

精神病状態の統合的理解に向けて

症状の意味と精神病理構造に基づく統合失調症・双極性障害・うつ病・神経症の再解釈

【抄録】

背景

近年、精神医学における診断分類は細分化が進む一方、診断カテゴリー間の境界や関連性の意味づけは必ずしも明確ではない。その結果、症状理解が断片化し、当事者にとって病態の構造が見通しにくいという問題が生じうる。

目的

統合失調症・双極性障害・うつ病・神経症の連続性と差異を、症状の意味と精神病理構造に基づいて整理し、精神病状態を統合的に理解する枠組みと、治療の方向性を提示する。

方法

自験例に基づく精神病理学的・理論的検討である。筆者が経験した精神病的状态（統合失調症領域に及ぶ体験）を対象に、自己観察と精神分析的解釈を通じて、症状の意味と精神病理学的特徴を記述した。さらに、既存の診断概念および精神分析概念との照合を踏まえて、概念の再構成を行った。

結論

妄想を外的事実との一致・不一致ではなく、自他を傷つける人間関係性として再定義し、治療目標を妄想内容の訂正ではなく共生的人間関係性への変容として位置づけた。うつ病を断片的症状の集合ではなく「存在の危機」として再定義し、抑うつ気分、喜びの喪失、気力減退、思考抑制、不眠、希死念慮等をその派生として位置づけた。さらに、これらの再定義のもとで統合失調症と双極性障害の類似性を整理し、思考障害を「思考の土台（判断前提・価値基準・意味づけ枠組み）の失効」として位置づけ直した。加えて、フロイトの意識／無意識理論を導入し、神経症とうつ病の関連、ならびに妄想的人間関係性と無意識の関連を説明し、治療的含意を示した。以上より、精神病における多様な症状を、症状の意味と精神病理構造のもとで関連づけて理解する統合的枠組みを提示した。

はじめに

臨床現場においては、妄想はしばしば「現実とは異なる内容を確認する状態」と定義され、その真偽によって妄想か否かが判定されることが多い。この定義は便宜的ではあるものの、妄想の本質を十分に捉えているとは言い難い。

第一に、患者にとって妄想内容は切実な現実であり、「現実ではない」と外部から指摘されたとしても、その体験的現実感が容易に揺らぐことはない。妄想を“現実かどうか”によって判定する仕組みは、患者の主観的世界構造を捉えそこなっており、患者視点の臨床的妥当性に乏しい。

第二に、「現実かどうか」を基準とする妄想判定は、診断が状況依存的に変化し、絶対的ではないことが露呈する。たとえば、患者が「盗聴器が仕掛けられている」「命が狙われている」と訴えるとき、それを“非現実的”と判断するのは特定の社会状況を前提としている。しかし、監視国家や紛争地域においては、同様の状態は現実には起こりうる。その外的環境の中では「盗聴器が仕掛けられている」「命が狙われている」と同じことを訴えても、妄想と判定されないことになる。このことは、妄想を外的現実との一致・不一致によって定義することの不安定性を示している。

第三に、妄想を「現実とは異なる誤った信念」とみなす枠組みでは、治療目標が患者の信念の訂正や否定に傾きやすく、患者の主観的世界の構造を理解する方向から逸脱することになる。とくに妄想の渦中にある患者にとって、自らを“間違っている”と認めることは不可能であり、この枠組みでは患者自身が治療に向かうための指針を得ることができない。

以上から、妄想を外的現実との一致・不一致で判定する見方は、理論的・臨床的両面において限界を有する。妄想を理解するためには、「現実かどうか」ではなく、患者が現実とどのような関係性で対峙しているのかという観点が不可欠である。

本稿は、臨床上の操作的定義を否定するものではない。むしろ妄想の本質理解を、内容真偽から、患者が他者をどのように位置づけ、どのような人間関係性（支配・攻撃・糾弾・自己破壊など）を基盤としているかへと移すことを提案する。

**** I, 妄想の再定義****

****1, 自他を傷つける人間関係性としての妄想****

本稿では、妄想を理解する概念として「人間関係性」という用語を用いる。ここで言う人間関係性とは、他者が外的に実在するか否かにかかわらず、他者をどのように位置づけ、自分と他者をどのように関連づけるかという内的（主観的）な関係づけを指す。また、この人間関係性は、現実の対人関係における解釈・応答としても表出される。

妄想は従来、患者の誤った確信や認知のゆがみとして理解されてきた。しかし本稿では、妄想を、「自他を傷つける人間関係性」を基盤として表出する思考様式および関係づけの様式として再定義する。重要なのは“現実か否か”ではなく、その思考の基となっている「自他を傷つける人間関係性」こそが妄想の核心をなす点である。

****2, 妄想（被害的思考と加害的思考）****

被害妄想や微小妄想に典型的にみられるように、「誰かが自分を監視している」「悪口を言われている」「自分は無価値である」「すべて自分が悪い」といった思考は、いずれも自己を傷つける形の思考である。

こうした被害的思考は临床上よく見られるが、じつは加害的思考も被害的思考と表裏一体の関係である。本稿でいう加害性は当事者への道徳的非難を指すものではなく、自他を傷つける人間関係性の力動を記述するためのものであり、むしろ道徳的非難それ自体が加害

的思考であると考え。

人は「自分がされたこと」には敏感である一方、「自分が他者に及ぼしている攻撃性」には驚くほど無自覚である。加害的思考や攻撃性が蓄積し無意識的に作動するようになると、それが反転して被害妄想として体験されることがある。この機序では、無意識領域において自他の境界が不明瞭（＝自他未分化）となりうるため、当事者が他者への攻撃性を十分に自覚できない場合、その攻撃性を他者の中に見出し、あたかも他者が自分を攻撃しているかのように体験されうる。すなわち妄想とは、自己へか他者へかを問わず、自他を傷つける人間関係性から生起する思考であり、往々にして“自分が傷つけられる側”としてのみ自覚されるという特徴を持つ。

本稿では、クラインのいう投影（および投影同一視）の概念が示すように、内的な攻撃性が自己のものとして保持・統合されず、他者の中へ投影される結果、それが他者から向けられた攻撃として体験されうる点を重視する。

この点を示す具体例として、筆者自身の青年期の体験が挙げられる。筆者は容姿を揶揄された経験を契機に、次第に他者の欠点を探し、内心で他者を嘲笑する人間関係性に陥った。こうして無意識に蓄積された加害的思考は、やがて「他者から嘲笑されている」という被害妄想へと転じた。この体験は、加害と被害が独立した二つの現象ではなく、「『嘲笑する／嘲笑される』という人間関係性」が自他の方向を変えて表れたものにすぎないことを示唆している。なお本例は理論の証明ではなく、力動理解のための例示である。また、本症例は著者自身の自験例であり、本論文の出版およびオープンアクセスによる公開について、本人の同意を得ている。

以下では、これと同様の力動が、環境条件の変化によって外向き／内向きの方向を変えて現れうることを示す観察としてクレペリンの記述を参照する。

クレペリンは早発性痴呆について、拘禁環境（未決拘留・刑務所・強制作業場等）において発病が確認される例が少なくないことを述べ、自由剥奪を含む状況要因が病像に影響しうる可能性に触れている。同時に、相当数の症例では拘禁以前から人格変化が進行しており、それが犯罪や浮浪へと至らせた可能性も指摘している。さらにクレペリンは、「準備された基盤の上に自由剥奪の影響の下で起こるのは主として妄想型で、この自由剥奪がそのため病像に少なくとも特色を与える」と述べている⁸⁾ pp.235-236。

本稿はこの観察を、自由剥奪を「監視・拘束が持続する中で、外向き（他者向き）の思考・行為が制限される環境条件」として捉える点において重視する。それまで対人場面で外向きに表出されていた自他を傷つける人間関係性が、こうした条件下で外在化しにくくなり、自己に向けられた様式として内向化され、被害的思考として体験されうるという方向変換の可能性である。このクレペリンの記述は、本稿の述べる加害と被害を同一の人間関係性の表裏として把握しうることを示唆している。

****3, 集団妄想と共有精神病****

また、妄想を“真実であるか否か”によって判定する見方は、「正しいことを言っているなら妄想ではない」という誤解を招きやすい。しかし重要なのは、思考や発言の内容そのもの

ではなく、その背後にある人間関係性である。たとえ内容が事実であっても、他者を支配・攻撃・糾弾するなど、自他を傷つける人間関係性に基づくのであれば、それは妄想的思考とみなしうる。

なお、妄想の本質が「現実との不一致」ではないことは、外的現実と一致しないとみなされる個人の妄想がしばしば「現実化しうる」点からも理解できる。ここでいう現実化とは、ある集団の内部で共有された確信が、当該集団における判断と行為を組織化し、結果として社会的現実として作動することを指す。すなわち、個人の妄想的信念であっても、それが他者に共有・受容されることで、集団内では実際の社会的現実として作動しうるということである。

近接した関係性の中で妄想が伝播・共有される共有精神病 (folie à deux／誘発性妄想) が報告されている⁹⁾。本稿では、妄想的確信が関係性の中で増幅され現実として作動するという構造に着目し、その射程を近接関係に限定せず、社会における集団レベルの妄想形成にも理論的に拡張しうると思う。たとえば戦争のような現象についても、共有された確信が集団の判断と行為を組織化し、社会的現実として作動するという意味で、集団レベルの妄想形成として理解しうる。したがって、妄想を外的現実との一致・不一致のみによって定義する見方は、未現実な妄想でさえ共有され、現実として作動しうるという事態を前にして、判断基準として不安定である。加えて、その判断基準を用いると、妄想の本質を自他を傷つける人間関係性として把握するという視座を捉え損なう。

本稿における妄想概念は従来より拡張されており、不満・非難・糾弾といった加害的思考も、被害妄想と同一の人間関係性の表現型として理解できる。この加害的思考は発言など外部に露出しているかどうかは問わない。本稿で問題としているのは、思考そのものが支配・攻撃・自己破壊といった自他を傷つける人間関係性から表出しているかどうかである。

実際に妄想を経験した者として、妄想を「自他を傷つける人間関係性」として捉える視座は、少なくとも当事者の立場から妄想を理解するうえで理論的整合性を有する。

****4, 妄想の回復過程****

妄想を自他を傷つける人間関係性に基づく思考様式として理解するならば、その治療とは妄想内容の是正ではなく、人間関係性 (内的な関係づけ) の変容として捉えるべきである。本節では、筆者自身の経験と臨床的観察をもとに、妄想の回復過程を段階的に整理する。

****第1段階：妄想的確信の極期****

妄想が極度に高まっている時期には、外部から「現実ではない」と指摘されても体験的現実感揺らぐ、他者が一貫して自分への脅威として解釈される。この段階では、他者が自分を攻撃する存在として位置づけられる人間関係性 (関係づけ) が固定化し、その構造の裏面として、自身も他者に対して攻撃的に反応しやすくなる。

****第2段階：妄想的人間関係性への微小な気づき****

妄想的人間関係性が強固に維持されているなかでも、わずかな対人交流を通じて、他者が必ずしも自分を害していない可能性を微弱ながらも意識することがある。こうした例外的

な体験は依然として妄想的確信を揺るがすには至らないものの、人間関係性に小さな可塑性をもたらし、後の変容への端緒となる。

****第3段階：妄想的関係づけの弱体化（被害念慮期）****

妄想内容の確信は低下し、「他者が脅威である」という一面的な認識が揺らぎ始める。すなわち、「他者は常に敵意を持つ」という確信から、「実際には敵意がない可能性もあるが、なお敵意を持っているように見える」という被害念慮へ移行する段階であり、信頼できる人との交流も見られるようになる。

なお妄想が回復する過程では、頭内で完結していた被害内容が、現実の対人場面における被害的解釈へと移行することがある。精神病理学的には、内的な被害性が対人場面に帰属されるという意味で、投影としても理解しうる。この変化は第3段階に特有の現象ではなく、妄想の回復過程において生じうる現象である。

また、本稿では、妄想か念慮かといった強度差は本質ではなく、いずれも自他を傷つける人間関係性として連続的に扱う。

****第4段階：他者理解と相互性の回復****

人間関係性の変容が進むと、対人関係の理解が拡張していく。回復が進むにつれ、対人関係の把握はより現実在即したものとなり、対人関係には当事者・他者双方の被害的思考や加害的思考が入り込みうるということが理解されるようになる。ここでの他者理解とは、被害的確信が当事者の人間関係性（被害妄想）に由来するのか、他者の人間関係性（加害性）に由来するのか、あるいは両者に由来するのかを検討する能力の回復を指す。

この段階は、被害的世界観がなお残存しつつも、自分と他者の心理を多面的に理解し、関係性を絶対化せず把握する能力が形成されていく時期である。すなわち、初期の「自己が創出した他者像」ではなく、現実の対人場面において、“他者がどのように考え、どのような力動をもって自分に影響しうるか”を読み取る対人洞察が成立する段階である。

この段階では、批判や非難といった言動も、妄想的確信ではなく、現実的根拠にもとづいて表明できるようになり、説得力が増してくる。他方で、その説得力の増大ゆえに、被害妄想が残存した状態で、それらを主張した場合には、過剰な糾弾や攻撃として他者に心理的負荷を与える危険性も併存する。

****第5段階：対人関係の回復と残存する脆弱性****

日常的な対人交流の大部分は、妄想的な関係づけを伴うことなく遂行できるようになる。しかし、侮蔑・嘲笑など自己を否定されたと感じる状況、また劣等感や過去の傷つき体験と結びつく領域が刺激される局面では、妄想的解釈が再活性化しやすい状態が残存する。この段階では、基盤となる人間関係性は概ね回復しているものの、自己を脅かすと知覚された特定の状況において、かつての妄想構造が再燃しうる。その結果、抑うつ気分、過剰な不安、易怒性といった情動的反応が誘発されやすく、回復と脆弱性が併存する段階に相当する。

****第6段階：共生的（自他を育む）人間関係性への移行****

最終段階では、他者の否定的態度を個人的脅威として受け取らず、相手の事情や心理的背景を考慮しつつ、相互にとって最適な関係のあり方を模索しうるようになる。ここでの回復

とは、妄想内容の単なる消失ではなく、他者を敵対的存在ではなく共生可能な存在として位置づけ直す「関係性の再編」であり、妄想的人間関係性から共生的（愛に基づく）人間関係性への変容を意味する。この段階の到達および維持は容易ではないが、治療目標として位置づけることで、治療の方向性を明示することが可能となる。

本節では妄想の回復過程を六段階に分けて記述したが、実際にはこれらの段階は固定的に進行するものではなく、前後したり、複数の段階が同時にみられたりする。

****5, 愛：自他を育む人間関係性（共生的人間関係性）****

「愛」は日常語としての道徳概念ではなく、妄想的人間関係性（支配・攻撃・糾弾・自己破壊）の対極にある、自他を育む人間関係性を記述するために、本稿が便宜上用いる記述的呼称である。

本稿では、妄想を自他を傷つける人間関係性から表出する思考様式・関係づけの様式として定義してきた。具体的には、憎しみ、嫉妬、嘲笑、不平、不満、他責・自責、自己卑下、希死念慮などがこれに含まれる。

これに対し、本稿が「愛」と呼ぶのは、他者を敵対的存在としてではなく共生可能な存在として位置づけ、自他を育む人間関係性から表出される思考様式・関係づけの様式である。これはしばしば、感謝・許し・いたわり・尊敬などの形で表現される。

道徳や規範は、それ自体として妄想でも愛でもない。重要なのは、それが当事者の人間関係性のなかでどのように作動するかである。すなわち、道徳や規範が支配・攻撃・糾弾・自己破壊のために用いられ、自己や他者を苦しめる方向へ働くとき、それは妄想的人間関係性の表現型となりうる。さらに、他者が道徳や規範を用いて当事者を苦しめる場合、それは当事者の妄想ではなく、他者側の妄想的人間関係性として把握されうる。

愛はしばしば「無償の愛」と表現されるが、これは当事者の主観的体験というよりも、第三者から観察された結果の記述である場合が多い。実際には、愛を実践している当事者は、自らの行為を意識的に「愛」と認識していないことが多い。

この点において、愛は妄想と興味深い対称性を持つ。すなわち、強い妄想に病識が欠如するように、成熟した愛においても、その実践は無自覚的に行われることが多い。故に、見返りを求める感覚や自己犠牲感を伴わない形で表出する。

もっとも、本稿が示す無自覚性とは、愛が偶然的に生じることを意味するものではない。愛そのものは意識的に「実行」できるものではないが、愛を持ちたいと願い、自他を傷つけず、いたわる関係性を志向する姿勢を意識的に保つことは可能である。このような姿勢が試され、他者との関係の中で確認されていく過程を通じて、結果として共生的人間関係性が成立しうる環境が与えられると考えられる。

愛の無意識性については、第V章（精神分析的視点）で詳述する。

****6, 小結****

本章では、妄想を「現実との不一致」としてではなく、「自他を傷つける人間関係性から

表出する思考様式・関係づけの様式」として再定義した。

さらに、妄想の改善過程を人間関係性の変容として捉え、六段階の回復過程を提示した。回復とは妄想内容の消失ではなく、他者を敵対的存在としてではなく共存可能な存在として位置づけ直す「関係性の変容」であり、その到達点として共生的人間関係性、すなわち本稿で定義した「愛」を位置づけた。なお、妄想とうつの接続については次章で詳述する。

**** II, うつ病の再定義****

****1, うつ病とは何か？****

DSM では、うつ病は症状の組合せとして操作的に定義され、臨床上の共有言語として一定の有用性を持つ。しかしこの操作的定義は、うつ病を断片的症状の集合として把握しやすく、当事者が体験する中核——すなわち自己世界(アイデンティティや拠り所)が崩れる「存在の危機」——を捉えにくい。本稿は、うつ病の本質をこの「存在の危機」として捉え、うつ病に特徴的な諸相を、危機が切迫として立ち上がり、あるいは長期化する過程で前景化する現れとして位置づける。加えて、妄想が存在の拠り所として機能しうる点を踏まえ、妄想の崩壊とうつ病の接続を後段で検討する。

****2, うつ病の本質(存在の危機)****

うつ病を本稿の語彙で言い換えるなら、「存在の危機」である。ここでいう存在の危機とは、自己世界(アイデンティティや拠り所)が崩れ、自己が世界に居場所を失っていくかのように体験される状態を指す。

たとえば、身体危害をほのめかされ、明日までに身の潔白を示せなければ命を落とす結果が生じうる状況を想定する。逃走は不可能で、助けも期待できないとき、当事者は落ち着かなさや焦燥、恐怖に支配され、絶望が立ち上がり、夜は眠れず、食欲は落ちる。この切迫した局面は DSM の用語でいえば「不安性苦痛」(恐怖・不安・緊張・落ち着かなさを中心とする切迫)に近い側面をもつが、本稿の観点では、それは存在の危機がもっとも原型に近い形で表出したものとして理解される。さらに、こうした切迫が持続するなかで、恐怖はやがて抑うつ(喜びの喪失、気力減退、無価値感や罪責感、思考抑制、希死念慮など)——DSM がうつ病の症状として列挙する諸相——として経験されうる。本稿はこれらの諸相を、存在の危機が切迫として立ち上がる局面、あるいはその長期化の過程で前景化する現れとして位置づける。

なお、ここで述べた諸相(喜びの喪失、気力減退、思考抑制、無価値感・罪責感、希死念慮など)は、診断カテゴリーによって異なる名称で記述されうる。たとえば統合失調症の操作的診断語彙では、感情鈍麻、意欲低下、思考障害、妄想などと記述される場合がある。さらに、DSM 等における「2 週間以上」といった時間基準は、診断の共有可能性を確保するための操作的条件としては有用である一方、当事者の体験の構造を説明するものではない。本稿の立場からすれば、うつ病・統合失調症・双極性障害・神経症といった診断名は、相互

に排他的な境界で区切られた実体というよりも、重なり合いながら連続するスペクトラムとして理解される。

したがって本稿では、「これはうつ病であるか否か」を機械的に判定することよりも、当事者がいかなる自己世界（アイデンティティや拠り所）の崩壊——すなわち存在の危機——に曝され、その危機がどのような症状として表出しているかを記述することを優先する。

****3, 社会的拠り所の喪失としてのうつ病****

もともと、存在の危機は生命的切迫に限られない。人間は生物学的身体として生存するだけでなく、他者との関係のなかで自己を成立させる社会的存在でもある。したがって、身体の危険が存在しない状況であっても、自己世界として機能してきた拠り所——すなわち役割、所属、関係、仕事、価値づけ（たとえば、役に立つこと／認められること／期待に応えることなど）——が失効するとき、存在の危機は同型に立ち上がりうる。

たとえば、子の独立後に「うつ（存在の危機）」を呈するいわゆる空の巣症候群では、それまで生活の中心であった「母親」という役割が空白化し、拠り所が揺らぐことによって、不安性苦痛や抑うつが前景化する。同様に、仕事中心の生活を送ってきた者が退職を契機に、「うつ」を発症する場合も、職務遂行を通じて形づくられていた拠り所が崩れたことが背景にあると理解できる。これらの例は、存在の危機が身体的危険の有無に限らず、拠り所の失効によって同型に立ち上がりうることを示している。

****4, 存在の拠り所としての誇大妄想****

誇大妄想は、しばしば「現実にはあり得ない内容を確認する」という観点から理解される。しかし本稿の立場からすれば、その本質は内容の非現実性ではなく、自己の特別視や優越の確認（傲慢さ）を核とし、他者へのいたわりを欠いた人間関係性として作動する点にある。なお本章の語彙は道徳判断ではなく、他者の位置づけを含む人間関係性の作動を記述するために用いる。

すなわち誇大妄想において他者は、相互性をもつ存在として遇されるのではなく、自己満足や自己の優越感を支える道具として位置づけられやすい。選民思想もまた、自己を他者より優位に置き、他者を劣位の存在として見下す視点を含む点で、妄想の一表現型と理解できる。以上の意味で、誇大妄想は被害妄想と異なる内容を取りながらも、いずれも自他を傷つける人間関係性としての妄想構造を有している。また誇大妄想はしばしば、現実の困難からの退避（現実逃避）として機能しうる。

****5, 誇大妄想の崩壊と「うつ（存在の危機）」****

本稿では、誇大妄想（誇大空想を含む）が拠り所として機能し、その崩壊が「うつ（存在の危機）」へ接続し得ることを示す。ここでいう誇大空想は、臨床的に誇大妄想と厳密に区別することを目的とするのではなく、自己を特別視する内的世界が拠り所として機能するという意味で、誇大妄想と同形の現象として位置づける。

以下に、妄想が「存在の拠り所」として機能し、それが崩壊することで「うつ（存在の危機）」へ接続し得ることを例示するために、筆者自身の経験を記す。筆者が30代前半の頃、ある大学医局に勤務していた。地元への帰還を考え転職活動を開始し、内定を得たのち、退職の意向を医局長に伝えたところ、それが教授へ伝達された時点で対人状況が急変した。筆者は強い威圧に晒され、以後、「うつ」に陥った。当初筆者は、「転職先は確保されており、対人場面の不快はやり過ぎて新しい環境へ進めばよい」と頭では理解していた。しかし、なぜ「うつ」が生じたのかを振り返った結果、筆者が日常的に、性的要素を含む誇大妄想（自己を特別な存在として扱う内的世界）に反復して没入し、それを自己の拠り所としていたことに気づいた。対人場面での強い威圧に直面したとき、筆者はその内的拠り所へ退避することができず、自己世界（拠り所）を失う形で切迫が立ち上がり、「うつ」へ移行したと理解された。すなわち、誇大妄想が「存在の拠り所」として機能し、それが何らかの事象によって崩壊すると、存在の危機としての「うつ」が生じうる。本例は一般化の根拠を与えるものではなく、妄想が拠り所として機能しうる構造を記述するための症的提示である。

****6, 被害妄想の消退と「うつ」****

誇大妄想が崩壊したときに「うつ（存在の危機）」が生じることは直観的に理解されやすい。しかし、当事者にとっては苦痛を伴うはずの被害妄想が弱体化あるいは消退したとき、当事者の内的世界はどのように変化するのだろうか。本稿の立場からすれば、被害妄想もまた当事者にとっては「生きている世界」であり、それが解体されることは、自己世界（拠り所）を失う体験——すなわち存在の危機——へ接続し得る。

この点を示唆する臨床的観察として、筆者が過去に指導を受けた臨床家から伝え聞いた経験を挙げる。同臨床家は、被害妄想を含む妄想が顕著に消退した症例を少数例経験し、いずれの症例でもその後自殺が生じたと述べていた。もちろん本観察は伝聞であり、また因果関係を直ちに結論するものではない。しかし本伝聞は少なくとも、妄想の消退が常に「回復」を意味するとは限らず、妄想が当事者の存在を支える拠り所として機能していた場合には、その解体が深刻な「うつ」や希死念慮を誘発しうることを示唆している。

この見立ては、統合失調症を含む精神病圏の経過において抑うつが高率に併存しうること、また急性期のみならず回復過程においても抑うつが临床上重要となり得ることを示す既存研究とも整合する¹²⁾。

また Harrow らは、統合失調症／統合失調感情障害患者を前向きに追跡し、追跡期間中に「抑うつ症候群（full depressive syndromes）」を呈する者が一定割合存在すること、さらに神経遮断薬使用群が非使用群より同症候群を呈しやすいことを報告している⁶⁾。本稿の観点からすれば、神経遮断薬が精神病症状の沈静化に寄与し得る一方で、妄想が拠り所として機能していた場合には、その弱体化が存在の危機と接続し、抑うつ（諸相）を前景化させうる。もちろん同研究はこの因果を直接証明するものではないが、神経遮断薬使用と関連して観察される精神病症状の変動と抑うつが接続しうる点を示唆する。

さらに Berardelli らは、精神科入院患者において病識の高さが自殺リスクと関連すること

を示した。本稿の見立てでは病識の上昇は少なくとも一部の局面で妄想世界（拠り所）の揺らぎを含意しうるため、本報告は妄想の解体と抑うつ・希死念慮の接続を示唆する²⁾。

症例レベルでも、精神病症状が軽減・消退する過程で抑うつが前景化する現象が“post-psychotic depression”として古くから記述されており、少なくとも「陽性症状の沈静化と抑うつの出現が同一経過内で接続しうる」ことが示唆される¹⁾。

****7, 依存と存在の危機****

依存（嗜癖）の対象は、アルコールや薬物に限られない。ポルノ、ゲーム、ギャンブル、インターネットといった行動嗜癖に加え、特定の他者、承認、地位、金銭、宗教、占い等も依存の対象となり、当事者にとっては「拠り所」として機能しうる。さらに勉強や仕事のように社会的に肯定されやすい活動であっても、それが自己世界の支えとして過度に固定化されるとき、同様に依存的になりうる。

依存の背景には「うつ」が存在することがしばしば指摘される。本稿の立場からすれば、依存対象は当事者にとって「存在の拠り所」として機能しうる。したがって、依存対象の失効は、拠り所を失う体験――すなわち存在の危機――へ接続しうる。

この意味で依存は、「うつ（存在の危機）」を惹起しうると同時に、「うつ」を回避するための防衛・逃避としても機能しうる。人は存在の危機に耐え難いとき、拠り所として依存対象に固着しようとすることがある。

****8, 小結****

本章は、うつ病を断片的症状の集合ではなく、自己世界（アイデンティティや拠り所）が崩れる「存在の危機」として再定義した。うつ病に特徴的な諸相は、存在の危機が切迫として立ち上がったとき、あるいはその長期化の過程で、症状として前景化すると理解される。

さらに本稿は、妄想がしばしば当事者にとって存在の拠り所として機能しうる点に着目し、誇大妄想／被害妄想の双方において、その崩壊が「うつ（存在の危機）」へ接続しうることを示した。

本稿が提示した二つの再定義は、妄想と「うつ」を、「人間関係性」と「拠り所」という軸のもとで互いに関連する動態として把握する枠組みを与える。この視座に立つと、従来の診断名や症状分類は、実体の境界というよりも、「どのような拠り所があり、それがどのように揺らぎ、どのように失効したのか」という文脈で捉える方が理解しやすくなる。

次章では、以上の視座を踏まえ、統合失調症と双極性障害を、相互に排他的なカテゴリーとしてではなく、共通点と相違点を明示したうえで、両者がどのように関連しているかを記述する。

****Ⅲ, 統合失調症と双極性障害****

****1, 統合失調症と双極性障害の連続性と差異****

統合失調症と双極性障害は、臨床上、常に明瞭に区別できるとは限らない。実際、気分症状と精神病症状は概念上も臨床上も重なりが大きく、明確な鑑別が難しい。そのため、統合失調症と双極性障害のあいだには診断上の境界領域（症状の重複領域）が生じうる。こうした臨床的連続性を背景として、統合失調感情障害（schizoaffective disorder）のような中間的診断概念も用いられてきた。

近年の大規模ゲノム研究は、統合失調症と双極性障害が遺伝的リスクを相当程度共有し、両者のあいだに共通 SNP に基づく遺伝的相関（rg）を含む遺伝的重なりが存在することを示している。たとえば Lee らは、両者共通 SNP に基づく遺伝的相関を $rg \approx 0.68$ と報告している¹⁰⁾。

したがって両者は、相互に排他的な実体というよりも、共通する遺伝基盤の上に疾患特異的な差異成分が重なるものとして捉える見方を支持しうる⁵⁾。

****2, 統合失調症と双極性障害の共通点（構造的仮説）****

境界領域（症状の重複領域）の存在やゲノム研究だけから、両者が「本質的に同一」と結論することは難しい。そこで本稿では、両者の連関を理解するために、とくに****「誇大性を抛り所としている」****という観点から共通点を記述する。

すなわち、統合失調症にみられる誇大妄想と双極性障害の躁状態像は、表現型の差異を含みつつも、自己の特別視や自他へのいたわりを欠いた世界編成が****「抛り所」****として作動しうる点で連続しうる。

統合失調症の誇大妄想では、外見上の気分高揚が目立たない場合があるが、当事者の内的体験としては、高揚感や万能感に近い心的状態が成立していることがある。気分の高揚は程度の差を伴いながらしばしば併存しうるものとして理解される。

****3, 統合失調症と双極性障害の相違点（構造的仮説：内的充足と外界化）****

両者の相違は、誇大的世界がどこで成立しているか、どの程度外的現実依存して維持されるかという点に整理できる。

統合失調症の誇大妄想は「内的世界で完結する充足」として成立しやすい。すなわち、誇大的世界が外的現実の承認や成果に強く依存しない傾向があることから、外的現実の不承認が破綻の契機と直結しにくい場合がある。もちろん破綻すれば「うつ（存在の危機）」へ接続しうるが、その依存度が相対的に低い。別の言い方をすれば、統合失調症の誇大妄想は、外的現実との接点（他者からの反応や社会的フィードバック）が介在しにくく、そのため周囲の共有理解から乖離した形でも成立・維持されやすい側面がある。

一方、双極性障害の躁状態像では、誇大的世界が外的世界・対人関係の場へ外界化されやすい。社会的活動・対人関係・評価など外的現実との相互作用の中で誇大性が維持されるため、現実的制約や対人摩擦が、誇大的世界の破綻（うつ）を招きやすい。その反面、外的現実との接点（他者からの反応や社会的フィードバック）が連続的に介在するため、誇大的世界が周囲の共有理解から完全に乖離した形で形成されにくい側面がある。

ここで述べているのは、どちらが「うつ」になりやすいかといった一般論ではなく、誇大的世界の成立場所（内的完結／外界化）の違いが、誇大的世界の特徴や「うつ」への接続の仕方（破綻の契機）を変えるとという構造仮説である。

****4, 小結****

本章では、統合失調症と双極性障害の共通点を「自己の特別視や自他へのいたわりを欠いた世界編成が、高揚を帯びつつ****拠り所****として機能し得る」という点に求めた。さらに相違点として、統合失調症では誇大的世界が内的に完結しやすく、外的フィードバックが介在しにくいのに対し、双極性障害では誇大的世界が外界化され、外的現実との相互作用の中で維持される一方、その相互作用が破綻の契機になりうることを示した。

****IV, 判断の土台（思考の土台）の失効としての思考障害****

****—思考の貧困化・言語理解の困難・思考運用の変調の自験的記述—****

****1, 本章の位置づけ（方法）****

本章は、筆者の自己観察およびそれに基づく考察から、精神病状態における思考の変調を記述するものである。ここで扱う「思考障害」は、DSMにおける「まとまりのない思考」（脱線・減裂・思考途絶など）の記述を再現することを目的としない。むしろ本章では、思考の貧困化・停滞による決断困難といった側面に焦点を置き、それが当事者の内的体験として、いかに経験されるかを記述する。あわせて、「考えること」そのものがどのように変調するのかを現象学的に整理することを目的とする。

****2, 判断力の低下と思考障害：思考の土台の失効****

本章の中核仮説は、精神病状態における思考を、思考内容の異常としてではなく、思考の土台の失効として捉える点にある。その結果として思考が貧困化・停滞し、思考の運用様式が内的対話（自問自答）の形でかろうじて維持される。

人は、これまで経験したことのない事態に直面すると、どのように考えればよいかは直ちには分からない。同様に、従来用いてきた思考の土台（判断の前提・価値基準・意味づけの枠組み）が失効すると、何を根拠に判断すべきかが不明瞭となり、思考そのものが立ち上がりにくくなる。

本稿がうつ病を「存在の危機」として捉えるとき、この存在の危機は、しばしば、思考の土台の失効を伴う。すなわち、自己世界（アイデンティティや拠り所）が崩れる局面では、「何を基準に選び、どのような意味づけをするか」という判断の前提が揺らぎ、思考が機能不全に陥ることがある。

この点を説明する比喩として、経済活動が「貨幣」を土台として成立している状況で、貨

幣概念が失効したとき、多くの者は何を基準に交換し、どのように生活を組み立てるべきかを即座には判断できなくなる。とりわけ判断が限られた尺度に依拠していた者ほど、足場を失いやすい。もう一つ比喩を挙げる。思考は言語によって支えられている。仮に言語が失われ、内言としての言葉が立ち上がらなくなったとすれば、「考える」こと自体が困難化しうる。上記の比喩に限らず、思考の土台が失効すると、思考が貧困化・停滞する可能性がある。

****3、「考える」とは何か：自動化された思考と、判断不能時の思考****

日常生活で行われる思考の多くは、実際には即時的であり、自動化されている。すなわち、既存の価値判断で即座に判断できる事態では、明示的な「熟考」を必要としない場合が多い。妄想を含め、当事者にとって自動的に立ち上がる確信や解釈が、その延長の思考を組織化し、思考の大部分を占める局面もありうる。

これに対し、「判断がつかない」局面では、思考はしばしば自問自答的な形式を取る。本章では、この形式を便宜上「対話型思考（自問自答形式）」と呼ぶ。

****自験記述****

受験期、筆者は強迫症状と被害妄想の反復に長期にさらされ、それらの思考に精神活動領域の大部分を占領されていた。かろうじて大学入学には至ったものの、精神的資源を著しく消耗し、入学直後には思考の立ち上がりが困難となり、日常的行為に関する意思決定すら停止しやすい状態に陥った。全身倦怠感も強く、入浴や排泄といった基本的な生活行為ですら、「行う／行わない」を即座に判断できず、前節で述べた対話型思考（自問自答形式）を介して、ようやく判断が成立する局面が繰り返された。

入浴をめぐっては、思考はしばしば内的な叱責と反論の応酬として開始された。たとえば当時の筆者の内的対話は、概ね次のような形式を取っていた（準逐語的再現）。

****自己 A（叱責）**** 「(自分に向けて) おい、なぜ風呂に入らないのだ」

****自己 B（反論）**** 「体がだるくて、入りたくない」

****自己 A（叱責）**** 「だから髪も抜けるんだよ」

****自己 B（反論）**** 「だるいのだから仕方がないだろ」

****自己 A（叱責）**** 「汚いなー」

****自己 B（反論）**** 「うるさい」

この対話は、「いたわり」ではなく、「非難・侮蔑」といった当時の人間関係性を基調とした語彙・語調で進行していた。

このように、判断に至るまでの思考が、複数の自己位置（叱責する自己／反論する自己）へと分岐し、それらの対立を通じて辛うじて前進するという様式を呈していた。この対話型思考は、思考の土台が弱体化した状況で、意思決定を成立させるための最小限の思考運用として出現しうる。

同様の対話型思考はトイレに行く際にも必要となり、筆者は「何も考えられない」感覚と、「考えるとしても対話型思考の形式でしか作動しない」感覚とを同時に体験していた。この状態は、筆者には当時「バカになってしまった（準逐語的表現）」、「赤子に戻ったかのよう」

という自己評価として経験された。「赤子に戻ったかのよう」といっても、それは安らかな感覚ではなく、同時期に被害妄想や、強迫症状、感情の乏しさ、意欲の立ち上がりにくさといった諸相も併存していた。

さらに当時の対話型思考は、情動的には相互に非難・罵倒・嘲笑を帯びやすかった。筆者は当時、薄毛であることを過度に意識し、「他者から嘲笑されている」という被害妄想に強く影響されていたが、この妄想的な人間関係性は内的対話の内容、語彙や語調（嘲笑・劣等・叱責・侮蔑）にまで及び、思考過程そのものが攻撃性（加害性／被害性）を帯びて組織化されやすかった。

なお、この対話型思考が「自分の思考」として把持される限り、それは自問自答として経験されるが、自己モニタリング（主体感）が低下する局面では、同様の言語断片が外来化し、聴覚言語性幻覚（幻聴）あるいは自生思考として経験されうるという仮説（内言誤帰属仮説）が論じられている^{1,3)}。

****4, 思考障害の性質：言語理解において（自験例）****

筆者は発症当時（受験期）、言語理解の困難が目立った。特に比喻や情動を含む表現が理解困難となり、たとえば「胸が躍る」「目を輝かせる」「胸騒ぎがする」「涙がこぼれる」「肩身が狭い」「目くじらを立てる」などの慣用句に含まれる情動の含意を十分に把握できず、また、書き手の意図（気遣い・配慮など）を汲み取ることも困難であった。さらに、文章が長く、主語・述語の関係が複雑になるほど文脈把握が困難となった。

一方、数学的課題は相対的に保たれていた。数学は解釈の曖昧さや情動的含意が小さく、意味理解が言語的文脈に依存しにくい。そのため、少なくとも筆者の経験では、感情表現や他者意図の読み取りを要する言語課題が障害されやすく、論理的な推論は残存するという差異が観察された。

※本記述は個別の自験例であり、一般化を意図しない。

****5, 自己対話による思考の端緒づけと拡張（自験的工夫）****

思考の土台が弱まり、何をどう考えればよいか分からない時期、筆者は対話型思考を用いて思考を組み立てようと試みた。その際、思考の端緒となったのは「思考の種」（＝ひとまずの論点）を外から導入することであった。すなわち、他者の語りや周囲の言説から、ひとまずの論点・観点を受け取り、それに対して賛否を往復させることで、思考を拡張していた。たとえば筆者は、寮生活における夜間の麻雀の騒音をめぐり、友人から「夜中に麻雀をするのは止めるべきだ」という思考の種を受け取った。これに対し、内的対話は次のように展開した。

****自己A**** 「学生なのだから少しくらい羽目を外してもいいだろう」

****自己B**** 「しかし翌日もあり、うるさくて迷惑だ」

****自己A**** 「この程度なら眠れる」

このように、外部から与えられた思考の種を端緒として、賛否を往復させることで、判断の

選択肢を増やし、思考を拡張していった。

この過程で思考は一定程度拡張したが、限界も観察された。すなわち、この段階の思考は「自分」を主語にした形式でしか運用されにくく（例：「私はこう考える／こうしたい／こうしたくない」）、他者を主語にした形式（例：「彼はこう考える」「皆がこう思っている」）が立ち上がりにくかった。

また対人場面で相手から「あなたのことを心配している」と表明される場面においては、その発言には相手が他者（＝私）を主語として私の将来や健康（例：愚かな行動をする可能性、病状の悪化など）を見立てていることを含意しうる。ところが当時の筆者では、他者主語での思考が成立しなかったため、「他者主語の思考」を前提とする発言を理解することが困難であった。無理に解釈しようとするそれは偽善性として理解されやすかった。

一方で、「彼が私の悪口を言っている」といった文は、「私は彼に悪口を言われている」という自分主語の受動文へ容易に変換できるため把握できた。しかし、「彼が私をいたわる」は「私は彼にいたわられている」と受動文になって変換したとしても、当時の妄想的人間関係性のもとでは、偽善としてしか理解できなかった。

本稿の視座では、他者主語の理解の回復には、単なる言語操作にとどまらず、妄想的な人間関係性の弱体化、ならびに共生的な人間関係性への変容が関与すると考えられる。

****6, 小結****

本章は、思考障害を、判断の土台（思考の土台）の失効と、それに伴う思考運用の変調として記述した。判断の困難下では、対話型思考（自問自答）としてかろうじて思考しうるが、その内的対話はしばしば罵倒・侮蔑を帯び、妄想的人間関係性の影響下で作動しやすい。なお、同様の言語体験が自己所属（主体感）の低下により外来化し、幻聴や自生思考として経験されうるというモデルが一般的に論じられている^{1,3)}。

**** V, 精神分析的視点による精神病態の統合****

****1, 精神分析と神経症****

フロイトは、精神において意識だけでなく無意識の存在を認め、無意識の働きが意識的思考や行動に影響しうることを指摘した。無意識は「自覚されない心的内容」を含む概念であるが、臨床的にはそれは抑圧によって意識化されないまま、症状形成として心理的作用を持続しうる点が重視された。この概念は以後の精神分析ならびに心理学的諸理論に広範な影響を与えた。

フロイトは失錯行為（いわゆる“しくじり行為”）の検討を端緒として、意図とは異なる言い誤りや行為の逸脱が偶発的な失敗ではなく、無意識的意図の表出として理解されうることを論じた。フロイトは著書のなかで、ある国会議長が開会宣言に際して「議員諸氏の出席を確認し、これをもって議会の閉会を宣言します」と述べた言い違いを引き、当該の状況において「会を開いてもろくなことはあるまい、できることならすぐ閉じたい」という無意識

的願望が作用し、意識的意図に反して言語化された可能性を示した^{4) (上) pp.50-53}。

さらにフロイトは神経症症状を、ある種の心的願望が無意識へと押しとどめられ(抑圧)、その抑圧内容が変形されて表出する産物として捉えた。治療についてフロイトは、「無意識的なものを意識的なものへ置き換える／翻訳する」ことによって、抑圧された内容が意識化され、神経症症状は軽快・消退しうるとした^{4) (下) pp.325-326}。フロイトは当時の臨床場面において、抑圧の契機として性道徳を含む道徳的規範の関与をしばしば論じたが、これは歴史的・社会的背景を踏まえて理解されるべきである。

フロイトの議論に即す具体例として、『精神分析入門講義』第16講に記された症例が参照できる^{4) (下) pp.25-32}。

****フロイトの症例****

短い休暇で帰郷した若い将校の依頼を受け、フロイトはその義母(中年女性)を診察した。彼女は匿名の手紙を契機として、夫が若い女性と関係しているという確信にとらわれ、嫉妬妄想が前景化していた。診察の断片的所見からは、症状の契機は外的出来事(手紙)ではあったが、手紙以前から内的条件が準備されていたことが示唆された。すなわち、妄想は「夫の不貞」という現実的にあり得る物語形式をとりつつ、その深層には、彼女自身が若い男性(とくに娘婿にあたる将校)に向けた強い恋愛感情が、道徳的に許容されないものとして意識化されず、抑圧されたまま保持されていた可能性があった。抑圧された欲望は直接には意識に上らないため、「夫が若い女性と関係している」という形へ置換され、夫の不貞として投影的に体験されうる。その結果、妄想は本人にとって苦痛であると同時に、無意識的には罪責の緩和や自己正当化として機能しうる。

フロイトはこの構図を、投影像が原像に由来しつつも、原像自体は意識化されないまま無意識に保持される、という形で描写している。

****2, 自験記述：精神分析的自己理解の試みとその限界****

大学入学後、筆者は強迫症状、被害的確信、思考の停滞、全身倦怠感、意欲低下、情動の乏しさ、身体化などを呈しつつ、独学で『精神分析入門講義』を含む精神分析ならびに心理学関連の書を読み、精神分析的視点で自己理解をしようと試みた。

その過程で筆者は、成績を強く求める養育環境のもとで、成績不良に対する叱責を回避するために「良い点を取らねばならない」「良い子でいなければならない」といった規範を内面化し、他者(親)の反応を過度に気にしながら生活してきたことに気づいた。筆者にとってこの前提は長らく自明で疑われず、意識的に吟味されないまま行動選択の基準として作動していたという意味で、半ば無意識的な前提であった。さらにそれは、他の関心や欲求を犠牲にしても「成績」を優先させる傾向(成績第一主義)を伴っていた。受験期にはこの前提がいっそう強化され、「このままでは受験に失敗するぞ」という強迫観念が反復的に立ち上がり、それに呼応する形で、学習計画の過剰な確認という強迫行為が形成され、強迫症状として固定化していった。

当時の筆者は、この強迫症状を「教育的規範が心的内容の抑圧を強め、抑圧が意識化され

ないまま、その変形産物が表出した」という形で理解した。さらに筆者は、抑圧の背景を親の養育に帰属させ、「親のせいであんなった」という怒りを反復的に表明した。しかし、その後一定期間を経ても症状の軽快は乏しく、筆者は「抑圧された無意識的なものを意識化すれば神経症が治る」という精神分析的見取り図が、少なくとも自分の強迫症状においては治療的帰結をもたらしていないことに直面した。

この経験から筆者は、精神分析的治療の限界がどこにあるのかを検討せざるを得なくなった。具体的には、次の三つの問いが中心となった。第一に、筆者が主症状とみなしていた強迫症状が、神経症としての強迫性障害に該当するのか、あるいは統合失調症圏に含まれるのか、という診断学的疑問である（精神分析が主に神経症を対象とし、統合失調症圏への適用には限界があるとされるため）。第二に、同じ神経症概念に含まれるとしても、症状の重篤度が高い場合には精神分析的介入が十分な改善をもたらすににくいのではないかと、いう有効性の範囲に関する疑問である。第三に、抑圧の意識化がなお不十分であり、未だ意識化されていない“何か”が残っているのではないかと、という分析の精度に関わる疑問である。

その後の自己観察を通じて筆者が重視するに至ったのは、前述の三つの問いのうち、とくに第三の問い「未だ意識化されていない“何か”が残っているのではないかと」であった。結論として筆者が到達したのは、出来事を「完全に過去のもの」として位置づけ直す時間的理解（過去化）が成立していないという点である。ユングは著書の中で、無意識には時間の概念がなく永続的であるということを示唆している^{7) p.323}。筆者の経験では、抑圧内容を意識化しても、その出来事が「いま・ここ」から切り離されず、無意識内で現在の出来事のように持続して作用している限り、抑圧の解除は完了せず、症状の持続に寄与しうる。筆者にとって「まだ取り出せていないもの」とは、この無意識内の“永続性（未過去化）”であり、それを「すでに過去である」として意識の時間軸に翻訳する（過去化を成立させる）ことが、症状変化にとって決定的な要素として後年理解できた。

時間概念のない無意識において「過去化を成立させる」とは、どのようなことか。筆者の理解では、出来事が情動レベルでも「完全に過去のもの」として経験されるということであり、その過程は、無意識では一種の人間関係性の変容として経験される。本稿では便宜上、この無意識水準の変容を「許し」と呼ぶ（意識水準では「過去化」に相当する）。

「許し」とは無意識水準の人間関係性変容であり、意識的に「許そう」と自己に命じることではない。むしろ「許し」を強制的に達成しようとする試みは、無意識への道徳的圧迫、すなわち別の形の抑圧として作動し、症状形成に寄与しうる。筆者の経験では、自立の進行や新たな対人関係の構築に伴い、親への依存度が低下し、また親の心情も理解できる余地が増えるにつれて、無理のない形で「過去化／許し」が成立しやすくなった。逆に、許しが成立しない局面では「許せない」という感情そのものを否定しないことが重要である。他方で、恨みの反復によって関係性を固定化することは、過去化（＝許し）と逆方向に働きうる、という理解に至った。

また本稿では、無意識の特性として、自己と他者の区別がつかない——すなわち自他未分化——という側面を重視する。ユングも、無意識水準では出来事の帰属（それが「あなた」

に起きたのか「私」に起きたのか) が区別されないことを示唆している^{7) p.100}。この観点からすれば、筆者の攻撃性(非難)は、たとえ親に向けられたものであったとしても、無意識水準では「私」への攻撃と切り分けられず、自己攻撃として回帰しうる。その結果、自己を苦しめる症状(被害的確信、強迫症状、思考の停滞、全身倦怠感、意欲低下、情動的乏しさ、身体化など)としても表現されうる。

他方で、ここでいう「許し/過去化」は、当該の他者(親)との直接的な和解を必須条件としない。筆者の経験では、たとえ親との関係が十分に修復されない場合であっても、別の対人関係において共生的な関係性(いたわり、相互尊重、感謝など)が形成され、持続されるにつれて、無意識水準での自己へのいたわりが成立しやすくなり、症状の軽快に寄与しうる。その帰結として、付随的に他者(親)への「許し/過去化」が漸進する契機になり得る。

****3, うつ病(存在の危機)と神経症の関係:精神分析的観点から****

前章で述べたように、本稿はうつ病を「存在の危機」として捉えた。ただし、この「存在の危機」は主として意識水準からの記述であり、同一の事態が無意識の水準から見ると異なる様相をとりうる。

たとえば意識の側から、「良い子でなければならない」という規範が自己の存在意義(拠り所)として機能している場合、逆に無意識の側から見れば、その規範は無意識の欲求や情動を抑圧するものとして作動し、神経症症状の形成に関与しうる。

ここで抑圧を緩めることは、無意識の側からは症状形成の前提を弱める方向に働きうるが、意識の側からは、存在意義(拠り所)である「良い子であること」の動揺として経験されうる。すなわち、抑圧の解除は、意識においては拠り所の失効として立ち上がり、存在の危機としての「うつ」へ接続しうる。

以上より、神経症は、無意識の抑圧によって症状が形成される一方で、意識の側からは拠り所の崩壊(うつ病化)を回避するために規範へ固着する姿勢としても理解されうる。つまり強迫性障害(いわゆる強迫神経症)において、強迫症状を弱めることは、同時に存在の危機と接続し、「うつ」の立ち上がりを意味しうる。とりわけ、存在の危機が切迫して経験される不安性苦痛(切迫した不安・恐怖を中核とする苦痛)を回避するために、強迫症状が維持されるという理解も成立しうる。本稿では、うつ病と神経症は、精神分析的に同一の力動を意識/無意識という異なる水準から記述した連関として位置づけられる。

****4, 無意識と人間関係性****

精神分析的観点からみれば、妄想は無意識的力動(ないし前意識水準)に由来し、当人の意識的統制を超えて反復的に立ち上がる思考内容として経験されうる。本稿は妄想を自他を傷つける人間関係性から表出された思考様式・関係づけの様式と再定義したが、この人間関係性は無意識領域に、反復パターン(基盤)として存在すると筆者は考える。以上を踏まえると、妄想の背後にある人間関係性を意識化(言語化)することは、精神分析的見取り図に照らせば「無意識的なものを意識的なものへ置き換える/翻訳する」作業に相当し、妄想

的人間関係性の拘束力を弱め、変容を促しうる。

たとえば、ハラスメントをしていた者は、自己内部の攻撃性を必ずしも十分に自覚しないまま行為を反復している場合がある。しかし、当人がそれを自己内部の攻撃性として認識し、意識化しうるとき、攻撃性は相対的に弱まり、人間関係性が変容しうる。このとき「自己の攻撃性を認識する」とは、単に「相手を傷つけた」と言語的に理解すること（意識的理解）にとどまらず、相手の痛みが当人にとって実感として立ち上がること――すなわち感覚的・情動的理解（無意識的なものの理解）を伴うことを含む。

また、本稿では「愛」と呼ぶ共生的な人間関係性も定義したが、この人間関係性も同様に無意識領域に、反復パターン（基盤）として存在すると筆者は考える。すなわち、愛的人間関係性の表現は、当人の自覚的意図としてというより、むしろ自動的・習慣的に立ち上がる思考様式・関係づけの様式として遂行される。そのため外部からは、見返りを求めない、自己犠牲感や自己誇示感が乏しい、といった特徴として観察されうる。他方で、無意識領域にある愛を「自分は愛している／優しい」といった形で意識化してしまうと、愛の目的化・自己点検化がされやすくなり、結果として愛の無意識性・自動性（自発性）が損なわれうる。周囲がそれを過度に称揚・指摘することも、当人に愛を意識化させてしまうことにつながりうる。

本稿の立場では、妄想的人間関係性の意識化では拘束力や反復性を弱めうる一方、愛的人間関係性は、意識化されない形での定着（無意識化）が目標となる。したがって、愛の表現型である優しさ、いたわり等は「意識的な徳目」としてよりも、むしろ無意識的に作動する愛的人間関係性の表現形として保たれることが望ましい。

ここで補足すると、一般に「愛」すなわち共生的な人間関係性の表現形は、優しさ、いたわり、感謝、許し、尊敬等として列挙される。しかし本稿の立場では、これらは無意識にある人間関係性の反復パターン（基盤）が、場面の要請に応じて具体的表現として立ち上がったものにすぎず、状況によっては、他者の妄想に対峙し、拒否や怒りという形で表出されることもありうる。

他方で、これらの表現形を「そうあるべきだ」として強制的に思考・実行しようとするとは、道徳や規範として作動することになる。精神分析の観点では、道徳や規範は無意識への抑圧となる場合があり、結果として症状形成に寄与しうる。

次に、外形的には同じ表現形をとる同一の行為であっても、その背後で作動している人間関係性（無意識的動機）によって、行為の意味が異なりうることを示す。

たとえば、前を歩く女性がハンカチを落とした場面で、それを拾って手渡すという行為を想定する。しかし、その行為が純粋な配慮（いたわり）から生じた場合と、好意の獲得や関係の支配を含む思惑（下心）から生じた場合とでは、行為の表現形は同じでも、無意識水準での意味は同一ではない。

さらに当人が、自己の動機（下心）を十分に自覚しないまま当該行為を「親切心」とみなしている場合もありうる。このとき相手が距離化や拒絶を示すと、当人は不満や怒りを覚えることがある。当人が当初は優しさとして提示した行為が、相手の拒絶を契機に「自分はこ

んなにやってあげたのに」という被害感や攻撃性へ転化することがある。セクシャル・ハラスメントでもこのパターンはしばしばみられる。これに対し、無意識水準で配慮(いたわり)が主導している場合には、相手の同様の反応に対して否定的情動が出現しにくい。したがって、距離を取られた後に否定的情動(不満・怒り等)が生じた場合は、当人における無意識的動機や人間関係性を自己分析(自己点検)する機会となりうる。

以上を踏まえると、妄想的人間関係性が無意識内で支配的な人では、そこで立ち上がる思考様式・関係づけの様式は、たとえ意識の水準で「愛の表現」を志向したとしても、自己犠牲感の出現や、見返りの期待といった形で歪曲され、結果として妄想的な思考の再産出に回収されうる。すなわち、表現形が「優しさ」や「配慮」に見えても、その背後にある人間関係性が妄想的である限り、当該行為は愛的人間関係性の思考様式・関係づけの様式としては成立しない。

この構図は、妄想的人間関係性が支配的な当事者の意識からは、「自分の考えることは結局すべて妄想になるのか」「自分には愛がないのか」「自分は何も考えてはいけないのか」といった理解となりやすい。ただしこの理解は、当事者が自己の無意識内に妄想的人間関係性が作動していることを認識した場合に生じる。これに対し、当人が自己の内部(無意識内)に妄想的人間関係性があることを認識していない場合には、問題は自己内部ではなく周囲の人間や環境にあるものとして把握されやすく、被害妄想や敵意化として表現されうる。

****5, 妄想的人間関係性に気づいた後の実践(認知行動療法)****

妄想的人間関係性が自己の内部で作動していることを認識した当事者が、「愛」という概念に触れるとき、その認識は「自分には愛(共生的な人間関係性)がない」という了解を伴う。この了解は自分ではどうしようもできない行き詰まり感を伴いうるが、妄想的人間関係性が変容していく過程において、治療の方向性そのものを捉える出発点となる。すなわち、妄想的人間関係性が支配的であることを自覚し、それゆえに「愛を欠いている」という事実を引き受けた地点から、愛的人間関係性へ向かう実践が開始されるのである。

この地点では当事者には、決意ではなく、「どうすれば人を愛せる人間になれるのか」「愛し方を知らない人間に何ができるのか」という途方感を伴う問いが立ち上がる。

「愛」はしばしば無償の愛として説明されるが、「見返りを求めず相手のために尽くす」という定義は、当事者にとっては理念的で把握しにくい。本稿では、より理解しやすい指標として、「本当に優しい人は、自分が優しくしていることを自覚(意識)していない」という指標を位置づける。自己の優しさに気づかないからこそ、見返りを求めず、「やってあげている」という自己犠牲感や自己誇示が生じない。これは、強い妄想に病識が欠けやすいように、強い愛にも「自分は愛を実践できている」という自覚が生じにくく、無意識領域で作動するという点で同型の構造として理解できる。したがって当事者が目標とすべきは、愛を意識して遂行することではなく、愛が意識に上らない仕方でも自然に実践していく方向である。

しかしながら、当事者にとって直ちに無意識的に愛を実践するというのは困難である。そ

のため、ここで最初に可能な実践は、愛の対極にある妄想（妄想的人間関係性から立ち上がる思考）を、できるだけ反復しないことである。たとえば「どうせ自分には愛がない」「愛がない自分が悪いんだ」といった自己卑下や自責は、妄想的人間関係性から立ち上がる思考として作動し、妄想的人間関係性を固定化しうる。反対に、当事者が本気で「人を愛せる人間になりたい」と願うなら、その志向そのものが妄想的人間関係性と距離を取ることであり、妄想の反復を減少させる契機となり得る。

もっとも、妄想的人間関係性を主要な思考の土台としてきた当事者にとって、「妄想を考えない」ことは、しばしば「何も考えられない」感覚を伴う。本稿が別章で述べたように、思考の土台（判断の前提・価値基準・意味づけの枠組み）が失効すると、思考そのものが立ち上がりにくくなる。したがって、妄想的人間関係性という従来の土台が揺らいだ直後に一時的な空白が生じることは、後退というより変容の開始徴候として理解しうる。まずはその空白を許容し、そのうえで「他者のためにできることは何か」を、当事者自身の思考として立ち上げ、具体化していくことが重要である。当事者にとっては「存在しない」と認識されている愛の人間関係性の思考様式・関係づけの様式を立ち上げることは、ゼロから一を創り出す創造の感覚に近い。ここで選ばれる行為は小さくてよいが、自己犠牲感を伴わない範囲で実行可能であることが大切である。自己犠牲感が立ち上がると、その行為は愛の表現として作動しにくく、かえってそれ自体が見返り・被害感・攻撃性などの妄想へ回収されやすくなるためである。したがって、自己犠牲感が出現した場合には、いったん中止し、当事者にとって無理のない形へ調整し直す必要がある。

当事者が自分の内側だけで手がかりを見出しにくい場合には、他者がどのように自然な形で周囲の人々の中で愛を表現しているのかという視点で、日常の対人場面を観察することが助けとなりうる。他者の無自覚の愛は、目立たず、さりげない形で表出されやすいため、妄想的人間関係性が支配的な当事者には、そもそも愛が知覚されにくい。したがって当事者にとって、他者の愛的人間関係性の思考様式・関係づけの様式に気づくことは、既存の規範や正解を学習するというより、ゼロから一を見出す発見の感覚に近い。そして、愛の具体像が見出されたならば、その仕方を手がかりにして、同様の感覚に近づくことを目標として、無理のない範囲で実践してみるとよい。

なお、これらの実践は「治癒」を目的（見返り）として遂行されるべきではない。すなわち、「治ること」や「成果」を期待し、それを見返りとして行為を駆動させると、行為は評価・交換の対象へと目的化され、愛的人間関係性の表現として定着しにくくなる。同様に、「優しくできた」と自己評価して喜ぶことも、自己点検や誇示の契機となり、同じく愛的人間関係性の定着を妨げうる。加えて、性急に実践を推し進めることは、当事者によっては高揚や誇大化を招きうる。また、「人を愛さなければならない」という観念は、強迫的な思考として無意識を抑圧する方向に転じ得る。これらの点を踏まえると、「人を愛せる人間になりたい」と願いながら、結果（治癒・成果）を目的化せず、自己犠牲感が立ち上がらない範囲で、焦らず実践を継続することが重要となる。

以上を、CBTの主要概念に照らして整理すると、次のように対応づけられる（表1）。

表1 CBTの操作概念と本稿モデルの対応

CBTにおける操作概念	本稿のモデルでの対応
セルフモニタリング	自己の思考が、妄想の人間関係性から作動していることに気づく。同時に、愛の人間関係性が欠如していることを認識する。
距離化（認知的距離・脱中心化）	「愛せる人間になりたい」という志向は、妄想の人間関係性から距離を生む。
行動実験（小さな行動実験）	できることを自分で創造・発見する。結果（治癒・成果）を目的化せず、自己犠牲感が立たない範囲で、焦らず実践を継続する。

治療過程は、妄想を一つずつ変容させ、成立しはじめた「愛」を再び無意識的作動へ返していく反復となる。したがって、症状が軽快していく過程では、愛は意識上の達成として認識されるのではなく、無意識化されていく（あたりまえとなっていく）。たとえば、「感謝できるようになる」ではなく、「自ずと感謝が出る環境が与えられる」という感覚に近い（無意識水準の変容として）。これに対し、自己点検や他者比較によって「達成度」を測ろうとする営みは、愛の無意識性・自発性を損ないうる。また、「自分には愛がある」として悦に入ることや、他者とのあいだで愛の大小を比較して優劣判断することは、妄想的人間関係性を再駆動する営みとして理解しうる。そのため、どの局面においても、自己の妄想的人間関係性に気づき、「人を愛せる人間になりたい」という志向を保持することが基本姿勢となる。

最後に、本稿の視座から治療過程の到達点を推測的に述べる。以下は経験的根拠に基づく結論ではなく、筆者の仮説的推論である。妄想的人間関係性が十分に弱まり、反復的な妄想が前景化しなくなった状態では、人間関係性の基調は「愛」（共生的な人間関係性）へと移行しうる。ただし、その「愛」自体も無意識的作動として定着するならば、当人にとっては、「愛」という概念自体の自覚も薄れうる。逆説的にいえば、妄想の局面があるからこそ、「愛」が対照項として意識化されるとも考えられる。

さらにこの段階では、妄想的思考や「愛を志向するための思考」が前景から退き、直感・感受性が前景に出てくる可能性がある。思考土台の失効時にみられる思考の空白とは異なり、思考能力そのものが損なわれるのではなく、思考はより自由に用いられうる。その際に立ち上がる思考は、祈り、遊び、創造的営為（芸術など）といった形をとるのではないだろうか。

6, 小結

本章では、フロイトの無意識・抑圧・症状形成の見取り図を参照しつつ、本稿が再定義した「妄想＝自他を傷つける人間関係性から立ち上がる思考様式・関係づけの様式」を、無意識水準の力動として位置づけた。

自験例においては、抑圧内容の意識化だけでは症状変化が生じにくい場合があること、そ

ここで重要となるのは出来事が情動レベルでも「過去化」され、無意識における時間の永続性を取り出されることであるという仮説を提示した。

また、うつ病を「存在の危機」として捉える意識水準の視点を踏まえ、無意識水準の抑圧との関係を記述し、うつ病と神経症の関係を論じた。

最後に、無意識領域の妄想的人間関係性から愛的人間関係性の変容を、意識側からどのように経験しうるかを示し、治療の方向性を提示した。実践手続きとしては、CBT の概念を借りて、セルフモニタリング・距離化・小さな行動実験に対応する道筋を整理した。

以上により本章は、意識・無意識の観点から、本稿全体の再定義（精神病理）を統合的に捉える枠組みを提示した。

****おわりに****

患者が精神病的状態に直面する際、個々の症状は単独に出現するというより、相互に関連した「症状の束」として経験されやすい。このとき当事者にとって切実な問題は、混乱の中で診断名を含む自分の病態がいかなる状況に置かれているのかを把握し、治療の方向性を見定めることである。

しかし、その「症状の束」から、とりわけ統合失調症圏の病態を当事者が自己認識することは容易ではない。統合失調症か否かを判断するには、自らの思考が妄想に該当するかどうかを見極める必要があるが、現行診断学で妄想が「現実からの逸脱」として定義される限り、当事者は自分の思考を同じ基準で評価できない。すなわち、従来の操作概念のもとでは、妄想の自己判定を含め、統合失調症の自己診断は原理的に困難である。

この困難を踏まえ、本稿は妄想を自他を傷つける人間関係性から表出する思考様式・関係づけの様式として再定義した。さらに精神分析の意識／無意識概念を援用し、妄想を無意識水準の力動として位置づけ直し、妄想の理解のための視座を補強した。加えて、治療の方向性として「愛」（共生的な人間関係性）という概念を導入し、妄想的人間関係性の変容と、成立しはじめた愛の無意識的定着（無意識化）という見取り図を示した。ここでは、無意識の特性として時間性の欠如、および自他未分化を重視した。

また本稿は、うつ病を存在の危機（投げ所の失効）として再定義し、妄想と「うつ」の連関を説明した。すなわち妄想は投げ所として主体を支えうる一方、その投げ所が揺らぐ局面では、存在の危機としての「うつ」が立ち上がりうる。さらに精神分析的観点から、神経症症状が、「うつ（存在の危機）」を回避しようとする心的作動で形成されうる可能性を示し、うつ病と神経症を同一力動の意識／無意識水準記述として位置づけ直した。

さらに本稿は、統合失調症と双極性障害の関係、および思考障害の位置づけを、上記の再定義のもとで整理した。すなわち統合失調症と双極性障害が連続的・類似的な構造を持ちうること、ならびに思考が立ち上がる土台（判断の前提・価値基準・意味づけの枠組み）の喪失が、思考障害として経験されうることを仮説として提示した。

最後に本稿の限界と今後の課題を述べる。臨床場面では、患者の語りは現代社会の規範や

評価軸の影響を免れず、精神の細部が十分に語られない可能性がある。また無意識水準を含めて論じる以上、当事者自身にも把握し得ない領域が残り、さらに意識化が当事者にとって必ずしも最良とはいえない場合もある。したがって本稿の理論は、自験例とそこから導出した仮説に強く依拠しており、他事例における妥当性は今後の検証を要する。それでもなお、現行診断学の操作概念が当事者の自己理解と接続しにくいという限界を踏まえ、本稿の再定義が精神病理の理解を促進する一つの契機となって、当事者の理解と治療的方向づけに寄与しうるならば幸いである。

【引用文献】

- 1) 浅井智久, 丹野義彦：声の中の自己と他者——幻聴の自己モニタリング仮説——. 心理学研究, 81 (3) ; 247–261, 2010 (doi:10.4992/jjpsy.81.247)
- 2) Berardelli, I., Innamorati, M., Sarubbi, S., et al. : Are demoralization and insight involved in suicide risk? An observational study on psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 54 ; 127–135, 2021 (doi:10.1159/000515056)
- 3) Ford, J. M. : Studying auditory verbal hallucinations using the RDoC framework. *Psychophysiology*, 53 (3) ; 298–304, 2016 (doi:10.1111/psyp.12457)
- 4) Freud, S. : Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. 1916–1917 (高田珠樹, 新宮一成, 須藤調任, 道籟泰三訳：精神分析入門講義 (上) (下). 岩波書店, 東京, 2023)
- 5) Grotzinger, A. D., Werme, J., Peyrot, W. J., et al. : Mapping the genetic landscape across 14 psychiatric disorders. *Nature*, 649 (8096) ; 406–415, 2026 (doi:10.1038/s41586-025-09820-3)
- 6) Harrow, M., Yonan, C. A., Sands, J. R., et al. : Depression in schizophrenia : Are neuroleptics, akinesia, or anhedonia involved? . *Schizophr Bull* , 20 (2) ; 327–338 , 1994 (doi:10.1093/schbul/20.2.327)
- 7) Jung, C. G. : *Dream Analysis (Seminar)*. 1984 (入江良平, 細井直子訳：夢分析II. 人文書院, 東京, 2002)
- 8) Kraepelin, E. : *Psychiatrie : Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, Bd.3 Klinische Psychiatrie, Teil II : Endogene Verblödung (Dementia praecox und Paraphrenie)*. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳：精神分裂病. みすず書房, 東京,

1986)

9) Kumar, P. N. S., Subramanyam, N., Thomas, B., et al. : Folie à deux. *Indian J Psychiatry*, 47 (3) ; 164–166, 2005 (doi:10.4103/0019-5545.55942)

10) Lee, S. H., Ripke, S., Neale, B. M., et al. : Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nat Genet*, 45 (9) ; 984–994, 2013 (doi:10.1038/ng.2711)

11) Stabinsky, H., Stabinsky, S., Wiener, A. : Post Psychotic Depression in a Patient who Castrated Himself. *Jefferson J Psychiatry*, 2(2) ; Article 7, 1984 (doi:10.29046/JJP.002.2.006)

12) Upthegrove, R., Ross, K., Brunet, K., et al. : Depression in first episode psychosis : the role of subordination and shame . *Psychiatry Res* , 217 (3) ; 177–184 , 2014 (doi:10.1016/j.psychres.2014.03.023)