬物歴

○病歴・生育歴から

経過の特性……初発時期、初発状況、反復の仕方、持続期間

病前性格……典型的なものがあるか（分裂気質、執着気質、循環気質、ヒステリー性格など）

家族歴……遺伝負因を確認する

1117

診断に迷ったときは、「軽いうつ状態です」と言っておけばよい。患者も納得できる。

1118

帰属療法

attribution therapy

帰属とは、「失敗の原因を何に帰属させるか」という意味で、帰属療法は失敗の帰属のさせ方を変えてゆく認知療法の一種である。原因帰属転換療法とでも言えば内容が分かる。

うつ状態で過度に自責的になっているときは、失敗の原因を過剰に自己に帰属させている。また、攻撃的で他責的な場合には、失敗の原因を過剰に他者に帰属させている。こうした帰属スタイルの分析を通じて認知の傾向を知ることができる。たとえば成功は自分のせい、失敗は他人のせいと考える傾向の人がいる。こうした観点は内容として目新しいものではないが、方法として意識することには大変大きな意味がある。

1119

ST

感受性訓練 sensitivity training

集団精神療法のひとつで、Tグループとほぼ同じ意味で使われる。

1120

Tグループ

training laboratory in group dynamics

集団精神療法のひとつで、組織の中での対人関係やリーダーシップのトレーニングをしたり、集団力動を通じての個人の成長をめざす。病気の治療とはやや異質である。発病のきっかけとなることあるほど侵襲性の強いものである。

1121

芸術療法

arts therapy

描画、コラージュ、紙粘土、粘土、陶芸、フィンガーペインティング、箱庭、さらには音楽、ダンス、心理劇、詩歌、写真などを含む芸術全般を利用した治療。大変有用である。

利点は、?言語チャンネルによらない治療である。無意識領域またはイメージ領域の治療がで

きる。?退行促進が容易である。(これは欠点でもある)?[カタルシス](#)効果がある。?自己表現は自分を見つめ直すきっかけになる。?治療者との関係を転換させる。

1122

[ゲシュタルト療法](#)

[パールズ](#) Pearlsが開発した心理療法で、[ゲシュタルト心理学](#)だけを背景としたものではなく、むしろ実存的療法や集中療法の言葉が適切な部分もあり、さらに[精神分析](#)と禅の影響もある。[カリフォルニア](#)のエスリン[研究所](#)での[パールズ](#)は自由で創造的な生活[スタイル](#)で周囲に影響を与え、現在は[トランスパーソナル心理学](#)の中でも発展的に生かされている。

「今ここの[気づき](#)」が基本であり、禅的な精神修養の色彩がある。[パールズ](#)は「ミニ・サトリ」の言葉を好んだ。「今この瞬間」が強調され、[気づき](#)の促進、[コンタクト](#)の促進、エンपティチエア、ホット・シート、「自覚の連続体」の技法などを用いる。自覚や意識は自己自覚の領域、世界自覚の領域、空想領域に分けられるとし、病理の発生についても独特の理論がある。

1123

DSMでのうつと不安の分類

慢性軽度 軽度の病気 重度

うつ [depressive](#) [気分変調症](#) [パニック](#)

不安 不安 [全般性不安障害](#) (GAD) 大うつエピソード

重度の病気 軽度と重度の重なる場合

[パニック障害](#) [パニック](#)において予期不安が持続する場合

大うつ病 [ダブルデプレッション](#) (DD)

同様の軽症・重症分類を、分裂病系統でも考えられるかも知れない。

- ・ [陰性症状](#)……[シゾイド人格障害](#)、[シゾタイプル人格障害](#)、分裂病（単純型、破瓜型）
- ・ [陽性症状](#)……[妄想型人格障害](#)、分裂病（妄想型）

そうでは、軽躁と躁を分けて、BPI,BPIIに生かしている。

うつは、大うつと[depressive](#)で、[depressive](#)は軽うつと言えよいかも知れない。

笠原の軽症うつ病はこうした考察に生かせるかも知れない。

うつ、そう、不安、[陰性症状](#)、[陽性症状](#)、のそれぞれにわたり軽症タイプと重症タイプを区別して考えられるかも知れない。

1124

分裂病のタイプ

?[エネルギー](#)低下=空想産生機能低下……単純型

?妄想産生=照合機能低下……破瓜型・解体型（非体系的で一貫しない[きれぎれ](#)の妄想）

?現実[モデル](#)のズレ=一貫した・体系的な妄想……妄想型[人格障害](#)・妄想型分裂病？

??の違いは[メカニズム](#)としては明白だが、臨床像としてどういったタイプであるか、不明確。破

瓜型、妄想型、緊張型、単純型などでは足りない気がする。

?妄想産生低下

?ばらばらな妄想

?一貫した体系的な妄想

[風景構成法](#)ではどのように現れるか。

・風景[アイテム](#)の間の関係全体が失われている。連合弛緩。自然な自明性の喪失。現実[モデル](#)の喪失。=H型

・現実[モデル](#)のズレ。[アイテム](#)間の関係がずれている、壊れている。=P型

?風景構成喪失

?バラバラな関係が特徴の風景構成……部分が妄想的、バラバラな妄想がある

?一貫した風景構成……全体にひとつの妄想がある

空想は常に産生されていて、それを内部現実[モデル](#)と照合して、採用するか却下するか決める。

却下された場合には意識にのぼらずそれきりとなる。照合・棄却機能が壊れている場合には、現実[モデル](#)に適合しない空想もそのままの形で意識にのぼる。

夢の場合には、照合・棄却機能が低下しているので、現実[モデル](#)に適合しない空想も夢に登場する。

分裂病妄想型と夢はこのようにして、類似の状態となる。

この他に、現実[モデル](#)が壊れている場合が考えられる。

1125

ケースワーク、[ケースワーカー](#)

casework,caseworker

ケースワークは[ソーシャル](#)・ケースワークがより正確な言葉。ケースワークにあたる人たちのことを[ケースワーカー](#)、[ソーシャル](#)・[ケースワーカー](#)、[ソーシャル](#)・ワーカーなどと言う。病院では「ワーカーさん」と呼んだりもする。SWと略称する。MSWは[メディカル](#)・[ソーシャル](#)・ワーカーで、医療関係の[ソーシャルワーカー](#)を指す。PSWは psychiatric social worker で[精神医学](#)[ソーシャルワーカー](#)である。中国では「社会工作人」という言葉を当てている。

仕事の内容は明確に限定されたものではないが、患者さんの社会的な機能を補助することが多く、いろいろな実際面の相談に乗る。たとえば経済面での相談に乗り、[生活保護](#)をはじめとする役所での手続きを補助する。退院に際して[アパート](#)の契約を援助したり、家族関係の調整に動くこともある。地域の[保健所](#)や各種社会資源との連携も大切な仕事である。

1126

権威的態度、[権威主義](#)的態度

authoritarian [attitude](#)

権威を無批判に賞賛し、その一方で虎の威を借るキツネのように弱者に絶対服従を強いる態度。強いものにこびへつらい、弱いものをいじめる。[ナチスドイツ](#)の時代の[ドイツ](#)中産[下層階級](#)の人

々のユダヤ人に対する態度が典型であると分析されている。

1127

元型

archetype

ユングの概念。分裂病者の幻覚妄想の内容は、正常者の夢や空想、伝承されている神話や昔話などと似ていることを見いだして、時代と分化を超えて人類が共有している何かがあるとユングは考えた。元型は集合的無意識の層にある人類に共通の認識・行動のパターンで、イメージになる前の表象可能性として蓄えられている。アニマ、アニムス、太母などがその例である。元型

(archetype)の前には原始心像 (urtu"mliches Bild) の語を用いたと河合は紹介している。原始心像のさらに元となる表象可能性として元型が考えられた。

さて、こうしたことを現代の脳科学の立場で見れば、人類の脳に普遍的な脳の構造があり、それはイメージそのものを決定しているのではなく、イメージの前段階のもの、さらに言えばイメージの構造を決定しているというわけで、まったく正しい説であると考えられる。

このように考えるということ自体が、元型の発現ではないかとも考えられる。

脳 (心) の構造を考えると、そうした構造自体が自分の構造を考えているという、不思議な構図になっている。再帰的な構図である。その場合に、客体としての特徴と考えられているものは、そのまま主体の特徴であるかも知れず、しかしそのどちらとも決める必要はない。同じものだからである。

心が宇宙を考えると、ニュートン力学 (客体) と神経生理学 (主体) の一致の問題になる。この一致が進化論的に形成されてきたとローレンツは考えた。

客体としての心を主体としての心が考えるとき、原理的な「一致」が生まれる。

typeを考える思考法はプラトン以来の伝統である。プラトンはイデアと言い、ゲーテはタイプと言った。理想的で純粋な理念型であり、現実の存在はこの理念型の不完全なものである。この種の思考法は西洋の学問のあちらこちらに見られる。

1128

現実検討、現実吟味

reality-testing

自分の心の中にあることと現実とを照合して、一致するかどうかを検討吟味する機能。つまり外的現実と空想を明確に区別する機能。神経症や健常状態と精神病との最も大きな鑑別点である。

どんなに現実に反した空想をしても、それが現実ではないことを知っていれば、問題はない。

また、観念表象と外的知覚の区別で言えば、いま心にうつつているイメージが、心の中のものなのか、外的実在物の知覚なのかを混乱なく区別できていることである。観念表象と外的知覚の区別から幻覚と偽幻覚 (ヤスパー) の議論が展開される。reality-testingの語をはじめて用いたのはフロイトである。精神の発達に伴って、現実検討が発達し、防衛機制も高次になる。

1129

現存在分析

Daseinanalyse

[フッサール](#)の現象学と[ハイデガー](#)の哲学、[フロイト](#)の精神分析学、[ヤスパーズ](#)の精神病理学などを基礎とし、[ビンス](#)ワンガーやボスを代表とする、哲学的色彩の強い人間学的精神医学のひとつ。日本では荻野恒一の本などが読みやすい。最近の精神医学は生物学的な方向に傾いているので、あまり重視されていない。読み物としては悪くないと思う。現存在とは現実存在の省略形で、別の省略をすると実存となる。

霜山によれば [Dasein](#) とは existentia (.....がある) に由来し、essentia (.....である) に対立する言葉である。[世界内存在](#) (In-der-Welt-Sein) である人間の存在のありさまを分析する。

[ビンス](#)ワンガーの前提として[フッサール](#)と[ハイデガー](#)があり、ミンコフスキーの前提として[ベルクソン](#)がある。

1130

攻撃性

agressivity

攻撃性の進化論的有用性について[ローレンツ](#)は考察した。集団内での序列やなわばりの確定について攻撃性が役立つ。序列やなわばりがあるから、集団は維持される。

現代の診察室では、攻撃性が実は高いのに、社会的に抑制されていて、そのせいですっきりしない気分だと訴える人が多い。結局、合理的な解放の仕方を身につけるしかないだろう。発散すればいいはずだと会社で攻撃性をまき散らしていい結果が得られるかどうかは保証できない。自己主張訓練などが有効な場面は限られているように思う。

1131

行動化

acting out

精神分析療法では主に言語によって治療がすすめられるが、ときに言葉によらず行動によって自己の何かを表現することがある。これを行動化と言い、沈黙、[キャンセル](#)、遅刻から暴力、[自殺未遂](#)、性的関係までである。それは患者からのメッセージであるから、その行動の意味を治療の中で取り上げていけばよい。

精神分析で正確な用語として用いる場合には上のような意味であるが、一般の診療場面で「行動化」と言う場合には、「問題行動を起こした」という程度の意味の場合も実際にはあると思われる。

人は葛藤に悩むとき、?内面化・言語化、?行動化、?症状化などをする。言語化はあれこれ考えて内面で悩むこと。行動化は極端な場合には暴力や自殺未遂などの行動の形で悩むこと。症状化は転換ヒステリーや解離ヒステリーなどのように症状の形で悩むことである。もちろん、それぞれが独立ではなく重なる場合も多い。

内面が未成熟なために言語化して悩むだけの用意がない場合には行動化したり症状化したりする事が多い。言語化して悩むことができるように、言葉による表現を豊かにすることが大切であると思われる。

1132

行動療法

behavioral therapy, behavior therapy

行動主義心理学を基礎とした治療法。条件付けや学習の理論をもとに、恐怖症、強迫性障害、夜尿症などの治療を行う。系統的脱感作法による恐怖症の治療と、排尿に伴いベルが鳴る方式の夜尿症治療は一応分かりやすい。強迫性障害に対する行動療法は、米国で有効とされている。確認行為は五回までにするとか、治療に役立つ規則を実行する。また、いろいろな儀式やルールが患者を縛っている場合には、そのルールを破ったとして不安が小さいものから大きなものまで表にして、不安の小さいものから順にやめるなどの対策をとる。

1133

幸福

患者さんは人生をどのように生きたらよいか悩んでいることも多い。神経症や精神病があってもなくても、これから先どうするか、今のままでよいのか、そんな話になることがしばしばある。結局は患者さんにとっての幸せは何かということになる。

そんなとき、病気のせいで考え方や感じ方に偏りが生じている場合には治療者は指摘することができる。もうすこし待った方がいいですよとアドバイスすることはできる。しかし本質的に患者さんが自分の幸せは何か、人生の選択にあたってどのように価値判断するか、そのような場面で治療者として寄り添うことには特有の難しさがある。突き放してもいけないし、治療者の好みを押しつけてもいけない。寄り添いすぎて巻き込まれてもいけない。無反省な治療者ほど悩みは少ないと思う。

何が幸福かなどは誰にも分からないことだと達観するのもよいかも知れない。それほど人はさまざまである。

患者は長く治療を続けていると主治医に何となく似てくることがある。いいことでもあるだろうが、悪いことの可能性もある。いい影響ならば結局患者さんに利益だと考えられる反面、いい影響という価値判断は確かなのかと常に疑問が残る。それならば治療以外の影響は与えたくないとの立場もあるだろうが、精神療法を行う限りそれは矛盾をはらんでいるとも言える。

結局、いつも反省しながら、最善の道は何かを考え続けることだろう。物事の片面しか見えなくなっているときは危ない。「この判断でいい」と自信があるときは、事態の片面しか見えていない可能性がある。

1134

病気の種類

他科の医者は「[精神科](#)は楽でいい、診断は三つしかない、分裂病と[神経症](#)と[躁うつ病](#)だ」とふざけたりする。もちろん、DSMでもICDでももっとたくさんあるので事実ではない。

[精神科](#)の病気の種類は非常に正確に言えば、人の数と同じだけあるだろう。とても乱暴なありえない仮定を言えば、似た症状の人に同じ薬を出しても許せるが、同じ精神療法で同じ言葉ということはあり得ない。つまり似ていてもそれぞれ違うの[である](#)。結局どのレベルで共通と見て、どのレベルで違うと見るかということだ。診断は三つしかないというのは、人間には[男と女](#)の二つしかないということと同じ意味しかない。男はみんな同じではない。外科は切るか切らないかの二つしかなく、皮膚科は[ステロイド](#)を塗るか塗らないかの二つしかないなどと言えば、やはりどうかしている。

1135

合理化

自分に[言い訳](#)をして自分を納得させようとすることで、「酸っぱいブドウ」と「甘い[レモン](#)」がある。

酸っぱいブドウは、自分の望みが実現できなかったとき、「そんな望みには価値がない（あのブドウは酸っぱい）」と思うことによってあきらめようとする。

甘い[レモン](#)は、自分の現状を考え直してみると、思ったほどにはひどくはない（酸っぱいと思ったが、意外に甘い[レモン](#)であった）と考えて納得しようとする。

たとえば第一志望の会社に採用されなかったとき、「あの会社は本当はひどい商売をしている、行かない方が自分のためだ」と慰めるのが酸っぱいブドウで、「第二志望の会社は世間で思われているよりは居心地がいい、やる気のある自分にぴったりだ」と思うのが甘い[レモンである](#)。

1136

強迫症回路

心臓の神経伝達系で、リカレントがある。[ループ](#)を作ってしまう、常同的刺激が続く。同じことが脳で起これば、同じことが何度でも反復される症状となる。そのひとつがたとえば強迫症[である](#)。再帰的回路で説明できる現象がいくつかあるのではないかと思う。[てんかん](#)の一部は当然として、そのほかには強迫症、自生体験、幻覚妄想の一部もこうした回路を想定すべきかも知れない。

1137

[交流分析](#)

→[心理テスト](#)部門

[エゴグラム](#)、やりとり分析、[ストローク](#)、[ディスカウント](#)、時間の構造化、[ゲーム](#)分析、人生の脚本分析。

1138

五月病

May sickness

大学新入生や新入社員が五月の連休後くらいに無気力と生きがい喪失を中心とする状態を呈すること。新入生の0.5~1%に発生し、数カ月のうちに元に戻ると報告されている。背景にはアイデンティティ拡散の問題や急激な環境変化に対する適応不全があり、一部はうつ病や分裂病の軽症例であり薬剤が必要であると考えられる。

新入生の五月は、大学の先輩を見て自分の将来が見えてくる時期であり、同時にサークルや恋人との関係で対人関係の蓄積を問われる時期でもある。子供から大人へと行動パターンの改変を要求されるので精神的危機が発現しやすい時期であると言える。この危機を狙って各種の集団が待ち伏せしている。したがって学生への啓蒙が大切である。

1139

自己一致

(self-)congruence

自分の表と裏、内面と外面、感情と行動、ありのままの自分と自己イメージ、これらが矛盾なく一致している状態。ロジャーズはカウンセラーの態度として必要な第一の条件として自己一致をあげている。クライアントはカウンセラーの自己矛盾を敏感に感じとるからである。カウンセラーの中に自己一致の態度があれば、クライアントもまた自己イメージとありのままの自己が一致する方向にカウンセリングを通して導かれる。自己矛盾の状態から自己一致の状態へと導くことが来談者中心療法の目標である。そのためには不適切な自己イメージをいったん解除して、ありのままの自己を自己イメージとして受け入れることがはじめに要請される。

(しかし、「ありのままの自己」を認識することは難しい。自分がありのままの自己をイメージすれば、それは自己イメージであるし、治療者がイメージすれば、それは治療者に映った患者イメージでしかない。ありのままの自己はどのようにしてとらえられるか、難問である。ひとつの解決は、多数の知人による患者イメージの総和をありのままの自己とすることで、これは社会の中に映っている患者像である。客観的といえ客観的であるが、それを「本当の」自己とは誰も考えないだろう。しかし考えてみれば、実際に存在するのは、自己イメージと、他人によりもたれている患者イメージしかないはずである。ありのままの自己などというものは考えても仕方のないものなのかも知れない。こうした事情から、とりあえず、治療者から見た患者イメージをありのままの自己としてよいと思われる。)

1140

コンプレックス

complex

日常会話で「コンプレックスを感じた」と言えば、「劣等感を感じた」という意味である。学術用語としてのコンプレックスは無意識層の複合体という意味で、ユングが用いた。

ユングは言語連想実験をして、刺激語に対する反応語の出現までの時間を計測した。反応時間が

長いものは無意識の抵抗があったと考えられた。そして抵抗のあるところに心の問題があると推定された。そのように推定された心の中の問題をコンプレックスと名付けた。反応の遅れを示した複数の言葉が示唆する無意識の問題が心の中で関連を持ってまとまっている、その様子をコンプレックス（複合）と表現した。しかしその後は心の中の問題点という程度の意味で用いられていることが多く、エディプス・コンプレックスなどという。この場合は言語連想実験とは関係がない。

1141

催眠療法

hypnotherapy

昔からある有名な治療法であるが、現代ではあまり用いない。無意識の存在を示す証拠ともなった。しかし効果が不安定、不確実であり、自我の脆弱な人には危険でもある。被暗示性の高い人は催眠にかかりやすいが、被暗示性の高さ自体が問題なのに、それを利用して当面の症状を消しても治療と言えるのかとの反省もある。また一方では人間の被暗示性を利用した大規模な集団催眠などもある。マイルドな形ではセールストークやコマーシャルの場面で利用されることもある。意志決定の主体がどこにあるのか、問題がある。

自律訓練法は自己催眠の一種である。自己催眠では主体は自分にあるから、あまり問題は生じない。

1142

自我 → 没

ego

?

self 自己 客体 me

ego 自我 主体 I

自己と自我を区別して用いる場合には、表のように区別している。

?フロイトの自我

イド（またはエス）とスーパーエゴの調整をするのがエゴである。

?ユングの自我

ユングは自己に特別の意義を与えている。

?社会的自己論

外的客我（他人の目から見たme）、内的客我（自分の目を見たme）、主我（主語となるI）の三つを総合したものが自我であるとする見解。

（→解説がまずい。途中で自己と自我がねじれている。）

?エリクソンのego identity

性アイデンティティや職業アイデンティティなどの各種のアイデンティティを統合して成立するのがエゴ・アイデンティティである。

1143

時間の構造化

time-structuring

[交流分析](#)の基礎理論のひとつ。人は対人交流を、接触欲求、[承認欲求](#)、時間の構造化の欲求と発展させる。接触欲求は[スキンシップ](#)のこと。[承認欲求](#)は周囲の人から存在を承認される欲求。時間の構造化の欲求とは、生活時間を調整して（つまり構造化して）他人との時間を過ごそうとすること。[引きこもり](#)?儀礼?活動（仕事、家事、勉強など）?雑談?[ゲーム](#)?親交の順に次第に密度の濃い交わりになる。

「時間の構造化」という言葉がやや分かりにくい。しかし?~?の区別は[デイケア](#)などでの時間の過ごし方を見ているとよく納得できる。?は[デイケア](#)ではたとえば軽作業に当たるが、患者さんたちが適応できるのは[引きこもり](#)、儀礼、軽作業、[ゲーム](#)あたりまでで、雑談と親交になると難しいようである。[ゲーム](#)といっても、儀礼の延長のような[ゲーム](#)から、親交の実現としての[ゲーム](#)まであり、[デイケア](#)の患者さんたちには儀礼の延長としての[ゲーム](#)程度がちょうどよい。つまり[デイケア](#)の患者さんたちに可能な時間の構造化は???までで、ときに雑談ができる程度であろう。??は難しい。

1144

共感の危うさ

他人のことが「分かる」時、それは単なる投影ではないかと疑う必要がある。

たとえば[歴史小説](#)で人物の気持ちが「分かる」時、本当に何が分かっているのか、考えなければならぬ。

1145

戦争はなぜいけないか

戦争では利他的で勇敢で倫理の高いものが死に、そうでないものが生き延びる。種にとっては大変な損失である。

1146

陽性症状と陰性症状

これは難しい。実際にあるものは何なのか、確認できないうちは何とも決められない。それまでは思弁に過ぎない。

[インド](#)の思弁のようである。卑怯さがあると言っても、勇敢さの欠如と言ってもいいはずである。これは言葉の問題である。実際の脳の構造ではないだろう。

たとえば、幻覚妄想は陽性症状であるが、現実照合・棄却機能の欠如ととれば、立派な陰性症状である。

1147

身体性と脳

身体のない脳は脳として不十分なものである。脳の一部である神経は全身に伸びて機能しているから。

涙が出るから悲しいという言い方には疑問があるが、身体性を剥奪された脳はやはり不完全である。

1148

自分がいかなるものであるか、他人の判断はどうなっているのかを調査してもらう人がいるという。それが最近の調査業務の一部であるとのこと。自分とは何かを自分で決めるという自信がない。傲慢さがないとも言えるだろうけれど。

「自分」という概念は社会の中で形成されるものである。

1149

病理の性質と場所

場所による病理を考えれば、各人各様である。

1150

サイクルの観察

古代人の暦の知識。サイクルの観測は面白い習性である。

1151

分裂病の本質を推定する手がかり

病前性格

思春期発病

ストレスにより再燃

再燃を繰り返していれば再発しやすさが高まる

レベルダウンがある

1152

生け贄の意味

神または超越者との取り引き。人間に普遍的な思考。

1153

妄想産生のピークと恋愛・性的エネルギーのピークと、幻術的産出性のピークが人生の中での時期として重なること。

1154

緊急反応

[アドレナリン](#)上昇→[パニック](#)

→離人感

の可能性を探る。

[パニック](#)の別の形[である](#)という解釈。そして根は[アドレナリン](#)の急上昇。？

1155

自己開示

self-disclosure

本当の自分を自分で表現すること。[カウンセリング](#)の目標のひとつ。自己開示できれば、自己を見つめることも、[カタルシス](#)も期待できるだろう。

「素顔のままのあなたを受け入れる」と思っていてくれる人がいてはじめて人は自己開示ができる。自己開示の相手ははじめは母親、次には同性の友人、次には異性の恋人、[配偶者](#)などと年代によって変遷する。

自己開示とおおげさな言葉をあてるからにはその内容は普段他人には言わない重大なこと[である](#)。したがって自己開示はうっかりしてしまうと危険なもの[である](#)。

自己開示できない状況が孤独[である](#)。

本当の自分はひとつ[である](#)とは限らない。多面体[である](#)自分を自己開示しようとするとき、一人の人がすべてを受け入れられるわけでもないだろう。[配偶者](#)は一部分を受けとめ、愛人は他の部分を受けとめる、といったように部分的自己開示を複数者に向けている場合もある。不倫に悩む人の一部は、自分が自分[である](#)ために不倫が必要[なのだ](#)と語る。この事情も自己開示の必要によって説明できる面があるかも知れない。

[カウンセラー](#)は自己開示を受けとめられるだろうか。クライアントにとって自己開示することがどれだけの大仕事[である](#)か、どれだけ危険なこと[である](#)かを理解しているなら、[カウンセラー](#)の責任の重みも納得されるだろう。

1156

[自己実現](#)

self-actualization

「本当の自分」を実現すること。[ロジャーズ](#)、[マズロー](#)、[ユング](#)、ホーナイなどの考え方。何が「本当の自分」[である](#)か、実際には明らかではないのが問題[である](#)が、社会的にも成功した人物が晩年に至り俗世の栄光をさらりと捨てて、いよいよ本当の自分に向かって歩み出すという感じ[である](#)。

1157

ロゴセラピー

Logotherapy

=実存分析療法

生きる意味と苦悩の意味を見つめ直すことによる精神療法で、[フランクフル](#)が唱えた。logoとは意味や言葉のこと。

「夜と霧」で[フランクフル](#)が書いたように、[アウシュビッツ](#)の極限状況においてもなお、生きる意味がはっきりと分かっていた人は生き延びることができた。人間にとって意味と価値が本質的であるという指摘である。しかし現代日本、とくに東京の外来ではあまり有効ではないようである。内省的な人が自分から[フランクフル](#)の本を読んでいたの、面接の話題として取り上げ、有効だったことはある。時代と状況に応じて、有効な精神療法も違うようである。逆に、どのような精神療法が有効かによって、時代の雰囲気分かることもあるだろう。

1158

主張訓練法

assertiveness training, assertion training

=断行訓練法

抑圧が[神経症](#)の原因なら抑圧を解除すればよい、そのためには自己抑圧をやめて、自己主張するようにすればよいとする考え方から出発した。自分の権利、思考、感情を主張することは同時に相手の自己主張も尊重することであるとされる。訓練としてはロールプレイなどを用いる。たとえば相手を思いやる気持ちは持っているのだがそれを表現する習慣に欠けているために、思いやりが伝わらない場合がある。そんなときにロールプレイなどで自己表現の方法を体得してもらうのが有効である。

安易な自己主張は他者軽視に結びつくことがあるが、主張訓練法ではあくまでも相互理解を促進するために自分の内面を表現する。

1159

集合的無意識

colletive unconscious

[ユング](#)は無意識を個人的無意識と集合的無意識に分けて考える。個体発生の過程で獲得された無意識が個人的無意識であり、系統発生的に獲得された無意識が集合的無意識である。集合的無意識には元型が保持され、それにはアニマ、アニムス、太母などがある。

1160

アニマ

[ユング](#)の概念で、男性の集合的無意識の中の女性性。反対はアニムス。

1161

アニムス。

[ユング](#)の概念で、女性の集合的無意識の中の男性性。反対はアニマ。

1162

太母

=グレート・マザー

ユングの概念。集合的無意識の層にある強力な母性で、育てる力と呑みこむ力を持つ。

1163

シャドウ、影

ユングの概念で、意識の層である自己イメージを選択すると、それに対立するイメージは無意識層に抑圧される。選択されずに抑圧された自己イメージをシャドウと呼び、個人的シャドウと普遍的シャドウを区別する。個人的シャドウは個体発生の過程で抑圧されたもので、普遍的シャドウは系統発生の過程で抑圧されたものということができる。

1164

受容

acceptance

カウンセラーがあるがままのクライアントを無条件に受け入れること。他者に無条件に受容されるという体験には人間を変える力がある。それまでの人生で、無条件の受容を経験してこなかった人の場合には特に大きな影響を及ぼす。

ただし、こうした受容が有効かどうかを見極める力を持たないと、悪い結果を招くこともあり、カウンセラーとしても危機に至ることがある。こうした見極めに専門性が発揮される。

1165

情動 → 要再検

emotion

emotionの訳語として、情緒が一般語であるが、emotionを明示する専門用語として情動の語を用いる。一時的で強烈な、身体の生理的変化を伴うことも多い感情を指す。affectは（感情としか言いようがないが）一時的な感情を、mood（気分）は長時間持続する感情である。感情 feeling はもっとも一般的な言葉である。気分は気候にあたり、affectはその日の天気にあたる。emotionは突然の大雨。

1166

神経症

neurosis, Neurose

時代により、国により、立場により、少しずつ違った意味を含むので、文章の読解にあたっては筆者の立場を頭に入れておく必要がある。しかしそんなことができるのは専門家だけで、一般読者は筆者の立場を知りたいから読むはずである。

大まかに言って、[神経症](#)の語は、最初極めて広範な意味を持ち、[フロイト](#)に至りかなり限定された意味になり、DSM3Rでは解体されてしまった。

[日本語](#)の「[神経症](#)」は、一般語としては「神経系の病」というほどの漠然と広いものから、狭くは「器質的裏付けの得られない永続的な主観的不調状態」のことである。

現代の日本の医者言葉の使い方としては、[神経症](#)とは「非器質的な、[心因性](#)の疾患」というあたりを中心に行っているだろう。

[心因性](#)歩行障害、[心因性](#)失声症、[心因性](#)強迫症、[心因性](#)離人症、[心因性](#)解離性障害、[心因性](#)転換性障害、[心因性](#)うつ状態、[心因性](#)不安状態、[心因性](#)恐怖状態、[心因性](#)心気症などと言えばよいのだろうが、まとめて[神経症](#)と呼んでいる。

[神経症](#)の概念は[フロイト](#)の[無意識](#)と抑圧の概念と密接である。

1167

[コンピューター](#)の[メモリー](#)から[メモリー](#)へ情報を転送することと、人から人へ言葉で情報を伝えることは等価である。

言葉は脳への操作[なのだ](#)とはっきり意識すること。脳にメスを入れているのと同じである。

言葉による脳の外科手術ができるのだ。

[脳腫瘍](#)は切除できないが、不安を操作できる。GABAやDAの粒を操作する[イメージ](#)である。

1168

文化の進化

ある考えが生き延びるのは、他の考えよりも優秀であるからという場合もあるが、他の考えを殺す性質があるから生き延びる場合もある。たとえばある種の宗教。

このような状況は、[試行錯誤](#)の特有の[限界点](#)に寄生するもののような気がする。

1169

脳は[神経細胞](#)の[ネットワーク](#)である。

社会は人の[ネットワーク](#)である。

神経間の情報伝達は[シナプス](#)部分の[神経伝達物質](#)が担う。人同士の情報伝達は、言葉やその他が担う。

人間は情報を受け取り、解釈する。ここに過敏さも鈍感さも生じる。言葉の裏側にあるものや隠された意味を感じとってしまう。

明示的な意味の体系と、暗示的な意味の体系がある。暗示的は暗黙的などと言ってもいい。[アメリカ人](#)は明示的な意味をやりとりしての[ビジネス](#)が好きだ。[日本人](#)は暗黙的な意味を交換しつつの[人間関係](#)が好きだ。

[神経伝達物質](#)にも偽伝達物質がある。言葉や[シンボル](#)にも偽物がある。

道徳的判断などは特に高次で総合的な判断 [である](#) から、難しい。

医者の仕事も、ただ体にいいか悪いかだけならば判断は比較的単純 [である](#) とも言える。しかし生活全般や人生の価値の判断などが絡んでくると複雑になる。[精神科のカウンセリング](#)の困難がここらあたりにある。判断のレベルが病気の説明や治療だけにとどまれば [専門性](#)も発揮しやすいし、結論までは一直線 [である](#)。しかし患者の人生や家族のことまで視野に入るようになると直線的・単線的な判断では不足になる。そして、一応の結論は出るとしても、いつも疑問を残しながらの仕事になる。

ここで [無責任](#)になることなくどのように誠実に対応できるか、実に困難な問題がある。

[ストレス](#)について

[ストレス](#)とは何かという問題についてはいろいろな立場のいろいろな見解があり、どれにも相当の理由がある。

ここでは思い切って簡略化して提示する。

[ストレス](#)とは、端的に言って「いやなこと」 [である](#)。とても原始的な場合で考えると、原っぱで熊と突然出会ったときが [ストレス](#)状況 [である](#)。恐怖や不安が生じて、心理的にも身体的にも反応する。

人は [ストレス](#)にさらされたときに、逃げ出すか戦うかどちらかの反応をする。熊がとても強そうな場合には逃げる。戦って何とかかなりそうな場合には戦う。

逃げたり戦ったりするときには飲まず食わず眠らずで必死に動きまわる。血圧は上昇、脈拍は速くなり、血液は筋肉に集中する。その影響で、脳の血流は少なくなり、物事を緻密に考えることはできなくなる。そのようにして緊急対応して、熊から逃げ切ることができたら、そのあとで [ゆっくり](#)食事をして眠ることになる。だから現代でも [ストレス](#)にさらされると、心臓はドキドキするし、正確に考えられなくなり、食欲はなくなり、不眠となる。

熊と出会うタイプの [ストレス](#)の場合にはこれで良かった。逃げればそれで危険はなくなった。せいぜい一日くらい全力で走ればよいだけであった。ところが現代では [ストレス](#)は一日でなくなることはない。たいてい持続的 [である](#)。仕事も家庭も一日全力で何かしたからといって、 [ストレス](#)の源がなくなるわけではない。

人の [ストレス](#)対処法は緊急対応型であって、全力で逃げるか戦うかどちらかを選択するようになっている。これは原始的な生活場面ではとても適切であった。しかし現代では [ストレス](#)は持続性 [である](#)。人が身につけている対応法方は対処として不適切 [である](#)。

ここから [心身症](#)が発生する。

本能の命令は「逃げろ、さもないければ戦え」と言っているのに、どちらもできず、ただ耐えているだけ [である](#)。

法律の解釈

法の主旨を汲んで生かそうとする態度と、すれすれの道や[抜け道](#)を探そうとする態度がある。たとえば、なるべく道の真ん中を走ろうとする人もいれば、道の端のすれすれを走ろうとする人もいる。

法の主旨は道の真ん中[である](#)。

1173

患者よりも知性も感情も倫理も劣る治療者には、治療が可能であろうか？

病気を治療するのであれば、患者よりも何かが劣っていても、問題はないとも考えられる。

しかしながら、そうだろうか？

治療をするのか、成長を促すのかの違いでもある。

治療と教育と言っても良いだろう。

1174

[いじめ](#)による[中学生](#)の自殺

1175

青年の[引きこもり](#)

1176

主婦の台所飲酒癖

1177

中年[サラリーマン](#)の会社拒否

1178

引越[うつ病](#)

1179

昇進[うつ病](#)

1180

定年後の不適応

1181

引退直後の死亡や老年痴呆

1182

[熟年離婚](#)

1183

幼児・老人の虐待

1184

身体病に伴う[うつ状態](#)

1185

[ドグマ](#)による解釈の危険と弊害

精神的不調の原因は幼少時の[トラウマである](#)、特に虐待[である](#)とする最近の説。→駆け出しの無学者は最新説の華々しさに幻惑されるもの[である](#)。時間がたたなければ、自分と現在を相対化することはできないもの[である](#)。しかしそれでは患者はどうになってしまうのか？仕方がないのか？本当に困った問題[である](#)。現状では誰もそのような[ひとりよがり](#)を阻止できない。

1186

精神病と[神経症](#)の違い

精神病は病識がなく了解不能[である](#)。[神経症](#)は病識があり了解可能[である](#)。これは[ヤスパース](#)以来の考え方[である](#)が、問題がある。

しかし了解可能性は結局、解釈する人の心理や能力に依存する。また、病識に関しても問題がある。ピントのずれた病識や病感ならば持っているだろう。しかしピントがずれていると判定するのは結局は解釈者[である](#)。それもまた解釈者の能力に依存してしまう。

本当に困った問題[である](#)。

[強迫神経症](#)は了解可能ですか？[パニック障害](#)は了解可能ですか？不可能でしょう。

たとえば、現実検討能力を基準とすれば、[強迫性障害](#)や[パニック障害](#)は[神経症](#)になる。しかしこの場合も微妙な場合がいくらでもある。こうしたことはつまり、精神病と[神経症](#)の区分が無効[である](#)ことを示しているのではないだろうか。

特に最近、精神病の軽症化と言われる。つまりは精神病が[神経症](#)の装いを持って現れるということだ。

考えてみればこれはおかしい。[神経症](#)のように見えて実は精神病[である](#)というなら、その判定の基準はどこにあるのか。表面上は[神経症](#)でありながら、その奥には精神病があるというわけだから、[神経症](#)と精神病を単純に二分しているわけではないのだ。もう少し立体的な見方をしていることになる。

97年[3月6日](#)

1187

心に関する外国の理論は日本でも正しいのだろうか？

これは科学の普遍主義と関係する。腎臓や心臓の解剖は同じでも、食べ物や習慣が違えば病気も違う。脳の構造は共通でも、言葉や生育や習慣が違うのだから、「中身」は違うのだ。

1188

精神病と神経症の原因の分類（安藤春彦による）

性格因＝従来の心因＝神経症

原因不明＝従来の内因（分裂病・うつ病）

身体因＝従来の外因（脳疾患と他臓器疾患）

新しい提案は、「心因というものは誘因に過ぎない、実質は性格因である」と割り切る点。しかし分類の大枠は変わっていない。言葉を言い替えただけでも見える。

心因ならば外部に原因があり、性格因ならば自分の内部に原因がある印象を与える。こうした言い替えの意義は、神経症の原因は患者の内部にあるのだと明示する点にある。

ストレスに対して神経症で反応してしまうのは特有の弱さが素因としてあるからだとする。同一のストレスに対して、適応できる人、神経症で反応する人、精神病で反応する人の別がある。それは素因の違いである。

1189

独りよがりの診療

精神科の診察室は密室であることが多い。パブリックな批判にさらされることがない場合も多い。そんな中で、独りよがりになることを回避する工夫が大切である。

独りよがりを防ぐことが科学的態度であるとも言える。

1190

精神医学の客観性

診断と治療に際して、やはり求められる水準がある。それは見える人には見える。見える人はその基準をクリアできることが多いだろう。見えない人にはどうしようもない。

ある医師は「僕と接するときには患者は……だよ」と報告する。別の医者には「僕と接するときには全く違って、……だよ」と報告する。どちらも客観的である。こうした事実の総合として、診断と治療がおこなわれる。

今自分に見えている事実は「部分的な事実」なのだと自覚していれば大きな間違いにはならないのではないか。部分的事実を総合すれば全体の事実である。医師は部分の事実から全体の事実を推定する。

これは内科でいう客観性とはまた意味が違う。内科でいう客観的とは、どの医者が操作しても同じ結果が出るということだ。精神科の場合には医者によって違った結果が出る。しかし客観的という言葉は少し拡張して上のように考えればよいだろう。

内科でいう主観的診断は精神科でも排除されるべきである。感覚的な経験を洗練するのが科学で

[ある](#)。[精神科](#)の場合にもそのような洗練は可能である。

1191

[向精神薬](#)服用に反対する人たち

薬をのむと「ダメ」になる、依存する、ぼける、[心の問題](#)だから薬は関係ない、などなど。このように信じている人たちに説明してもうまく納得してもらえないだろう。本当に困る。説得と対話または受容で回復するのならそれに越したことはないに決まっている。そんな次元の低い話ではないのに、どうして分からないのだろう。脳と[心の問題](#)を話し合うような場合でもないだろうし。

たとえば、数学で、 $a(b+c)=ab+ac$ ではないのだ、 $ab+ac$ [なのだ](#)と説明するようなものだ。どうしようもないではないか。違う世界に住んでいるのだ。

1192

経験の浅い人はすぐに「最新理論」などに飛びつきたがる。軽度の洗脳状態にあると言ってよいだろう。自分は最先端を行っていると思えば気持ちは膨らむ。革命的な新理論だと陶醉してみたりする。

初学の人の場合には仕方がないし、そのようなことを繰り返して、[だんだん](#)本物の[専門家](#)になってゆく。今度の最先端はあの時の焼き直しかなどと見通せるようになる。

[精神医学](#)では伝統的に最新の哲学の動向に影響されてきた。また、[アメリカ](#)の社会情勢に影響を受けた理論を鵜呑みにしてもきた。若い世代はその時々々の流行に踊らされ、時間がたって、自分の立っていた位置が次第に理解できるようになる。

学問の世界ならばそれが普通で、特に問題もない。[臨床医学](#)の場合の問題は相手が患者さんだということだ。医者側からすれば毎日の業務で成長の一過程かも知れないが、患者さんにすれば一生に一度の大病[である](#)。若い医者は仕方がないとは言っていない。そこで、上級指導医との共同作業が必要になる。患者さんは常に最善の医療を受ける権利があるだろう。

1193

精神療法

[専門性](#)が分かりにくい。外科手術は[専門家](#)でなければできない。医者ではないのにできると言っている人を誰も信じたりはしない。しかし、精神療法についてはそうではない。

[カウンセラー](#)と称して、占いのようなことを言っている人もいる。三年以内に運は上昇するとか。このような現実と直面すると、私は生きる世界を間違えたのだと思いたくなる。この世界しかないなんて、受け入れがたい。

専門の勉強ではなく、人柄が問題だとの考え方もあるだろう。それも一理ある。心理療法家は変な人が多いから、自分が何か悩んでいたとしても決して相談などしたくないと、個人的には思う。

精神療法といえ、受容と非指示と自己洞察だと[心理学](#)科では教えている。それでいいこともあ

るが、それでは治療的でない場合も多い。どんな場合にそうか？それが専門家の判断が必要な場合のひとつである。

非常にたくさん勉強した人と自称カウンセラーとの違いがあいまいで社会的に認知されないとしたら、残念である。しかし現実には誰も理解しない。外科手術のような明確さが無い。要するに話してもらえばいいのよ、慰めてあげて、受容すればいいんでしょう、私は患者さんに人気があるの、などと言われるとがっかりする。

実をいえば、外科手術でも似たような事情はあるだろう。手術の腕は大したことがなくても、うまいようなふりをして宣伝することはできる。どの程度の困難な手術であったのかは、容易には分からない。

そのように考えれば、外科医がうらやましいということでもない。結局人間の世の中がこのようにできているということだ。人間はこのような世界に生まれて死んでゆくのだ。自分達を作ったとは言えないが、しかし、誰か人間以外の何かから押しつけられたものでもない。先祖から伝承したものだが、先祖に責任があるわけでもない。このようなどうしようもない世界でどうしようもない人生を生きるしかないのだ。

1194

壮快などという健康雑誌が毎月のように一円玉健康法などの民間特殊療法を紹介・特集している。これが国民の健康に対する考え方である。それ以外ではない。仮想的理想国民がどこかにいるわけではないのだ。テレビのパラエティを見て、タレントの言葉を信じる人たちが、同時に我々の患者なのだ。どうする？どうしようもない。

1195

性格と人格

特に区別しないで、行動・感情・思考の特性を指す場合もある。区別する場合には、性格は基礎的で部分的で生得的、人格は高次で全体的で後天的と考えられる。たとえば、攻撃的性格、積極的性格、加虐的性格などは先天的に持って生まれたものであり、性格と呼ぶ。DNAの話である。それらをどんな場面でどのような形で発揮するかをコントロールするのは後天的な学習によるものであり、このようなコントロールを司る働きが人格である。

子供の頃に大変乱暴であった人も、人格が成熟すれば、その乱暴な気質を発揮する場面を選ぶようになる。

遺伝子のレベルで規定された性格というものも、ある程度はコントロールできるのである。これに人間にとって大きな救いである。だからこそ、教育は重要である。状況判断の方法を授けなければならない。どの判断はよかったか、どの判断はよくなかったか、明確に教育することが必要である。

1196

心の問題はストレスが原因だというとき、「原因」という言葉の意味はどうなっているか、吟味

する必要がある。

1197

単細胞キノコと多細胞キノコ

生育環境が良好で、単細胞で十分に生きられる場合には単細胞で生きる。環境が劣悪になると、多細胞となり大きなキノコとして生きる。その場合は、個々の細胞は茎になったり根になったり傘になったりする。

人間も同じだ。環境が劣悪になると集団主義に傾く。

集団主義の方が強い。しかしわがままは言えない。生きるために自由を手放すのである。

単細胞生物の心の病理はイントラサイキックである。個体の内部で病理は発生する。フロイトの時代である。

多細胞生物の心の病理はインターパーソナルである。集団となったときに個体間の関係の病理として発生する。これが現代である。主に対人関係の場面で病理は発現する。

逆に考えれば、現代はそれほど人間が個体として生きられない時代になっているということだ。

コンピューターでいえば、スタンドアローンのコンピューターはほとんど役に立たないということだ。他のコンピューターと結びあって、情報交換を受ける、加工して、発信する、このようなものでないとコンピューターとしては充分ではない。

スタンドアローンコンピューターのイメージとしては、個人的な日記帳のようなものが考えられる。個人的な日記帳の中で発生する病理はフロイト的で、イントラサイキックである。個人心理の中で完結している。

受診、加工、発信のモデルはS S Tの人たちが使っている。なるほど、彼らはインターパーソナルなモデルを採用していることになる。対人技能であるから当然である。

マスコミの発達は、人間を情報端末のようなものに変えてゆきつつある。

しかしながら、人間の精神として、イントラサイキックな部分も大切なはずである。内省の時間といってもいいだろう。

1198

患者さんが自分の部屋ではよく眠れないが、知り合いの部屋やクリニックではぐっすり眠れると言っていた。不思議なものだ。自分を守るという点では自分の部屋で鍵をしっかりかけていれば最高のように思うが、そうではないらしい。他人がいた方が安心できる。そんな心理が病者の中にもあるのだろうか。

1199

患者が精神科医に求めるものは、診断と治療である。正確に把握して具体的に対処することである。ともに泣いてくれる人が欲しくても、それは精神科医の提供するものではない。

診断と治療をおろそかにしてただ同情だけをする治療者はどうだろうか？

たとえば、「夫が浮気をして遊んでいるのだから、私も少しは遊んでいいですよ、先生どう思います？」などと語る患者がいる。医師として何を提供できるのか、よく考える必要がある。

1200

レム期とノンレム期

レム睡眠は体の睡眠、ノンレム期は脳の睡眠とも言える。

レム期には目が動いて、脳は活動している。体は筋肉が弛緩している。この時期に目が覚めてしまうと、金縛りの状態となる。レム期に目を覚まさせると夢を見ていることが多い。まぶたを見ていると目がぎょろぎょろ動いているのが分かる。

ノンレム期には脳は活動停止している。

下等生物の場合にレム睡眠は見られるが、ノンレム睡眠は少ない。ノンレム睡眠は脳が高度に発達してから生まれた、高次皮質の睡眠であると考えられる。赤ん坊ではレム50%であり、成人では睡眠の大部分がノンレムである。レムは脳幹部があれば成立するが、ノンレムは大脳皮質が発達してから起こってくる眠りである。

睡眠の順序としては、入眠するとノンレム睡眠が始まり、レム期第一期から第四期に向けてだんだん深くなる。次に四期から一期に向かい、その後でレム期が訪れる。そして再び一期となり、四期に向かう。

ノンレム1→2→3→4→3→2→1→レム→1（以下繰り返す）。この周期がおおむね90分である。

レム期

- 1 入眠期
- 2 浅い睡眠.....居眠り。声をかけると目覚める。
- 3 中等度睡眠.....すやすやと寝息をたてる安らかな眠り。少し呼んだくらいでは起きない。
- 4 深い睡眠.....つねっても起きない。何度も揺り動かすとやっと起きる。

入眠後すぐは第四期が長い。つまり睡眠が深い。レム期は短い。朝方になると第四期は少なくなり、レム期が長くなる。

1201~1250

1201

魔女

[テレビ](#)で。清教徒による魔女の定義がいくつかあり、その中に「不満と怒りに満ちた女性」などと性格障害のタイプを思わせる記述があるらしい。

周囲に被害を与えるので、社会の側では魔女と指定してお返しをするものであろう。

断食の習慣を考えると、拒食の傾向は人間に内在しているものかも知れない。

断食や拒食によって内在する [ポジティブ・フィードバック](#)回路に突入してしまうのではないか。

断食→宗教→強迫傾向・魔術的思考。宗教なき現代では、拒食というむき出しの形で表現される

。

1202

[マスコミ](#)は情報を濃縮する。

一人の人間が一生のうちに一度見聞きするかどうかの事件が毎日のように報道される。当然世界の解釈は変化するだろう。

1203

閉所恐怖

たとえば棺桶に閉じ込められる恐怖。また、棺桶を焼却炉に入れるときの、閉所に閉じ込められる感覚。

1204

[不眠症](#)

[入眠障害](#) 55%

[中途覚醒](#) 15

[早朝覚醒](#) 3

熟眠障害 8

二つ以上のタイプの[睡眠障害](#)を持つ人は20%。

1205

[不眠症](#)の原因

睡眠時の環境……音や光

身体因子……腰痛など。[睡眠時無呼吸症候群](#)。

脳病……高血圧、[動脈硬化](#)、[脳梗塞](#)など。

精神病

神経症

心理的[ストレス](#).....過緊張

老人性.....睡眠リズムの変化。退職、生きがい喪失、孤独、貧困、病気などが心理的[ストレス](#)になる。

薬物・[アルコール](#)

睡眠相遅延症候群.....入眠も覚醒も遅れる。学生や青年期に見られる。

睡眠相前進症候群.....入眠も覚醒も前進する。老人に見られる。

1206

何時間眠っていればいいのか？

これは十分な睡眠とは何かという問と考えることができる。そしてこの問いに答えるためには、何のために眠るのかについて考えることが必要である。

心と体の疲労回復。睡眠中に[ホルモン](#)の調節。たとえば成長[ホルモン](#)は睡眠中にたくさん分泌される。

副交感神経系が優位となる時間。交感神経の休息の時間（しかしレム期には交感神経優位となっているなど複雑である）。

1207

脳波

脳[神経細胞](#)が発する微弱な電流を頭皮部分で測定したもの。一ボルトの百万分の一が[マイクロボルト](#)であり、 α 波の場合には50[マイクロボルト](#)程度の振幅である。

～3 [デルタ波](#)

4～7 シーター波

8～13 α 波

14～ β 波

1208

脳の三層構造

脳幹 古皮質 食欲、呼吸、性欲など

[大脳辺縁系](#) 旧皮質 情動、自律神経など

[大脳皮質](#) 新皮質 知性、理性、意志。

上行性脳幹部網様体.....脳の三層構造をつなぐようにして網様体がある。下行性の線維は[運動系](#)にいたり、上行性の線維は感覚情報を[大脳辺縁系](#)や[大脳皮質](#)に伝える働きをしている。

睡眠と覚醒の中樞は網様体にある。無意味で単調な音の連続（たとえば退屈な講義）は眠りを誘い、予想外の音は意識を覚醒させる。これは上行性の信号が網様体を活性化し、意識の覚醒レベルを上昇させるからである。

睡眠中にまぶたは閉じているのに、耳は開いたままである。外部の音は[モニター](#)し続けている。何か音が聞こえたときに、すぐに飛び起きなければならない緊急の音なのか、眠り続けている

い音なのか、意識の下層で判断をしている。これをフィルター仮説という。カクテル効果もフィルター効果の一つと考えるとよいだろう。

間脳視床下部前部と視索前野はノンレム睡眠と関連があり、一方レム睡眠に関係するのは橋の一部であると考えられている。ノンレムは縫線核のセロトニンが、レムは青斑核のノルアドレナリンが関与しているとされる。

1209

ノンレム 副交感 セロトニン

レム 交感 ノルアドレナリン

1210

レム睡眠を発見したクライトマンの睡眠の定義。「覚醒状態の一時的な停止。睡眠の特徴は、一般感覚と反射の閾値の上昇による感覚と運動の停止である。睡眠は、覚醒可能である点で、意識障害と区別される。」（翻訳が疑わしいので加工）

要点は感覚の閾値の上昇である。つまり、フィルターとして別のものを用いているということだ。

1211

	子供	成人	老人
レム周期	40分	90分	
多相性	单相性（日に一度寝る）	多相性	
レム50%	大部分ノンレム		
短時間睡眠			
早寝早起き			
熟眠感に乏しい			
レム時間	8	1	
ノンレム時間	8	5	
トータル	16	6	

1212

不眠防止

- ・ 明るく楽天的に暮らす
- ・ こだわらず時を待つ（啼くまで待とうほととぎす）
- ・ 眠れないのではないかとこの予期不安を捨てる
- ・ 個人差を認め、自分なりのリズムで生活する
- ・ 気にかかることは寝る前に片付ける
- ・ 夕方は不快なムードを避ける

- ・ [自律訓練法](#)もよい
- ・ 眠ることが[人生の目的](#)になってしまうのは[本末転倒](#)である。

1213

眠れないときの酒

入眠剤として用いる人がいる。人に不眠を相談すると酒を勧める人も多い。その害としては次のようなものがある。

- ・ [アルコール](#)は睡眠を浅くする。レム期の減少。入眠できたとしても[中途覚醒](#)が多い。
- ・ 口渇、排尿、頭痛などで目覚める。[アルコール](#)には利尿作用があるので、睡眠途中で尿意を催して目覚める。
- ・ [アルコール](#)依存の危険。肝障害の危険。
- ・ [ストレス](#)が持続している場合、[アルコール](#)によって現実が変えられるわけではなく、明日も同じ[ストレス](#)が続く。したがって、持続的飲酒に陥る場合が多い。

1214

[睡眠薬](#)の習慣性の二種・心理的依存と身体的依存

心理的依存.....のまないと落ち着かないが、たとえば偽薬でもよいし、忙しくてのみ忘れればそれでもいい。

身体的依存.....一定以上の血中[アルコール](#)濃度であることが普通だと体が錯覚している状態。[アルコール](#)濃度が低くなると、不安になったり手指が震えたりする。しだいに必要[アルコール](#)量が増える傾向がある。禁酒は禁断症状をひきおこす。

1215

[不眠症](#)と胃・十二指腸潰瘍

心理的[ストレス](#)と[不眠症](#)と胃・十二指腸潰瘍は相伴うことが多い。[不眠症](#)が心理的[ストレス](#)となり、潰瘍形成に至ることもあるし、潰瘍に悩んでいるうちに[不眠症](#)になることもある。

1216

[不眠症](#)と高血圧

不眠が続いているとそれだけで血圧は上昇する。

睡眠中は血圧は低下する。高血圧の人は正常血圧の人と比較して睡眠中の血圧低下の程度が大きい。このことは睡眠の効果を示すものでもあるが、睡眠中と覚醒時の血圧差の大きいことを示すものでもある。血圧差が大きすぎると血管には負担がかかり危険である。

[動脈硬化症](#)の症状として不眠が見られる場合がある。

1217

よい睡眠は身体と心理の両者がよいバランスで、欠けたものがない場合に成立する。身体に病気

がない、心理的に過度の[ストレス](#)がないという、いわばマイナス条件がないということが前提となる。さらに、適度の身体的疲労があり、適度の心理的疲労がある、人生の達成感があり、明日への希望があるといった次元の要素まで問題になる。

これらの条件はなかなか成立しがたいものである。逆に言えば、だからこそ、睡眠は心身の状態を把握する大変敏感な指標となる。医師は睡眠状態についての情報から多くのことを知ることができる。

1218

老年期の不眠

・全体の睡眠時間が短くなることに加えて、多相性睡眠となり、昼寝が多くなるので、夜の睡眠はさらに短くなる。睡眠時間を老年期以前と比較して、睡眠が足りないと感じる場合がある。

・また、睡眠相は前進しており、早寝・早起きになる。このことも、自分は十分に眠れていないのではないかと疑わせる。

・脳疾患や身体疾患がある場合がある。脳[動脈硬化症](#)、[脳梗塞](#)、高血圧、心機能不全、[糖尿病](#)、腎臓疾患（頻尿など）、[糖尿病](#)、皮膚搔痒症などが問題となる。

・老年期[うつ病](#)の場合。老年期の[うつ病](#)は少なくない。しかも治療可能であるから、見逃してはいけない。

・老年期痴呆の場合、睡眠リズムの崩れがしばしば見られる。

・[一人暮らし](#)の老人の場合など、夕御飯が終わるともう何もすることがない。話相手はいない。[テレビ](#)を見てもつまらない。電話は耳が遠くておっくうである。話題もない。それで早く寝ると深夜に目が覚めてしまう。解決は寂しさをどう癒すかにかかっているのだが、簡単な対策はない。老人会などで活発に活動しているように見えても、なおこうした問題が付きまとう。

・[都営住宅](#)の上の階の子供が夜の十時くらいまでうるさくて眠れないと語る[一人暮らし](#)の老人。耳栓もするし、夜は静かにして下さいとお願いもした。しかし解決しない。眠れないまま何時間も布団の中で苦しんでいるという。癒すべきは寂しさであると思われた。しかし解決は難しい。

・また、夫婦がそろっていても、子供や孫と同居していても、それなりに問題はあるものだ。自分が弱者の立場に立ってみて、はじめて直面する問題があるらしい。

1219

心の手入れ

時間がたてば爪や髪の毛が伸びるので手入れしなければならない。古代人の場合には恐らく爪も髪も自然にすり減ってちょうどよい長さになっていたものであろう。現代の生活では手入れする必要がある。

心の場合にはどうか。過度の[ストレス](#)は人類が経験したことの無い種類のものであろう。かつては必要のなかったはずの、[カウンセリング](#)や[リラクゼーション](#)が必要な状況になっている。

1220

老人の[精神衛生](#)管理の大切さ。

今後老人人口はますます増える。会社会長、社長はいうまでもなく、教授、院長など重要な方針決定権を握る人たちの老齢化が進行する。

老人は自分で気付かないうちに脳が冒されている場合がある。結果として判断の誤りが発生する。その誤りに周囲が気付いたとして、どのような対策をとることができるか。それが今後の日本社会で重要になる。それは組織を守るために本質的に重要である。

問題は、老人本人に病識がない場合である。どうするか、制度として決めておかなければ対応しきれないだろう。たとえば、会社の内部の利害から独立した立場の判定医に定期的に検診を依頼するなどの必要があるだろう。

制度として決めていない場合、臨機応変の対応は結局人事抗争になってしまうおそれがある。

1221

老年痴呆と老年期痴呆の区別を分かりやすく示すこと。

老年痴呆は病名。[アルツハイマー](#)型老年痴呆のこと。

老年期痴呆は老年期、つまり65歳以降の痴呆症状のこと。

1222

D S Mでの痴呆

[記憶障害](#)の他に、（1）抽象的思考の障害（たとえば諺）、（2）判断の障害（たとえば是非善悪）、（3）その他の高次[大脳皮質](#)障害・たとえば失語、失行、失認、構成障害、（4）性格変化の四つのうちいずれかがあること。

1223

痴呆というからには、[意識障害](#)や[うつ状態](#)は除外されている。偶然重複することはあり得るにしても。

1224

痴呆の分類（松下）

?皮質性痴呆

?皮質下性痴呆

?辺縁性痴呆

?白質性痴呆

脳を大まかに、[大脳皮質](#)、[大脳白質](#)、皮質下核、辺縁系、小脳、脊髄に分ける。そのそれぞれの部分で病変があったときに、上のような名前を付ける。

皮質下核とは、基底核、視床、[視床下部](#)、脳幹を合わせて呼ぶもの。（つまり基底核、間脳、脳幹）

1225

痴呆の分類

?皮質性痴呆

A 前皮質性痴呆：[ピック病](#)、[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)、脳血管性痴呆、[頭部外傷](#)、脳腫瘍など。

B 後皮質性痴呆：[アルツハイマー病](#)、[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)、脳血管性痴呆、脳腫瘍など。

?皮質下性痴呆

[ハンチントン病](#)、[パーキンソン病](#)、進行性核上麻痺、視床変性症、淡蒼球・歯状核変性症、[オリブ核](#)・橋・小脳変性症、線条体・黒質変性症、脳腫瘍、[ウィルソン病](#)、脳血管性痴呆など。どれも神経症状を主とするが、痴呆や[人格障害](#)などの精神症状を伴い、しかも精神症状は病気の種類を問わず共通していることが注目されている。この、共通してみられる症状を皮質下痴呆と呼ぶ。

その特徴は、際だった人格・性格・感情の変化（幼稚化、抑制欠如、易怒、無感動）、精神機能の緩慢化、獲得している知識活用のまずさ、意欲・自発性の欠如、注意力障害、軽度の[記憶障害](#)。言語、行為、認識の障害は皮質性痴呆の特徴であり、皮質下性痴呆ではみられない。

?辺縁性痴呆

ウェルニッケ・[コルサコフ](#)症候群、[ヘルペス](#)脳炎、脳血管性痴呆、正常圧水頭症、[頭部外傷](#)など。

?白質性痴呆または髄質性痴呆

ピンスワンガー型脳血管性痴呆、白質変性症、[頭部外傷](#)、那須・ハコラ病など。

1226

[アルツハイマー病](#)の経過。

第一期。発症から数年。[記憶障害](#)の時期。

健忘（記銘障害、[学習障害](#)）、[コルサコフ](#)症候群、[失見当識](#)、意欲障害、無欲、抑うつ
第二期。[大脳皮質](#)機能の障害。

記憶・記銘の著明な障害、喚語障害、失名詞、理解力障害、会話不成立、構成失行、着衣失行、観念運動失行、観念失行、視空間失認、地誌的見当識障害、人物誤認、失計算、無関心、無欲、無頓着、多幸症、落ち着きなさ、徘徊、人格の形骸化（表面的にはまとまっている）、「もっともらしさ」、鏡現象（鏡に映る自分に向かって話しかける）、クリューバー・ビューシー症候群（手に触ったものは何でも口にする、精神盲）、痙攣、姿勢異常、筋固縮、パーキンソニズムなどの神経学的症状。

第三期。

失外套症候群、言語崩壊、無欲、無動、寝たきり、四肢固縮。

全体で十年から十五年で死に至る。

1227

中核症状.....[記憶障害](#)、判断力障害、高次精神機能（言語、行為、認識）.....治療困難
辺縁症状.....意欲減退、自発性低下、行動異常、徘徊、[睡眠障害](#).....薬剤や生活指導、ケア。

1228

[アルツハイマー病](#)の三大病変

[神経細胞](#)消失、神経原線維変化、老人斑。これは[アルツハイマー病](#)だけではなく、あらゆる老人の脳で観察される。この三者を「老人性変化」と称することもある。[アルツハイマー病](#)では脳の後半部により強い変化が見られる。特に、記憶の中核といわれる辺縁系（海馬、海馬傍回、扁桃体）、失語・失行・失認に関係する側頭・頭頂葉が病変の主な出現部位である。これらの場所の病変が[アルツハイマー病](#)の症状の特徴となっている。しかし[ピック病](#)などに比較すれば、全体的な病変である。

1229

[アルツハイマー病](#)の生化学

[アセチルコリン](#)の異常が有名。ほかに[セロトニン](#)、[ノルアドレナリン](#)、ソマトスタチンなどの異常も明らかにされている。

1230

[ピック病](#)

[アルツハイマー](#)に比べれば限局的。側頭葉と前頭葉がおかされやすい。頭頂葉と後頭葉などの脳の後半部がおかされることは稀である。[神経細胞](#)の消失、変性は起こるが、神経原線維変化や老人斑は出現しない。

症状としては、人格や性格の変化、自制心の欠如、反道徳的行為や[万引き](#)、盗みなどの犯罪行為、状況判断の誤り、対人関係の障害、感情障害（[喜怒哀楽](#)の欠如）、言語障害が病初期から見られる。進行とともに記憶、知能もおかされ、最終的には失外套症候群に至る。八～十二年の経過で死に至る。家族性や遺伝性はない。

1231

[大脳皮質](#)の[神経細胞](#)数は140億個、20歳を過ぎると、一日に10万個失われる。90歳になると約半分になる。

脳の前半部分の方が老化により失われやすい。しかし、半分になった程度では機能に障害は見られない。

実際に数えるのは単位面積当たりの細胞数であり、つまり密度である。痴呆脳では萎縮があるから、細胞密度ではなく、細胞実数が欲しい。しかしそれでもさほど顕著には減っていないのだとの報告も多い。つまり、半分程度になるだけだとのことである。

細胞数が減少しても、正常老人では一個の[神経細胞](#)がたくさんの神経突起を延ばして、細胞数の

減少を補っている。

黒質では細胞数が10%程度になると顕著なパーキンソン症状が見られるようになる。軽度の症状は20%程度から見られるようになる。一つ一つの細胞が以前よりも多くの[神経伝達物質](#)を産生していて、細胞数の減少を補っている。

1232

脳移植

[パーキンソン病](#)などの場合、神経栄養因子が導入されるためではないかとの推定もある。わずかに残存していた[神経細胞](#)が外来の栄養因子によって活性化されると考える。

1233

低体温療法

[脳血管障害](#)や脳外傷の場合に有効であるという。分裂病の場合にも、脳[神経細胞](#)の異常興奮が起こっているわけだから、低体温療法が有効かも知れない。昔から、「頭を冷やせ」といわれし、滝に打たれたりもするではないか。

1234

離人症という言葉について

離人症という言葉を見て何を思い浮かべるだろうか。

?「人から離れる」だから、「自分から離れてしまう」のか「他人から離れてしまう」のか、[引きこもり](#)とか自閉とかそんなことと同じではないか。

言葉は内容を表現するものだとしている人の素朴な意見である。本来そうであるべきだが、いろいろと事情があって漢字の意味と言葉の内容が一致しないこともある。「離人」の言葉はよくないから、現実感喪失とか有情感喪失などの言葉も提案されているが習慣だから仕方がない。なお「自閉」の言葉も漢字の意味から推定される内容とは少しずれているので注意が必要である。

?[幽体離脱](#)のこと。魂が身体から離れること。

これも少数ながら聞かれる意見である。やや意味をとらえているところもあるが、本質的には全く無関係である。

このように言葉からは[イメージ](#)しにくいのが離人症である。現実感喪失、実感喪失というが、「とても疲れたときにふと現実感喪失に近い感じになる」と語られるときの現実感喪失と同じなのか似ているのか、これは軽度の離人なのか、体験として連続しているのか、よくわからない。人間の内的体験に言葉をあてることは実に困難である。

1235

一過性脳虚血発作

TIA:transient ischemic attack

一過性の脳虚血発作により脳局所症候が生じ、24時間以内に完全に回復する場合を言う。5~15分程度で回復することが多い。微小塞栓、盗血現象(鎖骨下動脈でみられる)、血管圧迫などが原因と

なる。内頸動脈と椎骨脳底動脈で症状が異なる。

症状として多いのは軽い[意識障害](#)であり短時間のうちに回復する。しかし一過性脳虚血発作を繰り返しているうちに[脳梗塞](#)（脳軟化）が起こるので注意が必要である。

海馬付近で虚血発作が起こると一過性全体健忘（TGA:transient global amnesia）が見られる。中年以降に突然起こる後遺症のない前行性健忘で、[逆行性健忘](#)をも伴う。海馬が短期記憶の一時的プールであることを推定させる現象である。

1236

打ち消し

undoing

=取り消し

[フロイト](#)があげた防衛機制の一つ。不安や罪悪感のために隔離された情動を、さらに取り消すために償い行動が見られること。不安や罪悪感を伴う行動を、情動が伴わなくなるまで反復し続ける。たとえば他人を攻撃したあとで、反対に非常に親切にしたりする。汚れたものを触ったあとで何度も手を洗う。これが洗淨強迫につながるといわれる。

1237

甘いレモン

防衛機制の一つで、「すっぱいぶどう」の逆。レモンは酸っぱいと思ったが、思ったよりも甘かったと自分を納得させる。

不本意な状況を自分に納得させるために、この状況も思ったほどは悪くないごまかして考える[メカニズム](#)。たとえば「この職場は絶対にいやだと思っていたが、実際には思ったより自分に合っていた」と考えて落ち着こうとする心の動き。

1238

甘え

土居健郎著「甘えの構造」で一般に有名になった。[精神分析](#)を背景とした考え方で、英米では受身的対象愛（[passive](#) object love）や一次的愛（primary love）の語をあてている。英米では日常語にないのに[日本語](#)では「甘え」という一般になじみの深い言葉があるところから、[日本人のパーソナリティ](#)の特質を理解しようと試みた。臨床の用語として十分に一般化しているわけではない。

1239

[アパシー・シンドローム](#)

apathy syndrome

[アパシー](#)（apathy）は一般には感情鈍麻や無感情のことであるが、狭くはステューデント・[アパシー](#)をはじめとする退却神経症を指すことがある。留年している[大学生](#)、[登校拒否者](#)、職場拒

否者などの分析から、本業には打ち込む気力がなくなり退却するが[アルバイト](#)や趣味には熱心になることがある人々と指摘されている。この選択的退却に注目して、退却神経症と呼ぶ（withdrawal neurosis, avoidant neurosis）。ただし分裂病と[うつ病](#)は除外する必要がある。[病前性格](#)として特有の傾向があると指摘されている。真面目、おとなしい、手のかからないいい子、礼儀正しい。頑固、強情、融通がきかない、強迫的、几帳面、完全主義。小心、攻撃性欠如、積極性欠如。自尊心が高いので敗北と屈辱を異常なほどに嫌がる。勝負する前に降りてしまうことがある。

1240

退却神経症

withdrawal neurosis, avoidant neurosis

→[アパシー・シンドローム](#)

1241

[アルコール](#)幻覚症

alcohol hallucination, alcoholic hallucinosis

一般の[アルコール](#)離脱症候群とは別のもので、[アルコール依存症](#)者で大量飲酒に引き続いて急激に発症する、幻聴を中心とする特有の幻覚状態。本質についての議論は見解が分かれていて、[離脱症状](#)の特殊型、[潜在していた精神分裂病](#)が顕在化したもの、[独立の器質性精神病](#)、などの考え方がある。「殺される」などの被害的・迫害的な幻聴があり、自殺、自傷、遁走、放火、他害などの問題行動を引き起こすことがある。たとえば自分の腕をノコギリで切るなどの取り返しのつかない悲惨な行動化を引き起こす可能性があることに注意する必要がある。大部分は数週内に治癒するが、一部は慢性の妄想状態に移行する。

1242

[アルコール](#)性痴呆

alcoholic dementia

[アルコール中毒](#)症者の10%が痴呆症になるとのデータがある。[アルコール中毒](#)症者は[ビタミンB1](#)欠乏によりウェルニッケ・[コルサコフ](#)脳症になり、[ニコチン酸](#)欠乏によりペラグラ脳症になり、肝障害にともなって肝性脳症をおこす。これらが広義の[アルコール](#)性痴呆に含まれるが、このほかに、栄養障害や肝臓障害がなくても痴呆を呈するものがあり、これを狭義の[アルコール](#)性痴呆と呼ぶ。[記憶障害](#)、判断力低下、感情鈍麻などがみられる。CTでは前頭葉を中心とする脳萎縮所見が確認されている。また[アルコール中毒](#)症者には特有の認識の甘さ、自己正当化、思考の貧困、感情変化などがみられ、痴呆ほどではないが単なる性格変化よりも深い、器質性の変化を想定させる面もある。これらも前頭葉を中心とする脳萎縮所見と関連しているらしい。脳萎縮は断酒により改善傾向を示すことが特徴である。

1243

核家族

nuclear family

大家族に対して、夫婦と子供だけで構成されている家族。治療環境を考える上で大切な視点である。精神病患者の場合でも、おじ・お婆の立場での交流が救いになることがあると指摘される。また、母親に十分な母親機能がない場合でも、昔は大家族内の女性が代行したが、現在では母親の機能欠損が直接に子供に影響してしまう。入院治療後、症状が安定しても退院できない原因のひとつとして、支える家族がないことがあげられる。おじ・お婆が患者を引き取ることは少ない。

1244

ガンに対する精神療法

?神経系と免疫系の密接な関係を背景として精神面から免疫系を活性化する試みがある。未来に希望を持つこと、[人生の目的](#)を持つこと、動物と触れ合うこと（アニマル・[セラピー](#)）などがガンの治療に際して有効であるとされる。また、[イメージ療法](#)として、自分の免疫細胞がガン細胞を攻撃して打ち勝つ様子を思い浮かべることが有効で、実際に免疫系が活発になるとの実験がある。

免疫系と神経系の類似については、伝達物質とレセプター、記憶作用など[不思議](#)なくらいの類似があり、発生は同根のものではないかとの推定もある。この分野を神経[免疫学](#)という。

?自分や配偶者がガンであると知ったときの絶望に対する心理的ケアも大切な分野である。

キュ**[ブラー](#)**・ロスによる悲嘆の**[プロセス](#)**は、?拒絶?怒り?取り引き（神との取り引き）?抑うつ?受容。

アルフォンス・デーケンの悲嘆の12段階は、?マヒ状態?否認?[パニック](#)?怒りと不当感?敵意と恨み?罪意識?空想と幻想?孤独感と抑うつ?精神的混乱と無関心?あきらめ・受容?新しい希望・[ユーモア](#)と笑いの再発見?立ち直り・新しい[アイデンティティ](#)。

患者や家族がこれら諸段階のどのあたりにいるかを考慮しつつ援助するのがよい。

1245

言語障害

speech and language disorder

さまざまな疾患でさまざまな種類の言語障害があらわれる。人間の生活にとって重要である分、悩みも大きい。したがって[スピーチセラピスト](#)は大切な仕事である。神経科精神科領域に限って言えば、まず痴呆に伴う言語障害が重要である。言語のやりとりが不自由になると[日常生活](#)が急激に不自由になる。最近では[ハイテク](#)製品がこれらの障害を補ってくれることもあるので積極的に利用したい。次に[向精神薬](#)の**[副作用](#)**によりろれつが回らなくなる症状があげられる。不可逆的ではないので、生活に決定的な支障が起こらない限りはしばらくのあいだ我慢していただくことが多い。

1246

初老期痴呆

presenile dementia

初老期（65歳以前のこと）に始まる原因不明の痴呆のこと。そのなかである程度疾患の輪郭の知られている有名なものには[アルツハイマー病](#)と[ピック病](#)がある。[アルツハイマー病](#)は健忘が、[ピック病](#)は人格変化が顕著である。年齢で分ける趣旨は、50歳台の痴呆は大事件だが90歳台の痴呆はあまり驚かないので、やはり病気としても違いうだろうという素朴な直感に基づいている。[アルツハイマー](#)タイプのものでは[顕微鏡](#)による病理所見からみて、初老期と老年期に明白な違いはないとする多数意見と、症状・経過から両者はやはり別のものだとする[少数意見](#)がある。多数意見によれば、初老期痴呆と老年期痴呆を区別する理由はあまりないことになる。

1247

水銀中毒

mercury poisoning

無機水銀と[有機水銀](#)が原因になる。水俣病は[メチル水銀](#)化合物が工場→排水→魚介→人間の経路で体内に取り込まれて発症した。症状は小脳性運動失調、[意識障害](#)、知能障害などである。魚をたくさん食べる猫にまず歩行困難が見られた。子供に大きく育てて欲しいと願い魚をたくさん食べさせた家庭ではまず子供に症状が現れた。妊婦が丈夫な[赤ちゃん](#)をと願って魚をたくさん食べた場合の胎児性水俣病では高度の知能障害が見られた。無機水銀中毒による急性症状に対しては胃洗浄などを施す。昔は消毒剤の昇汞を自殺目的でのむ人がいた。

1248

成長と分裂病

人間は子供時代に生物として一応の完成をする。子供は平屋で、大人は二階建てのようなものだ。大人になるにあたって、新しい適応が必要になる。異性を見つけたり仕事に就いたりするときには、子供時代の行動様式を部分的に捨てなければならない。子供時代に完成したものの一部を解体して、二階部分の建設を始める。いわば「建て替え」が起こる。それがうまく行かない場合に分裂病の危険がある。

1249

脳の病理学的変化

脳に起こる病理学的変化としては、血管障害、炎症、腫瘍、変性、代謝障害、先天性異常などがあげられる。これらは器質因または外因と分類される。一方、原因不明の分裂病性変化、[躁うつ病](#)性変化および[非定型精神病](#)性変化を内因と呼ぶ。何が起こっているのかは分からないが、器質性の病変を想定する意見が多い。また、実際に脳組織に病理学的変化がないのに症状が起こると考えられているものが神経症である。

1250

脳血管障害

cerebrovascular disorder

脳の血管障害には[脳梗塞](#)、一過性脳虚血発作、頭蓋内出血、高血圧性脳症、脳静脈血栓症、脳動脈炎症性疾患、血管奇形、血管発育異常などが含まれる。高血圧や心臓病、[糖尿病](#)などが基礎にある場合には[脳血管障害](#)を疑い脳CTやMRIを診断の参考にする。[脳梗塞](#)には血栓性と梗塞性があり、血栓性[脳梗塞](#)はその部位の動脈内壁が粥状硬化を呈しその結果詰まるものであり、塞栓性[脳梗塞](#)はたとえば心臓などの脳以外の部位から塞栓が飛んできて詰まるものである。おおむね急性発症が特色であるが、多発性[脳梗塞](#)の場合には段階的に増悪する痴呆となる。

1251

脳腫瘍

brain tumor

脳に腫瘍ができると頭蓋内圧亢進症状と脳局所症状が現れる。頭蓋内圧亢進症状では頭痛、嘔吐、うっ血乳頭の三主徴が有名である。早朝からの頭痛、噴射性の嘔吐などの特徴がある。局所症状としては前頭葉でモリア（[moria](#):諧謔症、多幸的・軽率・抑制欠如の状態）、側頭葉で[記憶障害](#)、頭頂葉で失行・失認、後頭葉で視覚失認などさまざまなものが発生する。

頭蓋咽頭腫（craniopharyngioma）は[レントゲン](#)写真で歯が見えることがあるので有名である。下垂体腺腫（pituitary adenoma）では[ホルモン](#)産生腫瘍の場合がある。副腎皮質刺激[ホルモン](#)産生腫瘍では副腎皮質[ホルモン](#)過剰となり、肥満・満月様顔貌（ムーン[フェイス](#)）となり精神的にも躁またはうつを呈することがある。乳汁分泌[ホルモン](#)（プロラクチン）産生腫瘍では[おっぱい](#)が出る。成長[ホルモン](#)分泌腫瘍では末端肥大症になる。下垂体腫瘍は視神経を圧迫して視野欠損を引き起こすことがある。

子供の頃から成長[ホルモン](#)の産生が多いと巨人症になり[スポーツ](#)には有利であるが、下垂体が視神経を圧迫すると、両耳側半盲となり視野の外側が欠けてしまうことがある。野球で[ピッチャー](#)をしても[セットポジション](#)で視野のすみに一塁[ランナー](#)を見ることができない。

1252

人格を変える薬の不安

「薬は自分を変えてしまう」という不安は根強いようだ。[日本人](#)は自分を変えてしまうことには恐怖を感じていて、できれば自分をいまのままで強くして、困難を乗り越りたいと願っている。そうした点から、[日本人](#)には[ドリンク剤](#)や[ビタミン剤](#)が好まれ精神科薬剤は敬遠される傾向がある。ひとつには精神科薬剤がまるで覚醒剤や麻薬のように自分を変えてしまうとの誤解が根底にあるらしい。しかし薬の効き目はたいていは不安を少し遠ざけるだけだ。薬で少しだけ楽にして、時間をかせいでいれば自分の身体の内部に備わっている自然な治癒能力が働いて、精神を調整してくれる。精神そのものにメスを入れているようなものではないので安心してよい。

1253

[クロイツフェルト・ヤコブ病](#)

Creutzfeldt-Jakob disease

大多数は初老期に発症し、痴呆、幻覚、運動麻痺などを呈し、二年以内くらいで死に至る。脳に海綿状（スポンジ状）変性が起こる。このため、亜急性海綿状脳症の別名がある。かつて初老期痴呆の一種とされていたが、感染性のものであることがわかり、[プリオン](#)（PRION:proteinaceous infectious particles:蛋白性感染粒子）によるものではないかと考えられている。移植によってうつることから、移植性痴呆ともいわれる。[イギリス](#)の狂牛病、羊の脳

病（スクレーパー）、[クールー](#)も[プリオン](#)によるのではないかと疑われており、どれも[予後不良](#)である。

1254

既視感と未視感

de'ja' vu and jamais vu

初めて見る情景のはずなのに既に見たことがあるように感じるのが既視感で、逆に、見たことがあるはずなのに初めて見るもののように感じるのが未視感である。体験の構造にまで言及した表現ではないので、疾患に特異性はないし、そもそもこの体験自体は健康者にも起こり、病的体験とはいえない。

しかし既視感が[不思議](#)な感じがすることは確かで、前世で体験したことだとか、個人の意識を超えた記憶がよみがえるのだと[考える人](#)たちもいる。情景そのものが同一なのではなく、情景が喚起する内的体験が同一の構造をとっており、それゆえ軽い錯覚が起こるのだと推定される面もある。また、視覚に限らず、体験について既体験感を感じることもある。既視感に比べれば、未視感に出会うことは少ないようである。

分裂病での妄想気分に関連した世界変容感や知覚変容感も未視感と似たような訴えとして表現される。「見慣れた道で、実際このあいだまでと同じなのに、でも何かがつっかり変わってしまった。同じだけれど、見たことのない街のようだ」などと語る。しかしこれは未視感とは呼ばない。

1255

仮面[うつ病](#)

masked depression

[うつ病](#)の症状にはおっくう、ゆううつ、いらいら・不安などの精神症状と、不眠、食欲減退、便秘、めまい、痛み、肩こり、各種自律神経症状などの身体症状がある。[うつ病](#)の中で、精神症状は前景に立たず身体症状のみが訴えられるタイプのものを仮面[うつ病](#)と呼ぶ。生活歴・[病前性格](#)・現病歴の聴取の上、経過の特徴（相性出現）、日内変動、[抗うつ剤](#)への反応などを総合して診断される。薬剤は普通の[うつ病](#)と同じく[抗うつ薬](#)や[抗不安薬](#)が役立つ。[うつ病](#)が身体症状の仮面をかぶってあらわれるという意味あいでは仮面[うつ病](#)といい、抑うつなき[うつ病](#)ともいう。身体症状を訴えるものでも、心身症は[ストレス](#)性障害であり、仮面[うつ病](#)は内因性[うつ病](#)のひとつのタイプと考えられる。

1256

[カフェイン](#)

caffeine

精神刺激剤のひとつで、[アメリカ](#)では[コーヒー](#)、[イギリス](#)では紅茶、[ブラジル](#)ではガラナ（guarana）、日本では緑茶として摂取している。[チョコレート](#)や[コーラ](#)飲料にも含まれている

。心臓刺激作用もある。サイクリックAMPを分解する酵素を阻害するので、結局サイクリックAMPが増加して刺激効果をうむ。大量使用ではセロトニンに影響を与える。

カフェイン量の目安としては、

カフェイン錠剤1粒 30-100mg

コココーラ1杯 30-50mg

紅茶1カップ 30-100mg

コーヒー1カップ 70-150mg

一日250mgを超えたら注意する。依存になると神経過敏や胃腸症状が現れる。カフェインは身体依存はないが精神依存がある。

1257

両価性

ambivalence

ブロイラーが精神分裂病診断の手がかりとしてあげた4Aのひとつ。健常状態でもアンビバレンスはみられ、たとえば父を愛すると同時に憎んだりする。それに対して病的アンビバレンスは現実チャンネルと妄想チャンネルの二つが矛盾しながら両立している状態である。

1258

了解

シュナイダーは表層での了解と深層からの了解を区別した。

表層での了解は、患者の話を聞いていて自然に平明に了解できる次元のことで、子供の頃の様子や近頃の環境が現在の辛さをつくり出していると考えられるものである。表層での了解には発生的了解と静的了解とがある。時間をさかのぼった原因から現在の状態が了解される場合には、発生的了解である。現在の状況から現在の辛さが了解できるならば、静的了解である。

深層からの了解はたとえば精神分析のように、無意識の層の力動から理解されるものである。ヤスパースは了解不能なものは説明が可能なだけであり、精神病は了解不可能であるとした。了解可能性の理論は了解する側の了解能力に左右される場合がある。了解能力が不足しているがゆえに了解できない場合もある。逆に、本来了解し得ないはずのものを私には了解できると思っている場合もある。

1259

失行

apraxia

運動麻痺などはないのに、すでに学習されて修得されている動作ができなくなること。運動失行、観念失行、構成失行、着衣失行などが知られている。脳血管障害や痴呆などでみられる。

運動失行

motor apraxia

身についていたはずの動作が拙劣となる現象。指の巧緻運動の障害は手指失行、麻痺はないのに足が動かないのは歩行失行である。

観念失行

ideational apraxia

たとえば、たばこに火をつけることを目的とする動作の場合、マッチを取り出す、マッチをこする、たばこの先に火をつけるなどの部分的な動作はできるのに、たばこに火をつけるという一連の動作として完成することができなくなる場合をいう。運動の企画そのものができなくなるもので、優位半球頭頂葉病変による。

構成失行

constructional apraxia

[幾何学的](#)図形を構成することができなくなる。たとえば、紙に家を描くことができない、積木で立体をつくることができないなど。図形の全体の構成を頭のなかで把握できなくなるためと思われる。

着衣失行

dressing apraxia

着衣、脱衣が困難になるが、運動障害などはない。ズボンを頭にかぶったりする。痴呆症などで見られることがある。

1260

[反動形成](#)

reaction formation

衝動が強烈な場合、普通に抑圧するだけでは不十分なので、衝動とは正反対の行動を選択することでさらに強く抑圧し不安から逃れようとする。たとえば相手に対する攻撃性を抑圧すれば中立的な態度になるが、通常抑圧では不完全であると考えられるとき、攻撃とは逆の態度である慇懃な態度になる。このとき適切な慇懃さではなく、どこかしら不自然で、鎧の下から攻撃性が透けて見えて、[慇懃無礼](#)と言うべき状態になることがあると指摘される。[強迫神経症](#)との関連を[フロイト](#)が指摘したので有名であるが、現代では強迫症が[反動形成](#)によるとは必ずしも考えられていない。

1261

[ボーダーライン](#)

borderline

本来は境界線であるが、特に[境界型人格障害](#)を指すことがある。

1262

[ボーダーラインシフト](#)

市橋の提案した[境界型人格障害](#)に対する治療体制のこと。[境界型人格障害](#)の人はまわりの人たち

の人間関係を混乱させる傾向がある。医療関係ではスタッフ間の対立や誤解を引き起こす。これに対処するためにはスタッフ間の密なミーティングにより情報をもれなく交換し統一のとれた患者対応をする必要がある。こういった固い治療構造をボーダーラインシフトと呼んでいる。

1263

薬を何で飲むか

たいていは水または白湯で飲むように指示される。お茶で飲むとタンニンが薬の働きを悪くするといわれるし、牛乳は胃壁を保護してしまうので吸収を妨げるといわれる。グレープフルーツジュースで飲むと薬が効きすぎる場合がある。とはいうものの、水は味の点で問題がある場合もあるので、ほのかに甘いアイソトニックウォーターで飲むのが評判がいい。

1264

コラム

慢性患者とつきあうことの意味

精神病院で生活している患者さんとつきあうことは、特別の意味がある。身体の病気で入院する場合には一時避難であり、普通の生活からの一時停車である。入院生活は仮の生活であり、本当の生活は別にある。患者の人生にとって大切な人は病院の外にいるのが普通である。ところが精神病の長期入院患者の場合には入院生活こそが本当の生活である。したがって入院生活で出会う医者や看護婦の、患者の人生における意味は大きい。日々診察したりレクリエーションしたりしていること、それは仮の人生ではなく、患者の本当の人生そのものである。そこが精神病棟の特質である。

1265

ナルコレプシー

narcolepsy

多彩な症状を示す過眠症のひとつで、ナルコレプシー・カタプレクシーともいう。ナルコ＝睡眠、レプシー＝発作である。同一家族内に発生することが多くDNA研究が進められている。運転中や麻雀などを行っているさなかに急に睡眠発作を起こしたり、大笑いしたときにくらくらと崩れる脱力発作を起こす（情動性筋緊張消失：カタプレキシー）、入眠時幻覚、睡眠麻痺（入眠直前や覚醒直後に体が動かせない）、脳波では入眠時レム脳波、逆説的 α 波抑制（開眼すると α 波が増える所見）などが見られる。患者は人口の0.02～0.09%、米国では50万人もいるという。患者に昼に「眠ってください」と命じると5分以内に眠ると文献にはある。メチルフェニデートなどを試みる。患者会に「なるこ会」がある。過眠症の鑑別としては、いびきのひどい場合の睡眠時無呼吸症候群などがある。

1266

海馬（かいば）

hippocampus

側頭葉の下内側にある海馬は短期記憶の一時的[メモリー](#)と言われている。[アルツハイマー病](#)では病気の初期から海馬が萎縮しており、短期記憶が障害される。海馬は[ギリシャ・ローマ神話](#)に出てくる上半身が馬、下半身がウナギのような姿をした怪物。海の神[ポセイドン](#)が乗り回していた。[タツノオトシゴ](#)もhippocampusという。

1267

[全般性不安障害](#)

generalized anxiety disorder (GAD)

[不安障害](#)の中で不安発作（＝恐慌発作 panic attack）のない慢性不安状態を主徴とするタイプのもを指す。いろいろな人生の出来事に際して広範で過剰な不安が慢性に続く状態で、不安の対象は変化し続け（浮動性：free-floating）るが、学業や仕事など不安になることが一般に理解可能なものに対しての不安である。精神症状だけではなく、身体症状も伴うことが多い。DSMで紹介された。

不安を主徴とする疾患を[不安障害](#)と呼び、不安発作（[パニック](#)）を呈する群（[パニック](#)ディスオーダー）と不安発作なしに慢性不安状態を呈する群（[全般性不安障害](#)）とに二分する。臨床場面では[全般性不安障害](#)と診断すべき場合がしばしばある。今後有用な診断[カテゴリー](#)である。

1268

[神経伝達物質](#)

neurotransmitter

[神経細胞](#)が次の[神経細胞](#)に興奮を伝達するとき、[シナプス](#)（接合部）前にある[シナプス小胞](#)から[シナプス](#)間隙（すきま）に[神経伝達物質](#)が遊離され、[シナプス](#)後細胞にあるレセプター（受容体）にとらえられる。レセプター部分から興奮が細胞全体に伝えられる。[神経伝達物質](#)としては次のようなものがある。カテコールアミン類には[アドレナリン](#)、[ノルアドレナリン](#)、[ドーパミン](#)があり、インドールアミン類には[セロトニン](#)（5-HT）、[メラトニン](#)がある。そのほか[アセチルコリン](#)、[グルタミン酸](#)、[ガンマアミノ酪酸](#)などがある。[向精神薬](#)はこれらの物質をコントロールすることによって効果を発揮する。

1269

経済環境と精神病・神経症

一般大衆が精神的不調になると[精神病院](#)に入れられ精神病として扱われる。脳が壊れたのだとされる。富裕な階級の人が精神的不調になると民間のクリニック（たとえば[フロイト](#)のクリニック）に通院し、神経症として治療を受ける。心理的[ストレス](#)が原因であるとされる。はたして病気が違うのだろうか？同じ病気なのに別の扱い方をしているのだろうか？患者の経済環境が病像と経過を変えているのではないか。このような議論が伝統的にある。

1270

執着気質

[うつ病](#)者が発病前から示す性格特徴。一度生じた感情が長く持続し増強することが基本特徴である。責任感が強い、仕事熱心、徹底的、熱中する、几帳面、正直、凝り性である。周囲からは模範的な人、確実な人と見られ、評価は高いことが多い。執着の着は横着、愛着などと同じで様子、さまのこと。

1271

退行期 [うつ病](#)

involutional depression

初老期にみられる [うつ病](#)のこと。退行期は更年期と同じ。ただ年齢に注目しただけで、本質は普通の [うつ病](#)である。しかしながら初老期には肉体的衰え、精神的衰え、子供の独立、友人の死、退職など [うつ病](#)に傾く要因が様々にある。ひとことで言えばさまざまな喪失である。

1272

対人恐怖

socialphobia,anthrophobia

= 社交恐怖

対人場面で過度に緊張してしまい、仕事がうまく行かないのではないかと恐れたり、友達関係が壊れるのではないかと恐れたりする恐怖症。人前で緊張したらどうしようかと予期して不安状態が続くようになったり（予期不安）、ついには対人場面を回避して生活するようになったりする。青年男子に好発する。日本で症例が多く研究も盛んである。

赤面恐怖や [醜形恐怖](#)、自己視線恐怖、自己臭恐怖などが含まれる。これらは自分の容貌の醜さや自分の視線が他人を不快な思いにさせるのではないかと恐れるもので、[加害恐怖](#)、さらには加害妄想とすべき場合もあり、重症対人恐怖症または [思春期](#)妄想症、自我漏洩症候群などと表現されることもある。

1273

心身症

psychosomatic disease(PSD)

広くは原因と治療に心理的因子が重要である病気。限定すれば、[心因性](#)で自律神経支配器官に症状が現れる病気。胃・十二指腸潰瘍、[過敏性腸症候群](#)、[気管支喘息](#)、高血圧など非常にたくさんの病気が含まれる。治療は薬剤と各種精神療法を組み合わせる。

1274

デポ剤

時効性薬剤のこと。一度注射すれば一週間から四週間程度の持続的効果がある薬剤。薬の飲み忘

れや拒薬に有効である。何よりも服薬の煩わしさから解放される。薬を飲むたびに自分は病人なのだと確認させられるのは辛いものだと語る患者もいる。

1275

実体的意識性

意識性とはある対象や事物が感覚的要素の媒介なしに一挙に体験される現象。実体的意識性とは、人や物の実体的な存在が感覚的要素の媒介なしに体験されること。分裂病で見られる。

物の存在の実感だけが、物の存在そのものを離れて意識される。たとえば、目の前に椅子はないのに、椅子の実在感・実感がまざまざと伝わってくる。「隣の部屋に確かに椅子がある」などとまざまざと実感される。離人感はあるもののその実感が失われている状態で、実体的意識性はものがないのにその実感が意識されている状態である。

1276

実存分析

Existenzanalyse

現存在分析分析を参照。現存在分析とほぼ同じ。

1277

被注察妄想

delusion of notice

＝注察妄想、注視妄想

他者のまなざしにさらされ、見られていると感じる妄想。幻聴に対応するのは幻視ではなくて被注察妄想であるとする見解がある。他者が呼びかけによって病者に踏み込むのが幻聴で、他者がまなざしによって病者に踏み込むのが被注察妄想である。「他人の目が気になる」程度の訴えはうつ病でも神経症でも聞かれる。分裂病の被注察妄想との違いは「他人」の意味内容と被注察の構造であり、鑑別診断には注意深い問診が必要である。

1278

病態水準

level of psychopathology

患者の病気の重さがどの程度であるかについてという言葉。精神病レベル、境界レベル、神経症レベルを区別する。現実検討が失われ、精神病レベルの防衛機制が用いられているとき、精神病レベルの病態水準という。現実検討は保持され、神経症レベルの防衛機制が用いられているとき、神経症レベルの病態水準という。精神病レベルと神経症レベルを動揺するとき、境界レベルの病態水準という。ここで精神病レベルの防衛機制とは、外的現実を歪曲する方向の防衛機制で、神経症的防衛機制とは、内的現実を歪曲する方向の防衛機制である。

1279

[パターンナリズム](#)

paternalism

父権主義。paterは父親、権威のこと。患者は病気についての専門的な知識はないのだから、医師が患者の身になって最善の判断を下し、患者はそれに従う。それは父親が子に対して善意からの助言をするのと同じである。自己決定を重視する[インフォームドコンセント](#)と対照的である。[精神障害者](#)の場合には判断能力の問題があるので問題は複雑になる。日本での伝統的な医師患者関係は、患者に全面的に信頼していただいて、医師は全面的な責任で応える形の[パターンナリズム](#)であった。しかし慢性疾患や[生活習慣病](#)、ガンの終末期医療では患者の人生の選択の問題と関係する場合があり、[パターンナリズム](#)と[インフォームドコンセント](#)を上手に複合させた態度が求められる。数年前に小便をのむ治療法が流行したときに困った経験がある。

1280

山あらし[ジレンマ](#)

[porcupine](#) dilemma

[ハリネズミジレンマ](#)ともいう。二匹の[ハリネズミ](#)は寒いので寄り添おうとした。しかし近づきすぎると棘が刺さって痛い。離れたら寒い。ここに[ジレンマ](#)が成立する。しだいに最適な距離を学ぶ。[人間関係](#)も同様で、近付きすぎると苦痛で、離れすぎると寂しい。適切な距離をしだいに学ぶようになる。[精神分裂病](#)者は他人の心の棘をととても長いものと錯覚していて、傷つけられないように用心して他者と心理的に離れていようとする傾向がある。

1281

[テクノストレス](#)

technostress

[コンピュータ・テクノロジー](#)への適応の仕方に起因する[ストレス](#)状態。[コンピュータ](#)をうまく使えないときには[テクノ](#)不安症になり、逆に[コンピュータ](#)に際限なく熱中してしまえば[テクノ依存症](#)になる。さまざまな自律神経症状を呈する。[テクノ依存症](#)では対人接触よりも[コンピュータ](#)操作を心地よいと感じ、対人交流不全から心身症状を発生するに至る。

1282

[コラム](#)

自己記入式テストは信じられるか

「あなたはきれい好きですか？」といったような質問がたくさん並んでいて、○や×をつけるテストがある。こんなもので何がわかるのだろうと疑問に思う人は多いだろう。いくらでもうそがつけるし、自分を飾ることもできる。

たしかに質問に対する答えを正直にうけとるのでは解釈として不十分である。[うそつきのスケール](#)を入れることもできるが、それよりも実際の面接と組み合わせて活用することで意義のあるも

のになる。実際の面接時の情報があるから、その人が自分をどれくらい飾っているか、自分を見る目が現実とどのくらいずれているかを知ることができるのである。たとえば[コンピュータ](#)で採点して点数だけ見ていたのでは表面的なことしかわからない。自己評定と面接を組み合わせることで、人格の立体的な構造が明らかになる。

「人に親切にしないではいけない」に○と記入した人について、実際は親切ではないことがわかっていれば、[自分勝手](#)な上に自分の姿が見えていない人なのだを知ることができる。

1283

錯覚

[illusion](#)

外界からの知覚入力があり、それを誤って知覚すること。枯れすすきが幽霊に見える。とくに病気とは関係ない。

1284

させられ思考

thought alienation

させられ体験のひとつで、他者によって考えさせられる体験。考えるか考えないか、何を考えるかの判断について、能動性が失われ被動的になっている。通常の思考にある能動性が失われ、次第に被動的になるとさせられ思考になり、その中間地点に強迫思考がある。「考えたくないのに考えてしまう」は正常の場合もあり、支配観念や優格観念のこともある。能動性が失われているが被動的ではなく、かつ自己所属感が保たれているなら自生思考や強迫思考である。「考えたくないのに考えさせられてしまう」になるとさせられ思考である。

させられ思考の場合、思考の内容は自分に属している。思考の内容が他者に属していれば、思考吹入である。

1285

[人格障害](#)

personality disorder

=性格障害、性格異常、異常性格、人格異常、異常人格

性格の問題のために社会適応が困難な場合をいう。特に社会適応困難と言うほどではないものは性格傾向 (personality trait) という。英語ではpersonalityとcharacter、[日本語](#)では人格と性格、どちらの言葉を採用するかも問題となる。障害と異常も語感が違う。人格は性格よりも深い何かで、異常は障害よりも困難な事態を感じさせる。最もソフトな表現は性格障害、[シリアス](#)なのは人格異常だろう。[シュナイダー](#)の分類やDSM分類が有名である。

[アメリカ](#)のDSM4の[人格障害](#)分類

A群:奇妙で風変わりな言動。[引きこもり](#)。分裂病に近縁。

?[妄想性人格障害](#):paranoid

疑い深く、他人を信じない。先入観に基づいて周囲を曲解する。軽蔑的、攻撃的、好争的、説得を受け入れない。

?分裂病質 [人格障害:schizoid](#)

社会的関係を望まず、苦手。内省的、温和、萎縮、孤立。他人からの賞賛・批判に無関心、他人の気持ちに鈍感。

?分裂病型 [人格障害:schizotypal](#)

社会的孤立、奇妙な思考や行動。魔術的思考。

B群:おおげさ、過激な感情、不安定。

?[反社会性人格障害:antisocial](#)

[反社会的](#)行為が著しい。嘘、怠け、盗み、けんか、過度の飲酒、攻撃性、性的逸脱。

?[境界性人格障害:borderline](#)

すべての面で不安定。衝動的。

?[演技性人格障害:histrionic](#)

芝居がかって大げさ。浅薄で表面的。人の注意を引きたがる。

?[自己愛性人格障害:narcissistic](#)

自分にばかり関心が向けられている。無限の成功を夢見る。他人の注目と賞賛を求める。共感に乏しい。誇大感。

C群:不安、恐怖。

?[回避性人格障害:avoidant](#)

他人から拒否されることに極度に敏感。絶対受容の保証があればつきあえる。引っ込み思案。[自己評価](#)の低さ。

?依存性 [人格障害:dependent](#)

自分で責任をとらない。他人に任せる。自信がない。[自己評価](#)の低さ。

?強迫性 [人格障害:compulsive](#)

規則、細部、因習にこだわる。融通がきかない。仕事熱心、忠実、暖かな感情の表現に乏しい。

[イギリス](#)のある教科書の [人格障害](#)分類

?[ひきこもり群](#)

・ [妄想性人格障害](#)

過敏、恨み、猜疑的、嫉妬、他人の悪意のない友好の行為も敵意や侮辱と誤解する。[責任転嫁](#)、誇大的、好訴的、[イエスマン](#)をまわりに集めて集団を作る ([新興宗教](#))、男性に多い、一過性の [被害妄想](#)や幻聴。

・ 分裂病質 [人格障害](#) [schizoid](#)

交際に関心。冷酷、空想傾向、内省、性体験を持つとしない、親密な [信頼関係](#)の欠如。[パーティ](#)に出ない、地球平板説やネス湖の怪獣に奇妙な関心を寄せたりする。人よりも数字に関心、[コンピューター](#)には向く、孤立しているのでうつになりやすい。

・ 分裂病型 [人格障害](#) [schizotypal](#)

思考、風貌、話し方、行動が奇妙、対人交流欠如、分裂病者の血縁に多い、分裂病の遺伝 [スペク](#)

[トラウマ](#)の一部と考えられている。

?依存群

- ・不安性（回避性）[人格障害](#)

緊張と不安、[自意識過剰](#)、拒否されることに過敏、無条件の受容が保証されているときだけ関係を結べる。日常場面での危険を過大に考える、行動を回避するようになり、生活が制限される。引っ込み思案。対人恐怖。

- ・依存性[人格障害](#)

自分の人生の大切な決断を他人に任せる。自分の依存している人には何も要求できない。自分を無力と感じ、見捨てられひとりになることを恐れ、親密な関係が終わるときには打ちのめされる。

- ・受動攻撃的[人格障害](#)

あたりまえの要求に対する受動的抵抗、ぐずぐず先延ばしにする、子供じみた妨害や不機嫌、気がすまないときにはぐずぐず仕事をする。自分は有能だと信じている。

?抑制群

- ・制縛性[人格障害](#)

[優柔不断](#)、完全主義、過度の良心、銜学、定型的、頑固、細部まで事前に計画。仕事熱心、忠実、事務能力高い、広い視野ではなく細部へのこだわり、空想に欠ける。男に多く遺伝性がある。自分の考えが挑戦されたときには怒る。

- ・循環性または類循環性[人格障害](#)

感情の不安定。軽うつと軽躁。[躁うつ病](#)の準備因。

?反社会群

- ・演技性[人格障害](#)

過剰な感情表出、演劇的、大げさ、被暗示的、浅薄で不安定な感情、注目を集めたがる、操作的。性的誘惑。対人関係は激しく不安定。女性に多い。同様のケースは男性ならば反社会性障害となるだろう。薬飲み過ぎ傾向。転換型[ヒステリー](#)または心身症になりやすい。

- ・感情不安定型

- ・衝動型[人格障害](#).....感情不安定、衝動コントロール欠如、暴力、威嚇。爆発型または攻撃型ともいう。攻撃衝動のコントロールが一過性に失われる。[ストレス](#)にたいして暴力や怒りで反応する。後悔と自責は本物である。男に多く遺伝性がある。

- ・境界型[人格障害](#).....自己像が[あいまい](#)で混乱している。対人関係と気分は激しくかつ不安定、感情危機を招き自殺の脅しや自傷を伴う。慢性の空虚感と退屈、スプリッティングや投影性同一視といった原始的防衛機制が見られる。過度の[ストレス](#)下では、一過性の精神病状態。精神病の周辺部における重症性格障害を広く指していることもときどきある。女性に多く、感情変調症、うつエピソード、薬物乱用、短期精神病反応を起こすことがある。

- ・自己愛性[人格障害](#)

誇大性、過敏さ、共感欠如。肉体的病気や手術による肉体変形にうまく対処できない。

- ・反社会性[人格障害](#)

無責任、対人関係を継続できない、[欲求不満](#)に耐えられない、攻撃的、暴力的。罪悪感を感じない、罰や経験から学ばない、[反社会的](#)行為について他人を責めるかもっともらしい言い訳をする。15歳からの行動障害（[登校拒否](#)など）をみる。薬物・[アルコール](#)乱用に染まりやすい。精神病質、社会病質を含む。

1286

抵抗（治療抵抗）

resistance

治療に対する[無意識](#)の抵抗のこと。治りたいから面接を続けているのだが、葛藤解決は苦しい。症状はある面では葛藤から目をそむけるのに役立っている面もあるので、症状を消すことには[無意識](#)のためらいがある。そこで[無意識](#)に治療に抵抗することになる。沈黙、無関係なことの多弁、繰り返し、話題の回避、知性化、一般化、時間の変更、[キャンセル](#)、時間短縮、治療者変更要求などがある。現実的で妥当なものか、治療抵抗なのかを判断して、治療抵抗と判断された場合には抵抗を分析することによって治療を深める。

1287

[自律訓練法](#)

autogenic training

自律神経（autonomic nerve）系器官の機能を整えるのに有効な方法。随意的[リラックス](#)法、さらに内容を明示するなら随意的筋血管緊張解除法である。簡単でお金がかからずどこでもいつでもできる。催眠術の本質は筋肉と血管の弛緩であることから、四肢が重い、暖かいなどの[自己暗示](#)をかけ、ひいては自律神経系の緊張を解除する。不安状態や[パニック障害](#)、不安の強い[うつ状態](#)、持続的交感神経緊張状態に対して有効である。薬以外の対処法を身につければずいぶん自信がわくようである。

1288

心気症、心気状態

hypochondria,hypochondriacal state

実際は病気ではないのに、自分は病気ではないかと心配している状態。説得も聞き入れず、訂正しがたい確信にまで至った場合には、心気妄想と呼ぶ。背景に[うつ病](#)や[精神分裂病](#)があることもある。セネストパチー（体感異常症）は心気状態や心気妄想と重なる部分がある。体感の異常を取り上げて名付けるか、そのことについての悩み方の特徴を取り上げて名付けるかの違いである。

1289

退行

regression

広くいえば幼児返り。適応困難な状況で、現在獲得している行動パターンよりも低次の行動パターンが出現する。たとえば、[中間試験](#)が受けたくなくて二歳の子供に戻ってしまい、指をしゃぶって言葉も話せない状態。ジャクソンが解体（dissociation）と呼んだものを、[フロイト](#)は退行と呼んだ。進化論的に新しく高級なものに進むのが進化（progress）であり、古く低級なものに戻るのが解体または退行である。健康な退行は一時的で部分的な退行であり、状況に適した退行である。たとえば、[忘年会](#)での退行や子供と遊ぶときの退行など。

1290

治療的退行

therapeutic regression

＝操作的退行

治療のために退行状態を作ること。退行を基礎として転移や抵抗が起こり、それを分析して治療は進行する。外科手術で、メスを入れて病変部を露出させる操作に対応し、退行状態を作り、人格の中で問題のある古い層を露出させ治療を加える。最後に通常人格レベルに戻して終了する。治療的退行においては観察自我は保持され、一時的で部分的な退行が起こり、通常[生活レベル](#)への復帰が可能である点が重要である。

1291

自己臭症

自分から出るいやな臭いが他人を不愉快にさせていると確信している状態。青年期に多い。神経症レベルの対人恐怖症の場合もあり重症になれば自我漏洩症候群、さらには分裂病の場合まである。

1292

[気分障害](#)

mood disorder

[躁うつ病](#)や[うつ病](#)のこと。感情障害、感情病ともいう。

[気分障害](#)の分類

大うつ 抑うつ気分

躁 BP I

軽躁 BP II 気分循環性障害

躁なし MP 気分変調性障害

1293

[意識障害](#)の評価

意識の覚性 vigilance とは清明度のこと、刺激しても覚醒しなければ昏睡、刺激すれば覚醒する程度なら傾眠、刺激しなくても覚醒しているなら意識清明とする。[意識障害](#)を表現する言葉は微

妙なので、3-3-9度方式での表現が役立つ。また[グラスゴー](#)・コーマ・[スケール](#)では開眼・発語・運動機能の三分野の得点を合計して表現する。最高で15点、最低で3点、7点以下は昏睡で[予後不良](#)である。

一方、清明度の障害とともに意識の変容が見られることがあり、[もうろう](#)状態 twilight state、せん妄状態 [delirium](#) などという。[てんかん](#)発作後の[意識障害](#)時に見られる[もうろう](#)状態では、[意識障害](#)があるにもかかわらず一見まとまりのある行動が見られる。せん妄は軽度の[意識障害](#)に幻覚妄想や興奮が加わった状態で、[アルコール](#)症の振戦せん妄や痴呆の夜間せん妄などがある。

1294

[ジェームズ](#)・ランゲの説

[ジェームズ](#)とランゲが別々に唱えた説で、人間は悲しいから涙が出るのではなく、涙が出るから悲しいのだとする説。つまり、情動が身体的変化を引き起こすのではなく、身体的変化が情動を引き起こすという説である。現在でも論争になっているらしい。表にしてみると次のようになる。

原因 結果

? 悲しい 泣く 常識

? 泣く 悲しい [ジェームズ](#)・ランゲの説

? x 悲しい+泣く

悲しいと泣くはどちらも結果であると考えるのが正しそうである。

1295

行動化

acting out

[精神分析](#)療法では主に言語によって治療がすすめられるが、ときに患者は言葉によらず行動によって自己の何かを表現することがある。これを行動化と言い、沈黙、面接予約の[キャンセル](#)、遅刻、暴力、[自殺未遂](#)、性的関係まである。それは患者からの[メッセージ](#)であるから、その行動の意味を治療の中で取り上げていけばよい。

人は葛藤に悩むとき、?内面化・言語化、?行動化、?症状化などをする。言語化はあれこれ考えて内面で悩むこと。行動化は極端な場合には暴力や[自殺未遂](#)などの行動の形で悩むこと。症状化は転換[ヒステリー](#)や解離[ヒステリー](#)などのように症状の形で悩むことである。もちろん、それぞれが独立ではなく重なる場合も多い。

内面が未成熟なために言語化して悩むだけの力がない場合には行動化したり症状化したりすることが多い。行動化や症状化は言語化に比べて現実の経済的・对人的損失が大きい。言語化して悩むことができるように、言葉による表現を豊かにすることが大切である。言葉の網の目の差は感情や認識、思考の網の目の差である。この網の目を精密に成長させることが成長・成熟である。映画や[テレビ](#)では行動を映像で描くしかない。従って登場人物は内省よりも行動化に傾きがちである。[現代の映像](#)文化は行動化による悩み方を教育していることになる。それに対して文章文化

は内省の習慣を教える利点がある。

1296

[心神喪失](#)と[心神耗弱](#)

[心神喪失](#)は責任無能力であり、[心神耗弱](#)は限定[責任能力](#)である。法律の文章では[心神喪失](#)とは「精神の障害に因り、事物の理非善悪を弁識する能力なく、またはこの弁識にしたがって行動する能力なき状態」（昭和6年大審院判決）である。[心神耗弱](#)とは「精神の障害未だ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、其の能力著しく減退せる状態」（同上）である。

[精神科医](#)が[精神障害](#)の内容についてまた[精神障害](#)と犯行との関係について鑑定で報告し、それを参考にして[裁判官](#)が判断する。[心神喪失](#)の場合には罰せず、[心神耗弱](#)の場合には刑を軽減する。[責任能力](#) criminal responsibility がなければ犯罪についての刑罰に意味がないと考えるのが一般的である。たとえば脳腫瘍による異常行動が結果として犯罪をひきおこしたとき、脳腫瘍を治療すればよいのであって、刑罰については意味がないと考えるのものである。ただその場合にも、保護監督の責任があり、危険を知りつつ症状を放置していた人がいたならば、患者ではなくその人の責任は問われるかも知れない。

[責任能力](#)の有無については、米英では、善悪テスト the right and wrong testや所産テスト product test の考え方が用いられる。善悪テストは、[精神障害](#)により行為の善悪を判断する能力がない場合には責任無能力とみなされるというもので、マクノートン法則 McNaughton rules ともいう。所産テストは、[違法行為](#)が[精神障害](#)の所産であるならば[責任能力](#)はないとするもので、ダラム法則 Durham rule ともいう。

1297

[コラム](#)

ジャクソニズムと脳の階層構造

生物進化の原則は、過去のものを捨ててしまうのではなく、既存のものを再利用する形で新しい体制に組み込むことだ。ヒレだった部分を再利用して、手足にしている。エラだった部分は肺になっている。虫垂は今のところ再利用できていないので、一見むだにくっついている。脳のレベルでも、古い脳を新しい体制に組み込むことで再利用がなされていると考えられる。このような[プロセス](#)が何度か重なると脳の機能の階層構造ができる。

では、脳が壊れるときは、どんなことが起こるだろうか。構造は古いものほど頑丈にできている。新しいものほど壊れやすい。長い時間を生き延びてきた構造が壊れにくいのは分かりやすい。人間の脳の場合にも壊れやすいのは一番新しい部分である。一番新しい部分は古い部分をもっとも総合的に使う部分である。人間の脳の機能でいえば、総合的な判断やいろいろな素材を組み合わせて新しいものを創造する部分である。そこが壊れると、判断は部分的になり、創造ができず過去の反復になる。

上位部分が下位部分を支配するときに、抑制的に支配する場合と、促進的に支配する場合とがある。脳の傾向としては、抑制的に支配する場合が多い。したがって上位機能が壊れたときに下

位機能の突出が起こる。それを「脱抑制」と呼んでいる。脱抑制の症状としては、過度にわがままになってみたり、過度の性欲を呈したりする。

アルコール中毒症などで、脳の高級機能が失われることがある。その場合に、倫理感欠如を呈したり、粗暴になったりする。それは脱抑制の印象を与える。ある種の性格障害でもこのような症状が観察されるのは、アルコール症と同様の高級機能の欠損が関与しているかも知れない。

胎児の時期に脳に微細な損傷を受ける機会は、近代都市文明にさらされれば多くなると考えられる。流行性感冒、タバコの煙、排気ガス、機密性の高い部屋での酸素欠乏、アルコール、売薬、医者から出される薬、麻薬・覚醒剤、食品添加物、食品のかび、電磁波、X線、それからストレス。母親には何でもないことでも、胎児の脳にどんな影響があるか、心配すればきりが無い。損傷を受けて生まれた子供の脳では高級機能から順に失われやすい。

脳の機能が壊れたときに、その部分の機能が失われれば、それを陰性症状と呼ぶ。同時に、これまで抑制されてきた下位の機能が突出すれば、それを陽性症状と呼ぶ。

以上のような考え方がジャクソニズムであり、脳の機能を考える際の基本である。

1298

妄想

delusion

現実に反しているにもかかわらず訂正不可能な確信。現実や常識に反する考えを思いつくこと自体は病的ではない。その考えを検証した後に、現実や常識に反する場合にも訂正・棄却できなかったり、人に言わないで黙っていられたら良かったりするならば、妄想と呼ばれる。人々は様々な程度に訂正不能な確信を抱いているものであるが、その考えがその人の社会生活を困難なものにする場合に問題となる。

妄想に対する実際の対応を考えてみよう。たとえば、盗聴されていて苦しいという訴えに対して、周囲の人が「重要人物でもないあなたがどうして……」と説得を始めたとする。するとそれは周囲の無理解と受け取られ、患者さんをますます孤独な戦いに追い込んでしまう。患者さんが妄想を口にするときは、よほど考え詰めて、絶対に間違いがないと確信できたときだと思っただけからである。周囲の人の説得が有効なくらいなら、もっと早く自分で訂正しているはずである。ところがその一方で、こんなおかしいことってあるのだろうかという患者自身半信半疑の面もある。周囲の人が「あなたも信じられないくらい不思議なことだと思いませんか？まわりの人が分かってくれなくても、仕方がないくらい不思議なことですよ。」などと言えば、同意してくれる。従って、周囲の対応としては、「あんまり不思議すぎて、その考え自体には賛成できないけれど、そのように考えていればとてもつらいだろうということは理解できる。つらさを軽くするためには専門家に相談してみたらどうだろうか。」と話を進めるのがよい。

精神分裂病で被害妄想をはじめとする妄想があらわれることの多いのは事実であるが、妄想があるからといって精神分裂病というわけではない。しかし幻覚妄想状態は放っておけば治るものでもない、専門家に相談すべきである。治療方法はいろいろあるので絶望する必要はない。

1299

防衛機制

defense mechanism

不安を処理するための無意識的な働きのこと。?事実は変更せず、ことからの意味付けや観点を変更するのは正常範囲の防衛である。これは防衛というよりは成熟である。?内的事実（自分の欲望や感情などについての事実）を歪曲するのは神経症的な防衛である。?外的事実を歪曲するのは現実検討を失っていることで、精神病的な防衛である。

神経症的防衛には次のようなものがある。抑圧、取り入れ、反動形成、退行、合理化、隔離、解離、知性化、逃避、打ち消し、自己懲罰、置き換え、昇華、補償。精神病的防衛機制としては以下のものがあげられる。原始的防衛機制ともいう。分裂、投影、投影性同一視、（取り入れによる）同一視、否認、原始的理想化、躁的防衛。

以上の防衛機制は、理論的に演繹されたものではないから雑然としており、一部は重なるものもある。また複数の防衛機制的組み合わせで説明できるものもある。それぞれに背景があり存在理由のある言葉なので煩雑であるが仕方がない。また「機制」という言葉は日本語としてはなじみがないが「メカニズム」の翻訳である。

たとえば喪失体験、直面化、惚れ込み、外国文化受容など、みな類似の経過をたどる。まず自分に都合のいいように現実を歪曲してみる。これが精神病的防衛機制。つぎに自分の気持ちを歪曲する。これが神経症的防衛機制。そのあとでやっと正確な状況把握が生まれる。喪失体験は現実否認から現実の受け入れへ向かう。惚れ込みは過大評価から幻滅を経て現実の受け入れへ向かう。

1300

神経症、ノイローゼ

neurosis

外因性精神病と内因性精神病に対して、心因性または環境因性に起こる病気を指す。不安神経症、心気神経症、神経衰弱、ヒステリー、抑うつ神経症、強迫神経症、恐怖症、離人神経症などが含まれる。症状は精神、身体、行動の各面にあらわれる。精神面では不安、恐怖、強迫、離人、ゆううつ、おっくう、イライラ、無気力、心的疲労感がみられる。身体面では身体疲労感、易疲労感、自律神経症状（頭重感、めまい、動悸、息苦しさ、口渇、吐き気、食欲不振、下痢、便秘、月経困難など）、ヒステリー性転換症状（嚔下困難、失声、失歩、失立、難聴、二重視、失明、意識消失、運動麻痺、感覚脱失、歩行困難、けいれん、慢性疼痛、性的不感症など）がある。行動面ではヒステリー性解離症状として二重人格、遁走、生活史健忘、自己破壊的行動としては自殺、自殺未遂、自傷があり、家庭内暴力などの攻撃的行動や過食、浪費、盗み、性的逸脱、薬物乱用、種々の衝動行為がみられる。

1301

高感情表出

high EE(Expressed [Emotion](#))

家族が患者に対して批判的で敵意を含む感情的な言葉を投げかけていると分裂病の再発率が高い。このことを「家族のhigh EEは再発率を高める」といっている。分裂病男子長期入院患者が退院したとき、家族と暮らすよりも単身で暮らす方が再発率が低いことが見いだされ、その原因として家族のhigh EEが問題になった。これは家族に「患者を怒ってはいけないということか」とショックを与えた。再発しそうな状態のときには家族は感情的になるだろうから、統計の結果としてはhigh EEと再発が相関があることになるともいう。逆にすっかり諦めきった家族は指導もしないし感情もこもらないからlow EEになる。結局ピリピリ緊張せず前向きな家族がいい。

1302

家族療法

family therapy

広い意味では家族を対象とする[集団療法](#)全般を指すが、狭い意味では特に[システム](#)論に強く影響を受けた療法を指すことがある。[システム](#)論では、家族の個々の成員には異常はないが、家族間の関係の仕方に問題があるために、家族の一部に[精神障害](#)が発生していると見る。この立場では、症状を呈している一人を治療しても意味がなく、家族全体の[システム](#)を治療する必要がある。[精神医学](#)の世界では現在は主流とはいえない。[システム](#)論は別にして、患者の療養環境としての家族に問題がある場合、家族全体を精神療法の対象にする場合がある。

1303

[ストレス](#)—[脆弱性モデル](#)

stress-vulnerability model

[ストレス](#)に対して人はいろいろな反応をする。食欲が増進する人もいれば眠れなくなる人もいる。[ストレス](#)に対して幻覚妄想状態で反応する人たちもいて、そうした人たちが[精神病患者](#)であると考えられる。またたとえば[ストレス](#)に対して自律神経系の症状で反応すれば心身症である。

古くから体質か環境かという議論があるが、[ストレス](#)・[脆弱性モデル](#)では、[脆弱性](#)すなわち[ストレス](#)にさらされると幻覚妄想状態になりやすい体質に、[ストレス](#)という環境が加わって発症すると考える。つまり体質と環境の足し算で精神病が成立する。

対策としては、薬剤で脆弱な体質を補正し、SST (social skills training:[生活技能訓練](#))などで[ストレス](#)を回避する方法を身につけ、この両面から再発を防ぐことを考える。

1304

否定妄想

delusion of negation

=コタール症候群 (syndrome de Cotard)

自分の身体 (の一部) の死滅、非存在を主張する妄想。「脳がない」などと訴える。[うつ病](#)で見られる。

1305

敏感関係妄想

sensitiver Beziehungswahn

[クレッチマー](#) (Kretschmer) の提唱したもので、心因性の妄想。[クレッチマー](#)の三徴候すなわち? 敏感性格? 逃れられない困難な状況? たいていは屈辱的な「鍵体験」の三者がそろったときに関係妄想や被注察妄想、[被害妄想](#)が発生する。これを敏感関係妄想という。妄想が心因性で了解可能であることを示した点が意義深い。なお、敏感性格は次の二極で特徴づけられる。? 弱力性 (無力性) 内気、控え目、繊細、傷つきやすい。? 精力性 (強力性) 名誉を重んじる、負けず嫌い、疑り深い、頑張り屋。

1306

幻覚?

hallucination

外界に対応する刺激がないのに知覚を生ずる現象。周囲の誰にも声が聞こえないのにその人にだけ声が聞こえる場合など。刺激が存在し、別の何かであると知覚するのは錯覚である。他の人たちには[電信柱](#)に見えたものが、その人にだけ人影に見えた場合には錯覚と呼ぶ。知覚の正しさは多数決によるものではないのだが、実際には多数決と常識によっている。[クーラー](#)のうなり音に混じるように人の声が聞こえる場合には、機能性幻聴と呼び、病的な場合も正常の場合もある。シャワーの音の中に電話の音が混じりあわてるケースなどは、病気ではない場合でもしばしば生じる。幻覚は様々な疾患で生じるが、幻覚体験自体が病的とは言えず、幻覚の内容や持続、さらに背景の病理を検討する必要がある。専門家に相談しておくほうが安心である。

またたとえば幻聴を体験している場合、実際に幻聴があることと、幻聴があると妄想していることと区別できるだろうかという問題があり、難問である。たとえば「[ヒトラー](#)が私に命令している幻聴が聞こえている」と訴える場合、[ヒトラー](#)は[ドイツ語](#)で語っているのか、[日本語](#)で語っているのかと問題にすれば、[あいまい](#)になることが多い。この場合は「[ヒトラー](#)が私に命令している」という妄想がある」と記述した方が適切な場合もあると考えられる。

1307

幻覚?

hallucination

「対象なき知覚」、「知覚すべき対象なき知覚」または「対象なき知覚への確信 (conviction sur la [perception](#) sans objet)」。 「確信」を重くみれば、妄想に近づく。知覚は感覚から意味までを

含むので、その幅に応じて幻覚も考えられる。

空間の特定の場所にはっきりと存在すると固く信じられるものは真性幻覚であり、ひょっとしたら自分のイメージなのかも知れないと思えるものは偽幻覚である。

単純な要素的な音が聞こえてくる場合（要素幻覚）から、メッセージを明確に持った言葉が聞こえてくる場合（幻声）まで、様々である。メッセージまたは意味がより明確に付与されているほど、妄想に近くなる。

入眠時幻覚、出眠時幻覚は寝入りばなと覚醒時に現れる幻覚である。意識レベルが低下しているときに現れるもので、必ずしも異常とは考えられない。

幻聴のなかでも幻声が精神分裂病に多い。患者は幻声と会話をしたり（二人称幻声）、幻声同士がひそひそと自分のことを言っていると悩んだり（三人称幻声）、自分の考えが声になって困る（思考化声）と言ったりする。行為批評幻声は、幻声が患者の行為について「便所に行った」「薬を飲んだ」などとコメントを加えるものをいう。

幻触は「性器をいじられる」などという訴えとなる。

人間は他の哺乳類に比較すれば圧倒的に視覚の動物であると思われるのに、幻視は幻声ほど問題にならない。それは他者からのメッセージ伝達が音声による言葉を介して行われることが多いからであろう。人間が言葉を頭の中に思い浮かべるとき、文字で、たとえば明朝体の青い字でなどは思い浮かべないだろう。考えが文字になって見えるのは、考想可視と呼ばれ、まれである。時間の流れを伴った音声言語で、ちょうど喉を少し震わせて発音するくらいの調子で、言葉を思い浮かべるのではないだろうか。

幻視は分裂病よりは器質性疾患が目立ち、たとえばアルコール性の幻視では小動物（ネズミやゴキブリ）が見えたり、腕をアリやクモがはいまわっていたりする。またアルコール症では圧迫幻視＝リープマン現象が有名で、閉眼させて上眼瞼を圧迫すると、幻視が誘発される。

頭のうしろにものが見えるというときは、視界の外に視覚が成立しているわけで、域外幻覚と呼ばれる。

幻嗅、幻味については幻聴、幻触、幻視に比較すれば診察室ではあまり問題にならない。

1308

分裂病の定義

分裂病は本質が分かっていないので、本質的な定義はできない。ただ、医者が「分裂病」の診断名を使うとき何を意味しているかは業界の習慣として説明できるはずである。ところがそれも国によって、流派によって違いがある。もっとも広義の分裂病から、もっとも狭義の分裂病までを並べて、その考え方を検討してみると、たとえば以下のようなになる。

?性格傾向を判断材料とする。分裂病ではうつ症状も神経症症状も出る。

?現実検討の喪失を基準とする。これは病態水準を見ていることになる。

?現在症とくに自我障害を基準とする。

?経過の特性を重くみる。シュープを反復する経過。しかしこれでは何十年も経ってからでないと診断できないことになる。臨床的には決定的に不都合であるが、これがもっとも病理の本質と関

係しているかも知れない。

以上のように性格傾向、病態水準、現在症状、経過と並べると次第に厳格になってゆく様子がわかる。もう少し具体的に示すと、広い順に

- ・分裂気質+症状（ほとんどあらゆる症状）
- ・遺伝負因+症状
- ・[ブロイラー](#):4A（[陰性症状](#)の強調）
- ・[シュナイダー](#):一級症状・二級症状（自我障害中心）
- ・[クレペリン](#):経過分類・[シュープ](#)（段階的増悪）

などがあげられる。DSMは[ブロイラー](#)と[シュナイダー](#)の混合である。

1309

転移

transference

患者が診察室で治療者に対して、これまでの人生の重要な対人関係を[無意識](#)に再生して感じたり行動したりすること。内的対象関係を投影しているといってもいい。治療者が具体的にどんな人なのかははっきりしないうちは、患者の過去の経験の中から類推するはずである。したがって転移は、治療者自身が[スクリーン](#)になってそこに患者の内面が映し出されているようなものである。これは患者の内面を知る大切な情報である。患者が治療者の前で見せる態度は、治療者を現実に把握した上での態度と転移による態度の混合物となる。これを見分けるのが大切で、かつ困難なことである。観察する治療者側にも逆転移が起こるので一層複雑になる。自分一人で考えるのではなく、複数の[スタッフ](#)の目で考える習慣を持っておくと、次第に自分を客観視できるようになるだろう。また、[スーパーバイザー](#)がいれば役立つ。転移には陽性転移と陰性転移があり、陽性転移は治療者を好きになる方向の感情、陰性転移は治療者を嫌いになる方向の感情である。

1310

逆転移

counter-transference

転移は患者が治療者に対して抱く[無意識](#)の心の動きであるのに対して、逆転移は治療者が患者に対して抱く[無意識](#)の心の動きである。[無意識](#)層のことであるからコントロールは難しいが、逆転移が治療の妨げにならないように自己点検する必要がある。そのために[スーパー](#)バイジングや教育分析が役立つ。

1311

転移神経症

主治医との関係に限定された神経症のこと。現在の神経症に対して精神療法を始めると転移が発生し、患者の心を占めるのは現在の葛藤ではなくて過去の葛藤になる。この状態では現在の症状はいったん消えるので転移性治癒という。一方で過去の葛藤が活性化されることにより別の神経

症症状が発生する。これを転移神経症という。[フロイト](#)の[精神分析](#)療法では神経症を転移神経症に変換し、症状を診察室内に限定した上で治療を進める。

1312

[生活技能訓練](#)

SST:social skills training

=[社会生活技能訓練](#)

[ストレス](#)・[脆弱性モデル](#)と[認知行動療法](#)、社会学習理論を基礎として、ロールプレイなどを活用して生活技能や対人行動を身につける訓練のこと。たとえば服薬自己管理や症状の訴え方、また買い物の仕方などを身につければ[日常生活](#)の[ストレス](#)を減らすことができる。結果として再発を防止しつつ生活を拡大することができる。しかし日本の各病院に本来の好ましいSSTが根付くにはまだ時間がかかりそうである。

1313

[視床下部](#)

hypothalamus

視床の下にある部分で間脳に属する。自律神経の中枢であり、内分泌の[センター](#)でもある。[視床下部ホルモン](#)は下垂体[ホルモン](#)の分泌をコントロールしている。

1314

ヤロムの集団精神療法の治療因子

ヤロムは個人精神療法に比して集団精神療法が治療的である理由を考察してまとめている。

- (1)よくなるという希望をもつこと：実際によくなっている人をみれば納得できる。
- (2)普遍性：病気で苦しいのは自分だけではないのだと気付く。
- (3)情報：病気、薬、治療についての知識を深める。
- (4)思いやり：愛他的行為により、[自己評価](#)を高める。
- (5)家族関係についての修正感情体験：これまでの人生で十分でなかった家族関係を補うことができる。
- (6)社会適応技術の学習：これこそ集団の中で学べる。ときにはS S Tなどを用いる。
- (7)行動を模倣する：よい[モデル](#)を模倣することができる。
- (8)対人関係の学習：社会の中では優しい人ばかりではないが治療的集団ならば対人関係学習に適している。
- (9)集団凝集性：まとまりができて[帰属意識](#)が[生まれる](#)。[アイデンティティ](#)形成に役立つ。
- (10)[カタルシス](#)：ひとりでいると発散のしようがない。
- (11)実存的因子：人間は連帯することによって強くなるのだと感じ取ることができる。

1315

離人症

depersonalization

ものの実感が感じられなくなる状態。本人は病識を有していて大変辛い。しかもその行動を見ているだけでは他人からは異常が分からない。特有の不快感で言葉にすることは難しいと訴える。伝統的に次のように分類している。

?内界意識離人症＝自己の体験や行動の能動感消失＝人格感消失（狭義の離人症）

訴えの言葉は「[喜怒哀楽](#)が感じられない。つまらないとも思わない。何も感じない。頭が麻痺している。自分がやっているのは分かるのに、自分がしているという実感が無い」などである。

?外界意識離人症＝外界対象の実在感の希薄＝現実感消失または非現実感

「自分のまわりにベールが一枚かかったかのようだ。実感が無い。生き生きとした感じが無い。見慣れているものはずなのによそよそしい。」

?身体意識離人症＝身体の自己所属感の喪失・自己感覚の疎隔＝自己身体喪失感

「自分の体ではない。暑さ寒さの感じが無い。自分の体が生きている感じがしない。」

これらの離人症状は[精神分裂病](#)、[うつ病](#)、神経症などで起こり、治療は原因疾患の治療を進める。

1316

老年期痴呆 → 凶

dementia in senium

[アルツハイマー](#)型老年痴呆と脳血管性痴呆を代表とする、老年期の痴呆症。老年期痴呆、老年痴呆、老人性痴呆などがあり紛らわしい。老人性痴呆はもっとも広い呼び方。それを年齢で区切った場合、65歳以降に発症したものを老年期痴呆、それ以前に発症したものを初老期痴呆と呼ぶ。病気の原因で区別すれば、脳血管性痴呆（出血や梗塞）、変性症（[アルツハイマー病](#)、[ピック病](#)）に大別できる。

1317

老年痴呆

senile dementia

= [アルツハイマー病](#)

[アルツハイマー病](#)はもともとは初老期の痴呆を指したが、65歳すぎに始まる老年期タイプの場合も病気の本質は同じであるということで、初老期も老年期も、[アルツハイマー](#)型の脳変性がある場合に[アルツハイマー病](#)または老年痴呆と呼んでいる。[記憶障害](#)、見当識障害、感情障害、性格変化、思考障害、行動異常などの痴呆症状が、血管性痴呆に比して直線的に進行し、全般的痴呆を呈するに至る。初期から病識に乏しい。[ピック病](#)ほどではないが早期からの[人格障害](#)があり、神経学的症候や脳局所症候が目立たないことが特徴である。脳萎縮や脳室拡大がCTやMRIで確認できる。治療には脳代謝改善薬などが用いられる。

1318

[コラム](#)

痴呆は治るか？

「痴呆は治らない」という先生と「痴呆も治る」という先生がいるが、どちらが正しいだろうか。

医者用語としての痴呆は脳の不可逆性の変化を指しているから、脳病理に厳密な先生は「痴呆は治らない」といわざるを得ない。治らないものを痴呆と呼ぶからだ。しかし臨床の実際では「ひどい物忘れ」から始まる一連の病態を広く痴呆と呼んでいるから、その症状の中には非痴呆性の可逆的なものも含まれている。そこで「痴呆にも治るものもある」ということになる。

もうすこし詳しくいえばこういうことだ。老人性痴呆の症状の中には、[神経細胞](#)の変性（これが不可逆的）による「中核症状」と、それ以外の「周辺症状」（これが可逆的）とがある。この見極めが大切である。たとえば尿失禁の場合、脳の排尿中枢の[神経細胞](#)が変性した結果の尿失禁であれば治らない。そうではなくて、反応性の症状であれば、環境調整したり薬剤を工夫すれば回復する可能性がある。物忘れにしても、中核症状として起こっているのか、それとも[意識障害](#)などの結果起こっているのかで回復するかどうかが違う。意識障害を治療して結果として物忘れが治ったという場合、専門的には「痴呆が治った」とはいえないが、一般には「痴呆が治った」といっても間違いではないだろう。

1319

フォン・ドマルスの原理

述語の一致から主語の一致を結論したり、部分の一致から全体の一致を結論する思考法を[古論理的思考](#)あるいは述語論理、フォン・ドマルス (von Domarus, 1944) の原理と呼ぶ。アリエティは「[聖母マリア](#)は処女である。私は処女である。だからわたしは[聖母マリア](#)である。」「スイスは自由を愛している。わたしは自由を愛している。だからわたしはスイスだ。」などを例としてあげ、このような形式の思考は古代人の神話、未開人の神話、幼児や分裂病者にみられるとしている。また、ただしこのことは未開人や分裂病者の劣等性の証拠ではないと注意している。アリエティによれば未開思考と分裂病性思考との類似点は分裂病者の妄想を理解する手がかりになる。ほかには決定論的因果律に対する目的論的因果律も分裂病理解の同様に手がかりになるとしている。

1320

自我親和的と自我異和的（または違和的）

ego syntonic and ego alien(またはdystonic)

欲求、思考、感情、行動、妄想、症状などが自分にとって親しみを持って受け取られるものか、逆に違和感を持って受け止められるものかを示す言葉。たとえば幻聴が自我異和的な場合には悩んで治療を求めるが、幻聴を自我親和的に感じるようになると病気とは考えなくなる。ある分裂病の人は「聞こえているのは幻聴ではないんです、耳の奥に子供がいるんです、聞こえなくなる

と寂しくてね」と自我親和的な幻聴を教えてくれたりする。

1321

添え木療法

急性期を過ぎて落ち着いた分裂病者に妄想を再燃させる刺激を与えると微小再燃が起こる。この賦活再燃現象を治療目的で[引き起こし](#)、再燃から回復に至る過程を経験してもらい、病気に対処するコツを会得してもらう。この過程で治療者は「添え木」の役割を果たす。社会復帰を目指す時期には患者が主体となり治療者が添え木になることを指摘していて特に意義深い。

1322

「すっぱいブドウ」で防衛している人の精神療法 → 没

「あの人が好きだと思っていたけれど、あの人は奥さんとは別れられないと言った。そうしたら急につまなくなかった。本当は彼を好きじゃなかったことがわかった」と語りつつ、仕事に集中できないOLさんの場合。

「すっぱいブドウ」は防衛機制の中の合理化に属し、「甘いレモン」と対照的である。ブドウが食べたいと思ったのになえられなかったとき、あのブドウはすっぱいからむしろ食べなくてよかったと自分を納得させる。しかし心の奥底ではやはりブドウは食べたいのである。その欲求を抑圧するために理由をつけている。ときにはこれが成功せず葛藤に悩むことがある。その場合は治療として「自分は本当はブドウが食べたいんだ、あのブドウがすっぱいなんて言い訳だ」とはっきり悟ってもらう方法がある。また、「あのブドウを食べるかどうか、すっぱいかどうかにかかわらず、もっとおいしいオレンジを探しましょう」と目標の再設定を勧める方法もある。前者は直面化の技法、後者は隠蔽の技法である。

1323

[ストックホルム症候群](#)

stockholm syndrome

[ストックホルム](#)で起こった[銀行強盗](#)事件の人質が、強盗に好意的になり警察に対して敵意と恐怖を示した。強盗の寛大さに感謝したりもした。このことから、強盗や監禁に際して被害者が加害者に対して陽性の感情を抱く状態を[ストックホルム症候群](#)と呼ぶ。拡張した使い方として、[家庭内暴力](#)などの日常の暴力的関係の被害者が加害者に対して逆説的に好意を抱く状態を指すこともある。

1324

文化結合症候群

culture-bound syndrome

限定された地域の特殊な文化的背景のもとでみられる精神病状態で、[マレー半島](#)のラターやアモク、日本では[アイヌ](#)のイム、沖縄のカミダーリィなどがある。現地の人々は病気とは考えていな

い場合がある。

1325

[睡眠相後退症候群](#)

人間の概日リズム（[サーカディアンリズム](#)）は約25時間であり、現代人はこれを24時間周期の[社会生活](#)時間に合わせて生きているのが通常である。[社会生活](#)時間に合わせられなくなる状態のひとつに[睡眠相後退症候群](#)があり、夜寝付きが悪く朝起きられない状態が慢性的に続く。たとえば午前2時に寝て午前11時に起きるので[社会生活](#)に支障が出る。入社困難や登校困難の一部をなす。治療は高照度光療法、[ビタミンB12](#)、[メラトニン](#)、[ベンゾジアゼピン](#)系入眠剤、入眠覚醒時間を計画的にずらしてゆく方法などがある。

1326

[セロトニン](#)症候群

serotonin syndrome

主に[抗うつ剤](#)の投与中に発症する副作用で、下痢や自律神経症状が中心である。脳内の[セロトニン](#)が過剰になるためと推定されているが詳細は不明である。

1327

[ラビット](#)症候群

rabbit syndrome

[抗精神病薬](#)の投与中に出現する、口唇をすばやく規則的に開閉する不随意運動を指す。[うさぎ](#)の口の動きに似ていることから名付けられた。薬剤性パーキンソニズムに近いもののようで抗コリン剤で改善する。

1328

対人距離

他人との心理的な距離のこと。分裂病の人たちは一般に人見知りや[躁うつ病](#)の人たちは一般に人なつっこい。このことを分裂病者は対人距離が遠く、[躁うつ病](#)者は対人距離が近いという。また別の観察によれば、対人距離の取り方が硬直していて、はじめは遠く、ある時点で急激に接近しすぎるといったようにぎこちないのが分裂気質の特性である。

1329

[レム睡眠](#)とノンレム睡眠

REM period, NREM period

睡眠はレム期とノンレム期のふたつに分けられる。レム期とは急速眼球運動 Rapid Eye Movement の頭文字をつなげてREMと呼んでいるもので、この時期にはまぶたの下で目がきょろきょろ動いているのがわかる。夢を見ていることが多い。眠っているのに覚醒型の脳波[パターン](#)を呈するの

える。病理の深い患者には受容と非受容の両方を適切に使う必要がある。

たとえば、母親は子供の全部を深いところでは受容している。しかし浅い部分では教育の方法として部分的反受容を用いるのである。治療者の態度としてもこの区別が必要である。

治療者が受容という言葉に縛られて、きちんと指導できないことがある。受容が必要な場面と指導が必要な場面とを区別する必要があるだろう。

1333

受容？

acceptance

[カウンセラー](#)のクライアントに対する態度として、受容がある。[ロジャーズ](#)によれば「無条件の肯定的・積極的関心」と同義であり、クライアントをひとりの人格として重んじる態度である。しかしこのことはクライアントの現状を無批判に肯定することではない。[カウンセリング](#)とは批判することではないが無条件に肯定したり受容したりすることではない。無条件に関心を持つことと無条件に受容することとは全く違う。

受容すべきなのは患者の今現在外にあらわれているまの言葉や行動ではない。よく生きたいと願うクライアントの心を受容するのである。その人の健康な自我と同盟するという「自我同盟」と似たところがある。

クライアントの現状ではなく、可能性を受容すると表現してもよい。

このように見てくれば、よく生きるとは何か、現状よりも他の可能性がよいのかなどについて価値観が入り込む。治療に[セラピスト](#)の個人的な[価値判断](#)が過剰に入りこむことのないよう、自己コントロールするのがプロである。

無条件の受容は治療的退行を引き起こす。それは治療効果を狙ったうえでの意図的な退行操作であれば許される。どのようなクライアントに治療的退行が有効であるのかを厳密に見極める必要がある。治療者によってまた施設によって方針が違うだろうが、我々としては生育の歴史の中に葛藤の根源があるタイプの神経症に限って、治療的退行が適応となると考えている。その他の場合には、退行操作は自我の[脆弱性](#)を亢進させてしまうので、禁忌である。このような事情から、受容的態度の前に、正確な診断が不可欠である。

1334

受容？

acceptance

[カウンセラー](#)があるがまのクライアントを無条件に受け入れること。他者に無条件に受容されるという体験には人間を変える力がある。それまでの人生で、無条件の受容を経験してこなかった人の場合には特に大きな影響を及ぼす。

しかし一方で受容的態度は退行を促進することもある。退行が治療として有効かどうかを見極める力を持たないと悪い結果を招くこともあり、[カウンセラー](#)としても危機に至ることがある。こうした見極めに専門性が発揮される。

退行的面接とは逆に、現実検討を高める[カウンセリング](#)も大切である。これも受容的態度で可能である。

1335

[カウンセリング](#)の治癒因子

図を参照。?治療構造?専門知識?人格（自己一致）にわけて説明する。

?まず重要なのが治療構造である。時間、場所、その他いろいろな約束。治療構造がしだいに内在化されてゆく。それはクライアントが社会化されてゆくということでもある。

?専門知識は[カウンセリング](#)の中心である。薬、性格、行動、症状などに関する[アドバイス](#)であったり、ともに考える姿勢であったりする。

?人格の影響は患者の深層に浸透してゆく。患者の成長は実はこのレベルで起こる。ここで大切なのは[ロジャーズ](#)のいう自己一致（congruence）の原則である。治療者自身が言葉と行動、感情を一致させ、さらには本来の自己と現在の自己を一致させることである。この点での不一致を見せると患者は治療者を信頼しなくなる。

?は意識のレベルへの影響、?は[無意識](#)のレベルへの影響と考えてもよい。治療者としても、?は意識的にコントロールできるが、?はコントロールできない部分もある。

1336

[コラム](#)

[カウンセリング](#)

[カウンセリング](#)で何が大事か、何が原則かという問題についてはいろいろなレベルで答えがある。[ロジャーズ](#)は[カウンセラー](#)に大切な態度として?自己一致?共感?積極的関心?無条件の関心の四つをあげている。ここでは[カウンセラー](#)の成長の度合いに応じてみていこう。

?もっとも低級の答えは、「自分の考えを押しつけず、クライアントの話を傾聴する」といったものである。[カウンセラー](#)の「自分」を消去することが求められる。しかしただ単に傾聴と受容になってしまう場合もある。

?受容だけでは務まるはずもないので、ときに対決・説得・助言の場面も必要になる。「自分を出す」ことになる。しかしこれと「自分の考えを押しつける」こととの違いを明確に意識していなければならない。これは難しいが、結局高いレベルの常識があるかどうかということになるだろう。しかしそのような世間の常識というものは、世間で世間並みに仕事をしているからこそ得られるのであって、診察室で話を聞いているだけでは十分に身につかないものかも知れない。[カウンセラー](#)はたとえば[サラリーマン](#)以上に世の中や人間について知っているかといえ、疑わしい。逆に[カウンセラー](#)は何も知らないが安定はしている、それだけでも価値があるのかも知れない。

?さらに高級になると、再び[カウンセラー](#)の「自分」というものが消える。

?さらに高次になると人間の深い部分での交流になる。これは実際の[社会生活](#)の中でもまれにしか存在しない。

1337

集団精神療法の言葉

集団を記述する言葉とメンバー間の関係を記述する言葉を我々は十分に持っているかが問題である。我々の現状では、個人の内面から見た対人関係を記述する言葉が多い。対人関係そのものに焦点を当てた言葉、集団そのものに焦点を当てた言葉が不足している。集団のことや対人関係のことは、個人の内面の記述に還元できないからこそ、集団の[心理学](#)がある。集団を観察し記述し介入するための前提として、必要十分な言葉を持つこと。たとえばビオンなどを勉強することから始める。

集団全体を記述することと、個々のメンバーについてカルテを書くこととの間には越えられない溝がある。力学でも熱力学は個々の粒子についてではなく全体の記述を工夫している。

1338

集団精神療法の技術

?集団設定

[デイケア](#)などの集団精神療法では、集団を編成するにあたって、どのような性格の集団として設定するのかがまず第一に重要である。参加者は何人にするか、年齢、性別、疾病、病態レベル、社会機能レベルをどのように設定するか。時間、場所、休むときの連絡の要否、自由参加か限定参加か、参加の目的、結果の評価方法、家族との意思統一、途中参加の可否、卒業制か否か。集団設定としては、退行のレベル設定も大切である。どこまで現実的でどこまで空想的な集団であるか。

個々のメンバーについて参加の可否を検討するときには重要なこととしては、対人関係[パターン](#)の把握、集団内での振る舞いについての予測、患者の目的とそれがどの程度達成されるかの予測、目的達成のための[必要条件](#)と乗り越えるべき困難、患者にどんな役割を期待するかなどがあげられる。

治療者は自分でメンバーを選ぶことが大切である。集団精神療法で何をしたいかは、どんなメンバーを選ぶかということとほとんど同じである。

?集団運営

つぎに集団運営の問題としては次のような項目があげられる。[プログラム](#)内容はレクリエーション主体か訓練的か。[リーダーシップ](#)のあり方。個人精神療法との組み合わせ方。患者への情報の[フィードバック](#)の仕方。治療者間の役割分担の仕方（A-T[スプリット](#)など）。特に、集団場面の指導と、個人精神療法での指導とを組み合わせる技術が大切である。それぞれを異なる治療者が担当するのがよいかも知れない。

?集団の[無意識](#)

集団の動きを把握するにあたっては、グループ全体の[無意識](#)が治療者に向かって反応を起こす場合やその逆の場合など、転移逆転移を個人の[無意識](#)と集団の[無意識](#)との間に考える必要もある。

[コラム](#)

相貌化について

色盲検査の絵を見たときに、最初は何だかよくわからなくて、しだいにくっきりと絵が見えてくることがある。

よく見慣れている漢字なのに、何かの拍子に違和感を感じることもある。法律の法は「サンズイに去る」などと分解して考えると腑に落ちない。しばらくしてまたいつもの感じに戻る。

雲や木目をじっと見ていると[アイスクリーム](#)や人の顔が浮かび上がってくることがある。しかし一瞬の後にはただの雲や木目になる。

こうしたことがらを「相貌化」という考え方で説明してみよう。相貌とは顔かたちという意味であり、相貌化は「形が意味を持つようになる」といったような意味である。

形+相貌化=意味のある形としての認知

と表現できる。リンゴのリンゴらしさを描く芸術はこの相貌化作用と深く関係している。

色盲検査の場合には、少しの時間をかけて相貌化作用が進行するわけだ。また、見慣れた漢字が意味のない形に分解してしまうのは、「脱相貌化」である。相貌化が戻って来ればまた意味のある普通の漢字になる。雲や木目が意味のある形に見えてしまうのは「過剰相貌化」である。通常の相貌化に戻るとただの雲と木目になる。

さて、相貌化作用が欠如している病気があるとして、どのような症状になるだろうか。机を見ても机という意味のまとまりとならずに木の板があるだけと感じられる。それが通常は机といわれているものだとはわかる、目的もわかる、しかしそれは頭で理解しているだけで「机の実感」が欠けている。テレビを見ても、色の粒子が見えるだけの感じだ。風景は絵葉書のように平板で、生き生きとした感じがなく、目に見える形を実感を伴う生き生きとしたものとして把握する「何か」が欠けている。これが脱相貌化の状態であり、[精神医学](#)でいう離人症である。

逆に、相貌化作用が過剰になる病気があるとして、どのような症状になるだろうか。壁のシミは人の顔になり私をあざけり笑っている。鳥の鳴き声はスパイの通信になり私を陥れようとしている。家族のなにげない挨拶は世界の破滅の合図になる。ものごとに過剰な意味を付与している状態であり、[精神医学](#)でいう幻覚妄想状態である。

離人症や幻覚妄想状態のすべてを説明するものではないが、一部はこのような成り立ちをとっているものと思われる。特に、一人の患者さんが離人症と幻覚妄想状態の両方を体験している場合には相貌化作用の不安定として説明できる可能性がある。

絵画療法

art therapy

言語チャンネル以外の表現のひとつである絵画を利用した精神療法。レクリエーションの意味あいが強いものから、診断的意義が強いもの、治療関係を作る方法としてのもの、[カタルシス](#)を狙うもの、さらには[イメージ](#)の世界の再構成を狙うものまで、幅広い。

具体的に紹介すると、

?空間分割法。画用紙に線を引いて画面を分割し色を塗る。

?なぐり描き法。[スクリブル](#) (scribble) 法では、自由になぐり描きした線に色を付ける。スクイグル (squiggle) では治療者と患者が交互になぐり描きと色付けを行う。

?バウム・テスト。木を描いてもらう。

?人物画。グッドイナフ。人間の全身像を描く。

?風景画法。TPH (木、人物、家) をセットで描くものや川、山、田、……と順次描く[風景構成法](#)がある。

?家族画法。家族が何かしているところを描く。

このなかでも[風景構成法](#)が特に有用である。

1341

[風景構成法](#)の?方法

[中井久夫](#)の創案になる。はじめは[箱庭療法](#)への導入の適否を判定する資料としての意味あいもあったという。

B5のケント紙にサインペンでまず枠を描く。枠なしの技法もある。川、山、田、道、家、木、人、草花、動物、岩・石・砂、その他つけ加えたいものの順に描く。次に[クレヨン](#)で色を付ける。最後に味わいつつ、絵についてすこし話す。診断の意味もあり精神内界の再構成の意味もある。患者は解釈を聞きたがるが、一枚の絵ですべてが分かるというものでもない。中井はP型 (paranoid) とH型 (hebephrenie) に分けている。解釈はこの程度が妥当であると思う。生活で観察される精神機能から推定される風景構成と、実際に描いた風景構成が著しく食い違うことがある。予想外に高く出る場合と、予想外に低く出る場合とがある。このあたりも診断的価値がある。

[風景構成法](#)の難点は、絵の上手と下手とでは所見の意味が違ってくることである。人が線画になったとして、書き慣れていない、または下手であるということなのか、人間に対する態度の何か反映されているのか、線画という所見だけからははっきりしたことは言えないだろう。この難点を解消する技術が求められる。

1342

[風景構成法](#)の?解釈

治療者はクライアント個人に特有の[イメージシステム](#)を理解し、それを前提として解釈する。たとえばうさぎが描かれたとして、それは何を意味するのかと考える。その際に、昔の夢分析ハンドブックのように公式の当てはめになってはいけない。その[イメージ](#)はその人の心のどの層のどの部分から出てきたのか、その人の心に即して考察する必要がある。一般化しすぎることは危険であり、むしろ内容ではなく形式を解釈する態度が必要である。[ロールシャッハ](#)の解釈に似ていると考えてもよい。

各個人の内部の[イメージシステム](#)を個人的意識、個人的[無意識](#)および[集合的無意識](#)に分類して考

える。個人的無意識とは個体発生（生育歴）の途上で蓄えられたもので、[集合的無意識](#)とは系統発生の途上で蓄えられたものである。各[アイテム](#)がどの層から出現し、どの層の加工を受けたものかを考えることで、患者の病態レベルを推定できる可能性がある。

逆に、絵画などで表現することによって、[イメージシステム](#)が次第に明らかになる面もある。治療に伴って変化もする。その変化を患者治療者で共に味わうことが大切である。

[風景構成法](#)にも、陽性所見と陰性所見が含まれている。たとえば、他の構成度は高いのに、人が線画になっている場合。また、家だけが色を塗られず放っておかれている場合。これらはいったん高度に構成されたものが部分的に解体したものと見なすことができるだろう。これは強いサインである。

1343

[風景構成法](#)の?治療的意義

自分を表現する手段として言葉とは別の経路を使うことにまず意義がある。つぎに治療者との関係も言葉を解したものと別のものになる可能性がある。さらには「風景構成の再獲得により、世界連関を再獲得する」ことができれば治療的である。しかしこれが可能かどうかははっきりしない。「世界連関の再獲得は風景構成の再獲得につながる」ことは確かだと思うが。

1344

[風景構成法](#)における?観察自我

自分で描いた絵を下手だとか、不自然だとか評価できる場合も多い。この場合には、描く機能としての風景構成（世界連関）は失われているが、それを観察して評価する部分の風景構成は失われてはいないことになる。これはまた考えてみれば、体験自我と観察自我の分離を前提とした場合、観察自我は解体されずに保持されていることを示している。従って治療も観察自我と共同すること（治療同盟）が有効であることになる。

1345

隔離

isolation

= 孤立

本来は結びついているはずの思考、感情、行動などを別々に区切ること。たとえば屈辱感の記憶を感情を抜いた調子で語る場合など。決まり文句や儀式的行為にみられる。[フロイト](#)は強迫症に特徴的と述べた。

1346

解離

dissociation

= 分離

意識の一部が全体から分離され、あとで健忘が見られること。解離性 [ヒステリー](#) の場合の解離である。 [二重人格](#) の場合など。

「分離」には文脈によって dissociation, isolation, splitting, [separation](#) などの言葉が対応するので注意が必要である。

1347

[被害妄想](#)

persecutory delusion

妄想に基づいて、自分は被害を受けていると確信している状態。 [精神分裂病](#) に多く、老年期痴呆でもしばしばみられる。

分裂病で [被害妄想](#) が圧倒的に多いのは、被害的な感じ方が人間心理の基底状態として存在しているからであると思われる。何かの妄想が発生する条件が整ったとき、人間は一般に被害的な内容を注入するものだという事だ。そのくらい臆病であった方が身を守り、種を守ることができたはずである。しかしときにはその傾向が行き過ぎた形であらわれて [被害妄想](#) になる。

また別の考えによれば、分裂病状態のときには世界は見慣れない異様な場所として体験され、まるで言葉も通じない異国で一人さまようような心細さであると言われる。そのような場合に人は過敏で被害的・警戒的になる。この指摘によれば、被害的状态は反応性であり、了解可能であるとさえいえる。 [被害妄想](#) は原発的に生じるのではなく、最初の [プロセス](#) は世界が混乱し [意味不明](#) となることで、それに対する反応として [被害妄想](#) が生じる。

このような考え方が生まれるのも、分裂病の症状として他の妄想に比較して [被害妄想](#) の出現が非常に多いからである。

1348

夢?

dream

夢の不思議さを経験した人は少なからずいる。人生の大切な決定を夢に後押しされた読者もいるのではないか。昔から夢のお告げは重要であった。年寄り「夢見が悪いから何か悪いことが起こるかも知れない。気をつけるように」などと子供に言ったものだ。火事の夢を見たらどういう意味だとか、そのような夢判断の本は昔から盛んでいまも売れている。

1900年に [フロイト](#) が「夢判断」を発表して、新しい世紀が始まった。 [フロイト](#) は夢は [無意識](#) への王道であると考えた。 [無意識](#) の内容は普段は抑圧されているが、睡眠中は検閲がゆるんで圧縮、置き換え、象徴化などの [メカニズム](#) により夢に加工される。これらの [メカニズム](#) の逆をたどれば夢から [無意識](#) 内容にたどりつけるはずである。その後 [フロイト](#) は夢よりも [自由連想法](#) を重んじたが、 [ユング](#) は夢を積極的に治療に用い、夢には心のバランスを回復させる機能があると考えた。

現代の心理療法でも夢を題材とすることがある。夢は主にレム期に見るもので、 [大脳皮質](#) 機能が低下し脱抑制状態になり下位層の機能が出現する。ちょうどその層で問題が起こっている場合に

は夢を題材とすれば治療的である。

またタイミングがよければ夢はそれ自身が[カタルシス](#)効果を発揮する。

[河合隼雄](#)に「明恵 夢を生きる」の著書があり、夢に関心のある人には薦められる。

1349

[トランスパーソナル心理学](#)

transpersonal psychology

「超個心理学」と一応訳しておく。[自己実現](#)からさらに一步進んで「自己超越」を視野に入れる。[ユング](#)の[集合的無意識](#)を前個的[無意識](#)（過去の[無意識](#)）と超個的[無意識](#)（未来の[無意識](#)）とにわけて考え、超常体験や[至高体験](#)、宇宙意識などを単なる病気とせずに通常の意識以上のものとして扱おうとする。[ケン・ウィルバー](#)やスタニスラフ・グロフを[吉福伸逸](#)らが紹介している。宗教体験や[ニューエイジサイエンス](#)をも取り入れている。

1350

[比較文化精神医学](#)

transcultural psychiatry, comparative psychiatry

文化と精神病の関係から始まり、異文化が会うときの精神病の発生、さらには[伝統文化](#)と近代[テクノロジー](#)文化の出会いと精神病の発生などを研究する分野。精神病の病像理解には個人の脳病理を研究するだけでは不十分で、文化状況を含めた発病状況をみることが大切である。

1351

強迫症

obsessive-compulsive disorder (OCD)

= [強迫性障害](#)、[強迫神経症](#)

強迫症状とは、自分としては出てきてほしくないと思っている考えや感情、行動が意志の力ではやめられない状態を指す。確認強迫や手洗い強迫が典型であり、思考、感情、行動は自我異和的であることが特徴である。思考や感情の内容が不合理、反道徳、自分の趣味に合わないなどの点で自我異和的であることもあるし、思考の出現する時と場合が不都合でそぐわないことから自我異和的と感じられることもある。その出現は「圧倒的」であることが特徴である。

軽度の場合には一種の癖と思われている場合もある。爪をかむことなどがその例である。たとえば完全癖といわれる程度に薄まれば、症状というよりは性格傾向のひとつと考えられる。強迫性格は几帳面、完全主義、[自己中心的](#)、堅苦しさ、秘められた攻撃性などが特徴である。

ジュディス・ラパポート著「手を洗うのが止められない」（晶文社）は、[強迫性障害](#)にどんなに多くの人々がどのように悩んでいるかをいきいきと描いており、一読の価値がある。

清潔強迫の裏側には不潔恐怖がある場合があり、確認強迫の裏側には自己不確実性性格がある場合があるなど、症状の成り立ちの考察も面白い。

無意味である一方で考えながら、一方でそれをやめられない。しかもどちらも自分自身の考え・行動である。こう考えれば、一種の自我障害としてとらえることができる。

強迫症状がある場合、背景に[うつ病](#)や[精神分裂病](#)がある場合もあり、また特にそういった背景はなく強迫症または[強迫神経症](#)と呼ぶべき場合もある。背景病理によって治療は異なるので、診断は専門医に相談すべきである。[うつ病](#)を背景に持つ強迫症と[精神分裂病](#)を背景に持つ強迫症、さらにそれ以外の強迫症の違いがどこにあるか、同じものなのかという問題については、興味深いのが確定的な結論はないのが現状である。

かつては[フロイト](#)による[精神分析](#)的理解が主であったが、クロミプラミン（商品名[アナフラニール](#)）などの三環系[抗うつ剤](#)、[プロマゼパム](#)（商品名[レキソタン](#)）などの[抗不安薬](#)がよく効くことが知られてからは、脳内神経回路の問題として考えられることが多い。特に、人類の歴史をさかのぼり、過去のいずれかの時点で適応的で有利であった行動が脳の神経回路として残存し、それが現在の生活には不適応であるのにひょっこり顔を出してしまったために強迫症状が生じるといったタイプの解釈がなされている。

人間社会に広く分布する儀式や迷信を考察するにあたって重要な視点となる。特に宗教と倫理の方面では強迫性格者の果たす役割は小さくない。[文学者倉田百三](#)は、数字を加減乗除しないではいられない強迫症や、いろはを最初から最後まで何度も繰り返し唱える強迫症など、自身が体験した多彩な症状を書き残している。

1352

[コラム](#)

強迫症の診断

「何度も皿を洗ってしまうんです」と訴える人を単純に強迫症と診断してよいわけではない。ただ単にある行為を反復するだけでは強迫行為とは言えない。?不合理性の自覚?行為や思考の自己所属感がある?自己能動感が希薄になり自動性が高まるなどの指標が必要である。

例えば、皿洗いや手洗いを反復している患者について、「皿が何回洗っても本当に汚れているから」とか「洗い終わって水切りかごに立てるときに汚れてしまう、気のせいではなく本当に」といえばそれは妄想に属する。

「皿が何回洗っても汚れているような気がする」「そばにいる人にもうきれいになったよといってもらおうと安心して皿洗いをやめられる」というなら、自信欠乏者である。

「皿がきれいになったことは分かっているけれど、[何となく](#)やめられない、十回だけ洗おうと決めている」「まだ汚いという考えがひとりでに浮かんでしまう。本当はきれいになっていると感じてはいるが、その考えが浮かんでしまうとまた洗わなくてははいけない」などというなら、強迫症である。

「洗ったかどうか忘れてしまう」という場合もある。これは記憶の病理である。

実際に洗い方が悪くてきれいにならないから何回も洗う場合もある。これは不器用。

また、強迫症で「まだ汚い、また洗わなくてはならない」という考えが浮かぶ状況の中で、その人の洗い方が実際に下手で汚れがいつも残るとしたら、思考内容と現実とは偶然一致しているわけである。この場合には強迫症は隠蔽される。

用語の厳密な用い方の一方で、体験の構造をあまり問題とせずに行為の外観だけで強迫行為と名付けていることも実際の臨床場面ではあるので注意を要する。

強迫は脅迫とは全然違うけれども、診察室で「わたし脅迫症なんです」「息子は脅迫的になってしまって」などと語る人たちもいる。これも注意を要する。

1353

[不安障害](#)

anxiety disorder

神経症性不安を共通項としてまとめて考えて、次のような疾患を[不安障害](#)と呼ぶ。?不安神経症([パニック](#)ディスオーダー)、心臓神経症、[過呼吸症候群](#)、?恐怖症。たとえば対人恐怖症、空間恐怖症、単一恐怖症、[強迫神経症](#)など。?[全般性不安障害](#)。

不安には現実不安と神経症性不安がある。現実不安は現実の状況に対する相応の反応であるのに対して、神経症性不安は現実の状況とは相応しない過度の不安である。[パニック](#)のときの不安には、死ぬほど怖い、我慢できない、自分をコントロールできない、人に分かってもらえないなどの特徴があり、呼吸困難、心悸亢進、胸痛、窒息感、めまい、手足のしびれ、発汗、ふるえ、気が遠くなるなどの身体症状が伴う。

神経症性不安には[パニック](#)と全般性不安がある。[パニック発作](#)を引き起こす明確な外部刺激のある場合には恐怖症であり、外部刺激なしにひとりでに起こる場合は[パニック障害](#)である。

[パニック](#)はないものの、普通少しだけ不安になるようなさまざまな[イベント](#)に際して、釣り合わないほどの不安を抱くのが[全般性不安障害](#)である。たとえば子供の[ピアノ](#)発表会や会社の朝礼などに対して過度の不安が起こる。人生はさまざまな[イベント](#)の連続であるから、不安が持続する結果になる。

1354

[パニック障害](#) ([パニック](#)ディスオーダー)

panic disorder

= 恐慌性障害、不安神経症

[不安障害](#)の中で、[パニック発作](#)が主徴となるタイプのもの。[パニック発作](#)に類似の体験を探すと次のようなものである。

たとえばあなたが道を歩いていたら、大きな犬が向こうから歩いてきたとする。近づくにつれて心臓はどきどきする、息は詰まりそうになる、冷や汗がでる、口は乾く、[だんだん](#)血圧が上がる。そばには飼い主もいるし、鎖もついているから噛みつかれることはないと思うが恐くてたまらない。いよいよ一番近づいたときにその犬は大きな声で「ワン！」と吠えた。何かにガツン！と殴られたような衝撃で、息が止まるかと思った。鳥肌が立った。脈拍は頂点に達し、失禁しそうだ。足がすくんで動かない。犬が通り過ぎてからも体ががたがた震えている。本当に[死ぬかと思った](#)。しばらくたってようやく歩けるようになった。家に帰るまでずっとめまいがしていた。「ただいま」の言葉も言えなかった。鏡を見ると[顔面蒼白](#)だった。水を一杯飲んでやや落ち着いた。強く握った手のひらは白く冷たくなっていた。

このような事件が[パニック発作](#)に似たものである。二度と経験したくないものだ。犬に吠えられるのも嫌だが、不安発作はもっと嫌なものだという。原因が分からないし、強度も強く質的にやや深い。

このような激烈な体験であるから、また起こったらどうしようかと持続的な不安に支配されるようになる。これを予期不安と呼ぶ。[パニック発作](#)よりは弱い不安である。二度と同じ目にあいたくないと考えて危険を回避するようになり、回り道をしたりする。これを回避行動と呼ぶ。特に[パニック発作](#)が起こったときに[逃げられない](#)場所や助けが得られない場所を回避するようになればアゴラフォビア（または広場恐怖、空間恐怖）を伴っていることになる。

治療はイミプラミンや[アルプラゾラム](#)が有効である。[アルコール](#)、[カフェイン](#)、麻薬、覚醒剤などが[パニック](#)を惹起することがある。寝ているときでも[パニック発作](#)が起こることなどから、原因については心因性の見方から[生物学的](#)な見方へ移行しつつある。

診断に際しては予期不安の有無と広場恐怖の有無について記載し、[パニック](#)の起こる状況について誘因物質も含めた詳細な問診が必要である。

1355

恐怖症

phobia

具体的な対象や状況に対して強烈な不安を感じる状態。[不安障害](#)のひとつであり、広場恐怖、対人恐怖、不潔恐怖などがある。対人恐怖には加害妄想や[被害妄想](#)の側面があったり、不潔恐怖は清潔強迫としてあらわれたりなど、他の病態との重なりも考慮する必要がある。

都会のクリニックでは「電車恐怖症」が問題となる。電車に乗ることができない点では共通であるが、妄想状態、[うつ状態](#)、性格障害、[アルコール](#)症、対人恐怖症などさまざまな状態を背景に持っているので鑑別診断が大切である。

1356

[コラム](#) → 没？

恐怖症と妄想

外部現実についての訂正不可能な誤った確信は妄想であるが、「内部現実」（つまり自分の感情や信念）に関しての訂正不可能な誤った確信については何と呼んでいるだろうか。たとえば「私は胃ガンだ」と言うのなら、調査の結果「心気妄想または疾病妄想」などと言える。しかしたとえば「私は電車が怖い」と言う場合にはどうなるだろうか。

自分の心の状態について妄想を抱いているときには、他人はそれを妄想と言うことはできない。

「頭を冷やせ」と言えるだけである。たとえば、恋愛の場合や宗教的確信の場合がそうである。

「自分は愛している」「自分は信じている」との主張に対して、他人は「妄想」と判定することはできない。

「私は……が怖い」と言う場合、これも検証できない性質のものである。本当に怖いかも知れない。しかしそれは妄想かも知れない。厳密に言えば本当に怖い場合は恐怖症で、妄想の場合には妄想状態である。これは区別できるのだろうか、区別すべきだろうか。

1357

アゴラフォビア

agoraphobia

= 広場恐怖、空間恐怖

本来の語義は、アゴラすなわち広場、街、[マーケット](#)、人混みの中などに行くことに対する恐怖症ということであるが、DSM診断で[パニック障害](#)の診断に際してアゴラフォビアがあるかどうか問われる場合には、特定の場所や状況に関係した恐怖症があるかという意味である。その場合には閉所恐怖（[エレベーター](#)、電車、飛行機など）や外出恐怖（一人で街を歩けないなど）も含んだ概念に拡張して用いている。

正確に言えば、「不安発作が起こったとき、助けがないか、安全な場所・状態に避難できないような場所や状況」を恐怖し回避することがアゴラフォビアである。その結果、外出できる場所が制限されたり、独りで外出できなくなったりする。

実際の症例では、患者は具体的なそれぞれの場所について安全か危険かをはっきり区別しているようである。ある患者の例をあげよう。

「自宅は安全、自宅まですぐに帰ってこられる場所なら安全、信号を渡った先はもし信号が赤な

らすぐには帰ってこれないので危険。しかし[横断歩道](#)を渡りきったところにクリニックを見つけ、不安発作が起きたらそこに駆け込めばいいと発見したら、[横断歩道](#)の先もしばらくは安全。ひとりだと危険だが誰かと一緒なら安全。自宅にいるときも、30分以上ひとりでいるのは危険。急行電車はしばらく停まらないから、不安発作が起こったときにすぐ降ろしてもらえず危険。[各駅停車](#)なら閉じ込められている時間が短いので我慢できるかもしれない。[地下鉄](#)は理由が分からないが危険。[タクシー](#)はすぐに停めてもらえるので安全。」安全領域と危険領域がこのように区別されている。

アゴラフォビアも広場恐怖、空間恐怖も内容をよく伝える名前ではないのでわかりにくい。

1358

[コラム](#)

[精神疾患](#)の分類（「（広義の）精神病の[見取り図](#)」参照）

まず何が[精神疾患](#)であるか、これは自明ではない。たとえば同性愛はかつては[精神疾患](#)のひとつとして分類され、DSMで分類番号が与えられていた。しかし現在では[精神疾患](#)ではないと見なされている。したがって[精神疾患](#)かどうかはいつでも議論の余地を含むものであると考えておいてよいだろう。

さて、身体疾患の場合には組織病理診断（病理）と生活障害診断（症状）と二つのレベルで考えることができる。組織病理診断で病変がある場合が病気である。普通は組織病理病変があればそれに対応する生活障害がある。組織病理診断で病変があっても、生活障害がない場合もある。それは症状はないけれども病気である。組織病理病変がないけれども生活障害（症状）がある場合がある。そんなとき身体科の医師は神経症とか心因性とか考えて神経科・精神科に紹介する。

表

組織病理診断 生活障害診断（症状）

○ ○ 通常の病気

○ × 病気はあるが症状はない

× ○ 症状はあるが病気はない（神経症・心因性）

生きていうちに画像診断したり、死後に解剖したりして、脳に病変が発見されるとき、脳器質性疾患という。脳腫瘍、脳外傷、[アルツハイマー病](#)をはじめとする変性疾患、[アルコール症](#)などである。

脳器質性疾患は組織病理診断でも生活障害診断でも病気であると判断されるので、身体疾患と同じ考え方で対処できる。

また、他器官の疾患があり、それによって二次的に脳に障害が現れる場合があり、症状精神病という。この場合は原疾患と脳の異常のあいだの関係を厳密に考える。

以上の二つを除外した場合、つまり脳や他器官に脳の異常の原因となるような組織病理診断が何も見つからない場合を非器質性疾患または機能性疾患と呼んでいる。

機能性疾患を内因性精神病と神経症に分けている。内因性精神病には[精神分裂病](#)と内因性うつ病、[躁うつ病](#)、[非定型精神病](#)がある。神経症には[パニック障害](#)、[全般性不安障害](#)、強迫症、恐

怖症、神経症性うつ状態、心気症、[ヒステリー](#)などがある。内因性精神病と神経症の区別はいくつかある。症状としては「現実を歪めて認知しているかどうか」（現実検討という）が最も重要である。そのほか経過の特性、予後、[病前性格](#)、遺伝負因、発病状況などの点で区別される。内因性精神病と神経症については組織病理診断の裏付けがないのに症状はあるものという定義にとどまっており、これは医学的な観点からは消極的な定義と言わざるを得ない。

従って、内因性精神病と神経症についてはいくつかの考え方が許されることになる。

内因性精神病は「まだ発見されていない脳器質性原因」によるものであるとし、神経症は「心因性」の原因によるものとするのが現在主流であると言えるだろう。薬剤への反応、症状の特性、経過の特性、予後、[病前性格](#)、遺伝負因、発病状況などが推定の根拠となる。

しかし両者ともいまだ発見されていない脳器質性の原因があるのだとする考え方もある。神経症の中でも特に[パニック障害](#)と[強迫性障害](#)は薬剤への反応やその他の証拠から器質性疾患と考えるべきだとの考えが強まってきている。また、心因性とは言うものの、同じ心因にさらされても発症する場合としない場合があり、発症する場合も精神病症状を呈する場合から神経症症状を呈する場合まである。だとすれば、心因は症状発現のきっかけであると言うべきで、発病を準備しているのは精神病と神経症共に器質性要因であると言うべきである。

この議論は微妙なところがある。脳の機能は全て脳内の活動として記述されるとすれば、そしてそれは現在では当然の過程だと思うのだが、すべての症状はそれに対応する器質性の[プロセス](#)の記述を持つ。その[プロセス](#)が異常であるか否かという議論は「異常」という言葉の定義にかかわることになる。

また一方では内因性精神病も神経症も、器質因が見つからないから暫定的に非器質性だというのではなく、積極的に非器質性であるとする立場がある。これは従来から根強い考え方で、心の[ストレス](#)が症状を[引き起こした](#)と見る常識的な[因果関係](#)の感じ方の延長上にある。

1359

[コラム](#)

最初期症状

病気の症状は「一次症状＋二次症状（一次症状に対する反応）＝総合症状」と考えることができる。たとえば高血圧は「高血圧＋二次的不安＝総合症状」という成り立ちになっている。精神症状の場合にはやや複雑である。「精神症状＋二次反応＝総合症状」であることは同じであるが、二次反応が正常反応でない場合が多い。つまり「原発異常＋異常反応＝総合症状」である。原発異常が何か、それに対する反応は何か、と分けて考えることが難しい。原発異常が何かを知るためのひとつのヒントは、精神異常の一番始まりの時点で何が起きているかである。二次的異常反応が起こる前の時期に症状をつかまえられれば、それが原発異常ではないか。最近はこのような立場での分裂病の最初期症状の把握が話題になっている。

1360

離人症?感覚の動揺

離人感は動いているはずである。感覚は「変化」をとらえるのである。離人も長く続いて固定していれば、違和感もなくなるはずである。従って、苦しいからには揺れ動いているはずである。離人症の場合に「物体が目飛び込んでくる」「ものが急に大きく見える」などと訴えることがある。このように揺れ動いているはずだ。揺れていることが患者自身に分からないのは何か理由があるのではないか？

1361

離人症?離人症と [幽体離脱](#)

[幽体離脱](#)は[体外離脱](#)のこと。幽体とは「霊魂」であり、それが身体を離脱すること。[臨死体験](#)で霊魂が離脱して状況を斜め上方から見ていたりする。また非常に強いショックを受けたときに離人体験が生じ、その状況を映画でも見ているように客観的に眺めている。これは[幽体離脱](#)に近い状態になっていると考えられる。DSMの離人症の記述は[幽体離脱](#)体験に近い。「自己の精神過程または身体から遊離し、自分が外部の傍観者であるかのような感情の体験」「[ロボット](#)になったような、夢の中にいるような感情の体験」などと記述されている。「自分は自動人形になってしまった」という感じが発展すると、自己が二重になったり、行動する自己と、それを外部から眺める自己とが二つに分かれてしまうこともある。

離人症を身体から霊魂が離れると解してみる人もいる。取り残された身体は自動機械のようになる。これはひとつの比喩として面白い。

1362

離人症?離人症と能動性

離人症を知覚障害の系列で考えてみたくするのは理解できる。離人症を理解していない人はまず感覚器の検査をするだろう。知覚障害は、末梢感覚障害（低次の末梢の問題）と失認（高次の中枢の問題）とに大別できる。離人はこの系列で考えれば、超高次の[機能障害](#)とも考えられる。

離人が感覚の能動性の障害であると記載されるのはなぜか。浅い意味では、「自分が何かしているという実感が薄れる」という症状をとらえて、能動性の障害と言っているようである。

しかしさらに深い意味も考えられる。人間が何かを知覚するときには、ただ受動的に感受しているのではない。知覚には能動性が含まれている。[コウモリ](#)が自分から超音波を発して、その反射を受け取るように、人間の側から対象に「網を投げかけるようにする」能動性が含まれている。たとえば、目で見るときも手で触っているように能動性を発揮している。目は「ざらざらした」質感をとらえるが、それは手が能動的に動くことによって獲得する感覚である。

またたとえば眼球を固定した場合、視覚的認知がどれだけ制限されるかという実験がある。眼球を動かして能動性を発揮することによって、感覚を手に入れていることがわかる。能動的に感覚するから実感が[生まれる](#)。

こうしたことから考えると、知覚には能動性が関与していることがわかる。そして離人症が能動性の障害であるという記述の深い意味がここにある。

[コラム](#)

離人感の訴えの例

「ビルが並んでる景色を見ても、本当かなと思う。何だか目で見ただけでは信じられなくて、手で触って確かめてみたいと思うような感じ。でも、遠くにあるビルだとそんなこともできない。街並みがどんよりとしていて、なんともいえない感じ。

自分の手が、本当に自分の手なのか、納得がいかない。指先から肩までつながっていることを確認する。動かせば動くから自分の手だなとは思うけれど、本当かなという感じは残る。

景色もガラスを通してみているようです。きれいなガラスでも、窓ガラスを開けてみると、やっぱり違うでしょう、そんな感じ。何が違うんだといわれると困る。でも苦しいくらいに違うんです。」

「自分が生きていくかどうかもわかんなくなっちゃって、手首を切るでしょう、すると血がプーッと出て、その瞬間にね、ああ生きてるんだって思えるわけ。だからまたやっちゃいますよ、絶対」

[集団療法](#)の現代的意義

対人関係病理に対しては集団精神療法が大切である。しかもますます専門性を高めた集団精神療法である必要がある。その理由について説明しよう。

[コンピュータ](#)の世界では[イントラネット](#)と[インターネット](#)という言葉がある。会社を例にとると、会社内のたくさんの[コンピュータ](#)をつないで情報交換をするのが[イントラネット](#)である。会社の[コンピュータ](#)と外部の[コンピュータ](#)をつないで情報のやり取りをするのが[インターネット](#)である。省略していえば、会社内ネットと会社間ネットである。

精神科の世界でもこれと同じ事情がある。個人内（イントラサイキック：intrapsychic）病理と対人関係（[インター](#)パーソナル：interpersonal）病理という。個人の心の内部の連絡と他人との連絡であり、それぞれ[イントラネット](#)と[インターネット](#)に対応する。

[フロイト](#)の時代の神経症は[ヒステリー](#)に代表されるような個人内（イントラサイキック）病理が原因だった。個人の内面での葛藤はイド、エゴ、[スーパー](#)エゴなどの装置で考察するのが適切であったし、治療としては個人精神療法が有効であった。

たとえば[フロイト](#)の時代には個人の心の内部での厳しすぎる超自我が問題であった。厳しい超自我と強い抑圧、しかしそれに負けないほどの強い欲望があって、神経症が成立した。治療は個人内の超自我と欲望の葛藤を直視するよう導くことであった。ここに他人との関係は登場しない。個人内部での問題であった。

しかし現代ではそのような強力な超自我はそもそも存在しない印象である。倫理の葛藤や正義の感情が問題になることはあまりない。むしろ人々は対人関係に悩んでいる。病理の中心は個人内病理から対人関係（[インター](#)パーソナル）病理に変化している。対人行動[レパトリ](#)の少なさ、対人圧力に対する耐性の低さ、対人交流[モード](#)の違う相手に対応できないことなどが原因で

ある。これらは個人の内面の問題というよりも、他人と関係する部分の障害である。治療場面の設定としても対人関係場面が必要となり集団精神療法の技法が要請される。

このように現代では集団精神療法の意義が注目されていることをふまえて、つぎに診断と治療の二面にわけて説明しよう。

まず集団場面を設定することによる診断的価値が重要である。集団内で対人関係の困難が発生する様子を実際に観察することができる。次に集団内では個人精神療法の場合よりも多彩な転移関係が展開するので、個人の内面の特徴や問題点を幅広く把握することができる。

次に集団の治療的価値について述べよう。集団の性格として患者クラブのようなものから訓練的なものまでいろいろある。患者クラブのようなタイプのもは受容的で退行促進的である。SSTグループのような訓練的グループは生活再建的で人格成長促進的である。[インター](#)パーソナルな病理に対して、努力すれば社会適応が改善すると診断された場合には、むしろ訓練的グループで治療を試みるべきである。従来の患者クラブはいわば「竜宮城」だった。現実から遊離した空間で時間を楽しく過ごしたものの、社会復帰には役立たなかった。

また、集団精神療法は個人精神療法や[薬物療法](#)と複合させることで効果的になることが重要である。

社会復帰をめざすことは、社会の価値観に寄り添うことである。それが良いことかどうかと問い直すことも大切であろう。しかしまずとにかく生きることが大切だ。霞を食べて生きられるわけではない。[ダイケア](#)にいるよりも、仕事をした方がいい。一人でいるよりも結婚して家庭を持った方がいい。そのような常識的な価値観にまず妥協しよう。食えるようになったら[ゆっくり](#)と哲学しよう。

1365

[ダイケア](#)の目的

[ダイケア](#)の目的には二軸ある。生活拡大の軸と生活深化の軸である。生活拡大の軸は病院から中間施設、さらには社会へと連なる軸であり、生活の場が移るに従って自由度が増大し責任も増す。生活臨床で提唱される「病院よりも家庭がいい、結婚して仕事を持つのがいい」という目標である。これは世俗の価値観そのままの軸である。

しかし生活はそれだけではない。病院にいても、中間施設にいても、職場や学校にいても、それぞれの場所で人生を深めることはできる。それぞれの場所で生活を深化させることが生活深化の軸である。

社会（職場、学校、家庭） →生活深化

↑

中間施設（[ダイケア](#)、作業所） →生活深化

↑

病院 →生活深化

生活拡大に役立つのは、服薬、生活指導、家族関係調整、SSTをはじめとする生活訓練などである。

生活深化に有効なのは、メンバーや[スタッフ](#)と人生をわかちあう意識である。

1366

夢?分析

[無意識](#)内容が加工されて夢になる。したがって加工を逆にたどれば[無意識](#)内容がわかる。この[プロセス](#)をさらに精密に考えることもできる。

?[無意識](#)内容が加工されて夢になる[プロセス](#)は、「身体的刺激や日中の経験の残りかす」が素材となり、それに「[無意識](#)」が構造を与え、結果として夢が成立する過程であると考えられる。

?夢は回想でしか語られない。さっき見た夢を思い出しながら語る。ここに必ず意識の作用が加わる。

したがって、夢分析をするときにはまず語られた夢から意識作用を引き算して正味の夢を再現する。その夢の構造を手がかりとして[無意識](#)の構造を探る。素材についてはその人の生活環境を推定させるにとどまる。

[ロールシャッハ](#)テストと対応させるて考えると、「身体的刺激や日中の経験の残りかす」はインクのシミに当たる「素材」である。

「[無意識](#)が構造を与える」ことについては、たとえば建築であれば、建築素材に設計図が構造を与えることにたとえられる。[ワープロ](#)であれば、[テキストファイル](#)に書式や文書[スタイル](#)が構造を与えることに似ている。

たとえば夢の中に蛇が出たとして、それが何を意味するか、これが伝統的な夢分析である。

まず、雨水が地表を流れる場合を考えてみよう。どのように流れるかは雨水の性質によるのではなく、地表の構造による。溝がどのように走っているかが雨水の流れ方を決める。雨水でなくても[オレンジジュース](#)でも石油でも同じである。雨水は素材で、地表の溝が構造である。

夢の場合は蛇が何をすることが問題である。蛇は素材で、構造は別にある。「睡眠中の身体的刺激や日中の経験の残りかす」が素材であり、それらがどのように結合されるかを[無意識](#)の構造が決定する。

幻覚妄想についても同様の事情がある。幻覚妄想の素材で分類することは、心理内容を反映している。幻覚妄想の形式で分類する作業は、脳の病理を反映している。

夢でも幻覚妄想でも、何が素材で何が構造であるか、考える必要がある。

1367

アニマル・アシステッド・[セラピー](#)

animal assisted therapy:AAT

=動物介在療法、アニマル・[セラピー](#)

動物を使うことにより治療を促進する治療法。[運動療法](#)としての乗馬、情緒障害児童に対しての犬やイルカと遊ぶ治療法などが有名であり、そのほか高齢者や[心筋梗塞](#)患者についてもペットの有用性が確認されている。ペットそれ自体が患者の心理と身体を和らげたり元気を引き出したりする一方で、ペットを仲立ちとして治療者や他者との交流が円滑になる効果もある。ペットの病

気に注意することが必要である。米国には動物[性格判断](#)士がいて動物の性格診断をして適切な動物を選ぶ。なおAAA:animal assisted activity は動物介在活動のことで動物やペットと触れ合うこと全般を指す。AATは治療目的のものを指す。

1368
CAPP
companion animal partnership program
[社団法人](#)日本[動物病院](#)福祉協会（JAHA:Japanese animal hospital association）が展開している[ヒューマン](#)・アニマル・ボンド（H.A.B:human animal bond）を基礎とした人と動物の触れ合い活動。犬や猫をはじめとする動物とともに[ボランティア](#)が病院や施設を訪問する。[「ペット」](#)は愛玩の意味が強いため[コンパニオン](#)・アニマルの呼称が採用されている。

1369
GHQ
general health questionnaire

1370
MAPS
make a picture story
人格投影法検査

1371
MPU
medical psychiatric unit
精神身体合併症治療専門病棟

1372
SSRI
selective serotonin reuptake inhibitor
[選択的セロトニン再取り込み阻害薬](#)
新世代の[抗うつ薬](#)。

1373
P-450（CYP）
肝ミクロゾームのチトクロームP-450のことで薬物代謝酵素のひとつ。シメチジン、[ベンゾジアゼピン](#)、三環系[抗うつ剤](#)、[カルバマゼピン](#)、[アルコール](#)などの多くの薬物がP-450で代謝される。したがって[アルコール](#)と薬剤を同時に摂取すると悪影響が出てしまう。P-450には多数の分子種が

あり、CYP2D6、CYP1A2、CYP2C19、CYP3Aなどがある。

1374

略号と代表的[日本語](#)表現一覧表

AA :Alcoholics Anonymous [アルコール](#)患者匿名会、断酒会

AAS :ascending activating system 上行性賦活系

ACA :Adult child of an alcoholic [アルコール依存症](#)の親のもとで育った大人、[アダルトチルドレン](#)

ACh :Acetylcholine [アセチルコリン](#)

AChE :Acetylcholinesterase [アセチルコリン](#)エステラーゼ

ACOA :Adult child of an alcoholic [アルコール依存症](#)の親のもとで育った大人、[アダルトチルドレン](#)

ACTH :Adrenocorticotropic hormone 副腎皮質刺激[ホルモン](#)

AD :Alzheimer disease [アルツハイマー病](#)

ADC :AIDS dementia [complex](#) [エイズ](#)痴呆症候群

ADD :Attention deficit disorder 注意欠陥障害

ADH :Alcoholdehydrogenase [アルコール](#)脱水素酵素

ADHD :Attention deficit hyperactivity disorder 注意欠陥多動障害

ADL :[Activities](#) of daily living [日常生活動作](#)

AI :Artificial intelligence [人工知能](#)

AIDS :Acquired immunodeficiency syndrome 後天性免疫不全症候群、[エイズ](#)

ALDH :Aldehyde dehydrogenase [アルデヒド](#)脱水素酵素

ALS :Amyotrophic lateral sclerosis [筋萎縮性側索硬化症](#)

AN :Anorexia Nervosa 神経性食思不振症

ANS :Autonomic nervous system 自律神経系

BBB :Blood-Brain Barrier 脳血液関門

BN :Bulimia Nervosa 神経性[過食症](#)

BPO :Borderline Personality [Organization](#) 境界[パーソナリティ](#)構造

BPRS :Brief Psychiatric Rating Scale 簡易精神症状評価尺度

CJD :Creutzfeld-Jacob disease [クロイツフェルト・ヤコブ病](#)

CI :Client クライアント、相談者、来談者

CNS :Central nervous system [中枢神経系](#)

CP :Clinical psychologist [臨床心理士](#)

CP :cerebral palsy [脳性麻痺](#)

CP :Chlorpromazine [クロール](#)プロマジン (薬物名)

CPN :Community psychiatric nurse 地域精神科看護者。[訪問看護](#)担当看護婦にあたる。

CSF :Cerebrospinal Fluid [脳脊髄液](#)

CT :Computed tomography X線[コンピュータ](#)断層法
CVD :cerebrovascular dementia 脳血管性痴呆
CW :Caseworker [ケースワーカー](#)
CW :Careworker [ケアワーカー](#)
DA :Dopamine [ドーパミン](#)
Dr :Doctor 医師
DSM :Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [精神障害](#)の診断と分類の手引き
Dx :Diagnosis 診断
ECT :Electroconvulsive therapy 電気けいれん療法
EE :Expressed emotions 表出感情
ECG :Electrocardiogram 心電図
EEG :Electroencephalogram 脳波
FAS :Fetal alcohol syndrome 胎児性[アルコール](#)症候群
GABA : γ -aminobutyric acid [ガンマアミノ酪酸](#)
GAD :Generalized anxiety disorder [全般性不安障害](#)
GH :Growth hormone 成長[ホルモン](#)
HDS-R :Hasegawa Dementia Scale Revised 改訂長谷川式簡易知能評価[スケール](#)
HP :Haloperidol [ハロペリドール](#) (薬剤名)
5-HT :5-hydroxytryptamine(serotonin) [セロトニン](#)
Hy :Hysteria [ヒステリー](#)
ICD :[International](#) Classification of Disease 国際疾病分類
ICU :Intensive Care Unit [集中治療室](#)
LD :Learning Disabilities [学習障害](#)
LLPDD :Late luteal phase dysphoric disorder 黄体後期不機嫌障害、月経前緊張症
LP :Levomepromazine [レボメプロマジン](#) (薬剤名)
LTM :Long-term Memory 長期記憶
MAS :Manifest Anxiety Scale テイラー不安検査
MDI :Manic-[depressive](#) illness [躁うつ病](#)
MID :Multi-infarct dementia 多発梗塞性痴呆
MMPI :Minnesota Multiple-Personality-Inventory [ミネソタ](#)多面人格目録
MMSE :Mini-Mental State Examination ミニ精神機能検査 (痴呆[スクリーニングスケール](#)のひとつ)
MPU :medical psychiatric unit 精神身体合併症治療専門病棟
MR :Mental Retardation 精神発達遅滞
MRI :[Magnetic](#) resonance imaging 磁気共鳴画像法
MSW :Medical Social Worker 医療[ソーシャルワーカー](#)
NE :Norepinephrine ノル[エピネフリン](#)、[ノルアドレナリン](#)

NMR :nuclear [magnetic](#) resonance 核磁気共鳴法
Nr(s) :Nurse 看護婦、看護師
NREM sleep :non REM sleep ノンレム睡眠
OCD :Obsessive-compulsive disorder [強迫性障害](#)
OT :Occupational therapy [作業療法](#)
OT :Occupational therapist [作業療法士](#)
PD :Panic disorder [パニック障害](#)
PDD :Pervasive developmental disorder [広汎性発達障害](#)
PET :Positron emission tomography [ポジトロン](#) (陽電子) 放出断層撮影法
PICU :Psychiatric Intensive Care Unit 精神科[集中治療室](#)
PMS/PMT :Premenstrual syndrome [月経前症候群](#)、月経前緊張症
PSD :psychosomatic disease 心身症
PSM :psychosomatic medicine 心身医学
PSW :Psychiatric Social Worker 精神科[ソーシャルワーカー](#)
Pt :Patient 患者
PT :Physical Therapist [理学療法士](#)
PTSD :Post-traumatic stress disorder 心的外傷後[ストレス](#)性障害
RAS :reticular activating system 網様体賦活系
REM sleep :Rapid eye movement sleep [レム睡眠](#)、急速眼球運動睡眠
Rp :Recipe,prescription 処方
Rx :Recipe,prescription 処方
SAD :Seasonal affective disorder 季節性感情障害
SANS :Scale for the assessment of [Negative](#) Symptoms [陰性症状評価スケール](#)
SCT :Sentence Completion Test 文章完成テスト
SCW :Social Caseworker [ソーシャルケースワーカー](#)
SDS :Self-rating Depression Scale 自己評定抑うつ尺度
SPECT :Single photon emission computed tomography 単光子放出断層撮影法
SSRI :Selective serotonin reuptake inhibitor 選択的[セロトニン](#)再取り込み阻害剤 (新世代の[抗うつ薬](#))
SST :Social Skills training [生活技能訓練](#)
STM :Short-term Memory 短期記憶
SW :Social Worker [ソーシャルワーカー](#)
TA :Transactional analysis [交流分析](#)
TAT :Thematic Apperception Test 絵画統覚検査
TEG :東大式[エゴグラム](#) egogram
TGA :Transient global amnesia 一過性全健忘
Th :Therapist 治療者

TIA :Transient ischemic attack 一過性虚血発作

Tx :Treat 治療

VA :Valproate [バルプロ酸](#) (薬剤名)

WAIS-R :Wechsler Adult Intelligence Scale,Revised 改訂版ウェクスラー成人知能検査

WISC-R :Wechsler Intelligent Scale for Children,Revised 改訂版ウェクスラー児童用知能検査

Y-G test :Yatabe-Guilford personality test [矢田部・ギルフォード性格検査](#)

1375

○略号解説・不採用

AA Achievement Age 知能年齢?

AAMI Age-associated memory impairment

AANB Alpha-amino-n-butylic acid

AAS Anabolic-androgenic steroids

ACT Adaptive Control of Thought

ACT atropine coma therapy アトロピン昏睡療法

ADAP Alzheimerdisease-associated protein [アルツハイマー](#)病関連蛋白質?

ADD Administration on Developmental Disabilities

ADI Attention Deviance Index ?

ADIS Anxiety Disorders [Interview](#) Schedule

ADR Adverse drug reaction 薬物有害作用

AEP Auditory evoked potential 聴覚誘発電位

AEP Average evoked potential

AFP Alpha-fetoprotein [アルファ](#)フェト[プロテイン](#) : 肝臓ガンのマーカー

AGCT Army [General Classification](#) Test

AHP Allied health professional

AID Acute infectious disease(s) [急性感染症](#)

AID Autoimmune disease(s) 自己免疫病

AID artificial insemination by donor

AIMS Abnormal Involuntary Movements Scale 異常不随意運動[スケール](#)

WAIS :Wechsler Adult Intelligence Scale ウェクスラー成人知能検査

WISC :Wechsler Intelligent Scale for Children ウェクスラー児童用知能検査

1376

[マカ](#)トン法

ことばの発達の遅い[子ども](#)、[自閉症](#)、[ダウン症](#)、[精神](#)発達遅滞などを対象とした、[サイン](#)と話し言葉の同時提示法による[言語指導](#)である。[1972年](#)に[英国](#)で開発されて以来、[現在](#)では広く[世界](#)に普及している。基本語彙は約350、発達段階と使用場面の広がりに応じて[9つのステージ](#)が

ある。マカトンサインは音声言語に比べてイメージ性が強く学びやすいため重度の知的障害児にもコミュニケーション手段として適している。言語発達につれてサインは忘れられてゆく。他人に自分の内面を伝えられるようになると情緒が安定し、ことばの学習も進む。

1377

精神科では確定診断手順が欠如している

- ・このために精神病診断学の発達に難がある。
- ・本質的な病変を確かめるためには、病変部をとってきて、指定された薬液で処理し顕微鏡で覗き、特有の像が観察されるかどうかを見る。ここで特有の所見があれば病理標本による裏付けがあることになる。
- ・症状と病理変化の対応を論じるのが医学（診断学・症候学）である。例えば腎臓の病理変化と尿や血液の検査結果・症状との間の相関を論じることで、診断学は発達する。
- ・症候学は、病理の推定のためにある。前景症候と背景病理といってもいい。精神科の場合には背景病理がはっきりしないのが難点である。
- ・何のために患者情報を集めるかといえば、背景病理に行き着くためである。しかしその行く先が分かっていない。全く分からないかといえばそうでもなく、おおよその見当はついている。したがって薬剤の選択もできる。でも、確実ではない。
- ・薬は概ねは前景症状に対して処方している。ときに背景病理に対して処方する。

1378

精神医学的診断の素材

現在症、経過、遺伝負因・家族歴、生活歴・既往歴、病前性格、ID（年齢、性、職業）などが手がかりとなる。（→これらを前景症状・状態像と背景病理・経過でまとめたい。）

- ・現在症……状態像の把握……行動、外見、思考（形式と内容）、気分（主観的）、感情（客観的）、異常体験（自我障害、幻覚妄想）、意識状態、記憶、見当識、知能、病識
- ・経過……相性、シュープ、段階的、直線的など。またきっかけや状況因。
- ・遺伝負因……親、兄弟、その他。生活や病気。
- ・生活歴・既往歴……出生時状況、発達、学校適応、職業適応、結婚、薬物歴、宗教、病気、生活状況
- ・病前性格
- ・ID（年齢、性、職業）

1379

精神科診療では、治療者の精神が変性して行く。これは考察に値する一大事である。

昔、細菌の感染力に治療者自身が負けてしまう時代があった。伝染病の研究者が伝染病で死んだ。その後研究が進んで、感染防御対策がとられるようになった。

精神的なケアの場面でそのような傾向はないか、反省してみる必要があるだろう。いま精神的な

何かの伝染に対してどのような対策がとられているか。治療者自らが感染症にかかってしまった時代にまだいるのではないか。

人間の中には悪い影響力を持った人がいる。原因は病気のこともあるし、性格の問題のこともある。治療者の側も次第に相談者の病気や性格偏位に影響される。治療者の人生は蝕まれる。治療者の心の中で何かが死んで行くのだ。何かを変性して行くのだ。それは決してよい方向の変化ではない。そのような人々との接触は回避して生きることが人生の智慧なのである。実は精神医学はそのことを裏の面から教えているともいえる。それなのに治療者はこうした人々と付き合いなければならない。防御の方法は確立されていないにもかかわらずである。これは矛盾している。精神医学の治療における根本問題だと思う。

「病気になった人も、性格に問題のある人も、自分で望んでそうなったわけではない。そのことを忘れないでいたい。また病気で覆い隠されてはいいても、その背後に無垢の魂がある。性格の偏りの背後に無垢の魂がある。そう考えることもできる。誰もが等しく神の子であると表現してもいい。人間の尊厳ともいえる。そのような何かに対して我々は接するのだ。」

いろいろな言い方がある。しかしそれは遠くから空想するときだけに正しい。言葉だけが美しいのだ。老人病棟の憂うつさの方がまだいいかも知れない。治療者をどれだけ蝕むかを考える必要がある。

治療者も長くなると、自分は優しいなどとは言えなくなる。その人ははじめは優しい人であったかもしれないのに。残念なことだ。

1380

精神病の症状に混入している神経症成分を正確に評価したい。

1381

三つに分かれた宮崎事件の鑑定書。内沼・関根鑑定は多重人格、中安は精神分裂病との鑑定書であった。これは矛盾しているのではなく、多重人格は全景症状、精神分裂病は背景病理ととらえればよいであろう。

1382

経過の特性 ↓ 現在症 → 分裂病性 躁うつ病性

相性Phase 非定型精神病 (治る) 躁うつ病

シュープSchub 分裂病 (レベルダウンする) 躁うつ病

一定持続 パラノイア ?

1383

フロイトが分析したO・アンナ。葛藤が変換されて症状になっている。これは「どんな」症状が起こったか、その理由を説明している。しかし「なぜ」症状が起こったかは説明していない。袋に穴があいた。中から「どんな」液体が出てくるかについては精神分析は有効である。し

かし「なぜ」穴があいたかについては説明していない。

そしてもっとも大切なことは、なぜ穴があいたかを知ることである。

1384

インターネットとインターパーソナル。コンピュータの比喩を使っているいろいろな精神病理現象を説明する。

1385

A型行動パターン

Type A Behavior Pattern

=A型性格

勝ち気、短気、真面目すぎる性格の人は虚血性心疾患になりやすいと考えられ、A型行動パターンと呼ばれる。反対に大らかで競争的でない性格はB型行動パターンと呼ばれる。

A型行動パターンは心臓病専門医が、虚血性心疾患の患者達の待合い室での短気な行動特徴に気づき、研究を重ねた。その特徴はおおむね二面があり「?競争心が強い。決着をつけたがる。社会序列に敏感で上昇志向である。かっとなりやすい。攻撃的。のろまを見るといらいらする。能率を求める。スケジュールを詰めて入れる。?仕事熱心。勤勉。長時間働く」とされる。

反対のB型行動パターンは「沈黙を苦にせず他人の話に耳を傾ける。敵意を持たない。時間に神経質でない。遊びを心から楽しめる。やむを得ないことにはあっさりと従う。行列待ちでイライラしないで他人を眺めていられる。瞑想する。他人の未熟さや純粹さを許すことができる」などの特徴がある。

A型の人は成功への欲求が強いにもかかわらずB型の人よりも成功することが少ないともいわれ、しかも心臓を悪くする。だからB型のよいところを学ぶように勧められる。

1386

P-Fスタディ

Picture Frustration Study

=絵画フラストレーションテスト

Rosenzweig.S.(1954)の考案した投影法人格検査。日常で起こりがちなイライラさせられる場面（欲求不満場面）を絵画と言語で提示し、それに対する言語反応をみる。主に攻撃性やフラストレーション（欲求不満）耐性の査定に用いられる。

1387

矢田部・ギルフォード性格検査

Yatabe-Guilford Personality Inventory

=Y-G検査

質問紙法による性格検査のひとつ。ギルフォードによって創始され、矢田部が日本人向けに改訂

した。120の質問で構成され、一定状況下での個人の反応傾向、興味傾向、性格特徴をとらえることができる。施行時間も短く、被験者の負担が少ないので利用しやすい。

1388

ミネソタ多面人格目録

MMPI:Minnesota Multiple-Personality-Inventory

1940年ミネソタ大学のハサウェイとマッキンレイによって発表された質問紙による性格検査。550項目からなり、被験者は各項目について「はい」「いいえ」「どちらともいえない」のいずれかに自己評価していく。施行時間は60～90分であるが60分以内にしたい場合は、383項目の短縮法をもちいることもできる。550項目は性格特性をあらわす臨床尺度と結果の有効性をみる妥当性尺度とに分けられる。結果は各尺度ごとに採点され全尺度のプロフィールパターンから人格の特徴を推論する。

1389

連想テスト → 没

association experiment

ある刺激に対する連想の性質を調べる手続きのことを一般に連想テストという。刺激として言語を用いる言語連想テストが代表的である。刺激語に対して反応語を求める方法と、刺激語から連想される言葉を次々に言ってもらう方法の二種類がある。

1390

MAS

Manifest Anxiety Scale

=テイラー不安検査

1953年にテイラー (J.A.Taylor) が作製した顕現的慢性不安の測定を目的とした質問紙法検査。質問項目はMMPI (ミネソタ多面人格目録) から抽出された50項目と、検査目的をあいまいにするためにつけ加えられた165の中性な意味の項目からなっている。日本ではさらに項目を少なくしたものが用いられ、日本版MMPIとも呼ばれる。被験者の一過性の精神状態を反映していると考えられる。

1391

田中・ビネー式知能検査

Tanaka-Binet-Test

ターマン (L.Tarman) の新改訂スタンフォード・ビネー知能検査法を原法として、1936年田中によって標準化されたもの。1歳級から優秀成人級までの120問から構成されている。検査で得られた精神年齢と実年齢から知能指数を算出する。2歳から成人までが適応範囲である。知能検査としてはWAIS、WISCなども用いられる。

1392

[ベンダー・ゲシュタルト・テスト](#)

Bender-Gestalt-Test

正しくは[ベンダー視覚・運動ゲシュタルト・テスト](#)という。[幾何学](#)図形を[白紙](#)に模写させ、それを[分析](#)する。見本[カード](#)を見ながらの模写と[記憶](#)による模写の二通りがある。脳器質性疾患の[スクリーニング](#)によく用いられる。

1393

[ロールシャッハテスト](#)

Rorschach Test

[1921年](#)スイスの[精神科医ヘルマン・ロールシャッハ](#)によって創始された[投影法人格検査](#)で、この種の[検査](#)では[もっとも有名である](#)。[検査](#)刺激として左右[相称](#)形のインク[のしみ](#)10枚を用いる。この刺激は[投影法検査](#)の中でも[もっとも非現実的・非具象的である](#)。この刺激図を[被験者](#)に見せ、[連想](#)する[もの](#)を列挙させ、次に図のどの部分をとらえ[たか](#)、図のどのような特性[から](#)その反応語を[連想したか](#)について説明を求める。[解釈](#)法は量的[分析](#)と質的[分析](#)とに大別される。量的[分析](#)とは反応を所定の[記号](#)に分類し、その[記号](#)の出現する頻度や比率[からパーソナリティ](#)の諸傾向を推定する[方法である](#)。[計算](#)に便利な[コンピュータソフト](#)がある。質的[分析](#)とは、各反応が生起する継起を、刺激図の特性、反応の内容、[言語表現](#)上の特性などと結びつけて、心的[機能](#)の働き方や方向をとらえる[方法](#)で、継起[分析](#)とも呼ばれる。この二つの[分析法](#)を[統合](#)することにより[解釈](#)が深められる。

1394

[バウムテスト](#)

tree test

[スイス](#)のコッホにより[1949年](#)に体系づけられた描画による[投影法人格検査](#)のひとつ。「実のなる木を一本[かいて](#)下さい」の教示のもと自由に樹木画をかく。A4用紙に4B[鉛筆](#)が一般的[である](#)。樹木[形態](#)、筆跡、[空間](#)象徴を[観点](#)として[人格査定](#)を行う。[比較](#)的抵抗なく[実施](#)できる利点がある。描画法としては他に、「人物」、「[家族](#)」、「HTP法（家、樹、人进行かく）」、「[統合型HTP](#)法（家、樹、人を一枚の絵にかく）」、「[風景構成法](#)」、「自由画」などの[手法](#)がある。

1395

[インターパーソナルとイントラサイキック](#)

[日本的](#)といわれる「甘え」という[言葉](#)自体が、[日本](#)の[病理](#)の[インター](#)パーソナルな[特質](#)をよく[表現](#)している。

内的対象関係論にしても、内界に取り入れられた内的対象が問題なのであって、外的対象が問題なのではない。たとえば、内界に取り入れられた「[母親](#)」と内界の何かの関係が問題なのであ

って、外在する実際の母親と何かの問題が語られているわけではないのだ。

内的対象関係論はイントラサイキックな事態を論じている。

1396

ウェクスラー成人知能検査

WAIS:Wechsler Adult Intelligence Scale

もっとも広く使用され、もっともよく標準化された知能検査。児童版はWASC、幼児版はWPPSIである。言語性IQ、動作性IQ、全IQが算出され、各下位検査間のばらつきが有用な情報となることもある。とくにテストをしなくてもしばらく一緒に遊んでいればほぼ正確に知能指数を把握できると専門家は語っている。

1397

TAT

Thematic Apperception Test

=主題統覚検査

被験者に「ベッドの中に裸の女性がいてそのそばに男性が立っている」などの絵を見せて、ひとつの物語を作って話すよう要求する。絵が30枚と白紙が一枚用意され、被験者の明確にしたい葛藤領域に応じて適切な絵が選ばれる。語られた物語についてその構成、語彙、先入観、人物、動機などについて分析される。

1398

SCT

Sentence Completion Test

=文章完成テスト

被験者に「わたしが好きなのは.....」「ときどきわたしは.....」などの不完全な文章を提示し、完成してもらう。数量化には適さないが性格傾向や問題のありかを広く浅く把握するのに適している。記入には時間がかかり心理的負担も少ないが、面接時の話題の偏りを補う点で有用である。

1399

TEG

東大式エゴグラム egogram

交流分析理論を背景として、自我状態のバランスをグラフにしたもの。自我を五つの側面にわけ、CP:critical parent(father) きびしい父親的側面、NP:Nurturing parent (mother) やさしい母親的側面、A:adult 理性的大人の側面、FC:free child わがままな子供的側面、AC:adaptive child 人に合わせるよい子の側面のそれぞれについて評価する。グラフにすると直感的に把握しやすい。自己記入式で手軽にできる点も好ましい。人格の浅い部分の評価であり、治療につれて変化が

みられる。[心療内科](#)だけではなく[精神科](#)でも[社会](#)復帰療法場面では大変役立つ。

1400

[浜松](#)方式早期[痴呆](#)診断法

「かなひろい[テスト](#)」などの[前頭葉機能テスト](#)により、早期で軽度の[痴呆](#)を診断する。この段階では廃用性の脳萎縮と考えられるので、生活[スタイル](#)を[改善](#)することにより[痴呆](#)の進行を止めたり[痴呆](#)から脱することができる。具体的対策としては対人[交流](#)を増やし、外出や[運動](#)の機会を持ち、[日記](#)をつけたり生きがいのある[暮らし](#)を心がける。人とのふれあひの中で脳[活性化](#)訓練に取り組むのがよいとされる。[痴呆ドック](#)と脳[活性化プログラム](#)をセットにして[提供](#)する施設が増えるよう望まれる。

1401~1500

1401

まとめたいこと。

分裂病性自我障害発生の時間遅延理論。

躁うつ病のMAD理論。

神経症性内因性分裂病も加えて精神病の見取り図を作る。

シュープ性の躁うつ病を加えて精神病の見取り図を作る。

インターパーソナルとイントラサイキックについてまとめる。

神経症について理論化できないか考える。

1402

病院という組織

縄張り主義

仕事を増やしたくない

偏狭な仲間意識（身内と他人を峻別する）

生き甲斐は何か？仕事の意味は何か？

仕事の区分を明確にする、その上で連絡の仕方を明確にする

目標を明確にする。価値設定。評価設定を明確にする。

生き甲斐・働きがい積極的に作る、あるいは演出する

自分は何を達成したら評価されるのかを明確化する。

「よい治療」とは何か。「よい病院」とは何か。どんなビジョンを持つか。それが大事。ただ単に入院患者数が問題なのではないだろう。ではどんな数字を改善すればよいのだろうか。それを明確に提示すること。そこに本質的な工夫がある。それが発展のルールをひくことになる。

入院受け入れ→急性期治療→集団療法→社会復帰療法→退院訓練期→退院・通院・デイケア

この流れの中で誰がどのようにかわり合うか、見通しよくなるように考える。

重なり合いも含めてグラフ化して明確化する。

パラメディカル＝ワーカー、看護、心理などのかかわり方の明確化。

たとえば、入院受け入れの最初の窓口がワーカーになることの是非。

医療の原則として、過度の原則主義も困るし、過度の経営主義も困る。そのバランスが大切である。

1403

病棟の機能分化を推進する。急性期病棟、社会復帰療法病棟、療養型病棟などに分類する。慢性長期療養患者と急性期患者を混在させているから業務が煩雑になる。たとえばカーデックスの問題。慢性患者には必要ないだろうと考えても無理はない。

社会復帰療法病棟の仕事.....集団精神療法＋個人精神療法、患者教育（病気、服薬、再発、コ

ーピング、社会資源の活用法)、家庭生活・社会生活への適応改善。

療養型病棟については本来の医療の分野ではなく福祉の領域であると考えられる。

1404

ストレスと免疫

ストレスフルな状態で免疫能が低下することは一見矛盾している。ストレスが高く疲労状態の時には食欲も低下し、やる気がないから食物を取りに出かける元気もない。栄養状態が悪くなれば感染の危険も高まる。そんなときだからこそ、免疫能を高めて防御を万全にしておいた方が生存可能性が高まるだろう。しかし現実には逆で、ストレスが高くうつ状態に傾いたときには免疫能が低下する。これではひと思いに死んでしまえと言っているようなものではないか。

適応不全状態のときに免疫能が低下するのは、個体の生存可能性を低くする。しかし一方で、DNAの変化を促進し、遺伝子レベルでの適応改善の可能性を高くする。これがポイントである。この仮説の検証のためには免疫状態が低下すると遺伝子が変化しやすくなる、つまり、血液睾丸関門がゆるめられ、外来ウイルスが精子に組み込まれやすくなる。その時に流通しているウイルスは、そのときに適応的な遺伝子のかけらを切り取って運んでいる。

1405

一般市民向けの講演会。精神病と老人性痴呆。

1406

精神分裂病についての今の理論 (自我障害に関する時間遅延理論)

自由意志の錯覚はなぜ発生するか

その錯覚が失われたときに自我障害が発生する

1407

うつ病についての今の理論 (MAD)

脳神経細胞の特性としてMADを考える。実際は連続的な特性である。

熱中してM細胞がダウンするとうつ状態が生じる。

M細胞が再生するとうつも治る。

・病前性格を説明する。

1408

神経症性内因性分裂病について

病態レベル↓ 内因

心因

精神病 分裂病 (= 精神病性内因性うつ病) 心因反応

躁うつ病 拘禁反応

神経症 神経症性内因性分裂病 神経症

[神経症](#)性内因性うつ病 [パニック](#)

GAD

[解離性障害](#)

1409

[精神病](#)分類表

分裂病性 [うつ病](#)性

[シュープ](#)性（再燃性）分裂病？レベルダウンする [躁うつ病](#)

ファーゼ性（相性） [非定型精神病](#) [躁うつ病](#)

1410

[神経症](#)についての今の [理論](#)

1411

MMSE ミニ精神機能評価

1412

[痴呆](#)の一面として、廃用性萎縮の要素がどの程度混入して [いるか](#) 評価する必要がある。つまり、

[痴呆](#)症状＝老化＋血管性 [機能障害](#)＋廃用性萎縮

この三つの要素を見分けて考えるべき [である](#)。

老化が病的に早くおこるのが [アルツハイマー](#)と考えるとよいか。賛否がある。 [ウェルナー症候群](#)は病的早期老化。

1413

bio-[psycho](#)-socio

「からだ・ [こころ](#)・くらし」と訳す。

からだは [看護婦](#)、 [こころ](#)は心理、くらしは [ケースワーカー](#)、全体を医師がみる。

1414

病者の困難を、疾病と障害の複合としてとらえる。

疾病は [医療モデル](#)で医師・ [看護婦](#)・心理がかかわる、障害は福祉 [モデル](#)で [リハビリ](#)医師・OTが中心になる。

1415

通院相談期→入院受け入れ→急性期→ [社会](#)復帰 [リハビリ](#)期→在宅支援・通院期→自立・通院期

このそれぞれの場面でどの職種がどのようにかわり役割を分担するか、考える。主にかかわるのは誰か、方針を決めるのは誰か、 [責任](#)はどこにあるのかを明確化する。

- ・ [仕事](#)を明確化して考えることで、[漏れ](#)がなくなる。[会議](#)もはかどる。

1416

[社会](#)復帰のために

- ・ 何が欠けているのか評価する。
- ・ どうすれば補えるのか、解決できるのか、考える。
- ・ 欠けている場合、廃用性萎縮の面と、[本質的](#)な欠落の面の二つがある。
- ・ 廃用性萎縮ならば、訓練で取り戻すことができる。
- ・ [本質的](#)な欠落ならば、代用を考える。
- ・ S S Tは[本質的](#)欠落に対して、「良肢位に固定する」ことを考える。

1417

院内で職種間の連結を改善することがまず大切。次に、院内完結ではなく、周辺[社会](#)資源も連動する形を考える。地域担当[保健婦](#)の[カンファレンス](#)への参加が大切。

1418

S S Tと集団精神療法の違い

[陰性症状](#)は障害として固定していることが多い。その障害が、[本質的](#)欠損なのか、廃用性萎縮なのかを区別する必要がある。[痴呆](#)の鑑別で[本質的](#)脳萎縮（老化または[アルツハイマー](#)性変化）なのか廃用性萎縮なのかの鑑別が[重要である](#)のと同様である。

たとえば歩けない場合、足がないのは[本質的](#)欠損であり、義肢が必要である。歩かない期間が続いて[筋肉](#)の萎縮がおこっている場合には廃用性萎縮であり、通常の[意味](#)での回復訓練をすればよい。両者の間には[本質的](#)な差がある。

[精神病](#)の場合に、[本質的](#)欠損に対する[対応](#)がS S Tである。義肢に相当するのが良肢位での固定である。廃用性萎縮に関しては、レクや作業を中心とした集団精神療法などがよい。

- ・ 分裂病で集団機能が失われた場合、[本質的](#)欠損にあたり、S S Tがよい。
- ・ 分裂病性幻聴があり、閉じこもりが長く続いた。集団機能の[本質的](#)欠損はなかった。この場合には廃用性萎縮である。まず薬で幻聴に対処する。そうすればひとなかで行動できるようになるので、集団精神療法を施行する。
- ・ [本質的](#)欠損があれば、結果として廃用性萎縮も伴う。
- ・ [本質的](#)欠損のない、廃用性萎縮はある。

つまり

A = [本質的](#)欠損 + 廃用性萎縮

B = 廃用性萎縮

のふたつのタイプがあることになる。

すべて集団の場合には[退行現象](#)についてどう対処するかが問題である。

集団になれば軽く退行する。これは仕方がない。特に[治療](#)場面では仕方がない。ある面では退行

するために集まっているようなところもある。退行すれば、現在は隠れてしまっている過去の問題点が明らかになる。だから退行は治療的である。退行は必要であるが、その一方で退行は集団運営の点で厄介な問題を生む。

1419

日本の風土に心理劇は適するか。いわゆる「バタ臭い」のではないか。

1420

社会復帰療法開始にあたっての評価。

- ・ medical care (医療、からだとこころ、個人)薬、精神療法、集団療法、S S Tなど。
- ・ social care (くらし)環境調整、社会資源への連結。
- ・ stage分類ができるか。medical と social各面でステージ評価する。
- ・ 0~5,5が最重度とすれば、社会的入院はm=0,s=5となる。

1421

医師とケースワーカーは患者をとりまく環境を「治療」する。

1422

外来・入院・復帰訓練・退院・外来、この流れを滞りなく一体のものとして進行させる。早くから動くことが必要だ。同時に、患者は退院に向けて動きが始まっていることを確認する。患者に退院への筋道を早く知ってもらうこと。各専門家がてきぱきと動いている様子を見れば患者は安心を与えられる。

1423

入院中に必要なケアを分析し構造化する。同時に退院後に必要なケアを分析し構造化する。誰がどのタイミングでかかわるか、明確化する。

仕事の内容・担当・タイミングを明確化する。

1424

精神療法メニューの分析。

1425

作業療法は、actとrestに分ける。就労訓練コースと趣味リラックスコースに分ける。

1426

患者を多層的に・多軸的に見る。→診断・カルテシステムに反映させる。

bio-psycho-socio

「からだ・[こころ](#)・くらし」

1427

かかわる職種：

医師、[看護婦](#)士、心理士、[ケースワーカー](#)、[作業療法士](#)、[デイケア](#)担当療法士、レク療法士、SST [担当者](#)、[訪問看護担当者](#)、担当[保健婦](#)、福祉ワーカー、[グループホーム](#)指導員、共同[作業所](#)指導員。これらの人たちの連絡は十分か？

1428

入院時、急性期、[リハビリ](#)期、通院期

それぞれの[ステージ](#)でどんな[仕事](#)があり、誰が担当するか。表を作る。

1429

入院時

医師・[看護婦](#).....薬、精神療法

心理.....[心理テスト](#)、集団・個人精神療法、SST

OT.....レク、職リハ、[趣味](#)リハ

CW.....金、[家族](#)の把握、住居の確保

医師・[看護婦](#)など.....[患者](#)・[家族教育](#)

1430

外来通院時

医師・[看護婦](#).....薬、精神療法、緊急宿泊受け入れ、往診

心理.....[心理テスト](#)、集団・個人精神療法、SST

OT.....レク、職リハ、[趣味](#)リハ（[デイナイトケア](#)）

医師・[看護婦](#)など.....[患者](#)・[家族教育](#)

[訪問看護](#)・ワーカー・[保健婦](#).....危機介入、生活指導、[職場](#)訪問、金銭問題、[家族](#)調整（おもに[問題点](#)の把握、増悪早期発見）

1431

短期休息入院が有効

1432

何をしなくてもいい[ソーシャルクラブ](#)

たまり場

1433

外勤療法も考える.....たとえば[ダンボール](#)工場

1434

約束処方[は画一的である](#)と避難されるが、[画一的な処方である](#)からこそ、薬に対しての反応を見て、[患者](#)の特性を知ることができる。

たとえば錠剤は一種の約束処方[である](#)ともいえる。

1435

受け持ち[看護婦](#)制（プライマリーナーシング）

1436

その人の[社会](#)復帰を妨げているものは何[である](#)か分析し、その上で対策を考える。[社会](#)復帰阻害要因分析。

1437

生活臨床・生活療法から[社会](#)療法へ。院内適応から[社会](#)復帰へ。

1438

生活の場.....[病院](#)、[グループホーム](#)、[自立生活](#)

復帰訓練.....[レクOT](#)、[職OT](#)、[DC](#)、[SST](#)

1439

[社会](#)療法部会の構成

- ・ [作業療法](#) 職リハOT
- ・ [作業療法](#) 趣味リハOT
- ・ [デイケア](#) 職リハ[デイケア](#)
- ・ [デイケア](#) 趣味リハ[デイケア](#)
- ・ レク療法
- ・ 入院集団精神療法
- ・ SST
- ・ S、AAなど通院集団精神療法
- ・ 地域ケア係

[カンファレンス](#)では地域担当[保健婦](#)や[職場担当者](#)などもかかわる。

1440

[病院](#)に「くらす」ことの矛盾に鈍感になっていないか？

[ハーフウェイハウス](#)、[ホステル](#)、[グループホーム](#)

[メンタル・ヘルス・リエゾンプログラム](#)

1441

CPN :Community psychiatric nurse 地域[精神科看護者](#)。[訪問看護担当看護婦](#)にあたる。

1442

[退院前プログラム](#)の内容

服薬自己管理.....S S T

[料理教室](#)

[経済的自立](#)・[仕事](#)

[年金](#)・[生保](#)・[32条](#)の知識

役所・[銀行](#)の利用

[家族教育](#)

住居確保

ささえる[ネットワーク](#)づくり.....[家族](#)、友人、[病院](#)、回復者の会、[デイケア](#)、など。

[退院](#)後フォロー

[訪問看護](#)や通院で服薬確認、再[教育](#)、[家族](#)調整、[環境](#)調整など。

1443

S S Tについて

○背景となる原理

[ストレス脆弱性モデル](#)

受信・処理・発信[モデル](#)

[認知行動療法モデル](#)（強化と般化）

良肢位での固定

○何のために新しい[スキル](#)の習得が必要なのか検討する。

[看護](#)・S S T [スタッフ](#)・[患者](#)の間で合意が必要。とくに病識のない[患者](#)は問題を自覚しない場合が多い。軽度の直面化が必要である。たとえば[ビデオ](#)を利用するなど。

○どんな[患者](#)に適しているか。

陽性症状がない。

落ちついて座ってられる。

受信機能の歪みが少ない。とちらかといえは発信機能の訓練をする。

○[目標](#)の例

ガスの使用

金銭管理

薬自己管理

精神症状自己管理

余暇の過ごし方

対人交流技術

○方法

強化.....ロールプレイで反復練習し、ほめて強化する。[ポジティブストローク](#)。

般化.....[宿題](#)をこなして般化に挑む。応用ができるようになる。

○問題点

[患者](#)同士のロールプレイの[限界](#)。できれば[ノーマライゼーション](#)を推進すること。

あまりに訓練的になることがある。

あまりに非訓練的になることがある。

廃用性萎縮と[本質的](#)機能欠損の区別の大切さ。足がない人に歩くことを強要する、つまり機能欠損なのに訓練を強要する場合がある。

1444

[一人暮らし](#)の老人

[子ども](#)と同居するのは息苦しい。元気なうちは気ままな[一人暮らし](#)をしたい。しかし本当は寂しいし、急に身体が不調になったらどうしようなどとも思う。これは[ハリネズミのジレンマ](#)である。

1445

○[医療](#)相談室の[仕事](#)

[受診](#)援助

入院援助

[退院](#)援助

療養上の問題

[経済](#)援助

就労問題

[住宅](#)問題

[教育](#)問題

[家族](#)調整

[日常生活](#)援助

心理情緒的援助

人権擁護

○[ケースワーカー](#)の[仕事](#)

相談業務.....これが中心になるべきだ

集団精神療法.....[デイケア](#)なども点数表に載っている

インテイク.....これが実は多い

[病院](#)の何でも屋の側面がある。

1446

臨床心理室の[仕事](#)

○[精神科](#)分野

心理[検査](#)

[カウンセリング](#).....個人精神療法

グループ[治療](#).....集団精神療法、S S T

○老人[医療](#)分野

老人性[痴呆](#)評価

[言語](#)訓練

1447

点数表の業務から、各職種のかかわる範囲を書き出して明確化する。

1448

OTの[仕事](#).....CWに比較すると狭くて専門的。

[作業療法](#)

デイ[ナイト](#)ケア

1449

[作業療法処方箋](#)

[作業療法連絡票](#)

効果判定表

1450

[作業療法](#)種目

印刷・[ワープロ](#)・[雑誌編集](#)

S S T

園芸

[プラモデル](#)

革[工芸](#)

手[工芸](#)・[七宝焼](#)・[陶芸](#)

[喫茶店](#)

[ヤングクラブ](#)

自由活動

創作グループ

[音楽療法](#)

調理クラブ

レク・軽作業グループ

大別すると、レクOTと職業OTがある。レクOTに圧倒的に人気がある。

1451

デイケア

料理

珠算

スポーツ

手工芸

音楽療法

話し合い

作業療法グループとの合流もあり……入院から通院への移行を滑らかにする効果がある。一部はソーシャルクラブとして自主運営に近い活動も加える。

大別すると、職業に向けて訓練する機能と、再発防止機能の二つがある。

職業訓練の面では、仕事になれる、時間になれる、仕事上での他人との付き合いになれるなど。

再発防止の面では、不調状態の早期発見、規則正しい生活、病院とつながることの意義など。

1452

神経症についての今の理論

不適応状態→退行→更に不適応→固定化＝神経症

不適応状態に対して、退行で反応する者と、進化の方向の行動で反応する者がある。

不適応状態は一方では免疫能低下を引き起こし、種としての変化・進化を促進する。

不適応に対して人間は形態を変えることはできないから、行動を変える。行動を変えることはつまり、脳の内容を変えることだ。

1453

病棟における担当看護婦、外来での担当ケースワーカー、訪問看護婦、地域での担当保健婦、福祉担当者、これらが「自分の患者」という気持ちでケアにあたることが大切。これら担当者が連絡をとりつつ一体となってあたる必要がある。「誰かがやるだろう」ではやる気が出ない。

1454

目標は社会復帰である。したがって社会療法がよい。浅薄な社会復帰と、深みのある病棟内適応とどちらがよいかと考えることはできる。しかし、やはり社会に出て普通の生活の中で次第に問題を解決してゆくのがよい。

1455

社会療法部の目的

・個別患者についての社会復帰援助……個人の訓練（レクリハ、職リハ、SST）、家族調整（介入、家族教育）、ソーシャルケースワーク……問題点は何か、解決は何か、ケース検討会を持つ。そのために出席すべき人たちの役割と準備すべき情報を明確化する。

- ・環境調整のための情報のプール……個人、組織、役所
- ・必要とする職員・患者・部外者への情報提供……印刷物、電話、インターネット
- ・ノウハウの開発と蓄積
- ・入院時から始まる社会復帰援助を具体化する
- ・再入院防止のための戦略
- ・入院が必要かどうか境界線上の場合に、なるべく外来でケアする試み
- ・地域社会資源との連携

この場合、社会療法とは、病院療法に対する言葉と考えてよいだろう。非病院療法のこと。地域精神医学でもよい。病院ではなく地域共同体。コミュニティ精神医学。地域精神医学でもよい。共同体の意味での社会である。

職業共同体だけの一元的な帰属意識から、地域共同体への帰属感も持てるような社会。アイデンティティの複線化。

1456

伝統的な・医学（疾病）モデルに基づいた仕事については従来の医者・看護婦士のラインで充分である。新しい・障害モデルに基づいた部分を社会療法部として扱う。

Faculty of rehabilitation for disability

Faculty of psycho-social therapy

Faculty of social therapy

心理社会療法部 と呼ぶのがすっきりするかも知れない。

1457

病棟でのレクリハの意義

レクリエーション・リハビリテーションの意義は診断面と治療面に分けられる。

診断面では、個人面接では得られないような多様な場面を設定することにより、多様な転移を観察することができる。これを心理学的に観察し個人及び集団心理学的な言葉で記述することが必要である。

治療面では、廃用性萎縮の側面に対しては活動促進、やる気を引き出す。本質的欠損に対してはSSTなどの技法を活用する。

1458

職リハ

目標を明確にする。活動の意味が明瞭になれば、やる気も出る。できれば、具体的な職場を用意

して、そこに勤めるための技能はこれ、という形で逆算して提示したい。

1459

[訪問看護](#)

危機介入

休息入所

[ソーシャル](#)・[クラブ](#)

服薬指導

[家族教育](#)

就労援助

[住宅](#)援助

1460

[ノウハウ](#)を個人のレベルにとどめておかない→[マニュアル](#)化

1461

CPRS [ケンブリッジ](#)・[精神科リハビリテーション](#)・[サービス](#)

地域の[包括的](#)な精神[医療システム](#) これと[病院システム](#)の連結

1462

[精神科](#)専門[看護婦](#)研修コース

- ・ [医療](#).....症状、[検査](#)、病理、薬剤、精神療法、経過
- ・ [社会](#)復帰援助.....[作業療法](#)、[デイケア](#)、S S T、[家族教育](#)、[環境](#)調整、ケースワーク技法、諸制度の理解、地域[社会](#)資源との連携

1463

地域[社会](#)の受け皿を整備しないで[精神病院](#)を[解体](#)した結果が[ホームレス](#)の増大。[社会](#)復帰を促進するからには、地域[社会](#)の受け皿を用意することが不可欠である。

1464

CWの業務.....本来の支援業務ができる状態にしたい。

1465

[社会](#)療法は二面がある

?Bio vs [Psycho](#)-Social この面では心理[社会](#)療法（[生物学的](#)・[医学的](#)療法に対して）

?Community-Social vs Hospital この面では地域[共同体](#)[社会](#)療法（[病院精神医学](#)に対して） [ソ](#)

[ーシャル](#)・ケースワークの側面 「[社会](#)」「地域[共同体](#)」を[治療](#)する側面がある

1466

[共同体アイデンティティ](#)がどこにあるか

[職場アイデンティティ](#)、[職業](#)、[地域](#)、[血縁](#)、

1467

疾患[モデル](#) vs 障害[モデル](#)

[医療](#) vs 福祉

medical service vs social service

陽性症状 vs [陰性症状](#)

[障害福祉](#)的診断と[治療](#)があるはず

1468

S S Tの原則

?[動機付け](#)、[目標](#)を明確に設定

?技法

- ・強化（ロール[プレイ](#)、Positive Stroke）
- ・般化（[宿題](#)）

1469

disease 疾患

illness 体験としての障害

impairment [機能障害](#)

disability 能力障害

handicap [社会的](#)不利

症状ではなく生活障害を診断評価する

1470

[社会](#)療法部の目的

?短期入院・早期[退院](#).....入院[治療](#)の仕組みの問題[である](#)と同時に、家庭・[社会](#)で支えられることが前提条件となる

?再発予防・再入院予防.....[環境](#)調整・[患者](#)家族教育

?地域での生活安定.....諸制度・諸[社会](#)資源の有効活用

1471

[患者](#)の自主運営部分を増やすと[患者](#)のやる気を引き出せる。

1472

二本の柱

病棟システムの改善.....[イントラネット](#)

地域ネットワーク作り.....[インターネット](#)

1473

?病棟ナースと地域保健婦のタイアップによる訪問看護システム

?[東京障害者職業センター](#).....就労アセスメント

?地域に病棟スタッフを送る。逆も。[相互乗り入れ](#)。

1474

[サービス](#)の内容

?薬、病理などの病気に関する技術を身につけてもらう

?生活技術の習得.....対人技能など

?生活基盤の援助.....住居、[生活費](#)、援助システム

1475

いいところをほめる、いいところを見つける

Positive Stroke

1476

DCの機能

?入院から外来への移行時に、昼はDCで固定して移行をしやすくする。

?再入院防止、再発防止に役立つDC

1477

?自立

?半自立 ([保護](#)的就労)

?家庭内適応

1478

[患者](#)は遊び心が欠けている

1479

集団運営

全員参加

[プログラム](#)によって選択参加

自主運営（メンバーがまず集まり、自主的にメニューを考える）

1480

生活しづらさを評価する

1481

入院早期に[包括的治療](#)計画を立てる。

1482

昼田のあげる分裂病者の行動面の特徴

?一度にたくさんの課題に直面すると混乱する

?注意や関心の幅が狭い

?全体の把握が苦手

?自分で[段取り](#)をつけられない

?話や行動が唐突

?[あいまい](#)な状況が苦手

?場にふさわしい態度がとれない

?融通がきかず[杓子定規](#)

?現実吟味が弱く高望みしがち

?自分中心にものを考えがち

?視点の変更ができない

注釈.....無理に分類すると

○受信・処理機能低下

?一度にたくさんの課題に直面すると混乱する.....老人にもあり。

?注意や関心の幅が狭い.....老人にもあり。

?が原因で?が結果。

○「もし自分が.....だったらどうだろう」と考えることができない。老人にもあり。If思考の障害といってもいいかも知れない。妄想は、Ifをたてることができず、Ifと現実を区別できない状態[で](#)
[ある](#)。頭のなかのIf[ワールド](#)が壊れている。

立場変換障害というべき面もある。

?全体の把握が苦手.....自分から全体への立場変換の障害。

?自分中心にものを考えがち.....自己と他者の立場変換の障害。

?視点の変更ができない.....柔軟性がない。一種の保続。立場変換の障害。

?自分で[段取り](#)をつけられない.....全体を見通し[未来](#)を想像する力。これもIfの障害。

○現実吟味

?現実吟味が弱く高望みしがち.....現実吟味力低下

○状況[意味](#)失認.....これが[もっとも](#)分裂病的。こうしたことについてはS S Tの考え方が有効。

?話や行動が唐突.....

?場にふさわしい態度がとれない.....

?[あいまい](#)な状況が苦手.....

?融通がきかず[杓子定規](#).....

分裂病者の特性でもあるが、老人性[痴呆患者](#)の特性でもあるものも多い。

1483

台のあげる分裂病者の[社会生活上の問題点](#)

?食事・金銭・服装などの問題を含めた生活技能の不得手

?人づき合い、・挨拶・他人に対する配慮・気配りなどの対人関係の問題

?[仕事場](#)での生真面目と要領の悪さ、[のみこみ](#)の悪さ、習得が遅い、手順に無関心、低能率、低技術、協力しての[仕事](#)が難しい

?安定性に欠け、持続性に乏しい

?現実離れ、生きがい・[動機付け](#)の乏しさ

全体に認知面の障害がある印象。

1484

分裂病者の認知処理障害の検出に役立つ[テスト](#)

WCST :Wisconsin Card Sorting [Test](#) 図形[カード](#)を[検査](#)者が意図する分類法を推定して分類する。[概念](#)の把握や[抽象化](#)、[実行機能](#)を評価する。[前頭葉](#)機能を反映すると考えられている。

CPT :Continuous Performance test 注意持続課題

SOA :Span of Apprehension [Test](#) 集中時の処理容量を評価する[検査](#)。[アルファベット](#)を瞬間的に呈示し、その中からTかFを発見する課題。

二重課題 : 二つの課題、たとえば視覚課題と聴覚課題のふたつを同時に施行することによって、処理資源の配分が適切かどうか検討できる。

1485

S S T

・現存機能の活用による手順の[学習](#)

・[動機付け](#)の強化（正の[フィードバック](#)）と行動の教示（[モデリング](#)や修正の[フィードバック](#)）

1486

最近の[子供](#)

多分脳が[根本](#)的に壊れている[子供](#)もいる。しつけようとしてもダメ。愛情は逆用される。[体罰](#)は[ブレーキ](#)にならず、[幼児虐待](#)にまで行ってしまう。

1487

リハの目的と[プログラム](#)選択

廃用と欠損

陽性症状に薬、[陰性症状](#)に精神療法・[作業療法](#)

脳[機能障害](#).....傷害と回復の原則.....ジャクソニズム

[プログラム](#)選択の[合理性](#)

リハの[システム](#)化

1488

リハの[心理テスト](#)としての側面

1489

[寄付文庫](#).....アメニティの向上にはよい。

[新聞](#)・[広報](#)

[講演会](#)

地域[共同体医療](#)や[集団療法](#)、[精神科リハビリテーション](#)、[作業療法](#)、[デイケア](#)の認知を広め深める。

1490

老人[医療](#)

骨折して転院、足が逆向きについて帰ってきた老人。そんな途方もないことが実際に起こる。

1491

[退院](#)後、地域で支える条件が整わなければ、[退院](#)してもむなしい受け皿がなければ復帰意欲がわからない。

1492

Dementia Rehabilitation Program (私案)

三ヶ月で[退院](#)してゆく[患者](#)について、[リハビリ](#)を頑張ってもどうせ次の場所で寝たきりにされたら何にもならないという空しさを感じないですむように工夫したい。

[情報](#)シートを共有化する。一貫した評価方法と[リハビリプログラム](#)。機能レベルを[グラフ](#)化して次に手渡す。どの施設で機能低下したか明確にわかるようにする。少なくとも現状を維持したまままで次に手渡すことが[目標](#)になる。多[病院](#)間で一貫したケアを構築できないか考える。

→これは実は「[たらいまわし](#)」を前提条件とした上での[情報](#)共有化制度である。そもそも[おか](#)
[し](#)なことではないだろうか？

1493

心理[教育プログラム](#)

psychoeducation

家族の治療能力を高めることは地域[共同体医療](#)にとって本質的に重要である。患者にとってよい治療環境を作ることである。

1494

リハの目標は就労ばかりではないし、[退院](#)ばかりでもない。個々人の状況に即して、それぞれのレベルで[人生](#)を深めることができるはずである。

リハの目標は、[人生](#)を深めることである。

長期目標と短期目標にわけて考える。

1495

入院患者のなかで[社会的入院](#)はどれだけいるか。環境を与えれば自立できる人はどれだけいるか。[退院](#)自立を妨げている要因は何か、評価する作業が必要である。

1496

[精神障害者](#)の自立を阻む[社会](#)とは。その視点から[社会](#)のあり方、人の心のあり方を照らす。

1497

ばらばらに存在しているやる気と善意と専門知識を結合する[努力](#)が必要である。そのためには[ビジョン](#)を提示することから始めるのがよい。[医療関係者](#)、行政、[患者家族](#)など。

1498

院外作業の問題

どんな問題があるか。受け入れる[職場](#)に伝えるべき点はなにか。どのようにして[ピックアップ](#)するか。[仕事量](#)の調整など患者のケアはどうするか。[労働災害](#)の問題。仕組みが必要。

実は院内[作業療法](#)場面でこそ、作業能力を評価できるはずであり、外勤[作業療法](#)にもOTが関わるべきであるのは当然である。しかし[仕事](#)が増えるのは誰でもうれしくない。

1499

[作業療法](#)・[デイケア](#)・[訪問看護](#)の[広報](#)活動が大切。まず職員の中に[動機付け](#)をする。それがひいては患者の[動機付け](#)となる。

1500

[デイケア](#)用品、[作業療法](#)用品の販売会社を企画する。[通信販売](#)で、それぞれの活動用にパックされたセットを販売する。

職員は[プログラム](#)を考えたり用具や材料を揃える苦勞から解放される。[カタログ](#)を見て注文すればそれでよい。

1501~1600

1501

きれい[デイケア](#)と安心[デイケア](#)でわけないと、安心はきれいを駆逐してしまう。

1502

[ボランティア](#)の活用。[ボランティア](#)の位置づけ。特に[シルバーボランティア](#)が使えるかどうか。

1503

[病気](#)ごとの標準治療手順を定める。どの職種がどの時点でどのように関わるかを[標準化](#)する。

1504

[自閉症](#)や多動障害で大人になった人の職場や昼間の居場所はあるか？大里君のようなタイプ。場所を考えてあげたい。

1505

地域精神[医療](#)としての[社会](#)療法を考える。

外来通院、往診、[訪問看護](#)、[デイナイトケア](#)、共同[作業所](#)、各種中間施設、ケースワーク、地域[保健婦](#)、福祉関係役所の地域[ケースワーカー](#)などの連携。

1506

受け皿がないのに退院をすすめても結局結果は良くない。[アメリカ](#)では[ホームレス](#)を大量に生んだ。

退院後の受け皿の開拓がまず必要[である](#)。

[社会](#)復帰を動機づけるにしても、具体的な[社会](#)復帰の道筋が見えていないとやる気が出ない。ここに住んで、この[仕事](#)、経済的にはこうする、援助はこのようなものがある、先輩達はどのように成功している、などと具体的に提示できるようにする。

具体的に決まってくれば、何が患者の[社会](#)復帰を妨げて[いるか](#)見えてくる。そうすれば解決方法も見えてくる。

[社会](#)の治療（環境要因）と[こころ](#)・からだ（個人要因）の治療の両面から攻める。

1507

「[精神障害者](#)を職場や地域で受け入れるとして、その[メリット](#)は何か」

慈善の心だけが受け入れを可能にするのだろうか。そして受け入れた職場は[資本主義市場経済](#)の中で敗北を決定づけられているのだろうか。そうではなくて、[障害者](#)を受け入れる職場が[本質的](#)に強くて生き残る力があるのだろうか。

この点を思弁ではなく、事実で証明した例はあるのだろうか。

なぜ病院主義ではなく地域主義に変化すべきなのだろうか。経済的要因だけだろうか。

[ノーマライゼーション](#)の根拠は何か。

[ボランティア](#)の動きはどのように評価されるべきだろうか。個人では[ボランティア](#)を「エンジョイ」するが、会社では分裂病者をクビにするだろうか。[結婚](#)のときには[精神病患者](#)を回避するだろうか。地域に共同[作業所](#)ができるときいて反対するだろうか。[ワンルームマンション](#)が建つと環境が悪くなるという意見と同じレベルの話であろうか。

[子供の学校](#)で、混合[クラス](#)がよいだろうか。

障害児を産んで育ててはじめて知った人間についての[真実](#)が本当にあるだろうか。

1508

来院拒否している患者への[メッセージ](#)を載せた[パンフレット](#)を作る。

1509

休息入院のすすめに応じてもらえるような「気軽」なベッドを作りたい。上尾の森[診療所](#)のようなもの。

1510

[ノーマライゼーション](#)で[メリット](#)がある産業に働きかけるのは良い手段である。[建築](#)関係、交通関係など。現実的な利益があれば人は動く。

1511

[社会療法部会](#)

OT、CW、[訪問看護](#)、地域[保健婦](#)（[保健所](#)）、行政（福祉課）

月に二回程度の割合で集まって話し合う。お互いの領域を知り合うことがまず第一。

1512

退院までに準備すること

- ・退院後の環境を整える。
- ・地域担当[保健婦](#)、福祉職員と一緒に考える。
- ・再発要因のチェック・対策は十分か。少なくとも、[問題点](#)は指摘する。

○通院先の検討

・再発要因がないか、調整できないか。[デイケア](#)、[作業所](#)やAAを組み合わせるか。[ソーシャルクラブタイプのもの](#)はどうか。

○仕事

・[仕事](#)先と連絡して確認、継続させるために[保健婦](#)が職場と連絡を保つ。必要なら定期的な職場訪問。

- ・OTは作業能力の評価。[仕事](#)が決まっていれば[仕事](#)に向けての準備メニューを組む。

- ・ [仕事](#)を探す場合には援助。時間を区切って具体的に。

○日常生活

- ・ [看護](#)は日常生活能力を評価、欠損を補う訓練。
- ・ 退院後の生活の乱れ、不眠、不食、拒薬への対策を考えておく。
- ・ [アルコール](#)、薬物の場合には断薬を支える仕組みを作る（AAなど）。
- ・ 経済面は[大丈夫](#)か、収入や[貯金](#)などをチェック。
- ・ 住居は適切か、大家の理解はあるか。
- ・ 友人の[ネットワーク](#)はどうか、[メリット](#)・[デメリット](#)をチェック。

○家族

- ・ 家族[教育](#)（状態の評価の仕方、薬、EE、[病院](#)との関係の持ち方）
- ・ 場合によっては家族調整。
- ・ 家族の援助についても具体的に指示する。

○本人

- ・ 十分な自覚があるか（病識、薬、[病気](#)など）

1513

OTは[心理テスト](#)の一面もある。評価の方法は大切。

1514

退院時連絡票（外来通院先と地域[保健婦](#)に宛てての連絡）

○目的

- ・ 退院後の環境を整える。
- ・ 地域担当[保健婦](#)、福祉職員と一緒に考える。
- ・ 再発要因と対策の列挙。
- ・ 以上の事項について継続性のあるケアをおこなう。

○本人

- ・ 患者[教育](#)は成功したか（服薬習慣、病識、[病気](#)についての理解、再発防止対策の理解、適切な受診行動、[社会](#)資源利用の理解）
- ・ 症状は十分に沈静化したか。[陰性症状](#)はどの程度か。[社会生活](#)に支障はないか。

○退院後ケア体制

- ・ 通院先はどこがよいか、[デイケア](#)、[作業所](#)、AAなどを組み合わせるか。[ソーシャルクラブタイプのもの](#)はどうか。
- ・ [訪問看護](#)や[保健婦](#)のかかわりを決める。

○仕事

- ・ [仕事](#)先と連絡して確認、継続させるために[保健婦](#)が職場と連絡を保つ。必要なら定期的な職場訪問。
- ・ OTは作業能力の評価。[仕事](#)が決まっていれば[仕事](#)に向けての準備メニューを組み、その結果を

報告。

- ・ [仕事](#)を探す場合には援助。時間を区切って具体的に。

○日常生活

- ・ [看護](#)は[日常生活](#)能力を評価、欠損を補う訓練。これらを報告。
- ・ 退院後の生活の乱れ、不眠、不食、拒薬への対策を考えておく。
- ・ [アルコール](#)、薬物の場合には断薬を支える仕組みを作る（AAなど）。
- ・ 経済面は[大丈夫](#)か、収入や[貯金](#)などをチェック。
- ・ 住居は適切か、大家の理解はあるか。
- ・ 友人の[ネットワーク](#)はどうか、[メリット](#)・[デメリット](#)をチェック。

○家族

- ・ [家族教育](#)（状態の評価の仕方、薬、EE、[病院](#)との関係の持ち方について十分に学んだか）
- ・ 場合によっては家族調整。
- ・ 家族や親戚がどう援助するかを具体的に指示する。

○以上から、再発要因は何か、対策はどうするか。

1515

退院までにCW,CP,OTは何を評価するか。チェック表にする。

1516

[資本主義市場経済](#)の[好景気](#)と[不景気](#)の波と[躁うつ病](#)は親近性がある。[時代の波](#)、[マーケット](#)の波、個人の気分の波が[シンクロ](#)する。

これに比べれば、[社会主義計画経済](#)は分裂病的または[パラノイア](#)的である。

1517

分裂病性興奮に対する低体温療法

低体温療法によって脳のダメージを防ぎ、ディフェクトを少なくすることができるのではないかと。

[エスキモー](#)の場合、ディフェクトの率が低いのではないかと。

また、[クロールプロマジン](#)は低体温麻酔によって効果が出るのではないかと。

1518

[精神科医](#)と[心療内科医](#)、心理士と[ケースワーカー](#)

[アメリカ](#)では心理士に処方権があり、[精神科医](#)と変わらない[仕事](#)をしている。しかし[精神科医](#)と同じで[オフィス](#)で待っているからあまり活躍していない。[ケースワーカー](#)は動きが軽い。[社会的](#)な調整をするために身軽に出掛けて行ってくれる。したがって人気が高い。こんどは[ケースワーカー](#)に処方権を与えようという動きがあるという。

[心療内科](#)という科目は[日本](#)独自の[もの](#)で、[教育](#)体制を含めて問題が多い。

1519

「何でも言える」[集団療法](#)

「何でも言える」ことが治療的だとなぜ思うのだろうか。そのような考え方は[アマチュア](#)精神療法である。何を語り、何を[沈黙](#)するか、それを判断する能力を養うのが大切であるとも言える。自己の内面と外的世界の間には垣根を作ることは治療的である。

集団精神療法の[もっとも](#)大切な部分は、どのようにして集団を構成するかであると思う。

1520

[心療内科](#)医や心理士の欠点として重度の患者を経験していないことがあげられる。重度の分裂病を見ていないから心因説に傾くのだろうといわれる。しかし単科[精神病院](#)の職員は「重度の[精神病](#)」を見慣れているのに、理解が進んでいるとは思えない。[精神病](#)の原因として心因を重く見る態度は変わらないようである。

1521

客観的[科学](#)が一元[方程式](#)とすれば、観察者との[インター](#)ラクションをも考慮する[科学](#)は二元連立方程式である。また、観察者の変化が対象物に影響することを考慮するなら、二元連立[微分方程式](#)であるともいえる。

また、[精神病](#)の場合、精神的不調に反応する精神が変調を来しているのだから、[方程式](#)は一段と難しくなっている。これは[微分方程式](#)のような構造であろうと思う。二重の変化を解く感じだ。

1522

患者を変えるのは何か。治療者の真剣で無私な関心が大切だ。

1523

私がある人にもものをいうときに、どういうものの言い方をしたら、この人のどこに届くだろうかと考える。ガンの告知を「見放された」と受け取る人もいる。

1524

患者が[イメージ](#)を外部に産出する、その手助けをする。解釈が問題なのではない。[イメージ](#)を外に出してみることでそのものが治療的なのであるから、産出を手助けすることが仕事である。

1525

緊張病性分裂病減少の理由

軽症化の理由

[ヒステリー](#)減少

[日本](#)で対人恐怖少ない

[日本で二重人格](#)少ない

1526

薬物の進歩

軽症化

[ノーマライゼーション](#)

これらが[精神障害者](#)の状況を改善しつつある

1527

(笠原の文章から)

有効な薬が出てきて、精神療法のあり方も問い直される。

?早く治すことを期待しすぎる

?生活史をおろそかにする、長期の経過の中で考える、人生全体への心配りを忘れる

?患者さんの出番を忘れる.....患者は自分の力で治したいと思っているところがある。自分も何かしたいと思っている。薬を飲んでただ寝ているでは納得できない。[カウンセリング](#)、鍛錬法、[プラス思考](#)など。治療の中で患者の演ずる役割のあることを考える。セルフ・[ヘルプグループ](#)の生まれる理由はそこにある。

[薬物療法](#)の際にどのような精神療法がよいか工夫の余地がある。

過去にさかのぼって原因を探るのではなく、[未来](#)に向けての精神療法を考える。

[病気](#)をしたという体験その[もの](#)は異物として心に残る。それをどのように咀嚼できるか、手助けする。

最後の仕上げとしての「心の話」が必要な場合がある。

[病気](#)によって断裂した生活史を病人が今一度縫い合わせるのを助けることが精神療法だ。

「締めくくり療法」は[常識](#)中心の方法がよい。

「できるだけ小さく切って治す」のが心の名医[である](#)。

立ち止まって過去を自分の中に取り込む作業。人間の成熟に関係する。

1528

リハの原理

○[ターゲット](#)

S.....P→薬

N.....欠損→S S T (良肢位での固定)

廃用性機能不全→思い出し・慣れるためのリハ

[発達障害](#)→育てるリハ

○ジャクソニズムの原理からリハの[プログラム](#)を考える.....[モデル](#)は[四肢麻痺](#)

○[プログラムカテゴリー](#)

レクリハ

職リハ

A D L リハ

[趣味リハ](#).....現状ではこれが多い（手芸・陶芸など）

○別の[カテゴリー](#)

良肢位での固定

思い出し・慣れるためのリハ

育てるリハ

1529

[コンピュータ](#)の利用を推進できるか考える。

1530

[精神分析](#)の原理

?[無意識](#)の存在（[無意識](#)内容を[言語](#)化することで症状は消える）

?[言語](#)を使う

?[幼児](#)体験の重視（過去による決定論）

?症状は過去の体験の反復であり、治療場面でも反復される。

人間は人生早期に書き込まれた[台本](#)を繰り返して生きている。患者の人生において過去から繰り返されている[台本](#)を読みとることが[精神分析](#)である。

1531

医者が患者に手渡す薬は移行対象[である](#)。医者分身[である](#)。それを薬局からもらうのでは[意味](#)が違う。院外薬局はその点で問題があるのではないか？

1532

[多重人格](#)

層状に積み重なるいろいろな自己を統合して、どの場面でどの自己を出すかをコントロールしている部分をセルフ[アイデンティティ](#)と呼ぶ。

状況に合わせていろいろな自分を出せるわけだから、それだけの手持ちの自己はあるはずだ。

それらが不適切な状況で外にあらわれるのが（軽度の）[多重人格](#)[である](#)と考えられる。[記憶障害](#)まで伴うようになれば本格的な[解離性障害](#)[である](#)が。

いろいろな人格があるのが病的ではない。それらは誰にでもある。しかしそれらが内的な統合を失っていれば病的[である](#)。解離とはそのあたりの事情を指している。つまり、内的な複数の自己が解離し統合されていない状態[である](#)。

統合部分があり、その部分が壊れていると考えるべきか。

あるいは、（流行に乗って）[ネットワーク](#)組織になっていると考えるのがよいのか。

統合部分をセルフ[アイデンティティ](#)と呼ぶ。

[アイデンティティ](#)拡散とは、統合部分の不全のせいで各種の自己がまとまりなく混在している状態である。

1533

[視覚障害](#)を診察するのか、「目の見えない人」を診察するのかの違い

医学・疾病[モデル](#)と[障害者モデル](#)

MEDICALとCASE WORK

$B = P \times D \times E$

B:Behavior

疾病行動

P:Personality

性格

コー[ピング](#)の特徴

D:Disease

[病気](#)

薬、[副作用](#)

E:Environment

[スタッフ](#)との関係

家族との関係

友人、職場、他患との関係

[社会](#)・文化背景（所属集団、[宗教](#)など）

1534

全人的[医療](#)

臓器ではなく人間を診る

身体・心理・[社会](#)・[実存](#)を[包括的](#)・全人的に理解する。

目標はQuality of Life の向上

[Cure](#) から Care へ

Science art

分析 統合

客観的 相互参加的

急性疾患[モデル](#) 慢性疾患[モデル](#)

[社会](#)

中間施設

[病院](#)

この縦軸が[Cure](#)の軸。横軸はCareの軸で、QOLの向上をめざす。[病院](#)内でも、中間施設でも、それぞれに可能である。

1535

QOLの評価法

つまりはいきいきと生きているかどうかということだろう。

○項目

食欲

睡眠

便・尿

痛みがない

心理的安定

社会的役割

生きがい

性生活

心気傾向

家庭の幸福

生活の充実感

その他のチェック項目

性格

コンプライアンス

アルコール

タバコ

スポーツ

1536

リハの主体は患者である

Patient's will sa a medicine

本人の自覚

自立への意志

QOL向上への意欲が「くすり」である

1537

Doctor as a medicine

患者をサポートする。（「病気」ではなく「患者」）

1538

共感と同情

受容と迎合

区別がわかるようでありたい
同情されれば人はいやな感じを持つ

1539

なぜ**病気**に？ではなく、どうしたらよりよく生きられるか？と問う。

[live with disease](#)

あるがまま・[ユーモア](#)

1540

Care には
medical care
nursing care
family care
social care
self care
などがある。

1541

QOLについて**実存**のレベルで大切なもの。

[病気の意味付け](#)

生きがい

希望

[世界観](#)・[死生観](#)

愛の対象の有無

1542

治療過程での同伴者が大切

significant other

1543

闘病生活でなにが支えになるか

家族

[仕事](#)

同病者の励まし

[医療スタッフ](#)の励まし

1544

受容と指示の使い分け

1545

○リハ部

レクリハ

職リハ.....外勤作業リハを含む

[芸術](#)リハ.....[趣味](#)リハ

ADLリハ

PT

ST(Speech Therapy)

○[社会](#)療法部

DC

[訪問看護](#)

CW

職業支援

住宅支援 ([障害者](#)に便利な設計の援助も含む)

家族[教育](#)

地域啓蒙

[社会](#)資源整備・[社会](#)資源[情報](#)整備

○[痴呆社会](#)療法部

予防と早期発見

施設間連絡

名称としては[作業療法](#)よりもレクリエーション、それよりも[社会](#)療法が良い。方向を明確化しているから。

1546

[病院](#)精神[医療](#)から治療[共同体](#)へ

1547

リハでもやはり治療構造が大切[である](#)。

OTでは現実検討が向上する。[竜宮城](#)状態ではなくなる。これが最大の効用[である](#)。

1548

OTの治療過程の指標

?意欲の向上

?技能の向上

1549

作業を媒介とした精神療法

?治療関係の手段

・症状や生活歴の聴取でつながっているのとは別の治療関係ができる。

?作業自体の持つ力

- ・ 芸術療法と似た意味.....表現のひとつであり、しかも自由度が低いために安全である。
- ・ 作業は仕事に、仕事は社会につながる。この点で未来への希望である。

1550

ラジオに雑音が入って困るというので修理に出した。ところが何も聞こえなくなって戻って来た。雑音は消えたけれど、これが修理なのだろうか？

幻聴を消すために意欲のない人間を作っているという批判がある。しかしそれは病気の自然の経過であり、治療のせいではないかもしれない。

1551

作業療法批判

?低次元の批判をいう人は無賃労働、搾取であるといたいのだろう。それは確かにひどいことだ。このような低次元の批判があたるような低次元の病院もあるだろう。

どこにも働く場所がないから病院内で工夫して仕事を作っている面もあるが、厳格に批判する人はいる。それは正しいと思う。社会の中で働く場所と住む場所を是非用意して欲しいものだ。それさえあれば病院で無理をする必要はないのだ。

?作業療法は、治療共同体の方向の改革が進んで、病院に長期入院する必要がなくなったら、あまり重要ではなくなるだろうと思う。それは人間として普通の、趣味やレクリエーション、能力に見合った仕事などに置き換えられてゆくだろう。健常者の中に混じって活動するようになるだろう。それまでの過渡的な存在であると思われる。だから本質的には消えるべきものである。作業療法が消えたときが社会療法としては完成したときのである。

1552

理論に基づいたプログラム。

疾病モデルと治療理論。

理論背景が違えば、薬の意味も違う。

1553

治療目標の明確化。

欠損補完か..... S S T

QOL向上か

1554

基本的態度

?[楽天的](#)

?自己選択のチャンスを増やす、意欲が向上する。

?全人的・[包括的](#)観点。

身体の部分にのみかかわるのではない。身体と心、実務と[芸術](#)、現実と[ファンタジー](#)。

?人間は成長可能な存在である。

?対人関係、治療関係を大切にする。

?奥には無垢の魂がある。窓が曇っているだけだ。

?人間は、「にもかかわらず」選ぶことができる存在である。環境にもかかわらず、選ぶことができる。

1555

[医療](#)に要請されている倫理。

[医療](#)は、倫理の砦である。[医療](#)にも倫理がなくなったら、もう人間に倫理はない。

1556

「[精神病](#)とは内的拘禁反応である」と考えたらどうか？

?精神的変調により、内的拘禁状態が発生する。

?拘禁状態に反応して精神症状が起こる。

?観察される症状は?の変調と?の反応の混合物である。

1557

[精神病](#)の症状には必ず[神経症](#)が混入している。

?心理的にショックなことが起こったとき、[神経症](#)になる。

?[精神病](#)は精神的に非常に大きなショックである。

?[精神病](#)の症状は、[精神病](#)固有の症状と、反応性の[神経症](#)症状とが混合したものになる。

ふだん[神経症](#)を多くみている心理士は、[精神病者](#)をみても[神経症](#)の延長とみる傾向がある。それは無理もない。たしかに[神経症](#)成分が前景に見えるからである。そのような人たちは前景に[精神病](#)症状がくっきりと出てきた場合には、気がついて医者を紹介する。

しかしそれでは不足で、奥にある分裂病性変化を見逃さないで欲しい。

1558

分裂病者の精神機能評価

○対物技能

認知・処理・運動

○対人技能

二者交流技能

グループ内交流技能

○自己

自己同一性

性的同一性

1559

ケアプランの作製

開始→（評価→目標設定→プログラム→）【（）内ループ】→終了

1560

障害のタイプ

?病前障害（教育、性格、知能など）

?一次的障害

?二次的障害

1561

分裂病者の特有の傷つきやすさを理解する。

被害的になったとき、スタッフ間の連絡が悪いと混乱が生じる。患者の発言は被害妄想なのか、本当にあったことなのか、発言の真意は何なのか、スタッフ間でのミーティングを密にしないといけない。

これは精神科医療のあちらこちらでみられることである。

1562

家族の心得

?批判的でない受容的環境

?適度の社会的刺激

?具体的現実的な目標

?病識の動揺に対する対処法

?妄想への対処法

?社会資源利用

?落ち着いていることに満足する。高望みしない。急がない。

?意欲、自発性を引き出す。

1563

OTによる評価にあたっては、現在の能力と、潜在能力（訓練により達成可能なレベル）との両者を評価する。そのようにしてはじめて、プログラムができるはず。

1564

環境刺激が少なすぎると無為・自閉・無気力。

環境刺激が多すぎると混乱と興奮。

しかし最適環境刺激のセッティングは難しい。

少なくとも急性期と慢性期では最適刺激レベルは異なるはずである。

こう考えると、急性期患者と慢性期患者を同じ病棟に置くのは間違いである。（自分もあのよう
に落ち着いてゆくのかとイメージできる点ではメリットがある。）

1565

薬とダイケアの挟み撃ち

1566

S = 病前因子 + 病気 + 病後因子

病前因子.....性格、知能、家庭、教育（生育歴）

病気.....陽性症状と陰性症状（治療はそれぞれ薬と働きかけ）

病後因子.....二次障害（壊れた人間関係、廃用性機能障害）、欠損による体験欠落・教育欠落

例：「引きこもり」は病気によるものか、病後の二次障害によるものか、それによって働きかけ
方は異なるはずである。

S = （発達障害 + 欠損 + 廃用性機能障害） + 二次障害 + （性格・教育要因）

対策はそれぞれ対応させて、

（教育 + S S T + 再訓練） + SW + （SW + 教育）

もっとも素朴には

S = P + N

P に対して薬

N に対して働きかけである。しかし、ドーパミンからみれば、挟み撃ちになっている。

1567

「人間を行動させるには、適した良い環境を与えるのがもっとも効果的である。」

1568

OTは自己治癒作業である。ここが本質的に大切。導入時・動機付けの時にここを強調する。

「自分の力で治療に協力できる」「自分が治療の主人公である」この感覚は大切である。

1569

「役割」の治癒能力を作業の中に取り入れられないか。役割は社会への導入となる。

1570

人間はもっと不思議なもので、もっと偉大なものであると信じている。
人間はもっと倫理的であることができると信じている。

1571

社会的入院の判定基準

?医療としては問題ないこと

薬は安定している・コンプライアンス良好

陽性症状はあっても日常生活を妨げない状態が一年以上続いている

陰性症状はあっても日常生活を妨げない

病識あり

日常生活自立可能

仕事ができる（またはデイケアや作業所に通える）

再発危険時に受診相談できる

?退院先の確保ができないこと

家族の受け入れが整わないこと

?ホステルなどで試してみて、自立生活が可能であることが実証されていればなおよい。

1572

長期入院者社会復帰促進プラン

- ・いわゆる「社会的入院」にあたる人のリストアップ。レベル・状態に応じて分類する。
- ・使用可能な社会資源の検討。不動産屋・大家と懇意になれるか検討。
- ・具体的な社会復帰のめどがないのに社会復帰療法をすすめることは努力を傾ける先が間違っているのではないかと考え直してみたい。
- ・具体的なケース検討会。参加は医師、看護婦、OT、PSW、担当保健婦、可能なら家族。社会復帰計画を立てる。……この作業を社会療法部会でおこなう。生活歴、現病歴、性格、治療経過、検査結果、日常生活能力、職業能力、暮らしの状況について情報を持ち寄る。
- ・社会復帰計画に従って実行。結果をフィードバックして、次からのプランに生かす。
- ・以上の作業のための書式を作ること。
- ・退院後の通院先と担当 保健婦や訪問看護担当者、福祉ケースワーカーに手渡すデータの書式を整える。入院時から情報収集を開始する。医師、看護婦、OT、PSWの分担を明確にする。大きくわけて、薬・体・心、日常生活、職業能力・特性、暮らし全般のそれぞれを担当する。

1573

ソフトな救急……病気の種類としては何があるのか。関係者を巻き込むために起こす騒ぎとケア開始が必要な状態との区別をうまくつけられるか。巻き込む目的で起こしている騒ぎならば、巻き込まれる体制を作ることによってますます頻発するようになるだろう。分裂病系統と性格障害

系統の区別を的確につけたい。

往診……[精神科](#)初診往診は難しい。

1574

[医療](#)に乗りにくいケースに対して対策を考える。

- ・ 家族にも力がない。
 - ・ [措置入院](#)になるほどでもない。
 - ・ 本人・家族に病識がない。
 - ・ 結局制度からもれてしまう。
- さらに具体的な像が欲しい。

1575

「大家さん安心[プラン](#)」計画

[障害者](#)が部屋を借りる場合に、バックについているCWが大家に信頼してもらえれば、話は進む。Key Personが明確に決まってい、大家の不安をケアしてゆけるようなら、可能性はある。大家に[安心感](#)を与える[システム](#)を作れるかどうか、検討。

1576

「地域[リエゾン](#)退院[カンファレンス](#)」

退院時[カンファレンス](#)を制度化する。その場に地域担当[保健婦](#)、[生保](#)ワーカーなども参加してもらう。

1577

[医療](#)は倫理を実践できる[幸福](#)な場所である。

そして、自分が倫理から遠い存在であることを痛感させられる場所である。

しかしまた、[医療](#)の場所にいればそのような自分にも[倫理的](#)存在となるチャンスは与えられている。

1578

ヒットエン[ドラ](#)ン ヒットエン[ドラ](#)ン型連携と外野[フライ](#)型連携

チーム[医療](#)とは、[野球](#)でヒットエン[ドラ](#)ンを決めるようなことだ。[バレー](#)のAクイックのようなものだ。ただ単に分担を決めて自分の[仕事](#)をするのではない。それでは時間をかければ一人でもできる[仕事](#)になってしまう。連携して一人ではできない[仕事](#)をするのだ。ヒットエン[ドラ](#)ンはどうしたって一人ではできないことだ。

外野[フライ](#)があがったとして、[中間領域](#)の場合に誰がとるかという問題がある。これも連携として大切であるが、要するに連絡をとって取り決めしておけばいいだけの話で、ヒットエン[ドラ](#)ンとは質が違う。

外野フライ型連携は守備範囲の明確化である。これさえできていないようでは組織といえない。ヒットエンドラン型連携は一体となって動き、目的を達成する点で組織としてひとつ次元の高い動きである。

たとえば集団精神療法と個人精神療法、薬物療法の連携。また、病棟看護婦の教育的側面と保護的側面の役割分担。

1579

分裂病性興奮の際に、暑いからと裸になってしまう人は多い。実際にオーバーヒートしているのではないか。コントミンは低温麻酔の原理で分裂病のシュープを鎮めるのではないか。だとすれば、低体温療法は有望ではないか。

1580

遺伝子の相同組み替え

遺伝子は、部分的によく似た遺伝子がそばに行くと似た部分同士がそっくり入れ替わることがある。この過程を促進するのがウィルスである。

なるほど。このようにしてウィルスが適応者の遺伝子部分を切り取って、不適応者に運び入れることが予想される。

1581

適応と免疫・遺伝子組み替え

不適応状態に対する個体のレベルでの対応はうつ状態である。種としての対応は遺伝子組み替えである。→精密に描写することができる。

1582

単行本は原稿用紙三百枚。(7枚×7つの山)×6章=300枚

つまりひとつの「いたいこと」を7枚で書く。それを7つ集めて章とする。全部で6章として一冊になる。

1583

「精神科医療の問題点」現場の悩みを報告する

○外来

敷居が高い。

汚い。サービスが悪い。

心療内科と神経科と精神科の違いがわからない。

すぐに薬や注射をされそう。強制入院させられたら困る。

待合い室に変な人がいそう。

心理相談室、カウンセリングとの違いがわからない。

デイケアは重度の人に占領されている。神経症レベルの人のデイケアがない。

偏見はまだなくならない。

内部情報が開示されていない。何をしてくれるのか、料金は？期間は？どんな治療者がいるのか？

○入院

措置入院や精神科救急体制からもれてしまうような人をケアできるような「ソフトな救急」がない。

一次入院に適したベッドがない。

うつに適したベッドがない。

社会的入院が多い。社会の受け皿作りが進んでいない。

家族として十分にケアされていない。どのように協力すればいいのかわからない。

退院後のケアはどうなるのか。アパートの大家の心配は誰が受けとめてくれるのか。

○老人医療

- ・制度の全体が理解できない
- ・予防対策を進めて欲しい

1584

前景症状（精神病成分と神経症成分がある）

- ・現在症、現病歴などから

背景病理

- ・生活歴、家族歴（遺伝負因）、病前性格などから

1585

老人性痴呆の見立て

?意識は異常ないか？

せん妄は？薬の副作用などないか？

?うつ状態はどうか？

?現在状態＝自然な老化＋痴呆＋廃用性機能不全

または

D＝痴呆以前の問題＋痴呆＋二次的問題

- ・痴呆以前の問題……性格、知能、教育
- ・痴呆……どの機能がおかされているか、
- ・二次的問題……家族関係、廃用性機能不全

1586

精神科の治療＝身体療法＋心理療法＋社会療法

- ・身体療法＝薬剤＋電気けいれん療法

- ・心理療法＝個人＋集団＋[リハビリ](#)
- ・[社会療法](#)＝ケースワーク＋[リハビリ](#)
- ・[リハビリ](#)＝職リハ＋[芸術](#)リハ＋レクリハ＋ADLリハ

1587

[リハビリ](#)の効用

- ・[リフレッシュ](#).....レクリハ、[芸術](#)リハ
- ・技能向上.....職リハ、ADLリハ
- ・対人関係.....[指導者](#)との[信頼関係](#)、集団内での役割を通しての[社会](#)参加

1588

老人性[痴呆](#)の早期発見と[リハビリ](#)にならって、分裂病でも何か対策はできないか？
若者を対象とする[スクリーニング](#)は難しいだろう。

1589

[社会療法部](#)

○[リハビリ](#)課

- ・入院[リハビリ](#)係（OT）

精神リハ

[痴呆](#)リハ

- ・通院リハ係

精神デイ[ナイト](#)ケア.....外来、地域、[訪問看護](#)との連携

老人デイ[ナイト](#)ケア

○地域[リエゾン](#)課

- ・退院時地域[リエゾンカンファレンス](#)係
- ・長期入院患者[社会](#)復帰促進[プラン](#)係

[社会的入院](#)患者評価

退院準備作業（[ホステル](#)で評価するなど）

[社会](#)資源受け皿整備（[アパート](#)や外勤先開拓など）

- ・[社会](#)資源[情報](#)整備係

○患者・家族[教育](#)課

1590

[下町](#)70人デイ[ナイト](#)ケアの試みの総括

- ・計画の意図.....[神経症](#)とうつの[デイケア](#).....彼らはケアの場所がないから
- ・結果.....結局分裂病、性格障害、[生活保護](#)者の場所になった。
- ・反省.....共存は難しいと知っていながら、分離しきれずある一群を追い出す格好になった。

また、[スタッフ](#)間の連絡・理解の難しさも思い知らされた。

・竹村先生は「[アイディア](#)は良かった、しかし十年早かった。ものごとには適切な時期というものがあるようだ。しかし良い経験だったと思うから、大切にしなさい。今後きっと役に立ちますよ」と評価してくれた。

1591

[精神科](#)クリニックとして他にない魅力は何か。……工夫が必要

[ターゲット](#)を絞る……診療内容の広報（何をしているのかわからない場合が多い）

[カウンセリング](#)力

薬剤の便利さ……待ち時間の短縮

[雰囲気](#)……建物、人、[サービス](#)、人に会わなくてすむ

場所……駅前、[駐車場](#)、[送迎車](#)など

（職員のアメニティも大切）

1592

組織 案

[東京](#)海道病院臨床業務部分

院長 医局

臨床心理室

[社会](#)療法部

[医療](#)相談課

[リハビリ](#)課

地域[リエゾン](#)課

家族[教育](#)課

[社会](#)療法部広報課

[看護](#)……総婦長、各病棟婦士長

薬剤

[臨床](#)検査

[訪問](#)看護ステーション

[栄養](#)

事務

[社会](#)療法部

○[リハビリ](#)課

・入院精神[リハビリ](#)係

・入院[痴呆](#)[リハビリ](#)係

・通院[リハビリ](#)係

精神デイ[ナイト](#)ケア……外来、地域、[訪問](#)看護との連携

(将来) 老人デイナイトケア

○地域リエゾン課

- ・退院時地域リエゾンカンファレンス係
- ・長期入院患者社会復帰促進プラン係

社会的入院患者評価

退院準備作業（ホステルで評価するなど）

社会資源受け皿整備（アパートや外勤先開拓など）

- ・社会資源情報整備係

○家族教育課

患者・家族教育の実施と効果判定のアレンジ

○医療相談課

各種CW業務

○社会療法部広報課

印刷技術を生かす

職員構成は医師、OT、PSW。しかしこれらは本来の所属があるので、おおむね兼任の形をとる。

1593

本人と家族に手渡す「退院時指導書」

または本人・家族教育修了後のパンフレット。

これらを作製する。

1594

外来通院、デイナイトケア、訪問看護、クライシスラインを一体のものとして組織し地域の患者を支える。

1595

リハビリ参加増加、また保護室不使用の程度にしたがって、服薬自己管理、面接自己管理、タバコ自己管理、外出許可、外泊許可など、患者の自主独立の活動を増やす。自己責任部分を増やして意欲と自発性を引き出すことができないか。

1596

精神科リハビリテーション病棟

「心のケアホーム」構想……生活支援・福祉的居住施設。介護保険制度の対象となる。老人保健施設に対応する施設。

1597

社会防衛的医療、処遇困難例、触法患者は公的施設でケアして欲しい。

1598

明るく身近な[精神科](#)施設。

予防的精神保健活動。→ここを工夫できないか？考える。

地域精神保健は保健・[医療](#)・福祉の連携・統合である。

1599

[社会](#)復帰のために[看護婦](#)のする[仕事](#)。

○評価の[仕事](#)

症状評価.....BPRS,SANS,WPRSなど

[日常生活](#)状況評価.....チェックリスト.....不足なら適切な訓練

患者[教育](#)の成果評価.....チェックリスト

○働きかけの[仕事](#)

意欲・自主性

[協調性](#)

現実検討・現実性

これらを引き出すための工夫を考える。

1600

[社会的入院](#)の[ピックアップ](#)基準

?[医療](#)としては問題ないこと

薬は安定している・[コンプライアンス](#)良好

陽性症状はあっても[日常生活](#)自立を妨げない状態が[一年](#)以上続いている

[陰性症状](#)はあっても[日常生活](#)自立を妨げない

病識あり

閉じこもりきりにならず[社会生活](#)を送れる（[仕事](#)ができる、または[デイケア](#)や[作業所](#)に通える）

再発危険時に受診相談できる

?退院先の確保ができないこと

家族の受け入れが整わないこと（なぜ？）

?[ホステル](#)などで試してみて、[自立生活](#)が可能であることが実証されていればなおよい。

1601

長期入院者[社会](#)復帰促進[プラン](#)

- ・いわゆる「[社会的入院](#)」にあたる人の[リストアップ](#)。レベル・状態に応じて分類する。
- ・使用可能な[社会](#)資源の検討。さらには[不動産屋](#)・大家と懇意になれるか検討。
- ・具体的な[社会](#)復帰のめどがないのに[社会](#)復帰療法をすすめるのでは不十分である。
- ・具体的なケース検討会。参加は医師、[看護婦](#)、OT、PSW、地域担当[保健婦](#)、通院予定施設PSW、[生保](#)ワーカー、[作業所](#)指導員、[グループホーム](#)指導員、可能なら家族など。[社会](#)復帰計画を立てる。……この作業を[社会](#)療法部会でおこなう。生活歴、現病歴、性格、[治療](#)経過、[検査](#)結果、[日常生活](#)能力、職業能力、[暮らし](#)の状況について[情報](#)を持ち寄る。
- ・[社会](#)復帰計画に従って実行。結果を[フィードバック](#)して、次からの[プラン](#)に生かす。
- ・以上の作業のための書式を作ること。
- ・退院後の通院先と担当[保健婦](#)や[訪問看護担当者](#)、福祉[ケースワーカー](#)に手渡す[データ](#)の書式を整える。入院時から[情報収集](#)を開始する。医師、[看護婦](#)、OT、PSWの分担を明確にする。大きくわけて、薬・体・心、[日常生活](#)、職業能力・特性、[暮らし](#)全般のそれぞれを担当する。

1602

退院時[カンファレンス](#)資料

○医師から

診断、生活歴、家族歴、現病歴、性格、[治療](#)経過、[検査](#)結果、患者[教育](#)の成果（病識、[コンプライアンス](#)、[病気](#)について、再発防止について、再発時の対処、受診のタイミング、[社会](#)資源利用などについての理解）、今後の予測

○[看護](#)から

病棟での症状評価……PANSS

[日常生活](#)能力……LASMIなど？

陽性症状・[陰性症状](#)は[日常生活](#)をどの程度妨げるか

性格評価

○OTから

職業能力評価

職業準備[教育](#)は完了したか

職業適性

集団内での適応

○PSWから

・[暮らし](#)の状況（収入・[預貯金](#)、住居・大家の理解、職場の理解、友人[ネットワーク](#)の[メリット](#)・[デメリット](#)）

・家族状況

家族教育（精神状態、薬、E E、受診タイミングなどの理解は十分か）

家族調整の要否

家族親戚がどのように援助するか具体的に提案できるか

・ [仕事探し](#)の援助

○退院後ケア体制としてどのようなものが望ましいか

・ 通院先

・ [デイケア](#)、A A、[ソーシャルクラブ](#)、[作業所](#)、[グループホーム](#)、援護寮などの利用

・ [訪問看護](#)、地域[保健婦](#)や[生保](#)ワーカーの関与のしかた（住居、職場、[生活費](#)など）

○再発要因とその対策のまとめ

・ 不眠・不食・拒薬への対策

・ 再発早期発見の方法

・ 再発要因と予防の要点

1603

組織 案

[東京](#)海道[病院](#)臨床業務部分

院長 医局

臨床心理室

[社会療法部](#)

[医療相談課](#)

[リハビリ課](#)

地域[リエゾン](#)課

患者・家族[教育](#)課

[社会療法部](#)[広報](#)課

[看護](#).....総婦長、各病棟婦士長

薬剤

[臨床検査](#)

[訪問看護ステーション](#)

[栄養](#)

事務

[社会療法部](#)

○[リハビリ課](#)

・ 入院精神[リハビリ](#)係

・ 入院[痴呆](#)[リハビリ](#)係

・ 通院[リハビリ](#)係

精神デイ[ナイト](#)ケア.....外来、地域、[訪問看護](#)との連携

（将来）老人デイ[ナイト](#)ケア

○地域リエゾン課

- ・退院時地域リエゾンカンファレンス係
- ・長期入院患者社会復帰促進プラン係

社会的入院患者評価

退院準備作業（ホステルで評価するなど）

社会資源受け皿整備（アパートや外勤先開拓など）

- ・社会資源情報整備係

○家族教育課

患者・家族教育の実施アレンジと効果判定

○医療相談課

各種CW業務

受診援助、入院援助、退院援助、経済問題援助、住宅問題援助、家族問題援助、心理・情緒問題援助、療養上の問題援助、就労問題援助、教育問題援助、日常生活援助、人権擁護、ソーシャルクラブ、病棟グループワーク、デイケア、その他

○社会療法部広報課

印刷技術を生かす

職員構成は医師、OT、PSW。ボランティアのアレンジも考慮する。

1604

せん妄

意識障害のひとつで、興奮や不穏を伴うもの。普通意識障害は精神の働きが鈍くなり眠る方向に向かうのであるが、せん妄の場合には興奮して騒いだりする点が特異である。

1605

地域精神保健

?ポジティブメンタルヘルス活動（積極的精神保健）

心の健康作り

生きがい作り

子育て

?サポーターメンタルヘルス（支持的精神保健）

拠点作り

制度作り

システム作り

?トータルメンタルヘルス（総合的精神保健）

地域でシェアする

1606

家庭、学校、職域、地域とわけて考える。

1607

[健康](#)は「[栄養](#)、運動、休養」。この原則は精神にもあてはまる。

1608

[ネットワーク](#)だから核はない。核のない[ネットワーク](#)は代償性が高いのではないか。

1609

地域[医療](#)の[ネットワーク](#)は三層に構築する

オフィシャル[ネットワーク](#)

[プライベートネットワーク](#).....個人的つながり

ベーシック[ネットワーク](#).....関心を持つ住民、[ボランティア](#)

1610

[小学校](#)での[勝手](#)な様子と[プロ野球](#)の[応援団](#)の[集団主義](#)の様子。集団凝集性・一致度が全く違う。

教室で[勝手](#)気ままな[子供](#)たちと球場で完全に集団の一員となっている人とはもともと違う人[なの](#)
[だろうか](#)。

球場のように強力な場の力があれば集団に沿うということ[なのだろうか](#)。

1611

[精神衛生](#)と精神保健

消毒と[隔離](#)の[伝染病](#)対策が衛生。[健康](#)の増進保持が保健。保健には積極的な響きがある。

1612

疾病性だけではなく、事例性としてとらえて[対応](#)することが大切。

illness--medical care

caseness--case work,care

1613

[精神病](#)と脳病の差

[精神病](#)＝脳病（身体医学的把握）＋[現象学](#)（[心理学的](#)把握）

1614

地域保健活動

?[手帳](#)の交付・啓発活動

?[健康教育](#)

?[健康](#)相談

?[健康診査](#)

?[リハビリテーション](#) (機能訓練)

?訪問指導

?

1615

[保健所](#)事業

?普及・啓発

?[健康教育](#)

?相談・訪問

?[保健所デイケア](#)

?[家族会](#)

?地域[ネットワーク](#)

1616

[保健所](#)連絡会議

?事務連絡会議

?[デイケア](#)業務連絡

?ケース検討会

?企画会議

1617

PANSS:陽性・[陰性症状](#)評価尺度

P1 妄想

P2 概念の統合障害

P3 幻覚による行動

P4 興奮

P5 誇大性

P6 [猜疑心](#)

P7 敵意

N1 情動の平板化

N2 情動的[引きこもり](#)

N3 疎通性の障害

N4 受動性・意欲低下による[社会的引きこもり](#)

N5 抽象的思考の困難

N6 会話の自発性と流暢さの障害

N7 常同的思考

- G1 心気症
- G2 不安
- G3 罪責感
- G4 緊張
- G5 気気症と不自然な姿勢
- G6 [抑うつ](#)
- G7 運動減退
- G8 [非協調性](#)
- G9 不自然な思考内容
- G10 [失見当識](#)
- G11 注意の障害
- G12 判断力と病識の欠如
- G13 意志の障害
- G14 衝動性の調節障害
- G15 没入性
- G16 自主的な[社会](#)回避

1618

LASMI:[精神障害者](#)生活障害評価尺度（[精神科](#)診断学 5,221,1994）

1619

[デイケア](#)という処方は何を狙っているか。

[デイケア](#)は「ほっとして、次に元気が出てくる」という。レストとアクト[である](#)。患者を[保護](#)して元気づける「時間と空間の処方」[である](#)。さらにそこには職員や他患がいて、「人の処方」も可能[である](#)。また、自らの意志を展開する場所を与えることにより「患者の意志」を処方の狙いとすることも可能[である](#)。

1620

[作業療法](#)という呼称は[作業所](#)につながっている。そして、労働は神聖で人格を形成するとの過去の通念が影響している。

1621

[精神障害者社会生活](#)評価尺度（LAMSI）

1 身辺処理

?生活[リズム](#)の確立

?身だしなみへの配慮.....整容

?身だしなみへの配慮.....服装

?居室（自分の部屋）[掃除](#)やかたづけ

?バランスの良い[食生活](#)

2 [社会](#)資源の利用

?交通機関

?[金融機関](#)

?買い物

3 自己管理

?大切な物の管理

?金銭管理

?服薬管理

?自由時間の過ごし方

4 対人関係

・会話

?発語の明瞭さ

?自発性

?状況判断

?理解力

?主張

?断る

?応答

・集団活動

?[協調性](#)

?[マナー](#)

・人づきあい

?自主的なつきあい

?援助者とのつきあい

?友人とのつきあい

?異性とのつきあい

5 労働または課題の遂行

?役割の自覚

?課題への挑戦

?課題達成の見通し

?手順の理解

?手順の変更

?課題遂行の自主性

?持続性・安定性

?ペースの変更

?[あいまいさ](#)に対する対処

?[ストレス耐性](#)

6 持続性・安定性

?現在の[社会適応度](#)

?持続性・安定性の傾向

7 自己認識

?障害の理解

?過大な[自己評価](#)・過小な[自己評価](#)

?現実離れ

1622

[コンピューター](#)をはじめとする[技術革新](#)は物流[革命](#)をもたらした。[医療](#)分野で何ができるか、考えることは価値がある。

○外来

- ・[コンピューターオンライン](#)で、薬剤の待ち時間が[節約](#)できる。
- ・面接の待ち時間を合理的に管理できないか。

○入院

- ・同じ内容の処方や文書を何度も書かなくて済むようにしたい。
- ・各病棟に足を運んでいる時間があつたら[もっと](#)有効に使いたい。朝のうちに緊急度に応じて[ドクター](#)に要請を出し、[ドクター](#)はその要請に従って一日の[スケジュール](#)をこなす。そのほかに救急コールなど。
- ・患者の自発性を向上させるために使えないか。[ソフト](#)な管理に移行できないか。

このように考えてみて、「不満」や「改善点」は医者側にはあまり感じられないのではないかと思う。

1623

患者ごとに最適な刺激レベルをセットする。その刺激レベルをめどとして[日常生活](#)、病棟生活、作業、[デイケア](#)活動などを計画する。「最適刺激レベル」は何によって知ることができるか？

1624

[リハビリ](#)でいう、「人間作業[モデル](#)」とは何か？Kielhofner.

1625

この[病院](#)は各部局がタコツボ[である](#)。それだけではない。医者同士でさえ、タコツボ[である](#)。組織の[精神病理](#)[である](#)。

→「組織の[精神病理](#)」を展開できないか？

1626

[精神科リハビリ](#).....[社会](#)復帰を目指すとしても、[社会](#)の受け皿がなければ空しい.....どのような[社会](#)資源があるか？開拓の戦略はどうか？地域は受け入れる心の用意ができて[いるか](#)？.....[共同体](#)のあり方。会社や地域は[障害者](#)をどのように遇するのか。

[共同体](#)の倫理は個人の倫理の総和ではない。

しかし一方で、[治療者](#)の側に[リハビリ](#)の戦略はあるのか？.....[理論](#)と技法と制度（[治療](#)構造）...
...評価と働きかけ、それらの背景となる[理論](#)。

1627

[リハビリ](#)

- ・ [cure](#):精神療法の延長.....心理職.....[ファンタジー](#)の次元で癒す
- ・ [care](#):作業の延長？.....OT職.....現実的・現実検討回復的

しかし広義の精神療法は「ただそばに寄り添うこと」のシュヴィング的態度を含む。それは[care](#)である。

どちらの系統であっても、[本質的](#)に深いものは共通の深みにたどり着くだろう。[入り口](#)あたりでうろうろしている場合には、かなり異なるものと映る。

お話を聞いて、現実的実地的[アドバイス](#)を返すことも精神療法ならば、違いはない。

1628

[リハビリ](#)活動の二大別

?現実検討を増大する方向の活動.....現実的対処（現実を処方する）

?[ファンタジー](#)を刺激する方向の活動.....深層を操作する

手術にたとえるとして、メスで切り裂いて病患部を操作するタイプと、傷口を乾かして新しい皮膚ができるように促進するタイプとがあると思う。癌のような深部の病理には前者を適用し、擦り傷のような浅部の病理には[後者](#)でよい。

1629

共感と[投影](#)の差。

「親は嫌いだ」と相談者が語る。それに対して、自分の「親体験」を[投影](#)して応じるのは共感ではない。

共感的技法ではなく、自分の体験や考え方をぶつけるという[常識](#)的方法を採用する場合もある。

1630

[当事者](#)にならなければ分からないことばかりである。他人には何も分からないのだと謙虚になった方がよい。

1631

アセスメントする技能領域一覧（池淵）

a. 日常生活の自立

身だしなみ、家事、食生活、金銭管理、買い物、交通機関の利用など

b. 職場・学校・デイケア・作業所で役割をどの程度遂行できているか

参加状況、参加態度、周囲との協力関係、仕事の達成度、本人の満足度、周囲からの評価など

c. 家族関係は円満か、家族としての役割はこなせているか

家事、家庭人としての役割遂行、家族間の親密さ、家庭問題解決の技能

d. 交友関係

親愛関係の維持、肯定的自己主張、断るなどの否定的自己主張、会話の開始と維持、余暇の過ごし方

e. 再発に関連した諸技能

服薬自己管理、症状自己管理、ストレスへの対処技能、持続症状への対処など

一人暮らしの人ならaが、家族と同居する人ならbが重要。

1632

精神科リハにおける心理学。チーム医療の視点。

行動評価尺度を用いる理由……スタッフがとらえにくい行動。

1633

ケースマネジメント

○強調点

- ・ 利用者の個別の立場に立つ
- ・ サービスを調整する（援助をパッケージ化する、地域の状況に合わせる）
- ・ 計画的におこなう
- ・ 継続的におこなう

○内容

- ・ ニーズ・アセスメント……アウトリサーチが基本、チェックリストが有用。
- ・ プランニング……ニーズに順位をつける、ミーティングを開き、連携内容と期間を限定することも大切。

・ 介入

代行者、教師・指導者、案内者・同行者、解説者、広報専門職、支持者、などとして。

- ・ モニタリング……紹介して終わりではなく、経過をモニターする。
- ・ 評価……全体の動きを評価する。目標達成度や利用者の満足度など。

1634

地域での生活のノウハウを教える。プライベートな情報ネットも大切。地域生活ネットワークが構築できるか。

1635

病棟管理医の[仕事](#)

病棟レクの問題

引継方式

記録方式

[カンファレンス](#)・[ミーティング](#)

[教育](#)

他部署との連携・具体的な[タイムスケジュール](#)

1636

「依存させる福祉」の[問題点](#)。

1637

退院時・PSWのチェック項目

住居

経済

職場

家族関係

[社会資源](#)の利用

[とりまく](#)人々の配置・サポート[システム](#)としてどうか？

以上から

[ニーズ](#)と[プラン](#)

再発因子・対策

1638

退院時・[看護部](#)のチェック事項

陽性症状、[陰性症状](#)、[日常生活](#)能力について、PANSS,LAMSIから抽出。これらが[日常生活](#)をどの程度制限するか、評価。

性格因子・対人関係の特徴・行動特徴についての[情報](#)。

再発因子と対策

1639

退院時・OTのチェック事項

・OT場面での観察報告……参加の状況、作業内容、態度、[自己評価](#)、周囲の評価、集団内での振る舞いの特徴、作業能力、職業適性、就業にあたって注意すべき点、[仕事](#)を続けるために注意すべき点、事業所への連絡事項はあるか、サポート体制を工夫できるか

・再発因子と対策

1640

ケースワークシステム

リハビリのための包括的最適システムが半ば自動的に機能するように工夫すること。利用可能な社会資源の中で最適の組み合わせが出力されるようなシステム。

ケースに対して自動的にチェックがかかり、ニードが発見されれば対策は自動的に決まる、……などと半自動的にシステムを作れないだろうか？

問題発見と解決の循環を手続き化する。

「たまたま特殊な事情によってうまくいった」タイプの解決が続くようだとよくないと思う。

1641

精神病の場合も、病院をつきとめ根治療法を探るのが第一の道である。しかしそれが現状ではできない以上、リハビリテーションやノーマライゼーションが大切である。精神医学の本来の目的は精神病患者のQOL向上であることから、また、人権への配慮の面からみても、リハビリテーションやノーマライゼーションが必要である。

そのためにはチーム医療が不可欠である。

1642

「それを必要とする人を集めてサービスを提供するのではなく、人にサービスを集める」方式の援助が大切。

1643

長期入院者の場合、ひきこもりなどの状態を「陰性症状なのか、施設症なのか」と問うことが必要である。Hospitalismともいえるし、Prisonizationという言葉もあるようである。

施設症の場合には自発性欠如や依存性格などがみられても、生活状況を改善すれば元に戻る。

毎日新聞1997年2月7日付けの記事では、「外出制限・少ない入浴回数が施設症の発生と関係していることが裏付けられた」と報じている。精神病院協会ではそれは陰性症状と施設症を意図的に混同して精神病院を攻撃する材料にしたものと反発している。

1644

世間の人々の病気についての知識は、体の病気についてと心の病気についてとでは大きな開きがある。

とくに心の病気の場合には、病気なのかストレスによるものなのか、心因性疾患というべきかなど、不明な点も多いと思う。医者自身が混乱しているのだから、その知識を受け取る側がすっきりと理解できているはずはないだろう。

予防医学の観点からも、職場検診などで身体病のスクリーニングは能率よくできるようになった

。精神面ではまだできていない。

1645

管理職の要求

・部下の言動が健全か病的か。数字で示す方法はないか。あるいは数字ではなくても目安となる基準はあるのか。（これについては現実検討などが基準になるけれど、それだけではない。防衛機制の質にまで言及すれば良いだろうが、難しい。しかし、系統立てて説明すれば分かりやすいはずである。否認→外部現実歪曲→心的現実歪曲→良好な現実検討）

- ・予防に何が役立つか。
- ・上司のいかなる言動が悪影響を及ぼすか。
- ・精神健康についての知識が身体保健の知識と同程度の普及がなされることが必要である。

1646

心身一如の観点から、心の状態を数値化できないか。

1647

管理職の要求

上司は部下にプレッシャーを与えながら能力向上を促す。それが効奏する場合もあるが、部下をつぶしてしまう場合もある。このあたりをあらかじめ判定するにはどうするか。「ストレス耐性」とでもいうべきもの、つまりどのくらいのストレスならば耐えられるかという、量の問題。または「ストレス対処回路の特性」とでもいうべき、ストレスの質と対処回路の質の問題がある。このあたりを測定するテストは開発できるか？フラストレーション場面を見せて反応を探るタイプのテストが使えるかもしれない。

1648

サラリーマンと精神医学

どのタイプのストレスに弱いか。

どの程度のストレスに耐えられるか。

→ストレス耐性構造の数値化。

また、職務適性や管理職適性などを測定表示できないか。それを参考にして自分の思考や行動のパターンを改善できないか。

信長、秀吉、家康の三人はこの順番で登場する必要があった。組織の直面している課題とリーダーシップの質の関係も大切である。

マネジメントスタイルの研究といってもよい。

1649

組織のストレス

階層構造や縦割り分業組織のもたらす[ストレス](#)がある。

階層構造のなかでは、顔の見えない[上層部](#)からの決定や噂や批判が届けられ、大きな[ストレス](#)になる。

縦割り分業組織では全体の見通しが得にくく、横の連絡がない。さらに他部署との利害が対立しやすいため、末端部署での閉塞感・疎外感が生じる。

このあたりは[コンピューターネット](#)の利用で克服できないか？

こうした現代的組織の特性が[ストレス](#)を生み出す。その上に、各構成メンバーの[パーソナリティ](#)の問題が加わる。

組織の特性から生じている[ストレス](#)が、特定の個人の[パーソナリティ](#)の問題に見えてしまう場合があると思われる。

組織の[プレッシャー](#)が人格化されている。このような問題にも対処できるのが望ましい。

1650

職場の精神保健

・組織の特性がうみだす病理……具体的には分業体制を敷いて[マネジメント](#)してゆく手法がもたらす[精神病理](#)。これがどのようにして個人の「下痢」につながるのかについて考察する。

→求められている。平凡な解答は簡単[である](#)。しかし[本質的](#)な解答をもとめるとすれば難問[である](#)。

・表面的には現代の特色を追いかければ[レポート](#)にはなる。[コンピューター化](#)、[フレックス化](#)、在宅化、国際化など。

1651

職場と[精神医学](#)

・[病気](#)の予防……病的状態の理解、どんなときにどこに受診すべきか、悪い態度、よい態度、など。

・適性の判定……[仕事](#)の内容と適性、[管理職](#)適性、（どのような課題に向けての[管理職](#)なのかについてまで問われる）

・採用時の注意点……これぞまさに人事の最大の[ノウハウ](#)。容易にわかることではない。

1652

施設に人を集めるのではなく、人に[サービス](#)を集める。転換。

1653

診断する権力

[メンタルヘルス](#)活動は[社会](#)防衛部分を含むことがある。その運用に疑問がある場合もある。極端な例は、反[社会主義者](#)を「分裂病」と[レッテル](#)を貼り[隔離](#)収容する「[社会](#)防衛」。マイルドな例では、[病気](#)に関係なく親に対して正当な批判を述べているにもかかわらず、「[病気](#)のせいでおか

しなことを言っている」ことにされてしまう場合。「[精神病](#)と診断すること」は、診断の権利を握る側の「防衛力」となり、ときには「攻撃力」となる。

1654

職場[リエゾン精神医学](#)

- ・職場で[精神医学](#)的と思われる問題が発生したとき、[精神科医](#)や[カウンセラー](#)を訪ねやすい状況を作る。
- ・普段から[精神医学](#)、[メンタルヘルス](#)の啓蒙活動をする。第一次、二次予防。
- ・何が[精神医学](#)的問題であるか、わかるように啓蒙する。
- ・職場復帰が当たり前である風土をつくる。[第三次](#)予防。復帰しやすい制度を作る。たとえば50%勤務や70%勤務の制度。年休を時間刻みで消化する制度。長期欠勤者が発生した場合に[仕事](#)を補う者を手当する制度（これがないと現場では欠勤者を憎むようになる）。
- ・会社内のケースワークを充実させる。
- ・管理の強化や会社防衛の手先にならないように注意する。
- ・身体科の集団検診制度に乗せるか、別建てでいくか、集団[スクリーニング](#)制度を考える。
- ・[プライバシー](#)の問題。公開すると出世にさしつかえと考えると、秘密にする人が多い。しかしそのせいで、周囲の人に「性格の問題」と考えられてしまう場合がある。会社に知られたくないからと[健康保険](#)も使わず自費で診療を続ける人もいる。このあたりも改善の必要がある。

1655

病棟での分裂病者の様子を見てみると、何かをしながら別の何かをすることができないようだとの指摘。確かにそうかもしれない。

そこで、「ながら[テスト](#)」を考える。大脳高次機能[テスト](#)として、「かな拾い[テスト](#)」と類似の発想。

たとえば、[テレビ](#)を見ながら机で何かの作業をするのはよくある風景である。[テレビ](#)を見せながら、[クレペリンテスト](#)をやる。作業能力をはかると同時に、[テレビ](#)の内容理解を尋ねる。集中しすぎるよりも、注意力を分配できる能力を評価する。

1656

[本質的](#)欠損と廃用性[機能障害](#)とを区別する[テスト](#)はないか、考える。

1657

[本質的](#)欠損の場合にも、周辺の[神経細胞](#)が代償性に機能を肩代わりするから、やはり[リハビリ](#)が有効だとの考え方もあるだろう。

[機能障害](#)があるとき、[神経細胞ネットワーク](#)が

- 1) つながっている。→廃用性[機能障害](#)。廃用に対する[リハビリ](#)。
- 2) 切れている。代償の可能性もない。→[本質的](#)欠損。良肢位への固定のための[リハビリ](#)。

3) 切れているが代償回路ができています。→代償回路形成・定着のためのリハビリ。

一応このように分類できるのではないかと。

1658

精神科入院は「罰」ではない、治療なのだと教育する必要がある。このところを分かっていない患者が多い。また、病棟のアメニティの低さはまさに「罰」であるとも思えるようなものである。

1659

障害児は養護学校の帰り道に落ち葉を拾ってはいけません。その理由二つ。

1) 障害児は道に落ちているものを、誰かの所有物かそれとも誰のものでもないものか、識別する力に欠けている。ときどきは他人のものを持っていってしまうことがある。状況判断ができないのだから、「道に落ちているものは決して拾わないように」と教育することになる。

2) 地域住民は障害児が歩いていて何か拾った場面を見た時、「障害児だから識別力がなくて、人のものをとったかもしれない」と疑う。そのように疑われないようにするためにも、道で落ち葉を拾ってはいけません。

1660

課題

サラリーマンの精神医学をもっと考える。

1661

まず地域全体に施設を利用したい人が何人いて、どのような施設がどれだけ足りないのか、明確にする必要がある。

また利用者が必要を感じたときに、社会資源の性格、内容、場所などについて分かりやすく説明する必要がある。初回の総合相談では、現段階ではここから利用していきましょう、次はこのような計画です、と提示できるようにする。

どこかの施設が受け入れたとして、その後の連携をシステムとして組んでおく。

情報提供できるキーステーションが必要である。これは同時にケースワーク活動の拠点になる。

施設が増えるほど、こうしたケースワーク・キーステーションは重要である。

ネットワークを作ることと情報サービスの窓口を作ることの両方を実現しなければならない。

1662

各施設の悩みとしては、病院やクリニックにつながっていないと不安であることがあげられる。

たとえば作業所での過度の抱え込みがあげられる。

1663

[登校拒否](#)についての[ひとつ](#)の見方（[吉川武彦](#)）

[社会](#)に対する抗議は

[1950年代](#)・[大衆運動](#)として[国家権力](#)に・[労働者](#)

[1960年代](#)・[学生運動](#)として権威機構に・[大学生](#)

[1970年代](#)・校内[暴力](#)として権威象徴に・[高校生](#)

[1980年代](#)・[家庭内暴力](#)として親たちに・[中学生](#)

と変遷していて、これは?抗議の担い手が若年化し、それに伴い抗議対象も変遷する傾向を示している。さらに?都市部から周辺部へと遅れて拡散する水平的拡散傾向もみとめられる。

?に対しては権力側の対策が、強攻策と懐柔策を合わせて成功しているからである。

1664

ハビリテーション

[リハビリテーション](#)ではなく、ハビリテーション。療育（[医療](#)と[教育](#)）。

もともと[教育](#)が欠けている場合には[教育](#)が必要。

養護は[教育](#)・療育をおこなう。

分裂病者の場合、元来あったものが[病気](#)によって失われたものか、あるいはもともと育たなかったものなのか。[病気](#)によって失われた場合、[陰性症状](#)（[本質的](#)欠損）なのか廃用性[機能障害](#)なのか。

[陰性症状](#)と廃用性[機能障害](#)の区別は容易ではないように思う。結局、訓練をしてみて、比較的早期に回復するなら廃用性[である](#)というくらいしかいえないのだろうと思う。つまり、どの場合でも[リハビリ](#)は行うべき[である](#)ということだ。どうしてもだめなら[本質的](#)欠損[である](#)ということになる。そして良肢位での固定を考える。

1665

良肢位固定の例

「どうも」というあいさつは大変よい良肢位固定の例[である](#)。活用場面が広い。状況を正確に判断する必要がない。

1666

その人の実際の生活時間を追跡してみて、再発要因を探る作業が必要[である](#)。

1667

施設症

廃用性萎縮

ホスピタリズム

Hospitalism

Prizonization

Institutionalism

1668

[ビジョン](#)と実行

1669

[社会](#)の中で癒されることが大切。

[デイケア](#)が中止になったら働き始めた人がいた。施設から出て[社会](#)の中で癒される。それが本当の[社会療法](#)である。

特殊施設が[ひとつ](#)もない状態が[社会療法](#)の[もっとも](#)理想的な形ではないか。

1670

成人するまでは親の[責任](#)。成人したら本人の[責任](#)。ということは、成人してからの[精神病患者](#)の[保護者](#)は親ではなくて[社会](#)全体が引き受けるべきなのではないか。

この考え方に一理あるような気もする。

1671

セルフ・[ヘルプ](#)・グループの形成

常時開放されていて、そこに行けば誰かいるだろうという、[大学](#)の[サークル](#)部屋のような環境。

1672

[社会療法](#)の最終地点はコミュニティの再生である。

1673

急性感染症から慢性疾患へと疾病構造が変化した。それに伴って[健康観](#)が変化した。

1674

[病院](#)は個性を無視する場所である。一律処遇は苦痛である。

それでも許されていたのは、[精神病院](#)が[社会](#)防衛の道具にされてきたからだ。[社会](#)も家族も見捨てたい人を収容してきたからだ。そこにあったのは[医療](#)でも福祉でもなく監禁であった。

1675

精神[医療](#)の問題点。[治療](#)開始への抵抗。ここを[突破](#)できないと非常にこじれてから[治療](#)が始まり、結局[治療](#)は長引いて予後も悪いということになる。

1676

その患者特有の危機の[サイン](#)。[サイン](#)の出し方。

精神科リハビリ

- ・前段としての生活臨床の蓄積
- ・?能力障害の改善?環境調整

能力回復のために過重な負荷をかけると再発の危険が増す。しかし現状の能力に見合った環境を与えるのでは本来あるはずの発展可能性を阻害する。バランスのとれた介入が必要。つまり、その人の潜在能力を正確に評価し、最大限のQOLを引き出す。

・?能力向上と環境調整の両面作戦。[包括的アプローチ](#)。?ユーザーの意思尊重。[動機付け](#)の問題。?入院と地域生活を包括する[プログラム](#)。?他職種チーム[アプローチ](#)。?集団の活用。?[アセスメント](#)、[プラン](#)、実行、評価、これら[プロセス](#)の重視。

- ・S S T
- ・患者心理[教育](#)と家族[教育](#)

[行動療法的](#)家族指導、心理[教育的](#)家族[マネジメント](#)、[家庭訪問](#)家族療法、複合家族療法、家族教室

- ・職業リハ

退院後の成功は作業能力だけでは測れない。地域で生活する能力、対人技能、精神症状などが独立の[変数](#)として関与する。

訓練後就労よりも実際の職場で訓練する方式がよい。

過渡的[雇用](#) (transitional employment)複数の[もの](#)がひとり分の[仕事](#)を請け負う。

援助付き[雇用](#) (supported employment)[スタッフ](#)は企業で[雇用主](#)と[障害者](#)双方への援助を行う。期間修了後に就労に結びつけばよい。

分裂病者の場合には獲得されたよい適応が次の職場で必ずしも発揮されない。援助付き[雇用](#)のほうが職場への定着期間が長い。

[仕事探しクラブ](#)もある。

前職業的訓練で何を獲得[目標](#)とするか。野津は基本的な職業人としての機能をwork personlityととらえる。

獲得[目標](#)の明細化。

- ・地域支援[プログラム](#)

「地域における積極的な支援継続チーム」(PACT)訪問などの積極的働きかけ、[日常生活](#)の場での援助がある、個別化された[プログラム](#)、24時間の危機介入[サービス](#)、ケース[マネジメント](#)。.....これは[しかし](#)援助終了後18か月後には効果は消える。つまり[期間限定](#)援助ではなくて継続的[地域ケアシステム](#)が必要[である](#)。

- ・居住[プログラム](#)

[専門家](#)の関与の程度、居住者の[自由度](#)

・ケース[マネジメント](#).....事例の[アセスメント](#)、[サービス](#)調整と[モニター](#)、訪問指導、入院部門との連絡、地域[社会資源情報](#)

・ [デイケア](#)

[陰性症状](#)改善、再発率低下、過度の退行を防止などの効果があるが、何がその要因かわかっていない。

[デイケア](#)の機能分化.....危機介入、入院から外来への移行のケア、能力開発や職リハ、地域 [デ](#)
[イサービス](#)などを区別する。

・ 共同[作業所](#)

1678

リハの課題

- ・ [機能障害](#)と能力障害の区別、[機能障害](#)を視野に入れたリハ
- ・ 疾患→[機能障害](#)→能力障害→[社会的](#)不利という [モデル](#)は[精神科](#)疾患では適合しない。結局、状態像の [モデル](#)がまず大切。 [モデル](#)が違うから、医師・心理・OTなど各部署で話が通じないのではないか。
- ・ 分裂病の経過と [モデル](#)

慢性進行の [予後不良](#)型は少なく、再発 [寛解](#)型が多い。

10年の不安定期、特に最初の5年の不安定期に [もっとも](#)再発率が高い。再発防止のため服薬 [教育](#)などが大切。早期からのリハは有効かどうか [データ](#)がない。

不安定期後の10余年は [ストレス脆弱性モデル](#)が適切。能力障害介入に重点。

安定期には環境調整。

1679

[1990年](#) Anthony のリハについてのまとめ。「Psychiatric Rehabilitation」。

1680

[精神科](#)救急 [システム](#).....総合的 [精神科](#)救急 [プログラム](#)

患者のいる場所に向いて救急介入を行う「Mobile Crisis Team」。

「トリアージ」救急場面での振り分け。

1681

外来 [プログラム](#)の細目

- ・ 短期

部分入院 [プログラム](#)

集中的 [精神科](#)リハビリテーション [プログラム](#)

- ・ 長期

外来クリニック・ [プログラム](#)

継続的 [デイケア](#)治療 [プログラム](#)

1682

[ニューヨーク](#)で、[社会](#)復帰を促進し、QOLを向上させる「[地域に根ざした総合的ケアシステム](#)」。

1683

IRP: Intensive Rehabilitation Program

IRU: Intensive Rehabilitation Unit

CIPRP: Comprehensive Intensive Rehabilitation Program

期間を限定して[包括的](#)な[プログラム](#)を組む。いろいろな資源を結合させる。

1684

[デイケア治療ガイドライン](#)作成のための検討課題（池淵1995）

?[精神科リハビリテーション](#)の中での[デイケア](#)の役割と目的

?対象選択：効果が期待できる対象の選び方

?[デイケア治療](#)の[動機付け](#)と導入の方法

?[デイケア治療目標](#)の設定

?集団運営の方法と[スタッフ](#)の関与の仕方

?[デイケア](#)における[プログラム](#)のあり方・工夫と活用の方法

?[社会生活](#)における機能の障害（生活障害）に対する[デイケア治療](#)の方法

?再発予防における[デイケア治療](#)の方法

?家族への[アプローチ](#)の方法

?[デイケア](#)終了後のアフター・ケアの方法

?[精神科](#)チーム[医療](#)の技術論

1685

患者[サークル](#)結成があってもよい。

1686

全体をケース[マネジメント](#)として考える。

ケース[マネジメント](#)のなかに医者利用、[リハビリ](#)の利用、[社会](#)資源の利用なども含まれる。患者の自己決定権の補助をする。[治療](#)に自己決定[プロセス](#)を持ち込むことで患者に[本質的](#)な変化をもたらすことができるだろう。

1687

OT.....個別作業、役割作業、話し合いによる自己決定を含む[プログラム](#)、[リーダー](#)育成

集団精神療法.....聞く参加、話す参加、相手を受けとめる参加

S S T

セルフヘルプ・グループ……

各プログラムの中にもステップがある。

1688

リハビリの評価。能力開発と環境調整の同時進行。

?まず、現在の能力曲線と潜在的に達成可能と考えられる能力曲線を評価する。潜在的に達成可能な能力が最終目標である。

?短期目標を設定し、プログラムを考える。

?短期目標に適切な環境を調整する。

?一方で、最終目標に適切な環境の用意をめざす。

1689

ながら作業テスト

テレビを見ながらよくなれた作業をする。この能力をテストしたい。

1690

外来クリニックプログラム

集中リハ

継続リハ

などを適切な時期をとらえてアレンジする。

1691

デイケアの機能別の効果判定

時期 回復期 リハ 維持療法

治療目標 機能障害からの回復 生活障害改善 帰属集団提供

外来への移行 QOL向上

プログラム例 ストレス対処技能 S S T O T

家族療法 職リハ レク

自助グループ

効果判定指標 精神症状 特定の生活障害 医療からの自立

陰性症状 再発率

再発率 再入院率

再入院率

1692

地域リハビリテーションの重要性が叫ばれるが、病院リハも大切ではないか、との指摘。

1693

江畑「分裂病の[病院リハビリテーション](#)」

12章の内容

[近年の精神分裂病](#)理解の変遷

慢性分裂病の[治療論](#)

[病院リハビリテーション](#)の展開

[教育的家族療法](#)

職業[リハビリテーション](#)

各種病棟での[リハビリテーション](#)

デイ[ホスピタル](#)（昼間[病院](#)）

[看護](#)の役割

チーム[医療](#)

地域[リハビリテーション](#)との連携

[21世紀の精神病院](#)における[リハビリテーション](#)に向けて

1694

リハの各側面

廃用性[機能障害](#).....能力再建

もともとの欠損・[教育](#)欠損・体験欠損.....能力開発

代償可能な欠損.....能力[再開発](#)

代償不可能な欠損.....良肢位の固定、「どうも」とあいさつ。

1695

[医療](#)、リハ、福祉が並行して[包括的](#)に実施されること。アレンジの技術が医師にあるか。[包括的プログラム](#)の大切さ。ケース[マネジメント](#)。

1696

心理[社会療法部](#)

1697

地域精神[医療](#)の[問題点](#)。分裂病者と、性格[障害者](#)・[薬物中毒者](#)とを同一の枠で処遇するのは間違いだと思う。

[生活保護](#)の問題も同様[である](#)。本当に必要でよい使われ方をする場合と、その逆の場合と。難しいものだ。

制度には必ず難点がある。

1698

集団療法担当者の工夫

医師カルテに記載していて、アピールしている。気に入っている医師もいる。
[レポート](#)を各部に配っている。これも目立つ工夫である。

1699

医学は疾病を対象とし、[看護学](#)は「疾病に対する人間の反応」を対象とする。したがって[精神科看護学](#)は一段と高次の反応[研究](#)になる。反応する部分が病んで[いる](#)からだ。

1700

[障害者](#)の福祉を視野に含むようになって、医学から福祉へと[精神科医療](#)の領域は変化しつつある

。

[精神医学](#)では従来から生活障害が問題であった。その点では先取りしていたといえる。

1701~1800

1701

最近の家族関係、近隣関係を見ると、危機に直面したときのサポートが得にくくなっている。そのせいもあって、精神保健上の問題が浮上しやすい。

サポート [システム](#) の欠如。

1702

精神保健対策は一般に管理強化によって対処することが多くはないか？

[登校拒否](#) にたいして [教育](#) 管理を強化する。または不可解な行動として [精神医学](#) の枠にはめ込む。

それはよい解決だろうか？

1703

[精神科](#) 的対処は、[自己評価](#) や自信を傷つけることなく行われているだろうか？心を傷つける何かを代償として含むのではないか？それでよいのか？

1704

[精神科](#) の [入り口](#) と出口に大きな問題あり。

[入り口](#)

- ・ [敷居が高い](#)。
 - ・ [精神科](#) 救急 [システム](#) が確立していない。
 - ・ 訪れやすい場所。
 - ・ 訪問チーム。
 - ・ 精神保健問題がどのようなときにどのようにして浮上してくるのがつかめていない。
 - ・ 利用者の生活の流れに沿って活用できる [サービス](#)。施設が利用者中心に組み立てられていない。
- 。生活基盤を損なわず、必要なときに [サービス](#) が受けられる。

出口

- ・ [精神病](#) 病床35万床、[社会的入院](#) 10万床。[社会的入院](#) 者のための [社会](#) 復帰 [プログラム](#) が明確になっていない。
 - ・ [病院](#) 内ケアから地域ケア [システム](#) への転換に向けて、各方面からの多面的な取り組みが必要。
- 。 [医療](#)、保健、福祉、立法、行政、司法など。

1705

ケース [マネジメント](#)

薬剤と精神療法の処方も必要 [である](#) が、各 [社会](#) 資源の利用、人との結びつき、制度の利用など、ケース [マネジメント](#) の手法も大切な処方 [である](#)。

1706

心理職と[看護婦の仕事](#)。いままでは心理療法は心理職の[仕事](#)で、[看護婦](#)はできなかった。SSTをやれば[看護婦](#)も精神療法的に参加できる。ここが利点[である](#)。

1707

SSTは犬と[共産黨員](#)に適用される技法[である](#)。

1708

[神経症デイケア](#)、[うつ病デイケア](#)は十年はやい。

1709

自己愛同盟

治療者の病理。[社会](#)に踏み出させることを恐怖する。[いつまでも](#)密室の依存関係を続けたい。自分に自信がない人の適応[スキルである](#)。患者に必要とされているという妄想の中で生きていたい治療者[である](#)。

1710

自分を笑える人は偉い。

1711

ジャクソニズムと本質欠損、廃用性[機能障害](#)の[理論](#)を結合させること。
機能を再度組み立てる順序はどうか。→これがないと[プログラム](#)を組む根拠がない。

1712

入院精神療法とOT,SSTの整合性

[医療モデル](#).....[精神医学](#)的治療

障害[モデル](#).....[リハビリテーション](#)

[精神科](#)治療には大きくわけて[医療モデル](#)に立つものと障害[モデル](#)に立つものがある。[理論](#)通りにきっぱり分かれるものではない部分もあるとはいえ、有効な考え方[である](#)。おおむね急性期治療では[医療モデル](#)が適応される。[リハビリ](#)期にはいるとOT,SSTなどが中心になる。SSTの但し書きには「急性期の[精神疾患](#)患者は対象としない」とあるり、位置づけは[リハビリ](#)である。

医者が行う入院精神療法にしても、入院後六ヶ月に関しては高く、それ以後は安くなる。早期退院を促す[意味](#)もあるが、治療の中心を[リハビリ](#)的働きかけに移すという[意味](#)だろう。

入院集団精神療法は医師が必要で、その点でも精神療法の[意味](#)あいが強い。週に二回可能という点も、濃厚な精神療法的関わりを[意味](#)しており、たとえばTグループ、[エンカウンター](#)グループ、[サイコドラマ](#)などの治療法を中心として想定しているのではないか。SSTは最初の六ヶ月は週に一回[である](#)。

1713

CNS: Clinical Nurse Specialist

[大学院卒業](#)レベルの[看護](#)職。

1714

ケア[マネジメント](#)

どんな[サービス](#)が必要かは、[サービス](#)提供者ではなく[ケアマネージャー](#)が決める。この方式は正しいと思う。患者の専門知識の不足を補い治療の選択の[アドバイス](#)をする。

1715

地域[リエゾンカンファレンス](#)の主旨

- ・患者に関する各部門の[情報](#)を一つにまとめて考え方を聞く。違う立場の人の意見は参考になる。次第に各人の中で総合的な見方が育つ。
- ・ケアの[一貫性](#)を保つ。転勤で[担当者](#)がいなくなった場合にも、当時の出席者がいれば継続できる。
- ・ケア[マネジメント](#)の立場。実際の[会議](#)はケア[マネジメント会議](#)になる。
- ・ケアミックスを院内から開始して、地域のケアミックスにつなげる。

1716

Apo[モデル](#)が[リハビリ](#)を考えるときにはやはり[もっとも](#)分かりやすい。

急性期にはICUなどで濃厚に医学的治療をする。それを過ぎたら、[リハビリ](#)期に移る。欠損に対しては[ギブス](#)、良肢位での固定、残存機能の活用などを試み、ジャクソニズムを基本とした機能再建[プログラム](#)が必要である。

廃用性能力障害に対してはリハで[トレーニング](#)する。

これを基礎として分裂病の[リハビリモデル](#)を考える。

1717

[精神病院](#)の入院環境では、「頭の[栄養](#)」が足りない。良質の[情報](#)が足りない。深い感情体験もない。集団機能を促進するような適切な環境もない。分裂病の患者同士でどうして適切な[集団療法](#)環境ができるだろうか？これではまったく[病気](#)を悪くするために入院しているようなものだ。たとえば、消化機能が衰えている人に対して、ますます劣悪な低[栄養](#)食を出しているようなものだ。

入院当初には[情報](#)レベルまたは[ストレス](#)レベルを低く設定することが治療として必要である。[リハビリ](#)期に入った患者さんに対しても低[情報環境](#)を持続するのは間違いである。この点では病棟の機能分化問題と連動している。

1718

脳神経回路の新築と再建の違い。このあたりを脳[神経細胞](#)に対する働きかけを[イメージ](#)して考える。

1719

機能再建は神経[ネットワーク](#)再建の[イメージ](#)を基本にする。

1720

[サラリーマンのストレス量](#)

- ・ [仕事](#)の内容と量
- ・ 対人関係
- ・ 家庭生活

これらが柱[である](#)。

1721

OTの課題

- ・ 受け入れ時の「[動機付け](#)」の工夫。[看護婦](#)など説得する人の理解も[重要](#)。広報活動や[看護部](#)との交流が必要。誤解をとき、魅力をアピールする。
- ・ Drへの[レポート](#)を工夫する。
- ・ 職員さんがOT室に来る機会を作る。[病院サークル](#)活動は使えるかどうか。

1722

縦軸に[ストレス量](#)、横軸に[ストレス耐性](#)（または[ストレス脆弱性](#)、体質）をとって[グラフ](#)にすると、発病、成長・進歩、退行の三つの領域に分けられる。[ストレス耐性](#)に対して過剰な[ストレス](#)がかかったときには発病する。ちょうどよい[ストレス](#)の時には成長・進歩する。[ストレス](#)が少なすぎるときには退行する。

[ストレス量](#)を調整するのは環境調整[である](#)。

[ストレス耐性](#)を調整するには、薬、SST、学習などが有効[である](#)。

この[モデル](#)は大変有用[である](#)。

1723

[サラリーマン](#)と[ストレス耐性](#)

[上司](#)の[仕事](#)は各人の[ストレス耐性](#)に見合った量・質の[仕事](#)を与え、成長や満足感を引き出すこと[である](#)。[仕事](#)の性質と部下の特性の両方を的確に把握する力が必要[である](#)。あまりにつまらない[仕事](#)では成長しないし満足感もなく、退屈して士気が低下してしまう。あまりに過重な[仕事](#)ではつぶれてしまう。ちょうどよい[ストレス](#)を負荷して育ててゆくのが[仕事である](#)。

たとえば、NTTの場合、将来の幹部[候補生](#)として見込みがあるかどうかをどのようにして見分け

るか、ノウハウがある。基礎学力や仕事の質などの点で見劣りがあってはならないし、TEGでのCP, NP, A, FC, ACがバランスよく分布していなければならない。問題はその先である。主に対人関係の質を見る。さらには家庭生活の安定度を評価する。

若い幹部候補生を地方の支店長として赴任させる。過去のデータによって、その支店にはどのような人がいて、どのような意地悪がおこるか、大体予想できている。そこにわざわざ赴任させて、どのように支店をまとめていくか、テストする。

たとえば、頭にきて誰かをくびにするなど激越な反応を示すものもいる。経理の使い込みを追及するあまり組織をダメにするものもいる。いじめられたと引きこもったり、心身症になったりすることもある。愛人に逃げたりもする。その人がどのような反応を示すのか、観察する。

その人のストレス耐性はどの程度であるか、耐性を超えたストレスがかかったときどのような反応を示す人なのか、それをテストしている。

耐性を超えたストレスにさらされたとき、幻覚妄想で反応する人は精神病タイプ。胃潰瘍で反応するのは心身症タイプ。二重人格で反応するのは解離ヒステリータイプ。ひきこもりやリストカットのような行動化で反応するなら性格の未熟なタイプである。現実的な対処をして、目標を達成する人は人格の成熟度が高い。

そのようなデータから、将来の社長として見込みがある人を選び出す。社長の適性として大切なのは何か。組織が小さいうちは想像力や強いリーダーシップも大切だ。改革の力も時代によっては強く求められる。また、協調性は日本的風土では大切で、今後は国際化の中で自己主張の力も求められるだろう。しかし大きな会社になれば、何より大切なのは、ストレス耐性が高いことである。会社の危機にあたって、全社員が何も考えられないくらい動揺しているときにも、社長だけは落ちついて見通しをしっかりと持っていなければならない。それが会社組織全体を救うのである。社長が動揺しないであれば、あとは各部署がそれぞれの仕事を実行すればいいだけのように組織はできている。

そのような資質があるかどうか、それが社長の器かどうかということである。

1724

薬と精神療法の合理的な統合。なにかもっとすっきりした方針を提案できないものだろうか。

integration.

たとえば分裂病に対しての、薬と精神療法や集団場面による刺激との挟み撃ち。しかしこれはドーパミンイメージだから限界がある。

1725

社会の中で生きている精神病患者は入院患者よりずっと生意気であり、人間くさい。

1726

精神病院は患者ばかりではなく職員までも、精神的に圧殺する。希望をつみとり、権力者の恣意の方針に屈従させる。患者に対する態度が職員に対する態度にも反映される。

1727

欠損に対して.....[ギブス](#).....S S T（良肢位固定、「どうも」のあいさつ）
.....残存機能で代用.....S S T（右手が使えなければ[左手](#)で食べる）
.....新しい回路形成.....S S T、リハ（練習、ジャクソニズム）
廃用性能力障害に対して.....思い出させる.....リハ（練習）

1728

「廃用性[機能障害](#)」よりも、「廃用性能力障害」が言葉としてはすっきりしている。

1729

核のある構造（局在論）.....再生は難しい。機能は100%から0%になる。
[ネットワーク](#)構造.....再生可能性は高い。100%から70%程度になる。代償性回路が作りやすいの
ではないか。
運動機能は一度の[脳梗塞](#)でぱったり動かなくなったりする。これは運動機能の局在論的なあり方
を暗示している。
一方、高次精神機能については、一発で急にゼロになることは少ない。たとえば70%に低下する
といったようなことが繰り返しておこる。これは高次精神機能の[ネットワーク](#)的なあり方を暗示
している。

1730

状況認知の障害とS S T
状況失認はS S Tでよく補うことができるだろう。
状況認知が悪いからあいさつができなかったり、落ちていた財布をどうすればよいか分からな
かったりする。それに対して良肢位での固定をしてしまう。するとずっと楽に生きられる。

1731

P -----
N -----
廃用性能力障害 -----
経験・[教育](#)欠損 -----

対策は

P.....薬

N.....薬、あるいは対処なし

Nによる能力障害.....S S T、残存機能利用（原因に対する治療ではなく、能力障害に対する対処
。[ギブス](#)のようなもの）

廃用性能力障害.....リハ

経験・[教育](#)欠損.....療育

1732

原因そのものを治療しようとする[メディカル](#)な[モデル](#)はいわば[機能障害](#)への[アプローチ](#)である。それに対して、[リハビリテーション](#)は能力障害や[社会的](#)不利の改善をめざす。その原因を除去しようとは思わないで、他の解決法や対処法を見いだすことを主に考える。また、残っている能力に注目する。

1733

心理[教育](#)・家族[教育](#)とS S Tはリハの車の両輪である。

1734

S S Tの二つの背景[理論](#)

認知行動[理論](#)と[社会学習理論](#) ([モデリング](#)が[重要](#)視される)

行動を何が変えるのか？何が認知を変えるのか？

今後はS S Tもセルフ[ヘルプ](#)・グループを意識した運営が求められてくるだろう。

1735

現在の[リハビリテーションモデル](#)は、

[機能障害](#)、能力障害、[社会的](#)不利の三段階でとらえている。impairment,disability,handicapの訳語。これは身体科[モデル](#)である。[精神科](#)、とくに分裂病のリハの場合がどうなるか、一考を要する。

1736

[仕事](#)の同僚に分裂病が発生した場合。[仕事](#)の能率を考えればその人を排除するのがよいだろう。しかしそれでよいのだろうか。[社会](#)としてはどうすればよいのだろうか。この問題をきちんと考えることが必要である。

[社会](#)の中で分裂病者の居場所はどこなのだろう。

1737

分裂病の急性期に[隔離](#)が必要であり、人権を一時的に制限することも[意味](#)がある。しかし閉じ込められる場合に[暴力的ないじめ](#)をする他患と一緒にされることまで必要なはずはない。[邪悪な看護者](#)に*いじめ*られる必要もない。他の場合ならばそのような状態を拒否することができるはずである。しかし強制入院の場合にはそれができない。拒否する権利がない。

1738

外来分裂病者の悩み

- ・時間があると余計なことを考えてしまう。たとえば[自殺](#)。
- ・ひとりでいると寂しい。
- ・将来親がいなくなるとどうしようと不安になる。
- ・[結婚](#)したい。できれば健常者と。
- ・医者によく伝えられない。医者の前では取り繕ってしまう。
- ・友人は欲しいが、友人が家に来ることで親に叱られる。しかしそれ以外に行く場所はない。
- ・何をしてもよいかわからない。
- ・焦る。

外来分裂病者の家族の悩み

- ・[わがまま](#)で困る
- ・能力以上のことをするので困る。
- ・[ゆっくり](#)やればいいのにとと思うが、焦ってしまう。焦っている患者を見るのが辛い。

1739

女子病棟に[たまごっち](#)を。

[保護](#)本能や母性本能を引き出すことができるのではないか。

[たまごっち](#)はあれこれ要求する。それが患者を眠りから覚ますのではないか。

1740

S MDI

depression Hebe monopolar

manie paranoid bipolar

pure manie [paranoia](#) pure manie

精力性と弱力性の観点から。

1741

適切な[ストレス](#)レベルの設定

- ・霜田の例（S）

看板を作ってもらった。ちょうど限界ぎりぎりの[ストレス](#)であった様子。しかし完成後には達成感も大きかった。

- ・マツの例（S）

[英語](#)の勉強をして[大学](#)に[社会人](#)入学をしたいと希望した。そこで[英語](#)の勉強の援助に乗り出した。しかし結局はうまくいかなかった。

患者は空威張りをする。現実把握が悪い。能力低下している。そのあたりの見極めがないといけない。

1742

平社員はすぐには社長にはなれない
指導者はそれにふさわしい教育が必要である。

1743

幻聴治療について

「幻聴が消える」とは、どういうことか。

幻聴についての理解のひとつとして、内部で発生する思考や言葉が、あたかも外部由来のものであるかのように錯覚されているのが、幻聴であるとする説がある。思考や言葉が発生すること自体は病的ではなく、発生場所を外部であると錯覚していることが病的である。多分、この説は正しいだろうと思う。

発生場所についての解釈により、強迫思考、自生思考、させられ思考などが発生する。能動性の感覚とも関係する。

だとすれば、神経遮断薬で「幻聴を消す」のは、思考や言葉の発生自体を抑えていて、幻聴発生の病理自体には効いていないことになるのではないか。

本質的な治療は、言葉や思考の発生場所についての錯覚を正すことである。その方法があるかということが問題である。

たとえば言えば、ラジオでNHKにチューニングしたらTBSが流れてしまったので、電源を切ってしまうのに似ているのではないか。NHKからTBSが流れることはなくなったものの、そもそも何も聞こえなくなってしまったわけだ。

1744

生活保護があるから働かない人はどれだけいるのか。

例えば、生活保護をやめて、その分だけの金額を箱作りの報酬に上乘せする。箱を一個作れば300円にする。何もしなければ食べていけない。働けば箱一つで300円。そうしてもなお働かないだろうか。

分裂病でも、ミサイジさんのように涙ぐましいまでの努力をして働く人がいる。要は性格の問題である。

また一方で、優しさを自分の生きる糧にしている人たちがいる。患者の人生をスポイルして平気である。自己愛同盟を結んでしまう。

実に八方塞がりである。

たとえば病院で。かつて患者を使役して病院が利益を上げていた。食べ物にするのである。それが終わってもなお誤解は残る。OTに誘導されてきたときに患者は「休むために入院しているのに、どうして病院のために働かなければならないのか」と尋ねたりする。OTとは何か、なぜやるのか、そんなことの常識が欠けている。

病院は「お仕置き」「罰」に使われている。子供が押入に入れられるように、「そんなことをしていたら入院だぞ」と脅かされる。

そして実際に入院すると牢名主のような入れ墨を背負った古い患者が待っている。退屈している

[からいじめ](#)て遊ぶ。われわれはひどい場所を提供しているの[である](#)。

[病院](#)がなかったら、そんなに[いじめ](#)られないですんだはずだ。[デイケア](#)がなかったら、[仕事](#)をやめて遊んで歩く生活にはならなかった。患者教室をやったから[病気](#)についての知らない知識を仕入れた。患者同士知り合いになって、薬の調整の仕方や[生活保護](#)になる方法や、親を裏切って遊んで暮らす方法を知った。

一体私たちは何をしているのだろう。絶望[である](#)。

1745

誰も本気ではない[業界](#)。

本気になれば圧殺される[業界](#)。

本気のふりをすることが決まりになっている[業界](#)。

1746

土居の「甘え」、木村の「あいだ」、いずれも[インター](#)パーソナルな問題を取り上げたものといえるのではないか。[日本人](#)の場合の病理の前景にあらわれるのは[インター](#)パーソナルな面[である](#)といえるのではないか。

1747

本来[精神病院](#)は一般環境よりも精神的な[栄養](#)に満ちた環境[である](#)べきではないのか。それなのに、現状では極限的に貧しい精神的環境[である](#)。

1748

[ストレス脆弱性モデル](#)

[脆弱性](#)とは何か。体質[である](#)が、時間と共に変動している。それを内発性[ストレス](#)といってもいいかもしれない。

内発性[ストレス](#)は時間と共に変動し、それに外発性[ストレス](#)が加算される。総合された[ストレス](#)が個人に特有の許容量を超えると発症する。

発症の仕方にも個人差があり、幻覚妄想状態になる分裂病、[うつ状態](#)になる[うつ病](#)、[胃潰瘍](#)になる[心身症](#)、[引きこもり](#)や[リストカット](#)になる行動化障害または性格障害、健全な場合には現実を変革するし、愛人を作る場合もある。

→[グラフ](#)

1749

[ドーパミン](#)仮説薬剤は使い続けるとよくないことが導かれる？

○まず、[引きこもり](#)がちで刺激を好まないおとなしい人がいる。[ドーパミン](#)は少ないので、レセプターを増やして感度をあげる。すると乏しい[ドーパミン](#)でも十分な刺激に感じられる。

○ところが[思春期](#)を迎えて、異性と[出会い](#)、[大学](#)に行ったり[仕事](#)を始めたりすると、刺激が増え

てドーパミンが増える。レセプターが増えて過敏状態になっているので、容易に限界を超えてしまい、幻覚妄想状態になる。[ドーパミン過剰状態である](#)。

○神経遮断薬でレセプターを塞ぐと、過敏さが抑えられる。[ドーパミン過剰](#)でも幻覚妄想はおこらない。急性期が過ぎると、[ドーパミン](#)は元の低レベルに戻る。この時点では薬によってレセプターが塞がれていて、鈍感になっている。生体はレセプターを増やして、[ドーパミン不足](#)に対応しようとする。結果として、最初の時点から数えると、二段階のレセプター増加になる。つまり、ますます過敏になって再発しやすくなっている（履歴現象）。これを繰り返すと、ますますレセプターが増え、ますます再発し易くなり、ますます薬が増え、ますますレセプターが増えるという[悪循環](#)を形成する。

○このように考えれば、薬が分裂病を治していないのではないかとの疑いが濃い。むしろ[悪循環](#)を形成している可能性がある。

○しかしながら、現実には薬のおかげで、分裂病者は[社会生活](#)ができるようになったと思われる。そうなのか？あるいは、薬にかかわりなく、[本質的](#)な軽症化が進んでいるのか？

1750

[精神病患者](#)は、ある程度は[社会](#)のあり方の陰画である。心優しい者、正直すぎる者、誠実すぎる者が、[精神病患者](#)とならざるを得ない状況がないか、点検する必要がある。

[精神病患者](#)は[社会](#)の病理を告発しているのである。

そのような視点は有効だろうか。単なる[ロマン主義](#)なのだろうか。

1751

SSTは本来、患者に特有の[機能障害](#)に対する個別の工夫であるべきだ。

→分裂病による障害は、はたして個々バラバラなのか、一様なのか。

1752

立場の変換の障害

自分の生きていた[常識](#)のみが、世界の[常識](#)のすべてだと信じている。それ以外の[真実](#)があるとは考えてもみない。それは一種の「立場の変換の障害」といえないだろうか。相手の立場から見たら世界はどう見えるか、想像できない。小児[自閉症](#)の場合に、自分と相手の立場を変換することができないのに似ている。これは脳の老化の指標として使えるのではないか。高次機能の脱落による症状と思われる。「ながら[テスト](#)」と同列の[テスト](#)として使えないか。

新しいことに対する拒絶症ともいえるかもしれない。「頭が固い」ことの一つの指標となるだろう。

正しいとか[効率的](#)だとか、そのような観点で評価することができず、ただ新しい即[うさんくさい](#)となる。

そのような[保守的](#)な態度が人間を[保護](#)する面があるのは確かだけれど。新しいことには危険がつきまとう。しかし考えて欲しいのは、現代では古いことも危険だということだ。

1753

陽性症状に対してもコーピングが有効なことがある。

たとえば、幻聴に対してカラオケを用いる。幻聴の一部はカラオケで一時的に消えるだろう。このような技術を蓄積することができればとても素晴らしい。

1754

病棟での生活は公平に見て、罰以外のなにものでもないだろう。

この世に生まれたことを悔やむだろう。自分勝手に、看護を操作するだけの強さを持った一部の人の場合はまだいい。そうでない弱い人たちの場合にはただ果てしのない罰の場所である。医者や看護者の機嫌によって、すべては決められるのだ。

また、このような場所で医者をしているわたしの人生も、何かの罰のように思われる。グノーシス主義のように。この世に生まれたのは罪の償いのためである。魂を浄化するために、人生という苦しいだけの旅路を歩むのである。そしてわたしの現状は、ただ苦しいだけで、魂の浄化には到らない。

見聞きすること、出会う人ごとに、わたしは罰を受け続けるのだ。これは別の世界での何かの罪の故なのだろう。そうとしか思えない。神よ、これは何ですか。

この世は煉獄である。精神病棟は地獄である。

1755

SSTの原理

分裂病者には状況認知障害がある。中安の状況意味失認。

したがって、状況に応じて対応することができない。例えば、あいさつのしかた。朝なのか、昼なのか、一度目なのか、二度目なのか、目上なのか、など。

そのような状況判断の中樞が壊れている。これは足がなくて歩行できないのと同じ。

疾病→機能障害→能力障害→社会的不利

疾病→足がない→歩行障害→仕事がない

分裂病・状況意味失認→あいさつがうまくできない→集団に受け入れられない→仕事がない

疾病の原因などは問わず、障害を克服する方法を考える。疾病モデルではなく、障害モデル。能力障害と社会的不利を解決できればよい。そのために、ギブスと良肢位固定にあたるのが、SST、そのほかにはケアマネジメント。

状況認知にかかわらず、あいさつがうまくできるように、「どうも」で固定してあげる。これがSST。「どうも」は時間によらず、相手によらず、あいさつとして有効で、しかも場合によっては感謝の意を含む。良肢位固定である。

集団性機能に障害があるのなら、集団場面がない仕事を選べばよい。これがケアマネジメント。

1756

レセプトでみる SST

○治療計画.....行動療法理論に裏付けられた治療計画。つまり、強化と般化を用いたプログラムであることを明確にする。

○手法.....観察学習（見本と真似、モデリング、社会的学習理論）、ロールプレイ（ほめる、行動療法）。どのような場面設定をしたかを明確にする。ただの立ち話では不可。一回15人以内で一時間以上。

○獲得目標.....服薬習慣、再発徴候への対処技能、着衣や金銭管理等の基本生活技能、対人関係保持能力、作業能力等の獲得により、病状改善と社会生活機能の回復を図る。

点数表にはないが、背景にあるモデル

○ストレス・脆弱性・対処技能モデル

○受信・処理・発信モデル

1757

赤ん坊の頃、ドーパミンが足りない→レセプター増加→過敏→引きこもり傾向→ドーパミン足りない→以下、悪循環。

1758

SSTで職リハといえ、どんな生活技能（社会性技能、対人技能）欠如が就職を妨げているかを発見し、技能を与える方向である。

単純に「能力がないから」仕事ができないと決めつけしないで、能力・意欲の低下を前提として、それでも仕事を続けられないか、道を探る。社会技能がたりなくて仕事が続けられなくなっていないかチェックする。環境調整を積極的にすすめることで解決できないか探る。たとえば自宅でファックス学習塾を開くなどのケースマネジメント。

就労準備.....身なりを整える、交通機関を使える、金銭管理ができる

求職活動.....仕事について周囲の人に相談する、履歴書を書く、仕事の候補を決める、予約電話をかける、面接を受ける

就労維持.....1) 対人関係技能。あいさつ、休み時間に世間話、酒の誘いを断るなど2) 作業関連技能。指示を受ける、質問する、協力を求める

1759

ストレスマネージャー

生活の中でのストレスレベルを調整する「ストレスマネージャー」をおく。

病棟ナースが五、六人を担当すればよいだろう。

ケアマネージャーとして機能するのもよい。

1760

疾病

機能障害・能力障害

社会的不利

医療モデル

急性期

急性期病棟

Dr OT PSW

薬・精神療法

リラクゼーションなど

cure care social help

陽性症状

入院時診断会議 リハ開始時プログラム会議 通院開始時マネジメント会議

障害モデル

回復期

療養病棟

薬・精神療法・SST・OT 薬・精神療法・デイケア

陰性症状→専門リハ（能力障害はあるままで社会適応を改善）

教育・経験欠損→療育

廃用性機能障害→練習リハ

？

維持期

外来・デイケア・訪問看護

1761

他人にはできない技術。

プロ野球選手が、他の投手には投げられない速球やフォークボールを磨く。技術者が他人にはできない製品を作る。そのようなものが、精神科医として何かあるか。

外来診察室では素人が通院精神療法を請求しているのである。ただの会話と何の違いがあるのか。専門性は何なのか。

プロの技とは何か。

1762

集団精神療法

- ・個人の無力を徹底的に自覚させる。深い退行状態を作る。→そのあとで一気に元に戻す。
- ・一週間コースなら、五日目の夜に最高の退行状態を作る。元に戻したらすぐに解散する。ぐずぐず続けていると、自分の恥部を知られてしまった仲間達との新しい力動が始まってしまう。それはまずい。
- ・青年の家、北朝鮮のマスゲーム。
- ・無力化と脱個性化。集団の駒、細胞であることを徹底させる。
- ・集団催眠効果。一種の洗脳。マインド・コントロール。
- ・エンカウンターグループ、Tグループ、サイコドラマ。
- ・自閉症児や分裂病者の場合の、集団機能の欠落。

1763

SSTとは何か

- ・根本的な考え方 ギブス・良肢位 状況認知障害・状況意味失認
- ・技法 行動療法的技法（ロールプレイ）社会的学習理論（モデリング）
- ・対象患者 陰性症状のゆえに社会的不利に苦しんでいる場合

・ [モデル](#) [ストレス](#)・[脆弱性](#)・[対処技能モデル](#) 受信・処理・送信[モデル](#)

1764

リハの全体像

- ・ トータル[リハビリテーション](#)とは何か
- ・ 単なる機能回復訓練ではないこと
- ・ [教育](#)とS S Tが車の両輪
- ・ 家族[教育](#)で環境調整
- ・ 患者[教育](#)とS S Tで対処技能向上

1765

対処技能として

対処技能はS S Tだけではない。

[リラクゼーション](#)、自立訓練法、 α 波、[バイオフィードバック](#)、セルフストレスマネジメント、[アロマセラピー](#)、[音楽療法](#)、[ストレス](#)緩和法、[ヨガ](#)、[禅](#)、[メディテーション](#)、[トランス](#)パーソナル。

[仕事](#)の他に[趣味](#)を持って、人生を複線化する。

会社生活の他に地域生活を持って、生活領域を複線化する。

対処技能としても、生活深化法としても役立つ。

1766

[テレビ](#)・心理療法で痛みをコントロールする

痛い、くだらない、そんなこともすべて、頭の中の考えに過ぎない。

いまここに生きることが大切。味わう態度。

心はあれこれお喋りする。それを見る心がある。

自動操縦機械[である](#)ことをやめる。それが生きること。例えば、痛みのせいで人生を[リタイア](#)している人も、生きはじめることができる。心を使って生きる。

自分に何がなにかではなく、自分に何が与えられているかを知る。

1767

S S Tと集団精神療法、個人精神療法、退院時生活指導、患者[教育](#)などの違い。

S S Tで

・ 何を

「良肢位固定を」「能力障害を前提としての[社会](#)適応向上」

・ どのように

むしろこちらに重点がある。

例：服薬[教育](#)

これはSSTでもあり、患者教育でもあり、OTでの生活指導でもあり、家族教育としても大切である。さらにケースワークの技法も有効である。薬を飲み忘れないような仕組みを作れば成功である。

「何を身につけてほしいのか」でいえば、どれも変わりはない。

・レセプトでの集団精神療法とSSTとOTは現在では目的と技法の両面でお互いに区別がなくなっている。結局は請求として高いものから、期間の限定の中で、職員配置にしたがって運用することになる。

・OTが高額であるから、OTRがいればその分はOT。次にはSSTで、これは期間限定もなく、医師も要らない。入院集団精神療法は医師がかかわるし、六ヶ月以内でもあり、請求の点では不利である。

SSTのテクニックは家族教育にも応用できる。

1768

周辺の工場に働きかけて就労の場を作る。援助つき就労や多人数で分割する就労などの工夫をする。

1769

住居と仕事の世話も積極的にしないと社会復帰はうまくいかない。システムが必要であり、それには地域の社会資源とよい関係を保つ必要がある。

1770

ストレス脆弱性対処技能モデルと防御因子

防御因子として

- 1) 抗精神病薬の服用
- 2) 移行的プログラム（デイケア、作業所、職親など）
- 3) 対処技能の形成（SST）
- 4) 周囲からの支援（家族心理教育）

1771

心理的空白、宗教的空白

生きる意味の空白といってもよい。日本の現代はそのような時代である。この空白にカルトや新宗教が入りこむ。

1772

時間がたてば慣れてしまう。改革の必要性も忘れてしまう。

精神病院で働くことは、一種の悪に加担していることではないかと反省する必要がある。誠実でありたいならば。

1773

上手なノック

野球の練習で、捕れるノックならば退屈である。捕れないノックならば練習にならない。その間にちょうどよいノックがある。練習のしがいがあるノックがある。練習が終わったあとで、自分は成長したと満足感を覚える。ストレスレベルの設定はそのようなものであるべきだ。その客観的な基準がどこにあるか、難しい。

1774

分裂病の成立について

- ・分裂病の中心を、自我障害と考える。
- ・自我障害の前提として、自我の感覚の成立を考察する。自由意志の成立があり、自己の能動感などが発生する。
- ・しかしながら、自由意志や自我の能動感は錯覚である。なぜなら、物質にはそのようなものはないからである。人間の意識とは、そのような錯覚を生じさせる物質構造である。
- ・その錯覚が壊れるから、分裂病性の自我障害が発生する。
- ・したがって、分裂病という事態は、人間の真の姿をさらしている。ありのままの姿である。錯覚に包まれた世界を脱して、むき出しの物質に戻った姿である。
- ・ありのままの姿に耐えることができない。物質であることを生きることができないのである。自我という錯覚に保護されていなければ安心して生きていられないのである。

1775

個人の病理に合わせて個別の生活技法を用意する。この感覚が大切。

1776

人と人とのプライベートなネットワークが大切である。人が人を殺し、仕事を殺すのである。偶然その人がそこにいた、たったそれだけのことで、せっかくの組織が死ぬ。ではどうするか。そこを何とかするのが政治というものである。人を動かす技術である。人には必ず利害の両面があるのだ。そこを適切につかむことである。

人と人との全体の構図を見通す視力が大切なのだ。

1777

カルトとは

集団妄想と外部現実との対立。そして集団妄想の優越。カルトとは集団的幻覚妄想状態である。

1778

主観的善の危うさ。

しかし検証する手だては乏しい。

真理または善の源泉。

- 1) 個人的経験.....[自然科学](#)に通じる
- 2) [個人崇拜](#).....特定の誰かが言えば、それが真理または善である。
- 3) [宗教的](#)靈感.....啓示

1779

義を見てなさざるは勇なきなり。

[精神病院](#)に働く人間として、正義の感覚は大切である。慣れて忘れてしまわないうちに、高いモラルを忘れてしまわないうちに。

自分達は何をしているのか、自己点検を怠ってはいけない。自分が点検すべきだ。他人に点検される日を待ってはいけない。

1780

[精神病院](#)に強制入院させられる患者の悲劇

強制入院させられるとそこではいじめが待っている。ひどい不潔と抑圧が待っている。怖い患者がいて、怖い看護がいる。普通ならば他の場所や他の職員を選択できるはずである。しかし強制入院でしかも患者には判断能力がないとされているから、「いやだ」との訴えは割り引きされてしまう。「病識がない」と判定されてしまう。

こんなことでいいのだろうか。現在の[精神病院](#)は公平に見てとても悲惨な場所である。患者には拒否する権利がない。少なくとも、劣悪[病院](#)を拒否する権利くらい保障されるべきである。しかし現実には難しい。どんなにいい[病院](#)でも多分、強制入院させられた人は拒否するだろう。それは当然わかるのだが。どうしたらいいのだろうか。

これは考える価値のある問題である。

劣悪[病院](#)を患者自身の手で拒否することはできないのか。できないとする意見にも理由はある。しかし、誰が拒否できるのだろうか。どうしようもないのだろうか。

1781

立派なことをいっている人が立派なわけではない。

たとえば[東京武蔵野病院](#)は立派なことをいっている。たとえば竹村[先生](#)は立派なことをいっている。では実際はどうか？行いはどうか？

1782

病識欠如の興味深い点

否認の機制として考えても、外界認知のズレともいえるし、自己内界認知のズレともいえるのではないか？[パラドックス](#)の始まりのような感じもする。

1783

[神経症](#)と[精神病](#)の二分法のおかしさ

[神経症](#)は[心因性](#)の疾患であるとして、[精神病](#)になったときは甚大な心因を背負い込むことになり、当然[神経症](#)成分も発生することになる。[精神病](#)のときには[神経症](#)成分も同時に持っているはずである。

[精神病](#)は脳病、[神経症](#)は[心因性](#)とわければ分かりやすい。しかし、現在の分類そのものが不安定なので、注意が必要である。何が[神経症](#)に属するか、そのことと、[神経症](#)の定義は連動してしまうのである。

例えば、[パニック](#)ディスオーダーや[強迫性障害](#)については脳病の側面がある。従って、これらは[神経症](#)と呼ぶべきではないだろう。

[精神病](#)と[神経症](#)の区別をリアリティテスティングに置くべきではないのだろう。現実検討を捨てるとしても、どれが脳病で、どれが[心因性](#)か、その区別は簡単ではない。

DSMの疾患の個々について、何に属するのか考えてもよいが、さして実りのあるものとも思えない。実証性に乏しい。

1784

[ゴキブリ](#)があんなにも嫌われるのはなぜか？

心の中にある恐怖や嫌悪を[ゴキブリ](#)に投影している。人は何かに投影しないと安心できない。

1785

[精神障害者](#)と[キリスト](#)

[精神障害者](#)を排除することによって、同時に[キリスト](#)を排除しているのではないか。そして我々の心の中にある[キリスト](#)を殺しているのではないか。

このような感性は大切だ。しかし実際の精神医療の現場はこのような繊細な場所ではない。何という困難な場所なのだろうか。

[精神障害者](#)を扱う、そのような扱い方で、我々は自分の内にある[キリスト](#)を扱っているのである。

[キリスト](#)は現状に対する問いかけである。現状を鋭く告発する鏡である。[キリスト](#)を圧殺する私たちとは何なのか。無自覚であることも罪である。

このような言い方は文学的すぎるし、今日も続く現実をどうするかについては無力であることも知ってはいる。

精神医療の実態から見れば、[麻薬覚醒剤](#)患者のどこに[キリスト](#)性があるのか、苦々しい気分にもなる。夢を語るのはいいことだ、甘い夢を振りまくのもいい商売だろうとは思ふ。しかし、このことに関しては私の心のどこかが死んでいるのだ。

氷点といってもいい。[絶対零度](#)くらいに冷たくなった部分が心のどこかにあるのだ。

これが、[精神病](#)治療の現場であられる「[伝染病](#)」「[職業病](#)」ではないだろうか。

世間の価値からはみ出ている人たち、[精神病者](#)、[キリスト](#)、[ビートルズ](#)……。これらの人たちを

ひとまとめにして排除してはいけないのだといわれれば、その通りだ。しかしそれではどうすればいいのだ。困難である。

1786

変わるべきなのは誰なのか？

障害者を社会に受け入れられるように変化させることが治療だというのなら、それには限界がある。生活障害はずっとあるのだし、仕事もできず自立ができない。

逆に、社会の側ですき間をきちんと作って、受け入れればよいのだ。社会が変われば障害者の一部はとても生きやすくなる。そんなことは分かっているのだが、難しい。なぜか。

多分、精神障害者があまりに多様だからだと思う。

社会の側で受け入れ体制を整えて迎えたとして、そうした善意を逆手にとって踏みにじる人々がいる。それは確実にいる。そのように踏み荒らされた場合には、社会の側は精神障害者全般を排除しようとする。排除すべき人かどうかの区別は難しいのだ。そして困った人たちほど声は大きいのだ。

精神障害者にすれば、そのような困った人たちと自分達とを一緒にして扱っているのは理不尽であると感じているだろう。

しかしこのような発言も気をつけなければならない。「社会から害虫を駆除する」思想ととられてしまう。誰にとっての害虫なのか、と問いが生まれ、あとは議論ばかりが続く。現実固定されたままである。

1787

政治術

仕事場であるからには、そこでしか生きられない人がいる。何をしてもそこにしがみつこうとする人がいる。善も悪もない。生きるためにはなりふり構わない。

そのように人たちには立ち向かう術がない。彼らは強力である。そこで高等な政治術が必要になる。そのように人たちであることを計算に入れた上で、なおかつ前進させる方法がないか、探るのである。なりふり構わない彼らにも多面性はある。どのように説得すれば心を動かすか、説得の余地は必ずある。政治とは一面でそのような人間技術の結晶である。

田中角栄のような一流の人間観察者は一目でその人間の欲しがっているものが何であるかを見抜く。まずそこからだ。そして、情報を握ること。人のネットワークを広げること。

病院も、地域社会も、このような政治術の実践の場である。

1788

患者が医者に病気について教える。医者は患者に専門知識を教える。そのような理想の協力体制が精神病の場合に難しい。患者と医者あいだに真実の交流があるのだろうか。ないとすればなぜなのか。

家族からも「理解不能」として拒絶された人をなぜ医者が理解できるだろうか？そもそも無理な

注文ではないか？[専門家](#)ならできらうとするのは間違いである。とも狂いのときにだけ、そのような相互理解は成立する。

しかしこれも言うてはいけないことに属する。了解はできないが説明は可能であるといえよいかもしれない。

1789

- 1) 受信.....注意散漫、多動、職場の指示受け
- 2) 処理.....状況意味失認
- 3) 発信.....[スキル](#)不足、練習しやすい、[仕事](#)の報告、自己主張

1790

大衆より三歩以上先を行けば大衆から遊離する。遅れば凡庸である。一歩かせいぜい二歩先を行けば評価されて成功する。

1791

[カウンセリング](#)という[仕事](#)

愛や友情や世話は金では買えないことになっている。しかしそれを金で売るのが[カウンセリング](#)である。自分にとって魅力のある[人間関係](#)を金で買う。

逆に、そのような[サービス](#)を提供できているか？

1792

心理療法家 →北山の指摘

真面目な[優等生](#)は、ヒーラーとして適切か？多分適切ではない。ではヒーラーを[国家資格](#)化することは矛盾を含むのではないか？

世間をはみ出た人を癒す人が、[国家資格](#)を持つ体制側の人間でよいのか？

しかしまた、あまりにも桁外れの人であってよいのか？

心の[病気](#)を扱うことは、心の中の未消化物や膿や傷口を扱うことで、とても不潔なことだ。だから心理的に清潔好きの人には向いていない。普通の悩みではないから理解しにくい。

[社会的](#)には偉くなれない。[社会](#)から排除された人々を扱い、[社会](#)の中心部と[社会](#)の外の中間、[社会](#)の周縁部に位置する[仕事](#)である。

1793

きたやま 母性の[神話](#)

[母親](#)の母性一般を疑うことは、自分の経験の中の[母親](#)像を疑うことになり、大変辛いのでだれも認めたくない。そこで母性本能の[神話](#)が成立する。

1794

きたやま [幼児](#)体験の反復の例

[子供](#)の頃の、異質で新しいものに対する反応の仕方が、大人になってからの、異質で新しいものに対する反応の仕方の元型を作る。

1795

[障害者](#)の[社会](#)復帰

「家庭を持って[仕事](#)をして[税金](#)を払うことが立派なことか。[精神病患者](#)には[精神病患者](#)特有の[生き方](#)があるのだから、[生活保護](#)を活用して[ソーシャルクラブ](#)や[デイケア](#)でのんびりした人生を送ることも公認されてよい。わたしはそのような立場で[精神障害者](#)を理解する人になりたい。」
このような気持ちで[ソーシャルクラブ](#)を始めたところ、一日中寝そべっている患者のあまりの[わがまま](#)さに腹が立って仕方がないという。

[社会](#)参加といっても、参加を希望する[社会](#)の実態は何[である](#)のか、と問うことは正しいと思う。必要ならば[社会](#)変革も要求する。[社会](#)に対する[教育的アプローチ](#)も大切にすべきだ。

しかしそれだけではいけない。患者を甘やかして本来の力を発揮させないでおいてしまうのは申し訳ないではないか。

潜在能力の高い人には是非[社会](#)に出て行ってほしいが、しかしその[社会](#)は復帰に値する[社会](#)なのかと問い直す。

[精神病院パラダイス](#)論。厳しい[社会](#)に放り出されるよりも、一生[精神病院](#)で「暮らす」ほうが患者は幸せだとする考え方。→[ビジョン](#)に欠けている。

あれもこれもで話が混乱しているのだ。混乱させるにはさせるだけの理由もあるのだろうが。

1796

トータル・[リハビリテーション](#)

医学、職業、[社会](#)、[教育](#)の四つの面からの[アプローチ](#)。各分野が[もっと](#)育って、そののちに統合に向かうのがよい。待ってられるならば。現状で、各々が未熟であっても、統合した方が利益が大きいと思う。

[精神科](#)領域の「[医療](#)と福祉の関係」。対立させ[二者択一](#)に固執する不毛な時代があった。

1797

どんな人にもいいところが必ずある。それを見つけることが[専門家](#)の[仕事](#)。

1798

[シナプス](#)前の[ドーパミン](#)と、[シナプス](#)後のレセプター。

これは[ストレス脆弱性モデル](#)での、[ストレス](#)と[脆弱性](#)に対応している。[ドーパミン](#)量は[ストレス](#)に対応し、レセプター数が[脆弱性](#)に対応する。レセプター数が多くなれば過敏になり[脆弱性](#)が増す。

[ストレス脆弱性モデル](#)が[シナプス](#)前後の[ドーパミン](#)とレセプターで[イメージ](#)できる。物質的基

[盤である。](#)

1799

同じ[仕事](#)を続けていて飽きないのは一種のディフェクト状態[である](#)。[精神科](#)で十年いるのも刺し子で十年暮らすのも同等[である](#)。

1800

[ストレス](#)負荷量を[ドーパミン](#)放出効果として換算して提示できないか。

神経遮断薬の効果を[ドーパミン](#)レセプターブロック効果に着眼して評価する。CP量に換算する表がある。

同様に、[ストレス](#)負荷量を[ドーパミン](#)放出量に換算して表示する。

[脆弱性](#)はレセプターの数の多さ[である](#)。

こうすれば、[ストレス](#)と[脆弱性](#)、神経遮断薬、対処技能、環境調整などの間の関係を[ドーパミン](#)と[ドーパミン](#)レセプターを軸として記述できる。

[ストレス](#) ↑ [ドーパミン](#) ↑

[脆弱性](#) ↑ レセプター ↑

・ 防御因子

くすり ↑ レセプター ↓

対処技能 ↑ [ドーパミン](#) ↓

環境調整 ↑ [ドーパミン](#) ↓

[リラクゼーション](#)も[ドーパミン](#)を低下させる。

全体として [ドーパミン](#) > レセプター ならば発病[である](#)。

[ストレス](#)負荷量に応じて[ドーパミン](#)量が増える様子を何かで定量化できないか？CP換算表は完成しているのに。

1801~1900

1801

しかしながらリハビリはドーパミンレベルを低下させることが仕事ではなく、ドーパミンを適正なレベルに保つことが仕事である。

薬を使って脆弱性を押さえ込みながら、生活を広げてドーパミンを上昇させる。この一見矛盾する仕事をしなくてはならない。

1802

病棟で看護婦は社会的入院に対して何もできずに見ているしかない。

1803

入院が有効であることは認めるが、職場や地域での日常生活から全く切れてしまうのはよくない。生活の場の変化に対応するだけで疲れてしまう。

1804

精神病院の生活はドーパミンの観点から見れば、まったく異常な環境である。

1805

完治するまで院内生活を続けていたら、精神病院という特殊な施設の環境に適応した人間としての治り方しかできない。

1806

精神病院が生活の場となっはいけない。治療の場である。

その点では、急性期を病院で乗り切ったら、回復期には地域医療に早急につなげるべきだ。現在の精神病院での回復期ケアは問題がある。

しかしまた、病院内での回復期ケアは、患者のストレス状態を精密に把握できる利点がある。短期間でも院内回復期ケアは有効かも知れない。そこでは「生活の場で自然に回復する」のとは全く別の、専門的で特殊なプログラムを進めるべきだ。→IRC（集中リハビリケア）、IRP（集中リハビリプログラム）。ドーパミン制御法とレセプター遮断薬を使って、レセプター量の操作をする。分裂病の場合にはレセプターを正常量に戻し、過敏さを解消する。

1807

院内でもケアマネージャーにおいて、種々のケアをどのようにミックスさせるか、工夫する（ケアミックスの促進、技法化）。

1808

リハに関するコンの理論（過激なドーパミン一元論）

IRU（集中リハビリユニット）

IRC（集中リハビリケア）

IRP（集中リハビリプログラム）

ドーパミン制御法とレセプター遮断薬を使って、レセプター量の操作をする。分裂病の場合にはレセプターを正常量に戻し、過敏さを解消する

急性期にはドーパミン>>レセプターとなり、陽性症状が出現する。これをレセプター遮断薬を使って見かけのドーパミンを少なくする。急性期にはこれでよいが、これを続けていると、見かけの上ではドーパミン<<レセプターとなり、時間がたつとセルフレギュレーションにより次第にレセプターは増加する。これは根本的に過敏さが増大するということである。この状態で薬を勝手に中止したりすると、少しのストレスで再発してしまう。

従って、急性期が過ぎて回復期になすべきことは、増えすぎたレセプターを減少させることである。そのためには計画的にドーパミンと遮断薬をを制御してレセプター量を減少させるようにすることだ。

相対的にドーパミンが少なすぎるとレセプターはセルフレギュレーションにより増えようとする。相対的にドーパミンが多すぎるとレセプターはセルフレギュレーションにより増減少する。しかしドーパミンが相対的に多い状態とは、分裂病再燃状態に接近しているということでもある。

1) 相対的にドーパミンが少なすぎるとレセプターはセルフレギュレーションにより増えようとする。.....これは過敏さを増すだけだから避けたい。しかしこの状態は再燃にもっとも遠い状態であり、再燃は確実に抑えられる。病院内で無為自閉を続けていればこの状態である。過敏さを増し、潜在的に再発準備している状態といえる。この悪循環ループは切らなくてはならない。

2) 相対的にドーパミンが多すぎるとレセプターはセルフレギュレーションにより減少しようとする。しかしドーパミンが相対的に多い状態とは、分裂病再燃状態に接近しているということでもある。再燃にいたらない範囲でドーパミンを増大させ、セルフレギュレーションによりレセプターを減少させる。レセプターがある程度減少したら薬を一段軽くして、いままで遮断されていたレセプターを操作可能なレセプターとし、さらにレセプター減少操作を続ける。

ここの難しいコントロールが上手にできるかどうか問題である。これは病院内リハビリテーションを進める強力な論拠になる。院内リハの方がストレス量を精密にコントロールできるからである。

ドーパミン>=レセプター 程度で維持する工夫を続けることが大切である。

ストレス脆弱性とストレスの図。発病と快適ストレスと退屈の三領域。

シナプス前ドーパミン量はストレスに、シナプス後レセプター量は脆弱性に対応する。

1809

中脳辺縁系、特に側坐核に向かう系を特異的に遮断する薬があれば副作用は少ないはず。それはできないか。

1810

→没

陽性症状は [ドーパミン](#)>>レセプター

[陰性症状](#)は [ドーパミン](#)<<レセプター (.....x)

治療に適した設定は [ドーパミン](#)>=レセプター。これを維持して、徐々にレセプターを減少させようという方針。

というように単純には実はならないだろう。陽性症状と[陰性症状](#)は背反しないからだ。むしろ、[ドーパミン](#)系と[ノルアドレナリン](#)系または[セロトニン](#)系など、別の系を考えるのが正しいかも知れない。

しかしあえて単純な[モデル](#)で考えてみようということだ。[一元的](#)な原因を仮定したい。

1811

[シンデレラナース](#)

まじめにこつこつよいことをしていれば、きっといつか誰かが評価してくれると信じている。もうそのような[シンデレラ](#)みたいな態度は捨てよう。

1812

時間遅延[理論](#)と、[リハビリプログラムドーパミン理論](#)とはどう結合するのか。

つまり、時間遅延[理論](#)と[ドーパミン理論](#)はどうつながるのか。

1813

地域ケア論

必然的に、人の[社会](#)や[生き方](#)の見直しにつながる。

1814

はみ出し者をどのように処遇するか。排除の圧力と抱擁する力。

[多様性](#)を包み込む[社会](#)が実は[競争力](#)のある強い組織[なのだ](#)という認識はどうか。[進化論](#)的観点。

[社会](#)の周辺部に位置する人たちをどのように処遇するか、[社会](#)の態度。

1815

[陰性症状](#)は、多分、脳[神経細胞](#)が失われることによる症状である。[シュープ](#)のたびにレベルダウンがおこる。これはちょうど[てんかん](#)発作のたびに[神経細胞](#)が失われるのに似ているだろう。最終的に[痴呆](#)状態に到ることも似ている。

[神経細胞](#)消失症状といってもいい。実際に死滅しているか、[神経細胞](#)間の連絡が失われただけ、つまり機能的に死んだだけかは分からないが。

これは「足を失った」[タイプ](#)の障害に分類されるだろう。従って、治療は[ギブス](#)を使うこと、良肢位で固定することである。S S T [タイプ](#)の対処が有効である。

陰性症状は、老人性**痴呆**の場合の、細胞機能停止と同じである。ただ、場所の限定はある。分裂病では運動面の障害などはあまりでないから、どこでも均一に神経細胞機能が失われるものでもないらしい。

陽性症状とは全く違うものであり、陽性・陰性と対にして呼ぶのもおかしなくらいなものである。症状の性質として考えようによっては対になるが、原因としては全く対にならない。原因を考えたときには陽性・陰性の分類が妥当な分類線なのかどうか、怪しい。

1816

陰性症状はそれ自体、患者にとってストレスになる。したがってストレス軽減のためにS S Tなどで対処すべきである。

1817

陽性症状シュープが細胞機能消失を引き起こし、陰性症状（レベルダウン）をもたらす。このしくみはどのようなものか。

似たような事態が他にあるか。→てんかん発作による神経細胞消失。脳出血後の周囲細胞の死滅。

こう考えれば、すっきりする。

シュープは「火事」や「爆発」のようなものだろう。

この考え方では単純型分裂病と陰性症状とは、別物と結論される。

単純型分裂病は、レセプターが大変多く過敏であるが、陽性症状を呈して破綻するほどではない程度のものである。性格の偏りの範囲で考えてもよいが、シゾイド、シゾタイパルとの違いが問題になる。

陰性症状は、シュープの後の細胞消失による症状である。ジャクソニズムの原則により、細胞機能消失に伴い、陽性症状と陰性症状が生じる。ここで用語の混乱がおこる。

陰性症状は、いずれにしても、細胞機能停止を原因とする通常機能の消失を意味する。

陽性症状は、一方では相対的ドーパミン過剰による症状であり、ジャクソニズムでは、抑制機構消失による下位機能の突出である。.....ドーパミン抑制機能の消失と考えればつながらないことはないものの、やや無理がある。そこでこの二つを分けた方がいい。たとえばドーパミン過剰症状と下位機能突出と呼ぶ。.....考えてみれば、結局幻覚妄想の成立をどちらも指しているわけだ。ドーパミン抑制系が消失することによって幻覚妄想状態がおこるのであれば、ドーパミン過剰症状と下位機能突出とは問題なく一致するわけだ。.....当面、それでいこう。

ドーパミン過剰を抑制するメカニズムは何か、それはどのようにして失われるか。.....多分生まれつき失われていて、児童期までは性格として表現されている。そして青年期になってストレスにさらされて発病する。

1818

能力開発と環境整備

相矛盾する側面がある。

1819

分裂病者には、人に嫌われる何かがある。そこが精神発達遅滞者と違うところだ。何か違う。そこを基本にして出発しないと、現実を無視した理想論になってしまう。

1820

ドーパミン仮説と分裂病の病型

妄想がドーパミン>>レセプターのアンバランスによりおこることは共通。

へべ（解体）型.....最初はドーパミン少なく、レセプター多い（内気で孤独な病前性格）。思春期にドーパミンは普通量にまで増大>>もともとレセプター増加しているため過敏、そして発病。

妄想型.....もともとは普通のタイプ。何かのきっかけでドーパミン絶対量増加>>レセプター普通。これは「ドーパミン抑制機構の欠如」が突然おこったと推定される？結局妄想はなかなか消えない。

緊張型.....？

解体型.....弱力性

妄想型.....強力性

緊張型.....身体転換型、ヒステリー型

1821

ジャクソニズムに従って下位機能から順次機能再建することを考える。運動機能に関してはまだ原則が分かりやすいのだが、精神機能はそんなに分かりやすすくない。

そこで手がかりとしては、

1) 子供時代の発達の仕方を参考にする。発達の順序は階層構造の提示のものから高次のものに向かっているはずである。

2) 系統発生を参考にする。どんな動物がどんな精神機能を持っているかを見て、参考にする。

3) 分裂病になって壊れるときの始まりの様子を精密に見て参考にする。

しかしどれも簡単ではない。

1822

幻覚妄想は異常膝蓋腱反射と同じである。脱抑制の結果である。

1823

馬鹿は、馬鹿を隠さないから馬鹿だといわれる。馬鹿を隠していればそう言われなですむ。そんな人は馬鹿ではないのだろう。

1824

[中国人](#)が異常な様子で来院していた。明らかに不安で不穏である。怖い世界になっている。

1825

低体温療法を分裂病急性期患者に

- ・分裂病急性期の興奮状態のときに、裸になることがある。
- ・昔から水に浸けたり、滝に打たせたりしていた。
- ・ディフェクトは[神経細胞](#)死滅に原因すると思われる。[てんかん](#)と似ている。興奮時に眠らせて低体温療法に導入すれば、ディフェクト発生率を減少させられるのではないか。
- ・[エスキモー](#)など、寒冷地でのディフェクト発生率はどうか？低い？しかし、人間が生きている状況の中での寒冷だから、あまり効果はないかもしれない。
- ・[脳血管障害](#)、[脳外傷](#)、[てんかん](#)、分裂病と、それぞれ原因は違うが脳[神経細胞](#)に損傷が起こる。その周囲の[細胞](#)にも害は及び、被害が大きくなる。そこで低体温療法に導入して、周囲の[細胞](#)に被害が及ぶのを防ぐ。

1826

分裂病は「[神経細胞](#)死滅毒素」が急激に無秩序に放出される病態ではないか

[てんかん](#)に似て、[シュープ](#)があるとそのあとでディフェクトになる。ディフェクトはどう見ても[細胞](#)の消失である。どのようにしてそのような大量[細胞](#)死滅が起こるのか。[てんかん](#)ならば[電気](#)によるダメージ、血流、酸素などの観点から考えられる。

人間の脳は正常でもかなりの数を毎日失っている。これは[細胞](#)を整理して必要な回路だけを残すためだ。ここで積極的に[神経細胞](#)を殺す「毒素」が出ていると考えたらどうだろう。

何かの[メカニズム](#)で、[シナプス](#)形成に不必要な部分の[細胞](#)を積極的に消去するのではないか。

その仕組みが「暴走」すると分裂病になる。暴走とは何か？

そのように[細胞](#)を攻撃する物質は何か？[ドーパミン](#)でもよいが、本当にそうか？

[シュープ](#)の発生とディフェクトの発生は別に考えた方がいいだろう。ディフェクトは、上記のような「[細胞](#)攻撃物質の大量放出」によるものではないか。[シュープ](#)は[ドーパミン](#)とレセプターのバランスの問題としてもよいような気もする。

[ドーパミン](#)が[細胞](#)毒放出の引き金になっているのではないか。

あるいは、[ドーパミン](#)過剰状態は[ターゲット](#)となっている[神経細胞](#)の死滅をもたらし、死滅に伴って周囲の[細胞](#)を傷害する毒素が放出される。

あるいは、毒素ではなく、充血とか疎血とか、そんな[メカニズム](#)かもしれない。酸素欠乏が効いているかもしれない。

あるいは、正常時にも神経回路を整理するために[細胞](#)毒素が放出されているのではないか。それが大量放出される。

例えば、神経毒素産生[細胞](#)がある？「[掃除屋細胞](#)」。[マクロファージ](#)とかそんなものではなく、[ケミカル](#)な仕組みで[シナプス](#)形成に不要の[細胞](#)を殺す。

まず正常の掃除屋の仕組みを考える。そして分裂病急性期の病態を考える。

ある一部分の回路が活発に動くと、その隣の細胞は酸素欠乏になり死滅するのかもしれない。それは主要なシナプスのみを残すことになり、有利である。これは正常のシナプス形成である。よく使われるものだけが残る。

分裂病性興奮期には特定の回路が活発になる。それに伴って周囲の神経細胞が消滅する。……しかしそれだけではディフェクト発生には至らないだろう。

てんかんも分裂病も、躁うつ病の一部も、ディフェクトが発生する。細胞が失われる仕組みがある。それを防止すれば発作後のレベルダウンが防止できる。

神経細胞が失われるとはいっても、運動麻痺などは起こりにくい。この点は脳梗塞などと異なる。

1827

精神科医療は医療の名に値しない。刑務所の実態はどうなのか知らないが、多分これ以上にひどくはないのではないかと。やむを得ず人権を一部制限するのなら、それなりの配慮があって当然だろう。

1828

精神科医療に我慢できるのはそれなりの鈍感さを持った人だけである。

例えば、視力の悪い人が住んでいる家はどうしてもほこりが積もっていたりする。そこに視力のよい人が訪ねてきたりすると、ほこりがとても気になるだろう。これは感覚の差である。

例えば、冷蔵庫を開けてしょうゆ差しが倒れていたとする。何にも感じないでドアを閉じる人もある。すぐに拭いてきれいにする人もある。さらには誰がこぼしたのか問題にする人もあるだろう。思いきり鈍感な人だけが精神科医療を長く続けられない。

結局、ディフェクト患者をディフェクト医者とディフェクト職員が見ている。それしかない。それ以外はうまくいかない。

1829

分裂病が未知の病因に対する反応であるとする考え方。

もしそうなら、ストレスマネジメントが役立つだろう。未知の病因というストレスに対して、精神病を起こして反応するのではなく、別の反応経路を用意するのである。

これはストレス脆弱性モデルにも適合する。過剰なストレスがかかったときにどう反応するか。一つは過剰なストレスを抑えること。一つは反応経路を変更することである。

ドーパミン過剰説。未知の病因に対する反応としてのドーパミン過剰であると考え。ドーパミン系は緩衝系だという解釈になる。幻覚妄想状態は反応に過ぎないことになる。神経遮断薬は反応を抑えているだけである。

拘禁反応で幻覚妄想状態が起こる。

拘禁時には外来刺激が極端に少なくなる。この変化に反応してレセプターが増える。これで幻覚

妄想準備状態が成立する。

分裂病の病因は一種の「内的拘禁状態」を成立させる。

神経遮断薬を投与すると、反応する人と反応しない人との二群に分かれる。反応群では遮断薬投与後に一時的にドーパミン放出が増える。そのあとは投与前よりも低いレベルに落ち着く。これは血中ホモバニリン酸で確認できる。

薬が引き金となってドーパミン系が賦活される。ドーパミン系は修復系である。このように考えることができるとの指摘がある。

しかしながら、実験の内容、解釈の可能性、と考えると、真実の確定は容易ではない。

1830

分裂病の原因

- ・ 脳病説
- ・ 心因説（ユングなど）
- ・ 未知の脳障害に対する心理的な反応（E.Bleurer）

1831

幻覚妄想状態が相対的ドーパミン過剰であるとすれば、神経遮断薬でレセプターに蓋をして、保護室に入れて刺激低下させ、ひいてはドーパミン低下させることは理にかなっている。

しかしそれが分裂病の本質に対する治療かどうか、疑わしいといわれる。

1832

生活保護者と同じ食事をしていた頃。

結果はただ憎しみと絶望だけが募ったのだった。

1833

1)

院内で労働能力を高めてからの就労か、援助付き就労か。最近は後者が優勢。

院内労働に適応しても仕方がない。援助付き就労により、その職場の仕事に慣れて、その職場の人間関係や職場習慣に慣れることが、長期就労につながると考えられる。

2)

また、院内リハビリか、地域リハビリか。最近は後者が優勢。

院内生活に適応してしまうのは退院を遅らせてしまう。急性期が過ぎたら、なるべく早く地域リハビリにつなげることが大切である。地域生活に慣れること、通院生活に慣れることが大切である。そのためには、地域生活の指導者をおいて生活全体を配慮してもらうのがよい。例えば、生活支援センターを中核として、ケアマネジメントの考え方で、外来診察、デイケア、訪問看護、訪問リハ、就業援助などをミックスさせる。

従って、急性期が終わったら、すぐに地域リハビリシステムにつなげるのが正しいと考えて

いた。OTの院内での仕事は縮小され、デイケアと訪問リハビリに拡大するだろうと考えられた。

3)

しかし、院内リハビリにはさらに重要な意義がある。分裂病の本質に対する治療の可能性がある。ドーパミンレセプターコントロールの仕事である。薬剤とストレスコントロールによってレセプターをコントロールし、分裂病者の根本的な過敏さを「治療する」可能性はある。

4)

レセプター量をコントロールして、その一方で、生活環境を調整し、生活スタイルを調整することによって、ドーパミン量をコントロールする。

これは単なるギブスではないし良肢位固定でもない。根本療法である。

5)

これはドーパミン仮説に偏りすぎている。それが根本的な弱点であるが、まずは物事を単純化してモデルとして提示しようというわけである。

たとえばピッチャーが腱の移植手術を受けた後のリハビリは、休みすぎてもダメ、練習しすぎてもダメ、その中間で上手に負荷をかけなければならない。休んでいれば勿論、肘痛は再発しない。しかし元に戻ることもない。負荷をかけすぎれば再発する。

1834

敏感で良心的な医者は、その良心のゆえに業界を去る。鈍感でディフェクトを抱える医者は、気がつかない、かつ他にどこにも場所がないことによって、業界にしがみつく。

何というくだらない世界だろうか。

嫌気がさして「やめる」といったら、鈍感な愚か者達の勝利である。しかしそれでは私の人生はどうなるのだ？一度しかないのだ。

1835

クロルプロマジン

分裂病の未知の病因に対して、激烈な反応が起こる。それが陽性症状である。それに対処するために、人口冬眠療法が有効ではないか。クロルプロマジンが有効なのはそのせいではないか。

低体温療法は人口冬眠療法の再来である。

激烈な反応を押さえ込むことができる。

1836

精神病院とは、ディフェクト職員のためにある。患者のためにあるのではない。

社会的入院とは、ディフェクト職員のためのものである。

1837

1)

院内で労働能力を高めてからの就労か、援助付き就労か。最近は後者が優勢。

院内労働に適應しても仕方がない。あるいは作業所などの中間施設の労働環境に適應してもむだである。一般的労働能力の向上について野津が論文を書いているが、就労が持続しないのは労働能力のせいばかりではなく、職場でのコミュニケーション能力が原因であることも多いと考えられる。

援助付き就労により、その職場の仕事に慣れて、その職場の人間関係や職場習慣に慣れることが、長期就労につながると考えられる。

2)

また、院内リハビリか、地域リハビリか。最近は後者が優勢。

院内生活に適應してしまうのは退院を遅らせてしまう。OTやレクをしても結局は社会的入院者のための暇つぶしでしかない。

急性期が過ぎたら、なるべく早く地域リハビリにつなげることが大切である。地域生活に慣れること、通院生活に慣れることが大切である。そのためには、地域生活の指導者をおいて生活全体を配慮してもらうのがよい。例えば、生活支援センターを中核として、ケアマネジメントの考え方で、外来診察、デイケア、訪問看護、訪問リハ、就業援助などをミックスさせる。

従って、急性期が終わったら、すぐに地域リハビリシステムにつなげるのが正しい。OTの院内での仕事は縮小され、デイケアと訪問リハビリは拡大するだろう。

しかし現状では受け皿に乏しい。住宅と就労場所、さらには生活支援センター、ここまでを含めて地域ケアを増進することが根本的に重要である。

病院の役割は、急性期医療に限定される。または社会防衛のための施設となる。

3)

しかし、院内リハビリには重要な意義がある。地域リハビリでは不可能なことが病院リハビリでは可能になる。それは分裂病の本質に対する根本治療である。薬剤とストレスコントロールによってドーパミンレセプターをコントロールし、分裂病者の根本的な過敏さを「根治する」可能性がある。

レセプター量をコントロールして、その一方で、生活環境と生活スタイルを調整することによって、ドーパミン量をコントロールする。

SSTは良肢位固定であるが、それとは全く異なる。根本療法である。

4)

基本的仮定は、

?ドーパミン>>レセプター により幻覚妄想状態が起こる。

?レセプターは、ドーパミンが多すぎると減少する。逆にドーパミンが少なすぎると、レセプターは増加する。D×R=一定。ドーパミンはカラオケの声の大きさにたとえられる。レセプター量はステレオのボリュームにたとえられる。声が大きければボリュームを小さくする。声が小さければボリュームを大きくする。分裂気質の子供はボリュームが大きいから声を小さくしているようなものだ。

?分裂病者（特に破瓜型、または解体型）は、子供の頃からレセプター過剰であり、ドーパミンの少ない日常生活を生活している。それが分裂気質である。ドーパミン量に直接影響するのは、集団

性の興奮状態であると考えられる。分裂気質の子供は経験の中で集団性の経験が欠如している。

また、色、金、面子、健康といわれるような各分野も、個人により、大きな要因となる。

?思春期になると性的興奮や仕事のストレスが始まる。内気で孤独好きな分裂気質のままではいられない。ドーパミンは急激に上昇する。レセプターはそれに応じて減少しようとするが、変化が急激すぎると、幻覚妄想状態となる。……このあたりの事情については、たとえば、過剰なドーパミンがこぼれ落ちて別のシナプス回路に影響を与えると考える。またたとえば、過剰に強力な信号に対して、異常放電が起こり、たのシナプス回路にまで影響すると考える。

?幻覚妄想状態に対して、神経遮断薬を使う。レセプターの見かけの量（有効レセプター量）は減少する。ドーパミンがどんなにたくさんあっても、反応しなくなる。そこで、幻覚妄想はいったんおさまる。

?この状態で落ち着くと、ドーパミンはもともとの状態にまで低下する。分裂気質の人はドーパミンレベルが低い。また、入院生活の場合にはドーパミン低下状態が続く。すると、有効レセプター量が少ないので増加しようとする。結果として、発病前よりも全体レセプター量は増大する。結局、神経遮断薬によって蓋をされたレセプター分が新たに増大する。有効レセプター量は、発病前の全体レセプター量に等しい。

?この状態で退院してしばらくすると、薬をやめて試してみたくなる。薬を急にやめると、発病前よりも過敏な状態であるから、容易に発病する。

?再燃状態になると、神経遮断薬を使用するが、初回よりもレセプターは増えているので、薬はたくさん必要である。

?初回と同じ原理で、興奮が落ち着いてしばらくすると、蓋をされたレセプター分だけレセプターは増えている。結果としてさらに過敏になる。

?このような悪循環を繰り返さないためにはどうすればよいか、考える必要がある。

5)

入院して薬を使い、落ち着いた時点ではレセプター増加、ドーパミン減少となっている。治療の目標はレセプターを減少させることである。

6)

まずドーパミンを少しだけ増大させる。時間がたつとレセプターが少しだけ減少する。この時、ドーパミンを増大させ過ぎると、再燃状態となってしまう。また逆にドーパミンが少なすぎると、レセプターを減少させることができない。過激ではなく、退屈でもない、充実感のあるストレスがよい。

薬の量と、院内でのストレス負荷量の微妙な調整である。

ドーパミン増大→レセプター減少→薬減少→ドーパミン増大→以下繰り返し。ドーパミン一粒、レセプター一個、という感覚である。このように調整していけば、最終的にはドーパミンとレセプターを正常域に設定することができる。

そのためには、環境調整と生活スタイル調整により、ドーパミン量を調整することが必要である。特に、集団性の興奮、色、金、面子、健康によるドーパミン増加状態に対応できるだけのストレス耐性を身につけることが必要である。

7)

[ストレス](#)レベルと薬の二つの[つまみ](#)がある。それらを上手に動かしながらレセプターを減らす。これが分裂病の[根本療法](#)である。

8)

異常のこととは別に、[シュープ](#)のときに[神経細胞](#)が失われたことによる[陰性症状](#)の問題がある。こうしたディフェクト症状に対しては、SSTやケースワーク技術により、生活障害が少なくなるように配慮するしかないだろう。

9)

Sの[根本](#)障害→[ドーパミン](#)系の反応→ディフェクト症状

として、上記の仮説では、Sの[根本](#)障害として、[ドーパミン](#)レセプター過剰状態を仮定している

。しかしそれは別として、レセプター過剰が二次的に引き起こされたものとしても、過剰となったレセプターを正常にまで戻す操作は必要であろう。

10)

急性期に比較的大量の薬剤を使用し、薬を漸減しながら[社会生活](#)を広げる方法で、完全に治るケースもある。これは期せずして以上の[ドーパミン](#)レベルとレセプターの調整がうまくいった例である。これを意識的に行うことで分裂病の[根本](#)的な解決ができるのではないかと考える。

11)

こうした[ドーパミン](#)レベルと薬剤レベルの調整を行うには、地域[リハビリ](#)では無理である。ここに[病院内リハビリ](#)の積極的意義がある。生活全部の[ストレス](#)量を把握し、状態に応じてきめ細かく薬剤と[ストレス](#)量を調整するには[病院内リハビリ](#)が適切である。そして、[病院内リハビリ](#)の環境としては、種類としても深さとしても多様な刺激を用意できる場所であるべきだ。豊かな[リラクゼーション](#)設備と、深い感情体験を呼び起こすことのできる環境が必要である。

12)

難点は、何を指標としたらよいのか、見当がつかない点である。[何となく](#)状態を見ながら、慎重にかつ大胆になどとわけの分からないことをいう羽目になる。

[病前性格](#)の程度。興奮の程度。鎮静に要した薬剤量（これは[体重](#)やP405にも関係する）。これらがレセプター量の推定に役立つ。レセプターの反応性によるのだが、一週間刻み、一ヶ月刻み程度で[試験](#)的に試してみる必要がある。

13)

[ストレス](#)量は変えずに、薬だけを減らしていったらどうだろうか？あるレセプター量に対して、一個のレセプターを減らすのにちょうどよい[ストレス](#)量があるはずである。だからやはり[ストレス](#)量の調整は不可欠である。[病院内](#)生活は[ストレス](#)が少なすぎる。その延長として、[日常生活](#)につなげるには不適切なレベルである。

14)

[ストレス](#)の個人差も大きな問題である。個別に様子を見るしかない。「様子」とは何か。難問である。

1838

集団精神療法の適応患者

自己を開示し、これまでになかったタイプの人間関係を築くこと。こうした集団精神療法は、たとえばガンの末期患者の場合にとっても有効だろう。精神分裂病の場合にはあまり有効ではないかもしれない。

親密さ、正直さ。連帯感。モデル。ミラー。共感。

1839

精神病患者も疾病利得に逃げ込んでいる

精神病患者は大きな心因に苦しむ。精神病は巨大なストレスであるから、当然その症状には神経症成分が重畳する。そしてその一部分には疾病利得の問題も見えている。

1840

RRR:Receptor Reduction Rehabilitation

R3 Program:R cubed Program

レセプター減少を目的とするリハビリ。

1841

リハのあり方の三次元

1) QOLの向上.....それぞれの環境での生活深化.....図で水平方向

2) 社会復帰の促進.....図で垂直方向

3) レセプター減少.....根本療法として。これは医療モデル。上記二者は障害モデル。

A) 十年後のリハビリと病院組織

急性期は病院で医師と看護部が担当する。リハビリ期に移ったら、すみやかに地域リハビリシステムに乗せる。生活支援センターを核として、外来診察、デイナイトケア、訪問看護、ソーシャルクラブ、などをミックスしてケアを構成する。従って、OTやPSWはおもに地域担当として活躍する。

療養型病棟は過渡的な産物であり、消滅する。

B) 二十年後のリハビリと病院組織

R3 プログラムにより、一部の分裂病に対して、積極的なレセプター操作治療が行われる。病院リハビリはこの操作の場として、再建される。

1842

ドーパミン × レセプター = 16

普通状態

4

4

と仮定する

分裂気質の人は

2 8

で生まれてくる。8に合わせて、2の環境を選択する。

思春期になって

6 8 = 4 8

位の刺激が入ると、パンクして、発病する。40を限界点とする。

入院すると薬を使う。

6 (4 + "4") = 2 4

レセプターの半分をブロックした状態である。

これで入院環境で落ち着くと、

2 (4 + "4") = 8

レセプターは最終刺激として16を保とうとするので、レセプターを増やす。

2 (8 + "4") = 1 6

この状態で落ち着いて退院すると、刺激は少し高くなる。

3 (8 + "4") = 2 4

まだ発病レベルではない。このままでうまくいけば、

3 (5 + "4") = 1 5

程度にレセプターは減少する。このサイクルに入れば、治癒の方向に向かう。

しかし途中で薬をやめたりすると、

3 (8 + 4) = 3 6

で、大変危険である。ここで何かの強い刺激があると、

6 (8 + 4) = 7 2

これで発病する。

再入院して薬を使うと、

6 (4 + "8") = 2 4

ここで前は4だけブロックしていたのに、今回は8だけブロックしないといけない。

入院していると

2 (4 + "8") = 8

となる。16レベルを保つためにレセプターは増加して、

2 (8 + "8") = 1 6

となる。ここで退院すると

3 (8 + "8") = 2 4

何かの刺激があるとまた再燃、薬を使ってレセプターは増える……と悪循環を繰り返す。

ではどうすればよいか。

まず、入院後の

2 (4 + "4") = 8

から始める。まず薬を減らして、

$$2 \quad (4 + 2 + "2") = 12$$

このままだとレセプターは増えてしまうので、院内リハビリで、環境ストレスを調整して、

$$3 \quad (6 + "2") = 18$$

位の環境を作る。16になろうとするから、レセプターは減る。負荷するストレスが強すぎると、40を超えて再燃する。刺激が少なすぎると、レセプターは増加してしまう。再燃しないように、レセプターが増加しないように、この例でいえば、16と40の間で、うまく調整する。結果として

$$3 \quad (5 + "2") = 15$$

となる。そこで薬を減らして（勿論、ここでドーパミンを4にしてもよい。便宜的に薬からの例を挙げる。）

$$3 \quad (5 + 1 + "1") = 18$$

時間がたつと16に近づく

$$3 \quad (5 + "1") = 15$$

環境調整をして、

$$4 \quad (5 + "1") = 20$$

16に近付いて、

$$4 \quad (4 + "1") = 16$$

薬を減らして

$$4 \quad (5) = 20$$

最後は

$$4 \quad 4 = 16$$

これで普通の人と同じになった。

陰性症状（ディフェクト）はこれでは解決できない。しかしレセプター量については調整できる。

ドーパミンについては、1から4まで。同じストレス負荷に対しても人によって反応が違うので、一律の扱いはできない。

レセプターについては、薬で蓋をすることができる。蓋をされているレセプターは操作できない。

かけ算の結果として、16に近づく性質を仮定する。40を超えたら幻覚妄想状態である。結果が16以下だとレセプターは増えようとする。16と40の間であれば、レセプターは減少しようとする。つまりかけ算の結果が16と40の間となるように、薬とストレス量を調整することである。

薬の調節。

副作用は指標になるか。昼の眠気やだるさは昔から指標になっている。

ときどき薬を休んでみるのも悪くないといわれる。

この例で具体的にいえば、4だけのレセプターを残して、あとは一時的に蓋をする。それがびっ

たりである。そのあとは、蓋をはずしては減らして4に戻す、これを続ければ理想的である。

たとえば、環境を病院内でなにもしない2に固定したまま、薬を減らしたらどうなるか。

$$2 \quad (4 + 2 + "2") = 12$$

これではレセプターは増えてしまう。もっと一気にやめれば、

$$2 \quad (4 + 4) = 16$$

しかしこれでは元に戻っただけで、治療にはなっていないわけだ。

病院内の環境は1だとすれば、

$$1 \quad (16) = 16 \text{となる。}$$

精神病院と自宅の引きこもり生活は、どちらが1でどちらが2か。いずれにしても、レセプターは減少しない。

単純型分裂病

これは $2 \times 8 = 16$ のままで、思春期危機も回避して生きてしまう人である。

小児自閉症

$2 \times 8 = 16$ が起こっている。

顔を背けるのも、アイコンタクトがないのも、刺激を回避するためである。

治療は、むりやりでも刺激を送り、アイコンタクトも強制する。そのようにして、 $3 \times 6 = 18$ 程度になる、よい方向に向かう人と、依然として $2 \times 8 = 16$ を続ける人がいるだろう。刺激を回避する力が強い弱いはある。頭が良ければ、また性格が強力性が強ければ、回避を続けるだろう。いずれにしても、刺激を送り、レセプターを減らす努力をする。ただし、強すぎる刺激に対してはパニックで反応するので、それは超えないようにする。

多動児

$8 \times 2 = 16$ である。自分で強い刺激をつくり出そうとする。リタリンで興奮させれば、動き回って刺激をつくり出す必要はない。しかしいつまでたってもレセプターは増えない。治療は、少しだけ低レベルの刺激環境を作り、レセプターが増加するように配慮する。

1843

拘禁反応

これはドーパミン過少で起こる幻覚妄想状態。ドーパミン過剰とは逆。メカニズムが違う。外来刺激性のドーパミンが少なすぎるときには、内部由来のドーパミンが増えるのかもしれない。あるいは、急速にレセプターが増加するのだろう。後者を考えれば、分裂病類似状態として説明がつく。

1844

精神病患者で貧しい人は疾病利益がある。精神病になって病人として生きた方が得だと判断する。

社会復帰したくない。

病気は治したくない。

1845

たとえばMRの[子供](#)にとっては[学校はストレス](#)の大きい場所である。身体的に不都合があったり、[いじめ](#)られたりしても同様。

同じ環境でも、人の特性によって[ストレス](#)度は異なる。これはレセプター量とはまた別の要因である。

1846

組織 案

[東京](#)海道病院 [精神科](#) 臨床業務部分

院長 医師部（外来、急性期病棟）

臨床心理室

[社会療法部](#)（回復期病棟）

[リハビリ課](#)

地域[リエゾン課](#)

患者・家族[教育課](#)

[社会療法部](#)広報課

[医療相談部](#)

[看護部](#).....総婦長、各病棟婦士長

薬剤

[臨床検査](#)

[訪問看護ステーション](#)

[栄養](#)

事務

[社会療法部](#)

○[リハビリ課](#)

- ・入院精神[リハビリ](#)係
- ・入院[痴呆リハビリ](#)係
- ・通院[リハビリ](#)係

精神デイ[ナイト](#)ケア.....外来、地域、[訪問看護](#)との連携

（将来）老人デイ[ナイト](#)ケア

○地域[リエゾン課](#)

- ・退院時地域[リエゾンカンファレンス](#)係
- ・長期入院患者[社会](#)復帰促進[プラン](#)係

[社会的入院](#)患者評価

退院準備作業（[ホステル](#)で評価するなど）

[社会](#)資源受け皿整備（[アパート](#)や外勤先開拓、援助付き就労など）

- ・[社会](#)資源[情報](#)整備係

○家族教育課

患者・家族教育の実施と教育効果判定

○社会療法部広報課

印刷技術を生かす

職員構成は医師、Nrs、OTR、PSW。社会療法部は回復期病棟担当である。

急性期病棟担当チームと分担を明確にする。病棟も明確に分ける。医局は解体し、病棟の一部に職員の部屋を置く。

1847

社会的入院の判定基準

?医療としては問題ないこと

薬は安定している・コンプライアンス良好

陽性症状はないか、あっても日常生活自立を妨げない状態が一年以上続いている

陰性症状はあっても日常生活自立を妨げない

病識あり

閉じこもりきりにならず社会生活を送れる（仕事ができる、またはデイケアや作業所に通える）

再発危険時に受診相談できる

?退院先の確保ができないこと

家族の受け入れが整わないこと（なぜ？）

?ホステルなどで試してみて、自立生活が可能であることが実証されていればなおよい。

長期入院者社会復帰促進プラン

- ・具体的な社会復帰のめどがないのに社会復帰療法をすすめるのでは不十分である。
- ・いわゆる「社会的入院」にあたる人のリストアップ。レベル・状態に応じて分類する。
- ・使用可能な社会資源の検討。さらには不動産屋・大家と懇意になれるか検討。「大家さん安心プラン」。
- ・具体的なケース検討会。参加は医師、看護婦、OT、PSW、地域担当保健婦、通院予定施設PSW、生保ワーカー、作業所指導員、グループホーム指導員、可能なら家族など。社会復帰計画を立てる。……この作業を社会療法部会でおこなう。生活歴、現病歴、性格、治療経過、検査結果、日常生活能力、職業能力、暮らしの状況について情報を持ち寄る。
- ・社会復帰計画に従って実行。結果をフィードバックして、次からのプランに生かす。
- ・以上の作業のための書式を作ること。
- ・退院後の通院先と担当保健婦や訪問看護担当者、福祉ケースワーカーに手渡すデータの書式を整える。入院時からそれぞれの担当の分野の情報収集を開始する（ここでシステムティックに動けるようにすることが大切）。医師、看護婦、OT、PSWの分担を明確にする。大きくわけて、薬・体・心、日常生活、職業能力・特性、暮らし全般のそれぞれを担当する。

1848

トランスパーソナルの視点。

「からだ・こころ・くらし」に加えてたましい。現在の科学的常識以上の何かを想定する。

1849

Sの根本変化→ドーパミン上昇（陽性症状）→神経細胞消失（陰性症状）・神経症性症状

Sではうつ状態を始め、いろいろなことが起こる。なかにはSの根本変化に対する反応としての症状があるだろう。

ドーパミン上昇は、反応ともいえるし、防衛反応といってもいいかもしれない。

神経細胞消失については、何か積極的な神経細胞消去装置がかかっているかもしれない。シナプスは自分以外のシナプスを消去することによって自分が安定化する。

ある神経回路が盛んに活動すると、その他の回路については消去してもかまわないと判断し、消去物質が放出されるのではないか。ドーパミン過剰は、その回路だけを活性化・固定化し（これが履歴現象）、周囲の細胞を死滅させる。例えば、セル・キラ物質を放出する。これが繰り返されると、脳は萎縮し、脳室拡大などの所見となる。

1850

病院組織案

医師部・看護部、OTR、PSWなどは病棟に振り分けて解体する。急性期病棟専属、回復期病棟専属、外来専属として組織する。そのようにすれば、各病棟での収益が明確になる。ちょうどクリニックビルの方式を想像すればよいだろう。

回復期病棟は、現在の仕組みのもとでは、次第に消滅するだろう。デイナイトケア、援護寮、グループホーム、訪問看護などに解消してゆく。急性期が終わったら、すぐに地域リハビリチームに引き渡される。

ケアマネージャー部門をつくって、患者の意志決定を援助するのがよいと思うが、経済の裏付けがないのが難点である。

病院組織

- ・精神急性期病棟
- ・精神合併症病棟.....これはT共済に送ればよい。
- ・精神回復期病棟.....将来は精神保健施設（福祉施設・療養型C、心のケアホーム）
リハビリ（作業療法、SST、患者・家族教育）

（しかしここでRRRプログラムを実行する可能性を考慮すれば、単純に精神保健施設になるとも言いきれないのだが。）

- ・精神外来
- ・デイナイトケア
- ・援護寮、グループホーム
- ・訪問看護
- ・生活支援センター.....クライシスライン、就労維持支援（職親、援助付き就労）、家族会支援

、[自助グループ](#)支援

- ・老人性[痴呆](#)病棟
- ・老健施設
- ・[痴呆](#)外来
- ・老人[デイサービス](#)または老人[デイケア](#)

職種ごとにわけるのでなく、儲けがはっきり分かる単位ごとに組織して、権限を下に降ろして、[経営](#)意識を持ってもらう。儲けた分をもらえばいいのだ。そのためにも、請求業務のまとまりごとに組織するのがよいだろう。

たとえば、[検査](#)部は、SRIなどの[検査](#)会社に似たような意識で取り組めばよいのだ。緊急[検査](#)の[経済効果](#)を[経営者](#)は考えて決めればよい。

[経営者](#)は[仕事](#)の単価（どのような患者の場合に報酬いくら）を表示する。その単価が気に入らない場合には交渉するか、辞めるか、どちらかである。[レセプト](#)収入のうち、医師、[看護婦](#)、[検査](#)、PSW、OTRなどの[寄与分](#)を定めることが[経営者](#)の[責任](#)になる。あるいは、包括で支払いをして、その内部での分配はまかせることにしてもよいだろう。この[システム](#)では、クリニックピルの方式に似てくる。

個人でクリニックを開業すれば当然このような[経済システム](#)を前提とすることになる。そして[健康保険システム](#)のもとで[医療](#)を行うのであればこうして[経済システム](#)に従うほかに道はない。

1851

デイ[ナイト](#)ケアの場合、形を変えた収容主義にすぎないのかどうか、点検する必要がある。[ソフト](#)な収容。罪悪感の起こらない収容ではないか。

1852

閉鎖が必要な患者は数人にすぎない。あとの大半の[社会的入院](#)患者は、「つきあい」で閉鎖に入られているだけだ。患者は抗議ができない。拒否ができない。

1853

[RRRプログラム](#)

分裂病の自然経過として、治ってしまう人がいる。一方で、[シュープ](#)を反復して、段階的に悪化していく人がいる。何が違うのか？

[悪循環](#)と良循環の二つがあって、何かが少し違っている印象である。それを説明したい。

さらに、[悪循環](#)を良循環に[変換できない](#)か、[テクニック](#)を考える。それがRRR[プログラム](#)である。

1854

RRR[プログラム](#)は[解体型](#)・[破瓜型](#)分裂病のための[理論](#)である。妄想型は[メカニズム](#)が違う。

1855

解体型の、薬を使わない寛解状況

ドーパミンとレセプター

28

68.....発病

収容または閉じこもり

18

このままでは

116

のパターンに向かうが、そのうちにふだんの生活に戻ると

28

これからあとは「引きこもりの生活」で、2を維持する。発病がなければ単純型といってもいい。性格と見えることもある。

1856

寛解という言葉は、レセプターは増大して過敏なままであることを表示している。

1857

ドーパミンを出させる刺激は、近代社会とそれ以前では全く違ったものであろう。

村社会のような状況では、レセプターが多くても破綻せずに暮らせる程度のドーパミン量だったのだろう。これが近代社会になるとドーパミン量の多い生活になった。そこで破綻が多くなる。軽症化についてはどう考えるか？

ふだんの生活でドーパミンが多い状況だと、破綻しやすい一方で、レセプターが減少に向かう状況もできやすいのではないか。薬とドーパミンの微妙な関係がうまくいってしまう例も多くなるのではないか。

しかし分裂病の軽症化は、うつの軽症化やヒステリーの減少、カタトニーの減少など一括して考えられることが多い。

1858

神経遮断薬は、投与直後にはドーパミンを増大させている。ドーパミンは修復系と考えられる。従って、薬剤は、修復系の賦活であると考えられる。

このような考え方もある。

1859

クローの一型、二型の分類。

一型はシュナイダーの一級症状を持つような、陽性症状タイプで、典型は妄想型分裂病。薬がよく効く。二型は、ブローラーの基本症状が中心の、陰性症状中心のもので、薬に反応しにくい。

単純型分裂病が中心である。

一型は、反復するごとに二型の要素を増す。一型と二型の混在が破瓜病では典型的に見られる。

一型はドーパミン系の過剰活動。二型は脳の器質性変化。

例えば、「ひきこもり」の場合、過敏なために引きこもる人と、陰性症状として「ひきこもる」人（意欲欠如）を区別したい。

単純型はどうか？二型の純粋型は、何が原因で引きこもるのか？

1) ドーパミン過剰

2) レセプター過剰

3) 神経細胞消失

この三種を区別して議論すべきではないか。

1と2はまとめて、「相対的ドーパミン過剰状態」であるが、これを分けることに意味がある。

私見によれば、

妄想型は1)であり、破瓜型、単純型は2)である。

3)の典型はディフェクトであり、ディフェクト純粋型は極端になれば**痴呆**状態につながる器質性の病態である。

1860

思春期発病

分裂病破瓜型の思春期発病については、刺激の増大のせいでもあるが、一方で内部ホルモン環境の問題もあるだろう。どう考えるか？性ホルモンが上昇すると、脳では何が起こるのか？

男性の場合、外部探索行動が加速される。このように、性ホルモンが行動を変え、それによって発病危険性が高まることが考えられる。

しかしまた、妄想発生と性的欲動の比例が予想されるような状況もある。恋愛に関する妄想回路が人間にはもともととある。「自分があの人を愛している」という妄想は妄想とはなり得ず、親は説得不可能とあきらめてしまうことなどから考えても、妄想の「原器」は脳に埋め込まれているのだろう。

幻覚妄想状態はその「原器」が誤動作する状態なのではないか。

幻覚については、それが幻覚であるか、妄想であるか、区別が難しいことがあるのではないか。

従って、妄想の側で考えてよいのではないか。

1861

ドーパミン仮説の難点としてJ.K.が指摘している点について

1) 薬が効かないタイプの妄想について。

何が起きているのか？原発性にドーパミンが多い。あるいはドーパミン抑制物質の欠乏。しかしそれでもドーパミン遮断薬は効果があるはず。

ドーパミンレセプターサブタイプの問題？

ドーパミン以外の系の問題？

薬が効かない人は確かにいるのだ。

2) 薬の効き始めが遅い。鎮静効果はすぐに出るのに。……薬剤とレセプターの関係は何か特殊？一週間くらいかかる何かのプロセスが関与している？

3) 陰性症状には効果がない。……当然である。

1862

分裂病の逆耐性の問題は、レセプター増加による過敏状態成立で説明できる。

1863

レセプター量の操作にどれだけの時間が必要か。不明。

アンフェタミンに対する反応などが参考になる？

1864

錐体路と錐体外路

随意運動では錐体路が使われる。

例えば、何かを腕で持ち上げるとき、大腕二頭筋は縮む。これは意識の上でも縮めようと思っ
ている。しかし同時に外側の筋肉は伸ばさなければならない。意識の上では「伸ばそう」という気
持ちは起こらない。ここの調整をして、「外側の筋肉は伸ばせ」と命令するのが錐体外路であ
る。

1865

状況認知は高次の判断能力である

頭のいい分裂病者の場合、脳の中にデータをたくさん入れることはできる。コンピューター的。
たとえば地理のデータや自然科学のデータ。

しかし初めての状況で、その場の風向きを判断することは教えることができない。データを入れて
おいても、高級な判断は難しい。どのようなプログラム（判断手順）を組んでおけばいいのか
分からない。何が確かな判断基準になるのか分からない。

そんな場合、彼らは自分なりにSST的な対応をしているようである。

自然に生きていれば自然に分かることである。

大脳の高次の統合機能障害というとき、状況認知能力などは該当するだろう。

1866

馬鹿は病気ではない、障害である。

つける薬はない。しかしケースワークはできるし、SSTはできる。

1867

美人とハンサムが好まれる理由

微細な身体形成は胎生三ヶ月までの発達を反映している。例えば、癖のある頭髪、外耳の低位置、狭く高い軟口蓋、手の第五指内湾など。

これらの微小な身体形成異常（MPA:minor physical anomalies）は[中枢神経系](#)疾患に高頻度に見られる。

美形が好まれるのは、[無意識](#)のうちに[神経系](#)なども含めた形成不全を排除しているものであろう。顔かたちの一部の特徴は、胎生三ヶ月までの成長の健全さを保証してくれる。

また、このあとで成長[ホルモン](#)により骨の成長の程度が決定されるなど、[ホルモン](#)環境の推定ができる。

また、その人の表情は、普段の感情状態を反映する。

これらの要素の総合として顔かたちがある。

1868

人はなぜ手相を見るか

指紋と掌紋は13～19週で発達し、21週で固定する。この時期に[大脳皮質](#)の基本的形態が形成される。皮膚紋理と[大脳皮質](#)は同じ外胚葉性であるから、発達分化の点で共通点がある。皮膚紋理に形成不全があれば、その形成時期に[大脳皮質](#)に何らかの障害があったと推定する理由がないこともない。

そこで、大脳形成不全を推定する根拠として、指紋、掌紋が有効になる。手相で[未来](#)のことは分からないが、胎生13～21週のことは推定できるの[である](#)。

1869

S S Tの前提

- ・その患者にはどんな技能が欠けているのか、診断すること。
- ・そのことと患者の[動機付け](#)が関連する。なぜこの訓練が自分に必要なのか、納得できたほうがよい。

1870

現在 現実[神経症](#)

エディプス期 精神[神経症](#)

[depressive position](#) [うつ病](#)

[paranoid position](#) 分裂病

1871

[家族会](#)

職親

就労援助（[情報](#)、援助付き就労、過渡的[雇用](#)）

1872

[精神障害](#)といっても、種類がさまざま[である](#)。それぞれの病理に対応して処遇しないと、くいものにされる。

せっかくの善意が食いつぶされて、本当に必要な人のところに届かない。

しかしこれが難しい。診断学が未熟であれば、自分も心の[病気](#)なんだと言い張っただけで、心の[病気](#)と認定されてしまうのだ。それを厳しく裁こうとすれば非難もされる。

1873

[日本](#)の現状では、患者の抱える障害を無視して、普通の人として遇してあげるのが優しい態度[である](#)との風潮がある。障害を抱える人としてみれば、それは[差別](#)や偏見につながるものとして考えられたりもする。こうした現状は、診断学が不十分な故に起こっていること[である](#)。

愚かな思い違いや思い込みによって処遇されていたのでは、患者はつらい。

あるいは、[病気](#)を否定し、さらには[病気](#)を否定することから生じる辛さをも否認し続けているのが、患者の病識の欠如ということ[なのだろう](#)。この点では、「やさしい職員たち」は患者の病識欠如に巻き込まれてしまっていることになる。

1874

生活[スタイル](#)病

[精神病院](#)の生活は、脳に悪い。低[栄養](#)も甚だしい。最高度の脳委縮を作り出す場所といえる。

[精神病院](#)こそは、脳委縮から[もっとも遠い場所である](#)べきだ。そして、脳委縮から[もっとも遠い](#)場所とは、愛のある家族であり、友のいる[共同体である](#)。[社会そのものが精神病院](#)となるべき[である](#)。

1875

脳の症状

- ・ 場所の特性.....localization.....傷害の場所に応じた症状。
- ・ 病理の特性.....temporal [profile](#).....病理の特性に応じた時間経過の特徴。

1876

出生時に2×8と4×4の[子供](#)が産まれるのはなぜか？

[ひとつ](#)は遺伝[である](#)。もう一つは、胎生環境[である](#)。胎児自身の感覚処理、胎児への感覚[情報](#)、[母親](#)からの何かの影響、血流を介しての[ホルモン](#)や血糖の影響は間違いなくある。

1877

[離人症](#)とは脱実感症のこと[である](#)。

1878

精神科医の二つのタイプ

ダメ医者と非常に良心的なタイプ。

自分は内科に行けないから、[精神科](#)と考える人。[精神科](#)の現状を見て、これではいけないと使命感を持って立ち向かう人。

1879

分裂気質の過敏と鈍感の同居

過敏はレセプターの過剰。鈍感は、感覚刺激が[ドーパミン](#)に変換される途中で障害があり、十分な[ドーパミン](#)が出ていない状態。見ていても感じない。これは「自閉」といえる。「現実との生ける接触の喪失」はこのような事態であろう。目には見えている、それなのに状況を十分に把握していない。状況意味失認といってもいいし、[フィルター障害](#)と[イメージ](#)してもいいかも知れない。

外部[情報](#)から[ドーパミン](#)への変換過程に障害があり、[ドーパミン](#)が少ない環境では、やはりレセプターが増えるだろう。この状態では、鈍感さと過敏さの同居となるだろう。

分裂病の始まりとして、「外部感覚[情報](#)を[ドーパミン](#)に変換する過程に障害があり、[ドーパミン](#)が少なくなる、ひいてはレセプターが増える、このようにして2x8が成立する」と仮定したらどうか。

1880

表情認知[テスト](#)を再度活用できないか。

1881

廃用型[痴呆](#)では感情平板化、意欲低下、自発性低下、計画性低下、機転消失、注意分配困難などの[前頭前野](#)症状が起こる。

血管障害でも、酸素欠乏でも、薬剤による傷害でも、やられやすいのは[前頭前野である](#)と考えられる。

ということは、分裂病の[陰性症状](#)も、特異的な傷害というよりは、分裂病性変化というダメージに対して、やられやすいところ（vulnerable）すなわち[前頭前野](#)がやられて、症状が出るという仕組みなのではないか。

分裂病に特異的な症状というべきではないのかも知れない。

分裂病の時に起こるのは、実際の神経損傷かも知れないし、あるいは分裂病の症状から「内的廃用」「内発性廃用」とでも呼ぶべき何かが起こるのかも知れない。

1882

「内発性廃用症状」

外界刺激はそれなりにあるにもかかわらず、一種の刺激遮断状態となり発生する廃用症状。つまり、感覚[情報](#)が[ドーパミン](#)に変換されるまでの経路のどこかで傷害が起こる。これにより、レ

セプターが増加して、その後の反応が続く。

拘禁反応との類似も説明できる。

そして、廃用だとすれば可逆的である。どのようにして、感覚情報をドーパミンに変換する経路を再建するかが問題である。

1883

感覚情報.....ドーパミン.....レセプター

単純化して、この三者を軸に考える。

- 1) 生まれつき、レセプターが多い。反応として、ドーパミンの少ない環境を選ぶようになる。それで固定する。分裂気質の過敏さ。思春期になってドーパミンが急上昇したときに、発病する。
- 2) 生まれつき、レセプターが少ない。反応としてドーパミン過剰気味の状態を欲する。多動児の自己刺激状態。
- 3) 感覚情報がドーパミンに変換される系が傷害されている。普通の生活ではドーパミンが少ない。反応としてレセプターが増えて、過敏な人になる。「現実との生ける接触の喪失」とは、そのような事態である。この人は普通に生きていても、脳の状態としては、「閉じこもっている」のである。.....このことと、本当に物理的に閉じこもって、ドーパミンを減少させている場合とがあり、結果としてのドーパミン量は同じになる。
- 4) 感覚情報からドーパミンへの変換が過剰である。普通の生活でドーパミンが多すぎる。反応としてレセプターは減少する。

1884

なぜ2×8 パターンになるか？

レセプター形成期に、ドーパミンの量が多すぎたり、少なすぎると、レセプター量は標準的でない量に固定しそうである。つまり、レセプター形成される大切な時期に、ドーパミン量が少なすぎた場合に、レセプターは多すぎる量で固定されるだろう。

その時期はいつか、どのような場合に、ドーパミン過量になるのか。

1885

パニック発作

これもドーパミン×レセプター>40で解釈できないか。

1886

若年者はイライラする。中年になれば不安を訴える。このような変化があるのではないか。

1887

「よしよし、あなたはわたしから離れられない」

悪い母親と悪い精神科医、悪い心理療法家は同じセリフで悪を行う。

1888

レセプター量の決定.....胎生期と出生直後

決定の時期はいつか？

決定後の可変域があるとして、どの程度の範囲か？

例えば、大量の性ホルモン。胎児期に母親の性ホルモンが大量に作用する。その時期にはレセプター量が増加しやすい。思春期になって性ホルモンが増大すると、レセプター量が増加しやすい時期になる。→レセプター量変化期？、レセプター量増加作用？

環境に適応してレセプターは変化するが、増加しやすい時期があるのではないか。生活の変化のときに、レセプター量が増加しやすければ合理的である。その点では、出生前と、思春期に変化期があるのは納得できる。

たとえば、嫁入り前と嫁入り後というように生活が変化する。

性ホルモンの中でも、男性ホルモンがよく効くのではないか。それゆえ、男性に破瓜型障害が多い。

1889

都会と田舎。文化の変化。

田舎暮らしで、レセプター設定が田舎の静かな環境にちょうどよいレベルに設定されている。都会に出てくると刺激が多い。そこでレセプター量の再設定が必要になる。うまくできればよいけれど、そうでない場合には不適応になる。

1890

過渡的雇用について

1891

思春期の妄想心理

レセプター量が増加することにより、まわりの女性にとりあえず好意を持つ。

男性ホルモンがもっとも強力なので、男性は惚れやすい。女性ホルモンの場合にはややマイルドである。

1892

レセプターが4なら普通。8なら分裂病タイプ。5ならイライラする若者。

5を4に変えるための方法があるか、検討。

環境刺激を6くらいにセットしてしばらくいれば、レセプターは減少するか。レセプターが減少することが、「慣れる」ということの実体だろう。

$4 \times 4 = 16$

で、16のセッティングの異常も考えられる。

1893

感覚刺激→ドーパミン×レセプター＝Z（Zが16に向かうようにレセプターは調整される。40を超えたら妄想状態。）

Zの設定が狂っている場合もあると思う。この設定を変える方法はあるのだろうか？

しかしこのように考えてくると、変数が多すぎる。

とはいっても、たかだかこれだけである。

1894

現代的人工冬眠法.....低体温療法

これによって陽性症状を抑え、同時に陰性症状を予防する。陰性症状は、脳に起こった広範なダメージにより、前頭前野の機能が消失した状態である。これは低体温療法によって防止できる。麻酔薬で眠らせるのだから、陽性症状が消失するのは無論である。

クロールプロマジンは人工冬眠のために開発された薬であった。

1895

分裂病の三分の一は自然に治るとのブロイラーの見解。

これは本当にすっかり「普通の人」になるのだろうか。あるいは、過敏さを抱えたままで、過剰な刺激を回避して生きる人生を選択するから再発がないというだけなのだろうか？この違いはどうなっているのだろうか。

たとえば、単純型、分裂病型性格障害、などの性格の偏りを残しつつ、再発は避けられているという状態になるのだろうか。

1896

薬は本当に効いているのだろうかとの疑問。

陽性症状について.....要するにぼーっとして眠くなり、何が何だか分からなくなるだけではないだろうか。

陰性症状.....効いていないだろう。むしろ悪化させている可能性があることは注意しなければならない。

再発予防効果.....本当に有効か？たとえば、薬をきちんと飲んでくれる人は、人の話を聞く、理解がよい、無謀なことはしない、人間への信頼がある、薬を絶対やめようと思うような嫌なストレス体験がない、などの良い状態があると考えられる。これは、薬のお陰というよりは、もっと全体のお陰で、そのお陰の一部として、薬を飲むことになっている。つまり、薬を飲むのが原因で良い状態が続くのではなく、良い状態が続くから薬を飲み続けてくれるのではないか。

逆に、状態が悪かったり、対人関係や職場でうまくいかない人は薬をやめて冒険してみたくないのでないか。

1897

分裂病の軽症化

- ・薬のおかげかどうかは疑問
- ・[栄養](#)状態の改善が原因の可能性もある。たとえば、[クレッチマー](#)の体型との関係でいえば、やせ型は[栄養](#)不全の印であったかも知れない。

さらには[栄養](#)不全は対人関係の悪さに起因していたかも知れない。仲間関係が悪いから[栄養](#)が悪い。

[クレッチマー](#)の体型は、対人関係の質を反映していると考えたらどうだろうか。

1898

[離人症](#)

分裂病、[うつ病](#)、[神経症](#)などで、内容が同じなのか。厳密に同じ症状なのか。検討できないか。表面的な認知の回路と、実感の回路が別々にあって、実感の回路が障害されるのではないか。時間遅延[理論](#)で、時間が軽度に遅延して自己能動感が失われる事態。

1899

[生物学](#)系以外の人たち、特に心理や[ケースワーカー](#)は、心理主義に傾きがち[である](#)から、上手に修正してあげる必要がある。それは医師の役目であろう。

1900

十年後[プラン](#)

- ・組織は急性期、回復期、外来に大きく分ける。つまり、業種によって分けたりするのではなく、患者ごとに必要な治療はなにかによって、大きく分類する。
- ・病棟請負制。[コスト](#)意識が明確になる。チーム意識を明確化する。患者がとか、設備がとか、[いいわけ](#)をすることがあれば困るので、徹底的にローテーションする。
- ・レセプター増加による過敏型と、触法型は処遇を分けて、病棟も分ける。
- ・回復期[リハビリ](#)は地域[リハビリ](#)の方が効果的で合理的[である](#)。従って、入院リハは消滅の運命にある。

二十年後[プラン](#)

・急性期治療は麻酔・低体温療法になる。人工冬眠、[頭寒足熱](#)、滝に打たれる。陽性症状は眠ってしま[うから](#)消える。脳のダメージを防ぐので、[前頭前野細胞](#)消失による[陰性症状](#)を抑える。薬の[副作用](#)で生じるレセプター増加を回避できる。この方法であれば、[シュープ](#)のたびにレベルダウンが起こる分裂病独特の進行を防止し、[非定型精神病](#)や[うつ病](#)のような進行に変えられる。たとえば、[てんかん](#)発作にも応用できるだろう。

・維持期には、患者を慎重に選択した上で、RRR[プログラム](#)を施行する。これによって、分裂病の[根本](#)治療ができるようになる。分裂病の[根本](#)療法が試みられる時代になる。

1901~2000

1901

脳の形成期

例えば、皮膚の汗腺は、発生時の気温や湿度に合わせて調整される。脳についてもそのような調整・決定の時期があるはず。

1902

性ホルモンの関与

女性ホルモンはレセプターを調整しやすくする。従って、胎児期と思春期には環境に合わせて調整しやすい。

胎児期に、子供時代の生活を予測してレセプター数をセットする。だいたい母親にくっついて生活するので、母親の胎内での刺激に合わせてセットすれば間違いはない。思春期には別の生活にはいるので、セットし直せばよい。現代の生活では概ね妥当する。原始の生活ではどうか？たとえばサルのような生活。成熟してからは違う環境に投げ込まれる。

男性ホルモンはレセプター数を増やす。従って、妄想的になりやすい。「自分はあの女が好きだ」という妄想を抱きやすい。惚れやすい。これが原因で、男性はレセプター増加型の分裂病になりやすい。（しかし、分裂病男性は男性性が欠けていたりする。これについては、女性ホルモンが多ければ変化しやすい、この条件が基本にあるのではないか。単に男性ホルモンが多いだけなら、レセプター増加の圧力にはなっても、変化を受け入れない。女性ホルモンがまず多くて、さらに男性ホルモンが出ているときに、増加する。これで、男性でかつ女性ホルモンの多い人がレセプター増加の危機にさらされることになる。）

1903

感覚→ドーパミン×レセプター＝Z

・感覚からドーパミンへの変換が悪い場合に、「現実との生ける接触の喪失」が起こる。ドーパミンが2になるので、レセプターは8になる。

・この人の鈍感さは、敏感さと同居する奇妙な感じのものになる。鈍感さは2から生じ、敏感さは8から生じる。ただ、感覚の中の特定の部分だけに8で反応して感受し（これが敏感）、あとの大部分は無視されてしまう（これが鈍感）ので、大部分は鈍感ということになる。

・しかしこの鈍感さは、一部は陰性症状である。これは状況認知の障害といってもいいし、統合機能の障害といってもいい。とにかく高次機能の障害である。また一部は集団学習の欠如による経験の欠如が原因となっている。これらと感覚からドーパミンへの変換の障害によるものと、複雑に混合した結果、特有の鈍感さが生じている。

2×8タイプにも二通りがある。

・最初からレセプター8で生まれる子。過敏型。2→2×8と表記できる。物理的に閉じこもり傾向になる。これにたいしては、レセプター操作の可能性はある。

・ $4 \rightarrow 2 \times 8$ と表記できるタイプ。これは感覚からドーパミンへの翻訳部分に障害があり、ドーパミンは2にしかならない。これはいわば内的「自閉」状態である。これについてはレセプター操作の可能性はあるかどうか、分からない。どのようにしてドーパミン調整をすればよいか、不明。根本的な原因は感覚からドーパミンへの変換障害であるから、そこを治さないとうまくいかない。→このタイプは、強い刺激を求めることになるかもしれない、その点では境界例があてはまる。

1904

レセプター8で生まれた子供。

赤ん坊のときには環境を選択できない。従って、大抵は4程度の刺激にさらされる。ドーパミンへの変換が正常ならば4のドーパミンが出て、 $4 \times 8 = 32$ の状態になる。これはイライラして泣き出しやすい状態である。ここでレセプター可変的な子供は環境の4に合わせて、 4×4 に落ち着く。しかし環境に抵抗するタイプの子供は、イライラしながらも 4×8 で続け、動けるようになってからは 2×8 になる。

従って、 2×8 のまま思春期を迎えた子供の場合、レセプター操作は難しそうである。

子供の観察は重要である。イナイイナイバーをしまったかと聞く。

二人目の子供は落ち着くといわれるのは、親が慣れること以外に、胎内ホルモン環境が落ち着くこともあるのではないだろうか。

1905

心理的に解釈できそうなことも、物質的な基盤がないか、検討してみることが有効である。

1906

非定型精神病と典型的躁うつ病は、あとにレベルダウンを残さずに治る。分裂病や非典型的躁うつ病は、レベルダウンを残す。

この違いは何か。脳神経殺傷性の何かが起こるかどうかの違いがあるのだろう。それが分かれば陰性症状を抑えられるのだが。

それは何か？

1907

金子満雄のあげる前頭前野症状

- ・ 仕事の手順選択の障害……「目の前に血を流している人がいる。何をすべきか？」
- ・ 注意分配能力の低下……複数の作業を同時に実行する
- ・ 質問が誰に向けられたのか分からずに答えてしまう
- ・ 当初の命題が維持できない……新聞を手渡して、「時間を計りますから、最初の一頁から見ていって、天気予報を探して今日の予報を教えてください」という。途中でいろいろの記事に気を取られてしまう。

- ・ことわざテスト.....「二兎追うもの、一兎をも得ず」の具体的な例を挙げて下さい。
- ・動物名想起テスト.....一分間に十五個、七十以上なら十二個
- ・ジャンケンポンテスト.....「私がグウを出したら、あなたはパーを出す」というように、いつも勝つ（負ける）ものを考えて機敏に出す。
- ・なぜなぜテスト.....「馬が一頭、まっすぐに立っています。頭が東を向いているとき、尻尾はどちら向き？」答えがあったら、「尻尾は下を向いています」と教えたときの反応を見る。おかしさが分かる人は正常。

1908

学校という制度は、ドーパミンレベル4を実現している。その点で子供の生活は分かりやすい。特にいじめられるなどの個体差はあるけれど。

1909

女性ホルモンは環境への順応。

男性ホルモンは環境への攻撃。

ここに男性と女性の性格とレセプター特性の関連が見える。

1910

いじめの心性（朝日新聞97-6-14朝刊）

世間が分裂病者に向ける目にいじめの要素が含まれていないか。

性格が悪いのだからいじめられても仕方がない。悪いところを指摘しているだけだ。などと記事の中で意見があげられている。

おおむね、「いじめられても仕方がない人だから」との意見。

1911

二十年後の医療界.....根底には医療費節減、老人増加、若年者減少、ハイテク化、予防医学化。

- ・ハイテク化
- ・在宅化.....ハイテク化が必要。
- ・大資本の参入.....ハイテク化には不可欠。
- ・零細開業医の再編成.....上記傾向の結果。
- ・自己負担割合の増大・包括制の推進
- ・均質な医療の崩壊。各自が治療メニューを選ぶ。人生観や金銭感覚に応じて。
- ・老人医療の圧迫.....思い切った対策。しかしそれが思い浮かばない。
- ・予防医学の発展、ライフスタイルのチェックまで.....良質労働人口の確保。医療費節減に対する予防医学の効果。
- ・医療と福祉、医療と介護のミックス化
- ・パラメディカルに仕事を任せて、医者仕事を減らす。

- ・金を節約するには、とにかく医者を少なくすることである。
- ・毎年八千人の医師ができるとして、一人一千万で計算しても、毎年八百億円の支出増である。
- ・若年人口（保険負担層）が減少し、老年人口（保険受給層）が増大し続ける現実には日本にとって大変厳しい。制度の変更を考えるしかないだろう。

精神科の二十年後

- ・低医療費の徹底.....パッケージ化、定額化、医療から福祉への振り分け
- ・在宅化.....自己負担額を上げていけば、家族は自分達で面倒を見るようになる。社会的負担か家族を含めた自己負担かの選択。社会的コストとしてどこまで許せるか。
- ・社会的入院の一掃
- ・長期入院患者は老人病患者に移行する
- ・触法患者とそれ以外の患者の区別の明確化
- ・個室化・高級化
- ・生活保護のあり方の見直し.....厳密な診断、支給期限をつける、就労プログラムにのせる。何かの仕事を作り、税金を払う方向で努力を促す。治療技術が進歩していると仮定して、治療か労働かの二者択一を課す。
- ・治療法の変化.....薬物療法の反省、代替療法の進歩
- ・予防精神医学の発展.....ハイリスク群のケア

1912

用語の定義のずれ.....陽性症状と陰性症状の場合

- ・ジャクソニズムによる考え方。
- ・ないはずのものがある、これが陽性症状。あるはずのものがない、これが陰性症状。
- ・ドーパミン過剰症状が陽性症状。前頭前野の機能欠損症状が陰性症状。

1913

Essential Psychopharmacology 1996 Stephen Stahl で紹介している陽性症状と陰性症状。

- ・陽性症状

幻覚、妄想、言語やコミュニケーションの歪みや誇張、解体した会話、解体した行動、緊張病型行動、興奮 (Agitation)

- ・陰性症状

平板化した感情、情動的引きこもり、貧しいラポール、無気力な社会的引きこもり、抽象的思考の困難、自発性欠如、決まり切った思考

5Aとしてまとめると

Affective flattening

Alogia

Avolition

Anhedonia = lack of pleasure

Attentional impairment

.....これらはまさしく[前頭前野](#)症状と見える。

社会性機能が欠如しているために[前頭前野](#)が廃用性能力障害を呈しやすいことがまず原因としてあげられる。また、入院していたり病後で療養していたりして病人[アイデンティティ](#)を持っていると廃用性能力障害になりやすい。

1914

イニシャル・コモン・パスウェイ

[ファイナル](#)・コモン・パスウェイ

始まりと終わりは疾患特異性に欠けて、似たような症状が現れる。たとえば不眠、集中困難など。

1915

黒質線条体系の[ドーパミン](#)は[アセチルコリン](#)を抑制している。従って[ドーパミン](#)を遮断すると[アセチルコリン](#)が上昇する。それによる[副作用](#)を抑制するために抗[コリン](#)剤を用いる。

1916

[陰性症状](#)と廃用性能力障害の場所は共通で[前頭前野](#)である。回復可能か不可能かの違いだけである。

1917

新しい仕事の[ビジョン](#)

- ・[サービス業](#)としての医療はどうあるべきか、何が求められているか、説く。
- ・組織のあり方、[リーダー](#)のあり方を説く。特に、院長職や[理事長](#)職のあり方。院長は医療[技術者](#)である。組織の長としての訓練は受けていない。ここに組織としての挫折の原因がある。
- ・組織の精神病理診断
- ・医療経営.....大資本流入時 ([医療法人](#)解禁、医療[ビッグバン](#))、何が起こるか。例えば、医局支配はどうなるか。医局経由ではなく優秀な人材が求められる。その時に応えられるような[リクルート](#)組織。
- ・[リクルート](#)情報.....医者の評価。これは医療知識が欠けていると難しい。技量と人柄や[価値観](#)を評価する。これは患者にとっていい医者とはまた別の観点である。また、病院の評価。これは患者の立場での評価もあるが、働く者にとってどうかとみる立場もある。転職時には、医者同士の方が話が通じやすい。
- ・医者の[カウンセリング](#)。医者特有の悩みについて[カウンセリング](#)。
- ・志がある医者と、資本との結合。一種の仲人。
- ・医療経営指南。これは[税理士](#)だけではできない。
- ・[保険医](#)が定年制になると仮定して、定年後の医師の就職を考える会社。たとえば、[自由診療](#)で

生き残る[テクニック](#)を教える。また、自己所有の財産の医業としての運用方法。[保険会社](#)の運営する[医療保険](#)と結合させて、私的[保険医](#)として組織する。

- ・企業内の[メンタル](#)相談を組織化する。
- ・[メンタル](#)相談を有料電話や[インターネット](#)で組織する。どのような有益な情報を流せるかが勝負。
- ・企業の経営指針。[いつまでも](#)信長や[プロ野球](#)監督でもないだろう。
- ・在宅医療、[訪問看護](#)、訪問[理学療法](#)などの業務[コンサルタント](#)。
- ・老人医療の行き止まりをどうするか。日本は資源がない。資源は頭脳と技術である。ところが若年[労働者](#)が減少する。今のうちに[地下資源](#)のありそうな[シベリア](#)でも買っておいの方がいいかもしれない。それを金に換えて、老人ケアにあてる。
- ・[医療法人理事長](#)を教育する係。
- ・[医療保険](#)は次第に自己負担分を増やす。その負担を吸収するために私的[医療保険](#)が開発される。その場合に、「この病気なら給付はいくら」と決定する人が必要になる。[アメリカ](#)ではこうした私的[健康保険](#)が医療内容を決定している。さらには指定医療機関として医者を中心とする方向にも向かう。
- ・[ストレス](#)コントロールに悩み、本をたくさん読んでいたりする。指針がほしいのである。そのような状況で、[ビジネスチャンス](#)を探る。
- ・[メディカルマインド](#)を背景として、何ができるか。それを探る。

1918

[社会的入院](#)が十万人。[健康保険](#)では一人一日八千円から一万円かかる。つまり、一日八億円から十億円である。これを外来業務で吸収して行くのだから、パイは大きいと見える。

1919

医師の技量の査定。

どのように査定できるか。患者に受けがよくて、儲けが[うまい](#)。そこまでは患者の動きや請求額で評価できる。しかしそれだけではない部分もあるだろう。それは何か。

そもそも医師特有の技量とは何か。どんなものをいうのか。医療経済からいえば、パラ[メディカル](#)が肩代わりできる部分が多い。[アメリカ](#)と同じように、日本でも医者仕事を、もっと安い費用で実行するパラ[メディカル](#)にまかせるようになるだろう。眼科と眼鏡屋、内科と売薬、[精神科医](#)と心理や[ケースワーカー](#)。

[精神科医](#)固有の技術とは何か。

急性期でいえば、単に極量まで使って鎮静させるということで、特に経験も要らず、若い人でも十分である。

回復期ケアは、人手がかかる。一人の医者が五十人の患者を受け持っているようでは何もできない。給料の安いパラ[メディカル](#)をたくさん雇って[マンパワー](#)を増やすのがよいだろう。回復期ケアに本当の意味での医療技術があるかといえば、本来あるべきであるが、またそれほどたくさ

んはない。むしろ、開発途中である。

外来や[ダイケア](#)は、医者でなくても十分である。

つまり精神医療全体を通じて、医者はあまり必要ないということになるだろう。

1920

医療用ベッドの[コマーシャル](#)。時代である。在宅医療用の機器は需要が増大する。

1921

もっとも医者らしい医者は[精神科医](#)である。単なる医療[技術者](#)からもっとも遠い。それなのに、こんな現状である。

[精神科](#)患者は精神療法など必要ないのである。

1922

「お医者さんはわたしの話を聞いて、日記をつけるだけ」といった患者さんがいる。確かにそうだ。そんなものを書いて何になるのだ？ どうせ治らないのに。治すための営みをしていないのだ。「それでは治療になりませんよ」との指摘だとすれば、患者は正しいのである。

1923

現在の[健康保険](#)制度の中で[高収入](#)を得たい医者は、薄利多売を実践するしかない。当然医療の質は低下する。医療の質を上げようと思えば、収入は減少する。良心的な医師が報われない制度である。

一人の患者のためにいろいろと調べものをしたりする時間は考慮されてはいない。

しかしながら、どのような制度にすればよいのかといわれれば、答えは容易ではない。医師の技量は簡単な物差しで測れるものではない。

現在の制度は、医師が少ない状況の中で、国民に最低限の医療[サービス](#)をとりあえず提供するためのものだ。医者なら誰でもいい、とにかくおおまかに診断して薬を出してくれというわけだ。[高血圧モデル](#)である。

1924

集団運営の基本技術

集団場面での問題点を個人面接で取り上げる。この連携が大切。

1925

[精神病患者](#)の処遇の変化

1) 都市の形成

1873年、[東京府](#)が市中徘徊の下層市民の狩り込みを行う。狂人、盲人、廃疾者、などが含まれる。[精神病院](#)の始まりである。……要するに、農村社会では最低レベルの生活は[精神病患者](#)にも保証

されていた。都市化が進むと、最低保障はなくなる。自由市場の原理は富む自由を生み出したが、一方で最低生活以下の暮らしも生み出した。[自己責任](#)の原理では生きていけない人はどうすればよいか？それが問題である。家族は昔の農村のように機能しない。社会は家族をあてにしている。

始まりの時点から、「[排除の論理](#)」である。都市の中でうろうろされては困る人たちを隔離収容した。現在はライ病、[視覚障害者](#)、[身体障害者](#)などは区別されているけれど、触法患者と分裂病患者と知的発達遅滞者とを混在させたままで処遇している。これも悪しき歴史の名残である。

2) 脱施設化

薬剤の開発と並行して脱施設化が世界的に進行した。[アメリカ](#)では「[サービスの配達](#)」の考えに辿り着く。[イタリア](#)は[トリエステ](#)。日本では依然として家族への依存から抜け出していない。なぜ日本はこんなにも遅れてしまうのだろうか。[キリスト教](#)の背景が欠如していることが原因か？

1926

宮内らの提唱する受動型、能動型、依存型、啓発型は性格特徴とすべきか、それともレセプター論などに関係づけられるか、あるいは他の理論と関係づけられるか。

・受動型

[社会生活](#)の経過の上で現状に安住し、自分から変化を作りだそうとしない。生活に不満をあらわさず、万事ひとまかせである。

外部から現状の変化や拡大を迫られるような課題を与えられたとき、混乱、困惑、選択決定ができず、放棄してしまう。形式的、重要なことと些細なこととの区別ができない。融通のなさ、迷いやすい。職業に対する（簡単に働けるといったような）甘い考え、幼稚な倫理観、打算的でけち。

・能動型

[社会生活](#)の経過の上で現状に安住せず、自分から変化と拡大をつくり出そうとする。生活にとにかく不満を現し、万事ひとまかせにできない。

名目、資格に対するこだわり、[世間体](#)、他人に認められたい、劣等感、気兼ね、自己の評価に敏感、願望をすぐに実現しようとする、馬車馬的、あきらめの悪さ。

生活臨床の五原則

- 1) 時期を失せず
- 2) 具体的に
- 3) 断定的に
- 4) 反復して
- 5) 余計なことを言わない

この方針がうまくいくのが「他者依存型」、うまくいかず禁忌なのが「[自己啓発型](#)」。

・他者依存型

困った状況で他者（多くは治療者）からその都度判断基準を教わり、その通り遂行して成功する

体験の中から社会的判断基準を体得していくタイプ。

・ [自己啓発型](#)

困った状況に対して自ら考えたやり方で実践して、その成否の結果から社会的判断基準を体得していくタイプ。治療者が決めてあげると反発する。結論は出さず、「あとはどうするか、自分で決めなさい」といって帰すのがよい。

「親のいうことを素直に聞かない子」であることが多い。

命令すれば反発する。これが判別の切り札である。

1927

分裂病者は「人嫌いで孤独を好む人たち」ではない。手助けをすれば分裂病者は人付き合いをし、それを喜びとする。（宮内）

1928

Yの指摘

分裂病者が再発または生活破綻するのは、1) おとしめられる、2) 迷う、3) 待たされるの場合である。

分裂病者かたぎとは、切り替えができず変化にもろい、正直者で秘密を持ちこたえられない、断り下手で頼むことも苦手、の三つに整理される。

1929

分裂病者の目標設定

「病気をしていなかったら、どんな人生コースを歩んだかを見極める。そのコースにもっとも近いコースを目標とする」（M）

1930

[精神科病院社会的入院](#) 10万人。これらの患者の社会復帰が課題。入院費は一人一日 8000円。十万人だと一日 8億円。8億円が一年だと2920億円。

一つのクリニックで一億円の請求を想定すると、2920軒のクリニックが営業可能である。その分の[精神病院](#)は老人病棟に移行する。

10万床を2920で割り算すると、34人。34人を25日、12か月として10200となる。この人数をデイ[ナイト](#)ケアでやると一万円であるが、たいていはデイまたは[ナイト](#)で十分であるから、入院時の八千円よりは安くてすむだろう。外来患者と合計して約一億円というところか。そんなクリニックが2920軒可能であるということだ。

人件費から見ると、病院では[看護婦](#)が一人で8から15といった程度か。[デイケア](#)ならば[看護婦](#)一人当たり30人である。当直なし、日曜出勤なしである。圧倒的に効率がよい。低費用であるから、儲けが大きい。将来、[デイケア](#)が安くなったら、老人に移行して、薄利多売を実践すればよい。

1931

クリニックの立地条件として、周辺に競合施設がないことといわれるが、疑問がある。競合しながらもやっているということは、患者が多くて、かつ、お互いに穏やかに営業していることを示しているのではないか。[吉祥寺](#)、渋谷、[国分寺](#)など。

[北千住](#)は人口の割にクリニックが少ないような印象であるが、少ない理由があるのだ。だから、数が少なくても参入余地のない場所なのである。

立川にもNクリニックという、困り者のクリニックがある。[怪文書](#)を回すそうだ。

1932

北国の人の方が進化が速い。なぜか。

北極探検の場合、一日に6000[カロリー](#)が必要だという。不適応状態になりやすいわけだ。そこで外来[遺伝子](#)を受け入れやすくなり、変化が進み、適応個体が生き残る。

1933

[療養病棟](#)

患者一人当たりの床面積を大きくすることで、[社会的入院](#)患者を減らすことができる。患者単価は高くなっても、病床削減に向かわせられれば、行政誘導としてはひとまず成功である。病院側からすれば、効率よく収益をあげ、かつ処遇困難患者を退院させられる。外来に移行させて、[デイケア](#)で収益をあげれば増収につながる。

病床があるから、退院は減らないのである。病床回転率を上げようとは考えずに、ただ満床で維持しようとする。これでは[悪循環](#)である。

急性期患者と回復期患者を同じ病棟に置くしかない構造であるから、開放率を上げられない。

1934

措置患者といっても、触法患者と分裂病患者では病理が異なる。一律に、措置解除までは[作業療法](#)にも出せないとの決まりは病理を無視したものだ。

1935

薬と精神療法的働きかけ（精神療法と[リハビリ](#)、生活全般）の一元化。

薬は[ドーパミン](#)レセプター遮断作用の観点からCP当量として一元化できる。それに合わせて、精神的働きかけ全般を[ドーパミン](#)量として換算して考える。そうすれば、[ドーパミン](#)を共通の言語として、治療全般を統一的に解釈し、組み立てることができる。

1936

医療費についての良い[システム](#)は？

→どの業界でも、ほどほどのずるをしているのだから、今程度のずるでよいとする考えもあるだろう。

→受診抑制を考えると、どの段階で、どの仕組みで抑制するか。

そのことと、弱者保護はどのように両立するか。また、[労働人口](#)の健康を確保できるか。結局、[税収構造](#)が貧弱になるようならば[無意味](#)である。

1937

[訪問看護](#)が、「行かなくてもいいような、状態のよい人のところばかりを訪問する」との批判をどう考えるか。

→実際にそうだろう。同じ点数ならば、難しい人は後回しである。しかしそれでは患者は困る。制度の本来の目的を達成していない。閉じこもりの人は放っておいて、外来や[デイケア](#)に通っていて状態のよいことが確かめられている人の住まいを積極的に訪問するようになる。これは[無責任なサラリーマン](#)として当然の行動選択である。

→たとえば、外来部門の一部として、外来全体の収入をどのようにして伸ばして行くかを考えさせる。そうすれば、閉じこもりになって通院しなくなり、[デイケア](#)にも顔を見せなくなった患者を訪問して、再度受診につなげることは不可欠であると認識される。むしろ、通院の切れた人を訪問することが必要[なのだ](#)と[動機付け](#)ができる。

→経営としては、自然にそのように行動が誘導されるような仕組み作りが大切である。そして、現場でどのような問題があるのかを細かく知っていなければならない。

1938

妄想型の位置づけ

30から40歳代に好発。女性に多い。[陰性症状](#)は少ない。ただし、[シュープ](#)を重ねているうちにレベルダウンする。[病前性格](#)として強力成分の優位あり。

→女性[ホルモン](#)の低下し始めの頃に多い？これはレセプターの[固定化](#)傾向と解釈できないか。[ドーパミン](#)は上昇するのにレセプターがそれに連れて減少しない場合には、妄想状態になる？

？[ドーパミン](#)抑制因子の減少が年齢に連れて起こる??.....こんな話ではないような気がする。

→部分的妄想の一時的持続状態。これは[パラノイア](#)との連続性を考えさせる。[パラノイア](#)は一時的ではなくずっと持続している状態。「妄想」。

→敏感関係妄想は解体型との連続性を考えさせる。「敏感」。

→[風景構成法](#)で、かなりの違いがある。やはり別物であろう。

1939

[風景構成法](#)と[ドーパミン](#)理論

[風景構成法](#)で空間構成が失われる現象と、[ドーパミン](#)理論はどのように関連するのか。むしろ絵画は[陰性症状](#)を見ているのだろうか。[前頭前野](#)の機能消失が、空間構成消失としてあらわれるのか。老人の[風景構成法](#)はどうか。痴呆の程度にしたがってどのように推移するか？

空間構成の中核は、[前頭前野](#)にあるのか。あるいは、[ドーパミン](#)系にあるのか、知りたい。

1940

コンピュータの比喩

インテルのチップは、今回も「ある特定の演算をするとエラーが出る」タイプの不良が見つかったという。しかしそれはソフトで回避できるし、そもそもかなり稀な演算であるとのことだ。

これは、もともとハードに欠陥があり、普段は問題ないものの、ある特定の場面で欠陥が露呈するというので、分裂病のストレス脆弱性モデルとよく似ている。そしてソフトで回避できるというのは、環境調整などにあたるだろう。

躁うつ病は、熱を持ちすぎてダウンする現象に似ている。クールダウンさせれば、元に戻る。場合によっては損傷も起こる。

フロイトのいう、精神神経症はハードディスクに格納されている昔の記憶またはソフトの問題。人間は幼児期に現実を参照して脳にソフトを入れる。そのソフトが間違っていると、生涯を通じて間違いが反復される。

現実神経症は、現在のキーボード入力の問題。間違ったキー操作をすると、悲鳴があがる。子供の頃に頭に入れたソフトが通用しない世界に生きることになったらどうすればよいのだろうか。そんな問題も現代では存在しそうである。

比喩を語るとして、ハードディスクの記憶は一部CPUに取り入れられることもあるので、やや工夫が必要である。基本的記憶はCPUの一部に格納されるのだ。

そしてその重要な記憶の部分を操作しようと思えば、退行を引き起こしてその記憶の層を露出させ、操作を加えることになる。転移現象を利用するので、集団場面での転移・退行を利用するのが近道である。

1941

精神病患者は人に嫌われるような性質を持っている。もともとの性格なのか、直接に病気のせいなのか、間接的に病気のせいなのかは知らない。

これを精神病の定義としてもよいくらいである。「精神病とは、他人に嫌われ、見捨てられる変化を残す病気である」「自分が嫌われていることに気づき、絶望したり居直ったりするとますます嫌われる性質を帯びるようになる」

たとえば知能発達遅滞者は家族や周囲の人に愛されている。そうした場合には精神病患者とは呼ばない傾向がある。

1942

「精神障害と犯罪、放浪、不信心の関係」。なるほど、不信心は重要なことであった。

1943

家庭医制度の問題。

1944

病院を解体して、受け皿づくりがうまくいかない場合、[刑務所](#)、[ホームレス](#)、[民間療法](#)に患者が流れる。

1945

レセプター量の[セッティング](#)。

胎内環境に合わせるはずはないだろう。出生後の環境と違いすぎる。出生後もしばらく感覚器官は未発達である。

可能性としては、母親が受けている刺激に対応するだけの[ドーパミン](#)量に合わせてレセプター量がセットされる仕組みがあるのではないかと考えられる。

→検証には双子が使える。二卵性双生児の出生直後の死亡例などが手に入ったら、[ドーパミン](#)レセプター量を調査したいものだ。

1946

[ストレス](#)負荷量上昇、薬減量、しかし再燃には至らない、そのような調整をするのがRRR理論。

→[ストレス](#)耐性と[ストレス](#)量の[グラフ](#)。下の[交差点](#)が16で、上の[交差点](#)が40である。16以下だと、16に近付くためにアップ[レギュレーション](#)がはたらいてレセプター量が増えてしまう。これは薬剤により見かけ上のレセプターが減少した状態になっているからである。

16から40の間に維持すれば、ダウン[レギュレーション](#)により、レセプターは減少する。ただし、40を超えてしまえば再燃状態となるので、それは避けなければならない。

悪い治療計画では、[ストレス](#)量を上昇させると、心配だから薬を増量、結局トータルのレセプター量は増やしてしまう。これは敏感さを増大させていることになり、反治療的である。

1947

[ホルモン](#)と分裂病

女性[ホルモン](#)は、レセプター調整の「窓」を開ける働きをする。外界に合わせて自分を変えて、適応しようとする。

男性[ホルモン](#)はレセプターを増やす。（または、同一刺激に対して[ドーパミン](#)放出量を増やす。）環境に対して敏感になる。敏感さは自分が恋愛しているという「妄想」を引き起こす。（ただしこれは妄想とはいえない。）敏感であるからイライラする。イライラを解決するためには自分を変えるのではなく、環境を変える。したがって、男性の場合、恋をしやすく、自分に合わせて環境を変える傾向がある。ここから建築や土木の傾向が生じる。

[思春期](#)男性は女性[ホルモン](#)と男性[ホルモン](#)の両方のピークを迎える。（特に女性的な傾向を持つ男性。）窓は開かれ、同時にレセプター増加の圧力が高いので、分裂病解体型を発病しやすい。

慢性関節リュウマチは分裂病と[排他的](#)である。なぜか？

慢性関節リュウマチ.....若い女性に多い.....女性[ホルモン](#)

分裂病解体型.....若い人、特に男性で早く発症する.....女性[ホルモン](#)と男性[ホルモン](#)の両方の

高値.....閉経後は少ない

上記のことから、女性ホルモンが多ければ分裂病が軽くなるといった簡単な関係ではないようだ。男性ホルモンとのバランスが関係しているのではないか？[クラインフェルター](#)や[ターナー](#)が連想される。

[ホルモン](#)は免疫系の関与を予測させる？

男性は外界を[遺伝子](#)で取り込む。この世は[遺伝子](#)の適応の実験場である。適応がよければその[遺伝子](#)を残す。適応が悪ければ変化させる。[うつ状態](#)はその引き金である。→過大な[ストレス](#)時に、[うつ状態](#)で反応する個体と、妄想状態で反応する個体と。しかし分裂病でも[うつ状態](#)になる...
...分裂病という内的「ショック」「[ストレス](#)」に対して、[うつ状態](#)で反応しているとも考えられる。

女性は脳に取り込む。女性は自分が個体として生き残る。そうでなければ[子育て](#)ができない。

男と女は対等で平等な「人間」などではない。

男とは、[遺伝子](#)の適応の実験場である。女はその実験結果を次世代に伝える装置である。つまり男は一種の消耗品であり、実験的な試みである。女はもっと確実な何かである。体の装置の大部分を共通部品で組み立てられているにすぎない。

→治療

男性[ホルモン](#)を抑制する。これでかなり軽症になる。

女性で、分裂病になる人と慢性関節リュウマチになる人とはどう違うのか？「強い負の相関」の実態は何か？

→分裂病者に免疫系の異常はないと考えられるが？

1948

分裂病は、発生の途中で脳にダメージを受けた結果であるとする考え方。そのダメージは、[思春期](#)になるまで損傷としては発現しない部分である。男性の方が早く多いのは、社会的に早く重い活動が始まるからである。

1949

微小再燃の話

微小再燃の状況を把握することによって、その人の限界[ストレス](#)を知ることができる。それを上限として、日常[ストレス](#)を提供すればよいわけだ。

→治療の進行に応じて、[ストレス](#)耐性は上昇するのだろうか？

→[ストレス](#)耐性の向上は、普通人の場合にも大きな課題である。[ストレス](#)がかかったときにも、頭が真っ白にならないですむ人間になっていること。

→それはいかにして可能であるか？

[グラフ](#)で考えられるか？

1950

男性は子供の頃から集団機能で劣っている。それなのに女子と同じ集団教育をするのは[逆差別](#)というか、悪平等というか、男子に過酷な状況である。

1951

MRの[リハビリ](#)は、別に考える必要があるだろう。

病棟でいろいろな患者が混じっているのが面白いという面もある。

1952

RRR [プログラム](#)

Receptor Reduction Rehabilitation Program

アップ[レギュレーション](#)とダウン[レギュレーション](#)を利用して[ドーパミン](#)レセプター量を調整し、分裂病を治療しようとする考え方。[ストレス](#)負荷量を増やしながら薬剂量を減らすことにより、薬剤で遮断されていない部分のレセプターにダウン[レギュレーション](#)が働くようにすると、レセプターが減少する。このことにより、分裂病者の過敏さを根本的に治療する方法である。臨床応用は今後の課題である。

1953

分裂病者の過敏さの二つのタイプ

- ・レセプター過剰
- ・[ドーパミン](#)反応性の過剰。つまり、[ストレス](#)・[ドーパミン](#)曲線を描いたとき、その傾きが急激すぎる。少量の[ストレス](#)で過剰な[ドーパミン](#)が放出される。
- ・分裂病で、[ドーパミン](#)代謝産物はむしろ減少していると報告されているのは、レセプター過剰で説明される。
- ・しかしまた、普段の[ストレス](#)に対しての[ドーパミン](#)量は少なすぎるのに、やや過大な[ストレス](#)に対しては、過剰すぎる[ドーパミン](#)が放出される。このような反応特性曲線を想定することもできる。
- ・上記の二種は、[ストレス](#)→[ドーパミン](#)の変換[プロセス](#)の異常と、レセプター量の異常の二種である。そのほかにも異常は考えられ、たとえば、 $DA \times R = Z$ でZを16とか40とかに想定しているが、この設定値が大幅にずれている場合が考えられる。

1954

不適応状態に対して、進化で対応する人と退行で対応する人がいる。違いは何か？新しい行動様式を開発して試す人と、古い行動様式を持ち出して反復する人。新しい行動様式を試してみるためにはある程度の余裕がないといけない。そのような余裕とは何だろう。

端的に言えば、気持ちが未来に向いている人は新しい行動を試みる事が可能である。気持ちが過去に向いている人は古い行動様式を反復する。

[フロイト](#)の説は、過去の反復を言う。つまり、人間の行動の半分だけを語っている。そして病的になるときはたいてい過去の反復であるから、病気についての[フロイト](#)の[精神分析](#)は正しい。しかし病気ではないとき、人は新しい適応を試し続けている。

反復だけの人生になっていたとしたら、それは病的だといえる。

1955

[ベトナム](#)帰還兵、ことに捕虜[収容所](#)での虜囚体験を持つ人々の精神変調。PTSD。

大きな[ストレス](#)として、[精神分裂病](#)の自我障害体験などは、非常に大きな[ストレス](#)であると考えられる。世界が没落して変容すると感じられるほどの体験である。分裂病の場合、反応性の部分、つまり[神経症](#)成分がどれだけ大きいかが、考え直してみる価値がある。

分裂病体験は非常に大きな[トラウマ](#)である。

また、[精神病院](#)への収容体験は、虜囚体験と比較してどうであろうか？劣らず大きな[ストレス](#)である。

つまり、分裂病性の自我障害を体験すること、[精神病院](#)に収容されることは、どちらもPTSDを形成するに十分な体験である。

1956

「屈辱体験の苦しい記憶をいかに解消してきたか、自分の尊厳を失わずに現実の生活に適応し続けるためにはどのような自己調整が必要だったか」について、[シベリア抑留](#)体験者との面接によって学んだ。

1957

受診者ではないが精神的苦境にある人々

育児困難で悩む母親、[不登校](#)児、[いじめ](#)に苦しむ子供、[学習障害](#)児、会社での適応にあえぐ中年、孤立無援の独居高齢者など。

こうした人々に積極的な支援をすることはできないか。

1958

拒食症と[不登校](#)の診断と治療

・ 診断

まず、拒食や[不登校](#)は行動化であり、最前景にある。その背後には前景病理としての強迫症、不安、離人症、[うつ状態](#)、被害的状态、自我漏洩などがある。その背後に背景病理としての、分裂病、[躁うつ病](#)、[神経症](#)、[人格障害](#)などがある。こうした三層構造を理解した上で、診断にあたる。

最前景に何があるかは当然分かる。前景症状として何があるかは、訓練して習熟する。背景病理に何があるかは、遺伝負因、[病前性格](#)、生活歴、「人格の手触り」などが参考になる。

・ 治療

背景に分裂病がある場合は、薬剤。これでイライラが鎮まり、背景の分裂病性病理が緩和される。

背景に[うつ病](#)があるときには、薬剤と休息。

背景に**神経症**があるときには、「あなたの本当の問題はどこにあるのか、考えてみよう。食べられないことが本当の問題でないことは自分でも分かっているよね」と面接を進める。直面化のタイミングを探る。言語化できず意識化できないから、行動化していると解釈して、内面の成熟を促す。「このままでは**立派な大人**になれないよ。仕事もいい仕事はできないし、結婚だってできないかも知れない。そうなったら困るでしょ。今は学校に行かないだけだからいいけれど、大人になったら大変だ。今のうちに解決できるところは解決しておこう」などと導く。

人格障害の時には、治療構造を明確に設定して、枠を内在化できるように付き合う。

全体として、養育のセンスが大切である。おおむねは受容しつつ育てる方向がよい。本人の好みに合わせて、読書（渡辺和子など）、音楽（難しいが、探す。成熟への悩みなどの**テーマ**）などを利用する。日記や絵画を利用するのもよい。退行させすぎず、育てること。

1959

「分裂病の最終解決」という**タイトル**で本を書く。RRR理論。

「**うつ病**の最終解決」でも書く。

1960

今の分裂病論である、「時間遅延が自我障害をうむ」その背景には三極構造があり、「現実**モデル**、空想産生、照合」の三つと想定される。

この**モデル**と**ドーパミンモデル**は接点を持つか？

Liddleなどの最新の考察と対比してどうか？彼は、症状相互の関連の分析から、分裂病症状を「精神運動貧困（会話欠乏、感情平板化、自然な動きの減少）、解体（思考形式の障害、不適切な感情、会話内容の貧困）、現実歪曲（幻聴、妄想）」と三分し、それぞれ「**前頭前野**背外側部、前頭眼窩、側頭葉内側部」の部分の機能低下に原因があるとしている。これらは相互に**排他的**ではない。

クローの二型との関連は、一型は現実歪曲型、つまり陽性症状タイプ。Pタイプ。二型は解体型と精神運動貧困型、つまり**陰性症状**タイプ。Hタイプ。

Tsuang & Winokur. のちにクロー。

妄想型は、よく組織化された妄想や幻聴、25歳以降の発病、思考解体や不適切な感情を欠く。陽性症状中心。**抗精神病薬**によく反応する。症状は可逆性に回復。**知的障害**はない。D2レセプター増加が想定される。

非妄想型は、25歳前に発病し、思考解体、感情平板化、不適切な感情、奇妙な行動、運動の変化などの特徴がある。**陰性症状**中心。薬に反応しにくい。**知的障害**や異常な不随意運動を伴うことがある。脳の形態学的変化を伴う。

→批判。

陰性症状は一過性のこともある。（これは廃用性能力障害であったと解釈できる）

陽性症状が持続することもある。（薬も効かないことがある。**ドーパミン**系ではないのだろう。では、薬で消える症状との違いはあるのか？）

陽性症状と陰性症状が同時に存在する症例もある。

AndreasenはP,N,Mixedの三種に分類した。

しかしこれら二種や三種の症状は、重症度に差があるだけであるとする意見もある。

1961

陽性症状は側頭葉内側部の発達障害による症状。研究の焦点となっているのは、辺縁系の中核をなす、海馬本体と海馬傍回（おもに嗅内野）からなる海馬領域と総称される部分。

陰性症状は前頭前野における機能喪失症状。hypofrontality。しかしこれは、脳の中で特に脆弱な部分というだけかもしれない。非特異的なダメージにより失われやすい機能である。

しかしながら、前頭葉にグリオーシスは見られず、したがって、成人後の変化とは考えられない。または、はんこん化を残さないタイプの神経死のシステム。

1962

分裂病の成因を議論するときに、何が分裂病であるか、それをも含めての議論になるのでややこしい。この症例とこの症例は同じ、または違う、何が違う、そのあたりを明確にしつつ議論したいものだ。

Xが増加したものも減少したものもあるという結論は、Xが分裂病に関係ないのか、増加するタイプと減少するタイプがありどちらも分裂病なのか、そのあたりが分からない。

1963

試み

高知あたりに老人の理想の村を作りたい。老人がただぶらぶら遊んで老後を過ごすのではなく、税金を払えるくらいの生産性の高い村はできないか。高知はただ観光で食べてゆくのではなく、工夫を凝らして働ける場所。特に老人の特性を生かせる仕事と環境。どうにかならないか？さらに、老後の暮らしを若年層の生産に頼るのでは今後は限界がある。若者が少なくなり、老人が多くなる。爆発的に多くなる。この状況に対して、老人の新しい生き方を提示すること。

1964

Liddleの三症候群仮説と今の仮説

精神運動貧困.....空想産生力低下.....前頭前野背外側部.....Word generation

解体.....現実プールの不全.....前頭眼窩.....Stroop test

現実歪曲.....照合不全.....側頭葉内側部.....Internal monitoring

1965

分裂病者はレセプター調節能力が弱いのだと考えてみる。患者の場合、もっとも可塑的だった時期は胎生期から幼児期である。その時期に暮らしていた環境にちょうど合うようにレセプターが固定されてしまった。

その後の生活の変化にうまく適応できない。つまり、環境に合わせてレセプター数を変えられない。

分裂病者の内弁慶。外では分裂気質の引っ込み思案を呈するが、家ではわがままに振る舞う。家でのドーパミンレベルにセットされたままなのだろう。

関節が固い人があるように、レセプター数の変化が起きにくい人がいるのではないか。どうすれば変化が起こりやすくなるか。 →女性ホルモンが有効なのではないかと推定する。

人生初期に家庭内のドーパミンレベルに対応してレセプターがセットされるのだから、家庭生活が社会生活と同程度のドーパミンレベルであれば、その人は社会の中でそれなりに生きていける。

この点では、分裂気質の家庭は不利である。社会とは隔たったドーパミンレベルである。この点で、親が分裂気質であることは不利に働く。

ドーパミン・レセプター曲線の様子として考えることもできる。

なかなか変化しないが、ある点を超えると急激に上昇する。そのような特性を仮定すれば、分裂病を説明しやすい。そのようにして陽性症状が始まる。陽性症状は、脳内の未知のプロセスを促進して、結果としての前頭前野機能の低下を招く。

1966

分裂病の仮説を考えるにあたって、満たさなければならない条件がある。しかしこの条件と分裂病の異種性が関係するのでややこしい。

- ・発症年齢
 - ・性
 - ・シュープ
 - ・レベルダウン
 - ・慢性関節リュウマチとは排他的
- など

1967

脳腫瘍→幻聴→引きこもり（身体病モデル）

背景病理→前景症状→最前景行動

分裂病→思考障害→引きこもり（固有の精神病モデル）

時間経過の特性→場所の特性→これらの状況に対する反応

精神医学のこれまでの蓄積から、背景病理として、精神科領域に特有の病態があり、分裂病、躁うつ病、神経症、性格障害などがあげられる。これら特有の病態の特性をよく示すのは何といっても「時間経過の特性」である。「場所の特性」は前景症状にむしろ関係する。クレペリンは偉大であった。

分裂病→体感幻覚→引きこもり

背景病理→内的体験（主観）→行動・表出（客観）

1968

セルフ[アイデンティティ](#)

脳の中にはいろいろな行動様式が記録されている。人生のいろいろな時期でのいろいろな場面での対人関係が記録保存されている。それらを適切なタイミングで出すように調整しているのがセルフ[アイデンティティ](#)という部分である。人はいろいろな面を持っているのが普通であるから、その人らしさとは、どの場面でどんな行動をとるかの選択にかかるところが大きいといえるだろう。ここがセルフ[アイデンティティ](#)に関係している。全くばらばらにいろいろな面が出てしまうのが[多重人格](#)である。

1969

患者さんはかわいそうか？

患者さんは可哀想だから、保護的に、守ってあげなければならない。社会なんか冷たくて無理解だと[考える](#)人たち。

一方、患者さんも一人の人間として精一杯努力する必要がある。仕事はいやだけれどどうにかしなくてはいけない。[生活保護](#)をもらっていれば楽だけれど、それでは人間がダメになってしまう。人間としての誇りが保てなくなってしまう。なぜ自分の価値を切り下げてしまうのか。

私も一人の人間として精一杯生きている。患者さんにも同じように精一杯この厳しい社会で生き抜いて欲しい。この態度が人間的連帯の態度ではないだろうか。

患者にはどうせ何もできないとするのも間違い。何ができるか性格に評価する。

患者は本来何でもできると考えるのも間違い。

分裂病と告知された瞬間に、患者さんの人生は停止してしまい、自己価値はどうしようもないほど低下してしまう。そのような前提があるから、仕事や社会復帰の場面で[プライド](#)を取り戻せといっても、無理なのではないか。

1970

分裂病性[被害妄想](#)も、反応性の成分がかなりあるはず。

[プロ野球](#)の審判で、[アメリカ](#)から来ていた人が帰国した。中日の大豊が判定に不服で胸を突いたという。「恐怖を感じた」と[コメント](#)して帰った。この場合には、慣れない外国での孤独や不安を背景として、事件があり、やや[被害妄想](#)的な要素もなかったわけではないだろう。このように[被害妄想](#)は人間に普遍的な反応である。だからこそ、分裂病であるように高い頻度で見られると考えられる。

分裂病では、[被害妄想](#)が直接起こっているのではないだろう。まず分裂病性の変化が起こり、それは「異国での孤独」に似た何かであろう。そこから反応性に[被害妄想](#)が発展するのだろう。この点では、敏感関係妄想の考察が役に立つのかもしれない。

1971

デイケアでの仕事

対人関係や生活に関しての、現在の問題点を把握。次の目標を提示。

多様な転移関係を観察する。観察の結果を個人面接で生かす。

デイケアで有利なことは、多様な転移関係が展開される点である。

1972

症状の構造化。どれが前景でどれが背景なのか。何層の構造を仮定すればよいのか。→それは当然個人によって異なるものだろう。しかし前景症状群と背景病理はやはり二群に区別できそうである。

たとえば不登校で考察する。

不登校という問題行動に至るには原因がある。それは主観的、客観的に把握される。

背景病理→→前景症状群（前景症状群も構造化する。神経症性の症状形成はたいていどの場合にも見られる。）

起立性低血圧→→朝起きられない→不登校→不安→家族への甘え→付随症状

分裂病→→自我漏洩→不登校→昼夜逆転

背景病理にはどれだけのものがあるか？

・神経症という言葉はやはり使わない方がよいかも知れない。パニック障害と全般性不安障害については神経伝達物質の異常の想定もあるので、背景。

強迫性障害と離人性障害は、前景。

・あとは分裂病、躁うつ病、人格障害。

・アルコール症については、やはり背景に人格の病理がありそうである。薬物起因性障害も人格の問題がありそうである。したがって、アルコールや薬物は前景、背景は人格障害その他である。

前景症状→主観症状、客観症状の構造化。しかしこれだけでは完結しない。背景病理を別に考えて立体的に把握する必要がある。

1973

青梅、八王子でなぜ特に地域精神医療が必要なのか

病院が多い。社会的入院が多い。これらの患者さんの社会復帰を進めるとして、住居地域はやはり病院の近くであろう。しかしそうした計画は病院が単独で考えて済むものではない。地域に住む患者は病院の付属物ではなく、地域住民になるのだ。社会のありようが、患者の住み易さや再発率を決定するだろう。

家庭に帰る患者のために家族教育をするように、社会に帰る患者のために社会を教育する必要がある。そしてそれは社会で生きる非精神病者の人生をも深めるのではないかと思う。社会の心の問題である。社会の心を治療する必要がある。

1974

東京武蔵野病院はシステムとしては整備が進んでいる。東京都や厚生省の情報が素早く入るので対応も敏速である。いわゆるいい病院である。しかし実際に足を運んでみた印象では、勤めたら大変だろうなと思う場所である。

全体の雰囲気は何か荒んでいるのである。結局、勤務はしなかった。

いまから思えば、本当に患者さんのための場所にすればあのようになるのだろう。医者や職員のための場所にすれば患者には居心地が悪くなるのだろう。あの荒んだような感じは患者の生き方そのものなのであろう。

だとすれば、わたしは付き合いたくないのだ。

一方で、青梅の病院は職員にとっては過ごしやすい場所である。しかしそれでは患者のためにはなっていない。鍵をかけて人権を一部制限していることの自覚がない。定期預金の利息をみんなで分けているようなものである。

デイケアも形を変えた収容主義である。

このような形の収奪にもわたしは付き合いたくない。

1975

Normal-good

|

Normal-bad --- Psy

作業能力の点では、正常者の能率が悪い人たちと同列になるだろうが、精神科患者と正常低能力者とを同一視してはいけない。何かが違う。そしてそのせいで仕事が続けられない。何が違うか。認知の点で違うこともある。性格の点で違うこともある。もともと性格が悪いというのでもないが、病気のせいで自尊心が傷付き、自己評価が低くなっている面もある。

この違いを正確に見られないことが診断技術の劣悪さである。

しかしこのように立体的に見ることが大切である。

1976

患者は長期戦。医者も長期戦。これが辛い。医者は半年ごとに交代するなどすればよいのに。そのような仕組みができればよいのに。

1977

燃え尽き症候群

斉藤君の状態は一種の燃え尽き状態である。懸命になる人ほど陥りやすい。どうするか？どうしようもないのではないか。絶望的である。人間の社会はこうした行き止まりを抱えている。

1978

仕組みで援助する。援助の形を工夫する。

生活保護で現金を与えるのは本質的な援助にならない。違う援助を工夫する。

実際に儲かって、[マーケット](#)で勝負できる仕事を考える。その仕事を一般人に開放しないで、[精神障害者](#)に限定する。その点が[ボランティア](#)である。そのような革新的な援助[システム](#)ができないか。

老人や[精神障害者](#)が、自分なりに働いて、[生活保護](#)異常の収入を得て、税金を支払うこともできる。そのための仕組みの点では工夫を提供して上げる。現金を支給するのではなく、そのようなものを支給することで、社会参加のチャンスを与える。

このように考えたとして、問題は恐らく、[障害者](#)の性格だろう。[自尊心](#)の傷付きから立ち直るのはかなり大変だろう。

1979

内科のゆす先生。「老人をせっかく治したのに、まだ退院はさせないなんて言われた。一体この病院は何をしたいのか分からない。」

利息を産む[定期預金](#)だから、退院させるわけにはいかない。

結局社会復帰[システム](#)がない。なければいまのままで儲けはあがる。

1980

生保の問題

[障害年金](#)

32条

企業内の援助

家族内の援助

これらの問題は共通している。

1981

[火曜日の飲み会](#)では[閉鎖病棟](#)で[コーヒー](#)ビンをどう扱うかが、看護の間で問題になった。イライラしている人がいればびんごと投げついたり、割ってその破片で切りついたりといろいろ考えられる。しかし一方で、[スティックコーヒー](#)はミルクや砂糖の調整ができないので味が悪いという。入院生活を少しでも人間らしいものにするためにはビン入りの[インスタントコーヒー](#)を持たせた方がよいという。

折衷案としては、[コーヒー](#)のビンからビニルのタッパーに詰め替えて渡す。しばらく様子を見て問題がなかったらビンに移行する。

解決は、

1) ビンを渡すかどうかは、60人をマスで扱うべき問題ではない。個々人の病理に応じて、ビンで渡してもいい人と渡しては危険な人がいるだけである。その病態を見きわめる目があるかがまず問題である。

次に、それらの種々の人をマスで扱う今の病棟運営が問題である。60人の[閉鎖病棟](#)があるから鍵をかけられたままの入院患者が60人発生してしまうのだ。

2) ビンのことで悩んでいるくらいなら、どうして社会復帰システム^{システム}の確立に力を入れないのか。この病院には社会復帰システム^{システム}が欠けているのだからつくる。そして地域精神医療システム^{システム}をつくり、病院からスムーズ^{スムーズ}につながるように仕組みをつくる。このようなビジョン^{ビジョン}の中で考えるべき問題である。大局的な感覚が大切である。たとえば風呂を週に二回から三回にすると提案があって、何を根拠に考えるのだろうと思案してみても、いい解決はない。厚生省^{厚生省}の指導が週に二回が基準^{基準}なのだからとりあえずそれでいいではないか。病院が努力すべき方向は、地域精神医療とどのように結合させていくか、板橋、世田谷^{世田谷}地域に大きく遅れている現状をどうするか、である。本人の意思ではなくて青梅の病院に措置入院^{措置入院}になった人に、地域格差^{地域格差}を残したままで我慢させておいていいのか。鍵と薬で人権を抑圧していることの自覚がなさすぎる。

1982

沖縄では植樹祭で天皇が訪れるなどの行事があるたびに精神病院^{精神病院}が増える。いったん増えた病棟は減らない。そこで患者も退院にならず、いつまでも入院させられたままである。

1983

ロジャーズの必要十分条件とキリスト教

セラピスト^{セラピスト}の側で純粋性、無条件の肯定的配慮、共感的理解の三条件^{三条件}が満たされれば、クライアントの側に成長への変化が生じる。これはキリスト教的愛^{キリスト教的愛}そのものであるとの指摘がある。

人が自分のありようを直視する（純粋性）とき、愛の不可能性に直面する。こうした自己の罪を見つめるとき、もはや人は決して他の人を裁くことはできなくなっている（無条件の肯定的配慮）。そうした「罪人としての自己」への絶望のなかから、人は本当の意味での神の愛を識り、人と人とが本来は神の賜物である御霊によってひとつに結びあわされている存在であることを識る。そのことにおいて人は、はじめて愛が可能となる（共感的理解）のである。

わたしの考えでは、共感的理解はまた別の側面があると考えるが、純粋性と無条件の肯定的配慮については上のように考えることができるであろう。

共感的理解とは、セラピスト^{セラピスト}が自分の心理的歴史をいったん白紙にして、クライアントの心理的歴史に寄り添うことである。これは神の子としての共通の立場に立つといっても良いだろう。共有しているものがいかに多いか、そこから出発できる。

1984

先日見学した茅ヶ崎中央病院グループ。

女性職員はおおむね印象がよい。男性職員は印象が悪い。なぜか。

病院組織は伝統的に優秀な男性職員を雇用しにくいのだろう。男性医者と女性パラメディカル^{パラメディカル}（典型的には看護婦^{看護婦}）、これが基本形で、事務部門の男性職員は男性医師との格差もあって雇用が難しいのではないか。

1985

将来、発症後または入院後六ヶ月以後は全部[介護保険](#)の対象にして、定額制にすることも考えられる。

[医療保険](#)をどうするかの問題。定額制が待っている。

1986

[茅ヶ崎中央病院グループ](#)は、将来[ビジョン](#)がはっきりしている。働くものにとっては将来[ビジョン](#)がはっきりしていれば現在の努力の意味が分かるので大変良いことだ。老人医療を中心としたケアミックスである。

1987

分裂病とSSTについて

○まず分裂病の特質と治療、[レセプト](#)ではどう考えられているか

・分裂病の特質（[シュープ](#)を繰り返してレベルダウンする→再発予防が大切）、陽性症状、[陰性症状](#)、廃用性能力障害、病前からの性格・教育・経験の問題

・[モデル](#)としての[ストレス](#)・[脆弱性モデル](#)

・急性期と回復期、維持期→それぞれの時期のケアのあり方

・回復期[リハビリ](#)の内容→[ターゲット](#)は何か……SSTは[陰性症状](#)を良肢位固定で補う方法、OTは廃用性能力障害に対しての方法。療育の観点も大切。

・[レセプト](#)ではどう考えられているか、[レセプト](#)の枠組みを利用する。

○SSTの基本的考え方、これも[レセプト](#)に則して

・基本障害としての状況意味失認とは何か、どう対処するか

・「どうも」の例

・個人の問題点を見抜く力……[リバーマン](#)の例

・その解決を見つける力……特殊[教育現場](#)の蓄積

・練習の方法は[行動療法](#)理論・社会的学習理論……強化と般化、[モデル](#)、ロールプレイ

○SSTの技法

・やさしいSSTなど参照

・個人やグループの特性に応じる。

○批判

・患者同士で学ぶのも良いが、それでは不十分。できるだけ健常者の中で、健常者を[モデル](#)として学ぶのがよい。院内で患者同士のつきあいに適応してしまうのはよくない。

・訓練もときにはよいが、[ストレス](#)の程度をよく考える。生活全体の[ストレス](#)をコントロールしながら、これがもっとも大切。

・目標実現に[一所懸命](#)になるあまり、その時間が楽しくなくなるのはよくない。

1988

勝つ組織。そのための仕事。

・病院として将来戦略をどう考えるか。医療のあり方を含めて提案できる病院。そのような病院計画の**ポジション**。

・また、医療の人事管理。どのような医師が望まれるか。それはどこにいるか。どのようにして組織に導くか。組織の望む医師像をどのように伝えるか。教育をどうするか。態度の育成をどうするか。**メディカル・マインド**にとどまらず、一步進んだ**医療法人**としての**マインド**をどのようにして作り上げてゆくか。

・積極的に社会に問いかける病院組織。提案型組織。**レセプト**を前にして萎縮する診療ではなく。

1989

神戸**小学生**殺しの**容疑者**が**中学生**だったことで、学校に**カウンセラー**を置こうとの提案がある。

- ・**カウンセラー**に対して過剰な幻想を抱いている。
- ・**カウンセラー**がいるから甘える。
- ・結局共狂いするだけである。
- ・ACの話などをして、**免罪符**を与えるだけ。**幼児虐待カウンセラー**も結局あなたが悪いのではない、あなたはむしろ**被害者**であると慰める。気分は楽になるだろうが、それだけ。

1990

カウンセリングの成功・失敗は、**カウンセラー**側の条件によるのではなく、クライアントともともと備わっている体験過程に触れる能力次第であることが証明された。

身体レベルで感じられているがまだ概念化以前の「感じ」が、ことばや**イメージ**によって象徴化されていくときに、人格の前向きの変化が生じる。この過程が体験過程である。（身体を通して実感する過程ともいわれる）

建設的な経験とは、経験と自己概念とが一致するときに生じる。

治療者が一致して、共感的で、無条件の関心を持っているとクライアントによって知覚されればされるほど、クライアントの建設的な人格変化の過程が進む。

言語や**イメージ**による明細化ともいえるだろう。

1991

はじめはクライアントは経験や概念に対して閉ざされ、固い構えを持ち、流動的でない状態である。最後には経験に開かれ、流動的でいきいきと動いて、**ありのまま**を受容できる状態になる。**ロジャーズ**はこの間を七段階に区分した。

1992

ラマ・イエシ「**ブッダ**とは単にまったき目覚めた者を意味するにすぎない。西欧は西欧の**ブッダ**を産めばいい」

ラマ・イエシの瞑想**センター**にまず最初に集まってきたのは、放浪、**ドラッグ**、**自殺未遂**などの

前歴を持つヒッピーたちであった。

精神療法とこれらのタイプの人たちとの関係は深い。単なる「崩壊した者」としての扱いで終わるものでもないだろう。トランスパーソナルでいう、プレとトランスの錯誤に陥ってはならない。

逆に、プレをトランスとして扱っていても失敗する。診断技術を磨く必要がある。

1993

高齢者のうつ病の場合の精神療法

・治療者と患者という立場を超えて、人生の先輩として、治療者が患者から何かを学ばせてもらうという態度を忘れるべきではない。治療者が患者の人生の智恵を教えてもらうような姿勢をとることになれば、患者の頑なな態度も自然に和らぎ、それまでうちに秘めていた苦悩を語り始める糸口になる可能性が大きい。

・人生回顧療法.....写真や日記を手がかりに、人生を振り返り、家族の歴史を振り返り、人生の達成を再確認する。人生を回顧し、自らの人生の意義を見だし、自己の死を受け入れていくことは、老年期の課題である。

・人生の意義を見出すことができ、生き生きと暮らしていたその頃と比べて、今はどこがどのように変わってしまったのだろうか？人生で何が残されていれば、生きていく価値をもう一度探り当てることができるか？死を口にするとしても、治療者と患者の間に良好な関係が築き上げられているならば、死を話題にすることをタブー視する理由は一切ない。

1994

認知療法・三種の問題点

・認知の三徴.....自己・将来・世界に対する否定的見解

・否定的なスキーマ.....自動的に生じる否定的思考

・認知の歪曲.....二者択一的思考、過度の一般化・自己関連付けなどで代表される一連の非適応的な思考法のパターン

これらの一連のパターンは修正可能である。

1995

胎教

まさに胎内でのレセプター形成期に、4x4パターンを形成するように注意することである。母親の生活を4x4のパターンに作ることである。

モーツアルトがなぜよいか、それは4x4パターンを作るからである。

1996

なぜ人は辛い人生にはまりこむのか？

苦しくても欲しい何かがあるからだろう。

1997

[ロジャース](#)の純粹または一致を、誠実と呼んでみれば事態がはっきりすると思うがどうか？

1998

[フォーカシング](#)を、未分化な感覚から、言語や[イメージ](#)による把握への移行としてみるならば、それは一種のロゴ[セラピー](#)ともいえるだろう。言語や[イメージ](#)により詳細化すること。詳細化する過程で自分を客体化して把握する。そこに成長が起こる。

1999

神戸[小学生殺人事件](#)の教訓

[心理学](#)、[精神医学](#)、教育学の「専門家」のレベルの低さ。発言が正しいか否かの検証が全くない。たとえば文学的感動を競うことに似ている。科学的真実と文学的感動の錯誤がある。こんな世界にはへどが出る。

2000

「国家の嘘と犯罪の中において、指一本出せなかった戦時への悔恨」
精神医療や[精神病院](#)の現場において、現状のままに安住するのはいけない。それは嘘と犯罪の中において、反省しないことと同じである。

2001~2100

2001

離人症

少なくとも、脱相貌化と自我障害という異なる系統があると考えられる。

2002

学校や病院を抑圧の装置と考えることができる。精神療法でいう、枠付けである。治療構造である。その枠・構造を内在化することで、人格は社会化し成熟してゆくと考えられる。

問題は、集団が相手だという点である。ある程度の抑圧が、ある人にとっては強すぎるし、ある人にとっては弱すぎる。人によって抑圧の強弱をかえることは技術として難しい。結果として弱い人は耐え忍ぶ場所になり、強い人にはやりたい放題の場所になる。管理する側にセンスがあるかどうかである。

海道病院の場合、患者のわがままには大きな幅があるので難しい。

学校の場合は、おおむねが標準的な範囲に収まるが、飛び抜けた子供がまれに見られるだろう。そのような場合には、排除するしか方法がない。そんな子供も抱え込んで集団を運営することは実際には難しいだろう。

どの程度の抑圧がなぜ教育的で治療的なのか、自覚すること。

集団を構成するときの条件付けが大切。どんな人でも受け入れて運営してゆくほどの技術はたいていの場合に、ない。

2003

「せめて普通の病院になろう」の間違い

しかし、偏差値40の子供に、「せめて偏差値50になろう。それで普通なんだからできるはずだ」と説得するのは間違っている。病院でも同じではないか。

2004

茅ヶ崎中央病院の場合のように、系列内に多くの施設を抱えているとき、患者さんを次にどちらに移すかの判断を誰がするか、そのための情報はどのように整えるか、そうした問題が発生する

。さらにそのシステムを地域医療全体に広げられる可能性がある。その場合、先行して開発していれば、自分達にある程度利益を誘導できる。患者さんの利益を考えて、どのように決定するか、のシステムの内容を知っていれば、それにあわせて、自分達の施設の内容を整えることができる。それは違法ではなく、あくまでも患者の利益のためであり、情報を握っているものが勝つというだけのことだ。マイクロソフト社のようなものである。

2005

アストロセラピー

星を眺める。地球の自分が小さく思える。悩みも小さく思える。生きていることの原初の意味に立ち返ることができる。生きているだけで素晴らしいのだと思える。星を見ることが、[うつ病者](#)の認知の偏りを和らげることができる。

2006

どぶ板[政治家](#)とどぶ板医者

[看護婦](#)が求めているのは、現場の小さな問題をこまめに解決してくれる医者である。[有権者](#)が求めどぶ板[政治家](#)と同じ。しかし、病院内の小さな問題も、大きな問題と連動しているのだとなぜ理解できないか。そこに現場の人間の限界がある。

2007

著作計画

- ・ [精神科医療](#)の問題点
- ・ [精神医学教科書](#)
- ・ 抜き書きからの[メッセージ](#)
- ・ 日記からの[メッセージ](#)

以上で四冊は書けると思う。この仕事がいま本当に自分のやりたいことではないか。

2008

表面的な事態の一致から、「[モラトリアム](#)状態」「[アイデンティティ](#)の問題」などと片付けていたのでは、実は何も理解したことにはならない。愚かなことであるが、その程度の愚かな人にはちょうどよい[おもちゃ](#)である。

2009

[精神科医](#)が世間の常識や規範を患者に押しつけていたのでは仕事にならない。あるいは、いい仕事はできない。

しかしまた一方で、世間の常識を[度外視](#)してばかりいたのでは仕事にならない。[竜宮城](#)の[管理人](#)になってしまう。

二つの態度の柔軟かつ適切な混合が大切であるが、難しい。

2010

静的了解と発生的了解

例えば、「いま[胃が痛い](#)から気分が憂うつ」と理解すれば静的了解。「昔〇〇があって、そのせいでいまxx」と理解すれば発生的了解。

しかし、「向かし〇〇があって」と語っている人の心の中には、いま現在そのことがある。つまり、「胃の痛み」と同じように「昔の〇〇」が心にある。これは静的了解といえる。

また、「いま胃が痛い」との事実にしても、胃の痛みと憂うつな気分は同時発生ではないだろう。胃の痛みがあって、次第に憂うつになり、そのことであれこれ考え始め、さらに憂うつな気分になり、といった「発生過程」があったと考えてよいのではないだろうか。これは発生的了解といえる。胃の痛みと憂うつな気分が完全に同時ということはないはずで、かならず時間の流れが生じる。それが幼児体験と現在の症状という程度に離れているか、午前から始まり現在も続く痛みという程度に近接しているかの違いしかない。

2011

概念の明確化

日常言語でいう「憂うつ」から、[精神医学](#)的記述としての「憂うつ」へ、概念を洗練し明確化する。

言葉の意味内容に敏感であること。患者の語る言葉の真意がどのあたりにあるのかを繊細に感受すること。自分の使う言葉の意味の輪郭を感じることに。

こうした営みの上に精神病理学は建てられる。

2012

「世界」の記事。野田正彰が「戦争と罪責」と題して書いている。[第二次大戦](#)中、軍医は中国で[人体実験](#)や生身の人体での手術演習を行った。湯浅中尉が反省を出版した。野田によれば、医学会はこうしたことの反省を真剣にしていないし、現在でも同質の過ちを再生産している。それが[エイズ](#)事件などにあらわれている。

その当時、軍の命令で執行した軍医達は、何の反省もなく[人体実験](#)をした。「させられた」「仕方がなかった」「個人としてはどうしようもなかった」と弁解する。

こうした指摘は、現在の我々にもあてはまる。とくに[精神科医療](#)は反省点が多いと感じる。それでも、これで仕方がないと考えたり、自分の力ではどうしようもないのだと考えたり、戦争中と同じ構図である。

精神医療が改善されたときに、懺悔の手記があらわれて、戦時の行為に対する現在の反省と同様なことが行われるのだろう。無自覚な人間だけが丸々と太るのである。

2013

患者に社会規範を押しつけることを自分の仕事だと[無意識](#)のうちに思っていないか。錯覚である。

しかしこのあたりの感覚が難しい。中庸の道があるのだ。どちらにも目配りしつつ、進む道があるのだ。中庸といってもいいし、止揚といってもいい。高次の次元で統合・両立させるのである。

2014

意識状態、認知（狂気）、知能、これら三軸くらいを考えて、病態を統一的に検討することは

きないか。

2015

ACは結局、微細脳障害である

たとえば、鼻穴が一つしかない人は、酸素不足に敏感になる。通常の間が平気な程度の酸素不足にも反応して症状を呈する。

家族関係や生育環境の不全、家族機能不全などを言っているが、結局根底には脳の器質的障害があるのだろうと思う。たいていの人間はそこまでの症状は呈さない。むかついたり落ち込んだりしても、ほどほどの程度でおさまるものだ。原因としての環境は同じでも症状が違おうとすれば、体質の問題である。

家族がどうしたとか言って納得しようとしていること自体、症状であるとも考えられる。「驚くほどみんな同じことを言う。たとえばドーナツみたいな家族」などというが、それが原因だから同じことを言うのではなくて、症状だから同じことを言うのではないか。

自責を解除して他責でいいのだと決定することによって自分は落ちつく。そのような適応自体が病的である。

2016

価値単線化の病理

極端に言えば、家族ごとの幻想があって、家族ごとの価値体系があってよい。それほど家族のあり方はさまざまである。いろいろな人がいるのだから。それが現実だ。

子どもは親の遺伝子を受け継いでいるのだから、親の流儀はどこかしっくりくるところがあるのではないか。

自分たちの体質にあった価値観を上手に持ち続けることが必要であると思う。

青年期になったら家族から巣立って行けばよい。仲間とつきあい、新しい家族をつくる。そこでは自分なりに満足できる生活スタイルをとればよい。

それをマスコミが中央集権的に統一しようとするのは無理というものだ。商業主義はマスで売った方が儲かるから、家族のあり方の一つのパターンを時代の価値として押しつけようとする。人々は自分に自信がないから、マスコミの宣伝する家族像や人間像をまるまま取り込もうとする。昔なら他人の家や他人の心の中など知らなくてすんだものが、現代では他人がマスコミに乗って登場し、そうした幻像に応接しなくてはならない。

マスコミの中に登場する家族像など嘘なのだと知ることだ。テレビに出てくる家族は生活していないのだ。家族についての実現不可能な「ねばならない」を押しつけているとすれば、問題は小さくない。

2017

病棟で、看護のレベルが低すぎる。病院全体の機能レベルが低すぎる。人の命をあずかる場所がこれでいいはずがないではないか。たとえば老人が人生の最後を過ごす場所とはとても思えない

。自分が人生の終わりにこのような処遇を受けると想像してみるだけで嫌悪が走る。

いまから二十年くらいたって、真の豊かな社会になっていたとしたら、病院こそ大きく変わっているだろう。特に[精神科医療](#)は根本的な改善が必要である。

たとえば、触法患者や性格[障害者](#)と傷つきやすいタイプの分裂病者を同じ空間に鍵をかけて閉じ込めて処遇するなど、ほとんど犯罪に近い。

たとえば[戦時中](#)に軍医が[中国人](#)に対して[人体実験](#)を行って、人間としての恐怖を感じなかったこと。それと同型のことが[精神病院](#)で行われている。もし自分が精神病になってこのような処遇を受けたとしたらどうだろうかと思像力を働かせてみることはないのだろうか。そのような反省を封じ込めてきたのが戦争という状況であったと説明され、罪は免罪される。同じことが[精神科医療](#)についても繰り返されるのだろうか。それが反省のなさというものだ。患者の苦しみならば医療関係者はいくらでも我慢できる。他人の苦しみだ。そんなことでいいのだろうか？

どこか不誠実で、ふざけていて、金にまみれている。劣悪である。本気で考えていないのだ。本気になればますますぐにでもいろいろなことがしてあげられる。国が分かっているからと居直るのはやさしいが、その国というものは結局我々自身である。なぜ本気にならないか。[他人事](#)だからだ。

精神的に具合が悪いのだから、個室でケアして欲しい。当たり前である。[いじめっ子](#)や変な人、触法患者と一緒に処遇をしないで欲しい。風呂も清潔を保つのに十分な程度であって欲しい。すぐにもできる工夫がいっぱいある。それをしないのはなぜなのか。

人間はそんな程度のいい[もんじゃ](#)ありません、自分のためなら人を食べ物にして平気なものです、そんなことも分かりませんか、といったようなことをいう人たちもまた一定数いる。それも人間の必然であると理解している。厳しい人生を強いられている人はいるのだ。そのような人には愛を伝えるべきだ。この世に生きて、そのような人生観しか持てないのは不幸である。そしてそのことは本人の責任ではない。

2018

社会ではなく、評価を気にする個人が、一元的な価値しか持っていないのだ。

ACについての論考では、画一的な[価値観](#)、[偏差値](#)で人間を一元的に評価する社会などといった論点が提出されている。確かに、人間という多面的なものをそのように一元的に評価するのは間違いである。しかし、それは評価を受けとめる側の問題でもあるとは考えられないだろうか。一元的で浅薄な評価をされたとして、それがその個人の生きにくさにつながるのだろうか？そのように評価することしか知らない人はかわいそうではあるが、そのような評価をされたからといって、それがどうして生きにくさにつながるのだろうか？結局、評価される側にもそうした一元的な尺度しかないから息苦しくなるのだろう。

社会の側の問題ではなく、受け取る個人の側の問題である。受け取る個人の集合が社会であると考えれば、はじめて社会の問題となるけれども。

そもそも、猿の社会のころから、社会は[ピラミッド](#)型の構造をとる。縄張りから餌の確保、[配偶者](#)選択まで、序列社会が基本である。水平型社会など思考上の幻想であると言ってもよいかも知

れない。序列社会は効率が良く、[競争力](#)があり、強いのである。もちろん、水平型社会の良さもあるし、そのような社会構成をとっていた生物が人間の直接の祖先であった可能性も否定はできないだろう。しかしおそらく人間社会の原則は序列社会であった。マウンティングの儀式で優劣を確認しあう社会であった。非常に一元的である。その[価値判断](#)の基準がとりあえず[偏差値](#)である。時代が変われば金であり、家柄であり、身長であり、体重であり、耳の長さであり、声の大きさであり、などなどいろいろある。

そうしたものはいつでもある。しかし時代の特有の息苦しさは何かという問題は残る。豊かになったため、関心が移動しているということだろう。かつては[生物学的](#)に生きるか死ぬかが戦いであった。食料を求めた。現在は満腹した上で、心理的に対人関係の上で満たされたいと願う。しかしそのような[スキル](#)に欠けた人間が一定数いるということに人々はまだ気付いていない。

2019

一元的[価値観](#)を受け入れがたいということは、つまりは家庭にいるときのように、社会でも特にとりえがなくとも尊重されたいという無理な要求である。家庭内でなら許されたことも社会では許されない。それだけの簡単なことが受け入れられないほど、未熟[なのだ](#)。

逆に、家庭でも[いつまでも](#)息子または娘だというだけで尊重される理由はない。[生物学的](#)なかわいさをなくしたら、経済的に尊重される理由をなくしたら、いつでもただの家族の一員になる。それで当たり前である。[いつまでも](#)特権的な立場にいられるわけではない。[いつまでも](#)特権を保持しようとするれば大きな無理が生じる。

2020

一元的な[価値観](#)からの敗者復活戦はある。

サブグループを作って、その中でさらに優劣を競う。異なる価値基準のサブグループを複数持つていればよい。

複数の価値基準とは、複数の所属集団のこともである。

さらにまた、グループ内部で自分が勝たなくても、誰かまたは集団を拡大自我として設定すれば、十分な満足が得られる。たとえば[ジャイアンツ](#)の勝利を自分のことのように喜ぶ。

2021

[精神科](#)入院患者は現実把握が悪く、誇大的な傾向がある。入院していると「なぜ退院させないか、わたしは何でもできるのに」と退院を要求する。現実には入院生活以外は不可能である。

[精神科](#)医師は現実把握が悪く、誇大的な傾向がある。「[精神科](#)をやめて、内科医になる」と転向をいつも考えている。現実には[精神科](#)以外の仕事はできなくなってしまっている。

[精神科](#)看護婦は現実把握が悪く、誇大的な傾向がある。「[精神科](#)はやめて、内科に行こう」と転向を考えている。しかし現実には[精神科](#)看護以外の仕事はできなくなってしまっている。

[精神科](#)患者、[精神科](#)医、[精神科](#)看護師、これらの人々は他の場所では生きていけない点で共通している。

2022

薬剤抵抗性の結核菌が発見されたと報道されている。仙台の病院での集団感染の原因菌がこれだったという。恐ろしい。免疫力に自信のない人は病院に近づくなということになる。

[精神科医療](#)における心理的感染がやはり問題であろうと思う。心理的不潔さは感染する。

2023

[カウンセラー](#)が流行である。

しかし世間は[カウンセラー](#)とは何をする人なのか、分かってはいない。そうでなければあれほど愚かな人たちに何を期待するのも無駄だと気付いているはずである。むしろ、心理の[専門職](#)の人たちこそ、心理的不潔さの感染源であると知る必要がある。[マスコミ](#)と[カウンセラー](#)はおかしなことを広めている可能性がある。

恐ろしいことである。

2024

認知がずれているから[認知療法](#)という。

しかし、認知はできていてもなお感情が一致しないということがあるのではないか？そこに大きな問題があるように感じる。[認知療法](#)では十分ではないと感じられるのだが、どうだろうか。分かってはいるのだが、どうしようもないという場合、[認知療法](#)では、結局認知が不十分なのだと割り切る。本当には分かっていないからだと考える。本当に分かっていたら行動も感情も変化するはずだと考える。人間は本当にそのようなものでしょうか？

2025

この腐った現実の中で、一番上手に腐ってみせることを目標にすることもできる。腐っている証拠である。

2026

[カウンセラー](#)の条件

[カウンセラー](#)の条件や資格に関して、生まれつきの資質が大切であると強調されてよいのではないか。

要求されているのは技術 ([テクニク](#)) というよりは才能または[アート](#)ではないか。[自動車の運転免許証](#)よりはたとえば絵の才能に似ている。絵は誰でも描ける。しかし [うまい](#)絵となれば訓練したところで限界がある。生まれつきのものが必要である。

[心理学科](#)で四年間または[修士課程](#)まで勉強したということが何を意味するだろうか。[自動車の免許](#)を取るための学科試験を通った程度のものであろう。そして、[カウンセリング](#)は上手な運転とは質的に異なる何かだろう。

分かる人にははっきりと分かる何かである。しかしそれが何であるか、語り、定義するのは難

しい。

志して勉強すればなれるものではないと思う。学問の一分野として居場所が与えられている現状もおかしい。学問でも技能でもなく、何かである。

2027

一人の人間として扱われなかった。

人間扱いされなかった。

こうして非難が患者から噴出することがある。多くは[言いがかり](#)である。そのような発言が許されていることが何よりの証拠である。[被害妄想](#)ではないか？

しかしこのようにいえば、[精神科医療](#)の無謬性に固執していることになるだろうか。

簡単にいって、世の中には腹の底まで腐っている奴がいるのだということだ。

2028

[精神分裂病](#)ケアには特有の難しさがある。治療者の人柄も問題になる。

例えば主治医としてかかわって、全員に充分なことができるかといえば、相性とか偶然のいきさつなどがあって、必ずしも全員に充分なことができるわけではない。受け持ち人数が多すぎることも原因であるが、それ以上に、医者患者関係も一種の対人関係であり、したがって相性の問題が大きく影響する。すべての人とうまくいかない人もいないだろうが、すべての人とうまくいく人もいないだろう。人柄があり、相性がある。

したがって、治療に際しては、特に回復期治療に関しては、治療チームを組んであたることが非常に大切である。チームの各成員に対していろいろな[人間関係](#)が生じる。そのなかから治療に有効な関係を見だし、それを利用して有効な治療を進めればよい。さらに患者同士の関係の中から治療に有効な関係を利用することも大切である。そのような治療[スタイル](#)を取る場合には、医師はチーム[リーダー](#)である。医師が個人的に面接をして結果を看護に伝えてそれで終わりという昔の[スタイル](#)ではどうしても限界がある。急性期鎮静目的の医療であればそれで充分であろうが、回復期の場合にはそれでは不十分である。

自分の個人としての限界をわきまえているからこそ、チームであたり、チーム内のさまざまな個性を生かす方向を考えたい。そのような治療[スタイル](#)が合理的であると考えられる。

2029

SSTの一つの問題点

あまりにも[マニュアル](#)化され、[精神科リハビリテーション](#)の中で要となる、治療中での人間的なふれあいの大切が見逃された形で普及し始めている。生活技能自体は獲得されうるのだが、保持される期間は短い。

患者の学ぶ[動機付け](#)が大切であり、同時に治療者の教えるための[動機付け](#)も大切である。

そのうえで、「いまここで」の人間らしくあたたかで親密な関係を確立することが求められる。

相互の治療的な[信頼関係](#)を築くことがもっとも大切である。

SSTは患者の自信回復に役立つ。[動機付け](#)、肯定的評価、具体的技能の獲得、積極的社会参加へ一歩前進、これらの[ステップ](#)を踏むことになる。自信が回復されれば、それを肯定的に援助してくれた[スタッフ](#)との[信頼関係](#)は深まる。逆に、SST訓練の途上で困難があっても、[スタッフ](#)との[信頼関係](#)があれば乗り切ることができるかも知れない。

こうした観点から、SSTに際して、患者治療者間の相互の治療的[信頼関係](#)を築くことも本質的に必要で重要である。技能獲得と[信頼関係](#)樹立が両立するように工夫する必要がある。

犬の訓練に際してさえも、同様のことがいえるだろう。目的、[動機付け](#)、訓練手順、効果、これらが明確になっていて、技能獲得されれば、信頼も生まれ、信頼があれば、技能獲得も容易である。

2030

リバーマンの考え。

[精神障害者](#)は、自分達にもっとも欠けているのは、友人、仕事、家族の結びつきであると感じている。それは社会的能力や[コミュニケーション能力](#)の欠如により生じている。それは自分にとって大切な人に対して感情を表現したり、関心や欲求を伝達することが苦手であることが原因である。

ここからリバーマンのSSTが発想される。引っ込み思案で自分の考えや要求を他人に伝えられない分裂病者が想定されている。

そこで、主に発信機能の改善に取り組むことになる。

自己主張訓練（セルフ[アサーティブ](#)ネス）もこうした発想から生じるのだろう。

わたしは、分裂病者に欠けているのは、状況認知能力であるとまず考える。状況認知が欠けているから、状況に即した柔軟な対応ができない。そこに社会的不適応が生じる。対策としては、「良肢位固定」を考える。状況認知を必要としない対応法を固定して訓練する。

リバーマンのように発信機能を改善すればよいと考えるのは、伝えるべき感情、関心、欲求の内容に自信が持てなくなっている分裂病者の状況を理解していないと思う。状況認知に欠けた感情や欲求を堂々と表明したとしても、病者に不利に働くばかりであろう。

思考障害の結果生じた、「ビーフが食べたい」との要求を声高に続けたら、嫌われてしまう。それが日本の社会である。

あるいは、[障害者アイデンティティ](#)で生きてゆくには、その方がいいのかもしれない。要求した方が得だ、それが不適切であっても、[障害者](#)だということで大目にみてもらえる。そこまで見越して、いいたいことをはっきり伝える練習をしようというのだろうか。

2031

- ・ 分裂病とは.....症状（陽性、陰性）、経過（[シュープ](#)、レベルダウン）
- ・ 期別分類と症状、治療法.....急性期、回復期（院内リハ）、維持期（地域リハ）→図示
- ・ 病棟の患者類別.....急性期、回復期、[社会的入院](#).....それぞれに応じた処遇
- ・ 治療.....薬物、[リハビリ](#)、SST、療育

2032

クリニックの窓口を訪れる患者さんがどんなに重大な決意を持って門をくぐるか、よく知る必要がある。[精神科](#)の医者に「異常だ、病気だ」と認定されることが一人の人間にとってどれほど重大なことであるか、知る必要がある。

その点では、クリニックではない、[民間療法](#)や心理相談所、さらには祈祷所を訪れることができるのも納得できる。

[精神科医](#)は怖い。薬などで強制的に治療されるかもしれないし、禁治産など法律的にも何かひどい結果になるかもしれない。なによりも強制入院させられる危険もある。

2033

日本の飲み屋は文化の中に定着した[カウンセリング](#)であり[リラクゼーション](#)である。

受容的な女性、制度の中で退行が許される場所、夜、暗いところ、金を払っての匿名性、さらには[アルコール](#)という薬物の使用までセットになっている。

受容的[カウンセリング](#)では不十分で薬物を併用することが必要だと知っている。心理療法家も[デパス](#)を使う必要があるわけだ。

こうした文化の中で[カウンセリング](#)をするには、やはり飲み屋が手本になる。夜開業、診察室というよりは応接室のセットで、しかしある程度の退行や打ち明け話が許されるところ、匿名性が確保できる場所（自費診療にすれば匿名で大丈夫）、[カウンセリング](#)は受容で、薬物をセットにする。ただ話だけではなくて何かの「芸」が必要。たとえば手相とかそんなもの。手相ではひどいから、自立訓練法や[精神分析](#)、テグ、[アロマセラピー](#)など。

2034

[陰性症状](#)が原発で、幻覚妄想は二次的なものだと解釈。

薬剤で消失する類の幻覚妄想は二次性のものに過ぎないのではないか。拘禁反応に似て、分裂病の[陰性症状](#)がつくり出す一種の「内的拘禁反応」の結果なのではないか。

薬剤で消えない幻覚妄想状態は別の病態であろう（薬剤の何という無力）。

だとすれば、幻覚妄想を標的として神経遮断薬を投与し、結果として「幻覚妄想は消失し、自傷他害のおそれはなく、措置症状は消退した」と報告することの意味もかなり割り引きされるだろう。

陽性症状がなければ自傷他害のおそれはなく、社会の中で生きていける。この点を治療目標にしている。現状では仕方がない。それ以上の治療ができないのだから。

こうして考えてみると、いわゆる「[社会的入院](#)」は本当に[社会的入院](#)なのか、疑問もある。治っていない。社会の中で[ストレス](#)にさらされれば、また陽性症状が再燃するだろう。そのような人たちならば、[社会的入院](#)というべきではないだろう。

「[社会的入院](#)」と新たに[レットル](#)を貼って、病院医療から追放し、結果として医療費を削減する。財政的要請に応えるための人権擁護的・人道的な装いとして[社会的入院](#)の概念が使用されてい

るだけではないか。こういった論さえ可能であるように思われる。

2035

受容の意味

原疾患があり、そのせいで周囲に理解されず辛い思いをして、不安が高まる。不安のせいで原症状が修飾される。その場合、まず受容して、不安を取り除く。そうすれば原疾患による困難だけになる。そこから治療が始まる。

受容が原疾患に対して治療的であるわけではないと思う。しかし大切なことである。どんな場合にも、理解されず不安が高まり、症状に神経症成分の混入がみられるからだ。

風邪ひきならば、常識的で日常的な体験の範囲内である。精神病の場合のような孤独は経験しなくていい。

2036

分裂病の発生

何か異様なこと（言葉では言えない、世界の変容感）

→ 反応としての陽性症状（たとえば妄想、それは自分を落ちつけるための解釈といえる面がある。たとえば二階から飛び降りた。その行動をうまく説明することができない。推定すれば、させられから妄想的確信までいろいろ考えられる。）

また例えば、内的拘禁反応と考えることもできるのではないか。ある種の認知障害が内的拘禁反応をもたらす。

2037

分裂病における分裂の意味を、思考と感情の分裂と解釈している本もある。それでも良いのだろうか。

連合の解体という点では、思考と感情の分裂もその一つではある。思考と感情の解離については防衛機制の一つとして用語がある。DISSOCIATION（？）。

分裂の内容についてはやはり概念の連合の解体という意味であり、それはたとえば風景構成法での、個々のアイテムの無関連に配置された状態として表現される。

2038

陽性症状と陰性症状（北村俊則）

・陽性症状。通常はないはずのものがある症状。現実検討の障害によると考えられる。

?幻覚

?妄想

?思考形式の障害

?著しく奇異な行動

陽性症状の中でも、特に分裂病の診断価値が高いものとして、シュナイダーが一級症状を抽出

した。

?幻覚の中でも、会話性幻声、患者の思考や行為に[コメント](#)するする幻声

?妄想の中でも、妄想知覚

?作為体験

このほかの陽性症状は特異性が低い。[躁うつ病](#)でもみられたりする。

・ [陰性症状](#)。通常あるはずのものがない症状。

?感情平板化

?思考の貧困

?快感消失・非社交性

?意欲の消失

?注意の障害

[ブロイラー](#)の4A。感情平板化、思考障害（連合弛緩・支離滅裂）、両価性、自閉（「現実との生ける接触」の消失、現実検討消失）。

2039

統計数字

[1987年](#)、[精神障害](#)で

一日の入院32.7万人、外来8.7万人。

[1990年](#)、入院33.9万人、外来11.5万人。外来が増加。

分裂病の入院患者は漸増しているが20万人。

[1984年](#)、[精神障害](#)総患者数は100.1万人、分裂病は41.6万人。分裂病の半数は入院し、半数は外来治療していることになる。国民の1%が[精神障害](#)で、0.4%が分裂病で治療を受けている。

総患者数に占める分裂病患者数は減少の傾向にあり、老年期と器質性の[精神障害](#)や[躁うつ病](#)が増加している。

[1992年度](#)の国民医療費は23兆4784億円。前年度7.6%増。精神医療費は1兆3515億円。前年度2.3%増。精神医療費が国民医療費に占める割合は、5.8%である。

[1992年](#)の精神医療費の中で分裂病の診療点数は、56%。入院医療費でも、分裂病が60%。外来医療費では26%、[神経症](#)、[躁うつ病](#)とほぼ同じ。患者数の分布と同じ。

[1991年](#)の[精神病院](#)数は1046。精神病床数は36万床。993機関は私立。精神病床の平均在院日数は452日。長期入院のため患者は[高齢化](#)している。

近年の地域医療計画の見直しと社会復帰対策の充実により、精神病床数は頭打ち、平均在院日数はしだいに減少する傾向にある。分裂病入院患者数も、44歳以下では減少または横ばい。

[1992年](#)の[任意入院](#)60.3%、[医療保護入院](#)34.1%、[措置入院](#)2.4%、その他3.2%。任意が年々増加、措置は[1970年](#)をピークに減少。

2040

愚かな[精神科医](#)

経験からいって、[精神科医](#)の人間理解が深いとは考えられない。人格や性格についての理論がある分だけ、先入観をもって人を見ているところがある。類型化しすぎて、その人独自の側面を捨象してしまう傾向がある。

類型化して[レッテル](#)を貼れば、自分は優位に立ったような気がするのだろう。無理もないことであるが、そのような態度は相手には容易に見破られてしまい、信用されなくなる。

[的外れ](#)の浅薄な理解を押しつけられるほど嫌なことはないだろう。特に相手は精神的にダメージを受けて医師の前に立っているのである。そんな場合の医師の立場は非常に困難であるはずだ。浅薄な理解ではいけない。しかし深い理解に至るまでと考えて慎重すぎたのでは当座の役に立たない。背反する要求をなんとか両立させる必要がある。深く分かるわけではないけれども、とりあえず安心して帰っていただく。このような難しい要求に応えるのが仕事である。まじめに考えれば至難の業である。

ところが実際には、いかれた医者がいかがげんなことをやっている。浅薄な理解を押しつけて類型化していい気になっている。患者はそれでも薬がほしいからやってくる。それだけのことである。

[精神医学](#)を学んで人間理解が深くないのはどうして[なの](#)だろう。根本的な問題があるように思う。[精神医学](#)は人間理解ではなく、病気の理解であると居直るだろうか？

あるいは、[精神医学](#)は患者を劣位におとしめるための理解の仕方の体系であるといつてよいかもしれない。

患者は[精神科医](#)を信用しなくなる。それは当然のことであると思う。

[精神科医](#)の前では精神の尊厳などないのである。

鍵があるから閉じこめられる。薬がほしいから、または[生活保護](#)を持続するために通院を続ける。それだけだ。それだけだと分かったら、[精神科医](#)は心について何かを知っているようなそぶりはやめるのが正しい。

他人を攻撃するために診断を[レッテル](#)のように張り付けて反省しない人がいる。Kさんが以前いた医者を分裂病だと診断していたのだという。それは何を意味するだろうか。そのような空気が[精神科医](#)の社会を窒息させるのだ。Saさんは人格の問題があり、かつ[うつ病](#)であり、Suさんは[サディスト](#)で手がつけられないという。さらには複数の女性に対して[人格障害](#)と[レッテル](#)を貼って言うて回るMさん。

2041

病院でわたしに何が見えているのかを緻密に記録する。それはおもしろい記録になるだろうと思う。是非挑んでみるべきだ。

2042

分裂病と感情障害のComorbidityについて

1) [病前性格論](#)やKiの時間構造論、Nの兆候空間優位性、微分回路[モデル](#)、Kaの出立と合体などの話は一様に分裂病と[躁うつ病](#)を対極的なものとみている。だとすれば、中間項を立てて、連続

体としてみるという立場も成立しそうである。遺伝研究からも、全く無関係のものでもないといわれる。脳の脆弱性としては共通の基盤を考えてもよいともいえるのだろうか。

2) しかしそうだろうか？脳の病気の二大カテゴリーが実は一連の対極的なものだなんて、可能性は低いと思う。背景病理としてはもちろん別のもので、前景症状としては混じり合うこともある。これが現在の私の理解である。そして問題は、背景病理として、Comorbidityはあるのかという問いである。

背景病理としての分裂病と躁うつ病は、次元をことにする全く無関係で別々の病理であると思う。ちょうど、高血圧と風邪くらいの関係ではないか。だとすれば、時間的に共存することもあるだろう。

しかし、背景病理を考えるときに参考にするのは生活史や病前性格、家族歴などであり、それらを考えるとき暗黙のうちに分裂病と躁うつ病を対極的なものとして想定していることに気付く。クローの連続体説にも意義があるのだろうと思ってしまう。

私が考えるように、分裂病については時間遅延型の説明、躁うつ病についてはMAD細胞型による説明とするならば、両者は混在してもよいはずである。

たいていの場合、分裂病があれば、反応性のうつ状態にはなるだろうと考えられる。うつ状態があっても、分裂病状態には容易にはならないだろうと考えられる。このあたりのことから、まず分裂病の可能性を考えて、否定的ならつぎには躁うつ病の可能性、と順位付けができてい

→背景病理としても分裂病と躁うつ病の混在は可能であるとするのが合理的ではないかと思われる。

これは結局、循環気質と分裂気質が混在可能であるかとの問いになるだろう。

なお、前景症状のレベルでの両症状の混在は、当然可能であり、それをCooccurrence:併存と呼ぶ

Comorbidityに関しても、前景症状と背景病理に整理して、それぞれのレベルで立体的な把握を心がけることは有益である。

分裂病で躁うつ症状を呈している場合と、躁うつ病で分裂病症状を呈している場合とは、対称的ではない。

分裂病の場合には、前駆期の躁うつ症状、急性期が終わったときの疲弊期のうつ状態（post psychotic depression、寛解後疲弊病相）、躁うつ病像を呈する分裂病などがあげられる。

それに対して、躁うつ病の場合には、躁病時の妄想・興奮とうつ病時の迫害妄想などがあげられる。分裂病を基盤とした躁うつ症状とは非対称的である。

2043

幻声と注察感とは知覚異常ではなく、自我障害であると考えられる。

要素的幻聴は、側頭様症状と考える。自我障害も側頭葉症状と考えられるのではあるけれど。

また、幻声と注察感とは妄想とみることもできる。確かに感覚として聞こえているという証拠は一つもない。

2044

[クレペリン](#)は[躁うつ病](#)でも残遺状態や欠陥を呈することがあることを認めている。(→これは一体どういうことなのだろうか?)

[ブロイラー](#)は、分裂病の否定の後に、[躁うつ病](#)の診断がつけられるとしている。

2045

Comorbidity

- ・大[うつ病](#)と[パニック](#)の合併は重症で[抗うつ薬](#)への反応が悪い。自殺率も高い。したがって、[パニック](#)の背後に[うつ病](#)がないか、入念に診察する必要がある。
- ・大[うつ病](#)、[強迫性障害](#)、[パニック障害](#)には共通の病因や病態があると推定される。
- ・[躁うつ病](#)と[アルコール](#)症が合併した場合、[アルコール](#)症のために[コンプライアンス](#)が低下するので経過が悪い。
- ・複数の[精神障害](#)を持つ人が病院を受診しやすい傾向がある。Berkson[バイアス](#)という。
- ・[人格障害](#)は合併率が高い。それは診断基準の近似のせいだといわれる。あえて分類する必要があるのか?
- ・疾患エピソードに限ってみられる行動や性格傾向は[人格障害](#)を診断する際考慮に入れない。大[うつ病](#)の場合、二軸診断に影響を与える。state effectと呼ばれる。[双極性障害](#)の70%に[人格障害](#)がみられるとする報告はこのせいだろう。
- ・[転換性障害](#)、強迫症状、解離性遁走、[病的賭博](#)、窃盗癖などの基底に[うつ病](#)がないか、見逃さないようにする。[ヒステリー](#)症状や強迫症状が、うつに対する防衛になっている場合がある。[うつ病](#)の治療が優先されるべきである。
- ・[パニック障害](#)にうつが続発する場合。二次的[意気消沈](#) (secondary demoralization) なのか、内因性[うつ病](#)の合併なのか、見極める。それによって治療が異なる。二次的[意気消沈](#)なら症状に立ち向かうよう押す。内因性うつならば、無理をせず休養させる。
- ・Affective Spectrum Disorder...大[うつ病](#)、神経性大食症、[パニック障害](#)、[強迫性障害](#)、[注意欠陥多動性障害](#)、カタプレキシー、[片頭痛](#)、[過敏性腸症候群](#)。
- ・Obsessive-Compulsive Spectrum Disorder...[強迫性障害](#)、心気症、身体醜形障害、神経性無食欲症、抜毛症、[病的賭博](#)、クレプトマニア、[アルコール](#)など物質依存。
- ・depressive equivalent...大[うつ病](#)、[パニック](#)、[強迫性障害](#)、神経性大食症、[ヒステリー](#) (解離性遁走、転換症状)、[病的賭博](#)、クレプトマニア、[心身症](#)。
- ・「一人の患者には一つの病気:one patient-one illness」が原則であった。

2046

新[クレペリン](#)・[パラダイム](#)

neo-Kraepelinian paradigm

器質的疾患から、内因性精神病、[神経症](#)という、理念的診断における層構造。

[クレペリン](#)の著作に暗黙に含まれており、[ヤスパース](#)が明確にした。

2047

「クリニックは、[レットル](#)を貼るところではなく、苦しみを少しでも和らげる場所であることを伝える。

患者・治療者の人間的交流が可能であることが患者にとって救いになる。

家族、学校、職場、社会とはやや異なった規範で接してくれるところだと知ってもらおう。そのためには、[精神科医](#)自身がそうした社会の規範を相対化している必要がある。少なくとも一時的にでも、社会の常識的規範から自由であること。」

2048

「大安を退院日に選ぶ人も多い。」

家族は自分の子を「おかしい」とは思いたくない。[無意識](#)の[メカニズム](#)が働いてしまう。

一方、患者は最悪の事態を現実的な可能性として思い込んでしまう。

2049

「患者は自分の殻に閉じこもり、他者に助力を乞うことをしない。しかしそれでも、どこかで救いを求めている。それを直接的な形で表明することができない。その直接的な表明を妨げているものがどこかにあると考える。」

求めないのではなく、求めていると表明することができないでいると解釈する。

2050

「患者自身が苦悩を言葉に置き換えることができるような場を治療者が提供する。心の混沌に秩序がもたらされる。言葉への信頼。」

一種のロゴセラピー。

2051

「薬の[副作用](#)にしても、あらかじめ予告された事柄であれば、人はある程度受け入れることができる。予告は心の準備を促し、それが出現したときの驚愕と不安をある程度和らげる作用がある。」

2052

離人体験を詳細に語る。語る部分では苦しみを詳細に体験している。その部分には離人はない。また、こう考えてもいい。離人と正常の間を短時間のうちに往復している。だからこそ、離人の感覚が苦しみとして感じられる。

人間の感覚は差異を抽出しているのであって、どんな感覚も長時間続けば鈍麻して感じられなくなってしまう。強烈に苦しいというからには、正常状態との落差を感じとっているのだ。とい

うことはやはり短時間のうちに変動しているはずである。

2053

「離人症状も分裂病の基底障害に対する反応であると考えられることもできるだろう。」

2054

「強迫行為の背後に離人体験があるとの見解がある。」

2055

「離人も強迫も、自己の二重化がある。」

「離人症者は言葉で埋めようとする。強迫症者は繰り返しの確認行為で埋めようとしている。」

「全体を一挙に与えられないために、断片によって全体を構成し直さなければならない人たち」

2056

「[精神分裂病](#)の発症は、自分の中に出来た事態を名指すことができないことだった。何かが起こった、どこかが違う、という形でしか表現できず、意味のない世界に陥ってゆくことだった。だからこそ、言葉によって妄想や幻聴を創出して、彼らなりの確かな秩序を打ち立てようと試みる。」

ややロマン的。こんな言葉をいくら重ねても進歩にはならないだろう。

2057

分裂病の軽症化

- ・「自閉」度の軽さ。日常世界との「風通し」をまだ残している。
- ・「[現代社会](#)が、かつてのような一元的で強固な価値体系をもち得なくなったことが背景にあると指摘する識者が多い。」→そうか？もしそうだとすると、それは「夢の内容」を決定しているだけだろう。「夢を見るかみないか」は別の[生物学的](#)な次元の問題であろう。かつてのような体系化した妄想から、[境界例](#)で見られるような症状へと変化した、それは内容の問題だ。「袋に穴」に変わりはない。穴からこぼれてくる内容は変化がある。
- ・社会に背を向けて内面に沈潜しようとしても[ランダム](#)でおびただしい情報が[マスメディア](#)を通して侵入し、一人の人間に静かな自閉を許さない。
- ・積み重ねがない。空虚である。[アンヘドニア](#)（無快楽）。これが[境界型人格障害](#)につながる。一人であることができない。他者にしがみつくと。自閉とは対極的である。
- ・不動で確かな拠り所を自己の内面に築くことができない。
- ・自己同一性の不確かさを役割の背後に隠すことができない。
- ・境界型.....未熟で激しい衝動的反応。スプリッ[ティング](#)をおこし、安定のないままに変転する、固まらないままの性格。
- ・高速情報[消費社会](#)。時間をかけて彫琢を施し、結晶化させてゆく病理に出会いにくくなって

いる。

2058

Kの「外来分裂病」

?自発的に通院

?診察室で整然としている

?体験陳述力がある

?急性期消退後になんかなり長い「無為・退行の時期」をもつ

?家族のサポートが得られる

?社会適応のために現実的努力を続ける

2059

内因性若年無力性不全症候群（[グラッツェル](#)と[フーバー](#)）

体感異常、離人体験、思考障害を三徴とする。

2060

分裂病性妄想の判定基準として、集団規範を持ち出すのは正しいか？

- ・ 集団性の異常と考えれば、事実ではなく集団規範への従順という観点で判定すべきである。
- ・ しかし、外的現実との照合という観点で見れば、あくまでもその人が体験した現実とのズレが問題になるだろう。この場合は集団規範ではなく、体験した事実が判定基準となる。
- ・ 人間は社会的動物である。しかしそれでは、社会を構成しない人間において、分裂病は成立するだろうか？言語もなく、他人もいない世界で、分裂病状態は成立するだろうか？
- ・ 国家、都市、会社、家族が成立するごとに、それらに所属する「個」が問われる。[アイデンティティ](#)が問われる。
- ・ 都市集団とその規範（秩序）の成立なしには分裂病概念も成立しなかったという指摘。→あまりにロマン的。分裂病はそれ自体、[生物学](#)的な疾患であると考えてよいだろう。

2061

「タテの価値体系が崩壊し、ヨコ同士の「差異」によってしか、自己形成できなくなったのが現代。」

「個を集団の中に閉じ込めず、それぞれの個に多様な[生き方](#)を許す」

これらが軽症化の背景にあるとする。

妄想構想力が減弱しているのだろう。体系化には知力を必要とする。体系的思考の習慣が必要である。現代の[マスコミ](#)はそのような教化をしていない。[きれぎれのイメージ](#)があるだけである。

そして[テレビ](#)は行動化を促進している。

→「タテの価値体系の崩壊」とはつまり、規範の崩壊・弱体化。この点で、イントラサイキックから[インター](#)パーソナルへの変化と同等な内容の指摘ではないだろうか。

つまり、イントラサイキック・重症から、[インター](#)パーソナル・軽症へと病像が変化している。その背景には社会の価値規範の拡散がある。

→しかしながら、こうした社会情勢が、なぜ症状の軽症化につながるのか、いまひとつ論理の脈絡がはっきりしない。なんとなくは理解できるけれど。

つまりは、社会が受け入れれば、症状も症状ではなくなるといった程度のことなのか。それならば、軽症部分は社会の中で正常として組み込まれ、重症例だけが残るはずではないか？

重症例は、脳の破壊と社会の拒絶の両者が重なった部分に生じるというのか。

[典型的](#)な例でいえば、[同性愛](#)者の苦悩。新宿ではそれ自体はあまり問題にならない。田舎だったらそれ自体で悩むだろう。しかしそういったことと、重症、軽症が関連しているものだろうか？

2062

経済が問題であったときは[労働組合](#)が[組織票](#)を動員できた。現代は精神が問題であり、[宗教団体](#)が[組織票](#)を動員している。

2063

分裂病の多い民族.....[アイルランド共和国](#)、[クロアチア](#)

少ない民族.....北米フットライト、[トンガ](#)、（台湾？）.....共同主義的、階層的に構造化、保守的信仰、自分達の生活方針に自信、豊かな土地で競争がない。

[途上国](#)の方が経過がよい。合衆国や[デンマーク](#)は不良。

2064

電話帳広告で。心理相談では以下のものが解決できなければならない。[デパス](#)投与以外に有効な治療ができるか？

[ストレス](#)、緊張、あがり、手のふるえ、赤面、吃音、不安と恐れ、多汗、性格改善、対人恐怖・視線恐怖、不眠、肥満、[自律神経失調症](#)、[集中力](#)欠如、学業不振、勉強嫌い、夜尿、チック、[不登校](#)、家族間の問題、書字の震え、声の震え、顔のこわばり、電車恐怖、自己臭、過食、拒食、性的困難、孤独、[留守番](#)恐怖、[トラウマ](#)修正、[ノイローゼ](#)、[心身症](#)、夫婦関係。

2065

[ひきこもり](#)の原因について

- ・幻聴（P）
- ・[被害妄想](#)（P）
- ・N
- ・廃用性能力障害
- ・うつ
- ・教育・経験の欠損
- ・金がない

- ・友人がいない
- ・薬の[副作用](#)でだるい

2066

分裂病の経過

前駆期

急性期

急性期後疲弊期

回復期

維持期

2067

症状の区別

陽性症状

[陰性症状](#)

廃用性能力障害

教育・経験の欠損

薬剤の[副作用](#)

2068

精神療法

陽性症状の時期には支持的（受容的）精神療法。病理によっては[サイコドラマ](#)、[エンカウంట](#)
[ーグループ](#)など。

[陰性症状](#)に対しては難しい。ある程度指示的・教育的対応になる。どの程度か、難しい。適切な[ストレス](#)量の設定が大切である。[ストレス](#)が少なすぎると退屈で、多すぎると症状が再発する。その中間にコントロールする。

[スタッフ](#)間で個性の差による対応の差が出ることは避けられないし、ある程度幅のある対応は良い面もある。いろんな人がいて、その中でどのような個性が治療的なのか、考えることができる。看護の中で個性が生きる。

[スタッフ](#)の中で治療的な関わり合いができる人を、「Nurse as a medicine」として「処方」できる。それが劇薬であったら、「[副作用](#)止め」として別の職員を処方することもできる。

2069

イントラサイキックと[インター](#)パーソナル

倫理規範が明確な社会では、イントラサイキックな病理が中心になる。逆に言えば、そのような社会にあっては倫理規範に従っていれば、目の前の人とのつきあい方に困ることはなかったはずである。共通の規範に従っていれば、お互いの関係はうまくいっていたはずであろう。

共有する倫理規範が崩れた後では、他人がどのような内的規範を有しているか、推定し手探りしながらのつきあいになる。ここではインターパーソナルな病理が中心になる。推定の根拠はとりあえず外面的な特徴によるだろう。そこでルックスが過剰なほどに問題になる。

規範は全くないのではない。全国民には及ばないが部分グループを支配するには十分な規範がある。その人はどのような規範集団に属しているのかを確認することが必要である。確認しなければつきあい方のモードを決定できない。

規範の面から見たサブグループを同定する必要がある。このあたりの困難があるので、インターパーソナルな病理が発生する。

つきあい方の規範が決まっていれば、インターパーソナルな病理からは免れられる。

2070

援助交際はなぜ悪いかについて。

こんなことも説明できない大人でいいはずがない。説明できないのなら、よいと認めればよい。倫理の根源を各人が選択し、その上で国家を形成したらよい。

各国の憲法は信教の自由や思想良心の自由を保障しているが、それこそが倫理の根源であり、国家形成の根源ではないか。それを自由にしておいてなお国家を形成することなどどうして可能であろうか。

倫理などない社会に生きているのだ。神がなければすべてが許される。

2071

エピネフリンとハロペリドールの併用で降圧が起こる理由

エピネフリン使用時にハロペリドールを併用すると、エピネフリンの作用を逆転させ、血圧降下を起こすことがある。エピネフリンは血管に対して血管収縮作用（昇圧、 α 作用）と血管拡張作用（降圧、 β 作用）の相反する二つの作用を有している。用量が多いと、 α 作用が優位のため、全体として昇圧の方向に作用が発現する。

ハロペリドールをはじめとするメジャーは α アドレナリン受容体遮断作用がある。併用した場合には β 作用の優位となり、降圧が起こる。

2072

電話カウンセリングでは「催眠術」が使えない。

場所の設定や香りや音楽やそんな環境要因が大切。立派な背広を着ていたり、応接セットが立派だったり、受付の女性がきれいだったり。診察室で医者を中心に独占しているいい気分。

そんな「催眠術」が大事。さらには飲み屋ならお酒を出して、クリニックなら安定剤を使う。電話ではそんなこともできなくなる。

結局、日本のヒーリングは飲み屋にあると思う。カウンセリングをして、お酒という薬物をきちんと使っている。頭がいい。脱帽である。

電話で、言葉だけを頼りに精神療法など、大変に困難な仕事である。

2073

内因性と初潮

「[目覚まし時計](#)がひとりでに鳴るように」内因性疾患が発現する。たとえば初潮が自然に始まるようなものだとの言い方である。

現在は「[ストレス脆弱性モデル](#)」の時代であるから、個体の内部の問題は半分で、生活上の[ストレス](#)が半分だということになる。それは双子法の一致率が50%という数字によく象徴されている。

つまり、「内因性」成分は50%であるということだ。それはひとりで、[目覚まし時計](#)のように、初潮のように、形成される。

2074

患者の個々の内的価値[システム](#)を発見することが大切。

精神発達遅滞の30歳の患者さんが退院する。退院後は作業所に通う。しかし、作業所の近くでつばを吐いて歩いたり、[女の子](#)のかばんに手を触れてみたり、「問題行動」が多いので、今後も対処は困難であると予想される。

してはいけないこととしたらほめられることをきちんと区別して教え込みたい。どうすればできるか。

して欲しいことは「毎日作業所に通う、あいさつをする」など。

して欲しくないことは「つばを吐かないこと、他人のものに手を触れないこと」など。

しつけるには、報酬と罰を用いるのが普通である。彼にとっての報酬と罰を吟味する必要がある。

たとえば病棟で、問題があると注射をしたり、[保護室](#)を使ったりする。それが[お仕置き](#)と解釈されていることが多い。罰である。こちらは治療のつもりであるが、ここで意味付けのずれが発生している。

たとえば退屈を解消するために、すこしあれこれ文句をつけて、医者の前に出る。医者としばらく話す時間を持つ。それは患者にとっての報酬といえる。医者にすれば業務であり、罰とも報酬とも思っていないはずである。しかし騒ぐことによって「面接という報酬」が与えられる。

たとえば彼がつばを吐くことにどのように対処したら、彼にとっての本当の罰になるのか、考える必要がある。また逆に、作業所できちんと頑張った報酬としては何が適切なのか、考える必要がある。

2075

平等教育をすると、男がついていけなくなる。女よりも発達が遅いし、社会的機能が劣るので、教室では生き生きとできなくなる。このような指摘があることも踏まえて教育を考える必要がある。

2076

SSTに先立つ診断作業

対人技能の構成要素.....どこに欠損があるか診断して納得してもらおう→[動機付け](#)→対応策を授けるまたは一緒に考える

●受信

- ・相手に注意を向ける
- ・相手から与えられた手がかりを読みとる
- ・表情を読みとる
- ・うなずく等の非言語的行動を読みとる

●処理

- ・対人場面の理解
- ・話の文脈の理解
(まとめると状況認知)
- ・社会的習慣の理解
- ・問題解決の見通しを立てる

●発信（表現）

- ・ことば：声の大きさ、声の高さ、話の速さ
- ・行動：心理的距離の取り方、物理的距離の取り方、視線の向け方、表情
- ・考えを正確に表現する、感情を適切に表現する
- ・話題を変更する
- ・あいづち、うなずき、応答のタイミング、ほめる、質問するなどの技法
- ・会話を終わらせる

例えば、職場で困難があって、もう[行きたくない](#)という場合、どこに困難があるか、調べる。結果として、あいさつができない、指示を受けることができない、休み時間の付き合いができないなど、問題点が明らかになる。それが[陰性症状](#)によるもので、適切で柔軟な対応は困難だということになれば、「良肢位で固定」するのが現実的対応である。

状況[認知障害](#)が中心と見れば、良肢位固定が大切。

発信[機能障害](#)が中心と見れば、[リバーマン](#)のような発信技能改善が大切。その延長として主張訓練がある。

2077

SSTの流れ

- ・まず多段階の目的があることを認識する
- ・診断、[動機付け](#)、教示
- ・ロールプレイと[モデリング](#)、[ポジティブフィードバック](#)（強化）
- ・一般場面での宿題（般化）
- ・他段階の目的とは、

治療者との[信頼関係](#)促進

[引きこもり](#)の改善、[気分転換](#)、病気に対する能動的・自主的かわり方
生活技能獲得……受診機能、処理機能、発信機能
([リバーマン](#)は発信技能の改善を強調している)

2078

院内リハのためには地域の受け皿が不可欠である。

院内[リハビリテーション](#)の前提として、地域での生活の見通しがなければ、ただの練習のための練習になってしまう。たとえば無駄なSST。動機づけができないのだ。

まず第一歩は、[精神病院](#)が[地域密着型](#)・[地域参加型](#)の「非難所」になることだ。[自己完結型](#)の治療構造を解体することだ。

[自己完結型精神病院](#)には[リハビリ](#)は成立し得ない。社会の受け皿があるから、[リハビリ](#)の動機づけができる。社会復帰を前提に考えるから、院内適応の弊害が明確になる。[自己完結型精神病院](#)においては、院内適応して[陰性症状](#)が固定している患者が「問題のない」患者となる。病院精神医療にいかにして[リハビリテーション](#)・[モデル](#)の活動を広げることができるか。

2079

リハで、[ストレス](#)をかけすぎると陽性症状再燃の危険がある。[ストレス](#)が少なすぎると、[陰性症状](#)悪化の危険がある。だから難しい。私流に言えば、[ドーパミン](#)過剰の危機と、レセプター増加の危機である。

伊藤哲寛は過少刺激を「安定と適応を促す」方向と考え、過剰刺激を「変化と成長を促す」方向と考えた。これは違う方向の[ベクトル](#)であり、「変化と成長」の[ベクトル](#)は精神療法的接近に近く、「安定と適応」の[ベクトル](#)は保護と休養、さらには福祉的援助に近い。これら二つの[ベクトル](#)を統合したものとして、[リハビリテーション](#)がある。

これを私流に言えば、[ドーパミン](#)を抑える方向と、レセプターを減少させる方向と解釈できる。[ドーパミン](#)とレセプターはそれぞれ独立の[ベクトル](#)を形成している。しかしこれを[ストレス](#)量の観点で見れば、一元的に解釈できる。別方向の[ベクトル](#)とは考えられない。私流に言えば、伊藤の平面図は不適切である。

伊藤も文章としては、過剰刺激と過少刺激として、一元的な表現をしている。

「安定と適応」 = [ドーパミン](#)減少 = 刺激過少 (=レセプター増加の危機 = [陰性症状](#)の危機)

「変化と成長」 = レセプター減少 = 刺激過剰 (= [ドーパミン](#)増加の危機 = 陽性症状の危機)

2080

院内での[リハビリテーション](#)を実際に生かす社会の場がなければリハは有効にならない。SSTで学んだことを般化する場を持たなければ有効ではない。長期収容を前提として、なおSSTを行うなら、矛盾している。

2081

[ダイケア](#)も「[ソフト](#)な収容」に過ぎない面がある。

厄介払いのお先棒をかついでいるだけだ。

2082

家に泥棒が入った。どうするか。

・「事情を聞くととても可哀想だ。真面目に働いていた父親の商売が、貿易の自由化によって、立ちゆかなくなったという。何とかして役に立ちたいと思って、お金をあげた。」この態度は人間としてとても立派である。

・しかしそんなことになるそもそもの原因は何かと考えれば、もっと根本的な解決を考えなければならぬだろう。

・[精神障害者](#)の場合も同様。一人一人を現状の仕組みの範囲内で何とかすることも大切である。

しかしまた、理想的な仕組みはできないか考えることも大切である。

2083

医療、保健、福祉を統合する包括的[リハビリテーション](#)。

2084

[精神病院](#)に限らず、施設への長期収容は、一般に[リハビリテーション](#)にふさわしくない構造や雰囲気をつくり出す宿命をもつ。

[メディカル・モデル](#)から[リハビリテーション・モデル](#)への転換。

2085

[ドイツ](#)と日本は戦争後の経済復興優先で、精神[医療改革](#)が遅れた。

[アメリカ](#)は経済効率を優先して性急な病院解体・地域[システム](#)への移行を進めた。患者の多くは自分の力だけでは社会資源を有効に活用できず、[ホームレス](#)になった。[ホームレス](#)の33%が[精神病患者](#)。都会の[刑務所](#)の31%が[精神疾患](#)をもった[ホームレス](#)。[刑務所](#)入所者の[精神疾患](#)有病率は、一般人口の二倍から三倍。低水準のナーシングホームへの患者移動は、再施設化または施設移動にすぎない。本質的には何も解決されていない。

当然である。病気が治っていない。ノーマリゼーションが進んだ社会の中で暮らせば「病気が治る」というのなら問題はない。障害が固定したままで、いかに生きられるか、そう考えたとき、社会が彼らを受け入れられるか、疑問がある。[精神病院](#)でも、彼らを受け入れてなどいないのが現状ではないか。

2086

[イギリス](#)でレフの研究。慢性期患者が地域ケアに移行して、言語的・非言語的行動が改善され、[陰性症状](#)も改善、患者の満足度も年を経るごとに高まる。

2087

[ホームレス](#)対策。

積極的訪問[サービス](#)、ケースマネジメント、危機介入。

訪問[サービス](#)は嫌がられても、ある程度強制的にやらないと効果がない面もある。しかしそれでは患者の自己決定を奪っている。

2088

「集中[精神科リハビリテーション治療プログラム](#)」

[リハビリ](#)は治療である、時には集中[プログラム](#)もある、そのくらいの専門性を開拓したいものだ。

2089

[イギリス](#)では良質なケアを長期的に維持するための[システム](#)作りを重視。

[アメリカ](#)では環境や社会的援助をあまり重視せず、[精神障害者](#)が[当事者](#)として最小限の援助で自立できるように生活能力を高める技術の開発に力を入れている。

[精神障害者](#)を市民・[消費者](#)としてとらえる市民意識、[当事者](#)の自立と権利の保証、ケースマネジメントやピア[カウンセリング](#)の導入などは地域支援[システム](#)を構築するうえで欠かせない。

自助の社会。チャンスは与えるが、[自己責任](#)も大きい。

環境を整えることと能力を伸ばすこととは相反する面もあるので難しい。

2090

「[精神病院](#)から社会復帰施設へ、さらに地域社会へ」

2091

「生活圏の中に」医療、保健、福祉[サービス](#)が包括的・多次元的に供給されること。

「僻地に」「収容型の」[精神病院](#)があっても進歩しない。外来と地域医療重視の病院へと転換しなければならない。生活圏に沿った医療圏の設定が大切。

2092

野田の指摘。

?地域ケアを重要と考えない医師がまだ多い

?[ネットワーク](#)づくりという発想に欠ける

?病院間の縄張り意識が強く、患者の生活圏でのケアの重要性の認識が薄い

?ケースマネジメントという考え方が薄い、biopsychosocialの3面で統合的・連続的ケアを受けている患者が少ない

2093

精神病院の敷地内に[グループホーム](#)、[授産施設](#)、[地域生活支援センター](#)が設置される現状は、地域[リハビリテーション](#)の理念と相いれない。[精神病院](#)が[精神障害者](#)の[生活支援](#)機能をも取り込んでしまうことは避けるべきである。

2094

ケースマネジメント、ケアマネジメントは[サービス](#)・コーディネーションと呼んだ方がよいとの考え方もある。[医療保険](#)会社は[マネージドケア](#)。[経済効果](#)ばかりが追究されている。患者の[プライバシー](#)が危機にさらされている。最悪の場合には自分と異なる[価値観](#)や生活習慣をもつ人に[自尊心](#)を明け渡さざるを得なくなる。もうケースマネジメント[システム](#)はいやだとの意見も多い。メンバーは困ったときだけ[専門家](#)に手助けしてほしいと思っている。

ケースマネジメントや訪問[サービス](#)を熱心にすればするほど、[当事者](#)の自己決定や[選択の自由](#)を制限するという[ジレンマ](#)がある。患者の自主性を損なわず、必要なときに適切で迅速な[サービス](#)を提供する。

病状が悪化したり危機的状态に陥ったときに、資源を積極的に利用し[専門家](#)の援助を求めようとする患者群。反対にいつそう孤立して支援を求めようとしなくなる患者群。二群がある。

2095

[当事者](#)がピアスペシャリストとしてケースマネジメントチームの一員に加わった方が、[専門家](#)のみ、または[専門家](#)に[ボランティア](#)が加わったチームよりも結果が良かった。

2096

かつては労働にとらわれない多様な[価値観](#)をもって、地域にとどまることが重要な課題であった。現在では地域に住む[精神障害者](#)の七割が雇用就労を希望している。共同作業所は[福祉的就労](#)の場にすぎない。

職業[リハビリテーション](#)体制の確立が急がれる。

being から doing さらに working へ。はじめはbeingの価値確認が大切であった。しかしそれが終わったら、doing さらに working へと進む。

2097

「困ったときだけ助けてほしい」

患者の[プライド](#)。治療者の[パターンリズム](#)。

2098

[保護者](#)は、病者を抱えた苦しみに加えて、社会を守る義務を負わされている。「義務としての愛情」が法で規定されているとも考えられる。

[保護者](#)規定の廃止、公的[後見制度](#)の導入が望ましい。

2099

「生活環境を重視するコミュニティ」を志向する地域では、精神障害者施設を排除する。

「交流型コミュニティ」でボランティアなどをからめつつ、当事者中心で広める。

2100

精神障害者の社会復帰を阻んでいるのは何か。

リハビリシステムや社会資源の不足ではなく、社会のコミュニケーションシステムの欠如が問題なのではないか。すべての人の対話的関係の回復が必要である。地域リハビリテーションの原理につながる。

例えば、病院に欠けているのも、そのような「対話的関係」のシステムである。

2101

[シュナイダー](#)。異常心因反応。外的体験反応と内的葛藤反応。[ストレス](#)と性格に対応する。いわゆる[神経症](#)は[ストレス](#)と性格のかねあいで、結局のところ、[適応障害](#)といってもいいようなものだろう。

2102

[過換気症候群](#) hyperventilation syndrome = [過呼吸症候群](#)

不安神経症のひとつのタイプで、[パニック障害](#)や心臓神経症の病理と類似する。心理的[ストレス](#)が発症に強く関係し、深く速い呼吸を繰り返す結果、動脈血CO₂分圧が低下し、呼吸性アルカローシスとなる。呼吸困難、動悸、胸痛、四肢がぴりぴりするしびれた感じ、筋けいれん、[意識障害](#)などが起こる。発作時の不安は激烈であり、予期不安に移行することもある。治療は[抗不安薬](#)、[抗うつ薬](#)、精神療法、自立訓練法などがよい。症状の成り立ちをよく理解していただくことが治療の第一歩である。緊急時には呼吸性アルカローシスを改善するために紙袋を口にあてて吐いた空気を再呼吸するとよい。また[ジアゼパム](#)の注射も用いられる。若い女性に多く、この症状で[救急車](#)で運ばれる人は、東京で1年に12000人以上である。

2103

[アダルトチルドレン](#) AC,ACOA:Adult children of alcoholic ([アルコール依存症](#)の親のもとで成人した子ども)

親が[アルコール](#)症で、家族機能に欠損があったために、成人してから苦しんでいる人たち。親が[アルコール](#)症以外でも、薬物依存や[ギャンブル](#)依存などで家族機能に欠損があった場合には同様のことが起こりうるので、ACOD:Adult children of dysfunctional family (機能欠損家庭で成人した子ども)と呼ぶこともある。問題を起こさず症状も出さず、いい人として適応し、[優等生](#)といわれて周囲の人の支えとなり、成人する頃に息切れをおこす。孤立感・孤独感、極端な[自己評価](#)の低さ、愛と同情の混同、怒りや批判へのおびえ、自分の感情に[気づき](#)表現する能力の欠如、[自己肯定感](#)のなさ、絶望的なまでの愛情と承認の欲求がみられる。さらに、自己非難、失敗することの恐怖、支配することの欲求、頑固さ、[一貫性](#)のなさがある。これらの特徴の中でもっとも本質的と思われるのは「自己承認への欲求」であり、「居場所がない」「生きていてもいいのだろうか」「この世に存在していてもいいのだろうか」などの言葉となる。

「自分はACだからこんなに苦しいんだ」と気づいたときにはじめて救われる。[アルコール依存症](#)者、[共依存](#)の配偶者、ACの[子ども](#)の三者がセットになっている。

2104

[共依存](#)についての[カウンセラー](#)の言葉。「なによ、この人たち！ぜんぜん自分というものを持た

ないじゃない。夫のアルコールのことばかり頭にあってさ。今日会った人なんか、三回結婚して三人ともアル中だったのよ。おまけにお父さんまでアル中だったんですって。要するにあの人の連れあいたちのアル中を支えてきたのは彼女なのよ」

2105

共依存の中核は「必要とされる必要」。(齊藤学の文章から)

①自己中心性②不誠実(不正直)③支配の幻想④自己責任の放棄ないし他者からの非難のへ恐れ⑤自尊心の欠如。根底にあるのは「自尊心の欠如」である。

自己評価が低いため、他人からの批判を極度に恐れ、本来の自分の判断を否認するあるいは隠そうとする。緊張をはらんだ居心地の悪い結婚生活に耐えている女性たちは自分のその感情に不誠実で、それを窒息させている。この関係から離れようとするが、「他人にあげつらわれる」ことが怖くて離れられない。これが自己責任の放棄である。

このように暮らしている人は他者にもこうした「他者への配慮」を求める。他人は自分の仕事・役割に感謝し、少々問題があってもそれを表面に出したりせずに、自分の支配下にいなければならない。共依存者は自分の感情と他人の感情をはっきり区別することができないという自己中心性の病理を抱えている。

共依存者は偽・親密性を装う名人である。共依存者の利他主義は実は自己中心性から発している。

われわれの文化は共依存的な権力行使を親密性の衣装のもとに覆い隠そうとする企みに満ちている。共依存者は親密でない人の前ではニコニコ仮面を被って、親密な関係を装う。そして真に自分がかかわりたいと思う人には抑うつ的な自己を表現し、深いため息をつく。これを繰り返すことによって、相手を共依存的な感情の中に巻き込み、もうひとりの共依存者を作りあげる。

自己否定の感覚と自尊心の欠如。「他者からの非難の恐れと自己中心性に基づいた」共依存パワーが日本の組織を支配している。

「みえない虐待」と「やさしい暴力」

この病院で、Mさんの言動のパターンがこれにあたる。共依存の原理によるリーダーとなっている。

2106

近親姦とは、結局のところ一種の権力闘争である。社会的な場面で自らのパワーを評価されなかったひとりの男が、家族の中のもっとも無力なものを相手にそれを全開する。その男の妻は男を軽蔑しながらも、娘ではなく男の保護にまわった。そうすることによって、この妻は家の中で全能に近い支配権を手に入れた。

→同じ構図で病院の力動を説明できるのではないか。男=経営者、妻=院長・職員、娘=職員・患者。

社会で十分に尊重されず、病院経営についても社会動向や行政方針を適切に取り入れて動くことのできない経営者。本来ならば外部から利益を得て内部に分配するのが大切なのに、それができ

ないものだから、ひたすら内部の弱者から利益を搾取するようになる。患者からの搾取である。その大きな構造にだれも意義をさしはさむことができず、結局は搾取の分け前にあずかろうと結託する方向に向かう。患者や被害を受けている職員からの意義が出た場合には、「問題を見ない」「問題はそもそもない」「わたしの苦労も分かってくれ」「こんなに大変なんだから君も我慢して当然ではないか」、そのような方向でことは收拾される。日本の社会に蔓延するいじめの構図がよく把握できる。

2107

Banduraの社会的学習理論

人間の学習においては、モデルの観察を通じての学習が大きな要素をしめる。観察学習は注意過程、保持過程、運動再生過程、動機づけ過程の四つの下位過程を経て行われる。

2108

S S T・「[ストレス](#)・[脆弱性](#)・[対処技能モデル](#)」

再発は三要素のバランスにより規定される。

(1) [生物学的脆弱性](#) (素因)

- ・ 遺伝的要因
- ・ 発達的要因

(2) 環境からの[ストレス](#)

- ・ 生活上の重大事
- ・ 緊張に満ちた家庭環境 (high EE)

(3) 防御因子

- ・ 周囲からの支持 ([行動療法的](#)家族指導)
- ・ 生活技能の形成
- ・ 移行的[プログラム](#)
- ・ [向精神薬](#) (素因に対して)

2109

S S Tの母体は自己主張訓練 (assertive training)。

2110

再発防止効果を長期にわたって維持するためには、S S Tとともに家族教育を含めた環境への適切な働きかけを実施することが重要である。

2111

S S Tの効果

対人技能の獲得、全般的な社会機能、精神症状の客観的評価および[自己評価](#)、[認知機能](#)や自我

機能、これらの改善が見られる。

WAISで言語性IQも動作性IQも改善する。[ロールシャッハテスト](#)で、修正BRS、形態水準、不安の指標に改善があった。

しかし効果は持続しないことも指摘されている。

2112

S S T

- ・患者の個別の問題を評価
- ・「生活の質の向上」と「再発予防」のために必要な技能を計画にする
- ・患者の自覚を促す
- ・患者自身による適切な目標設定を援助して練習を繰り返す
- ・単に「社交下手な人に人づきあいの仕方を教えるものではない」

2113

S S Tでは

「ここでは人の欠点を指摘するよりも、長所を認めあい、お互いに知恵を出し合い、助け合ってよいところを伸ばしていく」

「途中でつらくなったら合図をして、いつでも出て行ってよい」

ことを確認する。本人の自発的な参加による練習[である](#)ことを確認する。

2114

京都の寺の庭。雨が降って池の面に無数の同心円が広がる。[リラクゼーションである](#)。

2115

S S Tの診断作業

- 1) 受信障害型
 - 2) 処理障害型.....状況意味失認型→良肢位固定
 - 3) 発信障害型.....[リバーマン](#)タイプ→主張訓練ほど極端ではない訓練
- 2) と 3) が多い。

あいさつができないという場合でも、2)は何という言葉がいいのか分からないタイプ。3)は言葉ははっきり頭の中にあるけれども、言えないタイプ。このあたりを鑑別診断したい。

2116

分裂病治療の[見取り図](#)

- ・横軸＝[病前性格](#)、前駆期、急性期、急性期後疲弊期（PPD）、回復期、維持期
- ・縦軸＝性格の問題、教育・経験の欠如、[陰性症状](#)、陽性症状、廃用性能力障害、薬の[副作用](#)（実は、[神経症](#)性成分の混入も大切[である](#)。さらに対処行動もある。）

- ・入院時[カンファレンス](#)、[リハビリ開始カンファレンス](#)、退院時地域[リエゾンカンファレンス](#)をそれぞれ、入院時、リハ開始時、退院時に行う。
- ・入院時[カンファレンス](#)では、医師、看護部長、担当[看護婦](#)、[ケースワーカー](#)、心理士、地域[保健婦](#)の参加。医療情報のまとめと治療方針の決定。
- ・[リハビリ開始カンファレンス](#)では、医師、看護部長、担当[看護婦](#)、[ケースワーカー](#)、心理士、[作業療法士](#)、S S T [担当者](#)が参加。[リハビリ](#)の方向付け、メニューの選択（どの時点でどれを付加するか）、生活全体の[ストレス](#)レベルの設定、週間[プログラム](#)の検討。性格特徴の把握、かわり方の確認。
- ・退院時地域[リエゾンカンファレンス](#)では、医師、看護部長、担当[看護婦](#)、[ケースワーカー](#)、心理士、[作業療法士](#)、S S T [担当者](#)、地域[保健婦](#)、作業所所長など退院後使用予定の社会資源の[担当者](#)、家族。再発因子と具体的対策。
- ・治療のメニューとしては、薬、精神療法、集団精神療法、S S T、ケースワーク、院内リハ各種（職リハ、趣味リハ、レクリハ、ADLリハ）、療育、薬剤調整、薬剤教育、患者教育、家族教育、デイ[ナイト](#)ケア、[訪問看護](#)、援護寮、[グループホーム](#)、[ホステル](#)など。特に薬、精神療法、S S T、家族・患者教育、職リハが大切と考える。

2117

縦書き・文学的[精神医学](#)はもう[おしまい](#)にしよう。

2118

疾病[メカニズム](#)解明の歴史をたどれば興味深いのではないか。

結核などを[モデル](#)として病因解釈の発達史をたどり、それを参照して[精神病](#)の理解はいまどのあたり[である](#)かを理解することができるのではないか。

[モラル](#)→[サイエンス](#)

[精神病患者](#)の場合、実際に[モラル](#)に反する場合がありますので、あながち偏見とも言い切れない面がある。

2119

[ストレス](#)コントロールの実際について、解明すべき点。

1) その個人の[脆弱性](#)をどう評価するか？.....[ストレス](#)負荷量のMaxとMinを測定したい。どうするか？

Max以上だと[ドーパミン](#)過量でダウン[レギュレーション](#)によりレセプター減少する。陽性症状領域。（幻覚妄想状態を続けていれば、レセプターは減少するはずだということになる。そうか？）

（[ドーパミン](#)過量状態の時に、脳に不可逆的な変化が生じて、[陰性症状](#)が固定する印象がある。これは何が起きているのか？[前頭前野](#)領域の[神経細胞](#)が死滅しているようにみえる。）

Min以下だと[ドーパミン](#)過少でアップ[レギュレーション](#)によりレセプター増加する。[陰性症状](#)領域。（これを[陰性症状](#)とみるのは正しくないのではないか。廃用性の能力障害とすべき[である](#)。あ

るいは陰性症状増強とすべきである。)

2) 現在のストレス量をどう評価するか?

2120

陽性症状に対応するのは、陰性症状ではなく、廃用性能力障害ではないか。陰性症状は別の病理。

陽性症状.....DA>>Receptor.....可變的

不可逆性の陽性症状も存在する。これは抑制細胞の死滅による。したがって、陰性症状とメカニズムは同じである。

廃用性能力障害.....DA<<Receptor.....可變的

陰性症状.....前頭前野神経細胞の死滅.....不可逆的

表にすると

	可逆的	不可逆的
Posi	陽性症状	不可逆性陽性症状 (抑制 <u>神経細胞</u> の死滅)
Nega	廃用性能力障害	<u>陰性症状</u>
	DA<>Receptor	<u>前頭前野神経細胞</u> の死滅

問題は、なぜ細胞は死滅するのか。

→毒性物質の放出?

2121

破瓜病が思春期に多いのは、陽性症状が分裂病性基本 (基底) 症状に対する反応であり、特に妄想で反応するタイプであるからだ。思春期に性のエネルギーが頂点に達し、したがって妄想のエネルギーが頂点に達する。

分裂病性基底症状は年齢とあまり関係ないのかもしれない。年代によって特有の反応形式があり、思春期は妄想反応が多いということなのではないか。それが分裂病として観察されている。

2122

分裂病性基底変化に対する反応として、

1) 幻覚妄想.....これは内的拘禁反応とも考えられるもの。

2) コーピング。対処行動。たとえばタバコを吸うなど。

3) 神経症性症状。ストレスに対する反応と考えられる部分。精神病になることは巨大なしかも持続的なストレスである。たとえば心身症になるのにも充分なストレスである。

このあたりの反応を階層的にまとめて記述できないか。

精神病性陽性症状 (深いところでの対処反応)

神経症性症状 (対処症状ともいえる)

対処行動

2123

モデリング

言葉で伝えることが難しい非言語的要素を示すうえで有効である。理解力が低下していても、適切なモデルを提示して、「今やってもらったのと同じようにしてやってみませんか？」と導入すれば、抵抗なく練習できることが多い。

2124

S S T

- ・患者自身の問題意識と関心に沿って目標を設定し、練習を繰り返す。
- ・長期目標と短期目標を設定する。
- ・こうした設定に関して、適切な目標となるように治療者が関与する。
- ・患者主体のリハビリテーションが大切。一番大切な目標は意欲の向上であることを忘れないこと。

2125

「症状を肯定的な行動に置き換える」

抑うつや不安などの症状の訴えに対して、症状自体をとりあげるのではなく、楽しく充実感のもてた体験を想起してもらい、そうした肯定的な体験の練習を勧める。（リバーマンの原著に出ているという）

「症状」も原因Xに対しての反応の一つであるとみなし、不利な反応を有利な反応で置き換えようとする考え方である。

2126

これからのリハビリテーションの動向

- ①ユーザー指向
- ②生活障害の重視
- ③個別の評価と目標設定・治療計画
- ④問題解決的方法の適用
- ⑤認知・学習理論の活用
- ⑥実生活への般化の重視
- ⑦家族療法や薬物療法、精神療法など他の治療法との統合的実践

2127

Sydenham

「自然治癒力が強く速やかに働く場合は急性病に、その働きが弱く遅い場合には慢性病になる」
発病は治癒過程の開始でもある。

2128

分裂病症状の多くの部分は反応[である](#)として、何に対する反応なのか。ひどい[認知障害](#)などが本当にあるものだろうか？たとえば「内的拘禁反応」に値するほどの[認知障害](#)。状況意味失認など。それとももっとマイルドな「心理的傾向」「性格傾向」程度のものであろうか。[ブロイラ](#) [一](#)は「連合弛緩」、ほかには「自明性の喪失」、「現実との生ける接触の喪失」、「状況意味失認」など。ここを起点として症状形成を反応として追う。それが中安の仕事であった。

たとえば、分裂気質があるが、（それは反応様式とも見えるし、気質そのものとも見える。いずれにしても、）分裂気質の人が[思春期](#)にいたり、異性と出会い、社会の中で働きだすと、分裂病として発病する。この時の症状の大部分を反応として解釈できるように思う。根本にあるのはずっと持続している分裂気質であって、特に病的な過程が加わったわけではないかもしれない。

では反応が起こる前の正味の症状は何かと考えて最初期症状に興味を持つ。それは理解できるが、一方で、最初期症状でさえ既に反応[である](#)かもしれない。ある種の性格傾向の持ち主が特定の環境におかれたときに、「仕組まれた[ルート](#)」に乗ってしまうのではないか。[ドミノ倒し](#)のように次々に反応が起こってしまうのではないか。

反応の一部は修復過程[である](#)（たとえば防衛機制）。反応の一部は当然の結果[である](#)（たとえば内的拘禁反応）。

[閉鎖病棟](#)に長くいる人は、もちろん開放病棟でも大差はないが、隔離されたことの結果と隔離されたことへの反応とでさまざまに修飾されている。なにがその人の「症状」[なの](#)だろうか。これに悩まない人もどうかしている。

2129

自然の治癒過程を促進する試み。わたしならどうするか？

病気に能動的にかかわる姿勢を引き出す。それを課題にできないか。

2130

通説に反して、薬剤は陽性症状のみでなく[陰性症状](#)をも改善するとの[データ](#)がたくさんある。（八木）

2131

[社会的](#)予後が改善したのは、病院の開放化、患者の処遇改善、院内・院外の生活療法の活発化。これらは病者の自己回復力の[活性化](#)と考えられる。

2132

対処行動

分裂病の陽性症状に対して、体を動かすこと、物質使用（[タバコ](#)、[コーヒー](#)、[ヨーラ](#)）が多い。[不安障害](#)では、対人行動（人と会う、電話をかける、集会に出る）、遊ぶ、病院に行くなどが多い。

2133

心理[社会的](#)介入（精神療法・生活療法）の治療原理は、適応的・回復促進的・再発防止的な対処行動を強化し、不適応的・回復阻害的、再発促進的な対処行動を転換し、生活経験の学習を通じて、主体的な生活の獲得を目指すことにある。（H）

悪い対処行動からよい対処行動への転換を試みる。

2134

分裂病がもっていた『奇妙さ』は[精神病院](#)という施設の所産である。

生活を視野にいれた社会療法の方が精神療法のみよりも、健康な状態をつくり出すのに役立つ。

2135

陽性症状が早期に鎮静され、[無色透明](#)な[陰性症状](#)が前面に出るようになると、いよいよ脳の疾患であるという印象が強くなってきた。

2136

分裂病の精神療法

- ・急性期.....妄想に支配された状態を健康な自我は恐怖している。健康な自我を支持する精神療法が大切。
- ・消耗状態（[抑うつ](#)、消耗、虚脱）.....[絵画療法](#)、簡単な作業、[ゲーム](#)、[おもちゃ](#)。
- ・慢性期.....S S T、現実的接し方。[リハビリ](#)。
- ・家族教育.....心理教育的接近

2137

	可逆性（反応性）	不可逆性（細胞死滅）
ないはずのものがある	陽性症状	不可逆性陽性症状
あるはずのものがない	廃用性障害	陰性症状

2138

[神経症](#)成分というのは分かりにくいので、[ストレス](#)反応性成分と表現した方がよい。

[精神病](#)症状 = （本来の[精神病](#)症状） + （[ストレス](#)反応性成分）

[精神病](#)になるということは、巨大で持続的な[ストレス](#)である。

2139

症状が可逆性か不可逆性かを明確に区別できないと治療はうまくいかない

- ・不可逆性症状に対して[トレーニング](#)しても、無理。治療関係が壊れる。
- ・可逆性なのに[トレーニング](#)しないのは申し訳ない。

例) 老人の尿失禁、職業能力障害

2140

分裂病の治療

有効なのは、薬物、精神療法、SST、心理教育プログラム。

- ・院内リハをするくらいなら退院させた方がよい。
- ・集団精神療法としてのリハならば意味がある。
- ・慣れるためのリハならばしない方がいい。院内適応になってしまう。

2141

八木による「抗精神病薬のDA拮抗説への反証」の解説

- 1) 抗精神病薬の分裂病に対する有効量は、一般にDA拮抗作用を発揮する用量よりも少ない。
- 2) 抗精神病薬の至適効果は、D2受容体占拠率30~70%で現れ、それ以上では錐体外路性副作用が出現する。
- 3) 薬物反応者の血中HVAは治療第一週にいったん上昇して、第二週から低下する。急性期の症状改善幅は治療第一週で最大であるから矛盾している。

しかしレセプターの増減を視野にいれた場合にはどうか？矛盾するか？

2142

(コラム) 生活技能訓練

SSTでは技法の解説は多いが、診断と訓練目標の設定についての具体的な解説が少ないように思う。当然、症例に応じて考えればよいのであるが、以下のように説明できる。

- 1) 診断と動機付け。訓練プログラムに入るにあたって、生活上の困難が受信、処理、送信のどの段階のどのような障害によって生じているのかを診断する。患者さんに診断結果を説明し、動機付けをする。たとえば仕事が長く続かない場合、職場での様子を詳細に検討して、診断する。「あいさつができなくて職場にとけ込めない。昼休みに世間話ができない。仕事の指示を理解することができない。体調が悪くてもそれを伝えられない。金を貸せといわれて断れなかった。仕事中に突然の事態が起こったがどうすればいいのか頭が真っ白になってしまった」これらを受信、処理、送信に分類してみる。そのうえで訓練プログラムをなるべく患者さんと一緒に考える。
- 2) 処理機能の問題がある場合には、状況認知の悪さにもかかわらずうまく適応できるようなプログラムを考える。たとえば状況に応じたあいさつができない場合、状況に関係なく使えるあいさつの言葉を覚えてもらう。東京の中年男性ならば「どうも」ひとつだけを覚えればよい。
- 3) 送信機能の問題がある場合には、リバーマンが書いているような送信機能の訓練がよいだろう。相手の目を見て、大きな声ではっきりと、身ぶり手振りも交えて、身を乗り出して、明るい表情で話すのである。
- 4) 訓練目標の設定。いろいろなレベルで目標を設定することができる。もっとも表面的には具体的な技能の獲得である。しかしこうした訓練を通じて、ひきこもりの解消、気分転換、病気に

対する能動的・自主的関わり方への転換などの目標も設定できる。さらには治療者との[信頼関係](#)促進がもっとも根本的な目標[である](#)と設定することもできる。設定を意識するかどうかは別にして、SSTではこうしたさまざまな目標が同時に設定されている。

5) SSTに対する批判のひとつは、あまりに訓練的になりすぎて治療者との関係を壊すことさえあるとの指摘[である](#)。訓練の目的は技能獲得でもあるが同時に治療者との信頼感の育成[である](#)ことを頭に入れて、ふたつの目的を両立させるように知恵を絞る。患者さんの状態によっては、技能獲得に重点を置くか、治療者との関係のあり方に重点を置くかの選択をあえてする場合もある。たいていは治療関係を大切にされる方を選択した方がよい。訓練を重視した場合には結局は技能の習得によって自信ができて、そのことを治療者に感謝するようになるから、最終的には治療者との[信頼関係](#)は深まるの[である](#)が、一時的には治療者との関係は犠牲にすることになる。それが訓練というものだとの厳しい考えが有効な場合もある。我々の経験では厳しいだけではよい結果を生まないことが多いようだ。

2143

病理による症状と、場所による症状を区別して考える。病理による症状は経過に特徴があらわれる。場所による症状は現在症としてあらわれる。

[クレペリン](#)の経過診断は病理に迫っている。[シュナイダー](#)やDSMは場所の病理を捉えている。どちらが分裂病や[躁うつ病](#)として[本質的](#)かは明らかで、[クレペリン](#)流[である](#)。

しかしながら、実際上の運用としては、現在症を手がかりとすることが必要[である](#)。経過は情報として信用できない。したがって、最終的には経過の特性を知り、そのうえで[本質的](#)な病理を知りたいのだが、そのために現在症から経過特性を推定できないかを探ることになる。

これが[シュナイダー](#)のした仕事[である](#)。一級症状がある場合には、特有の経過を呈する分裂病というものであろうと推定してよろしいとしている。[シュナイダー](#)は決して、場所の病理が分裂病の本質[である](#)と主張しているわけではない。

しかしながら、なぜ一級症状という「場所の症状」が、分裂病という「病理の存在」の推定に役立つのか、考えてみる価値がある。

脳は完全に均質ではないから、特定の病理が「発生しやすい場所」はあると思われる。とすれば、病理と場所は関係しているわけだ。

2144

[リハビリ](#)にはまず生活障害の診断が大切。そのためには集団場面の設定が役に立つ。実際の集団場面で何が起こるのか、観察し診断する。そのうえで、対策を考えることになる。対策を患者と一緒に考えられれば大変よい。個人面接が役立つ。このような流れで考えれば患者の[動機付け](#)も自然にできる。

2145

老人臨床では、家族へのサポートが[本質的](#)に重要[である](#)。治療としても、また病院経営としても

。また訴訟対策としても。

2146

[中井久夫](#)「完成度の高い絵画とたどたどしい一本の線とを哲学的に対等なもののみなす」

2147

人の心を癒すのは「本物」[である](#)。

2148

対話を妨げるものは何か

有効な意思疎通を不可能にしているものは何か。

解釈[モード](#)や表現[モード](#)の食い違い。

背景にある「常識」の食い違い。あるいは共通基盤の拡散。

患者と病気のせいで分かり合えないこともある。しかしそれ以外の要因で分かり合えないこともある。

世界の[流動性](#)が高まるにつれて、違う常識[モード](#)の人との交渉が生じる。そうしたときに対話の不可能が生じる。

また、相手が[精神病](#)的な疎通性の悪さを有している場合、対話は不可能[である](#)。相手は自分の弱さを補うため、[精神病](#)的または[神経症](#)的防衛機制を用いる。その場合、真正の対話は不可能[である](#)。ただ症状と対話しているに過ぎない。

2149

診察室で、本来あるべき多様性を捨て去っているのではないか？

解釈がひとつ[である](#)ことは、真実に肉薄しているのではなく、たったひとつの解釈しかできない、[ある意味](#)での廃用が起こっているのではないか。

患者の住んでいる常識世界の言葉や解釈がなぜ医者の世界の言葉と解釈に劣ると考えられるのだろうか。その世界に生きている人にはその世界に沿った言葉が有効[である](#)。

2150

メモ

子供の頃に適応[パターン](#)は一応完成する。大人になって環境が激変すると不適応となる。子供の基本部分に思考・行動[パターン](#)が刷り込まれる。一度限りの記録とっていい。それは寿命が短い生物にとって[大切なことなのだろう](#)。

寿命が長い場合には、途中で行動[パターン](#)の変化を予定してもよい。

これはたとえば人間が[思春期](#)で行動[パターン](#)の変更をすることにみられる。

幼虫とさなぎと成虫。しかしこれは[神経系](#)が環境を取り入れる点ではさして精妙ではない。

オタマジャクシなどは分かりやすい。[カエル](#)になってからの行動[パターン](#)はかなり違うものにな

っている。

2151

対話的關係について

生まれも育ちも背景知識も背景常識も異なる人間同士がいかにして対話的關係を築くことができるか、それが問題である。国際的な交流の場面では当然大切なことであるが、日本人同士の場合でも、いかにして対話的關係を築くことができるか、実は問題である。対話的關係が形成されないことが少なくない。診察室でも、患者さんとの対話關係、家族との対話關係が形成されにくい。一方的な自己主張でもなく、一方的な防衛でもなく、真に人間的な「対話的關係」が必要である。根本的には「基本的信頼關係」が必要である。

2152

序文。

1996年4月から1997年1月にかけて、毎日1時間、合計200時間の勉強会を行った。その成果がこの辞典である。

愛がなければすべては空しい。

他人を理解したいという心からの強い決意があるか。

2153

ぎゃあぎゃあ騒ぐだけの人間は結局役立たずが多い。

2154

SSTなどといって、本人にとってみればやりたくもない訓練を集団でさせられる。それは結局、自主性を奪うことだ。自分のことを自分が主体的に責任を持って決定する態度を根こそぎ奪い去るものだ。それが根本的にリハビリに反する行いであることを知る必要がある。病院内で暮らし、スタッフに言われれば無意味な行事にも無言で参加する。感想を求められればそれなりに喜ばれるような言葉も語る。そのような人間になる。そのような人間をつくるのが治療の目標なのか、考えてみる必要がある。

1997年8月17日（日）

2155 1997年8月17日（日）

精神科医療と老人医療の現場にいて、心が寒くなる。恐怖を覚えるのは私だけだろうか？

精神医療は矛盾も混沌もさらには悪も抱え込んでいる。

ひとり暮らしで貯金のある老人が入院する。通帳も印鑑も病院に預ける。横取りする人がいる。

昼御飯直前にパンとジュースを販売してまわる。

お小遣いが足りない人は集団内で特別扱いしても仕方がない。遠足も我慢、おやつも我慢である。恨むなら貧乏な星の下に生まれてしまった身の不遇を嘆けばいいのだという。精神病院を収

容施設としか考えていない。治療的観点が欠落している。

[お小遣い](#)が足りない人の下着はどうしているか。[お小遣い](#)が沢山ある人のお金で余分を買って、足りない人にこっそり回している。現場でそのように融通している。それでいいのだろうか。たとえば、[お小遣い](#)を貯金しておいて利息が付いたらそれをお金の足りない人に回すことも昔はやった。いまは金利が低いのでできない。またたとえば、[生活保護](#)の人の[お小遣い](#)を[プール](#)しておいて、お金が足りない人も加えて割り算をする。[生活保護](#)のお金は個人に渡されたもの[である](#)が、一方では「困っている人全体を助けるため」のものでもあるからと解釈する。病院が何か工夫する動きはない。

老人医療の看護の実態は実に恐ろしい。[老人保健施設](#)入所者が夜間、ベッドから落ちて頭を切って血まみれになって、その血が乾いてしまうまで発見しない。発見しても、濡れ[タオル](#)で表面を拭いている。あるいは素人の職員が血まみれの老人を見つけて包帯で巻いてしまう。翌朝には死亡している。

[精神病院](#)で薬の間違いは頻発している。[人権問題である](#)。

また、老人病棟になると、男女混合部屋になり、そこでは[おむつ](#)交換もおこなわれる。人間の尊厳は考慮されていない。

すべての人が愛の人や誠実の人になることはできないことを前提として、何ができるか考える必要がある。

ひどい実態[である](#)ことを知りながら、何もしないのは、むしろこの悪の構造に加担していること[である](#)。戦争の反省と同じ[である](#)。知っていたがどうすることもできなかった、仕方がなかった。それでいいのだろうか？だれが声をあげるのだろうか？

患者か？家族か？職員か？みんなそれぞれ[エゴイストである](#)。

2156

わたしたちは愛し愛されるために生まれてきた。それなのにわたしたちに愛はこんなにも不可能[である](#)。

わたしたちは精神的不調について語り、聞く。それは興味深い。しかしわたしたちのまわりにいる精神的不調を訴える人と対話的関係を持つとうとしない。分からないから遠慮するのだろうか。この本を読んで基礎知識を知ったら、あなたはかれらと対話的関係を持つだろうか、あるいは持たないだろうか。

2157

[自由意志](#)について、どのレベルでみるか。

自由とは内的感覚[である](#)。意志も内的感覚[である](#)。これらは主観的。

予測可能性は客観的[である](#)。

主観的[自由意志](#)と客観的予測可能性を矛盾なく記述できる可能性がある。

主観的世界では「[自由意志](#)はある」、しかし同時に客観的世界の記述としては「[自由意志](#)はない」となることが可能[である](#)。

たぶんこれが[自由意志論](#)についての結論である。

飛ぶ石や餌を食べる猫について、客観的には予測可能である。しかし主観的には（石と猫に主観が宿ると仮定して）[自由意志](#)である。人間も変わらない。

客観的世界の記述からみれば、[自由意志](#)は錯覚である。

2158

人を決定するもの。（[自由意志](#)はない。決定論。）

[フロイト](#).....幼児体験、すりこみ（[ローレンツ](#)）

[マルクス](#).....生産関係（下部構造）

反復する構造.....脳内回路.....[フロイト](#)的反復

個体発生

系統発生

2159

[現代社会](#)では「人間は歯車にすぎない」というが、歯車にも大変な個性がある。たいていは取り替えがきかない歯車であり、だから上司は苦勞する。

歯車といっても歯の刻み具合も違えば固さも違う。だれとでもうまくやっっていける歯車などない。みんな少しずつ無理をしている。

2160

付き合いのよさと内面の成熟

[インター](#)パーソナルとイントラサイキック

内面からの促しの声に忠実であること

2161

RRR[プログラム](#)（分裂病根治[プログラム](#)）

MAD理論（[躁うつ病](#)・[強迫性障害](#)[スペクトラム](#)）

分裂病性自我障害の[メカニズム](#)（時間遅延理論）

についての論考

[神経症](#)については、①真の反応性状態と②器質因のもの（[強迫性障害](#)）をまず分類する。反応性状態について、各種防衛機制に従いつつ論考する。

2162 [1997年8月17日](#)（日）

陽性症状は[ストレス](#)反応であると考え。つまり心因反応と同様の[メカニズム](#)である。

なぜなら、薬で鎮静できる。あとを残さない。したがって、「あとを残す難治性陽性症状」と「あとを残さない反応性陽性症状」を区別する。前者は細胞消失型で、後者は反応性である。

陽性症状が反応性ということ、[ドーパミン](#)：レセプター比が過剰であるということ、同じこ

とである。

基底症状（X）が起こって困る→陽性症状（DA/Recのup）→[陰性症状](#)（細胞消失）

基底症状は、[陰性症状](#)と重畳するのかどうか、分からない。

2163

[キリスト](#)に近づこうとしている人たちにとって、[キリスト](#)信者たちが最悪の障害物になっていることがよくあります。言葉だけできれいなことを言って、自分は実行していないことがよくあるからです。人々が[キリスト](#)を信じようとしないう原因はそこにあります。

同様のことが[精神医学](#)についてもいえる。

2164

年老いた人の傍らに腰掛け、話に耳を傾け、満足のいくまでいくらでも話をさせる。話を聞いてあげることが[本質的に大切なことである](#)。

2165

根岸病院でやりたいこと

・薬、精神療法、SST、教育[プログラム](#)。今のST[チャート](#)、今のWS。職員を機能的に組織する。

・遠い目標としての「3R[プログラム](#)」。

・（病院、地域）、（患者・家族、職員）、（自分）のそれぞれの利益がバランスする妥協点を探る。

・医師、職員、患者の間の力関係が[アンバランス](#)なので、医師が[わがまま](#)を言えばバランスがとれない。それが[モラル](#)の低下につながる。医師は[モラルリーダー](#)となる必要がある。

・病院として利益を確保する工夫。→[精神科](#)関係の各社会資源をつなぐ。たとえば作業所、[デイケア](#)など。法人として持っていれば確実。そうでない場合にも、病院で教育した人材を送り込むことによって結合を強める。そのような下地があれば、収益の観点で強い病院になる。

2166

ウーンディド・ヒーラー（傷ついた治療者）

自らの魂を癒したいという願望を、他者を癒すことによって充たそうとしている人が増えている。治療者の[無意識のプロセス](#)が相談者を巻き込む危険がある。なかには優秀な治療者もいる。この場合極端に言えば自分の治療のために患者を利用していることになるだろう。患者の役に立っていれば両者にとってよいことで何も問題はないようでもあるが。やはりお互いに依存する傾向があるのではないか。治療者が安定するためには患者はいつまでも患者役割を引き受けるべき[である](#)といった関係。私のためにはあなたはいつまでも患者でいなさい。「私のためにはあなたはいつまでも子供でいなさい」と[メッセージ](#)を送る未熟な親に似ている。

2167

自己啓発セミナー

- ・エンロールメント。自己開発がどれだけ進んだかを勧誘能力によって計る。ネズミ講。人を多く集めた人はトレーナーとなる。
- ・マインド・コントロール。心理的プレッシャーをかけた上で、他のメンバーの悪口を言わせる。身近な者の立場に立って自分を分析させる。つまり本音を言わせる。そのような場を設定すると、強い葛藤に見舞われ、激しい感情的な反応を呈する。集団心理も影響する。しかしこのような解放感や自己改心は持続しないので、また参加したくなる。結果としてセミナーに依存するようになる。

2168

病気を扱うのではなく、「超健康」を扱いたい。

2169

患者や家族と情報を共有することの大切さ

- ・インフォームドコンセント。
- ・しかしそれにとどまらず家族は治療環境である。
- ・説明には専門的な力量が必要である。
- ・最近家電製品の取り扱いも難しくなってきた。それに応じて取扱説明書が難しくなってきた。アメリカで猫の毛を乾かそうと思って猫を電子レンジに入れたら死んでしまった事件があった。裁判になって、電子レンジの取扱説明書に「毛を乾かすために猫を入れたらいけません」と明示していなかったので敗訴した。その後、説明や禁止事項はますます入念になった。ところが今度は「あまりに詳細に記載してあり、何がポイントなのかわからない。そのせいで損害が生じた」訴えられ、またまた敗訴した。
- ・電化製品でもこのような時代である。医療に関してもインフォームドコンセントが大切と言われ、「よくわかる説明をして納得していただく」ことが本質的に大切であるとされる。本人や家族が何も知らなくても治ってしまう病気についてはインフォームドコンセントなどと力説する必要もない側面も確かにあるが、精神病や老人性痴呆などの場合には治療にある程度長期を要する病気なので、本人や家族、関係者の理解がないと治療がうまく運ばないことが多い。電化製品についての説明も専門のライターがいるほどで、込み入った話を正確にわかりやすく伝える仕事はそれ自体で高度な専門職といえる。すべての医者が説明が得意とは限らない。しかし精神病や老人性痴呆では説明と同意が本質的に重要である。そこで説明の専門家がいてもいいだろうと考える。
- ・家族の理解が不十分なときに何が起こるか。たとえば入院中は病院環境でうまく生きられていた人が、退院してすぐに不調になることがある。よく調べてみると家族の対応が不適切であった。病院側としては医者や看護、ケースワーカーなどが十分に説明しているつもりであるが、患者や家族の理解は不十分であった。慢性疾患の治療にとって環境調整は非常に大切であるから、自

[己責任である](#)から仕方がないといってすますことはできない。「知りたいだろうから一応説明する」という程度の話ではない。治療の成功不成功を左右する重大時[である](#)。

・こうしたことから、本当に正確でわかりやすい説明の仕方を今後研究する必要がある。[画期的な](#)進歩とはいえないが、確実に治療効果を向上させる。

[1997年8月30日](#)（土）

2170

現在[精神医学](#)はどこにいるのか？患者にとっていい状況だろうか？[精神病](#)を病むという正味それだけの苦しみだろうか？いろいろと問題があり、解きにくい。解決の方向がわからない。

患者の周りの人も苦しめられ、医師自身も苦しめられる。だから患者を[精神病](#)だと診断したくなる。診断してしまえば周囲の人たちは少し気分が楽になる。

[精神医学](#)の現状。社会防衛と患者治療の両立をはかる地点を探す営み。是か非か。

2171

かつて神がいた頃、[精神病患者](#)の言葉や振る舞いは神からの[メッセージ](#)として、[メタファー](#)として解釈された。

現代では社会の病理の反映として論じられることがある。正確な[因果関係](#)が論じられるのではなく、情緒的な関連として[テレビ](#)や[月刊誌](#)で提示される。昔ほどではないが、ある程度は重大な[メッセージ](#)として読み解く気分がある。

2172

[精神医学](#)の世界も実証的にやりたいものだ。文学的感想文の世界はいらない。ときに患者にとって有害[である](#)。

また、治療者の[独りよがり](#)をどのようにして防止できるかを徹底的に考えなければならない。ひとは治療者としての[共同体](#)に身をおくこと[である](#)。そこで支えられかつ批判される。しだいに他の治療者の目が自分の内部に育ってくる。そうなれば自分の[独りよがり](#)を反省する契機が[生まれる](#)。

多いのは自分の内部を患者に投影してしまう治療者[である](#)。その場合には原理的に反省が生まれない。そこでどうするか。やはり治療[共同体](#)を形成すべき[である](#)。

しかしながら治療者の[共同体](#)というものは実におかしなものになりがち[である](#)。そこにもまた困難がある。一人の時に[独りよがり](#)になる人ならば、集団になっても[本質的](#)には変わらないのだ。

2173

実証的たりえないうちは、[精神医学](#)とはいえない。精神治療実践学であり、民間医学とかわりない。[データ](#)を提出して違いを確認しなければならない。もちろん実証的ではない民間伝承治療学も有用[である](#)のと同様に、実証的でない精神治療学も有用ではある。しかしそれだけのことだ

。

たとえば[精神分析学](#)。わかる人だけにわかる知的な[ゲーム](#)。そして[免許皆伝](#)を制限的に発行することによる世俗の権力構造。

2174

自我障害というくり方も、[ヤスパース](#)の言う自我とは何かという哲学的議論を前提としている。それを無批判に受け入れて伝承しているに過ぎないではないか。この点は世俗宗教と同じ[である](#)。

自我の四つの側面があげられ、それぞれの障害として四つの領域での自我障害があげられる。こうした取り上げ方にも問題が多いのではないか。

自我の能動感はずから大切[である](#)からいいとして、自我の同一性は単に記憶の問題とっていいのではないか。（「同一[である](#)こと」というので、[エリクソン](#)の自我同一性と混同される。これも紛らわしい。）

時間的同一性は結局記憶の問題[である](#)。これが言いたい。
空間的同一性は？そんな途方もないことが？分からない。

2175

老人.....電話相談窓口。あるいは[ファックス](#)受付。

老人の暮らし調査。一人なのか、[同居人](#)の考えは？

地域で支える方法。地域住民としても心配[である](#)。知らない人がしらないうちに死んでいるなどあっては困る。安否の確認の湯沸かしポット。[ネットワーク](#)を通じて無事を伝える。人とつながっている感覚がある。

2176

[プロ野球](#)チームの呼び方

[ヤクルト](#)などの企業名で呼ぶ。広島などの地域名で呼ぶのは少ない。これは人々の[帰属意識](#)が地域ではなく企業[である](#)ことを反映している。

2177

人格の力

これが大切

2178

老人医療の展望

- ・ 予防法 理論と実践、[保健所](#)との関係付け 電話相談窓口で拾う 広く啓蒙→出版 [インターネット](#)
- ・ 早期診断 敏感度の高い診断方法
- ・ 早期の正確な鑑別診断

・ 治療法

2179

[精神医学](#)に対する不信

たとえば、裁判での[精神鑑定](#)。意見が異なり、その中でどれが正しいのかを決定する方法がない。なぜか。

ひとつの[問題点](#)は概念規定が不明確な点である。日常診療場面での流通性に重きが置かれるため、概念が[あいまい](#)になる。[あいまい](#)なままで使うから、[だんだん](#)話がかみ合わなくなる。

もうひとつは、実験精神に乏しいことである。厳密に真実に迫ろうとする態度に欠けている。[実証主義](#)的な態度がなければ、結局は家元制である。正しさの源泉は権威であることになる。科学の正しさの源泉は経験である。

2180

分裂病治療の際の薬剤調整は、陽性症状がないこと、十分な鎮静、情緒の安定などに置かれがちであるが、それは[ドーパミン](#)レセプターを増やしてしまっている可能性がある。反治療的である。[ドーパミン](#)レセプターを減少させることが治療目標であると明確に意識すれば治療は変わる。[ストレス](#)コントロールと薬剤調整がタイミングよく進められる。したがって、定期処方などは一切消える。

2181

[精神科医](#)は気付いていると思うが、[精神科医](#)は患者の退避行動を促進している。不適応状態を[固定化](#)する役割を引き受けている。[これはいいことだろうか？](#)

2182

病的多飲水（PP:psychiatric polydipsia）に対してDemeclocycline（DMCTC）が有効であったとの報告。[精神科治療学](#) 12(8);943-948,1997

SIADHに伴う低[ナトリウム](#)血症の治療に抗ADH作用をもつDMCTCが一定の効果を有するとの報告がある。PPに対しても報告があり、追試した。PPを伴う慢性分裂病に投与し、体重減少、尿比重増加、臨床症状改善が見られた。

DMCTC:レダ[マイシン](#):塩酸デメチルクロル[テトラサイクリン](#);demethylchlortetracycline hydrochloride:一日300~600mgを投与する。

demethylchlortetracyclineはdemethylchlortetracyclineの誤植か？

2183

痴呆の鑑別

皮質性痴呆：[認知機能](#)障害そのものが著明

皮質下性痴呆：無関心・思考過程の緩徐さが前面に出ている

[片麻痺](#)や深部腱反射亢進などの[錐体路](#)徴候、感覚障害、運動失調、歩行障害：[脳血管障害](#)、脳内

占拠性病変、水頭症

寡動、筋固縮、振戦、姿勢障害：[錐体外路](#)性変性疾患

パーキンソン症状と痴呆：進行性核上麻痺、corticobasal degeneration

痴呆と舞踏病：[ハンチントン病](#)

2184

[精神科](#)治療学 vol12,8,1997-8,pp983 「[てんかん](#)治療の覚書」久郷敏明

[てんかん](#)性格について

細川：環境が[てんかん](#)患者の性格を形成する

長畑：「[てんかん](#)患者の性格変化は、彼らの固有の性質ではなく、彼らに理解を示さない周囲に対する反応様式である」というWeizsaecker(1929)の記述を紹介。

正常知能の[てんかん](#)患児の行動障害：[側頭葉](#)焦点と薬物[副作用](#)。問題薬物はbarbituratesとbenzodiazepines。眠気、多動、興奮、易刺激性などが生じる。

慢性の葛藤状況が[神経症](#)の成因となる。[ヒステリー](#)性の疑似発作が多い。

精神症状を伴う場合、全体として[抗てんかん薬](#)は精神症状に悪影響を及ぼす。唯一の例外はcarbamazepineである。積極的な向精神作用がある。Valproic acidは精神症状にほとんど影響しない。

精神症状を伴う場合には、carbamazepineを主剤とする。barbituratesとbenzodiazepinesは投与すべきではない。これら薬物を中止することによって精神症状が改善することも多い。

2185

中井

慢性妄想型と破瓜型の妄想は異なる。

2186

[精神病](#)理学に大きく貢献した患者の予後はよくない。[精神病](#)理学的関心がつい治療的な限度を超えて、踏み込んだ質問をさせてしまうこともあるのではないか（中井）

2187

（中井）

医者は多くの間違いにもかかわらずどこか患者の治療を媒介するものである。

多くの間違いにもかかわらず、患者は治る。医者は自然回復力をできるだけ邪魔しないようにするのが基本だ。

2188

（中井）

若い人の発病で一番困るのは、その後には新しい体験が入ってこない、取り入れられないこと。

発病の時までの手持ちの体験で未曾有の対応をしなければいけないので、それで妄想なら妄想でも、それまでの知識を総動員して解釈していく。発病が早いのは不幸である。

2189

(中井)

入院のはじめの体験の重要さ

北條民雄「いのちの初夜」ハンセン病。(川端が、タイトルを変更しなさいとアドバイスして、こうなった？そんな記事を最近読んだように記憶するが？)

2190

サリヴァン：「バーバル・サイコセラピーというものはない。あるのはボーカル・サイコセラピーだけだ。つまり音声で治しているんだ。」

2191

(中井)

きっかけがつかめるまで延ばすことの大切さ。

2192

痴呆の臨床診断

- ・ 治療可能な痴呆
- ・ 老年期合併症
- ・ 感情・意欲障害や問題行動への薬物療法
- ・ メンタルケア
- ・ 介護方針の確立
- ・ 適正な生活環境の選択・改善

2193

(大野)

DSMで病因を想定した診断カテゴリーは、適応障害や外傷後ストレス障害などごく一部のものに限られる。大半は症状に基づいた分類を行うしかない。精神症状の形成メカニズムが明らかになってくれば、分類が大きく変わる可能性がある。

2194

分裂病型人格障害

分裂病型人格障害は、従来境界例と呼ばれていた症候群がDSM3で情緒不安定な群と分裂病類似の群に分けられたことを機に、後者の群をあらわすカテゴリーとしてつくられた。

(ということは、偽神経症性分裂病などと近いのだろう)

2195

似ているが区別

分裂病型[人格障害](#).....行動や思考の奇妙さ

分裂病質[人格障害](#).....対人関係に対する関心の欠如

[回避性人格障害](#).....他人からの評価への過敏性

2196

同じ遺伝的負因を持つ男性の表現型が、衝動的攻撃的な[反社会的な人格障害](#)、女性の表現型が、情緒的不安定性を示す[演技性人格障害](#)ではないかと考えられている。

2197

[演技性人格障害](#)は、以前[ヒステリー神経症](#)と呼ばれていた[転換性障害](#)との関係が強い可能性が考えられたが、他の第一軸疾患と比較して必ずしも多くはないことがわかっている。

2198

[境界例](#)について、過去には偽[神経症](#)性分裂病、そして[境界性人格障害](#)、今では[多重人格](#)と呼ばれ、そして将来は注意欠陥障害と呼ばれるかもしれないとAllen Francesは述べている。

診断ラベルは診断者の立場と興味によって変わりうる。必ずしも疾患そのものに関係しているわけではない。

2199

[人格障害](#)のディメンジョン分類 (SilverとDavis)

- (1) 認知/知覚構造 ([精神分裂病](#)および分裂病型[人格障害](#))
- (2) 衝動性/攻撃性 (衝動性障害、境界性および反社会性障害)
- (3) 感情の不安定性 (大感情障害、境界性および[演技性人格障害](#))
- (4) 不安/制止 ([不安障害](#)および[回避性人格障害](#))

最近では感情調節と衝動制御を同一次元で考えられるとして、[三次元](#)で考えている (Silver)。

A群 分裂病型[人格障害](#)は認知過程に[精神病](#)類似の障害が存在していると考えられる。眼球運動や注意の障害に反映される。[ドーパミン](#)代謝産物HMOの異常も共通している。

B群 [境界性人格障害](#)や[演技性人格障害](#)は、[セロトニン神経系](#)に由来する攻撃性や、[ノルアドレナリン神経系](#)に由来する感情の不安定性が存在していると想定される。[気分障害](#)との関連が論じられている。

C群 [回避性人格障害](#)や強迫性[人格障害](#)は、第一軸の[不安障害](#)と関係している。

つまり、A群は分裂病、B群は[うつ病](#)、C群は[不安障害](#)と密接であると論じている。

2200

〇などがいう芸術分野での「異化作用」を相貌化作用と言い換えて論じることができるだろう。文学と妄想と**精神病**を論じることができる。

なぜ人は相貌化を求めるのか？そして時に過剰相貌化に陥るのか？

新たな相貌化が結実するとき、芸術と呼ぶ。

相貌化に至るには受動的なだけでは不足**である**。精神の能動的な参加がなければ達成されない。いままでばらばらに無関係に存在していたものやことが、突然関係づけられた一体のものとして浮かび上がる。それが相貌化**である**。ただの壁のシミが、明確な**メッセージ**として浮かび上がる瞬間**である**。

そうした作用は妄想形成作用と同じ**である**。

妄想との違いは、そのようにして形成された「相貌」「関係付け」を再度点検することができるかどうか**である**。自己点検できないとき、妄想は現実として確定する。自己点検できれば、妄想は間違いとして却下される。「現実との照合作用」の欠如が問題**である**。妄想生成作用はむしろ必要なもの**である**。

これがなければ人は昨日と同じことを反復する分子機械に過ぎない。（もちろん、これがあっても、人は分子機械に過ぎないけれど。）

2201

人間の精神の進化史を考えることができる。

(1) 脳は自然をよりよく写し取る方向に進化した。しかしその過程には行き過ぎがある。ほんの少しだけ現実を「写しすぎる」、つまり逸脱がある。しかしその多様な逸脱の中に自然を正確に写し取り、人間の生存可能性を高める方向が含まれていることがある。そうした[試行錯誤](#)の結果として現在の人間の精神がある。

人間の精神が多少ではあっても妄想の領域に「にじみ出している」のは理由のあることだ。そこで[試行錯誤](#)が行われている。

そうした[ファンタジー](#)が集団として共有されるとき、文化になったり、宗教になったり、ときに国家になったりする。

(2) 自然を写し取っていると表現するのは不十分で、性格には人間の生きる環境である。その中には自然そのものもあれば、人間が作ったものもある。人間が作ったものは、制度、慣習、文化、そうしたソフトなものから、都市、建物、そうしたハードなものもある。人間がつくり出したものであっても、次世代の人間にとってみれば、「あらかじめ与えられたもの」であり、それにうまく適応することが人の課題となる。単純に「変化しない自然」に適応するのではなく、自分達が作りだし時間につれて「変化する文化」に適応するのであるから、複雑である。

2202

Costa and McCraeの[パーソナリティ](#)の五因子[モデル](#) (NEO性格質問紙) (大野の紹介)

神経質 Neuroticism

外向性 Extraversion

開拓性 Openness

愛想の良さ Agreeableness

誠実さ Conscientiousness

「神経質」は、過敏で気持ちが動揺しやすく、[ストレス](#)を感じやすく、すぐに緊張し、罪悪感、怒り、悲しみなどの気持ちを感じやすく、自分の存在感に疑問を感じる傾向。

「外向性」は、外向的で社交的、活動的で、仕事にも勉強にも熱中し、一人でいるのが嫌いのでできるだけ人の中にいようとする傾向。(循環気質のなかの一面であろう)

「開拓性」は、いろいろな面に興味を持って積極的に行動し、何をするにも自分なりの新しい方法を試してみようとする傾向。

「愛想の良さ」は、人と摩擦を起こすのが苦手で、他の人と調子をあわせて仲良く付き合っていきたいとする傾向。(ACと同じ。)

「誠実さ」は、几帳面で誠実で、高い目標を持って、一つ一つその目標を達成していこうとする傾向。

臨床場面で

「神経質」は一般的な適応力の予測に。

「外向性」「開拓性」は職場での適応力の予測。

「神経質」傾向が弱く、「外向性」傾向が強い場合は、心理的健康感に強い影響を与える自己価値が高まる。

「神経質」傾向が強いと、不安や抑うつを感じやすい。「神経質」傾向があまり認められない患者に強い不安や抑うつが現れた場合には、急性の精神障害を疑う。

「愛想の良さ」が低いと治療協力が得られにくい。

「誠実さ」が低いと動機づけはあるものの、自分から積極的に治療に取り組むエネルギーが欠けている。

精神療法の適応

「開拓性」が高い場合、夢分析やゲシュタルト療法がいい。

「開拓性」と「外向性」が低いときは内省的治療法、「外向性」が高いときは集団療法が有効。

心身医学領域で

「愛想の良さ」が低いと、敵対的な怒り、皮肉な態度や冷淡な態度が強くなり、冠状動脈疾患の発症が予測される。

この場合、「愛想の良さ」の性格因子が修正可能な程度ならば、性格変化を促進するアプローチを、修正不可能な程度ならば、血圧管理などの身体的治療が望ましい。

2203

Cloninger,C.R.の七因子モデル

まず新奇性追求、損害回避、報酬依存の三軸からなるモデルを提唱した。

・新奇性追求.....脳の賦活系、つまり中脳から前脳へと放射されるドーパミン経路に基礎を持つ行動系。一方の極に興奮しやすく衝動的な行動。他方の極には禁欲的で融通性のない行動が位置する。細分化すると、

- 1) 興奮を求める傾向（その逆はストイックで禁欲的な傾向）
- 2) 衝動的傾向（逆は熟考する傾向）
- 3) 浪費傾向（逆は節約傾向）
- 4) 秩序を重んじる傾向

・損害回避.....脳の抑制系、つまり脳幹からのセロトニン放射系等を基礎にした行動系で、一方の極には抑制的で警戒的な行動が、他方の極には自信過剰で向こう見ずな行動が位置する。細分化すると、

- 1) 将来について心配し悲観的になる傾向（逆は楽観主義）
- 2) 不確実性に対する恐怖
- 3) 見知らぬ人に対して臆病になること
- 4) 疲れやすさ

・報酬依存.....懲罰を避け、報酬を求める行動系、つまり橋から上昇し視床下部や辺縁系へと放射するノルエピネフリン系に基礎を持つ行動系。学習とも密接な関係を持っている。一方の極

に感情的で野心的な行動が、他方の極に現実的で冷淡で頑固な行動が位置する。細分化すると、

- 1) 情緒性
- 2) 愛着
- 3) 依存

そして新奇性追求、損害回避、報酬依存の三つのディメンションは、お互いに影響しあい、次のような行動特徴へとつながっていく。

- 1) 衝動的・攻撃的—柔軟性を欠いて気長
- 2) 陽気—陰気
- 3) 用心深く権威的—楽観的で自由
- 4) 自己愛的—自己犠牲的
- 5) 受身的・回避的—反抗的
- 6) 大胆で騙されやすい—臆病で距離をとる

現在は彼は次の七因子で性格傾向を表現することを提唱している。

四因子は気質temperamentで、三因子は性格characterである。

気質は生物学的、遺伝的な要因が強く関与しているもので、視覚的空間的な情報と感情とによって構成されている無意識的な体験によって構成される。新奇性追求、損害回避、報酬依存、固執の四因子である。

固執は無理をしないで自然に生活を送るか、必死にがんばるかの二極で捉えられる傾向である。

性格は環境の影響が強いと考えられる特徴で、言葉やイメージとして記憶される概念的な情報の影響を受けて形成される。自己志向、協調、自己超越の三因子である。

自己志向は、自分が選んだ目標を達成するために、適切な行動を適切な形でコントロールしながら行動していく能力。人格障害と密接な関係。特徴は、

- 1) 自己責任と他人を非難する傾向
- 2) 目的指向性の有無
- 3) 臨機応変、問題解決におけるスキルや自信の発達
- 4) 自己受容
- 5) 第二の天性の啓発

協調性は、他の人との協調性で、人格障害では低くなる。特徴は、

- 1) 他の人をどの程度受け入れることができるか
- 2) 共感性
- 3) 協力
- 4) 同情心
- 5) 自分を捨てて人のためを思う傾向

自己超越性は祈りや瞑想に関係した精神状態で、

- 1) 物質的理解を越えた精神世界に関心を持つ傾向
- 2) 自分を忘れて何かに没頭する傾向

3) トランスパーソナルな体験を受け入れる態度

ドーパミンD4リセプターの遺伝子の多型性と新奇性追求傾向の関係、セロトニン・トランスポーターの遺伝子の多型性と神経質傾向の関係。

2204

神経症

人間の行動は、限られた行動パターンのセットから、状況に応じて選択して行動している。つまり、?プールされた行動パターンのセットと?行動選択部分に分けられる。

神経症は主に?の部分の欠陥である。

ある意味ではフロイトの指摘するように、幼児体験を反復している。

しかしまた、どの場面でのどのパターンを選択するかについては、成熟が見られる。

2205

Cloninger,C.R.の七因子モデル

?新奇性追求.....脳の賦活系、つまり中脳から前脳へと放射されるドーパミン経路に基礎を持つ行動系。一方の極に興奮しやすく衝動的な行動。他方の極には禁欲的で融通性のない行動が位置する。細分化すると、

- 1) 興奮を求める傾向 (その逆はストイックで禁欲的な傾向)
- 2) 衝動的傾向 (逆は熟考する傾向)
- 3) 浪費傾向 (逆は節約傾向)
- 4) 秩序を重んじる傾向

?損害回避.....脳の抑制系、つまり脳幹からのセロトニン放射系等を基礎にした行動系で、一方の極には抑制的で警戒的な行動が、他方の極には自信過剰で向こう見ずな行動が位置する。細分化すると、

- 1) 将来について心配し悲観的になる傾向 (逆は楽観主義)
- 2) 不確実性に対する恐怖
- 3) 見知らぬ人に対して臆病になること
- 4) 疲れやすさ

?報酬依存.....懲罰を避け、報酬を求める行動系、つまり橋から上昇し視床下部や辺縁系へと放射するノルエピネフリン系に基礎を持つ行動系。学習とも密接な関係を持っている。一方の極に感情的で野心的な行動が、他方の極に現実的で冷淡で頑固な行動が位置する。細分化すると、

- 1) 情緒性
- 2) 愛着
- 3) 依存

?固執は無理をしないで自然に生活を送るか、必死にがんばるかの二極で捉えられる傾向である。

性格は環境の影響が強いと考えられる特徴で、言葉やイメージとして記憶される概念的な情報の

影響を受けて形成される。自己志向、協調、自己超越の三因子である。

?自己志向は、自分が選んだ目標を達成するために、適切な行動を適切な形でコントロールしながら行動していく能力。[人格障害](#)と密接な関係。特徴は、

- 1) [自己責任](#)と他人を非難する傾向
- 2) 目的指向性の有無
- 3) 臨機応変、問題解決における[スキル](#)や自信の発達
- 4) 自己受容
- 5) 第二の天性の啓発

?協調性は、他の人との協調性で、[人格障害](#)では低くなる。特徴は、

- 1) 他人をどの程度受け入れることができるか
- 2) 共感性
- 3) 協力
- 4) 同情心
- 5) 自分を捨てて人のためを思う傾向

?自己超越性は祈りや瞑想に関係した精神状態で、

- 1) 物質的理解を越えた[精神世界](#)に関心を持つ傾向
- 2) 自分を忘れて何かに没頭する傾向
- 3) [トランス](#)パーソナルな体験を受け入れる態度

2206

S S Tの診断の実際例

・職場であいさつができない

○あいさつの言葉が頭の中にあるのに、うまく話せない→発信[機能障害](#)→リバーマン流発信練習

○あいさつの言葉自体が頭に浮かばない、どんなあいさつが適当なのか状況判断ができない→処理[機能障害](#)、状況意味失認→S S T独自の状況によらず使えるあいさつを工夫する

・昼休みに世間話ができない

○相手の言葉が頭に入ってこない→受診[機能障害](#)→落ちついて注意を集中する訓練

○何を話しているかだいたい理解できるが、自分が何を言うか、何も思い浮かばない→処理機能異常→相手が何を言っているかきちんと理解できなくても会話が流れるような工夫

○自分が何を言いたいか、言葉が頭の中にあるのに、うまく話せない→発信[機能障害](#)→リバーマン流発信練習

・金を貸せと言われて断れなかった

○言葉が頭に浮かばない→処理[機能障害](#)→状況にかかわらず断れるような工夫

○言葉があるのに言えない→発信[機能障害](#)→リバーマン流発信練習

など

2207

神経症について

神経症は不適切な行動パターンで現実に対処しようとするときにおこる不都合である。強迫、離人、パニックなど。こうした?特異的な行動パターンと、いわゆる?神経衰弱とを区別したい。あるいは(心的エネルギーの枯渇状態……神経衰弱の本質を軽うつ状態と考えてよいのかもしれない。)

精神病状態の時に特異的な行動パターンを出してしまうことがある。たとえば分裂病と強迫症状。一般に不適合状態の時にいろいろな行動パターンを試す。精神病状態は非常にはなはだしい不適合状態である。

パターンの出し方には個人の癖がある。

このように仮定すれば、「不適合→症状」であるから、症状をターゲットとして治療するのは間違いであることが分かる。「不適合」を治療すれば、症状は消える。

症状は結果であり、不適合が存在することのサインである。

アナフラニールはなぜ有効か?→うつがあるから。

強迫症状を呈する人は、根本的にうつ状態に傾きやすい人が多いのではないかと病前性格としてうつに親和性の高い人が強迫行動パターンを選択しやすいのではないかと?

不適合→うつ→強迫パターン

(→MAD理論とはまったく食い違うようだ。しかし、だからこそ、いろいろな成り立ちの強迫行動があると考えられて好都合である。)

2208

老人介護の市場規模は四兆円と見積もられる。

精神医療とは桁が違う。分裂病患者社会的入院を中間施設で支えるとして、デイナイトケアで計算すると、10万人×30万円×12ヶ月=0.36兆円。

老人の約十分の一。

2209

依存症

酒が切れなくて困っている人。覚醒剤が切れなくて困る人。ギャンブルが切れなくて困る人。恋愛または性関係が切れなくて困る人。同質性がある。

2210

自己負担分が増えるということは、金の切れ目が命の切れ目であることを意味する。

2211

心豊かな老後とは何か。

2212

現代では

- ・障害を持つ人々に対する支援が、父権主義（[パターナリズム](#)）から消費者主義（[コンシューマリズム](#)）に移行しようとしている。
- ・修正の医学から発達支援の[リハビリテーション](#)に医療の重点が移行している。

2213

疾病性とそれに罹患した人格構造を分けて考える。発症に対する反応、治療関係の結び方、障害の受け入れ方など、疾病性と人格傾向を分けて対応した方がよい。

この指摘は、当然であるが現在あまり重視されていない。医療技術として大切な視点である。また[精神科](#)にとどまらず、人間を扱う場面では必ず役に立つ。患者の性格分析と、職員の側の性格分析をセットにして考えれば、実りは大きいのではないだろうか。

2214

魔術的思考から科学へ

科学が未発達な状況では、思考過程は魔術的であったり呪術的であったり、総括していえば前科学的なものであっても、最後の行動は科学として正しいという場合がある。

思考過程を仮説と表現すると、

仮説→行動

行動の検証は実際の効果によって測ることができる。たとえば狩りの場面でどれだけ獲物が捕れたか。またたとえば、どの症状の場合にどんな薬草が効くか。

行動を検証すれば、それは仮説の検証にもなる。

このようにして鍛えられた仮説の集積が科学である。ということは確実性が極めて高いとしても、やはり仮説である。

たとえば漢方の薬剤の選択の仕方（証）などは、なぜそのような証が選択され役立つのか合理的な理由がはっきりしないが、結局ある程度は有効であるということになっている。結果が仮説の有効性を実証していることになる。

では、他の証の体系を用いてはどうか？別の仮説の体系は可能であるか？そのようなことも興味がある。

「縁起を担ぐ」ということもこうしたことの延長にある。理由は分からないながら、何か縛られる感覚だろう。

魔術的思考自体は病気ではない。「空想産生機能」である。問題はそれを現実と照合して棄却する機能である。

2215

象徴的解釈の臨床的意味

たとえば両親の理不尽な言いつけをどうしても受け入れることができないとき、水を飲むことができなくなったとして、「（親の要求を）飲み込めない」と解釈する。言葉で拒絶するのでは

なく、身体を通じた言語として、「飲み込めない」と発信している。
荻野などが紹介していたと記憶する。こうしたことに何の意味があるか。
症状が象徴的な意味を発しているとは、昔の考えであるように思う。
しかしながら、患者に対して、治療者がそのような理解に達していることを伝えることには大いに意味があるだろう。こうした類の解釈は患者の心を傷つけることがないだろう。むしろ、治療者によく理解してもらっていると感ずることができるだろう。
患者がこのような肯定の感情を持つためには、解釈はなるべく患者の常識に寄り添ったもので、しかし患者の常識よりはすこしだけ高級であるのがよい。このような解釈が提示されたとき、患者はもっともよく治療者と連帯を感じるだろう。
患者に理解できない解釈はこのような意味では役に立たないだろう。
現代の**神経症**病像は疾病利得のあることが容易に理解されるようなものが多いと思う。象徴的解釈などは必要ない場合が多いのではないか。これは時代のせい、わたしの診察してきた患者の特性であるか。

2216

周囲の人間に理解されない苦しみが症状を生み出すとする指摘。
これは**てんかん**性格について指摘されたことであるが、それだけではない。分裂病の場合にも、発病した後に「病気を抱えて生きるための適応」を患者は探る。周囲の無理解にもかかわらず生き抜くためにはどうすればよいのかを探る。
そんな中で、「特有の性格」が形成される可能性は大いにあるだろう。

2217

「ひとつの場所で十年修行しなさい」という言い方について
人間はいろいろな経験をした方がいいに決まっている。**アメリカ**ではいろいろな場所でいろいろな仕事をいろいろな人としたことが積極的に評価されるともいわれる。なのに日本で「十年じっとしていなさい」などといわれるのは、これまでの社会のあり方と関連している。
人間の中身で評価するのではなく、組織にとって都合のよい人間かどうかということが評価される。そのような社会では十年もじっとしている人は、組織にとって安全であることが証明済みの人ということになるだろう。
つまりしきたりを墨守する性格が評価されている。それだけのことだ。

2218

ひとり暮らしの老人の暮らしをどうするか。身体と精神と。

2219

若くして**前頭葉**機能が衰えている人
「仕事一筋、趣味や**生き甲斐**がない、交友は苦手、運動もしない」タイプの人**がボケることが**

多い。

ひょっとしたらこうしたタイプの人はずでに[前頭葉](#)機能が衰えてしまっているのではないか。長年親しんだ仕事だからできているだけ。主婦ならば長年親しんだ家事だからできているだけ。変化を嫌い、変化を恐れる。創造的なことができない。新しい試みにわくわくすることがない。これは年をとらなくてもいくらでも見受けられることだ。

2220

[前頭葉](#)機能の衰えと [改革派](#)対 [保守派](#)

[コンピューターモニター](#)に数字を[ランダム](#)に表示する。9の後に0が出たら、[ボタン](#)を押すように指示する。こうしたContinuous Performance Testを実施すると、健常者と[陰性症状](#)を呈する慢性分裂病者とでは違いがある。反応時間の変動のようすを比較する。健常者は、たくさん正解を出すことと、間違えて押すことの間で、[試行錯誤](#)しながら作戦を少しずつ変える傾向がある。つまり判断基準を変化させながら[テスト](#)に臨んでいる。一方、慢性分裂病者はそのような変動がなく、試験の最初から最後まで一貫していることが多い。

さて以上の結果は慢性分裂病者にだけあてはまるものでもないだろう。[試行錯誤](#)しながら最高の結果を求める。これが人間の[前頭葉](#)の働きである。少しずつ作戦を変えて最適解を求めることを嫌う人たちがいる。硬直化している。

世の中は[前頭葉](#)を働かせている人たちと、旧習を墨守する人たちとの綱引きである。

試しにやってみればいいではないか、たったそれだけのことが、とてつもない爆弾発言のように聞こえることがあるらしい。人間はさまざまである。

2221

強迫における魔術的思考

「偶然パッと思いつき、過剰にとらわれる思考、あとから考えるとまるで魔法にかかったかのように思われる。」と雑誌の解説にある。（こころの科学1997-9月号「[強迫性障害](#)の現在」）

魔術的思考とは、「外界を物理的にコントロールする魔術的な力がある思考」のことである。通常は考えただけでは外界は変化しないが、強迫症者の場合には自分の考えが外界に物理的な影響を及ぼすと考えることがある。この延長に[サイコキネシス](#)などがあるのだろう。縁起を担ぐ、[ジソックス](#)を気にするなどはこうした例である。また、祈ることや儀式などもこの系列である。

行為と目的の間に合理的な[因果関係](#)がなく、前科学的な関連があるのみである。たとえば呪術的な関連があるのみである。

たとえば大漁の歌を歌えば大漁になると信じる場合。

2222

貴の花が[優勝決定戦](#)で二度、同部屋の力士に負けていること。負けたと考えてもいいが、優勝を[プレゼント](#)したとも思える。

強い者はそんなこともできる。それが余裕である。

また、能力のあるものはそうすることによって、周囲のものを感服させることができる。[いじめ](#)て屈服させるのではなく、そのようにして尊敬させることができる。それが高級な攻撃性の例である。攻撃性というのは誤解があるのであれば、そのような行為を通じて順位が決まる。それが人間としての格になる。

貴の花については「エディプスの光景」という話も展開できる。

2223

[コンピューター](#)ソフトの使い方の本が[ベストセラー](#)。精神病も痴呆も需要はあるはずだと思う。絵を多用して、きれいにつくる。

分かりやすく役立つように。[コンピューター](#)の本の見事な[グラフィック](#)！時代はどんどん進んでいるのだ。精神関係の本がいまだに活字中心で、ときどき挿し絵というのは間違っているのではないか。分かりやすい図や表、模式図をどんどん開発する必要がある。それは自分の理解を深めることにもつながる。

2224

精神病について伝えたいこと

●実践的に

- ・どんな病気か（典型的な例、経過）
- ・どんなときに疑うか（受診すべき例、家族や部下の様子を見て、疑うべき時は？）
- ・どのようにして初診するか、どこを訪ねるか（説得が難しいとき、受診に抵抗感があるとき）
- ・治療はどうか（薬の話、精神療法の話、最近の[ストレス](#)ケアの動向）

●理論的に

- ・病気の[からくり](#)の議論（いくつかの理論）
- ・精神病を通してみた人間と社会（芸術、プレと[トランス](#)の錯誤）

2225

人の心に影がある。または陰。

そうした部分に目配りができるからこそ専門家である

2226

わたしの言葉を説明の言葉として十分に生かしたいなら、もっと丁寧な[パラフレーズ](#)が必要である。自分では常識と思っていることも、読者には常識ではない。自分には自然な論理の流れも、読者にとっては飛躍である。

文章として力が出るのは、飛躍や省略が自在に現れているときだと思うが、それでは詩とはいえても、説明のためのよい文章とはいえない。

もっとやさしく書くことが大切。平易に。概念の説明を適切に入れる。論旨の展開を平明に。具体例を適切に入れる。

内容の水準を落とさずに分かりやすく説明することは、プロの仕事である。

2227

謙虚に反省してみる。わたしはK先生を内心軽蔑している。自分とは違うのだと思って差別している。ひいてはわたしはKさんとは別の処遇を受けるのがふさわしいと内心確信している。彼は外見からして奇異である。話をすれば吃音がひどい。話の内容は深みがなく、大人が話すのではないような浅薄な言葉だけである。Sさんの顔色をうかがって子分を演じている。自我の内容が薄まって、何が彼なのか、ほとんど消えかかっているようである。Kの気分でなく、Sの気分が分かるのだ。

机の上には未整理のままいろいろなものが積まれている。

妻の実家の経営する[精神病院](#)に院長としてしばらく勤務したが追い出された。子供が三人いる。離婚はしていない。N先生によれば、[東京都内](#)の病院に勤めていたときにSさんと知り合った。その病院の勤務も、最初は何とかやっていたがそのうちに「机の上みたいに收拾がつかなくなり」辞めた、または辞めさせられた。「そのうち混乱がひどくなって辞めることになるでしょうとその病院の院長が話していましたよ」とNさん。

確かに強迫系統の男性の持つ不潔な外貌、変な笑い声。マニックディフェンスと分析されるであろう笑い声。一見して分裂病の既往を予想させられる。あまりに幼い。そしてSさんに依存的である。これではいくら娘婿でも追い出されるだろう。しかし結婚した時点ではあまり問題は表面化していなかったので、結婚は成立して病院も任せたいという話になったのだろう。しかしその後おそらく再燃状態があり、問題が表面化して、病院からは去ってほしいということになったのだろう。複数の課題を抱えると[パンク](#)するタイプなのだろうと想像する。

理屈抜きで気味が悪いのだ。近眼のせいか目つきが悪く、ときどき空笑のような表情がある。無論のことだが頭も悪い。H大卒。現在は週末だけS県に帰る。それ以外は[単身赴任](#)で病院内の寮みたいな宿舎に住んでいる。話によればその部屋も大変な散らかりようだという事だ。

将棋が好きで強いとか言っていた。机の上に将棋関係の[ダイレクトメール](#)がのっていることがある。

[いじめっ子](#)が*いじめ*たくなる気持ちはこんなものだろうか。差別と排除。[生理的](#)なレベルの嫌悪。[いじめ](#)る側の気持ちとしてこのようなことを新聞で読んだような気がする。

このような人と同じ医師という目で見られるのはとても嫌なことだとずっと思っていた。[生理的](#)嫌悪といってもよい。悪しき[エリート](#)気分といってもよい。こんな汚い馬鹿と、しかも病気の医者とどうして同じなものか、ばかばかしい！と思っていた。いまもそう思っている。同僚と呼ばれるのも嫌だ。当直して彼が寝たベッドで寝るのも嫌だ。[シーツ](#)は交換してあるとしても、である。

分裂病欠陥状態の人がKさんと面接をする。一体何の意味があるのだろうか。「こんな医者に診察されるようになったらもう[おしまい](#)だ。もっとまともな医者に診察してもらいたい」と思うのが普通であろう。

外来診察をしても、普通の患者ならばもう通院したくないと思うだろう。たとえばクリニックを

開いたとしても客はつかないだろう。

こんなひどい病院だからこそ、Kさんも勤務していられるのである。患者は医者が嫌でも拒否できない。あるいは、嫌だという気持ちを持つことさえ剥奪されているような人たちが患者である。わたしがこのような気持ちでいることを感じているならばKさんも気分が悪いだろう。上に上げたようなことはどれもKさんの属性ではあるが、彼の責任とはいいがたい。むしろ彼にしても、できるなら捨てたいと思っていることであろう。「治療してくれ」と思っているかもしれない。しかし現状ではどうしようもないことだ。

こうしたことは「分裂病者は周囲の人に嫌われる」ということの典型例である。病気だと分かっているにもかかわらず、なお、人は彼を嫌う。なぜかと考えて理由は分からない。嫌われなければ特に病気だとも言われないのである。[ダウン症](#)児は病気とは言われなすむ。愛情にみちた交流が可能であるから。分裂病者のようには嫌われない。何が嫌われる要素なのか。やはり他人の気持ちが分からないことであろう。人の気持ちが分からない人には嫌な思いもさせられる、それは当然のことだろう。

わたしはKさんに対して治療的にも愛情的にもかかわっていなかった。排除の心だけであったと思う。それは[生理的](#)な嫌悪に起因していた。

この業界の専門家として勉強もし仕事もし、教育までしていながら、それでもなお彼をこのように処遇したのである。

謙虚に反省する。それは大事だ。しかしまた一方で、こうした反応は人間として根本的なもので、たとえば腱反射と同じくらい根源的な自動的な反応ではないかと思うところもある。人は蛇を恐れるように分裂病者を嫌うのである。そのような心の回路が人間にはある。生得的なものか、文化の中に埋め込まれたものか、おそらく両方の要素があると思うけれど。

こうしたことも非寛容の一種であろうか。一応の自覚はできたとしても、反応はとめられない。むしろこのような反応が出ない場所に自分をおくことが大切[なのだ](#)と思う。これ以上倫理的な過失を犯さずにすむようにしたと願うなら。

このような人に対してこのような反応を呈してしまうのはわたしとしては仕方のないことかもしれないのだ。美しい女性に対しては好感を持つ。それと同じくらい原始的な反応であると感じる。

Kさんを差別し嫌悪することは一般化して言えば、分裂病者が差別され嫌悪されるという問題である。これは難問[なのだ](#)と実感できる。

たとえば心理のYさんについて、「自分の病気を治してから来なさいよ」との意見がある。そのように嫌われるのである。

2228

分裂病の異種性

・[メジャー](#)が効くという点では単一性がある。しかしこのことは原因の単一性を意味しているとは限らない。症状の共通性を意味しているだけかもしれない。

2229

分裂病で何が起きているか？

- ・何が起きているか分からないのは本当に不思議だ。
- ・ドーパミン系の変動は原因かもしれないが結果かもしれない。メジャーはドーパミン系に作用しているとして、結果の部分を調整しているのかもしれないし、ドーパミン系を修復系と考えて、メジャーは生体の修復系を賦活していると考える人もいる。
- ・脳に何かが起こっているとして、起こりうることはそれほど沢山はないように思うのだが。

2230

分裂病発症のリスクファクターが議論されている。しかし、発症しても、その後ディフェクト状態になるかどうかはまた別のリスクファクターがあるのではないかと疑われる。

再燃を反復しても、欠陥状態にいたらずにすむ条件があればよいと考えられる。

欠陥状態阻止因子の研究があってもよいのではないか？

2231

一卵性双生児でも、ゲノムが全く同一ではない場合がある。受精以後に双生児の一方に生じたゲノムの変化と考えられる。

2232

(Y.O.) 分裂病を多因子遺伝が想定され、環境側のリスクファクターが神経発達と心理発達とに影響して、多段階的に発症にいたる疾患と考えている。

2233

(Y.O.) Crow (1996) はWHO多センター研究が世界的に分裂病の発生率は均一であることを示したと解釈し、分裂病の起源は優位大脳半球の言語システムの発生分化と同時期であるとした。一方Murray (1996) は同研究のセンター間差異に注目し、分裂病が200年前の都市密集が進んだ頃から増加した疾患であり、そういう条件が消えつつある所では、減少している疾患でもあるとの見解を示した。

2234

インシュリン依存性糖尿病 (IDDM) と慢性関節リュウマチ (RA) は分裂病罹患と負の相関を示す。

2235

(Y.O.)
人生早期の脳損傷部位が、成熟によって神経回路網に組み込まれる時期 (青年後期から成人初期) になると、損傷による障害が露呈するという、分裂病の神経発達論的成因仮

説 (Weinberger,1987) が提唱された。

一方、汎成長不全、運動機能制御障害、覚醒異常（低または過覚醒）、注意・[情報処理](#)障害、分裂病質的行動（過緊張、自信欠乏、他者の批判に過敏、[引きこもり](#)など）など、潜在する神経病理の弱められた表現が人生早期からすでに認められるとする仮説も提唱されている。

2236

移植医療のケアでの精神面のサポート。

[ターミナルケア](#)。

[心のケア](#)を考える限り、[精神科医](#)の働き場所はいろいろある。

2237

分裂病者の人生の意味。常識さえなく、妄想に支配され、[精神病院](#)で時間を送る人生は、何の意味があるのか？

?その奥には無傷の魂がある。

?どうせすべての人生は[無意味](#)で無価値である。分裂病者だからといって何の違いがあるわけでもない。

2238

他罰的で病識のない患者さんの処遇のむつかしさ

女子病棟のOさん、37歳。主人と娘がいる。主人は仕事が忙しい、娘は母親と会うとそのあと気分がすぐれなくなるというわけで、あまり面会に来ない。できれば[いつまでも](#)入院させておいてくれ、それがだめなら、死ぬまでおいてくれる病院を紹介してくれ、それもだめなら自分で探すから、紹介状だけは書いてくれ。そんな具合で、前主治医と看護とは主人を厳しく責めた。主人も態度を硬化させた。Oさんは自分が嫌われていることへの反省はなく、ただ主人と娘はひどいと言いつけている。主人は、一度離婚歴がある。二度目になると昇進は止まってしまうという。だから離婚はしないのだとのことだ。こうした状態でわたしの担当になった。

- ・結局北風では前進しない。太陽になるしかない。
- ・すぐなにかなんでも退院という方針は撤回する。そのかわり、月に一度は面会して、週に一度は電話、娘はなるべく連れてくることを約束してもらう。（この約束については結局、Oさんのほうが[拡大解釈](#)して、もっと来い、と命ずるような態度になった。はっきり言って[自分勝手](#)で、これでは嫌われてしまっても無理もないと思う。長くなれば主人も優しくばかりはしてられない。そんなことも考慮しないで自分のことを大切にしろとばかり言い立てるのだから、嫌われる。これは症状か性格か難しいが、こうしたら嫌われるということを理解できないから症状であろうと思う。嫌われることを承知の上で、自分としてはその方が好みだからというのなら、それは性格である。）
- ・時間をかけて、妥協点を探るしかない。
- ・娘に遺伝している可能性は考慮する必要がある。娘が自分の発病について考えた場合、母親の

処遇がそれほど悪くなければ、病気になっても私も母のようにみんなに優しくしてもらえるのだと安心できるだろう。逆に、母親の扱いがとても悪ければ、私もあのようになってしまうのかと絶望的になる。だから娘が可愛いなら、母親の扱い方も考えた方がよい。捨てておいたままでは娘の心の傷になるだろう。

・職員は人間として患者にどのように接するのがよいか、主人に見本を提示することだ。[モデル](#)を提示して、このようなことが現実可能であることを証明する。愛の力で貧しい心に勝つのである。こうしたことはすぐには果実として実らなくても、人の心のどこかで次第に大きく育つものではないか。

・職員が怒って強硬に対するから、主人も自然と強硬になる。そういう相互性がある。職員の側で[イニシアチブ](#)をとって、立派な態度を崩さないことが大切である。職員の側で[ミーティング](#)を繰り返し、集団で支え合っていけば、無理なことではない。これを個人で支えようとするとかなり無理が生じるだろう。

2239

人が二本足で歩く限り、腰の障害発生は必然である。同様に、人が人である限り、妄想発生は必然である。知恵を発達させ、知識を増大させるには、空想を生成し、それを現実と照合しつつ取捨選択する必要がある。脳のレベルで[適者生存](#)と[試行錯誤](#)を実行している。

[抗精神病薬](#)で妄想を抑えることは、歩行でたとえれば二足歩行の人を四つ足に戻すことに等しい。

細かく言えば「空想産生の障害」ではなく、「現実照合の障害」である。したがって、空想産生を抑えるタイプの薬は病理そのものに効いてはいないのだ。

2240

能動性と現実感

作家として有名な[オリバー・サックス](#)が[テレビ](#)で。嗜眠性脳炎で長い間寝ていた女性が、Lドーパ投与により急に元気になった。寝ていた間世間で何があったか、覚えてはいる。しかしそれが本当に起こったことという実感には乏しい。今がいつかも覚えているが実感を伴っていない。こうしたことは寝たきりでいて能動性が剥奪されていることと関係があるのではないか。

2241

本の広告から

「心をいやし、命を支える」心の傷はどうすれば癒すことができるのか。問いは存在するが、答えは難しい。それぞれの傷のレベルに応じて、それぞれの心の環境に応じて、ということだろう。

2242

食事を一緒にとるということは、家族だということだ。

2243

老人の場合も、役割が大事。社会に参加する手がかりである。

2244

[テレビ](#)で、子供の[強迫性障害](#)が増加しつつあるという。なぜか。対策はどうするか。

2245

分裂病とは何か。

説明しようとして大変困る。みんな定義しようとして研究しているのである。病気の定義すら[あいまいな](#)病気など、本当に困ったものだ。リュウマチなどは長い間こうしたものであったが、現在では臨床的な症状の他に、[免疫学的](#)マーカーが手がかりになる。

実体がまずあって、原因を探すという段階にすら至らないのだ。何が実体であるか、それは定義の問題である。しかしそのためには原因が分からないと話が進まない。しかし原因を特定するためにも定義がはっきりしていないといけない。

定義がはっきりしていないと、疾患として雑多なものを含んでしまう。統計処理しても意味のある結果が出ない。

例えば、[ダウン症](#)を精神発達遅滞と大きく括ってしまえば、[ダウン症](#)特有の病理は検出できない。精神発達遅滞者の[染色体](#)にすべて異常があるわけではない。

[ダウン症](#)と限定できたことと、[染色体](#)異常の検出とは、表裏一体であったともいえる。

実体がどうなのか、確かにあるようで、しかしあやふやなようで。社会的に[レッテル](#)を貼ったものに過ぎないとの議論はやはり一考に値するのではないか。

たとえば、赤い色とは何か。

人間の習慣として定めたに過ぎない。

科学的測定により操作的に定義できるか。

2246

精神病と[神経症](#)

例えば対人恐怖があり、「あの人は本当はぼくに悪意は持っていないけれど、ぼくが敏感すぎて、恐くなってしまふ。そんなはずはないと分かってはいるんです」というタイプは[神経症](#)レベル

。

「あの人は本当にわたしに悪意を持っている」と確信しているのが精神病。

しかしこうした区別はあまり国際的ではない。

[神経症](#)は偉大だった[フロイト](#)の遺物である。

[神経症](#)は、病態レベルとして定義する方向と、病因として[心因性](#)であることを定義とする方向とがある。

架け橋として、防衛機制の議論がある。[神経症](#)的防衛機制は自身の心内現実をねじ曲げる。精神

病的防衛機制は、外的現実をねじ曲げる。この区別はそのまま病態レベルに重なる。

しかし、[心因性](#)だから[神経症](#)性防衛機制を使うとはいえない。ここに確かな[因果関係](#)はないようだ。

どのような防衛機制を用いるかということは、結局、「袋に穴があいているかどうか」ということだろう。

科学的測定により操作的に定義できるか。

2247

例えば、[心理学](#)の本や心の[メカニズム](#)の本、癒しの本を本屋さんで十冊くらい買って読んでみるとする。

みんな同じようなことが書いてあることが分かるだろう。[キリスト教徒](#)仏教と[イスラム教](#)くらい違えば、みんないろいろだなと思うけれど、[精神科](#)や[心理学](#)はそんなに極端には違わない。特に一般の人向けに書かれたものはみな似ている。

つまり情報の重複があるだけである。正味の情報はそんなに多くはないのだ。

それなのに沢山の本。それは結局「語り口」の問題である。同じ歌が何度もいろいろな歌手によって歌われているようなものだろう。

2248

急性病から慢性病へ。それにともなって治す人から支援する人へ。[アドバイザー](#)。そして患者中心の医療。

2249

書店で。こんなにも沢山の本。

「[解剖学](#)の時間」養老著→「[精神医学](#)の時間」としてあれこれ書ける。

[精神科医](#)とはどういう人間たちか。

[精神科](#)研修医はどんなものか？

[精神科](#)医療の実際はどうか？

みんなが[不思議](#)に思っていること。

異常とは？わたしは異常？何が病気なの？

[専門用語](#)をナマに使うのではない解説。

なぜ[精神科医](#)になったのか？（[自由意志](#)の問題を深めたい）

妄想について。妄想は日常の我々とは無縁か？（そうではなくて、微妙に日常に「染み出して」いる。被愛妄想と恋愛妄想。現実と照合してチェック・却下する機能が問題。妄想産生は悪くない。チェック機能の障害が問題。）

鑑定。なぜ[精神鑑定](#)が分かれるのか。それは主観的な意見でしかないのか。

文学に描かれている[精神病患者](#)は本物に近いのか？別物なのか？

人々の興味に寄り添うセンス。こんな風に話せば興味を持ってくれると分かっていることが大切

である。

中心になる「[オリジナル](#)で説得力のある切り口」が大切。[養老さん](#)などは「唯脳論」一本で押し
ている。

そんな切り口が世間の人には新鮮で説得力があったのだ。

医学という切り口と、[心理学](#)という切り口がある。

精神病理を論じて現代を切る。社会批評におよぶ。これがひとつの典型的論点。

2250

なぜ[精神科](#)クリニックにも[精神病院](#)にも絶望したのか。

なぜ[精神病患者](#)に絶望したのか。それは家族の絶望と共通するものがあるのではないか。

2251

人の欠点ばかりが目につき、人をほめられない人。これは[自己嫌悪](#)の人に多い。反対に他人に対して基本的に好意的態度を持っている人は、[自己嫌悪](#)が少ない。自己受容ができている。従って、まずあるがままの自分自身を受け入れることを学ぶ。自分で自分が気に入ること。

私の場合には、[自己肯定](#)も強いが同時に[自己否定](#)が強い。両方ともとても強い。[自己肯定](#)と[自己否定](#)は同居しうるのだ。

2252

宮大工の棟梁の話から精神療法やACの話。

木は、風に抗して立っているから、まっすぐ立っているように見えても、内側に「ねじれ」を宿している。そうした素性を見抜いて材木を使う。例えば、植えられた場所によってねじれが違うことを利用して、逆のねじれの木を組み合わせて使う。すると内在するねじれが打ち消しあって強い構造をつくる。

これは人間の心の場合にもいえる。

家庭状況や身体条件による[ストレス](#)があっても、それでも心理的にまっすぐに育つ人は、それだけ大きい歪みを内在させているといえるかもしれない。[ストレス](#)の大きさに応じて曲がってしまった方が、むしろ素直である。余計なものを内在させていないと考えられる。

だから、治療者の立場でいえば、生育の状況に応じて曲がった人は心理療法の必要もない。内部はまっすぐだからだ。風が吹いていたから、それに応じて曲がっただけである。一方、成育状況がづらいものであったにもかかわらず、立派に育った人は、それだけ「ねじれ」を内在させていると考えられる。こうした人の方が病気は深い。強い風にも曲がらないだけの生き方をしてきた。強い北からの風に抗してまっすぐ伸びるためには、内部で北に向かう力をかけなければならない。風の力と内部の力が拮抗してはじめて、まっすぐに育つ。結果としてはまっすぐであるが、内部の力学としては非常に片寄った力がかかっているのだ。それが内部の歪みとして蓄えられることになる。

そうした人を北風のない場所におくと、どうなるか。内部の歪みと拮抗するだけの外力がないから、次第に曲がってゆくのだ。このあたりを自動調整できる人はよい。しかし歪みが大きい場合には調整できないことがある。その人は北風があってはじめて安定するのだ。

こう考えると、まっすぐな木やまっすぐな人はづらい。

人間の場合には、自分の内部にそのような「ひずみ」があるのだと自覚できるだけでずいぶん違う生き方ができるようになる。何か訳の分からない力に翻弄されている無力な感じから抜け出ることができる。

人と人とを組み合わせることにも、こうした「内在するねじれ」を考慮したい。

ACの議論はこうしたことと似ている。親が親としての機能をうまく[果たして](#)いない家庭であるにもかかわらず、「いい子」として育つ。そのうちに「ひずみ」を内在化する。これは風に抗して

立つ木と同じである。[思春期](#)に至り、「機能不全の親」がいなくなると急に不安になる。それは内部の力と拮抗するだけの北風が必要だからだ。そして自分が安定できる場所を求める。それは[アルコール中毒](#)の夫であったりする。そしてこのような内在する「ひずみ」は世代から世代へと引き継がれて行く。

[精神科医](#)はこうした内在する「ひずみ」を見立てる。今現在症状としてまた生き方として「曲がって」いても、大して問題ではないこともある。そのことがむしろまっすぐ生きているのだと判断される場合もある。逆に、いま症状としても問題はない、生き方としてもまっすぐであるという場合でも、内在する「ひずみ」は小さくない場合がある。それは客観的に確実に分かるものでもない。治療者によって見解が分かれるだろう。そのように微妙な判断である。

しかし宮大工の棟梁には木のひずみが見えるように、感度のよい[精神科](#)治療者には人の心の「ひずみ」が見えるのである。

治療者の感度のよさを検証する客観的な物差しはない。判定された患者たちはそうした判定を拒むことも多い。

まっすぐ生きている人たちはまっすぐ生きていることを肯定的に評価されたい人たちである。それなのに、「実は心に大きなひずみが内在している」といわれるのは気に入らない。気に入らないから事実を否認する。どこにも何の証拠もないから仕方がない。ただ、その人はそのまま生きようとするばますますひずみを大きくしてゆく。治療者から見れば自分達の無力を嘆くばかりである。

逆に、曲がってしまった人たちは、「可哀想だね、環境のせいだ」と言って慰めて欲しい人たちである。そんな人たちに、あなたはまっすぐだから心配いらないと言っても、受け入れない。大きさに心配してくれる人を求めているのである。

2253

I Qの低い人は高い人に比べて、[ストレス](#)の高い世界を生きている。不安が大きい。

2254

どんな人を[精神分裂病](#)というか。

「プロイラーの4Aのような[陰性症状](#)が基本にあり、人生の中で最低一回、幻覚妄想状態を経験していること」こうした意見がある。実際的であり、なかなか味わいがある。

2255

現代科学への正しい批判がなされているか？

誤った批判は多い。たとえば要素還元主義であるという。代わりにホーリ[スティック](#)に考えよという。しかしそれでどんな結果が産み出されるのか、結果で判定すれば全くの役立たずである。しかし医学の領域では事情が違う。「信じていれば救われる」ことがある。主観的な確信が、内的な治癒力を引き出して、結果として病気が治ったり気持ちが軽くなったりする。これは現代科学が行き詰まっているからではない。患者が変なものを信じたがるからである。

科学は、そもそも[スコラ](#)哲学の伝統からの反省として考えられるべきだ。個人として本当に信じられるものは何かと問いつめる。経験である。反復して確認できる経験。その純粋なものを実験と呼ぶ。実験はどんな権威とも関係がない。[カトリック教会](#)が何といおうと関係ない。

華道ならば、何が美しいかについて、家元が決める。美の基準などはそれでもいい。自分が何を美しいと感じるかは自分で決めるという人もある。そうした人たちの場合、美とは個人的な経験である。なかには何が美しいかについて家元の意見を参考にして決めたいという人もある。そうした人たちの場合、美とは集団的な出来事である。しかしそれだけではない。「わたしとしてはこちらの方が美しいと思う。この確信は譲れない」と思っている場合に、やはり集団の合意を反復しているだけだという場合が多いのである。人間が集団で生きる生物であるという、脳の性格を反映している。

経験を基礎とした知識、特に実験という純化された経験を基礎として科学が成立している。

人間にとっての真実の源泉は三つある。経験と集団の常識と啓示と。[純粋科学](#)は[純粋経験](#)を基礎としている。何が美しいかについては、一部は脳の性質（女性の美、満月の美）、一部は集団の常識である（たとえば時代の美）。

科学はなぜ批判されるか。実際は[的外れ](#)な批判でしかないだろう。[八つ当たり](#)である。批判する人の心理分析をした方がよいらろう。

[現代社会](#)の問題は科学の問題というよりは人間の[心の問題](#)、大抵は倫理の問題であろう。

まともらず。[1997年9月19日](#)（金）

2256

本の企画

[管理職](#)必読。

部下の心を管理する。

[管理職](#)とは、心の[管理職](#)である。

2257

[精神科医](#)であることと詩人であることとの本質的な関連

精神病の内的体験は、本質的に「言語領域外」「常識外」の体験である。もし、そうした体験をズバリ表現する言葉があるならば、その体験は常識の圏内にあり、人々の共有されるものである。そうしたものは精神病という必要はない。精神的不調といっておけばよく、多くの言葉を費やすことなく他人に伝達可能な体験である。

精神病の事態というものは、本質的にこれまで個人的にも体験したことがなく、しかも[共同体](#)内で共有されたとは聞かされていない、つまり言語の中に組み込まれていない体験である。

患者と治療者が診察室で、患者の内部に起こっている体験について知ろうとすれば、また言語で明細化しようとするならば、それは常識の範囲内の言葉では不足になる。どうしても言葉の比喩的使用法に頼ることになり、さらには言葉の新しい意味の創造にもなる。

患者は自分の内部にしかない、普通の言葉ではぴったりと表現できない感じについて、これま

で使ってきた言葉を組み合わせて、ときに意味のにじみを利用して、ときにまったく新しい意味の側面を創作しながら、語るのである。

それは本質的に詩人の営みであり、詩を読む営みである。

これまで常識的な言葉ではぴったりと言いあらわすことのできないことを、工夫して表現する。[精神科](#)の診察室ではそのようなことが行われている。それは詩の営みと同じである。

たとえば特定の領域で隠語が発達する場合があります、それはその領域の人々の雰囲気によく寄り添っている。たとえば[女子学生](#)の用いる特有の流行語が面白がられる。そのときその言葉には特有の何かの「感じ」が付与されている。言葉に接するとき、その特有の雰囲気、その言葉からにじみ出る何か、その言葉でなくては伝達できない何か、それを感じとる感性が[精神科](#)の治療者には要求される。

[精神科](#)患者はしばしば「自分は本当には理解されていない」と絶望的になる。[精神科](#)患者の一番の苦しみは、他人に理解されない苦しみである。

したがって、[精神科](#)治療者が「言葉の体系にとって前代未聞の体験」をどのようにして理解できるかが重要である。

よく耳を傾けて、こちらの常識を押しつけず、言葉の「創造的使用法」の裏にある内的体験を探り当てる態度が必要である。

たとえば、「変な声が聞こえてきてつらいんです」と語る場合、「聞こえてくる」という意味の内容は、通常の「聞こえる」とは似ているがやや違うことである。他の患者の「聞こえてくる」体験と同じかどうかを比べることも難しい。ただお互いの言葉を通して推定できるだけである。その場合、語る側も、聞く側も、言葉の創造的な使用、つまり詩の言葉を語り、聞いているわけである。

2258

よい[マネージャー](#)であるために

部下に休養のタイミングを[アドバイス](#)できるようになること。

2259

人間は他の動物と違い、生まれた時に脳が完成していない。いわば開いた輪である。牛や馬などは、生まれてからすぐに近くにいるものを母親と認識して真似をする。その程度で輪は閉じる。完成である。

ところが人間の場合にはその後もたくさんのかことを学び続ける。

ということはつまり、人間の場合には脳の生育と完成にあたって、環境の影響がとても大きいということになる。

木は、北風が強く吹いていれば、それに抗してまっすぐに伸びようとする。しかし、なかには自分自身のねじれと北風によるねじれとが打ち消しあわないで、非常に極端にねじ曲がってしまう場合がある。それが例えば[反社会性人格障害](#)である。

?北風+自身のねじれ=まっすぐ これは打ち消しあっている。

?北風+自身のねじれ=ひどく曲がっている これはマイナス同士で大きなマイナスをつくっている。

最終的な産物（表現型）は異なるが、内在するねじれの大きさは同じである。

?たとえば内在するねじれが小さい場合、北風の影響はそのまま素直にあらわれて、北風の強さに応じて木は曲がって育つ。

外見 内在するねじれ

?まっすぐ 大きい 難しい人生を生きている

?ひどい曲がり 大きい たとえば神戸殺人少年

?曲がり 小さい よくある非行少年

?まっすぐ 小さい 普通の良い子

?は単に環境のままに育っただけである。病理は深くない。

?と?は同じくらい病理が深いが、外見はまったく違う。

知能とは、環境にもかかわらず自分の好む方向に伸びる力である。知能が低い場合には環境の奴隷になる。

神戸の少年が問題だというのなら、?タイプの間人も、同様に問題である。同じくらいのねじれを宿している。神戸少年の場合には、たまたま風の向きとねじれの向きが同じ方向を向いてしまった。

?は立派だがねじれが大きい。?のほうがむしろ、問題は少ない。主観的にいえば、苦しみが少ない。?で、苦しみの自覚も少ないという人は、苦しみを抑圧している。そんな人たちは心身症の形で体が悩んでみたりする。

2260

セルフ・アイデンティティ

いろいろな下位のアイデンティティが蓄えられているが、どんな場面でどんなアイデンティティを発揮するかをコントロールしているのが、セルフ・アイデンティティである。

これは現実場面にどのように適応するかということであり、神経症の発生と関連している。ここがうまくいかないと適応障害になる。

2261

治療者として、精神科医と詩人がひとりの人間のなかで統合されていることの大切さ。

これは、科学と文学、体と心、客観と主観、普遍と個別、こうしたものの統合を意味している。精神科の診察室とは、こうしたものの統合の場所である。

患者の話を聞いていて、一方では客観的に診断をしている。そのような知識の体系がある。診断と治療の経験が科学として蓄積されている。

しかし一方では患者の主観に寄り添い、患者のこころの内部にあるイメージシステムをつかもうとしている。これは個別の領域である。

例えば、「海」という言葉にしても、治療者の心にある海では当然いけない。物理的な海を想像

するだけでもいけない（人間である限り不可能であろうけれど）。患者の心にある「海」をつかまなければならない。それは容易ではない。しかしそのような作業が積み重ねられて、その患者の心の中のキーワードの輪郭・色・香りが理解されてくるようになると、「治療関係が深まる」ということになる。しかしそんなことは通常不可能に近いではないか？

自分の配偶者について、子供について、その人の内的なイメージシステムをどの程度知っているかと考えてみれば、難事であることが理解される。

普遍と個別は、容器と内容物の違いといってもよい。

治療者は、話を聞いて、態度を観察し、雰囲気を感じながら、精神の構造がどうなっているのかを知ろうとする。これは科学であり、普遍である。多くの症例に共通するものとして抽出できる。構造の歪みである。容器の穴である。

一方で、語られている内容については、詩人のように接している。個人の内部にあるイメージシステムをもとに、この世界がどのように体験されているか、知ろうとする。

患者にすれば、患者に固有の部分をすべてを病気のせいとされるのは、納得できないはずだ。平均とのずれがすべて病気であるはずはない。

日くいいがたいものをいかにして伝えられるか、その作業は人間を困惑させる。その困惑を、患者と詩人は共有している。創造的な一回限りの言葉の使い方になる。表現の言葉がないものを、いかにして伝えるか。そうした困難な作業を診察室で試みている。

たいていは、「一所懸命聞いてもらったから、それだけでもよかった」と優しいことをいってくれる。ほんとうはそれではいけないのだから、目標はもっと高く持っているつもりだ。

（風呂場で考えていた言葉が、今はもう消えている。もっとくっきりしたことを考えているつもりであったのに。）

（風呂のなかで考えていることは夢のようなものかもしれない。一次過程が活発に動いている。湯上がりには二次過程になる。それで言葉が違ってしまふ。そうか？）

病気になっている部分と、病気を苦しんでいる部分とがある。病気に対しては科学でよい。病気を苦しんでいる部分に対しては、その苦しみを和らげたい。これは身体病でも同じである。

精神病患者の場合には苦しみの一部は「理解されないこと」に由来している。なぜ理解されないか。それは精神病患者の体験は、人々の共有する常識外の事態、つまり言葉の使用法の圏外の事態だからだ。そうしたことを分かり合う方法は何か。ひとつは絵画などの言語以外のチャンネルを用いること。もうひとつは言葉の創造的な拡張しようである。後者が詩の営みである。

一般に、例えば「海」という言葉が発せられたときに、その発言した人の内部に何があったのか、注意深く感じてみたいと思ったとき、詩の世界である。

言葉を南極の氷にたとえる。見えるのは地上の部分だけ、見えない部分はその何倍もある。同じように、言葉はその人の体験の一部でしかなく、伝達のきっかけでしかなく、最大公約数でしかなく、しかたなく用いている記号に過ぎない。

知覚経験とは、外界の実体を、人間の五感で知覚して、それを脳の内部で統合しているに過ぎない。統合の際に、概念や先入観を混入させる。

そのような体験の構造に沿って、理解を試みる。

人が人を理解するのはいかにして可能か。ロマンにあふれた営みである。一面では無謀である。

2262

中沢恒幸「急迫性障害の現在」

中沢（1990）は強迫病の手掌皮膚電位反射から、音刺激を繰り返しても反射数および振幅を減ずることなく（健康者は音刺激が繰り返されると慣れが生じ、反射数および振幅が減少する）、まったく慣れをきたさないこと、精神運動テストのタッピングでその反応時間、間隔、正確さが明らかに優れ、選択反応時間の延長（一瞬ためらい手を離さない、トランプカードを持つ手のごとく、離すとき時間を要する）が挙げられた。

脅迫者は、慣れをまったく生じない反応を呈し、タスクを与えられたときの正確な反応時間が特徴である。

●「慣れを生じない」との観点。

2263

中沢恒幸「急迫性障害の現在」

（Hollander 1992）

強迫と衝動が前頭葉機能とセロトニン代謝（セロトニンは社会的従属性と関連している）の上で、たがいに変異体であることに注目した。

すなわち強迫はリスクを避け、予期不安があり、反芻することによって不安を和らげリスクを減らしている。これに属するものは心気症、醜形身体表現障害、摂食障害（人格障害を併発しないもの）、離人症、抜毛症、トゥーレット症状群（ママ）で、セロトニン代謝は増加し（セロトニン代謝産物である5-HIAAが髄液内で増加する）、前頭葉機能も亢進（セロトニン受容体数の増加）している（前頭葉機能亢進）。

これに対し衝動性は、危機回避が欠損し、むしろリスクを探索し、感情の制御がきかず行動に出て、不安も少ない。このタイプは怒りの衝動の代表である境界性人格障害BPDや、間欠的に衝動調節障害をきたす放火癖、盗癖、病的賭博、性倒錯などの反社会（非社会）性人格障害の逸脱者で、その行動に多少の心の痛みはあっても、快楽を選ぶ特徴がある。多くの薬物依存（アルコールをはじめ）もこの群に入り、衝動性によりセロトニン代謝が低下し、また前頭葉機能も減少している（前頭葉機能低下）。

一般に脳の器質的变化には強迫を伴うことが多い。

強迫スペクトルの図

（危機回避、損害逃避、予期不安、髄液5-HIAA増加、前頭葉機能亢進）＝強迫極

強迫欲動（ママ）

心気症状

身体醜形疾患（ママ）

摂食障害

離人症

トゥレット症状群

抜毛癖

薬物依存

[病的賭博](#)

性倒錯

[境界性人格障害](#)

[反社会性人格障害](#)

(危機探索、損害意識欠如、予期不安小、髄液5-HIAA減少、[前頭葉](#)機能低下) = 衝動極

[セロトニン](#) = 心の抑制系

強迫性と衝動性の[スイッチ](#)機構は大きな[テーマ](#)である。

Modell, J.G., 1989の強迫[生理学](#)。

2264

中沢恒幸「急迫性障害の現在」

人体で最古のレセプターは原始G蛋白共役[セロトニン](#)受容体。7億年以上の歴史を持ち、酵母から[プラナリア](#)が分化したとき形成された(?ママ)。以来分化を重ね、現在30数種の亜型を持ち、[ドパミン](#)、[ムスカリン](#)、[エピネフリン](#)受容体なども派生させた。だが[セロトニン](#)系は末梢臓器では後発の[アセチルコリン](#)系や[エピネフリン](#)系に主役を奪われ、生体防御機構としては過去の遺物に過ぎないと考えられてきた。

普段[セロトニン](#)は何をやっているのか、まったく分かっていない。

普段は沈黙していて、後輩伝達系が暴走をはじめると表に立ち現れて、それを抑えるかのごとくである。[セロトニン](#) = 心の抑制系らしい。

2265

中沢恒幸「急迫性障害の現在」

治療。強迫は治りきると考えてはいけない。むしろ治してはいけない部分があるし、そこに手をつけることは強迫人の歴史を破壊することにもなる。国際強迫障害[協議会](#)の[パンフレット](#)。

?患者を責めない。

?勇気づけ援助する。放置せず行動を強化する。

?患者にこちらで行動して見せ、痛みに気付かせる。(ママ。どんな意味か?)

?患者と健康な関係を保つ。

患者は孤独である。それに対して、

?精神病ではない。恥ずかしがることでもない。

?君だけではない。20人に1人は強迫症。

?治療者との[オープン](#)な関係。

?薬が効く。

?なるべく外に出る。自由に行動する。

2266

先日[テレビ](#)で[評論家](#)が言う。痴呆老人を「おじいちゃん」「おばあちゃん」と呼ぶのは、その人たちの人格を認めていない態度だ。その人たちは立派な[社会人](#)だったのだから、人格の尊厳を尊重して、きちんとした名前と呼ぶべきだ。

確かにそうでしょう。そして、そんなことを言えば[評論家](#)としては仕事にはなるでしょう。でも、そんなことで何がどうなるというのだろうか。

そんなことを言っているいい気になっていられるのは[評論家](#)だけだ。また、そのような発言は[マスコミ](#)から要求されていることでもある。

そんな意見があり、それは正論だろうと分かっている。しかし現場ではその通りにいかない何かがあるのだ。その何かを突き止めなければ意味がない。自分では現場の仕事をしていない人でなければ言えない言葉である。

そんなことがあってもいいけれど、何だか空しい。

痴呆病棟には元医者もいる。元婦長もいる。病棟でその人を「婦長さん」と呼ぶとき、「人間の尊厳のゆえに」その言葉が発せられているわけではない。

病棟で彼らが活動できることと云ったら、子供のようなことばかりである。大人にふさわしいことはもう何もできなくなっているのだ。集団生活という要因もあるだろうけれど、[保育園](#)の園児を扱っているのに似ている。しかも、彼らは園児ほどには可愛らしくない。

そんな状況が一年二年と続いたときに、どのようにして「人間の尊厳」という観念を保持したままで介護することができるか。難しいことだ。介護職の人が特別なのではない。普通の人たちだと思ふ。病院の仕組みが特に悪いわけでもないだろう。何かしら、必然的にそのような状況に落ち込んで行く要因があるのだ。

そのことを問題にして明らかにしてくれるのが[評論家](#)ではないか。

2267

子供の心が分からない

どう教育していいのかわからない

こうしたことの背景に、子供が生きている文化と、親が生きている文化とが、分離していることがあげられる。

子供は家庭や親も属する地域文化に属してはいない。

昔はそうではなかった。子供が成長するとは、親の属している文化を取り込むことであった。

子供は親とは違う文化のなかで育ち、別の価値規範を学んでゆく。

こうした観点からは、親が子供と心が通わないという状態も無理はない。

しかし一方、極端な性格や時に犯罪に至るような暴走、衝動性、こうしたものがどうして生じてしまうのか、それに対してどのような対策があるのか、答えが見えない状況である。

衝動性について、たとえば[セロトニン](#)抑制系の弱さと言ってしまうのはどうだろうか？そのよう

に割り切れるとも思えない。

2268

「幻聴が聞こえる」と患者がいう。この場合の「聞こえる」という言葉がすでに比喩的な意味である。「聞こえるというのに似ている何か」である。このように比喩的な用法が多い。言葉の正確な意味からは少しずつずれている。

2269

説明の文章について。

話しかける雰囲気。手紙を書いている雰囲気。患者に対する[パンフレット](#)のつもりで。

です・ます体。

「あなた」などの呼びかけ。

例を多用。

疑問、呼びかけ、話しかけ。

構造を明確に。

ひとつの文でひとつの主張。

頭でまとめ、最後でまとめる。

[岩波新書](#)の雰囲気。

2270

[精神医学](#)と詩

[シニフィアン](#)（記号）と[シニフィエ](#)（内容）

記号と内容の結合が社会のなかでの常識の結合の仕方をしている。それが通常である。しかし[精神病者](#)の場合には体験内容に対応する記号が欠けている。そこで、記号と内容の独自の結合を創造する。そうすることによってのみ、表現可能となる。しかしその記号は社会に流通するだけの普遍性を持たない。

そうした場面で、治療者は記号と内容の独自の結合を「読み解く」よう試みる。

それが深い意味での「受容」である。

2271

「こころのパトロジー」？[松本雅彦](#)

[クレッチマー](#)による、ヘレーネ・レンナー症例。[精神分裂病](#)とは異質な、ある程度了解可能な病態として敏感関係妄想という診断名が与えられている。どのような気質（性格）の人が、どのような環境のもとで生活を送り、その中でどのような出来事に出会って妄想を抱くようになるのかという、患者の生活史全体のなかでこころの病をとらえようとする視点が鮮明に打ち出されている。

私という人間の考え方、生き方が環境の構成（たとえば職場の雰囲気）に関与していないはずは

ないし、一方、環境の方も、私の生き方、考え方に影響を及ぼしていないはずはない。この相互影響の持続の中に、今の私はある。私と環境とは、いつもすでに循環的、円環的な相互作用のうちにある。私が先（＝原因）か、環境が先か、という因果論的な問題の立て方はできない。私という人間と私が今いる環境とは不可分で一体なのだ。

こころの病を原因、誘因と名指すことのできる出来事から生じた結果だとみる、そのような因果関係でとらえることを阻むものがある。だからこそ私たちは発病「状況」という言い方しかできない。

●このところは、「因果関係でとらえることを阻むものがあるのはなぜか、原理的に不可能なのか」、そこまで論及したい。そうでなければ、単に科学として未発達だから、因果関係を辿ることができないだけだということになる。この程度の複雑さを扱う技法がまだ開発されていないだけだと断定されてしまうだろう。

?通常科学で用いるように、因果関係をたどる理解で原理的にはよい、ただし、複雑すぎて技術としては未完成である。

?因果関係をたどる科学的思考は原理的に精神科領域の説明には不十分である。

?と?のいずれであるのか、明確化する必要がある。

状況因という言い方は単に?の言い逃れであろう。ここに科学の原理的な限界があるなどという大げさな話ではない。

2272

精神病者の状況を一挙に全体的に把握することは不可能である。部分から理解をはじめ、何らかの仮説に立って見てみる必要がある。それを安永は「補助線を引く」という。

●しかし理論はあくまで理論である。補助線を引いて得られる理解はあくまで一側面である。

2273

むかし流行した、トマス・クーンのパラダイムチェンジも、ゲシュタルト変換といってよい例である。

線画の立方体が出ているか凹んでいるか。

2274

「こころのパトロジー」?松本雅彦

実感を言葉にするのは難しい。人と人が分かり合うためには、言葉によるしかないとされている。本当にそうなのか?

2275

妄想がなぜいつも被害的・迫害的なのか?

2276

「こころのパトロジー」 [松本雅彦](#)

分裂病者の場合、自分の殻に閉じこもり、他者に助力を乞うことをしない。それでも彼らはどこかで救いを求めている。それを直接的な形で表明することができない。その直接的な表明を妨げているものがどこかにある、そう考えた方がいい。

2277

「こころのパトロジー」 [松本雅彦](#) →[精神科医](#)と詩人

[ありのまま](#)に受けとめること。患者の波長に同調 ([チューニング](#)) すること。

共感の欠如、「わかってもらえない」事態の連続は、患者をますます自分の殻の中に閉じ込めさせる。

「(自分の体験にはないが) もとそうであれば、[しんどい](#)ことだろう」

既成の常識的規範で「おかしい」と判断されてきた患者にとって、その「おかしい」という判断以前のところで、実際に自分が実感している出来事を、そのままに受けとめようとしている治療者がいる、このような出会いがなんらかの「手応え」となるのではないか。自分のしんどさを分かってもらえた、少なくとも分かってもらえそうだという「感触」をもってもらうことにはならないか。

患者の言語化に「沿い」、その言語化を「誘う」。

病像をくまなく洗い出し診断を確かなものにしようとする作業は、患者が現在体験しつつある世界に沿って対話を進めてゆくという方向を歪めかねない。

診断学的枠にもとらわれない。

DSMによって初回面接が行われるとすれば、それは反治療的ですからある。

沈黙に治療者の方が耐えられない。

医療とは、個別の関係において成り立ちながら、客観性・公共性を求められる営みである。

個別性が客観性を失ってはならない。

[サリヴァン](#)の「関与しながらの観察」。

関与と観察、共感と冷徹な[まなざし](#)。この二面性、背理、矛盾。

2278

「こころのパトロジー」 [松本雅彦](#)

薬の[副作用](#)に限らず、予告された事柄に対して、人はある程度それを受け入れることができる。

2279

「こころのパトロジー」 [松本雅彦](#)

慢性化した患者が、独語を呟きながら、「声が聞こえる」と訴える事実は、セグラスやジャネ、村上(仁)によって観察されている。

妄想が外界の主観化subjectivationであるのに対比して、幻聴は、内界の客観化objectivation(=外在化)として位置づけられる。

コンラートは、妄想を外界のアポフェニー、幻覚を内界のアポフェニーと名付けた。

声は、聞こえているのではなく、「意味」を声のように「聴いている」。聴覚としての感覚性は希薄であり、むしろ意味の方こそが濃厚である。

[覚醒剤](#)中毒者の場合、感覚性が高く、生々しく聞こえるらしい。「声」の発生源を求めて、探し回ったりする。声の発生源が自分の外にあると確信しているからであろう。分裂病者は声の発生源を外に求めることは少ない。自分の内部の声だと知っているからだろう。

●「声が聞こえる」という表現自体が比喩である。

2280

「こころのパトロジー」[松本雅彦](#) →[精神科医](#)と詩人

分裂病の発症は当人にもとらえがたい出来事として出現してくる。しかし、その出来事を意味として言語として、とらえなければ、彼らは永遠に「無意味」「不気味」な世界をさまよわなければならない。「何か」としか表現できない変化を言語に置き換えるという試みをしなければならない。

妄想や幻覚と呼ばれる「症状」も、病者自身己に出来た事態に意味と言語とを付与しようとする点において、「創造」と呼ばれてよい営みだということができる。

●「言葉で共有できない事態」を言葉で語ることができず、症状で表現している場合がないだろうか。そのようにして伝達している。

2281

[精神科医](#)と詩人

行動化や症状化ではなく、言語化して悩む方向に導く。これは詩人の営みである。

また、行動や症状が伝えているものを読みとる。これは詩の営みである。

2282

[マザー・テレサ](#)の映画

隣人を愛する。しかし[精神病患者](#)の場合、そうした尊い心を枯れさせる何かがあるのではないか。そこを解決しなければ、現状は改善されないのではないか。

[精神科医療](#)は、何かもう一つ足りないように思う。

世間の人や家族が愛想を尽かして嫌う。そんな人たちを職員たちが愛せるだろうか？自然な気持ちとしては難しい。どうしても愛しなさいといっても、無理をすることになる。しかも[精神病患者](#)は集団である。ときに薬物中毒がいたり、[暴力団](#)の人がいたり、さまざまである。

そうした状況で、「仕事だから割り切って、必要なことをやるだけです」となってしまう場合が多い。そして必要なことさえしなくなる。さらには人間として恥ずかしい状態になっていても、反省の機会もなく日々を過ごす。

それも責められない状況がある。「場末の」[精神病院](#)は実に困難な場所である。何が問題なのか、考える必要がある。

2283

坂野雄二「[認知行動療法入門](#)」

○これならなんとかなるとい見通しを持つことのできる人は、そうでない人に比べて、身体的に安定した状態でものごとに取り組むことができる。

○認知によって、いやな体験が再びいやな体験となるかどうか決定される。

○外傷体験をもつことに意味があるのではなく、それをどう理解しているかに意味がある。

○行動は、?言語的・主観的成分（怖いと思う）、?身体的・[生理的](#)反応成分（ドキドキする、冷や汗をかく）、?運動的反應成分（回避行動）、の三つの反応成分からなる。

○伝統的な精神療法は、?を[ターゲット](#)とする。伝統的な[行動療法](#)では、?と?を[ターゲット](#)とする

。

○認知[モデル](#).....個人が世界をどう構造化しているか。行動異常あるいは病理的症狀は、個人の生育史の中で形成された固定的な[スキーマ](#)にしたがって判断された歪んだ思考様式によって引き起こされ、維持されている。

2284

軽度の[意識障害](#)があるとき、軽度の[躁状態](#)に似る。

体や心がとても疲れているとき、軽度の[躁状態](#)に似る。それは実は軽度の[意識障害](#)である。

都会の喧噪は、疲労の故の軽度の[意識障害](#)で、それが軽度の[躁状態](#)に見える。

そんなときには思考が次々に進展するということではなく、ただ[きれぎれ](#)の思考が散乱しているだけである。

2285

[自由意志](#)。

[自由意志](#)はない。こう書いて反論があれば、それは[自由意志](#)の意味内容を理解していないからだ

。

ただ物質の決定論があるだけである。それによって世界のありさまを記述するには複雑すぎるから人間の手に負えないだけである。

[自由意志](#)はない。それを否定することは、つまりは靈魂の存在を仮定してくれということだろう。物質の法則以外の何かを仮定してくれということだ。

物質→意識

言葉など、五感からの入力が入力が脳を操作する。それもすべて物質のレベルで記述できることだ。

2286

「心の豊かさ」の内容について

目を閉じて、そこに何が浮かんでいるか

多面的な見方

挫けない心・楽観的姿勢

余裕

時間を楽しむ姿勢

対人関係の質と量

自分の心をコントロールできること

現在の瞬間を相対化できること

思いやり

他人を大切にすること（愛）

目的意識

2287

「こころの辞典」通信 計画

○目的

- ・勉強の[動機付け](#)
- ・臨床の支えとなる連帯感
- ・よいものを紹介しあい、感性を高めるきっかけをつくる
- ・「こころの辞典第二版」準備委員会の性格を持たせる

○内容

- ・書籍と論文の紹介
- ・学会報告
- ・やさしい解説
- ・職場と大学の動向報告
- ・映画、絵画、音楽、文学などの紹介
- ・声
- ・質問箱
- ・[エッセイ](#)、文学（小説、詩、短歌、俳句）
- ・写真、絵画
- ・近況報告
- ・症例検討会の紹介

○しくみ

- ・月刊
- ・会員に郵送。自分の切手代を各自負担する。
- ・[クローズド](#)で運営。新規会員は紹介制。
- ・会員が自由に原稿を書く。
- ・会員の仲が悪くなりそうな内容は避ける。
- ・患者の[プライバシー](#)は守る。
- ・印刷、紙、[コンピューター](#)などの費用に「こころの辞典」の売り上げ収入をあてる。

○まず趣旨を説明して、[アンケート](#)で各人の希望をきく。

2288

内科と[精神科](#)を比較すると、[精神科](#)は教育界でいう「困難校」のようなものだ。[精神科](#)患者といっても、でも物わかりがよくてこぎれいな人たちと、世間からはみ出して、愛想を尽かされ、見捨てられ、ひねくれて、よい意味での自尊心を失った人たちとは、かなり様子が違う。後者を扱うのがいわば「困難校」である。

[精神科](#)が敬遠され、[敷居が高い](#)とされるのも、後者の患者群がいるからである。この人たちの本質的な問題は精神病というよりは、性格だろうという印象である。

人に嫌われて、ひねくれて、自尊心を失い、人を恨み、居直り、ずるくなり、さらに人に嫌われ、と[悪循環](#)が成立する。

2289

目標を見つける

前進する

人生は明快である

2290

[愛国心](#)

それは自動的に誰にでも獲得される[アイデンティティ](#)である。誰にでも自覚なしに努力なしに。この点で税金に似る。

国家が国家であることによって各個人に自動的に生じる[アイデンティティ](#)。[一網打尽](#)である。個人は自動的に選ばれるのだ。主体的能動的な[プロセス](#)が欠けている。

2291

学習性無気力と[精神病院](#)

[精神病院](#)は学習性無気力を制度化している。バカ扱い、子供扱い、犯罪者扱い、半人前扱い。バカな[看護婦](#)からバカにされることほど学習性無気力形性に適した状況はないだろう。

2292

映画などで：主人公が生き延びるためなら、脇役は平気で命を落とす。戦いの「尊い」[犠牲者](#)である。尊いらしいが、実に簡単に死んでしまう。

「自分のためなら他人は死んでもしかたがない」という、実に人間的な感覚があらわれている。

2293

未曾有の体験を語る人の悩みと、それを聞く人の悩み

内容→記号（言葉）

A→a

B→b

C→c

AとBの中間のことを語るにはどうすればよいか？また、Dを語るにはどうすればよいか？（→言葉の意味の拡張的使用。）

例：「[ライオン](#)と[トマト](#)の中間くらいの苦しみ」

zと言葉で表現されているとき、どう解釈すればよいか？abcと並べていって、外挿する、つまり補助線を引いて推測する。（→補助線を引いて聞く。言語の拡張的使用の理解。）

2294

坂野雄二「[認知行動療法](#)入門」（こころの科学 連載）

○認知の中に、反応[パターン](#)（一時的）と反応[スタイル](#)（一貫して固定的）とを考える。

反応[パターン](#)としては、「期待」「象徴的[コーディング](#)」「対処可能性」「[セルフ・エフィカシー](#)（自己効力感）」「自動思考」「原因帰属の型」などの認知変数がある。

反応[スタイル](#)としては、「不合理な信念」「認知構造」「[スキーマ](#)」「自己敗北的認知的習慣」などの認知変数がある。従来の「[病前性格](#)」に該当する。

刺激と反応の間の媒介変数としての認知。

行動や情動、認知的反応をコントロールする「自己（セルフ）」の役割を重視し、セルフコントロールという観点から行動変容をとらえる。

行動を単に刺激と反応の接近や連合だけで説明するのではなく、予期や判断、思考や信念体系といった認知活動が行動の変容に及ぼす影響を重視し（認知的機能主義：バンデューラ）、認知が行動に影響を及ぼすと考える。

認知と行動の両者の変化を治療効果の評価対象とする。

[ペシミスト](#)は健康状態が悪く[成人病](#)にかかりやすく、無気力で希望を失いやすく、簡単にあきらめる、その結果、能力以下の成績や業績しかあげられない。

肥満傾向の人は過去に対する[ネガティブ](#)な思考を強く持っている。

2295

[精神科](#)の現場で、職員のしている行動が、治療として効果的であるという客観的な裏付けが必要ではないか？伝統だから、上司にいわれたから、さらに極端には特に誰にも止められなかったからというだけで続けていることが多いのではないか。

そんなことを議論しようとするれば、結局は対人関係を円滑に維持できない性格と[レッテル](#)を貼られてしまう。

つまり、[エビデンス](#)に基づく治療の感覚がなく、議論に基づいて真実に至る習慣がない。

2296

人間は「過度の慢性[ストレス](#)」に対処できるようにつくられてはいない。さっさと逃げれば正解

である。

2297

坂野雄二「[認知行動療法](#)入門」

バンデューラの社会的学習理論

人間の行動を決定する要因：先行要因、結果要因、認知要因。

これらが絡み合い、人と行動、環境という三者間の[相互作用](#)が形成されている。

●論旨やや混乱？人と行動と環境？

バンデューラは行動の先行要因としての「[予期機能](#)」を重視し、二つのタイプの予期を取り上げている。

?結果予期。ある行動がどのような結果を生み出すか。

?効力予期。ある結果を生み出すために必要な行動をどの程度うまく行うことができるかという予期。

自分がどの程度の効力予期を持っているかを認知したとき、その個人には[セルフ・エフィカシー](#)（自己効力感）があるという。

●つまり、「どのくらいやれそうか」ということ。

●結果予期とか効力予期とか分けることの意味は？つまりは「自己の能力についての認知」であろう。自分はできると認知していれば当然結果も良い、それは暗示や[トリック](#)であっても、やはり結果はよい、そういうことだろう。

○[セルフ・エフィカシー](#)を高めるには、

?[成功体験](#)

?他人の成功を観察する

?暗示

?[生理的](#)な反応の変化を体験してみる（情動的喚起）【●これは不明瞭】

うつときには[セルフ・エフィカシー](#)が低くなる。

●楽観的とか肯定的、積極的というのではなく、[セルフ・エフィカシー](#)としてやや限定してみることで本質に迫っているのだろうか？

●平たくいえば、「自分にはできるという自信を持たせる」ということでしょうか？それだけのことでないのか？それを概念を洗練・限定し、実験的に確認できる客観的なものにしようとしている点が偉い？

●[プロ野球](#)などでよくいわれていることだ。「[ピッチャー](#)には、勝つことが一番の薬だ」など。それを?~?に分けてみせた。

2298

坂野雄二「[認知行動療法](#)入門」

[セリグマン](#)「獲得された[無気力](#)（learned helplessness）」

[無気力](#)な状態に陥り、[自分から](#)何もしなくなるという行動の特徴は、[電気ショック](#)という[苦痛刺](#)

激（外傷）そのものによって引き起こされるのではなく、「自分の行った反応が外傷をコントロールできない」ということを学習した（対処不可能感を獲得した）結果引き起こされたものだということが示唆される。

つまり、外傷をもつことよりも、それに有効に対処できないという経験が重要である。

回避することのできない苦痛刺激に曝されること、対処不可能性を学習することが、無気力の形性の重要な要因となっている。

精神力動的心理療法では外傷体験がどのような意味を持つかが議論された。しかし、「外傷」に相当するような体験をもったときに人が何を学んでいたのか、すなわち、「対処不可能感」を学習していたのかどうかを明らかにすることが大切である。

●対処不可能な苦痛刺激にさらされるのが分裂病者である。症状に対処することに無気力になっても仕方がない面もある。それがさらに全般の無気力になっても仕方がない面がある。

○原因帰属の話

内的原因—外的原因の軸と安定（持続的）—不安定（一時的）の軸で四分する。

無気力者は失敗の原因を内的・継続的原因に帰属させる。

やる気のある者は失敗を努力の不足（内的・一時的原因）に、成功を能力と努力（内的）に帰属させる。

○再帰属法

原因帰属を変更させる。失敗を能力不足ではなく努力不足に原因すると考えさせる。

失敗の原因帰属の例（表）

持続的 一時的

内的 能力がない 努力不足

性格のせい 体調不良

外的 運命だ 仕事が難しかった

部長の指示が悪かった

2299

生活保護という制度の悪弊

頑張ればそれがお金で報われる。そのような制度を作る必要がある。現状では、仕事は何もしない方が得、仕事できないと認定してもらえば成功、そんな風潮である。

生活保護をもらって遊び歩き、たまにデイナイトケアで遊ぶ。そんな人生をつくってしまうのは罪ではないか。「仕事ができない病人のままでいること」が「彼らの仕事」になっている。

雨宮の例でも分かるように、生活保護を受けるためのノウハウも彼らは知っている。そんな人生の場を提供し、手助けをするのが社会の提供すべき福祉だとは思わない。

もっと彼ら本来の人生を开花させるような、そのような制度が必要である。

ここには微妙に人生観も反映されている。「可哀想な病人さんだから、わたしの子分にしておたしが守ってあげたい」と考える流派の人たちも存在する。岩のように。厚くて巨大な壁である。

2300

臨床的知恵というものは、実際の場面に遭遇しないと出てこない。しかしまた、自分が主治医になっているときには症例検討会とは異なった雰囲気である。知恵が出やすいのは症例検討会である。クリエイティブな議論ができる。思いがけなくよい考えに行き着いたりする。一人で考えるのと、大勢で考えるのとではまた異なる。大勢の知恵が次第に自分のものになる。症例検討会こそが勉強の場である。

2301

互いに愛し合いなさいとの言葉は、互いに大切にし合いなさいという積極的な要請である。それができないなら、せめて赦し合いなさいというのは消極的な要請である。赦すことならば、積極的に行動しなくてもよい。ただ消極的に、自分の怨みの気持ちを抑えればよいことだ。

2302

DSMについて

番号と名称があるが、名称を省いて考えれば、もっとみんなが納得できるのではないか。これは何病だろうかと考えるからややこしい。そうではなくて、この状態はコード番号xxxであるとすればすっきりしている。

そしてさらには、コンピューターでフローチャートをたどっていくと、自動的に番号が出てくる、そんなものになっていけばもっとよい。重複診断についても間違いなく出てくる。

そのようなものを目指しているのだから、そのようなものにしてしまえばよい。

そして一方では、クリエイティブな診断カテゴリーを提案したり議論したりすればよい。

2303

(笠原) 「新・精神科医のノート」

対人恐怖症に対して薬物療法を行ったあと、仕上げとして集団精神療法が望ましい。

また、外来分裂病と彼が名付ける軽症型分裂病の場合に、こうした若年者を対象としたデイケアがあるのが望ましい。

●どちらもわたしがデイトケアで意図したものである。しかし困難であった。困難のひとつは、重症・長期の患者が混入し、その場の主役となったしまう傾向にあった。診療所では、重い病気の人がどうしても主役になり、その場の雰囲気を決めてしまうところがある。病気の軽い人は、重い人に気を使い気兼ねしてクリニックにいるから、結局はリラックスできない。結果的には「はやくアルバイトを始めよう」などと考えるようになる。そのように背中をプッシュするという点で機能していた。しかしそれは本来の意図ではなかった。

●また同業者の理解も不足していた。主治医が別にいる場合、その医師がそうした「軽症者対象のデイトケア」についてどう理解しているかが大切である。患者に操作されてしまう医師がいた。また、「軽症者対象」ということは患者の選別ではないかとの批判を招く。それは背景に悪意をもった批判もあっただろうし、純真な無理解によって発生した批判でもあっただろう。いずれにしても、同業者によく理解されないのでは仕事としてうまくいかない。

2304

患者の属する社会階層も考慮する必要があるだろう。どんな常識をもっているのかも考慮する必要がある。人はさまざまである。

もっとも、考慮するとはいっても、どうしようもないことも多いけれど。

2305

[認知療法](#)で、外傷体験の有無ではなく、外傷体験についての本人の認知の仕方が問題であるというとき、それは[フロイト](#)の「心的現実」と似ているだろうか？

2306

[境界型人格障害](#)や自己愛型[人格障害](#)

現代型未熟性格という。どのように未熟なのか。ひとつには衝動コントロールの点で未熟である。また、苦悩に対して内省ではなく、行動化を用いている。また、現実把握の点で歪みがある。人格の成熟度を[グラフ](#)にするとして、[ヒステリー](#)者は全般的な未熟である。境界型は部分的に成熟を示し、部分的に未熟を示す。そのような差異が認められるのではないか？

WISC-Rにおいて[学習障害](#)児は折れ線型であり、MRは全般的に[発達障害](#)を呈するのと似ている。

2307

(笠原)

スチューデント・[アパシー](#)という概念に[不快感](#)を示す人もあった。[神経症](#)として見るのは病理中心主義であるとして反発を隠さない[精神科医](#)もいた。過度の医学化（メディカリザ[ション](#)）に警戒的な動きもあった。

●病気であると[レットル](#)を貼って安心するという[精神科医](#)のとりそうな戦略であるというわけだ。悪質な場合が確かにある。

●しかしながら、病気の人の批判がじつは当たっていたという場合もある。病気だという診断は正しい。だからといって病気のせいでの批判が正しく[ないとはいえない](#)。批判は正しい場合がある。

2308

(笠原) [サラリーマン・アパシー](#)の復職について。

復職の時点で、彼らは完全に心理的問題を解決できたわけではない。「いかに生きるか」という難問への解答をひとまず先送りできるようになっただけである。「一応、会社をやめたいという、あの差し迫った気持ちからは距離ができた。会社員をつづけながら自分の本当にしたいことをもう一度[ゆっくり](#)さぐってみる」という。未解決のまま生きていくことができる、というのはもちろん一つの進歩ではある。

2309

(成田善弘の説、「強迫症の臨床研究」p.270)

強迫型[パーソナリティ](#)では、悪い自己をよい自己とするべく、強迫的努力が行われる。

自己愛型[パーソナリティ](#)では悪い自己がいとも簡単に否認される。

境界型[パーソナリティ](#)ではよい自己と悪い自己が人格解離し、容易に統合されない。

2310

[タイトル](#)「なぜあの子はいじめられるのか」で計画したらどうか？

2311

[ポジティブ・メンタルヘルス](#)

これは[大切なこと](#)である。病気に対する防波堤。しかしこれを「より健康」な心と考えるには、難しい。何がより健康な心なのかと言われれば難しい。

学生に対して、どんなときに精神の変調を疑い、[専門家](#)に相談すべきか、どのような治療ができるのか、そうした知識を[学校教育](#)の中で浸透させれば有意義であろう。

2312

心の豊かさ

豊かであるとは、自分のことを後回しにできることである。物質もたくさんあれば自分のことは後回しにして他人を先にできる。心も同じ。

2313

[神谷美恵子](#)の伝記を[テレビ](#)で見る。

自分を押しつけない

愛される優しさ

受容

安らぎ

自然な態度で人に愛される

「自分が病んでみてはじめて、病んでいる人の仲間になれたような気がする」と記す。

●要は、どんな経験でも、それをどのように主体的に自分の成長に用いるかということである。

2314

市橋の「[エッセンス](#)」の新版をつくる。→これを「こころの辞典」新聞の目的とする。

2315

地域精神医療と職場精神医療はセットにして考えるべきだ。

2316

演繹（理性主義、先験主義）と帰納（[経験主義](#)）

系統発生的に蓄えられた脳構造と個体発生的に蓄えられた脳構造

長時間の環境適応と短時間の環境適応

2317

脳梁

女性で太い。そのことを左右脳が未分化だと言うべきか。左右脳の連絡がよいと言うべきか。

2318

無限背進？

自分の意識状態を観察する自分の意識がある……この全体の状況をさらに意識して観察することができて、このことは無限背進を構成する。

他人の意識状態を推定する自分の意識がある……これでおしまい。しかしまた、「他人の意識を推定している自分の意識がある」という状態を意識して観察することができるのだから、やはり無限背進が可能である。

実際の話、「意識している自分を意識する」というからくりを「いれこ」のように無限になどと考えるのは無理がある。鏡を鏡に映したときの様子に似ている。そこに奇跡が映っているわけではない。

2319

適応低下 → うつ状態 → 血液精巣関門の開放 → 適応遺伝子の組み込み → 進化の促進

2320

(笠原) 「リスト・カット」

離人には、ヨーロッパ式の本래の離人と、米国式の人格の解離の場合とがある。米国式の解離型離人症は、縦割れのスプリッティング。昔でいえばヒステリー。

●なるほど。こういう点を考慮する必要があるかもしれない。

○ヨーロッパ式離人……知性では存在を承知しているが、実感が希薄である状態。違和感が持続し主観的につらい。長く続く。

○米国式離人……主観的な苦しみに乏しい。尋ねられてはじめてこの症状の存在を口にする。長く続かない。人間はある心理的困難に出会ったとき、そしてそれに耐えがなくなったとき、一個の自分としてのまとまりを犠牲にして、二つの、ときには複数の自分に分割するという心理的戦略を用いる。パーソナリティの解離である。垂直型スプリット (コフォート) といってよい。

○解離型の離人症と古典的離人症の違いに言及したのはDeutsch H. (1942)。アズ・イフ・パーソナリティの人たちは、離人症とよく似ているが違う。自分では外界への情緒的な結びつきのみならず、自身についてのそれさえ薄くなっていることに気づかず、周囲の人ないし精神療法家に指摘されてはじめて、そういえばそうだと気づく。生活全体への彼らの関係の仕方をみていると、そこに真実性というものが欠けている、という印象を免れない、したがってアズ・イフと呼ぶ。

●はたしてヨーロッパ式と米国式の離人を区別できるのだろうか？ 米国人は区別していないから

、離人の語をあてているはずだ。

●知覚と実感が分離するのが古典的離人。知覚と実感がセットになって、解離が生じるのが米国式離人。……なるほど違う。

●「こころの辞典」で、DSM4では離人は[解離性障害](#)としていると紹介している。

2321

(笠原)

クローニンガーの性格研究。

[好奇心](#)に基づく探索行動……行動の開始を可能にする……[ドーパミン](#)

危機の回避……行動の抑制……[セロトニン](#)

報酬への依存……行動の維持を可能にする……ノル[エピネフリン](#)

●その後クローニンガーは七因子[モデル](#)（2205：大野論文）。

新奇性追求、損害回避、報酬依存、固執、自己志向、協調性、自己超越性。

その後、[心理学者](#)たちの同意。五つの[スーパー要素](#)。

外向性、神経質性、[几帳面性](#)、同調性、解放性。

2322

先験的理性は人類が種として長い時間をかけて変異と選択を繰り返してきた結果である。

産まれてきた子供の脳には世界の物理法則があらかじめ書き込まれている。しかし一部の脳には別の法則が書き込まれている。どの脳も、大幅に異なったものではないが、微妙に異なっているのである。

脳の各部分

?先験的法則[プール](#)

?経験を学習し蓄積することを指令する部分 →ここが壊れていると、経験が有用な情報として蓄積されない

?経験の蓄積[プール](#) →これは一生に一度限りの学習から、何度でも学習し直せるものまで、いろいろである。

以前から考えているモジュール

?空想産生

?照合

?現実法則[プール](#)

上の「脳の各部分」と関連付けると、

現実法則[プール](#)には先験的なものと個体経験によるものとの二種がある。

照合とはつまり、上の?である。

2323

東京で風俗産業などに従事した女性たちのその後。その人たちはどんな人生を歩むか？普通の人

生もあるだろうが、[創価学会](#)などで活動する人たちも大勢いそうである。性格障害因子は年齢とともにどのような変化をするか。年代によってどのような発現の仕方をするか？

2324

刑事取り調べと[精神科医療](#)の類似。

2325

[認知療法](#)の基礎理論と他分野との関連

刺激→処理→反応

受診→処理→発信

[認知療法](#)では処理の部分が認知である。これはS S Tの話につながる。

状況→認知→感情

[認知療法](#)的に診断して、S S T的に治療することもできる？

S S Tはもともと[認知行動療法](#)を基礎としているのだから、ことさらにいうほどのことでもない？

[ジェームズ・ランゲ](#)の説

悲しいから泣くのではなく、泣くから悲しいのだとする説。しかしこれは原因Xに対して悲しい（主観的感情）と泣く（自律神経反応または行動）の二つの結果が生じていると考えた方がいいと「こころの辞典」に書いた。

これを認知でいえば、

刺激→認知→二つの反応（悲しいと泣く）

という図式になる。

原因帰属療法も「こころの辞典」にある。これはもっと詳しく内容を書けるはず。→要改訂。

2326

自己主張訓練からS S Tは始まった。

たしかにリ[バーマン](#)の方法はそのようである。

しかしそれはS S T全体からいえば部分である。こだわらない方がいい。

発信機能の不全を訓練して補うときに自己主張訓練が有効であると見きわめることである。診断作業が大事。

処理機能不全や受信機能不全の場合には対処が異なる。

2327

（[認知療法](#)ハンドブックより）

[不安障害](#)形成について（今による修正後のもの）

- ・ [ストレス](#)から[自律神経失調症](#)状（脳の疲労）
- ・ 自律神経失調を破局ととらえる認知の歪み→不安反応の条件付け →発作自体が強化刺激とな

り悪循環を形成する

- ・症状に対する対処行動（これが不適切で悪循環を形成することが多い）
- ・不安発生刺激は一般化し、一方、回避行動により生活が制限される。
（一般化するとは、[全般性不安障害](#)の色彩を帯びること）
（回避行動は、アゴラフォビアのこと）

症状に対する認知はどうか、対処行動はどうかを調べる。

発作→とらわれ・予期不安→発作を感知しやすくなる・発作が起こりやすくなる→発作 の悪循環

[不安障害](#)はこの悪循環が本質的である。

不安発作は台風または夕立である。かならず過ぎ去る。

あわてて対処行動に走ると、「発作はじっとしていれば自然に通り過ぎるものだ」ということが分からなくなる。

そして「対処行動をとらないとどんどんひどくなってしまわないか」と考える。また、ひどくはないからと、事前に対処するようにもなる。絶対に発作が起きないように対処したいと思うようになる。そしてどんどん自分を縛ってゆく。（→過剰な事前対処。過剰な予防措置。）

対処行動の例：薬、注射、家族にいてもらう、[トイレ](#)に行く。

電車に乗ると[トイレ](#)に行けないから、電車に乗れないという人がいた。この場合は、不安に対する対処行動として[トイレ](#)に行くということがある、この対処行動を確保しておくために電車に乗れなくなっている。そして最終的には「電車に乗れない」と悩む。「[トイレ](#)に行けない」も「電車に乗れない」も対処行動である。「対処行動を確保するために」次の対処行動が発生する。

医院があれば[横断歩道](#)を渡れるという人がいた。ここにも何重かの対処行動の重なりをみることができる。

発作→注射→医院→[横断歩道](#)（信号）

[うつ状態](#)でない場合には、休養はかえって回避を促進してしまう場合がある。

不安を鎮める行動をやめれば、症状はかえって早く治まる。

治療の[キーワード](#)は、休む、待つ、やめる、慣らす。

待つとは、時間がたてば発作は必ず終わるから、待つことを学ぶ。

やめるとは、不要の対処行動をやめる。

薬物も対処行動の一つである。

2328

[うつ病](#)者に多い認知の歪み（井上1992）

全か無か思考

過度の一般化

選択的抽出

独断的推論

自己関係付け

誇大視と微小視

破局視

肯定的側面の否認

[感情的論法](#)

すべし表現

[レッテル貼り](#)

●「こころの辞典」では、うつの場合の「うつ場面選択想起」を指摘しておいた。記憶の障害または想起の障害といえよいか。

2329

●[アイデンティティ](#)を同一性と翻訳するのはまったくよくない。同一であることが問題なのではなく、「同定すること」のほうで、「自分とは何か」ということだから。「自己定義」くらいでもよい。同一性と翻訳するから、同一性の拡散という言葉に引きずられて、いくつもの自分という話に横滑りするのではないか？

2330

([認知療法](#)ハンドブックより)

●中核[スキーマ](#)という言葉で、中心葛藤[テーマ](#) (?) CCRT : Core [Conflict](#) Relational Thema (?) を思い出す。似たようなものだろう。

2331

([認知療法](#)ハンドブックより)

患者が怒りを激しく表現する場合、その場での直面化が必要になる。背後に中核[スキーマ](#)が活性化されている場合が多い。

●社会性の「蓋」を破って突出する感情である。ホットな[スキーマ](#)である。

2332

●[認知療法](#)に関しては、「そういう言い方をすれば分かりやすいだろう。しかし昔からあったような気もする」ことも多い。しかし患者にすれば、具体的にあれこれしてもらえるのでうれしいだろうと思う。つまり、昔からあった名人の技を技法として紹介している面がある。そしてその背景には米国の医療経済事情がある。[医療保険](#)に対して「この治療法の有用性」を客観的に証明する必要がある。金の問題から派生した状況といえるが、悪いことではない。

よいことであるから証明は要らないというのは甘えている。

2333

心的外傷に際して、その後の人生に影響を与えるのはその心的外傷をどのように受け取ったかで

ある。これは大切な指摘である。人生は運命にも他人にも翻弄されるものではないと言える根拠になる。

主体性。心的外傷に対して自分は主体的にかかわることができる。どう解釈するかは、自分の側に責任もあるし、自由もある。それが主体的であるということだ。

しかしそうだろうか？

そのように主体的に人生にかかわるか、非主体的に翻弄されてしまうか、そうした基礎を人は選べとることができないのではないか？

確かにそうかもしれない。しかしたとえばぼくは文章でその人に伝えることができる。主体的な人生にかかわる態度を伝えることができる。そのことはその人の人生を変えるだろう。

環境が貧しくてその人は今日まで苦勞したかもしれない。その結果として人生に対して**負け犬**のように振る舞っていたかもしれない。しかしそうではない人生が可能であると伝えることができる。これはすばらしい仕事ではないか。

その人の認知を変えることはその人の人生を変えることだ。そのようにして人が人とかかわることができる。

環境や心的外傷に対する自由を伝えることができる。自由を知れば自由になれるのだ。これを伝えることはよい仕事である。わたしが為すに値する仕事である。

2334

精神病と**神経症**、金持ちと貧乏人、医者的好悪の情

一般に医者として相手を尊重したい場合には**神経症**と診断して、原因は**心因性**、しかも外部の事情に求める。（相手を尊重するつもりのない場合には、**心因性**といってもその原因を内部に求めて性格障害とする場合もある。）

相手を尊重するつもりのない場合には精神病と診断して、原因を脳に求める。

つまり原因を外部に求めるか、内部に求めるかは、医者の患者に対する好悪の感情を反映していると言えるかもしれない。

現在も、**境界例**または性格障害という診断はしばしば人格に対する非難であり、社会的断罪を含んでいると感じられる。つまり、「嫌いだ」「排除しろ」という積極的な意志表示と見える。

1997年9月29日（月）

2335

一部の人にとっては、病気の成り立ちや理論の進展などどうでもよいことのようなのである。ただ自分が優しかったか、それに対して患者が感謝したか、それだけが大切な人がいる。ある種の**視野狭窄**であるが、どうしようもない。

また、その他にも、自分の抱える**心の問題**を臨床の場で患者を相手に展開してしまう人がいる。

2336

言葉がなければ**自意識**は成立しないだろうか？

2337

ハンフリーが自意識は社会生活上で有利であるとした。つまり、自分の意識について参照すれば、他人の意識状態を推定できる。それは社会生活を送る上で有利であろう。「だから」自意識を有する個体が選択された？

しかし自意識とは、突然発生するのだろうか。それとも次第に発生するのだろうか？あまり正確でない自意識でも生存を有利にするのだろうか？

こうした有利さは、最終産物ではなくて、そのプロセスにおいて有利かどうかは実は大切ではないだろうか？

2338

感情は脳の自動判断装置である。

小脳が運動の自動化、感情は判断の自動化である。

脳は状況をシミュレーションして予測し、自分の行動を選択する。つまり行動選択マシンである。

感情はこのシミュレーションを省略していきなり結論を提示する。経験に感情を付与して貯蔵してある。似た体験が起こったときに、感情がついているので素早く判断できる。近づくべきか遠ざかるべきかが明確になる。悩まなくていいので被害が少ない。つまりどちらかといえば近づいてはいけないもののしるしとして有効である。

直感といってもいい。

長期記憶と感情が脳の近い場所に保存されていることには上のような理由がある。（辺縁系だけ？→分析セミナーできいた。）

2339

面白く書く技術。今欲しいものはそれだ。書くことは自分の思考を鍛える。また、書くことは自分を耕す。土地を豊かにする。思いがけない土器のかけらが見つかる。ときに宝石が混じっている。

宝石を見逃さないようにすることだ。

2340

動機付けの大切さ

動機のないところにはなんらの達成もない。達成がなければ喜びもない。

高校時代に物理学の実験があった。徹底的にばかばかしいものであった。法則はすでに知られている。我々高校生が何か操作をして数字を得る。その数字が法則からずれていればへたくそだということを示している。ただそれだけのことだ。それだけのことのために実験をするのだった。

高校教師は動機付けに失敗していたのだ。

この実験は何のためにやるのか。わたしは何の動機も感じなかった。たぶんどんな風に説明され

ても動機は感じなかったと思う。無駄な苦勞である。頭で理解していれば試験は済む。どうしても理解できない人の場合には実験は有効かもしれない。文字を読んでいても何のことか分からない人には実物を見せることが有効だろう。しかし分かってしまっている人にとっては、現実の実験は不純でばかばかしいものである。

2341

「心と脳は同一か」

心は機能で脳は形態である。形態を機能と関連付けながら研究するのが [解剖学](#) であると米国の [解剖学の教科書](#) の第一ページに書いてあった。分かっていることを書いてある [教科書](#) は特に面白味はない。先人がどのように愚かであったかにつきあうだけである。たとえば名前の付け方の変遷。

[解剖学](#) の一つの仕事は名前を決めることである。

形態と機能の関係を考えて、より形態に関心が強ければ [解剖学](#) であり、機能に関心が強ければ [生理学](#) である。その正常状態からの逸脱が病理学である。それを臨床的に正そうとする技術が医術である。病気や正常を理解しようすれば結局は [解剖学](#) と [生理学](#)、そしてその変形である病理学に行き着く。

心と脳は同一ではないとするエックルズや [ペンフィールド](#) は、結局、魂のことをいいたいのだ。脳が物質として消滅したあとにも残る魂がある。心という現象は脳だけでは成立せず、脳と魂が必要であるということはいいたいのだろう。そうでなければ一体何をいつているのか見当もつかない。霊魂がないならば、心は脳の産物であるとする現代科学の一般前提で充分である。

前提はそれでいいが、脳があることと心（特に [自意識](#)）が生じることとの間にはかなりの隔絶がある。現代科学の最高 [クラス](#) の難問である。しかも現象としては宇宙の彼方で起こっていることではないのだ。人間の各人の内部で起こっていて、[自意識](#) がある人は全員その存在を確認することができる。そうしたあまりに日常的な事象を説明できそうな手がかりさえ見つかっていないのだから、これは巨大な謎である。そらにはこれは霊魂や神の問題とつながっている点でさらに重大な問題である。

脳は物で、心は機能または働きであるとする。

心のことはすべて脳の物質の言葉で記述できるはずである。機能性疾患や [心因性](#) 疾患という場合も同様である。脳内の物質の変化を [引き起こした](#) 原因が何であれ、記述としては物質で正確にできるはずである。

[心因性](#) 障害は、視覚や聴覚からの情報が、脳の病的な状態を [引き起こした](#) ものだ。実験 [神経症](#) が分かりやすい。

（未完）

2342

新しい芸術分析の原理

ジャクソニズムの高次機能と低次機能、陽性症状と [陰性症状](#)

芸術作品は、脳のどのあたりから生まれた作品であるかを考えると興味深い。その作品はどのような陽性症状と陰性症状の混合であるかを考えるのもよい。

酒に酔ってできた作品などはやや低次の部分からのメッセージである。低次の部分は誰でももっているから共感を呼びやすい。

最高次機能を働かせた作品は、そのような最高次機能を持っている人にしか分からないことがあるので、時代がたたないと受け入れられないかもしれない。時代がたっても受け入れられないかもしれない。一般大衆とは無縁のものとなる。

しかし昨今のように種々の薬物汚染や環境汚染が進行した状態では、脳の高次機能は失われていることも多いと考えられる。また、満員電車で通勤する人々のように身体的疲労の限界に近い毎日が続いている場合にも、高次機能はあまり活動しない。

世の中に受け入れられる芸術作品をつくらうと思ったら、脳の低次機能を活用することを考えれば近道であろう。高次機能を麻痺させた者同士で大いに評価されるだろう。

2343

解剖の養老先生が、脳は社会化をめざし、社会化は支配を目指すことであり、脳は支配とコントロールを好む、それは反自然である、など書いている。予測と統御が可能なものとしての社会という。

学者先生にとって脳の特質は「強迫性の原理」であると映っているようである。学者の脳とはそうしたものだ。

彼は多くの脳を見たが、多くの心を見ていない。子細に観察したのはせいぜい自分の心だけである。彼の心に強迫性要素が色濃いことが分かる。

2344

芸術か否か

芸術だとか論文だとか称して、脳の低次機能の分泌物を吐き出している人がいる。それを「はなくそ」と呼ぶ。（きたないけれど）

そうした低次機能の分泌物は原則として芸術とか論文とか称するべきではない。評価する者にはそのあたりの眼力が必要である。

2345

幻覚の発生機構、分裂病性幻覚の特質

たとえば幻聴が、聴覚路の一部で生じた自発性刺激であるとする考え。それは錯覚の原理（幻肢の原理）によって、外部に対応する実在を要請することになる。それを幻聴という。

または自発性刺激でなくてもよい、他の回路からの刺激でもよい。他の回路からの「混線」が起り、聴覚回路に信号が入りこむかもしれない。そのような混入回路が慢性化すれば、慢性の幻聴になるかもしれない。

極端にいえば、一つのメカニズムとしてニューロ・バスキュラー・コンプレッション（神経血管圧迫）に類したことが起こっていると考えてもよい。痛みが起こるなら、聴覚も起こるだろう。

[てんかん](#)の一種、精神運動発作（側頭葉[てんかん](#)）ではこのタイプの幻聴が起こる。

[アルコール](#)症の場合の幻覚も、外部の原因を突き止めようと探し回ることがあるといわれる。しかし分裂病性の幻聴はそうしたもので説明できそうにない、より人間的な事象であるとするのが伝統的な見解である。被害的であったり、普段から気にかけていることが言葉の内容であったりする。

一言でいえば、より妄想に近い。

ということは、より高次の段階で、こうした信号の混乱があるのだろうか？

（未完）

2346

情報の繰り返しと構造の繰り返し

現代もなお書かれているたくさんのこと。結局は既存の情報のまとめ直しの面が強いと思う。たくさん素材の中からどれを選択するか「現代」が表現されているとも言える。

また、内容としては新しいことを含んでいるともいえるが、構造としては新しくない、つまり構造は昔のままということも多い。たとえば[ロミオとジュリエット](#)の話を現代風にアレンジするような類のことを何回も繰り返している。

それは人間の脳が、そのような構造をしていることの反映だろう。脳は、もちろん、自分の構造を超えることはできないのだ。

2347

直面化

現実を見ると治療者は簡単に言う。しかしそれがつらいからこそ患者は別の道を選択しているのである。そこを分かってあげないといけないだろう。

2348

組織の変革

[ガラス](#)の一部分を急激に暖めると割れる。一部分だけが急激に膨張すると他の部分とずれが生じて割れる。だから全体を徐々に暖めていけば割らずに熱くすることができる。

組織も同じである。一部分だけが活発になり理解を深めてしまうと、他の部分との摩擦が大きくなり、組織としては「割れて」しまう。

このことを理解しないと組織の運営はできない。

2349

自信欠乏と完璧癖

自信がないから完璧主義になる。完璧主義だから100%達成できないと無力になる。こうした[悪循環](#)がある。

「実践的認知療法（事例定式化アプローチ）（J.パーソンズ）」より

・基底にある心理メカニズムの層→顕在化した問題の層

基底にある心理メカニズム →気分

行動

認知

・気分、行動、認知には同時性と相互依存性が見られる。

・基底にある心理メカニズムは「もし……れば」の形であらわされることが多い。さらにその奥にある確信的スキーマは「早期に形成された非適応的スキーマ」（EMS:early maladaptive schema）と呼ぶ。

・基底にある不合理な確信

・状況因や環境因が加わって顕在化する。

・行動、気分、認知の各領域でどのような顕在的問題があり、その背景にどのような基底心理メカニズムがあるかを考えるのが「診断」。つまり、問題リストを作り上げ、それらの基底にある心理メカニズムについての仮説を提示する。

○不合理な確信→行動、気分、認知の問題

●不合理な確信＝認知→気分、行動 と考えられないか？

これは詳しく書けば、

基底にある不合理な確信（基底の、つまり深層の認知）→気分、行動、（表在の）認知
認知に深層と表層を区別してみる。

・治療者は「基底レベルに働きかけるよりも、顕在化した問題に働きかける方がよい」と信じている。

・行動と認知に対する介入が述べられている。気分に対する介入は方法がない。

2351

「実践的**認知療法**（事例定式化**アプローチ**）（J.**パーソンズ**）」より（p.31）

Youngの発達早期に形成された非適応的**スキーマ**（EMS）

○自律（自分でやる、自分のためにやる）

- 1 依存：いつも人に助けられていなければなにもできない
- 2 制圧、個体化欠如：他人の欲求を満たすために自分を犠牲にする
- 3 危害もしくは病気に対する**脆弱性**：
- 4 自己のコントロールを失う恐怖：

○他人とのつながり

5 情緒剥奪：他人から十分に世話されたり、愛されたり、共感されたりすることは決してないだろうという確信

6 見捨てられること、喪失：

7 不信：

8 対人関係からの隔離、人との不和：

○自分の価値

9 欠陥がある、愛される要素がない：

10 社会的に望ましくない感じ：他人の目によくないと映る確信

11 能力がない、失敗者：

12 罪悪感、罰：罰せられて当然だとの確信

13 恥、困惑：

○自分がしていることの限界と自分を判断する基準

14 非常に厳しい基準：

15 特権意識、不十分な限界：自分に厳しくできない

●翻訳が悪いので補った

2352

「実践的**認知療法**（事例定式化**アプローチ**）（J.**パーソンズ**）」より

○問題**リスト**の作成

・まず患者の語る**あいまい**で抽象的な言葉を、気分、行動、認知の各側面から明細化し、**認知行動療法**で扱える形式に変える。

・患者から報告されることのない問題についても、情報を収集し推定する。

・問題を量的に測定することは有意義である。**ベック**のうつ評価尺度。活動記録。自殺の危険性。**バーンズ**の不安評価表（感情、思考、身体症状にわけて評価したもの）、恐怖調査**スケジュー**ル、恐怖階層、回避行動**テスト**（BAT）。

・これまで経験した最高の不安を100として、その不安はどの程度かなどと数量化する。

●ひょっとしたら、分裂病者の妄想についても、その主観的な確信の度合いを数量化してみたらいいのかもしれない。

2353

「実践的認知療法（事例定式化アプローチ）（J.パーソンズ）」より

○問題リストに基づいて、基底心理スキーマについての仮説を考える。

- 1 問題相互の関係を理解する
- 2 治療形態を選択する：たとえば不安症状が前景にある場合、筋弛緩法が役立つ。しかしそれでは根本の問題は解決されないままである。不安が起きた状況やその時の思考を記録することが根本的解決に役立つ。

●こうしたことは通常の診察の中で考えていることだ。「あなたの考え方のここに問題がある」という指摘は通常しない。症状に焦点を当て、それ以外のところはなるべく隠蔽することが多いように思う。患者の意向に添っているわけだ。患者が困っていることが症状であり、言わないでいることは治療者も触れない。

不安階層表ならば、患者が申告した階層だから、問題ない。患者の深層について治療者が「決定」してしまうことは大いに問題があるだろう。

○事例定式化のシート

- ・患者
- ・主訴
- ・問題リスト
- ・仮定されたメカニズム
- ・メカニズムと問題の関係
- ・現在の問題の結実因子（状況因、環境因）
- ・中心的な問題の起源（生育史、特に親との関係）
- ・予想される治療への障害（完全癖や回避癖は治療の障害にもなるだろう。その点についての予測）
- ・「こんな行動をする人はどんな信念を持っているのだろう」と考えながら観察する。「橋を避ける人は、わたしは傷つきやすくてもろい人間だ、不安やストレスに立ち向かえないと考えている人」などと推定する。

うつで自己批判、敗北感、自己憎悪、罪悪感を訴える人は、「わたしは完全でなければならない、そうでなければ価値がないと考えていると推定できる。

「年老いて魅力がなくなることを気にかけている人は、依存的で人から拒絶されるのを恐れている」と推定できる。

2354

「実践的認知療法（事例定式化アプローチ）（J.パーソンズ）」より

行動に対する介入

- ・ 基底にある問題の指摘
- ・ 古い計画と新しい計画.....[スキーマ](#)の転換と同じ
- ・ [スケジュール](#)の活用
- ・ [モデリング](#)とロールプレイ
- ・ [リラクゼーション](#)
- ・ 賞と罰
- ・ 課題の細分化
- ・ 曝露
- ・ 刺激コントロール
- ・ 運動

2355

形態と機能

形態と機能について[養老さん](#)が書いている。機能には時間成分が入っているというのだが、そんなことですむ話ではない。

瞬間は形態であり、それを時間軸に沿って動かせば機能が見えるなどというものではないだろう。

機能性精神病という言い方が英米語にあり、これも大変問題である。

まず説明のレベルを設定すべきである。

・ 低レベル.....つまり[顕微鏡](#)などを使って原因を探しても異常がない、それを機能性精神病と呼ぶというわけだ。それは言葉の厳密な論議ではなく習慣であるから、これ以上何を言っても始まらない。

・ 高レベル.....機能に変調があれば、それを可能にしている構造が必ずあるはずである。したがって、厳密な意味での機能性疾患はない。

ただ、こういう場合がある。構造に問題がなく、したがって機能に問題がない。しかしながら環境との適合の点で問題がある。この場合はどうか。[適応障害](#)と言えればいいのだが、はたして、変な環境に適応できないものが機能的に病気だといえるのだろうかなどの問題はある。これは[神経症](#)と言うべきものだろう。それを機能性疾患と言ってもいいのかもしれない。

それ自体に異常はないが、環境の異常な変化に適応できない点で異常であるというわけだ。

しかしながら、それは環境の側の異常ではないかと素直に考えて思う。

機能のない形態はある。形態のない機能はない。

形態の中で特殊なものが機能を持つ。「機能しないという機能」も機能に含めればどんな形態でも機能を持つ。

しかしながら、存在である限りは形態を持つ。

脳と意識の関係は、形態（物質）と機能の関係と同じだろうか？

たぶん、同じでいい。

意識のない脳はある。脳のない意識はない。

では心とは何か？意識を含めた、脳の働き全体、さらには脳と神経系だけではなく人間の体全体でつくり出す何か。

2356

「実践的認知療法（事例定式化アプローチ）（J.パーソンズ）」より

非機能的思考を変える方法

- ・ 質問をする。ソクラテスの方法。
- ・ 特定の状況を取り上げ、感情を伴った場面設定で話をする。抽象的な話は効果が薄い。
- ・ ベックの非機能的思考の日常記録（日付、状況、情緒、行動、思考、反応）

2357

「実践的認知療法（事例定式化アプローチ）（J.パーソンズ）」

ぎっしり書いてある割には内容はまとまりがない。推敲が必要。理論をもっと練る必要がある。思いつきを並べたお喋りに近いのではないか。実際の診療はこの程度の幅を持って臨機応変に対策がとられるのだろうか、本としてまとめるにはもっと凝縮する必要があるだろう。

2358

「認知療法ハンドブック（下巻）」

こちらは有意義な本。賛成するにしても反対するにしても。どういう意図で何を書いたかが明瞭に分かる。

1997年10月6日（月）

2359

人間が都市に密集して住むようになったことと分裂病の発生は関連しているとする説。また、文化の流動性が分裂病の発生に関連しているとする説（たとえば荻野、[トランスカルチャー](#)、[能登半島](#)の研究）。

これらは2×8レセプター説に都合のよい知見である。

母の胎内でセットされたレセプターレベルが、出生後の生活でちょうどよいものでなかったら、大変困る。

レセプター量がセットされるのは出生前のことなのか、幼児期なのか、いつなのか。[クリティカル](#)な時期（臨界期）があるのか。徐々に変化しつつあるものなのか。

子供の頃にいったんセットされて、[思春期](#)に再度セットされるというのは言えることのように思うがどうか？

2360

宮大工の棟梁の話から人間の心理につなぐ話。

環境の中で、地面に対して曲がっていることと、木として、材木として曲がっていることとの

違い。これをはっきり言いたい。

地面に対して曲がっていても、材質としてはまっすぐだという場合。ぐれてはいても、環境に即して曲がっただけの人。

地面に対してはまっすぐ立っているが、材質としてはねじれている木。世間では人並みかそれ以上にきちんとやっている。しかしその人自身はねじれに悩んでいる。

そのあたりを見分ける目が[専門家](#)である。

2361

老化と多様性の喪失

年老いてゆくということを肯定的に考えることも当然できるのだろうが、この病院で目にすることから言うのであれば、年老いることは悲しいことである。どうしようもない喪失である。否応なしに、じわじわと、しかし確実に、すべてを奪い去る力が、老化である。

老化は、人生の可能性をひとつひとつ、[カード](#)のようにめくり、結局、他の可能性がほとんどなくなってゆく、そのような可能性の喪失の[プロセス](#)である。

現在の状態から推定される将来について考えれば、若いうちはたくさんの可能性があり[選択肢](#)がある。年老いるということは、そのような多様性が失われるということだろう。

「多様性」の喪失という[キーワード](#)で考えることができるかも知れない。

ということは、多様な可能性を失った時点ですでに、老化といえるだろう。

人生の豊かさとは、時間でもない、金でも物でもない、可能性と将来についての多様性だとの論がある。

その人なりの「豊かさ」がある。

2362

拳銃の絵を見せて、何ですかと聞く。拳銃と答える。このとき脳の感覚野が興奮している。拳銃の絵を見せて、何をしますかと聞く。「うつもの、うつ」と答える。英語ならshoot。このとき脳の運動野が興奮している。

つまり、脳は名詞を感覚野で処理し、動詞を運動野で処理しているという。最近の研究結果だと種田先生がいていた。そんなものだろうか。

2363

[サラリーマン](#)業は慢性の逃れられない[ストレス](#)にさらされて、体に悪いと書いた。

しかし一方で、そのような状況にいと、今度は他人に対して[ストレス](#)の原因として[振る舞う](#)ようになってしまう。そうすることでなおさらよくない人生になってしまうことがある。

[被害者](#)として苦しんでいる間に、[加害者](#)になることによって[ストレス](#)を解消しようとするのだ。

あるいは[ストレス](#)解消と意識してはいないままで、他人に対して加害するのだ。

2364

わたしは自己主張訓練法に一貫して否定的な態度をとっている。

わたし自身は「他人が自己主張することに嫌悪を感じ」、「自分が自己主張することについては当然だと思っている」面があるのだろうか？

他人は自己主張などしなくてもいいと考えている面があるのではないかと疑う。

2365

アゴラフォビアを広場恐怖と翻訳するのは、ソファを[座布団](#)と翻訳するくらいに無理がある。

2366

[摂食障害](#)の治療

- ・ 食事や体重よりも、症状の背後にある悩みや苦しみを理解する。
- ・ 治療関係を作る。
- ・ 患者が自ら受診することは少ない。
- ・ 症状は自我親和的である。
- ・ 飢餓状態では心身に影響が生じる。飢餓状態では学習能力に障害が生じる。
- ・ 飢え（低体重）の影響

○食物に対する態度と行動

食物のことで頭が一杯になる

[レシピ](#)ー、料理本、メニューなどを集める

普通ではない食習慣

気晴らし食い

○情緒的および社会的な変化

[うつ状態](#)

不安

イライラ、怒り

情緒不安定

社会からの[引きこもり](#)

○認知的変化

[集中力](#)低下

判断力低下

[無気力](#)

○身体的変化

不眠

脱力

消化管障害

音や光に対する過敏性

浮腫

低体温

無月経

- ・自分の感情や身体感覚を把握することができなくなっている。
- ・[自己評価](#)が低く、他者に評価をゆだねる傾向がある。
- ・二段階の治療

?食行動と身体状態……行動的技法

?認知の障害……[認知療法](#)

- ・暖かさ、共感、誠実さ、患者中心、治療契約の重視
- ・行動分析……先行刺激、問題行動、周囲の反応、を分析。仮説を立て、行動変容のための治療法の選択。

・治療としては、セルフ[モニタリング](#)、[オペラント](#)技法、認知再構成法、問題解決技法、自己主張訓練法、[リラクゼーション](#)、家族への介入、など。

・問題の同定と、問題を持続させている先行条件や結末（疾病利得のようなもの）の同定、[動機付け](#)の分析

- ・心理教育的[アプローチ](#)……動機を高める
- ・問題を要約すると、「心身が不安定で、したいことやしなければならないことができない」とまとめられる。

・したいことをするためには、健康な体重、自然な食生活。

・身体面では、飢えの影響の他に、動悸・胸痛の胸部症状、齲歯や歯肉障害、髪が抜けやすい、産毛が増えるなど。

・[オペラント](#)技法……入院が主。体重増加ごとに、報酬として行動制限を緩和する。

・セルフ[モニタリング](#)……自分の行動、感情、思考を観察と記録する。具体的で客観的な気づき。……三つの[コラム](#)を使用（状況、感情、思考）

・認知再構成法……非機能的な自動思考に取り組む。多様な視点に気付くことが大切である。……「三つの質問」技法。自分に問いかける。「証拠は?」「別の視点は?」「仮にその考えが正しいとしたらどうなるだろうか（帰結を考える）」

・問題解決技法……?問題を具体的に詳しく同定?代わりの対処法?それぞれの解決法の長所と短所

?比較的よい解決を選択する?実行のための具体的な手順?行動?結果を評価して[フィードバック](#)

・治療の手順は、まず行動、つぎに認知。

○過食

・心理教育的[アプローチ](#)に本や文献が役立つ。

・気晴らし食い日記。→時間、食べたもの、食べる前の思考と感情、代わりの対処手段

・食行動は、[ストレス](#)に対する対処行動のひとつである。日記により、どのような感情・思考の時に自分が[ストレス](#)状況にあるのかが分かる。つぎに具体的な対処手段を発達させる。例えば、氷を口に含む、風呂にはいる、友達に電話する、など。

・[過食症](#)に特徴的な非論理的思考とそれに代わる考え方→[リストアップ](#)して手渡す。

・うつ、不安があるときには「[思考停止法](#)」や「三つの[コラム](#)」

- ・時間の構造化……活動[スケジュール](#)。背景に強迫性が存在することがある。その場合はなるべく大まかに計画を立てるように伝えておく。
- ・自己主張ができなくて不安が高まり過食につながっている場合、主張訓練が有効である。ロール[プレイ](#)もできる。一人でやるなら[ミラー・テクニック](#)。
- ・問題解決技法。
- ・実際の治療はまず?混沌とした食生活、感情、思考に秩序をもたらすこと、つぎに?症状の背後にある人格、行動の未発達や障害を是正すること、といった手順になる。詳しくいえば、
- ・まず心理教育的[アプローチ](#)……[過食症](#)は誤った習慣（悪い癖）と定義づける……回復への希望を与える。
- ・治療の[青写真](#)を与える。そのことが秩序形成につながる。
- ・活動[スケジュール](#)、気晴らし食い日記のセルフ[モニタリング](#)法。……まず活動[スケジュール](#)法で大まかな毎日の生活の様子をつかむ。課題を与えて生活の枠付けをして、達成をほめて強化することが目標。つぎに気晴らし食い日記。これは食行動自体ではなく、そのときの感情や思考を問題にする。代替りの手段を発達させることを強調する。この段階でうつや不安が強ければ、[思考停止](#)法、三つの[コラム](#)法を用いる。
- ・次に?で、主張訓練、[ミラーテクニック](#)、問題解決技法。[価値観](#)や[スキーマ](#)の検討。

2367

痴呆病棟では最初の何日かが大切

- ・何かあったら家族は不信感を深める
- ・環境が変わり不安である
- ・入院に納得している人は少ない、帰宅要求が強い、何も説明されていないと被害的になる
- ・薬を使うにしても、はじめての患者であるから慎重にならざるを得ない

対策としては、

- ・最初の二日くらいは家族に付き添ってもらう
- ・事前に在宅のうちから投薬を開始する（最適量が把握できる、入院初期の不安を低下させられる）

2368

遠くから見て[富士山](#)はどれか、明瞭である。しかし次第に[富士山](#)に近づいて、どこからが[富士山](#)か、決められるものではない。平地から次第に盛り上がって、[富士山](#)になっているのだ。分裂病の診断について、このような連続体を考えるのか、あるいは不連続な事態を考えるのか。

2369

殺人幫助の疑い

[腎不全](#)があり、[人工透析](#)が必要な状態の痴呆老人を依頼されて、いったんは断ったものの、引き受けた。当病院では透析はできないと説明したものの家族が積極的な治療はしなくていいと希望

して入院になった。

医療機関として正しいことが気になる。

この場合、人工呼吸器をつける必要があると知りながら、家族の要請によりつけなかった場合に近い。

家族の背景にたとえば「[エホバの証人](#)」などの特殊な信念の体系があるのならこれは分かりやすいだろう。しかし一般人の場合、最終的に[インフォームド・コンセント](#)が不十分であったと認定される危険はないだろうか？

人工呼吸器が必要で、それがなければ一日で死んでしまう人を、設備がないにもかかわらず家族の希望だからと引き受けた場合には、それは殺人の手助けに近い。「殺してくれ」という家族の要請に応えたと考えられる。

[腎不全](#)で、積極的な治療をしなければ死んでゆくのが必然と思われるが、その時期については、数カ月から数年と漠然としている。この場合には殺人幫助とまでは言い切れないのではないかと。[安楽死](#)の手助けとも言い切れないだろう。

また、すべての人は次第に死に近づいているわけだから、[腎不全](#)の場合にも要するに程度の差、死に接近する速度の差ということもできるかもしれない。

といったことを考慮するとしても、なお疑問は残る。たとえば職員の[モラル](#)の問題。私たちは何をしているのかと反省したときに、つらい思いをする。

2370

[神経症](#)が反応性であるという意味

たとえば、重すぎる荷物を運んだあとで、腰や膝に障害が出る。これは反応性の障害である。脳に過重な負担がかかったときに、脳に障害が出る。これを反応性の脳障害としての[神経症](#)といたい。

2371

[ジョン・レノン](#)、[ハワード・ヒューズ](#)（ハリウッドと飛行機会社を支配した男）、[泉鏡花](#)。みんな[強迫性障害](#)。躁うつが波があった。dysphory。

[ジョン・レノン](#)は[ガラス](#)の無菌室に裸で寝ていた不潔恐怖の時期があった。

[泉鏡花](#)は部屋の隅々を目張りしてその中で暮らしていた。

[強迫性障害](#)と、短気・[瞬間湯沸かし器](#)、怒りっぽい、などの特質は無関係ではない。

「きちんとすること」を他人にも要求するのである。適当に遊ぶことが苦手。奥さんをこっぴどくしかる。お金にうるさい。ケチである。

こうしたことのやや延長上に、嫉妬妄想がある。怒りっぽい旦那の精神の背景に嫉妬の感情がないか、探る必要がある。

2372

痴呆病棟入院第一日目の大切さ。

- ・まず患者は当然心細くて神経質になる、あるいは不穏になり、あるいはうつ状態になる。
- ・入院第一日目は看護も患者も、第一印象を抱く日である。お互いにいい印象を抱きたいものだ。それなのに、いきなりおたがいが暴力を見せあうようなことはよくない。治療関係が形成できない。
- ・「見捨てられた」という気分をどのように和らげられるか。
- ・入院初日では薬の調整についても情報が足りない。そこで少しずつ使うことになる。
- ・薬をどの程度使うか、抑制はどうか、保護室または安静室を使うのか、看護力でどこまで対応するのか、他患との兼ね合いはどうか、それらについて看護と十分に合意を形成する必要がある。どの方針にも理由はあるのだから、合意が大切である。
- ・その患者の「急所」を抑えるような看護は、すぐにはできない。しばらくつきあって情報をためる必要がある。第一日目が難しい理由である。
- ・第一日目は手術日のようなものである。オペに向けて予備投薬をしたりする。第一日目の困難を乗り切るために、入院前から予備的投薬を始める。そうすれば、薬剤反応性の情報も得られる。落ち着いた滑り出しになり、治療関係もうまく結べる。
- ・第一日目は家族に付き添ってもらうのもよいと思う。見捨てていないことを示すことができる。また、家族は病院の大変さを理解することができるから、その後の家族と病院の関係維持に役立つ。
- ・家族教育を積極的に進めることに意味がある。無理解が誤解につながる。

2373

痴呆病棟の診断

- ・何型の痴呆かということは看護としてはあまり問題にならない
- ・看護するに当たっての問題を診断として表面化させて、それに対する技術を考えていく。そうした方向での診断。だとすれば、行動障害や身体病の診断が大切になる。また、性格傾向も大切である。性格について、また、扱い方のこつについての情報を、看護として適切な言葉でプールしていくことが大切である。
- ・極端なことをいえば、看護タイプa-2などという記号でもよいくらいだ。
- ・知識を共有することは、つまり共有の言葉を持つということだろう。それがクリエイティブな医療につながる。

2374

分裂病論

内的拘禁状態により幻覚妄想などの陽性症状が起こる。→信号が届かないから、拘禁状態になる。

内的廃用性機能障害により、陰性症状が起こる。→信号が届かないから、廃用になる。

1997年10月20日（月）

2375

DSMは前景症状についての分類学であると考えてよいだろう。そんな点で意味がある。その奥にある背景病理については、今後の研究課題である。背景病理の分類と研究のために、まず前景症状について明確にしようと考えるのもよい。

2376

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

NANDA（北米看護診断協会）による看護診断。九項目の「人間反応[パターン](#)」。

交換 相互のやりとり（関係）

伝達 [メッセージ](#)の送り出し（発信）

関係 絆の構築（関係）

価値 相対的価値の帰属（処理）

選択 別法を選択（処理）

運動 活動（発信）

知覚 情報の受け入れ（受信）

理解 情報に伴う意味（処理）

感情 情報に対する主観的な認識（処理）

●これらについては、対人関係機能と、受信、処理、発信にまとめられるのではないか。

対人関係.....交換、関係

受信.....知覚

処理.....理解、感情、価値、選択

発信.....伝達、運動

看護過程は問題解決過程である。

「[アセスメント](#)、診断、計画、実施、評価」のサイクルの繰り返し。

2377

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

治療者はよき[モデル](#)を提示する。一時的ではあっても、自動思考や感情のずれを補正する際のものさしに治療者になるように。→[モデリング](#)。

2378

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

介護する人のケアが大切。

疾患・現状・予後について正しく理解しているか。

適切な介助の方法を知っているか。

社会資源・福祉[サービス](#)の利用は適切か。

家族間の[コミュニケーション](#)はとれているか。

ここでも問題の列挙、問題間の構造の把握（仮説）、対策、の順序でことが運ぶ。

2379

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

看護職員の問題

完璧癖の[スーパーナース症候群](#)

患者に対して、こちらが[一所懸命](#)やっていればすべて理解してもらえはずだと不合理な過度の期待を抱く者も多い。

看護サポート[システム](#)を考える必要がある。

・[信頼関係](#)

・日常の業務の関係を過度に持ち込まない……[秘密保持](#)、人事評価の対象としない、叱らないなど。

2380

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

[うつ病](#)に対する配慮（野村）

?休養

?自殺を禁じる

?励まさない

?うつになった原因を考えないようにする、当面の問題を棚上げにする、受身でいるように[アドバ](#)
[イス](#)する。

?家族、[配偶者](#)に対して説明、うつ全般への理解をさせる（心理教育）。

?良好な治療関係

?改善しても一年は[抗うつ剤](#)を維持すること。

?[抗うつ薬](#)は思い切って増量し、必ず十分量を投与する。少量だと病相を遷延させるなど害がある

。

?十分量を三ヶ月用いても効果がなければ難治例である。

?仕事への復帰はできるだけ[ゆっくり](#)。

2381

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

うつの再発予防の技法が確立されていない。

2382

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

[うつ病](#)者に多い認知の歪み

全か無か思考、過度の一般化、選択的抽出、独断的推論、自己関係付け、誇大視と微小視、破

局視、肯定的側面の否認、[感情的論法](#)、すべし表現、[レッテル貼り](#)。

野村の紹介は訳語が正しい。

こうした認知の歪みを同定し、修正を図る。その際には全否定ではなく、緩和した形で再獲得させる。または妥協的な形でどうかと提案する。「すべき」ではなく「できたらそれに越したことはない」程度に。「失敗した」というとき「失敗ではない」とするのではなく「失敗したとして、その影響はどんなものでしょうか」と評価してゆく。

●それは極端ではないですかと提案するわけだ。

2383

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

素質＋生育歴→[スキーマ](#)→自動思考

[スキーマ](#)の発見と修正が[認知療法](#)である。

「考えの歪みによって感情の障害が生じる」

第一……急性期の症状改善。そのために認知の歪みの修正。

第二……再発予防。そのために[スキーマ](#)修正。

●[スキーマ](#)、ベリーフ、自動思考これらの区別？

[スキーマ](#)の例：「自分は有能で成功する運命にある」

2384

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

考え方の歪みを正すための技法……同定と修正に分けられる

- ・良好な治療関係……陽性感情が認知の変化の前提になる。
- ・協同的[経験主義](#)……患者自らの発見を助ける（[ソクラテス法](#)）、得られた認知の歪みはあくまで仮説である、[日常生活](#)で仮説を検証する。
- ・理解していても気分がすぐには変わるわけではない。繰り返して訓練する。[行動療法的な色彩](#)。

2385

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

[うつ病](#)の70%程度は定型的な治療で治る。遷延した難治性[うつ病](#)に[認知療法](#)を用いる。

思考制止が強い、うつの極期には無理。

2386

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

導入にあたっては[動機付け](#)を高める意味からも、[認知療法](#)について説明する。

- ・[認知療法](#)をおこなうこと
- ・基本理論
- ・方法、[ルール](#)

- ・ 効奏機序
- ・ 効果がないこともあるが試みる価値はあること

セッションの構造

- ・ 現在の症状（気分）の評価 → ベックのうつ評価尺度
- ・ 宿題のチェック
- ・ テーマ、大体の方向（agenda）の決定
- ・ 認知の歪み、スキーマの同定
- ・ 認知の歪み、スキーマの修正
- ・ 宿題を出す

2387

認知療法ハンドブック（下巻）より

認知の歪み、スキーマの同定のための技法

- ・ 繰り返し現れる言葉や行動パターン
- ・ 「気分の変化がどのような状況で生じたか、そのとき心に浮かんだことは何か」を話題にする。
- ・ 考えの根拠をきく。
- ・ 「もしそれが起こったらどうなるのか」と繰り返し、最終的に帰着するところをみる。→誘導されながらの発見

認知の歪み、スキーマの修正のための技法

- ・ 歪みの用語を積極的に教える
- ・ 訓練する姿勢が大事
- ・ 思考記録表.....気分、状況、浮かんだ考え、合理的な考え
- ・ 原因の再帰属の試み.....自分で気付くように、他の原因の可能性は考えられないか、誘導する
- ・ 気分点数をつけてグラフ化する
- ・ 日常生活スケール（時間と過ごし方）と行動・気分予測表（行動予定、予想満足度、実際の行動、実際の満足度）
- ・ ロールプレイ

2388

認知療法ハンドブック（下巻）より

（夏目より）

症状形成の四段階（疲労、不安反応の条件付け、不適切な対処行動、回避行動）

- 1 ストレス→疲労→不安・自律神経症状
- 2 「不安の条件付け」が起こる。予期不安で発作が起こりやすくなる→パニック→さらに予期不安。いろいろなきっかけでパニックが起こりそうに思う。パニックはコントロールできないものとする。

3 対処行動は不適切。薬も同様。「じっとしていればおさまる」ことを知るチャンスを失い、「もし対処行動をしていなかったら、もっとひどくなったかもしれない」と考えて悪循環が始まる。

4 回避行動が生活を制限する。

四つの治療手順（休む、待つ、やめる、慣れる。）

1 疲労とうつがある場合、休養。ただしうつでない場合には回避を促進するので休養は勧めない。

2 発作が起こっても待てば自然に通り過ぎることを学ぶ。

3 対処行動をやめる。→悪循環を解消する。

4 少しずつ慣れる。

・自律訓練。集団でやれば患者同士の交流が有効である。

・家族の調整。理解を求める。

・患者は症状を過大視している。自律神経失調症であるとはっきり伝えることは効果がある。「なにかとんでもないこと」が起こっているのではないと認識させる。

・起こっても実際には大したことのない発作なのに、それを防止するために多大な努力を払う。このあたりは性格の問題もありそうである。

・守るためにはもっと領土を広げるといふ、戦争と似たような状態ではないか？

・何を回避するかによって、恐怖症の内容が決まる。アゴラフォビア、乗物恐怖、対人恐怖。また心臓神経症など。

・「もし対処行動をしていなかったら、もっとひどくなったかもしれない」と考えることは、不安を高めるだけである。対処行動は不安を高める。薬も同じ。不安を鎮める手段として薬を使わない。ただベッドで休ませる。

・「待つこと」は衝動性のコントロールにも使えると書いてある。待てないから衝動性というのである。矛盾していないか？

2389

恐怖症

・条件付けが成立した状態

それとも

・回避行動が成立した状態？

結局同じことか？

・妄想に近い面もある。思いこみ。ヒステリー機制にも似ている。

電車が怖いという場合。

電車に乗っていると突然発作。それは確かに一度は起こったかもしれないが、そのあとは回避しているわけだから、電車はむしろ回避の対象というべきだ。乗っていてまた発作が起こったとしても、たいしたことはないのだから。

自分が、「パニックの引き金は電車だ」と決めた面がないか？

自然に休んでいれば治るというものをそれほど恐怖するのはなぜか？→[ヒステリー](#)。疾病利得。

[1997年10月20日](#)（月）

2390

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）より

（井上）

・[スキーマ](#)は、症状形成に直結する自動思考に比べると、治療における比重は低く見られがちである。

・[認知療法](#)は過去を話題とせず、人格には直接言及せず、問題を細分化し、具体的かつ明確に規定できる「いまここ」の問題に還元し、解決を企図する。

・[認知療法](#)は症状改善以上のもの、つまり[スキーマ](#)の不活化という、より恒常的な構造変化を目指す。

・さまざまな精神療法によって持続的な変化が生じるのは、中核的信念・[スキーマ](#)が修正されるからであると[ベック](#)は考える。

・妄想が[精神分裂病](#)の原因でないように、認知は[うつ病](#)の原因ではない。認知あるいは[スキーマ](#)は[うつ病](#)において活性化され、非機能的[スキーマ](#)が適応的[スキーマ](#)を駆逐してしまう。その結果、肯定的情報は駆逐され、否定的情報だけが取り込まれる。認知の変換（[シフト](#)）が起きている。[スキーマ](#)の活性化とは[うつ病](#)の進展を意味している。

●こうした文脈では、[スキーマ](#)を「適応戦略」ととらえてもよいわけだろう。

・精神療法は認知（[スキーマ](#)）の変化を伴うとき意味を持つ。

・（[ベック](#)）[人格障害](#)は進化の過程で生じた一種の不適合として理解される。個体の生存を維持し、生殖を可能にする[プログラム](#)された行動（方略）は、かつては環境に適合するものであった。しかし、我々をとりまく社会環境は急激に変化し、方略の修正はこれに遅れをとった。いくつかの方略は現在の文化的環境に適合しなくなり、個人や集団を脅かすものとして問題化した。こうして[人格障害](#)と診断される、硬直化して制御の困難な行動様式が生じたと推定される。

●[人格障害](#)の行動様式が、どのような環境で適応的であったか、疑わしいところがある。[強迫性障害](#)などは、状況によっては適応的な行動様式とみなすことができる。[人格障害](#)よりもむしろ[神経症](#)の範囲のことを理解するのに役立つのではないか？

●[神経症](#)よりも[人格障害](#)の方が、細胞レベルの障害から遠い印象がある。だとすれば、こうした、[進化論](#)的に過去に有意義であったが現在はむしろ有害であるといった行動様式があるはずと考えてもおかしくはない。[人格障害](#)がそれにあたるかどうかは別として、そのようなものがあるはずである。

●そしてそうした過去の遺物は、退行状況で発現しやすいだろう。[ストレス](#)がかかり疲労状態となり、退行的となり、過去の行動様式が発現する。ジャクソニズムである。

・個々の[人格障害](#)には際だって特徴的な信念と方略が存在する。[境界性人格障害](#)の信念は広範で特異的なものはない。分裂病型[人格障害](#)は信念内容の特異性よりも思考様式の奇異さを特徴とするので考察から除外されている。

- ・中核的信念→条件付き信念→道具的信念（[命令形](#)）→方略
 - ・[スキーマ](#)を検討し、より適応的な[スキーマ](#)を形成あるいは強化することが、[人格障害の認知療法](#)。[スキーマ](#)の再構築、[スキーマ](#)の修正、[スキーマ](#)の再解釈。再構築は難しいので、修正と再解釈が現実的である。（→再解釈の意味が不明確？）
 - ・矢印法（downward arrow technique）→？
 - ・強烈な感情体験が中核的信念に至る糸口になる。（→たとえば、激しい夫婦喧嘩の中に、お互いの[スキーマ](#)の違いがあらわれる。）
 - ・状況依存性の自動思考とその基底にあって比較的恒常的な[スキーマ](#)という二つの認知の間に、ある種の力動的関係が存在した。（→詳細不明。力動的関係とは、つまりお互いに影響しあう、程度の意味か）
 - ・患者の[スキーマ](#)を再構築、修正、再解釈するとき、児童期の体験が認知・行動的介入のための素材として話題に上り、強烈な感情体験を伴って追体験される「熱い[スキーマ](#)」が治療の標的となる。
- ここまで来ると、従来の論と重なる。分析でいう、固着点と同じようなもの。

2391

[境界例](#)

特別な愛情の証拠をいつも求める。それは見捨てられるのではないかという不安と裏腹である。こんなにひどいわたしでも愛しているかと問いを発している。次第に強い酒を求めるようなもの。

根本にある不安は何か。その不安に対処するために何ができるのか。劇的な対人関係で不安を紛らす[パターン](#)を使うのが[境界例](#)。対人関係嗜癖。

しかしまわりの人間はたまらない。振り回される人間がたまらない。

愛情のやりとりとして、肯定的感情に対して肯定的感情で応えるのが一般的である。北風ではなくて太陽。

しかし親子の場面などで、「お前が優しくないから、わたしはこんなになった、もっと愛情を注げ」と訴えるために否定的感情を向けることがある。親はそれでも見捨てずに愛を注ぐ。これは否定に対して肯定で応答する例。

[境界例](#)の人たちは、肯定の感情を引き出すために否定の感情をぶつける。結局は他人に自分の方を向かせることができると知っているのである。

不安→他人にかまって欲しい→否定的感情を向けて惹きつけようとする（まだ足りない！と[メッセージ](#)を投げる）

2392

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

物質依存の[認知療法](#)

[動機付け](#)→物質中止→中止維持の三段階になる。

○[動機付け](#)の段階

- ・行動化にどう対処するかが問題
- ・[依存症](#)者が治療者を告発者と受け止めることを避ける工夫が必要である。薬物が自分にとって有害であることを否認する。否認をゆるめることが必要であるが、周囲の人に告発・白眼視されているとの状況認知がある限りは否認が強化される。
- ・やめたい気持ちにどれだけ共感できるか。
- ・[集団療法的アプローチ](#)が有効。……自分の否認は見えないが、他患の否認はよく見える。同じ問題を抱えるものに勧められた方が動機は生じやすい。
- ・個人的理由を列挙してもらい記録に残す。初心を思い出す手がかりとして使用することができる。
- ・「底つきを待つ」……依存してきた物質に「[裏切られる](#)」経験をするまで、積極的な治療介入を控えること。いくら飲んでも酔えなくなったり、職業や家族をなくしたりなどの経験が「[裏切られる](#)体験」となりうる。
- ・「底上げ」……家族はあくまで[傍観者](#)としての態度、つまり物質使用には反対であるが、使用するかやめるかは本人自身が決める問題であるという態度をとる。この結果「底つき」が早められる可能性が生じる。
- ・[共依存](#)の可能性について考慮する。

○中止の段階で

- ・[腹式呼吸のリラクゼーション](#)で乗り切る
- ・肯定的変化の[リスト](#)を作る

○維持

- ・集団[アプローチ](#)が有効

●[認知療法](#)的な説明はあまりなかった！

2393

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

[ストレス](#)免疫訓練

- ・[ストレス](#)をすべて取り除くのではなく、それに対する「免疫」（心理的抗体や抵抗力のこと）をつけたり、対処技能を身につけることが大切だと考える。（マイケンバウム）
- ・人が状況や出来事をどのように受けとめ（一次的評価）、自分の対処能力をどう見積もるか（二次的評価）によって、対処の仕方が変わり、その結果も異なったものとなりうる。（ラザルス）
- ・人はただ置かれた環境に左右されるのではなく、自分の[ストレス](#)をコントロールするために積極的に働きかけることができる。
- ・個人でも集団でもできる。
- ・（1）[ストレス](#)概念の把握（2）技能獲得（3）適用
- ・技法には以下のものがある

○認知的技法

- ・説得的教え
- ・[ソクラテス](#)的対話
- ・認知的再体制化（再構成）restructure
- ・自己教示
- ・問題解決訓練.....社会適応と問題解決技能が関連している。
- ・[イメージリハーサル](#)

○情動的（[生理的](#)）技法

- ・[リラクゼーション](#)

○行動的技法

- ・行動[リハーサル](#)
- ・自己監視
- ・自己強化
- ・環境を変える努力

2394

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

[エリス](#)の論理情動療法

A B C D E 理論

A Activating events できごと・状況

B Belief 信念

C Consequences 結果

D Dispute 論駁

E effective philosophy 効果的な人生観

簡単にはA B C。

2395

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

問題解決訓練.....社会適応と問題解決技能が関連している。

- 1 問題を解決可能な問題として、合理的、肯定的、建設的にとらえる。
- 2 問題を正確に評価する。
- 3 かわりの解決法を見いだす。
- 4 [意志決定](#)。
- 5 実行。

2396

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

[認知行動療法](#)家の中心となる仕事は、患者が、現実をどう構成（[コンストラクト](#)）し、とらえるかを理解できるように、手助けすることである。（マイケンバウム）

→[構成主義](#)の視点。

2397

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

自殺について：[高橋祥友](#)

自殺の危険因子

- 1 自殺企図歴
- 2 [精神疾患](#)
- 3 援助組織の欠如 未婚、離婚など
- 4 性別 既遂では男>女 未遂では女>男
- 5 年齢 高くなると自殺率も上昇する
- 6 喪失体験
- 7 自殺の家族歴 または知人の自殺
- 8 事故傾性

・自殺企図に際して表面的にはそれほど危険でない方法を患者が用いたり、他人を操作するための自殺企図のような場合でも、死の意図を簡単に否定してはならない。

・狂言自殺と見えても、長期間の追跡をすると、一般人口よりも自殺率は高い。

・患者の言動に突然の変化が現れた場合、たとえそれが表面的には改善の兆しと思われるような状態であっても、自殺の直前の予告兆候である場合がある。[抑うつ](#)症状が自殺決行の直前に突然改善することはしばしばある。

・入院治療と外来治療の[一貫性](#)を保つことが必要。

・チーム医療が有効。

・家族の病理も注目。分離不安と非常に強い共生関係。→家族の中のあらゆる問題の責任をすべてある特定の人に帰する。それによって、より合理的な問題解決を回避する。家族は[スケープゴート](#)とされた人物の[自殺行為](#)に荷担することになる。

○治療

・自殺は何らかの有利なことをもたらすとの患者の主張に対して疑いを示す。

・自殺以外の望ましい選択を提示する。

・理由を探る。自殺によって何を求めようとしていたか。誰かに何かを告げようとしていたのか？状況がどのように変われば患者は自殺しないですむと考えているのか。

・自殺したい気持ちになったとき、どうすればよいかを相談して一覧表にしておく。患者は常に持ち歩く。

・どのような状況を苦痛に思っているのか。どのような状況に弱いのか？それは自動思考と関係していないか？

・年に一度程度は元気に暮らしていることを連絡してもらう。

2398

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

教育相談

- ・未分化で混沌とした内的世界を分化成長させ、言語による情緒表出を可能にしてからでないと、外界とはつなげない。この、混沌とした内界を整理したり、そこに起こっている気持ちの動きに名前を付けたりという作業がまさに「[認知療法的アプローチ](#)」といえる。
- ・治療者の側でさまざまな[選択肢](#)を提示する。
- ・情緒的発達と言語的発達の両面。発達促進的な[アプローチ](#)。
- ・言葉自体の意味内容に目を向けすぎず、その人の気持ちがかたばの中にどれくらい含まれているかをよく見ながら言語化するように留意する。矛盾を明確にしたり、ことばを使って気持ちを変えようとしたりしても、気持ちがつながらないままに終わる。ことばに気持ちがかうまく乗るかどうか。
- ・情緒的つながりを特に大切にするのが[日本人](#)の対人関係の特徴である。
- ・自分の[パターン](#)を知ること。

2399

老人の症状の構造

disabilityの原因とそれに応じた治療

- ・[神経細胞](#)消失……代償促進
- ・disuse……[リハビリ](#)
- ・症候性症状……現疾患治療

脳 末梢（筋肉など）

細胞消失 骨折・切断など

廃用性能力障害 廃用性萎縮

2400

病棟の臭いを何とかする

たとえば[柑橘系](#)の香り

面会の家族にも不快な思いをさせない

職員の職場環境も考える

2401

脳が壊れるときや薬剤で脳機能が抑制されるとき、層構造の上位から機能麻痺が起こる。その場合、必ずしも陰性症状だけが起こるのではなく、陽性症状も起こる。最上位の機能は微妙な抑制であるから、それが失われると脱抑制となり、活発になったりする。しかしそれは統制のとれた活発さではない。一直線に「抑制」だけが進行すると考えるのは間違いで、一次的には脱抑制の時期が来る。その時間には長短がある。

2402

[認知療法](#)ハンドブック（下巻）

- ・面接時間を短くすれば、「悪性の退行」を防ぐことができる。
- ・患者の心理的な健康感を高める。
- ・[人格障害](#)の中核スキーマ（hard core [schema](#)）……「I am unlovable.」「I am [helpless](#)」
- ・治療者の態度を[モデル](#)として取り入れる。
- ・[境界性人格障害](#)患者が対人関係から距離を置く形で落ち着いていくという、[パリス](#)の指摘。
- ・現在の問題に焦点を当て、問題指向的、現実指向的な姿勢を維持する。過去を扱うときにも、現在と関連させる。
- ・患者が怒りを激しく表明する場合、その場で直面化。背後に中核スキーマが[活性化](#)している場合が多い。

2403

家族が面会に来なくなるのは、病院に来ていい思いをしないから。何も報われることがないから。

改善案

- ・臭い
- ・[おむつ](#)交換の場所
- ・音楽（民謡、軍歌から[クラシック](#)、[イージーリスニング](#)まで）
- ・感謝のことば
- ・細かい報告
- ・[プライベート](#)な面会室
- ・面会記録簿のようなものを作り、どの患者の家族のどの人がどれだけ来ているかわかるようにする。
- ・面会に来た時に治療団に対して要望があったら書いておくような[ノート](#)を個別に用意する。面会記録として大切なものになるのではないか。

2404

痴呆の行動障害のチェックポイント

徘徊

外出企図

好禱的

幻覚

妄想

同じ質問の繰り返し

人物誤認

独語

叫声、奇声、放歌

暴言、口論

破損行為

暴力

[収集癖](#)

荷造り動作

気候（?）

拒否

[異常性欲](#)

失禁

弄便

[トイレ](#)以外での排泄

食事忘れ・催促

異食・盗食

不眠

早期覚醒

夜間せん妄

2405

痴呆に対する心理社会的アプローチ

リアリティ・[オリエンテーション](#)（RO）

回想法

[音楽療法](#)

[コラージュ](#)療法

絵画

[折り紙](#)

2406

痴呆 観察評価スケール

- 1 言語コミュニケーション
- 2 非言語コミュニケーション
- 3 注意・関心
- 4 感情

2407

遠隔記憶のチェック

いくつになりましたか？

戦争

[関東大震災](#)

終戦

[東京オリンピック](#)

[ベトナム戦争](#)

[湾岸戦争](#)

神戸大震災

オーム事件

その頃は何をしてどこにいたか？

結婚は

子供は

2408

痴呆

時計描画法 11:10 を描いてもらう。

2409

[向精神薬](#)は十分量を使わないと意味がない。ときには[逆効果](#)である。

脳の構成を大きく二つに分ける。本能的で衝動的な下位部分と、抑制的で制御的な上位部分である。下位部分は進化的に古いものであり、上位部分は進化の過程で後になって発生した。つまり、古くからある食欲や性欲といった本能部分を、後に発生した上位部分が抑制して、どんなときにどんなところで、そうした欲求を満たせばよいかを判断している。こうしたことで「社会性」を維持している。

老人性痴呆の場合、脳が壊れる。壊れるときには進化の歴史の新しいものから順に壊れることが多い。上記の脳の構造からいえば、衝動をコントロールする部分から壊れてゆく。痴呆の際の行動障害として下位の衝動が突出するのは上位の抑制部分が壊れるからである。これを脱抑制と呼ぶ。

普通の状態では衝動10に対してコントロール10だとバランスがとれている。

コントロール部分が壊れると10:5となり、衝動が突出する。

これを薬でコントロールする場合を考える。少量のみだと、コントロール部分をさらに抑制するので、10:5（差は5）10:4（差は6）となり、さらに衝動の突出を招く。適量を使用すると、衝動も抑えるので、5:2（差は3）くらいになる。これで衝動は抑えられることになる。しかし大量すぎると意識障害が起こったり、パーキンソン症状が強くなったりする。つまり少なければ少ないほどよいということは、[向精神薬](#)に関しては正しくないことになる。

つまり少量すぎると、抑制部分だけを機能停止させてしまうことになり、症状は悪化する。

（付加的考察）

抑制・コントロール部分が強すぎる人は強迫症。15:10くらい。

本能・衝動部分→コントロール・抑制部分→状況判断部分の三つくらいに分けて考えたらどうだろうか。

上の三つの部分で考えれば、状況意味失認仮説の場合は最上位の障害ということになる。

[セロトニン](#)仮説は[セロトニン](#)過少だと衝動的になり、過剰だと過度の抑制で強迫[スペクトラム](#)に傾くという。

2410

「痴呆とケアの[マニュアル](#)」長谷川和夫監修

・[アセチルコリン](#)の代謝

[レシチン](#)→[コリン](#)→（+アセチルCoA+[コリン](#)アセチル[トランスフェラーゼ](#):ChAT）→[アセチルコリン](#)→（+[アセチルコリンエステラーゼ](#)）→分解

・[レシチン](#)と[コリン](#)を増やしても効果がない。

・CoAT活性を上昇させるのは有効。

・AchEを阻害。フィゾスティグミンの効果は短すぎる。[テトラ](#)ヒドロアミノアクリジン（THA）を[レシチン](#)とともに投与すると効果があるが、肝障害が報告されている。タクリンは認可を受けている。

・[アセチルコリン](#)のアゴニストとしてア**レコリン**がある。

2411

「痴呆とケアの[マニュアル](#)」長谷川和夫監修

・急激な降圧は避ける。降圧目標を150-160mmHgと高めにおく。[カルシウム](#)拮抗薬を第一選択とする。

・再発予防に[アスピリン](#)と[チクロピジン](#)（パナルジン）が有効。

・せん妄に塩酸チ**アプリド**（グラ**マリール**）、[ハロペリドール](#)、[プロペリシアジン](#)（アパミン、ニューレプチル）、[チオリダジン](#)（[メレリル](#)）を少量眠前に投与する。

・せん妄が続くとき、シチ**コリン**（[ニコリン](#)など）、メクロフェノキサート（ルシド**リール**）、TRH（ヒルトミン）などを経静脈的に投与。昼間の意識水準の上昇を図る。

・物とられ妄想に対しては、薬物はあまり効果がない。不安を取り除き、情緒を安定させると次第に消失する。

・[抑うつ](#)。ドスレピン ([プロチアデン](#))、ミアンセリン ([テトラミド](#))、セチプチリン ([テシプール](#)) など。塩酸ピフェメラン (アルナート、[セレポート](#))、インデロキサジン (エレン、ノイン) も有効。

・不眠には[エチゾラム](#) ([デパス](#))、[プロチゾラム](#) ([レンドルミン](#))、ゾピクロン ([アモバン](#))、[ロルメタゼパム](#) ([エバミール](#)、[ロラメット](#)) などを短期間使用する。

・いずれの場合も、[感染症](#)、脱水、発熱などの慎重なチェックが必要である。

2412

脳血管性痴呆の[リスクファクター](#)

・高血圧、心疾患、[ヘマトクリット](#)高値、[高脂血症](#)、高[コレステロール](#)血症、[糖尿病](#)、喫煙。

2413

・痴呆の患者の不安……物忘れがあるので、常に「途中から映画を見ている感じ」になる。

・家に帰りたいたと訴えるとき、「ここはあなたの家ですよ」と言うのではなく、「一緒に帰りましょう」と言って散歩のつもりで一回りして、「さあ、帰りました」と言って自宅にはいる。

・視力が良くないと夜になると物がますます見えにくい。明るいスタンドをつける。

2414

・痴呆では動作性知能より言語性知能が保持されている。言葉を交わしたうえでは一見障害がないように見える。しかし実際の生活行動では間違いや危険なことが多くなる。

2415

・徘徊する人には、その場限りであっても理由がある。

・[自尊心](#)がある。子供扱いは好ましくない。

・役割を与える。

・正しい行動のきっかけを与える ([モデリング](#)など)。頭ごなしの否定はしない。

・寝たきりにさせない。関節拘縮、床ずれ、肺炎などが起こる。日中は布団を片付ける。

・生活歴、習慣、癖、性格を把握する。文化的背景を知る。

・介護にあたる人は計画的に介護に当たらない日を作る。

・意志疎通が難しくなる。……目・耳の障害、[記憶障害](#)、見当識障害、判断力と[推理力](#)の低下、意志表示の困難、理解力低下。

・感情は保持されていることが多い。[プライド](#)を傷つけられると怒る。

2416

だましに近いことば掛け

- ・遠足の後、ホームに帰ってもバスを降りない場合。「ホームに着きましたよ」とか「お昼ご飯ですよ」では降りないとき、「終点です」と言う。
- ・妻がいないと騒ぐ場合。「隣の部屋で勉強しています」「薬をとりに行きました」などはだめだったが、「女の寄り合いに行きました」で納得した。その人の日常生活を知ることが大切。
- ・自分の年は忘れても、相手の年は分かる。あまりに年下の職員に言われても納得しないことがある。少し間をおいて、年配の職員がかかわる。
- ・自分が年寄りであると自覚していない場合、「おじいちゃん」「おばあちゃん」はまずい。自分の名前を忘れている人もいる。何と呼ばれれば認識するのか、確かめる。折にふれて姓名で呼びかけて自覚を促す。
- ・簡潔に、一つずつ。
- ・「おもらししたでしょう」はプライドを傷つける。「わたしお便所に行くの、一緒に行きましょう」と連れションする。
- ・話しかける位置を工夫する。近くの正面から。後ろから呼びかけると振り向いてバランスを崩し、転倒する危険がある。
- ・非言語的コミュニケーションが大切。不安・孤独に対して、手を握る、肩を抱く、背中をさするなど。
- ・ひらかなより漢字が分かる。長い文はダメ。名前や「便所」を書いて貼ったら繰り返して読み上げる機会を作る。
- ・24時間見当識訓練。折にふれて時刻を知らせる。
- ・早く食事をと催促する人に……「いま支度中です」と答える。何度でも繰り返す。（●このあたりはあまり現実的ではない。そんな対応は普通はできない。）食べた時間を一緒に記録する。食器を小さくしておかわりをさせる。
- ・失禁の始まりには時間を決めてトイレ誘導する。

2417

怒る老人

- ・思い通りにならない時に怒るといふ形でしか表現できないことがある。
- ・「お前は事務員のくせに、早くしなさい」と怒っているとき、事務員になりきり「はい、すぐにお持ちします」と応じる。（●こんなことまでするのだろうか？大変なことだ。続かない。）
- ・その人の生活歴を知り、興味や関心を利用して、気分を変える。怒りっぽいときに卓球のラケットを見せて「卓球をしましょう」と誘う。

2418

外出する人の理由

- ・何かを探すため
- ・毎日の習慣のため
- ・不安や落ち着かない気持ちのため

・被害的気分から

2419

妄想

物とられ妄想、嫉妬妄想、見捨てられ妄想など。

2420

麻痺があるとき

麻痺のない方を下にする。

2421

口の衛生

・歯磨きやうがいができないとき、番茶。

・2%の重塩水（重曹と塩）を浸した[ガーゼ](#)を指に巻いて口の中や歯を丁寧に拭く。歯があるときは割り箸に巻き付けて拭く。

2422

膀胱炎の予防

尿が残っていると膀胱炎になりやすい。寝たきりだと残尿が多くなる。下腹部を押して出し切る。ポータブルに座った方が出やすい。

食事以外の水分を1000-1200ml程度に保つ。

2423

医者は何を気づかっているか。

医者は人間の一番大切なものである命を気づかっている。しかも[精神科医](#)は人間の魂を気づかっているともしえないだろうか。

脳を気づかっているというのでは不足であるように思う。診察室で、脳の話をしているのではない。

2424

人の脳の壊れやすさを考える。

子供の壊れた脳と老人の壊れた脳とは似ている。常同行為があったり。「チンタイ君」と「[中途半端](#)おばあちゃん」。

一般人でも、脳はさまざまに壊れている。痴呆の脳や障害児の脳と連続している。そのあたりを歩いている人も、脳がある程度壊れている。しかし大切な部分の損傷がそれほどでもないから、平気で生きていられる。それでも[専門家](#)の目から見ればやはり壊れている。

痴呆老人の脳機能の研究は、一般人の脳の壊れ方の極端な例として考えることができる点で、意義がある。

脳が壊れやすい時期は、胎児期と老年期である。障害児と痴呆になる。児童、青年期、壮年期は壊れにくい。しかしいろいろな要因で微細に損傷を受けている。

微細な損傷を判定する鋭敏な検査法があるか？できれば神経心理的に、脳の場所の特定につながるような検査法。

例えば、脳の機能停止を微細に見る方法。PETの高精度版。

精神病、たとえば分裂病やうつ病は、一般人の脳の壊れ方と同一平面にはない。別の次元の出来事であると考えられる。

2425

心と脳は同一か？

「脳は心である」とクセジュ文庫の一冊にある。そんなはずはない。構造は機能であるというならカテゴリーの混同をしている。

たとえば、「消化という機能を可能にしている構造が胃である」とはいえる。「胃は消化である」とはいえない。

「意識や思考、感情などの機能を可能にしているのが脳という構造物である」とはいえる。

心脳問題の核心は、霊魂の問題なのに、それを誰も明確にしない。そこを明確にすれば問題は簡単である。

さらに、「心」という言葉が何を意味しているのか、明確でない。心とは精神機能のことであると定義してしまえば簡単になる。しかしそうではない考えの人もいるのではないか？それも霊魂の考えと関係している。死後も存在を続ける霊魂の問題である。

1) 霊魂はない。心とは精神作用全般を意味する言葉である。脳を含む身体全体、さらには伝承された文化や習慣の全体が、心の発生を可能にしている。その中心は脳である。脳があるだけで精神機能が発生するわけではない。感覚器や運動器が当然必要であり、栄養なども必要である。さらには脳の内容物とすべき文化全般が必要である。しかしながら、これらのものがあっても、脳がなければ精神機能は成立しない。その意味で、脳が心にもっとも強く関係している。

1-2) 脳から心が発生するとは到底信じられないとする考え。これは素朴だが強力で説得力がある。確かにそうだが、それは原理的な不可能を証明した上でのことなのか、それとも、我々がまだ知的に未熟で解明できないというだけなのか、その点を明確にしておきたい。現状では原理的な不可能が証明されたわけではない。

2) 霊魂はある。心とは、霊魂の機能を含んだ、精神機能であり、脳の機能だけで全部ではない。

脳.....心.....意識、感情、思考

胃.....?.....消化

構造.....?.....機能

[首相官邸](#)、[国会議事堂](#).....?.....政府機能、国会機能

そもそも物理学の全体、さらには科学の営みの全体が、神や霊魂を抜きにして世界を説明できるかという壮大な試みである。説明不可能であれば、やはり世界の構成要素として神や霊魂が不可

欠であるということになる。

しかし説明不可能という場合、我々が知的に未熟であるからできない場合と、原理的に不可能である場合とがある。原理的不可能は証明されず、つねに我々が知的に未熟であった。それが科学の発展の歴史である。

神も霊魂もなしに世界は説明可能であると証明できたなら、神も霊魂も世界の説明には必要がないということを主張できる。主張できるのはそこまでで、「だから神も霊魂も存在しない」とは主張できない。

逆に、神や霊魂の存在を仮定せずには世界を説明できないと「証明」されることはあるだろうか。ないだろうと思う。せいぜい我々の知的な未熟さを確認するだけであろう。

つまり、科学の営みは、実用上の利益を別にして、世界論に関しての寄与で考えるなら、もっとも成功した場合にも、「神や霊魂なしで世界は説明可能である」ことを証明できるだけである。しかしそのことは偉大な一歩である。神や霊魂が実在しない可能性があるということだ。

逆に、説明が成功しない場合には、やはり神や霊魂が実在するだろうとの感触を強めることになる。しかしながら、いつでも、「それは我々がまだ知的に未熟だから」と考えて、結論を先送りすることができる。

2426

時と場合で変わる性格と変わらない性格

人間の性格を記述する際に大切なことは、性格は場面によって変わることはないかと思う。時と場合によって変わらない性格であれば、それは記述しやすい。それを因子分析して、独立な軸は何本などと論じることも良い。

しかし時と場合によって変わる性格については、どんなときどんな場合にどんな性格要素を発揮するか、そこにその人のパーソナリティがあると考えられる。

2427

認知精神医学序説（種田）

- ・密室恐怖に悩んでいるのは自分一人だと思っていたのが、自分だけではないと分かり、人に話せるようになった。
- ・「密室恐怖は恥ずべきこと」とするベリーフが原因である。

2428

認知精神医学序説（種田）

- ・視覚的イメージは写真のようなコピーではない。経験がないのに、自宅を空中から見た図を思い浮かべることができる。小学校以来会っていない友人が、眼鏡をかけ白髪になっていても発見できる。
- ・知覚は単なる外界のコピーではなく、知覚者が走査し抽出した諸特徴を組み合わせた構成物である。

●ここに知覚の能動性がある。知覚は五感が抽出した特徴を脳内で再構成した何かである。人間が現実存在するものと考えているものは、そうした構成物である。では実在そのものは何かということになれば人間には[不可知](#)である。長い進化の歴史の中で、抽出すれば有用であるような特徴が抽出されるように[プログラム](#)されている。

●知覚も再構成物であり、記憶も再構成物であるといえる。

2429

認知[精神医学](#)序説（種田）

ALLportは英語で性格特徴を示す語を調べた。17565語あり、4500は環境への適応性を示す一貫した行動様式を意味していた。そのうち30%は他人に及ぼす影響を意味にしていた。たとえば魅力的、高慢など。

2430

認知[精神医学](#)序説（種田）

面接者について、「求職者面接だ」と[セラピスト](#)に告げておくと、「現実的、熱心、快活」などと評価する。「[精神科](#)患者の面接だ」と告げておくと、「防衛的、依存的、攻撃的、敵意の抑圧」などと評価した。内的力動を問題にする性格理論の[セラピスト](#)ほどこうした方よりの傾向は著明であり、[行動療法](#)の[セラピスト](#)はこのような偏りを示さなかった。

2431

認知[精神医学](#)序説（種田）

・[権威主義](#)の人は刺激の[あいまいさ](#)に耐える力が乏しい。

2432

認知[精神医学](#)序説（種田）

R.B.Cattellは「性格は、人がある状況におかれたときどうするかを予測するものである」と定義した。

2433

認知[精神医学](#)序説（種田）

・空間認知力が[イメージ](#)に、言語は強迫性に関連する。
・疑惑心、抑圧、否認、敵意、不信感、うつは強迫性を構成する重要成分である。同時に身体疾患にかかったり死亡しやすい性格タイプである。

2434

言語による認識は、時間系列に沿った[一次元的](#)なものである。たとえば音楽を時間をかけて聞いて初めて納得するようなもの。たとえば列車が次々に通り過ぎるのを見守るようなもの。

一方、[イメージ](#)による認識は、そうした時間の制約を超えて一挙に認識される。たとえば[モーツァルト](#)が楽譜を見ると、三十分の音楽が一挙に理解されるような事態。次々に通る列車も、もっと上空から見れば、一挙にその配列が理解される。

たとえば[自閉症](#)児。ばらまかれた豆が64個であると一瞬のうちに分かる。また、ある数が素数であるかどうか、常人を越えたすばやさで理解する。こうしたことは、[イメージ](#)による認識と関連しているのではないか。

2435

認知[精神医学](#)序説（種田）

[ブロイラー](#)は言語連想の詳しい実験から、分裂病の症状や病理を理論化した。精神現象は感覚と感覚表象（[イメージ](#)や観念を含む）の結合の結果として理解され、観念の連合が思考であり、言語がかかわる論理的（理性的）連合と感情がかかわる内閉的連合が区別された。分裂病の連想障害は前者が後者に圧倒されたものだと考えられた。

2436

認知[精神医学](#)序説（種田）

- ・執着性格は英語に訳すと強迫性格になる。森田神経質やヒポコンドリー基調も同じ。メラニコリー性格も同じ。
- ・[うつ病](#)では判断が滞るといわれるが、自分に関する限り極めて迅速で断定的である。自責など。また、相手に対する自分の影響力の強さを過大に評価している。そこで他人に申し訳ないとする断定が生じる。自分はダメだ、絶望的だとの推測は自信に満ちており、この[パラドックス](#)を理解しない。

2437

認知[精神医学](#)序説（種田）

「[欲求不満](#)の抑圧は不安をおこす」と一般には考えられているが、不満は抑えないで出した方がよいとする[カタルシス](#)説とともに、神話である。「[ストレス](#)がたまるとよくない」といわれるが、「[ストレス](#)下に長くいると抑制がうまくできるようになる」場合もある。[ストレス](#)が続いてたまるのは、不満や不快とラベルされ、手がかりとなった記憶であり、そんな条件下にいつまでも留め置かれた哀れさや怨みであろう。

[カタルシス](#)の技法が成功するのは[神経症](#)でも軽い人であり、自分の欠点や恥ずかしいことに直面しても余裕のある人である。このような人には[カタルシス](#)を試みるまでもなく、説明するだけでよい。

2438

認知[精神医学](#)序説（種田）

- ・MASは不安そのものを測っているのではなく、不安に対する対処の仕方がある程度測っている

と評価されている。

2439

認知精神医学序説（種田）

- ・ 強迫性は独断性である。
- ・ アレキシチミアとタイプAは同類である。さらに強迫性格と同類である。強迫者が増加し、時代によって強迫者のテーマが変化したと見られる。
- ・ 平均的医師は強迫傾向を持つ。
- ・ 強迫の三徴は、疑惑、罪悪感、過度の責任感。核になるのはわがままとマイペースの区別ができないこと。つまり独善性。独善性は他人の独善性と出会ったときトラブルになる。
- ・ タイプAは1) 行動の性急さ、2) 仕事への没頭や過剰適応、3) 強迫的自己知覚
- ・ 心身症の人は催眠にかかりにくい。
- ・ 恐怖症の人は酒や薬の依存や乱用に陥りやすい。→依存者と強迫症者の関連。
- ・ 精神病者の発ガン率。分裂病者は一般成員の半分、パラノイアでは四倍。
- ・ 強迫の不安。不安だから強迫に至るのではなく、繰り返しているうちに不安になる。「自分で自分をコントロールした方がよい」とするベリーフを実行できないことが不安である。
- ・ 強迫者は高い理想を自分にも相手にも求める。
- ・ 強迫神経症の別名。理由付け狂、疑惑狂、決断不能症、永久熟考症。孤高ぶりから貴族の病。「思考、感情、行動のすべてにおける両極性。それは認知スタイルの偏りに起因し、言語処理への依存が本態であろう」（種田）
- ・ 強迫症の臨床では言語が目立つ。大脳左半球の過活性説につながる。否定文と批判文、「ねばならない」「すべきだ」が多い。
- ・ 言葉による思考と推論が強迫者のもっとも際だったスタイルである。
- ・ 些細なことを強く評価したり、意味づける傾向がある。それは妄想を育てやすい。
- ・ 決定困難は「あいまいさに耐えられない」傾向を反映している。白黒つけたがる傾向。
- ・ LOI:Leyton Obsessional Inventory
- ・ 言語の働きを中心にすえた現代の教育や情報社会が強迫性を助長している。イメージの操作性を高める訓練や教育法が望ましい。
- コンピューターで、MS-DOS環境はまさに強迫症者の世界であった。WindowsやMacの世界はイメージ操作の世界に近づいている。
- ・ 強迫神経症の症状が、現代ではより妄想的に、あるいはより重くなったとの主張がある。環境の影響と考えられる。
- コンピューター操作と強迫性は明らかに親和性がある。テクノストレスという場合、まず強迫性との関連が検討されるべきだ。次にはコンピューターリテラシーに欠ける人たちの不適応が検討されるべきだ。
- ・ アメリカではここ十年で恐怖症治療の施設が急増した。患者数は1300万人と推定される。
- ・ 強迫症者は同じようなタイプを配偶者とすることが多い。

2440

小此木啓吾「困った人たちの精神分析」

- ・ 性格の心理は他人との組み合わせの中での話として聞く必要がある。組み合わせによってそれぞれの性格のどの面があらわれるかという場合に「性格傾向」という。
- ・ [パーソナリティ](#)はこれらの性格傾向を一つの心の働きとして司るような、個としての人格全体の構造と機能をいう。
- ・ 結婚するときにより好ましいと思った性格傾向が、一緒に暮らしているうちに、嫌悪の原因となる。
- ・ その人が環境の支えを失って、一人きりになったり、逆境におかれて、一番ひどい精神状態になったときにはどんな考えを抱き、どんな行動を起こすのか、という予測をたてて、その人を見る。（●ひどい悪文。お喋りをそのまま文章におこしただけ。）
- ・ [ミクロ](#)な狂いを見たら、距離をとる。
- ・ 依存型。あまりにも見捨てられる不安が強いために、すべて自分と一体でなければ気がすまない。自分と相手の気持ちが[ちょっと](#)でも同じでないとわかったときには、とても傷つき、見捨てられたと絶望的になって、飛び出して死んでしまいたくなる。
- ・ [人間関係](#)や[社会生活](#)におけるその人らしい適応の仕方や、その人らしい欲望や感情のコントロールの仕方が性格である。
- ・ 境界[パーソナリティ障害](#)の人たち。良いときと悪いときの連続性がない。[多重人格](#)の場合には意識の変容が介在している。境界[パーソナリティ](#)の場合には、意識変容の過程はない。認知としてはきちんと記憶しているのだが、感情状態の連続性がない。

2441

躁的防衛

悲しいこと、苦痛なことについて悩んだり、傷ついたりしている精神状態から、一挙に、このような心的リアリティを否認し、自分が頼っていたのに失った対象を[過小評価](#)し、自分は誰にも頼らず、元気で強いんだという自己像を描き出すことで、心の苦痛や悲しみを克服する心の[メカニズム](#)をいう。メラニー・[クライン](#)が定義した。（小此木）

●これでいいのだろうか？

2442

自己愛[パーソナリティ](#)

- ・ 誇大感を持っている。
- ・ すばらしい理想的な自己像を実現しようと努力している。
- ・ すぐに傷つく。
- ・ 理想自己の実現にしか関心がないので、[自分本位](#)の思いこみがある。
- ・ 人との共感性がない。

- ・特別扱いを当然だと思う。
- ・平気で人を利用する。
- ・人に対する評価がころころ変わる。自己愛を充たす人はよい人、そうでない人は無価値な人。
- 誇大感と共感性欠如で全体の[ストーリー](#)は組み立てられそうである。
- ・誰かに自分の誇大感を投影して、崇拜して、自分の自己愛を満足させる人もいる。スターに対するファン、[独裁者](#)に対する大衆。
- ・[アイデンティティ](#)型人間は安定している。そこから自我理想が失われ、個々人の裸の自己愛が残る。生身のパーソナルな自己愛の満足を生活の動機として暮らす人々を自己愛人間と呼ぶ。
- たとえば医者でも、使用人根性が染みついた人がいる。ヘドが出る。
- 生身のパーソナルな自己愛の満足を人生の目標とすることなどできるものであろうか？なんという退落した人生であろうか。わたしなら一種の不全状態であると診断する。
- ・自己愛[パーソナリティ](#)の中の妄想タイプ。自己愛が過剰に肥大して、まわりから自分はきっとすごく尊敬されて大事にされているだろうと期待し、ときには思い込む。ところが相手はただの人として対応すると、自分の期待と現実のギャップがおこる。この細かいズレがすべて自己愛の傷付きになる。

2443

[アメリカ](#)で

[第一次大戦](#).....肉弾戦.....古典的[ヒステリー](#)

[第二次大戦](#).....遠隔戦・[レーダー](#)戦.....自律[神経症状](#)（不安緊張、不眠、腹痛など）

日本は[第二次大戦](#)で古典的[ヒステリー](#)が多かった。

2444

強迫について

たとえば老人や[自閉症](#)児に見られる常同行為は、行為の外見は似ていても、強迫症ではない。むしろ反対の事態であるといえる。

強迫症はコントロールの過剰である。自分をコントロールし、ひいては魔術的に外界をコントロールしようとする。

（だとすれば、強迫症の目印である、「ばかばかしいとわかっているにもかかわらずやめられない」はどう解釈されるのだろうか？本当はわかっているのか？）

常同行為は、コントロールの過少である。抑制中枢が壊れているから常同行為になる。

常同行為の治療は、

- 1) 抑制中枢の再建
 - 2) 無害な常同行為への変換
 - 3) 常同行為実行部分を壊すことで行為を停止させる
- などが考えられる。

2445

自動車の運転

セルフ・コントロールの回復に役立つ

掃除や整理整頓と同様である。

2446

ピッチャーは完全主義者が多い

小さい頃からの成功体験が彼らを支えている。エースで四番という種族である。努力家である。自分と試合を完全にコントロールしようとする。

ところが予期せぬエラーが発生した場合、全か無か思考により、試合を続ける緊張が切れてしまう。

過剰なコントロール願望は達成されずに失敗に終わることも多いだろう。

2447

迫害（妄想）的なポジション

いじめられたり心を傷つけられたりしたとき、ひがみやすい人、怒りっぽい人は、普通の人のお十倍も二十倍も怒る。その怒りを相手に投影するので、相手は実際の何十倍も意地悪でひどい人で、自分をいじめていると感じてしまう。このような状況を、その人の心が迫害（妄想）的なポジションに落ち込んだという。

人間の心はときどきこの迫害（妄想）的なポジションに落ち込むことがある。しかも、そのとき自分の怒りを投影し、そこで経験される相手のいじめや迫害が本当に起こっているように思い込んでしまう。そうなると、実際に相手が悪いのだからという気持ちになって、いくらでも自分の怒りを向けることができるようになる。

2448

超自我

罪悪感が引き起こされる信号系

2449

ミッチャーリッヒ「喪われた悲哀」

ナチスに同化してサディズムを発揮していた軍人が、敗戦後、戦時中のサディズム心理をどのようにして人格の中に再統合したか。

2450

罪の意識から罪を行う者

・自分が罰を受けるために悪い子になり、罰せられた後でかえって心が静まり穏やかになる。事故頻発など。

- ・拡大すると「死の本能」になる。

2451

境界例の意味

- 1) 精神機能水準として
- 2) パーソナリティのタイプとしてDSMでいうような意味。不安定型パーソナリティと同義。
- 3) 一つの症候群として。
- 4) 特有な発達障害の固着を持つものとして。
- 5) 精神病とのスペクトラム・ケースとして。神経症と精神病の境界。

それぞれのパーソナリティ障害のレベルが、より病的なものになり、障害の程度が重くなると、共通の病像が見られる。それを境界型パーソナリティ障害と呼ぶ場合もある。

2452

境界例

・本人の中で感情の動きがあまりにも大きいために、自分一人では処理することができない。それが苦悩の源泉である。相手を巻き込んで、相手とのトラブルの中で自分の感情を処理するという奇妙な対人関係のパターンを持っている。

・感情や衝動の自己調整能力が著しく脆弱である。相手を巻き込んで、相手との関係の中でしか自分の感情や衝動を処理することができない。

・自分の機嫌が悪い。一人でその機嫌がおさまるのを待つことができないときに、彼女は相手の機嫌が悪く、自分に冷たいと感じる。これを投影性同一化という。そして、何とか相手の機嫌が悪いのを鎮めようと思って、あれこれとコントロールを始める。自分で自分の感情をコントロールするよりは、相手の機嫌が悪いのを慰めると思うと自分の感情の処理もうまくできる。

・ある女性はゆううつで苛立った気持ちを自分で処理できない。看護婦になり、亡くなっていく方の看護と死を看取る仕事をするようになって、長年にわたる抑うつとiraだちははるかに軽減された。

・人間には、自分の感情を自分一人で処理する以前に、相手に投影して、相手の気持ちをうまく扱うことで自分の感情を整理する、そういう心の段階がある。

・もともと演技型であったり、依存型や自己愛型であった人々が、そのパーソナリティ機能がうまく働かなくなって破綻したとき、あるいは、それがより病的な状態のときに、境界パーソナリティ障害の状態を呈するのだと考える。演技型はますます演技型に、依存型はますます依存型になる。

2453

自己愛

理想自我があまりに肥大した場合が誇大自己。誇大自己にふさわしい自分でいなければならないという思いこみの過剰な人が自己愛パーソナリティ。

2454

道徳観やタブーが強固な世界では、[超自我](#)—自我の仕組みがあった。このような内的規範を持つことなしに暮らすようになった現代では、心の仕組みが変容を遂げる。裸の自己愛を満たすために行動するようになった。欲動と自己愛の満足、この二つを追求するのが現代人の心のあり方である。境界[パーソナリティ障害](#)はこうした心のあり方の反映である。（小此木）

2455

心の満足を得ようとする。「どうなれば満足か」については、社会的に決定されていることが多い。それが流行である。宗教や[イデオロギー](#)といったいわば「大きな規範」は衰退したが、それに代わって、「小さな規範」が現代人のまわりを取り囲んでいる。

裸の自己愛と小此木は言うが、[イデオロギー](#)もない時代に、自分で自分の自己愛の方式を工夫できるわけではないだろう。[マスコミ](#)に乗って流れてくる「小さな規範」を[キャッチ](#)して生きているだろうと思う。

[アイデンティティ](#)の問題にしても、大きな[アイデンティティ](#)は衰退して、「複数の小さな[アイデンティティ](#)」が現代人を取り囲んでいる。

人間の脳はいつも内容物を必要とする。ちょうど、[コンピューターのハードとソフト](#)のようなものだ。

2456

医者不信

疑い深い妄想的な人格傾向の人にしばしば見られる。

2457

排便、食事、通学、性生活など、基本的な生活機能が別な心の葛藤を処理する手段に用いられる。その結果、生活機能が障害される。こうした基本的な生活機能が自律的に営まれていることが、[パーソナリティ](#)の健康度の指標になる。

2458

[パーソナリティ](#)の評価

- 1) [一貫性](#)、まとまり
- 2) 現実検討
- 3) 自己愛がどの程度満たされているか、[超自我](#)とどう関係しているか。
- 4) 周囲への影響を評価できるか。
- 5) 支配・達成の能力。職業的な能力。

●こうした記述は全く散文的で、「昔からの知恵」で、「孫引き的」で、原理原則に欠ける。

2459

「わたしならきっと助けてあげることができる」「わたしなしではいけないのだから、あの人のために人生を捧げよう」と思うとき、相手の人がいつも波乱万丈の[トラブル](#)を繰り返している人ではないかどうか確かめる必要がある。

2460

〇〇さんと呼ぶか、おじいちゃんと呼ぶか

「わたしはあんたのおばあさんではない」との考えもわかる。また、あまりに[年寄り](#)の看護に「おばあちゃん」と呼ばれたくないのもわかる。自分は35歳のつもり[なのだから](#)。

しかし一方、病棟での役割があり、[人間関係](#)がある。孫くらいの年の職員に自然な感じで「おばあちゃん」と呼ばれるのはいいものではないだろうか？疑似家族のようになった場合、「〇〇さん」とは呼ばないだろう。やはり役割の呼称である「おじいちゃん」「おばあちゃん」が一番落ち着くと思う。

その場にどのような[人間関係](#)が発生しているかが背景の問題としてある。入居者または入院患者であり、職員である、そのような関係の場合には〇〇さんと呼ぶべきだ。しかしそこに徐々に疑似肉親のような関係が発生して自然に「おばあちゃん」と呼ぶ関係ができたなら、それはとてもすばらしいことだ。

「お前なんかにおばあちゃんと呼ばれたくない」となるか、「わたしをおばあちゃんと呼んでくれてうれしいよ」となるか、どのような[人間関係](#)ができていのかにかかっている。

入院している人たちはいままで〇〇さんと呼ばれてはこなかっただろう。特に家ではそんな呼ばれ方はしてこなかったはずだ。

病院を[ホテル](#)に近い場所として考えるなら、呼び方は〇〇さんだ。しかし家庭に近いものとして考えるなら、「おばあちゃん」だ。そして、生活の場は家庭である。[ホテル](#)ではない。それが普通ではないだろうか。

2461

できるところから [ステップ](#)・バイ・[ステップ](#)で。

[公文式](#)の宣伝文句。

2462

分裂病

病院が変われば病像も変わる。そんな病像に[普遍性](#)はない。[普遍性](#)がないのになぜ分裂病と名付けるか。

環境因子を排除した「真水の病像」「真の病像」「環境と反応する以前の病像」そんなものがとらえられればよい。

2463

分裂病の妄想と痴呆の妄想

原則的には分裂病では超越者の登場がある。痴呆では記憶の障害や認知の障害が前提となり、反応性にあらわれた妄想である。前提をおけば、あとはある程度了解可能な性質のものとも言える。

違うようでもあり同じようでもある。分裂病と同じ妄想を呈する人は分裂病と呼びたい気もする。しかし経過が違いすぎる。しかしまた、痴呆と呼ぶにはやや特殊な像を呈している。

痴呆は次第にレベルダウンして、いわば「[陰性症状](#)」の集合体になる。

痴呆で[神経細胞](#)が脱失するにしたがって陽性症状や[陰性症状](#)が現れることはまさにジャクソニズムの典型例である。

前提をおいて、その先は了解可能であるというのなら、分裂病でもそのような面はあると言えるのではないか？状況意味失認などはそのあたりの議論に役立つ。

2464

人間と人間がいれば、対人関係による癒しが成立する。

まず好かれること。なじみになること。そのために[専門性](#)や権威が役立つ。

2465

[アルツハイマー](#)型痴呆は[ゆっくり](#)進行する。血管性痴呆に比較して機能代償がおこる余地がある。

→逆に、[アルツハイマー](#)は急速に進行するから、血管性のような「まだら」な様子が覆い隠されてしまうのかもしれない。

→血管性は空爆で町全部が機能を停止するようなものだ。[アルツハイマー](#)は町の住人がひとりひとりあちこちで死んでゆくようなものだ。一人死んでも周囲の家族で機能を補完したりする。

要するに、痴呆とはcomaに至るさまざまな道のことである。それまでの[プロセス](#)がさまざまにあるということである。ときどきは陽性症状が出たりもする。

2466

ジャクソニズムを膝蓋腱反射で説明するとわかりやすい。

痴呆の人が環境刺激に過剰に反応するのは、膝蓋腱反射と同じことが起きている。抑制が壊れている。

2467

痴呆の症状と経過

・症状の分析

痴呆症状（[陰性症状](#)＋陽性症状）……[神経細胞](#)消失の結果

[ストレス](#)反応症状（症状[ストレス](#)＋入院[ストレス](#)）

廃用性能力障害

[病前性格](#)またはその先鋭化

薬の[副作用](#)

身体障害による活動制限がもたらす病像

[意識障害](#)

正常な老化

・治療メニュー（あまりない）

薬物

支持的精神療法（なじみになる、好きになる、秘密を共有する、家族に似た関係）

[リハビリ](#)（OT、SST、ADL訓練）

集団レク

個人レク

2468

入院中でも家族に協力していただきたいことを考える

一緒にご飯を食べる

散歩の相手

古い写真を見て懐かしむ

回想法に家族を入れる

など

[1997年11月17日](#)（月）

2469

痴呆の中で

軽度（[日常生活](#)にほとんど支障がない）……40%

中等度以上（[日常生活](#)に支援が必要）……60%

2470

随伴症状

ケアを難しくしているのは随伴症状である。

[アルツハイマー](#)より脳血管性痴呆に多い。

2471

[アジア](#)、[アフリカ](#)で生まれた[ユダヤ人](#)は欧米で生まれた[ユダヤ人](#)よりも[アルツハイマー型痴呆](#)の発生率が低かったとの報告がある。

人種よりも生育環境に問題があるとの議論もあるが、まだ[データ](#)が少ない。

2472

正常老人が多い性格

同調型（明るい、社交的、開放的）

執着型（責任感、頑張り屋、義理堅い）

痴呆老人が多い性格（[アルツハイマー](#)にも血管性にも共通）

感情型（気性が激しい、短気、[わがまま](#)）

内閉型（閉鎖的、非社交的、人にとけ込めない）

精神的にも身体的にも活動性に乏しい消極的で不活発な人→若い頃からの[ライフスタイル](#)が問題

2473

痴呆症状を規定するのは、基礎疾患ではなく、脳病変の部位や大きさである。

→これは分裂病と同様。疾患は「経過」を規定する。

皮質痴呆（[アルツハイマー](#)や進行麻痺）＝言語、行為、認知、記憶、高次精神機能の障害

皮質下痴呆（パーキンソンなど）＝幼稚化、[自己中心的](#)、抑制欠如、人格の障害、精神機能の緩慢化、意欲障害

辺縁痴呆（ウェルニッケ・コルサコフなど）＝際だった健忘、特異な人格変化

白質痴呆（[ビンスワンガー](#)など）＝高次精神機能障害に加え、[人格障害](#)や意欲障害

●しかしながら、場所によって著しく異なる印象でもないと思う。観察者の感度が鈍いだけなのか。

2474

痴呆の鑑別として切実なもの

正常老化

仮性痴呆……非器質性・可逆性の痴呆。たとえば廃用性、[心因性](#)、症候性（たとえば代謝疾患）がある。

[抑うつ](#)状態

軽い[意識障害](#)

●仮性痴呆は普通は「[うつ](#)」のときに用いる。

●正常老化、うつ、[意識障害](#)、廃用性、[心因性](#)（[神経症性](#)、[ヒステリー性](#)）などが痴呆と鑑別すべき状態ということになる。

廃用性要因に対しては、多少時間がかかっても自分でするように仕向けることが大事である。

2475

天秤法

老年痴呆

高度の痴呆

もっともらしさ、人格の形骸化

進行性経過

多動、落ち着きのなさ

無関心

[記憶障害](#)、失見当



高血圧の既往

人格の保たれ

感情失禁

言語障害

急激な発症、段階状悪化

[神経症状](#)

脳血管性痴呆

血管型はより身体的である。

[アルツハイマー](#)はより精神的である。高次機能がおかされている。微細な変調を補完しながら症状は進行するのだろう。「もっともらしさ、高次機能の形骸化」が本質的であるかも知れない。補完しようがない部分が記憶である。取り繕うにも限度がある。

2476

全身疾患に伴う二次性痴呆の経過

内分泌疾患 → 血行性 → 脳細胞の代謝障害 → 脳器質病変

代謝疾患 意識混濁・自発性低下 痴呆

中毒 可逆性 非可逆性

2477

痴呆の精神症状

中核症状……器質性病変、非可逆性？

周辺症状……機能的病変、可逆性

[意識障害](#)あり……せん妄？

[意識障害](#)なし……[通過症候群](#)？

実際の症例では、???が混在して病状を複雑にしている。

[意識障害](#)……急性の脳[神経細胞エネルギー](#)障害

[通過症候群](#)……[中枢神経系](#)の[シナプス](#)における[神経伝達物質](#)の放出低下または放出過剰、あるいは[シナプス](#)後受容体の感受性の低下または亢進が起こり、神経回路網での相互調節作用が崩れたために起こるのではないかと推定されている。例えば、幻覚・妄想の発現機序として、中脳一辺縁系の[ドーパミン系シナプス](#)後受容体の感受性の亢進が推定されている。

●[通過症候群](#)をこのように解説しているのは初耳。

●[通過症候群](#)が治るのだから、分裂病も治りそうである。

2478

老年期痴呆ではいきなり器質病変が出現するのではなく、なんらかの機能的病変が進行し、次第に器質病変が完成して痴呆が発現すると考えられる。

[ニューロン](#)や[シナプス](#)に起こる[機能障害](#)→器質病変の[プロセス](#)の一部が、薬物治療によってある程度まで代償的・補充的に回復するからであろう。

●つまり、機能的病変の代償をしておけば、器質病変は進行しないだろうということだ。[イメージ](#)としてはつかみやすい。

しかし現在の痴呆の薬はそのような働きをしているのだろうか？

2479

痴呆の[薬物療法](#)の説明

患者を穏やかに保つ

介護の負担を減らす

[パンフレット](#)を作っておく

周辺症状を緩和する

進行を遅らせる

対人関係を良好にする

かえって痴呆が進行するように見えることはあるが、その事情を理解していただく→[意識障害](#)に関連して

痴呆患者を中心とした家族[システム](#)の全体を支援するといった視点が大切

2480

行動異常の分類

- ・精神運動興奮を基盤とするもの……周辺症状に相当する……過剰活動、攻撃性……薬物
- ・知性の低下により見当違いの行為に及ぶ……迷惑行為……介護
- ・脱抑制……摂食異常、性的逸脱……介護

2481

室伏の介護五項目

- ・受容して安定感・[安心感](#)を与える
- ・禁止せず先延ばしする
- ・関連した別のことで要求の一部をかなえてあげる（帰宅要求に対して散歩など）
- ・「なじみ」による心理的結合を利用して患者に納得してもらう
- ・薬物も大切

●要するに嫌われないように気をつけなさいということのように思われる。「今は嫌われても本人のためだったと後で分かってもらえる」といった教育的観点は有効ではないと思われる。今があるだけ。「いま好かれること」それが一番[大切なこと](#)だ。

怒鳴ったりするのは最低である。

2482

薬物は急速に増量しない。不十分な面は看護によって補いながら様子を見る。

[高齢者](#)では長期間にわたって[血中濃度](#)の上昇が続くこともある。急ぐと過鎮静や筋弛緩、[錐体外路症状](#)が出る。

慎重と我慢。

介護に重きをおく態度。介護を補助するのが薬物。

老人は[血中濃度](#)が[プラトー](#)になるまで時間がかかる。これは大切。

2483

VB12は[アルツハイマー](#)や血管型痴呆で脳と[脳脊髄液](#)で減少していると報告されている。メ[コバラミン](#)が有効と議論されている。

ヘキストール、[アバン](#)に[神経細胞](#)保護作用。脳虚血後の delayed neuronal death から保護する。

[セレポート](#)、エレンは抗うつ作用。

脳循環代謝改善剤は意欲、感情、自覚症状に効く。……サアミオン、ヒデルギン

脳代謝賦活剤は意欲、感情に効く。……全般を指す。

8週で有用性が判明する。

よくなるのに3ヶ月以上続けても無駄。

調整的……ヒデルギン、[アバン](#)、サアミオン

賦活的……[シンメトレル](#)、[セレポート](#)

抑制的……ガミベタール、サアミオン

エレンの位置づけは人によって違う。

併用は単独よりも有効。

サアミオン+ ([アバン](#)、エレン、[セレポート](#))

問題行動や活動過剰型のせん妄に対して、[アバン](#)、ヒデルギン、ブレンディール、[コメリアン](#)、サアミオン、ドラガノン

活動減少型のせん妄に対して、[ニコリン](#)、[ルシドリール](#)

痴呆のうつにエレン、[セレポート](#)、オイナール

[セレポート](#)で不眠が解消する

早期診断の技術があれば早期治療ができて、治療の有効性が高まる。

高血圧を伴う[脳血管障害](#)慢性期には降圧作用のある脳循環改善薬がよい。脳血流を低下させることなくむしろ増加させて全身血圧を低下させる。→ヒデルギン、ペルジピン、カリクレインなど

[心電図](#)に虚血性変化がある場合には、ロコルナール、[コメリアン](#)など

血圧は少し高めに維持しないと脳血流を維持できない。緩徐に降圧する。

強い抗[血小板](#)薬よりも、抗[血小板](#)作用を有する脳循環改善薬がよい。

2484

最大酸素運搬能……[ヘマトクリット](#)33%

脳循環改善薬の第一の標的症状は、脳循環障害に基づく自覚症状、たとえば頭痛、頭重、[めまい](#)、[頭鳴り](#)、[耳鳴り](#)、手足のしびれなど。次いで精神症状。

2485

脳循環障害

軽いがびまん性の循環障害（正常の80%程度）……自覚症状

中等度のびまん性循環障害……[精神障害](#)、[意識障害](#)

著しい局所的循環障害……[神経症状](#)……短時間で不可逆的変化をもたらしやすいので器質的病変になりやすい

したがって、脳循環を改善すると、自覚症状、精神症状、[神経症状](#)の順に改善しやすいことになる。

脳の血流低下が長期間続くと、明らかな再発作を起こさなくても、症状が徐々に進む。[アスピリン](#)（消化器潰瘍があるときはだめ）やパナルジンが再発予防に有効。

脳血管性痴呆は一度の発作で痴呆化する場合もあるが、多くの場合は再発を繰り返すことによって次第に痴呆化する。あるいは[ビンスワンガー型梗塞](#)による痴呆のように明らかな再発作を起こさなくても長期にわたって脳血流があるレベル以下に低下した状態が続くことによって、痴呆化する。

痴呆化する前にはある期間脳血流（CBF）の低下が持続することが必要である。そのうちに脳酸素代謝率（CMRO2）が低下し、これが両側[前頭葉](#)におよぶと痴呆化する。したがって、痴呆化する前に、CBFとCMRO2を維持するようにすることが大切。

●リハは廃用性障害にも有効だし、脳血流量や脳酸素代謝の点でも改善をもたらす。

2486

老年者の薬の[副作用](#)

細胞内水分比率が減少し、脂肪比率が増加する。したがって、水溶性薬剤では[血中濃度](#)が上昇しやすい。脂溶性薬剤では作用が遷延しやすくなる。

代謝と排泄は低下する。老化に伴う腎・肝機能は検査では検出されにくい。検査が正常でも、[クリアランス](#)は低下している。内因性[クレアチニンクリアランス](#)が一つの指標となる。

フルナ[リジン](#)（フルナル）でパーキンソニズムが起こる。

2487

痴呆患者の治療

環境改善、やさしく[暖かい](#)語りかけ・接触、[薬物療法](#)の順に大切。

[薬物療法](#)の目的としては、知的機能改善、周辺症状（意欲低下、情緒障害）の改善、問題行動の抑制があげられる。

●意欲低下は周辺症状か？

2488

脳代謝改善薬の第一義的な場は（星状）[グリア細胞](#)である。

2489

処方の実際

麦角[アルカロイド](#)（脳循環改善作用が強くしかも神経伝達調整作用が強い。ヒデルギン、オイナール、サアミオン）を基礎に、効果発現の早い[セレポート](#)あるいは[シンメトレル](#)を併用する。

[アルカロイド](#)系は頭痛、頭重、[めまい](#)などの自覚症状に効く。

[シンメトレル](#)、[セレポート](#)は自発性、意欲を改善する。

エレンは[ドーパミン](#)系を抑制するので、夜間せん妄など問題行動が合併している場合によい。

薬の大量投与によってかえってイライラしたりボーッとしたりする。注意が必要。一、二種類に限るべきである。

2490

吸収速度は液剤、錠剤、粉剤、時効性剤の順である。

成人に比して有効量と中毒量が近い。

2491

痴呆患者では認知や判断の障害があるため、妄想、曲解、誤解、怒り、不安が起こりやすい。それらは言語化されず、おちつかなさ（不穏多動）、失禁、弄便、せん妄などの行動で表現される。

2492

痴呆の妄想

[被害妄想](#)の対象はもっとも身近で本来は依存の対象となるべき人である。たとえば嫁。「弱者の攻撃」と言える。弱者の立場に立たされたという情けなさも前提としてある。

2493

強迫症状を呈する患者。家族も強迫傾向がある場合が多い。[配偶者](#)は特にその傾向がある。

●強迫傾向に関しては、

- 1) 上位の抑制低下による下位の強迫（これは常同行為と名付けた方がよい性質のもの）と、
 - 2) 下位の不全を補うために上位の強迫を発動する場合（過度のコントロール）と
- 二種があると考えられないか？

痴呆患者の場合、内省が欠如していれば、強迫症状の標識を確認することはできないはずである。

2494

痴呆の暴行にもたいていは理由がある。
言葉による暴力、無視、善意の過干渉など。

2495

抗うつ薬

せん妄の予防の点からは、抗コリン作用の少ない、認知機能に影響の少ない薬剤がよい。まず脳循環改善薬の系統から選択する。シンメトレル、セレポート、エレンなど。またスルピリド300mg程度まで。

ミアンセリンはうつと不眠の両方に効く。

ハロペリドールはせん妄に有効であるが、副作用として抑うつがあるのでできれば使わない。

(●!)

2496

アルツハイマーの健忘に伴い、ものとりれ妄想や作話性妄想が生じる。これらは適切なケアをおこなえば薬はいらないと室伏はいう。その原則は

- 1) 急激な変化を避ける。やむを得ないときは早くなじませる。
- 2) 安定の位置を占めさす (●?)
- 3) 受容する。理解する。
- 4) 尊重する。
- 5) ペースにあわせる。
- 6) 老人同士の集まりを作る。
- 7) 適切な刺激を少しずつでも絶えず与える。何かやらせる。
- 8) ?
- 9) 日常生活の基本動作を訓練する。
- 10) 個々の反応様式や行動パターンをよく把握する。

●決まったことをさせる、むやみに変化を与えないという方向と、適切な刺激を与えるという方向は逆の向きである。時と場合に応じ適切なミックスでということになる。このあたりは分裂病のリハと同じで、適切な負荷量がある。それを見る技術を開発すること。

2497

セレネースは3mg/1日程度まで。

アーテンは抗コリン作用を強め、せん妄を生じる危険がある。むしろヒベルナ25-50mg/dayを用いれば適度の鎮静にもなる。

抑うつを伴う幻覚・妄想にはスルピリド。

急性に生じる幻覚・妄想ではせん妄を疑う。

2498

痴呆死の特徴

1) 肺炎などの[感染症](#)、2) 骨折外傷、3) 脱水、栄養障害、4) 皮膚潰瘍

痴呆に関する医療は進行のある時点からは、合併する身体疾患の治療と予防に診療の重点が移る。

合併症の[問題点](#)

1) 病識欠如

2) 苦痛や症状を正確に表現できない。他覚所見に頼らざるを得ない。→これは[神経症](#)の場合でも似ている。

3) 検査ができない場合が多い。

2499

痴呆と肺炎

寝たきりの場合、分泌液貯留傾向。肺血流はうっ血に傾く。球麻痺の場合は誤嚥。免疫能低下。肺炎の始まりが不明瞭な場合も多い。

小さな誤嚥で小さな無気肺が生じる。

胃液が混入した吐物が気道にはいると予後が悪い。

肺炎の起炎菌の同定は必要。

2500

脱水

・原因

体内総水分量の低下

水分摂取の低下

低張尿の持続排出・下痢（利尿剤・下剤に注意）

内分泌不全

発熱を伴う種々の[感染症](#)

長時間の徘徊の後

不食後、嚥下困難

・影響

血液粘性の変化を背景に[心筋梗塞](#)や[脳梗塞](#)を併発することもある。寝たきりに移行することもある。

2501~2600

2501

褥そう

頻回の体位交換、体動促進、入浴、[マッサージ](#)、局所の清潔保持

二日寝込んだら褥そうあり

プロスタグランジンE 1、カリジノゲナーゼ

[赤外線](#)温熱、[紫外線](#)殺菌乾燥、[イソジン](#)糖、蛋白分解酵素、手術。

Campbell分類

2502

[痴呆](#)の心理療法の意義

- ・残された能力を引き出す
- ・[痴呆](#)の進行を遅らせる
- ・覚醒レベル低下や注意集中困難は保たれている能力の発揮を妨げる。これらを取り除くことが有効。

・[心因性](#)・環境因性部分は必ずある。

●しかしながら、言葉が脳に届かない場合が多いだろう。環境を調整することが実際的[である](#)場合が多いのではないか。

2503

[リハビリ](#)の二つの方向

- ・患者の心理機能を変えて環境に適合させる……この場合無理な訓練になりがち[である](#)
- ・環境を患者の心理機能に適合させる……この場合[過保護](#)になり本来の能力をも埋もれさせる結果になりがち[である](#)

・従って、両者の程良いブレンドが望ましい。

●これは精神の[リハビリ](#)と同じ事情[である](#)。[ベスト](#)な中間地点がある。

2504

リハの内容

1 集団処遇

- ・環境整備……豊かな環境
- ・小集団……仲間意識
- ・[スタッフ](#)の首尾一貫した態度……個人として尊重し、適切な行動を奨励強化し、患者と[コミュニケーション](#)を保ち、しかも依存性を高めない。そのために[カンファレンス](#)が大切。

2 個々人の生活史に応じた治療計画

指針として

刺激と活動（OT、感覚刺激、[体操](#)など）、RO（[見当識](#)強化）、環境療法（自立、依存からの脱却）、[行動療法](#)

運動や[ゲーム](#)は心理的にも効果がある。→覚醒水準を高め、精神活動を活発にする。

効果を左右する因子

治療頻度、患者の準備状態、[動機付け](#)、[スタッフ](#)の態度

●リハが有効な症例を鑑別して取りかかれないと、燃え尽きになる。

●集団運営としての発想と、個人のリハとしての発想のブレンドが必要[である](#)。

2505

ROの準備

眼鏡、[補聴器](#)、義歯

刺激の選択

[ゆっくり](#)話す

同時に触るなど多感覚[モード](#)を使う

非言語的[メッセージ](#)を大切にする

（後ろから声をかけない。正面から[ゆっくり](#)にこやかに接近する。）

独立した大人[である](#)から、[選択の自由](#)と独立性を保障する

[時計](#)・[カレンダー](#)を見やすい位置に置く

[風呂場](#)・手洗いの位置を見やすく表示する

家具、寝具などの色・形も識別しやすいものにする

短い文章で語りかける

反応を促す

待つ

繰り返す

記憶に残っている部分までいったんかえり、それと現在を結びつける（●実際はどうする？）

[リラックス](#)させる

[スタッフ](#)を好きになるように配慮する

2506

回想法

・老人のグループに[子供](#)の頃から今日までの[ライフ](#)・[イベント](#)を順を追って回想させる[セッション](#)を45～60分、週に二回実施した。

・自分史を語らせ、支持的精神療法を行う

・家族を参加させる[セッション](#)を設定しても効果的であろう。たとえば家族の[アルバム](#)や思い出の品を持参してもらい、思い出話をする。

・患者は[病院](#)で、まるで「[透明な存在](#)」になったかのよう[である](#)。個人の[歴史](#)を剥奪されて、ただの老人として処遇されている。

2507

食堂のテーブル配置、飾り付け、水差しの置き方、職員の動き方などが患者間のコミュニケーションに影響すると報告された。

- ・ 児童施設との共存もよい面がある。

2508

家族をサポートする

- ・ 家族会が役立つ
- ・ デイケアなど限られた時間だけ患者をあずかるタイプのサービスは介護者の神経症的諸症状を軽減させない。フルタイムの入院や入所が必要。
- ・ 介護の一部を肩代わりすることにとどまらず、介護者自身の精神状態に焦点を当てた独立した精神療法的支援が必要。

2509

職員をサポートする

- ・ 日々進行する障害をケアする仕事で、モラルを維持し、意欲を保つことは困難である。
- ・ 他職種カンファレンスを定期的に行う。患者についての情報を交換し、かつ、職員間の感情的な問題などを処理してゆく。
- ・ 患者との話し方、接する態度。このなかにROや回想法を導入する。
- ・ いつまでも同じことが続くと感じられる職務に、変化をつけ、惰性に流れることを防ぐ。
- ・ がんばっても本質的によくないことの徒労感。
- ・ ある時点から先は身体ケアだけに時間をとられるようになる。「痴呆」のケアは置き去りにされる。
- ・ 絶望は孤独の中で深まる。前向きな、よいチーム治療ができているか。
- ・ 介護の専門技術を高めあう環境。
- ・ 対人関係のトレーニングが大切。
- ・ 高度にトレーニングされたリーダーが必要。
- ・ 看護婦は情報把握と報告を通じて、医師や同僚の批判にさらされる。誤りが訂正される。介護職員にそのような場があるか。
- ・ 研究会などで交流。
- ・ 特有のマンネリ。閉鎖された得意な社会を形成することが多い。
- ・ 「相互批判を欠き、批判に対して集団的な反応で拒絶し、無気力に傾きやすい職場」VS「いきいきとした明るく創造的な職場」

2510

介護は、介助>指導。ケアは指導>介助であり、治療を志向している。

●しかしながら指導は実に困難である。

的確な治療目標と、方法。

●適切な治療目標を設定し、その具体的な方法については担当を決め、各自の研究に待つ。そのような運営ができないか。

2511
アルツハイマー型老年痴呆では健忘や人格変化は、家族でも異常と気付く頃は痴呆プロセスは急激で、患者が本格的に悩むのは数ヶ月程度と短い。

初老期アルツハイマー病では、人格は比較的長く保たれるので、長い間悩むことになる。

脳血管型痴呆の場合、多発梗塞性痴呆ではなかなか本格的に痴呆化しないことが多い。

●病識があるうちは本人は苦しい。精神療法が必要である。孤独が辛い。コミュニケーションを保つ工夫。

2512
痴呆のケア

1 なじみの関係……擬似的家族でもよい。安心がある。

2 現在を現実化すること。現実検討。

・喪失体験に由来する存在不安を受け止める。なじみの関係を作る。

・同調・迎合の態度。こうした老人の態度をスタッフも真似をする。老人との接点が生まれる。弱者の適応。……好かれること。対決しないこと。その場限りでも好かれること。

・保守的

・廃用性能力低下になりやすい……孤立させると退行する

・感情や行動、理解や思考のパターンを知る

・イメージを想起できない。そこで、ヒントになる視覚的な事実を提示しながら、繰り返して教える。

●イメージで思考できないとすれば、情報処理能力は決定的に低下する。「一挙に写真を見る」ことと「一文字ずつ文章を読むこと」との対比に似ている。

・現在を過去として生きている場合、直面化して訂正するにはタイミングが大切である。まず過去化した現在を肯定する。

・知的判断は障害されているが、日常生活の交流、手順記憶（技能的記憶）などは保たれている。

。

・部分同士が矛盾していると指摘しても説得できない。むしろ感情レベルでの共感が大切である。論理ではなく感情。

・変化に弱い。……変化させるときは変化しないなじみのものも残すように工夫する。

・形骸化しているがもっともらしい行為。……まずは受容する。

・日課を固定し、時間を構造化する。

・空間構造をイメージできない。……トイレの位置に分かりやすい標識を与える。

- ・今の瞬間に生きている。失認、失語、失行などを理解する。
- ・性格の先鋭化
- ・無自覚、病識欠如
- ・無配慮
- ・無反省
- ・抑制できない……脳因性なら薬物、心因・環境因性なら心理療法・環境調整。

2513

禁止するときも、好かれながら。

この矛盾を両立させることが専門技術である。

甘やかさないが、好かれている。

信頼されているが、依存されていない。

訓練しないが、迎合しない。

2514

薬物で「元気が出る」と「興奮している」ことの区別ができているか？

「鎮静」と「平穏」と「だるさ」の区別ができているか？

2515

個室の意義

・適応力が最も弱った老年期に至り、共同生活を始めるという最大級の適応を強いられる。せめて個室があってもいい。

・休息できる。

・逃げ込める。

・畳の大部屋はボスができやすい。不潔になりやすい。段差がなければスリッパを脱がず、不潔である。段差があると転ぶ。

2516

・老人とはこういうものだという固定観念がないか？童謡、民謡、軍歌でいいのか？幼稚園の遊具が適切なのか？マスとしての処遇でいいのか？幼児扱いを喜ぶ老人がいるのだからそれはそれでいい。しかし幼児扱いをいやがる老人に何ができるか、工夫が必要である。

2517

老人の症状は非特異的で、検査が必要な場合が多い。CTやエコー。

2518

「痴呆を悪化させることは短時間でできるが、それを良くすることは長期間かかる」

家族は[介護](#)に行き詰まると医療に救いを求める。速効性の解決があると期待する。そこで詳しい説明が必要[である](#)。

2519

[病院](#)や職員に不満があっても、[痴呆](#)患者はうまく主張できず、[痴呆](#)のせいにされてしまう。

[痴呆](#)患者は適応能力が低下しており、[画一的](#)管理に最もなじめない人たち[である](#)。

望ましくない環境を提供した場合でも、[痴呆](#)患者はその環境になじもうと努力する。その結果として奇妙な行動をとったとしても、環境設定にも責任の半分があるはず[である](#)。それなのに[痴呆](#)のせいで奇妙な行動をされると言われてしまう。

そのあたりについての確かな観察眼と[倫理的](#)側面の判断力が必要[である](#)。

2520

[痴呆](#)病棟についての[ハード](#)面での考察

- ・老人の過去の生活様式を理解する
- ・[廊下](#)が居場所になることは多い。[楽しい](#)場所にしたい。
- ・回廊式[廊下](#)は[看護](#)の目が届かない。
- ・浴室で恐怖を感じている人は多い。椅子浴が便利。
- ・着衣場と脱衣場を分離する。流れが[スムーズ](#)になる。

2521

[痴呆](#)の辺縁精神症状は中核症状から派生したもの。[記憶障害](#)からものとられ妄想が生じる。

[向精神薬](#)は事故につながる。

[痴呆](#)の初期で心因が関与していると考えられる場合、非[痴呆](#)性疾患の場合には、[向精神薬](#)を用いる。

2522

[アルツハイマー](#)型[痴呆](#)では、やせの進行に伴って[痴呆](#)症状が進行するとも言われる。[栄養](#)管理が大切[である](#)。

●確かに、体のやせとMRIでの脳のやせは、関連があるとの印象がある。

2523

薬物で元気が出たとしても、それを上手に導く[介護](#)の力がなければ「から元気」に終わる。

2524

老人[デイケア](#)

社会性の促進。

社会との接点を持つ。

集団運営は7～8人でなじみができやすく、凝集性も高まる。

期間中は[プログラム](#)、[スタッフ](#)、メンバーを変更しない。

30～40分の[プログラム](#)が適当。

訓練はしない。

禁止はなるべくしない。

(何があったのかは忘れる。しかし嫌な気分は残る。患者にとって居心地のいい場所を提供することが[スタッフ](#)のつとめである。)

2525

施設ケアと在宅ケアの連携。

施設間の滑らかな連携。

ケアミックスである。しかしこれが難しい。誰がコントロールするのか。あるいは、各々の調整能力に期待するのか。それで老人は幸せか。「誰の都合で」老人が動かされるのか。

2526

SDATでは初期から[頭頂葉](#)・[側頭葉](#)で血流、[グルコース代謝](#)、酸素消費が低下している。

2527

[アセチルコリン](#)合成酵素を[活性化](#)する……ヒデルギン

[アセチルコリン](#)を放出させる……[シンメトレル](#)

[アセチルコリン](#)分解酵素活性を下げる……サアミオン

2528

[言語](#)理解の障害、視空間失認、健忘、失語、失行などが比較的初期に現れる患者では、SDATが疑われる。

●経過の特性からの鑑別診断。

老年期発症では、脳室拡大も明瞭でない場合が多い。

2529

MRIのT2強調画像で診断しない。T1強調画像でも明らかな場合だけ、梗塞やラクーンと診断する。

2530

[脳梗塞](#)の危険因子

高血圧、心疾患、[糖尿病](#)、[高脂血症](#)、喫煙、中等量[アルコール](#)摂取。

危険因子がある人で[脳血管障害](#)を発症した場合、二年前から脳血流量が低下している。

[拡張期血圧](#)が100mmHg以上では再発率が高い。

高血圧を伴う[脳梗塞](#)では、軽度の血圧低下でも脳循環障害を生じ、脳虚血発作や[脳梗塞](#)再発を生じる可能性がある。

[収縮期血圧](#)が135～150mmHgにコントロールされていればよい。それ以下では[痴呆](#)が進行する。血圧変動や夜間の血圧上昇も[脳血管障害](#)を起こしやすい。[ピンス](#)ワンガー型[痴呆](#)や多発梗塞性[痴呆](#)の病因となる。

従って、過度の降圧は避ける。二ヶ月くらいかける。高血圧状態での脳血流調整に慣れて[いる](#)から。

夜間血圧はある程度下げる。

[不整脈](#)と低血圧による脳血流量低下は[痴呆](#)を招く。治療が必要。しかし利尿剤などは注意が必要。脳血管拡張性の降圧剤、起立性低血圧を起こさないもの、脱水や[血液濃縮](#)を起こさないもの。まず降圧作用のある脳循環改善薬を用いる。つぎに β ブロッカー、[カルシウム](#)拮抗薬、ACE阻害剤を用いる。

アダ[ラート](#)、ニバジールを一日二回。バイミカード、カルスロットを一日朝一回。

レニ[ベース](#)、インヒ[ベース](#)を朝一回、アデカットを一日二回。夜間には昼間より血圧が下がることも注意する。

[アスピリン](#)、パナルジン、ブレタールなどの抗[血小板](#)剤も用いるが、凝固能の検査、[アスピリン](#)の消化性潰瘍、パナルジンの[白血球](#)減少に注意する。

目標は、収縮期160（60歳代）、160～180（70歳以上）、拡張期90以下。

心臓因性[痴呆](#)はまれではない。[心筋梗塞](#)、心房細動。

2531

[せん妄](#)

グラマ[リール](#)を25から始めて増量。[ドグマチール](#)50、[セレネース](#)0.75、[インプロメン](#)1などから始める。

不眠

まず日中起こしておく。[ロラメット](#)、[レンドルミン](#)など。

不穏

軽度の場合、サアミオン、エレン、[アバン](#)。さらにグラマ[リール](#)。

激しい場合、[ドグマチール](#)、[セレネース](#)、

無関心、[無気力](#)

サアミオン、セ[レポート](#)、エレンと[リハビリ](#)

2532

初老期発症の[アルツハイマー](#)は、症状が激しく、健忘が著しく、妄想、失語、失行、失認、運動障害、ミオクローヌスなどを認め、経過も速い。

2533

ピック病

発症：40～60歳。

全経過は数年から十年。

一期……軽度**痴呆**、集中困難、**記憶障害**、行動異常、多幸性気分変調。人格面での変化によって気付かれる。（一種独特の、一見したところ不真面目で、無関心に見える対人的態度。欲動性脱静止：欲動を制止できないで、半ば自動化される形で行動が現れる。）

二期……人格変化の進行、思考障害、失語（超皮質性感覚失語：了解や自発書字はできないが、模写はできる。）、**言語障害**（滞続**言語**：特有の繰り返し）、**錐体外路障害**。いつも同じ返事をするグラモフォン**症候群**。

三期……精神荒廃、原始反射、全面的**介護**。

前頭葉、**側頭葉**の萎縮。**ピック細胞**、嗜銀球。

2534

ラクーナとは？

2535

皮質下**痴呆**では、**言語**、行為、認知、記憶、思考などの要素的、素材的機能は保持される一方、それらの素材を制御し、統合し、連合させる機能が障害を受け、より高次の認識判断、抽象能力、倫理感、人格などに異常がみられる。

皮質性**痴呆**では精神機能のすべての階層が障害を受ける。

2536

パーキンソン病は元来執着気質の人がなりやすいと言われている。**病気**になって後はさらに執着的傾向が目立ってくる。一方、周囲のことに**無頓着**、無関心になるのは、皮質性**痴呆**のあらわれかも知れない。**子供**っぽくなり、**自分本位**で人のいうことを聞かなくなり、物事に平然として多幸的**である**。

●ことさら特徴的といえるだろうか？

2537

ICU**症候群**と術後**せん妄**

違いは明らかではない。

術後順調に麻酔から覚醒し、その後1～2日して、**せん妄**状態に移行するケースがかなり**ある**。「意識**清明期**」があるのはなぜなのか、不明**である**。

2538

ピック病……**ナイフ**の刃状（knife-**blade** type）、あるいは楔状の境界鮮明な（sharply demarcated）著名に痩せた脳回。

2539

脳の前方症状……人格変化、解体、語義失語
後方障害……記銘力障害、視空間性障害、失行

2540

道に迷う
よく知っている場所でも迷う……空間的見当能力の障害
よく知っている場所なら迷わない……記銘力障害

2541

左半側空間失認では左半側の不使用や「他人の手徴候」も観察される。

2542

Balint症候群ではアルツハイマー病では通常障害されにくい一時視覚野である17野にも顕著な障害が及ぶ。

2543

右半球の障害で、自己身体の定位障害。

2544

着衣失行……脳の後方領域が両側性におかされるアルツハイマー病でよくみられる。

2545

手続き的記憶……基底核—小脳系
自動行為は手続き記憶に支えられている。これを意図的・意識的に行おうとした場合、主たる役割を担うはずの大脳皮質がアルツハイマー病では障害を受けているため、失行などが起こる。

2546

不器用……アルツハイマーでは障害されにくいとされる一次体性運動感覚領域にも低灌流が認められている。

2547

鏡現象……脳の前方部にも機能不全

2548

通常のアルツハイマーの経過

[側頭葉](#)内側部→側頭・頭頂・後頭（TPO）→[前頭葉](#)（これに対応して病識欠如、自発性低下）
早期から[前頭葉](#)障害がある場合には、早期から病識欠如、短気、多幸的などの性格変化。欲動の脱制止症状。

健忘、道に迷う……脳の後方症状

2549

欲動脱制止……[前頭葉](#)

[側頭葉](#)……人格解体は目立たない

[反社会的](#)行為……[前頭葉](#)

[オルゴール時計](#)症状、滞続[言語](#)……[側頭葉](#)、[前頭葉](#)にも侵襲

行動過多、行動過少……[側頭葉](#)では少ない

2550

脳の後方部障害……行為のレベルでの障害

脳の前方部……行為・行動を制御するレベルでの障害

2551

[前頭葉型痴呆](#)（dementia of frontal lobe type;DFT）

人格変化や[社会的](#)逸脱行為などの前方皮質症状を呈し、健忘、視空間障害、失行などの後方皮質症状を欠く、原発性脳萎縮（primary cerebral atrophyをさす。従って、[ピック病](#)、frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type;FLD）、運動[ニューロン](#)疾患を伴う初老期[痴呆](#)といった疾患はすべて含まれる。[アルツハイマー](#)を4とすれば1の割合。

人格変化、[社会的](#)逸脱行為、情動面における無関心、脱抑制、ときに原始反射、しかし概して身体徴候に乏しく、発話量は少ないが滞続[言語](#)あり時間的空間的[見当識](#)は保たれ、視空間機能も保持。しかし[前頭葉](#)検査で著明な障害（たとえばWCST,[Verbal](#) Fluency Test,Design Fluency Test）。

FLD(Gustafson)とは、病理学的に規定されている疾患単位であり、[前頭葉](#)前方部、側頭極に、[アルツハイマー](#)病あるいは[ピック病](#)に特徴的な病理所見を欠く非特異的病理変化を有し、前方皮質症状を呈するもの。遺伝負因が濃厚である。人格変化、病識欠如、脱抑制をもって徐々に進行する[痴呆](#)であり、経過とともにしだいに常同症や情意鈍磨が出現し、緘黙に至る。記憶や視空間機能は比較的保たれていた。

2552

[前頭葉](#)関連症状

（A）運動・反射

原始反射

抵抗症

括約筋調節障害

歩行障害

運動無視

kinetic-melodyの障害

(B) 認知・行動

健忘・作話

知性・思考障害

発動性障害

人格情動障害

常同性・非影響性症状

しかしこれらは前頭葉に特異的というわけではない。前頭葉の巣症状というものではない。前頭葉症状というよりは、前頭葉関連症状という方がよい。

一般の知能検査よりはWisconsin Card Sorting Test, Trail Making Test, Maze Test, Stroop Testなど、抽象的で複雑な、柔軟なパラダイム変換を要求されるようなテスト。

記憶障害や失語、失行、失認といった巣症状はまれであり、アルツハイマーと対照的である。

2553

アルツハイマー型老年痴呆 (SDAT) の経過

- 1 健忘
- 2 失語、失行、失認（とくに視空間失認）……頭頂・側頭葉の変性過程
- 3 筋強剛、語間代を経て失外套症候群

経過中は大腦後方部の病変が優位である。

情意鈍磨、精神運動性緩徐、発動性低下……前頭葉皮質下（●？●これでよいだろう）病変（前頭葉は皮質下痴呆で萎縮する。アルツハイマーは後方型。）

運動過多、落ち着きのなさ、注意散漫、脱抑制……側頭葉皮質病変

2554

ソムリエの話：新聞で

客の体調、料理、天候、料金などを考えあわせて、ワインを決める。客が喜んでくれたときとてもうれしくて報われる。

なるほど。精神科医も似ている。いまこの患者さんに何が必要なのか考えて、薬や言葉や態度を処方する。

2555

エピキュロスの言葉：新聞で

私たちを助けるのは、友の助けというより、友が助けてくれるだろうという信頼だ。

精神科医が患者に提供できるものも、これである。助けでもあるが、助けてくれるだろうという

信頼、これを提供できるかどうかが大切である。

2556

皮質下性**痴呆**は**前頭葉型痴呆**（前方型）に、皮質性**痴呆**は**アルツハイマー型痴呆**（後方型）に相当する。

皮質下性**痴呆**としては、

ウイルソン病

視床変性

オリーブ・橋・小脳萎縮症を含む**脊髄小脳変性症**

進行性核上性麻痺

パーキンソン病

ハンチントン病

視床梗塞

ビンスワンガー病も少し異なった立場から問題とされている。

特に、

進行性核上性麻痺、パーキンソン、**ハンチントン**が問題になる。

- ・失念（想起困難、forgetfulness）
- ・思考過程の緩徐化
- ・人格・情動障害
- ・獲得した知識を操作することの困難
- ・明確な失語、失行、失認、輪郭鮮明な健忘を伴わない。（●輪郭鮮明とは何か？）

これらに通底するのは、タイミングと賦活の障害としている。**網様体**賦活系との離断の結果、正常な知的過程が緩徐化する。

前頭葉症状との類似は、こうした皮質下構造と**前頭葉**との緊密な**解剖学**的結合が背景にある。

（●「類似」としている。）

2557

Cambier

進行性核上性麻痺で見られるいわゆる「**前頭葉**症状」

- ・明確な失語・失認・失行はみられない
- ・人格・情動障害（**無気力**・無関心・易怒性など）
- ・精神運動性緩徐
- ・**注意障害**
- ・**言語**流暢性の低下・高次**言語**障害（諺の説明困難）
- ・反響**言語**を伴った保続ないし反復
- ・複雑な知的操作の実現困難
- ・力動性失行（●ルリアの変換運動の障害という。不明。）

- ・強制把握、模倣行動、使用行動（●？）
- ・想起の障害あるいは注意の障害などによると思われる中等度の[記憶障害](#)

大東は「[前頭葉](#)関連症状」として

- ・健忘・作話
- ・知性・思考障害
- ・人格・情動障害
- ・発動性障害
- ・常同性・被影響性症状（反復保続・反響[言語](#)・模倣行動・使用行動など）

をあげている。

なぜ皮質下障害が[前頭葉](#)症状を引き起こすかは明らかではない。

[前頭葉](#)賦活障害と考えてよいかもしれない。

2558

[アルツハイマー型痴呆](#)は根本的には道具機能の障害（失語、失認、失行、健忘）であり、系統発生的にも個体発生的にも新しい領域の障害。[アセチルコリン](#)が関与している。

皮質下性[痴呆](#)は、より基本的な機能の障害によるもので、生きていく上で不可欠の注意、覚醒、動機、企図、情動などの障害であり、系統発生的にも個体発生的にもより古く早期から存在しているはずの領域の障害であり、[アセチルコリン](#)とともに[ドーパミン](#)、ノル[エピネフリン](#)、[セロトニン](#)、GABAなどの関与が推定される。

●この記述は正確か？

「生きていく上で不可欠の注意、覚醒、動機、企図、情動など」が「発生として古い」とは？古いのは皮質下核であろう。[前頭葉](#)機能は新しいだろう。覚醒系は古い。企図、動機などは新しいのではないか？情動は古い。

道具機能は新しい？むしろ新しいのはそれらの道具を使おうと意図する部分であり動機を感じる部分ではないか？古い道具を組み合わせる新しいことをする、これが脳の原則であると考えられる。

[何だか](#)話が微妙にねじれているように感じられる。

[進化論](#)的に新しい順でいえば

- 1) 意欲、動機（→道具があっても使わない状態）
- 2) 道具機能
- 3) 覚醒、注意（これは脳を縦に貫く構造）
- 4) [基底核](#)など皮質下核

といったようなレベル構成になっているのではないか。皮質下核と意欲・動機と覚醒・注意の部分は密接に関連し、道具機能はやや独立している。[アルツハイマー](#)では主に2)が障害され、皮質下[痴呆](#)では4)から始まる病変が1)と3)の[機能障害](#)を引き起こす（二次的なのかどうかはわからないけれど。[因果関係](#)としてではなく時間関係としていえばこのように言えるかもしれない）。

2559

道具機能の障害があれば無意欲になる。[アルツハイマー](#)の場合。失語、失行、失認があれば、どうせだめだと思うようになり結局は意欲の障害と同じ状態になる。

また、感覚遮断状態になれば無意欲になる。たとえば老人になった状態を体験してもらおうとの試みがある。眼鏡を[マジック](#)で黒く塗りよく見えないようにする。耳栓をする。味や香りもよく分からないようにする。体にはおもりをつけて運動を制限する。このようにして感覚と運動を制限すると、「ベッドで寝ているのが一番[楽しい](#)」状態になってしまう。これは意欲の障害と映る。

また、感覚が弱るに連れて、幻覚妄想も起こりやすくなるだろう。

分裂病でも、内的に似たような状態になっているのではないか？内的感覚遮断を想定すれば、被害的になるのも、幻覚妄想が発生するのも、無意欲になるのも、理解できるように思う。

2560

失語、失行、失認と[痴呆](#)の関係

実は何の関係もないはず[である](#)。

ところが、

失語、失行、失認＝部分的解体＝限局的病変

[痴呆](#)＝全体的解体＝瀰漫的病変

と単純に考えることも行われる。（●単純でいいではないか？）

しかし限局的病変が集合して全体を覆い尽くせば全般的な[痴呆](#)になるといった議論はあまりに楽観的[である](#)。（●そうでないなら、[痴呆](#)も部分的解体で責任病巣を指摘できるような種類のものだというのだろうか？）

「失外套[症候群](#)＝汎失認＋汎失行」として、失認・失語・失行のすべての精神領域を侵す究極の理想型としたが、失外套[症候群](#)は[痴呆](#)とも[意識障害](#)とも異なる別個の精神[症候群である](#)ことが示唆された。（●一体どのように？）

[痴呆](#)とは？という問い[である](#)。

[アルツハイマー](#)を一応の典型としてみている。そしてその中心はやはり健忘であろうとも思う。

そして[失見当識](#)、身体的衰弱と特有の進行を見せる点。

実際には[自立生活](#)困難で要[介護](#)、周囲に迷惑をかける、そんな老人といったところ。老人の場合の「事例性」で判定されている面もあるだろう。

2561

[一人暮らし](#)は[痴呆](#)を作る。

[一人暮らし](#)になったのが[痴呆](#)の[きっかけ](#)になることがある。

2562

痴呆には

疾病論的水準での意味と症状論的水準での意味がある。

痴呆なき痴呆という場合、症状論的には痴呆はないが、疾病論としては痴呆があるという場合である。たとえば「全般的痴呆を伴わない緩徐進行性失語」などもそれに含まれる。

失語なき失語といえは、超皮質性失語。

痴呆では経過が重要である。進行性、可逆性、最終的転帰、なども痴呆の定義に登場する。

疾病論と症状論は、実際的には時間経過の特性と、現在症の特性との対比になるのではないか。そして分裂病論での議論のように、症状は脳の機能障害の場所を反映していて、時間経過は疾患の特性を反映しているということになるだろう。痴呆でも同じではないか。

2563

神経心理学では短期記憶（の一部）の障害が伝導失語に該当するという議論があり、当然健忘症候群とは別物である。従って、短期記憶、長期記憶の用語は検討を要する。

2564

痴呆のステージモデルとサブグループモデル。

痴呆は一つで、進行の度合に応じて症状が異なる……ステージモデル。

それに対して、別々のサブグループがあるとする立場。

2565

痴呆の類型化

Gruhle (1932) ……健忘型、構造型、統覚型

Boor (1963) ……知性型、記憶型、統覚型、情動型、道具型、構造型

Scheller(1963) ……健忘型、コルサコフ・価値世界解体・自発性欠如・空間世界解体・失象徴症候群

Joynt ……局在性痴呆（皮質性、皮質下性、軸性痴呆）と全般性痴呆

皮質性痴呆はアルツハイマーが代表

皮質下性痴呆はハンチントン、パーキンソンなど。知的側面は相対的に保たれるが、発動性低下、精神・行動の緩慢化、注意低下、感情障害を呈する。中心には記憶・思考・運動面の緩徐化を伴うtimingと活性化の障害があるとされる。（Albert,1974）

軸性痴呆はウェルニッケ脳症などが典型で、脳の軸性構造（側頭葉内側面、海馬、脳弓、乳頭体などを含む）が障害される。特に記憶の障害。

ビンスワンガー病は「白質性痴呆」といった概念でとらえない限りは皮質下性痴呆にはいる。

辺縁系痴呆は軸性痴呆の特殊型。軸性痴呆には正常圧水頭症、頭部外傷、ヘルペス脳炎後の痴呆の一部などが含まれる。

2566

皮質性**痴呆**には**アルツハイマー**と**ピック**がある。

- ・ **前頭葉性痴呆**.....**ピック病前頭葉型**.....発動性障害
 - ・ **側頭葉性痴呆**.....**ピック病側頭葉型**.....情動障害、**記憶障害**、性格変化、Kluever-Bicy**症候群**
 - ・ 前頭・**側頭葉性痴呆**.....**ピック病前頭・側頭葉型**
 - ・ 頭頂・**側頭葉型痴呆**.....**アルツハイマー**病初・中期.....失語、失行、失認を伴う**痴呆**.....左右いずれに起こるかで症状が完全に異なる。
 - ・ **瀰漫性痴呆**
- と分類することもできる。

2567

左**側頭葉**.....失語、失行

右**側頭葉**.....空間認知・操作の障害、地誌的障害

これらは**記憶障害**や人格変化などの**痴呆**の基本的な一般症状を背景に出現する。

進行につれて左右差は消失し、局在症状は薄れる。このような「偽業性発症」の**アルツハイマ**
一病患者は23%。

また、変性が

左右対称.....**言語**障害と視覚構成障害が同程度

左優位.....**言語**障害優勢

右優位.....視覚構成障害優勢

変性が一側半球の一定領域に限局しており、加えて進行が緩徐であった場合には、健忘や人格解体を伴わず局所症状だけが緩徐に進行することになる。これが**痴呆**なき**痴呆**の一群**である**。

変性過程が左に優位なら、「**痴呆**を伴わぬ緩徐進行性失語」**である**。種々の失語、健忘失語、超皮質性失語、**ゲルストマン症候群**や失行。

右に優位なら、相貌失認、人物**記憶障害**、地誌的障害、視覚構成障害など。

「シルビウス溝周辺の変性脳病変をきたす未知疾患」という仮説を完全に否定するには至っていない。

2568

辺縁系痴呆

辺縁葉の完全な破壊の表現は、**健忘症候群**とKluever-Bucy**症候群**である。

K-B**症候群**:連合型精神盲、口唇傾向、変形過多、情動行動変化、性行動変化、食餌習慣変化。

「一次的に失われた機能は**心理テスト**で計測される**認知機能**ではなく、**感情的**な質を環境との日常の生存の相互作用に刻印し、それによって**意味**を与え、記憶に印象を与える機能**である**。」●

結局何？

辺縁性**痴呆**を次の五つの症状で定義（松下：1985）。

健忘症候群

K-B**症候群**

特異な人格変化

[言語](#)障害（滞続[言語](#)、保続、反復、語間代など）

要素的知能が比較的保たれている

→要素的知能が保たれている[痴呆](#)とは？

人格・発動性障害が重篤になれば、知能障害の重篤な場合と区別できない。どちらも[痴呆](#)と呼ぶ。

[痴呆](#)で侵されるものは何か？

道具や知識の上位にあって知情意を統合する人格の概念と分かちがたい「本来の知性」の障害。

2569

「記号・象徴機能」は多層的・階層的構造をなしている。

「失記号」という側面から[痴呆](#)を考える。

知性の[本質的](#)理解。

2570

精神運動性（Kleist）

・発動性.....起動性.....障害として多動性と無動性

・持続性.....励続性.....障害として被影響性と固執性（●疑わしいと思うが？）

反響[症候群](#)と反復・常同[症候群](#)は被影響性と固執性の障害として理解することができる。

反響[言語](#)や反復[言語](#)

被影響性[症候群](#).....反響[言語](#)、反響書字、反響行為、反響描画などの反響[症候群](#)、補完現象、使用行動（Lhermitte）、道具の強迫的使用など。

固執性[症候群](#).....常同症、保続、反復[言語](#)、反復書字などの反復[症候群](#)。

[前頭葉](#)機能との強い関連が示唆されている。

●つまり、

外部刺激に反応してその刺激内容を保持するのが被影響症状。

自己の発した言葉や運動に反応して、それを保持するのが、固執症状。

●エコラリーは被影響体験[である](#)とする。

●Sの[陰性症状](#)と[前頭葉](#)機能の関連。

●REM睡眠と[前頭葉](#)機能の関連。

2571

[前頭葉](#)機能検査

1) Weigl's [color](#) form sorting test

色と形で図形を分類する。

2) 語の列挙

一定の頭文字（高頻度.....し、か、い。低頻度.....て、れ、ぬ。）や[カテゴリー](#)（一分間で鳥、

色。鳥と色を交互に言わせる。)

3) グーパー検査

左右の手で交互にグーパーを繰り返す。前頭葉、特に運動前野の障害。

手指構成はより後部脳損傷。

グーパーと手指構成が解離することがある。

2572

注意機能検査

digit span (即時記憶の検査でもある)

audio-motor method (50文字の系列を読み、きが聞こえたら合図してもらう。)

Sternbergの検査に準じたもの(837を見せながら復唱させる。87を見せながら復唱させる。読まなかった数字は何かと問う。)(記憶走査の検査であるが)軽度意識障害に敏感である。

遠隔記憶については、autobiographical memoryとpersonal semantic memoryとに分けて検討する。

2573

鏡現象

象徴化機能(虚像及び虚の空間である。障害されると鏡像や鏡空間が実在化する)

同一化機能(鏡の中の像と実物は同一の物である。障害されるとI=meが崩れる→自我意識の崩れにつながる。)

- 1) 自己の鏡像を鏡の中や背後に探す
- 2) 一緒に映った他者の鏡像は正しく認知できるが、自己の鏡像は身近な他者と誤認する。
- 3) 自己の鏡像に話しかけたり、物を手渡そうとし、自己の鏡像と積極的な交流を持つ。
- 4) 他者および対象一般の鏡像認知もできない。
- 5) 鏡に関心を示さない。
- 6) 鏡を鏡として認知できない。

この順に進行する。

●1) 以降は、鏡像であることが理解できていない。まず象徴機能が障害されている。

2) では他者像に関しては、同一性は保たれ、象徴化機能は障害されている。自己像に関しては、象徴化も同一化も障害されている。

自己 他者

象徴化機能 同一化機能 象徴化機能 同一化機能

- 1) ×○○○
- 2) × ××○
- 3) ××××

ということらしい。

●しかし3) について、他者については記述はないではないか？

●この表に忠実に考えるとすれば

1) 自分だということは分かるが、鏡の奥に「自分」を探したりする。→これはすでに自分だということを知っているということではないか。象徴化機能と同一化機能を自己の場合に分離することができるか？「自分」を鏡の奥の空間に探すとしたら、それは普通の意味の「自分」ではないのではないか？

他者の場合であれば、他人が鏡の裏にいるかもしれないのだから、鏡の裏を探してもいい。それは他者についての象徴化機能の障害である。

2) 鏡に映る自分は自分だとは分からない。鏡に映る他人はその人だと分かる。どちらについても、鏡の奥に実の空間があると考えている。

3) 全滅。

理論的には以下のようなになる。

まず自己に関しては象徴化機能と自己化機能は同時に失われる。

自己に関しての方が他者に関してよりも先に機能が失われる。(そうでないかもしれない。その場合がD以下。)

自己 他者

象徴化機能 同一化機能 象徴化機能 同一化機能

A) ××○○

B) × ××○

C) ××××

D) ○○×○

E) ○○××

しかしながら、他者については実像と鏡像を比較できるので、自己同一化よりは簡単である。したがって、他者同一化機能が失われていれば、自己同一化機能は失われていると考えられる。

E) は存在しないだろう。

自己についての象徴化機能と他者についての象徴化機能が分離するとは考えにくい。

したがって表は、

象徴化機能 同一化機能

自己 他者

1) × ○○実際には存在しない。

2) × ×○

3) × ××

2と3の二種にとまとめられる。

「あれは自分だ」と言いながら鏡の奥を探するとき、「自分」と語っている物はすでに他者である。したがってそれは1に見えながら、2である。1は存在しない。

簡単に言えば、「どこにいるか」「誰か」の二つの問である。

理論的には空間同定と人物同定(自己、他者)の三者についていろいろな組み合わせが可能である。○×で八通り。しかし上記の理由から、二通りとなった。

相貌失認として考えたとき、以下の矛盾がある。

自分の鏡像は分からないが他者に関しては鏡像であると認知できる。

写真は自分の顔だと分かる。

壁鏡よりも手鏡の場合によく認知できる。

1) では象徴化機能は障害され、同一化機能は保たれている。

他者像については、実像と鏡像を比較すれば分かる。自己像については、鏡像だけが唯一の視覚的経験である。他者像の同一化よりも自己像の同一化が高次の機能である。

したがって、障害が起こるときにはまず自己像の同一化の障害がはじめに起こり、次に他者像の同一化障害が起こる。

自己鏡像の認知は他者鏡像認知に比較して高次の機能である。

●崩壊プロセスの記述と、1から6の実際の症状の記述が一致していないのではないか？

2574

ADLとQOL

前者はリハビリの図で縦軸。後者は横軸。

2575

分裂病のデイケアでの認知指導

過剰相貌化が起こっているので、他人の仕草、表情、言葉に過剰な意味を読みとってしまう。それが「対人的敏感」の内容である。

したがって、デイケアでの対人場面で、過剰相貌化が起こっていると思われた場合には、過剰さを削り取るような指導をする。木目は人の顔ではない。クーラーの音は人の声ではない。インクのシミは骨盤ではない。そのように「意味を決めてやる」ことが意味のある指導である。

信頼はこうした指導の中から生まれる。

分裂病の人は育ち損ないの面も大いにあるから、信頼と愛情で育て直すような療育の配慮も不可欠であるが、一方で、分裂病の病理に直接関係する部分の認知的指導も不可欠である。

2576

投影

自分が怒っているときに、「相手が怒っている」と判断する。

投影性同一視はさらにこの上に同一視が重なる。

うつの時に「うつ場面選択想起」が起こると考える。

同じようなことだが、自分が怒っているときは、世界に存在している怒りに敏感に反応するのではないだろうか？

自分の目の前にいる人の感情は一色ではなく、いろいろな要素があるに違いない。その中にはたとえば怒りもあるから、怒っている人が他人の中に怒りを見つけるのは容易である。

その結果として、相手が怒っていると判断する。もちろん、自分の怒りを否認していること、さ

らには相手の感情を怒り一色で判断しようとしていること、この二つの点で間違いを犯している。

しかし投影と言えば、自分の内部にあるものを相手の内部に投影することであるが、必ずしも投影ではなく、相手の中に元来あるものを敏感に選択的に発見しているということもあるのではないだろうか？

2577

老人の暴力

表現しがたいものをやっとのことで暴力という形で表現している。

あてはまる言葉、理解に至る言葉、自分を納得させる言葉に到達することができず、ただ暴力という形でしか表現することができない。

あてはまる既存の言葉を見いだすことができず、したがって自分独自の表現を試みる。これこそが詩人の営みである。

2578

自力救済の道を示す

分裂病患者がどの方向に努力すればよいかを提示してやる。そうすれば患者は無力感から救われる。ただ薬をのんで時間を待てるというのでは患者はやりきれない。無力感を募らせてゆく。いま何をすればよいのか、治癒への全体の道のりの中でいまはどのような時期なのか、明確に提示する。そうすればずいぶんと落ち着いて、将来への見通しを持って日々を生きられると思う。

2579

援助交際の何がいけないか。

合理的な理由はないかもしれない。それは超自我の要請だからだ。不倫や近親相姦も同じである。何がいけないかといわれれば理屈は弱い。

理屈というなら、進化論的意義にまでさかのぼる必要があるだろう。

一方は「人に迷惑欠けてるわけじゃないのに何が悪い」のなどと語り、一方はそれに対して宇宙人の言葉を聞くように思う。これは超自我の発育不全に接するときの当惑である。

現代社会は超自我の育成装置を失っていると見える。

超自我発育不全症である。

2580

老人が骨折→寝たきり→痴呆

この経路では、廃用性能力障害がある時点から器質的変性に変化しているのだろうか。筋肉の萎縮と同じに考えてよいのだろうか。筋肉の廃用性萎縮が起こると、ますます動きは億劫になり、萎縮が進行するだろう。萎縮は固定化し、器質的レベルの萎縮として固定化される。

→筋肉の場合、廃用性萎縮と器質的萎縮とは区別できるのだろうか？脳の場合はどうか？

廃用性萎縮は時間がたてば器質化する。

2581

神経変性の場所に好みがあるのはなぜか？

[アルツハイマー](#)は頭頂・側頭に始まる。[ピック](#)は[前頭葉型](#)や[側頭葉型](#)がある。なぜそのような場所の特異性が生じるのか？

神経連絡の構造状の都合で、たとえば過剰の[ノルアドレナリン](#)や[ドーパミン](#)に反復して曝されることが[神経細胞](#)を死滅させるとか。

またあるいは、[栄養](#)血管の問題として、そのあたりに酸素や[グルコース](#)を運搬しにくくする要素が何かあるのか。たとえば側副路がない。また逆に、二つの血管に[栄養](#)されていて、どちらも[無責任である](#)。こうした理由がないか？

[毒物](#)が入ってきたとして、特異的に結合する部分があるか？たとえば[一酸化炭素](#)中毒では基底各部分を侵しやすいとか。

2582

斑（まだら）[痴呆](#)

Lacunal dementia, Lacnaere Demanz

2583

「この人は私にだけは心を開いてくれる」

そう感じたくて心理職を選ぶとしたら？そこにある病理は何か？

他人にとって特別の人間でありたい。愛の救済者でありたい。そのような欲望。

2584

患者に必要なものは何か？

薬だけではない。薬もむしろ、医師の代理物として考えた方がよい場合もある。[宗教](#)と医術が密接であった時代から、人間はそれほど変わっていないだろう。

どうしようもない運命を前にして、本当に人を慰めるものは何か。

特別な技術や知識ではないのだと思う。[暖かい](#)関心を持ち続けられるかどうかが大切な点[である](#)。

2585

医師の倫理

医療は[市場](#)原理が働きにくい部分がある。患者は健全な判断力を常に保持しているとは限らない。

そこで[パターナリズム](#)の傾向が生じる。しかしそれも「それでは医師は信用できるのか」との問いに行き当たる。医師の内部に確固たる倫理はあるのか？ないのなら、外部のチェック機構を設

ける必要がある。あるいはさらに市場原理部分を拡大する必要がある。しかしそれらにもまた原理的な問題が内在している。

倫理なき時代に突入して、どうして医師の倫理だけが残っていると期待されるのだろうか？残っているはずがない。

しかしまた強い倫理の力が人の心を慰めることもある。

自己選択の権利を奪われている患者たち、たとえば精神病患者、痴呆患者。あるいは専門性が極度に高い場合、特殊で稀少な道具を使用する場合。

どうしても専門家の側の内部の倫理に頼るしかない部分がある。しかしそのような倫理の保証はどこにもない。その結果が、精神病院と痴呆病棟の現状である。倫理は時間とともに麻痺して行く。その程度のものである。

そうした現状を受け入れることのできないような、真に倫理的な人間は絶望して職場を去る。残るのは倫理に鈍感な人間たちばかりである。あるいは鈍感にさせられた人間たちばかりである。生活のためには仕方がない。そういう側面もある。

2586

自己決定できない人たちの、しかしその奥にある感情や希望をどのようにして汲み取ることができるか。そこに医療人としての倫理がある。

ときにはビデオで自分の姿を客観的に点検してみるがいい。

職員は実にひどい言葉で老人を精神的に虐待している。鈍感なのだろうか？

2587

cureとcare

いかにしてケアするか。QOLを高めるか。よい人生にさせていただくか。そのようなことを考えて、痴呆患者の人生の最後を有意義なものにしたいものだ。

cureがかなわないときでもcareは可能である。そばにいてあげることがケアであったりもする。

2588

人の命は尊い。したがって命を扱う医師には高い倫理が要求される。

これは命をあずける側に見れば当然のことである。

人の痛みや不安がわかる人でなければこの倫理の感覚は持ち得ないであろう。

2589

培地としての性格

その人の人生のあゆみを見つめる。何か事件がある。それがどのような結果をもたらすか、培地としての性格が重要である。

人生全体を見る医学というとき、性格や信念、思考や感情の癖を見ることは不可欠である。それらが培地となり人生は営まれて行く。人間はこんなにも違うのだということを分かるようでない

といけない。

そして、性格や思考の癖は培地であり、同時に過去の産物である。(→笠原の図。性格と出来事が合成されて次の時点での性格となる。そこに次の出来事が作用する。)

2590

ただ生きるのではなく、よく生きることを援助する。

この場合、何がよいか分かっていなければならない。

価値観は人それぞれだと言っているは何もできない。

自分としてはこのような価値観を前提としてケアもするし、生きもすると宣言してよいはずだ。

それが受け入れられないのなら、よそにってもらえばいいのだ。そして、ケアに関しての価値観はそんなに大きな違いはないだろうと思うのである。

ただ長く生きる人生がよい人生ではない。偉くなったり金持ちになったりすることで測られるわけでもない。

どれほど誠実な愛を生きていたかである。

大きい小さいではなく、円として完結していたかどうかである。大きいが開じていない円。小さいが開じて完成している円。

2591

人間とは、こころと体の出会う稜線に実現する何かである。

ケアはこの事実を前提としておこなう必要がある。

心は成長を続ける。

一人の人格をケアするということは、もっとも深い意味で、その人が成長すること、自己実現を助けることである。

老年痴呆の場合、患者の生きている時間の意義とは何であろう。

脳死が人の死であるならば、痴呆は半死だなどと言われかねないではないか。

この世界を体験する旅の最後をどのように生きていただくか。

人格としての旅の最後の場面に立ち会っているという、厳粛な気持ちが必要ではないか。

人生の最後にいたり、人の助けがなければ生存そのものさえ難しい局面にある。そのような人間の痛みを共有しているか。そのように痛みを前にしてどのように接しているか。

2592

身体の悩みがこころをも蝕むとしたら、それはケアが必要である。

身体に苦しみがあるからといって、こころまでがその苦しみに彩られてしまう必要はないのだ。

むしろこころは身体よりも高い次元に位置して、この身体や人生の苦痛を見つめることができるはずである。そのための援助をすべきだ。

こころの次元が低くなっているから、苦しみに押し潰されてしまう。こころ次元を高くしてやれば、難しい事態にも落ち着いてあたることができる。

心身症はこころの次元が低くなってしまっていることから生じるものだ。

こころの次元を高めるのに役立つのが、哲学や宗教である。

哲学や宗教の中のあるものはむしろこころの次元を低くする。人を盲目にし、卑小な存在にしてしまうのも宗教である。宗教にも種類がある。

2593

霊魂という、思考上の「装置」を用意してみる。納得できる部分が多くなる。だとすれば、霊魂という概念は有用ではないか？生きることについて、腹に染み込むような説明ができるなら、有用である。

医療の現場でも、そのような真実の「納得」が求められている。

2594

体の病気は依然として存在するとしても、こころの悩みが軽くなれば、ずっと耐えやすくなる。そのようなものとして精神療法を考えることもできる。この場合は、身体病に対する根本的原因療法としてではなく考えている。

中心にある原因は消えない。しかしその周囲に形成されたこころの悩みに対しては、ある程度対処することができるし、解消することもできる。そうすれば問題がはっきり見えてくる。

これは全体としてとても有益なことだ。

2595

凡庸な精神科医は幸いである。その人は自分の信じるモデルにしたがって患者を診るという愚をおかさなくてすむ。

理論は患者にとっては災難である。流行に過ぎないもので自分が「診断」されるのである。いつ、誰に診断されるかによって扱いが異なる。そんなことでいいのだろうか。ただ真剣に話につきあって欲しいだけなのに。

凡庸な精神科医は自分のモデルを引っ込めることができる。だからその意味で凡庸になった方がいい。

病気や悩みはその人だけの輪郭を持っている。その人の輪郭を正確につかむことが仕事である。それだけだ。Aさんを研究して、「Aさんタイプの病気」を知る。そのようにして臨床経験は蓄えられるのだ。

2596

diseaseとillnessの差

疾病そのものと、それを主観的に悩む姿。癒しはillnessに多くかかわるだろう。

illnessの中の、主観的悩みの部分を癒すことはできるはずである。技術としては、さまざまな知識、レトリック、相手の性格把握、生活歴把握など。手相見と似てくるけれど。

2597

自然の中に、人の世の中に、神の[メッセージ](#)を読みとる。それが[詩人の仕事である](#)。神に向けて言葉を送る。神に向けて[生き方](#)で答える。それが[詩人の仕事である](#)。

神は人間を探している。人間は神を探している。両者が会うことは難しい。すでに常に出会っているにもかかわらず会うことは難しい。

2598

高次元の[世界観](#)と[人生観](#)を持てば、その人は新しく生まれ変わる。内的に新生したの[である](#)。そのような作用を真の[宗教](#)は持つ。そしてそれは精神療法の目的の一部でもある。

精神の新しい次元を切り開く。そうすれば、古い悩みは新しい光に照らされる。消すのではなく新しい光を当てるの[である](#)。

2599

「現代医学と[宗教](#)」[日野原重明](#)（[岩波書店](#)）

To cure sometimes.

To relieve often.

To comfort [always](#).

（[アンブロアズ・パレ](#)、[フランス](#)外科学の父。）

時に癒す。しばしば和める。病む人に慰めを与えることはいつでもできる。

時に[癒し](#)、

しばしば苦痛を緩和し、

常に慰める。

2600

人格に関することや[宗教](#)に関することは結局、よき[モデル](#)に接して感化される、そのようにしてしか[教育](#)されないだろう。そうでなければ染み込まない。

2601~2650

2601

医師の中で信仰者は七割と高率。仏教59%、[キリスト教](#)9%、神道3%。一般人口の中では[キリスト教](#)0.86%であるから、医師はその十倍である。年をとるに連れて信仰を持つ人が多くなる。

2602

[ホスピス](#)

痛みを緩和する

心身の苦しみを取り除く

精神的な支えを与える

心の平静に導く

以上の全人的ケアがなされる。

ソンドースの[ターミナルケア](#)の原則

- 1 患者を一人の人間（total person）として扱う
- 2 苦しみを和らげる
- 3 不適當な治療を避ける
- 4 家族のケア.....死別の悲しみへのサポート
- 5 チームワーク

2603

末期患者の痛み

身体的痛み

精神的痛み

社会的痛み

靈的痛み（または宗教的痛み）

2604

健康は

[解剖学的](#)、[生理学的](#)、[心理学的](#)、[社会学的](#)、靈的に定義される。

肉体的、精神的、靈的の各面から考える。

2605

緩和ケア病棟で、

人生の意義や価値を論じる。この世にその人が生きたことの意義を語る。そのことによってその人の人格の尊厳が具現する。

●つまり総まとめといった意味あいであろう。しかし痴呆患者はどうするのか？「例外」か？

2606

霊の痛み

霊的な救いは、霊的交わりによる。死に行くものの実存を支える。

霊的次元で癒され、霊の痛みが取り去られると、こころに静けさが生じ、こころが支えられているという感覚が生じる。

疾病は治癒されなくても、医師、看護職、聖職者はまったき人間としての存在に癒しの業を提供し、霊の痛みを和らげるべきである。

●霊 (spirit) の次元では、痴呆も何も関係ないだろうか？つまり「奥にある靈魂は無傷のまま世界を観察している」と考えてよいだろうか。よいだろうたぶん。

●患者が興奮して騒ぐ。分裂病者と違って、部分的に了解可能な場合も多い。こんな病院で死んで行くのかと思えば抗議もしたくなる。説得も難しいし、薬もすぐには効かない。しかしそのようなとき、密接なかかわりを持つチャンスである。そのような経験は記憶に残らなくても、靈魂にきざまれる。この世の経験として、靈魂に刻印されるのである。

●しかしあまりにロマン主義的。現場では説得力なし。

2607

科学とは違って、2000年前のいのちの言葉は少しも古くならない。

2608

絶望的な孤独に耐えるには信仰がなければならない。

人のいのちは単に時間の問題ではない。短命であっても、いのちの深さ、豊かさが問題である。最後の時間には長さではなく質が大切になる。

2609

ガン患者への宣告

ある場合には、言葉では宣告しないが態度で感じとってもらうようにする。会話の中で、言葉では言わないが、ノンバーバルなコミュニケーションの中で、こころの通いあいを図る。目と目が合ったとき、患者に何かを感じとってもらう。感性高く人と人の心が通じ合いとけあう場面である。

2610

死そのものよりも見捨てられることの方が心に衝撃を与え、死以上に苦しい。

2611

何かによって支えられなければ生きていけない。

その人は何によって支えられてきたのか。何によって支えられているのか。

「魂の培地」「魂の支え」が何であるかをつかむ。それが生育歴の眼目である。
老人性痴呆のケアでは、[ホスピス](#)よりもさらに困難な状況がある。
精神には暗い影がさしている。「窓」は曇っている。それでもなお人間として最後の大切な時間を生きていただく。どうすればよいか。
その人らしい最後の時間。
その人らしい死。
そうしたものをデザインする必要がある。

2612

ぎりぎりの正味の死の場面では、科学は背景に退く。
[サイエンス](#)ではない、より人間的なもの。
医療よりも看護。
生の質を高めるには何がこの患者の心の救いになるかを考える。

2613

生と死を考えるにあたり、誰のように生きて[死にたい](#)か、[モデル](#)を見つけることができるか。

2614

キュアできない患者をもケアすることはできる。

2615

死に直面しても、生かされたことの意義を発見することが、本当の自己を復活させることだ。
([メンデルソン](#)牧師)

死の意味を考える。そのことが本質的に人生の価値を決定する。

●死の時点からの逆算によって生きる。死の瞬間にわたしは何を考えるだろうか。何を後悔し、何に満足し、何に感謝するだろうか。

2616

信仰や信念はその人の人格であるとみなし、限りある生命にもまして重要なものであると認識すべきである。朽ちる生命を越えるものである。人生観、倫理観。

●痴呆の場合これが欠けているので辛い。「どうせ分からないのだから、最低の医者と最低の看護とで十分だ」と誰かが考えていないだろうか？しかしわたしにも何もできない。

2617

脳死は人の死か

細胞が順次死んで行く、その[プロセス](#)全体が人間の死である。どこからが不可逆的な死であるか、それを定めよという要請である。[臓器移植](#)を前提としているからどうしても議論が歪む。

どの部分が機能停止しているか、どの部分は細胞死に至っているか、そのように語る事ができるだけである。

「死」という言葉は科学の発達以前からの伝統的な概念であり、自然な死の[プロセス](#)の全体を意味している。これを現代の医療の現場で語ることは無理がある。部分的な細胞死が積み重なり、全体としての死に至る。

2618

[クローン](#)技術で体も人格も同じもう一人の人がつくり出されると書かれている。全くの間違いである。粗雑な議論である。

身体の発育も、精神の発育も、環境との相互作用がつくり出すものである。同一なのは[遺伝子](#)だけであり、つまりは一卵性双生児と同じである。

一卵性双生児の心も体も同一であるなどという事実はない。

一体何がいけないというのか？ 墮胎も許されている。人工受精もよい。乳母捨て山もある。[遺伝子](#)操作で怪物が生まれるというのか？ そんなもので生まれる怪物ならばいずれは生まれるのだ。

早いか遅いかの違いだけだろう。

2619

脱抑制と薬剤

- ・痴呆に際して何が失われるか？
- ・[抗精神病薬](#)を使用するのはなぜか？

足が使えなくなれば松葉杖を使う。腎機能が低下すれば利尿剤で補う。便が出ないときには下剤で補う。痴呆では抑制が失われているいろいろな行動異常が現れるので、[抗精神病薬](#)で抑制を補う。痴呆では下位の欲動突出を抑制している部分が壊れる。これが脱抑制である。食欲、性欲、攻撃性などの本能や、物事を被害的に解釈する傾向などが、下位に存在している。その上位には現実に即した状況判断をおこなう部分があり、たいていの場合には下位を抑制的に支配している。痴呆になって[神経細胞](#)が失われるとき、こうした上位部分が失われやすく（ただしこれは反応性である可能性も高いのであるが、それは高級な話である）、壊れた場合には脱抑制となり、下位の本能が突出する。

たとえば異常な食行動であり、異常な性欲であり、異常なほどの被害的な考え方である。

これは膝蓋腱反射にもたとえられる。膝蓋腱反射は、筋肉が急に伸ばされたときに、筋肉が切れてしまわないように収縮する反射であり、筋肉の断裂を防ぐ仕組みとなっている。しかしながら、正常状態では、周囲の状況に照らして考えて、それほど異常でも緊急でもないと思われるときにはそのような緊急反応をしなくてよいので「抑制」している。診察室で膝を叩かれるときがそうである。大げさに反応して医者に膝蹴りを加えてもまずいだろう。そこで上位から抑制信号が送られて、本来の腱反射は抑制される。しかし上位に何らかの[トラブル](#)が生じたときにはこの抑制がなくなり、反射は大げさに現れる。

食欲にしても性欲にしても、周囲の状況に反応していろいろと興奮しているのだけれど、上位か

らの抑制が働いているわけである。ところが脱抑制の状態になると、周囲からの刺激にいちいち大げさに反応してしまうようになる。怒りっぽい、性欲過剰、異常食欲、異常に被害的などの現象が起こる。これは膝が叩かれて異常に跳ね上がっているのと本質的に同じ状態である。

こうした場合には、抑制を補えばよい。それが[抗精神病薬](#)である。このように「失われたものを補う合理的な治療である」といえる。

抑制系が壊れている場合、患者は自覚的にも、「自分で自分を抑えられない」と苛立ったり、無力感にとらわれたりする。そんなときに抑制系を薬剤で補うことで、自分を[コントロール](#)する感覚を取り戻すととても落ち着く。これは二重に落ち着いていることになる。抑制系が補強されて落ち着き、そのことによって自分の異常事態が改善されたと知って落ち着く。

[抗精神病薬](#)による抑制はさまざまに現れる。

まず作用について。

微量だと抑制系を抑制してしまい、結果として異常行動を補強してしまう。

それ以上の量を用いると、下位を抑制するようになり、治療的な目的を果たすことができる。

さらに大量を用いると、意識覚醒系を抑制し、眠らせてしまう。患者の状態によっては、いったん眠らせてしまった方が本人も落ち着くことも多い。目が覚めると、異常だったことは切れ切れの夢だったような感じになる。

さらに、[抗精神病薬](#)には[副作用](#)がいろいろとあり、それらがどの時点で現れるか、どの程度耐えがたいものであるか、個人差がある。

以上のような作用と[副作用](#)を考えあわせて、患者さんの状態にあわせた薬剤選択がおこなわれる。

2620

仮説

過食、拒食は強迫性の症状である。

強迫に二種があるように、[摂食障害](#)に二種を考えることができる。

下位の症状.....常同行為に似る.....過食

上位の症状.....[コントロール](#)過剰.....拒食

[コントロール](#)過剰の系列の場合、たとえば分裂病状態に対する「防衛」の一つとしての意味あいも生まれるだろう。

[コントロール](#)を過剰にすることによって分裂病症状に対処しようとする。しかしそれは有効とは言えない場合も多い。有効な場合でも、別の困った事態を呼び起こしていることもある。

分裂病で下位症状としての常同行動に似たものが発生することもある。

「反復行動」の場合にどのような系列のものであるか、鑑別するとよいだろう。

2621

拘束はすべきではないか、どうか

・まず病棟の目的をどこにおくか。生命維持か、事故防止か、[リハビリ](#)促進・QOL,ADL増進か。

- ・患者の症状がある。治療目的がある。そこから治療手段は決定される。
- ・薬剤、看護の技術、看護の人数、病棟の設備・構造などとの兼ね合いから、拘束の是非が結論される。

2622

在宅と入院 適応決定

- ・身体の衰弱と精神の衰弱は必ずしも並行しない。時期によって違いが現れる。そのようすを図で表現できる。
- ・身体はまだ丈夫で、精神は変調が著しい、そのような場合には徘徊や異常行動があり、本人や社会が困る。
- ・[精神科医](#)がかかわるべき場合と、[身体医](#)がかかわる場合も、精神と身体の変調がどの[フェイズ](#)にあるかによるのだろう。

2623

医療施設と[福祉施設](#)の合理的な役割分担

合理的ケアミックス

- ・医療資源の有効活用の面でも、患者家族のためにも合理的ケアミックスが必要である。しかし医者や医療施設間の役割分担を誰かが「[中央集権](#)的に」決定するのは難しそうである。
- ・[中央集権](#)的にではなく、[地方分権](#)的に、あるいは[市場メカニズム](#)の結果として、最適配分が実現するような[システム](#)を設定すること。それが「中央」の仕事である。

2624

廃用性萎縮はどのようにして器質化するか

廃用性萎縮が容易に器質的萎縮になる、これが老年期の特徴ではないか。

2625

[ヒステリー](#)と心身症

心理的原因で随意筋系統に障害がでる場合、[ヒステリー](#)。失立、失歩、失声など。

[ストレス](#)の結果の症状が自律神経支配領域に発生する場合、心身症、[胃潰瘍](#)、大腸炎、[狭心症](#)。

中間的な位置に、[摂食障害](#)。

理屈からはこのように整理するとすっきりするのだが、まず[ストレス](#)の質が違う。

[ヒステリー](#)の場合には、疾病利得や[現実逃避](#)の手段となる側面がある。心身症の場合にそう言えるか？多くは慢性の逃れられない慢性の[ストレス](#)にさらされており、心身症例えば[胃潰瘍](#)になったとして、仕事から逃れられるわけではない。利得は少ない。

その点は戦争[神経症](#)で戦闘から免除されるのとはやや事情が異なるのではないか。

次に器官選択性の問題。なぜその器官に症状が出るのか。

随意神経系と自律神経系の違い。[コントロール](#)の強い人たちは随意神経領域のことならば[コン](#)

トロールしてしまう。そこで自律神経系統に症状が出てゆくのではないか。

例えば、ストレスは自律神経領域にも随意神経領域にも影響すると考える。症状が短期に明確に出るのは随意神経領域である。そこで性格の未熟な人の場合にはヒステリーの形をとる。ある程度成熟しているが、現実適応のあまりよくない人の場合、随意神経領域の影響については自分の内部で処理してしまう。自律神経領域の問題については処理しきれないので蓄積してしまう。そういった事情があるのではないか。

随意筋に症状が出るほど未熟ではないが、自律神経系に蓄積するひずみを解消できるほど適応がよくもない。

適応が悪いというが、悪いという言葉は当たらないかも知れない。自分の目標が高すぎる。目標に照らせば妥当な努力であるが、目標設定が高すぎるので、結局過剰な努力を強いられる。なぜ自分に見合った目標と努力を設定できないか。このあたりに病理がある。

自律神経系統に症状が出るのはやはり持続的慢性のストレスという印象がある。

例外としてたとえばPTSDなどは「一撃」の結果生じる反応であろうか。

2626

抗不安作用を調べるときのラット

まず第一段階としてレバーを押せば餌が出るようにしつける。次に第二段階としてレバーを押せば電撃が与えられ不快な思いをするような状況に置く。ラットは葛藤状態に陥る。ここで抗不安薬を投与するとあまり躊躇することなくレバーを押すようになる。罰を気にしなくなる。

抗不安薬とはこのような薬である。

人間の場合、本当にそれでよいのだろうか？

2627

家族バナナ理論

買ってきたバナナを房のまましばらく置いて大丈夫だ。端の方からだんだん黒くなる。何かの事情で房から切り離してばらばらにすると一本全体がすぐに黒くなってしまふ。表面に老人斑のようなものが浮かぶ。

家族は房についたバナナのようなものだ。不思議なことだが、ばらばらの状態にいるよりは、まとまっていた方が強い。長持ちする。

家族から離れて孤独になると人間も弱る。

一本だけ切り離されたバナナはすぐに黒くなり縮んで皺が目立つようになる。ちょうど家族から切り離された老人のようなものである。

老人でなくても、若者でも似たようなものだろう。房を通してつながりあっているということが、お互いの寿命を延ばしているのだろう。

バナナの場合どのようなメカニズムがあるのだろうか。水分や栄養分、あるいは老廃物を分解する酵素などは個々のバナナが保有しているものの総和以上にはならないはずである。

あえて想像すれば、ピンチを凌げばまたしばらく大丈夫で、各バナナに起こる危機を全員で補強

していれば、全体としての寿命が延びる、そのようなことは考えられる。

各バナナは周期的に、たとえば一週間に一度、ピンチになるとする。そのときに他のバナナたちが補って助けるとまた一週間は大丈夫になる。そのようにして各バナナが一週間に一度のピンチを切り抜けていけば、お互いの寿命を延ばすことになる。

また、バナナは同じ房についているとはいえ、若いものと老いたものがある。ここで良好な補完関係が生じることもあるだろう。過剰と不足が補いあう。

家族の場合にもいろいろなことが考えられる。人間の場合の方がバナナよりも明確に共同体的存在になったときの利益を考えることができる。したがって、バナナにおいてもそうである、ましてや人間においておや、ということだ。

看護の観点から言えば、家族から離れた人に対していかにして新しいバナナの房として結びつくことができるかということだろう。家族に代わる、新しいバナナの房を作ることができるか。

病棟で生活している場合に、本質的に一人で暮らしているのと同じなのか、あるいは本質的に家族と同居の状態に近いのか。疑似家族の状態をつくってあげられるか。それが病棟運営のポイントになる。

家族と同居していることがなぜ痴呆の防止になるのか。

自分一人の考えというものは間違いもあるし行き過ぎもある。考え方や感じ方の点で訂正してくれるのが家族ではないか。他人は訂正の機会にはなかなかかならないのではないか。

家族という単位でいた方が人間は強い。なぜかはよく分からないが。

無条件にあてにできる資源ということがあるかも知れない。現実にもどのような訂正があるかというよりも、心理的に支えになる家族がいて、心の中に家族の信頼が住みついていることが有効なのではないか。

現実の助けよりも、助けがあるだろうという信頼感。

しかしバナナは現実になんかを供給しているのだろう。人間の場合にもそうした何かがあるのではないだろうか？フェロモンのような何か。五感からの情報も大切。しかしまたそれ以外の部分でも何かがあるかもしれないと思う。

2628

閉経期女性の問題

自律神経症状があれこれ出る。ホルモンの問題がもちろんある。しかし一方で、役割変化がある。妊娠可能女性としては役割を終える。社会の中で、家族の中で、夫婦の間で、役割が転換される。

男性の場合にはこのような移行は顕在化しない。むしろ退職に伴って、立場の変更がなされ、そこで大きな危機を迎える。

閉経期はアイデンティティクライシスの時期である。新しいアイデンティティを確立できるかどうか、問題を突きつけられている。多面的な女性性のうち、諦めなければならない側面があるということだ。そのことをいかにして受け入れられるか。そのような問題の身体化としての側面が更年期症状にはある。

2629

誰かが何かを言う。そのことで傷つく人がいる。

しかし誰かが何かを言わなかったことで、やはり傷つく人がいる。

どちらかが必ず傷つくとして、傷ついてもいいのはどちらだろうか？

2630

医者に何が期待されているか

- ・端的に言えば、人の心が分かることである。
- ・患者は専門知識もなく、不安を抱えて[疑心暗鬼](#)のままで医者に相談に訪れる。自分の感じていることを100%説明することは難しい。そこをなんとか補助線を引いて分かってあげること。
- ・必要に応じて専門医を紹介する。これは患者の立場に立って親身にお世話をするということだ。
- ・紹介したら、状態を報告してもらい、そこ内容をさらにかみ砕いて患者に説明する。専門医の難しい説明を、その人の知識の背景に応じて説明するということだ。そこまでのケアを含めて家庭医というものが存在する。
- ・「親身に自分の健康のことを考えてくれる人」が欲しいはずだ。それが[ホームドクター](#)。例えば、親しい友人や親戚にそうした信用できる人がいて、専門知識を与えてくれるなら、どんなに心強いだろう。そのような人が[ホームドクター](#)として求められている。
- ・そうしたことが本当にできるのは[精神科医](#)ではないか。少なくとも[精神科医](#)の素養が大切である。患者の不安の構造を診るのである。そして補助線を引きながら、患者が自己理解を深めるよう導く。
- ・こうした需要は多いのだが、なかなか受診に結びつかない。
- ・内科ではなくて、「(健康+心理) [カウンセリング](#)」の形のものが大切ではないか。現状の[人間ドック](#)や[脳ドック](#)は検査が主体で、相談が主体ではない。
- ・心理相談などをすれば気持ちが楽になるはずの人は少なくない。しかしそれが受診動機とならない。そのような相談場所がどこにあるのか？活動内容は確かなのか？

2631

汚い頑固な[職人氣質](#)の大工と[サラリーマン](#)工務店

また、地元の不潔な[不動産屋](#)と大手の[サラリーマン不動産屋](#)

どちらがいいか。一部は、「やはり地元のことは地元、昔からの習慣で。大手は結局中間[マージン](#)を乗せているだけで、高くついてしまう」といった考えの人もあるだろう。しかし時代の流れはそうではない。

[安心感](#)にもお金を払うのである。出来上がりが同じとして、話しやすい人と納得いくまで話し、内容や料金についての不安なく実行してもらう。

そのような仕事になれば多少のお金をかけてもいいのである。

たとえば運送業者。たまにしか使わないから、一般の人はよく分からない。分からないから不安である。その不安を和らげるような仕事ぶりが大手の業者にはある。それが大切である。経過の快適さも料金のうちである。

またたとえば、[デパート](#)と安売り屋。高いことは承知の上で、信用と快適さを買うのである。

ましてや自分の病気のことならば、最終的な治癒と同等に、経過の快適さが大切である。

つべこべ言わないで俺のいうことを聞いていればいいという、[職人氣質](#)はだめ。

医者が患者を叱ってかえしたなどというのも悪い態度である。叱られて喜ぶ人だと見立てたならばそれもよい。しかしそうでない場合、つまり「最終的に早く確実に治ればいいたろう。そのためには嫌われてもいい」と考えているところがあるとしたら、大きな間違いである。正確で迅速な診断と治療であっても、患者が心地よくないなら、上ではない。患者が納得して満足していること、そのことに敏感でありたい。

最終的な治癒に至るまでの経過がどの程度困難であるか、それも大変重要だ。そのことを頭に入れて診療する。

結局、患者の気持ちをよく分かってあげるということだ。簡単でかつ難しいことである。

少なくとも、患者の不安を分かること。どんな病気なのか、どうすれば治るのか、費用と期間はどの程度なのか。

2632

自分という井戸の底に、自分という洞窟の奥に、何が住んでいるのか。

知らない方がいいものか。知った方がいいものか。

2633

家族[バナナ](#)理論の続き 1

では分裂病者とは何か？

[バナナ](#)の房につながっていない人。家族と一緒にいても、友人と一緒にいても、[バナナ](#)の房でつながっていない。本質的に孤独である。他人の脳とうまくつながっていない。自分の欠如を他人の脳で補完することができない。

そのような何かの欠如。

状況意味失認はその点で分かりやすい。いろいろな状況が、個人から個人への[メッセージ](#)となっている。机の上の[ミカン](#)は母の愛情という意味を帯びている。しかし分裂病者はその意味を受け取ることができない。むしろ誤解してしまう。

[バナナ](#)の房から離れているということは、そのような事態ではないか。

また、プレ[コックス](#)・ゲフェール。「人間的反応」に類した何かが欠けている。まさにそのようなものによって人と人とはつながり合い、[バナナ](#)の房を構成するのだろう。

内的感覚遮断はこうした状況をうまく説明するだろう。見えていても、意味は見えていない。その時、集団でいても、集団でいることの本質的な何かが欠落している。

[集団療法](#)とは、このような何かを利用することが眼目である。それは実現できているか？

2634

家族バナナ理論の続き 2

集団療法とは、

バラバラだった個人を、房につながっているバナナの状態にして、養分を補給する作業である。

こうした比喩的な言葉を実物を指す言葉に置換すること。実際に起きていることは何か？

人と人との間にある房とは？

人を強くする房とは？

つながるといふことの意味は？

食べ物を分かち合うものとしてのイメージ。

性的存在として分かち合うイメージ。

わたしが我々になるとき、何が変わるのか。

コンピューターをたくさんつないだときの、計算速度の速さを考える。

脳の部分を使ったときのシミュレーションと、脳の全部を使ったときのシミュレーションの正確さの違い。それが集中力ということだ。

脳と脳とがつながって、能力を発揮したとき、個人の力を補い合い、それ以上の能力を発揮できる。訂正しあい、確認し合って作業は進む。脳のネットワーク状態が必要である。

2635

「人生には三つの年頃がある。第一はサンタの存在を信じる年頃。第二はサンタの存在を信じなくなる年頃。そして第三は自分自身がサンタにならねばならない年頃である。」

・老人はどうか？サンタのおとぎ話に入れてもらえない年頃。

・これを文明の成熟過程としてとらえることもできるのではないか。サンタの存在を信じていた古代宗教文明。サンタの存在を信じなくなった現代の物質・実利・無倫理の文明。そしてその先にある、さらに成熟した文明。それは「自分自身がサンタになる文明」である。

サンタを神による恵み、さらには神に由来する倫理と読み替えたい。

神による恵みと倫理を信じていた時代。これは人間の力がまだ弱かった時代である。

神による恵みと倫理を信じなくなった時代。現代は人間の知恵は増大し、神に頼まなくてもいい時代になった。しかしそこには大きな裂け目がある。「なぜ生きるのか」の問いにだれも答えてくれないのだ。古代の場合には神がその答えを与えてくれた。神がいなくなって、答えは消えた。問いを忘れたままで生きている人も多いが、しかし問いは消えないで残っている。ときおり思い出すのだが、ときおりである分、なじみもなく、どのように扱っていいものか途方に暮れるのだ。

次の時代は「自分たちがサンタになる」だろう。自分たちが恵みと倫理の根源になるのだ。そして自分たちが生きる意味の根源になる。

それは神がもはやいないことを発見した動揺を隠すための反動ではない。過去の時代にはそのような反動として、自分が意味と倫理の根源になると主張した思想家もある。しかしそうでは

ない。もっと自然な発展として、十分に成熟した人間は自分自らが価値を創造する。意味を創出する。価値ある倫理を自ら建てることのできる。

2636

成田善弘「心身症と心身医学」[岩波書店](#)1986。

2637

福島章「心のはたらき」所収、[東大出版会](#)

- ・ 解釈は、患者の意識の世界を拡大する知的作業である。
- なるほど。イドのあるところにエゴあらしめよ。そのようにエゴの領域を拡大し、理解し、理性の支配の下に置く。しかしその先には、[タルコフスキー](#)「[ストーリー](#)」で描かれた悲劇もある。「自分の本当の心など知らない方がよかった！」
- ・ かつて自分が体験しながら忘れ去ったもの、現在起こってはいるが意識的には理解していないものが何であるのか、という[ストーリー](#)を組み立てることを助ける。
- ・ その時、患者の自我は事実に耐えうるほど強いかが問題である。患者は事実が耐え難いからこそ抑圧しているのである。従って、事実に直面するには大きな力と支持が必要である。そのために治療者は援助する。
- ・ 分析家の最初の仕事は、[超自我](#)やエスとの葛藤に疲れて弱体化した自我を強化し、感情的にも支持すること。受容、共感、支持、理解、配慮などの積み重ねにより、患者の信頼と安心を引き出す。
- ・ 陽性[感情転移](#)が生じただけで、全く洞察に達していないにもかかわらず、症状が改善することがある。これを転移性治癒という。（診療室以外での症状が、診療室での症状に限定される。このとき転移[神経症](#)が成立したことになる。この場合には外界での症状はいったん消えるので、転移性治癒という。という説明はどうか？→調査。）
- ・ 解釈は時の熟するのを待つ。患者の意識が洞察の一步手前まで熟したときが解釈のチャンス。
- ・ 患者の話のある局面に関心を示さないこと（選択的無関心）もまた、解釈のひとつである。
- ・ 何が分からないかを治療者が分かることが大切である。
- ・ 患者の話に疑問符や感嘆符を付すだけでも、解釈である。「よい解釈は、おおむね平叙文ではなく、疑問文だ」ともいわれる。
- ・ 抵抗を解釈する。その解釈に対する抵抗をさらに解釈する。この操作の反復が徹底操作である。
-
- ・ 幼児期原型（[プロトタイプ](#)）が反復される。
- ・ 患者の転移感情の特徴は、概ねそれが両価的であることにある。
- ・ 転移感情は、過去の感情の反復、診察室以外の生活での感情の反復である。それは幻想的・心内的である。しかし一方、それが診察室で起こっている点で、現実的である。（現実的ではなく投影の結果[な](#)のだけれど。）
- ・ 患者に決して現実的な満足を与えてはいけない。性的関係、恋愛関係、敵意に反応して喧嘩

を買ったりするのもいけない。

(このあたり、[ダイケア](#)はやはり特殊である。心理面接の延長をしては、竜宮場になる。[ダイケア](#)は現実への橋渡しの場所であるから、どうしても治療者も現実的な個人となる。その場合、心理面接でいう隠れ蓑も、鏡のような態度も、難しい場合がある。)

2638

荒井献「心のはたらき」所収、[東大出版会](#)

[キリスト教](#)が成立した当時、ユダヤの支配者達は、生活の価値基準を律法においていた。律法を守って倫理的に正しい生活をした人がその功績によって終末の時に[神の国](#)に迎えられる。律法を守らない人は[神の国](#)から閉め出される。しかし[ヨハネ](#)は、過去における律法の業を誇り、それを基準にして、律法を守らない人、あるいはむしろ、貧しさや病のゆえに律法を守ろうとしても守り得ない人々を差別する人間の心のありようを「罪」と見た。

(●ここが大切な指摘である。)

人間は過去(民族、社会階層、学歴、性別、宗教的敬虔)に価値の基準をおくのではなく、一切白紙の将来に価値の基準をおくべきである。

この価値基準にしたがえば、過去を誇る者は神の審判の対象となり、過去を誇り得ない者が、神の救済の対象になる。

●たとえば[頭が悪い](#)のは本人の責任ではない。性格が悪いのも、本人の責任ではない。考えてみれば、本人の責任などどこにもないように思う。むしろ、責任といったような言葉で「抑制」または[超自我](#)を植え込むだけ[なのだろう](#)。

人間は無限にやり直しの途上に立つ存在である。

過去は現在を免罪しない。

現在は将来を免罪しない。

しかし過去は現在により、現在は将来により、免罪される可能性を持つ。あるいは救済者によって一挙に免罪される。

[オセロ](#)のようなものである。最後に浄化されれば、それまでの罪はすべて最終的な浄化のための布石であったともいえる。[オセロ](#)では相手の石がたくさんなければ、自分の石はたくさんにならない。罪が大きければ、浄化も大きい。→それよりも、罪の少ない人生がいい。また、反省すべきは、内部の罪である。大きい罪といっても、刑法でいう罪ではない。

指示刻々に浄化し続けなければ、魂は濁るのである。

罪は蜜である。人間に不可避の何かである。

2639

対話的關係

脳と脳とが並列につながる[イメージ](#)。

脳と脳とが直列につながるのは、命令であり、帰依である。支配であり指導である。

並列につながるとき、脳は独自の強さを発揮する。

電池を直列につなげば、電圧があがる。それはすばらしい。並列につなげば、電圧は同じだけれど、別の意味で強くなる。

並列につないでいけば、ある一つの電池の電圧が低下してきても、全体の電圧は維持される。このように「補いあう関係」ができる。

直列も助け合って全体の電圧を高くしているが、それは個々の電池の弱点を補うのしない。むしろ個々の弱点が露呈する。

並列結合は無駄といえは無駄である。しかし個々の電池がいつでも常に完全とは限らないことを前提として考えれば、すばらしいシステムである。

対話的關係。電池の並列。家族バナナ理論。

他人の脳からの提言に耳を傾けると、自分の脳の限界を少し超えることができる。

他の脳はどんな風に考えているか、感じているか、それと比較して自分の脳をチェックする。

脳を並列につなげば、精密なシミュレーションができるようになる。

脳内でも、並列と直列を考えることができる。

2640

「心のはたらき」東大出版会

シャーマンの存在が肯定されている社会では、精神症状や行動異常について、神霊の一方的な意志による憑依に原因を帰すことによって、当人の内的・私的なものではなく、原因を外在化し、社会的に理解可能な公的次元での取り扱いに委ねられる。しかも、憑依を、神霊から選定され賦与された交流能力として肯定的に評価することによって、自己統御の能力を高めてゆくことを円滑にしている。また、宗教職能者としてのシャーマンがおこなう占いや治療の儀礼は、その顧客となる共同体の成員にとっても、そのやり場のない不安の原因を宗教的な次元で同定して、これへの対処と解決を可能とする点で、精神医療的な性格を有する。

このように、自身が精神的な困難を克服して社会復帰を遂げたシャーマンは、同時にその社会に特有な精神衛生全般に互って重要な地位を占める。

●精神病理的現象に対する態度の変化は、宗教や神に対する態度が「科学的態度」に変化したことと対応しているだろう。→サンタを信じる社会から、サンタを信じない社会への変化。

以前価値あるものとされていたものが、こんどは無価値で、むしろ排除されるべきものとされた。排除の装置が精神病院である。

排除することなく生きる社会も可能であった。現在は排除する社会を選択している。

さて、自分がサンタとなる社会では、精神障害者（障害者という言葉がそれ自体排除の標識として機能しているが）をどう扱うか。社会はサンタとして振る舞い、さらに精神病患者をもサンタの役割を担うものとして迎える。

排除ではなく参加。

●またたとえば、現代では宗教ではなくて、マスコミ・芸能界がそのような機能を果たしている面がある。引きこもり系統の陰性症状の場合には難しいが、陽性症状が中心の場合ならば、そして性格障害が中心の場合にはなおさら、芸能界のような場所で生きる場所が確保される可能性は

ないではない。あるいは大学や研究機関。

●人々は病気の症状に対して、プレと[トランス](#)の錯誤をおかすことがしばしばである。[ケン・ウィルバー](#)は[トランス](#)をプレと誤解する場合を取り上げて問題にした。この場合にはプレを[トランス](#)と誤解する。つまり、脳の下層から出現したものを、何かありがたいもののように考える。文章にも、絵画にも、造形にも、そのような側面はある。一定の技術はあるが、根本的には下層からの産物を加工しているだけである。

2641

強迫症者は[優柔不断](#)である

これが面白い

2642

[心理学](#)と[精神医学](#)で病理についての理解の違いがある。立場の違いといってすましていいのか？

あるいは、別のレベルからの働きかけと考えていいものか。

2643

「〈対話〉のない社会」[中島義道](#) ([PHP新書](#))

私語の習慣

他人の発言中にも私語をやめない風景はいまでは珍しくなくなった。

[高校生](#)が[タバコ](#)を吸いながら道を歩いている。誰も注意しない。

[援助交際](#)という名の売春が低年齢化している。

[日本人](#)の変化。

[超自我](#)の発育不全

社会全体の[無責任](#)

責任は集団にあり、個人にはない。個人はいいのだが、集団が悪いということにしている。

2644

「〈対話〉のない社会」[中島義道](#) ([PHP新書](#))

●「優しさを妨げるもの」をかつて大江が論じた。「対話を妨げるもの」を中島が論じている。私のいう「対話」と一部重なり、一部重ならない。

・対話とは、他者との対立から生まれるのであるから、対立を消さないし回避するのではなく、大切にすること、ここにすべての鍵がある。

●私見では「対立はある。しかしそれを何とかしようとは思わない。正誤で決着しようとも思わない。ただ政治力で決着しようとする。あるいは自分だけが正しいと信じ続け、自分以外の人の考えは価値のないものとみなして安心している。」たとえば海道病院での風景はそのようなことであった。「あいつは病気だ。俺はその被害者だ。どうしてくれる」というわけである。そのよ

うに断罪して自分を守っているのだ。

・自分と他者との微妙な差異を正確に測定したうえで、その差異を統合しようとする場（ここに対話が開かれる）が完全に取り払われている。世界は自分と対立の生じえない世界であり、この意味で自我の拡大形態なのである。

・対話は対立のない社会では育たない。対立を大切にできる社会、互いの差異を正確に測定しようとする社会でなければ死んでしまう。倫理学者R.M.ヘアは「一般化generalization」と「普遍化universalization」とを分けている。前者は自分の価値観や規範意識をそのまま拡大する作用であり、後者は異質の価値観や規範を統合しようとする作用である。後者こそ対話を活かし育てる概念である。

●個々の人間の内側にあるものを「統合する」とは言葉が怪しいとも思える。[イメージ](#)としては「脳と脳とが並列結合されている状態」を思い浮かべるとよいのではないか。支配ではない、指揮命令系統ではない、自分に欠けているものを持っているのではないかと謙虚に問いたただすことである。自分に欠けているところがあったら補えばよい、それだけのことだ。[プライド](#)が邪魔をするというなら、[プライド](#)に拘泥していればよい。その地点がその脳の限界点である。

まずどんな脳にも間違いは内在している。次にどんな脳も、すべてを経験しているわけではない。

脳は脳内の状態を現実と照合する。その結果訂正する。それだけではない。現実の他に、他人の脳の内部状態と自分の脳の内部状態とを照合する。どちらが正しいのかは現実照合の場合よりは判定が難しい。しかし、人間の脳の最高級部分には、そのような判断を下す部分がある。[プライド](#)が邪魔をしてその高級機能部分が働かないなら、残念ながら機能不全である。それはある種の性格を構成するだろう。

2645

考える場合でも、本を書く場合でも、基礎となる事実として何を選んだか、どんな人の本を引用しているか。それは大切な点である。その点で、良心的であるならば、出典、引用文献を提示すべきである。煩わしくても、その[リスト](#)自体に価値がある。

2646

対話は自分を危うくする

真の対話は自分を危うくする場合もある。自分の信念や感じ方の訂正を迫られることもある。そのようなものが対話である。だとすれば、なまなかのことでは危険で対話などできないはずである。

対話すれば自分の問題がめくり返される。それは苦痛である。相手が真剣になり、裸になり、全存在をかけてぎりぎりの言葉で語るのはいい。自分がそのように語るとなれば尻込みする。自分が薄っぺらで、実は何も中身がないことを知っているからではないか？

相手を傷つけないから言わないのではなく、自分が傷つく事態に巻き込まれるのを恐れているだけである。

本当の自身がないから、身を隠して生きている。[いじめ](#)の恐さを知っている。正義も道理も通らないのだ。ただ目立つことが悪いこと[なのだ](#)。しかも正義を振りかざしているとなれば胸くそ悪いと思われかねない。

みんな平等で弱くてみじめでしかも他人に優しいはずなのである。この規範に従わないなら社会から排除されても仕方がない。

2647

宮崎隆太郎「傷つきやすい子供たち」 ([三一書房](#))

[灰谷健次郎](#)批判。

2648

嫌われたくない。それだけが行動の規範のようである。

クリニックをされていてそう思う。患者は正誤ではなく、好き嫌いで物事を言いふらす。最後には理解して感謝と反省をしてくれるだろうなどというロマンは通用しない。現実の人間とは、それだけの存在である。お話を現実と混同してはいけない。

結局残るのは、他人はどうなってもいい、自分が嫌われないように上手に立ち回るべしということだ。

しかしそれだけではない。「他人はどうなってもいい」の反対として「他人のために」との動機からの行動があるだろう。しかし「他人のため」は純粹に他人のためであろうか？お前のためだといひながら、鬱憤晴らしであったり、攻撃であったり、支配の感覚であったりするのではないか？

そのあたりを敏感に感じとるから、反発される。

また、その反発も問題である。純粹な「お前のため」の言葉であっても、受け取る人間がひねくれているならば、単に自分のために語っているに過ぎないことになる。

二重に不純になっている。

こんな状態ではどうしようもないではないか。

2649

「〈対話〉のない社会」 [中島義道](#) ([PHP新書](#))

・「他人の痛みの分かる人になろう」との標語が「自己の痛みの拡大形態として他人の痛みを分かる」という図式になりやすい。自己の痛みの延長としてしか他人の痛みを理解できない。この場合、私がつらいときには他人もつらいであろうとまでは言える。しかし私がつらくないときでも他人はつらいかもしれないという発想にはなりにくい。他人は自分とは感受性がまったく異なっているかもしれない。だから、「他人の痛み」を分かるのは実は大変なことである。

●共感の問題である。自分の感覚の延長として「自然に」理解するだけでは共感とはいえないだろう。

●「他人は自分と感受性がまったく異なっているかもしれない」と前提してものを考えることに

は大変な無理がある。[共同体](#)、集団というものは感受性がある程度共通であることを前提として成立している。「まったく異なる」とはいったいどのような事態であるのか。どの程度のまったくなのか。

2650

甘え理論の話になるとなんだか違和感がある。なぜだろう。意味の輪郭が[あいまい](#)である。[日本語](#)の「甘え」の輪郭が[あいまいなのだ](#)。

甘えは主に他人を批判するとき用いられる言葉である。当然ではない特別の好意に期待する態度（自分の窮状を知っていれば、好意は当然であるという[自分本位](#)の姿勢がある）。こちらの心情を汲んでくれるはずだという意味での一体感（分かるはずだという[自分本位](#)の姿勢がある）。言葉の使い方としては、「それはあの人のエゴだ」「それはあの人の甘えだ」というように、エゴと似ている。[エゴイズム](#)、[自分本位](#)。

[自分本位](#)の人が自分で何でもやって迷惑をかけているなら甘えではない。[自分本位](#)の人が人に何かをやってもらおうと厚かましく考えているとき「甘えている」のである。

自分の[わがまま](#)のために他人を動かす。これが甘えである。

他人の行動や配慮を当然受けるべき場面ではないにもかかわらず、何らかのサインを発して、自分の[わがまま](#)を通してしまう。それが甘えである。

ひどい[利己主義](#)である。自分のために他人に動いてもらおうとする[利己主義](#)である。

2651

「〈対話〉のない社会」[中島義道](#)（[PHP新書](#)）

●相手に[レットル](#)を貼って、自分は優位に立ち、安全圏に逃れる。典型例が[精神科](#)の診断である。「あいつは境界例だ。性格障害だ」と診断してしまえば、自分の優位は決定される。自分は被害者である。悪いのは一方的に向こうである。そのように断定してしまうことが許される。そこに「対話がない」と思う。

●対話の精神とは、[科学的精神](#)といってもいいのではないか。何が事実なのか、何が正しいのか、自分をも含めた状況を明確にしたいと思う気持ちである。自分だけが考察の対象外に保護されるのは正しい態度ではないはずだ。

●真実を封殺するための会話ならば有害である。真実を発見するための会話が対話である。

●人間同士の会話はいろいろな機能を持つ。

例えば、社会順位の確認のための会話。これはあいさつの変形であるし、動物でいえばマウンティングに相当する。議論の中身や事柄として真実であるか否かを問題にするのではない。どちらが優位なのかを確認するための言葉のやり取りがある。

一方で、共同して真実を探るための会話がある。科学的真実に到達するための共同作業である。脳と脳を並列に結合する。

特に、お互いの脳の中にしかないことを照合する作業を通じて、脳内の状態をチェックしているのである。

●相手に診断名をつけて安心する作業は一種の防衛とも考えられる。自分を危険に場所にさらさずにすむように工夫していると言える。

●正しいことでも忠告されれば腹を立てる。たとえば学生に[社会人](#)が忠告して殴られた場合。事柄の内容について吟味があったわけではないだろう。腹を立てたのは、その忠告が学生にはマウンティングのように感じられたからである。そうしたマウンティングをはね返す方法として、学生は言葉を持っていなかった。暴力ではね返すしか手段を持たなかった。

●これは結局、真実や倫理に対しての同意（または信仰）がない場所では、真実や倫理についての言葉も、マウンティングの道具になってしまうということだろう。[人間関係](#)の序列だけが重大事である社会では、起こりうることである。

●むき出しの、素っ裸の真実というものはない。いつも「誰がどんな状況で語ったか」がついて回る。真実も倫理も社会の順列の中で測られる。そのような社会では、正しいことを語るにも、「作法」がある。社会のルールに乗せて、真実を語る必要がある。

[1997年12月9日](#)（火）

2652

「〈対話〉のない社会」[中島義道](#)（[PHP新書](#)）

・竹内靖雄の指摘。西洋近代型の[個人主義](#)は強い[個人主義](#)であり、日本のものは弱い[個人主義](#)で

ある。

強い個人主義

- ・利益の追求に集中する
- ・他人との関係において攻撃的で、競争志向的である
- ・市場を利用する。すなわち、市場ゲームの個人プレイヤーとして生きようとする

弱い個人主義

- ・不利益の回避を重視する
- ・他人との関係において防衛的で、競争回避的
- ・集団を利用する。すなわち、個人はまず集団に属し、その集団が市場のプレイヤーとなる。

2653

「聖書と甘え」土居健郎（PHP新書）

不安を伴わない自由。

楽な方を選ぶ自由。

それも自由には違いないが、[自由意志](#)という場合の自由とはやや趣を異にしているのではないか。敢えて選ぶ、にもかかわらず選ぶ、そこに自由の真の価値があると感じられる。

ただ楽なほう、何も考えなくてもよいほうを選んで、それを自由だというのはなんだか違う。それは不自由というものだろう。楽と苦勞の決定論でしかないだろう。

2654

無力感と力の感覚の回復……これが[ストレス](#)と[ストレス](#)解消に関係しているということ。

イライラするとか[ストレス](#)を感じるとかという場合、[ストレス](#)解消に皿を割ったり、歩道の[自転車](#)を蹴飛ばしたりする。

皿や[自転車](#)の例は、自分の力の確認であろう。イライラや[ストレス](#)はつまり、無力感のことではないだろうか。

イライラとは無力感である。無力感を解消するために皿を割って力を確認する。「自分には力がある」と自分を肯定する気分になって落ち着く。

2655

「聖書と甘え」土居健郎（PHP新書）

- 甘えとは、[自己批判](#)の停止、反省の中断、[スーパー](#)エゴの機能停止ではないか。
- [フリー](#)チャイルド丸出しとも[ニュアンス](#)が違う。甘えはもっと巧妙で、効果を計算している。
- 太宰をまねていえば、下卑ている。

2656

「聖書と甘え」土居健郎（PHP新書）

育ち方によって妬みが強く発達する人と、あまり発達しない人がいます。突っ張って生きる人、

世の中の不正が許せない人、「自由と平等」「差別撤廃」を叫ぶ人、これは妬みが強くなります。反対に、甘えられるところがある人はあまり妬まない。

甘えられる人を持つこと、甘えられる心を持つことで、妬みが緩和されて、人は救われます。ですから、甘えたりしてはいけないなどと思わずに、自分や他人を救うためにも、甘えられる関係をつくっておくようにした方がいいでしょう。

妬まれた場合、妬まれている人からなるべく離れているのがよい。なるべく目立たないようにする。慎む。派手にやると人の妬みを買うからいけない。

パウロの言葉で、「喜ぶ者とともに喜べ、泣く者とともに泣け」というのがある。これが本当にできれば人を妬むこともなく、人の妬みを買うこともない。

人間が社会をつくるのは妬みがあるからだといえる面がある。仲間で固まるのはなぜかということ、誰かが先行しては困るからです。妬むから一緒にいようという面がある。ですから、人間の集団ができるとき、妬みは非常に大事であるということになる。妬みが全くないとバラバラになってしまうおそれがあるかも知れない。

●なるほど、集団というものはそのようなマイナスの動機で成立する面もあるかも知れない。例えば、他人への関心を超越しているタイプの分裂病者は、集団になる理由が乏しいのかも知れない。（そんな純粋な、聖人のような分裂病者は[ロマン主義](#)の産物に過ぎないけれど。）

●世の不正を許せない人を妬む人であると断ずるのはいかがなものであろうか。今のままでいいではないか、文句を言う奴は頭がおかしい、性格がおかしい、生育に問題がある、だからひねくれた……などとする低次元の話につながる部分があるのではないか。

妬みがあってもなくても、正しいことは正しいし、不正は不正である。そのことを性格の次元の話に変換する習慣は、対話を拒む態度である。ここに対話を封じ込めて自分が優位に立とうとする態度の典型が見えている。土居はそんな人ではないかも知れないが、不用意な発言であることは確かである。

2657

不正と父性

密接に関係している。

2658

「聖書と甘え」土居健郎 ([PHP新書](#))

貧しくても人を妬まない。豊かに暮らしても人の妬みを受けないように生きる。これが人生の達人である。

●なるほど。

●やはり妬みはマイナスの感情だろうか。逆に、自分に向けられる他人からの妬みを思うとき、快感が走るのだろうか。

2659

恨みを買う。妬みを買う。この場合の「買う」とは何か。

2660

クリニックの機能について

- ・ 医学的診断・治療機関としての機能（心身症、[神経症](#)、[自律神経失調症](#)、[うつ状態](#)、小児[自閉症](#)など）
- ・ [薬物療法](#)、精神療法
- ・ 心理[カウンセリング](#)、[認知療法](#)、[行動療法](#)、電車恐怖対策法、対人恐怖対策法、心理劇、ロールプレイ、SST、[内観療法](#)、[リラクゼーション](#)、[バイオフィードバック](#)、[アロマセラピー](#)、[音楽療法](#)
- ・ [自律訓練法](#)、マカトン法、集団精神療法、[精神科デイケア](#)・[ナイトケア](#)
- ・ 心理検査とその結果の説明、[アドバイス](#)
- ・ [リラクゼーション](#)の方法、本、[アロマセラピー](#)の用具、各種小物、買える店の情報
- ・ 各種施設や専門医、専門家への紹介の機能
- ・ 今後どのような治療がいいのか、[コンサルタント](#)
- ・ [メンタル](#)・[ヘルス](#)・[アドバイザー](#)
- ・ 医学の専門的な知識を分かりやすく伝える
- ・ とりあえず相談に行く窓口
- ・ 自分のような悩みの場合に、どこに相談に行けばいいのか分からない。自分にぴったりの相談窓口を[アドバイス](#)して欲しい。
- ・ 痴呆の始まりではないかと心配だ。しかしうっかり病院に行くと病人扱いされてしまいそうだと。
- ・ 病気ではないが、病気についての知識を確かめておきたい
- ・ 困っているが、自分である程度は調べてみたい。どんな本を読めばいいのか、[アドバイス](#)が欲しい
- ・ 地域の[メンタルヘルスデータバンク](#)（情報と人が集まる）→地域医療の拠点
- ・ 各種専門施設に至る最初の窓口、きっかけ
- ・ [セカンドオピニオン](#)提供機関（今の治療でよいのか。今の診断で間違いないか。本に書いてあることと違うので心配だが主治医には聞きにくい。もっと詳しい説明が聞きたい。）
- ・ 悩みは漠然としていて、病気だとは思わないが専門家の意見が聞きたい
- ・ 漠然とした相談事、とりあえず誰かに話を聞いて欲しい場合
- ・ 幼児や児童の言葉の遅れの専門外来→専門外来を標榜することの[メリット](#)（うつ、めまい、[自律神経失調症](#)、[更年期障害](#)、老年期痴呆、[登校拒否](#)、対人恐怖など）
- ・ 専門を特定せず[何となく](#)まず相談という雰囲気にするための[メリット](#)
- ・ [リラクゼーション](#)教室
- ・ 今の状態から抜け出すことができるよう援助する。そのための最初の手がかり。最後の解決ではないかも知れないが。

2661

1997年12月13日（土）

精神力動などといわず、精神力学と呼ばばいいではないか。ニュートン力学が模範であった。現代では力学というよりは「回路」である。ニューロン回路が、巨大なコンピューターを形成している、そのようなイメージが支配的である。とりあえずそれでいいではないか。

2662

右手に愛を、左手に信頼を

母のように愛し、幼子のように信頼しなさい

（あるいは幼子のように愛し、幼子のように信頼しなさい）

唯一の処方箋は、愛と信頼である。

2663

皮膚病における履歴現象

細胞のレベルで記憶が刻印されている。脆弱性が刻印される。そして次の体調不良の際にはその場所に問題が起こる。その意味で人は歴史的存在である。現在は過去に規定されている。

そのようなものとして精神現象もある。

天気の良い日には昔の傷が痛みます。

免疫力が落ちれば、潜んでいたヘルペスが顔を出す。

2664

総婦長の心構え演説について

自分はこんなに苦勞してきた。だから、あなた方には余計な苦勞はかけたくないといえば、共感が生まれる。不幸は再生産されずにすむ。

自分はこんなに苦勞してきた、だからあなた方もこのくらいの苦勞は当たり前だ。工夫が足りない。我慢が足りない。そう言うのでは共感は生まれない。奴隷のリーダーが奴隷に対してするお説教であり、不幸の再生産である。ナチの支配下で、ユダヤ人リーダーがユダヤ人に対してした演説のようなものだ。ドイツの栄光のために我々も尽力しよう！

2665

過食と不食の階層構造

不食はコントロール過剰、過食はコントロール不足、このように分けて考えてみる。

強迫傾向のある人の場合、目標に向かってのスケジュールを決定する際に、過剰なコントロールを目標とする場合が見られ、その反動として、少しでも予定が狂うと、コントロールゼロに陥る。目標が高すぎて（現実把握の悪さ）、しかし達成できそうにないとなれば、all or nothing の原則で動いてしまう。そのような基盤があるのではないか。

うつの場合でも、似た事情がある。躁はコントロール過剰に対応し、うつはコントロールゼロに対応する。つまり、躁の欠如態としてうつが考えられる。

不食は上位のコントロール行動であり、過食は下位の欲望行動である。階層的構造を考える。上位のコントロールが破綻して、下位の欲望が野放しになる。→これは躁うつの事態とはやや異なるけれど。躁とうつとは上位下位ではなく、同一平面上に散在している。

2666

脳の中に複数の人格セットを仮定する。それぞれの出現の時と場所を考えるのがセルフの上位部分である。セルフ・アイデンティティと呼んでもいい部分である。

それぞれのセットは、体験をいつもモニターしている。他の部分との連絡は取れている。連絡が遮断されると病的な状態になる。それが解離状態。

各セットに、感覚線維と運動線維が配置されている。それぞれが体験している。？

このような分散システムは、脳の異常には強いが、能率は悪い。中央で一括して一度だけ処理するのが最も効率的である。しかし何か異常が起こって、どれかのセットが機能しなくなったとしても、他の部分での代償が十分にできそうである。並列構造である。

(脳内の並列構造に加えて、脳と脳との並列構造が考えられる。それが対話的關係である。)

→脳内アイデンティティサブセット理論と時間遅延理論の結合ができるか？さらに層構造を考えて、退行と関係づけることができるか？

解離性障害を、統合障害と考えてよいと思う。いまこの場面でどのセットを用いるか、そのコントロールタワーが機能停止している。→思いがけないときに都合の悪い自分が出てしまう。→これは強迫性障害にも似ている。語ってはいけない場面で語ってしまいそうになるなど。また、分裂病の場合にもありそうである。

あるいはコントロールタワーが誤動作して、不適合なセットが用いられるとき、それが神経症である。

2667

アイデンティティを自己同一性と翻訳することの無理。「自分」という訳がよいのではないか。あるいは「正体」。するとセルフ・アイデンティティが翻訳できなくなる。

訳語がないということ自体、大きな発見である。人間の存在のあり方として、アイデンティティが必要ななかったのではないか。そのような共同体が、日本語というシステムの上に作られていたということだ。

言葉の構造について、探求すること。ことば・制度・社会・意識・脳。これらの関係。

脳は発育の段階で言葉や制度を内部に構造化する。

たま逆に、言葉や制度は脳の構造を外在化する。

脳と、言葉・制度は互いに絡み合って、歴史の中で発展する。

2668

湘南心療内科・こころとからだのクリニック

湘南心療内科クリニック

湘南こころとからだのクリニック

2669

幼児期の虐待が後の精神症状の原因となるか？

たとえば、幼少期に多動・衝動的であったならば、親は虐待するに至るかもしれない。また、ニグレクトも生じやすいだろう。十分に可愛い普通の子供であったなら虐待という事態にはならないのではないか？

また性的虐待についても、やはり子供の側に多動、衝動的などの、憎く思われる要素が存在していて、その上で性的な事柄が起こったのではないだろうか？

このように思われるから、被虐待者は口を閉ざしてしまい、解決のチャンスを失い、解決を持ち越してしまう。

2670

国語の時間に文章を図で理解して、[フローチャート](#)のようなものにまとめたものだ。それで理解が増すのなら、最初から[フローチャート](#)で図解して示せばよいのだ。文章はいらない。

文章は朗読のために使われるだけである。こだわる必要はない。

2671

[トラウマ](#)について

性的侵襲の際に、相手の女性も快感を感じていたから、自分のしたことは悪いことではなく、このような[セックス](#)もあるのだと言い張るとしたら、それが二重の[トラウマ](#)を形成するだろう。こうした無知が不幸を再生産し続けている。

しかしながら、これは性的な面で問題になるだけではないだろう。[サディスティック](#)な行動一般が問題になる。

たとえば、[サディスティック](#)に指導する人と、その指導を[マゾヒスティック](#)に受ける人との関係。本来それはサド・マゾ関係を基盤とした歪んだ関係である。しかしサドの側は、「いやなら逃げればいいだけだ、相手もそういう関係を望んだ」と言い張る。マゾの側は、そのような[人間関係](#)もあるのだと納得してしまう。特に、特殊技術を伝えるような場合。たとえば家元制度。たとえば専門職の職場。男女がいれば性的様相を帯びる。同性ならばサド・マゾ的色彩を帯びる。そのような場合がある。

指導であると信じ合っているが、外から見ればそれは異常な関係である。

男が言う「いやだいやだと言ってたけど、いまでは俺でなきゃだめなのさ」

総婦長が言う「つらい日々があったけど、そのあとで一人前になって、感謝してくれるのよ」

似ているのではないだろうか？

2672

「薬をのまずに頑張ろうと思っている」→説得の仕方

「あせらずに、[ゆっくり](#)と」

「薬のせいでぼーっとしてしまう、ものが覚えられない」→説得の仕方

「この世の中が、[精神科医](#)など要らない世の中ならば一番いい」でも、われわれはこの世界を生きるしかない。

「病気ではない、誰でも状況によっては陥る可能性がある。むしろ、[現代社会](#)の何かが間違っている。」→疾病観の相違。精神病について、最大限、反応性と解釈する。そのことは患者をどの程度救うだろうか？責任を外部に所属させるほうが楽だ。自己に帰属させるとつらい。

ただ、自己の範囲をどう考えるか。[脳腫瘍](#)は自己の外か中か。そうした問題もある。

2673

老人の場合のケア[プログラム](#)・症状分析表

老人の場合の[トラウマ](#)

たとえば、老人の場合、未来は閉ざされているだろう（来世を信じるならば、未来は開かれているのだが）。この一点だけから考えても、老人はうつに傾きやすい。

未来について、世界について、自己について、悲観的に考える。これが[認知療法](#)の立場からいわれることであるが、老人の場合にはどれも閉ざされているのではないか。

未来はあまりバラ色ではない。世界は老人に対してやさしくない。自分はもうすぐ死ぬだろう。未来の予定は死ぬことだけである。

楽観的に考える材料に乏しすぎる。

ではそうした材料を与えることができるだろうか？たとえば来世を信じられるような宗教を？輪廻を信じられる宗教？

苦い現実をかみしめて死ぬことがよいか。嘘でも楽になった方がよいか。

徹底的虚無の立場に立てば、真実にこだわるよりは安楽さを選択することにも意味がある。一時を幸せにしてくれる宗教は有用であると思うのだ。

それほどに、老人の時間は苦悩に満ちている。

2674

サンタ・クロースに対する態度の変遷……素朴に信じる、信じなくなる、虚構と知りつつ人のために演じる。

文明として……古代宗教文明。現代唯物論文明。そして未来の文明。

個人として……同様の発達の仕方を見せる。

[職業倫理](#)として……「愛は患者を救う」との信念。これは駆け出しの、しかし折れやすい、しばしば薄っぺらな、信念である。信念というよりは、素朴な誤解に近いだろう。そして、そのような素朴な信頼の世界はないのだと絶望したあとの「それでもなお私は愛する。にもかかわらず私は愛する」、そこにこそ[職業倫理](#)がある。強い倫理がある。

2675

対話的関係の反対は、[揚げ足取り](#)と[レッテル張り](#)。

相手に対する尊敬も信頼もない。ただ自分が優位に立つための[ゲーム](#)を展開している。支配の[ゲーム](#)である。

真実に対する畏敬がないのだ。結局は神の不在ということなのかも知れない。

支配や順位性は猿にも見られる、人類の深いところでの本能である。

猿でも見られるように、支配の本能は性の本能と深く連動している。だから、性的興奮と支配の興奮は混同されやすい。

たとえば、マウン[ティング](#)。性の体位が支配の儀式に流用されている。

サド・マゾは、こうした、性と支配の交差部分で結実する現象である。

性は、一方では愛の結実でもある。

対話的関係は、支配やサド・マゾよりは愛に関係がある。

大人になるということは、性的存在かつ支配被支配の順位的存在になるということだろう。男と女の、それぞれの[ピラミッド](#)に別れる。そのなかでの自分の位置を知る、それが大人になるということだ。

2676

[トラウマ](#)。

[自然災害](#)については、「熊に出会った[モデル](#)」で充分なのではないか。

他人からの[ひどい仕打ち](#)。これは性質が違うだろう。「熊に会う」のとは別の[モデル](#)が必要である。

人間は他人に出会ったとき、特別な反応をする。人間に出会うときと、人間以外のものに出会うときとは別である。[リンゴ](#)に出会うことと、他人に出会うこととは別である。

特に子供の頃はそうだ。取り入れを盛んに試みる。それが学習であり成長過程ということである。

。

その時に、とても取り入れることのできそうもない他人の振る舞いが現れたらどうするか？

通常は相手の振る舞いに対して価値付けをして、理想としたり、否定したり、部分的に肯定したりなど、自分にある引き出しに整理してしまう。

[うまい](#)引き出しがない場合、新しく用意する。引き出しがきちんと用意できれば、それはセルフ・[アイデンティティ](#)の[コント](#)ロールのもとに機能する、自我の一部となる。

しかしそのような引き出しにもうまく収まらない場合、これが解離性の病理を引き起こす。

たとえば、性的外傷の場合。頭では否定的な価値付けをしても、一方で、そこに快感があったことは承知している。だから、深刻な外傷になる。解釈しきれない傷になる。完全に否定的な価値付けができればそれでよいのに。

またたとえば、自分の大[好きな人](#)に折檻されたり、見捨てられたりした場合。「あいつはひどい奴だ」と解釈するだけではすまない。自分はやはりその人が好きで、頼りたいと思うから、悪い

のは自分ではないか、その人は本当はいい人なのではないかと、思いは揺れる。そのような場合には、心の中のどの引き出しにも入れることができなくて、「独立した部分」になってしまう。こころの一部に、[コントロール](#)を拒む形で、独立した存在がある。それが[トラウマ](#)である。それは何かの引き金によってセルフを乗っ取り、暴れる。

そのような自律性を持った部分が一つあれば、[二重人格](#)。二つ以上あれば、[多重人格](#)である。これはその時の体験として、他人の振る舞いが、自分として取り入れることの到底できない体験であった場合である。「自分の一部にする」ことができない経験である。「自分の行動[パターン](#)の一つとして保存する」ことのできない体験である。しかし、忘れるには強烈すぎる。人間というものを学習している子供としては取り入れなければならない。しかしそれができない。できないままに「独立した部分」として成立してしまう。

その人はその「独立した部分」が暴れ出すと、自分でもどうすることもできない。その時、別の他人を傷つけている。そして他人の心の中に「独立した部分」が成立する。このようにして被害は拡大して世代から世代へ伝承されてゆく。

2677

北米のDIDでいわれる、[児童虐待](#)を生き延びるための交代人格といった側面。

Ross:「[多重人格](#)とは何か？[多重人格](#)とは少女が虐待が他の誰かに起きていることを想像することである。虐待を受けた少女の自分自身の体験の側面は他人のものとして解離してしまう。」

●[いじめ](#)られているのは自分ではなく、別の子供だと解釈して、適応しようとする。これはこれで分かりやすい。

2678

[多重人格](#)は多重[アイデンティティ](#)と呼んでいい部分もある。その場合には、いくつかの状況に対応して発達させたいくつかの適応様式を人格または[アイデンティティ](#)と呼んでいいことにもなる。

状況とは、さらに端的に言えば、誰に対する場合かということだ。厳格な父に対するときの自分。そして父を取り入れた自分。母親に対するときの自分。母親を取り入れた自分。

そのようにして、周囲の人たちに対するときの自分や周囲の人を取り入れた自分を、引き出しにしまっておいている。時と場合を考慮して、どの自分を外に出すか決定する。

正常状態においては、各[アイデンティティ](#)の間で連絡が取れている。記憶の断絶はない。時間を通じて、まとまりを保っている。

目前の人に適応するために、また一つの人格を形成する。そのような形でしか適応できない。それが病理。なぜか？

[ダブル・バインド](#)はやや似ている状況である。

2679

性的外傷の意味

確かに、性的外傷には、単なる虐待にはない意味があるだろう。快感の強制的発現が問題となるだろう。しかし、やはりさらに問題なのは、そうしたことをする人間の振る舞いを、どのように理解するか。それに対してどのような態度をとるべきか。その点で対応不可能な状況になってしまう。そのことが外傷的に作用するのではないか。

どのように対応していいか分からない。どのように取り入れていいかも分からない。

そんなときに、子供は解離を用いて、判断停止するのではないか。

2680

[多重人格障害](#)の治療（磯田雄二郎）

- ・安心できる環境。傷つけられないことの保証。
- ・関与する人数の制限。人数が多いほど分離は進行する。（治療が進行すると、さらに新しい人格が出現して、人格の分離が進むことがある。）
- ・外傷体験の想起と徹底操作。思い出すことの重要性。
- ・幼児的世界の回復。遊びの重視。
- ・人格同士の連絡の必要性。

2681

わたしのこれまでの常識からいえば、患者の話を聞いて、あまりに原因を外部に帰属させるやり方は賛成できない。たとえば幼児期虐待が現在の症状を形成しているといったような「物語」を読むこと。そうした「物語」が語られた際には、現在からの加工、初期からの異常の現れ、などと可能性を考慮して、解釈を保留することもあった。また、同じような体験は他の人にもあるのに、この人は症状として発現している。それはなぜなのか。こうした方向で考えることもあった。概ね、原因を内部に帰属させることが多かったと思う。

しかし現在北米を中心に多く語られる外傷理論を参考にして考えなおしてみれば、原因内部帰属の態度はいかにも患者にかわいそうなものではないかと思われた。これは文章の上で抽象的だから、あるいは使用例を読んでも脱色されているから、そのような「過剰な同情」が起こる面もある。

そのような留保を置くとしても、やはりなにがしか、彼らに同情の余地があると思われてならない。

過剰に「外傷の物語として解釈する」のはいかにも素人的で、好きではない。しかしそうした初歩的な低次元のレベルではなくて、もっと高次元のレベルで、反省的に「外傷物語としての解釈」を採用してみる必要も感じる。

病気というものを知らない、例えば心理の駆け出しの人たちの態度に「外傷物語としての解釈」はたっぷりと含まれている。それはそれで害も多いので「撲滅」する必要がある。しかしその先の課題として、どのように「患者の背後に横たわる物語を解読できるか」という問題は残る。患者の物語を読み解く場合に、内面の病理としてばかり見るのではなく、被害者としても見て欲しいということでもある。

これは患者の魂が求めていることであろう。

2682

[多重人格](#)の文化的背景（江口重幸）

- ・ ジャネは[二重人格](#)を物語と復讐の病とした。
 - ・ [精神分析的パラダイム](#)の影響力の低下→ジャネの再評価→外傷性記憶理論の再評価→[北アメリカ](#)での[多重人格](#)の流行
 - ・ ジャネは[ヒステリー](#)の本質を「意識野の狭窄」とした。
 - ・ 外傷性記憶……ある出来事の記憶を持ち続け、その事件に関して我々が記憶と呼ぶような復讐を行うことができない現象。（物語的記憶と外傷性記憶の区別）
 - ・ 外傷→解離→交代人格や症状の形成
 - ・ ジャネ：観察者の催眠暗示が患者に影響を与える。これは避けられない。
 - ・ 自然が連続体として創り上げる全体から、限局された部分を切り出すのは[科学者](#)である。
 - ・ 精神的＝身体的外傷によって解離した自己の部分に[自己暗示](#)による物語化が入り込み、実際の出来事として経験される。
 - ・ 複数の階層構造を持つ社会的人格
 - ・ 夢遊病……体験の復讐の障害。見たことを物語ることができない。「言語＝行動」理論。
 - ・ [幼児虐待](#)はbattered childからsexual abuseへと変更された。
- ジャネの紹介といえば、荻野恒一がある。

2683

状態像診断を押し進めるDSMと、わたしの言う、「前景症状と背景病理」はかなり考え方が違う。

たとえば、分裂病と[解離性障害](#)にしても、状態像診断からすれば、幻聴など、[シュナイダー](#)の一級症状の扱いが問題にもなる。しかし、前景症状としてはいろいろなものが出る、背景病理の診断はまた別の情報に基づくとする考えからは、分裂病と[解離性障害](#)はやはり重ならないものではないかと思う。[病前性格](#)や適応の仕方が違う。

と、一応抵抗してみたい。

治療の仕方が非常に違うわけではない。前景症状に対して投薬するという気持ちになれば同じ。背景病理に対して投薬するとなれば、治療を通じての診断ということになるだろう。

2684

[解離性障害](#)について（老人における[トラウマ](#)の可能性について）

○宮崎事件の鑑定

- ・ [多重人格](#)か分裂病か……これは現在の[精神医学界](#)の[ホットスポット](#)である。[北アメリカ](#)の流行が日本にも及んでいる。
- ・ 別の見方をすると、病気の原因を、個人の内部に求めるか、外部に求めるかの違いでもある

。アメリカではフェミニズムの影響もあり、外部に求める傾向が育てられた。特に、幼児期の性的虐待が問題にされる。これはACについての動向とも重なる。問題を外部に原因帰属させる。

・痴呆患者に対するとき、同じ傾向がないか？職員は自分を守るために、問題の原因を患者の内部にのみ帰属させる傾向がないか？（ベテランは内因と解釈し、新人は心因と解釈する傾向がある。それはいいことかどうか？両面がある。）

○トラウマと多重人格についての最近の説

・ベトナム帰りの兵士（つらい思いをしたのに、歓迎されず、むしろ批判された。ここがトラウマ。）

・神戸の地震の後の子供たちの立ち直りの経過……PTSD

・幼児の性的虐待が多重人格を準備するとの説。その説に対する反論。フロイトは、歴史的事実が問題ではなく、心的事実が問題であるとした。事実としては近親相姦はなくても、それを無意識のうちに願望した自分は存在したと気づき、エディプス葛藤に行き着いた。このようにして精神分析学説を創始した。エディプス葛藤を十分に処理しなかったから、神経症が起こるとした。

（ドラマ「青い鳥」はエレクトラ・コンプレックスの話でもある。母の死を無意識のうちに願い、それが成就してしまったとき、母の支配は永遠に続くのである。）

○人格の構造

・子供の頃、いろいろな人と接する。その時に、相手の人とどのように接すればよいかを学び、同時に、相手の人の何かを取り入れる。そのような性格や行動パターンをこころの引き出しにしまっておく。そのようにして大人になる。

状況に応じて、どの性格や行動パターンを取り出すかを判断してコントロールしている部分もある。

各パターンは、微妙に異なって独立しているが、正常の場合には互いに連絡があり、記憶も共有している。家で子供と遊んでいる自分と会社で同僚と仕事をしている自分はかなり違うが、それでもお互いの記憶を共有しているし、どこか一貫性がある。

多重人格状態になると、こうした各パターン（これが人格である）が独立していて、記憶も共有されない場合も出てくる。およそ無関係な人格が出現するように見えるので周囲を驚かせる。

・こうした「独立した内部の人格」がなぜ生じるか。自分にとってあまりにつらいことがあると、解離をおこして自分を守ろうとする。「父親に性的虐待をうけている子供」は自分ではないと考えて、苦しみから逃れようとする。虐待の苦しみに耐える時間には別の人格になっていれば耐えやすい。こうして解離は固定化する。思春期になり一時解離は解消されたように見えても、青年期になり性的行動が始まると、昔の傷が痛みだし、解離が発生する。症状としては多重人格になる。

○トラウマが後に影響を及ぼし、症状を形成するほどのトラウマとなるためにはどのような条件が必要か？統合されないような別の人格が残ってしまうのはどのような場合か？

たとえば、とてもつらい目にあっても、そのことを乗り越えられる人と、いつまでも引きずる人がいる。違いはどこにあるか？

単純にいえば、その人が内部で処理できる程度のつらさならば問題にならないだろう。そして、

自分では処理しきれない場合でも、周りの人が助けてくれたり、見守ってくれたらすれば、何とか乗り切れるだろう。

たとえば**ベトナム**帰還兵。人殺しをした体験自体は**トラウマ**として十分なものであるが、もう一つ重要なのは、その体験をとどのように解釈し納得できるかという問題である。

仲間の全員が疑いもなく正義の戦争だと信じて戦い、実際に敵は悪魔のように邪悪で、本国に帰ってからは英雄と讃えられていたならばどうだろう？殺人の場面は脳裏をよぎるだろうが、それでも大きな**トラウマ**にはならないのではないか？

地震が起こったとき、**死の恐怖**は確かにある。しばらくの間は「また地面が揺れたらどうしよう」と考えて、過度に敏感になる。棚の上に物が置けない。小さな物音がしても眠りから覚める。しかしそれだけではない。災害のあと、人間のさまざまな面を見せつけられる。父や母など自分の頼りにして信じていた人たちの、頼りにならず信じられず、喧嘩もして裏切りもする、そのような姿を見てしまうと、そのことが心の傷になる。また、自分は生き残ってあの人死んだ、それはなぜなのかと考え続ける場合もある。そうしたことから、忘れていたはずの過去の**トラウマ**が活性化される場合もある。（**ドラマ**「青い鳥」では、自分の身代わりに兄が死んだとき、その兄の死を嘆いていた母が「あなたが死ねばよかったのに」と考えていたのではないかと疑い、そのことが**トラウマ**となる。何が起こったかではなく、どう解釈したかが重要である。）

幼児期の**性的虐待**の場合、見知らぬ男が強姦をして去ってゆくのなら、それは大変なことに違いないが、まだ納得できる可能性もある。そうした男は完全に悪人であると納得する方法があると思う。しかし普段は大好きな父が、自分にしてはならないはずのことをする。これをどう解釈して納得すればよいか。その時の父はいつもの父とは違うような気もする。母は知っていながら、「あなたが誘惑するからいけないのだ」と父の味方をする。母も大好きなのに、こんなことを言われたのではつらい。また、性的行為であるから、いくら嫌悪の感情があるとはいっても、微妙に性的興奮も混入するかもしれない。

このような状況になると、父も、母も、自分も、信じていたものなのに、信じられなくなる。しかし寄り添えない子供は、やはり父母を頼るしかないし、普段はやさしいところもある。自分の体についても、否定するわけにもいかない。しかし、そのような行為が繰り返されることについては納得できない。

こうした場面で、解離が起こる。「父とそんなことになっているのは、よその**女の子**だ、自分とは関係がない」そう考えて乗り切ろうとする。

つまり、何か災難があっても、どうにかこうにか考えて自分なりに納得できればそれでよいのだろう。しかしどうしても納得できない場合、腑に落ちない場合、消化しきれない場合、解離が起こる。心の一部に、独立した部分が生じてしまう。それは全体に統合されずに残り、何かの刺激に接したときに、心の全体を乗っ取ってしまう。昔は狐つきのような憑依状態が多かった。現代ではむしろ**多重人格**の像をとる。マイルドな形では、記憶の断絶、離人、脱現実感、遁走などがみられる。内部の声が聞こえて命令されたり非難されたりもする。

●「納得できない、受け入れ難い」という点では**ダブルバインド**の話につながるだろう。

○痴呆病棟で、老人達の気持ちは、子供が親に対する気持ちに似ているだろう。生活機能が衰え

ているから職員に依存せざるをえない。おむつを替えてもらうなど、まさに子供の立場である。そのような状況で、職員の気まぐれが起こったらどうなるだろうか？一度の決定的なトラウマでなくても、持続して反復して起こる、無視や小さな虐待、無理解、そうしたことがどのような影響を与えるだろうか？

さらには、実際にはそのようなことがないとしても、痴呆患者はそうした虐待をうけたと「心的現実」を構成している場合がある。認知機能が落ちている。耳や目が悪くなっているし、記憶も弱くなっているの、どうしても被害的に物事を受け取りがちである。それを「痴呆だから仕方がない」としておいたのでは、そこから虐待に対する反応が生じてしまうだろう。それは抑うつであったり、ひねくれであったり、無為無欲であったりするだろう。

○トラウマがあっても、そのことについてどのように解釈できるか、それが大事。こう考えると、認知療法の構図と同じである。刺激→認知→感情。事件→認知→トラウマ。

そうした認知に影響を与え、助けになる周囲の人とはまず第一に家族である。それなのに、問題が家族にかかわるものであったなら一人で悩まなければならない。家族がそのような問題を隠そうとする場合さえある。「このことを人に言ったら承知しないぞ」と父に脅かされ、「あなたが悪いからよ」と母に断定されると、あとは解離くらいしか方法がない。

だから、トラウマの問題は家族機能の問題とも密接に関係する。ACの病理はこうしたところと関連している。

○老人にトラウマがないとは限らない。これまでの人生で潜伏していたトラウマにいま苦しんでいるかもしれない。

分裂病の幻聴が、一部は解離性障害による「他人格の声」の可能性があるとされている。同様に、痴呆の症状として、幻聴も妄想もあるだろうが、別の可能性もあるだろう。

それがたとえばトラウマの再燃である。またたとえば拘禁反応。痴呆だと知ったことによる心因反応。

宮崎事件で、いろいろと精神病的なことを語ったのは拘禁反応のせいであるとしたのが第一鑑定であった。

痴呆という器質的な病気に苦しむ人たちが、反応性の症状も重ねて持っている可能性はある。その部分については精神療法的な対応により軽減することが可能であるから、症状の成り立ちを見きわめる必要がある。たとえば、刺激の少なすぎる環境におかれて、ときどき刺激が与えられる、その場合にどのような反応が生じるか？拘禁反応や破瓜型分裂病者と類似の病理が発生する可能性がある。

○伝統的には、虐待があったという場合、その子供にも何か要因があったのではないかとまず疑う。性格問題や注意欠陥、多動など、養育者を虐待に導く何かの要因が子供の内部になかったか。これも大変大切な視点である。忘れてはいけない。

○過剰な同情は、患者の作話に巻き込まれているだけである。巻き込み・巻き込まれの病理を患者と共演してはいけない。

U.H.さんの悪循環

- ・破瓜型分裂病者の悪循環（薬と引きこもりと刺激。RとD。）
分裂気質→ドーパミンレセプター増加→刺激が増大してドーパミンが多すぎる状態になると→幻覚妄想状態（特に被害妄想）→ひどい目にあった、もう決してそんな刺激に自分をさらしたくないと考えて、さらに引きこもる→レセプターさらに増大
- ・このプロセスのどこかで、陰性症状が形成されるプロセスが付加されている。引きこもりも固定してしまえば陰性症状のようになる。しかしそれ以外に、たとえばドーパミンアップの時に、前頭前野の神経細胞を毒するような仕組みがないか？
陰性症状を促進・固定するメカニズムがどこかにあるのではないか。
- ・こうした悪循環を防ぐためには、引きこもらずに、適度の活動ができればよい。そのうちにレセプターとドーパミンは適正な関係に落ち着いてくる。しかしそれができない。普段は引きこもり。決心すると過剰な活動に打ち込んでしまい、ドーパミン過剰になってしまう。ちょうどよい活動ができないのはなぜなのか。ここにも重要な病理が隠されていそうである。→？
- ・老人が痴呆病棟にいと、刺激過少になる。レセプターが増大する。何かの刺激で、レセプターには過剰なほどのドーパミンが出る。そのとき被害妄想状態になる。被害妄想を抑えようとして、ニューロレプティックを使うと、ますますレセプターは増えて、妄想になりやすい体質を準備してしまう。こうした悪循環にはまっているのが、本多ウラさんである。
- ・痴呆老人が無為無欲になるのは、脳神経の廃用性萎縮の他に、上のような、「過敏さへのcopingとしての無為」の側面がないか。

2686

悪循環

引きこもり→R↑→（刺激）→D↑→幻覚妄想（陽性症状）→さらに引きこもり

これを切断するような生活指導が精神分裂病のデイナイトケアである。

2687

エリスの論理療法

感情は思考の産物であり、思考を変えれば感情も変えることができる。不適切な感情は不適切な思考から発生する。

C(Consequence)はA(Activating event)によって引き起こされるのではなく、介在するB(Belief system)によって引き起こされる。

●トラウマの病理と結合することができる。

トラウマが直接に症状を引き起こすのではなく、解釈が介在している。

●記憶の二種との関連。物語記憶の系列になっていれば、解釈（スキーマ）の問題がある。しかし物語記憶の系列にはいることなく、トラウマが身体と直接に結合しているような場合、不適切も何も、介在する解釈が抜け落ちているのではないか？

●そもそもそのように、物語的記憶の系列にはいることができなかつたのは、記憶に組み入れ

るときに、適切な解釈ができなかったからではないか。

- 1 解釈不能のもの→物語的記憶にならず、身体や感情と直接に結合する
- 2 解釈できたが間違った解釈であった→認知療法で対処できる
- 3 解釈できたし正しい解釈であった→症状は起こさない

2688

「多重人格の治療戦略」（高石昇）

・歴史的に、精神科医の関心は催眠から精神分析へと移る。そのころ多重人格は減少したが、分裂病への誤診も可能性としては考えられる。

・「多重人格は自然に発生する自己催眠である」

・催眠研究者Hilgard,E.R.「新解離理論」

意識とは本来必ずしも単一のものではなく、複数の下位システムがありこれを中央コントロール機構が選択的に促進したり制御しつつ、全人格は形成されていると仮定する。ある状況下で、ある下位システムが活性化されると、その中央コントロール機構が減退し、それに伴ってある程度自律的に働くようになる。消極的立場をとるようになったこの上位システムは「隠れた観察者」hidden observerと呼ばれるように、観察するだけの立場をとる。

・多重人格では正常なコントロール機構の発達を妨げるような「基底欠損」basic faultが自我にあり、発達論的にみて早期の部分対象関係に見られるような解離が存在していると考えられる。

・治療関係に交代人格を促進する側面がないかどうか内省してみる必要がある。また、交代人格の生活史については患者の訴えを額面通り受け取ってはならない。

・「座り込んだので横にさせると交代人格 B が出現する。」

●こうした記述は、多重人格の出現の仕方について、特有のテンポラルプロフィールを考えさせる。ちょうど血管性の病変に対応するような特徴がある。わたしはかつて神経症の出現について血管性の病理を考えてもよいのではないかと提案したが、多重人格の場合にも、考えてみてよい問題ではないか。ある特有の部分に血液が流れ込み、賦活されると人格として働きだす、そのようなスイッチングシステムがあるのではないか？

・「これから思ったことは、主人格を通じて表現するように努めてみよう」

・「周りの人は主人格のみを対話の相手とする態度をとるようにする。」

・治療が再度の外傷体験にならぬよう心がける。患者の資質や能力に応じたテンポを守る必要がある。

・一日数回自己催眠を危機に際して使いうるようになるまで練習させる。

・多重人格患者はほとんど例外なく催眠感受性が高いので、誘導そのものは容易である。催眠が解離と過去の外傷体験の想起の促進因子であることを考えれば、これは病態そのものを引き起こすことである。適量の利用が望ましい。

・基本的には暖かく、受容的であることが必要だが、患者に社会的不適応をもたらす病態を支持することにならないよう、留意する。

●自律訓練法は、自己催眠の一種である。ここで言われている自己催眠とどの程度異なるのか

、吟味が必要であるが、一応自己催眠の一つであるとすると、分裂病と思われていても、自律訓練法が有効な場合には、解離性の病理の混入があると考えてよいのではないか？

自律訓練法がまったく無効な場合にはとてもすっきりした分裂病だといえるかもしれない。

●トラウマというならば、分裂病体験は非常に大きなトラウマであろう。したがって、分裂病の病理には、トラウマによるものも含まれていそうである。

2689

多重人格の歴史・文献的考察（関根義夫）

・フロイトははじめ、二重意識、解離の傾向、類催眠状態が神経症（ヒステリー）の根本現象であるとした。しかし後には抑圧を採用した。幼児期の実際の性的外傷こそがヒステリーの原因であるとして疑わなかった彼が自己分析を通じて、幼児がすでに近親相姦願望を持ち、自我はこの願望を抑圧しようとして葛藤するということに気付いた。「彼らの父母、大人に誘惑された記憶の回想や空想は、実はむしろ自分自身の大人に対する性的な欲求、とりわけ、父母への近親相姦願望の投影である」と結論した。ここに精神分析が成立した。

・Hilgard:Hidden observer:自分の精神活動を「統合」している自我とは別に、すべてを知覚しているもう一つの認知機能が存在している。

●ここの部分、解説に異同がある。「統合している自我」が交代人格に人格を占領されると、いったんは背後に退くが、知覚だけは続けているとするものもある。ここでの解説のように、別の認知機能としている場合もある。

・垂直分裂は解離。水平分離は抑圧。解離は交代 人格の確認と、その人格との信頼に裏付けられた治療関係のなかでの十分な話し合いによって解決可能である。

・多重人格者の自己催眠の問題。→催眠操作によって多重人格状態が作り出せることから。→自分でも気付かないうちに自己催眠を乱用している可能性を指摘。→そのような乱用をしなければならぬ病者の苦悩を受けとめることが治療として大切である。

2690

トラウマを解離によって切り抜ける。自己催眠を学ぶ。下位自我をコントロールする上位自我の機能不全（基底欠損）が固定する。解離傾向が固定する。

解離によって切り抜けるということは、現実を直視しないということだ。精神病性の機制によって切り抜けようとしている。

2691

多重人格障害の臨床症状（Putnamなど1986）

・宮崎事件や犯罪との関係で注目。

・適正な治療により回復可能であるにもかかわらず、診断の困難さゆえに見逃されている例が多いのではないか。

・多重人格は解離性障害の重症型であり、その特徴は一人の人間のなかに二つ以上の独立した異

なる人格が存在することである。

・仮説としては、トランス状態ないしは自己催眠現象の説が一つ。また、状況依存的であり、交代人格の創生は治療者を喜ばせようとする患者の反応であるとする説もある。

・男性は外に暴力を向け、社会病質的の行為を示す。

・混乱した家庭環境の出身者。虐待された子供はしばしば成長して虐待する親になる。

・臨床像は抑うつ気分、明らかな気分変動、自己破壊、自殺、不眠、性機能不全であるため、感情障害を疑われる。

・生活史上、ある交代人格が別の人格の体験を覚えていないというエピソードが頻回にあり、それはしばしば小児期にまでさかのぼる。これこそが、多重人格性障害におけるもっとも特徴的な症状である。たいていの患者には、行動と体験を持続的に認知しているという交代人格が存在する。●本当？これをコントロール部分とする人もあるようだ。それとは別に、下位人格の一つが持続的記憶を蓄えているというのだろうか？

・患者の精神症状の問題の多くは、交代人格葛藤のアクティングアウトに由来している。自己破壊的の行為となってあらわれる。診断や治療のために催眠を用いても、臨床症状を変えることはないようである。

●いわゆる解離性の病理をとらえる態度ではない。うつとして扱われるというのだから。？

2692

一般に心因性疾患を論ずる場合と、心的外傷からの病理を論ずる場合の違いは何か？あまり違わないような気がするのだが？それは粗暴すぎるか？

2693

多重人格と家族機能（斎藤学）

・従軍兵士や強姦被害者の外傷後遺症をモデルとしたPTSD概念は、その成立経緯から見ても、児童虐待や配偶者虐待の精神心理的後遺症を包含しえない。幼児期に愛着対象を剥奪されたり、愛着対象から打擲、のりしり、性的虐待などを、予測不能な形で、長期間受け続けたものを対象とする外傷後遺症の概念が必要である。

・無力感や自己卑下などの自己認識の障害

・加害者の理想化や復讐願望にとられるなどの加害者についての認識の障害

・他者を信頼できないなどの人間関係の障害

・自暴自棄や絶望などの世界観の障害

・これらを含むものとして、複合型PTSD、また複雑PTSDなどが提案されている。

・その中核には、健忘、解離、駆逐（Verdraengung:抑圧と訳されてきた）されたものの回帰（再上演reenactment）がある。

・（症例について）友人も母も、患者の人格解離については受容的であり、これに誘導されるかのようにして交代人格の登場が見られるようである。

・小学生の頃注意集中困難と学習障害。漢字を書くと鏡像のように左右が逆になった。

・おぞましい体験は健忘という形で、意識から駆逐されるが、これに成功しなかったものでは「無感覚」「凍えた」「ガラスの後ろにいる」などの感情鈍麻（離人症）によって体験の苦痛を緩和する。これにも失敗した者が、転換性障害や身体化障害、自傷行為、自殺企図、一過性の精神病（解離性フラッシュバック：健忘の破綻に伴う体験の再上演reenactment）、ドラッグの乱用などを多発する。

2694

解離性同一性障害の成因（安克昌）

・すべての解離が病的であるわけではない。白昼夢や一過性の軽い離人症は日常的非病理的解離現象である。

・Steinberg:解離症状を五つの中核症状に分けた。健忘、離人、現実感喪失、同一性混乱、同一性変容。解離性疾患には解離性健忘、解離性遁走、離人症性障害、特定不能の解離性障害、解離性同一性障害がある。DIDはもっとも重症である。

・病因としては、解離しやすさ（解離傾性）と心的外傷がいわれている。

・Kluftの四因子説とBraunの3Pモデル。

・患者は高い催眠感受性を示す。しばしば自発性トランス様状態に陥る。催眠は「制御され構造化された解離」であることから、催眠感受性と解離傾性（解離能力）は同じであることが知られている。

・四因子..... 1 解離能力、2 外傷、3 解離性防衛の形態を決定し、病態を形成するような影響力と素質、4 重要な他者が保護と立ち直り体験を与え損ねたこと（neglect）。

●3が分かりにくい。具体例はあがっているが、すっきりしない。

・「隠れた観察者現象」は人間の認知システムが多重であることを示唆し、交代人格間の認知の違いを説明する。

・Braunの3P。脆弱性因子（解離能力など）、促進的事件（外傷）、永続的現象（サポートの不足など）。

・高度の催眠感受性を持っている人は物事を外傷的に体験しやすい性質を持っている。

●これにどういう意味があるか？進化論的に考えられるか？

・小児期の心的外傷は患者の解離傾性を強める。

・小児期心的外傷を1型.....単発性外傷、2型.....多彩、多発性、長期的外傷の二つに分ける。2型に解離症状が出現しやすい。慢性的に心的外傷にさらされている子供は、「自分じゃない」「痛くない」「何も起こらなかった」と否認することでその苦痛から逃れようとする。自己催眠は自己意識、記憶、感覚を変容させることで、この否認をさらに強め、子供を精神的に非難させてくれる。こうして子供の催眠感受性は増大させられる。

・心的外傷は解離を促進する。子供は皆、複数の異なる行動意識状態を持っていて、その間を行き来している。これらは発達過程において徐々に統合されてゆく。ところが、反復する心的外傷を受けた子供は、行動意識状態の分離を進めることによって、ある種の記憶や自己感覚を切り離そうとする。これが解離である。こうして行動意識状態が十分に統合されないままに成長した

人は、成人になっても解離しやすい性質を持ち続けている。

●分かる。しかし、これがダブルバインドの話のようにしぼんでいかないという保証もない。

●意識行動状態とは、下位人格セットである。部分人格セット。

・ Ross: DIDに至る四つの経路

1 児童虐待経路（陽性外傷）……根本的な問題は虐待者への愛着にある。すなわち、子供は強烈な心的外傷に衝撃を受けたにもかかわらず、無力であるゆえ、生存のために虐待者に愛着し続けなければならない。このために解離して、愛着のための交代人格を作る。小児期に他人から虐待を受けた場合より、親からの虐待を受けた場合に、患者の解離傾性は高くなる。

●主人格は愛着し、副人格が憎悪する？上の記述では副人格が愛着するようだが？どちらか？どちらもある？

2 ネグレクト経路（陰性外傷）……親が精神病の場合など。依存型性格が多い。

3 虚偽性障害……反社会型が多い。催眠感受性は低いのに、DESは高得点。

4 医原性……カリスマ的治療者により宗教的洗脳に似た過程が施された場合。

以上のうち、1が典型的。現在症は同じでも、病因論的に異質な亜型が存在することを意味している。

・ Allison: 上の1は交代人格で解離により生じたもの、2から4は想像上の友人であり、想像により生じたものである。交代人格は生存のために生み出され、年齢や役割が一定している。想像上の友人は願望充足のために想像されたもので、その都度言うことが違っていたりする。

●なるほど。しかし2の場合には混合しているような気もする。

●1の場合にも、サポートがしっかりしていれば、重篤にはならないだろう。つまり、2の要素であるネグレクトが1の場合にも関与している。そしてこのサポートの欠如が病因として重要ではないかと考えれば、Allisonのように区別することは難しくなるのではないか。想像上の友人はやはり解離性障害としては二次的な重要性しか持たないのではないか。

2695

攻撃性と順位性と性衝動は、つながっている。猿の社会ではこれらは一体である。

2696

芸術において、高次の産物と低次の産物を区別することができる。（多分）

強迫症状は高次のものと低次のものとに区別できる。（これも多分）

他人に対するお説教も、高次と低次を区別できる。単に自分のために語っているのか、相手のために語っているのか。これは大いに区別できると思う。

2697

看護婦の集団は、BPOみたいに振る舞っている。理想化と脱価値化が激しく交代する。仕事として反応しないで感情的に反応する。

ここの看護婦たちの連絡が不十分でちんぷんかんぷんなことになる様子を見ていると、BPOの内

部でこのようなばらばらに事態が起こっているのではないかと連想される。

2698

スプリッティングと多重人格（岡野憲一郎）

・BPOとMPDではスプリッティングは共通で、BPOでは投影や外在化の機構を用いる点異なる。

・ボーダーライン的なもの.....極端さ、唐突さ、アクティングアウトの傾向、背景には深刻な不安、恐怖、極端な気分の変調、さらには想像しがたい空虚感ないしは自己評価の低さ。情緒的な苦痛や不安に対する防衛としてスプリッティングを用いている。

・自分自身の悪い点や弱い点について他人から非難や攻撃を受けることに耐えられない場合、私たちはしばしば開き直り、非難してきた相手を悪い対象と決めつけて非難し返すことで自己を正当化する。この機構を投影ないしはより一般的に外在化と呼ぶ。

・スプリッティングしたものの投影は、自分の分が悪くなったときの条件反射的な他人への非難、責任転嫁のテクニックである。近親者の態度から身を持って学習している場合がある。ただしこのような投影を促進するような情動的な苦しみも想定すべきだろう。

●DIDやACは外部に責任を帰属させて安心する典型である。投影を促進しているのではないかと疑う。

・自分の弱さや悪い点を直視することに非常に強い苦痛が伴う場合、より頻繁に投影や外在化が用いられ、ボーダーライン的振る舞いが顕著になる。

・近親者による虐待の場合、口を封じたり、罪悪感を抱かせたりする場合がある。結果として子供は孤立を深める。罪悪感を植え付けられていると罪を外部に着せることができない。

●投影して、他人のせいにしてしまえれば、BPOの仕組みになる。DIDのような事態にはならずすむ。どちらも大変ではあるけれど。

●あるいは、相手をまるっきりの悪と決めつけることができれば、孤立のなかで深刻に悩むこともない。善であると思いたいのに思うことがかなわない、そのような状況で納得できないままに対象を心の部分に丸ごと独立した形で取り込んでしまう。しかしそれは未消化であり、自己の内部に組織化（organize）されない。

●自身のあとで地面が揺れることを恐怖するのと、他人への信頼が揺らぎ、苦悩するのは質が違ふ。

・投影は、誤って植え付けられた罪悪感を排除し、自分自身を救出する手段ともなる。

2699

原因の外部帰属を推進する治療は安易である。

たとえば、外来に主人の悪口を言いに来る患者がいる。あなたは悪くない、ご主人が悪い、もう別れてしまいなさいよなどと言って時間をつぶす。北口クリニックで、他の医者の患者が紛れ込んできて、その医者とはそんな話になっているらしかった。

これは治療としてどうなのか。

うっぴんを晴らすという点では役に立っている。医者という立場の人が、主人を悪く言う憂さ晴らしにつきあってくれて、その場を慰められる。

しかし一方、原因を外部に帰属させるだけで、ことがすむとも思えない。むしろ、医者が外部帰属に加担することで、患者が自分のことを見つめ直す機会を奪っていると考えられる。

患者のどのような部分と同盟しているかを考える必要がある。「主人のせいでめっちゃめっちゃだ、これ以上我慢しなければならないのか」と語り、「それはご主人が悪い！あなたはよく我慢をした！」と応じる。それは一時しのぎとしてはそれでよい。しかし患者の病的部分と同盟してしまっているのではないか。

カタルシスだと言えよう。ここでガス抜きをすれば、それでまた日常生活が続けられる、だからそれでいいのだと言え、それもそうだ。しかしそれでいいのだろうか考える面もある。

原因の外部帰属を肯定してもらえば、患者は喜ぶだろう。しかしその態度は、患者の自己責任の回避に加担するだけではないか。

そこまで考えなくても、患者の欲しいものを一時的に与えて、落ち着けばそれでいいではないかと言うだろうか？

2700

セレネースは何に効いているのか？

1 上位からの抑制が欠損したので、それを補う作用。膝蓋腱反射が脱抑制により大きく起こって困るので、セレネースで抑制する、そのようなイメージ。

2 レセプターが増加している状態のところに、ドーパミンが急激に増大する、そんなとき幻覚妄想状態に対して、レセプターに蓋をして、過敏状態を抑える。

2701

災害と人的トラウマの違い

- ・人との関係は、内部に取り入れて内的対象関係を作る。災害はそのようなことが起こらない。
- ・かかわった人との関係から、内部に人格セットを作る。その人にどうかかわるかで形成される人格と、その人を取り入れて形成する人格とがある。
- ・そうした複数の人格セットを束ねてコントロールしている部分がある。基底欠損の場合には、そうした中央コントロール部分が欠けてしまう。
- ・人格セット同士の関係は、さまざまである。各人格の記憶を、どの人格が知っているか、知らないか、それはさまざまで、非対称である。中央コントロール部分は全部を知っているとする説が強い。（隠れた観察者現象）
- ・各人格に連絡できる人格が、将来の統合された人格の核となる可能性がある。
- ・統合されていない人格は、何かの引き金によって全体の人格を乗っ取ってしまう。それが交代人格として観察される。場合によってはそれが適応的な場合もある。スポーツの試合前の人格変換など。
- ・こうした変換はまったく不自由に不随意に生じているかと言え、そうでもない。自己催眠により、自分に都合のいいように生じる場合があると考えられる。
- ・統合されない部分人格というものが形成されるのは、人に関する体験が納得できない、割り切れない、全面的に悪だと決めつけることができず解釈に苦しむ、そうした場面ではないか。好きだといってくれて頼っていいと言ってくれている人に虐待されるといったような状態。（ここでダブルバインドに近くなる）
- ・治療は、人格の統合。どんなときにどの人格を使うかをコントロールすること。
- ・核となる人格をつかまえて、その人を通じて話をする。部分人格に直接話をしているとどんどん分裂していく。

2702

「境界性人格障害患者の初期治療について」（皆川他）

- ・「それぞれ、それが病気のところ。そういう間違っただけの確信というのが治せばいいんだけど」などと介入する。書き換えのできない情緒記憶。
- ・「そう、それがあなたの治すべきところよ」とまず言わないといけない。それを相手が立ち止まって聞いてくれることが大切。
- ・「それがあなたの強い思いこみで、そう思い込むのが無理もないような歴史があったかも知れない。しかし、それは昔の話で、大人になった現在では、そういう思い込みをしていることで何もいいことは起こらない」
- ・この思い込みを書き換えていく必要がある。「この治療をやめると言うけど、一体治療者のどこが気に入らないのか」と聞いていく。

●とっても皆川流。情緒記憶はモデルの説。「書き換える」とは、ROMとRAMの話でコンピューターの記憶にたとえた記憶の書き換えのこと。こうしてみると認知療法のセンスに近いかも知れない。認知療法は認知の書き換えだけれど、こちらは情緒記憶の書き換え。

2703

フロイト流に内的欲動に原因を求める→内部帰属説。道徳的。

現代流に外傷に原因を求める→外部帰属説。攻撃的。

「そういうつらい目にあっているのはあなただけではない。みんなそれぞれ大変な目にあっているんだ。個人の内部に原因がある」と言い張ることができる。

一方、「内部に脆弱性があったとしても、そんなつらい目に遭わなければ問題はなかった」と言い張ることができる。

折衷案としてストレス・脆弱性モデルが取り上げられる。

病院で環境のせいだと言うことはつまり、病院に責任があるということになるから言いにくい。結局は患者のせい、病気のせいということにしておけば問題ないことになる。そんな事情で、入院患者に対しては徹底的に内部帰属説を採用することになる。

外部帰属説は、おばちゃん素人カウンセラーがとりがちだ。患者を味方にできる。とりあえず嫌われなくてすむ。（その場では嫌われないだろうが、患者はあとで考えてみて、自分の大切な人についてあそこまで悪く言わなくてもいいのにと感じることもあるのではないか。そんなにまでいかない程度に患者に賛成するのがコツだろう。）

2704

「あなた達はとても不幸だと自分達のことを思っているだろうけれど、世の中にはもっともつと不幸で大変だけれど、何も言わずに黙々と頑張っている人たちがたくさんいる。」こんなお説教をする人もいる。

災害にあうことではなく、このような人にあうことがトラウマを作るのである。

大変な目にあって働いている看護婦たちに、「大変なのはあなた達ばかりではない、工夫が足りないのだ」とお説教する総婦長。

2705

性について

性器の快感を得ようとするだけではない。それを支配の道具に使う場合がある。その場合の快感は性器から発しているのではなく、支配の感覚から発している。ここでサド・マゾと結合し、支配・被支配のピラミッドの中での順位の問題へとつながる。順位の快感も大きい。そして性の快感と順位の快感が結合し混同される。

高貴な位の女性、社会階層として上位の女性を、性的に支配するという主題は文学で繰り返し扱われている。

2706

抑圧説（[フロイト](#)）と解離説（ジャネ）の対立にしても、結局は政治的なものだろうという気がする。[自然科学](#)としてどちらが正しいかという話にはなっていない。どっちが喧嘩に勝っているかということだろう。

特に心理屋の説は一種の呪文であって、実りが無い。宗教の宗派の対立のようで、たいして実りは無い。会員が多くなれば真実に近づくといった程度のものだ。くだらない。それを自覚していない人間がまたかわいそうである。

例えば、理性と感情とと体とがバラバラだ。などといって何が分かったことになるのだろうか。神経生理で説明する。この態度が必要である。

抑圧モデルで説明していたことを解離モデルで説明することもできるだろう。認知モデルや神経心理モデルでもできるだろう。

抑圧については解離モデルで置き換えた法が広い事象を説明できるようになると思う。連絡不十分の、解離された部分に、抑圧の内容がパッケージされる。それが抑圧と見える。

2707

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

●「心の傷」ととらえて共感することがまず第一歩ではないかと考えさせられる。勉強になった良著である。

- ・ [シュナイダー](#)の一級症状を解離性の現象として読みとることができる。
- ・ 境界状態の症例の中には、外傷性のものが混じっている可能性がある。
- ・ 境界人格障害と外傷性精神障害の症候学的な類似。
- ・ 患者さんの症状は、過去の外傷の繰り返しである。
- ・ 患者さんの現在の症状は、過去に体験した心の傷の繰り返し、再現、ないしはその代償行為である。
- ・ [フロイト](#)の場合。人間が最も脅威に感じるのは、本人の持つ衝動であるという考えが常に優先されてきた。このような見方にのみ固執した場合には、時には現実の外傷の持つ病理性を軽視、ないしは無視する傾向を生む。
- ・ 治療者が、自分にはよく分からない、納得のいかない、自分の手にあまる患者さんの症状を、いわば患者さんのせいにしてきた。そして[ボーダーライン](#)という診断が下る。[ボーダーライン](#)の診断を[レットル](#)のように用いて、その患者さんに対する[ネガティブ](#)な感情を同時に込める。
- ・ 患者さんの症状を、患者さんが過去に受けた扱いを、治療者を含めた周囲に人々に対してしていたのだと理解できれば、患者の過去に対して共感の気持ちを向けられたはず。
- ・ 治療としても、外傷記憶の再統合という目標を設定できる。

●治療者は患者を微妙に「断罪」している面がある。それよりも、どこまで共感できるか、[トライ](#)することが必要である。そのために、外傷性障害といった概念が役立つ。よい切り口である。拡張すれば、[心因性](#)の解釈の可能性を[もっと](#)広げるとのことだ。了解可能性を[もっと](#)追求することだ。ここまでくれば、すでに笠原が説いていることと同じになる。

●語り口の問題。同じ内容を語るにしても、心に届く語り口というものがある。それは臨床では大切である。そこを修練する必要がある。

・患者さんにとって安全と感じられるような治療環境を確保することが第一。

2708

新聞より

・「患者よ、がんと闘うな」が**専門家**でない読者の共感呼んだ。反論して「病気と闘おう」とする医者もいるが、**抗がん剤**の投与を受けて病状の急変した患者を近親者に持つ人には素直には聞き入れがたい。

専門家が反論しても、患者の漠然とした不信感は消え去らないだろう。**専門家**と素人では納得の仕方が異なる。患者は素人とはいえ、**当事者**として深い納得を求めている。

●素晴らしい指摘である。**専門家**が**専門家**として納得していればそれでいいというものではない。**自然科学**で「真実の一つ」、それだけが大事というのとはわけが違う。「納得の仕方が異なる」とズバリ刻み込んだ方がいい。不安はある。真実だから不安はない、真実を不安に思うのは本人に問題があると切って捨てるわけにはいかない。

2709

トラウマ・リハビリテーションの可能性

2710

メジャーを飲ませる

↓

レセプターに蓋→実働のレセプター減少
だるくて動きたくない→**ドーパミン**減少

↓

アップ・**レギュレーション**により、レセプター増加。

↓

過敏状態

↓

メジャー増量

このようにして**悪循環**が形成される。

2711

外傷性**精神障害**（岡野憲一郎）

・外傷とは、精神にとっての圧倒的な体験。強い衝撃を受けて、その心の働きに半ば付加逆な変化を被ってしまうこと。我々は**ストレス**や衝撃に対して、忘れる、無視する、落ち込むなどと対応している。

・しかし衝撃が大きすぎる場合、心の通常の治癒能力では処理しきれなくなり、外傷記憶が形成される。

●老人の場合には、こうした処理能力が減退している。使える対処方法としては、忘却、無視、解離など、低次の適応機制が手っ取り早い。健忘や失見当識に関して、このような側面がないか考えてみる必要はないか？つまり、痴呆に関して、了解可能性をどこまで拡大できるか、チャレンジすべきである。

・自分の体験に対してコントロールを失ってしまっているという感覚。他人の意志や自然の力の前で、自分が意志を持たないひとつのモノのように扱われているという感覚が伴う。無力感。

●「なされるがままの無力感」とっていいだろう。無力感はとても強烈なストレスである。無力感から抜け出し、自己と他者と世界へのコントロールの感覚を再獲得するために、暴力や衝動行為が有効である。たとえば皿を割る。支配の感覚の再獲得のためにはいじめも有効である。無力感は権力ピラミッドの最底辺であると感じさせられる。それは群れる動物の本能にとってはつらいことだ。

●なされるがままになりつつも、そこに主体性を反映させ、余裕を持って事態の推移を見ることができ、そのような態度も考えられる。それを「なされるがままの態度」という。

・外傷性障害……解離現象、記憶の障害、世界観・対象関係の持ち方

・解離……軽度なら離人。「いじめられている子は私じゃない。」

・外傷性記憶……断片的、つながりがない、ストーリー・ラインを形成しない、感覚的、印象的、感情的、無意識的。外傷を体のレベルでのみ覚えているという場合がある。原因不明の身体症状という形をとる。外傷的な事態が起きた場合、しばしば海馬の働きが抑えられて、通常のストーリー性を持った記憶（「明白な記憶」）の成立が妨げられる。外傷記憶は「潜在的な記憶」により構成される。

・外傷記憶が思い出されるとき、フラッシュバックや悪夢や身体症状という形をとる。意図に反して勝手に襲ってくる。フラッシュバックは多くの場合、本人も気付かないような非常に微妙なきっかけによって始まる。

・PTSDでは二相性の反応。（1）過覚醒状態におかれる。フラッシュバックを避けるために感覚を遮断して引きこもりがちになる。これが（2）反応の鈍麻である。

●過敏と、それに対するコーピングとしての引きこもりという図式は、分裂病と同じである。

・解離はそれまで通常保っていた自我の体験（感覚、感情、記憶、行動）の一部が自我に統合されなくなった状態である。

・「外傷性の論理」の中でもよくみられるのは、彼らが対人関係の上で起こることに対して、一切コントロールすることができないというある種の確信である。

●一方的に虐待される状況の反復と考えるとよいのだろう。

2712

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・「陰性外傷」に晒された人々は、他人との間に基本的な信頼関係を築いたり、「自分」という

自然で安定した感覚を持つことについて重篤な障害を持つようになることが少なくない。

・外傷論から見た精神の健康度。これまで外傷体験を持たずに人生を歩むことができたかどうか。

●しかしこれにも問題がある。「あの人は〇〇の心的外傷があったから変なんだよ」と断定される材料に使われてしまうこと。差別と攻撃の材料にされてしまう。心の貧しい人たちはどんなことも相手の攻撃に利用してしまう。→昔書いた詩。

例えば、病院が**おかしい**、これでは患者がかわいそうだと誰かが声を上げる。それに対して、あの人はこれこれで異常だと診断が下る。その診断の材利用として、過去が引用される。病院が**おかしい**のではないかとの議論は彼の昔への興味に**すり替え**られる。このようにして齊藤先生は再発する。

●外傷がなければ健康だという言い方には抵抗を感じる。外傷があるゆえに、ますます健康になることができるの**である**。

・治療は、患者の心を癒し、その綻びを修復すること。

・昔からの治療観。**精神主義**、**禁欲主義**の人間観。苦痛や**ストレス**に耐えることが発達促進的であり、私たちの精神の健康度や成熟度を増すとする。

・しかしこのような艱難辛苦は、他の人にとっては外傷的に働いてしまい、結果として性格的な歪みや明らかな外傷性**精神障害**が生じる可能性もある。

・意地悪で暖かみのない人に出会ったとき、その人はきっと過去に、本当の意味での愛情に包まれ、安心できるような環境に育つという体験を持たなかったのだろうと考えることができる。きっと心の傷になるようなこと、人から裏切られたこと、それにより世界全体を恨んでも恨みきれないようなことをも体験している可能性がある。

そのような人は、**ストレス**を踏み台にできず、それに負けた人の姿としてとらえることができる。同じ**ストレス**でも、それを糧にできる人とそうでない人がいる。「艱難辛苦汝を玉にす」というのは、健康な人が外傷にならない程度の**ストレス**を体験した場合という幸運なケース。そして現在の**ストレス**を糧にできるかどうか、今度は過去に体験した**ストレス**の大きさによって決まってくるという事情もある。

●適度の**ストレス**が人を成長させる。

・**精神主義**の治療者は、患者に何かを与えるという発想を受け容れ難く感じる。精神療法とは、患者に誠意や**エネルギー**を分け与える**プロセスである**という考え方を受け容れられない。

・外傷を負った患者さんが持つ問題は、むしろ過去に過酷な**ストレス**や苦痛を強いられすぎたこと**である**。診察場面で、これ以上の**ストレス**フルな解釈や直面化は少なくとも治療の初期には避けるべき**である**。

・まず安全な治療関係を患者との間に作り上げること。安全でない場所での外傷記憶の想起は、再外傷体験につながってしまう。

・患者さんがこれまで、過去の外傷記憶について話せるような安全な環境がなかったからこそ、その記憶は患者さんの心の隅に隔離され解離されたままでこれまで来た。

・安全な環境を作り上げるためには、治療者の側の積極的な関わりが必要**である**。支持的態度、

フレキシビリティが必要。

・治療者の側の積極性が必要な理由。多くの患者さんが、自分が治療者に対して要求を持ち、それを言葉に出して言うことに罪悪感を持ったり、自分にはそのような資格がもともとないと感じているためである。

・患者さんの依存欲求を一つ受け入れれば、それが患者さんの退行を招き、收拾がつかなくなるといった固定観念がある。

ストレスに耐えることができる自我が成立している患者さんの場合には、精神分析的な、ストレスフルな面接でもよい。主として神経症レベルの人。自我の弱い人にたいしてそうすると、被害妄想的にしたり、再外傷体験になったりする。その場合の治療は、むしろストレスに耐えるだけの自我を育てることである。

・治療者はストレスを積極的に施す立場にはない。ストレスによる苦しみに共感し、それについて話し合う立場である。

●微妙である。これを低次の誤解により解釈する人もいるだろう。患者の中のどの部分と同盟を結ぶのかという感覚が大切である。病的部分の病的訴えについて共感していても治療にはならないだろう。

・しかしながら、以下の注意も大切。治療者が支持的に接すれば接するほど、患者さんはそれに対する期待や依存欲求をかき立てられる可能性がある。それに対してすべて応えられる治療者などいない。そこに当然限界設定が必要になる。

例えば、面接のない日に10分だけ電話に応じることにしたとする。患者さんは今度は10分で電話を切るというフラストレーションを体験する。電話による対応はしないと決めていればこのようなフラストレーションは体験しなくてもすんだものである。

支持的であれば、フラストレーションは少ないとはいえない。

限界設定に対して患者さんが感じるフラストレーションに共感することが支持的である。

こうした限界設定は患者さんには外傷的な意味を持たず、むしろ現実検討を助ける。

・面接を終わりにするとき、抵抗があったら。「決まっているから」「構造を守ることは大切だから」と言わない。「私の気持ちよりも、自分の治療方針に従うことの方が大切な、冷酷な人だ」と感じるかもしれない。「次の人も待っている」「残りの十分で所用を済ませる必要がある」「私にも休憩が必要だ」「あなたにとっては大変だけれど、仕方ありませんね」と話す。大きな違いである。

・安全な環境の上で、断片化された記憶、断片化された自己を統合し、自分の人生におけるストーリーを再構成する作業が治療である。

・安全な治療関係の上に立ち、外傷体験に関する記憶を再現し、それを少しずつ昇華していくことは治療の根幹である。徐反応はその典型。（●昇華の言葉は不適切だろう。比喩的には分かるが、用語としても成立しているから。消化とか、咀嚼とかが適切）

その際に、神や[イエスキリスト](#)や、釈迦がどのように扱われるか。

そうした部分人格からの「声」が、両親であり、道徳観・倫理観である。[超自我](#)の形成をこのように正常範囲内の解離性の[システム](#)で説明してもよい。

憑依現象の場合。例えば、[キツネ](#)的な人格を内部に写し取って持っていたことになる。→それは十分理解可能。現実の[キツネ](#)を内在させているのか、「いわゆる[キツネ](#)つきといわれるもの」を内在させているのか、これについては両者があると思われる。

各人格セットの間には、ジャクソニズム的な階層構造がある、と考えるかどうか。

2714

座禅。

[トランス](#)状態。

[トリップ](#)。

没入。

人格Bへの変換。

座禅は他人格への変換の方法である。

症例→鎌倉の寺で、座禅をしていて、[解離状態](#)になった。お坊さんにのしかかられる。声が聞こえる。こうした症状は、分裂病性の幻覚妄想ではなく、解離性の症状であったのかも知れない。そして具体的な事実として、[トラウマ](#)があったのかも知れない。そのようなことを考慮しても面接はほとんど行われなくて終わったのだった。

2715

外傷性[精神障害](#)（岡野憲一郎）

・[ストレス](#)を広義の外因に含めるならば、[適応障害](#)は外傷性[精神障害](#)に含めることができる。通常の意味では外傷とはいえないレベルの[ストレス](#)に対して、深刻な症状を示すような外傷性[精神障害](#)として、[適応障害](#)を定義し直すことができる。

●そうだろうか？腑に落ちない。外傷性障害は、[何となく](#)、「翻弄される」「主体の反応の限界を超えている」、そんな意味合いが強いのではないか？[適応障害](#)といえば、みんなそれなりに適応できるのに、その人だけが特殊な事情で適応できない、そんな感じがする。→ということは、通常病因的ではない程度の[ストレス](#)によって心を傷つけられている。それなら、本文の記述の通りである。

この場合、傷が問題なのではなく、[適応パターン](#)の選択の失敗が問題なのではないか？「傷」とはいえないのではないか。

[適応障害](#)は、外部帰属ではなく、内部帰属の意味合いがある。普通傷とならなのものに対しても、傷ついてしまう、そのような病気。

・[パニック障害](#)の症状がPTSDにおける[フラッシュバック](#)と現象的に類似する。[パニック障害](#)は、[無意識](#)的な外傷的心理要因により引き起こされた一種の[フラッシュバック](#)ではないかとの仮説も成り立つ。

- ・虐待された子は攻撃的な人になりやすい。
- ・外傷体験の**被害者**を、侵襲ないし苦痛の単なる一方的な**受け手**としてのみでは捉え切れない。特に外傷体験により暴力的な形ではあれ、**被害者**の性的、攻撃的本能が呼び覚まされるという事実を忘れてはならない。性的暴行を受けた人が、その際に性的な興奮を体験し、それが後に深刻な罪悪感や**自己嫌悪**感を引き起こす例、あるいは戦闘体験を持った兵士が、敵を殺戮した瞬間にオーガズムを味わって射精に至り、その後に長期にわたる性的不能に悩まされるというエピソードは、臨床場面でも稀なら聞かれる。すなわち、外傷体験とは、**被害者**の自らの性的、攻撃的衝動を、受身的、一方的に刺激され、**リビドー**的な満足を無理矢理体験させられた、という意味でこそ真に外傷的な**のである**。

たとえば強姦の**被害者**が、**加害者**に協力的な態度を見せたり、最終的にオーガズムを感じたという事実が、強姦の暴力的性質を少しも変えないばかりか、その外傷体験を更に深刻にするという理解が可能になる。

- これは大切な指摘**である**。

- 受動的にオーガズムに至ることは、被支配の感覚をうむ。ここで性的欲望と支配の欲望が交わる。

- ・相手の意図にやむを得ず与してしまうことで、自分自身を裏切らざるをえないという体験**である**。

- ・外傷が繰り返し長期的に起きた場合には、PTSDの複合型。知覚と記憶の障害はより深刻となり、頻繁に健忘が生じる。患者は自分で**解離状態**を自在に誘発することで、外傷体験をやり過ごす。

- ・外傷となりうる体験の後に、周囲から支持的な介入を受けることは外傷性**精神障害**の発症を予防することにつながる。子供に対して安全な養育環境を提供し、それらの出来事について子供と話し合い、心の傷を癒すだけの愛情を与えることにより、それらが心に永続的な爪痕を残すことを防いでいる。

- ・情緒的支持が大切。

- ・ある体験が外傷として成立するためには、ある種の侵襲的な体験と、それに対する周囲からの情緒的な支持や養育の欠如の両方を**必要条件**とする。

- ・小児期に解離性や催眠性が**もっとも**高い。この時期に外傷が体験された場合に、防衛として用いた解離を後に病的に発展させやすい。

- ・カッ**ティング**は外傷が早期**である**ほど起こりやすい。潜伏期の外傷は自殺企図、**思春期**の外傷は自殺企図とアノシキシアを生みやすい。などという論がある。

- ・出生直後は自我は未成熟で、体験の持つ侵襲や脅威としての性質、**加害者**の悪意を十分に理解できない。したがって外傷として作用することはない。

- ・**フロイト**の水流**モデル**。**神経系**の興奮の高まりはそのまま人間の精神にとって苦痛ないしは侵害となる。流出すれば快感**である**。溜まっていれば不快**である**。

- ・性的な興奮が意に反して一方的に引き起こされることによる外傷を（性的）欲動興奮的外傷と呼び、それ以外の圧倒的な外傷体験を侵襲破壊的外傷と呼ぶ。

- ・ [ウィニコット](#)は自我の成熟以前の性的本能の満足が外的な異物として、つまりは外傷として体験されると指摘している。
- ・ [性的虐待](#)。本能的にそれが誤ったことで本来起きるべきでないという認識を持つのが普通である。ところが一方で、その興奮を受け入れ、それに甘んじざるを得ないという矛盾が、外傷としての要素を構成する。
- ・ 彼は少女に対する[性的虐待](#)について、その衝動がどこから来るのか理解できず、それを行うたびに[自己嫌悪](#)に陥っていた。
- ・ [思春期](#)前に極めて不自然な形で持たされた性的興奮が、自我に統合されずに他者への性的な攻撃という形で表現される。少女に起きた場合には、破壊性が自己に向かい、[自傷行為](#)、ないしは[解離状態](#)になりやすい。
- ・ 一般に他人の悪意によってもたらされた外傷はそれだけに心に深い傷を残す。
- ・ [人為的](#)な外傷に際しては、世界や他人に対する見方そのものが大きく変化する。
- ・ 「外傷[スペクトラム](#)」……時間的に限定された外傷により、恐怖症や[パニック](#)が生じる。より[慢性的](#)な外傷はその個人の人格に組み込まれて[境界性人格障害](#)やMPDなどの病理を形成する。

2716

過剰解釈。または投影的解釈（解釈者の内面を投影している解釈）。これを心理分析と誤解している人がいる。困ったこと[である](#)。自分の内面を投影しているのだから、訂正ができない。

2717

- ・ [トラウマ](#)と[多重人格](#)（[解離性同一性障害](#)）の関連
心的外傷とは何か
[多重人格](#)の捉え方。昔よりやや拡張して考える傾向→離人や[記憶障害](#)、ときに幻聴など
- ・ [トラウマ](#)の例（[青い鳥](#)、イヴ）
[ドラマ](#)では、[トラウマ](#)がどのようにして癒されたかが興味を中心になる。
→つまり、どのような愛によって癒されたか。

[青い鳥](#)……優秀な兄と、劣る弟がいる。川で遊んでいて、弟が溺れた。兄は助けようとして、自分が死んでしまう。弟は助かって気がついたとき、枕元に母の姿を見る。その時、母は「弟が死ねばよかった、兄が助かればよかった」と自分を非難しているのではないかと感じる。それが[トラウマ](#)となる。兄の夢であった[鉄道](#)の駅員となる。[幼なじみ](#)の女性は慕ってくれるが、愛を結ぶことはない。[トラウマ](#)を解決できないままの状態のところ、女性と少女が現れる。愛は彼の[トラウマ](#)を癒すだろうか。

イヴ……少女の母は少女を出産するときに出産が原因で死んだ。少女が子供の頃、富豪の父は悔やんで言う、「無理して子供を産んだりしなければよかった、あの子を産まなければ死なないですんだのに」その言葉を偶然聞いてしまった少女は「自分のせいで母が死んだ、父はそのことを後悔している」と知って衝撃を受ける。自分の存在について悩む。この[トラウマ](#)をいかにして癒すか、それが[ドラマ](#)の主題となる。二つの愛が彼女のまわりで進行する。

・どんなトラウマが症状形成に至るのか……典型的には幼児虐待（依存と裏切り）

衝撃があっても、それをサポートする人がまわりにいてくれれば大事には至らない。心の傷を癒してくれるシステムが欠けているとき、心の傷は人格の成長を阻害するものとなる。

・いろいろな症状について、単純に「痴呆だから」と片付けていないか。

・痴呆病棟ではトラウマはないか？

第二の子供時代、依存的、無力感

昔のトラウマが活性化される可能性

・サンタクロースの話

サンタを信じている時代

サンタを信じていない時代

自分がサンタになる時代

2718

心因と外傷

結局似たことを言っているのではないか？心因性疾患について言われたことの焼き直し。しかし症状については、従来の神経症レベルにとどまらず、幻聴などまで含んで拡張して説明している。外傷（心因）→解離→症状と並べたところで、説明範囲が広がった。

そして実際に、このような説明が有効であると思われる事例が外来では見られている。声が聞こえるとは言うが、分裂病的ではない、分裂気質でもない、そんな例。

2719

素因と環境が結合して現在を形成する。これが土台となり、次の環境と結合（化合）して次の現在を形成する。このようにして、過去の環境を取り込みながら次々に現在を生成し続ける。（笠原の図）

外傷についてもこの系列図の中で考えるとよい見取り図ができる。

2720

外傷を神経生理で考える

ドーパミンで変換して良いか？

どの回路が怪しいか？

「意味」として蓄えられる？

特殊な記憶として考えるのがよいように思われる。

2721

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・PTSDの急性期はパニック障害に類似する。解離状態は分裂病の陽性症状と混同されやすい。うつ状態との鑑別が必要な場合もある。

・PTSD。DSM4では、外傷があること、再体験・[フラッシュバック](#)、鈍麻、過覚醒。過敏性と鈍麻が交互に見られることは重要。侵襲反応と鈍麻反応の二相性。

・外傷体験への固着。受動的に症状に悩まされることも意味するが、自ら進んで再現する傾向も含む。外傷を受けた戦闘体験者が再び[志願兵](#)になったり、性的外傷を受けた女性が娼婦になったりする。

・解離症状……外傷により自己の統合機能が損なわれた結果、異なる自我状態が断片的に出現する状態と考えることができる。[フラッシュバック](#)、感情狭窄、孤立傾向などを含む。

・[フロイト](#)は外傷を負った人がそれを再現する傾向について、子供の遊びに見られるように、受け身的な外傷体験を能動的なものに変え、主体的にコントロールするという意味があるとした。また、外傷の再体験が個人がそれを不快に感じるにもかかわらず繰り返される点に注目し、[反復強迫](#)それ自体を死の本能として説明した。

●やはり素直に考えれば、「意に反して」行われていると考えるべきではないだろうか？強迫行為は「意に反して」行われる。しかしそれは他者の意志ではない。そうした微妙な地点である。それをわたしの「時間遅延[モデル](#)」で考えてもいい。しかしまた、ここでも解離を考えて、部分人格の仕業として、意志のコントロールから少し逸脱している状態と考えれば説明はできるだろう。解離[モデル](#)の説明力は強い。

・[フロイト](#)は症状の反復をコントロールのため、[マスタ](#)するためと考えたが、カーディナーとスピーゲルは症状を適応の破綻ととらえた。適応不全であり、環境からの撤退であるとした。

●意味するところは必ずしも明確ではない。しかし推定すれば、現在の環境には[不適応である](#)。そのような行動を続けるのは、なぜか。それは現在の環境からは撤退して、過去の環境に戻っているということではないか。症状発生時点の環境に戻るとすれば、同じ症状が反復されても[おかし](#)くないだろう。脳内の環境としては、問題が起こった時点の環境を再構成して、反復しているのではないか。反応が同じということは、環境が同じということの意味を意味していて、同じ反応が起こるのは結果としてそのようになっているというだけではないだろうか。

●外傷状況の再構成が自動的に起こってしまう、これが病理の根本ではないだろうか。同じ反応が起こるのは結果でしかない。そして、同じ反応が起こっている限りは、同じように外傷記憶が保持される。異なる反応を起こすことができれば、外傷記憶は別の保存のされ方をする。その結果、意に反して自動的に再生される現象は消える。

●つまり、反応の仕方が、記憶のされ方を決定しているのではないか。

・リフトン。外傷の[被災者](#)は、象徴機能が侵される。それが「死の刷り込み（刻印）death imprint」と呼ばれるものにとって代わられている。死の刷り込みは極度の死の不安や生き残ったことの罪悪感と結びつく。人間は死の象徴に縛られることで通常の象徴機能を損なう。外傷体験の固着の意味を示唆する見解である。

●象徴機能についての説明が必要。しかしこのような線での議論も当然なされるであろう。

- ・外傷の記憶の反復的な想起を適応と見る立場→外傷の記憶の反復的な想起は、除反応としての役割を果たし、患者がそれを徐々にその他の記憶内容へと統合することに貢献する場合がある。また、外傷体験の反復に対する感情鈍麻や解離反応は、時に圧倒的な情緒体験による精神の破綻を防ぐための有効な手段と考えることができる。
- ・症状は適応の破綻であると見なす立場→記憶の再生は外傷体験をマスタするという目的を超えて半ば自動的に繰り返され、患者は不快な記憶の再現や身体症状に苦しむばかりでそれを意識的に回避することはできないから。
- ・しかし多くの場合、適応としての意味と適応の破綻としての意味と、両方を持つ。
- ・対象関係論では、外傷を悪い対象の内在化として捉える。対象を内在化させることは、その対象を内的にコントロールすることを意味する。しかし多くの場合、患者はその悪い内的対象に逆に支配され、その反復的な想起を自ら統率することができない。極端な例は多重人格であり、内在化された内的対象は一つの独立した人格を有して勝手に出現し、患者の主要人格を支配するまでに至る。
- ・症状の適応としての意味は、より軽い外傷に対して明らかである。より重症の外傷に対する反応の中には、それ自身が破綻を意味する場合が多い。
- ・PTSDの身体症状の多くが、外傷の発生時に身体が示した反応の再現として捉えることができる。外傷性の記憶は身体レベルで硬直的で反復的である。言葉による表現を知らないために、もっぱら身体症状や感覚印象を介して再現されやすい。臨床的にはパニック発作の身体症状にきわめて類似する。外傷的な危機反応と不安発作は、極限状況における「闘争・逃走反応」を引き起こす点が共通している。
- 慢性ストレスでは「闘争・逃走」ができない。これが難点である。従って、別の反応様式、たとえば解離を選択するのだろう。
- 急性ストレスでも、現実身体的に自分を遠ざけること（つまり逃走）ができない場合には、離人や解離が起こるだろう。「死んだふり反応」と離人の類似はしばしば指摘される。この文脈では、離人を包含した「解離反応」が死んだふり反応に当たると考えるのだろう。
- 解離は急性反応としても起こるが、慢性ストレスに対してはより出現しやすいと考えられる。
- ・解離状態においてリストカッティングをした患者が、回復後に患部に痛みを感じ始めるといった例は頻繁に聞かれる。外傷性障害の患者にしばしば見られる自傷行為の一つの理由は、この感覚を取り戻す試みとして捉えられる。脳内麻薬物質との関連も考えられる。

2723

昔の理解をしている人にうっかり多重人格などと言ってはいけない。あくまでも、離人状態などという言葉で語る必要がある。概念の拡張を示す言葉が必要である。解離性障害と明確に語るのがよい。

また、解離をあまり広く適用してもいけない。解離を抑圧と同一平面のこととして考える習慣がある人には受け容れ難い。

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・ PTSDの症状について、[ノルアドレナリン系](#)による脳の[アラームシステム](#)、すなわち危機的状況を伝える働きが、[慢性的](#)に活動亢進を起こした状態であるという仮説が成り立つ。

・ 外傷は半ば不可逆的な[生物学的](#)変化をきたし、それが人間の心に残す爪痕として体験される。

・ 外傷への「固着」の現象は、[記憶障害](#)の障害として捉えることもできる。患者の外傷の記憶は決して薄れることなく身体的、精神的レベルにおいて生々しく再現される。そしてその記憶を司るのもやはり、[青斑核](#)から[大脳辺縁系](#)、[大脳皮質](#)等へと投影される[ノルアドレナリン](#)作動性の回路である。そこで外傷患者においては、[青斑核回路](#)の[慢性的](#)な賦活による侵入的な想起が生じているものと仮説をたてることができる。

●記憶の側面から考えるのは正しいように思う。[ストレス](#)状況が再現されるから、異常反応が再現される。

・ 「[キンドリング](#)」が[側頭葉](#)を中心に生じているのではないか。[反復強迫](#)の[もっとも](#)も[生物学的](#)解釈。

・ [セロトニン系](#)と[アセチルコリン系](#)は抑制系である。この[システム](#)の失調がPTSDの驚愕反応を起こす。SSRIはPTSDの過覚醒を抑制する。

●なるほど、このようにして、[サブタイプ](#)を考えることができるだろう。

・ [動物実験](#)において、[慢性的](#)な激しい[ストレス](#)におかれた動物の反応は麻薬に対する依存状態に類似し、その[ストレス](#)を取り除くことによっても、[ナロキソン](#)（麻薬物質の拮抗物質）の注射によっても、麻薬の[離脱症状](#)を起こす。

PTSDの患者が外傷的な状況に再び身をさらしたり、[自傷行為](#)に及ぶことで同様の麻薬物質の分泌が生じているものと推察している。

外傷体験を自ら誘発するような行動や[自傷行為](#)は、外傷体験に対する嗜癖に類似した現象と考えることができる。

外傷に対する固着の[生物学的](#)な解釈であり、二相性反応の性質についての示唆にもなっている。

PTSDの急性反応は基本的に麻薬物質からの[離脱症状](#)に極めて類似する。侵襲反応と鈍麻反応を、それぞれ脳内麻薬物質が不足した状態と、それが一時的に分泌された状態として理解することができる。と提案されている。[ノルアドレナリン系](#)と脳内麻薬物質とは密接に関係していると推定される。

●なるほど。[説得力](#)あり。

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・ 小児・[思春期](#)の心的外傷は、PTSD症状にとどまらず、人格や防衛機制、行動様式にまで障害を及ぼす可能性がある。

●この点で、[トラウマ](#)といっても、[二通りある](#)ことになる。深さに違いがある。[精神病](#)と[神経症](#)というのとも違う。

結果の点でいえば精神の症状と人格の**発達障害**と。

できあがった精神構造に傷が付くのと、形成過程で傷が付くのはやはり決定的に違うだろう。

・小児では、正常範囲の解離傾向が多彩な形で見られる。危機的状況に対する防衛機制として極めて頻繁に用いられる。

・小児は変身願望が強く、**ドラマ**や**アニメ**の主人公になりきる。白日夢にひたる。**空想上の**友達を持つ。これらは解離傾向の強さを示している。

・解離傾向と被催眠傾向は並行関係にある。

●なぜ？**ヒステリー**傾向と同じにならないか？それはひいては治療者の前で症状を演技する傾向になるのではないか？

●解離をもっぱら使用する時期に外傷があると、解離が固定して、成人期になっても、解離を用いる人間になる。たとえば、都合が悪くなると自己催眠により解離を起こす。それが**解離性障害**として観察される。しかし一部は適応的な解離とされるだろう。たとえば座禅の人。また、極度の緊張に際して人格の変換が有用な場合。**スポーツ選手**。緊張が人格変換の**スイッチ**になる。

・病的解離は催眠傾向や没頭傾向とは関連しないとの説もある。病的解離はむしろ、離人体験や健忘に関連する。

・小児の**解離性障害**の診断は困難である。症状が正常範囲の行動に類似し、小児は自分の問題について無知であることが原因としてあげられる。

・**典型的ヒストリー**。

性的虐待を受けている子供は、どことなく虚ろ。**ぼんやり**している。周囲から**うそつき**と呼ばれる。**思春期**に行動化や身体症状。20歳代や30歳代で家族から離れ自立すると、悪夢、自傷、幻聴、じばしば**境界性人格障害**と混同される。30歳はじめに**多重人格**と診断されるが、それが見逃されると、**うつ状態**その他の誤診を受け続ける。

・家族は秘密にしたがる。そのせいで外傷は複合的なものになる。むしろその態度の方が虐待の本質であるともいえる。

2726

心の傷を癒す場所をまず見つけること

それが**アドバイス**

2727

子供がいうことを聞かないとき、いけないと知っていてもついつい怒鳴って、拳げ句の果ては、殴ってしまう。いけないと知っている。本に書いてあるとおり、「腹が立っても、にぎりこぶしを作って怒りをこぶしにためる。必ず十数える」などをしてみている。しかし結果として子供を殴っている。

子供がいうことを聞かない場面で、自動的に昔の場面が想起される。昔の場面では自分は虐待される側、親が虐待する人であった。その時の自分も親も人格として格納されている。いま子供がいうことを聞かない場面で、昔の場面が想起され、自分の中の「虐待する人格」が励起される。

そして自己のコントロールを離れたように子供を虐待する。あとで後悔する。

そのように、自動反応として虐待が起こっている。ではどうするか？子供がいうことを聞かない場面で、昔の優しい思い出が想起されるように記憶の引き金の組み替えをすればよい。そうすれば優しい自分で子供に接することができる。

子供に対して優しい自分は必ずある。自分が子供の時に優しくされた思い出は必ずあるだろう。

その部分をだんだん大きく育てていけばいい。育児の中で親も育つことができる。

親に虐待され、自分も子供を虐待する。これは悪い連鎖である。どうしたら断ち切ることができるか、考える必要がある。

虐待された自分、理解されなかった自分、その部分で子供と共感しあうことができる。

虐待されてつらかった思い出は、虐待する人と虐待される人との両面が心に刻印されている。虐待場面の引き金が引かれると、虐待する人または虐待される人の行動が自動的に現れてしまう

。自転車に乗って自動的に手足が反応するようなものだ。その結果、再び虐待状況が出現すると、記憶は強化されて、格納される。したがって、この行動パターンは強化されつつ保持反復されることになる。

多分、虐待場面で虐待の引き金が引かれても虐待せずに別の行動パターンを選択すれば、一種の「脱感作」が成立するように思う。

現実場面→記憶場面→人格セット→記憶強化……全体として悪循環

2728

A面

S心療内科

こころとからだのクリニック

(心療内科・神経科・内科)

併設：ST心理カウンセリングオフィス

ご案内

安心してこころの相談ができるクリニック

ストレスケアをご一緒に考えましょう

→適切な絵または図柄

B面

どんな人に？

・こころとからだの問題

不眠がち

心身症

更年期障害

心身不調状態

食欲の問題

慢性疲労

・ [こころ](#)の問題

[こころ](#)の傷

[ストレス](#)ケア

ゆううつ

不安

いらいら

物忘れ

・ 家族の [こころ](#)の問題

子供の発達相談

学生の [メンタル](#)相談

働き盛りの [メンタル](#)相談

痴呆相談

C面

どんなことを？

診断面接

[薬物療法](#)

心理 [カウンセリング](#)

[心理テスト](#)

[自律訓練法](#)、[ストレス](#)コントロール法

語り合いの場

本の紹介

専門施設や [専門家](#)の紹介

費用

各種保険適用

D面

曜日・時間 →表

9:00--12:00 3:00--7:00

月 ○ ○

火 ○ ○

水 ○ ○

木 × ×

金 ○ ○

土 ○ ○

日 × ×

木曜、日曜、祝日は休診となります。

心理 [カウンセリング](#)とグループ [セラピー](#)は予約制です。

場所 →地図

電話

住所

2729

理解されないこと、心理的サポートがないことが、陰性外傷だとしたら、分裂病患者は陰性外傷にも傷つけられているといえる。

分裂病陽性症状そのものは大きな陽性外傷である。

こうしてみれば、分裂病者は外傷性精神障害をも併発している可能性が高いだろう。

この観点から共感できるし、サポートもできるはずである。この点では了解可能であるはずである。

このようにして了解可能性が拡大される。

2730

愛と対話 VS 支配と力（暴力）

2731

人の悪意、邪悪なたくらみはどこから生まれ、どこからエネルギーを得ているのだろう。

そうした悪がこの世からなくならないことは確かである。悪の連鎖。悪の再生産機構があるのだろう。

外傷性精神障害で、幼児期の虐待に関する話はそうしたことを考えさせる。

処世術としては、そうしたものからいかにして上手に距離をとるか、それが知恵というものだろう。

自分も悪に加担せず、悪の被害者にもならないように、上手に生きることだ。

この世の中のどうしようもなさを見極めた上での実際的な知恵が必要である。

2732

生活歴を本人の口から聞くことの意義。

その時患者は自分の人生を再構成している。再び意味づけている。そのことに意味がある。事実ではなくてもいい。自分がどのような物語を生きているかということだ。そしてその話に沿って、治療者と患者は意味を共有する。

一つの民族が自分達の歴史について語る時、同じ働きがあるだろう。自らを癒すのである。そのために歴史は何度も語られ、刷新され続ける。いまを生きるために、新しい過去が必要なのだ。

黒沢の映画「羅生門」

人は都合の悪いことはなかったことにする。嘘も都合のいいことは本当のことと思込む。

といった意味のセリフがある。解離性の機制を指摘している。

それぞれの人のそれぞれの話とはつまり、それぞれの人の癒しのプロセスである。自分の心を保

持するためのプロセスで分泌された物語である。

映画にはシャーマンまで登場するから、解離性障害の展示場のようである。

出来事を語る時、過去を語る時、人は現在のために語るのだ。

民族全体で、外傷体験を消去するために否認を続ける態度もある。これは幼い原始的な防衛の仕方をしているのだ。何度も繰り返すだろう。過去に縛られている態度である。

一方、事実を直視し、事実から学ぼうとするヴァイツゼッカーの姿勢もある。

2733

人はいかにして治療者たりうるか。

患者の人生の歴史の意味についての共感。

フランクフルト的態度が必要である。

患者の人生は意味がある。意味のない人生などない。それなのに自分の人生について、意味が損なわれていると感じているとしたら、やはりともに考える必要がある。悪い人生が問題なのではない。そこから何も学べないでいることが問題である。

2734

精神療法は公式のあてはめごとではない。

クリエイティブで一回限りのプロセスである。それなのにこれ以上の一般化をして、公式化しようとするなどは、矛盾している。間違いである。

どの公式をあてはめたらいいかを考えるのが診断だと思っている人もいる。

数学や物理を公式のあてはめごとこととらえている人さえいる。精神療法でそのような誤解があっても仕方がないところではある。

あてはめごとくに陥っている治療者について、患者は敏感である。この人はきっといい人だなどと夢を見たりしないのが患者というものである。

2735

症状は傷ついた心の悲鳴である。

特に、性格障害について、そのような見方をすれば患者はずいぶん救われるのではないか。

2736

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・過去に外傷を与えてきた対象は、常にその被害者に内在化されて人格の中に組み込まれる可能性がある。解離性障害においてはそれが一つの独立した人格として振る舞う。

・通常の苦痛な体験に関連した対象イメージや自己イメージは否認されたり忘却されたりするが、強烈で圧倒的な外傷体験においては、体験内容が解離の機制により、一時的に隔離されやすく、その記憶や対象イメージは後になって同じ解離の機制を通じて繰り返し蘇る傾向にある。

●解離を用いて隔離するから、なおさら繰り返し蘇ってしまうという矛盾。これこそもっとも忘

れたいものなのに、くっきりと蘇る。なぜこのような不合理なことが起こるのか？

解離が起こる場面は、たとえば「人が熊に出会ったとき」[である](#)。[パニック](#)の度が過ぎたので離人状態になる。その延長に解離がある。

[「熊」](#)はわたしが[急性ストレス反応](#)の説明として用いた例であった。このとき人は「闘争・逃走」をすればよいのだった。そのように考えてみれば、熊に出会って死んだふりをする（解離を起こす）こと自体が、[おかし](#)な事態の始まり[である](#)と考えられるだろう。さっさと逃げないで、または正面から戦わないで、解離を用いて事態を乗り切ろうとする。ここがまずもって[おかしい](#)ではないか？

●解離を用いるしかない場面とは、急性ではなく慢性の[ストレス](#)場面ではないかと想像される。急性の場合には闘争・逃走で対処できる。ところが慢性[ストレス](#)の場合にはそのようにはできないだろう。それが子供時代に起こったら、解離で対処するしかないのではないか？

大人の場合でも、身体化して防衛していることが多いだろう。身体化とは、解離に近いと考えてよいだろうか？行動化と身体化は解離の一つの形[である](#)。

慢性[ストレス](#)が解離と関係している。つまり、外傷性障害の中でも、慢性のタイプが解離と特に関係している。

一面では、急性の「熊に出会う」事態の時に、死んだふりが起こるのだから、それが解離の始まりだとすることもできるだろうが、闘争・逃走との関係から考えればそうではないように思われる。

・患者により内在化された虐待者の対象[イメージ](#)は、その侵害的ないし攻撃的性格以外にも、きわめて多くの性質を有している。虐待者は[犠牲者](#)にとって唯一の[保護者](#)であり、崇拜の対象であったりさえする。

対象との関係を通じて獲得するのは、攻撃的な性向よりはむしろ、きわめて受身的な性格であったり、強い被暗示性であったりすることが多い。

外傷体験への固着や外傷体験への嗜癖傾向も、虐待者となりうる人を前にした場合に、本人が気付かないうちに受身的な服従の姿勢をとってしまい、結果的に被虐待者の立場に身を置いてしまいやすいという彼らの傾向と深く関連している。

●外傷体験の反復。結局これが問題の本質ではないか。

●虐待者が全くの[悪の化身](#)であったなら、これほどの問題にならない。[保護者](#)であり、崇拜する対象であり、[愛する人である](#)から、問題になる。心の中のどこに収納したかいいのか困る。

・[思春期](#)においては物事を白か黒かに分け、その世界像を両極化する傾向にあるが、外傷の[犠牲者](#)においてはこの傾向は一層顕著になる。スプリッ[ティング](#)の機制に似る。日常的に現れるのではなく、解離という機制を介して異なる人格（ないしその断片）として再現される。

●岡野は最近[はスプリット](#)と解離に関しては別の見解を書いている。つまり、解離した結果の悪い部分を外部に投影すれば、境界型の場合のスプリッ[ティング](#)になるという説[である](#)。

●物事を[白と黒](#)に分離して収納したい。それは若い人であり、[境界例](#)の人[である](#)といえる。それがつまりは未成熟ということか。灰色のものが状況に応じて白にも黒にもなるという[世界観](#)は受け入れられない。

●つまりは心には白と黒の引き出ししかない。引き出しの数が少ないことが結局は問題で、それが未熟だということである。

2737

フロイトは心理学におけるニュートン力学に当たるものを構想していた。だからメカニズム（力学）なのである。

神経回路モデルではなかった。エネルギーモデルであった。

2738

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・外傷の既往のある患者の典型例。女性の場合。小児期から多動傾向や衝動性が見られる。激しい攻撃性や自傷行為、自殺他殺の脅しなどのために入院に至る。スタッフから注意されたりフラッシュバックが高まったりしたときに激しい感情暴発を示す。感情暴発はしばしば外傷体験のフラッシュバックへと移行する。作話や非現実的な話をする。性的行動化の傾向が強い。スタッフや他の男性患者から強姦や性的ないたずらをされたと訴える傾向がある。

・男性の場合は、他者に向けられた攻撃性。小児期から多動傾向、衝動性が高い傾向。

・患者は幼少時から衝動的であったり多動であるために、その養育は体罰や叱責、または養育の怠慢を導きやすい。

●これも無視できない要因であると考えられる。

・日本の社会環境や家族の構成等はこれらの精神的な外傷を起こしにくいように作用していた。

●解離性障害といってまずはじめにイメージするのはやはり、急性の解離反応だろう。慢性のストレスに対しては別の対処もありそうである。そのような低次の防衛規制を使用しなくてもよさそうなものだ。急性で巨大な衝撃に対して、死んだふりで反応するしかないことがあることはよく理解できる。しかしながら、そうした反応とは別の、解離性障害というものがありそうである。そのこのところを上手に分離して提示できないか？

・カーンバーグによれば、BPDにおいては、幼児期における極度の攻撃性により、良い内的対象と悪い内的対象との間の統合が行われず、そこにスプリッティングその他の防衛機制が動員され、それが患者の人格上の病理を形成する。→攻撃性のもともとの高さが要因であるということになる。→葛藤モデル。

・葛藤モデルでは、良い内的対象を攻撃性を持った悪い内的対象から守る際の種々の原始的な防衛機制（スプリッティング、投影性同一視など）が問題にされる。こうした両極端な自己、対象イメージの間のせめぎ合い（葛藤）を精神病理の本質ととらえた。本人の生まれ持った攻撃性や羨望が問題にされた。

・他人から去られることにきわめて敏感で、暴力的に他人を自分につなぎ止めておこうとするBPDの病理。

・これに対して欠損モデル。アドラーの説。健全な形での養育の欠如。養育期において形成されるべき「抱える取り入れ対象」が患者に欠損しており、そのために患者が体験する恐るべき「孤

立感」や「空虚感」こそが患者の病理の中心であるとした。しがみつきや感情の不安定さもこの欠損から説明されるとした。

●こうしたモデル論議にはなかなか共感できない。もっとどっぴりこうした議論の雰囲気につかっいていなければ納得などできるものではない。耳を傾けるべき要素もあると思うが、信じるに値するほどではないだろうと思う。ようするに説得力に欠ける。しかしそれは受け取るこちらの側の勉強不足の面がないか、それも反省の要があるだろうけれど。治療論として、何を提供できているかが、重要ではないか。

・慢性PTSDとBPDの類似点。情動コントロール、衝動コントロールの悪さ、現実検討の障害、対人関係の不安定さ、ストレス耐性の低さ、焦燥感、抑うつ気分など。これは解離とスプリッティングの類似にさかのぼって論じることできる。

・スプリッティングは対象を良い対象、悪い対象に分ける。解離は自己像を分離する。BPDでは自己像もスプリッティングするが、悪い自己像は否認されたり他者に投影されたりする。

・BPDの患者のしめす所見が解離としての性質を持つ分だけ、それは過去における性的、身体的外傷の既往を結果的に示していることになるだろう。

●外傷→解離。スプリッティング→BPD。

2739

慢性の陰性外傷は、つまりは心因性疾患といままで読んできたものの拡張解釈であると考えられないか？

いずれにしても、心因性の領野を拡大し、了解可能性を拡大することは大切である。

2740

・症状・経過・転帰・病理所見。これらが一体となって臨床疾患単位と分類される。

・DSMの問題。精神病ではそもそも病理所見の裏付けがないのだから、どのように分類を工夫しても、異論は残るだろう。説の数だけ分類ができる。

・それを妥協して、疾患研究して原因を突き止め治療を確立するために、暫定的に分類を用意したと考える。初心者がそれに基づいて臨床をすれぼうまくいくといった種類のものではないのだ。

・たとえば分裂病。人によって範囲が違う。患者はいい迷惑である。しかしそれはどうしようもないことだ。分裂病とは何かが誰にも分からない。政治力の違いはある。子分が多いかどうかは違いがある。しかしそれだけのことだ。

・現在症やこれまでの経過から、分裂病の診断がズバリできるなら、すばらしい。しかしそれができない。

・わたしは、前景症状と、背景病理の二段構えの考え方がよいと思う。しかし、はなはだあいまいである。自分の内部でも時間がたてば診断が変化する。その程度のものである。結局、分裂病の本質が分からないから、どの範囲のものが分裂病なのか、不明なのである。現状ではそれが限界である。

・背景病理の診断には、生活歴、遺伝歴、病前性格、症状の経過などが重要である。時間経過が病理の特性を反映する。脳のどこの場所で異常が生じたか、つまり場所については、症状を決めるが、経過を決めるものではない。このあたりは神経病理とまったく同じ考え方である。そもそも脳の病理なのだから、同じものになるはずである。

- ・経過→病理
- ・場所→症状
- ・性格が両者の培地になる。

2741

Kolkの提唱する「外傷[スペクトラム](#)」

深刻で[慢性的](#)な外傷に対する[もっとも](#)極端な適応がMPDであり、BPDは[慢性的](#)な外傷に対する中間の適応であり、ある種の身体化症状、[パニック](#)、[不安障害](#)は、さらに限局された外傷が、身体的に解離されて再体験されたものとして説明されている。

- 症状としないで適応とする。これも意味がある。一面では確かに自分を守っている。
- 「つらい記憶の、意に反した反復」というわけだ。

[強迫性障害](#)の構造はこれに近い。

- 分裂病性幻聴と[多重人格](#)による内的声の判別はどうか？
 - ・外傷を受けた年齢やその他の条件により、そこで用いられる防衛機制が、主として解離となるか、[スプリッティング](#)となるかに別れるのではないかとの仮説。

2742

外傷性[精神障害](#)（岡野憲一郎）

- ・[スターン](#)の情動調律の障害。[コフト](#)の共感不全。
- ・ストロロウ。小児期における外傷的な体験は、親がそれに応答してくれるような環境にあれば、外傷的ではなくなる可能性がある。苦痛自体が外傷的なのではなく、それに対して養育者の側が十分心の波長を合わせることを行わないことが外傷体験である。
- 家族[バナナ](#)理論。つながった心は隣の人の心を癒す。なぜだろう。集団性の生物[である](#)とは、こういうことだ。
- このようなことになる前提として、子供の側の反応不全、たとえば[自閉症](#)のような、があることは想像できる。そして親との間で微妙な相互干渉が繰り返され、[微分方程式](#)を解くような感じで、共感不全に至る。
- つまり、親は情動調律ができて、よく反応しているのに、子供がそれを[キャッチ](#)できずに、調律不全だと感受したとしたら、結局は親に調律能力がないのと同じになる。
 - ・ある苦痛を伴った出来事が、通常の忘却の[プロセス](#)にしたがわないような、人間の心に半ば不可逆的な大脳[生理学](#)的变化をきたした状態を、外傷として定義し直すこともできる。
- なるほど。このあたりの[生理学的なメカニズム](#)に関しては[フロイト](#)の初期の[モデル](#)の流儀が役に立つだろうということになる。
- いずれにしても、忘却不全、意に反した想起、これが問題だ。記憶の病理。

2743

外傷性[精神障害](#)（岡野憲一郎）

- ・外傷に由来するBPDでは、葛藤は患者の中の良い対象と悪い迫害的な対象との戦いとして当人に常に体験されるであろう。その悪い内的対象は、通常は自己像から隔絶されているが、解離

やフラッシュバックの際に迫害者として立ち現れる。外傷による葛藤は、神経症的な意味での葛藤とは大きく異なる。

・患者の持つ攻撃的な人格ないし側面は、生来の過剰な攻撃性や羨望によるものではなく、基本的には外傷体験の産物として捉えられていることになる。

・患者について、過去に被った種々の外傷により内在化された加害者の陰と戦いつつ、またその外傷が残した傷跡の痛みを耐える存在として理解しようと試みる。治療的には、彼らが被った外傷の可能性を考えて、その修復を目指した支持的な姿勢をとる。彼らを悩ます悪い内在化された対象にも積極的に注意を向ける。外傷とは、性的精神的外傷にとどまらず、養育者の共感不全や、実際の親の不在など、「広義の外傷」が子供の心に残した傷跡を意味する。

●とてもヒューマンな立場である。このような治療者に会えば、患者は救われるだろう。

●なぜこのような悪い対象が内在化して、暴れるのだろうか。なぜ悪い対象に支配されてしまうのだろうか。なぜ過去の奴隷になってしまうのだろうか。

●過去に起こったのと同じ反応（たとえばパニック反応）を起こすことは、記憶の再強化につながる。忘れかけた英単語をときどき思い出して記憶を保持するようなものだ。同じ状況で反応を変化させることは、記憶を変化させるきっかけになるだろう。その意味で、パニック反応を自律訓練法によるリラクゼーションに置き換えることは意味があると思われる。

2744

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・天災に際して種々の意味を考える。さまざまに解釈する。それが心の傷の治癒につながる。

●フランクルや宗教の立場。キリスト教は苦難の受容に際しての意味の体系を与えている。

・天災が、忘れていた人生早期の心の傷を賦活することがある。

・災害が起こると、家族と一緒に過ごす時間が長くなり、結果としていさかいが生じやすくなる、ひいては家族の情緒的なつながりに亀裂が生じやすくなる。それが心的外傷になることがある。

・被災者のグループ療法……まず誰かに聞いて欲しい、理解してもらいたい、心の重荷を減らしたい。ひきこもりは自分の不幸をあらいざらい話せる相手がいないことの絶望感による場合もある。普段親しい人に自分の心の傷を話すことを想像すると、それがいまの自分には決して心の安らぎにはならないことに気付くことがある。日常的に会っていて、雑談をするには最適な相手が、自分の不幸や外傷体験を聞いてもらう相手としては必ずしも適当ではないばかりか、かえってその人だけには自分の不幸な体験を知られたくないという気持ちになることもある。相手が表面上は自分の不幸に同情していながら、同時にそれを嘲笑していないか、喜んでいるのではないか、という懸念は深刻である。結局母親がいい話相手になりそうである。ところが多くの成人の場合、母親はすでにないか、年をとりすぎている。また、幼少時にそのような母がいないことが外傷となりうる。

話相手の感情移入や共感の能力にも限界がある。

結局、自分の外傷体験を聞いてもらう相手として最適なのは、自分と同じ不幸や境遇を背負っ

た人、同じ外傷を負った人である場合が多い。自分と不幸をともにするような仲間といることで初めて自分の気持ちが癒された、このような道が残されているとは知らなかったと体験を語る人は多い。グループ療法の基本理念はここにある。

●同じ傷を持つものが、傷をなめ合い、世間や加害者に対しての被害者意識ばかりを肥大させる、だから有害であるとの非難も可能だろう。しかし本当の友人が必要なのだ。

●ここで大切なのは、対話的關係である。支配や力の関係ではなく、いかにして対話的關係、合いの関係を結ぶことができるかである。

同じ経験をしていても、支配の感覚で生きている人は、話相手としてはふさわしくない。自分の方が大変だとか、相手のことに関して非難を浴びせたりとか、そんなことは多いだろう。正直なところ、そのような集団の一員であることがいやで、そのような体験を口にすることがなくなるという、一種のネガティブな動機付けにより、自分の外傷体験を語ることをやめる場合もあるだろうと思う。自分の姿をその人たちの中に見て、うんざりするのである。癒されるのではなく、反発を感じる。それでも結果としては悪くない。最高の癒しではない。解決するのではなく、引っ込めるだけ。抑圧するだけ。しかし時間が稼げればそれでもいいではないか。仕事に忙しくしていれば人間はそれなりにやっていける。その方がいいだろう。

同じ体験をしていなくても、合いと対話の關係が作れる人ならば、問題はない。十分な癒しの關係を結ぶことができる。

・こんなことで悩んでいるのは自分だけではないと知ることは大きな収穫である。

2745

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・解離状態の典型例。ぼーっとしたうつろな目。おおむね正しい答えだが、ときどきはぐらかしたり、見当違いの答え。受け答えの反応は鈍い。振る舞いや様子がいつもと異なる。顔の表情も乏しい。感情表現も希薄。「心ここにあらず」「魂の抜けた感じ」といった印象。

●老人の反応はおおむねこうした表現が当たらないでもない。無力になった老人は、解離によって適応していると解釈できないか。

●解離というよりも、注意の障害の結果とも考えられるだろう。

・トランス状態、夢遊病のような状態、憑依状態。

・夢境にふける、没頭する、自分の目の前で起こっていることに心を奪われた状態。

●ここまで解離状態に含めるとかなりの拡張である。要するに「注意の向け方」の問題とも思われる。

・戦場、天災、暴行、レイプなどに際して、非現実感を体験する、痛みや苦痛を感じない、見慣れたはずの景色もどこか違って見える、自分自身をあたかも距離を置いて眺めているといった体験を持つ。

●要するに離人体験。

●分裂病で、「見慣れたはずの景色がどこか違って見える」との感想が聞かれる。現実変容感であるが、これは離人とは別の、世界の変容感であると理解していた。これが極端になると世界没

落体験につながる。しかし、そうだろうか？世界変容感は分裂病性の変化そのものとしての解釈である。しかし、分裂病性の変化に対する反応として、解離性の反応を呈し、離人感を感じていると考えてもよいのではないか。その区別がどこにあるだろうか？

・解離について、ジャネは心理的なエネルギーの不足により精神の統合ができないという意味である種の欠陥を表すものとみなした。フロイトはそれを患者自身の意識的なしつこい意図的な試みとし、原則的には正常状態にも現れるものとした。これは防衛機制としての見方になる。

・解離の用語を外傷体験に限定して用いることもある。

●では、外傷性精神病を抑圧モデルで説明できるか？→多分、ジャクソニズム的に、多層的な人格構造を考えて、その間に抑圧の関係を考える。抑圧と退行と、ジャクソニズムをからめて考えれば、解離といった、並列的な並べ方よりは構造化された人格のあり方を描けるのではないか。

●その場合、どこかの層の人格セットが、全体を乗っ取る様子をどのように描くことができるか？

・解離と抑圧は、通常の意識内容から、ある一定の体験の記憶ないしそれに関連した思考（それを無意識と呼ぶかどうかはともかくとして）が切り離されているという状態を指す点で共通している。

・心がある種のパニックを起こし、その際の感覚入力が入力と異なる仕方で処理され記憶された結果、後に通常の意識状態に戻ったとき、それらが想起不能となる。

●ここにスイッチングのメカニズムが介在している。どの回路に情報を流すか、決定しているスイッチがある。このスイッチを利用することが治療では大切であると考えられる。つまり、このスイッチをオンにしないように注意して、別の回路に情報を流すことができれば、除反応できるのである。これが治療になる。

●スイッチは何か。情動と記憶の関連がいわれている。記憶回路と情動回路が、海馬や辺縁系でいわれる。

・抑圧は主体により積極的に用いられる機制であるのに対して、解離は主体が外傷体験に翻弄された結果、受身的に陥る状態である。

・解離は抑圧に必要な自我の成立以前から用いられる原始的な反応。文化結合症候群や原始反応に見られる心因性の狂躁、カタトニー、離人症状は解離の一型と考えられる。動物の仮死反応にも通じる原始的防衛機制。

●カタトニーを解離に含める？躁については「人が変わったような」という印象を解離として捉えれば、不可能な解釈ではないだろう。それにしても、やや広げすぎ？「まるで違う人のような印象や記憶の断絶」などの標識がなければ解離というには難しいのではないか。しかし一方で、解離といわず、多重アイデンティティとでもいえば、やや拡張した議論ができるのではないか。

●通常人格も、ある程度の幅を持って変化しつつ現実に対応している。いちいち解離で反応しているわけではない。人格の変化のすべてを解離としてしまうのは拡張しすぎである。

●実態の裏付けのない、単なるスペキュレーションと非難されても仕方がない。

・陰性外傷においては解離性障害は恐らく目立たず、基本的な信頼関係を築いたり、自分という感覚を持つことについて重篤な障害を持つことになる。

2746

台のチャンネル理論も [解離性障害](#) の一種として考えられる。

治療同盟の考え方にしても、健常部分とか病的部分とかいうときには、解離性の病理を考えてもいい。

[アイデンティティ](#) の理論にしても、そもそもたくさんの [アイデンティティ](#) の集合体として一つの人格が構成されていると考えられる。多重 [アイデンティティ](#) が人格の普通の構造で、それがなんとなく統一されて構造化されているのが普通の人格 [である](#)。

人格の引き出しという言い方も、この線で考えられる。

下位人格セット。行動 [パターン](#) のセット。適応 [パターン](#)。行動様式。

他人を取り入れる。行動や性格を取り入れる。その中には「狐的なもの」を取り入れて狐つきに至ることもある。反発と真似（模倣）の両方の取り入れ方がある。また、その人に接しているときの自分というものが固定されることもある。

[多重人格](#) といえば劇的 [である](#)。多重 [アイデンティティ](#) という表現の方が、適切な響き [である](#)。

2747

新聞で。電車に乗っている [高校生](#) 達の [マナー](#) の悪さを嘆いている。大声で話す。 [携帯電話](#)。二人分に腰掛ける。親は躑をしない。注意されても反発するだけ。そんな躑のない若者が [だんだん](#) 増える。そんな人たちに子供が産まれても、多分躑はしない。結局、このような困った人たちが増えてゆく。

「やさしさの [精神病理](#)」（大平健）では、やさしさとは、他人の心に踏み入らないことだとする。その程度の考察をありがたがる風潮もある。大平はまた、豊かさの [精神病理](#) との論も書いている。

勝手気ままを尊重する。

個人的 [ファンタジー](#) に [くるま](#) れた繭のような存在でいたいという欲望を肯定する。肯定するどころか、至上の価値として、尊重する。

[社会化](#) するということをお互いに価値あるものとしていないのではないか。

共同の [価値観](#) の中には個人を越える、 [もっと](#) 深く [もっと](#) すばらしいものがたくさんあると感じていない。つまり文化や文明というものを信じていない。技術の恩恵には浴するが、それは自分が金で買うだけのものだ。

文化の新しい世代として、過去の蓄積を学ぼうとしないのではないか。

こうした一連のことが、精神的形成不全の [一部の人間](#) に見られるというなら事は重大ではない。全体の風潮 [である](#) ように感じられる。そこに年長世代の絶望がある。若い世代の全体が、あからさまに、まったく明白に、精神的形成不全 [である](#)。これでは嘆きたくもなるだろう。

2748

[解離性障害](#) として解釈しているさまざまなことを、注意の障害として考えればどうなるか？一考

に値する。

注意の転換。それにともなう[アイデンティティ](#)の選択。これでかなりのことが説明できそうである。

2749

「心頭滅却すれば火もまた涼し」は、自己催眠によって[解離状態](#)になれば、身体に関する離人状態になると解釈できる。

座禅は自己催眠である。

「火渡りの術」などもこれに類している。

修行はつまりはこのような[解離状態](#)を随意的に出現させる方法の体得を目標としている。

2750

脳内麻薬物質と反復

人間が反復して求めるものの中に、脳内麻薬物質が絡むものを探せないか。

[ランナーズ・ハイ](#)。

針・灸。→針は、神経が密集していないところを狙えばよいのではないか？→それとも、催眠との関連で考えた方がいいか？効果が一定しないところを見れば、催眠との関連で考えた方が正しいだろう。

一般に、嗜癖。薬物、[アルコール](#)、[プロセス](#)嗜癖、対人関係嗜癖。

性的快感。サド・マゾ。支配の快感。暴力による快感。[ジェットコースター](#)を好むわけ。[ホラービデオ](#)。[お化け屋敷](#)。

[フラッシュバック](#)。外傷性体験の反復。

音楽の快感。

香り。皮膚の刺激。

[てんかん](#)発作を自己誘発する現象。ここに脳内麻薬物質が絡んでいないか？

2751

外傷性[精神障害](#)（岡野憲一郎）

・健忘障壁を解離の主たる特徴としてあげる臨床家もいる。しかし完全な形の健忘を呈さない解離もある。異なる交代人格のうちのいくつかは、互いの間に起きている出来事をよく把握していることが多い。健康状態での白日夢や軽度の離人体験も解離に含むのが最近の傾向である。

●むしろ、他の人格についても記憶を有している人格が、人格統合の核となることがあるのではないか。[シュナイダー](#)はお互いのことは知らないとはっきり記載しているが、非常に深い解離を呈したときにはそのようなことが起こるだろうと思われる。よりマイルドなケースの場合には、健忘障壁も[あいまい](#)になるのだろう。

・解離症状の三つの[カテゴリー](#)。没頭、忘却、離人。

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・臨床家が患者の幼児期の虐待について聞き出すことに躍起となり、そこに患者の被暗示性も影響し、偽りや誇張された虐待の記憶が報告され、それにより両親が身に覚えのない虐待の罪をおわされる場合もある。

・実際は空想の産物であるはずの複数の人格を、患者自身があたかも実在するように信じ、また治療者もそれに加担しているとする見方もある。

●Allisonの説。→安の論文。「空想上の友達 (imaginary companion)」に関連した問題。

・MPDの多くは、症状は目立たず、微妙な表現のされ方をする。面接中に突然あたりをきょろきょろし、「わたしはどうしてここにいるの？」（人格が急に入れ替わったときの反応）という表情を示す典型的な症例がある。一方では、いくつかの「同型的人格」を有し、診断のつき難いタイプのMPDが非常に多くある。

同じ名前、記憶もほとんど同じ、人格相互にコミュニケーションもある、そのような場合には人格の入れ替わり自体がうまくカモフラージュされている。

●こうした微妙な入れ替えが起こっているなら、それはそれでいいと思う。特に問題はない。そうしたことまで問題に含める方がおかしい。そんなことまで診断しなくてもいいはずだ。

●入れ替えが、「人格」という規模で起こっているのか、「アイデンティティ」の規模か、あるいは「記憶のセット」という程度の規模で起こっているのか。そうした違いは考えられる。

●「人格」の入れ替わりと「記憶セット」の入れ替わりは違うことなのだろうか、同じことなのだろうか？

同じ脳が機能するのだから、基本的な反応の仕方は同じはずで、それがまず基本的なその人らしさを作っている。いろいろな記憶セットがあって、いま現在どの記憶セットにアクセスしやすい状態になっているかで、人格の外観が違ってくる。つまり、通常記憶と外傷記憶はある程度離れた場所にあって、どちらにアクセスできるかは二者択一のようである。

人格が入れ替わるといえば、一体どのような事態が起こっているのかと思うけれど、アクセス可能な記憶セットがどれかということなら、納得できそうにも思う。

●結局、そのように分離されたままの記憶が放置されていることが問題なのだろう。異常な記憶と異常な情動が結合している。

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・アメリカでは、患者を社会における権力や暴力ないしは虐待の犠牲者として規定する傾向がある。一部フェミニストの姿勢に通じる。

●この、問題の外部帰属説には大いに問題がある。人気取りの面もある。免罪符としても働く。

・これまで分裂病やその他の精神病として理解しがちだった患者の所見について、解離という視点から捉え直せないかという観点。日常診療で頭に置く。

●この態度が了解可能性の領野を拡大する。精神病であっても、その中に神経症成分（心因成分

)を分離して見いだす、診断的な目である。それは患者が理解されたという実感につながるだろう。

・MPDでは、人格を多く持ちすぎるのが問題なのではない。(健全な)人格を一つももてないことが問題である。

●これはやや不正確で、言い過ぎである。おおむね健康に暮らしているが、部分的に不健康な反応が見られるという場合もあるだろう。全人格の問題とは考えられないだろう。むしろ部分の問題と考えていい場合も多いのではないか?→そうでない場合も多いだろうけれど。解離の範囲を広くとった場合には、問題のない解離現象も多くなるはずである。

●別人とするなら、選挙権はどうなるか、刑事上の責任はどうなるか、など問題がある。どの人がその人を代表するのか、誰が決定するのか?

・交代人格をそのものとして扱うか、メタファーとして扱うか。症状自体のもつ苦痛を扱うか。その防衛としての意味を扱うか。

・MPDは患者の幼児期の外傷体験が心に残した傷跡であると同時に、患者が(たとえ不適応な仕方であっても)生きるための手段として用いているものである。この両方の視点が必要である。

2754

外傷性精神障害 (岡野憲一郎)

・MPDの病理の問題点。多重な人格は問題ではない。それらの間に連絡がないことが問題。そして、どの人格がいつ登場するか、コントロールすることができないことが問題。

・外国語が堪能な人の場合、使う言語が変わると人格まで変わることがある。

●これは多分、記憶セットが異なるからではないか?

・悲しいときに覚えたことは、悲しいときに思い出しやすい。状況依存の記憶。記憶と感情はセットになって収納されている。

2755

人はいかにして心の傷を癒すのか。

・まず忘れること。記憶のメカニズムはそのまま癒しのメカニズムである。残存記憶のフラッシュバックが外傷性障害の病理を構成する。

ここで問題は、

- 1 消去したいのに残存してしまうこと、
- 2 フラッシュバックが起こってしまうこと、
- 3 そしておそらくフラッシュバックによってこの不都合な外傷記憶の回路は強化・維持されるだろうこと。

これらを解決できればよい。

・意味を変換すること。身にふりかかった災いも、その意味を変換することで、耐えられるものになる可能性はある。

このために人は「物語る」。あるいは物語を更新し続ける。治療者と共同で、生活歴を再構成し

てみるのが有効である。フロイト的視点。

2756

クリニック計画

2757

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・ フロイト。リビドーの水流モデル。ないしは水力学モデル、貯留モデル。

人間にとっての不快体験はリビドーが発散されることなく蓄積されていく過程であり、快感体験はそれが解放、発散される過程である。神経症の原因はリビドーが放出されることなくうっ積する状態である。幼児は性的に興奮させられても、その発散方法を知らない。これが後の神経症を準備する。

● フロイトの話は順を追って理解すれば分かりやすい。

・ 性的外傷を受けた子供は性的興奮を覚える。その意味で、外傷体験に対して全く受身的態度にとどまらない可能性がある。ここに性的外傷体験の持つ難しさがある。外傷体験の持つ「欲動興奮的」側面はその体験自体の外傷性を一層深刻なものにする可能性がある。

● 論は分かる。しかし、そうなのだろうか？受動的にせよ、教えられてしまい、そこで深刻な事態が出現する。頭では嫌悪があり、興奮してはいけないと思いつつ、しかし感覚は否応なしに興奮する、というわけだ。

話としては面白いが、たとえば、そのような体験以来不感症となり……といったコースも考えられるのではないか。性的興奮にマイナスの意味付けしかできなくなる。

性欲の処理に悩む人も多いただろうが、そのような欲望のあまり強烈ではない人も多いただろう。

その場合、面白がって欲動興奮的などというのは理論家の興奮しすぎである。

・ 抑圧の機制を含む自我の働きそのものを圧倒して無効にしてしまうほどの外傷体験について、フロイトは考察の対象としなかった。

● そうであれば、陰性の慢性の外傷はどうなるか。

普通に考えれば、急性の陽性の外傷については、緊急反応として（死んだふり）位置づけできる。これが解離をもたらすことも分かりやすい。慢性の陰性の外傷については、発達に損傷を残すということで、それはつまり、従来からいわれている発達論の中に位置づけることができるのではないか。

このあたりはまだ納得できない面がある。

・ 人間が外傷的な体験を空想や夢の中で繰り返し、時にはあたかも積極的にそれを再体験しようとする傾向について、フロイトは論じている。

人間は快楽原則に従う。快楽の享受を一時的に延ばす（現実原則）こともあるが、結局は快楽を最大にしようとしている。しかし「快楽原則の彼岸」では、人間が快楽原則が成立する以前のより原初的な状態において、反復強迫として定式化されるべき習性を持つことを示した。「刺激障壁を破るような過剰な刺激が外界から加わると、それにより快楽原則は一時的に機能が停止

する」、そして「快楽原則よりもより原始的でかつ根源的であり、より本能的な反復強迫」が露呈することになる。

●過剰刺激の処理→反復強迫の形式をとる。このあたりは「メカニズム」として分かりにくい。

●ジャクソニズム。より下位のシステムが発動する。

・現実的な不安と神経症的な不安（フロイト）。後者は内的な危機に対するものであり、その対象が本人に見えないことが特徴である。それ以前には「不安は蓄積したリビドーが形を変えたものである」と考えていた。不安についての説の変遷が見られる。

・不安信号説。不安は危機状況において（かつて経験した）外傷的状況が近づきつつあることを知らせる信号の役割を果たす。

●今回読んでみて意味不明瞭。予期不安と同じ意味？

・不安が抑圧を生む。以前は逆に考えていた。（リビドーが抑圧され、それが不安へと変化すると考えていたが、実はその逆だった。）

●フロイトが何を言ったかがそんなに大切なのだろうか。共感できない。

2758

外傷性精神障害（岡野憲一郎）

・フェアベーン。「子供が愛してもらい、また自分の愛情を受け入れて欲しいという欲望が満たされないことは子供が体験する最大の外傷である。」

●「愛情を受け入れて欲しい」という子供の欲望とは何か？

●意味がはっきりしない。何となく読めば分かるけれど。クリティカルに読むと意味不明。要するに親の愛情の不足は陰性外傷となるという話である。それはいい。しかしこの文章は何か？

・このような状況においては、自分を満足させてくれない悪い対象を内在化させる結果となるが、フェアベーンによれば、そうすることで自分が変えることのできない状況を少しでもコントロールするためである。こうしてスキゾイド状態が生じる。

●どうしてこんなことを仮定していいのだろうか？

・ウィニコットは、幼児が侵襲を受けることで自己の感覚（sense of self）を発達させることができなかったことに精神病理の根拠をおく。

●こんな根拠でいいなら百通りも可能である。針の先で天使が百人踊っている。

・スキゾイド（フェアベーン）。外傷や侵襲により、自己の統合機能が破綻し、攻撃者の内在化が生じ、それが通常の人格とは隔絶された形で一つの人格として成立するのがスキゾイド状態である。たとえば、普段は保護的な良い対象であるはずの養育者が、ある日突然に虐待者として立ち現れ、患者はその矛盾した体験に圧倒されて意味付けができない。そこで虐待者としての対象イメージ（悪い対象）や、それにより外傷を被った自己表象を、異物ないし未消化物として良い対象や良い自己イメージから隔離し内在化させる。

・虐待者は患者に性的興奮を引き起こそうとし、対象を支配したという全能感を得ようとする。

●酒を飲ませて酔わせようとするのも似たところがあるだろうか。

2759

(外傷事件) + (共感欠如、サポート欠如) = 外傷体験
陽性外傷 + 陰性外傷 = 外傷体験

2760

外傷性精神障害 (岡野憲一郎)

- ・ 治療の第一歩は、患者にとって安全と感じられるような治療環境を提供することである。
 - ・ 安全な治療者患者関係を築く。それが無いところで外傷記憶の再生や除反応が行われれば、再外傷体験になりやすい。
 - ・ 患者は自分にはどうしようもないところで立ち止まっていることがある。そんなときには積極的介入が支持的になる。
 - ・ 葛藤モデル・表出的技法 (カーンバーグ)
 - ・ 欠損モデル・支持的技法 (アドラー)
 - ・ 患者は過去の外傷や、本来あるべき生育環境が欠損していた結果として、単刀直入な解釈や直面化には耐え得ぬような弱さ、傷つきやすさを持っている。彼らが幼少時に被った養育上の欠損はまず埋められなければならない。
- 養育上の欠損が病因的で、それを埋めることができる？本当に？
- ・ 除反応とは、十分に意識化されずにいる外傷記憶を、その情緒反応とともに想起、解放することである。事実としての記憶はあっても、情緒反応までは想起できないことが多い。除反応により、記憶の認知的、情緒的側面が統合される。その記憶が本人の生活史に組み込まれる。
 - ・ たまった悪いものを吐き出すイメージ。
- 感情をためているとよくない、だから感情を発散する。これを外傷記憶についてやってみるとのことだ。ひと泣きすればすっきりする。再び演じるといったことかも知れない。子供のごっこあそびの延長のようだ。これがなぜ有効なのだろうか。何が変化するのだろうか。
- ・ 激しい感情表出が一向に症状改善に結びつかない場合、それは除反応ではなく、フラッシュバックである可能性がある。これは「自発的な除反応」であり、氷を体に押し当てるなどしてできるだけ早く止める。
 - ・ 支持的で信頼感に基づいた治療関係の中で、外傷記憶に再解釈や新たな意味付けが行われて、外傷記憶は全人格に統合され吸収されていく。
 - ・ 「あなたの体験したことを話すことで、気持ちが楽になるかも知れませんね。可能な範囲でお話し下さいませんか？」「何をどこまで詳しく話すかは、あなたが自由に決めて下さい」あくまで患者の自由意志であることを確認する。
 - ・ 「三分の一原則」。外傷記憶の想起の導入はセッションの最初の三分の一で行う。次の三分の一は徹底操作、最後の三分の一はセッションの終了に向けての準備。
 - ・ 除反応の後、解離状態のままで外に出てはまずい。
 - ・ 除反応では、その事件そのものの話題いきなり入るのではなく、周辺から。一度に全部ではなく、一部について一回ごとに。感情暴発に対してはストップをかけることもする。

・はじめは激しい**情緒**反応を伴ってしか想起できなかった**過去**の体験を、次第に客観的に報告できるようになる。

●最初から客観的では、除反応にならない。

・**セッション**の最後には**患者**を**催眠**状態から**現実**に戻す。明るくする、**音楽**をかける、窓を開ける、**深呼吸**をするなどを行うのがよい場合もある。

・**リラクセーション**と**催眠**は**共通点**が多い。**リラクセーション**からはじめて、状態を見ながら**催眠**に移行する技法もある。

・**面接室**に毛布を常備しておく。**女性患者**の膝にかける。

・どのようなときにBさんが変わるのか、Bさんは**人生**の中でどんな**意味**を持っているのか。

・**患者**は直面化に際して、解離という機制を用いることなく、それをより**適応**的な防衛機制を用いて処理する必要に迫られる。

2761

リラクセーション導入の実際

説明

・無理をして**いる**から、抑圧には**エネルギー**を消費している。心と体の力を抜いて、心の中で無理に働いている力を取り除く。そうすれば**エネルギー**を補充できる。

・**ヨガ**や黙想や座禅に似たこと。あくまで自分の意志で、自分が自分をコントロールする。

・始める前に、**イメージトレーニング**として、海に浮かんでいる自分や、森の緑に囲まれている自分を考えてもいい。どこまで具体的に細部まで描き出せるか、試みる。目を閉じて、しばらく**イメージ**する。考えるのとは少し違う。**イメージである**。心の**スクリーン**にくっきりと浮かぶように。絵がありありと見えるように。

自律訓練法のように（呼吸と**脱力**）

・**ゆっくり**目を閉じる。自分の呼吸のこと、いま**現在**の体のことを**イメージ**する。雑念を払う。

・**腹式呼吸**をする。一つ息を吐くと、体の力が一つ抜ける。**だんだん**力が抜ける、**だんだん**重くなる、**だんだん**熱くなると**イメージ**する。それ以外のことは考えない。いまここで、体の状態に集中する。**自律訓練法**のように、各部位に集中してみるのもよい。

だんだん安らかなよい気持ちになる。体が重くなり、熱くなる。**血液**が**だんだん**すみずみまで行き届く様子が分かる。

しばらくこの**感覚**を楽しむ。安らかなよい気分**である**。

戻し

戻す操作を必ず入れる。

2762

パニック障害を、外傷**記憶**の**フラッシュバック**と考えると、対処法を考える。薬剤で予期不安に対処し、発作→**記憶**の再強化の**悪循環**には**自律訓練法**で対処する。

パニック障害が形成されるに至る**プロセス**について興味を持って聞く。

2763

心因について語り合うことが診察室で少なすぎた。なぜか。

診断作業に片寄りすぎていた。治療作業が少なすぎた。そして会話は診断のためのものであった。そのような扱いをされた患者はどのような気持ちだっただろうか？

患者の人生の航路についての関心が希薄であった。

しかしながら、一方で、あまりに心因主義になり、患者の心因をほじくりだし、そのうちに患者と共同して創作していることにならないように、十分に注意が必要である。

2764

課題

対話的關係と非対話的關係を対照して提示すること。

愛と平和の価値観か、戦いと攻撃の価値観か。

世界観の根本的な違いかも知れない。この世界は根本的に信頼できるよいところで、人々は知り合えば知り合うほど幸せになれると信じられるかどうか。

2765

『もう「うつ」にはなりたくない』（S.N.）……K病院で、IBMのサブノートを打って原稿を書いていた様子を思い出す。

・うつは時を待てば必ずよくなる。したがって医学的治療は「苦しみの時期を短くし、最悪の事態を乗り切る手段」である。

・うつは「しっかりしているからこそかかる」、「しっかりしている性格が裏目に出て生じる」

。

・「やっぱり、あのとき最初に早く休んだのがよかったのですね。そうでないと、取り返しのつかない悪評がたつところでした」躁状態の人。

・操作的診断基準とは、「これが正しい基準かどうかは神さましか知らないけれど、今の段階ではひとまずこのように定めておいて、これにしたがってデータを集めて、あとで議論をしよう」という考えで作られたもの。

・抗うつ薬はある一定の量が身体に入らないと副作用ばかり出て効果はいつまでたっても出ないことが証明されている。思い切って十分な量をのむことがコツ。

・「頑固である」と同時に「他人に気を使う」。「相手に合わせようとしても自分の内面の秩序とぶつかって折り合うことができず、自分で自分を苦しめることしか解決が見つからない状態」がうつである。

・うつ的思考パターンの名前を覚える。どの思考パターンが何回生じているか数える。合理的思考に修正する。そのさいに否定するのではなく、妥協する。

S.N.のうつの仮説

・うつの人は、「柔軟性がない」、「気持ちの切り替えに非常に時間がかかる」といった傾向が

ある。

・「物事の重み付けができない」「あるネガティブな感情がいつまでも残る」この二つの問題点が根本である。

・「物事の重み付けができない」場合には、片っ端から全部やってみるしかないことになる。「とにかく全部を必至でやったときにのみ成功する」と感じる。結果として、「必死で几帳面にすべてに取り組む」という性格傾向が形成される。

・エネルギーに動くことによりすべてをカバーしていく術を身につけた場合には、活動的で一見元気者のように見える病前性格になる。

・「感情がいつまでも残る」つまり「気持ちの切り替えができない」人は、子供の時から失敗したときの「悔しさ」「悲しさ」が長く残る傾向がある。どうしても失敗を恐れる、慎重な、冒険心のない、性格が形成される。これがうつ病者の几帳面とつながる。但し、双極性躁うつ病者の場合には感情が残りやすいということはないようだ。

・几帳面によって世の中に適応していると、いつかエネルギーが枯渇し、失敗する。そんなときにも几帳面によって乗り切ろうとするので、事態は悪化する。休んでエネルギーを充電すればよいのにそれができない。悪循環がある。

●執着器質や循環気質の成立を「物事の重み付けができない」と「あるネガティブな感情がいつまでも残る」との二点に遡って説明しようとしている。

・ドパミン.....やる気

ノルアドレナリン.....行動を維持し活動を高める

セロトニン.....ブレーキ

・うつの人各種物質の増減の報告はばらばらである。またどれが原因で結果なのかも不明である。

・ストレスがない状態では、うつ病者と普通の人の間でセロトニン系に何の差もない。ところがストレスがかかると、セロトニンの反応性に差が出る。ストレスが来れば、それが危険なものである可能性がある以上、セロトニンの働きが強まり行動にブレーキがかかる。しかしそれは短時間であり、すぐにドパミンやノルアドレナリン系のスイッチが入り、対処行動ガスターとする。しかしうつ病者ではセロトニンの機能亢進がいつまでも続く。ブレーキがかかったままとなる。子供の頃から小さなストレスの連続であるから、そのたびにセロトニンのブレーキがかかりっぱなしではたまらない。そこでうつ病者ではノルアドレナリンやドパミン系が常に緊張した状態にセットされる。ストレスのない時にうつ病者が活動的なのはこのためではないか。そして物事の弁別にもセロトニンが関係しているとすると、セロトニンの機能異常は「物事の重み付けができない」といううつ病者の病前性格と関係してくると思われる。この考えでいけば、うつ病の発症は、ノルアドレナリンやドパミンの緊張が追いつかなくなった時のセロトニンの暴走であると説明できる。

・つまり、セロトニン過剰に対処するためにノルアドレナリンが過剰にセットされている。これが過剰な几帳面さと活動性を生む。だから休養が大切である。

●以上のS.N.説とわたしのMAD説を比較検討すること。

●[抗うつ剤](#)はどのように効いているのか？[セロトニン](#)を増やすのがなぜ[治療](#)になる？本文では不明瞭。

●うつ仮説として[クリア](#)しなければならない条件は何かをまず明確にしたい。それに対する解答としてどのような可能性があるか、次に[考察](#)したい。

●外傷性障害についても、[アドレナリン系](#)、[セロトニン系](#)、[ドーパミン系](#)、[麻薬系](#)などについて、特にレセプターの増減の面から考えてみる。侵襲相と鈍麻相の二相性の反応についてうまく説明できないか？

[アドレナリン](#)（交感神経） [セロトニン](#)、[アセチルコリン](#)（副交感神経）

[麻薬物質](#)はAd系と関連？

侵襲相 鈍麻相

Opi ↓ ↑

Ad ↑ ↓

Ser ↓ ↑

2766

[森田療法](#)で、「ねばならない」をやめて、「あるがまま」になる。これは[認知](#)の[スキーマ](#)を転換することであり、[ひとつの認知療法である](#)と考えてよいのではないか。

2767

「[愛情セラピー](#)」この類の[もの](#)が一番いい。求められているし、分かり合える。あくまで[患者](#)の程度に合わせてこそ[意味](#)がある。

2768

たとえば町の[ラーメン屋](#)でも、いろいろな工夫がある。自分の味で勝負している。そのような[品質](#)に関する探求をクリニックではしているか。[医者](#)はしているか。都合の悪いことを[患者](#)のせいにしていないか。

せめて[ラーメン屋](#)くらいの工夫はしないとイケないだろう。

2769

[人間](#)を腐らせる[デイケア](#)であって[はい](#)けない。そのことは[治療者](#)として敏感であるべきだ。それがわたしが経験から学んだことである。

2770

[人間](#)はどうしようもなさを[内面](#)に抱えた存在である。

そう思わないのは、[内面](#)の欲動を自身の意志発動によるとの自発性の[錯覚](#)が徹底しているだけである。徹底的に[錯覚](#)し続けている鈍感さの結果である。

あるいは、そうしたどうしようもなさが、完全に[社会](#)の[規範](#)に従った範囲であるというだけのこ

とである。ところがそのことがとても**価値**があった。

自分の**内面**の欲望をコントロールできない**人間**。

内的欲動の過剰な興奮を引き起こされる場合がある。**現代社会**では少なくない。

内的欲動が**自己破壊**にまで至る例。

自分の意志をなくしたように罪を犯す。

支配される。あたかもどこかの**ボタン**を押されると命令に従ってしまうような。

苦しいと思いつつしかし内心で面白がっていたはずだ。

2771

内的欲動の暴走。

その**メカニズム**。

またたとえば「むしゃくしゃしたから**万引き**をした」との**言葉**。

2772

水の上にプカプカ浮いている**リラックス**状態。

どの**筋肉**も緊張していない状態。

2773

犯人探しの**心理療法**は間違い**である**。

探偵ごっこではない。

癒しとは何かを考える。

探偵だとすれば、**無責任**な**探偵である**。批判されることのない**探偵である**。

2774

Quality of **life** を考える。

2775

ペイペットの情動回路

記憶と情動が関連している。

たとえば、物事を**記憶**するにはよく理解することが必要だといわれる。もちろん、分からないことはすぐに忘れるという**意味**でもある。しかしそれ以上の**意味**もある。

覚えるときに感動があるかどうかという問題だ。このような関係があったのか！と感動したり、感激したりすれば、それは情動回路に入って、**記憶**としてもよく定着されるだろう。

偉大な**発見**に感動することができる、それくらい理解すれば忘れないだろうという、実に本当のことを言っている。

1998年1月3日（土）

2776

『物忘れは「ぼけ」の始まりか』（宇野正威）

●なかなかよくまとまっている

・ [記憶](#)の分類

- 1 手続き的[記憶](#)（[技能の記憶](#)）
- 2 [宣言的記憶](#)（[事実の記憶](#)、[陳述的記憶](#)）
 - 1 [エピソード記憶](#)（思い出）
 - 2 [意味記憶](#)（知識）

[アルツハイマー](#)ではまず[エピソード記憶](#)（個人的[歴史](#)）が失われる。次に[意味記憶](#)。たとえば漢字はよく覚えていたりする。

[自伝的記憶](#)と[社会的記憶](#)。[自伝的記憶](#)が失われやすい。

2777

『物忘れは「ぼけ」の始まりか』（宇野正威）

・ 老人斑ができる場所は脳の[神経細胞](#)の外側。神経原線維変化は[ニューロン](#)の内部。
・ [言語](#)機能が男性では左半球に集中している。[女性](#)では左右[分化](#)がそれほど顕著ではなく、右半球もある程度の[言語](#)機能を持っている。[痴呆](#)に関しては有利に働くはず。これが若年では[女性](#)に[アルツハイマー](#)が少ないことと関係しているかも知れない。八十歳を越えると[女性](#)に多いことについては説明不可能。[エストロゲン](#)との関係が考えられている。

・ [アルミ](#)については、判定保留。

・ CDRやFASTを補う質問。

1 [人名想起](#)。[有名人](#)と親しい人。2 [最近の記憶](#)。3 二十歳の頃の[記憶](#)。4 [時間見当識](#)。5 [場所見当識](#)。[交通](#)機関を使えるか。6 家庭生活。炊事など、道具を使う複雑な行為ができるか。7 [社会生活](#)。地域[老人クラブ](#)などにどの程度参加しているか。

これらを詳しくチェックする。

・ [物語再生検査](#)。[新聞](#)のような、15語句からなる文章の[再生](#)を[検査](#)する。健常で直後で10語程度。三十分後でもほとんど同じ。[痴呆](#)疑いでは直後で5語程度。三十分後では何の話だったかほとんど覚えていない。

・ 十個の単語を覚える[検査](#)。「梅、椿、[先生](#)、[魚屋](#)、[うどん](#)、[サンドイッチ](#)、鶴、いのしし、扇子、糸」の[カード](#)。単語の横に絵。同じ分野の語が二つ、同じ音で始まる単語が二つ。

・ [治療薬](#)の可能性。[アセチルコリン](#)系を[ターゲット](#)とする薬が主。その他に、抗炎症剤。リュウマチ患者がのんでいた[インドメタシン](#)。また[ステロイド](#)や[アスピリン](#)。[ハンセン病](#)の薬ダブソンも抗炎症剤。ビタミンE。鉄剤。これは[アルミ](#)が[トランス](#)フェリンによって運搬されるので、鉄で飽和させておけば運ばなくなるとの考え。[クエン酸](#)鉄とビタミンB6。[女性ホルモン](#)。しかしどれも決定的ではない。

・ [前頭葉](#)の損傷……意欲や自発性の低下。計画的に[仕事](#)をやり遂げる力が失われる。気まぐれになる。

●こうした知識を分裂病や[アルコール](#)性の障害に流用してもいいはずだろう。

・ [記憶](#)にとって最大の敵は[集中力](#)の欠如。 [集中力](#)を失わせる第一のものは疲労と[ストレス](#)。 [最近](#)物忘れがひどいという人は、疲労や[ストレス](#)がたまっていないか点検する。疲労を回復するだけで、良性物忘れは回復する。

・ [退職](#)前から、[会社](#)とのつながりや地域とのつきあいを考えておく。

・ [前頭葉](#)障害……道具を用いる複雑な行為ができない、地誌的[記憶](#)の障害……炊事、[陶芸](#)、[園芸](#)など、道具と手を用いる行為を勧める。

・ [側頭葉](#)障害……[言語](#)。理解が悪くなり[意思表示](#)も少なくなる。……家庭でもできるだけ会話。地域の[老人クラブ](#)に参加し友人を作る。

・ 物忘れをして同じ話を何度もするから嫌われる。そこで自分から話をしなくなる。

・ [痴呆](#)があるから[老人クラブ](#)に行きたくない。重度[痴呆デイケア](#)では物足りない。そこで「[軽症アルツハイマーデイケア](#)」が行われる。

・ 「物忘れ[外来](#)」や「[メモリークリニック](#)」が増えている。

2778

何でも話せる状況と作り話もしてしまう状況との差を[認識](#)すること。 [治療者](#)の[環境](#)設定として大切。

ほじくることと、受けとめることとの、差。

受けとめた内容に嘘が混じっていても、それがその人の[人生](#)の再構成であればそれでいい。生活史を語るとは、自分なりの再構成である。誠実であればよい。

そうでなくて、[プラス](#)であれ、[マイナス](#)であれ、[治療者](#)への[プレゼント](#)であるならば、[治療](#)としてはどうだろうか？

2779

分裂病の[自我](#)障害を、[解離性同一性障害](#)と見る見方。さらに将来は、注意の分配の障害として見る見方もありそうである。

[解離性障害](#)も、結局、注意の分配の障害ともいえる。

注意の障害として[精神](#)症状のあれこれを[記述](#)できないか、考えることは[意味](#)があるかも知れない。

2780

物忘れ[外来](#)

[めまい外来](#)

[更年期障害外来](#)

[自律神経外来](#)

うつ傾向[外来](#)

など、専門[外来](#)形式をとる？

早期診断をして、投薬と生活指導。

2801

「[ストーカーの心理学](#)」福島章 ([PHP文庫](#))

●なかなか面白い。恐さがある。

・乳児は母親に絶対的に依存する。相手は無条件に自分を満足させる。そうでなければ乳首をかんで攻撃する。ただ求めて得る。ギブアンドテイクはその次の段階である。[ストーカー](#)が、「そんなことをしたら嫌われるだけだ」と思われる行為を止めない理由はこのあたりにある。いうことを聞かなければ「乳首をかんで攻撃する」、そのことによって被害者と[ストーカー](#)は一对一の関係に入る。

相手に好かれるためにはどうすればよいかという[思考回路](#)は働かない。

[アメリカ](#)で[マドンナ](#)が[ストーカー](#)に侵入されたとき、[マドンナ](#)は法廷に立つことを拒否した。しかし出廷しなければ逮捕するというので、無理に引きずり出された。その時彼女は法廷で語る、「このようにしてわたしが彼の前に立つ、そのことで彼の欲望は成就された。この場面こそ、彼が望んだものだ。」

・パラノイドには分裂病の軽症型と見られる[パラノイア](#)と、特別の性格の人に心理的・環境的[ストレス](#)が加わって起こる[心因性](#)パラノイドの二種類がある。妄想以外の点では正常者と変わらない。

・[自己愛性人格障害](#)。[自己中心的](#)で、自身、自負心が強く、自分の有能性と万能感にだけすがって生きている。他人の存在や感情には無関心で、本当の意味で人を愛することができない。いつも自分が賞賛され関心の中心で、ちやほやされないと不機嫌になる。人を愛するもの、その人が自分をほめてくれることを期待してである。いったん拒絶されると、これまでの愛の対象に対しても激しい怒りや攻撃性をもって反応する。他人の愛情を得られなかったことに落胆するのではなく、自分がそれほど有能でも魅力的でもないことを思い知らされるから怒る。これを「自己愛性の激怒」という。

●現実的ではない自信。妄想的自信。有能性・卓越性の幻想。しかしこれだけならば、妄想性障害と言っていいはずではないか？妄想的自信を抱いていることではなくて、それが傷つけられたときの反応の仕方が激烈であり、その反応の異常さゆえに[人格障害](#)というのではないか。

2802

人間である限り、[ストレス](#)状況で神経症成分が観察できる。いろいろな病気の際に神経症成分を吟味・鑑別することができる。精神病の場合には、神経症成分も本来の病気である精神病と同じ精神領域の症状になるので鑑別は一層困難であるが、それでもやはり区別して考えることができそうである。

2803

[精神病院](#)や[老人病院](#)で仕事をしている自分に疑問を感じないのだろうか、同業者の皆さんは。高

すぎる倫理観を振りかざして、他人様を非難しようというのではない。自分の実感として、こんなことを続けている人生はよい人生ではあり得ないと感じるのだ。

どうしようもないのだろうか？本当に？おかしいと思う。

例えば、[自殺未遂](#)で[救急病院](#)にかつぎ込まれたときに、救急の医師は冷淡であるといわれる。[死にたい](#)奴を助けるなんて、という気持ちがあるのだという。また例えば、[精神病患者](#)を外科に依頼したときに、どうせ[精神病患者](#)でしょうという気持ちがないでもないらしいといわれる。もちろんあからさまではないだろうけれど。

このような「差別」の雰囲気蔓延しているのではないだろうか。その上に精神医療は成立している。どうせこんな人たちを扱うのだから、あまり高い倫理は要求されないと高をくくっている。それでも彼らを扱ってやるんだからありがたいと思え、そんな気分があるのではないか。いずれにしても、人間として最高の倫理を実践してはいない。そのような場所である。退廃がある。精神医療ばかりではない、社会全体がそのようなものなのだとはいえ、確かにそうだろう。そのような[ちんぷんかんぷん](#)な場所でもどうかこうにか動いているのが人間というもの、社会というものの実体であるといえはその通りだろう。だから、どの分野でも、それほど高級なことを要求するのは間違いだといっていいだろう。それが一般論である。

しかし自分がそのような場所で生きたいかどうかはまた別ではないか。

2804

新聞で、性犯罪被害者の手記が出版されたとの記事。自分が「モノ」になったような気分。人格を否定され、惨めな悲壮感。「わたしは人間の形をした、ただのモノなんじゃないか」と思った。そしてその後の、警察でのひどい扱われ方。

昨日の夕刊では、こころを忘れている、倫理はどうなったという対談。人間の行動を快楽を求めてとか有利だからとか、そんなことで説明しようとして、「こころ」を忘れてしまっていると二人の倫理関係の老人が対談しているのである。

人間がモノであることは否定しようがない。こころという、モノとは別の次元の事象があると信じればいろいろと都合がいいとしても、それもやはりモノの次元で説明できることだろう。そのような穏当な唯物論までも否定するなら、それは「否認の機制」である。

しかしこれは認識論の次元のことだ。目の前にいる人間をモノとして扱うとしたら、こんどはそうした態度が病的である。認識論の次元と、対人関係の次元とを混同して、唯物論としてまとめるなら、それは大きな混乱である。

「モノ扱い」は、結局「支配の感覚」だと思う。[ボタン](#)を押せば動く、それだけの存在。[ボタン](#)を押す人と押される人との間には無限の距離がある。

対話は対等な話でもある。

[ストーカー](#)の話で、性関係を考えるときも、結局は支配の関係で考えることしかできない人があるらしい。そのようなこころの傷つきはどのようにして修復され、望ましい発達の機会を与えられるのだろうか。

人間のこころも、植物が成長するように、放っておけばすくすくと普通に成長するものと思うの

だが、人生には阻害要因がそれほどまでに多いのだろうか。

社会で生きる人間の属性として、いろいろなことがらを身にまとっている。社会的地位、生い立ち、家族の関係、友人の関係。そうしたものをはぎ取られて、ただ徹底的に「モノ」であると思知られるときがある。例えば、手術台に乗せられて麻酔をかけられたとき。密室で暴力にさらされたとき。「社会の中での自分」がはぎ取られて、肉体として、モノとしての自分がむき出しになる。肉体といっても、[スポーツ](#)やよい意味での[セックス](#)は、自分をモノと感じなくてすむ。むしろ、惨めさとは逆の位置にある。その対極にある、自分という存在の[無意味](#)さ、無力さにつながる体験を押しつけられて、自分は「モノ」に過ぎないと思知らるとき、耐えきれない大きな傷になる可能性がある。

一言で言って、「無力感」の体験であろう。

自分の意志が反映されず無視される状況におかれる苦痛。意志発動の主体としての感覚を剥奪される。一方的に翻弄されるだけの存在。

そのような場所で生きてゆく方法は何があるか？最悪の場合、意志など消去しても生きていける何かを持っていればまだましである。何もない人もいる。たとえば[精神病患者](#)は意志を剥奪され、かつ、なんら取り柄がない。

自分がモノになってしまったという感覚を反復して味わいたいとするなら、外傷性障害と似ている。戦場での兵士。娼婦。

2805

[テレビ](#)で。私鉄の東武は利用者の減少に驚いている。満員電車対策を急いでいたが、利用者数の自然減があり、目標は達成されてしまった。少子化で通学定期の使用が減少、不況の解雇で通勤定期の使用も減少、この二つが大きな要因と分析している。しかし東武では大規模団地を二つかかえており、その地域での人口増加を計算に入れれば、将来はそれほどの落ち込みにならずにすむと考えている。

これまで増加の一途だった鉄道利用者にもこのような変化が現れている。日本の社会は変わるだろう。

2806

[援助交際](#)の是非について有効な説得の方法がないという。

これは例えば、[ドストエフスキー](#)が描いた世界と似ている。「この世の害悪となっている老女を殺害する権利をわたしは持っている」と考えた男。一方で、「自分の体をどう使ってもいいではないか。誰かに迷惑をかけたか？」と居直る女。

認識論の次元と対人関係の次元とを混同した錯誤ではないか？[ドストエフスキー](#)は故意に混同して読者を錯誤に引き入れて、その錯誤の仮定の上に、どのような運動が発生するか、展開して見せた。前提条件を設定しておこなう[シミュレーション](#)のようなものである。

この世界の原理的なあり方と、人間が社会の中でどう生きるかは、直結していない。前者から後者を演繹できるわけではない。遠い前提ではあるが、決定しているわけではない。？

2807

宇沢が、「[経済学者](#)にだまされないようにするために[経済学](#)を勉強する」という話を紹介している。[精神医学](#)者にだまされないように、[精神医学](#)を勉強する。これでもいい。

2808

「現代は過剰に合理的である。その反動としてオーム事件のようなものが起こる」などと山中康裕（臨床[ユング心理学](#)入門）。わたしはその反対で、現代も依然として合理性の欠如が著しいと思う。

合理性という言葉にも幾層もの意味があるようで、それを区別してからでないとかっきりした意味は伝わらないのではないか。

例えば、[現代社会](#)は効率の追求にのみ忙しいと論じられることも多い。標準的な意見である。

「[効率的](#)」の反対は、[ゆっくり](#)と人間的なゆとりを持った生活態度といったあたりか。結局それは、人間的なゆとりを[効率的](#)に追求しているに過ぎないではないか。

効率性の追求に罪を求めるのは皮相的で[頭が悪い](#)。

目標と方法と分類する。効率追求はつまりは方法の分野の話である。目標はたいていは企業の利益であったり、個人の利益であったりする。それらを非[効率的](#)に追求すればよいという話ではないのだ。論者のいうところは、ゆとりをもっと[効率的](#)に実現せよということだ。それを悪い頭で、効率追求が悪いと表現しているに過ぎない。

方法の次元で、[効率的](#)でない方がいいというなら、理解不能である。目標がゆとりであればそのように、利益であればそのように、さっさと実現すればよいはずである。非効率のほうがよい面があるというに一なら、それは非効率を目標として掲げるべきで、その場合の方法としてはやはり[効率的](#)であった方がいい。

方法としての非効率をいうなら、もっと説得力が必要だ。

2809

「臨床[ユング心理学](#)」（山中康裕）

- ・魂に呼びかける仕事
- このような言い方は聞こえはいいが、どうだろうか？その実態は何かと厳しく問いかけたい。
- ・[ユング](#)はナンバー・ワンとナンバー・ツールの自分があったという。→●[解離性障害](#)と見える。
- ・神経症。表面的には立ち向かわなければならないものから退却している。しかし実は立ち向かうために必要な[エネルギー](#)を蓄えつつある状態。そしてそこから立ち直るためには、「これではいけないのだ」というもう一つの心の声が必要である。
- 現状をよい観点から捉えたとすれば、このような言い方が可能になる。それはとてもよいことだと思う。
- ・[フロイト](#)と決別後の[ユング](#)は七年の内閉生活を送る。外界との交流を少なくし、自らの内界と進んで深くつながった。

●やはりこのような時期が必要なのではないか。学びの旅の宿りのようなもの。

・自分の出会った経験のすべてが、「自己」を実現する方向、一本の自己への道につながるものであった。神経症は一つの退却であるが、それも次なる自己を実現するための退却であった。

●「次のための」と考えるか、現在は現在のためにあり、それ自体でよいものとして完結しているとみるか。苦難の時期が、将来のために役立つと捉えるのもいい。しかしそれ以上に、苦難も現在の人生を輝かせていると捉えられれば、さらにいい。

●人生の各断片が総合・統合されて、意味のあるまとまりとして姿を現す瞬間。それは幸福である。

・高い境地を実現するというのではなく、むしろごく自然な「あるがまま」の自分になるということ。

・心身症。感情の表し方が非常に[ストレート](#)で、例えば怒っているかそうでないかは明確に分かるのだが、その間のこまやかな[感情表現](#)ができない。心身症に共通の特徴である。……そして、攻撃性の表出は回復のために必ず経なければならない[プロセス](#)である。

・ずいぶんと無駄なことに延々と時間をかけて、と思う人もいるかもしれない。しかし、どのような生き方を選んでも、何一つとしてむだなことはないのが人生である。

東京から京都まで、[新幹線](#)で二時間、[江戸時代](#)だと徒歩で五十三日。生きる意味においては全く等価である。どちらの道を選ぶかは、一人一人に委ねられている。

すべてを知ることではできなくても、その中で魂が震える一ページに出会うことができれば、それは次からその人の糧となっていく。

・分裂病……「本当の自己」は現実から遊離し、「にせの自己」が人格の外側を覆っている。本当の自己は奥深くで殻に閉じ込められているので、体験をすることができない。つまり、成長が止まってしまっている。「本当の自己」が殻を破るように成長して「にせの自己」を凌駕すれば治る。

・[躁うつ病](#)……感情と人格が乖離。

・神経症……人格そのものは保たれているが、過度に抑圧された[コンプレックス](#)によって、何らかの考えにとらわれたり、何らかの行動や症状に精神活動の一部を支配されている状態。しばしば何らかの葛藤がみられ、その葛藤から距離を置くために、人格そのものの痛みを防ぐために、何かにせの症状ともいべきものを作り出す。抱えている問題の本質に触れることがあまりに辛いので、寸分の狂いもなく儀式を遂行することに[エネルギー](#)を費やして、そこから回避するという方法をとっている。[ヒステリー](#)の場合には、体の方に症状を出すことによって、葛藤を回避しているとみることができる。

2810

腑に落ちるたとえ話が語られたとき、人は真に理解する。[チャート](#)にして理解できたとき、人は真に理解する。

治療もこのようなものではないか。理解を助ける物語を提示する。仮説や[チャート](#)を提示する。

2811

[テレビで宇沢弘文](#)。

- ・体にメスを入れて傷をつける。それが許されているのは医師だけだ。
- 精神科医療は心にメスを入れる。その自覚が大切である。
- ・教育は刷り込みである。そして再教育はできない部分がある。だから[教育者](#)の責任は大きい。
- なるほど。一度限りの教育チャンスというものがある。
- ・感情を分かち合う。
- ・[ヒポクラテス](#)の誓い。
- ・患者からの評価でいい医者が選択されるのか？
- ・[レセプト](#)制度の矛盾。[ベテラン](#)も新米も同じ。聴診器の[ベテラン](#)は unnecessary 検査をしなくても分かる。診察回数も少なくすむ。

2812

「心身症を治す」（山岡昌之）[茅ヶ崎図書館](#)で。

- 頭の悪そうな、勉強の足りない、文章である。[これはひどい](#)。しかし一般人の[知的水準](#)を考えればこれでいいのかも知れない。そういった絶望的な現実が目の前にあるのである。
- 母子関係の不全や生育歴の欠損に原因を求め、母親に育て直しのようなことをさせている。これは一般の人には「ウケル」のだろうけれど、やはりひどいと思う。原因が分からなければ、生育歴の傷を拡大して指摘する、これは悪い習慣である。[自閉症](#)のときも、分裂病のときも、このような態度が見られた。探せばそのような傷は必ずあるのである。指摘された人は後ろめたいので受け入れるしかない。昔、結核の原因も倫理的な面に求められ、その傷を指摘されると受け入れざるを得ないという事態があった。宗教者は狡猾にも、そのような人の弱みを利用したのである。いま、同じようなことを医者が行う。ひどいものだ。

2813

- 器官選択の問題。例えば、昔あった、植物の場合の必要栄養の図が思い出される。樽があり、樽を構成する木はそれぞれ長さが異なっている。水を満たしていくと、一番短い木のところから水が漏れる。そのような図であった。
- 水は[ストレス](#)に対応する。木は器官である。[ストレス](#)が次第に大きくなっていくと、器官の中で弱いものが症状を呈する。[ストレス](#)はそこから逃げてゆくので、しばらくは他の器官は守られていて、症状を現したりはしない。
- そのような[脆弱性](#)は何に由来するか？ 遺伝的要因と生育要因の両方である。
- また、同じ環境にいたとしても、[ストレス](#)が人によって異なる。受け取る[ストレス](#)の大きさが異なり（つまり適応の違い）、かつ、[ストレス](#)に対する耐性が異なる。
- 適応が上手であれば、[ストレス](#)そのものを小さくできる。たまる水そのものが少ない状態である。
- [ストレス](#)耐性が大きければ、耐えられる。[ストレス](#)耐性が大きいことは、樽の木がどれも背が高くてなかなか水が漏れない様子と考えられる。

2814

●[ストレス](#)コントロールについてまとめてみること。

2815

宗教と精神病理について

呪術的思考→密教、[錬金術](#)、迷信、占い、独自の[ジンクス](#)。

強迫性儀式→[ジンクス](#)

うつの自責→罪の宗教

分裂病性超越→超越神

宗教の超越の面と、集団力動の面。超越は分裂気質的、集団に安らぎを求める傾向は循環気質的。
。

2816

生育と性格

特に几帳面に着目。生まれ持った几帳面と、後天的にしつけられた几帳面と。躰とは几帳面さを定着させる訓練である。

他には超自我。ひいては[自責の念](#)。後悔の念。これらは後天的にしつけられる要素が大きいのではないか。

2817

真の犯罪抑止力は何か。

「[援助交際](#)」で、「人に迷惑をかけていないからいいじゃない」と語る。

例えば、親に申し訳ないと思わないか。育ててもらった恩はどうなるのか？

そのような生き方がいい人生なのだろうか？

[大蔵省](#)の役人がおかしい接待を受けていることが次々に報道されている。これも本人たちは「大したことではないだろう」と思っているはずである。見つかってまずかった、しかし大して迷惑をかけているわけではないと思っているだろう。料亭や[ゴルフ](#)が何だというのだ、大したことではないだろう。上に行けばもっと濁っている。

[大蔵省](#)の役人も「誰にどれほどの迷惑をかけましたか？」と反問することもできるだろう。「ご馳走したいという人がいるからご馳走になりました」、誰かのご迷惑になりましたか？というわけだ。

要するに、見つかって損をしたな、という雰囲気である。

[マスコミ](#)報道は日が経てば誰もが忘れる。家族などの範囲でいえば、つきあう人たちは会社や役所の身内である限りは、大して罪に思っていないだろう。みんなが同罪なのだから。

村落共同体のような形の、ある程度[プライバシー](#)のない社会が基盤にあってはじめて、犯罪の抑止につながるのではないか。「こんなことをしたら、世間に申し訳がない」という「世間」が実

体的なものとして意識に存在する。「こんなことをしたら、家族にすまない。子供が恥を受ける。など」

まるで、[日本国憲法](#)に書いてある、権利と義務、[基本的人権](#)が、そのまま歩いているかのようだ。人間というものは、そのような権利義務関係以上の存在である。それなのに議論は「人に迷惑をかけない」といった低い次元のことに帰着してしまう。理論化するときはそのようにしか言えないかもしれない。しかし人間が実際に生きているということはもっと深い感情であり遠い希望である。

母乳哺育をやめて、母親との哺乳を通じての交流が失われたとき、人間精神の生育に重大な変化が生じたとする指摘は説得力がありそうだと思う。それは動物を飼育しているのと変わらない。

2818

倫理の感覚 適用範囲の錯誤

例えば、宇宙規模の感覚でいえば、地球上に生命が誕生し、人間が発生し、社会を作り、いま自分が生きている。倫理といっても、局所的で、大して理由はない。やりたいようにやっているのだ。理論的には何もあなたを止められない。たとえば[ドストエフスキー](#)の[ラスコーリニコフ](#)である。

一方、日々を生きる人間の感覚がある。家族がいて、友人がいて、自分としての歴史があり、希望があり、そうした特殊事情を抱えて生きている。地域や時代の倫理感情や価値観に支配されて生きている。そのことはバカにはできないし、御破算にもできないものだ。なにしろ感情は自動的にそのように動くのだ。従うしかない。

簡略化していえば、「理論の要請」と「実際の感情」の対立である。理論の要請は、まるで宇宙規模の理論で[日常生活](#)の倫理を語るようなもので、適用範囲の錯誤である。

2819

注意の理論

意識は暗い部屋のようなもの。[懐中電灯](#)で部分部分を照らす。これが注意の機能。抑圧や解離などといわなくても、いろいろなことが説明できる。

2820

悪い人生はあるか

人生から何を学ぶか

人間はいつ成立するか

「悪い人生」と思える人生の場合にも、距離を持って考えれば、たとえば宇宙的な規模の感性で考えれば、悪いことはない。悪いと考えてもいいが、そこから何をくみ出すことができるかという問題が大切である。

人生というものは教材である。そこから何を学ぶことができるか、それが大切である。そう考えれば、よい人生や悪い人生というものはあまりないだろう。どのような人生であれ、そこから何

を学ぶか、そのことの方が大切だ。学ぶべき何もない人生というものは考えにくいだろう。しかしそういった思考は、はるかな距離をとって考えるから成立するのだ。間近に見ていけば、人生の幸福と不幸は比較的明瞭である。だからこそ人は幸不幸に敏感になり、神を恨んだり、人を妬んだりする。

人生を見る地点をどこに設定するか。ずっと遠くと、近くと、いくつかの視点を持つことができれば、バランスのよい把握ができるだろう。これは心理療法家にとって必要であり、かつ、このことを患者に伝えることが必要であろう。

遠くから見れば、苦痛もいとおいしい。近くから見れば、そんなことを言うてはいられない。

苦しみはある。しかしそこから何を学ぶかは、主体の問題である。

傷口があって人の優しさがしみるように、苦しみがあって、[神との対話](#)が始まる。感謝するだけの神ではなく、問いかけかつ問いかけられる神との関係が始まる。その時はじめて人間が成立するのだと思う。

2821

「母乳」山本高治郎 ([岩波新書](#))

●土居健郎が紹介していた。なるほど大切な指摘を含んでいると思う。

・刷り込み。後追いの対象となる個体は、そのひなの生涯を通じて不変で、変更を許さない[ユニーク](#)な存在となる。異なった種の里親の鳥に育てられたひなは、成長となった場合、性的な反応を里親の種の異性に対してのみ示し、自分の属する種の異性には示さないことが確認されている。性的固定が、自分の続さない種に対して起こったり、人間に対してすら起こる。

●本当だろうか？動物は鏡を使うわけではないから、自分が何であるかは分からないはずだ。刷り込みの時点で親となって種に自分は属すると考える。それはよい。しかし、配偶行動の段になって、自分は相手と同じ種のもりでも、相手は相手と同じ種であるとは判定してくれないだろう。しかも、種の中でも異性に対して配偶行動を起こす。自分とは異なる種について、異性が同性かの区別ができているのだろうか？[オオカミ少年](#)の場合、刷り込みが[オオカミ](#)を対象として起こったわけだ。

・出生から二週間、子は親に固定され、親は子に固定される。母性愛という愛が点火する。ヤギの場合は分娩後の数分間、ヒツジの場合は数時間、[ネズミ](#)の場合は三日間。人間は二週間程度。母とこの最初の日々はきわめて貴重な日々である。

・ゴム乳首。二重に不幸である。母性愛の火に待ったがかかる。新生児は最初にゴムの乳首の吸い方を覚えてしまう。

・子宮外の胎児の状態は満一歳の頃まで続く。その未熟の脳に、ということは発達をとげつつある脳に、[遺伝子](#)によらない多くの情報が[インプット](#)されてゆく。ポルトマンは、「人間の尊厳は、子宮外に出た胎児の期間に獲得される」と述べる。

・母性愛は、出生後二週間ほどの間に、母と子がどのような蜜月を過ごすかにかかっている愛情である。

・母親が子供に乳を与えることをnursingという。

- ・乳房から直接に乳を与えることは、単純に食物を補給するというだけでは終わらない。
- ・工業化。人の心を満たす何ものが失われた。
- ・聖アウグスチヌスは小児のもつ[天衣無縫](#)の行動の中に、人間の原罪の萌芽を認めていた。母親が自分の子供に哺乳する行為すらも、一種の肉欲によるものであるとしていた。子供が泣くたびに乳を与える行為は、放縦につながる行為だった。
- 母親は子供の泣き声が聞こえる範囲に常にいて、一日に何度でも好きなだけ乳を与える。これが理にかなっているという。
- ・[エストロゲン](#)は少女を女性にする。プロラクチンは女性を母親にする。
- ・乳頭に吸啜反射→[視床下部](#)プロラクチン分泌抑制因子が休止→プロラクチン分泌
- ここで[ドーパミン](#)がプロラクチン分泌抑制因子である。[ドグマチール](#)の副作用。
- ・[オキシトシン](#)は乳頭の筋上皮細胞に作用して、射乳。プロラクチンは腺細胞に働いて乳汁産生。
- ・[多発性硬化症](#)は髄鞘が変性する病気。自律神経は植物神経とも呼ばれ、髄鞘がない。錐体路は髄鞘がある、有髄神経。新生児は満二歳で髄鞘化が完成する。
- ・牛乳は母乳に比較して、蛋白質と電解質が多い。熱量が同じ場合には、電解質と蛋白質を過剰に摂取することになる。未熟な腎臓で処理する必要がある。しかし、濃い尿をつくることができないので、多量の水分を必要とする。水だけを要求することはできないので、さらにミルクを飲まされることになる。酷暑の際に乳児にみられる夏季熱は、体温を犠牲にして、浸透圧を正常に保とうとする。その結果が体温上昇になる。水分を与えて一汗かかせると体温は低下する。
- ・幼児は耳が聞こえていないのではない。刺激が繰り返されると慣れを生じる。これは高位中枢が働いていることを意味する。
- ・虐待が、新生児期に集中医療看護を受けた未熟児に多発する。親とこの間に愛が成立しなかったことを物語る。母乳哺育を通じての母子の関係は、人間の尊厳の獲得に通じる。
- ・出生後一時間以内に、母子が哺乳により結ばれれば、人間にとってのもっとも幸福な体験を持ったといえる。
- ・母乳を与えること自体、母親の心をやすめる。プロラクチンが[トランクライザー](#)の働きをする。
- つまりは、母乳哺育以外の方法で育てられた場合には、精神的に重大な欠損を残して生育する可能性があると考えられる。人工栄養はそのような効果をもたらしている。近年の若者の「出来損ない」の様子を見れば、納得させられるところがある。人間として異質な人たちであり、そうした人たちが今度は親になる。ますます異質な人間になるのではないか。そして「向こう」からみれば、母乳保育された人間は異質と映っているのではないか？感性も倫理も価値観も、異なった世界ができて、それはそれでいいのだろうと思う。二種類の人類が同居して、お互いが違う種類であると認知していないと、居心地が悪いことになるだろう。新人類という現象はこうしたことと関係しているかもしれない。スタートにこの事実があり、さらに生育の過程で、[学校教育](#)、家庭のあり方、地域社会のあり方、遊びの仕方、いろいろな要素が絡んでくる。

2822

[ホルモン](#)の嵐→[思春期](#)と妊娠・出産期→これは女性の場合の分裂病好発期
[ドーパミン](#)が、プロラクチン阻害因子であること

2823

すりこみ

刷り込み時期に、子に刷り込みが起こり、同時に、母親に母性愛への点火が起こる。

(刷り込みと[ホルモン](#)の関係)

同様の点火が[思春期](#)に起こる？

最近の事件。[シンナー](#)中毒の既往がある青年が、道路で見ず知らずの人を包丁で切りつけた。朝、通学途中の[女子高校生](#)を重体にし、[幼稚園](#)のバスを待っていた[女の子](#)は逃げようとして転んで殺された。それを助けようとした母は重体。犯人が逮捕されたときには背中に包丁が刺さっていたという。

母親は子供を見捨てて逃げることもできただろう。しかしそれをしなかったのはなぜか？

「ソフィの選択」のソフィは、子供を見捨てたことが外傷体験となる。その傷を癒すことができなくて、苦しみ、死に至る。

母性愛の[ユニット](#)が彼女を許さなかった。内側から苛む声となった。

2824

自分は何をしたいのか。自分はどうなりたいのか。その[イメージ](#)を明確に持つこと。くっきりと細部まで[イメージ](#)できるようになること。そうすれば実現に近い。人生を生きる[ポイント](#)である。

2825

「季節性うつ病」([ローゼンタール](#)) [講談社現代新書](#)

精神療法についての比喻

[コンピューター](#)ソフトにバグ(間違い)があり、繰り返し何度も同じところでエラーが発生する。そうしたエラーを訂正すること。

家の中にいるハエが外に出ようとして[ガラス](#)に頭をぶつけている。そこに[ガラス](#)があることや、後ろに飛ばばドアが開いていて外に出られることなどを知れば、問題は解決する。ただ状況を知ればよいだけである。

神経症者は間違いから学ぶことなく、同じことを何回でも繰り返すといわれる。

[フロイト](#)は幼児体験に遡る。(●幼児期の内的欲動の興奮体験。興奮させられても、解消する方法を知らない。)

2826

変な理論

うんちが臭くて足が丈夫な人。なるべく遠くに臭いうんちをするから、自分の領域を広く保つことができる。すると食料を多く確保できて、家族をたくさん養える。

赤ん坊はうんちが臭くない。老人になるにつれて臭さが増す。これは遠くにはいけなくなるが、自分の領域を確実に確保する働きがある。

遠くにうんちを置くには足が速くてかつ我慢できなければならない。下痢気味が続くとよくない。領地をとられてしまう。

老化に伴う変化の中で、進化論的に有利なものがないか？

2827

「[1998年精神医学的考察](#)」と題して考える

2828

[躁うつ病](#)者の認知は、「ないものをあるとする妄想的な認知」ではなく、「あることはあるが、それほど過大視するのは間違っている」といったような認知である。ないものがあるとするのはひどい間違いであるが、あるものを過大に評価するのはマイルドな間違いである。

これは注意の[スポットライト](#)の当て方の問題ではないか。

「ないものをあると認知する」のは、結局、「自身の内面にあるものを外部にあると誤認する」ことだろう。言い方を替えただけでも見えるが、かなり違うように思える。

2829

人を愛することはどのようにして報われて、[ポジティブ・フィードバック](#)のループが形成されるのか。報酬系は何か。考えてみる必要がある。

愛がなくなっているのは、報われず、強化されないからだと思う。

報われない愛を救済するために、神の愛が役立つと思う。人のためと神のためと自分のためとの三者が一致する地点では幸福である。

2830

ギブアンドテイク

境界例

子供がそのまま大人になった（あるいは不適切で大幅な退行状態）

自分の命、自傷他害を武器にして、親が示すのと同程度の関心を引き出す。

境界例は、衝動性が高く感情制御が悪いという特徴がある一方で、他人にあれこれ無理な要求をするという印象がある。「無理な要求」というのは、大人だったら普通であるギブアンドテイクの原則を逸脱して、まるで乳幼児が親に何かを要求するような態度である。乳幼児と親は特にギブアンドテイクというわけではない。それをそのまま[大人になっても](#)やっている印象である。これは生育不全というべきか、極度の深い退行というべきか、両方の要素があると思うが、やはり

退行がひどいのではないかと思う。

普通ならばそのようなおかしい要求には誰も応じないものである。ところが、彼らは命や自傷他害を武器して周囲に要求をのむように迫る。周囲の人の中には優しい人がいて、「親のように」ギブアンドテイクではない関係に入り込む人がいるものである。そのときに境界型人格障害的人間関係が成立する。一方的に要求して、一方的に利益をかすめ取る。

愛情という利益をかすめ取られた人がきっぱり絶縁してしまえば、それで終わりである。しかし絶縁できずに続けてしまう。境界例の女性に対して、あくまで優しい夫がいるものである。また、衝動的で感情統制の悪い娘に対して、なされるがままの母親がいるものである。

その場合、普通ではギブアンドテイクになっていないけれど、実はギブアンドテイクになっているという深い事情があるのではないか？だからこそ境界例は存在していけるのだと思う。

ギブアンドテイクよりは、親と乳幼児の関係に近い。親が乳幼児の要求を聞き入れて自分達も楽しんでいるのには理由がある。それと同じような何かがあるのではないか。

2831

うつ状態の進化論的な意味

不適応のサイン

異質の遺伝子の導入を促す仕組みの仮説（適応状態と免疫システムと精子製造細胞とが連動して働く）

適応の仕方を変えてみる柔軟性が求められている。死ぬことが求められているのではない。それは過去の社会の話である。現代では、知識や経験の蓄積は大いに価値がある。

自己保存本能、種保存本能、集団性本能の衰退→つまり死ぬということ。

生殖年齢を過ぎてからの発症……「もう要らない」という集団からの通告

不適応な個体は集団のお荷物になる。そこで排除の圧力が働けば「好都合」である。（集団の生存可能性としては）

→ではそれに抗して生きる理由を持つためにはどうするか？存在の理由、価値がある、必要とされている、みんなのためになる、そこが信じられればいい。→しかしそこに妄想的で訂正不能の思考が入りこんでいる？

不適応遺伝子の排除は集団のシステムとして確保しておかなくてはならないだろう。そうでなければ、その集団は衰退する。

しかしそれは過去のことであって、これから先の人類がどのように選択するかは、我々の自由である。「自然のままに」することが最良であるとは限らない。

2832

「ボーダーライン」（町沢静夫）丸善ライブラリー(1997)

●日本語の推敲が不十分である。誤植や校正ミスと思われる部分はいくつもある。

●恋愛転移が当然のコースのように書いているが、これはどうだろうか？治療者の中に内在する欲望を読みとって患者がサービスしている面があるのではないか？

●たとえば症例で、どうしてもなくなり閉鎖病棟に移ってもらったところ、医者は何も分かっていないといいながら、退院してから後は仕事に就いている例があった。これなどは、理解されるかどうかではなく、社会復帰に役立ったかどうかでみるならば、閉鎖病棟の無理解な医者が有用だったということになるだろう。（治療の全体の経過というものがあるから、このように単純化するのには危険ではあるけれども。）

・フロイトの時代は欲望の抑圧の時代であった。現代は欲望の発散の時代である。

●フロイトの時代には強すぎる抑圧があり、それに拮抗して強すぎる欲望があり、症状を形成していた。そこで抑圧されている欲望の内容を意識化することで症状を消した。抑圧を解除して欲望を満足させてしまうのは社会的に容認されないとすれば、欲望を意識化するという解決はとてもスマートであった。

現代は抑圧が少なすぎる。従って、自分の内部の欲望をコントロールする方法を学ぶ必要がある。しかし現代の消費社会は、欲望をあおり立てる。そして火をつけられた欲望を冷ますには、金がかかる。広告があおり立てる欲望をコントロールするとしても、広告産業はさらにどぎつく欲望を刺激する。それが商売だからだ。プロの技で欲望を刺激されれば、制御の弱い人たちはひとたまりもない。カード地獄に陥る。借金を返済しようとして、人生をだいなしにしてゆく。

しかし結局は、そうした「欲望をあおり立てるもの」に抗するように、欲望制御を学ばなければならない。非常に困難であるだろうけれど。このような「学習」はいかにして可能であるか。難問である。

嗜癖の問題はこうしたことの線上にある。境界例の場合も同じ。対人関係嗜癖と捉えて、どのようにして自分の内部の欲望や感情を制御できるか考える。

しかしある程度は生物学的に規定されているものだろうと思う。

2833

テレビでひとくち知識

不眠症。交感神経と副交感神経のバランスが悪い。交感神経は太陽、副交感神経は月、昼と夜にそれぞれ優位になる。夜になっても緊張してぐっすり眠れないという人は交感神経優位の状態が夜になっても続いている。交感神経から副交感神経への交代がうまくいっていない。

背景にはストレスがある。持続的ストレスがあると、交感神経の興奮がいつまでも続いてしまう。

ラベンダーは副交感神経を優位にする。休息のためによい。

ローズマリーは交感神経を優位にする。集中力を高める。

持続的交感神経興奮状態。ストレスの実態をこの面から考える。

2834

SSTでは、受信→処理→発信モデルを使う。

認知療法では、出来事→認知→反応モデルを使う。

類似している？

脳は、感覚神経→中枢で処理→[運動神経](#)となっている。だからこの類型が繰り返し登場するのではないか。

[認知療法](#)の「出来事→認知→反応」[モデル](#)はやや次元が異なるかもしれない。「出来事→認知[スキーマ](#)または自動思考→認知発生」と、ここまでで感覚が成立し、このあと、中枢処理と[運動神経](#)による反応が続く、と考えた方がよいのだろうか。

どこまでが中枢処理化については、区別はない。次第に高次の処理になるというだけで、連続している。だから中枢処理というのも正しくないと思う。

感覚から始まり、認知になり、高度の処理になり、意志発動になり、[運動神経](#)に至る。関係する[神経細胞](#)のそれぞれが、独自の処理をしているのである。

2835

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善[ライブラリー](#)(1997)

- ・生産社会から[消費社会](#)へ。(ボードリヤール)
- ・物そのものよりも、物についての情報を交換する社会。
- ・[消費社会](#)、情報社会において、人の内面はどのように扱われるか。生き方や価値観を記号的情報にすることは難しいだろう。そこで内面は疎外される。

●内面が疎外されることの原因をここに求めるのは間違いではないか。対人関係のあり方に影響を及ぼしているのは何かと考えたい。対話的關係を阻害しているものは何か。

ただ昔は内面が大切にされていたのに、現代は内面が疎外されているというなら、間違いであろう。昔は昔で、現代は現代で、問題があるのだと思う。

- ・地位、学歴、要望、[ファッション](#)などの表面的な価値は情報になりやすい。
- ・情報社会、[消費社会](#)は人の欲望をかき立てる社会。人は欲望のコントロールを失うようにしむけられる。

●ここでは大衆の欲望を操作する側と、操作される側とに分かれるのではないか。そしてさらに、欲望を操作する会社に属している人間が、家に帰って、操作される大衆の一員になる。勿論、家に帰らなくてもどこにいても操作される大衆の一人である。

- ・リースマン「孤独な群衆」で、伝統志向型人間、[ジャイロスコピック](#)な人間(個人主義、生産主体の人間、[資本主義](#)を生み出した)、[レーダー](#)人間([情報収集](#)にたけている)と分類している。

- ・価値観の混沌。価値観を持たないまま、[情報収集](#)にのみ能力を発揮する。一人おかれると自らの人生を楽しむ能力がない。孤独に弱い。一人になると情報のない[レーダー](#)になる。

- ・情報の交換が行われている機械に過ぎない。本当の喜びはそこにはない。

●本当の喜びとは？幻想ではないか？あるいは人と人との真性の交わり。

●[レーダー](#)人間というのは、現在でいえば、情報末端たとえば「[ザウルス](#)」のようなものである。[パソコン](#)でもいい。

2836

昔の物語は精神病は少なかった。障害は外部にあった。たとえば愛ゼンカツラ。

今は障害は精神の内部にある。[トラウマ](#)がいかにか癒されるかという物語と、愛の物語が交錯する。男と女が愛し合うということの中に、心的外傷の癒しが混入する。そこでは純粋な愛ではなく、別の何かが混入しているのである。

2837

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善[ライブラリー](#)(1997)

- ・意味や価値が空洞化し、人格の外枠しか身につけていない。
 - ・見かけの自由はありあまるほどあり、その自由の裏側に消費熱あるいは欲望を操る隠れた意図がある。我々はその[見えざる手](#)に支配されている。
 - ・自分なりの価値観をつくることから限りなく逃げようとする時代。
 - ・この中心のない人間こそ、[境界性人格障害](#)である。人格に核がなく、人に依存し、親密さを求めるのだが、それが得られないとなると一挙に退行し症状を呈する。
 - ・[現代社会](#)には枠が乏しくかつ不安定である。境界性人格を作り出すとともに、境界性人格に適した社会である。
- 衝動性[人格障害](#)、不安定型[人格障害](#)などと明示すれば利益があると思われる。
- ・成熟を放棄し逃避するのが境界性人格。

2838

出生前の[遺伝子](#)診断で[ダウン症](#)が分かる。この技術をどう利用するか。新聞で。

また一方では、幼児期の教育過熱についての記事。親の喜ぶ顔が見たいからと頑張る子供もいるらしい。

「命の選別」といった言葉で表現される。しかしそれを言うなら、配偶者を選択するときすでに選別は始まっている。血縁関係に遺伝しそうな病気の人はいないかなど、調査するとしたら、それは「命の選別」を前提にしているのではないか。

しかしまた一方で、[ダウン症](#)が診断されたとして、どうするかという問題は残る。どうすればいいのだろうか？[クール](#)な選別がいいように思うが、しかしどこで線を引くかという問題がある。例えば、[女の子](#)なら「要らない」との考えはどうか？「要らない」という言葉で表現されるような心理があるとすれば、それは過剰な選別かも知れないのだ。

難しい問題である。しかしながら、こうした問題は、倫理観と実利の対立である。時間が経てば確実に、倫理は後退して、あるいは倫理は変容して、実利に従うようになるだろう。

無条件に尊重されるべき命が、親の都合で選別される。それでいいのか？この延長上には、[カトリック](#)の考えがあるだろう。

だとすれば、[フェミニズム](#)の発言の中に、有力な反論が含まれているだろう。

選別の原理を拡大すれば、「自分に都合の悪い存在は消去してもよい」とすることになってしまう。しかしこのような「拡大」は意味があることなのか？一部の論理を過剰に拡大して、そのことに意味があるとも思えない。

2839

[大江健三郎](#)が新聞で書いた、「人を殺してはいけないのはなぜなのかとの子供の発言の中に大いに問題がある」とする文章に、また一人、新聞紙上で文章を発信している。灰谷も書いていた。大江が非難されている。

大江は障害者の中に、弱いものの中に、無垢の子供の中に、真に大切なものがあるとする論者の代表であったから、年末の新聞のような発言は、「仲間」から見れば非難に値するものであろう。

しかし、個人的にいうとすれば、現代日本の子供たちは明らかに一つの曲がり角を曲がったように思うのだ。

「なぜ人を殺してはいけないか」などという問いは、実際は[ドストエフスキー](#)的な哲学的な問いである。そのレベルでなら、問いかけにも深い意味がある。しかし、そうしたレベルに達していない子供が、何を考えて[テレビ](#)で発言したかが問題である。

殺人を禁じる根拠についての深い哲学的問いと、人を殺してはいけない、傷つけてはいけない、仲良くしたいとする、自然な生活感情を問い直す態度との間には大きな隔たりがあるのではないか？

2840

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善[ライブラリー](#)(1997)

- ・DSM4での9つの診断基準
 - [マスターソン](#)は「見捨てられ感」が中心と考えている。[カーンバーグ](#)は理想化と脱理想化を揺れ動く、不安定で激しい対人関係、つまりスプリッティングに関係した項目が中心と考えている。その他の多くの人たちは、衝動的、自殺のそぶり、感情の激しい変動、強い怒り、強い愛情飢餓、をあげている。
 - ・ICD10では、不安定[人格障害](#)。下位分類に衝動型と[ボーダーライン](#)型。[ボーダーライン](#)型は、自己同一性の障害、慢性的虚無感、見捨てられ感、自殺の危険、[自傷行為](#)が見られ、DSMでいう[ボーダーライン](#)に近い。
 - ・[ストーン](#)。診断基準の中に、人格傾向ではなく、症状と見なすべきものが入っている。不安定な対人関係、不適切な怒り、気分の変動性など。この点からは、[人格障害](#)というよりは症候群と考えた方がよい。
 - ・「発症」という[ニュアンス](#)が強い。
 - ・治療は自然成熟を待つ。やや軽うつ状態で治っていく。
 - ・神経症者を治すには最終的には性格の問題にぶつかる。
 - ・[スターン](#)の指摘。深刻な自己愛的病理を持っている。現実感覚が弱いので、[ストレス](#)にあうといとも容易に適応能力を失う。
- 現実感覚が弱いとは。現実検討に問題がある。これは自分の内面のことを外部のことと区別できなくなっている状態。情報の帰属を間違う。内部と外部の区別ができない。しかし、それにし

てもなぜそのようなことが起こるのか？→情報不足がそのような結果を招く？少なすぎる情報で何かを推定しなければならないとしたら、過度の推定が生じ、それを訂正するプロセスを持たない。

結局、「情報が不足し」、「訂正のプロセスが欠如している」と考えればよいのではないか。情報の不足については、内的情報遮断が起きている。内的情報遮断と訂正プロセス欠如とは分裂病の病理であると思う。

●過度の傷つき易さ。

・[カーンバーグ](#)の説。すべての患者は、性格構造として、精神病的構造と神経症的構造、その中間の境界性パーソナリティ構造の三つのうちのいずれかを持っている。

境界性パーソナリティ構造は、[アイデンティティ](#)が損なわれている、原始的防衛機制特にスプリッピング、現実見当識の保持、が特徴である。

神経症的構造では、[アイデンティティ](#)は保持、防衛機制は抑圧が主体。

精神病的構造では、現実検討能力が失われている。

[アイデンティティ](#) 防衛機制 現実検討

神経症的 ○ 抑圧

[ボーダーライン](#) × 原始的 ○

精神病的 × ×

・自我の弱さとは、不安に耐える力が弱いということ。

●なるほど、このように定義して考えるのがよいかも知れない。自我といっても結局何のことか、よく分からないのだから。

2841

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善ライブラリー(1997)

・[カーンバーグ](#)のスプリッピングは、[クライン](#)に由来している。パラノイド・[ポジション](#)の主たる防衛メカニズムであり、つまり分裂病の主たる防衛メカニズムと考えている。自我の対象の状態が、良いと悪いとにスプリッピングすることは、良いと悪いが共に混在することによる、当人の不安を防衛する働きがある。これによって自我が混沌となることを防ぎ、自我の体験を整理するのを助ける。

●「良いと悪いが混在すると不安が高まる」これは、たとえば父からの性的虐待を受けたときの子供の心理である。いっそのこと all bad であれば、不安も少ない。(恐怖は大きいだろうが)

●こう書くと、不安が内部発生のものであることが分かる気がする？

・しかしこの意味では、スプリッピングは分裂病のメカニズムである。

●分離(解離)することと、投影することの混合。「投影すること」に精神病性のメカニズムがある。

スプリッピング=解離+投影

解離は解離性障害

投影は分裂病性障害

と公式化してもよいかも知れない。

・大人の仮面をかぶった3、4歳の子供というイメージが強い。その表面の大人の部分と多くの子供の部分をどう統合するかが主たる問題である。

●このイメージは、「ヒステリーは全般的に子供に帰る。ボーダーラインは部分的に子供に帰るが、他の部分は成熟した大人である」という考えに一致する。全般性低下と、部分的低下の差と考えると良い。

・衝動制御、感情制御、うつ気分の改善、自立心育成などが治療の主目的である。
・BPDの人も、抑圧を使っている。原始的メカニズムと神経症的メカニズムの両方を使っている。

・他人への幼児的接し方。自分の依存心が満足されない場合には、大変な強い反応が見られる。他人と対等な人間関係が結べない。

●このあたり。母親でもない人に、母親ほどの巨大な愛情を要求している。

・ガンダーソンは理想化、投影性同一視などを批判。過小評価は見られるとした。
・自己嫌悪、自虐性、マゾヒズムはうつ病よりもBPDで強い。
・BPDの自殺をそぶりと考えてはいけない。操作的でない自殺も混合している。
・安定した一貫性のある自己感が障害を受けるのがBPDにとって中心的な問題であるとガンダーソンは考える。

●MPDの像に近くなる。

・一見表面的には明るくて、虚無感など持っていないかのように思われる。しかし空しさに悩んでいる。

・能力の割には達成は低い。
・研究が進むに連れて、衝動性、怒り、対人関係の障害あたりにまとまりつつある。
・境界性分裂病のグループは分裂病型人格障害。感情病圏にやや寄ったのがボーダーライン（スピッツァー）。スピッツァーの考えは、カーンバーグ、マスターソンよりは、グリーンカー、ガンダーソンを大幅に取り入れている。

2842

「ボーダーライン」（町沢静夫）丸善ライブラリー(1997)

・見捨てられ感について
・二十歳以上のBPDの方が見捨てられ感が強い。これは二次的「見捨てられ感」が混入しているから。成人後の多くの要因が絡んで生じる。つまり成人後に実際に見捨てられる体験をする。
・マスターソンはマラーの考えを踏襲している。15~22ヶ月までの乳幼児の再接近期に、母親の適切な個性化、分離化の励ましと愛情がないと、独特の傷つきやすさを有し、見捨てられうつを体験する。それが外傷体験となり、発達過程に障害を残し、全体的発達を抑制し、思春期に至って見捨てられ体験に近い体験をすると一挙に退行して、再接近期の見捨てられ感が再び大きくその患者の心に生じる。
・アメリカのデータによれば、BPDを外傷後症候群と考えることも可能な状況である。

- ・ BPDの親にBPDが多いのではないかと。彼らは子供に対して衝動的で不安定なため。
 - ・ 母子と父子で分離体験の差はないとする報告が多い。
 - 母子と父子では重みが違うように直感するが？
 - ・ 日本では虐待は少なく、[性的虐待](#)はさらに少ない。→むしろ過保護という虐待を考える必要があるだろう。遅すぎる分離・個体化。母子共生。
 - ・ 同一性障害主体型のBPDには見捨てられ感の[テーマ](#)は少ない。
 - ・ 男女の治療者が父親、母親の役割を持ち、共同して治療にあたる方が患者にも治療者にも余裕を与える。一方の治療者に対する転移を話すことで客観化することができる。
 - 「治療者に対して患者が性的欲求を持つ」と解釈している。まあ、これは理論通りだからいいのだろうけど、こんなことを言われたら、普通の患者は離れてしまうだろう。それでも離れないのは、なんとなく治療者と患者が、同じ体質を持っていて、演技的に診察場面を過ごしているような印象を受ける。
- 治療者が[エロス](#)で対応しているから、そのことを患者が感じ取って、[エロス](#)で返している面がないか？[テニス](#)のボールを最初に打っているのは、ひょっとすれば治療者の側である。自然の心の動きということもあるし、理論がそのように教えているという要因もある。
- このような症例報告を読むと、「町沢さんに？」という印象を受けるのだ。
- 恋愛転移を起こさせるような面接をして、こじらせているだけではないのか？
- ・ [自己愛性人格障害](#)を合併する人は多い。幼兒的万能感が傷つき続けると、他者からの評価過敏から見捨てられ感が生じる。
 - 幼兒的万能感が傷つけられる。これが[自己愛人格障害](#)の中核かも知れない。
 - [自己評価](#)が高いと、自己愛的になり、[自己評価](#)が低いと境界例的になると言えるか？
 - ・ 「見捨てられ感」よりも、「強い分離不安」、ないし「自立心の弱さ」と表現した方がよい。見捨てられ感や分離不安や依存心のあらわれに過ぎない。

2843

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善[ライブラリー](#)(1997)

- ・ 下位分類の提案。
- 自己の構造の障害を思わせる、分裂病圏寄りの自己[脆弱性](#)優位型。
- 絶望感、無力感、孤独感といった感情病圏寄りの症状を主に訴える[抑うつ](#)気分優位型。
- ・ 自己[脆弱性](#)優位型は、自己の感覚が不安定であり、それを補強する。支持的。[抗精神病薬](#)。
 - ・ [抑うつ](#)気分優位型は、感情コントロールが主たる治療。情緒の言語化を促し、それによって単に気分流されるのではなく、自分の直面する[ストレス](#)を明らかにし、その対応を共に検討する。そうする[プロセス](#)で感情の言語表現によって、できるだけ自己をコントロールすることを学び直し、[欲求不満](#)耐性を強くすることが心理療法で求められる。[抗うつ薬](#)。ときに[リチウム](#)。

2844

[援助交際](#)についての説得がそもそもかみ合わないわけ

説教が、マウンティングになってしまっているからだ。

「優位を示して相手をやっつけるゲーム」としてしか感じていない。だから、共感のないあの言葉「誰にも迷惑かけていないじゃない」も出てくる。

他人にこんなに心配をかけて申し訳ないと思わないのか？

まじめに顔で説得しているこの人はどういう気持ちなのだろうかと考えないのか？この人と同じ土俵に登ってあげようという優しさがいいのか？どうしてただ拒絶の言葉を吐くだけなのか？

この人は自分の人生を心配してくれているのだとなぜ伝わらないのか？なぜそれさえも拒絶するのか？

「いいような顔をしてきれいな言葉で言ってるけど、本当はあんたも私たちを買いたいんでしょう？」などとひねくれて思うのだろうか？

対話的關係がない。共感的關係がない。女子高生は相手を思いやる気持ちがない。だから拒絶があるだけ。

これは親と対するときと同じ態度である。ギブアンドテイクではない關係である。親は一方的に関心を持続していてくれる。それを前提にして、子供は自分の利益を最大にしようとゲームを始める。

それと同じパターンで、他人にも接している。「自分は子供だから」という地点から発言している。

子供だと思わなければ、「何をしても勝手だ」と言われるまでもない。勝手である。あとは法律があるだけだろう。子供だと思うから「教育的に」接したいと思う。すると、「勝手でしょう、余計なおせっかいだ」とくる。言葉では子供ではない次元で語っている。しかし相手の善意をそのように踏みにじって、なお許されるのは子供だけである。その点では子供の場所を確保している。

子供の場所を確保しながら、大人の言葉を吐いてみせているのだ。卑怯な態度である。

2845

「ボーダーライン」(町沢静夫)丸善ライブラリー(1997)

- ・治療
- ・転移の扱いがキーポイント。
- ・行動化に対して限界設定。
- ・治療目標を意識化させること。何度も再確認する。
- ・衝動性が激しい時期……限界設定、行動療法。衝動コントロール

落ち着いたたら……支持療法

さらに進んで……認知行動療法

内省できるようになったら……力動精神療法

- ・「もう一人の自分がある。悪い自分、それが出てきそうで怖い」

●このようなMPDのような訴えは、どう聞いたらよいものか。

- ・家族について

・ [境界性人格障害](#)の衝動性、あるいは自我の[脆弱性](#)は家庭そのものの混沌、あるいは親そのものの混沌ときわめてよく対応しているように思われる。

●つまり、混沌を取り入れて (introject) 内面が混沌になった。

・ 成熟が停止したというよりは、[思春期](#)に至り強い[ストレス](#)が加わり、分離不安のレベルにまで退行し、したがって急速に症状を呈するよう思われた。それは[人格障害](#)というよりも、DSMの第一軸に属する[精神障害](#)が「発病した」という[ニュアンス](#)に近いものであった。

・ まとめてみると、[境界性人格障害](#)の中核は、感情と行動の調節障害と同一性障害であり、さらに感情障害の中核は分離不安を中心とする見捨てられ感である。[脆弱性](#)としては、多彩な[精神障害](#)の遺伝負因と、劣悪な家庭環境や親子分離を有している。多くは[思春期のストレス](#)によって「発症」することが多いと考えている。

2846

「[ボーダーライン](#)」 (町沢静夫) 丸善[ライブラリー](#)(1997)

・ 自分を悪く考えてしまう傾向、対人過敏と対人依存、強迫的思考の三者が、[精神疾患](#)にかかりやすい人の認知[パターン](#)である。

●かかりやすい人というべきか、かかった人のその後というべきか。

・ BPDと[うつ病](#)を判別する項目。「わたしがいない方が家族はうまくやってくれよう」「自分が他人に必要とされている人間とは感じない」「私は人生に立ち向かう力がないと感じている」つまり、見捨てられ感の強い対人関係の障害が中心。

・ [ボーダーライン](#)についての町沢の分類……衝動型、[抑うつ](#)型、同一性障害型。……衝動型と[抑うつ](#)型が日本では多い。[抑うつ](#)型は[抑うつ](#)がとれると衝動的になることが多く、結局、衝動型を[ボーダーライン](#)の中心と考えて良い。ライヒの衝動的な性格が基本ではないか。

・ 特徴。衝動的。甘えが強い。自立心に乏しい。過剰な転移。大人の顔をしながら三、四歳の子供のように思える。[スキンシップ](#)を求める。治療者に「抱いて」などという要求は実に一般的である。

●治療者がこうした要求に巻き込まれ易いであろうことは容易に分かる。誰がこのような要求に対して上手に対処できるだろうか？心のどこかで、治療をはみ出しているのである。やはりチーム医療にするしかないだろう。

しかしまた、チームというものは容易に倫理的に墮落するものである。だから難しい。

チーム医療は、底の抜けたザルになりやすい。しかしまた一方で、治療者の個人的暴走につきあわざるを得ない患者という立場もまたかわいそうである。暴走と底の抜けたザルと、どちらも最悪である。

チームのよう面と、個人の良い面とをミックスするような仕組みを考えればよいわけだ。

[ボーダーラインシフト](#)をもっと工夫して洗練する必要があるだろう。しかしその前提として、個々の[スタッフ](#)のレベルがもっとあがらないと何もできない。それが日本の精神科医療の現状である。

・ 衝動性、感情不安定、愛情飢餓から、すべての症状の説明が付く。

・日本における過保護は、子供の自立心を奪うという意味において虐待に近い。子供のペット化である。自立心や自己主張を抑えてしまう。成熟停止を起こす。[思春期](#)になり抑制できない感情がわき出てきて、[境界性人格障害](#)になる。

・家庭の混乱が激しいと、子供は無理に「仮の自分」をつくってしまう。偽の自分をつくり、一時期しのぐ。

●このあたりはMPDと同じ考え方。

●1……抑制系の未発達に由来する、衝動コントロール不良。2……心的外傷に対処するために、解離機制を用い、それが固定する場合。

[ボーダーライン](#)はこの二つの要素の混合物であると考えてはどうか。

・BPDは単独に見られるのではなく、いろいろな[人格障害](#)や[精神疾患](#)と合併している。演技性、自己愛性、依存性、回避性など。男性なら反社会性も多い。

●小此木は、「各種[人格障害](#)が重症タイプになると[境界性人格障害](#)の像を呈する」と提案している。

・BPDは「感情や衝動のコントロール障害」と捉えられる。加えて、自立できないための愛情飢餓。つまり「未成熟による愛情飢餓」この二つがBPDの二本の柱。

●成熟とは、孤独でも不安にならないこと。不安耐性の発達。

2847

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善[ライブラリー](#)(1997)

・社会の辺縁つまり境界線上に立つ患者は、ときに一般社会に潜む偽善を告発する。社会の仕組みの[グロテスク](#)さを表現する。

●しかしそうしたことは、社会分析から得られるのではない。自分が感じている病的違和感が、見方を変えれば、社会を告発することにつながるというだけのことだろう。

しかし、社会が間違っているとしても、間違うに至るには理由があったのだ。そのことを[度外視](#)して、結果だけを批判するというのは未熟というものである。まさにBPD的な未熟さである。子供の語る真実、正義。それは原則的であり、誰も反対はできない。

宗教でいう、[原理主義](#)のようなものだ。

現実よりも原理原則を優先する態度である。

しかしこれはただ単に現実把握としても未成熟であるといえる。数少ない原理で現実のどの範囲を説明できるか、試みることは大切である。しかしそれは[思考実験](#)というものだ。

原理に現実をあわせることが大切なのではない。

またその場合の原理というものは、本当に人間を幸せにする原理であるか？そうしたことも吟味する必要があるだろう。

・BPDは「砂漠を一人歩いている恐ろしい孤独」をよく訴える。

・心の混沌を統合してくれるものを求める。

・結局、社会の中に入り込めない自分というものに直面せざるを得ず、再び虚無感の中に投げ返されてしまう。

●町沢は日本語が正しくない。多分、思考が粗雑である。そして言葉が美しくない。真に内的関連を持った言葉のつながりになっていない。言葉と言葉が内的関連を持ってしっかりと結びついていない。

・BPDは自虐的である。[自己愛人格障害](#)になれば、もっと自分が好きで、誇大的意識もある。BPDがよくなれば、[自己愛人格障害](#)に近い形になる。これは[コフート](#)が指摘している。

・他人の批判を極度に恐れている。

・[カーンバーグ](#)は探索的心理療法。治療初期に起こる患者から治療者への否定的転移の解釈は不可欠。スプリッティングと否認についての解釈と防衛解除が大切という。

・[マスターソン](#)は、[ボーダーライン](#)は発達障害ないし停止と考えている。分離・個体化の段階で発達が停止している。したがって母親からの見捨てられ感が強い。分離・個体化の段階から、もう一度自我の再構成を行うべきだと考えている。

・アードラーは、[ボーダーライン](#)の問題は葛藤ではなくて欠損だとした。つまり自分が愛されているというイメージが乏しいか、または欠損していると考えた。治療には、安定した[ホールディング](#)（抱え込み）が重要であり、彼らのよい自己イメージを作り上げ、慰めることが重要。原則的には支持的、後に探索的。

・ガンダーソンは葛藤の問題であると同時に、欠損の問題であるとした。治療は支持と同時に解釈的。治療は、

- 1 治療の安定枠や構造。
- 2 治療者の強い役割
- 3 否定的転移への忍耐力の確保
- 4 患者の現在の行動と感情の関係を作り上げる。
- 5 自己破壊的行動を不快なものとし、自我異和感として排除する。
- 6 行動化を阻止する。
- 7 「今ここで」に焦点づけた明確化と解釈が重要である。
- 8 逆転移に十分な注意を向けること。

治療者の人格と患者の人格がうまくマッチするかどうか、治療の[ポイント](#)。

2848

症状形成・維持に関しては[ポジティブ・フィードバック](#)ができていないはずだという推論
[パニックアタック](#)にしても、うつ[思考回路](#)にしても、何度も繰り返していて、それが[だんだん](#)消えていかないのはどうしてかと考えれば、どこかで[ポジティブ・フィードバック](#)回路が形成されているのだと思う。[ネガティブ・フィードバック](#)ができていれば、[だんだん](#)起こる頻度は少なくなっていくはずではないか。

2849

言葉の網の目を細かくすることはどのようにして可能かと考える。

比喩の意味について考える。

比喩を用いることの前提条件について考える。

たとえば、音楽を聴いたあとで、その感動をどのように伝えられるかと考える。その場合、言葉で表現するという事は、ある程度、比喩を用いるということになるだろう。どんな比喩か？その人が、音楽以上に細かい語彙を持っている領域である。

つまり、比喩を用いるとして、自分が非常に細かく精通している分野が最低一つなければならない。そうでなければ、より細かな意味の網の目をかけるわけにはいかないはずだ。

今の若い世代が、あるいは単純に知能の発達の充分でない人が、言葉の網の目を発達させられないでいるのは、まずもって細かい意味の網の目に対応するだけの経験を持たないからではないか？

精通している領域がなければ、どうしようもないではないか？

2850

タイプAまたは執着気質に特徴的な二つの性格

- 1 上昇志向。内面的実存的価値よりも社会的価値を重んじる。
- 2 1を実現するために、真面目、几帳面、全エネルギーを注ぎ込む、といった正面攻撃で挑む。

結果として全エネルギーを使い果たす。年をとるに連れて、職責は重くなりより大きなエネルギーを要求され、一方でエネルギーは若いときほどではなくなる。こうした適応の仕方を変えていかないと、いつかは行き止まりになる。持続的交感神経緊張状態の結果、中高年のうつ病が成立する。あるいは心臓病、胃炎などの心身症が成立する。

→ここでMAD理論でうつ病の形成を説明できる。心臓や胃などについては交感神経そのものの影響として説明できる。

2851

「[ボーダーライン](#)」 (町沢静夫) 丸善[ライブラリー](#)(1997)

・いろいろな治療法を学び、自分の人格と自分の持っている雰囲気とに合わせて修正し、自分のものにして、あらゆる治療法がある程度こなせるといった方向が望ましい。

・[カーンバーグ](#)にとっては、最初に患者から向けられる否定的転移を解釈し、それをくぐり抜けることによって、やがて力動[精神医学的アプローチ](#)、あるいは洞察を目指した治療、あるいは表現的治療が可能になる。最終的には、「よい・悪い」のスピリッ[ティング](#)を統合することが彼の目標である。

・[マスターソン](#)。二歳前後の分離・個体化の時期に母親の愛情が充分来ないために、成熟が停止した。そこで母親に見捨てられていると考えるところに[ボーダーライン](#)発生の源がある。この見捨てられ感の克服が[ボーダーライン](#)の治療である。これが「再構築法」。

・自由は彼らを悪化させることもある。自滅を進めてしまう。

・自然成熟を待つ力が、患者、家族、治療者に要求される。

支持療法について

・支持療法は、治療者がかなり活発で積極的な働きによって感情の安定化を助けるものであり、社会的機能向上、能力向上、[精神分析](#)とは異なり、感情を掘り下げず、自尊心を高め、[安心感](#)を高める。

分析は掘り下げるので不安を高める。

・[ロジャース](#)の心理療法は患者への指示や助言を出さないものであり、あくまでも患者への共感に徹するものである。支持療法は助言や指示がきわめて重要な要素となる。[ロジャース](#)の頃に比べて、[精神医学的](#)、[臨床心理学的](#)知識が積み上げられた結果である。

・自我が脆弱な人や[ストレス](#)に弱い人は、自分がどうしてよいか分からず、助言が欲しいと思うのも当然である。これを延々と共感的に聞くだけでは、彼らは一層不安になってしまうだけである。決定する力がない人に対して、決定をじっと待つことは時に残酷である。

・支持療法は、患者の自我の肩代わりをしてあげる。どのような助言や選択が望ましいか、またタイミングはどうか、センスが要求される。

●結局、広義の常識が必要である。

・自尊心を保証し高めること。必要に応じて直接介入すること。つまり、示唆、助言、指示、誘導。

・Bの人は一見自尊心は高いように高飛車に出ることが多いが、よく聞くと実に劣等感が強い。彼らがおかれている社会的な立場は、現実にたいして低いからである。話を共感的に聞いて、やがて出てくる自尊心の低さを守ってあげる。そしてひとまず荒れた感情の静まりを待つ。

力動精神療法

・[無意識](#)を意識化し、自我の管理下におくこと。古典的[精神分析](#)の方法。

・解釈は抑圧されていた欲望と症状の関係を説明すること。

・自我分析。行動は本能によってのみ決定されるのではなく、自我によっても決定される。生まれた時から自我が働いている。その自我を分析する。人間は能動的存在であり、欲望や環境の奴隷ではない。

・短期力動精神療法。目標は具体的、患者の一番悪い状態を改善する。解釈は現在の状況に主に向けられる。転移性神経症が生じるのは望ましいものではない。心理療法は治すのではなく、困っている患者が。自分の人生の避けられない[ストレス](#)に対してよりよく対応できるように社会的学習を助ける。

2852

「[ボーダーライン](#)」(町沢静夫)丸善[ライブラリー](#)(1997)

・彼らは概して家庭が混乱し、両親の喧嘩が絶えなくても、その頃は「仮の自分」として両親の間をうまく「良い子」として生きていたことが多い。しかしこの「良い子」は、本当の感情、本当の自己主張をしていない自己だけに、[思春期](#)、青年期になってきたときに、いろんな衝動に耐えうる十分な、本来的な自己に成熟していないものなのである。そのために[ボーダーライン](#)として発生してくる。

●[日本語](#)が不安定で味が悪い。

●ACの論と同じ系列。

●どのように育てば、十分な衝動耐性が身に付くのか、実証はどうなっているのか。「本音でぶつかる」ことがいいことのように書いている。そんなものとも思えない。まあ、いつも仮面でいるよりはずっと健康だろうけれど。

・彼らが何故に衝動的であり、何故に感情のコントロールがうまくできないのか、何故に愛情飢餓が強いのかというその由来を分析し、突き止め、それをどう埋めていくかを話し合うことが中心になる。

●話し合ったところで、誰にも何も分からないような気がするけれど。

●そうした行動様式が自分に損失をもたらすなら、改めればよい。それが利得をもたらすなら、改めることはない。それだけのことのように思う。治療者は、判断の材料を十分に提示することでいいのではないだろうか？

判断は、[価値判断](#)であり、それは生きることの選択である。どうなろうとその人の勝手であり、結果を引き受ければよい。ただそれが自傷他害に及ぶ場合には特別の対策が社会として必要だということだろう。

あなたは何をどうすれば、どのような人生を送ることになるか、その[見取り図](#)のようなものを提示することだろう。それは治療というよりも、[アドバイス](#)である。指示ではない。

[価値判断](#)の材料を提示すること。

2853

声の大切さの指摘

[テレビ](#)でも、[ニュースキャスター](#)として真に人気を確保するためには「声」が大切。[安心感](#)を与

える声。

これは精神療法でも同じ。昔からよく指摘されることだ。声の調子、抑揚など。これを「営業用」にコントロールすることは大切である。

2854

新聞で。親が嘆く。

家では何もしない。片づけもしないし、風呂にも入りたがらない。寝というものが全くできない。家庭不和があるわけではないし何とって問題もないのに、どうしてこんなことになるのか。なるほど。「親の顔がみたい」と言いたくなるけれど、親も困っている。どうしていいか分からない。

これは**生物学**的な変異であろうとおもう。

本当にどうしようもない事態が進行しているのだろう。

2855

知識の三つの源泉について

知的に高等な人々と下等な人々の間では、この三つの源泉の比重が異なるだろう。

2856

日経**メディカル**1998-1月号「外来での会話術」（飯島克巳）で「解釈**モデル**」について書いている。

患者との面接で、患者が疾患についてどのような「解釈**モデル**」を持っているかを探る。

原因と経過、治療、病気がもたらしたもの。なぜあなたがこの病気になったか、失うものは何か、得るものは何か。あなたにとって病気とは何か。特に原因についての解釈。

「解釈**モデル**」が治療者と患者で異なっている場合、治療に支障のない範囲にまで、教育によって是正する必要があるだろう。

しかし精神病の場合にはこれが難しい。

一つには、患者は病識に欠ける。

病感があったとしても、原因については心因主義に傾きがちである。

従って、薬に不信感を持つことが多い。また、依存性や**副作用**についての根強い俗説がある。薬よりも**アルコール**の方がよいと考えている。（参った！）

つまり、精神病に関しては、素人と専門家との間で、原因から治療に至るまで、疾病についての**解釈モデル**、理解の**モデル**が全く異なっている。

「**心の問題**だ」という言葉が一体何を意味しているのか。専門家と素人では差が大きい。

だからといって、「素人は仕方がないものだ」では済まない。その素人が悩んで訪れる。強制入院ならばまだ強制的治療の方法もあるが、外来ではそんなわけにもいかない。

そこで悩みは大きくなる。一体どうすればよいものか。

唯物論的宇宙論と [日常生活](#) を生きている我々の倫理感覚は矛盾していてもいいか？

世界論、宇宙論については、勿論唯物論である。神がどこかで何かをしているなどとは考えない。

人生をいかに生きるかということに関して言えば、むしろ神のある倫理主義をとる。

この両者は論理的に整合する必要があるのだろうか？たとえば倫理の根拠を求めて、宇宙論との整合性を追求し、最終的には唯物論的宇宙論か、[日常生活](#) を生きている我々の倫理感覚か、いずれかを否定するに至るのは、[果たして](#)正しいだろうか？

論理を追究すれば、これらは整合すべきである。どちらかを展開していった他方と矛盾するなら、やはり訂正が必要である。

しかし私が思うに、そのような論理はやはり間違っているのではないか。

それはそれ、これはこれだ。それじゃだめかな。

[自由意志論](#) についても同じ。哲学は哲学である。

「[サイエンス・ニュー・ストーリー](#)」の序文でエックルズが書いていたこと。つまりは現代科学の [世界観](#) が未熟なのだという指摘である。それはそうかもしれないが、しかし、そんな [世界観](#) が我々の日常を本当に蝕んでいるのだろうか？そうとは思えない。

我々の日常の倫理を蝕んでいるのは何か他のものだろう。そしてそれは何か。

[世界観](#) はむしろ結果である。言葉がやや拡張的になるが、症状である。病因ではない。

「心の豊かさ」とか「[物質主義](#) でないもの」「物質の豊かさだけでは満たされない」という言葉で人は何を指し示そうとしているのだろう。

謎解きをするならば、結局は満足は脳内の状態に過ぎない。脳内麻薬物質か何か、そのようなものが、「心の豊かさ」の実体である。そしてそれを作り出すことが現状では薬剤では難しいから、どのような操作によればいいのかということになる。

そのように言ってしまっただけでは嫌われる。

「心の豊かさ」とは、私の定義は、「個々の豊かな心が結び合った状態」とでも言おうか。循環的な定義を一部含む。個々の心が豊かであるためには、心がつながっていることが前提である。さらにつながっている心がそれぞれ豊かであることが前提であり、そのような個々の心が成立するためにはつながりが必要である。つまり、「豊かなつながり」と「豊かな心」は同時に成立するだろう。

しかしまた、つながればつながるほど、孤独が深くなるという事情もあるだろう。孤独でもいいからつながるのである。孤独を癒すためにつながるのである。自分が豊かになるためにつながるのである。

豊かになるということと、空っぽになるということが、同じことなのだから、難しい。「自分」を空にすればするほど、自分は豊かになる。自分の中にいろいろなものを詰めれば詰めるほど、貧しくなる。

真に心に詰めるべきは神だけである。しかし神は留まることがない。風のようなものである。何もない空間に発生する何か、それが神である。

豊かさとは、そういう事象である。

2859

「[認知行動療法](#)の理論と実際」（培風館）

・ [アメリカ](#)では心理療法は長くても26週（回）以内、一般的には13週（回）以内のものにしか給付金を認めない傾向である。

・ 問題行動の根底に[無意識](#)の関与を仮定することについての科学的実証性の疑問

・ 実証的に検証された事実の上に科学的に構築すべきだ

● 言葉が不安定。現在では、Evidence-Basedがいわれる。

・ 行動の大部分は学習されたものである。

・ S-R理論は行動主義、S-O-R理論は新行動主義。Oは有機体内部の諸要因。

・ [ゲシュタルト心理学](#)の人たちによって認知理論が展開された。認知理論とは、学習というものを知覚体系の体制化あるいは再体制化で説明する。つまり、認知の変容という視点から学習を説明する理論である。

・ [不安障害](#)の患者は、まわりの状況を現実以上に危険であると評価し、さらに自分の対処能力を[過小評価](#)して、反応している。

・ 恐慌性障害の患者は、自分の身体の不調を緊急性のあるものと考え、不安を強める。息切れからは窒息を、胸部の緊張感からは心臓発作を、手足のしびれからは[脳血管障害](#)を、めまいからは意識消失を、動機からは死を、非現実感からは狂気を瞬間的に連想して、発作を加速する。

・ 否定的側面にばかり目が向くようになる[抑うつ](#)状態の場合にも、原因か結果かはまだ明らかにされていない。

・ 気持ちが動揺している場合には、他の人の反応を歪曲してとらえる可能性が高くなる。その危険性は特に情報が多い場合に高まってくる。

・ 最初に選ぶ主題は、核心的なものよりも、それを扱うことによって患者の自己価値や自己効力感を高め、治療者への信頼感を増すような可能性の高いものにし、その後、核心的な主題に移っていく。

・ 注意を他にそらす技法（diversion technique）を身につける。読書、散歩、電話、会話、固いものをかみきる、周囲に関心を向ける。

・ 「〇〇はxxである」と考えるのではなく「〇〇はxxという面がある」と考えることが、事象を適切に理解する方法であると伝える。

・ 「～ねばならない」というほどのものはない。せいぜい「～であってほしい」「あればいいな」という程度のものであることを強調する。かりにそれが果たされなくても、最悪などという事態はそれほど多くは存在しないという思考[スタイル](#)に導く。

● 心の中の[スポットライト](#)が、狭い部分にだけ当たってしまう。もっと広くみることができれば楽になる。しかしそのような狭い[スポットライト](#)がどのようにして成立するのか。

○絶対的価値志向をやめて、相対的、多面的な観点に導く。

・一般臨床において、[生活習慣病](#)と、[ストレス病](#)が主流となった。各患者の心身病態、[ライフスタイル](#)、性格傾向、職業・生活環境などを正確に把握した上で、心身両面からの「生活指導」と「歪んだ認知の修正」をする。

2860

寓意の技術

これは大切である。「分かる」ということはこうしたことと関係している。

2861

「[グノーシス](#)とは何か」（[マドレーヌ](#)・スコペロ著、入江良平他訳）

- ・[ユング派](#)との関連あり。
- ・寓意の技術に長けていた。
- ・[グノーシス主義](#)者は自らについて語ることを好まない。彼らが著作の中でなそうとするのは、数多くの天上的な存在が集う上の世界を想起すること。これらの存在の中心には知られざる神がいる。知ることができ、知ることを望む人間、そうした人間の「知識」が究極の目的とするのは、この神である。
- ・地上における魂は、劣った神が創造したこの世界の暗闇に幽閉されている。
- ・人間は、暗澹たる苦悶の色に塗り込められたこの世から逃れて、自分自身に回帰し、そうして自分自身を乗り越えて神を見いだす。
- ・真の[キリスト教徒](#)、啓示の唯一の受託者を自称した。
- ・この世は劣った神が創造したもので、[キリスト](#)が汚れのるつぼである肉体に具現したはずがなく、その肉体の中で苦しんだはずがない。
- ・人間の魂を誘惑しようとする[詐欺師](#)と非難された。
- ・絶対を探求する魂の道程。
- ・自らを知り、自らの起源を探求したいという関心。
- ・世界は[邪悪](#)な勢力の仕掛けた罠の所産である。
- ・自らの内面に埋もれている知識（[グノーシス](#)）の閃光によって世界から逃れることができる。
- ・人はこの賜物（[グノーシス](#)）によって神との結合、神と一つになることが許される。
- ・汝自身のもとへと立ち帰る。
- ・変容させ、彼を神的にする。
- ・福音の救済は万人に提供される。ところが[グノーシス](#)的宗教は選ばれた者たちだけのための宗教である。人は選択によって知る者（[グノーティスコ](#)）となるのではない。知る者は最初から知る者なのである。したがって、少なくとも理論上は、[グノーシス主義](#)への改宗なるものは存在しない。
- ・自分達だけが、[イエス](#)の隠された言葉を受け継ぐと主張した。

- ・人間と宇宙と神との関係を論じる夥しい文献。
- ・複雑で魅惑的な**神話**。
- ・**旧約聖書**の神は正義の神ではなく欺瞞の神**である**。この神は、人間に自らの神的な起源を忘れさせるために運命の重い鎖で人間を縛った。神の神は創造と無縁**である**。彼は**無限**の光の中にひとり存在している。
- ・世界や被造物に対する**軽蔑**から、**グノーシス派**は、**超然主義**的な道徳に導かれた。**結婚**や出産の否定にまで至る。
- ・絶対かつ究極的知識に対して抱いた憧憬。
- ・**グノーシス派**は**旧約聖書**を悪の神の作品とし、**新約聖書**を善と光の**神の言葉**とみなすために、**旧約聖書**の神と**新約聖書**の神が同一**である**ということを否定している。（**カトリック教会**は、両者の根底における一致を主張している）
- ・**オフィス**.....**ギリシャ語**で蛇。
- ・「パナリオン」.....**ギリシャ語**で、医者を持ち歩く「薬箱」。蛇の噛み傷すなわち**グノーシス主義者**の教えに対する解毒剤。**サラミス**のエピファニオスの反**グノーシス**の著作。
- ・教義は神についての個人的かつ直接的知識に基づいており、この知識は、教会組織を無用にしてしまうと考えられた。
- ・**ナグ・ハマディ**は一部**ユング研究所**の所蔵になったこともある。
- ・**彼女**を人間の体の中に閉じ込めて、無慈悲な輪廻の鎖に縛り付けることに成功した。物質に囚われた魂を象徴する。この魂を（**邪悪**な）**天使**たちの束縛から解放すること。

2862

「**グノーシス**とは何か」（**マドレーヌ・スコペロ**著、入江良平他訳）

- 神がつくったはずのこの世界が、なぜこのように**邪悪**で不幸に満ちているのか。なぜ人間はこの不幸を味わわなければならないのか。この問いにどう答えるか。ヨブの問いにどう答えるか。そして病者たちの問いにどう答えるか。**ひとつ**の整合性のある答えが、**グノーシス**ではないかと思うのだ。
- イエレンステンという**作家**の「青春」？という作品があり、解説部分に**グノーシス**についての言及があった。
 - ・魂を破滅させようとする悪意に満ちた神を想定し、これを**旧約聖書**の神と同一視した。
 - ・この世に囚われた魂の救済者。
- この世に流タクされ（流罪とされ）、肉体に幽閉されている。
 - ・魂たちを**奴隷**状態にとどめている**邪悪**な創造の**天使**たちから逃れる方法を教える。
 - ・宇宙に対する神性の絶対的超越。
 - ・バシレイデスは**厭世主義**。個人的**厭世主義**.....全ての魂は罪で汚れており、受ける報いは自分の過ちの報いに他ならない。罪を犯さないで苦しむ人を見いだすことは稀**である**。宇宙的**厭世観**.....唯一にして名付けることのできない神は、この世から**無限**に遠くにある。神的な源泉から離れるにつれて不完全になる。

・神は、彼を信ずる者たちを解放するためにこの世に初子を送られた。その名は知性であり、彼こそがキリストである。

●しかし現在では知性についてもその起源をкаろうじて論じることができる。

●自分の過ちの報いとして苦しみがある。しかし、無垢の幼子がなぜ苦しまなければならないのか？こうドストエフスキーは問いかける。この世界をつくった神に抗議する。

・仮現論。キリストの人格の理解の仕方。キリストの一切の人間の属性を否定する。彼は受肉せず、十字架の上で苦しんだということはある得ない。彼の神的性質と両立しない。グノーシス主義者は受肉しないキリストを描く。

・自分をこの世に幽閉しているアルコーンたち（地上の邪悪な天使）から、どのようにして逃れられるか？呪文、魔法の言葉、合い言葉によってだ。

●こうなると賛成できない。議論の出発点は共感できるが、解決の方向は間違っていると思う。

・ホロス……ギリシャ語で境界。→境界例に使える。

・人間を三階級に分ける。霊的な者、心魂的な者、物質的な者、霊は神の閃光であり、これを宿している者はほぼ自動的に救われる。心魂的な者は慈善活動に頼る。物質的な者は望みは全くない。すでに墮落しきっている。

・救いは自己の探求として理解されている。それは過去と現在を知り、自分自身の運命を認識することだ。

・地上の人間の状態は悪夢にうなされた一種の重苦しい眠りに等しい。生は悪夢に過ぎない。

・我々がこれら全ての夢を経て目覚めるまで、それは続く。これらの様々な困惑のまっただ中にいるとき、人は何も分からない。これらは何ものでもないからである。

・知る者は目覚めた者に似ている。盲の目を開いた者に祝福あれ。

●不幸の底で苦しむ人々への救済。特に、自らの知力を誇りつつ、しかし世に入れられない者への救済。

たとえば、知力がありながら、自己愛が巨大すぎたり、感情や衝動の制御ができない人たち（つまり自己愛人格障害や境界性人格障害）には適した宗教である。ドストエフスキーもこの系統といえるのではないか。

社会の一角には、必ずこのタイプの人たちがいる。社会に歓迎されない知識人のタイプである。

2863

「グノーシスとは何か」（マドレーヌ・スコペロ著、入江良平他訳）

●生は悪夢に過ぎないというなら、どう生きればよいのか。一刻も早く夢から覚めるのがよいのだろう。しかしそのことは肉体とこの世からの脱出である死を意味するだろうか？

●しかしこれは思弁のレベルのことであって、現実の生活はまた別である。それが人間の通常の仕組みである。認知などというものは、現実生活の一部を精練して拡大適用したものに過ぎない。知識や論理などというものこそが「あだ花」である。そんなものが過剰に現実生活を縛るようなら、本末転倒である。

・肉体と性と出産を。屍でしかないこの世との絆として非難する。

- ・禁欲の理想、単独者、隠者の姿。
- ・神性との直接的な接触を探し求めていた。人と神とを直接に出会わせる知的で純粋な思弁。
- ・二元論的な発想。
- ・否定神学様式。未知なる神はいかなる方法によっても定義されえないという思想。人間の言語は、神が何でないかを言うだけで満足しなければならない。なぜなら人間の作りたいかなる属性も神にはふさわしくないからである。
- ・プロティノスの飽くなき自己の探求。
- ・プロティノスにとって、神の認識は長い知的研究の結果もたらされた。他方、グノーシス主義者にとって、この知識は神の啓示に由来し、しかも選ばれたものだけのものである。
- ・一者、一つの光を源泉として発し、一者から離れるにつれてほんのわずかずつ劣化してゆく流出である。
- ・世界が悪だということ、人間が世界から離脱せねばならず、さらに真の神は未知なる神であって、キリストは彼の使者だと告げる。これが明快で、断固として、執拗に繰り返される教義である。
- ・救済はもはや終末まで延期されない。グノーシス主義者は、知識をもたらす啓示を聞くことにより、いますぐにでも救われる。
- ・複雑な教えを言葉とイメージと象徴によって伝えている。人間に課せられた大きな実存的諸問題。
- ・人間論は宇宙論および神論（神学）と不可分に結びついている。
- ・身体は一つの牢獄である。
- ・お前が衣のように身につけていた敵はこのようなものである。
- ・身体は狭い牢獄である。魂はそこで苦闘し窒息しかかっている。
- ・身体は世界の似姿である。世界はおぞましい牢獄であり、人類はその中であたかも迷宮にいるように、道に迷っている。
- ・悪は教義の根本的関心の一つである。
- ・世界が悪だということは、その創造者も同じく悪だということを意味する。実際、真の神、無限に善なる神が、無限に邪悪なこの世を創造しえただろうか。
- 世界は悪で身体は牢獄であるという。この決め付けは認知療法の良い対象となるだろう。
- ・身体はアルコールたちが人間に着せた忘却の鎖であり、これがアダムを死すべきものとする。
- ・アダムに生を与えることは、彼に死を与えることを意味した。
- ・大がかりな欺瞞。その目的は人間の誘惑であり、その武器はセクシュアリティである。

2864

「グノーシスとは何か」（マドレーヌ・スコペロ著、入江良平他訳）

- ・模倣霊。邪悪な力。幻影の能力によって、現実を虚偽に、虚偽を現実に変容させる。自分の無知を知と思い込み、自分を取りまく宇宙の幻影を見抜こうとしない。
- ・この幻影は狂気に通じている。

●幻影が、夢が、現実と奇跡的な一致を果たしている。長い淘汰の歴史が、一致をもたらした。しかし一致というが、完全な一致どころではない。人間が五感により、さらに時間と空間の形式により、抽出した部分での、脳内の幻影と現実との一致である。脳が現実を写し取ったといってもいい。

- ・ [アルコール](#)たちの陰謀の究極の目的は、人を神から遠ざけることである。
- ・ 次々に生起する時間、そして歴史は、[グノーシス主義](#)者にとっていかなる意味も持たない。神は世界を創造しなかった。歴史に神が介入するのは、ただ人間が陥っていた袋小路から彼を連れだし、歴史を粉々に打ち砕き、それがペテンであると暴露するためだけである。
- ・ 魂の墮落の結果は、天の出自の忘却であり、したがって無知であった。魂は物質によって盲目にされ、[アダム](#)と同じく、自分の狭い独房しか分からなくなった。
- ・ [彼女](#)は強盗や傲慢な人間の中に迷い込んだ。
- ・ 救済者は霊であり、魂の分身だ。地上のことどもに巻き込まれていない。その役割は魂を知識へと連れてゆくことである。
- ・ [教育](#)の目的は、帰還のときアルコールたちが尋ねてくる質問に対してどう答えればよいかを教えることだ。
- ・ 私は全てを見るためにやってきた。
- ・ 浄化された霊。
- ・ 人間を構成する三つの属性、身体と魂と霊のうち、霊だけが救済に値する。
- ・ 魂を投げ捨てる。
- ・ 魂と霊は昇華され浄化された愛により結合する。
- ・ 内面的な美、魂がわが身を飾る最上の装飾品。
- ・ 彼らの霊的な性質のゆえに、[グノーシス主義](#)者は救われるために善行をする必要がない。同じく、どのような事柄に巻き込まれようとも、彼らが墮落することもありえない。
- ・ [キリスト教徒](#)たちを、知識に到達できない二流の連中として見下すようになった。
- ・ 肉体的人間、心魂的人間、霊的人間の分類では、[キリスト教徒](#)は心魂的人間である。彼らは魂を持っているが、霊は持っていない。彼らは知識に直接到達することはできないのである。

●全体として[仏教](#)との類似がある。生老病死や四苦八苦をまず掲げ、その後に救済を説く。「悟る」ことはつまりは高い次元での「知ること」である。

・ [マルコス](#)の方法。彼女を惹きつけたいと望むと、彼は歡心をそそるような話を続ける。「私は汝に恩寵を分かち与えたい。……さあ、私の恩寵が汝に下った。口を開け、予言せよ」女性は「今まで予言をしたこともないし、予言の術も分かりません」と答える。しかし彼は呪文で煙に巻きながら、「口を開け、何でもよいから言え、汝は予言するであろう」

この言葉で彼女は愚かしくおごりたかぶり、自分の心が飛び跳ねるのを感じ、意識に浮かんでくるあらゆる愚言を口に始める。この瞬間から彼女は自分を予言者と思い込み、[マルコス](#)に感謝して、何とか彼に報いようと努めるのである。

●心理家にはこのような一面があることを自戒として明識しておくべきである。

・ [キリスト教](#)世界、そしてキリスト教の直系の子孫である近代が闇の中に押し込めてきた部分

、[ユング心理学](#)の言う影が、[グノーシス主義](#)に不可避免的に投影されていたのだろう。[グノーシス主義](#)はある種の負の聖性を帯びるに至った。

2865

[精神科](#)の現状を告発して喜ぶつもりはないけれど、しかし、[必要悪](#)がなぜどのようにして行われているか、その認識を共有することは[意味](#)があるのではないかと思う。解決はないのだということも、しかし、何か非常に後ろめたいことをしているのだということも、[社会](#)が共有すべきだと思う。

この世界にはよいことも悪いこともある。その比率がある。[精神病院](#)や[老人病院](#)では、その比率が一般[社会](#)と違うように思う。

2866

[アウトサイダー](#)についての考察

知力は高いのに世の中から評価されず、逆に世の中を恨んでいる。それは性格が影響している。自己愛性性格障害であったり、境界性性格障害であったりするのだろう。ときには世界と人間は悪であると断定して[グノーシス主義](#)者のようになったのもする。また、[仏教](#)の中にも似たような[雰囲気](#)はある。

[社会](#)の中核を構成する人々は、何かしら排除の装置も持っている。その排除装置に引っかかると、[文学者](#)になったり、[宗教](#)者になったり、[アウトサイダー](#)として[アイデンティティ](#)が定まることになる。

排除の装置が働くのは、やはり性格要因に対してであろうと思う。また、知的に非常に優秀な人が、人事の都合で、また同僚からの嫉妬が作用して、排除されることもあり、そのような人たちも[アウトサイダー](#)として生きることになる。

2867

3Rプログラム。

薬をのませながら、活動拡大を指導することは、[ブレーキ](#)をかけながら[アクセル](#)を踏むようなものだ。患者さんにはとても苦しいことではないだろうか？

薬が過剰だと、レセプターが増えて、敏感さが増す。これは[悪循環](#)になる。

→[グラフ](#)化できる。

薬が適量で活動が適量だと、薬の減少とレセプターの減少が相伴って起こる。

薬が過少で、活動が過剰だと、[ドーパミン](#)が多すぎて、再発の危険が大きい。

案一

横軸……敏感さ（レセプター量）

縦軸……活動量（[ドーパミン](#)量）

案二

横軸……薬

縦軸……活動量（[ドーパミン](#)）

3Rは具体的な数字を提示するのが分かりやすい。

独立変数は薬と活動。レセプター量はそれらに伴う従属変数と考えてよい。ということは、薬と活動量を変数として、時間とレセプター量の動きが分かるようなグラフがよい。

2868

3Rプログラムでの薬と活動量の調整の実際

(レセプター) - (ドーパミン) - (薬) = 適量

(レセプター) - (薬) = 有効レセプター

(有効レセプター) - (ドーパミン) = 適量……これが過剰だとdown regulation、過少だとup regulation。

主にダウンレギュレーションを利用してレセプター量を減少させるのが3Rプログラム。

レセプター、ドーパミン、薬は薬が最も独立で、ドーパミンが次、レセプターは従属している。つまり、薬↑とすると、レセプターは長期には↑、ドーパミンは↓（動きが鈍くなる、億劫になる）。

薬↓とすると、レセプターは長期には↓、ドーパミンは↑（動きやすくなれば↑、しかし恐怖心が起こってきて外に出られないとなればかえって↓）

→なるほど、もう少しいろいろな要素を考えあわせて相互の関係を考察する必要がある。あまり単純化しても役立たない。

2869

セレネースは本当にうつにするのだろうか？

体が重くて動きたくない、億劫だ、抑制がかかる、そんなところをうつと言ってよいのだろうか？

本当にうつになるのだろうか？レゼルピンがうつを起こすように。

2870

3Rプログラム

結局、レセプター減少を目指すとするれば、薬と活動の方向は、再発可能性を高める方向と同じである。だから、再発しない範囲で、薬は減らして活動は高めるということになる。その具体的な目安は何かということが課題である。

すぐには何も思いつかない。→「範囲」である。上限と下限。

一方の極は分かりやすい。再発ぎりぎりということだ。不眠がちとなり、過敏になる。

鎮静しすぎの場合にはどうか？これが分かりにくい。

アクセルとブレーキのサンドイッチであるから、ある程度は矛盾している。

サンドイッチにすれば、動揺が少なくなる。動揺をなくして、固定しながら、望ましい方向に向かわせる。そのために薬と活動量をコントロールする。

2871

出産後、授乳をはじめると、プロラクチンが出て、精神的にも安定する。

これは[ドグマチール](#)の場合に最も近い。そして[ハロペリドール](#)の場合にもやはりプロラクチンは上昇している。

プロラクチンが上昇するまでの経路の中で、どこが精神安定に役立っているのか。

2872

なぜ分裂病になったかと問う。つまりは「なぜレセプターが増えてしまったか」と問うことだ。

(一応単純化してみる)

ここに生育の[歴史](#)を振り返る必要が出てくる。レセプターが増えるような生活歴があって、その結果として特有の性格が形成されていたのではないか。

2×8になるとしても、素因と環境の両方の影響を様々な程度で考えることができるわけだ。

例

対人距離の取り方が下手で、不用意に近づきすぎたりする人は、それに懲りて対人距離を遠くとり、結果としてレセプターを増やしてしまうことがある。

この場合には、対人距離の取り方の障害が一次障害で、レセプターは二次的な障害となる。

これとは別に、レセプターが多いことが一次障害[である](#)場合もあるだろう。

また例

親が性格の変異を有している場合。[子供](#)は環境に対して引きこもることで適応しようとし、結果としてレセプターを増やしてしまう。これも二次性にレセプターが増える。

2873

[ベンチャービジネス](#)に関する日米の違い

若い人が[ベンチャービジネス](#)に挑み、その結果がだめだったとしても、[アメリカ](#)ではそのチャレンジ精神と経験を評価してもらえる。[履歴書](#)にも書いて、それが[ポジティブ](#)に評価される。経験がない人よりは価値があると考えられる。苦い経験もしたのに、再びチャレンジするだけの気力もあると評価される。

勿論、その前提として、失敗の原因分析が大切[である](#)。人は失敗から学ぶことができる。

[日本](#)ではどちらかといえば[ネガティブ](#)に評価されるという。

2874

「[認知行動療法の理論と実際](#)」の中の「[摂食障害](#)患者の精神発達と環境」(青木宏之)

・[摂食障害](#)には2系列の問題がある。食事行動に関する問題と、心理[社会的](#)発達に関する問題。

後者は[社会的](#)技能、対処行動、問題解決技能。

・食事行動を改善する過程が同時に心理[社会的](#)発達を促進する過程ともなりうるように工夫する。

・患者家族向けに[パンフレット](#)を作り、病状の説明、治療の進め方、家族への助言などを載せて

いる。

・患者が自分で問題を同定し、方法を考える。[主体性](#)が尊重され、治療者との合意、納得が確保される。[人間関係](#)における[相互性](#)が経験される。→これが患者を育てる。

・良い面は積極的に評価。寂しいなどの否定的な面も、[集団療法](#)において共感され、支持され、安定感が促進される。

・様々な考え方、対処の仕方があることを体得する。

・[試行錯誤](#)の中で、治療者にも不十分なところがあると知る。現実受容が促進される。

・問題解決技能。目標をスモール・ステップに分ける。代替方法を考える。

・食事行動改善を通して、[主体性](#)、[相互性](#)、積極性、安定性を促進し、多様な見方・やり方があることを経験し、現実受容が促進され、問題解決技能が学習された。つまり、心理[社会的](#)成長を促進した。

●なるほど[うまい方法](#)である。

1) 問題は二つあるものの、患者は食事行動だけが問題だと認識している。

2) 患者の問題意識に合わせて、それを解決していく過程で、もう一つの問題について学習していることになる。患者はそれを最初は意識しないが、次第に理解するようになる。[成功体験](#)が患者を変えるという面もある。

3) 自主性を重んじ、[相互性](#)を守るという点で、療育的[である](#)。この点に、「対話的關係」の[センス](#)が見えていると思う。[ソクラテス](#)的対話の關係[である](#)。産婆役としてかかわる。治療者にそのような「余裕」がなければならない。

4) 問題解決技法や[社会的](#)技能の開発は、つまりは[生き方](#)のコツの伝授のような側面がある。

2875

本当に分かりやすい、親切な説明が必要[である](#)。患者に親切になろうと思ったら、そのことがまず第一に必要なと思う。

専門ではないからよく分からない。本を読んでもすぐに分かるわけではない。どの本がいいのかもよく分からない。

すっきりしない状態で生きているの[である](#)。そのことを理解しないとイケない。医者というものは往々にして共感性に乏しい人が多い。

2876

[スタイル](#)または様式の問題[である](#)。

[絵描き](#)はいろいろなものを描いて、とてもその人らしい。[スタイル](#)があるからだ。

現象を分析する、それを表現する、そこに自分なりの[スタイル](#)がある。

臨床の場面でも同じ[である](#)。自分なりの[スタイル](#)があり、それに熟練することだ。[絵描き](#)は全ての[スタイル](#)を追い求めるのではない。自分だけの[スタイル](#)を求めるのだ。

2877

シンボルの過剰の病理

人間はシンボルを操作する。記録して伝達して解釈する。

たとえば紙切れなのにそれは紙幣として流通する。

シンボル操作部分の病理としての面が分裂病にはあるだろう。特にシンボルの解釈の点で、過剰な解釈がなされ、そのせいで自分を苦しめてしまう。

他人の仕草がシンボルとしての働きをするから、分裂病者の苦しみがある。過剰に被害的になる。

過剰相貌化とはシンボルの過剰解釈である。

1998年1月19日（月）

2878

新しい社会現象を新しい精神の傾向の原因として分析してみせる。関係づける。昔からある方法である。

たとえばテレビゲーム。たとえばブランドものを扱った豊かさの精神病理。関係付けの仕方は情緒的、あいまいなもので十分である。

それで一丁あがり。

日本的なものについても伝統的に盛んである。日本人に特有のものとされる二つを取り出して因果関係をつけてみせる。

これでもう一丁あがり。

2879

チンパンジーの様子をテレビで。

道具の使い方などについて大人のやり方を好奇心を持って見ている。自分でいろいろと試してみる。

臨界期があり、それを過ぎると好奇心もなくなり探求心もなくなる。

人間の知能や性格傾向についても、同じことがいえるのではないか。時間が経てば成長が止まってしまう。

2880

たとえば対人緊張の診察で

異性に対する緊張は異性愛の過剰傾向、同性に対する緊張は隠された同性愛の傾向と診断するとしたら、どうだろうか？

誰も相手にしないのが常識というものである。しかし診察室では異様な関係が生まれる。そのような公式的あてはめごっこを診察だと誤解している治療者がいて、一方で、そのことをありがたい患者がいる。時間が経てば、愚かなことであったと思うに違いないのだが。

2881

兵力の逐次投入は愚策である。昔からの公式であるという。
セレネースほかのメジャートランキライザーにおいても同じ。
また、抗生物質についても同じ。

2882

「認知行動療法の理論と実際」の中の「過食症の認知行動療法」

・ フェアバーンの認知行動療法

1) ストレスは何か。食行動は対処行動である。別の対処行動を発達させる。

2) 自動思考の同定と修正

3) スキーマの同定と修正

・ カッツマンらの心理教育的アプローチ

1) ストレスは何か。食行動は対処行動である。別の対処行動を発達させる。

2) 過食時の感情・思考の同定と修正

3) 人格面での問題点の同定と修正

・ 痩せたいなあという気持ちが出てくると、雑誌をみて、（憧れの）宮沢りえもたいになるには、もっと太らないといけないと思うようにしている」と、ボディ・イメージの障害に対する自分なりの対処の方法を考えた。

・ 「自分が太っていると思ってしまうのがこの病気の特徴だと思うようにして下さい」と『病気のせいにする』技法を用いてサポートする。

・ 病気の情報を十分に提供する

・ 過食症にならないためには、

1 3回の食事を必ずとる

2 吐かない、下剤乱用しない

3 過食前の自分の様子をよく観察する

4 気晴らしをする

・ 主張訓練法もよい

・ ミラーテクニク……一人でできる主張訓練法

・ 結局、1) 食生活の乱れを正す。2) 性格の問題を是正する。の二点にまとめられる。

2883

分裂病の場合にどのような原則に従ってリハビリを構築するか、そうした基礎的仕事が求められている。

しかし根本的に何が障害されているのかも分からないのだからどうしようもないけれど。

認知療法では、認知がうつの原因ではないと言いながら、認知を是正することによってうつが治る。これでは、原因が特定されないままでも、分裂病の場合にも何とかなるかもしれない。

「エPILEプシー・ガイド」（久郷敏明）

- ・脳波はあてにならない。脳波にしたがって薬を増減してはならない。
- ・てんかん性格はない。環境によって形成されるものである。医原性および社会心理学的な重圧を与えてきた治療者の責任は重い。
- ・ワイツゼッカー（1929）。多くのてんかん患者は、両親と過度な結合が目立つ。思春期に結合の危機に陥り、神経症的加工が始まる。性格変化は、彼らに固有な性質ではなく、彼らに理解を示さない周囲への反応様式である。彼らは几帳面で思慮深く、すべての問題に真剣な義務感をもって取り組む。
- そう言われてみれば、特有の性格があるのか、自信はない。昔から言われていて、その通りだと信じていたというだけのことであったか。「こころの辞典」にもてんかん性格であれこれ書いた。
- てんかん性格があるかどうか位、調査すればすぐに分かることだと思うのだが？
- ・てんかん患者にもっとも多く見られる神経症状態は、ヒステリー反応（疑似発作）である。
- ・てんかんにうつは多い。心理的要因から起こると考えられる。非精神病性である。器質因としては、左側頭葉の機能障害、さらには抗てんかん薬の副作用が考えられる。
- ・Sは優位半球、躁うつは劣位半球と関連するとの説があり、現在でも支持されている。
- 本当？聞いたことない！

「エPILEプシー・ガイド」（久郷敏明）

- ・全身けいれん時、特にあれこれしなくていい。自然な呼吸を確保する。事故の原因となる危険物を除去すること。自然に目が覚めて、また自然に眠る。
- ・抗てんかん薬が発作を誘発することがある。特にレンノックスで。また、離脱発作も起こりうる。離脱発作だと思ったらすぐに薬を元に戻すのではなく、再度の発作が起こるまで自然経過を観察する。
- ・治療終結は家族の強い希望があったときだけ。医者の方からやめるといって再発したら、関係が壊れる。
- ・五年間発作がなかったら、終結を考える。しかし積極的には勧めない。再発すれば雇用と運転免許を失う。
- ・適剤。症候性部分てんかん……CBZ。あとはVPA。
- ・血中濃度を治療適範囲内に維持することが適切だと誤解されている。治療経過が大切である。
- ・バルプロ酸は血中濃度と治療効果の関連が弱い。
- ・CBZやVPAは活性代謝産物を有するので、単剤投与していても厳密には多剤治療である。
- ・治療初期の血中濃度は、代謝速度の個体差を把握することに役立つ。
- ・バルプロ酸とフェノバルの併用はダメ。
- ・テグレトールは自己誘導がある。投与初期には少量で十分な血中濃度に達する。持続投与で

は代謝速度が亢進し、治療効果が減弱する。

- ・ヒダントールD、E、Fは使わない。
- ・点頭てんかんの場合、ACTHよりもビタミンB6を試みる。
- ・発熱と発疹のときは直ちに連絡。

2886

「エPILEプシー・ガイド」（久郷敏明）

- ・事前に説明されていた副作用は患者と家族の不安は少なく、医師患者関係は維持または強化される。
- ・説明がないままに予想外の副作用が出現すれば、医師患者関係は根底から破壊される。
- ・すべての薬物を有効濃度に維持すれば、覚醒水準が低下し、発作が増悪する。生活の質を重視する立場から、薬物の限界を設定することが必要である。
- なるほど。薬ではどうにもならないてんかんがあるという事を専門家は知っているから、限界を設定して、発作と副作用の天秤を考えてQOLを最大にするように考える。
- ・精神的緊張と弛緩を比較すれば、弛緩が誘発因子として頻度が高い。覚醒時の全身けいれん発作の好発時間である「くつろぎの午後」も、弛緩に関係する。
- ・通常の晩酌は禁止しない。
- ・重積に対して、即効性のDZP、遅効性のPHTの両者を静注する。
- ・てんかん患者の精神症状の2～3割は薬の副作用による。多剤を避けて、鎮静催眠作用の強い薬物を回避する。
- ・CBZは精神症状を改善、VPAは影響しない、あとの薬剤は悪化させる。とくにバルビタールとベンゾジアゼピンはよくない。
- ・妊娠に関しては、フェノバルやヒダントールが安全性が高いと思われる。
- ・重症度評価。発作頻度と発作型を手がかりとしていたが、不合理である。頻度が多ければ重症というものではない。複数の発作型を合併する患者も少なくない。

2887

「エPILEプシー・ガイド」（久郷敏明）

- ・生活の質とは、患者の心理的な期待と実質的な体験との差異である。患者の視点による満足感、日常生活の快適さ、生きる喜びなど数値では表現できない主観的指標。希望と自覚。「客観的な生活の質」などという奇妙な用語は、基本理念が理解されていない証拠である。
- ・てんかん質問紙の臨床尺度
- 家族的背景、情緒適応、対人関係適応、職業適応、経済状況、発作の受容、意志・医療との関係、全体的社会心理的機能
- ・てんかん患者の治療予後を決めるのは疾患の特性ではなく、治療者の資質である。大多数の患者が最適の治療を受けていると考えることは机上の空論である。
- ・てんかん患者に対する社会の偏見には、医師の否定的見解が有害な影響を及ぼしている。

- ・処方内容を教えてくれる医師がいい。
- ・転院患者の両親には、患児に服薬させることの**必要性**を確信していたかどうかを質問する。
- ・発作を報告すると薬を増やされる。これでは寝てばかりになってしまう。だから**適当**に調整する。
- ・患者は正確な**情報**を求めている。**病気**への援助は十分な説明から開始される。しかし病名告知と催奇形性の問題は扱いが難しい。病名告知は高度な医学的判断に属する。催奇形性の説明は「恐怖の**カタログ**」の呈示になりかねない。
- ・治療者の本来のあり方は、疾患に関する正確な知識を提供し、患者が自由に選択できる複数の治療法とその長短を提示すること。最終決定は患者と家族に委ねられる。……この過程での治療者の配慮が、病者への人間愛に基づいたもの**である**限り、封建的**権威主義**に陥る危険は回避できると考えている。

2888

「エPILEプシー・ガイド」（久郷敏明）

- ・病名告知……患者家族の心性を考慮。否認が強い初期の段階での告知は望ましくない。治療関係を関係を悪くする。告知が、患者家族の治療意欲の増大につながるような状況を作ること。医師患者関係が深化すること。そのために説明する。
- ・**教育的**接近が大切。同時に精神療法的配慮。**精神科医**が**てんかん**治療に当たる**必然性**。
- ・**過保護**と適切な養育は必ずしも明確に区別できず、普通の子と同じように育てて下さいといっても、現実には実行できない。
- ・障害児の親は激しい葛藤を経て障害児を受け入れる。障害が**重度である**ほど、わずかの成長と発達が喜びとして体験される。治療者は障害の正確な特徴を早急に伝えるべき**である**。
- ・**あいまい**な表現を避け、明瞭な指針を伝える。単なる医学的診断だけではなく、**日常生活と教育**、福祉、援護措置などについて十分な**情報**を伝える。
- ・**てんかん**の服薬しばしば**不規則である**。
- この上もなく正確と伝え聞いていたのに！見解が異なる。
- ・症状が起こらないのに、長期にわたって薬を飲み続けなければならない。これでは服薬が**不規則**になる。
- ・本来消失するはずの発作が抑制されないのは**不規則な服薬**による。不規則な服薬→慢性化、治療の遅延、適切な処方**が決定**できない。
- ・外来**主治医**がある患者は規則的に服薬している比率が高い。
- こんなにも当たり前のことなのに。

2889

ヤロムの集団における治療因子

これはたとえば自由を保証したとして、いいことをする自由もあるが強盗**殺人**の自由もあるといったように、二面性があるのと似ている。

治癒因子はそのまま治癒阻害因子でもある。これは臨床家の実感である。

2890

2×8理論による説明

近年の分裂病の軽症化を説明

昔は、田舎で育って、子供時代を田舎の環境に合わせて適応した。レセプターもそのように調整した。

そんな人が都会に出たりすると、バックグラウンドの刺激が大きい。パンクしやすくなる。つまりドーパミン過剰になりやすくなる。

現代では、田舎も都会もテレビなどの影響で、バックグラウンド刺激が大きくなっている。この場合に思春期になって都会に出たとしても、さほどの変化があるわけではない。

つまり、田舎も騒がしくなって、心配するほどのレセプター過剰にはならないと考えられる。

2891

2×8理論による説明

レセプター量を決める臨界期がどこかにあるのか。

あるいは、レセプター量の可変性、異変性が問題なのか。これがなかなか変化しないような体質だと、あっという間にドーパミン過剰になってしまう。

2892

専門外の人のための精神医学入門

一般知識人のための精神医学入門

まず診断学。疾病分類。何が異常なのか。反応性と内因性と外因性。

社会が許容しないから病気、社会が許容するから正常範囲内、そんなものではない。医学的判断は事例性とは本質的には別である。

2893

「エPILEプシー・ガイド」（久郷敏明）

- ・運動は脳波を改善させるとの指摘がある。体育を危険視するのも考えもの。水泳が難しい。
- ・発作に対しての級友のあざけりは患児の心理に破壊的な悪影響を残す。
- ・「発作が多少増えてもいいから、薬を減らして、元気だった頃に戻して下さい」これが生活の質の視点である。
- そうは言うものの、発作は脳神経細胞を焼き尽くすのではないか。だとすれば、やはり発作を抑えることは患者の利益である。しかしそのことが患者の消極的で非社交的な人生の原因になっているとすれば、問題である。生活の質が低下している。
- ・三年発作がなければ、一定の条件下で運転も許可されてよいと考える。しかし現状では絶対欠格である。職業としての運転や大型車両の運転は避けるべきである。治療中止してから三年が

経ち、発作がない場合には運転は許可される。

●[自動車免許](#)も難しい。一通り説明して分かってもらうしかない。

●[てんかんである](#)ことの宣告は、ガンや分裂病に比較して受け入れやすいと考えるが、実際の状況としてはそうはいかないよう[である](#)。重大な衝撃となる。だとすれば、病名告知に[もっと](#)配慮があってよいはずだろう。この点は反省させられる。

2894

「[認知行動療法の理論と実際](#)」の中の「[過食症の認知行動療法](#)」

[ミラーテクニク](#)（篠田1989）

一人でできる主張訓練法

独居時に自分に話しかける。

1) その時点の自分の表情、顔色、[ムード](#)などを確認する。

2) 復習

その日の対人関係でのやり取りを想起する。相手に対する感情やその時点で[言語化](#)できなかったことについて、[言語化](#)して鏡の自分に話しかける。……発散効果がある。

3) 予習

いつも自己表現しにくい相手に対しての意見、言いたいことを[言語化](#)し、鏡の自分に向かって少なくとも五回以上練習する。[言語化](#)する際の自分の表情、仕草も選定し、練習する。これらを毎晩就寝前に行うのがよい。

●なるほど、面白そう[である](#)。

2895

「[認知行動療法の理論と実際](#)」の中の「[過食症の認知行動療法](#)」

低[体重](#)の影響（Garner 1986）……いろいろな症状について低[体重](#)が原因だとわかり、治療の[動機付け](#)ができる。また治療経過中にチェックする。

・[食べ物](#)に対する態度と行動

[食べ物](#)のことで頭が一杯になる

[レシピ](#)、[料理本](#)、[メニュー](#)などを集める

普通ではない食習慣

[コーヒー](#)、[紅茶](#)、[香辛料](#)などの量が増える

気晴らし食い

・情緒的・[社会的](#)変化

[うつ状態](#)

不安

イライラ、怒り

情緒不安定

[精神病](#)的体験

[心理テスト](#)での性格変化

[社会](#)からこきこもる

・ 認知変化

[集中力](#)低下

判断力低下

[無気力](#)

・ 身体変化

不眠

[脱力](#)

消化管障害

音・光への過敏

[むくみ](#)

低体温・[基礎代謝](#)率の低下

知覚異常

性的関心の低下

●？[だって](#)、拒食症は、[基礎代謝](#)も亢進して、活動的で……という像ではないか？拒食で体が[だら](#)
[るい](#)なんて？

2896

「[認知行動療法](#)の[理論](#)と実際」の中の野村の[論文](#)。

・ 基本姿勢は、「気分の背景にどんな考えがあったのか？そこにゆがみはなかったのか？」と共に考えること。

・ 自動思考同定のために。「その時、どんな考えが浮かびましたか？」と尋ねる。

・ うつの人……[努力](#)と根性で乗り切ろうとする。

●この点では、将来はうつは少なくなるのではないか？あるいは、執着気質を根底に持つうつは減少するのではないか。逃避型のうつが増えるのではないか。→？

・ 生活を構造化し、行動を強化する[行動療法](#)的治療。→病理が深いときや患者の能力が低い場合に有効。

・ うつの遷延化という場合、慢性化と[神経症](#)化を含む。（市橋1987）

・ 遷延化の要因として、人格構造と状況構造の二つを区別することができる。（曾根ら1987）

・ 広瀬の逃避型[うつ病](#)（1986）。[過保護](#)に育ち苦勞の経験の少ない、「粘りに欠ける完全[主義者](#)」で、入社恐怖を中心とした抑制症状の強いタイプ。

・ 遷延性[うつ病](#)の性格が通常の[うつ病](#)とどう違うのかについての[研究](#)がない。分裂気質や回避性、[境界性人格障害](#)が遷延化に役割を果たすという見解もある。（[山口](#)1987）

2897

中年の心の寓話

1998年1月21日（水）

浦島太郎の話は、中年期の心性を捉えたものではないかと思える。

人生という童宮城に生きる。中年期は安定しているし、家庭や仕事の局面ではしなければならないことが次々にある。人生を忘れていられる時期である。青年期には異性や仕事の選択の場面で、自分の人生を考える。中年期にはそのような深刻な選択はあまりない。脱サラリーマンをして独立したり、転職したりすればまた青年期のような悩みも蘇るのだろうけれど。また、老年期のように、喪失体験に悩まされることもない。自分の体、知的能力、友人の死、子供の独立、仕事からの引退、社会的役割の変更など、喪失体験が次々に襲う。中年期はその点では比較的安定している。

このような相対的安定に包まれて、あっという間に白髪のおじいちゃんになる。

浦島太郎が玉手箱を開けるときは、仕事をやめて隠居生活になった瞬間のことだ。

2898

うつの場合に特徴的な自動思考やスキーマが論じられる。

しかしそれらは、うつに特異的というよりも、一般に心の視野狭窄状態を示しているものではないか。

不安が心を覆うと、心の視野狭窄状態になる。

例えていえば、心の中を照らす懐中電灯が弱くなって、本の一部分にしか光が当たらない状態。つまり、注意が狭くなり、いろいろなことを総合して勘案することができなくなっている状態である。

二分思考でも、選択的描出でも、過度の一般化でも、うつ以外のいろいろな状態にみられると思う。

そしてこのようなことで心がふさがれて、結局はうつ状態になるという経路は理解できる。

しかしそれならば、一般的な不適応思考というだけのことである。そんなことを考えていたのでは、よい適応ができるはずがない。適応が悪ければ不安にもなりうつにもなる。

では、不安が視野狭窄をもたらすのか？視野狭窄が不安をもたらすのか？→両方だと思うが？

視野狭窄は思考障害か？注意の障害か？

一種の退行状態とも見える。見たくない部分があるから、心に覆いをする。結果として視野狭窄になる。

視野狭窄にアナンカスティクがプラスされると華々しいくっきりとした病像となる。

視野狭窄にマニーがプラスされるとこれもくっきりとした像を結ぶ。

一般に、疲労が視野狭窄を誘発する。視野狭窄は、内部に潜んでいたいろいろな病理を露呈させる。

たとえばスプリッティング。外部への投影。→S系の病理。Bも。

アナンカスティクやマニー。→うつや強迫症。

2899

木村敏「うつ病と罪責体験」（1968）

かれらの有する強い責任感や義務感の背後にあるのは、自己の責任や義務を敢然と担い通そうとする強力な意志ではなく、またかれらの利他的な同調性の背後にあるものも、真に他人のために他人を愛そうとするような積極的な人間愛ではない。彼らの勤勉さや誠実さを支えている努力は、責任を遂行し周囲の人たちに尽くそうとする努力ではなくて、自己の勤勉さをあくまでも保持しようとし、自己の誠実さを決して失うまいとする努力である。かれらは自らの責任や義務の対象に対して誠実であるのではなくて、責任感、義務感をもっているという自己の態度を保持することに懸命なのである。かれらは他人のために他人に尽くすのではなくて、他人に尽くすという自己のあり方を変更することのないように努力を払うのである。……うつ病患者一般を特徴づけている好ましい人物像は、実はポジティブな誠実さの仮面に隠されたネガティブな無力さの表現である（Williams 1984）。

●日本の第一級の学者がこのようなことを書いている。古いから仕方がないかも知れないが、それにしても、よくない。俗流心理分析そのままではないか。

●仕事はこうしたことの背後にある構造を抽出することだ。この場合でいえば、例えば、内的規範への硬直化した忠誠。

価値の置き方として、他人よりも、自分の内面。しかしそんなことは当たり前ではないか。他人が大事というような「仮面」をつけていることが特徴。

それを本当に利他的で他人を大事と思っていると考えては間違いだということ。しかしそんなことではあまり精神医学とはいえないだろう。

むしろ問題点は、硬直していることにあると思う。「どのように」硬直したいるかが違うだけで、硬直自体は他の病気でも問題になる。状況に応じて対応することができれば、たいてい問題はないはずである。

●要するにアナンカスティクということではないだろうか？現実の状況に合わせて変更できないことが病理であると思える。頭の中にある秤が、すこし壊れている。秤の支点が錆びついていて、天秤が動かなくなっている。

●価値観がずれているということと、柔軟性がなくなっているということとはかなり違う。

2900

SとBの共通点。

幻覚妄想状態とは、つまりは内部状態を外部状態に投影・延長するということだろう。

外界の認知に関して障害があり、主に、内部状態を外部状態と取り違える、この点ではS（分裂病）とB（境界例）は似ている。

2901

金剛出版「[抑うつ症候群](#)」広瀬徹也1986 →入手すること

2902

「[認知行動療法](#)の理論と実際」

・ブレンナーの統合心理治療[プログラム](#)（TPI）。

認知分化、社会知覚、言語伝達、生活技能、対人問題解決といった五段階について、最初は認知能力を中心に訓練し、徐々に社会的能力に訓練の重点を移行させていく小グループでの[プログラ](#)
[ム](#)。

●本があるが、印象は弱い。

・[写真週刊誌](#)や[ビデオ](#)を使う。写真だけを見て、見出しや記事の内容を推定する。[ビデオ](#)の一場面を見て、人物の関係や事件について語り合う。また、[ビデオ](#)の途中でそれまでのあらすじをまとめ、その後の展開についての推量を話し合い、続きを見て推量について確かめあう。→個人の高位[認知機能](#)の修正を狙う。

・薬物を持続するよりも、再発前駆症状をとらえて素早く服薬することを学習させることも試みられる。遅発性ジスキネジアが問題であるし、[陰性症状](#)や基本的[認知障害](#)に対しては薬剤は無効か悪化させることもあると示されていることから。

・Sの症状を陽性症状、[陰性症状](#)、生活技能欠損の三種に分ける。予後予測性が高いのは生活技能欠損。

2903

どんな患者に何をするかを標準化する。検査や治療。その方が患者の満足度も高いのではないだろうか。

素人っぽくなく、プロっぽい印象が大切だ。

2904

「[認知行動療法](#)の理論と実際」

自己臭症について

・自己臭妄想には「自己臭の発散→周囲の不快感→周囲からの忌避」という分節構造がある。つまり、心気妄想、加害妄想、関係妄想の側面を有している。

・相手の言動から自己臭の存在を直感するという関係妄想。

・周囲の人に害を与えているという加害妄想。

●しかし、自己臭の存在の確信と、加害妄想とは時間的に同時に成立するのではないか？どちらも原因となり結果となっている。

●「周囲から忌避されていると妄想する」のも上の事態と同時に成立するだろう。

- ・自分の恐怖を不合理とは考えない点で、通常の恐怖症とは異なる。
- ・対人場面の回避はひとつの[オペラント](#)反応である。
- ・勉強に向かったときには対人敏感性が低下し、自己臭体験は弱まった。
- ・了解的に把握できる。症状は学習によって形成された。こうした点は[行動療法](#)的接近に適している。

2905

結局どのような方法論を獲得するかということだと思う。

2906

「[認知行動療法](#)の理論と実際」

[アルコール](#)症

- ・[アルコール](#)症者は問題解決技能が不足している。その根底に認知のゆがみがある。
- ・映画を[スローモーション](#)で再現するときのように、飲酒前、中、後に考えたことについて明らかにする。

[パニック障害](#)

- ・DSMでは[パニック](#)が上位概念で、ICDでは広場恐怖が上位概念である。
- ・焦点型[認知療法](#)（前半は[認知療法](#)、後半は[行動療法](#)。）
 - 1) 破局的認知を同定する（自動思考）
 - 2) [パニック発作](#)に至る[シナリオ](#)を、患者が明確に理解できるようにする
 - 3) 行動実験（例：[過呼吸](#)）を行うことにより、患者が破局的認知の誤りに気づき、認知の再構成ができるようにする。
 - 4) 回避してきた状況への段階的暴露を行う（[行動療法](#)）
 - ・EMD（眼球運動による脱感作法）、EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）
 - ・CAC（Computer-Assisted Counseling）……[認知療法](#)には適している。
 - ・病気そのものと、病気をかかえている個人と、二つの次元に心を配る必要がある。
 - ・家族の動揺は治療にマイナスである。
 - ・同情されたくない、安易に頑張れと言ってもらいたくない。

2907

服薬を我慢することがよいことだと考える理由

- ・服薬が不規則になる人で、「我慢しなくてはならない」と考えている人がいる。
- 薬を我慢することが、病気の治癒に役立つと信じている人がいるらしい。教育的に接することができるか。病気の成り立ちや、治療の戦略が理解できていない証拠である。しかしながら、解釈[モデル](#)が医療の常識と大幅にずれている場合には困る。
- 薬をのむのは自分を甘やかすことで、根性がないことだと思っている？なぜだろう？「我慢しよう」と思うのはなぜか？我慢に何の利益があるだろうか？

- 薬なしでやっていけるようになる、それが最終目標だということは分かる。しかし治療の妨げになる。やはり理解が足りないのだ。
- 自助努力をしたいという気持ちは大切である。努力すべきは、薬を我慢することではなく、何であるかを理解していただく。他にやることがあれば変なことはしないのではないか。
- 薬をやめたいという目標を前提にして考える。早く止めるためには今どうすればいいかを指導する。そうすれば腑に落ちるのではないか？

2908

「[認知行動療法](#)の理論と実際」

- ・あれこれ質問する患者に対して、すべて答えるのではなく、なぜそんなにいろいろ知りたくなってしまったのかという患者の気持ちに焦点を当てて話を聞く。
- [インフォームド・コンセント](#)とはいっても、実際にすべてを話すわけではない。しかし例外的ではあるが、すべてを知ろうとする人がいるし、時には挑戦的な態度で質問を繰り返す人がいる。すべてを適切に答える義務があると前提しているかのようである。
- 一種の性格障害であり、現在病棟で担当している人の家族は妄想性性格障害 ([パラノイア](#)) と思われる。医療は手抜きをすると前提しているかのようである。
- ・特定の役割を特定の職種に割り振るタイプのチーム医療と、[ネットワーク](#)型のチーム医療。
- なるほど、そのように柔軟に考えてもいいのかも知れない。特に精神科領域で、多様な転移関係を観察し処理するという観点からいえば、[ネットワーク](#)型チーム医療は望ましい形である。
- ・患者と共に問題を整理する。
- ・考え方や受け取り方の極端なところをより現実的なものに変えていく。
- ・患者の悲観的な考えをより現実的な考えとバランスをとるために、現実よりも少しだけ楽観的な方に話を進めることの方が多い。
- ・患者の[抑うつ](#)に気付かずに励ましている家族が多いので注意を要する。

2909

ある性格傾向をつくる悪循環

「不安なところを探しているところもあるみたいです」

不安を忘れたい、不安から遠ざかりたいはずなのに、なぜか不安を探して見つけてしまう。なぜか？

[フィルター](#)と言えは言えるが。

例えば、食事の葉っぱに付いている虫。気にする人は決まって見つける。次第に敏感になり、習慣として固定する。逆に、気にしない人は見つけないから、次第に[無頓着](#)になる。これも習慣として固定する。

不安やうつに関しても、背景に悲観的思考などを考えるとして、こうした[メカニズム](#)が作用しているのではないか。

「[認知行動療法](#)の理論と実際」

・「治りますか、本当ですか」といった話になったとき、まずは病気について説明するが、次には「そこに認知の癖が現れている」と指摘し、悲観的な考えを現実的な考えに変えていく。治療動機を高める方向に治療的に利用することができる。

●つまり、患者の発言には二つの次元の異なる情報が含まれているということになる。

●心配は現実的ではないというのであれば、妄想的だと言っているのに等しいではないか？現実把握がずれているという点では、妄想的であると指摘しているのに等しい。幅広い、正確な情報を、適切に処理することができなくなっている。悲観的情報を集める[フィルター](#)が働いてしまう。なぜなのか。それが問題である。？？？

●「不安なところを探しているところもあるみたいです」不安を忘れたい、不安から遠ざかりたいはずなのに、なぜか不安を探して見つけてしまう。なぜか？

[フィルター](#)と言え言えるが。

例えば、食事の葉っぱに付いている虫。気にする人は決まって見つける。次第に敏感になり、習慣として固定する。気にしない人は見つけないから、次第に[無頓着](#)になる。これも習慣として固定する。

・[うつ状態](#)の患者は、行動できないことや行動しても楽しめないことで自分を責めることがある。従って、患者には、行動することそれ自体が目標なのではなく、行動を通して患者自身の考えや受け取り方の極端なところを変えていくことが目的なのだとして十分に説明する。例えば、予定していた行動が十分にできなくても、できなかったときに頭に浮かんでいた考えについて検討することが大事だと話す。

「[認知行動療法](#)の理論と実際」

・良くなったという答えに対して、明細化する必要がある。抽象的な表現では、具体的な内容がつかめない。表面的な言葉では患者の真意が分からない。

・[スキーマ](#)に対して。[スキーマ](#)通りにしないとどうなると患者が考えているのか、明らかにする。また、患者の現在の行動の中から[スキーマ](#)に反する部分を取り出し、それが必ずしも患者が予測するほど悪い結果になっていないことを指摘する。こうした作業を通じて、徐々に[スキーマ](#)が変化する。

●[精神分析](#)のように、罪悪感を刺激したりや犯人探しのようにならないのがよい。現在に集中する。

●逆に言えば、[精神分析](#)のような[因果関係](#)をたどる思考は、患者が納得しやすいのではないか。科学的根拠は薄いとしても、納得はしやすい、[精神分析](#)はそんなタイプの思考法だと思う。人間の思考の癖をよくつかまえていると思う。

●このような手続きで[スキーマ](#)や自動思考を変化させることができるなら、とても素晴らしいことだ。

●魔術的なところがなくてすっきりしている。だから物足りないという人と、だから信頼できるという人とがいるのではないか。

2912

患者が使用している思考と感情の「鋳型」を抽出、分析、修正して、治療しようという戦略は、[精神分析](#)も[認知療法](#)も共通している。「自分では意識していない心の中の鋳型」という点でも共通である。

そうした鋳型は、素因と生育歴の相互作用によって形成される。これも共通。

抽出の方法論に関しては、分析に一日の長があると思われる。

その修正の仕方については方法が異なる。[認知療法](#)の方が納得できる。分析は、意識していないものを意識するようになれば、つまり前意識と[無意識](#)に属するものを意識に属するものに変更すれば、症状は消えんとする。[認知療法](#)は、繰り返し指摘し働きかけることで修正しようとする。

「自分では意識していない心の中の鋳型」を分析しようとして、まさにその鋳型が邪魔になるとしたら？[自己分析](#)が[パラドックス](#)に陥るとしたら？

だからこそ、治療者が必要である。

→問題：そのような[パラドックス](#)を指摘できるか？

→予測：そのような[自己分析](#)を阻むような[パラドックス](#)が何種類かあり、そのことが何種類かの精神病につながっているのではないか？

[1998年1月22日](#)（木）

2913

治療コースとして、何種類か提示し、あなたはどのタイプであるかを診断し、治療を提案するという形にできないか？

患者として納得して医療を受けられる環境づくり。

2914

[デカルト](#)のコギトについて。

中学の国語教師は、「吾思う、故に吾在り」と黒板に書いて、人間は深く考えなければならないといった意味のことを言ったように思う。

[夏目漱石](#)言う、向上心のない人間は馬鹿だという意味に解釈していたように思う。

とても道徳的な、人間の生きる態度についての教訓として受け止められていた。

[デカルト](#)は、心が存在することの証明として述べたのだろうが、このように別の解釈が付与されて流通している。

2915

心の鋳型について

・生育歴のある時点において適応的な行動[パターン](#)があった。それが鋳型として蓄えられる。私

の以前の言葉で言えば「行動[パターン](#)の[ユニット](#)」である。

- ・ [アイデンティティユニット](#)といってもよい。たとえばおじいさんとの関係から考えれば、おじいさんに対する孫としての鋳型と、おじいさんを取り入れた鋳型。これらが形成される。
- ・ それがどんな場面で発揮されればよいかをコントロールする部分がある。不適応とは、不適切な鋳型を用いているときのことである。
- ・ 退行とは、より幼児型の、より古い鋳型を用いることである。
- ・ 鋳型は層状に古いものから新しいものに積み重ねられている。新しいものを使っているときは古いものは不活化されている。
- ・ 鋳型を変える、修正するとは、何かたった一つのもの変形するように聞こえる。そうではなくて、別の鋳型を使うように勧めることである。
- ・ 別の鋳型を引き出す操作として、注意をそらす方法や、自動思考、[スキーマ](#)の修正がある。修正といっても、別のものに置き換えることである。
- ・ なぜ不適切な鋳型が選択されてしまうのか？それが問題である。過去にその鋳型が作られて、適応的であった時期との、類似が手がかりになっているはずである。それは[フロイト](#)が例としてあげたように、「あごひげ」であるかもしれない（少年ハンス）。
- ・ 心の鋳型説は、[精神分析](#)と[認知療法](#)の両者の深層の構造を抽出したものである。さらに注意の理論につながる。
- ・ 不適応→退行→ここで偶然大きくいけばよいが、いかなければ更に退行→更に不適応。こうした悪循環が形成される場合がある。
- ・ もともと鋳型の[レパトリ](#)が少なければどうしようもない。
- ・ 学習はいつでもできるのだろうか？覚悟を決めて、現状に適応的な[パーソナリティ](#)を学習して身につけることも大切ではないか。どのようにすればできるのか？
- ・ 退行して子供に帰っているということは、学習可能性が高まっているということの意味するのではないか？

2916

個人の発達段階と、社会の発達段階が[たまたま](#)一致した場合、その人は偉人となり天才となる。才能や個性が独立して存在しているのではない。環境、社会との一致が問題である。具体的には、社会に半歩先んじる、そのような[パーソナリティ](#)が有用である。成功するタイプである。

2917

適応の二つのレベル

・ いろいろな個体が独自の「鋳型セット」を持ち、世界を生きて、その鋳型セットの適応の程度を実験している。それはちょうど、魚が種々のDNA変異をしていて、環境に対する適応を持続的に実験していることに対応している。少しずつ変化して、環境への適応をより高めるとともに、環境が変化しても追従できるように、いつでも変化しつつある。

・人間の場合には、DNAが直接試されているというよりは、DNAがセットした脳と分化の全体が試されているといってもよい。それは結局DNAであるが。

・[遺伝子](#)で決定されているのではあるが、ここで実は二段構えになっていて、直接DNAが試されるのではなく、脳の構造が試されている。脳の構造は素因もあるが生育歴の結果でもある。

[コンピューター](#)でたとえば、ハードと、基本ソフトと、それによって蓄積したデータのすべてが、検証される。つまりハードとソフトと[記憶媒体](#)の内容と、これらすべてが検証される。勿論、進化の歴史をたどれば、ソフトも記憶内容も、ハードから発生したものではあるのだけれど。

・ポパーの三世界理論を使える？物質と心と分化。ハードとソフトと記憶内容。

ここで問題は、心とソフトの対応である。怪しい。

・人間の場合には[遺伝子](#)が直接に試されるのではなく、ずるく奥に引っ込んでいる印象である。それを二段階の淘汰[システム](#)と表現できるのではないか？

2918

こころとからだの病気に対して積極的[ストレス](#)コントロールの提案

皆様[こんにちは](#)。この場を借りて、皆様への[メッセージ](#)を記させていただきます。

現在、臨床の間ではいわゆる心身症が急増している印象があります。心身症は、心身の不調の原因として心理的要素が関与し、さらに治療の間でも心理面への専門的な配慮を必要とするものであります。

具体的には、心の症状タイプ、身体の症状タイプ、心と身体の両方に悩みが出るタイプ、家族が悩むタイプなどいろいろあります。たとえば[パニック](#)症状や、全般性不安症状、いわゆる心身症や[ライフスタイル](#)病、[摂食障害](#)、[家庭内暴力](#)や[アルコール](#)問題、[アダルトチルドレン](#)、[幼児虐待](#)まで。さらにはご高齢になって不眠がちになった場合にも、背景には[ストレス](#)があることが多いものです。

心身症の増加の背景としては、[現代社会](#)の[ストレス](#)に我々が対応し切れていないことがあげられます。会社、学校、さらには家庭にいたるまで、人類が今まで経験したことのない、持続性で強度の[ストレス](#)がわれわれをとりまいてるといえましょう。逃げることも休むことも許されず、[ストレス](#)解消の手段も考えつかずといった状況です。自分なりのペースが許されることは少なく、社会に自分を合わせるしかないのが実状です。

遠い昔には昔なりに[ストレス](#)がありましたし、それに適した[ストレス](#)解消の手段もありました。悩みの聞き役も村にはいたでしょうし、青年期危機の経験を伝える役の人もいたでしょう。その程度の[ストレス](#)コントロールで適切であったのです。

現代を生きるあなたはどんな[ストレス](#)に悩み、あなたに適切な[ストレス](#)発散の手段は何でしょうか。多くの人が適切な指針を得られずに困っています。

当クリニックでは、まずあなたの症状構造と[ストレス](#)構造を考えます。次に治療目的を明確にし、薬と[カウンセリング](#)、その他の療法をどのような割合で用いるのが適切か、ご希望やご都合を伺いながら決定します。本を紹介したり、さまざまなグッズを提案することもできるでしょう。

なかでも基本は対話的關係であり、納得して、治癒の希望を持って治療することが大切だと考えています。

以上の方針で、[ストレス](#)病に対しての積極的[ストレス](#)コントロールを提案させていただきたいと思います。

2919

・ ころの問題

ころの傷を解決できない

[ストレス](#)ケア

ゆううつ

不安・イライラ

物忘れ

人の視線が気にかかる

うわさ話をされている

どうしてか人を傷つけてしまう

・ ころとからだの問題

不眠がち

心身症

[ライフスタイル](#)病（成人病）

[更年期障害](#)

心身不調状態

食欲の問題

[アルコール](#)の問題

慢性疲労

[パニック](#)

広場恐怖

[過呼吸](#)

強迫症状

ひきつけ・[てんかん](#)

乗物恐怖

・ 家族のころの問題

[幼児虐待](#)

お子様の発達相談

学生の[メンタル](#)相談

働き盛りの[メンタル](#)相談

痴呆相談

ミルトン・エリクソンの心理療法セミナー

- ・逸話の利用についての提案。
- ・治療を受けていることが問題だ。自主的な人生を歩めばその方がいい。
- 全体として冗漫。つきあいきれない。
- 翻訳は清水義範のジャック・アンド・ベティみたい。
- 催眠を用いた、名人芸といったところか。ついていけない。全体の雰囲気も、カルトみたい。

「心はどこにあるのか」 (ダニエル・デネット)

- 買って損した。面白くない。あるいは、面白さが伝わってこない。支離滅裂なお喋りにやや近い。→だんだん面白くなってきたので、取り消し。
 - ・詩集を顕微鏡で読もうとするのは的外れである。
 - ・ダーウィン型生物.....遺伝子を変化させて適応実験する
 - ・スキナー型生物.....行動変異を起こして適応を実験する。強化のプロセス。
 - ・ポパー型生物.....シミュレーションと洞察により、行動選択する。高度の適応が可能になる。
 - ・グレゴリー型生物.....道具を相続して、それにより知性を発達させる。他者の経験を利用することができる。文化を相続する。
 - しかしながら、ポパー型生物の場合、特有の症状が発生することらなるだろう。
- シミュレーションの前提として、外部現実を内部現実^にに写し取るプロセスが必要である。すべてを忠実に再現するのではない。必要な要素だけでよい。しかしそれは途方もないほど大変な作業であり、これこそが奇跡に近い。
- 内部現実が外部現実のモデルとして不適切な場合。.....これは病気としては性格障害になるだろう。
- 内部現実を調整して、外部現実との一致度を高める機能.....これが現実照合機能。これが壊れているのが、？
- 幻覚妄想状態とは、内部現実と外部現実がずれているのに、内部現実を外部現実と思い込むことである。照合と訂正の機能が働かないからずれてしまう。
- 外部現実^にに内部現実が優先している状態という。たとえば笠原の教科書。しかしそうだろうか？
- 1) 内部現実^にに常に外部現実^にに優先している。
 - 2) 内部と外部が一致しない場合には、結果的に、内部が外部に優先すると見える。
 - 3) 一致している場合には、どちらといっても構わない。常識的には、外部を優先していると言う。
 - 4) 空想を非現実と認定する。それはまた別の次元の、内部と外部の区別である。空想を現実と認定するのは、.....いやこれが妄想か。では一致していない内部現実を外部現実として信じてシミュレーションし、行動するのは何というべきか。現実把握が悪いという言い方になる？
- 内部現実と外部現実というモデルでできるだけのことを記述してみる。これは楽しい試み

である。

[ローレンツ](#)の「鏡の背面」の理論。参考になりそう。

●ポパー型生物.....以前の精神病[モデル](#)に一致している。記憶部分、現実[モデル](#)部分、照合部分と三分して、それぞれの部分に障害があるとき、どのような症状になるのかを論じたもの。リドルの分裂病論ともつながる。各理論の接続はとても良好である。

●生物が内部に蓄えている世界[モデル](#)、それを[スキーマ](#)と言ってもいいのだろう。拡張しすぎか？[認知療法](#)とは、この内部にある世界[モデル](#)、つまり内部現実を、外部現実のよりよい[モデル](#)に修正することである。合理的思考とは、外部現実により適合した内部[モデル](#)のことである。

課題

→なぜ自力では修正できないのか？

→どうすれば効果的に修正できるのか？

2922

「心はどこにあるのか」 ([ダニエル・デネット](#))

・生物では、古いソフトのある部分を消去してしまうのではなく、「[コメントアウト](#)」しておく、つまり不活性化のマークをつけて、残しておくことをする。時にはこうした部分を再活性化して利用することもある。

●このような[プログラム](#)の誤動作として症状をとらえることができるだろう。たとえば（低次の）強迫症。

・草花の成長を[ビデオ](#)で早回しにすると、まるで意志を持ち、指向性を持っているように見える。

・観念連合学説、行動主義、結合主義。単純な学習[モデル](#)の進化。

Associationism, Behaviorism, Connectionism. ABC学習と呼ぶ。

・吐き気、めまい、恐怖、震えなどの典型的な反応を示して身体が抵抗したら、それは考慮された行動がよくないことを示す信頼性のある合図である。進化は、悪い選択を選ばないようにするために、それを試したときに強烈にいやな感覚を伴うようにして、実行する気をなくしてしまう。

●感情でラベルをしておく。

・好奇心。強力な学習[システム](#)の原動力になっているのは、好奇心だ。強化因子がない環境でも、結局は強化がなされた。

・痛みの中心的な機能はマイナスの強化、すなわち「罰」を与えて同じ行動を繰り返す可能性を減らしている。

2923

図解。

[チャート式](#)。

「一目で分かる」方式。at a glance.

こうしたもので理解を助ける親切さが大切。何よりも自分の頭がすっきりするはずである。

2924

[履歴書](#)から分かることと分からないこと

転職を繰り返しているとき、どう判断するか。気持ちの落ち着かない人、問題のある人とするか、向上心がある、理想を求める、くじけない心を持つなどとするか。

結局は文面からは分からないことだ。どちらの可能性もある。そこで面接が必要になる。面接で感じる直感が何かを教えてくれる。

2925

「拒食の喜び、媚態の憂うつ」（大平健）[岩波書店](#)

●意外に面白い。やはり文章に芸があるのだろう。ある程度勉強もしている。後半はくだらないお喋り。

・近代的自我とは。「本物の自分」と「生活している自分」とが分離して、本物の自分を近代的自我と呼ぶ。

・昔の人間は「生活している自分」が本当の自分だと思っていた。19世紀近代になって本物の自分が本当の自分になった。

・「本物の自分」→「生活している自分」という構図。

・[アルコール中毒](#)。自らの意志で自制心を失うことを選んだ人格の病。

・[フロイト](#)が見抜いたのは、「生活している自分」に現れた症状が実は「本物の自分」の自己表現に他ならないということ。[ヒステリー](#)患者は「生活している自分」を「本物の自分」が自己表現するときの道具にしている。

・「本物の自分」は[スーパーエゴ](#)に[突き上げ](#)られ、「生活している自分」はイドに[突き上げ](#)られる。この二つをまとめて「イヒ」と呼んだ。

●ここの解説は見る自己と見られる自己の分化である。[自意識](#)の誕生に関連して論じられる。

また、時間遅延理論でも重要な骨格となる。

・「抗[ストレス薬](#)」という言い方をしている。[抗不安薬](#)のことなのだろう。分かりやすくてよい。

・心的意味のある身体症状を示すのが[ヒステリー](#)。

・アイ→ミー（反省）

・「クレイミング・[アメリカン](#)」子供の病気は親のせい、しかし親の欠陥もそのまた親のせい。いくらでも他人のせいにできる。その手助けをしているのが[精神医学](#)。

2926

一日を終えて、「[やれやれ](#)困ったことが起こらないいい一日だった」と感じるか、「いいことが起こらないつまらない平凡な一日だった」と思うか、かなりの隔たりがあるのではないか。

このあたりで、人生に何を期待しているかが分かる。

2927

広告

[ネガティブなイメージ](#)を持たれそうな要素を排除することによって効果を上げるタイプの広告がある。

一方で、[ポジティブ](#)に売り込もうとする広告がある。

たとえば「安い！」と[メッセージ](#)を発したとすれば、それを好ましいと感じる人と好ましくないと感じる人がいる。

戦略がはっきりしていれば、それもいいが、[マーケット](#)状況をつかんでいない段階では危険である。その場合にはむしろ、[ネガティブ](#)を回避する戦略が正しいだろう。

2928

開業医のあり方：専門医として、あるいは家庭医として

わたしの場合にはどのような立場をとるか。神経科、[心療内科](#)という科目。立地条件。

たぶん、専門医として活動するのがよいと思う。患者が直接に訪れるのも大切なルートであるが、専門医として、他の医師からの紹介を大事にすることがいいだろう。

2929

対象疾患

心身症、神経症、[うつ病](#)、[自律神経失調症](#)、[ストレス病](#)、[てんかん](#)、[不登校](#)、痴呆の心配。

治療

薬（[抗うつ薬](#)、[抗ストレス薬](#)、[抗不安薬](#)、[睡眠導入剤](#)、自律神経用剤、[抗てんかん薬](#)、抗痴呆薬、そのほか一般に身体の薬）

精神的治療（[カウンセリング](#)、集団精神療法、[精神分析療法](#)）

訓練的治療（[自律訓練法](#)、[認知療法](#)、[行動療法](#)、[デイケア](#)、ナイトケア）

[リラクゼーション](#)（[アロマセラピー](#)、バイオ[フィードバック](#)）

2930

田舎の青年が、「退屈な田舎は[うんざり](#)だ、都会に行きたい」、そんなことを言うようになって、分裂病の時代が始まったと思うのである。この青年は生育の過程でやや問題があった。環境に刺激が強すぎる点があったか、環境とは関係なく、内的に異常が発生したか。田舎の環境で満足するにはレセプターが足りない。

子供の頃のレセプターレベルのセットが問題である。「田舎は退屈だ」と言って実際に出て行ってしまふ人は、子供の頃からのレセプターレベルのセットは他の人たちと異なっていたはずである。つまりより多くの刺激を欲していた。

1) 子供の頃の環境は変化する。大人になると言うことは[ある意味](#)で鈍感になることだから、子供時代よりは大きな刺激を欲する。

2) 生育に従って、レセプターはどう変動するか？多感になるともいえる。逆に、より多くの刺激を求めてさまようともいえる。

生育歴を聴取する目的の一つはここにある。どの程度のレセプターレベルが子供時代と青年時代で見られたか。そのために聴く。

未完成

2931

[バックグラウンド](#)・[ストレス](#)・レベル

と

最大[ストレス](#)・レベル

この中間で、生活は営まれる。

[グラフ](#)で、生活の領域が描かれる。

田舎は低[ストレス](#)過ぎるので、我慢できない。

都会に出て、[バックグラウンド](#)・[ストレス](#)レベルは上昇する。

未完成

2932

哲学関係の本は、「心とは何か」と始まる。[うんざり](#)である。

[精神医学](#)は心とは何かを問う必要はない。「なぜ」と変調の原因を考える必要さえないかもしれない。「どのように」変調があるのかを記述する。しかしそれさえ必要なく、ただ「これから何をしようか」と話を進めるのがよいのかもしれない。

過去を掘り返しては幸せは逃げていく。そういうこともある。

2933

[シンボル](#)の無限背進

人は異性に恋をする代わりに、[シンボル](#)に恋をする、さらにその[シンボル](#)に恋をする。

所有の欲望は、ものそのものではなく、貨幣に向かう。さらに貨幣の代用物、[シンボル](#)に向かう。

名誉の[シンボル](#)、力の[シンボル](#)、富の[シンボル](#)、若さと健康の[シンボル](#)、それらはさらに[シンボルのシンボル](#)へと連鎖してゆく。

その果てに、外部現実を転写した内部現実が成立するのではないか？

つまり、[シミュレーション](#)は、[シンボル](#)と[シンボル](#)、（それらは[シンボルのシンボルのシンボル](#)の……という「深さ」が異なる場合もあるだろう）、の間で実験される。

観念の動物とは、[シンボル](#)の動物であるということだ。

[シンボル](#)によって構成される世界が、脳内現実である。変換を続けていくうちに、最後には「[シナプス](#)の言語」に変換されているのだ。

2934

[自意識](#)と他意識とに分割して考え、[自意識](#)は他意識の様子を[モニター](#)しているだけで、実際には他意識に影響を与えないとする。

[自由意志](#)は（本質的な意味では）錯覚であり、時間遅延が[自由意志](#)の錯覚を生み出している。それがタイミングがずれたときに、（ある種の）離人感、自動症、させられ体験が発生する。

だとすれば、言葉で[スキーマ](#)や自動思考に働きかけるとは、どんな作業をしていることになるのだろうか？

この考えでは、[自意識](#)は他意識の内部状態について[モニター](#)するのが役目であり、その観察は集団の他の個体の内部状態の推測に役立つ。

[自意識](#)→他意識

↓

他者

2935

一度として途切れたことのない[遺伝子](#)の連鎖の結果としてわたしが今ここに存在している。めまいを覚える。

このすき間のなさ、完璧さ。

2936

「拒食の喜び、媚態の憂うつ」（大平健）[岩波書店](#)

・[摂食障害](#)における、「本物の自分」と「生活している自分」

●[強迫性障害](#)の二種と同じ論点。常同症とコントロール過剰症といえいいだろうか。

・節約のために、本物の自分を「自分」、「生活している自分」を私と表記する。

自分→私→他人 と憎悪が成立する。

うつの場合には、

自分→私→x→他人 となっていて、私が他人への憎悪を表現できなくなっている。せき止められた攻撃性は自分から発して私で止まる。

・自分を殺して他人と事無く付き合う人。

自分→x（自分を抑える）……私→→他人（事無く付き合う）

自分→私→x他人

怒り

・テン・セント・[セラピスト](#)、安っぽい療法士。

2937

森田神経質

コントロール過剰の病理と見える

診察室を映した[ビデオ](#)では、症例の選択・限定が徹底していないようだ。

「あるがまま」は、つまり、（他意識に対する）[自意識](#)の過剰については是正するものである。

[自意識](#)→他意識。

行動だけ修正する、[自意識](#)については仕方がないので「あるがまま」とする

つまり、他意識については修正する。[自意識](#)は受け入れる。

「とらわれ」は、[自意識](#)と他意識の間での[不具合](#)とも見える。たとえば赤面しても用を足すことは、「他意識→他人」の部分である。赤面が気になって、気が散って何もできない」とするのは「[自意識](#)→他意識」の部分である。

[パニック発作](#)があっても「まあいいや」と思えるようになる。

生の欲望を肯定し、身を任せる。

素直になる。みじめだったり恥ずかしかったりする自分を素直に認める。

不安と共存するしかないと悟る。

豊かになると内面と向き合うようになる。

薬を使わない。身を委ねる。頭の中でいじくらない。

思考の遊戯をしない。受け入れる。

●薬を使わないというのはここでも大事な[キーワード](#)である。

2938

[バックグラウンドストレス](#)に関しては、[サブカルチャー](#)の問題もあるだろう。

2939

痴呆病棟で。「いつ帰れるの！」と老女性が職員に対して怒っている。「あしたですよ」と答える。「嘘じゃないだろうね！私は嘘つかれるのが一番嫌いだ。嘘だったらわたしはあんたを刺すよ。わたしはそんな人だからね。嘘じゃないだろうね。本当に刺すよ！」と真剣でせっぱつまった言葉を語る。職員は手慣れた感じで、「はい、本当ですよ。あしたですよ」と応じている。興奮しているのは患者だけである。

これでいいのだろうか。仕方がないのだろうか。嘘は嘘である。しかしこれ以外にどうしようもないのも事実である。

2940

不安は危険の信号系で、赤信号である。回避しろ、逃げろ、の信号である。

これが誤作動することがある。なぜ誤作動しているか、何に反応しているか、調べればよいはずだ。

2941

これは夢だと意識する。これは[自意識](#)があるからこそ可能になることだ。

2942

自分の感覚を延長して、他人の内部状態を推定する。感情や思考、意志など。
他人以外のものに向けると、擬人化、[アニミズム](#)になる。
他人についての情報が少ないときに、被害的になったり、ときには過度の理想化をしたりする。
このような投影を行うのは人間の本性である。
投影する内容が不都合なとき、性格障害と言われる。
妄想性性格障害では、たいてい被害的。
境界性では過度の理想化と過度の脱理想化。
自己愛性では相手は自分を愛している、崇拝しているという思い込み。

2943

[多重人格](#)の[スイッチング](#)の[メカニズム](#)。何がきっかけになるのか？
一般に、人間の感情や行動を[リリース](#)する[メカニズム](#)と関係しているだろう。

2944

[マスコミ](#)がこのように発達し、日中に主婦は[テレビ](#)をつけっぱなしで生活するということであれば、[芸能人](#)とともに年をとる感覚が生まれてくるだろう。
[芸能人](#)は年をとらないから、おかしな現象が生じるかもしれない。

2945

To be or not to be,that is the question.
生きているか、死んでいるか、それが問題だ。
脳死問題の[テーマ](#)とすることができる。

2946

共生の感覚。
一方的な寄生ではないという感覚。
[障害者](#)と共に生きる社会の視点。どのように寄生ではなく、共生であると納得できるか。

2947

ある種の精神異常は人に夢と希望を与える。
狂った宗教者は、ある点で人類に光をもたらす。

2948

開業医が感じる、高度先端医療からの遅れ。

2949

解剖学実習室での悟り

心が張り裂けそうになるとき、現世価値の相対化が役立つ。

たとえば、解剖実習室に入るとよい。そこには人間の死後の肉体が横たわっている。人間とは何であるかが伝わってくる。本当の虚無が身にしみる。そしてそこからどう生きるかを考え始める。

2950

「[ソフィーの選択](#)」の[ソフィー](#)の[トラウマ](#)と癒し

結局癒しは成功しなかった。どのようにすれば可能であったか？

[ソフィー](#)は[アルコール](#)を用いた。

解離や忘却、抑圧は用いなかった。

2951

Vanity

虚飾

こうした虚しいものを追い求める人生はどうか？

早く気付いて「本当の人生」を始めた方がいいとする人もいる。たとえば修道院にはいる。[グッ](#)
[チ](#)家の長女は修道院に行った。

また、虚飾であっても、つまらない[ゲーム](#)であっても、わたしはそれに参加したいと[考える人](#)もいる。虚飾であると悟った上で、参加しているのである。

2952

現代.....安定した[世界観](#)が崩れて、価値観の相対化の中に生きている。絶対の指針がない。

そうした状況では、自分の内面と向き合わなければならない。向き合ったとき、不安が見える。

拡大されて心を占めるようになる。

絶対の価値観や指針があるときには、自分がそれに合わないのはなぜか、もっとよく合うようにするにはどうするか、問い続ける。強迫症者に生きやすい世界である。

子供時代はある程度そうしたものだだろう。大人になるとやや緩くなる。しかし現実の社会を生きていけば、やはり社会の根底的な規範はかなりの程度に、人々を縛っていると思う。

[社会常識](#)や規範が緩くなっているなどといえるのは学者ばかりではないだろうか？

2953

QOLを自分の人生にも考えてみる。

わたしは自分の人生の価値を、他人からの外面的な賞賛以外の何かで測ることができるか？

2954

[精神病院](#)や痴呆病棟、[デイケア](#)施設で、わたしは本当はいいことはしていないとしか感じられない。現実はこののだからというものの、もっとよくできるはずだという思いを強く抱く。

[モラル](#)が麻痺しているという現実が見えるし、忘れられない。弱者[からむし](#)る態度がわたしを居心地悪くさせる。

2955

新聞で。

老人用の[デイサービス](#)の車が家の前に停まると、それは屈辱であると感じる人たちがいる。

他人がそれを見て、自分達のことを軽蔑するだろうと予測して、悔しがる。

そのような人たちもいるのだということは理解する必要がある。

精神科でも、頑なに32条を拒む父親がいた。理解が足りないというべきか、別の感覚があるとい

うべきか。

2956

「心はどこにあるのか」 ([ダニエル・デネット](#))

・第一次の志向システムから第二次の志向システムへの進歩。

第一次志向システム.....いろいろなものを信じたり欲したりする。

第二次.....自分や他人に信念や欲求があることを信じたり欲したりできる。

第三次.....自分が何かを欲していることを相手が信じるようになって欲しいと思う。

第四次.....相手が何かを信じているとこちらに信じるように欲していると信じることができる。

・入院してADLが低下した老人も、自宅に戻ると自分のことは自分でできるようになることが多い。老人は長年にわたって自宅という環境の中に日常の行動をうながしてくれる目印を刻みつけており、それによって何をしなければならないか、どこに食べ物があるか、どのように服を着るのか、どこに電話があるのかなどを思い出している。新しい学習はできない老人でも、いたるところに目印がつけてある環境でなら、自分で自分のことは処理できる。老人を自宅の外に連れ出すことは、老人をその知的能力から切り離すのに等しい。脳手術を受けさせるのと同じくらい破壊的な行為である。

●こうまで極端に言っているかどうか疑問であるが、そのようなことも部分的には当たっているだろうと思う。

●難しい本である。議論の背景がある程度以上分かっている人でないと、理解できない。たとえば「解離」を分離と訳して、その部分も詳しい説明はないから、理解し難くなっている。不親切というか、表現力の問題がある。翻訳のレベルも問題であろう。

・人間を除く動物は痛みは感じられても、苦しむことはできない。

2957

ある一つの言葉の背後にあるもの。

顕在的な、あるいは潜在的な、言葉と言葉のつながりが、国語の中から、あるいは生活経験の中から、形成される。

それが意識内容 ([無意識](#)内容も含むとってよい) である。[世界観](#)である。内的世界[モデル](#)である。

つまりこのようにして観念連合説ができるのだろうか？

2958

[シンボル](#)の読解

小説を読む、[ドラマ](#)を見る、[コマーシャル](#)を見る、音楽を聴く、[ポスター](#)を見る。そこに何が描かれているのだろうか読解を試みる。読解のレベルは様々である。

作者は何を意図したか。あるいは作者の意図を超えた何が表現されているか。

全体の筋書きは何を意味しているか。部分は何を表現しているか。

何重かの記号化が達成されている。

ここのセリフは何を意味しているか。一つ一つの小物は何を意味しているか。それらがまとまって何を意味しているか。意味は何重にも読解される。

送り手と受け手の読解のレベルが合わないとき、[コミュニケーション](#)の錯誤が生じるのではないか？

分裂病者が読解に失敗しているのは、このような[シンボル](#)読解の階層の錯誤があるのではないか？

[1998年1月26日](#)（月）

2959

人間は誰でも自信がない。

なぜなら、自信があれば、人間はもっと困難なことに挑みたいと思うようになる。そして自信をなくしたところでやっとこの動きは止まる。

したがって、すべての人は自信がない状態で暮らしている。

自信があるというのは、向上心がないということで、怠け者だということだ。

2960

[自律訓練法](#)がなぜ効くか

注意の向け方が変更されるからである。

いままで内的不安や外部の不安要因に向けられていた注意が、たとえば「右腕が重い」という点に振り向けられる。

2961

縦軸.....活動レベル（精神と身体）

横軸.....鎮静、興奮、過興奮

興奮から過興奮に向かうと活動レベルは低下する。山形の曲線を描く。

2962

[マック](#)を使っていて、何度も[リセット](#)する羽目になった。起動するまでじっと待たなければならなかった。はじめからやり直し。そしてこちらがどんなに焦っても怒っても、むだである。相手に合わせるしかない。

これは精神療法と同じであることに気付いた。[精神病患者](#)を相手にするということはつまりそういうことである。

2963

分裂病の軽症化と[テレビ](#)環境

[テレビ](#)が幼児期からある環境では、[ドーパミン](#)レセプターのセッティングが、[テレビ](#)のない環境

に比較して明らかに異なるだろう。このことと、分裂病の軽症化が関係しているのではないか？

- 1) 分裂病になる人は、レセプターが多すぎる人。
- 2) ([ドーパミン](#)) × (レセプター) = 過剰 となるときに、発病する。
- 3) 普段は[ドーパミン](#)過剰にならないように[静かな生活](#)を続けている。しかし[思春期](#)に、危機が訪れる。こうして破瓜病が成立する。

レセプターが多くなってしまった人も、[テレビ](#)で刺激にさらされていると、レセプターは、減少する。つまり、レセプターの過剰が緩和される。

通常は刺激4に対してレセプター4であるとする。=16

昔なら破瓜型予備者は刺激2に対してレセプター8の状態になる。=16

[テレビ](#)を見ていると、これが3と16/3(=5.3)程度になる。=16

この状態で[思春期](#)に至り、刺激が8程度になる。

通常者 $8 \times 4 = 32$

古典的破瓜型 $8 \times 8 = 64$

現代の破瓜型 $8 \times 5.3 = 42.4$

仮に、40以上が幻覚妄想状態になるとすると、古典的破瓜型は重症化するが、現代の破瓜型は軽症ですむ。[テレビ](#)の刺激のおかげで、レセプターが減らされているからだと考えられる。

しかし一方で、[テレビ](#)は有害刺激を含む。「悪い行動や思考の刷り込み」が起こる。

[テレビ](#)は内省を奪う。映像で「考える」ようになる。つまり、通常の意味では「考えなく」なる。衝動的になる。

衝動的とは、原因刺激と結果行為が直結している状態である。間に複雑な感情や思考が入るはずなのに、それが抜けてしまう印象である。[テレビ](#)の人はそのように行動している。

[テレビ](#)は世界の悲惨や残虐を集約して見せてくれる。人間が自然状態で生きていれば、見聞きする残虐はそれほど多いものではないのではないか。ある程度の幸せを確信しながら生きていられるのではないか。しかし[テレビ](#)は残虐を集約し、人間の世界では常にひどいことが起こっているかのような印象を生む。他人のことを細かに伝えるので自分との比較を生む。しかも、そこに露出している像は虚像であることも多い。しかしその虚像と現実の自分を比較して考えるようになる。

たとえばこのところ報道されている、[私立大学](#)運動部員による集団レイプ事件。このようなことがどうして起こるものか。何が彼らを教育したか。

2964

[ストレス](#)が高まったとき、衝動行為に至る人と、幻覚妄想状態に至る人との違いは何か？

幻覚妄想の結果として、衝動的攻撃行為に出たり、衝動的[自傷行為](#)に至ることはある。

中学一年男子生徒が、授業に遅れた。叱った女性教師（26歳）を持っていたナイフで刺し殺した。

ナイフを持ち歩く、授業に遅れて叱られる、このあたりは健常ではない。普通ならば授業に遅れても、理由があるし、したがって叱られたりはしない。普通の生徒だったという言い方には嘘が

あると思う。

[1998年1月29日](#)（木）

2965

分裂病の根本病理は、レセプター可変性の低下（つまり[固定化](#)）にあると思われる。

レセプター[固定化](#)=[ストレス](#)病（つまりは[適応障害](#)）

この場合、人のタイプによって、様々な反応を示す。身体に出れば、心身症、幻覚妄想状態が出るなら分裂病、[うつ状態](#)で出るなら[うつ病](#)。

環境に合わせて柔軟に変化させられる人は、[ストレス](#)病にならない。

心身症、分裂病、[うつ病](#)といろいろな表現型をとることの理由は不明。たぶん、嘘だ。

もっと正確な考察が必要。

こう仮定して、どの範囲のことが説明できるか、試みること。

もっといろいろな病気があってもいいはずであるが？たぶん、たいていは、正常からの統計的にあって当然の変異とされているのではないか。少し変わった性格とか、少し知能が低いとか、つまりは個性の範囲内で理解されているのではないか。その範囲を超えるものはつまり、自傷他害であり、その背景には現実把握の歪みがあるだろう。

2966

ある雑誌で性格・行動異常のある[芸能人](#)の顔の類似について指摘があった。[花柳幻舟](#)、東電OL、中森明奈、[小柳ルミ子](#)など。頬がこけて痩せている。少し出っ歯。目つきがすすんでいいる。似ているという印象がどのあたりから生まれるものか、興味深い。

心の状態を外見が示していることになるからだ。

2967

人は現在を過去の結果だと考える。

清算されていない過去が、現在を縛る。

2968

[アメリカ大統領](#)のルイン[スキー](#)疑惑。

目立ちたがり屋の女性が[有名人](#)との[スキャンダル](#)を語る。一方は迷惑顔に否定する。ルイン[スキー](#)という人にも大いに問題があるのだろうと推定できる。

しかし、やはりここでも通常のもみ消しの作業が行われる。性格がおかしい、頭がおかしい、何か裏にあるのだろうといった言葉が流される。

そうした言葉も納得できるから、ややこしい。

こうした成り行きを見越して、そのような人たちを被害者として選んでいたとしたら。

一方で、権力のある側、世間に信用にある側が、自分の都合のいいように丸め込むことも厳然として多数あるだろう。

性的虐待の被害者と加害者の分析を読むと、とても納得させられる。説得力がある。[ハーマン](#)「心的外傷と回復」。

2969

「絶望がやがて癒されるまで」[町沢静夫](#)

・セルフ[インストラクション](#)法。自分の心の中にもう一人の自分の理想像をおき、その理想的な自分といつも対話する癖をつける。自分のなかに指導者をつくる、そしてその指導者といつも対話しながら自己決定していく。

・悲観的で否定的な考えに陥りやすい人。→その由来があるはずである。
・自ら絶望を呼び込み、人の同情と援助を得ようとする[スタイル](#)。→その由来もあるはずである。

●個を超える……transpersonal

・芥川は自分自身をさらけ出すことを美しい行為だと思っていなかった。内面の汚い部分や醜い部分をわざわざ表現することが文学なのであるかと思っていた。このような告白的なことをやっていたのが[自然主義文学](#)である。

・その人が挫折しやすい[ポイント](#)に気付くようにしていくのが心理療法。
・現在の[ストレス](#)を明らかにすれば、その中にそれまでの生き方、考え方のすべてが現れているので、現在の[ストレス](#)の分析がまず大切。

・[フラストレーション](#)・[トレランス](#)（[欲求不満耐性](#)）の極端な低さ。
・耐える力が乏しい。

●人はなぜ耐えるか？耐えたことの報酬が望ましいからである。その人には耐えるに値するだけの報酬が与えられない。

●自分のことを平気でほめて書く感覚。愚かで未熟なことのように思える。

2970

患者の希望はどう扱うか。例えば、[デイケア](#)で、横浜に買い物に行こうと患者が「自主的に」決めた場合。今泉クリニックの例。

医者が頭ごなしに禁止すれば、そのことを非難される。

希望してことが現実的な希望なのか、症状として、たとえば思考障害の結果として出たものか。あるいは現実把握の欠損から出たものか。そのあたりについての検証はどうするか。

人間観、疾病観、理解の深さ、そうしたことが複雑に絡む。

結局のところ、よく理解されず、恨みを買うだけのことも多いと思う。未熟は未熟ながら、正義感は強いことがある。未熟だからこそ、正義を振りかざすことができる。

女性の場合、愛情の競争をしているところがある。「受容。理解。わたしにだけは心を開いてくれる」こうしたことについて、自分が一番すぐれていると主張したがる。患者は治療者のそうした心理に「寄生する」形で症状を固定させてゆく。

治すこと、治療を卒業すること、クリニックに来なくても自分で自分を支えていけること、こう

したことが目標にならない。自分になつく、自分にだけ心を開く、これだけが目標になる。こうした倒錯に鈍感になる。

2971

[天声人語](#)で。

[最近の若者](#)の変化。たとえば、学校で「[ムカツク](#)」「[キレル](#)」。保母さんの印象。最近、小さい子を抱いてみると、体が硬い子が多いという印象を持つ。抱かれることができない子、触られるのをいやがる子が増えた。

子供を教師もしつけられない。親もしつけられない。

結局、微細脳障害の結果ではないかと考えたくなる。

人間は自動的にちょうどよく育つようにできているのだ。それが育たないのだから、欠けているものがあるのだ。

原因を生育環境に求めるとして、昔と比較して変化したすべてが怪しいということになるだろう。[因果関係](#)の推定は任意に理論化できるだろう。統計的な推定がまだまじな手がかりをもたらす。

母親の[アルコール](#)、[タバコ](#)、精神状態、[環境ホルモン](#)、[ダイオキシン](#)、親子関係の変容、地域社会の崩壊、学校の変容、[テレビ](#)や漫画、[マスコミ](#)が伝える暴力や奇形的な[人間関係](#)。

器質的要因も思い当たるし、心理的要因も山積している。

2972

医療の水準はどのように確保されるか、大いに問題がある。高度な水準で、医師の自由裁量が保証されることは良い。すべてが国家統制される必要はないだろう。

しかしひどい例が多い。二十年くらい何の[自己研鑽](#)もせずに生きてきた医師がいたとして、その人も自分なりに勉強して、現代の水準を超えた医療を実践していると確信しているとしたら、もうどうしようもない。妄想患者と同じである。

信念と事実関係とを区別できない人に対してどうすればよいのか。被害をくい止めるためには「規制」が必要になるだろう。

実際の話、現代医療に老年医師がどうかかわることができるか考えると、限界があるだろう。定年制などが適切かも知れない。[自由競争](#)にまかせるのでも良いが、精神科や痴呆医療の場面では自己選択できないときがあり、その場所に、そのような医師が集まることは憂慮される。

2973

[自律訓練法](#)の意味

・自己催眠である

・つまりは「注意の振り替え」である。身体の一部に注意を集中すれば、[フィードバックループ](#)が完成する。それは強力に注意を惹きつけるので、たとえ不快な思考や感覚、不安などが心を占めていても、一時的に注意を振り替えることができる。

・解離性が強い人の場合には、終わりの時に「消去」の手続きをしておかないと、[解離状態](#)のまままで[日常生活](#)に出て行く、つまりは[横断歩道](#)を渡って危険な目に遭うおそれがある。解離性の強くない人の場合には消去は不可欠というわけではない。

・催眠とか[トランス](#)とかいうが、つまりは注意の方向と範囲をコントロールして変化させることである。注意が狭まれば、現実把握が低下する。また、注意の方向が別の方に向けられれば、現実把握は低下し、[ファンタジー](#)の世界に入りこむ。

2974

達成目標がなければ達成の喜びもない。

老人性痴呆のケアでは具体的で達成可能な目標を設定することが医師として大切な仕事になる。

何を、いつまでに、どのように、誰が、これらを明確にする。

2975

[精神病院](#)と痴呆病棟は合法的な監禁施設である。そこでは緩徐な虐待が進行している。自己決定権を奪われ、無力を思い知らされ、希望を剥奪され、服従を強いられ、結局、複雑性心的外傷を受ける。その結果、入院時の精神症状の他に、[複雑性PTSD](#)の像を呈する。さらに、精神病そのものが、重篤なPTSD体験となりうる。

2976

心理的外傷体験

わたしの場合は、母の死に伴い、親戚から受けた仕打ちである。[夏目漱石](#)「こころ」に描かれているような、財産[管理人](#)による財産の横領であり、その後の居直りであり、さらには攻撃である。

。

こんなことをしてどうなるというのか？生きるということはこのようなことか？生きるにあたっての苦労はこのような結果を生むだけなのか？それなのになぜ生きるのか？

なぜこのような無益なことをしてしまうのか。人間はこれから先もこうなのか。

わたしに神が必要であった理由。わたしが[ユダヤ教](#)的な裁きの神、正義の神を必要とする理由。それがここにあるだろう。わたしは個人的に、愛の神には賛成できない。それが高次の神であり、望ましいものであり、人間の未来を開くものだとは承知してはいても、わたしにとって神とは、依然として裁きの神である。

たとえば、妹は父親似で、わたしは母親似であった。そのことから妹は母に可愛がられなかっただろう。わたしは可愛がられたし、[ある意味](#)ではわたしが家長であった。常に尊重されていた。妹はそうではなかった。

母は結婚後暮らした父の実家で様々に傷つけられただろう。その思い出は父親似の妹を母にとって疎ましいものにしたのではないか。

さらに母の死後に、妹は母の実家で暮らした。そのことも妹の人格形成に影響しているだろう。妹の事故傾性の例。雑貨屋の前で、道を横断しようと急に走り出して、車にひかれそうになった

瞬間。

2977

物語も [ドラマ](#) も、心的外傷からの癒しの側面がある。

たとえば「[ソフィーの選択](#)」。この小説を [トラウマ](#) とその癒しという視点で読み直すことができるだろう。

あるいは [大江健三郎](#) は障害を持つ子供を授かったときから始まる苦しみを描き、救いを描く。

[精神科医](#) としての直接の関心は、どのような人が、どのような [トラウマ](#) に、どのような症状で、さらにどのように治癒に至るか。 [病前性格](#)、[トラウマ](#)、症状、治癒。

人が何かを求めて文章を読む。それは [トラウマ](#) からの癒しであろう。傷ついた心、もはや他人についての基本的信頼を保ち得なくなった自分に、しかしそれでも人を信じる気持ちが必要だと感じているからこそ、物語を読みたがるのだ。人と話をしたがる。映画や [ドラマ](#) を見たいと思う。

2978

老人のPTSDについて研究できるだろうか？

痴呆老人は言葉を失っている。症状は未分化なものが多いのではないか。

2979

傷つけられた人が、次には傷つける側に回る。意識しないままに、そのような役になる。なぜか？一部分は「取り入れ」による。また、傷つけることには特有の快感があり、傷つける行為は自分の傷を忘れさせる場合すらあるのではないか。

勿論、自分の傷を思い出してしまうので、傷つける行為に加担することはできないと考えることもあるだろう。

しかしながら、この世界からこれほどまで悪がなくなることはないのは、やはり [からくり](#) があるはずだ。

そして、人は生まれた時から悪なのではない。この世の悪に触れることによって、何かの変容するのである。

2980

心的外傷を受けた人は、その後の人生において、悲惨、裏切り、不幸などに敏感になり、あたかもそれらを「選択的に収集し記憶する」傾向が生まれるといえるかもしれない。

うつ場面選択想起もそのようなものと考えられる。

うつだから、つまりそのような体質だからと考えるのも一つの方法であるが、心的外傷の影響の一つが、そのような選択想起を固定させることであると考えられないだろうか？

だからその後の人生が陰鬱なものになる。

2981

心的外傷の話のこの妙な説得力は何だろうか？[不思議](#)なくらいである。

2982

虐待

老人を虐待している見える。

老人は子供に帰っている。食事は介助が必要、おむつをして取り替えてもらう。こんな中では全面的依存になる。人間としての欲求を主張することもなくなるし、自尊心もなくなる。意欲はない。感情制御はできない。目的的行動がなくなる。

そうしたことは痴呆の結果なのか。[ホスピタリズム](#)という側面からの理解が正しいのか。外傷性障害という理解が正しいのか。まわりの患者を見せつけられて、その結果自分の像を描き直すこともあるだろう。

人生の最後がそのようであってよいものだろうか？

しかしまた、老人は現実把握が歪んでおり、妄想の中で、虐待されていると感じている部分がある。

また、病棟での虐待は職員側の立場の優位を基盤としているし、家庭での虐待は他の家族の肉体的経済的優位を基盤にしているけれども、逆に、自分は痴呆老人であり[わがまま](#)を言っても許されるのだという逆の優位を利用する老人もいて、その場合には事態は複雑である。

病棟で断片的にやりとりを見ているだけでは分からない。

結局事例ごとに細かく観察診断しなければならない。

現実にはどうしようもないのだということも分かる。経済的に余裕があれば解決できる部分もあるけれど、みんなに可能なわけではない。

2983

[レストラン](#)で小耳に挟んだ会話から。

「精神科なのに、行ったらいきなり[ドグマチール](#)を出されたらしいの。精神科なんだからまずよく話を聞くのが大事だと思うのに」

なるほど。すぐに診断がついても、薬をポンと出してはいけない。慎重に話をよく聞いて、その上でお薬をお勧めするという態度が大切である。

したがって、つぎのような[スケジュール](#)になる。

- 1) 初診時、薬についての希望を確認する。対話と納得である。
- 2) 初診では病歴聴取。
- 3) 二回目に心理検査を何か一つ。
- 4) 三回目に「これまでの」データから、診断面接を何度かに分けて行いましょうと導入する。
- 5) 早く薬がもらいたい人なのか、慎重にしたい人なのか、区別して対応する。
- 6) 一般人の、精神科薬に対する心理的[アレルギー](#)は大きいと想定して対応する必要がある。
- 7) 心の悩みを薬で治すなんて、お門違い、はっきり言えば誤診、藪医者、[カウンセリング](#)を求めてやって来るのだと知ることが大切である。

2984

分裂病論と[解離性障害](#)との結合

分裂病は深刻な心的外傷となりうる。（痴呆も同じく深刻な心的外傷となる。）したがって、解離性症状を伴う可能性が高い。

1) 異様な体験、世界変容感、これは自分を取りまく世界の[ゲシュタルト](#)が変換してしまう事態である。意味の枠組みが一挙にずれる。（[ドーパミン](#)レセプター過剰状態の時に過剰な[ドーパミン](#)が発生した場合。典型的には分裂気質の人が[思春期](#)になり刺激過剰となった場合。→しかしこのことが本当は何を意味しているのか？たとえば、これが幻覚妄想状態の実体であるとしたら、以下に述べる反応性の事態は何だと考えるべきか？）

異常なほどの孤立感。孤立無援感（helplessness）。迫害者に包囲される感覚。不気味な孤独感。世界は変容し、自分は取り残される。あるいは自分は変容し、世界はよそよそしい。

これが原発症状と思われる。何かもっと適切な表現があるかもしれないが、いずれにしても、これはレイプや戦争体験、災害体験に匹敵する、心的外傷となりうる。

2) 対処として解離。

3) 陽性症状と[陰性症状](#)。

幻聴。これは実は解離症状。反応である。第二人格と第一人格との対話（二人称幻聴）。あるいは第二人格と第三人格の対話（三人称幻聴）。あるいはまた、離人症状。

たとえば中安の仮説の後半部分については、[解離性障害](#)を骨格としてもいいかもしれない。？わたしの従来 of 言い方でいえば、「神経症成分」である。その実体を明示するのが、[解離性障害](#)である。

こうして考えてくると、[解離性障害](#)とはつまり、神経症性部分、反応性部分、異常人格反応の部分といえるだろう。[シュナイダー](#)の異常人格反応は、[複雑性PTSD](#)を指していると考えてもよいのではないか。

2985

[オウム](#)が再び活発化と報道。

現代の若者の傾向。催眠傾性、解離傾性、衝動性、非内省性、これらは連動していて、[オウム](#)のような[カルト](#)型宗教の素地となっている。

[オウム](#)の場合には宗教の側面ではなく、監禁と脅迫と薬剤を用いた洗脳が実行されていた側面を重視すべきではないか。

2986

若者の「キレル」現象と戦争

戦争は人口の調整機能があると同時に、人口の中で、衝動コントロールの悪いものを排除する機能があるのではないか。

戦争で生き残る人と死んでいく人の区別。

律儀で真面目な人は死にやすそうだ。衝動的で事故コントロールの悪い人は死にそうだ。

ずるい人は生きるだろう。

カッとなったり、キレたりする人は死ぬだろう。

大義に殉ずるとか、裏表のない人は死ぬだろう。

何が自分にとっての利益かを見失わないでいられる人は生きるだろう。

そのようにして選別がなされる。そのあとで二、三世代が経過している。

戦争直後の世代は、選別された直後であり、自己コントロールが高い。学力も高かった。世代を経るにしたがって、統計的にばらつき、現代では学力も落ちて、並の国になりつつある。

「戦争を知らない私たち」はこのようになりました。

[ドイツ](#)と日本で、几帳面さが際だっていて、.....などの議論は、戦争でどのような人間選別が行われたかということと関係があるのではないか。

わたしは、本当に立派な人、倫理的な人は戦争で死んでしまったと、悲観的になっていた。しかし実は、戦争があって、悪い人が選別されていなくなって、戦後はよい国ができた。

時間がたって、また本来あるはずの統計的なばらつきが回復してきて、犯罪は増え、凶悪化し、学力は低下してきている。

2987

わたしの言う、[自意識](#)と他意識の分化も、元をたどれば解離性の分化かもしれない。

こうした分化をどの程度意識しているかについては人によって様々ではないか。

何かに熱中して我を忘れているとき、この分化は消滅している。そしてその時間はたいていよい時間である。恐怖に駆られて、その結果として分化が消滅する場合もあるけれど。

[自意識](#)と他意識は、次元が異なる。同一平面上にない。反省意識のレベルが一つ上である。意識についての意識である。ここの微妙なズレが、問題ではないか。

2988

社会的役割理論と分裂病

人間の集団があれば、誰かが[リーダー](#)になり、誰かが道化になる。そして誰かが分裂病になる。

人間の自然集団の規模はほぼ決まっていて、その中での分裂病役割を担う人の数も決まっている。したがって人口全体の中での分裂病の数も決まっている。

このように考えても面白い。

2989

傷つけられた心を背負った者

傷ついた人生

そのような人たちが集まって、幸せに生きられるものだろうか

狩猟用の矢が刺さったまま飛び続ける鳥がいる。[テレビ](#)で痛々しい姿。

[トラウマ](#)を背負いながら生きる人の姿である。

[ドラマ](#)「青い鳥」

自分では背負いきれない[トラウマ](#)を、他人同士が補いつつ生きることができるのだろうか。

2990

[自律訓練法](#)の感覚

注意を自分の呼吸と手足に集中すると、頭のどこかが切り替わるのが分かる。[テレビ](#)のチャンネルを切り替えるような感覚である。カチッと切り替わり、さっきまで心を占めていた映像は消え去る。

2991

[トラウマ](#)に際しては、理不尽さ、つまり、「なぜ自分がこのような運命を？」という問いに答える必要があると思う。

そしてそれは「神はどこにいるのか？」という問いにつながる。神は何を意図しているのか？

[トラウマ](#)体験がなければ、神も不必要な装置であろう。

2992

「命さえ忘れなきゃ」岩波（朴慶南）

・朝鮮人学校の[四人組](#)が電車に乗ろうと並んでいる人たちを無視して席取りに走る。あまりに目に余るのである日注意した人がいた。それに対して、「差別だ！朝鮮人だからといって差別するな！」と言いつ返した。

・[障害者](#)のA君を公立高校に入れてあげたいと[署名運動](#)が起こった。A君はいい子だし、[クラス](#)のみんなが面倒を見ている。でも、わたしは成績が悪いから公立高校には行けない。それでもA君のために署名をするのだろうか。

●成績が悪いのは努力が足りないからだとの前提がある。確かに努力が足りないせいもあるだろう。しかし知能は努力だけで補えるものではない。また、努力することは本人の気持ち次第だというなら、浅薄である。そこにもどうしようもない事情というものがある。状況も、脳も。だから、かわいそうなA君とかわいそうな「公立高校に行く学力のない筆者」と、何の違いもないと思う。

しかしながら、そうした一般的な知力の差は、社会での有用性の差と連動していると信じられているので、「差別」につながる。

●朝鮮人だから、女だから、貧乏だから、その他にも理由はつけられるだろう。差別だと叫ぶ。悪い人間は、差別する側に回れば、悪い差別をする。差別される側に回れば、差別された！と言い立てて自分に有利に事を運ぼうとする。

そんな人のおかげで、差別する側もされる側も迷惑を受けている。

2993

[テレビドラマ](#)で

わたしはあの人を殺したいんじゃない、そんな単純なことじゃないのよ、わたしはあの人を殺したい。

これは逆恨みの[ドラマ](#)。

新婚の妊娠中の女医がいる。生育歴は悲しみに満ちている。実の母とも別れてしまいひとりぼっちである。夫は[ひき逃げ](#)をしてしまう。目撃者が警察に連絡をした。夫は悲観して自殺してしまう。その衝撃で流産する。

偶然のことから目撃証言した女性を知る。逆恨みが始まる。復讐は、彼女の心を殺すことだと語る。

[ドラマ](#)の作り方としては、最後には、このような逆恨みは無益で、自分自身をも滅ぼすものである、極限状態では人は逆恨みをしたりもするが、そんなときにも愛を忘れてはいけないなどと教訓を付け加えて、残虐な場面も、すべてその主題のために必要な描写であったと[いいわけ](#)をするだろう。

しかし見るものの心に残るのは、圧倒的に逆恨みの晴らし方の具体例であろう。

[1998年](#)2月5日（木）

2994

[朝日新聞](#)で[1998年](#)2月5日（木）

[スナック菓子](#)を多食し、きちんとした食事をしない現代型栄養失調が、キレる一因と指摘。

食事内容を調査し、野菜、魚などをよく食べる食事を良い食事、[カップ麺](#)や缶[ジュース](#)をとる食事を悪い食事と評価する。五段階に分ける。

[いじめ](#)ている、すぐカッとする、自殺したいと思ったことがある、根気が泣く飽きっぽい、などを同時に調査した。

食事が悪くなるほど、様々な問題が増えた。

全体に親の関心が薄い子ほど、家族そろって食べる回数が少なく、食事の質も低い。脳の健康に必要な栄養がとれていない。

[80年代](#)の[アメリカ](#)の[少年院](#)。菓子や[炭酸飲料](#)を除き、新鮮な野菜、果物、[全粒粉](#)パンを与えた。

けんかや看守への反抗が半減した。

凶暴な少年たちは[ビタミンB群](#)、鉄、亜鉛などが不足していた。

理想的な食事は60年頃の日本の[家庭料理](#)だ。

2995

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●意外に骨が折れた。不親切で抽象的な言葉が多い。翻訳になるとなおさらなのだろう。翻訳は柔らかい砕けた調子にしたと言っているが、[中井久夫](#)の頭はややおじいちゃんかも知れない。

・回復過程……安全の確立、外傷物語の再構成、生存者とその[コミュニティ](#)とのつながりの取り戻し。

・人間の本性の中にある、悪をやっつける力と対決すること。

●悪にも存在理由がある。悪も人間の存在を助けているかも知れない。一瞬そう考えて、もうそれ以上はどうでもいいことのように感じてしまう。

・教会支配への反発……[ヒステリー](#)

戦争崇拜への反発……戦争神経症

[フェミニスト](#)運動……[性的虐待](#)・[家庭内暴力](#)

それぞれに社会背景がある。こうした背景がなければ、顕在化しなかつたろう。

●こうした[社会学的](#)指摘は有益である。面白い。

・患者の過去の再構成が有効である。

●それはなぜなのか。謎である。

・17世紀、科学がスコラ哲学に挑戦したとき、「本からではなく、自然から学べ」が合い言葉だった。

●これが正しい。[大切なこと](#)である。しかしこれができる人は少ない。たいていの人は本と社会から学んでいる。

・脅威に対して、通常は闘争か逃走かで反応する。しかしどちらもできない場合、解体が起こる。現実の脅威が去った後でも、長期間持続する。症状は一人歩きをはじめめる。

●こころの辞典で心身症の項目の説明に使ったのと同じ説明がある。心身症は緩慢なPTSDであった。

2996

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・ジャネ：[ヒステリー](#)者たちは、彼女らを圧倒した事件の記憶を（意識に）統合する能力を失った人たちである。

・記憶と知識と感情の正常な結びつきが切り離されてしまう。

●苦しすぎるから解離して防衛する。それを言語化して物語ることが「意識への統合」の達成であり、治癒である。しかしそれは結果かも知れない。統合されたから、物語ることができる。そういう事情である可能性もある。

・PTSD症状の三大別

過覚醒 hyperarousal:長期間にわたって危険に備えていたことの反映。持続的警戒態勢。交感神経の慢性的賦活状態。

侵入 intrusion:心的外傷を受けた刹那の消せない刻印を反映

狭窄 constriction:屈服による無感覚反応を反映

・過覚醒

[リラックス](#)がない。小さな刺激にも過剰に反応する。不眠。心身症的愁訴、悪夢。

・侵入

再体験、[フラッシュバック](#)、統合されない記憶。それは厳密には記憶ではない。加工を拒む。

コルク：交感神経系が高度に賦活された場合には、記憶においては言語性記銘力が不活性化され、中枢神経は幼少時の感覚性、映像性（アイコン性）形式に戻るのではないかと憶測している。

・外傷後の遊びは強迫的に反復される。

●子供……遊び

大人……[イメージ](#)想起

どちらも加工なし

2997

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・外傷体験は何度も立ち戻って侵入する。[フロイト](#)は[反復強迫](#)と名付けた。外傷体験を消化し乗り越える方策と考えた。しかしそれでは再演の持つ、「[デーモン](#)的」な質を捉えそこなっている。意識の意向を無視し嘲笑し変化に抵抗する。適応的・生命肯定的とは考えられず、「死の本能」と説明した。

・ジャネは、表現こそしていないが、外傷が人の心を傷つける本質は孤立無援感にあると認識している。回復には自分には力があり役に立っているのだという、力と有用性の感覚が必要だと分かっていた。

・侵入現象を、外傷を統合しようとする内発的試みとしている。

・新しい情報を処理して、内的図式をアップトゥ[デート](#)なものにする。

・何が起こったかを理解する新しい「心的図式」を生み出したとき、その時だけ治癒する。

●内的世界[モデル](#)の改変が起こらないと、その体験は居場所が与えられない。居場所が与えられるとは、意味が与えられ、納得されるということだ。→しかしながら、外傷体験のようなむごい経験がどうして、人生の経験として「統合」されることができるだろうか？せいぜい忘れることができるだけではないか。

・外傷を受けたときの圧倒的感覚を生き直し、その支配者となるための試み。

●なぜ反復が体験消化に結びつくのだろうか？慣れるということか？

2998

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・反復は苦しいからと回避すれば、意識の狭窄、[引きこもり](#)、人生の貧困化を招く。

●そうだろうか？そうまでして戦いを挑み、豊かな人生が得られるのだろうか？勝つ人生、自分の人生を自由にコントロールする人生ということか。しかしそんな人生は、外傷体験がないとしても、不可能に近いのではないか。

外傷に対して絶対に克服しなければならないという極端な考えではないだろうか。……

・狭窄。……意識状態を変えることによってそこから抜け出ようとする。

・狭窄のもたらすもの……知覚変化（マヒ）、感情的変化（変性意識）。深い受け身感、超然状態。[トランス](#)との類似。

●[解離状態](#)とか、離人状態。

・コルク：戦争帰還兵に痛覚の半永続的な変化がある。内因性[モルヒネ](#)様物質の調節に長期間続く変化を起こすのではないかと示唆している。→[トランス](#)の[生物学的](#)基礎。

- ・ 解離の代用品としての[アルコール](#)、麻薬。
- 注意の[スポットライト](#)を狭める。そうすれば余計なことは見えなくなり、心の平安が得られる。
- ・ 狭窄症状は未来の予見や計画立案を妨害する。迷信深さ。未来短縮感。
- 未来短縮感。「はやく年をとって60歳くらいになりたいですね」と貴ノ花が語っていたことを思い出す。

2999

- 「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)
- ・ 外傷的事件は基本的な[人間関係](#)の多くを疑問視させる。感情的靱帯を引き裂く。それは自分以外の人々との関係において形成され維持されている自己（セルフ）というものの構造を粉碎する。
 - ・ 人間の体験に意味を与える信念の[システム](#)の基盤を空洞化する。自然的、超自然的秩序への信仰を踏みにじる。
 - 神の問題は無視できない問題のようである。これは日本とは違う感覚だろう。
 - ・ ホロウィッツ：外傷的事件とは「被害者の〈世界との関係における自己〉の〈内的図式〉に同化し得ない事件」である。
 - ・ 世界の安全性に関する基礎的前提を破壊する。
 - ・ 自己の積極的肯定的価値を破壊し、創造された世界の意味ある秩序性を破壊する。
 - ・ [安全保障](#)感の喪失。世界の中にいて安全であるという感覚、基本的信頼。
 - [ドラマ](#)「新宿鮫」。同僚によるあからさまな裏切りと悪意。死にさらされる。その傷つきをいかにして癒すことができるか。それはつまり、世界と人に関しての信頼をいかにして回復できるかということだ。そして、それは不可能、世界の大部分は腐っている、しかしそれでも、腐っていない一部分に希望を託し、信頼していくのだと、祈るように考える。
 - ・ 母と神は慰めと庇護の最初の源泉であり、母と神を求めて泣き叫んで応答がなかったとき、基本的信頼感は粉々に砕ける。見捨てられ、孤独で、人間と神との[システム](#)の外に放り出されたと思う。疎外感、離断感。信頼が失われたとき、自分は生者よりも死者に属していると思う。内的荒廃感。

3000

- 「二度と見捨てられることのない[人間関係](#)があるのだと保証すること」。しかしそのことを実行することができるのだろうか？そんなことを言ってしまっていいのだろうか？
- 二度と見捨てられない関係など、母と子の間でも現代では不可能のようだ。
- 境界例など、対人関係に問題があり、不安定に関係を壊し続けている人たちの場合、安定した関係を築くことが最終目標でもあり、その目標にいたるために必要な「栄養分」もつまりはそうした安定した[信頼関係](#)である。それが欠けているのだ。治療は難しいと悲観的にならざるを得ない。

文章でつづるだけならばいくらでも美しいことが書けるだろう。しかしそのような暢気な態度ではすまない現実がある。

医者には転勤がある。24時間をその患者に捧げるわけではないから、現実には「見捨てない」という[メッセージ](#)を実行することは無理だ。「それほどの心意気である」というあたりで妥協してもらえればそれでもいいのだけれど。

不可能なことに、愚かな故に挑む。残酷なことであるが鈍感な故に続けられる。そのようなことであってはならないだろう。

共に修復を試みるべきは、治療者ではなく、別の誰かであるはずではないか。それをどうするか。

3001

[人間関係](#)は一筋縄では行かない。

憤るべき相手は誰か、そんなことも対人関係の中で曇らされ、ねじ曲げられてしまう。各人のわずかずつの[ファンタジー](#)や誤解が加算されて、ひどい事態を構成していく。そんなことでいいはずはない。しかしそれが現実である。個人は[太刀打ち](#)できない。せいぜい、身をよける知恵を身につけるだけである。

3002

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・嫌悪、憎悪、絶望、永続する苦悩。衝動と虚栄。親切もなく信仰もなく愛もない。ただ現在限りの快楽。……内的荒廃。

・発達途上の葛藤が再び口を開ける。自立とイニシアティブ、能力、[アイデンティティ](#)、親密性をめぐる闘争。

・自立をめぐる正常な発達論的葛藤の解決が不十分であると、その人には恥辱や疑念を起ししやすい[脆弱性](#)が残る。→恥辱はSのタイプ。

・有能性とイニシアティブとに関する正常な発達の葛藤の解決が不十分であると、その人は罪悪感と[劣等感](#)とを起ししやすい。→うつのタイプ。

・無惨な死あるいは残虐行為に積極的に加わった場合、外傷後障害の[リスク](#)はもっとも大きい。

●加害に加担した[被害者](#)。医療の現場ではどうか？これは一種の虐待であると思う。それ以外にどうしようもないようなものではあるけれど、[一部の人の](#)ために全員が悲惨な運命をたどることが倫理的な正しいのかどうか。どのような運命を選択すべきなのか、困難な問題がある。

・[共同体](#)への信仰を破壊する。

●神の希薄な社会では、[共同体](#)への信仰が決定的に重要である。

真実への信仰はない。真理は命がけで守るべきもので、その原理が踏みにじられるとしたら、魂にとって重大な危機[なのだ](#)といった感覚に乏しい。

・外傷を受けた人は孤立と他者への不安に満ちたしがみつきの間を頻繁に往復する。強いが不安定な、両極間を往復する[人間関係](#)が[生まれる](#)。

3003

[ドラマ](#)「[聖者の行進](#)」

「ウーのこと、思っていました」と内心で語り、辛い場面に耐える。ウーは「三匹の子豚」で煉瓦の家を造って最後にみんなを救った末っ子。

ややマイルドではあるが、解離性の防衛の仕方が表現されている。

3004

人間の**自意識**は、解離の産物である。

出産時に非常に強い困難にさらされ、そのときに強烈な解離を必要とする。それ以来、人間は解離を生きている。出産時外傷の新しい解釈。

最近分娩の仕方が変わってきた。そのことと現代の人間の精神のあり方が関係しているかも知れない。

また、**帝王切開**で生まれた人たちの性格特性が何かを語っているかも知れない。たとえば**シーザ**二。

3005

「心的外傷と回復」ジュディス・L・**ハーマン**

- ・ **レイプ**は個人を身体的、心理的、社会的に犯すことである。
- しかしながら、女は結局それを待っている、といった類の表現が**マスコミ**には満ちている。
- ・ 従軍以前に**反社会的**行動に走りやすかった者は、主症状が苛立ちと怒りとなる場合が多く、逆に硬い道德水準で自分を律し、自分以外の人間への共感性が高い者は主症状が**抑うつ**となる確立が高かった。
- ・ **ストレス**抵抗性の高い個体は、人付き合いがよく、よく考えて、積極的対抗行動を選び、自分の運命は自分で切り開く能力が自分にあると強く感じている人。
- 何かしら、**アメリカ**的理想が反映されているような気がする。どうだろうか？
- ・ 十人に一人の児童が、**幼年時代**の逆境に耐える抜群の能力を示した。特徴は、めざとく、敏感、積極的、人付き合いがよく、自分以外の人と**コミュニケーション**する能力に優れ、自分の運命は自分で決められるという強力な感覚を持っていること。内的統制（internal **locus of control**）。
- ・ 平均的な人は恐怖に際して、**金縛り**にあい、孤立してしまう。復元性の高い人は、他人と協力し、目的にかなった行動をとる機会があれば必ずそれを捉える。

3006

「心的外傷と回復」ジュディス・L・**ハーマン**

- ・ 積極的・合目的的な対処戦略、高い社交性、内的管制塔の存在。
 - つまりは現実的知能が高いこと、孤立しないこと、自己コントロールができること。
- 孤立しないということは、**ネットワーク型コンピューター**の形をとるということで、自分の脳の限界を超えることができる。
- 一般的知能が高くても、非現実的な行動をとる人は少なくない。つまりは内部によい世界**モデル**を持っていることが**大切なこと**ではないかと思う。
- 一般知能が高いということは、道具が優秀ということだろう。道具が良ければ、それによって把握した世界も、外部現実の正確な転写になる可能性が高い。しかし、中枢部分で特有の「ズレ」があれば、外部世界の正確な転写にはならない。そのような人は、優秀な道具を持ちながらも、非現実的・非合目的な行動をとる。
- ・ 怒りに身を任せることを避ける。怒りは身を滅ぼすもとである。

●[まこと](#)にそうである。人生の外に立って眺めて見れば、怒ったところで益はない。他人は結局のところどうしようもないものである。諦められないのは何かがおかしい。期待しているからだ。期待など早く捨て去ることだ。

もっと冷静に現実的に、他人を見ることだ。その人の行動の特性は何か、今自分との関係ではどのような側面をつかまえればお互いにうまくできるか。

人を使ったり、人に使われたりとは、そのような関係のことだ。理想を求めて、規範を押しつけるのではなく、その人なりに何ができるのかを観察しつつ、創造的に求める。

あり合わせの材料で料理をつくる感覚。間に合わせの道具を[クリエイティブ](#)に使う工夫。

3007

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・極限状態においても絆を見失わない。

・[レイプ](#)に際して、[金縛り](#)になり、抵抗せず屈服した場合、余波期に[自責の念](#)と[抑うつ](#)が激しくなる確率が高い。

●[負け犬](#)は、負けてからあとも、負けたことの余波に悩み続けるわけだ。しかしそのように強くなれるのだろうか？[アメリカ](#)女性のように？[フェミニズム世界観](#)がよく出ているのではないか。

「見よ、[負け犬](#)はこんなにも辛く惨めである、何が何でも勝つのだ！」と檄を飛ばしているような印象。[被害者](#)同志が集まって告発を誓い合う、そんな場面を想像する。

それでいい。最善はそのような被害に遭わないことだ。しかし現実には被害はある。その前提がある限りは、せめてこのようにして[被害者](#)の救済を考えるしかない。たとえもっとも美しい救済というわけではないとしても。

そう考えると苦々しい。このような破壊的な力は人間にこれまでもずっとつきまどってきたもの[なのだろうか](#)？あるいは[現代社会](#)のあり方との相関物[なのだろうか](#)？これからどうなるのだろうか？

過去の生活は、現在よりもずっと悲惨で、困難に満ちたものではなかったかと思う。とにかくにも、食糧が確保され、医療も行き届いている現状は過去に比べれば、外商的でない環境と考えられるのではないか？

・すでに無力化されている人、他者とのつながりを失ってしまっている人は、一番危険である。すでに障害を持っている人に特に過酷である。

●再度の外傷にさらされやすい。[いじめ](#)る人が狙うのも、このような人であろう。

3008

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●思い出すべき最大の絆は、やはり家族だろう。だからこそ、家族内での「搾取」は最大の悲劇である。絆そのものが破壊される。

・[思春期](#)女性の[レイプ](#)。[アイデンティティ](#)の形成、原家族からの漸進的分離、広い世間探測という青春期の適応への三つの正常な課題をみごとに駄目にしてしまう。

・自己感覚は粉々に打ち砕かれている。子の感覚は元来他者とのつながりによって築かれたものであるから、他者とのつながりにおいてしか再建できない。

●しかしその「つながりを再建する能力」が破壊されたのである。再建には、ギブアンドテイクの世界ではなく、[チャリティ](#)の世界、一方的に信頼される世界が必要ではないか、つまり、母親からすべてが与えられる世界。神からすべてが与えられる世界。絆は一方的に何度も繰り返し与えられることによって、再建される。再建されたら、ギブアンドテイクの世界で生きていける。しかしここで性格障害の問題もある。やはり病理の本質を見定めていかなければならない。

●[中井久夫](#)のわかりにくさが、「ウケテ」いるのではないか？洗練された[日本語](#)とは言えないと思うのだが？

・安全と庇護を保証し、最低限の信頼を再建することが最優先課題である。「二度と見捨てられることはない」とはっきり口に出して保証すること。

・周囲の人が生存者をもう一度無力化する危険がある。

3009

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・他者と外傷体験を共有することが、「世界には意味がある」という感覚を再建するための前提条件である。

●[高校バレー](#)部でダウンした人。今何をやって、それが何になるのかと考えて、何も分からないと語る。自分の人生の意味を感じられない状態である。

・社会側からの反応がどうであるかは、外傷が最終的に解消されるか否かを強く左右する。

●こうした社会的視点は大切だろうと思う。個人精神療法で、密室で二人とも退行しているよりはいい。

・傷害を被ったことが公的に認知されれば、社会は直ちに誰に責任があるかを確定し、受けた傷を修復するための行動をとらなければならない。正しい認識と修復は[被害者](#)の秩序感覚と正義感覚とを再建するのに欠かせない。

●[交通遺児](#)の集まりで感じた、あの特有の感覚は、このあたりから発しているものかも知れない。

庇護を受ける弱者の集団。金を与えられることに応じて、真面目に努力し、社会に還元することを義務づけられている。何か慢性的なうっとおしさが積もっている。

傷ついたものたちの特有の体臭であったかも知れない。

庇護を受けることで、慢性的に心理的外傷を受け続ける。そのような構造があったかも知れない。

金に屈従する。

いずれにしても、爽やかでない人たちであった。べとべとジトジトしていた。全部女のような。弱さを証明することで施しを保証されているような。

3010

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

・長期反復性外傷は監禁状態という条件があってはじめて生じる。[刑務所](#)、[強制収容所](#)、宗教的[カルト](#)、売春窟、家庭。

●その他に、[精神病院](#)、学校。分裂病者は世界全体が自分を迫害すると感覚していて、その点ではこの世界そのものが牢獄であり強制監禁状態である。

分裂病者は、抵抗不可能な状態の中で[無力感](#)にさいなまれ、さらに孤立している。長期反復性外傷にまさにあてはまる。

●痴呆老人の扱われ方を見て、心が痛む。そのような乱暴で繊細さのない職員しか勤めたがらない職場。この状況はなかなか変わらないだろう。ひどい言葉が発せられている。この世界はむごい場所である。

・他人を完全にコントロールする方法。心的外傷を[システムティック](#)に反復して加えて痛めつけること。無力化と断絶化。恐怖と孤立無援感を注入し、「他人との関係においてある自己」の感覚を破砕する。

・別の人への脅しをみせることにも意味がある。

・犯人は万能であり、抵抗は無益である。暴力は予見できず、規則は気まぐれに強制される。...つまり、外的規則ではなく、犯人の気分次第。この状況で恐怖は増大する。

・「確実に死ぬはず」を何度か取り消してもらおうと、[被害者](#)は犯人を命の恩人だと思う錯覚に陥ってしまう。

・自立性の感覚を粉砕する。

・情報、物質的援助、[感情的](#)支持から遮断して孤立させる。「きみの一番の味方もきみを忘れてしまったよとかきみを裏切ったよ」という話を信じ込ませる。

・家庭の中での孤独な幽閉状態。

3011 ☆

[自律訓練法](#)

注意のあり方を変える方法

注意の範囲と注意の場所の二つに分けて考えることができる。

範囲……広い範囲に注意を漂わせるか、[スポットライト](#)のように集中させるか。

場所……[スポットライト](#)にしたときに、どこに[ライト](#)をあてるか。

これに応じて、自律訓練の方向にも二つがあることになる。これを整理し区別することが有用である。

不安が襲ってきたときに、[それから](#)逃れるには、意識を[スポットライト](#)にして、[リラックス](#)の場所にあてればいい。まず不安から注意を引き剥がすことが難しいが、そのことに[自律訓練法](#)が役立つ。注意の[スポットライト](#)の場所を、自己の身体に変更させることができる。それも強力に。これは解離性の機制と似たことである。

しかしまた、[自律訓練法](#)を、[日常生活](#)で生かしていくことを考えれば、注意を広い範囲に漂わせることと、狭い場所に集中させることとの二つを意識的に変換することに役立つと考えて、訓練

するのがよい。

こちらは必ずしも解離とは言えず、むしろ良質の禅に見られることではないか。

禅にしても、解離を助けている部分と、意識の広がりを増す部分とがあり、悪い禅と良い禅と言えるのではないか。

3012

外傷について

起こってしまったことは取り返しが見つからない。それはどうしようもない事実ではないか。

償いが見つく外傷など、ない。

3013

[バレエ部](#)で傷ついた[高校生](#)に、[ボランティア](#)としてS病院で働いてもらうという考えはどうだろうか？

自分も人の役に立つのだと自信を持つようになるのではないか。人生で何が大切か、何が生きる目的となるか、考え直すきっかけにならないか？

出来、不出来がはっきりとは分からないもの。

他人とあまり接触しないもの。

自分のペースでできるもの。

予定に組み入れられて、急に休めばみんなが困るというのでは適さない。

自分が受け入れられる集団を確保すること。

集団感情が個人を癒す。その観点を大切にできないか。

そのような保護的な集団がないか。

[老人ホーム](#)。障害のある児童の施設。こうしたものもいいかもしれない。S病院は少し重度すぎるかもしれない。

3014

「障害を生きる意味」青木優・道代（岩波）

●[障害者](#)が排除されている教育状況と、障害のない子供たちが生き生きと生きられない教育状況とは、同じ根から発しているのだと分かる。

●[障害者](#)のための土曜学級や、母親の会を組織する。母親の会には、障害児ではない子を持つ母も出席した。障害児を育てる母親には教育力があるということだろう。

・[車椅子](#)を押すのは大変だから、もうやめたいと語った子。しかし次の日に思い直した。

●ここで実に単純だが本質的な倫理的葛藤に悩んでいる。親切をして得られるものと、そのことによる苦痛を秤にかけてみて、もうやめようと思えることは多いだろう。

たとえば、デーケンさんが語っていた。[キリスト者](#)になること、[キリスト者](#)でいることは苦しいことだ。倫理への内的要請に答えていかなければならない。

それで得られる内的な満足が本当にその人の心を満たすか。満たすことはあるとしても[現代社](#)

[会](#)でそのことを持続していくことは簡単ではない。

●NTTで[障害者](#)を排除する。そのことと、普通学校で[障害者](#)を排除することは同じこと[なの](#)
[だろう](#)。

「会社はなぜ[障害者](#)との共生を考える方がいいのか」という課題に答えることは、学校問題においても重要である。その答えがこの本に示されている。

人間として大切なものを学ぶからだ。

3015

山内先生が臨床に踏み出した。長い間の交流で、その潜伏するものをわたしは感じていて、わたしの方が先に臨床に踏み出したということかもしれない。

このように[ストーリー](#)を構成することができる。

3016

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・ ささやかな譲歩と見えるものが、他人とのつながりを目に見えないほど[ゆっくり](#)と壊していく。

・ 大多数の女性は[人間関係](#)を維持する自分の度量の広さに[自尊心](#)と[自己評価](#)とをおいている。犯人はこれを利用する。

・ 心理的支配の完成は、[被害者](#)に自分の倫理を侵犯させること、自らの人間的つながりを裏切るようにさせることである。屈服した[被害者](#)は自己を嫌悪し憎悪するようになる。ここで[被害者](#)は本当に「背骨が折れる」。

●仲間同士に[裏切り](#)を強制する話はいくらでもある。内的規範も、美しい友情も、破壊される。粉々になる。

しかし、[人間の条件](#)として、肉体的に死を選ぶか、精神的に破滅を選ぶか、[二者択一](#)であることがある。小説や映画でそのような状況が描かれる。

・ 監禁する者が[被害者](#)の内面の生命を乗っ取ってしまったことをさとり。そのときの恥辱感と敗北感。

・ 「背骨が折れる」……[ロボット](#)になり、動物になり、植物になる。

・ 「絶対的受身の態度」に至る。

●わたしの言う「なされるがまま」はこうしたことだろうか？わたしが言うのは、外面的にはなされるがままであるが、心は別の次元にあり、支配されていないことを示す。何が起こっても、それを味わうだけの教養を持つということである。

ここでいう絶対的受身は、[無力感](#)の末に、すべての意志を放棄した心境である。

3017

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・ 慢性的外傷受傷者は、過剰警戒、不安、興奮、[パニック](#)を起こしやすい。暴力と危機の悪夢。

- ・ 耐え難い現実を改変する術。囚われとなっている人は歌、祈り、簡単な催眠術によるトランス状態誘発法を教授しあう。瞑想法、リラクゼーション。
- 解離、自己催眠。意識の変容、トランスというが、注意の向け方、意識の中のスポットライトのあて方の変更ではないかと思う。精神病レベルの機制。現実を歪めて認知する。
- ・ 長期監禁者はトランス能力を発達させる。幻覚、視覚像消去、解離。時間感覚の狭窄。現在にだけ生きるようになる。理解しない。問うことをやめる。
- ・ 過去を語ることを拒否すればするほど、過去の断片は永続的に直接的現在性を保持する。
- ・ 主動性と計画立案力にも狭窄が続く。脱学習が必要。
- ・ 学習された孤立無援性は間違いである。内面の葛藤ははるかに生々しく複雑である。
- ・ 加害者への両義的關係。恐れる一方で、加害者のいない人生は空虚で、混乱し価値がないと思う。
- たとえば天皇制教育の残骸。客観的に見れば、加害者を慕う不可解な行動である。しかしそれが病理の表現である。愚かなわけではない。そう考えたい。
- 「ダブルシンク」と表現している、解離の様子。両義的ともいえる。ブロイラーのアンビバレントを連想する。
- ・ 生き残りのための基本単位は個人ではなくてペアである。しかし孤立している被監禁者は仲間との絆を作る機会がない。そこでペアの絆が被害者と加害者の間に作られても不思議ではない。

3018

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・ハーマン

- ・ 監禁状況では、被害者と加害者の間にペアの絆が生まれることがあり、誘拐犯は救済者になる。被害者は加害者にしがみつ়く。これを強制退行過程と呼ぶ。
- 精神科診察室でも同様のことが起こっていないか？マイルドではあっても、恐怖と恐喝の支配が行われているようだ。
- 精神科病棟では確実に起こっている。絶対権力者の支配と強制退行である。
- ・ 「あの男たちはわたしを助け出すチャンスがあったのに、動こうとしなかった」。心底の軽蔑。
- ・ ティメルマン：「ホロコーストは犠牲者の数によって理解されるのではなく、口をつぐんでいた者たちの数の大きさによって理解されるようになるだろう。そして今わたしの心をもっとも重くするものは口をつぐむことが今も繰り返されていることだ」。
- 精神病院も。
- ・ 長期捕囚状態。強烈な愛着と脅え・引きこもりとの間を揺れる。絶望的しがみつき、極め付きの忠誠と献身、怒りと罵り。
- 境界型性格障害の像。何が起きているのだろうか？
- ・ 生存者は他者を信頼しない。対人関係から身を引いて引きこもるようになる。
- 確かにそうかもしれない。それが絶望というものだ。
- ・ 名前を変える。過去のアイデンティティの完全な消滅。「自分は整合性があり目的を持った存

在である」という感覚、価値と理想の破壊。

●「自分としての整合性、統合」といった言葉は、西洋的である。[日本の文化](#)はやや異なるように思う。

そんなことは何も考えずただ家族がまとまって暮らしている、それだけの精神構造ではないか。

3019

行動や思考の「鋳型」ができるのは、刷り込み可能な時期に限られるのではないか。

その時期の環境に応じて、適応行動がセットされる。だから、その後に環境が激変すれば[適応障害](#)となる。

学習理論であり、記憶の理論でもある。

なぜ、いつ、刷り込みの状態になるか。つまり、永続的で消去不可能な記憶になるか。

記憶という言葉はやや範囲が狭いので、行動と思考と感情の「鋳型」といえばいいと思う。

学習のタイプを分ける。

一生に一度だけの、消去できない学習から、一時的ですぐに忘れるタイプの学習まで、幅がある。そして、本来は永続的記憶になるはずのないものが、永続的記憶にされてしまうことから、たとえば強迫症状が生まれるとする。

鋳型ができるのはいつどんなときなのか。それが分かれば理解は前進する。何かの[メカニズム](#)で、刷り込みの層が急に露呈するのではないか。

たとえば、非常に強い恐怖の時には、極度の退行が起こり、刷り込みの時期の脳の層が露呈する。そこでは一生に一度の大切な学習がなされる。不幸なことに、恐怖が刷り込みされる。こうして強力な鋳型が作られる。

恐怖症、[パニック](#)、強迫症などはこうした説明が可能であろう。不適応な鋳型による病理である。

[1998年2月9日](#)（月）

3020

極度の恐怖の中で人間が精神から離れて物質にかえる。その感覚。

また、性の感覚の一つの側面として、「物質にかえる」面があるかどうか。

[フロイト](#)の「死の本能」とはそうした側面の描写であろう。

3021

分裂病者の対人距離。

一般的な親しさの距離が取れない。

家族のような親密さに落ち込んでしまうか、そうでなければ全くの他人の距離しか取れないか。

つまり、対人距離ゼロか[無限大](#)かということだ。

中間程度の「世間のつきあい」が欠けている。それはそのようなつきあいの鋳型が引き出しの中にならからだろう。

3022

言葉の伝承

たとえば古典を読まなくても、言葉のシステムは古典の成果を含んでいる。

集合的無意識という言葉があたるものを言葉のシステムが含んでいる。

→集合的無意識は、言葉の中にあり、一方では脳の中にある。

3023

なぜ語ること、物語ることが癒しになるのだろうか。どのように語ることが有効なのだろうか？

3024

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

・被害者の自己イメージには、「他者を見放し他者に見放されうる人間」というイメージが含まれている。

・加害の共犯者、汚れたアイデンティティ。被害者は恥辱、自己嫌悪、挫折感のとりこになる。
・神に見捨てられたという苦い悲哀。エリ・ヴィーゼルに嘆き。

●ソフィーの嘆き。

・慢性外傷のもっとも一般的な臨床症状は遷延うつ病である。ニードーランドの生存者の三徴「不眠、悪夢、心身症的愁訴」。PTSDの症状である慢性の過覚醒と侵入症状とうつ病の自律神経症状との融合。アパシーや孤立無援と結びつく。

●児童虐待。児童は現実に関与する力がないので、未熟な防衛システムである解離をもって対処するしかない。そこで児童虐待は解離性障害の発生原因となる。

・症状とはあまりに恐ろしすぎて言葉に表せない秘め事を、偽装した言語によって語るものである。

・自己の歴史を再構成する。

●この作業がなぜ有効か。

・母が暴力を振るい、そのあとで痣をみせると、母はいつも、「おやどこでもらってきたんだい」と言うのでした。

・父さんが母さんにしたことを母さんがわたしにするのです。

●なぜこのような暴力の連鎖が起こるのだろうか。たぶん、強力な鋳型ができてしまうのだろう。そしてこの鋳型はこの環境で進化論的に生存可能性を高める種類のものなのだろう。

・虐待者は虐待を秘密にさせ、孤立を強要している。

●分裂病者はなぜかこの孤立のパターンをとる。世界と自分についての重要な秘密を誰にも語るができない。語れば狂人扱いである。

3025

ヒステリー女の不合理、非合理、脱目的的な行動。ドラマで見て、ぞっとする。

3026

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

・被虐待児は基本的信頼を取り戻し安全の感覚を育成し、イニシアティブをとる能力を育てなければならないのに、そのような環境は全く失われている。

・被虐待児は、本来怒りを向けるべき対象には怒りを向けず、怒りを起こす元ではない人に向ける。

●[八つ当たり](#)である。しかしそのようにしてしか生きられない人もいるのだと知ることも大切である。

・被虐待児はいい子になろうとする。完璧な[演技者](#)。しかし何をやり遂げても自分の資産にはならない。それはニセの自己だという感覚をもつからである。他人からほめられると、「本当は誰も分かってくれない」という確信を裏書きするだけである。

・被虐待児はほどほどの長所と許されるほどの欠点をもった一まとまりの自己[イメージ](#)を育てることができない。

●「にもかかわらず愛される」ということがない。

・よく見られるのは、自分を虐待しない方の親に怒りをぶちまけること。

・自分に倒錯的興味を示している虐待者に愛着し、虐待しない親を冷淡だとすることもある。

●遺伝的素質の問題もある。そのような親であれば、そのような子であると言えないこともないだろう。このような味方は、支配的虐待者の側の圧制的な立場というものだろうか？被虐待者にも問題が見えると言ってはならないのだろうか？当分は言わないのが利口である。時流が変わるまで。

・「見捨てる」脅迫に対する効果的方策としての[自傷行為](#)。

・[自傷行為](#)に先立って深い[解離状態](#)が起こると述べている。

●この告白はS氏から聞いた。恐ろしいと言っていた。そして、離人症という言い方は実にぴったりだとも言っていた。

3027

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

・身体状態の正常な制御は慢性過覚醒のためにめっちゃめっちゃになる。感情状態の制御もめっちゃめっちゃになる。ディスフォリア（いても立ってもいられないイライラ）、つまり一種の恐怖状態となる。

・このディスフォリアへの対処行動を発達させる。随意的に自律神経系の[クリーゼ](#)すなわち自律神経系の超限的興奮状態を起こすことによって、感情状態を一時的ではあるが大幅に動かすことができることに気付く。浣腸、嘔吐、強迫的性的行動、強迫的冒険すなわち危険に身をさらすこと、そして精神変化薬の使用などは被虐待児が自分の感情状態を制御しようとするときに使われる[常套手段](#)となる。これらの工夫によって、被虐待児は自らの慢性的ディスフォリアを根絶し、短時間しか続かないとしても[他の方法](#)では得られない上機嫌と幸福を得ようとする。このよう

な自己破壊症状は青春期に入るとさらに顕著なものになる。

(●[日本語](#)が美しくないで困る)

●自律神経系の[クリーゼ](#)で不安を解消しようとする。不安コントロールが間違っている。解消されず、なおさらみじめに、なおさら困難な状況にはまりこんでいく。

食行動の異常もこの系列のものとして考えられる。

●自律神経系の[クリーゼ](#)が短時間とはいえ不安解消に役立つのは、注意をそらすからだろう。注意の[スポットライト](#)を別の部分に当てるからだろう。

・慢性虐待の環境の中で、子供が生き延びることを許してくれる三つの主な適応形態、解離、断片的自己規定、感情状態の病的制御。

・しかしこれらの状態は一般には正常の見せかけをもつ。変性意識状態、記憶途絶などの[解離状態](#)は一般に察知されない。悪性のマイナス的自己規定は一般に世間に合わせた「ニセ自己」によって[カモフラージュ](#)される。

3028

リラクセーションか[リラクゼーション](#)か。

→リラクセーションである。

3029

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・断片的自己規定、悪性のマイナス的自己規定とは、「良い両親という妄想」を維持するために被虐待児が発達させるものである。「自分が悪いからだ」と考える。断片化は、垂直的スプリットティングに関係している。また、他者からの判定に合わせることによる[アイデンティティ](#)の障害と断片化とも表現される。

●いまひとつ明瞭さに欠ける。とにかくたくさん言いたいことがあるのは分かるけれど。

・新しい人生を築こうとして傷に再会してしまうことがある。

・[児童虐待](#)経験者は、親密を強く求め、その一方で見捨てられるのではないかと、搾取されるのではないかとという恐怖にもつきまとわれている。救済を求めて特別なケア関係を約束してくれる強力な権威的人物を探し求めるかもしれない。理想的人物への恋着。

●境界型。

・成人になった被虐待児は対人[脆弱性](#)があるため被虐待を再演しやすい。

危険な状況をもう一度生き直してそれを正したいという願いがあるため、結局虐待を再演する羽目になることもある。

事実、被虐待児は成人してから虐待を受ける確率が高い。

・過不足のない安全な関係を他者との間に結べない。自分はダメで、愛着の対象を理想化することで判断が鈍る。

・[無意識](#)的な服従の習慣。相手に合わせる。

・外傷嗜癖。

●なぜこんなことになるのか。自分にとって不利な行動様式であるのに。強力な鑄型ができてしまっている。鑄型ができたときには最低限のところまで適応的であった。しかし現在では全く適応的ではない。そう説明したとして、理解して、症状が消えるだろうか？[行動療法的アプローチ](#)が有効だろうか？

3030

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ 大多数の人は、自由を剥奪されれば心の変化が起こることに無知である。
- ・ 慢性的虐待にさらされた人は、途方に暮れ、人の言いなりになり、過去から抜け出せず、どうしようもなく憂うつになり、身体のあるものの[不具合](#)を訴え、怒りを陰にこもらせたりする。それに対して身近な人たちはどうしてやることもできずただイライラするだけに終わる。
- ・ 非経験者は自分ならそうはならないと思い込み、心的外傷受傷者の道徳的欠陥を論じたりする。[被害者](#)の欠陥探しを行うのは自然的傾向である。たとえば[ユダヤ人](#)の「なすがままの受身性」など。
- ・ 慢性外傷の[被害者](#)は性格障害と診断されることが多い。生き残るための最小限の基本的欲求が残るだけになってしまった人の臨床像を見て、これは[被害者](#)の元来の性格だと誤診されることがしばしばである。本来的に「マゾ的」「依存的」「敗北願望的」などとされる。「自己敗北型[人格障害](#)」は[マゾヒスト](#)的人格異常と言われていたもの。
- ・ 正確な診断がつかないと、部分的断片的治療[アプローチ](#)になる。頭痛、不安、[抑うつ](#)、などとそれぞれに薬を処方し、どれもあまり効かない。外傷という基底にある問題に向けられてはいないからである。さっぱりよくなるしない、慢性的に不幸な、これらの人に[うんざり](#)すると、貶めの意味あいのある診断[レッテル](#)を貼り付けたい誘惑を感じる。
- ・ しばしばPTSDはありとあらゆる性格障害を模倣するように見える。
- ・ 誤診誤療が一般的で、ケア提供者によって虐待をもう一度受けてしまう。患者も治療者も症状と外傷の関係に気付かない。

3031

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ 児童期虐待の[被害者](#)は身体化障害、[境界性人格障害](#)、[多重人格障害](#)などと診断される。これらはかつての「[ヒステリー](#)」の下位病名である。
 - ・ 時にはあっさりと「いやな奴」とされる。
 - ・ [境界性人格障害](#)は、高級な学問の装いの下で人を中傷する言葉に過ぎない。
- そういう面も確かにある。しかしそういう言葉があるおかげで、ありがたい面もある。それが現実である。治療者も所詮は人間である。また逆に、普通の人間だからこそ、診断もできるわけだ。
- ・ BPは一人でいることへの耐性がきわめて低い。その一方で、他者に対する極度の警戒心を持っている。

・身体化障害、[境界性人格障害](#)、[多重人格障害](#)、この三つはすべて高度の被催眠性と解離と関係している。分裂病症状と誤認されることもある。親密関係において特有の困難を持つ。

●親密関係における特有の困難とは、分かりにくい表現である。親密関係というよりは対人関係というのが[日本語](#)としては落ち着きがいい。

・[複雑性PTSD](#)が生理[神経症](#) psychoneurosis として現れると身体化傷害、変性意識は[多重人格](#)、同一性と対人関係の障害は[境界性人格障害](#)。

●行動……[境界例](#)、精神……[多重人格](#)、身体……身体化障害。かつて[ヒステリー](#)とよばれていたもの。

・これらを児童期外傷の既往としてみれば治療者も被害経験者ももっとよく理解納得できるものとなる。

●変な[日本語](#)。

3032

「[精神科医](#)になりたい人のために」という[タイトル](#)で本を書く。

・偉い患者を診る医者が偉い医者になる。

子供に偉い子供はいないから、[小児科](#)医は偉くなれない。

日本では女性はまだまだ偉くないから、[産婦人科](#)医も偉くなれない。

偉い人がかかる病気は高血圧や[糖尿病](#)や[高脂血症](#)、中でも心臓病とガンが致命的である。このあたりを専門に選ぶと偉くなる。

精神病の人たちはたいてい社会の表舞台から排除される。重要な決定権を握る場所からは退くことになる。したがって、偉い人はいない。だから[精神科医](#)は偉くなれない。

[精神病患者](#)はたいてい貧乏だ。だから[精神科医](#)も貧乏だ。平均給料も低い。

・[精神病院](#)の悲惨な現実

変な医者が変なことをしている場所。患者と野球をして骨折して死んでしまった医者もいる。哲学をしている医者も[精神科](#)でなら許される。

治療というよりは収容であり、退院に向けて頑張ることは[ドンキホーテ](#)のようなものである。退院しても社会の受け皿がないのですぐに病院に帰ってきてしまう。

・しかし脳の[不思議](#)にはロマンがある。

田舎の高校の生徒が東大の[医学部](#)に入学するのだから、とても優秀だと思う。最初は何だか分からなくても、しばらく勉強していれば、すっきりと見通しができて、はっきり分かるようになる。そんな僕にしてみれば、心臓病もガンも、[遺伝子](#)操作も、[臓器移植](#)も、いずれ何かの[ちょっと](#)とした工夫を重ねればできそうなことだと思われる。すでに原則は提出されていて、その路線の上で工夫すればいいだけだと分かっているのだ。その分かりきった退屈さがたまらない。僕のような人間が一生をかける仕事ではない。それはたとえば、[ジグソーパズル](#)を完成させるようなものだ。どうせ完成することは分かっている。完成した形も分かっている。ただどの[ピース](#)が合うか、探すだけ。それを競っているだけである。

ところが脳と心の領域だけはそれではすまない。まだ原則の問題が解決されていない。その意味

で現代でも大きな謎が立ちはだかっているのは、宇宙の生成と限界の問題、それと意識の問題くらいだろう。（宇宙の構造の問題と脳の構造の問題が実は表裏一体の問題なのだとカントは指摘した。偉い人である。なぜか、それに答えたのが、コンラート・ローレンツである。天才である。）

こう考えれば、やほの脳がターゲットになる。しかも、神経内科や脳外科のアプローチでは不足である。脳、意識、心、魂、精神、そういったものの広がりの中で探求するとすれば、やはり精神科である。

またたとえば超能力や天才の問題。想像力の謎。

・現実には人の悩みにつきあうことは苦しいものだ。そのうっとおしさに耐える必要がある。たとえば、苦しんでいる人は、原因か結果かは定かではないが、思考障害を呈している人も多いものだ。普通の話の筋道を通じないのである。何度でも振り出しに戻ったり、奇妙な飛躍をしたり。結局諦めてしまうことも多い。患者には確信がある。それに寄り添うしかないのである。何という無力であろうか。精神療法など無力である。

3033

「死の淵からの帰還」野村祐之（岩波）

・人格的出会い。→●精神病院でこそ、これが必要である。治療ができないならせめて、人格的出会いがあって欲しい。深い出会いがあって欲しい。患者は閉じ込められて自分ではよい出会いを探ることができないのだから、よい出会いを提供したいものである。

・上質の時間が流れる。→●病院での生活は、部分的にでもよいから、こうでありたい。大切なことだ。職員は生きている時間の質に敏感である必要があるだろう。

3034

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

・心的困難は児童期の虐待環境に起源があると認識すれば、自己の生まれながらの欠陥のせいにする必要はなくなる。そうなれば、体験に新しい意味を見だし、新しいスティグマのない自己同一性にいたる道が開かれる。

●アメリカ流外部原因説。良い面もある。こうでなければ被害者は救われないだろう。

しかし極端に自己批判と反省が嫌いな人たちでもある。

●しかしやはり、外傷患者には、責任はあなたの内部にあるのではないと明言し、責任の所在を明確にすることが有効だろう。大切で不可欠のプロセスである。

・原因は児童期の虐待であり、現在の症状は反応として正当なものであるが、しかし現状に対しては適切な反応ではない、このままではさらに繰り返し被害者にされる危険がある。こうしたことに関して、共通の理解に達すれば、治療同盟の基盤となる。

●こうしたことが患者の、治療に関する理解の枠組みとなる。基本スキーム。

●疾病と治療のモデルを共有すること。そこが出発点である。たとえ誤りであっても、治療関係は築ける。それが有益である。

●性格障害や精神病という診断を下して伝える場合に、患者はどのような疾病モデルと治療モデルを持っているか、検討を要する。それが対話と説得、説明と同意、[インフォームド・コンセント](#)の出発点である。

[テレビ](#)で流れたことは信じるのに、医者には不信感を抱く。ここの差を考える必要がある。

説得の材料をどれだけ提示しているか。医者としての説明にどれだけの説得力があるか、考える必要がある。

3035

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・心的外傷体験の中核は、無力化と離断である。（孤立無援感と孤立感）。したがって、回復の基礎は、有力化と他者との新しい結びつきをつくることにある。回復は[人間関係](#)の網の目を背景にしてはじめて起こり、孤立状態においては起こらない。

・損なわれた心的能力を新しい[人間関係](#)の中で新しく作り直す。

●なるほど。このような視点が大切だと納得できる。

・患者から力を奪うような介入は回復の助けにならない。

・「よい治療者とは、わたしの体験を本当にまともに取りあげて確認してくれ、わたしがわたしの行動をコントロールできるように助けてくれる人のことで、わたしをコントロールしようとする人のことではない。」

・[当事者](#)の希望を尋ね、安全と両立する範囲で[選択肢](#)をできるだけたくさん出すべきである。

●内的決定過程を外在化し、練習させるという作業である。どの場合にはどのような得失があるという点までで明細化する。

・患者の自己決定を引き出す。治療者は中立性を守る。

・治療者のエンパシー的態度。ほどよい母親（good-enough [mother](#)）が自分の幼い子に対して抱くエンパシーと共通の要素がある。しかし禁欲的、理性的な面もある。

・「強制よりも説得、物理的力よりも新しい[アイディア](#)、権威的コントロールよりも互酬的關係が、価値も効力も高い」という暗黙の信頼を土台として[パートナー](#)となる。この信念こそ、外傷体験によって粉碎されてしまう信念である。

●この点では、[パターンリズム](#)は患者を育てる態度とは言い難い。療育のためには辛抱強く、非能率にも耐え、無価値でも愛情を撤回しない、そのような態度が必要であろう。

3036

まず疾病モデルと治療モデルの共有を試みる。それが「人間の」診断と治療の第一歩である。医者だけが正確な理解をしていても、外来の、とくに[精神科心療内科](#)分野では不十分である。

精神病に対する偏見があるから、自分や家族が精神病ではないかと考えたときの反応には独特のものがある。そのことが症状を修飾する。苦しみが増える。

精神病の症状で苦しむことと、精神病についての（自分と社会の）無理解と偏見の故に苦しむことと、両方についてのケアが必要である。悩む人間に対して何ができるか。

3037

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・外傷患者がつくる特別なタイプの転移がある。権威的地位にあるすべての人間に対する感情反応は恐怖体験によって歪んでいる。外傷性転移反応は通常の治療的体験とは比べものにならない強烈な命がけの性質を帯びる。治療者患者関係には一種の破壊的な力が繰り返して侵入してくる。この力は伝統的には患者の生得的な攻撃性のせいであるとされてきたが、今では[加害者](#)の暴力であることが確認されている。外傷患者における転移関係は、二者関係ではなくて、[加害者](#)が影の第三者として介入する三者関係である。

●一体どのようにして確認される？

●治療室で何が起きているかを把握するために大切な視点である。攻撃性の由来が、[加害者](#)にあると認識すること。そこから治療の展望は開けてくるだろう。

●この本全体でいわれていることは、[パラダイム](#)チェンジというべきものだろう。

・見捨てられて孤立無援だと感じる反動として、治療者を万能者と見立て、再体験の恐怖から守らせる。治療者は理想化される。

・「恐ろしいのは先生がわたしを殺せることです。お言葉で、放っておくことで、去ってしまわれることで。」

・患者は自分の生命が救援者次第だと思っているため、いい加減を許すことができない。

●治療者の気分次第と思われるのはまずい。客観的で検証可能な基準を共有する態度が正しい。そのような試みには価値がある。患者の立場にすれば当然の、[大切なこと](#)である。

3038

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・治療者に対して向けられる怒りは屈辱と羞恥を交えたものであり、治療者を自己の位置に引きずり落としたいと思う。彼は敵に対してではなく、無能な救援者に対する復讐の計画を温めるようになる。ケア提供者に対して怒りを覚え、復讐の空想を胸に秘めている人は多い。自分を失望させた、羨ましい御身分の治療者を、自分が苦しんできたのと同じ耐え難い恐怖、孤立無援、羞恥の位置に引きずり下ろしたいと願う。

・信頼が傷ついている。一般に、治療者とは自分を助ける能力がないか、助ける気がないかという、いわれのない仮定をおいている。

・[被害者](#)は治療者が外傷の真実の話を聞くのに耐えられないと仮定している。治療者の聞く能力に不信感を持っている。本当にひどい話を聞くと後ずさりして逃げてしまうと感じている。

●この人なら理解してくれそうだという場面設定はどうするか？それがプロの仕事。まず場所の設定が重要である。

・耐えて聞こうとする治療者には不純な動機があるのではないかと疑う。搾取的または覗き魔的な意図。反復性・長期の外傷にさらされた患者は、治療者には倒錯的、邪悪な意図があるという予想を変えることに大変抵抗する。さらには加害をわざわざ招いていると見えることさえある。

支配と屈従は再演される。その中には治療関係もある。

- ・治療者のささいな態度の中に、[被害者](#)は被害経験によって深い意味を読みとる。
- ・治療者の意図が悪意のないものと信じられないので、患者は間違っただけの解釈ばかり下す。治療者は慣れていないやり方で敵視されるので、この敵視に対して反応してしまいがちである。「投影性同一視」とされてきたものである。

3039

クリニックにおける[顧客満足度](#)

標準的治療[プログラム](#)を提示する。

治療に関する見通しを持ってもらう。[パースペクティブ](#)。

自分は何をすればよいのか、知ってもらう。

治療者の気分次第と思われるのはまずい。客観的で検証可能な基準を共有する態度が正しい。そのような試みには価値がある。患者の立場にすれば当然の、[大切なこと](#)である。

[マクドナルド](#)で注文するように。または[エステ](#)でどのコースにするかを注文するように。何を期待しているか、期待通りのものが出てくるか、その[サービス](#)に対する金額は適切か。

いいものを、と考えない。期待通りのものをと考える。満足度が問題である。

その点では「体験記」の類が役立つのではないか。

症状への不安、孤立感。しかしその後の[安心感](#)。

最初にあった薬への不安と、その後の薬への感謝。

こうしたことを体験記の形でまとめておいて、患者に読んでもらい、患者・家族教育の材料とする。

3040

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●なるほど。[人格障害](#)の治療場面を適切に描写している。この場合も、怒っているのは治療者ではなく、患者でもなく、第三者である[加害者](#)であるということになる。治療室で、第三者が登場している。治療場面での隠れた主人公になっている。

・長期性虐待経験者は性的供与のみが価値ある供与であると思いきみやすい。

●[セックス](#)を媒介とした[人間関係](#)だけが残される。なぜか。それは関係というよりも「利用」ではないだろうか。

・[多重人格](#)の転移。各人格によってさまざまな転移を示す。断片的で動揺する。

・外傷には伝染性がある。治療者は患者と同一の恐怖、怒り、絶望を体験する。「代理受傷」である。また患者の外傷体験物語を聞くことは、治療者が過去に受けた個人的外傷体験を再活性化させる。

●それが共感というものだろう。

●この本を読むことも同じく、過去の外傷体験の再活性化であり、再整理である。

・治療者の[精神衛生](#)のためにサポート・[システム](#)が必要である。単独で回復する患者もいないし

、単独で外傷と取り組める治療者もいない。

・人間の加害性と残虐性の物語に何度もさらされれば、治療者の基本的信頼が揺さぶられることは避けられない。不信を抱き、[シニカル](#)に、ペシミスティックになるかもしれない。

●「かもしれない」などといっではいられない。人間として幸せに生きる条件のようなものを取り去られるのだ。不幸せの循環が始まってしまう。それはいけないことだ。

●不幸の循環。外傷→不信→さらに外傷を招くさらに不信

3041

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・治療者は患者の出口のない鬱憤と孤立無援感に同一化した。治療者は精神療法に何ができると疑うようになり、その代わりに実際的な助言を行っている自分に気付いた。

・「みんなはただ自分が体裁を整えて正常に戻ることを望んでいただけだ」

・「あなたは本当にひとりぼっちだと感じたに違いない」「ひよっとするとわたしにも全部は打ち明けていないのでは？」実際、彼女はこれまで治療者は聞きたがらないと思っていた。

・治療者は自己孤立無援感に対する防衛として、救済者役をとる。これは患者の転移を強化し、患者を無力化する。[弁護士](#)役になれば、患者には「あなたは一人では行動できない」と告げることになる。

●なるほど。難しいものだ。無力化の再演になってしまっている。

・治療者の自己防衛の極限は万能感で、この治療者の[ナルシシズム](#)を放任すれば、治療関係は腐敗する。

●これは治療関係ではないと鋭く感覚する能力が必要だ。多くの人にはそれができないから、[システム](#)が必要である。風通しが必要である。密室の[ナルシシズム](#)は腐敗するだろう。

・治療者は悲しみによって患者と同一化し、喪の状態にはいる。これでは患者の証人役は果たせない。希望喪失の伝染性を自覚することによって立ち直す必要がある。

・立ち直すには愛情と[ユーモア](#)という自然な感覚が役立った。

・治療者は[私生活](#)のありふれた楽しみを享受することが難しくなるかも知れない。治療の熱意の不足は無際限な献身で補うしかないと思うかも知れない。

3042

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・[多重人格障害](#)を治療することは、[全身麻酔](#)をしないで手術を行うようなものだ。

・児童期の反復性障害の患者の場合、外傷よりも損傷された対人関係に反応してしまうだろう。

・被虐待児の内面の混乱を自分も経験し、外傷既往の可能性に思い至る。

・治療者の任務は、[境界例](#)患者の内部世界における「役者は誰々か」を、[逆転移](#)を患者の体験理解の導きの糸として突き止めることにある（[カーンバーグ](#)）。

[カーンバーグ](#)はこのような「役者たち」を患者の歪曲された、幻想上の表象であると理解しているが、それらは外傷を受けた児童の人生の初期の対人関係的環境を正確に反映している確率のほ

うが高いだろう。つまり、これは幻想ではなく、過去の現実である。

・安全を保障する二つのもの。一つは治療契約による目標・[ルール](#)・境界の画定。もう一つは治療者に対するサポート[システム](#)。

・治療契約……人間的愛着の起こす情熱のすべてを喚起するけれども、それは情事でもなく親子関係でもない。実存的関わり合いの関係である。

・治療者は耳を傾けて聴いて、証人（目撃者）となる。

●取り返しのつかないものではあるが、神の前での証人という感覚であるかも知れない。

・真実を語り、すべてを開示することの重要性を大いに強調しなければならない。患者は多くを秘密にしており、その中には自分自身にも秘密にしていることがあるからである。

・「真実こそ常に努力目標であり、最初は到達困難であるが、時と共に次第に到達できるようになること」を明確に述べる。

3043

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・よき[コーチ](#)となり、[ベスト・タイム](#)で走らせよ。

・何をなしうるか、その潜在力を知らせる。

・治療は共同作業が本質である。[パートナーシップ](#)である。

・患者には信頼が欠けている。治療関係の始まりには信頼は存在していない。治療関係が何度も[テスト](#)され、断ち切られては作り直されるということを覚悟していなければならない。

●[日本語](#)の味がまずい。

・患者は一挙に救われたいという切実な求めを必ず体験する。治療者にも、患者の耐えた残虐体験の償いをしてあげたいという気持ちが湧いてくる。このように実現不可能な期待が必ず湧いてくる。したがって、失望を味わうことも避けられない。

●こうした一般的経過を知ることは役立つ。

・どういう場合に予定外の緊急連絡をしてよいかという基本[ルール](#)を決めておくこと。

・治療以外の社会的関係は一切結ばない。限界設定は患者をエンパワーするためのものである。

・治療者は自己の限界のある弱さのために、無条件な関与が不可能であることを明言しなければならない。「自分は限界のある弱い人間であって、大きい[感情的](#)関与を必要とする[人間関係](#)にかかわり続けるためにはいくつかの条件設定がなければならないのだ」と説明する。

●これは重要なよい説明。使える。●それにしても、患者さんというものは、医者は死んでも患者に奉仕して当然だと考えているところがある。患者が苦しいのだから、患者が話をしたいのだから、医者はいつでも電話に出るべきだと考えている人もいる。昔分院[小児科](#)の早川先生が嘆いていたことを思い出す。医者[ももちろ](#)んそうしたい。それが理想である。しかし現実にはできない。だから苦しい。

3044

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●走るのはあなたで、治療者はコーチだと、はっきり意識してもらおう。これも大切。治療の枠組みは、治療構造としての取り決めの面もあるが、お互いの役割についての考えを確認していくことも大切である。疾病理解、治療観についての対話と納得も大切である。

・治療者の孤立は問題である。結局は二人ぼっちになる。治療者は患者を本当に理解しているのは自分だけであると思い、傲慢となってこれに懐疑的な同僚といさかいを起こすようになっても不思議ではない。治療者の孤立無援感がつのるにつれて、誇大妄想的な行動に出るか逃げ出すかになる可能性が高い。

●「わたしだけには心を開いてくれる」この言葉は容易に治療者を取りこにする。「そんな言葉を吐いている間は、治療者として問題があるのだ」と注意したいが、遅すぎることが多い。専門教育が足りないことも問題であるが、ある種の素質を持った困った人がこの業界に少なくないことも問題であると思われる。まあ、仕方ないけれど。

・孤独を自覚したら、治療を中止すべきである。

・治療者へのサポート。治療者が自分には現実的な限界があるということを忘れないようにすること。他者にしているのと同じ良質のケアを自分自身にもしなさい。

・治療の報酬は人生が豊かになることである。人生への見方が、広く深くなる。

・社会運動に身を投じた人。人生には日常をこえた目的があるという感覚を持ち、また一種の連帯感をもつ。

●社会運動への関与は、非常に肯定的に評価されているようだ。

3045

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

・人格の統合性とは、死に直面しても人生の価値を肯定しうる能力であり、自己の人生の有限性と人間の条件の悲劇的限界と和解する能力であり、絶望なくして現実がそういうものであることを受容する能力である。

●こうした臨床的な本で、人格の統合性を論じることはどうだろうか？場違いではないか？言葉の感じからして、こういう内容は、人格の統合性という言葉にはぴったりしないと思うが？どうだろうか？日本語にはぴったりの概念がないのか？キリスト教的な背景でも考える必要があるのか？

●「絶望なくして人間の条件を受け入れること」は不可能だと思う。感覚マヒか、妄想か、いずれかだけが救いとなるだろう。感覚マヒは、現実を遮断する。妄想は、現実を歪曲する。そうではなくて、現実を現実のままに受け入れて、おなかつくじけることなく、生き続けることだろうが、そんなことは不可能だろうといたい。

●あいまいに、なし崩し的に、現実が現実だから受容するしかないという、低次元の態度と、どう違うのか。よく考えた上で、すっきりと受け入れる方法があるだろうか。そのことを問いたい。

●あるとすれば、何かの方法で「個」をこえるものだろう。トランスパーソナルでもよい。集団でもよい。宗教の中にはいずれの要素も用意されている。超越と、集団と。これは分裂気質と循

環気質でもある。（気質についての、このような対立的な把握には問題があると感じるけれど）

3046

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・まず安全を確保することが大切。そのために、暴力の恐怖がなお存続しているか否かを質問することをルーティンとすべきである。
- ・[多重人格](#)者も、症状は隠蔽しようとする。
- ・外傷[症候群](#)は患者に全面的に告知されるべきである。自分の疾病の本当の名前を知ることによってほっとする場合が少なくない。症状の主人となる過程が開始する。外傷の無名性に囚われている状態から解放される。自分の体験に当てはまる言葉があることに気付く。自分が[クレージー](#)ではないこと、外傷[症候群](#)は極限的状况における人間の正常な反応であることを知る。苦しみは無限ではなく、回復してよいのだと知る。他の人たちも回復したのだから。
- このような癒しの作業に、治療者との[人間関係](#)が本質的な働きをするということは、実に感動的である。
- 名付けられることのない悲しみ。その時まで治療への一步を踏み出していないわけだ。
- 「ほっとする」ことの中には、精神病ではない、[クレージー](#)ではないとする[安心感](#)があるだろう。では外傷ではない、本当の精神病の人はやはり救われまいのだろうか。困難な現実である。
- ・外傷直後に情報を患者と共有することが大切。PTSDに関する説明書（ファクト・シート）を渡す。1）自分の体験を人と話し合いなさい。2）[アルコール](#)に逃げるのはやめなさい。
- ・しばしば治療者は、援助を受け入れることはあなたの勇気を証明する行為であるというリフレーミングを行う必要がある。
- 薬に関しても使えるかも知れない。薬を使わないのが勇気ではない。薬を適切に使って現状を変革し、よい人生を生きること。そのために一步を踏み出す勇気を持ちましょう。

3047

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・[ストレス](#)・[マネージメント](#)には[行動療法](#)がよい。リラクセーションも過激な運動もある。[認知療法](#)としては、症状を認識しそれに名前を与えること、症状と好ましい対応とを記録する簡単な日記を使うのもよい。宿題もよい。
- ・[レイプ](#)後の検査で、再[レイプ](#)にならないように注意する必要がある。心の準備に充分の時間をかける。検査に至る一つ一つの[ステップ](#)ごとに患者に意見と承諾を求める。情報を与え、[被害者](#)が積極的[当事者](#)になれるようにする。
- ・交感神経過覚醒に関して。プロプラノロールや[リチウム](#)を推奨する人もいる。
- ・単に「薬をのみなさい」といわれるならば、患者は力を抜き取られることになる。患者の判断により、一つの道具として薬物を提供されるならば、患者が自分には有能性と自己統御性とがあるという感覚は強められるだろう。この精神で薬物を差し出せば、協力的な治療同盟が築かれる

。

●そうはいうものの、患者が自己決定するのは難しい。自己決定のチャンスは必ず確保することが必要だろう。最終的には、来院しないという権利があるが、そうする前に、いろいろなことを相談できるようにすべきだ。しかしそれにしても、医者との関係は難しい。権威との付き合い方は難しい。

- ・安全な避難場所を確保する。
- ・生活における重要な対人関係を念入りに洗う必要がある。实际的援助となるか、危険の出所である可能性はあるか、検討する。
- ・家族面接について。家族に何を話すか、誰に来てもらうか、最終決定は**被害者**にゆだねる。
- ・安全感を保てる場所に引きこもる権利を保障する。

●このような配慮を**ケースワーカー**のようにしてあげれば役立つ。

3048

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・症状の安定と回復は別である。
- ・慢性**児童虐待**の被害経験者。安全確立はきわめて困難。自己管理能力が破壊されている。自己破壊行動の多くは、元来の虐待の象徴的再演、時には文字通りの再演と解することができる。
- ・自己破壊行動は、自分を落ち着かせる適応的な行動がない場合に、耐え難い思いを制御しようとする役割を果たす。
- ・自己管理能力と、自分を落ち着かせる能力は、虐待児道には発達しない。

●虐待にもかかわらず、自己管理能力と、自分を落ち着かせる能力を発達させる場合はないだろうか？「にもかかわらず」の場合。意識的に、能動的に、これらを獲得する場合がないだろうか？

●運命に翻弄される。一方的に翻弄される。それに対して抗する道はないのだろうか？何かとても無力な人間像ではないか？無力であることを認めるからこそ、患者は自分を責めさいなむことから解放されるのだけれど。

- ・慢性外傷患者は自己管理を治療者にゆだねようとする。その背景には、自己の身体が自己に所属するという感覚が失われていることもある。
- ・自分が自己身体をコントロールするという感覚。

●過食の場合。コントロールの喪失と映る。

●一方、拒食は自己身体の過剰なコントロールであろう。だとすれば、自己管理能力の喪失は、過食となって表れるのではないか。

管理の過剰と喪失を、拒食と過食と考えることはできないか。

- ・患者が自分で計画し、開始し、自己判断することは、有力化に貢献する。

3049

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・双方が和解を願ったとしても、虐待者は通常、強制的支配を取り戻したいと思っている。虐待者が暴力行使しないと誓う代わりに、[被害者](#)に自己決定権を放棄して欲しいとの裏の条件があることがある。

・[カップル](#)面接は、支配と強制という図式が全くなくなってしまうまでは禁忌である。

●なるほど。面接室で怒ったことの尻拭いを家でしなければならぬのなら、問題である。盲目の治療者は平気であるが、[被害者](#)はますます追いつめられる。

●そうはいつでも簡単ではない。患者はもちろんだが、家族や周囲の人もたいていは問題を抱えている。また治療者も問題を抱えていたり、時期によっては関心が偏っていたりもする。そんな中で、多様な、しばしば予測不可能な、乱反射に似た事態が発生する。そのようにして治療は信仰する。いっそのこと、[薬物療法](#)が好ましいかとも思える。

しかしそれは[専門家](#)としての高等な印象である。一般人はそのようには考えない。あくまでも[カウンセリング](#)が必要との信念である。

・[カップル](#)は別々に治療されるべきだ。誓約をしても意味がない。「強制的にコントロールしたい」という欲望を治療すべきだ。

●他人を、特に自分にとって魅力があり、意味のある他人を支配したいという欲望は、人間にとって本質的かも知れない。ある場合は暴力によって。ある場合は、自分の弱さや弱点によって。たとえば[境界例](#)患者の対人関係は、支配の[ゲーム](#)を続けているようでもある。母親や夫を支配する。支配される人はなぜそのように支配されてしまうのか、なぜその状態から抜け出せないのか、周囲の人間には理解できない。

3050

外傷性として取り扱うには特有の困難がある

症状を、器質性または分裂病態と断定してしまえば、むしろ治療は楽である。外傷性であると考え、現在の症状は過去のこころの傷のせいだと仮定して治療するのは困難がある。治療者が苦しい。取り返しのつかない過去をどうしてくれるのかという、解決困難な問題に取り組むことになる。[当事者](#)でない者が、どうして解決ができるはずがあるだろうか？

そのような困難に取り組もうと意志することがまずもおかしなこと[なのだ](#)。事態を明確に把握していないからこそできることだ。

しかしまた一方で、外傷性障害の捉え方は、一般の人たちの[精神障害](#)の捉え方に一致している。心因の[後遺症](#)としての障害。この一致があるからこそ受け入れられるし、治療の開始に当たってはむしろ[スムーズ](#)に事が運ぶだろう。

しかしそのあとが問題である。治療者にはたいしたことはできない。そのことを納得していただくのは難しい。たいしたことはできないけれど治療はできるというのだろうか？治療はできないけれど、通院はしなさいというのだろうか？

それでも通院するというのなら、一体どのような動機があるのか、問題にすべきではないか。魔法は使えないのだし、患者の幻想を実現してあげることもできない。

治療者は自分に実際にできることは何か、してよいのは何か、明確に把握すべきだと思う。

3051

「よい子という病」春日耕夫・[岩波書店](#)

●いわゆる「よい子」とは、内発的によいのではない。まずよいことは何かといえ、それは親と社会が期待する「よい子」である。その期待に従順でいられることが「よい」ことということだ。

そのままの自分でいて愛されるということがない。期待に沿うことが、愛されること、そのような取引がある。

それでは親と社会が期待する「よい」とは、本当によいのかといえ、子供にとっても親にとっても社会にとっても、疑問があるだろう。

●こうした趣旨である。しかしながら、人間はしつけられて始めて人間になるのだ。そのままの存在でよい[社会人](#)になれるものではないだろう。

ではどのようにしつけばよいかという事になる。親はそんなことを知らない。倫理は欲望の下に置かれている。「やったほうが得」そんな風潮である。

自分の内面からの[生理的](#)な欲求を満足させることがよいことだとするか、それともそれをコントロールすることがよいことだとするか、これは文化のあり方に従う。現状では、[生理的](#)な満足を最大限に実現することが目標になっている。（その一方で、より高次の満足を求める欲求は小さいようである。人間として出来損ないに近づいている。[ニーチェ](#)の言う超人と人間と猿でいえば、ますます猿に近づいている。）

このような文化のあり方に子供は[まこと](#)に素直にしたがうしかないのではないか。こどもは[生理的](#)な欲求が激しい。コントロールはまだ悪い。そもそも欲望のコントロールができるというのは、諦めたり先送りしたりして得られるものが、現在の満足よりも意味があるからだろう。そのような利益の天秤ができていないのだから抑えようもないはずだ。

3052

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●他人を強制的にコントロールしたいとする欲望。それがやや高級になれば、徳によって他人を支配するようになる。その場合には支配といわず、別の「高級な」単語を用いる。信服するとか師事するとか。

猿もつくる階級型社会を維持するための本能である。他者との優劣を決定しておきたいのだ。水平的な連帯は本能に反する。[ピラミッド](#)型の社会がいい。そうした思考の人々が一定数存在する。そしてその人たちが社会の中で、特に実業の分野では成果を上げる。

●例えば、最近の[中学生](#)のナイフ事件。[中学生](#)の心の世界にくっきりとした階級制社会が[イメージ](#)されていれば、もっと別の状態になっているだろう。階級制社会が内在化されれば、そこに[超自我](#)や倫理が育つのではないか。

集団のボスの役割は、各人の[超自我](#)の代理をすることではないか。誰かがナイフを出して衝動を

発散しようとしたとき、外部超自我装置としてのボスまたはリーダーが、それを止める。

非階級型水平社会はむしろ居心地が悪いのではないか。とくに個人の衝動を抑制する装置としては水平型社会は出来損ないである。

階級型社会となれば、自動的に軍隊や闘争的利益集団、会社のようなものを考えてしまうからいけない。徳による階級社会とでもいうべきものならば平和型階級社会となるのではないか？→やや低レベルの思考？

●人間社会のルールというものへの感覚が問題なのではないか？他者を支配したい、優越したい、そうした欲望があること自体はいいではないか。その欲望をどのように発揮していくか、そこに社会のルールというものがあるはずだ。ルールを守らない場合には何が起こるか、そのあたりの教育が大切ではないか。それこそが躰である。

3053

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

- ・治療者は安全はすでに確立されていると安易な仮定をすべきではない。
- ・被害者の自己決定の範囲を拡大する。原家族との間に限界設定を行う。
- ・原家族に真実を開示し、加害者との対決は後の段階で行う。
- 加害者を懲らしめるという発想に乗ってはいけないのだろう。
- ・家族への早すぎるディスクロージャーは有害である。
- ・虐待の発生源が、被害者を経済的に支配している場合、事態の解決は困難である。
- ・自由なくして安全も回復もない。しかし自由の代価はしばしば大きい。
- ・過早に、猪突猛進に深い問診を行ってはいけない。
- ・患者には、ぶちまけて話をすれば問題が解決するという思いこみがある。暴力的なカタルシス的治療によって、外傷が一挙に永久的に除去できるという幻想がある。このイメージは通俗文化の至る所に浸透している。
- ・早すぎる「暴き療法」が、悪夢とフラッシュバックを引き起こす。
- ・患者の「大丈夫」を信用しすぎてはいけない。
- ・治療者は安全を余分に見込む。
- ・「患者には自己管理能力があること」「治療者は慎重すぎるほど慎重であること」を患者に証明する。慎重にすれば、自信を育てることができる。
- ・回復は短距離ではなく、マラソンである。治療者はコーチ兼トレーナーである。
- ・安全、信頼、人生の予見性などを取り戻して、第一段階は終わる。ここまで至れば、外傷を一時棚上げして、人生を前進させてもよい。

3054

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

- ・第二段階では、外傷のストーリーを再構成して語り、ライフストーリーに統合する。再構成の作業により、記憶は変形を受ける。

・外傷記憶はそのままで、言葉を持たない。また時間は停止し、静止的である。[スナップショット](#)か[サイレント映画](#)。

●記憶の構成要素が十分ではなく、欠如がある。思い出して再構成することは、欠けた構成要素を後から付け加えて、完成することのようだ。しかし、だからといって何も変わるわけではないだろう？なぜ、治癒が可能なのか。謎である。

★●[塗り絵](#)のような[イメージ](#)である。どのような色を塗るかで、印象ががらりと変わる。

・治療者がそばにいてくれるからこそ、被害経験者は口に出せないことを口に出せるようになる。揺るがない同盟と勇気が必要である。

・患者の疾病は患者の敵である。戦うべき相手である。

・安全を保ちたいという欲求と、過去に直面しようという欲求との間のバランス。

・狭窄と侵入の間にある、安全な通路。

・外傷の再活性化の危険。

●微小再燃や添え木療法の話は、分裂病でもよいが、外傷性障害の場合によく当てはまっている。

・覆いをはがすとしても、患者の耐えられる範囲にしておく。

・悪化したら、治療の速度をゆるめる。

・外傷の再構成は大事業である。日常の業務は大目に見てもらうことも必要である。

3055

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

・[ストーリー](#)再構成は外傷以前から始める。過去との連続性を取り戻すためである。重要な対人関係、理想と夢、努力と葛藤を語らせる。「どのような文脈においてその人にとっての外傷の意味を理解すべきか」の鍵を与えてくれる。

●なるほど。その人の[イメージシステム](#)、意味の[システム](#)を理解することから始めなければならない。しかしながら、[ちんぷんかんぷん](#)の人も多いのだが。

・物語がもっとも耐え難い瞬間に向かうにつれて、患者は言葉で表現するのが難しくなっていくのに気付く。時には非言語的[コミュニケーション](#)に切り替える。絵などを用いる。

・映画を見ている感じで、細部まで再現する。五感を全部言ってもらう。

・身体感覚が大切である。匂い、心臓の鼓動、筋肉の緊張、足の疲れ、それらを語ってもらう。

・変性意識状態で書いたものであるとしたら。診察室で一緒に読むべきである。

・感情抜きで事実だけを語らせるのは実りが無い。治療効果はない。何が起こったかだけではなく、何を感じたかが大切である。感情も具体的・微細に再現されるべきである。

・感情をその強度の全幅において再体験することができるよう、安全を保障する。

●治療者として、このようなことができるものだろうか？この日本の風土ではどうだろうか？いたずらに恨みを深めるだけにならないか？医者という権威と共に、誰かの罪悪を再構成する作業にならないか？それは利益のあることだろうか？

いや、このようなことをいえば[泣き寝入り](#)になり、[加害者](#)は裁かれず、[被害者](#)は救われず、[いつ](#)

までも変わらない。それを換えようというのが本書の趣旨である。

3056

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

・生存者には、かつては所有していて、外傷が破壊した、価値と信条とをはっきりと口に出していってもらう。

●レイプ被害の告発同盟のような印象。一種の洗脳プロセスのようである。被害者として生きるのではなく、社会改革者として生きるように洗脳される。そのほうが確かに幸せかも知れない。そしてその幸せは何となくアメリカ的という感じがある。

・既知の説明体系の不十分さを味わっている。怒りよりもむしろ戸惑いである。その答えは人間の悟性の限界を超えている。

●説明不可能のやりきれなさ。

・さらに「どうしてこのわたしに？」の問いがある。

・彼女が不当にこうむった苦しみに意味を与える信条体系を再建しなければならない。

●ドストエフスキーなどは、こうした線上にある。捕らえられて、死刑の宣告を受けて、理不尽にも死刑のまねごとまでされた。なぜなのか。そうしたことの一切をどのように理解して自分の人生を考えたらよいのか。そのようにして他人の心を引き裂くのはなぜなのか。そうしたことの一切を考察しようとした。キリスト教的解答が用意された。

●意味の体系を再建するとすれば、大変な作業である。キリスト教やマルクス主義、フェミニズムなどの背景があるならばよいが、そうでない場合には行き止まりになるのではないか？

・有意味感は思考だけでは再建できない。行動も必要である。生存者は何をなすべきかを決めなければならない。

・有意味感はかつての共同体の中では共有することができないかも知れない。それでも、批判に抗して持ち続けなければならない。

●洗脳に似ている。こうまでしなければならないほどの悲劇であることは理解できる。しかし何か他に方法はないものか。

3057

病棟でYさん。「もう全部だめになっちゃったよ」と語る。実際そうだと思うので辛い。それは妄想ではないか考え違いでもない。その行き止まりをどのようにして打破できるかといえ、非常に困難である。

3058

「心的外傷と回復」ジュディス・L・ハーマン

●例えば、むかし女性が尼さんになってしまうこと。外傷からの避難と癒しの場所であっただろう。物語の中には、外傷としてはっきりは描かれないことが多いとしても。

・治療者は被害者との道徳的連帯性を鮮明にすべきである。この点では中立的では足りない。

- ・治療者の役割は既成のありきたりの答えを与えることではない。
- ・治療者は、生存者の価値と威厳を肯定するような、外傷体験の新たな解釈を構築する助けをしなければならない。

●たとえば分裂病者の家族の場合。世界について、人生の価値について、新たな解釈を必要としている。一時はそのようなことを積極的に語りかけたこともあったが、そのレベルに達する人は少ない。他人の言葉が耳に入らない。耳にはいるようになるには、余裕と、自分の内部での成熟が必要である。結局、そばにいて、嫌われないようにしていることが、できるせいぜいのことだ。

何という悲観主義。

- ・道徳的連帯を鮮明にする。
- ・生存者の価値と威厳とを肯定するような、外傷の新たな解釈を構築するよう励ます。
- ・[被害者](#)は治療者に真実性の確認役をしてほしいと期待している。「語るよう励まし続けて下さい。語る姿を見るに忍びなくても。わたしがそれについて語れば語るほど、それが間違いなく起こったと思えるようになり、それを統合できるようになる。絶えず大丈夫だよと言ってもらうことは非常に大切である。」

●なるほど。明確に語ることを補助する。語ることに禁止されているから治らない。

3059

乳幼児死亡率が低下して、いろいろな子供が生き残る。ここで淘汰が働かないことも、その後の問題を多くしている。

親はどのような人生の方針を呈示すべきか。

正解を呈示することは難しい。正解は普遍的ではなく、状況に応じてのものである。

だから呈示すべきは態度である。自分として人生の価値についての仮説をたて、それを検証するために最善を尽くす。この、[ベスト](#)を尽くす態度は、子供にも強い共感を持って迎えられないか？しらけるといふ。これは結論を留保したままで、しかし結論にしか意味がないと考えているから、しらけるのだと思う。

価値の相対化の時代、価値の変化の早い時代の中にあっても、伝えられる価値はあるはずである。

それは最終結果にあるのではなく、悩みつつ進む過程にあり、なにより自分の仮説を検証する態度にある。

(とはいうものの難しい)

何になればいいかではない。何を手に入れればいいかではない。そうしたことをどのように進めるか、その手順について、態度について、伝える。

医者になることを目標とするのではなく、目標を立て、目標に向かって努力する姿を目標とする。

(説得力なし。平凡。[中学生](#)の作文並み)

子供は親の[価値観](#)ではなく、[テレビ](#)や雑誌の[価値観](#)にしたがう。[マスコミ](#)は「伝導」のプロだ

から、親はかなわない。何よりも、親が[マスコミ](#)にのみ込まれている。

3060

最近の子供について[テレビ](#)で[コメント](#)。

悩みを語ることさえできない。

感情が抜けている。心が抜けている。

3061

「よい子」という病 春日耕夫 [岩波書店](#)

- ・「励まさないで受けとめる」ことの大切さ。
- ・ぎりぎりまで頑張ってきた人にとって、励まされることは、自分を否定されることに等しい。
- なるほど。[うつ病](#)のときの説明に使える。
- ・受けとめる……存在を肯定すること。
- ・よい子とは、社会と学校と教師と、なによりも[親の期待](#)に沿う子供。自分が本当は何を望んでいるか忘れてしまい、自分の本当に望んでいることは、親が望んでいることと同じだと錯覚してしまっている子供。それ以外に考えられなくなっている子供。本当の自分を抑えているという気持ちさえない。
- KGに来ている女子〇〇生に似ている。前は母親が金沢から上京し、二人とも泣いて話していた。「母は面倒くさいことはお金で解決すると思っている。わたしが望んでいるのは、苦しんでいるのは、そんなことではない。そう言うと、じゃあ、どうすればいいのか。お母さんは分からないから、教えてと言われてしまう。そういうことではない。それを考えて欲しいということなのに。」
- 娘の苦しみを受けとめて、共苦する気持ちがない。「時間がないから」とわたしにも語った。では仕事の時間はあっても、娘の[大切なこと](#)につきあう時間はないのかということになる。「時間がないから。お金なら何とかする」そんな態度である。
- しかし全体としては普通の人である。「[一生懸命](#)育ててきて、いまになってそんなことを言われるなんて、もうどうしていいか分からない」という。素直である。
- 「わたしが若い頃は、[住み込み](#)で働いたものだ。忙しくて厳しかった。あれこれ考えている暇なんてなかった。」「お母さんのそんな話、はじめて聞いた。」など。対話がない。

3062

「よい子」という病 春日耕夫 [岩波書店](#)

- ・「励まし」は否定の言葉。「受けとめる」は肯定の言葉。
- ・受けとめられることで、孤独から解放される。
- ・苦悩に耳を傾け、共感し、共に分かち合おうとしてくれる誰かに出会うことができれば、孤独から解放される。「出会い」によって、他者とつながり、世界とつながる。
- ・「ももとの問題」が「受けとめる」ことで解決されるわけではない。

・親や教師が子供を指導することや教えることは、つまり否定する方向である。

●うつ傾向の人は、「自分を作り変えたい。もっと別の自分になりたい」などと思う人も多いのではないだろうか？その一方で、他人に「変わらなければならない」などといわれると反抗したくなるのではないか。

もともと「否定」の方向になじんでいて、否定の方向が人生の基本 スタンス であるという人もいるのではないか？

●このままの自分を受け入れてもらうことが治癒の一つの ステップ であることは確かだと思う。しかしそれだけではない。受け入れること (positive concern) が常に all good とは限らないだろう。その点で著者の論は一面的である。

●ありのままの自分では親に愛されない。だから別の自分を必死で作る。そこに無理が生じて、悩みが深まる。そのような言い方。しかし人は誰しもそのようにして自分を作るのではないだろうか？

3063

医者の仕事にも、死ななければいいという仕事と、もっとよく生きるよう手助けするという仕事とがある。

S病院に勤めていても、要するに生命を維持することを仕事だと思っている人と、生活の質を問うことを仕事だと思っている人とがあるようだ。

外来の 精神科医 の仕事は、今日がダメならもう死ぬということもない。その点では生活の質の問題を扱っていることになるだろう。

取りあえず生きているからそれでいいとする医療になれた人が看護に当たっているようでは、療養病棟 として健全に機能するとは考えられない。

3064

「よい子」という病 春日耕夫 岩波書店

●つまりは「子供と人格として出会うこと」を教師や親に要請しているとまとめることができる。

・指導や教育や励まし。これらが負の価値評価として子供に突き刺さる。

●確かにそうだろう。たとえば先日の女教師殺人事件。授業に遅れるなどが、「当たり前のことをしつける」教育をしていた。そのことで生徒は「キレた」。

抑圧のあり方から考えることができるだろう。抑圧を内在化してしまえばそれで問題は起こらない。そこから先は ヒステリー の問題である。個人の、イントラサイキックな問題である。

しかしこの抑圧は、教師や親が何かのお先棒を担いでいる印象がある。もっと巨大で、悪しき抑圧の末端組織として教師と親がいて、生徒は現在も将来も、その抑圧の システム に屈服し続けるしかない。そのような圧倒的な息苦しさが背景にあるのではないか。

(こうなってしまうといかにも新聞論調めいているが)

●多分、子供のそばに寄り沿って、肯定しているだけで、生徒は自分の内部に、よき自分を育て

るだろう。そのようにしてない在化されたものは[抑止力](#)となるだろう。

たとえば[ドストエフスキー](#)が、[カラマーゾフ](#)で描いたような、友情や理想を子供は持たないの
だろう。

人生は良いものだ、自分達はよいものになることができると確信できないの
だろう。

親と教師は人格肯定の価値[システム](#)を持たないというのか？

よい子なら愛するが、悪い子なら愛を撤去する、そのようなギブアンド
テイクばかりではないの
だろうと思うけれど？

3065

いかにして価値創造的に働くことができるか。そこに真の生きがいも生まれる
だろう。

3066

「よい子」という病 春日耕夫 [岩波書店](#)

・共感の大切さ。悪いことをした場合でも、説教されるようなことをした場合でも、事情を
聞いて、共感できるものかどうか、試みる。指導するだけではなく、共感を試みる。それが大切。
●なるほど。悪にも動機がある。そしてこの動機が理解できなかつたり、状況からの共感が無理
な場合、精神病が考えられるというわけだ。

その点では[精神医学](#)的なものの考え方でもある。

●そもそも、子供は子供で価値の内的[システム](#)がある。それが壊れていない限り、共感
は可能である。そのレベルでのつながりがない。それが現在の教育状況の中での最大の問題である
というわけだ。

●倫理は言葉で伝えられるものではない。実際の人間の態度により、実際の人間に接すること
により感化されて、倫理が染み込むの
だろう。

[司馬遼太郎](#)「街道を往く」で、長州・薩摩を紹介していた。武士は公に仕えるものである、私心
は厳禁である、能力のあるなしが問題ではない、私心のあるなしが問題である、このような風土
があり、[西郷隆盛](#)の動きと関係しているとする。長州では現在でも、[吉田松陰](#)の言葉を学校で復
唱して学んでいるという。

●たとえよいこと・正しいことを教える場合でも、教える態度の如何によっては、反教育的
である。子供は善悪の判断がつかないのではない。むしろ、悪いことだと知っているから、わざ
とやっている。それがなぜなのか、そこが問題である。どのような[メッセージ](#)があるのか。ある
いは病的な現象なのか。

●教育（特に倫理教育）とはつまり、内的価値[システム](#)を形成することである。そのために何が
役立つか。真に倫理的な人間を教育に従事させることである。

3067

「よい子」という病 春日耕夫 [岩波書店](#)

●子供たちの欲求は何に向かっているのか。それが分かりにくいのか。「分かりにくい」という

のは大人・体制側の否認なのか。

・「よい子」であること、社会が要求する人物像であることが、本当に自分に利益をもたらせば、人はそのようになるだろう。脳内の利益の天秤とはそのようなものだ。

しかし、社会からの要請に真面目に応えていても、結局は自分のためにならないのではないかと気付いたとしたらどうだろうか。

自分の利益を守るためには別の道がよさそうだと感じたらどうだろうか？その時から、大人の指導に真面目にしたがうことはばかばかしくなる。現代は情報が洪水のようにある。優良図書ばかりを読んでいるわけではない。[テレビ](#)もある。子供もその程度の「[大人の事情](#)」は承知しているのではないか。

特に、教師というものがどんなものであるか、人格について、子供は知っているだろう。そんな人にそんなことを言われたくないと感じる子供だっているだろう。

●この本は[精神医学](#)の一步手前の記述のようだ。[精神医学](#)の言葉でもっと深く語ることができるのではないか。

●教師・親の態度として、CPだけが目立つのではないか。NPがもっと豊かに発揮されていけばいいのと思う。

●つまり、筆者のいう「よい子」とは、ACが高い子ということだ。大人はもっぱらCPで対応している。それがいけない。大人はNPで子供に接する必要がある。また、子供はFCをもっと発揮しなさい。

[典型的](#)なよい子は、ACを発達させていて、同時に、CPも発達させている。社会のCPに合わせてせるのがこの人のACということになる。

3068

子供の生育環境

- ・母親が外で仕事
- ・育児に時間をかけず金をかける

3069

女性がおむつを当てていると便と尿が混じりあい、性器を大腸菌が汚染する。

おむつに工夫をして大便と尿が混じり合わないような工夫はできないか。

あるいはおむつに生理用[ナプキン](#)を組み合わせることで、ある程度汚染を防止できないか。

3070

老人用の薬剤の工夫。

[ゼリー](#)に混ぜて作っておく。

[シロップ](#)を多用する。

[セレネース](#)水も万全ではない。入れるタイミングを逃したりする。

悪くすると粉薬をふりかけのようにして混ぜることもなる。その場合には、ある程度味の濃い

食品の方がいい。また、味の濃いふりかけと一緒にした製品があればとても好都合である。多分、[薬事法](#)の関係で難しいと思うけれど。

3071

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●語ることの禁止は、孤独の強要でもある。

- ・曖昧さと共存して生きるすべを学ぶ。完全な想起は難しい。治療者も完全ではない。
- ・治療者の役割を[オープン](#)な共感的な聞き手であり証人であって、探偵ではない。
- ・現実全体の受容というものは人間の耐えられる限界を超えているのではないか。

●なるほど。だからこそ、現実を作り変えたりする。仕方がないのかも知れない。現実は過酷すぎる。そんな現実を生きることができるよう強くはないとしても、仕方がないではないか。

- ・真実を語ることの[自然治癒力](#)。
- ・外傷物語を再話し、人格への統合を目指す。
- ・語ることによって外傷[ストーリー](#)は証言となる。患者の個人的体験に新たな、より大きな次元を付与する。これを「[ラニュー・ストーリー](#)」と呼んでいる。「もはや恥辱と屈従の物語ではなく」「威信と徳性の物語である。[ストーリー・テリング](#)を通じて、失っていた世界を取り戻す。」

●ニュー・[ストーリー](#)とは懐かしい。ニヒルな[唯物論](#)はエックルスの認識論的次元の[トラウマ](#)であった。それを語り直す治療の試みが必要であった。それが[サイエンス・ニュー・ストーリー](#)である。

[ラッセル](#)のような人は強いのか鈍感なのか、このような「癒し」は必要でなかったらしい。

●語ることによって乗り越えられるとすれば、[トラウマ](#)だけではなく、[精神科](#)の種々の領域で有効ではないか？小説を書くように、精密に体験を再構成することが癒しとなる。なぜ[なのだろう](#)。

。語ることができたとき、すでに乗り越えているのかも知れない。語ることができたとき、支配権を取り戻している。

3072

CPとNPと教育

親や教師の態度として、CPとNPの適切なブレンドがなされているか？例えば、日本の好まれる[指導者](#)像は、NPタイプだろうと思う。[テレビ](#)で見かけた[水戸黄門](#)など。

NPの上に乗ったCPでなければ、反発を招くだけである。

教育は、[裁判官](#)や検事のようなCPを発揮するだけでは足りない。育てるという観点が不足しているのではないか。

育てる技術というものがあるだろう。「AさせたいならBさせる」技法。

女教師刺殺事件では、結局教師がCPだけを發揮していたという面がないか？NPで他人に接することは難しい。NPで接すると[裏切られる](#)ことも多いだろう。

親子の間では裏切られたとしても、長い間親子でいるわけだから、なんとか償いもつくというものではないか？親が損をすればするほど、子供は得をしているわけで、親としてはそれでも納得できる面があるかも知れない。

教育はNPとAを中心にして進められれば充分である。教育の立場の人がCPを発揮することはあまり有効ではないように思う。

教師自体が未熟で、CPをうまく発揮できないのかも知れない。

NPにつつまれた和やかな時間をいいものだと感覚している人が必要だ。「甘え」はこのあたりに関係があるのではないか。

3073

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ 外傷性記憶を変貌させる方法として、フラッディングと証言法がある。
 - ・ フラッディング法。まず、リラクセーション・[テクニック](#)を教える。次に患者と治療者とは共同で慎重かつ周到に外傷事件を詳細にわたって記述する[スクリプト](#)（筋書き台本）をつくる。[スクリプト](#)には、文脈、事実、感情、意味の四つが含まれている。次に患者は声を出して[スクリプト](#)を治療者に読み聴かせる。動詞は現在形を使う。患者はできるだけ全面的に自分の感情を表現する。週一回、平均12～14回行う。
 - ・ 証言法。話を[テープレコーダー](#)にとり、逐語的に[テープ](#)から起こす。治療者と患者は共同でこの記録を校訂する。校訂の段階で、患者は断片的に散在していた回想を首尾一貫した一つの証言にまとめることができる。
 - ・ 語りというものの構造を利用して、安全な[人間関係](#)の[コンテキスト](#)内で強烈な再体験を行わせる。
 - ・ 「[ストーリー](#)を語るという能動的な行為」を保護的な[人間関係](#)の安全な状況で行うことは、外傷性記憶を異常に処理しようとしている過程に本当に変更をもたらすらしい。記憶の変貌と共にPTSDの症状軽快が起こる。言語を活用することによって症状が軽快する。
- 言葉とはそのような機能があったのか。伝達の道具や記憶の道具、また思考の道具としてだけでなく、記憶の再構成、外傷性記憶の癒し、心を立ち直らせる薬として役立つ。これは[言語学](#)での重要な発見となるのではないか？
- 体験を「語りうるものにする」時、体験を消化している。体験から何を学ぶべきかを知っていることになる。体験に対して支配の立場に立っている。

3074

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ いくつかの断片がぴたりとはまって、絵の新しい部分が見えてくる瞬間。
 - ・ 紐やリボンをいじらせて過去に誘う年齢退行技法。
 - ・ 事件の新しい理解と意味。
- 事件に対して、新しい角度から光をあてる試み。別の角度からの[スポットライト](#)。

- ・服喪追悼。悲しみを拒否することは**加害者**の勝利を否定する方法であり得る。しかし、服喪追悼を勇気を証する行為であるとするのが大切である。
- ・悲しめなければ、癒しの重要な部分が抜け落ちてしまう。
- ・悲しみも含めて、感情のすべての幅を感じる能力を取り戻すことが**加害者**に抵抗する行為である。
- 原著者の言語**システム**と、役者のそれとがずれている。それが問題である。
 - ・復讐、許し、補償により魔法のように一挙に解決する幻想。
 - ・現実には復讐空想を反復していれば苦痛が増すだけである。自己**イメージ**を卑しいものにする。復讐は負わされた傷の**つぐない**にはならない。傷を変えることもない。
 - ・おとしまえをつけることは不可能である。
 - ・次第に正義の憤慨に変わる。他の人々と手を携えて**加害者**にその犯罪の弁明責任を問う過程が始まる。
 - ・復讐幻想は、**加害者**と**被害者**が共に入る牢獄である。
- 被害者**は共同して告発の態度をとる。公共の場で償いが与えられるという発想が根底にある。それにしても何か悲惨な**イメージ**である。
- いずれにしても清算されることのない運命**なのだ**。マイナスをプラスに転換する魔法があれば別だけれど。魔法しかない。あるいは忘却。しかしときに傷は蘇り、**被害者**を苦しめる。

3075

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・**ハーマン**

- ・逆に許しの幻想もある。優越者としての愛の行為。しかし外傷を消し去ることは不可能である。
-
- ・**加害者**が自分にとってつまらない存在になる。関心がなくなる。これは許しではない。
- ・適切十分な賠償などありはしない。
- ・償わせ幻想は回復の進行を遅らせる。
- ・賠償のための闘争に入れば、成功するかどうかは**加害者**の気まぐれ次第となる。賠償を諦めたとき、患者は**加害者**から自由になる。
- ・償いを、社会的、一般的、抽象的な過程と考えるようになる。
- 個人的な怨恨にのみ限定しない態度ということか。
 - ・患者が不安をコントロールするために治療者に抱きしめて欲しいと願ったとき。それは愛人か友人の役目だ、どうして治療者にそのような役割を期待するのか**不思議**だと返す。しかしまた、治療者はその程度のことで役に立つならと思ってしまうこともある。そのようなことが治療になると思ったときは、全くものが見えていないということだ。
 - ・治療者の最善の方途は物語の誠実な証人になることである。
- これが全体を貫く大切な方針。
 - ・患者には回復の責任がある。この責任を引き受けることが患者を強くする。
 - ・生存者は与えられた危害には責任がない。しかし自分の回復には責任がある。これが回復の主

導権を自分で握ることにつながる。破壊されないで残っている自分の強さに気付く唯一の方法はそれを全面的に活用することである。

3076

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・強圧に屈して他人を裏切った[政治犯](#)や子供を守れなかった被殴打女性は、自分が[加害者](#)よりもなお悪質な罪を犯したと感じる。

●[ソフィー](#)の場合。

・自分を[被害者](#)だとしか思っていない間は、途方に暮れるばかりだった。子供たちに対しては自分に責任があることを認めることによって始めておのれのパワーとコントロールを取り戻す道が開けた。

●このあたりは[不思議](#)な心の動きである。自分のことについては途方に暮れていても、自分の子供に対して責任があるといわれると、現実的な対処能力を回復する。なぜか。

多分、[保護者](#)役割の回路と、自分で自分を律する回路とは別[なのだろう](#)。ある種の「[ダブルスタンダード](#)」状態であろう。

・自分は死者であるという空想。愛の能力が破壊されたからという。

●このあたりも聖書の文明の言葉遣いであろう。

・愛の能力が残っていることの確認。動物や子供に対しての感情など。

・外傷の再構成期に時間が停止する。この過程を避けて通ることはできないし、速めることもできない。

・何度も繰り返しているうちに、外傷[ストーリー](#)を話してももはや強烈な感情がかき立てられなくなる瞬間が来る。それた生存者の体験の一部となったのである。それは体験の一部に過ぎない。今や外傷体験は他の記憶と変わるところのない記憶である。他の記憶が時間と共に色あせるように、色あせ始める。その生々しさが薄れる。外傷が人生の[ストーリー](#)の中でもっとも重要な部分ではなく、もっとも興味ある部分でもないようだと言者は気付く。

・外傷を忘却し去ることはできないが、人生の中心を占めなくなることはある。

3077

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

●このようにして[加害者](#)の罪を不問に付すのか？償われることのない罪。清算されない罪。永遠に空間を漂うのか。そして傷ついた魂も、永遠に漂うのか。清算を求めて。しかし得られず。

●忘れられるのは、結局現在にさして影響を残さなかったからだろう。現在に明白に爪痕を残している場合、また、あり得たはずの現在を失い、外傷事件の結果として現在がある場合、やはり埋めることのできない感情の虚空がある。人をも世界をも、許さない。

・外傷事件により、人生を意味あるものとしてきた古い信条は掘り崩された。これからは自分を支える信念を改めて発見しなければならない。

●本当に？このような信条や[世界観](#)の問題ととらえる人はどれだけいるだろうか？怪しいものだ

。相当の知的能力を必要とするのではないか？

このあたりはいかにも読書人好みの話題である。臨床的に**普遍性**があるかどうか怪しい。

・近親姦の**被害者**は、強者は思い通りのことができ、決まりや取り決めなど問題にならないということをつたき込まれてきた。普通の親しい関係では何が正常で、健全で平均的で、**典型的**かをもう一度教育し直さなければならない。

●圧倒的な力による支配に蹂躪された人。分裂病者の自明性の喪失の感覚に、こうした外傷性の要素が混入していないか？

●結局、分裂病という事態との対比で呼んでいるところがある。多分、分裂病という名で語られることはあらゆる雑多な人間的事象を含んでいるのではないか？およそどのような事態であっても、分裂病的側面を論じることができるのではないか。分裂病はそのように拡散した概念であるということになる。あるいは分裂病者を論じるのだから、人間のあらゆる面が話題になるというだけのことか。

3078

「心的外傷と回復」ジュディス・L・**ハーマン**

・心的外傷体験の核心は、孤立と無援である。回復体験の核心は有力化と再結合である。

・自分が**被害者**であったこと、**後遺症**として何が起こったか、これらを理解する。これは外傷体験の教訓を人生に組み込む準備ができたということである。

●まず準備として、事態を学問的に理解する方法があるだろう。その理解の上に立ち、感情を追体験する。そして体験を消化し噛み砕き、栄養とする。

●しかしながら、患者にはこうした説明が有効でない場合もある。患者が何を求めているか、どのような疾病**モデル**と治療**モデル**を持っているか、そのあたりを把握することが大切だ。これが患者治療学の基本である。疾病治療学とは別の次元である。

・わたしは世界の中にも安心だ。わたしには力がある。そう感じること。

・たたかうことを学ぶ。

・生存者は自分の外傷**後遺症**は、危険に対する正常反応が誇張されて病的になったものだと理解する。

・恐怖に積極的に立ち向かうことができる。これは外傷の再演ではない。意識的、計画的になされる。

●劣等性の**スティグマ**を捨てることができる。それは大切だ。

●自分の人生を肯定し、享受するようになるまで。自分の人生を肯定して慈しむことができる。何て素晴らしいことだろうか。世界と人間に感謝することができる。

・**アドレナリン**の湧いてくる感覚に慣れる。

・**プレッシャー**を感じたとき、どのように落ち着き、どのように呼吸すればよいかを教える。自分の中にある貯水タンクは思ったより大きいことを悟る。

3079

[シェークスピア](#)を読むこと。これまでも読まれ、これからも読まれるであろう古典作品の持つ命に、自分も触れる、自分も参加するという感覚。そうした点で意味があるという指摘。なるほど。そうかもしれない。人類の継続性の感覚、共有の感覚。参加の感覚。

3080

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ [トレーニング](#)・[プログラム](#)。脅迫に対する反応の再条件化（条件付けのやり直し）
- 強烈な体験の時には、一種の刷り込みが起こる。強烈な刺激に対して、正常反応の延長にあるものの、誇張され病的となった反応が固定される。それを消去するのが治療操作ということになる。
- これを単に、非合理的で、目的にそぐわない反応であるとしてしまえば、患者は救われない。被害にあった上に、その[後遺症](#)を引きずるのは異常であると非難されたら、つらすぎる。強烈すぎる体験に対しての、正常な反応であると定義する。異常と見えるのは、刺激（体験）が異常だったからだ。その異常さに対応するために、過剰な反応が起こっている。したがって、症状は、患者の異常を示すものではなくて、体験の過度の異常さを示すものである。このように定義してやることで、「患者の、症状のとらえ方に起因する[自己否定的構え](#)」を解除する。
- ・ 危険に対する正常な[生理的](#)反応を再建する。外傷が破壊した「行動体系」を再構築する。
- 行動理論である。
- ・ 現実本意の対処行動を学び、その有効性を味わう。
- ・ 恐怖にもいろいろな程度があることを学習し直す。
- ・ 目標は恐怖を根絶することではなく、恐怖と共に生きることを学ぶことである。さらには恐怖を[エネルギー](#)の源泉、勉強の機会として活用する方法を身につけることである。
- 森田的センス。

3081

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ 「犯罪に対する責任があるのは[加害者](#)だけである」このことを明確にしておかないと、事件を検討することは、またしても[犠牲者](#)を非難する行為になってしまう危険がある。
- ・ 肯定的・建設的な自己検討。破壊的な自己非難との違い。
- グループ・ワークでの展開で、この二つの違いを見分ける必要があるのではないか。他者に対する「破壊的非難」と、「肯定的建設的検討」との区別。
- ・ 自分自身と再結合する。
- ・ 治療者に対する好感と理想化の違い。好感は他者との再結合の一つ。
- なるほど。
- ・ 自分の限界にも治療者の限界にも許容的となる。
- 治療者の限界を非難しているとき、理想化の裏返しと見る。また、もっと広く、現実検討の喪

失と見る。

- ・インティマシー（親密関係）の再建。
- ・外傷体験者は、青春期に発達する対人的[スキル](#)が欠けていることが多い。
- 欠けているから補うと発想するか、欠けているままで生きていく方法を考えると発想するか。
- 分裂病者の場合、こうした意味での[スキル](#)の欠損もあるはずである。つまり経験の欠如。その他に、基本的な認知[システム](#)の欠損に由来する[スキル](#)欠損もあるだろう。いずれにしても、分裂病全般に、外傷性成分の混入がある。外傷性とは、従来「[神経症性](#)」と呼んでいたものだ。

3082

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

・残虐行為を帳消しにする方法はないが、それを超越する方法はある。それは残虐行為を他者への贈り物とする方法である。生存者使命の原動力となると、外傷はあがなわれる。

●なるほど。

- ・社会行動により、公衆の意識を高める高めるために献身する。公衆の面前で真実を語る。
- [共同体](#)の癒しの機能。[共同体](#)は真理の源泉となると同時に、癒しの源泉ともなる。この場合には、癒しは真実であることの認定に関係し、さらにその真理を[共同体](#)が共有し、役立てるということに関係している。
- ・生存者は自分自身より大きな力に結びついていると感じている。

●それが魂の売り渡しでないように。

この区別も大切である。魂の全面的譲渡と、偉大なものとの結合の感覚と。

・他者に与えるのが生存者使命の本質である。そうするのは、自分の治癒のためであることを認識している。

・「人と人との魂相互の結びつき」が自分を支え、力を与えてくれる。

●「よき[共同体](#)」の作用。

- ・生存者は外傷は取り返しがつかないこと、賠償の願いも復讐の願望も共に本当の意味では満たされないことを認識する。しかし[被害者](#)は社会正義の意味を再発見する。自分一人のものであった不幸を、自分以外の人々の不幸に結びつける。
- ・勝つべきものは法であって原告ではない。勝つべきは法であって自分ではない。
- ・[加害者](#)に罪に対する弁明責任を感じさせておくことは、社会の健康を維持するために重要である。

3083

外傷体験はいかにして乗り越えられるか。

この問題を軸にして、病気、文学、人生をまとめて論じることができるだろう。

よい切り口であると思う。

宗教も、この世で清算されない恨みや罪をあの手で清算してもらうための装置であるという面がある。

「この世の中に恨みというものがあるものかないものか」四谷怪談お岩はこう恨みを語る。清算されないならば、自分が化けて出ようというのである。

(精算ではなく清算である。)

3084

[トラウマ](#)によって無力化された人。

[トラウマ](#)ではないが、[ストレス](#)によって無力化されている人。

そうかもしれない。わたしも。

3085

美人が[境界例](#)になりやすい理由

魅力ある女性は凌辱的性関係を強制される危険が高い。慢性的PTSDを経て、[境界型人格障害](#)に至る。若い頃の自分の魅力が、危険を引き寄せ、結果として対人関係と世界との関係の障害を残す。

3086

「心的外傷と回復」ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・ 有意義な社会行動に参加しているという感覚。
 - ・ 真実こそ[加害者](#)のもっとも恐れるものである。
 - ・ 生存者は自分自身と自分以外の人たちのために、公的に力を行使するということに心が満ち足りるのを覚える。
 - ・ 生存者が新しい発達段階にはいると、いったん解決されたと思われた問題が再び目を覚ますことがあるかもしれない。外傷後症状は[ストレス](#)を受けたときには再発してもおかしくないことを告げておく必要がある。
 - ・ 外傷的事件の記憶が首尾一貫した語り物になっていること。それにふさわしい感情が結びついていること。
 - ・ 重要な対人関係が再建されていること。
 - ・ 悪を知ったことによって、よきものから手を離さずにいることの大切さを知る。
- 傷つけられた自分の人生を自分でケアしなければならない。それは大変なことだ。
- ・ 共世界：外傷的事件は個人と社会とをつなぐぎずなを破壊する。生き残った者は、自己という感覚、自己が価値あるものであるという感覚、自己が人間に属するという感覚は自分以外の人々との結びつきの感覚に依存し、それ次第であることを痛いほど味わう。グループの連帯性は恐怖と絶望に対する最大最強の守りであり、外傷体験の強力な解毒剤である。外傷は孤立化させる。グループは所属感を再創造する。外傷は恥じ入らせ、差別の烙印を押す。グループは証人になり、肯定する。外傷は[被害者](#)を墮落させる。グループは向上させる。外傷は[被害者](#)を非人間化する。グループはその人間性を取り戻す。

3087

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

・他者の示す愛他性によって、つながりの感覚、勇気、品性、信仰を取り戻す。他人の行動を鏡として失われた部分を取り戻す。

●成育の過程と同じだろうか。

- ・グループの価値。苦しみの共有から始まる。
- ・グループへの参加は急がない。六ヶ月から一年をおく。全員が同じ事件の[被害者](#)である場合には、早期のグループ療法が有効である。
- ・はじめは探索的にしない。個人の発言により一般原則を解説する。
- ・匿名性と秘密厳守の[ルール](#)とグループの教育的[アプローチ](#)が安全を提供する。
- ・[自助グループ](#)において搾取的[リーダー](#)が出現しないように配慮する。[リーダー](#)は交代するようになる。
- ・短期間の教育的[ストレス・マネージメント](#)・グループ。症状軽減と問題解決能力向上、自己管理能力向上。当面の課題、具体的問題に対処する。
- ・次の段階ではパーソナルな目標を設定する。
- ・期間制限をすることで、気持ちが楽になる。
- ・12週間が多い。ほかに4,6,9週間。
- ・[参加者](#)それぞれの具体的な目標。外傷物語の分かち合い。語ることは記憶の主人となることである。
- ・グループの中で支配と屈従の再演が起こらないように配慮する。
- ・閉鎖グループは急速な愛着形成に役立つ。
- ・メンバー選定は慎重に。動機と成熟が必要。
- ・信頼する能力。他をケアする能力。自己を受容する能力。「何よりもわたしはある場所に帰属し、あるよきものの一部であるという感覚を獲得した」。

3088

役割としての出会いと、人格としての出会いの区別。人格としてで合うことはためらいがあっても、役割として出会うのであれば、納得できる場合が多いだろう。

3089

「心的外傷と回復」 ジュディス・L・[ハーマン](#)

- ・構造化の弱いグループで、探索的に覆いをとる作業をするのは不適切である。
- ・特殊性を解消する。自分の物語を多くの物語の一つとして眺める。自分の個別的な悲劇を[人間の条件](#)という一般的枠組みにおいて思い描くことができるようになる。
- これを他人が押しつけてはいけない。
- 以上。[フェミニズム](#)的観点が強い感じはする。しかし、[アメリカ](#)の風土では、「[フェミニズム](#)」と明確に表明することではじめて平等に近づくという事情もあるのだろう。

しかし一方でそれを悪い目的で利用する人もいるだろう。

●現世での救いか来世での救いかといった問題は出ていない。現世で達成されない罪の償いの伝統的な解決は、来世での清算である。たとえば[最後の審判](#)、えんま様の裁き。こうした解決は、現実を変えるのではなく、心理を変えるという点では[神経症](#)的な防衛といってよいだろう。

「それでは何も変わらない」「これからも悲劇は繰り返される」「それよりも現実に行動して現実を変革し、悲劇を根絶するのが使命である、それが[共同体的な生き方](#)である」

そうかもしれない。これまではあまりに[負け犬](#)根性が染みついていたのかもしれない。

宗教とは、心理的支配の方法であるということが出来る。

3090

新井[代議士](#)の自殺。 [1998年2月20日](#)（金）

[在日韓国人](#)であった。いわゆる[いじめ](#)の構図のようなものがあったのだろう。 [村八分](#)にされ、孤立無援の中で、追いつめられた。

とがって目立っていた分、周囲には「いいきみだ」という気分もあっただろう。

直接耳に入る声が、全[国民の声](#)のように感じられたのではないか。国民の大半は鈍感に無関心のままであったのに。 [ジャンプ](#)の原田の自宅に[嫌がらせ](#)電話が入るような風土だから、いろいろな人がいたであろう。

[皇帝ペンギン](#)のたとえが当てはまる。仲間の中でとがった奴がまず水に飛び込み、敵がいないことを確認してから他の大多数の[ペンギン](#)たちが飛び込む。

守ってくれる集団がなかった。村の中で静かに生きることができなかった。見放されてお終い。頭がいいとはいっても、専門知識の範囲内でのことで、そうした知識は利用されるだけのことが多いだろう。渡辺美智夫が引き立てたと言うが、要するに利用されたのだろう。誰も悪者になりたくないから言わないでいるところに、あれこれ言って目立ってしまった。

そのことが結局何を招くか、それを知っていて突き進むのは、誰にもできないことだった。頭がいいから他の人とは違う道筋が見えていたというのか？そんなことはない。結果はこれだ。

彼には見えていないものがあったのではないか。

政界のような風土の中では、性格傾向が増幅されるだろう。

いずれにしても次第に感覚はマヒしていく。みんなと同じように「無駄」も支払う必要がある。 [合理主義](#)者はその無駄を省こうとして軋轢を生む。

馬鹿の住む世の中では馬鹿の流儀にしたがうことが必要だ。無駄も一種の税金である。

自宅から初老の男女が出てきて、女性の方が[テレビカメラ](#)に向かって、「あんたたちが信じないからだ、みんな同じ様なことをしているのに、よってたかって！」と罵声を浴びせた。とても品のない様子だった。

多分、両親だろうが、戦う気風がある家族[なの](#)だろう。

発見者は妻。

資産家ならば資産は残る。しかしこういう人たちの場合には死んでしまえば何ものこらないだろう。

そのような人生である。例えば友人関係は今後維持されるだろうか？妻や遺児たちに対してどのようなサポートがあるだろうか？

そのようなサポートが期待できるようであれば、このような人生にはならず、このような結末にはならなかったであろう。

子供たちはどのような人生観を持つだろうか？

新聞で。「君のような三流大学を出た人間がこんなに贅沢ができて、東大、[大蔵省](#)の自分がこんなに貧しいなんて、世の中おかしい」と語ったとのこと。

昔は清貧ということが、具体的な力を持つ価値であったのだろう。よい[生き方](#)がそこにはあった。意味のある人生があった。

しかし現代では清貧は無価値であるから、このような感想も生まれるのだろう。無理もないことだと思うけれど。

3091

「死の淵からの帰還」野村祐之、岩波

- ・良心への問いかけ。
- ・死は自分と神との間の問題であって、法律や教会が介入する問題ではないとする牧師の意見。
- ・人間がどこまで優しくなれるか。本当の豊かさとは何なのか。
- ・[共同体](#)の機能。真に人を癒し、人生に意味を与える。そのような[共同体](#)が失われている。
- ・[プロフェッショナル](#)とは、神と契約して、誓った人である。
- [プロフェッショナル](#)と[スペシャリスト](#)の違い。神と約束したかどうかの違い。
 - ・[アメリカ](#)では新しい状況に遭遇したとき、問題に白黒の決着をつけたがる。未開の土地に道をつけ地図に書き入れるのと似て、後から来る人が同じような目に遭わないように、[フロンティア](#)的義務感から法廷に持ち込むことがある。[泣き寝入り](#)や示談ですませてしまうのは[自己中心的](#)で、他の人の役に立たず、それゆえ[社会的責任](#)が果たせないと考える。
- なるほど。この本の中には、「[共同体感覚](#)」が描かれている。大切なものだと感じる。
 - ・命の深さを生きる。長さでも大きさでもない。
 - ・[プロフェッショナル](#)の元の言葉、プロフェッションは、[コンフェッション](#)と同義で、神への告白を意味する。天職であるとの自覚の下に神への忠誠を告白し、自分を律し、自分の全存在をかけて邁進することを、神と人々の前に誓った人が「プロ」である。神と人々に誓いを立てている以上、良心に反する悪いこと、ずるいこと、いい加減なこと、曲がったことをするはずがないと期待されており、それ故、人々からの信頼と尊敬を得る。
- 単なる[スペシャリスト](#)とは違う。

3092

[シンデレラ](#)は、靴で確認しないと[シンデレラ](#)だと分からなかった。きれいな服を着ていないと本人だと確認できない。

このことは何を暗示しているのだろうか？

暗闇での顔も分からない状態での交流があり、残された手がかりから、本人を探し出す。そのような事態があったのではないか？

3093

尊敬される村長。

公平無私の態度で、知恵を授ける。だからみんなが尊敬する。

このような人間が社会には必要なのだろう。

長老である。なぜいなくなってしまったのだろう。スペシャリストではなく、ゼネラリスト。健全な常識の人。

現代では個人は信用できないから、機関に委ねようというわけだ。

3094

浦島太郎はなぜ竜宮場から帰ったのか？理想郷だったのにな？

→以前書いた覚えがある。

3095

おとぎ話療法

子供におとぎ話を途中まで聞かせて、その続きまたは結末を絵に描いてもらう。

3096

おとぎ話が伝えるもの。

集団の無意識。無意識の層の伝達経路として考えられるのではないか。

また、親の期待を無意識層に伝える方法。

教育手段である。

3097

新井議員

瞬間湯沸かし器。尋常でない怒り方。（T病院グループのOさんも同じらしい。）

権力への欲望。

死へのロマン。妄想に近い死生観、人生観。

政治への動機付けが、権力欲望であるというのは古来からのことであるが、一方で、清貧、公平無私、こうしたものを体現する人物が政治にかかわることも古来のことであった。

政治家の意識でもあるが、それは有権者・市民の意識の反映でもある。

政治家は田中角栄的なものになってしまったのか。

3098

浦和の事件。

ひとり暮らしの老人が女子中学生に殺害された。中学生は老人の年金をむしっていたらしいという。

3099

- ・あいさつと感謝。
- ・これまでの治療経験。分裂病とうつ病。薬物、カウンセリング、デイケアのミックス。総合的・多面的治療。それにはチーム医療が必要。
- ・種田先生と職員各層との距離。種田先生は時代の十五年先を走っている。そのビジョンが組織の各層に理解され浸透するまでは時間がかかる。
- ・痴呆もやはりチーム医療。
- ・痴呆療養に生かされる精神科的センス？
- ・ケアプラン方式。最低限の要請。
- ・鑑別診断。痴呆だとしても、機能不全の内容。それに応じてリハビリに適した4~7名程度のグループが形成され、リハビリプログラムが組まればよい。グループと担当職員と合わせて、5~8名の間で、パーソナルな結びつきが生まれるように配慮する。適度な強さの人格的結びつきが治療に有効である。また、ターミナルケアとしての側面からも、こうした人格的結合が望ましい。
- ・しかし、孫か曾孫に当たる若い職員が、どのように人格的結びつきに至ることができるかと考えると、難しい。いっそのこと、宗教関係施設などならば方針も立ちやすい。しかし非宗教の場所で試みることも大切である。
- ・バナナ理論
- ・名札の件。
- ・部屋を忘れる人の件。
- ・食事介護の工夫。食事前に目を覚まさせることの必要。
- ・薬剤調整の件。パルス的使用。
- ・外傷性障害の重畳の可能性。老人虐待は客観的にそうである場合もあり、主観的にのみそうである場合もある。PTSDの症状として意欲減退、主体性喪失、うつ状態などが発生していないか？
- ・職員間の意見の一致。上意下達では納得した医療ができない。説明して対話して納得するプロセスが大切。
- ・痴呆への働きかけ以前の問題で忙しい。しかし結局、食事、排泄、睡眠、こうしたことを通じて痴呆への働きかけになっている面がある。
- ・「望ましい痴呆専門リハビリはどのようなものか」について、ビジョンを明確にする。そのビジョンを目標としていま自分達はどこまで達成できているか、評価する。

3100

日々の生活の中でわたしは何を得ているか。

患者さんに愛を伝えることができる立場である。あとは自分がどのような気持ちで生きるかだ。
仕事は同時に自己成長の機会である。

3101

人間が生きるとは大変なことだ。

病棟で。食べることが不自由。排泄が不自由。それでも生きている。大変なことだ。

一方ではいじめられて死を選ぶ人がいたりもする。

いまの自分の生きている時間感覚からいうと、人生は短すぎる。

痴呆患者の様子は[他人事](#)ではない。

3102

[こんにちは](#)。今です。あなたの担当医になります。どうぞよろしく。わたしにできることがあったら、何でも言って下さい。できる限り力になりたいと思います。

連絡先。緊急連絡をどうするか。[ファックス](#)を使うのはどうか（高頭方式）。（緊急連絡が必要になるほどの重症の患者さんは別のところで治療して欲しいけど）

そのあと、診療案内。各種情報の提供。

「[こころ](#)とからだの療養[マニュアル](#)」の冊子を作る。備え付けて置いて、読んでもらう。

薬について。[副作用](#)の心配について。

うつの患者さんの療養心得。うつの患者さんの家族の心得。

費用について。

心理[カウンセリング](#)、[心理テスト](#)、[自律訓練法](#)について。

必要な場合、32条の説明。役所に言って32条と、[障害者手帳](#)の案内[パンフレット](#)をもらう。

3103

痴呆医療コーディネーターも必要

患者と医者の上に立ち、治療の希望を述べる役目。医療内部の人間ではなく、患者の立場を代弁する人。

法廷に立つときに[弁護士](#)が付き添うような形。

3104

昨日の[テレビ](#)。[ナショナル](#)提供の[水戸黄門](#)。

話の筋。堺の鉄砲鍛冶が、[人殺し](#)の道具をつくるのはよくない、そんな道具があるから使ってみたくなるのだと考え、包丁職人になった。その娘に惚れている若者がいて、よく思われたくて鉄砲職人になった。一人前になった頃には娘の父は包丁職人になってしまっていた。父親は鉄砲鍛冶には娘は嫁にやれないと拒否する。

一方、堺の奉行は[女好き](#)で、生娘を探せという。鉄砲鍛冶の娘に目を付ける。奉公にあがれというが、父が拒む。「女というものは、はじめての男は忘れられない、無理矢理押し倒してしまえば、後はいいなりだ」と力づくで拉致してしまう。（ひどい発言）

拉致した後で言いなりにならないと、「お前の大事な若者と父がどうなってもいいのか」と脅す。
。（これも卑劣な方法）

どちらも女性の心的身体的外傷の典型例であろう。

[水戸黄門](#)様一行の活躍により事件は解決し、若者は鉄砲鍛冶をやめて、包丁職人になることになり、結婚は許される。その時「はやく子供を作りなさい」と祝福される。

[人殺し](#)の道具についての考え方はよい。[ナショナル](#)にふさわしい。

しかし、女性に関する考え方の描き方についてはふさわしくない。[フェミニズム](#)と敢えていわなくても、よくない描き方[である](#)と感じられる。

「[力づく](#)で……」は悪人のいうことだからいいとは言えない。このようなところで教育がなされる。[反面教師](#)だから悪を演じて見せていいはずはない。

「はやく子供……」については無神経というものだろう。

[ナショナル](#)という[ブランド](#)がこのようなものを放送している。これでいいのだろうか？これが国民意識の平均線というものだろうか？

少なくとも、娘の心的外傷に対するケアが必要[である](#)。そんなこともなくけろりとしていられるように描いているのは、やはり無神経[である](#)。

[テレビ](#)、[マスコミ](#)界に人材を！と叫びたい。

3105

医者にしても、単なる[専門職](#)でいいはずはない。[スペシャリスト](#)ではなく、[プロフェッショナル](#)でなければならない。神との間に契約がなければならない。

卓越した専門技能・知識には、必然的に高い倫理が要請されるはず[である](#)。

しかしそれが難しい。こんなことをきれいな言葉で並べることができる。たとえば[政治改革](#)を語った新井[代議士](#)。しかし実状は単なる[スペシャリスト](#)で、権力欲にとらわれた人物であった。

難しいこと[である](#)。支えるのはやはり人の[ネットワーク](#)ではないか。神と約束し、友と約束をする、その中で人生は意味を持つ。

3106

血尿が出ているKさん。尿閉だというので膀胱を押す。濃縮尿が出る。90を過ぎている。

太股は筋肉がなくなっている。皮膚は乾いて固い。

このようになる。時間は確実に過ぎてゆく。この重苦しい気分はどのようにして克服されるだろう。

簡単な問いではない。

3107

「死の淵からの帰還」野村祐之、岩波。

・プロとしての医師は、自分の事情や関心、好み、世間の風評に左右されてはならない。どんな権力や誘惑にも動じない。揺るぎない信念、良心、倫理観、[正義感](#)、[死生観](#)に支えられている。

●なるほど。[開業医](#)は、それができるではないか？自分に何ができるか、何をするか、自分でコントロールできる。

わたしはこのような[サービス](#)を提供します。よかったら利用して下さい。気に入らなければ、利用しないで下さい。それだけのことだ。

ただ、命の価値は平等だということは忘れないようにしよう。公平無私、[それが大事](#)だと思う。

3108

[カウンセリング](#)の始まりは、病気をどう考えているかについての理解の概念枠のチェックから[で](#)
[ある](#)。原因は、治療は、遺伝は、環境は、それぞれどのように考えていて、何を希望しているか、そこから話を始めたい。

いわばメタ・[カウンセリングである](#)。

3109

Ba (S[心療内科](#)レター) 第一号

[デイケア](#)とは何か →Iクリニックに置いてもらう

[デイケア](#)というものの認知が広まっていない

あまりに人数が少ないと何をするのか分からない ([モデル](#)が欠如)

職員が[デイケア](#)について理解していない

3110

1) 診断面接の日程を決める

- ・何を
- ・いつ
- ・結果はどう伝えるか

2) 治療についての[プラン](#)シートを作る。それを「患者と共に」決定する。患者が治療に主体的に参加する。

- ・期間、頻度
- ・治療法の項目
- ・治療[ターゲット](#)、どうなりたいのか
- ・否定項目の決定 (家族には内緒、電話はしない、薬は使わない、学校には知らせない、など)

3111

患者さんに治療者側の経歴情報を伝える工夫が必要

3112

心にとめておくべき言葉 貼っておきたい[スローガン](#)

患者さんのために

愛の実践

誠実

好きで病気になる人はひとりもない

雑用という用はない

心をこめて いま心をこめていますか？

稀に治し

時に癒し

常に慰める

3113

心の時代という言葉で伝えられているものは何か

親密な[人間関係](#)の喪失

[人間関係の空洞化](#)

孤独な[バナナ](#)

植物も人間の気持ちの何かを感じている、その何かが、我々に欠けている。

3114

[現代社会](#)の特質を何に見るか？

方法論はあるのか？

方法論がないなら、自分の内面を語るのみで、社会を語っているのではない疑いがある。

競争社会とか[学歴社会](#)とか、[少子化](#)、老齡化、[核家族化](#)、[価値観](#)の多様化、[人間関係](#)の希薄化、

こうしたことを[キーワード](#)にして、あれこれのことが[因果関係](#)の系列に組み入れられる。そこに

本当に[因果関係](#)はあるのか？[果たして](#)論として成立しているか？[ジャーナリズム](#)とか、社会論評

とか、ひいては心理の背景描写として、その程度の恣意的なものでよいのか？

結局、やっつけ仕事で金を稼いでいるのだとしか思えない。

3115

人はなぜ詩を書くか

1) 歌うため。感情を歌うことはあるときは慰めになり、あるときは喜びを倍加させる。

2) 旧来の言葉と経験の範囲内で、新しさを提案したいとき。たとえば新しい比喩。流行の言葉

。

3) 言葉の伝統が想定していない、新しい体験や着想を語る時。これは言葉の本来の使用の範囲

外にあること[である](#)。表現し得ないものを表現するというのだから。しかしそれでも言葉を組み

合わせて表現するしかないというとき、詩を作る。これはたとえば分裂病体験を語る時[であ](#)

[る](#)。

たとえば「いい温泉だった」といえば、これまでの経験と言葉の伝統の中で比較的容易に事柄や

感情を伝達できる。しかし分裂病体験は言語[システム](#)の外にある。しかしそれでも伝えようとす

るとき、言葉の「詩的機能」を利用する。いわば言葉の意味の「にじみ」を利用する。

分裂病者は社会から排除され、分裂病体験は言語システムから排除されている。これは表裏一体のことである。

3116

ひとりで悩んできたんですね。もうひとりではありませんよ。

3117

二十年前の殺人事件。自首してきた人のインタビュー。

夢で何度もうなされた。いまでも。意識してはいなかったが、夢に何度も「鉄塔」が出てきた。現場に行ってみると、やはり鉄塔があった。

鮮やかな実例である。

意識できていないとしても、心に強く刻印されていて、何度も悪夢の形で反復される。

消化しきれない体験が、ナマのまま、多少の解離を伴って、記憶される。それが何度も夢に出現する。

3118

心療内科とは何か

・ 心療内科は 心身症 を治療する。 心身症 とは、病気の原因として心理的要因が少なくない比重を占め、治療の側面でも心理的配慮を必要とする病気をいう。

・ 別の言葉でいえば、 ストレス病 である。心臓や胃に問題があるのではなく、生活の ストレス が問題になる。

・ 心療内科 = 心療 + 内科であり、心療は治療方法を示し、内科はどの臓器について治療を加えるかを示している。

・ 心療とは、心理療法の省略形である。同様の省略形としては物療内科がある。これは 物理療法 の省略である。 物理療法 とは、温熱、 高周波、 パラフィン 浴などの治療法を指している。治療法としては他に 薬物療法 がある。精神療法は心理療法とほぼ同じである。

つまり、心療とは、治療方法の一つで、心理療法のことである。

・ 内科とついているのは、代表的としてつけているだけで、実際には 耳鳴り ならば心理療法 耳鼻科 となるし、動悸であれば心理療法内科となる。

内科系で扱う臓器は、循環器、消化器、呼吸器、神経などが代表であり、具体的臓器でいえば、心臓、血管、食道、胃、十二指腸、小腸、大腸、結腸、肝臓、膵臓、肺、脳、末梢神経などとなる。治療に当たる科でいえば、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、 神経内科、一般内科などとなる。

これでもずいぶん広範囲であるが、 心療内科 としては内科に限らず、心理療法が関係するものならば何でも治療する。 整形外科 で診ている腰痛、 肩こり。婦人科で診ている 更年期障害、ほてり、 冷え性。 精神科 で診ている うつ状態、 神経症。 耳鼻科 で診ている めまい、 耳鳴り、ふらつき。

・高血圧、[胃潰瘍](#)などが、[ストレス](#)による病気の代表例である。内科の先生方は必要に応じて心理療法を十分に行っている。しかしながら、内科の先生方は忙しいので十分な時間をとることができない場合もある。そんなときには[カウンセリング](#)の[専門家](#)として[心療内科](#)医や心理[カウンセラー](#)に依頼する。

薬物 心理療法 [物理療法](#)

内科 ○ ◎

[耳鼻科](#) ○ ○

皮膚科 ○ ○

..... ○ ○

3119

[ストレス](#)を測定する方法

- ・[カテコ](#)ール[アミン](#)を直接測定する。状況をどのように揃えるか、工夫が必要。
- ・たとえば血圧について、横になったときと立ち上がったときとを比較する方法。max-min=10~20が[平均値](#)。これ以上だと敏感。

同様に[カテコ](#)ール[アミン](#)について、負荷前と負荷後とを比較する方法はどうか。

- ・目の疲れ、[冷え性](#)、高血圧、[肩こり](#)、心臓。

3120

一次情報と二次情報（加工情報）

二次情報とは、一次情報の加工品である。一次情報に人間の脳の産物を混入したものだ。

[精神医学](#)の場合、加工情報が一次情報になるという特殊な事情がある。

「○○についての研究」という著作の中で、一次情報と二次情報があり、普通の意味での事実は一次情報であるが、[精神医学](#)でいえば、二次情報が一次情報に当たるものだ。その人の脳の中身が反映されている部分である。

情報の品位について

一次情報と二次情報の区別。加工品かどうかの区別。

加工に価値がある場合も少なくない。それが人間の知的活動だからだ。

しかしまた、加工の仕方は結局時代と地域の事情に左右される。一次情報は価値を減じることはない。

多分、もっとも価値のある情報は一次情報である。

医学の世界で言えば、患者についてのナマの情報である。

3121

開業騒ぎで疲れていると、注意の[スパン](#)が減少しているらしいことに気付く。

複線の事柄に注意を分散させることができず、単線の注意になっているようだ。

たとえば痴呆の場合がこんな状態ではないかと思う。

だとすれば、痴呆の場合に、忘れるというのは複線で考えるからだろう。単線で、「線形処理」を心がければ、不都合は免れることができるのではないか。

3122

軽度の解離について

物事に熱中しているとき、軽度の解離が起こっている。それが[ストレス](#)解消につながる。なぜか？

人間の注意の性質として、気にかかるそのことばかりに集中してしまうと、ますますそれが大きく見えてしまう。頭にこびりついてしまう。誤解の上に誤解を重ねるようになってしまう。

注意を一時的に逸らして、事態を離れた位置から見るのが有効[である](#)。客観化と言ってもいい。相対化と言ってもいい。

そのようなことに[自律訓練法](#)は役立つ。

→[佐々木雄治](#)「[自律訓練法入門](#)」をクリニックに用意しておきたい。あるいはH書店に置いておきたい。

解離とは、注意の[スポットライト](#)を別の場所にあてること[である](#)。

3123

「対話と納得」の具体化を考えること。

わかりやすい具体的な形で提示すること。

3124

治療についての考え方の[アンケート](#)をつくること。

3125

[自律訓練法](#)についての[パンフレット](#)をつくる。まとまったもの。訓練開始を決意してもらうためのもの。

3126

医療全般について、また老人性痴呆の医療において、コーディネーターのようなものが有効[である](#)。病院や医師とは別の立場からの[アドバイス](#)が欲しい人がいるだろう。内部の人間でない人からの意見。[セカンドオピニオン](#)。患者の立場を代弁する[弁護士](#)の立場の人。

3127

待合室での時間も治療の一部[である](#)。

[アメリカ](#)で、はじめての[ホスピス](#)を建設するときに、住民の反対があつて、[住宅地](#)ではなく山間に建設された。最初は不便だと思ったが、次第になれてきた。[自動車](#)で[ホスピス](#)までの道进行する時間に、これから[ホスピス](#)に行くのだと思つて心構えができる。あれこれ考える。親の人生の

こと、自分の人生のこと。

このような時間を持つことに意義がある。したがって、遠くに[ホスピス](#)ができたことも悪いことではなかった。

[メンタルクリニック](#)でも、待合室で待っている間にあれこれ考える。音楽、香り、光、これから何を話すか、前回は何を話したか。そうした時間も大切な治療の時間[である](#)。

従って、ただ単に待ち時間が短ければよいというものでもないだろう。

「わたしは忙しい」「時間を無駄にしたくない」そう考えているなら、「大事な自分のため、大事な子供のために、あなたの一番大切な『時間』をさいてあげて下さい」とお願いしたい。

そのような態度があなたに欠けているものかもしれない。「忙しいから後回し」ですべてがうまく行くわけではない。

3128

痴呆患者の往診

K先生もT駅前クリニックの院長T先生も、痴呆の往診をしてくれればありがたいと語っていた。必要であろう。しかしうまくできるだろうか？

3129

対話は合奏のようなもの[である](#)。

独奏は自分の音を聞けという態度[である](#)。合奏は違う。

共感的態度とは、合奏の態度[である](#)。相手の音を聞いているだけではない。

[自律訓練法](#)の効果として、注意の焦点をずらすことと、注意の焦点の全般化（暫定的にこう言っておく）の二つがある。

合奏的態度とは、後者の、注意の焦点の全般化[である](#)。

観察的自我の成立とも関係している。

[カウンセリング](#)は、たとえば録音されたCDを再生して、それについて論評することとも違う。合奏に近い。

3130

[カウンセリング](#)と普通の相談の違い。

- ・秘密厳守[である](#)こと。
- ・語ったことによって傷つけられない保証があること。
- ・[主体性](#)を奪う方向の指導はしない。むしろ[主体性](#)を再獲得する手助けをする。
- ・医療についての専門知識をわかりやすく伝えることは必要。これも不安を小さくする大切な方法[である](#)。しかしそれは半分[である](#)。後の半分は「支えるわたしがいること」「あなたは一人ではないこと」「無力と孤立無援に苦しんできたが、今日からはそうではないこと」を伝えること。

3131

カウンセリングとしての専門性。

- ・ 逆転移に気付くこと。治療者が自分の心の動きに敏感であること。
- ・ 無意識への配慮の深さ。（殺人者が、現場に鉄塔があったことを意識していなかったのに繰り返し夢に見た例。）

3132

専門性……クール

愛情・友情……ウォーム

この両者の適切な混合

共感もするが診断もする

対話もするが、診断もする

3133

欲求があり、それが満たされないから、不満不安が生じる。

欲求がなければ不満も不安もない。

3134

カウンセリングなんかしても状況が変わらなければ仕方がないではないか？

→不安の原因は変わらないかもしれない。しかし、その原因について考え続けて、次第に不安は大きくなる。不眠、食欲不振、集中力低下なども起こる。原因についての不安ではなく、「周辺部分」の不安も無視できないくらい大きくなる。

そんなとき、薬とカウンセリングで、周辺部分の不安を小さくする。そうすれば、正味の不安が残り、原因について対処する元気も出てくる。原因がよく見えてくるし、我慢もできるようになる。時間を待つことができるようになる。

原因があっても、人生では時間がたてば状況が変わる。

「今日できることも明日に延ばそう」

あしたになれば変わるかもしれない。状況も、自分も。世の中が変わるし、技術は進歩する。

時間を待つことは難しいが、つきあってくれる人があれば何とかできることもある。

3135

全く何も「種」がないのに、心身症が発生することはない。

発生時には何かきっかけがある。

発展するのは心理の問題である。

始まりの時には実際に心臓の動悸があり、死ぬかと思ってびっくりしたのだろうと思う。

「発生時のきっかけ」が精神内界のことだと、精神病の領域である。

3136

クリニック。まず最初は家族相談でもいいことを広める。家族を支えることも大切な仕事である。

3137

老人に興味を持ってもらう。

可処分所得が多い。時間がある。健康不安が高い。政策として医療費優遇策がある。

3138

「精神療法の経験」成田善弘

・人間は本当は美しいものなのだといった、いわば通用しやすい人間観に溺れていては治療者たりにえない。治療者足するには人間性の暗い部分を見据える強靱な眼がいる。こういう眼ができてくるためには、人間関係の修羅場で自己の内面にうごめく暗い力に気付くというやりきれない経験を繰り返さなければならない。その経験が、人間というものを直視しうる、分化の価値から自由な眼を、つまり治療者に必要な無頼の精神とでもいうべきものをつくりあげる。

○人間というもののどうしようもなさ、やりきれなさに絶望すること。しかしそれでも希望を捨てないでいること。

死んでしまっても同じだと納得していながら、一方では生きていたいとあがいている。そのような矛盾に似ている。

○世間のルールが全てではない。そんなものは相対的で一時的なものに過ぎない。そこに真実の生はない。そんなことをきちんと言えるようでありたい。

・最近の神経症者は社会や文化に対する反逆者であることを放棄し、規範に到達しようとして到達しきれぬ敗北者に甘んじている。

○性の解放の場面では、社会が抑圧しているにもかかわらず、欲望を噴出させた。最近の神経症者、たとえば抑うつ神経症、アパシー、不登校などは何の欲望を噴出させているのかと考えてもはっきりしない。

たとえば「自分が自分らしくある」ことの欲望とでも言おうか。個性的である欲望とまでは言えない。要するに、ルールから外れて悲しい。しかしそのことを正当化してみたい。

負け試合の敗戦処理投手のようだ。

ただみじめなのである。

3139

「精神療法の経験」成田善弘

・身体医は精神科医以上に安易な心因論に傾きやすい。

・他科医の見落としとしていた身体疾患を発見することも大切。

・患者の身体状態に常に関心を払い、話題に取り上げ、必要に応じて検査をし、陰性データを患者と共に確認する。それが精神療法的関係の確立につながる。

○これは大切な指摘。このような**スタンス**がいいだろう。**心療内科**の雰囲気で。

・現代の**神経症**。

引きこもり型。（昔は**ヒステリー**のような顕示型。）

行動化。

三者病理から二者病理へ。（エディプスではない。）

スプリッ**ティング**。（抑圧ではない。）

これらの治療では、治療者は父親ではなく母親を演じさせられる。

○三者病理はイントラサイキック。二者病理は**インター**パーソナルという意味だろう。こちらの表現の方が意味がよく分かると思う。

・患者から向けられた愛情を、自己の個人的魅力に帰すことなく、患者の側の歴史に由来するものとしたところに**フロイト**の偉大さがある。

まがいものの治療者は、すべてを自己の個人的魅力に帰すことに汲々とする。

○たしかに。

・過剰にかかわらないことが精神療法の重要な技術**である**。

・精神療法の目標。どの程度介入するか。

1 当面の危機からの脱出。

2 症状の軽減・消失。

3 防衛機制を見きわめ、その再編をはかる。

4 人格の再構成と成熟を期待する。

3140

「精神療法の経験」成田善弘

・いまの現実が苦痛で希薄であればあるほど、人は過去や内的世界に没入する。

・治療経験があったり、読書をしていたりする場合には、治療や読書のおさらいからはじめる。

○なるほど。当然だが、大切。

・ 1)You are a ///.

2)You are ///.

3)You feel ///.

4)I feel ///.

4)がもっとも治療的でかつ正直。

主語を抜いて、「怒りが湧いてきます」とだけ言う。それが患者の気持ちにもなっていれば、理想的**である**。

3)と4)の間を往復できるのが精神療法家**である**。

1)はラベル貼り。

○なるほど。

・患者をわかろうと努めつつ、面接の場で自分の心身に感じたことをできるだけ正直にたどる。それがそのまま患者の体験に重なる。神田橋は「患者の身にならないでおこなう共感」「自己

の心身をそのままアンテナにしておこなう感知法」と述べている。

○これが有効なのが神経症。無効なのが精神病ということになるだろう。しかし精神病であっても、全面的に無効ということはないだろう。

・見捨てられを予期する人は、他者との関係においてそれを実現するように振る舞ってしまい、現実に見捨てられる。これを自己充足的予言という。治療者も、無意識的に自己充足的予言を持ちつつ患者と接し、ついには予期どおりの感情を持つに至ることがある。

○なるほど。こういうからくりはあるだろう。大切な指摘。

3141

「精神療法の経験」成田善弘

・患者から学ぶ。分からないことを治療者の頭の中ででっち上げたりしない。患者に教えてもらう。その分だけ患者に負担がかかる。その負担を患者が自分のためのやりがいのある仕事とみてくれるとありがたい。

・患者の観察自我が自分自身の病理を見つめるとき、「どうしてだろう」とつぶやく。その不思議に思う感じを引き出す。

●観察自我への問いかけといった気持ちか。

・治療者を物足りないと思う程度のほうが、患者が主役になっている。物足りない分だけ患者が自分で自分を癒す。

・自分の不安に丁寧に耳を傾けてもらい、重要なこととして取り上げてもらったという経験が強迫神経症者には乏しかったのかもしれない。保証や確認の要求は他者の親密な応答を求める彼らの呼びかけであるかもしれない。

・治療者は知らないことは知らないと告げ、それにもかかわらず不安に陥ることなく生きていられることを示す。

●なるほど。それも大切な指摘である。

・不安は不安として心の中にしまっておきながら、日々を暮らし、人間らしい楽しみを享受することが当面の目標である。

・他者をコントロールすることで、他者に投影した自己の衝動をコントロールしようとする。これが失敗して強迫症状の背後にあった境界人格障害が露呈することもある。

●つまりは衝動コントロールの問題だということ。

・早々と幼児期の性が語られたりする場合には、知性化の産物に過ぎないか、性を語ることで自体が一つの強迫になっている可能性を考えた方がよい。

・まず患者がどういう世界に住んでいるか、そこでどういう生き方をしているかを探る。

3142

「精神療法の経験」成田善弘

・強迫症者は内心、自己が優越者であるという尊大な自己像を持つが、この尊大な自己像は彼らが軽蔑する他者から認められることなしには保ち得ない。この自己評価の脆弱性を知っているか

からこそ、いっそう他者の上位に立とうとする。

●尊大さの空想を宗教的思索や哲学的思索、小説などが満たすだろう。

- ・治療者・患者関係もどちらが上位に立つかという闘争（[綱引き合戦](#)）になりやすい。
- ・[サリバ](#)ン「[精神医学](#)の臨床研究」第十二章、強迫症。
- ・強迫症の治療をしていると治療者は無能力感を感じる。この無能力感こそ、患者が常にさいなまれている感情である。
- ・[無力感](#)の裏にはひそかな全能感がある。
- ・患者は実に[一所懸命なのだ](#)と気付けば、患者に意地悪したくなる気持ちから抜け出すことができる。
- ・強迫症者は症状の非合理性に悩むというよりも、むしろ症状の圧倒的な拘束力に悩み、これに対抗しようとしているといった方がよい。
- ・非合理性の洞察に乏しく、強迫が自我親和的である場合には、[精神分裂病](#)や脳器質疾患の可能性を検討しなくてはならない。
- ・[自己完結](#)型強迫か、他者巻き込み型強迫か。子供の[強迫神経症](#)者はしばしば母親に強迫行為の一部をさせる。青年期ないし成人期の患者の患者でこの巻き込みが見られ、しかもそのことに対する自責感の乏しい場合には、患者の[パーソナリティ](#)が境界[パーソナリティ](#)の水準にあると考えた方がいい。しばしば治療困難で、経過中に行動化が生じる場合がある。

3143

他の古い薬と違って、この新しい薬は本当にいい薬だ。依存性もないし[副作用](#)もない。マイルドに効いて、とてもいい。

そう説明して、眠前に一粒だけ[お勧め](#)する。

3144

クリニックで。

環境に配慮する。[エコロジー](#)、[リサイクル](#)などが[キーワード](#)。

地球に優しいことが人間の[こころ](#)に優しいことでもある。

収益をあげることだけではない、別の価値をも重視する。

価値の複線化。

[グリーン](#)・アン協会の発想は正しい。

効率第一主義というが、それは皮相な批判である。つまりはもっと金がほしいということで、そのためになら地球もダメにし、自分の健康も損なうということだ。

競争社会。これは他人に優越したいということで人間の本能である。否定はできない。しかしそれを相対化することは可能である。

3145

背骨の曲がった魚を食べる少年。

3146

障害児の母。

育て方がいけなかったのでしょうかと問う。

答えが難しい。育て方にはあまり関係がないといえ、つまりは子どもの素質の問題だということになる。どうしようもないとの含みが生まれる。

しかし育て方の問題だとも言えない。

3147

個人的な状況を伝えるための言葉は結局比喩でしかない。

状況は言葉の裏にあって、ダイレクトには把握することができない。必ず何らかの推定の手続きを要する。

明らかに比喩とわかる場合もあるし、そうでない場合もある。

「その心は？」といつも問われている。

言葉と真意との間だのすき間を埋める作業は、文化を共有することであり、共感することであり、人間的推定能力の問題でもある。

時にこのすき間のあり方が独自である人たちがいる。その場合には他者の共感を期待できなくなってしまう。

分裂病者たちはそのような困難を抱えている。

言葉と真意。サインと内容。

他人の声や目つきが何を意味しているかについて、独自の意味付けをしてしまう。そこに病理があるし、だからこそ人に理解してもらえない辛い状況が生まれる。

3148

「精神療法の経験」成田善弘

・孤立、敵対、支配など、どのような対人関係が成立しているかを見きわめる。その敵対関係こそ、患者が不安に対処するために作り出さざるを得ない関係なのである。

・不安にさせられる状況で、尊大な自己像を守り、自己コントロール保持の幻想を存続させようとする。

●尊大な自己像を守る。自己コントロールができていると思込む。それはつまり、状況を限定して、自分の能力の限界に直面化しないように慎重に生きるということだ。自己の幻想を守るために生き生きとした世界を失ってしまう。そのような世界に生きている。死んだ世界。不確定な要素は排除される。自分を不安にさせるものは排除する。

・躰は、自然な感情、衝動、生命の発露を必要以上に抑制する。

・衝動・感情とそれらをコントロールする知的な傾向との間の葛藤。

●衝動をコントロールする力。そこに問題があると感じるとき、衝動が起こらないような生き方を選ぶ。自分に力が足りないと感じる時、他人を巻き込む。

●衝動をコントロールできない。それが強迫症の一面であろう。不合理でコントロール不可能な衝動に翻弄され、[不愉快](#)にさせられる。起こってしまえば制御できないから、起こらないように生活の場面を限定していく。起こらないようにおまじないをする。縁起を担ぐ。

●コントロールする知的な傾向の過剰が拒食症である。

・小さい頃は過剰な強迫傾向により、成績の良い、よい子でいることができる。しかしいつまでも上位でいることはできない。性衝動が発生したとき、異性をすべてコントロールすることはできない。ここで危機が発生する。強迫による性格防衛は破綻する。[強迫神経症](#)が発症する。

3149

「精神療法の経験」成田善弘

・初診時。「よく決断してきましたね。[専門家](#)の援助を求めるのは弱さのしるしではなく、懸命さのしるしです」と肯定する。

・彼らは信頼しうる人物に自分の訴えをよく聞いてもらい保証を与えられた経験が意外に少ない。

●権威に否定されたら、立ち直りようがない。だからめったには話さない。

・観念を無理に押さえつけようとしてもむだである。「青い空に白い雲が浮かぶように、心の隅に浮かべたままにしておく」ように勧める。

・患者自身の工夫を聞く。自分の工夫に治療者が敬意を払ってくれるという経験が患者にとって意味がある。

・簡単な身体医学的診察がよい。身体にも関心を払っていることを患者に伝えたい。

・初回面接の終わりに、「これは[強迫神経症](#)です。[神経症](#)の中ではなかなか難しいものですが、これがこうじて精神病になることはありません」と告げる。病気を軽く扱われることは好まないが、コントロールを喪失して、最悪の事態である狂気に陥ることを恐れている。そうしたことを配慮する。

・予後については、[神経症](#)は原則として治る。ただしあなたが治るかどうかはやってみなければ分からない。現実状況やあなた自身の協力などいろいろな要因が関与する。

・三ヶ月から数年まで、人によってさまざまである。しかし多くの場合、一、二年でかなり楽になります。

・言葉で治癒を保証するのではなく、態度や雰囲気患者に[安心感](#)を与える。治るだろうと思っ
ていても、「やってみないと分からない」と言う。

3150

「精神療法の経験」成田善弘

・見通しがつきにくい場合には、「もうすこし経過を見て、あなたのことがもっとよくわかってきてから意見を言います」と告げる。

・他者巻き込み型[強迫神経症](#)者。善意の家族が患者の要求に応じていると、要求は際限なく拡大し、[パートナー](#)は患者の手足のごとく、奴隷のごとく、患者の不安解消に奉仕させられる。そ

うなるとパートナーの側にも怒りや恨みが生じる。患者はこれに反発し不安を高め、一層要求を拡大するという悪循環が生じる。

・「不安の解消を他の人に手伝ってもらっては、二人がかりで不安に対処していることになり、あなた自身の心が不安を抱え対処できるように大きくなって小さいままにとどまってしまう。一時的に苦しくても、不安を自分の心の中に入れておくように。そうすることでしだいに心が大きくなる。」

・患者とパートナー双方にひとつのモデルを提供し、そこから抜け出すべき方向を示すことになる。どこまで手を貸すかについてパートナーが限界を設定できるように援助する。

○強迫の背景に自信欠乏があるとして、他人を巻き込みたくなる事情も分かる気がする。不安解消の手段として、強迫もあり、他者巻き込みもある。

・具体的に語らせる。

・感情表現をうながす。

・思考の全能があれば、自分の抱く敵意や攻撃性を恐れるのももっともである。

○中学生の衝動。

・実際の対人関係を検討した上で、「そういう状況ではあなたが敵意を抱いたとしても無理はない」と許容する。同時に、思考が現実になるわけではないことを保証する。

3151

[心療内科](#)の「心療」とは何ですか？

「心療」は「心理療法」の省略形です。「内科」は、お医者さんの代表だと考えて下さい。

心理的なことが原因で起こる心臓のドキドキがあったとします。心臓のドキドキは内科で治療します。その際に心理的配慮が特に必要な場合に[心療内科](#)に紹介されて、心理療法をおこないます。内科の病気を心理療法を加えて治療するので、[心療内科](#)と呼ぶわけです。

心理療法が効く病気は、内科の病気に限りません。たとえば頭痛、[耳鳴り](#)、[めまい](#)などについて考えてみましょう。

頭痛があれば、[神経内科](#)や脳外科でいろいろな検査をします。[血液検査](#)、CTや脳波検査ですね。こうした検査で異常があればそれに沿った治療が始まります。しかし原因が不明で、心理的配慮が必要と思われるとき、[心療内科](#)に紹介されます。

[耳鳴り](#)の場合、まず[耳鼻科](#)に行くでしょう。いろいろな検査をします。原因が不明で、心理的配慮が有効だと考えられる場合、[心療内科](#)に紹介されます。

[めまい](#)の場合には、一般内科や[神経内科](#)、時には[耳鼻科](#)に行くでしょう。いろいろな検査をします。貧血はどうかとか、メニエールではないかとか、鑑別診断をします。原因がはっきりしないで、心理的配慮が大切だと考えられる場合、[心療内科](#)が担当します。

[小児科](#)でチックがあるとか、[アトピー](#)に悩んでいるという場合でも、心理的配慮を重視して、[心療内科](#)で担当することがあります。

つまり、必ずしも「内科」の病気に限られるわけではないのです。[耳鼻科](#)でも、眼科でも、[小児科](#)でも、心理的方面の配慮が必要な場合に、心理療法の[専門家](#)としてかかわります。

われわれのクリニックは「心理療法クリニック」でもよかったのですが、[薬物療法](#)も大切な柱だと考えていますので、やはり[心療内科](#)としました。

医学的治療を分類すると、

- (1) [薬物療法](#)
- (2) 手術
- (3) 心理療法（省略して心療）
- (4) [物理療法](#)（省略して物療）

などがあります。

内科では普通[薬物療法](#)が中心です。

外科では手術をします。

[心療内科](#)、[精神科](#)、[神経科](#)などでは心理療法をします。

[物理療法](#)という言葉は聞き慣れないと思いますが、温泉で暖めたり、[パラフィン](#)浴を使ったり、[高周波](#)などを用いたり、物理的手段で治療する場合を言います。慢性関節リュウマチなどに用いていました。

S[心療内科](#)では、心理療法が中心で、[薬物療法](#)を必要に応じて併用します。

3152

心理方面の診断というと、「性格が悪い」とか、「心理的に異常だ」とか診断されるのでしょうか？

心理的診断とは、

「どのような種類の[ストレス](#)がどの程度かかっているか、その人の心はそうした[ストレス](#)に対してどのように反応しているか」、つまり[ストレス](#)診断が中心になります。

どのような[ストレス](#)がつかいかは人によってさまざまです。たとえば、忙しいことは苦にならない人もいます。その逆に暇になると苦しくて仕方がない人もいます。また、大勢の人といるとつらく感じる人もいます。その逆に一人でいるとつらく感じる人もいます。つまりその人の性格によって、どのような[ストレス](#)が特につらいかが決まってくるのです。そういう意味で性格を把握します。性格がいいとか悪いとか診断するのではありません。

心理的に異常だと診断することはありません。私たちは「何が本人にとってつらいか」を問題にするだけです。私たちは[裁判所](#)でも警察でもないのですから、異常だとか狂っているとか判断して仕事がすむわけではないのです。本人がつかれば助けになりたいし、本人がつからなければ、何もしません。

心理が異常かどうかではなくて、むしろあなたの置かれている環境がどの程度の[ストレスである](#)か、診断することが大切でしょう。

「こんなに大変な状況に置かれたならば、あなたでなくても誰でも[うつ状態](#)になりますよ」といった話が出るような場合が多いものです。

人は自分の状況がつかいほど、弱音を吐いたらいけないと思いつけていることが多いようです。重大なことほど、自分一人だけで悩み続ける傾向があるのです。

そんなときに、自分の置かれた状況を一度客観的に見つめなおしてみましょう。そのために面接をしましょう。

3153

[心療内科](#)、神経科、[精神科](#)の区別はどうなっているのでしょうか？

これらの科は、心理的症状と心理的治療を専門とするという点で、お互いに密接に関係しています。最近ではほとんど同じといってもよい現状があります。T大では神経科と[心療内科](#)の合同の[研究会](#)などがありました。

たとえば[うつ状態](#)、[パニック障害](#)や拒食症・[過食症](#)などは上のどの科でも治療しています。治療内容も大きな違いはないといってよいでしょう。現代医学の水準で妥当な治療を研究すれば、大きな違いはないものです。

大学の医局などでは、伝統的に[精神分裂病](#)は[精神科](#)、拒食症は[心療内科](#)、[てんかん](#)は[神経内科](#)、[神経症](#)なら神経科などとおおまかな区別があります。しかしながら、心理療法、[薬物療法](#)のいずれの面でも、共通部分が大きいと思います。

結局これらの科の区別は、大学医局の伝統に起因しているというだけで、患者の皆さんにはあ

まり関係ないといってよいと思います。

3154

身体の問題もそうですが、心の悩みも秘密が守られるという保証がなければ話す気にはなれないでしょう。

3155

心理の問題は複雑だと思います。そのときどきでずいぶん違っていて、性格についてもものの感じ方についても、「自分はこれ」と決めることはできないと思います。内向的とか外向的とか。きれい好きとかずぼらとか。それなのにどちらですかと聞いて、診断したりするのは無理があるのではないのでしょうか？

確かにそうです。あなたが家庭を持つ[サラリーマン](#)だとして、会社で部下と対するあなた、上司と対するあなた、宴会でのあなた、家庭でのあなた、子供と[遊園地](#)で遊ぶあなた、中学の[同窓会](#)で懐かしがるあなた、それぞれ別だと思います。別だからこそ、面白いし、[ストレス](#)解消もできるのです。

たとえば病院の院長先生が、家に帰っても院長先生、子供に対しても院長先生、[ゴルフ](#)をしていても院長先生、そんな調子ではやはりすこし[ストレス](#)がたまるのではないのでしょうか。

面接ではこうした全般についてお話ししていただき、あなたの性格構造や性格特性を把握していきます。どの程度の幅があるか、どんな場面でどんな自分を出すのかをチェックします。必要に応じて[心理テスト](#)を用います。

状況に対して不適切な自分を出していたとすれば、自分の不適応状態を自覚するかもしれません。宴会なのに、会議の時のあなたのままでいたら、居心地が悪いでしょう。そんなとき[ストレス](#)を感じるわけです。

そのあたりから[ストレス](#)把握ができるようになります。

また、性格は自分で把握できているものがすべてではありません。自分の[無意識](#)の傾向なども含めると、やはり[心理テスト](#)も用いながら把握するのがよいでしょう。

3156

「精神療法の経験」成田善弘

- ・治療者は患者の敵意や攻撃性にのみ眼を奪われる傾向がある。やさしさの感情の自覚と表出をうながすことが大切である。
- ・強迫症者の疑惑、不決断、確認は、根深い自己不確実感に由来する。その背後には、自己に関する尊大な幻想が潜んでいる。
- ・自己の誤りや欠陥を露呈させるかもしれない現実とのかかわりを避け、責任の伴う決断や実行を延期し回避することが、誇大的幻想を維持する最善の方法である。自信がないからやらないように見えて、実は何でも完全でない気がすまないという尊大さのゆえに行動に踏み出せないのである。

・治療者はそれを指摘し、「すこしずつ」「ためしに」「思い切って」やってみることをうながす。失敗の可能性は当然ある。失敗したら、まだ時期が早かったことが分かり、[問題点](#)が分かるのだから、「ためし」としては成功[である](#)。このように、現実には踏み出すことを援助する。

・症状の量的評価

・身体についての意識を目覚めさせる。

・薬物をめぐる患者の気持ちを語らせ、それについて話し合うことは、精神療法の重要な一部[である](#)。

・あくまで原因を追求する人もいる。[不可知](#)の領域に解答を求めたがる患者の構えそのものを問題にする。

○強迫症者の問題は容易ではない。海道の一階にいた、右足のない患者さん。確認がしつこくて[看護婦](#)が振り回される。一言でいってどうしようもないという印象であった。野村先生も現状維持のままが方針のようだった。

3157

[心の問題](#)なのに薬を使うのはなぜですか？

・中核不安と周辺不安

・周辺不安のせいで、不安が大きく見えている。周辺不安を取り除けば、正味の中核不安を見つめやすくなる。

3158

[生活習慣病](#)

[ライフスタイル](#)の検討.....これを[システム](#)化する

3159

心理療法のタイプ

過去や他人に責任をとらせる。[アメリカ](#)の底流。

3160

[自律訓練法](#)。

脳の別の場所が働いている実感。

3161

走ることにたとえる。

・うつ.....休まないで走り続けて、[肉離れ](#)を起こす。休んでいれば必ず治る。

・MR.....走るのが遅い。筋肉が少ない。

・分裂病.....[スピード](#)変化が苦手。[アクセル](#)と[ブレーキ](#)の使い方が下手。

3162

分裂病のリハビリをととえる。

荷物を持ち上げるときに、下から持ち上げる手と、上から抑える手とのバランスが大切。

上から押さえる手は薬に相当する。

下から持ち上げる手は、リハビリに相当する。

薬が少なすぎると、上に突き抜けて、幻覚妄想状態に突入する。

薬を強くしていれば、幻覚妄想状態は起こらない。しかし活動レベルはあがらない。

タイミングよく、下からの力を少し強く、上からの手を少し弱く、そのようにしてだんだん荷物を上に上げる。

リハビリではなく薬剤で下から持ち上げようとする薬もある。しかしあまり有効ではない。

上からの手としたからの手の実体は、レセプターとドーパミンの相対的量として理解できる。

3163

「精神療法の経験」成田善弘

- ・ れっきとした身体病ならともかく、心身症はうさん臭い。
- 心理的に弱いという印象。たるんでいる。鍛えられていない。男らしくない。
- 弱いから病気になるのではないと知る必要がある。なにか印象的なたとえはないか？走らない人は肉離れも起こさない。スポーツマンだから故障を起こす。
- ・ その根底には、問題を自己のパーソナリティにかかわるものとして引き受けていくことへの抵抗がある。また、自己のライフスタイルを再検討することへの抵抗がある。
- 精神的なことに関しては人にあれこれ言われたくないものだろう。
- ・ 心身症は価値が一段低い。昔のヒステリーのような。性格障害の診断のような。
- ・ 精神科受診は内心抱いている狂気恐怖を引き出す。
- ・ 治療者はまず、病気を広い意味での人生のストレスに対する反応であること、人間誰にでも起こりうる事態であること、身体症状、人生の出来事、感情体験をつき合わせて考えていくことを提案する。
- ・ 出来事と身体症状発現の時間的関連は把握しておく。患者が語りやすい身体医学的病歴を聞きつつ、病気についての患者としての見通しやいままでの医師との関係を聞くことを通して、情緒的病歴を明らかにしていく。
- ・ 治療者は面接場面で安全感を提供することに努める。
- ・ 心身を別のものとしてとらえるのではなく、身体ににじみでてくる心をとらえる。
- 心の問題が体に「にじみでてくる」などという言い方。説得力があるのだろう。

3164

ナイフ、覚醒剤、売春（援助交際）、殺人。中学生の世界。

幼児の性的暴行が症状を引き起こした例。→新聞。

社会の病理としてとらえるか、個人の病理としてとらえるか。

3165

「精神療法の経験」成田善弘

・症状は、[ストレス](#)に対する反応かもしれないと[心身症](#)の可能性を示唆する。休養と、心身両面からの検討を目的に治療開始を勧める。

○外部原因説を呈示するわけだ。

・人生の出来事、感情、症状の三者をつき合わせて考える。

○[ストレス](#)と、心と、体の三者ということになるだろう。

・「身体の出している[メッセージ](#)をすこし聞けるようになったの？」

○これも[うまい](#)言い方。心と体が対話する[イメージ](#)。「対話」という[キーワード](#)がここでも生かせる。

・プリミティブな[パーソナリティ障害](#)では、不安や葛藤を自覚的に体験するかわりに、問題行動の形で発散する。

・多く患者は他者を巻き込む。

・患者は自分の感情を他者に投影して、他者がその感情を抱いていると思い込んで、そういう他者に働きかける。たとえば、自分の中の怒りを相手に投影し、相手が怒っているのだと体験し、その怒っている（と患者が思う）相手をなだめたり、すかしたり、ときには怒ったりする。相手が患者の怒りを引き受けて、ある程度それを[こころ](#)のなかで処理してくれれば、患者は今度はその相手と自分を同一視して、本来自分のものであった怒りをおさめようというわけ[である](#)。

○こういうことは確かにある。急に、「怒ってますよね」と断定され、ついで慰められたり、説教されたりする。されたほうはどうしようもなく、ただ話を聞いている。

そんなとき、患者は怒りの処理を相手に任せているわけだ。

・たとえば怒りの投影。はじめは投影に過ぎないが、しだいに患者の投影のとおり的人物に現実に変えられてしまう。

3166

「身体の出している[メッセージ](#)をすこし聞けるようになったの？」

これも[うまい](#)言い方。心と体が対話する[イメージ](#)。「対話」という[キーワード](#)がここでも生かせる。

3167

「精神療法の経験」成田善弘

・本来自分の心の中での葛藤として体験しなければならないことを、他者との間で対人関係の問題として演じてしまう。

○イントラサイキックと[インター](#)パーソナルの問題。

○イントラサイキックな形で悩めることが、大人ということであり、エディプスを通過した人間[である](#)。それを[インター](#)パーソナルな形で悩むのは、未熟[である](#)。性格[障害者](#)は、人格の未成

熟をこのような面でも見せている。

○しかし一方で、そうでばかりもないと考える。日本では昔から、[インター](#)パーソナルな悩み方が文化としてあったのではないか？さらに現代の動向として、[インター](#)パーソナルな問題へと[シフト](#)していて、治療としても集団精神療法的な観点が必要であると、わたし自身が論じたのだった。

○それを発達段階の問題としてとらえるかどうかは、議論の余地があるのではないか？

3168

わたしみたいな悩みで[心療内科](#)でいいのか？[精神科](#)でいいのか？と悩むことがある。そのあたりをうまく説明してあげたい。どうするか？

3169

「精神療法の経験」成田善弘

- ・一人で病気でいることができない。
- ・患者を中心にした大きな渦ができています。中心にいる患者はむしろ静かに見え、まわりが大騒ぎしている。
- ・プリミティブな[パーソナリティ障害](#)の場合、家族への治療的[アプローチ](#)が大切。
- ・家族の不安や罪責感の軽減
- ・母親を責めない。
- ・「本当に大変でしたね」と口に出してそれまでの苦勞をねぎらう。[専門家](#)の援助を求めてきたのは懸命な判断であると評価する。
- ・初回は家族と同席で面接。患者と家族が顔を見合わせるような位置に座ってもらう。
- ・本人の前では話したくないという場合、「親として当然の心配については本人の前で話したほうがよい」と促す。
- ・意見の対立がある場合には、事実認識とそれについての解釈とに区別し、意見の相違点を明確にする。
- ・しばしば患者は自分の感情と母親の感情とを区別できない。患者と母親との境界を明確にする。
- ・母親も自分の不安と患者の不安を区別できない。母親が不安になっても本人の不安は改善されないことを指摘する。
- ・心理的境界を設定する。
- ・本来[配偶者](#)に期待すべき役割を子供に期待したりする。世代間境界の侵犯。患者は彼自身として扱われていない。他人の影法師に過ぎない。親が投影をやめることを援助する。患者を彼自身として扱う。

3170

わたしみたいな症状で[心療内科](#)に行ってもいいでしょうか。それとも[精神科](#)か内科でしょうか。

そのへんがよく分かりません。

気にせずいらして下さい。あなたにぴったりの相談窓口はどこか、そこから相談しましょう。もしわたしたちS心療内科ではあまりお力になれないとしても、悩みの内容や交通の都合、これまでに相談した人、これまでに読んだ本、そうしたことを考慮して、どのようなところで相談したらよいかを**お勧め**します。また、身体的な病気の検査をまず**お勧め**することもあります。

家族の誰かに関する相談もおいで下さい。ご本人が困っているが相談に**行きたくない**という場合もあります。ご本人よりもまわりの人が困っているという場合もあります。

たとえば、お子さんの**不登校**や**引きこもり**、ご主人の**アルコール**、ご家族の**うつ状態**、性格の不一致、老年期の物忘れなどが、家族相談として多いようです。

3171

「精神療法の経験」成田善弘

・親自身の人生の充実。子離れが恐い親は、無自覚的に子供の依存性を助長する。（**共依存**）。この二者関係の中で**パーソナリティ**の発達が停止している。そこに父親が介入できれば、三者関係が導入され患者の発達が促進される。

・父と母が夫と妻としての対話を取り戻し、食事や**音楽会**に出かけられるように勧める。自分自身の人生を充実させること。

・治療全体の**リーダーシップ**をとる人を明確にし、情報がそこに集約されるようにする。

・患者の一見異常に見える振る舞いも、何かを伝えようとする**メッセージである**ととらえてその意味を探ってみる。

○「その意味を探る」これが**フロイト**以来の方法**である**。

・分からないところは**不思議**がってみせる。

○治療者としては解釈するよりも上等**である**。

・患者が自分の感情を心の中に抱え込んで主観的に体験し、言葉にできるようになること。寂しさや悲しみをしみじみと訴えることができるようになること。両価的感情に耐えられるようになること。自己と他者について一方的でない全体的**イメージ**を持てるようになること。自分でなしとげ自信を持てるようになること。これらが目標になる。

○一方的というよりはむしろ一面的というべき。

・解釈とは。患者が未だ自覚していないが、いま一步で自覚に至りそうな感情を、治療者が患者に身を重ね合わせて言語化すること。理想的な場合には患者と治療者が共同で一つの文を完成するような感じ。「われわれはいま～と感じている」といった気持ち。

○共感に近い。それを言語化する。そうすれば解釈になる。理論の押しつけではない。ここが大切だ。

3172

「精神療法の経験」成田善弘

・患者に「説明を与える」というよりも、わたしが自分の感情を正直に言葉にできたときに、面

接が深まると同時に患者の自主性が育ってくる、つまり真の意味で治療的進展が生じるように思う。

○治療者の感情は隠蔽する流儀もある。患者の感情が映し出されればそれでよい。しかし治療者が鏡になりきることはそもそもできないだろう。鏡になったとしても、個人に特有のこぼこが常にある。それは避けられないだろう。

治療者の語る感情は、治療者の感情でもあり、患者の感情でもあり、さらにいえば、そのどちらでもなく、二人に共有される空間に発生する感情である。その感情ならば語ることができる。その時患者は言語化の学習をする。

患者の言語化能力を育てることが治療に役立つのはなぜだろう。本当に役立つのだろうか？

→言語化できるということは、主体的に操作可能なものとするということだ。自分は主体となり、感情は客体となる。それは操作可能である。

それが本質的な成長である。

・現在の言動を過去からの持ち越しとして眺めるという見解は、説明された人の内部に、ひどい自尊心の傷つきを引き起こすものである。（神田橋）

○そういう面もあるか。他方では、それが患者の気持ちを軽くする面もある。免罪。

あなたの内部に責任があるのではない。→免責。

あなたは外部の原因に翻弄されている。→自尊心の傷つき。

人によって違うだろう。

3173

縦の糸はあなた

横の糸はわたし

織りなす布はいつか誰かを暖めうるかもしれない

（中島みゆきのうた）

あなたの人生は一本の糸となってわたしの前にある

わたしの人生も一本の糸となってわたしの前にある

二つの人生が出会う

傷つけあうかもしれず

慰めあうかもしれず

しかしただ一本の糸の弱いこと

3174

「精神療法の経験」成田善弘

・患者は観察され、分析され、規定されているだけで、治療者という一個の人間と出会えていない。そういうところでは人間が本当に揺り動かされるということは少ない。

○なるほど。これが「対話的關係」である。昔ならば「実存的出会い」とでもいったもの。

診断のためには観察的關係でいいかもしれない。しかし治療のためには対話的關係が必要であ

る。

○しかし一方、あまりにロマン主義的ともいえる。もっとクールな感覚も大切だ。

・患者が「先生から一生離れられないような気がしていた。縛り付けられているみたいだった」と語る。

○過度に依存的、退行的になる。それが治療としてよいことかどうか、考える必要がある。

・治療者が自分の気持ちを正直に言葉にできたとき、それが患者の感情とも重なって、共感の表明ともなる。「面接者が感じている不快な感情は、実は来談者が内心深く感じているものの反映であると考えられる節がある」（土居）

○これは役に立つ指摘である。深く考えてみる価値がある。憤りにまかせて相手を断罪するのではなく、クールに、このような可能性も考慮する。

この不快感の源泉は何か？

・代理内省（コフォート）について。

単なる患者との同一化ではない。治療者自身の心の深いところのどこかに、患者の気持ちと同じような感情を持ったことを探し当てる。だから患者の気持ちが分かる。治療者の中にすでに存在していて、患者によって引き起こされるまで脇に除かれていたものに対して、不安を持たずに向かい合い、認知し、言葉にする。あらためて発見する。

3175

強迫型の人には他人にも完璧を要求する。また、他人を支配しようともする。また、自分の不安の解消を他人を動かすことで達成しようともする。

結局、嫌われて孤立する。

3176

「精神療法の経験」成田善弘

・精神療法の要諦は、治療者が自分の心の深みをどれだけ見つめられるかにある。時には本来患者がおこなう仕事（たとえば葛藤を体験すること）を治療者が自分自身の中でおこなうこともある。

○そのように共有化がやはり有効だろう。しかしそれは巻き込まれとは根本的に異なる。

何となく、治療者は心の全部で悩んでしまっはいけないと感じる。たとえば、メモリーの一部を作業領域として確保しておいて、自分の生活とは関係のない感情の作業をそこでおこなうことができる。そのように、ワーキングメモリーをたくさん持っている人が治療者として適している。

メモリーのたとえが分かりにくければ、まな板でもいい。自分の家で食べる分の料理は、まな板の一部で作る。それでもまだかなりあまりの部分があって、そこで患者の家の分まで料理することができる。そのくらい広いまな板が必要だ。狭いまな板だと、お互いの料理がごちゃ混ぜになってしまう。

・患者の言動によって自分がどう変えられるかを見つめる。変えられることに抵抗しつつ、自分

の心の中にどのような連想が浮かんでくるかに聞き入る。そのさまざまな連想の底を共通して流れる感情を見つめる。そしてその感情を、ちょうど患者の話の内容が面接場面で実演されるようになるタイミングで、気持ちとしてはわたし（ないしわれわれ）を主語として、実際にはなるべく主語を省いて表明する。

○なるほどな。すぐに反応しないで、自分はこの人を前にして、どのようなことを感じるだろうかと問いつつ、面接を続けるわけだ。「あなたと話しているとわたしは……のような感じがわきあがってきます。」「そんなときには、わたしだったら……のように感じるのではないのでしょうか」など。それが患者の感情明細化のきっかけになる。

3177

「精神療法の経験」成田善弘

・治療者がその役割の中に留まっていれば、患者は治療者という役割を相手にしているだけで、一人の人格と真に出会っているとは言えない。患者も患者の役割を越えて真に成長することができにくい。

○「一人の人格と真に出会う」とは、言葉はきれいだが、難しいことだろう。実際何を意味するのか。

強迫について

・[フロイト](#)と狼男。「世の中に受け入れられない者同士として、共感すら分かち合って、いるように見える」（小此木）

・強迫症者に対しては、「立ち向かう」という言葉がなぜかぴったりくるように感じる。

・患者は治療者によって理想を挫かれ、妥協を強いられ、凡庸を強制される。

・治療者と患者の間にパワー[ゲーム](#)が生じる。

・患者は援助を求めているはずなのに、援助の与え手たるべき治療者を、（理想化するどころか）無力化しようとする。そうせざるを得ないところに強迫症者の悲劇があると頭では分かっているが、患者が悪意を持っているように感じられて、イライラしてくる。ついこちらも残酷な言葉を吐きたくなる。つまり患者の中にある（であろう）悪意が治療者の中に移し植えられたようになってくる。

○こうしたある種の「伝染」に、どのように対処するかが問題[である](#)。

・「強迫をみていると、意地悪が[うつる](#)」（中井）確かに、強迫症者は、意地悪でやさしさが欠けているように感じられる。

・せっかく説明したことが、患者には何の意味もなかったのかと思知らされることがある。

○この感覚にどう耐えていくか。結局、無駄なことをしているのだとの[大前提](#)が役に立つのではないか。宇宙の歴史の中で全く無駄で[無意味](#)なことだ。

3178

予約制について

・待てない人……待てないことが心理的な余裕のなさを示している。

- ・なぜ心理的な相談が15分で終わると考えるのか、それが**不思議**だ。床屋や**歯医者**とは違うだろう。あるいは、機械的に15分で終わることが良いことだと思っているのだろうか？
- ・自分の大事なことについて、なぜ十分に時間がとれないか。片手間に済ますことではないはずだ。物事の重みの付け方が間違っている。

3179

薬か、**カウンセリング**か、両方か。

薬の調整を相談したい人と、薬を使わずに**カウンセリング**を希望する人とを両極端として、その中間に薬と**カウンセリング**の両方を使いたい人と、いろいろな人がいるわけです。

- ・薬は使いたくない、**カウンセリング**で何とかしたい。表面的な症状の話だけではなく、その背景にあるいろいろな問題から整理して考えていきたい。
- ・心の中を話すのは嫌だ。聞かれたくもない。治してほしい症状を話すから、薬の調整だけ相談に乗ってほしい。
- ・薬の調整をする場合にも、性格傾向の把握や**心理テスト**の結果が参考になる。
- ・鼻水があるからこの薬、熱があるからこの薬、というようなものではない。
- ・**漢方薬**の場合には、同じ症状でも、その人の体質を考えて、別の薬を選んだりする。それと似ていて、表面的な症状の奥にある症状の構造、性格の構造を参考にして薬物の選択をしている。そのためにはやや時間をかけた**カウンセリング**が必要になる。うつだから**抗うつ剤**、というような選択とは違う。

3180

いま**ここ**をこめているか

患者さんの立場に立つことができるか

いま自分の人生を輝かせているか

3181

日々積み重ねてゆくこと

それがわたしの人生だ

一部分にだけ**スポットライト**を当てて、これがわたしの人生だということはない。

すべての一日がわたしの人生**である**。

やりきれなさもどうしようもなさも後悔もある。

3182

「精神療法の経験」成田善弘

- ・強迫症者の**サボテン**構造。外側は棘がいっぱいでその外皮はなかなか硬い。中味は脆弱で**グシャグシャである**。これは強迫症者の家族構造にも共通している。
- ・「強迫症者の父親には**自営業**が多い。彼らは社会的独立に価値を置き、世間を競争相手ないし

敵とみなしながら、その世間をして自分をひとかどと認めさせようと奮闘している。父親のこういう構えが、家族の外枠を形成し、母親も患者も世間に対しては父親のこういう構えに従っている。しかし家庭内では父親は細やかなかわりに乏しく、支配的な母親が、患者が親の望みを満たす限りにおいては**過保護**に接し、万能感を育てている。が、これも患者の**自己評価**の安定につながるものではない。両親の望む一流路線を一步はずれば、患者も家族もたちまち人並み以下とみなされてしまう。家族全体が世間に向けて硬い防壁を作っているが、中味は傷つきやすく脆弱**なのだ**」

- ・ 強迫症者の父親には**専門職**が多い。
- ・ 妄想患者の家族としての「要塞家族」に似ている。
- ・ 外側に棘のついた硬い外皮をつけて優しいふれあいを拒みながら、荒涼とした世界に一人立っている**サボテン**。
- ・ その中核は分裂気質としてまとめることができる。

○個人の病理から始まるが、家族の病理にまで拡大している。さらには社会集団の病理にまで拡大するだろう。たとえば近代日本の性格。

○強迫症は、周りの人を巻き込む**病理である**。特に一家の中心人物が強迫症者**である**場合、長い時間の間には家族が知らずに巻き込まれてしまっている。水からゆでられる**カエル**のたとえに似ている。ときに客観的な眼で自分を点検する機会が必要**である**。

○母親と息子が強迫系**である**場合が症例としてある。

3183

「精神療法の経験」成田善弘

・ やさしさも触れ合いもない、競争と**弱肉強食**原理の支配する荒涼とした世界。その中で孤独で無力な自己。こういう患者の内的世界が治療者の前にひらかれてくる。治療者がこの患者に共感しうるとき、治療者は患者の強迫的防衛の内側に入り込み、患者の眼で世界を見る。

・ 「それができたとき、患者も治療者の眼で世界を見ている。治療者と患者は一体となる。治療者の言葉は外から患者に与えられる解釈ではなくなり、治療者は患者の内側から語る。こういう一体感を通じて患者の深い非安全感は和らげられ、世界を新しく見直すことが可能となる。世界は今や競争と**弱肉強食**原理の支配するところではなく、協力と**助け合い**も可能なところとなる。とげとげしく互いに防衛しあわなければならないところではなく、優しくふれあうこともできるところとなる。こういう体験が持てると難治の硬い強迫症がやわらかく溶けてゆくことがある。」そしてこういうことができるときには、何か女性的なるものが治療者を導いてくれているように思える。

○ロマン**たっぷり**の成田節。

○対話的關係の論に使える。

○**ピラミッド**社会で、順位の確認のためだけに他者との交流がある、そのような対人關係のあり方は間違っている。

・ **境界例**をみると、治療者は自分が失ったもの、あるいは適応のためにたわめてきたものが、い

ま患者の中にあるという気がする。

- ・ [ボーダーライン](#)は精神療法家になりたがるという意見もある。
- ・ [境界例](#)の生育史。人間の宿命が現れている。[ギリシャ](#)悲劇を読むようである。最近の青年は神話を信じることができなくなったので、かわりに実演する。母親殺しや[近親相姦](#)。

3184

現代人はケチなのではない。良いものならば是非ほしいと思う。そのような良いものがない。だから購買意欲がわからない。

3185

変化に対応する力。

これは強迫性の系統とは別の能力である。

[前頭前野](#)の能力だろう。

老化の場合、分裂病の場合に、これが失われる。

3186

[人間関係](#)能力の低下。

現代人の一つの特徴ではないか？

理由はわからない。生育の過程で、遊びが対人関係の遊びでなくなってきている。

遊びながら対人関係を身につけなくて、どこで身につけるのだろうか？

3187

一回叩いたら止まらなくなった。可愛いのについぶってしまう。

3188

診断[プログラム](#)を提示し、患者に納得してもらう。

しかし早く治療を始めてほしい人もいる。

診断はついていて、薬または[自律訓練法](#)が必要な人もいる。

臨機応変にする必要がある。しかし、[一部の](#)人には、診断[プログラム](#)として、四回くらいに分けて、[心理テスト](#)と生育歴、家族歴、現病歴などを聴取して、最後に診断や[問題点](#)、治療計画などを話す機会を設ける。

この程度に構造化された面接をしたい。

3189

[精神科医](#)の専門性。

これを目に見える形で示す。たとえば脳波の読解。

心理解釈にしても、良く納得できる形で、さすが「[専門家](#)！」といわれる程度に。

活字で証拠を示す。権威に頼る。

[情報量](#)の差を見せつける。

道具の違いを見せつける。

3190

それは「心の[肩こり](#)」でしょう。

3191

「精神療法の経験」成田善弘

・ [境界例](#)。治療者に、自分は人間の深層にかかわっている、あるいは神話的世界に参入している、そういう深達力を感じさせてくれる。

・ そのうちに患者が[何となく](#)悲劇の英雄のような感じがしてくる。[ヒーロー](#)または[ヒロイン](#)は運命に弄ばれる寄る辺ない存在[である](#)。それでいまわたしのところに助けを求めて来た。そういう感じがする。

○確かに、最初から、「いやな奴」という印象ではない人がいる。

・ [アメリカ](#)のレジデントの人たちが、救済妄想をを起こして[境界例](#)を製造する（丸田俊彦）。日本の治療者に特にその傾向があるのではないか。

○この感覚はやはり大切[である](#)。笠原は、「15分以上話を聞くから[境界例](#)になるのだ」と語っていた。

・ [境界例](#)の特徴。治療者に、深みにかかわりうるという自己愛の満足を与えてくれると同時に、患者にとって大した存在ではないという空しさを抱かせる。

・ 治療者の[ナルシズム](#)は大いにくすぐられると同時に、[フラスト](#)レイトされる。治療初期には[ナルシズム](#)が助長される。

・ プレ[コックス](#)ゲフェールでは、治療者が患者に接近しようとしても応じてくれないので、[ナルシズム](#)が大いに傷つく。

・ 二者関係への埋没。いままで誰も患者のこうした気持ちを分かってやらなかったのだと気がする。周囲の人たちが[何となく](#)無理解で冷たい人間のように思えてくる。

○斎藤先生の時がこれに当たるだろうか？しかし実際に冷たくて官僚的で自己防衛的な人たちであったように思うのだが。

・ こういう他者排除的な二者関係が、[境界例](#)患者のもっとも得意とするところ[である](#)。「患者のことを分かってやれるのは自分だけだ」となる。

○説得力あり。

3192

「精神療法の経験」成田善弘

・ [境界例](#)。一人ではいられない病気。必ず[パートナー](#)を見つけだして、その[パートナー](#)との間で病理を開花させる。

- ・分裂病者は一人で病気になっているが、境界例は二人がかりで病気になる。
- ・一対一で面接をするということは、二人で病気になるのが得意な境界例に対して、そのパートナーたるべく立候補するということである。病理の花開く培地を提供していることにもなる。○なるほど。そのためにも、治療者もチームで、患者の側は家族も参加する形で、とするのが望ましいだろうと思う。「二者関係への埋没」を回避する通路を保っておく。
- ・古典的な神経症は、外側に防衛の皮が張っており、これをだんだん剥がしていくと、真ん中に病理の芯がある。一方、境界例はやくざの背広である。それほど派手ではない表に、派手な病理の裏地がついていて、それががらりとひっくり返って見える。
- ・助けてあげたいなと思って、助けてあげる人であった治療者がいつの間にか患者の手足のごとく、奴隷のように扱われる。それを拒否すると、患者は一転して、強大な迫害者に対するごとく恐れたり攻撃してきたりする。
- ・治療者は「こんなはずではなかったのに」と思う。
- どうするかといってもどうしようもないではないか。治療者も人間なのだから。毒ガスには参る。
- ・境界例は治療者の陰性感情を発見することにかけては、大変鋭い、気味の悪いほどの能力を持っている。
- ・しばしばコンテクストを抜きにして発言を引用してくる。
- ・体験の融合性の過剰。現在の自分の体験と過去の体験とが融合する。たとえば過去の見捨てられと現在の診察室での見捨てられとが融合する。

3193

「精神療法の経験」成田善弘

- ・濡れ衣感情。（北田穰之介）濡れ衣を着せられる感情が起こるときは相手はボーダーラインである。
- ・治療者は、自分は無力であるということ、自分の心の中に入れて耐えることが大変困難である。治療者として役に立っていることを自分にも周囲にも示したい。無力感を内界に保持できないとき、患者を攻撃して見捨てたくなったりする。「悪いのはやはりお前だ。お前のような人間はみんなに見捨てられて当然だ」
- ・相手のがらっと変わって、裏が出て、よい顔が剥がれて恐ろしい素顔が露になるのではないかと不安に思っている。他の人が善意を向けてくれていても、その背後には必ずや代償の要求がある。自分の秘密とか性とかあるいは主体性とか、そういうものを奪われるのではないか。そういう恐れを持って生きている。だから非常に恐ろしい世界に住んでいる。
- ・治療という仕事の責任を患者と分担するという姿勢が大切。
- ・治療者が、治療は全部自分がやるのだと思っていないか？
- ・ちょっと矛盾しているところを不思議がるようにする。「そこ、どうなっているの？」という感じで聞く。
- ・「治療者の介入は、患者のする心の仕事を少し増やすように働くものがいい」（神田橋）

- ・治療者が何か言うと、患者が恐れ入ってしまって、もう何もしなくてもすむというのはまずい。
 - ・[不思議](#)がるのがとても大切。
- そのようにして患者を主体的に悩ませる。治療に向かわせる。
- ・全部分かってしまわないで、[不思議](#)がる。どういうところを[不思議](#)がるかで、その人の人間観、治療観が出る。

3194

「精神療法の経験」成田善弘

- ・原則。分離個体化を達成した大人であれば、つまり成熟した大人であれば、かくも[振る舞う](#)であろうようには患者は振る舞わないところを[不思議](#)がる。
 - ・[日本人](#)が自立という概ねは孤立である。
 - ・治療者と語っているのではなく、自分自身と対話しているように。
 - ・[不思議](#)がるときにも、患者に観察自我があるとすれば、こういうふうには[不思議](#)がるであろうというように[不思議](#)がる。
- なるほど。治療者と語るのではなく、観察自我と語る。自分自身と対話する。そのような感じが出ればとてもよい。それが面接である。
- ・[境界例](#)。一人で抱え込まない。できるだけ大勢で抱える。
 - ・治療者の内部に、第三者の目を次第に内在化させる。
 - ・困ったときは正直に言う。分からないときは患者に聞く。
 - ・それまで患者の問題行動として見えていたものが、患者なりに自分の[無力感](#)に対処しようとする努力だと見えてくる。
 - ・[境界例](#)の患者が、どうしてよいか分からない、どうすることもできないといっているときは、すぐには口に出さなくても、頭の中で、「それで、あなたはどうするつもりですか」と思いながらあうことにした。
 - ・問題行動はもともとは適応的行動であったことがほとんどである。
 - ・患者の状況や運命を話されても、どうしていいか分からない、どうすることもできないという気持ちになる。それは患者が人生の中でずっと持っていた気持ちと同じである。二人がかりで[無力感](#)に陥るということになる。
 - ・まず共感的に。そして[不思議](#)がる。[それから](#)「どうするつもり名の？」と続く。

3195

「精神療法の経験」成田善弘

- ・「いまあなたに起こっていることは[神経症](#)で、治療の対象となります。これはあなたが醜い人間だから起こっているのではなく、あなたがまるで神さまのように完全に良心的にやろうとしすぎるために休むことができず、人間であるあなたが困ってしまって病気という形で休息を要求しているのです。人間には休息が必要なのだから、自分を責めて頑張るようなことはしないで[ゆっ](#)

くり休んでいればよい。今後の面接でどうしてこうなったかもっと詳しく検討したいし、必要に応じて検査もしましょう。」

- ・「今後も状況により波が来るであろう。しかしそれは自分についてもう一步深く考えるよい機会だから、すぐに受診するように」
- ・初診時に神経症といわれてほっとした。こんなにも苦しいのに「何でもない」と言われてしまい自分ではどうしようもできず困っていた。
- ・「べき」でなく「……したい」と自然に思えるようになった。
- ・無理に発作を止めようとせず、ゆったりした気持ちで発作を見届けるつもりで。
- ・患者に起こっている事態は病気であると告げる。それは（素人である）患者の手に余る。患者に責任はない。同情、世話、治療の対象となる。
- ・病気でないと言われて安心して軽快するような例は神経症というより一過性の反応とみたほうがよい。神経症者は病気と認めてもらいたがる（土居）。
- ・病院では「病気」と告げることが、医師が患者の問題に関心を払い重視していることの証になる。
- ・わけも分からず苦しいよりは神経症と分かったほうがよい。
- ・病名が分かるということは、治療者が事態を把握している、知識があり、対処法もあるという安心感を抱く。

3196

「精神療法の経験」成田善弘

- ・強迫症や拒食症の場合には、自分の独自性が認められないとがっかりする。この人たちは病気でしか自己の独自性を示し得ない、それほどに重い障害をこうむっているといえる。
 - ・相当苦しいが、死や狂気のような、本当に悪いものではない。
 - ・説明原理を提供する。それなりにわけがあり、起こりうることで、広い人間的な観点からはある意味で当然のことだと告げる。
- 説明モデルを提供することが大切。それが納得である。
- ・患者自身、世間、家族がどのような説明原理を採用しているか、把握すること。
- 1 体のせい
 - 2 生まれつきのもの
 - 3 たたりやつきもの
 - 4 環境、ストレス。
 - 5 自作自演、甘え。
- ・世間のありきたりの説明とは少し異なるものを呈示する。ありきたりならずすでに解決しているはずである。
 - ・いまの事態をしばらくそのまま起こるに任せておくように伝える。症状を肯定し時にはそれを奨励することはさまざまな精神療法に共通して認められる。
 - ・「自分ではどうしようもない」患者の現状を、治療者の指示に従い、起こっても当然のことを

起こさせておくことができるという形で再概念化して、患者に自分はやれるという感じを抱かせる。

・否定的特性から肯定的特性へ、原因の評価を変更する。たとえば「なまけ」から、「完全癖」に。「怠け」ではなく「医師の指示に従って人間に必要な休養をとっている」ことにする。

3197

「精神療法の経験」成田善弘

・患者が変わるのは、自分が変わらなくてもよいのだと感じたときである。現状に肯定的な評価をつけられる。その状態を起こさせておくことができるということで自信をつける。その自信がついたとき、患者は変わる。変化しなくてもいいのだという安心感を与える。

・予後を一般的に述べる。しかし、患者の治療への協力が予後に影響を与え得ると示唆する。→事態の改善に関して自ら寄与することができることを告げる。

・さしあたっては症状を続け、面接には来ることが責任を果たすことであると告げる。

・これまでのことについては責任を免除する。これからのことについては責任を付与する。

・患者に自分の状態を評価してもらう。患者が何をもち自分の問題点とみなしているかが分かる。何を改善の指標としているかが分かる。

○患者は無力感に囚われている。自分のために自分は何ができるのか、それを呈示するだけで大きな違いがある。

・危険のあるところに救いがある。→危機に際しては潜在能力が動員される。新しい対応方法を見いだそうとする欲求が高まる。従って、救いのチャンスである。

・当面の状態像。問題点。直接前駆する誘発的出来事。現在の生活全般を把握。

・現在の不適応は、過去の似たような状況への患者なりの適応の試みに由来していることが多い。たとえば見捨てられを回避するために深い関係を回避し、結果として見捨てられてしまう。こうした観点から生活史を聞く。現在の状態と過去の体験および反応との共通項の発見に努める。

3198

「精神療法の経験」成田善弘

・患者が語らない部分、省略する部分、に目を向け、そこに患者の注意を促す。

・距離をとった醒めた眼。危機にあって混乱している患者に、治療者の醒めた眼がしだいに取り入れられることが望ましい。

・いかなる苦痛も一時的と分かっていたら耐えやすい。

・説明は、知性を促すことである。

・感情に駆られてどんどん話す人には、「話してすっきりするか、あるいはますます混乱するか」と訊ねる。「混乱してくるようなら一度に話さないほうがよい」と告げる。患者のコントロールの感覚を養成する。

・当面の問題を同定し明確化する。中心葛藤を限局化する。

・転移を明らかにする。過去の重要人物に対する態度との共通点。

- ・ 転移を解釈することは深層切開である。止血が必要である。それは支持で、広く人間に存在するもので、現実的に対処することが可能であることを伝える。
- ・ 患者が精神科医に不要な依存関係を持たないように留意する。
- ・ 病者のなかの自然治癒力ともいべきものを信じている。
- ・ 自分を見つめる力。乗り越えていく力。
- ・ そう信じ続けることが精神療法家の大事な能力である。
- ・ 他者を信じる時、人は心の中を打ち明けられるようになる。打ち明けることは、包み隠さず話して、中に入っているものを空にすることである。
- ・ 信じて打ち明ける人は心の重荷を軽くする。信じられ打ち明けられる人はその分重荷を分担しなければならない。信じることは人間が人間に贈りうる最高の贈り物であるが、この贈り物を受け取るにはそれにふさわしい力量と人格が求められる。

3199

心の問題なのになぜ薬を使うのですか？

周辺不安の縮小。

中核不安に立ち向かう勇氣。

3200

診断と治療の標準 プログラム を作る

- ・ うつ.....A
- ・ パニック.....B
- ・ 原因不明の心身不調状態.....C

1) 初診

現在症

現病歴

→この時点で、ABCのどのセットで行くか、あるいは即投薬にはいるか、を決定。

2) 診断面接として3,4回程度。ABCセットを作っておく。

うつの状態像シート.....SDSの変型版

パニック関係の状態像シート.....SDSも含める

特定できない心身不調状態シート.....CMIからはじめる。

Tegは全例に施行。

風景構成法。

SCT。

既往歴

家族歴

生育歴

教育、職業、結婚

性格傾向

自覚項目、趣味、家族からの評価など。

身体診察

3) 診断と治療の説明に一回。どのような希望があるか、尋ねて決定する。[自律訓練法](#)などを用いるかどうか。

3201

初診後、診断・治療の計画を呈示する。

どんなメニューがあるか、説明する。[お勧め](#)はどれで、希望に従って、どれを選択できるか、呈示する。

こちらは毎日の[仕事である](#)が、患者は[システム](#)も何も分からないのだ。まずそのあたりから説明が必要である。

3202

「薬で[ストレス](#)がなくなるわけではない。ただ感じなくしているだけだ。」こういう[感想](#)は少なくない。

[ストレス](#)状態の時は、困難が実際以上に大きく見えている。薬は、困難を実際の大きさにまで縮小する。

薬は現実を変えることはない。しかし心の仕組みによって生じている過剰な不安には効果がある。

依存の問題。

新しいタイプの[抗不安薬](#)に注目。

効き目はやや弱い依存性がない。いつでもやめられる。

古いタイプの[抗不安薬](#)は、効き目は強いが使い方をうまくしないと依存性が問題になる。どんどん量が増えてしまう。

薬づけの問題。

期間を区切ったら[どうでしょうか](#)？

実際には症状が変化していくことがある。

依存のせいで薬が中止できないのではなく、症状がなくなるから薬を中止することができないのである。[病気](#)が治っていないのである。しかし病人はそう考えたくはない。

一般に、他人のせいにしたがる。

3203

[ストレス](#)病という観点。

現代では嫌なこともしなくてはならない。

闘争と逃走では解決できない[ストレス](#)にさらされている。それは慢性で持続性である。

3204

[茅ヶ崎](#)や[湘南](#)の風物、今を取り入れる。[新聞](#)種のようなものもとり入れる。身近な読み物といった[雰囲気](#)を演出する。

3205

[漢方薬](#)への関心の高さを利用する。

当院でも積極的に用いる。

効果は人によりさまざま。マイルド[である](#)。[副作用](#)も注意しながら使う。

症状とともに、体質や性格の構造を加味して処方を決める。

3206

○それにしても、[ストレス](#)診断はできるのか？どのようにして可能か？

3207

[痴呆](#)に対する[アートセラピー](#)を[テレビ](#)で紹介。過度の単純化。断定口調。

右脳[活性化](#)。[アートセラピー](#)で3~6ヶ月で効果が現れる。

[母親](#)が抱っこをして歌を歌って、物語を語ってくれた人は[大丈夫](#)。そうでない人は、[痴呆](#)になる危険がある。つまりは[ライフスタイル](#)の問題[である](#)。

など。

○[アートセラピー](#)の効果というよりは、一緒にいろいろやっているうちに「[孤独](#)な[バナナ](#)」から脱却できるということであろう。

○[ライフスタイル](#)の問題。これを[精神科](#)的に[包括的](#)に論じることができる。

[子供](#)時代…… 心の[教育](#)のための[ライフスタイル](#)。イライラは何に原因があるか。[子供時代に学](#)
[ぶ](#)べきものは何か。

青年時代…… 友との[出会い](#)、異性との[出会い](#)、自分らしい[ライフスタイル](#)との[出会い](#)、[仕](#)
[事](#)・[生き甲斐](#)との[出会い](#)。

壮年時代…… [生活習慣病](#)。うつを防ぐ[ライフスタイル](#)。

老年期…… [痴呆](#)の発生を防ぐ[ライフスタイル](#)

3208

[子ども](#)を抱きしめてあげる。

近頃の[子供](#)の変調に対して、こんなことが言われる。

3209

心を開くかどうか。

しかし一方で、[踏み込み](#)すぎの危険がある。

3210

[風景構成法](#)を忘れないこと。

3211

[家族会](#)の効果あり。

3212

ただ鎮静する、何も感じなくする、眠らせる、そうした系統ではない薬で調整する。
なぜ、何の目的で、薬を使うのか。いつまで使うのか。（いつまで、が重要である。）

3213

うつの理由。

頑張りすぎる癖があることが原因です。頑張りすぎた後は[筋肉](#)でも痛みが残り、しばらく動けない状態になります。神経も同じです。心も同様です。

頑張る人はすべてうつになるわけではありません。頑張ってもうつにならない人がいます。何が違うのでしょうか？

頑張ったときに、「頑張りすぎです、休んで下さい」と体から[信号](#)が出ます。その[信号](#)をうまく[キャッチ](#)できる人と、できない人がいるのではないのでしょうか。

「休んで下さい」という[信号](#)を無視して頑張ると、一時的には[仕事](#)がはかどるのですが、[一年](#)とか二年とか、長い目で見た場合にはかえって不利になります。

3214

分裂病と[補聴器](#)

たとえば[補聴器](#)である。

分裂病者の場合、[補聴器](#)の[ボリューム](#)が大きすぎる。敏感すぎて、普通の物音が大きく響きすぎる。

響きすぎるから、静かな場所を求めて、部屋に閉じこもる。すこしの声も大きく響く。

ここからEEの話も出てくる。

分裂病者の場合、声の大きさではなく、感情の大きさである。あまりに[感情的](#)になって怒ったりすると被害的になってしまう。普通の人よりも「他人の感情を受け取る感度」が敏感すぎる。

そこで対策は、感度を下げること、それが薬である。もう一つは感情にさらされることを防ぐこと。

しかし[補聴器](#)の感度が良すぎるからといって、音のない部屋にずっといると、ますます音に敏感になってしまう。そこで、[デイケア](#)で段階的に適切な刺激にさらす。

3215

太ることについて

[生活習慣病](#)の場合に、ただ[体重](#)を減らしなさい、運動をしなさい、塩分を控えなさい、などなど、決められたとおりのことを医者が患者に伝えて、それですむものではありません。結局は人生の価値の選択の問題です。

好きなこともできないで人生を長く生きて、それで幸せか。つまり生活の質の問題です。

3216

[デイケア](#)のことを考える。

大変だな。外来だけで済むならそれでもいいなと思う。

もともと集団性のない人たち[である](#)。他人とのつき合い方を知らない人たち[である](#)。拒絶もできない人たち[である](#)。

その人たちを集団として構成することはよいことか、疑問がある。

[ノーマル](#)な[保護](#)的な集団があれば、それが一番よい。

3217

[学校](#)で息を抜ける場所。[保健室](#)。

社会の中で息を抜ける場所。[心療内科](#)。

このようなとらえ方がよいのではないか。

[あなたの町](#)の[保健室](#)、[心療内科](#)。

3218

いつまで通院すればいいのか。治らないのにずっと通院させられるのか。そのあたりを説明する。

見通しを呈示する。その見通しが、患者を楽にする。得体の知れない事態ではないのだと納得できる。科学的説明の範囲内の事態[なのだ](#)と思えば、落ち着くことができる。

3219

[東大](#)の[卒業生](#)は優秀か？

問題がある。

税金で飲み食いして、[国家権力](#)を楯にして権力を振るう。そのような人生を望む人たちが「優秀」とはとても思えない。

人生というものへの[ビジョン](#)が欠落している。何がよい人生[である](#)か、その問題意識が欠落している。

人生の価値に関する成熟した見解。

3220

[アロマセラピー](#)について

- ・すべてがこれで解決するわけではない。
- ・しかし薬の量を減らすことはできる。
- ・たとえばうつの場合に[柑橘系](#)のアロマを使うと、[抗うつ剤](#)の量が減らせる。
- ・不眠の環境調整として、[ラベンダー](#)の香りを使ったりする。

3221

意識を「洞窟を懐中電灯を持って歩く人」にたとえる。

・ [スポットライト](#)をあてるが、いつも同じところにあたってしまう。これが[神経症](#)。

・ [自律訓練法](#)には二つの意義がある。

1) いつも同じところに当たっている光を別のところを照らすように[スポット](#)の場所を変える。
注意の焦点の変更作用。

2) [スポットライト](#)ではなく、全体を照らす光を手に入れる。注意の広範化作用。

3222

解離と「ウーのこと思っていました」

・ [日常生活](#)にあるマイルドな解離をとらえる。

3223

三匹の子豚。わたしの[保育園](#)の時の黄色い靴である。そしてそれを選んでくれた人はもういない

。

そのことをもう誰も知らない。

それはわたしの[こころ](#)の中だけに実在している。

なかったことにされても、結局誰も知らないし、[歴史](#)にどのようにとどめられているわけでもない。

[神様](#)の[日記帳](#)があるわけではない。

しかしそれでもわたしの心の中にはある。普段は忘れているけれど、[こころ](#)のどこかに刻まれている。

人の[歴史](#)は無に帰る。ただ人の心の中に生き続ける。

人の心に灯りを伝えたい。それが生きることである。

ろうそくの火が、他のろうそくを灯すように、そのように伝えられる何かがある。

それが人の温かさだ。

3224

非常に苦しい人生になったとき、夫婦で助け合うか、あるいは夫婦で苦しめ合うか。

苦しめ合う場合にも、不満のはけ口として役立っているわけだから、[ある意味](#)では支え合っているはずである。それも支え合いの一つの形である。

苦しめ合っても、逃げ出さないことが結局、夫婦の証である。

しかしどちらかといえば、苦しいときに夫婦の[きずな](#)を強め合うようでありたいものだ。

[ネガティブ・ストローク](#)を与え合う関係は良くない。

性格なのか。どうしようもないのか。

[ポジティブ・ストローク](#)の良さを体得できていない。自然に[ポジティブストローク](#)の関係に入れるように、「学習」できないか。

[ネガティブ](#)に支え合っている。いなければそのような変な関係は生まれずすんだのかもしれない。だからきっぱりと分かれれば、すっきりするのもかもしれない。そうは思うが、夫婦のことである。そのように[ネガティブ](#)に結合していて、お互いが必要だという場合もある。

3225

かわいそうと強く思うと、つい薬が多くなる。

[抗うつ剤](#)が多くなって、結局さらに不安を増すことになる。[電話](#)がかかってくる。

薬は少ない程度でいいのだと承知はしているが、それができない。薬が治すのではなく、時間が治すのだ。分かっているが、つらいのを見ると、はやく効かせてあげたくなくなってしまう。

[もっと研究](#)する必要がある。

また、[ストレス](#)反応性であったり、性格因性であったりすると、薬にはあまり期待できない。その場合には、焦って薬を多めに出したりしてはいけない。

文章で書けば、わたし[だって](#)理解はしている。しかし現実の場面では、つつい[サービス](#)のつもりで、同情のつもりで、薬が多くなることがある。

3226

中身と外見と自己[イメージ](#)。

心理と外見と自己[イメージ](#)。

外見はTが彼をどう見るかということ。

自己[イメージ](#)は自分が自分をどう見るかということ。

心理と、自己[イメージ](#)と、他者から見た[イメージ](#)と。この三者の食い違いがあると、つらくなる。

自己[イメージ](#)はしばしば実際の自分よりも高い。しかし、少し高い程度ならば、むしろ[努力](#)の源泉になる。

他者から見た[イメージ](#)は、外見であるから、結局家の人に注意されたりするところで大きく左右される。家の人何も言ってくれないとそれきりで、中身と外見が一致してしまう。それはそれで良いことだ。一致していれば、苦しみは少ない。

典型例は、

中身＝外見<自己[イメージ](#)（O君、Y君）

これは他人に嫌われる[パターンである](#)。他人は外見から判断して、適切な対応をしていることになる。しかし自分だけは自己[イメージ](#)がずれているために、ちぐはぐな感じを持つ。

また、中身<外見＝自己[イメージ](#)

この場合は、他人から見られている自分と中身が一致しないので悩む。中身と外見が一致しないのは、（主に）親が形作っているからだ。

3227

強迫の母、娘、孫。三者の強烈な喧嘩。迫力充分である。娘が、母の様子を見て、自己洞察を深

めることができれば、救いがある。

ここにも繰り返しがあつる。同型性。

3228

満潮の時には岩が隠れる。干潮の時には岩が現れる。

[ストレス](#)状況下では、今まで余裕があつたときには隠れていた岩が、現れる。

たとえば夫婦関係、親子関係、職場の[人間関係](#)、昔から気にかかつていたことなど。

[ストレス](#)がなくなつて、余裕が持てるようになると、ふたたび問題は隠れる。

→以上の事情を図解する。

3229

[床屋](#)とは少し違ふ。待合い室で[暇つぶし](#)していればいいというわけではない。待ち時間は一人静かに自分の人生について考える大切な時間である。

3230

[パニック](#)の治り方。

かさぶたがはがれるまでそつとして待つ感じ。

早く治りたいと思つて無理矢理に頑張ると、かさぶたをいじつて無理にはがしてしまふようなものだ。

そつとしておくことが一番早くきれいに治る。

その感じをつかんでほしい。

3231

[精神障害](#)を

・ 内界[認知障害](#)……[神経症](#)の病態水準……不安[神経症](#)？

・ 外界[認知障害](#)……[精神病](#)の病態水準……分裂病

・ 行為障害……認知ではなく行為の障害。……強迫行為、衝動行為

に分類する。この三者は重畳することがある。

・ [ストレス](#)性障害は内界[認知障害](#)とどのような関係にあるか？→多分、関係ない。別のものである。

[ストレス](#)の内部[認知障害](#)があるだろう。その点では[神経症的](#)である。

古典的[神経症](#)は、内部の欲求を抑圧することによって生じるものである。

[ストレス](#)性障害は、[ストレス](#)の感知を抑圧していることから、過剰に[ストレス](#)をためこむことにつながる。それは過剰に自分を「変形」することである。その変形を感知できない。その意味で内界[認知障害](#)である。

1) 内部[ストレス認知障害](#)。→無自覚性[ストレス](#)障害。

2) [ストレス](#)を充分に認知して、その上で、苦しんでいる場合。→これが自覚性[ストレス](#)性

障害。

2) の場合にも、訴え方として、言葉のレベルで、また、身体のレベルで、十分に[ストレス](#)を表現できているかという問題がある。

内部[ストレス](#)の原因として、生育の[歴史](#)に問題がある場合がある。[複雑性PTSD](#)と考えてよい。

3232

脳に変化が起これば、[精神科](#)。内部に原因がある。

[ストレス](#)性なら[心療内科](#)。外部に原因がある。

「[ストレス](#)医学」[である](#)と表明するのも悪くないと思う。

[精神病](#)の場合、[精神病](#)性の内部変化がそのまま大きな[ストレス](#)となる。従って、[ストレス](#)性障害の重畳が見られる。

3233

[パニック](#)と[ストレス](#)性障害の共通性

[パニック](#)は[ストレス](#)性障害[である](#)こと

(たとえば) [レイプ](#)→恐怖症 (一般に[PTSD](#)の[メカニズム](#))

(身体因による[パニック](#)) → (予期不安による) 不安状態

3234

シートを作る

- ・ 診断に何回 ([心理テスト](#)を入れる)、[ターゲット](#)は何か。
- ・ [病気](#)の成り立ちについて説明 ([パニック](#)やうつなど) →書類を作る
- ・ 薬剤の説明と、選択の際の患者参加→書類 (名前入りがよい)

3235

「自然な感情」と「理屈」の対比

3236

[小学校の学級崩壊](#)について[NHKテレビ・クローズアップ現代](#)

[クラス](#)がバラバラ

授業が成立しない

[ののしり](#)合い、けんか

立って歩く、出て行く

[いじめ](#)

[テスト](#)を破って捨てる

物を投げる

[協調性](#)一非[協調性](#)、いいかげん一まじめ、こうした軸だけで見ていると、いい子と悪い子ははっ

きり分かれる。

しかし、得意を見つける、いいところを見つける、という方針で考えると良い。

ゆとりがあるか、積極性があるか、という軸で見ると、子どもの別の面が見えてくる。複数の軸で考える。

教師は自分がまじめでいい子で努力家で育ってきた。それを子どもたちにも押しつける。そうした価値観で判定する。

(強迫性の押しつけ。強迫性の再生産。しかしながら、しつけとはそういうものである。昔はそれでよかった。今それができないのはなぜか。それが問題である。多分、教育の裾野を広げすぎた。戦前は選ばれた者に対する教育であった。戦後は戦争で淘汰が起こった。)

子どもは我慢ができない。(なぜか?)

教師が悩みを打ち明けると、教育技術の問題だと判定される。愛情不足だなどとも判断される。

(個人の問題はどの程度あるのか、評価が難しい。) 教師は徒労感にとらわれる。

3237

子どもや患者を社会情勢または社会変化のカナリア」として考えるのはどの程度正しいか?

何が変わったか? 社会が変わっても、子どもが変わっても、学級崩壊は起こるだろう。

教師にも問題はあある。親にも、子どもにも、社会にも、問題はあある。どのように解けばよいか、途方に暮れる、そのような連立方程式である。

子どもが我慢ができない状況。→衝動コントロールの衰退。

クラスがバラバラ。→集団機能の衰退。

3238

小さな子どもを育てている母親のうつ。デイケアの形で子どもを面倒見る。

3239

薬や治療方針に関して、印刷物の形で手渡す。

口で説明するだけではなく。

手間暇かかって大変だけれど。

患者は忘れやすい。確認したがる。その時に、手元に書類があれば、とてもすっきりする。

書いてあげたものを大事に財布に入れて持ち歩く人がいた。

「言葉の処方箋」である。

3240

メンタルトレーニング。

ある局面で、人生脚本が反復される。

高校野球のベンチで、点数を入れられたあと、ベンチで天を仰ぐ。その表情に、彼の人生脚本を見る。

3241

[レセプト](#)の自動化。

何をどこまで。

3242

背中の[ボタン](#)

洋服の中には自分の手ではかけられない[ボタン](#)がついているものがある。そんな洋服を着るときは、誰かに[ボタン](#)をかけてもらわなくてはならない。不便な服だと思う。

人間の[こころ](#)は、このような服に似ている。

自分で自分の[こころ](#)の手入れをしようと思うけれど、自分ではできない。自分の手が届かないところに[ボタン](#)があるような感じである。そこで他人が必要になる。その人も誰かを必要としている。そのようにして誰もが、自分の背中の[ボタン](#)をかけてくれる人を必要としている。

しかしだからといって、自分の[こころ](#)の手入れを他人まかせにするのではない。これも[ボタン](#)をかけることに似ている。背中の[ボタン](#)をかけるかどうかは他人まかせにするのではない。かけて下さいとお願いする。かけて欲しくないときには拒否することができる。そもそも頼まない。自分で決めるのだけれど、自分で実行はできない。

自分では操作できない。他人の手が必要である。人間はそのようにできている。

具体的には語り合うことであり、手をつなぐことであり、配慮し合うことである。見つめ合うことであり、温もりを伝えることである。

[現代社会](#)は、このような側面を忘れていないか？人間には他人というものが決定的に必要であるということ。

しかしだからといって、他人に依存するのでもない。また、こうした事情を利用して、他人を支配するのでもない。そのようなよい[人間関係](#)のあり方を学ぶ必要がある。

3243

投薬量が多いのは、攻撃性が高まっているときである。

[自戒](#)すべきである。

「先生何とかして下さい」と言われて、それではと、強い薬を出すのは、へたくそである。何もわかっていない。

薬で治すのではなく、精神療法で治すのである。そのようなつもりで、薬は現状維持か、または減薬である。これが上手である。[ストレス](#)性疾患の患者は薬では治らない。精神療法と時間が癒すのである。

このようにわかっているにもかかわらず、なお、増薬の愚を犯す。それは攻撃性の故である。

3244

心と体の相関。

心が原因で体が乱れている場合、心を治すのが第一であるが、まず体を整えて、心が整うのを待つ方法もある。その意味での心身相関である。

原因を治さなくても、結果を正していくだけで原因が治る。それが人間の心と体である。

心に効く薬は怖いという。だから、体に効く薬で心身を整える方向を目指す。このような方針もよい。

3245

意識の層のストレスと無意識の層のストレス。

意識の層のストレスは語ることによるカタルシス。安心して語ることのできる環境を提供することが、仕事。

無意識の層のストレスは治療者の助けを借りつつ洞察。たとえば絵画。

無意識層にため込んだストレスは、専門家の力を借りて発散した方がいい。

カタルシスと共感と洞察。

3246

いい子ほどストレスを内側にため込む

→心療内科に来るのは悪い子（頭の壊れた人）ではないとの説明に利用できる。

3247

薬の悪い使い方→忘れさせる、鈍麻させる。

薬のよい使い方→安心する。

依存になるのではないかと心配しながら使っているのでは結局不安を増大させているだけである。

納得できないのに飲む薬は不安のもとである。

3248

ストレス性障害

ストレス関連障害

不安性障害

こうした言葉を使って説明する。

無意識層にため込むストレス。意識層にため込むストレス。

しかし「ストレスをため込む」とは具体的には何をさしているのか？

もやもやを未解決のまま持ち続ける。

納得できないままに時間を過ごしている。

3249

「自分が自分であるために」

社会から期待されている自分。あるいは社会からそのように見られている自分。

それと、本来の、[ありのまま](#)の自分との落差。

落差が小さいとき、何とかやっていける。

落差が大きいと、生きるのが難しくなる。

たとえば[子供](#)。

親や[学校](#)、社会から期待される自分。それと本来の[ありのまま](#)の自分。この二つの落差。

落差がはっきりしていればまだいい。落差が分からないほど、本来の自分がゼロになっている。

「透明な自分」になっている。社会から、外側から、自分が規定されている。

3250

内在する自己治癒能力を引き出す

治癒といえは[病気](#)からの回復のように響くので、自己成長力、自己回復力、自己洞察力などといえはよいだろう。

[ストレス](#)状況下では、本来の自己成長力を押さえつけられている場合がある。そうした状況を見きわめて、[邪魔者](#)をどけてやれば、また成長力を発揮することができる。

これは広い[意味](#)での[教育](#)の原則でもある。

[邪魔者](#)を片づける方法の一つとして、薬剤がある。

[ストレス](#)状況下では、干潮時の磯のように、ごつごつと岩が見えている。そのどれもが[心の問題](#)であり、生育上の未解決の問題[である](#)ように見える。しかし満潮になると、どの岩も隠れてしまう。

不幸せなときには[心の問題](#)も見えてくる。しかし幸せになれば、いろいろな問題も姿を隠す。

解決されたわけではない。しかし姿を隠すの[である](#)。

薬剤は、干潮を満潮にするための[きっかけ](#)を作ることができる。

3251

「あ、そう」の一言も、[イントネーション](#)によって多様な[意味](#)を込めることができる。

その微妙さを読みとることで会話が成立し、[人間関係](#)が成立する。

しかしその微妙さを感知できない人たちがいる。分裂病とはそのような地点に成立する事態[である](#)。

3252

一般の人たちが感じている、「心に効く薬」の胡散臭さについて。

- ・眠らされる。鈍感になる。それでは問題は解決しない。
- ・[副作用](#)でだめになる。

3253

分裂病[デイケア](#)の理論化。

3254

うつの患者さんに手渡す書類をつくる。

3255

良い子ほどカウンセリングが必要である。

- ・ 適応することは、周囲の環境に合わせて自分を変えることである。本来の自分ではないから、ストレスが内側にたまる。
- ・ 悪い子は、不適応状態であることを叫んでいるし、周囲に変わってくれと要求している。自分を変えてしまうタイプではない。
- ・ ストレスは意識の層にも、無意識の層にも蓄積される。
- ・ 蓄積されたストレス（=内部の変形）がある程度以上になると、身体や精神の症状になる。
- ・ このように考えれば、「弱いからストレスに負けている」のではない。「厳しい環境に合わせて自分を変えすぎた」から、ストレスがたまりすぎたと考えられる。
- ・ こうしたタイプのストレスをコントロールしていくのがカウンセリングである。

3256

報われない人生を生きている人がいる。

誰かが理解してあげれば、すこしは救われるかもしれない。

少しは報われるようにできないものだろうか。

報われることは、「意味づけ」に関係している。宗教の重要部分は、この世での矛盾や報われなさ、不公平、不幸、こうしたものについての意味づけであろう。「不幸の意味の体系」がある。

宗教をなくしたとき、この意味での、「不幸の解釈の体系」を失った。その時から、不幸は不幸のまま咀嚼されずに残されることとなった。いつまでも恨みの節を反復している。

宗教といえば意味がずれるとすれば、意味づけのシステムである。「現実の損」を解釈し直す、「現実とは別の意味の体系」がない。

そんなものは幻だ、嘘だ、とマルクスのように語ることは正しい。しかし、その代わりとなる心の安定剤が必要だ。本当に宗教は麻薬である。

上質の宗教の言葉は詩の言葉である。現実に関する新しい・別の解釈を提供する。その人の通常の思考では結合し合わないもの同士を新たに結合させる。そのような創造的な経験が、傷をいやし、不幸を咀嚼することに役立つ。

3257

心と体

不安や怒りが身体化する例を日本語から拾う

腹が立つ

胃が痛い

ドキドキする

手に汗握る

不安や怒りが身体化することは普通に起こることである。病的ではない。

診察室で、「不安です」という言葉を聞きながら、瞳孔の様子、眼の動き、呼吸の様子、表情など、外に現れている部分を拝見する。

本人の語る言葉と、外に現れている様子が矛盾しないなら、その点は問題がない。治療は不安を解決することである。

言葉と外に現れている様子が矛盾しているとき、さらに複雑な治療が必要である。

言葉 様子

＋＋ 不安状態

－＋ いわゆるアレキシサイミア（失感情言語症）

＋－ 身体化の不足……身体表現の練習をする

診察は、意識の領域の表現、無意識の領域の表現、身体と行動の領域の表現の、各々で行われる。それぞれの領域からの表現が矛盾がないか、注目する。

ただし、無意識の領域からの表現は、意識を通じてか、身体や行動を通じてかの、いずれかになる。

3258

原因の分かっている不安と、原因の分からない不安。

パニックの不安は、原因が分かっている。成立のメカニズムを説明することができる。

原因の分からない不安は、無意識の層からの信号としての不安と説明される。

無意識層に抑圧している欲求が、「そろそろ僕のことをどうにかしてよ」と信号を送る。それが不安として認知される。しかし抑圧したままだと、どんな欲求が自分の内部にあるのか、わからない。どんな欲求があるのか、意識することができれば、不安はやむ。これがフロイトの説である。

「欲求の内容については洞察した。それなのに不安はやまない。症状は続いている。」と反論されたとすれば、フロイトは、「その洞察が本物ではないからだ」とやり返すだろう。症状が消えたら、その時が本当に洞察したときなのである。

抑圧しておきたい自分の欲求を洞察することは容易ではない。かなりの心的エネルギーを投入してでも、抑圧して、「ないことにしておきたいもの」、それが問題の欲求である。洞察が困難であるとしても不思議ではない。

3259

意識は言葉で語り、体は症状で語る。そのメッセージを読み解くことが仕事である。

意識は言葉によって何を語っているのか？体は症状によって何を語っているのか？

3260

自らの受難に関して、言葉を選んで文章として記してみる。そのことが癒しにつながる。
なぜか？

3261

対話的關係。

相手の話を最後まで聞く。文章の最後に、[ピリオド](#)や[クエスチョンマーク](#)がつくまで、きちんと聞く。

聞き手に余裕が必要である。

3262

「まるで生きているみたいだ」と驚いたりする。この感覚は何に起因して[いるか](#)。このことがひいては、何を生き物と認知して[いるか](#)ということと関係しているだろう。

多分、意志や目的意識を持って運動しているということが、本質となっているのではないか。

「目的意識をもって運動しているように見える」ということの内容として、時間に依存しているという指摘がある。

生き物らしさ。時間に依存している。

[植物](#)の場合、何週間かの時間[サイズ](#)で見れば、意志を感じる。[ビデオ](#)を早回しで見れば、まるではっきりとした意志を持って、[太陽](#)の方向に伸びて行くように見える。

たとえば[地球](#)の営み。海が岩を浸食する。その場合も、何十年か何百年かの時間単位で見れば、意志を感じるのではないか。

つまり、無生物も[スピード](#)撮影で見れば、生物に近くなり、意志さえも感じるようになる。

逆に、生物も、時間を微細に見るとすれば、（つまり[スローモーション](#)再生で見れば）、無生物に近くなるだろう。

生物も結局は無生物から構成されているには違いない。人間は自分の時間感覚で周囲を見る。似たようなものは生物と認知する。それだけのことも知れない。

生物と無生物といっても、それだけのことだ。[本質的](#)な区別はない。

3263

どこまでが自分の内部で、どこからが外部か。

発達遅滞があり、家では暴君で、外ではよい子という場合がある。家と家族がこの子にとっての内部である。

成長にしたがって、内部は自分の心の中に限定されてゆく。その方向での成長を援助することが[仕事](#)になる。

3264

[精神科医](#)の印象の悪さ。

これは決定的。

予断を持って人を見る。

医者・治療者の側の、人間としての薄さに応じて、[見立て](#)も薄っぺらになる。

3265

人間の意識と[自律訓練法](#)

洞窟の中で[懐中電灯](#)を持ち、半径30cmを照らしている。それが人間の意識である。

奥には[無意識](#)や、[子供](#)のころの記憶がある。普段は、そのあたりまでは[ライト](#)は届かない。

手前には現在に近い意識、意識の表層部分がある。そのあたりならば[ライト](#)で照らすことができる。

また、普通の場合には、状況に応じて、必要に応じて、意図的に、洞窟の手近なあちこちの部分
を照らすことができる。

ところが、[神経症](#)の場合にはその柔軟さが失われる。

手前にある「危険」の立て札を[いつまでも](#)照らしつづけている。ほかの部分
を照らせばいいのに、それができない。したがって、[いつまでも](#)「危険」を意識し続けている。

ほかの部分
を意識的に照らすにはどうすればよいか、それが治療である。注意を逸らしなさいと、同義反復のようなことを言う。それでは解決にならない。[自律訓練法](#)は、こうした場合に有効である。

[自律訓練法](#)は、[ライト](#)の照らす部分を変えてくれる。それが[自律訓練法](#)の第一の働きである。

第二の働きは、半径30cmの[ライト](#)であったものを、半径3メートルくらいの[ライト](#)に変えることができることである。この段階に至れば、禅や[ヨーガ](#)の高度な境地と似ているだろう。

精神の視野が広くなり、「危険」の立て札が立っていることも見えてはいるが、さほど気にならない。視野のあちらこちらで何が起きているのか、把握することができる。

精神の視野が広くなれば、「あるがまま」の境地も実現できる。恐怖や不安は相対化されるからだ。「とらわれ」ることがなくなる。

3266

強迫症の人は「強迫性格のげた」をはいている。

[子供](#)の場合、[学校](#)の成績は、「本来の能力」+「強迫性格のげた」の和である。結果として同じ成績でも、強迫性格でない[子供](#)のほうが能力は高いだろう。

[子供](#)のころから強迫性格を教育していると、[子供](#)の本来の能力が見えなくなってしまう。

強迫系の[子供](#)の場合には、本来の能力を過大評価することのないように注意したい。

[小学校](#)のころはよくても、[だんだん](#)学習内容が高度になると、「強迫性格のげた」だけでは対処しきれなくなる。だれもそんな高い下駄は履けないのだ。

3267

[病气](#)の人に、自分だけではないという実感を伝える。それが安心になる。

例えば[麻疹](#)なら、家族も経験がある。すっかり回復して[普通に](#)生活できている。そのあたりが安

心材料となる。

3268

「あ、そう」という言葉で、[がっかり](#)した患者さん。
人間の言葉にはさまざまな感情が乗っている。語るときの声の調子や表情、さらにはその時の状況がある。それらを全部無視して、辞書的な言葉の[意味](#)だけを受け取るとしたら、苦しい誤解にもつながる。
たとえば、[パソコン通信](#)の状況に似ている。脱色された活字だけが並んでいる。
したがって、このタイプの[コミュニケーション](#)障害のある患者さんは[パソコン通信](#)に親しみを持てるだろう。

3269

ミフィちゃんの絵が描いてあるティシュペーパーの箱。「Wish [happiness](#) to all my [friends](#)。」[とある](#)。
幸せは、みんながそうなれるもの[なの](#)だろうか？あるいは、限られた資源であり、誰かが幸せになれば、誰かが不幸せになるというもの[なの](#)だろうか？
幸せの感覚も、他人との比較や、自分の過去との比較から生じるものだとするれば、「すべての友達」が幸せになるのは難しそう[である](#)。
また、わたしの友達が幸せになったことで、友達以外の人たちは不幸せになっているのではないかとこの疑いがある。
例えば誰かの合格祈願。それ以外の誰かは[不合格](#)になるのだ。
金銭的にも同様であろう。
すべての人の幸せという[パラドックス](#)。
そこまで厳格に言わなくてもいいかもしれない。食料が大量に出回れば、すべての人が満腹できる。それがすべての人の幸せ[である](#)。（この傾向が極端になれば、農業に従事している人たちは大変だと思う。）
こうした面では物質の豊かさはすべての人の幸福の実現に役立つだろう。
[健康](#)はすべてのことが持つことができる。誰かが持つことで、誰かの持ち分が減ったりはしない。
たとえば[臓器移植](#)は、こうした[健康](#)観を変えるかもしれない。限られた少数の資源を競争して獲得する場面が生じるのではないか。ここでは少数者の、勝者の幸福になってしまう。

3270

[引きこもり](#)の民話・伝承の実例。
三年寝太郎。……三年はうつとしては長すぎる。青年期の長い[引きこもり](#)。しかし、その後で村の危機を救う働きをした。その点では希望を与える。
[天の岩戸](#)の物語。……反応性の[引きこもり](#)だろうか。

3271

患者満足度が大切。

どのようにすれば、もっと納得して、もっと満足するか。

第一は聞く態度。……怒らない。ばかにしない。肯定する。

第二は情報の質と量。……原材料を揃える。本、雑誌、テレビ、インターネット。

第三は情報提示の方法。……分かりやすい言葉。短い説明。聞きたいことを。文章は、短く、漢字も少なく、ふりがなをつけて、絵を添えて。

3272

たとえば過敏性大腸炎の説明など、あらかじめ用意しておく。オリジナルの説明書。それを蓄積して、出版する。

3273

性格構造→背景病理→前景症状

この連なりを理解する。

これらすべての背景に「脳神経細胞の特性」がある。

性格構造→背景病理→前景症状

脳神経細胞の特性 ↑ ↑ ↑

(脳神経細胞の特性)+(生活歴)=性格構造

これに「病的変化」が加わり、背景病理を形成する。

さらに「現在の状況」に影響されて、前景症状が観察される。

(以上の関係を図に示すことができる。)

この説明は、特にパニック障害のときに使える。

1. 強迫性性格傾向。
2. うつ病または分裂病の背景病理。
3. パニック発作や回避行動の前景症状。

どこをターゲットにするかで、薬剤選択が異なる。

3274

浦島太郎が玉手箱を開けるとき。

A.竜宮城という居心地のよい非現実の場所から、白髪のおじいさんという現実に移行する。その引き金が玉手箱を開けるという行為である。

B.玉手箱を開けてはならないと乙姫様から指示されている。しかし浦島は開けてしまう。

1. 分裂病の比喩として

浦島太郎が竜宮城に行って楽しんでいたとき、幻覚妄想状態であった。玉手箱を開けて、現実
直面した。

2. 引きこもりの比喩として

引きこもりの状態は、竜宮城である。玉手箱を開けて外の世界に出る。

3. 青春の比喩として。

玉手箱を開けると、青春は終わり、人生が始まる。

4. 人生の比喩。

短い人生は竜宮城の夢のようである。玉手箱を開けるときは、死の瞬間である。死の瞬間に、人は人生の現実を明白に見る。その瞬間に、十分な視力を獲得する。その瞬間まで、視力は曇ったままである。近視のままで生きている。短い時間のことだけしか考えられない。

3275

ストレスに強い人と弱い人との違いを、神経伝達物質とレセプターの特性に還元して考えられるか？

ストレスに弱い人は、ストレスに直面して、現実的・適応的な行動を選択することができない。退行的・非適応的行動をとる。

○ストレスに曝された状態とは、相対的ドーパミン過剰状態になったときである。

○相対的ドーパミン過剰状態になったとき、上位機能は一時的に機能停止となる。結果として、退行的になる。

(この状態が継続するのが、分裂病性の欠陥状態である。)

○このように退行的になれば、現在とは別の適応パターンを探るということになる。新しい行動パターンを開発することは難しいが、昔身につけたパターンを再び利用するのはたやすい。

○子供は新しい行動パターンを身につけることが容易である。大人になれば、新しいパターンではなく、古いパターンを再利用するようになる。

○では逆に、相対的ドーパミン過剰状態になっても、なお退行的にならず、機能を維持し、逆に新しい適応行動を身につける人がいるのはなぜなのか？

○補完システムを考えることができる。ドーパミン過剰になった部分は機能停止するが、並列的に機能している脳の他の部分が機能を補完するのではないか。その部分ではドーパミン過剰ではないから、高度の機能を発揮できる。

○診察場面で、その人がどのような行動パターンを発揮しているか、その行動はその人としては高度なものなのか、それとも退行的なものなのか。そのあたりを区別していく。自分では気づかないうちに、退行的で非適応的な行動をとっている場合があるので、客観的な立場から指摘する。

3276

工夫が必要なこと(1)

待ち時間をどのように過ごしていただくか。

待ち時間の表示。→医者に分かるように(どれだけ待たせているか)。さらには患者に分かるように(あとどれだけ待てばいいか)。

工夫が必要なこと(2)

病名を落とさないこと。

処方の変更になったら、病名をチェックする。

次に、その変更を[レセプト](#)に反映させる。

この仕組みを考えること。

3277

[ニューロレプティクス](#)を、分裂病の薬ととらえずに、[ドーパミン](#)ブロッカーとして把握する。さらに限定して、交感神経抑制薬として位置づける。「何の薬ですか」と尋ねられたときに、「[安定剤](#)の一種です」と答えることは結局、精神の[病気](#)ですと言うに等しい。「ひどい状態です」と告知されるに等しい。

交感神経の働きを抑制するための薬ですと説明する。なるべく身体の次元での説明にすりかえる

。

・交感神経と副交感神経のバランスの問題。[不眠症](#)や[過緊張](#)の場合、交感神経が優位である^とまとめることができる。しかし、副交感神経との関連で言えば、交感神経の絶対的な活動量のほかに、副交感神経との相対的な関係が問題になる。

	交感神経	副交感神経
活動	高い	高い
	高い	低い
	低い	高い
	低い	低い

このほかにも普通とか、やや高いとか、[無限のバリエーション](#)がある。また、相互関係という面で言えば、お互いが他方を制御している面も考えられる。

総括して言えば、交感神経優位状態といえる。その内容に応じて、さまざまな処方が考えられる

。

- ・大まかに言って、交感神経を抑える方向と、副交感神経を賦活する方向との二つがある。
- ・交感神経を抑える薬として、[セレネース](#)を考えることができる。
- ・副交感神経賦活の方法として、[リラクゼーション](#)を考えることができる。
- ・不眠と[過緊張](#)ではどのように違うのか、それもまた問題の一つ。

3278

[こころ](#)の問題も、身体の次元の説明にすりかえてあげたほうが安心する患者もいると思う。

自分は[精神病](#)ではないと思いたい。

[精神病](#)の薬を飲むようになったら[おしまい](#)だと思っている。

このあたりの素朴な感情は、素朴なだけに根強い。

3279

なぜ子供のころの稚拙な適応パターンがいまだに残っていて、日常の不適切な場面で顔を出してしまうのか？

損をしていると知りつつ、なぜ損を続けるのか？

隠蔽された利得があるからと考えるか？

しかしたとえば捻挫した足が痛むということに特に疾病の利得はないように思える。

3280

スポーツ選手のスランプ。

どんな選手にも必ず調子の波がある。そうした波と、躁うつ波とは類似していると患者に説明することができる。

バイオリズムといわれるような、体の内部の波。

生理周期。

いくつかの波の合成として、体調を把握することができるだろう。

3281

文学においても、科学においても、人間にとって根本的な問題は、自由意志は虚妄なのかという一点である。

この一文だけでピンと来る人は「こちらの人」である。何を言っているのか分からない人、自由意志はあるに決まっているのではないかと思うだけの人は、「あちらの人」である。

「こちらの人」と「あちらの人」とは、全く別の内的世界を生きていると言っていい。ただ偶然に同じ場所で生活をしているだけである。

人間として重大な問題はもう一つある。この宇宙はどのようにして生成したか、この宇宙には、更に背景となる舞台があるのか、時間はどのようにして形成されたものであるか。

自由意志の問題を含めて、人間の意識の問題と、宇宙の生成・構造の問題とは表裏一体をなすものである。

その意味で、問題は一つなのである。

もし自由意志が虚妄であるならば、つまり錯覚に過ぎないとすれば、人間は単なる自動反応機械である。

現代科学はそのことを強力に実証している。まともな科学の領域で、この受け入れ難い嫌悪すべき事実に対する反証は皆無である。

科学としても文学としても次元の低い通俗の言説として様々なことは言われる。しかしそれは説得力に乏しく、時間をさいて取り上げるに値しない。

うつろな自動反応機械。ただ環境に反応して、内部プログラムを遂行するだけの自動反応機械。

人間というものに対してそれ以上のイメージを抱くことができない。

この悲しみを鋭く意識するからこそ、この唯一の問題について、真剣に取り組む必要があると感じる。

意志はある点では原因になる。世界を変える。しかしそれは時間的にそれ以前の前提があり、生

成されたもので、その生成のされ方を考えると、「[自由意志](#)」とは言い難く、結局のところ、強制的に決定された意志であり、[不自由](#)な意志であり、自動反応機械としての反応でしかない。そのような人生をいきる[意味](#)がどこにあるのだろうかと思う。

[意味](#)はあるだろう。

全く受動的な体験として、[映画鑑賞](#)をあげることができる。

人生を生きることは、受動的[である](#)という点で、つまり、能動性を剥奪されているという点で、[映画鑑賞](#)に等しい。

違いは、能動性の錯覚が仕組まれている点[である](#)。自分が能動的にかかわっていると錯覚しながら体験することができる、そのような一緒の特別な「[映画](#)」な[のである](#)。

しかしその錯覚の本質を知ってしまったら、されは通常の「[映画](#)」となんら変わるところはない。

では人生とは単に[映画](#)を見ることと同等の[意味](#)しかないものなのか？

当然そう[である](#)。それ以上の[意味](#)はない。

この世に生まれ、この世のありさまを観察する。それだけのこと[である](#)。

自分の[身の回り](#)の人が生きて死んでいく。その様子を見ていて、人間はこの世界の重要な構成要素ではないことを知ることができる。誰かが死んだならば死んだで、世界にとっては何の不都合もないの[である](#)。

[映画](#)の観客が退席しても[映画](#)には影響がない。極端に言えばその程度[のものである](#)。

[ニヒリズム](#)は正しい。

この世界と人生には[意味](#)がない。

[意味](#)がないところに錯覚の[意味](#)の体系を構成している。そしてその構成には無理がある。通常程度の理性があれば誰でも簡単に錯覚を見破ることができる。

これはわたしの憂うつ発作に過ぎないのであろうか？

3282

不安を鎮める薬とか、[抗うつ剤](#)と言わずに、交感神経の緊張をほぐすタイプの薬と説明する。

[抗不安薬](#)も[抗うつ薬](#)も、[覚醒剤](#)も、[麻薬](#)も、みんな同じように考えていることが多い。おおむね精神に効く薬はうさん臭く受け取られる。その素朴な感情も理解したい。

[筋肉](#)の緊張をほぐす薬と同等に、末梢神経の緊張をほぐす薬と説明したい。

3283

交感神経と副交感神経のバランスの様々な様子を[グラフ](#)にしたい。

[直交](#)する座標でも良いし、交感神経を上、副交感神経を下にとって、[グラフ](#)化しても良い。

何かを測定して、[グラフ](#)化したい。

[心電図](#)や脳波のような、または、[心音](#)の聴診のような、医者だけが判定できる情報を利用したい。

3284

家族というものの価値。

価値の[共同体](#)としての[意味](#)。

価値を育成する場所。

3285

[学校](#)という制度の二面。[エリート](#)選抜と、庶民の啓蒙（下級[企業戦士](#)育成）と。

[エリート](#)選抜の機能を重視していた頃は、[落ちこぼれ](#)は問題にはならなかった。

いつの間にか、すべての人が下級[企業戦士](#)になりたがるようになった。

3286

レセプター×[ドーパミン](#)=↑↑

この事態の原因としてもいくつか考えられる。

1) S R 特性の問題。刺激が大きくなると、急激に反応が大きくなるタイプ。

2) レセプターが多くなっていて、そのまま固定してしまうタイプ。レセプター量の可変性減少が問題。

3287

ACの話。

[子供](#)が親に嫌われる。

自分が悪いからだと思う。

自分がだめだから親に愛されないのだと思う。

自分を消去したくなる。

「死にたがる子」という、NHKの[ドラマ](#)。[伊丹十三](#)と宮本伸子が出演していた。[子どもの自殺](#)をテーマにした[ドラマ](#)。その中で、現代で言うACと全く同じことが同じ言葉で語られていた。

普遍的な[テーマである](#)らしい。

3288

[現代社会](#)と不安、[抗不安薬](#)。

現代の生活の中で、近眼、老眼と眼鏡は当たり前である。人間の眼は、書類や[テレビ](#)を見続けるように設計されてはいない。

同様に、人間の[神経系](#)は、[現代社会](#)のような[ストレス](#)を生きるように設計されていない。慢性・持続性の[ストレス](#)、回避することはできず、しかし打ち勝つこともできず、ただ耐えるしかない。そのような中で、[抗不安薬](#)は眼鏡のようなものではないか。

3289

履き物。[サンダル](#)とか、[スニーカー](#)とか、革靴、[外反母趾](#)。生きる姿勢がよくあらわれているの

ではないか。

3290

患者は何を求めているか。

薬と[出会いたい](#)のか、医者と[出会いたい](#)のか。人によって違う。

3291

[漢方薬](#)の証。

CMIや絵画によって把握できる部分があるのではないか。

CMI[パターン](#)は身体部分で特に有効で、従来の証をそのまま生かすことができる。

精神部分では、[精神科](#)的に把握することで何か得られるのではないか。

例えば、[マニ-](#)性格と[抑うつ](#)傾向などを軸にして、対人態度の特質から何か得られないか。

また心気傾向を軸にして、また、現実把握のズレ、固執性など、利用できないか。

そのための資料の収集ができないか。

証は、客観的なものと考えないほうがいいのではないか。

その医者的人格との[出会い](#)でどのような反応を呈するか、そののところを見ているのではないか。

。だから、一人一人の医者が経験を深めていかなければならない。

3292

身体の[病気](#)。……西洋薬。

それを気にする心理。……漢方。

漢方は、身体の不調をかかえながらも、よい人生を生きる、そんな態度を補助できるのではないか。

下部構造に西洋薬、上部構造に漢方。そんな感じ。

例えば、[精神病](#)にはまず西洋薬。[神経症](#)には漢方。といった具合。

その場合、漢方は、「医者との[出会い](#)」とセットになっているのではないか。

3293

カルテ記載の要点

日時

病名

症状

治療（精神療法の内容・検査内容）

これらを定型にして処理すれば漏れがなくて[いいわけ](#)だ。

3294

便秘を、副交感神経↑、交感神経↓、のあらわれとみる見方。

交感神経と副交感神経の緊張の度合いを測定し、図にすることはできないか。

何を測定するか。いろいろな方法はあるが、生理的なものの方がいいか、非生理的なものの方がいいか、選択の余地がある。

3295

漢方と心理検査の関連付け

CMIとTegはやりやすい。特にCMIは身体と精神の特有のパターンを抽出できる可能性がある。

また、絵画の特徴を利用できる可能性もある。

これらを伝統的な証に代わって用いることができないか。

漢方の難点。

- ・まず生活自体が昔とは異なる。たとえば、食生活、住居、蛍光灯など。
- ・高橋暁正の「漢方薬は危ない」の件。愚かな人たちが商売の餌食になっている印象。しかしそれは仕方がない。いたしかたない前提条件である。

3296

「青春の過剰」とも言うべき人たちがいる。

3297

希少価値を争い、その獲得により優劣をつける社会では、必ず敗者が生まれる。敗者はその現実を受け入れ、自分の指定された社会的ポジションを受け入れる必要がある。しかし中にはオー
ルオアナッシング思考の人がいる。敗れた場合に、生活保護、社内生活保護ともいうべき状態（NTTに何人かいた）、などになってしまう。

3298

強迫性障害・子供の躰・学業成績・女の子の成績頭打ち・自分についての評価の変更が必要になる・しかし女子の場合、難しい→二つのピラミッド（二つの価値観）

3299

不眠症についてまとめることはできないか。

3300

自分の置かれた状況を客観的に認識する能力・習慣の有無。

病気とはいえない程度の悩み

薬を使うほどではない

考え方や生活態度の一部にスイッチを入れるだけでよい場合も少なくない。

3301

病気未満の人のために、読む[こちら](#)の薬。

3302

親切.....親を切る。なぜ親切というのだろうか。

3303

[人間失格](#)。

過敏で、しかし、[人間関係](#)の常識を共有できない人。

現代においてますます増えている。

2×8タイプである。

3304

人の気持ちが分からないで、[自分勝手](#)に話し続ける人。そのことでまたさらに嫌われる。

この、特有のわからなさをどう理解したらいいのか。

他人の気持ちが分からない人について、どう考えるか。他人の気持ちというものは、原理的に分からない。だから、自分の気持ちを当てはめて考える。

当てはめる元の、自分の気持ちの発生の仕方、気持ちのありかたが他人とずれていたら、当てはめても間違っばかりである。……性格障害。

気持ちの発生とあり方は他人と同じでも、それを[モニター](#)する部分で間違っている場合がある。

……内的盲目。

結局、他人というものが分からないのだ。どうしてこうになってしまうのか。脳の壊れ方の一つの典型である。

3305

うつは、病気というべきかどうか、難しいところもある。

[神経細胞](#)がダウンして、再び回復するまでの間、しばらく休むということなので、理にかなっている。むしろ、薬そのもののようなものだ。

疲れ切ったときに、休息を要求する。動きたくないから、食料を獲得することができない。しかし食欲がなくなっているからちょうどいい。

[うつ状態](#)が病気なのではない。

しかし[社会生活](#)の不都合という点から考えれば、働けなくなり、食欲がなくなり、睡眠がとれなくなるという点で、「病気」ということになる。

社会形態が違えば、うつはあまり目立たないはずである。不調になって仕事の能率が落ちたとしても、休んでいればいいだけのことだ。働けないからといって大いに心配するのはやはり社会の

仕組みが関係している。

能率が落ちるとはっきり数字で分かってしまう。欠席も問題にされる。そのような社会が「この人はうつだ」を指摘し続けているのだ。

また、うつになる原因も社会がつくっている。原始社会で、人間にそれほどやることがあっただろうか？[現代社会](#)ではいくらでもやることもある。仕事はいくらでもある。なぜだろうか。貨幣制度が関係している。

例えば、農耕社会でも狩猟社会でも、働きすぎて収穫が多すぎると、腐るだけである。

[現代社会](#)では、腐らないような収穫がある。だから際限もなく働き続ける。そして[うつ病](#)になる。

仕事が次から次にあるという状況は、最近のものではないかと思う。

犬も猫も、大して繁栄はしていないが、大して疲れているとも思えない。

人間の場合、活動と休息の[サーモスタット](#)（自動[制御装置](#)）が壊れているように思う。必要がないのにいくらでも働く、これが人間の特徴である。

その理由は、人間は現実を生きているのではなく、脳の中にある世界を生きているからである。

3306

軽症[うつ病](#)について説明。

- ・ 精神病ではない。精神病としての[うつ病](#)との違い。
- ・ 同じ言葉を使っているので困る。
- ・ 反応性・[ストレス](#)因性である。
- ・ 大きすぎる[ストレス](#)がないかどうか、評価。
- ・ 性格因がないかどうか、評価。
- ・ 治療の原則。

3307

うつの症状を植物にたとえる。

根は身体にある。しかしその枝先は、多くは心理面に及び、憂うつ、おっくう、悲観的、否定的な思考や感情に傾く。ときにその枝先は実存の次元に及び、生きていることの意味を問い直し、やはり答えが見つからないと嘆くようになる。

これは他の全般的な症状と考え合わせれば、うつの症状と考えてよいのだが、実存的問いだけを取り出してみれば、絶望しても無理のない、哲学・倫理の難問である。

3308

[更年期のめまい](#)には、[心因性めまい](#)が混入している。

これは、[パニック発作](#)と同様の[メカニズム](#)である。

[パニック発作](#)の図がそのまま使える。（図参照）

身体因に起因する[めまい](#)の再発を防止するためには、[漢方薬](#)を使う。

不安とめまい発作の悪循環を断ち切るために、[ソラナックス](#)が有効である。

この二段構えの処方が必要である。

3309

閉じこもりについての説明

1) レセプター×[ドーパミン](#)=の過剰

これは、レセプター過剰の場合もあり、[ドーパミン](#)の放出特性として、急激な立ち上がりを見せるものの場合もある。

2) [強迫性障害](#)が背景にある場合。

自分や周囲を完全にコントロールすることができない場合、[オールオアナッシング](#)の癖を発揮して、全面放棄してしまう場合がある。

自分が完全にコントロールできる場面だけに生活を限定してしまう。そうすれば、「完全にコントロールする」という目的は達成される。そのかわり、世界を広く[ありのまま](#)に味わうことは犠牲にしている。

3310

あるがままとなされるがまま

「大きなもの」「偉大なる存在」「神」「[自然の摂理](#)」「自然」、これらの言葉で表現される何かに、身を委ねること。

これは具体的な誰かの意志に身を委ねることとは全く異なる。

自分の内にあり、かつ、自分の外部にも遍在する「大きなもの」の流れに身を委ねるのである。

それがなされるがままである。

3311

[デイケア](#)という行き場があるから、社会復帰の努力を放棄する。[生活保護](#)にでもなって、昼から遊んで暮らす。そのような構造に手を貸すのは、患者のためにならない。そして自分自身の人生として、よい人生にならない。

入院医療から[デイケア](#)へ、これならば肯定できる。しかし、社会から[デイケア](#)へ、この方向が多いので、[デイケア](#)は賛成できない。

しかし、では彼らはなぜ、自分を駄目にするような楽な選択をするのだろうか？それだけ辛い何かがあるとしか考えられない。

3312

夫が優しい場合、妻の[自律神経失調症](#)は治りにくい。

優しいといっても、その実体は無関心で、責任回避の姿勢である。優しくしておけば一番楽だというだけの、優しさである。本人のためを思って本気になれば、ことが面倒になる。本気にならないことが、優しさと映る。それだけのことだ。

3313

患者さんは何を求めているか？

[めまい](#)を消して欲しいのか？

[めまい](#)を起こして悩んでいる自分を受容して欲しいのか？

症状を消すことが仕事ではない。この観点が大切である。

生きる意味を回復させること。

存在の意義を回復させること。

Iさんは、その悩みは実存の次元にまで届いている。

患者さんは安心を求めて来院する。

決め付けとしての診断ではない。対話を拒むものとしての[薬物療法](#)や説教ではない。

3314

それぞれの立場で自分は正しいと思って生きている。

それぞれの立場を相対化する技術が、高次の認識というものだし、[ストレス](#)を相対化することにもつながるだろう。

3315

食事と愛情

例えば鳥の場合、親鳥が食事を運んでくれる。餌は親の愛そのものである。

拒食症の場合、餌＝愛（特に親からの愛）を拒む面があるのではないか。

[過食症](#)の場合、過食をして確認しているのは、愛ではないか。愛があるのだと自分に言い聞かせたいから、過剰な食事をしているのではないか。

食事をとることで、[こころ](#)のどこかで、自分は愛されていると確認しているのではないか。

自分は愛されているということを確認するための、強迫行為とみえる。

Tさんが故郷を思い、親を思い、過食に走るのは、愛情の具体的な表現を求め、反復して確認しているのではないか。

3316

[自律神経失調症](#)の構造分析

[パニック](#)の構造を援用できる。

身体因→[めまい](#)（その他の症状）→不安

↑ ↓

←（[悪循環](#)を構成する）

身体因→[めまい](#)（その他の症状）……この部分は心理的なものではない。治療は身体療法。[漢方薬](#)が有効であろう。

[めまい](#)（その他の症状）→不安

↑ ↓

← (悪循環を構成する)

.....この部分は心理的なもの。抗不安薬が有効な部分である。

患者は、自分の症状のどの部分が本来の発作で、どの部分が心理的悪循環部分であるかを区別できない。

たとえば、バラアレルギーの人が、造花のバラを見ただけでアレルギー発作を起こした例。この場合にも、最初は身体因からなる発作であったものが、次第に心理的原因による発作に移行している。この場合にも、自分では分からない。

なぜこのような不必要な反応が形成されるのだろうか？

たとえば、運動が小脳回路によって自動化されることに似ている。いちいちアレルギー反応を起こさなくても、自動的に素早く反応が起こる。？しかしそれでは説明しきれない。本質的な意味では免疫反応は起こらず、ただ結果としての鼻水だけが出ている。なぜか？

3317

S心療内科.....SSN,SNSNなど。略号化。

さらに約束処方として、SSN1,SSN2など決められないか。

3318

薬剤の説明のシステムを作ること。患者に何を伝えたいか、何を理解してほしいか、明確にすること。

3319

新星出版「(健康保険が使える)漢方薬――処方と使い方――」木下繁太郎(1990)

O図書館にあり。

3320

薬剤について、適切処方を決めるにあたって、個人差が大きいことを説明。

また、個人の内部でも、時期、体調、心理状態によって、差が大きいことを説明。

そのあたりを理解せず、単に「悪い薬」と考える人がいるのではないか。

3321

分裂病を、若年性妄想性障害と呼び替えてはどうか。

いつ、どんな症状があるかを言っているだけである。害は少ないのではないか。知的障害や認知障害といった言葉よりはいいかも知れない。

3322

カルチャーショックや文化摩擦と分裂病の発症。

特異的な原因とは考えにくいのではないか。分裂病でもうつ病でも起こるだろう。

内容ではなく、形式で考えたい。[アイデンティティ](#)の問題などといっても説得力はないのではないか。むしろ[ドーパミン](#)で考えたい。

分裂病タイプの方は、新しい環境への柔軟性がない。具体的に言えば、[ドーパミン](#)レセプターを調整する能力が低い。このタイプの方が、環境刺激の変化にさらされると、発症の危険が高まる。細かくいえば、生育の過程で獲得されセットされたレセプター数に対して過剰な刺激が入り、[ドーパミン](#)が過剰に放出されると、幻覚妄想状態になる。環境が変わり、慢性的に[ドーパミン](#)が多いのだから、レセプターを調整すればよいのだが、それができない。まるで関節が固くて動きが悪いようなものだ。

もう一つは、刺激と[ドーパミン](#)放出量の曲線の特性が問題になる場合があるのではないか。すなわち、刺激が少し増えただけなのに、[ドーパミン](#)は急激に増えてしまう場合があるだろう。この場合にも幻覚妄想状態に到る可能性が高い。

3323

ミロの絵。[子ども](#)の絵に似ていると思うだろうか？[子ども](#)の絵との違いがわかるだろうか？

これがシスとトスンスの錯誤の例である。超越と後退の錯誤といってもいい。ミロを[子ども](#)の絵と混同して笑うのは間違いだし、[子ども](#)の絵をミロの絵のように賛美するのも間違いだろう。

それは脳のどの部分から出たものなのか？

患者の頭の中にあるものを、全否定して、すべてを混乱の産物とみなすのは間違いだし、視力に問題がある。

患者の頭の中にあるものを、すべて賛美するのも間違いだろう。

患者の親の中には、「病気ではない。ただいろいろと辛いことが重なって、心がもつれているだけだ。そのもつれをほぐすことができれば、すっかりよくなるのではないか」などと語る人も多い。

このような言葉が出る原因として、親の教養の低さ、親の側の否認など、親の側の要因がまずある。しかし一方では、[子ども](#)の側の変化が、激変ではなかったことを示しているだろう。少しずつ変化したのであって、毎日接する人にはそれは「自然な」変化のように感じられたということだ。

ミロは壁のシミをじっと見つめて、生じた幻覚を元にして絵を描いたことがある。彼は[シュールレアリスム](#)のただ中に入った。

ひょっとすれば、やはり[子ども](#)の絵とミロの絵に、本質的な差はないのかもしれない。

ミロが[子ども](#)の絵に優越していたのは、技術は勿論であるが、結局、人々はどのようなものに感動し、どのようなものをよいと認めるかということ学んだ、または知った、ということではないか。

大人の世界で流通価値のあるものを提出して見せた、そのあたりの心得。それが[子ども](#)との差だろう。

[子ども](#)は、どう描けば、「元気のいい、いい絵だ」と評価されるかならば、知っている。しかし

それ以上の大志は抱いていないから、絵はその程度のものになる。

3324

分裂気質は相手の気持ちが分からない。循環気質は相手の気持ちが分かる。これが伝統的な言い方。

しかしそうだろうか？循環気質は相手の気持ちが分からないから、「自分は受け入れられている」と単純に信じることができるのではないか？

分裂気質は相手の「気持ちとは関係のないサイン」を気持ちのサインと誤解してしまう癖があるだろう。その点では相手の気持ちに過敏である。「自分は嫌われるのではないか」との気分が前提にある。

循環気質は「自分は相手に嫌われない」という、根拠のない前提があるのではないか。その前提の規定にあるのは、鈍感さではないか。

過敏と鈍感という対比のほうが正しいのではないか。

3325

人間は自分の行動を制御するとき、平均的でないと意識して行動するわけではないだろう。自分にとっての標準的な仕方で行動するのではないか。ということはまず、行動の基準のずれが問題になる。

内的な視力。自分の心の状態をモニターする力が問題である。

3326

自分のこころの状態をモニターする部分、つまり自意識。自意識がモニターしている感情部分、つまり「見られている意識」、猫も持っている意識。後者が集団の平均とずれていると、性格障害が起こる。平均とずれている自分の内部感情を、延長して他者を推定する。この結果、性格障害が起こる。

例えば、境界例の場合、投影性同一視がまさにこれにあたる。

3327

外界の知覚……幻覚と正確な認知

妄想と正確な認知

世界モデルを生成して、それを現実と照合してうまく適合するものを選択して残す。

照合プロセスでは外界知覚部分と、照合部分とを区別することができるだろう。それに応じて、障害も発生するだろう。

3328

境界例は、自信の世界モデルのズレを補正する機会が与えられないままだったのかもしれない。現代社会では、一人一人が生きやすくなった分、共同体としての一致度が低下しているのだ

ろう。

固まって生きる時間が長ければ、それだけ集団の力が大きくなる。教育というのでもないが、集団からの強制力が働く。

3329

[自律神経失調症](#)

いつもある症状、持続的症状については、人間はさほど気にしなくなるものだ。ときどき出る症状だから、対比の効果によって、気になる。

自律[神経](#)症状は、ときどき出て、また消えて、また突然出るのではないか。その出現の様式がコントロールできないし、予測できない。だから困る。

また、症状を忘れているときは出ない。思い出して注意を向けると、途端に現れる。そのような特徴があるのではないか。そこに心理的[悪循環](#)が成立する。

ということは、症状の程度が、ちょうど「気にしなければ気にならない、気にすればやはり気になる」という程度のものだということだ。この種の症状が、森田のいう、「精神交互作用」の対象となる。

注意を向けるときには必然的に、悪い予感を持って注意を向ける。その時に「やっぱり！」という形で悪い予感を実現してしまう。この形の[悪循環](#)がここで成立する。

通俗の言葉で言えば「自分が症状を作っている」ということになる。

二種を区別できるのではないか。

1) 持続して存在する。気にすれば意識に浮かび、気にしなければ意識から消える。

2) 持続して存在しない。気にすれば存在を始める。気にしなければ存在しない。

痛みなどの主観的な感覚は、「客観的に存在する」ということと、「意識の内にある」こととの区別がしにくい。そこで、両者は混然となる。

3330

白い[ライオン](#)レオ。[ハンディキャップ](#)があるにもかかわらず、なお他者に優越している。それは真の勇者の印である。

[ナスカ](#)の地上絵で、尾を巻いている猿がある。尾は枝をつかんだりするときに使われる。地上絵では、実際の尾の巻き方と逆になっていて、実際の役には立たないような尾になっている。それにもかかわらず、他者と互角以上に渡り合える。そこに聖なるものとしての資格が生じる。聖なるものとして描かれることになった。

[ハンディキャップ](#)があるにもかかわらず、なお強い、ここに真の強いものとしての印がある。このような指摘。

病気という[ハンディキャップ](#)をどのようにとらえるか。

例えば筋肉隆々を強いものの印ととらえるような平板なとらえ方ではない。負の刻印が聖性を帯びる。

3331

[ドラエモン](#)は[ネズミ](#)に耳をかじられた。その時以来、[ネズミ](#)が大嫌いで恐怖を抱いている。また、その時のショックで体が青くなってしまって元に戻らない。妹の[ドラミ](#)は猫の通常で、黄色い色をしている。

恐怖症と[パニック](#)、PTSDの[ドラエモン](#)である。

3332

たった一度の経験が永久的な変化を残す。恐怖症や[パニック](#)など。

このような事態が起こる背景には、遺伝的に[プログラム](#)された回路が関与しているのではないかと？通常の学習ではこのような強烈な刻印は起こりそうにない。

そのような回路の誤動作と考えるのがもっとも自然ではないか。

3333

蛇が怖いということは、[遺伝子](#)には書かれてはいない。集団内の他の成員の様子を観察して知る。そのような学習がある。模倣といってもよい。

患者はしばしば、よその人がこうなったからとか、よその人にいわれたからとか、[テレビ](#)で言っていたからとか、影響されることが実に多い。そのような影響が特に強烈な人たちがいる。

これも、生存に関する他者からの情報を有効に生かそうとする本能の一部であろう。本能の部分的誤動作と言えるのではないかと？

このタイプの病理が[神経症](#)圏の病気には少なくないのではないかと？恐怖症や[パニック](#)なども。

例えば、他の成員が珍しいものを食べて死んでしまったとき、自分はそのようなものを食べないようにと学習する。その学習の様式が、誤用される。そして心気症が成立する。

一般的に言って、「消去の困難な刻印」である。こうした刻印を消去するのが治療ということになる。どうするか？

→以前読んだ、学習の様々な形態と、[神経症](#)の発生についての論文。治療については言及がなかった。

一度限りで、かつ深く刻印されるタイプの学習（たとえば[ローレンツ](#)の刷り込み）から、大人になってからの[外国語](#)学習のように、何度やっても忘れるようなタイプの学習まで。学習には種類があり、階層がある。

[神経症](#)（その一部であるが）になるとは、こうした学習のさまざまな層の中で、間違っただけの学習が発動しているのではないかと？そして間違っただけの脳の仕事がまた別にあるのではないかと？その詳細は、発症時の状況が語っているのではないかと？

→その関連で怪しいのは、[精神分析](#)でいう、退行ではないかと？退行時には、脳の古い層が露出しているのではないかと（もちろん比喩的な意味であるが）。あるいは疲労時。疲労して、現状から逃れたいと[無意識](#)に希望しているとき、？

3334

受診の手引き 治療を始める皆様に

- ・ [プライバシー](#)の保護 これは大切
- ・ 診断面接 はじめの何回かは診断のための面接になる 急ぐ人もいるだろうが、焦ってはいけない
- ・ [心理テスト](#) これまでの[テスト](#) 希望による
- ・ 治療 薬は希望に応じて [副作用](#)のないものを使う [漢方薬](#)を積極的に使う
- ・ [ブックリスト](#)がある 書店に置いてある
- ・ [自律訓練法](#)、[認知療法](#)など、必要に応じて話し合う
- ・ 再診予診表に記入してもらう
- ・ 治療を中断するとき

通院をやめたいとき、転院するとき、入院するときなど、当院での治療を中断するときがあります。そのときには何らかの形で連絡して下さい。来院してお話して下さいの方がいいのですが、場合によっては電話でも、郵便でもかまいません。ご本人でなくても結構です。次の主治医にこれまでの治療の結果を伝えることはとても[大切なこと](#)だからです。

3335

再診予診表をそのままカルテに使えるように改善する。医師所見や治療内容を記入する部分を作る。さらに日付と氏名。

3336

ずっと続けてもらうことを期待しない。とりあえず四、五回を目標にするだけでよいのではないか。

3337

患者の自己決定権を尊重している限りは、患者は自分の知能以上の治療を受けることができない。この限界をどう考えるのか。

1. お任せコース

1. 1 相手が悪かった場合.....最悪（やられ放題。チェックができない）

1. 2 相手がよかった場合.....最上（相手の医師の知能を利用できる。この場合、医師に対するチェックは、良心または神が担当することになる。これを信用できるかどうか。）

2. 自己決定コース

2. 1 相手が悪かった場合.....自己決定に見合った結果（各種[民間療法](#)。しかしその[担当者](#)が主観的に自分の劣悪性を認識していない場合もある。自分自身も信じ切っていて、自分にも施行し、結果として悪い結果を招いている場合など、仕方がない。たとえば、その操作が意識状態や判断を曇らせる種類のものであれば、正しい判断に至る道はますます遠いものになる。曇った知性は、自分の曇りをはらす要因を遠ざけ、曇りを固定させる要因を自ら作り出しているものだ。）

2. 2 相手がよかった場合.....自己決定に見合った結果

専門知識を有していない人の場合、どう行動すればもっとも利益を得られるか、それが問題である。

個々の治療法について選択するというよりは、「この人に任せよう」という選択になるだろう。この医者は患者の利益よりと自分の利益のどちらを尊重しているか、それを判断することになるだろう。

専門知識そのものよりも、態度の問題、人柄の問題になるのではないか。あるいは、そのような意味での「道具立て」の問題になるのかもしれない。

3338

神の領域を侵すものとの考え方

たとえば[クローン人間](#)の話など。なぜそれを神の領域と考えるのだろうか。そんなことを神が[オペレート](#)しているはずはないだろうに。[生命科学](#)の領域はいままでなじみがなかったから、そのように感じるのだろう。

たとえば写真が例である。写真を撮ると魂が薄くなるなどという人もいた。新しい技術が技術として受け入れられる前に、呪術的[世界観](#)との交代の時期があり、その時期にはいろいろなことが言われるのだ。

総じて愚かなことである。

3339

診察室で。たとえば「背骨が曲がっているから、いろいろな症状が起こる。毎日通って治さないといけないと言われた」などと聞かされる。[うんざり](#)するのであるが、それでも、整骨院のほうがわたしより説得力があるのだ。その事実。

向こうは[副作用](#)もなく、ただ恐怖をあおる。患者が自分自身では確認しようがない「兆候」を盾に、背骨に原因があると診断してみせる。

整骨院は理性と戦っているのだ。そしてますますの勝利をあげていると思われる。

3340

恐怖症。診察室でもっとも頻繁に見られる恐怖症は、薬剤恐怖である。

一種の催眠状態または[マインドコントロール](#)である。

たとえば[安定剤](#)や眠剤への恐怖。

[安定剤](#)をたくさん使っていたら、死んでしまった、と聞いて、怖くなる。[安定剤](#)が原因だと思ってしまう。ここに理性の曇りがある。

[安定剤](#)をたくさん使わざるを得ないほどの重症であったということだろう。

だから、結果としては死んでしまった。もともと重篤だから、死んだだけである。薬のせいにならないう。

一方で、[漢方薬](#)には一定の人気がある。[副作用](#)がないという。

一般の人は[副作用](#)を何だと思っているのだろうか。

しかしながら、結局は我々は世間の常識の中で治療していかなければならない。

恐怖症が恐怖症として成立するための条件を「薬の[副作用](#)」は備えているのだろう。

得体の知れないもの。生命の危険に関係する。身近な人が被害にあっている。

3341

蛇嫌いと[ぬいぐるみ嫌い](#)では、明らかに質が異なる。蛇嫌いは深く遺伝に根ざした何かを感じさせる。だからこそ、広く見られるし、強力で根深い。

「薬嫌い」はどのようにしてできるのか。また、「医者嫌い」はどうか。

3342

1. 診察は、マイナス要素を少なくする。嫌われないようにする。それが第一。徹底的に、患者の常識に沿う。それしかない。

2. 言葉は少なく。多く語れば、嫌われることも出てくる。元来が被害的傾向のある人たちである。

3. 薬は少なく。[副作用](#)が出たらアウトである。マイナスの[プラセボ](#)効果も考慮に入れる。絶対に[副作用](#)はないと[ムンテラ](#)しながら使うこと。[杓子定規](#)に、「可能性のある[副作用](#)は……」などと言っていたのでは、台無しである。治るものも治らない。

しかしまた一方、懐疑的な人の中には、一つくらい[副作用](#)を説明した方がいい場合もある。そのあたりの呼吸が難しいのだ。

4. [イメージ](#)を大切に。親切。親身。患者は専門知識は分からないのだから、どのようにして[イメージ](#)を売るかということが大切である。特に心理関係の医院であればそれが大切だ。骨折ならば、感じが悪くても治るだろう。虫歯なら、削れば治るだろう。[自律神経失調症](#)の場合にはそうはいかない。

5. [自律神経失調症](#)を治すには、「手続き」である。「薬効」ではない。SLを使って、痛みを消してしまう。そのような気迫が必要である。薬効に頼るな。これが秘伝である。いかにも治りそうな「手続き」を繰り返す。これだけである。これはその時代、その地域に合わせて、つまりその人の精神構造に合わせて、施行するのである。ここに高度の[専門職](#)が成立する。

6. ラビのようなものだと考えていい。ラビの仕事も、苦しみのさなかにある人を人を傷つけないことがまず第一に肝要である。その点で、人の心の動き、人の苦しみに敏感でなければならない。言葉がどれだけ人を傷つけるか、反省することが必要である。毎日反省してもなお足りないくらいだ。

3343

自分で体験するのではなく、他人の体験を見て、学習する。たとえば、未知の事態に遭遇したとき、母親の行動を見て態度を決定する。

薬に関しても病気に関しても、未知の事態に属する。そんな時、周囲の人の有様を見てみよう

思うのは当然である。しかしながら、その、参照される人たちが、おかしな人たちである。あるいは、自分から声高にふれ歩く人たちは、やはりそれなりの「病氣」の人たちである。そして病気を心配する人は大抵気弱になっていて、依存傾向が強まり、やや退行傾向になっている。そんな普通の人たちがいともたやすく洗脳されてしまうのも無理はないだろう。

この世間に理性は珍しいのだ。

社会的参照の理論。薬恐怖などはまさにこれである。

[厚生省](#)が、薬の使用量を減らしたいとする意図を持って[マスコミ](#)対策をしていることとも関係しているだろう。

3344

対人緊張の強い母親。この態度は、無垢の[赤ん坊](#)の対人様式に染み込むのではないか。遺伝的特性も問題であるが、人生最初期の、すり込みの時期に相当するような時期に、分裂病母親の対人緊張を刷り込まれたのでは、その後の人生に影響が出るのも無理はないのではないか。

3345

[ドラエモン](#)は自分の[ネズミ](#)恐怖を克服しようともがいたりしない。あるがままである。これは美点である。

3346

[トラウマ](#)克服の鍵。

自分を見ること。自分を知ること。観察自我を育てること。

「人のふりみてわがふり直せ」。これは他人を鏡として自分自身を知る態度。

他者が鏡となる。他者に働きかけ、他者からの反応をもらう。そのことで人は自分を知る。社会化を成し遂げる。

観察自我が育つということと、社会化ということとは同一である。「他人から見た自分」というものを、自分の心の中で構成できるようになる。

このあたりが弱い人は[トラウマ](#)に弱い。

自分の[トラウマ](#)を相対化できない。状況を相対化できない。なぜか？なぜ、ある種の[視野狭窄](#)状態から脱出できなくなるのか？

[視野狭窄](#)または思考狭窄。同じ景色ばかり。同じ思考ばかり。そこから抜けられない。

3347

自分が思うことを相手も同じように思うわけではない。そのことを発見しないといけない。

[チョコレート](#)の箱の実験。中に何が入っているか。箱の中は他人の心。

[境界例](#)の人たちは、自分の心を他人にも適用してしまうところがある。→他の解釈を最近書いたはずだが、思い出せない。※

※ 平均とずれている自分の内部感情を、延長して他者を推定する。このようにしてしか、人は

他者を推定できない。自分の内部感情の生成が平均とずれていたら、他者の内部状態の推定も間違えるだろう。

3348

[精神科医](#)は、なぜ自分が正しいと信じられるのでしょうか？

愚か者で、反省が足りないからです。

いつも他人を「判定」する立場にいるので、自分がいかに愚かであるか、反省する機会を持ってなくなっているのです。

3349

Kさん。息子が学校で。宿題をやっていかないから、居残りで勉強させられている。そのことを母が非難がましく語る。

人もやっているのだから、いやなこともやる必要があるとなぜ思えないのだろうか？

3350

人間だから、体が辛いと心も我慢が足りなくなる。それは仕方がない。そのことも勘案する必要がある。

3351

ストループ・[テスト](#)と恐怖症の克服

クモ恐怖症の場合、[カード](#)に「クモ」と色つきのペンで書いて、文字ではなく、色を読み上げてもらう。字へのこだわりが薄れる頃には、実物のクモに関する恐怖も薄れる。ワットの報告。十年以上前。

3352

接骨院に見習う！

・背骨が曲がっているということと、症状の発生との間を論理的に説明する必要はない。（何という恐ろしい、論理の欠如であろうか！理性の敗北！）

・治療者にしか分からない情報を握っている。手を当ててみて、「背骨が曲がっている」といえば、曲がっていることになる。それは患者が判断することではないし、信じるか信じないかというだけである。

・治療行為は、すぐに完治することもない。[副作用](#)が出ることもない。それでいい。その程度のこと、患者に求められていること[なのだ](#)。

・[副作用](#)が出れば、その人だけでなく、その人と話をする周囲の人たち全部に、恐怖感を与えてしまう。それだけの患者さんを失うのだ。[副作用](#)だけは回避する。それが鉄則である。長期間の間に、「あそこの薬は[副作用](#)が出ない、いい薬だ。いい治療だ」との評判を勝ち取る必要がある。

3353

他者に話すことで、我々は話の内容の出来事を、追体験している。

ベッドの上でお母さんと、その日一日のことをいろいろとお話しする習慣を持っている子供は、そうでない子供に比べて、はるかに多くの情報を覚えていることが判明している。

復習の効果である。

語ることによって過去を再生し再構成する作業。PTSDの治療でも、それが本質的に必要だといわれる。

回想作業の中でもう一度体験し、今度はうまくやる。自信をつける。そういうことだ。

それはたとえば映画や小説でもいい。傷の体験を消去するに足るだけの、[成功体験](#)を与える。

回想することはすなわち、勝利の[リハーサル](#)である。

3354

[既視感](#)は、幼児の頃の[エピソード記憶](#)の断片である。こう書いてある本がある。断定するのは間違いとしても、そのような側面が[果たして](#)あるか？

[エピソード記憶](#)と、[意味記憶](#)の区別についても混乱があるようだ。

体験そのものの記憶（[エピソード記憶](#)）と、純化された情報としての記憶（[意味記憶](#)）。

3355

[フロイト](#)が、現在の症状の原因が幼児の体験にあるという場合。原因となっている体験の記憶は、患者には記憶として残っていない。

[トラウマ](#)が潜在記憶としての[意味記憶](#)という形を取って、時間的にははるか後の、我々の行動に影響力を発揮することを意味している。

出来事は忘れ去るが、後の行動には作用する。[エピソード記憶](#)は消え去るが、[意味記憶](#)は保持されていく。

（このように[意味記憶](#)という言葉を用いることは間違いではないだろうか？どうだろうか？）
[トラウマ](#)は「思い出すのも忌まわしい。」心の中でさえ、それについて語ることを拒否する。故に、[エピソード記憶](#)は残らずに、[意味記憶](#)だけが保持される。（この書き方でよいのだろうか？）しかし完全に消去されているわけではない。思い出すこともある。しかも出来事を思い出すに至ったときに、[トラウマ](#)が解決するのだと[フロイト](#)は考えた。[精神分析](#)のいう治療とは、[エピソード記憶](#)を回復させる作業である。

最初は抑圧が解除されないので、語ることには[ブレーキ](#)がかかる。しかし語るに連れて、潜在記憶から健在記憶へと形を変える。最後には[意味記憶](#)に随伴する[エピソード記憶](#)がよみがえる。すると心の障害も治癒する。

このようにして[神経症](#)が成立し、治療が進行するというわけだ。

このような面はあるかもしれないが、しかし一部でしかないのではないか。

回想することで癒されるのは、回想することが、その体験を「受け入れる」ことになるからだろう。受け入れていないうちは回想を拒んでいるのだ。

そもそも金と時間を費やして治療に通うということは、治療への意欲があるということで、心の中で何とか解決しようと試みている状態である。そして、回想することは、治療というよりも治療の結果である。語る事ができたから治るのではなく、治ったから語る事ができたのだ。だから、「語る事ができたときには治っている」という事情になる。これを[因果関係](#)を取り違えて、語ったから治ったととらえているのではないか。

思い出す努力がなぜ治癒につながるのか。

思い出すということは必ずしも過去の体験の全体的な回想ではない。回想は必然的に選択的回想である。自分にとって「都合のいい選択的回想」ができたとき、過去を「消化」「咀嚼」できたと言えるのではないか。

都合の悪い回想ばかりしているなら、それは耐えがたいことであり、思い出したくない。症状に転化してでも自分を守りたいと思う。

なぜ症状になるのだろうか。その必然性が分からない。

3356

人はいかにして[トラウマ](#)から立ち直るか。結局は、「忘れるからだ」と答えたいような気もする

。

忘れるために工夫する方がいい。

1. 物理的に離れる。
2. 痛手を受けたこと・ものに関して、devalueする。脱価値化する。無価値であると信じる。解釈を変更する。意味づけを変更する。あの男は悪い男だった、と価値づける。
3. 「悪い体験」の上に「いい体験」を上塗りする。恋愛で痛手を受けたら、いい恋愛でうち消す。
4. そのような体験にはまりこんだ自分について、考察を深める。

3357

[共依存](#)の形ではまりこんでいる男女。男は[ギャンブル](#)がやめられず借金を作る。女は借金を肩代わりして払ってやっている。取り立てるあてのない、[不良債権](#)となっている。それが350万円。別れたいというと、「そんなこと言うなんておかしい。頭がおかしい。そんなことあるはずがない」という。金を貸してくれと必死にすがる。涙を流す。そのときにはわたしはこの人を助けてあげなければならないのだという気になっている。

一種の催眠、[マインドコントロール](#)のようである。

頭ではよく理解している。悪い男にはまりこんでいると理解している。別れた方がいいと理解している。しかし気持ちは解決できないでいる。

別れたら寂しい。そんな気持ちはある。

彼が転職で遠くに行ってくれたら、うれしい。それしか解決はないように思う。

金を貸さないと言うと、携帯に電話、家に電話、会社で騒動、と大変なことになる。それは困る。困るという気持ちを見越して、彼は彼女を操作している。

彼女に何をしてあげられるか。多分、[マインド・コントロール](#)からの解除の技法になるだろう。

3358

大量の精子の中でどれが卵子と結合できるか。その際に、精子として有利な条件と、出生してからの生存の有利さとの間に関連はあるか？

精子としての優秀さと、出生後の個体としての優秀さとの間には関連はあるか？

どの精子でも、おおむねはその個体の特性を反映しているので、あまり関係ないかもしれない。しかし、肝心要の点での優勝劣敗は、大きな影響を与えるような気もする。

何かの[メカニズム](#)があるのではないかと空想することもできる？

精子の中からどれが選択されるかということと、出生後の優秀さとが関連していれば、とても有利ではないか。そのような関連のない個体よりも、ずっと有利であろう。

精子としての優秀さと出生後の優秀さの間に関連がないとしたら、「無駄な淘汰」が一段働いていることになる。

3359

自然法則が不変で平等であるから、医学や[天文学](#)や[物理学](#)が可能になる。

なるほど。確かにそうだ。科学としての医学には、こうした[普遍性](#)と再現性が背景にある。

精神の医学はどうだろうか？[普遍性](#)には劣る。再現性は悪い。個別性が強い。個別の中でも、時期によって違うようにも見える。条件は似ていても、結果は異なるといったように、決定性が弱い。原因と結果の結合が、ある程度偶然に支配されているように見える。

それはそのように見えるだけで、人間の知性がまだ及ばないからだろうか。（わたしは個人的にはそう思うのだが）

物語から科学へ。ここでもその道筋をたどるのだろうか。

空想から科学へ。

3360

なぜきれいな顔が好まれるか。

・心身の健康を意味し、遺伝的優秀さを保証する。発達に遅滞があれば、顔に何らかの[サイン](#)が出る。病気があれば、表情に現れる。精神的に苦悩があれば、表情は晴れない。こうした諸々のことを顔が表現している。

・人は主に顔の表情から、他者の内面を読みとっている。ということは、顔のいい人は他者に対してよい感情を配給していることになる。つまり好かれることになる。他者に対してよい[メッセージ](#)を配給していると（ときに）「誤解」される人（しばしば得をする）が、美しい顔、好かれる顔である。

3361

初診インテークで、面接のセッ[ティング](#)まで終了できないか。診断面接として、何回、1回30分として行うが、二回分をまとめて行うこともできるとか。その場合の料金の説明とか。

他院での心理面接のあり方を見ていると、当院の[サービス](#)は[ダンピング](#)に近いもののように思えてくる。

3362

心気症の構造。[パニック](#)、[自律神経失調症](#)など、同じ構造をとっている。

○[パニック](#)と[自律神経失調症](#)の同型性

- ・不安のコントロールが大切。
- ・若い人に[パニック](#)が多いのは、不安の[敷居が高い](#)ので、きつい症状となって出る。老人になると、不安の敷居が低くなって、マイルドな症状で苦しむ。

3363

[デパートに学ぶ経営戦略](#)。

○顧客[ターゲット](#)を絞る。

- ・[プランタン](#)は若い女性に[ターゲット](#)を絞った。一番ではなく、唯一。特色を出す。[イベン](#)

トを打った。買い付けするときもターゲットがはっきりしているからはずれがない。従業員の服装や髪型まで、ターゲットに好感を持たれるように考えた。

・ターゲットを絞ることはできるか？

軽症・早期の例。

家庭がしっかりしている。

治療に意欲を持っている。

社保。国保。生保は不可。

子ども

若い女性.....自律神経失調症。うつ。S。

子育て中の女性.....子育ての悩み。

老いた女性.....自律神経失調症。うつ。ときどき痴呆。

若い男性.....うつ。S。薬物。

老いた男性.....うつ。

例えば、「神経症のデイケア」というように絞り込む。谷間の発想。

・この中で、やりたいのは？

子ども

パニック

自律神経失調症

神経症

うつ

Sをどうするか？

・必要性が高いのは？→需要が多いから、繁盛する。

パニック専門外来の赤坂クリニック。インターネットで宣伝。これが一つの例。

自律神経失調症→心療内科の看板に適する、カウンセリングと自律訓練法。

「心と体のクリニック」という言い方でよいか？

メンタルには行きたくないが、どこかで相談はしたい→メンタルとの差別化→メンタルっぽい人に遠慮してもらおう。でも、それではどうか？メディカル・マインドの問題。

・適さないターゲット

きたない

わがまま

病識がない

家族の理解が足りない

要するに、他人の迷惑になる人

・何で唯一になるか？他ではまねのできない「ウリ」は何か？

知性。

治療システム。

説明の方法。図表。プリント。

漢方薬ミックス。

心療内科専門医院。→[心理テスト](#)、[自律訓練法](#)。注射などの分裂病臭いことはしない。[心電図](#)などの身体の検査も、[心療内科](#)らしくない。

最大のウリは、「丁寧な[カウンセリング](#)」。

・[イベント](#)を打つなどして、[イメージ](#)を浸透させることはできるか？

[こころ](#)のくすり箱で[専門性](#)をアピール。

[こころ](#)のくすり箱で人柄をアピール。

専門外来として、枠を決めて、アピールする。十種類可能。

・[ターゲット](#)に好感を持たれるにはどうするか？

受付を頻繁にあけるのは問題がある。

同時に、面接を頻繁に抜けるのは問題がある。

服装。

髪型。化粧。変な靴下。

予約制の問題。

知人に会いたくない。

○紹介患者が多い。その中でつながらない人もいる。→方法はあるか？少なくとも、紹介元に悪い印象を残さないように工夫する。

M.Y.

○待ち時間の問題

・他人の特別扱いを見ると、嫉妬を感じる。それはまずい。どうするか。

・必要に応じて時間をかけている。時間が長いのは、必要だからだ。えこひいきではない。時間が短いのはその人が嫌いだからではなく、必要がないからだ。そのことを理解して欲しいのだが。→余計な[言い訳](#)をせずに、まじめにやるしかない。

3364

[公文式](#)を、応用する。[行動療法](#)も[公文式](#)も、つまりは学習理論だろうから、共通である。[パニック障害](#)の克服[プログラム](#)に応用できる。

できるところから、大量に反復。それが意欲と自信を生む。意欲と自信は[集中力](#)を生む。このようにして、理解と習得に[加速度](#)がつく。

「どうしてできないか」ではなく、「何ならできるのか」を明らかにする。

できるところまでを反復して確実にしているうちに、その先の所が理解できるようになってくる。

量をこなすことが大切である。これも役に立つ。面接で一度いえばわかるわけではない。繰り返すことが必要である。

学習内容は、時間が経てば減衰していく。減衰を防ぐには、再学習することだ。再学習は、初めての学習ほどは労力がいらぬ。

公文のチェックシート、進歩シートが役立つ。現状と目標が目に見えるようにする。

3365

老人、病人、美人。

こうした分類項目の意味するもの。

3366

「[アダルト・チルドレン](#)と癒し」西尾和美著、[学陽書房](#)

●事の原因を外部に帰属させて納得するのは、本当は賛成ではないが、しかし、原因が何であれ、自分を変えなければならないと決意していれば、問題はないだろう。

●外部原因説であるが、しかし[核家族](#)制度が前提になっているのではないか。集団の凝集性が高い状況では、また違った様相を呈するのではないか。ついこの間まで、個の確立などといったことを課題にしていたはずである。個の確立とは結局、経済的に豊かになって、他人に依存することなく、[自分勝手](#)に振る舞い、その結果破滅しないですむ、そのような下部構造が用意されれば、自動的に発生するものであった。[自分勝手](#)にやってもいいとなれば、[自分勝手にやるものなのだ](#)。その場合に、自分の勝手が相手の迷惑になるかどうか。それは本当に迷惑なのか。他人を尊重するためには我慢すべき事なのか。そのあたりの教育が、個の確立と関係しているだろう。

○自分はキズモノだという思い。→[自尊心](#)の回復。

●何か微妙に、思考のずれがあるように思われる。

○とんでもない事態にはまりこんでしまったという、狭窄感。

●[マインドコントロール](#)に似ている。まさに認知訓練が必要である。思考の[コペルニクス的転回](#)が必要。

○自分は他のみんなとは違っているという思い。

●このあたりも、自分が他人とは充分のつながっていないことを示しているのではないか。[マインドコントロール](#)（のようなもの）の結果として断絶しているのか、あるいは内的な特性として断絶があるのか。

○他人の問題にのめり込む。他人の世話を夢中になる。他人がとるべき責任を自分がとる。結果として相手は[無責任](#)になる。

3367

「[アダルト・チルドレン](#)と癒し」西尾和美著、[学陽書房](#)

○他人をコントロールしようとする。

●これには表と裏がある。（表）彼がわたしを支配している。（裏）わたしが彼を支配している。

○相手に幸せにして欲しいと思っている。

●自信のなさ。しかしこれが根本的な行動[パターン](#)である。

○表面的には有能。→内心自信がない。[自己評価](#)が低い。相手にしがみつく。→ますます[自尊心](#)が低くなる。

●こうした**悪循環**はいけない。自分をだめにする。

○長所を見つけて、体験を再構成する。（**リフレイミング**）。**自尊心**を再び育てる。

○優しさと愛に飢えている。健全な**モデル**がない。→だから変な男に引っかかる。

○自分で自分を守ってあげる。

●この言い方の延長で、解離を促進してはいけない。しかし、自分が真に守るべきものは自分である。

○アフターメーションの技術。この関係の本を読んで、エンハンスする。

○自分のために手紙を書く。1. 状況を書く。2. 自分の気持ちを書く。主語は、「わたしは」。3. 相手にあてて、冷静な手紙を書く。いずれの手紙も、出さなくてもいい。場合によっては出してもいい。

3368

「**アダルト・チルドレン**と癒し」西尾和美著、**学陽書房**

○自分にとって重要な人物に認められることが、自分が自分を肯定するための大切な条件である。

○わたしは親に気に入られたいから、子供を虐待した。

●このようなタイプの虐待もある。親からの悪い影響は、過去になっていない。現在である。

○一人でやっていける自信をつける。

○他人に幸せにしてほしいと希望している。

●この裏には、自分自身で幸せになる方法が分からないことがある。よい**モデル**がない。

○自分からは彼を見放したくないと考える。

●これは彼のためにもならないし、自分のためにもならない。

●**過保護**→**ストレス耐性トレーニング**ができていないということだ。教育は、魚を与えることではなく、魚の釣り方を教えることだ。そうすることは実際的にも重要だが、**自尊心**を育てる点でも重要である。希望に応じて魚を与えられる子供は**自尊心**を育てられない。惨めなだけである。自分が希望することはできるが、結局は他人の顔色をうかがっていなければならない。釣りの仕方を覚えた子供は、**自尊心**を育てることができる。自分の欲求に従って、自分で結果を出すことができる。欲しかったら釣ればいい。釣れなかったら努力すればいい。

○親は自分が子供の**モデル**であることを意識して**振る舞う**。

●これは診察室でも同じであろう。患者にどのように**振る舞う**か、それがそのまま**モデル**学習の機会を提供している。

○自分の癒しがまず大切。

3369

「**アダルト・チルドレン**と癒し」西尾和美著、**学陽書房**

○解決ではなく、改善でよい。少しでも改善する、それを目標とする。

●それだけで患者は癒される。クリニックでの方針としても大切。

●自分のことを本気で考えてくれる人がいると実感し信じられることが大切。

○健全な[コミュニケーション](#)の[モデル](#)を提供するチャンスである。

○自分ので気なかつたことや、自分の期待を子供に託して、子供を通して生きるようなことはやめましょう。自分の癒しと自分の幸せに責任をとって、子供は別個な人間であるという考えをもって接しましょう。

○アフターメーションについて。

- 1 自分の中の宝石を磨く
- 2 自分の世話をする
- 3 ほめ言葉のない人に、ほめ言葉を求めない。（自分の努力が足りないんだ、自分がもっと頑張れば相手は分かってくれる、変わってくれると信じていても無駄。）
- 4 きれいに拒否される。拒否されても、胸を張って前進する。

3370

なぜあのような人を選択したのか。

[配偶者](#)選択の問題。

そこには[人生の縮図](#)がある。あぶり出しでもある。

3371

「安全な場所」という[キーワード](#)。

1. [パニック](#)の場合。
2. [アダルト・チルドレン](#)の場合。

どちらも共通のものがある。

単に言葉の重なりだけだろうか？

あるいは、不安の共通経路ということで、最終的に同じような結論に至るのだろうか。

3372

[不登校](#)。

社会の序列の中で、自分の位置を受け入れることができない。

サル山のサルを語るような言葉であるが、実際そのようなものだから、仕方がない。

家庭での自分の位置と、社会での自分の位置とが大きくずれている場合、学校での自分の立場を受け入れ難く思うのは、無理もないことである。

社会の中での待遇よりも、家庭での待遇が悪ければ、それは社会に出て行く圧力となる。たいていはこの[パターン](#)になる。仲間と遊んでいた方が[楽しい](#)のだ。家庭は子供のためにあるのではなく、親のためにある。

逆に、家庭の方が居心地がいい場合。これだと社会に出て行く圧力にならない。

また、女性の場合には、家庭での序列、勉強社会での序列、友達付き合いでの序列と、男性よりもさらに数の多い価値基準の中で生きようになる。ここで混乱も生じるし、また逃げ道も生

じる。

単純化して言えば、勉強ができなくなったから[不登校](#)になるという場合が多い。

最初から勉強以外の[価値観](#)の中で生きている子供ならば、勉強にはついていけないけれど、学校には行くということができる。

しかし自分にも原因不明で勉強が頭に入らない、努力しても駄目。その時点で絶望的になってしまう。まあ、無理もないことである。

3373

手が震える人。

・人間の手は、動いているか静止しているかの[オール・オア・ナッシング](#)ではない。震えについていえば、どの程度かは場合によるが、必ず多少の震えはある。

・震えと不安は[悪循環](#)を形成している。

・不安が高まれば、震えを見ている虫眼鏡の倍率が上がる。倍率を上げれば必ず震えは検出される。検出されると「ああやはり震えていた」と、不安が検証され、不安は高まり、虫眼鏡の倍率が上がる。するとまた震えは必ず検出される。

・不安→虫眼鏡の倍率が上がる→震えが検出される→不安が検証され、高まる→虫眼鏡の倍率がさらに上がる。こうして[悪循環](#)が形成される。

手が震えてもいいじゃないか。目的本位で生きていけばいい。

[1998年7月24日](#)（金）

3374

[共依存](#)。

・「いつか捨てられるという不安。[劣等感](#)。」を抱きながら、女に金を無心する。

・必死で頼られると心地よい。

・自分の幸福のために生きられるように。それが精神療法の中心。

・でも分かっているんだけど、何回もいわれると自信がなくなってしまう。たとえば「1 + 1 は本当に2でいいの？」と何度も訊かれると、自信がなくなる。そんなことってあるでしょう？

・いつか捨てられるという不安があるから、どこまでなら捨てられないですむのか、確認したくなる。そこで、わざわざ嫌われるようなことをしてみる。ぎりぎりまで試してみたくなる。相手は腹を立てながら、なぜこんなことをするのだろうかと疑問に思う。この時点で、相手が正常ならば、見捨てている。しかし、見捨てないような人たちがいる。その場合に、[共依存](#)の形となり、お互いに憎しみ合いながら、離れられない。被害的に思いながら、支配し合っている。

・支配し合う関係。支配の軸が違うのではないか。一元的な軸しかないならば、どちらかが支配して他方は支配されるはずである。しかし、二軸ある場合には、支配されつつ支配することが可能になる。お互いにとって「必要」ということになる。この場合の必要とは、支配者にとって被支配者が必要ということだ。

3375

母と子の病理。

期待の病理

愛情と別のものとの[すり替え](#)

母子癒着。

S.S.、Y、Y.O.、皆同質である。母親の病理である。

母親が期待する。子はそれに応えられない。ここから病理が始まる。非現実的な要求を子供に突きつけてしまう。

原因は、「母親の現実把握が悪い」ということに尽きる。自分の願望と現実の区別ができていない。願望通りにさせようとして、子に努力を強要する。しかしできないものはできないのだから、限界が見えてくる。しかしその妥協がいつまでたってもできない。

母親は「なぜ期待に応えないか」と攻撃性を抱いている。「この子のためだ」と思うことで、攻撃性は愛情の衣装をまとう。親の責任とか、親の愛情とか、言ってはみるが、実質は、子は親の満たされない欲求を満足させるための道具となっている。表面に見えているのは攻撃性である。ここで母親が、「お前は駄目だ。これ以上期待しても無駄だ」と断定してしまえば、それなりに傷つくけれども、子は「期待の病理」からは免れることができる。母親が妄想から目を覚ますことが必要である。

子は期待に応えようとするが、できない。できない自分を受け入れることができず、症状に逃げる。

子は怒りを内在させている。自分に対して怒り、親に対して怒る。しかし怒りを抑圧しなければならない。親は自分のためを思ってくれているのだから、そのことに反抗することはできない。攻撃性を抑圧することで、現代型の[ヒステリー](#)反応が起こる。

学校に行こうとすると腹痛が起こる。親に何か言われると[パニック](#)が起こる。学校で[ストレス](#)が高まると[パニック](#)に似た発作を起こす。

親は、ただ言えればいいだけだ。自分がすることではないから、努力に上限がない。子供はどれだけ努力すればいいのか。母親が納得するまで、終わりはない。能力が追いついていかないから、できない。

親は、自分をコントロールすべきだ。子供を過剰にコントロールすべきではない。

ここに癒着がある。それは誰の喜びなのか。誰の責任なのか。

「努力」に対する幻想があるかもしれない。努力すればなんとかなるはずだと幻想している。

3376

いい子を演じることをやめられない。苦しいのに。なぜか。

「こんなに辛い。助けて」と母親に言えないのはなぜか？

3377

子の問題。その原因として母が問題の場合がある。ひいては父が問題の場合がある。母親と父親

のケアができれば、子の問題が解決する場合がある。

大きな意味で、環境調整である。

3378

「[アダルト・チルドレン](#)」完全理解 [信田さよ子](#) 三五館

○[人間関係](#)の回復がないと酒はやめられない。[アルコール依存症](#)を[人間関係](#)障害として見る。

○[アルコール](#)の治療に関わる人のほとんどが自分をACだと思った。これは自分のことだと思った。だから、広がった。

○関係の病理。本人の人格に問題があるのではなく、本人を取り巻く人や者との関係の持ち方に問題があるとするとならえ方。人との関係で満たされない寂しさや空虚感を、ハマる快感に[すり替](#)えていく、そしてそれが習慣になる。これが嗜癖の本質である。

●嗜癖の[人間関係](#)は、（たとえば、青木さん）対人関係というよりは、嗜癖に分類すべきもの。ウソの対人関係といってもいいだろう。

○父は仕事を熱心にやる。母は[良妻賢母](#)をやる。子供は[親孝行](#)でいい子をやる。それぞれが[一所懸命](#)に機能している。その果てに起きてくるのが、機能不全である。みんながよかれと頑張ってやっている。

○機能不全とは、安全感のない家族。安全な場所を提供できない。

○世話をやく人との関係に嗜癖している。「自分がいないと生活できない人」に仕立てる。それで夫を支配する。これが関係嗜癖。

○支配される人は、支配する人に苦しみながらも、離れられない。その関係を抜け出すことが、孤独になることを意味するから。

○[ケアテーカー](#)と一緒にいると、私たちはどんどん自立の能力をそがれていく。自分のことをする能力が退化する。

3379

「[アダルト・チルドレン](#)」完全理解 [信田さよ子](#) 三五館

○ACの洗い出し[リスト](#)。孤立感、極端な[自己評価](#)の低さ、愛と同情の混同、怒りや批判への脅え、自分の感情に[気づき](#)表現する能力の欠如、[自己肯定感](#)のなさ、絶望的なまでの愛情と承認の欲求、など。また、別の例では、孤立感、自己非難、失敗することの恐怖、承認されることの欲求、コントロール（支配）することの要求、頑固さ、[一貫性](#)のなさ。

○これらの中でもっとも本質的なのは「自己承認への欲求」でしょう。「居場所のなさ」の感覚、「生きていてもいいのだろうか」という感覚。

●卑屈になることによってようやく自分の居場所を確保している人も多いのではないか。そんな人たちは、自分の居場所を得るために自分がどんなに卑屈になっているか、自分の人生をどんなに台無しにしているか、そんなことも忘れていく。その感覚が大人ということだと心得ている。

●「おなたがたと同じように惨めで卑屈になる覚悟がある」と証明した者のみが、集団への入会を許される。そのようにして、卑屈さが保存される。[愚かな者](#)たちである。

○わたしのような者が生きていていいのだろうか。わたしがいるから両親の仲が悪いのではないか。わたしが悪い子だから、こんなにいわれるのではないか。この世にはいけないのではないか。

○周囲の期待に自分を合わせるだけの人生を生きてきた場合、自立して自分がどう歩んだらいいか分からない。

○自分の原家族の話をする事。

3380

「[アダルト・チルドレン](#)」完全理解 [信田さよ子](#) 三五館

○[経済力](#)を持つことと自立することとは必ずしも一致しない。

○「安全な場所」を確保すること。わたしもここにいていいんだと感じられる。→[指定席](#)。予約。挨拶。自分がいないことに誰かが気づいてくれる関係。

○経験を[ストーリー](#)化する。何度も話していると、少しずつ変化する。新たに記憶が蘇る。親についての新しい発見がある。そうしたことで[ストーリー](#)は変わる。

○現在の自分が安全感を感じていることで、消されていた記憶が甦る。

○他のメンバーが、共感を持って聞いてくれる、誰からも批判されない、涙を流してくれる。現在の自分を受け入れてくれる場所があってはじめて、自分のことを語ることができる。

○「そのときだけは、彼はわたしを必要としてくれる。」親に捨てられるのではないかという思いがずっとあって、その代わりに夫に求めていた。

●夫に何を求めるか。その淵源は親にある。「[鋳型](#)」が問題。

○三世代の関係を並べたとき、?夫婦関係、?対子供関係、?対親関係の順で優先されるべきである。これが混乱すると、家族機能不全が生じ、子供の傷つきが生じる。

○「あんたを支配するわよ」と言いながら、「あんたが言うことを聞かないとわたしは死んでしまうよ」と脅す。ACはみんなこの伸縮自在の親の術中にはまってしまった。

3381

「[アダルト・チルドレン](#)」完全理解 [信田さよ子](#) 三五館

○[アメリカ](#)では父親からの[性的虐待](#)や暴力が多い。日本では、多くが[共依存](#)的な親との関係によるもので、「あなたを愛しているわ、期待しているわ」という親の支配によって生み出されるACである。

●「[羊たちの沈黙](#)」は父からの[性的虐待](#)の話という！

○いまだに親がわたしの中に住んでいて、愛情という言葉でわたしを縛っている。

●確かにこの手の親は性悪だ。いい人の衣をまとっている。愛情の衣をまとっている。しかしその実体は支配であり、攻撃である。優越したいとする欲望である。いやなものだ。

○日本の場合、親は外にいるのではなくて、自分の中に入り込んで、愛情という衣をつけて居座っている。

○自分の人生を語るときの主役が親ではおかしい。本来なら、自分の人生を語るには自分が主役

でいいはずである。しかしそうならない。親の人生を支えていたのだから、主役になるはずがない。

○自分と親のストーリーを他人に語り、少しずつ親が収縮し、自分が主役のドラマを作り直す。親と訣別する。

○インナーペアレンツに支配されて、親の人生の共演者になっている自分が、自分の人生の主人公になる。

○親を自分の人生ストーリーの一登場人物にすること。

○こうするためには、自分が作ってしまっている親とのドラマを語り続けること。語り続けるうちに、ドラマのストーリーは必ず変わる。そして、語ることのできる安全な場所を求めること。

○困った状況に陥っても、可能性を信じることができる。その場にいる人は、どんな人出も意味がある。だからすべての人を位置づけなければならない。過去ではなく現在と未来。「いま・ここで・新しく」。考えるよりも行動する。動きながら考える。

3382

「アダルト・チルドレン」完全理解 信田さよ子 三五館

○サイコドラマでは、普段言えないことが言える。普段分からないことが立場を変えてみて分かることがある。劇だから失敗してもいいし、やり直しがきく。

○暴力を振るう夫には耐える妻がくっつく。世話を焼く人には依存したい人がくっつく。しがみつきを愛と錯覚したカップルがまた誕生する。これが共依存と依存症の夫婦である。支配する・されるの関係が貫いている。自分をACだと自己認知することで、この鎖を断ち切ることができる。自分が生まれ育って身につけてきた対人関係がゆがんでバランスを欠いていると自覚すること。親になりたがらない人もいる。自分が親から受けたものを考えると、親になるということがとても恐ろしい。自分のような存在をもうつくりたくない。

○親の問題が整理できたときに、夫婦の見方が変わる。親の問題の整理がつかないことを、配偶者との関係に移しかえて解決をはかる場合がよくある。父に求められなかったものを夫に求める。母に求めて満たされなかったものを妻に求める。こうした期待は配偶者に親を期待することであり、当然夫婦間では過重である。それが満たされないのが不満となり、夫婦の不和になっている場合がとても多いと思われる。

●異性の親に求めて得られなかったものを異性に求める。これはエディプスの発想か？世代を違えて、欲望が成就する。自分が親になったと考えてもいい。

○ACはなんでも人のせいにしているといわれるが、人のせいにすればいいと思う。人のせいになできなかったから、ここまで苦しかった。自分であまりにも過剰に背負い込んで、自分の存在までも余分じゃないかと思ひ、生まれてきたことも申し訳なかったと思う。人のせいにするどころか、自分を肯定できなかった。

●なるほど。そういう人もいるだろう。しかしそうでない人もいる、と頑固に考える。そこが難しいところだ。こちらの目も、日々変化している。

○ACという言葉は、親の影響、親の支配、親の拘束といったものを、認める言葉。「あなたの責

任ではない」と免責する言葉。

3383

[精神科医の独りよがり](#)で視野の狭い理解。これほど患者を失望させることはない。自分は所詮は理解されないのだと思ってしまう。[精神医学](#)は自分を抑圧するものでしかないと思ってしまう。しかしながら、そのように判断してきた[精神科医](#)も、浅薄な別の[精神科医](#)によって、「病気だからどうしようもない」と[レッテル](#)を貼られて、[おしまい](#)。

[精神科医](#)が診断をして[レッテル](#)を貼ることも、支配の一つの形である。ここから生じる外傷体験を語る人もいる。分裂病だといわれた。[躁うつ病](#)のはんこを押された。

これは支配である。ここにもACの発生する温床があるだろう。

一般の弱者に対して権力を行使する。この点では[精神科医](#)は小役人のようなものだ。

3384

[パニック](#)や恐怖症の形成を、[アドレナリン](#)と、[アドレナリン](#)レセプターで説明できないか？

また、仮にそうだとすれば、[アドレナリン](#)・ブロッカーが、治療に有効なはずではないか？

[アドレナリン](#)の大放出というエピソードは、レセプターを増やして、かえって過敏にするのではないか？（ここは[ドーパミン](#)での、分裂病と似ている。履歴効果。大放出にさらされると、かえって過敏になり、再発作を起こしやすくなる。）

そのことは、再びの危険を回避する効果があるだろう。また、そのような危険に二度と近付かないことは、生存に有利だろう。

β ブロッカーは有効だろうか。

慢性に[アドレナリン](#)が高い状態とは別な~~な~~の~~だ~~らう。その場合には、ダウン[レギュレーション](#)が起こるだろう。

一時的に過剰な[アドレナリン](#)にさらされる。そのことによる変化が、恐怖症であり、[パニック](#)であり、不安症である。

体質として[アドレナリン](#)レセプターが増えやすい人がいるだろう。

また、体質として、レセプター量の調節ができにくい人がいるだろう。

また、[アドレナリン](#)レセプターと言っても、体のあちらこちらにあるだろう。「どの部分の」、という議論も大切かもしれない。

3385

会社での[ストレス](#)のチェック。「すぐ開始」。

す 睡眠

ぐ ぐったり（疲労）

か 家族・同僚との会話

い いろいろ

し 仕事の不調

3386

好感度

[信頼度](#)

広告

医院経営の要素。これらをどのようにミックスさせていくか。

3387

子供らしい子供時代が子供には必要ではないか。

過度に大人であったということは、ほめられるべきことではないようだ。

子供らしくすることを許されていなかった。家族の配置として。また、経済的条件として。

子供らしい[わがまま](#)や依存は拒絶されていた。そして拒絶の場面が明瞭に記憶されている。拒絶でない場面も多々あったのだろうが、現在回想可能なものとしては、拒絶の場面が鮮明である。そのような傷として、わたしの中に格納されている。

失われたものはもう失われたまま[なの](#)だろうか。何らかの方法で、代償可能[なの](#)だろうか？償うことができるのだろうか？

わたしはわたしの中に生きている自分のために、自分の人生のために、償いができるなら行きたいのだ。

子供時代の喪失と言えるだろう。何か大切なものを失ったまま[なの](#)だ。

過剰に分別があった。分かっていた。だから自制した。そのようにして周囲を助けて、自分を殺した。犠牲にしたのである。

その苦しさをもっと発散してよかった。

甘やかされたという財産を持つ人が、人を甘やかすことができるのではないか。言葉のよい意味で。

3388

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・他人のための自分。自分のための自分。

・「[犠牲者](#)物語から英雄物語への転換」。聞く者に「危地をくぐり抜けた者のゆとり」を感じさせるようになる。それとともに、話は現在のことが中心になってくる。

●他人のための自分でしかいられないのが[共依存](#)である。

・[被害者](#)は、そのような被害にあってしまう自分というものへの自信と肯定感も失う。

●自信、[自尊心](#)、自分はいいのだという感覚。これが傷つけられたままでいる人は多い。しかも、そのことに気付かないでいる人も少なくない。そんなにまで[自尊心](#)を傷つけられて、それでも別れられない、[だって](#)、寂しいから。

・戦場で傷ついた人が、また戦場に赴く。自分ではコントロールできなかった状況での心の傷を、自分の身を同じ状況に置くことによって再現し、それによってその状況を自分の医師と力で今

度こそ支配しようとする試みと解釈されている。

- ・ [トラウマ](#)が人生を支配するとき
- ・ H.[クリスタル](#)「[災難症候群](#)」

?[コミュニティ](#)・サポートを利用する能力の低下（孤立化）

?絶望感を伴う慢性・反復性の[抑うつ](#)

?[心身症](#)・[不定愁訴](#)

?感情反応の遮断

?失感情症

●孤立に至る背景には、「わたしが悪いからだ」という罪悪感が微妙にあるのではないか。

3389

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・ 憎しみへの嗜癖（[クリスタル](#)）……どこへ行っても誰と会っても、他人への不安や怒りに圧倒されて、[人間関係](#)を作れないまま人生から逃避する結果になる。

●不安の増大に対処する方法として、憎しみを採用している。

・ 虐待された人は、自分の中の攻撃性を調節する能力、あるいは他人からの攻撃に対する不安を調整する能力が弱まっている。

●自分も身に染みて嫌なことだと分かっているが、相手に暴力を振るってしまう。自分が傷つけられたのと同じ仕方で相手を傷つける。このようにして、不幸が再生産されている。これはなぜなのか。かっとして、相手を傷つけたいと思うとき、それが心底のものであれば、自分がもっとも傷つけられた方法で相手を傷つけたいと思うだろう。怒りの瞬間にその人は相手を完全に滅ぼしたいと思うのだろう。それが攻撃性というものではないか。

●攻撃した後も、また平常の付き合いが続く。これも問題を複雑にしているのではないか。そのような攻撃性を向けた相手とは、もうそれ以後は平常の付き合いはできないだろう。しかし人間社会はそれを許さず、いろいろな形で付き合いが続く。これは人間の本性と社会の仕組みが合致しない例ではないか。

・ 次の世代の子供を安全に育てること以上に有効な[精神医学](#)的予防策はない。

・ 家族という危険地帯。

・ 虐待される女性。「ここで妥協すれば、あの人が優しくなるかもしれない」という幻想を捨てきれない。

・ 被虐待女性に共通するのは、[自尊心](#)のなさ、[自己評価](#)の低さ。

3390

K親子のケース

・ 夫婦の溝。八歳違い。夫はKの大学教授。KとTで二重の生活。愛情薄れ、性交渉もなし。金は主人の親が援助し、妻に直接わたされる。妻は誰に相談することもなく、自由にその金を使う。洋服や靴が増える。妻は会社役員の子供で、元来裕福だった。

- ・妻の母は子育てに命がけの人。子供をいい学校に入れることに熱中した。
- ・見合いで望まれてした結婚。その時も、玉の輿と周囲に言われ、親も勧めてくれた。恋愛感情といったものは希薄で、こんなものかと思っていた。
- ・夫の親が破産。現在住んでいる家も、売却の予定。300坪の敷地に150坪の家。もうこれからは「普通の生活」をするしかないという「絶望」。
- ・セックスには興味がない。子供のために、夫と仲良くすること、そのためにはセックスも必要というのなら、いくらでもする。
- ・主人には物足りない思いを抱いている。大学の先生の給料はたかがしれている。
- ・君は半分は親と結婚したようなものだね、と夫にいわれる。
- ・そうした夫婦のあり方の不満のはけ口として、子育てに熱中する。日能研に行かせる。上の姉はうまくいった。下の子はつまずいた。
- ・子供にしてみれば、「優しい暴力」である。「がんじがらめ」「逃げ場のない強制」である。あなたのためなら何でも、と言われて、成果が上がらないと、申し訳ない。
- ・成績を上げることを強要されている感じがある。
- ・子は親の悩みを不登校の形で悩み、親は子の悩みをうつ形の形で悩んでいる。それぞれが自分のことを悩めば問題は解決するだろう。
- ・子供。キャンプに行って、みんなと寝られない。それで急遽帰ってきたことがある。

3391

「アダルト・チルドレンと家族」斎藤学、学陽書房。

- そこまで踏みにじられて、どうして？との感想を抱かざるを得ない。洗脳されたような印象。催眠術にかかっているような。なぜそんな事態から抜け出せないのか。
- ・自尊心のなさが生む共依存。
- ・共依存の本質は、「人に必要とされることの必要」です。自分にとって大切な人から、「あなたがいないとわたしは生きられない」と言われることで、自分の存在がはじめて承認されたように感じるころから、共依存者の生き方が始まる。
- 「わたしの生きがいはわたしだ」こう言い切ることは、古い世代の女性にとっては抵抗があるだろう。しかし、「わたしの生きがいは夫だ」といえば夫が窒息し、「わたしの生きがいは子供だ」といえば、子供が窒息する。「私たち夫婦の生きがいは子供だ」といえば、子供が窒息する。自分が自分のために生きて欲しい。他人にかかわるときは、全く報酬を求めない心であたって欲しい。
- ・人に必要とされるための手っ取り早い方法は、その人の世話をし、情緒的な支えになって、その人が自分なしではやっていけないところまでもっていくことです。
- なるほど。そういうものだろう。事例はたくさんある。
- ・自分が一人になることに（あるいは自分で自分を直視することに）耐えられないために、他人に頼られる必要を感じてしまうところに共依存者の問題がある。つまり自尊心ないし自己確信の問題と関連している。

●見捨てられて辛い経験をしてきた人は、一人になることを見捨てられることだと思ってしまう。他人に肯定されて育ってきた人は一人になっても、他人から肯定されている感覚を持ち続けることができる。

3392

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・自己に対する否定的感情を持っている人が、人に頼られることでこうした否定的感情を感じないように、考えないようにするところに[共依存](#)の核がある。

・自己というものをそのままでは評価できないから、あるいは自己の感情や行動に確信が持てないから、自分から人を愛し接近するなどという大胆なことはできない。そのかわり自分を頼ってくる者、すり寄ってくる者の世話をして、いよいよ自分を頼るように仕向ける。

●根底にある自己不確信、というわけだ。そうだろう。そうでなければ、あれほど[自尊心](#)を傷つけられて、平気でいられるわけがない。それでも離れないでいることが全く不可解である。しかしその人の内部では、帳尻は合っているのだ。

・あたかも「弱い女性」の[生き方](#)のように見えるが、実際は、[共依存](#)はパワーとコントロールのための手段である。人を頼らせ、自分から離れられないようにして、相手を支配し、[ペット](#)化する。

・支配するために相手に尽くす。

・結果として相手の自立能力は削がれ、相手もまた、自己を確信できなくなる。

●子供が[登校拒否](#)をした。親がすべきことは何か。子供の事情を子細に探ることではない。まず自分を正常化することである。子供を愛情という名の檻から解放することである。

●「やはりわたしでないとだめなのね」と言いたいのだ。

●[セックス](#)場面での支配と被支配、依存と被依存がこうした関係の原型かもしれない。少なくとも、事情を明確化するための比喻としては分かりやすい。

●相手をだめにすることが、自分の利益になる。そのような事情。

3393

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・日本女性のほとんどすべては[共依存](#)。そのように長い時間をかけてしつけられ教育されてきた。

・そうした教育は家庭や学校ばかりではない。漫画、[ドラマ](#)、[ポップス](#)の歌詞に至るまで、[共依存](#)のすばらしさを歌い上げている。

●事例を探せば面白いだろう。

・女性が自己確信的になること、自己の幸せを守るためだけに自分の力を使うことを薦める歌はほとんどない。

・日本では特に[共依存](#)の病理が見えにくい。

●[共依存](#)は二人でだめになる病理である。

- ・回復の目標は相互に対等な親密性である。
- ・本来の自分の判断を否定したり隠したりする。自分の感情に不誠実で、それを否認する。
- 頭の切替が必要だろう。昔の言葉で言えば[パラダイム](#)・チェンジである。否認することが正しいことだと教えられてきたのだから無理もない。問題は根深い。
- ・「他人に批判される」ことを恐れ、結局は離れられない。
- ・周囲の人間にもこうした形での「他者への配慮」を求める。
- 息苦しさの中で一緒に窒息していなければ気が済まない。他人だけが深く楽々と息をしているのは耐えられない。
- ・自分の世話を受けている他人は、自分の仕事・役割に感謝し、少々の問題があってもそれを表面に出したりせずに、自分の支配下にいなければならない。[典型的](#)には親と子。[共依存](#)は支配と被支配を形成する。
- 親の愛という形での支配力である。
- 植物には水も必要だが、空気も必要だ。水をたくさんやれば[いいわけ](#)ではない。

3394

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

- それは支配なのか愛なのか。親密性なのか強制なのか。親のためなのか子のためなのか。
 - 親のために子が悩み、子のために親が悩んでいる。なぜ各々自分のことを悩んで解決しないのか。親子で境界を越えているところがある。
 - ・[共依存](#)者は他人の感情と自分の感情とをはっきりと区別することができない。相手が沈黙したり不機嫌そうな表情をしたりすると、自分が何か相手にとって不本意なことをしたのではないかと、そもそも自分に欠陥があるのではないかと不安になる。
 - ・他人が感じる感情と自己の感情とを切り離せないために、例えば、自分の愛する者が自分以外の者に惹かれるとき、彼らをそれを受け入れることができない。[共依存](#)者の[利他主義](#)は、実はこうした自他の区別の曖昧さから生じている。
 - ・親密性の根底にあるのは[自己肯定](#)の感覚である。自分は自分という[自己肯定](#)が、彼らにいっきとした感情生活を与え、シラフの生活そのものを楽しむ能力をもたらす。
 - 「生きていくのには他人が必要」。この文章の意味内容が多様である。[共依存的](#)[生き方](#)の表明ともなりうる。また、著者の言う親密さの意義の表明ともなりうる。他人なんか必要ないということではない。他人なんかどうでもいいとか、道具に過ぎないとか、利己的になれとか、そんなことでもない。[共依存](#)は、見かけは利他的であるが真実は利己的だ。
- 人間は心底は実は利己的[なのだ](#)から、その上に立脚して、他人を傷つけない[生き方](#)を探すべきだ。利他的なふりをして、実は他人を支配し傷つけ続ける[生き方](#)はよくない。
- 過剰な一体感実は誰かの支配であり誰かの利益になっていないか。そして陰湿な強制力が働いていないか。[オープン](#)でない湿った感じ。

3395

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

- ・男女関係はいつでも大人・子供関係へと墮落する危険をはらんでいる。
- 男女関係をとることができない場合には、あるいは面倒な場合には、親子関係をとってしまう。妻に対して子供と同じ立場で接している夫は少ない。
- ・自分の男性性に自信のない男が[マッチョ](#)を気取る。暴力に至る。男が謝罪し、愛を告白し、女がそれを受け入れる。そのようにして始まる関係は、そのスタートの時点から男の[プライド](#)を傷つけることになり、我慢を強いることになる。彼の怒りは関係を結びなおしたその時点から、再び蓄積しはじめる。暴力男が自分を抑制し、静かにしているときこそ、暴力の欲求が蓄えられているときである。
- ・なぜ逃げ出さないのか。
- 実にそれが[不思議](#)だ。
- ・暴力から逃れる[シェルター](#)にたどり着いたとしても、女たちは言う。「自分がいないとあの人はやっていけなくなる。死んでしまうかもしれない。かわいそう」「置いてきた子供が心配だ」
- だからこそ、嗜癖の[パターン](#)という。
- ・まず教育[プログラム](#)。次にグループ療法。
- これは大切。[デイケア](#)でもこれをきちんとすればよかった。
- ・頭では分かっている。しかし離れられない。それが嗜癖。
- ・嗜癖をやめられるのは、底をつき、死ぬか、別の[生き方](#)をはじめるかの選択を迫られるときだけ。
- この現実を直視する必要がある。

3396

自分の人生を自分が信じる。それで充分だ。誰にも決めて欲しくない。他人に何が分かるというのだろうか。最終責任は自分がとるしかないのだ。だれも自分の人生を代わりに生きてくれるわけではない。

3397

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

- ・夫婦間暴力、近親姦、[児童虐待](#)は、家庭の外に出ない。家庭内の[権力者](#)による権力の濫用である。[加害者](#)たちは、家庭の外で体験するパワーの欠損を、家庭内のこれらの行為で代償している。
- ・そうした危険な場所の中で心理的に破綻しないでいられるためには、病的な心の防衛法に頼らなければならない。こうしてものを[いつまでも](#)使い続け、問題の解決が引き延ばされるうちに、子供たちは次の世代の[加害者](#)や[被害者](#)に仕立て上げられる。
- ・夫婦間暴力の場合、子供たちが、繰り返される暴力の目撃者の役割につく。あるいは母親の情緒的不安定の影響を受けながら育つ。
- ・夫婦間の暴力の場面は次には愛着の場面に切り替わる。これが親[イメージ](#)のまとまりを悪く

する。「よい親」と「悪い親」が分割されて存在するようになる。

- ・悪い親は否認されたり、親以外の他人に転化されたりする。（→投影とっていいだろう）
- ・よい親に対しては自分を、叱られ、無視されて当然の存在とを感じるようになる。ここから**自己肯定感**の損傷が始まる。**自己評価**の低下が始まる。これは子供の安全感を危険にさらす。その結果、よい親を取り入れて、自分のものとする。**加害者**の暴力男に同一化して、**無力感**を幻想的な全能感に置き換える危険な子供がうまれる。

●いまひとつの論述。親の像の**スプリッティング**から、内的対象の**スプリッティング**へ、そこから病理への発展。ここがもっとうまく描けるはずだ。

3398

「**アダルト・チルドレン**と**家族**」**斎藤学**、**学陽書房**。

- ・「彼は父とそっくりだ。危ないと思った」「でもその後、一緒にいないとたまらなく寂しい」。**社会生活**では**不器用**な、**プライド**の高い、**危険**で**マッチョ**な男を、哺育し、**自分**だけを愛する**成熟**した男に仕立て上げることは、**彼女**にとって一生をかけても悔いのない**大事業**である。これに**成功**すれば、**良心**との生活の中でひび割れた部分を補修することができる**無意識**のうちに考えている。「**普通**の男」では**もの**足りない。

●欠けた部分の補修を**人生の目的**とするタイプ。それは実際には多いかもしれない。

●事柄の**本質**は逆ではないか。上の**記述**は**目的志向**であるが、**進化論**と同じで、結果的に**彼女**は多くの**報酬**を得る（誤った**報酬**ではあるが）ので、その行動**パターン**が**固定化**するということだろう。

- ・**機能**不全家庭。その**意味**の範囲は広い。

- ・**アダルト・チルドレン**。忘れられた**子供**。静かでいい子。問題を起こさない。注目をあびない。

- ・**子供**にとっての**安全な基地**であること。その中で**子供**が十分に自らの「**自己**」を発揮することができること、これが**健康な家族の機能**である。

- ・**言葉**にされない**ルール**に**からめ**取られ、**子供**の心の発達はある段階で停止する。

●なるほど。**秘密のルール**というわけだ。見たことも見なかったことにする。口にしてはいけない。感じたことも感じなかったことにする。そのような家庭という**もの**。

大日本帝国という**システム**も、そうした**もの**の一つに思える。

3399

「**アダルト・チルドレン**と**家族**」**斎藤学**、**学陽書房**。

- ・**子供**たちは**機能**不全家庭を維持するための**役割**を担うようになる。

- ・**自分**の都合ではなく、家の中の**雰囲気**、**母親**の顔色、父親の機嫌などを優先して考える。

●このような人は多いだろう。**特に受動的**で**女性的**で、なんだかんだといっても家庭にとどまるようなタイプの人たちには多いのではないか。**自分の経済的社会的立場**を確保する点でも、**必要な戦略**なのだろう。たとえば**自民党**・**官僚**・**大企業**のもたれ**あい**の中で、**自分**が生きて行くに

はやはりその末端に連なるしか方法がないようなものだろう。既存の権力に対抗できない場合は、結局、権力を補強するのだ。また、対抗していたとしても、かつての社会党のように、結果的には権力の補強に手を貸していたと注釈をつけていい場合もあるだろう。反逆しているように見えて結果的には権力者の権力維持に貢献している場合が、家庭でもあるだろう。

・彼らは自分の感情を感じるができない。自分の欲望を持つができない。自分の欲望を棚上げしたまま、他人の欲望を自己に取り入れ、それを自分の欲望のようにして生きている。それが共依存である。

・このような人たちはアルコール、薬物による酩酊に頼りやすい。それらは本来の自己、欲望をもった自己を取り戻せたような気にさせる。

●利他的生き方と共依存の生き方との違いを明確にすればよいだろう。共依存の場合には、何か強制的で支配的な側面がある。完全な利他の立場で接していますかと点検し直すことが必要だろう。「あの子のために」といいながら、「それがわたしの生きがい」となっている。その息苦しさを分からないのは利他主義ではない。

3400

「アダルト・チルドレンと家族」 斎藤学、学陽書房。

・周囲が期待しているように振る舞おうとする。それは彼らが「見捨てられる不安」に脅かされているからだ。

・治療を受けるようになってから余計に抑うつ的になる場合がある。治療者に見捨てられるのが怖いから、自分を病人とみなす治療者の視線に迎合する。

●診察室で、患者として扱われることの心地よさはあるだろう。

・ACは極端に自己評価の低い、自尊心の損なわれた人である。それが彼らを完璧主義に導き、その結果、かえって何もできなくなっていることが多い。

・何かをすると自分の中の完璧主義の声はその成果を批判する。だから恐くて何もできなくなる。

・他人からの批判は、たとえ暖かいものであっても、手ひどい非難のように聞こえてしまう。たたきのめす。

・尊大で誇大的な傾向もある。真の自分を知られたくないところに由来する部分もある。

・自己愛性。自分が場の中心に置かれないと、寂しくなったり、怒りが湧いてきたりする。

・孤高を気取って高慢に振る舞い、周囲を下俗、無知などと罵るのは、自分に従うものだけを周囲に集めようとするから。

●そうしておけば、自分は批判されないですむ。無批判のまま賞賛に包まれるという幻想を続けることができる。その代わり、現実の変化には対応できなくなる。地震の前に地殻に蓄えられるひずみのように、徐々に破局が用意されてゆく。

3401

生育歴に現在の障害の原因を求める方向。やはりもっと真剣に考えていだろうと思う。わたしは病気主義に傾きすぎの傾向がある。

3402

女性の社会進出は何をもたらすだろうか。

進化の仕組みとして、優秀な、適応度の高い精子を選び出し、次の世代の適応度を高めるようにできている。そのために、男性は適応度の試験を課されている。それを見定めて、女性は受精に応じる。

女性の社会進出は、女性の側の序列化をまた一歩進めるだろう。従来も、男性をはかるのと同じ物差しで女性をはかり序列化することと、女性独自の価値の序列の併存が行われてきて、その故の混乱も生じていた。

今後はこの価値の複数化による混乱がさらに深まるのではないか。

3403

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

- ・ [共依存](#)は「偽の親密性」である。
- ・ 支配欲と愛情を混同している。
- ・ [自己評価](#)が低く、他人によい評価をされても、その背後にある悪意を読みとろうと「[マインド・リーディング](#)」を絶えずやっている。これが一歩進めば妄想になる。こうした態度は彼らを孤立させ、その孤立が彼らの[自尊心](#)をさらに下げるという[悪循環](#)に陥る。
- ・ 表情に乏しい。
- ・ 楽しめない。遊べない。
- ・ 他人が自分をどう思っているかに気を取られて、楽しめない。
- ・ 他者からの「あるがままの受け入れ」が得られないことに早々と失望してしまう。常に寂しさの痛みをかかえ、これが彼らに人生を苦しいもの、生きる価値のないものと感じさせる。
- ・ 「その人に愛して欲しい」と思う他者に対する怒りや恨みを鬱積させ、ときに爆発させる。激しい怒り。これが[心身症](#)の形をとったり、[摂食障害](#)、薬物依存、[ギャンブル](#)依存の形をとったりする。
- ・ 自己処罰の傾向がある。
- ・ 親たちのために生きてきたのだから、親たちの期待からはずれたことを自覚すると自己処罰の感情にとらわれる。窃盗癖の場合でも、窃盗ではなく処罰に関心が向いている。
- ・ [無力感](#)・離人感。
- ・ 診察場面でACに新たな[トラウマ](#)を与えてしまうという失敗を犯すことがある。ACは人生に[トラウマ](#)を呼び込みやすい人々である。

- ・酒や夫のために生きないで自分のために生きること。
- ・人のためにだけ生きて、自分の生に喜びを見いだせなければ、意味がない。

3404

精神療法

- ・宇宙の広大さに比較して、自分の存在や、自分の悩みが、どんなに小さいものかを納得していただく。140億光年の孤独である。人間の生の無意味さを心底まで悟っていただく。それが大切だ。それがもっとも根本的な精神療法である。
- ・解剖学の時間。徹底的唯物論。この塊がつまりは人間なのだという認識。そこから出発すれば、現世のいろいろなこともかなり小さく見える。本当の大きさを測定できる。心理的錯覚を訂正できる。
- ・人の死にゆく現場を体験する。この世に生きていることの大切さをもう一度思い出すことができる。「この桜の花の美しさ」をもう一度知ることができる。
- ・ときどきは、このようなものに触れてリフレッシュする必要があるだろう。

3405

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

- ・自分の欲望や感情に従って生きることをしないから「よい子」に見える。
- 抑圧される前に自分で抑圧している。内在化している。それがよい子、分別のある子と映る。
- ・人の世話を一生の仕事として選ぶ人も少なくない。[看護婦](#)、[ケースワーカー](#)、医者にはACが多い。
- 例えば、医者にはACが多いと言われて、そこでそんなに悪い気はしないのではないか。それがACのいいところではないか。他人の責任も自分の責任として引き受けてしまっているところが悪いのだ。他人の悪いところも、内部に引き受けてしまっているところが悪いのだ。堂々と、そんなことは自分に関係ない！と言い放つことだ。そのようにして切り離すことだ。べつとりとまわりついてくるものにいつまでもつきあう必要はないのだ。
- ・共依存性……周囲の他者の必要を満たすことによって、はじめて自分の存在を肯定できるような考え方、[生き方](#)。
- 自分自身は空っぽである。相互に他者を自分の人生の中身としている。中空である。そのような構造を意味があるものと考えたこともあったが、実はそうではない。それは病的な姿であった。そう考える。
- ・ACのもう一つの側面、怒りと攻撃性。パワーへの渴望を心に秘めるようになる。
- ・[アリス](#)・[ミラー](#)は精神分析に一種の精神的暴力を認め、一定の距離を置くようになった。

3406

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

- ・ACは、憎悪の対象であるはずの親に似てくる。

●必ずしも憎悪だけではないが、親の問題点を反復する。「否応なしにはまっていく [メカニズム](#)」が、実に [不思議](#) である。「刷り込み」のようなものだろうと思う。

・迫害者の親 [イメージ](#) は分割され、パワー部分は神格化され、憎悪部分は他者に転化される。

●転化の語は正しいか？

・被虐待少年は過酷な生活を [ファンタジー](#) で癒す術を身につける。

●日本の [私小説](#) 家たちは、この種の人たちが多いのではないか。 [石川啄木](#)、 [太宰治](#)。？

・ [ドイツ](#) 女性たちのACとしての要素が、 [権力者ヒトラー](#) への共鳴を呼んだ。

●日本ではオーム真理教の問題が記憶に新しい。教団に集まった人たちの中に、分裂病の人が沢山いる。正常度のやや高い、 [リーダー](#) 層の人たちには、マイルドな精神病の人たち、性格障害の人たちが、かなり含まれているだろう。そのような人たちの混合物である。

●また、藤沢病院の [デイケア](#) を核として成立している劇団。中心部分には性格 [障害者](#) たちがいて、周辺部分には分裂病患者たちがいる。これも [宗教団体](#) と同じ構図であろう。

・自己を癒す必死の手段として、 [ヒトラー](#) の演説があった。

●こうした病理が、個人の病理にとどまらずに、社会の病理にまで拡大して行くところに問題がある。多分、宗教という現象は、このような成立過程を持つのだろう。

●何が健常で何が病理であるか。それは政治の問題だとも言えるだろう。 [多数決](#) の問題である。

「現実との照合」という面と、「 [多数決](#) 」という面と、両面がある。

3407

「 [アダルト・チルドレン](#) と家族」 [斎藤学](#)、 [学陽書房](#)。

・家とは、人工子宮が子供の成長に沿って拡大したもの。人間は早産で生まれるから、生後数ヶ月は親の腕と胸が作る空間（人工子宮）の中で過ごす。

●家という空間。育成、刷り込みの空間。子は [逃げられない](#)。

・この世界には一定の秩序と連続性があり、自分の生は周囲の人々から支持されている。この信念を破壊するのが [トラウマ](#) である。 [世界観](#) に亀裂が走る。

●それを「 [人間不信](#) 」と言ったりするのだろう。 [世界観](#) という観点で診察室で問題にする人は少ない。しかし同じことだ。彼らにとって世界とは他人のことだ。

・生後初期に群から切り離された場合、たとえその後群に戻され順調な発育を遂げたとしても、群に混乱が生じて [ストレス](#) が [高まったり](#) したときには、攻撃的な行動や極端な [引きこもり](#) が見られる。

●生後初期にこうした意味での [ストレス](#) 耐性が決定されるのだろうか。「 [ストレス](#) に弱い個体」は、集団にとって何か意味があるのだろうか？それとも単に、淘汰されるべき、無価値の個体 [なのだろうか](#)？

● [ストレス](#) 耐性の低い人は社長になってはいけない。危機に際して頭が真っ白になる。しかしそれでは、成長過程の劣悪な環境がすべてを決めてしまう印象である。劣悪な生育歴「にもかかわらず」立派に人になる、こうでなくては説得力がないではないか。

●しかし [スポーツ選手](#) の場合にも、骨格の成長など、臨界期に充分適切な環境にあることが大切

と考えられる。脳でも同じではないか。臨界期に心に「隙間」や「空洞」ができると、それ以後、その上にいろいろな構造物が乗せられることになる。危ない。もろく、崩れやすいものとなるだろう。

3408

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

●生後初期の分離体験は、生後初期に、強い[ストレス](#)下での適応を強制されることだ。そのような個体は、[ストレス](#)に強くなるはずではないか？なぜなら、そのような劣悪な環境下でも生き抜いたのだから、それだけの強さはあるはずである。[ストレス](#)試験に合格したから、今生きているということになるだろう。それなのになぜ、生後分離体験のない者のほうが成長してから問題が少なく、分離を経験した者は後に障害を発生する可能性が高いことになるのだろうか？

●生後初期の分離体験が、心に「ひびを入れる」。それは分かる。ひびの入った心は、いろいろな局面で、ひびの影響を受けるだろう。ひびのっていない[陶磁器](#)のほうが丈夫で長持ちするだろう。

●脳の成長の[プロセス](#)で、本来予定されていない[ストレス](#)にさらされて、予定外の成長をたどることはあり得るだろう。それは結局は「破損」と評価されるべきことなのかもしれない。

●しかし、生きていれば、心にひびを入れる出来事はたくさんある。最初のもろい時期にひびが入ってしまい、しかしそれでも生きているのだから、それ以後のひびには強いのではないか。

●心の古いひびと新しいひび。ひび割れ。

・男児の場合、被虐待児は[加害者](#)に同一化することによって、恐怖と絶望を防衛する傾向がある。

●悲しい連鎖である。しかし仕方がない。それがこの世界の構造である。あえていえば、初期条件を定めた者の責任である。結局どんなことも本人に責任なんてないのだと、[精神科医](#)風に語りたくなる。脳の損傷も、生育の欠損も、あるいは何かの過剰も、本人の責任の範囲ではない。

3409

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・暴力の目撃者になることも、[トラウマ](#)になる。

●内山の例。父は外に女をつくり、母に暴力を振るう。足で顔をけて、指が目に入り、母は失明した。いま父はその女と暮らしている。そして母を責めたのと同じような調子で、いま内山を父が責める。気に入らないという。

・「やさしい暴力」

・子供への期待の圧力。親の[価値観](#)の押しつけ。親の夫婦関係は冷たい関係にあることが多い。

・夫は仕事依存。家族とのかかわりが極端に薄い。夫に置き去りにされた妻は、子供との間に情緒的距離を保つことができず、母子間軽は極度に密着して、親と子の分化が充分でない。姑の存在など、上の世代からの圧力にさらされている場合も多い。

●夫に置き去りにされた妻は、子供を完璧に育てることで、見返そうとする。夫は妻を、「役に

立たない、世間知らず」となじる。その批判に答えるために、[子育て](#)に熱中する。完全に支配し、「成果」を上げようとする。成績を上げさせる。そのことで夫に対して、姑に対して、自己主張している。子供は何だろう？ただの道具である。[子育て](#)を通じて夫と姑に対抗している。[子育て](#)を通じての[自己実現](#)といった程度のもんでもない。完全にそれ以下である。

●姑に対しての対抗心も強い。姑は夫を育てた。それ以上の子供を育てなければ妻の「負け」である。

・親は子供の[世界観](#)に侵入し、これを暴力的に制圧する。親はその暴力性に気づいていない。親自身がすでにその心を他者に制圧されているからである。

3410

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・父は職場の期待を読みとり、その期待に沿って生きる。母は夫や姑の期待を読みとり、その期待に沿おうと[共依存的な生き方](#)のなかに溺れていく。「子供もまた、[親の期待](#)を読みとり、その期待を満たす方向に生きるべきである」と親が考えたとすれば、この考え方がすでに暴力的である。これが「やさしい暴力」であり、「見えない虐待」である。

●自分の大切な人のために生きるという標語は美しいものとして定着している。[宇宙戦艦大和](#)は、「[愛する人](#)を守るため」に戦うのだった。

●いい成績を上げ、立派な人になることを期待されている子供。あなたがわたしの[生き甲斐](#)なのよと言われて育つ。その期待から逃れる方法はない。それは立派な親だから、反抗しようがない。

・統制と秩序、効率性。これを子供に押しつける。

・よい子たちは、真の自己とは無縁な、偽りの自己の鎧を着込んで、喜びの少ない生涯を送ることになる。

●喜びを味わうこと。

・よい子たちの多くはいずれ[親の期待](#)を満たすことに絶望するようになる。

・何らかの挫折体験をきっかけとして、[家庭内暴力](#)が始まる。

・絶望の[サイン](#)を親に送る。これまで言ったこともない要求をする。

・要求をのむと騒動は大きくなる。子供が本当に求めているのは、個々の要求ではなく、自分の存在そのものの「承認」である。「わたしのほうを見て」「わたしそのものをそれでいいと言って」という[メッセージ](#)を親が汲み取ることを求めている。

・自己処罰の傾向が事態を複雑にする。親による処罰がさけられないところまで、自らを追い込む。

3411

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・暴力の結果として生じる家族関係の変化は、結局荒れる子供の母親の「隠された意図」とを表現したり、「表現されない怒り」を表現したりしているように見えることが多い。

●なるほど。こうした側面はあるかもしれない。

・子供の暴力は、危険なまでに融合した母子関係（情緒的近親姦）を切断し、息子と母の距離を広げることに役立っている。

●母と息子、母と娘、この非対称な関係。

・「お母さん、あなたは空虚です。」「自分の中身を充実させて欲しい。」[青少年](#)たちが母親を「[ロボット](#)」と呼ぶことはまれではない。

●自分の幸せ、自分を充実させる、そんなことを言われてもどうすればいいのか？[カルチャーセンター](#)に行って趣味を見つければいいのか？そのように困惑していた人もいた。[自己実現](#)の感覚に乏しい。

●誰かの[応援団](#)になることでその人を部分的に（できれば全面的に）支配する[生き方](#)。自分が[プレイヤー](#)にならない。自分は観客席で応援したり、監督になって指示を送るだけ。

●[共依存](#)の母子カプセルは[スポーツ選手](#)や[タレント](#)の場合を考えるとわかりやすいかもしれない。母は[マネージャー](#)、子は[タレント](#)または[プレイヤー](#)といった場合。勉強もその延長にあるだろう。

●そんなに勉強が大事なら自分が勉強すればいいのだ。そう母親に言えばいい。また妻に言えばいい。

・息子の迷いと自分の迷いを区別できない母親。

●変な[カウンセラー](#)の害は大きいものだ。[無責任](#)である。しかしそのことを自覚していない。事態が悪化すればそれは子供や親の責任。改善すれば自分の手柄というわけだ。

3412

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・親たちの[ミーティング](#)。「まず親の治療から」。妻の[共依存](#)、夫の仕事依存と「男らしさの病」。

・暴力を振るう子供の問題点は、暴力と「理解されない要求」という形でしか、親たちに思いを伝えられないことだ。

・治療者にできることは、子供の[メッセージ](#)の意味を親たちに通訳し、親子間で途絶した[コミュニケーション](#)を回復することである。そのためには、親たちに聞く耳を備えてもらう必要がある。自らの[価値観](#)を変え、人間として成長していただくことが不可欠である。うまくいけば、子供は親たちの問題を引き受けることをやめて、自分自身の問題に直面するようになる。

●母子癒着のカプセルの中で、母親の葛藤を子供が苦しむ。暴力や[登校拒否](#)の形で苦しみを表現する。まさに一体である。子供が学校に行けないということを今度は母親が苦しむ。それは自分のコントロールが失敗しているということでもあり、また、子供が苦しむべきところを母親が代理で苦しんでいるということでもある。

●母の心の中には子がいる。子の心の中には母がいる。このようないれこ構造ができています。どこにも「中身」というものがない。

●しかし考えてみれば、中身とは何だろう。せいぜいが趣味程度のもの、よくて仕事、しかしそ

れもどうも人生の中身、人間の中身というには疑問が残るのではないか？母子癒着で生きている母親に限らず、人間一般に、[空っぽ](#)なのである。また逆に、中身があるなどと本気で思っているとすれば、そちらほうが甚だしい思いこみではないか。

●[空っぽ](#)なのはむしろ自然である。[空っぽ](#)のままでもいいのだ。そこを他人で満たそうなどと思うから、いけない。そこは神の通り道である。時々神の風が吹いてすぎる、そのために空けておかなければならない。

3413

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

●だから結局、適当に距離をとるということだ。盲目になって、この子が大好き！などといっているうちは、妄想状態である。妄想で考えられている子供と現実の子供との間に差がある。その差を縮めようと子供は努力する。適当な範囲に縮まればよい。しかし縮まる前に子供が息切れしてしまうことがある。そのとき子供は、現実のこの自分が大切か、親の心の中にすむ幻想の子供像が大切か、[二者択一](#)を突きつける。そして親に拒まれたとき、こどもは自分を認めると交渉を始める。

●しかしまた逆に、子供も、親の中の幻想と張り合うのもいい加減にしないとイケない。それは親の心の中のことである。子供が全部支配できるわけではない。その点では距離をとることが必要である。人それぞれの[ファンタジー](#)を抱いて生きている、それだけのことだ。母親はその[ファンタジー](#)を子供に押しつけてはいけない。子供は母親の[ファンタジー](#)を捨てるように強制してもいけない。現実^は現実、[ファンタジー](#)は[ファンタジー](#)である。どちらも大切である。厳密に一致させる必要はないではないか。なぜ適当に距離をとってられないのだろう。「距離をとることが必要だ」と知識として分かればそれでいいのではないか。

・家庭内[トラウマ](#)が起こった時点で子供の心の成長は停止する。

●しかしなぜそうした困難を、自分のプラスの教材として主体的に読解することができないのだろうか？辛いことでも、人間や世界のあり方の一面として教材とすればいいではないか。全面的なマイナスの体験というものもないだろう。読解する力の問題ではないか。そこに何が書いてあるか、分からないだけの話ではないか。そうしたことの導きをしてあげるのが親というものだろう。→これが先輩の仕事である。辛い体験があったとき、それをなかったことにするのは親として正しくないだろう。

3414

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#)、[学陽書房](#)。

・ACにとって、外界は自分を迫害する恐ろしいもの、自分は迫害を逃れるために[カメレオン](#)のように変化する[主体性](#)を欠いた存在。

●無力な自分が生き延びるための方法。自分を変化させること。記憶を変化させること。[主体性](#)を捨てること。都合の悪いことを分離すること。

●自分があまりに無力なうちに分離を体験した場合は、こうした「無力である自分がいかに世界

に適應するか」「圧倒的に強力な迫害社に対していかに自分を守るか」といった課題に、「生存のためには自分を変えて、主体性を捨てて、生き延びる」といった方式の戦略で臨むことを学習するのではないか。

●成長に見合った適切な課題が必要である。子供に重すぎるバットを握らせるようなものだ。骨折してしまう。

- ・ぬくもりと安全感を与えるグループ。
- ・君はそのままいい。君はそのままこの世界に受け入れられている。
- ・「どうしてこの家を嫌いながらこの家を離れなかったのか、いまでは分からない」
- ・成長の始まりは、問題に名前を付けること。
- ・ACの成長は、①安全な場所の確保、②嘆きの仕事、③人間関係の再構築。
- ・偽りの自己を捨てること。真の自己にかぶせられた偽りの自己は、外敵の攻撃から身を守るためには有効である。しかし一方では、真の自己を窒息させてしまう。
- ・ACは、共依存的自我を手放そうとしない。手放したときに自分を襲う新たなトラウマを予想し、その恐怖にうち勝つことができない。「苦悩の中の安定」に身を置き続けようとする。

3415

「アダルト・チルドレンと家族」斎藤学、学陽書房。

- ・「わたしはすべてを犠牲にして、この娘のために生きています」と語る母。
- しかし、こうした共依存的生き方にも理由はあるのだろう。進化論的有利さがあるのだろう。たぶん、生存環境がもっと厳しくて、自己実現どころではない環境では、有効なのかもしれない。栄養と睡眠をとり、病気から身を守る、それだけのことで全部のエネルギーを費やすような環境下では、共依存的生き方が有利なのではないか。
- また、農耕民族の中では共依存的生き方が報われる生き方だったのかもしれない。狩猟社会では、共依存的生き方は報われることの少ない「病的な」ものと映っていたのではないか。
- ・まず力の抜き方を覚えていただく。
- アルコールにはまる人が何と多いことか。民間の安定剤である。
- ・援助が急すぎると、かえって彼らの自尊心を傷つけ、力を剥ぎ取ってしまう。→再度の傷つけにつながる。
- ・よちよち歩きの幼児が転んだとき、幼児の立ち上がる力を信じられる母親は、幼児を見守るが手を貸さない。泣き声にも動揺しない。立ち上がった子供の力を称える。子供は自分を見守る母親の瞳の中に、自分の力への賞賛を見いだす。それを肯定的自己イメージの素材とする。
- ・こうした見守り（ウォッチング）には、時間と心のゆとりが必要である。ゆとりを欠いたとき、母親は性急に抱き上げたり、叱りとばしたりする。このような体験を繰り返す子供は、自分の能力を自覚する力を発揮させることができず、母親に依存し続ける。
- その母親にとってはそれも利益である。

3416

ある大学講師。「同級の彼らが遊んでいるときに、自分は勉強していた」と語る。恨みがこもっている。彼はそのようにして自分の未来に投資してきた。だから、その未来を手放すことができず、姑息な手段を弄して組織の中で生き残ろうとしている。しかしその未来は彼にコントロール可能なものではない。不安定要因が多すぎる。そこで彼は深刻な葛藤状態に陥る。彼にしてみれば、当然の報いを要求しているだけなのだろう。彼は自分の未来に投資したのだから。しかしそれは保証のない株投機のようなものだ。報われたいからといって、誰のせいでもないではないか。

そのような彼の葛藤が周囲の人々を傷つける。痛ましいことである。

3417

[心療内科](#)の患者がこんなに多いなんて、やはり現代の社会のあり方に問題があるのではないか。[不安神経症](#)、[自律神経失調症](#)、[不登校](#)などがこんなに多いなんて思わなかった。[軽症精神障害](#)。入院が必要なほどではない。

3418

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

- ・「よい治療者は、わたしをコントロールしようとするのではなく、わたしが自分で自分の行動を決めるのを助けてくれた」
- ・援助するつもりが、逆に新たな[トラウマ](#)のきっかけを作ったり、本人の力や[自尊心](#)を剥奪してしまったりすることが多すぎる。
- ・安全な場所とは何か。
- ・「先生はわたしの話だけではなく、わたし自身に関心を持ってくれる」
- ・肯定的自己[イメージ](#)を徐々に人格に統合する。
- ・自分が狂っていたのではなかった。狂っていたかに見えたものは、極端な[ストレス](#)への正常な反応だった。これが現実に即した認識である。
- このような説明がいいだろう。患者を育てることができる。診断はしばしば患者を切ることになる。
- ・自分が安全を売る商売をしているという自覚を持たない治療者から安全を買おうとしても無理である。
- ・まず食欲と睡眠の安定を図る。不眠や不安をコントロールすることは自分を守る第一歩である。
- この説明もよい。薬でコントロールできるのはこのあたりです。その先の精神的なことについては薬は届きませんと説明するのもよいだろう。
- ・なぜあなたが危険な場所にしがみついてしまうのか、そのわけを理解し、その場所から去りましょう。
- ・ACはACに出会うだけで、孤立感から救われる。安全な場で、こうした出会いがあるといい。

3419

クリニックに行かないと母親の機嫌が悪くなるから。そう言っていた息子。その後で[カウンセラー](#)に、「いい年をして、化粧濃くて、男がいると色目を使って」などと悪口を言っている。そんなに母親が好きか。嫉妬してどうする。やはり母子分離が必要だ。あるいは、もっと高級な防衛機制を使って欲しいものだ。それが大人というものだ。

3420

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

・まず心理教育的な[講演会](#)を六回程度。聴衆として話を聞くという受け身の態度を維持している限り、過度の情緒的動揺を体験することもなくてすむ。

・集団の目的と、方法が指示的に与えられる。どのように振る舞いどのように考えればよいか、悩まなくてすむ。

●[ダイケア](#)場面でこれが必要だった。患者に理解がなく、さらにひどいことに職員の側にも著しく理解に欠けている人たちがいた。何を、何のために、どうすればいいのか、分からないまま、患者の病理に巻き込まれていく。巻き込まれていることが優しさで、その苦痛に耐えることが[専門家](#)だと誤解している。

・グループというものは、成立と同時に、グループ維持のための[ルール](#)が生じ、メンバー間の秘密の共有や[タブー](#)の発生に犯される。あらゆるグループはこうした腐敗に犯されやすい。

●こうした集団力動の特性を理解した上で運営しないとうまく行かない。さらにこの上に個々の人間の病理が重なるから複雑である。

・ようやくの思いで人に話したところ、ばつの悪さと屈辱感、罪悪感だけが残ったという場合、語る相手を間違えたのである。

●[アドバイス](#)はしばしば相手を傷つける。こうした傷つけへの感性がないといけない。

・[トラウマ](#)体験を話すことは、退行と依存を生じさせる。それが相手の[共依存性](#)を刺激する。[共依存](#)関係に入り込み、お互いの成長が停止する。その関係はいずれ破綻して両方に新たな[トラウマ](#)を与える。

●語ることで再度傷つくことがあるわけだ。

3421

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

・年上の男性[セラピスト](#)と若い女性[セラピスト](#)の組み合わせは禁忌である。彼らの問題は基本的に男性による「権力」支配の問題に関連しているから、男性の権力がグループに浸透しているような場では、回想も悲嘆も発展しない。

・初期の個別面接では、回想は感情を伴わない単調な繰り返しであることが普通である。

・「[クライアント](#)から投げ出される連続写真や[サイレント映画](#)の一部のような回想の断片に、音楽やセリフをつけること。」（[ハーマン](#)）

・[イメージ](#)の断片を記憶として統合すること。

- ・「家族の[アルバム](#)」から気になる数枚を抜き出してもってきてもらう。
- ・子供のうちから成人としての責任や役割を負うことになってしまった場合、その嘆きは人格に統合されることなく、「内なる子供」の悲嘆として、[いつまでも](#)残る。
- このあたりの感覚はよく分かる気がする。「子供のうちから成人の役割を引き受けた」そのことがなぜ、後年になって苦しさとして残るのだろうか？一種の恨みとしてとらえてよいのだろうか？
- ・恋人と別れるという喪失が、小さい頃自分が親に愛されなかったということによる喪失体験を呼び起こす。こうして自分の中の過去と向き合う。
- このあたりは[精神分析](#)的感覚。
- ・[共依存](#)自己は、外傷を受けた真の自己の傷が、歪んだ形で覆われて生じるもの。偽りの自己でもある。
- その内側に真の自己がいる。

3422

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

- ・「でもわたしは愛され、悩みを聞いてもらい、面倒を見てもらって当然だったのですよね。わたしがわたしらしく成長していくためにも、そうしてもらうことは必要だったのですよね。」
- なるほど。こうした平明な感覚がいいかもしれない。しかしどこか[少女漫画](#)の世界のようだ。
- ・グリーンワークの涙には怒りが含まれている。
- 残酷で抑圧的な母親に対する涙。
- ・空虚感と寂しさと無気力に打ちのめされては救いを求め、そこで癒される代わりに治療者に反感を抱き、最後は嫌悪と反感を抱いてそこから離れる。これを繰り返して次々に治療者を渡り歩く。
- 基本的に親またはその他の重要人物との関係を反復するのだろう。
- ・グリーンワークの基本。自分というものについての物語を編むこと。自分について語ること。物語を聞き手と分かち合うこと。
- ここに治癒が成立する。
- ・[シェアリング](#)（分かち合い）が始まる。
- ・他人から何かをしてもらうのだと誤解したまま、漠然と[セラピー](#)に参加していても、何も起こらない。
- ・聞き手の批判や査定や解釈は話しての安全感を脅かすので、嚴重に避ける。
- ・話し手は自分に誠実であること。
- ・語ることは精神的[ストリップ](#)ではない。「ここで話せるのはここまで」という話しての判断に誠実であることも大切。「自分の心を守ることに誠実」。

3423

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

・ 貧しい家の中で長女として家族を支えてきた。自分には人並みな子供時代というものはないという恨みのような感情。

● 一生の財産ともなるような大切な時期を、自分が「立派」だったばかりに逃してしまう、その悔恨。自分がだめな人間でそうなるのなら仕方がない。諦めもつこうというものだ。しかしそうではない。立派だから、そうってしまったのだ。これは悔恨に値するだろう。

・ 人格は変わる。それは世界の認知の仕方の変化による。

・ 新しい自己の創造。……自己を守り、自己を傷つける相手と戦うことを学習し、[トラウマ](#)に再び出会うことを防ぐ術を身につけた新しい自己である。

● なぜ自分で自分の利益を守らないのだろう。それが[不思議](#)だ。利益というものの内容が違うのだろうと思う。おそらく、もっと別の利益を守るために、[自尊心](#)を犠牲にしているのだ。[自尊心](#)を傷つけても、一人になるのが怖いという人は多い。

・ 夢を具体的な計画に変える。自己の限界を受け入れた上で、自己に備わった力を自覚し、それを着々と伸ばすことができるようにならなければならない。

● 自己の限界を実は彼らは受け入れていないのかもしれない。

・ ACに固有の、他人への不信感。

● 他人への不信感是世界への不信感ということだ。人間には絶望するが、自然を愛する、自然に慰められる、そういうこともしばしばある。

・ 悲惨な過去の体験を受け入れ、その過去が自分の将来に影響を及ぼすことを拒否しようと考えている。

● これこそ大事なことだ。自分の人生を自分で守る。

3424

患者は何を言って欲しいのか。それに敏感であることだ。彼らは真実を欲しているとは限らない。慰めを欲していることもある。背中を押してくれる人を求めていることもある。言葉には有効な時期がある。

3425

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

● 本当はそのように自分で自分の人生を守ったりしなくても、自然のままに生きて、神（または偉大な何か）の摂理のままに身をゆだねることができれば、最上である。「なされるがまま」である。なされるがままの哲学は、人間と世界を全肯定しているように見える。[果たして](#)そうだろうか？人間と世界の全否定の上に成り立つ、徹底的な[無力感](#)ではないだろうか？

・ わたしを守るわたし。

・ 親の援助を受けては、親の支配からも離れられない。

● 物質的前提、下部構造から考えていくことの必要。

・ 「あなたはもう、一人で生きていく力を備えているのに。」

・ 「もういい加減に親を怒るのはやめなさい」「過去のこと[なのだから](#)」「親だって大変だった

のだから。それを理解して和解しなさい」といったようなことは一切言わないようにしている。

3426

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

・家庭内に閉じこもって暴れている子供は退行（子供返り）している子供である。自己流に「内なる子供」を表現してグリーフ・ワークしている人たちである。せつかくグリーフ・ワークに乗り出したのだから、怒りを、特に親に対する怒りを途中で抑制させないで、これを用いて家族関係を変える努力を親の方で試みることが大切である。

●閉じこもりを退行と規定して、そこから始めるのがよいのだろう。[わがまま](#)と見えるものは、内なる子供の表現である。子供の頃に甘えきれなかった、内なる子供の発露である。そしてそれをきっかけとして、親の[生き方](#)、親の側の家族関係を変えるように努力する。

●親が不幸せだから、閉じこもる。このようにはっきりと公式化するとよい。だから、親が幸せになることが必要だと結論が出る。

・暴れる子は、自分の体を張って、親（特に母親）の表現されない怒りや欲望を表現している。家庭内で子供が暴れている家では、数年もすると夫婦関係の改善が見られるようになる。

●これが家族を一つの[システム](#)と考えるということだろう。

・親自身が、子供であったときの親との関係で傷ついた自己を直視できるようにならなければならない。

・怒りは[欲求不満](#)を訴える一つの方法である。訴えが届けば止む。届いていないから続く。子供の言うことに「でも」と応えてしまうから届かない。

・今までの[人間関係](#)の中で感じていた怒り、不幸、惨めさを全部親に振り向けていた[メカニズム](#)が変化し、「この頃なんとなく生きるのが楽だ」という感覚が生まれ、その感覚が過去の親に対する恨みの感情を癒す場合がある。

3427

「[アダルト・チルドレン](#)と家族」[斎藤学](#) [学陽書房](#)

・親に対する怒りや嘆き、親からもらえなかったものに対する嘆きを自覚する必要がある。それに気付かず、漠然とした恨みになっているときは、自分を[犠牲者](#)とか、[被害者](#)だとか思いこんでしまう。原因も分からないまま、どこの場面に行っても、[犠牲者](#)になったり[被害者](#)になったりする。

●それは他の誰からでもない、親から貰いたかったのだと主張していいのだ。

・人に嫌われるように振る舞っていながら、わたしはどこに行っても[邪魔者](#)にされると言う。みんなが怖がって寄りつかないのを、「いつも孤独だ」などと言っている。

・問題の中核には親との関係がある。しかし面接の中で親との関係の話になると、[クライアント](#)の方が親を弁護することがある。親への怒りを否認する。その場合には面接では深めない。グループに導入して、仲間が親について語る場面に立ち会うことを薦める。親に対する怒りは、ある程度グループになじんでから、はっきり表現できるもののようなのである。

- ・私たちは親を選べない。変えることもできない。
- ・私たちの[人間関係](#)の成長は、「親があのようなである」ことを受け入れるところから始まる。親を変えることの魅力から離れることができたときに始めて、現在の自分のまわりに存在する温かい[人間関係](#)に気付くようになる。
- 親を変えたいとする欲望。なるほど。そうかもしれない。

3428

[東京ラブストーリー](#)

- ・その時心の中で「お母さんごめんなさい」と叫んでいた。……面白い。
- ・愛としがみつきの違い。
- ・別れに弱い体質。
- ・恋愛嗜癖。
- ・人間の心理を拡大鏡のように見せてくれる。
- ・なるほどと感じるのは、自分の心のどこかに同じような病理があるからだろう。

3429

心を殺された私 緑河実紗 [河出書房新社](#)

- ・「ショック」が与える、「それ以前の人間と、そのあとの人間」「同じ人間でありながら、別個の人間になる」という過程が、表現されている。[村上春樹](#)の小説。
- ・[サリン](#)の怖さというものは、これまでに一度も言語化されたことのない種類のもので、だから[被害者](#)の方も、本当の意味では、その時の恐怖感をまだきちんと言語化できていないのだと思いますね。結局うまく言語化できないから、そのかわりに身体化するしかないということになります。感じていることを言語に置き換える、あるいは意識化する回路ができていません。だから仕方なく無理に押さえ込んでしまおうとする。でもいくな懸命に意識で押さえ込んでも、身体の方は自然に反応してしまいます。それが身体化ということです。
- よく言われることではある。例えば歴史の中で見ると、性の抑圧、女性の人権の抑圧、日本では家父長制による人権の抑圧、こうしたものがあつた。最初は疑問を呈する言葉もなく、反抗の言葉もない。後には明確に言葉が与えられる。例えば、日本の家父長制の犠牲になった人たちの、意識化されない苦悩が身体化した症状としてどのようなものがあつたか？
- 言語化すれば、身体は悩まなくてすむのはなぜだろうか？言語空間に代理の現実が出現し、そこで体験がなされ、脳内の処理は一段進展する、それでも[いいわけ](#)だ。脳にとって、現実空間と、言語によって創出された空間との本質的な区別はないのかもしれない。→これは妄想論にまで通じる問題である。

3430

心を殺された私 緑河実紗 [河出書房新社](#)

- ・圧倒的な力による、無力化、孤立無援化。自力が及ばず、抵抗が望めない体験。

・通常の範囲のショックの場合、その後のケアするシステムが人間の内部にある。しかしそのケア・システムでカバーできる範囲を超えるショックが与えられたとき、心的外傷となる。1 恐怖に圧倒される。2 出口のない罫のような状況に陥れられる。3 消耗の極致にまで追いやられる。人間の限界までの「孤立無援と恐怖」が特徴である。

・暴力に対する抵抗も闘争も可能でないとき、人間の「自分は大丈夫」という安心感覚を伴った自己防衛システムは圧倒され、解体に向かう。

●闘争と逃走が可能でないとき、つまり戦うことも逃げることもできないとき、それがストレスの本質だろう。戦ってしまえば、また逃げてしまえば、終わるのだ。しかし終わりにすることができない。その場合、アドレナリンによる行動体系が無効である。しかし相変わらずアドレナリンは分泌され続ける。多分、アドレナリン過剰は、別の系のスイッチとして働くのではないか。そこで学習された無気力とか、うつ状態とかが発生しそうである。言ってみれば、一種の自爆装置のようなものか。自分を抹殺することによって、集団に奉仕するのではないか。闘争も逃走もできないのでは、生きることができないということだ。

・自分の症状について明確化できない苦痛。

●これは大きいだろう。わけが分かっているならば、辛くても耐えられる面はあるかもしれない。「一体何が起きているのか？これは何なのか？これからどうなるのか？」こうしたことについての理解が本質的に重要である。これは宗教でも、民間伝承でもいい。理解のフレームが与えられる。

3431

心を殺された私 緑河実紗 河出書房新社

・自分は汚れて、無価値であるという感覚。

●これが自尊心の傷つき。

・できるだけ早い自己受容が、早期回復につながる。問題を隠蔽することではなく、反対にリフレーミング（問題の引き直し）を行う必要がある。

●リフレーミングが必要であることは痛感する。感じ方や考え方に、硬直が見られる。あたかも洗脳されたような、マインドこんとろーるでも受けているような、普通の感覚や理屈が通じない部分がある。そこが「とけていく」ことが、回復の第一歩だろう。そのような「通じない部分」ができてしまうのは、やはり孤立ということと関係があるだろう。

・羞恥心、敗北感、異常な憎悪、自責、否定など。これらが背景にあるので、心が硬直してしまう。

●やはりリラックスするには自信がないといけないのだろう。普通の自信でいいし、親との普通の結びつきでいい、それさえあればなんとかなるのだが。

・遭遇した事態を、自分の責任＝我慢してやり過ぎすと考える。

●何か失敗したときに、親に失敗しましたと報告できない人。失敗したこともショックなのに、親に叱られることが二重のショックになる。そもそも失敗がショックなのは、親が背後にいて、にらんでいるからだだろう。

●どんな子供でも、自分が無力な時代から親は親**なのだ**。だから親には好かれたい。それが精神の習慣である。その親を失望させたり、怒らせたりするようなことはしたくない。そこで何か起こっても、親には報告しないで処理しようとする。

3432

心を殺された私 緑河実紗 [河出書房新社](#)

●このあたりは親も考えないといけない。[ダブルバインド](#)になっていないか？失敗を報告すれば叱られる。報告しないことが分かればまた叱られる。結局、報告しないし、さらにはばれないようにするしかない。親の愛をつなぎ止めるためにそうせざるを得ないのだ。

・泥棒を招いてもてなしたようなものだ。
・人は何か害にあったらここまで怒っていいんだ。沈黙しなくてもいいものなんだ。私なんか[レイプ](#)されても耐え忍んでいたのに……。

・闘わなきゃ、それで自分なりにこの問題をクリアしなきゃ。
●闘って、勝つ感覚、それが大切ではないか。その後の自分の[自尊心](#)の基礎になるのではないか。我慢してその場をおさめることは大人のやり方ではあるが、しかし泥棒に都合のいいやり方である。自分が泥棒だから、「世の[指導者](#)」は、そのように忍耐を語るのではないか？世の怒りを静めるためには、まず自分が怒りを捨てることだというのだ。そのように怒りを捨ててもらって都合のいい人がたくさんいるのだ。

●わたしもかつて、怒りを捨てることの大切さを考えていた。それが聖人君子の教えであった。世界の平和につながる、人間社会の高い徳であると考えた。しかしそうだったろうか？そんなことですましているから、いつまでたっても悪ははびこっているのではないか？有効な[抑止力](#)を真剣に考えず、ただ許すことを語るのは、泥棒の味方ではないか。

●人民からの搾取という構造の上に文化が成立している。そこで下に向けて語られるのは、奴隷の道徳である。

・本当に[我が家](#)はおめでたい一家**なのだ**。人を疑うことを知らず、人の気持ちを考える。
●[世間体](#)もある。自分が我慢するのではなく、娘が我慢すればいいのだ。結局、この処理しきれない痛みは共有できないものである。「大人になりなさい」なんて平気でいうのだ。

3433

心を殺された私 緑河実紗 [河出書房新社](#)

・好奇と困惑の瞳は即刻、分かる。医者、[弁護士](#)、警官、誰もがもっていて、わたしが何度も刺された目だ。理解しようとしな「あの目」には身が縮まる。

●なるほど。ここを「被害的成分」と決定するのが、[精神科医](#)の役割である。そのようにして現在の体制を維持することに貢献しているのだ。

・半年にわたる心理療法が必要。言葉を活用する。
・「同情も何もいらないので、専門的に援助して下さい」

●なるほど。しかしこれに適切に応えられないのが辛い。こういうことに対して「わたしが責任

をもってあたります、お任せ下さい、悪くない結果を保証します」とは言えないはずだろう。分からないことやできないことについては、正確に言葉を返す方が誠実だと思う。それが拒絶に聞こえるとすれば、考え直す必要があるけれど、しかし悪い商売人と同じにならないように自己点検する必要がある。誠実な気持ちで、できないことはできないと伝えなければならない。

・「安全環境での長期にわたる[ストーリー](#)再構築」

●薬剤に対しては否定的。薬を使うのが[普通](#)になってしまい、薬なしではいられなくなってしまうと考えている。なぜそんなことを考えるのだろうか？周囲にそんな重症の人がいたのだろうか？

・本当に深刻な事態に直面すると、人間は言葉すらも失ってしまう。

・もし、心的外傷を、我慢しよう、耐えよう、許そう、こちらにも落ち度があったのだからと考えていたら、こう言ってあげたい。それは無理で不可能である。

3434

心を殺された私 緑河実紗 [河出書房新社](#)

●奴隷の道徳を、[精神科医](#)も説くのだろうか？耐え難いことを耐えられるようにするために、[安定剤](#)を処方するのだろうか？そんなことがあっていいはずはない。

・いままでのまともな時間と人生を返して。症状も全部なくして。わたしのいいところも、きれいさも、全部返して！

・専門治療期間からの否定は、孤立無援、無力、自己無価値感を深めた。

・この時期手を離さないでくれた他人というものがありがたかった。

●治療者は、これもできる。治すことは難しいが、手を離さないでいることはできるとはっきり伝えたいものだ。

・忍耐が美德とされる社会通念があったとすれば、それは個人を殺した上で成立していたのではないか。

・物語るということ、[ストーリー](#)を再構築するという認識は、あらゆる心の葛藤に適応するようだ。

3435

「眠らない女」酒井あゆみ [幻冬舎](#)

●風俗関係の女性の[聞き書き](#)の形をとっている。生育歴、家族歴、現在の職業意識、異性に対する感覚など、おおむね項目を決めて、描いているようだ。筆は滑らか。

●まるっきり、[アダルト・チルドレン](#)ものの延長の感じがする。ACの具体例を、症例報告としてまとめた趣である。

●「何か満たされない感じ」をうまく描いている。[境界例](#)的な側面。

●夜の仕事をしていると、昼の仕事のイライラがあまり気にならなくなると、何人かの人が語っている。相対化できるというか、他人を見る見方に違いがでる。

●客を軽蔑している人も多い。自分はそのような客を相手にしているのだと深刻に嫌悪する風で

もない。

●要するに金である。最初に借金ができてしまって、という例もある。一回生活レベルをあげてしまうと、もう元に戻せないという事情もある。例えば、[証券会社勤務](#)の人。客はみんな金持ち。すると自然に金遣いが荒くなり、自分の給料だけではやっていけなくなる。その他に多いのは、金銭感覚のおかしさ。金のためだといいながら、稼いだけ酒を飲んだりしている。（なかにはしっかりしている人

もいるけれど。）

●決定的に病気というわけではないけれど、やはりすこし病的な人たちが多い。マイルドな病理が覆っている。

●他人に「必要とされる」感覚を求めている人たちも多いようだ。

●家族関係ではやはり[共依存](#)の関係がずいぶんでてくる。男関係ではまさに問題ありの人が大半である。どうしてこうなるのだろうか。

●「退屈さを嫌う」言葉も多い。刺激のある生活を好む。[好奇心](#)に満ちている。

●夜も昼も働いて、よく疲れないなというのが印象。一人で部屋にいて何か考えなくてはいけない時間を回避している、そのために懸命に働いている、そんな印象もある。

3436

母子カプセル。母子癒着。

子供が生まれたとき、「全く無力で、自分の世話を受けないと生きていけない生き物が、わたしを必要としている」という事態を経験する。これは大変嬉しいことだろう。生きる理由が見つかる。全く無力なものから必要とされる。

これは支配の快感につながる。

相手が無力のまま自分を頼りにしていれば、母親の快感は持続する。子供に生活能力がないままであれば、母は[いつまでも楽しい](#)だろう。

男子は母に世話をしてもらい、結婚してからは妻に世話をしてもらう。かしくかれるとも言えるが、支配されているとも言える。

子供の自立は母親にとって痛手である。「空の巣[症候群](#)」が発生する。子供がいなくなれば、母の生きがいも消失する。空洞があらわになる。

逆に、女性は結婚してから妻ではなく母になる。

男子が夫・父となるときと違って、女子が妻・母になるとき、大転換を経験しなければならない。それは辛いだろう。

子供時代は、男子と同じで、母親がその女子を通じて生きがいを達成する、という構造の中に生きていた。しかし突然、誰か他人を通じて（つまり夫や子供を通じて）、生きがいを達成するという存在に変わってしまう。

それが自然にできれば、とりあえずはいいのだけれど、後で空の巣[症候群](#)などを経験しなければならない。

一方、それが自然にできなければ、それなりに苦しまなければならない。

3437

「御直披」板谷利加子 [角川書店](#)

●[レイプ被害者](#)と[警察官](#)の間の書簡形式。くだらない。読み物としては下等。文章と教養が下等。程度の低い文学趣味。少女趣味と言ってもいい。ただ、だからこそ、一般[被害者](#)と、専門の物書きではない[警察官](#)の間の[センチメンタル](#)なやり取りという雰囲気はでると計算したのかもしれない。

3438

[アダルト・チルドレン](#)の話。[柴門ふみ](#)の若者の風俗漫画。

愛とは何だろうかと考え直す。

まず傷ついた心がある。生育の途中で傷ついたり、最近傷ついたりしている。

その傷をいやしてくれる人との関係を愛だと感じる。

例えば[セックス](#)もそうだ。[セックス](#)が人の心を近づける。髪をなでたり、昔話をしたり、[リラック](#)
[クス](#)した気持ちで打ち明け話をしたりする。それはとても人の心を慰める。秘密を共有するほどの親密な関係を持つきっかけになる。

しかし心の傷を癒してくれる人との関係が、[愛なのだろうか](#)？

[柴門ふみ](#)の漫画で造形されている人物は、[アダルト・チルドレン](#)の要素がある。しがみつきを愛だと思っている。弱い者を手助けすることを愛だと思っている。[共依存](#)関係を愛だと思っている。分かれるつらさや一人で生きるつらさを回避するために、関係を続ける人たちがいる。

愛の定義なんかどうでもいい、[男と女](#)がいろいろな仕方で親密に関係する、それだけだ。そう考えてもいい。[共依存](#)が「悪い」、「改善すべきだ」となぜ言えるのか？そう考えてもいい。実際、そのような考えしかなく、その考え方の範囲内で生きて死んだ人たちもたくさんいる。考えてさらに不幸になるよりはよい人生だったかもしれない。疑問のない人生は、苦しみもあるが、安定している。自由という不安定に耐えるには強くなくてはならない。なぜ誰もがその程度までに強くなれると信じられるのだろうか。

[ドラマ](#)でも漫画でも、そこには[共依存](#)を描いて愛の物語とみなす精神の習慣が刻印されている。次の課題は、[共依存](#)ではない愛を描くことである。それを本当の愛というべきか？それとも、また別の病理を癒す関係でしかないのだろうか？

逆に、病理のない人は、華々しい愛の物語を構成しないだろう。

[柴門ふみ](#)の提示する人物は、[共依存](#)的でない愛を提示していない。自分の心の傷を癒してくれる[パートナー](#)を積極的に求めていいのだと語っているだけだ。かつてはそのように積極的に[パートナー](#)を求めることが不幸せの原因だと言われていたのだから、それは変化である。親の言うことを黙って聞いていればいいという時代ではなくなった。しかしでは誰を求めるのか？愛ではなく[共依存](#)であると言われてしまう。では[共依存](#)ではない愛はどこにあるのか？

[トラウマ](#)から出発する愛と、母親の[イメージ](#)から出発する愛があるだろう。前者はマイナスを補うための愛である。後者はプラスを保持するための愛である。

しかし考えてみれば、母親の愛とは、自分が**赤ん坊**であるという決定的な**トラウマ**が基礎条件となって生まれた感情である。**赤ん坊**は徹底的に無力である。それは極限の**トラウマ**だろう。従って、すべて愛は、**トラウマ**の補いを求める心から出発していると言っていいだろう。人間の心には原理的に大きなひび割れがある。そのひび割れを修復するために、異性の愛を求める。

男女の愛は、母と子の反復である。いわゆる女や妻はない。母があるだけである。女や妻として生きていると思われる人たちも、やはり母である。**子ども**との関係でそのような行動をとる母は存在する。その母を反復しているだけである。

女の子は、両親に、どのような母になるべきかを教えられる。**男の子**は、両親に、どのような子であるべきかを教えられる。

3439

臨床場面で、**スルピリド**の聞き方が全く違う。**男と女**は別に考える必要があると痛感させられる。

3440

女装をして楽しむ人。どこかが壊れているのだろうか？本人は少し苦しそうである。

3441

時間遅延理論。周辺事項。

自閉。現実をいきいきと生きていない。現実との生ける接触の喪失。これは荻野のあげた、「自動的に」**定期券**を見せて改札を通るという例と似ているだろう。

自意識の関与が薄くなった状態。

他意識の作動だけがある状態が自閉である。としてみてもどうか？

感覚→処理→運動

これが神経系である。処理の部分が上の方向に複雑化して、抑制や促進で構築されたものが脳である。

反射経路や小脳は、処理の自動化である。迅速に**省エネルギー**で行う。

この状態の純粹化が自閉状態である。（自閉と名付けているものは一つではないだろう。）

3442

共依存・男女の愛

支配されているかのように見せかけて、実際は支配している女性。支配しているように振る舞いながら、実際は支配されている男性。この**パターン**が**共依存**には多いだろう。もちろん、この逆もある。

こうした男女の関係は、**セックス**場面でも明確に現れるのではないか。

欲望しているのは男性で、女性はそれを受け止める、または「処理」している、そのような構図

。しかしその深層には、男性が欲望するように仕向けている女性がいて、その根本では女性が支配している。

愛していると言わせたい。必要だと言わせたい。言わせるように仕向けているのが女性であれば、支配しているのは女性である。しかしまたもう一段深く読むこともできるはずである。男性に、「君が必要だ」と言わせるように仕向けるように仕向けているのは男性である。

そうなってくると、どちらが先ということもはっきりしなくなってくる。

こうして入り組んだ「支配・被支配」の構図ができあがる。

[セックス](#)の最終局面では、男性が欲望しなければ[セックス](#)は成立しない。[日常生活](#)場面でも、肉体的に強く攻撃性が強いのは男性であるから、能動的側面に関しては男性が受け持つことが多いだろう。また[現代社会](#)では金銭を家庭に供給するのは主に男性であり、その点から発する優位さもある。重大な決定に関しては男性が最終的に決定することも多いのではないか。しかしその場合、入り組んだ支配・被支配の構図により、実際は誰の決定かあやふやになる。

3443

痴呆のケアについて、地域医療の担い手として何ができるか、考える必要がある。

1) 病院との連携をどうするかがまず大切。病院は一定期間を経過して病状が落ち着いたら、また在宅ケアにつなげる方向で考えて欲しい。しかしそれにはまず病院の態度が問題。そして次には、家族の考え方が問題。もう面倒くさいのはごめんだとの素朴な気持ちも分かる。しかしそれではいけない。うば捨て山になってしまう。

2) 在宅で看取ることの援助。

(痴呆の程度とは別に、行動面での重傷度がある。さらにいえば、家庭介護の困難度がある。)

([訪問看護](#)、往診の活用。しかしなかなか難しい面もある。)

3) 患者・家族教育。→痴呆の予防。始まりについての知識。どうなったとき何をすればよいか、教えておく。→これは[青少年](#)に対しての分裂病教育と同じ。中高年に対しての[うつ病](#)教育と同じ。

4) 重症化を防ぐ活動。老人[デイケア](#)ほど重くない人を、地域活動の中でいかに活性化していくか。→このあたりは地域コミュニティのありかたを問い直す活動になる。→会社に属し、地域に属し、血縁に属しという、複線の[アイデンティティ](#)が確保できればよいのだが。

3444

中高年に対して[うつ病](#)教育を明確にしないのは、それがあつ種の人たちの[隠れ蓑](#)に利用されてしまい、結果として会社の生産性を低くしてしまう可能性があるからではないか。

「[生活保護](#)とはこんなもの」と宣伝しすぎたらやはりまずい結果が生じるだろう。

一方、[青少年](#)に対する精神病教育は必要不可欠であると思う。

3445

病気が重い人ほど、薬を恐怖する。

つまり、薬恐怖という病気であると考えられる。現実把握が悪くなっている。結局、病気が「薬をのむな」と命令している状態に近い。

3446

性同一性障害

心が女性だから、体を改造したいという。あるいはその逆。

本質的には脳が間違っていると思う。

しかし、そうしたいのならそれでもいい。

やくざが入れ墨をしたり、小指を切ってみたり、そんなことに似ている。

例えば脳が「母親を殺せ」と命令する。母親が承知すればいいけれど、やはり社会的に許されないことだ。

ここでも原則は、妄想であろうと何であろうと、人に迷惑をかけない範囲であれば、自分の勝手だということだ。小指を切る程度は勝ってである。ピアスをするのも勝手である。

しかし性の話には生殖のことが絡むので、全く個人の勝手というわけにはいかない。社会の出生率、ひいては将来の社会の活力にかかわる。

二つの社会があって、一方は性転換手術を認める社会、一方はそのようなものを抑圧する社会であるとすれば、長期的に見れば、後者の社会は前者の社会を圧倒するだろう。生殖に関係しない人間だけが増えるのはその意味では好ましくない。

その欲望が病気に発するものであるとすれば、病気を治すのが筋ではないか。刑法はそのように考えている。

ペニスを切り落としたいという欲望が病気に発するものであるとすれば、治療すべきだろうか？

それは刑法の範囲にはないから、自由だろうか？

自分のペニスは自分でどうとでも処分してかまわないのだろうか？

かまわないような気もするが。間違っている脳を止めることはできない。

3447

昔の嫌なことを思い出す悲しさ（1）

体験した事柄の中で、未解決のままに心に傷として残っている言葉や感情、情景。それらのものが、自分にとって何かしら許せるもの、受け入れ可能なものとして整理できていればよい。そうでないなら、何とかする必要がある。

忘れてしまえばいい。

そんなこともあったかな、と感情的に脱色してしまえばそれもいい。

しかし折に触れて思い出し、嫌な思いが蘇るとしたら、やはり心のケアが必要なのではないか。

こうしたことが原因になってアルコール症になったり、対人関係の不全が生じたり、自分の人生が充分いい人生だと思えなくなったり、そうした「症状」として結実すれば、それもまた解決への一歩である。

しかし症状として結実することはむしろ少ないだろう。

嫌な気分、苦々しい思い、思い出してしまい、そうした嫌な気分をどうすることもできずにかかえている。それが大多数だろう。

そうした心の傷をどのように解決できるか。

解釈変更の可能性はどれだけあるだろうか？

わたしは悲観的である。思い出さないようにすることができるだけではないか。思い出さないためには、今が幸せならばいいだろう。

今が幸せならば、「そんなこともあったね」「そんな人もいたね」「昔は大変だったさ」などと軽い気持ちで言えるのではないか。

たとえば老齢になって、昔を思い出したとき、どうだろう。老齢はどの人からも希望を奪い、力の感覚を奪い、や幸せを奪う。そんなとき、昔の嫌なことが記憶の中から洪水のように押し寄せたら、どんなに嫌な気分だろう。

解決は、そんな嫌なことはなるべく回避すること。それしかない。多少の嫌なことも受け入れられるならそれはとてもいいことだ。

3448

昔の嫌なことを思い出す悲しさ（2）

- ・やはり根本的な解決は、多様な解釈を可能にする教養を身につけることだろう。
- ・傷を他人に傷として返して、うっぷんを晴らすのはよくないと思う。そのことがまた自分の人生をよくないものにする。もっとも、他人に与えた傷は、それを傷として認知していない場合も多いだろう。
- ・傷といえば、鋭く傷つけるという**イメージ**がある。そうではなく、むしろ精神の腐臭といったものだ。腐った精神の餌食にされてとても嫌な思いをするのである。
- ・例えば、先日の藤沢・**東急ハンス**で。3000円買うごとに抽選一回という**サービス**をやっていた。Tシャツを着た汚い身なりの35歳くらいの男性がやってきた。係りの二十歳くらいの女性が説明している。多分、こういうことだ。4000円のレシートで一回抽選した。その後で2500円の買い物をした。合計で考えると二回抽選できるから、もう一回引かせろというのだろう。係りの女性は、「一回抽選済みの印を押したレシートは使えない。そういう決まりだから、抽選はできません」と説明していた。男は納得しない。汚い言葉で怒鳴っている。女性は困って、そばにいた上司に委ねた。40歳くらいの女性は、一応話を聞いて、本当はだめなことを説明した上で、でもどうぞ一回引いて下さいと結論を出した。男は早速くじを引いて、**参加賞**ではない、**ペンライ**のようなものを当てた。そして立ち去るときに、若い女性のそばに行って、耳元で、また汚い言葉を投げつけたようだった。わたしたちはその何人か後だったが、若い女性はそっと目の端を拭っていた。ひどい場面だった。上司が方針を曲げたことも彼女には理不尽に思えたかもしれない。

なぜこのような目に遭わなければならないのだろうか。

3449

昔の嫌なことを思い出す悲しさ（3）

- ・ [ストーカー](#)の被害にあった女性。いまだに[後遺症](#)に悩んでいる。なぜこのような目に遭い、さらに[後遺症](#)に痛めつけられなければならないのか。
- ・ こうした「昔」をどのようにしていやなものではなくしていけるだろうか？こうした体験のどこに、解釈変更の余地があるだろうか？
- ・ 運が悪かった、世の中にはそのような人もいるのだと学習できた、そう思えというのだろうか？
- ・ 自分にも落ち度があったと思えばいいのか？もちろん、それはいつでも可能だ。そんな場所にいたことが第一落ち度である。[アルバイト](#)などしなければよかった。変なことを言われたらすぐに上司に代わればよかった。いろんなことは考えられる。
- ・ しかしそんなことは本当は学習しなくてもいいことだ。なぜそんなことで傷つけられなくてはいけないのか。
- ・ [ドストエフスキー](#)なら、「こんな世界の入場券はいらない」と言ってしまってもいいかもしれない。神よ、これがあなたのつくった世界か。そしてこれがあなたが「配慮した」わたしの人生か。
- ・ 傷つけた者の責任が曖昧になるのなら、神に責任があるだろう。神はどのように償うことができるのか。
- ・ 同様のことは「不幸な家庭」にも言える。そしてさらに、不幸な家庭の場合には、「その[遺伝子](#)が自分にも組み込まれている」ということが、二重に人を打ちのめす。恨んで余りある人たちの[遺伝子](#)で、このわたしも構成されているのだ。その悲しさ。
- ・ 解決されない多くの涙。流されるはずなのに流されないでいる多くの涙。この世に満ちている。清算されずに[いつまでも](#)漂う涙。神よ、あなたはこれをどうするつもりであるか。
- ・ むしろそのことを逆に神はわたしに問いかけているのではないか。「あなたはどうするのか」と。わたしはどう答えるだろうか。

3450

脳[神経細胞](#)の刺激・反応曲線の分類として、うつ型 ([depressive](#))、強迫型 (anankastic)、躁型 (manic) と分類できる。これらは連続して移行する分布として表示できる。

- ・ これによって[病前性格](#)が表示できる。
- ・ 躁型[神経細胞](#)が躁期の後にダウンすると、この分布が一時的に変化する。当然、うつ型または強迫型が突出した[パターン](#)になり、かつ、そうした[パターン](#)で生きることには慣れていないから、その[パターン](#)で生きる技術に欠けている。そこでうつと強迫の混在した病状を呈する。
- ・ [うつ病](#)、[躁うつ病](#)、[強迫性障害](#)はこれで説明可能である。
- ・ [躁うつ病](#)……うつ型と躁型の両方が突出したタイプ。躁病期の後に躁型細胞が機能停止すると、うつ型細胞が残る。そのとき[うつ病](#)を呈する。
- ・ 単極型[うつ病](#)……躁病型細胞は少ない。うつ型は多い。躁病期は軽くて目立たない程度である。しかしその時期に躁細胞は疲弊し、機能停止する。そのとき[うつ病](#)を呈する。
- ・ [強迫性障害](#)……これも躁病型細胞が疲弊して機能停止した時点での[パターン](#)が、強迫型細胞成

分が多いときと考えられる。

3451

Kさん。

- ・子供が言う。「僕が[登校拒否](#)してあれこれわがままを言っていたときの方がずっと苦しかったはずだ。その時に比べれば、いまはそんなに大変じゃない。」
- ・住宅も生活資金も潤沢に与えられていたとき、子供がうまくいかないとすれば母親の責任である。子供たちの中で出来のよかった次男の息子だから、少なくとも次男以上にはうまく行って欲しい。それができないとすれば、母親の[遺伝子](#)か、母親の育て方か、どちらかに責任がある。そのように義父母からの圧力があつただろうし、そのように感じて[子育て](#)をしていたはずである。
- ・今回義父母が倒産して状況が変わった。今度は義父母を責めることができる。義父母が謝る番だ。責任はわたしにあるのではない。義父母に責任がある。
- ・こうした攻撃性の発露である。義父母を攻撃してうつになって泣いているのである。
- ・お母さん自身は、「[不登校](#)になったときは大変だったけれど、お金があればなんとかなると思っていた。いまお金がなくなって、大変だと思っている」

3452

「子供に手を上げたくるとき」橘由子 [学陽書房](#)・女性文庫

- ・痛快。「わたしは[子育て](#)が嫌いだ」
- ・男は男社会に守られて生きていける。
- ・「母親には、正しいことを教えてくれる人ではなく、受け止めてくれる人が必要である」なるほど。[カウンセリング](#)場面でわたしはどうしているか。
- ・中に[カウンセリング](#)の話と、[小児科](#)医の話がでてくる。これも面白い。
- ・[カウンセラー](#)はじっと鏡になっていた。「わたしをそのまま受け入れてくれた」。なるほど。わたしはそんな風にできているか？
- ・[小児科](#)医の話。[教育委員会](#)・保守的道德の代表のような[小児科](#)医が、子供が病気になるのは母親のせいだと言葉の端々で責める。それに対して近所に開業した親切な[小児科](#)医がいて、とても救われた。そしてその[小児科](#)医はとても繁盛した。

3453

親身のふりをする技術。

誤解されそうであるが、これは単に患者をだますことではない。

- ・まず患者は親身に心配してくれる人を求めている。完全な味方を求めている。私心なく奉仕する人を求めている。その心に応えたい。
- ・しかし一方、過度に踏み込んで欲しくない。正しいことでも[プライド](#)を傷つけられるような言い方はされたくない。最終的に「正しい状態」になることを求めているのではない。幸せの[ビジ](#)

[ヨン](#)を他人に決めて欲しくない。押しつけられたくない。

- ・そこで、親身にはなるが、踏み込まない。これが大事。
- ・一つの方法は、徹底的に聞く、しかし多くを語らないこと。これは親身のふりをするということでもある。

3454

徹底的に聞くクリニックをつくりたい。[カウンセラー](#)が余裕を持って仕事ができる、かつ、患者が拒絶されずに十分に話せるクリニックをつくりたい。

たちの悪い[カウンセラー](#)。[独りよがり](#)、視力の悪い[カウンセラー](#)。こうした人たちによる弊害を取り除きたい。

本来語られるはずの言葉を語って欲しい。何かの理由でせき止められている言葉を解き放つ場であって欲しい。

3455

[「家族」](#)という名の孤独 [斎藤学](#) [講談社](#)

- 会社または大人社会→家庭へのしわ寄せ→子供の[適応障害](#)。こうした[因果関係](#)が議論される。もっともらしいが本当だろうか？なにか説明力がありすぎて、疑わしい。
- 集団性動物としての人間の本能が、どの程度この[現代社会](#)での人間の[生き方](#)に影響しているか、掘り下げて考えてみたらどうだろうか？家族とは何だろうか？
- 原始[共産主義](#)的社会から家族を経て、個人まで。[大家族](#)から[核家族](#)。地域社会の崩壊。ただ単に隣というだけの関係。関係というよりは無関係。
- 最近[キブツ](#)の社会も変貌しつつあるそうだ（[1998年9月5日](#)（土）付け[朝日新聞](#)）。豊かになったことの結果という。豊かになった人々は、個々の家族で食事をするようになった。

3456

「自分のために生きていける」ということ [斎藤学](#) 大和書房

●[専門家](#)がこうした啓蒙書を読んでいるということ自体、問題ではないかと思うこともある。[量子力学](#)の[専門家](#)が、[アインシュタイン](#)に関しての一般向けの啓蒙書を読んでも仕方がないではないか。

- ・嗜癖は退屈と表裏の関係にある。
- 嗜癖は代用満足であり、真の満足には至らない。だから次第に[エスカレート](#)する。
- 退屈というより、[欲求不満](#)かもしれない。
- 退屈するということは、レセプターが減少してしまったということだろうか。あるいはうつ傾向と言ってもいいかもしれない。[ドーパミン](#)不足と言ってもいいかもしれない。
- ・退屈感はある種の「寂しさ」を防御することによって生じる。
- ・退屈感や寂しさの基底には自己認識の問題が横たわっている。
- ・日常の中で感じる[ちょっとした違和感](#)や自信のなさ。[場違い](#)な感じ。

- ・ 厳しすぎる自己監視装置。これが[自己評価](#)の低さにつながる。
- ・ 子供時代の[トラウマ](#)の量と質が、[自己否定](#)の程度を決める。
- ・ 患者の[自己評価](#)を高めるのが治療者の仕事。
- ・ 「耐え難い寂しさ」……●これが[光源氏](#)をつぎつぎに女性へと駆り立てていたものではないか。なぜ耐え難い寂しさか。答えは生育歴の中にあるというわけだ。母からの十分な庇護があったかどうか。一人で安心してられない人。だからこそ人を求め関係を求める。
- しかしながら、それは代用の満足であるから、真の永続的満足ではあり得ない。[いつまでも](#)求め続けさすらい続ける。どこにもない場所を求めどこにもいない人を求める。
- ・ [ジェットコースター](#)人生。「[おっぱい](#)」を求め続ける。

3457

[テレビ](#)で松井が打っているうちに家に帰ろう。

3458

若いうちは認知も揺れる。振り子のように。しかし振れた振り子は落ちて来る。[だんだん](#)中立的な認知に落ち着いていく。

3459

軽躁状態→[シュープ](#)→postpsychotic depression

SとDの関連。

軽躁状態は[シュープ](#)の引き金になりそうである。

一念発起

DAMで、[躁状態](#)の後でDAになったとき、[シュープ](#)が起こりやすくなっているように見える。

その[メカニズム](#)は何か。

3460

シゾチーム

場の風に合わせる能力

変化力

単に対人距離が遠いというのではないのではないか。

場に応じて、対人距離を柔軟に変化させる能力。

どのチャンネルを使うかを適切に選ぶ能力といってもいいだろう。

レセプター変更力

変更可能性

[ボリューム](#)のようなもの

3461

DAM

[抗うつ薬](#)はMをupさせる。だからdepressionを反復しやすくなる。当然躁転もしやすい。

Aに[アナフラニール](#)。ダウンしているMをupさせ、全体のバランスをかえる。

しかし他の[抗うつ剤](#)よりも[アナフラニール](#)が適しているのはなぜか？

強迫の人はAが突出しているはず。[アナフラニール](#)を投与するとMがupする。相対的にAの突出は目立たなくなる。→しかしこれでは何も説明していないではないか。

3462

順位制社会

メスは自分の順位を何によって判断するか。

子や夫が道具にされる。

順位決定[アクセサリー](#)である。

自分がどうかではない、誰が自分を評価してくれたか、それで順位が決まる。

この事情があるから、メスの順位は一層複雑である。

3463

レセプターコントロールの具体的な方法。

3464

「自分のために生きていける」ということ [斎藤学](#) 大和書房

●[おっばい](#)を求め続ける[ジェットコースター](#)人生もいいけれど、その人の求めている「[おっばい](#)」は仮想的なものではないか。この世にないものではないか。この世にないものを求める人生は、恐ろしく空しいものではないか。必敗の方程式ではないか。結果は、「求めたが、得られなかった」となるしかないのだから。

●[源氏物語](#)はさすがによくできている。エディプスは実の母を求めるが父の禁止がある。[光源氏](#)は実の母によく似た藤壺を求める。さらに藤壺に似た[紫の上](#)を求める。このような連鎖の系列が形成されている。次第に求めてもいい、許されるものになっていく。禁止は緩やかになっていく。許されるものになるに従って、強烈な感情は失われていく。原型はエディプスである。[男の子](#)のとしての母親というもの。求めても永遠に得られない満足。

母とその代理との[すり替え](#)が、平安の宮廷の中で成立した。ここに実験的エディプス状況が成立する。

●罪の味が、恋をさらに味わい深いものにする。深みのある味になる。

●[光源氏](#)は何一つ欠点のない完全無欠の男である。ただ、「[おっばい](#)」に恵まれなかった。ここでも純粋型の「[おっばい](#)の欠落」が提示されている。「[おっばい](#)」を求めて永遠にさまよう。小さな恋と小さな満足はある。しかしそれは彼の求めるものの影でしかない。

・「安全な子供時代」と「人間としての尊厳」がない。そこでは[自尊心](#)が育てられない。そんな学校ならいかななくていい。

・ [自尊心](#)をはぎ取られたまま、すべて自分が悪いと思ってしまう人が沢山いる。今まで、あなたから健康な[自尊心](#)や[自己評価](#)を奪い取っていたものについて怒れ。それによって傷ついていた自分をいたわれ。傷つけられたあなたが悪いのではなくて、傷つけた方が悪い。傷つけられたあなたは癒されなければならない。これ以上、自分を叱咤激励する必要はない。

3465

「自分のために生きていける」ということ [斎藤学](#) 大和書房

- ・自分が受けた不当な扱いについて、正當に怒ることができれば、あなたの本当の感情がよみがえってきます。
- ・悩みも恵みである。それは成長をもたらす。
- ・嗜癖は根本的に支配をめぐるパワー[ゲーム](#)である。パワー[ゲーム](#)の[価値観](#)の中に生きている人間は寂しい。
- ・誰かをコントロールしている間は、自分の無力を感じないですむ。
- ・こうした[上下関係](#)から抜け出して対等な関係を築いていくことが大人としての成熟である。
- ・親に強く支配された人ほど、パワー[ゲーム](#)から抜け出せない。
- 特に子供時代はそうではないか？
- 夫婦の間でも、これは多い。普段着の関係になるから、なおさら、地が出てしまう。
- 大人になれば、自ずと多様な[価値観](#)の世界に住む。隣の人と[価値観](#)が違えば、パワー[ゲーム](#)も、お互いが自分の勝ちだと信じていられる。しかし子供はそうはいかないだろう。均質な[価値観](#)の中でパワー[ゲーム](#)は勝手に進行するのだ。
- ・相手との対等で親密な[コミュニケーション](#)は成立しない。
- ・過食することで周囲の人の情緒を振り回すというパワー[ゲーム](#)を始めてしまえば、過食を止めることはできない。周囲に、振り回される人がいる限り、「自分の思うままにコントロールしている」感覚が味わえるから、そのパワー[ゲーム](#)から降りられない。
- ・相手の中に何を見るかは、自分の心を[のぞく](#)ことである。世界の発見は自分の発見である。相手の中に発見したものを愛せるかどうかは、自分自身を愛せる能力にかかっている。相手を抱きしめられる人は自分自身を抱きしめられる。自分の中の何かを排除し否定している人は、その部分を誰かの中に見たとき、その人を抱きしめられない。

3466

「自分のために生きていける」ということ [斎藤学](#) 大和書房

- ・自分に欠けているものを得ようとして人を好きになるとしたら間違いである。
- そのような「必要」から始まる愛は、愛ではなくやはり「必要」というものである。
- ・[自己評価](#)が高く、自分自身が[ハッピー](#)に生きていたら、他人に[ハッピー](#)にしてもらおうとは思わない。
- ・普段は[テンション](#)が高いが、[プライベート](#)な場面ではなかなか憂鬱な一面を見せる人。それはとても[プライベート](#)な心の一面を見せたということで、相手に対しての親密さと信頼をあらわす

。相手はそのように受け取って、普段は人に見せないこんな深いところまで開示してくれて嬉しいと思う。「こんなことは君にしか言えないけどね」という調子である。そのような恋愛の戦略がある。実際にはただ甘えているだけである。

・「全人類を救うためにわたしは生きる」と[考える人](#)。ある程度[共依存](#)を昇華していると言えるだろう。

しかしこの場合も、全人類に必要とされなければ生きられないのだろうか？生きられないとしたら、やはり何かが欠けている。そしてその欠落を満たすために「人類のため」に活動するとしたら、やはりいい[生き方](#)ではないことになるだろう。

そうではなく、自分に何も欠けてはいないけれども、あるいは人類のためと力みかえらなくても[楽しい](#)人生を生きられるけれども、人類のためになることをしてみたいというのは悪くないのではないか。

人類のためにと空想して意味付けをしないと、現在の生活を意義あるものにできないとすれば、あるいは退屈な人生を我慢できないとすれば、やはり何かが欠けているのだろうか？

それは欠落をかかえた人生で、よくない人生[なの](#)だろうか？

そうではなくて、欠落をかかえていても、人に迷惑をかけないようにしなさいということだろう。

3467

別れた彼と会わない。電車は一本早く乗る。彼の借金のことを自分から調べたりしない。そのようにして自分の孤独を育てている時間があなたを成熟させる。

彼の抜けた穴がぽっかりと空くだろうけれど、それはどんな孤独でどんな寂しきでどんな怖さなのか、見つめること。それがあなたを成長させる。

バスの都合があって、彼と一緒に電車に乗るには、彼女が一本電車を待って乗ることになる。どちらの電車に乗るかは、彼女が自分で決められる。

3468

[補聴器](#)でたとえる。レセプター理論。

[補聴器](#)の[ボリューム](#)が大きすぎると、閉じこもり傾向になる。

しかしながら、分裂気質はそれだけではない。ある時急に対人距離がゼロになる。

それは場面にあった対人距離調整ができないということだ。

調整ができないので、いっそのこと最大にしておいて、危険を少なくする。うっかり近付きすぎたときの危険は何としても回避する必要がある。

3469

免疫不全状態→肺炎→咳

分裂気質（性格基盤）→分裂病→[不登校](#)

性格基盤→背景病理→前景症状

3470

[源氏物語](#)

最後の後悔。欠けたものを求め続けて、しかし満たされず、結局は一番大切な[紫の上](#)も幸せにできないままで終わる。幸せにできなかったのは[光源氏](#)の洞察力の不足からである。

しかし洞察には本質的に経験が必要であり、そのために時間が必要である。分かったときにはすべては遅い。

自分が父に与えた苦しみを、いま自分が味わう。その辛さ。それもまた愛ゆえである。

愛の情熱、[エロス](#)の奔騰をよいものと賛美するのはたやすいが、しかしそれ結果を引き受けることは難しい。これは人類の課題であろう。

時間が否応なしに人を押し流す。

3471

98-9-6

生きる喜びに見放された人たち

たとえばそれはうつの人である

診察していて、「それはうつのせい、うつが消えれば、そんな苦々しい思いも消える」などと言っている。実際そう考えてもいる。

しかしそれは、あなたの脳内の[神経伝達物質](#)の異常である、と[イメージ](#)しているわけで、結局は、そうした悩みも物質レベルの言葉に翻訳しているわけだ。

悩みというものの実体を、[神経伝達物質](#)の異常、たとえば[セロトニン](#)の枯渇であるとみなしている。

では、自分の悩みも、そのように考えられるか？「人生はこんなに辛いものか」と思うのをやめて、「最近[セロトニン](#)が少し足りない」などと思うのか？

しかしこの宇宙の歴史を考える。

意識が発生して、現にこのように言葉を綴っていることは、確かに驚異である。

3472

この今日の日付が一回限りだということ！

[カラマーゾフの兄弟](#)。アリョーシャが、[子ども](#)たちに呼びかける美しい場面。

人の声は人に届いて、人を変え、世界を変える。

そのために生きても、悔いはないではないか。

3473

嗜癖。

むやみに語ること。むやみに書くこと。これらは嗜癖の一種である。現実的効用に乏しく、ただ

自分の不安を防衛するための営み。

3474

背が高いことは[少年時代](#)の栄養状態の良さを意味し、つまりは[少年時代](#)の裕福さを意味している。

太っていることは、背の高さが伸びなくなってから、栄養がよくなったことを意味する。最近の裕福さを意味する。

3475

[ピラミッド](#)の形成期。

生殖年齢に達するまでに[ピラミッド](#)は確定している必要がある。女性の生理が始まれば、そのときに魅力的に映る男性との間に[子ども](#)ができる。初潮年齢までに競争の結果は確定する。

猿の社会をそのまま人間に当てはめてもいけないが。現代の社会をよく見て、語る必要がある。

3476

人間は殺人もする、皆殺しもする。大量殺戮兵器も作った。しかしその一方で、[セックス](#)を続け、世界人口は増え続けている。

殺人しながら[セックス](#)を続ける。これは面白いことではないか。

人類の希望はここにあるのではないか。

悪いことをしながらもいいことをしている。

現在を破壊しながら、未来を建設している。

一方で、

[セックス](#)も暴力に汚染されている。

人殺しも、高い理想に染め上げられる。

3477

わたしの手元に迷い込んだ小さな虫を見て、誰かの生まれ変わりかと思ったりする。潰そうと思った手をとめる。

3478

忘れられてしまうということ。この[世界](#)の[記憶](#)から。

例えば神はこの[世界](#)の詳細な記録を持っているのだろうか？神はそれほどこの[世界](#)に関心を抱いているとは思えないふしがある。作って、それきり。あとは放って置いている、そんな感じだ。

あったこともなかったことになってしまう。

あるいは、あってもなくても同じ。

この[世界](#)に何の変化も生じない。

いや、部分ではあれ、この[世界](#)の有り様を変えているのだ。それは確実だ。そう考えることもで

きる。

それだけではなく、[世界](#)を実際に変えた人たちもいるのだ。

その確実な手応え。

その確実な手応えに憧れるかもしれない。

そしてそれは[幼児](#)的全能感につながるだろう。

3479

[患者](#)さんたちは、救われるに値する。

わたしも、救われるに値する。

3480

[トラウマ](#)はいかにして癒されるか。

[孤独](#)の足し算。一人の[孤独](#)と一人の[孤独](#)を足し算すると、二倍ではなく半分になるとの提案。

[トラウマ](#)は[連帯](#)によって癒される？

個人の[トラウマ](#)は、個人の内部にとどまればマイナスの意義[しか](#)ないだろう。[しかし](#)[共同体](#)の[財産](#)となることで、[プラス](#)の[意味](#)が与えられる。

そのように美しい夢をすることはできないだろうか？

[共同体](#)的[意識](#)への変換がもたらす救済。

それはにせの救済かもしれないが。

結局、[錯覚](#)である。救いなどどこにもない。

[神の国](#)での救済。それと同じである。

[ドストエフスキー](#)が、さらに遠くは[ヨブ記](#)の作者が、とりつかれていた問題。無垢の魂に降りかかる[受難](#)。

それは神の[意図](#)したことなのか？[意図](#)したとすれば、一体どんな[意図](#)なのか？[意図](#)しないとすれば、その[受難](#)は無意味なものなのか？

わたしは[自分](#)が無垢の魂だなどと[はい](#)っていない。

[受難](#)というほどの難もない。

[しかし](#)割り切れなさを感じるし、その延長として、[受難](#)の[感覚](#)は知ることができる。

この[世界](#)に、小さな[受難](#)が満ちているだろうと思う。

3481

[トラウマ](#)はいかにして癒されるか。

あるいは[トラウマ](#)はいかにして癒されるべきか。

今、わたしが[幸せ](#)になればいい。それ[しか](#)解決はない。

3482

では、診察室で行われている[癒し](#)の[操作](#)は何なのだろう？

悪い面も多いのではないか。

忘れること。

気をそらすこと。

別の解釈を信じ込ませること。

世間というもののばかばかしさを受容するように洗脳すること。

長いものに巻かれるように指導すること。

世間の人と同じくらい、惨めで愚かで小ずるくて、ちっぽけな存在であることを教え込む。ほとんど悪魔のささやきに近い。

しかし悪いことばかりではない。

希望の火を再び灯すこと。

自己評価を高めること。

高い志の連帯を確認すること。

本物の芸術に触れたり、高い人格に触れたりすることは、やはり意味があることだ。

(本物の芸術ね、なんてひねくれたことも思う)

3483

インターネットは、情報の再加工技術であると思えてくる。引用を重ねるための道具。直接の体験がそこにはない。

直接の体験などあるのだろうか？脳というフィルターを通して見る限り、すべては直接ではない。目に映る光をトリガーとして、脳の中にある情報を引用しているだけだとも考えられる。

その意味では、インターネットは脳の外延である。

一次情報ではなく、二次情報を増幅させるだけの装置。現代社会そのものである。情報の加工技術だけが発達している。

3484

わたしの日本語が、どんどんお喋りに近くなる。独り言に近くなる。幼児の甘え言葉に近くなる。毅然とした大人の言葉ではない。

甘えた言葉。責任を回避している。悪く思わないでねとメッセージを発している。一応こんなことをいうけど、あなたとは仲良くしたい、と下手に出ている。

「あなたと対立するつもりはない。嫌われたくない。しかしその範囲内で、ひょっとしたら、わたしのいうこととも聞いてもらえたら嬉しい」そんな雰囲気か。それが甘えるということ。嫌われない範囲で、最大限の利益を享受したいという図々しさである。それが甘えである。

3485

罪の償いをテーマとして生きている人。

神の理不尽さをテーマとして生きている人。

この違いである。

(わたしは思うが、人がどんな罪を犯したというのだろう。宇宙の途方もなさに比較すれば、ちっぽけなものだという気がする。)

3486

記憶があるから時間が発生する。時間が発生するから「もののあはれ」が生じる。

自分の存在を肯定できなくなる。

恐怖も生じる。

罪の意識も生じる。

3487

「自分のために生きていける」ということ 齋藤学 大和書房

・振り返ってみると、あなたの人生が一つの物語になっていることが分かる。過食症もわたしの人生には必要なものであったと思えるときがきつと来る。それはあなたの人生のある一時期に絶妙のタイミングで起こったものであり、あなたの人生というジグソーパズルを埋めるのにぴったりのピースだった。それ以外のあなたではあり得なかった。

●こんな言い方はナンセンスだと理解力のある人ならば考える。しかし相手は気持ちの弱っている人たちである。そうかと信じ込んでしまうだろう。困ったことだが、仕方がない。せめて自分はそんなことはしないようにしよう。治療者としての最低限の良心である。

・親は自分に何を期待したか。そんなものに支配されていた自分を見つめ直そう。ついでに親に対して怒ってもいい。

・「わたしは楽しくてしかたがないから、いつまでもお前の人生にかまっている暇はないよ」という親だったら、子供のほうも、親に世話してもらおうと思わないかわりに、親の人生の肩代わりもしないですんだ。

●親の人生の肩代わり。これがキーワード。

●その根底には、DNAを介しての連続という抜きがたい観念があるから、厄介である。

●親の脳の満足のために子供が利用されるなら、間違っている。親のDNAの満足のために子と親が利用されるのは当然である。そのように考えて整理してみてもどうか？

●子供の成績を理由に、母親の母親グループ内での順位が上昇したとして、何になるだろうか？母親の脳が嬉しいだけではないか。

●親の期待に応えるために自分の限界を隠す必要はない。

●子は親から逃げられない。親に病理があることも少なくない。原因は親にあるが、親には病識がない。そんな場合に、治療は行き止まりである。

3488

「自分のために生きていける」ということ 齋藤学 大和書房

・あなたにとっての正しい答えは、あなたの中にある。

・信頼できる友人に聞いてもらうのもいい。ただし、説教好き、アドバイス好き、批判的、攻撃的人間は選ばないこと。

- ・彼らを救ってやろうと焦らないこと。それでは元の木阿弥で、[あなた](#)自身が大[迷惑](#)を受けた、「優しい[暴力](#)」と同じになってしまう。
- ・相手によかれと思ってやった[善意の行為](#)が、相手の[自尊心](#)を奪う。
- この指摘は大切。結果としていいというだけではなく、そのことが相手の[自尊心](#)を傷つけないか、注意する[必要](#)がある。「いつかは分かってくれる、彼のためだ」と言うなら、よほどの注意が[必要である](#)。
- ・他人の状態が正確にわかるはずはないし、その人にとって何が正しいか知っているのは本人だけである。
- このような言い方は正しいか？甘言といえよう。
- 何が正しいかは誰にも分らない。本人にも分らない。ただ、[自分](#)で正しいと思って選択したのなら、その選択の結果を[自分](#)で引き受けることにも納得できる。だから、[自分](#)で選択した道を進むのがいい。それだけのことである。
- [子供](#)が不調なのは、[母子癒着](#)のせい。[母子癒着](#)を切るのは、父親の[役割](#)。これだけで、[子供の不登校の責任](#)が、[子供](#)→[母親](#)→父親とつぎつぎに[転嫁](#)される。[理論](#)は[責任](#)逃れを手助けしている。
- ・[死ぬとき](#)に、ああよかったと心の底から言えるか。誰かに包まれている実感をもって[死ぬ](#)るか。たとえ山の中で凍死しても、心の中で[自分](#)を見守ってくれるいる人を思い描いて[死ぬ](#)るか。それとも、世を呪って恨んで、[孤独](#)で惨めな[人生](#)だったと思って[死ぬ](#)か。
- 極端な[比喩](#)であるが、そのようなことはあるだろう。実際には両極端の要素の適度な混合であろうけれど。何が違うのだろうか。[経験そのもの](#)に大きな決定的な違いがあったとも思えない。受け取る態度の違いであろう。その態度の基礎は[子供時代](#)につくられる……？母との基本的信頼。

3489

[トラウマの癒し](#)は、「[本質的な連帯](#)」である。

[トラウマ](#)がなぜ[トラウマ](#)になるのか。その[本質](#)は、[人間](#)あるいは他人への信頼を傷つけることにあるのではないか。

やや[心理学的](#)にいうなら、[トラウマ](#)が[トラウマ](#)であるのは、基本的信頼を傷つけられる体験であるからと言ってもいい。

そうならば、[トラウマ](#)を癒すのは、より上質の[連帯](#)ではないか。やはり[人間](#)は信じられると再度[確信](#)することではないか。

基本的信頼の再建である。

ここでも「[孤独なバナナ](#)」の[イメージ](#)。

[トラウマ](#)は、[バナナ](#)が引きちぎられること。

一人ではないことの再確認である。

本当の味方がいることを[確信](#)できるようにする。

その意味で、[母親](#)が基本的信頼の基盤として[機能](#)しない[場合](#)が困る。

3490

一人で悩んできたのね。もう今日からは一人ではないのよ。

3491

人間の順位を決める要素に、準拠集団がある。

所属集団と言ってもいい。意見の対立があったときに、だってこれは……の意見だからxxの意見よりも正しいのだと信じることができる。そのとき主観的に優位に立っているのだ。それが順位付けにつながっている。

しきたりや趣味の良さ、そんなものは相対的なものであるが、それでもやはり順位付けの道具になる。

3492

「自分のために生きていける」ということ 斎藤学 大和書房

- ・離れていても、母親に愛され、母親と共にいることを確信している子供は、一人でいられる。
- ・このような確信が持てない子供は、一人でいることが不安で、どうしようもない寂しさをかかえている。一人でいることは寂しさと絶望であり、一人でいても、自分を愛してくれている人が存在していることを信じられない。一人でいることに耐えられず、つねに落ち着きなく活動し、何かに依存しないでははいられない。

- ・「一人でいられる」は「○○なしではいられない」の反対。

- ・誰かのために、何かのために、自分を犠牲にする必要がない。

- ・一人でいられる人はしがみつくと必要がない。相手を束縛する必要がない。

- ・わたしたちにとっての真の欲望は、自分以外のもう一人の人から「承認」してもらうことである。しかも条件を付けない「丸ごとの承認」である。

- 生まれて成長するということは、それを失い続ける過程である。

- 同時に、未来を失い続けることである。

- ・そのような欲望を相互に満たし合う関係として、親密性がある。適当に譲歩し合う。

- ・自分を承認してくれる他人を探す。自分より強いもの、優れたものに出会って、その人に承認を得ようとする。承認の前段階に攻撃があり、パワーゲームがある。子供が暴力などで親を支配してしまった場合、承認を得たい強い相手ではなくなる。だから親は、子供の自己主張に適度な規制を加える気力を持ち、子供が承認してもらいたい人としてとどまる覚悟を持つ必要がある。

- そんなのも甘えだと思う。親が何でも関係ないではないか。自分は自分だ。

3493

IもAも、父への不信をあからさまに表明している。父への不信があるから、素敵な男性との出会いからも遠ざかり、結局あまりよくない男性と出会い、歴史は繰り返す。

3494

患者の逆恨み。被害的な人は逆恨みも平気で口にする。しかしそれは病気のせいだからしかたがない。ところが、親までもそれに同調したりする。親も病気だったわけだ。しかし母親は子育てをしてたまにパートに出て、ゆっくり暮らしているから、分裂病でも破綻しないですんでいる。この種の人たちは病識がない。しかも被害的で、他罰的である。わがままで反省がない。悪いことの原因はすべて外部にある。そんな世界観の中に埋没している。どうしようもない。この種の親は治療目標も理解しない。一時的に家で暴れても、閉じこもりから脱却する過程として受け入れればいいものを、「家に閉じこもっていた頃のほうがおとなしくてよかった」と文句を言う。一瞬完全治癒の魔法を使えというわけか。当然そんなことは不可能である。逆恨みの餌食になる前に逃げることだ。それしかない。全てを治せるわけではない。

3495

Y君。自分の欲しいものを手に入れようとして、おばあちゃんを相手に泣きわめく。おばあちゃんは世間体が悪いかからと買い与えてしまう。

これは結局、子供にどのように育ててもらいたいよりも、世間体を守ることが大切だと、子供に表明しているようなものである。

世間体はこの際どうでもいい。どのように育ててもらいたいよりも、それだけが大事だと毅然として教え込む。そこに親子の絆ができあがる。世間体よりも子供が大事だと表明することだ。

3496

「自分のために生きていける」ということ 斎藤学 大和書房

・対人恐怖から嗜癖に至る。ものとの付き合いであれば、「自分が承認されるかされないか」という恐怖から逃れられる。

●不安をはずめるために、ものを使う。あるいは不安をはずめるために、真性でない対人関係を結ぶ。真の安らぎには至らないから、いつまでも求め続ける。

●日本のサラリーマンは、バーのママと、保育園の保母さんと子供のような関係をつくって甘えている。家には妻ではなくママがいる。ついでに会社は大きなママである。無条件に保護してもらうかわりに、無条件に奉仕する。

●確かに、相手の配慮をあてにする習慣があるように思う。はっきりとした契約関係を振りかざすのはいいい態度ではない。黙々と頑張る、そのことを正当に評価してもらう。評価を配慮として示して欲しい。そのような関係があるのではないか。図々しく自分の努力をアピールするのはいい態度ではないとの考えがあるのではないか。

・「わたしへの愛と見えた多くのものは、母が自分の不安、心の傷を覆い隠すためのものでした。母は自分を絶対必要とする存在がどうしても欲しかったのだと思います。」「おまえは一人では生きていけないよ。わたしがいなければ何もできないよ」という子守歌を聴かされて育った。

●「あの人はわたしを必要としている！」この感情が確定したときに、愛も確定する。日本女

性の愛とは、このようなものである。つまりは母性愛である。

3497

一般向けの著作の多い精神科医

多産の精神科医……斎藤学、町沢静夫、大原健士郎、小此木啓吾。

評判のよい、ほとんど神格化された精神科医……中井久夫。

笠原先生は著作も少なくないのに、あまり評価されない。なぜか？泣かせるものがない？

外来を続けている。日曜にNHKののど自慢を見かける。これと同じだ。この人たちが外来に来ているのだ。そしてこの人たちがテレビを見て、本を買う。

3498

「あぶない心」どこが問題かわかる本 都精研編 講談社 (ソフィアブックス)

- ・「察し」を期待する心と甘え。
- 「配慮」や「察し」を期待する。それが甘えである。なぜ自分は配慮や察しに値すると思うのか？家庭でならば、それはそれは大切な子供であろう。しかし組織ではそうではない。集団内では別の感覚が必要ではないか？
- 精神療法場面でも、配慮や察しを要求している人がいる。そうした甘えが満たされないと、怒る。または不平を言う。面と向かってはいわない。陰口である。いい子でいたいから、甘えるのだ。面と向かって要求すると嫌われる。しかし要求はしたい。嫌われないで要求を通す方法が、甘えるということだ。
- 甘えは、察しや配慮を求める心であるが、それをあからさまに求めた場合、かわいげがないし、断られた場合に傷つけられる。自分を守りながら、要求するのである。守るとは、二面があり、「自分はそんなに凶々しくない」と守り、一方では、うっかり要求して拒絶され、嫌われた場合の傷つきから自分を守っている。あからさまに要求しなければ、あからさまな拒絶もない。
- ・「会話から対話へ」の時代。表面的なあいさつや世間話だけで人間は我慢できない。
- ・I want to be myself.この欲求は日本でも増えつつある。
- 「ああ、いまわたしは自分自身だ」と満ち足りて思える瞬間。どのようにして可能であるか？どれだけの人が、その感覚の欠落に苦しんでいるか？このような感覚は結局、宣伝の結果つくられるものかもしれない。誰も感じていない幻想的な満足感を宣伝して、「わたしにはそれが欠けている」と思わせ、何らかの消費行動に駆り立てる。そういったからくりがないと言えるか？

3499

共依存。

必要とされることにエクスタシーを感じる。無力な人間が自分を頼っていると、喜びを感じる。必要とされることの必要。

さて、共依存を未熟と決めつけるべきだろうか？自分は自分、独立して生きるのがいい、生き甲斐についても、他人は関係ない、「他人が何かの状態になる、それがわたしの喜びだ」という喜

びは、その「他人」を不幸にする、というわけだ。[果たして](#)そうか？

世の中には確かに[共依存](#)傾向の行きすぎた人がいて、明らかに異常である。[しかし](#)[微妙](#)な程度の[共依存](#)傾向がある、そんな人たちの[場合](#)にはむしろ[普通](#)というべきだ。

[人間](#)の生きる喜びは、ある程度[共同体的](#)である。

[環境](#)が豊かになれば、[個体](#)優先になる。[環境](#)が貧しくなれば、[集団](#)優先になる。

[共依存](#)傾向は、[集団](#)優先であり、生きる[環境](#)が貧しかったころの[生き方](#)、生きる[感覚](#)であった。

[現代](#)は豊かな[時代](#)であり、[個体](#)優先の[感覚](#)になりつつある。

3500

分裂病者は、「[孤独](#)な[バナナ](#)」になっている。

[感覚](#)器も、思考力も、表出も、どことって障害はないのに、[孤独](#)な[バナナ](#)になってしまう。その長期にわたる結果として、陽性症状、[陰性症状](#)が発生する。

[拘禁](#)反応が[モデル](#)となる。

3501

少年少女とテレビ

- ・ テレビは世界のどぎつい事件ばかりを集めている。人間が五感で生きている世界とは随分違う。しかしテレビの中の世界が「本当の世界」と思ってしまう。
- ・ テレビは人間の全体ではなく一部だけを伝えている。虚像であることを認識しているかどうか？多分認識していない。偉い人も隣のおじさんとして付き合っていればいろいろな面が見えてくる。そのようになってはじめて人間のモデルとなる。
- ・ いつのまにか権威になっている。テレビからのメッセージが「正しい」のである。正しさをチェックする能力がない。論理能力がないから、より高い権威を求める。単純化していえば、馬鹿だからだまされている。
- ・ 影響される子ども。その親はやはり影響されている。無批判に影響される態度が遺伝している。
- ・ テレビは答えを提示するのか、考える材料を提示するのか？能動的聴取の能力。
- ・ テレビの特徴。自分の話を聞いてもらえない。ただ「権威ある人」の話を聞くだけ。カウンセリングとは対極的な状況である。
- ・ 端的に、テレビの真似をする子供がいる。これははしかたがない。そのようなものだ。人間の一部はそのような人間なのである。分別もなく、自分の欲望のために他人が傷ついても何とも思わない。そのような感受性が決定的に欠落している人がいる。欠落の原因はテレビではない。しかし、欠落している人に、欲望発散の手口を伝え、実行をそそのかしているのはテレビである。そのような、欲望制御の欠落した人間と、普通の人間とを区別しないで扱うことから出発するとすれば、まずその前提を確認することが必要だ。

無論、刑法は犯罪発生後に機能するのであって、予防的に機能することはない。従って、現状では、一部にそのような人間を含む社会を、どのように運営するかということになる。

だとすれば、利益の考量は、普通の人々の楽しみという利益（そして実はそれで儲ける人が社会を動かしているのだから、その人たちの利益）と、犯罪が発生したときの不利益を天秤にかけることになる。

現実の問題として、次のようなことが考えられる。テレビでひどいシーンを放映するとする。その場合に、スポンサーがつくか、出演する俳優たちは拒否しないか。ひどすぎる場面ならばチャンネルを替えられないか。そうしたことをクリアーして、そのシーンは子供たちの目にふれることになる。小さな不利益という痛みがあるとしても、大きな利益が優先している。社会はそちらを選択しているのだ。

3502

980920の朝日「声」。取り柄がないわたしだけれど、ボランティアで訪れた障害者施設で、手を強くつかまれて、自分が必要とされていることを実感できた。

ああ、ここでも、「必要とされる快感」「必要とされる必要」である。でも、いいんだろう、これで。

3503

この国でエリートとは、税金の山分け構造にどれだけ深く組み入れられるかで定義される。国家という暴力組織は、税金の徴収と山分けという側面を持つ。むしろその側面が中心とっていいかもしれない。その徴収のために暴力装置も用意している。

国民はそうした権力装置の恩恵を浴びる側と、被害を被る側に分かれる。税金の山分け構造の中心に近い人ほど、エリートということになる。

そんなエリートになるために勉強しているのではない。自分で事の善悪を見きわめ、未来の方針を決める、その自信を養うために勉強するのだ。

3504

「あぶない心」どこが問題かわかる本 都精研編 講談社

・子供たちに共通してあるのは、「申し訳ないの妄想」。「わたしは親の期待するような子供でなくて申し訳ない」と思っている。

・ほとんどの子は何かしらの挫折感をもっている。

・暴れている子供に対して、「おまえが生まれてきたときには、わたしたちはほんとうに元気がわいて、頑張るほかないと思って、それで生きてこられたのだよ」ということをきちんと伝えたほうがよい。「ほかでもない、おまえの親をやれて、わたしたちはほんとうに嬉しいのだ」と伝える。そういうメッセージの場を与えることが治療者の仕事である。

●しかしそんなことを言ったら、どんどん要求がエスカレートしてしまうのが心配ではないか？北風ではなく太陽として振る舞って、おさまればいいが、おさまらない場合、どうすればいいのか、と悩みは尽きない。

・「どんな人が来ても、治そうとしないで、分かってしなさい」

●なるほど。これはいい指摘。ありのままでいいと肯定してあげることにもつながる。裁判所ではないのだから、これでいい。しかしまた、自分の趣味に合わないことであつたら、「わたしはいやだ」と治療者が発言する権利も留保しておきたいではないか。公立の機関ならば、そのようなことは許されないだろう。しかし当院のような私設の、しかも大変小さな場所である。そのような自分の主張を持っていても悪くないと思う。自分の好きな「商品」だけ売る権利があると思う。

・泥棒をする人に、「おまえが泥棒をするからには、泥棒をせずにおれない事情があつたんだろうな」と聞く。それがカウンセリングの精神である。

●なんという性善主義！まるだしの性善論である。まずこの前段階に、その来談者の精神構造の分析が必要である。普通の人が泥棒をするにはわけがある。しかし普通でない人もいるのだ。そこを見落とさないのが専門家である。

「人間扱いされていない」と怒る人……構造的**悪循環**について

- ・大部分はもともと**被害妄想**である。
- ・しかしながら、治療者は微量ではあるが、「病気の人だから」という感覚をもっている。
- ・患者が治療者の態度について**被害妄想的**になって、あれこれ訴える。「自分をどうせ病気だと思っているだろう」「人間扱いしていないだろう」など。そのようにしてしつこく訴えているうちに、治療者の側には、「やっぱり病気だな」とか「気をつけなくては」などといった気持ちが生まれ、強くなる。そうしたところをつかまえて、患者はさらに、「ひどい扱いをされた」などと言い続ける。すると治療者はさらに警戒的になり、さらに「患者扱い」するようになる。こうして**悪循環**は成立する。
- ・しかしこの**悪循環**から逃れるのは難しい。患者の言葉に動かされて「患者扱い」は絶対にしないと考えたとする。しかし特別扱いすると、治療は成立しない。奴隷のように奉仕する関係になる。私的**生活保護**になる。最初の中立的立場を崩さないのが一番**である**が、たいていは一対一の関係ではなく、第三者が介在し、話が複雑になる。この手の患者は、**アルコール**症や薬物依存、さらには性格障害の人たちが多く、第三者を動かすことも多い。

「あぶない心」どこが問題かわかる本 都精研編 **講談社**

- ・人生の中で、たった一人でも自分の気持ちが分かる人がいたということが、その人の**生きる力**の源泉になる。
 - あぁ、きれいな言葉だ。そのようなきれいな世界に住んでみたい！どこかにあるのなら。
 - ・「それは君だけではない。みんなそうなんだ。僕**だって**そうだったよ」
 - ・思いこみの自分はほんとうの自分ではない。現実の自分がほんとうの自分**である**。ほんとうの自分に気付かなければならない。そして事実在即して行動する必要がある。
 - なるほど。しかしこれは人気が出ないだろう。人の気持ちに寄り添うことと微妙に背反する。この矛盾をどうにか克服しながら、**カウンセリング**は進む。
 - つまり、患者を肯定し味方になり誉めようとすれば、現実直視の気分には遠くなってしまう。現実を突きつければ、その時点では患者は拒絶され否定され、無理解にさらされたと思う。この矛盾をどのようにして解消できるか。それが問題**である**。君を肯定している、しかし現実には二人で立ち向かう、そんな気分を作っているかどうか。**子育て**も同じ。
- ここで、「条件付きの肯定」をしてはいけないとよく言われる。丸ごとの肯定をしつつ、現実には直面させる。この操作の呼吸。これが**カウンセリング**。
- ・ an. 時代の価値に従順な人たち。

家族療法

孤立した家族

個人も、学校や会社の他に、地縁、血縁、趣味の集まり、[コンピューター](#)通信などでつながっている仲間がいれば安定する。自分をサポートするものの複線化である。

家族も同様で、孤立している家族は弱い。

孤立した[バナナ](#)は早く腐る。これは家族も同じ。

その点で、地域の意義を再確認したい。そうすれば、地域医療の新しい側面が見えてくる。

こうした[地域主義](#)と[デイケア](#)、在宅医療などが連動する。

3508

AN

なぜそんなにやせたいのか、理解できない。この理解しがたさが、この病気の本質を告げているのではないか？

3509

「あぶない心」どこが問題かわかる本 都精研編 [講談社](#)

・心理的安全性が保証されることが[カウンセリング](#)では大切。安全性が得られれば、右脳が[活性化](#)されて、何かひらめきやすくなる。

●すごい話。でも、安全な場所を設定して話していただくことで、別の面から光をあてたり、総合的に見られるようになったり、いまの事態の辛さを相対化することができるようになる。

・いいお父さん、いいお母さんは、自分の本当に言いたい気持ちを抑えているから不安や不満が強い。すると子供も、良心の顔色を伺いながら育つ。自分を殺すようになる。自分が好きなことをするよりも、親の機嫌がいい方を選ぶ。こうして自分をなくしていく。

・親や世間の期待に応える「いい子」になる。

●[いつまでも](#)そうしていて報酬が得られればよい。しかしそうでない場合も多い。期待に応えられなかったり、応えても報酬が少なすぎたりする。報酬が少なければ、もうそれ以上はつきあう必要もない。しかしその時に、自分は何を本当にしたいのか、分からない。「もう他人の期待通りになんか生きないぞ」と思っても、次に踏み出せない。期待という信号、そして報酬がないと次に何をしたらいいのか自信がもてない。

自分で自分に報酬を与えるような習慣がない。自分の内部の満足感だけで完結していない。自分の満足のために必ず外部の賞賛を必要とする。[ナルシスティック](#)・サプライが外部にある。そのように依存している人は、自分を殺して、期待に沿い、報酬をもらい、生き続ける。

●これがいけないと議論されている。いけないのだろうか？いけない面もあるが、いい面もあるように感じる。

3510

演歌

失われた人間の絆、あるいは信頼を取り戻す試み。信頼はあるのだと、愛はあるのだと信じさせてくれる歌。

傷ついた心を癒す。傷とは、人間を信じる気持ち、世界はいいものだと思える気持ちが、損なわれること。

人間と世界を信じるその気持ちが、人間を人間として生かす。安心が生まれる。

そこに傷つきが生じたとき、酒を飲みながら、演歌で慰められる。

3511

「家族」という名の孤独

・女性のケアを必要とする男と、男に必要とされる必要を感じている女が会う。ケアは愛と混同される。女は母のような役割を背負い込み、その役割の重さに酔って、自分の人生を失う。

男は、異性を愛することができるようになるという真の成熟の過程を失い、子供帰りの道を引き返す。双方の欠陥がそのような出会いを生む。当人同士はそのことには気付いていない。自由意志で相手を選んだと思っている。お見合いならこの種の出会いを避けられる。

・娘たちの多くは、母のように配偶者を選び、母のように男に接し、母のように幸福を感じたり、不幸を嘆いたりする。

●徒労感。やりきれなさ。行き止まり。どうしようもない。不幸の再生産の構図である。

●異性をどのように愛していいのかわからない人たちである。愛とは何かを知らない。愛とはケアであったり。一方的な要求であったり。物を買ってもらうことであったり。いずれにしても「ずれて」いるのだ。

・父と同じように欠陥を持った男が、A子の愛で成長し、A子を大切に、安全にしてくれる優しい男に変身するとしたら、彼女は自分の人生の全てを受け入れることができるようになる。

●その時全ては報われる。このやりきれなさが一挙に意味のあるものになるのだ。

●神の概念や、来世の幻想も、同じ。この世で清算されない、報われない、マイナスの部分、いかにして清算し、報われるものに、プラスに転じるか。みな同じ構図のようである。

・家族の機能……安全を提供すること。

・未熟児で生まれる→保護を必要とする→保護のシステム

●同時に、保護を要求するシステムも生まれる。子供のかわいらしさや甘え。あからさまに要求はしないが、察しを要求する。

3512

我々は世界観というものにくるまれている。

この事情を正確に描写できないか？

例えば養老先生の唯脳論なども、「人間が生きているということは世界観にくるまれているということなのだ」ということだ。

「世界そのもの」「ありのままの現実」というものは現実にはない。人間の五感と世界観により構成された「何か」があるだけであり、それは現実を生き延びるのに役立った。従って、そのような世界観を持ったものが生き延びてきた（進化論の原則）。

それは国家だったり、アニミズムだったり、性的幻想だったり、してきた。

3513

風俗嬢の発言

男は女の身の上について悲劇を聞きたがる。「劇団の上演資金を稼ぎたくて」では満足しない。父親の借金とか、母親の病気とか、そんな悲劇を聞かされて、可愛そうにと同情し、それでやっとなど勃起するというのだ。

そのようなファンタジーが必要なのだという。なぜか？

その風俗嬢は、自分が買春していることの後ろめたさを、そのような悲劇を背負った女を助けるというイメージで、打ち消していると考えている。

また、ポルノ小説で多い筋立ては、高貴な身分のお嬢様・奥様が、セックスの力で、または暴力やその他の権力で、主人公の言いなりになってしまうというもの。

性的描写というよりも、本質的には権力関係の成立と変化の描写である。性的魅力に服従とする筋立てならば、ポルノといえるだろう。

多くは表の社会での権力関係とは反転した形での支配と服従が成立することになる。

そうした筋立ては多くの男性が下層階級であることと呼応しているから、そこに小説としてのファンタジーが成立するだろう。

悲劇の風俗嬢でいて欲しいと願うのはなぜか？対等な取引と思いたくない。資本主義的取引と思いたくない。そんな部分があるのではないか？

3514

セックスの外注化

現代社会は、いろんなものを外注化して、生活単位としての家族を解体化している。

食事がそうである。衣類もそうだ。病気のときの介護もそうだ。

なぜ人は一緒に暮らす？

心のケアとセックス。心のケアも次第に外注化されつつある。セックスだって外注化されてもおかしくない。

土台、なぜセックスが秘め事で、秘密の事柄なのか、そんなことも、問い直してみれば、以外と理由のないことになっているだろう。

たとえば遺伝子診断がもっと簡単になれば、夫は自分の子供の認知がしやすくなる。そのために妻のセックスの相手を選ぶ権利を縛る必要はなくなる。

外食をすることと、セックス産業のお世話になることと何が違うか？男が、「ここのおかみのごはんはおいしくて」と通い詰めることと、セックスがよくて通い詰めることと、何の違いがあるか？

そうなったら、家族とは何だろうか？それでも夫婦である理由はどこにあるのだろうか？

あるような、ないような。

親子は、血縁によって家族である。契約の問題ではない。

夫婦は、契約によって家族である。根本的に違う。

3515

自己実現などと、聞いたようなことをいう。

その実体は、「自分が偶然に持ち合わせているいくつかの資質を最大限に利用して、最大の利益を得たい」というだけのことだ。ようするにできるだけの上がりたいたいということだ。

いま自分にある資源を最大限に利用していないことから来る不安全感は誰でも持ち合わせているのだ。そこを利用して、自己実現などといった言葉が繁殖する。

3516

精子は時々刻々新たに生産される。→適応を反映する。

卵子は、適応の高い精子を選択する能力が必要である。何を基準にするか？

女にエネルギーを注げるということは、全体の余裕がある、全体の能力が高いということにつながるだろう（英雄色を好む）。しかしそこで見せかけの戦略が発生する。（動物行動学にこのような例がある。）全体の適応は高くないのに、メスの気を引く部分だけが突出して進化している。

卵子は、精子の全体能力と、その中から自分にどれだけのエネルギーをさいてくれるかを評価する。

女に男が興味を持ち、エネルギーを投入する。その場合、男が他のことにもとても能力があつて（たとえば100）、その一部として女にエネルギーをそそぐこともあり（たとえば10）、一方、男が他のことには能力が乏しく（たとえば20）、しかし女にはエネルギーを注ぐ（たとえば10）こともある。結果として女が受け取る分は10となるが、一族の繁栄のためにはどちらの男を選択すべきかは明白である。

だめ男だが、自分に優しい男を選べば、子分が一人である。有能な男だが、さして優しくない場合には、子分が百人位できる。どちらがいいか？そんな問題でもある。

3517

神経伝達物質とレセプター

音と補聴器のボリュームでたとえる。→レセプターコントロール技法について説明。

3518

「家族」という名の孤独

- ・「男は女の母親的部分につけ込んでいる。」
- ・アルコールを飲むと男は自慢話を始め、攻撃的になる。女は世話焼きになる。「相手を自分に依存させるケア（世話焼き）」をする。
- ・男と子供に気をつかい、世話することで彼らをコントロールする。そのようにして家族の中で支配権を確立する。

●自分が必要とされる必要。これを生きがいとして生きている人は会社で偉くなったりしない。

なぜか？

こうした人たちは会社組織にはなじまない。会社では個人は「歯車」であり、取り替えがきく。取り替えがきかない特別の人として、自分が必要とされたい、そのような人は会社になじまない。その結果として、家庭や[水商売](#)などに生きる場所を見いだす。

知能が高ければ、家庭婦人としておさまるだろう。そして支配の劇を反復する。[経済力](#)が必要な場合には、仕事をばりばりやっている。

一方、知能が低い場合には、[水商売](#)や下層家庭にはいる。[水商売](#)も、金のため[である](#)。男を養うには金がかかる。

あなたでなくてはだめだ、と強くいわれるのはまず家庭[である](#)。妻として母として、必要とされる。何より乳児の母として、必要とされる体験は強烈だろう。完全に無力な存在が完全に依存してくる。その強烈な喜び。そこには奉仕の快感も、支配の快感も含まれている。

3519

うつになると睡眠[リズム](#)が崩れる。

食欲もなくなる。これも、[リズム](#)障害と考えることができる。

[リズム](#)は、[マニー](#)細胞が作るのではないか？[マニー](#)細胞がダウンすると、[リズム](#)が消える。

3520

[「家族」](#)という名の孤独

・「愛しすぎる女たち」。彼女たちは一人になると、苦痛や虚しさ、恐れや怒りにとらわれるので、恋愛を麻薬として利用する。[パートナー](#)との仲が不安定で、困難を伴うものであればあるほど、より強烈な気晴らしになる。問題のある男性を愛したり、[精神的苦痛](#)を覚えるような状況に身を置くことで忙しく過ごし、自分と向かい合うことを避けようとする。

●一人で寂しさに耐えるくらいなら、辛い恋愛をしていたい。恋愛への嗜癖の体質がある。現在の社会は全体にそのような恋愛嗜癖へと人を駆り立てるところがある。恋愛を煽れば商売になるから。しかしそのせいで、苦しみも拡大されている。

・彼女たちは、優しく安定した信頼できる男性を退屈と感じてしまう。「大人の男」は「養育する喜び」を与えてくれない。親との間で生まれた心の傷を、[パートナー](#)との関係の中で修復しようとする。[自己中心的](#)で冷たい[パートナー](#)を、自分の愛情によって変化させ、[暖かい保護者](#)につくりかえることは、貴重で喜びの多い作業[である](#)。傷ついた[自己評価](#)を回復することができる。

。

●このあたりが「斎藤節」[である](#)。なぜそのような喜びの[パターン](#)に固着するのだろうか。

・この女性たちは、自分の感情や身体をいたわることを学ばなければならない。安心して抱擁される場所と時間を提供されなければならない。その上で自分の能力と時間を自分のためにだけ使うことに習熟しなければならない。対等で相互に交流する「フェアな愛」を学ばなければならない。

●こんなに理想的な境地を目指していたのでは、いつまでたってもたどりつけないだろう。こん

な人はいない。

3521

薬の副作用

副作用情報として、たとえば牛乳を考えてみたらどうだろうか。

下痢をする。日本人に多いアレルギー原因物質の一つで、じんましんがでることがある。コレステロール値が上昇する。肥満の原因になる。

薬剤情報の一部は、こういったことをことさらに書いているわけだ。使用量の問題だと思う。

3522

最近の若い人たち。魅力的ではない。なぜか。

自分たちに合った美の基準を失っているのではないか？

美、自尊心、自己肯定感、集団肯定感、こうしたものは、ある程度小さなまとまった集団の中で、自分たちに適合した形で形成されるだろう。

現代はマスコミが情報を流し、美の基準や自尊心の根拠を提供しているところがある。

君は君のままでもいいというメッセージは商売にならない。君はお金を払って、個々をこう変えなさいといえは商売になる。

そうなると、自分たちの持っているものへの自信よりも、持っていないものへの憧れのほうが強くなる。結果として、金髪に染めるなどという現象になる。

自分は自分のままでいいという自信とは反対の極にある現象のようである。生まれ持った自分の資質を肯定できない。なんという苦しさだろうか。

3523

人は安らぎたい。本当の自分を知りたい。本当の自分に帰れば、無理をせずに、楽に、幸せになれるのではないかと期待する。

例えて言えば、お金持ちの親戚からの相続財産を夢想するようなものだ。とても素晴らしいものが自分の内部に眠っていて、そのおかげでとても幸せになれる、そんなことを夢想しているのではないか。

そこまで図々しくなくても、現状の苦しさから解放されるきっかけが自分の内部に埋まっているのではないかと考えることはあるのではないか。

3524

怒りのエネルギーのすさまじさ

境界例患者とその妹が来て、怒りを爆発させた。

患者は、男に捨てられ、「結婚するという約束が嘘なら、慰謝料を払え」と言い、「結局金か」と言い返された。「あんな奴、許さない。殺したい。殺せないなら、死んでやる。」というわけである。大量服薬して、医者はずもう薬も出さない、病院にも来るな、ということになった。

一方、妹は、姉がこんなに苦しんでいるのに、薬を出すだけか、専門家だろう、何かもっと役に

立つことが言えないのかと怒っている。「こんなに苦しんでいるじゃないか。薬でこの苦しみが消える分けないだろう。いい先生だというから来たんじゃないか。ただ薬を出すんならだれでもできるだろう。」

目がつり上がって、喧嘩を売っている。結局は、入院をすすめて欲しかったのかもしれない。自分のところで看病するのは大変だから。

この人の中に虐げられて生きてきた人の怒りを見る。根本的に人に踏みつけられ利用される人生にはまりこんでしまい、世間と人々に対する怒りを鬱積させている。このような人たちの捨て鉢の怒りの怖さ。彼らは失うものは何もないのだ。

今医者から少しでもいい[サービス](#)を引き出すためにどうすればいいかとも考えない。

ただ積み積もった怒りに身を任せてしまう。そして今現在の[人間関係](#)を壊してしまう。そしてまた怒りを背負い込む。

そして次の瞬間には、またいつもの、卑屈な作り笑いの人に戻るのだ。しまったと思いつつ。

抑圧した怒りが、暗い目になる。

磁石のように、怒りを吸着し続けるの[である](#)。なんという不幸だろうか。なぜそのような行動[パターン](#)を修正できないのだろうか。何か利益があるのだろうか？

3525

98-9-27

前景症状が盛りだくさんすぎて、あるいは次々に変化して、どれが主症状とも言えず、さらに背景病理も明確に指摘できず、困る例がある。たとえばM。

あるいはfirst [common](#) pathwayのようなもので、非特異的な症状ばかりで、今後の成りゆきを見守る必要のある例もある。

3526

症状を、過去の[トラウマ](#)の[後遺症](#)としてとらえる見方。

1) 「[甘えるな](#)」との発言は、[発言者](#)の症状[である](#)。

過去にどんなことがあっても、現在を他の人のように当たり前に生きられないのは、やはり本人に欠陥があるからだとする考え方も多い。甘えているだけだ、人のせいにするなというわけだ。人は生きていれば誰でも辛い目にも遭う。それなのに誰でもが症状に苦しむわけではない。本人にきびしさが足りないのだとの結論に到る。それは[時代の精神](#)ということもあるだろう。戦争を生き延びてきた人たちにすれば、生きるということ自体がとてつもない戦い[である](#)。「[甘えるな](#)」という発言が出るのも、ある程度はやむを得ないと思う。

そのような「厳しい派」発言は、それ自体が、[トラウマ](#)の症状[である](#)と思えてくる。目の前に苦しんでいる人がいて、その人に「[甘えるな](#)」と言ってみても何の解決にもならないことが分かっているのに、それでも「甘えるのもいい加減にしろ」と言うとしたら、やはりそれはひとつの症状[である](#)と思われる。

3527

症状を、過去の[トラウマ](#)の[後遺症](#)としてとらえる見方。

2) 過去の奴隷。

人はなぜ過去の奴隷になるのだろうか。過去の体験に原因する苦しみを現在生きているとすれば、その人は現在を生きているのではなく、過去を生きていると言っても間違いではないだろう。多分、こういうことだ。現在を生きていて、適応が落ちてくると、退行状態となり、過去を生きるようになる。適応低下の結果として退行が生じるのは一般原則である。退行状態を試行してみ、うまく行けば、また現在の生活を生きるようになる。うまい行かなければ、さらに退行するか、全く新しい[ジャンプ](#)を試みるか、いずれかになる。いずれにしてもさらに危険な賭になる。危険を冒すよりも、「過去に縛られた現在」の苦しみを生きた方がいいと判断する場合もある。そのようにして固着が生じる。その苦しい過去よりも、耐えやすい時代はその人にはなかったのではないか。何かの点で、その人はその過去を生きることで利益を得ている。その利益は何か。

伝統的な考え方は、その過去の苦しみを克服するために敢えて生き直しているのだというものだ。しかし、それならば、忘れてしまえばそれでいいのではないか？あるいは、もっといい経験で「上書き」してしまえばいいのではないか？

考えてみれば、人間の記憶は、それほど客観的でもないし確実でもない。かなりの変形を施された上で記憶されている。その変形の仕方を考えようというわけだろう。

3528

はじめの症状は、身体的。二回目からは心理的。[パニック発作](#)も、[自律神経失調症](#)も、同じ構造である。[心身症](#)一般、[アトピー](#)、喘息、なども同じ。

頭痛なき[偏頭痛](#)などと言われるような状態。自律[神経系](#)の失調状態。

3529

[光源氏](#)。そしてまた、演歌の歌詞。

「あなたは胸に理想の誰かを宿して生きている。わたしではだめなのね。」と女は歌う。

このタイプの人の場合、恋は理想化から始まる。恋の[プロセス](#)は、次第に進行する幻滅である。

男は理想と現実の違いに幻滅する。女は、自分が飽きられていくことに苦しむ。あるいは減点法で採点されることに苦しむ。恋愛の時間の大部分は苦しみとなる。

惚れやすい男はこのタイプである。[光源氏](#)など。

[境界例](#)の理想化と脱理想化。惚れ込みと幻滅と訳していいのではないか。

3530

「[家族](#)」という名の孤独 [斎藤学](#)

・ [共依存](#)者が支配の道具として[セックス](#)を用いることがある。相手が黙ってつまらなそうにしていると、自分が嫌われているように感じ、何もしてあげられない自分に嫌悪やあせりを感じてし

まう。このような息詰まる関係を苦痛に感じて、逃げようとする。「親密性からの逃走」という。[セックス](#)はこのような息詰まりを解く。

●真の意味での人間の交流から逃走して、真の親密性に至らない、偽の交流だけ続ける。

●「必要とされる必要」に従って生きている女性は、[セックス](#)で[サービス](#)しようとするかもしれない。それが相手の求めているものならば。そして充分打算的になることができず、与えてしまう。（このことは、[セックス](#)を人生の武器として使う、普通の女性にとってみれば脅威かもしれない。[セックス](#)を商売の武器として使うなら、まだ許せるのだろう。）それでも、その女性にとってみれば、充分に見合っているのかもしれない。必要とされる喜びの故に生きていけるのだ。生きる根拠を提供してくれるのだ。

●[援助交際](#)などの他者交流の形式も、自分が必要とされる場所を見つけたということなのかもしれない。うだつが上がらない自分が、一人前として評価される場所をやっと見つけた。その[安心感](#)と自信。そのような形でしか、[自己実現](#)の道を見つけることができない。

・男が女に「癒す母」を期待するとき、男は女を恨むようになる。息子は「自分の気持ちを理解してくれない母」を殴り、夫は「母のように自分をいたわってくれない妻」に復讐する。

●「僕の[精神安定剤](#)代わりになって下さい」というわけだ。それでは破綻するだろう。しかしそれでも[精神安定剤](#)の役割を引き受け続ける女がいるのだ。それが[不思議である](#)。その[不思議](#)が保存され続けることがこの社会の秘密[である](#)。

3531

過去の傷は消せない。しかし意味付けすることはできる。[無意味な傷が最悪である](#)。

3532

現代の[人間関係](#)

任意加入の集団では、個人を「なかったこと」にできる。昔の血縁、地縁集団では、好き嫌いは別にして、居場所はある。しかし今は、誰かがいなくなっても、空白ができない。何かの都合で出ていないと思われるか、出ていないことを意識されずに過ぎてしまう。その程度の、任意加入の集団になっているのではないか。

自分は集団内で特別ではないのだという感覚が生きにくさにつながっている。

3533

[生活習慣病](#)や加齢変化に対する過剰診療（過剰検査と過剰投薬）。

ビタミンDや[カルシウム](#)剤の大量投与。骨密度測定で「大変だ」と脅かされる。カルシトニンの連続注射。[コレステロール](#)の過剰コントロール。食事指導と運動処方をもどの程度しているか。

それも患者が求めるから仕方ないと？

ここでも[悪貨が良貨を駆逐する](#)のである。

愚かな社会へいちもくさんである。

内科医から見れば、[精神科医](#)は患者を薬漬けにして平気なのかといたいのだろう。しかし、[精](#)

神科医から見れば、「それ以外に方法があれば教えて欲しいものだ」ということになる。

同じ患者に対する対処法がまったく異なるということなのか。患者が違うから自ずと対処が異なるということなのか。その点を明確にすべきだ。

3534

「[家族](#)」という名の孤独 [斎藤学](#)

・この暴力男は自分なしでは生きられないと確認することは、ある種の女性にとっては、自らの心身の安全よりも貴重なことである。

●そのようにして「生きる理由」をつかんでいる。支配の感覚をつかんでいる。女性の場合、[赤ん坊](#)に対する支配の感覚に似ているのだろうか。[赤ん坊](#)は母に支配されているが、一方、母を完全に支配している。そのような依存関係。

●いわば「わたしの[赤ちゃん](#)」である男性を見つけたとき、女性は[共依存者](#)になる。

・男が暴力の後で示す、優しさや愛の誓いを過大に評価してしまう。

●[認知障害](#)ではないか。認知の是正を[トレーニング](#)した方がいい。何とも[歯がゆい](#)思いで話を聞くことになる。肝心の所で、引き返してしまうのだ。

・[アル中](#)の男は、妻に嫉妬していることが多い。妻の男性性や[社会的](#)能力に嫉妬する。

●嫉妬しないでいられるものだろうか？たとえば[クリントン](#)。やはり根底には嫉妬があり、それが不適切な女性関係の動因になっていないか？

・緊張の高い家庭で育つ子供。世話焼きをして時間を過ごす。[思春期](#)に入って家から離れると、自分が何のために生きているのか分からない。空しく退屈で緊張して疲れる。嗜癖に逃れたり、「自分なしではいられない無力な人物」との出会いに救われたりする。こうした依存的な人の世話をしているときに元気になり、充実を感じる。

・子は家族関係のあり方、対人関係のあり方を刷り込まれている。夫として妻としての役割や[コミュニケーション](#)の[パターン](#)が刷り込まれている。

3535

「[家族](#)」という名の孤独 [斎藤学](#)

・[テストステロン](#)と暴力性・権力志向。

Y染色体によってつくられる内分泌器官によって、男児は胎生期から[テストステロン](#)やジヒドロ

・[テストステロン](#)に影響され、[男性脳](#)が作られる。言語野の左脳局在、貧弱な脳梁。[テストステロン](#)にさらされた個体が、能動性と攻撃性を発揮する。

人間では、誕生後に[テストステロン](#)はゼロに近くなり、[思春期](#)に向けて濃度が高まる。男性の第二次性徴を引き起こす。

大きく太い骨格、厚く強い筋肉、外皮を覆う体毛と髭、敏速な逃走・攻撃反応、高感度の視空間認知。

この戦闘者としての能力を用いて、男性は女性を支配する。家族という「権力と縄張りの機構」をつくってきた。

男は順位闘争に駆られているために、女性より嫉妬深い。まず序列を決めたがる。順位争いの中で孤立していく。

●こうした、人間を生物学的に根本的に規定している部分から出発した考察が必要である。

●能動性はよい。攻撃性は悪い。しかし一体のものである。

●女性が攻撃的な態度で人生を送ることを奨励されている。家族という「チーム」ではなく、「個人」で勝利するように奨励されている。ここに間違いがあるのではないか？

●しかしこんなことをいえば、女性に忍従を強いるものだといわれてしまう。男性支配を続ける無意識の方向付けだと批判される。

●家族は縄張りの機構である。主には、食料の独占と分配に関する、縄張りの機構である。糞が他人にとって臭いのはこのことに関連している。

●長い足は、敏速な移動を可能にする。つまり縄張りを拡張することができる。そうすれば食料を多く確保できる。これは女性にとっては魅力である。骨端線の閉止までの間、良好な栄養状態であったということだ。親が優秀だということを意味するだろう。

喧嘩は強い方がいい。リーダーの方がいい。「ハンサム」とは？遺伝子に欠損が少ないことを意味するので、有利なことが多いだろう。だからハンサムな方がいい。（しかしもてる男は資産を分散する傾向がある。この矛盾を解決する工夫が女性には必要である。あちこちに子供がいたのでは困る。）

●多産を実現するような女性の特長を好む雄は、何世代かを通じて見れば、子孫を多く残すだろう。そのような特徴をセクシャルと感じる雄が多数を占めるようになる。だから、そのような特徴が男性にとって魅力的ということになる。

●昔は男同士が順位を決めていた。現在は女性も交えて順位を決めている。これが正当なことかどうか、やはり疑問がある。しかしこれは言うとしても慎重な表現をとる必要がある。

●そのような女性たちのテストステロンレベルはどの程度であろうか？

3536

「家族」という名の孤独 斎藤学

・親たちは親の役割を手放せない。子供が15歳になれば身体的には大人である。30まで我慢すれば、どうしても限界である。親をやめて、男と女に戻る。「さあ、これからどうする？」と話し合いが始まる。でも面倒だ。子供の世話を焼いていれば役割があるので楽だ。すると子供が迷惑する。

・核家族では親子の絆が強すぎる。

●子供たちが、社会集団の予行演習として、子供集団を十分に経験しているか？核家族がそれを邪魔していないか？核家族は個人を過剰に大切にしていないか？核家族の中で生きてみると、社会集団はいかなるものであるのか、知らないで過ぎてしまうのではないか？そしていきなり社会に出ると、困難が生じる。

●男性ホルモンが順位への敏感さに拍車をかける。母親は子供の順位で社会的序列が決まる。両方の要因で、順位に敏感になる。これは喧嘩ではないから平和である。しかし試験はいつまで

も続くから、厄介である。上には上がいて、終わりが無い。強迫性性格傾向を育成してしまう。

・拒食は、「異性への接近ゲーム」から退避させ、家にとどまらせる。「子供の役割」を続けることができる。

●母親の支配的態度は確かに印象的である。

●メスも順位を気にするが、自分で駆け登るよりは、夫や息子の男性ホルモンをあてにしたほうが効率がよいと考えるメスも多いだろう。愛されないメスは仕方がない、自分で登る。自分で登るよりはオスに登らせたほうが効率がいいと考えるときは、間接的に競争に参加する。内助の功であったり、教育ママであったりする。

●しかしそんなことの果てに何があるというのだろうか？何もない。ただ空っぽの自分である。人は空っぽ以外にありようがないと言え、それでもいいが、そうだろうか？

3537

他者の内部状態についての推定

自分の場合： $f_1(\text{event})=\text{feeling}$ この関数ができあがる。

これを他者にも応用して推定する。しかし、社会を生きていけばそれなりに「常識」が形成される。

Aさんのばあい、 $f_2(\text{event})=\text{feeling}$ という推定をする。

知らない人でも、学者さんだから……、医者だから、ソープさんだから、主婦だから、女子高校生だから、といった推定をする。

そのような、他者の内部状態についての推定の総和が、人間観であるといえるだろう。

この推定がうまくいかない原因として、

- 1) 情報収集と整理がうまくできない、知的能力の欠損。
- 2) 基本モデルとなる自分の感情反応が、一般他者とずれている場合。（性格障害の一部）
- 3) 感情反応はずれていないが、自分の内部状態をモニターする能力が欠損している場合。（内的盲目。これも性格障害の一部）

共感能力の欠損。

（しかし、一緒に泣いているような人でも、真に共感能力があるかどうかは、怪しい）

現代社会のように、自分と生きる環境が相当異なる人が、自分のそばにいるという状況では、他者に関する推定は有効でない場合も多いのではないか。

3538

精神科医療。

誠実にやろうとすれば疲れすぎる。

続けることが患者のためになると考えて、疲れすぎない程度に続けようとするれば、いつのまにか自分の内部から腐る。

この矛盾を解決できない。

なぜか？

この苦しみを他科の医者は知らないのだろう。

3539

心のモデル。

1)自分自身についての外的体験と内的体験の対応。

2)他者についての、内的状態の推定。

3)2の推定は、自分自身の体験を基礎として、かつ、その他に他人の行動や内的表白に接したことの総和を動員して、なされる。

4)この推定は、他者の心を読むので、他者の次の行動を推定しやすくなる。このことは集団内での自分の立場をよくする。食事や性行動で有利である。

●他人の気持ちが分かるので、異性に好かれる人と、それとは別に、性的魅力があって好かれる人があるのではないか？

たとえば言えば、眼鏡をかけて他人を見ている。眼鏡に他人の動作や表情が映るたびに、内的状態に翻訳されて、眼鏡の内部に表示される。たとえば感情、意志などである。

眼鏡であれば、頭を回して景色が移れば、感情も移るはずである。ところが景色は変わっても感情は変わらないことがある。

分裂病で、敵の回し者が至るところにいる場合。眼鏡の内部に「敵がいる恐怖」がへばりついていれば、敵は至るところにいて、患者が散歩するたびに姿を変えてついて来ることになる。

●このモデルで、精神病状態と神経症状態とを区別できるか？

・自分についての眼鏡に傷が付いているのは、神経症。他者（外界）についての眼鏡に傷が付いているのが精神病。

・神経症とは言っても、心気症が典型。強迫性障害は別だろう。例の、心因性二次悪循環回路が典型である。

しかしながら、眼鏡に傷が付いていたとしても、現実と比較対照することで、訂正できるはずである。訂正不可能であることが、もう一つの不可欠の病理である。

つまり、眼鏡に、外的現実とは無関係の感情が付着することが病理のひとつ目、それを外的現実と比較照合して訂正することができないことが病理のふたつ目、である。

●妄想の種類。

a そこに殺し屋がいる。（外的現実）

b 胃が痛い。（内的現実）

c わたしは太っている。（中間的領域）

わたしはうつだ。わたしは気力が出ない。→内的現実の歪曲知覚の場合もあるだろう。

外的現実の歪曲＝妄想→精神病

内的現実の歪曲＝？ →神経症

こうして考えると、強迫性障害はやはり別物のようだ。

3540

変えられない過去をいかにして受容するか。

人を苦しめ続ける過去をどうすればいいのか？

いま、幸せになれば、自然に忘れるのではないか？過去を振り返り続けるのは、現在の問題に対処しきれないことの結果ではないか？あるいは、現在の問題から目をそらしたいから、過去について悩んでいることにするのはではないか？

いま、幸せをつかめばそれでいい。

そんな方針はどうだろうか？

「変えられない過去」写真の[タイトル](#)にちょうどいい。

「受け入れられない過去」

しかしそれは実は、

「受け入れられない現在」

ではないのか？

失った未来

未来がすでに確定したものとして感じられるとき、うつ[である](#)。

過去が真っ黒に見えるとき、うつ[である](#)。

3541

[「家族」](#)という名の孤独 [斎藤学](#)

・学校は評価と順位付けの場[である](#)。

・中学は英雄崇拜の時期。逆に、劣位者を決定する必要もある時期。

●こうした[イデオロギー](#)を否定していかなければ、[いじめ](#)の解決にはならない。しかし、昔から続いているこの優勝劣敗の原則をどうすることができるだろうか？現にあるものを、ないはずだと言い張ることができるだろうか？いや、実はそうではなくて、全ての人が、[いじめ](#)られず、搾取されず、仲良く、平等に、暮らしていけるのが、人間というものの可能性の中にあるのだろうか？

●こうした優勝劣敗の原則の中で（これに反するのが、[核家族](#)の中で、個人が大切にされる制度[である](#)）、社会の現実というものを学ぶ。ここで学ぶことを拒んだものは、社会でも適応できないだろうか？あるいは、社会は学校とは違って、もっと多様な[価値観](#)の存在する場所で、このタイプの子供たちも、自分にぴったりの場所を見つけることができるのだろうか？

●学校は、[エリート](#)選抜の機能がある。それはつまりは、支配者と被支配者を決定しようということだ。まあ、支配者といっても、それほどのもではないけれど。支配者層とはいっても、その内部でさらに競争は続き、長い間の忍従を要求され、勝ち残ったとしても、自分の思い通りにできるわけではなく、組織のために働く歯車の側面が強い。だから、どちらになっても失望する他はないのだ。

・「[親の期待](#)で子供を縛る」という「見えない暴力」。妻の期待や会社の期待が[サラリーマンの過労死](#)を生む。

●結局、「親（またはその人にとっての重要人物）の期待するものが何か」ということだろう。

3542

「家族」という名の孤独 斎藤学

・それぞれが他人の気持ちを敏感に察知して、その期待に沿って動こうとする。そうする人は、他人からもそうされることを期待する。それぞれが他人にとっての必要な人であり続けることを望むことによって成立していて、そのかわりに個人のあからさまな怒りや欲求は我慢させられている。これが**共依存**家族である。

●この手の家族が現代にいたって種々の問題を呈しているのはなぜか。そして、**共依存**家族が、親密性家族になったとして、新たに抱えることになる問題は何か。こうした方向の議論が必要だ。つまり、下部構造はどう変動していて、上部構造の何の変革を要求しているのか。

少なくとも、長い間の家族は、**共依存**家族であったと思われる。共有しているものがあまりに多い、言葉を要しない程度の親密な関係が支配していただろう。それはそれでよかつただろう。言葉を用いて、語り合わなければならない関係は、これからの課題である。家族の中に**アメリカ人**が発生したのだといってもいいのではないか。

・**学校生活**の中で**いつまでも**親を満足させ続けることは難しい。親は気付かなければならない。
・他人にとっての価値によって、自分の価値をはかるという態度。これが**共依存**。

●さらに、自分を価値あるものと認めてくれる他人が、世間で価値ある人ということになっていけば、なおさら嬉しいわけだ。世間で無価値な人が自分を認めてくれている場合、仕方がないから、その人は本当はすごい人**なのだけ**けれど、いろいろな事情があつて、いまはこんな姿になっていると、納得するための物語が用意されている。

これは例えば売春婦を買う男もそうだ。目の前にいる女は価値のある女であつて欲しい。そこで、事情があつてこんなことをしているという物語を用意する。それに納得してはじめて、商売が成立する。

3543

「家族」という名の孤独 斎藤学

●他人にとって自分の価値はどうか、それ以外に自分の価値をはかる尺度が何かあるだろうか？他人というものは別にして、自分が本当に納得できる自分の価値。そんなものがあるだろうか？ない可能性が高い。価値はつまり、社会での流通の問題であろう。つまりは他人の思惑の集合体であろう。

例えば、**キリスト教**的神の存在は、こうした、**共同体**を過度に重視する態度からの救いになるだろうか？

共同体的価値に対立して、絶対者的価値を信じることができるだろうか？

しかしそうした価値にしても、その淵源をたどれば、**共同体**的価値ではないかと疑われるのだ。実際の他人ではなく、自分が考える理想的他人がいたとして、彼の目に、価値ある自分でいたいとする考えのようでもある。

●真実の根源の三種を思い出す。直接経験と、**共同体**的真実と、絶対者からの啓示。

・子供があれこれの要求をするとき、子供は結局、丸ごとの自分を認めて欲しい、存在そのものの承認を求めているのだ。

●それはそうかもしれないが、ではどうすればいいのだろうか？学校がとか、試験が、卒業が、とこだわる親もたまにはいるが、みんなそんなに愚かではない。途中からは、そんな世間並みのことは二の次で、あなたのことを大事だと思っているのよと言い続けるようになる。しかしそれでも、解決するわけではない。条件付きの愛をいつまでもいっているわけではないのだ。それなのに……。親は絶望的になる。カウンセラーは抽象的なことしか言わないではないか？いったい親として、どんなひどいことをしたというのか？世間並みのことをしていただけないか？

3544

「家族」という名の孤独 斎藤学

・特定の教義の中で葛藤を解消することと魂の成長とを混同してはならない。

●生活がある程度安心して送れるような経済的基盤ができれば、あとは心の葛藤を何とかしたいと思うだろう。生活自体が大変なときには、現世利益的宗教が必要とされる。豊かで知的な階層では、現世利益ではなく、心の葛藤解消型の宗教になる。

魂の安らぎや魂の成長が、メッセージになる。そして悪徳商法と結合する。

3545

人の気持ちが分からない人。何が起きているのか。改善の方法はあるのか。

- 1) 出来事に対応して発生する自分の気持ちが、世間の人に比較してずれている場合。
- 2) 自分の気持ちのモニターがうまくできない場合。

3546

SSTを生活技能訓練と訳したりするから、誤解が広まる。

生活技能というから、買い物の方法とか、切符の買い方、電車の乗り方などを練習しようということにもなる。

むしろ「対人関係技術」と訳したらよいと思う。

まあ、生活技能を身につけることも大切である。そのことで生活のストレスを減らすことができる。

3547

偏頭痛百科 オリバー・サックス

・偏頭痛は、前兆と頭痛を合わせた、自律神経系の乱れである。頭痛のない偏頭痛もあると考える。

・頭痛を止めても、他の症状になって出現することがある。頭痛を止めて、どれだけの利益があるか、よく考える必要がある。

●以上二つは、日本でいう、自律神経失調症や不定愁訴の特徴にあたるだろう。

- ・「[吐き気](#)がする」「[むかつく](#)」は、身体感覚でもあるが、感情でもある。
- なるほど。
 - ・耐える必要のある頭痛の総量は決まっている。しばらくしなければ、強くなる。むしろ定期的に、少ない痛みで終わってくれたほうがましである。
 - そういう面があるだろうか。痛み物質の総量が決まっているようなことがあるかもしれない。一定量ずつ次第に蓄積する「頭痛物質」。その放出[パターン](#)にさまざまあるということ。
 - ・[てんかん](#)と重なる側面と、自律神経[ストーム](#)と重なる側面とがある。だとすれば、自律神経発作との関連を考えるのが自然だということにもなる。必ずしもそうではないだろうが。そもそも、[偏頭痛](#)の発生頻度と[てんかん](#)発生頻度は桁違いに異なる。
 - ・[偏頭痛](#)の保身的反射としての側面。休息が必要なときに、[偏頭痛](#)が起こり、結果として休息をとることになる。
 - ・[ストレス](#)に対する反応。
 - ・動物は受動的反応を見せることがある。例えば、脅威に際して、下痢をする、脱糞する。[スカンク](#)も同じように、進化した汗腺から大量の分泌物を出す。人間の下痢、便秘も似たような側面がないか？下痢をすれば、臭くて、他人は寄りつかないだろう。

3548

[偏頭痛](#)百科 [オリバー・サックス](#)

- ・[偏頭痛](#)のときには部屋に[引きこもり](#)活動停止する。そのことが何らかの利益をもたらすかどうか。
- ・脅威に対する反応。1) 攻撃と逃走。交感神経亢進。2) 受動性と不動性。
- ・攻撃・逃走は、怒りと恐れに対応する。
- ・急性反応と持続反応。
- ・受動性と不動性。→「頻繁に出るあくび。皮膚は蒼白、浮かび上がる汗の粒。筋肉は弛緩。虚脱。下痢。」
- ・動物界の受動的反応。不動化。分泌・内蔵活動の亢進。おびえた犬は縮[こまり](#)、吐いたり脱糞したりする。「死んだふり」をする動物は多い。[スカンク](#)の分泌反応。抑制的反応は危険や脅威を避けようとし、結局は危害を加えられる可能性を少なくしてくれる。
- ・文明化した社会では、攻撃・逃走は不適切で、長期化した受動的反応がむしろ適応的である。
- ・[フロム＝ライヒマン](#)：「[偏頭痛](#)とは、意識の上では愛している人間に対する無意識的な敵意の肉体的な表現である」
- ・人類の十分の一が[偏頭痛](#)に苦しみ、五十分の一が古典的[偏頭痛](#)を持つ。
- ・[偏頭痛](#)の発生[パターン](#)と決定因子を明らかにしようとする際、二種類の日記が役立つ。一つは[偏頭痛](#)の日誌、もう一つは日常の出来事を記した普通の日記。
- ・医師は[アドバイス](#)、心の支え、分析を患者に与える。
- ・医師と患者との関係が重要である。権威、共感、望ましい医者・患者関係の中で形成される連帯。医師の言葉や行動と同じくらい重要である。この関係こそが、あらゆる機能的疾患の患者

を扱う際に決定的に重要である。

3549

偏頭痛百科 オリバー・サックス

- ・ 偏頭痛という生き方を選択する人がいること。
- ・ 患者に対する医師の伝統的な役割の一つは、心配しないこと、休息をとること、十分な運動をすること、夜更かしをしないことなどを、言いきかせることである。
- ・ 「頭痛に悩まされる大学教授より、健康で幸福な農夫のほうがよい」と宣言した彼自身、頭痛に悩まされる大学教授を辞めていない。
- ・ 偏頭痛を誘発しやすい特定の状況を回避できるような忠告。それは医師の洞察力にかかっている。
- ・ 「人は椅子から決して立ち上がらないと決心することはできるが、決して怒るまいと決心することはできない」
- ・ 専門家には専門家の働きがある。

しかし、専門家にとってわたしたちは、専門的知識の中のほんのつまらない一例に過ぎない。わたしが信頼を置くのは、

診察をまかせる前に、ともに世間話をし、ともに杯を交わしたことのあるような医師である。そして、わたしたちの身体の訴えを理解することが、以下にむずかしいかを認める人である。

なぜなら、わたしたちの身体は、みなそれぞれ自分だけの、言葉で語るからであり、しかもその言葉は一生を通して変化し続けるからである。

(W.H.オーデン)

3550

脅威に対する反応。

- 1) 攻撃と逃走。交感神経亢進。→パニック発作につながるもの。
 - 2) 受動性と不動性。副交感神経亢進。→「死んだふり反応」につながるもの。
- 非常に急激で激烈なストレスに対しては、死んだふりに近い反応が起こるだろう。それほどではないストレスに対しては、パニック発作が起こるだろう。
- しかし人によって反応の形式は異なるだろう。個々の内部特性が問題になる。

3551

患者の語る言葉。

例えば「痛い」「冷える」[である](#)が、正確にどんな事態を意味しているのかは、慎重に考える必要がある。

[ある意味](#)で、伝達不可能な事態を伝えようとして言葉を用いているのだ。

だから伝える側も、受け取る側も、詩人の営みが必要になる。

3552

牛乳と[アルコール](#)で、薬品[副作用](#)警告の[パロディ](#)をつくること。

3553

若者が魅力的でないことの理由

一つには、言葉の問題がある。もぐもぐと何を言っているのか分からない。耳が遠いせいもあるが、NHKの[アナウンサー](#)の言葉はよく聞き取れるから、耳の老化のせいばかりではないはずだと患者さんの一人はいう。

そして彼らの言葉が魅力的でないこと背景には、彼らの文化が魅力的でないことがある。なぜ若者の文化が魅力的でないかといえば、[現代社会](#)・[現代文明](#)が未来を持っていないからだろう。快適で楽で面白いものなら、下部構造は上部構造を引っ張る。つまり、未来の下部構造が魅力的でないのだ。それが一番の問題[である](#)。

むしろ、いまの若者を見てかわいそうと思う。教育程度も低下し、倫理観も低下し、社会の活力がなくなり、[国際競争力](#)もなく、誇るに足る文化を味わうことさえ自分たちではできなくなる、そんな時代を生きるのだ。

3554

[偏頭痛](#)百科 [オリバー・サックス](#)

- ・ もっとも大切な規則は、患者の話を聞くこと。聞かないで無視することはいけない。
- ・ 医師と患者がお互いに理解し合えるような[人間関係](#)と[コミュニケーション](#)を確立しようとする一般的な姿勢が、あらゆる治療法に先立って必要とされる。
- ・ 患者に受動的・従順な態度を要求する[権威主義](#)的態度は、有害[である](#)。
- [精神病](#)は、この[コミュニケーション](#)の部分で[本質的](#)な欠損がある場合がある。それが難しいのだ。しかしまた、このように他人のせいにしてすむわけでもないのだけれど。「あらゆる治療法に先立つ基盤」がまさに欠損しているわけだから、難しい。
 - ・ 頭痛は何時間かすれば必ず終わる。この数時間を我慢できるようにする。濃いお茶・[コーヒ](#)
[二](#)、安静、暗闇、静寂。[アスピリン](#)。
 - ・ 自然に対して忍耐強く、ある疾患がその自然の経過をたどるのにまかせ、患者の[不快感](#)をでき

るだけでなく努力をするが、断固とした介入は、心ざわしい瞬間（[カイロス](#)）が訪れたとき以外は控える。これは[ヒポクラテス](#)の設けた基準である。騒ぎ立てることは治療的ではない。

- ・治療が必要なのは、[偏頭痛](#)ではなく患者である。
- ・純粋に機械的な、攻撃的で、あわただしく、検査漬けと薬漬けの、現代医学は、[偏頭痛](#)の患者の治療には敵対的なものである。
- ・治療の中心には、[時代遅れ](#)の、個人的関心がすえられねばならない。
- ・医師は病を理解するだけでなく患者を理解しなければならない。それを通して患者の導き手、道連れになる必要がある。この意味で医師は権威を持つ必要があり、患者は信頼を持つ必要がある。両者にあるのは[倫理的関係](#)である。偽りのない深い理解が必要である。そしてこの関係は腐りやすい。

3555

[偏頭痛](#)百科 [オリバー・サックス](#)

- ・医師が最終的に与えるべきもの。理解、勇気、病に対抗する生命肯定的な態度。
- ・患者は一人で立ち上がる力を必要としている。医師はそれを与える。

3556

愛するのも自分だけ

憎むのも自分だけ

攻撃するのも自分だけ

そのような人の夢

[ヨット](#)の上

真っ白な服でわたしは立っている

誰かが[ヨット](#)の甲板に横たわっている

任務はその人を湖に投げ込むこと

その前に顔を[オール](#)で潰さなければならない

うつ伏せの死体だ

顔を上に向けるとそれは自分だった

自分だけが住んでいる世界の象徴である

そこに他人が住むようになる

それが成長だ

たとえば[ヨット](#)の白い服を着た人は恋人で

その人を抱きしめてキスをする

そのような夢になるように治療は進められる

たとえば[ヨット](#)の白い服を着た人が父ならば

その人を湖に投げ捨て象徴的に殺すことで

父を乗り越えるだろう

君が父とっているものは
自分だ
君には他人はいないから

3557

わたしの言葉はあなたに届かず
ただわたしの内部でこだまを返している
届かないからなおさら繰り返して語り続ける
しかし届かず 内部でのこだまばかりが繰り返される

3558

医師が患者を診るときの目。

一人の人間としてもう一人の人間を理解したいと触れ合うときの目。

この二つの違い。暖かさと冷たさ。判定者と共感者。理解と了解。

障害者と付き合うときには、この観点が強調される。また例えば、子どものケアの際には、「子どもと同じ目の高さで」というのが決まり文句である。

勿論そんなことは常識である。子どもに見える世界がどんなものであるか、そのことを意識しない想像力欠如の人間は、障害者のケア以外でも、決定的に人間として欠けているだろう。

むしろ、そのような、欠如を抱えた人間が、好んで障害者ケアの世界にかかわろうとする事実を考えた方がいいだろう。そのような想像力欠如の人間は通常社会では敬遠されるだろう。その人にとって、居心地のいい場所はなかなか見つからない。しかし障害者のケアの場では、「その人は障害者に対して優位に立ち、ケアを与える側の人間である」として自然に、当然のこととして決定される。そういう場所ではそんな人たちも生きにくさを感じないですむ。

ところが、障害者にしてみれば、辛いことが起こる。その人は想像力が欠如しているから、付き合っていてとても居心地が悪い。普通人同士ならば、「あの人は変」と思える。しかし障害者の場合には、「自分が変」との思いがまず先にある。自分が変なのだと思うしかできない。ケアする側も、自分が変なのだろうかとの反省には至らない。障害者は変だから仕方がないと思うだけだ。反省のないところで、一応居心地は悪くない。

このようにして、障害者ケアの場所は、実は障害者が堪え忍ぶ場所となる。そして一般社会でやっていけない想像力欠如の変な人が、そのおかしさを「のびのびと」発揮してしまう場所となる。

そんなわけで、やはり、人と人として謙虚に、向き合う、その態度は大切である。

例えば、地位も教養もある人が、心臓病になったとして、医師は「患者を診るときの冷たい目で診断する」だろうか？一人の人間として接するのではないか？

一方、長期にわたる障害が固定している人ではどうだろうか。障害が固定している場合には、社会・経済的地位が低下していることが多い。そうした背景を診察室に持ち込んで「冷酷に機械的に判定」しているという印象が生まれる。医師はエリートであるという社会的背景があるから

、こうしたことは起こりがちである。

だから、[貧富の差](#)、地位の差、[社会的](#)有用性、性格のよさ、美醜、そのような一般の[社会的](#)判断を超越して、誰にでも、医の心をもって、対応するようにする、これが大切である。

一般社会で冷遇されている人の場合にも、その人の奥に、無垢の魂が宿り、世界を経験してるのだと思う。その無垢の魂を思えば、いま現在どんな姿で医師の前に現れていようとも、やはり畏敬の念を持って、診療に当たるべきだろう。

しかしまた、こうしたことを前提として、次のような事情もある。

性格障害の[精神障害者](#)がいる。「オレを人間扱いしろ。患者扱いはよくない。ひとりの人間とひとりの人間として対等の高さで話をする必要があるのではないか。」などと言う。[一般論](#)としては正論である。

その一方で、普通の人間同士ならば、つきあいを断られるような、[自分勝手](#)で、[自己中心的](#)な振る舞いをする。その場合、相手が「そのようなことをするなら、つきあいはごめんだ！」と言えば、「やはり最初から見下しているのか！」と反論する。狡猾にも敢えて事態を混同するのである。

そうした[進みゆき](#)になると、こうした事態を上記のように分析的に見ることができない職員は患者に翻弄されてしまう。

しかも、さらに問題がある。職員は[アダルト・チルドレン](#)系の人が多いのだ。過剰な一体化をする。相手のためではない、自分のために、いくらでも共感する。そしてもう一人ダメな人間を作ろうとする。そのような職員にかかれば、こうした狡猾なタイプの人には、いい餌食なのである。

患者から見れば、いつものやり方で、自分のペースに巻き込んだと思う。世間では通らない[自分勝手](#)が許される。

しかしAC職員から見れば、こちらも、やはりいつもやり方で自分のペースに巻き込んだと思っている。「わたしの愛の力だ。わたしだから、あの患者さんは心を開いてくれた。あの患者さんのためなら特別[サービス](#)も喜んでしてあげたい。なぜなら、いまの彼にはわたししか理解者がいないから。」こうして、餌食を一人増やして、職員のAC的病理は満足を得る。

客観的に見ればとても困った事態なのに、両者とも満足しているのである。

これを[竜宮城](#)状況と呼びたい。一般世間で生きることができなくなってしまうのだ。患者も職員も。

3559

[子育て](#)に悩むお母さんへの[アドバイス](#)

・一人で抱え込まない。……助けを求めるのは恥ではない。むしろ母親として責任のある態度である。

・ちょうどよい距離をとる。……[保育所](#)や親戚に頼って、物理的に距離をとる。

・自分を責めすぎない。……[ありのまま](#)を受け入れる。[子ども](#)が嫌いな自分も受け入れる。

3560

人は他人の痛みや苦しみを本当に理解することはできない。

そばにいる人がいつもいつも痛みや苦しみを訴えていけば、イライラしてきて腹を立てる。

痛みや苦しみは、[ジョーカー](#)のようなもので、強い[カードである](#)。痛みを訴える人に、慰めではない強い言葉を投げかけることは、[自責の念](#)を引き起こす。

[ジョーカー](#)を乱用されると、そのことに腹が立つ。

痛みを対人関係の[駆け引き](#)に使うという、「[生き方](#)」を選択する人もいるのだ。

3561

制度への依存

時間を価値に変換する。残るのは何か？

例えば、ある人が時間をかけて何かの資格を取ったとする。その社会ではその資格は有効で、生きていくのに役立つ。

一方の人は時間をかけて人間の文化を学んだとする。その社会では特に評価されず、就職にあたって有利になることもあまりない。

ある日、その社会が消えたとする。制度が消えてしまったとき、制度に依存した資格や身分は消えてしまう。そのようなものに時間をかけていいのだろうかと考えてみる。

この世に生きて、何をするか。

3562

火星の人類学者 [オリバー・サックス](#)

・「[図書館](#)には不死が存在すると読んだことがあります。……自分とともに、わたしの考えも消えてしまうと思いたくない……何かを成し遂げたい……権力や大金には興味はありません。何かを残したいのです。貢献をしたい。自分の人生に意味があったと納得したい。いま、わたしは自分の存在の根本的なこととお話ししているのです。」

●なるほど。「何かを成し遂げたい」この欲望かもしれない。この一節はとても心に響く。

●この世に生まれて、この世を体験する。

経験の後に、次の世界に行くか、元の世界に帰るか、全くの無になるのか、分からない。

分からないが、この世を経験し味わい、そして出来れば何らかの貢献を残して、去っていきたい。そう思う。

例えば[図書館](#)の一冊として有意義な本を加えたい。

●全くの「観賞する人」「味わう人」の立場もある。しかし、それを基本としながらも、変革ではないが、世界に貢献する立場もよい。

●世界はよい・悪い。世界を変革する・味わう。この二つの軸でいえば、世界はよい・世界を味わう、これがわたしの基本の態度だ。しかしこれに「可能なら世界に貢献する」を加えたいと思う。

●[図書館](#)には不死が存在する。これは[ポツパー](#)の哲学を思い出させる。三世界の考え方。脳が文

化をつくり、文化が脳をつくる。そのような一体のものとしての関係。脳は長期間存続することはできない。いつも新しいものとして学びつつ成長しつつ存在している。文化はそれらの脳の総体として存在する。この特殊な関係が美しい。

●「自分の人生に意味があったと思いたい」これこそ、豊かな時代の欲望である。安全が満たされた人間は、人生の意味を求める。しかし、意味の次元でも自由主義的な社会は、価値の選択を個人にまかせる。そこから苦しみは生まれる。

3563

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー（岩波同時代ライブラリー349）

・世界に「普通」の人々はごく少ししか存在していない。

●特別の不幸はとても普遍的である。

・人々の心の痛みに対して伝統的な宗教はあまり役に立っていない。

●実にその通りである。なぜか？宗教はあまりにビジネスになった。良心的な人たちは宗教の腐臭に耐えきれず離れていく。異様な腐臭にも鈍感な人たちだけが残る。そしてますます腐臭が立ちこめる。

・「悲劇も本当はよいことだ。不幸に思えるこの状況も、本当のところは神の偉大な計画の中にある」これらの言葉は善意のつもりではあっても、傷つき痛みを耐えている人々にとっては、「自分をかわいそうがるのはやめなさい。このことがあなたに起こったのにはちゃんとした理由があるのです。」とたしなめているように感じる。

●慰めの言葉を考えるのは尊いことだ。しかしときには間違った答えをしてしまう。人間はそんなものだろう。間違いの背景には、やはりいろいろな動機があるだろう。他罰、嫉妬、攻撃。あるいは自分の信じる整合的世界観を守りたいとする欲求。そして他人の痛みに対する盲目。

・（不幸に耐えかねて家出した人。）彼らはその痛みに対応することができなかった。現実を受け止め問題に対処することができないから、彼らは家を出て痛みから逃げ出すという「解決」の方法をとった。

●非合理的であるが、否認にはなる。問題が自分の視野の外に去るようにする。弱い人間にはそんなことも必要だろう。

3564

悲しみに沈む人に、「世の中にはあなたよりも不幸な目に遭っている人が沢山いる。自分だけが不幸だと思ったら大間違いだ。」と語る人について、どう解釈すればいいのだろうか。正直に言って、慰めには思えない。不幸の追い打ちとしか思えない。

共感性の不足が根源にはある。しかし、この発言者は、ある意味で嫉妬を感じていたのではないか？不幸が起こり、ある人が世間の注目をあびる。ある意味では不幸のヒーロー、ヒロインが誕生する。自分を差し置いて、世間の注目を集める人が出現するのは許せない、そう思うのではないか。みんながあなたに注目して同情して、さぞかしい気持ちでしょうけれど、ちょっと待ちなさいよ、と冷水をかける。

自分の言葉が、本当に慰めになると考えているほど、それほど鈍感で頭が悪いのだろうか？あるいは、自分の悪意を承知しつつ、そのように発言するのだろうか？その時、その人は快いのだろうか？「この人に、これだけは教えておきたいわ。いい気味だわ」といった具合だろうか？分からない。一体何になるというのだろうか？

嫉妬に駆られた発言と考えれば分かる部分もある。

たとえばこういうこともある。攻撃性の高い人は順位をととても気にしている。攻撃を仕掛けて、相手から屈服のサインを引き出して喜ぶ。このタイプの人にとって見れば、悲しみのさなかにある人はいい餌食である。ましてや、日頃、その人に対してひきめを感じ、何とか順位の逆転ができないものかと思っている人ならば、相手のそのような状況を利用することもあるだろう。

相手が傷を負っているときに、ことさらに攻撃を仕掛けるとは、スポーツマンシップのかけらもない。アンフェアな振る舞いである。そんなことをしたら、どんなに自分が貧しい人間か、思い知ることになるだろうと考えられる。

まさかそんなことが、と思う。しかし人間はそのようなものではないか。葬式の席で、そんなことが起こっている。

3565

愛と赦し。他人を批判しすぎる習慣がある人に、必要なもの。あなたはその人を育てることができないのではないかと考えたらどうだろうか。この世界をよくするために、あなたにまずできることがそれだ。

状況を批判するのは必要だ。しかし人にはそれぞれ行動の必然がある。全否定してそれでいいというものではない。

3566

日々新しい日を迎えて、年をとるとはどういうことかを体験しつつある。どの人にとっても、その年齢を生きることは初めての体験である。

3567

正義を求める心。そして正義の貫徹されない世界であることを神に抗議する心。

これは嫉妬心に似ているのではないか？

愛と幸福の分け前が公平ではないことを神に抗議している。それを正義と言い換えている。

この世界は公平ではない。制度は公平に出来るが、自然も人生も公平ではない。この現実をどうとらえるか。

フィクショナルに、実は全ては公平なのだと考えてみることもできる。公平の概念を洗練させることもできるかもしれない。

しかし自然な気持ちで事態を見つめれば、不公平は厳然と存在するように思う。

幸運を与えられたと見える人も、それが不幸の始まりであったり、と考えることはできる。実際にそうだろう。人生はいろいろなことが起こるから。

才能も寿命も財産もチャンスも不公平に与えられる。そのような世界である。

しかしそれを受け入れられるかどうか。そのような世界をあっさりを受け入れてさらに前進できるか。あるいは不満を神に向けて、あるいは周囲に向けてこぼし続ける人生にするか。

ある程度の幸せがあれば、忘れていられる。そんなものだろうと思う。自分にふさわしい幸せはどの程度のものであるか、その基準以上の幸せがあれば忘れていられる。自分にふさわしい幸せの基準が高すぎる人は不幸である。

3568

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・ 悲しみにくれている人に対する援助。「ものごとには時がある。手の施しようがない状況が確かにある。あなたがどれほど努力してみても、修正したり解決したりできないことがある。それでも、そんなときにもできることがある。悲しみに打ちひしがれている人のそばに、ただ黙ってあげ、その人が泣いていれば泣く手助けをしてあげる。そうすれば、その人が置き去りにされひとりぼっちで寂しく泣くということはなくなる。」

● 肯定的に寄り添うこと。

● しかしこの時、悲しみに沈む人はあまりに無防備である。相手の人が攻撃的であったりすると、ひとたまりもない。パワーゲームをしかけられ、屈服の仕草で返すまで、攻撃される。なぜこんな時にそんな目に遭わなければならないのか？

・ どんな人であれ、「六ヶ月が過ぎました。もう立ち直る時期に来ているのですよ」などという権利もない。

● なるほど。しかし医師の場合にはまた別だろう。過度の甘えを予防することは大切である。しかしその時、医師としての判断ではなしに、「もうそろそろ仕事しなくちゃね」と感じていないか、チェックが必要である。

・ 人生は善であり聖なるものであり、病気や死が悲劇にすぎないことを理解した。

● 病気や死などの悲劇に意義を見つけようとすれば、それは慰めではなく攻撃になる。これがポイント。そんな慰めよりは、その人の感情のままに十分に泣き、悲しんでもらうのがよい。その間、寄り添うこと。遠慮なく泣いてもらうための場所と考えていい。

・ 自分たちの悲しい体験を希望に変え、同じような体験で苦しんでいる人たちに自らの経験を語りかけ、援助の手をさしのべる。

● これが自助グループの原理。不幸を希望に変える。それは可能か？

3569

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・ 人生の不公平さ。

● これに我慢がならないと感じるとすれば、それが真の意味で豊かではない証拠ではないか。

・ 不公平な出来事に対する深い痛み。憤り。わたしは悪い人間ではなかった。

● ここがヨブの叫び。答えは結局、不幸には原因もなく意味もない、その無意味さに耐えなさい

ということだ。

・神はそれぞれの人がその態度や行いにふさわしい人生を送るように見守っている。

●このような神の観念が、不幸に遭う人にとっては居心地が悪い。神がそのようなものであるならば、不幸にあった人はその不幸にふさわしい悪い人だということになる。正しい人も悪いことに見舞われるならば、神の観念についての訂正が必要である。著者は、神の観念について部分的修正を加えようとしている。全ては神の意志だとはしないで、神にもどうしようもないことがこの世には多いと考える。神の働きによって不幸が起きるのではなく、不幸が起こった後の人間の対応の仕方にこそ神の働きがあらわされると考える。しかしこれは、そう考えれば不幸を耐えやすいというだけである。神の観念は、不幸を耐えるために役立つ「装置」でしかないのか？本末転倒ではないか？

・この世に正義があるのなら、こんなことが自分に起こるのは間違っている、と考えている人に読んでほしい。

●つまり正義などないのだとの結論が待っているのではないか？しかしそれを言うてはならない。不完全でも神はいてほしいのだ。なぜか？神がいなくなって失われるものの大きさを思うから？日本の社会のようになることの恐怖と言ってもいいかもしれない。知的水準は低下してもいい。倫理の水準が低下するのが根本的に怖い。それはドストエフスキー的野獣を社会に放つことになる。例えば、中国人がうごめく新宿のようだ。

3570

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・なぜ善良な人が不幸に見舞われるのか？これが根本的な問いである。

・宗教はまったく安らぎを与えなかった。むしろ、宗教が彼らの気持ちをことさらにみじめにしていた。

●伝統宗教は、まったく世俗の権力装置である。その人が不幸に見舞われて、社会・経済的階層が低下すると、宗教はその人に辛くあたる。

・根拠のない罪意識によって、人々は神を憎み、自分自身を憎むようになる。

●このあたりが本末転倒である。神という「装置」はこのような構造的欠陥を持っている。しかしまあ、そんなに目くらを立てなくてもいいだろうという気持ちで、たいていの人は通り過ぎる。人々はこんなことばかり考えているわけではないから。

・病院や老人ホームの実態を知っていながら、全ては神の思し召しだと言えるだろうか。

●確かに、実態はひどい。考えさせられる。しかしそれが人間の限界でもある。誰もどうにもできないことがあるだろう。福祉を充実させようとすれば、何かを削ることになる。無駄づかいを減らせばいいが、それがなかなかできないのが人間の社会である。それほどの高度な倫理を求めることは難しいのだ。特別なときの倫理と、ふだんの生活の倫理とは、連続はしていても、同じではない。

・不正直で良心を持たない輩は、しばらくは栄えることが多いが、ついには正しいものが追いつくのだ。邪悪は草であり、正義はナツメヤシである。同じ日にまいたら、草の方が早く芽を出し

成長する。しかしそれは一時的なことで、[ナツメ](#)ヤシは長い時間をしっかりと生き続ける。よい。しかし願望が多く含まれている。

3571

特別なときの倫理と、ふだんの生活の倫理とは、連続はしていても、同じではない。

[一般人](#)が従うべき倫理と、わたしが従うべき倫理とは、連続しているが、同じではない。

3572

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・人は理由もなく災難に見舞われ、神は世界と何のかかわりもなく、運転席には誰も座っていないという考えをかかえて生きていくことは、もっと苦しいことだ。

・もし神が支配していないのなら、誰が支配しているのか？

●偶然[である](#)。と結論したとき、どんな苦しみが始まるか。

●同様に、死後の生はない、と結論したとき、どんな苦しみが始まるか。あるいは、人生は[無意味](#)だと結論したとき……。

・神に対して怒りを抱く自分に罪の意識を感じる。

●このあたりが辛いところ[である](#)。人は良心的であれば苦しむ。

・理由のない痛み、身に覚えのない罪に対する罰としての痛みは耐え難い。

・「何のための痛みかは教えて下さらなくてもかまいません。ただ、神よ、この痛みがあなたのためのもので[ある](#)という確信を与えて下さい」

・まったく理にかなわない痛みを、人に負わせる神を、どうして別扱いして許す必要があるのか？

・苦難には教育的な意味があるか？

・「痛みの目的は、その人の人格の欠点を修正するところにある。痛みは徳を高め、高慢さや浅薄な考えを浄化し、その人をより大きくするためにある。」

・「いまは理解できなくても、いつか成長して、この痛みも自分のためだったと知るときが来る。」

・医療について何も知らない人が外科手術を見たら、一種の拷問と思うだろう。

3573

人間が[永遠に](#)生きるなら、人生に選択はない。人生の時間が有限だから、選択する必要が生じ、痛みが生じる。

3574

[ピアノ](#)教師の悪癖

誇大な形容を多用する。根拠薄弱なのに断定する。良識の支配する社会では、このような悪癖は排除され、訂正されるだろう。しかし[ピアノ](#)教師という立場は、この悪癖を助長する方向に働

いた。

客観的な評価基準がない。教師や権威を崇拜にまで高める、頭の悪い「顧客」がたくさんいる。そんな中で、市場の一角を確保していくためには、ある程度のはったりや威勢の良さ、あるいは断定が役立つだろう。

そんなことの果てに、何が真実であるかを見失ってしまう。

医者の仕事もある程度は似ているところがある。注意が必要である。

3575

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・ 神の立場を守り、悪を善、痛みを恩恵と言い換えることでしかない。
- ・ 苦しみの原因が神あり、神がなぜわたしたちを苦しめるかを理解しようとしている。ここに誤りがある。
- ・ [ヨブ記](#)……善良な人の苦しみをなぜ神は黙認しているのかという問い。
- ・ 「わたしの子供たちは悪人だったから死んだとでもいうのか？わたしが邪悪な人間だから不幸になったというのか？」
- ・ どうしてそのような神が、義の神と言えるだろうか？
- 不幸になったこと、その不幸の故に神を信頼できなくなること、あるいは、他人の心が信じられなくなること。このようにして、不幸は二重の構造となる。
- 幸福なときには周囲の人たちは幸せな顔で接してくれる。人間はいいものだ信じられる。不幸になれば周囲の人たちはそうした信頼を打ち砕く。不幸な人はさらに不幸にさせられる。運命によって不幸になった人は、人々によってさらに不幸にさせられる。
- ・ [被害者](#)に責任を負わせることで、悪はそれほど不合理なものでも恐ろしいものでもなくなる。[犠牲者](#)を悪くいうのは、世界は見かけよりも住みやすいのだ、人が苦しむのはそれなりに理由があるのだ、とって自分自身を安心させるための一つの方法である。それは、幸運な人たちが、自分たちの成功は単なるまぐれ当たりではなく、それにふさわしいだけのことをしてきたからだと信じる役にも立っている。
- ・ この考えは、[犠牲者](#)をのぞいて全ての人の気分をよくしてくれる。[被害者](#)は不幸に苦しみ、さらに人から非難を受けるといふ、二重の苦しみを味わう。

3576

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・ 神が全能でもなく公正でもなければ、[道徳的に従順](#)であれば神の報奨がもらえるという打算を抜きにして、[純粹](#)な愛故に神に従い、[道徳的](#)になれる。かりに、神がお返しに愛してくれなくても、人は神を愛することができる。
- なるほど。
- ・ ヨブは神を公平という[概念](#)を超えた[存在](#)と見る。
- ・ 善に対してではなく[忠誠心](#)に対して報奨を与える物騒な[古代](#)の王。[道徳的](#)に欠けるところのな

いヨブを、忠誠心を確かめるためだけに苦しめ、最後にはたっぷりと報奨を与えて、`うめあわせ`をする。これが古いヨブの民話。

●善や公平は、神を超える法ではない。神はそれらを超越している。

●その神が公平だから信じるのではない。

●こうして愛の神の観念が発生するのか。愛の放射源としての神。

・ヨブは、神との間に裁定人がいてくれればと願う。神が神自身について説明しなければならなくなるような。しかしそれはできない。相手は神だから。

・ヨブは言う、「わたしたちは公平など期待できない、理不尽な世界に住んでいる。神は確かに存在する。しかし、正義や善という限界に縛られない存在なのだ。」

●心理療法家は、愛を伝えればそれでいい。裁くことも、世の中に公平を徹底させることも役目ではない。しかし、そうしたことは密接に関係していて、単純に区別できるものではないけれど。

●神から発する愛を患者にも伝える。

・正しい人にも不幸が降りかかる。しかしそれは神の意志によるものではない。神は全能ではない。これがヨブ記の作者の意図であると思う。神は全能であるという信念を放棄しようとしている。

3577

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・公平な神がいれば心は安まる。人生はずっと楽になる。しかしこのような慰めは、無実の人の犠牲の問題を曖昧にしてはじめて、慰めとして働く。わたしたちがヨブであったなら、このような世界や神を信じることはできない。

・神が正義の神であり力の神でないとしたら、わたしたちの上に不幸が訪れたときでも、神はやはりわたしたちの味方である。神は知ってくれている。不運や不幸は神のなさることではない。だから、わたしたちは神に救いを求めることができる。

●なるほど。

・わたしたちの問いは、「神様、なぜあなたはわたしをこんな目に遭わせるのですか？」というヨブの問いではなく、「神様、わたしのこの有り様を見て下さい。助けて下さいますか？」という問いとなる。わたしたちは裁きや赦し、報いや処罰ではなく、力と慰めを求めて、神に向かう。

●そして神の救いは隣人を通してあらわれる。それが愛である。

・聖書が語っているのは、なぜその人が不幸になったかではなく、不幸な人を特に擁護する神である。

●この延長線上に福祉国家があり、社会活力の衰退があるのだろうか？そうではない？

・神に対して抗議することなく、降りかかった出来事に対して怒る。

●なるほど、不幸が神の不信につながる、ドストエフスキーのようなことにならなくて済む。

・何の理由もなく何かが起こる、この宇宙はでたらめだという考え。これを受け入れることがで

きるか？

3578

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・ [地震](#)や[事故](#)は神の[意志](#)ではなく、神もそのことで怒ったり悲しんだりしている。
 - ・ [ミルトン・スタインバーグ](#)が「神の創られし[神殿](#)のいまだ取り払われざる足場」と呼んだ悪。これ[から](#)も[存在](#)し続けるのか。悪の消滅はこれ[から時間](#)をかけて達成されるのか。あるいは神はもうすでに[役割](#)を終えているのか。これ[からますます混沌](#)が[世界](#)を支配するのか。
 - ・ [地震](#)は神の[行為](#)ではない。神の[行為](#)とは、[地震](#)が去った後で生活を立て直そうとする人々の[勇気](#)のことであり、[被災者](#)を助けるために[自分](#)にできることをしようと立ち上がる人々のこと[である](#)。
 - ・ 不幸に見舞われて、「いったいわたしがどんな悪いことをしたというのか？」というのは間違った問[いかけである](#)。「こうなったいま、何をなすべきなのか」と問うことが正しい。
 - ・ 痛みの原因は分[から](#)ないかもしれないが、痛みの結果については選択できることがある。敵意や妬み、あるいは豊かな[愛情](#)。
 - ・ ヨブが[必要](#)としていたのは、同情と思いやり、[自分](#)は悪い[人間](#)ではないのだという[確信](#)、そして優しい友人。
 - ・ ヨブは、[自分](#)の身に降りかかった災難は、恐ろしく不公平な出来事[なのだ](#)と誰かに言ってもらいたい。[頭脳](#)と[精神](#)を強く保つための助けを[必要](#)としている。
 - ・ [自分](#)のせいではない[苦痛](#)に苛まれている人に、神は強さと[勇気](#)を与えてくれる。
 - ・ [本能](#)をコントロールすることができる。[人間である](#)ということの[本質](#)。
- こういえば、[一般人](#)は喜ぶだろうか。

3579

生きる[感覚](#)、生きる[規範](#)の違う[人間](#)がいる。何種類くらいいる[もの](#)だろうか。

3580

[現代社会](#)を[効率](#)優先主義だと非難してみても、空しい。それはすっばい[ブドウである](#)。

「[効率](#)のレベル」が多様にある。

[マスコミ](#)のばかげた騒ぎにつきあうことは空しい。[知識人](#)や[文化人](#)といわれる人の提示している知識や[文化](#)と[はい](#)かなる[ものである](#)か。[テレビ](#)に映る[馬鹿](#)騒ぎとかわらない。

ではわたしはこの世で何をなすか。この問いは残る。

3581

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・ どんな不幸な[子供時代](#)を過ごしたとしても、全ての成人は[自分](#)の[人生](#)を選んでいく自由を持っていると主張したい。

●過去が現在を縛る説への反発。これも耳障りはいい。しかしどうだろうか？

・創造し支配する神と、苦悩する神と。

・「わたしたちこそ、わたしたちの人生について神に責任を負っているのだ」「神に仕えるために、神の命令に従うために、わたしたちはこの地上に生きている」

●人はなぜ神という「装置」を必要とするのか。順位性社会を営むにあたって、現世の最高順位のさらに上にあるものを想定したくなる。それはありそうなことではないか？

・ヨブが本当に求めていたのは、神学ではなく、慰めの言葉だった。

●これは大切。医者の心構え。これをメディカルマインドの三本柱の一つとしていくらいだ。もう二つは科学の心と倫理の心。慰めと科学と倫理。

●科学は真実を求める。科学は方法である。慰めは患者に向けられ、倫理は自分に向けられる。

・ヨブは助言ではなく同情を必要としていた。苦しみを分かち持ってくれる愛情。誰かが自分の痛みを分かってくれているという実感。

●利害関係のあるときには難しい。また、直接被害を受ける側になると、難しい。

・悲しみに打ちひしがれている人に向かって、何を言えいかは難しい問題であるが、何を言ってはいけないかは、少しは簡単だ。

●悲しみをストレートに表現するということは、周囲の人にとっては、迷惑なことがある。みんな面倒くさいのである。それでも悲しみを分かち合うとすれば、同情心が深いか、同情を見せないとすれば村八分になりそうな雲行きだと察知したときである。権力関係がここにある。

3582

垂直に掘られた海中トンネルのようなものを想像してみる。深い方が悲しみ、浅い方が喜びとする。まわりの景色は過去と未来である。やはり深いところには悲しみがあり、浅いところには喜びがある。

さて、いまが悲しいとしたら、海底深く沈んでしまい、まわりを見渡しても、過去と未来の悲しい部分だけが見える。これがうつの際の、うつ場面選択想起である。逆に、いまが楽しければ、過去と未来の楽しい部分だけが見える。

楽しい場面が見えた方が気持ちは楽であるが、どちらも歪んだ認知である。

垂直に掘られた現在というトンネルから抜けて、自分と現在・過去・未来を眺望する視点が必要である。

人間の記憶は「気分」をキーワードに整理されて格納されている。だから、ある気分の時に過去の似た気分の時の記憶が再生される傾向がある。それは、そのようにして、その気分の時の行動パターンを再生するためである。いちいち考えなくても、似た気分の時の行動や思考が再生されるから便利である。

3583

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・責めないで抱きしめてくれる友が必要。

●この人は責められたのだろうか。彼は神と自分^{自分}を責める。まわりの人の一部は彼を責める。まさに二重、三重^{三重}の不幸である。

・そばにいて、耳を傾けること。
・「まったくひどい話だ。どうやって耐えたらいいか、想像^{想像}もつかない。」そして無言のままそばにいる。

・1) 全てのことには原因がある。2) 起こったことの原因はわたしにある。この二つの傾向が人間^{人間}にはあり、結局、悪いことの責任は自分^{自分}にあると考えがちである。

・赤ん坊^{赤ん坊}の場合、何かを望めがかなえられる。全能感。この傾向から^{から}抜け出せない人がいる。

●社会^{社会}という、人間^{人間}にとっての現実^{現実}を歩き始める必要がある。社会化^{社会化}。それはつまり、取引をするということだ。何かを我慢して、何かの利益^{利益}を手に入れること。我慢はしないで利益^{利益}を手に入れようとするのは社会化^{社会化}ができていない子供^{子供}である。

・自分の病気^{自分の病気}や孤独^{孤独}を盾に取ったり、子供^{子供}の持っている後ろめたさに働きかけて、子供^{子供}の注意を何としても自分^{自分}に向けようとすることもある。

・子供^{子供}たちの幸せ^{幸せ}のために自分^{自分}を犠牲^{犠牲}にしてきたと言いたてて、一生かかっても償いきれないほどの負い目を子供^{子供}に与えるユダヤ人^{ユダヤ人}の母が、文学作品^{文学作品}の中に、お決まり^{お決まり}の母親^{母親}像として登場する。ユダヤ人^{ユダヤ人}の母は電球^{電球}を取り替えない。「わたしのことは心配^{心配}しないで、行って楽しんでいらっしやい。わたしはこのまま、真っ暗ななかに座^{かに座}っていてだいじょうぶですから^{から}。」

3584

T君

・君にとって他者とは何か。夢の中に、君にとっての重要^{重要}人物^{人物}が登場して物語^{物語}が進行するまで。
・この世で欲しいもの^{もの}はもうないという。君は何を与えたか^{たか}、考えてほしい。大切な人に、何を与えたか^{たか}。この世界^{世界}に何を与えたか^{たか}。

・誰かを幸せ^{幸せ}にしようではないか^か。まわりの人たちを幸せ^{幸せ}にしよう。愛する人^{愛する人}を幸せ^{幸せ}にすることで、人はどれだけ幸せ^{幸せ}になれるか、試してみないか^か？

・この世界^{世界}を十分に味わったか^か？

・父と母。思い出は辛い^{辛い}かもしれない。しかし、人間^{人間}の記憶^{記憶}は、現在の気分^{現在の気分}をキーワード^{キーワード}にして再生^{再生}される。現在^{現在}を幸せ^{幸せ}にしよう。

・弟と母。君の家は二子山部屋^{二子山部屋}と同じだ。跡継ぎとしての自分^{自分}。しかし自分^{自分}より優秀な弟。まず第一に、君は実際自由^{実際自由}だということを思いだしてはどうか。

・どの治療^{治療}者も君を投げ出した。父母も君を投げ出したか^かかもしれない。しかし^{しかし}少なくともわたしは投げ出さない。君が人生^{人生}をよりよいもの^{もの}にしようとする限り、そばにいて協力する。

・しかし^{しかし}わたしが生きるのではない。君の人生^{人生}は君が生きる。わたしが君の山に登っても意味^{意味}がない。方法^{方法}も君の方法^{方法}でやるしかない。わたしはわたしの方法^{方法}を紹介することもしない。そんなのは素人療法^{素人療法}である。君が、本来の君の生き方^{生き方}を十分に生きられるように、援助する。それまでわたしは君を見捨てない。

・人は他人のことは分^分からないと言う。厳密な意味^{意味}ではそうだろう。そこに君の絶望^{絶望}の表現^{表現}が

ある。しかしそれでも、わたしは君のそばにいて、君の話に耳を傾けたい。真の意味での対話を試みたい。時間はかかるだろうが、君を批判したり診断したりするのではなく、君を理解するために、君のそばにいて耳を傾けたい。

3585

空想的（誇大的）自我と現実自我の落差

それが彼女の課題

なぜ現実があるがままに受け入れられないか

あるがままの現実はつまらない。つまらなすぎる。これが理由？しかしそう感じているとすれば、ある種の鈍感さ、盲目があると思う。

良い現実ならば受け入れられる。しかし悪い現実ならば、空想との間で、どちらを採るか、選択の余地が生じるのではないか。一種の「利得」である。

3586

内科医師も抗不安薬や抗うつ剤を使う。しかし効き目が違うように思う。

つまりは心理療法部分の違いであろう。医者も心構えが違う。

患者としても、心療内科に来れば、それなりの「覚悟」ができるのではないか？

3587

学校では落ちこぼれ、家では王様。あるいは、心身症を出していれば、落ちこぼれから特別扱いの人間に昇格できる。

家ではぬるま湯、社会は冷たい水。

これでは社会に出ていけないはずである。

空想的なことばかり言っている子どももいる。

プロスポーツ選手になるとか、音楽関係をやりたいとか。現実を経験していない。だから現実がわからず空想が肥大する。だからこそ、現実に触れればとても大きく傷つく。

現実を分からせるのが親の役目である。

親は子の現実機能を育てないといけない。

子育ては、子を引っ張るのではなく、子が自分で伸びようとするのを見守ることである。双葉を引っ張ってはいけない。

3588

「くよくよするなといわれてもくよくよしてしまう人のために」北西憲二

・価値規範が明確でない現代では、他人の思惑を推定し先取りすることで価値規範とする。推定には曖昧さがつきまとう。そこで対人恐怖他の病理が多発する。他人が望んでいるであろう自分の姿に合わせる。

・どうしようもない問題はない。「ねばならない」に縛られているからそう思うのである。とら

われから逃れて、あるがままを受け入れればよい。

・ 子どもは、他人の期待に応える生き方をしている。できる子、いい子、など。生活感覚が欠けている。現実が欠落しているので、空想が肥大する。肥大した空想は現実とぶつかると、傷つきが大きく、落ち込んでしまう。あるいは「キレル」。自分に対するイメージの振れ幅が激しい。合わせなくてはいけないと思っているものは、実は張りぼてのような中味のないものである。実体のないものに自分を合わせていこうとしている。些細なことで落ち込み、傷つき、怒り、不安になる。

●現実を生き、知り、受け入れ、いいものだと思えることが処方箋。

●現実よりも、空想を生きの方がいいと判断している。なぜか？さほど苦しい現実でもないのに。

3589

精神医療の現場での絶望。

治らない。

話が通じない。曲解される。被害的に受け取られる。

性格障害者に嫌な思いをさせられる。

どうしようもない。

3590

マスコミで流れる断片的な情報。部分から全体を空想的に組み立てる癖のある人、論理力の弱い人などは、すぐに妄想的、誇大的、被害的、完璧主義的になり、現実とは関係のない世界を作り上げる。

このような精神的状況を助長しているのが、マスコミである。虚像を売る産業である。人々は自分の体験から物事を考えることをやめる。権威ある人が何かをいえば、それを信じる。ただそれだけ。権威ある人であるマスコミはすべてを説明してくれないから、また、商売のために活動しているから、人々は踊らされる。

3591

登校拒否時を「安易に」休ませる態度。

患者の弁護士としての立場。社会正義の立場。社会維持を大切と考える立場。

個人で開業しているのだから、このあたりに関しても自由でありたい。

弁護士の立場。これは採らない。患者の利益のために、詭弁に近い論理構成までして、ことにあたるのはわたしは好まない。しかし、患者の状態を見誤っていたとしたら、その上に立ち判断は患者を苦しめる場合がある。だから、必ずもう一人の専門医の判断を仰ぐようにする。

社会の利益や社会正義を優先する立場。しかしこれも好まない。わたしは警察でもない。

公正を代表しようとも思わない。

その場その場でベストの選択をする。その際に、単純で誰にも共有できる判断基準があるとは限

らない。

NTTでの経験からいえば、やはり社会にも会社にも寄生虫はいる。

子どもを甘やかす結果になるのか？保健室登校を認めるのは、かえって学校軽視につながるのではないか？そのような疑問はもっともである。

3592

好かれる人と嫌われる人。

好かれる人は、保険料を払って暮らしているようなものだ。保険料は負担になるが、安心はできる。共同体的存在。

嫌われる人は、保険料を払わなくてもいい。その代わりに、危機にはとても辛い思いをする。

3593

心療内科治療の類型。

病態水準として神経症型。その類型として、以下のタイプがある。

まず心理が原因になるものと結果になるものがある。

- 1 心因型。心因を軽減する。
- 2 心配が現実の困難を何倍にもしているタイプ。心配を取り除いて、正味の困難にまで縮小する。
- 3 性格因型。

病態水準として精神病型。

- 4 分裂病型。
- 5 うつ病型。
- 6 未分化型。

子どもの場合には発達途上の特有の病態を見せる。

3594

典型的性格障害。自分で必要な努力をしないのに、結果だけは求め、得られないとなると他罰的になる。

このタイプの人には心因論他責型として説明されることを好む。

器質性と診断されるのは辛い。心因としても、自分の性格が悪いと診断されるのは辛い。自分は悪くなくて、誰かに責任があり、自分はむしろ被害者であると診断してくれれば嬉しいに決まっている。そのように凶々しいことを求めてなお反省もしないのが、このタイプの性格障害である。

地道に努力しないで、それでも幸せにしると人に要求する。

3595

心療内科では話は通じる。しかし、結局マイルドな精神病なのかもしれない。

3596

感情と記憶

- ・両者とも海馬に関係している。
- ・出来事の記憶は、感情というマーカ―がつけられて、整理収納される。再生しようとして検索するときは、感情がキーワードになる。また例えば、香りや光などの類似が手がかりになることもある。
- ・例えていえば、ビルのようなもの。各階はそれぞれの感情に相当する（喜怒哀楽）。記憶は感情をつけて整理され、その感情の階に収納される。その階で降りると、まわりの景色はその感情に分類されたものばかりが集められている。
- ・そこで、うつの気分の場合にはうつの場面が選択的に想起される。
- ・分類の細かさには個人差がある。若い人は、ムカック、キレル、カワイイ、程度で分類される。これでは現代生活を生きる体験を整理するのには足りないだろう。不安や葛藤の処理がうまくできないだろう。
- ・情動はなぜ必要か。新たに類似の場面にぶつかったときに、過去の行動パターンを呼び起こすマーカ―として有効である。検索のキーワードである。キーワードが少ないと検索がうまくいかず、混乱する。葛藤処理がうまくいかなくなる。
- ・健康な自我は、ビルのエレベーターをある程度自由に行き来できる。病的状態では、身動きがとれなくなる。その階（その感情）に固定されてしまい、同じ景色しか見えなくなる。
- ・別の景色・別の階に行く方法が、自律訓練法である。また、一つの階しか見えなかったものが、いくつかの階が同時に見えるようになる、それが自律訓練法で達成されるもう一つの目標である。
- ・とらわれがある。一つの感情状態に縛られてしまう。スムーズに移動ができない。一種の視野狭窄。これを解除するのが成長である。治療である。
- ・現在を変えれば、過去も未来も変わる。これは希望のもてる理論である。そして実際にそうだと思う。

3597

- 分裂病者は、自分の病気を正確に認識していない。さらに薬を拒む。なぜだろうか。病識欠如は昔から指摘されている。病識形成に関係した部分を病気は侵しているのだと推定できる。現実把握の仕方の障害。自然な論理の障害。
- 薬に関しては何が言われているだろうか？
- 単なる薬嫌いとも思えない。眠気や怠さがいやだからとも思えない。リーゼさえいやだという。神経症やパニックの人たちは薬をありがたがる。分裂病者の拒薬にはもっと深い理由がありそうである。
- 独特の頑固さ、話の通じにくさがこの頃は目立つ。

3598

たとえば音楽を要約することはできない。音楽は体験である。時間の流れに沿って、体験する。物語は体験を与える。二つか三つの認識に要約することはできない。

3599

「わたしが守らないとあの子はだめになる。」

その裏側にあるメッセージは、

「いつまでも保護を求める子でいてほしい。そうすればわたしの役目があってとても満足。求められるわたしでいられる。」

親子の中にある共依存。

3600

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・説教するのではなく、「君の力になりたい」と伝える。
- ・痛みを感じたときに怒りを感じるというのは、本能的な反応のようだ。
- ・怒りの処理。愛する者を怒ってはいけけない、神に対して怒りを抱いてはいけけない、そんな風に行っていると、怒りの処理ができなくなる。その結果人生を壊していく場合がある。神を怒るよりも、状況に対して怒るようにすればよい。
- ・嫉妬。大人になっても、自分が人よりも多く愛されているという確証を求め続ける人がいる。親の愛の獲得合戦の延長。

・神はわたしよりあの人を愛しているのだと思う。

●運のいい人、幸せな人に対して、嫉妬する。

・祈りによって奇跡的に癒された物語。しかし現実に癒されない子供はどう感じるか？神には癒す力はあるのだが、君のためにはその力を使ってくれない。神を憎めと教えるのに、これ以上のやり方はない。

●不運な人を如何に癒すことができるか。

・憎みあっている二人の店主の話。「神様はあなたの望むものは何でも与える。ただし、あなたの競争相手はあなたの二倍を得ることになる。金でも長生きでも。有名になることでも、素晴らしい子供でも。」彼は少し考えてから、「わたしの片方の目を見えなくして下さい」と答えた。

。

・祈りは人と人とを結び合わせる。

・宗教儀式は、結婚や死をいかにして隣人と分かち合うかを教えている。たった一人でそれに直面しないですむ。

●その意味で共同体の価値は再認識されるべきだろう。

3601

[フランク](#)

不本意な状況の中でも、なお主体的に生きることができる。

たとえばK.Y.。困っているが、その体験を逆に活用することはできないだろうか？

苦しみの体験を意味あるものにすることができそうなのに。

[ダイケア](#)の図。病状軽快の方向と、生活深化の方向。困難な状況にあってもなお、生活を深めることができる。

3602

痛みを覚えるという。感覚の覚である。おぼえる？記憶するとどうつながっているか？さとりとも読む。

3603

新聞で。借金が多くなってどうしようもなくなったら、[自己破産](#)してやり直せとの意見に対して、その時借金はなくなったとしても、借金を重ねた正確が治らないうちはまた同じことの繰り返しになる、[自己破産](#)が解決になるわけではないとの意見。そうだと思う。そして性格は容易には変わらない。この場合の正確は、不安処理の方法、葛藤処理の方法ということだろう。

不安処理としては、嗜癖行動が代表である。気持ちがいいからやるという場合と、不安が消せるからやるという場合と、違いがあるか？

3604

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・一人ではない。見捨てられてはいない。そのことを確認し合う。

●これが大事。病気の人には特に。

・「いまわたしが置かれている状況は、わたし一人の手にはとうてい負えるものではないのです。」

・祈りの目的は、神が共にいて下さるという確信を自分に与え、恐れを小さくしてほしいということ。

●神に祈る。[安定剤](#)としての働き。人間が何を[安定剤](#)として用いているかを広く考察することは有意義ではないか？いろいろな活動を通じて、結局は、脳内の抗不安物質をコントロールしているのではないか？例えば[アルコール](#)、話を聞いてもらうこと、[ギャンブル](#)、仕事など。

・祈っても奇跡が起こるわけではない。しかし勇気を求め、耐えがたい困難を耐えるための力を求め、失ったものではなく残されたものに心を留める寛大さを求める人たちの祈りは、かなえられることが多い。

●「勇気を下さい。耐える力を下さい。残されたものに心を留める心のゆとりを下さい。」とい

うことになる。

・しかしその力は、周囲の人たちの愛に由来する。

・恐れと疲労でいっぱいの時、苛立ちと怒りになってしまう。

●そんなときこそ、周囲の人の助けが必要で、暖かい言葉が必要なのに、苛立ちと怒りを発散しては、まわりの人たちが敬遠してしまう。これはどういう事情だろうか？ 集団は、このような「不適応者」を排除する方向に向かっているのだろうか？ 恐れと疲労でいっぱいの方は、死んでもいいと断定するのが集団の力学だろうか？

●しかしながら、愛もある。不適応者も、いまなんとか助けて生き延びれば、後で集団の利益になるということだろう。

●野生の集団の原則は、「現在」の適応状態であり、人間のように進歩した状態では、「未来も含めて」の適応が測定されるのかもしれない。

3605

しへき

物質しへき、家庭しへき、人間関係しへきと並べている。

どれも結局は脳内のある回路を刺激しているのだろう。「しへき回路」が想定されているわけだ。

しへきの反復性。このことと強迫性障害を比較する。

不安を処理するため？

最初に不安があるのかどうか。それも論点になる。

ケアテイカーは、自分より弱い、庇護を要する人を見つけて、自分が安定する。自分の安定のために人を利用しているだけだ。

ケアしている間、脳内の安定剤類似物質が出るのだろう。

3606

問題のある父親に育てられ、夫に再度問題のある男を選んでしまう。

このことを、「自分の愛の力でまともな男にして自分を普通に愛することができるように変えられれば、父を変えるという課題を実現できたことになる」と説明している。

それよりも、そのタイプの男といろいろやりあうこと自体に快感があるのだと考えた方がいいのではないか？

そのような回路があるから、いやでも再度繰り返してしまうとするのは、どうだろうか？

その方向に導く誘因があり、それ自体は快感だと考えた方がつじつまが合う。

3607

心の傷をいかにして癒すか。

傷よりも早く走ること。

[赤ん坊](#)の全能感。

泣いて要求すればすべてが手に入る。（逆に、[赤ん坊](#)は、泣いて手に入るものだけしか欲求がない。）

母親は何を見返りに手に入れるか。世話をすることでとても満たされる感覚を手に入れる。[赤ん坊](#)の奴隷になって幸福である。

泣いて手に入る程度のものを、泣いて手に入れる。これが[赤ん坊](#)である。

これが[思春期](#)にまで延長していれば、「母子癒着」である。

[赤ん坊](#)の場合には、欲求も少ないし、母親がどうにかできる範囲のものである。[オッパイ](#)でも、[暖かい](#)毛布でも、おむつ替えでも。しかし[思春期](#)になるとそうはいかない。欲求の中心は社会的なものである。仲間からの承認など。それを母親に要求するから、話は終わらない。

母親が見返りに手に入れるものも少なくなる。[赤ん坊](#)のように可愛いわけでもない。頼りない感じがどうしようもなく切なく可愛いわけでもない。むしろ「この子はあの可愛かったあの子なんだ」と思って可愛がろうとしている面もある。

[エストロゲン](#)の[スパート](#)と従順性。自分の主人を見つける。生まれたときと、[思春期](#)。親と、[配偶者](#)。「まわりに合わせる」能力を高める[ホルモン](#)である。これから当分生きていく「社会」に自分を合わせる。

最近[エストロゲン](#)の[スパート](#)が早い。これは、満足させてくれる男が周囲にいないことの原因になっているのではないか？栄養が良すぎる。発育が早すぎる。

男が社会的に成熟するのは遅くなっている。社会は複雑になり、しかも老人が増えているから。女が生物として肉体的に成熟するのは早くなっている。

女は成熟した男性を求める結果、かなり年上の男性を好む。当然その年ごろの成熟した男性は結婚している。そこで、[援助交際](#)となったり不倫となったりする。

女性の生殖年齢は幅広くなっているが、[エストロゲン](#)のピークはかなり早く来て、急速に萎み、あとは男性と似た状態になるのではないか？

[エストロゲン](#)のピークで、女性は大人の女としての感受性を形成する。これは刷り込みのようなものだ。早すぎる[エストロゲン](#)・ピークは、不幸である。未熟な[モデル](#)しかない。これでは未熟にしかなりようがない。

[エストロゲン](#)・ピークのときに、「大人」の成熟した感性を埋め込むようにしなければ、一生成熟はできない。

この大切なときに、未熟な男性と付き合っていたのでは感受性は成長しない。成熟した男性は歳が離れていて、多くは不倫だったりする。それでは幸せな成熟はできない。ここに根本的な矛盾があるのではないか。

初恋は感受性を決定する大切な体験である。いい初恋ができないのである。

肉体の成熟と社会・精神・経済的成熟とが大幅にずれてしまっている。これが[援助交際](#)の背景で

ある。

3610

Sこども [心療内科](#)。

こども [精神科](#) 病棟がないのはつまり、力が弱く、自傷他害といってもたいしたことはないから。それだけのことだ。

鍵をかけたり、[保護室](#)に入れたり、そんな必要がない。

女子病棟が乱痴気騒ぎなのも、他害の程度が知れているからという面もある。順位性社会としてもあまりきつくないからという側面もある。

男子病棟は順位性社会で暴力の支配する場所である。

3611

脳と悩み。肉月は肉体の具象を。リッシンベンはその機能を。

考える、意志する、感じる、喜ぶ、ではなく、悩む。

3612

イライラと怒り、終わりのない苦悩。

患者はそれを実存の悩みととらえている。

医者はそれを [うつ状態](#) と見る。そこで薬剤をすすめる。患者は憤慨する。自分の悩みを病気と見るなんてひどい！というわけだ。

実際、どう [なの](#) だろうか。分かるようでもあり、分からないようでもある。

そのイライラは病気の結果なのか。実存の悩みの結果なのか。あるいは、そのイライラがあるから、悩みが発生しているのか。そんなことまで説明しても分からないだろう。

たとえば占い師や [宗教家](#)、人生の [指導者](#) のような人たちの役割を求められているのだろうか？

断定的な言葉を押しつければ、満足するのかもしれないのだが。

3613

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・病状が好転しないと苛立つ。自分自身に腹を立て、医師に対して怒りを抱く。
- ・子供の能力の限界を受け入れることができないで、苛立ち、あるいは自分を責める。
- ・どうすればこれからの長い年月を耐え抜けるのだろうかと思いに暮れる。
- ・あなたは周囲の人々の愛を発見し、神の愛を発見する。
- ・苦しみはある。神に祈ってもそれを取り除くことはできない。しかし苦しみの中で周囲の人とともにあることを発見できる。人生の悲劇や不公平に負けない力を見いだすことができる。祈ることで力を与えられ、愛を信じるができるようになる。「苦しみが訪れませぬように」「喜びが訪れますように」と祈ることは適切ではない。「苦しみの時にも力と勇気を与えて下さい」

と祈ることはできる。

●入学試験に際して、天神様はお願いされる。全員の願いを聞きとどけるわけにはいかない。では、天神様はどのようにして合否を決定しているか？

- ・苦しみを乗り越えるために神に助けを求める。
 - ・では、悲劇は無意味なのだろうか？
 - ・「どうしてこうなってしまったのか？」「わたしが一体何をしたというのか？」と問うのではなく、「すでにこうなってしまったいま、わたしはどうすればいいのだろうか」と問うのがよい。
 - ・「現状はこうなのだ。わたしはこれから何をすべきなのだろうか」と未来を問う。
- この悲劇に対して、どのように応えるか。神にわたしがどう応えるか。それが問題である。

3614

歩くと走るの違いを論議したりする。無意味である。どこからが走ることなのかと言ってもどうしようもない。心の問題と薬の問題も同じ。

「妻の場合は、心の問題なんで、薬をのんだだけでは解決しないと思います。何か根本的なところを解決しないといけないはずです。」いいご主人である。

「心の問題」とは何をさしているのか？脳と心の話か？この人は霊魂について考え抜いたことがあるのだろうか？

この人は何を求めているのか？

家族というもの、特に夫婦というものは、長い間に同質性を増す。知らず知らずのうちに、精神病に巻き込まれて行く。決定的な妄想ではないとしても、しかし精神病に彩られる。その微妙さ。精神科医も注意する必要がある。

3615

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

- ・「人間は神の言葉である」。苦しむ人の重荷を軽くし、虚しくなった心を満たすべく、友人や隣人の心を奮い立たせるという方法を神はとる。
- ・励ましてくれた人、勇気づけてくれた人たちこそが、「神の言葉」だった。

●隣人愛を通して、神の愛が実現される。

- ・人生は公平なものではない。
- ・あなたがひとりぼっちでないことを知ることができるよう、わたしをあなたのそばに座らせて下さい。
- ・どうして正しい人に不幸が訪れるのか。この問題を、誰も避けて通ることはできない。わたしたちはいつの日か、ヨブ記の中の誰かの役を演じることになる。
- ・「あなたは正義を求めていたのね。正義など、どこにもなかった。あるのは愛だけ。」
- ・「神とは、人間に赦してもらおうような、そんな存在なのだろうか？」
- ・正義が貫かれる世界を創造しなかった神を赦し、あるがままの世界を受け入れる決心をした。世界に正義と公平を求めることをやめ、愛を求めた。

- ・誰も人に愛を命じることはできない。
- ・苦しみの中にあるにもかかわらず、不義の世にあるにもかかわらず、そして死にもかかわらず示されるとき、愛はもっとも自由であり、あるべき姿であるといえる。
- ・愛は完全無欠を賛美することではなく、欠点のある人間を、欠点にもかかわらず受け入れることなのです。不完全な人間を愛し受け入れることによって、わたしたちはより善い人間、より強い人間になる。

3616

敏感さと退屈

- ・Tさんのように、自分と他人を比べてしまって苦しい、他人が自分をどう見ているか考えると苦しい、など、このような過敏さがある。

結果として閉じこもって暮らすが、そうなる退屈である。

- ・レセプターの様子を考えると、過敏ということはレセプターが多いのであって、従って、刺激は少なくとも良いはずである。しかし退屈だという。

・これは結局、刺激の選択性（刺激の種類、つまり[トランスミッター](#)の種類）を考えるか、あるいは、刺激・反応曲線の傾きが急激すぎるか、そのあたりで解釈することになるだろう。

- ・刺激が少ない領域では、反応も少なすぎる。刺激が少し増えると、急激に反応が多くなってしまう。この結果として、退屈と過敏が同居することになる。

・刺激の種類とすれば、次のようになる。[ドーパン](#)レセプターにも種類がある。[トランスミッター](#)は、何種類もあって、退屈なときと過敏なときは、別の回路が動いている。敏感と退屈は実は別のことであって、裏返しというものではない。敏感が薄いから退屈になるのではない。そのように考えられないか？

- ・自分に全面的好意を持っていると信じられるとき、彼女は安定する。それ以外の時、つまり、相手が中立のときと悪意を持っているときは、被害的に受け取る。悪意・中立・好意と並べて、解釈の中心がずれてしまっている。このようにも考えられる。

3617

不幸な生い立ちや不幸な事件はその人の未来を決定するだろうか？

不幸な生い立ちや不幸な事件は、その人の内的世界全部を暗くするだろうか？そうではないだろう。普通程度の知性があれば、そのような不幸は偶然の結果だと分かるし、そのような不幸は世界の一部分でしかないと分かる。決定されるほどのことではないと分かるはずだ。

苦しい嫉妬に駆られたり、苦しい恨みの感情にとられるだろうか？そんなことはない。

それはその人を外側から見る浅薄な目である。気にすることはない。人間はそんな単純なものではない。

そのような浅薄な見方が、要するに世間の見方である。そして[専門家](#)は二種類いる。世間の見方を純化した見方と、世間の見方を裏返した見方である。いずれも世間の見方そのままである。

それは結局、解釈力が足りないのである。了解能力がないのだ。

内界を絵でたとえる。絵が真っ黒になるわけではないのだ。絵の部分部分で効果的な黒を使えるようになるということだ。

絶望を知ったものほど、希望の意味を知っている。意志して希望することができる。黒を使うから、光が際だつ。絵に深みが生まれる。

絵でたとえる。全体の画面の中には悲惨な部分もある。しかしそれが全てではない。明るい希望にあふれた部分もある。その後の人生の経験を総合して、世界の悲惨さと希望のバランスを知り、全体として統合される。そうであってみれば、悲惨さも部分である。そして部分的にでも、深い悲惨さが配置されていることが、世界全体の深みを増すことになる。

3618

漢方診断

1. 症状診断。
2. 体質診断。
3. 心の体質（性格）診断。

この三角形で処方する。

通常の漢方診断の本では、症状と体質を診て、処方する。しかし当院ではさらに正確診断を加味して処方する。

3619

夫は、優しいけれど、愛がない。

優しいけれど、暖かくない。

kindly but not friendly.

3620

人間が他の人を「判定」することの限界について。これには敏感でありたい。たとえば周囲の精神科医を見て、痛切な反省を要する。

自分の浅薄さをさらけ出さないように。

診断するということは、ときに攻撃するということと同値である。

3621

「なぜわたしだけが苦しむのか」 H.S.クシュナー

・失望させられる不完全な世界、こんなにも不公平や残虐、病気や犯罪、天災や事故の多い世界を、あなたは愛をもって赦し、そして受け入れることができるでしょう。

・神は完全ではないと知ったいまでも、あなたは神を赦し、愛することができるのでしょうか？

あなたの両親はあなたが必要とするほどには賢くも、強くも、完全でもありませんでしたが、あなたは彼らを赦し、愛することを知りました。

・どうして起こったかではなく、こうなってしまったいま、わたしはどうするか。それが問われ

ている。

・赦すことと愛することは、完全さには多少欠けるところのあるこの世界で、わたしたちが十二分に、勇気を持って、そして意義深い人生を生きるために、神が与えて下さった武器であるということがわかるのではないのでしょうか。

●なるほど。そうだと思う。

・「悲しみにある人にとっていちばん必要なことは、説教の言葉などではなく、慰めを与えてくれる人なのです。暖かく抱きしめてもらえたり、ほんの少しでもだまって聞いてもらえたら、どんなに学識豊かな神学的説明を聞かされるより勇気を感じるものなのです」

・「一人だけで嘆きや寂しさに耐えるのではなく、少なくとも二人でその人の生きていくことの意味や目的を見つめ直すお手伝いができるような気がします」

・その人の人生観と、現実の人生との和解ができるとき、人ははじめて心に安らぎを感じるのだらうと思います。

●内界と外界の一致または和解。

3622

当院の児童部門の診療案内

特に相談の多い分野をあげると次のようになります。

・言葉の発達の遅れ

診断……言葉の発達の遅れにはいろいろな原因があるので、まず原因を正しく把握することが第一です。難聴のように身体的な原因もあります。また、言葉を聞いて意味が分かるのにもかかわらず、自分で言葉を使うのは不自由な子もいます。この場合はある種のつまづきで、マカトン法などが有効です。

治療……上に紹介したマカトン法などが有効です。お母さんに指導方法を覚えていただき、家で反復して練習します。

・[学習障害児](#)（LD）

診断……現時点での能力測定をしてみると、全般的には能力が低くないのに、ある特定の分野だけで発達の遅れが見られることがあります。[学習障害](#)のお子さんではこの[パターン](#)が多くみられます。発達測定[テスト](#)を用い、同時に課題遂行時の様子を観察して、遅れのある分野はどこなのかを正確に見極めることがスタートになります。

治療……個別集中指導で対処します。たとえば数の概念をしっかりと覚えていただければ、その後の算数の学習はとても楽になります。

・[不登校](#)

診断……診断という固い言葉ではなく、「楽な気持ちで何でも言える」雰囲気が必要です。その中から[問題点](#)を知ることができれば一歩前進です。原因としては学習困難、対人関係の困難、[いじめ](#)、こうしたものが多いようです。睡眠[リズム](#)障害、朝の低血圧、子供の不安性障害など、生活指導と少量の薬物が有効な状態の場合もあります。

治療……過去よりも未来に焦点を当てて話し合います。必要に応じて具体的な行動の指導をし

ます。また、多くはありませんが、[漢方薬](#)を含めたお薬を[おすすめ](#)する場合があります。

[家庭内暴力](#)でお困りの方、また、親子関係の修復でお困りの方は、相談数も大変多く、方針決定も簡単ではありませんが、まずお母さんをはじめご家族を支えることを目標として相談をスタートする場合があります。

[不登校](#)も長くなると子供さんの問題だけではなく、家族全体のあり方の問題になっていることもあります。問題を局所的にとらえずに、全体的に、長期的な目でとらえましょう。

薬について

子供さんや若い人には薬はなるべく使わないようにしましょう。これが原則です。発達途中であることを念頭に置いて、長い目で見守りましょう。

しかし場合によっては少量の薬を短期間使うことが、効果的な場合があります。変化のきっかけを作ることができるわけです。

この点については、当院の[専門家のアドバイス](#)を理解していただいた上で、最終的にはお子さんとご家族が決定するということになります。

3623

漢方診療案内

当院では[漢方薬](#)を処方する割合が高くなっています。理由としては二つあります。

まず、当院で相談の多い疾患が、漢方治療に適しているということがあげられます。うつ、[パニック](#)、[自律神経失調症](#)、[更年期障害](#)、[不定愁訴](#)、不安などです。老年期[記憶障害](#)、[登校拒否](#)などでも使うことがあります。

これらの治療にあたって、西洋薬を使用した場合に、[副作用](#)がづらいと感じる人がいます。精神的に不安が高まっているときに、さらに薬の[副作用](#)についての不安が高まることは、よいことではありません。その点、[漢方薬](#)を使えば、西洋薬のような[不快感](#)が少なくてすみます。

次の理由としては、患者さんの要望が強いことがあげられます。これまで[漢方薬](#)を使っていて、体に合うから続けたいと考えている人がたくさんいらっしゃいます。この信頼感はとても[大切なこと](#)ですから、当院としては、その[漢方薬](#)を[ベース](#)にして、発展的に薬剤を工夫します。

薬剤の選択

漢方診断として

1. 症状診断
2. 体質診断
3. 心の体質（性格）診断

この[三角形](#)で診断して処方します。

通常の漢方診断の本では、症状と体質を診て、処方します。当院ではさらに性格診断を加味して処方することにしています。

[漢方薬](#)の安全性

以前、[漢方薬](#)の[副作用](#)が話題になりました。小柴こ湯で肺に[副作用](#)が出て、死亡する可能性があるとの報道でした。その他にも、いくつかの成分について、過量となったときの危険について注意

するように言われています。このあたりは疾患、体質、既往歴を考慮しての医学的診断になります。

生薬の効きめのばらつき

煎じて飲むタイプの生薬では、有効成分のばらつきが避けられません。野菜を食べるときに、いい野菜とそうでない野菜とのばらつきがあることは当然で、[漢方薬](#)の成分についても同じことが言えます。こうしたばらつきは自然産物の場合には避けられないものですが、[製薬会社](#)で品質管理をうまくして、有効成分が一定になるように工夫しています。また、会社によって品質管理の精度にばらつきがあるともいわれています。

さらに、一般売薬と処方薬局製剤では、品質管理に差があるともいわれています。

有毒物の除去

自然産物ですから、細菌などの有毒物の混入をどのように防ぐかについても重大な注意が払われています。生薬の場合にはその点を一つ一つについて厳密に確認することはできません。この点では、生薬よりも、顆粒製剤に利点があると考えられます。ただし、顆粒製剤でも、薬をつくってから時間がたつと安全とは言えません。一、二週間までが限度とお考え下さい。

3624

[パニック障害](#)とはどんなものでしょうか？

・最近、新聞・雑誌、[テレビ](#)、さらには書店の棚で、「[パニック障害](#)」について見かけるようになりました。当院にも多くの方が「[パニック障害](#)」の相談で来院しています。[パニック障害](#)についての入門編を解説します。

・最近増えたのだろうか？

昔は、不安[神経症](#)、心臓[神経症](#)、[過呼吸症候群](#)など、さまざまな名前で呼んで、それぞれ別のものと考えていました。しかしこれらは根本的には、不安が非常に高まった状態が共通していると考えられます。その結果として身体にさまざまな症状があらわれます。根本をとらえて、[パニック障害](#)と名付けました。とらえ方が変わったため、増えたように感じられますが、昔から多くありました。

最近よく効く薬物（[特効薬](#)とっていいでしょう）が使われるようになり、さらに[自律訓練法](#)や[行動療法](#)が効果的であるということが分かって、治療にも希望が持てるようになりました。治療すれば治る病気なので、このことを一般の方にも医療関係者にもよく知ってもらうことが大切になってきました。それで、最近よく目にするようになったわけです。

「[こころの辞典](#)」で紹介したように、若い女性に多く、[過呼吸症候群](#)をおこして[救急車](#)で運ばれる人の数は、[東京都](#)で一年に12000人以上との統計があります。決して珍しいものではありません。

・精神病の一種でしょうか？

分類は、いわゆる精神病ではなく、[心身症](#)の一つと位置づけられています。[ストレス](#)と関連して起こる、[ストレス病](#)の一つです。

・どんなときに[パニック障害](#)を考えるのでしょうか？

症状の例をあげてみましょう。「激しい不安」が根本で、さまざまな身体症状が伴います。どの身体症状が出るかは、人により場合によりいろいろです。

- ・心臓がどきどきする。
- ・呼吸が苦しい。
- ・息がしにくい。
- ・のどに何かつまったような感じがする。
- ・[めまい](#)や[耳鳴り](#)、ふらつきがひどい。
- ・冷や汗が出る。
- ・手足やからだ全体がふるえる。
- ・死ぬのではないかと思うほどの恐怖。
- ・自分が自分でない感じ。
- ・現実感が希薄になる。
- ・一般内科などで身体の検査をしてもはっきりした理由が見つからない。
- ・特定の場所・場面が苦手になる。例えば、電車、[美容院](#)、[歯医者](#)などが代表的。
- ・治るのでしょうか？

たいてい治ります。

- ・何が原因でしょうか？過労や[ストレス](#)でしょうか？

現在のところ不明です。しかし例えば、乳酸ソーダの話などは参考になるかもしれません。わたしたちが疲れ切ったとき、筋肉には乳酸ソーダという物質がたまっています。一種の老廃物です。この物質を注射すると、[パニック発作](#)が起こるという実験があります。つまり、過労状態の時に[パニック発作](#)は起こりやすくなるのです。この他にもいろいろなタイプがあるので、参考程度のことではありますが、「過労状態を避けること」「疲れたら積極的に休むこと」によって、乳酸ソーダを過剰に蓄積させないことが予防になると考えることができます。このような面からも、[ストレス](#)をコントロールすることの大切さが分かります。

- ・治療はどうしますか？どのくらいの期間かかりますか？入院は必要ですか？

[薬物療法](#)、精神療法、[行動療法](#)、[認知療法](#)、[自律訓練法](#)、生活指導などを組み合わせて用います。

治療の期間は人によりさまざまです。[ストレス](#)コントロールが大切なのですが、[ストレス](#)をなくするためには仕事や勉強を一部諦めることが必要にもなります。その場合、どの程度妥協できるかが問題になります。多少の[不具合](#)をかかえながらも自分の人生にとって[大切なこと](#)は諦めないように、調整しましょう。[パニック障害](#)が始まってからの年月が長い人は治療にも長い期間が必要になる傾向があります。生活に支障がない程度にまで回復することを目標として設定するなら、それほど長くはかかりません。

入院はたいていの場合必要ありません。しかし[パニック障害](#)の背景に別の病気があったりした場合には、入院加療を[おすすめ](#)する場合があります。

聞き上手

・心に思っていることを充分に言える。そして相手にうまく理解してもらえる。そのように感じるとすれば、相手は聞き上手である。

・プロとしてはもう一段階ある。心の中で充分に形になっていない考えや感じを、形を付けて引き出される。それは質問がいい場合もあり、相づちがいい場合もある。きちんと時間をとって話をして考えているということが、役立つ側面もある。

心の引き出しがだんだん増えてくる。そのようでありたい。成長促進的面接である。

3626

絶対臥褥

保護室にいるのと似ている。環境刺激を最小にすることによって、ドーパミンを減少させる。まず一週間、DAを少なくして落ち着ける。それ以上では、アップ・レギュレーションが起こってしまうのでよくない。

3627

心療内科への反応

- ・「紛らわしい」（患者を混乱させるとの趣旨？）
- ・「結局、除外診断でしょう？」（積極的診断や治療があるわけではないのではないかとの反応）

3628

心療内科

新しい疾患モデルの提案という側面がある。それは同時に新しい治療モデルの提案でもある。むかしはたたりやお祓いの世界であった。

現在は身体医学モデルである。それが単なる「モデル」であることを確認する必要がある。

3629

「心療内科の標榜」（1）

- ・土居、小此木、荻野など、高校時代。
- ・入学時の石川先生の講演。
- ・フロイトやユング、みすずの本。
- ・精神医学への一度目の絶望。身体医学の方法論から見れば、まだ光がさしていない。学生としては敬遠したくなる。新しい方法論というよりは、科学の方法論がまだ浸透していないだけと見えた。正統的科学的身体医学の内部から見れば、心身医学はやはり未熟で胡散臭い。
- ・大学の心療内科の講義は面白くなかった。
- ・夏休みの実習の時、一緒に実習した学生さん。「自律神経といっても、脳とはつながっているのだから、自分でコントロールできないわけでもないだろう」と語っていた。それも一つの身

体観、治療観だろう。そんな人もいる。

- ・心の研究は最終的には、そして基礎的には脳を研究することであると考えると、[脳科学](#)の分野に。
- ・[基礎医学](#)への絶望。
- ・身体医学に距離を置いて眺めてみると、[精神医学](#)の価値を感じる。正統的科学的身体医学の内部からではなく、一般常識の立場から考えてみると、精神の医学は意味があると感じられる。
- ・[精神医学](#)開始。
- ・[精神医学](#)への二度目の絶望。誠実であろうとすれば疲れ果てて長く続けられない。長く続けようとするれば腐る。ではわたしは何の役に立つだろうか？
- ・新しい疾病観と治療観の提示。
- ・現在の科学の方法では救いきれない部分を、どうするか。あるいは、一応ケアされるけれども、充分であるか？例えば、[心の問題](#)。
- ・患者の持つ伝統的な疾病観、治療観と比較して考える。後退か、前進か？プレと[トランス](#)の錯誤。

3630

「[心療内科](#)の標榜」（2）

- ・「紛らわしい」との意見。しかし、では患者はどうすればいいのか？医者は紛らわしくない患者だけを治療していればいいのか？
- ・「除外診断でしょう」との意見。＝くずかご。しかしこれは分類の不備を証明している。
- ・[心因性](#)疾患は、人格の価値として、一段低く見られているところがある。
- ・[ストレス](#)に対する反応としての症状ととらえる。
- ・症状は、何かを訴えている。言葉以外の表現の経路である。
- ・[精神分裂病](#)の見落としは、重大な問題である。
- ・（率直な意見の表明は結局、他人の悪口になる。）
- ・伝統的身体医学への批判。
- ・伝統的[精神医学](#)の主流は、伝統的身体医学の方法論で、伝統的身体医学の一支流になろうと目指している。
- ・整体士。怪しげな売薬を売りつける薬屋。不安を煽り、商売をする。自分で需要を作り出す。この手の商売人のしたことの後始末も役目である。
- ・権威や専門性を感じさせる検査。これが必要。例えば[心電図](#)のような。
- ・世間は、[心療内科](#)も神経科も[精神科](#)も区別はない。ときに「[きちがい](#)病院」という人もいる。医者も、単に[精神科](#)では響きが悪いから、[心療内科](#)なら[ソフト](#)でいいだろうという人もいる。
- ・「神経」が悪いとの言い方。精神とどう違うのか？
- ・「妻は[心の問題](#)で、薬をのんで治るのとは違うんです」と夫が語る。これは何を意味しているのか？プレと[トランス](#)。
- ・[インフォームド・コンセント](#)の実質。[心療内科](#)や[精神科](#)で[神経症](#)を扱うときには、[インフォー](#)

[ムド・コンセント](#)のインフォームドの部分が本質的に重要である。それが治療であるとも言える

。

3631

「[心療内科](#)の標榜」（3）

・くずかご的状况。紹介者の気持ちは、くずかご。はじめから心理的問題がある人もいる。治らないで続くと、心理的にも困難が生じる場合も多い。

・そのようにして一般内科から放り出された患者を扱う。従って、処方にも、精神療法にも、工夫が必要になる。[教科書](#)的な決まり切った処方をして、治らなかった患者が送られてくる。それを何とかしろということだ。診断もついて、しかし難治性というのではない。「困った」人が紹介されてくる。治らなくても、性格のいい人はその一般内科の先生と長くつきあう傾向がある。はじめから心理的問題があり、一般内科で対処できなかった場合。治療が長くなっているうちに、心理的問題が浮かび上がってきた場合。また、[冷え性](#)のように、処方に困る症例の場合。

3632

頭痛について

医者であり、一般向け読み物の[ライター](#)でもある[オリバー・サックス](#)に「[偏頭痛](#)百科」という本があり、翻訳も出ています。最新の知識とは言えませんが、頭痛の苦しみはよく伝わってきます。

頭痛の原因を調べてみると、MRIやCTで何か病変が見つかることは圧倒的に少ないようです。大部分は写真に原因が写らない慢性頭痛です。致命的なことはありませんが、生活を大きく制限することも多いものです。

頭痛の分類については国際分類も変更があったりして、一定していません。言葉も実状を正確に表現しているものとはいえません。たとえば[偏頭痛](#)は（[片頭痛](#)とも書きます）「片側」だろうと思えばそうでもないのです。極端な例では「頭痛なき[偏頭痛](#)」についての議論もあるほどで、一般の人には大変わかりにくいだろうと思われる言葉です。

大胆に単純化して分類すれば、まず血管性、緊張性、[心因性](#)の三種に分けて考え、次にさらに細かい分類に進む、と考えたらいいと思います。これらいくつかの頭痛が一人の人に混在していることもあります。このあたりの見立てが大切です。

そんなわけで、頭痛の診断には、精密な問診が重要です。さらに心理的要因が深くかかわっていることも多いので、症状だけではなく、生育、性格、生活状況、[ストレス](#)因子、これらの把握が必要になります。

頭痛の相談ではどんなことを伝えればよいですか？

診察室でお伺いしたいことは次のようなことです。あらかじめまとめて、お話しただけであれば幸いです。

(1) どこがどんな痛みか、詳しく。

たとえば、次のようなことです。

「ズキン、ズキン」「ガツン、ガツン」「拍動性」

「痛いと言うより、重い感じ」「頭がしめつけられる感じ」「頭に帽子をかぶったような」「ジワーツと」

「頭の片方が」「後頭部が」「目の奥のあたりが」

「刺すように」「耳の奥で響くような」

(2) いつ始まって、どのくらい続くか。

たとえば、「朝に起こり、5分くらい」「夕方に始まり、夜まで」「寝ているときにも」など。

(3) 起こりやすい状況は何かあるか。

たとえば「生理との関係」「食事との関係」「睡眠との関係」「仕事」「[ストレス](#)」。

(4) 頭痛の前後に頭痛以外の症状はあるか。

たとえば、「[吐き気](#)」、「[涙目](#)」、「[めまい](#)」、「[凶形が見える](#)」、「[肩こり](#)がひどい」など

。

(5) 頭痛が始まったら、あなたはどのように過ごしているか。楽になる方法があるか。

「一日横になってしまう」「5分くらい我慢する」など。

(6) 何歳頃から始まったか。年齢が進むにつれてどう変化しているか。家族に頭痛持ちはいるか

。

治療はどのようにしますか？

1 薬

大きく分けると、痛くなってしまっからの薬と、痛くならないように予防する薬とがあります。患者さんの個別の特徴に合わせて、抗[セロトニン](#)薬、 β ブロッカー、[カルシウム](#)拮抗薬、[抗てんかん薬](#)、[抗うつ薬](#)、[漢方薬](#)などを工夫して処方します。適切な選択に成功すれば楽になります。ただ単に「このタイプの頭痛だからこの薬」というわけではないところが難しいところ

2 生活調整.....頭痛のひきがねの発見して回避する

自分の頭痛のひきがねについてある程度わかっている人も多いものです。代表的なものをあげます。

(1) 生理.....生理前、生理中、排卵期、[更年期](#)など。生理との関係に気づいている人はとても多い。

(2) 睡眠.....寝不足など。

(3) [ストレス](#).....なんといっても一番多い。けんかした次の日にひどい頭痛が始まって、一日何もできなかった、など。

(4) 食事.....[チョコレート](#)、[赤ワイン](#)、[チーズ](#)、[ナッツ](#)。[グルタミン酸](#)をたくさん使う料理（[オリバー・サクス](#)の本では、「[中華料理店症候群](#)」として紹介している。日本では「[味の素](#)」。大部分の人は心配ないときちんと注射している）。当院の外来ではあまり話題にならない。わかっているなら避ければいだけだし、避けやすいからだろう。

3 頭痛日記

2であげた「頭痛のひきがね」を再度考えてみると、生理にしても睡眠にしても、「心身全体

の調子が落ちている」ことが背景にあるようです。そうした総合的な生活と体調の様子をつかむために、頭痛日記が役に立ちます。頭痛が始まったとき、終わった時を中心にして、睡眠、食事、対人関係、仕事、などを書き加えて日記を付けます。そのなかから生活調整のヒントをつかむわけです。診察の時にとても参考になります。また、薬剤使用の時間を加えればさらに役立ちます。

3633

自己と非自己の区別が曖昧になる。空想と現実の区別が曖昧になる。この二つのことは同じことなのだろうか？どうつながっていることなのだろうか？

組み合わせるとすれば、自己＝空想、非自己＝現実、こうした組み合わせになるだろう。

3634

[脳血管障害](#)と不安 ふらつきは[心因性](#)か？

[脳血管障害](#)後、ふらつきがある。脳外科の医者は[脳血管障害](#)のせいではないという。[心因性](#)にふらつくことがあるのか？

何かの拍子にふらつく。[後遺症](#)なのではないかと不安が高まる。不安は出口を探す。人間は以前症状のあったところに再度症状を出す傾向がある。反復する[胃潰瘍](#)など。最初は器質性、次は[心因性](#)である。この人は[脳血管障害](#)の経験があったので、[脳血管障害](#)類似の症状を呈する。ふらつく。すると、「不安は的中した。やはり！」ということになる。

不安とふらつきは互いに原因と結果となって、[悪循環](#)して、[固定化](#)する。

ふらつきに不安を代入すると、不安と不安が[悪循環](#)することになる。不安と予期不安といってもいいかもしれない。

(診察中の発想思い出せない。原因と結果の連鎖が、[脳血管障害](#)の場合には特別[なのだが](#)……)

3635

[過敏性腸症候群](#) (IBS)

「このごろ下痢で、[トイレ](#)に行ってしまうと落ち着くんだけど、また痛くなる。そんなことの繰り返しで、外出もおっくうになってしまう。仕事にも支障が出ている。会社では[リストラ](#)の話が出ているのに、こんな体調では目をつけられてしまう。胃腸科で調べてもらったけれど、特に悪いところはないといわれた。病名は[過敏性腸症候群](#)といわれた。[ストレス](#)に関係する病気で、[心療内科](#)に行けば相談できるらしい」

とまあ、そんなわけで、[過敏性腸症候群](#)の人が当院にいらっしゃいます。

[ストレス](#)が関係して、自律神経の異常が発生し、腸に症状が出ると考えられます。タイプとしては、?下痢型、?便秘型、?下痢と便秘の交代型、?ガスがたまってお腹が張るタイプなどがあります。

診断

診断の手がかりとしては、以下の項目のうち、6つ以上あてはまれば、疑わしいといわれています。

す（川上先生の表をアレンジして紹介します）。[血液検査](#)や[エックス線](#)検査で以上がないことが前提になります。また、お腹の調子以外に自律[神経](#)症状がないかどうか、[ストレス](#)関連症状がないかどうか、細かく調べることも必要です。

- 1 子供の頃、腹痛をおこしていた
- 2 激しい腹痛で、救急で医者に見てもらったことがある
- 3 以前からときどき腹痛がある
- 4 お腹をあたためると腹痛が軽くなる
- 5 排便すると腹痛が軽くなる
- 6 下痢、便秘、ガスが[たまる](#)などで困っている
- 7 排便すると腹痛が起こる
- 8 腹痛を伴う下痢がある
- 9 下痢と便秘が交代でおこる
- 10 下痢と便秘が以前からときどきある
- 11 [うさぎ](#)の糞のようにころころとした便である
- 12 [うさぎ](#)の糞のようなころころした便が出て腹痛がある
- 13 便の中に粘液がまじっている

対策

症状に応じた手当と、原因に応じた治療の二つを考えます。

手当

まず症状は、下痢、便秘、ガスなどですから、それらを調整する薬を使いましょう。下剤や下痢止めですね。弱いものから強力なものまで、さまざまあります。これだけで解決するわけではありませんが、症状が緩和されれば、自分の状況について見通しよく考えることができるようになります。

治療

以下のような原因が考えられています。

?[ストレス](#)……原因の中でももっとも多く、重要なものと考えられています。仕事の[ストレス](#)、家庭の[ストレス](#)、学校の[ストレス](#)、[更年期](#)の[ストレス](#)などがあり、いくつかの[ストレス](#)要因が重なっている場合もしばしばあります。

?性格……神経質な人、気にしやすい人、責任感が強い人、[几帳面](#)な人などにおこりやすいようです。もちろんそれ以外でもおこりますが。

?体質……もともと胃腸が弱い体質の人がいます。遺伝的に胃腸が弱い人もいます。このタイプの人には[ストレス](#)が胃腸に出やすいようです。

?食事……暴飲暴食、食欲不振、過ぎた[アルコール](#)など、心当たりはありませんか？

?睡眠……[睡眠不足](#)。[ストレス](#)の原因でもあり結果でもあります。

以上の原因に対して、次のような治療があります。

?十分な睡眠。眠れないときには薬の助けを借りることも検討してみましょう。[ストレス](#)に対抗するために睡眠はとても大切です。

?食事の見直し。規則正しい食事、バランスのとれた食事内容が大切です。[ゆっくり](#)、楽しみながら食事ができていますか？

?[ストレス](#)解消。これは言うほど簡単ではありませんね。仕事が[ストレス](#)と分かっていても、どうしようもない状況で、多くの人は働いています。しかしそれでも、なんとか、現在よりも少しでもしのぎやすくするために、一緒に工夫を考えましょう。

?[自律訓練法](#)。短い時間で簡単にできます。何度か[トレーニング](#)して身につけて下さい。[ストレス・マネジメント](#)の初級編です。

?[カウンセリング](#)。お話の中で自分の置かれた状況を整理してみましょう。話しても何も変わらないとあきらめないで下さい。自分が変わればまわりが変わることもあります。

?性格傾向の把握。[心理テスト](#)などを使って自分の性格傾向をつかみましょう。それを生活改善に役立てましょう。

?薬。ときに[漢方薬](#)や西洋薬で調整して、それがきっかけになることがあります。話し合ってみましょう。

3636

不安を症状とみるか、生活状況への反応とみるか。

不安は[心の問題](#)なのに薬で抑えるのはおかしいとする考え方。腹痛と不安を同列の症状としてとらえることができないのはなぜか？多分、自己違和的なものとしてとらえられていないのではないか？

不安は自己親和的であり、違和的なのは状況であると考えているのではないか？

そのあたりをきちんと説明する。

3637

薬がほしい人とほしくない人。

効く薬がほしい人と、効かなくても[副作用](#)のない薬がほしい人。

それぞれの人に薬と病気についての歴史があり、妄想があり、思いこみがある。それは家族の常識でもあり、仲間間の常識でもある。そうした背景を正確につかむことが、治療の第一歩である。

「もっと効く薬！」と要求されても、額面通りに受け取ってはいけない。そんなことも知恵である。

3638

和洋合剤処方

互いのいいところを生かし、悪いところを打ち消し合う。

洋薬の[副作用](#)を減らす。和漢薬の効果発現の遅さを補う。

例えば[かぜ薬](#)。洋薬は効果早いですが、眠くなり胃に負担がかかる。和漢薬は眠くならず胃にも悪くないが効果発現が遅い傾向がある。

3639

消費する人間

[最近の若者](#)の急激な変化と[消費社会](#)が関係あるのではないか。例えば、大人は商売の[ターゲット](#)として子供を考えている。経済観念の発達していない子供の欲望に訴えかけることで商売が広がる。そんなことをしていいものだろうかとの反省は広がらない。

例えば、「[自己実現](#)」といった言葉の背景にも、こうした[消費社会](#)の[ターゲット](#)としての人間像があるように思う。

こうした下部構造が上部構造を変えているのではないか。

もっと君の欲望を要求していいのだと社会全体がささやきかけている。抑圧は悪徳である。解放すること、それに伴い消費活動をすること。

仕事をする人ではなくて消費する人が増えている。

子供は純粋な[消費者](#)である。

[1998年12月24日](#)（木）

3640

患者の一部は医者を信じる。一部は文献を信じる。そんなことに腹を立てていても仕方がない。はやく区別すること。見分ける技術が大切である。どこが行き止まりかをはやく見つけることだ。それが行き止まりであることはどうしようもないのだ。[ロマン主義](#)では現実にはうまくいかない。

3641

[精神分裂病](#)という診断

例えば絵画をみるようなもの。これは[ルノワール](#)、これは[ゴッホ](#)と、全体の印象は間違いなく伝わる。しかしそれを分析的に伝えようとすれば困難になる。

分裂病の診断はそのようなものだ。誤解の余地も多くあるけれど。

3642

生きている限り矛盾が発生する。たとえば社会的存在としての自分と生物としての自分と。会社と家庭と。そり矛盾をどのように解消するか。妥協点を見つけていくか。それが生活である。

矛盾という用語は古いけれど。

仕事と家庭。社会と自分。大人と子供。矛盾が突きつけられている。

3643

児童[思春期](#)の[精神障害](#)と心身医療の動向

場所の病理→脳の場合には場所の病理が症状になる。肝臓や腎臓ではこうではない。筋肉の病気では、足と腕と指先とでは症状が全く違う。

児童をとりまく社会の現状

子供はどんな環境を生きているのか？→[消費者](#)としての子供。もっと欲求することを要請されている。子供に商品券を与える日本という国。

愚かな[消費者](#)であることを要請されている。

3644

[パニック](#)。電車に間に合いたいと思って走る。ドキドキする。そのドキドキが不安につながる。

これは身体の反応が情緒を[引き起こし](#)ているのではないか？

たとえばジェットコースターでのドキドキが恋愛感情であるかのような錯覚に似ていないか。

3645

自己修復系と自己崩壊系。時間がたつにつれてどのように変化するか。

例えば振り子は自己修復系である。放っておいてもよい。

性格障害は一般に自己崩壊系かもしれない。[境界例](#)が落ちつかないのは、振動系を構成しているからだろう。

うつや分裂病は自己修復系に属するようである。適した環境を選びとって安定したり、時間が回復を助ける。時間がたてば収束する。

自己修復系は長い歴史を持つ。自己崩壊系は歴史は短い。[進化論](#)的に淘汰される。

3646

(M.S.さん)自分は体調が悪いと感じている。しかし医者に、検査の結果、また現代の医学の知識に照らして、どこも悪くないですよといわれる。

さて、自分は絶対に悪いのに医者は分かってくれないと確信しているのなら、妄想である。

また、医者ということは頭では分かるのだが、どうしての不安がわき上がる。いったん不安がわき上がると、どうしようもない。自分ではとめられない。これは[強迫性障害](#)である。

不安が抑えられない。これを[パニック](#)の系列と見るか、強迫の系列と見るか。自己違和的かどうか。

完全に違和的=[パニック](#) (不安症)

中間=強迫性

完全に自己親和的=妄想

3647

「電車に飛び乗ったあとのドキドキがおさまるまで時間がかかる。このドキドキは走ったせいだと理解している。しかしそれでもドキドキがなかなかおさまらない。切り替えがうまくできない。」

これは不安の抑制系の障害ではないか？ふと不安が発生してしまう。しかし普段はそれを抑制することができる。

[パニック](#)やうつの場合、いったん発生した不安に対して、その発展を抑制して、さらに解消することができない。

不安の抑制系と不安の解消系の障害があるのではないか？

筋肉でいえば、乳酸の分解系である。

短距離型の筋肉（赤筋）は瞬発力に優れているが、疲労の結果蓄積する物質を解消する能力には欠けている。

長距離型の筋肉（白筋）は瞬発力には劣るが、[エネルギー](#)を大切に使い、疲労物質の解消にすぐれている。

こうした違いが脳[神経細胞](#)にもあるのではないか。

うつの人たちは[集中力](#)がある。意志や感情を持続できる。しかし切り替えはうまくない。

ここからmad細胞理論につながる。

3648

一人きりで風呂に入っている。シャワーの音の中に電話の呼び鈴が聞こえる。

感覚遮断が幻聴を引き起こす。分裂病者の場合、人と日常的に接してはいても、[ドーパミン](#)を適切に放出するような刺激になっていないのではないか。

「このタイミングでこの程度の[ドーパミン](#)が出るはずだ」と予測する。予測と一致する刺激が[ドーパミン](#)と関係する。

予測が外れているのが分裂病ではないか。

予測と[ドーパミン](#)。

3649

[強迫性障害](#)

・どんな場合を[強迫性障害](#)と言いますか？

この「[こころの薬箱](#)」[シリーズ](#)で「手を洗うのが止められない」という翻訳本を以前に紹介しました。この本が[強迫性障害](#)の解説の本です。「もう汚くないことは分かっているのだけれど、そしてあまり洗うと手が荒れると分かっているのだけれど、それでも手を洗うのが止められない」のです。なんとなく分かりますか？手洗い以外にもたくさんの例が挙げられています。

「[神経症の時代](#)」という本では、[倉田百三](#)の強迫症状を紹介しています。（倉田は藤沢に住んでいたということです。）

[有名人](#)で[強迫性障害](#)の実例をたくさん挙げることができます。たとえば清潔強迫の結果「[ガラスの部屋](#)」に住んだ人。[食べ物](#)に対する奇妙な強迫があった人。[有名人](#)になると、自分の内面と妥協する必要がなくなり、内面がそのまま行動に出るので、他人にもわかりやすいようです。[有名人](#)でない場合には、自分がどのように評価されるか恐れるので、あまり[ストレート](#)に外に出さないことも多いようです。

[強迫性障害](#)は、強迫症、[強迫神経症](#)などとも言います。なお、強迫は「脅迫」とはまったく関係がありません。もっと[日本語](#)として日常的な言葉で表現できないものかと思いますが、今のと

ころは妙案がありません。

症状の紹介をしましょう。上記の本の[タイトル](#)の真似をすると、

「鍵を確かめるのを止められない」

「ガスの元栓を確かめるのを止められない」

「偉い人のいる会議の席上で、とんでもない[エッチ](#)な言葉をしてしまうのではないかという不安を止められない」

「頭の中で『[いろはにほへと](#)……』が何度も鳴り響いて止められない」

「車を運転していて信号待ちしているときに、前の車の[ナンバープレート](#)の数字を加減乗除して1にしないと気がすまない。信号が青になるまでに完成しないとその日は悪い日になるのでどうしても完成しないといけない。」

といったようなことです。

もっと微妙な例では、

「医者にはどこも悪くないと言われるが、自分はきっと病気だという考えが繰り返し浮かんできて不安になる」などもあります。これだけでは[強迫性障害](#)と即断できませんが、微妙にその要素が潜んでいそうですね。

まとめて言うと、自分の考えや行動がばかばかしいと分かっている、止めたいと思うのだけれども止められない、それが苦しい。これが[強迫性障害](#)です。いやだと思っているのですがどうしようもない。しかし「何者かにさせられている」ではありません。嫌々ながら、しかし自分でやっているのです。

症状として薄いものになると、「慎重な性格」と思われる場合もあります。その場合は強迫性性格と呼んだりします。

・背景についての意見

日本には[強迫性障害](#)の人はとても多いのですが、それは教育にその背景があるかもしれません。日本の親の子供に対するしつけは、片付けなさい、整理整頓しなさい、手を洗いなさい、清潔にしなさい、きちんとしなさい、[テスト](#)の時には間違いがないか確認しなさい、等々、強迫性格を育てる方向の指導が多いのです。

しつけとしては、人に優しくしなさい、[ユーモア](#)を忘れないようにしなさい、自己主張をしなさいなど、強迫性性格に関係しないものも多くあるのですが、日本ではこうしたことはいわゆる「しつけ」とは考えられていないかもしれません。とくによい子たちは強迫性の成分をすこし多く持っているようです。

日本の親は薄い強迫性格の子供をいい子だという傾向があります。試験の点数の高い有名大学ほど、こうした性格傾向の人たちが多く集まっています。試験には有利な性格なのです。整理整頓が好きで、確認を怠らないとすれば、点数はよくなりますよね。本当の賢さとは関係ありませんけれど。

・診断

[典型的な強迫性障害](#)であるか、あるいは背景に（たとえば）[うつ病](#)などの病気がないか、そのあたりの鑑別が大切です。表面にあらわれた症状に対して薬を使ったり精神療法を試みたりし

ても、それは表面的な対応でしかありません。

・治療

[薬物療法](#)、[行動療法](#)、[認知療法](#)などがあります。特に薬は有望です。心理的なことになぜ薬が効くのかと[考える人](#)もいるでしょう。考え方は別にして、実際に効くということだけは事実として確かなことです。このあたりはまた脳と心に関して考える材料を提供しています。みなさんは脳と心と魂についてどうお考えですか？

・参考図書

「[神経症](#)の時代」（[倉田百三](#)、[森田療法](#)の森田、岩井などの評伝。その中心は強迫症とその治療）

「手を洗うのが止められない」（翻訳物）

「不安でたまらない人たち（？）」

3650

（基礎集団の問題）

子供の絵を日常見ている人が[ピカソ](#)を見たとする。また、未開民族の絵を収集している人が[ピカソ](#)を見たとする。そのときにどう判断するだろうか？いつも現代芸術を見ている人が[ピカソ](#)を見る場合。

その人の考える基礎になっている集団。それを基礎集団と呼ぶとして、それがどこにあるか。

いつも大人の[精神障害](#)を扱っている人が子供を診る。

子供一般が基礎集団で、その中での偏位として患児をみる人たちと、[精神障害](#)一般が基礎集団になって患児を診る場合と。

子供の[精神疾患](#)をどのように診断するか。子供は発達途上にあることを考えれば、異常と診断するのはためられることが多い。また、[不思議](#)なことに時間がたてばけろりと健常に復していることもないではない。だから、大人とはかなり違っている。

（許容度は大きい）→このあたりは内在する精神病理ではなく、自傷他害、つまりは迷惑の度合いで障害の程度を測っているところがある。子供に限らないが、脳病理と心の悩みの程度、社会の迷惑の程度、この三者を視野に入れて、病気の診断がなされる。議論はあるが、それなりの妥協点をみつけていくしかない。

子供だから、精神的不調の結果が大したことにはならない。自傷他害の程度の点で。

子供だから、親や世間は我慢する。許容度が大きい。

しかしまた、将来の自傷他害の可能性を考えると、楽観していて[いいわけ](#)ではない。

（他害の内容）

また、他害についていえば、大人でいえばまず刑法・民法がある。そして社会の[公序良俗](#)がある。子供の場合、事件として成立する程度ではないとしても、[いじめ](#)などの形で、周囲にいる「傷つきやすい子供」に迷惑を及ぼすことがある。大人の社会の常識では「その程度であれば自分で自分を守ったらいいのに」と思われる場面でも、大きく傷つき、自分を守ることができない子供はいるだろう。子供の中にはそのような子供もいるのだということを前提にする必要がある。

(拡張された自傷)

また、自傷についても、今現在の傷ではなく、将来苦しむことになるであろう傷つきも含めて自傷とすれば、大人の場合の自傷（つまり自殺）とはやや意味が異なるだろう。

3651

「[神経症](#)の時代」 渡辺利夫 [TBSブリタニカ](#)

・自然と社会は人間の本来に反することがある→不安。これは当然。むしろここから生の意志が[生まれる](#)。

- ・機が熟する。
- ・はからいを捨てたいと念じるはからい。これをいかにして捨てるか。
- ・自己の主観を事実と見立ててこれに恐怖する。

●主観と客観的事実を混同しているならば、これは真に妄想である。「空を怪鳥が飛んでいる」と言えば、それは他者によって検証可能である。「わたしは腹が痛い」と言えば、それは他者にとって検証不可能である。ただそれだけのことだ。「どうしてもわたしは腹が痛い」と言い続けるならば、「空を怪鳥が飛んでいる」と叫び続けるのと同様である。妄想と言った方が事実が明確になるだろう。神経質などという問題ではない。「そんなはずはないのだけれど、腹が痛いような気がして仕方がない」というのなら、神経質と言うべきである。

●とらわれの意識をどのように転換するか、あるいはそのまま受け止めるか。その課題になれば、[自律訓練法](#)が役に立つはずである。そのような目的を持って[自律訓練法](#)の解説を書けば役に立つだろう。

●途中には[精神医学](#)用語としての混乱も見かけられる。しかしそれは仕方のない範囲かもしれない。

・心の中に小さな波が起こる。それをしずめようとして波を起こし、さらに大きな波となってしまう。これは[逆効果](#)である。波をしずめるためには静かにしているのがいちばんよい。はからいを捨てて自然に身を任せることである。

・杭につながれた口バが遠くに行こうとしてぐるぐる回るうちに、[だんだん](#)ひもが杭に巻き付き、いよいよ杭から離れられなくなる。[神経症](#)のとらわれはそのようなものである。

3652

単純なことであるが、「[精神分裂病](#)」や「精神病」「[うつ病](#)」という符号が実体とは関係なしに一人歩きしている。

素直な心の人、あるいは言葉の意味を信じる人は、漢字で表現されたものから意味を汲み取る。

ところが実際には分裂していない分裂病は多い。[抑うつ](#)的でない[うつ病](#)もたくさんある。精神で病んでいない精神病も多くある。

言葉に振り回されている。名前の付け方が悪いのではないかと批判が出そうであるが、命名の当時の状況からすれば仕方のない面もあると考えられる。

語源に遡って理解を深めようとする態度は、危険を含んでいる。

3653

課題 (1999年1月4日 (月))

[自律訓練法](#)の教本を作る.....いちいち他人の本を推薦しなくてもすむように。

[こころの薬箱](#)の話題

薬の説明

一般に薬について、服用について

個々の薬の解説

[抗うつ薬](#)

[抗不安薬](#)

自律神経調整薬

[漢方薬](#)

PTSD

[耳鳴り](#)

[更年期障害](#)

過剰診療の心配について

[心理テスト](#)について.....何がどのようにわかるのか

[自律訓練法](#)について

[森田療法](#)に関して

3654

徳の問題も経済の問題に[すり替え](#)られていないか？あるいは影響されていないか？

豊かな時代、この豊かさを維持するために「消費」が必要である。

みんなが幸せな気分になるために微量の[インフレ](#)が必要なのだ。

子供はどのように行動するか。子供はどのように楽しみを見いだすか。どのように生きがいを見つけるか。この答えは最近ではつまりは「消費」の問題であるように見える。

[経済成長](#)に寄与するかどうか、それが価値の源泉と言えれば言い過ぎであるが、しかし微妙にそのような傾向がないだろうか？

3655

仕事か趣味か

仕事ばかりではたいへんだ。趣味を楽しみなさいという。転倒した話である。

本当は趣味など要らないくらいに仕事に没頭していればよいのだ。趣味を大切にすることとは、それだけ仕事がいやだということだ。そのような人生でよいものだろうか？そのような人生を前提とした上で、趣味を大切にしなさいというなら、[おかしな話](#)である。

3656

親→[教育者](#)→[カウンセラー](#)→[心療内科医](#)→[精神科医](#)

普段正常を扱うか異常を扱うかの系列。

左ほど子供を正常として扱いたがる。右ほど異常と扱いたがる。

異常部分に目がいくか、正常部分に目がいくか。

[精神科医](#)の中にもかわった人はいる。「すべては[ノーマル](#)だ！」と。そうした人に信念はあるが根拠はない。

3657

精神病の中にもある[神経症](#)部分。

精神病になると環境への不適応は非常に大きくなるので、神経性的部分も大きくなる。

[神経症](#)

例えば、[コンピューター](#)で[仮名漢字変換](#)をすると、常に間違ふ。これが[神経症](#)。刺激に対して不適応な反応を返している。

精神病

[ハード](#)の故障。

3658

「[神経症](#)の時代」渡辺利夫 [TBSブリタニカ](#)

・[日常生活](#)の中で誰にでも不快気分は生じる。「そんな気分もたまにはあろう」と受け流せば何も起こらない。その[生理的](#)事実を病的異常と感じ取り、これを振り払おうと格闘し、それに敗れて心が転倒していく、これが神経質である。普通の人には不快の気分がおこっても、それはそれとして日常の忙しい生活の中に埋没し、やらねばならない雑事をつぎつぎとこなすうち、いつのまにか不快気分は消え去る。神経質の人たちが不快気分にとらわれるのは、彼らの多くが完全欲において強く、きまじめだからである。完全欲の強い人は「かくあるべし」という規範によりみずからを処する傾きがある。「かくあるべし」という規範は「かくある」という世の事実によってしばしば[裏切られる](#)。したがって「かかるはずではなかった」という不快気分には陥り、その気分には執着していく。

●かくあるものとかくあるべしのあいだ矛盾と葛藤。

・向上発展の欲が強いから、自己を内省的、批判的にみつめる。向上発展を求めるが故に、それを妨げる可能性のある身体的、精神的病覚に関心を持たざるを得ない。実際には異常でないにもかかわらず、これに主観的にとらわれ、このとらわれが心に膠着してしまう。

・この主観的虚構性の[からくり](#)から患者を解放してやるならば、彼らは自己の向上発展を求めるその真摯さ故に、またねばり強い[精神力](#)故に、他の性格類型の人々よりも一層優れた人間活動の発揚をみせうるはずである。[神経症](#)者のこうした肯定的一面に光をあてたところが、正馬の症者観の特徴である。

●ごてごてした[日本語](#)。すっきりしていない。飾ってもさほど麗しくない。

・精神交互作用。

3659

答えはあなた自身の中にある。
なぜ答えがあると思うのだろう？

3660

教育の目的

- 1 [エリート](#) 選抜
- 2 産業[労働者](#) 育成
- 3 健全な市民の育成

3661

生きることすなわち消費という現状

食事、衣料、住宅、[セックス](#)、安らぎ、癒し、生きがい、[プライド](#)、すべては金を出して買う物になっている。

何を買うかがその人の[生き方](#)の[ポイント](#)で、しかも、そこにまで[アドバイザー](#)がいて商売にしている。どの雑誌や[アドバイザー](#)を選ぶか、それがその人らしさ、個性という状態。

3662

病気が治らない場合。親に問題がある場合も少なくない。治療の行き止まりは親である。

S.S.の母親。分裂病。娘はまあまあであるが。[心身症](#)で[テスト](#)前になると朝の腹痛。学校に行きたくなくなる。これは分かりやすい。

[フェリス](#)の拒食症のK.N.の母親。これは娘もとても変。しかし治療はまず母親から。この二例は成績のいい女生徒の例。

Iの母。子供は強迫症、分裂病の傾向。母がとてつもなくおかしい。

[てんかん](#)のMR。Oの人。母親が赤の[ボールペン](#)で予診表を書いた。母親がやはり病気。

母親の理解がねじ曲がっているので治療が進まない。親が病識欠如。

子供の場合、病識は親が分担している。親が壊れていると、病識欠如と同じ。

親子の[システム](#)が病気を否認している。子供が病気であるということ、また、母親が病気であるということ。

巻き込まれていることもある。

ある程度は仕方がない。子供を悪く思いたくない。判断は甘くなる。

毎日見ているのだから、異常と健常の判断は甘くなる。

どうにかなるのではないかと解決をのばしのばしにする。それを愛情と思う気持ちもある。

また、子供の「異常」はなにより母親のせいであるとみなされる。親戚や世間の目があるので、異常と認めたくない。病識拒否といってもいい状態。

いわゆる「育てかた」の問題ではないが、もっと深い意味で親の問題である。遺伝の問題もある

。

3663

論文で書いているほどには誰も立派ではない。論文は実践の記録ではなく、創作ではないか。[ヒステリー](#)性の患者ならば、そうした創作作業に協力してくれるだろう。それは[ヒステリー](#)性患者との協同疾患の記録かもしれない。

[精神科](#)医療の現実重い。

しかし考えてみれば、内科でも外科でも結局は死につながる。その点では[精神科](#)はやや異色である。最終的な行き止まりとしての死が重いのと、[精神科](#)でいう、どうしようもなさの重さ。どちらもどうしようもない。限界点で行き詰まる。

[精神科](#)では最善を尽くしても報われないことが多い。治癒が得られなくても、お互いに最善を尽くしたという感覚が残ればいい。しかし、治療者の意図が誤解されたり、被害的に解釈されたり、あるいは患者の持つ対人交流能力の障害により、この最終的なすがすがしさが無い。

内科などで、結局は死んでしまったとき、家族に感謝されるか、恨まれるか、これはやはり医者辛い立場に立たされる場面もあるだろう。しかし、思うのだが、最終的には人間共通の感覚として、理解できるところが多いのではないだろうか？

そのあたりが[精神科](#)医療には欠如していて、そのことを辛く感じてしまう人には毎日がとても辛いものになってしまう。

3664

子供の絵を日常見ている人が[ピカソ](#)を見たとする。また、未開民族の絵を収集している人が[ピカソ](#)を見たとする。そのときにどう判断するだろうか？いつも現代芸術を見ている人が[ピカソ](#)を見る場合。

その人の考える基礎になっている集団。それを基礎集団と呼ぶとして、それがどこにあるか。いつも大人の[精神障害](#)を扱っている人が子供を診る。

子供一般が基礎集団で、その中での偏位として患児をみる人たちと、[精神障害](#)一般が基礎集団になって患児を診る場合と。

子供の[精神疾患](#)をどのように診断するか。子供は発達途上にあることを考えれば、異常と診断するのはためらわれることが多い。また、[不思議](#)なことに時間がたてばけろりと健常に復していることもないではない。だから、大人とはかなり違っている。

3665

欲求を満たすことと我慢すること

欲求を即座に満たすことを教育されて育った子供たち。欲求を満たすためには対人関係を破壊してもかまわないと思う子供たち。そもそもそのような利益の天秤がない子供たち。

我慢することに意味がないと思っている。確かにそうだろう。我慢しても実際の利益として報われることはないかもしれない。それがこの満ち足りた豊かな社会のありようである。

いちばん我慢をしない人がいい人生を歩いているのだろうか？

我慢は何によって報われるのだろうか？

我慢が何かによって報われると考えるのは虚妄なのだろうか？

心の中に倫理規範があり、倫理規範が確かに効力を持っているならば、我慢は報われるだろう。

そうでなければ、報われないことの方が多いかもしれない。

新しいゲーム機が欲しくて親に頼む。だめだと言われたら祖父母に頼む。それでもだめだと言われたら大声で叫び、近所への対面を気にする大人の心理につけ込む。さらには……結局は大人でいう境界型人格障害に似てくる。

対人関係よりも欲求充足が大切。この天秤ははっきりしているようだ。

3666

配偶者選択を間違っただけに、「人生に失敗した」と本にある。そんな薄っぺらなものだろうか。

確かに気候のいいハワイに住むことには意味がある。しかし寒くてつらい北海道に住んでみることも同じだけの意味がある。

要するに世界を確実に経験することである。どのくらいのものなのか、しっかりと経験することである。

それが暖かかったか寒かったか、そのことにはあまり優劣はない。

3667

順位性社会を生きている子供。それが現実である。社会制度としては平等であるが、本能は順位性社会を求めている。少年のあいだに順位を確定して、婚姻に備えるのだ。そのために順位を確定しなければならない。

制度を手直ししても、順位の本能は残る。

3668

人間に潜む邪悪さを顕在化させてしまう場所。たとえばインターネットはそのような場所である。またたとえば伝言ダイアル。最近の事件で。

社会全体が人間の欲望を開花させ最大化する方向に変化している。欲望を善用の方向に向け、平和を増進し、心の平安を増大させる方向の文化ではない。

人間の邪悪さは増幅される。人間の良心は窒息しかけている。

戦争兵器の開発。情報機器の開発。

3669

人と人が憎しみ合い、争う。欲望と欲望を調停し妥協させる必要がある。それが政治過程である。政治的に成熟するのが大人になるということである。欲望の調停と妥協ができるということ。さらには欲望の善用ができるということ。しかしその意味では子供が多いままである。

争う場合のルールがあるはずである。ルールを無視しては動物以前の存在である。どの動物もルールに従って争っている。それが本能という装置である。

人間は本能が壊れている。壊れた本能部分を補うのは文化である。文化の伝達があってはじめてヒトは人になる。

人になりそこねたヒトが多いので社会は困っている。

3670

映像文化。行動で表現する文化。

文章文化。自己の内面で不満を処理する習慣。

3671

宗教の存在。→宗教とはいえないまでも、超越的なものへの感覚。

地域社会の存在。→顔の見える倫理。

総じていえば、倫理の消失。倫理とはつまり他人（他者からなる社会）の消失。

子供を魅了する「よいもの」「偉大なるもの」「憧れの対象」があるか。

子供を恐怖させる「怖いもの」があるか。

神のいない世界。

神のいない世界に倫理は存在するか。

他者が無視される社会。

他者がいない世界に倫理は存在するか。

不思議と謎のない世界。どのようにして自分の欲望を満足させるか、それだけが興味の対象。

3672

教育・啓蒙の効果

・分裂病についての啓蒙→思春期（中学・高校・大学）

・学習障害についての啓蒙→親

3673

それは医療の問題なのか。教育の問題なのか。社会の受け入れの問題なのか。その線引きに関してはいつも議論がある。

たとえばフリースクールの運営者たちの態度など。学校に行かなくても「自由なはずだ」という。どの立場からの話であるか。

3674

大分類 1

従来からの診断分類.....時代により分類しきれない場合も多い

被虐待児。

多動、自己抑制のない子。

[精神障害](#)。

PTSD

[強迫性障害](#)

[大分類 2](#)

攻撃的（外部に訴える）

[ひきこもり](#)（自分に訴える）

[心身症](#)（体に訴える、外部と内部の境界領域が身体）

[大分類 3](#)

不安・葛藤を処理する場所で分類する

行動化→行為障害、非行、暴力、自傷他害

身体化→[心身症](#)

内面化（精神化）→苦悩

3675

対人関係を内在化する→心の引き出しが増える

家族構成の変化。多様な立場の人の内面の表出に触れ、その人を内在化し、場合に応じて引き出しから取り出すこと、そういうことができない。

少子[核家族化](#)による影響

心の内部にいろいろな役割の人が住んでいること。多様な[アイデンティティ](#)を時と場合に応じて発揮できること。

3676

社会全体が豊かになり、[少子化](#)も伴って、家庭の居心地の良さと社会の居心地の良さに差がありすぎる。

家庭は暖かく、社会は冷たい。そこで引きこもる。

3677

親業の変化

3678

血縁サポートが消失。地域サポートへ。

3679

過剰な個体化。

厳しい環境下では集団化。集団の一部となることによって自分を守る。[主体性](#)を一部犠牲にすることによって、保険をかけているようなもの。

豊かになれば、[個人主義](#)でもやっていける。しかし、そうだろうか？人生早期からの[個人主義](#)は何をもたらすだろうか？

おそらく、[個人主義](#)で生き抜くためにはもっともっと豊かでなければならない。現状では[中途半端](#)な豊かさである。

だから軋轢も生じる。

3680

[思春期スパート](#)。その時環境は一定していた方がいい。そしてできればその時の環境がその後の人生の環境であればよい。行動様式を変えなくてすむから。

[エストロゲン・スパート](#)。人生に二度。二度とも、新しい人生のスタートの時点。それは合理的である。

3681

体験を格納する→感情の「旗」を立てて分類する。つまり、感情分類の網の目の数だけに分類される。感情が未分化だと体験を整理して収納することができない。

ひいては体験、葛藤、不安を言語化できない。つまり内面的に悩むことができない。結果として行動化や身体化する。

3682

最近の子供の行動化傾向

文化のあり方.....映像

親のあり方.....内面を問題にしない

家庭とは消費単位でしかない。その中の[消費者](#)として生きている。純粋[消費者](#)。企業は理性の未発達な子供を[ターゲット](#)にしやすい。[効率的](#)販売。

倫理の変質。生産者の倫理から[消費者](#)の倫理へ。下部構造の変質が上部構造の変質に。（わたしたちは昔の人だからものを大切にしたいのよ）vs（こんな不便で汚いものは捨てなさい。みっともない。）

教育の変質。市民を教育しない。[エリート](#)選別と企業従業員の教育だけ。しかしそれすらも崩壊。

教育する側の問題。

茶髪から[ピアス](#)、[援助交際](#)から[非合法](#)薬物まで

脳の構造→[脆弱性](#)

脳が壊れている。教育の限界。

[幼稚園](#)の変質。

[学級崩壊](#)。

公の場というものを尊重する気分に乏しい。

[自分勝手](#)な子供の増加。

中国の一人っ子たち。

3683

親は子供の外部理性である。それが壊れていたのではどうしようもない。

3684

男性ピラミッドと女性ピラミッド

女性ピラミッドのほうが価値多元的である

3685

母親の変化と母子関係の変化、そして子供の変化。

3686

登校拒否

暴力

摂食障害とくに過食

自傷行為

いじめ

校内暴力

児童虐待

ひきこもり（フリーターは以前は病的とみなされた。現代では必ずしもそうではない。かわってさらに重度の引きこもりがみられるようになった。）

3687

育てにくい子を支えきれない核家族

育てにくい子供と親への支援（多動、自己抑制のきかない子、衝動的）

学習障害、注意欠陥多動障害（→将来、行為障害や衝動統制障害に発展するか、発展を防止できるか）

3688

生育医療→小児科の拡大

3689

精神障害の早期発見と早期介入

3690

性周期に伴ううつ状態や行動障害

思春期の性の変化

3691

[精神遅滞](#)児が[うつ病](#)や精神病様症状を呈することは多い

→[適応障害](#)から反応性の[神経症](#)状態になるのだろう。反応を起こしやすい。

3692

[食事療法](#)で発症を防止できた先天性代謝異常者が[思春期](#)以降に[精神障害](#)を発症することもある。

3693

[児童虐待](#)の発見、防止、介入の実際の方法→啓蒙

強い喪失体験の後の子供への援助→そのような援助があること、援助が必要で有効であることを啓蒙することができるか。

3694

年代 病態 背景にある家族構造

1950 赤面恐怖 家父長的家族

60 [登校拒否](#) [マイホーム主義](#)

70 [家庭内暴力](#)、[ニューファミリー](#)

[摂食障害](#)、

手首自傷

80 校内暴力・[いじめ](#) [シングルマザー](#)

[落ちこぼれ](#)タイプの[不登校](#)

90 [児童虐待](#) [夫婦別姓](#)

虐待が後の[ボーダーライン](#)や[多重人格](#)と関係しているか。（複雑型PTSD）

倫理構造の変化

「社会の中での自分」像の変化

3695

同一性感覚の希薄な境界性障害

同一性感覚はしっかりしているが誇大化して柔軟性を欠いている自己愛性障害

いずれも身近な対象との関係の中で自らを発達させる能力を失った人格

「子供の世界」の体験の欠落

母親のコントロールできない自らの感情を子供が代わって処理してやる関係＝「世話役の子供」

世代間境界が薄れている

子供に代わって親のほうが増んでしまう、親機能の放棄。

→親は理性や[超自我](#)を演じる必要があるのに、そうしない。むしろ子供の子供機能を奪っている

。

強迫的に子供の生活に干渉する、細かい父親。

3696

→ひとことで言って、子供の質の低下なのではないか。

体験を咀嚼する力の衰退。

3697

女性は一方では伝統的な女性役割を期待される。また一方では主張的で競合的であることを期待される。同一性を保ちにくくなる。

3698

[1986年](#)から[摂食障害](#)激増。初診時からすでに社会機能低下、学業成績下位、父は非[専門職](#)。社会階層を問わない。精神病理構造は強迫性から衝動性へ変貌を遂げている。

→強迫性から衝動性へ。

→衝動性をはぐくむ条件があるはずである。それは何か。

荒れすさんだ心。深い愛情を実感したこともない。そのような光景。ただ餌を与えられている。

3699

[摂食障害](#)の発症契機.....受験や異性交際

食べることと食の本能の直接的結びつきが失われた。食の象徴的意味が大きくなっている。

→?実際の患者さんたちがそのような次元で悩んでいるとは思えないような気もするが。

3700

家族療法においては世代間境界を明確にすることが有効である場合が稀ならずある。

3701
少子→家族内の対人関係が少なくなる。[固定化](#)しやすい。状況が変われば、それまで見たことがなかったような[子供](#)の言動が見られることもある。（[レパートリー](#)が少ないということだろう。）

[少子化](#)→[親の期待](#)の集中

対策は、質のよい対人関係を増やす、[親の期待](#)を適度なものにする。

3702
食を介して親の愛情の奪い合いが表現される場合がある。

3703
治療
[子供](#)が普段とは異なった役割を発揮し、異なった姿を見せることができる場所。大人の目が充分には届かない、[子供](#)たちの場。現実社会と診察室の中間のような場所。「たまり場」。
親の不安が[過保護](#)、[過干渉](#)となっているのではないか。
都市化、[核家族化](#)は知人や親戚などの地域サポートを失う過程でもある。
地域のサポート能力を高める。→行政的対応。

3704
[家庭内暴力](#)症例の臨床診断 293

器質性[精神障害](#)

[精神遅滞](#)

自閉性障害

[ADHD](#)

[てんかん](#)

[精神分裂病](#) 34

[気分障害](#)

分裂感情障害

[境界例](#) 36

その他 176

その他の細分類

[登校拒否](#)を伴うもの

強迫症状や心気症状といった[神経症](#)症状を呈するもの

[家庭内暴力](#)のみ

非行を伴うもの

3705

家庭は生産的機能を喪失し、単なる消費生活の場となってしまった。

母親は過干渉、[過保護](#)に、[子供](#)は[几帳面](#)、まじめでよい子を演じる。[思春期](#)に至っても持続すると自立が妨げられる。

[家庭内暴力](#)の意味.....自立と退行の混合

抗議

自立の試み

親を操作する

共生的関係の再構築

3706

[家庭内暴力](#)は減少し、薬物乱用などの欧米型の問題行動が増加すると予測される。

[家庭内暴力](#)が生じるためには、そこに濃密な情緒的交流が存在し、[暴力](#)という形で甘えを表現できる対象が存在しなければならない。しかし[近年](#)の[少子化](#)傾向はそうした濃密な情緒的交流を否定するものであり、[子供](#)が[暴力](#)を振るおうとしてもそこには[暴力](#)を振るう対象が存在しないという事態が生じうる。そのため、これまでのように[登校拒否](#)や[家庭内暴力](#)のように家庭内に閉じこもったとしても、そこでは精神的安定を得ることはできない。[子供](#)は外部の世界へと依存対象を求めていくか、一時的にしる確実に不安を解消してくれる[アルコール](#)や薬物に走らざるを得なくなる。

[児童虐待](#)の増加。

→これは有効な指摘かもしれない。

3707

[インターネット](#)情報をなぜ信じるのか。そこには[ハイテク](#)という威光があるから信じるのだろうか。ひどい話である。悲しい話である。自分の周りにはいないが、どこかに立派な人がいると幻想する。[インターネット](#)のような仮想的な世界はそうした幻想をはぐくむ場となっている。

[普通人](#)は権威の前では批判力を失う。肩書きや[ハイテク](#)装置の威力。

3708

キレル、[ムカツク](#)などによって表現される、短絡・即行傾向や[社会的](#)逸脱行為が目立つ。

普通とされている[子供](#)の、唐突な問題行動。

[精神疾患](#)の低年齢化。

正常と異常の境界の不鮮明なケース。

症例の重症化・遷延化

[自殺](#)は減少している。

諸問題の低年齢化。

[思春期スパート](#)の早期化。

短絡傾向。

認知能力の乏しさ。

共感性、相互理解の乏しさ。

耐性閾値が低く、即行的に外部に向く行動化傾向

→葛藤・不安を内面に保持し内面で処理することができない。

→人間は内面に世界の[モデル](#)を持っていて、その中で体験し直したり、[シュミレーション](#)を繰り返したりしている。そのような「内部の舞台装置」が消失しているのではないか。

医療の対象となる生徒

行為障害

多動

反抗性挑戦性障害

情緒不安定性[人格障害](#)（衝動型、境界型）

[自己愛性人格障害](#)

習慣と衝動制御の障害（間歇性爆発障害）

[適応障害](#)

[精神障害](#)

3709

たとえば大人になって[パチンコ](#)をやめられない人。それは大人になって辛い思いもしているし、そのような人生を選ぶのも本人の事情があるのだという理解がある。つまり、それだけ恵まれない人生だということで、そのような人が発生するのはある程度はどうしようもないことだとの理解がある。

それが低年齢化して拡大・一般化しているということ[なのだろう](#)。

困った人たちと[子供](#)たちはこれまでどうしていたのだろうか。[戦争](#)後の一時期が特異な時期だったのだろうか。

[戦争](#)で人口の一部が（偏った形で）失われた。そして危機に直面して独特な[倫理的](#)風土が醸成された。

3710

共感性の未発達。

内的対象関係が成熟していない。他人が心の中に住んでいない。

3711

[少年](#)非行の変質。

豊かな社会の一方、家庭や地域社会の機能低下。これを背景として、非行の増加、重症化。

3712

[学校](#)は多少難のある生徒でもほしい。売り手[市場である](#)。

すぐに逆転する [〈いじめ・いじめられ関係〉](#)。

3713

悩みを抱えられない。

→内面化の障害。

葛藤を悩みとして抱えることができず、動機という自分なりの理由付けさえなされぬうちに、何の逡巡もなく、一足飛びに実際の行為が行われる。

[ブランド品](#)ほしさの[援助交際](#)。

→なぜいけないと言えるのか。 [規範力](#)が試されている。倫理が試されている。

鳩の社会に鷹が紛れ込んで得をしている。鳩は排除の方法が分からず、防衛の方法も分からず、倫理へのあこがれを言い続けている。

[援助交際](#)の二種

金ほしさと濃厚な対人関係ほしさ

「自己の欲望を満足させるためには、相手がどのように受け取るかということは予想せず、手段を選ばないで行動する、そのために周囲のひんしゆくを買い、時にはその手段が[犯罪行為である](#)のに、反省という頭の回路が学習されていない例によく遭遇する」（北村）

「相手に与える恐怖や痛みを実感できない、共感できない点が最大の[問題である](#)」

他者の痛みが分からないのは、自己の心の痛みを実感できないことの裏返しであろう。

悩むことの前提条件が欠けている。

3714

全般に強迫性が不足している。しかし非行[少年](#)に強迫性成分が見られることもある。

強迫性の特徴

- ・ 普段はおとなしいが、自分が傷つけられたと感じたときには爆発、執拗、残忍な暴行・傷害。
- ・ [勉強（仕事）](#)をするときは人の何倍もやるが、わずかなことで躓くと、すべてを投げ出してしまう。
- ・ 人並みではいやだ。高望み。相応の努力もしないのに、自信[たっぷり](#)の万能感にあふれている。
- ・ 尊大な自己像を抱いている。
- ・ 過剰適応や[几帳面](#)はあまりみられない。
- ・ 家族に強迫性性格者がいる。

社会適合的な強迫性を育てること。

[こころ](#)を育てる場所と援助者を提供する。

3715

思い通りにならないときどうするか。

親が受容的共感的に接する。[子供](#)中心主義。[子供](#)の思いは何でも受け入れる。

ほどよい[理不尽](#)さを持つ親や教師がよい。

[理不尽](#)なところがあるから反発できる。

child abuse and neglect

maltreatment

3716

[子供](#)はいかにして[社会化](#)するか。

自然は3年という出産周期を望んでいる。もし[子供](#)が予定通りに生まれないと、現在いる[子供](#)は母親からの「過剰な[教育的処遇](#)」という被害を受けることになる。[一人っ子](#)は2年ごとの[反抗期](#)をより著明に表すことになる。[子供](#)は二年ごとに[反抗期](#)を経験する。(Kanner L)

3717

男性＝競争的、女性＝協同的。どこまで文化であり、どこまで[ホルモンである](#)か。

3718

親が[子供](#)に自分の不安定な感情を向ける。

母親が家庭で[仕事](#)を片づけるようにてきぱきと[育児](#)をすると、[乳幼児のころ](#)は緊張し育ちにくい。

[子供ロールモデル](#)の欠如。たとえば[テレビ](#)は何を提供しているか。

[核家族](#)では親子は境界のない葛藤的な集団力動に陥りやすい。

父母連合、世代境界、性差境界などの基本的家族構造を確立しにくい。

親自身が退行してしまう。

親が拒絶的に接すると、子には否定的自己像が形成される。

[専門家](#)との関係で[ころ](#)を癒すのではなく、[子どもがもっと](#)も望んでいる母親との[信頼関係](#)を直に作り直す。

面接の中で、自分自身を振り返り、自分の親との隠された葛藤に[気づき](#)始める。

親としての成熟。

治療者との関係が安全基地になる。

自己の葛藤に気づくことにより、人は自由になる。自らの弱さ、卑劣さをしみじみ味わえるようになると、欺瞞的な自己防衛の必要も薄らぐ。そして伴侶や身近な相手を見つめる[眼差し](#)も深く寛容になる。

治療者に母親がつかかってくるあたりが、治療的变化の正念場である。[理不尽](#)な葛藤が治療者にも誘発される。[スーパービジョン](#)が大切。

3719

壊れたときにどんな症状が出現するか、臓器によってかなり違う。

肝臓は原因（[感染](#)、[先天異常](#)、ガンなど）が多様であっても症状は似ている。脳は原因が同じでも、場所によって多様な症状が出る。

3720

Hysteroid dysphoria

拒絶に対する極端な過敏

[自己評価](#)は他人の承認に左右される。

[ヒステリー](#)的。

[人格障害](#)や[神経症](#)に二次的に生じる[抑うつ](#)。[自己評価](#)が他人の承認に左右されるために、拒絶に過敏で、反応的に[抑うつ](#)的になる。

[ヤングアダルト](#)の特徴

[ヒステリー](#)的色彩を持つ身体化症状

回避的行動化症状

3721

[結婚](#)は幸せの場ではない。人の道を極めるうえでの試練[である](#)。

困難な[結婚](#)も不幸ではない。個性化の場。人格的成長の場。

夫婦は文化摩擦や異文化接触の場[である](#)。家族文化を無自覚的に身につけている二人が衝突する。次第に新しい自分たちの家族文化を創り出す。

3722

[学級崩壊](#)

[子供](#)の質が変化した

[面白い](#)ことにも[集中力](#)がなかなか持続しない

周囲を見ることができず自分のことしか考えない

落ち着きがない

家庭におけるしつけの問題

[教育現場](#)に適応できない教師

児童生徒だけでなく、教師も幼稚化している。

[学校カウンセラー](#)

週に2回だけやってくる人にどれだけ心を開くだろうか。

担任や[養護教諭](#)の[スーパーバイザー](#)。

3723

農業社会.....[大家族](#)

工業社会.....[核家族](#)

情報社会.....単家族

これらの混在が、[価値観](#)の混在をもたらす。混在は混乱につながる。

[大量生産](#)のための効率を追求することは情報社会の理念ではない。

3724

[子ども](#)たちに備わった素質を自然に開花させる環境にない。[自尊心](#)が傷つけられる。

精神療法

困難や失敗にもかかわらず、[ベスト](#)を尽くしていることを見つけ、評価できる場所を探す。

[思春期](#)青年期の人格発達課題に注目。

[言語](#)表現を中心にした集団精神療法よりも、現実生活体験を味わえることを媒介とした集団活動が適切。

[境界性人格障害](#)の64%に両親による虐待、敵意、軽視などの[PTSD](#)。

3725

[非定型精神病](#)。[更年期](#)発症の場合、[ホルモン剤](#)。[クロミ](#)フェン療法など。

内分泌が大きく変化する[更年期](#)は[思春期](#)と並んで、周期性[精神病](#)が発生しやすい。

3726

[クレッチマー](#)の敏感性格。

無力性要素に強力性要素がわずかに添加されたもの。

強力性格が全面に出て、無力性要素が背景にあるものを「広義の敏感性格」。

予後良好な幻覚妄想状態の[病前性格](#)は広義の敏感性格。

強力性格の勝った人は対人関係面での孤立や[孤独](#)に弱く、発症契機となりやすい。

3727

診断

薬が有効なもの

薬が無効なもの

時間がたてばよくなるもの・悪くなるもの

待っているもの・対処が必要なもの

3728

医療としてのかかわり

[教育](#)との連携

[学校](#)

[カウンセラー](#)

その他

医療から教育へのフィードバック

どのように教育すればいいか

薬剤と教育・タイミングと薬剤選択

3729

医療と連携したことで何が変わるか？

薬剤だけ？→それでも小さくない問題。

3730

子どもをとりまく状況

子どもが変わった面と子どもをとりまく状況が変わった面と両方

3731

「大多数の子ども並みに」という目標は正しいか？

結局その人はどうしたいかである。でもそれは子どもだからはっきりしない。親は子供のための選択をしているとは限らない。

親の不安や無理解が子どもを苦しめているとき、治療者はどうするか。

3732

今の社会が人間を疎外しているのではないか？ではどうすればいいか？

子どもはどのように生活すればよいのか。

ひよこは自然にすくすく育つはず。しかし自然でない環境でどのように育てばよいのか。しかし自然でない環境で育つ必要があるからこそ、現代の状況があるのだ。

3733

医学的検査で問題が見つかるのではない。集団の中で処遇に困る子どもがいるのである。

たとえば色盲の検査のようなものならば状況が異なる。

3734

大人ならば、この人はもともとはこういう人ではなかった。なのにこうなった。病気だと思う。なおして下さい。となる。

子供は必ずしもそうではない。もともとそういう子供だったのかもしれない。それは治せるのか？

急性期医療や感染症、外傷などが解決されると残るのは先天性異常の問題である。それをどうするか。医学的に対応できる場合もある。たとえば酵素欠損症。しかしどうしようもないものもある。その場合には療育となる。

3735

相談っていうのは、本当は、本当に正しい道を教えてほしいのじゃなくて、自分が心の奥底で思っている考えを、自分以外の人から聞きたいっていうだけだ。(銀色夏生)
なるほど。「自分以外の人」がそれなりに専門っぽい人だったらもっといいわけだ。

3736

家庭内での常識と、社会での常識がかけ離れているとき、子供は困る。適応障害になる。
例えば、家庭内で重要人物として扱われている子供が、社会に出るとまことに平凡なとるに足らない子供である。その落差に耐えられるか？

変な親が多いから子供に社会性が育たない。親に社会性がないのである。

結婚問題にしてもその延長にある。家庭内での自分と社会での自分の地位の落差に耐えられないのだろう。つらい現実を見るくらいなら、引きこもりを続け、あるいは未婚を続けたいのだろう。

。

3737

「治りました！」と言ってくれる患者をかわいく思う。治りませんと言う患者をだんだん疎ましく思うようになる。

しかし、患者が医者を頼っている程度からいえば、治らない患者こそが医者を頼っている。

3738

愛と恋

恋は感情であり、大脳辺縁系の営みである。

愛は知性であり、前頭葉の営みである。

下等動物に恋はあるが愛はない。人間に知性が発生して、はじめて人間に愛が発生した。愛とはそのようなものである。

3739

金と権力、才能と美貌。これらを持ったものは墮落の瀬戸際にある。

誘惑に身を任せるチャンスがあるとき、多く的人是に誘惑に身を任せる。

そしてその後に長い後悔が続く。後悔を忘れられるなら、生きやすい人生である。

3740

恋が終わって愛が始まるのではなく、恋が終わって、制度と慣れと習慣が始まる。

愛を築いていくには、愛は不安定すぎる。投資分を回収できない危険がある。恋ならば短期間のうちに結果が分かる。無駄と分かった時点で、それ以上の無駄な投資を続ける危険を回避できる。

。

カトリック教会が離婚を禁じている。この制度があれば、愛を忍耐強く築くことができる。不良

債券化しないとの保証があるから。無駄にならないから。

愛のための投資とは、多分、我慢である。我慢が報われる日が来るのかどうか、それが問題だ。報われない可能性が高ければ、それ以上我慢することはできない。

短期的な恋愛のためならば我慢は容易である。結果は容易に見えるから。

3741

患者さんの体験。

考えを変えるとき、寝てしまうといい。

これは多分、脳の血流分布が変化し、座っているときと比べて、脳の別の部分が活動するからだと思う。

カウチが自由連想に適するのもおなじ理由。

3742

世界の意味や人生の意味についての考察。こうした問題は結局、こちら（考える主体）の問題なのだと思う。離人症の話なのだ。世界は同じ。それをどう受け取るかの問題である。

だから、世界の意味や人生の意味についての考察の形をとってはいても、結局、離人感の表現なのだと思う。

何かをどうかすれば、突然世界が意味に彩られるということではないだろう。世界を操作する方法ではない。むしろ脳を操作する方法である。

ということは、芸術は、どこにあるか？世界の側にではなく、脳の側にある？

感動を喚起するためには、離人感を吹き払う操作をすればよいわけだ。

芸術が生きる意味をくっきりと提示する。この世界の意味を明確に提示する。しかしそれは元来そこにあったものだろう。それを見えやすくすることが芸術というものだろう。

それとは別に、まったく新しい、自然ではない、創造物があるだろう。しかし脳の産物であり、脳の自然であるとも言える。

3743

配偶者選択。DNAは異種を選択しようとする。文化は同質性の個体を選択しようとする。この両者の妥協として、配偶者選択が行われる。

たとえば本妻は文化的同質性に従い、愛人はDNAの求める異種性に従う。

文化的同質性と遺伝子的異種性。この二つの圧力がある。

3744

人は男と女のピラミッドの中で、自分と相手の位置を評価する。評価の基準が価値観というもので、それが問題。価値観の多様化・相対化は自分の価値付けをあやふやにする。あやふやだから、後悔や疑念につながりやすい。

3745

1999-2-11 (木) 寒い日

エックルズも書いているように、「神のいない無意味な宇宙に耐えられない」。それは当然ではないか。

誰もが人生の意味を求めているのだ。

そう考えることの背景として、苦痛は報われるべきだとの考えがあるのではないか。

報いはなくて、ただそれだけのもの、そう考えることが難しい。

行動のすべてを金銭に換算して考える傾向と似たところがないか。

苦痛は何のためにあるのか。小さい頃、自分の苦痛を見て、同情し、報酬を考えてくれた父母が、これから先もいてほしいと考えて、宇宙と世界の意味などと言っているのだろうか。

3746

祈りの言葉。

朝、診療開始時の祈り。

途中で、困ったときの祈り。

途中で、嬉しかったときの祈り。

最後に、カルテを整理し終わったあとの、感謝と反省の祈り。

これらものを友として診療を続けたいものだ。

3747

習慣は怠惰につながる。習慣は精神を眠らせる。

恋愛も時間がたてば熱狂が終わり、習慣が顔を出す。お互いの習慣がお互いを再び支配したとき、恋愛は完全に終わる。

自動機械、ロボットに近い。習慣は自意識を必要としない状態である。

パイロットなしの自動運転状態である。

怠惰な習慣にいつのまにか再び落ちついてしまう。それが大多数の人間である。良い習慣を維持すること、悪い習慣を意識して排除すること、自動運転状態を減らすこと。

習慣は覚醒の終わりである。コリン・ウィルソンの話に近い。

3748

自己実現という言葉に胡散臭さを感じる。実際何を意味しているのか、とても曖昧。曖昧で良いと思っている人たちに支持されている。厳密に具体的に考えたくない人に支持されている。

3749

「他人をほめる人、けなす人」より

ものの価値は、それを手に入れるために要する費用（努力）によって測られる。ものの価値は、それを取得するために支払われた代価に基づく。例えば、大変苦勞して登った山の写真。

しかし別の側面もある。それですべてではない。

たとえば、ものの価値は、それが今後生み出すであろう価値に基づくともいえる。偶然拾った株券が、今後生み出すであろう利益。取得するための代価は大きくないが、価値は大きい。

生産費用による価値と、[市場](#)による価値とに似ている。

それを取得するために支払われた代価によってもものの価値を考えると、人がその[もの](#)の取得にあたってどれだけの代価を妥当と考えるかは、支払う前にあらかじめあるだろう。それだけの価値があるから、人は大きな犠牲を払って手に入れようとする。大きな犠牲を払ったから価値が大きいと考えるのは、妥当する場合もあるが、全般的真理ではない。

それに値しない人に、何物かを与えてはならない。悪い結果を招く。彼を破滅に追い込み、[あなた](#)も破滅する。それは[ボランティア](#)でも愛でもない。悪行である。

何かを手にするためには、[あなた](#)はそれに値しなければならない。

例えば、謙虚で控えめで質素だった娘。[結婚](#)によって[金持ち](#)になる。裕福になったことを感謝するだろうと思うと大間違い。

勞せずして富をつかんだ人の周囲には悪い[取り巻き](#)が集まる。彼らの間に愛はない。軽蔑があり、恨みがある。

二代目や三代目はこのようにして没落するのだろうか。

3750

なすがままといっても、悪意ある攻撃者に対してなすがままにせよというのではない。神の意向に対してなすがままにせよといっているの[である](#)。

3751

「他人をほめる人、けなす人」より

支配の問題

会社で有能な男性も、家庭では必ずしも優秀ではない。「[召使い](#)に英雄なし」[である](#)。

夫は世間での[待遇](#)の延長として考えているのに、妻は軽蔑し、[子供](#)にも軽蔑を吹き込む。「世間では立派ということらしいが、家庭ではつまらない人間だ」という。そのようにして[支配権](#)を確立したがる。

無益な権力[ゲーム](#)である。しかしそのような人間は少なくないからしかたがない。

最初は権力的でなかった人も、権力的な状況に慣れていくと権力的になる。困ったことだ。

妻にすれば、夫のささいな欠点を見つけだすのは容易[である](#)。夫は[仕事](#)が忙しいのだから妻の欠点探しにばかり熱中してはられない。この非対称が権力関係を生む。夫は対抗として金銭面からの支配や[暴力](#)による支配を試みる。

[仕事](#)も家庭もというのは難しい。基本的には競争社会だから、家庭を犠牲にして[仕事](#)に打ち込む人にはかなわない。[仕事](#)で勝とうと思えば家庭は犠牲になる。そうすると妻に支配される。[仕事](#)で負けても、家庭で勝とうと思えば、こんどは「家庭には熱心だが[仕事](#)はできないだめな夫」と妻に批判され支配される。

この点では妻は[批評家](#)の立場に立てるから強い。

支配欲の強い人とはつきあうのが難しい。

支配されることの利益が明白ならば別[である](#)が。

3752

自分の弱さと他者の寛容を利用する人たち。

なるほど。[精神病患者](#)の一部はまさにそうだろう。また、「[だって](#)できないんだもん」と居直る人たち。「きちんとやったのに……」と[言い訳](#)をする人たち。そのようにして強い側の人を苛立たせる戦術[である](#)。局所的な[権力闘争](#)[である](#)。このような細部が人間を消耗させるのではないか。

ただ他人の足を引っ張って、悪意のある喜びに浸っているのだ。他人を苛立たせるのが[面白い](#)。

局所的な[権力闘争](#)に勝利する。このような人に関わり合っていると人生の時間がいくらあっても

足りない。

足りない。

人生は無限ではないのだから、自分を守る必要がある。こんなところで我慢する必要はない。

「他人をほめる人、けなす人」より

弱くてもろい人物は善良だとは限らない。

3753

精神に効く薬を恐れる理由。

体より精神が「自分自身」に近い。当たり前[である](#)が、取り替えのきかない、自分自身の中核部分に近いと感覚している。そこを薬でコントロールするのはまずいと感じるわけだ。

それは健全だし常識的だと思う。

しかしそのように重要な部分だからこそ、自分の側でコントロールする必要があるのではないか？[病気](#)は一時的にせよ、感情や思考に対する自分自身のコントロールを弱めてしまう。その事態

を薬を補助として使うことによって、回避できるのではないか？薬を適切に使ったほうが自分の思考や感情に対する自分のコントロールを維持できるのではないか？

3754

人徳の問題。これは無視できない部分がある。結局は人間がやっていることだから。

この人のもとで、患者さんのために力を発揮したいと思えるような状態。

[モラル](#)の問題。志気。やる気。気概。自分は立派なことをしているのだと信じられること。いいことをしていい人生にすると信じられること。

[仕事](#)の内容とともに、この[リーダー](#)のもとでなら、と感じさせることも大切だ。それが人徳であり、人間の力だ。

共有可能な[価値観](#)を提示することかもしれない。

目標設定、評価の[システム](#)、こうしたことを通じて、よりよい人生の時間を作っていけるようにする。

3755

「一人と一人の優しい心、どうして一つにまとめられない」

という歌があった。昔の[コマーシャルソング](#)。

優しい心はあるのに、その自然な発揮を阻む何かがある。それが人間の幸せを[台無し](#)にしている。そう思う。

人間のいい心や優しい心を殺してしまう何かがある。何かといっても、結局は人の心の話[である](#)。ほんの少しのところなの[である](#)。

極限状況での話ではない。人間と人間との日常的な場面での話[である](#)。

診察室でもしばしば語られる。「あの人と話しているとなんとなく、どうしようもなく、イライラしてきて、そんな対応になってしまう。そんな言葉を吐いている自分がいやで、どんどん自分を嫌悪していく。」そうだろう。人の心にはそのようなどうしようもなさが現実にある。あると意識して、対処する必要があるだろう。

それにしても[不思議](#)なものだ。どうしようもない部分があるの[である](#)。

北風にならず、[太陽](#)になれという。診察室で患者さんにそう言う。しかし、自分でもどうしようもない場面がある。それが人間の気持ちというものだ。

3756

手渡した名刺をおいていってしまう人がある。そのくらい上の空だということだ。

こちらに落ち度がなくても、過剰な不安や思いこみの強い解釈によって、いろいろな誤解をしているのだろう。そのあたりまで含めて、ケアを考えなくてはいけない。

3757

[摂食障害](#)治療[プログラム](#)を作ること。

・各種検査のセットを確定する。TEG、SCT、STAI、CMI、絵画、ロール。目的は、背景病理の検索、中心葛藤課題の把握、経過の把握など。

・治療技法……食事[日記](#)、精神療法、家族面接、薬物の使用など。

これらをすっきりと構造化して患者に提示できないか。このようにして治るのだと提示することが[本質的](#)に大切ではないか。

3758

閉じこもり・治療拒否の場合の[アプローチ](#)の工夫。どうするか？

・「[病気](#)ではない。しばらく暖かく接して下さい」といえば時間を稼げる。しかしそれでは残酷というものだ。[公務員](#)的な「逃げの姿勢」を感じる。その人はその発言が治療的だと考えてはいないだろうけれども。

・とりあえずできるのは家族面接。その中で生育歴・家族歴・既往歴と現在症をまとめることができる。本人の[心理テスト](#)はとれない。[もっと](#)本人に関する情報を収集できないか。[ビデオ](#)を撮影してもらったりできないか。

[もっと](#)工夫が必要だ。

3759

行動賦活系と行動抑制系

通常は10:10

行為障害では20:10

[ADHD](#)では10:5

行為障害に[ADHD](#)合併では20:5

知能が高いか低いか、集団内で認められて[いるか](#)否か、家庭内で認められて[いるか](#)否か、こうしたことが病像を修飾する。

[強迫性障害](#)やチックについてはどうか？

一口に行動賦活系といっても、いろいろあるのだろうか。

3760

「[パニック](#)ディスオーダー」上島国利編集 国際医書出版 2415円

「[パニック](#)・ディスオーダー入門」B.フォクス著 上島・樋口訳 [星和書店](#) 1800円

「[痴呆](#)のケアと在宅支援」露木敏子著 [星和書店](#) 1650円

「恥と自己愛の[精神分析](#)」岡野憲一郎著 岩崎学術出版社 4500円

「心理療法の常識」下坂幸三著 金剛出版 3800円

3761

やる気を起こす。乗せる。

どの分野でも先生として指導する場合には必要。

自分のいいところを認知していただく。

3762

拒食症の子に食欲増進のための[漢方薬](#)を投与していた[産婦人科](#)医がいる。

[もっと](#)やせなければいけないとする訂正不可能な確信（妄想）が[病気](#)の根本[である](#)。説得は不可能。親に隠れて食事を捨てている。大人の話は分かる。しかし受け入れない。[栄養](#)が、骨が、出産の時に……、そうした常識も分かる。それでもやはり拒食を続ける。そのような認知の[病気](#)[である](#)。[精神病](#)と考えると対処しなければ道は開けないだろう。

食欲がなくて食べられないのではない。努力をして食べないの[である](#)。そんな[子供](#)の食欲を増進すればどうなるか。苦しみは増大する。食欲が勝り、食べたとしても後悔に苛まれ、吐く。「ああ負けてしまった」と涙を流しながら吐く。そして今度こそはと強く決心して拒食を再開する。そうになると拒食と過食・嘔吐の反復となり、慢性化する。

食欲と、それを抑制しようとする心の、戦い。拒食と過食の振り子。

食欲と妄想の戦いといってもいい。食欲を増進させれば、妄想はさらに強まるだろう。さらに強

い意志を持って拒食を試みるだろう。否定されるとますます燃え上がり強固になるのが妄想というものである。

そうではなくて、妄想を抑制する方向が正しい。

拒食のない過食。これは愛情飢餓のような側面もある。鳥の親が小鳥に餌を与える。食事は親の愛情そのものである。口に食べ物を詰め込むことで、愛情を確信したいのだ。

背景にまたは前景に、母親・娘関係の問題があることも多い。

産婦人科医は、生理がないなら注射をしましょうと平気でホルモン注射をする。こんなことがあっていいものだろうか。

3763

学生の場合には、時間がどんどんたってしまう。時間をかけて……などといっていると友達とどんどん離れていってしまう。そうした不適応が二次的な神経症状態を引き起こす。

3764

ストレスへの対処法

- ・ 休息→寝る
- ・ 能動的→歌う（カラオケ）

寝るときには必ず緊張がとけている。歌うときも、リラックスしていないと歌にはならないだろう。

強制的リラックス法の一つといえるかもしれない。

例えば、ストレスを歪み、ストレスを負担と訳す。負担はいいが、歪みはもうひと工夫が必要か。

3765

安定剤ですといわない。「神経の過度の興奮を抑える薬です」と説明する。「神経過敏を調整する薬」など。

「精神を」といわず、「神経を」という。

「ストレスに対する抵抗性を強める薬です」もいい。

「心に余裕が出ます」これは心理的次元に偏りすぎだろう。

3766

気力と努力と体力。

3767

摂食障害に対する説明。

背景病理。

食欲だけの問題ではないこと。

3768

[病気](#)でないといってくれた人はいい人。

[病気](#)だから治療が必要ですよといった人は悪い人。

人は[逆恨み](#)する。

3769

[ストレス](#)がかかったとき、[免疫力](#)が低下する。これは一見すると[おかしい](#)。[ストレス](#)にさらされると[病気](#)になって死んでしまうことを[意味](#)するから。なぜか？なぜそのような個体が生き延びてきたのだろうか？

多分、進化が[セレクト](#)してきたものは、[ストレス](#)に強い個体ではなくて、[ストレス](#)を感じない程度に環境に適応的な個体[なの](#)だろう。本当に適したものだけを残す。これが大切な進化の戦略で[ある](#)。それ以外は生きていなくていい。

笑うとNK[細胞](#)が増加して[免疫力](#)が強くなるというのも同じ。笑うくらい適応のいい人が残る。

3770

[ストレス](#)・サポート

そばにだれかがいてくれる。

受け入れてくれる場所がある。

3771

人工化学物質汚染について

DDTから始まってPCBなど各種の物質が長期にわたって影響を与える。

- ・時間の要素……長期の影響は推定しきれないこともある。
- ・複合汚染……複数の物質が体内で、また環境中で、どのような影響を及ぼすか。

また、胎児の問題では、影響を評価するまでにさらに時間もかかるし微妙な問題[である](#)。

薬もこうした人工化学物質の一つ[である](#)。危険をどのようにして評価するか。安全をどのようにして保証できるか。難問[である](#)。

3772

薬の[副作用](#)についての問題

薬のせいで[おかしく](#)なると騒ぐ。たいていはもともと変な人[なの](#)だ。だから薬をのむようにいわれたのだ。そして次第に症状が悪化した。それを薬のせいにしたがるの[である](#)。

薬を飲んで良くなった人。しかしその人は他人には何もいわないだろう。

薬を飲んでも悪くなった人。薬のせいで悪くなったと言いつらすだろう。

3773

母親が壊れていると、どうしようもない。ゆりかごが壊れているのだから。あるいは世界のモデルが壊れているのだから。母親に合わせて精神世界を構築してきた子供は外の世界では生きていけない。

以前から母親がおかしいとの説が繰り返し語られてきたことには理由があったと、いまわたしは思う。一種の逆転移とっていいかもしれない。

臨床家が否応なしに感じることはないか。

3774

老人介護とこころのケア。

こころのケアはどれくらい大切にされているか。痴呆老人だからどうでもいいだろうか？

体は心を養うためのものではないか。人が家に住むことにたとえると、心が体に住んでいるのだ。家を修理するのは住む人のためである。同じように、体を修理するのは心のためである。

3775

心療内科やメンタルクリニックに来るのはある程度革新的な人たちである。保守的な人たちは来ない。

自分はある程度風変わりであるという自己認知を持っている人ならばクリニックに来やすい。

あるいは、そんなこともまったく考えないようなナイーブな人。

3776

心理療法の進め方 前田重治

症状形成の意味は、ひとくちでいえば、心身の再統合の試みであり、自我の防衛のためである。

現実からのストレス、自我が処理困難な出来事や葛藤、欲求阻止などに会った際、一歩退却した形で、心の統合や安定が図られる。その場合のさまざまな防衛の方法や退却のしかたによって、症状が形成される。

症状や障害を形成することによって、歪んだ形ではあるが、心身の適応（自己の回復）をはかっているものである。

心理的にいえば、患者の自我は弱いために、すぐに自我防衛にしがみついて症状を形成するし、一方、そのような防衛に縛られているために、ますます自我が現実性を失って弱くなっているともいえるもので、そこに悪循環が形成されている。

●昔の行動様式を持ち出して応用してみる。一時的にはそれでいいが、いつかはその先に踏み出す必要がある。

新しい、より適応的な行動様式を開発して身につけることができるかどうか。

3777

母親が分裂病で、母親機能不全状態にある場合。遺伝的にも不利で、かつ環境としても不利である。従って、父親が分裂病である場合よりも、予後は不良である。

[遺伝子](#)もゆりかごも壊れているから。

しかし、分裂病にも[進化論](#)的に有用なところがあるからこそ、現代まで残っているのではないか。脳の進化の圧力がある限り、分裂病は発生するのではないか。進化の必然として、[試行錯誤](#)がある。[トライアルである](#)。その中でいいものが残る。環境に適さないものは分裂病と判定されているのかもしれない。

こうした分裂病論も可能であろう。

こう考えれば、単に壊れている脳と、分裂病的に壊れている脳とは別[のものである](#)かもしれない。

3778

春は春の遊びに従う

3779

クリニックの立地をみても、患者の都合を考えているか、医者都合を考えているか、分かる。

3780

患者さんに感謝していただける。本当に嬉しいことだ。

薬が効く。[カウンセリング](#)が効く。

3781

重い[ボール](#)は、動かし始めには骨が折れる。しかしなかなか止まらない。軽い[ボール](#)は動かし始めるのは簡単[である](#)が、すぐに止まる。ポーの[小説](#)の中にあるという。

このたとえ。

物事をなかなか始めない人は、しかし、いったん始めるとなかなかやめないと解釈できる。

例えば、石橋を叩いてもわたらない人。いったんわたるとなかなか止まらない。強迫性性格のような。

また例えば、うつの人が、[ひとつ](#)の考えにはまりこんでしまえば、抜け出せない。ここにもやはり質量の法則があるのではないか。

年をとって質量が軽くなると、運転しやすくなる。たとえば[ハンドル](#)を切りやすくなる。まだ若くて質量があるうちは、[ハンドル](#)を切っても曲がってくれない。

考えの狭窄を解消する方法。同じ[思考回路](#)にはまりこんで抜け出せない。

[自律訓練法](#)。

[ズーム](#)の訓練。自分の現状を相対化する試み。

[ズーム](#)倍率を自在に変換する訓練。

3782

[カウンセリング](#)が過度の自己拘泥をさらに促進し固定するとしたら、治療阻害的[である](#)。

[摂食障害](#)者（背景に自我障害がある人）の[日記](#)のようなもの。手記。[アダルトチルドレン](#)系の用語が見え隠れしている。その世界の言葉で自己規定をして、世界の解釈を新たに組み立てているようである。一種の洗脳である。

それがいいことなのかどうか。[アダルトチルドレン](#)の場合にはあまりいいことではないように思う。

こうした場合、[宗教](#)や[オカルト](#)のように、「わたしはこれから少し特殊で一般社会の通念からはかけ離れた[世界観](#)を提示しますよ、注意してね、これをそのまま社会で通用させようと思っても当面はうまくはいかないかもしれませんよ」などと注釈をつけながら洗脳するのであればまた許されるだろう。しかしそうした側面を隠蔽して、治療や医学の装いで語られるとしたら、問題があるのではないかな？

3783

検査結果によらず、訴えの内容だけで診断する領域では、性格[障害者](#)の餌食になりやすい。それをどうするか。たとえば[いつまでも](#)会社で[仕事](#)をしなくてすむようにするために医者を利用する人たち。またたとえば[整形外科](#)で[交通事故後遺症](#)の認定を求める人たち。

今後は、事故や[犯罪被害](#)の後に[PTSD](#)の認定を求める人たちも増加するのではないかな。当院でもいるにはいたが、あまり大問題にならずにすんだ。

性格[障害者](#)の餌食にならず治療的であるためにどうするか。

患者の望むものではなく、「患者の治療自我の望むもの」を想定して治療にあたる。しかしそれが治療者の思考の反映でしかないとしたら？NTTや公的機関では逃れられない。しかし私的医療機関ではどうだろうか？わたしにはできないと宣言することも許されるのではないかな？

3784

[新聞](#)投書で見る、[紋切り型](#)で大げさな表現。自分の感情を適切に表現する力がない。[紋切り型](#)とはつまり、「ものすごく」の延長で、程度がはなはだしいことを表示しているに過ぎない。

3785

才能がある、権力がある、金がある、美貌がある、こうした人たちは傲慢になりやすい。それは分かる。

[病気](#)の人も傲慢になりやすい。

権力とは、人よりいい思いができることだとしたら、[病気である](#)こともその一つとなりうる。[病気](#)も権力となる。

[病気](#)なんだからやさしくして。[病気](#)だから働けない。[病気](#)だから静かにして。すべて権力の行使である。

マイナスの状態であるのに、周囲の人の優しい心を餌食にして権力となる。

3786

[ショパンのピアノ曲](#)のような女

自分の流した涙の美しさにうっとりしているような

3787

自分の才能の方向と自分の努力の方向が一致しているか？

そのあたりを伯楽に指導してもらうことが有効である。

3788

苦難

自分を磨くための絶好の機会である。与えていただいたことを感謝する。

苦難の代償・報酬として、神が何かを用意してくれると信じられるか？信じられるならいい。信じられないとしたか、この苦難の意味は何なのか？

わたしたち周囲の人間が、その人を助けたい。苦難が意味あるものであるようにしたい。たとえば、苦難に際して周囲の人たちの愛が感じられたと体験してほしいものではないか。

傷は痛い。しかしその傷から、愛が染み込んでくる、そのようでありたいものだ。

3789

[こんにちは](#)。梅の花をそこここで見かけます。お元気でお過ごしでしょうか。

S[心療内科](#)が開院して一年たちました。はやいものです。皆様のご支援によるものと思います。どうも[ありがとうございます](#)ございました。

今後はより一層、患者さんのために何ができるかを考え、[勉強](#)を続けていきたいと思えます。よろしくご指導下さいますよう、お願い申し上げます。

[1999年3月2日](#)

3790

まったくわけが分かっていない人

最初から知能に欠損がある人、[病気](#)のせいで困惑して健常な判断力を失っている人。こうした人たちに対して、どのように接するか。自分で決めたことだから勝手にすればいいと、[自己責任](#)の原則もいい。しかしそうではなくて、もう少し[保護](#)的に接することはできないか、考えたりもする。そして限界に突き当たる。[逆恨み](#)されたり、誤解されたりもする。しかしそこでくじけしないで、患者さんのために最善のことができないか。それがプロの腕ではないか。

彼は会社を辞めてAに帰りたいという。そこで、家を4月までに売って、Aに新築の家を建てたい。はやく売りたいとのこと。心配になったので、妻に来院していただいたところ、妻も同じ意見。まずAの[アパート](#)にでも落ち着いて、その後で[ゆっくり](#)家がいい値段で売れるのを待って、売れたらその後で新築すればいいのではないかと考えるが、そうでもないらしい。なにか田舎の人たちに対しての[メンツ](#)でもあるのだろうかと思うけれど。

3791

[小学校](#)で

[学級崩壊](#)に見舞われた50歳の男の先生。六年生の担任。五[クラス](#)あって、ほかは五年からの持ち上がりだった。彼だけが新しい担任。前任者は、二十台の男性で、[子供](#)たちとは友達付き合いをしていた。夜も七時くらいまで遊んでいたらしい。彼に代わってから、「抑圧的」と児童には思われた。父兄から文句が出ていた。

[クラス](#)でけんかがあった。拳で殴って、殴ったほうが小指を怪我した。親が出てきて、[学校](#)で怪我をしたのは[学校](#)の責任だと言った。その親は現場[労働者](#)で、片目がない。

[学級崩壊](#)状態になって、同僚も冷たい。あからさまな悪口を言ったりする。もう[学校](#)にいられない。校長は「運が悪かった。六年の担任にしたのはわたしだから、わたしにも責任の半分はある」と言ってくれている。教頭は校長と反目していて、彼にもきつくあたる。休んだまま出てこなければ、転任させると言う。

[小学](#)六年、[中学](#)三年など、最終学年は二月、三月に荒れると聞いていた。その通りらしい。とにかく、[子供](#)の分別がないのが問題。親の分別が[子供](#)と同様がないのが次の、またはそれ以前の、問題。

親戚でもいれば、そんなことをさせておいては親族[である](#)自分たちの恥だ、自分たちも[愚か者](#)だと思われてしまっは大変だなどという感覚も生まれるのかもしれないけれど。しかしそんな条件にも欠けている。

3792

60台で[同窓会](#)。70になると[自然消滅](#)。

会社を辞めて暇になって人と会いたいと思う。[同窓会](#)を思いつく。しばらくはいいが、70も近くなると、亡くなる人もいるし、[病気](#)になる人もいて、集まろうといってもあまり[楽しい](#)集まりにはならないことが多い。そして[自然消滅](#)する。

3793

[摂食障害](#)

患者さんがある程度増えた現時点では、[摂食障害](#)患者はあまり歓迎ではない。従って、宣伝もしたくない。

[摂食障害](#)患者治療は実りが少ない。まず彼女らは認知の歪みがひどい。被害的で関係妄想的[である](#)。

次に母親に問題のあることが多い。

さらに、[心療内科](#)に来る前に、[婦人科](#)で[月経](#)をコントロールする治療を受けていたり、「食欲を出す薬」を飲まされていたりする。それは医療に対する不信感の素地となっている。

しかし標準治療[プログラム](#)を作るとしたらどうするか、考えてみるのもいい。

・両親と兄弟の生育歴、性格傾向、対人接触の特性などを調べる。→家族療法の感覚で。家族[システム](#)論を採用すれば、「悪者」をつくらなくてすむ。みんないい人だけど、家族になったと

きに、不都合が生じているのだと説明。

- ・特に、母親に、「[あなたも治療対象である](#)」ことを理解してもらう。
- ・本人の生育歴、性格傾向、対人接触の特性。
- ・食事[日記](#)・内面の[日記](#)・「家族の関係」に焦点を当てた[日記](#)。

3794

治療を標準[プログラム](#)化する。

- ・[プログラム](#)が鍛えられる
- ・患者に応じて細分化できる
- ・[仕事](#)に漏れがなくなる
- ・[データ](#)として有効なものが残る

うつ治療標準[プログラム](#)

[パニック](#)治療標準[プログラム](#)

[不眠症](#)治療標準[プログラム](#)

[不登校](#)対処標準[プログラム](#)

治療の最後に、今後に備えて、「病歴、処方歴、注意事項、[未来の主治医](#)に」などを書類にして渡したらいいだろうと思う。点数にはならないけれど。

[人間ドック](#)の結果報告の[レポート](#)のようなもの。

3795

濃厚な心理治療を求めない人もいる。

[心理テスト](#)を見ただけで恐くなったという人も先日一人いた。そのあたりを上手に見抜くことが必要。面接の中でそのあたりの感触を患者からつかみたいが、時間がかかる？一応治療[アンケート](#)はあるけれど。書かない人も多いのはなぜ[なの](#)だろうか。

3796

閉じこもりについて、レセプターのこと、過敏さのこと、このあたりから説明する。[メカニズム](#)が分かれば[安心感](#)があるだろう。

3797

拒食と過食の振り子。この様子を正確に描き出せないか。そしてどうすればいいか？

3798

笑えばがんが強くなるのではない。笑うくらいの人**は強い**ということだ。弱い人が無理に笑って、それでがんが強くなるのではないだろう。

3799

高級感情の函養。これが[市民社会](#)を構成する市民を育てるための[教育](#)の根幹[である](#)。

3800

グローバル・スタンダードとはつまり、アメリカと同じように愚劣な生活をしろということだ。

けてあげる。それだけである。

3808

1999年3月7日（日）

日曜の朝、邦楽の時間。源氏物語の女性の死後の魂の嘆き。今朝はしみじみと感じられる。人の世の無常。

3809

今ここで患者の外側に見えている症状は、基底にある障害に対する反応である可能性がある。ここを考慮すると、症状の見立ては複雑になる。

3810

何をなおしたいのか。どうなりたいのか。患者と母親の両方に確認しつつ治療を進める。治療の進展につれて何度も。

いいことだ。

3811

とにかく今を大切にしよう。

思い出の中であれこれ考えて、今思うが、今現在を大切にしよう。生きているのは今なのだから。

今を未来のための投資にしてしまうのはやめたい。今は今のために輝かせて味わいたいものだ。愛と恋もこのようなものかもしれない。愛は未来に向けての投資である。恋は今を輝かせることである。

そればかりではないけれど。

しかし愛で現在が輝くという場合、やはり未来のしあわせを空想の中で先取りして楽しんでいるのではないか。

未来なんか信用できない。

たとえば人は死ぬ。死なないまでも心は変わる。事情が変われば人間は変わるのだ。

3812

集中力

集中しているときは野球のボールの縫い目が見える。テニスボールの番号が見える。バイオリンをととてもゆっくりと演奏しているような感じがする。

そのようなものだという。

また、無心になったとき、テニスの試合をしていて、「ああわたしはこんなにいい試合をしている」と感じる。バイオリンの演奏をしているとき、ホールのいちばん後ろで演奏を聞いている自分がいて、いい演奏だなと思っている。そして同時にバイオリンをひいている。

脳の内部の結合状態が一段レベルがあがるのではないか。部分部分のコンピューターを直列や並列につないで、結果としてさらに巨大なコンピューターになるのではないか。それが集中ということだ。

脳の各部分が別々の作業をするのではなくて、一つの作業を分担するようになる。それが集中である。

3813

摂食障害標準プログラム

- ・基礎データ

本人だけでなく家族についても、生育歴、病歴（CMIも利用）、性格傾向（TEG、SCT）、風景構成法（個人のものと、家族協同で交互にかいたものと→これは当院の特色ある治療とすることができるだろう）

・面接は本人面接と家族面接、同席面接を混合する。→プログラム化して手渡しておく。父親や兄弟も定期的に参加。

- ・食事日記。
- ・家族関係日記。学校日記。
- ・担任教師、教育カウンセラーとの連携。
- ・まず家族に落ち着いていただく。必要なら薬。
- ・家族の話聞いて、カウンセラーがまとめて反復する。→理解しましたよというサイン。
- ・必ず治る。しかし時間がたたなければ治らない。治るとはということかについて各人の意見を聞く。→治療目標の明確化を繰り返す。
- ・背景病理の見定め。
- ・摂食障害で患者にはどんな利益があるか。家族関係はどう変化したか。そのあたりを整理する。
- 。
- ・参考図書？
- ・家族は何をすればいいのかわからずに途方に暮れている。具体的な指示を出すことができればよい。

3814

せっかく目の前にあるしあわせを、自分から拒絶するタイプの人がある。フロイトも指摘したように。

人間の行動と思考のパターンは、各個人が実際に使用するパターンの数でいえば、実は数少ないものようだ。それが性格である。

3815

うつ病治療標準プログラム

- ・基礎データ

生育歴、[家族](#)歴、現病歴（CMI）、性格（TEG、SCT）、[風景構成法](#)

- ・ [精神](#)療法（はじめ受容的に、次第に[教育的](#)に接する→[プリント](#)使用。[病気](#)の説明と療養の注意）
- ・ [家族](#)に対して[教育的](#)面接→[プリント](#)を使って

3816

[パニック障害治療標準プログラム](#)

- ・ 基礎[データ](#)
- 生育歴、[家族](#)歴、現病歴（CMI）、性格（TEG、SCT）、[風景構成法](#)
- ・ 薬物調整
 - ・ [自律訓練法](#)
 - ・ [被爆トレーニング](#)（薬と付き添いの指定→結果報告）

3817

[不登校標準プログラム](#)

- ・ 基礎[データ](#)
- 本人だけでなく[家族](#)についても、生育歴、病歴（CMIも利用）、性格傾向（TEG、SCT）、[風景構成法](#)（個人[のもの](#)と、[家族](#)協同で交互にかいたものと→これは当院の特色ある[治療](#)とすることができる）
- ・ 面接は本人面接と[家族](#)面接、同席面接を混合する。→[プログラム](#)化して手渡しておく。父親や兄弟も定期的に参加。
 - ・ [家族](#)関係[日記](#)。[学校日記](#)。
 - ・ 家で何を[しているか](#)。
 - ・ 担任教師、[教育カウンセラー](#)との連携。
 - ・ [学校](#)ではどうだったか。
 - ・ まず[家族](#)に落ち着いていただく。必要なら薬。
 - ・ [家族](#)の話聞いて、[カウンセラー](#)がまとめて反復する。→理解しましたよという[サイン](#)。
 - ・ 必ず治る。しかし時間がたたなければ治らない。治るとはということかについて各人の[意見](#)を聞く。→[治療目標](#)の明確化を繰り返す。
 - ・ 背景病理の見定め。身体病はないか。
 - ・ [不登校](#)で[患者](#)にはどんな利益があるか。[家族](#)関係はどう変化したか。そのあたりを整理する。
 - ・ [家族](#)は何をすればいいのかわからずに途方に暮れている。具体的な指示を出すことができればよい。
 - ・ 参考図書？

3818

[不眠症治療標準プログラム](#)

- ・背景病理の検索
- ・薬歴調査
- ・性格検査（TEG、SCT）

3819

カラオケの効用

別の自分になれること。装うことに通じるのではないか。

心のいつもの場所ではないところが活性化される。自分の別の面が活性化される感じがする。

ヒーローになったりヒロインになったり、不倫をしたり、いろいろしている。

3820

子供の抱く不安や過剰なエネルギーを親が受け止めることができない。親が規範としての常識を設定できない。心の内と外の壁を設定できない。親はこうしているよと提示できない。親はすでに低エネルギーになっているから壁を設定する必要がない状態で生きている。

不安のエネルギーは心の外にあふれ出て、嗜癖行動へと進ませる。行動化。性嗜癖、食嗜癖、万引き、パチンコ、薬物など。

3821

未婚のままで生きているのは一種の引きこもりである。

3822

個人面接や家族面接を通して、治療者、患者、家族が、共通の感情や思考を持つこと。何かを共有するに至ること。

何かを共有している間柄になること。

共同体ができる。

sensus communis は意味が多少違うが、「複数人によって共有された何か」といった意味付けはどうだろうか。意味付けというよりは連想であるが。

3823

摂食障害は治ると、下坂幸三先生の本。長く診ていれば治る。短期で転職していたりするから、治ってゆくことが分からないだけだと書いてある。

なるほどそのような条件が疾病観に影響を与えることはありそうである。

3824

内面が表情に出るのではない。表情がまずあって、内面の性格を次第に形成する。従って、顔は内面を映していることになる。

内面が先にあるのではない。表情が先にある。そのような表情を持つ人はどのような対人関係を

発展させるかについての体験を積み重ねる。結果として、表情に応じた内面ができる。従って、表情から内面を読みとることができる。

たとえば下卑た心は下卑た表情によって作り出される。下卑た表情を持っている人は、まわりの人から下卑た人間として扱われる。その結果として、次第に下卑た表情にふさわしい下卑た心を持つようになる。

3825

お説教は無駄。あるいは逆効果。

分からないのではなくて、分かっているけどできないのである。説教で言われることくらいは分かっているのだ。

説教するなら、分かっているけどできない、そのところをどうすればいいか、説明しないといけない。

3826

安定剤を使わない治療を考えてみたい。栄養剤の系統のものでどうにかできないか？

うつならば休息していれば治るはずだろう。休息時のプログラムを考えてやればそれでいいのではないか。

3827

最近の子供たち。

他人の真剣さが入っていない。

他人の真心、やさしい気持ちが入っていない。

3828

小医は病気を治す。中医は人を治す。大医は国を治す。

小医は症状に処方する。中医は症状と体質に処方する。大医は症状と体質と性格に処方し助言する。

3829

心身医学と精神医学

腹が立つ……怒る

頭が痛い……苦悩する

頭が上がらない……劣等感を持っている

こうした関係についての考察が大切

身体言語

3830

公文式の秘訣

できることを反復していれば、次の[ステップ](#)のことが[自然](#)にできるようになる。

できないことを克服しようとするから、自信をなくする。苦しい。

できることを反復していれば、自信ができる。嬉しい。好きになる。

自分のできないことは何かを考え、それを敢えて克服しようとする。それは能率的なようであり、実は苦しい道[である](#)。

[患者](#)さんたちはその道にはまりやすい。

いきなり難問集に挑むようなもの[である](#)。

3831

天気と心

明日の天気が分かる人は、昔は適応に有利だった。現在はそうではない。虫垂のようなものだ。

陸で暮らしているのにエラがあるみたいなものだ。

3832

家持が好きだというおばあちゃんが来ていた。

うらうらと照れる[春日](#)に[ヒバリ](#)上がり心かなしもひとりしおもえば

わがやどのいささむらたけ吹く風の音のかそけきこの夕べかも

[越前](#)に赴いたとき、馬で水を渡る歌が好きと言っていた。

[握手](#)を求められたので、応じた。

3833

[安定剤](#)を使わない[治療](#)を考えてみたい。[栄養剤](#)の系統の[もの](#)でどうにかできないか？

3834

[ポケベル](#)などの同報機能を使って、[心療内科](#)の[患者](#)の[心のケア](#)をできるのではないか。例えば、過食や拒食の人のために何かできるのではないか。

寂しい人たちのために。

3835

[音楽テープ](#)を作ることができないか。[著作権](#)の問題があるけれど。なんとかできないか？

3836

「[学校](#)は好きですか？」などという[馬鹿](#)げた話。[学校](#)は手段[である](#)。

[人生](#)で何か欲しいから[学校](#)に行こうと思う。そういうものだろう。[学校](#)自体は好きなはずはない。

[うつ状態](#)は、[ふつう](#)わたしたちが経験する「憂うつ」の延長ではない。[失恋](#)のあとのつらさはそれぞれに覚えがあるだろうが、その延長として想像するなら、それは間違いである。事態を理解していないと言ってよいだろう。

[うつ状態](#)は心身を巻き込む、[異次元](#)の事態である。経験しなければ分からない。実際に体が動かなくなる。[筋肉](#)の疲労、首や肩のこりは[尋常](#)ではなくなる。「[精神](#)」の病ではなく、心身の病である。

「[うつ病](#)」や「[うつ状態](#)」には[日本語](#)としてすでに特有の色合いがついてしまっているので、ここでは「[ストレス](#)性心身過労状態」とでも言いたい。

[日本語](#)で一般に「[うつ病](#)」と言えば、現実には憂うつになる理由もないのに憂うつになる[精神病](#)、あるいは、現実の困難とは[釣り](#)合わない程度の憂うつを呈する[精神病](#)、ととらえられるだろう。「そんなに心配する必要はないのにどうしてそんなに落ち込むんだろう」というわけである。本来の、[精神病](#)としての「[うつ病](#)」の場合には「現実把握」がずれてしまっている。[貯金通帳](#)に五百万円あるのに、無一文になってしまったと嘆いている。それが[精神病](#)としての「[うつ病](#)」である。

しかし、「[ストレス](#)性心身過労状態」では、そんな現実把握のずれはない。現実の困難に対して必死に自分を奮い立たせようとしているが、体がついていかない。そのうちに不眠、食欲不振、不安やイライラ、憂うつ、おっくう、悲観的思考傾向などが出現して、一步も前に進めなくなる。そんな状態である。

これは状況次第で誰にでも起こる。証拠としては、[家族](#)を調べてみても、特に遺伝傾向がないことが多いことがあげられる。

[几帳面](#)で[責任](#)感が強い人に起こりやすいが、そういう人たちは、（悪く言えば）過労から逃げるのが下手で、[エネルギー](#)の[限界](#)まで頑張ってしまう傾向があるから、「[ストレス](#)性心身過労状態」になりやすいというだけだ。彼らだけではなく、平たく言えば、誰にでも起こる。過労から[逃げられない](#)とき、誰にでも起こるのである。

[治療](#)は、体の[治療](#)も必要である。[ここ](#)のケアだけでは足りない。だから、薬を使う。[人間](#)の感情や考え方は、薬で変えられるようなものではない。しかし、ひどい不眠、食欲不振、[筋肉](#)のこり、こうしたことには薬がよく効く。このあたりが少し楽になれば、体に余裕ができて、ひいては[ここ](#)にも余裕ができるという筋書きである。

話をしたあとの、後味が悪い人がいる。そのあたりが性格というか、[病気](#)というか、[微妙](#)なところである。

[心療内科](#)こぼれ話

S[心療内科](#) [ここ](#)とからだの[治療](#)に役立つ話

- ・「腹が立つ」身体言語が症状化する現象
- ・ [公文式](#)（苦悶式！）の原則
- ・ [漢方薬](#)の話
- ・ 薬の[副作用](#) 塩で高血圧 [砂糖](#)で[糖尿病](#)
- ・ [パニック障害](#)の成り立ち 身体[メカニズム](#)と心理[メカニズム](#)
- ・ 不安の正体
- ・ 薬は「症状＋体質＋性格」に対して処方する→・前景症状と背景病理
- ・ [心理テスト](#)で何が分かるか
- ・ [うつ病](#)について [ストレス](#)性心身過労状態 うつの時の過ごし方 [治癒](#)の過程・いつ復帰するか（笠原説）
- ・ 夢の話 タンクローリーが横転し、周辺に[火事](#)。崖崩れ。丘に逃げる。墓の上に立っている。誰かが「〇〇の墓だ！」と叫ぶ。ぎょっとして目がさめる。
- ・ [自律訓練法](#)とは何か

3840

TEGの結果報告の様式を整えること

CMIも。できるはず。

3841

心身が[リラックス](#)しているときには血管がゆるみ、血流が増大する。その結果、体温が上昇する。

反対に、不快な[ストレス](#)が加わった状態では、血管は収縮し、血流が減少する。その結果、体温は低下する。

では、血管をゆるめて、血流を増大させ、体温を上昇させれば、[リラックス](#)状態が得られるのではないかと考える。それが[自律訓練法](#)のはじめの考え方である。

3842

強烈な対人関係への[嗜癡](#)をやめること。

ほどほどの対人距離を満足を持って味わえること。

しかしそれが難しい。[美人](#)や才能のある人は、こうした罠に陥りやすい。[美人](#)に生まれた代償である。

3843

Kさんは、何の言葉でも即座に逆から言える。そんな特技もある。頭の中で積木を[並べ替える](#)ようなものだという。そんなこともあるものか。

3844

薬のやめ方。今日からきっぱりというのはよくない。次第にのみ忘れが多くなって、[だんだん](#)やめるとするのがよい。

3845

[エゴグラム](#)

今回の[心理テスト](#)は[エゴグラム](#)と呼ばれるもので、その中でも、[東大心療内科](#)で通常使用しているものです。

[エゴ](#)は「自己」ということです。[エゴグラム](#)は、自己の状態を分析したものです。

[精神分析学](#)では自己の状態を[超自我](#)、[自我](#)、エス（またはイド）と三つに分けます。それぞれ、「[道徳的](#)判断」、「[理性的](#)判断」、「[各種の](#)欲望」と考えていいでしょう。

[エゴグラム](#)では、さらに細かく、五つの領域に分けて考えます。

?批判的父親

?養育的母親

?理性的大人

?自由奔放な子供

?他人の目を気にする子供

どの領域も[人間](#)として[社会](#)で暮らしていくには必要なものです。しかしそれぞれのバランスはどうでしょうか? [エゴグラム](#)ではこの五つの領域のバランスが明らかになります。それを分析し、さらに生活の中での提案をしていきます。

3846

W型説明

[あなた](#)のタイプは[典型的](#)な「[苦悩パターン](#)」です。

分析

[あなた](#)は自分の[目標](#)を高く掲げ、[努力](#)します。理想を求め、良心に従い、[責任感](#)が強い人です。しかし他人の目を気にするところがありますから、他人に合わせ、必ずしも自分の思った通りには実行できません。そこでいつも結果には満足できず、自分を責めることになりがちです。他人と暖かく、楽しく交わることは苦手ではないですか?その結果として、[ストレス](#)をため込み、ゆううつになりやすいタイプです。

提案

[完璧主義](#)をやめて、[仕事](#)や生活を楽しむ余裕を心がけましょう。

[あなた](#)は他人に対して干渉しないほうだと思いますが、そのことが場合によっては冷淡と映ることもあるかもしれません。相手への思いやりを[もっと](#)表現してみても良いかもしれません。

自分の感情を[もっと](#)外に出しましょう。感じたことをためらわず表現してみましょう。[カラオケ](#)でもいいです。

自分の自信のあることから実行してみましょう。

3847

逆N型 A低位 FC高位

分析

自己主張が強いので、[現代社会](#)ではうまく生きられるでしょう。しかし、ときに感情に振り回されてしまうことがないか、点検してみてもいいですか？思いこみが強すぎて、損をすることはありますか？

提案

まず、落ち着いて、周囲の客観的な状況を分析してみましょう。冷静な分析が大切です。自己点検だけで不足の時には、人に聞きましょう。客観的にはどう見えて[いるか](#)、聞いてみましょう。

自分を大切にしながら、同時に、周囲とも協調できれば、とても良いですね。

3848

へ型

分析

[あなたは](#)円満[パターン](#)です。[社会](#)の中で円満に活動できます。問題ありません。

提案

強いて言えば、広く[情報](#)を集め、冷静に分析する、そうした態度をますます深めて下さい。

3849

N型 NP高位 A低位

[あなたは](#)典型的な「[献身パターン](#)」です。

分析

「鶴の恩返し」の鶴のような人です。自分のことは後回しにして他人のことを考えてあげるタイプです。周囲の人の評価も高いと思います。

でもそれも[現代社会](#)では適応的とは言えないときもあります。まわりは[もっと自分本位](#)な人が多いのではないですか？ときに苦しいと感じることはありませんか？

提案

まず、客観的な状況の分析から始めましょう。冷静に客観的に考えてみましょう。そして人にも尋ねてみましょう。「[あなた](#)の立場からはどう見えていますか？」と。

もし、苦しいと感じることがあるなら、[自己実現](#)とは何なのか、自分の[人生](#)は何なのか、もう一度考えてみませんか？何かに尽くすことが[あなた](#)のすべてですか？

3850

逆N型 NP低位 A高位

[あなたは](#)典型的な「[自己主張パターン](#)」です。

分析

どちらかといえば他人と妥協せず、自分のしたいことを積極的にできるタイプだと思います。頼もしいし、[現代社会](#)では[あなた](#)のようなタイプの人々が求められています。どんどん活躍して下さい。しかしそのことがときには[自己中心的](#)と他人に映る場合もあるかもしれません。

提案

もし、[自己中心的](#)と他人に思われる場合があれば、[あなた](#)にとって損なことです。あらかじめ相手の[意見](#)や感じ方をよく聞いてみるように心がけたらいいと思います。

3851

M型

[あなた](#)は[典型的](#)な「[人気者パターン](#)」です。

分析

明るく朗らかで、人気者ですね。思いやりがあって、面倒見が良いのではないですか。しかしときに周囲には「[わがまま](#)」と映ることがあるかもしれません。

提案

冷静な判断、広い[情報収集](#)を心がけましょう。[あなた](#)を頼ってくる人は多いと思いますから、その分、自分を律することが必要です。

3852

右下がり[パターン](#)

[あなた](#)は「[ボス型](#)」です。

分析

[あなた](#)は[リーダーシップ](#)が強く、集団を引っ張ることができます。ときにカッカときて、血圧が上がってしまうことがありますか？

提案

[子供心](#)を思い出して下さい。心の余裕をどのようにして持ち続けるか、思い出して下さい。ときどき忘れていませんか？

3853

NP低位

[かんしゃく](#)持ちタイプです。場面によってですが、思いやりが欠けると周囲に映ることがないでしょうか。振り返ってみて下さい。

[責任感](#)は強く、判断は厳しいですから、相手に対しても厳しくなりがちでしょう。攻撃的になってしまう場面もあるかもしれません。

しかし[社会人](#)ですから、それほどには攻撃性をあらわにはできません。抑制しているうちに、我慢しきれなくなり、[かんしゃく](#)として表現されることがあるのです。

まず、いままで以上に他人に対する思いやりの姿勢を持って下さい。他人の話をよく聞きましょう。[あなた](#)が判断をするのは[それから](#)後で良いのです。

次に、[責任感](#)や批判力が[あなた](#)を[幸せ](#)にしているか、考え直して見ませんか？[仕事](#)はとてでもできるがね、……というのでは[人生](#)の喜びの半分を手放しているようなものではないですか？

3854

A低位

現実[希薄](#)タイプです。高い理想を掲げ、[倫理](#)感情も高い人です。しかしそれを現実的な方法で実行することはすこし苦手ではないですか？そのために[欲求不満](#)になります。

自分のことは見えないのに、他人の[欠点](#)ばかり見えるのではありませんか？

問題解決能力を高めましょう。まずは、広い[情報収集](#)です。次に、冷静な判断です。[偏見](#)や噂、不確定な[情報](#)に惑わされないようにしましょう。

さらには、自分の判断の適否について[アドバイス](#)してもらえる人を持ちましょう。

判断がついたら、素早く実行しましょう。

実現不可能なことを空想して悶々とするよりも、一步、[自己実現](#)に近付くことができます。

3855

FC低値

[あなた](#)は「忍の一字」タイプです。感情を抑圧し、[葛藤](#)状態に陥りやすいでしょう。

自己主張はあるが、[自然](#)な感情を表現できず、悩むでしょう。

感性を磨き、それを[自然](#)な形で表現することです。[倫理](#)感も高く、思いやりもありますし、[協調性](#)も充分にあります。あとは自分の内側にある良いものを他人に[自然](#)に伝えられるかどうかだけではないでしょうか。

[カラオケ](#)でも絵、[短歌](#)、[エッセイ](#)、何でも良いです。自分を表現しましょう。

3856

AC低位

管理者タイプ。[あなた](#)は管理者としてはとても有能です。エネルギーに活動します。[社会](#)秩序を守り、[仕事](#)もばりばりこなし、周囲への思いやりも充分にあります。周囲からの信望も厚く、遊び心もあります。[リーダーシップ](#)を発揮できる、頼もしい人です。

しかし自分の信念は容易に曲げないのではないですか？

もし、信念を貫く余り、周囲に嫌われているとしたら、[あなた](#)にとって損なことです。まわりの[雰囲気](#)、いわば「[風](#)」のようなものをつかむようにしたいものです。

3857

台形型 CP AC 低位

「自他肯定タイプ」です。周囲への思いやりも高く、[仕事](#)はこなし、楽しく遊び、生活をエンジョイできます。[現代社会](#)に適応的です。

このタイプの人、ときどきは、自分だけが[幸福](#)であればよいという[マイホーム](#)型のこともあ

ります。[社会的責任](#)と[個人主義](#)の妥協点を見つけていきましょう。

3858

台形型 NP A 高値

「[ボランティア](#)タイプ」です。周囲への思いやりも高く、[仕事](#)はこなし、楽しく遊び、生活をエンジョイできます。[現代社会](#)に適応的です。[奉仕精神](#)が旺盛という場合が多いようです。

多くはないのですが、時に、「人の気持ちも考えないで[お節介](#)する」ということになりかねません。相手の話をよく聞いて、気持ちを尊重しましょう。

[奉仕](#)することの喜びとはまた別に、自分自身を解放することも学びましょう。気持ちを外に出すようにして、[カラオケ](#)でも、[日記](#)でも、試みましょう。

3859

台形型 A FC 高位

極端に言えば、「自己中心タイプ」です。同時に周囲への思いやりも高く、[仕事](#)はこなし、楽しく遊び、生活をエンジョイできます。[現代社会](#)に適応的です。創造性に富む人たちが多いようです。

場合によっては、「自分さえよければ」という考えになることがあるようです。それは自立しているということで良い面でもありますが、[社会](#)の中では摩擦を生む場合もあります。他人の気持ちはどうか、よく聞きましょう。同時に、[社会](#)の[ルール](#)やけじめ、しきたりを考え直してみても役に立つかもしれません。しかし[あなた](#)のいいところはなくさないで下さい。

3860

U型 NP A FC 低位

[あなた](#)は典型的な「[葛藤パターン](#)」です。

分析

[責任](#)感や使命感が強いので、それはとても良い面なのですが、ときにはそれが[あなた](#)を縛ってしまいます。そして[あなた](#)は他人に対して言いたいことが言えない控えめな面がありますね。それは協調的な人という評価につながっているのですが、我慢することも多いでしょう。「……ねばならない」と思いながら、[社会](#)の中では遠慮して我慢しているのですから、[ストレス](#)がたまります。どちらかといえば否定的発想の場合も多いのではないのでしょうか。

提案

まずいろいろな場面で自分の気持ちを自由に表現してみるようにしましょう。[カラオケ](#)でも会話でも。

次に、[情報](#)を多角的に収集して分析し、不足の部分は他人によく相談しましょう。

[あなた](#)は他人に対して干渉しないほうだと思いますが、そのことが場合によっては冷淡と映ることもあるかもしれません。もうすこし他人との関わりを深めたほうがよい場面もあるかもしれません。そんなことも頭に入れて他人と接してみてください。

3861

U型 NP A 低位

分析

批判力と厳しさが特徴で、かつ、がまんするタイプですから、[ストレス](#)をためてしまうタイプです。心の[葛藤](#)はときに身体症状となって表現されます。イライラしながら我慢していて、ついには爆発することがあります。

ときに衝動的行為が見られるのではないのでしょうか。そのときは取り返しのつかないことになることもあるでしょう。

提案

まず、相手の話を落ち着いて聞きましょう。[ゆっくり](#)と関心をもって耳を傾けるのです。その後、広く[情報](#)を収集し、冷静に分析しましょう。

[協調性](#)は充分にありますし、自分を律する強い力も持っていますから、それを生かしましょう。

3862

[レディース](#)クリニックは印象がいい。

取り入れたい。

[レディース](#)外来の日を作ってもいい。専任の[医師](#)をおいてもいい。

3863

U型 AFC 低位

分析

批判力と厳しさが特徴で、かつ、がまんするタイプですから、[ストレス](#)をためてしまうタイプです。心の[葛藤](#)はときに身体症状となって表現されます。他人の世話をすると自分のイライラを解消できる人がいるものですが、このタイプ人です。

「わたしがこんなに無理をしてみんなのためにしてあげているのに」と不満が積もるのもこのタイプの特徴です。このように他人を批判して、ますます尽くすことになりがちです。

提案

[現代社会](#)では、「わたしから特に言わなくても、わたしの[努力](#)は分かってほしい」といった気持ちは、あまり有効ではありません。場合によっては「甘え」と受け取られてしまうでしょう。

提案

まず、自分のつらさを正直に周囲に伝えて、分かってもらいましょう。伝える技術を工夫しましょう。そして周囲の状況について、充分に[情報](#)を集め、冷静に分析しましょう。客観的にどう見えて[いるか](#)、まわりの人に聞いてみるのも良いことです。

3864

N型 NP高値 FC低位

分析

「頼まれたことはノーとは言えない」タイプでしょう。自分のことはいつも後回しではないですか？

周囲からは「頼りになる」とほめられていますね。でも、自分の中の「本当の自分」は悲鳴を上げてはいませんか？

提案

自分が楽しむとは、どういうことでしょうか。「他人の楽しむ様子を見るのが自分の楽しみだ」と、そういう部分も大切ですが、そればかりではうまく行かないのではないのでしょうか。

[自己実現](#)という言葉は再度考え直して見ませんか？

3865

N型 A高値 FC低位

分析

「[仕事中毒](#)」の[パターン](#)です。能力は高いので[仕事](#)は[楽しい](#)でしょう。しかし、自分の立場や考え、感情をはっきりと言えないところがあるので、つらい場面に至ることもあります。

頼まれればノーとは言えないのではないですか？でも、それでは自分はどうなりますか？

提案

「楽しむ、休む」ということも、[人生](#)の大切な要素でしょう。より深く楽しみ、休息してみませんか？

知識や[情報](#)は充分ですから、それを豊かに表現してみましょう。[芸術](#)に親しみ、心を耕しましょう。

3866

逆N型 NP低位 FC高位

分析

自己主張が強く、[現代社会](#)にはとても適応的です。しかし、ときに周囲とぶつかります。悪くすると、他人への思いやりが薄いと周囲には映っているかもしれません。また、自分のしたことへの罪悪感が薄いと映っているかもしれません。そのあたりで[あなた](#)は損をしていませんか？

どちらかといえば[葛藤](#)の少ない[健康](#)なタイプですが、周囲の目には注意して下さい。ちやほやされている反面、反感を買っているかもしれません。

提案

まず、人の話をよく聞きましょう。時間をかけて傾聴しましょう。自分を大切にしながら、同時に、周囲とも協調できれば、とても良いですね。

3867

夢

人は体験に「感情のラベル」を貼って、引き出しにしまい込む。（具体的には[海馬](#)の情動・[記憶](#)の回路）。

体験にどのラベルを貼って良いか、迷うこともよくある。体験が大きすぎる場合は分割しないと
いけない。多様な側面がある場合にはその一つ一つにラベルを貼る必要がある。

その場合には夢の中で作業する。それが夢の[意味である](#)。夢を見なくなった頃、人はその体験を
咀嚼・消化・吸収したことになる。心の引き出しの中には、「悲しみ」「歓喜」「恨み」などの
分類ラベルが貼ってある。

どのくらい細かい分類[である](#)かは、人によって異なる。未分化な分類を使っている人は、いろい
ろな体験が未整理で未分化なままで収納されている。それはとても[原始的な状態である](#)。

3868

[記憶](#)

[記憶](#)も何層もの階層構造になっている。

抑圧された[記憶](#)がある。

false memory syndrome

抑圧があるから、夢がある。変形されて出現する。しかし、なぜ出現するのか？夜、夢の中で
は[検閲](#)がゆるむからという。なるほど。よくできた話[である](#)。

3869

寝ているあいだに悩みは噛み砕かれる。解消され、解決が見えてくる。悩みを抱えつつ、眠る
こと。眠っているあいだに、大切な作業が進行する。

3870

男性機能不全の[治療](#)として[バイアグラ](#)を使う。しかし考えてみれば、彼らは若い魅力的な[女性](#)に
対してなら[勃起](#)するのだから、むしろ、[女性](#)の側の機能不全と言うべきではないか。妻たちは夫
たちを[勃起](#)させる機能の不全を呈しているのだ。

3872

[月並み精神](#)療法。それが一番[である](#)。[患者の常識](#)、[患者の思考回路](#)に寄り添うこと[である](#)。それ
が求められている。

3873

光よりも速いもの。

走る波。

3874

[馬鹿](#)と天才は紙一重。

天才と秀才の違い。

秀才は適応力。天才は独自の思考回路。

独自の思考回路がたまたま偶然に自然を写し取っていれば天才であり、外れていれば、狂気である。

一般能力の高い子は、器用にピアノもこなす。しかし天才ではない。

3875

「仕事が忙しいことは娘も分かっているはず何ですがね」と言う。だからいけない。

3876

ひょっとしたら、出産は子供にとっても母親にとっても、とても性的な体験ではないのだろうか。

男が女の乳首をなめたり吸ったりして、性的に興奮するのはなぜだろう。

3871

1995年の薬の本を手元に置いて使っています。わたしは古い薬しか使いません。副作用についての情報が十分に検証された薬を使いたくありませんか？しかも薬価は安い。

3877

NABAではダイアルQ2方式で放送サービスをしているという。やってみたいものだ。ネタはある。医師の話。患者さんの体験談の紹介。

3878

今宵は何に乾杯なさる？

保護室の落書き。

3879

石橋をたたいてもいいから、渡りなさい。

3880

強迫症。岩を削るだけでなく、水位を上げることも治療である。

3881

ぎゅっと抱きしめる。直接感じる、理屈抜きのお愛。

3882

脳は知覚、処理、運動の三つの部分からなる。

脳を鍛えるとは、この三つの部分を鍛えることである。

より多様で繊細な知覚。いろいろなものを見る。

正確で早く深い処理。いろいろなことを考えてみる。

精緻で迅速な運動。いろいろなことをしてみる。

3883

放ったらかしの[子供](#)たち。[登校拒否](#)にもなる。

3884

支配層は自分の子弟を[高学歴](#)者としたい。しかし一方で、自分たちの支配を維持するために、優秀な人材を自分たちの陣営につけておきたい。そこで、[高学歴](#)者は優秀な人と、[エスタブリッシュメント](#)の子弟との混合となる。そのような選抜[試験](#)を工夫する必要がある。

そこで、[本質的](#)な頭の良さを試す[テスト](#)と、親の生活の程度を試す[テスト](#)との両面を持つようになる。[論理的](#)思考は前者であり、くだらない知識の集成は[後者](#)である。[数学](#)や現代[国語](#)の[論理](#)操作能力は前者である。[地理](#)や[歴史](#)などは生活程度の反映である。

3885

個人的体験の伝達。詩の言葉。

解釈者としての[詩人](#)。創造的解釈。

3886

我慢強い人柄。

しかし損ばかりしているわけではない。どこかで損得が合っているから、我慢強い人柄が続いているのだろう。

3887

[恋愛](#)

たとえば[不倫](#)。障害があるにもかかわらず、好きだと感じる。その場合には、自分の気持ちを確認することができる。好きだという気持ちを確認することができる。

だから、障害のある[恋愛](#)は強い。

妄想は一般にそういうものだろう。普通でない考えの方が、「自分はそう強く思っている」と確信できる。

3888

食欲中枢と性欲中枢

[バイアグラ](#)の使用にあたり、あまり満腹でないときのほうが効果がある、[バイアグラ](#)を服用した後は食事をしないほうが[勃起](#)し易いなどの観察があるらしい。

なるほど。

男性の場合には、性欲中枢と攻撃性の中枢や食欲の中枢が近くにあるのではないか。だとすれば、どれかが満足させられれば、他のものも満足させられる。つまり、鈍る。

女性の場合には性欲中枢は満腹の中枢と近いのではないか。満腹になると性欲が亢進する。すると、食料が豊かなところで子供を残すことができる。進化論的にも合理的である。

3889

小学校で

ゴミを拾わない子。「自分のゴミじゃないから」という。

その場合、ゴミを拾ういい子たちはどう思うだろうか？せっかくいい家庭で、いい人間、いい社会についての観念をしっかりと持っているのに、学校に来て、そうした信念が揺らいでしまうのではないか？それは良いことではないだろう。そこを大人は守ってあげたい。

通勤途上で

朝、クリニックまで歩いてくると、たばこのポイ捨てを平気でしている人に多く出会う。また、農協の不動産屋の前では職員が道を掃除している。ポイ捨てをする人たちは、自分のゴミを他人が片付けていることをどう思っているのだろうか。

百歩譲って、ポイ捨てをする人たちはしかたがないとしても、せつせと掃除をしていい社会をつくり、いい人間でありたいと思っている人たちの心を殺してはならないだろう。そこを援助したい。そこを助けたい。

うつの人

うつになる人たちはそんな要素もあるのではないか。この社会の理不尽さに押しつぶされていないか？一部の人間の邪悪さに押しつぶされていないか？

だとすれば、援助したい。助けたい。

3890

患者はいつも薬が強すぎると考えたがる。何か起こると、薬のせいではないかと考えたがる。そうした傾向に対して防衛的に対処しておく必要がある。

つまり、弱い薬を出すこと。プセラポーで充分である。

しかし時に、やや強い薬を出してしまい、苦情が出る。たとえば強迫性障害に対するアナフラニールである。これは評判が悪い。できれば出したくない薬である。

以上のことはよく分かっているつもりであるが、しかし、ときどき失敗している。

よくよく自戒すべきである。

3891

男性機能不全の治療としてバイアグラを使う。しかし考えてみれば、彼らは若い魅力的な女性に対してなら勃起するのだから、むしろ、女性の側の機能不全と言うべきではないか。妻たちは夫たちを勃起させる機能の不全を呈しているのだ。

3892

1995年の薬の本を手元に置いて使っています。わたしは古い薬しか使いません。副作用についての情報が十分に検証された薬を使いたくありませんか？しかも薬価は安い。

3893

テレビで不登校の子供をお世話する施設の紹介。いつもの路線。

学校は「自分たちの組織を守ることばかり考えている」などという。

やはり背景には産業構造の変化があるのではないか。（その一方で、環境ホルモンやアルコール、タバコによる遺伝子、胎児期への影響があるだろう）。産業は知的に能力の高い人を要求している。その要求に応える形で教育が構成される。その中で「落ちこぼれ」が発生する。

おおむね、人々は精神障害を知らない。ものごとを「心の傷」に還元したがる。

「五体不満足」という本が売れている。脳がしっかりしていればいいということだ。五体は不満足でも、脳が満足ならいい。「脳不満足」でも幸せに生きていけるか？それが問題である。

性格の病気。結局、自分の求めるものが得られない社会で、いかに生きていくかということだろう。

「ダメ同士」で集まることがいいことなのか？ダイケアと同じで、難しい問題である。あからさまに反対はできないが、問題があることも事実である。

行動化して訴える人が本当に苦しいのだろうか？行動化さえもできない人たちはどうなるのだろうか。行動化すればちやほやされると分かっている。そこのところが嫌らしい。

3894

「まず薬を飲んで落ちついて」このセリフもいけないことがある。「精神的に落ち込んでいるのに薬を飲めとは何事か、専門家なら、気持ちが元気になるような話をしてくれ」と「お門違いの」要求をする馬鹿がいる。

思い込みが強いのは患者の特性である。説得は受け付けない。人の話が聞けるようなら病院には来ない。

病院に来て聞きたいのは真実でもなく医者の話でもない。自分で思っていることを他人の口から聞いて安心したい、それだけだ。だから、患者が思っていることを反復して言ってあげる、これが治療のすべてである。

馬鹿はどこにでもいるから仕方がない。このような馬鹿だと悟ったら、早々に対処する。「あなたはちっとも病気ではない」「薬なんか要りません、前向きに、プラス思考で」「もう君は治っている、君は自分が思うより自己洞察ができています」「君には十分に力がある、ただ、その力をせき止めているものがあるから、それを考えて取り除いていこう」「君には自分でも気付いていない心の深層の問題があって、それが現在の症状を形成している」など。

真実などは信じるに足りない。治ればいい。治らなければ悪い。

3895

うつだと言って来院。休んで下さいというと、「でも、……」となかなか納得しない。この場合、うつ病ではなく、分裂病である。

だから、そんなときに、「なぜ分からないのか」と躍起になって説得してはいけない。逆恨みされるだけである。

また、相手からアドバイスを引き出しておいて、「(フン、そんなアドバイスか、)でもそれはできない、なぜなら……」と相手をやりこめるように発言するタイプの人がある。こんな人にも付き合っていてはいけない。「あなたはどうしたいのか」と話を進めるのがよい。あるいは家族に話をする。

正常論理が通じる相手に話をする。それ以外は、接し方を変えること。

とにかく、憎まれないこと、恨まれないこと。先生を見よ。反面教師である。

真実が問題ではない。いかにして好かれるか、それが問題である。

3896

絶望のあと、しかしそれでも世界と人間を信じたい。そのような芸術。

3897

ひょっとしたら、出産は子供にとっても母親にとっても、とても性的な体験ではないのだろうか。

男が女の乳首をなめたり吸ったりして、性的に興奮するのはなぜだろう。

3898

月並み精神療法。それが一番である。患者の常識、患者の思考回路に寄り添うことである。それが求められている。

3899

光よりも速いもの。

走る波。

しかしここでは観察者の問題があるから、光より速いものとして観察することはできない？

3900

馬鹿と天才は紙一重。

天才と秀才の違い。

秀才は適応力。天才は独自の思考回路。

独自の思考回路がたまたま偶然に自然を写し取っていけば天才であり、外れていけば、狂気である。

一般能力の高い子は、器用にピアノもこなす。しかし天才ではない。

- 3901
「[仕事](#)が忙しいことは娘も分かっているはず何ですがね」と言う。だからいけない。
- 3902
今宵は何に[乾杯](#)なさる？
[保護室](#)の[落書き](#)。わたしはここに輝きを見る。
- 3903
石橋をたたいてもいいから、とにかく渡りなさい。
- 3904
NABAではダイアルQ2方式で放送[サービス](#)をしているという。やってみたいものだ。[ネタ](#)はある。
。[医師](#)の話。[患者](#)さんの[体験談](#)の紹介。
- 3905
強迫症。岩を削るだけでなく、水位を上げることも[治療である](#)。
- 3906
脳は知覚、処理、運動の三つの部分からなる。
脳を鍛えるとは、この三つの部分を鍛えること[である](#)。
より多様で繊細な知覚。いろいろなものを見る。
正確で早く深い処理。いろいろなことを考えてみる。
精緻で迅速な運動。いろいろなことをしてみる。
- 3907
放ったらかしの[子供](#)たち。[登校拒否](#)にもなる。
- 3908
我慢強い人柄。
- 3909
支配層は自分の子弟を[高学歴](#)者としたい。しかし一方で、自分たちの支配を維持するために、優秀な人材を自分たちの陣営につけておきたい。そこで、[高学歴](#)者は優秀な人と、[エスタブリッシュメント](#)の子弟との混合となる。そのような選抜[試験](#)を工夫する必要がある。
そこで、[本質的](#)な頭の良さを試す[テスト](#)と、親の生活の程度を試す[テスト](#)との両面を持つように

なる。論理的思考は前者であり、くだらない知識の集成は後者である。数学や現代国語の論理操作能力は前者である。地理や歴史などは生活程度の反映である。

3910

個人的体験の伝達。詩の言葉。

解釈者としての詩人。創造的解釈。

3911

ぎゅっと抱きしめる。直接感じる、理屈抜きの愛。

また例えば、患者さんに感謝してもらう。そのことは直接の、理屈抜きの、喜びである。

1.

[精神分裂病](#)は[統合失調症](#)に

[スキゾイド](#)性格障害

スキゾタイプル性格障害

分裂気質はスキゾチーム（分裂気質）に統一する。

早発性痴呆は歴史的言葉であり変えようがない。しかしながら痴呆の言葉は侮蔑的だということで、[デメンチア・プレコックス](#)として放置する。

分裂病の分裂の意味についての項目は削除した。

2.

[スプリット](#)は分裂といわず、[スプリット](#)またはスブリッティングと表記する。

3.

丸数字を訂正。(1)(2), 下位番号は(a)(b)の[システム](#)を使う。

一項目のみ, (A) (B), 下位 (1) (2) の[システム](#)を用いた。

4. () は(), つまり全角, 半角が不安定かもしれない。著者としては全角がよいと思う。なかの数字, アルファベットは半角だが, 本文中では全角文章の一部であるから全角で統一。ひよっとしたら (1) ではすべて半角でも[いいと思う](#)。これは一任。

5. 。を., . にする。については一応置換しておいた。再度チェックをお願いしたい。何度か繰り返したらおかしなことになっているようだ。

6

一部挿入時に[フォント](#)が異なっているものがある。変えるつもりはなかったもの。体裁は一任。
異常と正常 精神病とそれ以外

これは相談者にとってはかなり重大なことである。もちろん、治療者にとっても重大である。たとえば虫歯。「この痛みは虫歯のせいですか」と歯医者さんに聞けば、診察をして、「虫歯です」とか「歯頸部過敏です」とか診断してくれる。しかし微細に見ると、虫歯と正常の境界は難しく、[顕微鏡](#)的に歯の表面に傷が付いて細菌が繁殖しつつある状態が中間状態になると思う。しかし肉眼で見て、さらに[レントゲン](#)写真を撮影して、痛みの原因が虫歯かどうかは問題なく分かるだろう。

たとえば胃痛。[胃カメラ](#)で検査すれば、胃の表面については検査できる。いくつか検査を追加すれば、痛みが胃炎

なのか機能性のものなのかは判定できる。この場合も、[顕微鏡](#)で微細に見れば、胃粘膜の小さな異常はあるだろう

し、それが将来胃炎に発展することもあるだろう。しかし現時点での痛みの原因が胃粘膜の異常か、機能的なもの

かについてはあまり問題なく判定できるだろう。

さて、精神的な変調についてはどうだろうか。

虫歯や胃痛に比較して、正常から異常までの変化はなだらかで、肉眼で見える程度だと思ってもらっていいと思う。だから、くっきりとした境界は決めにくい。

東京から見れば、富士山は富士山で、隣の山と混同することはない。

しかし自動車でどんどん富士山に近づくと、平地はいつの間にか富士山になっている。標高を測定することはできるが、どこからが明確に富士山とは言い難い。人間の言葉の定義として、どこからが富士山と定義することはできるけれど、[自然現象](#)としては、なだらかに標高が高くなり、頂上に続く。

相談者が「わたしは異常なんですかどうですか」という場合、富士山なんですか、丹沢なんですか、[高尾山](#)なんですかと[イメージ](#)しているのだろうか。それなら連続体ではないから明確な答えを期待しているわけだ。しかし正常から異常へのなだらかな変化は、どこまで平地、どこからが山とは決めがたいのではないか。その途中の領域が虫歯や胃痛に比較して広いということは言えると思う。

精神病理学としては、伝統的に、「了解可能性」をひとつの指標としてきた。原因・状況と症状の関連が自然で了解できるものならば、正常または神経症、不自然で了解できないものについては精神病だろうと考えた。

現実の診察室ではかなり有用で妥当なのであるが、学問的な批判に耐えられない面もある。

米国DSM分類では神経症の[カテゴリー](#)がそもそもない。

そこで「現実検討能力」を目印に考えている。客観的現実と私的空想をきちんと区別できているかどうか。自分と他人の区別がきちんとできているかどうか。そのあたりを目印にして精神病とそれ以外と区別するようになっている。

「病態レベル」という言葉で、「精神病レベル」「神経症レベル」と使い分ける人もいる。

批判もできるだろうが、これはこれで診察室では十分に機能するよい指標である。問題は中間地帯が比較的広いこ

とである。しかも固定的なものではなく、変動するから、なおさら難しい。一時的なものならばことさらに異常と決めつけることも意味がない。

わたしは異常なんですかという問いの場合、精神の変調に関しての過剰なおそれがあると思う。疲れ、[ストレス](#)、血管異常、肝臓機能異常、腎臓機能異常、電解質異常などで容易に精神の変調は起こる。なだらかに変動し、元に戻ることも多い。また、急激に変動したものは急激に元に戻ることが多い。

痛みと妄想

相談者の語る話を聞いて妄想なのかそうでないのか判断することが難しい局面がある。

特に判断に困るのが内蔵系・筋肉系の痛みである。腹が痛いとか、腰が痛いとか、立って歩けないほどだとか、訴える。[夏樹静子](#)さん著「椅子が怖い」「[心療内科](#)を訪ねて一心が痛み、心が治す」や柳沢桂子さんの本に書かれている。

[整形外科](#)や内科で身体的検査を繰り返す。[血液検査](#)や患部と疑わしい部分の写真を参考にして、訴えを説明できる

だけの所見が得られない場合、心因的なものではないかと疑う。診断名としては身体表現性障害

、心因性疼痛など

が用意されている。

たとえば腰痛に限定してみる。腰のあたりのMRIでは特に所見がないとき。牽引やMS温湿布をするのだけれど、心配の仕方としても過剰なような印象がするとき。そんな場合に[心療内科](#)が[リエゾン・コンサル](#)テーションに呼ばれる。

腰痛の原因としては、まず写真に写る腰のあたりの問題がある。細かく言うと神経根の圧迫の問題、椎間板ヘルニア

、脊柱管狭窄症、腰椎分離症、腰椎すべり症がまずあげられる。脊椎変性症などという言葉も使う。腫瘍や血管

性の病変の可能性もある。「排尿、尿意コントロールが困難、肛門・生殖器のあたりのしびれ、両足のしびれ・異和感・脱力、足のふらつき」などがある場合には器質性の可能性が高いと言える。

次には、写真には写らないような筋膜炎（MyalgiaまたはMyofascial Pain Syndrome 筋膜炎疼痛症候群）や関連痛（痛みの原因は局所ではなく、離れた場所が原因だという場合、これは解剖学的に説明可能）などの可能性を考える。

最後に心因性疼痛を考える。しかしいろいろと困難はある。まず、写真の所見と症状とを[因果関係](#)ありと認定するのが難しい。腰が痛くない人でも、写真を撮れば腰椎の異常は見つかることも多い。老化が主な要因だからだ。誰にでもある程度の変化を病気の原因として特定している可能性がある。

次に、腰痛を訴える人に対して、写真を提示して、「ここの圧迫のせいで痛いんです。治りは悪いですが、牽引をしてだめなら手術も考えましょう」などと言われると、病状は固定してしまう。これも問題である。活動を制限し仕事を長く休むほど病状は固定し悪化するとの報告もある。しかし一方、局所の状態が悪いから、動けないし仕事も無理だとの論理も成り立つ。

次には骨は写真によく写るが、筋膜炎などになると写りにくいことで診断がつきにくいことが問題である。伝統医学の鍼灸などは筋炎の場合にトリガー[ポイント](#)を刺激することで痛みを解決しているらしい。本人が痛みを訴える場所と炎症の場所が離れている場合も、見落としがちである。

ここまでの手続きを経過して、やっと心因性疼痛の検討である。検査所見で全く問題がなく、筋炎、関連痛の可能性もないとなったとき、心因性疼痛を疑う。この場合は症状は解剖学に一致しないことが多い。固定している人もあるが、浮動性の場合もある。多くは他にも悩みを抱えている。ある種の性格特徴がある。背景に糖尿病などが隠れていることがあるので、きちんと除外する。

ここまで来て、最初の問題が浮上する。その痛みは妄想かもしれない。痛みの実体はなく、ただ固い信念だけがあ

るのかもしれない。しかしそれを妄想と確定する手段がない。心因性といっても、完全に妄想の領域のものもあれば、持続的な交感神経興奮→血流不全→内因性発痛物質の蓄積→痛み・コリといった経路も考えられる。これは心

因性疼痛と筋膜炎の混合のような状態である。

このような事情で、腰痛、腹痛、めまい、頭痛など、診断・治療とも困難な例も少なくない。

[セカンドオピニオン](#) (second opinion)

たとえば家を建てる時に、鉄筋か木造か両方の専門家の意見を聞いてみたい。またたとえば、資産運用について、

[ドル預金](#)はいまなのか、もっと先なのか、ユーロにしたらいいのか、それぞれの専門家の意見を参考にしたい。

医療の分野でも同様に、どんな検査が必要か、検査結果をどのように解釈するか、治療方針について、入院は必要

か、手術はどの術式がいいか、薬剤選択はどうするか、どのような選択をした場合にどのような結果が予想され、

どのような人生が考えられるか、などについて、主治医以外の考えも聞いてみることを[セカンドオピニオン](#)を求めるといふ。主治医はそのためにこれまでの経過、諸データ、患者の背景、自分の考える方針を診療[情報提供書](#)にまとめて提供する。

患者さんにすれば、「主治医を信用していないと思われるのではないか」「転院するしかないのではないか」などの心配はあるだろうが、「[セカンドオピニオン](#)というのはどうでしょうか」と素直に尋ねればよいと思う。主治医は完全にひとりの判断で決定していることは少なく、同僚医師、検査、看護、心理職などと情報交換しており、ここでもうひとり医師が加わったとしても、あまり問題はない。場合によっては転院になってもまったく問題はない。治療内容が同じだったとしても、患者さんが一番納得できる環境で治療を受ければ、それはよいことだろう。

複数の医師で意見がかなり異なった場合には、患者本人が決定しなければならないのであるが、それが難しい場合

には、サードオピニオンを求めればよい。どこかで納得できる医師と出会えるはずだと思う。

実際の場面では、どのような治療でどのような結果、というあたりではあまり違いはないだろうと思う。むしろ、治療の結果、どのような人生になりそうか、そこで人生観が問題となり、その人生観を共有できる医師と出会うことが大切なのではないかと思う。たとえば、もう妊娠はあきらめましょうとか、いやあきらめないでもう一度、とか。子育てを優先して仕事は辞めましょうとか、仕事は息子に任せて治療に専念しましょうとか、そのあたりの人生の選択について共感できるかどうか大きな要素ではないかと思う。

月経に関連した[気分障害](#)(Premenstrual Mood Disorder)、PMS、PMDD

最近では月経に係る気分不安定（身体的不安定を伴うこともある）をまとめて月経に関連した[気分障害](#)

(Premenstrual Mood Disorder)と呼ぶ。1890年代にはMenstrual Psychiatric Disorderと呼ばれたものである。現在の月経に関連した[気分障害](#)(Premenstrual Mood Disorder)を細分すると、

PMS(Premenstrual Tension Syndrome)やPMDD(Premenstrual dysphoric disorder)がある。PMS

は1953年から用いられている用語で月経前緊張症候群と訳される。最近ではTension「緊張」を省略して、Premenstrual Syndrome([月経前症候群](#))をPMSとすることも多い。

PMDDは1994年DSM-IVから用いられている用語で月経前不快**気分障害**と訳される。

女性の場合、月経に関連した**気分障害**(Premenstrual Mood Disorder)は20代から50代まで及ぶ。女性の20～40%が経験し、2～10%は仕事や**人間関係**に支障を来していると報告されている(1995米国)。

そのなかで月経前緊張症候群または**月経前症候群**(PMS)は、症状に個人差が大きく多彩であるが、身体症状として多いのは「食欲の変化、吐き気・嘔吐、頭痛、腹痛、乳房緊満感、のぼせ・発汗、疲労・倦怠感、浮腫(むくみ)」などであり、精神症状としては「不安・抑うつ、緊張、睡眠異常、焦燥感(イライラ)、情緒不安定、集中力・判断力の低下」などである。

月経前不快**気分障害**(PMDD)の症状はPMSの精神症状の重症型と位置づけられる。「著しい抑うつ気分、著しい不安、著しい情緒不安定、活動に対する興味の減退などの症状が過去1年にわたってほとんどの月経周期の黄体期の最後の週に周期的に現れ、月経の次の週には消退する**パターン**をとる」ことが特徴とされる。原因として黄体ホルモンの関与が考えられるものの、患者の血中**プロゲステロン**濃度にほとんど変化が認められないことから、黄体ホルモンのみで発生機序を説明することはできない。PMDDのリスク**ファクター**として、1.ライフ**イベント**・ストレス、2.経産回数が少ない場合、3.**気分障害**などの精神科既往歴のある場合、4.遺伝(双子研究で優位差あり)があげられる。

PMSの診断にはICD-10を用いる。「精神症状がマイルドであり、黄体期の身体症状として腹部膨満、胸部圧痛、

体重増加、腫脹、疼痛、集中力困難、食欲の変化」のなかの一項目でも該当すればPMSとする。

PMDDの診断にはDSM-IVを用いる。PMDDは「特定不能のうつ病性障害」に分類されており、仕事や**人間関係**が

損なわれることがある。

治療についてはSSRIが有効であると言われ、北米、豪州、韓国ではPMDDに対してSSRIの適応が認められてい

る。日本では認められていない。PMDDにおいては、うつ病の場合よりも効果発現が早い、血中**セロトニン**濃度異常があるなど理由から、SSRIが第一選択薬として積極的に用いるべきだと提唱されている。副作用として悪心嘔吐があるが、1～4週の服用継続で消失することが多い。投与方法としては間欠投与方法が勧められている。症状悪化時期を推定しつつ用いるもので、合理的である。

付随的なものとして、**認知行動療法**が有効。家族に対して精神療法的な**アプローチ**が有効。むくみに対して利尿剤、痛み鎮痛剤を用いる。性**ホルモン**は効果ないものの、40歳以上の女性に対しては**ホルモン**補充療法として使用することがある。**抗不安薬**はSSRIが効かなかった時の第二選択薬であるとされている。

現状では日本ではSSRIよりも**エチゾラム**などの**抗不安薬**が選択されることが多いと思う。それで十分にコントロールできると思うが、今後SSRI以降の薬剤にシフトしてゆくのだろう。

PUS(**Public understanding of science**)一般市民の科学理解

類似のものにPUMS(Public understanding of medical science)およびPUM(Public understanding of

Medicine)がある。

知識が市民に開かれていて、市民が政策決定に参加できることが米国**市民社会**では大切である。専門知識は専門家にしか分からないから任せておくというのでは、開かれた社会にならない。一般市民が科学専門知識を理解し科学技術政策などの意思決定に参画することが米国**市民社会**の理想である。

一般市民の科学理解としては「**トップダウン式**」「**啓蒙主義的**」なもの、「**ボトムアップ式**」「**社会学的（草の根的）**」なものがあるとされている。

たとえば宇宙飛行の問題ならば、大半の人は直接の利益にも危険にもならないから、PUSは世論形成プロセスの

問題ということになる。一方、医療の領域では、**医療保険**をどのようにするか、そこで社会の判断が求められ、PUSをもとに市民が最終決定する。また、自分や家族が病気になった時、判断が求められることがあり、自己決定に至るためにはかなりの知識が必要である。このような個人的個別的判断の場合にもPUSが基礎になる。

火星まで行った方がいいのか費用を考えてやめるのか、**インターネットセキュリティ**と市民の自由をどうするのか、石油をどうするのか、中国とどうするのか、核兵器をどうするのか、**クローン**医学はどうするのか、老年期認知症はどうするのか、HIVはどうするのか、ガンの予防はどうするのか、**遺伝子治療**はどうするのか、**医療保険**制度をどうするのか、肥満者の社会的待遇をどうするのか、進化説と創造説をどうするのか、市民がすべての政策決定に関与すべきであり、その基礎にPUSがあるから、どう考えても大変である。現実には無理もあるが理念としてはこれしかない。

EBM(Evidence-based Medicine)

直訳すれば「**根拠に基づいた医療**」であり、内容としては、「**入手可能な最新最良のエビデンス**と患者の個別性を考慮して行う医療」のこと。

むかしから「**入手可能な最新最良のエビデンス**を重視する医療」のあり方は変わっていないと言えぬ。新しい知見

が出ても無視して、自分の経験だけに頼る医者がもしいたとして、それは間違いだと誰でも認めるだろう。

しかし近年はその「最新最良」が、別次元のものになったと感じる。昔なら学術論文として発表され、追試され、ある程度確かなものになってから教科書にも記載され、厚労省も認可する、そんな**スピード**だったと思う。その場合も、早い人はいくらでも早く取り入れることはできるが、確実性については劣ることになる。

ところが最近のように医療**データベース**を世界的規模で構築するようになると、まったく違う世界が発生する。仮説、実験デザイン、結果、問題点まで一挙に入手できる。

まず検索の前に疑問の定式化を行うことが推奨されている。

- 1.どのような患者で (Patient)
- 2.どのような介入が (Intervention)
- 3.何と比較して (Comparison)

4.どのような帰結をもたらすか (Outcome)

頭文字をつなげてPICOとなる。

次に文献検索をして、見つかった論文について「内的妥当性」の検討をする。ここで実験デザインの知識、[統計学](#)

手法の知識が必要になる。たとえば、「複数の[ランダム化比較試験](#)の[システマティック・レビュー](#)/メタ分析による」が最も信頼性の高い情報と評価される。有名な話では、[心筋梗塞](#)後の抗不整脈投与が、実は患者さんの死亡率を高めていたと証明された事例がある (Cardiac Arrhythmia Suppression Trial)。

ここから実際の診療の領域となり、「論文の外的妥当性」の評価に入る。この施設で、この患者さんの状態で、この家族を抱えながら、患者さんの人間観も考慮しつつ、どうするか、と検討する。

患者さんの[精神世界](#)に寄り添うことはNBM (Narrative-based Medicine) の領域とも考えられるが、現実には患者さんにどのような治療が最適化を考える時には、EBMにおいても不可欠なものと考えられている。

一方、医学教育の場面でも、教科書としてまとまったものを理解するだけではなくて、日々更新されるデータベースの中から真に意味のある情報を選び出す方法の教育こそ大切であると考えられている。

積極的[リラクゼーション・テクニック](#)

(1) [自律訓練法](#)との出会い。ある実習コースで、[自律訓練法](#)を教えてもらいました。それまで存在と理論は知っていましたが、自分から身につけようという考えはありませんでした。一回経験してみたら、なるほどいいかもしれないと思ったものです。しばらくは自分で[トレーニング](#)したりはしなかったのですが、その後わたしも人並みに[ストレス](#)に直面しました。そのときに[自律訓練法](#)でかなり救われました。合う人と合わない人がいるようですが、わたしの場合は合っていたと思うわけです。自分にそのような体験があるので、多分この人には向くだろうと思う人にはお勧めしています。

(2) 積極的[リラクゼーション](#)とは。[リラックス](#)している状態といえば、寝ている状態や横になってテレビを眺めている場面を思い浮かべるでしょう。それも大切な時間です。しかし積極的[リラクゼーション](#)はそれとは違う、「もっと[リラクゼーション](#)」の状態を指します。聞いた話では、日本の古武道の構えは、なるべく脱力してどこにも余分な力をかけず、さまざまな攻撃に瞬時に対応できるようにするものだそうです。積極的筋肉弛緩状態ということで、類似点があるかもしれません。

ゴムボールでたとえてみましょう。[軟式テニス](#)のボールを考えて下さい。[ストレス](#)状態とはボールが凹んでいる状態です。回復しようとするのですが、凹まされています。軟式ボールというよりは、アルミ缶ですね。元に戻りません。寝ている時は凹みがない状態で、これは[ストレス](#)のない状態です。凹みはなくてまん丸です[リラクゼーション](#)状態少々のことでは凹まない、凹んでもすぐに元に戻る、復元力の高まった状態です。まん丸ですが、もっと生き生きしている感じですよ。[赤ちゃん](#)の肌みたいですよ。

(3) 筋弛緩訓練。筋肉から脳へ。E・ジェイコブソンは全身の筋肉を順番にゆるめていく方法、つまり筋弛緩法を開発しました。東洋のヨーガや瞑想では、目的としては精神的解脱や悟りのためなのですが、身体的には「筋肉の緩んだ状態」を実現していたことが分かっています。結果として積極的筋弛緩状態、つまり積極的リラクゼーションを実現していました。

人間は[ストレス](#)・不安・緊張時には筋肉が緊張します。呼吸が浅くなり速くなります。脈拍が速くなります。それならば、この逆をやって、筋肉を緊張から解き放ち、ゆるめれば、呼吸を[ゆっくり](#)深くすれば、脳の働きを変化させることができるのではないかと考えました。心臓の脈拍については一般の人はコントロールできませんが、達人はできるようです。身体を変化させれば、脳が変化します。脳が変化すれば、自律神経系、内分泌系、免疫系を介して、全身に変化が起こります。

[自律訓練法](#)などで筋弛緩・呼吸[トレーニング](#)をすれば、緊張緩和、疲労感減少、爽快感増大、[ストレス](#)耐性増強、交感神経抑制、副交感神経賦活、免疫能増大が起こります。しかも副作用は全くないのです。

(4) [トレーニング](#)の時間。一回の[トレーニング](#)の時間による効果の違いが分かっています。3分から5分の[トレーニング](#)では緩む方向。[\(リラクゼーション\)](#)。10分から20分では元気が出てくる。頭の中がすっきりしてエネルギーがわいてくる。[\(アクティベーション\)](#)。このような違いがあります。また、一回短期効果と反復長期効果も異なることが分かっています。わたしたちの目的は、反復長期効果を実現することです。毎日続けて[トレーニング](#)すると[ストレス](#)に強くなり、血圧が安定し、[体質改善](#)につながります。

(5) 具体的な方法。具体的な方法は次のようです。短く言うと、「身体の形を整え、呼吸を整え、心を整える」ことです。古い言葉では「調身、調息、調心」と言います。(a) 正しく座る。どこにも余分な力が入っていない。(b) [ゆっくり](#)と、規則的に、吐く息を長く、呼吸を整える。(c) 言葉、文章、祈り、筋肉運動の繰り返しなどに心を集中する。(d) 雑念が浮かんできたらそのままやり過ごし、再び繰り返しの作業にもどり心を集中する。これだけです。[自律訓練法](#)では、呼吸を緩やかにしながら、心の焦点を、「両手が重い」「両手が熱い」などと順次変更していきます。段階がいくつもあるのですが、それは上級編で、初級者は熱感までで充分ではないでしょうか。[自律訓練法](#)では解除作業も大切です。

(6) もっと簡便な方法・呼吸集中法[自律訓練法](#)は誰かに教えてもらわないと難しいかもしれません。ここでは自分で簡単にできる簡便な方法をお伝えします。やはり「調身、調息、調心」が基本です。(a) 横になるか、椅子に腰掛けます。楽な姿勢にして、体のどこにも余分な力が入っていない状態にします。余分な力を入れないということは、正しい自然な姿勢になるということです。海辺か森の中か、自分の[リラックス](#)できる情景を[イメージ](#)して下さい。(b) ゆったりと[腹式呼吸](#)をします。深呼吸ほど深くはなく。とても[ゆっくり](#)と。(c) 息を吸って、吐いて、吐く息を長めに、これで一回と数えます。10まで数えたら1に戻り、続けます。(d) どんどん呼吸だけに集中します。驚くくらい無念無想になります。(e) 雑念が浮かぶけれど、放っておいて、また呼吸に心を集中させましょう。どんどん呼吸だけに集中できるようになります。呼吸している自分だけが存在するようになります。一日一回、10分間、行いましょう。3ヶ月から4ヶ月して、自

分の心が平静であることに気付くでしょう。ストレスを感じた時にも、10分間だけこの呼吸法を行うことで、[クール](#)に対応できるようになります。自動車を停めて、少しのあいだ。電車に乗りながら少しの時間。睡眠前の10分間。自分なりに時間を決めて習慣化すればよいでしょう。

効果が実感できたら、周りの人に教えてあげましょう。心の平和な人が増えることは誰にとってもよいことだと思います。合わない人[自律訓練法](#)はわたしたちの経験では、非暗示性の高い人には合いません。過呼吸に傾きがちの人にも合いません。簡便な「呼吸集中法」は特に問題ないと思います。[トレーニング](#)中に次々に妄想がわいてきて圧倒される人は中止して下さい。

参考「[リラクゼーション反応](#)」[ハーバート・ベンソン](#)著、中尾、熊野、久保木訳、[星和書店](#)2001年

[成年後見](#)制度 adult guardianship

[成年後見](#)制度とは、高齢者認知症患者（[アルツハイマー型](#)、脳血管型など）、[知的障害者](#)、[精神障害者](#)などの場合において、判断力が充分でない利用者が、たとえば不利な契約を結んで財産的不利益を被ることなどのないように、「保護者」が判断能力を補い、利用者の権利を擁護することを目的とした制度である。[成年後見](#)制度は法[後見制度](#)と[任意後見](#)制度とから成り立っている。従来の「禁治産・準禁治産」を改めたものが「[法定後見](#)制度」であり、補助、保佐、後見がある。準禁治産が保佐、禁治産が後見にあたる。一方、自分自身の意思であらかじめ後見人を専任することができる制度を「[任意後見](#)制度」としている。

基本理念は「保護偏重」ではなく、「自立優先」である。「自己決定の尊重」「残存能力の活用」「ノーマライゼーション」を目指しつつ、同時に旧来の「本人の保護」も目指している。

(1) 以前の制度と問題点

明治31年に発足した禁治産・準禁治産制度の問題点として、戸籍に禁治産・準禁治産と記載され、選挙権も剥奪されるなど、人権上の配慮が必要ではないかと指摘されていたことがあげられる。また[精神鑑定](#)に多大な時間・費用を要していたことも問題であった。現実には本人の利益を守るためではなくて、家族間の財産争いの道具とされた場合があった。

(2) 新しい制度の要点

申し立てできるのは、利用者本人、配偶者、四親等内の親族である。申し立て時に、補助については本人承諾が必要、保佐・後見については本人承諾の必要はない。配偶者、親族なく、必要と認める時は[市町村長](#)が申し立てを行うことができる。

申し立て時には申立書、[戸籍謄本](#)、住民票、診断書が必要である。保佐、後見の場合には診断書とは別に精神鑑定が必要となる。

[家庭裁判所](#)は調査、査問を行い、保護者、監督人を選任する。利用者本人の財産や権利を守る人を保護者といい、保護者がきちんと保護者としての仕事をしているかチェックする人を監督人という。保護人、監督人について、補助においては補助人、補助監督人、保佐においては保佐人、保佐監督人、後見においては後見人、後見監督人と呼ぶ。[任意後見](#)制度においては、[任意後見人](#)、[任意後見](#)監督人と呼ぶ。

判断能力の程度によって分類し、精神上の障害により、判断能力不十分な人については補助、判断能力が著しく不十分な人については保佐、常に判断能力を欠く状態にある人については後見を

適用する。

「不十分」「著しく不十分」「常に判断能力を欠く」の文言について、[あいまい](#)と感じるかもしれないが、症例・判例の蓄積があり、医学的判断と同時に、利用者の置かれた立場を全般的に考慮することが前提であるから、これで十分な定義となっている。例を挙げると、重要な財産管理をひとりで行うには不安である場合は補助。重要な財産管理はできないが、日常の買い物はひとりで行う場合は保佐。日常の買い物もひとりではできない場合を後見。それぞれの場合に、同意権、取消権、代理権の及ぶ範囲が定められている。保佐は準禁治産に、後見は禁治産に相当する。

(3) 統計数字

急激な高齢化に対応するため、2004年4月に新しい[成年後見](#)制度が[介護保険](#)制度と同時に施行され現在に至って

いる。2005年には[心神喪失者等医療観察法](#)施行が施行されている。[介護保険](#)が大いに利用されているのに比較し

て、[成年後見](#)制度は普及はまだ充分ではない。全件数、禁治産、準禁治産の順で1990年には2097、1531、566、1999年には3707、2960、747であった。十年間で1.8倍となっている。新制度開始後は全件数、後見、保佐、補助、任意の順に、2000年には9007、7451、884、621、51。2001年には15151、12746、1521、734、147。2002年には17086、14462、1627、805、192。

(4) 簡単に言えば、昔は中年の[統合失調症](#)や精神発達遅滞の人で、財産問題や離婚問題が発生した時の制度だ

った。現代では老年期認知症における諸問題のための制度になってきている。地価が高騰し、子供達はバラバラに

生活することが多くなった。この変化が大きい。民法と[精神保健福祉法](#)の整合性が問題だとの指摘もある。

[社会不安障害](#) Social anxiety disorder 不安性障害の中のひとつで、他人の前で恥をかく不安が中心の概念。社会恐怖とも呼ばれる。ここでいう社会Socialとは「人との交わり」のこと。対人恐怖の用語は日本で伝統的に用いられており、[社会不安障害](#)を含み、さらに精神病レベルの病態までを含む概念である。[社会不安障害](#)の治療はベンゾジアゼピン系[抗不安薬](#)やSSRIが有効である。[回避性人格障害](#)と重なる部分が大きく、[社会不安障害](#)の方がより深刻である。

ICD-10 WHOによる国際疾病分類 ([International Classification of Diseases](#)) のことで、現在は第10版が用いられている。保健所・役所関係の人には大切である。一方、DSMは薬物の効果を検定する研究などで疾病を限定する場合に用いることが多い。(→DSM-IV)

[アイデンティティ](#) 心理的・社会的自己定義。自分が何者であるか、何に属し、社会の中でどんな役割を担っているのか、などについての自覚。家族[アイデンティティ](#)といえは、自分はどんな家族の一員であるかということについての意識と、そのような者として他人や社会にどのようにかかわるかについての意識。職業[アイデンティティ](#)といえは、自分はどんな職業の人間であるかを意識し、さらにそのような役割の者として社会にかかわろうとする意識。

性アイデンティティといえは、自分がどの性に属する人間であると考えているか、それによってどのように振る舞うのが適切かということ。こうした個々のアイデンティティを自己selfとして統合して考えるのが自己同一性である。例えば、自己同一性＝鈴木一郎の子供＋鈴木和子の夫＋バツハが好き＋一級建築家＋ボランティア団体副代表＋元ボート部＋……。亡命や国際結婚でこれまで抱いていた自己同一性を捨て、新しい自己同一性を獲得する必要に迫られることがある。これを同一性危機identity crisisという。子供から大人になるとき、実家から婚家に嫁ぐとき、退職して別の身分になるときなどにはややマイルドな形で起こっている。昭和20年を境とした社会の変化は多くの人に同一性危機を強いたようである。昭和一桁後半から十年代生まれの人々が中年になってから自殺する例が数多いと報告された。敗戦に伴い価値観の大きな変化にさらされ、自己同一性危機を経験し、それに対して執着性格形成によって適応しようとし、中年に至ってうつ病を発症、その一部が自殺したとの解釈が提出されている。自己同一性を明確に自己決定できないために社会参加が滞る場合には同一性拡散identity diffusionと呼ぶ。この心理的・社会的自己定義の不能は現代青年を理解する鍵であるとエリクソンが提案した。自己同一性の自己決定を延期し

ている期間をモラトリアム（猶予期間）という。

亜急性海綿状脳症 スクレイピー-scrapie, ミンク脳症, パプアニューギニアのkuru, クロイツフェルト-ヤコブ病で

は、灰白質を中心に特徴的な海綿状態がみられる。つまり、脳実質の一部が脂肪組織に置き換わっており、全体としてスポンジのようになる。狂牛病で有名になった。

悪性発作性頭位眩暈

一定の頭位により誘発される中枢性のめまい発作。1分以上の持続がみられ、繰り返し誘発される。脳循環系疾患、腫瘍、小脳・脳幹の変性疾患などにみられる。内耳性の良性めまいと鑑別する必要がある。悪性と名付けられているが、悪性腫瘍を意味するものではない。中枢性を悪性、内耳性を良性と呼んでいるだけである。（→良性発作性頭位眩暈）

アゴラフォビア 本来の語義は、アゴラすなわち広場、街、マーケット、人混みの中などに行くことに対する恐怖症ということであるが、DSM診断でパニック障害の診断に際してアゴラフォビアがあるかどうか問われる場合には、特定の場所や状況に関係した恐怖症があるかという意味である。その場合には閉所恐怖（エレベーター、電車、飛行機など）や外出恐怖（ひとりで街を歩けないなど）も含んだ概念に拡張して用いている。正確にいえば、「不安発作が起こったとき、助けがないか、安全な場所・状態に避難できないような場所や状況」を恐怖し回避することがアゴラフォビアである。その結果、外出できる場所が制限されたり、ひとりで外出できなくなったりする。実際の症例では、患者は具体的なそれぞれの場所について安全か危険かをはっきり区別しているようである。

ある患者の例をあげよう。「自宅は安全、自宅まですぐに帰ってこられる場所なら安全、信号を渡った先はもし信号が赤ならすぐには帰ってこられないので危険。しかし横断歩道を渡りきったところにクリニックを見つけ、不安発作が起きたらそこに駆け込めばいいと発見したら、横断

[歩道](#)の先もしばらくは安全。ひとりだと危険だが誰かと一緒なら安全。自宅にいるときも30分以上ひとりでいるのは危険。急行電車はしばらく停まらないから、不安発作が起こったときにすぐ降りてもらえず危険。[各駅停車](#)なら閉じ込められている時間が短いので我慢できるかもしれない。[地下鉄](#)は理由がわからないが危険。[タクシー](#)はすぐに停めてもらえるので安全。」安全領域と危険領域がこのように区別されている。アゴラフォビアも広場恐怖、空間恐怖も内容をよく伝える名前ではないのでわかりにくい。

[アダルトチルドレン](#)

[アルコール依存症](#)の親のもとで成人した子ども。親が[アルコール](#)症で、家族機能に欠損があったために、成人してから苦しんでいる人たち。親が[アルコール](#)症以外でも、薬物依存や[ギャンブル](#)依存などで家族機能に欠損があった場合には同様のことが起こりうるので、ACOD: Adult children of dysfunctional family（機能欠損家族で成人した子ども）と呼ぶこともある。子供の頃から問題を起こさず症状も出さず、いい子として適応し、優等生といわれて周囲の人の支えとなるが、成人する頃に息切れを起こす。孤立感・孤独感、極端な[自己評価](#)の低さ、愛と同情の混同、怒りや批判へのおびえ、自分の感情に気づき表現する能力の欠如、[自己肯定感](#)のなさ、絶望的なまでの愛情と承認の欲求がみられる。さらに、自己非難、失敗することの恐怖、支配することの欲求、頑固さ、一貫性のなさがある。これらの特徴の中でもっとも本質的と思われるのは「自己承認への欲求」であり、「居場所がない」「生きていてもいいのだろうか」「この世に存在していてもいいのだろうか」などの言葉となる。「自分はACだからこんなに苦しいんだ」と気づいたときにはじめて救われる。[アルコール依存症](#)者、共依存の配偶者、ACの子どもの三者がセットになって病理を形成している。

アテトーゼ

筋緊張は亢進したままで[ゆっくり](#)とくねる不随意の運動が顔面、頸部、上下肢などにみられる。遠位筋に優位といわれる。緊張すると出やすい。[錐体外路症状](#)のひとつ。

アニマル・アシステッド・[セラピー](#)

動物を使うことにより治療を促進する治療法。[運動療法](#)としての乗馬、情緒障害児童に対しての犬やイルカと遊ぶ治療法などが有名であり、そのほか高齢者や[心筋梗塞](#)患者についてもペットの有用性が確認されている。ペットそれ自体が患者の心理と身体を和らげたり元気を引き出したりする一方で、ペットを仲立ちとして治療者や他者との交流が円滑になる効果もある。ペットの病気に注意することが必要である。

米国には動物[性格判断](#)士がいて動物の性格診断をして適切な動物を選ぶ。なおAAA: animal assisted activityは動物介在活動のことで動物やペットと触れ合うこと全般をさす。AATは治療目的のものをさす。

[アパシー・シンドローム](#)

[アパシー](#)は一般には感情鈍麻や無感情を意味する語であるが、狭くはステューデント・[アパシー](#)などの退却神経症をさす。留年している大学生、[登校拒否](#)者、職場拒否者などの分析で、本業からは退却するが、[アルバイト](#)や趣味には熱心になるケースが指摘されている。この選択的退却に注目し、退却神経症 withdrawal neurosis, avoidant neurosis（ただし[統合失調症](#)とうつ病は除外する

必要がある) という語が作られた。

[アパシー・シンドローム](#)の**病前性格**として次のような特有の傾向が指摘されている。真面目、おとなしい、手のかからないいい子、礼儀正しい、頑固、強情、融通がきかない、強迫的、几帳面、完全主義、小心、攻撃性欠如、積極性欠如。自尊心が高いので敗北と屈辱を異常なほどに嫌がる。勝負する前に降りてしまうことがある。

甘いレモン

不本意な状況を自分に納得させるために、この状況も思ったほどは悪くない（レモンは酸っぱいと思ったが、思ったよりも甘かった）と考えようとする心理。例えば「この職場は絶対にいやだと思っていたが、実際には思ったより自分に合っていた」と考えて落ち着こうとする心の動き。防衛機制の一つで、すっぱいぶどうの逆。（→すっぱいぶどう）

甘え

土居健郎著「甘えの構造」で一般に有名になった。[精神分析](#)を背景とした考え方で、英米では受身的対象愛[passive object love](#)や一次的愛[primary love](#)の語をあてている。英米の日常語には対応する言葉がないのに、日本では一般になじみの深い「甘え」という言葉から、日本人の[パーソナリティ](#)の特質を理解しようと土居は試みた。

しかし甘えが臨床の用語として十分に一般化しているわけではない。

アメンチア

[意識障害](#)で、困惑と思考散乱が目立つもの。

[アルコール](#)幻覚症 [アルコール中毒](#)症者にみられる、幻聴を中心とする特有の幻覚状態。本質については（1）アル

コール禁断症状の特殊型、（2）潜在していた[統合失調症](#)が顕在化したもの、（3）独立の器質性精神病、などの考

え方がある。「殺される」などの被害的・迫害的な幻聴があり、自殺、自傷、遁走、放火、他害などの問題行動を引き起こすことがある。例えば自分の腕をノコギリで切るなど取り返しのつかない悲惨な行動を引き起こす可能性があることに注意する必要がある。大部分は数週内に治癒するが、一部は慢性の妄想状態に移行する。

[アルコール](#)症

急性と慢性に分けられる。若い人の「イッキのみ」などで起こるのが[急性アルコール中毒](#)で、死に至ることがある。急激な[アルコール](#)濃度の上昇は死の危険があることを広く常識とする必要がある。慢性アルコール中毒は、過量の[アルコール](#)を長期間飲み続けた結果、嗜癖・依存状態となったもので、肝障害、脳症、精神障害、末梢神経障害などを起こす。さらに家族を巻き込む([アダルトチルドレン](#)、共依存など)点で、問題の広がりは大い。主婦の[キッチン](#)ドリンカーなども問題となる。治療は断酒が第一であるが、結局、無理な場合も多い。

環境調整、家族教育など多面的な[アプローチ](#)が必要とされる。単にやめればよいといっても解決にはならない。や

められない理由を考えなければならない。心のすきまを[アルコール](#)で埋める習慣は日本には根強い。現在では昔ほ

どの深酒の習慣はなくなりつつあり、若者世代では覚醒剤や麻薬も代用となる。眠れないときに酒を飲む、他人が元気がないときには酒に誘う、とりあえず酒を介してうちとけるなど、社会に浸透している行動パターンがあり、

[アルコール](#)症の誘因となっている。また最近、[アルコール飲料コマーシャル](#)はますます多くなりつつある。社会要

因から目を転じて、個人の内面を考えると、ひとつの視点は喪失体験である。喪失体験からの立ち直りのプロセ

スがうまく完成せず、[アルコール](#)症に陥る場合がある。あらためて喪失体験を完成し、体験を消化吸収するように

努力するとよい。喪失体験の自分にとっての意味が何であったかを探求することが中心課題となる。AAは匿名ア

ルコール者の会 [Alcoholics Anonymous](#) で、[アルコール](#)症からの立ち直りをめざす人たちが集まり、体験を共有し励まし合う会である。病院や保健所、精神保健 [センター](#) などで紹介を受けると

よい。[アルコール](#)性肝障害が早期に発

現した場合には[アルコール](#)を控えるようになるため、脳が決定的に侵されないうちに[アルコール](#)の悪影響が止むの

ではないかとの見解もある。逆に、肝臓が丈夫な大酒家はいきなり脳が侵される。(→[アダルトチルドレン](#)、共依存、振戦せん妄)

[アルコール](#)症のチェックの仕方

CAGE questionnaireが有名である。(1)[アルコール](#)を減らそうと思ったことが

ある (Cut) , (2)周りの人に飲酒についてあれこれいわれて困ったことがある (Annoyed) , (3)飲酒について罪悪

感がある (Guilty) , (4)朝、目が覚めて、酒を飲みたいと思ったことがある (Eye-opener) .

[アルコール](#)性肝障害

[アルコール](#)を飲んでいてまず心配なのは肝臓であろう。[アルコール](#)が原因となる肝障

害としては、[アルコール](#)性脂肪肝から始まり、[アルコール](#)性肝線維症、[アルコール](#)性肝炎、[アルコール](#)性肝硬変と

要注意の病気が並ぶ。そろそろ危ないかなと注意すべき目安としては、(1)清酒で3合以上 (純[アルコール](#)量にし

て60グラム以上) を5年以上飲み続けているとき。(2) 検診で γ -GTP高値、[高脂血症](#)、肝腫大、手指に震えがみら

れるとき、顔面の毛細血管が拡張しているときなど。

[アルコール](#)性嫉妬妄想

[アルコール](#)は性衝動を高めはするが、[アルコール中毒](#)症者ではインポテンスが少なくないため、結果的に性生活は不満足なものとなり、病的嫉妬に結びつくといわれてきた。学問的には、[アルコール](#)

[アルコール](#)中毒が、嫉妬妄想にどのくらい直接に結びついているのかについて見解が分かっている

・ 第一段階：[アルコール](#)により脳が損傷され、全般に妄想に陥りやすい状態が準備される。第二段階：ここから嫉妬妄想になるか[被害妄想](#)になるか、その他の妄想になるか、それは状況が決めることで、[アルコール中毒](#)症者の場合、夫婦仲が悪くなる、経済的に行き詰まる、友人からも見放される、インポテンスになるなどの条件の中で嫉妬妄想が形成されるのであろう。このようにみれば、[アルコール中毒](#)症と妄想反応との二段階の病理として考えることにも理由がある。

[アルコール](#)性小脳変性症

慢性[アルコール中毒](#)にみられる小脳変性症。中年期以降に歩行障害で発症することが多い。初期ならば断酒、栄養改善、[ビタミン](#)補給、などで改善しうる。

[アルコール](#)精神病 [アルコール依存症](#)を基礎として発病する精神病。[アルコール](#)幻覚症、[アルコール](#)性嫉妬妄想、

[アルコール](#)性ウェルニッケ-[コルサコフ](#)脳症、肝性脳症、[アルコール](#)性認知症、[離脱症状](#)のひとつとして振戦せん妄（離脱せん妄）、などが含まれる。このような状態になる頃には、家族関係も仕事関係も悪化しやすい。

[アルコール](#)性認知症

[アルコール中毒](#)症者の10%が認知症になるとのデータがある。[アルコール中毒](#)症者[ビタミンB1](#)欠乏でウェルニッケ-[コルサコフ](#)脳症になり、[ニコチン酸](#)欠乏でペラグラ脳症になり、肝障害に伴って肝性脳症を起こす。これらが広義の[アルコール](#)性認知症に含まれるが、このほかに、栄養障害や肝臓障害がなくても認知症を呈するものを狭義の[アルコール](#)性認知症と呼ぶ。[記憶障害](#)、判断力低下、感情鈍麻などがみられる。

CTでは前頭葉を中心とする脳萎縮所見が確認されている。また[アルコール中毒](#)症者には特有の認識の甘さ、自己

正当化、思考の貧困、感情変化などがみられ、認知症ほどではないが単なる性格変化よりも深い、器質性の変化を

想定させる面もある。これらも前頭葉を中心とする脳萎縮所見と関連しているらしい。脳萎縮は断酒により改善傾向を示す。

[アルコール](#)と妊婦 妊娠中の飲酒によって胎児に知的発達の遅れを主とする障害（胎児性[アルコール](#)症候群）が生

じることは、現在では世界的な常識である。精神・運動発達遅滞、記憶力低下、情動不安定、多動、注意散漫など

が観察される。1日純[アルコール](#)にして60mL以上が危険量とされているが、「子供を望む母親は飲酒を中止すべ

き」と勧める専門家が多い。妊娠しそうなときや妊娠がわかったときは[アルコール](#)を控えるのが安全といえる。

[アルコール](#)と薬剤の相互作用

夜に薬を飲んでその上に[アルコール](#)を飲むのはいけませんかとの質問がしばしばある。「いけません」が答えであるが、理由は次の通りである。[アルコール](#)が肝臓で代謝・分解されるときには、肝臓にあるチトクロームP-450という酵素が必要であるが、P-450は同時に薬剤の代謝にも使わ

れる。先にアルコールを飲んでから薬をのむと、まず[アルコール](#)の代謝のためにP-450は使われてしまい、薬の代謝が滞ってしまう。薬の分解が遅れると、強いままの作用が[いつまでも残る](#)。そこで薬の効き過ぎが起こる。逆に薬を先に飲んだ場合には、薬がP-450を使ってしまうので、[アルコール](#)の代謝が遅れる。酔いが[いつまでも残る](#)ことになる。また、慢性飲酒の場合には普段から大量の[アルコール](#)を処理する必要があるのでP-450が増加している。その状態で薬を飲むと、大量のP-450は薬を速やかに分解してしまうので、通常量よりも多い薬剤がないと普通の効き目が現れない。したがって[アルコール中毒症者](#)には麻酔薬や精神科の薬が効きにくく、さめやすいことになる。手術を受けるときには注意する。(→P-450)

[アルコール](#)に強くなった人=[アルコール](#)のフラッシャーと[フォーマー](#)・フラッシャー [アルコール](#)の代謝に必要な酵素のひとつであるALDH2 ([アルコールデヒドロゲナーゼ2](#))が欠損していると、少量の飲酒で顔が真っ赤になる。このような人をフラッシャーflusherと呼ぶ。以前はフラッシャーだったが、鍛えて大酒家になった人は[フォーマー](#)・フラッシャーformer flusherと呼ぶ。最近、飲酒と咽頭癌、[食道癌](#)の関連が指摘され、ALDH2欠損者に危険が高いという。「酒を飲み始めて最初の数年はすぐ赤くなっていたが、次第に酒に強くなった」という人は、消化器癌に注意すべきである。[アルコール](#)依存者には消化器癌の発症の頻度が高いことも注目されている。[食道癌](#)など検診を受けるようにした方がよい。

[アルコール](#)の換算法

清酒1合、[ビール](#)大1本、[ウイスキー](#)ダブル1杯、焼酎お湯割り1合、[ワイン](#)グラス2杯、純[アルコール](#)19~24グラム以上が同等で1単位(約20グラム)とする。1日3単位以上(つまり[アルコール](#)60グラム以上)を5年以上飲んでいる人は、そろそろ[アルコール](#)の害に気をつける必要がある。

[アルツハイマー](#)神経原線維変化

[アルツハイマー](#)病で[大脳皮質](#)などに多発する微細線維集塊で、[顕微鏡](#)により確認できる。非認知症性老人脳でも海馬などに限局して少量出現することがある。変化の原因は不明。

[アルツハイマー](#)病 初老期から老年期にかけて発症する原因不明の器質性認知症である。[神経細胞](#)の減少、老人

斑、[アルツハイマー](#)神経原線維変化、顆粒空胞変性が、脳内に広く、びまん性に多数出現する。症状は、記憶力低

下、見当識障害、失語、失行、失認、行動異常、人格変化があり、進行性である。CTやMRIで脳室拡大、脳萎縮を

観察できる。脳波では基礎律動の徐波化を認める。全経過は4~6年といわれている。

α 波の意義

居眠りするくらい[リラックス](#)しているときには α 波がたくさん出ている。現実的思考がどんどん進むときは β 波などの速波が優位になっている。しかしそれは同時に緊張状態でもある。[リラクゼーション](#)では α 波がたくさん出るくらいの脱緊張状態をめざしている。この状態では豊かな空想がわき出やすい。

アレキシサイミア感情は起きているのに、それを認知する作用が失われている。したがって、それを表出する作用も失われている状態。これを、認知はされているが表現が妨げられていると[考](#)

[える人](#)もいる。また、認知されているが抑圧されて意識化されず、結局表現できないと[考える](#)
[人](#)もいる。どれが正しいのかを決める方法はないように思われる。訳語としても、感情表出の障
害として訳すものと、自己感情認知作用の障害として訳すものがある。

前者はその理由には言及していない。後者は観察される症状としては結局、感情表出の障害と
なる。感情と知性の

解離が起こり、何かを述べるときにも適切な感情が伴っていない。言語表出を阻止された感情は
身体化されて症状

となると考えられる。これが心身症の根本と考えられた時期もあったが、現在ではそのようには
考えられていない。

安心 患者さんが自分の部屋ではよく眠れないが、知り合いの部屋やクリニックではぐっすり眠れ
るといっていた。不思議なものだ。自分を守るという点では自分の部屋で鍵をしっかりとかけてい
れば最高のように思うが、そうではないらしい。他人がいた方が安心できるという。孤独が睡眠
を奪っているのだろう。

安定剤 「先生、[アイスクリーム](#)にも安定剤が入っているんですよ。びっくりしました。でも、よ
く考えてみたらわかったんです。食べるときに冷たくてびっくりするといけないから、気持ちを
落ちつけるために安定剤が入っているんでしょうね。私は[アイスクリーム](#)が好きでよく食べる
から、処方してもらっている安定剤は少し減らしてもいいかも知れません。」

生きがい 人生の意味。人生の価値。生きる理由。生きがいを確実に感じている人は、精神的に
強い。[フランク](#)の

「夜と霧」で描かれているところでは、「私はなぜ生きるか」がはっきりわかっている人は過酷
な状況の中でも生きのびることができた。神経症の精神療法では生きがいに焦点を合わせること
もしばしばある。

EQ

情緒指数または感情指数。自分の感情をコントロールする技能および対人交流の技能、さらには
集団内での振る舞いについての技能の程度を示すとされる。IQが高くてもそれを十分に発揮する
ためには対人的な技能が必要な場合が多いのでEQも大切である。「EQこころの[知能指数](#)」([ダニ
エル・ゴールマン](#)著)は読んで面白い本である。

[意識障害](#) [意識障害](#)の特質に応じて、せん妄状態や[もうろう](#)状態などがある。幻覚妄想、認知症、
夜間不穏などの際

に[意識障害](#)の有無にまず注意すべきである。

[意識障害](#)の評価 意識の覚性vigilanceとは清明度のことで、刺激しても覚醒しなければ昏睡、刺激
すれば覚醒す

る程度なら傾眠、刺激しなくても覚醒しているなら意識清明とする。[意識障害](#)を表現する言葉は
微妙なので、3-3-

9度方式での表現が役立つ。また[グラスゴー・コーマ・スケール](#)では開眼・発語・運動機能の三分野の
得点を合計して

表現する。最高で15点、最低で3点、7点以下は昏睡で[予後不良](#)である。一方、清明度の障害とと

もに意識の変容がみられることがあり、[もうろう](#)状態twilight state, せん妄状態deliriumなどという。[てんかん](#)発作後の[意識障害](#)時にみられる[もうろう](#)状態では、[意識障害](#)があるにもかかわらず一見まとまりのある行動がみられる。せん妄は軽度[意識障害](#)に幻覚妄想や興奮が加わった状態で、[アルコール](#)症の振戦せん妄や認知症の夜間せん妄などがある。

異常か正常か

「私の子供は病気でしょうか?」「私の妻は異常でしょうか?」このようないい方は結局、「私はまだ我慢しなければならないのでしょうか。辛いんです。」という訴えだと思ふ。本人も困っているが、家族も困っている。誰かが異常だとか病気だとかいってみても、それで悩みが解決するわけではない。医療としてお役に立てそうか、医療の他にはどんな手だてがありそうか、一緒に考える。家族全体の苦しみをケアしようとする態度が大事である。

異食症 通常食物としない物質を、持続的に摂取する症状。典型的には絵の具、糸、髪の毛、衣類などを食べる。

発症は普通12~24カ月で、発達遅滞児によくみられるが、食物であるかどうかを識別する能力の低下による場合

と、周囲の者から無視されるなどの心理的な原因による場合とがある。

一次過程と二次過程

一次過程は[無意識](#)の心的活動の特徴をなし、夢において具体的な姿をとる。二次過程は意識的な思考の特徴をなし、思考において具体的な姿をとる。一次過程は現実への適応が低いので、抑圧される。イドは一次過程に従い、自我は二次過程に従う。通常状態では二次過程が一次過程をおおいかくしているが、精神病状態のときには一次過程が露出してしまい、妄想などの形をとる。

一次利得と二次利得

症状の一次利得は疾病内利得paranotic gainであり、不安と葛藤からの解放を症状がもたらすことである。二次利得は疾病外利得epinotic gainであり、他人に優しくさせるなど、他人に何かさせることによる実際的利益を症状がもたらすことである。例えば[プロ野球](#)の[バッター](#)が打撃不振で深く悩んでいたとする。その人が原因不明の運動麻痺におちいると[バッターボックス](#)に立たなくてよくなる。これが一次利得。試合に出て荒れていた頃には優しくなかった妻が優しくしてくれて離婚話も消えたらこれが二次利得である。

一過性全健忘

中年以降に好発し、突然に前兆なく起こる。最近の記憶が消失する逆行健忘であり、数時間で回復することが多い。発作中も意識清明であり、[日常生活動作](#)には障害がない。発作中にも病感があり、どうして自分はここにいるのか、自分は何をしようとしているのか、と悩んだりする。後遺症を残さず全治する。

一過性脳虚血発作 一過性の脳虚血発作により脳局所症候が生じ、24時間以内に完全に回復する場合をいう。5~

15分程度で回復することが多い。微小塞栓、盗血現象(鎖骨下動脈でみられる)、血管圧迫などが原因となる。内

頸動脈と椎骨脳底動脈で症状が異なる。症状として多いのは軽い[意識障害](#)であり短時間のうちに

回復する。しかし

一過性脳虚血発作を繰り返しているうちに[脳梗塞](#)（脳軟化）が起こるので注意が必要である。海馬付近で虚血発作

が起こると一過性全体健忘transient global amnesia（TGA）がみられる。中年以降に突然起こる後遺症のない前行

性健忘で、[逆行性健忘](#)をも伴う。海馬が短期記憶の一時的プールであることを推定させる現象である。（→海馬）

一級症状 [統合失調症](#)の診断に際して第一級の重みを持つとして[シュナイダー](#)がまとめたもの。思考化声、問答形式

の幻声、自己の行為に随伴して口出しする形の幻声、身体へのさせられ体験、思考奪取やその他の思考領域でのさせられ体験、思考伝播、妄想知覚、感情や衝動や意志の領域に現れる、させられ体験があげられている。これらがみられて、身体的基礎疾患がみあたらないなら、臨床的に控え目に[統合失調症](#)と診断してよいとされる。

[一酸化炭素](#)中毒 古くは炭坑で、最近では[都市ガス](#)、炭火、練炭、自動車の[排気ガス](#)（自殺目的）などによるものが多い。COは酸素よりも[ヘモグロビン](#)との結合力が強く、CO中毒の状態では血液は末梢に酸素を運ぶことができなくなる。皮膚が鮮紅色を呈するのはCOの結合した[ヘモグロビン](#)の色である。藤井稔（1960）は[一酸化炭素](#)中毒で淡蒼球が対称性におかされることを観察した。軽度の場合には頭痛、悪心、嘔吐などであるが、重度の場合には急性期には[意識障害](#)が、慢性期（後遺症）には健忘や[錐体外路症状](#)などの各種神経症状がみられる。ときに間欠型 interval formを呈する。急性期の[意識障害](#)がいったん軽快した後に、無症状期が訪れ、1～3週のうちに再び意識障害や神経症状がみられるものである。

[イメージ療法](#)

例えば、T細胞が癌細胞を攻撃している様子を具体的に強く[イメージ](#)することによって、実際に癌細胞に対する生体の攻撃力を高める療法。また自分が再び元気になって生き生きと人生を生きている姿を具体的に[イメージ](#)することが自己治癒力を引き出す。神経系と免疫系の関連は神経免疫学でも盛んに研究されている。

イントラサイキックな時間

生育環境が良好ならば単細胞で十分に生きられるので、そのキノコは単細胞で生きる。環境が劣悪になると、多細胞となり大きなキノコとして生きる。その場合、個々の細胞は茎になったり根になったり傘になったりする。人間も同じで、環境が劣悪になると[集団主義](#)に傾く。そして個人は部品になる。

生きるために自由を手放すのである。[単細胞生物](#)の心の病理は個体内病理＝イントラサイキック病理である。個体

の内部で病理は発生する。[フロイト](#)の時代の病理である。多細胞生物の心の病理は対人関係病理＝[インター](#)パーソ

ナル病理である。個体間の関係の病理であり、現代では心の病は主にここで起こる。逆に考えれば、現代はそれほ

どに人間が個体として生きられない時代になっているということである。[コンピュータ](#)でたとえば、コンピュータ内部の不調は個体内病理＝イントラサイキック病理であり、モデムなどを介して他の[コンピュータ](#)とつながる部分での不調は対人関係病理＝[インター](#)パーソナル病理である。現代の病理はモデムの病理と要約することもできる。他人とうまくつながりあえないでいる。[マスコミ](#)の発達、人間を情報端末のようなものに変えてゆきつつある。しかしそれでは人間は情報の通過点になってしまう。人間の精神にはイントラサイキックな営みも大切である。内省の時間といってもいいだろう。どのネットともつながらずに、[スタンドアローン](#)でもくもくと内省を続ける[コンピュータ](#)はイントラサイキックな時間を生きる。[インター](#)パーソナルな病理を癒すのは一方では集団精神療法であるが、一方ではイントラサイキックな時間である。

[ウィルソン病](#)

先天性銅代謝異常である。肝[レンズ核](#)変性症hepatolenticular degenerationとも呼ばれる。銅と結合するセルロプラスミンの合成不全が原因で、肝臓、角膜、脳などに銅が沈着する。[錐体外路症状](#)として振戦（羽ばたき振戦）や筋固縮が起こり、ほかには[カイザー-フライシャー](#)角膜輪、肝硬変などがみられる。精神面では初期には抑制欠如、情緒不安定など、末期には知能低下などを呈する。[レンズ核](#)とは淡蒼球と被殻のこと。

ウェクスラー成人知能検査 もっとも広く使用され、もっともよく標準化された知能検査。児童版はWISC、幼児版

はWPPSIである。言語性IQ、動作性IQ、全IQが算出され、各下位検査間のばらつきが有用な情報となることもあ

る。とくにテストをしなくてもしばらく一緒に遊んでいればほぼ正確に[知能指数](#)を把握できると専門家は語っている。

ウェルニッケ脳症 [アルコール](#)多飲に伴う[ビタミンB1](#)（サイアミン）欠乏によるもので、眼筋麻痺、[意識障害](#)、運動失調が古典的三徴候である。路上に倒れていた原因不明の[意識障害](#)の患者がかつぎ込まれたときには、点滴にサイアミンを混ぜるようにすすめる指導医もいる。[コルサコフ](#)症候群に移行することも多いとされる。

迂遠思考 まわりくどい思考。診察室ではしばしば出会う。教科書には[てんかん](#)患者などに典型と書かれているが、

軽度の知能障害者にもみられ、その方が出会う頻度は高いようである。患者さんだけではなくて患者さんの家族に

も観察される。とくにどの疾患に特徴的ということではない。診察室での迂遠な態度は治療への抵抗の場合もあり、またある種の性格障害の場合もあり、認知症患者の場合にもみられる。言葉の厳密な定義は「[てんかん](#)患者の粘着気質を背景とした場合の、話題の本質に関係のない枝葉ばかりが詳しく、袋小路をさまよい歩く思考様式」といったあたりであろうが、一般にはもうすこし広い意味で用いているようである。

打ち消し [フロイト](#)があげた防衛機制のひとつ。不安や罪悪感のために隔離された情動を、さらに取り消すために償

い行動がみられること。不安や罪悪感を伴う行動を、情動が伴わなくなるまで反復し続ける。例

えば他人を攻撃したあとで、反対に非常に親切にしたりする。汚れたものを触ったあとで何度も手を洗う。これが洗浄強迫につながるといわれる。

[うつ状態](#) [躁状態](#)の逆である。抑うつと同じ。精神症状としては、ゆううつ、悲しい、おっくう、やる気が出ない、頭が働かない、考えが堂々めぐり、集中困難、仕事の能率が落ちた、悪いことばかり考える、自分には価値がない、不安、イライラ、決断不能、自責ときに他責、怒りっぽい、[死にたい](#)、消えてなくなりたいなど。身体症状としては、不眠、食欲不振、性欲減退、頭痛、肩こり、その他多種の自律神経症状などがある。ときに[貧困妄想](#)、罪責妄想、心気妄想などの妄想を伴うことがある。簡単にまとめるときには、「ゆううつ、おっくう、不安・イライラ」が三大精神症状であるとする。[躁うつ病](#)にみられるのはもちろんであるが、[統合失調症](#)に際してもみられ、シュナイダーは[統合失調症](#)の二級症状としてあげている。また神経症レベルの状態にも、境界レベルの病態の際にもみられる。結局、症状そのものとしては疾患特異性のないものである。しかし[うつ状態](#)の中でも、[シュナイダー](#)が提唱したように、「生機（または生气）抑うつ」（vital depression, vitale Depression）は内因性うつ病に疾患特異性がある。生機的vitaleな抑うつは、ただ単に気分だけではなくて、体全体が抑うつに苦しんでいる印象で、胸がふさがり、心臓は押し潰されそうで、身体化された抑うつと表現すべきようなものである。ただ、このような特有のうつがあれば内因性うつ病を考えるが、なくても内因性うつ病のことは多い。

[うつ状態](#)と[抗うつ薬](#)

[うつ状態](#)のときにはいろいろな身体症状が現れる。だるさ、眠気、頭痛、頭重、口渇、便秘などが代表的である。[抗うつ薬](#)を服用したときの副作用の代表はだるさ、眠気、ふらつき、口渇、便秘などであり、本来の症状と重なっているものがある。[抗うつ薬](#)の使いはじめには薬のせいこれらの症状が重くなったと感じられることもあり、やや不愉快である。[抗うつ薬](#)はぐんぐんと元気を出し、眠気もとれて体がすっきりすると思うのは間違いで、もっと[ゆっくり](#)と効力を発揮するものである。[うつ状態](#)が改善するには本質的に時間が必要で、時間を待っている間に本来の自己治癒力が働き出す。それまでの時間を我慢しやすくするのが[抗うつ薬](#)の主な働きであると考えてよいだろう。[抗うつ薬](#)で気分をぱっと調整するなどという魔法のようなことができるわけではない。そんな気分があったらそれは、もうかなり治りかけのタイミングで[抗うつ薬](#)の服用を始めたということだろう。

[うつ状態](#)の患者さんへ

(1)

求している状態です。専門的には、脳の[神経伝達物質](#)に軽度の異常が起こるのだろうと推定されています。寒いと

ころにいれば風邪をひくように、[ストレス](#)を受けながらがんばりすぎた後に、[うつ状態](#)になります。風邪もうつ状態もどちらも病気で、休息が必要です。(2) 病気ですから、気合いを入れてもよくなるものではありません。

逆にがんばればそれだけ心の[エネルギー](#)を使い果たすことになります。気持ちがたるんでいるから[うつ状態](#)になったのではなく、[うつ状態](#)になったから元気が出ないのです。必要なのは休息です。(3) 休息をとっていても、[うつ状態](#)はつらいものです。薬でそのつらさをやわらげまし

よう。薬が本格的に効き始めるまで、約2週間待って下さい。その後はとても楽になります。いろいろな薬があり、作用も副作用も違いますから、そのつど説明します。飲み合わせの心配などにもお答えします。疑問点は遠慮なくお尋ね下さい。約6カ月のあいだ薬を使います。その後は薬を使いません。(4) 完全に治り、もとの生活に戻るまでには3カ月から6カ月と考えて下さい。仕事はできれば1, 2カ月程度は休むのがよいようです。診断書を提出して休みましょう。職場復帰にあたっては、仕事内容、職場、時間などの調整をします。例えば半日勤務で開始することなどを会社に要請することもあります。(5) 数カ月の間には軽い波があるのが普通です。途中で少し悪くなっても悲観しないことです。全体としてよい方向に向かっているのだから大丈夫だと考えましょう。(6) 命には別状はありません。後遺症もありません。遺伝もしません。ただ、自殺が心配です。自殺しないと約束しましょう。(7) 治療が終わるまで、仕事、学校、家庭での大きな決断はしないようにしましょう。退職、退学、離婚などの必要はありません。休職や休学でよいのです。体調が万全になってから、その先のことを考えましょう。いまは悲観的な考えしかわいてきません。(8) ご家族の方にも病気の説明をします。休養中に気分よく過ごせるように、ご家族に協力していただきましょう。(9) 治療が終わるまで、[アルコール](#)はがまんしましょう。(10) 休養中に居場所がないのが悩みとなります。自宅、[図書館](#)、喫茶店、公園などで時間を過ごすことにはなりますが、[デイケア](#)の利用が有効です。病気について理解を深めながら、この機会に人生を深めましょう。

[うつ状態](#)患者さんのご家族の方へ

(1) 対応の仕方 脳の中で何かが起こっている病気です。「怠け病」や「気持ちの持ちよう」ではないので、ご本人を責めないで下さい。また、励ましの言葉や外に連れ出すことに対しても、患者さんは期待にこたえようと気をつかい、体力も消耗します。とにかく[ゆっくり](#)休ませて下さい。飲みに関連していたりする人もいますが、今の時期にはお勧めできません。心が風邪をひいたと考えてください。十分な休養が一番の治療です。風邪をひいた人は無理をしないで寝ているのが一番です。それが本人の自己治癒力をひきだすのです。[うつ状態](#)も同じです。

(2) 自殺 命に別状はありませんし、後遺症もありません。ただ、自殺は心配です。ご家族の方は十分に気を配ってあげてください。できればひとりにしないことです。

(3) 職場や学校 かしとときに患者さんは退職、退学、離婚、財産処分などを急ぐことがあります。大きな決断をしようとしていたら、「まず元気になって、[それから](#)よく相談しても遅くない」と説得しましょう。事情を知らない人が、上のような決断について文面通りに受け取ってしまうことがあるかも知れませんが、ご家族の方が支援してあげてください。

[うつ状態](#)のチェック

[うつ状態](#)の評価尺度としては、SDS (ツングZung[自己評価](#)うつ病尺度) などが有用である。これは20項目からなり、抑うつ気分、日内変動、涙もろさ、[睡眠障害](#)、食欲不振、性欲減退、体重減少、便秘、動悸、疲労感、困惑、意欲減退、精神運動興奮、絶望、焦燥、決断困難、自己[過小評価](#)、空虚感、[自殺念慮](#)、不満を患者自身がチェックする。性欲についてはいかにも翻訳調で問題があるように感じられる。日常の診察では、ほかには[ハミルトンうつ状態](#)評価尺度がある。こ

れは観察者が記入するものである。また、笠原が外来診察に用いて有用であるとして紹介しているものがある。(1) 朝いつもより早く目が覚める、(2) 朝起きたとき陰気な気分がする、(3) 朝いつものように新聞やテレビをみる気になれない、(4) 服装や身だしなみにいつものように関心がない、(5) 仕事に取りかかる気になかなかならない、(6) 仕事に取りかかっても根気がない、(7) 決断がなかなかつかない、(8) いつものように気軽に人に会う気にならない、(9) なんとなく不安でイライラする、(10) これから先やっていく自信がない、(11) 「いっそのこと、この世から消えてしまいたい」と思うことがよくある、(12) テレビがいつものように面白くない、(13) 淋しいので誰かにそばにいてほしい、と思うことがよくある、(14) 涙ぐむことがよくある、(15) 夕方になると気分がらくになる、(16) 頭が重かったり痛んだりする、(17) 性欲が最近はおちた、(18) 食欲も最近おちている。また、診察室での簡便なチェックに「sig

Ecaps」がある。うつにはEnergyのカプセルを処方しろと覚える。s:sleep (睡眠), i:interest (興味), g:guilty (罪悪感), e:energy ([エネルギー](#)), c:caution (注意力), a:appetite (食欲), p:psychomotorretardation (神精運動制止), s:suicidal idea ([自殺念慮](#))。

うつ病等価体

うつ病者の既往症の中で、[胃潰瘍](#)，十二指腸潰瘍，不眠，易疲労感などがみられたとき，それらをうつ病の症状と推定してよい場合があり，うつ病等価症状という．詳細な聞き取りが必要であるし，過去のこ

とであるから不確実な推定にとどまるのであるが，病相を繰り返すうつ病の診断に役立つことがある．

うつ病の原因となる可能性のある身体病

診察に際しては以下の身体疾病の可能性を除外して後に，内因性または心因性のうつ病の可能性を考える．全身[感染症](#)（感冒から脳炎まで），甲状腺機能亢進症・低下症，副腎皮質機能亢進症・低下症，[膵臓機能障害](#)，代謝性疾患（ペラグラなど），中脳・間脳の異常，脳腫瘍・[脳血管障害](#)・脳変性疾患，産褥精神病，術後精神病（外科手術のあと），薬剤性（[ステロイド](#)など）

うつ病の病前性格

概して，循環気質：若年両極性うつ病，執着性格：中年単極性うつ病の傾向がある．

運動失調

多くの筋肉を協調して働かせることができなくなる状態．とくに，伸筋と屈筋の協調が失われる場合があげられる．手のひらを表裏とすばやく動かす運動や，[人差し指](#)を膝と鼻の間で往復させる運動によりテストする．

エアマットレス 褥瘡を防ぐために有効なマットレス．体圧の分散，湿度コントロールなどにより褥瘡予防ができる．

ARISE

自我の統制下における自律的退行をさし，Kris, E.による．自我機能のある部分は退行するが，観察自我のような部分は退行せず，自我が一次過程的思考を自由に使用して，創造活動を行い，うっ積した[エネルギー](#)を解放したり，自我[エネルギー](#)を充填したりする．このような自我の前意識的自律性をARISEと呼んだ．分析療法では，治療者も患者もARISEの状態で行退行し，治療的・共感的交流がなされることが大切である．治療的退行もしくは一時的・部分的退行と重なる概念．

A型行動パターン

勝ち気，短気，真面目すぎる性格の人は虚血性心疾患になりやすいと考えられ，A型行動パターンと呼ばれる．反対に大らかで競争的でない性格はB型行動パターンと呼ばれる．A型行動パターンは，心臓病専門医が虚血性心疾患の患者達の待合室での短気な行動特徴に気付き，研究を重ねた．その特徴はおおむね二面があり，（1）競争心が強い，決着をつけたがる，社会序列に敏感

で上昇志向である、かっとなりやすい、攻撃的、のろまをみるといらいらする、能率を求める、[スケジュール](#)を詰めて入れる。(2) 仕事熱心、勤勉、長時間働く、とされる。反対のB型行動パターンは、沈黙を苦にせず他人の話に耳を傾ける、敵意を持たない、時間に神経質でない、遊びを心から楽しめる、やむを得ないことにはあっさりと従う、行列待ちでイライラしないで他人を眺めていられる、瞑想する、他人の未熟さや純粋さを許すことができる、などの特徴がある。A型の人には成功への欲求が強いにもかかわらずB型の人よりも成功することが少ないともいわれ、しかも心臓を悪くする。だからB型のよいところを学ぶように勧められる。

A-Tスプリット

→ [境界型人格障害](#)

Administrator-Therapist spilt

SCT

被験者に「わたしが好きなのは……」「ときどきわたしは……」などの不完全な文章を提示し、完成してもらう。数量化には適さないが性格傾向や問題のありかを広く浅く把握するのに適している。記入には時間がかかり心理的負担も少なくないが、面接時の話題の偏りを補う点で有用でもある。

[エディプスコンプレックス](#)

異性の親への愛着と同性の親への敵意、敵意が知られて処罰される不安などを要素とする考え方で、[フロイト](#)による[精神分析](#)のひとつの頂点。男の子の成長に関するものを限定してエディプスコンプレックスと呼び、女の子の場合には[エレクトラコンプレックス](#)と呼ぶ場合がある。[フロイト](#)によれば男根期に男の子は母が大好きで結婚したいと思う。さらには相姦を願望する。しかし父がいるからかなえられない。父に嫉妬し、その死を願う。そのまま母と仲良くしていると母は「おちんちんちゃん切っちゃうわよ」などといって脅かす(去勢恐怖)。もう父と争っても勝てないのだとあきらめて、敵意を抑圧し父と同一化する戦略をとる。潜伏期の始まりに抑圧は完了する。以上のような過程がうまく進行しないで、未解決のまま持ち越してしまうと、神経症の原因となるという考え方である。[フロイト](#)のこの考え方に対する現代の[精神医学者](#)の態度は様々である。万能薬のように大切にしている人はもういない。エディプス王神話の概略を紹介しよう。[テーバイ](#)の王ライウスは、「これから産まれてくる子はお前を殺すだろう」という神託を受ける。女王ヨカスタが男子を産んだとき、王は乳児を山麓に捨てて、死ぬにまかせるように命じた。羊飼いは乳児を発見して、ポリバス王に届け、王は子供を養子にした。歩けないように[アキレス腱](#)を切断されていたため、足が腫れていた。そこでエディプス(Oedipus)と名付けられた。Oediはedemaであり、腫れているの意、Pusは足のことである。青年となったエディプスは[コリント](#)を後にして旅に出る。[たまたま](#)十字路でライウスと出会い、道を譲れ譲らないで喧嘩となり、実の父であるライウスを殺害してしまう。次にエディプスは[スフィンクス](#)の所にやってきた。[スフィンクス](#)は旅人に謎を出し、解けない場合には殺していた。「朝は四つ足、昼には二本足

、夜には三本足、これは何か。」この謎を「人」と見事に解いたところ[スフィンクス](#)は屈辱から[飛び降り](#)自殺をした。[テーバイ](#)の人々は感謝して、エディプスを王とし、彼をヨカスタと結婚させた。[近親相姦](#)は神を怒らせ、[テーバイ](#)に悪疫が流行した。神話によれば、ライウス殺しが悪疫の原因と出て、エディプスは犯人を捜した。その結果、彼自身が殺人者であり、母と結婚している身であることがわかる。ヨカスタは首を吊って死に、エディプスは彼女のブローチで自分の目をついて盲目となる。こうした悲劇の淵源は、父ライウスの傲慢にあった。ライウスは、旅の間はペロプ王の保護を受けていた。ライウスがペロプの庶子を誘惑して同性愛的関係を持ったことから、この保護者は、自分の好意と親の誇りを踏みにじられたと怒り、復讐を決意し、呪いをかけた。ライウスが息子の手で殺され、そのベッドが息子に奪われるような運命が与えられた。

MAS

1953年にテイラー（J.A.Taylor）が作製した顕現的慢性不安の測定を目的とした質問紙法検査。質問項目はMMPI（[ミネソタ](#)多面人格目録）から抽出された50項目と、検査目的を[あいまい](#)にするためにつけ加えられた165の中性な意味の項目からなっている。日本ではさらに項目を少なくしたものが用いられ、日本版MMPIとも呼ばれる。被験者の一過性の精神状態を反映していると考えられる。

[エレクトラ・コンプレックス](#)

女の子が父を愛し、母を憎む気持ちを持つこと。ユングが記載した。[ギリシャ](#)悲劇「[エレクトラ](#)」または「[供養する女たち](#)」による。ミケナイの王[アガメムノン](#)は妻とその愛人に暗殺された。そのことを知った[アガメムノン](#)の娘[エレクトラ](#)は弟と協力し実の母を殺害する。[エディプスコンプレックス](#)の女性版といえる。ただし、[エディプスコンプレックス](#)は男女で区別することなく用いられることも多い。「大きくなったらパパのお嫁さんになるの」と語る女の子は実際少なくない。

[エンカウンター・グループ](#)

Tグループ（感受性訓練）や[ロジャーズ](#)の[エンカウンター・グループ](#)が起源とされている。10人程度のグループで、1人か2人の[ファシリテーター](#)（促進役）が加わり数日の合宿を行う。課題なしに自由に、または何かの課題について、話し合いつつグループ体験を深める。集団の中で防衛を解除してゆく。よい自己変容の感覚が生まれたときには有意義であるが、逆に急性[精神障害](#)の発病や心理的損傷がみられたりするので、導入の可否の判断には細心の注意が必要である。

遠隔記憶

昔から覚えている古い記憶。自分の生年月日、1年は365日など。認知証の場合の[記憶障害](#)は、主に近接記憶が失われるものであって、遠隔記憶は保たれることが多い。（→近接記憶）

[演技性人格障害](#)

[クジャク](#) ([ピーコック](#)) 性格とも呼ばれる。派手好きで、人の注目を集めることを好み、芝居じみている。[自分勝手](#)かつ[わがまま](#)で、被暗示性が高い。人格は未熟。[ヒステリー](#)を起こしやすいのでヒステリー性格ともいう。

嚥下障害

食物を飲み込むことが困難になること。老年期認知症で嚥下障害がみられるようになると家庭での介護は限界に近い。

置き換え

もともとの衝動を、社会的に受容されるものに変更すること。ペニスについての何らかの思考を突起物についての思考で置き換えることなど。

[オリーブ核](#)・橋・小脳萎縮症

[脊髄小脳変性症](#)の一型で、主に下[オリーブ核](#)、橋、小脳に強い変性を生じる。40～50歳代に始まり、徐々に進行する。小脳症状として運動失調や構音障害がみられ、パーキンソン症状群のような錐体外路症状、自律神経症状、病的反射などが観察される。[パーキンソン症候群](#)が考えられる場合に鑑別が必要である。

[音楽療法](#)

音楽が精神的に作用をもつことは誰でも体験していることで、治療法としても有効であろうと推定することは容易である。しかしさらに一步踏み込んで、どんなときにどんな音楽がよいのか、なぜよいのかという点になると、[あいまい](#)なままである。「気分に合わせて[好きな音楽](#)を聴きなさい」といえる程度である。特有の音の並び方が特定の脳内神経回路を刺激するとか、音の記憶が昔の心地よい記憶を再生するとか、[メロディー](#)かリズムかとか。また演奏することと鑑賞することとの違いなど。いろいろな話題は考えられるが、確かなことはあまりない。

海外渡航者の急性妄想反応

妄想のなかでも、現実に反しているが、状況に照らしてみれば、了解可能な例である。移民、捕虜、留学生などで生じる。環境を変えて治るのが原則である。治らない場合には、潜在していた統合失調症が顕在化したと解釈する。留学生が異国・異言語の孤独の中で[被害妄想](#)状態になったりするのは了解不可能ではない。

絵画療法

言語チャンネル以外の表現のひとつである絵画を利用した精神療法。レクリエーションの意味あいが強いものから、診断的意義が強いもの、治療関係を作る方法としてのもの、[カタルシス](#)を狙うもの、さらには[イメージ](#)の世界の再構成を狙うものまで、幅広い。具体的に紹介すると、(1)空間分割法。画用紙に線を引いて画面を分割し色を塗る。

(2) なぐり描き法. [スクリブル](#)scribble法では, 自由になぐり描きした線に色を付ける. スクイグルsquiggleでは治療者と患者が交互になぐり描きと色付けを行う. (3) バウム・テスト. 木を描いてもらう. (4) 人物画. グッドイナフ. 人間の全身像を描く. (5) 風景画法. TPH (木, 人物, 家) をセットで描くものや川, 山, 田,と順次描く[風景構成法](#)がある. (6) 家族画法. 家族が何かしているところを描く. このなかでも[風景構成法](#)がとくに有用である.

解釈

言葉や態度の真の意味をくみとる作業. 例: 「一日中, 人の悩みを聞いて頭がおかしくありませんか」→自分の悩みはきちんと理解されているかという[メッセージ](#). 「結婚していますか」「子供がいますか」→夫婦のことがわかるのか, 親の気持ちがわかるのかという[メッセージ](#). 「年はいくつですか」→十分な経験があるかどうか心配だという[メッセージ](#). 「[心理学科](#)に進みたい」「医者になりたい」→陽性転移. 現実把握がすこし低下して, 治療者を理想化していることがわかる. 患者に解釈を伝えるときはタイミングが大事である.

外傷神経症

外傷後, 自覚症状を裏付けるような器質的損傷が認められないのに, 心気・不安・自律神経症状を呈するものをいう.