Ernst Kretschmer ――心の理解，多次元診断，精神療法――

久江　洋企

Kretschmer, E. の業績を，心の理解，多次元診断，治療の各テーマに沿って紹介するとともに，彼に対する批判や彼による再批判をとりあげ，現代のわれわれが学ぶべき点について述べる．彼は心を直接体験と定義し，体験は，自我と外界との間で起き，性格に特有な加工を経ていると指摘した．そして体験反応（体験に対する反応）を，原始反応と人格反応に分類した．特定の人格に作用し，その人格に特有の反応を起こさせるのが鍵体験である．反応には動機があり，動機にはいろいろな成分からなる動機の束を想定している．強い感情を伴う体験は，コンプレクスとして心の動きに影響を及ぼし，または優格観念を形成して人格の核心を占め，関係妄想を生じる．体験反応を理解することで，正常心理における「心の動き」と，その病的な発展を知ることができる．敏感関係妄想には性格，体験，環境の各要因が関与し，反応の観点から了解は可能で，精神療法により寛解しうる例があることを Kretschmer は示した．彼の精神療法論では，能動的・積極的・段階的に取り組むべきことが強調されており，ヨガ，激励法，分画的積極的催眠法，Schultz, J. H. の自律訓練法に言及している．Kretschmer の多次元診断構想は相対性をその特徴としている．そして彼が体系としての厳密さを欠くという批判を受けながらも相対的な立場をとり続けた理由は，治療に役立つ理論であるべきという，目的を意識していたことにあると考える．彼の反応学説や，多次元診断構想を，臨床場面で応用すると，治療者としてより患者を「わかる」ことが実感できるだろう．各業績の紹介を通して，多次元診断と治療への志向が，彼の研究を貫く軸であることが理解できると思う．

Keywords：**Ernst Kretschmer，体験反応，多次元診断，敏感関係妄想，精神療法**

はじめに

精神医学で確立した理論を実践にあてはめようとすると，種々の場面で距離を感じることがある．診断においては，臨床研究では対象例の診断名は介入前に通常確定している．一方，実臨床では，例えば A（診断名）が疑わしいが B も否定できないといった場合，どちらにも有害な影響のない範囲で治療を始めることがある．どの程度確定的な診断を下すか（以下，さしあたり診断精度と呼ぶ）は場面によって異なってくると思う．治療が優先される臨床場面では上述したように「どちらもありうる」程度の診断精度にとどめざるをえないことがある．むしろこうした柔軟さが望ましいといえるかもしれない．その一方で，精神鑑定

著者所属：桜ヶ丘記念病院
doi：10.57369/pnj.23-114

や，公的文書の記載ではその目的（治療が優先的ではない）ゆえ高い精度が要求される．

また臨床場面では症状とその経過のほかに，家族歴，発達水準，加齢の影響，パーソナリティ，生活歴，環境的要因，文化的背景，器質性・中毒性要因などの要素（病因の観点では内因・心因・外因に相当する）などを聴取・評価しているが，診断と治療に際してどれを重視するのか，各要素の重み付けが必要になる．そこで操作的診断基準に従うことにより，病因への顧慮は多くの病名で不問とされ，一定の診断精度が裏づけされるのだが，基準にあてはめるために診断過程から除外した（時に相容れない）要素を，無視できず苦慮した経験のない臨床家はいないだろう．

診断や治療に際して考えられる要素を幅広く拾い上げ，1つの因子を絶対視し他を捨象するのではなく，相対的に全体を俯瞰する態度を維持し続けることは，科学がもつ要素還元的志向性とは一見相反するものかもしれない．その態度を学者として堅持していたのがKretschmer, E.であり，彼の一派はTübingen学派と称される．著者は，彼の業績の魅力は臨床との距離の近さにあると考える．彼の業績は多方面にわたるが，本稿では以下の3つのテーマ，（ⅰ）心の理解，（ⅱ）多次元診断，（ⅲ）治療に関して示唆的な文献を紹介するとともに，Kretschmerに対する批判や彼による再批判をとりあげ，現代のわれわれが学ぶべき点について述べる．

なお本稿執筆にあたり，Kretschmerの著作[8~14]，彼の教室員による論文集[3,16]，切替による総括[7]を適宜参照した．

Ⅰ．Kretschmer小伝[12]

Kretschmerは1888年，ドイツBaden-Württemberg州Heilbronn郡Wüstenrotで生まれた．1906年から1912年にかけて，Tübingen大学，München大学，Hamburg大学で哲学と医学を学んだ．1913年，Tübingen大学でGaupp, R.の助手を務めた．Gauppは，後述するWagnerの精神鑑定を行ったことで知られる．1915年に結婚した．1914年から1918年まで陸軍の戦時勤務医として召集された．1919年から1926年までTübingen大学で助手，医局長，私講師，助教授を歴任した後，1926年から1946年，Marburg大学の主任教授兼病院長，1946年から1959年まで母校Tübingen大学で主任教授兼病院長として勤務した．1964年，Tübingenで死去している．

Ⅱ．Kretschmerの業績

1．心の理解

正常心理を含む心理過程について，Kretschmerの記述をまとめた．この項目は主に『医学的心理学』[10]に拠っている．この著作は，診療から生まれ，診療に役立つ心理学の体系をめざしている．その内容は心理学よりさらに広く，認識論，倫理学，美学上の問題や民族生活の発展にもふれており，それまでの業績をまとめた教科書的著作となっている．

彼は心（ドイツ語のSeele）について，「直接体験を名づけて心と呼ぶ．心とは感覚されたもの，知覚されたもの，感じられたもの，表象されたもの，意欲されたもののすべてである」と定義している．また体験を，「ひとりで勝手に意識の中へ入り込む強い感情を伴った精神的なものの集まり」と定めている．ここで直接体験と断っているのは，意識されない体験である（精神分析における）無意識の介在を除外するためと考えられる．この体験は自我と外界に分離する．すなわち自我の体験，外界の体験に分けられることになる．また体験は事実そのものではない．彼は体験は境界域を挟んで自我と外界の両方向に自在に移行すると考えている．あらゆる体験はこれらの間の交互作用から織り出され，自我が外界から作用を受容するものが「反映過程」，反対に自我が外界に作用を及ぼすものが「表現過程」である．この両過程は後に述べる体験反応を理解する際に参照される．そして心は，層構造をとって発達していくとしている．

強い感情を伴う体験は忘れ去ることができず，抑圧されており，はっきり意識されなくても心の動きに影響を及ぼす．これがコンプレクスである．強い感情を伴う体験により形成されるものにはもう1つ，優格観念（支配観念と訳されることもある）がある．これはコンプレクスとは異なり，感情を損なう体験が意識されて心が一杯になるもので，人格の核心となる観念である．例として，不正な判決をされた人があらゆる法廷にそれを持ち出し他のことには見向きもしないことや，恋愛や，党派を作ることが挙げられている．優格観念では精神的視野狭窄や関係妄想を生じることがある．

繰り返しになるが，体験は事実そのものではない．体験は，性格に特有な加工を経ている．これを体験加工という．つまり，体験は心の外に起きた出来事ではなく，性格に

よって同じ出来事でも体験の内容が異なるということである．

Kretschmer は体験反応に，2 つの類型として，原始反応と人格反応があるとしている．反応には動機があり，その動機は 1 つではなく，いろいろな成分からなる動機の束を想定している．動機の束のなかでは倫理的に価値の高い衝動は意識のなかで優位を占め，要素的できわめて衝動的なものは力動的に優勢となる傾向があると述べている．

1）原始反応

原始反応とは，体験が中間回路を経由せず，直接衝動行為として，または深層機構が反応的に現れてくるものである．ここでいう深層機構とは，後述する下層意志機制，下層知性機制のことである．中間回路とは人格の働きを指す．原始反応には，爆発反応，短絡反応，下層知性的および下層意志的反応，偽装・抑圧がある．

（1）爆発反応

爆発反応とは，強い感情が熟慮によって抑制されず，単純にそのまま発散する場合である．単純な行動であることがポイントである．例として，刑務所で受刑者が無差別に物を破壊する刑務所狂躁がある．また酩酊して普通の人格と相容れない暴力や器物破壊に及び，思い出すことができない病的酩酊状態，強く立腹し，まったく来ようと思わなかった場所に来ていることに気づく盲目的逃走，不安や絶望が強くなり，暴力行為や拡大自殺に及ぶ憂うつ発作もその例である．

（2）短絡反応

短絡反応とは，感情的衝動が全人格を回避して直接に行為に移されるような反応で，爆発反応より複雑な行為となって現れるものである．地方から街に奉公に出た女中がひどい郷愁を抱き，4 日目になってふと火を付けようと考え，他のことは何も考えずに実行したという例がある．これは Jaspers, K. が報告した郷愁反応である．他のことは何も考えなかったことが特徴である．すなわち郷愁衝動は人格というフィルターを通らず，郷愁の感情にだけ関連があるが人格にとってはまったく意味のない行為を起こしている．これを短絡という．不幸な恋人同士の心中や，私生児を産んだ母親の子ども殺し，戦争中の逃亡が短絡反応の例である．裕福な学生が他人の家に泊まり，興味を引かれた本を盗んだ．これも短絡行為の例であるが，ここには強い感情の圧迫はなく，衝動への抵抗ができず，行為は人格全体から分離されている．強い感情がない短絡行為は人格の重大な崩壊や統合失調症の初期症状の疑いがある．また，裕福な婦人がビロードや絹の窃盗をするのは，これらの品が性的快感を起こし，万引きが性的興奮を起こすという倒錯の存在を指摘している．無意味な殺人や残忍な犯罪も挙げられている．

衝動力には見かけは弱い動機しかなく，倒錯的な成分や古いコンプレクスが作用していると考えられている．Kretschmer は，衝動行為の心理機構はまだわからない，外部に現れた心的状態ではなく，内因性の周期的な機嫌の変調などから発生することが多いと述べている．

（3）下層知性的および下層意志的反応

Kretschmer は心は層構造をとって発達すると述べている．この層構造は系統発生から類推されるもので，最上部を占めるのが文化層である．その下層に下層知性機制や下層意志機制があり，これらの機制が現れる反応が，下層知性的および下層意志的反応である．神経伝導路における，感覚と運動の機能が心の機能に連続していると考えられている．

下層知性機制は，感覚に対応している．Kretschmer は表象過程や反映過程と言い換えている．具体的には，夢や催眠状態が挙げられる．また意識野の周辺を意識の「辺域」と名づけておりいわゆる無意識がこれに相当する．Kretschmer が「無意識」の語を使わない理由は，まったく意識にのぼらないものは心とはいえないという考えによるものである．催眠状態や，感情を揺すぶられる体験に続いて起きるヒステリー性もうろう状態も下層知性機制に含まれる．

下層意志機制は，運動に対応している．Kretschmer は表現過程と言い換えている．これには，常同症や同じ音や文章を繰り返す語唱といったリズム運動，運動暴発，解離や転換といったヒステリー発作，拒絶や暗示が含まれる．暗示は理由や動機なしに直接刺激に応じて感覚や表象や意志の発動力の伝達が行われることである．緊張病のカタレプシーや命令自動も暗示現象とされている．

（4）偽装と抑圧

偽装は，自傷や仮病，子どものまねや精神病のまね，死んだまねをすることによって自分の目的を達し苦しい状況から逃れ，望ましい状況に到達することである．Ganser 症候群がその例である．

抑圧は自分自身に対する偽装である．好ましくない事実や相反する事実を意識の中心から辺縁に押しやること，つまり目つぶり政策，嫌なものを見まいとする状態をいう．抑圧された体験からコンプレクスができ，先程の下層知性

的および下層意志的機制ができ，偽装の成分が生じてくる．

2）人格反応

原始反応が人格の検閲を受けないのに対し，人格反応は人格全体が意識的に関与している反応である．ここで，特定の人格に作用してその人格に特有の反応を起こさせる体験を鍵体験と呼ぶ．性格と鍵体験は鍵と錠のように適合する．例えば性道徳上の失敗という体験は敏感な性格の人には強い刺激を与えるが，訴訟好きの闘争的な性格の人には何も痕を残さず過ぎ去ってしまう．

既述したように，体験は自我と外界との間で起こっている．外界に対するわれわれの精神的関係は一種の勝負のようなもので，勝ちにあたる優越感，元気，支配感，行動感を感じるかと思えば，その次には負けにあたる劣等感，意気阻喪，消沈，恥辱感を感じる．前者を強力体験，後者を無力体験という．

人格反応の強力性・無力性は，気質や環境の影響でその傾向が決まるとされている．強力性・無力性の反応・生活態度のほかに，自閉的生活態度がある．これは勝負をあきらめて自分自身のなかへ退却し，歓喜も苦痛も自分一人でもっていようとする解決法である．強力性・無力性・自閉性の性質はあらゆる組み合わせをとる．原始反応と人格反応も組み合わされる．これらの反応が複雑化したものが，誇大性発展，敏感性発展，自閉性願望充足である．

（1）誇大性発展

誇大性発展とは，強力性が著しい人の心的発展で，好訴者や嫉妬妄想，追跡妄想のある例にみられる．誇大性発展を示す人は容赦のない攻撃性や高慢な自負をもっている一方，過敏な傷つけられやすさや古い不全感が隠れており，大抵は無力性コンプレクスが存在している．

誇大性発展の症例として Wagner の病歴を提示する．

【症例 Ernst August Wagner】

教師 Wagner は，極端な自負心をもち，人を軽蔑して感情を傷つける人間であったが，前に住んでいた Mühlhausen の村民が悪い噂を立てていると信じ，復讐計画を練った．ある晩凶器で身を固め，村を襲い，至る所で放火し，出会う者を鉄砲で撃ち，殴り倒した．自分は救世主であり，迫害される超人と思っていた．その後の心理分析から次のことが明らかになった．彼が Mühlhausen に住んでいた頃獣姦を犯し，良心の呵責から関係妄想を生じ，周囲が自分に当てつけを言っている，移り住んだ土地でも当てつけが言われていることに気づき，Mühlhausen の村民が噂を広めていることがこのことからわかったという．

Kretschmer は，Wagner の心には，根底に失敗と罪悪感のコンプレクスがあり，人格発展を経て代償の超過として誇大妄想，憎悪感，攻撃的復讐心，極端に興奮した自負心や攻撃的な生活態度が生じたと考えている．

（2）敏感性発展

敏感性発展は誇大性発展の逆で，根本に無力性があるが，反面に鋭い強力性をもっている．過敏な感受性があり傷つきやすい一方，自負の強い名誉心や頑固さが混じっている．内向的で感情はうっ積しやすく，意識的なコンプレクスが形成される．強力性は自分自身に向かい，自己呵責や自己非難の形をとりやすい傾向がある．敏感性反応では，恥ずかしい不全さ，すなわち道徳的な失敗が鍵体験になる．病的に発展すると強迫神経症や敏感関係妄想として現れる．

敏感性の者には性欲の質的・量的異常があり，これが道徳性と対立し，性的コンプレクスを形成する．恥ずかしい不全感が強く，皆が自分の性的体験を知っている，噂をされると思い込み，関係妄想に発展することがある．人格が衝動に対抗するために強迫観念や儀式行為が生まれ，先に述べた反映過程により象徴，すなわち強迫観念の対象が形成される．

（3）自閉性願望充足

自閉性願望充足は望みや危惧を妄想的なもので自然に満足させる機制である．典型的な例は慢性恋愛妄想である．勤勉なある少女が職場の工場で見た監督を好きになり，彼が視線を向けるのを自分を愛している印だと思い込むようになり，彼がよそに行ってしまった後も，彼がいつかは自分と結婚すると固く信じて期待し続けた．明けても暮れても幸福そうで，確かめる必要はなく，周囲が反対しても訂正することはなかった．この恋愛は，健常者の恋愛と量的に異なるものにすぎない．また，肺結核の末期になった医者が，死ぬ直前まで結婚の計画を立てていた．強い願望が思考や行動を曲げてしまい，医者としての知識や経験が無価値なものになってしまった．Kretschmer は宗教の霊魂不滅の信仰は現実の死が確実であることの克服のためであり，極楽浄土は現世で達せられない望みに対する代償の幸福である点で，自閉性願望充足を表す心理と述べている．

2．多次元診断

1）敏感関係妄想

敏感関係妄想は Kretschmer[13] の提唱した代表的な類型概念である．この妄想性疾患も多次元の観点から診断され

ている．ここでは症例 Helene Renner を提示する．

【症例 Helene Renner】

彼女の家族には精神病の者があった．これは遺伝負因である．幼少時から身体が弱く神経質・敏感だが知能の優れた努力家だった．これは無力性と強力性を示している．対人的には控えめで性的には小心だった．

12 歳のとき叔父がベッドに入り込んでくるという体験があった．不倫な行動には至らなかったが，妊娠するのではないかと不安になった．

29 歳以来ともに仕事をしていた 8 歳年下の男性に愛情を抱くようになった．その体験において，自分が結婚しても幸福にすることはできないと思い，彼女は恋愛感情を抑圧した．性的衝動に嫌悪を感じたが抑えきれず，自分の気持ちと闘っていた．12歳のときの叔父との事件がよみがえり，自分が色情的な人間で，官能的な目つきをしていて目立っていると思い込むようになった．道行く人が自分が妊娠していると噂をし，同僚が自分のことを「あれはよくない女だ」「彼女は何かいいことがあるらしい」などと話し合っているのに気づいた．すべてのものが自分に関係のある性質を帯び，人の話を聞いても新聞を見ても自分の非難だけが耳に入るようになった．恋愛対象の男性が仕事を辞め，32 歳のときに彼女は帰郷したところ快方に向かった．

しかし 33 歳になって事情が一変した．機械の騒音と人の多い大きな仕事部屋に移ったところ――これは環境の変化である――「あの女はつまみ出すべきだ」という当てこすりが聞こえ，性的な内容の噂に悩まされるようになった．34 歳から仕事が増え，極度の身体的・精神的疲労状態に達した．保養地に移ったが，もうろう状態と苦痛発作の中間の精神状態が出現した．自分は死ななければなるまいとはっきりとわかった．自分は無実の罪に苦しむ殉教者で，王子や王女が引き取って世話をしてくれるに違いないと考えた．一晩中祈り続け，不安で居たたまれなくなった．Tübingen 大学病院に入院したが，接触は可能で，病識があり，自分の憶測が病的にみえるに違いないことがわかっていた．

35 歳になって退院し，医師の私設秘書として働いた．37 歳のときには自己関係づけが著しくなり，再び大学病院に入院した．39 歳で退院し，秘書の仕事を再開した．40 歳では感情の過敏性と一次的な関係妄想の傾向は残っていたが重大な再発はなかった．49歳で昔勤めた会社に再び入ったが，過程性の精神崩壊はまったくみられなかった．

Kretschmer は，

> 彼女の急性精神病は早発性痴呆ではない．なぜなら，表出は自然であり，社交能力は保たれている．また感情と思路は病因となった体験を中心点としており，支配観念との一定の結びつきを持っているからである．

と述べ，彼女が過程性の経過を辿って荒廃に至る早発性痴呆ではなく，病的体験を含む心の動きは支配観念と結びつきをもつ，すなわち正常心理の枠内で了解可能な部分をもっていることを断っている．

また，敏感関係妄想ははっきりと性格づけられてはいるが，決してはっきり境界づけられてはいない種類の疾患であると述べ，敏感関係妄想が一類型であることを強調している．

ここで敏感関係妄想の成立様式について要約する．

まず重い遺伝的負荷のうえに生じるとされている．次に，先天的な精神病質性体質により易疲労性を有している．性的には接触性が弱く，過度に強い衝動抑制，色情性本能喪失，部分的遅滞が特徴である．これらの内因性の条件を前提として，性格・体験・環境の 3 つの要因が関与する．敏感性性格は，誇大性と無力性の中間にあるが無力性が強く，心的放散能力を欠如しているとされる．情性の柔らかさや弱さ，傷つきやすさに，自意識に満ちた野心が対立している．恥ずかしい不全さや倫理的敗北の体験が鍵体験になって，敏感関係妄想が引き起こされる．

敏感関係妄想の治療に関する Kretschmer の記述をまとめる．

敏感関係妄想の患者の心理的反応性は活発で寛解しうる例があり，重症でも人格は維持される．敏感関係妄想を見いだすには，精神療法的関係がどうしても必要であり，記述的・表層的な方法では決して発見できないだろうと述べている．臨床家は患者とともに，妄想発現の鍵となった体験を同定し，反応に至った心の動きの了解関連を吟味することになる．また妄想出現の背景として，発達過程やパーソナリティの見極めも必要になるだろう．了解可能な心の動きを認識することで，患者には内省や洞察が生まれ，臨床家は共感や支持を伝えることができる．このような，臨床家の主観を道具とした関係の持ち方が，敏感関係妄想の診断と治療に意義をもつと考えられる．

2）多次元診断構想

敏感関係妄想は，内因性条件と性格・体験・環境との関与に着目した点ですでに多次元診断の視点を示しているといえるが，彼が多次元診断の概念について明確に言及した

のは「外傷性脳衰弱における心因性妄想形成」[14]である．この論文は，彼の第一次世界大戦中の経験をもとにしている．そのなかで，脳外傷が器質的脳損傷としてではなく，精神的体験として妄想形成に作用を及ぼしており，そこでは外傷前からの性格素質が大きな役割を演じている症例を記述している．ここに外傷，体験，素質という 3 つの要因が扱われている．外傷が情動を解除したのではなく，前もって形成された形式を解除しているとする点に彼の独自性がある．

彼は単一診断を目標とする体系化を非難している．以下に引用する．

体系化で獲られるものは了解の点では失われるのである．我々はこれとは反対の道を選び，できるだけ中立的に，見出しうるすべての因果の糸を独立，対等，並列に取りあげ，症状について抽象化するのではなく，これを形成的に照らし出し，それによって一つの像を得るのだが，もはや一つの表現でこれに診断のレッテルを貼ることはできない．

…我々はここでは外傷性脳衰弱を基盤とする心因性妄想形成について述べ，その際心理的なものと生物学的なものとを対等に併置するが，こうすると分裂症性脳変化に基づくヒステリー反応についても，軽躁に基づく好訴妄想についても囚われなく述べられるようになる．

…我々の最終目標はこういえよう．それは個々の症例においてだけでなく，いずれの心理学的反応に至る精神病においても脳基盤を見出すこと，いずれの器質精神障害においてもその表象要素に心理学的由来を分析することである．

…脳外傷者で一部見たように障害の経過中でも二つの成分（引用者注：心理的なものと生物学的なものを指している）は互いに賦活しあうことがある点も忘れるべきでない．…現在でも計画としてはっきりいえることは抽象的診断から形成的診断へ，つまり一次元的診断から多次元診断へ移行することである．

このように述べ，多次元診断構想を明確にしている．

次に，Kretschmer が疾患単位を相対化し，多次元を構成する因子の関係を述べた文献を紹介する．

「精神医学体系の発展についての見解」[14]によれば，素質を重視することによって，疾患はエピソードにまで地位を下げると主張している．そして内因性疾患像と心因性疾患像は横に並ぶのではなく重なった階層構造を示していると述べている．以下引用する．

そして今や我々の診断学の完全な未来にとって決定的な問題，つまり二つの診断体系の相互関連が問題になる．現在すべての教科書で示されているように内因性疾患像と心因性疾患像が一つの系列として互いに並べられるかどうかは疑わしい．この二つは横に並んでいるのではなく，重なりあっているのである．性格的形態圏は素質的形態圏の上にあり，その境界で重なりあうことはない．

…我々が手に入れようと努めるのはごちゃまぜ診断ではなく，病像に関与する全ての成分をそれぞれ固有の位置と指導的重要度に従って解釈し，最終的に全体診断として表現できる階層診断である．

素質と性格のほかに，身体的外因や人生周期も階層をなし，三重，四重，五重の関係が生じる．診断の例として，素質的うつ病を基盤とした反応・心因特徴をもつ退行期メランコリー（三次元），素質的統合失調症の症状色調をもつ初老期迫害妄想（人生周期＋素質の診断），退行期パラノイア性発展を伴う敏感関係妄想（性格学＋人生周期の診断）といった診断名が挙げられている．

各階層は，診断名では対等に併記されており，これがより深い層の診断を優先する Jaspers や Schneider, K.の姿勢とは異なる点である．

疾患単位の相対化に関して，「精神病理学的研究および今日の臨床精神医学との関係」[14]から，疾患単位についての Kretschmer の論考をまとめる．

なお最初の心の理解の項目で述べたように，彼は正常心理の枠内にある心因反応を重視したが，生物学的因子も同等に重視しており，どちらか一方に片寄った態度ではないことに注意が必要である．以下引用する．

私が「ある特殊な，厳密に限定された性格型と，ある特殊な性質の体験形成や体験加工との間に存在する内的関連を心的法則性として目に見えるようにする」というモットーを採用するとき，中心的問題は生物学的ではなく心理学的であること，言い換えれば生物学的なものを忘れてしまうのではなく度外視できるという点を言いたかったのである．それが当然の権利として行えるのは，脳解剖学者が進行麻痺者の脳研究に際して誇大妄想の心

理学的発生の問題は脇においてよいのと同様である．度外視するということは良いことであるばかりか，すべてをごちゃ混ぜにしないために必要なことである．

また内因性・心因性は区別しうるのではなく，個々の病像で内因性要因あるいは心因性要因が優勢であるというべきであるとしている．

さらに，1つの出来事――ここでは身体的原因――を「本当の疾患原因」とし，もう1つの出来事――ここでは情動衝撃としている，体験といってもよい――を「単に誘発的なもの」と考える思考法に異を唱えている．彼は喩えとして火花と火薬樽の例を挙げ，爆発にとって重大なのは火花か火薬樽かを議論するのは無意味であり，体験の「誘発性」は，素質要因と同様に重要であるとしている．

進行麻痺が起こるときいつも神経梅毒が認められるが，神経梅毒があるといっても常に進行麻痺が生じるとはいえない．一定形式の妄想形成が生じるときは，いつも一定の体験と一定の人格素質が先行するのをみる．しかし逆は必ずしも真ではない．この因果性は症状形成的な因果系列であり，疾患自身の原因となる絶対的な因果系列ではない．この区別を忘れると一面的・唯物論的ドグマに陥ると彼は主張している．

そして彼は緊張病を呈した統合失調症患者が帰宅しただけで軽快した例を挙げ，疾患概念の相対性について述べている．以下引用する．

父親が連れかえる直前の時点で精神的因果関連に係わるものは何か．疾患か，それとも「単なる」症状か．ここで我々は鋭いアンチテーゼによってすぐに困惑してしまう．いったい疾患とは何なのか．それは一般に用いられる日常用語の中の一つの表現であり，一定の法律的，社会的問題設定の場合には必要とあれば（ただ無理をしてであるが）もっと鋭く捉えられるが，自然科学的観点からみると決して概念ではなく，まったく相対的な価値判断である．

疾患として定義が確立された進行麻痺も，症状群としてみるとその輪郭がぼやけると述べ，次のように述べている．

…当然私がこういうのは，進行麻痺のような基礎のしっかりした臨床診断を揺るがそうとするものではなく，このように確固とした大物の病気に対してさえも「疾患単位」という述語はいかに相対的なものであるか，またそのつどの立場によっていかに左右されるかを示すためである．

統合失調症は疾患単位であるのか，それとも「単なる」症状複合の群であるのか，あるいはなにか別の臨床的に使えるように記述された症状群よりもさらに含蓄ある意味で「本当の」疾患の名称に値するかどうかについては，議論しても仕方ないように思われる．

このようにKretschmerは単一疾患単位の主張に対して批判的，相対的な立場をとっている．

3．精神療法

精神療法に関する文献としては『精神療法』[9]のほかに，『医学的心理学』[10]にも精神療法に関する記述がある．

『精神療法』は，治療技法の具体的な解説書というより治療技法論といった性格をもっている．その特徴をまとめると，治療には反射や緊張といった，生物学的機制が重視されている．技法としては分析，暗示，教育，説得，練習について言及している．これらによって，意識の辺縁である，下層知性機制や下層意志機制に働きかけることがめざされる．また意志によって自律神経系に間接的に影響を及ぼすことができるという前提に立っている．そして受動的な暗示ではなく，自らが能動的・積極的・段階的に取り組むべきことが強調されている．そして医学的心理学でも述べられた，コンプレクスやルサンチマンに着眼している．

体質と，それに影響する生活場面を研究し，感情移入的に対応し，誠実に患者に意識させる．また分析の重要性にふれており，問答により因果の束を明らかにしている．連想を行うことで，コンプレクスや優格観念が探索される．これらにより，浄化――カタルシス――を得ることで，ルサンチマンの感情を解消する．Kretschmerは自律神経に作用するものとしてヨガの効用にも言及し，自己洞察的な人格ではソクラテス的対話が可能と述べている．ここでソクラテス的対話とは，患者自身が自分で解決法を見つけていくように仕向けるという対話法を意味している．

技法として挙げられている激励法は，覚醒暗示に相当する．また分画的積極的催眠法と呼ばれる方法では，催眠療法を随意筋すなわち体性神経，自律神経，情動の各要素に分解し，積極的練習として行う．Schultz, J. H. の提唱した自律訓練法による身体的な弛緩を行う．映画フィルム的思考と呼ばれる，下層知性機制に該当し，受動的に浮かぶ，

秩序だった視覚化した思考を扱う．これにより浄化に至る．これらの手技ののち，自由連想への移行，または弛緩から眼球などの固定，催眠に移行すると述べている．

Ⅲ．Kretschmer に対する批判と，彼による再批判

本項では Kretschmer に対する批判をとりあげる．Jaspers は『精神病理学総論』[6]で，彼の計量，すなわち数を出すことに対して，大抵の個体は混合的，移行的と述べて批判している．また不一致点については，雑種，優性転換，交叉といった概念で解釈しており，これは反駁も立証もできないとしている．概念と方法が明確にされず，大抵のことを漠然と述べている，表面的な関係を内部的な関係としている，根底には理念を実体へと変化させる倒錯があると述べている．これは類型であって実在ではない，と Schneider の批判を引用している．

さらに人格と精神病との関係は，彼が述べるほど絶対的ではないとしている．

Jaspers の記述の一部を引用する．

> この学説は…遺伝生物学や体格学や精神病理学や性格学を一緒にして作った「もっともらしい作り事」であり，確実な，疑問の余地のない，経験的な手がかりがなく，いかにも自然科学らしく思わせる文句で，直感的に得られた像を勝手に解釈することに陥ってしまう．

Schneider は『臨床精神病理学』[15]において，診断は一次元的であると述べ多次元診断に異を唱えている．以下に引用する．

> …精神病の原因を多次元的に検討できることがある．…外因性の原因とともに，内因性精神病の素質（「体質」）と体験，つまり…原因の束を認めることができる．この際，臨床的に重要なのは，それがなければその状態が存在し得なかった要因であり，それがなければその状態が存在しなかった要因ではない．
>
> …多次元的観点に従うと，ほとんどの場合，問うことはできても，答えることはできない．（下線は原著者強調）

次に，Jaspers や Schneider，すなわち Heidelberg 学派に対する Kretschmer による反論にあたる記述が，先に紹介した「精神病理学的研究および今日の臨床精神医学との関係」[14]にある．この論文は，敏感関係妄想への批判に対する反論として書かれたものである．Jaspers は因果的関連，すなわち身体的・生物学的疾患であることと心理学的な了解的関連を区別し，Schneider もそれを踏襲しているが，Kretschmer は，これら 2 つの関連はいずれも同水準の因子であって，生物学的疾患を症状とは無関係に存在すると考えることは一面的唯物論者のドグマであると述べている．先に提示した，火花と火薬樽のどちらも爆発にとっては同様に重要であるとする例がその喩えになっている．Kretschmer は疾患単位を相対的なものであると述べ，敏感関係妄想は好訴妄想と同様に反応類型と呼べば十分満足であると語っている．Jaspers や Schneider，Kretschmer の 3 者に共通しているのは，精神疾患や妄想を実体のある疾患ではなく，形而上学的な「類型」*1と定義していることである．相違点は，Jaspers や Schneider は身体的器質的要因をより明証なものとし，疾患単位の主張を譲らなかったのに対し，Kretschmer は疾患単位の定義づけには重要性をおいていたとはいえなかったことである．これが彼のいう「臨床的思考方法」「総合的全体的理解」の特徴であり，症候群学説[2]を唱えた Hoche, A. と通底する態度であったといえる．

Ⅳ．ま と め ――現代のわれわれが学ぶべきこと――

Kretschmer は心を直接体験と定義し，体験は，自我と外界との間で起き，性格に特有な加工を経ていると指摘した．そして体験に対する反応を，原始反応と人格反応に分類した．特定の人格に作用し，その人格に特有の反応を起こさせるのが鍵体験である．反応には動機があり，動機にはいろいろな成分からなる動機の束を想定している．強い感情を伴う体験は，コンプレクスとして心の動きに影響を及ぼし，または優格観念を形成して人格の核心を占め，関係妄想を生じる．体験反応を理解することで，正常心理における「心の動き」と，病的な発展を知ることができる．

敏感関係妄想には性格，体験，環境の各要因が関与し，反応の観点から了解は可能で，精神療法により寛解しうる例があることを示した．彼の多次元診断構想には，各次元を絶対視しないという次元の相対性と，ある型が明確な境界をもつという絶対性を否定する，境界の相対性*2がある．こうした診断に際する相対的な態度は，Heidelberg 学派による批判を浴びることにもなるのだが，操作的診断の

みを意識しがちなわれわれ現代の臨床医には学ぶべき点があると思う．

そしてなぜ Kretschmer が，体系としての厳密さを欠くという批判を受けながらも相対的な立場をとり続けたのか．それは彼が，治療に役立つ理論であるべきという，目的を意識していたことにあると考える．その意識の現れとは，ある類型のもつ普遍性とともに，唯一無二の患者のもつ個別性を重視していることにほかならない．彼の反応学説や，多次元診断構想を，臨床場面で応用すると，治療者としてより患者を「わかる」ことが実感できると思う．精神療法に関する著作はその応用の集大成である．

おわりに

Kretschmer の業績には，相対性を特徴としながら，分析した各要素を俯瞰する全体性の視点も失われていない．Tübingen 学派の思想は，ドイツ精神医学で双璧をなす Heidelberg 学派に比較するとまとまった著作として現代に残されているとは言いがたい．しかし例えばドイツ精神病理学の 1 つの到達点である，Tellenbach, H. のメランコリーなどに代表される状況因（Situagenie）研究[4]には多次元診断構想との近縁性が感じられる．ベクトルの異なる諸要素を取り入れて治療に生かしていく多次元診断構想は，感覚的には臨床医には，ごくあたり前に備わっているものかもしれない．しかしその姿勢を理論化し，学派として伝承・普及させたところに彼の卓越性がある．現在，操作的診断基準にスペクトラムが取り入れられ[1]，あるいはカテゴリー診断と決別した分類法[5]が提唱されている．今後，精神医療が地域社会にさらに開かれ，臨床医といえども診断の意義や目的について，治療の枠にとどまらない広い領域で考察し，発信する機会が増えることが予想される．その際，彼の業績は，現代のわれわれにより広い視野を与えてくれる参照枠になるだろう．

なお，本論文に関連して開示すべき利益相反はない．

注

*1「類型」について Kretschmer は『ヒステリーの心理』[8]で「移行の不分明なたくさんのものの中から我々によって取り出された，比較的明晰な相互に比較的似た形態の一つの核心を我々は類型とよぶ」と定義している．

*2 本稿ではふれなかったが，境界の相対性は，体質研究をまとめた『体格と性格』[11]でも貫かれている．

文献

1）American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed（DSM-5）. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013（日本精神神経学会 日本語版用語監修，髙橋三郎，大野 裕監訳：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，2014）

2）Hoche, A.：Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. Zschr. f. ges. Neur. u. Psychiat, 12；540-551, 1912（下坂幸三訳：精神医学における症状群の意義について．松下正明，影山任佐編：精神医学総論―現代精神医学の礎 I ―．時空出版，東京，p.222-239, 2012）

3）飯田 眞，テレ，R．編（市川 潤監訳）：多次元精神医学―チュービンゲン学派とその現代的意義―．岩崎学術出版社，東京，2007

4）飯田 眞：状況因．現代精神医学事典（加藤 敏，神庭重信ほか編）．弘文堂，東京，p.477-478，2011

5）Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., et al.：Research domain criteria（RDoC）：toward a new classification framework for research on mental disorders. Am J Psychiatry, 167（7）；748-751, 2010

6）Jaspers, K.：Allgemeine Psychopathologie. 5 Aufl., Springer Verlag, Berlin, 1948（内村祐之，西丸四方，島崎敏樹ほか訳：精神病理学総論，上・中・下．岩波書店，東京，1953～56）

7）切替辰哉：多次元精神医学―E・クレッチメルの軌跡―．金剛出版，東京，1978

8）Kretschmer, E.：Histerie, Reflex und Instinkt. Thieme, Stuttgart, 1948（吉益脩夫訳：ヒステリーの心理．みすず書房，東京，1965）

9）Kretschmer, E.：Psychotherapeutische Studien. Thieme, Stuttgart, 1949（新海安彦訳：精神療法．岩崎書店，東京，1958）

10）Kretschmer, E.：Medizinische Psychologie. 10. Aufl., Thieme, Stuttgart, 1950（西丸四方，高橋義夫訳：医学的心理学．みすず書房，東京，1955）

11）Kretschmer, E.：Körperbau und Charakter 21/22. Aufl. Springer, Berlin, 1955（相場 均訳：体格と性格―体質の問題および気質の学説によせる研究―．文光堂，東京，1968）

12）Kretschmer, E.：Gestalten und Gedanken. Thieme, Stuttgart, 1963（福屋武人，深見 茂訳：形成と思考．醫事公論社，東京，1975）

13）Kretschmer, E.：Der sensitive Beziehungswahn. 4. Aufl. Springer, Berlin, 1966（切替辰哉訳：新敏感関係妄想．星和書店，東京，1979）

14）Kretschmer, E.：Psychiatrische Schriften 1914-1962. Springer, Berlin, 1974（湯沢千尋訳：精神医学論集 1914-1962．みすず書房，東京，1991）

15）Schneider, K.：Klinische Psychopathologie. 15. Aufl. mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Huber G und Gross G. Thieme, Stuttgart, 2007（針間博彦訳：新版 臨床精神病理学．文光堂，東京，2007）

16）Winkler, W. T., Hirschmann, J., Kretshcmer, E.（Hrsg）：Mehrdimensionale Diagnostik und Therapie. Thime, Stuttgart, 1958（切替辰哉訳：クレッチメル―多次元精神医学の思想―．中央洋書出版部，東京，1992）

Ernst Kretschmer：
Understanding the Soul, Multidimensional Diagnosis, and Psychotherapy

Hiroki HISAE

Sakuragaoka Memorial Hospital

By introducing the themes of "understanding the soul" and "multidimensional diagnosis" given by Ernst Kretschmer, I would like to discuss key learning based on his contribution to psychotherapy and criticism of his work.

Kretschmer defined the "soul" (Seele) as a direct experience occurring between the ego and the outside world, and undergoing personality-specific processing. He classified the reactions to the experience (Erlebnisreaktionen) into primitive reactions (Primitivreaktionen) and personality reactions (Persönlichkeitsreaktionen). A key experience (Schlüsselerlebnis) is defined as one that acts on a specific personality and causes a reaction peculiar to that personality. According to Kretschmer, most psychic reactions originate not from a single motive but from a colligation of motives, and there are various components in such colligations. Experiences with strong emotions affect the movement of the soul as a complex, or form an overvalued idea and occupy the core of the personality, resulting in delusions of reference. By understanding the Erlebnisreaktionen, it is possible to know the "movement of the soul" and the pathological development of abnormal psychology.

Kretschmer said that personality, experience, and environmental factors are involved in the development of sensitive delusions of reference, and they can be understood from the viewpoint of reaction；therefore, psychotherapy can be used for treatment of such delusions. His psychotherapy theory emphasizes that active, positive, and step-by-step efforts should be made, and he suggested yoga, protreptic methods,"fractionated active hypnosis" (fraktionierte Aktivhypnose), and Johannes Heinrich Schultz's autogenic training for treatment.

Kretschmer's multidimensional diagnostic concept is characterized by relativity. I believe that the reason he continued to hold a significant position despite being criticized for lacking rigor in the systematic theory, was that he was conscious of the purpose of making his theory useful for treatment. If one applies his reaction theory and multidimensional concept to clinical situations, they will realize that they can "understand" the patient better as a therapist. By examining Kretschmer's contribution, it can be understood that multidimensional diagnosis and treatment have their bases in his research.

Author's abstract

Keywords Ernst Kretschmer, Erlebnisreaktion (reaction to experience), multidimensional diagnosis, sensitive delusions of reference, psychotherapy