

こころとからだの〈間〉

——その病としての精神障害

水 田 一 郎

I. はじめに

精神障害はこころの病と思われがちだが、現実には、その多くに身体症状が伴う。たとえば、うつ病では、うつ気分だけが認められるわけではない。食欲不振、倦怠感、頭痛、頭重感、睡眠障害など、さまざまな身体症状が自覚される。身体症状だけを呈し、うつ気分がはっきりしないために、精神科ではなく、内科を最初に受診する患者の数も、決して少なくない。また、パニック障害では、急激に襲う動悸、発汗、めまい、呼吸困難感などの身体症状のために、患者はしばしば死の恐怖を感じ、救急外来に飛び込む。また、ヒステリーと呼ばれる病態では、身体医学的には何の問題もないのに、目が見えなくなったり、声が聞こえなくなったり、話す事ができなくなったり、手足を動かせなくなったりする。いずれの精神障害においても、多かれ少なかれ、心理学的要因は働いているのだが、患者はそのことを自覚できず、自らの陥った状態をからだの病と捉えがちである。そして、治療が相当に進んではじめて、症状にこころの問題が関係していることに気づくようになる。

この意味で、精神障害は、こころの病というよりも、こころとからだの〈間〉の病、即ち、こころとからだの統合や協調が脅かされたり、うまくいかなくなってしまった病と考えることができる。こころとからだは、健康な時には、調和のとれた心身一如の状態にあり、その状態では、人は、自らの身体活動について、いちいち意識することはない。こころとからだの統合が崩れた時、

からだは自分のものでありながら、自分のものではなくなってしまう。こころを離れた存在として、こころに対立するようになる。こころの側から見れば、これは“身体の非自己化”とでも呼べるような状況である。

筆者らは、かつて、摂食障害^aの本 (Zerbe KJ. *The Body Betrayed: Women, Eating Disorders, and Treatment*. 藤本ら [訳], 1998) を翻訳したことがある。その際、“the Body Betrayed” という原題を、こころがからだを裏切るという意味で“こころがからだを裏切る時”と訳出したが、これについて、後に、同僚の一人から「裏切られたのはこころの方ではないか? “からだがこころを裏切る時”と訳した方が、原書の意図をよりよく反映できたのではないか?」と指摘されたことがある。実際、摂食障害では、痩せたいこころと、生き延びるために栄養を要求するからだが激しく対立し、どちらか一方が他方をという関係ではなく、文字通り、“お互いに”傷つけあったり、裏切りあったりする様子が、ありありと観察される。

ところで、betray という言葉には、「裏切る」という意味の他に、「(意に反して) うっかり (秘密などを) もらす」という意味がある。後者の意味を、著者が原題に含意させたかどうかは定かでないが、摂食障害に限らず、精神障害では、隠されたこころの意図を、からだは、はからずも露呈してしまう場合が少なくない。口では「太りたい」と言いながら、いつまでたっても極端な低体重が持続する摂食障害のケースなどはその好例であり、そこでは、痩せ細った身体は、「太りたくない」という患者の本心を、“はからずも”雄弁に表現しているのである。このような状況もやはり、こころとからだの<間>の不協和には違いないが、この場合、その不協和は、同床異夢ならぬ異床同夢、即ち、目標とするところは実は一致しているのに、お互いがそのことに気づかず、力を合わせることができていないという形で示される。このような事態は、“こころの身体化”として知られている。

以下では、この“こころの身体化”と、上述した“身体の非自己化”の視点から、筆者らの経験した3つの症例を検討し、精神障害における、こころとか

らだの<間>の不協和について若干の考察を加える。そして最後に、これらの現象に注目することの精神医学的意義について述べる。

II. 症例^b

症例A：虚偽性障害^cを合併した摂食障害の症例 (Mizuta et al., 2000)

A (女性) が、過食と自己誘発性嘔吐をコントロールできないという主訴で、初めて筆者を受診し、摂食障害と診断されたのは26歳の時であった。その後、7回の入院治療（入院期間は1ヵ月～1年。合計で約2年）を含め、約5年にわたって治療が続けられたが、最後の入院時、不明熱（原因のはっきりしない発熱）の精査中に、隠し持っていた注射器で不潔な水を点滴内に自己注入するという行為が発見され、虚偽性障害の診断が下された。Aにこの事実を直面した所、その後程なくして治療は中断した。

（現病歴）高校卒業後、仕事（医療関係の助手）を始めたストレスで食べ過ぎるようになった。この頃、身長158cmで体重60kgほどであったが、“ぽっちゃりしている”と言われて気になり始めた。痩せたくて運動したりするが、なかなか痩せなかった。21～22歳頃、ようやく痩せてきたが、疲れやすくなった。23歳頃、仕事や宗教活動が忙しく、フラフラになってきた。この時の体重は50kg位であった。腹痛のため近医を受診したところ、虫垂炎を疑われて開腹されたが、虫垂には炎症所見なく、その後半年にわたってさまざまな検査を受けたが結局原因不明であった。最終的には別の病院でメッケル憩室炎と診断され、切除を受けたが、この間約半年にわたり、強い不安が持続し、ノイローゼのようになった。病院の二階から飛び降りたことも一度あった。嘔吐すると腹痛が楽になることを覚え、頻繁に嘔吐を繰り返すようになり、50kgあった体重が35kgまで減少し、月経も止まった。太るのが怖くなり、退院後も過食と嘔吐が続き、下剤を濫用するようになった。家族と喧嘩した時など、イライラした時に、手首を切ったり、薬を大量に服薬したりなどの自傷行為も数回あった。24歳時に、2回入院した。1回目は腎盂腎炎の疑い、2回目は顎下腺

炎によるものであった。2回目入院時には唾石摘出手術を受けた。その後、慢性膵炎を指摘された。26歳時に筆者を受診した。なお、23歳で初めて入院して以来、体調が悪く、疲れやすくなり、それまで熱心に行っていた宗教活動から遠ざかるようになった。仕事は、パートタイムの仕事を幾つか変わったものの、一応続けていた。

(家族歴) 未婚。3人姉妹の長女。両親と妹2人の5人家族。父親は医療職。真面目で、小心、神経質。仕事人間で、家のことは母親任せであり、家では母親の言いなりになっている。不眠、抑うつ、アルコール濫用傾向などのために精神科に通院歴がある。母親は主婦。真面目で小心、教育熱心でしつけに厳しい。妹は二人とも未婚。どちらも真面目で快活である。うち一人は、布教活動のため、家を離れて独居していた時に幻聴が出現し、混乱して家に戻ってきたことがある。(家に戻って幻聴はすぐに収まった。) 父親以外、全員が某宗教の熱心な信者である。親戚には、不眠症と薬物依存のために精神科に入院した叔母と、うつ病で自殺した叔母がいる。

(生育歴) 幼少期から、両親、特に母親から厳しくしつけられた。長女ということで、何かにつけ、我慢を強いられ、母親に甘えることが十分にできなかった。全体的に抑制的な家庭的雰囲気の中で育った。特に、性的な事柄はタブー視される雰囲気が強かった。Aの幼少期に、母親が某宗教を熱心に信仰するようになり、Aや二人の妹も、母と一緒に集会に参加するうちに、自然と信仰するようになった。身体的に早熟で、10歳頃から第二性徴が発現した。この頃、中学生の男性から強姦されそうになった。この時、相手の男性から、Aの反応が「おかしい。変」と言われ、更に母親から「あなたに隙があるからこうなった。あなたが悪い」という意味のことを言われ、ショックを受けた。その後、よく痴漢にあったが、母親からはその度に、同じようなことを言われた。12歳で中学校に入学するまでは、宗教の集会と勉強中心の生活で、殆ど遊ぶ暇がなかった。Aはこのような生活に不平を言ったり、親に反抗することもなく、模範的な“良い子”として、妹の面倒もよくみていた。中学校に入ると、それ

までとは一転して、親に反抗するようになった。勉強しなくなり、おしゃれに熱中するようになり、派手な服や髪型のことで、親と衝突した。集会にも行かなくなり、引きずってでも連れていこうとする母親との間で喧嘩の絶えない毎日だった。反抗期は高校1年生、16歳頃まで続いた。高校1年生の時には演劇部に入ってその活動に熱中した。男性との交際は全くなかった。小学校の時の嫌な思い出のために、男性が怖くて仕方がなかった。高2頃から宗教活動に再び熱心になり、生活ぶりは一転して真面目になった。妹と競い合うようにして宗教活動に励み、周囲も目を見張るような頑張りぶりであった。演劇は続けたかったが、宗教活動に専念するために止めた。この頃、学業の方は、学年でもトップクラスの成績だった。進学して、人を助ける専門職につきたかったが、高学歴を戒める宗教の教えに従って、進学を諦めた。その後、仕事（医療関係の助手）と宗教活動に熱心に取り組んだが、23歳時に入院した後は、宗教活動から遠ざかるようになった。体調の悪さも手伝って、それまでのように頑張る気力と自信がなくなってしまった。一方で、母親や妹達からは、宗教活動に戻るように、陰に陽に圧力を受け、自分でもそうしたいと思う気持ちがあり、その相反する気持ちの葛藤に悩んでいた。

（治療中断後の情報）治療中断後7～8ヶ月、Aから、結婚を知らせる写真入の葉書が届いた。そこには、治療中にいろいろ迷惑をかけたことへの謝罪や、世話になったことへのお礼とともに、現在はすっかり元気になり、幸せにしている旨のメッセージが添えられていた。更にその3年後、別の患者を通じて、Aの近況を聞く機会があったが、その時点でも、Aは元気で、結婚生活と育児に充実した毎日を送っているとのことであった。

症例B：陰茎を自己切断した症例（Shimizu et al., 1995）

症例Bは、筆者の尊敬する先輩医師が主治医を勤めたケースである。生活史、及び受診の経過は概略以下の通りである。

同胞3人中第1子で長男。母は受診当時44歳で健在。父は55歳のはずである

が家出して行方が知れない。患者は父が38歳、母が27歳の時に満期安産で誕生した。乳幼児期及び小児期には特記すべき疾患はなかった。患者と母の述べるところでは、父は年に2～3回布団をかぶって、2～3週間、家で寝ていることがあり、次々と会社を首になるため、経済的には困窮していた。自殺を企てたこともあった。患者は父について「まともに働かず、怠け者で家族に対する責任を全くとらないにもかかわらず、自分は偉いと思っており、つまらぬことで威張り、家族にも色々なことを命令的に強制することが多かった。このような人は会社でも使いにくく、首になっても当然だと思う」と述べた。母も殆ど同じ感想を夫について持ち、つまらない人間で怠け者なのに威張ると話した。父がこのような状態で無収入の時が続いたため、母がパートタイマーとして勤めに出たが、それでも家計は苦しく、生活保護を受けるに至り、父母の間は極めて不仲だった。母について患者は「優しくしっかり者で働き者であり、自分にとってとてもよい母である」と話した。また母も患者を従順で勤勉な良い子と高く評価した。妹二人はおとなしく、患者にも母にもよくなつており、父を除く家族の仲は良いとのことであった。このような状況で父は家中ののけ者となり、母にうとんじられ、更に患者が中学校に入学した頃からは、毎日のように患者と父の間に衝突があり、父が患者につき倒されて歯を折ったこともあった。こうした際、母は患者に味方するのが常であった。患者が16歳の時、即ち陰茎切断のエピソードの1年前に、あまり患者と父の間にトラブルが多いので、「しばらく別れて住んではどうか」と母が提案したところ、「親子で虐めるのか」と言い残して、父は家を出、それ以来行方不明となった。

患者の幼少期及び小学校の頃の思い出の中に特記すべきことはない。成績は中、図画が好きで、勤勉・品行方正で、勉強でも遊びでも人の後ろについていく方であった。異性に対する関心も乏しく、思い出もない。中学校でもあまりこうした傾向は変わらず、野球をよくやった思い出があるものの、女性はあまり気にならず、好意を持ったり、持たれたりした女性はいなかった。男性についても、性的な関心はなかったとのことである。

受診の2年前、中学校卒業後、高校入試に失敗し、1年間は自宅で普通高校を目指して勉強したが、翌年は家計の状態から、合格しても学費が払えないと判断して受験を断念した。受診の年の4月、某高校夜間部に入学。同時に昼間はダンボール製造会社に就職し、学費を蓄える一方、普通高校を目指して勉強を続けていた。入学して1週間ほどたったある日、Bは自宅に一人である時に、局所麻酔の上、剃刀で自己の陰茎を完全切断し、自分で傷の処置をしようとしたが多量の出血のため不可能となり、病院を受診し、即日入院となった。

陰茎切断に至るまでの事情として、Bは次のようなことを述べた。Bは、人生で意義あることは自然科学の真理を見つけることであると、中学入学以来考えるようになり、このため高校、更に理科系の大学に進むことを人生の目的とした。このため全精力を受験勉強に集中したいと考え、勉学に励んだ。この間、幻覚、妄想などの精神病的症状はなく、友人とも正常に交際を持っていた。中学2年生から自慰を始め、「友人の9割はしているから」と罪悪感はなかったものの、段々と回数が増え、毎日1~2回に及んだ。このため疲労もあるし、気が散って勉強に集中できないと考え始めた。中学校卒業後、高校入試に失敗したが、自慰がその主な原因であると考えられるようになった。その後、1年間自宅で勉強している間も、それに引き続いて、昼間働きながら、夜間高校に通って勉強している時も、性衝動に従って自慰を続け、陰茎さえ無ければもっと勉強の能率が上がるのと思うようになった。

2月に、働いている工場で誤って左第2指を切断したが、大して出血もせず簡単に治ったので陰茎切断についても軽く考えるようになった。3月頃より切断の計画をたて、局所麻酔剤、消毒薬を手に入れ、注射器及び安全剃刀を購入し、少し恐かったが、4月某日、母が働きに出て、妹達もいない時に、思い切って切断した。しかしあまりたくさん出血したので処置しきれず、入院したことは上記の通りである。

入院中には、陰茎切断について後悔はなく、実行してよかったとむしろ満足感を示すか、またはもう実行したことだから結果について考えても仕方がない

と話した。自分の子供が生まれる可能性が無くなることについては「人間が全部死滅しても、また別の生物の進化があるのだからそんなこと大して意味がない」と答え、性もたらす快樂を失うことについては「それは生命保全に不可欠ではない。真の恋愛は、性欲を除いたところに成立するものだと思う」と答えた。母の述べるところでは、2月頃、患者は睡眠剤を買いに薬局に行き、未成年者のために売ってもらえず、母親に購入を頼んだが、その際、死にたいためと話したという。しかし今回の陰茎切断については、全く自殺の意図はなかったと否定した。更に、性欲を克服するのに、今回のようなやり方以外の試みとしては1年前自己催眠による方法を用いて失敗したとのことであった。

なお、この患者は退院7年後に、主治医のところを訪れたが、その当時、某大学の神学部に入學しており、大學進学は果たしたものの、性機能を失ったことを強く後悔し、「狭い考えに動かされて取り返しのつかないことをした」と述べた。また文科系の大學に入ったことについては、必ずしも自然科学だけが大切なものではないと考えるようになったためであると述べ、現在は宗教を中心とする観念の世界に価値を見いだしていると話した。

症例C：自殺を遂げた妄想性人格障害^dの症例

筆者が数年前に数年間治療に携わった20歳代の女性の症例である。症例A、Bと異なり、以下の記述は、筆者の記憶のみに基づくものであり、不正確なところが多いことを予めお断りしておく。と言うのも、Cは、治療中に、筆者に怒りを向けることが多く、実際に暴力を振るうことも度々あったのだが、そのような激しい攻撃の中で、カルテをびりびりに引き裂き、破り捨ててしまったため、カルテの情報が殆ど残っていないからである。

Cは、頑固な下腹部痛と背部痛を主訴に内科を受診したが、内科的には異常が認められないということで、精神科に紹介され、筆者が担当することになった。初めての面接でCは、自分が、身体症状にどれほど苦しめられているかを切々と語った。筆者はできるだけ共感的にCの話に耳を傾けた。そして、症状

の背後に不安感や抑うつ感が感じられたことから、それらの症状を和らげることを目的として、薬を処方した。その際、筆者は、一般外来の枠の中での治療という限界（半日で20～30人の患者さんを診ないといけないという現実）について説明し、一回の面接時間は長くて10分か15分程度しかとれないことを説明し、Cはそのことを受け入れた。

しかし、Cの話がだんだんと長くなり、約束が守れなくなるのに、それほど時間はかからなかった。筆者の処方した薬が効かず、痛みが続いている。もっといい薬を出してほしいという訴えから始まり、学校の同級生や教師（Cは当時、医療関係の専門学校生であった）が、Cの窮状を理解しようとしなければかりか、あらゆる手立てをこうじてCに嫌な思いをさせる。よってたかってCを虐める。学校だけではない。道を歩いていると、知らない人までもが、わざと自分におつかってくる。親も、兄だけを可愛がって、自分には、これ以上ないくらいのひどい仕打ちをする、等々、話は延々と続いた。筆者が、「まだまだ話はあるだろうが、時間がきてしまったので」と話を打ち切ろうとすると、今度は、筆者に矛先を転じ、筆者がCを生活の手段としてのみ利用しようとしている（つまり、診察費をとることだけを目的にCの面接をしている）、Cが苦しんでいることについては全くどうでもいいと思っている、こんなひどい治療を受けたために症状が一層悪くなった、等々、激しい攻撃を向けた。その攻撃は、単に罵声を浴びせるに留まらず、殴る・蹴るなど、実際の暴力にまでエスカレートすることもしばしばであった。また、そんな時、その行為を止めようとしてCを押さえつけると、今度は自分の頭を激しく床や扉に打ちつけたり、一瞬の隙を見つけて筆者らの手を撥ね除け、窓の所に走って行って、そこから飛び降りようとするなど、全く收拾のつかない状態になってしまうのだった。そのような状況で、1回の診察時間は、30分から1時間、時には2時間に及ぶようになった。また、面接は週1回という約束で始めたにもかかわらず、診察日以外の日や時間外にも病院にやってくる、筆者の面接を求めたり、外来で問題を起こしては、筆者が面接せざるを得ないような状況を作り出した。別の建

物にある筆者の研究室に押しかけてきては、そこで暴れたこともあった。

ある日、受付で些細な手違いが発生した。受付職員がCにそのことを伝えると、Cは、職員がCに非のあるような言い方をしたということで激昂し、大声で罵声を浴びせ続けたため、筆者は、他患の診察中であったが、それを中断し、Cの所に行って事情を聞かざるを得なくなった。確かに職員のミスがあったのは事実であったが、それにしても、Cの言い分は、いつも通り、他者の気持ちや事情を一切考慮しない、あまりにも自分勝手な言い分にしか聞こえなかった。また、話しているうちに、Cの怒りはますますエスカレートし、ついに、それまでは手を挙げたことがなかった看護婦に対してまで、暴力を振るい始めた。度重なるCの暴力に対する苦肉の策として、暴力行為があった時は、その日の面接は、そこで打ち切るというルールを、筆者はそれまで何度もCに説明していたが、現実問題として、そのルールが守られたことは、殆どなかった。しかしその日に限っては、このルールを絶対に徹底しようと筆者は決心した。看護婦にまで暴力を振るったことに対し、筆者は、明らかに、激しい怒りを感じていた。ルールに従い、その日の面接は行わない旨、筆者はできるだけ冷静にCに告げたつもりだったが、そこには、筆者の激しい怒りが滲み出ていたに違いない。Cは、その場を立ち去る筆者の背に追いつがり、「先生…」と、いつものCからは想像ができないような、弱々しい声で筆者に呼びかけた。筆者は振り返り、もう一度「今日は面接しません」と繰り返した。Cは、もはや筆者を追いかけてはこなかった。Cが独り暮らしの自宅で首を吊って自殺したという知らせが父親から入ったのは、それから僅か数日後のことであった。

Cの家族については確実な情報が少ない。Cによれば、両親は、幼少期から、二人兄弟の兄ばかりを可愛がり、Cには殆ど目を向けることがなかった（養育放棄）。兄は、これもCの幼少期から、Cに対して、殴る・蹴るの激しい乱暴（身体的虐待）を頻繁に繰り返した。また、明言こそしなかったものの、乱暴は性的な方面にも及んでいた（性的虐待）ことを、Cは示唆した⁹。また、そのような虐待を兄から受けている時、父は、Cを助けるどころか、兄に加担す

る有様であり、母は、遠巻きに、その様子を見ているだけで、何もしてくれなかったという。そのような家庭環境に耐えられず、Cは中学を卒業すると家を出て、それ以来ずっと独り暮らしをしていた。しかし、その後も、両親、特に父親は、事あるごとに、仕送りをストップするなどCを脅し、そのため、Cは片時も心の休まる時がなかったと言う。

このようなCの話を、どこまで本当のこととして聞けばよいのかは分からない。Cは周囲に対して極めて被害妄想的になりやすく、家族、周囲の人達、主治医についても、「お前らのせいで自分の人生がめちゃくちゃになった」という主張を繰り返すばかりで、人生に対して自分で責任をとっていかうとする姿勢は希薄だった。また、両親は、Cのこのような話を全否定し、「とにかく怒りっぽくて、扱いにくい子だった」と繰り返すだけだった。筆者が事実として知っているのは、Cと両親がそのように話したということ、中学卒業と同時にCが家を出、それ以来、独り暮らしを続けていたということ、外来で収拾がつかず、両親に連絡して迎えにきてもらおうとした時、両親が「もうあの子とは縁を切ったから」と言って、決して来院しようとしなかったということだけである。真相は、最後まで闇の中に留まり、決してそこから出てくることはなかったのである。

Ⅲ. 考察

上の3症例の全てにおいて、こころとからだの<間>に、悲劇的な不協和が起こっていたことは明らかである。Aのこころは、十分な栄養をからだに与えず、その上、嘔吐を繰り返したり、下剤を乱用することで、からだに負担をかけ、手首を自傷したり、自殺を目的に大量服薬しては、からだを傷つけ、からだの中に汚染物質を注入することで、からだを破壊しようとした。一方、Aのからだは、Aのこころにとっては、絶えざる脅威であった。Aのからだが発する栄養（食事）や性への欲求は、Aのこころの中で、さまざまな形の不安や恐怖、嫌悪に結びつけられた結果、とうてい受け入れることのできないものに姿

を変えてしまった。健康なからだを忌避するAのこころは、治療の中でAが述べた「元気になるのは嫌」という言葉にも、はっきりと示されている。Bのこころとからだの〈間〉の不協和は、陰茎の自己切断という、取り返しのつかない悲劇に結実した。思春期における自然な性的欲求や、それに伴う自慰行為の源であった陰茎は、Bにとっては、さまざまなこころの葛藤や、自分の置かれている困難な状況の全てをその一点に集約できる格好の対象（「これさえなければ全てがうまくいく」）と位置づけられ、一思いに切り捨てられた。その時、Bのからだは、きっと無念と痛みの悲鳴をあげたに違いない。Cの場合、からだどころは、どちらも激しい痛みに苛まれていた。その意味で、こころとからだは一致していた。不協和は、その痛みが、元をただせば、同じところから発するものであることに、こころが最後まで気づけなかったところ（こころとからだの異床同夢）にある。そしてCは、夢を果たせぬまま、その短か過ぎる悲しい人生に、自ら終止符を打ってしまったのである。

3つの症例を“身体の非自己化”と“こころの身体化”の視点から見ると、A、Bでは“身体の非自己化”が、Cでは“こころの身体化”の機制が優勢なことが分かる。まず、症状的には最も単純なBについて、このことを考えてみる。Bにとって、陰茎という身体部位を自己の一部として受け入れることが極めて困難であったことは、Bがその身体部位に対して、「それさえなければ」と激しい憎悪を向け、その切断を入念に計画し、実行後も「後悔はなく、むしろ満足感を示した」事実にも明らかである。もっとも、症状的には単純であるが「(陰茎という) 身体の非自己化」のメカニズムは複雑である。

“多元機能の原理”と呼ばれる精神分析的概念がある。これは、あらゆる心的行為は、ただ一つだけでなく、複数の問題を同時に解決する試みとして捉えられる（あらゆる心的行為には複数の意味がある）という考え方であるが、Bのただ一つの症状（陰茎切断）にも、まさにこのことが当てはまる。複雑な相互関連を持つさまざまな要因を分けて列挙すると、まず、上述したように、Bは、こころのさまざまな葛藤や、自分の置かれている困難な状況の全てを、今

や“非自己化”した陰茎の責に帰する（責任の“外在化”）ことによって、一時的にせよ、自らの葛藤や困難の苦悩から逃避できた。次に、青年期一般の心性と関連の深い要因が考えられる。一般に青年期には、物事に対し性急で短絡的であって、時間をかけて考えたり、時に解決させたりしない傾向があると言われている。Bが勉強の能率を上げる最も確実で手早い手段として陰茎切断を選んだ背景には、そのような青年期心性も関係していたであろう。また、青年期には、思考が観念的・理想主義的になり、さまざまな身体的欲求、なかんずく、性的な欲求に対しては禁欲的になりがちである。この時期の性的発達は、多くの青年にとって密かな脅威となり得るものであり、そのことはBにも当てはまったと考えられる。それはたとえば、「友人の9割がそれをしている」としても、変わることはないのである。最後に、Bの生い立ちの問題も重要である。筆者らは別のところで、エディプス葛藤の観点から、Bの親子関係について検討した（Shimizu et al., 1995）。詳細は省略するが、そこでは、“怠け者の駄目な男”（去勢された父親）としての父親と“しっかり者の母親”（男根的母親）の間に育ったBの、父親に対する攻撃心や罪悪感、母親に対する近親相姦的願望などの要因を取り上げて考察した。

AとCの症例は、その症状や経過においてBよりも遥かに複雑であり、至るところに“多元機能の原理”が認められる。また、Aでは“身体非自己化”、Cでは“こころの身体化”の機制が優勢であると述べたが、それはあくまでも表面上のことであり、どちらの症例も、少し深く検討すれば、両方の機制が、実は不可分に結びついていることが明らかになる。

Aにおける“身体非自己化”の概要は上に述べた通りである。Aの症状の多元機能性については、別のところで、Aの“嘘”との関連で検討したが（Mizuta et al., 2000）、ここで今一度、“身体非自己化”の視点から、簡単に整理してみる。第一に、Aのからだは、こころの思い通りに親や治療者をコントロールするための道具として酷使された。愛する子供が痩せ細り、身体に至るところに傷を作り、高熱を出し、幾度も生命を失う瀬戸際に立たされて、混

乱したり、心配しない親はいない。同様に、そのような状態に平気で耐えることのできる治療者もいない。Aがこの点をどれだけ意識していたかは別にして、Aにとって、からだは、ただの道具にすぎなかった。Aのからだは、さながら敵側の“人質”のようなものであり、その人質を利用して、Aは親や治療者との交渉をできるだけ有利に進めようとした。第二に、Aのからだは、それ自体が、Aのこころの攻撃対象となった。これは、Aが、自分のからだと母親を同一視し、さながら母親を攻撃するように、からだに攻撃を加えたということである。摂食障害の患者が、自らの身体を、取り入れられた“悪い母親”と同一視するという点については、これまでも指摘があるが (Selvini-Palazzoli, 1965; 下坂, 1988)、Aの行為は、このような視点から見ると非常に理解しやすい。第三に、Aのからだは、人生の実存的困難に対処する道具としても用いられた。病気であり続ける限り、Aは“病者”として、ある意味で自分の人生に対するモラトリアム状態を保ち続けることができる。(「今は病気だから…できない」、「病気が治るまでは(将来について)考えられない」、等々。) 病気であることは辛い。しかし、病気でなくなったとしたら、これからどのように生きていけばよいのかが分からない。決断ができない。(「(宗教には) 戻りたいけど戻りたくない」、「(宗教から離れたら) どう生きていけばよいのか?」、「元気になるのは嫌(怖い)」、等々。) このような困難から逃れるためには、病人であることを自分に認め、周囲の人達にも認めさせることが絶対に必要であった。Aのからだは、そのこと(“病者同一性”)を保証するための道具として、言わば、こころに虐待され続けたとも言える。

Aにおける“こころの身体化”は、身体の非自己化に比べてそれほど目立たないように思われるかもしれない。しかし、摂食障害の患者が、大人になることや、女性的な身体になっていくことを拒否し、中性的な(女性的でない)子どもの身体としての痩せ細ったからだを維持しようとする、いわゆる成熟拒否の問題; 食物と愛情(なかんずく母親の愛情)が患者のこころの中では等価のものとして扱われているという仮説。即ち、こころが貪欲に愛情を求めるよう

こころとからだの〈間〉

にからだは食物を求め（過食）、こころが母親を拒絶するようになり、からだは食物を拒否する（嘔吐）という仮説。それから、もっと単純に、傷ついたので傷ついたところをそのままに表現するという考え方。—これら、摂食障害について一般に言われる“こころの身体化”の問題は、Aにも全て該当したと筆者は考えている。

次に、Cにおける“こころの身体化”について考えてみたい。Cがこころの痛みを身体の痛みとして感じ取り、表現していること（“こころの身体化”）は、治療初期の頃から、明らかであった。その痛みは、身体医学的には説明困難な痛みであり、症状の増悪や軽減には、明らかに心理的要因が関与しているように思われた。たとえば、稀に面接がうまくいった時、つまり、筆者との面接で、十分に話を聞いてもらえたとか、理解してもらえたとかCが感じたような時には、Cのからだの痛みは、決まって軽快した。一方、学校でトラブルを起こした後や、面接室で暴れた後には、痛みは決まってひどくなった。しかし、からだの痛みとこころの痛みがつながっている可能性を筆者がいくら指摘しても、Cは決してその指摘を受け入れようとしなかった。というのも、Cにとっては、そのような筆者の指摘は、医師の、体のよい責任逃れに他ならなかったからである。Cにはからだの痛みがあり、それを治すのは治療者の責任である。それなのに治療者は、“こころの問題”に擦り替えることで、責任をCに押しつけようとしている。（なぜなら、Cの抱えている問題がこころの問題ということになれば、その解決のためには、C自身の積極的な関与が不可欠の要請となるからである。）確かに、自分のこころはひどく痛い。しかし、その痛みは、からだの痛みとは全く関係ないし、またそのような（こころとからだの）痛みの原因は、全て周囲（親、友人、教師、治療者…）にあるのだから、自分ではなく、周囲の人が、痛みを取り去るための全ての責を負わなければならない。症状の取り扱いを巡るCの態度には、問題の外在化、即ち、ちょうどBが、陰茎のみに不都合の全ての責を負わせたように、症状の原因と治療の責任の全てを、周囲に押しつけようとする姿勢が明白であった。このように、Cにおける

“こころの身体化”は、本来自己に属すべき問題や責任の外在化傾向と密接につながっていた。そして、本来はこころの内に留まるべきものが、からだに流れ、周囲の人達に投げつけられる—そのような無理な動きの中で、Cのこころは、ますます萎み、からだからも、周囲の人達からも孤立化していったのである。

Cにおける“身体の非自己化”の問題については詳述しない。しかし、この機制がCにおいて重要な役割を果たしていたことは、Cの激しい他者攻撃性と背中合わせになった自己攻撃性（自分のからだに対する攻撃性）—それは、自分の頭を激しく床や扉に打ちつけるといった行為や、最後には自殺という最も極端な行為を通して表現された—一つをとっても明らかであろう。

以上、3つの症例を通じて、“身体の非自己化”と“こころの身体化”の機制について検討した。

これらの症例は、筆者が関わった多くの症例の中でも、症状の“激しさ”という点で特に印象に残ったもので、その意味では、若干特殊なケースである。しかし、ここで検討した“身体の非自己化”と“こころの身体化”という2つの機制—こころとからだの<間>の不協和の二形式は、これら特殊なケースに限らず、精神障害の多くにおいて、実際に観察されたり、経験される現象である。また、ここまでは便宜上、“身体の非自己化”と“こころの身体化”を別物として論じたが、実際には、両機制の間には重なりも多く、単独で起こるよりも同時的に起こる場合の方が遥かに多い。更に言えば、これらの機制は、健康な人々においても、より穏和な形では普通に認められるものである。たとえば、からだが急速に発達・変化していく思春期や、からだが老いていく老年期において、最初その変化は“身体の非自己化”として経験される場合が多いだろう（成田, 1998; 小此木, 1981）。即ち、こころは最初、からだの変化を受け入れることができず、変化していくからだ、あたかも自分のものではないかのように感じる。そして、しばしばそのことを否定したり、悩んだり、周囲の同年代の人達と比較したりする過程を通じて、徐々にからだの発達や老いを

受け入れていくのである。また、“頭が痛い”、“肩身が狭い”、“胸がつかえる”、“腸（はらわた）が煮え返る”、“足が前に進まない”、などの心身両義的な表現にも明らかなように、こころはしばしば身体を通じてものを語り、身体感覚を通じて経験されるのであって、その身体感覚を経験している個人が、どの程度、そこにこころの物語を読み込むことができるかは、その個人や状況によってさまざまに異なる事が予想される（北山，1998）。この意味で、“身体非自己化”や“こころの身体化”は、不安の感情と同じように、健康な場合には、信号としての意味合いを持つと考えられる。それは、こころとからだの〈間〉に、何らかの不協和が生じていることの鋭敏な印であり、心身一如の状態を取り戻すように個人を促す有力な動機になり得るものなのである。

それでは、こころとからだの〈間〉の不協和を解消し、心身一如の状態を取り戻すためには、どのようにすればよいのか。いろいろな可能性が考えられるであろう。この点について詳述する紙数のゆとりはないが、たとえば、精神療法は、ある意味でまさに、このことを目標とした営為と言えるだろう。また、精神療法のようなこみいった手段ではなく、単純に、生活や対人関係が何らかの幸運な理由で安定することや、その人自身の努力によっても、この過程が進むことはあり得る。信仰や芸術が助けになることも、当然考えられることである。更に、極めて曖昧な表現ではあるが、“愛の力”も、ある場合には、とても大きな役割を果たすと筆者は考えている。神学部に進んだ症例Bの回復過程に、“神の愛”がどれほどの影響を与えたかは情報不足で明らかでないが、少なくとも、Bが、多少主知的傾向を残しているにせよ、そこに葛藤解決の拠り所を求めようとしたことは確かである。5年間の治療でどうにもならなかったAの回復過程に、現夫の“愛”が大きな役割を果たしたであろうことは想像に難くない。一方、自殺を遂げたCの治療過程には、“愛”の入り込む余地がなかなか見つからなかった。それまで誰からも愛されたことのない（少なくともCはそう主張した）Cを愛することは、確かにとても難しかった。Cの治療中、筆者の頭には、しばしば“解毒”という言葉が浮かんだ。それほどまでにCは

毒々しかったし、その治療過程は、お互いの“憎しみ”によって支配されがちであった。後悔は先に立たないし、仮にもう一度治療をするチャンスが与えられたとしても、結果は同じことかもしれない。それでも、筆者が抱かざるを得ないのは、もう少しだけ“愛”があれば、もう少しだけ、“愛”で“憎しみ”を“解毒”できていたならば、Cは、あるいは自殺しなくてすんだかもしれないという密かな悔恨の思いである。Cの数々の悪態の中に、「病院の前で、首吊って死んだからな。覚えとけよ！」というのがあった。筆者がCに対してどれほどひどいことをしたかを世間に知らしめ、筆者を窮地に追い込むという脅しである。しかし、Cは、実際には、自宅でひっそりと首を吊って自殺した。人生への絶望がCを死に追いやったことは間違いない。しかし、筆者は、そこにCの筆者への“愛”が含まれていたと感じている。そして、その“愛”を生かし育てることができなかつたことに、今でも、何とも言えぬ、苦く割り切れない思いを残している。

IV. さいごに

こころとからだを別物として、はっきり分けて考えようとするデカルト的心身二元論は、現代の精神医学においては、明らかな誤りとみなされている(Basch, 1979)。即ち、あらゆる心理的現象の基礎には、既知の、或いは未知の(しかし基本的には発見可能な)脳機能・脳組織・脳化学などが関係していると考えられている。とは言え、実際のところ、「正当な精神科医はいまだにデカルト以来の心身二元論を脱出できないでいる」(笠原, 1999)。これはどういうことかと言うと、生物学的志向性を持つ精神科医と、心理学的志向性を持つ精神科医の間で、十分なコミュニケーションがとれていないということである。生物学的精神科医は、こころの働きを、もっぱら脳科学的視点から捕えることに熱中し、“心理学”には殆ど関心を向けない。一方で、心理学的精神科医は、心理学的現象の基盤に脳の働きがあること自体は認めつつも、実際には、あくまでも心理学的次元での現象理解に重きをおき、その理解を脳科学の知見

に関連づける努力については、概してあまり熱心でない。この現状に危機感を抱き、脳科学と心理学を真剣に関連づけようと努力している研究者もいないわけではないが（たとえば、Levin, 1991）、現時点では、まだまだ例外的存在である。

別の所で述べたように（水田, 2001）、筆者は、脳科学としての生物学的精神医学と、心理学的精神医学の間に横たわる、この“深くて暗い川”を残念に思うものの一人である。本論では、こころとからだの〈間〉の不協和の諸形式の中から、“身体の非自己化”と“こころの身体化”の二現象を取り上げ、症例を通じて若干の考察を加えた。これらの現象のメカニズム、更には、こころとからだの〈間〉をつなぐさまざまな現象のメカニズムが、生物学的精神医学と心理学的精神医学の意義深い対話の中から、次第に明らかになり、精神障害の理解が一層進んでいくことを切に願う。冒頭でも述べたように、精神障害はこころの病ではない。それは、こころとからだの〈間〉の病なのである。

注

- a 若年女性に好発する強い痩せ願望や肥満恐怖を特徴とする疾患。患者は、太ることを避けるために、極端な食事制限をしたり、自己誘発性嘔吐を繰り返したり、下剤や利尿剤を乱用したりする。患者によっては、短時間に多量の飲食物を摂取する過食症状を示す。無月経と著明な体重減少によって特徴づけられる拒食型と、過食を中心とする過食型に分けられる。
- b 症例については、プライバシー保護のため、内容に一部変更を加えた。
- c 身体症状や心理的症状を意図的につくり出したり、捏造する疾患。患者の動機は病者の役割を演じることにあり、その点で、経済的利得や法的責任の回避などの外的動機に基づく詐病とは異なる。
- d 1. 十分な根拠もないのに、他人が利用する、危害を加える、だますといった疑いをもつ：2. 悪意のない言葉や出来事の中に、自分をけなす、脅す意味が隠されていると読む：3. 恨みを抱き続ける。つまり、侮辱されたこと、傷つけられたこと、軽蔑されたことを許さないなどの特徴を持つ人格障害
- e Cはある時、家族に対する積年の怨恨を語っている時、突然立ち上がり、ジーンズのジッパーを下ろして、「見てみろ！」と、下腹部を筆者に突き出したことがあつ

た。そこには、長さ20cm以上もあろうかという、古い手術痕が痛々しく残っていた。

文 献

- Basch MF.(1979) Mind, self, and dreamers. In: *Sexual Excitement*. Stoller RJ (Ed.), New York: Pantheon.
- 笠原嘉 (1999) 心理学的精神医学について。(1999年日本精神病理学会特別講演)
- 北山修 (1998) 身体とことば—からだの声を聞く—。精神分析研究、42(2) : 144-151.
- Levin F.(1991) *Mapping the Mind: The Intersection of Psychoanalysis and Neuroscience*. New Jersey: Analytic Press. (「心の地図—精神分析学と神経科学の交差点」竹友安彦 監修、西川隆・水田一郎 監訳。ミネルヴァ書房。2000)
- 水田一郎 (2001) 精神分析と脳。こころの科学、100 : 144-151.
- Mizuta I, Fukunaga T, Sato H, Ogasawara M, Takeda M, Inoue Y.(2000) A case report of comorbid eating disorder and factitious disorder. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 54(5) : 603-606.
- 成田義弘 (1998) 心身症者の身体の非自己化について—被腎移植者との比較から—。精神分析研究、42(2) : 137-143.
- 小此木啓吾 (1981) 自己愛人間。朝日出版社。
- 小此木啓吾 (編) (2002) 精神分析事典。岩崎学術出版社。
- Selvini-Palazzoli M.(1965) Interpretation of mental anorexia. In: *Anorexia Nervosa*. Meyer JE & Feldman H (Eds.), Stuttgart: George Thieme Verlag.
- Shimizu A, Mizuta I.(1995) Male genital self-mutilation: A case report. *British Journal of Medical Psychology*, 68 : 187-189.
- 下坂幸三 (1988) アノレキシア・ネルヴォーザ論考。金剛出版。
- Zerbe KJ.(1993) *The Body Betrayed: Women, Eating Disorders, and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Press. (「心が身体を裏切る時—増え続ける摂食障害と統合的治療アプローチ」藤本淳三・井上洋一・水田一郎 監訳。星和書店。1998)

Summary

Mental Disorders as Illnesses of Discord between Mind and Body

Ichiro Mizuta

This article presents a view of mental disorders as illnesses of mind-body discord. It describes two forms of discord: alienation of the body, and somatization of the mind. This is followed by illustrations and discussion of three clinical examples: a case of eating disorders comorbid with factitious disorder; a case of autocastration; and finally, a case of delusional personality disorder which ended in suicide. It is stressed that the two forms of discord are observed in most mental disorders; that they are often interrelated and appear simultaneously rather than independently; and that, in milder forms, they are observable in healthy individuals as well. It is argued that these may serve as indicators of some dissonance between mind and body, motivating the individual to restore a condition of harmony. Although the exact mechanisms behind this restoration process are as yet unknown, it can be facilitated by psychotherapy, religion, art, and more commonly, reduction of stress or increase of satisfaction in life. It is contended that experience of “love” may sometimes play a crucial role in this process, as is true in the three cases illustrated. Finally, this article discusses the implication of studying such phenomena in relation to the unfortunate estrangement of psychology and biology that currently overshadows the field of psychiatry.