

第102回日本精神神経学会総会

シンポジウム

臨床的複眼視に向けて

藤山 直樹 (上智大学総合人間科学部)

はじめに

この発表の目的は、いわゆるスキゾイドといわれる一群の成人患者と高機能の広汎性発達障害の成人患者とが臨床的にどのように扱われるべきだろうか、という問題に取り組むものです。しかし、その背後にはもうひとつの意図があります。成人を扱う精神科医であり、精神分析家でもある私の視点から、精神科治療の本質的な問題のひとつを考えてみることです。その問題とは、精神医学における診断に「実体」性が乏しいことを前提として、おもに心理的手段によって精神科患者にアプローチするとき精神医学的診断がどの程度役に立つのだろうか、という問題です。便宜的に前者をスキゾイド/PDD問題、後者を診断/治療問題と呼ぶことにしましょう。

スキゾイド/PDD問題の現状認識

まず私の考える、スキゾイド/PDD問題についての現状認識です。いうまでもなくPDDは新しい概念であり、なかでも今日問題にしようとしている、正常な言語能力をもつPDD、いわゆるアスペルガー症候群の成人例についての認識は、この数年のあいだに私のような成人の、しかも比較的非精神病的な患者、人格障害的な患者を相手にすることの多い精神科医、精神療法家にとって、臨床的視野のなかでどんどん拡大しつつあります。

対人的にひきこもりがちで、ぎごちない人間関係のもちかた、具象的な思考、パーソナルでヒューマンな交流の欠如、興味の豊かさと広がり欠如、いわゆる「常識」が通じないこと、といった

特徴をしめす成人は、従来、スキゾイドもしくは分裂病質として考えられていました。しかし、PDD概念がしだいにいきわたるにつれて、私たちはそうした個人がすでに小児期からある種の発達の障害を抱えていた可能性を考えざるをえなくなり、かつそれがPDDと近縁のものである可能性を考慮することになりました。私たちはスキゾイドもしくは分裂病質という概念にかなり依存して日々の臨床を営んでいたわけですから、このことは相当に大きな変化です。

1) クレッチマーのスキゾイド

そもそもスキゾイドもしくは分裂病質という概念は、クレッチマーに由来します。クレッチマーは当時の三大精神病、すなわち精神分裂病、躁うつ病、てんかんという三つの障害を人間の精神的素因、気質の雛型とみなすことができる、という想定をもっていたようです。ある個人がもし発病するならば、何病になるだろう、という予測は、精神科医が初心者頃、しばしば友人知人を思い描いては考えてみることに思うのですが、クレッチマーの発想はまさにそうで、三大精神病的素因という点から全人類の人格類型の基盤を考えようという、相当に大きな目論見だったわけです。この発想は、実にクレペリンに代表される古典的な記述精神医学の勃興期の昂揚を背景にしているような気がします。精神医学の勃興期に精神医学がもてたもっとも大きなパラダイムの延長に彼は人格論を構築したのではないのでしょうか。

さて、クレッチマーが人間の気質を三つに分け

たちのひとつである分裂気質のなかで、ある種の困難にまで発展したものが分裂病質です。臨床的に考えると、ここに含まれている患者は現在のDSMの第2軸に収載されているschizoid personality disorderに比べると相当に広いと感じられます。

2) 英国対象関係論のスキゾイド

一方、私が主に臨床実践をおこなっている精神分析や精神分析的な精神療法の領域では、スキゾイドはまた違った意味合いで使用されてきました。いわゆる英国対象関係論という精神分析的思考のひとつの学派のなかで、スキゾイドはきわめて重要な臨床概念となっています。

たとえばフェアバーンという分析家は、現実から超然としていること、万能感、内的世界への没頭という特徴をもつありかたを抽出しました。ただ、彼の考えでは、すべての個人が発達早期に一度はスキゾイド的なありかたを必然的に体験するというアイデアを基礎にしています。つまり人が体験を疎外せず、パーソナルなものとして体験するまでの道のりとして、スキゾイド的な状態があると考えたのです。このような発想は、スキゾフレニアの準備状態としてスキゾイドを考える発想とはかなり異なっています。同じような発想は、ウィニコットという分析家の考えにもあります。一見適応はいいけれど、パーソナルで親密な人間関係からはひきこもり、自分自身何を望み、何を愛しているのかを見失っているような、そうした個人がスキゾイドの病理と考えられたのです。彼の人格理論のなかでは、それは偽りの自己とほんとうの自己の解離と関連しています。いずれにせよ、英国対象関係論を中心として構築された精神分析のなかでのスキゾイドは、クレッチマーの分裂病質概念が含みこむ患者の範囲よりも、さらにずっと広いように思われます。

3) 高機能PDD、もしくはアスペルガー症候群スキゾイドに対して、発達障害とりわけ高機能PDDもしくはアスペルガー障害という臨床概念

は、かなり歴史の新しい概念です。そもそも児童精神医学の体系は、この20年くらいに急速に形になったように思います。すでにアスペルガーによって記載されていたひとつの臨床類型がPDDのなかの特殊型として位置づけられたのはごく最近です。そもそも自閉症自体、幼児のスキゾフレニアとの概念的な区別が児童精神医学のなかで確立されたのは60年代から70年代だといえるでしょう。スキゾフレニアとPDDは最初からきわめて分かちがたい存在である可能性が認識されていたということです。しかし、とりあえず、現在の状況では違ったものである、という合意が形成されています。しかし、高機能PDD成人がスキゾフレニア類似の状態に陥ることもあることが報告され、それは一般人口よりも高頻度のようです。そういった意味で、これらふたつの概念に何らかの近縁性が考えられます。

こうして同じような臨床像が理念的には違った、しかし臨床的には近縁性も否定できないふたつの臨床概念によって説明されるという状況が起きているわけです。このふたつの概念は、それぞれに病因論、病理発生論を異にしています。片方はスキゾフレニアという成人の精神障害に近縁な状態、あるいはその準備状態として着想されたものですし、片方は幼児期の広い心的機能の発達障害の帰結だと考えられています。そしてそれらの概念は歴史的な出自を異にしています。片方は精神医学の勃興期の三大精神病モデルや対象関係論を背景にしていますし、もう一方は児童精神医学が体系化される1950年代から1980年代の仕事の集積としての広汎性発達障害という概念をパラダイムとしています。

ひとつの臨床現象をめぐって、ふたつの説明概念が並立している状況のなかで、実践家はどのような構えをとるべきでしょうか。

診断/治療問題

ここでより一般的なひとつの問いが立てられます。このように概念として本質的に異なった臨床単位に位置づけられる、目の患者の状態に対し

て、あるいはその患者の示すひとつの症状に対して、それはどちらか一方の概念で説明することが臨床的に意味をもつのだろうか。言い換えれば、私たちが患者をみるときに、ふたつの概念のうちひとつを二者択一で選ぶべきなのだろうか、という問いです。それは、結局、私たちが診断をつけるときに、それがその患者の治療、とりわけ心理的治療の方針をどの程度決定するのだろうか、その決定は排除的なものであろうか、という問いとつながっています。

そもそも精神医学の診断に用いられる臨床単位が、いまだ仮説的なものであることは論を俟ちません。たしかにスキゾフレニアが脳内にその病理の根拠をもつことの証拠は増えています。しかし、たとえば赤痢が赤痢菌によるもので、赤痢菌さえたたけば問題は解決する、といった水準での、単純な直線的因果律は確立されえないでしょう。おそらくスキゾフレニアと現在呼ばれている症状群が、数十年後に病因と病理を異にする多くの疾患に解消されていく可能性も十分にあり、そのときにはいま私たちがスキゾフレニアについて考えていることはかなりの外れになっているのかもしれない。このことは、広汎性発達障害についてもいえることです。生物学的な脆弱性はおそらく存在するのですが、病態にはさまざまな要因が複雑に絡んでいるでしょうし、まだその全体像を語ることはできません。

つまり精神医学的診断に用いられる臨床単位は多くの場合、いまだ明確な実体性をもっていません。そのことは、診断基準が操作的であることを明示しなくてはならないことにあらわれています。私たちはこのことを忘れてはなりません。実体のないものが実体であるかのように扱うことは、そのときにはなんとなく安心感をもたらすのですが、実践のなかでは大きな過ちへと導きます。

たとえば、いま問題にしている患者群を考えると、歴史的にさまざまな修飾が加わってしまったスキゾイド概念よりも PDD 概念のほうが、現在の生物学的精神医学のパラダイムに沿って生まれたこともあって、何か明確な実体があるような印

象を与えます。それは曖昧な臨床事実により明確な指針を与えるかのように感じられます。しかし、いうまでもなく、高機能 PDD の概念もまた、それほど実体をもっているわけではありません。成人の高機能 PDD 患者の心的機能は、幼い自閉症の患者のように一様ではありません。まだ経過や予後についての全体的なデータは蓄積されていません。臨床単位が実体をもつものであり、病因や病理を包含するものであれば、治療方略や臨床的手続きは一義的に決定されてしまうでしょう。しかし、そうでない以上、ことはそれほど単純でなくなります。

精神科医であって精神分析家である私の目からみると、精神分析の考え方はこの診断/治療問題に一石を投じる力をもっているように思います。

精神分析という視点：非特異的な心的健康の増進

精神医学的障害の病態が、脳内の生物学的な異常を心理的次元で症状化するものである、というように考えられるなら、精神分析に代表される、心理的交流を介してことをおこしていこうとする営みは、単に病理のあらわれの部分を変化させようとする表層的な努力であると感じられるかもしれません。しかし、私は、スキゾイドの患者については必ずしもそういえない、という実感をもてます。なぜなら、向精神薬の導入以前にサリバンやサールズやレインといった人たちが精神分析の発想をもとにした力動精神医学実践によって、スキゾフレニアを相手にして、その患者たちの精神病理を変化させたことを私たちは知っているからです。より狭い精神分析に限っても、ピオンやロゼンフェルトはそれにかかなり成功したことに私は疑いをもちません。スキゾイドということであれば、おびただしい分析家の仕事は何かをもたらしたように思います。つまり、かなり生物学的な基盤をもつと考えられる病態も、心理的交流を中心とする介入である程度の臨床成果をあげることがある、という事実があります。それは大うつ病に対して認知行動療法がもつエビデンスといった事実からも明らかです。

心理的な地平でことがおき、それがその患者の病態にかなり本質的な変化をもたらすとしたら、脳内の事態に根拠付けられた臨床単位については、いったん棚上げして臨床的扱いを考えることができる可能性が示唆されます。

精神分析でおきることを考えることはこの点で示唆的です。そもそも精神分析は普通の医学モデルの治療方略とは異なった発想をもつ治療手続きです。というのは、どのような病態に対しても、実は行われていることが同一である、という特徴があるからです。つまり、それぞれの病態の原因や病理に対して特殊な介入があるわけではなく、結局どのような患者に対しても、いわゆる「転移を解釈的に扱う」ことに焦点して精神分析は営まれるのです。より一般的な言葉を使うと、患者と特殊な訓練を経た治療者のあいだにおきるさまざまな心的できごと、情緒、わけても不安、対人的圧力、願望、衝動、雰囲気といったものをふたりが味わい、意味付けていく共同作業がなされていく過程に、精神分析は焦点化しています。その過程を通じて患者に心的な変化が起きることが知られています。ふたりのあいだに起きている事態は患者がこころのなかから切り離しているこころの部分のあらわれである、と考えられています。

そこで起きる変化を患者たちは、自分の切り捨てていた一部と出会う体験だと体験します。そしてたとえば、こころのゆとりが増大する体験、外界がいきいきと感じられる体験をもちます。そうした体験のあり方の変化にもとづいて、患者の症状や行動のありかたも改善していきます。つまりこれは、必ずしも疾患特異的な現象でなく、たとえば「ゆとりの増大」のような、人間のこころにとってある種の健康なありかたが生まれることによって起きた現象です。

このように、精神分析は精神医学的实践と深く結びつきながらも、基本的な治療観を精神医学と共有していないようです。それは病因を科学的に探ってそこから治療方略を生み出すのではなく、疾患特異的でないこころのより健康なありかたを患者に生み出すことによって、結果的に症状を緩

和し、患者の苦しみを減らそうとします。こうしたことはすでにフロイトによって気づかれていたように思います。彼は明確に、「精神分析で病気がよくなるのは、ひとつの結果であるにすぎない」という発言をしているからです。

臨床経験

さて、私がこの問題について、精神分析を引合いに出すのは、ひとつにはある患者との長期の臨床経験に根ざしています。高度専門職に従事しているその患者とは、すでに12年のつきあいになります。当時は私は明確に患者をPDDであると診断していませんでしたが、それはまだ私の視野に成人のPDDという診断カテゴリーが入っていなかったことによります。

患者は人事が「能力がないのに人間関係で決まり、自分より能力がないのに自分の上司である」ことががまんできず、怒りの暴発が起り、パニックに陥りました。それをきっかけに私の外来を訪れた患者は、時間がきちんときまっていないと耐えられない、と語り、精神分析設定の規則性にひかれるようにして、私の自費の精神療法オフィスでの自費の週1回50分のセラピーに入ってきました。

初期の患者はささいなふだんと違ったことがあるたびに、たとえばオフィスのエレベーターに人がいたり、部屋のブラインドがわずかに上がって光が差し込んでいたりするたびにパニックになり、まるまる1セッション怒りが暴発し続けるようなことがありました。実際患者は、通勤途上で同じトイレのブースに毎日入っており、そのブースが使えないとパニックになって、ゴミ箱をそこに放り込むといったこともあるほどでした。

しかし、セッション中に激しいことが起きても私は平静でした。つまり、情緒的に私がまきこまれたり、攪乱されることはほとんどありませんでした。というのは、患者が私という人物を相手に感情的になっているという感覚はまったくなく、ただ患者の側の何かが混乱している、という印象しかなかったからです。言い換えれば、彼女は私

や誰かにひがんだり、すねたり、いじけたり、かみついたりしているのではなく、ただ自分を取り巻く自分を包む環境の破綻に対して激しく反応しているだけなのでした。

患者は普通の人が当たり前だと思う慣習的なこと、お土産を買うことだとか、お葬式だとかに何の意味も見出ませんでした。また、高い能力を背景にして、職場の能力の低い人たちのことが理解できず、思いやりをもつこともできませんでした。患者は自分の対人的な不調和をどちらかという他者を馬鹿にすることで処理している一方で、根拠のない「自分はだめな人間」だというおびえがありました。同時に、自分がとてもありきたりで普通の人間だ、と当然のように語りました。また、一見人当たりよい態度も、たえず相手と自分の感情を座標軸上のグラフにして計算して調節しているからだ、と語られました。

こうした患者のありようはその成育歴を詳しく聞くうちに、病理は発達障害の範疇で考えられるものだと感じるようになりました。しかし私はそれほど治療のスタンスを変えたわけではありません。受身的で中立的な態度を維持し、主にその場の主な不安に焦点付けて解釈的に介入することと、治療設定を安定して維持することに専心していました。

12年たったいま、患者は別の職場で以前より高い地位を確保し、前より怒りの突出が減り、そのことに幾分の不思議さを述懐するようになりました。そして自分が「変わった」人間であること、そして普通の人さがさびしいと感じるような友達や配偶者がいないことをさびしいと感じないことを強く意識するようになり、そのことに愕然とする時期が長く続きました。これは、以前たとえば、

「そんなことがさびしいのは変だ」と思っていたことと対照的です。しかし、そうした不安もかなり現在では静まり、全体として患者は以前よりずっと人間らしい面をみせるようになってきています。

臨床的複眼視の提案

以上のような私の臨床経験にも裏打ちされて、私は、スキゾイドにみえたり、高機能PDDにみえたりする患者について、現在のところ、患者の見立てをとくにどちらかに決めてしまわない姿勢を維持しています。というより、どのような見立てを採るにせよ、生物学的な概念規定から派生するはずの薬物療法において明確なエビデンスがないので、私は当面、疾患特異的なスタンスをとるのではなく、「こころのゆとり」を増大するような、非特異的な心的健康を増大するように焦点付けようと考えています。そのとき、私は精神分析という視点から患者とつきあうでしょう。

このようなスタンスはしかし、このタイプの患者だけに有用であるとは私は思いません。精神医学の疾患単位や臨床単位が、まだ十分な実体性を獲得しているといえないことを考えると、生物学的に特異的な治療が十分にエビデンスをもっていればそれを行いつつも、絶えずより非特異的な心的健康の増大にも焦点付けられている姿勢が必要だと感じるからです。言い換えれば、私たちは直線的因果論的な臨床観にあまりに従いすぎることの危険性を考えるべきだろうと思います。そして、単一の診断に基づいて、当該の病気の原因をたたくことに近づこうとすることへの誘惑に、絶えず抗う必要が今のところあるだろうと感じます。