



# 精神相对論

新しい体系的単一精神病論

滝口 直彦

ゆいメンタルクリニック

## 要旨

精神医学の国際研修生として、筆者はWASP（プロテスタントのアングロサクソン系白人）が優位を占める米国中西部にある精神医療施設に二年間留学した。そこで、筆者は精神病とは何かということを理解するのに役立つ二種類の経験をした。一つ目は、筆者が日本人とアメリカ人との間のコミュニケーションの状態を客観的に見ることでできた経験である。前者は抑うつ—解体型精神病類似のコミュニケーションパターンを示し、後者は躁—パラノイド型精神病類似のコミュニケーションパターンを示していた。二つ目の経験は、カルチャーショックによって誘発された筆者自身の精神的変調の体験である。

これら二つの体験に基づいて、筆者は人間の精神医学的統合モデルを作り、精神相対論を構築した。このモデルを用いると、主要な精神障害は人間の逸脱モデルとして理解でき、一つの連続体として人間の構成する正規分布曲線上に位置する。正常者と精神障害者との間には絶対的な質的な相違は存在せず、相対的な相違があるのみである。**統合失調症**者の妄想は、社会的多数者との特殊なコミュニケーションギャップから生じており、二種類に分類される。一つは、何かが出ていき考えが入ってくるという構造を持つ解体型であり、もう一つは、何かが入ってきて考えが出ていくという構造を持つパラノイド型である。生理学的基礎として、前者では低ドーパミンが後者では高ドーパミンが予測される。

筆者自身のカルチャーショックにもとづく精神変調の体験からは、低ドーパミンから高ドーパミンへの精神身体的転換が**統合失調症**の発病と同様のメカニズムを持つことが予想される。**統合失調症**の症例と躁うつ病の症例とでは発症の過程は基本的には異ならない。発症年齢、脳の脆弱性、ドーパミンの分泌レベルによって精神病の性質が決定されよう。

最後に、精神相対論から得られた知見の治療や社会文化精神医学への応用について述べた。

<索引用語：精神相対論，単一精神病，疾患単位，コミュニケーション>

# 精神相対論——新しい体系的単一精神病論構築の試み——

滝口 直彦

## [目次]

### [序論]

{筆者の体験}

- 体験Ⅰ 筆者が「関与しながらの観察」という意識をもって日本人と  
アメリカ人とのコミュニケーションの様態を客観的に観ることのできた体験
- 体験Ⅱ 筆者が異文化体験に巻き込まれ、精神的変調をきたした体験

### [考察]

{体験Ⅰから導かれるもの}

- 人間の原型
- 文化の型
- 発達過程
- 成熟した人間の標準モデル

{精神病理解への応用}

- 症候論
- 疾病論

{体験Ⅱから導かれるもの}

{治療への応用}

- 精神療法への応用
- 薬物療法への応用

{生物学的精神医学者への要請}

{社会文化精神医学への応用}

- 社会固有の正規分布曲線
- 分裂病の軽症化

### [総括]

## [序論]

精神病をどのように理解するかという問題は、「群盲、象を評す」と譬えることができよう。ある者は生物学的疾患であると言い、ある者は心理的な疾患で幼児期の養育に原因があると言い、またある者はそれは疾患ではなく社会のスティグマにすぎないと主張する。彼らの主張からは決して、精神病の全体像が浮かび上がることはない。近年はこうした風潮への反省から bio-psycho-socialな疾患としての精神病ということがしきりに言われるようになった。しかし、精神病のどの部分が生物学的なもので、どの部分が心理的なもの、どの部分が社会的なものか、ということをも明らかにしないまま、ただ声高に bio-psycho-socialと叫んでみても、そこから立ち現れてくるものは決して象の姿ではなく、鶴（ヌエ）の姿に他ならない。したがって、精神病の生物学的側面、心理学的側面、社会学的側面とを十分に分析した上で、それらを融合して bio-psycho-socialな疾患としての精神病像を明らかにすることが求められているのである。

日本精神神経学会は、平成5年から3回にわたって学会総会にて「精神病理学と生物学的精神医学の接点」というシンポジウムを開催してきた。これはまことに時宜にかなった企画であった。もっとも、残念なことに内容的には両者の接点が必ずしも明らかになったとはいえなかったが、多くのヒントをもたらしてくれた。

それらのヒントのなかできわめて重要と思われるのは、生物学者も精神病理学者も精神病を**統合失調症**以下、**躁うつ病**と記す）、躁うつ病というように疾患単位として考え、さらに**統合失調症**に細分化された疾患単位に分け、それぞれに独自の原因を見出そうとするために、生物学者はますます新しい神経伝達物質の発見に努め、精神病理学者はますます新しい哲学的学説を導入することに奔走し、結果として両者がますます解離していつてしまうのではないかということである。3回にわたるシンポジウムにおいて、疾患単位としての**統合失調症**という観点に疑義を挟むものは聞かれず、むしろ、より確固たる疾患単位を目指す方向へと議論が進展していた。しかし、そうした方向に議論を進める前に、疾患単位論が妥当なものかどうか、また、疾患単位論にとらわれずに精神病を理解できないかを考察する必要がある。

したがって、精神病について語る場合には、まず精神医学における診断基準や診断の意味についての考察から始めなければならない。すでにこうした問題意識をもつ者は多く、いくつかの成書<sup>(5)</sup><sup>(30)</sup> や優れた論述<sup>(8)</sup> があるので、ここでは深く立ち入らず、以下のことだけを述べることにする。

DSMやICDのように、現在、精神医学の領域で主流を占めている診断基準が、疾患単位論に立脚していることは明らかである。疾患単位論とは、近代精神医学の創始者の一人である Kraepelinが、進行麻痺をモデルとして同一の原因、症状、経過、転機、病理組織所見をもつ病態を一つの疾患単位という概念でもってまとめ、早発性痴呆についても、当時は（そして今でも）原因、病理組織所見は不明であったが、将来病理学が進歩すればそれらも解明され、疾患単位として確立できるであろうと前提し、精神障害をさまざまな疾患単位によって分類しようとする理論体系であり、あくまで仮説であることに留意しなければならない。こうした疾患単位論については、初期の段階から批判があった。Hocheは、1912年に開催されたドイツ精神医学会総会の講演のなかで、「臨床的経験が純粹の疾病型が存在することを信じさせるのだと主張しようとするときには非常な幻想力を必要とする。解剖学的変化と心的現象との間に一つの法則を橋渡ししようとするわれわれの努力は無効である」<sup>(11)</sup>と述べている。そして、機能性精神障害は「本質的にはあらかじめ形成準備された症状複合群が喚起されたことに基づくような精神障害である」と主張した。それから100年以上たった今日、病理解剖学のみならず、生理学、生化学、分子生物学までも飛躍的に発展した現在においても、両者の予想を虚心に評価するかぎり、Hocheの予想の方が当たっていると言える。それでもなお、疾患単位論に立脚した診断基準が圧倒的に幅をきかせているのが現状である。その原因の一つには、原因不明の疾患あるいは障害の原因を究明するためには、ひとまず症状や経過が類似した疾患を一つのグループとして抽出し、それを対象にして徹底的に調査研究をすれば何らかの原因が見つかるはずであるという考えへの固執が挙げられる。しかし、身体疾患の場合でも、早発性痴呆概念がモデルとした進行麻痺自体がさまざまな症状を呈するし、例えば末端肥大症と巨人症のように、症状としては異なる病気であっても、その本態は両者とも成長ホルモンの分泌過剰症であるということがあるのである。

今回筆者は自らの体験をモデル化し、基本的には精神病理学的見地から、精神病理解のための枠組みを体系的に構築することを試みた。ただし、安易なモデル化、理論構築という批判を避けるために、以下の条件を課した。

1) 精神病理学といっても、形而上学的、観念的な用語を用いず、ごく一般の精神科医に理解できる用語、具体的には『新版 精神医学事典』<sup>(12)</sup>に記載されているレベルの用語を用いること。本論は、精神医学総論という性質をもち、議論の対象は広範な範囲におよぶので、引用する文献は最小限にとどめる。

2) 精神病理学といっても、その枠内に止まらず、生物学的な研究に対して開かれており、生物学的研究から得られた所見と矛盾しないこと。**執事**問題は、医学にとっては哲学的問題ではなくて病態生理学的問題である」というConradの言明<sup>(3)</sup>は重視されなければならない。

3) 本論によって、今まで解明されていなかった現象についてその原因を説明できること。また、本論の前提となる仮説については検証可能であり、本論から導出される仮説もまた検証可能であること。

4) 臨床に応用可能なこと。診断や精神療法についてのみならず、薬物療法についても示唆を与えること。「精神病理をやっておいでになる方々が**執事**者にはすべて薬を使っておられるだろうのに、なぜその薬を使うのかという問いかけをあまりなさらない」という臺の疑問<sup>(31)</sup>にも答えなければならない。

それではまず、本論を構成する際の基となった筆者の体験を記す。

#### {筆者の体験}

日本からの精神科国際留学生として、筆者はアメリカ中西部にある精神科診療教育施設に留学した。むろん第一の目的は、アメリカの進歩的な精神医療を学ぶことであったが、むしろ、異文化に曝されてカルチャーショックを体験し、そこから心理的なサバイバルを必死で試みる過程のなかで多くのことを体験することができた。それらの体験は精神病の構造を理解するためにきわめて有用であり、それらの体験を基にしてひとつの精神病論を構築することができた。そうした体験を整理すると、以下のような二つの体験となる。

**体験1 筆者が「関与しながらの観察」という意識をもって日本人とアメリカ人とのコミュニケーションの様態を客観的に観ることのできた体験**

筆者の留学先は世界的にも有名な施設で、そこには数人の日本人留学生がいた。彼らもまた、異文化と必死に格闘していた。自分もふくめて日本人留学生とアメリカ人（本論でいうアメリカ人とは、おおむねアメリカ合衆国のエスタブリッシュメント階層を形成している、アングロサクソン系白人でプロテスタント、いわゆるWASPをさす）とのコミュニケーションのあり方を関与しながらの観察者という意識をもって観察したところ、以下のようなパターンを見出すことができた。〔表1〕

日本人の示すパターンは、「アメリカ人は私をにらみつける（アメリカ人のアイコンタクトは一時も視線をそらさないと形容できるほどで、日本人にはにらまれているように感

じる)ばかりで、私の考えていることを理解しようともせず、一方的に話す。彼らは私を疎外し、仲間外れにする。なんて攻撃的なんだろう。」と感じ、アメリカ人との交際を避け、閉じこもり、抑うつ的になるというものである。

逆にアメリカ人の示すパターンは、「日本人はアイコンタクトをせず、何を考えているのかわからない。彼が言っていることは、本当に考えていることと違うようだ。」と感じ、日本人は正直ではなく、何か隠し事をしているにちがいないと猜疑的になり、イライラして怒りだす、というものである。

このような日本人とアメリカ人とが出会った場合に起こる双方の感情ならびに思考のパターンは、なにも筆者の新発見というものではなく、日米のカルチャーショックを扱った本からは容易に読み取ることができるし、日米経済構造協議のような政府間の交渉にも容易に見出せるものである。筆者は、こうしたパターンは精神科医療のなかでも生じているのではないか、ということを考えついた。すなわち、日本人が示すパターンは、視線恐怖症者、うつ病者、ひいては解体型~~統合失調症~~者の示すパターンであり、アメリカ人の示すパターンは、躁病者からパラノイア患者の示すパターンでないか、ということである。日本人とアメリカ人とのコミュニケーションのパターンがさらに程度を増すと妄想と評価されるほどのギャップを生じるのではないか。したがって、日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・ギャップの由来を説明できれば、精神病者の妄想についてもその由来を説明できるのではないか、と考えたのである。

## 体験Ⅱ 筆者が異文化体験に巻き込まれ、精神的変調をきたした体験

筆者はアメリカ留学中に、妄想反応あるいは急性反応性精神病と呼べるような精神的変調をきたした。それは留学してからおよそ六ヵ月ほどで始まり、二ヵ月ほど続いたのちに、とくに治療を受けることなく治まった。自分がただならぬ状態にあるという「病識」はあり、また、その時の体験が自分の精神医学の知識に照らして急性~~統合失調症~~者の認知を理解する上で役立った。その大まかな経過をConradの経過型<sup>(3)</sup>にしたがって、トレマ相、アポフェニー相、アポカリプス相、固定化相とに分けた(ここで相と記したのは、原著ではPhaseとなっているためである。Conradの~~統合失調症~~論の背景には単一精神病論があり<sup>(36)</sup>、そのために躁うつ病の相期をあらわすPhaseという単語を~~統合失調症~~の経過のなかの各段階を示すために用いたと考えられる)。

(トレマ相) 筆者が留学をしたのは、33歳時であった。英会話を学んだり、日米のコミュニケーションの違いについて調べたりと、それなりの準備をしていったけれども、カ

ルチャーショックに打ちのめされるのを避けることはできなかった。アメリカ人のコミュニケーションで、まず驚いたのは彼らの会話の速さである。一対一で話をしている時は会話が成り立つけれども、グループになると会話が目の前を行き交うばかりで、とても彼らの会話のなかに入っていけないのである。そして、英語が不自由な人間がいるからといって、会話のスピードを下げることもなく、むしろこちらがわからずに黙っているとスピードを上げるほどであった。また、何か意見があるかなどと尋ねてくれることもない。そして、彼らの会話には間というものがない。一人が喋り終わるとすぐに次の人が喋り始める。日本人の会話を間の視点から観察してみると、一人が喋り終わって次の人が喋り始めるのにおおよそ二秒の間隔が存在している。そうした会話に慣れていると、アメリカ人の会話のなかに入っていくのは非常に困難である。何を話そうかと考えているうちに会話がどんどん進んで話題が変わっていき、会話に入ろうとしても、すぐ次の人が喋り出すので入れない。そして、その会話のなかで何らかの自分の意見を言わなければ、存在自体が無視されてしまうのである。私は、とにかく頭に浮かんだことは何でも喋るということをごころがけた。最初のうちは非常に難しく会話には入れなかったが、およそ六カ月経ったころにはできるようになった。

彼らとのコミュニケーションでもう一つ困ったことは、彼らのアイコンタクトである。相手の目を見て話すということは我が国でも言われているが、実際面では必ずしもそうではなく、とくに目上の人と話すときには、相手の目を真っすぐには見ずに、いくらか伏目がちに話すのが礼儀であるという場合もある。私はどちらかと言えば後者のような育てられ方をしたので、あまり相手の目を見て話すことをしなかった。したがって、アメリカ人のアイコンタクトには閉口した。まるで凝視されているように感じられ、思わず目をそらしてしまった。しかし、それはこちらでは失礼ということは知っていたので、目をそらしたい気持ちに負けずに相手の目を見ることを心掛けた。動物の場合、動物の目を見ることは挑発になり、相手の攻撃を誘うので目を見ないようにと注意されるが、アメリカ人はそれを親愛の印にしているのである。そして、アイコンタクトをしない人間に対して、何を考えているのかわからない、何か隠したいことがあるのではないかと、正直に言えないことがあるのではないかと考える傾向がある。そう思われては大変なので、とにかく相手の目から自分の目をそらさず、話すよう一所懸命努めた。やはり、これも相当なストレスであったが、六カ月ころにはだいぶ慣れた。そうすると今度は、こちらの目を見ないで話す相手に対して、「この人は私の話を注意して聞いているのだろうか、よそ見をして心ここ

にあらずなのではないか」と不快の念を抱くようになった。

(アポフェニー相) 相手の目を凝視して、頭に浮かんだことをすぐ話すということを六カ月もやっているとどうなるか。身体的には、目はランランと輝き、分泌物が減り、唾が出ないので口が渇き、鼻の通りが良くなる。胃にはチクチクと刺激があり、食欲はあるのだが、少し食べるとすぐ満腹になってしまう。生理学的に、fight and flightと呼ぶ反応である。

精神的には以下のような現象が起こる。まず最初に、頭の回転が早くなったと感じられる。本を読んでも内容が頭に直接入ってくるように感じられる。本を読んでいる、「そうか、筆者はこういうことを言いたいのか」とちょっとした感動とともに筆者の真意がわかるという体験である。英語の本を読んでいるときには、筆者はこういうことを言いたいのに翻訳者はそれをきちんと訳しきれていないと考えてしまい、大上段に構えた批判的な手紙を翻訳者に送ったりした。また、論文の生産性も上がり、三週間ほどでひとつの論文を書きおえることができた。その時に書いた論文は、かなり攻撃的で相手を一方的に批判する内容であるが、論理的には整合的で相手の反駁を許さないようなものであった。また、註が多くなるという特徴があった。本文を書いていると、途中の細かい点にこだわってしまい、その点をさらに論じるための註を加えてしまうのである。本論の元となったアイデアもこの時期に浮かんだ。自分は真理を発見したという誇大的な感激とともに、誰かにそのアイデアを盗まれてしまうのではないかという被害念慮が生じた。

気分や情動の面では、気分は高揚し、深夜まで起きていても眠気を感じなくなった。そのうち頭の回転はますます上がり、何を見てもそこから真理を発見してしまうという、中井のいう微分回路的認知の昂進<sup>(20)</sup> <sup>(23)</sup>が起こった。例えば、子供(当時4歳)が私が童話を読むのに合わせて演技するのを見ると「言葉を完全に習得する前の子供は天性の役者である」という命題がパッと浮かんで来るのである。それを妻に伝えると、妻は「普通はそうじゃなくて、脚本の内容をよく知ることによって、表現力がつくでしょう」というのだが、その「普通」というのがわからなくなるのである。すなわち、普通という言葉が非常に広い範囲を指していて、どういう条件の下での普通なのか、限定されないとさっぱりとわからないのである。(これは、ブランケンブルクのいう自明性の喪失とは異なると思われる。私の場合にはむしろ、世の中の現象すべてが自明のこと、必然的なことであって、他人にそんなことはないといわれると混乱してしまう、という体験であった。)そして、日本語もよくわからなくなってくるのである。それは英語に慣れすぎたからというのでは

ない。日本語の場合、主語を省略することはごく普通だし、目的語を省略することも多々ある。主語や目的語を省略されると何を言っているのかわからなくなるのである。

記憶面では、短期的な記憶がなくなるのである。少し前にしていたことをすぐに忘れてしまう。物を片づけてもそれを忘れてしまうので、なくなってしまったように感じるのである。時間感覚も変容した。まさに瞬間、瞬間を生きており、今の瞬間とその一瞬前とが連続性のないものとして感じられ、自分の足元が瞬間瞬間の裂隙に落ち込むように感じられ、恐怖をおぼえた。

認知のスピードも早くなった。遠くのほうに知人を見つけるとその表情の動きなども手取るようにわかり、相手がどんな気持ちでいるのかもピンとわかった気持ちになる。そこで、あいさつをするのだが、むこうからすれば距離は離れているし、一瞬のことでもあるので、当然こちらには気がつかないでどこかへ行ってしまふ。そうすると、「あいつ俺を無視した」と感じてしまうのである。また人物誤認についてもおもしろい体験をした。車を運転している人の顔を見ると、顔の全体像はまったく似ていないのだが、鼻の形は誰（例えばA）のものとよく似ていると感じ、また別のドライバーを見て、この人の鼻の形もAのものに似ていると感じ、そこから両者は同一人物であり、Aがいろいろな人間に変装して自分の目の前に現れていると考えるのである。これはまさに、フレゴリの錯覚である。こうなってくると、さすがに自分でも精神的変調に気がついてくる。それで睡眠は確実にとるようにした。目が冴えていてなかなか眠れないのだが、とにかく目をつむっているようにした。

（アポカリプス相） 精神的変調が頂点に達したのは、昼食のラーメンを作っている時だった。一口にラーメンを作るといっても、ゆで卵を作り、もやしをゆで、麺をゆでるための湯やスープのための湯を沸かしてと、いろいろな要素に分かれている。通常であればこれらのことを平行してやって（パラディグマ的行為）短時間のうちにラーメンなどできてしまうのだが、精神変調を来した時期には、思考があまりにシンタグマティックになっているために、いくつかのことを同時に平行してやることができないのである。ゆで卵を作っている間にもやしをゆでるための湯を沸かすことができなかつたり、卵の殻をむいている時には麺をゆでているのを忘れてしまい、ゆですぎてしまつたりして、結局ラーメンを作るのに一時間もかかってしまった。その時の頭の中は混乱の極みであった。すこしでも混乱を逃れるために、とにかくすべての活動を停止したいという気持ちにまでなった。これはまさに緊張病性昏迷に近い症状と言えよう。

身体的には、覚醒度が上昇し不眠（入眠困難）が続いた。ベッドに横になって自律訓練法をしたのだが、重量感じ練習では手足がものすごく重くなり、ほとんど金縛り状態になり、真っ暗な寝室の隅にポーッと光が現れるのが見えたことが一度あった。また、体温が低下したように感じられた。

（固定化相） これは本当に精神病状態であると痛感したので、気分転換をはかるためにとにかく思い切り子供たちと遊ぶことにした。広い野原のある公園に行って、子供たちと相撲など体を思い切り使って遊んだところ、短時間のうちに困惑気分はすっかりと消失し、爽やかな気分になった。そして、自分の体のまわりに何かパワーの感じられる保護膜のようなものが存在している感じがした（中井のいう繭の体験<sup>(21)</sup>）。その後は基本的には安定した状態ですごせ、アメリカ人の会話にも必要があれば入っていくことができ、とくにトラブルもなく2年間の留学生生活を終えることができた。時に軽度抑うつ状態となったが、ルーチンの仕事をこなして時の経過を待っているうちに約半年ほどで改善した。

身体的には、周囲の風景が明るく見えたり、微香性の整髪料の香りがプーンと爽やかに感じられるというように感覚が鋭敏になった。また、瞳（虹彩）の色が明るくなっていた（留学して間もなく運転免許証を取得した時には、筆者の瞳はほとんど黒と言える濃茶であったが、この時期に鏡を見ると一見して明るい茶色に変わっていた）。

## [考察]

### {体験Ⅰから導かれるもの}

体験Ⅰ、すなわち、日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・ギャップのパターンの成り立ちを解明できれば、精神病患者と、治療者をふくめたいわゆる正常者とのあいだのコミュニケーション・ギャップのパターン、すなわち、妄想の成り立ちをも解明できるのではないかと、というのが発想の原点である。したがって、体験Ⅰの成り立ちを、元来、すなわち出生直後は同一の人間の原型が、異なる文化の影響下で成長したために、結果として人格の構造やコミュニケーション・パターンが異なるようになり、体験Ⅰのようなコミュニケーション・ギャップのパターンが生まれたものであるというモデルを構成した。以下に、人間の原型、文化の型、発達過程、成人の標準像モデルという項を追って、それを明らかにしよう。

### 人間の原型

生物学的に見てあらゆる人間は一つの種、すなわちホモ・サピエンスに属している。し

たがって、社会や文化によって影響されない素質は原則的に同一であると仮定される。そこで、人間の原型を表すモデルを考案した。〔図1〕

このモデルを考案する際に、フロイトの提出した人格のトポロジカル・モデルと構造モデルとを統合することを試みた。人格の構造モデルにおいて、フロイトは自我、超自我、イドを区分した<sup>(7)</sup>。筆者は、自我と超自我とは成熟した人格においては統合され融合していると考え、自我と超自我とを統合して「精神」(Psyche)と考え、このモデルでは透過膜でできた白いボールで表現した。次に、身体(Soma)をビーカーでもって表現した。そして、人間を精神と身体とが結合したものとして、白いボールをビーカーに押し込んだもので表現した。そして、両者のあいだにその緩衝物として、黒い液体(black ether)を満たしたものを考えた。これが本能の欲動の源としてのイドを表現する。この液体は、透過膜を通じて精神の中にも浸透していくのである。

このモデルを、ボール、ビーカー、液体という構成部分別で見ると、精神(自我と超自我との融合物)、身体、イドからなるフロイトの人格の構造モデルを表現することになる。また、このモデルを水平方向から見ると、白いボールの上半分が直接的に見える白い部分は意識、白いボールの下半分と黒い液体とが重なって灰色に見える部分が前意識、黒い液体だけが見える黒い部分は無意識を表すように見え、フロイトの人格のトポロジカル・モデル<sup>(6)</sup>を表すことになる。

さらに人間を構成する重要な要素として、他者とのコミュニケーションがあるので、これを表すためにボールとビーカーとの接合部にチューブを取り付け、これをコミュニケーション・チューブと名づけた。

このモデルを構成するそれぞれの部分は以下のような意味づけをなされる。例えば、断面図でみたボール上半分と外部との境界は自己境界、ボール下半分と液体との境界は自我境界、ボールの大きさは精神の素質的な能力、弾性や厚さといった透過膜の性質は融通性を示す。また、液体の圧力は欲動の強さを示している。コミュニケーション・チューブには、イドが浸透している精神から出ていく部分と純粋な精神から出ていく部分とがある。前者は前意識的・感覚的な情報を表し、後者は意識的・論理的な情報を表現する。しかし、前者が即ノンバーバル・コミュニケーションを意味し、後者が即バーバル・コミュニケーションを意味するわけではない。うれしい時に笑い、悲しい時に泣く、というのはノンバーバル・コミュニケーションであっても意識的・論理的な情報であり、顔で笑って心で泣くというのは前意識的・感覚的な情報である。また「何もありませんが」といって御馳

走を出すのは、バーバル・コミュニケーションであっても、意識的・論理的な情報ではなく、前意識的・感覚的な情報である。

## 文化の型

前述した人間の原型が文化の中で発達していく様子をモデル化するためには、日米の文化を何によって特徴づけるのか、ということが問題になる。土居は「甘え」に対する態度でもって、日米の文化を対照的にとらえ、そうした文化の下での人格や社会のあり方を明らかにしたし、河合は父権社会、母権社会という観点から出発して、日本文化の中空構造という概念にまで発展させた。

筆者の場合、日米の文化の相違を如実に印象づけたのは、spiritual な価値観であった。すなわち、日本文化は多神教的価値観に立脚し、アメリカ文化は一神教的価値観に強く立脚したものと感じたのである。これらの価値観は、多神教、一神教という言葉を使っているけれども、必ずしも宗教的価値観を意味しているわけではない。英語のspiritual は、ふつう、宗教的とか霊的と訳されるが、実際には、宗教の枠を越えたところのあり方を意味するのである。河合は、「一神論と多神論」<sup>(14)</sup>という論文のなかで一神教の代表であるキリスト教文化圏からのみ近代科学が生まれてきたことの意味を考察し、人間は自然現象とは独立な存在として、それを観察し研究し、そこに神の意志としての一貫した法則を発見する態度が、因果律を重視する自然科学の発祥に寄与したことを述べている。そして、一神論的思考は、唯一神をモデルにして人間像の形成にも影響を及ぼし、主体性と責任、自我の確立を非常に重視することになったことも述べている。また、マックス・ヴェーバーは、『プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神』において、営利の追求を敵視するプロテスタント（ピューリタニズム）の倫理、勤勉や儉約の精神が逆説的に近代資本主義の発生に大きく貢献したことを論じている。このように本来は宗教的価値観であったものが、宗教という枠組みを越えてさまざまな局面、その中には一見したところ宗教とは矛盾するような領域にまで影響を及ぼしているのである。

もっとも、たとえある社会の宗教的価値観がキリスト教であるからといって、それが一律に一神教を意味するわけではない。カソリックや東方教会では、人びとは聖母マリアや多くの聖人をも信仰しているので、多神教的な色彩を色濃くもつ。一方、プロテスタントとくにアメリカ合衆国の基礎を構築したピューリタニズムは、スイスのカルバン派から派生しており、旧約聖書を重視するためにユダヤ教的な性格を帯び、一神教的色彩が強い。日本人はキリスト教というと、イエスの言行に基づく慈愛に満ちた愛の宗教というイメー

ジをもっているが、筆者が留学中に見聞したところ、Godという言葉はよく聞いたり見たりする機会があったが、あまりJesusとは言わないのである。Godというのは、天に存在する万物の創造主でたいへん厳しいお方であるが、帰依を誓うと保護してくれ繁栄が保証されるのである。アメリカの友人の一人がいみじくもキリスト教は愛の宗教ではなく、パワーの宗教だと言ったように、戦闘的な色彩も合わせもっている。

ひるがえって、日本の宗教的価値観は多神教というキーワードで総括できよう。むろん多くの日本人は、自分は無神論であるということであろう。厳密な宗教としては無神論にちがいないが、何百万人という人が初詣に行くし、多くの人が神前で結婚式を挙げており、神道的な習俗は現在も身近にある。また、宗教的なものを越えた文化的な部分でも、一人のリーダーを中心にしてさまざまな領域の専門家が集まり言語的な統制でもって目標を達成するというチームを作るのは苦手で、リーダーも塊より始めよというモットーのもと皆と一丸となって以心伝心で心を通わせ努力して目標を達成する集団を構成することにだけしているのも、多神教的な考え方の反映であると言える。こうした文化のなかでは個人の確立よりも集団の和の方が重視される。一神教の厳格な神と対等の契約を結ぶのに必要な自我の確立をはかる厳しさは要求されず、「捨てる神あれば拾う神あり」という気楽な生き方も許される。集団の構成員の和を重視するので、戦闘性は抑えられ、基本的には排他的ではない（以心伝心でコミュニケーションできない相手にはきわめて排他的な側面をもつけれども）。

## 発達過程

spiritualな価値観はまた人間の発達過程に対しても影響を及ぼしている。子供は彼らが属する社会の要請に適合するように育てられる（acculturation）。一神教的社会では、唯一神と一対一で向き合えるような、自律的、独立的な個人を確立することが子供の養育の目標となる。多神教的社会では、集団内の価値観を共有できるよう子供を養育するのである。アメリカ合衆国のWASP社会のような一神教的社会では、そうした目標はMahlerのいう分離—個体化過程を通じて、子供が乳児期から親からの自立を強いられることによって達成される。こうした養育法は子供に相当なストレスを負荷するものであって、躰けを意味する英語のdisciplineは同時に折檻をも意味するのである。多神教的社会では、一神教的社会のように個人の確立は求められない。子供たちはあくまでも集団の一員として育てられ、乳幼児期から父母と離れることを強いられることはなく、小学校に入るまで両親と一緒に寝ることもまれではない。集団の中で暮らしながら、他の人びとがどのよう

に考えているのかを言葉ではなく振る舞いから感じ取ること、すなわち察することを身をもって学ぶのである。言葉には裏表があり、他人の振る舞いはしばしば本当に考えていることと矛盾しているのである。 Batesonのいうダブルバインド的状况は日常茶飯事である。子供たちが他人の気持ちを察することができず、集団内の調和した雰囲気壊したと両親に判断される場合には、しばしばその理由を説明されることなしに叱られる。そういうことを繰り返しているうちに、一種の条件づけによって集団内の価値観を他者と共有できるようになるのである。したがって、言葉自体にはあまり重きを置かれなくなるという側面も存在する。

図式的には、spiritualな価値観は、一神教的社会では神は人間の上に存在し、多神教的社会では神々は人間の周囲に存在していると考えられる。そして、それぞれは人間の原型モデルに対して引力として働く。したがって、一神教的価値観の下では、人間の原型は水平方向よりも垂直方向へとより成長し、先の尖った人間像を形成する。多神教的社会では、多くの神々が人間の周囲に存在するので、原型は垂直方向よりも水平方向へとより成長し、ドーム型の人間像を形成する。前者を一神教的人間モデル、後者を多神教的人間モデルと名づけることにする。〔図2〕

#### 成人の標準像モデル

図2は、一神教的社会と多神教的社会における成熟した人間の標準像モデルを示している。縦方向の矢印は、自我の強さを表し、横方向の矢印は共感能力の強さを表す。

両者の特徴を列挙すると、一神教的人間モデルは、自我が強く、精神の意識的な部分を表す白いゾーンが広く、精神の前意識的な部分を表す灰色のゾーンが狭い。これは意識的・論理的な思考優位であることを示している。イドの自我境界に対する単位面積当たりの圧力は、多神教的人間のそれよりも強い。したがって、イドの精神に対する圧力も高く、自我境界の強さも、その高圧に耐えるためにより強くなる。以上のような観点からは、個人として確立された人間像が浮かび上がってくる。

一方、多神教的人間モデルは、共感能力が高く、一神教的人間モデルと比べて、精神の意識的部分はより小さく、前意識的部分がより大きい。これは前意識的・感覚的な思考優位であることを示している。

コミュニケーション・チューブに注目すると、一神教的人間のそれは、意識的・論理的な情報が優位を占めている。これは言語がシンタクティック（統合論的）な構造を有していることを表す。多神教的人間のそれは、前意識的・感覚的な情報が優位である。言語は

曖昧な部分が多く、パラタクティックな構造をもち、表と裏とがあって、しばしばその言葉を発している本人の真意と矛盾するものである。

一神教的人間と多神教的人間とが、出会ったときにはどのようなコミュニケーションが生じるのであろうか。それは、それぞれのコミュニケーション・チューブの連結として表される [図3]。図3では、右が一神教的人間のコミュニケーション・チューブで、左が多神教的人間のコミュニケーション・チューブである。両者はコミュニケーション・チューブの連結を通じて情報の交換をしているのであるが、チューブはぴったりと連結されておらず、ずれており、過剰な意識的・論理的な情報が一神教的人間から多神教的人間へと伝達しており、過剰な前意識的・感覚的な情報が多神教的人間から一神教的人間へと伝達している。伝達された情報は、受け手によって解釈されて理解されるのであるが、過剰な情報に対して受け手は解釈することができず、自我異質的な情報として感じられるのである。

こうしたコミュニケーション・ギャップのあり方を、芥川龍之介は『手巾』（ハンケチ）という短編の中で生き生きと描いている。芥川の分身とも読める大学教授（その妻はアメリカ人である）のもとへ、天逝した学生の母親が訪ねてくる。母親は生前息子が世話になった礼を述べるが、彼女の態度が平生の通りで微笑みさえ浮かべているのを、教授は「西洋人の衝動的な感情の表白」と対比して不思議に思う。そして、ふと母親が膝の上で手にしている手巾を見ると、母親はそれを裂かないばかりに強く握っていた。そして、教授はその母親が「顔でこそ笑っていたが、実は全身で泣いていた」ことに気づき、「日本の女の武士道である」と感動する。ところが、あとでストリントベルクの演技論を読むと「顔は微笑んでいながら、手は手巾を二つに裂くという、二重の演技を臭味と名づける」と書いてあり、武士道とその臭味のある演技との類似性を思いやり、心を曇らせるのである。この小説中の、大学教授は一神教的人間を、母親は多神教的人間を表しているといえる。

筆者のモデルに即して考察すると、一神教的人間と多神教的人間とが出会う場合、一神教的人間から多神教的人間へは過剰の意識的・論理的な情報が伝達され、多神教的人間はそれを解釈できず、「にらまれている。見下されている。攻撃されている」と被害的になる。多神教的人間から一神教的人間へは、過剰の前意識的・感覚的な情報が伝達され、一神教的人間によって、「何か不可解だ。何か裏があるな」と猜疑的になる。こうした関係こそが、体験Ⅰで述べた、日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・ギャップに他な

らない。

以上、日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・ギャップの成り立ちを、素質的には同一の者が養育される文化の相違によって、結果として、異なった人格構造やコミュニケーションのパターンをもつように成長し、それらが出会うことによって、特徴的な構造をもつコミュニケーション・ギャップが生じることを、モデルを提示して明らかにした。次にこうした関係を、精神病理解のために応用してみる。

### {精神病理解への応用}

#### 症候論

前項において、日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・ギャップの成立を説明したが、それを精神病の症候を理解するために応用してみよう。

体験Ⅰで述べたように、日本人の示すコミュニケーションのパターンはうつ病から**統合失調症**解体型に通じる体験であった。それを多神教的人間モデルで解説すると、モデルの形から自我が弱く、共感能力が強いことが窺われる。**統合失調症**解体型の場合、自我が極度に脆弱であることは明らかである。共感能力が高いということはふつう肯定的な意味をもつが、共感能力が極度に強い場合には、他者の気持ちを察することだけにとどまらず、無関係な他者までもが気にかかり、ひいては自分の周囲の生き物や無生物、物体までも気になってしまい、もはや身動きが取れなくなってしまうのである。これは自閉や昏迷にまで通じるものである。また、コミュニケーション・チューブの連結からは、意識的・論理的な情報が入ってきて、前意識的・感覚的な情報が出ていく形になる。意識的・論理的な情報は、「考え」と表現されるので、本人にとっては意識的・論理的な情報が入ってくることは「考えが入ってくる」と表現される。これは、純粋な形では思考吹入であり、ヴァリエーションとしては「指図される、命令される」といった作為体験、被影響体験として体験される。前意識的・感覚的な情報は、言葉では明確に同定されない性格をもつ。したがって、「何ものか」と表現されることが多い。すなわち、前意識的・感覚的な情報が出ていくということは、「何ものかが出ていく」と表現される。これは、自我漏洩症状群とってよいだろう。

自我漏洩症状群と被影響体験とは、当初、藤縄<sup>(8)</sup>によって「内から外」と「外から内」という二方向が独立した体験ではないか、と問題提起されたが、田中は五十数例もの症例を検討したところ、むしろ両者は関連しあって起こっており、二方向性独立ではなく、自我体験型と対象体験型という二体験型独立説の方が両者の関係をより良く説明し得ると

論じている<sup>(28)</sup>。藤縄自身「少なからぬ症例では、この双方が混在してみられる」<sup>(8)</sup>と述べており、特殊な病像を一般的なものにミスリードした点があることは否めないけれども、筆者としては相対する方向性という観点を棄却してしまうのは惜しいと考える。二方向性の独立を考察する上で、高野の他者密入妄想（仮称）についての考察<sup>(26)</sup>が有用である。高野は「何ものかが自分の私的空間内に入ってくる」という妄想を他者密入妄想と名づけ、それが自我漏洩症候群と対称的な性質をもっていることを論じている。これらの関係は、「内から外」「外から内」という方向性ととも、「何ものか」と表現される情報（前意識的・感覚的な情報）と「考え」と表現される情報（意識的・論理的な情報）という二種類の情報の質を考えることによって明確になる。すなわち、自我漏洩症状は「何ものか」が「内から外」に向かうものであり、被影響体験は「考え」が「外から内」に入ってくるものである。そして、「何ものか」が「外から内」に入ってくるのが、他者密入妄想なのである。

以上を整理すると、**緑丸**解体型では、自我脆弱、アニミズム的思考、自閉、「考えが入ってきて、何ものかが出ていく」という妄想をもつ、という構造が明らかになる。うつ病や不安神経症の場合には、これらの程度は軽いけれども、同様の構造をもつといえよう。（強迫神経症の場合は特殊な機序が予想されるので、後述する）。

さて、**緑丸**パラノイド型（脚注：paranoid typeは通常、妄想型と訳されているが、解体型**緑丸**であっても妄想を抱くし、また、本論によれば後述するように、妄想はいわゆる妄想型**緑丸**者が抱きやすい構造をもつものと解体型**緑丸**者が抱きやすい構造をもつものとの分類される。現状では、この二種の妄想が十分に分離して把握されておらず、解体型の妄想を抱いている者に対しても妄想型**緑丸**と診断してしまっていることが多い。そのため、本論ではこうした混乱を避けるために、paranoid typeにはパラノイド型という訳語を用いることにする。）や躁病の場合はどうであろうか。一神教的人間モデルを見てみよう。まず、自我は強大であり、共感能力に乏しい。患者は他人のことなどまったく眼中になく、人間に値するのは世界中で自分だけのように振る舞う。気分は高揚し、自分を偉大な神の立場に置く。思考パターンは、一神教的思考法、すなわち、一つの「真理」や「存在」が姿形を変えて普遍的に現れている、というもので体系的な妄想を構築する。中井の「微分回路的認知」<sup>(20)(23)</sup>やMatussekの「本質属性の突出」<sup>(17)</sup>ならびに清田の「超論理的思考」<sup>(15)</sup>は、本人を取り巻く環境の中から一瞬のうちに本質的なものを発見するわけで、こうした一神教的思考法に相当する。病態生理学的には、優位大脳半球の機

能亢進が予測される。コミュニケーション・チューブからは、過剰の意識的・論理的な情報が出ていき、過剰の前意識的・感覚的な情報が入ってくる。これは、「考えが出ていき、何ものかが入ってくる」と表現される。「考えが出ていく」というのは、思考奪取であるが、強大な自我が保たれている場合には「自分の考えが他者に影響を及ぼしている」というカリスマ症候群<sup>(29)</sup>を呈することになる。「何ものかが入ってくる」というのは、先に述べた他者密入妄想の他に、世界が変容しているという妄想気分やConradのいうトレマ<sup>(3)</sup>に通じるものである。

以上を整理すると**統合失調症**パラノイド型では、自我強大、共感性欠如、一神教的思考、「考えが出ていき、何ものかが入ってくる」という構造の妄想をもつ、という構造がある。躁病の場合にも、多かれ少なかれそうした構造が存在し、パラノイアの場合には、自我の強大さが保持され、そうした構造が長期にわたり持続するのである。

### 疾病論

このように機能性精神病をそれらが有する構造に着目して考えると、それぞれは質的には**統合失調症**解体型群と**統合失調症**パラノイド型群とに二分され、うつ病や神経症は前者のグループに入り、躁病は後者のグループに入る。そして、その中でそれぞれの障害は質的な相違をもつのではなく、量的な相違があるにすぎないと考えられる。いわゆる正常状態は、**統合失調症**解体型群と**統合失調症**パラノイド型群とには含まれているのである。そして、それぞれの障害の頻度というものを考えると、左端から**統合失調症**解体型、うつ病、神経症、いわゆる正常状態、躁病、**統合失調症**パラノイド型が配列される正規分布曲線が想定される。〔図4〕

この正規分布曲線モデルを用いることによって、すべての機能性精神病は、標準的人格像からの逸脱というモデルによって表現することができる。

**統合失調症**解体型：自我境界はイドの圧力に耐えられず崩壊し、イドは精神の中へと急激に浸透し、精神の平衡状態は失われる。精神は、前意識的・感覚的な思考優位になり、連合弛緩をきたし、「考えが入ってきて、何ものかが出ていく」という構造をもつ妄想が生じるが、体系化することはない。コミュニケーション・チューブは前意識的・感覚的な情報で満たされ、言語は論理的な意味を表さなくなる。

うつ病：意識的・論理的な精神は、**統合失調症**解体型と比べて保たれている。自我は解体型よりも強いが、神経症よりも脆弱である。共感能力が高いために、他者をたいへん気にする。

神経症：自我は標準的人格像と比べて脆弱であるが、精神の統合性は保たれている。

躁病：意識的・論理的な精神は標準人格像のものよりも強い。精神の失調が生じると前意識的・感覚的な思考が発展し、観念奔逸が生じる。自我の強さは増大し、誇大感、高揚感を感じる。

**統合失調症**パラノイド型：意識的・論理的な精神は強大である。「何ものかが入ってきて、考えが出ていく」というコミュニケーションのずれが生じるので、患者は妄想気分を抱き、自分の周囲で何が起きているのか論理的に理解しようと試みる。最終的に、自分の周囲の出来事の背後に真理を発見し、妄想は体系化する。パラノイアではこの妄想の体系化は持続するが、**統合失調症**パラノイド型では早晚自我境界が破壊され、前意識的・感覚的な精神が優勢になって、支離滅裂状態が生じるのである。

正規分布曲線上、それぞれの病態を固定的なものと考えれば、それは人格という側面をもつ。すなわち、**統合失調症**解体型は**統合失調症**型人格障害、**統合失調症**パラノイド型は妄想性人格障害というように。しかし、臨床的にはそれらの病態は決して固定的なものではなく、同じ一人の精神病状態の中でもさまざまな局面でさまざまな症状を呈することは日常茶飯事である。**統合失調症**の経過中に神経症状態、躁状態、うつ状態を呈することも稀でない。そして、さらに注意しなければならないのは、精神科医が寛解と呼ぶいわゆる正常状態をも呈することである。この点については、体験Ⅱから導かれるものが参考になるだろう。

{体験Ⅱから導かれるもの}

海外への移住や留学が、神経症から抑うつ、さらには妄想や錯乱などさまざまな精神障害を引き起こすことは周知のことである。精神科医も近年は多くの者が海外留学しており、カルチャーショックに打ちのめされたことなどがしばしば語られる。和田は自らの異文化体験による精神状態の変容を単純型あるいは破瓜型**統合失調症**になぞらえ、いくつかの**統合失調症**の基本障害と呼べるものを体験したことを論じ**統合失調症**発病の仮説を呈示した<sup>(32)</sup>（このことは逆に、**統合失調症**者でなくとも状況によっては**統合失調症**の基本障害を経験することを示している）。そして、**統合失調症**やパラノイア反応を体験した者などの検討が**統合失調症**発病過程の解明に必要であると述べている。筆者の体験Ⅱはまさしくこのパラノイア反応系列に属するものであろう。

筆者の留学中の精神変調に診断をつけるとすれば、持続期間が比較的短期であったので、妄想反応あるいは短期反応性精神病とされるだろうが、横断的な症状としては、幻覚を除いて、おそらく**統合失調症**の急性期と同じものを呈したし、また躁状態も混在したので非定型精神病とされるかもしれない。

今まで、海外移住者の精神障害発生の機序については、状況因や心因でもって説明されることが多かった。筆者は、アメリカ人のスピードの早い、間のない会話に入っていく努力として、頭に浮かんだことをすぐ口に出すことを心掛けたために、生理的にも精神的にも変調をきたしたという、認知生理学的な機序を提出した。その際に、脳のレベルで起こっていたと予想されるのは、覚醒系の昂進である。覚醒系にはさまざまな神経伝達物質が関与しているが、本論では、物質のイメージを強調するために、また、現在までドーパミンほどには**分泌**全体の状態を説明する物質は現れていない<sup>(33)</sup> ために、それらの神経伝達物質の総称としてドーパミンという語を用いる。脳の覚醒系は精神障害者に限らず、すべての人間に存在することは自明である。そして、緊張を要する場面ではドーパミン分泌が増加し覚醒系が昂進し、リラックスした状態では分泌が低下して覚醒系が抑制される。分泌するドーパミン量は緊張状態に応じて自律的に調節され、ある一定の範囲内で増減することが考えられる。ところが、相当強い緊張を強いられる状態が続いたり、そうした状況から脱するために安永が一念発起と呼ぶ柄にない過剰活動<sup>(34)</sup> を続けると、ドーパミンの分泌量は徐々にではあるが、ネガティブ・フィードバックを受けることなしに一方的に増加を続け、ついにある閾値に達すると爆発的に分泌してしまうと考えられる。中安は、精力的に初期分裂病論を展開しており、**分泌**の経過を図式的に表している〔図5〕。筆者はこの経過図をドーパミンの分泌動態の経過図として見ることによって、ドーパミンの分泌量と症状との相関が明確になると考えた。すなわち、初期段階においてはドーパミン分泌量は徐々に上昇し、初期症状を呈する。ドーパミン分泌量が閾値に達すると爆発的に上昇し、極期に至る。そして、極量のドーパミンによって脳皮質は侵襲を受け、ブレイクダウンを起こして後遺期へと至るのである。このようなドーパミンの分泌動態の仮説は、Mackay<sup>(16)</sup> や Andreasen<sup>(1)</sup> といった生物学的精神医学者の理論と矛盾しない。Mackayは、**分泌**を陽性症状を主とするⅠ型と陰性症状を主とするⅡ型とに分類し、それぞれに別の原因を想定したCrow<sup>(4)</sup> に対する討論において、**分泌**者の死後脳において見られるドーパミン・レセプター増加とドーパミン濃度増加は、前シナプスにおけるドーパミン代謝率が悪いことから起こる二次的な変化と見て、慢性**分泌**では元来ドーパミンの活動が低下しており、環境によって急性のドーパミン過剰活動へとスイッチするという仮説を提出している。Andreasenは、皮質下核一辺縁系の機能昂進により陽性症状が出現し、それにより前頭葉機能の失調が起こると陰性症状が重畳し、最終的に皮質下核一辺縁系の機能低下まで出現し欠陥状態に至るという仮説を立てている。こうしたドーパミン神経機能低下・

昂進併存説に対して、筆者の理論では、低ドーパミンで覚醒度の低い**統合失調症**体型の場合には、「考えが入ってきて、何ものかが出ていく」という構造をもつ妄想（陽性症状とされるもの）を生じると考えられるので、機能低下・昂進併存といった複雑な機序を考える必要はない。そもそも**統合失調症**症状を陽性症状と陰性症状とに二分するというのは仮定的なものであって、決して病態生理が明らかになって二分したものではない。そのことを忘れて、それぞれに異なった病態生理を考案し**統合失調症**という疾病までも二分してしまう態度は批判されねばならないだろう。

さて**統合失調症**の経過におけるドーパミン分泌動態を示すと仮定した図5と日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・チューブの連結の様態を示した図3とそれぞれの文化には固有の精神状態正規分布曲線というべきものが存在するという図6（詳しくは後述する）とを統合することによって、筆者の体験Ⅱの「発病過程」は以下のように説明することができる。

筆者は平均的な日本人としてアメリカ人の社会の中へと入っていった。筆者は日本人の正規分布曲線上では標準人格像としてプロットされるわけであるが、アメリカ人の正規分布曲線上では神経症レベルの位置にプロットされるのである〔図6〕。そうすると、図3のようなコミュニケーション・チューブの連結のずれが生じ、過剰の意識的・論理的な情報がアメリカ人から筆者へと向かってきた。それは、自覚的にはアメリカ人に見下されるような感じを抱くようになる。また、日本であれば「よろしく」と言えば良きにはからってくれ、世話をしてくれる、といった前意識的・感覚的な情報をアメリカ人相手に送っているにもかかわらず、相手が理解してくれないために、わかってくれないという被害者意識も生じた。相手の目を見て、自分の考えを明確に言うことがアメリカ人のコミュニケーションの形であるということは知識として持っていたので、困難なことであったが、アメリカ人の会話にどんどん入っていくようにした。これは、自分のコミュニケーション・チューブのレベルを上昇させ、相手のコミュニケーション・チューブのレベルに合わせることを意味する。そのために覚醒度を上昇させるように、ドーパミン分泌を介して脳の覚醒系が自律的に活動を活発化していったと考えられる。そして、それがある閾値を越えた段階で爆発的に過剰に分泌し、極期へと突入し、今度は一神教的人間の側へと転化した。自我は肥大化し、誇大的になり、認知のスピードは上昇し、一瞬のあいだに物事の本質的な側面が見え、それが迫ってくる（微分回路的認知の亢進<sup>(20)</sup> <sup>(23)</sup>、本質属性の突出<sup>(17)</sup>、アポフェニー<sup>(3)</sup>）。それまで意識下に潜在していた多くのアイデアが意識に昇ってきて、

さまざまな着想が沸くようになる。しかし、これらのことも行きすぎると、もはや身動きがとれなくなり、著明な混乱状態へと至る（アポカリプス<sup>(3)</sup>）。筆者の場合、幸運にも相撲のようなある程度攻撃性を発散できるような運動によって、ドーパミン分泌は安定を取り戻したらしく、精神状態も安定したのである。

ここまで、ドーパミン系を中心にして考察してきたが、筆者の体験Ⅱにおける「光の体験」ならびに「虹彩の退色」については、下等脊椎動物では光受容器である松果体でのセロトニン—メラトニン系の亢進が関与していると考えられる。

筆者の場合、なぜ比較的速やかに回復したのかということが問題になる。遺伝生物学的側面では、筆者には精神病の負因もなく、脳もさほど脆弱ではないと考えられる。また、年齢に関して、筆者が留学したのはもう30歳を過ぎていたので、辺縁系からのドーパミン分泌も過剰とはいえ、思春期におけるような天井知らずの分泌というほどではなく、ある程度の限界があったと思われる。また、皮質の方も発達が終了しており、過剰のドーパミンによって受ける脳の侵襲は最小限ですんだのではないか。これも思春期の場合には、皮質の発達が完成しておらず、過剰のドーパミンによる侵襲が強いために、残遺状態も重度になると考えられる。

自覚的には、精神医学の知識が多少ともあったために、自分に今起きていることを精神医学的に解釈することができ、不安をあまり感じなかったり、体験に対してある程度距離を置くことができたのも重度の**統合失調症**の発病を阻止したといえる。

筆者は、序論において巨人症と末端肥大症とが、症状としては異なるものであるが、本態としては成長ホルモンの分泌過剰症であることを例示した。前者が骨端線閉鎖前に成長ホルモンの分泌過剰が起こり、後者が骨端線閉鎖後の分泌過剰であり、多くの症例では両者が合併している。機能性精神病もこれと同様に、基本的には脳の発達完了以前のドーパミン過剰分泌が**統合失調症**を引き起こし、発達完了後の過剰分泌（分泌量も前の場合と比べて少ない）が躁病を引き起こすものと考えられ、両者が合併すること、すなわち非定型精神病や混合精神病、**統合失調症**感情障害というものは決して稀でないものとして説明できよう。思春期**統合失調症**の発病が多いのは、思春期にはさまざまなホルモンの分泌がさかんになるのと同様、ドーパミン分泌もさかんになるためと推定される。以上のような観点から、本論は**統合失調症**躁うつ病、混合精神病の発病機序を統一的に説明できるような単一精神病論を提起することができた。

現在まで**統合失調症**の原因について数多くの理論が構築されてきた。しかし、どれも

単一の絶対的原因として証明されたものはない。それらの理論は、それぞれたいへん異なっている。しかし、それらはコミュニケーション・チューブのレベルの相違をもたらすという点では共通している。例えば、前頭葉と左半球の機能障害は、コミュニケーション・チューブのレベルを低下させる。レベルの低下がそのままであれば、**解体型統合失調症**を呈するけれども、ふつうは脳の覚醒系が補償的に働いてコミュニケーション・チューブのレベルを上昇させようとしてドーパミンの分泌を促す。それが閾値を超えて爆発的に大量に分泌した場合、急性精神病を引き起こすのである。

また、**統合失調症**の心因仮説のひとつは**統合失調症**原性母親というのがある。彼女の子育ての方法は、日本人のような多神教的社会における子育てと類似しており、コミュニケーション・チューブのレベルを下げてしまう。したがって、患者は他者との関係において単純型**統合失調症**から解体型**統合失調症**を展開したり、脳の覚醒系が補償的に働いてドーパミンの分泌が閾値を越えて大量に分泌されて急性精神病を呈することがある。**統合失調症**原性母親とは対称的に、シュレーバー・ケースの父親のように自分の子供をリジッドな一神教的価値観の下で理性を体得するよう厳しく躰ける父親は、パラノイア原性父親になり得る。この場合には、超一神教的人間が形成され、患者は**統合失調症**パラノイド型やパラノイアを発病する。

したがって、何か一つの原因が提起されたとしても、それと対称的なものも、解体型とパラノイド型というふうに型としても対称的であるがやはり**統合失調症**の原因になり得るのである。

#### {治療への応用}

精神病の発病機序を前項のようにとらえたことを治療へと応用してみよう。

#### 精神療法への応用

本論では精神療法の全容について述べることは不可能であるので、精神療法への導入について述べる。精神療法への導入で重要なことは、治療者と患者とのあいだに通じ合うコミュニケーションを形成することである。そのためには、治療者側がコミュニケーション・チューブのレベルを調整しなければならない(図3を参照)。

単純型**統合失調症** 解体型**統合失調症** うつ病者を相手にするときには、患者のコミュニケーション・チューブのレベルが低いので、治療者のコミュニケーションに対して威圧感ひいては馬鹿にされているという感じを抱きやすい。したがって、治療者はコミュニケーション・チューブのレベルを下げなければならない。具体的には、意識的・論理的な情報を送

り出すのを少なくして、前意識的・感覚的な情報を多くするのである。すなわち、アイコンタクトを避け、患者の目をみつめないようにして、患者のかたわらに存在するといった、シュヴィング的アプローチをしなければならない。

逆にパラノイド型**執拗**躁病者を相手にするときは、治療者はコミュニケーション・チューブのレベルを上げなければならない。すなわち、治療者が送り出す意識的・論理的な情報を多くして前意識的・感覚的な情報を少なくしなければならない。具体的には、確固としたアイコンタクトを行い、相手の目をじっと見すえる。表情はとりたてて厳しくする必要はないが、中途半端な愛想笑いをしてはいけない。患者がそれを前意識的・感覚的な情報として受け取って裏を読み、馬鹿にされたと感じて怒りだす危険性が高い。そして、腹の底から発声するようにして、「あなたの脳は今働きすぎている。緊急に脳を休めなければならない。今のように脳の活動が活発になりすぎていると精神力ではどうしようもないので、脳の働きを抑える薬で休んでもらう」と主題を精神の話ではなく脳の話として伝えるのである。急性期の患者は自分のことを精神病とは思わないが、頭の働きがいつもとは違うことは意識しているので、精神の異常ではなく、脳の異常な状態として現状を説明するとたいていは納得してくれる。最近では、教養レベルの高い人はドーパミンという単語を知っていることが多いので、「あなたの脳は今ドーパミンがたくさん出すぎていてオーバーヒートしているのだから、ドーパミンを抑える薬で脳を休めましょう」というと納得することもある。このようにして治療へと導入すれば、患者ともコミュニケーションを保持でき、抗精神病薬の量も少なくてすみ、服薬コンプライアンスも良くなる。

### 薬物療法への応用

ドーパミンの分泌動態が図5のような過程をとるものとする、極期にはドーパミン・アンタゴニストが有効であり、慢性期にはドーパミン・アゴニストや抗うつ剤が有効なことは明らかである。これらは日常の臨床で確かめられているとあってよいだろう。問題は初期段階に対する薬物の選択である。この段階では、ドーパミンの分泌は上昇を続けているけれども、それは元来のコミュニケーション・チューブのレベルが低い、すなわちドーパミン・レベルが低いので、それを上げるために脳の覚醒系が反応してドーパミン分泌が増加していると考えられ、逆説的な高ドーパミン症というべきものである。したがって、この段階でドーパミン・アンタゴニストを投与すると、むしろ個体はよりドーパミン濃度を上げるように反応するため、病態は改善しないばかりか、服薬コンプライアンスが低下したり、アクティングアウトが生じたりする。したがって、この段階ではドーパミン・ア

ゴニストを投与すべきであると考えられる。**統合失調症**に対してドーパミン・アゴニストを投与することは、すでにさまざまな人びとによって試みられているが<sup>(2) (10) (12)</sup>、病因を明確にした上での治療戦略に基づく投薬とは言いがたく、試行錯誤的な色彩が強い。図5を念頭に置いて、薬物を選択することは良い結果を生むことであろう。

また、強迫症の場合、防衛の成否は高度に覚醒し緊張した認識意識の維持それ自体にかかっている<sup>(35)</sup>とするならば、そこには**統合失調症**の初期段階と同様のドーパミン分泌動態、すなわち逆説的高ドーパミン症が生じていると考えられるので、やはりドーパミン・アゴニストが有効ではないかと推定される。MBD（微細脳機能不全症候群）児の示す多動の治療にmethylphenidateを使用しており、MBDの多動と強迫症状とは相当類似している。したがって、ドーパミン・アゴニストの投与が強迫症状に対して効果を示す可能性があると思われる。

次に、妄想に対する治療であるが、高ドーパミンに由来する妄想、すなわち急性精神病や**統合失調症**パラノイド型の妄想に対してはドーパミン・アンタゴニストが有効である。しかし、筆者は「考えが入ってきて、何ものかが出ていく」という構造をもつ妄想が低覚醒、すなわち低ドーパミンから生じることを説明した。そうした解体型妄想の一つとして自我漏洩症候群があるが、それに対してドーパミン・アンタゴニストはほとんど無効であることが知られている。こうした妄想には、むしろ、ドーパミン・アゴニストが有効であろう。筆者は中年女性に生じたコタール症候群（彼女は内蔵がなくなっていると訴えるとともに、魂が抜けてしまったと述べ、自我漏洩症候群と妄想構造が一致していた）に対して**アゴニスト**を使用して、一月あまりで否定妄想が消退した経験をもつ。

したがって、病気の段階や妄想の型を見極めて、ドーパミン・アンタゴニストやアゴニストを選択することが重要である。それを心掛けていると、ドーパミン・アンタゴニストの効果が期待されない病態に対して雪だるま式に抗精神病薬を増量し、重篤な副作用を引き起こすリスクを回避することもできるのである。

#### {生物学的精神医学者への要請}

ここまで、**統合失調症**の発病機序やそれをもとにした薬物の選択について論じてきたが、これはいくつかの仮説の上に成り立っており、それらが検証されることが必要である。そのためには、生物学的精神医学者の手をぜひとも借りなければならない。検証してもらいたい事象は以下のようなものである。

- 1) 日本人とアメリカ人の血漿あるいは髄液中の平均的なドーパミン値（あるいはHVA

値)は後者の方が高い。

2) 生後すぐに母親と引き離された猿とずっと母猿に養育された猿とでは、ドーパミン値(あるいはHVA値)は前者で高い。

3) 脳内のドーパミンの分泌動態が図5で示す曲線のようにになるのか。人工的に覚醒剤精神病状態を作った猿にストレスを負荷してフラッシュバックを起こさせ、ドーパミンの分泌の経過を追うことはできないか。また、リチウムイオンの存在が閾値を上昇させることが確認できないか。

4) 松果体におけるセロトニン-メラトニン系が亢進することによって、左右脳半球機能のバランスが左脳半球優位になることが確かめられないか。

少なくとも以上四点が、生物学的に検証されたならば、本論の信頼性は飛躍的に高まるであろう。

#### {社会文化精神医学への応用}

最後に以上得られた所見を社会文化精神医学の領域へと応用してみよう。

#### 社会固有の正規分布曲線

成人の標準像モデルの項で、日本人が多神教的人間モデルに相当し、アメリカ人が一神教的人間モデルに相当するとして、論を進めてきたが、一般的に言えば日本人であっても一神教的な要素をもっているし、アメリカ人であっても多神教的な要素をもっている。平均的多数が、日本人の場合には多神教的方向にあり、アメリカ人の場合には一神教的方向にあるわけである。日本人のなかにも、強い一神教的価値観の下で育てられた人もいるし、極端な多神教的価値観の下で育てられた人もいる。しかし、大多数の人は日本社会のなかで平均的に育てられたとすると、人間モデルの自我の強さと共感能力の程度は正規分布曲線を描くようになる。そして、一つの文化をもつ社会には固有の正規分布曲線をもっており、日本社会の正規分布曲線は多神教方向に寄り、アメリカ人の正規分布曲線は一神教方向に寄っている。そして、それぞれの正規分布曲線において、左端から**強**解体型、うつ病、神経症、いわゆる正常状態、躁病、右端に**他**パラノイド型がプロットされるのである〔図6〕。

精神病がこのような正規分布曲線上にプロットされるものと考えてことによって、どのような事象が説明できるだろうか。中井が『治療文化論』において、分裂病の不思議さとして提示したいいくつかの謎<sup>(22)</sup>について答えてみよう。

①人類社会における発生率が、ほぼ同一の有病率で人口の1%弱であるとすれば、多因

子遺伝の場合に遺伝生物学的にありうることなのか、あるいは、——生物学的にか文化人類学的にか社会学的にかは分からないが——何ごとかが、この割合の犠牲者を必要とするのか。人類社会は文化の如何にかかわらずその1%弱にこの特別の有徴性を帯びさせる何かがあるのであろうか。

正規分布曲線上で標準よりも右方および左方に3SD以上偏っているものが、標準的な人格像とは質的に異なっているものと判断され**後知症**と診断されるならば、その数はおよそ全体の1%になろう。

②①とは矛盾するが、アイルランド人およびアイルランド系移民、クロアチア人の分裂病の生涯率が、3%にもものぼるとするのはなぜか。

この疑問の出典は、Murphy<sup>(18)</sup>と思われる。クロアチア人についてはここでは置くが、アイルランド人は多神教的要素をもつカソリックという spiritualな価値観のもとで育つので、正規分布曲線はAのようになる。それをプロテスタントの正規分布曲線Bの標準人格からの3SDの偏位という基準でもって判断されると、およそ3%になってしまうのである。実際、Murphyは同書にて「北アイルランドではカソリック教徒がプロテスタントよりも有意に高い**後知症**に対する）脆弱性を有しているのをみてとることができる」と述べている。また、アイルランド人の話す英語が16世紀ころの英語である、というのも**後知症**と診断されやすい原因の一つであらう。

③「うつ病はビデオを通るか**後知症**はビデオを通らない」。日本の**後知症**患者のビデオを欧米の「**後知症**診断の権威」たちは、**後知症**ではない、『文化依存症候群』だ」といってしりぞけたのはなぜか。

Aの正規分布曲線をもつ社会からBの正規分布曲線を見ると、Bの**後知症**解体型はAの標準人格像モデルに近づく。これは、Bの社会で**後知症**と診断されるものの自我はAの社会ではしっかりしたものに見えるし、Bの社会からAの**後知症**解体型と診断されるものを見ると、自我のきわめて脆弱な相当原始的なものに見え、文化結合症候群と診断されてしまうからであらう。筆者は米国留学した際に、アメリカの**後知症**者に人格水準の低下が見られないことに驚いたし<sup>(27)</sup>、野田もカナダ人の**後知症**者に対して同様の感想を抱いている<sup>(25)</sup>。こうしたことも、この説を裏付けるであらう。

### 分裂病の軽症化

このように中井の提示した謎に答えるとともに、**後知症**の軽症化についても、その原因について意見を述べたい。**後知症**軽症化の大前提としては、症候性精神病との鑑別が進

んだことがある。なかでもいくつかの神経疾患と**統合失調症**との鑑別は困難な場合が多かった。本論によって低ドーパミンでも解体型の妄想構造をもつ妄想を発症することが示唆されたが、これはパーキンソン病でも妄想を発症するということである。抗精神病薬が導入される以前にも錐体外路症状を呈する人びとが精神病棟にいたということだが、この人びとはパーキンソン病であった可能性がある。現在ではそうした人びとは神経内科で治療されるようになった。

そうした人びとを除いた**統合失調症**の軽症化とは、図6においてAの正規分布曲線がBの正規分布曲線方向へと右方へ移動したことに他ならない。すなわち、日本人の正規分布曲線がアメリカ人の正規分布曲線へと近づいたことである。これは、第2次大戦後、日本人の子供の養育法や教育法がアメリカ化したため、すなわち「相手の目を見て、自分の考えたことをありのままに言う」という訓練を幼児期からするために、かつての正規分布曲線が右方へ移動したのである。

しかし、**統合失調症**が軽症化したといっても喜んでばかりはいられない。3SD**統合失調症**説によれば、正規分布曲線において標準人格像モデルよりも3SD以上偏っているものは**統合失調症**と判断されるので、正規分布曲線の右方移動にともなって、かつてな**統合失調症**と診断されなかった者が症例として析出し、**統合失調症**と診断されるようになるからである。そうしたものの代表的なものが、自我漏洩性分裂病である。それについて、永田は**統合失調症**の軽症化にともなって生じてきた疾病であることを述べているが、軽症なはずなのに従来の抗精神病薬（ドーパミン・アンタゴニスト）の効果が乏しいことを指摘している<sup>(19)</sup>。そうした、自我漏洩性分裂病のもつ逆説性も、正規分布曲線の右方移動により、低ドーパミン側の個体が**統合失調症**として析出してきたためと説明できる**統合失調症**の薬物療法の項を参照)。

また、正規分布曲線が右方移動したことは、かつてならパラノイアと診断されたような事例が標準人格像に近づくので、妄想に対する寛容度が増加したという側面をももつのである。現在ではUFOや宇宙人の存在を信じていたとしても、それだけでパラノイアと診断されることはないであろうし、若年層にはカルト的な宗教の流行さえ見られる**統合失調症**の軽症化と妄想に対する寛容度の増加とはパラレルな現象であるといえるのである。このことも本論によって明らかになったといえる。

#### [総括]

筆者が米国留学中に遭遇した二つの体験から、内因性精神病を包括的に説明できるよう

な、体系的理論を構築した。

日本人とアメリカ人とのコミュニケーション・ギャップが精神障害者といわゆる正常者とのコミュニケーション・ギャップ、すなわち妄想と相似していることから、前者の成り立ちをモデルで示すことによって、後者の成り立ちを説明することができた。それによると、

①自我の強さと共感力とのあいだには負の相関関係があり、自我が極度に脆弱で共感力の異常に亢進しているものが解体型**統合失調症**、自我が極端に強力で共感力の欠如しているものがパラノイド型**統合失調症**であり、両者が対称的に両極に位置し、両者のあいだにうつ病、神経症、いわゆる正常者（標準的人格像）、躁病がプロットされる正規分布曲線が想定される。それぞれの障害は本来は質的な異常はなく相対的な異常にすぎないが、標準的人格像から3SD以上偏っているものが質的な異常と判断され**統合失調症**と診断されるのである。このことから、多くの文化社会において**統合失調症**者がおおよそ1%を示すことを説明できる。

②妄想には、「考えが入ってきて、何ものかが出ていく」という構造をもつものと、それと対称的に「考えが出ていき、何ものかが入ってくる」という構造をもつものがある。前者が解体型**統合失調症**に見られる妄想構造であり、後者はパラノイド型**統合失調症**に見られる妄想構造である。

また、筆者自身がカルチャーショックのなかで体験した妄想反応圏に属する精神変調を観察することによって**統合失調症**の発病過程についての示唆が得られた。それによると、

①個体がテンポの早い環境に適応するために努力することがドーパミンの分泌を促し、脳の覚醒系が亢進してパラノイド型**統合失調症**へといたる経過が明らかになった。

②パラノイド型**統合失調症**の経過中において生じる精神症状は、脳の覚醒系の亢進ならびに認知機能の亢進によって説明できる。

③パラノイド型**統合失調症**と躁病、解体型**統合失調症**とうつ病とのあいだには絶対的な質的な相違があるのではなく、相対的な量的な相違があるにすぎない。

以上のことを踏まえて、**統合失調症**の精神療法および薬物療法について述べた。後者については、従来使用されてきたドーパミン・アンタゴニストばかりではなく、病態に応じてドーパミン・アゴニストも有効であることを、精神症状と病態生理との関係を論じることによって説明した。

さらに、本論から得られた所見を社会文化精神医学の領域にも応用し、

①社会のなかのいわゆる正常者をふくめたあらゆる人格が正規分布曲線を構成することを

仮定することにより、**統合失調症**の発生率がどの社会でも1%ほどになることを説明した。

②**統合失調症**の軽症化についても、アメリカ文化の取り入れによって、過去の日本人のもっていた社会的正規分布曲線がアメリカ人のもつ正規分布曲線の方へ移動したことによって説明された。

本論のテーゼは、「精神病はいわゆる正常者と絶対的な質的相違があるのではなく、相対的な量的相違にすぎない」すなわち、「精神病はドーパミンの多少という量的な異常によって引き起こされたもので、精神症状も質的な異常としてではなく量的な異常として説明できる」というものであり、精神相対論（psycho-relativism）というものを本論の呼称として提案したい。

## 文献

- 1) Andreasen, N.C. : Neural mechanism of negative symptoms. *Brit. J. Psychiat.*, 155(suppl. 7): 93-98, 1989
- 2) Chiarello, R.J., Cole, J.E. : The use of psychostimulants in general psychiatry. *Arch. Gen. Psychiatry*, 44:286-295, 1987
- 3) Conrad, K. : Die beginnende Schizophrenie: Versuch einer Gestaltanalyse des Wahn. George Thieme, Stuttgart, 1958 (吉永五郎訳: 精神分裂病 — 妄想のゲシュタルト分析試論. 医学書院, 東京, 1973) (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)
- 4) Crow, T. : Molecular pathology of schizophrenia: More than one dimension of pathology?, *Brit. Med. J.*, 280: 66-68, 1980
- 5) 土居健郎, 藤縄昭編: 精神医学における診断の意味. 東京大学出版会, 東京, 1983
- 6) Freud, S. : 無意識について (井村恒郎訳), フロイト著作集6. 人文書院, 京都, p87—113, 1970
- 7) Freud, S. : 精神分析学入門 (続) 第三十一講 心的人格の解明 (懸田克躬、高橋義孝訳), フロイト著作集1. 人文書院, 京都, p433—452, 1970
- 8) 藤縄昭: 自我漏洩症状群について, 土居健郎編: 分裂病の精神病理1. 東京大学出版会, 東京, p33-50, 1972
- 9) 藤縄昭: 精神疾患の診断分類の歴史的展望—精神医学における診断図式序説—, *精神科MOOK*, 28:10-22, 1992
- 10) Gerlach, J., Lohdorp, F.K. : The effect of L-dopa on young patients with simple schizophrenia treated with neuroleptic drugs. *Psychopharmacology*, 44:105-110, 1975
- 11) Hoche, A. : Die Bedeutung der Symptomenkomplexe in der Psychiatrie. *Z. Neur.*, 12:540, 1912 (下坂幸三訳: 精神医学における症状群の意義について, *精神医学*, 17:77-85, 1975)
- 12) Imanaga, K., Nakasawa, T., Inoue, K., et al: Double-blind controlled study of L-dopa therapy in schizophrenia. *Folia Psychiatr. Neurol. JPN.*, 29:123-143, 1975
- 13) 加藤正明, 保崎秀夫ほか編: 新版 精神医学事典. 弘文堂, 東京, 1993

- 14) 河合隼雄：一神論と多神論，河合隼雄著作集 11 『宗教と科学』，岩波書店，東京，p306-330，1994
- 15) 清田一民：超現実的な合理主義的思考と超論理的思考の並列——「相補性の喪失」から導き出せるもの——，川久保芳彦編：分裂病の精神病理 9，東京大学出版会，東京，p 79-105，1980
- 16) Mackay, A.V.P. : Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. Brit. J. Psychiat., 137: 379-383, 1980
- 17) Matussek, P.: Untersuchungen über die Wahnwahrnehmung, I. Mitteilung. Arch. Psychiat. Nervenkr., 189: 279-319, II. Mitteilung, Schweiz. Arch. f. Neurol u. Psychiat., 71:189-210, 1952-3 (伊藤昇太，河合真，中谷誠訳：妄想知覚論とその周辺，金剛出版，東京，1983)
- 18) Murphy H.B.M. : Comparative Psychiatry, The International and Intercultural Distribution of Mental Illness. Springer-Verlag, 1982 (内沼幸雄，江畑敬介，近藤喬一他訳：比較精神医学—精神障害の国際的文化的広がり，星和書店，東京，1992)
- 19) 永田俊彦：思考伝播を主症状とする分裂病——分裂病の軽症化の一類型として，永田俊彦編：分裂病の精神病理と治療 5，星和書店，p97-115，東京，1994
- 20) 中井久夫：分裂病と人類—一つの試論，安永浩編：分裂病の精神病理 6，東京大学出版会，東京，p243—276，1977
- 21) 中井久夫：精神分裂病からの寛解過程——描画をとおしてみた縦断的観察，中井久夫著作集第 1 巻『分裂病』，岩崎学術出版社，東京，p115—180，1984
- 22) 中井久夫：治療文化論，同時代ライブラリー 30，岩波書店，東京，1990
- 23) 中井久夫，上田宣子：分裂病発病前後の「不連続的移行現象」——特に一回的短期間現象とその関連における超覚醒現象について——，山口直彦編：中井久夫共著論文集，岩崎学術出版社，東京，p3—32，1991
- 24) 中安信夫：初期分裂病，星和書店，東京，p79，1990
- 25) 野田文隆：汗をかきかきレジデント，星和書店，東京，1991
- 26) 高野良英：他人密入症状（仮称）の臨床的精神病理学的研究——分裂病を中心とした対称的症状系列とその意味，精神経誌，96:875-902，1994
- 27) 滝口直彦：アメリカ便り（上），こころの臨床ア・ラ・カルト，11(2):78-79, 1992
- 28) 田中健滋：自我漏洩症状と被影響症状の関係をより良く説明し得る一見解について—

- 「方向性」から「体験型」の観点へ—, 精神経誌, 97:31-63, 1995
- 29) 津本一郎: 天才と狂気. 金剛出版, 東京, 1982
- 30) 台弘, 土居健郎編: 精神医学と疾病概念. 東京大学出版会, 東京, 1975
- 31) 臺弘: 精神病理と生物学, 土居健郎編: 分裂病の精神病理 1 6. 東京大学出版会, 東京, pvii-x, 1987
- 32) 和田秀樹: 異国体験と精神病体験, イマゴ 5 (1):104-121, 青土社, 東京, 1994
- 33) 山田和夫, 岸本英爾: 生化学 a. 病態生化学, 木村敏, 松下正明ほか編: 精神分裂病——基礎と臨床——. 朝倉書店, 東京, 1990
- 34) 安永浩: II. 心因論, 横井晋, 佐藤壱三ほか編: 精神分裂病. 医学書院, 東京, p72-91, 1975
- 35) 安永浩: 安永浩著作集 II ファントム空間論の発展. 金剛出版, 東京, 1992
- 36) 吉永五郎: Klaus Conradによる内因性単一精神病について——その今日的意味, 精神医学, 17:91-97, 1975

## 図・表説明

表1 日本人とアメリカ人のコミュニケーション・パターン

図1 人間の原型モデル

図2 成人の標準像モデル

図3 コミュニケーション・ギャップとそれに対する反応

図4 人間の逸脱モデル

図5 シューブと経過の模式図

図6 異なる文化における人格的正規分布曲線の比較

[表1] 日本人とアメリカ人のコミュニケーション・パターン

[日本人]

にらみつけられている



こちらの気持ちをわかってくれない



馬鹿にされている, 差別されている



落ち込む, 抑うつ



閉じこもる

[うつ病, 解体型パターン]

[アメリカ人]

アイ・コンタクトがない



何を考えているのかわからない



馬鹿にされている

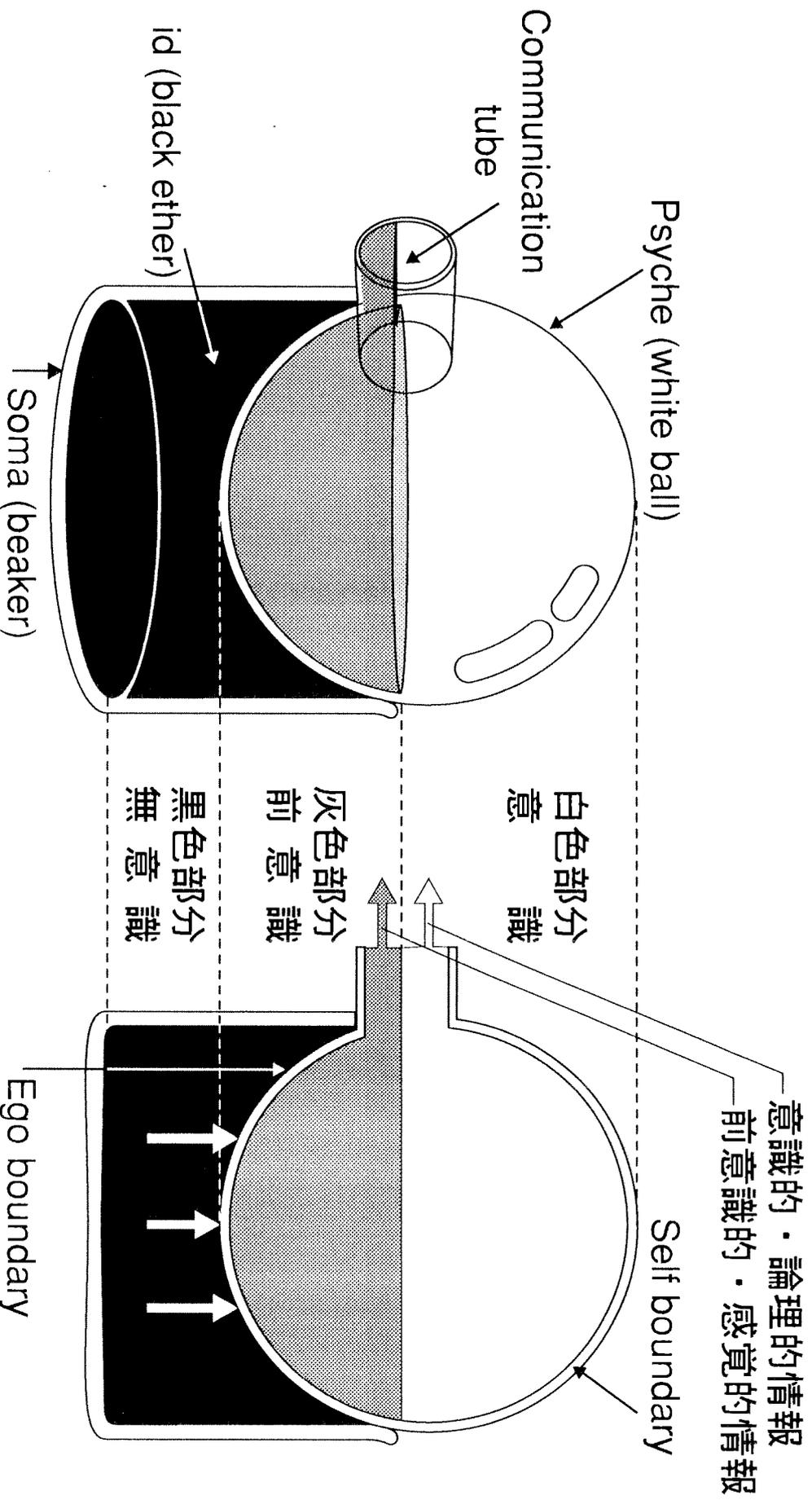


イライラする

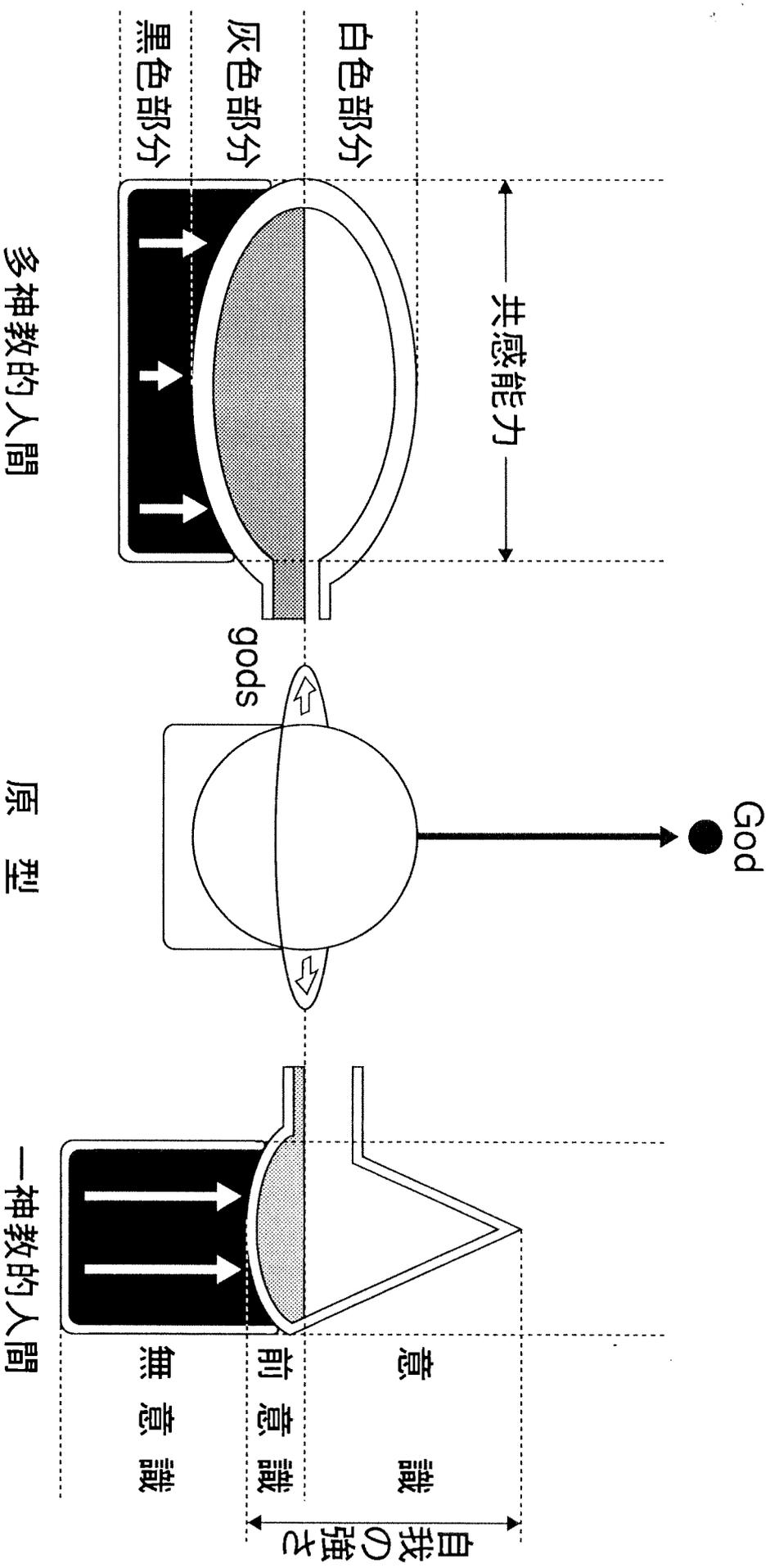


爆発する

[躁病, パラノイド型パターン]



[図1] 人間の原型モデル



[図2] 成人の標準像モデル

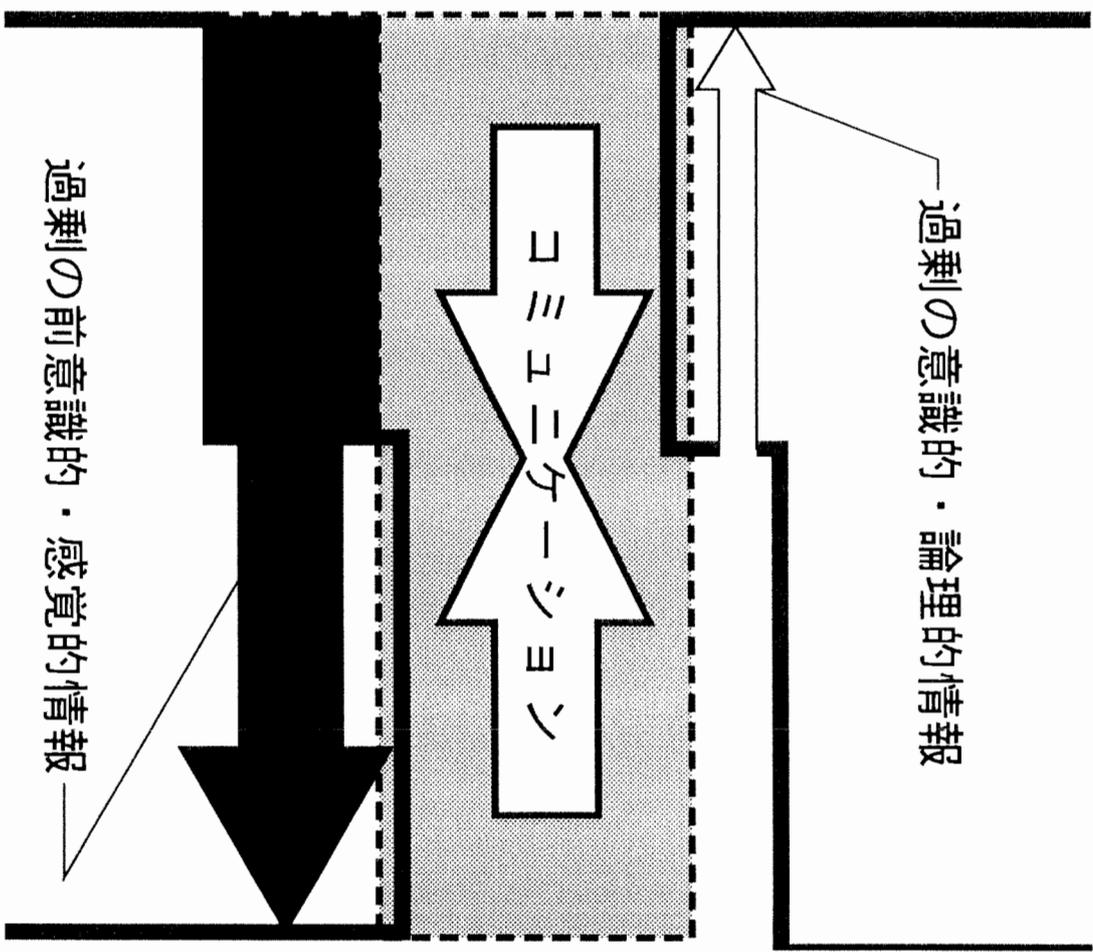
多神教的人間

解体型反応

被害的

断片的妄想

自閉



パライド型  
反応

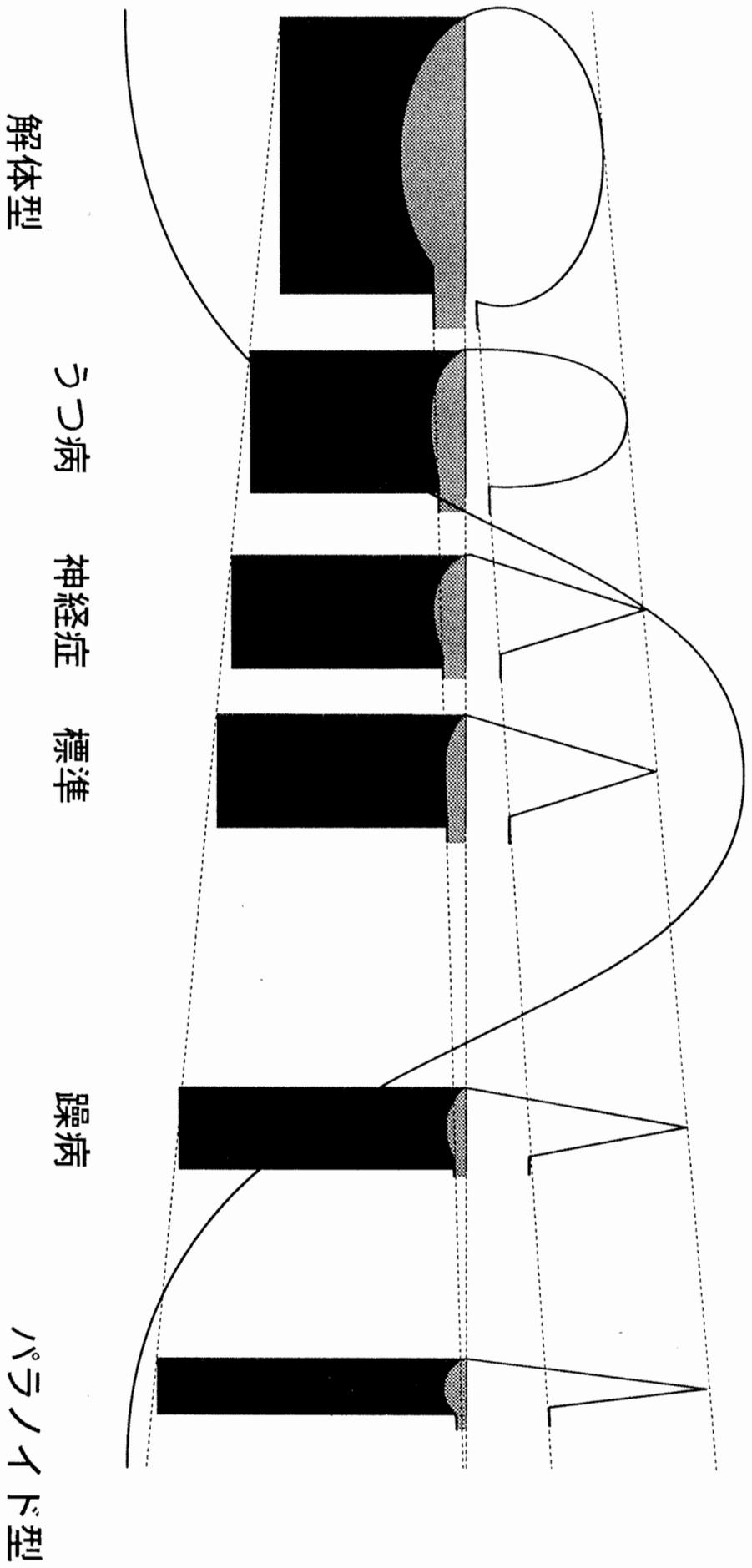
猜疑的

体系的妄想

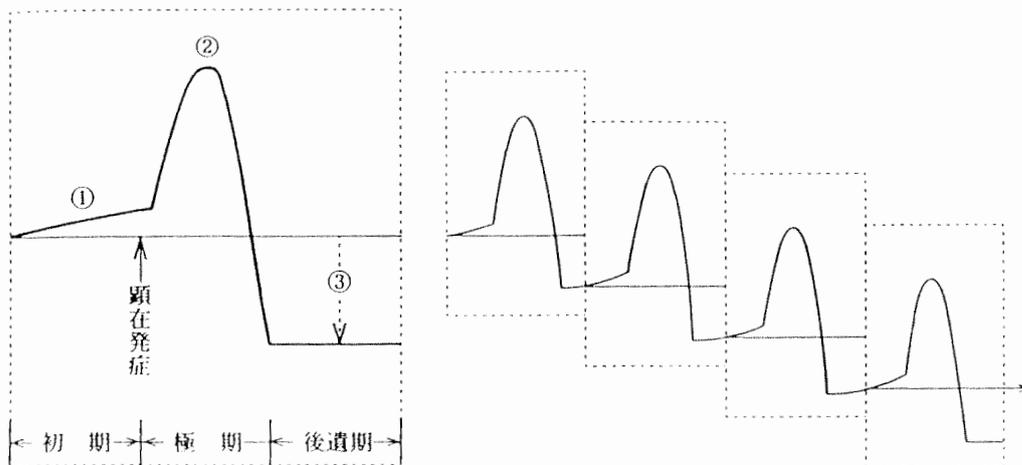
攻撃

一神教的人間

[図3] コミュニケーション・ギャップとそれに対する反応



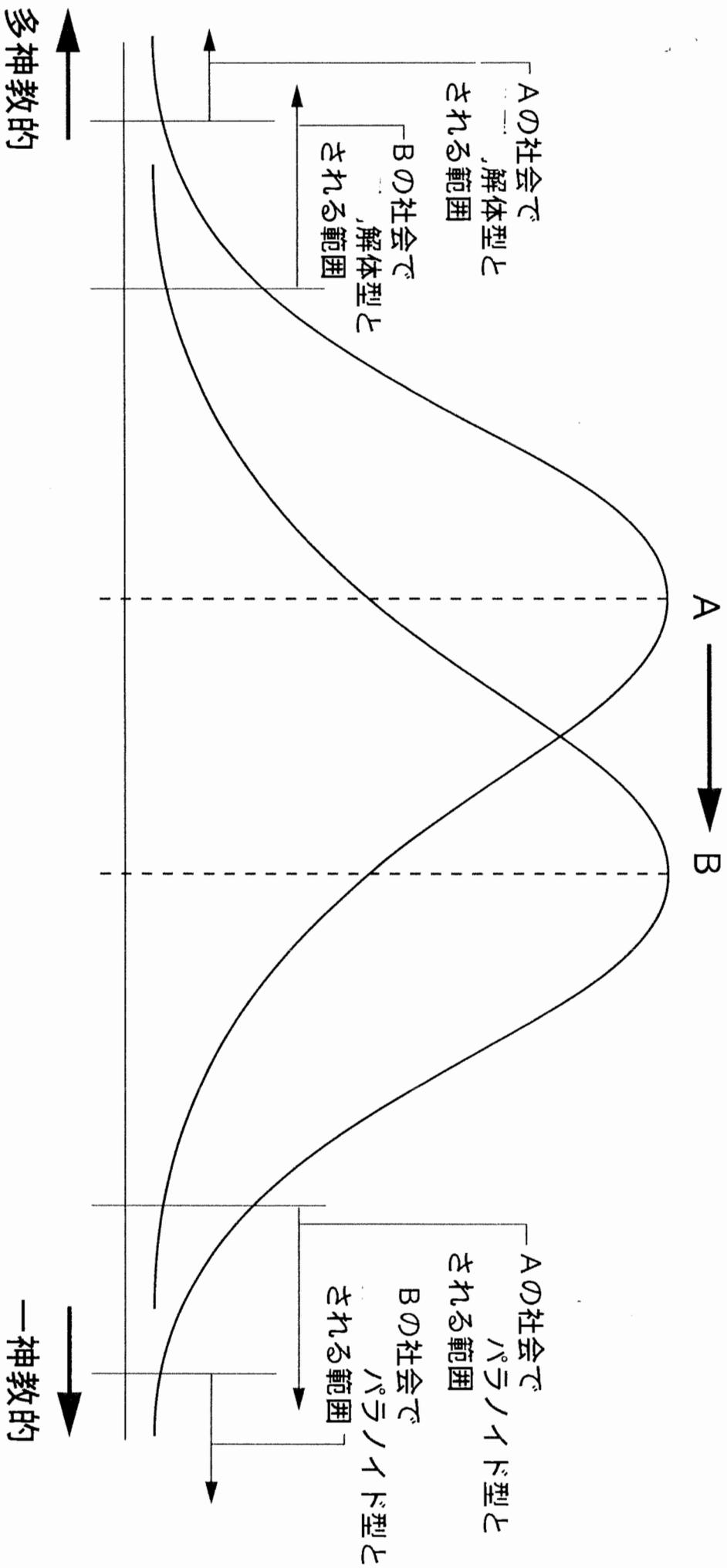
【図4】人間の逸脱モデル



| ①初期症状    | ②極期症状  | ③後遺(期)症状 |
|----------|--------|----------|
| 自生体験     | 幻 声    | 感情鈍麻     |
| 気付き亢進    | 妄想知覚   | 意欲減退     |
| 覆とした被注察感 | 自我障害   | 思考弛緩     |
| 緊迫困惑気分   | 緊張病症候群 |          |

[図5] シューブと経過の模式図 (24)

水平基準線は個々のシューブ前（初回シューブでは病前）の状態を表す。  
 基準線より上方はいわゆる陽性症状の発現を、また基準線より下方は陰性  
 症状の発現を示す。シューブを経るごとに基準線は低下していく。



[図6] 異なる文化における人格的正規分布曲線の比較