

## 〈コラム〉

こころの構造と機能とは (その3)  
—健全者と障害者の共生に向けて—

広沢 正孝\*

Masataka HIROSAWA\*

## はじめに

近年、障害者と健全者との共生の重要性が、さまざまな領域で叫ばれ始めている。筆者も30年以上にわたり精神障害者と接し、とくに統合失調症圏の患者さんの社会復帰(精神科リハビリテーション)に携わって来た。そこで感じたことは、精神障害者と健全者の生きる世界の相違や両者の自己-世界感のずれである。筆者の経験によれば、この相違やずれは、乗り越え難い壁となって精神障害者のリハビリテーションの道を阻み、その壁の高さはおそらく身体障害者や知的障害者を越えたものと思われる。

この問題を解決に導くための礎となるのが、精神病理学(臨床心理学)の知見なのであろうが、実際にはここにもかなり難しい問題が立ちだかっている。その最大の要因は、第1, 2報<sup>29,30)</sup>で述べてきたように、従来の精神病理学(臨床心理学)が、高度に統合された近代西欧型自己を標準に据えて体系を構築してきたことにある。従来の精神病理学では、そのような自己機能が果たせなくなった人々の精神状態(精神医学では、これに対して「陰性症状」という用語がしばしば充てられる)に対しては、一様に機能の欠損とみて、「退行」・「荒廃」・「人格水準の低下」・「了解不能」<sup>30)</sup>といった否定的な概念で括ってきたのである。もっと辛辣に表現すれば、そ

こには、期待される「近代西欧型自己機能を果たせない精神機能を、それ以上分析する意味はない」といった姿勢すら見えてくるのである。しかし実際には、そのような障害者も実生活を送り、社会の中で一人の人として暮らそうとしているのである。そのこころの特徴を的確に捉え、彼らの人生を支えられるような有用な知見を創出するには、やはりこれまでの精神病理学(臨床心理学)では限界が存在するのである。

たしかに従来の精神病理学(臨床心理学)は、臨床的に比較的捉えやすい幻覚、妄想、精神運動興奮、強迫、解離、離人といった、通常の状態では生じ得ない症状(精神医学では、これらに「陽性症状」という用語をしばしば充てる)の出現やそれらの心理学的意味づけに関しては詳しく論じ、そこから得られた成果も大きかったと筆者は信じる。しかし陽性症状の捉え方に関してもまた、問題は存在していたように思う。それは、陽性症状を構成する諸概念が、主に診察室の中での(患者さんの)観察によって得られたものであり、障害者が実際に社会の中で生きる際の特徴を捉えきれていない点、さらに言えば、症状論はあくまでも健全者である観察者の視点から記述されたものであり、患者さん自身の真の「思い」からしばしばずれてしまっている点にある。後者に関しては、一見「病的」とみられる症状も、本人にとっては健全な精神を失わないためのcopingであったり<sup>10,12)</sup>、家族や治療者への気配りであったりもするのである<sup>11)</sup>。

\* 順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科  
Graduate School of Health and Sports Science,  
Juntendo University

以上の問題を踏まえ、ここでは精神障害者の生きる世界を、なるべく彼らの視点に立って説明できるよう、精神病理学的(臨床心理学的)に捉え直す作業を試みたい。筆者はまたそのことが、スポーツ健康科学分野においても重要な意味を持つと信じる。なぜなら、精神障害者にとって運動は、こころの機能の回復やその機能の発揮を、自然な姿で促進する力があり、また精神障害者スポーツの普及のためにも、彼らのこころを真摯に捉える必要があるからである。

### 精神医学の基本的視点

具体的な精神障害を取り上げる前に、まず精神医学や臨床心理学の基本的視点について纏めておきたい。第1報<sup>29)</sup>で述べたように、精神医学には大きく分けて2つの流れがある。ひとつは、近代西欧型自己を標準に据えて理論体系を構築してきた精神病理学(臨床心理学)であり、そこでは一人の人間の全体像が重視され、自己や意識といった概念が中核に据えられる。もう一つは、自然科学的なエビデンスを基準に体系構築が進んでいる生物学的精神医学であり、そこでは科学的に実証可能な精神現象やそれを生み出す脳のメカニズムが重視され、その議論は主に個々の症状に向けられる。19世紀末から20世紀半ばにかけては、前者の流れが精神医学の主流をなしていたが、20世紀末以降になると、後者の勢力が圧倒的に強まった。

以上のような背景のもと、現在の精神医療は生物学的精神医学の影響を強く受け、いわゆる人間論よりも症状論が優先され、それに基づいた操作的診断基準の作成が進められている。アメリカ精神医学会のDSM(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)<sup>1)</sup>、世界保健機関のICD(International Classification of Diseases)<sup>58)</sup>の見方がまさにその代表である。また治療効果の判定においても、症状およびそれに対する苦痛の(客観的な)評価が重視され、現在では薬物療法のアルゴリズムの作成も進んだ。たとえばうつ病<sup>51)</sup>においては、このような診断・治療構図が緻密に描かれているのである。現代の若い

精神科医は、操作的な診断作業とアルゴリズムに基づいた薬物療法を学び、それらに精通している。

筆者の見解は、この現状を完全に否定するものではない<sup>24)</sup>。しかしこのような診断、治療体系に最初から馴染んだ医師たちによる医療は、どうしても機械的な作業となることが懸念される。とくに統合失調症のような慢性疾患においては、長く医療者とともに歩む患者さんのこころに、隙間風が吹くことになろう。「社会復帰」、「リハビリテーション」、「共生」の重要性が叫ばれている現在であるが、ともするとこれらの言葉が独り歩きすることになりかねない。

以上のような現実をおさえた上で、まず、精神保健福祉領域の代表疾患である統合失調症に関して、患者さんの視点から、その精神病理の特徴を綴ってみたい。

### 統合失調症患者の生きる世界(急性期の病理)

統合失調症は、精神医学、精神科リハビリテーション、そして精神保健福祉の舞台において、その中核に位置してきた疾患であろう。その概要は、DSM-5に記述されているとおり(表1)であり、これは精神病理学の長い研究歴を結晶化させた記述でもある。とにかく精神病理学はこの疾患に対し、それを病む人間の観察を通して研究を重ねてきたのである。その概略を述べれば、古くはHecker, E.<sup>9)</sup>やKahlbaum, K. L.<sup>34)</sup>の症例記述に始まり、Kraepelin, E.<sup>39)</sup>の診断学を経て、Bleuler, E.<sup>4)</sup>の心

表1 DSM-5における統合失調症の診断基準(もっとも特徴的な項目のみの抜粋)

以下のうち2つ(またはそれ以上)、おのおのが1カ月(または治癒が成功した際はより短い期間)ほとんどいつも存在する。これらのうち少なくとも1つは(1)か(2)か(3)である。

- (1) 妄想
- (2) 幻覚
- (3) まとまりのない発語(例:頻繁な脱線または減裂)
- (4) ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動
- (5) 陰性症状(すなわち感情の平板化、意欲の欠如)

理的解釈に引き継がれ、疾患像の礎が築かれた。そして、これを基に Schneider, K.<sup>55)</sup>, Conrad, K.<sup>6)</sup>, Binswanger, L.<sup>2)</sup>, Blankenburg, W.<sup>3)</sup>といったドイツ語圏の精神病理学, Minkowski, E.<sup>40)</sup>をはじめとするフランス語圏の精神病理学的研究が発展した。わが国では、とくにドイツ語圏の精神病理学の影響を受けて、1970年代頃から2000年にかけて幾多の統合失調症論が輩出された。ここではこれら内外の業績を基に、まず急性期の統合失調症の患者さんの生きる世界を記述してみる。

統合失調症における患者さんの体験の精神病理学・人間学的な本質は、ひとことで記載すると、「自己の成立不全」<sup>36)</sup>である<sup>15,24)</sup>。わかりやすく説明すると以下のようなことである。すなわち、通常、健常と言われる人の場合、どのような場所、どのような時にも、多かれ少なかれ自分(自己)というものの存在を自覚している。それは、常にその場のなかに自然に生まれてくる私の感覚であり、われわれは、たとえば家庭の中にいるときの私、職場にいるときの私、くつろいでいるときの私、勝負をしているときの私を生きている。しかもその私とは、「いつも一定で、変わることはない、他人とは異なる」といったイメージで捉えられるものである。きわめて当たり前なことのよう思えるが、そのような私があってこそ、われわれは周囲に翻弄されることなく、常に安心して生きることができるのである。

では、統合失調症の人たちでは、これがどのようになっているのか? 彼らの場合は、すでに発症前からこの基本的な確信が得られず、一定の自己を見出せぬまま常に周囲に翻弄され続けているのである。そのような彼らは、常に周囲に飲み込まれる不安を抱き続けることになるが、そのような状況下で彼らの多くは、(発症前から)2つの方向で対処を試みる。一つは、確かと思われる何か(自己に代わる対象)にしがみつくと、もう一つは、半ばやみくもに他者に接近して自分を確かめることである。前者は破瓜型と呼ばれる一群(経過を通して幻覚・妄想よりも陰性症状が目立つ類型)の病前にみられやすく、たとえば彼らは一流大学への入学、医師や

弁護士、学位といった資格の取得にしがみつくと、後者は妄想型(妄想構築が目立ち、破瓜型ほど陰性症状が目立たない類型)と呼ばれる一群の病前にみられやすく、たとえば場当たりの友人への接近がみられたりする。

ここで注意が必要なことは、彼らが求めている自己が、第1報で記述したようなかなり高度に統合されたもの<sup>33)</sup>である点である。彼らは「社会がそのような高度に統合された自己を一貫してもつことを例外なく要求している」と、疑問をはさむ余地もなく信じ込み、そのことに過度にとらわれている。そして、この妄信が彼らを窮地に追い込んでいく。

発症直前の彼らには、特異な体験世界が展開される<sup>6)</sup>。それを彼らの視点で追体験してみると、まず、どうしても果たせない自己の確立に疲れた彼らは、あらゆる事象に対する現実感を喪失する(これを離人症という)。そのうちに彼らには、周囲の世界が変容して感じられてくる。つまり周囲のすべてが、彼らにはよそよそしく見え、それまで通じ合っていたはずの何かが欠けてくる。彼らは必死でその理由を探ろうとするが、どうしてもわからない。まもなくすると彼らには、周囲のすべてが自分にとって意味ありげに思えてくる。たとえば電車の向かいの席の人がこちらを見たとする、自分には知ることのできない何らかのメッセージを送っているのではないかと疑う。やがてその懸念は、周囲の人たちが「何か自分の知らない秘密を握っていて、それで自分を中傷したり、それをネタに自分を陥れようとしていたりしているのでは」という考えに発展し、不気味な気分を体験する<sup>56)</sup>。

それでも彼らは、必死に周囲の真意を確かめようとする。この時期の彼らは、自分を取り巻くあらゆる事象に敏感となり、ほんの小さな徴候をも自己と結び付けて捉える。そして、心身の疲労が極限に達した時、彼らは周囲のある一つの徴候と自身の重大な秘密(隠しておきたい弱点)とを一瞬にして結び付けて知覚する。一例として大学浪人をしている(発症前の)人を想定してみる。その彼の視野に、たまたま高校生の笑っている姿が入ったとする。こ

のとき彼の内界では、その事象と、「受験に失敗したこと(秘密)が周りに漏れている」という観念とが直接結び付いてしまう。そして「(それだから)皆が自分を意味ありげに見るのだ。自分を馬鹿にしているのだ」と一方的な確信を持つに至る(これが妄想知覚、妄想察知という現象)。ここに至って彼には、統合失調症が発症したと判断される。なお図1には、患者さんが確立を目指し続けた自己-世界(近代西欧型自己)構造と、妄想世界の構造との相違を示した。

以上のように、統合失調症患者さんの急性期における不安と妄想を追体験すると、彼らの生きる世界がいかにか不安と苦痛に満ちたものであるかがわかる。したがって、精神医療や精神保健福祉に従事する者は、この苦痛を共感して治療や支援に臨むことが必要である。また治療や支援に臨まなくとも、統合失調症の好発年齢である高校や大学の教員もま

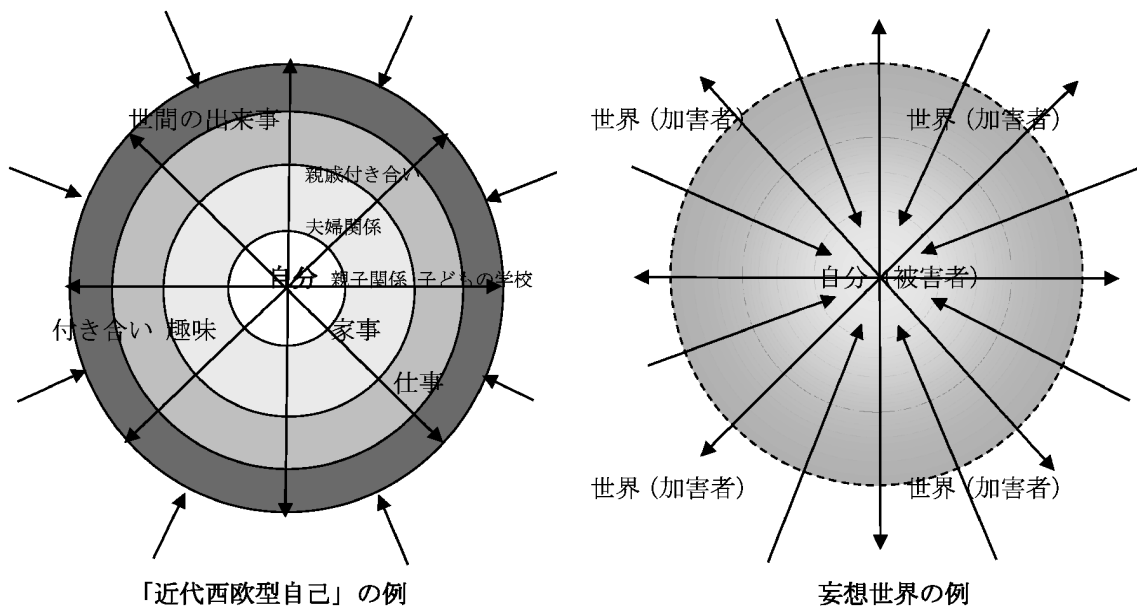
た、この苦痛を理解する必要がある。

ちなみに多くの患者さんは、発症の時点で精神科医療の道に入る。そして抗精神病薬の投与がなされ、必要に応じて入院治療が施される。とくにこの時期、刺激の少ない閉鎖病棟(なかでも隔離室)での治療は、「すべて周囲につつまけになっている」<sup>42)</sup>怖さに対して有効であることを付言しておく。また、その後の回復過程に関しては、中井<sup>48)</sup>による珠玉の論文が存在するので参照されたい。

さて、以上のような理解は、自然科学的なアプローチのみでは不可能なことである。やはりここでは、患者さんを全人的視点で捉える精神病理学(臨床心理学)的手法の有用性が確認できたと思う。

### 統合失調症患者の生きる世界(慢性期の病理)

以上は、統合失調症患者の急性期に限った考察である。一般に統合失調症は慢性の疾患であり、薬物



彼らが求める高度に統合された自己(近代西欧型自己)は、明確な核をもっており、そこから放射状・同心円状に広がりを見せている。各心的要素は、規則正しくこの自己イメージの中に配置されている。

このような重層構造によって、自己の内部が外部に漏れたり、外部の刺激が自己の中心まで侵襲したりすることはない。

妄想世界では、左図のような規則性、重層性がなくなり、自己-世界は自分対世界に二分され、同時に自分が被害者、世界全体が加害者として認知される。

左図のような重層性のなさから、自己の内部が外部に漏れたり、外部の刺激が自己の中心まで容易に侵襲してきたりする。

図1

療法や精神科リハビリテーションシステムの進歩した今日においては、むしろ社会の中で生活している慢性期の患者さんのほうが多数を占めているのである。

ちなみに慢性期であるが、その明確な定義はない。ただ幻覚・妄想・精神運動興奮などの激しい陽性症状が減弱した後に訪れる状態、ないしそれらが残存していても、その体験に対する異質な感覚がなくなり、陽性症状とともに生きる<sup>5)</sup>ようになった状態を指す<sup>46)</sup>と考えられ、症状論的には陰性症状が前景を占める時期である。精神病理学的にみれば、急性期における自己の確立をめぐる闘い(その内実は妄想世界における孤立無援の闘い)に敗れた後の、長く続く疲弊状態<sup>44,47)</sup>と言える。

ここで問題となることは、本論の冒頭で述べたように、従来の精神病理学的視点では、慢性期の患者さんの内界を正確に描くことが困難な点である。たしかに慢性期の彼らにおいては、自己の確立と維持のための心的エネルギーが低下してしまっている。それは第2報で述べたJanet, P.<sup>32)</sup>のいう「心理力」の低下であり、上述のConrad<sup>6)</sup>のいう「エネルギーポテンシャルの低下」、さらには吉松のいう「精神エネルギーの低下」<sup>61)</sup>を意味し、現象的にはICD-10<sup>58)</sup>の「残遺」という概念に通底する。

つまり、統合失調症患者さんにとって慢性期とは、エネルギーの低下によって、「(高度に統合された)近代西欧型自己を目指す姿勢そのものが減弱した状態」ということになる。そのため、近代西欧型自己の成立を当然のこととした精神病理学(臨床心理学)では、慢性期の彼らは、人としての基本機能を放棄してしまったと捉えられ、だからこそ「退行」、「人格の荒廃」といった概念で括るしかなくなるのである。以上を反映してか、これまで慢性期の統合失調症の精神病理に関する研究は、少ないのが現状である。

慢性期の統合失調症患者の精神病理を追究するには、まず彼らの生きる世界の特徴をきちんと記述する必要がある。実は、本邦は世界でも類を見ないほど、この種の臨床研究が重ねられた国であり、

1960年代の生活臨床<sup>35)</sup>や1970年代の吉松<sup>59)</sup>による精神行動特性への注目、1980年代にかけての永田による慢性患者像の記述<sup>43,45)</sup>など、今日でも示唆に富むものが多い。しかしそれらの研究から半世紀近く経過した今日、慢性期患者さんの生活スタイルも、入院病棟中心の生活から社会の中での共生へと大きく変化した。

そこで筆者は、地方の精神病院、大都市近郊の精神科単科の大学病院、都心の大学病院における入院・外来治療、デイケア診療で出会った患者さんやその家族、職場の関係者から学んだ統合失調症患者の精神行動特性を纏めて公表した<sup>15)</sup>。それをリスト化したものが表1である。この精神行動特性の一つ一つには、患者さんが社会の中で生きる際の戸惑いと、患者さんに接する人たちが覚える戸惑いとの両方が含まれている。またそれが従来のいかなる精神病理学的な症状論と符合するかといった点を考慮しており、その意味では、従来の精神病理学の範囲内で、可能な限りの理解を目指したものである。

さて、表1の各項目は、症状論的にはいずれも「陰性症状」に含まれるものである。すなわち期待される「近代西欧型自己」機能の障害の具体的な表現型にあたる。つまり「退行」の結果、浮かび上がってきた慢性期の精神行動現象と言える。

### 統合失調症における陰性症状の 心理学的解明に向けて

以上の記述によって、社会の中で生きる統合失調症患者の陰性症状の特徴は、具体的に記述された。しかしその諸特徴が、精神病理学(臨床心理学)的にいかなるメカニズムで生じ、本人にとっていかなる意味を持つのかまでは明確にされていない。したがって慢性期統合失調症患者さんの適切な精神療法には手が届かない(たんなるリストの提示に終わってしまい、それ以上の発展性がない)。そこでここでは、第1報、2報で筆者が述べた、新たな精神病理学(臨床心理学)的視点から、これらの陰性症状を見直してみたいと思う。その際のポイントは、自己の統合のためのエネルギーが発動されなくなった

とき、人のところはどのような様態になるかということになる。

結論から言うと、そのような状態では、その人が生来持っていたところの構造やその機能様態が浮上することが想定される。すなわち格子型人間であれば(純粋な)格子構造とその機能様態、放射型人間であれば(純粋な)放射構造とその機能様態である。陰性症状の内実とは、このような純粋な機能様態そのものを表しているのではないかと考えられるのである。

では、統合失調症患者さんは格子型人間なのか、それとも放射型人間なのか？ 実は本邦の絵画療法の領域に、この点を示唆する興味深い研究がある。それが、慢性期の統合失調症患者さんが自由に描く絵画の構造分析から、その人の自己-世界構造を考察した花房ら<sup>8)</sup>の研究である。この研究結果のきわめて興味深い点は、絵画構造が格子型と放射型に分けられ、かつ破瓜型統合失調症患者は格子型、妄想型統合失調症患者は放射型の絵画をほぼ常に描くという点にある。この結果と筆者のここまでの見解を総合すると、格子型人と破瓜型、放射型の人と妄想型との親和性が推察される。一つの研究から結論を早急に導くことには慎重な姿勢が必要であるが、臨床医の感覚からは至極納得できる推論である。

図1は、第1報に示した図4<sup>29)</sup>を改変し、格子-放射スペクトラムとやがて罹患し得る統合失調症の類型との関連を描いたものである<sup>19,24)</sup>。この図は、格子-放射スペクトラムの極端な格子側と放射側に位置する人には、自己の成立という志向性が生まれにくく、そのままところの原図を発展させ、最終的に何らかの発達障害に至る可能性を示す。またスペクトラムの中ほど(両極の間)に位置する人は、自己の成立不全に直面して統合失調症を発症する危険を持ち、格子型人間であれば破瓜型、放射型人間であれば妄想型に至り得ることをも示す。(なお、スペクトラムの中央に位置する者は、自己の確立にあたり格子と放射のいずれの選択も同時に可能であるが、このことは逆にいずれかの原図に決めきれず、自己機能の一時的な麻痺ないし散乱を来す危険を持

つ。これがおそらく緊張病の本態と思われる)。

いずれにしても、破瓜型患者さんの慢性期には、かなり純粋な格子型人間の特徴が顕在化し、妄想型の患者さんの慢性期には、かなり純粋な放射型人間の特徴が顕在化することが推察される<sup>19,24)</sup>。したがって陰性症状には、①期待される(近代西欧型)自己機能の欠如による特徴(精神行動特性で言えば、エネルギーポテンシャルの低下と関連した基底症

表2 統合失調症患者の精神行動特性

- 
- 基底症状 (Huber, G.<sup>21)</sup>) : 普通のことが当たり前でできず、疲れやすく根気がでないなど
  - 時間の連続性のなさ : 言動に首尾一貫性や計画性がないなど
  - 連合弛緩 (Bleuler, E.<sup>4)</sup>) : 周囲からは、何を言っているのかよく理解できないなど
  - 両価性 (Bleuler, E.<sup>4)</sup>) : 一方的な攻撃性と過度の依存の並存など
  - 嘘のつけなさ (土居<sup>7)</sup>) : 嘘をつけない、「オモテ」と「ウラ」がないなど
  - 自己譲渡 (小山内<sup>53)</sup>) : 自己の全存在を他者へあけわたす姿勢
  - 迷いやすさ : どちらにすればよいのか決められず、そのために自己の危機を招く特徴
  - 瀬戸際の拒絶 : 自己を維持するための瀬戸際の防衛手段。周囲には了解不能の頑なさや映る。
  - 融通性のなさ : 何事にも気が利かないなど
  - 悉無傾向 (吉松<sup>59)</sup>) : 仕事などを徹底的に行うか、全く行わないかの両極端な姿勢
  - 同時遂行不全 : 2つのことを同時にできないという特徴
  - 「経験」化不全 : 体験したことが、自分自身の経験になりにくいという特徴
  - 幻想的自我同一性 (吉松<sup>50)</sup>) : 現実よりも、淡い幻想世界で生き続ける姿勢
  - 超正常者像 (中井<sup>49,50)</sup>) : 健常者を超正常者と錯覚し、過度な自己鍛錬を行なうなど
  - 横並び回避と格づけ志向 : 「他人との諍い」を嫌がり「独りでの闘い」を好む姿勢
  - 休めなさ (湯浅<sup>62)</sup>) : 休み時間に不安になる(自己の成立の危機に直面する)など
  - 巧みな少数者 (中井<sup>50)</sup>) : マイナーな生き方や、無名性を好む生き方
- 

文献18より改変：カッコ内の人名は、それぞれの特徴を最初に述べた精神科医である。

状, 時間の連続性のなさなど, 表2のほぼすべての項目がこの事態を反映している) と, ②顕在化してきた純粋な格子型構造ないし放射型構造が持つ自然な機能様態とが含まれていると解釈できる.

②に関しては, 以下のようなことが言えよう. たとえば格子型人間(破瓜型統合失調症)であれば, 現在, 自分が身を置いている枠(格子のマス)の世界が, いかなる場面でも直接言動に表出される. 統合志向性が減弱した彼らの場合, 枠が変われば生きる姿も(前の枠と関連なく)変わっていく. これを周囲の人が見ると, 彼らの言動に一貫性が見出せ

ず, 彼らのここも理解できなくなる. これがまさに「連合弛緩」という精神行動特性である. 「時間の連続性のなさ」, 「同時遂行不全」, 「『経験』化不全」といった特徴も, まさに純粋な格子状のこの構造とその機能の顕れとみることができよう. 一方, 放射型人間であれば, 彼らはその都度の対人関係を, 相手に飲み込まれた形で生きていく. 彼らの重層化のない放射状構造では, 自己-他者の位置づけができず, 他者と適度な距離をとれずに感情が揺さぶられる. 彼らの重層化されないこの構造は, 妄想世界(図1)とも類似する. したがって妄

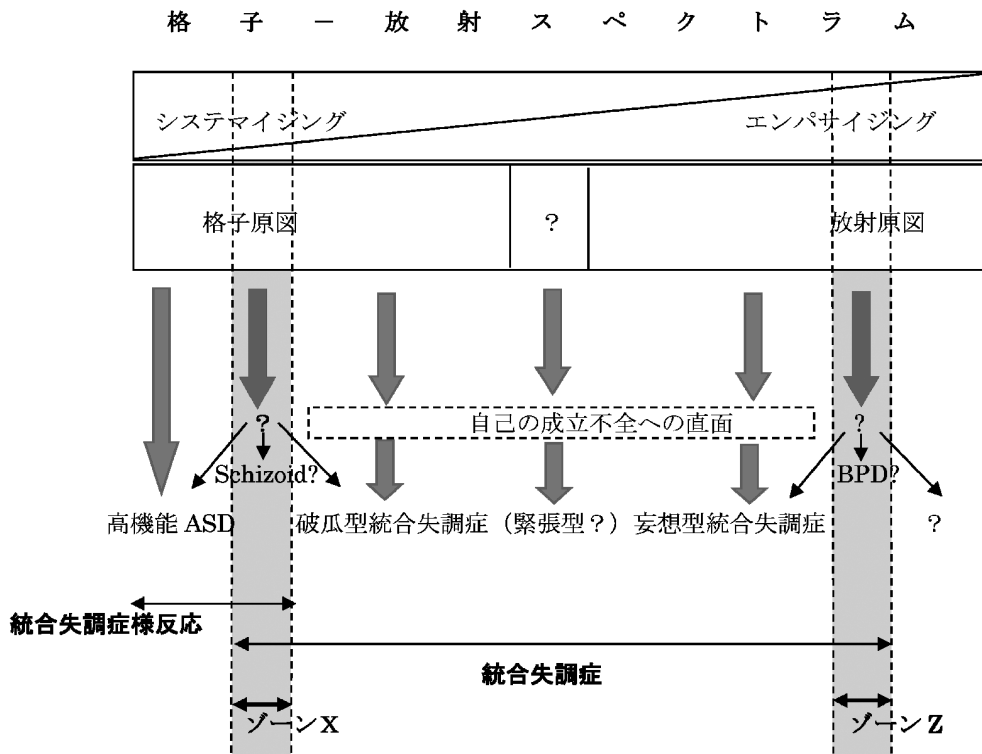


図2 格子状-放射状原図の比率と精神疾患との関係  
文献23より引用

註; 図は, 第1報<sup>29)</sup>で示した図を改変したものであり, 格子型人間が自己の成立不全をきたすと破瓜型統合失調症に, 放射型人間が自己の成立不全をきたすと妄想型統合失調症に至ることを図示した. ただしシステム化の比率の極めて高い者は, 原則的に自己の成立に関心がなく, そのままタッチパネル型自己(第1報)を發展させてASDとなる. エンパサイジングの比率の高い者は, 純粋な放射状の自己構造を發展させていく(精神医学上, この一群がいかなる疾患に該当するのかは, 現段階では不明である). 図に記されているゾーンXは, 生活史の中でASDにも破瓜型統合失調症にも發展し得る, いわゆる境界例を指す. 精神医学的に言えば, このゾーンにはスキゾイドと呼ばれるパーソナリティ障害, 単純型統合失調症といった概念が当てはまり得る. 理論的には, 同じような境界が格子-放射スペクトラム上の放射側にも設定される可能性がある. ここではそれをゾーンZとしておいた. 推察の域を出ないが, 境界性パーソナリティ障害(Borderline Personality Disorder; BPD)はここに位置するのではないと思われる. いずれにしてもかつて境界例(精神病と神経症との境界例)と言われた一群は, スペクトラム上では2つのいずれかのゾーンに位置している可能性がある.

想型患者さんの慢性期の世界は、妄想世界と紙一重であり、実際に彼らが生きる世界が、妄想なのか、たんなる幻想なのか区別しにくいことも多い。精神行動特性に示した「幻想的自我同一性」は、とくに放射型人間をイメージすると理解しやすい現象である。

さて、純粋な格子型人間、放射型人間のこころの機能様態は、陰性症状のみならず、彼らが社会適応を試みる方法にも表れる。表2に示した精神行動特性にはそれを反映したものも含まれている。一例を挙げれば、「巧みな少数者」はまさに格子型人間の特徴と言え、ここでみられる「マイナーな生き方」(たとえばマニアックな趣味仲間の活動など)は、同じ格子型であるASD者の生き方をも彷彿とさせる。

以上のような視点に立つと、統合失調症という病態は、近代西欧型自己をやみくもに志向する人たちに生じ得る精神疾患であり、その意味ではかなり文化・社会的な疾患と言える。一方でその下位分類である破瓜型・妄想型という類型は、格子型人間・放射型人間といったかなり生物学的な要因を反映していることが示唆される。見方を変えれば、幻覚・妄想などの陽性症状は、かなり文化・社会的な要因に影響される症状<sup>26)</sup>であるのに対し、陰性症状は基本的に、生物学的な要因の強い現象ということができそうである。

### 陰性症状と精神医学・精神保健福祉学

さて、上記のような陰性症状の特徴に関する視点の有用性は、統合失調症に限られるものではない。とくに精神保健福祉の対象となるいくつかの障碍の支援において、実践的な意味を持つと思われる。具体的には、現在、社会の随所で注目されている自閉スペクトラム症(ASD)<sup>28)</sup>と認知症である。ちなみにこの2疾患は、生物学的精神医学では、認知の障害を中核とする慢性疾患と解釈され、また興味深いことに、精神医学の歴史の中ではともに統合失調症と密な関係を持った疾患でもあった。

そもそも統合失調症は当初、Kraepelin, E<sup>39)</sup>によ

って早発性痴呆(早発性認知症)と命名され、これは認知症症状が早期(青年期)から認められる病態と捉えられていたことを意味する。また自閉症は当初、人生最早期に発症した統合失調症と捉えられ<sup>29)</sup>、Kraepelin的にみれば、統合失調症以上に早期に発症した認知症の病態と捉え得ることになる(第2報参照)。これら認知の障害を中核とする2疾患であるが、実は今日の病態理解においても、基本的に陰性症状とそこから派生する陽性症状とからなされているのである。

まず自閉スペクトラム症をみってみる。現在精神医学や心理学でもっともよく使用されている最新の診断基準(DSM-5)では、その病態特徴はA項目、B項目という2つの症状カテゴリーで表現されている。このうちA項目には、「(複数の状況で)社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」がみられるという記載、B項目には「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」がみられるという記載がなされている。2つの項目のうちとくに重視されているのがA項目であるが、これを心理学的に換言すれば、一人の人間として期待されている機能(自己機能)の障害を意味する内容と重なる。もう少し具体的に言えば、他者との共存を果たせるような自己像が持てず、したがって他者の存在も認知できない状態を指す。つまり本論の文脈で言えば、陰性症状と重なる記述と言える<sup>22,23,24)</sup>。一方B項目は、一つのことへのこだわりにしる、限局的な興味の対象にしる、格子を想定すると理解しやすい特徴であり<sup>17)</sup>、格子型自己の機能様態、およびそれゆえに周囲からの要請に窮して反応性に出没する精神・身体症状の記載である。したがって本論の文脈で言えば、陽性症状に重なる記述と言えよう<sup>25)</sup>。

次に認知症に関してみってみる。現在、認知症の病態は、中核症状とそれに伴ってみられる精神行動症状(Bhavioral and Psychological Symptoms of Dementia; BPSD)とから捉えられている<sup>38)</sup>。この場合の中核症状とは、まさに認知の障害を指すが、ここでいう認知とは、要素心理学的に概観すると知



覚、注意、記憶、学習、言語、遂行機能などが幅広く包括されたものである<sup>57)</sup>。そこで視点を変えて、認知症を一人の人間の病としてみると、中核症状は一人の成人として期待される機能の障碍、すなわちしかるべき自己(ないし意識)への統合作用の障碍と重なる。その意味で中核症状は、陰性症状に相当するものとなる。これに対してBPSDは、中核症状に伴う不安をベースに生じ得る二次性の症状と考えられ、幻覚、妄想、徘徊、精神運動興奮などがそれに当たる。統合失調症の精神病理を参考にすれば、これらは陽性症状相当することが理解できよう。

以上、今日においても認知機能をめぐる慢性精神障碍に共通する病態理解は、陽性症状-陰性症状という2つの局面(ディメンジョン)からなされていることが確認された。実はこのような病態理解は、患者さんの社会生活を支える際に有用と思われる。つまり陰性症状(中核症状)を、しかるべきところの統合に要するエネルギーの慢性的な減弱と、それによって露呈してくる生得的なところの構造および機能様態と捉えると、彼らにみられる一見不可解な精神行動特性が理解しやすくなる。またしばしば生じる了解不能な精神病症状(幻覚・妄想など)を陽性症状とみれば、それらの出現が本人にとってどのような意味を持つのか理解しやすくなる。さらにその人が格子型-放射型人間のいずれであるのかを見極めれば、その理解はもっと進むであろう<sup>23,24)</sup>。ちなみにASD者の場合には、ほぼ純粋な格子型人間である(表3に彼らの職場における精神行動特性を纏めたものを提示した)。認知症の場合、男性であればおおよそ格子型、女性であればおおよそ放射型を想定するとよいと思う。

### 健常者と障害者の共生に向けて

先述のように、近代西欧型自己を代表とする特定の自己像を、健常の標準に据えて構築された心理学では、自己形成に向けたエネルギーの低下した障害者は、それだけで「異常」のレッテルを貼られ、健常な自己機能の回復(に向けたリハビリテーション)を一方的に要請されかねない。

表3 職場におけるASD者の精神行動特性

	精神行動特性	周囲からの印象(具体例)
1	人の気持ちを読めない	「人を人とも思わない」「暴君のようだ」
2	場の空気を読めない	「気が利かない」「嘘をつけない(馬鹿正直)」「物事をダイレクトに言い過ぎる」
3	暗黙のルールが分からない	「自己流」
4	気持ちが自然に通じ合えない	「阿吽の呼吸が通じない」「理屈っぽい・理詰め」
5	自分というものがいない	「ただいるだけの人」「日和見」
6	言っていることがよく分からない	「だらだら喋る」「話が行ったり来たりする」「思ったことを何でも口にする」「ちぐはぐな会話」
7	きわめて不器用	「ひとつのことに集中すると他に目がいけない」「すぐに行動に移せない」
8	応用が利きにくい(経験化不全)	「不器用」「何度教えても分からない」
9	機械のような人	「何でも言葉で確かめる」「メモへの嗜癖」「歩くコンピュータ(リスト作り)」
10	きわめて頑な	「気が利かない」「杓子定規」

文献20, 21より改変

一方、筆者が示した精神病理学(臨床心理学)的視点に立つと、エネルギーが低下した後に顕れてくるところの構造がみえてくる。それは人がもつごく基本的な認知・思考の方向性を反映したものであり、彼らのところの動き方を規定するものと思われる。重要なことは、このところの構造の原型(格子・放射)はすべての人が持ち、この一点において健常者も障害者も同じであるという点である。だからこそ健常者もまた、障害者のところが了解可能となるはずなのである。このようにみると、健常者において障害者のところの理解を阻むのは、「しかるべき自己」(とりわけ近代西欧型自己)へのとらわれであるといえる。そしてそれに拍車をかけてきたのが、これまでの精神病理学(臨床心理学)的解釈

であったのかもしれないのである。

ここでは、筆者自身が体験した2つの象徴的な事例を記したい。

1つ目はKさんという女性をめぐる体験である<sup>16)</sup>。彼女は20歳代で統合失調症に罹患し、生まれ故郷の精神科病院で入院治療を受けた。しかも約3年間の入院を契機に親族からの縁を切られ(昭和40年代の出来事)、行き場を失った彼女は、40歳代で故郷から遠く離れた筆者の実家である寺に住み込みの家政婦として働くことになった。客観的にみると寺での仕事や生活は庇護的なものであったが、彼女の精神行動特性(表2参照)ゆえに周囲の者との間に多くの軋轢が生じ<sup>14)</sup>、彼女と寺の住人(筆者の親族など)との感情的な衝突が常時見られた。このような状況ではあったものの、彼女は約30年、寺や地域の(やや風変わりな)一員として生きた。

Kさんが70歳を超えた頃、彼女を病魔が襲い(肺がん)、その後は転倒による骨折の後遺症もあって寺の勤務が困難となった。そのため彼女は、寺の近所の介護施設に入所した。その際の筆者の懸念は、寺でみられたような問題が施設内でも生じ、施設の職員に多大な迷惑をかけるのではないかということにあった。しかし、その懸念は杞憂に終わった。彼女は、一般の認知症の高齢者とともにそれとなく暮らし、さらには介護職員の「人気者」にもなっていたのである。職員によれば彼女には、「人間関係であまり『エゴ』は感じられない」、「トンチンカンな会話もあるが、いつも素直に笑える」、そして寺の住人を悩ませた彼女の種々の精神行動特性もほとんど顕在化しなかった。(彼女の死後、職員からは、「Kさんは、一緒にいて楽な人だった」、「一緒に笑うとき、自分が子どもに返ったような気がした」という声が聞かれた)。

この時筆者が思い出したのは、筆者が幼少時に暮らしていた茨城県の田舎町での光景であった。この町は、昭和30年代に本邦初の本格的な精神科リハビリテーションが始まった地であり、町の至る所に精神障害者が働いていた。当時小学生であった筆者も、放課後に友人の家(家内工業や商店、農家)に

遊びに行き、それとは知らずに精神障害者と「遊ぶ」機会を多くもった。後にその町の精神科医であった筆者の父親から聞かされて驚いたのは、子どもたちに人気のあった成人のほとんどが精神障害者であったという事実である。子どもからみた精神障害者は、健全な成人よりも「一緒に遊んで楽しい人、一緒にいて楽な人、素直に友達になれる人」と感じられたのであった。後に筆者<sup>13,15)</sup>は、彼らのそのような姿を「純粹無垢」と表現したが、Kさんが接した施設の職員も、同じ印象を抱いたようなのであった。

この体験から言えそうなことは、しかるべき自己像の保持を前提とした共同作業の場面(仕事、学業、日常生活など)では、健常者は精神障害者の姿に「しかるべき自己機能の欠如」を見て取り、その機能の矯正を要請し、それが果たされなければ陰性感情を抱くようになりかねないこと、一方でしかるべき自己像から解放された「遊び」の場面では、ともに生得的なこころの機能のままに共鳴し合えることである。

2つ目の筆者の体験事例も、このことと通じるものである。筆者は研修医を終えてから約10年間(平成元年から同11年)、順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院に勤務し、そのなかで「レクリエーション委員長」という役割を兼務した。当時の越谷病院は、10年を超える長期入院患者(慢性期の統合失調症患者)さんが少なくなく<sup>52,54)</sup>、そのような病院の最大の年間行事は病棟運動会であった。この運動会は伝統的に4人の主治医対抗試合の形態をとり、各チーム、主治医とその担当患者さん、およびそこに配当された病院スタッフで構成されていた。平成元年以降、越谷病院が大学病院化されたのちに常勤医も増えたが、医師が4チームに均等に配置することで、対抗試合は続いていたのである。この試合で筆者が驚いたのが、普段は感情表現の乏しい慢性期患者さんの、「(主治医のために)燃えたい」という(家族愛にも似た)意欲の表出であった。またこの「燃える」感覚は、主治医や病院スタッフにも共有され、年に一度の「祭り」の盛り上がりとなっていたので

ある。

さて、この運動会の運営は筆者に任せられていたが、その実施にはいくつかの苦労があった。一つは、当時、精神科リハビリテーションシステムの構築が進み、何事にも「治療目的とその効果」が求められていたこと、また精神障害者の人権問題が取り上げられ、人道的(かつ医療的)な対応が求められていたことによるものであった。つまり「燃える運動会」、「主治医愛の発揮」はそのいずれにも抵触し兼ねず、病院管理者からは毎年、「障害者らしい保護的、人道的な？」プログラム構成への変更要望が強く出されていたのである。(ちなみに筆者は、患者やスタッフの希望を重視し、筆者の責任で病院管理者を説得した)。

2つ目の苦労は、チーム分けと競技種目の選択であった。チーム分けには患者、医師、看護師等の運動能力に差が出ないように配慮が必要とされた。今思い返すと、当時の病院スタッフは(筆者も含めて)各患者の運動能力(それもその都度の病状や使用薬物量までも勘案した運動能力)を直感的に把握でき、それこそが臨床の腕の見せどころとなっていたように思う。一方、競技種目の選択には、その時期に入院している患者の運動能力と、最も「燃える」競技とのマッチングを行う必要があった。たとえば大綱引き、騎馬戦、ムカデ競争(リレー形式)などが常に候補になったが、それが祭りのクライマックスである、最終競技のチーム対抗リレーに向けて、最大の「盛り上がり」をみせるよう調整しなければならなかった。ちなみにこのリレーには、各チームから選出された入院患者(男女)、看護師(必ず各病棟の看護師長が含まれる)、そして精神保健福祉士、作業療法士、そして医師が参加する。

いずれにしても、こうして実施された運動会の「盛り上がり」は、健常者と精神障害者が一体となった(病院という地域共同体の)「祭り」として結晶化した。筆者がこの体験から学んだことは、やはり、しかるべき自己から解放された時空間では、慢性期の統合失調症患者さんにも生き生きとした世界が展開し得ること、しかもそれを健常者と共有でき

るものになり得るということであった。筆者が体験した運動会では、医療スタッフのほうが「しかるべき自己」への執着を放棄し、「燃え上がった」と言っても過言ではなかったのかもしれない。時間論的に言えばまさに「祭りの中(intrafestum)」の状態<sup>37)</sup>であると言えよう。また自己論で言えば、おそらく生得的な自己構造と自己機能が素直に顕れた瞬間であったのであろう。そしてそのような「祭りの中」では、健常者も精神障害者も、ともに生得的なこのころの機能のままに共鳴でき得るのである。

もちろん、このような intrafestum は患者さんによっては病状の悪化につながりかねないこともあるので、細心の注意は必要である。しかし筆者の当時の調査によれば、越谷病院における運動会の晩の追加眠剤希望者は通常の晩に比べてかなり少なく、患者には良質の睡眠が提供されたようであったことを付言しておく。筆者のこの体験は、精神障害者スポーツのみならず、今後増加する高齢者の介護施設におけるレクリエーションのあり方を考える際にも示唆に富むのではないと思われるのである。

## おわりに

筆者はここまで、精神障害者のこころの理解に向けて、筆者が患者さんから学んだことを書き綴って来た。そこで思うことは、われわれ健常と言われている者たちは、いつしか完成されてしまったころの構造と機能様態こそがすべてであるという、価値観にとらわれているのではないかということである。たしかにわれわれの日常生活は、そのような価値観の上に成立しており、そこで機能できないことは「人間失格」を意味するかのよう考えられがちなのである。

筆者が統合失調症の慢性期の患者さん、社会の中で生活している ASD 者<sup>29)</sup>、そして近年の大学生たち<sup>30)</sup>と接し、彼らから学んだことを素直に学問的に議論してみると、やはりわれわれのほうが特定の価値観に縛られて生きていることが伺える。そして、それゆえに真実を見失ってしまう危険すらあり得ることを、彼らから学ぶことができたように思える。

われわれ人間は、人間である以前に生物なのである。ただ他の生物に比べれば、こころの統合作用と相応の感情表現を身に着けた生物と言える。そのことを真摯に受け止め、ありのままに世の中を見る目を養うことが、21世紀のわれわれには必要な気がしてならない。実はそこにこそ東洋の叡智があり、また仏教哲学の育んできた科学の道があるとも思われるのである<sup>41)</sup>。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed. DSM-5). Washington D.C., American Psychiatric Association. DSM-5, 精神疾患の診断・統計マニュアル(2014) 高橋三郎, 大野裕監訳, 東京, 医学書院.
- 2) Binswanger, L. (1957) Schizophrenie. Pflingen, Neske. 精神分裂病 1,2. (1960, 1961) 新海安彦, 宮本忠雄, 木村敏訳, 東京, みすず書房.
- 3) Blankenburg, W. (1971) Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Stuttgart, Enke. 自明性の喪失—分裂病の現象学(1978) 木村敏, 岡本進, 島弘嗣訳, 東京, みすず書房.
- 4) Bleuler, E. (1911) Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig/Wien, Franz Deuticke. 早発性痴呆または精神分裂病群(1974) 飯田真, 下坂幸三, 保崎秀夫ほか訳, 東京, 医学書院.
- 5) Bleuler, M. (1941) Krankheitsverlauf, Persönlichkeit und Verwandtschaft Schizophrener und ihre gegenseitige Beziehung. Leipzig, Thieme.
- 6) Conrad, K. (1958) Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Stuttgart, George Thieme. 分裂病のはじまり—妄想のゲシュタルト分析の試み(1994) 山口直彦, 安克昌, 中井久夫訳, 東京, 岩崎学術出版社.
- 7) 土居健郎(1976) オモテとウラの精神病理. 荻野恒一編, 分裂病の精神病理 4巻, 東京, 東京大学出版会, 1-20.
- 8) 花房香, 青木省三, 中野善行ほか(1993) たまり場の絵画療法の経験—座標軸を用いての位置づけ—. 日本芸術療法学会誌 24, 102-116.
- 9) Hecker, E. (1981) Die Hebephrenie: Ein Beitrag zur klinischen Psychiatrie. Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin 52, 394-429. 破瓜病—臨床精神医学への一寄与(1978) 渡辺哲夫訳, 破瓜病, 東京, 星和書店.
- 10) 広沢正孝(1992) 「非定型精神病」の病前性格と病相期における coping の意味. 臨床精神病理 13, 211-224.
- 11) 広沢正孝(1994) 患者および家族への接し方. 木村敏, 井上令一編, シリーズ精神科症例集 4巻, 躁うつ病・非定型精神病, 東京, 中山書店, 339-349.
- 12) 広沢正孝(1997) 夢幻様体験型—Mayer-Gross, W. の原著をたどって—. 精神科治療学 12, 337-346.
- 13) 広沢正孝(1999) 精神障害者の生き方と社会参加について. 順天堂精神医学研究所.
- 14) 広沢正孝(1999) 「家庭内寛解」患者の外來治療再考—見落とされやすい患者と家族の苦悩をめぐって—. 治療の聲 2, 229-238.
- 15) 広沢正孝(2006) 統合失調症を理解する—彼らの生きる世界と精神科リハビリテーション, 東京, 医学書院.
- 16) 広沢正孝(2009) 統合失調症患者の生きる世界と精神行動特性. 治療の聲 10, 71-76.
- 17) 広沢正孝(2010) 成人の高機能広汎性発達障害とアスペルガー症候群—社会に生きる彼らの精神行動特性. 東京, 医学書院.
- 18) 広沢正孝(2012) 慢性期. 中安信夫監修, 統合失調症とその関連病態—ベッドサイド・プラクティス, 東京, 星和書店, 133-166.
- 19) 広沢正孝(2013) 「こころの構造」からみた精神病理—広汎性発達障害と統合失調症をめぐって. 東京, 岩崎学術出版社.
- 20) 広沢正孝(2013) アスペルガー症候群の人とのコミュニケーションの仕方. メンタルヘルスマネジメント 2, 10-15.
- 21) 広沢正孝(2015) おとなの発達障害とその支援. そだちの科学 24, 87-91.
- 22) 広沢正孝(2015) 成人自閉スペクトラム症の内的世界をどう理解するか. 臨床精神医学 44, 25-29.
- 23) 広沢正孝(2015) 学生相談室からみた「こころの構造」—〈格子型/放射型人間〉と21世紀の精神病理. 東京, 岩崎学術出版社.
- 24) 広沢正孝(2016) DSM時代における精神療法のエッセンス—こころと生活をみつめる視点と臨床モデルの確立に向けて—. 東京, 医学書院.
- 25) 広沢正孝(2016) 成人の自閉スペクトラム症者のこころを理解する—統合失調症との異同を中心に—. 平成27年度滋賀県発達障害精神医学研修会報告書, 57-

- 79.
- 26) 広沢正孝(2016)統合失調症初期の神経症症状と神経症性障害. 精神科治療学 31, 303-308.
- 27) 広沢正孝(2016) KannerとAspergerの自閉はBleuler, E.のそれをプロトタイプとしている. 精神科治療学 31, 763-769.
- 28) 広沢正孝(2016)成人の発達障害と精神科医療. 精神保健医療福祉白書編集委員会編, 精神医療福祉白書, 東京, 中央法規.
- 29) 広沢正孝(2017)こころの構造と機能とは(その1)—現代の青年のこころの理解に向けて—. 順天堂スポーツ健康科学(投稿中).
- 30) 広沢正孝(2017)こころの構造と機能とは(その2)—臨床心理学および臨床精神病理学の再考を通して—. 順天堂スポーツ健康科学(投稿中).
- 31) Huber, G. (1966) Reine Defektsyndrome und Basistadien endogener Psychosen. Fortschr Neurol Psychiatr 34, 409-426.
- 32) Janet, P. (1929) L'évolution psychologique de la personnalité. Paris, au Collages de France. 人格の心理的発達(1955)関計夫訳, 東京, 慶応通信.
- 33) Jaspers, K. (1948) Allgemeine Psychopathologie, Aufl 5. Berlin, Springer. 精神病理学原論(1971)西丸四方訳, 東京, みすず書房.
- 34) Kahlbaum, K. L. (1874) Die Katatonie oder Spannungsirresein: Eine klinische Form psychischer Krankheit. Berlin, Augst Hirschwald. 緊張病(1979)渡辺哲夫訳, 東京, 星和書店.
- 35) 加藤友之, 田島昭, 湯浅修一ほか(1966)精神分裂病者の社会生活における特性—精神分裂病の生活臨床第一報—. 精神経誌, 1067-1088.
- 36) 木村敏(1975)分裂病の現象学. 東京, 弘文堂.
- 37) 木村敏(1986)直接性の病理. 東京, 弘文堂.
- 38) 工藤喬(2011)認知症. 加藤敏, 神庭重信, 中谷陽二ほか編, 現代精神医学事典, 東京, 弘文堂, 797-798.
- 39) Kraepelin, E. (1913) Psychiatrie, 8 Aufl. Leipzig, Barth. 精神医学(1986)西丸四方, 西丸甫夫訳, 東京, みすず書房.
- 40) Minkowski, E. (1954) La schizophrénie. Paris, Brower. 精神分裂病(1954)村上仁訳, 東京, みすず書房.
- 41) 森政弘(2013)仏教新論, 東京, 佼成出版社.
- 42) 長井真理(1981)「つつぬけ体験」について. 臨床精神病理 2, 157-172.
- 43) 永田俊彦(1979)在宅慢性分裂病者の精神病理学的特性—長期在院者との比較から—. 精神医学 21, 1059-1068.
- 44) 永田俊彦(1981)精神分裂病の急性期症状消褪直後の寛解後疲弊病相について. 精神医学 23, 123-131.
- 45) 永田俊彦(1982)精神分裂病者の放浪について. 精神医学 24, 19-25.
- 46) 永田俊彦, 広沢正孝(1999)慢性期の症状. 松下正明ほか編, 臨床精神医学講座2巻, 東京, 中山書店, 375-387.
- 47) 永田俊彦(2005)統合失調症慢性期患者の内的世界. 精神科治療学 20, 605-607.
- 48) 中井久夫(1974)精神分裂病状態からの寛解過程—描画を併用せる精神療法をとおしてみた縦断的観察—. 宮本忠雄編, 分裂病の精神病理2巻, 東京, 東京大学出版会, 157-217.
- 49) 中井久夫(1976)分裂病の慢性化問題と慢性分裂病状態からの離脱可能性. 笠原嘉編, 分裂病の精神病理5巻, 東京, 東京大学出版会, 33-66.
- 50) 中井久夫(1980)世に棲む患者. 川久保芳彦編, 分裂病の精神病理9巻, 東京, 東京大学出版会, 253-277.
- 51) 野村総一郎(2011)大うつ病・気分変調症. 山内俊雄, 小島卓也, 倉知正佳ほか編, 専門医を目指す人の精神医学第3版, 東京, 医学書院, 454-456.
- 52) 野崎祐介, 荒井稔, 齋藤英二ほか(1993)順天堂越谷病院における入院患者の調査研究の概要. 平成5年度順天堂精神医学研究所紀要, 95-115.
- 53) 小山内実(1979)破瓜病者の「社会療法」について. 中井久夫編, 分裂病の精神病理8巻, 東京, 東京大学出版会, 233-260.
- 54) 齋藤英二, 広沢正孝, 荒井稔ほか(1991)院内グループ活動の継時的研究. 季刊病院・地域精神医学, 34, 525-528.
- 55) Schneider, K. (1962) Klinische Psychopathologie, 6 Aufl. Stuttgart, Thieme. 臨床精神病理学(1963)平井静也, 鹿子木敏範訳, 東京, 文光堂.
- 56) 諏訪望(1990)分裂病の不気味体験—臨床精神病理の原点を踏まえて—. 精神医学 32, 118-128.
- 57) 武田雅俊(2011)認知障害. 加藤敏, 神庭重信, 中谷陽二ほか編, 現代精神医学事典, 東京, 弘文堂, 798.
- 58) WHO(1993) The ICD-10 Classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva, WHO.
- 59) 吉松和哉(1976)精神分裂病の自我に関する一考察—その行動様式上の特徴を中心に—. 荻野恒一編, 分裂病の精神病理4巻, 東京, 東京大学出版会, 21-49.

- 60) 吉松和哉(1981)対象喪失と精神分裂病—幻想同一化的自我(幻想的自我同一性)の破綻と発病—。藤縄昭編, 分裂病の精神病理巻10, 東京, 東京大学出版会, 75-104.
- 61) 吉松和哉(1993)分裂病の慢性化問題—不関性とお  
びえ。永田俊彦編, 分裂病の精神病理と治療5巻, 東京, 星和書店, 155-185.
- 62) 湯浅修一(1992)休む患者—分裂病回復者の疲労と休息—。飯田眞編, 分裂病の精神病理と治療4巻, 東京, 星和書店, 1-23.