

症例 Schreber の診断にみる力動的精神病論の再検討

松本 卓也, 加藤 敏

Takuya Matsumoto, Satoshi Kato: The Schreber Case and
Freudian Dynamic Psychopathology of Psychoses

1903年に『ある神経病者の回想録』を出版した症例 Schreber について、操作的診断と力動的解釈の両者から振り返り、Freud および彼の系譜に属する精神分析家による内因性精神病の力動的理解を現代的な疾患分類の議論と比較し、その意義を再検討した。

症例 Schreber は Freud の研究によってパラノイア (あるいは妄想型統合失調症) 患者として広く知られることとなった。しかし、1980年のDSM-III発表以降、操作的診断によって症例 Schreber を大うつ病性障害ないし気分障害圏の症例として論じる論者が続々と登場し、その診断は統合失調症と気分障害のあいだで対立している。しかし、Freud および彼の系譜に属する精神分析家は、二大内因性精神病と呼ばれる統合失調症と躁うつ病 (およびメランコリー) の病理を区別して考える立場をとるよりも、むしろこの両疾患が急性期の初期段階においてリベードの障害という力動的な基礎障害を共有していることに着目し、両疾患を自己愛神経症という単一の枠組みの下で捉えていた。

一方、二大内因性精神病の病理を区別して捉える考え方の基盤となっているのは「Kraepelinによる二分法」である。近年、一連の症候学的・遺伝学的研究の成果とDSM-V策定の動向のなかで、この二分法は変更を検討されており、これまで気分障害の一部とされてきた疾患群および二大内因性精神病の中間領域とされてきた疾患群が統合失調症と共通の生物学的基盤のもとで捉えなおされ、「精神病」概念が再考されつつある。内因性精神病の初期段階に共通するリベードの障害に着目する力動的理論は、このような精神病理解と並行的であり、内因性精神病の病理をとりわけその急性期病態に主眼をおいて把握するための一助となりうると考えられた。

<索引用語：症例 Schreber, 精神病, 統合失調症, 精神分析, 操作的診断>

A. はじめに

ひとつの症例について、時代や立場によって様々な診断がつけられることがある。そのため、症例の診断にはときに大幅な変更が加えられることがある。精神医学の領域では、1980年に発表されたDSM-III⁶⁾によって、精神疾患の診断をめぐる状況が一変させられてしまうほどの影響がおよぼされた。この「診断と統計マニュアル」は病名の統一を行い、統計による比較研究に利するこ

とを当初からの目的として作られており、数多くの症例の診断が変更され、標準化された。また、DSMはその第3版への改定を期に「無理論的 (atheoretical)」であることを標榜し、力動精神医学や精神病理学による病因論を徹底的に排除し、チェックリスト方式による操作的診断を採用した。この変革によって、精神医学の診断にはある種の明晰さがもたらされたものの、その診断体系の妥当性や病因論の排除には多くの疑問点が残ったま

まであり³⁶⁾、現在ではDSM-Vの策定に向けての大規模な変更に関して様々な立場から議論がなされている⁴⁷⁾。

精神分析および力動精神医学も、1980年のDSM-IIIの発表を境とした大変革の影響から逃れられたわけでは決してない。精神分析理論の発展の原動力となってきた歴史的症例に対して、操作的診断の観点から批判的再検討がなされ、その診断の誤りが指摘されているのである。一例として、1984年にAmerican Journal of Psychiatry誌に発表された「Schreberの「神経病」は感情障害の症例だったのか⁵⁸⁾と題されたLipton, A.A.の論文を取り上げてみよう。

このLiptonの論文の主題であるSchreberとは、『ある神経病者の回想録 (Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken)』⁷⁵⁾を著したDaniel Paul Schreber (以下Schreber)のことである。彼は一般にパラノイアあるいは妄想型統合失調症の症例として知られている。1911年にFreud, S.¹⁹⁾による症例Schreberについての独創的な考察がなされて以来、彼は有名かつ古典的な症例となり、「精神医学において最も頻繁に引用される患者⁶⁰⁾と言われるまでになった。Liptonの論文の目的は、DSM-IIIの診断基準に従って、Schreberの精神医学的な診断を「パラノイア」および「妄想型統合失調症」から「感情障害」(現在の気分障害)に変更することにある。つまり、Schreberは「大うつ病性障害」であるとLiptonは指摘しているのである。

B. Schreberの病歴

症例Schreberについては、患者自身による手記と主治医による精神鑑定書、および裁判所の記録⁷⁵⁾が残っている他に、Baumeyer, F.⁸⁾によってカルテが発見されており、また、Israëls, H.³⁰⁾やLothane, Z.⁵⁹⁾によって精緻な伝記的研究がなされている。これらの豊富な資料をもとにSchreberの病歴を確認し、Liptonによる診断を検討してみよう。

Schreberは1842年7月25日、Daniel Gott-

lob Moritz Schreber (以下Moritz)とPauline Haaseのあいだに次男として生まれる。家庭は中流上層階級であり、家系には学者や大学教授、法律家がいる。カルテには精神疾患の家族歴が多く記載されているが、その記述の正当性は疑わしいものとされている⁵⁹⁾。Schreberはライプツィヒの法学校を優秀な成績で卒業し、法廷に勤務し、1869年には法学博士を取得している。1878年に15歳年下のOtilie Sabine Behr (以下Sabine)と結婚している。

第1回目の発病：1884年、当時ケムニッツ地方裁判所民事部長の職にあったSchreberは帝国議会議員選挙に立候補するも落選し、精神的な過労のせいで「神経病」を患ったという。Schreberはまずゾンネベルク温泉で水治療やモルヒネ、抱水クロラルとブロム剤の投与を受けるが効果はなく、同年12月8日にライプツィヒ大学付属病院精神科でFlechsigt, P.E.教授の診察を受け、そのまま同院に入院している。当時のカルテによれば、Schreberは情緒不安定であり、発話には制止があり、「心臓発作によって、いつ何時でも死んでしまう」「やせ細ってしまう」「歩けなくなってしまう」等といった心気症的観念を口にしていた。当時の主治医Flechsigt教授によるSchreberの診立ては「重度の心気症 (Hypochondrie)」であった。入院中には抑うつ気分、流涙、過食、自殺企図や「歩けなくなったので運んで行ってほしい」「死が近くなって最後になるので写真を撮ってほしい」という心氣的訴えがあった。Schreberは同院を1885年6月1日に退院し、同年のうちに仕事に復帰し、幾度かの輝かしい昇進を遂げ、しばらくは平穏な生活を送っていた。

第2回目の発病：1893年6月、Schreberは昇進の知らせを受け、「神経病」が再発する夢を何度か見る。そして、夢から覚醒への移行状態において「性交を受け入れる側である女になってみることもやはり元来なかなか素敵なことになりがちでない」という考えを持ち、覚醒状態でこの考えを強く否定する。そして、10月1日にドレーズデン

控訴院民事部部長に昇進した後に、Schreber は2度目の「神経病」にかかる。この2度目の発病においても、症状は主に不安と不眠であった。Schreber は同年11月9日、ライプツィヒ大学付属病院精神科で再び Flechsig 教授の診察を受け、睡眠薬を処方される。しかしその夜、Schreber は不安発作に襲われ、タオルを使って自殺を図る。幸いにしてこの自殺は未遂に終わった。翌日 Schreber は再度 Flechsig 教授の診察を受け、緊急入院の必要があると判断され、同院に1894年6月14日まで入院することとなる。入院中の Schreber は非常な抑うつ症状と焦燥を示し、「脳が軟化してしまい、すぐに死んでしまう」という心気妄想を語っている。

病像の変化：ライプツィヒ大学付属病院精神科に入院して4ヶ月目の1894年2月15日頃から、Schreber の症状は異常な様相を呈しはじめる。ある日 Schreber は一晩に6回ほどの夢精を持ち、その時から様々な「奇蹟 (Wunder)」の妄想、主治医 Flechsig 教授に性的に濫用されるという被害妄想、さらには「神経接続 (Nervenanhang)」という独自の言葉で表現される思考吹入と幻聴を中心とした統合失調症様の症状があらわれはじめる。

ゾンネンシュタインへの転院：その後、Schreber はリンデンホーフ療養所に転院 (1894年6月14日～6月29日、主治医 Pierson, R. H.) となったが、わずか2週間でゾンネンシュタインに転院し、そこで8年半のあいだ入院生活を送る (1894年6月29日～1902年12月20日、主治医 Weber, G.)。1895年11月には「脱男性化 (Entmannung)」の奇蹟が生じ、神の妻として女性化し新たな世界を創造するという誇大的な妄想体系が形成される。この妄想体系が後に『ある神経病者の回想録』として結実することになる。1902年12月に Schreber はゾンネンシュタインを退院している。Schreber 夫妻は子宝に恵まれなかったが、退院後、妻 Sabine が引き取っていた少女 Fridoline を正式に夫婦の養女として迎え、再び5年間ほどの平穏な日々を過ごしていた。

第3回目の発病：1907年5月に母親が死亡し、引き続き1907年11月14日に妻が脳卒中で倒れたことを契機として、Schreber は3度目の発病を経験する。症状は主として不眠と焦燥であり、「自分には胃がない」「奇蹟のせいで腸を失ってしまった」などという心気妄想を訴えていた。Schreber は同年11月27日にデーゼンの精神病院に入院する。入院中には窓から飛び降りるといった自殺企図が見られたが、後には糞尿を垂れ流す荒廃状態に陥る。Schreber は後に肺と心臓の状態が悪くなり、1911年4月14日に同院でその生涯を終えている。

C. 操作的診断による症例 Schreber の診断

上記のように病歴をまとめ、2度目の入院以後に形成された尋常ならざる被害的・誇大的妄想体系を一旦度外視するならば、Schreber の病像で目につくのは抑うつ気分、心気妄想、不安、焦燥、不眠、希死念慮と自殺未遂といった典型的なうつ病の症状である。冒頭で取り上げた Lipton は、DSM-IIIの診断基準にそって Schreber を大うつ病性障害と診断しているが、現行の DSM-IV-TR⁷⁾の基準に当てはめてみても、大うつ病エピソードの A 基準を少なくとも6つ (抑うつ気分、食欲の減退または増加、不眠、焦燥、罪責感、希死念慮と自殺企図) 満たし、エピソードは混合性ではなく (B 基準)、症状の存在によって社会生活と職業上の機能が障害されており (C 基準)、カルテ記載と処方内容からして薬物や身体疾患による症状とは考えられない (D 基準)。3回目の発病は母の死と妻の脳卒中を契機として起こっているが、症状の持続期間から考えて死別反応では説明がつかない (E 基準)。以上のことから、DSM でいう大うつ病エピソードの存在は間違いないと考えられる。しかし、3度の大うつ病エピソードの存在から、ただちに彼を反復性の大うつ病性障害と診断することはできない。大うつ病性障害は、失調感情障害、統合失調症などの精神病性障害を除外し、鑑別しなければ診断できないからである。

Schreber を大うつ病性障害と診断する Lipton は、DSM-IIIによる統合失調症と感情障害の鑑別について、「感情障害が気分一致しない妄想あるいは奇異な妄想に先行する場合、DSM-IIIによる適切な診断は感情障害に属する診断である」⁵⁸⁾と解釈している。Schreber の場合は統合失調症様の幻覚妄想状態よりも抑うつ症状や自殺企図が先行しているため、Lipton の解釈に従うならば Schreber は感情障害と診断されるだろう。

しかし、Lipton の見解は、DSM-III作成の責任者であった Spitzer, R.L. と Kendler, K.S. によって直々に批判されている³⁸⁾。この批判の論拠となるのが、DSM-IIIによる統合失調症と感情障害の鑑別に関する以下の規定である。「完全に症状のそろった抑うつあるいは躁症候群は、もし存在したとしても、なんらかの精神病症状の後に起こってくるか、あるいは精神病症状に比べてその持続期間が短い」(D 基準)つまり、DSM-IIIでは、Schreber のように大うつ病エピソードが精神病症状に先行したとしても、精神病症状の持続期間が大うつ病エピソードの持続期間より長ければ、統合失調症と診断されるのである。現行の DSM-IV-TR にも同様の D 基準がある。Kendler と Spitzer³⁸⁾はこの D 基準によって、Lipton による診断(大うつ病性障害)を批判している。彼らによれば Schreber の DSM-IIIにおける正しい診断は非定型精神病または統合失調症である。ちなみに DSM-IIIの統合失調症の診断基準には、「発病が 45 歳以下であること」という項目があり、これは Schreber にあてはまらない。この点も Lipton が Schreber をうつ病であると診断する際の論拠となっていた。事実、明らかな統合失調症でも、初発が 45 歳以降であった場合、DSM-IIIによる診断は非定型精神病となることが多い。この発病年齢の基準は、1987 年の改訂版 DSM-III-R では削除されているが、もしかすると Spitzer は症例 Schreber に関する Lipton との論争のことがいくらか頭にあったのかもしれない。なお、現行の『DSM-IV-TR ケースブック』⁸⁰⁾においても、Schreber は妄想型統合失調症と診断され

ている。

このように症例 Schreber についての Lipton の見解は穴も多く、当時の診断学の水準から考えても十分なものとはいえない。しかし、Schreber に統合失調症圏ではなく気分障害圏の診断を下すのは Lipton だけではない。DSM-IIIの診断基準のもとになった 1975 年の「研究用診断基準 (Research Diagnostic Criteria)」⁷⁹⁾は、DSM と同じく Spitzer らによって作成されたが、Koehler, K.G.⁴²⁾はこの基準を利用して Schreber を精神病性うつ病から双極性障害へ移行した症例と考えている。最近では、Schreber のテキストをコンピューター解析し、DSM-IV-TR の診断基準を拡張して適用することによって、Schreber に成人発症のトゥレット障害という診断を下す Martin, G.⁶³⁾のような論者もいる。

このように、精神医学の領域では、操作的診断の潮流に乗り、これまで Schreber に与えられてきたパラノイアあるいは妄想型統合失調症という診断をくつがえす議論が散見され、Schreber の診断が統合失調症圏と気分障害圏のあいだで対立している様子がかがえる。

D. 精神分析および力動精神医学による 症例 Schreber の診断

つづいて、精神分析および力動精神医学の系譜に属する論者たちによる症例 Schreber の診断を概観してみよう。

まず、『ある神経病者の回想録』の刊行まもない 1907 年に Jung, C.G.³³⁾は「早発性痴呆の心理学」を著し、精神分析の理論をいち早く Schreber に適用している。Jung は Schreber を早発性痴呆 (Dementia praecox) と捉え、彼の自我障害や言語新作に注目している。Bleuler, E.⁹⁾も、Schreber を統合失調症と捉え、Schreber の著作のうちに彼のいう両価性や自閉をみてとっている。

この領域でもっとも大きな影響力をもったのは、1911 年に発表された Freud の論文「自伝的に記述されたパラノイア (妄想性痴呆) の一症例に関

する精神分析的考察」¹⁹⁾であろう。この論文では、神=父=Flechsig 教授という父性的な人物の系列に対して向けられた同性愛的欲望の抑圧が議論の中心となっており、Freud はこれをパラノイアに一般的な病因と考えている。

Freud は Schreber の診断について「パラノイア」と「妄想性痴呆 (dementia paranoides)」の二つの術語を併記し、より正確には後者であるとしている。Freud は明らかに Kraepelin, E.⁴⁴⁾の意味でこれらの術語を用いているが、Kraepelin および当時の精神医学の一般的な見解によれば、パラノイアならば人格の荒廃は起こらず、早発性痴呆の下位分類である妄想性痴呆ならば比較的早期に荒廃に至るはずであり、このような二つの診断の併記には疑問が残る。この見かけ上の矛盾は、精神疾患一般の経過や終末像としての荒廃状態に彼が注目をしていなかったためであろう。Freud²⁸⁾は、Schreber が住んでいたドレーズデンの医師 Stegmann, A.G. から Schreber に関する個人的情報を収集しており、寛解期の Schreber に面会して彼の著作に関する研究を公刊する許可を得ることまで考えていた。このような発想は荒廃状態が考慮されていたならば起こりえなかったはずである（なお、当時 Schreber はすでに荒廃状態に至り死亡しており、この面会の企図は出会い損ないに終わっている。）

また、Freud は Kraepelin の早発性痴呆や Bleuler の統合失調症という用語に替えてパラフレニー (Paraphrenie) という名称を推奨しているが、これは Kraepelin⁴⁴⁾のいう意味でのパラフレニー (妄想形成が際立つが人格水準が比較的保たれる) とは異なり、妄想病 (Paranoia) と破瓜病 (Hebephrenie) という二つの疾患の関連性を示唆する意味で用いられている¹⁹⁾。つまり、Freud は、パラノイアおよび妄想型統合失調症を、人格水準の低下の有無にかかわらず、すべて同一の枠内で捉えている。彼および以降の世代の精神分析家が語る「パラノイア」は、おおむね現在でいう妄想型統合失調症から妄想性障害の一部までの広い範囲を指すものと考えて差し支えない。

Freud 以後の世代では、彼の分析の細部についての批判はあったものの、彼の理論と診断を大幅に覆すような研究は長らくなされてこなかった。むしろ、Freud 以降の Schreber 研究のなかで最も傑出していると考えられる Niederland, W.G. による一連の研究^{67~70)}は、Schreber の妄想が、父 Moritz の考案した奇妙な矯正器具や、暴力的とすらいえる教育方針を素材として成り立っていると結論づけ、Freud¹⁹⁾が指摘した Schreber の妄想における父性的な病因 (父性的な人物に対する同性愛的欲望の抑圧) についての議論を補強している。一例をあげるなら、Schreber の回想録に登場する妄想である「頭部締め付け機」や「尾骶骨奇蹟」は、父 Moritz の著作に登場する矯正用具と符号しており、「胸部狭窄奇蹟」は子供の姿勢の矯正のために父 Moritz が考案した直立保持具に対応している。このように、Schreber の妄想には彼の幼児期の体験という現実的な核があると Niederland は主張しているのである。このように、Niederland の研究は Freud による先行研究の延長線上にあり、同様に Schreber の診断についても妄想型統合失調症としている。ただし、Niederland⁷⁰⁾は後に自らの論文を単行本化するにあたって、表題に「妄想性人格 (Paranoid personality)」という用語を使用しているが、その用語を採用した理由について明確な説明はなされていない。

後に、Schatzman, M.⁷⁴⁾は Niederland と同様に Schreber の妄想の現実的素材を探し出すことによって、Schreber の病気の原因となった「魂の殺害 (Seelenmord)」は彼の父 Moritz によって行われたと結論づけている。この Schatzmann の著作は、Schreber の幼児期の体験をたどることによって、教育熱心な父 Moritz の躰が Schreber に決定的な心理的影響を与えたとするものである。また、Schatzman は Laing, R.D. の弟子筋にあたる反精神医学寄りの論者であり、Schreber を統合失調症のレッテルをはられた患者として取り扱い、『ある神経病者の回想録』を「気違いじみた家庭への反応と考えれば了解可能」

なものとして読み解いている。この Schatzmann の著作は世界的なベストセラーとなり、症例 Schreber は世界中の多くの人々に知られることとなった。

Schatzmann の反精神医学的アプローチについては、Israëls が 1980 年に提出した学位論文『シュレーバー：父と息子』³⁰⁾によって批判がなされている。Israëls の研究は二部構成からなり、第一部は Schreber の家系の数代にわたっての綿密な史実調査に基づいており、とりわけ父 Moritz の人生と研究生生活について詳しく研究されている。第二部は Schreber の妄想における父 Moritz の重要性を強調する Schatzman に対する手厳しい批判である。Israëls によれば、父 Moritz の考案した一見奇妙な矯正用具は、脊椎奇形の矯正用が開発されたものであり、そのような奇形を持っていなかった Schreber はこの矯正用具を使用されてはいない。Niederland や Schatzman は父 Moritz を「家庭内の暴君 (domestic tyrant)」のように描写しているが、これは父 Moritz の理論をその実践と混同することによって生じていると Israëls は結論づけている。この Israëls の著作は Niederland が Schreber の妄想における父の重要性をするどく指摘した論文⁶⁷⁾と同じタイトル (『シュレーバー：父と息子』) であるが、これはおそらく皮肉である。Niederland や Schatzman が父 (Moritz) と息子 (Schreber) の関係を指摘するのに対して、Israëls は父と息子の関係に重要性を認めず、父を重要視する先行研究を批判しているのである。

このように、この領域では反精神医学の考えが導入されることはあっても、Schreber を妄想型統合失調症およびその近縁とみなす診断は揺るがなかった。しかし、1992 年に刊行された Lothane の『シュレーバーを弁護する：魂の殺害と精神医学』⁵⁹⁾によって事態は一変する。Lothane は Schreber に関する膨大な伝記的事項を収集し、Schreber にこれまで与えられてきたパラノイアや統合失調症という診断は誤診であり、実際はうつ病であると診断している。さらに Lothane は

Schreber の 2 人の主治医 Flechsig 教授と Weber のそれぞれの論文と伝記的事項を徹底的に調べあげた上で、Schreber の「魂の殺害」を敢行したのは彼の父 Moritz ではなく当時の精神医学なのだ結論づける。つまり、Schreber の一見奇妙に見える妄想体系は、彼が受けた当時の精神医療によって作られた医原性のものであるというのだ。たとえば、Schreber の初期の主治医 Flechsig 教授は、「ヒステリー女性の子宮を摘出することによって治療する」(現実的な去勢!) という内容の論文を書いており、これを読んだ Schreber が自らも去勢される (脱男性化) と思ったのではないかという推論がなされる。さらに議論は Flechsig 教授その人のパーソナリティや人付き合いの悪さにまで及び、彼が循環気質であったことや、尿毒症のために妄想傾向があったなどということまでもが様々な証言から暴き立てられる。後の主治医 Weber にいたっては、病気が寛解した Schreber をなおも精神病院に収容し、禁治産者の地位にとどめておくために、何度も執拗に裁判所へ精神鑑定書を送付した悪人として描かれている。また、Freud は Schreber 論¹⁹⁾においてパラノイアを投射 (Projektion) の機制によって説明しているが、彼は 1896 年の「防衛-精神神経症再論」¹⁸⁾においてすでにパラノイアを投射によって説明している。このことから、Freud は Schreber に自らの理論を無理やりに押し付けたのだと Lothane は論じる。一読してわかるように、Lothane の議論は基本的に反精神医学・反フロイト主義の系譜に属するものである (この著作の裏表紙に Szasz, T.S. と Grünbaum, A. による推薦文が掲載されていることからこのことはうかがえる)。

このような Lothane の見解は、現代の精神分析の領域において、特に英米圏では彼の影響力の強さもあいまって広く普及しているようである。米国では 2000 年に『Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken』の英訳新装版⁷⁶⁾が刊行されたが、この版では Schreber を精神病として扱う Macalpine, I. ら⁶⁰⁾による解説が削除されており、

かわりに Lothane の見解を数多く引用した解説が付されている。いまや英米圏の精神分析や力動精神医学の領域では、Schreber は統合失調症圏ではなく「うつ病」の患者であり、彼の奇妙な妄想体系は当時の精神医学の暴挙による医原性のものであるという Lothane の見解が一定の評価を集めているように思われる。

E. Freud による症例 Schreber の診断の再検討

これまで見てきたとおり、精神医学の領域では操作的診断の観点から Schreber を気分障害の症例として位置づける議論がある。また、精神分析および力動精神医学の領域でも、Lothane のように Schreber をうつ病と考える論者もいる。ならば、Freud と彼らの診断における対立は、「パラノイア」対「うつ病」、 「統合失調症」対「気分障害」と整理することができるのだろうか。私たちの考えでは、答えは否である。Freud にとってこの二つの診断は決して単純な対立軸にはない。Freud が症例 Schreber に与えた診断を再検討してみよう。Freud は以下のように書いている。

「患者 (Schreber) が展開するところの膨大な心気妄想的な諸観念の幾つかのものは、自慰者の心気症的な心配と文字通り一致する (……)。パラノイアの症例ではほとんど規則的に起こる心気症的な随伴症状をもパラノイアの発生機制的因果連関の中に組み入れて、これを総合的に理解することに成功した時にはじめて私は、パラノイア理論を、信頼すべき価値あるものと考えよう。私には、心気症がパラノイアに対して占める立場と不安神経症がヒステリーに対して占める立場が、ちょうど同じような対応的な関係を示しているように思われる」。(邦訳を多少改変した)¹⁹⁾

ここで Freud は、1884 年と 1893 年における Schreber の 2 度の大うつ病エピソードを「心気症的な随伴症状」と呼び、これが後の精神病的な時期に対して基礎的なものであると捉えている。もちろん、統合失調症の幻覚妄想状態に先立つ前駆症状として気分症状が多く見られるという事実

は数限りなく観察されていることである。しかし、Freud が語っているのは、統合失調症の経過において、過渡的・前駆的なものとして気分症状が見られるということではない。Freud は大うつ病エピソードに相当する期間を「心気症」と呼び、「心気症」と「パラノイア」の二つの疾患のあいだの発展的移行を論じているのである。さらに、後の論文²⁰⁾では、彼のいうパラフレニーは心気症を基礎として形成されると明確に規定されている。つまり彼は Schreber の気分症状および心気症状を、単に統合失調症の前駆症状として捉えているのではない。この微妙な差異を私たちはどのように解釈すればよいただろうか。私たちの考えでは、この差異は Freud の依拠する疾病分類学上の前提が、現代の私たちの依拠するものと異なることに由来する。このことを明確にするためには、少々の歴史的な補足が必要であろう。

まず、心気症および抑うつ状態とパラノイアとの関係について、当時の精神医学の議論を参照してみよう。単一精神病論を体系化した Griesinger, W.²⁹⁾ は、偏執狂 (Verrücktkeit) は心の調子の低下状態であるメランコリーに引き続いて常に二次的に生じると 1845 年に論じている。彼は心気症をメランコリーの一種としており、心気症から偏執狂への移行を考慮していたと見てよい。また、1860 年に Morel, B.-A.⁶⁶⁾ は心気症から被害妄想病 (délire de persécution) への移行、およびその混合型を記載している。1878 年に Westphal, C.⁸⁴⁾ は偏執狂を 4 つの型に分類しているが、その第一のものは心気症型であり、心気症の感覚障害を基盤として、幻覚を伴う被害妄想病が成立するとされる。このように、Kraepelin⁴⁴⁾ の二分法的体系が登場する以前の精神医学においては、パラノイアの被害妄想はメランコリーや心気症から二次的に発展するという考え方が支配的であったといえる。Freud による症例 Schreber の把握は、この潮流に属する (表 1)。

一方、この両者を独立させて考える二分法の流れもある。1852 年に Laségue, C.E.⁵⁶⁾ は、被害妄想病という臨床単位を、抑うつ性のリペマニー

(lypémanie) から独立させることによって成立させた。Cotard, J.¹⁴⁾ は、1882年に不安メランコリー (mélancolie anxieuse) の重症型にみられる否定妄想 (délire des négations) を、Laségueの被害妄想病と対照的なものとみなしている。このようにパラノイア性の被害妄想と、メランコリー性の抑うつ・心気症状を独立したものとみなす二分法的な考え方は、Kraepelin⁴⁴⁾ が疾患の経過を重視することによって早発性痴呆 (統合失調症) と躁うつ病 (気分障害) をそれぞれ原因も症状も転帰も異なる疾患として分離し、二大精神病として確立したことに極まり、ここにいわゆる「Kraepelinの二分法 (Kraepelinian dichotomy)」が成立することとなる (表2)。

このように概観するならば、Freudの考え方は、現代の記述精神医学が前提とする Kraepelinの二分法以前に存在した単一精神病論的な考え方に近いことが理解されよう。Griesinger²⁹⁾ によって体系化された単一精神病論では、精神病は一次性感情障害 (primären affectiven Störungen) に始まり、二次性の心的衰弱状態 (psychischen Schwächezustand) に至るものとして捉えられる。同様に Freudは、症例 Schreber を題材に、精神病の急性期における一次的段階としての心気症に注目し、そこから二次的に発展するものとしてパラノイアを位置づけているのである。

さらに、Freudが Schreberの初期の病像に与えた「心気症」という用語について検討を加えよう。「心気症」という用語は長い歴史を持ってお

り、その概念は多義的でときに不明確なものとなるがゆえに、Freudがこの用語に込めた意味を明確にすることはきわめて重要である。心気症は現行の DSM-IV-TR⁷⁾ では身体表現性障害のなかに位置づけられている。しかし、心気症はそもそも独立疾患であるのか、他の疾患に伴う一症状であるのかという議論は古くから盛んに行われてきた。また、心気症をうつ病と関連するものとして論ずる立場⁷³⁾ と、統合失調症と関連するものとして論ずる立場^{9,44)} とのあいだで意見の相違も散見される。Freudにとっての「心気症」とは一体何だったのだろうか。

彼は Schreberの心気症を「自慰者の心配」¹⁹⁾ との関係で論じているが、まずこの言葉の意味を正確に把握することが必要である。自慰に代表される内的興奮 (欲動) の処理の問題と心気症の病理との関係はどのように捉えられていたのだろうか。Freud¹⁷⁾ は1894年に、Beard, M.G.¹⁰⁾ の神経衰弱 (Neurasthenie) から不安神経症 (Angstneurose) を取り出し、神経衰弱を神経衰弱そのものと不安神経症の二つに分離している。神経衰弱は内的興奮に対する不適切な処理、つまり自慰や遺精から生じ、不安神経症は内的興奮の処理の欠如、つまり禁欲を行うことから生じる。当時の理論によれば、自慰を行いつつ神経衰弱者は、自慰をやめ禁欲しても不安神経症とはならず心気症になる。このように、Freudにとって当時の心気症は神経衰弱の概念に包摂される状態像、あるいはその転帰であった。心気症についてのこのような考え方は Freudに限ったことではない。Beardの神経衰弱概念は1880年以降に一世を風靡し、「神経症の女王」と呼ばれるまでに拡大されており、心気症を神経衰弱の一種とする見解はむしろ一般的なものであった⁵⁵⁾。たとえば Binswanger, O.¹¹⁾ も心気症を神経衰弱が発展・悪化

表1 単一精神病論の系譜

Griesinger (1845)	メランコリー (心気症) → 偏執狂
Morel (1860)	心気症 → 被害妄想病
Westphal (1878)	心気症 → 被害妄想病
Freud (1911)	心気症 → パラノイア

表2 二分法の系譜

Laségue (1852)	リペマニー	被害妄想病
Cotard (1882)	不安メランコリー (否定妄想)	被害妄想病
Kraepelin (1899)	躁うつ病	早発性痴呆

した転帰であると考えている。Freud 理論において、心気症が現勢神経症 (Aktualneurose) の一種として神経衰弱から独立させられるのは 1914 年のことであり、それ以前に心気症概念の更新はない²⁰⁾。それゆえ、1911 年の Freud が Schreber に与えた「心気症」という用語は、神経衰弱の一種として理解されるべきである。

では彼のいう神経衰弱とは何か。Freud¹⁷⁾ は神経衰弱から不安神経症を分離し、そうして残った神経衰弱のうち、周期的・間歇的な経過をとるものをメランコリーによるものと考えていた。また、同時期の草稿²⁷⁾ では神経衰弱の重症型がメランコリーであるとされている。つまり、Freud が使う「神経衰弱」という用語は、当時の循環精神病やメランコリーに相当する疾患群をも広くカバーしていたのである。実際に Freud²⁷⁾ は、周期性の抑うつ状態に意欲低下、不眠を伴う内因性うつ病の症例を提示し、それをメランコリーと呼び、遺伝的素因と自慰によって生じた神経衰弱であるとの考察を加えている。ここから明らかなように、Freud が Schreber に与えた「心気症」という用語は、「神経衰弱」を経由して、メランコリーあるいは内因性うつ病の意味合いを多分に含んでいる。Freud と同様に心気症をメランコリーの一種と考えた論者の筆頭は Griesinger であったが、彼の単一精神病論に重ね合わせるならば、Freud も精神病の入り口を一次性的感情障害に据えていたと言えるだろう。先に見たような Schreber が統合失調症だったのか、それともうつ病だったのかという診断上の対立は、Freud にとって問題となっておらず、むしろ彼はこの二つのあいだの発展的・移行性的性質に目を向けていたのである。

このような精神病理解は精神医学の黎明期に一時的に見られたものでは決してない。例えば Conrad, K.¹³⁾ のいうトレマ期からアポフェニー期への移行も同様の事態を現象学的に記述しているものと考えられる。彼によれば、統合失調症はトレマ期に始まるが、この時期の病像は気分の面では不安、抑うつ、罪業感の強いものであることが多く見られ、臨床的に内因性うつ病と区別する

ことはできない。それゆえ彼は内因性うつ病と統合失調症を二者択一的なものとして捉えることに反対している。統合失調症ではトレマ期からアポフェニー期へと移行し、世界のすべてが「私」に影響するようになり、妄想知覚、考想吹入などのいわゆる陽性症状が生じる (症例 Schreber もシュープを繰り返すなかで、抑うつと緊張が支配するトレマ期から被害妄想が成立するアポフェニー期へ移行していることは明らかである。さらに Schreber は後にアポフェニー期の逆転たる誇大的なアナストロフェの状態に至り、「私」が世界のすべてに影響する世界再構築の妄想を語り、緩やかに残遺状態へ移行している)。このようなトレマ期からアポフェニー期への進展は内因性うつ病では生起しないとされる。Conrad の訳者である中井ら¹³⁾ の解説によれば、内因性うつ病や躁病は、統合失調症と同一の過程 (Prozess) がトレマの水準で経過しアポフェニーに至らなかったものの一部と考えられるという。

F. 統合失調症と躁うつ病を統合する 自己愛神経症の病理

それでは、Freud は心気症、統合失調症 (パラノイア含む)、およびメランコリーの関係を実際どのように捉えていたのだろうか。1910 年代のパースペクティブ¹⁹⁻²²⁾ から整理してみよう。

Freud は、これらすべての疾患に共通する基礎障害として、「外界 (対象) からリビドを撤収し、自我にリビドを過剰に備給している状態」を想定している。この共通性からこれらの疾患群は「自己愛神経症」と呼ばれる²⁰⁾。私たちが日常において体験している外界は、対象に対して私たちがリビドを備給することによって外界として成立しており、自己愛神経症において対象への備給が撤収されることは、外界の他者や事物に対する関心が消滅し、ついには外界そのものが崩壊してしまうことを意味する。この現象はその極限において、いわゆる世界没落体験に至るだろう^{19,20)}。

Freud のいう心気症は、外界から撤退したりリビドが自我によって処理されることに失敗した状

態であり、特定の身体器官への備給はあるにせよ、自己愛神経症の一次的な基礎障害が純粋な形で現われている状態に近い。私たちはこのような心気症の状態を、Griesinger が精神病の入り口に据えた一次性感情障害とほぼ等価なものとして捉えた。パラノイア（妄想型統合失調症含む）、その他の統合失調症性疾患は、このような心気症的な自閉状態から脱して、失われた外界を回復しようとする二次的な試みである。

パラノイアでは、撤回されたりリビードの全量が自我に備給されたことによって、自己自身を対象として愛するナルシズム的な態度が生まれ、ナルシズム的な満足を監視するものとして被注察感が生じる。ナルシズム的な態度からは、自己と同性の人物を愛の対象として選択する無意識的な同性愛傾向が生ずる²⁰⁾が、この同性愛傾向は耐え難いものとして抑圧される¹⁹⁾。ここから妄想形成が始まる。例えば、被害妄想の場合では「私は彼を愛する」という同性愛的欲望が抑圧され、「私は彼を愛さない、私は彼を憎む」へと変換される。さらに、この思考は外界の「彼」に向けて投射され、主体と客体が入れ替わり、「彼が私を憎む」へと変換される。こうして被害妄想が成立する。この投射という主客転倒の機制によって、失われた外界は妄想的な仕方でも回復されることになる。パラノイア者は、自己のうちに抑圧されたものを外界へと投射し、彼自身の内界を外界として回帰させることによって、崩壊した外界を作り直すのである¹⁹⁾。症例 Schreber における被害妄想の成立も、このような投射の機制によって説明される。

投射の別の様態も存在し、「私は彼を愛する」の主客を転倒させ、「彼が私を愛している」と変換することから被愛妄想が生じる。さらに、「私は彼を愛する」の主語を妻に入れ替え「妻が彼を愛する」と転倒させることから、嫉妬妄想が生じる。最後に、「私は誰も愛さない。愛される価値があるのは自分のみである」という自我の性的な過大評価（極度のナルシズム）からは、全能感を伴う誇大妄想が生じる。

Freud が統合失調症と呼んでいるのは、おおむね妄想型統合失調症（パラノイア含む）以外の統合失調症性疾患であるが、これらの疾患も世界没落によって失われた外界を回復しようとする試みである²¹⁾。しかし、これらの疾患ではパラノイア（妄想型統合失調症）のような投射の機制は用いられず、急性期における幻覚性の機制によって外界が不完全に回復させられる。そのために、妄想型と比して投射に由来する妄想は目立たないものの、抑圧による退行が著しくなり、人格水準の低下が早期に起こるとされる¹⁹⁾。このような Freud による統合失調症理解は、精神分析が排除される以前の米国精神医学に大きな影響を与えている。一例として、DSM-II の妄想型統合失調症の解説を引用しよう。

「一般に、この疾患（妄想型統合失調症）は破瓜型や緊張型のような人格の広範な解体を示さない。それはおそらく、この妄想型統合失調症の患者が投射の機制を使うからである。この投射の機制は自分にとって受け入れられない特徴を他者のせいにするものである。」⁵⁾

本邦の小出⁴³⁾は、統合失調症を妄想指向型、幻覚指向型の2つに分類しているが、これも上記のような Freud の区分を継承した考えである。彼は、緊張病を統合失調症の一病型としてではなく、世界秩序の崩壊が起こるカオス的な「緊張病状態」として捉え、これを統合失調症の純粹状態に据える。統合失調症者の妄想と幻覚は、このような緊張病状態に再度陥入しないための防衛として捉えられる。つまり統合失調症では、崩壊した世界を回復するために妄想と幻覚が利用されるのである。ここから統合失調症における妄想指向型と幻覚指向型の二つの類型、および両型の間中型の存在が演繹される。幻覚指向型の防衛は、妄想指向型に比べて世界からより撤退したものであり、病態もより重篤であるとされる。さらに、破瓜型は防衛の不在のために容易に緊張病状態に陥りやすいものとして定義される。この理論は、精神病の入り口に外界からのリビードの撤退（心気症的な世界崩壊）を見出し、それにつづく外界の回復

の機制としての投射と幻覚を想定した Freud の考えを敷衍させたものであると言えよう。

次に Freud のメランコリー概念を取り上げる。Freud²²⁾ の論じるメランコリーは、周期的に再発する経過を取るものであり、また、抑うつ状態と躁状態が規則的に交代する循環精神病をも含むものである。Freud は、躁病と循環精神病（躁うつ病）をメランコリー（うつ病）と同一の病理のなかで把握し、それらをメランコリーの一類型と考える「メランコリー一元論」の立場をとっている。後に取り上げる Abraham, K.²⁾ は、Freud 以前に躁うつ病を精神分析的な観点から論じているが、彼はその際に Kraepelin の躁うつ病 (manisch-depressives Irresein) 概念に依拠している。Freud は、自らのメランコリー理解はこの Kraepelin-Abraham の躁うつ病に関する仕事を引き継いでいると語っている²⁶⁾。それゆえ、彼のメランコリー概念は、Kraepelin⁴⁴⁾ の一元論的な躁うつ病理解に対応している。Freud のメランコリー論は、身体面の症状を十分に論じていないために、Kraepelin の躁うつ病概念とは相容れぬものとする向きもあるだろう。しかし、そのような限界はあるものの、Freud のメランコリー概念が Abraham の議論を通して Kraepelin の躁うつ病概念を念頭においていることは、系譜学的に否定しえない。

メランコリーにおいても、これまで見てきたパラノイアや統合失調症と同様に、対象への備給が撤回され、解放されたりビードが自我へと帰還する心気症的な世界崩壊が生じる。つまり、メランコリーでも、精神病の入り口たる心気症状態に陥るのである。ここまではパラノイアや統合失調症と同じであるが、メランコリーではこの過剰な自我リビードの処理のされ方が異なり、このリビードは失われた対象と自我を同一化するために拘束される。メランコリー者は、自分がかつて愛していた失われた対象という空無へと自我を同一化させるのである。その結果、自我は空虚なものとなり、貧困化する。この貧困化した自我に対する自己解釈として微小妄想が生じる。また、メランコ

リー者は自らのうちに取り込んだ失われた対象に対する非難を行うが、すでに対象は自我のうちに取り込まれており、この他者非難は自己非難として現われる。このため、取り込まれた愛の対象に対してなされる非難は、Bleuler の意味での両価性を持つ²¹⁾。メランコリーは周期的な経過を示し、躁病に容易に転換する。躁病では反対に、自我は対象の喪失を克服し、拘束されていたリビードの全量を自由に使えるようになる。

このように、Freud の理解では、メランコリー（躁うつ病含む）と統合失調症（パラノイア含む）は、対象からのリビードの撤回と自我への過剰な備給という一次的な基礎障害を共有しており、その基礎障害からの二次的な発展の仕方が各種の病態の差異を作るとされる。両疾患は、精神病の入り口としての世界崩壊を共有しているのである。いふなれば、Freud は初期段階におけるリビードの障害に着目し、これを両疾患にまたがる内因性精神病の共通経路 (common pathway) として捉えているのである。それゆえ、メランコリーは早発性痴呆とパラノイアとともに「自己愛神経症」として同じ枠内で捉えられ²⁴⁾、さらには「精神病」の下位分類の2種類としてメランコリーと統合失調症が指定される²³⁾。これらの疾患群では、精神分析治療の端緒となる転移が形成されないことから、1910年代のFreudはこれを精神分析によって治療することは不可能だと考えていた²⁰⁾（この見解は1920年代に修正される²⁵⁾）。

このようなFreudの内因性精神病理解は、精神医学にとってどのように扱われてきたのだろうか。先に見たとおり、戦後の米国での力動精神医学の隆盛を受けて、1968年のDSM-IIには投射の概念が採用されていた。また、Freudの精神病論は1970年代までは盛んに研究されており、彼のパラノイア理論の妥当性について幾つかの統計学的研究^{12,57,85)}もなされている。これは当世風の言葉でいえば、Freud理論をEvidence Based Medicineのレベルで再検討するということになると思われるが、実際にそのような動きは米国を中心に存在した。しかし、このような統計学的レ

ベルにおいても Freud の理論の正当性は際立って証明されなかったという難点があり、その後の記述精神医学の理論に Freud の精神病理理解が影響を与えることはなかった。さらには後の DSM-III の発表によって、Freud の精神病理理解は臨床実践においてほとんど忘れ去られたと云ってよい。

G. Freud 以降の自己愛神経症の病理

次に、Freud 以降の分析家が精神病（自己愛神経症）の領域をどのように理解してきたかを概観してみよう。

まず、この領域には Abraham²⁾ による先駆的仕事が存在する。前述したように、彼は気分障害の領域に精神分析を適用するにあたって、Kraepelin の躁うつ病 (manisch-depressives Irresein) 概念に依拠している。また、Abraham¹⁾ は早発性痴呆に初めてリビード理論を適用した一人であり、対象からのリビードの撤回を早発性痴呆の特徴としたのは彼の功績である。

Abraham³⁾ にとっても、パラノイアと躁うつ病はともに対象喪失（対象からのリビードの撤回）に起因するものとされ、両者の一次的な基礎障害は共通のものとして捉えられている。両疾患ではこの対象喪失からの二次的な回復の仕方が異なるとされ、パラノイアでは投射、躁うつ病では取り込み (Introjektion) の機制が想定されている。さらには、パラノイアにも取り込みが想定されるが、これは躁うつ病における対象の全体的な取り込みとは異なり、あくまで部分的な取り込みにとどまるものとされる。さらに、Abraham²⁾ はうつ病に、Freud がパラノイアに見出したものと同型の文法的な変換構造をみてとっている。Abraham にとっても、躁うつ病とパラノイアは共通の基礎障害から生じ、その病理も近縁のものと捉えられているのである。

Tausk, V.⁸¹⁾ はさらに一歩進んで、自己愛神経症の統合的把握を行っている。彼は自己愛神経症に属するメランコリー、パラノイアおよび統合失調症を大きな一つの単位として捉え、それぞれの

症状が他の各々の病態においても起こりうると思われる。彼はメランコリー性の抑うつ気分、制止、自己非難といった症状に、パラノイア性の注察妄想、被害妄想、猜疑心を合併している症例を提示してそれを論証している。Tausk の取り上げている症例は、現行の DSM-IV-TR の基準ではおそらく「失調感情障害」、あるいは症例によっては「精神病性の特徴を伴う大うつ病性障害」と診断されるであろう。彼は、このような統合失調症とメランコリーの間領域に位置する疾患群を初めて精神分析的に論じ、自我に備給されたりリビードの二次的な処理のされ方によっては、このような中間領域が様々に起こりうることを論証している。リビードが投射の機制によって処理されればパラノイア性の要素が増加し、取り込みによって処理されれば病像はメランコリー性に傾くというのである。いわば、彼は統合失調症とメランコリーのあいだにリビードの処理の様態に基づく連続的なスペクトラムを想定しているのである。

Tausk の理論に明らかなような、メランコリーとパラノイア、ひいては躁うつ病と統合失調症が基礎障害を同じくすること、および両者のあいだに連続性があるという考えは、精神分析理論の通奏低音として機能している。

Klein, M.^{40,41)} の妄想分裂ポジション、抑うつポジションの理論も、このような発想の延長線上にある。彼女の理論では、妄想分裂ポジションにおける口愛的・肛門的サディズムから生じる迫害的不安は、後のパラノイアと統合失調症の発展につながるものとされる。一方、抑うつポジションの時期に生じた障害に起因して躁うつ病が発生するとされ、パラノイアとメランコリーのあいだには発生的連関があると論じられる³⁹⁾。

以降の世代において躁うつ病を精神分析的に論じる著者の筆頭としては Jacobson, E.³¹⁾ が挙げられる。彼女は躁うつ病と統合失調症を明確に区別する二分法を採用するものの、躁うつ病を病態としては精神病レベルに位置づけており、その転移の形式も精神病的であることを主張している。Freud から Jacobson に至るまで、精神分析が一

貫して躁うつ病を統合失調症と同じ精神病水準において捉え続けてきた理由の一つは、おそらく精神分析家が転移という公準をその武器としているからであろう。転移の不能、あるいは独特の精神病性のモードの転移の発生が精神病（自己愛神経症）の目印として機能しているのである。

最後に、Lacan 派の精神病理理解を取り上げよう。Lacan 派の論考のなかでは統合失調症が議論になることが非常に多いのに対して、躁うつ病 (psychose maniaco-dépressif) やメランコリーが主題的に論じられる機会は少なく、その臨床的位置づけについては諸説^{16,77,78,83)}あり、意見の一致をみていない。しかし、メランコリーと躁病はともに精神病性の症状として扱われ⁶²⁾、疾患としても構造としても精神病に位置づけられると考えられている⁷¹⁾。ただし、躁うつ病やメランコリーが Lacan, J. のいう意味での精神病であるということにはさらなる説明を要するだろう。

1950年代のLacan^{48,51)}は人間の主体の成立をシニフィアンの集合からなる象徴界の成立にみてとっており、この象徴界に欠陥があること、すなわち〈父-の名〉という特権的なシニフィアンの排除 (forclusion du Nom-du-Père) という構造的欠陥があることを精神病の構造的条件であると捉えていた。この理論が、症例 Schreber の研究によって形成されたことは広く知られている。しかし、主体の成立をシニフィアンにみるこの構造主義的な理論は、1960年代には疎外 (alienation) と分離 (séparation) という観点から捉えなおされる^{49,50)}。疎外とは、人間が言語の世界に籠絡されることを示しており、ここでは前言語的存在が抹消される。分離では、主体の欲動の対象 (対象 a) が落下させられ、失われた対象となる。いわゆる〈父-の名〉の機能、父性隠喩はこの分離の操作の原動力である⁴⁹⁾。つまり、1950年代の理論において精神病の構造的条件として捉えられていた「〈父-の名〉の排除」は、1960年代の理論では「分離の不成功」として捉えなおされている⁶⁴⁾。〈父-の名〉の機能が働かず、去勢が作動しない精神病では、対象 a の分離がなされな

い。

対象 a の分離が成功した場合には、正常と地続きの神経症となり、そこでは対象 a が欲望の原因-対象として機能し、他者の享楽の対象であることを拒絶する幻想が生み出される。一方、分離が不成功に終わった精神病水準の病態では、致死的な享楽の過剰をせき止めることができない。それゆえ、精神病では主体の享楽との直接的関係に基づく病理が発生する可能性もたらされる⁷¹⁾。

Lacan によれば、妄想型統合失調症では、享楽は他者の場に見定められ、主体は他者に享楽される対象へと幻覚的に変貌する⁵²⁾。「女性化し、他者に性的に濫用される」という Schreber の妄想はこのような享楽の病理の典型例である。

同様に、メランコリーおよび躁病も、他者の享楽に主体が圧倒されてしまう病理として説明される。メランコリーでは他者の享楽の対象への同一化が起こるとされるが、これは Freud のメランコリーの病態の定義である「失われた対象との同一化」をそのまま引き継いでいる。この特殊な同一化の形態はとりわけ、現実の空無に飛び込んでしまうかのようなメランコリー者の自殺において明らかである。不在の空虚な対象に対するこのような自殺的同一化 (identification suicidaire : 筆者らの造語) では、父の機能不全が主体の全存在をもって補償されることになる⁷¹⁾。メランコリーでは空虚が主体を全面的に侵略してしまうのに対して、躁病では反対にこの空虚が無視される。この対象 a の無視 (méconnaissance) によって、対象 a は機能することができない⁵⁴⁾。Lacan は、対象についてのこのような態度から無意識 (言語) の排除 (rejet) が起こると考え、躁病性興奮をこの排除された言語の回帰として捉えている⁵³⁾。この理論はとりわけ観念奔逸の現象を、対象によって制止されない、尽きることのない無限のシニフィアンの換喩として説明することを可能にする⁵⁴⁾。

このように、Lacan 派においても、躁うつ病は統合失調症およびパラノイアと同じ精神病の水準において理解されており、両者は一次的な基礎

障害（分離の不成功）を同じくするものとして捉えられているのである。

もちろん、「大うつ病性障害」や「双極性障害」といった、現在の DSM でいうところの気分障害のすべてがこのような理解に妥当するわけでは全くない。本稿で取り上げた Freud や以降の世代の分析家が論じるメランコリーや躁うつ病の理論は、純粋に内因性の病態が想定される。とりわけ重症の気分障害に限って適用されるべきものであって、神経症性の気分症状には妥当し得ない。健常者にも生じうる対象喪失を契機とした神経症性の抑うつは、Freud²²⁾によって「喪 (Trauer)」と呼ばれており、病的な素質を持つ患者に生じるメランコリーとは明確に区別されている。

H. 精神病の統一的理解に向けて

私たちが前節までに示したことを再度確認しよう。私たちは症例 Schreber に与えられた診断の変遷をたどり、パラノイア（妄想型統合失調症）と気分障害という二通りの診断を取り出した。そして、Freud の診断を再検討した結果、彼の精神病理解は単一精神病論の流れを受けており、急性期の感情症状と心気症状を特徴とする一次性障害から二次性のパラノイアへの発展的移行が論じられていたことが明らかとなった。Freud は精神病の入り口をなす一次性障害を外界からのリビードの撤退に起因する世界崩壊に据え、そこから発展する二次的な状態としてパラノイアと統合失調症を捉えたのである。この点で Freud の考えは Griesinger に接近している。また、精神分析理論において、統合失調症と躁うつ病（メランコリー）は対象からのリビードの撤退という共通の基礎障害を持つものとして論じられており、両者はその入り口においてリビードの障害という共通経路を持つものとされていた。Lacan 派においても、躁うつ病は統合失調症と基礎障害（対象 a の不分離）を共有するものとして理解されていた。

このような精神分析の理論を疾病分類の歴史のなかで捉えるならば、これまでの精神医学において優勢を占めてきた「Kraepelin による二分法

(Kraepelinian dichotomy)」と齟齬を来たすものであると言えよう。「Kraepelin による二分法」では統合失調症と躁うつ病がその病理から経過、予後に至るまで分断されたものとして捉えられるのに対して、私たちがこれまで確認してきた症例 Schreber の取り扱いと内因性精神病をめぐる精神分析の理論は、この両疾患群の一次的な基礎障害を同一のものとみなし、両者の差異を二次的な発展に求めている。

もちろん、Freud や後の精神分析家の理論的興味は、主として分析実践の場において症状をどのように捉え介入していくかという治療の方向性にかかわる所にあり、Kraepelin が考えていたような疾患単位 (Krankheitseinheit) を彼ほど精緻に思考していたわけではない。そのため、私たちが精神分析理論から取り出した疾患分類についての議論を、記述精神医学による疾患分類の議論と接合することには、つねに一定の困難が伴う。

しかし、上に見てきたような、Kraepelin の二分法と精神分析理論のあいだの疾患分類上の齟齬は、決して古臭い問題ではなく、私たちの内因性精神病理解の根幹にかかわるものである。特に近年、統合失調症と躁うつ病を統合的に捉える単一精神病論的思考の復権が再びめざましい勢いを見せていることをも鑑みれば、私たちが取り出してきた精神分析による内因性精神病の統一的理解は、もう一度再考されてしかるべきものではないだろうか。

近年、重症の精神疾患を持つ患者の多くが気分症状と精神病症状とを併せ持つこと、家族研究や遺伝子研究によっても統合失調症と躁うつ病を明瞭に区別できないことなどから、100 年のあいだ主流となってきた Kraepelin による二分法の終焉が始まったと言われている¹⁵⁾。現代の記述精神医学にも、躁うつ病と統合失調症を同じディメンジョン（次元）のもとで「精神病」として再考する流れが存在するのである。この議論は、躁うつ病と統合失調症を自己愛神経症として統一的に捉える精神分析の力動論に一脈通じるところがある。DSM-V 策定に向けて現在も活発に続けられてい

るこの動向のなかで特筆すべきものは「精神病を脱構築する (Deconstructing Psychosis)」⁸²⁾ という DSM 改定のための中間報告である。この報告では、統合失調症、双極性障害、失調感情障害、短期精神病性障害、精神病性うつ病などを包括する「全般性精神病症候群 (general psychosis syndrome)」の概念が提唱されている。このような動向について、加藤³⁷⁾ は以前「DSM-V が向かっているところは (……), Kraepelin の体系に先行する Griesinger の体系に他ならない。その意味で、来るべき DSM-V は、ネオグリーンガリズムの性格をもつ可能性があることが考えられる」と述べ、単一精神病論との関係を示唆している。

もっとも、現代における単一精神病論の推進者の一人である Marneros, A.⁶¹⁾ が指摘するように、「Kraepelin による二分法」と呼ばれる考え方そのものがある種の虚構であり、この二分法を教条化したのは Kraepelin ではなくむしろ彼の追従者であった。また、後に Kraepelin⁴⁶⁾ はみずから二分法を否定し、早発性痴呆と躁うつ病のそれぞれの症状が重複する中間領域の存在を認めている。このような史実を考慮するなら、100 年のあいだ Kraepelin の二分法が精神医学における主流を占めてきたという言説は不正確なものとなろう。近代的な記述精神医学の誕生以来、臨床家は統合失調症と躁うつ病という二大内因性精神病のカテゴリーに納まりきれない「中間領域」の存在に絶えず出会いつづき、幾多の精緻極まる記述的研究がなされてきた。そのような中間領域のうちの特定の型について、精神医学はこれまで失調感情障害^{7,34)} や非定型精神病⁶⁵⁾ という名を与えてきた。全般性精神病症候群の概念は、このような中間領域をも統一的に捉えようとする試みである。

精神分析理論も、このような中間領域を独自のやり方で理解する潜在的可能性を持っているように思われる。中間領域の理解には、前述した Tausk のようなリビードの処理の様態に基づくパラノイアとメランコリーのあいだの連続的なスペクトラムを応用することができるように思われ

る。英米圏における Tausk の紹介者である Roazen, P.⁷²⁾ は以下のように述べている。

「Tausk の精神病論文は、Kraepelin の疾患単位であるパラノイアと躁うつ病の中間に位置する幾つかの精神病を取り扱おうとする試みのほしりである。(……) 彼はメランコリーとパラノイアを相互の関係において説明することを提案している。(……) 彼は古典精神医学の形式主義の限界をしめそうとしているのである。」

統合失調症から躁うつ病に至るまでの広い疾患群を、その中間領域を含めて統一的に理解する試みとしては、Janzarik, W.³²⁾ のものがよく知られている。彼は内因性精神病の中心病態を統合失調症と躁うつ病の病態が重なりあう中間領域 (Zwischenbereich) に見定め、その素地を力動的不安定性 (Instabilität der Dynamik) と関連付ける。彼のいう力動的不安定性は、私たちの取り扱ってきた精神分析理論では、リビードの障害に対応させることができるだろう。Freud は外界からのリビードの撤回を内因性精神病の一次性障害と捉え、そこからの二次的なりビードの処理の様態が各種の精神病の病態の差異をつくると考える。ここにリビードの処理に基づくスペクトラムを持ち込み、中間領域を理解しようとしたのが Tausk である (図 1)。1960 年代の Lacan は内因性精神病の基礎障害に対象 a の分離の不成功を据えたが、ここからは制御不能な享樂の病理が生じうる力動的な不安定性が帰結する。中間領域を含む内因性精神病の力動的断面は、この享樂の病理のさまざまな表れとして捉えることが可能である (もちろん、精神病の病理は力動だけではなく、とりわけ統合失調症では自我機能や言語の領域にまで及ぶものであり、その全体的な把握のためには構造的断面からの検討が別途必要になることは加藤³⁵⁾ の指摘する通りである)。

最近議論されている「全般性精神病症候群」という用語が意味する範囲は、短期精神病性障害のなかのヒステリー性精神病の症例が除かれる限りで、Freud がリビードの障害を基礎とする自己愛神経症として捉え、後に Lacan⁶¹⁾ が複数形で

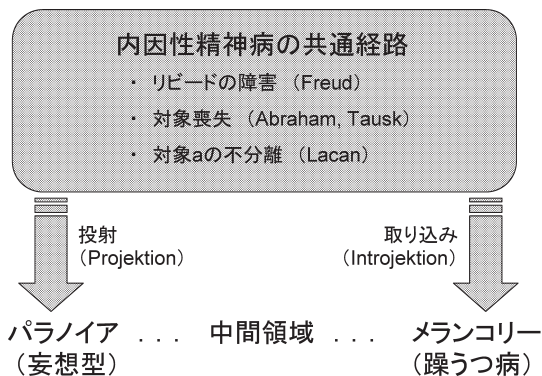


図1 内因性精神病の力動的的理解

一次性段階は疾患横断的であり、それぞれの疾患の差異は二次的な発展に求められる。本図では一例として Tausk による二次的な発展の理解を示す。

「精神病 (les psychoses)」として取り扱ったものと対応すると私たちは考えている。もっとも、この領域における精神分析の理論と症例は、現在のところごく限られた不十分なものである。それゆえ、全般的な精神病症候群に属する疾患群の多様性のすべてをリビードの処理の多様性で説明できるかどうか、あるいは、この領域に属するすべての患者をこのような力動的観点から捉えることができるかどうかという点は、私たちの今後の研究の課題となる。

統合失調症と躁うつ病をその中間領域を含めて統一的に理解するこのような考えは、内因性精神病をとりわけその一次性段階の共通性に着目して捉えるものである。この一次性段階は臨床的にはおおむね急性期病態に対応することを最後に付言しておこう。Freud はパラノイア、統合失調症およびメランコリーをリビードの障害から発展する二次性の状態として捉えたが、彼のように精神病を急性期の一次性段階と慢性期の二次性段階に区別して捉える考え方は、とりわけ急性期段階における内因性精神病的疾患横断的なあり方を重視した見方であると言ってよい。同様に精神病を二段階の経過を取るものとして捉えていた Griesinger が、精神病の急性期段階である一次性感情障害 (メランコリーとマニー) を本質的に可逆的

(回復可能) なものとして見ていたことは、治療論的観点からも特筆されるべきであろう。近年、精神病 (統合失調症と躁うつ病) の急性期を首尾よく終わらせ、慢性化を防止するような初期治療の重要性が言われている⁴⁾が、精神病の一次性段階をリビードの障害として把握する精神分析による力動的な理解は、早急な治療が必要とされる急性期病態を把握するための一助となりうる。

私たちの論考の出発点となった症例 Schreber についての診断的考察のなかで、Freud は自己愛神経症 (精神病) の一次性段階 (心気症) と二次性段階 (妄想型統合失調症) の二つのあいだの力動を総合的に理解するという目標を掲げていた (「これを総合的に理解することに成功した時にはじめて私は、パラノイア理論を信頼すべき価値あるものとする」と考える)¹⁹⁾。精神病を総合的に理解するという問題は、精神医学の変遷とともにその問題構成を変えながら、彼の時代からおよそ 100 年を迎えようとする現代の私たちにも等しく残されている。この意味で、症例 Schreber はこれからの私たちの理論と実践にとって、なおも重要なランドマークとして機能しつづけると思われる。

文 献

- 1) Abraham, K.: Die psychosexuellen Differenzen der Hysterie und der Dementia praecox. Gesammelte Schriften, 1Bde. Fischer, Frankfurt, p. 132-45, 1982
- 2) Abraham, K.: Ansätze zur psychoanalytischen Erforschung und Behandlung des manisch-depressiven Irreseins und verwandter Zustände. Gesammelte Schriften, 1Bde. Fischer, Frankfurt, p. 146-62, 1982
- 3) Abraham, K.: Versuch einer Entwicklungsgeschichte der Libido auf Grund der Psychoanalyse seelischer Störungen. Gesammelte Schriften, 2Bde. Fischer, Frankfurt, p. 32-102, 1982
- 4) Aitchison, K.J., Meehan, K., Murray, R.M.: First Episode Psychosis. Dunitz Martin, London, 1999 (嶋田博之, 藤井康男訳: 初回エピソード精神病. 星和書店, 東京, 2000)
- 5) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2nd ed.).

American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1968

6) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed.). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1980

7) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text Revision). American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000

8) Baumeyer, F.: The Schreber case. *Int J Psychoanal*, 37; 61-74, 1956

9) Bleuler, E.: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1911 (飯田 真, 下坂幸三, 保崎秀夫ほか訳: 早発痴呆または精神分裂病群. 医学書院, 東京, 1974)

10) Beard, M.G.: *Neurasthenia or nervous exhaustion*. *Boston Med Surg J*, 3; 217-220, 1869

11) Binswanger, O.: *Die Pathologie und Therapie der Neurasthenie*. Gustav Fischer, Jena, 1896

12) Chalus, G.A.: An evaluation of the validity of the Freudian theory of paranoia. *J Homosex*, 3; 171-188, 1977

13) Conrad, K.: *Die beginnende Schizophrenie — Versuch einer Gestaltanalyse des Wahnsinns*. Edition das Narrenschiff, Bonn, 2003 (山口直彦, 安 克昌, 中井久夫訳: 分裂病のはじまり. 岩崎学術出版社, 東京, 1994)

14) Cotard, J.: *Du délire des négations*. *Arch Neurol*, 4; 152-170, 1882

15) Craddock, N., Owen, M.J.: The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry*, 186; 364-366, 2005

16) Fink, B.: *Fundamentals of Psychoanalytic Technique: A Lacanian Approach for Practitioners*. W. W. Norton, New York, 2007

17) Freud, S.: Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symptomen-Komplex als 'Angstneurose' abzutrennen. *Gesammelte Werke*, 1Bde. Fischer, Frankfurt, 1952 (兼本浩祐訳: ある特定の症状複合を「不安神経症」として神経衰弱から分離することの妥当性について. フロイト全集第1巻. 岩波書店, 東京, 2009)

18) Freud, S.: Weitere Bemerkungen über die

Abwehrneuropsychosen. *Gesammelte Werke*, 1Bde. Fischer, Frankfurt, 1952

19) Freud, S.: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides). *Gesammelte Werke*, 18Bde. Fischer, Frankfurt, 1943 [小此木啓吾訳: 自伝的に記述されたパラノイア (妄想性痴呆) の一症例に関する精神分析的考察. フロイト著作集第9巻. 人文書院, 東京, 1983年]

20) Freud, S.: Zur Einführung des Narzissmus. *Gesammelte Werke*, 10Bde. Fischer, Frankfurt, 1946 (懸田克躬, 吉村博次訳: ナルシズム入門. フロイト著作集第5巻. 人文書院, 東京, 1969)

21) Freud, S.: Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke*, 11Bde. Fischer, Frankfurt, 1948 (懸田克躬, 高橋義孝訳: 精神分析入門. フロイト著作集第1巻. 人文書院, 東京, 1971)

22) Freud, S.: Trauer und Melancholie. *Gesammelte Werke*, 10Bde. Fischer, Frankfurt, 1946 (井村恒郎訳: 悲哀とメランコリー. フロイト著作集第6巻. 人文書院, 東京, 1970)

23) Freud, S.: Victor Tausk. *Gesammelte Werke*, 12Bde. Fischer, Frankfurt, 1947

24) Freud, S.: 'Psychoanalyse' und 'Libidotheorie'. *Gesammelte Werke*, 13Bde. Fischer, Frankfurt, 1940 (本間直樹訳: 「精神分析」と「リビード理論」. フロイト全集第18巻. 岩波書店, 東京, 2007)

25) Freud, S.: Der Realitätsverlust bei Neurose und Psychose. *Gesammelte Werke*, 13Bde. Fischer, Frankfurt, 1940 (本間直樹訳: 神経症および精神病における現実喪失. フロイト全集第18巻, 岩波書店, 東京, 2007)

26) Freud, S.: *Selbstdarstellung*. *Gesammelte Werke*, 14Bde. Fischer, Frankfurt, 1948 (家高 洋, 三谷研爾訳: みずからを語る. フロイト全集第18巻, 岩波書店, 東京, 2007年)

27) Freud, S., Fliess, W.: *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887-1904*. The Belknap Press, Cambridge, 1985 (河田 晃訳: フロイト フリースへの手紙—1887-1904. 誠心書房, 東京, 2001)

28) Freud, S., Jung C. G.: *The Freud/Jung Letters: The Correspondence Between Sigmund Freud and C. G. Jung*. Bollingen Foundation, New Jersey, 1974

29) Griesinger, W.: *Die Pathologie und Therapie*

der psychischen Krankheiten für Aerzte und Studierende. Adolph Krabbe, Stuttgart, 1845

30) Israëls, H.: Schreber: Father and Son. International Universities Press, Madison, 1989

31) Jacobson, E.: Depression; Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. International Universities Press, Madison, 1976 (牛島定信訳: うつ病の精神分析. 岩崎学術出版社, 東京, 1983)

32) Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎. 学樹書院, 東京, 1996)

33) Jung, C. G.: Über die Psychologie der Dementia praecox. Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, Halle a.d. S., 1907 (安田一郎訳: 分裂病の心理. 青土社, 東京, 1989)

34) Kasanin, J.: The acute schizoaffective psychoses. Am J Psychiatry, 13; 97-126, 1933

35) 加藤 敏: 分裂病の構造力動論—統合的治療にむけて—。金剛出版, 東京, 1999

36) 加藤 敏: 操作的診断体系の今日的問題—精神病理学の見地から。精神医学, 48; 709-713, 2006

37) 加藤 敏: グリーゼンガーの単一精神病論の再評価と吟味—DSM-Vに向けて。精神医学の方位 (坂口正道編)。中山書店, 東京, p. 14-22, 2007

38) Kendler, K. S., Spitzer, R. L.: A reevaluation of Schreber's case. Am J Psychiatry, 142; 1121-3, 1985

39) Klein, M.: A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. Int J Psycho-Anal, 16; 145-174, 1935 (安岡 誉訳: 躁うつ状態の心因論に関する寄与。メラニー・クライン著作集 3. 誠信書房, 東京, 1983)

40) Klein, M.: Notes on Some Schizoid Mechanisms. Int J Psycho-Anal, 27; 99-110, 1946 (狩野力八郎, 渡辺明子, 相田信男訳: 分裂的機制についての覚書。メラニー・クライン著作集 4. 誠信書房, 東京, 2000)

41) Klein, M.: Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant. Developments in Psycho-Analysis, Hogarth Press, London, p. 198-236, 1952 (佐藤五十男訳: 幼児の情緒生活についての二, 三の理論的結論。メラニー・クライン著作集 4. 誠信書房, 東京, 2000)

42) Koehler, K. G.: The Schreber case and affective illness: a research diagnostic re-assessment.

Psychol Med, 11; 689-696, 1981

43) 小出浩之: 妄想指向型分裂病と幻覚指向型分裂病。分裂病の精神病理 6. 東京大学出版会, 東京, p. 27-52, 1977

44) Kraepelin, E.: Psychiatrie. 6Auff. Barth, Leipzig, 1899

45) Kraepelin, E.: Psychiatrie. 8Auff. Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳: 精神分裂病。躁うつ病とてんかん。みすず書房, 東京, 1986)

46) Kraepelin, E.: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 62; 1-29, 1920

47) Kupfer, D. J., First, M. B., et al.: A Research Agenda for DSM-V. American Psychiatric Publishing, 2002 (黒木俊秀, 松尾信一郎, 中井久夫訳: DSM-V 研究行動計画。みすず書房, 東京, 2008)

48) Lacan, J.: D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. Écrits. Le Seuil, Paris, p. 531-583, 1966 (佐々木孝次訳: 精神病のあらゆる可能な治療に対する前提的な問題について。エクリ 2. 弘文堂, 東京, 1977)

49) Lacan, J.: Position de l'inconscient. Écrits. Le Seuil, Paris, p. 829-850, 1966 (佐々木孝次訳: 無意識の位置。エクリ 3. 弘文堂, 東京, 1981)

50) Lacan, J.: Les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse. Le Séminaire, Livre XI (ed. by Miller, J.-A.). Le Seuil, Paris, 1973 (小出浩之, 鈴木国文, 新宮一成ほか訳: 精神分析の四基本概念, 岩波書店, 東京, 2000)

51) Lacan, J.: Les psychoses. Le Séminaire, Livre III (ed. by Miller, J.-A.). Le Seuil, Paris, 1981 (小出浩之, 鈴木国文, 川津芳照ほか訳: 精神病。岩波書店, 東京, 1987)

52) Lacan, J.: Présentation des Mémoires d'un névropathe. Autres Écrits. Le Seuil, Paris, p. 213-217, 2001

53) Lacan, J.: Télévision. Autres Écrits. Le Seuil, Paris, p. 509-545, 2001 (藤田博史, 片山文保訳: テレヴィジョン。青土社, 東京, 1992)

54) Lacan, J.: L'angoisse. Le Séminaire, Livre X (ed. by Miller, J.-A.). Le Seuil, Paris, 2004

55) Ladee, G. A.: Hypochondriacal Syndromes. Elsevier Publishing, New York, 1966 (藤田千尋, 近藤喬一訳: 心気症候群。医学書院, 東京, 1970)

- 56) Laségue, C.E.: Du délire de persécution. Arch Gén Méd, 28 ; 129-150, 1852
- 57) Lester, D., : The relationship between paranoid delusions and homosexuality. Arch Sex Behav, 4 ; 285-294, 1975
- 58) Lipton, A. A. : Was the “nervous illness” of Schreber a case of affective disorder? Am J Psychiatry, 141 ; 1236-1239, 1984
- 59) Lothane, Z.: In Defense of Schreber: Soul Murder and Psychiatry. Analytic Press, New Jersey, 1992
- 60) Macalpine, I., Hunter, R. A.: Introduction. Memoirs of My Nervous Illness. Dawson, London, 1955
- 61) Marneros, A.: Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and the necessity for clinical differentiation. Br J Psychiatry, 189 : 1-2, 2006
- 62) Maleval, J.-C.: La Forclusion du nom-du-père. Seuil, Paris, 2000
- 63) Martin, G.: Schreber’s “bellowing miracle”: a new content analysis of Daniel Paul Schreber’s memoirs of my nervous illness. J Nerv Ment Dis, 195 ; 640-646, 2007
- 64) Miller, J.-A.: Schizophrénie et paranoïa. Quatro, 10 ; 18-38, 1983
- 65) Mitsuda, H.: The concept of “atypical psychoses” from the aspect of clinical genetics. Acta Psychiatr Scand, 41 ; 372-377, 1965
- 66) Morel, B.-A.: Traité des maladies mentales. Masson, Paris, 1860
- 67) Niederland, W. G.: Schreber: father and son. Psychoanal Q, 28 ; 151-169, 1959
- 68) Niederland, W. G.: The “miracled-up” world of Schreber’s childhood. Psychoanal St Child, 14 ; 383-413, 1959
- 69) Niederland, W. G.: III. Further data and memorabilia pertaining to the Schreber case. Int J Psycho-Anal, 44 ; 201-207, 1963
- 70) Niederland, W. G.: The Schreber Case: Psychoanalytic Profile of a Paranoid Personality. Quadrangle/The New York Times Book Co, New York, 1974
- 71) Rencontre Internationale Fondation du Champ Freudien (ed.): Clinique Différentielle des Psychoses. Navarin, Paris, 1988
- 72) Roazen, P.: Introduction. Sexuality, War, and Schizophrenia. Transaction Publishers, New Brunswick, p. 1-31, 1991
- 73) Sattes, H.: Hypochondrische Depression. Inaug Adress, Halle, 1955
- 74) Schatzman, M.: Soul Murder: Persecution in the Family. Allen Lane, London, 1973 (岸田 秀訳: 魂の殺害者—教育における愛という名の迫害. 草思社, 東京, 1975)
- 75) Schreber, D. P.: Denkwürdigkeiten eines Nervenkranken. Mutze, Leipzig, 1903 (尾川 浩, 金関 猛訳: シュレーパー回想録—ある神経病者の手記. 平凡社, 東京, 2002)
- 76) Schreber, D. P.: Memoirs of My Nervous Illness. New York Review of Books, New York, 2000
- 77) 新宮一成 (編): 意味の彼方へ—ラカンの治療学一. 金剛出版, 東京, 1996
- 78) Soler, C.: L’inconscient à ciel ouvert de la psychose. Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 2008
- 79) Spitzer, R. L., Endicott, J., et al.: Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. New York State Psychiatric Institute, New York, 1975
- 80) Spitzer, R. L., Gibbon, M., et al.: DSM-IV-TR Casebook: A Learning Companion to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Publishing, 2002 (高橋三郎, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR ケースブック. 医学書院, 東京, 2003)
- 81) Tausk, V.: Diagnostic Considerations concerning the symptomatology of the so-called war Psychoses. Psychoanal Q, 38 ; 382-404, 1969
- 82) van Os, J., Tamminga, C.: Deconstructing psychosis. Schizophr Bull, 33 ; 861-862, 2007
- 83) Verhaeghe, P.: On Being Normal and Other Disorders: A Manual for Clinical Psychodiagnostics. Other Press, New York, 2004
- 84) Westphal, C.: Über die Verrücktheit. Allg Zeit f Psych, 34 ; 252-257, 1878
- 85) Wolowitz, H.M.: The validity of the psychoanalytic theory of paranoid dynamics. Evaluated from the available experimental evidence. Psychiatry, 34 ; 358-377, 1971

The Schreber Case and Freudian Dynamic Psychopathology of Psychoses

Takuya MATSUMOTO, Satoshi KATO

Department of Psychiatry, Jichi Medical University

We examined the diversity of diagnoses for the Schreber case, which was documented in “Memoirs of My Nervous Illness”. Although Schreber became widely known as a paranoiac (or schizophrenic) patient after the publication of Freud’s paper in 1911, some psychiatrists who use the operational diagnostic system have regarded him as a case of depression (or mood disorder). At present, the diagnosis of the Schreber case is divided between schizophrenia and mood disorder, which is based on the ‘Kraepelinian dichotomy’. Recently, this dichotomy has been criticized as an unreasonable one, and some aspects of mood disorders are being discussed as resulting from the same biological foundation as schizophrenia. Similarly, many psychoanalysts found the same libidinal disturbance of these disorders. From the Freudian dynamic viewpoint, we conclude that schizophrenia and endogenous mood disorders have the common pathway (libidinal disturbance) in their acute phase. The findings of our literature review indicate that Freudian dynamic and economic perspective can shed a new light on the endogenous psychoses.

(Authors’ abstract)

<**Key words** : the Schreber case, psychosis, schizophrenia, psychoanalysis, operational diagnostic system>
