

長期透析経過中に現れた妄想性障害の一例 ——身体と語りの取奪と復権要求——

大塚 公一郎^{1,2)}, 加藤 敏²⁾, 山内 美奈^{2,3)}

Koichiro Otsuka^{1,2)}, Satoshi Kato²⁾, Mina Yamauchi^{2,3)}:

Delusional Disorder in a Chronic Renal Dialysis Patient

—— Deprivation and Reclaiming of Body and Narrative ——

長年にわたり透析治療を受けながらも、良好な社会生活を送った後で、医療者を主たる対象とした被害妄想、幻聴の出現を呈して、妄想性障害を発症した1症例を報告した。透析治療の特殊性がもたらす、生物・心理・社会的な次元におよぶ侵襲性について従来の報告を参照しつつ、検討した。とりわけ、自己身体の統一感や自己所属感の衰弱にまで至る患者の身体イメージの変容を、想像的身体(J. Lacan)の損傷として把握した。さらに、患者が、医療者に自分の身体を不当に奪われているといった被害妄想を発展させる場合、その根底に、身体を取奪という事態があるとした。被害妄想は、自己身体を取奪に対する患者の復権要求とみなされた。現代医療の権力性がもたらす医療現場における患者の個人的な語りの無視や軽視を指摘したうえで、症例における語りの取奪というべき事態の存在を想定した。医療者に対する被害妄想には、語りの取奪に対する自己の語りの復権要求という側面も認められた。

透析患者のみならず、重症の慢性身体疾患の患者において、医療者が被害妄想の対象となる場合に、身体や語りの取奪体験について配慮すること、さらに、患者の「個人的な語りの宛名」(加藤)を引き受けることによって、患者の想像的身体の損傷の修復を助けることが、コンサルテーション・リエゾン精神医療の場においても治療的意義について言及した。

<索引用語:透析,被害妄想,身体イメージ,語りの取奪,ナラティブ>

I はじめに

腎不全・透析に伴う精神障害については、透析に伴う脳障害、すなわち、尿毒性脳症、透析不均衡症候群、透析脳症などが知られており、これらは症状性精神障害の枠組みのなかで論じられてきた^{4,7,16)}。しかし、近年の透析技術の進歩により、軽度な意識障害を伴う尿毒性脳症は比較的良好に遭遇されるにせよ、重篤なレベルのこれらの病態は

減ってきたとされる⁷⁾。

一方で、透析導入によって生じる様々な心理的反応、すなわち、ショック、不安、怒りなどの心理的反応や病いの受容の問題についても多くの報告がなされてきた^{1,15,16,19,20)}。また、透析患者の平均的な生存期間が伸びるにつれて、身体機能という点では比較的安定している長期透析者の様々な心理的問題も注目されるようになってきている。たと

著者所属: 1) 自治医科大学看護学部, School of Nursing, Jichi Medical University

2) 自治医科大学精神医学教室, Department of Psychiatry, Jichi Medical University

3) 愛媛県立南宇和病院, Minamiuwa Prefectural Hospital

受理日: 2007年2月3日

えば、春木⁹⁾は、患者が病いととも生活するなかで遭遇する中年以降のライフサイクル上の危機について言及している。

透析患者の医療者への攻撃性についていえば、病気になった自己の運命の不条理性に対する怒りが、医療者に向けられ、いままでそれなりの治療関係にあった医師や看護師に、敵意や恨み、攻撃までが表出される場合があると指摘されてきた²⁰⁾。さらに、医療者への被害妄想を呈した症例もいくつか報告されている^{15,16)}。妄想患者のケアこそ、透析に関わる内科医や看護師から精神科医の関与が要請される事態であり、コンサルテーション・リエゾン精神医学の場における重要性は高い。しかし、これまで、精神科医療者の治療的役割についての具体的な提言につながるような、透析医療の特殊性を考慮した被害妄想の発生機序についての考察は十分になされていないように思われる。

本論では、20年以上にわたり、透析治療を受けながらも、健康者とほぼ同様の社会生活を送った後で、医療者に対する被害妄想と幻聴が出現した妄想性障害の一例を報告し、精神病理学的検討を加えたい。患者自身による病いの語り¹⁴⁾を尊重かつ傾聴することをとおして得た病態の理解と治療的対応が、透析患者のみならず、高度な医療技術に依存したうえで生存が可能になる慢性の身体疾患患者における医療者への被害妄想の発生機序の解明とその治療において精神医療に携わる者の果たすべき役割の理解に貢献するものと考えられる。

II 症例呈示

精神科初診時 50 歳 女性

【主症状】幻聴、被害妄想、抑うつ気分、希死念慮、睡眠障害

【既往歴】30 歳 慢性腎不全

【病前性格】

自分の意見をもっていて、しっかりしている。勝気。慎重、まじめで、もともと正義感が強い。なお、透析を開始してから、自分の性格が「人の言うことの裏をよんだり、他人のことばかり気に

するようになった」という。

【生活史】

地方都市にて、商店を営む両親の家庭に3人同胞(弟、妹あり)の長女として育つ。幼少時は仕事で多忙な両親に代わり、祖母に世話をされたという。親戚に教師が多いこともあり、厳しく躰けられた。高校時代は運動部に所属し、楽しく活発に活動していた。卒業後、会社に就職したが、24歳で結婚を機に、退職して専業主婦になった。26歳で男児出産。育児を楽しみにしていた患者は、子に夢を託して、育児に励んだ。30歳にて慢性腎不全発症。倦怠感、血尿、浮腫など自覚症状出現したが、育児が忙しく放置した。そのため腎機能悪化し、近所のAクリニックにて透析導入となった。

透析導入後は、「子供が大きくなるまでは弱い所は見せてはいけない」「健康なお母さんと同じようにしなければ」とますます育児に力を入れた。PTAの役員を務めたり、朝5時に起きてお弁当を作り続けたりした。父兄との会食で、皆と同じものを食べてしまうぐらい病気を気にしないようにふるまっていた。長男の所属する少年サッカー団の会長になり、夜間に透析を行いながら「特訓」をサポートし、チームを優勝に導いたこともある。この頃、夫や長男が、患者の体を気づかい練習に参加しないように泣いて懇願しても、患者は言うことを聞かなかったという。長男は、文武両道にすぐれた少年に成長し、有名大学に進学。卒業後も、一流企業に就職したため、患者は大変喜んだ。長男は気が強く、家庭内では最も発言力がある。患者によれば、夫は、優しすぎて、少し頼りないという。しかし、患者は、腎不全になった自分を見捨てずに連れ添ってくれたので感謝していると語った。

【現病歴】

X年(47歳)、それまで17年間Aクリニックにて透析治療を受けていたが、「他にいいクリニックがある」との情報を得て、親しい透析友達と共にBクリニックに転医した。しかしその友人は約1年後に脳幹部くも膜下出血にて死亡。それ

を受け「自分もひどい病気では」と不安が募り、その後、頻繁に転医するようになった。

X+1年(48歳)、長男が大学を卒業し就職して自立した。入社1年目のうちは楽しそうに仕事の話をしてくれたが、2年目になると多忙になり、あまり話してくれなくなった。

X+3年の3月(51歳)、透析を受けていた某クリニックで、偶然に、医師らが、透析器械が少ないので、できるだけ多くの患者さんに回したいと話しているのを聞いてしまった。このエピソードがあった後、次第に、自分だけ生きのびて申し訳ないと思うようになった。また、時々透析中に看護師に「〇〇さんは、透析あと2、3年でいいよね」etcの悪口を言われるように感じるようになった。気分が落ち込み、不眠が出現し、家事も最低限のことしかできなくなった。

同年6月下旬、透析中に、「自分の血がまだ透析器械に残っているのに戻してくれなかった」ことがあった。そのことは黙っていたが、ベテランの看護師に「たまには何か喋れよ、コラ!」と「ひどいことを言われた」ため、透析先を変わった。7月には、新しいクリニックで透析を始めたが、「前の病院から私のカルテとか情報が(転医先に)送られていて、それを見ると透析医が『変なのひいたな』と言った」。

同年7月に、それまで近所の人には人工透析を受けていることは隠していたが、長男も自立したので、隠す必要はなくなったと考え、周囲に打ち明けた。するとまもなく、近所の人が自分のことを噂している声が聞こえてくるようになった。内容は「あの人は透析している人だ」「仕事しないで国のお金を透析に使っている」「生きていない意味がない」「死ぬ」などであった。患者自身おかしいと思い、夫や周りの人に確認すると、否定されることがしばしばであった。さらに、透析治療を受けていることを申し訳ないと一層強く感じるようになった。

同じ頃、新しい透析先での第3回目の透析中に発汗があり、それを見た医師から「〇〇(患者の苗字)をキル、弁護士を呼べ」と言われた。発汗

があるにもかかわらず医師に報告せず、もし透析中に重大な合併症を起こしたら、病院の責任になる、だから患者をクビにして、さらに弁護士を呼ぶと言われたのだと考えた。そして帰りにすれ違った「ニコニコ笑っている男性」を「弁護士なんだ」と思い、「お医者様と弁護士さんがタックルを組んだら、象と蟻みたいなもの」と感じた。気分の落ち込みや不眠が強くなり、睡眠剤の大量服薬、カリウムの過剰摂取、透析やめて死のうとも考えた。実際に、何度か透析に行かないことがあった。また、聞こえてくるのもひどくなり、日常の買い物もわざわざ知り合いの少ない遠くのスーパーでするようになった。自分としても、透析するクリニックを変えたかったのと、透析の先生から勧められたこともあり、透析だけでなく、精神科にも診てもらえるとのことで、X+3年9月上旬、この病院(筆者らの大学病院)に来院した。

【外来受診後の経過】

透析にて通院中のCクリニックより当科紹介され、単身で受診した。医師の紹介状には、「最近、被害妄想的な発言があり、透析中も監視されているような感覚があるようで、透析そのものも中止したいそうです」とあり、「透析そのものはとても順調に経過している」とのことであった。

筆者(筆頭)が診察した。主訴は、「人をみると死ぬとかいろんな声が、言われてないのに聞こえてきて、落ち着きません」とのことであった。透析をはじめから現在までの病歴を、多少は前後するものの、時間の順序どおりに語る事ができた。不安、焦燥に駆られつつ、被害的幻聴、被害妄想と考えられる訴えをする一方で、病気による罪責感とそれによる希死念慮も強く訴えた。ときおり、言葉につまり、嗚咽することもあった。話を傾聴したが、外来担当医を「神様にあったようです」という患者の言葉が印象的であった。掃除、洗濯、家事はできているし、睡眠もとれている。空腹感もあり、食事もまあまあ食べられるという。幻覚、妄想をとまなう抑うつ状態とみて paroxetine 10 mg/day の処方を開始するとともに、治療意欲も十分にあるとみて、患者の同意を

得て、任意入院の予約をとり、9月中旬加療目的で当科入院となった。なお、患者は当科初診後に、当院の透析センターを自発的に受診し、しばらくの間、そこで透析を受けることになった。

【入院後経過】

夫と実母に伴われた入院時面接では意識清明で、思考障害や人格水準の低下はまったく認めない。疎通性は良好で、礼節は保たれている。希死念慮は消失していたが、幻聴と思われる訴えは認められ、患者自身も「幻聴が一番つらい」と訴える。表情はやや硬いが、時々笑顔もみられた。その場で、病歴を語ったのは、もっぱら患者本人で、夫、母はほとんど話さず、病的体験を除いては患者の言うとおりでであることを認めているようであった。

入院後は paroxetine 20 mg/day に増量して経過をみた。幻聴は当院での透析中にも強く自覚され、透析器械の音が「人の声に聞こえてつらい」と訴えた。透析後に精神科病室で確認したが、時間場所の見当識や計算力も保たれており、会話しても応答性は迅速で的を射ており良好であった。時として、頭痛を認めたが、悪心、吐き気、四肢振戦、けいれんなどは認めなかった。paroxetineの薬効もあり、抑うつ気分、不安、焦燥感は徐々に軽快。入院後2週間程で当院での透析中の幻聴は消失した。

外来通院時、および、入院後のわれわれとの面接で、患者は、現在の状態についての訴えに加えて、先ほど、生活史、現病歴として呈示した生い立ちから精神科受診までに至る経緯を何回かに分けて語った。

とりわけ、現病歴の部分の回想を語るとき、患者は、時に泣き出すほど、つらそうな様子であった。われわれには、患者が透析クリニックの医療スタッフ、近所の人々から聞いたとする悪口、自分を殺そうとしている計画などは、明らかに幻聴あるいは妄想であるような内容を一部に含むように思われた。しかし、患者の話聞いていたその場において、筆者らが、それらの非現実性を指摘して、患者の話の腰を折ることはなかった。現実か非現実かの判断は、われわれにとってさしたる

関心事ではなく、むしろ、患者の語りを尊重する態度をとった。もし、患者の妄想的な問はず語りが、あまりにも長く続いたら、筆者らは止めようとしたかもしれない。しかし、さほど長い時間にもかかわらず患者の話は自然に止まっていた。筆者らは、透析患者の苦しい生活の現状や、さらに、そこから抜け出そうとする患者の苦闘に心を動かされつつ、最後に、「つらい思いをしましたね」といったごく短い言葉で、面接を締めくくっていた。

一方、患者は、生活史に関する部分、とりわけ、長男の話題になると、いきいきと楽しそうに話し、時に誇らしげな表情もみせた。こういったときには、われわれは、患者の話が現実であることに疑いをもたず、患者の健闘に率直に感心し、誉めたりした。すると、患者もわれわれの賛辞に素直に喜んでいる様子であった。

「先生から一筋に光がさしてきたようにみえた」と担当医らを過剰に理想化する発言が入院当初より聞かれた。抑うつ気分はほぼ軽快し、透析や病棟での生活を問題なく行えるようになった。そのため10月中旬には自宅に外泊するが、そのさいに、近所の人からの悪口が聞こえたとの訴えがあった。抑うつ症状がほぼ改善しても、幻聴が持続すると判断し、10月下旬より、risperidone 0.5 mg 追加し、やや効果みられ、11月中旬退院となった。

【退院後経過】

退院後は、患者の希望を受け入れて、透析医を変え、Dクリニックで透析を行うようになった。同時に、筆頭筆者が担当医となった月1~2回の精神科外来通院では paroxetine, risperidone の少量の維持による薬物療法に加えて、1回に20~30分ほどの面接が続けられた。抑うつは入院中に消失して、退院後はほとんど問題にならなかった。退院後3ヶ月ほどで、近所の人々からの幻聴や被害妄想は消失した。その理由を、患者は、自分の病気のことを近所の人が受け入れてくれて、むしろ、病気なのになんばっていると肯定的な評価もしてくれるようになったためだと述べた。それに対して、通院している透析クリニックで、透

析を受けている最中やその前後の日に、透析のスタッフから受けるように感じる幻聴とも、被害妄想、被害念慮とも考えられる体験は、弱まりながらも長く続いた。しかし、これらの体験は、退院後、1年10ヶ月経ったX+5年9月には消失したと判断されたため、risperidoneの投与を中止した。

患者にとって透析を続けていくことの苦しさは、それとして口に出されなくても、常にあるように思われるが、「今は、先は長いので（透析を）受け入れている」という。さらに、しばしば、患者は、「自分ひとりで生きてこられない、生かされていると思うようになった」と医療者を含めた周囲への感謝の念、さらに、病気を医療者に任せることができるようになったと表明する。

けっしてなげやりというのではなく、むしろ、肯定的な意味での開き直りの印象をこちらに与えつつ、「もう長く生きたいとは思わない。でも、自分に満足のいく生き方、死に方をしたい」というのが患者の最近の心境である。

【検査所見】

血液検査：WBC 4700, Hb 11.5, Plt 12.9

透析前/後 BUN 91/32,
Cre 16.91/7.29, K 5.7/3.9, P 8.8/
3.6

血圧（透析前後） 180/120→150/90

胸部レントゲン：CTR 51.5%（透析終了後8時間）

頭部CT：異常所見なし（透析終了後9時間）

脳波（透析終了後8時間）9～10 Hzの α 波の基礎律動に θ 波が中等度混入

心電図：異常所見なし（透析終了後8時間）

（なお、症例呈示にあたっては、最低限の変更を行った。）

Ⅲ. 考 察

1. 診断と症状論的検討

症例は30歳で腎不全となり、20年余にわたり血液透析を受け続け、50歳を過ぎて、幻覚・妄想および抑うつのため、精神的な事例化をきた

した症例である。患者の病的体験の出現は、必ずしも、腎障害による身体状態の悪化とは、関連していなかった。すなわち、身体状態が改善している透析中、あるいは、透析を受けた日が、もっとも症状が悪化していた。そもそも、患者は基本的に規則的な透析習慣を有しており、現在の透析技術の高い水準も考慮すれば、従来報告されてきた尿毒症性脳症、透析脳症^{7,6)}にみられるほど腎機能が低下せず、明らかな意識障害がない状態で、幻覚、妄想、抑うつが出現していた。透析前後での検査所見や血圧の変動がみられたこと、維持透析患者にかなりの割合で観察されると報告されてきた基礎律動の全般性徐波¹⁷⁾が、症例にも θ 波が中等度混入というかたちで存在することなども考慮すれば、この患者においても、生理学的、生物学的、脳器質的レベルでの腎不全および透析の影響が、幻覚・妄想などの病態発生に何らかの形で関与していることは否定できない。しかし、頭痛、悪心、血圧上昇、四肢振戦、けいれんなどの透析不均衡症候群¹⁶⁾にみられる症状は確認されなかったし、この症候群がよくみられるとする透析導入後のまもない時期には、患者には問題となる精神症状はなかった。この症例では、透析患者であることの心理社会的な要素が精神科的事例化に、より強く関与していると考えられた。

当初は内因性の気分障害も疑ったが、経過全体をみると、内因性の気分失調というよりは、患者の訴えにもあるように妄想、幻覚による二次的なものであろうと考えられる。

この症例の病理の前景に出た、2年半ほど持続した幻覚や被害妄想は、その主題をもっぱら透析に関連したものとしていた。さらに、これらの病的体験の持続が、患者の社会機能や人格水準の低下を招くことはなかった。本症例の診断に関しては、ICD-10²¹⁾では、F22.持続性妄想性障害が該当すると判断された。従来診断でも、妄想状態と考えられ、抑うつはこれに伴う症状と考えられる。

これまでのわが国での透析患者の妄想についての報告をみてみると、まず、皮膚寄生虫妄想についての報告^{7,18)}がある。春木⁷⁾は、この病態を、

透析患者にみられることがある皮膚搔痒症の存在などの身体因や何らかの脳器質性変化を基盤にして生じるが、そこには、透析という特殊な限界状況や家族からの疎外された状況など心因的側面も関与して成立すると述べている。また灘岡ら¹⁸⁾も、夫の死などの喪失体験が皮膚寄生虫妄想の発生に関与したとしている。

それに対して、本症例にみられたような、透析患者の持続性の被害妄想についての報告は、ごくわずかである。松村¹⁵⁾は、被害妄想を呈した2症例を報告しているが、そこでは、本来存在した幻聴に、透析にともなう急性外因反応型の精神症状であるせん妄が加わり活発化したもので、幻覚の内容が被害的な内容のもので、透析のたびに現われたため、被害妄想は強固で系統化されることになったと述べている。これらの症例では、被害妄想の対象は、おもに自分が治療を受けた病院の医師、看護師などの病院職員であり、幻聴の内容も含めた妄想内容として、「自分の噂、悪口を言われる」「透析中に医師から毒を盛られる」などが認められたという。

われわれの症例では、今回の精神科入院時に、透析を受けている最中やその直後にせん妄を思わせる病状は確認されなかった。ただ、過去に軽度の意識混濁や変容体験のなかで幻聴を聞き、それが患者の慢性的な心理的苦境のなかで、被害妄想に固定したという可能性は否定できない。これまで報告された心理的要因と身体的要因が互いに絡み合って特有の精神症状を形成するというメカニズムは、本症例にもあてはまるように思われる。

しかし、われわれの症例には、医療機関・透析治療スタッフに向けられた被害妄想と近所の人々に向けられた被害妄想の2系列が存在しており、この点では、松村らの症例とは異なっている。

病的体験の持続期間については、透析スタッフを対象とする被害妄想・幻聴の系列は、途中で短い断続期間はあるが、X+3年3月からX+5年9月頃までの約2年半続いたと考えられる。この系列の病的体験は、主として透析中や透析日の前後に観察された。それに対して、近隣の人々から

の幻聴・妄想体験は、時間的に前者の系列に挿入される形でX+3年7月からX+4年1月頃までの約半年続いた。病的体験の内容に関していえば、前者の系列では、様々な表現をとるが、結局のところ、透析スタッフが患者の治療を拒否して、患者を死に至らしめるという被害主題で一貫していた。後者の系列では、透析患者である患者には生きている価値がないとの他人の批難という点に共通点がみられた。これらの主題は、それに先立つ、X+3年3月に、患者が透析医らの会話を偶然聞いてしまったというエピソードを契機として、患者自身が強く意識するようになった「自分だけ生きのびて申し訳ない」という罪責感を反映している点が注目される。

以上のように、症状出現の場所、時間的順序、持続期間、幻聴や妄想の内容、さらに次に検討するような透析治療の特殊性と病的体験との結びつきなどを考え合わせると、症例における病的体験は、医療機関・透析治療スタッフを対象とした被害妄想・幻聴の系列が、1次的で中心的な意義をもち、近所の人々に向けられた被害妄想・幻聴の系列は、基本的には前者の体験様式と内容をほぼ同様に踏襲しつつ、体験野が医療機関から近隣へと拡大した2次的なものであると考えたい。

さらに、これまでの症例報告と比較したときに、この患者において特筆すべき点は、患者が自発的に、病いととも生きて自分の半生についての物語を、筆者を含む担当医らに、積極的に語る事ができたこと、さらに、この患者の病いの語りをわれわれが傾聴することが、治療的に大きな効果をもたらしたと思われた点であった。そして、その語りの解釈は、医療者への被害妄想の発生機序を、透析患者としての生活史に織り込まれた身体イメージの問題から理解させるものであったので、以下で考察してみたい。

2. 透析治療における身体の収奪と復権要求としての被害妄想

§ 透析治療の拘禁的、感覚遮断的状况

透析を受けている状態は、身体の自由を奪われ

ている拘禁状況のように感じられることがある。たとえば、春木⁹⁾は、透析治療用のベッドに横たわることが、普通の病室にいる場合と異なり「寝かされている」という強い感覚を惹起すると述べている。さらに、一生透析をしなければならない不自由さ、被拘束感が、無期懲役のような刑罰でたとえられることもまれではない⁹⁾。すなわち、透析現場での拘禁状況だけではなく、患者は自分の今後の人生全体を拘禁状況に感じることもすらありうるという。

また、透析を受けている数時間のあいだ、じつと沈黙したままで透析器械の音しか聞こえない状態で過ごすことが、感覚遮断に類似した体験をもたらすことも考えられる。症例にみられた「器械の音が人の声のように聞こえた」という機能性幻聴の出現には、こうした背景を考慮する必要がある。

さらに、自分の身体が透析器械に繋がれるという体験は、患者の身体感覚に直接影響を及ぼすとされてきた。たとえば、Abram²⁾は、透析における人工器官への依存が、独特の身体イメージの変容を引き起こすことを、自験例やそれまでの報告例を引用しつつ強調した。たとえば、自分を「ばらばらになった人間」と描写した患者、「生きている死人、ゾンビ」、ひいては、「フランケンシュタイン」であると述べた患者の例をあげている²⁾。また、わが国でも、透析後に、「抜け殻だが、どこかで抜け殻で無い自分の体」といった独特の身体感覚に襲われたという記述⁹⁾がある。

このように、透析によって生じる身体イメージの変容は、自己身体の統一感や身体の自己所属感に大なり小なり損傷を与える可能性が考えられる。これは、たとえ、あからさまに他人に語られることがなくても、全ての患者によって体験のふかいところで共通して存在するのではないだろうか。

§ 医療の権力性と身体の取奪

近代以後の医療は、科学的な根拠をもとに、病人に対して医師の治療に身を委ねることを要求する。そこには、ある種の権力関係が含まれていることは、すでにしばしば指摘されてきた^{11,12)}。と

りわけ、専門家である医療者の高度な医療技術によってはじめて、延命が可能になる重篤な身体疾患の患者にとって、医療という制度は、基本的なあり方をつきつめると、従属しなければならない絶対的な他者として登場している。透析患者の場合には、透析間隔を守らなければならないことや透析を担当する医師からの水分の摂取や食事内容のコントロールについての細かな指示などがある。これらの行動までを規定する処方箋は、透析を受けている時間と場所の枠を越えて、患者の日常生活の微細な局面までも支配する性格をもつ。そこに、医療が患者に対し、「患者の振る舞いを決定しようとする」¹²⁾ 権力関係の構図をみてとることは容易である。

Abram¹⁾は、慢性透析の受容にとって問題となるのは、患者の著しい独立-依存葛藤 dependency-independency conflict であると述べ、この葛藤は、臍の緒であると幻想されることすらある透析器械への依存のみならず、透析職員への依存と同時に、透析ユニットの外での正常な生活を導くという意味での独立を要求するという。われわれの症例においては、元来の性格にみられた自己主張の強さ、負けず嫌い、精力性など傾向からして、透析患者として、医療者のみならず、社会に対して、依存的な人生を送ることを受け入れるのが困難であったように思われる。それだけに、透析に関わる医療者が、感謝の対象となる一方で、自分が服従しなければならない絶対的な他者として強く意識されていたのではないだろうか。

また、現代では改善されつつあるが、かつては透析治療を提供できる医療機関が少ないという事情があり、そのなかで十分な治療が受けられず死んでいった患者もいたという⁸⁾。この場合、自分が生きられるか否かは、医療者の裁量次第であったともいえるわけで、患者が、透析医を含めた医療者に嫌われることを、一貫して恐れてきたという心理的背景には、透析医の拒否が自分の死に直結するという恐怖があると推測され、このこともまた透析に従事する医療者を患者にとって自分の生殺与奪の権利を握る絶対的な存在に高める。そ

れは、われわれの患者の、医師と弁護士を「象」、自分を「蟻」とした比喩や、患者が聞いたとする「(医師が) もう (患者には) 透析をやらない」といった内容の幻聴にみられるとおりである。

ここで述べたような絶対者と感じられた医療者との人間関係を舞台として、透析治療の技術的条件から直接生じうる上述した身体の自己所属感や身体の統一感の損傷、長期にわたる拘禁状況に類似の体験が、元来、独立心の強い性格傾向の個人に生じるとき、患者が、医療者によって、自己の(想像的)身体(の一部)が不当に奪われていると感じる体験が、提示症例にみられたように、出現することがあるのではないだろうか。透析患者に起こりうるこの体験は、身体の収奪と呼べる事態によって特徴づけられる。本症例では、この身体の収奪は、自己の身体および生命の象徴ともいえる自己の血液を「透析器械から返してもらえなかった」という被害妄想になって表現されたと考えられる。

§ 想像的身体の損傷としての喪失体験

われわれは、身体の収奪という事態が、患者の実存的な苦悩が織り込まれた生活史のなかでの独特な身体イメージの変容から生じてくることを示すために、患者の半生を、病いによる自己身体の喪失体験とその修復といった観点から振り返ってみたい。

その際、われわれは、J. Lacan^{10,11)}による「想像的身体」(corps imaginaire)の概念を援用することにしたい。Lacan¹⁰⁾は、鏡像段階論において、身体が自己の鏡像および他者の形姿をみることを通じ、一つの統一を獲得し、想像的自我が形成される過程を明らかにする。彼によれば、他者の心像が自己身体の心的容器の役目を果たし、その結果、自己身体はひとつのまとまりとして構成される。加藤¹¹⁾は、この想像的身体が、解剖学的-生理学的身体や生きられる身体、さらには、Lacanのいう象徴界がそれにあたる言語的身体などの身体の諸次元と分かちがたく結ばれながら、これらとは一線を画して固有な次元を確保すると指摘している。

しかし、この主体の想像的な統一性が他者をよりどころにして構成されるにもかかわらず、この事実は意識には明白な形で認められず、他者性の契機は無視される。この無視の機能が暗黙のうち働いていることにより、自己身体は、一つの自己愛性のまとまりを確信する^{10,11)}。

慢性の透析患者になるという事態は、他者である透析器械や医療への依存を自己の生存のための絶対的条件とすることからして、患者にとって、自己の想像的身体のまとまりが損なわれたという感覚を強く誘起するといえよう。これは、透析患者に限らず、医療の助けを借りなければ、一日たりとも生存することが不可能な慢性疾患の患者に共通しているのではないか。先にあげたAbramの提示した透析患者たちの様々な自己身体の変容、たとえば「ばらばらになった人間」などは、Lacanのいう「寸断された身体の心像」¹⁰⁾とそれに伴う不安に通じる想像的身体の損傷の具体的な表現とみなすこともできよう。

われわれの患者の場合、妄想性障害の発病に至るまでは、この想像的身体の損傷を何らかの形で修復できていたように思われる。患者の病いの語りをもまえると、その修復は、他者の心像ないし社会的役割への同一化をとおして行われたのではないかと推測される。

まず、その修復は、健康な母親の果たすべき社会的役割に過剰に同一化することによってなされた。透析導入から長男の独立までの半生において、患者は障害された身体であることを否定し、健康な身体をもっていると自らに言い聞かせて、「ふつうのひと」以上に理想的な母親として活動しようと試み、実際に行動できていた。すなわち、患者は母親としてPTAやスポーツ少年団などの社会的活動に、健康を気遣った家族がやめてくれと頼んでも、打ち込んだ。このような熱中性は、社会からの承認を与えられる理想的な母親の身体への同一化に裏づけられていたのではないだろうか。しかし、この理想的な母親の身体への同一化は、息子の独立とともに機能しなくなったと考えられる。

さらに、長男への想像的同一化も、想像的身体を修復するうえで、重要な意義をもっていただけると考える。彼女は長男が幼い頃から、彼女自身の身体的健康を省みず、息子の身体的鍛錬に献身した。患者は、いつも、われわれに彼を文武両道に優れているという点で誇らしげに語っていた。とすれば、長男もまた、患者自身が理想とし切望した健康な身体自己の担い手として機能していたのではないか。言いかえれば、患者は、自分にとって自己身体の完全さの感覚を与えてくれる長男の身体に対して、彼を熱心に養育する限りで、想像的に同一化していたともいえよう。

透析患者にとって、同じ透析治療を受けている仲間が、明るく元気に活動している姿が、どれほどの感謝や希望を与えてくれるかは、多くの体験談が語る場所である^{8,9)}。患者にとって、元気でいる透析仲間もまた、自分が想像的に同一化する肯定的な意味での鏡像的身体自己の担い手であったと考えられる。そして、透析仲間の死は、自己の身体が医療者によって奪われたという被害感を醸成するのに貢献したに違いない。

このように、息子の独立、仲間の死という喪失体験は、透析導入による自己の想像的身体の損傷を修復するための、他者の身体への想像的同一化の破綻であったとみることもできよう。これらの喪失体験の後に、医療機関への不信感が強まり、患者は転医を繰り返し、やがて、透析医療者に対する被害妄想が産み出された。このような妄想的展開には、身体の取奪という事態を土台に生じた自己身体の復権要求をみてとることができる。

現代医療の技術的發展は、かつては死ぬしかなかった患者たちを救命したどころか、ことによると、彼らに健康者と同様な余命を生きたり、限局された生活局面を別にすれば、健康者と同様な社会生活を行うことを可能にした。そのとき、患者及び周囲の人々が、健康者か病人の二分法にとられるならば、患者は高度な医療によってみずから完全な健康者になること、すなわち、理想的で完全な身体を獲得することを幻想し、かつ、希求するであろう。このときの身体は自己愛的性格

を帯びており、医療という文脈における想像的身体の問題が浮上してくるといえる。すなわち、医療者が、健康で完璧な身体を自分に与えてくれる理想化された他者として想像されるとともに、反転して、健康な身体を自分から奪い取り、自己を抹殺しようとする憎悪の対象としての他者になる危険があるように思われる。症例にみられた、復権要求的な性格をもった被害妄想は、皮肉にもこのような現代医療の進歩を背景にしているともいえよう。

3. 現代医療と語りの取奪

現代医療の権力性は、病人が医師に身を委ねることに由来する生物学的な身体への支配にとどまらず、人びとが日常世界においてものごとを理解する枠組みとしての「ことば」、すなわち、言説(ディスクール)のレベルにも及ぶことはすでに様々な論者によって指摘されてきた。たとえば、社会学者 Frank A.W.⁶⁾ は、「病む人間が、単に指示された医学的治療法にしたがうことに同意するだけではなく、同時に自らの物語を医学用語で語ることにしても暗黙のうちに同意することになる」事態を、「語りの譲り渡し(narrative surrender)」と名づけた。この語りの譲り渡しは、医療の現場における患者の個人的な語りの無視や軽視につながる危険をもつ。

個人、とりわけ、病人の主体性、能動性は、各人が、病いの経験を、個人的な物語へと構成し、他者に語るなかで、確保されるとする今日の構成主義的な観点⁶⁾に従うならば、「語りの譲り渡し」は、患者の自立性を奪うことにつながる。

加藤¹²⁾は、一般医学が人々に対して過剰な管理を向けることから帰結する大きな問題点を、病人が本質的には自律性をもった実存的主体であるという認識が希薄になることととらえ、現代医療のもつ退行促進性を指摘しているが、患者が、個人的な語りを捨て、医学的言説を型どおりに受け入れることは、一見、医学的啓蒙の成果であるかにみえて、その実は、退行促進性である危険もある。

われわれの患者では、腎不全、透析導入といった人生を揺さぶった出来事が起こってからの現在に至る物語が語られた。この一連の語りは、「ある出来事についての言語記述を何らかの意味連関によってつなぎ合わせたもの」⁶⁾であり、患者にとっての「病いの物語」⁶⁾であったといえよう。しかし、患者によれば、精神科を初診するまでは、このような話を他人にすることはほとんどできなかったという。

彼女にとって、透析に携わる医療者に個人的な語りを聞いてもらうことは難しかったようである。一つには、聞く相手にとって負担となる深刻な話をすることによって、自分が厄介な患者という烙印を押されはしないかという患者の側の懸念がいつもあったからだという。患者が透析現場で聞いた幻聴と思われる「たまには何か喋れよ、コラ！」という看護師の叱責は、身体のみならず、病いについての個人的な語りを奪われているという患者の思いを表わしていると考えられる。このように考えると、症例では、個人的な語りが奪われること、すなわち、患者が病いの物語を語り、かつ、その物語が社会のなかで受け入れられる機会が奪われるといった事態が存在していたと考えられる。この事態は、語りの収奪と呼ぶことができる。先ほど、症例にみられる医療者を対象とした被害妄想に、自己身体の復権要求が認められることを指摘した。そこで、われわれは、この被害妄想に、もう一つの復権要求の側面をみてとることができる。つまり、語りの収奪という事態に対する自己の語りの復権要求である。

4. 被害妄想の治療における語りの聴取の有効性——語りの復権と想像的身体の修復——

患者のわれわれに対する理想化は、患者の治療にとって大きな意義をもったが、これは、彼女が、われわれが自分の個人的な語りの聞き手になったと感じたことから生じたように思われる。この治療者への陽性感情が、どのように生じたのかをふりかえってみたい。

われわれは、透析治療そのものに関与するわけ

ではなかったので、患者の生理学的身体を支配する絶対者というイメージを免れていた。このことは、被害妄想の対象とならないために重要なポイントの一つであったと考えられる。さらに、透析医の紹介はあったが、透析医があくまでも精神科受診は本人の同意のうえであると患者に伝えていたことも、患者のわれわれへの反発を抑えたのではないか。この意味で、患者には一種の自立性が保証されていた。さらに、治療の出発点から、担当医らが、重篤な病いにもかかわらず、それを克服しようと懸命に生きてきた患者に対して、敬意の念を抱き、それを率直に伝えることができた。このことによって、われわれは患者にとって精神科受診が新たなスティグマとなることを防ぐことができたし、陽性の転移を促すこともできたと思われる。

患者は自分の幻聴について「聞こえるはずがないのに、でも聞こえているのは事実です」と述べていた。また、患者は医療者に対する被害妄想に苦しみながらも、近所の人々に、自分が透析を受けていることを告白していた。われわれは、この行為を、患者が私的かつ排他的な妄想的な世界から、世間の人々の承認の得られる公的な語りをとおして、共同世界へ回帰しようとする試みとしてとらえた。そのため、われわれは、患者が、幻覚や妄想のなかにあっても、構造的二重見当識(加藤¹³⁾)をもっていると判断し、患者の苦悩については一定の共感を送りつつ、一方で距離をおきながら話を傾聴した。そして、この態度は、結果的にみれば、患者の語りの復権をとおしての患者の損傷された想像的身体の修復につながったのではないと思われる。

Lacan⁵⁾は、鏡像段階において、子どもが鏡に映る自己の身体像を、自らのものとして認知するためには、その鏡像が彼であることを認める、彼の背後にいる母親の言葉による承認を必要とすると述べている。すなわち、子どもが、単に、鏡に映った自己像と想像的な関係にあるだけでは、その像は、主体にとって本質的に疎外されたものにとどまる。ここで、子どもに承認を与える母親は、

象徴的次元にある大文字の他者 (l'Autre) としてはたらく。大文字の他者とは、想像的相手の彼岸にあり、主体に先立ち主体の外部にありながらも、主体を決定づけているものを位置づける場(審級)とされ、この審級への準拠はパロール(話)のなかでなされる。つまり、大文字の他者は、言語の領域にあり、主体が自らの身の置き場を求め、シニフィアンの場であり、想像的領域を越えた象徴的領域にある。

象徴的な他者による支えを失うとき、想像的身体を含む自己イメージは自らにとって疎外されたものとなるわけで、そこでは、想像的他者とのあいだで、自己の存在を賭けたはてなき闘争が繰り広げられることになる。このことは、成人となつてからも主体にとっての危機的状況で生じることが考えられ、われわれが指摘した想像的身体の収奪や損傷も、このような事態に相当するとも考えられる。

構造論的精神分析⁹⁾においては、このような想像的な自己疎外にある患者に対して、治療者は、患者の想像的ディスクールには応じず、また自らの介入によって想像的領域に属することがらを浮き立たせることなしに、象徴的他者として一個の主体としての患者に承認を与えることが求められる。われわれは、患者の語りを傾聴するなかで、妄想的成分を多く含んだ想像的関係のなかで展開する語りに対しては、距離をとる一方で、共同世界への回帰の契機をもつ語りにおいては、患者に対して積極的な支持や賞賛を与えた。このことは、図らずも、象徴的他者としてわれわれが患者に承認を与えることとなり、患者の損傷された想像的身体の修復をうながしたと考えることができる。

加藤¹³⁾は、統合失調症の妄想をもった患者に対して、治療者が患者の語りの宛先となることによって、患者が妄想的世界から共同世界へと重点移動させることを精神療法的接近の基本にあげている。この場合に、「語りの宛名となること」は、治療者が大文字の他者ないし、象徴的他者として、患者を支えることも含意する。それゆえ、統合失調症とは幾分かちがった意味で、「患者の個人的な

語りの宛名」を引き受けることは、透析患者にみられるような重度な身体疾患をもつ妄想性障害の患者への治療的接近にとって大きな意義を有すると考えられる。

そもそも、慢性の身体疾患、とりわけ、高度の医療技術の恩恵によって生存が可能になる重篤な疾患の患者にとって、身体的治療に直接関わる医師などの医療者が、生物学的な意味での身体を修復する任務を負うだけに、理想化されることは、大いにありうる。しかし、それだけに、医療者が、患者の想像のなかで、愛と憎しみの双数的関係のなかにまきこまれ、時として、患者の被害妄想の対象となり、コンサルテーション・リエゾン精神医学の現場で精神科医療者の出勤が要請されることは今後とも増えるのではないだろうか。その際に、ここで述べたような身体と語りの収奪という事態の存在を検討することは有益と考えられる。本稿の暫定的結論からいえば、その場合の精神科医療者の役割は、患者の個人的な病いの語りの宛名を引き受けることによって、患者の想像的身体の損傷の修復を助けることにあるといえる。この知見がどれほどの有効性を持ち、一般化できるかどうかは、今後の治療的実践のなかで確認していきたい。

稿を終えるにあたり、ともに症例の診療にあたるとともに貴重なご意見を頂いた自治医科大学精神医学教室の諸先生方に深謝いたします。

文 献

- 1) Abram, H.S.: The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life I. *Am J Psychiat*, 124; 1351-1358, 1968
- 2) Abram, H.S.: The psychiatrist, the treatment of chronic renal failure, and the prolongation of life II. *Am J Psychiat*, 126; 157-167, 1969
- 3) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東

京, 1995)

4) 浅井昌弘, 保崎秀夫, 武正健一ほか: 人工透析の精神医学的諸問題. 精神医学, 15; 4-17, 1973

5) シェママ, R ほか編: 精神分析事典 (小出浩之, 加藤 敏, 新宮一成ほか訳). 弘文堂, 東京, 1995

6) Frank, A.W.: The Wounded Storyteller: Body, Illness, and Ethics. University of Chicago Press, 1997 (鈴木智之訳: 傷ついた物語の語り手—身体・病い・倫理. ゆみる出版, 東京, 2002)

7) 春木繁一: 腎不全・透析に伴う症状性精神障害. 臨床精神医学講座 10, 器質・症状性精神障害 (松下正明総編集). 中山書店, 東京, p. 437-461, 1997

8) 春木繁一: 長期透析患者の精神, 心理. 腎と透析, 53; 733-738, 2002

9) 春木繁一: 透析とともに生きる—腎不全からの再生精神科医自らを語る. メディカ出版, 東京, 2005

10) 加藤 敏: ラカン. 臨床心理学大系 16 (小川捷之, 福島 章ほか編). 金子書房, 東京, p. 281-305, 1990

11) 加藤 敏: 分裂病の構造力動論. 金剛出版, 東京, p. 93-96, p. 98-104, 1999

12) 加藤 敏: 医療機関への人格障害の登場. 新世紀の精神科治療第 5 巻, 現代医療文化のなかの人格障害 (加藤 敏編). 中山書店, 東京, p. 3-21, 2003

13) 加藤 敏: 統合失調症の語りと傾聴—EBM から NBM へ. 金剛出版, 東京, p. 53-88, 2005

14) Kleinman, A.: The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition. Basic Books, New York, 1988 (江口重幸, 上野豪志, 五木田紳訳: 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 東京, 1996)

15) 松村 裕, 守田嘉男, 三好功峰: 透析治療に伴い妄想反応をみた 2 症例. 腎と透析, 23, 379-381, 1998

16) 松村 裕: 人工透析における精神科的問題. 臨床精神医学講座 S 7, 総合診療における精神医学 (三好功峰, 前田潔責任編集). 中山書店, 東京, p. 343-351, 2000

17) 松岡洋夫, 千葉 健, 青木恭規ほか: 維持透析における背景脳波の臨床的意義. 臨床脳波, 31; 701-706, 1989

18) 灘岡寿英, 東谷慶昭, 佐川勝男: 人口透析治療の経過中に精神病状態を呈した 2 症例. 精神医学, 31: 1073-1075, 1989

19) 成田善弘: 患者の心理はどう動いていくのか. 腎と透析, 53; 703-706, 2002

20) 藤堂 恵: 透析導入期の心理的問題. 腎と透析, 53; 711-714, 2002

21) WHO: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小宮山実監訳: ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)

Delusional Disorder in a Chronic Renal Dialysis Patient
— Deprivation and Reclaiming of Body and Narrative —

Koichiro OTSUKA^{1,2)}, Satoshi KATO²⁾, Mina YAMAUCHI^{2,3)}

1) *School of Nursing, Jichi Medical University*

2) *Department of Psychiatry, Jichi Medical University*

3) *Minamiuwa Prefectural Hospital*

We report a female case treated with hemodialysis over 20 years who demonstrated good social functioning, until she suffered from delusional disorder with persecutory delusions involving medical staff performing the dialysis and also auditory hallucinations involving them.

We examined the bio-psycho-social invasiveness of the renal dialysis treatment, especially concerning the effects on the patient's self-image of her body resulting in the loss of a feeling of unity between her mind and body, or the sense of her body belonging to her, referring to J. Lacan's concept of "corps imaginaire=imaginary body".

We supposed the situation of "body deprivation" on the ground of the patient's behavior when she developed persecutory delusions that the medical staff were trying to deprive her of her ideal body. In this case, her persecutory delusions should be regarded as a reclaim for her right not to be deprived of her self-body.

We pointed out the general situation which the hegemony of modern medicine over patients brings about, where patients are deprived of chances to express their personal feelings about their illness and be listened to attentively by medical staffs. We recognized such a situation in the present patient and described the situation as "narrative deprivation". Her delusions seemed to have the aspect of the claim for her rebelling against the narrative deprivation.

We emphasized the role of psychiatric staff to confirm the existence of the body-narrative deprivation situation on the side of the patient and listen attentively to the patient's personal narrative of illness in the practice of consultation-liaison psychiatry, especially when performing therapy in patients with persecutory delusions involving medical staff.

<Authors' abstract>

<Keywords: renal dialysis, persecutory delusion, deprivation, imaginary body, narrative>
