



うつで心療内科に通って
3ヶ月までの本



品川心療内科の
ガイドブック

精神保険医指定医
SMaPG

1.最初に気付く不調はこんなこと。



2.うつと不安はともなうことが多い。さらに身体症状がともなうことが多い。

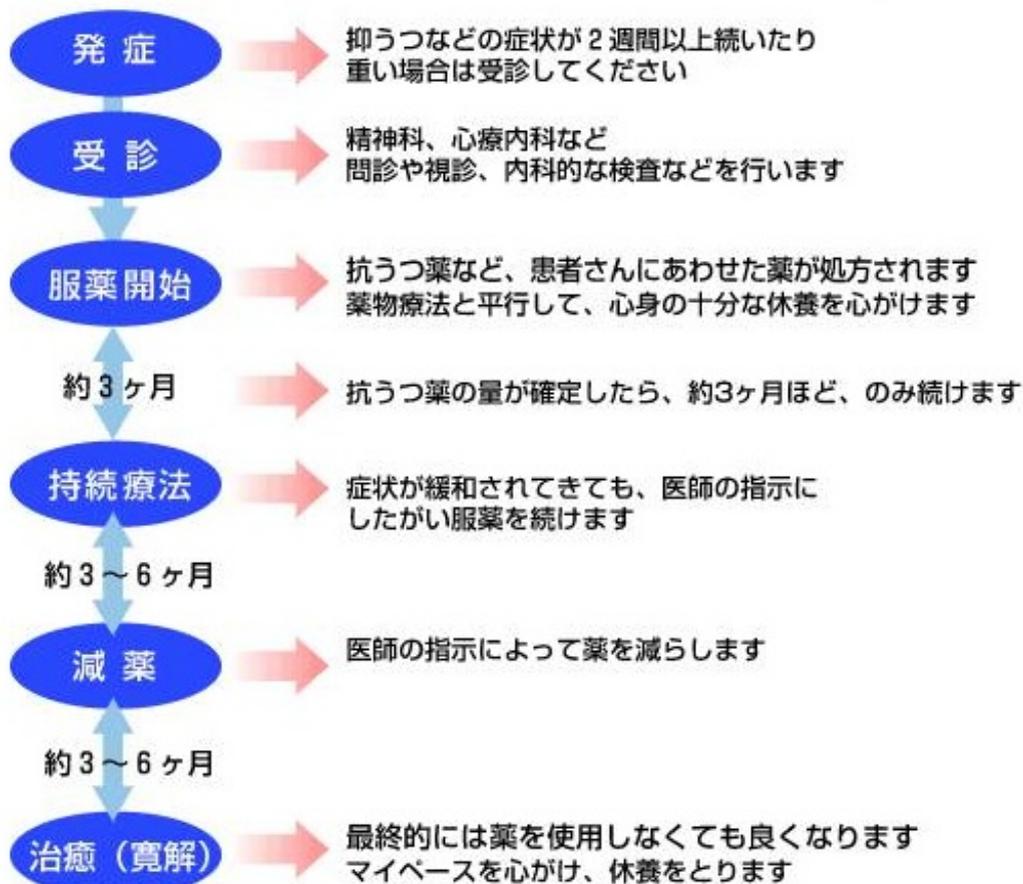


不安によるいろいろな身体症状

循環器系	呼吸器系	消化器系	筋肉系	皮膚系
<ul style="list-style-type: none"> ・心臓がドキドキする ・血圧があがる ・顔が赤くなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸が速く、浅くなる 	<ul style="list-style-type: none"> ・吐き気 ・胃もたれ ・腹痛 ・下痢、便秘 ・食欲不振 ・口が乾く 	<ul style="list-style-type: none"> ・手足の震え ・肩こり ・頭痛 ・腰痛 	<ul style="list-style-type: none"> ・発汗 ・手の冷え ・円形脱毛 ・白髪

3. クリニックを受診したあとは、こんな流れ。

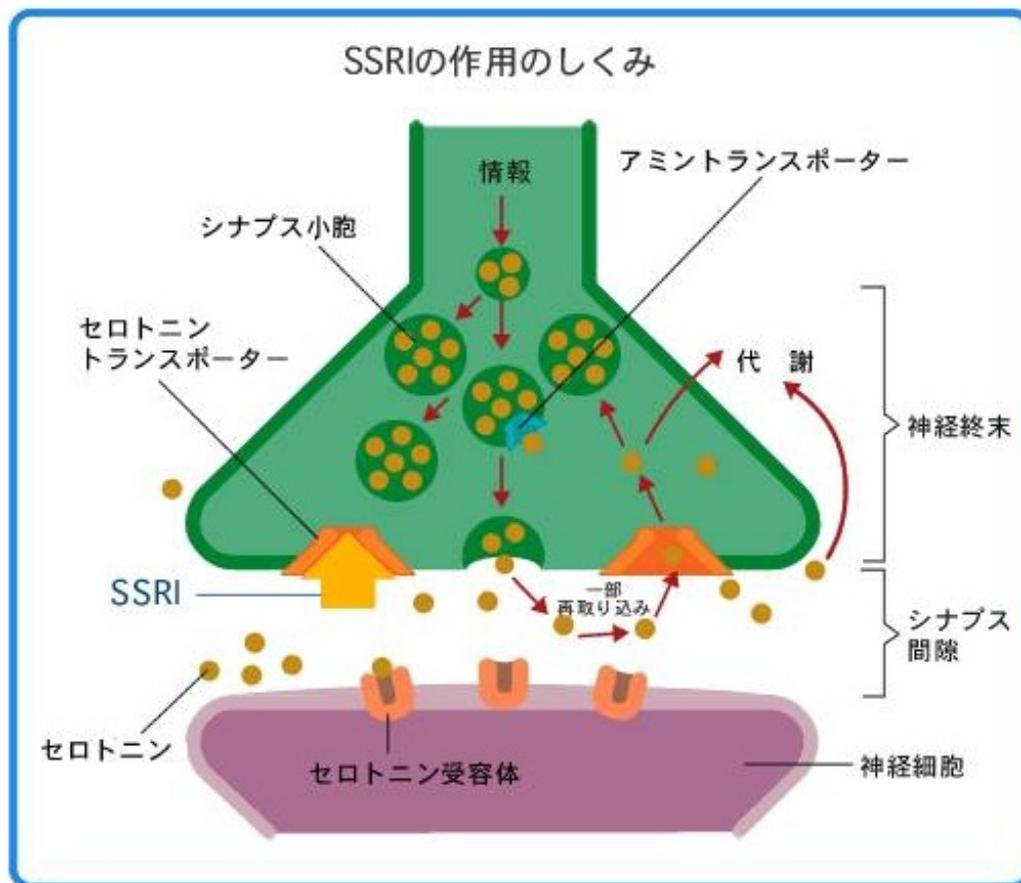
うつ病の発症から治療までの流れ



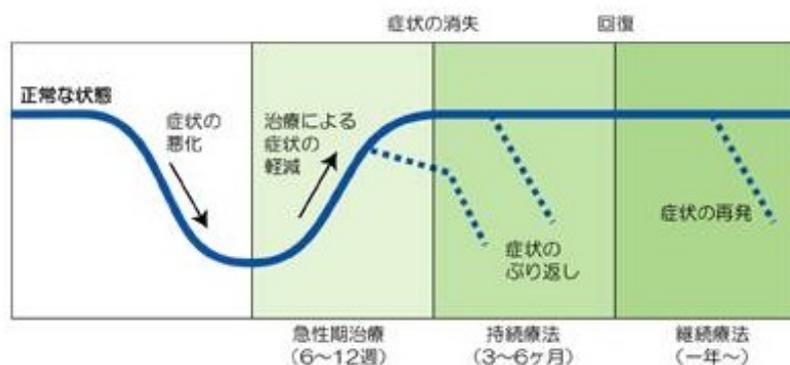
4. 会社員が休職、復職が必要なとき、こんな流れ。



5. お薬はこんな感じのもの。

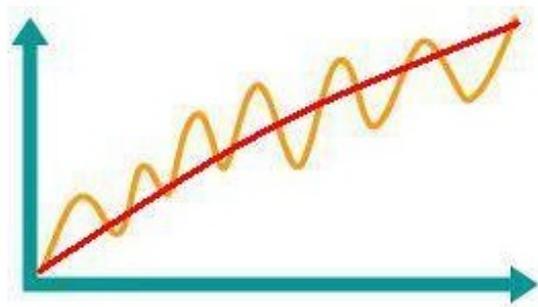


6.回復プロセスはこんな感じ。



7.経過の中に一進一退があります。

だんだんよくなりますが、一直線ではないかもしれません。



お大事に。



イラストページ5

休職から復職までの流れ
変調期→休養期→復職準備期→フォロー期

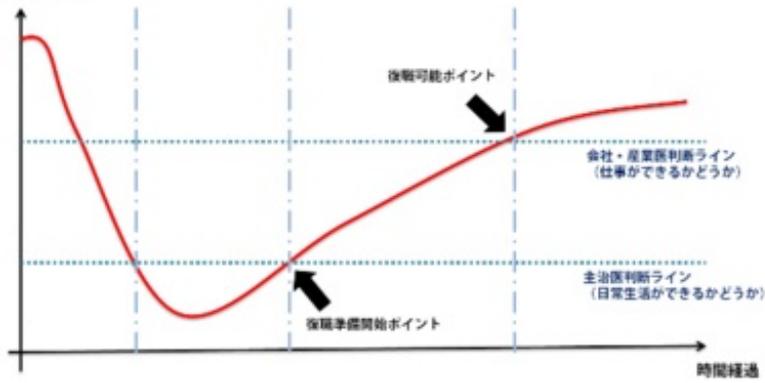
変調期

療養専念期

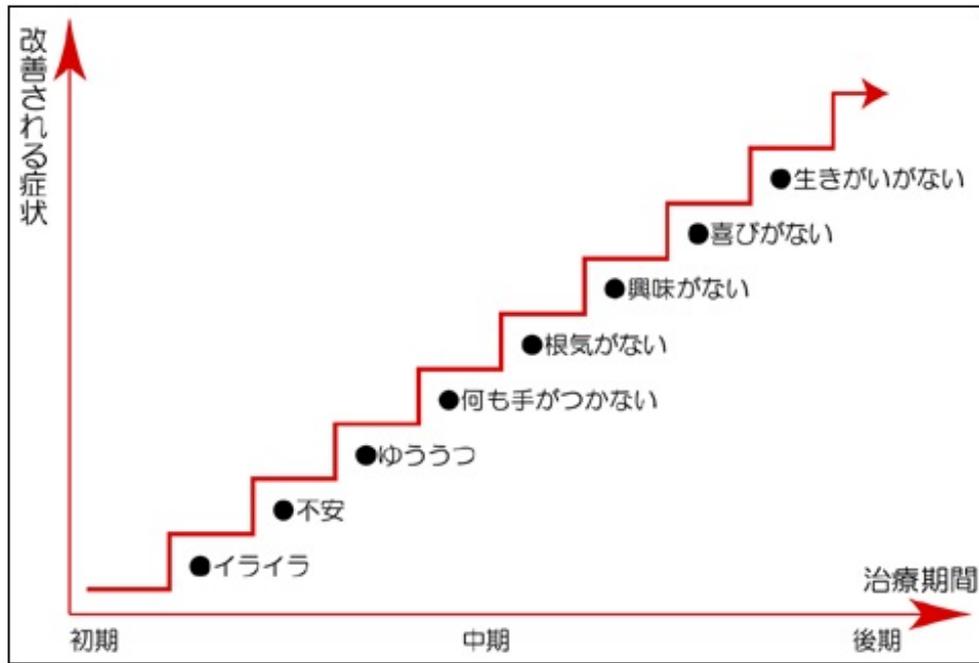
復職準備期

フォロー期

メンタル健康度



うつ病の改善プロセス



○抗うつ剤の飲み方

第1回目 つまり初診の日

もし、「うつ病」「うつ状態」であると診断されたら、治療と抗うつ剤について、説明があります。

1. うつ病、うつ状態は、必ず治る病気です。きちんと治療しましょう。薬は勝手に増やしたり、また、勝手に減らしたり、勝手に中止したりしないでしましょう。

2. 脳の中で伝達物質の不具合が起こっている、身体的な疾患です。「怠け病」「気の病」や「性格が悪いから」ではありません。自分を責めないようにしましょう。

3. 病気を治すことは医師に任せ、なるべく休養をとりましょう。

4. 辞職、離婚、引越し、財産処分など、重大な決定は延期しましょう。

5. 抗うつ薬は効果が出るまでに時間がかかります。効果が出て楽になる前に、副作用が出るがありますが、薬をやめないようにしましょう。4～5回かけて、だんだん増やして行って、標準量まで到達します。

6-1. 不眠、食欲不振、めまい、肩こり、全身疲労など、身体症状もつらいものですから、総合的にケアしましょう。気になることは、気軽に相談してください。

うつ病やうつ状態の場合には、不安やイライラをとまなうこともあり、抗不安薬を併用することも多いと思います。抗不安薬は、不眠、食欲不振、めまい、肩こり、頭痛などにもよく効くので、全身状態を楽にしてくれます。さらに、一部の抗不安薬は、うつに対して速効性があります。抗うつ剤に抗不安薬を併用することも検討に値する選択肢となります。

6-2. 漢方薬が全身状態を楽にしてくれることがあります。相談しましょう。

7. 知識のない人に、「根性だ」「気合だ」と言われることがあります。世間はいろいろですが、がっかりしないで、科学的に治療しましょう。

8. 治る過程は一直線ではなく一進一退を繰り返すものです。三寒四温といえます。焦らないで、2～3ヶ月先を目標にしましょう。

9. 治療の中盤に入ると、「頑張ってもっと早く治したい。何とかしたいのに、一日動くと次の日は動けない。どうして気力が出ないのか。」と悩むことがあります。ここで焦らないで、辛抱することです。

10. クリニックは、仕事が終わったあとの夜の時間帯は混み合います。できれば、空いている昼の時間帯に通院しましょう。

11. 時間のない人は、薬局に処方箋を提出して、あとでお薬を受けとってもらいましょう。

12. 最初は一週間に一回の通院を予定して、不具合や不安があったら、それ以外でもお話をしましょう。薬だけを漫然と飲んでいるのは、慢性化につながります。本当に必要なのか、判断しましょう。本当に必要ななら、一年でも二年でも飲みましょう。合理的に対処しましょう。

などのような説明があります。

抗うつ剤の最初の副作用は、吐き気、眠気、めまい、下痢、便秘などです。
体質、全身状態、薬の種類、量に応じて、これらの副作用に対応するお薬も併用します。

<http://shinbashi-ssn.blog.so-net.ne.jp/2007-10-29>

第2回目

症状は服用開始1～2週間後から徐々に改善していきます。

うつ病の薬物療法は、計画的で継続した服薬が重要です。

効果が現れるまで徐々に増やして患者さんに合う量に調整します。

これは決して悪くなったからではありません。段階的に増やして標準量まで到達します。

そして、数カ月、その量を維持します。薬を減量するときにも、段階的に減らします。

そのほかにも飲む時間を変えるなど、微調整を加えていきます。

風邪薬や痛み止めは、最初から量が決まっていますが、メンタルのお薬はそうではありません。

少量からはじめて、調整していきます。

3回目の診察です

第3回目

うつ病は、ストレスなどが原因となって、脳の中のセロトニンやノルアドレナリンといった神経伝達物質が足りなくなったために、疲れたり気力がなくなったり、気分が落ち込んだりする病気です。

SSRIなどの抗うつ剤は、足りなくなっているセロトニンを増やして脳の中の神経伝達物質のバランスを整えてくれますが、効果が出てくるまで少し時間がかかります。

これで2週間経ちましたので、そろそろ少しだけ楽になっているのではないのでしょうか。

少しよくなったかな、と感じられるようになるまでに1～2週間、

あるいはもう少しかかることもあるわけです。

セロトニンが増えてきちんと脳の中で働くようになれば症状は我慢し易くなりますから、焦らずにゆっくりと治療をしていきましょう。

詳しく言うと、SSRIは、セロトニン（5-HT）の再取り込みを選択的かつ強力に阻害し、シナプス間隙の5-HTを増加させることによって抗うつ作用を発揮します。

投与後は比較的速やかに5-HTの再取り込みを阻害しますが、

抗うつ作用を発揮するまでには1～2週間、あるいはそれ以上の時間がかかることがあります。

これには、5-HT放出に関するフィードバック機構が関与しており、

SSRIの効果発現には、うつ病でアップレギュレートされている

5-HT自己受容体の脱感作が必要で、それに1～2週間かかるためだと考えられています。

難しいかもしれませんが、そのような、脳内の物質メカニズムの問題なのだという事を理解してください。「気合」の問題ではないのです。

4回目

第4回目

薬剂量が増えていくことが不安になるかもしれません。

だんだんと薬の量を増やしていくのは、標準量まで持っていこうとしているためです。

飲み始めに多い吐き気などの副作用に注意しながら、

少量から始めて少しずつ服用量を増やしていきます。病気が悪くなっているわけではありません。

悪心、嘔気などの消化器症状は、嘔吐中枢の5-HT₃受容体刺激によるものです。

投与初期に一過性に現れることが多い症状です。処置をしなくても消失する場合はほとんどですが、

これによって服薬を中止してしまう人もいます。また、通院をやめてしまう人もいます。

ですから、できるだけ少ない量から開始し、その後も副作用の発現に注意しながら段階的に増量し、

効果が現れるまで十分に増量することが普通です。

必要に応じて、制吐剤を使用することもあります。

うつ状態の場合には、食欲不振となっている場合が多いですから、

胃薬を併用することは合理的です。

投与初期に発現する副作用は、SSRIの作用を実感できない時期に発現するため、患者さんは「副作用が強く、効果が少ない薬」という印象を持つことがあります。

副作用は最初の2～3日から一週間がピークで、効果そのものは、2週間以降くらいに出てきます。

この差をよく理解して、自己判断で服薬を中止しないようにしましょう。

薬剤血中濃度が少なくても、当座は楽になりますが、体質を改善するためには、標準量まで上げて、それを一定に保つことが重要であると考えています。

薬に何を求めるかによるわけです。

一時的なりリーフでいいなら、低用量でいいと思いますが、

長期的な見通しを持って対処するなら、標準量を維持して試みるのが得策でしょう。

このあたりは、人生観や価値観とも関係しますので、お考えを聞かせてください。

また、医学の現状もお話します。

5回目です

第5回目

抗うつ剤は標準量まで到達して、服用開始初期に感じていた悪心や傾眠の副作用もすっかり消えていると思います。心配ないようなら、副作用対策のお薬は、中止にします。治療の初期から使っていた抗不安薬や睡眠導入剤は、継続したほうが安全な場合が多いと思います。

このお薬を飲むと、死んでしまいたいと思うことがあると聞いたので心配だという人もいます。確かにこのお薬を飲み始めてしばらくの間は、まれに不安感やイライラ(焦燥感といいます)した気分が

強くなることがあります。

また、うつ病の患者さんの、死んでしまいたいという気持ち(希死念慮といいます)を強めてしまうこともあります。

しかし、こうした気分は一時的なもので、治療を続けていると自然におさまってきます。

不安感やイライラした気分が強くてつらい場合には、しばらくの間、抗不安薬と一緒に飲むことで、

この時期を上手に乗り越えることができます。抗不安薬を上手に併用しましょう。

抗不安薬を合理的に利用することによって、抗うつ剤を飲み続けることができれば、大変有用です。

6回目

第6回目

自己判断で服薬の減量や中止をしないようにしましょう。

この時期になると、かなり落ち着いてくるものです。

したがって、一部の人は、自分で薬をこっそりやめていたりします。

薬をやめられれば完治が近いと考えるようです。

しかしそんなことはありません。せっかく順調に回復していた脳内物質の流れが、また滞ってしまいます。

薬の効き始めに二週間くらいかかったことでも分かるように、

薬を中止した影響が出てくるのも、中止してからしばらくたってからになります。

そのときに反省してまた薬を飲み始めたとして、それだけ治療が遅れてしまいます。

完全に治って会社に復帰して、業務も通常通りにこなせるところまでしっかり薬を飲んで、その後に、減量していくようにしましょう。

脳が自分の力で十分なセロトニンを作ることができるようになるまでには
少なくとも半年はかかるといわれています。

薬を飲み続けることによるマイナスは何もありませんから、焦らずに治療を続けていきましょう。

SSRIを急激に中止すると、めまい、嗜眠、ぴりぴり感覚、嘔気、鮮明な夢、
焦燥感、気分の落ち込みなどの中止後発現症状が出現することがあります。

中止後発現症状のほとんどは一時的で軽度ですが、まれに重篤になることがあります。

自己判断による薬剤の急激な減量・中止は危険なので、決して行わないようにしましょう。

症状が改善してきたときや、逆に効果が実感できないときに、

自己判断による服薬中止は起こりやすいものです。症状が改善してきた場合、

せっかく有効なお薬が見つかったのですから、少なくとも半年程度、

できれば年単位の治療継続が必要であることをご理解いただきたいと思います。

もしそれが不安で不快で、意に沿わないなら、話し合しましょう。

どこかに誤解や思い込みがあるかもしれません、

また、我々治療者の側に、患者さんの人生についての理解の不足があるかもしれません。

よく話し合えば、一致点が見つかると思います。

7回目

第7回目

おおむねこの頃には、生活リズムも整い、復帰に向けて何かしようかと思う頃です。復職に向けて、時間割を決めて、作業や読書に取り組んでみるのがよいでしょう。あくまでも少しずつです。

新聞を二時間も読み続ければ、かなり疲れます。図書館で雑誌を数冊、二時間も読めば、それなりに疲れるものです。その疲れの程度を測定するつもりで、最初は一時間、次には二時間、集中読書をして下さい。

この時期に、

「今回、どうしてうつ病になったか、今後それを回避するためにはどうすればよいか」について考えて、文章にまとめてみるのもよい方法です。

おおむねワープロでA4二枚程度にまとめて、見せていただければ、アドバイスできると思います。

しかし一方で、今ひとつ効果がないと感じる人もいます。

ひとつの抗うつ剤について、標準量まで増やして、その量を維持し、

約6週間たって、改善が見られないようならば、その薬は無効であると考えてよいでしょう。

抗うつ剤を変更する場合にも、徐々に入れ替えることが原則です。

場合によっては、一度に交換する方法もありますが、

やはり原則は、部分的に入れ替えてゆく方法になります。

効果が実感できない場合、改善が得られるまでに約6週間という時間が必要であることをご理解ください。それを過ぎて主観的に効果が実感できず、

客観的にも効果が認められない場合には、薬剤変更を検討します。

また、不眠、食欲不振、頭痛、身体のだるさなど身体症状の変化を注意深く報告してください。

抗うつ薬の効果発現の経過は「少し眠りが深くなった」「少し食欲が出てきた」

「イライラすることが減った」などわずかな変化として現れることも多いので、

本人の自覚としては、「よくなっていない」と感じてしまうこともあるようです。

不安や焦燥感が強い場合や、うつの改善が今ひとつ思わしくない場合には、

抗不安薬や漢方薬を調整してみることも選択肢に入れて相談します。

8回目

お薬の効果も実感できましたね。
充電もそろそろ完成に近づいています。
このあとは復帰の訓練になります。

復帰訓練として大切なことは

- (1)朝起きられること。
- (2)9時から5時まで図書館で座っていられること。

これが目標になります。
いきなりは無理という場合には
午後から図書館に行って短い時間だけを過ごしましょう。

また図書館は苦手という人は居心地のいい喫茶店でもいいですし
時には美術館や博物館でも写真展でもいいですし、
デパートでもいいと思います。

品川港南口にはキャノンの写真展示スペースがあります。
キャノンではカメラやプリンタの展示開設スペースにもなっています。
銀座や新宿などにさまざまな展示スペースがあります。

9回目

会社によって制度が違います

復職にあたり誰と相談していつからにどのように決めればよいのか

情報をもらいましょう

上司でもいいし人事でもいいし会社の産業医・産業保健師などでもいいでしょう

経済的な扱いについても違いがありますので

確認しておきましょう

有給休暇を先に使って下さいとか

傷病手当金を請求して下さいとか

就業規則が基本ですが

会社によってはいろいろ事情があると思いますので

よく相談して下さい

通勤についても

準備しておきましょう

自宅近くの図書館ではなく

会社の近くの図書館を使うのも方法だと思います

時短勤務が制度としてある場合もありますし

休職にしたままで自主的に出勤訓練をしてもらう会社もあります

時短も年休を崩してあてる会社もあります

最近では会社外の復職支援プログラムやリワーク・プログラムを

会社側が命令する場合もあるようです

そのあたりも相談しておきましょう

10回目

すべてが直線的にうまくいくとは限りません

一歩進んで二歩下がる場面もあります
睡眠がうまく取れなくなってきたり
昼に眠くて何もできなかつたりもするものです

そんなときも
いまはそのような時期なのだと
割り切って
時間を待ってみてください

減多にない自由時間だということで
旅行に行ったり、普段しはない趣味の活動をしたりする人もいます
しかしいは疲れてしまうようです
むしろ
充電状態を維持するようにして下さい

11回目

会社への復帰が近づいた場合
薬をすっかりやめて「完治」してから
復職したいと考える人もいます

でも
薬は続けたままで
復職して
復職が完全にうまくいったら
次にお薬を減らしていきましょう

復帰にあたっては
同じ部署に復帰することが多いようです
そのあたりも会社と打ち合わせをします

12回目

順調にいくとあなたは復職しています

新しい仕事の仕方とか
新しい対人関係の仕方などを
実践しているはずですよ

病気になる前と同じことをしているとしても
意味づけの仕方が違いますし
いくつか工夫を加えて能動的に関わることができるようになっているかもしれません

つらい状況に変わりはないとしても
そのつらさを
もう一段高い次元から眺めることができるでしょう

我慢して価値があるのかどうかも
判断できるようになっていると思います

カウンセリングを通じてあなたはいくつかの方法・武器を手に入れています
CBT、ACT、マインドフルネス、CAT、DITなど学んだことがいくつもあると思います
それを少しずつ試してみましょ

ハリネズミのたとえ

ハリネズミのたとえを思い出して

ハリネズミは「棘に刺されると耐えられない」「棘に刺されても平気」と
「寒いのが耐えられない」「寒くても平気」の二つの軸を分けて考えたらいいのだと思う
二分割と二分割で四つの領域に分割できる

1. 「棘に刺されると耐えられない」 + 「寒いのが耐えられない」
2. 「棘に刺されると耐えられない」 + 「寒くても平気」
3. 「棘に刺されても平気」 + 「寒いのが耐えられない」
4. 「棘に刺されても平気」 + 「寒くても平気」

の四つになる

分かりやすいのから行くと

2. 「棘に刺されると耐えられない」 + 「寒くても平気」

は対人距離が遠い

遠いことを苦に思わない

シゾチーム

これはこれで安定型

3. 「棘に刺されても平気」 + 「寒いのが耐えられない」

一体化の願望が強い。サイクロイド

これはこれで安定型

1. 「棘に刺されると耐えられない」 + 「寒いのが耐えられない」

これは非常にアンビバレントでコンフリクトが発生する

しかし他人からみると棘はいや、寒いのはいやというのだから、交流の方法はある

4. 「棘に刺されても平気」 + 「寒くても平気」

これは性格障害のタイプで周囲は振り回される

困ったときに、棘で刺すと言っても無効だし、寒くすると言っても無効で

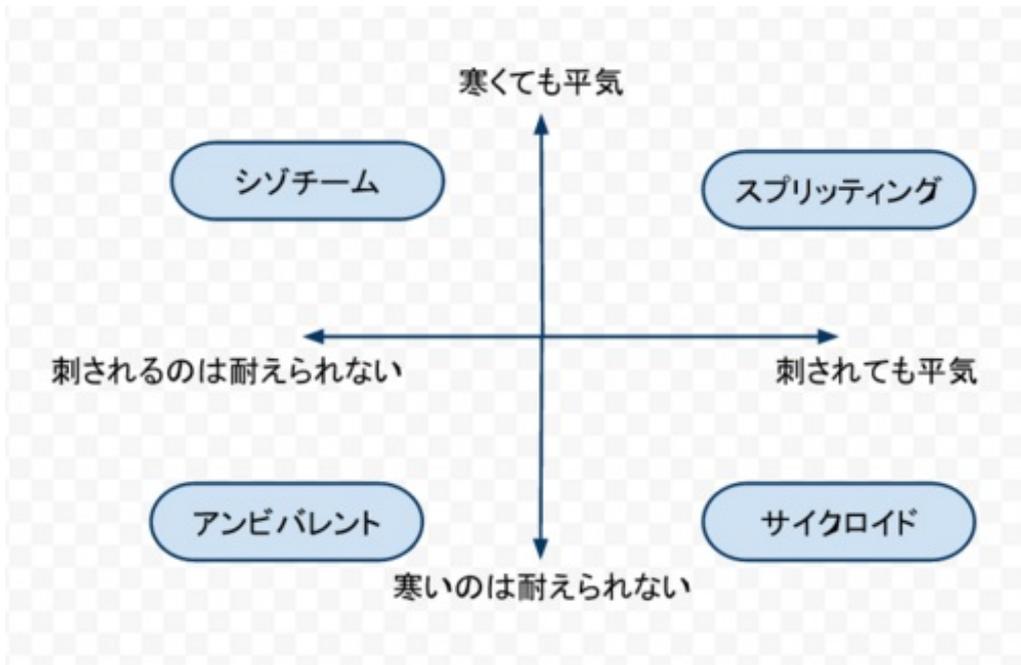
取り引きができない

これらは固定ではなく

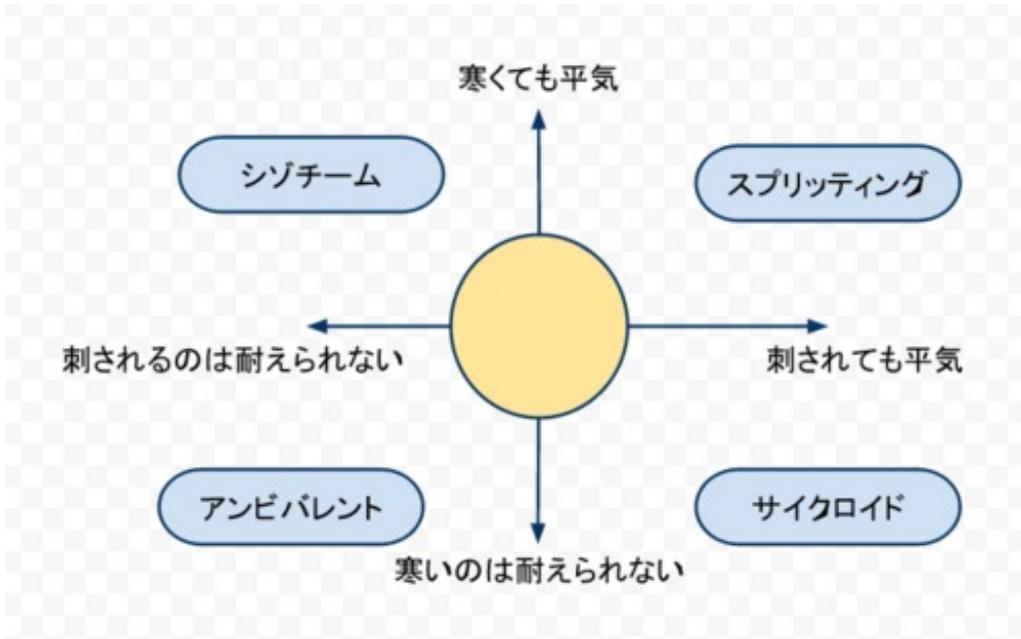
個人の内部でタイプが変化する振幅もあると思う

	刺されても平気	刺されるのは耐えられない
寒くても平気	アンビバレント	シゾチーム
寒いのは耐えられない	サイクロイド	スプリッティング

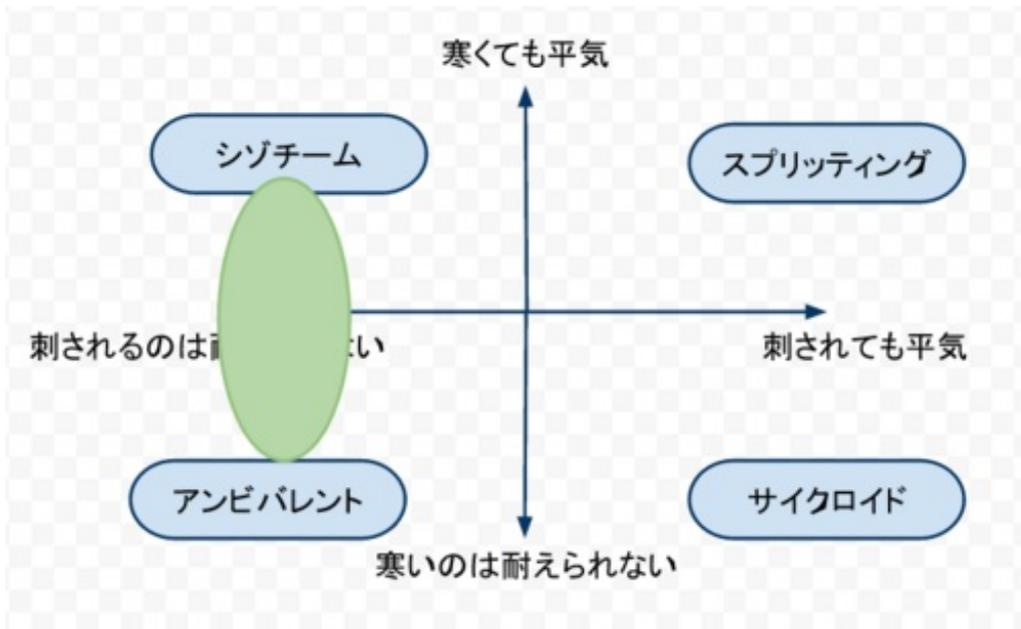
図にするとこんな感じ



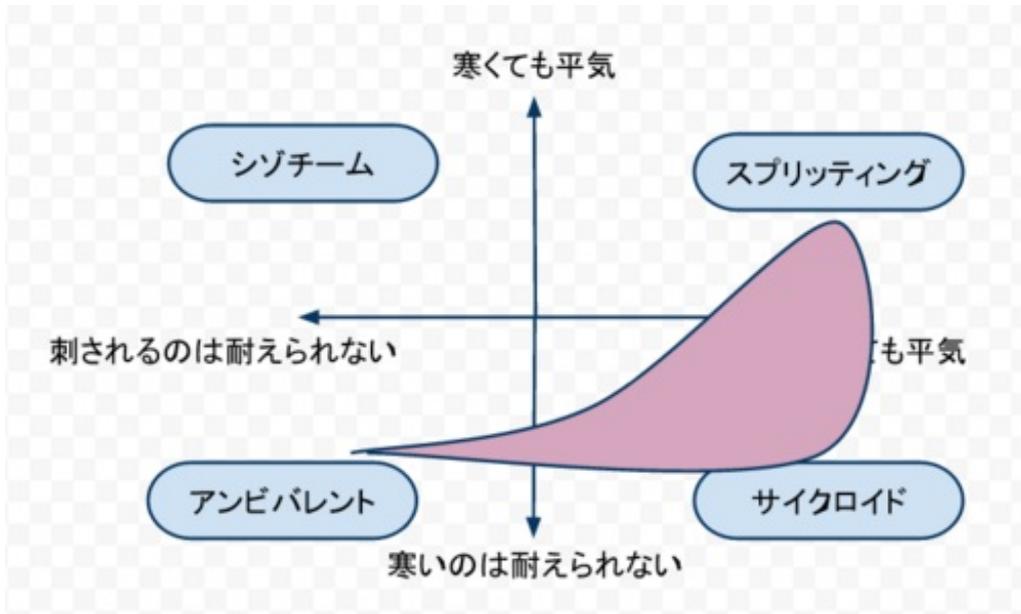
平均的な人は次のようになる



「刺されるのは耐えられない」を軸にして「寒い」については移動すると考えれば次のような性格の振幅になる



さらに横方向の振幅を考えれば
 次のような性格の人も成り立つ
 簡単に名付けることもできないが
 この範囲で
 時と場面によって性格を使い分ける



ネット社会とこころの悩みとDAM理論

「こころの科学」2009年3月号掲載分です

ネット社会についての話は分かりやすいと思いますが、自己愛性格の話とうつ病の一般論についての部分はわかりにくいと思います。ちょっと詰め込みすぎたと思いますが気分としては「解凍しつつ」読んでいただけたらと思います。

やや解きほぐしたものは

<http://shinbashi-ssn.blog.so-net.ne.jp/2008-05-11-1>

ここにありますが

ネット社会とこころの悩みとDAM理論

現代日本に生きる我々にとって、インターネットや携帯は心理的環境の重要な一部であり、こころの悩みの原因のひとつとなっている。実証的な記述ではないのが残念ではあるが、以下に要点を記したい。

I ネット社会の特質

ネットや携帯が社会不安を拡大していると議論され、ネットと携帯は現代的「悪のゆりかご」の印象がある。特質を次のように抽出できる。

A 匿名性

匿名だから卑劣なことを書くのだと思われているが、実は匿名性はすでに見かけ上のものである。自分のことを書かれた個人にとっては、誰が書いたのかを知ることは心理的ショックの直後でもあり億劫であるが、気持ちを立て直して「プロバイダ責任制限法」により削除を請求し、情報開示を求めればよい。ネット上に請求の書式があり費用はかからない。

発信側について言えば、現実のその人からは考えられないくらいの過激な言葉を書きつけて驚かされる場合もある。以前は自動車を運転するときに突然普段の人格からは考えられないような攻撃性を見せる人がいて話題になったこともあるが、ネット上でも、現実人格とネット人格に段

差があるのではないかと思わせられる例もある。受信側について言えば、韓国での事件のように自分について書かれた言葉に絶望して、命を絶つ場合もある。ネット被害から自分を守る方法を学び、周囲は心理的支えになりたいものだと思う。

B 孤独

鳴らない携帯は孤独を突きつける。そばに話せる人がいないから携帯に閉じこもり、書いてはいけないことを書いてしまうものだ。一般にメールやネットでは表現が極端で断定的になる傾向があり、ときに過剰に他罰的となり他人を傷つける。また逆に他人からの言葉が配慮のないものに思えて深く傷つくことがある。内容が少しきついかもしれないと思うメールを発信する場合には一晩くらい待ってみた方がよい。家族や友人とのリアルな交流の中で相談するのがよい。

C ひきこもり

不登校の生徒がたいてい時間を割いているものは、ゲーム、ネット、携帯である。これには次の二つのタイプがあり対処が異なる。

1. もともと対人関係の不全があり、学校に行きにくくなり、ネット社会に慰めを見いだした場合。このときは親が携帯とコンピュータを取り上げるとますます追い込んでしまうといわれる。
2. もともと対人不全はなく、ゲームにはまり込んで不登校になった場合。これはゲームとコンピュータを親が管理することで解決することがある。

ひきこもりはパニック障害や被害妄想の結果であることもあるが、強迫性傾向と結びついていることもある。現実世界の複雑さに反してコンピュータの世界は合理的で予測可能で単純である側面があり、ひきこもっていれば不確実な現実から自分を守ることができる。その中では空想的万能感や呪術的思考が保存される。

D 陰湿ないじめ・性的暴力的情報・犯罪への入り口・仲間

たとえば違法薬物の入手方法が分かるし使用マニュアルも手に入る。援助交際への入り口にもなる。ネットは犯罪へのハードルを低くしている。いじめの温床にもなっている。現実の生活では知り合うことのできないような、珍しいタイプの人と知り合うことができる。

E 子どもの養育に関する悪影響とゲーム依存・ネット依存

小児科医の指摘によれば、まずテレビやビデオに育児をさせていることが問題である。これでは感情応答性がうまく育たない。小学生頃からはゲームに熱中することになり、これには親も手を焼いている。典型的には夜更かし・朝寝坊、朝食抜き、遅刻、忘れもの、保健室登校、不登校

になる。そして本格的に一日中ロールプレイング・オンラインゲームに向かう。このタイプのゲームは終わりもなく続き、チャットの要素も入っているので完全な孤独でもない。時々主催者側のイベントが入り退屈しない。他の参加者と共同の行動をとることがあり、そこにはオンラインゲームなりの人間関係ができる。これは現実の人間関係よりも薄く一面的なもので人間関係の練習にはならないと言われるが、一方で現実の人間関係で行き詰まった人にはすこしほっとできる場所であるとも言われる。

ネット中毒やゲーム中毒さらにはゲーム脳といわれることもある。ゲームに熱中しているときの脳の働きを調べると、脳のきわめて一部分しか使っていないようである。映像処理部分だけが活発になっていて、前頭葉の人間らしい思考は停止していることが分かる。ゲームに時間をとられるので、共感性や社会性を発達させる機会が失われる。

小さな子どもの場合に、ゲームをしている間、親がそばで一緒に画面を見て、親自身が感情応答をして見せること、また子どもが画面に反応したらそれに対して親が感情反応するというようにすれば多少はゲームの害を改善し、共感性を養うことができるかもしれない。

F リアルとバーチャルの区別

事件の関係者についてリアル（本物）とバーチャル（仮想）の区別がはっきりしていないとする議論がある。ゲームの世界に慣れてしまい、現実を歪めて把握しているのではないかとする。そのことを正確に診断するのは精神病理学の領域になるがマスコミではしばしばいわれることである。

しかし発達途中の子どもの場合には現実と仮想の適切な混同は健康な現象であり、アンパンマンになりきって遊んでいるのもよく見られる光景である。大人になっても、両者の区別を適切な場面で適切にできていればそれで良いわけで、場面によってはほどよく人格退行して、区別を曖昧にして安らぐことも大切なことである。犯罪に関係して取り調べを受けるときは拘禁反応を起こして両者の区別ができなくなる場合がある。

G 極端さ

農村非匿名集団から都市匿名集団に移り、さらにネット社会になって人々の欲望も表現も一段と激しくなった。度胸を試すようなことになりやすく、一部は犯罪や自殺と関係する。

H 垂直的ヒエラルキーとネット的水平

人間の集団構成の原理は原始的には垂直的ヒエラルキー型である。一方、ネット社会は原則的

に水平的平等の原理である。このずれから生じる違和感はヒステリックな言葉や非常識な行動、さらには思考の極端さや単純さにつながる。ヒエラルキー的な軍隊において中枢部が核攻撃を受けて破壊された場合の組織と情報の保護のために開発されたネットの歴史を見れば、ネット社会とヒエラルキー社会との原理の違いが必要だったことが分かる。しかし原理が違うので不都合も生じる。検索会社の提供する検索システムはヒエラルキー的で資金力のある者の優位を保障しており、水平的ではないのが興味深い。一般人の良い意見にはたどり着けないのが現状である。

I 同質性

たとえば将棋では、情報を手に入れやすくなっているのも誰でも勉強できる。しかしみんな同じことを勉強してきたので強さも作戦も弱点も同じ。情報ハイウェイを降りた場所からが難しいといわれる。同質性集団特有の集団心理にとらわれやすい。

II ネット社会と自己愛

ネット社会では性格の中に自己愛成分を多く含んだ人が増える印象があるとの報告が数多くある。まず自己愛の特徴から見ていこう。

A 自己愛性格の特徴とネット社会が性格の自己愛成分を増やす理由

すぐに感情を荒げてとげとげしい言葉を投げつけ、自分の衝動や欲求や不安を抑制することができず、相手が傷ついても構わず平気で強引にわがままを押し通す。相手を傷つけることが快感でもあるようす。教育と訓練が欠如した未熟で幼稚な性格。このような自己愛性格の特徴は「傲慢、賞賛欲求、共感不全」かつ「臆病」とまとめられる。中島敦「山月記」でよく表現されている。「少年は大人ではなく大きな少年になった」「僕は僕のすべて」「自分王国の自分様」などと言われる。社会的には無力であるが、そのことを自分の欠点と認識しない。「お互い様」が消えてしまい、「相手の立場に立ってみる」ことが少なくなった。自己愛的な他人に接するとき、自分も自己愛的にならないと傷つけられるだけだから、社会には自己愛成分が増えていく。電車の客席のマナーなどを想像すれば分かりやすいが、自己愛的な態度は周囲の人をも自己愛的にしてしまう。傲慢さの背景に臆病が透けて見えることも指摘されていて、自分の利益を守るためには臆病な人ほど過度に攻撃的にならざるを得ないのだろう。

ネット・携帯社会だけではなく、少子化、第三次産業へのシフト、大量消費社会、情報化社会などが複合して現代人の心理変化の原因になっていると思われるが、ネット社会に関していえば、現実社会に比較して「簡単・確実・迅速・非共感的」であることが特徴である。現実社会は不確定で、他人の事情に左右され、複雑で遅く、自分の予測した反応が返ってこないし、我慢が必要である。ネット社会のほうが居心地がいいと感じる人がいても無理はない。

ネット社会に慣れた人は「待たない、確実を求める、我慢ができない、何かあれば他罰的、自己中心的で共感しない」という態度になる。これが自己愛性格を培養する。これは大量消費社会の消費者の態度でもある。対人関係の原型が匿名の客と店員になっていて、他人には傲慢で共感不全であると映ることになってしまう。母と子、店員と客、コンピュータとユーザーの関係で生きていることが、自己愛性格を培養していると考えられる。都市化して匿名性が高まったが、個人情報保護が原則のネット社会ではさらに一歩進んで匿名社会であり、匿名の一時の人間関係が増えれば自己中心的な言動が増えることになる。現実社会では入れ替わりが激しい匿名的なワンルームマンションの管理で自己中心性が問題になっていることも参考になる。

B 幼時的自己愛が保存される理由

自己愛の中の空想的全能感は幼年期に少子化核家族化の中で養われ、母親という培養器の中で肥大する。そのあと学校集団で自分を相対化して見つめることで、自分の位置を確認し、客観的な自分と主観的な自分を一致させる。傲慢ではなく、社会的に容認される程度のプライドになり、ひそかな自尊心になる。酒の席などで意外な自尊心を打ち明けられて驚くこともある。

しかし最近では母親という培養器からネットという培養器に直接移植されてしまい、自己愛が幼時的なまま修正を受けずに保存されてしまうようである。ネット社会は母親に代わって自己愛を培養し続ける。学校や会社ではほどほどに周囲に合わせて溶け込んでいるのだが、たとえば心が傷つけられる場面などで自我機能が退行すると、肥大した自己愛が前景に立ち現れる。現在は学校が自己愛保存的な場所となっていて、一方会社はグローバル化もあり保護的な場所ではなく利益を要求される場所となっており、学校と会社の間には段差がある印象である。学校を出て就職すると段差に気付き、不適応が現れる場合もある。

C 自己愛性人格障害

自己愛の問題が極端になると自己愛性人格障害となる。アメリカの研究・統計用診断基準であるDSM-IV-TRでの自己愛性人格障害の項目が代表的であるが、最近ではこれを細分化する試みもあり、代表的なものは次の自己愛性人格障害のサブタイプである。

1. 無自覚型 oblivious narcissism

他者の反応に無頓着。高慢で攻撃的。注目の中心であろうとする。送信者であるが受信者ではない。DSM-IV-TRの自己愛性人格障害の診断基準はこのグループとほぼ一致する。

2. 過剰警戒型 hypervigilant narcissism

他者の反応にひどく敏感。抑制、恥ずかしがり、目立つのを避ける、注目の中心になることを避

ける。他者の話に軽蔑や批判の証拠を注意深く探す。容易に傷つけられる感情を持つ。恥と屈辱の感情を起しやすい。

これらを寒さと痛さの間で妥協点を見つけるハリネズミの比喻でいうと、1. 針が長いので他人を傷つけて騒いで回る。他人の痛みが分からない。従っていつも寒い。2. 他人を刺すことはないが他人の針を過剰に痛がる。従っていつも寒い。こうしてみるとネット社会は1. のタイプにぴったりだということが分かる。2. のタイプはつらいので彼らはネットに長居はしないが、何を言われているのか気になるので継続的に警戒して、結局傷つく。無自覚型が一人いればそのまわりに過剰警戒型が何人かいて、困ったなと思ひ息を潜めている。さらにその外側に、ネットなんかただのネットじゃないかという人たちがいる。

D 幼時的自己愛成分が成熟しない理由

幼時的自己愛成分が成長して次の段階に進まないのにも理由がある。幼時的自己愛成分は本来、発達の途中で社会的に肯定されるアイデンティティへと進展して解消される。そのときに社会の側が用意している主要な価値観がアイデンティティのガイドラインになる。現代日本ではかつての主要な価値観の場所に自分らしい自分やオンリーワンの自分になるという「自己実現」がある。自分のアイデンティティは本当の自分になることといわれて、その先に進めない。価値観の多様化の中では主要な価値観の消失も当然だともいえるが、アイデンティティ獲得が難しいことも確かである。

III ネット社会のうつ病と病前性格とDAM理論

以下ではこれまで提案されているうつ病の類型と病前性格についてDAM理論としてまとめ、現代では各種病前性格の未熟・自己愛型が増え、それを基盤としたうつ病が増えていることを述べる。

うつ病について筆者は以前から神経細胞の反応特性の分類からDAM理論を考えてきた。原田誠一先生は講演の中で、うつ病の病前性格について、笠原嘉先生が「熱中性、几帳面、陰性感情の持続、対他配慮」とまとめていることを紹介した（笠原嘉：うつ病の病前性格について、笠原嘉編「躁うつ病の精神病理1」弘文堂、東京、1976；1-29。笠原嘉『軽症うつ病—「ゆううつ」の精神病理』講談社現代新書、一九九六年）。この講演に触発されたのであるが、前三者がDAM理論とよく一致するので「熱中性、几帳面、陰性感情の持続」と「対他配慮」の二つに分けて考察の糸口とすれば合理的である。前者は生物学的な指標であり、後者は社会的習慣の問題である。

A 対他配慮の現代的変質

昔は利他的対他配慮であったものが、いまは自己防衛的利己的他者配慮と見える。他者との関係の仕方そのものに変化が生じていると思われる。利他的対他配慮は報われない可能性を含み、特に相手が自己愛的である場合に大きく傷ついてしまう危険がある。現代ではそのような利他的対他配慮ではなく、自分が傷つかないように、他者との距離をとっておくという防衛的な意味での他者配慮に変化している。簡単に言えば他者中心から自己中心に変化しているのだが、発達から言えば、自己中心のままで成長が停止して他者中心に至らないといえる。これを未熟・自己愛型の増加と表現できる。

ハリネズミの比喻で言えば、昔は針に刺されて痛くてもいいから、他人を温めたかったし温まりたかった。現在は寒くてもいいので、自分が傷つきたくないし、相手を傷つけない。昔は温かい方が大事、現在は針の痛みを避ける方が大事という印象である。一九六八年の連続射殺事件は他人のとげが痛い悲鳴をあげた事件で、二〇〇八年の秋葉原事件は寒すぎると悲鳴をあげた事件と対比できる。

対他配慮は社会的成分であるから、社会のあり方と教育の結果であり可変的である。対他配慮が報われなくてエネルギーを使い果たし、結果としてうつになることは過去に多かった。それは社会の支配的な価値観として、対他配慮が主な徳目であり、エネルギーを注入すべき対象であったからである。部下を思いやる責任感の強い上司で30代以降に発症するのがメランコリー親和型うつ病であった。しかし最近は対他配慮の故に疲れ切るということは多くはない。むしろ、他人からの配慮がないから自分はうつになったと怒りと恐怖を伴いつつ20代が語っていて、向きが逆になっている。

B 熱中性、几帳面さ、陰性気分の持続は生物学的指標である:DAM細胞

一つの神経細胞に対する慢性持続的ストレスを想定して反復刺激を考えてみよう。キンドリング(てんかん)や履歴現象(統合失調症)のように、次第に反応が速く大きくなるタイプの細胞がある。これは躁状態と関係しているのでM細胞(Manic:躁的)とする。熱中性、高揚性、精力性と関連している。

次に、反復刺激に対して常に一定の反応を返す場合がある。これは強迫性傾向と関係があり、A細胞(Anancastic:強迫症的)と名付ける。几帳面の成分である。

反復刺激に対して急速に反応が減弱するタイプの細胞があり、うつに関係するので、D細胞(Depressive:うつの)と名付ける。陰性気分の持続と弱力性に関係している。人間の脳の神経細胞は大半がこのタイプであると考えられる。

C うつの発生メカニズム:DAM理論

持続反復性ストレスに対してM細胞が次第に大きな反応を返している時期が躁状態であり、M細胞がダウンして機能停止するとD細胞の特性が反映されてうつ状態になる。しばらく時間が経てばM細胞は活動を開始して躁状態になる。これを反復するのが躁うつ病の特徴である。うつ病だけが存在することはなく、微細であってもその直前にはM細胞活動亢進期としての躁病期があると考えられる。A細胞の強迫性は躁うつ病の各時期で前景に出たり背景に退いたりしつつ見え隠れする。M細胞機能停止しても、A細胞成分が大きければうつ病よりは強迫成分が前景に現れることになる。M細胞がサーカディアンリズムと関係していると考えればM成分の不在により不眠と日内変動を説明できる。

D 病前性格の説明

M、A、Dの三種の細胞特性がどのくらいの量、脳のどの部分に分布しているかが病前性格の一部を説明する。三種は相互に移行型があり連続している。

1. M細胞成分が多い脳は熱中性が強く双極性・循環性の性質を帯びる。BP (Bipolar mood disorder:双極性気分障害) IやIIがこのタイプになる。BP Iは躁状態+うつ状態、BP IIは軽躁状態+うつ状態である。病前性格が循環気質で躁うつ病になったという場合、このタイプである。未熟型うつ病は未熟かつ自己愛的循環気質の若年発症タイプで人格障害と区別しにくい。また逃避型抑うつはこの類型に近い。

社会全体が軽躁状態であるとき、BP IIの軽躁状態は隠蔽されてしまう。明治時代から高度経済成長期に至るまで、BP IIの場合に診断はむしろ単極性うつ病とされた。戦争に向かう熱狂や会社組織への献身は軽躁状態だったのだろう。適応のよい状態とは実は軽躁状態であることもよくある。

2. M細胞成分よりもA細胞成分が多いものは几帳面で強迫性成分が強くなる。メランコリー親和型うつ病の病前性格としてのメランコリータイプはこの類型である。反復刺激によりA細胞が反応している間は強迫性傾向を呈し、その後疲れきって、機能停止する。そのときにはM細胞も疲労して休止していることが多いので、うつ状態になる。M細胞が早く回復すると躁うつ混合状態になる場合もある。退却神経症はこの類型に近い。

非定型うつ病の遅発・非慢性タイプはメランコリー型に近く、若年発症・慢性型は病前性格の描写がまだ不十分である。職場がメランコリー親和化して自己愛型未熟型性格に発生するとされるのがBeard型うつ病である。

3. M細胞成分とA細胞成分が相対的に少ないものは弱力性格になり、熱中性も几帳面も強く

ない。現代的弱力性格の人たちは、表面的には自分について自信をなくしているのだが、その内面には誇大的自我を持ち続けていることも多く、ときにそれが露出することが観察される。つまり、一方的な弱気ではなく自己愛成分を強く保持していることが多い。これは弱力性と未熟な自己愛の結合となる。これがうつ病となる時は弱力性格型うつ病の未熟・自己愛型と呼べばいいと思うが、DSMのⅠ軸の症状としてはディスチミア（長期に続く軽度の抑うつ傾向）に近くなり、現代的各種うつ病のなかではディスチミア親和型うつ病に近くなる。

4. M細胞成分とA細胞成分が多いものは執着気質で熱中性も几帳面も強い。両者の機能停止と回復の時間的プロフィールによって、躁、うつ、躁うつ混合状態、さらにそれと強迫性傾向の混合が見られる。20歳くらいで発病すると人格障害と見分けにくい。

E 現代的病前性格は共通に未熟・自己愛型のままで発達が止まったタイプになっている

以上の1-4のどのタイプにも中間移行型がある。そしていずれの場合も（a）昔風の対他配慮は失われていて、自己防衛的利己的対他配慮が働き、言い方を替えれば自己中心から他者中心に移行しないままでとどまっている。（b）個人の中でも自己愛成分が保存され、社会全体としても自己愛成分が保存されている。（c）全体に完成型とならず未熟型にとどまり、発症すると人格の問題と紛らわしい事態になる。

性格は未熟・自己愛型から次第に成熟・対他配慮型に移行すると考えられ、大人になる頃にはM、A細胞が過剰刺激に対して活動停止するようになっているので、従来は成熟・対他配慮型性格となった大人に成熟・対他配慮型うつ病が発生していた。子どものうつ病については議論があるが、子どもは睡眠が多くストレス課題が少ないことから、また神経細胞の回復が早いことからM細胞の活動停止は起こりにくい。従って常に活動的でうつ病にはなりにくく、ある程度成熟した年代になってはじめて過剰のストレスにさらされ神経細胞の回復が遅くなりうつ病に至る。睡眠障害がうつ病と密接な関係があるのは細胞修復と関係しているからである。

しかし現代では生活年齢が20歳くらいになるとM、A細胞の活動停止がみられるようになり、一方で性格面は未熟・自己愛型のままでとどまる。ここで現代的なうつ病像が成立し、症状は未熟・自己愛的な性格傾向に彩られる。うつ病が全般的に若年化、軽症化、神経症化、適応障害化、難治化していることも理解できる。

F 自己愛とうつ病

以前から自己愛とうつ病については密接な関わりが指摘されてきたが、現代的な自己愛では現代的なうつが見られる。「傲慢、賞賛欲求、共感不全」の自己愛型の人が世間を生きていたら、傲慢なので人に嫌われ、期待した賞賛が得られず自分自身は幻滅する。結果として人間不信になる

。対人関係で傷つくのでうつにもなりやすく、その場合は従来のタイプとは異なるうつ病になるといわれていて、新しいうつ病のタイプがいくつか提案されている。

その中の一つのタイプにディスチミア親和型うつ病がある。ディスチミア親和型と名付けられているものの、ディスチミアが病前性格や病気の基盤であるとは言われていないので注意を要する。これは若者に多く、うつそのものは軽症であるが治りにくい。他罰的で逃避的、仕事よりもプライベートが大事。集団との一体化は希薄で、学校時代には不適応はなかったが、会社には不適応という例が多い。やる気が出ないと言い、自分を生かせる職場を希望する。役割に固執せず、むしろ自己実現を価値の中心においている。ディスチミア親和型うつ病の病前性格として、未熟・自己愛型弱力性格を考えれば上記の諸特徴を説明できる。また学校時代に不適応がないのは、現代の学校が自己愛保護的な場所になっているからである。

G 併存症と治療

併存症 (comorbidity) については、躁うつ病については脳の非局在性の病変であり、不安性障害と統合失調症は局在性の病変と考えることができる。M、A細胞の活動亢進と停止が特定の部位で起これば不安性障害や統合失調症との併存になる。不安性障害に関係する局在部位を含んでM細胞の活動亢進と休止が関与すれば一種の過敏性が形成されて躁状態の代わりにパニック病像が形成され、その後にはうつ状態が見られる。パニック障害自体が相性に現れて、消える。A細胞が関与すれば全般性不安障害 (GAD:Generalized Anxiety Disorder) に近くなる。統合失調症の場合には局在病変への関わりを考えれば再発に関する履歴現象が特徴であり、これにM、A細胞系が関与している。さらに統合失調症自体が慢性的持続的ストレスとなるため非局在性のM細胞休止に至るので、ポスト・サイコーティック・デプレッションと呼ばれる精神病極期後のうつ状態となる。個別の病型では非定型うつ病で社交恐怖との併存が多いと指摘されている。なお、パーキンソン病で観察されるアパシーはうつ病と異なり「うつを伴わないアパシー」といわれている。行動・認知・情動の動機付けの低下がアパシーであり、興味低下や喜び低下は起こるが憂うつは起こらないと議論されている。以前はドーパミン系とリンクしたうつ状態と考えられていたが、診断学の進歩と考えることができる。

面接ではDSMのⅠ軸、Ⅱ軸に注意するとともに、以上述べたように、性格の中の熱中性、強迫性、弱力性、対他配慮、自己愛成分、全般的未熟性の6項目について留意すれば診断の助けになる。最近では40代で急に仕事ができなくなったなど認知能力低下や性格変化が起こり、職場や家庭で困難がある例があり、うつ病を疑うとしても、早期に起こる脳器質的変化の可能性を鑑別すべきである。そのとき認知機能と性格の観察が役立つ。

治療はM細胞とA細胞が回復するまで時間をかけて待つこと、自殺を防ぐこと、再発を防ぐためにメカニズムを教育することである。抗うつ剤のSSRIは長期のダウンレギュレーションに

よりセロトニンレセプターを減少させることでM、A細胞の一部の活動亢進を抑制する効果がある。またSSRIは不安性障害に関係する局在部位でM、A細胞の活動亢進を抑制することにより不安を抑制できる。

IV ネットリテラシー教育

薬物療法、精神療法は省略するが、これらと並んで大切なのがネットリテラシー教育である。これはインターネットや携帯の独特の仕組みと読み書きのマナーを心得ることで、学校でも家庭でも教育を心がけたい。

発信側として大切なのは、声も表情もなくとも誤解が生じないか慎重になることである。言い過ぎは後悔のもとである。誤解する方が悪い場合もあるが、誤解されないように充分注意する責任もある。

受信者としては情報の極端さとまじめ度を見分けたい。世の中全体の見取図が自分の内側にあれば、情報の極端さを評価できる。それは真偽とも好悪とも関係のないもので、世界の全体の中ではどのくらい極端かという点である。あわせてどのくらいまじめなのか余裕があるのかを見分ける。オウム事件で学んだように、極端でかつまじめだったら、注意して扱う方がよい。情報が断片的であることはネットの短所である。知識や判断の総合的な見取図を形成するためには読書と友人が大切である

統合失調症とうつ 時間遅延理論

I 既知の事項のまとめ

1.統合失調症ではうつ状態が認められる例は多く、古くから指摘されてきた。しかもあらゆる病相で認められる。また統合失調症の場合に約10%は自殺するといわれ、一般人口に比較して9~30倍といわれている。統合失調症に際しては、うつ状態と自殺が直結するものもあり、統合失調症そのものが自殺と直結するものもあり治療も異なるのであるが、すべての病期を通じて、自殺を防止することが重要である。

一方、うつ状態は、不眠、食欲不振、不安、意欲低下などと共に、一般に何かの不調の始まりのサインであることが多く、疾患特異性は少ないと考えられる。

2.統合失調症患者がうつ状態を呈するとき、鑑別診断が重要である。

1)統合失調症前駆期のうつ状態。つまり、幻聴、させられ体験、被害妄想などが発現する前に見られるうつ状態である。これを統合失調症を基礎とするものと診断することは容易ではないが、相談時の年齢が30歳以下であること、遺伝歴があること、社会適応が悪いことなどが発見の手がかりとなることもある。うつ状態の形をとることもあれば、うつ状態類似の統合失調症性陰性症状の形をとることもある。児童思春期の場合には疾患の鑑別も難しいし、薬剤に対する反応が予測しにくいので治療も難しい。

治療としては男性は少量のSulpirideが使いやすい。女性の場合には高プロラクチン血症による副作用を考慮し、クロチアゼパムなどのベンゾジアゼピンを用いる。遺伝歴が明白な場合にはSDAで開始する。統合失調症前駆期のうつ状態と考えたときにはSSRIなどの抗うつ薬は、自殺の危険を考慮して使用しない場合もあり、バルプロ酸などの気分安定薬で経過を見ることがある。精神療法としては、症状と距離をとり対象化することを目標とする認知療法がよい。

2)統合失調症急性期におけるうつ状態。つまり、幻聴、させられ体験、被害妄想とともに見られるうつ状態である。統合失調感情障害の可能性も考える。この場合には原則として充分量のドパミン遮断薬が有効である。病識が残存する場合、二次的に抑うつ状態を呈することもあるが、その場合も、抗精神病薬で対処する。精神療法としては、寄り添うこととなる。しかし一方で、3)で記述するように、過量の抗精神病薬による悪性症候群-悪性カタトニア-うつといった一連の類似症状があるので、これを鑑別したら、抗精神病薬は減量し、ベンゾジアゼピン高用量を用いて対処する。こうしたときのうつ様カタトニアに対して抗精神病薬は増量しない方がよい。治療困難の場合にはECTも考慮する。ドパミン過剰または逆にドパミン遮断が引き起こすうつまたはうつ様の一群があるのかもしれないと考えさせる材料である。

3)統合失調症急性期後のうつ状態は精神病後抑うつ(postpsychotic depression)と呼ばれているものである。これは疲弊性うつ状態と陰性症状、さらには薬物性のうつ状態とに鑑別できるはずのものである。鑑別は実際には容易ではないが、疲弊性うつ状態の場合には疲弊に加えて病識の部分的回復も見られ、悲観的、憂うつ、自責的であり、陰性症状の場合にはむしろ、意欲減退、興味喪失、無為、自閉などが目立つ。

統合失調症急性期後疲弊性うつ状態の場合には、抗うつ薬は有効、無効、有害の各説があるが、私見ではSDAとSSRIやアモキサピンなどを併用してよい。ただし自殺には充分注意する。SDAとSSRIの併用に際しては、酵素の代謝の関係で、お互いに作用を強め合う点にも注意を要する。炭酸リチウムを加えて有効との考えもある。

陰性症状の場合には、アリピプラゾールやプロナセリンなどのSDAを調節・変薬しながら経過を見る。

薬物性うつ状態の場合には高力価の第一世代ドパミン遮断薬を大量に使っている場合が多く、不快気分と活動性低下が主症状となる。SDAの方が薬原性うつを起こしにくい。SDAが使用され始めた当初はawakening(めざめ現象)に注意すべきと言われた。認知が急速に改善し病識が回復すると、抑うつと自殺の危険が高まることが理由である。現在は第一選択薬がSDAであるから、昔ほどの危険はないと思われる。

抗精神病薬がうつを引き起こすかどうかについては、結論は得られていない。しかし、抗精神病薬による悪性症候群は悪性カタトニアと似ているとの議論があり、悪性カタトニアは高力価ドパミン遮断薬の大量投与時に多い。そしてカタトニアの症状としては無動・無言、姿勢固定などがあり、うつと重なる。こうしてみると悪性症候群にならない程度の、マイルドなものの場合、カタトニアとうつは似たものになり、それがうつと診断されている場合があると思われる。その場合の対処は抗精神病薬の減薬、ベンゾジアゼピン高用量の使用、たとえばロラゼパム12~8mgなどの数字が挙げられている。カタトニアは従来、統合失調症の下位分類の一つとして言われてきたが、最近の調査ではうつ病に伴う場合が多いとの結果があり、重症の場合にはECT電気けいれん療法が推奨されている。

自殺の危険を考慮して抗うつ薬よりも気分安定薬としてバルプロ酸などの抗てんかん薬が使用されることがある。しかしFDAは2008年に抗てんかん薬自体が自殺をリスクを高めると注意喚起し、それに対してはアメリカてんかん学会でメタ解析の方法などについて異議が提出された。FDAの注意喚起とは次元の違う問題であるが、私見としては、量によっては意識覚醒状態に影響を与えることにまず注意すべきだと思う。そのほか、炭酸リチウムが推奨される場合もある。

薬剤によって引き起こされる症状として、アキネジア性抑うつと呼ばれるものがあり、活動量減少、無気力、無関心を

主徴とする。主剤を減量または変更するか抗パーキンソン薬を加えるかする。焦燥感を主とするアカシジアもうつ状態の焦燥感と似るが、これも同様の対処でよい。アカシジアに対しては抗パーキンソン薬を推奨しないガイドラインもあり、別の本ではベンゾジアゼピンとβブロッカーを推奨している。

精神療法としては、病識回復にあたっての絶望と不安を受容支持することである。自殺について積極的に話題にし、些細なきっかけも見逃さない。必要があれば入院を勧める。デイケア、通所作業所などの精神科リハビリテーションでは、患者の回復に合った課題を提案し、役割と居場所を提供し、自尊心を回復させることができる。また、家族と一時的に距離をとることができる。治療者の方が早足になってはならない。

認知行動療法としては、認知の暗黙の否定的構え(スキーマ)があれば、それに対して働きかける。教育的観点からは、医学の発展もあり、社会の進歩もあり、決して悲観する必要のないことを伝える。また、自分が今回急性期に至ったきっかけを分析することで、再発のパターンを知り、次の増悪に備える。また、統合失調症の長期経過を示すことによって、次の急性増悪の予防が大切であること、そのために継続的服薬が大切であることを理解していただく。

また、一定のレベルダウンのあった患者さんには、SSTを用いて、日常生活に支障の少ないよう工夫する。社会に関わり、焦らず着実に治療を進めためには、家族の理解と協力が不可欠である。早い時期に家族に治療協力者としての役割を引き受けてもらう。各種の社会福祉制度の利用も大切で、年金や施設の利用、また自助グループ(たとえばベテルの会)などで患者同士が啓発し合うことにより深刻な抑うつから免れることができた例も多い。

薬剤のアドヒランスを高めるためには漢方薬を併用することも方法である。精神安定のために柴胡剤(柴胡加竜骨牡蛎湯や柴胡桂枝乾姜湯また加味帰脾湯など)を中心にして、気を補う補剤(補中益気湯や十全大補湯)を用いたり、また不安に対して半夏厚朴湯、また女性の場合の生理周期と関係した不調に当帰芍薬散、桂枝茯苓丸、桃核承気湯、などを病期に応じて最適なもの进行调整する。

4)疲弊期から回復しても統合失調性のレベルダウンが残り、うつ状態に類した病像を呈する場合を残遺期と呼んでいるが、環境刺激に弱いので、疎外体験や孤立体験のあった場合や自殺念慮のある場合は入院治療も考慮する。SDAを調整して不足のある場合にはSSRIを加えることがある。

5)総じて、統合失調症の再発と自殺を防ぐことが第一目標となるが、QOLを改善することも大きな目標である。

II 背景となる仮説

初診でうつ状態を呈している場合、うつ状態は統合失調症を否定しないし、甲状腺機能異常や副腎皮質ホルモン異常などの身体病であることもあり、認知症の始まりであることもあり、脳梗塞の症状であることもある。諸検査で身体病が除外されたら、年齢を目安にして、15から30歳ならば統合失調症と躁うつ病の可能性、30-50歳ならばうつ病と躁うつ病の可能性、50歳以上ならばうつ病と認知症の可能性を考える。

遺伝歴は重要である。家族の雰囲気も重要である。病前性格についてチェックする。また、病前の社会適応についてチェックする。対人距離の取り方は、その人の生来のドパミンレセプターの敏感さを反映しているだろう。敏感ならば対人距離を大きくとる傾向がある。

たとえばひとつのストーリーはこうである。その人は生まれたときからドパミンレセプターが過剰で過敏な性質であった。人と同じ体験をしても過剰にドパミンを伝達してしまい苦しいので、引きこもりがちになる。家にいると自然に読書に親しむようになる。成績は悪くないので肯定される。このようにしてドパミンレセプター過敏のまま成長し、過敏さを保ちながら、何とか破綻しないで生活する方法を身につけている。しかし思春期になり、異性に出会い、社会での自分を生きることで、「金、色、面子、健康」などを主題にして過剰なドパミンにさらされ、内面の危機に直面する。性的場面や社会的序列を意識する場面でドパミンは放出され、非常に軽いとしても、自我障害が発生する。

ドパミンD2受容体仮説は1960年代からのもので、中脳辺縁系のドパミン神経過活動が陽性症状と関係し、中脳皮質系でのドパミン神経の抑制が陰性症状や認知機能低下と関係するとする説である。黒質線条体でのドパミン神経抑制はEPSの出現に関係している。第一世代のドパミン遮断薬は中脳辺縁系をブロックして陽性症状を沈静化するが、同時に中脳皮質系をブロックするので陰性症状は悪化し、黒質線条体系のドパミンブロックでパーキンソン症状が現れる。最近のSDAの例で言えば、ブロナセリンは中脳辺縁系ドパミン伝達を抑制し、中脳皮質系ドパミン伝達を促進するとの説がある。これは理想的なプロフィールなのであるが実際には期待通りには行かない場合もある。アリピプラゾールはドパミン遮断と言うよりもドパミンシステムスタビライザーと言われているが、これもまだ臨床的評価の途中である。両薬とも、従来薬薬に比較すれば、統合失調症の経過で見られるうつに対してはよい対策であるように思う。クエチアピンやオランザピンはMARTAと呼ばれることがあるように、ドパミン、セロトニンだけではなく、さらに多種類のレセプター一部分に作用して効果を発揮するので、患者の特性に応じたものが見つかれば有効である。症状の消長だけではなくQOLを改善する観点に立てばMARTAやSDAを活用し、錠剤数と服薬回数を減らす方針もよい。

自我障害について考えてみる。動物の神経系は「感覚器で刺激受容」→脳の処理「自動機械」(無意識に反応している部分)→筋肉の反応→現実の結果→「感覚器で刺激受容」というように現実と脳を両側においてループを形成している。これだけならば自意識は発生しない。「自動機械」だけが存在していると表現してもいいだろう。

人間の場合、刺激を受容し、その出力としての筋肉の反応の間に、脳内の「世界モデル」を発生させ、行動の結果をシミュレーションする。そして、脳内の「世界モデル」から出力された信号と、「自動機械」が出した実際の行動の結果の信号を、比較照合する。違いがあれば脳内「世界モデル」を訂正することによって、さらに正確な予測ができるようにする。「世界モデル」そのものが現実とずれているとき、認知障害や行動障害となり、一部は性格障害となる。

「世界モデル」が現実を転写する機能は、運動における小脳の機能と似ている。また受動意識仮説の「リベットの実験」については多くの論文がある。

「世界モデル」からの出力と「自動機械」からの出力は、時間差があり、常に「世界モデル」からの出力が、比較照合部分に一瞬早く届くように調整されている。このことから、能動感や行為の自己所属感が生じると私は仮説を考えている(「時間遅延理論」)。つまり、人間は「自動機械」部分だけで生きて行くには充分であるが、「世界モデル」部分があることによって自意識が発生する。これは人間を強く特徴づけるものであるが、進化の最後に発生した部分であり、壊れやすい。「時間遅延理論」でいうと、自由意志は錯覚であり、自我障害は錯覚が失われる苦しみということになる。

そもそも考えてみれば、各感覚器から脳の処理部位に信号が伝達されるのは同時ではない。しかしそれを同時であると思なして現実を構成している。同時と見せるように時間調整をしている部位があると考えられる。その部分の障害を考える。

「世界モデル」からの出力が「自動機械」からの出力に遅れると、自我障害となり、遅れの程度によって、させられ体験、強迫性体験、幻聴、自生思考などになる。これが統合失調症の急性期の事態である。例えば、幻聴は、自分で話そうと思ったことの出力が「自動機械」側が先になり「世界モデル」側からがあとになるので、他人が話している、聞きたくもないことを聞かされていると知覚することになる。

ドパミン遮断薬はその特性によって、「世界モデル」からの出力と「自動機械」からの出力のそれぞれを違う程度に遅延させる。もっとも強力な薬剤は、両方とも大きく遅延させる。これが薬剤過量によるうつである。ある程度マイルドな処方になると、「自動機械」からの出力はやや遅延させ、「世界モデル」からの出力は遅延させない程度になる。こうなると、自我障害は改善する。逆に、薬剤の特性によっては「自動機械」からの出力を遅延させず、「世界モデル」からの出力を遅延させる。この場合は自我障害は改善しない。プロナセリンのプロフィールはこの理論によく一致していて、中脳辺縁系と中脳皮質系への効果の差と考えると、さらに前頭前野などへの効果の差もあるのかと考えてもよさそうである。アリピプラゾールも同様に中脳辺縁系でドパミンを抑え、中脳皮質系でドパミンを増やすと言われていて、これも時間遅延モデルをよく補強する。

一方、SDAの効果としても、セロトニン系への関与が重要だと言われており、統合失調症のうつの場合にSSRIを加えるのが有効であり、逆に、うつ病の場合に、SSRIだけで対処できない場合にはSDAを少量使って有効なことがある。さらに抗てんかん薬はグルタミン酸系やGABA系に作用して神経を保護している。抗精神病薬も抗うつ薬も飲めば最初は眠くなり、そのことは脳神経を保護するのだろうと思う。

自我障害が続くとうつ状態になるが、疲弊性以外にうつ状態の説明があるかといえば、難しい。例えば、精神病極期にはドパミンなどのモノアミン系が使い果たされて、モノアミン系枯渇状態にあるのだと説明することはできる。そのことを疲弊の実体だと考えてもいいだろう。そうであれば、ドパミン遮断薬はマイルドに使い、セロトニン系抗うつ薬を重ねて使用しても意味がある。時間遅延性の症状にはドパミン系を、疲弊性にはセロトニン系をと考える。

自我障害が発生した場合の心理的外傷は大きく、十分に抑うつの原因となりうる。また、自分の現在と未来を考えて、悲観的になることも理解できる。こうした事情を含んで精神病後疲弊性抑うつと呼んでいる。この場合には、心因反応として、悲哀のエピソードのあとの抑うつともメカニズムは似ているし、躁うつ病において、躁状態のあとの疲弊性のうつ状態ともメカニズムは似ている。しかし躁うつ病の場合には、疲弊性うつが終わったあとの、本質的なうつ病が進行する。自我障害のあとの疲弊性うつが前景に立つ時期があり、そのあとは陰性症状が主となる。このあたりを微細に診察することで症候学としての稔りがあるかもしれない。治療としては、この場合もセロトニン系の調整を眼目とする薬剤を用いてよい。自殺には充分注意し、面接の感覚を1週間程度に短めに設定する。場合によってはさらに短くし、家族と連携し、必要に応じて入院治療も考慮する。認知療法を考える場合、治療で働きかけているのは「自動機械」に対してなのか「世界モデル」に対してなのか、治療者が意識するといいかもしれない。

III 統合失調症のリハビリについて

統合失調症のリハビリは、残遺期の陰性症状に対して行うことが多い。その場合に治療者の恐れることは再発・再燃と自殺である。そこで薬剤はなるべく維持しようとする傾向がある。ドパミン遮断薬を維持すると、ドパミンレセプターのアップレギュレーションが起こる。つまり、薬剤で蓋をしているけれども、実際のレセプター量は増えてしまい、潜在的な過敏さを作り出す。デイケアなどの場面においては、刺激はコントロールされていても、少しずつドパミンを放出するので、潜在的な過敏さが形成されている人の場合、服薬を怠ったりすると再発再燃に至る。治療者はそれに対して薬剤を増量することがある。するとまた蓋をされるレセプターが増えて、レセプターのアップレギュレーションが起こり、潜在的な過敏さが増大するという悪循環が形成される。

この悪循環を回避するには、まず薬剤を少し減らして、かつ、デイケアでの活動量を増やして、ドパミンレセプターのダウンレギュレーションを目標にしなければならない。しかしながら、薬剤を減量することも、活動量を増やすことも、再発再燃につながるので、慎重かつ細心のプログラムが必要であり、容易ではない。

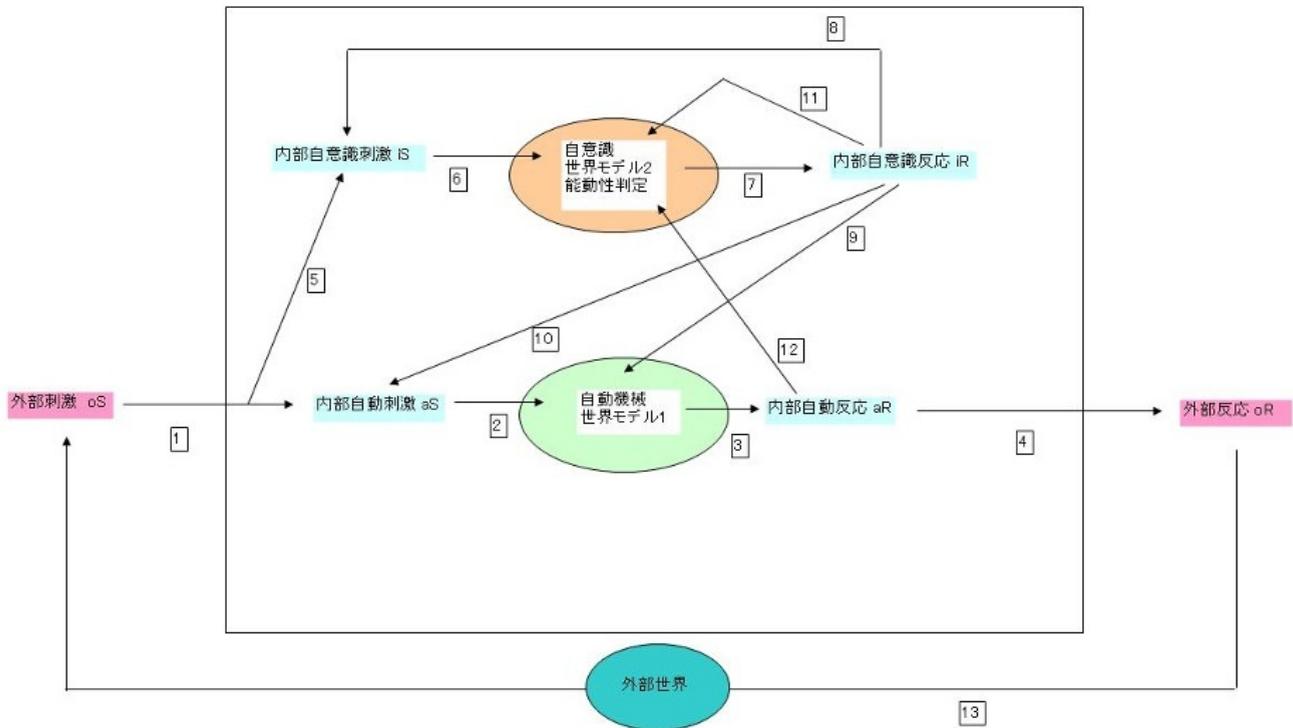
自我障害-1

課題 自我障害の説明モデルを作れ

条件

- 1.最小限の仮定であること(simple)。オッカム。
- 2.広汎に説明可能であること(pervasive)。
- 3.elegant
- 4.beautiful

解答 時間遅延理論。



11.と12.に時間遅延が生じるため、ある場合は能動感、ある場合はさせられ体験、幻聴、ほぼ同時に近いときが自生思考、などとなる。

自我障害-2

説明

- ・ 特段奇異なものではなく、脳科学の常識に沿った意見だと思う。
- ・ 脳の内部に世界モデルをつくると言っているのは、たとえば小脳について、伊藤正男先生が言ったことと同じである。その実体がどこにあるのか、あるいは分散して存在しているのか、将来の課題である。伊藤先生の場合は小脳という実体が明確だった。

- ・ 進化の過程で脳は、外界の刺激に反応する回路であった。行動学でいうS-R理論。
- ・ それについては図の下部、1.2.3.4.13というサーキットを考えれば充分である。
- ・ 世界モデル1と名づけておいたのは、自動機械(オートマトン)としての脳の部分である。
- ・ 自動機械も、内容としては階層構造になっていて、崩壊するときには呈する症状はジャクソニスムの原則に従う。

- ・ 世界モデル2についてはここで「自意識」と名づけているが、自我意識のことで、自己の内面を反省する意識である。
- ・ 自意識を発生させることで、人間は、実際に行動してみなくても、脳の内部でシュミレーションができるようになった。わざわざ血まみれになって命を落とさなくてもよくなった。他の生物ではDNAのセレクションというプロセスが、脳の中の仮説のセレクションになっているので、生存に非常に有利である。
- ・ 自意識は自意識それ自分自身を意識できるのが不思議でよく分からない。「自分を考えている自分」を考えている自分」という具合にアクロバットもできる。何重にでもできる。鏡の中の鏡という図でよく解説されるのだが、なにかうまい解釈があるのだろう。どんな補助線を引けばいいのか、不明。

- ・ たとえば、荻野恒一先生が本で述べていること。自意識は、何かに集中していれば、存在をはっきり感じられるが、集中がぼやけているときには、忘れるときもある。駅の改札口を考え事をしながら、定期券を出して通り過ぎ、あとで、そういえば、定期券を出したかなと思うことがある。そのとき人間は自動プログラムで動いている。
- ・ またたとえば、スポーツ選手のインタビュー。見事なパフォーマンスをした後で、「なにも考えずに集中しました。自然に体が動きました。」という場合、自意識は背景に退き、自動機械部分で運動をし、状況判断したことになる。
- ・ 脳梗塞の後でぎこちなく歩行練習を始めるときは、自動機械と自意識が一緒になって、シンクロして世界を学習しているのだろう。その時期が過ぎれば自動機械だけで歩けるようになる。その時点で現実世界と世界モデル1.2は、歩行に充分なだけは一致している。

- ・ 伊藤先生の小脳モデルが原型である。自転車に初めて乗るとき、大脳が最大限に働く。こつを飲み込んだとき、小脳がすっかり学習している。それからあとは「無意識」のうちに自転車がうまく乗れるようになり、考え事をしていても進めるようになる。
- ・ 人間が歩くということもそのひとつである。歩き始めのときは約一歳だから自我意識はまだ充分に発達としてないが、大脳の工夫が、小脳に引き継がれるのだろう。リハビリではこの点が大切で、脳に障害があり、歩行困難になった場合、脳の再構築を考えるには、このような発達のプロセスをきちんと辿らないと、うまく行かないと考える。そのことを強調したのが、上田敏先

生で、学生の夏休みの間、つきっきりで見学して教えていただいた。自動車で移動するのが好きで、助手席でよくお話を伺った。

・上田説は脳の階層的構築にしたがって、再構築せよということだと理解している。その後勉強してわたしなりにジャクソニズムそのものと思うが、上田先生は、Eccles、伊藤の流れなのだとおっしゃっていた。

・階層説に従えば、自我意識は、進化のなかで最も遅く、人間になってようやく明確になった回路であり、自動機械回路の上に乗る、抑制的または促進的に支配し、場合によっては、その存在がなくなっても、存在には支障がない。呼吸器や循環器は自律神経系と脳幹部の働きで保持される。

・おおむね、トライアンドエラーを反復しているうちに微調整しつつ、予言精度の高い世界モデルを形成していく。

・世界モデルの第一の「世界」は母親である。したがって、母親が人間の代表としてかなりずれている場合には、後に修正に苦勞する。

頭の中で発生させた仮説を6.7.8とループさせることで、シミュレーションが成立する。

・内部自意識反応は9により自動機械に影響を与え、内部自動反応に影響し、外部反応に影響する、それが「外部世界」にどう作用し、結果はどうであるか、刺激を介して知り、世界モデル2を修正する。つまりその経路は、5.6.7.9.3.4.13.1.5のループになる。

病態について

1.ヤスパースのいう自我障害

1-1.自我の能動性の障害

時間遅延理論で説明できる。能動性については、図の11と12を比較して、11が早く到着していれば、能動感が生まれ、12が早く到着していれば、させられ体験が生じる。ほぼ同時だが12がわずかに早い場合には、自生体験として感じられる。このあたりはスペクトラム・連続体を形成する。

この点については11と12の時間の到着時間を比較した「時間遅延理論による能動性障害の説明」としてまとめている。

1-2.単一性の意識.....これは多重人格について典型的である。これは、世界モデル2が複数個成立していて、場合によって、どれを優位にするか、あるいは、複数個の組み合わせのうち、どれとどれを優位にするか、選択し、自己意識しているものである。それが自動機械に影響を与えて、外見からみても、奇異な行動を取ることになる。

1-3.同一性の意識.....これは時間的同一性についているのだと思うが、コメントすべきことなし。

1.4.自他の区別.....このモデル外。

2.

シュナイダーの一級症状：

1.思考化声、.....自分の考えていることが声になって聞こえてしまう...図の10、かつ、11よりも12が早く到着

2.問答形式の幻聴、.....自問自答が声になって聞こえるもの.....図の10、かつ11よりも12が早く

到着

- 3.行動について論評する幻聴、.....自分の行為についてコメントする.....図の10、かつ11よりも12が早く到着
- 4.身体的影響体験.....どこかを触られるなど.....身体感覚の違和感について、11よりも12が早く到着するので、被動感に通じる。
- 5.させられ感情.....11よりも12が早く到着
- 6.させられ思考.....11よりも12が早く到着
- 7.させられ行為.....11よりも12が早く到着
- 8.被影響体験.....11よりも12が早く到着
- 9.思考奪取.....思考がぬき取られる.....
- 10.思考伝播.....11よりも12が早く到着すると、すでに相手に伝わってしまっているからだと感じる
- 11.妄想知覚.....

1. 妄想気分：周囲がなんとなく意味ありげで不気味と感じる。
2. 妄想知覚：正常な知覚に特別な意味づけがなされる。
3. 妄想表像：とんでもないイメージを抱く。
4. 妄想覚性：途方もないことを察知するが実体には何も理解できていない。

これらの系列の症状である。

これらは、させられ体験といういわば「監獄」の中に閉じ込められていることによる拘禁反応といえるものだと思う。そのように解釈できないならば、すでに統合失調症性のレベルダウンが進行しているとも考えることもできる。

3.強迫性障害

自分ではばかばかしいと十分に承知していてやめたいのだが、やめられない。
この病態は、自意識と自動機械の連結が切れていることで説明できる。

行為しているのは自分に違いないが、自分はそうしたくないと思っている。
それは翻訳すれば、自動機械がやってしまうので、それを自意識は止めたいのだが、回路がつかない、ということになる。

4.状況意味失認

これは私見では二次的な意味しか持たない

5.初期統合失調症の特異的四主徴

5-1.自生体験.....11よりも12が早く到着する

5-2.気付き亢進.....フィルター障害のようなものとして説明されている.....smapgの自我障害モデルでは説明できない。したがって、本質的に自我障害ではないだろうと考えられる。刺激のカットオフポイントがずれる。それは被動感の兆しに悩まされ、自信を喪失している状態ならば、考え易い。

5-3.漠とした被注察感.....注察感は、結局、相手の目つきが問題なのではなくて、目つきに反応して不安が高まり、冷汗が出るという反応が起こり、その反応から逆算して、注察されていると結論しているに過ぎない。1.5.6.7.10.2.3.4.と進行しているはず。8のループにより、冷汗は注察のせいだと結論付ける。「見られている」といえば「被動感」のような感覚があるが区別すべきだろう。「自分が自分を注察していることを、漠然と、他人から見られているように思う気分」、

とするならば、このモデルで説明できる。

5-4.緊迫困惑気分.....11と12に関して時間遅延が起これば、緊迫して困惑もするだろう。

6.幻聴.....何と言っても普遍的な症状。刺激に対してコメントするのであるが、11よりも12が早ければ、させられ体験になり、幻聴になる。

幻聴にも、実際に誰か人のささやきが聞こえる幻聴もあり、一方では、人がわたしに向かってささやいているという妄想をいだき、聞こえている、命令されていると表現する場合がある。

実際に誰かのささやきが聞こえるタイプは、自分の内部の声を他人の声として聞いているものであって、構造としてはさせられ体験と同様である。内部の声が出るという運動において11よりも12が早ければさせられ体験になり、幻聴となる。

人がわたしにささやいているという妄想については、このモデルでは説明できない。

したがって幻聴の一部はさせられ体験と同じ構造であり、時間遅延モデルで説明できるといえる。

7.離人症.....自分については、主体が不確実になり、世界については、ものものらしさが失われる。一部分は能動性の消失で説明できるだろう。しかし被動感まではいかない。ものものらしさについては、人間の側でものについて予測し、その予測がよく当たっていれば、人間はものものらしさとしてとらえることができる。しかし一瞬ごとの予測が外れてしまうとき、ものものらしさが失われ、離人感が生じる。世界を予測するのは世界モデルである。世界モデルが現実とずれているとき、離人感が発生する。シュミレーションの失敗例である。しかしズレは微弱で、妄想的というほどではない。ところが体験している個人の困難は強く、顕著に疲労する。

もう一つのタイプとしては、自動機械と自意識が切れているとき、離人体験が発生する。自分がやっているのはたしかなのだが、能動性もないし喜びもない。それが困った反復行為になれば強迫性障害だが、迷惑にならない程度の行為の場合には離人症という悩み方になる。

8.背景思考の聴覚化.....10.の経路

9.自己モニタリング.....6.7.8.のループ。自己モニタリングができないと、他者の行動や感情の推定ができなくなる。これはシミュレーション機能の欠損になる。自閉症スペクトラムで顕著に見られる。自己モニタリングができないと、世界モデルの訂正ができない。あるいは、自己モニタリングはできるのに、世界モデルが現実世界と大きく異なってしまう場合がある。しかしこの場合には、訂正可能の余地がある。

10.自動筆記.....世界1と世界2がかなり一致しているときには、自意識を「止める」形にしたほうが、余計な緊張がなくてうまく行くだろう。運動選手でも、芸術家でも、学問をする人でも、経験があるだろう。

11.うつ.....このモデルでうつは説明しないが、回路の不全による一般的な疲弊の結果としてうつは発生する。

12.解離.....この言葉で一番考え易いのは、自意識と自動機械の解離である。これは意識障害の病理とも関係している。しかしまた、複数の自意識の解離が考えられ、むしろこちらのほうがいわ

ゆる解離性障害として問題になる。

13.統合失調症の場合、世界モデルを訂正しにくい理由.....なぜなら、それは思い違いではなく、訂正しようもなく、時間遅延は生じているのであり、被動感を生じ、その延長で被害感が生じ、同じ構造で幻聴が生じる。その場合に、人間は自分の感覚を否定しようがないし、解釈しなおすことも難しい。.....しかしながら、以上のような理屈を説明し、概略、機械論的に以上のプロセスが生じていて、不愉快さの一部は二次的なものであると納得できれば、対処は楽になるのではないだろうか。そう期待を込めつつ思う。

平たく言えば、自分の考えが聞こえているのだということになる。なぜか。それは、11.と12.がほぼ同時に、しかし11.が一瞬早く到着すれば、能動感が生じ、一瞬遅れば、それは幻聴になり、させられ体験になる。

そのことを内的に合理的に説明しようとして必死になり、妄想を発展させる。しかし上のからくりを知っていれば、妄想を発展させる必要は無い。

このようにして述べてくれば、

1.世界モデルはいかにして修正されるか、修正されないか。

世界モデルが粗雑過ぎるとき適応障害を呈し、

世界モデルが修正不可能であるとき、妄想性であると名づけている。

2.線で引いた各所で混乱と錯誤の可能性があり、それぞれは、自我障害の一種と見られる。

特に、11.と12.の時間遅延によってさせられ体験、自生体験、能動感などの現象が連続体として生じると考えられる。

3.世界モデルは生成されつつあるものであるが、最初の人間の脳に、先天的に与えられた「原初の世界モデル」があるだろう。人間とは、世界とはについての、原初のモデル。これこそ「コンセプト」というべきものだ。そこからどのように成長していくかを見れば、人間場合、外界とはまず第一に他人である。他人の第一は母親である。したがって、母親を通してモデルを形成することになる。

核家族化の進行する現代で、母親の機能不全が子供に世界モデルの機能不全をもたらすのは好ましくない。したがって、大家族育児または共同育児が勧められる。

世界モデル1.2と現実世界を比較検討して訂正すれば、

それが現実検討というもので大切なのだが、

多分、直接比較はできなくて、あくまで、S-Rの連鎖を辿るしかないだろうと思う。

その束として、世界モデルができるだろう。

こんなタイプのモデルとしては、

Shared representation の病的拡大

Forward model の障害仮説

Self monitoring の障害仮説

などがある。

このようなモデルであれこれ議論して時間がたつうちに、
リベットの実験が登場、主著は「マインド・タイム 脳と意識の時間」など。
わたしのモデルとは関係があるようで、少し違う気もする。

関連書物もいろいろあり、

たとえば、

深尾憲二郎: 自己・意図・意識- ベンジャミン・リベットの实验と理論をめぐって. 中村雄二郎, 木村敏編: 講座生命7. 河合文化教育研究所、など。

さて、simpleだったかといえはsimpleだと思う。動物脳の上に自意識を乗せただけだから。

pervasiveかといえは、どうだろう。させられ体験、幻聴、被害妄想、自生思考、を説明できる。
全部ではない。むしろ区別が必要だ。

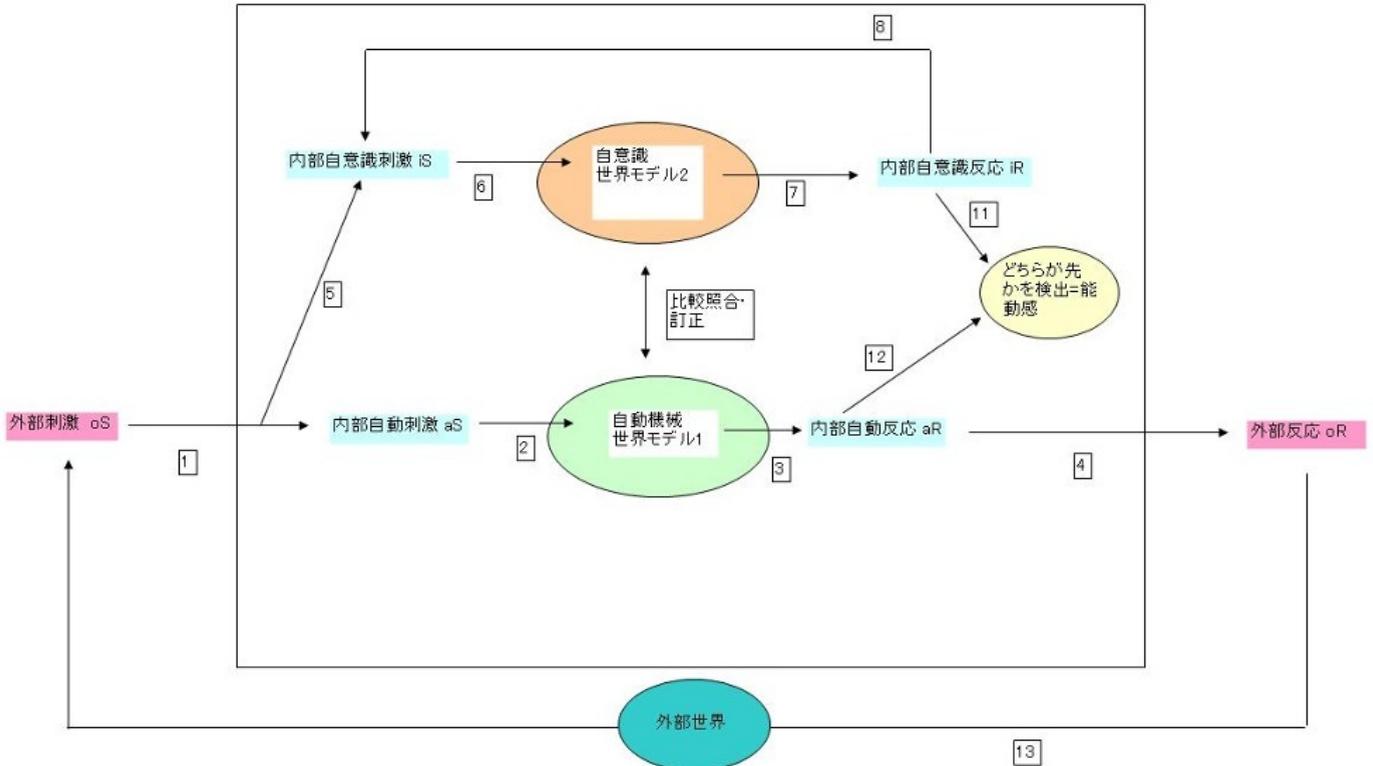
患者さんに理解できるだろうか。多分、できると思う。

自我障害-3

たとえば何かの刺激に対して自動的に動くときも、まったく同じことを自意識も考えて出力しているので能動感が保持される。

ボールが飛んできたからとっさによけたという場合でも、一瞬、自意識のほうが早く届いている。あるいは、リベット流にえば、自意識の方が早いと錯覚するように回路が組まれている。

なぜなら、まず、視覚、聴覚、触覚その他、人間の感覚が脳で統合されるまでの時間はぴったり同じはずがない。「同時である」とみなす時間調整係があるはずである。その時間調整係がうまく働かず、自意識からの情報を遅延して受け入れていたら、能動性の障害になり、それがさせられ体験、幻聴、被害妄想、自生思考までの一連のものを説明する。



简单版はこちら。
患者さんに説明するには
简单版でいいかもしれない。

最初の図で、こうしなかったのは、
比較照合の部分が見界観の訂正には根本的に重要で、
その情報は自意識に帰ってくるべきだからである。
現実と世界モデルの比較照合と訂正については
さんざん議論があり、
やはりその点をモデルの中に組み込むのがいいと思う。
しかし暫定的に分かり易いいうなら、
上の図で充分だ。

自動機械は自動機械で世界モデルを形成し、
自意識は自意識で世界モデルを形成する。
出力したものが大きく違えば訂正を要するし、
時間的に自意識側からの情報が遅れると、
自我障害が発生する。

こんな風に簡便に説明できるだろう。

薬理

D2ブロッカーが12.に効いてくれば、自我障害はとりあえず落ち着くだろう。でもそれは11.を促進するものではないので、根本的な解決ではない。

アンフェタミンは11.を直接促進するのだろう。しかし使い続けなければ、11.が遅延するようになる。
そして発病する。

理想的な薬理としては、11.を促進し、12.をややブロックしたい。

その点では、
中脳辺縁系のドーパミン（D2）を遮断して陽性症状を改善するというのが12.の経路、
中脳皮質系のセロトニンを遮断して、中脳皮質系のドーパミン(D2)が出やすくなるというのが11.
の経路であれば
話のつじつまは合う。

精神療法

精神療法家としては、薬剤によって、世界モデルの改変がしやすくなるのであれば好都合である。妄想へのアプローチができる。D2ブロッカーでは世界モデルの変更はできない。もちろん、時間遅延を一時的にブロックしてくれば落ち着くし、落ち着いていれば、言葉も浸透する。

女性ホルモンは多分、そのように効くはずではないかと推定しているが、もちろんそんな目的のためには使えない。
しかし女性ホルモンがたくさん出ているとき、
外界への適応が容易なのであり、だから若い頃のいろいろな試練にも柔軟に対応できるのだと思う。

人生の始まり、赤ん坊の頃には母親由来の女性ホルモンがたくさんあって、環境に対してかなり柔軟に開かれているのではないかと思う。

このあたりは、人生における何度もない、強い学習の成立と関係している。
言語習得に臨界期があったり、それぞれの課題について、臨界期があり、
一定期間開かれて、時期が過ぎれば閉じてしまうようだ。

閉じてしまうから安定しているはずなのに、
女性ホルモンが増えるから、環境に対して開かれて、それはいいことでもあるが不安定要因にもなるだろう。
強迫性障害やパニック障害は、起こらないはずの強い学習が起こり、始まるとも考えられる。強い学習回路は閉じられているはずであるが、ホルモンなどの影響で開いてしまうのだろう。そこに偶然刺激が加われば、学習してしまう。

男性ホルモンはどう働いているのかよく実感がつかめない。

世界観が変更し易い脳の状態を薬剤で整えて、その上で、精神療法を施行したい。

11.と12.の到着時間が問題で、それぞれに薬剤を聞かせればいいことが分かる。
コントミンやセレネースは、多分、両方をブロックしてしまう。

もうひとつ、病理として、世界モデルのズレがあり、それは、モニター機能の弱さ、外部現実の貧困、訂正機能の弱さなど、いろいろに考えられる。

たとえば風景構成法で、風景を書いてもらうが、書いた後で、「へたくそだな」「こんなに思ったとおりに書けないなんて意外だ」といった感想をきく。
書く部分と鑑賞する部分はあまり密接につながっていないらしい。
つまり、出力してから、やっと視覚入力して、「まずい」と分かるような次第で、私はこれが不思議だ。
下手だと分かっているなら、そしてピカソがうまいとわかっているなら、
鉛筆の線を1ミリずつ動かしていくだけで理想の線にたどり着けそうなものだ。
しかし現実はそのようではない。
鑑賞眼があるということと、描けるということとは、別のことだ。
別のことというのは、脳の別々の部分が活動しているということで、
鑑賞部分が運動部分にダイレクトにつながってモニターできれば、
ある種の芸術家だろう。

しかし大半の芸術家は慎重にモニターしているのではなく、
我を忘れて夢中で書いて、結果がいいということだろう。

だから多分やはり鑑賞部分と運動部分は切れているのだと思う。

こうした、出力部分と入力部分が近くにあることによって相互に干渉し合うような脳の状態にすれば、ある種の学習ははかどるだろう。
ステロイドホルモンなどはそのような働きをしているのかもしれないと思う。

精神療法のターゲットは世界モデルの改善にある。
世界モデルの大半の成分は人間モデルであるから、
精神療法家が一人の人間モデルとして関わることはできる。
治療関係はモデルとして好都合である。
軽度の依存や尊敬の関係も治療に活用できる。
対人関係で学びそこなったことを
ゆっくり補充して訂正して行けばいい。

時間遅延の事情については、薬剤の活用だと思う。

不安性障害で強い学習が起こって回路が固定してしまった場合、
再度それを開いて脱学習するイメージである。

上で述べている、幻聴、させられ体験、能動感、被動感、自生思考、強迫性障害、など、いずれも、当面の定義はあるものの、その定義の中に成因論として雑多なものを含んでいる可能性がある。むしろ、このモデルで説明できるものを検討して、幻聴やさせられ体験について、成因と現象の分類純化を進めることが大切だろう。いろいろな幻聴が可能である。

続きはこちら

<http://shinbashi-ssn.blog.so-net.ne.jp/2008-05-09-1>

また

<http://shinbashi-ssn.blog.so-net.ne.jp/2008-05-06-11>

<http://shinbashi-ssn.blog.so-net.ne.jp/2008-05-06-4>

を参照。

躁状態先行仮説：気分障害再考

原文はこちら<http://ssn837555.blog.ocn.ne.jp/ssn837555/2011/07/the-primacy-o-1.html>

はじめに

私は個人的にDAM仮説を提唱していて、それは神経細胞の特性から出発して、躁うつ病やうつ病について、病前性格と症状類型と、さらに治療まで一貫して、現在までのところ矛盾なく説明できている。

<http://shinbashi-ssn.blog.so-net.ne.jp/2009-05-21>

世界には似たような人もいるわけで、ローマで、同じような話を、神経細胞のことは言わず、病前性格のことも言わず、病気の経過と薬剤の効果と、さらには若干の精神病理学的考察により、論じている人がいる。Athanasios Koukopoulosという人で、いい名前である。そして有名なS. Nassir Ghaemiの名前を載せている。

ナシア・ガミーは色々著作があるが翻訳されたものとしては「現代精神医学原論」みすず書房・村井俊哉訳（2009）。原著は2007。

ここでは私のDAM理論に都合のいいところを、かいつまんで紹介することとする。

The primacy of mania: A reconsideration of mood disorders

Athanasios Koukopoulos (a), S. Nassir Ghaemi(b)

(a) Centro Lucio Bini, 42. Via Crescenzo, 00193 Rome, Italy

(b) Mood Disorders Program, Department of Psychiatry, Tufts Medical Center, Boston, MA, USA

Received 6 March 2008; received in revised form 7 July 2008; accepted 13 July 2008

以後の話の要約

現代の精神医学では、うつ病と躁病は、別の疾患単位として構想されている。躁うつ病の場合、あるいは躁うつ混合状態の場合、躁状態とうつ状態はどのような関係にあるのだろうか。あるいはそれらは単極性うつ病のように、別々に発生する可能性がある。別々に発生している場合は

、躁状態とうつ状態は全く無関係にそれぞれで発生しているのだろうか。

この様に考えるとき、現在の定義では、躁状態の定義は狭く、うつ状態の定義は広いことを思い出す必要がある。一般的に、うつ状態は躁状態よりも明らかで、よく見られ、そして悩みも大きいと考えられている。躁状態はうつ状態と比較すると数少ないもので治療によく反応すると考えられている。「私はうつ状態です」という人は数多いし、めずらしい病気とも考えられないし、薬を飲むことも普通だし、専門家に相談すればそれで問題解決ともならず、その先には環境調整とか家族面接とかの段取りとなり、家族や職場の対応が求められる。一方、「私は躁状態です」という場合、まず周囲は驚くだろうし、どう対応していいかわからないだろうから、まず専門家に相談しなさいということになり、その人が躁状態だから環境調整をしようとかは思わない。薬をのむなり、入院するなり、まず治療して、もとに戻ってから復帰してもらおうと考えるだろう。うつ状態は過労や各種ストレスと関係していて誰でもそうなる可能性があると考えられている。一方躁状態は比較的珍しい病気であって、日常生活の自然な延長にあるとは考えられていない。

私たちはこの逆を主張したい。躁状態は大変数多く見られるもので、気分が良くて動き回る単純なタイプから、いろいろなタイプの興奮性行動まである。そしてうつ状態は、現在考えられているよりも数少ないものだと主張する。

さらに、薬理学的および臨床的証拠をあげ、躁病先行仮説(PM仮説: primacy of mania)を説明したい。私たちは、うつ状態の前に躁状態があると証明したい。その躁状態は、現在考えられているよりも微細でマイルドなものが多いので、診断基準の訂正が必要である。つまり、うつ状態は、躁状態の興奮の結果生じるものという仮説である。もし私たちの説が正しければ、うつ病治療は訂正が必要となる。抗うつ剤で直接に気分を持ち上げるのではなく、躁状態の興奮を静めることが治療の中心となる。躁病先行仮説に対しての予想される反論と、実証的検証の項目について述べたい。

キーワード：双極性障害、マニア、うつ病、予防、抗うつ薬、リチウム、抗精神病薬、気分安定剤、ECT(電気けいれん療法)、自殺

1. はじめに

現代の精神医学では、うつ病と躁病は、別のエンティティ(疾患単位)として構想されている。両者は双極性障害の場合のように同じ人に発生する可能性があ。また、単極性うつ病のように、別々に発生する可能性がある。この考え方は、躁状態の狭い定義と比較的広いうつ状態の定義に原因している。躁状態は、多動であることが多いが、楽しい気分であったりイライラ気分であったり、あるいは眠る必要がなくなるなど、いくつかの症状が、1週間またはそれ以上続くもので

ある。一方、うつ状態は憂うつな気分で、睡眠、食欲、興味、活力などの領域で症状が見られ、2週間かそれ以上続くものである。

疫学的研究および臨床の現場では、うつ状態は躁状態に比較して、症状は明らかで、より数多く見られ、そして困難が大きいと考えられている。躁状態はうつ状態に比較すると、数が少なく、治療が容易と考えられている。私たちは逆の考え方を説明したい。

躁状態は、非常に数多く見られ、気分が高揚して動き回るといった単純なタイプのものから、いろいろなタイプの興奮性プロセスとして観察される。一方、うつ病は、より厳密に狭く解釈されるべきだと考える。さらに私たちは躁状態がうつ状態を引き起こすと主張したい。つまり躁状態はうつ状態に先行し、うつ状態の原因となっている、従って、うつ状態を予防するには躁状態を予防すれば良い、というのが躁状態先行仮説である。

私たちの提案は新しくもあり古くもある。ほとんどの精神科医は、現在の狭い躁状態の定義になじんでいるので、様々なタイプの躁状態の興奮性プロセスについてはすぐには受け入れられないと思う。その点で私たちの提案は新しい。しかしまた現在は躁状態を意味する「mania」という言葉は、古代ギリシャから1960年代まで、現在私たちが考えているよりもずっと広い範囲の精神障害を指す言葉として使われていた。その点では古い。

躁状態を現在のように狭い意味で考えるか、古くからのように広い意味で考えるか、決着のついていない問題であるが、私たちは検証して結論を出したいと考えている。躁状態に対しての現代的な狭い解釈は、科学的ではないし証拠も乏しい。

いろいろな証拠から、躁状態を精神と身体の興奮状態としてもっと広い定義で考えるべきだと、私たちは考えている。そしてうつ状態はもっと限定して厳密に考えるべきである。

2. 背景となる歴史

ここから便宜的にマニーという用語を使う。日本語の躁状態とは意味合いがやや違うので、そのことを考慮して欲しい。

2000年以上にわたり、マニーは、精神の病の主要なものと考えられてきた。歴代の精神科医がそれぞれ独自に、しかし一貫してマニーという言葉で精神病の中核を考えてきた。たとえばPinelピネルはマニーを精神病の最も一般的な形と考えたし、Hienrothハインロートはプシケ(Psyche)の根本的な病をマニーとみなした。Griesingerグリージナーは興奮状態を一部のうつ状態の原因であると考えた。Kraepelinクレペリンはこうした伝統を引き継ぎ、マニーを広い定義で理解した。クレペリンが提案した疾患単位である混合状態(躁状態とうつ状態の混合のこと)や気質診断などは基本的には、興奮状態により分類したものである。クレペリンの時代の後で、マニーは重要と考

えられなくなり、かわりにシゾフレニーが重視され、精神分析が興り、DSMIIIの単極性大うつ病が重視される時代へと移ってゆく。最近では双極性障害や気分障害をスペクトラムとして考えることがリバイバルしているが、その中には混乱も見られる。混乱の理由は、現代精神医学がうつ病を広く一般に見られるものであり、それは活力の低下を意味し、うつ病とマニーとは独立のものだと考えるようになったからである。逆のことを私たちは主張したいのであるが、それは、マニーが気分障害の中核となる精神病理であり、うつ病はその結果だという見方である。

ローマに双極性障害の40年以上に渡る経過観察のデータがある。そのデータと精神薬理学的文献から、広い意味でのマニーを神経の興奮プロセスを原型としてとらえなおし、検証してみたい。私たちが提案するのは「躁状態先行仮説」である。マニーとうつ状態は本質的にリンクしていて、マニーの時の神経の興奮が先行し、うつ病はそれに続発する結果だと考える。比喩的に言えば、マニーは火事で、うつ病は燃えかすである。この論文の前半で躁状態先行仮説を説明するが、薬物療法と臨床精神病理学の二つを根拠とする(表1)。後半では躁状態先行仮説に対する反論を考察し、もしこの仮説が正しかったら臨床的にどのような結論が導かれるのか、論じてみたい。

表1

躁状態先行仮説の証拠

臨床精神薬理学

1. リチウムの予防効果
2. リチウムの中止による現象
3. リチウムも、抗てんかん薬も、抗精神病薬もうつ病に対しての直接効果は限られていること
4. 抗うつ薬誘発性マニーまたはラピッドサイクリング

臨床精神病理学

1. 躁病—うつ病—無症状期 (MDI) サイクルのパターンとDMIパターンについて
 2. 躁うつ混合状態
 3. 患者の主観的な経験
-

3. 臨床精神薬理学からの証拠

3. 1. リチウムの予防効果と中止による現象

躁状態がうつ状態に先行するとの考えを思いついたのは、継続的なリチウム治療中に躁うつ病

が再発する経過の観察による。抗躁病剤としてリチウムは、最初はあまり注目されなかった。その理由は、リチウムが効果的だと考えられるマニーが非常に狭い範囲の限定されたものだったからである。リチウムのマニーの再発予防効果研究の途中で、リチウムがうつ病の再発予防効果もあることが判明した。

Schouスコアはこの臨床観察の重要性に気づき、Baastrupバストラップとともに画期的な研究を行い、リチウムは躁うつ病のすべての症状に対して予防効果があることを示した。抗躁薬によりうつ病の予防ができることは驚きを持って迎えられた。そして同じことが、抗てんかん薬でも抗精神病薬でも起こった。

説明として推定されたのは、リチウムは、躁病治療作用を介し躁病予防効果を発揮するのと同様に、抗うつ作用を介してうつ病を予防するということである。しかしながら、リチウムの躁うつ病の気分循環に対する予防効果については強い証拠があるものの、リチウムによる直接の急性抗うつ効果はまだ検証されていない。1.0mEq/L程度の高い血清薬物濃度ではうつエピソードの延長が見られる可能性も報告されている。これはリチウムが抗うつ効果そのものは持っていないのではないかと推定させる材料である。また治療抵抗性うつ病に対して抗うつ剤へのリチウム増強療法が有効であることも報告されている。これはうつ状態に対して直接効果があることを推定させる材料である。

しかしながらこれら多くの研究はDSMIV以前のものであって、従ってこのうつ状態の中には双極II型が含まれている可能性がある。DSMIV以後の研究、特にSTAR-Dでは、リチウム併用による抗うつ剤増強作用は強くはないと示されている。最近のメタ解析ではリチウムはうつ病よりも強く躁病を予防すると示されているが、一方で、リチウムはうつ病を予防しないと示されているわけではない。実際、プラセボに比較して、うつ病の予防効果は顕著に高い。つまり、躁状態が起こるからうつ状態になり、リチウムは抗躁効果を介して抗うつ効果があるらしいということになる。

ローマグループが示したところでは、リチウムがマニー相を抑制しないなら、マニーにひきつづくうつ状態の抑制効果はない。しかしながら、リチウムがマニーのエピソードを弱める場合には、マニーに続くうつ状態のエピソードは短くなった。マニーが完全に予防された場合には、うつ状態は起こらなかった。

ひきつづいてローマグループが示したところでは、マニーで始まる循環病患者は、うつ病で始まり、次にマニーまたは軽躁状態になる循環病患者よりもリチウムの予防効果が高かった。この観察は引き続き検証確認されている。

この観察に対しての最も一般的な説明としては、双極性障害の中にも特殊なサブタイプがあり、それは躁状態からうつ状態に変化する循環病の経過が特徴で、リチウムによく反応するという

ものである。別の説明は私たちのもので、リチウムは躁状態をうつ状態よりもよく予防し、したがって、それに引き続くうつ状態を回避するのに役立つというものである。

予防における抗躁効果の重要性は、リチウム中止研究から得られる。多くの研究グループが示したところによれば、リチウムの急激な中止は、うつの再燃ではなく、マニエーの再燃をもたらす。この観察からは、マニエーはリチウム中止のリバウンド現象であると考えられる。論理的に考えれば、もしある薬剤中止によるリバウンドがマニエーの形を取るのであれば、その薬剤の効果としては抗躁的作用であるはずである。

まとめると、リチウムは急性躁状態に対して鎮静効果があり、さらに将来の躁状態を予防する効果がある。従って、うつ状態を予防することがある。急性うつ状態に対して効果があるように見えるのは、私たちの診断学がうつ成分とマニエー成分を十分に区別していないせいだろうと考えられる。リチウムは「うつ状態」の中のマニエー成分を鎮静しているのであって、そのことによって病像が変化し、結果として、「うつ状態」に効果があったと見えるのだろう。

3. 2. 抗てんかん薬

リチウムと同様に、抗てんかん薬でも抗躁効果が最初に発見された。抗てんかん薬は現在ある躁状態を鎮静する。そして後に、躁状態に対してもうつ状態に対しても予防効果があることが分かった。ラモトリジンを含む、少なくともいくつかの抗てんかん薬は、即効性の抗うつ効果があると考えられているが、うつ状態を改善する薬効は実際は弱いものであって、うつ状態の予防効果のほうが優れている。ラモトリジンの場合には、たくさんの未発表論文で単極性でも双極性でも、いずれの場合でも、急性のうつ病には効果がないことが報告されている。この場合、効果がないと解釈せず、別の説明の仕方もある。たとえばラモトリジンはゆっくり薬を増やしていくので8週間の研究では効果を確認できないなどの説明である。しかしながら、ラモトリジンは双極性障害での急性うつ病の場合に有効性を示せないとの研究報告が続いている。

その代わりに、ラモトリジンは、強い予防作用を持っていることは明らかであり、躁病とうつ病の両方に対してプラセボよりもずっと優れた予防効果を持っている（相対的に躁よりもうつ病の場合に予防効果が高いようであるがこのあたりも診断学と関係している可能性がある）。リチウムと同様に、うつ病エピソードに対するラモトリジンの長期的な利点は、直接的な抗うつ作用によるのではなく、躁状態は予防効果を介したうつ状態予防効果によるのだろうと思われる。こうした急性効果と予防効果との違いは、ラモトリジンの抗うつ効果が他の抗うつ剤の急性作用と同質のものと考えているのでは説明できないのだが、躁状態先行仮説にはぴったり一致する。つまり、うつ病エピソードの予防効果は、急性抗うつ効果とは別の独特のものと見える。これとは対照的に急性躁病は鎮静できる。もしある薬剤がうつエピソードを予防するならば、まずマニエーを予防しなければならぬのだと考える。

つまり、ラモトリジンは急性躁状態に有効で、さらに躁状態の予防効果を持ち、そのことを通じて、うつ状態の予防効果を持つ。うつ状態を単独に治療したり、予防したりするのではない。このことは躁状態を予防すればうつ状態を予防することができるという意味である。

1. 急性うつに対する効果
2. うつ予防効果
3. 急性マニーに対する効果
4. マニー予防効果

これらを区別して、どのような順序で発生し、どのような因果関係になっているのか、考えると、躁状態先行仮説になる。

3.3. 抗精神病薬

非定型抗精神病薬に関しての、躁うつ病の分野での標準パターンは、まず躁病について有効であることが示され、ついで予防に使用されるという経過である。これら薬剤は抗うつ作用も持っていると言われている。特にオランザピン/フルオキセチンの合剤やクエチアピンがそれにあてはまる。用語としては「非定型抗うつ薬」が提案されたが、その効果の証拠はその薬剤の抗躁効果に比較すると弱いものである。多くの研究はオランザピンは急性期うつ病には単剤では効果がないか、または効果が少ないと報告している。オランザピン/フルオキセチンの合剤の抗うつ効果はオランザピンよりはフルオキセチンによるものと考えられる。クエチアピンに関するデータによれば純粋なうつ病に関しては効果ははっきりしない。

むしろ、躁うつ混合状態についてのDSMIVの極端に狭い定義と、それに対応して大うつ病の広い定義を採用するとすれば、抗うつ作用と見えているものは実は混合状態やアジテーションに対して、つまりマニー成分に対して薬剤が効いているせいかもしれない。混合状態や焦燥の強いうつ状態ではDSMIVの基準を全部満たすものではないことが多いのだが、その場合、マニーの要素を指摘することができる。その特徴は、運動興奮、イライラ、抑制欠如、内的緊張の高まり、速度の速い思考、理由のない怒り、多弁、入眠困難、気分易変性、大げさな嘆き、精神病性の痛みなどである。こうした興奮性の症状があることに加えて、躁うつ混合状態と純粋うつ病エピソードには経過の違いがあり、躁うつ混合状態では30%がうつ状態になる。軽躁状態になるものはまれで、しかも、純粋うつ病と異なり、抗うつ剤はしばしばイライラを悪化させ、うつが中心の混合状態のマニー部分を悪化させる。

大うつ病エピソードの中でイライラ/混合抑うつ症候群の割合は単極性または双極性うつ病エピソードの19から44%と見られ、無視できない割合となっている。これが正しいとすると、この割合の大きさは、大うつ病の臨床試験のときに重要になる。そのような混合状態の存在は、抗精神病薬に見られるうつ病に対しての有効性の一部を説明するだけでなく、純粋なうつ病に対する抗うつ薬の本来の効果を低く報告することになる可能性がある。

実際、抗精神病薬を使用した場合の抗うつ効果の観察は、新しいものではないし、非定型抗精神病薬に固有のものでもない。三環系抗うつ薬と従来の抗精神病薬とプラセボとのランダム化比較試験のレビューが34本あるが、典型的な抗精神病薬は一般的に「混合性不安・抑うつ状態」に有効である。そして私たちの主張であるが、現在我々が呼んでいる「うつ病」の症状の中にはマニエーの症状が混在していて、そのことが抗精神病薬の「抗うつ」効果と関係しているのだろう。そのような抗精神病薬が純粋なうつ病でマニエー要素が全くない場合にも有効なのか、まだ研究されていない。

このあたりについては、うつ病とは何かの問題になる。抗うつ剤だけが有効で、抗てんかん薬も抗精神病薬も無効であるような状態を、純粋うつ病と定義できるに過ぎないのかもしれない。疾病単位については、薬剤と関係なく厳密に決定できるようにして、その上で、薬剤の有効性を検証する必要がある。

しかし概念的には興奮性要素をマニエー要素と見て、そこにはリチウム、抗てんかん薬、抗精神病薬が有効であるはずと診断するのは意味がある。その観点で、精神病理学や精神症候学が洗練されてゆくことが期待される。

3.4. 抗うつ薬誘発性躁病またはラピッドサイクリング

疑いなく、抗うつ薬の役割は、双極性障害の臨床治療の中で最も物議を醸す問題である。私たちは双極性障害における抗うつ薬の長所と短所をここで完全かつ説得力のある議論を提供するつもりはないが、要約すると、RTCから得られる結論は次のようなものだろう。

最初に、抗うつ薬は最近のメタ解析において無治療（プラシーボ単独）または抗精神病薬（olanzapine）と比較して急性期うつ病に効果的であることが示されたけれども、抗うつ薬は治療レベルのリチウムのまたは他の気分安定薬よりも急性の大うつ病エピソードに対して有効であると、まだ証明されてはいない。最近のものでは、NIMHが提案するSTEP-BD（Bipolar Disorderのための系統的Treatment Enhancement Program）があり、やはり抗うつ薬がより有効であることの証明はなされていない。

第二に、同じメタ解析の偽薬対照試験で、抗うつ薬誘発性躁病の証拠はなかったのだが、実は他の医薬品と比較して三環系抗うつ薬（TCAs）で、抗うつ薬誘発性躁病が存在する証拠がある。

第三に、双極性障害の気分変動の予防に関しては、三環系抗うつ薬も、セロトニン再取り込み阻害剤を含めた新規抗うつ薬も、有効性がないことが繰り返し示されている。有効であるという観察データも存在するのだが、無作為化されたデータをエビデンス・ベイスト医学の立場で解釈し

ていくのがいいだろう。

第四に二つの無作為化研究だけがこの問題を論じているのだが、抗うつ薬は躁うつ病のラピッドサイクラーに関係し、さらにうつ病のラピッドサイクラーと関係している。これに反論する無作為化データは見当たらない。事後解析でポジティブに出てもネガティブに出てもあまり意味はない。このあたりの解釈は慎重を要する。

このような次第で、科学文献を客観的に読めば、抗うつ剤の有効性と安全性に疑問が生じるのではないかと私たちは考えている。

研究的な設定をして観察される臨床的知見は、抗うつ薬に関する様々な意見の一部を説明してくれるかもしれない。ローマのグループの観察経験ではエピソードとエピソードの間の症状のない時期に、あるいは興奮期の始まりに、気分安定剤を使用すると予防効果を維持しやすいように思われる。しかし、同じ気分安定剤を大うつ病の急性期に使用すればずっと効果は乏しいものになる。このことは普通は気分安定薬には大うつ病急性期への効果はないのだと解釈されるのだが、別の解釈もできて、それは私たちの躁状態先行仮説で言うと、うつ病はうつ病の時期に直接治療するのではなく、マニエを予防するか、マニエを治療することで、間接的により容易にうつ病治療ができることになる。

抗うつ薬を慎重に使用するといっても、気分安定剤を積極的に双極性障害の急性うつ病の患者に必ず使用する必要があるというのではない。むしろ、ローマグループのアプローチは、急性大うつ病エピソードの間に気分安定剤の投与量を減少させる。気分安定薬はしばしばうつ状態を引き起こすからである。その後、うつが解消されない場合は、抗うつ薬を追加する。しかしながらポイントは、一旦急性期が終わったら、抗うつ剤は中止して、気分安定薬を増量する。治療困難例ではローマグループは積極的にECTを使用する。そして患者がいったん正常気分になったら、気分安定薬による攻撃的な治療を続ける。こうした予備的観察結果に対して確認または反証の実証研究が必要である。

この観点では、正常気分の期間は、アルキメデスが世界を持ち上げるてこのようなものである。それを得ることができれば、私たちは、はるかに効果的に気分安定剤の予防効果を発揮することができる。しかし、ほとんどの臨床医は、急性の気分エピソードの治療に焦点を当てるだけだ。そして正常気分が達成されたとき、彼らは抗うつ薬を継続するだけだ。多くの場合気分安定剤の使用を減少させる。そのことが効果的な長期的な予防効果の可能性を最小限にしてしまう。

4. 臨床精神病理学からの証拠

4. 1. 躁病 - うつ病 - 無症状期の周期 (MDI) のパターン

DMIのパターンよりもMDIのパターンが治療によりよく反応する。この観察は、躁状態先行仮説によって説明できる。マニックエピソードはたとえ急激な発症であっても、数日から数週間の前駆する症状興奮症状がみられるので、リチウムまたは他の気分安定剤を使えばしばしば容易に制御できる。

4. 2. 躁うつ混合状態

また、混合状態は、私たちの躁状態先行仮説が正しいことを示すよい証拠である。一つか二つの躁状態の症状を含む、不快気分のマニーやイライラするうつ状態などを考えて、混合状態の定義を少し拡大すると、実証的文献によれば、急性躁病エピソードの約半分以上、大うつ病エピソードの半分程度、混合状態に属するものと考えてよい。純粹な躁病と純粹なうつ病は、混合状態よりも数少ない。うつ状態にみられる部分的な興奮は躁状態先行仮説では容易に説明できるが、古典的な双極性／単極性の二分法では説明が難しい。

4.3. 双極性障害を持つ人の主観的な経験

別の証拠は、双極性障害患者とその親族から直接もたらされる。マニーのあとにうつ状態を体験する人が多く、逆は少ない。この点に関する文献は膨大である。たとえば、Jamisonは「心と気分の高いフライトを放棄することは困難でした。それに続いてうつ状態が必然的に起こり、ほぼ生涯にわたり苦しめられるにもかかわらず」と書いている。別の例では、双極性障害を持つ作家が「光り輝くエクスタシーに恋焦がれるのだが、それに続いて大きなうつ状態が続いて来るのを私は知っているので、もう諦めている」と書いている。

5. 躁病先行仮説への考えられる反論

このような概念的なレビューではどのようにしても懐疑論者を完全に説得的できないので私たちは次にいくつかの考えられる反論に対してコメントしてみよう。

表2

躁状態先行仮説への考えられる反論

1. 単極性うつ病妥当性
 2. うつ病—躁病—無症状 (DMI) サイクルパターン
 3. 軽躁病の利点
 4. 抗うつ薬中止で誘発されるマニー
-

5. 1. 単極性うつ病

おそらく、躁状態先行仮説への主な反論は、すべてのマニーの要素を除外することができたとして、単極性うつ病の存在と妥当性である。単極性うつ病は興奮現象がない点で双極性障害のうつ状態とまったく違うと言うこともとりあえずできる。しかしまた、第一に、発揚性気質人の単極性うつ状態(unipolar with hyperthymic temperament : U H-T)またはBP IVの単極性うつ状態が考えられる。この場合には明確にマニーの形をとらない単極性うつ病の形になるが、微細に観察すればマニーの要素がある。第二に、一見したところ単極性うつ病の場合、ストレスフルなライフイベントが先行していることがあり、ストレスフルなライフイベントは、主観的な不快気分と睡眠障害を引き起こし、他の軽躁状態の症状が見られないときにも活動性の上昇を伴っている。明確な程度のマニーではないがかすかにマニーである。こうした時期は、後のうつ状態の原因となるもので、「軽躁等価物」と呼んではどうかと提案したい。感情的な混乱、多動、睡眠の減少などがしばしば伴う。その際に敏感な人々はマニーや軽躁状態と同じような神経の消耗とその後の抑うつを経験する。第三に、多くのうつエピソードは、大きな不安やパニック、すなわち、神経の覚醒に伴う現象の後に起こる。このタイプのうつ状態は不安関連神経興奮と関係していて、「不安関連うつ状態」と名付けることができる。したがって、マニー様の症状を広く定義すれば、単極性うつ病の概念は、ストレス状況とも「軽躁等価物」とも関係なく発揚性基質とも関係なく起こり、不安とも関連していないものになるはずで、現在の拡大混乱したDSM IVの定義よりもずっと狭く限定されたものになる。CassanoとそのグループはDSM IVで現在反復性単極性うつ病と診断される人が人生を通じてみるとマニーまたは軽躁状態を経験していることが非常に多いことを見だしている。反復性単極性うつ病もBP Iもマニーと軽躁状態の症状の数はうつ状態の症状の数に関係していて、マニーと軽躁状態の症状の数が多いと経過が良くない。マニー様の症状を広く考えることは、反復性単極性うつ病へのリチウムの顕著な予防効果によって支持されている。リチウムは単極性うつ病の気分エピソード再発抑制に有効であり、自殺を予防する。リチウムがこのように効果的である理由を考えると、単極性うつ病と考えられているものの中にマニー要素が混入しているからだと理解できる。診断を精密にして、神経の興奮要素を微細に把握すれば、リチウムが効果的である症例がわかる。単極性うつ病について、広い定義がいいか狭い定義がいいかはマニーの定義を広くするか狭くするかという問題でもあり、クレペリンはマニーを広く取ったし、私たちもそうしようと主張している。一方、マニーの定義を狭く考えるのはカールレオンハルトやDSM - IIIである。

5. 2. うつ病—躁病—無症状 (DMI) サイクル

双極性障害を持つ人の約25%に、うつ病のあとに、軽躁病またはマニーが起こっているという、躁状態先行仮説と矛盾するように思われる観察がある。躁状態—うつ状態(MDI)の順であれば躁状態先行仮説の通りである。しかしながらDMIタイプの患者の約80%がBP IIで、半分は興奮しや

すく不安定な気質の持ち主である。さらに、双極性障害で初回エピソードがうつ病の人は初回エピソードが躁病の人の1.5倍いる。しかしそれは本人の回顧に基づいており、軽躁状態では特に否認や忘却が多く見られる。あるいはうつ病の人は否定的に自分の過去を思い出し、うつ病ではなかった時期をもうつ状態であったと悪く評価してしまう。子どもたちに関しての前向き研究によれば、DSMで定義されたうつ状態のあとでマニーが起こっている。しかし不安やイライラがしばしば顕著であり、私たちがマニーの広い定義に含めているような種類の興奮性行動が見られている。そのような患者ではうつ状態は双極性サイクルの本当の始まりではなく、ブルーな気分から出るものでもなく、うつ病エピソードはしばしば気分不安定な時期のあとに起こっている。あるいは、ライフイベントに関係しての感情興奮ストレスのあとに起こっている。それはポジティブなことも、ネガティブなこともある。あるいはカフェインのような刺激剤を使ったあとに起こっている。不規則な睡眠パターンのあとでも起こる。このようなうつ状態のあとに続く軽躁状態／マニーでは、抗うつ剤と関係している場合も多い。

5.3. 軽躁病のメリット

考えられる反論として次のようなものがあるだろう。多くの患者は単に高揚気質であって、反復するうつエピソードを呈さないタイプではないか。反復しているとDMIのパターンになることもある。反復しないなら、MDIのパターンになるはずである。また、たとえうつ状態が躁状態に続くとしても、軽躁状態は現実に有利な点もあり生産的でもある。患者はこうした豊かな時期を愉しめばいいだろう。軽躁病で有害と有益の境界ははっきりしていない。アキスカルならダークな軽躁と晴れの軽躁と言うところだろう。しかし軽躁の有利さはふつう一時的なもので、うつ状態のリスクは往々にして慢性的である。

5.4. 抗うつ薬の中止

抗うつ薬誘発性躁病は躁状態先行仮説とよく一致するが、抗うつ薬の中止に引き続くマニーは、躁状態先行仮説に一致しない。前者はより一般的に見られるもので、薬剤によっては50パーセントという報告もある。後者が起こるのは5-10%と報告されている。抗コリン性リバウンドなどのような、その他のメカニズムが、抗うつ薬中止関連マニーと関係があるらしいが、発生頻度は低い。

5.5. 躁状態先行仮説の実証試験

躁状態先行仮説は、完全無欠ではないし、人によってはこの理論は科学的ではないと主張する。科学理論は検証可能な予測をすべきだと思うので、躁状態先行仮説は次のような検証をした後に採用されたり棄却されたりすべきものと思う。次の仮説はどれも将来RCTで検証出来るだろう。

1. 躁病エピソードの終わりとのうつ病エピソードの始まりとの間の間隔は、うつ病エピソードの終わりとの躁病エピソードの始まりとの間の間隔よりも短いはずである。

2. リチウムまたはラモトリジンのような気分安定剤の予防効果研究は、これらの薬剤が治療の急性期ではなくて、正常気分の時に始められた場合により有効である。

3. 気分安定剤は、純粋な大うつ病エピソードの治療でプラセボに比較して有意な効果がない。その際の純粋なうつ状態とは、不安あるいは躁症状がない、そして発揚性気質を持つ人を除くものである。逆に、抗うつ薬は純粋な大うつ病のときに有効となる。

4. 抗うつ薬は混合状態のうつ病、または発揚気質に見られるうつ病、または軽躁等価物に関するうつ病の人に効果がない。逆に気分安定剤や抗躁薬はそれらの場合に効果的である。

5. 気分安定剤は、双極性うつ病と同様に単極性うつ病の予防に、抗うつ薬よりも効果的である。

6. 臨床的意義

躁病がうつ病に先行しているとする考えは、現在の疾病分類学で言えば座りが悪い。純粋に実用的な観点から、うつ病はマニーに比較してより数多く、慢性であり、治療が困難であるが、気分障害の主要な臨床上的の問題であることは確かである。しかしもしマニーを、神経の興奮を原型として考えるように、より広い定義でとらえるなら、軽躁状態、混合状態、発揚気質、循環気質、いろいろ気質などもまた全く普通に見られるものになる。もしこうした状態がうつ状態を引き起こすなら、うつ病の治療に当たっては、こうしたマニー様の症状にもっと注意を払う必要がある。

うつ病の治療における薬剤選択は拡大し続けているものの、NIMHのSTAR-Dのような、最近の最良の研究でも、寛解率はあまり良くないし、オープンラベルの急性期治療で著明に良くなるのは三分の一に過ぎない。長期治療の場合は、効果が不十分な場合には次にどの薬という具合に順番が決まっているのだが、1年の経過で見て、スタンダードな抗うつ薬を用いて単極性うつ病が寛解に至るのは40%に過ぎない。RTCに比較して現実の治癒率はもっと悪いのだから真剣に対応を考える必要がある。

STAR-Dの結果はまた、完全に安心はできない観察と疫学的調査結果を提供します。例えば、抗うつ薬が自殺の原因となるのか、自殺を防止するかどうかについての文献は様々である。一方、リチウムには自殺の予防効果があることは論文でも一貫して示されている。また、生態学的データは抗うつ薬使用の増加と相関して自殺率が低下していることを示している。ここに因果関係があると見る人もいるし、そのことを疑問視する研究もある。

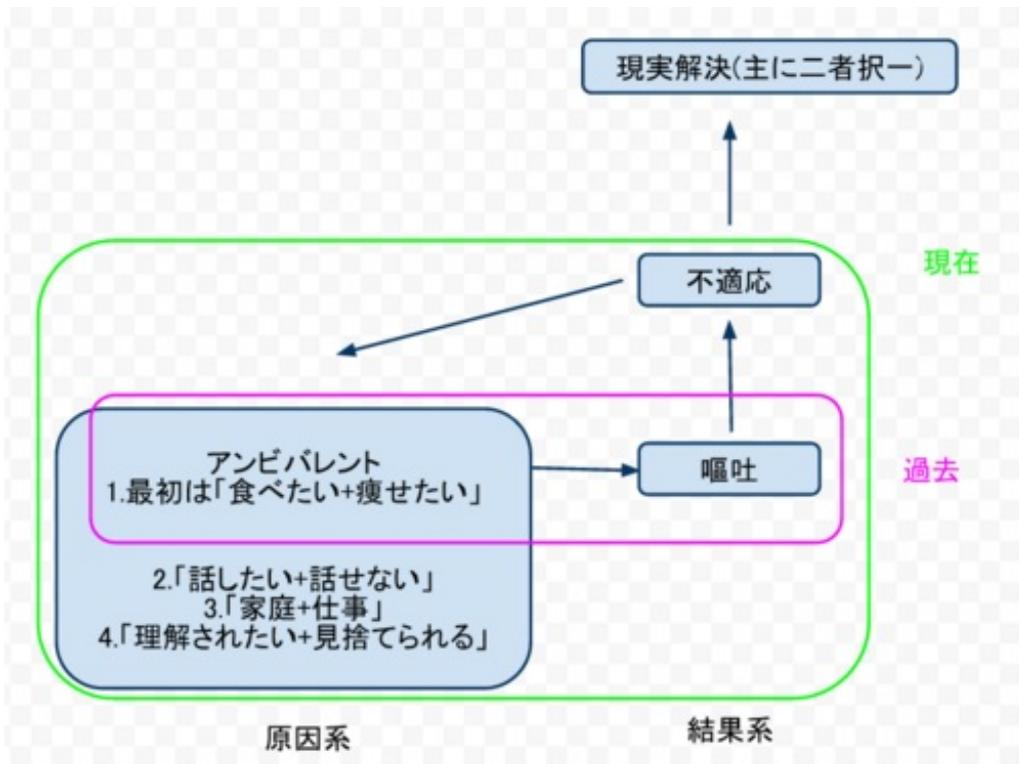
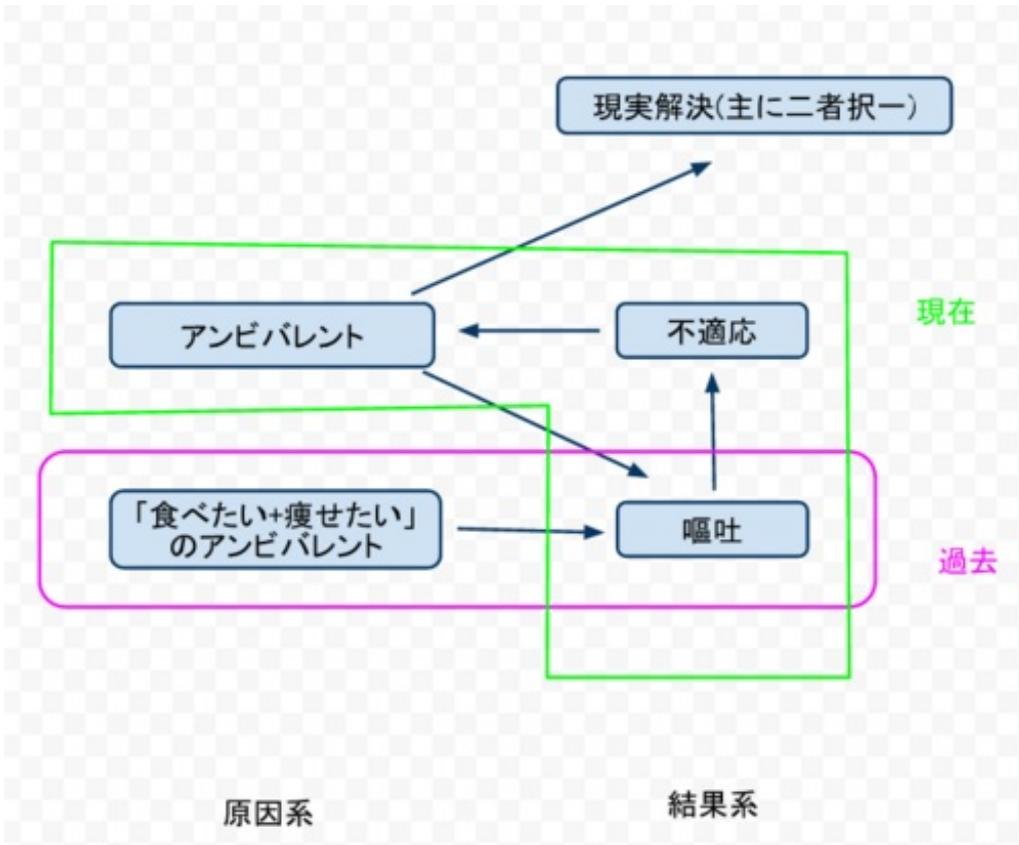
イライラするうつ病を混合状態として診断し適切に治療することがないので、自殺は試みられ実行されてしまう。抗うつ剤はそうした混合状態を引き起こすことがある。特に双極性障害なのに単極性障害と誤診された場合にそうなる。この事実そのものが、小児思春期の抗うつ剤による自殺の危険を説明する。

さらに、臨床において、気分障害が実際に増加しているのかどうかよく分からない。抗うつ薬や製薬会社が元凶だと言うのは容易だが、しかし、問題は私たち臨床家の薬の使い方にもある。精神薬理学の偉大な創設者Frank Aydは賢明にもアドバイスしている。精神薬理学と神経科学における私たちの進歩は我々に偉大な道具を与えた。臨床家はまだその使い方を知らず、強力な自動車と免許を与えられたが、運転のしかたについての十分な経験がない。もし躁状態先行仮説が正しければ、興奮を予防しないから、結果が悪いのである。

8. まとめ

私たちの躁状態先行仮説によれば、うつ病は、躁病、軽躁病、軽躁同等物、および不安のような神経の長期の覚醒状態の結果となる。この仮説では、双極性と単極性うつ病とは本質的に違わないと見る。単極性うつ病の場合には、これまでの診断学的習慣として、軽躁等価物や不安をマニー成分と見ていなかっただけである。それをマニー成分と見れば、単極性うつ病は双極性障害と同じ見方ができる。気分安定剤による継続治療だけでなく、ストレス要因を減らすためにライフスタイルを設計すれば、神経興奮を減衰させ、将来のうつ病の発生を防ぐことができる。

アンビバレントの汎化



性格の話

ユングのタイプ論ですが、眺めていて

思考と感情、直観と感覚のそれぞれの対立関係についてはそのように分ける根拠は何かと言われそうです

まず、生きていて、どこから情報が来るのかです

現実の五感から来るのが感覚で

超越的なものから来るのが直感でしょうね

(超越って何なのか、確認しようがないんですが、キリスト教とかの話)

つぎに、その情報を何によって判断するかです

損得、合法違法などで判断するのが思考です

好き嫌いで判断するのが感情です

つまり

入力系と

処理系の特性です

それならば出力系としてはどうか

と考えると

それが内向・外向でしょう

ポパーの3世界で言うと

知識の世界に書き込む人が内向

隣人を動かす人が外向

脳への入力、処理、出力と区別して考えるのは合理的です

それぞれについて二分すると8通り

これでユングのタイプ論が出来上がる

たとえば、感覚を思考で判断して内的に出力する人、などと類型付けられます

これは科学者に向いています

直感を思考で判断して内的に出力するなら、バチカンの教理学者

直感を思考で判断して外的に出力するなら、街の教会の神父

ただし

現代日本では直感を感覚(五感からの入力)と対比させる習慣はない

また思考と感情はくっきりと分離できるものでもない

内向外向についても

自分が理解すればいいというだけの人もいて

書物に書いて結局人に読まれたいたいという人もいて

直接人を説得して働きかけたいという人もいて
様々なのだろう

二分するというよりは
要素としてあるだろうという程度

直感というのは宗教的啓示だけではなく
なにか言いがたいひらめきはあると思う

さらに眺めてみると
私の分類はユング先生の分類とは
違うことが分かった
訂正して
独自分類とする
SMaPG式性格類型の提唱

分類としては原理的に間違いようがないと思う

こういう場合、たいてい外向型から始まるがどうしてなんだろう。いやなので内向型から始める。

【内向性】

【心】 ユングによる性格タイプの一。内気・控えめで思慮深い、実行力に乏しく、周囲の社会的なものへの興味をもたず、自己の内面に関心をもつ性格。

【外向性】

ユングによる性格タイプの一。活動的で、感情をよく表にあらわし、社交的で周囲に同化しやすくいつも外のものに関心を示すような性格。

絵を見た場合

「思考型」・・・この絵は何を意味するのだろうか？ などと考える、判断する。

何派のどういった画か、属性などについて考えを巡らせたりする。

「直観型」・・・まったく別の発想を得る、そこから可能性を得る、受け取る。

この画をヒントに、別の問題の答えを導き出したりする。

「感覚型」・・・色や形を的確に把握する、そのまま詳細に受け取る。

「感情型」・・・好きか嫌いか、感じがいいとか悪いとかを決める、判断する。

美味しい食べ物に出会った時

「思考型」・・・何でこんなに美味しいんだろう？（理由を考えたり）

「直観型」・・・この味は〇〇に使えるぞ！（使い道を考えたり）

「感覚型」・・・△△の風味や□□の味がする。（味そのものを細かく受け取ったり）

「感情型」・・・すごく美味しい！（好き嫌いの感情が前に出たり）

「内向」「外向」の態度と組み合わせて、内向的思考型とか、外向的感情型という風に、
八つのタイプが規定できます。

それぞれに補助機能を付加して表現すると以下ようになります。

外向的思考+補助機能としての感覚。
外向的思考+補助機能としての直観。

内向的思考+補助機能としての感覚。
内向的思考+補助機能としての直観。

外向的感情+補助機能としての感覚。
外向的感情+補助機能としての直観。

内向的感情+補助機能としての感覚。
内向的感情+補助機能としての直観。

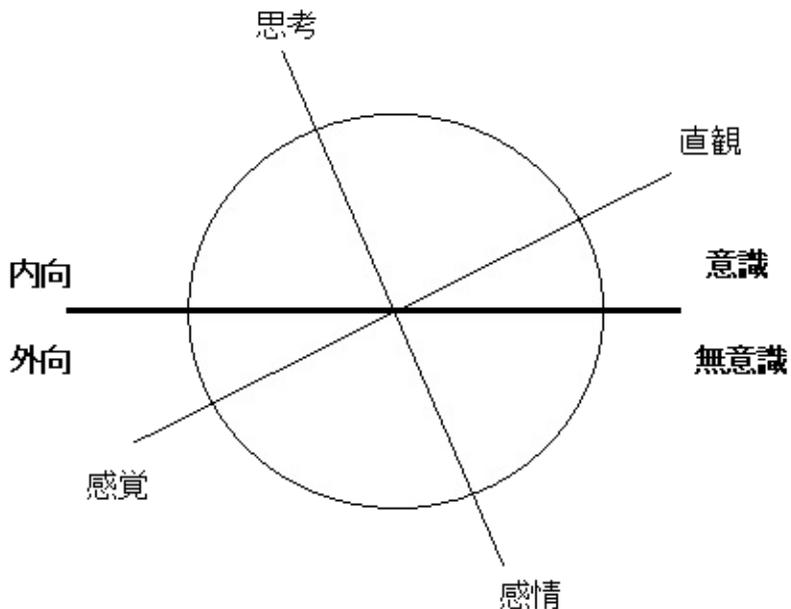
外向的感覚+補助機能としての思考。
外向的感覚+補助機能としての感情。

内向的感覚+補助機能としての思考。
内向的感覚+補助機能としての感情。

外向的直観+補助機能としての思考。
外向的直観+補助機能としての感情。

内向的直観+補助機能としての思考。
内向的直観+補助機能としての感情。

内向的思考+補助機能としての直観 を図にすると



ユング先生のこういう話はいろいろな背景があって出てきているので
現代の若い人が聞いてすぐに直感的に納得出来るものではないと思う

優位に立っているほう、いつも使われる機能を、「主機能」(main function)、
普段あまり使われることのない機能を、「劣等機能」(inferior function)と呼びます。

四つの機能の内、思考と感情、直観と感覚は、対立関係にあります。

つまり、思考が優位に立っている人は感情が未分化であり、感情が優位に立っている人は思考が未分化です。

この関係は直観と感覚にもいえ、直観が勝っている人は感覚はあまり働かず、感覚が勝っている人は直観はあまり働きません。

普段、意識が一方に使われるとき、もう一方は意識されず、あまり使われないことになります。

私個人としてはユング先生の残した理屈とか言葉にはあまり興味がなくてユング先生の人間自体に無限に興味がある

こうした分類を眺めてみて可能な態度の分類項目として参考にすれば良いと思う

行き詰まったときに別の考えができないか考えてみようという認知療法は言っている

別の考えを考えるとときもガイドがあったほうがいい

そんな別の考えの試みのガイドに使えると思う

タイプ論というと大体が他人の比較で論じてしまうわけでそうなる間違いやすい

たとえば三島由紀夫とかそんな人で言うと常人よりは思考感情直感感覚ともに全面的に優れているわけで比較にならない

しかし、その人の内部で言うとどんな心理の構図になっているかということについてはなにか言えるかもしれない

あの人は医学部で、この人は文学部だから、国語は文学部の人のほうができるかといえばそんなことはない数学は医学部ができるかといえばそうでもない

あの人は男性で、この人は女性だから、地図が読めるのはどちらかと決まったものではない車の運転をするのがどちらかも決まったものではない

あくまでその人の内部での話

また時期によってもずいぶん違う

躁鬱気質の人は明らかにそうだし

そうでなくても一年一定ということもない

まず芸能関係から引用

矢田亜希子が赤ちゃんを産んだっていうニュースが報じられたけど、そのほとんどが、ダンナの押尾学が、自分たちのことを「美男美女の夫婦」って言ってのけたって部分をピックアップして伝えてた。たとえば、「日刊スポーツ」には、こんなふうに書いてあった。

（前略）押尾は「男でも女でもどっちでもいい。健康であればね。でもさ、美男美女の夫婦の子供で、かわいい子が生まれたの見たことがない」と、語っていた。（後略）

それで、スポーツ紙の記事を見ながら放送してたワイドショーでも、この部分を取り上げて、「自分で自分たちのことを美男美女だなんて、押尾さんらしいですね」ってコメントして、笑いのネタにしてた。だから、きっと、スポーツ紙を読んだ人たちも、ワイドショーを見た人たちも、みんな、おんなじように思っただろう。なんせ、押尾学は、「押尾語録」ってのが作られてるほど、自画自賛の嵐の天然男だから、こうした記事を読めば、誰もが「いかにも押尾学が言いそうなセリフだ」って思うからだ。

この流れを知れば、押尾学がお得意の自画自賛を炸裂させたんじゃないじゃなくて、何でもない普通のやり取りだったってことが分かったと思う。そして、このセリフは、「またまた押尾学が自画自賛のアホ発言をした」って思わせるために、悪意を持って編集されたものだってことも分かったと思う。

押尾学は、「赤ちゃんが男の子だった」ってことに対して、「男でも女でもどっちでもいい。健康であればね」って答えたワケで、そのあとの「美男美女のカップルですから、きっとかわいいお子さんなんでしょうね？」って質問に対して、「でもさ、美男美女の夫婦の子供で、かわいい子が生まれたの見たことがない」って答えたワケだ。だから、このやり取りには、どこにも、押尾チックな部分、テングになってる部分はない。それなのに、この2つのセリフを1つのカギカッコでくくって、いかにも続けてしゃべったように編集されたことによって、ミゴトなまでの押尾ワールドが全開になったってワケだ。

というわけで、押尾学という人は、銀色夏生だと「ナルシス・ナル君」で、ある先生の好きな言い方だと「ナルちゃん」で、正式の言い方では、ナルシスティック・パーソナリティである、ということらしい。

これが病気にまで高まると、Narcissistic Personality Disorder と呼ばれ、発音はナルシスティックであるが、省略して、ナルシスティックでもよいと、小此木先生がおっしゃった。日本語で

、自己愛性人格障害である。ナーシスティック。

上記の中に、自画自賛とかテングとかの言葉が見えている。

「あらゆる星が北極星を中心として動いているように、世界は私を中心として動いている。私は秩序そのものであり、法律そのものである」

シェークスピア「ジュリアス・シーザー」

シーザーだから、これでいい。ただの人がこんな風に思っているとして、ひそかに思って、日記に綴っているだけなら、害はない。他人の前で露出してしまうから、問題で、嫌われる。しかし、きれいな人は離れてゆくだけで、おおむねは問題ないのだが、上司と部下だったり、会社の同僚だったりすると、苦手な人だから離れているというわけにもいかない。上司がシーザーだったら、どうします？

ひょっとして、「そんな人こそ私にふさわしい、喜んでついていく」という人もいるだろうが、あなたもちょっとナルちゃんだ。

「こんなあさましい身と成り果てた今でも、己は、己の詩集が長安風流人士の机の上に置かれている様を、夢に見ることがあるのだ。岩窟の中に横たわって見る夢にだよ。嗤ってくれ。詩人になりそくなって虎になった哀れな男を」
—— 中島敦 「山月記」より

これもまあ、妻子には迷惑をかけたが、こんな人もいなければ、世の中は進歩しないので、これでいい。わたしはこの人をナルシスティックとはあまり思わないけれど。

自己愛性人格障害は、もっと平凡な人生を歩いていて、平凡な人間なのに、なぜか自分だけ特別だと思っているのである。理由がないのに。

自己愛性人格障害（Narcissistic Personality Disorder）とは、ありのままの自分を愛せず、自分は優越的で素晴らしく特別で偉大な存在でなければならないと思込む人格障害である。

押尾学と矢田亜希子ならば、かなり特別なのであって、ナルちゃんとは私は思わない。

問題なのは、たとえば、こんな人たち。

御都合主義的な白昼夢に耽る。

自分のことにしか関心がない。

高慢で横柄な態度。

特別な人間であると思っている。

自分は特別な人間にしか理解されないと考えている。

冷淡で、他人を利用しようとする。

批判に対して過剰に反応する。

虚栄心から、嘘をつきやすい。

有名人の追っかけ。

宗教の熱烈な信者。

こんな感じのことを文章で描写すると、次のようになる。

なんでも自分の思い通りになるという空想に耽る。万能感の空想。すべて自分にとって都合のいいように事が運んで、最後には自分が絶大な称賛を浴びるという空想。自分だけが特別に評価されて大抜擢され、とんとん拍子に出世するという空想。

聞かれもしないのに、やたらと自分のことをしゃべりたがる人。話が他へ移ろうとすると、強引に自分の話に戻そうとする。話の内容は自慢話ばかりで、聞いている方はうんざりする。他人にはあまり関心がないので、相手がうんざりしていようとお構いなし。

自分は特別な人間だと確信している。小市民的な生き方を軽蔑し、そういう人達と一緒にされることを嫌う。裏付けとなるものがなにもないのに、一目置かれる存在であることに非常にこだわる。

あるいは、自分という人間は特別な人しか理解することができないのだと思ったりする。たとえば、以前マスターソンがラジオで自己愛人格障害の話をしたところ、自分は自己愛人格障害なのでぜひ治療してもらいたいという人が何人も電話してきた。そこでそのうちの十人を治療することになったが、実際に治療するのは高名なマスターソン本人ではないと知ったとき、十人が十人とも治療を断った。無名の医師ではダメ。

他人に対する共感に乏しく、他人を自分のために利用する。他人の業績を横取りして自分のものにする。優越感に浸るために他人を利用する。

もともと、裏付けのない優越感だから、話のつじつまを合わせるために嘘をつくこともある。本人には嘘をついているという意識はあまりない。ときにはホラ話のように、話がどんどん大きくなって行って、どこまで本当なのか分からなくなる。

有名人に近づくことで自分を特別な存在だと思い込んだりする。政治的な大物に近付いて自分の誇大感を膨らませることもある。自分も同じ世界の人間になったように錯覚して、裏付けのない空想的な野心にのめり込んだりすることもある。

誇大感を持つ人には二つのタイプがある。自分は素晴らしいと言うタイプと、あなたは素晴らしいというタイプである。あなたは素晴らしいというタイプの人は、その素晴らしい人に奉仕している私も素晴らしい特別な存在だと信じる。偉大な独裁者を崇拜する献身的な国民、偉大な神に身を捧げる熱狂的な信者、ワンマン経営者に心酔して滅私奉公する素晴らしい幹部社員、有名な歌手の応援をする熱狂的なファンなど。

すべてに言えることは、ありのままの自分が愛せないこと。自分は優越的な存在でなければならない。素晴らしい特別な存在であり、偉大な輝きに満ちた存在でなければならない。愛すべき自分は、とにかく輝いていなければならない。

しかし、これはありのままの自分ではないので、現実的な裏付けを欠くことになる。無理を通すので、時々、現実にそぐわないことになる。

しかし、本人にしてみれば、高慢だと言われてもぴんと来ない。それよりは、その人に対して、「あなたは、他人や周囲の出来事を過小評価している」と言った方が理解されやすいかもしれない。自分より優れたものを認めながら馬鹿にしているので、他人の能力や才能が見えず、他人の優秀さを無視する。そして、他人を見下したり軽蔑したりすることに快感を覚える。

こんなタイプが上司だったら、どうします？

ナルシズムに特徴的な信念体系と性格行動パターンを抽出してみる。通していえることは、「自分は特別だ」という信念を抱き続けるために、無理をする、現実を無視するということだ。

1.私は、普通の大衆とは異なる特別に非凡で優れた人間である。.....おおむね、一般大衆が気に入らない。自分は特別なものだから、一般大衆は、愚かでなければならない。

2.私は、目立ちたがり屋でいつも皆に注目されたい。.....自分より目立つ人がいてはならない。

3.私は、自分の容姿や知性、能力、所作、実績に自信を持っている。.....自分は特別なものだから自信を持たなければならない。

4.私は、他人の意見に押し流されないだけの強い自分の意見を持ち、それを理路整然と主張することができる。.....自分は特別なものだから、意見も主張も、特別な価値がなければならない。

5.私は、今以上の尊敬や賞賛、崇拝を受けて当然の存在である。.....自分は特別なものだから、現在は不遇でも、将来、賞賛を集めなければならない。

6.私は、同一人物に対する評価が極端に変化して気分の波が激しい。（自分を低く評価したり、自分の意見に反対する相手を、公正に評価することはできないし許すことができない）.....自分は特別なものだから、そのことを認めない他人に対しては、攻撃しなければならない。逆に、自分を賞讃するなら、その人も特別な人間に属する。

7.私は、鏡に向かって自分の姿を眺めるのが好きで落ち着く。.....自分は特別なものだから、まず自分が、自分のすばらしさを確認しなければならない。

8.私の周りには、私を慕って尊敬する多くの人間（取り巻き）がいるべきだと思う。.....自分は特別なものだから、周囲の人間は自分を尊敬しなければならない。

以上のように、おおむね、「自分は特別である」という信念を保持し強化するための行動であると解釈できる。

いつも出てくる、DSM-IVをみると、こんな風。

自己愛性人格障害

誇大性（空想または行動における）、賞賛されたいという欲求、共感の欠如の広範な様式で、成人期早期に始まり、種々の状況で明らかになる。

以下のうち5つ（またはそれ以上）で示される。

自己の重要性に関する誇大な感覚（例：業績や才能を誇張する、十分な業績がないにもかかわらず優れていると認められることを期待する）。

限りない成功、権力、才気、美しき、あるいは理想的な愛の空想にとらわれている。

自分が特別であり、独特であり、他の特別なまたは地位の高い人達に（または施設で）しか理解されない、または関係があるべきだ、と信じている。

過剰な賞賛を求める。

特権意識つまり、特別有利な取り計らい、または自分の期待に自動的に従うことを理由なく期待する。

対人関係で相手を不当に利用する、つまり、自分自身の目的を達成するために他人を利用する。

共感の欠如：他人の気持ちおよび欲求を認識しようとしなない、またはそれに気づこうとしなない。

しばしば他人に嫉妬する、または他人が自分に嫉妬していると思込む。

尊大で傲慢な行動 または態度。

つねにこんな感じという人も多くはないけれど、一時的に、こんな感じが強くなるといった程度の人なら、少なくない。

程度の問題だし、場面の問題でもある。ナル君になっていい場面でも、あくまでも謙虚と言うのも、困りものだ。時と場合に応じて、適応的な行動が取れるのが大人である。たとえば、恋愛

の一場面では、ナル君になってくれないと、話が續かない。

「自分は特別である」という確信は、残念ながら、現実と反する確信なので、(つまり、妄想的なので)、現実と矛盾し、折り合いがつかず、他人を困惑させ、不愉快にさせてしまう場面も出てくる。

普通は、そのような場面での気まずさから、これではいけないと気づき、現実的な路線をとるものだ。

しかしナルシス・ナル君たちは、あくまで、「自分は特別だ」と信じ続けたいのだ。そのことが現実的な利益をもたらすわけではないし、友人もいなくなり、自分は抑うつ的になり、いいことばかりではないのだが、それでも、「自分は特別だ」と信じたいのだ。

自己愛性人格障害（ナルシスト）とは、「自分自身を愛する」という行為が病的なほど大きくなり、「自分は重要な人間だ」「周りには自分を理解できない」といった誇大感を持つようになり、ありのままの自分を愛することができず、空想的誇大的自己を保持するために不自然な事態となっている人である。

自分を愛するという行為は、健全な心の発達のためには必要なものであるが、程度がすぎると問題である。

ありのままの自分を愛することができるなら、健全な人である。

しかし、ありのままの自分に満足できないというのも、向上心と考えれば、一面では、悪くない面がある。一時的で限定的なら、いいことなのである。

惨めな現実を受け入れられず、空想的な誇大的な自己を作り出している。これも、自分を守るための、一時的なことならば、いいことでもある。

惨めな自分をすっきりと受け入れて、気持ちも惨めにならないということは難しい。適当なところで、多少の脚色をしながら、自分を慰めながら、だんだんと現実の惨めさを受け入れてゆくものだ。ナル君たちは、その、脚色から、いつまでたっても、抜けられない人と言ってもいいだろう。

でも、そういう人たちには、一種特別なエネルギーがあることがある。「自分は特別」なのだから、人一倍努力する部分があったり、リスクを恐れずゲームに参加したり、そんな面もある。そして、成功してしまえば、その人は一気に、現実、賞賛にふさわしい人になる。だから、若いうちの自己愛性傾向は、悪いことでもない。いつまでもそのままというのは人生を難しくしてしまうけれど。

「俺は特別だ、甲子園に行くぞ。親父はそのために金を稼いでくれ。お袋は栄養管理をしてくれ。」というくらいでないと、なかなか甲子園にはいけない。「わたしは特別だ、もったきれいになって、せりふも覚えて、デビューするぞ」というくらいでないと、芸能界デビューも難しい。

自分の息子をプロ野球選手にしようとして特別に育てたという人の一部には、ナル君が混じっているのかもしれない。誰でも、自分の子供の将来については、過大な期待を抱き、夢を見る。それは社会的に容認された、ひそかなナルシスティック傾向なのかもしれない。

誇大感に満ちた空想は現実感を奪う。たとえば、本当は自分が他人に嫉妬しているのに、他人が自分に嫉妬していると思ったりする。他人から批判されると、あれは私に嫉妬しているからだ と解釈する。こういう防衛機制によって現実を再解釈して、納得しようとする。

ナルシス・ナル君はなにがなんでも自分が優位に立つ必要がある。どんな卑怯な手段を使っても、どんなにつじつまの合わない妄想であろうと、自分を守るためにしがみつかざるを得ない。嘘をついたり、他人を利用したりすることも、「自分は特別だ」という信念を補強するためと考えれば、合目的的なのである。

他人から侮辱されたと思ひ込んだりした場合、自分を守るために、非常に激しく怒ったりする。あまりにも自己中心的な怒り方であり、周囲の反感を買うが、本人は必死である。自己愛的憤怒と呼んでいる。

妄想の種になるようなものがないときは、他人の欠点を捜し出して見下したりする。ありとあらゆる理由をつけて他人を見下す。貧乏人の癖に、不細工な顔をしているくせに、頭が悪いくせに。実際にどうであるかということよりも、とにかく見下すことができればそれでいい。それは、ただ、「自分は特別だ」という信念を補強したいからだ。

他人を見下すということは、ときには他人からの報復攻撃として、自分が陥れられるかもしれないという疑いを生み、非常に疑い深くなったりする。他人に心を開くことなく、自分の妄想の殻の中に閉じこもる。これは二次的な必然である。大抵は、こんなことになったらつらいので、「自分は特別だ」信念を捨てるのだが、この人たちは、捨てない。

こういったことは様々な不都合を生む。しかし自我の崩壊を防ぐことができる。もし、妄想が崩れたら一気にうつ状態になったり、あるいはパニックになったりする。少なくとも妄想にしがみついている間はこのような悲惨な状態にはならない。

WHOのICD-10では正式な精神障害としては採用されていない。

境界性人格障害でも原因として日本では過保護、アメリカでは虐待が多いという指摘があるが、自己愛性人格障害に関しても似たような言説がある。私としては、そのまま信じることはできない。

まずフロイト、マスターソン、コフトを勉強する。日本語なら、小此木またはその一派の文献が基本。

自己愛(narcissism, self-love)ヘイベロック・エリス(Havelock Ellis)

フロイト(S.Freud, 1856-1939)性的精神発達理論（リビドー発達論）『乳幼児期の正常な自己愛』と『思春期以降の異常な自己愛』

S.フロイトの一次性ナルシズムと二次性ナルシズム

一次性ナルシズムは、『母子分離不安』を弱めようとする防衛機制

マーガレット・S・マーラー(1897-1985)『分離・個体化期(separation-individuation)』

S.フロイトは、正常なリビドー（性的欲動）の充足対象の変遷として『自体愛→自己愛→対象愛の発達ライン』を考えていたので、異性に性的な関心が芽生えてくる思春期以降の二次性ナルシズムは『病的な性倒錯』であると主張した。思春期や成人期にある男女が、自分の持つ魅力（属性）に自己愛的に陶醉したり、自己の性的身体を自体愛的に欲望するのは、リビドー発達が障害された結果としての性倒錯であり、成人の持つべき生殖能力を失わせる『幼児的な部分性欲への退行』であると言う。

フロイト『自己愛から対象愛への移行』『本能変遷』

二次性ナルシズム.....退行(regression)と固着(fixation)

コフトの自己心理学と自己愛理論。

フロイトは、自己愛（ナルシズム）を病理的な性倒錯の一種であると考えた。

しかし、自己心理学のハインツ・コフト(Heinz Kohut, 1913)は、自己肯定的な自尊心と活動性の原動力となる『自己愛の発達』を正常な精神発達ラインの一つとした。

『健全な自己愛(self-love)』の成長を促進することで、他者を共感的に思いやる対象愛(object love)も発達し、社会活動に積極的に参加しようとする適応性も高まる。

コフトの自己愛とは、『自己存在の積極的な肯定』であり『理想化と関係する自尊心（自信）の基盤』である。

コフートの自己心理学には『自己愛と対象愛は表裏一体である（自己愛がなければ他者を愛せない）』という信念がある。フロイトにとって、自己愛は『自己愛から対象愛への正常な移行（本能変遷）』を成し遂げられなかった病理的状态であるが、コフートにとっての自己愛は『誰もが持つべき自己肯定感（自尊心）の基盤』であり、苛酷な人生を乗り切る為に必要な“生のエネルギー”の源泉である。

コフートは自己愛の定義として、『自分自身を愛する自己愛』と『自己対象を愛する自己愛』を挙げている。つまり、コフートの言う自己愛とは、自分にとって大切な他者である“自己対象(self-object)”を含むものであり、単純に、内向的かつ排他的な自己愛ではない。（自己心理学では、対象 object という言葉は独自の意味を持っている。）

意欲的な創造性や適度な自尊心を生み出す『健全な自己愛』に対して、自己愛性人格障害の原因となる『病的な自己愛』というのは、自分自身の権力や幸福、名声、成功のみに固執し、自己顕示欲求と誇大妄想的な自己陶醉を満たす為に、他人を不当に攻撃したり身勝手に利用したりする“過剰な自己愛”である。過剰な自己愛は、『尊大さ・傲慢さ・横柄さ』といった言葉で表現される、他者を侮蔑して否定する行動（発言・態度）となって現れる。

実際の自分以上に自分に価値があると妄想的に思い込み、『自分は凡人とは違う特別な人間だから、もっと丁重に敬意を持って扱われるべきだ』といった要求を明示的・暗示的に主張し、『私の実力や魅力、価値を評価できない人間は、物事の価値が分からない無能な人間であり付き合い価値がない（私の実力を高く評価できる人間は、私には及ばないもののなかなか優秀な人間である）』といった排他的かつ独善的な態度を示すこともある。他者に自分への賞賛と従属、関心を強制して、自分の力を認めない人や自分に従わない人たちを遠ざけることで（お世辞やご追従を言うご機嫌取りを周囲に集めることで）、外部の現実原則から自分を守ろうとする。

こんな人がいてもかまわないけれど、そして、その人がそれで得をすると思わないけれど、そんな人と否応なく付き合い合わなければならない人は大変だ。やっと異動になって自分は逃れられたと思ったら、友人が今度はその人の部下になってしまい、慰め役になってあげたり。

自己愛が過剰に強くなることで、自己愛性人格障害や演技性人格障害といった病的な人格構造が形成されてくると、現実的な自己評価を逸脱する誇大自己の拡大が起こり、その結果として特異的な行動パターンを示す。即ち、尊大（横柄）な態度や傲慢な発言が多くなり、自己顕示欲（エゴイズム）を満たす為に他人を利用しようとする。本人は『自分には他人を利用して満足を得る当然の権利と能力がある』と思い込んでいるので反省しない。自分を批判する者や自分の価値を引き下げる対応をする者は許すことが出来ないので、衝動的に激しく攻撃したり(自己愛性憤怒)、防衛的に無視して距離を取ろうとする。病的な自己愛の持ち主と一緒に居る相手は、独特な不快感や違和感を味わわれることになり、自己愛性人格障害の人は、一般的にわがままで自己顕

示欲が強い人、傲慢不遜で非常識な性格の持ち主といった形で認知される。

『病的な自己愛＝自己愛性人格障害の原因となる自己愛』もあるものの、自己心理学の自己愛理論では、適切に自己愛の強度と内容を調整できるのであれば、自己愛性人格障害のような人格構造の歪曲の問題は起きないと考える。

『良い自己評価を伴う正常な心理構造』の一部である自己愛や承認欲求（社会的欲求）は誰もが持っているものであり、自己愛そのものが病理的な悪影響をもたらすのではなく、自己愛のバランスの崩れや調節障害が自己愛性人格障害の苦悩や被害を生み出す。このあたりの論述がフロイトとの相違点である。

コフートは、人間は誰もが発達早期に受けた心理的な傷つき（欲求充足の欠如）を抱えているという『欠損モデル』を前提にしている。

生まれて間もない自他未分離の状態にある乳幼児は、母親・父親からの保護と世話を必要としており、その生存を全面的に養育者に依拠している。発達早期（0～2歳くらい）の乳幼児と母親は、二人の間にある境界線を意識しておらず、『幻想的な母子一体感』に浸った状態にある。

マラー、ウィニコット、ボールビーなど。母子関係を扱ったりしているものは、なかなか難解。

しかし、実際には母親も不完全な人間で、子どもにミルクを与える時間が遅れたり、離れた場所において子どもの泣き声が聴こえなかったり、子どもが我がままを言って母親が怒ったりすることがある。そういった瞬間に幻想的な母子一体感が破られて、乳児は『幼児的な全能感』が通用しない欲求不満を感じ、『欠損モデル(defect model)』でいう心（自己愛）の傷つきや欠損を体験する。こういった欠損の存在は全ての人間にあるものであり、発達早期に欠損を感じた経験が自己の不完全さや欲求不満につながり、理想化や誇大性を求める『自己愛の起源』になる。

H.コフートは、自己愛の発達を対象愛の発達と同様に『正常な精神発達過程の一つ』と考えた。中核自己(nuclear self, 私が私であるという自意識)の自己愛の発達過程には、『誇大自己(grandiose self)』と『理想化された親イマーゴ(idealized parent imago)』という二つのラインがある。欠損モデルに基づく中核自己（自我意識）は、向上心と理想という二つの極（方向性）を持つので双極自己(bipolar self)とも呼ばれる。

誇大自己(grandiose self)は「向上心」の極で発達していき、理想化された親イマーゴ(idealized parent imago)は「理想」の極で発達していく。

共感的な親（反応性の良い温かい母親）の元で、「誇大自己(grandiose self)」の自己愛の発達に成功すると、現実原則に適応できる成熟した誇大自己（自尊心や向上心の基盤）が成長し、非共感的な親（反応性の乏しい冷たい母親）の元で誇大自己ラインの自己愛の発達に失敗すると、幼稚

な快楽原則に支配された未成熟な誇大自己（自己顕示欲の強い傲慢さや横柄さ）が強くなる。発達早期の母子関係を重視したコフトは、非共感的な親が乳児の心的構造の欠損（心的な外傷）を大きくして、乳児の精神内界に自己表象の「断片化(fragmentation)」を引き起こし、自己愛の病理の発症リスクを高めると考えた。

自己表象の「断片化(fragmentation)」なんていうことが乳児の精神内界で起こるのかな。でもまあ、このあたり、コーハットの kohut をコフトとは発音しないだろうな。

「理想化された親イマーゴ(idealized parent imago)」では、親という表象（イマーゴ）や自己対象を理想化して同一化しようとする。その為、発達早期の親が非共感的な反応を示して乳児を無視したり拒絶したりすると、乳児は「最適な欲求不満(optimal frustration)」を経験することが出来なくなり、自己対象である親を理想化する契機（チャンス）を失う。「理想化された親イマーゴ」の形成に失敗するということは、心理内面に安定的に存在して自己愛の支えとなる「対象恒常性」の確立に失敗するということと同義であり、外界に対応する為の心理構造が非常に不安定になる。

共感的な親の元で、「理想化された親イマーゴ」の自己愛の発達に成功すると、自己愛性人格障害の原因となる『不適応な誇大自己』の発達を抑制することが出来るが、それは、精神内界に安定した「自己対象の恒常性」が確立することで「過剰防衛を行う誇大な自己」を強調する必要性がなくなるからである。子どもは自分に価値があるという実感や自分が評価されているという満足の原初的体験を親子関係の中でしていくが、そういった共感的な被承認体験が出来ないと、自己愛的な賞賛と評価を必死に求める誇大自己の拡大が見られるようになる。子どもに対して完全に無関心だったり拒絶的だったりする“冷たい母親”の元では、「理想化された親イマーゴ」の形成に必然的に失敗するので、理想化の自己対象を見失って衝動的な行動や抑うつ的な反応が目立ってくることになる。親の子どもに対する徹底的な無視や冷たい対応というのは、精神分析的な心因論では、うつ病や統合失調症、ボーダーライン（境界例）、境界性人格障害、自己愛性人格障害、反社会性人格障害などの原因になると考えられている。実証的な統計学的研究（疫学的研究）のエビデンスが十分に積み重ねられていないので、「愛情不足の親子関係」だけがそれらの精神疾患（人格障害）の危険因子になるわけではない。

少し前までは、発達早期の心的外傷のようなことがよく言われたが、最近は、やや下火であるように思う。

向上心を伴う『誇大自己(grandiose self)』と理想を構築する『理想化された親イマーゴ(idealized parent imago)』が相互作用することで進む心的構造の形成過程を『変容性内在化(transmuting internalization)』という。コフトの自己心理学に基づくと、自己愛性人格障害の人格形成過程とは、変容性内在化(transmuting internalization)の不適切な進行であり、もっと正確に言うならば

、自己成熟へと向かう『誇大自己』と『理想化された親イマージ』のバランスの取れた統合的発展の失敗であると言える。

誇大自己は、自分自身の鏡像を自己対象とする『鏡面化』の発達過程をたどる最も純粋な自己愛のルーツ（起源）であるが、乳幼児は鏡に写った自分の鏡像を見てナルシスティックに自己の強力な力や有能性を確信する。露出的で誇大妄想的な誇大自己が強くなりすぎると、自己顕示や支配的野心の抑制を欠いて自己愛性人格障害の原因となる。理想化された親イマージは、自分の両親（養育者）を自己対象とする『理想化』の発達過程を形成し、発達早期の母子関係に問題があると、「過剰な誇大自己の発達水準」に固着が起こる。「過剰な誇大自己の発達水準」へと防衛的に退行することで、誇大な自己顕示性と利己主義を特徴とする自己愛性人格障害の行動パターンが生まれる。

「鏡」の比喩はいろいろと活躍する。私も大好きな比喩だ。鏡の不思議さと、自己が自己を認知する不思議さは、やはり、重なり合うはずだと思う。

自己愛性人格障害に見られる傲慢不遜な態度や過度の自己顕示欲を精神分析的に分析すると、『正常な自己イメージと対象恒常性』の形成に失敗した子どもが、不適応な誇大自己の発達地点で発達停止を起こしている状態と言える。つまり、傲慢な態度や自信過剰な発言は『危険な世界』や『信頼できない他者』に対する防衛機制（過剰防衛）の現れであり、幼児的な全能感を抑制して現実的な野心（理想）を持たせるためには、統合された自己イメージと安定した心理構造の再構築を行う必要がある。自己愛性人格障害を予防する『自己の健全な発達』を実現する為には、『誇大自己の鏡面的自己対象』のプロセスと『理想化された親イマージの自己対象の理想化』のプロセスが、共感的に相互作用して、『誇大自己の向上心（野心的願望・自尊心）』を現実的なレベルに調整しなければならない。

一応こんな風になるけれど、だからといって、こんな話を信じるわけでもない。空論だとまではいわない。確かに説得力はあるし、背景には、必然性もある。乳幼児の実際の観察を基盤にしつつもある。精神分析が一般に、その説明の背景として、生物学的な理論と結合しつつあるのはとても意味のあることで、それはまさに、初期フロイト的な方向だと思うし、私はその方向が好きだ。

理解不足を棚に上げて、空理空論と言うつもりもない。こんなことを考える人はいるだろう。しかし、それを支持しそれに賛同する人がこんなに多くなっていることに驚く。

ナルシスティック・パーソナリティは大きな問題だ。そしてもうひとつ、ナルシスティック・パーソナリティをこのような仕方で議論して理論化している人たちがこんなにも多いのだという現状を不思議な思いで眺めている。

同じことはフロイトの前期と後期についてもいえることで、私にとってフロイト前期は実に理由があって、天才的だと思う。ニュートンとライプニッツの登場のように、必然的だったと思う。後期は、あまり感心しない。多分、よく理解していないからだろう。

*

「ねえねえ教えてよ。それってどういう意味？」とアリスは尋ねた。「君は賢そうだから教えてあげよう。」と、ハンプティー・ダンプティーはとても嬉しそうにいった。「どうしてもわからないこと、ってのはしょうがないんだ。その話題はもうたくさんだっていうことだよ。だから、君がこれからどうするつもりなのか話してくれてもいいし、ほら、残りの人生ずっとここにとどまっているつもりじゃないんだろう。」「鏡の国のアリス」ルイス・キャロル (Lewis Carroll)

*

結局、本書の主張とは何だったのだろうか。十九章をより分かりやすくするため、最終章では、架空のジャーナリストから受けたインタビューという形式で、本書の趣旨をまとめてみたい。意識について考えていると、現在の我々の理解では答えるのが難しいが、興味深い数多くの問題に直面する。どうやって脳というシステムが意味を扱うことができるのか。動物に意識があるとすれば、動物実験は倫理的に許されるのか。我々に自由意志はあるのか。機械やロボットは最終的に意識を持つようになるのか、などなど疑問は尽きない。ここでは私の憶測を交えてこれらの疑問に答えていきたいと思う。

*

ジャーナリスト：まず最初に、コッホ教授の採る、「意識の探求」への戦略を一言でお願いします。

*

コッホ：第一に、私は、我々に意識があることは、否定しようのない事実であり、どうやって意識が脳から生じてくるのかを、我々は説明すべきだと考えています。主観、感覚、質感、クオリア、意識、現象としての経験、どんな言葉を使うかは自由ですが、そういうものを、我々は確実に事実として経験している。なんらかの脳の処理過程からこの意識は生じてくる。我々にはこういう意識的な経験があるから、人生が彩られたものになっているんです。大平洋へ沈む深い太陽の深い赤、バラの素晴らしい香り、犬が虐待されるのを見たときにこみ上げてくる激怒、スペースシャトル・チャレンジャー号が爆発したのを生中継のテレビで見たときの鮮明な記憶。こういった主観的な感覚が、どのようにして脳という物理的なシステムから生じてくるのかを説明するのが、現代科学の役割なんです。それができないようでは、科学のもたらす世界観なんて、本当に限られたものにすぎないでしょう。

*

私の第二の主張は、哲学者が論じている難しい問題は取り敢えず、おいておこう、無視しよう、ってことなんです。特に難しいのは、何故、何かを見たり聞いたりすると、それぞれに特有の感覚を我々は感じるのかということなんです。自分がいつものように自分であると感じるのはどうしてなのか、非常に難しい問題ですね。そういうことに捕らわれ過ぎずに、ひとまず、科学的に取り組める問題に集中しましょう、とっているのです。意識が変化するのにつれてぴったりと活動を変化させるようなニューロン（神経細胞）、そういう意識と相関のあるニューロン（Neural Correlates of Consciousness）をNCCと私は呼んでいます、そういうニューロン、もしくは意識と相関するような分子を明らかにすることに集中しよう、というのが戦略なんです。具体的に言うと、ある特定の意識的知覚を引き起こすために十分な最小限のニューロン集団の仕組みとは一体何かを明らかにすることを目標としています。最近の脳科学における技術の進展には目を見張るものがあります。哺乳類における遺伝子工学、サルの脳内から何百個ものニューロンを同時に記録する技術、生きた人の脳を輪切りにして画像化するイメージング技術。これらの技術を持ってすれば、NCCの探索は現実的な目標といえるでしょう。問題の定義もはっきりしているので、一貫して、科学的な成果が出せるはずなんです。

*

ジャーナリスト：NCCが見つければ、意識にまつわる謎は解決されるということですか？

*

コッホ：いやいや、そんなに事は簡単ではない。なぜ、どんな状況において、ある種の非常に複雑な生命体が、主観を持って感覚を経験するようになるのか。なぜそれぞれの感覚には特有の感じられ方が決まっているのか。こういう問いに対しても、最終的に、原理的な説明ができるようにならなければ、意識の謎は解決されたことにはならないんです。人類は二千年間もこれらの謎を解こうとして、もがいてきたんです。実に「難しい」問題ですよ、これは。NCCが見つかったとしても、それは始まりにしか過ぎないでしょうね。謎を解くには程遠い。NCCの発見が意識の探求について果たす役割という意味では、DNAの発見と生命にまつわる謎との関係がもしかすると良い例になるかもしれません。DNAが二重螺旋構造を持っていることが解明されたことで、どれくらい遺伝の仕組み、すなわち、分子がどうやって複製コピーを作っているかが明らかになったか思い出してください。糖とリン酸、そしてアミノ基でできた二本の鎖が、弱い水素結合によって相補的な螺旋構造を持っていることが発見されるとすぐに、遺伝のメカニズムが提唱されました。遺伝情報はどう表現されているか、どう複製されるのか、そしてどう次の世代へと受け継がれていくのか、一気に遺伝の謎、生命の謎を解く鍵が示されたんです。遺伝のメカニズムは、DNA分子の構造を知らなかった、それ以前の世代の化学者や生物学者には、絶対に思いもつかなかったはずなんです。同じようなことが、意識の謎についても起きるかもしれません。ある特定の

意識的知覚が、どの脳部位にあるニューロン集団によって生成されるのか、そのニューロン集団はどの部位へ出力を送って、どこから入力を受け取るのか、どんな発火パターンを示すのか、生後から成体になるまでの発達過程ではどうなっているのか。これらが分かれば、意識の完全な理論へとつながるブレイクスルーをもたらすかもしれません。

*

ジャーナリスト：というのが、理想というか、夢ですよ。

*

コッホ：たしかに現時点では夢かもしれません。だけど、NCCを探すよりも信頼のおける代替策はないんです。論理的に議論したり、自分自身の意識経験をじっと内省したりしても無駄でしょう。二百年前までは、科学実験が無かったので、学者達はそうやって意識の謎に取り組んできたわけですが、経験から言うと、そんな方法では意識の謎にはとうてい太刀打ちできない。頭の中で哲学者のようにごちゃごちゃ考えていたって、理屈で意識の謎が解けるわけがない。椅子に座って、じっくり考えて答えが出るほど、甘くない、脳はあまりにも複雑なんです。進化の過程で起きた、ものすごい回数起きたでたらめの出来事や偶発的な出来事を通じて、現在の複雑な脳ができあがってきたから、理屈が通用しない部分すらあるんです。むしろ今は、観察事実を積み上げることが必要でしょう。ニューロンから伸びる軸索の結合パターンはどれ程精密なのか。たくさんのニューロンが同時に発火することは意識が生じるのに重要なのか。皮質と視床の間を行き来しているフィードバック経路は、意識に重要なのか。NCCを構成するニューロンは特定の種類のニューロンなのか。こういう仮説が正しいかどうかを突き止めることの方がはるかに大事なんです。

*

ジャーナリスト：なるほど。ということは、科学的に意識の理論を構築していく上で、哲学者に何か役割はあるのでしょうか？

*

コッホ：歴史を振り返ってみると、哲学が、現実世界に関する疑問に対して、白黒はっきりつけたという、目覚しい結果は見られません。宇宙はどこからきてどうなって今まであるのか、生命はどうやって生まれたのか、精神はどんな性質を持っているのか、生まれが大事なのか、それとも育ちのほうが大変なのか。これらの問題になどに哲学が明確な答えを出した試しはない。ただ、哲学が問題解決には不向きだ、と声高に指摘するような失礼な学者は滅多にいないから、そういうことこの事実をめったに耳にすることがない。一方で、哲学者が問いを立てることに秀でて

いるというのは確かでしょう。哲学者は科学者には思いつかないような視点でものを見ています。意識の問題には「難しい・ハード」なものと「簡単・イージー」なものがあるという観念、現象としての意識とアクセス意識の区別、意識の「内容」と意識「そのもの」の識別、意識は何故統一されているのか、意識が生じるための条件とは何か、などは科学者がもっと考えるべき重要な問題です。まとめると、哲学者の投げかける問いには注目し、彼らの提示する答えにまどわされないようにするのが一番良いつてことです。そのいい例が哲学者のいう「ゾンビ」でしょう。

。

*

ジャーナリスト：「ゾンビ」って、腕をだらっとのぼして歩き回る呪われた死人のことですか？

*

コッホ：いや、ちょっと違う。見かけ上は、私やあなたと全く変わらないが、まったく意識がない架空の生き物のことを哲学者は「ゾンビ」と呼んでいるんです。チャルマーズがこの魂のないゾンビを議論に使って、**今までに知られている宇宙の物理法則からは、意識がどうして生じるのかを説明できない、と主張している。**物理学、生物学、心理学の知識は、**主観的経験がこの宇宙にいかにして現われてくるのか理解するのに、これっぽっちも役に立たないという主張だ。**何かそれ以上のものが必要だと。この奇怪な架空の生き物、ゾンビを使った哲学的な議論が、私には非常に役に立つ概念だとは思えない。しかし、哲学者のゾンビには程遠いが、それに似たような状況が現実にもあるんです。フランシスと私はこの取っ付きやすい用語を使って、一連の、それ自体は、意識にのぼらない素早いステレオタイプの感覚と運動の連合した行動を示すことにしました。古典的な代表例は、運動を制御することです。走りたいと思えば、何も考えず、ただ単に、**「走る」**だけでしょ？ 体制感覚器とニューロンと筋骨格系があとはなんとかしてくれる。ただそれだけであなたはどんどん進んでいく。自分がどうやってそれぞれの筋肉をどう動かしているのか内省的に振り返ろうとしても、全く見当もつかないでしょう。このように一見単純な行動に潜んだ、驚くまでに複雑な計算と運動が直接意識にのぼることはない。

*

ジャーナリスト：ではゾンビ行動というのは反射行動なのですね。ただし、より複雑な。

*

コッホ：まさにそのとおり。大脳も含めた反射ということですよ。水の入ったグラスに手を伸ばす。そのとき、グラスを握るため手が自動的に開く。そういった行動は一種のゾンビ行動で、腕と手を制御するために視覚入力を必要とする。これらの行動は1日に何千回と行われている。もち

ろん、あなたはグラスを見ることができるが、それはまた別の神経系での神経活動が意識的に知覚されるからです。

*

ジャーナリスト：ということは、健常者の中にも、無意識のゾンビ・システムと意識システムが共存しているということですか？

*

コッホ：まさにそういうことです。毎日の行動のうち、大部分がゾンビ・システムによって制御されています。仕事にいく時の運転はまさに自動的だし、目を動かすのも、歯を磨くのも、靴ひもを結ぶのも、同僚に会ったときに挨拶するのも、その他の色々な日常生活における行動は、みんなゾンビ・システムがコントロールしているのです。ロッククライミング、ダンス、空手、テニスなどの複雑な行動でも、十分に訓練を積んだ後では、意識せずに、無心でやると一番うまくいく。どれか特定のひとつのアクションについて考え過ぎると、かえって滑らかな運動に干渉してうまくいかない。

*ゾンビ・システムは。原則として、これまでの知識で解釈できるわけです。神経細胞で構築できると思う。またたとえば、それと等価なものをコンピューターで構築することもできそう。つまりは、知覚→脳・処理→運動→知覚→以下ループ、という循環をつくれればよいだけで、脳・処理の部分についても、ジャクソニズム的な原則を適用すれば、だいたいは説明がつくように思う。説明がつかないのが、「主観的体験」であり、「自意識」である。「自分は今経験している」と感覚すること、これがどのようにして生成されるのかが問題である。しかし手がかりがないわけではない。病気の中には、まさに、こうした、「主観的体験」「自意識」の部分が障害を受けるものがあり、そこでは、自意識の病理が展開される。完璧なモデルはまだないが、不完全な萌芽的モデルならば、提示できる。

ジャーナリスト：そんなにゾンビ・システムが効率的ならば、そもそも、なぜ意識なんて必要なのでしょう？ どうして私はゾンビではないのでしょうか？

*こういうことも思考の上では楽しいが、必要も何も、実際にあるのだと言いたい。

コッホ：どうしてあなたがゾンビでありえないのかについて、私には論理的な理由はわかりません。でも、全く感覚のない人生というのはそうとう退屈でしょうね。（そもそも、退屈という感覚さえもゾンビにはないのだろうけど。）しかし、この惑星の進化はちがう方向へ向かったわけです。非常に単純な生物がゾンビ・システムだけから成り立っているというのはあり得る話だ。だから、カタツムリや回虫にいたっては何も感じていないかもしれない。しかし哺乳類のよ

うに、様々な種類の感覚器からの膨大な入力を受け取り、そして複雑な行動を生み出すことのできる効果器を備えた動物にとっては、あらゆる可能な入力と出力の組み合わせそれぞれに対してゾンビ・システムを用意しておくというのはあまりにコストがかかる。脳が大きくなり過ぎてしまう。実際、進化の過程では、この問題は別の方法で対処した。予測していなかった出来事に対処したり、未来の計画を立てられる、ずっと強力な融通の効くシステムを作り上げた。NCCはある環境の選択された関心のある部分、すなわち、あなたがいま現時点で認識している物事を、コンパクトに表象し、この情報を脳における計画の段階にアクセスできるようにしている。このためには、なんらかの形で、数秒にわたるような即時記憶が必要とされる。コンピュータ用語では、現在の意識の内容というのはキャッシュメモリの状態に対応する。意識の流れが、視覚知覚、記憶、いま聞こえている声へと不規則に行き来するのにあわせて、そのキャッシュメモリの内容も変動する。

* 「未来の計画」には疑問。

* 「進化論的には、自意識は生存可能性を高めるはずだ」なんていう議論も、意識のメカニズムそのものには関係ないのだと思う。何故その方向に進化したかを説明はするだろうが、そんなことは、事実がわかってからでいいだろう。

ジャーナリスト：なるほど。意識の機能というのは、自動的な対応方法を用意するのが難しいような状況を扱うことだということですね。もっともらしく聞こえますが、なぜこれが主観的感覚を伴うことになるのでしょうか？

*

コッホ：確かに難しい問題はそこだ。現時点では、なぜ神経活動が感覚を引き起こすのかを説明できる合理的な仮説はない。もっと正確に言うと、色々な提案はあるけれども、どれも納得がいくものではないし、広く支持されているものもない。しかし、フランシスと私は「意味」というものが決定的に重要な役割を果たしているのではないかと思っている。

*

ジャーナリスト：言葉の「意味」ですか？

*

コッホ：いや、言語的な意味ではない。私を感じたり、見たり、聞いたりする世界にある物体は意味のないシンボルではなく、豊富な連想を伴っている。磁器のカップの青の色合いは子供の頃の記憶を喚び起こす。そのカップを掴んだり、その中にお茶をそそいだりすることができるということを私は知っている。落としたら、粉々に壊れてしまうこと。これらの連想が明示的である必要はない。それらの連想は、生きてきた期間の経験を通じて行われてきた、外世界との数え

きれないほど感覚-運動の相互作用から成り立っている。こういった捉えどころのない「意味」は、磁器のコップを表象しているニューロンと、他の概念を表しているニューロンとの間の、入力と出力両方においての、シナプスの相互作用に対応している。このような膨大な量の情報が、コップを知覚する時の「質感クオリア」という形で、簡潔に記号化されている。これが我々の「経験」の正体なのです。この問題はさておき、実証されない推測ばかりで何百年も困難につきあたっていたこの分野で重要なことは、我々の枠組みが操作上の意識のテストを提供しているということだ。ゾンビ・エージェントは現時点の情報だけを扱うので、短期記憶を必要としない。例えば、差し伸べられた手を見て、自分の手を伸ばし握手をする。このとき、差し伸べられた手を見てから自分の手を伸ばすまでに、ちょっとした遅れを課されると、ゾンビ・エージェントはすでに役に立たなくなる。このような状況はゾンビ・エージェントの守備範囲外であって、こういう状況を扱うために進化してきたのは、より強力な（ただし作用するのに時間がかかる）意識システムなのだ。こういったゾンビ・システムにはできないが、意識システムにはできる行動を基にして、「意識テスト」とでも呼べるような、簡単な操作的なテストを考えられる。このテストは主観的経験を容易に伝えられない動物、赤ん坊、患者などに、意識があるかを試すことができる。つまり、直感的な行動を抑制した後に、数秒遅れて反応を起こすというような選択を動物にさせる。もし、その生物がそれほど学習を必要とせずにそうした非直感的な遅れた行動をとれることができれば、その動物は計画を立てるのに関連した機能が備わっていると考えられる。少なくとも人間においては、計画に関わる仕組みと意識とは密接に繋がっている。よって、その動物は何らかの意識を持っている可能性が高いと考えられる。逆に、NCCが破壊あるいは不活化されれば、数秒の遅れを跨ぐような行動をとることはできなくなるだろう。

* 「正体」と言っているが、正体は何かわかっていない。

* 「意識テスト」はおもしろそうだ。

ジャーナリスト：しかしこれでは、意識の厳格な定義とは言えないのではないのでしょうか。

*

コッホ：まだゲームは始まったばかりだから、現時点で正式な定義を立てるには早すぎる。一九五〇年代のことを思い起こしてほしい。もし分子生物学者たちが「遺伝子」の正確な定義は何かとあれこれ悩んでいたら、ここまで分子生物学は進んだだろうか？現在でさえ、「遺伝子」を正確に定義するのはそれほど簡単ではない。我々の意識の遅れテストを、チューリングテストのようなものだと考えて欲しい。ただし、チューリングテストは「知性」があるかないかをテストするが、遅れテストは「意識」の有無を明らかにするという違いがある。科学において重要なのは、遅れテストが、夢遊病者、サル、マウス、ハエに応用できることだ。

*

ジャーナリスト：ちょっと待って下さい。虫にも意識があるかもしれないってことですか？

*

コッホ：意識が可能となるためには、自分自身を振り返るために、言語と自己の表象が必要だと考えている学者は多い。確かに、人間が自分自身について再帰的に考えることができるということに疑いの余地はないが、この機能は大昔に進化したより基礎的な生物システムに最後に付け加えられた機能に過ぎない。意識は非常に原始的な感覚と結びついている可能性がある。赤い色をみたり、痛みを感じたりする時に、言語だとか高度に発達した自己だとかいう観念が必要だろうか？ 重度の自閉症の子供達やひどい自己妄想や離人症候群を持った患者ですら、世界を見て、聞いて、嗅いでいる。これらの言語や自己の表象が著しく侵された人々も基礎的な知覚的意識は正常なのだ。

*そうですね。離人症の人も、忙しいときはそれなりにやっています。自省する瞬間があると、自分の感覚がおかしいと意識し始めて苦しいといいます。

言語を持った動物が進化の過程で現れてくる以前に、ある種の動物は意識を持っていた。私の研究対象の意識とは、そういう類の意識だが、となると、意識が進化のどの過程で生まれてきたのかが気になるところだ。さらに言えば、Ur - NCC (NCCの原型) は、いつごろ地球上に現われたのだろうか？ 哺乳動物は、我々人類と進化上枝分かれしてからそう時間も経っていないし、脳の構造も我々のものと良く似ている。だから、サル、イヌ、ネコ、は少なくとも見たり、聞いたり、臭いを嗅ぐという我々と同じような経験・質感を持っていてもおかしくはないだろう。

*そうですね。

ジャーナリスト：マウスはどうでしょうか？ 生物学や医学の研究で最も頻繁に使われている哺乳動物ですよ。

*

コッホ：マウスを使うと、新しい遺伝子を挿入したり、既存の遺伝子をノックアウトするなどと、ゲノムの操作が他の哺乳動物と比べると簡単なんです。だからマウスはモデル動物として非常に有用だ。マウスに遅れテストを実験的に適用することは実際可能なので、分子生物学の手法と組み合わせて、NCCの基礎を遺伝子操作を使って神経科学が研究するという強力なモデルになるだろう。私の研究室は他の研究室と共同で、古典的なパブロフの条件付けパラダイムを用いて、注意と「気づきアウェアネス」のマウス・モデルを開発しようとしている。

*

ジャーナリスト：今、意識コンシャスネスの代わりに気づきアウェアネスとおっしゃいましたね。それらは別の概念なのですか？

*

コッホ：いや、同じことです。慣習的にそういう実験では「気づきアウェアネス」ということになってるんです。意識（Consciousness）が、我々研究者の間では、「Cワード」と呼ばれることもあるように、研究者の中には強い嫌悪を示す人たちがいる。したがって、研究費を申請する時やや論文を投稿するときには別の言葉を使ったほうがいい。気づき（Awareness）という単語はそういうレーダーをたいていくぐり抜けるようだ。

動物の意識について続けましょう。意識がマウスで見つかるならば、そこで立ち止まる必要はない。哺乳動物で止まる必要すらない。大脳皮質が無ければ意識は生まれるはずは無いと、勝手に、大脳に対して狂信的である必要もない。大脳やその附随構造が知覚意識に必要なだとは実証されていないんです。イカも意識を持っているんじゃないか？ハチはどうか？ハチは百万個ものニューロンをもっており、彼らは非常に複雑な行動を取ることが知られている。視覚的な刺激を覚えておいて、答えるというパターンマッチングをはじめ、色々なことができる。私が知る限り、数十万個のニューロンがあれば、見たり、嗅いだり、痛みを感じたりするのに十分かもしれない！ショウジョウバエすら意識を持っている可能性はある。恐らく、彼らの意識は非常に限られたものだろう。現時点では分かっていないだけの話だ。

*

ジャーナリスト：これも検証できない推測のように私には思えますが。

*

コッホ：現時点では、確かにそうです。しかし、操作的なテストによってこれらの推測を実験で確かめることができる。これは非常に新しいことなのです。我々はいまだ最近まで、そういう意識のリトマス紙、なんて考えもつかなかったのだ。

*

ジャーナリスト：遅れテストは、機械が意識を持つかを確かめるのに応用できるのでしょうか？

*

コッホ：私はカリフォルニア工科大学の生物学部の教授でもあり、応用科学工学部の教授でもあるから、もちろん人工意識についても考えている。神経生物学への類似から考えるに、遅れテス

トで試されるような能力を持った生命体（機械も含む）は、感覚を持っている可能性があると思う。そういう生命体は、本能的な行動を抑えて、なんらかの方法で記号の意味を表現できなければいけない。そういう意味で、一見、世界中のコンピューターを繋いでいるインターネットは非常に面白い例だ。ノードの役割をする無数のコンピューターが作り出す、分散型で、かつ、高度に相互連結したネットワークは、新しいシステムといえる。インターネットには、多くのコンピューター同士でファイルを交換プログラムや、千台以上のパソコンに分散させても解けないような数学的に厄介な問題を解決するアルゴリズムがあり、非常に複雑な行動を取っているかのように思える。ところが、このインターネットで繋がったパソコンの集合体と、大脳皮質中で互いに興奮・抑制をしあっているニューロンの連合との間には、ほとんど関係性が見られない。特に神経系と異なるのは、ワールド・ワイド・ウェブ（WWW）には、ある一つの、統一された目的を達成するための行動みたいなものが見られないことだ。今のところ、ソフトウェアに元々設計されていなかった、目的のある大規模な振る舞いが自発的に出現したということは起こっていない。そういう振る舞いが、自発的に現れてこない限り、インターネットの意識について話しても意味がない。今のところ、ネットワークコンピューターが、勝手に、電力量の割り当て制御や、飛行機の交通網の整理とか、金融市場の操作などを、作り手の意図とは独立に為された試しが無い。ただし、自分の行動を完全に自分でコントロールするようなコンピューター・ウィルスやワームの類が出現すると、こういう現在の状況が未来永劫変わらないとは言えなくなってくる。

*「本能的な行動を抑えて、」別の行動をとることは、別段自意識がなくても、可能なことである。

*「なんらかの方法で記号の意味を表現できなければいけない」というが、このことも、本質的な要請ではない。

ジャーナリスト:反射のような行動をもったロボットに意識は宿ると思いますか？障害物を避けることができ、電池切れにならないように自分の電力をチェックし、必要になればどこかへ充電しに行く。そういう能力に加えて、汎用性を持った計画を立てるためのモジュールが備わったロボットには、意識があると言えると思いますか？

*結局「意識がある」という言葉の意味に還元される。

コッホ：そうですね。例えば、そのプランニング・モジュールが非常に強力だとしましょう。自分の身体のイメージ、そしてデータから検索された現在の状況に関する情報を含めて、ロボット自身の周囲の現在環境をセンサーを通して感覚的に表象が可能だとする。その結果、そのロボットが、単独で目的のある振る舞いを生成することができる。さらに、そのロボット、センサーからの情報を将来に生じる損益と結び付けて、自分の行動を律することができる、とここまで仮定しよう。そういうロボットは、例えば、部屋の温度が高くなってくれば、その状況が機械の供給電圧の低下を引き起こすかもしれないので、ロボットはなんとしてもその状況を避けなければならない、ということもわかっている。ここまでくると、「高温」というのはもう、単なる抽象的な数字ではなく、ロボットにとっては、安寧に密接に関わる重要な動機付けの要因と考えられる

。そのようなロボットには、ひょっとしたら、あるレベルの原意識とでもいうものを持っているかもしれない。

*

ジャーナリスト：なんだか、非常に原始的な「意味」とでも言うべきものに聞こえてきますね。

*

コッホ：確かにそうです。しかし、我々人間も、生まれて間もない時点では、恐らく、痛みとか喜びくらいしか意識できていないでしょう。しかし、「意味」には、こういった原始的なもの以外の起源がある。ロボットで言えば、プログラマーが「これは正しい、それは間違い」と教えることなしに、教師なしで学習するアルゴリズムで、知覚と運動をつなぐ表象を学んでいくところを想像してみてください。道を歩こうとして、つまずいたり、よろめいたりしながら、試行錯誤を通して、自分の行動が予測可能な結果に結びつくことを学んでいく。この時、同時進行で、より抽象的な表象も構築されていくだろう。例えば、視覚と聴覚からの入力を比べて、ある種の唇の動きが、特定の発音パターンと頻繁に入力されることが多いことなどを学んでいく。ここでは、「表象が明示的で、はっきりしたものになるにつれて、その表象によって表される概念がより高度に意図的になっていく」ということが重要だ。ロボットをデザインしている研究者が、もし人間の幼年期の発育過程と同じような過程をたどるロボットを造ることができれば、こういう「意味」というものをより深く研究していくのも可能になるかもしれない。

*人間の発達を考えれば一番分かり易い。精子と卵子から始まって、成人になるまで、どこかで段差があるわけではないのだ。連続しているはずだ。したがって、ニューロンネットワークで説明できるはずだ。

ジャーナリスト：まるで、映画「2001年宇宙の旅」にでてくる偏執病のコンピュータHALの世界ですね！でも、ロボットが「意味」を持つかどうかについてはわかりましたが、まだ私の最初の質問、ロボットの意識に対して答えてもらっていません。コッホ教授が提唱する遅れテストは、意識を持った「ふり」をしているだけのロボットと、本当に意識を持った機械を区別できるのでしょうか？

*できないと思う。「意識を持ったふりができる」ということは、意識を持っているということだと私はおもう。日本語がわかるふりができる犬は、結局、日本語がわかっているのだと私は思う。その場合も、「日本語がわかるとはどういうことか」というところに問題は還元されるようだ

。

*今日、出そうなパチンコ台を、どう考えても非合理的としか思えない方法で判断しているおばあちゃんの場合、結果として、あてているという「相関」があれば、それは尊重するしかない。困

果関係として認定するのは早いとしても。(これは適切でないたとえかもしれない。)

コッホ：遅れテストが生物の意識システムと反射システムを区別するからといって、同じことがロボットにもあてはまるとは限らない。「我々人間には意識がある。よって、人間に似ている動物ほど、感覚を持っている可能性は高い」という議論に基づいて、進化過程、行動パターン、脳構造などがどれだけ人類と類似しているかを考慮して、ある程度の動物種は感覚を持っていると仮定するのは納得がいくでしょう。けれども、デザインや歴史的な起源、形に至るまでが根本的に異なるロボットについては、そういう議論を前提に意識を考えることはできない。

*

ジャーナリスト：それでは、この話題はひとまずおいておいて、もう一度、これまでに発展させてきたクリック&コッホの視覚意識に相関する神経活動（NCC）仮説についての考えをお聞かせ下さい。それはどのような仮説だったのでしょうか？

*

コッホ：一九九〇年に、我々は意識についての初めて最初の論文を発表しました。その論文では、複数の脳部位における神経活動の動的な「結び付け」が、ある種の視覚意識には必要だ、と強く主張した。

*

ジャーナリスト：ちょっとまって下さい。「結び付け」とは何のことですか？

*

コッホ：赤いフェラーリがそばを過ぎ去っていく場面を想像して下さい。フェラーリは脳の全体にわたる無数の場所で神経活動を引き起こす。活動は色々な場所で起きるにもかかわらず、あなたが意識するのは、単一の知覚だ。自動車の形をした赤い物体が、ある方角に向かって、激しい音を立てて走り抜けていく。この統合された知覚は、運動をコードしているニューロンの活動、赤を表わすニューロンの活動、あるいは形や音や他のものを表わすニューロンの活動、これらをなんらかの方法で「結び付け」た結果、生じるものだ。もう一つの結び付け問題は、フェラーリの傍に犬を散歩させている人がいる場合に生じる。その犬を散歩させている人は、フェラーリと混同されないように、脳内に表現されて、別々に結び付けられなければならない。

*

我々の一九九〇年の論文発表時には、ヴォルフ・ジンガーとラインハート・エックホルン、それ

それが率いる二つのドイツのグループが、猫の視覚皮質のニューロンがある条件下で、それらの発火パターンを同期させるということを発見した。この同期発火は周期的に起こるため、有名な四十ヘルツの振動につながる。私たちは、この四十ヘルツの振動こそが、意識が起きたことを示すニューロンの「目印」みたいなものだと主張したんです。

*

ジャーナリスト: ニューロンの同期と四十ヘルツの振動については、現時点ではコッホ教授はどのように考えているのでしょうか？その後、どんな証拠が得られましたか？

*

コッホ: 神経科学界の間では、振動と同期についての見解は、当時も今も、激しく対立し、深い分裂がみられています。ある科学論文雑誌で振動や同期には機能があって、それが意識に関連しているという仮説を支持する証拠が公表されたかと思うと、同じ雑誌のすぐ次の号では、その内容を元も子もないほどに笑い者にするような論文が発表される。しかし、信頼できる証拠が全く無い低温核融合とは違って、ニューロンが二十ヘルツから七十ヘルツの周期で振動する活動すること、そしてニューロンは同期して発火すること、これらの神経活動現象が「存在する」ことに関しては疑いの余地が無い。それでも、異論反論の尽きない問題は数多く残っている。今のところ、我々の解釈では、同期発火や振動には、ニューロン連合を形作るのを助けるという機能があるようだ。ある知覚を表現するニューロン連合が、他のニューロン連合との競合が起こったときに、優位になるように同期・振動が助けているようだ。こういう仕組みは、注意のバイアスをかけているような時に、特に重要かもしれない。しかし、四十ヘルツの振動が意識が生じるのに「必要」だ、とは現在ではもう信じてはいない。

*このあたりのことを我慢強く提案し続けることが大切だとおもう。

*重要なのは、この関係での、測定方法だとおもう。昔の人が電流計を知らなかったように、私たちもまだ、大切な何かの測定法を知らないのだろうと、漠然と思う。しかしそれは電流や磁気と同じように、現世の物理学に属するものであり、超越的な何かでは全くないだろう。

このように、理論に流行り廃りがあって、我々の知識が不安定なのは、精神の基礎となっているニューロンのネットワークを研究するための既存の道具が力不足だからだ。大脳には何百億もの細胞があるのに、現在の最先端技術の電気生理学の技術をもってしても、せいぜい数百個のニューロンから発火を記録するのがせいっぱいなのだ。つまり、一億個に一個の割合だ。一万から十万個のニューロンの活動を同時に記録できるようにならなければ、本当に大きな成果を得るのは難しい。

*

ジャーナリスト:何百億個もニューロンが脳にあるのであるば、たとえNCCがあるニューロン連合の活動に基づくとしても、かなりたくさんのニューロンの活動を記録しなければ、NCCを見逃してしまいますね。

*

コッホ:まさにそのとおり。現在のニューロン記録技術で科学者がやろうとしているのは、適当に選んだ二、三人の人たちの日常会話を基にして、次回の大統領選挙の結果を占おう、というのに近いでしょう。

*

ジャーナリスト:なるほど、もったもです。では、最初に一九九〇年の論文を発表した後は、クリック&コッホはどのような仮説を提唱してきたのでしょうか。

*

コッホ:次に我々は、意識の機能に注目した論文を一九九五年に発表しました。様々な状況に応じた対処を素早く行なえるように、将来の計画を立てるようになるというのが、意識の主な機能であろう、と我々は仮定した。この仮定自体は、他の思想家たちがすでに提案してきた仮説に比べて目新しいものではなかった。我々はこの議論をもう一步押し進めて、この仮定と神経解剖構造からどんな結論が導かれるか、について考えた。脳の中の行動計画に関わる部位は前頭葉に位置するので、NCCは前頭葉に直接にアクセスできなければならない。一方で、サルの脳では、頭の後ろに位置する第一次視覚野(V1)内のニューロンは、脳の前部へ出力を全く送っていないということがわかっていたのです。したがって、我々は、V1ニューロンは直接に視覚的な意識を生み出すのには不十分であり、視覚意識はより高次の視覚野で引き起こされていると結論付けた。

*意識の機能として、「自分の内部状態をモニターして、その延長として、他人の内部状態を推定し、他人とかかわるときに、有利な結果を引き出せるようにする」という考えがある。悲しくて誰かに慰めてほしい場面だと思ったら、慰めてあげる、そうすれば友達になれる、まあ、そんな話。自己の内部モニターが壊れている人がいて、そうすると、他人のこともうまく解釈できなくて、人間関係を滑らかにできなくなってしまう。先天的に視力の弱い人がいるように、先天的に自己モニターが不正確な人はいるもので、それがあつる種の性格の基盤になるだろうと思う。

コッホ:ここで注意して欲しいのは、我々は無傷のV1は視覚意識に不必要だ、と言っているわけではないということだ。ちょうど眼の網膜にあるニューロンの発火活動が視覚的な知覚に相当しないように、V1の活動も意識の内容に直接相当するわけではない。もしも、網膜の活動と視覚が一致するんだつたら、盲点に相当する場所(視神経が集まって眼球から外へ出る所にある、光受

容体が全く存在しないところ)には、灰色の穴がぽっかりと開いたようにいつも見えるはずでしょう。つまり、網膜も大脳皮質の一部であるV1も、見るのに必要だが不十分だということです。V1は、目を閉じた時に想像する具体的な視覚イメージとか、鮮明に感じる視覚的な夢を見るのにも不必要かもしれない。

*

ジャーナリスト: どうしてそんなにV1こだわるんですか。NCCがV1に無かったということがわかったとしても、そんなに重要な発見でしょうか？

*まあね。

コッホ: 仮に我々の仮説が正しくて本当にV1にNCCは無いならば、わずかではあるけれども、着実に意識の探求へと向けてにステップを進めていることになるでしょう。特に、最近出てきている証拠は我々の仮説を支持するものが多いようです。そういう結果は、特に科学者にとっては、とても励みになるものだと思う。正しい方法で科学的にアプローチすれば、意識の物質的基礎を発見する、というゴールに向かって進展が得られることを実証するからだ。我々の仮説はさらに、皮質での活動がすべて意識に昇るとは限らないということも含んでいる。

*

ジャーナリスト: それでは、広大な大脳皮質のどの部位に、NCCがあると思いますか？

*

コッホ: 腹側経路、すなわち、「知覚のための視覚」を司っているこの経路のどこかに視覚意識のNCCはあるだろうと考えています。さらに言うと、下側頭葉の中やその周りのニューロンがつくるニューロン連合が非常に大事だろう。この連合は、帯状回や前頭葉のニューロンからのフィードバック活動によって活動が維持されている。このフィードバックによる反響的リヴァーブレイトリーな活動によって、競合相手の活動を抑えて優勢になることができる。こういう連合同士の競合の様子は、EEGや機能イメージングを使って観測可能だ。今までは謎の多かったこれらの脳の領域の研究は、電気生理学によってどんどん、日進月歩で進んでいる。中でも特にパワフルな戦略は、「錯視」を使った研究だ。ある錯視では、見せる映像に対して生じる知覚が、一対一の関係にならないことがある。入力映像はずっとコンピューター画面の上に出ているのに、ある時はその刺激がある風に見えて、また別の時にはそうは見えない、そういう錯視がある。ネッカーの立方体はこのパラダイムの良い例だ。そういう双安定バイステイブルの知覚は、前脳部に見つかっている色々なタイプのニューロンの中から、「意識の足跡」を追跡するために使われている。

*実際自分で経験してみると、不思議である。前に紹介した、右回りと左回りのダンサー。

ジャーナリスト: どうして、大脳皮質の後ろの方の知覚エリアと、計画・思考・推論を司る大脳の前部との間での反響的なループが重要なのでしょうか？

*

コッホ: 私がまさに先ほど述べたように、生物にとって、意識が重要なのは、それが計画・思考・推論と深く関わっているからでしょう。生命を危機に晒すような事が起きると、それに伴って様々な今まで経験したことの無いような状況に立ち向かわなければならない。そういう状況で、無意識の知覚運動ゾンビ・システムだけでは対処しきれないだろう。今まで経験したことの無いような状況に対処することが、意識の重要な役割なのです。頭の中に小人（ホムンクルス）がいて、その本当の「私」が世界を見ているという感覚をつくり出しているのは、おそらく、前頭前野と知覚皮質との間の投射が原因でしょう。脳の前部に座っている小人が後部の脳を見ていると考えることができる。解剖学的な用語で言えば、前部帯状回、前頭前野、前運動皮質が、後脳部からの強い駆動型のシナプス入力を受けているということだ。

*これは印象を良く説明していると思う。

ジャーナリスト: でも、脳の前部にホムンクルスがいるとすると、今度は誰がホムンクルスの頭の内部にいるのでしょうか？無限ループに陥ってしまって、説明にならないのではないのでしょうか？

*これが古典的な指摘。

コッホ: ホムンクルス自体が無意識ならば、もしくは、我々の意識が持っている機能よりも限られた機能しかもたないと考えれば、無限ループには陥らずにすむ。

*そうかな？

ジャーナリスト: ホムンクルスが自由意志を持って、我々の意志とは独立に行動を起こすことはできるのでしょうか？

*

コッホ: 自由意志について語る際には、自分には自由意志がある、と知覚することと、意志の力とをはっきり区別することが重要だ。例えば、ほら、私はこうやって手を上げることができでしょう。それに、私は「私」がこの行動を自発的に起こしたと確信できる。誰かが私にそうしろといったのでもないし、また、数秒前にまで、私はこんなことを考えてもいなかった。自分の

体などを自分で制御しているという感覚、自分が自分を一身に引き受けているという行動の主体とも言うべき感覚は、生存にとって極めて重要だ。脳がそれぞれの行動を自分が起こした、とラベルを貼って区別するのを可能にする。(もちろん、この主体知覚にはそれ自身のNCCがあるだろう。) 神経心理学者ダニエル・ウェグナーが指摘するように、「私は行動を引き起こすことができる」というのはある種の楽観論だ。そう考えることによって、悲観論者が試みもしないようなことを、我々は確信と熱意をもって成し遂げることができる。

*自由意志もまた大問題。

ジャーナリスト: でも、あなたが手を挙げたとき、それは事前に起きた事から必然として起きたことなのでしょうか？ それとも、あるいは自由意志によって起こされたのでしょうか？

*

コッホ: あなたの質問を言い換えると、「物理法則は、形而上の意味において『自由な』意志が働く余地を残しているか」ということですね。誰しもがこの昔から議論されてきた問題に関する意見を持っている。しかし、一般に認められている答えはない。ただ、私は、個人の行動とその意図が解離しているという実例が多くあることも知っている。自分の人生でそういう矛盾した行動と意志の例を探し出すことができるでしょう。例えば、岩棚の上に「登ろう」と思っているが、身体が脅えてついてこないとか。あるいは山の中を走っていて、精神的にはくたびれているが、脚が勝手に走り続けてしまったりとか。催眠術、心霊術、自動筆記、パソコンを使ったコミュニケーション法(ファシリテティッド・コミュニケーション、FC法)、憑依現象、群衆の中にいる時に感じる没個性化、臨床における解離性同一性障害などは、行動と意志経験の間の解離の極端な例だ。結局、私が手を上げるのが本当に自由なのかどうか、それがリヒャルト・ワーグナーの「ニーベルングの指輪」に出てくるジークフリート神が世界秩序を破壊するときぐらい自由なのかどうかは、私にはわからない。

*わたしは自由意志は錯覚だと主張せざるを得ない。しかし、ここで言葉の意味を哲学的に掘り下げている暇があったら、人間のニューロン・ネットワークをどのようにして「測定」するのか、かなり奇妙なアイデアまで含めて、トライした方がいい。

ジャーナリスト: コッホ教授にとっては、自由意志の問題は、NCCの探究とは別問題だととらえてもよろしいでしょうか。

*

コッホ: まさにそのとおり。自由意志が存在しても存在しなくても、感覚経験という難問については説明がなされなければならない。

*そうです。

ジャーナリスト:NCCの発見は、我々に何をもたらすと思いますか？

*

コッホ：NCCの状態をオンラインで測定する技術のような、実際に役に立つものが我々に身近になるのは確かでしょう。医療従事者は、そういう意識計のようなものを使って、未熟児および幼児、重度の自閉症患者あるいは老人性痴呆症、負傷のため話すことも合図を送ることもできない患者などの意識状態をモニターすることができるようになる。また、それによって、麻酔技術もさらに進むだろう。意識がどのように脳から生じるのかが理解されれば、科学者はどの動物種には感覚能力があるかがわかるようになるだろう。霊長類は、世界を我々と同じように視覚と聴覚を通して経験しているだろうか？哺乳動物はどうか？多細胞生物は？これらの問題の解決は、動物権アニマル・ライトの議論に深く影響するはずだ。

*そうかな？

ジャーナリスト:具体的にはどのように？

*

コッホ：NCCを持たない種は、ある知覚入力に対して一定の運動を起こす、というシステムの集合体、すなわち、主観的な経験のないゾンビと見なせる。そのようなゾンビ的な生物に、様々な状況でNCCを示す動物と同じレベルの保護を与える必要はないだろう。

*そうか？

ジャーナリスト:ということは、苦痛を感じる動物をつかって動物実験などはできないことになりますか？

*

コッホ：理想的に言えば、確かに動物実験などしないほうがいい。しかし、実際にはそうもいかない。私は一人の娘を乳幼児突然死症候群で誕生の八週間後に失ったことがある。私の父親はパーキンソン病で十二年間も苦しみ、最期にはアルツハイマー病との合併症を起こして死んでしまった。私の親友は精神分裂病の最も強烈な発作中に自殺してしまった。こういう悲劇や数多くの神経系の病理を根絶するためには、動物実験はどうしても必要となる。細心の注意と、同情、場合によっては、（この本に記述されたサル研究の大部分のように）動物達が自発的に我々に協力

してくれるような環境を整えて実験することが大事だ。

*

ジャーナリスト: 倫理問題や宗教に対してNCCの発見はどのような意味をもつでしょうか？

*

コッホ: 形而上学の視点から言えば、神経科学が相関関係コリレーションを越えて因果関係コーゼーションに辿り着けるかどうかというのが重要なポイントになる。科学者が求めているのは、神経の活動から主観的な知覚表象へと続く、一続きの因果関係を説明する理論なのだ。「どの生物」「どんな条件の下で」主観的な感情は生成されるのか？「何のために」、そして「どのように」意識が生じてくるのかを説明する理論が。もしも、万に一つの可能性として、そういう理論を公式化することができたとしても。その公式が、客観的に測定することができない、今のところ

*

コッホ：彼らが抱いている信仰の多くは、現代科学の世界観とはどうしても矛盾を起こしてしまう。私をはっきりと言えるのは、すべての意識的な行為や意図には、物理的な何かに関連しているということだ。生命が終わると、意識も終わる。脳なしに精神は存在しないからだ。この否定しようのない事実も、魂の存在、蘇生の可能性、および神についての信仰と矛盾しないかもしれない。

*彼らが抱いている信仰の多くは確かに矛盾をひきおこす。しかし、非常に限られた、すばらしく洗練された信仰の体系は、現代科学の世界観と矛盾を起こさない。神についての信仰と矛盾しない。

ジャーナリスト:コッホ教授は今、この本を書くという五年間の苦難を終えました。お子さんも大学に入学しましたし、これからの人生の目標についてお聞かせください。

*

コッホ：モーリス・ヘルツォクがヒマラヤ山脈の初登頂を成し遂げたときの記録「アンナプルナ」の結びの言葉の通りです：人生には他にもアンナプルナ山麓はあるさ。

第1章

*

意識研究入門

*

意識の問題があるから、心脳問題（精神物質二元論、the mind-body problem)はとても難しい。しかし、意識の問題がなければ、心脳問題は全然面白くない。ところが、意識の問題は、絶望的に難しいと思われる。

トーマス・ネイジェル（Thomas Nagel）「コウモリになるとはいったいどういうことか？」より

*Nagel, T. "What is it like to be a bat?" Philosophical Rev. 83:435–450

(1974).これは懐かしい論文。しばらく机の上にあったと思う。当時は話し合う相手もいなくて、この方面では結構孤独だった。引用回数の多い論文ではないかと思う。

トーマス・マンの未完の小説「詐欺師フェーリクス・クルルの告白」に登場するカカック教授は、ヴェノスタ侯爵に対し、世界の創造における基本的で謎に満ちた三つの段階について述べている。第一段階ではなんらかの物質、すなわち宇宙そのものが「無」から創造された。第二段階では、生命が、無機物、すなわち、生命のないものから生まれてきた。第三段階では、有機物から意識（consciousness)および意識をもった動物、すなわち、自意識を持ち、自分自身について考えることができるような動物が誕生した。人間や、少なくとも何種類かの動物は、光を検知し、そちらに目を向け、それ以外の行動をとる時に、こういった行動や状況に伴って、光の「眩しさ」等の主観的な「感覚（feelings）」をもつ。我々は、この意識誕生という、驚嘆すべき謎を説明しなければならない。意識の問題は、いまでも科学に基づく世界観が直面している重要な難問のひとつである。

*三つの謎のうち、第二段階の、無機物から生命が誕生したことについては、完全ではないけれど、説明がつくようになってきた。これはやはりすごいことだ。

*第一段階については、全くの、謎。見たこともない。

*第三段階については、どうにか説明できないかなあとと思うが、これも、謎。

*宇宙創造は、我々の身近で見かけることではないけれど、赤ん坊がだんだん人間らしくなるところなら、みんな目撃している。意識のない有機物から意識のある有機物へ、連続した変化であり

、我々のほぼ全員に起こる。宇宙の歴史の中で一回起こったことではなくて、毎日起こっていることなのだ。何とか説明できそうな気がする。

1. 1 我々は何を説明すべきか？

*

有史以来、我々人間は、「私たちは、一体どうやって、見たり、匂いをかいだり、自分を顧みたり、記憶を蘇らせたりしているのだろうか」、という疑問を持ち続けて来た。これらの感覚はどのように生まれてくるのだろうか？ 意識的な精神の働きとその物質的基盤、すなわち、脳内の電気化学的な相互作用との間には、どのような関係が成り立っているのだろうか？ それが心脳問題の最も根本的で中心となる問題である。ポテトチップスのあの塩気の効いた味、ぱりぱりとした食感。高山に登ったときに見えるあの空の濃青色。最後の安全な足場から数メートル上の絶壁で、わずかな手がかりにしがみついているときの、手の感触、ぶらりとした足の感覚、それらからくるスリル感。一体、これらの感覚は、どのようにして、ニューロン（神経細胞、neuron)のネットワークから生まれてくるのだろうか？ こういった感覚、知覚の質感は西洋科学、哲学の伝統において、クオリア (qualia)と呼ばれてきた。クオリアとは普段我々が「意識」という語で指す事柄の中でも最も原始的な「感じ」、質感である。クオリアの種類やその強弱は、それを直接感じている本人にしか厳密にはわからないところがポイントである。数日間断水させられた人が、水を飲むことを遂に許されたとき、彼の喉の渇きのクオリアが弱まることは第三者にも想像できるが、実際の彼の喉の渇きのクオリアがどの程度かはわからない。普段あなたがコンピューター画面上にある黄色い点を見るときは、強烈な黄色いクオリアを感じるだろう。ところが、後で紹介するようなある種の錯覚が起こる条件下では、この黄色いクオリアを引き起こす同じ黄色い点も、クオリアを引き起こすのに失敗してしまう、つまり、黄色い点が消えてしまうことすらある！ もちろん、錯覚がおこるような条件にさらされていない第三者の目には、同じ黄色い点はやはり黄色のクオリアを引き起こす。クオリアは脳によって生じているが、なぜ、どのように、こういったクオリアが脳から生まれてくるのか、それが問題なのである。

*離人症の一部は、クオリアの消失なのだろう。

更に問題なのが、なぜある種のクオリアには、それ特有の「感じ」があって、それ以外の「感じ」ではないのか、ということである。一体全体、何で、「赤い感じ」はあの赤い感じなのだろうか？ どうしてあの「青い感じ」とは全く異なるのだろうか？ こういった「感じ」は、抽象的なものではないし、個人個人が勝手に決めたシンボルでもなく、人類にある程度は共通のものである。このような感覚は、生物にとって何か「意味」のあるものを表わしている。現代の哲学者たちは、ある事柄を表象する能力や、自分の外の世界にある何物かに「向かう」意識の能力、すなわち、「志向性」等の精神の能力について議論している。主観的な意識は、常に何か外界に存

在するものについての意識である、ということをして「志向性」という。例えば、あなたが赤いクオリアを持ったときには、それは外界の新鮮で美味そうなトマトに「向かう」、もしくは、トマトを「指し示す」。まるで、我々の主観である赤いクオリアからトマトへの矢印が出ているかのように。意識が外界の何かに向かう、この矢印のような働きのおかげで、主観者の内部にある表象が外界の何かに対し「意味」を持つことができるのだ。脳を構築する広大な神経の網目のようなつながり、ニューラル・ネットの電気的な活動から、「意味」がどのように生じてくるのかという謎は、非常にミステリアスである。ニューラル・ネットの構造や、それらの接続パターンが、確実に役割を果たすというのは分かっている。しかし、具体的にそれらがどうやって「意味」と「志向性」を生み出すのだろうか？

*「志向性」は現象学でよく言われる言葉だけれど、ここで何か関係があるかな？

人間および多くの動物が、状況や行動に応じてクオリアを経験するのはどうしてなのだろうか？なぜ人間は、全く無意識のままに生きて、子供を生んで、育てていかないのだろうか？そんな無意識のままの人生なんて、まるで、夢中歩行して人生を送るようなもので、主観的には、生きていると言えたものではないだろう。それでは、進化論的に言って、意識が存在する理由はなんだろうか？人間という種の存続に、他人とわかちあうことのできないクオリアはどのような利点をもたらしたのだろうか？

*主観的クオリア体験がなくても、多分、立派に生きていけるでしょうね。

ハイチに伝わる伝説に、死者の蘇り、ゾンビが登場する。ゾンビは呪術師の魔力によって、操るものの意のままに動くという。哲学の世界では、「ゾンビ」というのは架空の存在として思考実験に用いられている。外見上の立ち居振る舞いは、全く普通の人と変わらないが、意識、感覚および感情が完全に欠けたもの、それが哲学用語としての「ゾンビ」である。哲学者が思考実験をするときには、全く無意識であるにもかかわらず、あたかも普通の人間のような経験があると嘘をつくように企んでいるゾンビを考えることもある。

*

そのようなゾンビを想像するのは非常に難かしいが、その事実こそが、まさに、意識が日常生活に欠かせない重要なものだということを示している。かのルネ・デカルト(Rene Descartes)も自己の存在証明時に言ったではないか。「私は、『私に意識がある』ことを疑いなく確信できる」と。我々には常に意識があるわけではない。夢を見ていない睡眠中、全身麻酔にかかっている間はもちろん無意識だ。だが、本を読んだり、喋ったり、ロッククライミングをしたり、考えたり、議論したり、単に座ってぼーっと景色の美しさに見とれたりする時などは、たいてい我々には意識がある。

脳の電気化学的な活動のほとんどは意識にのぼらない。この事実を認めると、単に、意識がなぜ脳から生まれてくるかという漠然とした問題が、一步踏み込んだものになり、なぜある特定の電気化学活動だけが意識を生み出し、他の活動は無意識に処理されてしまうのか、というより具体的な疑問が湧いてくる。ものすごい数のニューロンの猛烈な活動が起こったからといって、いつも、感覚を覚えたり、何かのエピソードを思い出したりするわけではない。このことは電気生理学による実験によって証明されている。例えば、反射的に動くときなどがそうである。なんとなく、ぱっと足を振り払う。そのあとで、自分の足の上を、虫が這っていたことに意識的に気がつくなんてこともある。つまり、視界に入った虫を発見し、そして勢いよく足を動かすという、高度な計算が無意識のうちに脳内で、まるで反射のように行われることがあるのだ。あるいは、毒蜘蛛や銃などの生命を脅かす危険のあるものが視界に入るだけで、たとえそれらを意識しなくても、身体が先に反応することもある。それらの危険物に対する恐怖が意識にのぼる前に、手のひらは汗ばみ、心臓の脈拍および血圧は増加し、アドレナリンが放出される。蜘蛛や銃の発見だけでなく、それらが危険なものであるという分析、そしてその分析に対する反応までもが無意識のうちになされることがあることの一例である。現在のコンピューターでも手に負えない、知覚から行動までの複雑な一連のプロセスもまた、迅速にかつ無意識に起こっている。実際、サーブを返したり、パンチをよけたり、靴ひもを結んだりといった、複雑な一連の動作は、繰り返し練習をつむことで、無意識に素早く実行できるようになる。無意識の情報処理は、精神の働きのうち非常に高次のものまでも含んでいる。大人になってからの行動が、意識的な思考や判断を超えて、幼年期の経験（多くの場合、精神的外傷、トラウマなど）によって、深いところで決定されることもある、とジークムント・フロイト(Sigmund Freud)は主張した。高次の意志決定および創造的な行動の多くが無意識のうちに生じている(この話題は18章でより深く扱う)。毎日の生活を彩る出来事の非常に多くが意識の外で起こっている。このことは、臨床研究において見られる患者の振る舞いによって、非常に強く支持されている。神経障害を持った患者、D.Fさんの奇妙なケースを紹介しよう。彼女は、形を見たり、日常生活にありふれた物の写真を認識することができない。それにもかかわらず、驚くべきことに、ボールをキャッチすることができる。郵便受けポストの入り口のような、細い横穴の向きを水平なのか垂直なのか意識的には分からず、口では「どっち向きかわからない」と答えるのに、彼女はさも簡単に、スリットへ手紙を入れることができる。このような患者の研究によって、神経心理学者は、人間の行動の中には、まるで反射のように無意識に行われるが、大脳によって高度に制御される必要がある複雑なものがあることを突き詰めた。こういった脳を介した反射のようなものを、脳の中の「ゾンビシステム」と呼ぶ。もちろん、ゾンビシステムは一般の健康な人の脳にも存在する。これらのゾンビシステムは、視線を移したり、手を置いたりといった、決まりきった行動に限られており、通常かなり急速に作動する。ゾンビシステムが作動を開始するのに必要な状況や入力、すなわちボールがこちらに投げられたり、手紙を持ってスリットに向かったり、といった状況を意識的に思い出して

作動させようとしても、それはできない。例えば、D.F.さんは、ポストに向かった後、たった二秒間目隠しされてしまうだけで、手紙を投函することができなくなってしまう。意識的には、どんな角度だったか思い出せないのだ。ゾンビシステムについては、本書の12章、13章で、もう一度詳しく扱う。

*ゾンビシステムこそが基本で、自意識はその上に付加的に形成されたものだと考えることができる。

このようなゾンビシステムが脳の中に備わっていることを知れば、「なぜ、脳は高度に専門的なゾンビシステムをたくさん集めただけのものではないのか」という疑問が湧いてくるだろう。もし我々がゾンビシステムの寄せ集めだったならば、人生は退屈なものかもしれない。しかし、たくさんのゾンビシステムが簡単に、そして、素早く働くのならば、どうして意識など必要なのだろうか？ 意識には生存に役立つなんらかの機能があるのだろうか？ 将来の一連の行動の予定を立てたり、その予定を吟味したりするときこそ、色々なことに応用がきき、かつ、計画的な情報処理モードである意識が必要なのだ、という主張を14章で展開することにしよう。意識は非常に個人的なものであり、他人と共有されることはない。感覚は、直接に誰か他の人に伝えることができないので、通常、他の感覚を経験するときの様子に例えたり、それと比べたりすることによってのみ、間接的に伝えられる。たとえば、あなたがどんな赤さを感じたのかを説明しようすれば、結局は、なんらかの赤の経験、つまり、「日没の時の赤」とか、「中国の国旗のような赤」とかを持ち出すことになるだろう。出生時から盲目の人にあなたが感じた赤さを説明するのは不可能に近い。二種類の異なった経験、例えば夕焼けの赤さと中国の国旗の赤さと、類似点や細かな相違について語ることに意義はあるが、ある一つの経験について、他の経験を持ち出さずにそれだけについて話すことは不可能である。なぜ、我々はそういった手段を持たないのかもまた、意識の理解が進めば説明されるべき事柄である。

*

実はこの事実、我々が自分の体験している世界を直接他人に伝えることができないという事実を、我々の意識がどのように脳から生まれてくるかを研究するうえで、最も根本的なものとして重要視せねばならない。どのように、そして、なぜ、ある特定の意識的な感覚を支えている神経の物質的基盤 (neural basis) が、それ以外の感覚を生み出したり、完全な無意識の状態をつくらないのか、この疑問に答えることが目標である。短い波長の光が青く、長い波長の光は赤く、あの青さ、あの赤さでそれぞれ全く異なる鮮やかさで感じられるように、どのようにして、それぞれの感覚に私たちが感じる独特な質感が構成されているのだろうか。また、どのようにして、自分の内部の主観的な感覚に、外界のものごとを指し示すような意味が与えられていくのか。また、なぜ感覚は個人的なもので他人と共有されないのか。どのように、また、なぜ、多くの行動は意識を伴わずに生じるのか。

*「なぜ感覚は個人的なもので他人と共有されないのか」というよりも、「感覚は個人的なものであるが、体験と神経ネットワークに共通性があるため、普遍性があり、共有できるものである。共有できない場合に、病理的現象が生じる。」と私は考えている。

1.2 どんな答えがありうるか

*

17世紀中頃に、デカルトの「人間論」(Traite de l'homme)が出版されて以来、哲学者や科学者は、現在の形の心脳問題についてあれこれと考えを巡らせて来た。しかし、1980年代まで、脳科学におけるほとんどの研究は意識の問題を完全に避けてきたのである。ここ20年間でその潮流に変化が生じ、哲学者、心理学者、認知科学者、臨床医、神経科学者、さらにはエンジニアまでもが、意識について学術論文や本を多数発表するようになった。これらの本は、現在の科学的な知見を持って、意識がなぜ脳から生じるかという問題をあらためて「発見」したり、「説明」したり、意識について「再考」し直したりすることを目的としている。本のタイトルも「意識を再考する」だったりする。これらの本は、純粋な思索だけに頼ったものが多く、ニューロンの集合体である脳から意識がどのように生じてくるのかを実際に科学的に発見するためには、どのようにして真摯な研究を行っていけばいいのか、という系統的で詳細な指針を示していない。そのため、本書で述べるような、意識が脳からどう生じてくるかの謎を解くための様々な研究のアイデアには、これらの本の内容は全く役に立っていない。

*1980年代から、ここ20年で、状況が変わったと述べている。本当に変わったと思う。20年前、Thomas Nagel「コウモリになるとはいったいどういうことか？」が提出され、エックルズとポパーが共著で「三世界」の構図を示し、一方で、唯物論者たちは、創発論でお茶を濁していたと記憶している。わたしはエックルズとポパーが好きだったが、理系の人たちには、軽蔑されただけだった。

フランシス・クリック(Francis Crick)と私がとるアプローチを紹介する前に、これまでの哲学者が考えてきた、これらの問題へのもっともらしい答えを、ざっと見渡してみよう。ただし、ここではあまり、深入りせず、それぞれの立場の単なるスケッチだけしか提供しないということを心に留めておいていただきたい。

*

意識は不死の魂に依存する西洋哲学の父、プラトン(Plato)は、人間というものを、「永遠不死の魂が、必ず死の運命にある肉体に閉じ込められた存在である」、と論じたことで広く知られ

ている。プラトンはまた、イデア (idea)は、我々の肉体が存在しているこの世界とは別の、イデアだけの世界に存在し、それらは永遠であるとも言った。このようなプラトンの考え方 (Platonic views)は、後に、新約聖書に組み込まれ、古典的ローマカトリックの魂 (soul) についての教えの基となっている。意識の根源には物質世界には存在しない不死の魂がある、という信仰は、数多くの宗教に広く共有されている。

*これが一番安定した考え方なんだろう。何と言っても強力。

近代に入ると、デカルトが、「延長するもの」 (res extensa)、例えば、物質としての実体を持った神経や筋肉を動かす動物精気 (animal spirit)、すなわち現代科学では明らかになっている神経や筋肉の電気化学的な活動のこと、と「思惟するもの」 (res cogitans)、すなわち、思考する実体、とに区別を付けた。デカルトは、res cogitans は人間に特有のもので、それが意識になるのだと唱えた。デカルトがこのように全ての存在をこのふたつのカテゴリーに分類したことが、まさに精神物質二元論 (dualism)とよばれるものである。それほど厳格でない二元論は、すでにアリストテレス (Aristotle) や、トーマス・アクウィナス (Thomas Aquinas) によって提唱されていた。現在の最も有名な二元論支援者は、哲学者カール・ポパー (Karl Popper) と、ノーベル賞を受賞した神経生理学者、ジョン・エックルス (John Eccles) だろう。

*20年前、「エックルズ先生も、歳をとって、死後のことを考えると、無神論的唯物論ではきついのだろう、歳をとればそんなものだ」、といった感じの文章さえあった。ポパーは三世界論だし、その中の意識経験についても、単純に精神世界のことを言っているのではないように思う。極端に言えば、物質世界と脳・意識と文化の三者が共進化する世界観といえいいのだろうか。脳と意識を特に区別しているとも思えなかったけれど、私の考え違いか。物質世界と、個人精神内界と、人類が共有する文化の総体、この三者の関係といった感じのことだったように記憶している。脳と心の問題についてはどのように言っていたらうか？

二元論は、論理上一貫している一方、原理主義的で言葉どおりの二元論は、科学的な見解からすると不満が残る。特に面倒なのは、魂と脳とがどのように相互に影響をあっているのかという問題である。どうやって、どこで、その相互作用は起こるのか。おそらく、この相互作用は物理学の法則と両立していなければならないだろう。ところが、もしそのような相互作用を仮定すると、魂と脳の間でのエネルギーの交換がなくてはならないことになる。さらにそのメカニズムも説明されねばならない。これらは非常に問題である。また、二元論によると、魂の一時的な宿主である肉体が亡んだとき、すなわち、脳が機能を停止したとき、一体、何がこの不気味な存在である魂に起こるのだろうか。幽霊のように、超空間を漂うとでもいうのだろうか？

*

精神の本質としての魂という概念は、魂が不死であって、魂の存在が脳に全く依存しないと仮定すれば、矛盾が生じることはない。すなわち、魂とは、いかなる科学的方法によっても検出することのできない、ギルバート・ライルのいわゆる「機械中のゴースト」、とみなすのである。つまり、魂は科学の扱う範囲外であると考えてしまうということである。

*

科学的な手段では意識を理解することは不可能だ伝統的な哲学的態度に、ミステリアン (Mysterian) と呼ばれる流派がある。ミステリアンは、意識の問題は複雑すぎて人間の理解の範疇を越えると主張する。この流派には二種類ある。一方は、「どんな認知システムもそのシステム内部の状態を完全に理解することができない。同じように、我々の脳は、脳内部から生じる意識の状態や仕組みは理解できないのだ」という理論的な主張である。もう一方は、現実的ではあるが、悲観的な主張である。愚かな人類には、知性に限界があり、既存の概念を大きく変更することはできない。類人猿が一般相対性理論を理解できないように、意識がなぜ脳から生じるかという問題は、人類にはとても及ばない問題なのだ、というものである。

*脳は脳を理解できるかという命題がある。

*一個のニューロンが、一個のニューロンを「理解」とすれば、あるいは、一個のシナプスの状態を、一個のシナプスで「理解」とすれば、結局、そっくり同じものができるだけで、「理解」とはいえないだろう。脳よりももう一次元、複雑さの程度の高次なものでなければ、脳を理解できないだろうとするもの。

*なんとなく分かるけれど、でも、脳は、そのように理解しているのではなくて、抽象化したり、輪郭をつかんだりして、圧縮して理解しているのだ。海を構成する分子のすべてをひとつひとつ理解しているわけではないが、H₂Oがいっぱいあって、ナトリウムと、.....なんていう具合に「理解」するので、そのように、「情報圧縮」しても理解はできるのだと思う。

また別の哲学者は、「ただの物質に過ぎない脳が、意識をどのように生じさせることができるか、全く予想もつかない。ゆえに、単なる物質である脳の中に、意識が生じてくるメカニズムを科学的に研究しようとしても、絶対に失敗するに違いない」と断言している。こういった主張は、彼等の無知を晒しているにすぎない。現時点で、脳と意識にはつながりがあるということを強く支持する議論がないからといって、つながりがないことを証明することにはならない。もちろん、これらの批判に答えるためには、科学こそが、このつながりを支持するような適切な概念や証拠を提出していかねばならないのだが。

*

将来、意識を生み出す脳の仕組みを解明することは、単に技術的に難しいだけでなく、原理的に不可能だと判明することがあるかもしれないが、現時点ではそのような結論を出すのは時期尚早というものだろう。神経科学は、非常に若い科学分野である。息をのむような速度で、常により洗練された方法によって、新しい知識が蓄積してきている。神経科学の発展が翳りを見せる前に

、そんなに悲観的になってしまう必要はない。意識がいかに脳から生まれてくるかを、ただ単にある学者が理解できないからといって、この問題が人類の知性の限界を越えているというわけではない！

*今のところ、原理的に不可能だと証明されてはいない。可能だと証明されてもいない。

意識は錯覚である

脳と意識の問題があまりにも難しいので、哲学者の他の流派には、一般には理解しがたいことだが、なんと、その問題自体を否定してしまうものもある。この種の意識問題を否定してしまう哲学流派は、行動主義（behaviorism）に起源を持つ。現代の哲学者の中では、タフツ大学（Tufts University）の哲学者ダニエル・デネット（Daniel Dennett）が最も影響力を持っている。『解明された意識（邦題）』（Consciousness Explained）で、デネットは、私たちが普段持っている感覚、クオリアは、手のこんだイリュージョン、幻想、なのでであると論じている。感覚入力システムと行動出力システムとが共謀し、人類の社会構造と脳の学習がその幻想をサポートしているという。デネットは、人々が、自分に意識があると張り張っていること、その事実をまず認めている。そのうえで、「私には意識がある」と人々がずっと信じ込んでいる事実には説明が必要だ、ということも認めている。但し、デネットによると、この信仰は「間違っている」。その一方で、どのように脳から生じるのか非常に理解が難しいクオリアを、どれだけ鮮明に人々が主観的に感じようとも、それは幻想なのだとデネットは言い切ってしまう。彼は、意識を研究しようとする通常やり方は、非常に間違っていると考えている。

*わたしはこの流派に近い。

*デネットがイリュージョンと言うとき、何を意味しているのか、吟味しなければならない。吟味してみれば、納得する部分があると思う。

通常意識がどうやって脳から生じるかを考える場合、意識を持つ主体の側からみた、主観的な意識が問題になっている。この主観的な意識が、なぜその人だけにしか経験されないのか等、主観者の側からの疑問に対しての説明をしようとするのが通常のアプローチだ。このような説明の方法を、意識のファースト・パーソン・アカウント（主観者説明、First-person account）と呼ぶ。それに対して、デネットは、そのような説明ではなくて、意識を第三者の目を見たときに説明されるべき事柄（例えば、意識を持っている種はそうでない種に比べ、生存に有利な点はあるのか等）だけをターゲットにした、サード・パーソン・アカウント（第三者説明、Third-person account）を目標にするべきだと主張する。「ある波長の光が網膜に影響を与え、被験者に『赤い光が見えた！』と叫ばせた。」という叙述は、第三者の視点でなされた客観的な叙述である。物理法則、化学法則から説きおこして、なぜ、脳の中のニューロンという単なる物質が起こす電気化学的活動が最終的に主観的な意識に至るのかまでを順を追って説明することはあまりに無謀に見える。そのため、最後の部分、すなわち脳から意識が生まれてくる部分を幻想だと見なし、

科学的に存在しないものは説明できないという立場をとる。

*「すなわち脳から意識が生まれてくる部分を幻想だと見なし、科学的に存在しないものは説明できないという立場をとる。」という解説は正しいのか？

デネットによると、歯が痛いというのは、しかめっつらをしてこらえる、といった、ある行動をとること、もしくは、痛い側の口で噛まないようにしよう、とか、逃げて苦痛が去るまで隠れていたい、といった、ある行動をとりたいという欲求をもっている状態だと考える。これらの、デネットが「反応的な傾向 (reactive dispositions)」と呼ぶ、外部から観察され、研究しやすいものは、現実存在するものであり、それがどうして起こったのか、その後何が起こるのかについては、説明がなされなければならない。しかし、苦痛の不愉快さそのもの、これは幻想であって、その捉えがたい感覚は存在しないとする。

*「苦痛の不愉快さそのもの、これは幻想であって、その捉えがたい感覚は存在しない」というように、「主観的な意識」「主観的な経験」を消去してしまったら、不思議は消えてしまう。やはりここをきちんと説明したいと思うのは、著者に賛成。

日常生活において主観的な感情が中心的位置を占めていることを考えると、クオリアや感情が錯覚であると結論づけるには、相当量の実地的な証拠、科学研究を必要とする。哲学的な議論は、論理的な分析と内省 (introspection)、すなわち自分の内部を真剣に見つめることに基づいており、科学的方法に比べ現実世界の様々な問題を取り扱うには全く力不足である。哲学的方法では、微妙な論点を決定的に論じ、定量的に決着をつけることはできない。哲学的な方法論が、最も効果を発揮するのは、問いをたてるときである。悲しいかな、長い歴史を持った哲学は、自らがたてた問いに答えたためしがほとんどないのである。私が本書でとる中心的なアプローチは、ファースト・パーソン・アカウントを、乱暴ではあるけれども、人生における明らかな事実と見なして、それを説明しようとするというものである。

*

意識の解明には根本的に新しい法則が必要とされる

一部の科学者たちは、脳に関しての更なる事実の積み上げや原理の発見ではなく、新しい科学法則こそが、意識にまつわる謎を解明するのに必要であると主張している。オックスフォード大学のロジャー・ペンローズ (Roger Penrose) は、名著『皇帝の新しい心 (邦題) (The Emperor's New Mind)』の中で、「現代の物理学では、数学者の直観 (大きくは一般の人々の直感も含む) がどのように生じるのかを全く説明することができない」と論じている。近い将来のうちに公式化が期待されている「量子重力論」がこの問題を解く鍵であり、どんなチューリング式 (Turing) デジタルコンピューターもこなすことのできないプロセス、数学者の直観が、人間の

意識によって、どのようにして生み出されてくるかが、「量子重力論」によって説明されるだろう、とペンローズは信じている。アリゾナ大学ツーソン校の麻酔専門医スチュアート・ハメロフ（Stuart Hameroff）とペンローズは、体中すべての細胞にある、微小管（マイクロチューブル、microtubules）に注目している。微小管は集まると、外部の酵素の働きなどを必要とせずに、勝手に組みあがって大きくなるという性質がある。微小管が多数のニューロンをつないで、量子の共鳴状態（coherent quantum states）をつくるのに中心的な役割を担うのだ、とハメロフとペンローズは提唱している。

*ロジャー・ペンローズの本も、分厚い本で、読み始めるまで、億劫、そしてこの手の本は、大部分が既知の基礎的な事柄のIII確認になっているので、その点でも退屈。ペンローズ氏の確信は、とても同意できるものではない。

*おおむね、学者仲間から見放された時点で、一般向けの本を書いて、さらに失望させてしまうものである。

数学者は一体どこまで非計算論的な真実を直観的に理解できるのかという問題や、コンピューターを用いて数学者の直観を実現できるのかということに関し、ペンローズは、活発な討論を巻き起こした。しかし一方で、高度に秩序だった物質である脳の中で、ある種の動物の脳には少なくとも意識が生じてくるのはなぜか、という問題に量子重力（quantum gravity）がどう関わってくるのか、はっきりしたことを何も説明していない。確かに、意識と量子重力はそれぞれが不可解な側面を持っている。しかしだからと言って、片方がもう片方の原因なのだ、と結論付けるのは、恣意的で根拠がない。巨視的な量子力学的効果の事例が、脳内において一例も報告されていない現在、これ以上彼らの考えを追求することに意味はないと思われる。

*そうですね。トンデモ系。

妄想性人格障害

恋人や配偶者が「浮気しているのではないか」と過剰に詮索する人たちの一部には、

このようなタイプの人もある。

妄想性人格障害

裁判に訴えるのがすきという点では、好訴的人格障害と似た点もあるのだが、全体としては大きく違う。まず、「根本的な人間不信」と「過敏」そして「冷酷」が主徴である。

まずはいつものように、DSMで見よう。

妄想性人格障害の診断基準。

次の7つのうち4つ以上あれば妄想性人格障害が疑われる。

- 1.十分な根拠がないのに、他人が自分を利用したり、危害を加えたり、だましているなどと疑いを持つ。
- 2.友達の誠実さ、親切を不当に疑い、そのことに心を奪われてしまう。
- 3.何か情報を漏らすと自分に不利に利用されると恐れ、他人に秘密を打ちあけることができない。
- 4.悪意のない言葉や出来事の中に、自分をけなしたり、脅かすようなことがあると深読みする。
- 5.侮辱されたり、傷つけられたり、軽蔑されたことを恨み続ける。
- 6.自分の性格や評判に対し過敏に反応し、勝手に人から不当に攻撃されていると感じたり、怒ったり、逆襲したりする。
- 7.根拠がないのに恋人や配偶者が「浮気しているのではないか」と詮索する。

ICD-9分類 301.00 妄想性人格障害

ICD-10分類 F60.0

他人の目的が悪意に満ちているという不信や猜疑心は、後述のような4つ以上の兆候として成人直後に始まり現在まで引き続いて現れてくる:

- 1.猜疑心：十分な根拠も無く、他人が自分を不当に扱っている・傷つけている・だましていると疑う
- 2.友人や仲間の貞節や信頼性に対し、不当な疑いをもち続ける
- 3.情報が自分に不利なように用いられる、という根拠の無い恐怖のために、他人を信頼するのに躊躇する
- 4.善意からの発言や行動に対し、自分を卑しめたり恐怖に陥れるような意味あいがないか探る
- 5.執拗に恨みを持つ：自分が受けた無礼、負傷、侮辱などを許さない
- 6.自分の性格や世間体が他人に伝わっていないことに攻撃性を察知して、すぐに怒って反応したり反撃する
- 7.配偶者や異性のパートナーの貞操に対し、正当な理由もなく、繰り返し疑いを持つ

ただし、精神病的な特徴を伴う気分障害や統合失調症、およびその他の精神病的障害を除外すること

基本特徴は「猜疑心」と「敏感性」、これは表裏と思えます。ついで「不信」「論争好き」「頑固」「自負心」「嫉妬」。社会になかなかとけ込めない。ちょっとしたことで怒りを爆発させる。いつも緊張している。他人を疑う、特に浮気を疑う、執念深い、恨む、被害的になる、裁判に訴える、冷酷。

構造を抽出すると、「猜疑の傾向と敏感性」これが表裏一体である。そしてあとの特徴はここから自然に説明されるが、「冷酷」の軸だけは別のような印象である。

※浮気を疑ったとき、最近多いのは、携帯の履歴やメールを見てしまうというものです。あるタイプの方は、見てしまい、そしてあとで後悔して、「こんなことをしてしまう自分は異常だ」「惨めな人間だ」「犯罪者だ」と言って自責します。このような自責があるのは、妄想性人格障害としては本流ではないと思います。本流はあくまで「自分だけは正しいと信じきっている」のです。携帯の中を確かめるのは当然の権利だ、配偶者の行動が間違っている、心のありようが間違っているのだから、正してやる、更生させるのが私の任務だ、といった程度のことは平気で言うよ

うです。本気でそう信じているようです。訂正不可能ですから、妄想と言います。

※自責するタイプは、クリニックに来ることがあります。そうすると、猜疑心も敏感性も、自分の反省の対象になっているわけです。したがって、クリニックに来る人の場合には、訂正不能で対話不可能な「妄想」にはあたりません。

質問リスト。「はい」が多ければ、妄想性人格障害の要素がより濃厚。

質問1 わたしは他人を信用できない。

質問2 他の人たちはきっと色んなことを隠していると思う。

質問3 他人は私を利用したり、操ろうとしている。

質問4 私はいつも警戒しておかないといけない。

質問5 他の人を信用するのは安心できない。

質問6 他人の親切には裏があると思う。

質問7 私がヒントを出すと、他人がそれを利用してしまうと思う。

質問8 まわりの人たちは友好的ではない。

質問9 他人の人が自分の邪魔をする。

質問10 まわりの人々が自分を困らせたがっている。

質問11 他人の言いなりになっていると、とんでもないトラブルに巻き込まれると思う。

質問12 他人の人に弱みを握られたら、きっと利用されると思う。

質問13 人が話す言葉には裏があると思う。

質問14 身近な人が不誠実だったり、裏切ったりすることがあるだろう。

質問15 恋人は浮気をしていると思う。

質問16 私は正しい。

質問17 私は無垢で高貴だ。

質問18 私の作戦は完璧だ。

質問19 屈辱は許せない。

質問20 復讐は必ず遂げる。

周囲の人に対して、自分を出し抜こうとする、だまそうとする、陥れようとするなどと常に警戒して疑っている。

他人の親切に疑いを持ち、親しくうち解けにくく、拘束を恐れ集団に属するのを嫌がる。

他人からは、気むずかしく、秘密主義で、尊大な人間だと思われたり、ユーモアや楽しむといった能力に欠けているように思われがちである。

異常なほどの猜疑心から、ちょっとしたことで相手が自分を利用していると感じる。

病的な嫉妬深さで恋人が浮気していると信じ、その証拠を探し続けようとする（病的嫉妬）。

頑固で非友好的で、すぐ口げんかをしやすい。

人の弱みや欠点を指摘するのは得意。しかし、自分のことを言われると激烈に腹を立てる。

自分の権利や存在価値を過剰に意識し、権威に対しては異常な恨みを抱くことがある。

新しいものに対しても非常に警戒をし、なかなか受け入れない。（好争者）

強い自負心がある。

内心では自分には非凡な才能があり、偉大な業績を残せると固く信じている。

この自負心によって、自分が才能を発揮できていないのは他人が邪魔をしているためだと妄想的な確信を抱いている。

この自負心には、敏感性もあり、ちょっとしたことで「裏切られた」とか「だまされた」とかと叫ぶ。（敏感者）

全体に、柔軟さが無い感じを受ける。

さて、このようなタイプの方は、周囲に非常に迷惑をかけるのであるが、本人が相談に来ることはない。むしろ周囲の人が困り果て、抑うつ的になったり不眠症になったりして、相談に訪れる。

できるだけ理解したいと考えるので、一体どういう心理構造になっているのか、考える。

まず、「疑い深さ」「他人を信じられない」が根底だろう。

妄想性人格障害の方は世間を敵に回して見ているので、いつも警戒している。自分の疑いを深めるような事実を少しでもつかんで、自分の悪い予想を補強し、自分の予想に反するような事実を無視したり、誤って解釈してしまう。このようにして結局、自分の人間不信をいつも補強している。訂正する機会はあるのに、無視したり、解釈しなおしたりしてしまう。しかし、抑うつ的になるわけではない。びくびくして、かつ、怒り易い。

彼らは非常に用心深く、いつも何か異常なことはないかと、様子を伺っている。たとえば、仕事を始めるとか、知らない人との新しい人間関係ができる場合、誰でも心配がなくなるまでは注意深くそして警戒的になるものであるが、妄想症の方はそのような心配をいつまでも捨て去ることができない。彼らは常に他人の悪だくみを恐れ、人を信頼することができない。人間関係や夫婦関係において、この疑い深さは病的で非現実的な嫉妬という形で現れる。いつも不貞を疑い、言い立てているうちに嫌われてしまい、ますます不貞を確信する。

散々言われているうちに、相手は、その人の異常さに嫌気がさして、本当に浮気をしてしまうことがあり、そうすると、やはり本当に浮気をしていたとなるわけだ。

しかし考えてみると順番が逆で、浮気をしたから疑ったのではなく、疑いが過ぎてうんざりさせてしまい、一種、配偶者を浮気に誘導したとも言えないこともないのだ。

盗聴器を使ったり、パソコンの内容を盗み取ることはこの人たちの得意技である。なぜかどの人も、スパイウェアの話とか、クッキーの扱いとか、一回ずつキャッシュも消去するとか、詳しい。

そうした第一段階の方法で欲しい情報が得られない場合には、さらにエスカレートする場合があります、配偶者周囲の人間に、あれこれと理由をつけて付きまとい、思う通りに動かそうとする。このあたりで明らかな社会生活の破綻が生じるのであるが、本人は気付かない。

夫婦生活は一応プライベートな領域で、何があったかなかったか、立証は難しいことが多い。しかしこの人たちの場合、ひそかに写真を撮影していたりなど、のちの訴訟に備えるかのような行動が見られる。

こうした人々に特徴的なのは、結局の目的は何かという点で、誤ってしまうことだ。「浮気をして欲しくない、わたしを愛して欲しい」という願いは素朴なものである。しかしこの人たちは、方法として、盗聴し、コンピュータの内容を盗み、追跡し、写真を撮り、郵便物をチェックし、電話記録をとるなど、このうちのどれかでも発覚すれば、「婚姻関係は破綻し、決定的に嫌われる」ようなことをしてしまう。なぜしてしまうのか、頭の中の天秤が狂っているとしかいいようがないのであるが、してしまうのである。

このタイプの人、パートナーと暮らさず、孤独を守るほうがいい。

次に、「感性」が指標になる。「人間不信」と「感性」は表裏である。この人たちには強力性がある。弱力性は少ないので、抑うつ的になることは少ないと思われる。あくまで強力性であり、他罰的であり、自分は正しい。

妄想性人格障害の人は過度に警戒的で、ちょっとした侮辱にも傷つき、何も企てられていないのに反応する。その結果、彼らは常に防衛的・敵対的となる。自分に落ち度があっても、責任をとろうとせず、軽い助言さえも聞こうとしない。一方、他人に対してはたいへん批判的である。世間では、このような人間を針小棒大に言う人だという。

プライドが高く、しかし現在はそのプライドに見合った扱いを世間から受けていない。それがなぜなのか反省せず、世間と他人を批判してばかりいる。

実りのない人生になるが、努力しないので、いずれにしても実りはない。それよりも、世間を非難していたほうが自分の立場を正当化できる。他人と世間一般を批判することで、虚構のプライドを守る。そのようにして人生は終わる。

さらに、感情は「冷淡無情」と形容できる。

妄想性人格障害の人は、論争好きで譲歩する事を好まず、他人との情動的な関係を嫌う。彼らは冷淡で、人と親しく交際しようとならない。彼らは自分の合理性と客観性にプライドを持っている

。妄想性人格障害の傾向のある人生観を持った人が、専門医を受診することはほとんどない。彼らは助けを求めることを嫌う。多くの人は、一見、社会的には十分うまくやっている。道徳的で刑罰的な生活スタイルが承認される様な居場所を社会の中に見いだしている。固くて狭くて融通がきかない。そのような堅苦しさが彼らにすれば安心感である。融通無碍や自由自在は、却下される。

自分は正義で無垢で高潔である。他人は悪意に満ちて、差別的で、自分の妨害をする。他人の動機は不純で、警戒すべきであり、信じてはいけない。従って、いつも用心深く、油断なく、相手の心の奥底を探りながら、反撃の機会を待ち、ときには裁判で告発する。このあたりに、特有の強力性がある。

拒絶、憤慨、不信に対して過剰に敏感である。経験した物事を歪曲して受け止める傾向がある(この部分では、精神病性の、現実の歪曲がある。現実把握の歪みが見られる。このことは周囲の人をひどく苦しめる)。普通で友好的な他人の行動であっても、しばしば敵対的ないし軽蔑的なものと誤って解釈されてしまう。

本人の権利が理解されていないという信念に加えて、パートナーの貞操や貞節に関しては、根拠の無い疑いであっても、頑固に理屈っぽく執着する。そのような人物は、過剰な自信を持つ傾向がある。過剰な自信を持たなければ、自分が根本的な反省を強いられることになってしまうからである。結局は、仮想的で過剰な、客観性のない自信を誇示することになる。

(参考)

●敏感関係妄想

非常に敏感で、気が弱く傷つきやすいのですが、一方で道徳感や名誉心の強いタイプの人に起こる妄想・関係です。ちょっとしたことがきっかけで、周囲の人に自分の秘密が全部ばれてしまったというような被害妄想を持ちます。

敏感関係妄想

敏感で内気、控えめ、傷付きやすいが強い倫理観、道徳心を持ち、自意識に満ちている「敏感性格者」が長期間にわたり困難な状況におかれ、逃れることの出来ない葛藤状況に陥った時に起こる症状を「敏感関係妄想」という。ドイツの精神医学者、クレッチマーが提唱した。被害妄想、恋愛妄想などの症状がみられる。

妄想性人格障害の人は、不都合な現実を直視することができない。受け入れられない現実を、自己の中で都合よく書き換えてしまう。だから妄想性となる。それでも、どうしてもなく押し寄せてくる現実に対して、『幼児的な全能感』をもって防衛しようと努め、『誇大的な妄想観念』を築くこともある。

こうした認知のひずみは、いかなる場合にも起きるわけではない。自己愛が傷つく可能性を感じさせる場合において、それは顕著である。責任を問われかねない場面においては、すばやく現実を歪曲し、「潔白なのに責められている被害者」に徹する。このような理由から、妄想の大半は被害妄想となる。その苦しさからの防衛として、誇大妄想が生じることがあるが、それは二次的であろう。

妄想性人格: 妄想性人格の人は、他者を信用せず懐疑的である。特に証拠はないのに人は自分に悪意を抱いていると疑い、絶えず報復の機会をうかがっている。このような行動は人から嫌がられることが多いため、結局は、最初に抱いた不信感はやはり正しかったと本人が思いこむ結果になる。一般に性格は冷淡で、人にはよそよそしい態度を示す。そのような孤立する傾向も、人間不信という間違った信念を訂正する機会を奪うことになる。

妄想性人格の人は、他者とのトラブルで憤慨して自分が正しいと思うと、しばしば法的手段に訴える。対立が生じたとき、その一部は自分のせいでもあることには思い至らない。職場では概して比較的孤立した状態にあり、ときに非常に有能でまじめであることがある。有能だからこそ妥協できない。反省するより前に、自分の人間不信を合理化してしまう。そのことが結局、人間不信を固定してしまう。

PARANOID PERSONALITY DISORDER

Diagnostic Features:

Paranoid Personality Disorder is a condition characterized by excessive distrust and suspiciousness of others. This disorder is only diagnosed when these behaviors become persistent and very disabling or distressing. This disorder should not be diagnosed if the distrust and suspiciousness occurs exclusively during the course of Schizophrenia, a Mood Disorder With Psychotic Features, or another Psychotic Disorder or if it is due to the direct physiological effects of a neurological (e.g. temporal lobe epilepsy) or other general medical condition.

Complications: Individuals with this disorder are generally difficult to get along with and often have problems with close relationships because of their excessive suspiciousness and hostility. Their combative and suspicious nature may elicit a hostile response in others, which then serves to confirm their original expectations. Individuals with this disorder have a need to have a high degree of control over those around them. They are often rigid, critical of others, and unable to collaborate, although they have great difficulty accepting criticism themselves. They often become involved in legal disputes. They may exhibit thinly hidden, unrealistic grandiose fantasies, are often attuned to issues of power and rank and tend to develop negative stereotypes of others, particularly those from population groups distinct from their own. More severely affected individuals with this disorder may be perceived by others as fanatics and form tightly knit cults or groups with others who share their paranoid beliefs.

Comorbidity:

In response to stress, individuals with this disorder may experience very brief psychotic episodes (lasting minutes to hours). If the psychotic episode lasts longer, this disorder may actually develop into Delusional Disorder or Schizophrenia. Individuals with this disorder are at increased risk for Major Depressive Disorder, Agoraphobia, Obsessive-Compulsive Disorder, Alcohol and Substance-Related Disorders. Other Personality Disorders (especially Schizoid, Schizotypal, Narcissistic, Avoidant, and Borderline) often co-occur with this disorder.

Associated Laboratory Findings:

No laboratory test has been found to be diagnostic of this disorder.

Prevalence:

The prevalence of Paranoid Personality Disorder is about 0.5%-2.5% of the general population. It is seen in 2%-10% of psychiatric outpatients. This disorder occurs more commonly in males.

Course:

This disorder may be first apparent in childhood and adolescence with solitariness, poor peer relationships, social anxiety, underachievement in school, hypersensitivity, peculiar thoughts and language, and idiosyncratic fantasies. These children may appear to be "odd" or "eccentric" and attract teasing. The course of this disorder is chronic.

Familial Pattern:

This disorder is more common among first-degree biological relatives of those with Schizophrenia and Delusional Disorder, Persecutory Type.

Grief Work

大切な何かを失ったとき・悲嘆の仕事 (Grief Work)

1.概略

交通事故や病気、その他いろいろな原因でわたしたちは愛するものと別れます。人や物、地位など、その人にとって大切な何かを失う体験をすると「悲嘆反応 (grief reaction)」が起こります。悲しみの中でも大きな悲しみを悲嘆 (grief) と呼んでいます。心のよりどころを失ない、「これは現実ではない」「夢の中に違いない」と感じることもさえあります。

喪失体験に直面したとき、その悲しみから立ち直るためには、悲しみの消化作業が必要です。それがグリーフワーク (Grief Work)、喪の仕事、悲嘆の作業などと言われているものです。

E・キューブラー・ロスは、死にゆく人が自分の死を受容していくプロセスを研究し、どのような傾向があるかまとめました。キリスト教以外でも、自分の死以外でも、悲嘆体験を乗り越えるときには同じようなプロセスをたどるのではないかと拡張して考えました。簡単に言うと、否認 (なかったものと思いたい、誰かの思い違いではないかと思いたい)、怒り (関係者に対して、また自分に対しての怒り)、抑うつなどを経て受容に至ります。最後には失ったものを嘆くことやめ、新しい生活に希望を持って向かうようになります。

悲嘆のプロセスは、心の中で、喪失の意味がゆるやかに変わっていくプロセスと考えられます。時間と強さは人により場合によりさまざまです。

2.グリーフワークとは何か

どんなとき起こるか、例を挙げます。

愛する人間、動物との死別。たとえば交通事故で伴侶を失った場合。子供が不治の病にかかった場合。いわゆるハット・ロス。退職して地位や生き甲斐を失った場合。子供が授からないと告知された場合。ずっと希望して努力していた目標をあきらめなければならない場合。

まとめて言えば、大切な何かを失ない、未来への希望が断ち切られた場合。

どのように進行するか、研究があります。

悲嘆反応の一般的経過については、公式のように過度に一般化しても間違いだと思いますが、脳の 構造から来る一般的な傾向があることも確かでしょう。

脳は呼吸や消化などのように進化論的に古い機能から、論理的思考などのように新しい機能まで、積み上げるように構成されています。強いショックがあると、上位機能がまず停止し、下位機能が保持されます。緊急事態に対応するためにはまず生命に必要な部分にエネルギーを確保することが有利だからでしょう。分かりにくいものもありますが、大まかな順番で並べると次のようになります。ショック、混乱、無感覚、非現実感、現実変様感、罪責感、敵意、拒否、取り引き、探索行動、苦悶、死者に対する思慕や憧憬、希死念慮、抑うつ、寂しさ、引きこもり、自尊心の低下、悲哀感、無力感、無関心、感情の平板化、アハーン、解放感、現実世界への関心、理性的思考、意味の探求、つぐない、希望、発想の転換、新たな決意、新たな自分の獲得、ユート、人格的成長、新しいライフスタイルの確立、新たな友人の獲得。

敢えてもう少し分類してみましょう。

- 1.茫然として、無感覚。現実感を喪失。ハット状態。思考・判断・感情の停止。
- 2.喪失に対する号泣・怒り・敵意・自責感などの強い感情。抑制のきかない思考・感情。
- 3.閉じこもり・うつ状態。
- 4.新たな自分、新たな社会関係。積極的に他人と関与。

次第に脳の抑制系が再生する過程と見ることもできると思います。

3.グリーフワークをどのように見守るか

悲嘆の仕事の課題として、1.喪失の事実を受容する、2.悲嘆の苦痛を乗り越える、3.あるべき何かが失われた環境を受け入れる、4.新しい希望を見つける、などがあげられます。

正常な悲嘆反応の場合にはそっと見守ればいいのですが、異常な悲嘆反応の場合には手当が必要になります。この場合の「異常」は、医学的な意味ではなく、生活や仕事に支障が生じる程度の強さと期間と考えて下さい。

「グリーフワーク」のプロセスを支えて見守ることを「グリーフケア」と呼びます。過度の悲嘆を自分で処理しきれないときは、専門医によるカウンセリングや薬物療法などが必要になります。

「グリーフケア」の基本は、一時的に出現する感情や行動を、共感的に受けとめることです。日本の社会は、悲しみをこらえるのが大人だと見なされている部分がありますから、あからさまに感情を吐き出すには時と場所を選ばなければなりません。そのような場所がない時は、専門家を訪ねて下さい。

「お気持ちは良く分かります」「いつまでも嘆いていてはダメだ」のような言葉も、タイミングが大切です。新しい人生に踏み出すにもタイミングが大切です。

悲嘆を乗り越える方法として、人に話を聞いてもらう、文章などで表現する、同じ経験をした人と語り合うなどが考えられます。サポートを求める勇気を持って下さい。

うつ病で治療する場合の、復職までの実際の流れ

うつ病で治療する場合の、復職までの実際の流れ。

1-診断まで

1-1 受診

不調が2週間以上続きつらいとき、受診を考えていただきます。

うつ関係のチェックリストがひとつの参考になります。

1-2 診断

これは専門のお医者さんに任せましょう。

診断基準のようなものがありますが、それは目安であって、

それだけで決まるものではないと考えてください。

さらに、次のような対策をとります。

1-3 薬

抗うつ剤（SSRI、SNRI、NaSSa四環系、三環系）、抗不安薬、睡眠導入剤、胃薬、漢方薬、ビタミン剤などをおすすめします。

現代のうつ治療には不可欠のものと思いますので、考えてみてください。

1-4 ストレス軽減

1-4-1 時間

残業なし、半日勤務など、時間を制限した勤務をしていただくことがあります。

また、出張の制限を指示することもあります。

1-4-2 仕事内容

仕事の内容について、たとえば内勤をお願いするとか、軽作業に切り替えるとか、お願いすることがあります。

1-4-3 休職

必要な場合には、休職のお願いをします。あわせて、自宅での休養の仕方を指導します。

2-休職前期=完全リラックスの時期

この時期は、おおむね、2週間から1ヶ月程度、あるいはそれ以上になりますが、完全リラックスの時期とお考え下さい。

この機会だから、普段できなかつたあのことをしよう、などとは思わないことです。
なるべく受動的な楽しみで過ごしましょう。
テレビをボーッと見るとか、負担にならないような雑誌をめくるとか、そんな程度のことです。
大リーグの中継などがちょうどいいようです。

あるいは、ずっとベッドに横になっていて、ラジオをつけっぱなしにしている、
そんな過ごし方も多いようです。

よく眠ること、食欲がだんだん回復すること、そのあたりが目標になります。
お薬がだんだん効いてきますので、ご安心下さい。

会社から電話やメールが来て、ドキドキすることも多いと思いますが、
配慮していただくこととしましょう。

傷病手当金により、休職中の経済をまかなうことができることもあります。制度を確認しまし
ょう。

3-休職後期=復職準備リハビリの時期

そろそろだいぶ気分も変わってきたなあという頃です。
だいたい1ヶ月から2ヶ月の頃ですが、
いきなり復職するのではなく、この時期を復職準備のリハビリにあてます。

自宅で休養をとって、だいぶいい、散歩もできる、買い物にも行けるという段階になっても、
家庭生活と職場ではやはりストレスに「段差」があります。

3-1 通勤

ひとつの壁が通勤です。朝起きて、電車で会社まで行けるかどうか。
その練習をします。

3-2 作業

机に座っていて、作業をこなせるか、練習します。たとえば、大学生が読む程度の本を読んで、
どのくらい頭にはいるか、確認します。

3-3 具体例

たとえば、会社が新橋や日比谷にあるとすれば、都立日比谷図書館を使います。

あなたの会社の近くの、公立図書館を使うと考えてください。

朝電車で図書館に行きます。、昼ご飯を食べ、夕方に帰ります。

最初は時間を短く、だんだん長くしていきます。

最初は雑誌をめくるだけ、だんだん専門の本を読んでもみます。

疲れたら無理をしないで、休みます。

視聴覚室でCDやDVDを視聴できる施設も多くなってきましたので、

使ってみましょう。

体調に合わせて、薬を微調整します。

六本木ヒルズの図書館があり、有料ですが、環境はいいので、

リハビリにはちょうどいいようです。

上野の東京文化会館ではクラシック関係のLP、CD、DVDが視聴できます。

気晴らしに絵も見られるし、博物館で仏像も見られます。

喫茶店も沢山ありますから、上野もリハビリにはいい場所だと思います。

マンガ喫茶がいいという人もいます。お好きなところへどうぞ。

4-復職設定 復職プログラムの設定

会社の制度によって異なりますが、

上司、人事、産業医、産業保健婦など、関係者が復職審査会を持ち、

復帰のプログラムを決定します。

4-1 時間

隔日勤務、4時間勤務、6時間勤務、8時間勤務、残業1時間許可、などを具体的に指示します。

それぞれを1-2週間程度続け、確認しながら、次の段階に進みます。

通常勤務に復するまで、全体で2~6ヶ月程度が多いようです。

4-2 仕事内容

これは各職場によってさまざまで、一概に決められないことなのですが、

軽作業、負担の軽いもの、重大な責任のないもの、慣れ親しんだ仕事、

チームよりもひとりの仕事、

から始めるのが望ましいとされています。

時間と同じく、仕事の負荷についても、1-2週間ごとに見直し、段階的に上げていきます。

4-3 部署異動

復職の原則は、もとの職場にもどることです。

異動してしまえば、新しい仕事に適応する困難があり、

さらに新しい人間関係を築く苦勞もあるからです。

しかし場合によっては、部署の移動をお願いすることがあります。

この点を会社側と打ち合わせます。

病気になる前の、職場での評価、役割、職場でのストレスの程度などが考慮されます。

4-4 サポート体制

職場での相談役をきめて、ひとりで悩まないようにします。

「その仕事は、まだ無理です」と自分では言えない場合が多いので、

そんなときの相談役にもなってもらいます。

また、その人が主治医に状態を報告して、薬剤調整に役立てます。

多くは上司がこの役に当たりますが、

上司には何も言えないという人も多いもので、やはり誰かが間に入った方がいいようです。

産業保健婦や産業カウンセラーが一般には適任です。

上司の方の理解を深めるために、教育的接触をすることがあります。

4-5 なぜリハビリ勤務が必要か。

本人も会社も、できるなら、リハビリ勤務などせずに、

いきなり通常勤務したいわけです。

しかし、実際はそれが難しい。

精神症状が消失したということと、

職場で仕事ができるということとの間には、やはり「段差」があります。

復職判定を合理的に行うために、「復職準備度の評定」などが試みられていますが、

いまのところ、正確に評価することはできません。

「やってみないと分からない」のが実情です。

復職してうまくやっていけるかどうかは、

病気の回復程度の他に、

仕事のストレス、

対人関係のストレス、

本人の性格傾向、

家庭でのストレスなど、いろいろな要因があり、複雑すぎるため、

単純に評価することはできません。

職場での実際のストレスについては、
主治医や産業医が評価することは難しいのが現状です。

こうした事情で、「リハビリ勤務」が行われています。
しかし、就業規則でどう扱われているか、会社として支援体制があるか、
リハビリ中の身分、報酬などの問題、
さらには労働災害が起こったときの扱いなど、問題が指摘されています。

5-復職前期

復職プログラムに従い、服薬したままで、仕事を始めます。
まず最初の目標は、通勤に慣れること、職場で時間を過ごす感覚を回復することです。
ここは思ったよりも「段差」を感じる部分です。

疲れたら無理をしない、睡眠、食欲を維持する。
最大疲労を100として、日々の疲労を60以内程度に維持したいものです。
自分の疲労度を客観的に評価する習慣をつけることは今後役に立ちます。
ストレスチェックや疲労度チェックがいろいろとありますから、活用しましょう。

周囲の人も、疲労度60以内くらいをめどに、見守ってください。

この時期の休日は、気晴らしはほどほどにして、むしろ休息を中心にしましょう。

6-復職後期

復職プログラムに従い、次第に通常勤務に近付けていきます。
早く、よりも、慎重に確実に、を目標にします。

仕事の負荷を増やすとともに、家庭生活での活動も拡大しましょう。

完全に通常生活にもどったことを確認してから、
徐々に薬剤を減量します。

自分の場合、再発予防に大切なのは何か、
また、病気の始まりにはどんなことが起こるのか、
知っておけば、今後の役に立ちます。

全体を通じて、症状には波があることが多いものです。

三寒四温ともいいます。

一時的な悪化があったとしても、
焦らないことが大切です。だんだんよくなります。

また、世の中にはいろいろな考えの人がいます。

そうしたことは、自分の体調が悪いときには、ことさらに、つらく感じられるものです。

しかしそこは一緒にこらえましょう。

あなたはひとりではありません。

たくさんの理解者がいます。

うつ病で休職した後の復職の難しい原因は主に二点ある。

一点は、職場環境がどのようにストレスであるか、複雑であるということだ。
いろんな職場がある。

もう一点は、最近の「うつ病」がむかしの「うつ病」と異なっていることだ。

「従来型うつ病」については精神医学としてはかなりの経験もあり、
技術の蓄積もある。

しかし最近の、「新型うつ病」については、まだ知見の蓄積に乏しい。

現代型うつ病

未熟型うつ病

ディスチミア親和型

非定型うつ病

辺縁型うつ病

各種性格障害と近縁のうつ状態.....たとえば、回避性人格障害、自己愛性人格障害、境界型人格障害などにもなううつ病

もうすこしジャーナリスティックな分野だと

プレうつ

擬態うつ

プチうつ

もうすこし評価の定まったものをあげると

逃避型抑うつ

退却神経症

軽症うつ病

など、いろいろとある。

これらを一括して、「うつ病」と呼んでいる現状なので、
うつからの復帰といっても、ひとまとめには言えないことになる。