

精神分裂病をめぐる電子書簡より

野田俊作（大阪）

要旨

キーワード：

コンピュータ通信ネットワーク NIFTY-Serve の心理学フォーラムに掲載した精神分裂病についての話題をご紹介します。

1. 身体的外傷による分裂病症状の軽快

ある女子分裂病者が、病院の屋上で、すっ裸になって日光浴をしました。真夏だったので、股間にひどい日焼けをしてしまいまして、たいへんなことになりました。ところが、日焼けでウンウン苦しんでいる間、その人のすべての症状は消えてしまって、ごく普通にお話できました。それ以前は、かなり支離滅裂で、ほとんどお話しできなかったのです。日焼けがなおりますと、また元の支離滅裂に戻ってしまいました。

しばらくして、別の女子分裂病者が、病院の4階から飛び降りて自殺を計りました。ひどい骨盤骨折をしましたが、さいわい一命はとりとめました。この人も、ギプスをはめている間だけ、すべての症状が消えて普通の人に戻りました。

分裂病って、ほんとうに『病気』なんだろうかと思うようになったのは、こういうことがあってからです。それで『分裂病の治療』をやめて、家族療法をはじめました。すなわち、家族に『分裂病とつきあう』のではなくて、『人間とつきあう』ことをティーチ・インしたのです。そうすると、とてもうまくいきました。

それでも駄目な患者さんもいまして、長い間入院していたある女子分裂病者が、外出して行方不明になりました。みんなで探すと、病院のゴミ捨て場で生ゴミにまみれて笑っていました。病棟へ連れて帰って洗ってあげると、なんとそれからは普通の人になりました。それで退院して、1年も自宅でおれたのですが、あるとき地震があって、神棚にお供えしてあったボタモチが落ちてきました。それをみて「あ、タナボタだ」とその患者さんは言って、それで再発してしまいました。

まことに、天地の間には人知の及ばぬことがあるものです。

2. 分裂病は実在するのか

分裂病者は、口下手で無口なのに、妄想のことになると（妄想があれば、ということですが）、

急に雄弁になる、と中井久夫先生がどこかに書いておられました。ところが、その雄弁な患者さんも、同僚の入院患者さんたちには、あまり妄想の話をしていないんですね。その同じ人が、グループ療法をやると、そこでは同僚の患者さんに、さかんに妄想の話をする。それなのに、その後で、デイ・ルームでブラブラしているときには、同じ相手に向かってでも、妄想の話はしない。

つまり、妄想の話をする TPO がはっきりあって、家族か治療スタッフが相手であるときと、グループなどで症状の話をすることを期待(?)されている場合とには、さかんに妄想の話をするわけですね。相手が「聞いてくれる」なら話すということですね。聞いた後で反論してもいいのですが、とにかく「相手になってくれる」ということ。

私が言いたいのは、分裂病という病気は、患者さんの頭の中にそのすべてがあるのではなくて、患者さんと周囲の人々とのかかわりの中にも、病気の成分(?)の幾分か、あるいは多くがあるということです。ある意味で、相手や状況によって、分裂病であったりなかったりするのです。ところがわれわれは、脳なり精神なりを、頭蓋骨の中に閉じ込められた実体だと見る癖があるものですから、分裂病という実体があると、まず思い込んでしまいます。これは、性格というものにたとえるとわかりやすいかもしれません。家で暴れている子どもを見ると、「粗暴性がある」と言ったりする人がいるわけですが、その子は学校ではまるでおとなしいかもしれない。「それは粗暴性が隠れているだけだ」と言う人がいるかもしれないけれど、じゃあ、この子には『温厚性』があって、それが学校では出てきているが、家では隠れているとはなぜ考えないのか。

そもそも、『粗暴性』だの『温厚性』だのといった実体的な概念を持ち出したのが間違いなのだと、私は思うのです。そういうコビトさんが脳の中において、個人を動かしているように考えるモデル自体の問題だと。実は、粗暴な行動は、環境との間のコミュニケーション行動として、そのとき作り出され使われているだけなのだと思う。ですから、もし粗暴性というようなことを言おうとするなら、それは、その行動の両端にある人、この場合だと、子どもと、その暴力が向っている親、が作り出すシステムの中にそれがあると言うしかない。これは、なんのことはない、家族システム論です。

こうして、粗暴性というようなものは個人から抜け出して、システムの性質として記述されるようになってきたわけですが、歴史的には家族システム論研究のそもそもの出発点になった分裂病は、いまだに頭蓋骨の中に閉じ込められています。私が言いたいのは、分裂病は、患者さん個人の中にあるのではなくて、患者さんと、そのとき患者さんの相手をしている人とが作り出すコミュニケーションの構造の中にある、ということです。

つまり、私という治療者のあり方が変れば、私の前にいる患者さんのあり方は変り、粗暴であった人が温厚になったり、分裂病であった人がそうでなくなったりするわけです。ただし、それは私の前でだけです。けれども、私がどのようであれば、患者さんがより建設的にコミュニケーションにかかわってくれるかを私が知れば、その知識は他の人に教えることもできて、そうなれば患者さんはよいシステムの中で暮らせるようになり、症状なしで生きていけるようになるでしょう。治療論はそうなのですが（実際、子どもの治療では、この通りのことをしています。私が関わってみて、うまくいけば、家族に参加してもらって、子どもとうまくやってゆけるコミュニケーションを実習してもらいます）、診断が困る。面接したりテストしたりして診断しようとして、そのコミュニケーション・システム的一端には診断者がいるわけで、診断されてくるのは、「診断者・患者システム」の中での患者さんの挙動であって、患者さんそのものの精神構造ではない。診断者が変わると、患者さんの挙動も変る。とすると、対人関係から隔離された「抽象的な」患者さんは観察不可能であることになる... 分裂病って、だから、存在しないんじゃないか。ただ、分裂病的コミュニケーション、あるいは分裂病的システムがあるだけで。

これは一種の現象学で、実際、最近の構成主義家族療法の理論は、極端に現象学に近くなって

きています。もともと現象学精神医学育ちの私は、ちょっとワクワクしているんですよ。

3. 分裂病者を心理療法は援助できるか

私が気にしているのは、「分裂病とは何か」ではなくて、「分裂病者とどうつきあうか」であり、さらに言うならば、「分裂病者をどう援助するか」であり、「援助の方法を人々にいかに伝えるか」です。分裂病を頭蓋骨の中から解放し、対人関係の中に置けば、心理的な援助の道が開けてきます。私が言いたいのはこのことなのです。分裂病の患者さんに対して、あるつき合い方をすれば、妄想やその他の陽性・陰性症状なしに私とつき合ってくれることがわかったとすれば、それを病棟スタッフに教えれば、その人は病院内でおだやかに暮らしてゆけるようになりますし、家族に教えれば、家族内で暮らしてゆけるようになりますし、社会全体に教えれば、社会の一員として暮らしてゆけるようになります。この知識がもっと深まれば、治療者も、家族も、そして一般の市民も、分裂病者をどう援助すればいいかを、ちょうど盲人をどう援助すればいいかを学ぶように、学べるようになると思うのです。

私は、家族や社会の中に分裂病の『原因』があると言っているのではありません。家族が分裂病者を作るといふ、いわゆる『分裂病原性母親』説は、今では古代の遺物で、そんなものを信じているのは、時代遅れで勉強不足の精神病理学者連中だけだと思います。そういう評論家的・三流哲学者的分裂病論は、患者さんやその家族を援助する上で何の役にも立たないばかりか、実際に多くの患者さんや家族を傷つけ、状況を一層悪化させました。

分裂病的コミュニケーション構造というものがある場合、それはある場合には一方の当事者（＝患者と呼ばれる側）に分裂病症状を惹起し、ある場合にはしない、と私は言っているのです。それが原因なのか結果なのかなどは、まったく関心がないので、その構造の中へ自分が入ったときにはどうふるまうのがいいか、家族が入っているときはどうふるまうのがいいか、そういうことについての知識を求めているのです。患者さんやその家族の利益のために臨床の諸学は存在するのだと私は思いますので、そこを離れて考えることはないのです。

4. 二人関係と転移治療

システム型家族療法の理論が提唱されてから、システムということばが流行になり、「システムが病気になって、その症状が、たとえば IP に分裂病として現れる」というような考え方が一般的になりました。私は、この考え方にも批判的なのです。それは原因の場所を変えただけのことですから。

「分裂病という現象は、私と患者さんの二人関係の中で、現れたり消えたりする」と私は言っているのです。フロイトが『転移神経症』と言ったことの、別の側面を言っているのだと考えてもいいと思います。『転移神経症』がある一方に『転移治療』ということもあって、それは、フロイトが簡単にかたづけしてしまった以上の意味があると思うのです。『転移治療』が継続的に起こる条件、それも治療者との関係の中だけではなくて、家族や、できれば社会全般の人々との間でおこる条件があるはずだし、それを見つけ出さなければならないと思うのです。

むかし、病院で外来をしていたころ、「盗聴されている」と主張する患者さんが来ていました。「この診察室も盗聴されていますか？」と尋ねると、「されている」と言います。「盗聴器はどこにありますか？」と尋ねると、「天井裏だと思ふ」と言います。そこで、2人で天井裏に登って

探しました。しかし、盗聴器は見つかりませんでした。患者さんは、「ここは盗聴されていないようだ」と言います。私は、「でも、盗聴されているという感じはあるわけでしょう？」と言うと、「ありますが、私の思い過ごしかもしれません」と言います。私は、「しかし、あなたが感じるのなら、それは本当かもしれません。どこにあるのかなあ。壁の中かもしれませんね。壁を崩しましょうか？」と言いました。患者さんは、きょとんとしてから、大笑いして(!)、「先生、気はたしかですか？」と言いました。

一緒に来ていた家族に、「家で、患者さんと一緒に盗聴器を探していただけませんか？ たぶん家にはあると思いますよ」と提案しました。家族は、それを実行してくれました。それ以後、患者さんは、盗聴については言わなくなり、家族が他の妄想をも受け入れることを学ぶにつれて、やがて普通に暮らせるようになりました。

5. 友だちは無理は言わない

Hさん、あのときの分裂病患者さんが、私が「壁を崩しましょうか？」と言ったら、「はい、ぜひそうしてください」という可能性があったなんてことは、考えてもみませんでした。治療者がちゃんと人間として患者さんとつきあっているかぎり、そういうことはおこらないんですよ、けっして。私が彼の友人であるとき、彼も私の友人でいてくれますから、無理なことは要求しないのです。「壁を崩しましょうか？」というのはジョークであり、それがジョークとして通じるだけの関係が熟していたということです。ちなみに、分裂病患者さんにジョークが通じるのは、ちょっと大変なことなんですよ。

分裂病者に対しても、その他の患者さんに対しても、もっともよい援助は、抽象的に言えば、その人を尊敬し信頼して、縁あってこの世で出会った貴重な道連れとして、一緒にいることだと思います。私は、盗聴器の不在を証明したいから天井裏をはいずりまわったわけではありません。患者さんにしてあげられる友人としての援助が、それしか思いつかなかっただけのことです。妄想を妄想だと気づいて病識を持ってもらおうとしているわけでもなく、妄想を取り除こうとしているわけでもなく、社会復帰してもらおうとしているわけでもなくて、ただその人と「一緒に生きる」時間を探そうと努力していただけです。しかし、こういう言い方は、いい格好すぎて恥ずかしくなるね。まずは、病気のことなんか忘れて、人間と人間としての二人関係を形成することが必要で、それなしに心理的な治療が成立しないことは、フロイト以来の常識になっています。ですから、私は別にめずらしいことを言っているわけではないのですよ。

「分裂病とは何か？」という問いを立てている限り、分裂病という抽象概念とお友だちであるだけで、患者さんという具体的個人とはつきあえていないのです。つまり「この人は誰か？」ということが見えていない。アドラーやサリヴァンやビンスワンガーやM. エリクソンなど、すぐれた臨床家の論文やケースセミナー記録を読むと、徹底して「この人はどういう人か？」という視点が貫かれています。そして、「どうすれば、この人の真の友人でおれるのか？」ということが。

6. 臨床心理学における『現実』の概念

われわれがなんとなく「これが現実だ」と思っているこの『日常的な現実』の向こう側にある(であろう)『真の現実』(カントの『ものそれ自体 Ding an sich』みたいなもの)については、

通常は反省もしないし議論もしません。共感的な関係にあり、かつ言語の疎通性が十分にある相手となら、それで支障なくやってゆけるわけです。つまり、客観的事象の存在を前提し、それをそのままわれわれが認知できると考える、自然科学的な素朴实在論でもって、日常の用は足りるわけです。

ところが、「現実とは何か」ということは、今世紀の臨床心理学にとっては、もっとも重要な話題のひとつでした。というのは、臨床心理学は、「現実離れした」ことを考えておられる患者さんを対象にしているわけですから、「現実とは何か」を、ある程度はつきり定義しておかないと困るのです。そうでないと、患者さんの考えておられることを「現実離れしている」と判断することができなくなりますから。患者さんが体験しておられる『患者の現実』は、患者さんにとっては、ありありとしたリアリティを持つ『現実』であるわけです。それなのに、それは、治療者がありありと体験している『治療者の現実』とはえらく違うのです。この状況で、『患者の現実』を疑うところに治療のはじまりがあるわけですが、いったいどういう根拠で、治療者は『患者の現実』を疑うことができるのか。

歴史をレビューしますと、記述精神医学と古典行動主義は、この問題を、あっさり素朴实在論的に乗り越えて、『治療者の現実』イコール『客観的な事実』であり、『患者の現実』イコール『妄想』である、というあたりで満足していたわけです。ここには多数決原理か、あるいは功利主義が働いています。すなわち、「治療者の現実の方が味方が多いから」ということを根拠にするか、「治療者の現実の方が生きる上で効果がいいから」ということを根拠にするかのいずれかです。これはしかし、ここでも何度も批判された、『社会適応主義』で、問題のある考え方です。理論上問題があるだけではなくて、実際にその害悪がかつてありましたし、今もいくらかあります。一方で、こういう客観主義的な流れに対立して、今世紀前半には現象学的な、後半には認知主義的な考え方がある、『患者の現実』だけではなく、『治療者の現実』もまた『客観的な事実』ではないかもしれないというところにいったん立ちます。両者ともに、『主観的に捉えられた現実』であるにすぎないからです。『治療者の現実』もまた『主観的現実』であるにすぎないのです。この立場を極端に押し進めると、アナーキーになってしまって、『患者の現実』を疑うことができなくなって、治療が不可能になります。実際、ドイツ現象学精神医学は、そういうところに陥って、その結果、滅びてゆきました。

そうならないためには、なんらかの意味での『コモンセンス』の存在に頼らざるをえないわけです。それが多数決原理だったりするとファシズムになりますので、せめて功利主義に頼るのが（治療功利主義的に！）賢明でしょう。旧会議室での治療目標論の中で、私が『治癒』でも『社会適応』でもなくて、『患者の幸福』ということを持ち出していたのは、実は、功利主義を最大限安全に運用する工夫です。「患者さん自身から見たエフェクティブな生き方」の発見を目標にしたいわけです。そうすれば、治安維持と生産性向上だけを目標にする非人間的な精神医療から、いくらかは脱却できるかもしれないから。

客観主義／主観主義論争のもっともアップ・トゥ・デイトな成果は、MRI（Mental Research Institute）が、ここ 10 年ほど盛んに言っている『構成主義』でしょう。これは「現実とは、私とあなたとの間で構成される」という考え方です。これは、『心』が「頭蓋骨の中」から「対人関係の中」へ出てきた点で画期的です。

私は一種の構成主義者ですので、分裂病者の例を 2 回ほどあげて言っていたのもこのことです。『現実』とは、分裂病者と私との間に瞬間瞬間に構成される『二人の現実』であるから、もしそれが変だと感じるなら、患者さんの側の『現実認知能力』を疑うのではなくて、治療者の側の『現実構成能力』を疑うべきだ、と私は言ってきたのです。私があるつきあい方をするとき、患者さ

んの現実と私の（あるいは家族等の）現実とが一致して、しかもそれが患者さんが生きていく上でエフェクティブなものであるならば、患者さんの頭蓋骨の中でモノアミンが何をしようとして、心理的な治療は成功したことになります。

ちなみに、『現実認知』と『現実構成』とは、実は同じことです。ピアジェ流に、認知とは操作であり操作とは認知であるから。ですから、『現実的な認知』は『現実的な操作』を可能にし、『現実的な操作』がおこなわれていることが『現実的な認知』が存在する証拠なのです。ここで『現実的』と私が言うのは、ほとんど『エフェクティブな』という意味です。ただし、それ自体が主観的な概念で、「行為者（＝患者）自身がエフェクティブだと実感できる」ということです。さいわい、患者さんは、自分の生き方をエフェクティブだとは感じておられないので、治療の契約が可能になります。「あなたは幸福ですか？」と問うことで治療をはじめると、進行麻痺の多幸症だのソウ病だの患者さんでない限り、「不幸です」という答が返ってきて、そこからならちゃんとその後が展開してゆくのです。

さて、治療者は、どのようにして『自分の現実』を乗り越えることができるか。フロイトは相当な客観主義者ですが、『逆転移』という概念の導入によって、『治療者の現実』を疑ってはいたのです。ただ、彼は、それを逆転移の洞察という知的な方法で乗り越えようとしてしました。これは、彼が「二者関係の中での現実の構成」ということに無関心だったからです。アドラーは、治療者の（彼の用語を借りれば）『私的感覚 private sense』を、患者さんへの援助の関心（＝共同体感覚）でもって、いわば情的に乗り越えようとしていて、それは私が今していることと同じです。

7. 妄想は暗号か

Sさん、「わざわざ人に妄想を語るのは、こちらに伝えたいことがあるはずだ」という説には、私は賛成できません。ほんとうに伝えたいのなら、伝わるように話すだろうから。患者さんは、伝わるように話す能力を失ってはおられないと思います。しつこく同じ例にこだわりますが、身体病にかかったとたんに疎通性を回復されることもあるわけですから。

Sさんは、「天井に盗聴器がある」という言葉を、「あなたは私の隠していることを、根掘り葉掘り聞き出そうとしているのではないですか？」という意味だと解釈しておられます。なるほどこれはオーソドックスな解釈ではありますが、私はとらない。その根拠は、もしそうだったら、こちらが、「あなたの言いたくないことまで、私が聞き出すんじゃないかと、心配しておられるんですか？」というようなことを問えば、それなりの反応をされるでしょうから。私自身は、こんな乱暴な解釈投与をしたことはないのですが、某有名精神科医が、これをさかんになさって、それを何度も側で見学しましたので、患者さんの反応は知っています。多くの患者さんは、無反応であるか、あるいはノーと言われます。分裂病患者さんが、嘘をついたり本心を隠したりできるとはとても思えませんから、患者さんがノーと言われるのなら、はずれているんでしょう。

当たっていてもはずれていても、それはかまわないのです。私が言いたいのは、Sさんの解釈が正しいかははずれているかではなくて、およそ解釈ということ自体が、この場合には怪しいんじゃないか、ということです。妄想についての陳述を『暗号』（つまり、こちらに伝えたい意味のあるコード）であるとみなすことが誤っているかもしれず、したがって、それをデコードしようという治療者側の態度は根底的に間違っている可能性がある、ということです。妄想の陳述というエピソードを、セマンティックにデコードすることは、治療者の精神安定にはなると思いますが、はたして患者さんとの関係を治療的なものにするかどうか、経験上、ちょっと心もとないのです。

私は、それよりもむしろ、患者さんが妄想を『現実性』をもって感じておられるらしいことにまず注目したいのです。ただ、その現実性というのは、たとえば、通常の体験ほどの現実性は持っていないと思う。というのは、分裂病患者さんの妄想も幻覚も、いつもなにかしら説明的で、真にエピソード的な迫力が感じられないからです。

このことは、別に私の発見ではなくて、古くから知られています。特に幻覚に関しては、脳器質疾患で意識障害があるときの幻覚（せん妄）に較べて、分裂病の幻覚には具体性が乏しく、たとえば幻聴のある人に、「どういう声がどのような言い方で言うのか？」と詳しく尋ねると、せん妄患者さんは具体的に答えるのに対して、分裂病患者さんはあいまいにしか言えない、というようなことが、普通の精神医学教科書にも書いてあります。

分裂病患者さんが、エピソード記憶やエピソード的な表現能力に障害があるわけではありません。分裂病患者さんだって、たとえば子ども時代の思い出を語るときには、生き生きとリアリティのある語り方をなさいます。ところが、妄想の話になると、なんだか「遠い」のですね、文学的な感触なので、ちょっとうまく伝えられませんが。

ともあれ、心理療法家としては、この、中途半端な現実感が、ひとつの手がかりになると思うのです。患者さん自身が、自分の妄想について半信半疑だなという感じが、ほとんどいつもします。それを否定してかかると、ムキになって妄想に固執されるけれど、信じてかかると、だんだん妄想に現実性がなくなってきて、結局は普通のことばでの会話が成り立つようになるという経験がたくさんあるのです。

つまり私は、「わざわざ人に妄想を語る」のは、「こちらにあることを伝えたいからだ」とは考えないで、「話をしたいし、しかも、おそらく、あることを伝えたくないからだ」と考えているのです。診断派は、その「あること」というのが何であるのかについて興味を持ってしまうようなのですが、私は治療派ですから、それは、なにしろ向こうが伝えたくないことなのだから、こちらから敢えて押し量らないのが礼儀だろうと思って、考えないことにしています。

「あること」の方ではなくて、「話したい」ということの方が、どうもポイントであるように思うのです。「話したい」ということが、「妄想を語ることの『意味』」だと、アドレリアンらしく目的論的に言ってもいい。患者さんはきっと、妄想の陳述を通じてしか、他者と関係を持てなくなっているのでしょうね。それなら、さしあたっては妄想の話を受けばいいし、それから妄想以外の話題でも話を聞く用意があることを示してゆけばいい。そうすれば、やがて普通のことばでも話してくださるようになるでしょう。

心理療法学は、暗号のデコードばかりに血道をあげていないで、こういう素朴な対人関係的な視点を回復する必要がありそうに思うのです。

8. 現実／象徴／暗号／言語

まずおさえておきたいことは、臨床家がさしあたって問題にすべきは、客観的な『もの』としての『現実』ではなくて、患者さんと治療者の主観的な『こと』としての『現実性』なんだということです。

さて、前節で『暗号』という用語を使ったのですが、これは構造主義人類学で使われている用語を借用したものです。記号だの暗号だのといった用語になじみのない読者のために、ちょっと整理しておきます。視覚像や聴覚像などの感覚対象になるもののうちで、生得的な反応をおこすものを『信号』、社会的な学習でもって反応をおこすものを『記号』とよびます。『記号』のうちで、それに応じておこすべき反応が社会的に合意されているものを『言語』、社会的合意はない

が、送り手と受け手の間にだけ合意されているものを『暗号』、送り手か受け手かの一方にだけ確定的な反応が決まっているものを『象徴』とよびます。この定義には異論があるかもしれませんが、私はこのような意味でこれらの用語を使うということだと理解してください。

たとえば、皮膚を針で刺すと痛いとき、刺された人にとって、「痛い」という反応は生得的ですので、この反応に関しては、「針で刺すこと」は信号です。それを、「刺した人が私を嫌っているのだ」と理解すれば、この反応に関しては、「針で刺すこと」は記号です。「針で刺すことは、刺す人が刺された人を嫌いだという事だ」という、両者を含む一般的な合意があれば、この記号は言語ですし、社会的な合意はないが、両者の間に合意があれば、この記号は暗号ですし、一方だけがそのような意味を感じるなら、この記号は象徴です。このように、この四者は、それがおこる対人関係の文脈を観察しないと区別できません。

「針で刺す」ことが記号である場合、刺した人の意図と刺された人の理解とが対応しておれば、この記号は疎通しています。記号が疎通するかどうかは、送り手と受け手とが、デコードのシステム（シニフィアンとシニフィエの対応）を共有しているかどうかによって決まります。それが言語であっても暗号であっても、デコードのシステムが共有されておれば、その記号はその二者間では疎通性があります。これは、言語と暗号に対してだけいえることで、象徴は、両者がデコードのシステムを共有していないことを前提にしていますから、本来疎通性がありません。

ひとつのできごとは、しばしばふたつ以上の機能を持っています。言語でありかつ象徴である、というようなこともあるわけです。「針で刺す」という行為は、「あなたが嫌いだ」という言語であって、かつ「あなたは私の嫌いな父に似ている」という象徴であることもありえます。このあたりの話は、現実性を考える上で大切なんだけど、機会があればまた書くことにして、今は省略。さて、妄想についての発話内容、夢についての発話内容、幼児記憶についての発話内容、箱庭や絵画などの作品を、そういう意味での暗号だと考えていいものかどうか、ということ、私は気にしているのです。「盗聴器」をめぐる患者さんの発話へのSさんの解釈、「寝掘り葉掘り聞かないで」が、どうも暗号のデコードじゃないかと感じたので、コメントしたわけです。フロイト的な用語を使うならば、内容解釈だということです。もしそうだとすると、解釈の前に、患者さんの発話が、患者さんがデコード・システムを持つだけではなくて、治療者が同じデコード・システムを共有していると患者さんが期待しているという前提が必要だな、と言っているのです。

私の方の解釈、すなわち「話したいが、伝えたくない」は、いわば転移解釈あるいは低抗解釈で、論理のランクが違うかもしれない。なぜそう思うかという、「盗聴器」じゃなくても、社会的合意の見地から見てわけのわからない話であれば、何でもいいからです。つまり、発話の内容を解釈しているのではなくて、そのような形式で発話するという行為そのものの意味を解釈しているつもりなのです。『ことばのサラダ』みたいな、まったく支離滅裂の発話であっても、それが私に向けられたものであるかぎり、同じ「話したいが、伝えたくない」という意図を含むのではないかと。ここでの用語を使うならば、発話の内容が言語であれ暗号であれ象徴であれ、発話という行為自体は、伝達意図があるのだから、すくなくとも暗号、ひょっとしたら言語、だと考えても安全なのではないか、ということです。発話内容と、発話行為を別のものだととらえておきたい。その上で、発話内容には触れずに、発話行為の方に注目したい。

分裂病治療で、私がいちばん気にしていることは、患者さんと私との言語の共有です。暗号の共有ではなくて。私と言語を共有できれば、「社会的に合意された記号系」という言語の定義からして、家族やその他の人々とも共有できますからね。そのためには、暗号の共有という段階をあまり経たくないのです。悪くはないかもしれないが、能率的でない気がする。分裂病患者さんの妄想についての発話内容を、象徴とか暗号として受けとらないで、発話行為そのものを「話したい」という言語として受けとって、それを家族などにも伝えてゆきたいのです。それだった

ら、比較的早い時期にみんなで共有できそうに思う。患者さんを、できるだけ早く、妄想という形式ではなくて、言語という形式で、家族に所属できるように援助したいと思うのです。

9. 共観的現実性と言語の共有

『現実性』と『言語』とは深い関連があると、私は思っています。サリヴァンが『共観的妥当性 consensual validation』という言葉を使っていますが、これは治療を考える上で、とほうもなく大切な概念だと思います。AがBに向けて行為するとき、BからAの予測する反応が返ってくるのが、Aの『現実性』のひとつの保証になると思うのです。認知にもとづく操作が『有効 effective』であるという感じが、認知の妥当性を保証する、といってもいいでしょう。

分裂病患者さんには、この「世界との有効なやりとり」の感覚がないようです。妄想は、相手から、否定というかなり定型的な反応を引き出すのですが、それは患者さんが期待しておられる反応ではないようです。それが彼らを混乱させているのだと思います。治療者が患者さんとの間に、お互いにとって「手ごたえのある」関係が結べれば、患者さんは二者関係の中での『共観的妥当性』を回復します。これは、一般的な『共観的妥当性』の回復、つまり共同体への復帰（社会への復帰とは敢えて言いません）への第一歩だと思います。

この『共観的妥当性』とほぼ同じことを、アドラーは、『共通感覚 common sense』とすることがあります。これは『私的感覚 private sense』の対語で、相手と共有できる感じ方のことです。これが成立する条件のひとつが、『共通論理 common logic』で、これももちろん『私的論理 private logic』の対語です。『共通論理』とは、すなわち、この前私が定義したような意味での『言語』ですから、『言語』の共有が、『共通感覚』の前提なのです。

ちなみに、この『コモンセンス』というのは、普通にいう『常識』のことではなくて、カント哲学でいう『共通感覚 sensus communis』のことなんだそうです。それがどういうものかは、説明しはじめると大変なので、ここでは素朴に、相手と同じ様に世界を感じとることができることだとしておきましょう。認知スキーマの共有といってもいいかもしれません。そのようにして共有された世界認知を、『共同体 Gemeinschaft』あるいは『共世界 Mit-welt』というわけで、このような意味での『共世界』に住むことが、人間の精神的健康の基本的な条件だとアドラーは考えましたし、私もそうだと思っています。

『主観的現実』すなわち『心情的真実』は、『客観的現実』すなわち『客観的事実』と無関係であるわけではないと思います。ただし、『客観的現実』をわれわれ人間は知りえないかもしれないので、せめて『共(主)観的現実』を持ち出すのです。

臨床で問題になっているのは、患者さんにとって『主観的現実性』のあるものが、『共観的現実』に対応しているかどうかということ、すなわち『共(主)観的妥当性』があるかどうかということだと思います。もしそれが欠如しているならば、それは『私的現実』であり、これは臨床での観察から確かにそうだと思うのですが、『共観的現実』よりも患者さんにとって『現実性』が弱い。もちろん、治療者にとっても、周囲の人々にとっても『現実性』は薄いのですが、患者さんの主観の中ですら、その『現実性』はそれほど強くないと思うのです。「妄想の中途半端な現実性」と私が言うのがそれです。それが患者さんに、Sさんがおっしゃったような絶対的な孤立感を与えるのでしょうか。妄想が、孤立感への（フロイト的用語ですが）防衛であるとしても、妄想もまた『共観的現実性』の回復には、それほど有効な手だてではありません。

治療者の仕事は、患者さんが『共観的現実性』を回復できるように援助することだと思っています。患者さんが望んでおられることはそれであるように思いますので。それを「しあわせにな

る」と言ったりするわけです。

Sさんがおっしゃるように、「妄想を消す」ことが治療目標ではないと思います。私の言い方で言うと、「妄想なしで私と、そして人々と関係を結べるようになること」が目標だと思います。この場合、アクセントは、「妄想なしで」の方にではなくて、「関係を結べる」の方にあるのです。これが私がここで繰り返し言っていることです。これはつまり『言語』でもって構成された共世界を共有し、その中で関係を結べるようになること」です。『共観的現実性』を持つ関係とは『言語』を介する関係です。

このように、私は、患者さんの私的な『現実性』ではなくて、私と患者さんとの間で、さらに、私たちを含む共世界の中で、「共有される『現実性』」を、常に問題にしているのです。なんとか患者さんと『共観的現実』を共有できないか。しかも、患者さんと治療者との間でだけ妥当な『暗号』としての共世界ではなくて、『言語』としての、一般的に妥当な共世界を共有できないか。

編集部注：Schizophrenie は 2002 年日本精神神経学会総会にて「統合失語症」に訳語が変更された

更新履歴

2012年6月1日 アドレリアン掲載号より転載