

ISBN 4-8419-1174-X

Takaharu ARAKI

**A Study on the Human Growth of Chronic
Schizophrenic from a Viewpoint of
Phenomenological Psychology**

Kansai University, Japan Ph.D., 2003

This is an authorized facsimile, made from the microfilm master copy of the original dissertation published by YUSHODO CO., LTD., Tokyo.

The bibliographic information for this thesis is automatically contained in ProQuest Information and Learning's Dissertation Abstracts database, the only central source for accessing almost every doctoral dissertation in North America since 1861.

YUSHODO

Dissertation Service Center

29, San-ei-cho, Shinjuku-ku,

Tokyo 160-0008, JAPAN

Tel: 81-3-3357-1411

Fax: 81-3-3351-5855

ProQuest

Information and Learning

300 North Zeeb Road, Ann Arbor,

Michigan 48106, U.S.A.

Tel: 1-800-521-0600

Fax: 1-734-997-4113

YUSHODO
Japan Doctorial Dissertation Registration System
株式会社雄松堂出版 日本博士論文登録機構

〒112-0012 東京都文京区大塚 3-42-3
Tel 03-3943-5791
Fax 03-0943-6024

ISBN 4-8419-1174-X
2004

著者紹介

荒木孝治
(あらきたかはる)

1957年三重県生。関西大学大学院文学研究科
教育学専攻博士課程後期課程修了。博士（文学）。
現在、大阪府立看護大学専任講師（精神看護学）。

Abstract

It is said that there is little change in long-stay chronic schizophrenics in psychiatric wards. But I think that if we come back to them individually and examine their speech and actions, we can find that they are changing, each in his or her own way, to a fuller being. In this paper, through five cases of chronic schizophrenia, I try to verify this view by a phenomenological approach.

For example, in the first case, I paid attention to a patient's nonverbal expressions. In the middle phase of this approach, I was worried about how to cope with his speaking to himself and echolalia. However, my expression that I gave in spite of myself called forth his unexpected reaction; with my surprise as an opportunity, I began to approach the patient in accordance with his behavior. It is because I noticed that speaking to himself and echolalia were part of his way of living too and my prejudice against the symptoms decreased. In such a process, I received this patient as he was, and, as a result, I understood how to use his speaking to himself and echolalia. It is considered to be communication rather than a symptom.

In the second case, I was worried about severe vocalized checking. But, analysis of the data derived from three episodes (scene 1 in November 1998, scene 2 in January 1999, and scene 3 in September 1999), as the scene makes its way from 1 to 3, showed that his speech expressions become abundant, and the scope appears in his action, and he seems to have learned a knack to live in the ward.

Long-stay chronic schizophrenics look to be passive, but, as these cases suggest, there are signs of self-formation in their speech and actions.

Therefore, nurses have to trust in the patients' human growth and promote their sense of security in the ward. I think that, by means of this, nurses can bring out a patient's potential, and contribute to recovery.

慢性期統合失調症患者の人的成長と看護師の役割

—現象学的心理学の立場からの—考察—

荒 木 孝 治

はしがき

本書は、平成 15 年 3 月に、関西大学から学位を授与された博士論文「慢性期精神分裂病患者の人間の成長についての研究 -現象学的心理学の立場からの一考察-」を公表・出版するものである。

精神分裂病が「統合失調症」という邦名となり、社会的にも病名変更に対する理解が得られていることから、本書では表記のすべてを統合失調症にあらためた。また、本書の内容をいっそうわかりやすいものとするために、表題を「慢性期統合失調症患者の人間の成長と看護師の役割」とし、また、文意が伝わりやすいように、博士論文の最終章にあたる箇所、若干の補筆を行った。今回、本書を出版するにあたり、上記の語句の修正や若干の補筆のあることについて、ご理解とご容赦を願いたく思う。

本文でも記しているように、筆者の問題意識は、次の 2 点である。精神科病院に長期入院を余儀なくされている慢性期患者は、変化に乏しいとされているが、患者一人ひとりに立ち返ってみると、より充実したあり方への、その人なりの変化が認められるのではないか。そして、周囲からの関わり方が変わるならば、長期在院患者においても、自己形成への胎動に気づくことができ、看護師による生涯発達への働きかけが可能ではないか、ということである。

この問題を探求するために、本書では現象学的方法を用いている。恩師である関西大学の山下栄一教授（現名誉教授）は、かねてから実践的研究と研究的実践の違いを重視されていた。実践的研究とは、実践的な領域で、何らかの研究成果を得ることに主眼があるものをいい、それに対し、研究的実践とは、実践そのものを深める、或いは実践の質を高める、そのようなねらいのために研究的な姿勢をもって実践に携わることをいう。山下栄一教授から筆者がご薫陶いただいたのは、研究的実践を導く現象学的方法であった。

精神科看護師が対象者の多様な在り方をわかろうとするとき、自分を意識的に変えていこうという姿勢が大切になる。なぜ、患者さんは、そのようなことを語り、あるいは、行うのだろうか。精神医学を基本としながらも、それだけでは見えてこない人間学的なものが残る。これはフッサールの言葉を用いれば、「意識の志向性」への着目である。そして、患者さんとの関わりにおいて、その人についての体験が、「こちらにはどのように伝わってくるか」、そのようなことを、丁寧にもう一回見直してみようとして、関心を対象に限局（beschränken）させていく。これは現象学で「現象学的還元」と呼ばれる。この用語は誤解を受けやすい言葉であるが、もともとの意味は、こういうところにあるのである。

このような態度変更を行って、見えてきたものをありのままに記述し、記述されて捉えられた対象についての意味（意識の志向性、あるいは、患者さんにとっての生活世界の意味）を読み取っていく。そうすると、対象の新たな側面が見えてくるので（対象の側からいえば、新たな側面を見せてくれるので）、もう一度、態度変更を行い、実践を続ける。

研究的実践を導く現象学的方法とは、こういったダイナミックな探求方法であり、かつ、

弁証法的な二者関係の展開である。

本書では上記の意味での現象学的方法を用いて、筆者の問題意識である「慢性期統合失調症患者の人間の成長と看護師の役割」の解明を行った。

すなわち、本書は、精神症状が固定化し、長期入院を余儀なくされている慢性期統合失調症の長期在院患者においても、なお人間の成長が可能であることを、現象学的心理学の立場から明らかにしようとしたものである。

第1部（理論篇）では、統合失調症及び現象学的方法に関する従来理論を詳説・整理するとともに、本研究での現象学的方法の定義・解説を行った。第2部（事例篇）では、筆者自身が看護師として関わりをもった慢性期統合失調症患者の5事例を詳細に紹介し、事例研究を行った。最後に第3部（総合考察篇）において、5事例の状態像を比較しつつ総合的考察を行い、周囲からの関わり方が変わるならば、慢性期長期入院患者においても自己形成への胎動が認められ、看護師による生涯発達への働きかけが可能であること、それは医学的課題であると共に教育学的課題であることを提言した。

平成16年10月1日

著者記す

目 次

はじがき	i
序 説	1
1. 本研究が明らかにしようとするものについて	1
2. 心理学研究法における本研究の性格付け	2
3. 本研究の内容	3
第 1 部 理論篇	
はじめに	6
第 1 章 統合失調症の理解と患者への生活援助	7
第 1 節 統合失調症の概念	8
1. 緊張病と破瓜病	8
2. 早発性痴呆	8
3. 精神分裂病	9
4. 統合失調症	9
5. 慢性期精神分裂病の概念	9
第 2 節 統合失調症の症状	10
1. プロイラーの基本症状	10
2. シュナイダーの一級症状	10
3. その他の症状	11
4. 陽性症状と陰性症状	12
5. 統合失調症の病型	12
第 3 節 統合失調症への現象学的・人間学的接近	13
1. ビンスワンガーの場合	13
2. ミンコフスキーの場合	15
第 4 節 統合失調症の経過と予後	16
1. 急性統合失調症の寛解過程	16
1) 発病まで	16
(1) 思春期の発病	17
(2) 成人期の発病	17
2) 急性幻覚・妄想状態	18

3) 臨界期	18
4) 寛解期前期	18
5) 寛解期後期—退院と社会復帰—	19
2. 慢性化への移行	19
3. 統合失調症の予後	21
1) 寛解	21
2) シューブと残遺	21
第5節 慢性期統合失調症患者への生活療法	23
1. 病棟の概要	23
2. 患者の生活	24
3. 生活療法	25
第6節 精神保健福祉法について	27
1. 精神衛生法	27
2. 精神保健法	27
3. 精神保健福祉法	28
4. 精神保健福祉法の理念	29
第2章 現象学的方法について	30
第1節 フッサール現象学について	31
1. 前期：ハレ時代	31
1) 『算術の哲学』	31
2) 『論理学研究』	32
2. 中期：ゲッティンゲン時代	33
1) 『厳密な学としての哲学』	33
2) 『イデーオン』	33
3. 後期：フライブルグ時代	35
1) 『ブリタニカ論文』	35
2) 『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』	36
4. まとめ	38
注) フッサールの現象学的心理学の概念について	39
第2節 現象学の諸科学への適用—現象学的方法の先行研究—	41
1. 精神医学：ビンスワンガーの『現象学的人間学』	42
1) ビンスワンガーについて	42
(1) 略歴	42

(2) 統合失調症患者の理解をめざして	42
2) 現象学的方法論	43
(1) 現存在分析のねらい	43
(2) ハイデガーの『存在と時間』	44
(3) 実存カテゴリー	44
(4) 症例の検討	46
(5) まとめ	47
2. 精神医学：ミンコフスキー『精神分裂病』	48
1) ミンコフスキーについて	48
(1) 略歴	48
(2) 統合失調症患者への姿勢	48
(3) 生命現象へ立ち返ることと現象学	48
(4) 現実との生ける接触	49
(5) アプローチそのものの重視	50
2) 現象学的方法論	50
(1) プロイラーの「自閉」と統合失調症の基礎的障害	51
(2) 人格的活動の周期性	51
(3) 豊富な内閉性と貧弱な内閉性	52
(4) 統合失調症患者の態度や症状に関する解釈	52
3. 精神医学：ヴァン・デン・ベルグ『人間ひとりひとり』	53
1) ヴァン・デン・ベルグについて	53
(1) 略歴	53
(2) 反省以前の境位と現象学	53
(3) 社会問題や歴史的展望へのコミットメント	54
2) 現象学的方法論	55
(1) 仮説よりも記述を優先する	55
(2) 「事象そのものへ帰れ」－観察し記述し解釈する－	56
4. 理論心理学：ジオルジ “An application of phenomenological method in Psychology”	58
1) ジオルジについて	58
(1) 略歴	58
(2) 伝統的心理学への批判	58
(3) 新しい研究方法としての現象学的心理学	59
2) 現象学的方法論	60
(1) インタビューとその記述	60
(2) データの分析	61

(3) データの分析に基づく学習の考察	64
5. 看護学：広瀬の『看護カウンセリング』	65
1) 広瀬について	65
(1) 略歴	65
(2) 看護カウンセリングについて	65
2) 現象学的方法論	66
(1) 現象学的態度	66
(2) 現象学的記述	67
(3) 具体的な記述の進め方	68
(4) 患者にとっての病気の主観的意味の分析	68
(5) カウンセリングの分析・評価	69
6. 教育学：山下・加藤の『教育状況の現象学』	70
1) 山下・加藤について	70
(1) 略歴	70
(2) 教育心理学の方法論的反省	70
2) 現象学的方法論	71
(1) 現象学的還元 —教育実践におけるその意味—	71
(2) 現象学的分析 —「志向性」という視点の重要性—	72
(3) 現象学的方法の手順	73
(4) 事象そのものにとらえかた	74
(5) 共同相互存在としての人間	74
7. まとめ	75
1) フッサール現象学の特色	75
2) 現象学的方法の先行研究と本研究に学ぶもの	75
(1) ビンスワンガーの場合	75
(2) ミンコフスキーの場合	76
(3) ヴァン・デン・ベルグの場合	76
(4) ジオルジの場合	77
(5) 広瀬の場合	77
(6) 山下・加藤の場合	78
第3節 本研究での現象学的方法について	79
1. 本研究での現象学的方法	79
1) 現象学的還元について	79
(1) 人間一人ひとりの事象そのものへ	79
(2) 現象学的還元の原義とその適用	79

(3) 先行研究における現象学的還元	80
(4) 本研究での現象学的還元	80
2) 現象学的記述	81
(1) 現象学的記述について	81
(2) 先行研究および本研究での具体的な記述方法	82
3) 現象学的分析	82
(1) 志向性の原義	83
(2) 志向性に着目した先行研究	83
(3) 本研究での志向性の分析	83

第2部 事例篇

はじめに

1. 倫理的配慮について	86
2. 患者の状態像について	87
3. 事例篇の論文構成	88

第1章 独語や反響言語のつよい患者へのアプローチ

第1節 はじめに	89
第2節 目的と方法	89
第3節 患者紹介	89
1. 現病歴と入院後の経過	89
2. 現在の状況	90
第4節 記述データ -アプローチの経過と筆者の了解過程-	90
1. アプローチの経過	91
a. 第1期	91
b. 第2期	91
c. 第3期	92
2. 筆者の了解過程	93
a. 第1期 ノンバーバルな表現に気づいた時期	93
b. 第2期 独語に悩んだ時期	93
c. 第3期 相手の行動に添えるようになった時期	94
d. まとめ -A氏との出会い-	94
第5節 反響言語の本人にとっての意味の解釈	95
1. 反響言語の使われ方とその状況的意味	96

a. 類型1：本人の関心が別のところにある場合	96
b. 類型2：言われた事が理解できず困惑している場合	96
c. 類型3：理解はできるが実行で葛藤している場合	96
d. 類型4：自発的な応答になっている場合	96
2. 当事者にとっての本質	97
第6節 精神病理学における反響言語	97
第7節 本事例から引き出される反響言語に関する普遍的意味	98
1. 本稿のアプローチを振り返って	98
2. 関わりの前半から引き出される反響言語の普遍的意味	98
3. 関わりの後半から引き出される反響言語の普遍的意味	99
4. まとめ	99
第8節 終わりに	100
第2章 言語的確認行為（強迫）のつよい患者へのアプローチ	101
第1節 はじめに	101
第2節 目的と方法	101
第3節 患者紹介	101
1. 現病歴と入院後の経過	101
2. 現在の状況	102
第4節 記述データ	102
1. データに関して	102
2. データ	103
1) 場面Ⅰ	103
2) 場面Ⅰから場面Ⅱまでの2ヶ月間における患者の状況	104
3) 場面Ⅱ	106
4) 場面Ⅱから場面Ⅲまでの8ヶ月間における患者の状況	107
5) 場面Ⅲ	108
第5節 考察	110
1. 病理性と患者の変化	110
1) 病理性について	110
2) 患者の変化について	111
2. 患者の立場から見た「生きるコツ」の学び	114
1) 状況の両義性	114
2) 症状や周囲との折り合い	114
3. 医療の立場から見た「安全保障感」の現われ	115

1) 看護師の役割	115
2) 安全保障感の大切さ	116
4. 医療モデルを補完するものとしての生涯発達論的モデル	116
1) 寛解について	116
2) 生涯発達論的な観点について	117
第6節 終わりに	118
第3章 幻覚や支離滅裂のつよい患者へのアプローチ	119
第1節 はじめに	119
第2節 目的と方法	119
第3節 患者紹介	119
1. 現病歴と入院後の経過	119
2. 現在の状況	120
第4節 記述データ	121
1. データに関して	121
2. データ	121
1) エピソードI	121
2) エピソードII	122
3) エピソードIII	124
4) 研究対象期間内の患者の病棟での様子	125
(1) 身体の状態	126
(2) ケアへの協力・拒否について	126
(3) 大声・怒鳴り声	126
(4) 看護師とのコミュニケーション	126
(5) 他患者との関係や異性への関心	127
(6) グループ活動	127
第5節 考察	128
1. 患者の病理性	128
1) 基本的安全感	128
2) 現実検討能力	128
3) 自尊心の高さ	128
4) 自我防衛	129
5) 情緒の統合性、および自己実現	129
2. 生活者としての患者	130
1) 生きる充実を求めて	130

(1) 言語表現上の特徴	130
(2) 不安と期待	130
(3) 日常の雑談をしている	131
(4) こちらに心を開いている	132
2) 「上手な折り合い」を求めて	133
(1) 病棟での「適応	133
(2) 折り合いの課題	133
(3) 折り合いへの援助	133
第6節 終わりに	134
第4章 支離滅裂や言語新作の多い患者へのアプローチ	135
第1節 はじめに	135
第2節 目的と方法	135
第3節 患者紹介	135
1. 現病歴と入院後の経過	135
2. 現在の状況	136
第4節 記述データ	136
1. データについて	136
2. データ	137
第5節 考察	138
1. 患者の社会性	139
2. 患者の病理性	139
3. 患者のライフスタイルと退院	140
第6節 終わりに	141
第5章 幻聴や体感幻覚の激しい患者へのアプローチ	142
第1節 はじめに	142
第2節 目的と方法	142
第3節 患者紹介	142
1. 現病歴と入院後の経過	142
1) 現病歴	142
2) X病院入院後の経過	143
(1) 入院後10年まで	143
(2) 入院10年以後	143

2. 現在の状況	143
第4節 記述データ	144
1. アプローチの経過	144
1) 1996年3月	144
2) 同年4月	145
3) 同年5月	146
4) 同年6月	146
2. 研究対象期間内の患者の病棟での様子	147
1) 病棟での出来事	147
2) 拒食および幻聴と家族に関する発言	147
3) 便秘や身体症状の訴え	148
4) グループ活動	149
第5節 考察	149
1. データの整理	149
a. 「アプローチの経過」より	149
b. 「患者の全体状況」より	149
c. 二つのデータより	150
2. 患者の状態像とライフスタイル	150
1) 気分の不安定	150
2) 症状と自己表現	150
3) 患者のライフスタイル	151
第6節 終わりに	152

第3部 総合考察篇

はじめに	153
第1章 慢性期統合失調症患者の人的成長について	154
第1節 5事例の状態像について	154
第2節 先行研究との比較検討	155
1. プロイラー, M	155
2. 加藤ら	156
3. 一宮ら	157
第3節 本研究事例の総合考察	158
1. 5事例のアプローチの要約と個々の事例の特徴	160

1) 事例1 「独語や反響言語のつよい患者へのアプローチ」	159
(1) アプローチの要約 (2) ケースの特徴	
(3) 事例のまとめ -生きる意欲-	
2) 事例2 「言語的確認行為のつよい患者へのアプローチ」	160
(1) アプローチの要約 (2) ケースの特徴	
(3) 事例のまとめ -状況の中で生きるコツを学びつつ-	
3) 事例3 「幻覚や支離滅裂のつよい患者へのアプローチ」	161
(1) アプローチの要約 (2) ケースの特徴	
(3) 事例のまとめ -生きることへの充実を求めて-	
4) 事例4 「支離滅裂や言語新作の多い患者へのアプローチ」	163
(1) アプローチの要約 (2) ケースの特徴	
(3) 事例のまとめ -自分の生き方で-	
5) 事例5 「幻聴や体感幻覚の激しい患者へのアプローチ」	164
(1) アプローチの要約 (2) ケースの特徴	
(3) 事例のまとめ -変化への欲求を受け止めて!-	
2. 人間、この変化するもの —— 5つの事例を振り返って	165
第2章 現象学的方法の効用について	167
第1節 実践者の立場でのメリット	167
1. 患者理解への効用	167
2. 相互理解が深まることへの効用	168
第2節 研究の視点からのメリット - 生きられた意味を明らかにする効用 -	169
第3節 価値意識を明確化するものとしての現象学的方法	
- 人権意識の観点から -	170
第3章 今後の課題	171
Abstract	172
文献	173
あとがき	177

序説

1. 本研究が明らかにしようとしているものについて

慢性期の統合失調症患者は症状が固定化し、「本来の人間の生活に回復する」、そのような方向への変化がほとんどない、といった見方をされてきた。だが筆者は、民間精神病院で看護師としての実践を10年余り続けてきた結果、いろいろな折に、そうではなく、むしろ、より充実したあり方への、その人なりの変化というのが認められるように感じてきた。

統合失調症患者の入院治療というとき、その典型的な経過は、中井（1974）が統合失調症患者の寛解過程として描くところのものである（pp.157ff）。すなわち、発病以前の、ゆとりを失い、無理をしたり、焦ったり、自分が見通されるような不安の状態から、焦りのかたまりのような急性期に至り、ここで治療が集中して行われると、妄想や幻覚が、一応消腿する臨界期に入る。さらに、「繭に包まれているような」（呆然とした）寛解期前期を経て、次第に心に余裕の生まれる寛解期後期に入り、社会復帰の準備が進められる。このような急性期からの寛解・治療過程が、臨床上きわめて重要であることは述べるまでもないことである。

一方、精神病院に入院している患者の多数は、この寛解過程から離脱してしまった慢性期患者である。しかも、入院が3～5年、5～10年、さらに10年、20年、30年にわたる長期入院患者の割合は全入院患者数の半分以上を占める。だが、急性期の統合失調症患者と比較すると、これら慢性期の統合失調症患者に対しては、一部を除いて、精神科医からも、クリニカル・サイコロジストからも、それほど積極的な関心がもたれていないように思われる。勿論、それにはそれ相当の理由がある。入院が長期に及ぶと、治療の環境、他患者やスタッフとの対人関係、薬物の副作用、ホスピタリズム等、寛解・回復に影響する因子が複雑になり、何の要因で現在の状態になり、病状が再燃し、あるいは、改善に向かったのかわかりにくい。また、慢性化が進む中で、それは症状なのか、それとも、当事者の行動傾向なのかの区別もつきにくくなる。さらに、家族の世代交代が進む中で、症状は安定していても、病院で生活せざるをえない、いわゆる社会的入院の患者も少なくない。

このような現実の中で、看護師という立場にあるものは、慢性期統合失調症患者に対して、少しでも人間としての生きがいにつながるように関わらざるをえない課題を背負っている。同時に、冒頭で記したように、筆者は、慢性期統合失調症患者に、受動的と思われる中にも、自己形成への胎動を感じ取ることが出来ると思っている。また、そのような関わりをすることによって、看護師もまた、人間として、さらには、一つの専門職としての成長が自覚されてくると考える。

しかし、慢性期統合失調症患者は経過が長く、中井（1976）の記すように、あまりにも自明でありながら困難なのは、「治療者が生き生きとした関心を、個人としての慢性期患者に持ち続けること」（p.60）ができないことである。これに対し中井は、「描画」（患者に絵

を描いてもらう)を併用することで、慢性期患者への関心を維持してきた (p.266)。つまり、治療や看護に当たるものは、自ら「脱備給—うんざりして気を抜いてしまうこと—して」しまわないように、方法意識を持つことが望ましい。この課題に対して筆者は、<先入見を排して事象そのものへ>をテーゼにして、患者との関わりをなるべく丁寧に記述し、それを反省的に振り返り、データに基づき事象を明らかにする(解釈する)という、現象学的心理学の立場からアプローチを続けてきた。

本研究では事例篇において、筆者が関わりを行った統合失調症の、しかも慢性期の事例ばかり5例をとりあげ、慢性期統合失調症患者の人的成長に関して、さまざまな角度からの考察を行いたい。それは、事実としては対象者が多数存在するにもかかわらず、さほど注目を浴びることのない、慢性期の精神科看護の実践領域に対して、さらには、筆者が現在携わっている看護大学教育、とりわけ、精神科看護学 (psychiatric nursing) のリハビリテーション領域に対して、積極的に寄与すべき何かがあるのではないかと考えるからである。

2. 心理学研究法における本研究の性格付け

さて本研究は、実践者と研究者が同じ筆者自身であるということから、心理学研究法においてはさまざまな性格付けが可能である。

一つは研究的実践の側面である。

筆者は1982年、本研究・事例篇の実践が行われた病院に看護師として入職し、1994年まで12年の間、 α 病棟(急性期閉鎖病棟)で2年半、 β 病棟(慢性期開放病棟)で7年半、そして γ 病棟(別の慢性期開放病棟)で2年間の看護活動を続けた(いずれの病棟名も仮名である)。その後1995年に関西大学大学院に進学し、以後、1999年まで、同病院では非常勤の形態で勤務を続けた。配属は1995~1996年が γ 病棟、1997~1999年が心理室であった。本研究の事例の実践は、筆者が大学院在籍中である1996~1999年にかけて行われた。1997年からは病棟勤務を外れたが、筆者は週1~2日程度、病棟の許可を得て、勤務年数の長かった β 病棟の患者と関わった。患者はこれまでの関係から、筆者をもっぱら看護師として認知し、筆者も、患者から当時の仕事について尋ねられた場合はその旨を説明したが、それを除いては、筆者も従来どおりの看護師として患者に関わった。

以上、筆者の当時の状況を記したのは、筆者がたとえ非常勤勤務であっても、患者との関わりは医療従事者としての活動であり、その限り、その実践は、研究のためだけの実践ではなく、あくまでも、患者の福祉の向上に関与する活動であったということである。その限り、この関わりには研究的実践(実践そのものを深める、あるいは実践の質を高める、そのようなねらいのために研究的な姿勢をもって実践にかかわること)の側面があり、具体的にいえば、筆者が関わりを終えて、その実践をノートに記録し、整理すること自体が、次の関わりを高めることにつながる場合があったのである。

二つ目は、研究データを収集するという観点からみれば、それは参与観察法、あるいは面接法の独自の様式である。というのは、患者との関わりは、患者が療養している病棟の中、具体的には、患者の部屋を訪れ、そこで話のやり取りをするという機会が多く、例外を除いて面接室を用いることはほとんどなかった。また、筆者の実践は、治療を目的にしたものではなく、あくまでも、その日一日が暮らしやすいように、との看護者の視点で関わったからである。

三つ目は、実践的研究の側面である。筆者の実践は社会的役割を果たすことが第一であったが、その実践記録を研究者の視点で活用し、それが仮に、医学、心理学、看護学に寄与するものがあつた場合には、それは実践的研究（実践的な領域で、何らかの研究成果を得ることに主眼がおかれる）となる。

最後は事例法に他ならないことである。すなわち、筆者は看護師という立場で、本研究の対象となつた複数の患者と関わりを持っていた。そのような実践的な事実が先にあつて、次に意識して記録をとり始めて、おのおのの事例についてまとめた。その事例を元に、研究を進めたのであり、それは事例法である。

このように、本研究は心理学研究法の上からはさまざまな性格付けができると考えられる。だが、あくまでも研究者の立場からみると、本研究の方法は、従来の研究法と比較して、次のような総合的特色をもつ。

研究者自身が参与観察をした一つ一つの事例について、実践が一つの区切りに達したときに、あらためて現象学的記述の視点で記録を整理し、その実践の経過をもう一度辿りなおして、資料の構成を行った。

もう少し詳細に言うと、筆者が自身の実践過程を想起しながら、そのときそのときの対象者像を、エピソード的方法（関わりを筆者のエピソードとしてまとめる方法）を用いて、時間系列順に整理した。事例によっては、筆者の実践記録だけでなく、患者の当時の全体状況の記録を作成した（看護記録を参照して、それを纏めた）。

次に、その構成された資料を元に、現象学という方法意識をもち、5つの事例の解釈を行った。つまり、それぞれの記述結果から、普遍化できる事柄を読み取ろうとした。

さらに、その5事例を通しての総合的な考察を行い、筆者の問題意識である人間的成長という観点から、慢性期統合失調症患者についての新たな理解の道を切り開こうとした研究である、と位置付けることができる。

3. 本研究の内容

上述の主旨に基づき、本研究は次の内容で進められる。

第1部は理論篇である。

第1章では主に、研究対象に関する従来のとらえ方について整理する。統合失調症患者は、精神医学ではどのようにとらえられてきたか、すなわち、医療において通念となつて

いる対象者の特質を押さえておきたいと考える。具体的には、統合失調症の寛解（回復）過程とはいかなるもので、経過と予後についてはどのように見られ、また、慢性化とはどういう事態を指すのか、さらに、統合失調症の基本症状は何で、それをいかに理解しようとしたかに関してまとめる。さらに患者の具体的な病棟生活や、精神医療の法的根拠である精神保健福祉法に言及する。

同第2章では、本研究で用いる現象学的方法に関するまとめを行う。まず、フッサールの哲学では現象学はどのような意味で使われているのか、筆者がつかんでいる限りで、フッサール現象学の重要な特徴について記す。次に、現象学の基本的な意味は同じであるが、現象学を適用したその後の経験科学者たちは、フッサールとは異なる問題意識に立っていることから、筆者にとって意義深い先行研究の幾つかを整理する。そして最後に、従来の慢性期統合失調症に関する研究では明らかにされなかった側面への現象学的方法の具体的な適用について、すなわち、本研究で用いる現象学的方法について述べる。

第2部は事例篇で、5事例の事例検討を行う。

はじめに、倫理的配慮を記し、患者の状態像、事例篇の論文の構成について述べる。

第1章・事例1は、独語ばかりつぶやき、いつも同じ応答を繰り返す患者に対し、その言動を変化させようとする態度を捨てて、こちらがその生き方を認めて、尊重し始めたのをきっかけに、患者が「従来とは違う自分を見せ」始め、その多様な在り方に出会って、反響言語の意味がわかり、交流が広がった事例である。

第2章・事例2は、自分の考えが正しいかどうか、ノートをしきりに持参して確認を求める患者に、スタッフや筆者が話の傾聴を心がけるうちに、患者の言語表現の言い回しに変化が現われ、その会話記録から、病棟で「新たに生きるコツを覚え」はじめていたことがわかった事例である。

第3章・事例3の患者は、自身の幻覚に抵抗するために怒鳴り声を頻発し、会話では拒絶や支離滅裂がつよい患者である。だが、話しかけたり、話しかけられたりする関係を通して、患者は患者で「生きる充実を求め」ており、時間を一緒に過ごすこと自体が、未来展望を提供する手がかりになると感じた事例である。

第4章・事例4の患者は、言葉のまとまりがわるく、話が飛んだり、造語（言語新作）が多い患者であるが、病棟生活はそれほど支障なく過ごし、約30年の入院を経て、退院が決定した。現在の自分に固有の「機能」を生かして、患者は自分のライフスタイルを営んでいたのではないかと考えた事例である。

第5章・事例5は、幻聴や体感幻覚を訴える患者に対し、一定期間、関わりを続け、ライフスタイルや「変化への本人の潜在的な力」に気づいたものの、それ以上、筆者との関係が発展せず、また、家族の調整が困難など、次の展望を開くことができないまま、入院が長期化している事例である。

第3部は総合考察篇である。

第1章では、事例1～5の状態像を比較検討しつつ、全事例をあらためて回顧すること

によって、慢性期統合失調症患者の人間の成長について総合的な考察を行う。第2章では、本研究で用いた現象学的方法の効用に関して検討する。また第3章では、今後の課題について記す。

第 1 部 理論篇

はじめに

本研究の事例篇の患者は、入院歴が16～29年に渡る、長期入院患者である。詳しくは最終章に記すが、統合失調症の長期予後（患者は入院後、長期的にどのような経過を辿るか）の観点から見ると、軽症ないし重症の残遺状態（病勢が止まり、人格の水準の低下を多少残して安定する）、もしくは移行期（予測のつかない不安定な時期）の患者と考えることができる。

例えば、反響言語や強迫行為や支離滅裂がつよい患者は、社会的寛解（症状の消失の有無にかかわらず、家庭生活や社会生活など、社会的適応が可能になること）はなかなか困難なことが多い。

それにもかかわらず患者は、病棟の中で「一生懸命」生活している。自分の話しやすい人を選び、また、自分の気持ちを表現したいと思い、あるいは、相手の期待に沿おうとし、そして、諦めも感じている。患者には筆者を触発するものがある。

しかし、事例篇に入る前に、統合失調症に関して、また、患者の生活について、さらに、患者へのアプローチの方法について記述されている必要がある。そこで、第一部は理論篇とし、第1章で統合失調症について纏め、第2章で現象学的方法に関して記すことにする。

第1章 統合失調症の理解と患者への生活援助

統合失調症は「人格の病」といわれるが、その原因や成因については、まだわからないことが多い。

本章の構成は以下のとおりである。

第1節では、Schizophrenie という病名の由来と、それに関連して、本邦では、「精神分裂病」から「統合失調症」へと名称が変更された経緯について付言する。第2節では、統合失調症の症状に関して、古典的なブロイラー、シュナイダーの知見や、陽性症状と陰性症状への分類について述べ、統合失調症の三病型と特殊型についても補足する。第3節では統合失調症の、患者本人にとっての意味を、現象学的・人間学的に了解しようとしたビンスワンガーやミンコフスキーの営みを取り上げる。また第4節では、統合失調症の経過と予後について記す。ここでは、本邦の中井の理論により、急性統合失調症の寛解・回復過程を辿り、それを受けて、慢性化への移行を検討する。さらに、統合失調症の予後に関する一般的な知見を纏める。第5節では、慢性期病棟での実際の患者の生活を紹介し、そこでの生活療法について記述する。最後に第6節では、現在の精神医療を法的に規定している精神保健福祉法、とくにその理念について言及する。

第1節 統合失調症の概念

統合失調症に限らず、精神病の疾患単位の確立（例えば統合失調症は、現代では一つの疾患単位とされている）は遅く、19世紀前半までは、外因性精神病と内因性精神病の区別もなされていなかった。その後19世紀後半に、進行麻痺（梅毒菌による慢性脳炎）**progressive Paralyse**が多様な精神状態像（症状）を示すにもかかわらず、疾病経過（どのように病気が進行し、最後はどうなるか）がほぼ共通していることがわかり、20世紀に入り、早期の確定診断ができるようになった。

本節では、統合失調症がどのような経緯で疾患単位として成立したかを簡略に記したい。

1. 緊張病と破瓜病

ドイツのカールバウム（Kahlbaum, K.L.）（1826–1899）は、上述の進行麻痺の例に倣い、疾病経過（どのように病気が進行し、最後はどうなるか）を重視して、様々な精神障害を明確に類別することを目指した（内沼, 1979, p.50）。

カールバウムは、20代前後で急性に発症し、独特の昏迷 **Stupor**・興奮 **Erregung** が交代する症候群を、緊張病 **Katatonie** と名づけた。これは比較的短期に寛解するものの再発を繰り返す、多くが人格欠陥を残すとされる。

さらに、カールバウムの弟子であるヘッカー（Hecker, E.H.）（1834–1919）（独）は、自発性の減退、感情鈍麻を主症状とする精神疾患を破瓜病 **Hebephrenie** と名づけた。破瓜期（かつて16才頃の思春期を破瓜期と呼んだ）に発病し、メランコリー、マニーと続き、速やかに独特の精神薄弱（痴呆）状態に陥る。

2. 早発性痴呆

クレペリン（Kraepelin, E.）（1856–1926）（独）は、カールバウムやヘッカーの影響を受け、身体医学の方法論に倣って各精神障害の疾病経過を抽出し、原因、症状、経過、転帰、病理解剖所見を総合的に捉えようとした（内沼, Ibid. pp.50~51）。

その過程で、カールバウムの緊張病、ヘッカーの破瓜病、それにクレペリン自身が提唱した妄想性痴呆（被害妄想と誇大妄想を主症状とするが、緊張病や破瓜病と同様、精神的荒廃に至るとされる）の3つに、若年性に発病し、経過面では早いうちに痴呆的になるという共通項を見出し、これらの病気をまとめて、早発性痴呆 **Dementia Praecox** と名づけた。そしてその発生にいくつかの型があるとし、破瓜型（病状は上記の破瓜病に準じる）、緊張型（同じく緊張病に準じる）、妄想型（同様に妄想性痴呆に準じる）に分けたが、これらの型の間にはいくらかも移行があるとした。（クレペリン, 1986, p.5）（プロイラー-Bleuler, E. 1979, pp.4 f）（西丸, 1989, pp.309 f）。

3. 精神分裂病

早発性痴呆という名称は、病気の経過や転帰（最後はどうなるか）を重視していた。しかし、早発性痴呆の「痴呆」とは、病前の人格水準の低下であり、脳器質疾患での痴呆、（老年性痴呆）ではない。また、経過からみても、早発性（若年性）とは限らず、進行性ともいえないことがわかってきた。プロイラー（1857-1939）（独）は、早発性痴呆は「不治の病」という印象を与えるが、実際は回復するものも多いこと、また、転帰によらなくても、基本的な精神症状（次項参照）から診断が可能であるとして、精神分裂病 *Schizophrenie* という呼称を提唱した（*schizo* は引き裂かれる、*phrenie* は心を意味する）（プロイラー、*ibid.* pp.1~9, pp.13 ff）。

4. 統合失調症

プロイラーの *Schizophrenie* の命名以来、約1世紀が経とうとしている。

本邦の精神医学用語であった精神分裂病は、この *Schizophrenie*（ドイツ語）の直訳であった。しかしこの訳語は、この病に対する偏見を助長し、また、病理を的確に捉えた診断名ではないとの指摘がなされてきた。何よりも「精神分裂病」という名称は、患者・家族・関係者にとっては、回復への希望を喪失させかねない響きをもつ。

これに対し、日本精神神経学会が中心となって、名称変更の動きが起こった。

精神分裂病の名称に変わる候補として、英語の *Schizophrenia* を、そのままの呼び名にした「スキゾフレニア」、最初の命名者の名前をとった「クレペリン・プロイラー症候群」、それに「統合失調症」という名称が挙げたが、結局、統合失調症が選ばれ、2002年8月の世界精神医学学会で公表されて、正式に決定された。

5. 慢性期統合失調症の概念

後述するように、統合失調症の急性期は存在するが、その後は長期的にその健康問題をかかえて生きていくことになる。これは他の成人病における慢性疾患とほぼ共通する見方である。本研究においてとくに断りなく、慢性期統合失調症という用語を用いる場合は、この一般的な意味で用いる。慢性化に関する議論や統合失調症の予後（転帰、つまり慢性期統合失調症の長期経過）については、節や項を設けて記述する。また諸家の、慢性もしくは慢性期の限定的な意味については、その箇所で説明を付け加える。

第2節 統合失調症の症状

次に、統合失調症の症状について、(1) プロイラーの基本症状、(2) シュナイダーの一級症状、(3) その他の症状に分けて記述し、それらを、(4) 陽性症状と陰性症状の観点から、あらためて分類する。今日いわれている統合失調症の三病型（破瓜・緊張・妄想の各型）と特殊型（接枝統合失調症、遅発統合失調症）についても簡単に触れる。

1. プロイラーの基本症状

経過（痴呆的になるという転帰）よりも症状を重視したプロイラーは、統合失調症を心理的に理解する道を開いた。

プロイラーは、統合失調症だけに固有の症状を基本症状と呼び（1974, pp.13 ff）、連合弛緩 *Assoziationslockerung*、感情鈍麻 *Gefühlsabstumpfung*、自閉 *Autismus*、両価性 *Ambivalenz* の4つを挙げた（表1）。例えば自閉は、いわゆる「閉じこもり」だけに限らない。内的生活が相対的又は絶対的に優勢になっている状態であり、人と話していても、思考内容が自分にしかわからないものであれば、それは自閉（現実からの隔離）である。

なおプロイラーは、幻聴 *Gehörshalluzination* や妄想 *Wahn* を、それらの発生しない統合失調症患者もいることから、基本症状から外している。

表1 プロイラーによる統合失調症の基本症状

1. 思考障害（連合弛緩）	まとまりがない、一貫しない思考
2. 感情障害（感情鈍麻）	刺激に対して感情が湧かないように見えること
3. 自閉	現実から離れて、自分の世界の中に生きること
4. 両価性	正反対の感情を同時にいだくこと

2. シュナイダーの一級症状

プロイラーの基本症状は他覚症状であるが、症状が軽くてはつきりしないときには判定が難しい。診断するものにより、基本症状か否か（分裂病か否か）の見解が異なることがある。それに対し、シュナイダー（Schneider, K.）（1887-1967）（独）は、患者が語ってくれる異常体験（主観症状）に限って、一級症状（この体験があれば分裂病といえる症状）（表2）と二級症状（そうとはいえない症状）とに分けた（シュナイダー、1957, pp.176 ff）（中井・山口、1968, pp.81~85）。

表2 シュナイダーによる統合失調症の一級症状

-
1. 思考化声 : 自分の考えが反響して聞こえる体験
 2. 対話の形をとる声が聞こえる (幻聴)
 3. 自分の行動に干渉する声が聞こえる (幻聴)
 4. 身体への被影響体験 : 身体の体験を異常な、他人からされる体験として受け取る
 5. 思考奪取 : 自分の考えが抜き取られる体験
 6. 思考吹入 : 自分の考えでない他人の考えが吹き込まれる体験
 7. 思考伝播 : 自分の考えが周囲の人々にわかられてしまうという体験
 8. 妄想知覚 : 外界の知覚に誤った意味づけをすること
 9. させられ体験 : 他人から操られていると感じる体験
-

思考化声 *Gedankenlautwerden*、身体への被影響体験 *leibliche Beeinflussungserlebnis*、思考奪取 *Gedankenentzug*、思考吹入 *Gedankeneingebung*、思考伝播 *Gedankenausbreitung*、妄想知覚 *Wahnwahrnehmung*、させられ体験 *gemachtes Erlebnis* など、一級症状の多くは、自我意識障害 *Ichstörung* (自我意識の障害された状態) と呼ばれる症状である。

シュナイダーは、一級症状は外因性精神病にも現れること、また、一級症状がなくても、統合失調症の場合がありうることを認めていた。だがこの分類は今日でも統合失調症の診断基準の一つになっている。

3. その他の症状

上で記したのは基本的な症状であるが、統合失調症の症状とされるものはきわめて多様である。

例えば、しばしば観察される客観的症状として、独語 *Selbstgespräch*、空笑 *leeres Lachen* や疎通性 *Zugänglichkeit* の障害、さらに、拒絶 *Negativismus* (働きかけを拒否する) や緘黙 *Mutismus* (口をきかない)、常同 *Stereotypie* (同じ動作を反復する) や反響言語 *Echolalie* (相手の言葉をまねる) がある。

また、思路障害として言語新作 *Wortneubildung* (新語を自作する、あるいは、通常の言葉を自分の枠組みで用いる)、思考内容の障害として強迫思考 *Zwangsdanken* (神経症の場合と違って妄想との区別が難しい)、知覚障害として体感幻覚 *Körperhalluzination* (例えば「腸が溶け出す」というような身体感覚の幻覚)、自我意識障害として離人体験 *Depersonalisation* (外界や自己に対する非現実感) などがある。

4. 陽性症状と陰性症状

表3 クロウによる統合失調症の陽性症状と陰性症状

陽性症状	陰性症状
元々、健康な時には無かった症状が発病することにより現われる	元々、健康な時には有った能力が発病することにより失われる
急性統合失調症の主たる症状	慢性統合失調症の主たる症状
妄想・幻覚 緊張・興奮 させられ体験 滅裂思考	感情の平坦化 意欲の減退 社会性の喪失 自閉

イギリスのクロウ (Crow, T.J.) (1938-) は、表3のように、統合失調症の症状を陽性症状 positive Symptom と陰性症状 negative Symptom に分けた (Crow, T.J., 1980) (原田ら, 1997, p.108) (染矢, 1993, pp.57f)。

陽性症状とは、元々、健康な時には無かったものが発病することにより現われる症状で、プラスの症状といわれる。具体的には妄想・幻覚 Halluzination、緊張・興奮、滅裂思考 *Zerfahrenheit*、させられ体験等であり、これらは病気以前にはなく、病気によって「作り出された」症状である。急性分裂病では一般に陽性症状が主であり、可逆的である。クロウは同症状の仮説として、脳内のドーパミン伝達物質の増加をあげている。

一方、陰性症状とは、元々、健康な時には有った能力が発病することにより失われる状態をいい、マイナスの症状といわれる。感情の平坦化(感情鈍麻)、意欲の減退(無為 *Abulie*)、内閉性、社会性の喪失などは、以前は有ったものが欠落した状態である。陰性症状は慢性統合失調症の主たる症状といわれ、固定的で治癒しにくいとされる。同症状の仮説として、脳室拡大と脳実質の萎縮があげられている。

5. 統合失調症の病型

クレペリンが統合失調症の型として示した三型、すなわち、破瓜型、緊張型、妄想型は、統合失調症の三病型として、今日に至るまで引き継がれている。実際には、三病型のそれぞれの特徴が混じり合い、一人の患者の統合失調症を構成することが多いが、その中でも、一つの病型が中心になっている場合も少なくないとされる。

なお、特殊型として、接枝統合失調症、遅発統合失調症などがある。接枝統合失調症は、知的障害を基盤にして、思春期以降、統合失調症があたかも接枝されたかのように、新たに加わった状態をいい、破瓜型が多いという。また、遅発統合失調症は、妄想を主症状として、退行期ないし初老期にまれに発病する統合失調症に対し用いられる名称である (諏訪, 1984, p.229)

第3節 統合失調症への現象学的・人間学的接近

クレペリンやブロイラーによって、統合失調症は疾患として確立された。しかし、ヤスパース (Jaspers, K.) (1883-1967) の「了解不能」(1971, pp.116~121) という言葉があるように、統合失調症は「わからない」(言動の意味をその人の立場にたって理解できない) とされた。患者とわれわれの間には「割れ目」があった。そこに、人間学的に「橋を架け」ようとしたのが、現象学的立場の精神医学者であった。

統合失調症患者の態度は、周囲のものにとっては、非常に「奇妙に」映る。精神症状のために、患者とわれわれとの間に、相互理解の障害や困難を見出したとき、一体、それをどこへ「差し戻したら」よいのか、われわれは悩み、考える。

例えば、徹底的に患者の生活史に沿えば、発病も「止むに止まれぬ」理由があるのではないか。また、統合失調症について「素因」で片付けてしまえばそれまでであるが、患者の生き方はどうして「窮屈」なのだろう。患者もわれわれも同じ人間である限り、(物質とといった抽象的なものではなく)、共通の存在基盤から理解できる、そのようなすべはないものだろうか。あるいは、そもそも人間は、外界や世界とどのようにつながり、どういう関係の持ち方をするものなのか。それをあらためて理解することが、統合失調症に対する深刻さを認識し、患者の福祉に寄与しうる道につながるのではないか。

ブロイラーと同時代に生きたビンスワンガー (Binswanger, L.) (1981~1966) (独) やミンコフスキー (Minkowski, E.) (1985-1972) (仏) は、こういった問いを持ちつつ、現象学の方法を活用して、統合失調症にアプローチしていった。

1. ビンスワンガーの場合

ビンスワンガーの方法は、年代順に、①記述と本質直観による方法、②内的生活史を辿る方法、③現存在分析による方法、そして、④超越論的現象学に基づく方法と変化していくが、統合失調症患者の言動そのもの、事象そのものに「入り込み」、人間の本質を読み取るようとする現象学的姿勢は一貫していた。

例えば、「現象学について」(1922年の報告発表)は『現象学的人間学』(1947年出版)の冒頭に収められた論文であるが、精神医学のカテゴリーで判断を下すのをやめ、記述を続けることによって、患者にとっての幻聴や自閉の意味(本質)を読み取ろうとした。

「夜になるとあちこちの談話室が開かれるんです」と語る統合失調症患者がいた。患者の話の聴いてビンスワンガーは、この患者にとって「幻聴」とは、従来の医学的説明とは違い、自分のこれまでの「ぎごちない」生活体験に、「真摯に対抗することのできる」唯一の場所になっていること(つまり「救い」の場所であること)がわかった。さらに、統合失調症患者の自閉とは、幻覚や妄想、あるいは内部生活の優勢として特徴付けられるよりも、個人が価値に対して示す変化、つまり、共同体の価値に「価値が認められなくなった」

(価値喪失)ということに、一層の本質があると洞察した (1967, pp.39~54)。

また、大著『精神分裂病』の「症例イルゼ」(1960, 第I巻, pp.29 ff) は、精神医学の常識からいえば統合失調症と診断されておかしくないケースであるが(下記に要約を記す)、ピンスワンガーはイルゼの統合失調症性狂気を、ひとつの歴史(生活史)として了解した。

イルゼは39才の女性である。日頃、横暴な父が優しい母を奴隷扱いすることに悩み、決断のつかない重圧が続いていた。ある日イルゼは、何か決定的なことをやって父に改心させようと決意し、父の前で腕を燃え盛る暖炉に差し込んだ。だがこの犠牲は結局無駄に終わり(父は行いを改めず)、彼女は父に幻滅を感じた。

しかし、そのような行為をした自分の名誉(自分は「おかしい」ことをしたのではないのだということ)を守らねばならなかった。そこでイルゼは、世の中に「救うべき父」を見いだそうとし、男性に対する関係妄想や注察妄想が出現することになった。総ての男性を愛さなければならない(恋愛妄想)。だが、そのように、彼女にとって「引き寄せてくる世界」は、謎めいた力となって反発し(つまり、彼女の思い通りいかず)、その結果彼女は「狂氣的に」、世界を右往左往し続ける。

しかし彼女は退院後、「隣人」の悩みを聞くという心理的な仕事につき、状態を克服することができた。

ピンスワンガーによれば、精神病の判定には次の3つの種類がある。

一つはその行動が社会的に逸脱していると判断される場合であり、二つ目は、自然科学的な見地から診断が下される場合である。例えば「そのような奇怪な行動をとる、あるいは奇妙なことを考える」ことは統合失調症的であり、故に病気であるという具合である。またもう一つは、生物学的な処置が必要であると判断した場合である。すなわち、「それは症状である」と診断するだけでなく、その中に危険や侵害や苦痛をみてとり、その原因を除去し、克服するために自然科学的な、つまり、精神医学的な侵入が必要だと判断する場合である。

しかし、この症例についてピンスワンガーは、「彼女の妄想を、脳髓(脳の病気)に投影(還元)することは不可能である」と述べる(括弧内は筆者)。つまり、「父」というものが彼女の生活歴の主題になっていて、それに対する彼女の解答が「狂氣的」な形式をとっている。そしてそれが脳の障害と、いわば関係をもったということに尽きるのである。

このようにピンスワンガーは、従来の「疾患としての狂気」に、「生活史としての狂気」の可能性を提出し(宮本, 1966, p.420)、この観点から了解を拓けようとしたのである。

なお、ピンスワンガーについては、「現存在分析」の観点から、次章でもう一度、取り上げる。

2. ミンコフスキーの場合

ミンコフスキーはプロイラーを評価しながらも、一方では、ベルグソン (Bergson, H.) (1859-1941) の哲学や、フッサール (Husserl, E.) (1859-1938) の現象学からもつよい影響を受けていた。

ミンコフスキーによれば、通常人間は、自己自身との一致感、つまり、本能的に外界と接触しつつ、調和感をもっている。これは論理的に把握されるというよりは、むしろ非合理的なものとなさえ、いえるものである。この本能にあたる因子が、統合失調症患者にあっては、深刻な障害を受け、「現実との生ける接触の喪失」*perte de la contact vivante avec la réalité* をきたしている (1954, pp.72~76)。

ミンコフスキーはこのような地平に立ち、そこから慢性統合失調症患者の態度や症状に関する解釈を行う。

われわれは外界と同化し、調和的に行動する能力を有する。これはプロイラーが同調性と呼んだものであり、環境とともに振動する能力、現実との生ける接触である。だが、統合失調症患者は、この本能的因子を喪失しており、この意味で「病的な人格」なのである。しかし統合失調症患者は、本来は直観的であるその因子を、論理や理念で補おうと努める。(ibid, pp.89~110)。

すなわち、一つは病的合理主義である。統合失調症患者は生活のすべてを、ただ理念、それも、肯定と否定、善と悪、有用と有害といった合理的反立の観点から眺めようとする。例えばある人は、自分に影響を及ぼそうとする外部勢力はすべて、自分の人格への侵害と受け止める。その人には、独立と侵害の二つの範疇しかないのである。

さらにもう一つは病的幾何学主義である。本来、変化し発展するものである事件や出来事を、固定的、静止的に(幾何学的・空間的に)評価しようとする。例えば、「病気になっても、数ヶ月を要する治療は11月以外には決して始めてはならない。それは11月から始めると治療が両年にまたがって、対称的になるからである」(全生活を対称によって規定しようとする) というようにである。

患者の側に立てば、現実との生ける接触の喪失の「代償行為」なのだが、それ自体が、周囲のものにとっては、非常に「奇妙に」映る。他にも、夢想であったり、不満ばかり絶えずこぼしたり、何事も悔やんでいたりと、疑問癖・質問癖を呈する。これらは統合失調症的態度なのだが (ibid, pp.142~188)、それには上述したような本質的理由があるのである。

このようにミンコフスキーは、統合失調症患者を了解不能とはせず、人間が生きる事象そのものへと立ち返り、そこからあらためて患者を了解しようとした。そして、このように患者の病的態度を知りつくすことが、「患者の感情的交通の回復や治療方法の選択」に寄与することにつながるとしたのである。

ミンコフスキーに関しても、著作『精神分裂病』を中心にして、次章であらためて取り上げる。

第4節 統合失調症の経過と予後

この節では、統合失調症の経過を一通り辿ってみたい。本邦の中井の理論により、急性統合失調症の発症と寛解（回復）過程を追い（第1項）、慢性化という事態について検討する（第2項）。また、統合失調症の予後と転帰に関する一般的な知見を纏めておく（第3項）。

1. 急性統合失調症の寛解過程

中井は、急性統合失調症の発症とその過程を詳細に記述した。その経過は、急性状態から、臨界期、寛解期前期、寛解期後期と漸次的段階的に経過して、寛解（回復）に至るというものである（1974, pp.157～217）（1984a, pp.304～324）（中井・山口, 2001, pp.122～143）。発症の過程がつまびらかになることで、患者の「つらさ」を共有しやすくなった。また、これまで「変化の乏しい状態」のように思われていた慢性期に関して、理解の糸口が得やすくなった。下記ではさしあたり、急性統合失調症の、1）発病まで、2）急性幻覚・妄想状態、3）臨界期、4）寛解期前期、5）寛解期後期の各時期の特質を記していきたい。

1) 発病まで

かつてクレッチマー（Kretschmer, E）（1888－1964）は、敏感であると共に冷淡である分裂病質（Schizoid）、さらに健常人にも該当する分裂気質（Schizoides Temperament）（体格はやせ型）を指摘し、この二つを併せ、精神分裂病の発症に親和性を持つ性格とした（1955, p.36）。また、先章でとりあげたミンコフスキーは、統合失調症患者には、人格と環境との間の本能的ともいうべき生的接触（現実との生ける接触）が不足していることを指摘していた。

これらは、統合失調症に（比較的）なりやすい気質なり、素因について言及したものである。現代の精神医学においても、統合失調症になりやすい傾向・素因（神経系が脆弱であること）を基盤とし、環境因子との相互作用、すなわちストレス状況下で発病・再発するという、有力な仮説がある（佐藤・松岡, 1999, pp.117～125）。

（1）思春期の発病

中井は、将来、統合失調症になりやすい子どもには、根本的な信頼が非常に欠けていると指摘する。子どもの側から見ると、3～5才にかけての反抗期は、親の愛情が反抗によっても揺るがない、信頼できるものであることを、身をもって体験する時期である。この反抗期を通り抜けた子どもは、学童時代の中心課題である「競争、妥協、協力」のコツを、仲間との遊びの中で身につけていく。だが、反抗期を経験していない、言い換えれば、安

心感が十分に身についていない、統合失調症になりやすい子どもは、学童期の課題にさしかかる前に、5～6才頃になると、(それまでひとり遊びをしていたのかえって)、親から離れられなくなるようだ、と中井は記すのである(1984a, pp.306 f)。

思春期・青年期は、自身の性と攻撃性を受け止め、他人と深い関係を結ばねばならない。また知性がつくことで、ものごとの裏表がわかるようになってくる。

中井によると、小学校の末期から中学生にかけての統合失調症は、きっかけらしいきっかけもなく、成績が急に下がったり、突然暴力を振るったり、また、何となく元気がなく、自室に引きこもったりして、始まるのだという。一方、高校の初期にはじまる統合失調症は、家族に難題を吹きかけたり、暴力を振るうというはじまり方をするという(ibid. pp.308 f)。

これらの指摘からすると、学童期になって親離れができないのと同様に、発病は、疾風怒濤の時代を前にして、自分から身を引いていく、一つの対処であるようにも思われる。

(2) 成人期の発病

成人型の統合失調症は17～18才ごろから始まるといわれ、中井は、急性統合失調症の発症過程を次のように記述している(ibid. p.309)。

① ゆとりのある時期

比較的、健康な時期である。ゆとりとは、何かの不意におこっても対処できる余力のあることである。患者になる人は、ゆとりを失いやすい人であることが多いという。

② 無理の状態

これまで控えめで、他人に心の中をうかがわせないような生き方をしていた人が、例えば「人にいわれなく、からかわれた」など、何かをきっかけに「一念発起」して、突然、勤勉になるとか、熱烈に片思いをしたりする。食欲や睡眠が二の次になり、それ以外の事柄や不意打ちの事件に対処しにくくなってしまう。

③ あせりと不安の状態

あせり・不安がひどくなり、眠れず、悪夢を見たりする。追い詰められた意識が、実際何ものに追われている感じに変わっていく。人にみすかされているような感じがしたり、外に出るのが恐くなる。「店員が水をまくと、自分に特別の悪意をもってしたように感じる」(妄想知覚)。いつの間にか、家族や社会との距離ができ、孤立感が増していくが、誰にも頼れないと思いついでいる。

④ 身体の乱れと感覚過敏の時期

病気への入り口で、さまざまな身体の不調(不眠、発熱、嘔吐など)が起こる。中井によれば、これは身体の最後の警告である。いつもと違う雰囲気を感じたり(妄想気分)、遠くを走る救急車やパトカーの音などが、自分と関係のあるものに聞こえる(関係念慮)。ここで身体の調子が崩れて、休養を強制されたりすると、病気にならなくてすむ、という。

2) 急性幻覚・妄想状態

中井によると、本格的な病気が始まると、考え直すゆとりが全くなくなる (ibid. pp.310～317)。

自分が何かを思えば、他人の表情がただちに変わったり、自分の内面は他人に筒抜けだと考える (妄想知覚)。けなしたり、からかったり、脅かしたりする、そら耳がきこえてくることがある (幻聴)。考えが次第にまとまらなくなって飛躍したり (滅裂思考)、自分の考えでないものが混じりこんだり (思考吹入)、考えがぬきとられる (思考奪取) ように感じたりする。また、(この奇妙な状態は誰かの陰謀ではないかと思い) 「親が食事に毒を入れた」とか「殺そうとしている」と言い出す。さらには、「頭の中の考えも外界の印象も、無数の意味のきれはしと結びつき、頭の中で乱舞して、考えはまったくまとまりを失う。体もバラバラになった感じがする」 (ibid. p.312)。

外から見ると、呆然と立っていたり、夜も寝ずに騒いだり、ひとり言をいっていることぐらいしかわからないが、これらは患者にとって、非常に「しんどい」体験と考えられる。(急性状態の症状は、治療をすれば1～3ヶ月で消腿するとされる)

3) 臨界期

中井によれば、急性状態が終わった後、明るくおだやかな1週間前後が現れることがある、という (ibid. p.317)。妄想や幻覚が消え、「なんでもできそう」「はやくバリバリ仕事がしたい」「学校に戻る」といい出すことが多い (中井・山口, 2001, p.136)。だが、このときほど気持ちが不安定なときはないといい、中井は次のように述べる。「いままで、自分がまわりに苦しめられていると思っていたのが、全部間違いで、まわりに迷惑をかけていたのは、実は自分だったというのは実につらい認識である。ここで自殺する人が少なくない。治療はそれまでは応急処置で、これからが本番だといってよいのである」(1984a, p.317)。

急性期を脱し、寛解 (回復) 過程が始まる目安となるものは、薬の副作用や身体症状の出現である。前者には、口渇、便秘、パーキンソン症状 (四肢のこわばり・前のめりに小刻みに歩く・振戦など)、アカシジア (じっとしておれず、イライラして歩き回る) などがあり、後者は、下痢、目のかすみ、めまい、微熱、かぜ様症状などである。それまでは夢を覚えていないが、この時期になると、悪夢にうなされたりする。この時期を、中井は臨界期と名づけた (1974, pp.187 ff)。これは、急性統合失調症下にあつて活動できないでいた自律神経系が、活動を再開し始めたことを示すものであり、改善の兆しとされる。

4) 寛解期前期

中井は、臨界期を過ぎると、さめたようにみえる一週間ほどの時期を経て (中井・山口,

2001, p.136)、茫然としている時期、「本人にとっても、まわりからみても、何か霞の向こう側にいるような半透明の繭に包まれているような」(1984a, p.318) 時期が続くという。それは、深い消耗感、抑うつ感のおとずれである。

患者は寝てばかりいたり、「ぶくぶく」肥ったり、口を開けてよだれを垂らしていたりする。また、本人も「頭がはたらかない」、「からだは動かない」と感じるので、本人も家族も、精神活動が下がったのではないかと、「ダメになったのではないかと」心配になる。

だが中井は、急性状態は、限度を超えるほどの大仕事であったゆえに、この状態はむしろ、「体の理にかなっている」という。反対にこの時期、周囲が「こまごまと指図して、しつけ」ようとしたり、本人が全力をふりしぼってしまうと、それは有害でさえあり(1984a, p.318)、そのまま慢性化に陥ったり、絶望して自殺する場合もあるという(中井・山口, 2001, p.138)。睡眠と休養が大切な時期である。(この時期は3ヶ月から半年ぐらいの期間が必要とされる。この時期に無理をすると2～3年に及ぶことがあるという)

5) 寛解期後期－退院と社会復帰－

中井によれば、この時期になると、人のいるところでも余裕を失わず、まわりのことがつかめるようになる。生活を再開するには、自分の疲労や睡眠不足がわかることが大切であるから、身体感覚とともに、「意識の辺縁の観念を意識にのぼらせる」ことが必要になる時期である(中井・山口, 2001, p.138)。季節感の回復が目安といわれ、表情も変化してくる(1984a, p.319)。行動に生気がでてくるが、一方では、社会からの遅れを取り戻そうと焦りがちになる時期である。焦りは再発のきっかけになる。適量の抗精神病薬を服用し続けて、ゆとりを持ちやすくし、この時期を時間をかけて(最低8～9ヶ月)、「じっくりととおろすぎる」ぐらいがよいとされる。就職する場合は、職場の「安心しておれる感じ(があるかどうか)」が、何よりも大切となる(1984a, p.318～322)。

2. 慢性化への移行

これまで急性統合失調症の寛解(回復)過程を辿ってきた。だが、精神科病棟の入院患者の過半数は、慢性統合失調症患者で占められている。ここで、慢性化とはどのような事態かを記しておく必要がある。慢性化への過程を記した文献は少ないが、中井は、先述した寛解過程に沿いながら、慢性化への移行に関する一つの考え方を示している(1976, pp.36～66)(1982, pp.40～53)。中井は、慢性化とは「それぞれの段階が次の寛解に向かう過程を阻止されて、長く同じ状態を繰り返した結果生じるもの」(1982, p.47)であり、「急性状態はもちろん、寛解期のすべての段階が慢性化しうる」(1974, p.212)と考える。

中井は、慢性化へは、そのきっかけになる時期がある(それも分裂病の早期に)という。

それを中井は易傷期と呼んだ(1976, p.38)。これは患者が、「殆どいかなる外部からの刻印も、従順な粘土のように」(ibid.)受け取る時期のことである。

第一の易傷期は急性状態であり、患者は急性統合失調症下で、「人にふりまわされる」状態にある。この時期に必要なのは、静かな環境においてインプットを減らすことであるとともに、「信頼できる人が余裕を持ってそばにいてくれる」、シュヴィング (Schwing, G) (1966) のような関わりが重要であると中井はいう (pp.38 f)。

第二の易傷期は臨界期である。この時期は、急性状態の幻覚・妄想が一応止み、これまで活動していなかった自律神経系が動き始める時期である。だが最初は、非常に不調和に働き出すため、患者にとっては、「にわかには身体内の事象(自律神経の乱れや睡眠の乱れ、薬物副作用の出現など)が患者の意識にのぼる」ことになる。中井によればこの時期は、「些細な霧視も、一生目が見えなくなってしまうのではないか」(原文のまま)と思うほど、不安を覚えるという (pp.39 f)。

このときほど、患者の不安を受け入れたり、適切な話しかけの必要な時期はないのであろう。支持されないまま、この状態が繰り返されると、「心気的な訴えの続く」慢性化状態へと移行する、というのも頷ける話である。

中井が第三の易傷期にあげているのは、寛解期前期の、とくに初めである。臨界期を過ぎた患者には、一週間ほどであるが、さめたようにみえる時期、「フワリとした誇大感をともなった、快癒感の時期」がおとずれる (p.40)。だが患者は、気配りをしなければならない場面での行動の準備はまだできていない。反対に、この時期に、複雑な行動をうながせば、(患者は拒まないのが一般であるが)、それは「実らないどころか、有害で」とあるという (p.41)。中井は、慢性期特有の自発性の欠如、「心のはずみのなさ」が顕在化するきっかけはこの時期にあるのではないかと、いっているが (ibid.)、慢性化に関する興味深い指摘である。

最後に、寛解期後期にも慢性化の引き金があるという。多くの患者が、「正常者とは、疲れを知らず働き、本を開けばすらすらと頭に入り、いつも気分は一点の曇りもない快晴である、と固く信じている」。この架空の目標(超正常状態)に到達するべく、患者があせるならば、寛解期後期は長引き、そしていつまでも不安定性を失わない、という (p.45)。

このように中井は、寛解過程のそれぞれの時期に、慢性化へと陥る契機が潜んでいると考える。慢性化とは「各段階が足踏みし、長く同じ状態を、(強迫的に)繰り返している」(1982, p.47) こととされる。同時に、「環境の作用を受けて成立するものである」(中井・山口, 2001, p.141) ことを、医療者は見逃してはならないであろう。環境の作用の中には、病棟スタッフの働きかけ方、あるいは、患者が暮らす病院の環境、さらには風土が含まれている。人間としての生きがいに少しでもつながり、慢性期からの回復に寄与できるような接近方法の改良や、病棟運営の改善への努力が改めて望まれるのである。

3. 統合失調症の予後

慢性化への移行に関する一つの仮説について見てきたが、それでは一般に、統合失調症の予後はどのように捉えられているだろうか。本項では、予後に関する精神医学用語を整理しながら、纏めていきたい。

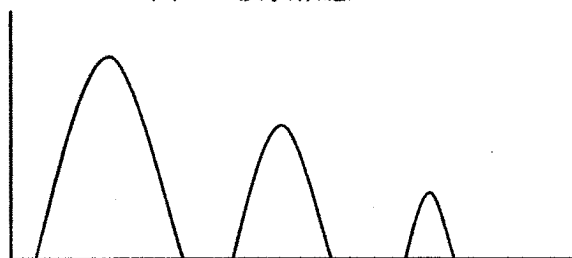
1) 寛解

濱田 (1994, p.44) は寛解 Remission を、統合失調症で一時、病的体験がおさまることであると定義し、症状がすべて消失する場合を完全寛解 *vollständige Remission*、多少は残ったり、出没したりする場合を不完全寛解 *unvollständige Remission* とする。また、(完全、不完全を問わないで) 社会的寛解 *soziale Remission* とは、家庭生活や復職など、社会的な適応が可能になる場合に用いられる。

治癒と呼ばず、寛解<ゆるむ>と称するのは、統合失調症は進行性に病的過程 *Prozeß* を経過し、人格の水準低下に至るというクレペリン以来の考え方があるからである。しかし加藤 (伸勝) (1977, p.120) によると、近年は社会的治癒 (意味は社会的寛解と同一) を重視し、単純に、治癒一再発にした方がよいとの考え方もある。

ブロイラー, M (Manfred Bleuler) (1903-) (統合失調症の命名者のブロイラー, Eの息子である) の長期経過の観察によれば、寛解したり再発したり波状に経過して (図1)、社会的寛解に至るのは、39% (±4.39%) である (Bleuler, M. 1972) (宇野, 1984)。また、アフタケアに集中的に取り組んだ一人である湯浅の1978年の調査では、自立・寛解率 (社会的寛解率) は53.6%となっている (湯浅, 1984, p.505)。さらに、同一の医療チームが20年以上にわたって継続観察した一宮ら (1986, p.215) によると、寛解自立と就労半自立を合せた予後良好群は、44.2%であった。

図1 波状治癒

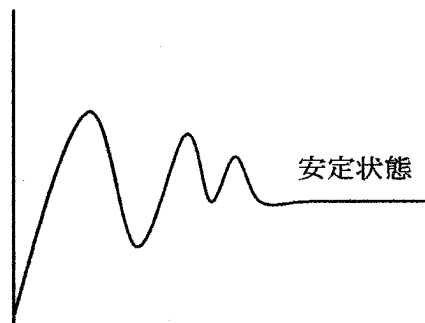


2) シューブと残遺

一方、一時状態が治まっても、病気が再び出現し、段階的に悪化することをシュー

プ Schub (病勢増悪) という。これは再発 (一度回復した病気が再び現れること) であるが、シュープの場合は、少しずつ人格水準が低下するニュアンスを含む。病勢が止まり、人格水準の低下を多少残して安定するものを欠陥 Defekt という (以上、濱田. Ibid.) (図2)。但し、欠陥という用語は不可逆性のニュアンスがあり、最近では残遺 Residual state (英) という用語が使われる傾向にある。

図2 軽症残遺

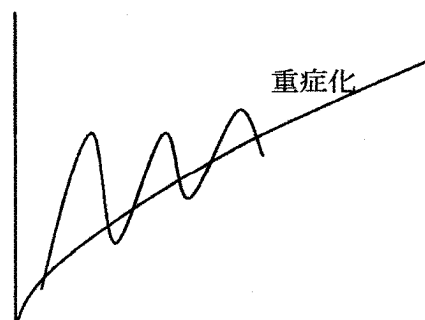


残遺 (欠陥) の軽症・重症に関して、加藤 (雄一) は次のように記している (1993, pp.196 f)。

「軽症では、妄想・幻覚などの病的体験が不明瞭になり、社会生活に一応の適応は可能となるが、感情・思考・意志は単純化、平板化し、対人的社会的に共感的接触が希薄となる。重症では妄想、幻覚はなお存在しているが、それに対する感情的反応や言語表出もなくなり、無為、無関心、常同的あるいは幼稚な行動のような客観症状が優位となる。」

原田ら (1997, pp.111 f) によると、治療の進歩により、重症残遺 (欠陥) は分裂病の 10% ぐらいといわれるが、社会生活への適応はなかなか難しいとされる (図3)。

図3 重症残遺



第5節 慢性期統合失調症患者への生活療法

これまでは主として、統合失調症の疾患とその理解に関して記してきた。本節では、慢性期患者の病棟生活や患者への生活援助について述べる。本研究の事例篇では、5名の患者への筆者の関わりを記すが、ここではそれらの患者（事例2～5の患者）が生活していたX病院β病棟（あくまでも当時である）を取り上げ、具体的に記述していきたい。

1. 病棟の概要

β病棟は定床68の男女混合病棟である。1999年秋季には66人が入院しており、男性患者41名、女性患者25名であった。病棟医は1名、病棟の看護師は約20名である。開放病棟で、正面扉は6時から22時まで開いており、自由に棟外に行くことができる。患者の所在確認は、朝・昼・夕・眠前の投薬時や夕方の点呼の折に行う。精神保健福祉法により、精神病院への入院形態は、本人の同意に基づく任意入院、保護義務者の同意による医療保護入院、都道府県知事の入院措置（措置入院）に大別される。β病棟の場合、大半は任意入院であったが、一部、医療保護入院が含まれていた。疾患別では、60名までが統合失調症で、他に非定型精神病3名、進行麻痺2名、退行期精神病1名という割合であった。（なお、事例1の患者の診断名は自閉症あるいは接枝統合失調症であるが、β病棟でなく、γ病棟の患者のため、上記の数には含まれていない）。β病棟の平均年齢は59才と高齢である。66人中、30人が60才以上で、家族の世代交代により、外泊のできない患者も増えている。β病棟の患者の年齢構成を表4に示す。入院期間の平均は、10.25年であり、入院年数別に整理すると表5のようになる。

表4 β病棟の患者の年齢構成（単位・人）

25才以下	0	26才～30才	1	31才～35才	0	36才～40才	0
41才～45才	3	46才～50才	9	51才～55才	11	56才～60才	13
61才～65才	13	66才～70才	9	71才～75才	4	76才～80才	3

表5 β病棟の入院年数別患者構成（単位・人）^{注)}

0年～1年	14	2年～3年	9	4年～5年	6	6年～10年	8
11年～15年	10	16年～20年	11	21年～25年	0	26年～30年	5
30年以上	2						

注) 例えば、X病院に入院していて、内科的治療のために、総合病院に転院し、その後、X病院に再入院したという場合、その患者の入院年数は再入院以後のものであり、最初のX病院入院時の年数は加算されていない。

2. 患者の生活

病室はベッド部屋で、3人部屋、4人部屋、6人部屋がある（ほとんどが6人部屋である）。患者は自分の部屋か、食堂を兼ねたホールで過ごすことが多い。ホールにはいくつかのテーブルが置かれ、備えつきの椅子が並べられている。

買い物（院内の売店や自動販売機、一部の人は院外に出かける）や散歩は自由である。多くの患者は特定の曜日に、一週間分の現金を引き出す。金銭管理の不十分な10人程の患者には、詰所で一日分ずつ現金（500円前後）を渡している。テレビや新聞は、毎日見ている人もいれば、全く見ない患者もいる。喫煙は所定の場所でなら自由である（ライター等も各自がもっている）。病棟での一日の日課は、おおまかに次のとおりである。

午 前

- 7時 起床・・・この頃になると、大抵の患者は目を覚ましている。洗濯機（男女別に一台ずつある）も、この時間帯から使用できる。
- 7時半 朝食・・・ほとんどの患者はホールで食べる。自室への持ち込みは自由である。多くの患者は自分で配下膳を行う。
- 8時 投薬・・・朝食後薬である。多くの患者は自分のコップを持参して水を汲み、服薬する。詰所の前で、看護者が薬袋の名前を確認し、一人ひとりの患者に手渡す。
- 10時 体操・・・ラジオ体操の音楽がきこえると、3分の2ほどの患者は廊下に出て、体操を行う。
- お早う会・・・体操が終わると、「お早う会」が開かれ、看護者が、当日の行事や勤務者（日勤者、準夜勤者、深夜勤者）を紹介し、患者から質問を受ける。40人程の患者が参加する。体操とお早う会で、20分程である。
- お話し会・・・月曜日は、体操終了後、「お話し会」が開かれる。病棟で困っていることや要望などを話し合う。司会は看護者で、他のスタッフも参加することが多い。呼びかけはするが、参加は自由で、時間は40分程、集まる患者は40名ぐらいである。
- 11時 検温・・・午前中に看護師が患者の部屋を回り、様子を尋ねながら、検温、

検脈、血圧測定を行う。この時間帯にシーツ交換も行う。

処 置・・・処方が出ている患者は、午前から午後の時間帯に、軟膏の塗布やシップの貼付、足浴や傷の手当て、点滴などの処置を受ける。

午 後

12時 昼 食・・・朝食と同様である。

12時半 投 薬・・・昼食後薬である。

14時～ 活 動・・・看護師が誘いかけ、1時間ほどのグループ活動を行う。半数ほどの患者が参加する。アートグループ（月曜日）では主に書道をする。手本を見ながら書く患者が多いが、紙の上に何を書いてもよい。音楽グループ（木曜日）では主にコーラスをする。伴奏に簡単な楽器も使う。おやつグループでは、関わりの持ちにくい数名の患者に対して、看護者が「おやつ」を用意し、手遊びや懇談をする。毎日、15時ごろより行っている。

入 浴・・・入浴は週3日、午後の時間帯である。大抵の患者は自分で更衣し、自分で洗う。

18時 夕 食・・・朝食・昼食と同様である。

18時半 投 薬・・・夕食後薬である。

20時 投 薬・・・眠前薬である。

21時 消 灯・・・ホールのテレビは22時までついている。

3. 生活療法

病棟では看護師により、個々の患者の状態に応じたセルフケア（身辺生活の自立）の援助が行われている。午前中に部屋を訪れ、声をかけて様子を尋ねながら、バイタルサインの計測を行い、午後からは、患者と一緒に身の回りを整理したり、困っていることなどを話し合う。週間スケジュールとしては次の通りである（表6）。

表6 週間スケジュール

	午 前	午 後
月	ラジオ体操 お話し会 訪室し検温や血圧測定を行う 処置 (軟膏・シップ・点滴等)	患者への個別的関わり おやつグループ
火	ラジオ体操 お早う会 訪室し検温や血圧測定を行う 処置 (軟膏・シップ・点滴等)	患者への個別的関わり おやつグループ アートグループ
水	ラジオ体操 お早う会 以下同様	患者への個別的関わり おやつグループ
木	ラジオ体操 お早う会 以下同様	患者への個別的関わり おやつグループ 音楽グループ
金	ラジオ体操 お早う会 以下同様	患者への個別的関わり おやつグループ 入浴介助 (対象者のみ)
土	訪室し検温や血圧測定を行う 処置 (軟膏・シップ・点滴等)	患者への個別的関わり
日	訪室し検温や血圧測定を行う 処置 (軟膏・シップ・点滴等)	患者への個別的関わり

ラジオ体操、お話し会、お早う会、アートグループ、音楽グループは、患者全員を対象とした大集団の活動である (参加は自由)。おやつグループは、特定の患者を対象とした小集団の活動である。他に、患者5～6人を一グループにして、看護師がくすりの学習会を開いた。これは患者が自分の薬に対する認識を深めるためのもので、SST (Social Skill Trainings, 生活技能訓練) の一つとして位置づけていた。また、2ヶ月に1回ほどの割合で病棟レクリエーションが実施された。年間スケジュールとしては以下の通りである (表7)。

表7 年間スケジュール

月	行事	月	行事
4月	花見 (バスで院外へ)	10月	ミニ運動会 (運動場)
7月	七夕会 (病棟で)	11月	日帰り旅行 (バスで院外へ)
8月	盆踊り (病院主催)	12月	クリスマス会 (病棟で)

第6節 精神保健福祉法について

最後に、現在の精神医療を法的に規定している精神保健福祉法（正式名・精神保健及び精神障害者福祉に関する法律）について言及しておく。今日の精神保健福祉法が成立するまでにはさまざまな経緯があった。ここでは精神保健福祉に関する法律の流れを、簡略に記述し、この法律の趣旨への理解を深めたい。

1. 精神衛生法

戦前には精神障害者に関連した法律が二つあった。明治33年（1900年）に発布された精神病者監護法は、法的に患者の私宅監置を容認した法律であり、家族が全責任を負うというものであった。大正8年（1919年）に審議可決された精神病院法では、公的精神病院の建設が謳われたが、一部を除いて、その建設は遅々として進まなかった。

戦後、精神障害者に対して適切な医療・保護の機会を提供するため、昭和25年（1950年）に精神衛生法が制定された。今日の精神保健福祉法の前身にあたる法律である。

この法律で私宅監置は廃止され、精神病院の設置が都道府県に義務付けられた。だが精神衛生法は、精神障害者を、もっぱら医療及び保護の対象と位置づけていた（精神保健福祉研究会、1999, p.1）。主たる入院形態は同意入院（精神障害者と診断された場合、本人の同意がなくても、保護義務者の同意があれば入院させることができる）と措置入院（2名以上の鑑定医により、入院させなければ自傷他害のおそれがあると診断された場合、本人や関係者の同意がなくても、都道府県知事の措置で入院させることができる）であり、本人が自由意志で入院するという規定は、法的にはなかった。昭和39年（1964年）にはライシャワー事件（駐日大使ライシャワーが少年に刺される事件）が起こり、翌年昭和40年（1965年）に、精神衛生法の一部改正が行われた。通院医療費公費負担制度や、保健所を精神保健行政の第一線と位置づけ、精神衛生相談員による在宅精神障害者の訪問指導などが盛り込まれたが、精神障害者に対する管理・監督的側面が強化された内容となった（日本精神科看護技術協会、2002, p.11）。

2. 精神保健法

一方で、精神医療は進歩し、社会復帰施設やデイケア施設などが整備されていき、精神保健行政は「入院治療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」（精神保健福祉研究会、2001, p.23）と大きく変化しようとしていた。また、「入院患者をはじめとする精神障害者の人権擁護と適正な精神科医療の確保という観点から」（ibid）、精神衛生法の見直しを行うべきとの機運が生じていた。その中で、昭和59年（1984年）に宇都宮病院事件（数人の看護職員による暴行で患者が死亡したり、無資格者による注射・点滴等の

処置、あるいは、患者を使つての心電図・脳波撮影など、同病院における多くの不祥事が明らかになった) が起こる。人権問題の観点から、いよいよ精神衛生法改正に拍車がかかることになった。

昭和 62 年 (1987 年)、精神衛生法は精神保健法に改正された。この法律では、精神障害者本人の同意に基づく任意入院制度が設けられた。その条文は、「精神病院の管理者は、精神障害者を入院させる場合、本人の同意に基づいて入院が行われるように努めなければならない」というものである (第 22 条の中にある)。また、入院の必要性や処遇の妥当性を審査する精神医療審査会制度がつけられ、入院治療の終了した精神障害者の社会復帰の促進を図るため、精神障害者社会復帰施設に関する規定が設けられた (第 9・10 条。精神保健福祉法に改正後は第 50・51 条)。入院患者の処遇に関しても、次のような基本理念をもつ基準が定められた。

「入院患者の処遇は、患者の個人としての尊厳を尊重し、その人権に配慮しつつ、適切な精神医療及び社会復帰の促進に資するものでなければならないものとする。また、処遇に当たって、患者の自由の制限が必要とされる場合においても、その旨をできる限り説明して制限を行うよう努めるとともに、その制限は患者の症状に応じて最も制限の少ない方法により行われなければならないものとする」(精神保健に関する法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生大臣が定める基準)。

平成 5 年 (1993 年) には、精神障害者の社会復帰を一層促進させる観点から、精神障害者地域生活援助事業 (グループホーム) を法制化するなどの一部改正が行われた。

3. 精神保健福祉法

同じく平成 5 年 12 月、心身障害者対策基本法が障害者基本法となった。精神障害者についても、精神疾患を有するとともに、「日常生活や社会生活上に支障を有する障害者であり、福祉施策が必要な対象」(日本精神科看護技術協会、p.12) として明確に位置づけられた。

平成 7 年 (1995 年)、精神障害者が社会復帰するための保健福祉施策の充実、および、より良い精神医療の確保などを図るために、精神保健法を改正し、精神保健福祉法が制定された。これにより、精神障害者保健福祉手帳の制度が創設され、また、社会復帰施設には 4 つのタイプがあつて、それぞれどのような機能をもつかが、法律に明記された。

さらに平成 11 年には、精神保健福祉法の一部改正が行われた。精神科病院に対する指導監督の強化など、精神障害者の人権に配慮した保健医療福祉サービスの推進、精神科の救急医療体制の整備、さらに、市町村を中心とした在宅福祉施策の確立 (例えば精神障害者地域生活支援センターの法定化、精神障害者居宅生活支援事業の創設など) などが、基本的な方向性であつた (精神保健福祉研究会、1999, pp.8~9)。また、入院中の任意入院患者の開放処遇に関して、「任意入院者は、原則として、開放的な環境での処遇 (本人の求めに応じ、夜間を除いて病院の出入りが自由に可能な処遇をいう。原文のまま) を受けるもの

とする」という基準が明文化された（法律第 37 条第 1 項の規定に基づき厚生大臣が定める基準に追加されたもの）。

4. 精神保健福祉法の理念

これまで、戦後の精神保健福祉関連の法律（精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法）が、どのような変遷を辿ってきたかを見てきた。上記の 3 つの法律の第 1 条（法律の目的を示す）を比較すると次のようになる（表 8）。なお、下記表中の下線および太字は、筆者によるものである。下線は、精神衛生法と精神保健法ならびに精神保健福祉法を比較するために、また太字は、精神保健法と精神保健福祉法を比較するためのものである。

表 8 精神衛生法、精神保健法、精神保健福祉法の第 1 条の比較

精神衛生法（昭和 25 年）	精神保健法（昭和 62 年）	精神保健福祉法（平成 7 年）
この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、且つ、その発生の予防に努めることによって、国民の精神的健康の保護及び向上を図ることを目的とする。	この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、 <u>その社会復帰を促進し</u> 、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、 <u>精神障害者等の福祉の増進及び国民の精神保健の向上</u> を図ることを目的とする。	この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、 <u>その社会復帰の促進</u> および <u>その自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助</u> を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、 <u>精神障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上</u> を図ることを目的とする。

精神衛生法と比較して精神保健法では、第 1 条に「社会復帰の促進」と「精神障害者等の福祉の増進」の要素が加わり、精神保健福祉法では、さらに「自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助」の要素が付加されている。

現行の精神保健福祉法の理念は、精神障害者の人権に配慮した適正な精神医療を確保し、社会復帰の促進および福祉施策の充実を図ることと理解されている。精神医療の実践、さらには研究に関しても、このような法の理念を遵守しながら、行われることが必要である。

第2章 現象学的方法について

本研究は筆者がこれ迄、関わりを持ってきた慢性期統合失調症患者数名を対象者にして、患者に潜在すると思われる人間的成長に関して研究を進めようというものである。研究を進める方法としては、現象学的方法（探求の態度に力点をおくならば、現象学的アプローチ）を用いる。

現象学はフッサールらによって切り拓かれたが、それを経験科学の先人たちは、自身の領域へと適用し、研究の枠を拡げた。本研究もまたその延長線上にあつて、心理学的領域（本研究の場合は看護学や精神医学の領域とも重なるが）に活用して、慢性期統合失調症患者に対するいっそう豊かな理解や解釈を得ようとするものであり、現象学的心理学の一つのタイプに基づく研究方法である。

本研究では、第1章で記したような統合失調症に関する知識を一旦「保存」しておき、患者一人ひとりに寄り添うことを心がけ、関わりをなるべく丁寧に記述してそれを反省的に振り返り、データに基づき事象を明らかにする（解釈する）作業を続けた。

筆者がこれ迄病棟で実践してきたことを、方法の観点から振り返るならば、看護実践という営みと研究活動とが、悪くいえば混在している。だが、翻って考えてみると、臨床に携わって研究するものは、本来そのような性格をもつものだといえる。実践報告や臨床的研究は従来、時に実践を強く打ち出し、あるいは反対に、実践とは切り離して、研究の側面を強調する場合が多かった。だが筆者は、実践と認識をなるべく切り離さない方法にこだわった。〈先入見を排して事象そのものへ〉をテーゼにした現象学的方法は、筆者の意向を満たしてくれる方法であると考えた。

しかし、現象学的方法（現象学的アプローチ）といっても、現象学とはどういうものかを押さえておかなければならない。次に、現象学的方法とはどのようなものを指すのか、少なくとも、現象学的方法の先行研究について、具体的に整理しておく必要がある。そのような研究史を背景として、本研究も成立するのである。

そこで本章では、現象学的方法の理論にあたるものを記し、また、本研究で現象学的方法を用いるねらいや実際の手順についてまとめたい。本章は3節よりなる。第1節では、筆者の理解する限りでのフッサール現象学について要約し、現象学のももとの意味を確認する。第2節では、筆者が関心を抱く現象学的方法の先行研究を数例選び、吟味する。第3節では、本研究の現象学的方法について整理する。

第1節 フッサール現象学について

フッサール (Husserl, E.) (1859-1938) は、1859年、現在のチェコ共和国のモラヴィア地方、当時はオーストリア帝国領内のメーレン州のプロスニッツに生まれた。両親はユダヤ系のドイツ人であった。フッサールは高等中学校卒業後、1876年ライプツヒ大学に入学し、天文学、数学、物理学、哲学を学んだが、1878年にベルリン大学に転校し、クロネッカーやヴァイヤーシュトラスのもとで数学を学んだ。1881年、自国のウィーン大学に移り、1883年、数学の基礎付けに関する論文『変分法論考』で博士号を取得した。このようにフッサールは数学者として出発したが、1884年から86年にかけてウィーン大学でブレンターノ (Brentano, F.) (1838-1917) に師事し、専攻を哲学に換える決意をした。以下では、1) 前期：ハレ時代 (1887-1901)、2) 中期：ゲッチンゲン時代 (1901-1916)、3) 後期：フライブルグ時代 (1916-1938) の3期に分けて略歴を紹介する。なおフッサール現象学で、筆者が本章の主旨に基づいて重要と考える用語や言葉については太字で記すようにした。

1. 前期：ハレ時代 (1887-1901)

1) 『算術の哲学』

フッサールは1887年(28才)、『数の概念について—心理学的分析』と題する教授資格論文を書き、ハレ大学の私講師となる。この論文を発展させて、1891年(32才)には最初の著作『算術の哲学』を出版した。これはブレンターノの記述的心理学、つまり内的経験に基づいて、心的現象を形作る諸要素を記述的に明らかにするという方法を用いて、数(基数の1, 2, 3...)の起源を心理学的に研究するものであった。これまで、数学的観念や論理学的観念はアプリアリな概念とされてきた。だがフッサールは、数学的思考も人間の心理現象の一つであるから、その経験的な、あるいは心理学的な起源を明らかにできると考えた。算術の基本概念である基数は、「数える」という作用を前提とし、われわれが表象する数は心的作用によって形成される。よって心理学的な反省を加えることで、数はそのもともとの存在が確かめられる、というものである。当時のフッサールはこのように、心理学主義—数学や論理学を心理学によって基礎付けるという考え方の影響下にあった。

2) 『論理学研究』

10年後の1900年(41才)、フッサールは、論理学の基礎付けに関する書物であると共に、フッサール現象学の誕生を告げることになった『論理学研究』, „Logische Untersuchungen” 第1巻「純粋論理学序説」を出版した。そこではかつての心理学主義、即ち、数学や全ての学問一般の客観性は、論理的なものの心理的基礎付けとどのように整合するか、といった考え方でなく、むしろ、それへの批判(自身の立場からいえば自己批判)が展開された。

主観的なものから独立しているはずの論理学の概念や命題、あるいは論理法則を、一体

どのように基礎付ければよいか。経験はそのつどの事実であり、思考作用がまさにそうである。だが、思考内容である論理法則（例えば矛盾律、「A は非 A ではない」）は、果たして「そのつどの事実」なのであろうか。そうでなく、それはもっと「イデア的性格」を持つものである。つまり、論理法則は、「事実」というより、時空を超えて不変である「命題自体」（ボルツァーノ）、言い換えれば「本質」や「形相」と呼ばれるべきものである。思考作用といった心理現象（事実・経験）でもって、論理法則の必然性を基礎付けることはできないのである。

これらの論理法則は、そのつど「事実に」というよりも（これでは経験的蓋然性は得られても、必然性は得られない）、「アプリアリな」明証をともなって認識されるものである。このような「本質」（例えば矛盾律）を、直接に認識する働きを、後述する『論理学研究』第2巻では、**本質直観** *Wesensanschauung*（あるいは「イデア的直観」）と呼んだ。つまり、対象の与えられ方によって、それに合わせた認識作用が生じるのである。

フッサールは『論理学研究』第1巻で、心理学主義を批判し、自然主義（すべてを事実に戻元して、そこから経験的帰納的に普遍的法則を見出そうとする考え方）を排して、純粹論理学（学問一般のイデア的な可能性の諸条件の学問としての）の理念を確立した。経験的心理学と純粹論理学ははっきりと区別され、論理学主義が打ち出された。

翌1901年、フッサールは、6つの研究からなる『論理学研究』第2巻「現象学と認識論のための研究」を出版した。第1巻は心理学主義に批判的な人々から絶賛された。だが、この第2巻については、それらの人々は失望を隠さなかった。というのは、ここでの主題は、イデア的な対象性（例えば論理的諸概念）と、認識の主観的体験（思考作用）との相関関係の究明であり、心理学主義への逆行に映ったからである。

しかし、フッサール自身は、心理学主義に立ち戻る気持ちはなかった。むしろ、（過去を振り返って）弟子ケアンズに語ったように、「たとえ、どんなに小さくとも、ほんとうに立つことのできる土台」（加藤精司、1983, p.34）を手に入れようとしていた。フッサールは経験的な説明と発生を目的とする心理学本来の研究は自身の研究ではないとし、認識体験に限ってそれを純粹に記述する研究をめざした。さらに、ブレンターノがかつて用いた、記述的心理学という用語の代わりに、自身の作業を「現象学」と呼んだ。（フッサールは、現象学は、発生的であれ、記述的であれ、いっさいの経験的心理学に付きまとう前提から自由であるべきだと考えていた。だが、この当時のフッサールには、それが十分に意識的ではなかった。それゆえに、誤解を生むような表現をすることがあった）（木田、1970, p.29）。

フッサールが『論理学研究』全体に課した主題は、＜客観的なイデア的諸対象が認識されることによって主観化されるということはどう理解すべきか＞という問題の究明であった。そのために、＜認識作用の主観性と認識内容の客観性との相関関係の仕組み＞を、後述する志向的体験の構造と機能を記述することにより解明し、その作業を通して＜純粹論理学と認識論の現象学的基礎付け＞を行うことにあった（立松、1994, pp.678-680）。

フッサールは、上記の主題を「(自身の) 完全な直観に依拠して」、あるいは「再生可能

な直観との照合を十分繰り返して」、言い換えれば、「事象そのもの *Sachen selbst*」(フッサール, 1970, p.14) に立ち返ることにより遂行しようとした。

そして、イデア的な対象性と認識の主観的体験との相関関係を解き明かすために援用するのが、ブレンターノから学んだ**志向性 Intentionalität**であった。フッサールは、意識の基本的性格を、意識は「何ものかについての意識」*Bewußtsein von etwas*である(志向性)と捉える。対象は意識に内属しているわけではない。例えば上述したように、矛盾律という論理法則(対象)はイデア的性格をもっていた。だが、意識は対象を志向する。ゆえに対象(論理法則)は、イデア的な自体存在でありながらも、意識の志向的内容である。フッサールはこの志向性を徹底的に(ラジカルに)問い深めることにより、上記の『論理学研究』の主題を解き明かそうとした。

2. 中期：ゲッチンゲン時代 (1901-1916)

1) 『厳密な学としての哲学』

1901年(42才)、フッサールはゲッチンゲン大学の助教授になり、1906年(47才)には教授に昇格した。この時期に公刊された書物は、1910年の『厳密な学としての哲学』 „*Philosophie als strenge Wissenschaft*” と、1913年の『純粹現象学と現象学的哲学のための諸構想』(通称『イデーン』) „*Ideen zu einer reinen Phänomenologie und Phänomenologischen Philosophie*” 第1巻であった。

当時は、自然主義(あらゆる認識を実証的な自然科学に還元しようとする動きがその典型である)、あるいは心理学主義(実験心理学を精神科学の基礎学とする考え方がその典型である)、さらには歴史主義(それぞれの哲学は歴史的状況の思想であるという相対的な考え方。哲学を世界観と見る見方もその一つである)が旺盛であった。だが、数学的な精密性だけが世界の唯一の見方ではない。仮にそれが普遍学であるとすれば、それは学問自体の弱体化を意味しよう。むしろ、これまで世界を根拠付けてきたのは、理性の学としての哲学であった。だがそのためには、あらためて理性批判を行い、普遍学に相応しい哲学であることが求められる。フッサールは、論理的理性、実践理性、そして価値判断理性の「内的確実性に到達」し、その究極的な根拠から、学問や知識を厳密に体系づけるという課題、換言すれば、現象学によって哲学を確立するという課題を自覚していた。『厳密な学としての哲学』は、当時の思想状況への批判を踏まえ、フッサール自身による「現象学宣言」ともいべきものであった。そして主著『イデーン』において、その構想(超越論的現象学 *transzendente Philosophie*) が緻密に展開される。

2) 『イデーン』

自然主義・実証主義(心理学主義をも含んで)と現象学の差異はどこにあるのか。自然科学にとって「世界が在る」ことは自明である。それが当たり前であるからこそ、世界を

対象化・客観化して、法則化できる。我々もまた、このような主観-客観関係のもとで、世界を自然科学的に説明できると信じている。フッサールは『イデー』において、我々のそのような常識を、**自然的態度 natürliche Einstellung** と呼んだ。それは、日常ならびに科学に共通する自然発生的な習慣であり、ものの見方である。

我々は世界が在ることを「確信」している。我々は「世界が在る」といえる根拠を、経験にもっている。経験は事実の積み重ねである。そのつどそのつど事実である。だが、そうだとすれば、「世界が在る」ことの必然性はどこにあるのか。自然主義（自然科学）はこのような問いに答えない。世界は在るものとして前提されているからである。

渡辺（1994, pp.616-619）によれば、**超越論的 transzendental** とは、意識の働きを「超越」して向こう側にある世界が、それにもかかわらず、意識の「志向性」の能作によって「意味」付けられ、把握されていくありさまを、反省的に辿りなおし、再構成してみせる哲学的態度を表示する言葉である。すなわち、このような世界に対する見方の習慣、「確信」は、一体どのようにして生じてきたのか、「世界が在る」という**事実から、むしろ、その本質（形相）**へと向かわなければならないのである。これをフッサールは、**形相的還元 eidetische Reduktion** と呼ぶ。

しかしそのためには、世界が自明であることへの「確信」（断定）を、一旦留保せねばならない、とフッサールはいう。経験的・事実に・自明的な意識に「自己忘却的に埋没して」（渡辺）(ibid.) いては、究明ができないのである。『イデー』ではこれを、**エポケー-Epoché**、又は、自然的態度の一般的定立を**括弧に入れること Einklammerung** と呼ぶ。だからといって、世界の存在を否定するのではない。それは、電気のスイッチを切るが如く、(世界の)「スイッチを切って」（フッサール, 1979, p.137）、自身の関心を、ただただ、「超越」を成り立たせるものへと「**限局する**」(Beschränken) のである（山下によれば、還元のもともとの意味は限局であった。1975, p.26）。これをフッサールは**超越論的還元 transzendente Reduktion** と呼んだ。また、形相的還元と合わせて、**現象学的還元 phänomenologische Reduktion** といった。『イデー』ではこのように、自然的態度に対して、**現象学的態度 phänomenologische Einstellung** が鮮明に打ち出される。

さて、超越論的還元ののち、現象学的残余として「そこで得られるのは、世界さえも志向的相関者としても**純粹意識**」である（木田, Ibid. p.47）。それは経験的なものではなく、**アプリアリ**なものである。これを超越論的主観性 **transzendente Subjektivität** と呼ぶ。

渡辺（1994, ibid.）によれば、『イデー』は、この超越論的主観性による、世界の構成ないし意味づけのありさまに関する本質考察である。そのための手続きが現象学的還元の方法である。これにより、「世界の意味が湧出する根源的な場面が切り拓かれる」。すなわち、超越論的主観性による世界の構成の仕組みが「**ノエシス・ノエマの構造**」として解明されるのである。（ノエシス Noesis とは志向的意識の作用のことであり、ノエマ Noema とは、それによって対象や世界が「意味」において構成されることである）。

尚、『イデー』は元来3巻からなる著作として構想された。生前出版されたのは第1巻

のみであった。第2巻は第二次世界大戦後、フッサールの遺稿を編集した『フッサール全集』（通称『フッサリアーナ』Husserliana）において出版された。

3. 後期：フライブルグ時代（1916-1938）

1) 『ブリタニカ論文』

1916年（57才）、フッサールはフライブルグ大学に教授として赴任した。1919年（60才）、フッサールは現象学に関するハイデガー（Heidegger, M.）（1889-1976）の理解を高く評価し、同大学の哲学助手に推挙した。だが、1927年（68才）、ハイデガーは『存在と時間』（*Sein und Zeit*）を出版し、二人の方向の違いが明白になった。この同じ年にフッサールは、英国百科事典（『エンサイクロペディア ブリタニカ』）の「現象学」の項目への執筆依頼に応じ、草稿を重ねた。現在『フッサリアーナ』第9巻（『現象学的心理学』というタイトルが掲げられている）に、その時の第1草稿、改訂版第2草稿、そして最終草稿が収められている（実際に掲載された稿はこれらを簡約したものであるとされている）。いわゆる『ブリタニカ論文（あるいは草稿群）』„*Encyclopaedia Britannica Artikel*”である。この中にはハイデガーが協力した稿もあるが、関心の違いからやがて手を引くことになった。

『ブリタニカ論文（草稿群）』の最終草稿はフッサール一人の手になるものである。齢（よわい）を重ねたフッサール自身による、現象学に関する要約だけに、その意義は大きいといえる。この草稿は、（1）純粹心理学、その経験領野、その方法および機能、（2）現象学的心理学と超越論的現象学、（3）絶対的な基礎付けのうちにある普遍学としての超越論的現象学と超越論的哲学の3章からなる。

冒頭で現象学は、「今世紀初頭に哲学において出現した新しい記述的方法 *deskriptive Methode* であり、そしてかかる方法から生み出されたアプリアーナ学である」（フッサール、1980, pp.78~79）と定義される。『ブリタニカ論文（草稿群）』では、まず、心理学が基礎付けられ、それを踏まえる形で、哲学的現象学へと高めていくステップを踏んでいる。すなわち、加藤（精司）（1983, p.167）によれば、フッサールのいう、新しい記述的方法とは、「対象が論理的なものであっても、その対象をそれが意識に現れているそのままに記載するという、心理学的な方法であった」。だがそれは通常の心理学の方法ではなかった。フッサールはそれゆえに、普通の経験的心理学とは区別して、自身の心理学を**現象学的心理学**^註 *phänomenologische Psychologie*、あるいは「アプリアーナ純粹心理学」と呼んだのである。

だが、現象学的心理学も心理学である限り、それは実在するものを前提にする心理学である。よって、対象（超越）がどのようにして成立するかについて、ラジカル（徹底的に）に問うことには限界がある。『イデー』において見たように、我々は世界に帰属しながらも、そこから超え出て、世界（超越）を構成するものであった。そこでは、人間の主観性が根源的に回復される超越論的主観性が主題となった（超越論的現象学）。それはもはや心理学には収まらず、普遍的学としての超越論的哲学と位置づけられねばならない。ここで

フッサールは、自身の哲学を体系化し、現象学的哲学こそが、心理学や論理学を基礎付けるものであることを明確にしようとしている。

2) 『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』

1928年(69才)、フッサールは、大学を退官したが、その後もフライブルグに留まり、厳密学としての現象学研究に勤しんだ。1929年(70才)、『形式的論理学と超越論的論理学』(形式論理的理性の批判を通して、超越論的哲学へと至る道筋を記している)を出版し、さらに、同年のパリ・ソルボンヌ大学での講演をもとに、1931年(71才)には、『デカルト的省察』(仏訳版)(フッサールはデカルトの省察を哲学的自己反省の原理と捉え、それを通して超越論的意識へと導かれる道筋を説いている)が出版された。後者には、他者の問題が初めて主題的に取り上げられている。共同体の中の個々が、個別化されたままであるなら、共同(相互)経験というものは生じない。むしろ、内的経験の中に**相互主観性 Intersubjektivität**なるものが把握されてこそ、それは可能である。それに至る方法が相互主観的還元 **intersubjektive Reduktion** と呼ばれる。

1933年(74才)、ドイツではヒトラーが首相に就任し、翌年には総統となり、全権を掌握した。ユダヤ系教授は取締令の下に置かれたが、フッサールも例外ではなかった。フッサールは大学構内の立ち入りも許されず、国際哲学会議の参加も儘ならなかった。フッサールは1935年(76才)のウィーンやプラハでの講演をもとに、1936年(77才)、絶筆となった『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』 „Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie” (以下『危機』と略す)の第1部と第2部を雑誌「哲学」*Philosophia* に発表した。(未完の第3部を含んでの出版は、ビームル *Biemel, W* の編集で1954年に『フッサリアーナ』第6巻として出版された)。

『イデー』第1巻は意識の志向的現象学であるとともに、意識の構成的現象学でもあって、大著であったが、問題もあった。木田(1970, p.53)の言葉を借りれば、現象学的還元によって、自然的態度の世界定立をストップさせ、純粹意識に戻るといふとき、それがあたかも超越的意識から意識の内在の領域への還帰であるように受け取られるおそれがあったからである。ところが、未公開のままに終わった『イデー』第2巻(『フッサリアーナ』第4巻・第5巻)では、自然科学によって世界を対象化する見方と、日常的な素朴なものの見方とは区別されていた。後者はそのまま自然的態度と呼ばれたが、前者は**自然主義的態度 naturalistische Einstellung** と称された。つまり、現象学的還元されるべきものは、自然主義的態度の方であった。

このような経緯の中で、後期フッサールでは、日常的な素朴なものの見方である自然的態度が見直される。つまり、我々は客体化に先立つ自然な世界経験をしている。フッサール(1995)は、我々の世界がそこで営まれているところの、現実に直観され、現実に経験され、また経験されるこの世界を、つまり、自然な日常的態度によって生きられる世界を**生活世界 Lebenswelt** と呼ぶ。自然科学は、近代における物理学的客観主義の下に成立し

ている。その客観主義を支えるものの見方は、あらゆる事象を客体化して、専ら主観－客観関係においてものを見る自然主義的態度である。だが、この自然主義的態度を基礎付けるのは、自然な日常的態度であり、それ以上還元不可能な生活世界である。むしろ、この生活世界が、自然主義的態度（さらには、精神科学の基礎となる人格主義的態度）によって覆われていたのである。

ヨーロッパでは学問の危機が叫ばれていた。事実的な自然主義・実証主義、更には相対的な歴史主義により、学的認識の基礎付けが揺らいでいた。フッサールによれば、ヨーロッパ学問は原理的な基礎付けよりも、実用的な効果を追い求め、学問の理想を見失った。自然主義的態度は衣である。それも、全ては合理性の元に支配されているという**理念の衣 Ideenkleid** (Husserl, E., 1954, s.52) (フッサール, 1995, p.94) である。そうではなく、そのような衣 (先入見) を還元して根源的な生活世界に立ち戻り、そこからそのような理念がなぜ生じてきたのかを跡付けなければならない。ここで始めて、フッサールがこれ迄努力してきた**超越論的現象学**が生かされることになる。フッサールは次のように述べる(*)。

生活世界は根源的な明証性の領域である・・・この明証性のもつ根源的権利をはっきり主張すること、しかも、それが客観的－論理的明証性に比べて認識を基礎付ける上で、より高い品位をもつものだとすることを明らかにするのは、生活世界を学的に解明するにあたって最も重要な課題である。客観的理論 (たとえば、数学的理論自然科学理論のような) を、形式と内容に関して基礎付けている客観的－論理的作業のあらゆる明証性が、その隠れた基礎付けの源泉を、究極的に能作している生活－そこにおいてこそ、生活世界の明証性の所与がたえずその前学問的存在意味をもち、その意味を獲得し、新たに獲得してゆくところの生活－のうちにもっているということが完全に解明され、究極の明証性にもたらされねばならない。ここでは道は、客観的－論理的明証性 (たとえば研究し、根拠付けをなしつつある数学者などが遂行するような数学的「洞察」や、自然科学的、実証科学的「洞察」などのもつ) からはじまって、**<生活世界がつねにあらかじめ与えられている>**ということのもつ根源的明証性へと遡っていくのである。(Husserl, E. 1954, s.130f.) (フッサール, 1995, pp.229f.)

先述した『イデー』では、まず、実在する世界を括弧に入れ、純粹経験としての主観的現象へと立ち至り、現象の本質性格である志向性に注目し、超越論的主観性が意識の志向的性格によって、世界を構成する、という道を進んだ。これに対し『危機』では、フッサールは、生活世界を、まず根源的な世界として確認したうえで、「生活世界というアプリ

* Husserl, E., Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. (In: Biemel [Hg.], 1954 Husserliana Band VI Haag: Martinus Nijhoff.). フッサール, E. 木田 元 訳 1995 ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学, 中公文庫.

オリ」を記述的に解明する。次に、その生活世界に対して方法的な反省（超越論的反省）を加えて、世界を構成しようとする。

しかしここに、後期フッサールのもう一つの柱である、**発生的現象学** *genetische Phänomenologie* の考えを見て取ることができる（木田、1970, pp.66ff）。我々がある対象を見ているとき、その対象だけが孤立して、経験されているのではない。対象はつねに、その背景に現れてくる他の対象ともども、ある地平の中で与えられている。また地平というのは、そのような外的地平だけでなく、対象のもつ性格やエピソードなど、さらに経験を押し進めていくことのできる内的地平というものもある。これらの地平は潜在的に、匿名でしか与えられていないが、我々が注意を向けなおすことで、どこまでも（地平を）顕在化することができる。この地平は相互に錯綜し、多層的に含蓄し基礎付け合いながら、一つの全体的地平をなしている。これこそ、世界（生活世界）と呼ばれるものである。このような世界が、「前もって」我々に与えられているからこそ、自然科学も実証科学も可能になるのである。さらにいえば、フッサールがこれまで分析してきた超越論的主観性による世界の構成もまた、この世界経験のゆえに、つまり、世界が我々に、匿名で「受動的に」与えられているからこそ、可能になるのではないか、と考える。我々の意識による総合というものは、世界を前提とした**受動的総合** *passive Synthesis* であるともいえるのである。

フッサールは『危機』を出版して2年後の1938年（79才）、肺炎とその後遺症のため、逝去した。

4. まとめ

以上、きわめて大雑把ではあったが、フッサールの現象学を、前期、中期、後期に分けて記してきた。それぞれの時期ごとの特色とともに、3つの時期を通じて、フッサールの現象学が一層深化、根源的になっていることがわかる。とくに晩年は、「生活世界」こそが、人間の根源的世界であると表明し、そこからあらためて「発生的に」、人間と世界の相関関係を考えようとした。

いずれの時期にも共通するのは、フッサールが徹底的に「**事象そのもの**」へ立ち返り、立ち返るための方法として、**現象学的還元**の手続きを詳しく展開し、**純粹現象**としての意識の**志向性**（対象との相関関係・志向的体験）を**厳密に記述**したことである。

1930年（71才）、フッサールは『イデー』の英語版のために、『イデー後記』を記すが、その最後はこう結ばれている。「自ら哲学の端緒・原理を掴もうとして格闘するもののみが、この場合、別様の振舞い方をするであろう（筆者注・厳密学としての哲学に強靱な関心を奮い起こすことを指す）。というのは、そうしたものは自分にこういきかせざるをえないからである。すなわち、汝ノ事柄ガ問題ニナッテイル、と」（フッサール、1979, p.45）。

 注) フッサールの現象学的心理学の概念について

既述のように、本研究の研究対象は慢性期の統合失調症患者であり、その方法は現象学的アプローチ、あるいは、現象学的心理学の一つのタイプに基づく方法である。つまり、フッサールらによって開拓された現象学を、心理学（または看護学・精神医学）の領域に活用して、慢性期統合失調症患者に対するいっそう豊かな理解や解釈を得ようとするものである。

だが本節で記したように、フッサールは現象学的心理学を、超越論的現象学へと向かうための一つのステップ（認識の基礎付けのための「予備学」）として位置づけている。現象学的心理学という言葉を用いたフッサールの、もともとの意味をおさえておくは、用語上の混乱を避けておく意味でも大切であろう。以下では、『ブリタニカ論文（草稿群）』の最終草稿（フッサール、1980, pp.78~94）に基づき、この概念の説明を試みたい。

フッサールによれば、心理学は、「心的なもの」に関する学問であり、自我に立ち現れるものを、心的体験として（経験、思惟、感情、欲求、さらに能力や習慣などを含めて）取り扱う学問である。心的なものは経験を通して差し出される。人間は心的な実在（実在とは客観的に存在するものをいう）であり、そのようなものとして、物理的自然、さらには純粋な自然科学（自然科学は、幾何学などのアприオリな学問に基づき、経験した・しないに関わらず、それ自体で存在する。経験的要素の影響を受けないという意味で、純粋な自然科学と呼ばれる）のうちに含まれている。人間の身体は特にそうである。

しかし、自然科学が純粋であれば、心理学はどうか。経験した・しないに関わらず、心に関して語ることのできるアприオリな学問、すなわち、純粋心理学 *reine Psychologie* というものがあるのではないか。フッサールによれば、心理学の純粋性を基礎付けるためには、心的なものについての純粋経験 *Reine Erfahrung* を解明することが必要であるという。純粋である限り、それは、「経験した・しない」に関係せずアприオリな、また、あらゆる心（人間）を通じて普遍的な経験である。このような純粋心理学を、フッサールは現象学的心理学と呼ぶのである（p.82）。

我々は通常、或るものを思惟したり、あるいは心情や意志というあり方で、或るものを価値付けたりしている。その際、われわれ自身を意識させるものは、そのつどそのつどの事物、思想、価値、目的であって、心的体験そのものが我々を意識させるのではない。この心的体験は、反省 *Reflexion* によってはじめて明らかになる。これまで、事物や価値に向けられていたまなざしを、我々の心的体験に向けるのである。この反省により主観的体験、すなわち、そこで事物が意識され、我々にとってそれらが現出する *erscheinen* 主観的体験を把握するのである。このような体験はすべて、現象 *Phänomen* と呼ばれる。現象の本質性格は、「～に関する意識」、「～に関する現出」（すなわち、諸事物、諸思想、決断、希望などに関するもの）であり、そこには相関関係 *Korrelation* が含まれている。この「或るも

のに関する意識」、あるいは、「或るものの現出」は、本節でも記した如く、志向性と呼ばれた。反省することなく、我々が対象を意識のうちにもっている時、我々は対象に「向けられている」。だが反省によって、我々はまなざしを心的体験に向け直す。その時、このように「方向付けられている」が実は、心的体験に内在する本質であることわかるのである（これを志向的体験 *intentionales Erleben* と呼ぶ）（pp.82f）。

このような志向性はきわめて多様なあり方を含む。例えば、私が一冊の本を手に取り、その知覚に対して現象学的な反省を加えたとしよう。私はその本を上から眺める。次から下から見る。さらには右から、左から見る。それはその時々、その面だけを見ているのであるが、見ていない他の面が<無い>とは思っていない。見ていないけれども、表があり、裏があり、右があり、左があると思っている。また、ある面を単に見ているだけでなく、そのときそのときで、私のパースペクティブ（見方）は常に同一とは限らない。例えばある本には、表は風景画のような絵がデザインされており、裏には、気難しそうな人物の写真が載っている。だが、だからといって、私はそれらをバラバラのまま、知覚しているわけではない。つまり、現出の様式は多様で、「流れて」おり、それぞれ、<～に関する意識>であるが、「同じ対象に関する総合的に統一的な意識が現れて」いるのである。言い換えれば、それぞれの現象は志向的な全体形式 *intentionale Gesamtform* をもっているのである（p.83）。

現象のこのような領域が、「一つの純粹な、そして、もっぱら<現象>のみに関係付けられる」領野として立証されるならば、そのような学科が「現象学的心理学と呼ばれる」とフッサールはいう（p.82）。上の場合は知覚の例であるが、判断する意識、価値付ける意識、努力する意識など、「流れる」志向性のうちで、それぞれに相応する複合や本質類型がある。これらの志向的体験の体系的な究明と、それを通しての体験の全体的認識が、（現象学的）心理学者の課題であるとフッサールはいうのである（p.84）。

第2節 現象学の諸科学への適用—現象学的方法の先行研究—

フッサールが認識の根拠付けを目指して、新たな学としての現象学を興して以来、ハイデガーやメルロ＝ポンティ Merleau-Ponty, M.、サルトル Sartre, J.P.等の後継者たちは、現象学の探求態度に導かれつつ、自らの問題意識で現象学を様々な方向に発展させていった。

一方、これら現象学者たちによる探求の成果は、哲学以外の領域に影響を与え、経験諸科学、例えば、精神医学、心理学、教育学、社会学、看護学等の領域に、現象学を活用させる動きが起こった。現象学的方法、あるいは現象学的アプローチといわれるものである。

経験科学者たちは、現象学の基本的な意味を踏まえつつも、当然、フッサールとは異なる問題意識に立っていた。本節では、筆者が関心を寄せる下記の6例を取り上げる。領域および研究者名と、検討の対象とする著作（主要なもの）は次の通りである。

1. 精神医学：ビンスワンガー『現象学的人間学』
2. 精神医学：ミンコフスキー『精神分裂病』
3. 精神医学・文化心理学：ヴァン・デン・ベルグ『人間ひとりひとり』
4. 理論心理学：ジオルジ “An application of phenomenological method in Psychology”
5. 看護学：広瀬『看護カウンセリング』
6. 教育学：山下・加藤『教育状況の現象学』

簡単に紹介しておく、スイス人のビンスワンガーは、精神病患者の理解を拓げるために、患者の言動や生活史そのもの（事象そのもの）に入り込み、人間の本質を読み取ろうとした精神科医である。フランスのミンコフスキーも精神科医であるが、プロイラーの内閉性の概念を一層本質へと還元し、現実との生ける接触という新たな地平から、統合失調症患者の症状を再解釈しようとした。また、オランダのヴァン・デン・ベルグ（この人も精神科医であるが、文化心理学への造詣が深い）は、精神医学で用いられる概念・仮説は、現実をぼかしてしまうことが多いとして、患者の事実と体験の記述に、最後までこだわった。さらに、アメリカ人で、元々実験心理学者であったジオルジは、質的データから意味を読みとる営みを細かくステップに分け、本質直観の手順を厳密に、誰の目にも明らかにしようとした。広瀬は、癌や透析患者との対人関係において、対話的に現象学的還元を行い、患者のありのままの理解を心がけたナース・カウンセラーである。最後に山下・加藤の研究では、児童の実存性の解明という次元で研究を進めた結果、教師が体験する現実という、一層包括的な次元が分析の研究対象となった。現象学的研究が進展すると共に、「事象そのもの」も又、移り変わることになったのである。

以下では、これらの研究のユニークさと、その研究に現象学がどのように活用されているかについて見ていきたい。

1. 精神医学：ビンスワンガーの『現象学的人間学』

1) ビンスワンガーについて

(1) 略歴

ビンスワンガー (Binswanger, L.) (1911~1966) はスイスの精神医学者で、クロイツリンゲン (ドイツのコンスタンツに隣接したスイスの町) の私立精神病院の院長として、半世紀にわたり患者の診療と精神医学研究に従事した。

宮本 (1966, pp.383 ff) によれば、ビンスワンガーの思想的展開は次の4つの時期に分けられる。まず、精神分析の影響を強く受けていた時期 (1906~1920) に始まり、次にフッサール現象学に傾斜した時期 (1921~1929)、さらにはハイデガーの現存在の実存論的分析論 (『存在と時間』) に立脚して、精神医学の現存在分析を確立していった時期 (1930~1955)、そして、晩年のフッサール現象学に回帰していった時期 (1956~1966) の4期である。

(2) 統合失調症患者の理解をめざして

「大脳のこの場所が障害されているのであの人には幻聴がおこる」というとき、それは因果連関でその症状を理解している。それは自然科学の手法であり、説明的方法と呼ばれる。これは抗精神薬の進歩など薬物治療への道を開いた。それに対して、了解的方法とは、その人の立場にたって、意味を掴む方法である。

『現象学的人間学』 (1947年出版) *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Band I. Zur phänomenologischen Anthropologie* は、ビンスワンガーの精神病理学の代表的論文と講演 (合計7篇) を年代順にまとめた書物である (1967)。上述したように、ビンスワンガーの方法は時期ごとに変遷していくが、下記では主だった方法の主旨を簡単に記しておく。

① 記述と本質直観による方法

第1章第3節でも記したように、『現象学的人間学』の冒頭論文「現象学について」 (1922年の講演) では、フッサールの現象学を啓蒙的に解説するとともに、幻聴のはげしい患者、内閉性のつよい患者などを例に引きながら、その現象学を精神病理学 (とくに統合失調症患者の症例) に適用している。この論文はフッサール現象学に非常に忠実である。精神医学の用語で判断を下さないで、もっぱら記述を続け、意識のうちに実際に見出されるものに限って分析を行い、患者にとっての症状の意味 (本質) を読み取ろうとした。

② 内的生活史を辿る方法

『現象学的人間学』の二番目の論文は「生命機能と内的生活史」 (1927年の講演) という論文である。身体的-心情的有機体としての人間の自然科学的研究に対して、歴史的に展開する「体験する主体としての人間」の現象学的把握が対比されている。ここでは現象学の対象は (個人の) 内的生活史である。生活史の概念は既に精神分析において取り上げら

れており、一時期、フロイトの影響を強く受けていたビンスワンガーにとって、精通した方法であった。

③ 現存在分析による方法

「精神医学における現存在分析的研究方向」（1945年の講演）は、『現象学的人間学』の最後に収められている論文である。ハイデガーの『存在と時間』*Sein und Zeit*（1927年出版）における「現存在の実存論的分析論」に示唆を受け、そこでは、現存在分析（*Daseinsanalyse*）による統合失調症患者理解が提唱されている。これに関しては、下記の現象学的方法論で詳しく取り上げることにする。

2) 現象学的方法論

ビンスワンガーの現象学的方法論といっても各時期によって微妙に異なるが、ここでは「精神医学における現存在分析的研究方向」（1945）を主要文献にして、ビンスワンガーの現象学的方法の一つである、現存在分析の方法論について検討してみたい。

(1) 現存在分析のねらい

現存在分析という際の現存在（*Dasein*）という概念は、ハイデガーの『存在と時間』*Sein und Zeit* に由来する。周知のように、同書はあくまでも存在論の書物である。ビンスワンガーは既述のように、精神病患者の理解を拓げるため、患者の言動そのもの、ビンスワンガーの側からいえば、自身の意識に与えられている現象の内実へと立ち返った。言い換えれば、抛りどころを既成の精神病理学に求めるのではなく、事象そのものを見つめようとした。その営み、その基本的姿勢は一貫しているのであるが、事象を見つめる際の「手がかり」を、ハイデガーの存在分析に求めた時期があったのである。

現存在分析は、ビンスワンガーの記すように、精神病患者を理解するための一つの「架け橋」である。ハイデガーによる（人間の）存在分析が人々を納得させるだけの説得力をもっているならば、「存在と時間」で導き出された（人間の）存在構造を共通のベースにして、統合失調症患者の世界を解明することができないだろうか。つまり、存在構造それ自体は、統合失調症患者も通常の人々も、同じ人間として共通なのであるから、かえって、どの在り様が極端で、どこが不自然になっているかがわかるであろう。従来、統合失調症患者は了解が不可能とされてきた。だが、同書を一つの基準にすれば、患者と通常の人々との「割れ目に橋を架ける」（1967, p.270）ことが期待できる、とビンスワンガーは述べる。

ビンスワンガーは、単純にハイデガーの存在分析を、統合失調症患者に当てはめたのではない。そのようなことをすれば、「事象そのものへ」という現象学的方法から外れてしまう。ビンスワンガーはあくまでも、患者の言動そのものや生活史に入り込み、事象を解釈するための一つの「窓口」、言い換えれば、人々と共通の窓口から事象そのものへと立ち至るために、『存在と時間』の成果を活用したと考えられる。

ビンスワンガーの問題意識はハイデガーの意図とは別のところにある。だがビンスワンガーの現存在分析を知るには、ある程度、『存在と時間』に関する知識を持っていた方が好ましい。そこで下記(2)(3)で、必要な部分につき、『存在と時間』(1963)に関して記しておきたい。

(2) ハイデガーの『存在と時間』

同書におけるハイデガーの究極の意図は、人間のみならず、森羅万象の存在の意味を解明することであった。そのための導きとして、自身の存在を了解している存在者の存在(人間の存在)、すなわち、われわれが自らそれへと関わっている存在を解明しようとした。ハイデガーにとっては、「人間の存在から存在一般へ」という探求の方向性があった。ゆえに、人間の存在の分析は、存在問題のための基礎的存在論(Fundamentalontologie)と位置づけられた(結局、『存在と時間』では存在一般の解明までは至らず、われわれの存在の意味が時間性 *Zeitlichkeit* として取り出されるところで終わった)。

ハイデガーはわれわれの存在を、一個のものや対象のように捉えない。da、「すぐそこにある」、声をかければ「ほら、それぞれ」(da, da)とでもいうような手近なものとして、つまり、ハイデガーによれば、われわれの存在とは、自分がまさしくそこにいること(da-sein)に他ならない。ハイデガーはわれわれの存在を現存在(Dasein)と術語化し、おのれの存在へと絶えず関わっているわれわれの存在性格を実存(Existenz)と呼んだ。

だが「そこにいる」こととは、何か客観的な空間の中に、ものが入っているという関係ではない。つまり、われわれの存在とは「空間内存在」ではない。「そこにいる」ことをハイデガーは、「世界内存在(das In-der-Welt-sein)」と呼んだ。われわれの存在とは、既に(そういうものとして)「そこに(世界の内に)あり」、そこで(da)慣れ親しんでおり、同時に、(そこで)いつも可能性に向かって開かれている、そのような存在である。「部屋の中の机」、「水槽の中の金魚」といった単なるものや対象、あるいは生物ではない。われわれはおのれの存在へと関わり、そこを、つまり世界を、絶えず「明るみ」に取り出している。

(3) 実存カテゴリー

『存在と時間』では、われわれの実存、すなわち、世界内存在の構造が解明されていく。それを現存在の実存論的分析論(existenziale Analytik)と呼ぶが、そこでは実存の実存性格が実存カテゴリーとして取り出されていく。ビンスワンガーはこの実存カテゴリーを現存在分析に活用している。以下ではビンスワンガーの症例にも触れながら、実存カテゴリーを簡単に見ていきたい。

ハイデガーは(現存在の)「世界内存在」の「既にそこに(世界の内に)ある」という在り方を、事実性(Faktizität)(事実そうであり、それは変えられないという意味で)、あるいは、被投性(Geworfenheit)(既にそこに投げ入れられているという意味で)、さらに時

間的には、既往性 (**Gewesenheit**) (「既に」そこに住んでいるという意味で) と呼ぶ。

ピンスワンガーによる『精神分裂病』での有名な症例、エレン・ウエスト (1960, 第 I 巻, pp.73 ff) は、この事実性 (被投性・既往性) に最後まで、安らぎを覚えることができなかった。われわれの存在が (世間に) 「既に投げ入れられて」いて、それ自体どうしようもないことをあらわにするのは、気分 (**Befindlichkeit**) である。エレン・ウエストの症例に限らず、日常でもわれわれは、「気分付けられていること」をしばしば経験する (例えば “気が重たくなるが、やめることのできない職場” といった表現など)。

次に、(世界内存在の) 「そこで慣れ親しんでいる」という在り方を、頹落 (**Verfallen**) (さしあたりたいていは、世界の内でおれを忘れていたという意味で) と呼ぶ。ハイデガーによれば、それは道徳的な意味で (つまり悪い意味で) 使われているのではない。日常われわれは、非自覚的に、物事に気を取られて時を過ごしている。時間性でいえば、これが通常の現在 (**Gegenwart**) である。これを現持 **Gegenwärtigen** と呼ぶ。だが反対に、それとは違う在り方があって、例えば、意を決して自分の運命に立ち向かうという場合は、物事に気を取られず、自覚的におれと向き合うような在り方をする。その折の現在を、ハイデガーは瞬間 **Augenblick** といい、後に記す先駆性と一体になって、先駆的覚悟性 (**Vorlaufende Entschlossenheit**) と呼ぶ。

話は戻るが、上述の「物事に気を取られて」という在り方は、「人に気をとられて」ということを含んでいる。われわれという共同存在は、大なり小なりそのような傾向を持ち合わせている。そしてこれがあまりにも高じると、『精神分裂病』の症例、ローラ・ヴォス (1960, 第 II 巻, pp.169 ff) の如く、「迫害妄想」(他人を敵に見立ててしまう) に発展するときがある。だが下記 (4) でも記すように、ヴォスの立場からすると、妄想を持つこと自体が、自身の困難な生き方の、(病的ではあるが) ある種の「折り合い」のつけ方になっている旨をピンスワンガーは考察している。

最後に、「(世界の中で) いつも可能性に開かれている」という在り方は、実存性 (**Existenzialität**) と呼ばれる。われわれの在り方は、おれの在り方をそのつど選択するという在り方ではない。むしろ、おれに先立って「可能性を生きている (存在している)」、そういう在り方でわれわれは存在に関わっている。この実存性は、投企性 (**Entwurf**) (おれの可能性を先に投げ入れている、という意味で)、あるいは、先駆性 (**Vorlaufen**) (われわれの存在は “先駆けている”、という意味で) と呼ばれる。実存性 (投企性・先駆性) の時間性は将来 (**Zukunft**) である。それは「先立つ」から将来であるが、同時に、おれに先立って投げ入れたものが、将におれに戻って来るという、時熟 (**Zeitigung**) の構造を持っているからである (上述の先駆的覚悟性はその典型である。例えば、死へ向かう可能性を「先取りして」投げ入れているからこそ、覚悟してその状況—現況—に臨むということがあり得る)。さらにいえば、「わかる (了解する)」(**Verstehen**) が、この将来の構造をよく示している。ある事柄がわかるとき、それは可能性を世界に投げ入れるが、それは「そのことができる可能性」として、将に自らに戻って来ているのである。

本題に戻るが、ビンスワンガーは、「世界投企そのものこそが、精神病の人間を健康者から区別するものである」といい、現存在分析では、上述の投企性（実存性・先駆性）が重要視されている。そこであらためて、「精神医学における現存在分析的研究方向」でも取り上げられている症例「ローラ・ヴォス」を紹介しながら、ビンスワンガーの方法論を検討してみたい（1967, pp.283 f.）。

（４）症例の検討

恐怖や強迫が著明であったローラ・ヴォスの症状は、時期が経つに従って迫害妄想によって変わった。このように症状だけを並べてみると、推論的に「統合失調症」という診断名が頭に浮かぶ。仮に患者の話聞き精神分析を行い、ある外傷体験に突き当たり、その体験がなぜ、患者の現在の病状につながったのかを説明できたとしよう。だが、「同じ体験を持つ他の人ではなく、どうしてローラ・ヴォスにだけ、そのような症状が出現したのか」となると、それは体質であるとか、素因であるといった説明を付加せざるをえなくなる。その結果、「感情移入して、ローラ・ヴォスの了解を拓けることは困難である」（つまり了解不能）という結論になりかねない。それに対しビンスワンガーは、「素因というものを人間学的側面から、いささか解明していくことはできる」と主張する。

ビンスワンガーは徹底的にローラ・ヴォスの言動そのもの（事象そのもの）に入り込んで、その中で彼女が、いつもどのような可能性を投げ入れているのかを知ろうとする。「可能性を投げ入れる」（実存性・投企性・先駆性・時間的にいえば将来）というところは、通常の人々と共通である。それでは、ローラ・ヴォスは「おのれに先立って」（あるいはアプリオリに）、どういう可能性を世界に投企し、どのような可能性が「将におのれに戻って来て、いかなる宿命（事実性・被投性・既往性）を生き、どのような現在を暮らさざるをえないのか。

ローラ・ヴォスには当初、恐怖症（何かわからないが不気味である）が際立っていた。彼女はこみいった迷信行為によって、つまりその肯定的、あるいは否定的な結果によって、自身の行動の「する・しない」、例えば人と接する、接しないを決めていた。その徹底した行動は強迫的に映った。だが彼女の側からいえば、迷信行為は、底知れぬ恐怖の侵入から（おのれの世界の破局から）身を守る安全装置であった。

通常、可能性を世界へ投げ入れるとき、そこには実存の自由性があり、どの可能性を投げ入れるかが制限されていることはない。だが彼女の場合は、その可能性がきわめて狭められている。すなわち、患者の投企は、「疎遠さ」（不気味さ）か、それとも「親密さ」（迷信に従い行動することで安全を保つ）かという、両極端の「世界投企」しかなかった。

彼女の迷信的行為はやがて消失した。だがそれに代わり迫害妄想（特定の人々のひそやかな陰謀）が出現した。しかし彼女にとってこの迫害は、（恐怖症の）「不気味さ」よりは耐えやすいものであった。というのは、「何かわからない不気味さ」よりは、「敵どもの陰謀」の方が、対象がはっきりしている分（何ものかで対象を掴まえられる分）、まだこらえ

やすい。「敵ども」という言葉は通俗的である。ハイデガーの言葉でいえば、それは世間への頹落を表している。だが、われわれも通常、頹落している。非対象的な不気味さより、通俗的な（共同人間的な）迫害妄想の方が、まだ「付き合いやすい」というのは、病的ながらも、ローラ・ヴォスにとって、一つの「折り合い」である。頹落してきた分だけ、世界投企の可能性も、わずかながら拡がるであろう。

ビンスワンガーは「精神医学における現存在分析的研究方向」の中で、「迫害妄想を理解するには妄想そのものの研究からはじめてはまずいこと、むしろ、何ヶ月、何週間、何日、あるいはただ何時間にもせよ、妄想に先行するものに私たちの全目標をむけなければならない」（p.284）と述べている。現存在分析はハイデガーを導きにしている。だが、「症状」だけにこだわるのではなく、「対象の中に入り込み」、内実や生活史をのぞきこむという態度は、フッサールを導きにしていた「現象学について」の時代から一貫しているのである。

（5）まとめ

ビンスワンガーはハイデガー哲学に傾倒する中で、現存在分析の方法を見出し、われわれの世界と精神病患者の世界との割れ目を「科学的に」（1967, pp.290）理解しようとした。ビンスワンガーの言葉を借りれば、「感情移入のできない精神生活をも科学的な理解に組織的にいっそう近づけるような方法、一つの科学的な武器を所有していること」（p.284）を示そうとした。患者も通常の人々も共通の現存在であり、病状というものは、現存在の形式全体、もしくは生の様式全体が変化したものであって、決して「全然わからない」ものではない。

ビンスワンガーはフッサールの如く、患者の世界内実に忠実であるようつとめた。次にハイデガーをモデルとして、現存在分析という視点を導入した。つまり方法論的には、従来の「記述を重ね、生活史を探求することで、本質を直観する」方法に、患者の世界内存在を記述し了解するという方法を、さらに付け加えたのである。

2. 精神医学：ミンコフスキー『精神分裂病』

1) ミンコフスキーについて

(1) 略歴

ミンコフスキー (Minkowski, E.) (1885-1972) はポーランドに生まれ、フランスで地位を確立した精神医学者であり、ブロイラー (Bleuler, E.) (精神分裂病の疾病概念を初めて用いたことで有名な精神医学者) に師事し、スイスより帰国後、この「精神分裂病」の概念をフランスの医学界に紹介・導入した。『精神分裂病』(1927年出版) (書物の正式名称は、分裂性性格者および精神分裂病者の精神病理学。Psychopathologie des schizoids et des schizophrènes) はその啓蒙書である。だが、それにとどまらず、ブロイラーを評価しながらも、一方では、ベルグソン (Bergson, H.) の哲学に共鳴しつつ (ミンコフスキーは書物を通じて、自身の問題意識がベルグソンに近いことを知った)、「生的活動力」とその喪失の観点から精神分裂病の病理を解釈し、ミンコフスキーのオリジナルの書となっている。なおその後、大著『生きられる時間』(1933)、『宇宙学へ』(1936) を次々と出版し、ミンコフスキー自身、『精神分裂病』と合わせて、「三部作」と呼んでいる。晩年には“Traite de psychopathologie” (精神病理学提要) (1968) を出版した。

(2) 統合失調症患者への姿勢

ミンコフスキーは『精神分裂病』で、自身の統合失調症患者への姿勢について、次のような事柄を述べている。すなわち、「自己をむなしうして、彼ら (統合失調症患者。以下同様) の存在様式に適応しよう」とつとめ、「すべての学説的な立場から解放」され、むしろ、「彼らの見方を洞察し」て、できる限り、「彼らとの接触を作り上げようとする」ことが大切である。そしてその中で、「統合失調症患者がまだもっているもの、また、彼が反応するもの」を探し求め、「複合観念 (コンプレックス) の発見ではなく、われわれの目の前にいる患者の生活の形態を理解すること」が必要である、と述べる (1954, pp. 240 ff.)。

(3) 生命現象へ立ち返ることと現象学

このような統合失調症患者に関わる謙虚な態度の中に、理論に依拠しないで、自身で「事象そのものへ立ち返」ろうとする現象学のテーゼがはたらいていると思われるが、もう少し概括的に、ミンコフスキーの、事柄へ向かう姿勢を見ていきたい。下記は『生きられる時間』Le temps vécu の序文の一部である。(括弧内は筆者である)。

このようにして、(精密科学の進歩した以前の姿に) 後戻りしたいという欲望がわれわれに意味することは、ただ一つしかありえない。それはすなわち、生命との接触、生命がそのうちに有している「自然なもの」、また原始的なものとの接触を回復すること、

科学ばかりでなく、その他すべての精神的生命の発現がそこから湧き出るところの第一の源泉に立ち戻ること、科学が自己流に型取る以前には、生命を構成するさまざまな現象の間に、もともと存在していたところの本質的な諸関係を再び研究すること、科学が引き出したものとは違ったものを、われわれがそこからなおも引き出すことが、できないかどうか、しかもそのために、原始的な自然主義や、科学と同じくらいしばしば現実から遊離し、科学と同じくらい「合理主義的な」心像を利用する神秘主義に陥ることがないかどうかを見ることである。われわれは「道具なしに」みつめ、そしてわれわれの見るところを語りたいのである。・・・

われわれの時代になってフッサールの現象学とベルグソンの哲学が生まれたのはこのようにしてである。前者は、それがどんな起源を有ち、一見どんな正当性を備えているように見えるものであれ、如何なる前提によっても探求を導かれたり、制限されたりしないで、生命現象を研究し、かつ記述することを目的とした。後者は驚くべき大胆さをもって、直観を知性に、生あるものを死せるものに、時間を空間に対立せしめた。この二つの流れが現代思想全体に深い影響を及ぼすのに暇はかからなかった。それというのも、それらがわれわれの実存の現実的で深い必要性に対応していたからである。
(1972, pp.5~13) (中江育生, 清水誠訳)

ここに示されているように、ミンコフスキーは、事柄を人間に普遍的なものに一旦還元し、そこから汲み取ったものから、あらためて精神病理学的事象を解明しようとする。哲学者からは、そのための助けとなる概念を借りるのである。ミンコフスキーにとって、われわれに直接与えられているものの中で、それ以上還元不可能のものは生命現象であった。

ミンコフスキーの書物では、フッサール現象学とベルグソン哲学との両方の影響が見られる。だがミンコフスキーによれば、フッサールもベルグソンも、「お互いに隔たること、遠くなし」という。哲学上は明らかに異なるものであるのだが、ミンコフスキーの問題意識は、哲学の研究ではなく、精神病理学的事象解明にあり、直接的な所与に精神を集中することを要請するこの二つの哲学は、決して齟齬をきたすことなく、「事象そのものへ」向かう精神病理学研究を、共に助けてくれる哲学なのである。

(4) 現実との生ける接触

ミンコフスキーは『精神分裂病』で、われわれの人格と環境との関係について、次のように記している。

現実との生ける接触 (*contact vital avec la réalité*) は環境との関係に生きた人格の根底そのものと関連する。そして環境もまた決して単に外界刺激の総体であるとか、原子や力やエネルギーの総体とかいうものではない。環境はわれわれを圍繞するところの大いなる流動であり、それなくてはわれわれが生きることのできないミリューで

ある。この流動の中から「事件」が小島のように浮かび出て、人格の最深奥の琴線を揺り動かす。逆に人格はこれを撰取し、緊張した弦のごとくこれとともに振動し、これを自己の内に浸透せしめる。そして自己の内奥の生の一部分をば環境に附加することによって、人格は人格的に反応する。筋肉の収縮などをもって反応するのではなく、行為と感情をもって、笑いと涙をもって反応する。そしてこの行為や感情は生成する環境の流動に参加し、一滴の水の如くその流動の中に自らを失い、捉えることのできない無限の中に消えていく。このようにしてわれわれと現実との間に驚くべき調和が生まれる。これによってわれわれは自己自身の生という観念を失うことなしに、世界の歩みに参与することができる。(1954, p. 73) (村上 仁訳)

第1章で先述したように、ミンコフスキーは、この本能にあたる因子が、統合失調症患者にあっては障害を受けているとするのである。

(5) アプローチそのものの重視

シュピーゲルベルグ (Spiegelberg, H.) (1993, p.288) によると、晩年の「精神病理学提要」の結論部、“人間生活、根本のデータ” (La Vie humaine donnée) と題された最終節では、ミンコフスキーは精神病理学の目的を、「精神病理学は人間存在にもっともっとアプローチしようと努める。そして、何よりも大事なのが、このアプローチである」として、最終目標を「私たちの実存の本質的現象の研究」においている。だがシュピーゲルベルグは、他のミンコフスキー研究者を紹介する形で、ミンコフスキーにとっては、「事象へ向かって」という際の、「～へ向かって」(Vers) という姿勢、つまり、目標に到達するよりむしろ、これらの目標へのアプローチそのものに、一層の関心があったのだ、という旨を記している。

現象学的精神病理学という場合はその産物が、「良くも悪くも」注目される。だがむしろ、事象そのものへ向かおうとするアプローチそのもの、つまり姿勢そのものが、探求の態度としての「現象学」に他ならず、上記(2)に記したミンコフスキーの統合失調症患者「への」態度にも、それが窺えると考えられる。

2) 現象学的方法論

ミンコフスキーの『精神分裂病』は、統合失調症の病理解釈に「現象学的方法を適用した」(1954, p.191) もので、それに基づき治療方法を探究したものである。本項では『精神分裂病』を、(1) プロイラーの統合失調症に関する見解を吸収しつつも、その基礎的障害について、「内閉性」の概念を手がかりに一層本質へと還元し、(2) 「人格的活動の周期性」および「現実との生ける接触の喪失」という新たな地平から、(3) 統合失調症患者の症状と態度を再解釈した営みであると捉え、その観点から、以下に紹介することにする。

(1) プロイラーの「自閉」と分裂病の基礎的障害

プロイラーは統合失調症の思考・感情・意志についての症状を明確にした。さらにフロイトの影響を受けて、精神病の内容を形作る元になった出来事、すなわち、複合観念（コンプレックス）の存在を認めた。例えば、ある老婆は常同的に両手をこする動作を続けていたが、亡くなってから、彼女には昔、恋人に捨てられた経験があり、その恋人の仕事が靴屋であることがわかった。だがプロイラーは、コンプレックス（心の痛手となった出来事）は確かに、症状について象徴的な意味はもつが、それが症状の発生原因ではないという（ミンコフスキー、1954, pp.118 ff）。

プロイラーは、コンプレックスを表現するための思考を「内閉的思考」と呼び、現実的思考に対立するものとする。「内閉性」（例えば上記の老婆の常同症）は現実からの隔離であり、内的生活の相対的または絶対的優勢を伴うものである。但し、経験的思考と内閉的思考の間には多数の段階があり、多くの患者にあって、現実的思考と内閉的思考とが共存しうるとする（プロイラー、1972, pp.73 ff）。

ミンコフスキーは、プロイラーの「コンプレックスが統合失調症の発生原因ではない」という見解に賛同し、プロイラーの「内閉性」の概念、つまり、患者の環境に対する態度こそが、統合失調症の解明の手がかりがあるとした（ミンコフスキー、1954, pp.124 ff）。

(2) 人格的活動の周期性

先述したように、ミンコフスキーによれば、人格と環境との間には本能的ともいえるべき生的接触（現実との生ける接触）があるが、それは世界と同調したり、あるいは世界と対立したりする人格活動の周期性において具現化されている。プロイラーの同調性性格と分裂性性格を発展させた「人格的活動の周期性」に関するミンコフスキーの考えを以下に要約する（ibid., pp.132 f）。

人は通常、外界と同化・順応し、調和的に行動している（同調性）。だが人は、いつでも、あるいはいつまでもそのようにあるのではなく、「人格的活動」が姿を現し、外界（世界）との間に分裂が起こる。つまり、深奥の自我を表現し、外界に個性ある痕跡を残すために、世界と自我とを対立させて、何ものかを創造しようとする（分裂性）。人格的活動性が个性的であるほど、対立は著明となる（しかしミンコフスキーは、これがあまりにも強すぎると、その場合は「墮落」に陥るか、「病者の身振り」に過ぎなくなるという）。この活動性は「制作」として実を結ぶが、これは価値を有する限りで、現実の中に織り込まれる。「制作」がわれわれの手を離れると、平衡が生まれ、生成の波が取り戻される。このように外界と同化融合すると、内容豊かな休息が訪れ、生命の流れに浴し、それと一つであるという深い感じに包まれる。やがて再び、人格的活動が目覚める。先に完成された「制作」は、それが将来の「制作」を準備し、いつかこれよりも優れた「制作」を創り上げるという希望を与える準備であつたにすぎなくなるのである。

(3) 豊富な内閉性と貧弱な内閉性

人に通常備わっているこのような「生的活動力」から、あらためてプロイラーの自閉性を検討すると、自閉性とされるものには二種類ある。すなわち、生的活動力のある（残っている）内閉性と、それを消失してしまった内閉性である。ミンコフスキーは前者を「豊富な内閉性」、後者を「貧弱な内閉性」と呼び（p.139）、統合失調症による基礎的障害にとっては、後者が一層重要であるとした。誤解のないよう一例を示すと、ある病者はたえず活動性を示すが、その活動性が「貧弱な内閉性」に他ならないときがある。その場合、その統合失調症患者は外界の要求は問題とせず、あたかも外界が存しないかのごとく行動し、制作する。まさにそのような活動性のゆえに、「現実との接触の喪失」を認めるのである。

(4) 精神分裂病患者の態度や症状に関する解釈

われわれは外界と同化し、調和的に行動する能力を有する。ところが統合失調症患者には、人間の生命的、直観的、本能的要素が不足している。ここからミンコフスキーは、統合失調症患者の基本障害を「現実との生ける接触の喪失」とする（pp.72~75）。だが患者も、この不足を「どのようにかして」代償しようとする。だが、代償行為自体が、周囲のものにとっては非常に「奇妙に」映る。それは本来、直観的・本能的に解決すべきものなのに、知性で合理的にこじついたり、教条的な理念で導こうとするからである。また、病的な夢想であったり、不満ばかり絶えずこぼしたり、何事も悔やんでいたりと、あるいは、疑問癖・質問癖がつよかったりする。ミンコフスキーによれば、人間に与えられている素質（生の躍動 *élan vital*）が「不幸にして」不足しているので、それを補うため、患者は統合失調症的態度を取らざるをえないのである。先入見を捨てて、事柄を人間に普遍的なもの（生命現象）へと一旦還元し、そこからあらためて、統合失調症患者の行動を解釈しなおした、人間学的な解釈になっている。

3. 精神医学：ヴァン・デン・ベルグ『人間ひとりひとり』

1) ヴァン・デン・ベルグについて

(1) 略歴

ヴァン・デン・ベルグ van den Berg, J.H. (1914-) は、オランダの精神医学者で、レイデン大学で文化心理学の講座主任をつとめ、アメリカの現象学の中心地であるディケイン大学に客員教授として招かれた。また、精神療法家として自宅で臨床活動を続けた。ヴァン・デン・ベルグの著作は精神医学の領域に限らず、医療倫理、歴史心理学、知覚心理学、思想史と多方面に渡る。日本では、早坂泰次郎らによって、著作の中の数冊が翻訳されているが、特に、『病床の心理学』The psychology of the Sickbed (American edition) や『人間ひとりひとり』A Different Existence: Principles of Phenomenological Psychopathology (American edition) は、医学、心理学、看護学界に強い影響を与えた。

(2) 反省以前の境位と現象学

『病床の心理学』(1975) では、自分の身体が病気であるとわかったとき、その人に突然おそってくる人生そのものの変化を描いている。その際、ヴァン・デン・ベルグの記述は、早坂 (1975, p. v - vii) の言葉を借りれば、「きびしいまでに具体的」である。病臥は患者の生活様式だけでなく、ものの見方・感じ方、ひいては人生に対する価値、世界観を変化させる。例えば、ヴァン・デン・ベルグは次のように記している。(括弧内は筆者)

患者はこうしたほんの小さなことに対する新しい感覚を獲得する。ほかの誰よりも、患者は一日のリズムを知っている。朝早く、暗やみから光へと次第に変わっていく窓のたたずまい、病室にさしこんでくる最初の陽光、ベッドや床や、壁の上の日光の点の移動、日中のせわしげな物音、宵闇のおとずれ、容赦なく進んでいく夜の静寂など。こうしたことの新しい獲得は、いつまでも好ましく思われるわけではないにしても、あるまったく特別な意味で、それらは信頼されるようになり、彼（患者）にとって貴重にさえなるのだ。・・・患者にとって、クリスマス前の暗い日々は、単に日が短くなるもの以上のものだ。だから、春を告げるコマドリの最初の出現は、努力なしに深い感謝の念へ導いてくれる体験である。さらにヒヤシンスが芽をふいたのを見つけ、病室のひさしの下に作った巣の中でびよびよ鳴いて育っていたツバメがはじめて飛ぶのを目にする。花が開き、青虫がさなぎとなり、チョウチョウがその湿った羽を拡げるのを見る健康人がいったいどれほどいるだろうか。(1975, pp.43~45)

このような記述は主情的すぎるといわれるかもしれない。だが患者が、健康人が忘れている世界を「直観している」とするならば、それは非科学的なこととして片付けられてよ

いことではない。学問とは何か。患者の世界を記述することは、単に文学にすぎないのだろうか。近代科学は物事を対象化・物体化して、仮説、或いは前提を立て、それを検証することを旨としてきた。だがそのあり方だけが学問に値するのだろうか。われわれ自身がそこで生きている生活世界は、近代科学による、主・客分離の「反省以前」の境位にある。その境位から記述することは、学問の一つの方法なのではないか。ヴァン・デン・ベルグは『病床の心理学』の方法論について、「患者の体験世界における変化という考え方を形成するうえで、より大きな可能性をもつために、特殊な心理学的方法を使用した」(1975, p.95)と述べている。この特殊な方法というのが、『人間ひとりひとり』では、現象学的方法と言いつけられる。『人間ひとりひとり』で、ヴァン・デン・ベルグは次のように語る。

現象学はひとつの方法である。態度とよんでもよいだろう。この方法は科学における新しい観察の仕方である。しかし、それが新しいのは、例えば心理学の分野においてなのであって、日常生活ではそれは決して新しいものではない。それどころか、現象学者は、人が日常生活の場を観察しているままのやり方で観察しようとするのである。現象学者は対象（物体）やからだや、自分のまわりの人々や時間などに関する日常的観察に、ゆるぎない信念を抱いている。(1976, pp. 104 f)

このように、反省以前の境位にあつて、患者の世界を叙述することは、ヴァン・デン・ベルグにとっては現象学的な記述に他ならず、すでに学問そのものに属しているのである。

(3) 社会問題や歴史的展望へのコミットメント

ヴァン・デン・ベルグの現象学の特徴の一つは、社会問題や歴史的展望へのコミットメントである。例えば、上記の『病床の心理学』では、医の倫理の問題に踏み込んでいる。告知（インフォームド・コンセント）に関してヴァン・デン・ベルグは次のように語る。

病状について真実を告げることが、どんな患者にも無分別になされてもよいと結論してはならないが、患者がこうした疑問に悩んでいることを示し、これを知ることによって人生を深く探るために、自分の人生を吟味し、整理し、改めるために求めているのだとはっきりしていれば・・・、健康について誤った期待を抱かせるようなうそをつくことは、道徳的にも、また医学的にも誤っていることははっきりしている。・・・たとえ、（告知によって）彼の生命が数時間、あるいは数日から数週間縮まることになった場合でさえ、真に人間的な終わりを迎えることのしあわせは、この時間の損失を補いはしないだろうか。もしも病床が、患者自身さえ救ってほしいと切望している自己瞞着の連続以外の何ものでもないとしたら、その中で時を長らえることがほんとうに重要であろうか。・・・平均寿命の延長ばかりに向けられる過度な医学的関心は、多くの医学的課題のうちの一つだけを強調しすぎることはないだろうか。(1975, pp.32 f)

さらにヴァン・デン・ベルグは、『現象学への発見』（1988, pp.88～105）や『現象学への招待』（1982, pp.105～119）において、解剖学の歴史を引き合いに出して、「その時代に固有の真実」があったこと、並びに、人間は本質的に変化するものであることを説く。

例えば、14世紀の西ヨーロッパで始まった解剖学において、ヴィジェバノの本（14世紀中頃）には、彼が死体を解剖している挿絵が載っているが、彼の眼差しは死体の目に注がれている。死体を死体という「もの」ではなく、人間として見、それに対し哀れんでいる。彼が記した解剖図には、肺が3つあるなど、解剖図として全く意味がない。挿絵が語るのは、彼には解剖ができないということである。だが、それは挿絵の背景に歴史の文脈があるからであり、現代からみれば「おかしい」ことでも、その時代ではそれが「真実」であった。このことは「人間とは変化するものだ」ということを示している。そしてその想定は、「昔の人々はちがった種類の人生を生きていた、また、昔の人は本質的に違った人間だった」という思想へと導く。だが同時に、現在のわれわれも、歴史の文脈の中を生きている。近代科学は万能であるという「今の真実」のもとで、われわれはものを考え、行動している。だが、変化してやまないのが人間性であり、この「真実」もまた、「メタプレティカ」（変化、あるいは新陳代謝）していくものだと考えられる。このように、ヴァン・デン・ベルグは社会問題や歴史心理学への言及を続けたが、早坂によれば、それは「コミットしない現象学者は、現象学における科学者であって、真の現象学者ではない」（1982, p.188）という、ヴァン・デン・ベルグの信念に基づくものである。

2) 現象学的方法論

(1) 仮説よりも記述を優先する

『人間ひとりひとり』は、現象学的精神病理学入門という副題のついた書物であるが、ここで取り上げられる事例は、重篤な神経症者のケース、一例のみである。ヴァン・デン・ベルグの現象学的方法論を、早坂（1982, p.204）の言葉を借りていえば、「徹底的に事実と体験の記述に終始する」ということであろう。患者の訴えについての記述を引用してみる。

私が患者に、見たものを話してくれるように頼むと、彼は次のようにいうのだった。街路はとても広く見え、家なみは色あせ、灰色で、ひどく古ぼけ、今にも崩れんばかりに荒れ果てた様子だった。また、その家なみは、窓という窓の雨戸が閉めきつてあるかのように、すっきりと閉じられている感じだったが、実際はそうでないことが彼にはわかっていた。それはまるでびたり閉じた要塞のような感じだった。また、見上げると、家なみは道路の方に傾いていて、両側の屋根の間に見える空は、自分が歩いている道路よりも狭いのだった。広場に出れば、実際の広場をはるかにしのぐ広さに圧倒されてしまった。自分にはそこを横切れないことが、はっきりとわかった。空しさ、広さ、希薄さ、心細さの底知れない切実感が自分を襲い、たとえそうしよう

と思っても足がいうことをきかないだろう、と思った。安全な自分の部屋から眺めるときには、外の街路もそれほど気味の悪いもことを想像したりすると、たちまち例の感じが襲ってくるのだった」。(1976, pp.6 f)

ヴァン・デン・ベルグによれば、病気がどのように診断されたにせよ、一人の患者は、「精神病理学全体を体現している」(p. まえがき xi) という。『人間ひとりひとり』では、①(患者の)目に見える世界に起こった変化、②からだの変化、③他の人々との関係の仕方の変化、そして、④過去と将来に関する彼の展望に生じた変化の4つの観点から、この患者に実際、起こっていることに関して叙述が進められる。これら①～④は従来、精神療法家が、投影、転換、転移、神話化というカテゴリーを用いて説明してきた事柄である。これらの概念は、(反省以前の境位からではなく)反省して、対象化・物体化することにより生み出された概念である。だがヴァン・デン・ベルグによれば、この種の見解は、わかり易いが不正確であり、非常に多くのことを否定してしまう、という。即ち、「投影は患者が見るものを否定する。転換は患者の肉体的感覚を否定する。転移は、患者が他者の中に見いだすものを否定する。記憶の歪曲は、患者の思い出すものを否定する」。仮説は現実の記述をあまりにも早く中断しすぎてしまったところに現れ、概して曖昧な理論で、現実をぼかしてしまう、と語る (pp.19 ff)。

(2)「事象そのものへ帰れ」－観察し記述し解釈する－

ヴァン・デン・ベルグがこだわるのは、フッサールの「事象そのものに帰れ」、具体的に言えば、「(患者の)人間的な形で存在するものを、生起するものを、見、聞き、観察し、学ぶように努めよ」ということである。同書の中から別の箇所(上記①の「目に見える世界に起こった変化」についての叙述の一部)を引用してみよう。

「私が患者と一緒に散歩しているとしよう。晴れた日である。太陽はさんさんと輝き、人々は道路に溢れているが、その道路は私には少しもよそよそしくは見えない。患者の部屋からも全部見える。患者は私の見ているものをその通りだと確信するが、一方危険も察知する。われわれは外へ出る。そこで変化が始まる。戸口へ出たとたん、患者は私の腕をつかみ、顔色からは生気が失せ、さも不安そうにきよろきよろする。・・・私は極力おだやかに、道路には何も変わったところはなく、たいそう気持ちよくさえ感じられるよと話してきかせるが、彼は首を横に振り、決して納得しない。・・・彼は、何の支えもないと感じているかのように、私の腕を力いっぱい握っている。額には汗がにじんでいる。まるで何か重大な危険が起こりそうな気配である。普通の人間ならば、こう書きたいところだろう。“いったい何が起こったんですか？”道路にはおかしいことは何ひとつないのだ。けれども、そういったところで、患者にはきっと何の効果もないだろう。彼にはそのように見えないのだ。“あなたには外で起こっていることが何

もわかつちやいないんですよ”ときえいいかねないのだ」。(pp.9 f)

ヴァン・デン・ベルグは、日常的な観察を尊重し、心理的に起こっていることを知りたいならば、自分自身をその（患者の）事態に置くのがよいと述べる。そして次のように語る。「その事態について早まった判断を下してはならない。というのは、早まった判断は、いつも未熟だからだ。まず記述し、次に判断が来る。記述することが最も重要である」、「出来事の正確な記述は、その出来事に内在する理論によって、その出来事に関する判断を必然的に含んでいる。・・一次的な理論とは、出来事自体であり、そこで行為する人の理論である。一次的な精神病理学とは、患者のものなのである」(pp.85 f)。もう一箇所、『人間ひとりひとり』の記述（上記②の「からだの変化」についての叙述の一部）を引用する。(p.73)

彼はまた、両足と平衡感覚の障害についても訴える。神経学者が欠陥を認めないことにも、もはや驚く人はいないだろう。反射作用が彼のいう足まで届かないのだ。別の、もっと一般的な言いまわしをすれば、患者の足は彼の期待を裏切っている。文字どおり、立つ能力を失っているのだ。同じ意味で、平衡感覚も損なわれている。患者は今にも倒れそうだ。一方、解剖学教科書にいう足が役に立たない時にも、人はやはり倒れることになる。しかし、これは必然的なことではない。（この患者の場合は）実存そのものが倒れそうなのである。彼は横になっているときですら、倒れつつある。

自身の判断を留保して、リアリティを、可能な限り、忠実に記述する。そして、相手の話す事態のなかに自分を置き、この事態についての印象を自分自身の印象と較べてみる。『人間ひとりひとり』での報告は、このような比較の結果なのである。ヴァン・デン・ベルグは次のように語る。「現象学者は自分の見解を後々まで保留し（というのは、現象学者もやはり一つの見解を表明せざるをえないのだから）、その出来事が、現象そのものが語るところに耳を傾ける。こうした科学が現象学と呼ばれるのである。その所説は、自分の観察すること、つまり耳で聞き、眼で見、鼻でかぎ、そして感じることの解釈であることをめざしている」(pp.104 f)。ヴァン・デン・ベルグの方法について早坂は端的に、「人間ひとりひとりにあたたかく、そしてそれ故に緻密なまなざしを向けることだ」(1982, p.188)といい、「先入見や、安易な仮説や、先取りした説明を一切排し、生起しつつあることのひたすら正確な記述に徹しつつ、現象の側から意味が自ら熟成されてくるのを待つ、という現象学の方法は、彼にとっては、からだそのものになっているのだ」(ibid., p.48)と述べる。最後にヴァン・デン・ベルグの次の言葉を引用して紹介を終えたい。「反省以前の境位の事柄の説明には、通常の思考法を捨てなければならない・・・。人工的な、従って十分とはとてもいえないような理論を提出する代わりに、その問題自体に語らせなくてはならないのである。・・・詩人や画家は自分に見えたことを他人に伝えることができるのだが、同じ手続きを苦心惨憺してやってみるのが、専門の現象学者なのである」(1976, pp.102 f)。

4. 理論心理学：ジオルジ “An application of phenomenological method in Psychology”

1) ジオルジについて

(1) 略歴

ジオルジ (Giorgi, A.) (1931-) は、心理学がジレンマに陥り、自らを神経科学や認知科学、また精神医学から区別できないでいるとし、心理学は「人間を人間として研究する人間科学であるべきである」と主張する (1990, pp.3~15)。そして、現象学が心理学の基礎付けを与えることが可能であるとして、アメリカにおける現象学的心理学の主導的役割を果たしてきた。現在はサンフランシスコ市のセイブリック研究所で教授職をつとめているが、1962年から1986年まではピッツバーグ市のデュケイン大学に属し、著作活動と共に、現在も公刊中の *Journal of Phenomenological Psychology* の編集に力を尽くした。

(2) 伝統的心理学への批判

ジオルジはもともと実験心理学に携わってきたが、やがて、伝統的なその手法 (**traditional study**) ——自然科学に倣って実験を行い、データを数量化して対象に関する事実を解明する——に関して批判的になっていった。ジオルジによれば、その主たる理由は以下の如くである (1983)。

① 実験室は一見統制されているように思われるが、実際、その状況 (**research situation**) は複雑である。例えば、その研究を進めつつある心的現象 (例えば認知、学習) について、さしあたって、研究者はどのような理解をもっているのだろうか。又、その事象のどの側面に特別な関心を持ち、自分が関心を持たない側面とはどのように関係にあるのか。さらに、研究の **situation** には、研究者の意図や背景になる理論、過去の知識、予感、あるいは常識などが潜んでいるのではないか。つまり、研究の (実験の) 状況はさまざまなイメージによって先導されており、ありのままの心的現象にせまっているとはいえない。

② データは被験者より得られるが、いったんデータ化されてしまえば、データがそこからくみ上げられたコンテキスト (被験者自身のコンテキスト、被験者と研究者の関係のコンテキストなど) に関しては語られなくなる。そしてデータの結果だけから、心的事実が一般化される。だが、これでよいのだろうか。伝統的な方法では「科学的」ということに優先権が与えられるので、研究がめざす心理事象は、科学的な基準に合うように形作られる。すなわち、データも通常は、「測定された」心的現象に置き換えられる。しかしはたして、これで本質的な心的現象といえるのだろうか。

③ 実験室では、データとして記録された以上のことが生じている、つまり、被験者のそのときの気づきとか、(被験者の) 経験が含まれている。だが伝統的な方法では、それらは個人的なものとして排斥され、客観性は独立したものとして定義される。また、研究の **situation** では研究者と被験者という二つの視点が存在するはずなのに、研究者が被験者を

「理解する」というようなことは起こらない。だが考えてみれば、そこにこそ、心的現象があらわれている、といっても過言ではない。

上述①～③の如く、ジオルジによれば、実験室に代表される *situation* と、日常とは同じものではなく、前者の状況は一つの特異化されたものである。研究者は研究の *situation* を、「もはや日常のままではありえない」ように構成するが、そこでテーマにされるものは、被験者が日々生き抜いている *totality* の中で生じるものとは異質のものである。

(3) 新しい研究方法としての現象学的心理学

ジオルジによれば、現象学は、i) 心的な現象に非常に *sensitive* で、適切に接近できる、ii) リサーチのプロセスでの研究者の意図を重視できる、さらに、iii) 研究での記述的および質的な側面を率直に容認し、その価値を「取り戻す」ことができるゆえに、心理学への基礎付けが可能であるとする。以下にジオルジの主張を要約する(1975a)(1975b)。

① 記述的な接近

ジオルジは、数量的な方法だけしか取り入れない伝統的態度に反対し、事象そのものに立ち返ろうとする(生活のありのままの現象に忠実であろうとする)現象学にモデルを求めて、心理学の研究方法の一つのタイプをつくる。心理学は自然科学に「劣るまい」とあくせくする必要はなく、むしろ、本来の心的現象に立ち返り、忠実にそれを記述することから始めるがよい、とする。

② 生活世界の優先

ジオルジが考えるのは、日常の *situation* になるべく損なわれずにすむ方法であり、具体的には、被験者が生活世界——われわれがいつも生きている世界で、それは説明や理論的な解釈に先立って、既に生きられている世界である——で、心的現象(例えば“学習”)と思っている事柄について、素直に語らせ、それを研究者は記述するのである。

③ 意味の探求

この記述には、被験者の学習についての経験や気づき、さらには生活史が入っている。それは単に、事実の列記ではなく、被験者にとって「自身が学習と思っている」その出来事に、どのような意味があるのか、ということが含まれている。この記述を分析することで研究者は、被験者が一つの決定を行っていることを見い出していく。この方法では、生活の中での生きられた意味が研究の結果に影響を与えることになる。

④ 状況への構造的で解釈学的な接近

上記の *research situation* は、実験室でのそれとは違い、研究者のみによって *situation* が限定されるのではなく、被験者と共に共同構成されるのである。その際被験者は、自分の理解以上に、実は多くを生き、たくさんのことを伝達している。被験者から得られたデータにしたがって、被験者の生きられた意味を解明し、解釈するのは研究者の役割である。

⑤ 厳密性

分析過程も言葉による記述で進められるが、それは伝統的方法の数量化と同じく、厳密であらねばならない。それに対しジオルジは、データから意味を読みとる営みを、こまかくステップに分け、本質直観の手順を誰の目にも明らかにしようとする。

⑥ 研究者の前提を明記する

なお現象学は、研究者に前提のないことを方法論に含むが、これは究極的には不可能であり、ジオルジは反対に、このことへの保証を与えるために、あらかじめ研究者自身の前提をできるだけ明白にしておくことを提起している。

2) 現象学的方法論

ジオルジは、「現象学は、事柄（出来事、又は人）が明らかになる意識の構造、それも構造が変化していくことに関する研究であり、それは、見えてくるもの（何が見えてくるか）や、それがはっきりしてくるその仕方（どのように見えてくるか）の両方を明らかにすることに関心がある」（1975b, p.83）と述べている。ジオルジが、上記の現象学の理念を、心的現象の意味の発見に適用したのが、“An application of phenomenological method in Psychology”（1975b）という論文である。この論文では、「学習」、それも「research situationにおいて進行中の学習」が引き出されていく。基本的な設定は、日ごろ活動しているありきたりの人々にとって、「学習の構成要素となるものは何か」（What）、そして「どのようにして、学習はやり遂げられる（出来上がっていく）のか」（How）を、インタビューの実施、およびその分析を通じて、正確に見つけ出そうとすることである。学習は生活の中で生じてくる現象なのであり、ジオルジが探求しようとしているのは、この種の学習（実験室で測定された学びではなく）なのである。下記では、ジオルジの記す手順に従って紹介することにしたい（*ibid.*, pp.84 ff）。

（1）インタビューとその記述

まず被験者（女性 30 歳、主婦）が、学習に関して最も印象に残っている出来事を選び、それが生じた状況について語っていく。次に、研究者（ジオルジ）は詳しく聞きたいところを被験者に質問し、被験者はそれに答えていく。ジオルジは、語られたもの（質問の答えも全て含む）を記述し、そのプロトコルを分析のデータとする。伝統的な心理学においては、研究者が一方的に研究状況をセットしていくが、ジオルジの場合は、研究状況が被験者と共に共同構成されるのである。具体的に説明するために、インタビューの冒頭の部分を紹介する。

研究者：あなたにとって学習が生じた時の状況をできるだけ詳しく話してくれませんか

被験者：最初に頭に浮かぶのは、部屋のインテリアについて、Aさん（同年代の女

性の友人) から学んだことよ。彼女は私に「ものをどうみるか」について話していたわ。彼女の部屋 (different room) の見方は、変化してきていたわ。彼女は私に、「ふつう部屋に入ったときに、垂直線 (vertical line) と、地平線 (horizontal line) がどのくらいあるかに、気づかない、少なくとも意識的には、気づかないものよ」といったわ。そしてさらに、「室内装飾の分野での動き (what's going on) に通じている人ならば、垂直線と地平線の正しい数があるかどうか、直感的にわかるだろう」と話した。そこで私は家にかえり、リビングルームの線をじっと見て、垂直線と地平線の数をかぞえたわ、以前なら、その多くを線としては気づかなかっただけでもね。一つの梁 (はり)・・・、私はそれを、前なら、垂直線として考えなかったわ、ちょうど、壁から突き出しているものぐらいにしか (笑い)。リビングルームのデザインで、何が間違っていたかがわかったわ。たくさんの、あまりにもたくさんの地平線があるのと、垂直線が少なすぎるということよ。そこで、私はまわりのものを動かし、その見え方 (the way it looks) を変えたわ。私はこうしたのよ、何点かの家具を動かして、いくつかの物を取り去って、その結果、いくつかの特定の線が強調されなくなったわ。そして・・・、私には本当にちがって見えたわ。おもしろかったのよ、数時間後に夫が家に帰ってきて、私が「リビングルームを見て。まったく違うでしょ」といったので。このことを知らないから、私が習ったことをね、彼は、私と同じようにはリビングルームを見なかったわ。夫は、様子 (things) が違うこともわかっていたし、もの (things) が動かされたことも知っていた。だが、地平線が強調されなくなり、垂直線が増えたとは、言葉でいわなかった。それで私は、自分がなにかを学んだんだ、と感じたのよ。

(後略)

(2) データの分析

① ステップ 1: 記述を単位に分け、各単位の中心主題を記述する

最初、全体の意味をつかむために、プロトコルを読み通し、データを意味のまとまりごとに区分けして、その中心主題を平易に記述する。15 単位に分けられるが、下記にその一部を記す (表 9)。

表 9. 記述の自然な単位と各単位の中心主題

自然な単位	中心主題
1. まず最初に心に浮かぶのは、室内の装飾について、ミルテスから学んだことよ。彼女は私に、ものをどうみるかについて話していたわ。彼女の部屋 (different	1. 室内装飾での垂直線と地平線の役割

<p>room) の見方は、変化してきていたわ。彼女は私に、「ふつう部屋に入ったときに、垂直線 (vertical line) と、地平線 (horizontal line) がどのくらいあるかに、気づかない、少なくとも意識的には、気づかないものよ」といったわ。そしてさらに、「室内装飾の分野での動き (what's going on) に通じている人ならば、垂直線と地平線の正しい数があるかどうか、直感的にわかるだろう」と話した。</p> <p>2. そこで私は家にかえり、リビングルームの線をじっと見て、垂直線と地平線の数をかぞえたわ、以前なら、その多くを線としては気づかなかっただけどもね。一つの梁 (はり)・・・、私はそれを、前なら、垂直線として考えなかったわ、ちょうど、壁から突き出しているものぐらいにしか (笑い)。 ・・・(以下略)・・・</p> <p>15.</p>	<p>2. 被験者は自分の家で垂直線と地平線を捜した。 ・・・(以下略)・・・</p> <p>15.</p>
---	--

② ステップ2：各单位から学習の構造 (what) と様式 (how) を引き出す

次のステップは、表1のそれぞれの記述(1~15)に質問を投げかける。すなわち、「その statement が、学習について、私に教えるものは何か」、そして「その statement によって、どのように、学習の性質の意味 (significance) が見えてくるだろうか」と尋ねるのである。言い換えれば、それぞれの記述に対し、「学習とは何であるか」、「学習はどのようにして出来上がっていくか」を質問する、つまり、学習の構造 (what) と様式 (how) を問うのである。参考のために、結果の一部を記す (表10)。

表10. 各单位から引き出された学習の構造 (what) と様式 (how)

学習とは何であるか	どのようにして学習は出来上がっていくか
<p>1. 友達によって述べられた、室内装飾にとつての垂直線と地平線、およびそれらの重要性の気づきはその趣旨で、それは、学びの経験の目標の一つになっている。</p> <p>2. 被験者は自分の家で線を捜し、それらを知覚し、数をかぞえる。知覚が本当に変化したということは、一本の梁の見え方が、突起物から、線に変化した、という事実からわかる。</p>	<p>1. 一人の友達を通じて、被験者は線に気づくようになる。</p> <p>2. 被験者はある新しい状況、つまり、自分のリビングルームで、何本かの垂直線と地平線を捜し始め、それらを見つける。</p>

・・・(以下略)・・・	・・・(以下略)・・・
14.	14.

注. ジオルジによれば、表 9 の 1～15 の単位のうちの一つは、学習について明白に言えるものがなかったので、表 10 では最後が 14 となっている。

③ ステップ 3：学習の構造と様式についての本質記述

分析の最後は、上記の 1～14 の記述を結合させて、「学習とは何であるか」(学習の構造)、および「どのようにして学習は出来上がっていくか」(学習の様式)に関する本質的な記述が行われる。ジオルジによれば、その際、二つの観点から行うことが有効であるという。一つは、被験者の事情を含んだ本質記述であり、状況からの記述 (*the situated level*) である (表 11)。二つ目は、被験者の事情を超えた本質記述であり、普遍的な層での記述 (*the general level*) (このデータから引き出される、学習の一般的構造と様式) である (表 12)。表を以下に記す。

表 11. 被験者の事情を含んだ学習の本質構造と本質様式

状況における学習の本質構造	状況における学習の本質様式
<p>被験者は友人を通して、部屋には垂直線と地平線があり、これらの線が、部屋のインテリアにとって重要だということに気づくようになる。この知識を得て、彼女は自分のリビングルームで線を捜し、分かるようになった。それから、線についての自分の知覚にしたがって、部屋の中の家具を整理しなおす。その後、彼女にとって部屋は本当に違ってみえ、夫がこの事実を、一層確信させた。というのは、当の夫は、どうして、(自分に) 部屋が違って見えるのか、わからないからである。自身の学びを彼女は、知識を応用すること、そして、見方の確かさ (<i>a certain way of looking</i>) であるといい、それとはなしに、学びには段階があるのかもしれないことを認める。部屋を適切に整理しなおすために、これという導きの基準が、明確に意識されたわけではなかった。ただ部屋を整理しなおすという、おおまかな意向があっただけである。線と室内装飾の関係を進んで学んだこと</p>	<p>友人を通じて、被験者は室内装飾にとつての垂直線と地平線の役割に気付くようになる。彼女の友人が、この知識を彼女にお膳立てし、彼女が自分で線が分かり、線の見地から、彼女自身の部屋を整理しなおすことができるように、いくつかの例を彼女に教えた。しかしながら、友人が彼女に知識を与える、しばらく以前から、彼女はこの課題に気をもんでいた (<i>bother</i>)。それから被験者は、独創的に、自身の状況 (リビングルーム) に知識を応用した。応用は、知識が広く通じる (<i>general</i>) ものであることを示唆するが、効果的に、実際の範囲内で、部屋の模様を変えられることである。</p>

によって、ヨーロッパの大聖堂とその線についての、手持ちの過去の体験が思い出された。	
---	--

表 12. 被験者の事情を含まない学習の普遍的本質構造と本質様式

学習の普遍的な本質構造	学習の普遍的な本質様式
<p>学びとは、特定のコンテキスト（状況）と個人のはたらきのレベル（段階）に応じて、“新しさ”に出会い（be present to the “NEW”）、“新しさ”を示せることである。“新しさ”のこの気付きは、対人間のコンテキストの中で生じ、なるべく多くの（a fuller）方法で、状況を支えているものが判断（sustained appreciation of a situation）、でき、あるいは、洗練された別のレベルに到達する行動が、支持されているやり方で、現われるようになる。あるいは、これら両方を可能にする。</p>	<p>被験者にとって学びが生じたのは、他の人から得た、意味のある知識からであり、また、この知識を、長い間、彼女の気をもませていた問題に関連付けて、具体的に証明したことからであった。彼女が自身のやり方で、この知識を自分の状況に応用できるとわかり、新しい状況がもたらす、何かが起こる可能性のすべてを勘案したとき、学びが出来上がってきたのだと彼女は感じた。かくして被験者は、ある他のことがらに注意深くなって、それから、自分にとって大事な、もう一人の人の賛意を得て、手に入れた知識を、自分で応用することで、学習をしたのである。</p>

(3) データの分析に基づく学習の考察

上に見たデータの分析に基づいて、ジオルジは生活の場で学習といわれていることに関する考察を行うが、下記にその要約を記して、ジオルジの紹介を終える。

学びは、その個人がたどる歩みと切り離せないものである。・・・彼女は最初、学びとは知識であると思っていた。だが、その知識を実際に使ってみると、学びとは知識ではなく、知識を応用することである、と思った。しかし彼女は、知識をもつことや知識の応用を経る中で、今、身につけている新しいものの見方こそが、学びであると感じた。学びはこのように、知識、知識の応用、そして、新しい態度であるとされたが、それは、彼女の行動の歩みに他ならなかったのである。・・・また学びは、いつも「やみの部分」をもっている、というのが本当であろう。これは、自分が、自身の行動に十分に気付いていない、ということの意味するが、一方で、学びの独創的な部分であると考えられる。・・・さらにいえば、彼女は友人から知識をもらい、また、夫の存在によって、「自分は学んだんだ」、という確証を得たが、これは、学びというのが、徹底的に人との関係の中から生じるものであることを示唆している。

5. 看護学：広瀬の『看護カウンセリング』

1) 広瀬について

(1) 略歴

広瀬は日本看護協会が認定する臨床的・ナース・スペシャリスト（CNS、治療や心理的ケアについて独自の権限が認められている専門看護師）の一人である。看護独自の活動としての「看護カウンセリング」（1994）を提唱し、総合病院で実践を続けている。博士論文「看護面接の機能—透析患者との面接過程の現象学的分析」で学位を取得し（東京大学、保健学）、東京大学医学部保健学科看護学教室助手、東京都精神医学総合研究所医療看護研究室研究員を経て、現在は、戸田中央総合病院で臨床活動を行っている。とくに、乳がん患者を対象にした同病院でのエンカウンター・グループの実践報告は、日本人間性心理学会誌に採択、掲載されている（1997a）（1997b）。

(2) 看護カウンセリングについて

① 看護と看護カウンセリング

広瀬は、病気を無意味で好ましくないものとはとらえず、むしろ病気は、人間的成長の過程（生活体験）に他ならない、とする。広瀬によれば、看護とは「病気という体験の中で患者の潜在力を信じ、その自己実現過程を援助する」（1994, p.21）ことである。看護カウンセリングは、カウンセリングを専門的に学んだ看護師（ナース・カウンセラー）が、その技法を用いて看護を展開するものである。ナース・カウンセラーとしては、病棟の看護師とは独立したCNS（上述）が望ましい。だが、カウンセリングを広い意味にとらえれば、——すなわち、患者との身体接触を介した触れ合いや数分間の相手との対話の中にも、カウンセリング的な人間に対する姿勢や理解の仕方は十分生かされるとすれば——、「看護カウンセリングの姿勢は、看護の基本的な姿勢である」（p.22）と述べる。

② ロジャースのカウンセリング理論の適用

看護カウンセリングは「患者を人生の過程の中にある人間として尊重し、患者の感情や体験に意味のあることを知り、それらを“わかろう”とする姿勢で」（*ibid.*）あり、患者が「病いと共に生きられるように」（p.25）援助することを目標とする。つまり、看護の展開に、ロジャース（Rogers, C.R., 1967, pp.45~72. etc.）の指摘するカウンセリングの援助機能、すなわち、カウンセラーがクライアントを受容・共感する中で、クライアントが自分をありのままに見つめ直し、自分らしく生きる力を得る、というはたらきを利用して、心理的ケアの充実をはかっていくのである。

③ 一般のカウンセリングとの違い

心理臨床家でなく、看護師がカウンセリングを行うことの意義は、その患者の疾患および治療を専門的に理解でき、さらに患者の必要な看護がわかるということである。心と肉体が別々のものではなく一体であるからこそ、病む人のカウンセリングを看護師が行うことの意義がある。患者もまた、身体のケアをしてくれる存在として看護師を見ている場合が多く、この事実を看護師が肯定的に意識してうまく活用できれば、患者の素直な自己の解放を促進することにつながる、と広瀬は述べる。一般のカウンセリングと看護カウンセリングのアプローチの違いについては、次の事柄があげられる (pp.25 ff)。

一般のカウンセリングは、クライアント自身が何らかの問題を感じ、自分の意志で援助を受けに来る。身体疾患で病院に来る患者も、病気を治したいということについてはモチベーションを持っている。だが、病気である自分自身の在りようやそのことが病気に与える影響については、ほとんど気づいていない。したがって、患者にどのような看護が必要かは、看護師の方からはたらきかけていくものである。ここに看護の特殊性がある。看護カウンセリングについても、看護師が日々の関わりの中で全患者を対象にして、言語的要求のある患者だけではなく、患者の非言語的要求や潜在的要求を直観的に把握して、看護カウンセリングの必要な人にはたらきかけていく、という特徴がある。

次に構造上の違いがある。一般のカウンセリングの場合は、クライアントがカウンセラーのいるところ (例えばカウンセリングルーム) に出かけていく。一方、看護カウンセリングの場合には、ナース・カウンセラーが、「どうですか？」と患者の病室に出向いていく場合が多い。患者にとって、自分のベッドと床頭台を含めた空間は、唯一の自分のテリトリーである。この“相手の土俵に向かう”という特徴が、ナース・カウンセラーの姿勢を謙虚にさせる、と広瀬は付言している。このように看護カウンセリングは、一般のそれと違って、患者が日常生活をしている場で面接が行われる。勿論これは、患者の基本的安全感を提供できないことや、他患者やスタッフや見舞い客による中断など、カウンセリングとしては大変な問題である。だが、看護師は患者の疾患を理解しながら患者の生活そのものにアプローチする必要があり、むしろ、このような場で面接が行われることに、看護カウンセリングの意味がある、とされる。

最後に、通常ならカウンセリングの終結時期は、クライアントとカウンセラーの間で話し合いが行われる。しかし、慢性疾患患者のように、生きている間、病院とのかかわりを続けていく人たちが対象になるとき、期限を明確に切る必要があるのか、かえって、期限を明確に「切れない」ところに、看護カウンセリングの特徴があると、広瀬は述べている。

2) 現象学的方法論

(1) 現象学的態度

広瀬の『看護カウンセリング』の理論的枠組みは、ロジャースやジェンドリンらの心理

療法である。だが一方で、広瀬は、「看護カウンセリングは現象学的アプローチである」といい、次のように述べている (pp.53 f)。

看護とは、患者という生の人間存在そのものに積極的に関与していくことが前提とされる。そこでは類型化の手法よりは個別化が重視され、看護現象に対して先入見を持たない開かれた態度を取ることが重要である。つまり、看護行為の本質は現象学的といえる。それゆえ、看護行為から引き起こされる主体の経験を扱うためには、現象学的アプローチは有効なものであるといえる。・・・看護カウンセリングにおいて、ナース・カウンセラーは、自分の先入見を括弧入れしながら患者のありのままの理解に心がける。また、哲学としての現象学における現象学的還元が徹底的な思弁的意識によって行なわれるのに対して、臨床から出発する現象学的アプローチでは、患者との対人関係において、対話的に現象学的還元を行なおうとするところに特徴がある。

このように、広瀬によれば現象学的還元は、看護、および看護カウンセリングにおける基本的姿勢とでもいうべきものである。広瀬は具体的に「会話において気をつけること」を記しているが、ここでは、その内の二つを紹介する。

一つは、医学的診断などの枠組みだけで人を判断しないことである。診断は患者を治療していくための拠り所となる。だが一方で、診断にとらわれてしまうと、その人のそれ以外の面や新しく現れてきた面が見えなくなる。診断の持つ限界や用い方を知ることが必要で、自分で仮説を立てつつ、かつそれに捉われないで、見えていないその人の可能性に敏感になることが大切である。もう一つは、患者の真実に耳を傾けることである。例えば誇大的にものを語る人の話をきくとき、内容（事実）にこだわってしまうと、つまり「その話は本当か、ウソか」で話をきいてしまうと、その人の話を傾聴することができない。疑うよりも、その人がそのように言いたい気持ち（真実）を受け止めることが大切で、相手をいきなり否定すれば、二人の会話はそれで途絶えてしまう。内容（事実）より、“今、ここで”の真実として、語っているその人そのものに関心を向けることが肝要である、と述べる。(pp.56～60)

(2) 現象学的記述

上記の現象学的態度は、カウンセリング場面の記述にも反映される。看護師（ナース・カウンセラー）は自分の行っているカウンセリングを分析・評価するために、病棟の診療記録以外に、看護師（ナース・カウンセラー）用の記述を作成する。その際の記録の仕方にも、現象学的アプローチが適用される。広瀬によれば次のようである。

現象学的アプローチとはその指針及び基礎を哲学としての現象学に置き、体験をありのままに記述することを目指す。個々の対象にどれだけありのままに近づいていく

かということが現象学的態度であるから、対象者の生きられた体験の意味を明らかにするために、・・・そこで起こった現象へ近づいていくことが要請される。また、研究者もしくはその主体が自らの意識の在り方を問うことが現象学本来の姿勢であるので、ナース・カウンセラー自身の在りようを患者と同等の重きを置いて記述することが必要である。・・・このような記述は、逐語記録と異なり、客観的ではないと判断されるかもしれない。しかし、ナース・カウンセラーが患者と直接関与しあう状況の中で、全身の感覚で獲得した印象を主観的に記述することによって、傍観者には見えないものを記述することができ、コード化によってはすくいきれない性質のものを含むことができる。このように、ナース・カウンセラーが、まさにその状況の中で主観的に体験したことをできるだけありのままに記述することが、その場をより客観的に示すことになる。(pp.52 ff)

先述したヴァン・デン・ベルグが行ったように、患者の体験世界を丁寧に記述するとともに、患者と面接した看護師（ナース・カウンセラー）自身の、すなわち「私」の体験世界をありのままに記述するところに、広瀬の方法論の一つの特徴がある。ちなみに広瀬は、『看護カウンセリング』において「私」という表現（「ナースは・・・」とか「ナース・カウンセラーが・・・」ではなくて、「私は・・・」「私が・・・」という表現）を多用するが、それは、「自らの意識の在り方を問う姿勢を明確にするためである」（p.1）と述べている。

（3）具体的な記述の進め方

記述の進め方を具体的にいえば、下記のようになる（p.52）。

看護師（ナース・カウンセラー）は、看護カウンセリングの後、体験したばかりのいまだ未整理のまま漠とした状態の身体全体の感覚を味わいながら、看護カウンセリング場面を想起する。その後、カウンセリング全般にわたって記述する。その際、逐語記録の様に、患者とカウンセラーが話した言葉だけを記載するのではなく、患者の表情や両者の身ぶり、声のトーン、強弱の変化、その場の雰囲気、ナース・カウンセラーの気持ち等も記述する。これらの記述は、カウンセリング場面を想起する時点で、カウンセリング時に体験されていたことを、明示化する作業によって明らかになるものである。

広瀬は次のような記述の例をあげている（p.54）。まず、その日のカウンセリング全体の「患者の印象」と「ナース・カウンセラーである私の体験世界」を記述する。さらに、カウンセリングの場面を記述する。これは、カウンセリング・プロセスを意味のある単位の場面に分けて記述するものである（この手法は先述したジオルジと近似している）。具体的には、ナース・カウンセラーが心に残った場面を選択して記述することになる。

（4）患者にとっての病気の主観的意味の分析

上記の記述をデータとして、患者の体験世界—病気になったことによって変化した世界

一が分析される。病気を患者から切り離して客観的なものとして捉えるのではなく、ひとりひとりの病む人の中に生きている病気の主観的意味を明らかにしていくのである (pp.73 ff)。

まず、透析患者、癌患者併せて19人の関わりを通して、患者が病気になったことで、どの患者にもほぼ共通する「基底的世界」(映し出される体験世界)が述べられる。①実存的不安としての死の顕在化、②自分が所有していた役割(あるいは未来において所有できるかもしれないはずの役割の可能性)、つまりアイデンティティの喪失、③自由が拘束されることによる欲求の顕在化・肥大と自己コントロールの喪失感、④(真実を告げられない場合の)疑い、⑤痛み(苦痛)のそれぞれについて、患者のエピソードを紹介しながら記述される。

次は「他者とのかかわりの在りようの変化」に関してである。他者や対象世界(この場合はとくに自然界や人工物からなる世界を指す)とのかかわりは、健康な時には意識しないが、病気になることによって、その在りようが変化してくる。これも多くの患者にあてはまることで、広瀬は、①健康人とのかかわり、②他の患者とのかかわり、③健康だった頃のかつての自己とのかかわり、そして、④家族とのかかわりと、4つに分けて述べている。

だが、上述のような「基底的世界」は殆どの患者に共通することだとしても、そのような状況を意味づけていくときに、患者の個別性が現れる。つまり、患者ひとりひとりに、それぞれの体験世界が存在する。患者の病いに対する姿勢の観点から、あえてそれを分類すると、①病いを受け入れる姿勢(肯定的意味づけ)、②病いに立ち向かう姿勢(積極的意味づけ)、③病いをあきらめる姿勢(消極的意味づけ)、④病いを否定する姿勢(否定的意味づけ)の4つとなり、広瀬はそれぞれについて例を引きながら記述している。

(5) カウンセリングの分析・評価

最後に看護師(ナース・カウンセラー)の体験世界が述べられる(pp.119)。5つの節に分かれ、①共感的理解、②無条件の肯定的配慮と自己一致、③身体感覚に関連した姿勢、④積極的介入、⑤無力感と否定感情の観点から、自身のカウンセリング・プロセスと患者の自己成長への影響、および自身の対人関係の特徴が分析される。①では、ロジャースとジェンドリンの概念を参考に、共感的理解を<知覚的局面>と<伝達的局面>に分け、前者は3段階、後者は5段階のレベルを設定している。ここで詳しく論じる余裕はないが、それぞれのレベルのはたらき—例えば、前者なら「患者の暗々裡の身体感覚の意味の知覚」、後者ならば「暗々裡の身体感覚への焦点づけの援助」—を、自身のカウンセリング・プロセスで検証し、自己のカウンセリングを点検している。ユニークなのは③で、言語を媒介とした技法ではなく、リラクゼーションやフォーカシング、そして、看護師であるからこそ自然に行いうる技法である身体接触などの視点から振り返りが行われている。このように、この箇所は内容的に、カウンセリング自体の分析・評価であるが、これも広瀬の方法論の特色の一つであると考えられる。

6. 教育学：山下・加藤の『教育状況の現象学』

1) 山下・加藤について

(1) 略歴

教育心理学の研究者である山下は、教育心理学が教育実践に対して、その理論的基礎を提供すべき役割をおわされていないながら、現実には実践に役立っていないという、「教育心理学の不毛性」の観点から、現象学的方法の必要性を説きおこした(1973)。小学校教師を長らく勤めた加藤は、現場人の立場から、現在の日本の教育における人間不在のあり方、特に、教科内容の消化が第一に目指されるために、子どもの主体性・人間性が疎外されている事態に深刻な問題意識をもっていた。二人の共通の基盤は正木 正の教育心理学に手がかりを求めたことである。山下によれば、正木は実験的方法による心理学しか科学的心理学とは認めようとはしなかった日本の心理学界にあって、早くから人間学の立場に立った教育心理学を追求し、人間学的教育心理学の基本的な方法として、現象学が重要であることを主張していた。二人は互いのおかれた状況を率直に語り合い、やがて、問題意識を同じくする現場の教師に呼びかけて、研究サークルを始めた。このサークルは当初、現象学の勉強を通じて、各自が少しでも、子どもを理解できるものへと自己変革をとげていくことを活動意義とした。だが、同学の呼びかけに自分たちの考えを知ってもらい、批判を仰ぐことが必要と判断し、日本教育心理学会で毎年、研究発表を行った。『教育状況の現象学』(1981)は、10年にわたるこのサークルの共同討議のあとをまとめた書物である。

(2) 教育心理学の方法論的反省

学校とは児童・生徒にとって学習の場である、という考えが広く行き渡っている。そのこと自体は否定しようがないが、問題はその“学習”の内実をどう捉えるかである。というのは、学校教育の現場で当然のように受け取られている“学習”とは、算数や国語など、“教科学習”のことに他ならないからである。児童の側から見ると、自分の興味とか、生活上の必要などとは関係なしに、“課せられたものとしての学習”を余儀なくされている。勿論、国語も算数も社会も理科も、子ども的人間的成長にとってそれぞれに大切なものである。だがその内実は、それぞれが何の繋がりももたずバラバラであり、子どもの生活との関係がほとんど断たれてしまっている、ここに本質的な問題があると、山下は指摘する。

一方、山下によれば、既成の教育心理学は、行動科学である心理学の成果とその存立基盤を自明なものとして、その成果を教育実践に応用しようとしてきた、つまり、教育心理学から見れば、研究方法についての枠組みがまずあって、この枠組みにおさまる限りで、教育の側面をとらえようとしてきた。だが、学問としては本来、研究対象である教育の本質についての深い反省がまずあって、それにふさわしい研究方法が作り出されていくべきではないか。とすれば、「教育実践にとって有効な心理学」を求めることで、教育心理学

の不毛性をのりこえようとするのは安易であり、むしろ危険ではないか、と述べる。下記に山下の主張の一部を引用しよう。

現在の学校においては、本来一人一人の子どもが、仲間と共に生きていく力、い
えば“共に生きる力”を身につけていくためであるはずの知識や技能の獲得が、バラ
バラに切りさかれた“教科”という枠の中に閉じ込められていて、子ども自身の生活
全体とのつながりが断たれてしまっている。学習が“生活”から切りさかれ、しかも
それが“ものを作る生産の場＝生産点”の秩序たる“効率”という原理に支配されて
しまっている。そのような状況を放置しておいて、いかに教科の枠内で“指導技術”
を工夫しても、子どもの主体的意欲を呼び起こすことは、不可能に近いのである。ど
うしても学校教育の場を支配する秩序を根本から改めていく必要がある。つまり子ど
もにとっても、“まず生活がある”というごくあたりまえのことをしっかりとふまえる
ことが大切なのである。学校で過ごす時間の全体を“生活”として押さえておけな
ら、教科学習への配慮以上に、児童が相互に心を開いてふれ合い、ぶつかり合っていく、“
交わり”の状況への配慮こそ、教師にとって一層重要な役割なのだということが、ご
く自然に理解されてくるだろう。(1981, p.248)

2) 現象学的方法論

このような問題意識を背景にして、山下・加藤らは、「明日の実践」を少しでも高めてい
くために、又、教育現実の本質的意味を先入見を排して捉え直していきたい、という思い
から、現象学を拠り所として、自らの教育実践を反省的に振りかえる作業を始めた。その
方法は「教師が実践報告を行い、それを共同討議する」(p.258 f) というものである。ここ
で現象学は、研究者にとっては「実践的研究」を進める方法であり、同時に実践者にとっ
ては「研究的実践」を進めるための方法として位置づけられた。ここでの現象学は、哲学
を勉強するというよりも、研究的な関心をもちつつ進められる実践を導く方法であった。

(1) 現象学的還元 ——教育実践におけるその意味——

本稿では、山村という教師の実践報告を取り上げつつ、方法論の検討を進めたい。下記
は山村実践の要旨である。

小学校の教員をして10年になる山村は、初めて一年生の担任をすることになった。
日々、指導への不安や焦りを強く感じていたが、まだ一人一人の子どものことがわか
らないのに、教師が「教えよう」と構えてしまうよりは、子どもに学びながら、むし
ろ指導の仕方を教わろうと考えた。一年目の彼は、子どもがあるがままにふるまえる
ように環境づくりに力を入れ、絵日記を描かせて、児童に自身を振り返らそうとした。

山村は3年後、再び一年生の担当となった。ところが子どもがいきいきしてこない。前回担任したときの経験を生かしているつもりなのになぜだろう。大いに悩んでしまった。山村は一回担任したことのある学年で得た経験が、今回の経営にむしろ邪魔になってはしまいかと思った。そこでできるだけ子どもと話をしようと思い、意識的に子どもの帰校時に山村の方から声をかけ始めた。返事の返ってこない時もあった。だが、そのままでもいいと思った。無心にこちらが話しかけてさえいれば、子どもは次第に何かを語りかけようとしてくる。山村はこのようにすることで、教師が期待していることや、子どもが気づかないでいる自分の態度にも気づかせようとした。(pp.31~46)

初めて一年生担任となった山村は、子どもから様々なことを虚心に学びとった。心に葛藤を抱きながらも、「教えよう」という構えを一旦わきにのけて、子どものあるがままの姿をみつめていこうとした。このような「探究しようとする事象そのもの（ここでは、ありのままの子ども）に立ち返ろう」とする認識態度は、現象学では「現象学的還元」と呼ばれる。それは一方で、様々な先入見（例えば「教科を一方的に教え込もう」という構えなど）を一度全て捨ててみることを意味し、山村は子どもとの係わりそのものを浮き立たせていったのである。ところが二度目に一年生を担当したとき、前回の経験を生かそうと試みるのであるが、とても通用しない。かえって子どもの実際の姿がみえなくなってしまった。経験は判断の枠組みを身につかせ教師に自信を与えるが、過信すると多少とも固い構えをつくり、本来普遍化しえない部分までも、過大に一般化してしまう。つまり、先の経験自体が先入見となってはたらくのである。

しかしこのようなとまどいを経た山村は、無心に子どもに接し始めた。言い換えると、子どもとの新たな関わりに入ろうとして、あらためて現象学的還元という態度変更を行い、余分なことは考えず、関心を子どもに、ひいては自己の意識に局限していったのである。山村は、子どもが自分をみせてくれるように、という願いをもちながら、自身の関わりかたそのものを意識的に変えていった。加藤は『教育状況の現象学』の中で、一年生担任二年目の山村実践について、「1年目には見られなかった温もりと親しさを感じさせる子どもへの接し方、できるだけよい面に目を向け、ほめ励ますといった態度の変容」(p.150)が見られると評した。現象学的還元は、一回限りなされればそれですむものではない。実践現場においてはそれは幾たびも繰り返して行われる性格のものである。そうすることで、関わりが深化し、個々の児童のより本来的な姿を浮き立たせることが可能になるのである。

(2) 現象学的分析 —— 「志向性」という視点の重要性 ——

ところで、教師が子どもの気持ちを理解することが教育にとって基本的ないとなみであることはいうまでもない。それは現象学の概念でいえば「志向性」への着目である。自然科学はものを対象化し、その「客観性」を追及する。だが人間はそもそも、生活世界と切り離しては存在しえない。志向性は現象学の展開の中で、まず「意識は、常に何ものかに

ついで意識である」という形で規定された。例えば、一人の子どもが誰かの発言に対して非常に腹を立てたというような場合、その子どもの一見怒りとみえる情緒表現が「志向的にさし向けられているもの」(p.231)を読みとろうとしないのなら、教師はその子どもを理解したとはいえないのである。以下に、子どもの志向性に着目してかかわろうとした山村実践の記述の中から、一部(最初の1年目の記録)を要約して引用してみよう。

山村は子どもとじかに触れ、子どものころにきいてみたいと思った。そして「子どもに自分を語らせよう」として、「先生アノネ」という手紙の交換を始めた。最初は告げ口や催促のようなものばかりに思えて、山村は少々がっかりした。だがその中で、「お父さんとごはんを食べにいったの」という手紙を持ってきた子がいた。聞き出してみると、その子は実は、母のいない寂しさを訴えていたのである。ここで山村の心を捉えたのはその子の表情であった。小学一年の子どもの手紙は、わずか何語かにすぎない。それもどれをとっても、言ってみれば、毎日の子どもの世界でおこりそうなことばかりである。それだけについて平凡な訴えかけだと錯誤してしまいがちになる。だが、よく目をすまして見れば、手紙を教師に手渡す表情は、まさに色々である。しかも、その一瞬時に、乏しい文章表現に秘められた心からの訴えを、子どもは実は真剣に語ってくれたのである。それまで文面にのみ、そして、そこに表現された事柄の単純さ、平凡さのみにとらわれていた自分を反省するとともに、子どもの豊かな、しかも鋭い生活への意識にあらためて目を見張らされる思いであった。(p.39)

山村は手紙を渡した子どもの表情に文面(「お父さんとごはんを食べにいったの」とだけ書いてある)とは違った意味を読み取り、子どもから母のいない寂しさを聞いたのである。

(3) 現象学的方法の手順

上記のように、山下・加藤らは、教師の現象学的還元、及び、子どもの志向性に注目しつつ、子ども(児童の実存性)の理解を深めていった。ここで、山下・加藤の現象学的方法の手順を簡単に辿ってみると(p.236~239)、探究は子どもをありのままにみることから始まる。ここでは教師の「見る力」(直観)が前提になっている。次に教師は、この見たものをありのままに記述する。ここで便宜上は、「見る」から「記述へ」というように記したが、実際の手順では「ひたすら記述する」という営みがまず先行し、記述していくにつれて、事柄が見えてくるというように、「記述—見る」は相互媒介的に進んでいくものである。さて、このような営み、「見る—記述」の見つめが深まれば、記述は本質的な意味(どうしても不可欠なもの)の読みとり(洞察)に向かうことになる。しかし山下は、「本質といわれるものは、同一の対象についてただ一つとは限らない」(p.239)という。それは、関わっているものの、対象に対する一定の問題意識を抜きには考えられないからである。又、子どもの担任の教師ではないものが、担任の教師の話をきいて、子どもに関する本質を直

観することがありうる。そのときは、担任の教師がその妥当を、自身の関わりの中で検証し確証する（直観する）ということが可能になるわけである。これらは方法論的に、共同討議が本質に対する妥当価を高める機能を果たしうることを示唆していると考えられる。

（４）事象そのものにとらえかた

山下・加藤らは共同討議を繰り返す中で、段々と現象学的接近について、先人からの借り物という状態がふっきれ、サークルに参加した教師たちの中に「初めから息づいていた固有の研究主題」が見えてくるようになった。現象学の基本テーゼは「先入見を排して事象そのものを見つめていく」ことである。しかし、何が立ち返るべき事象そのものであるかは、実は探求者のその時点での問題意識に深く規定されている。それ故、現象学的研究が進展すると共に、「事象そのもの」も又、当然移り変わっていくことになる（pp.241 ff）。

上述の山村の事例のように、一人一人の児童の実存性の解明という次元で研究を進めた結果、「教師が体験する現実」という、一層包括的な次元が分析の研究対象となった。その現実とは「教師と子どもたち相互が作り出す極めて錯綜したダイナミックな交わりの状況そのもの」である。この経過に関して山下の表現を借りれば、「一つの観察態度の次元で与えられた事象を志向的に分析していく過程で、予料的にほのみえていた研究対象の一層本来的な次元が、その段階での分析が限界まで進められた結果として、にわかには露呈されてくる」（pp.242f）のである。最終的には、この観点から「教育状況の現象学」が纏められることになった。この現象学的方法の徹底さは、共同討議と並んで山下・加藤の特色である。

（５）共同相互存在としての人間

教育とは、教師と児童・生徒が相互に主体と客体の関係を反転させながら、展開されるものである。だからこそ、教育は児童・生徒の人間の成長を目指して営まれるものでありながら、その営みを通して、逆に教師自身が、児童・生徒から“育てられる”ともいうべき経験として進んでいくのである。山下・加藤らに潜在していた教育観が、より明確な形で、次のように自覚されるようになった。それを引用して、紹介の終わりとする。

われわれはこれまでも繰り返し児童こそ教育の主体者だという立場を表明してきた。つまり、まず子ども自身の自ら育つということがあって初めて、それを助ける営みとしての教育があるというとらえ方である。ところがこの子ども自身が自ら育つということは決して孤立した形で生ずるものではない。ここで見てきた人間の本性的な共同存在ということに注目するなら、子どもはまず共に生き共に育ちあうという関係に置かれて初めて、自ら主体者として成長していくことが可能になる。その点を正しく受けとめるなら、教育とは何よりもまず一人一人の子どもが互いに育ちあっていくような仲間との関係の中におかれるよう配慮していくことにあるのだという点が当然のこととして理解されてくるのである。（p.253）

7. まとめ

第1節でのフッサール現象学の略述を受けて、第2節の第1項から第6項まで、現象学を経験諸科学へ適用させた先行研究を数例選び、やや詳しく検討を重ねてきた。この第7項では、フッサール現象学と先行諸研究の関係性、および、これらの先行研究が、本研究の方法にどのような示唆を与えるかについて簡単に整理し、この節のまとめとしたい。

1) フッサール現象学の特徴

フッサールは終生、認識の土台を築くことをめざした哲学者である。このような土台を築くことが、フッサールにとって、哲学の揺るぎない基盤を切り拓くことであった。フッサールは既成の概念や知識ではなく、絶対に確実なものへと立ち返ることを望み、「事象そのものに」（『論理学研究』第2巻）向かった。「事象そのもの」は『イデーンI』では、純粹経験（志向的体験）、あるいは、超越論的主観性であったし、『危機』においては、生活世界——説明や理論的な解釈に先立って、既に生きられている世界——であった。この転回はフッサールの変節のように映る。だがフッサールからすれば、認識の土台への探求が深まった結果として、事象そのもの（フッサールにとってはこれが哲学の端緒である）もまた、変化していったのである。事象そのものへ立ち返るには、方法的な手続きが必要であった。これが現象学的還元と呼ばれるものである。『イデーンI』では、主観性が世界を構成するという観点から、意識の志向性が注目された。一方後期では、生活世界を覆っていた実証主義が還元される中で、生活世界があるからこそ、実証主義も、更には、主観性による超越論的な世界の構成も可能であるといった、発生的な見方がされた。このようにフッサール現象学は、時期によって内容が異なるところがあるが、方法としては一貫して、意識に与えられたものを（現象を）、厳密に記述する方法がとられたのである。

2) 現象学的方法の先行研究と本研究が学ぶもの

フッサールの関心は超越論的問題にあった。これまで取り上げた経験科学の先行諸研究は、フッサールと問題意識を異にしていたが、フッサールの現象学的態度に学びつつ、それぞれの領域に、独自に現象学を適用していった。

(1) ビンスワンガーの場合

① 現象学的な特色

ビンスワンガーは拠りどころを、フロイト、フッサール、ハイデガー、再びフッサールと変えつつ、統合失調症患者の了解や理解を拓げることを目指した。ビンスワンガーの項で取り上げた現存在分析はハイデガーに拠っている。だが、ビンスワンガーはフッサール

を厳密に学ぼうとした学者である。先述したように、患者の言動そのものに入り込んで、「記述を重ね、生活史を辿り、本質を直観する」というフッサールの方法に、患者の世界内存在を記述し、了解するというハイデガー的な方法を重ねていった、と捉えるのが妥当と考えられる。

② ビンスワンガーに学ぶもの

当時の精神医学（とくに記述的精神医学）がカテゴリーを用いて診断を下すことを主な役割としていたのに対して、ビンスワンガーは意識にあらわれるものをありのままに記述し続け、いわば患者の体験世界から、症状の人間学的本質を見て取ろう、直観しようとした。精神医療の実践において、患者の理解を難しくさせるのは精神症状である。症状がどのような意味をもつのか、また生き方といかに関連しているのかを知ることは、患者との関わりを深める鍵になると考えられる。ビンスワンガーからは、そのための人間学的な方法を学んだ。

（2）ミンコフスキーの場合

① 現象学的な特色

ミンコフスキー（1954）にとっての第一の源泉は、ベルグソンの生命現象であった。その「事象そのもの」へとフッサールの立ち返ってみる。すると統合失調症患者は、生命的躍動 *élan vital*（人間に与えられている素質）が不幸にして不足しており、現実との生ける接触の喪失という事態を招いている。患者はその脆弱さをおぎなうために、奇妙に映る行動（統合失調症的な態度）をとらざるをえない。このことが、多くの人に納得されるならば、患者の感情的交通の回復や治療方法の選択に寄与するであろうと考えたのである。

② ミンコフスキーに学ぶもの

ミンコフスキーにはその現象学的態度に学ぶところが大きい。ミンコフスキーは、「自らを虚しくして患者の存在様式に適応しようとする」と、「すべての学説的な立場から解放」され、できる限り、「彼らとの接触を作り上げようとする」とすることが大切で、その中で、「分裂病患者がまだもっているもの、また、彼が反応しうるもの」を探し求め、「われわれの目の前にいる患者の生活の形態を理解すること」が必要であるとした。統合失調症患者を了解不能とせず、「事象そのもの」に立ち返り、そこから統合失調症患者の行動を人間学的に解釈しなおした意義は大きい。

（3）ヴァン・デン・ベルグの場合

① 現象学的な特色

ヴァン・デン・ベルグ（1976）は、「心理学者は、話し、共感し、見、熟考し、そして書くことができなければならない」と述べている。この言葉にはフッサールの、事象そのものへ立ち返り、そこで立ち現れるものを厳密に記述する態度と重なるものがある。また、「我々がそこに生きているところの生活世界は、近代科学による、主・客分離の反省以前

の境位にあり、その境位から記述することは既に学問」であるという言葉も、フッサールの思想を引き継いだものである。だがヴァン・デン・ベルグの著作には哲学的な文章はほとんど現れず、厳しいまでに具体的な記述にはヴァン・デン・ベルグ独特のものがある。

② ヴァン・デン・ベルグに学ぶもの

ヴァン・デン・ベルグは「詩人や画家は自分に見えたことを他人に伝えることができるのだが、同じ手続きを苦心惨憺してやってみるのが、専門の現象学者なのである」と述べ、また、「生起しつつあるものを観察するのが、現象学者の最初にして最後の目標である」と語っている。筆者がヴァン・デン・ベルグに学ぶものは、観察と記述を通して、「事象そのものへ」向かう態度である。また、「現象学者は・・・相手の話す事態のなかに自分を置いてみようとする。現象学者は、この事態についての印象を自分自身の印象と較べてみたいと思う。そしてその報告するところはこうした比較の結果なのである」と語るように、自分を通して相手を理解し、解釈しようとする姿勢である。

(4) ジオルジの場合

① 現象学的な特色

ジオルジ (1975b) は、心的事象を解明するのに、日常の **situation** が損なわれずすむ方法 (被験者へのインタビュー) を考えた。そのデータには、(従来はデータとして認めがたいような) 被験者の主観的な気持ちが入っている。これはフッサールのいう生活世界を、人工的な研究の **situation** に優先させる考え方である。次にジオルジは、研究者がデータから、意味を読み取る (分析する) 過程を厳密に記述し、研究者以外のものにも、意味発見のプロセスが明白になるようにした。日常への忠実性と記述の厳密性はジオルジの現象学的方法の特色である。

② ジオルジに学ぶもの

ジオルジは知人へのインタビューを素材として、日常生活での学習の本質を理解しようとし、当人にとっての学習の意味を読み取るとともに、この1事例を通して、学習についての普遍的記述を引き出そうとした。ジオルジの優れた点は、上述の如く、意味の読み取りの過程を細かくステップに分けていることである。筆者の場合、素材となるのは患者への働きかけの記録であり、読み取ろうとするものの一つは、精神症状の当事者にとっての意味である。このように対象の違いはあるものの、状況的意味を厳密に読み取る方法について示唆が得られた。

(5) 広瀬の場合

① 現象学的な特色

広瀬 (1994) は直接フッサールというよりも、ロジャースやジェンドリン、また、ヴァン・デン・ベルグやジオルジを通して、現象学を吸収していった。看護カウンセリングの場面を、自身の気持ちも入れてありのままに記述し、それをデータにして患者の体験世界

を分析し、ひとりひとりの病む人の中に生きている病気の主観的意味を明らかにしていった。「自分で仮説を立てつつ、かつそれに捉われないで、見えていないその人の可能性に敏感になることが大切である」といい、フッサールの現象学的還元を、思弁的ではなく、対話的に実践しようとした。

② 広瀬に学ぶもの

一つは対話の姿勢である。例えば、妄想のつよい患者との会話で、「その話は本当か、ウソか」で話をきいてしまうと、その人の話を傾聴することができない。広瀬の「疑うよりも、その人がそのように言いたい気持ち（真実）を受け止めることが大切で、・・・内容（事実）より、“今、ここで”の真実として、語っているその人そのものに関心を向ける」との指摘には共感を覚えた。また、患者との関わりの記録の仕方、具体的には、「逐語記録の様に、言葉だけを記載するのではなく、患者の表情や両者の身ぶり、声のトーン、強弱の変化、その場の雰囲気、ナース・カウンセラーの気持ち等も記述する」ことで、記述が豊かになることに気づかされた。

(6) 山下・加藤の場合

① 現象学的な特色

山下・加藤（1981）の場合は、最初からフッサール現象学に拠りどころを求めて実践・研究を進めていった。ひとりひとりの児童の実存性の解明という次元で研究を進めた結果、教師が体験する現実という、一層包括的な次元が分析の研究対象となった。フッサール現象学と同様、現象学的研究が進展すると共に、「事象そのもの」も又、移り変わっていくことになったのである。その現実とは、「教師と子どもたち相互が作り出す極めて錯綜したダイナミックな交わりの状況そのもの」であり、フッサールの発生的現象学を思わせる内容へと展開した。

② 山下・加藤に学ぶもの

山下・加藤の『教育状況の現象学』では、先入見を排して子どもをありのままに見つめていこうとする現象学的還元を繰り返し、特に「子どもが自分をみせてくれるように」という願いをもちながら、自身の関わりかたそのものを意識的に変えていこうとした山村の実践報告が記されている。それは教師から児童へという一方的な関係ではなく、相互に影響を与え合う動的な過程を記述したものであった。関わりそのものが幾度も繰り返されるという点で臨床と学級に共通するものがあり、関わりを深める新しい視点を提起しているように思われた。

以上、6つの先行研究を一方ではフッサール現象学との関係から、他方では筆者への示唆という点から整理してみた。一口に現象学的方法といっても、実に多様であることがわかる。それぞれの研究者の問題意識があり、各自のスタイルを生かしつつ、現象学を拠りどころにして、一層、真実なものへと近づこうとしていることが読み取れた。

第3節 本研究での現象学的方法について

第1節でフッサール現象学について記し、第2節では、経験科学における6つの現象学的方法（現象学的アプローチ）につき検討した。本節では、本研究での現象学的方法につき、その基本的な考え方を記していく。下記では、便宜上、現象学的還元、現象学的記述、現象学的分析に分けるが、これらは本来、循環的、あるいは相互媒介的に進んでいく性質のものである。なお、鍵になる用語については太文字で記した。

1. 本研究での現象学的方法

1) 現象学的還元について

(1) 人間一人ひとりの事象そのものへ

現象学的方法の大きな特色の一つは、ヴァン・デン・ベルグの著作の表題が示すように、「人間ひとりひとり」*A Different Existence*の世界の違いを大切にすることである。本研究においても、まず、一人ひとりの患者を十分に理解することから出発し、次にそれぞれの患者の事例を通して、普遍的な事柄を引き出していく方向を取る。

現象学的方法は対象者の一人ひとりを重視する。だがそのためには、それが可能になるような状況へと、研究者が立ち返らなければならない。だがその立ち返り方は、先章の先行諸研究においても、領域・研究者により一律ではなかった。

例えばヴァン・デン・ベルグは、「われわれ自身がそこに生きている生活世界は、近代科学による主・客分離の反省以前の境位」にあるという。それゆえに、「現象学者は、対象（物体）やからだや、自分のまわりの人々や時間などについての日常的観察に、ゆるぎない信念を抱いており、人が日常生活の場面を観察しているままのやり方で観察しようとする」と述べている。既にヴァン・デン・ベルグは、生活世界に立ち戻っているのである。

フッサールが提唱し、ハイデガー(1963, p.56)が定式化した「事象そのものへ」*zur Sache selbst; zu den Sachen selbst* と呼ばれるテーゼは、現代科学・現代医学の中で生き、そこで哲学や教育、あるいは医療に携わるものが、生活世界に立ち戻るための格率（マキシム）である。本研究もこの格率に則った実践的研究をめざすものである。

(2) 現象学的還元の原義とその適用

フッサールは「事象そのものへ」向かう方法を現象学的還元 *phänomenologische Reduktion* と呼んだ。フッサールは哲学者であり、経験科学者ではないので、「一人ひとりの対象者を徹底的に重視する」ためでなく、「認識を基礎付けるべく、純粹経験にラジカルに立ち返る」ために、この方法を用いた。つまり、我々の自己経験は、いたるところで、外的経験と交じり合っているため、自身の意識を「純粹現象」として獲得しようとするならば、

外的なもの（世界）を引き受けることを、意識的にやめなければならなかった（現象学的還元）のである。

このフッサールの原義に示唆を得て、先章の経験科学者たちは、対象者一人ひとりの生活世界を重視しようとして、既成の知識や概念（外的なもの）は一旦留保しておき、自分の関心を対象者との関係に限局していく、現象学的還元という手続きを踏んだのである。現象学的還元のフッサールの原義ではないが、それを転義して適用したのである。（第2章第1節のフッサールの項で触れたように、還元 *Reduktion* のもともとの意味は限局 *Beschränken* であった）。

だが現象学的還元というのは、方法というよりは態度に近いところがある。現象学的還元は、実践者や研究者がそれまでに培ってきたその領域に対する知見、また、より一般的には事象や世界に対する見方、一言でいえば、実践者や研究者の意識地平と密接にからんでいる。現象学的還元は本来、意識地平が豊かにあってこそ、「生きてくる」ものであり、そこで初めて、常識や世界を一旦「脇にのけて」ということが意味をもつのである。

（3）先行研究における現象学的還元

ミンコフスキーは統合失調症患者へのアプローチの姿勢に関して、「自己をむなしうして、彼らの存在様式に適応しようとして、彼らの見方を洞察し、かくしてでき得る限り、彼らとの接触を作り上げようとするものでなければならぬ」と語った。ミンコフスキーは「事象そのものへ」（彼らの存在様式）立ち返り、「統合失調症患者がまだもっているもの、また、彼が反応しうるものを探し求め」るために、自身の謙虚さを触媒としたのである。

また広瀬は医学的診断について、「診断は患者を治療していくための拠り所となる」が、「一方で診断にとらわれてしまうと、その人のそれ以外の面や新しく現れてきた面が見えなくなる」といい、「診断の持つ限界や用い方を知ることが必要で、自分で仮説を立てつつ、かつそれに捉われないで、見えていないその人の可能性に敏感になることが大切である」と述べた。看護は患者という生の人間存在そのものに積極的に関与していく。その流動する存在に対応するには、常に開かれた態度を持つことが重要と主張した。

さらに山下・加藤の「山村実践報告」では、小学1年生の担任となった山村が、前回の（1年生担任の）経験が生きてこないのに戸惑う姿が記載されていた。「経験は・・・教師に自信を与えるが、過信すると多少とも固い構えをつくり、本来普遍化しえない部分までも、過大に一般化してしまう」ことが起こる。つまり、経験が先入見となってはたらくわけで、それに気づいた山村は、再び無心になって子どもに接していった。つまり、現象学的還元は、幾たびも繰り返して行われる性質のものであったのである。

（4）本研究での現象学的還元

精神科の病院では、入院が3～5年、5～10年、10～30年、30年以上と、長期に渡る慢性期統合失調症の患者が半数を占める。医療の場では、患者は治療の対象であり、これ

ら長期に入院している患者は、極期（統合失調症的障害が最も激しい時期）、静穏期（症状が一定落ちついた状態）、これらどちらかへの不安定な移行期、あるいは、社会的寛解期、もしくは、陰性症状が前景化する慢性期（これは限定的な意味である）のいずれかに含まれる（加藤健ら、1990, pp.475～499）。例を上げてみよう。統合失調症の症状からいえば、相手のいった言葉の一部を繰り返すのは「反響言語」であり、同じ訴えをしつこく繰り返すのは「確認行為」、言葉がバラバラで、前後の連関がわからないのは「支離滅裂」と呼ばれる。統合失調症の経過からいえば、このような言語活動が長年に渡って続いている患者で、極期ではない患者は、統合失調症の移行期、静穏期、慢性期（上記の狭い意味で）のいずれかととみなされることが多い。

しかし、関わっている慢性期患者一人ひとりの「事象そのものへ」立ち返ってみると、統合失調症の症状や経過とは別に、患者の言動は、患者の自己表現に満ちている。患者は一人一人個性的であるし、医療従事者がどのように捉えようと、やはり、自分自身であろうとし、また、自分にとって意味のある人との交わりを求めている。

看護師が、一人ひとりの患者の生活世界を尊重するために、その人に関わるときの先入見となっているものを（上述の例では精神医学で通念となっているものを）、一旦「保存」しておき、素朴な人と人との関わりに立ち戻ること、患者の病気以外の面や、「見えていないその人の可能性に敏感になる」（広瀬）ようにする、それが本研究での現象学的還元である。

現象学は本来、既存のもの（例えば精神医学）を否定するのではない。その妥当を一旦括弧に入れ、妥当性の根拠を積極的に問い直す営みであった。本研究もまた、精神医療の豊かな基礎付けをめざし、患者一人ひとりの生活世界へと立ち返りたい。

2) 現象学的記述

(1) 現象学的記述について

本研究では現象学的方法を用いるが、先行研究がそうであったように、あくまでも、経験科学における現象学の適用である。すなわち、慢性期統合失調症患者の人間的成長に関して、記述データを用いて実証的に研究を進める。よって、本研究の成否を決める要因の一つは、的確な記述が、より詳しくできているかである。その際その記述は、既成の知識や概念をできる限り用いず、「事象そのもの」（これは関わりの深化によって変わってくるものでもあろうが）を丁寧に記述することである。

本研究では患者との関わりという心的体験に、実践終了後、反省的に立ち返り、そこで立ち現れるものを記述する営みを、**現象学的記述**と呼ぶ。

フッサールの現象学的記述 *phänomenologische Deskription* は、心的自我を含めて一切の世界の定立を遮断し、意識体験の本質を看取することを目指した。その原義と同じではないが、「事象そのもの」の記述を目指すというところに、示唆を得ているのである。

(2) 先行研究および本研究での具体的な記述方法

ビンスワンガーは『精神医学における現存在分析的研究方向』で、ローラ・ヴォスの症例に関連して、「迫害妄想を理解するには、(客観的に) 妄想そのものの研究からはじめてはまずいこと、むしろ、何ヶ月、何週間、何日、あるいはただ何時間にもせよ、妄想に先行するものに私たちの全目標をむけなければならない」といつていた(丸括弧内は筆者)。この場合、「妄想に先行するもの」とは、ローラ・ヴォスの言動そのもの、意識内実のことである。『現象学について』の言葉を引用すれば、「概念(迫害妄想)から何らかの判断を引き出すかわりに、自分自身言葉の意味の中に入り込もう」(丸括弧内は筆者)とするのである。

例えば、「Aさんは幻聴が聞こえるから、“ごめん、ごめん”というのだ」といつてしまえば、記述はもうそれ以上、進まない。それは既に判断を下してしまっているからである。

これに対し本研究の事例篇では、カテゴリーで括ってしまわないで、Aさんの表情、ものの言い方、視線、まわりの状況、必要ならばその前後の出来事など、筆者の意識に与えられているものを記述していく。言い換えれば、「それは幻聴である」といつた「述語的な判断を下す前の」筆者の経験を、場合によっては比喩なども用いつつ、見ているままと的確に記すことを心がける。広瀬は、現象学的アプローチは、体験をありのままに記述することを目指す、といい、逐語記録の様に、患者とカウンセラーが話した言葉だけを記載するのではなく、患者の表情や両者の身ぶり、声のトーン、強弱の変化、その場の雰囲気、看護者の気持ち等も記述する、と語っていたが、筆者もこの見解に同意し、事例篇において活用していきたいと考える。

ところで、ヴァン・デン・ベルグは、「(現象学者は) 相手の話す事態のなかに自分を置いてみようとする。現象学者は、この事態についての印象を自分自身の印象と較べてみたいと思う。そしてその報告するところはこうした比較の結果なのである」(傍点は筆者)と語った。また広瀬は、「研究者もしくはその主体が、自らの意識の在り方を問うことが現象学本来の姿勢である」といい、「ナース・カウンセラー自身の在りようを、患者と同等の重きを置いて記述する」と述べた。これは現象学的記述が、決して傍観者的な記述ではないということを示している。

要約すれば、本研究の現象学的記述では、①カテゴリーで括ってしまわないで、見ているままと的確に記述する、②筆者自身の在りようと重ね合わせて記述する、これらを軸としながら、伝わってくる、見えてくるものを、できるだけ冷静に記述することを目指す。(なお事例篇では、「記述データ」として記載する)

3) 現象学的分析

事例篇の「考察」では、この記述データを、志向性に着目して分析していく。これを現象学的分析と呼ぶ。そこでまず、フッサールによる志向性の原義と志向性に着目した先行

研究についてまとめておきたい。

(1) 志向性の原義

フッサールは、対象者に向けられていたまなざしを、自身の心的体験に向けることを反省 Reflexion と呼んだ。その際の意識、つまり、そこで対象者が意識され、我々にとってそれらが現出する主観的体験が、現象 *phänomen* である。この現象の本質性格は、「～について意識（何かについての意識）」である。この「或るものについての意識」が志向性 *Intentionalität* と呼ばれた。我々が反省することなく、対象を意識のうちにもっている時、我々は対象に「向けられている」。だが反省によって、我々はまなざしを心的体験に向け直す。その時、このように「方向付けられている」ことが実は、心的体験に内在する本質であることがわかる。これを志向的体験 *intentionales Erlebnis* という。フッサールによれば、これらの志向的体験の体系的な究明と、それを通しての体験の全体的認識が、現象学的心理学者の課題とされた。

(2) 志向性に着目した先行研究

志向的体験の体系的な究明といったフッサールの原義ではないが、先行研究においても、「意識は何ものかについての意識である」、「意識は何ものかを志向する」といった意識の志向性に着目した分析が行われてきた。

ジオルジは被験者に、学習に関して最も印象に残っている出来事についてインタビューをした。被験者は、学習に関して「客観的な」事柄を述べたのではなく、学習という言葉を引き、具体的に思い起こす事柄（すなわち志向する事柄）を語った。ジオルジによれば、このデータには、学習についての被験者の経験、気づき、生活史が入っている。研究者（ジオルジ自身である）はこの記述（データ）を分析して、被験者によって体験された意味を明らかにしようとした。そして、この一事例を通して、学習について普遍的にいうことのできる事柄を引き出そうとしたのである。

また、山下・加藤の「山村実践報告」に次の事例が記されている。1年生担任の山村が、生徒全員と「先生アノネ」という手紙（手紙はこの言葉から始まる）の交換を始めた。最初は告げ口や催促ばかりに思え、山村は少々がっかりした。その中で「お父さんとごはんを食べにいったの」という手紙を持ってきた子がいた。山村の心を捉えたのはその子の表情であった。話をきくと、その子は実は、母のいない寂しさを訴えていた。小学一年生だから、文章表現は乏しいものである。だがそこには、秘められた心からの訴えがあった。山村は文面にのみ（そこに表現された事柄の平凡さのみ）にとらわれていた自分を反省した。同時に、子どもの豊かで、鋭い生活への意識に改めて目を見張らされた。これもまた、志向性に着目した現象学的分析の一例である。

(3) 本研究での志向性の分析

ジオルジは被験者の志向性、山下・加藤は、子どもの志向性に着目した分析を行った。本研究では患者の志向性に着目して、データの分析を行っていく。

事例篇第1章の接枝統合失調症の患者（42才・男性）のケースを例に上げてみたい。

筆者はこの患者のノンバーバルな表現の豊かさに着目しつつ働きかけを行ったが、患者の独語や反響言語への対応に悩まされた。だが思わず共感的に発した言葉が予期せぬ患者の反応を誘い、その驚きがきっかけになって、患者に添いつつ関わるようになった。それは独語や反響言語もまた、患者の生きる在り方であると気づく事で、症状に対する筆者の先入見が軽減され、気持ちが楽になったという事が背景にあった。

そこで筆者は患者理解の鍵になると思われた反響言語の、患者にとっての意味を分析した。相手をありのままに受け入れてみると、反響言語に多様な使われ方のある事に気づいた。それは、①本人の関心が別のところにある場合、②言われた事が理解できず困惑している場合、③理解はできるが実行で葛藤している場合、それに④反響言語という形を取りながらも自発的な応答になっている場合の4つである。患者は反響言語によって、その折々の状況的な意味を表出していたのであり、症状とみなすよりは一つのコミュニケーションであると考えられた。

筆者が「意識して」関わりをもとうとした時期は、上述の①～③が多かった。その場合の反響言語は、二人の関係のギャップを埋める機能はもつが、伝達の拒否や困惑を示す手段になっていた。一方、筆者が「相手の在りようを認めつつ」働きかけるようになると、類型④が多くなった。つまり前半よりは安心して、「反響言語を用いて自己表現している」場合が増えた。この事例では、筆者の患者理解が変化し、相手の状況を尊重して関わるようになる事が、独語に似た反響言語を、対話としての社会的な反響言語へと変化させることになったと考えられた。

事例篇で用いるデータは、筆者が一方向的に患者を観察した記録ではなく、筆者と患者との相互作用（対話的なやり取り）の中で得られたデータである。そのデータを、患者の立場から、あるいは、患者の生きる姿という観点から分析していくのが、本研究での現象学的分析（志向性の分析）である。このような分析は厳密に行われなければならない。少なくとも、（分析結果に読み手が同意するかどうかは別にして）、データのどの部分とどの部分を用いて、その分析が引き出されたのかなど、本研究では、分析の経緯をできる限り明白にさせていくつもりである。

これ迄記してきたように、本研究では、慢性期統合失調症患者一人ひとりを重視し、既存の知識や概念は一旦留保して、自分の関心を対象者との関係に局限していく。そして、精神医学のカテゴリーをできる限り用いず、見ているままと的確に記述し、筆者自身の在りようと重ね合わせて記述する。素朴な人と人との関わりに立ち戻り（現象学的還元）、そ

の人の人として生きている姿を記述し（現象学的記述）、記述されたものから、筆者との相互関係の中で表現されている患者の、今、生きている世界を読み取っていく（現象学的分析）のである。これが本研究における現象学的方法である。

第 2 部 事例篇

はじめに

事例篇にあたって、事例に対する倫理的配慮、対象となっている患者の状態像、事例篇の論文構成について記しておく。

1. 倫理的配慮について

以下の事例は、筆者がかつて勤務していたX病院での患者への関わりの記録をデータにしている。本事例を執筆するに先立ち、X病院を訪れ、上記データを用いて、事例研究を行うことの了解を得た。

患者の方々へのプライバシーの配慮として、次のことを心がけた。

患者名は、事例1の患者はA氏、事例2の患者はB氏、・・・事例5はE氏というように、事例1～5に対し、A～Eのアルファベットをあてた。また、病院名には、英語のアルファベット、あるいは、他外国語の文字を用いた。アルファベットの場合は、その文字が病院名のイニシャルではないことを付記した。事例2では、他患者やスタッフが複数登場するが、登場順にC～Nまでのアルファベットをあてた。その他、事例中、第3者の名前が登場する場合は、その名前は仮名とし、その旨を記した。また、現病歴や入院後の経過の内容記載は、必要限度内とした。データ中の地名や固有名詞は、〇〇など、伏字を用いるようにした。その他、匿名性の保持のための出来る限りの配慮を行った。

2. 事例篇の患者について

事例篇の患者に関して、詳しい内容はそれぞれの事例に譲るが、入院年数、精神科の通算入院年数、主たる症状は次の表の通りである（表 14）。いずれも男性で、年齢は研究対象期間当時のものである。

表 14 事例篇事例 1～5 の患者について

No.	年齢	入院年数	通算の入院年数	主たる症状
事例 1	42 才	16 年	16 年	独語・反響言語
事例 2	49 才	16 年	25 年	言語的確認（強迫）
事例 3	47 才	29 年	30～31 年	幻覚・支離滅裂
事例 4	58 才	28 年	35～36 年	支離滅裂・言語新作
事例 5	46 才	26 年	27 年	幻聴・体感幻覚・身体愁訴

入院年数は、現在の病院に入院している年数である。通算年数は、現在の病院の他に、別の病院への入院歴の年数も含めて、精神科の病院に通算何年入院しているかの年数である。例えば、18 年（24 年）であれば、現在の病院に 18 年間続けて入院しているが、他の病院での年数や、現在の病院へのこれまでの年数を合せると、通算 24 年間の病院生活を送っていることになる。事例 1 の、16 年（16 年）のように同数であれば、現在の病院に 16 年続けて入院しており、それまでは、他の病院にも、現在の病院にも入院したことはなかったことを示す。

3. 事例篇の論文構成

事例篇（第1章～第5章）の各章の基本的な構成は次のとおりである。

第1節の「はじめに」では、患者に関する筆者の問題意識を簡略に記した。

第2節は「目的と方法」である。

慢性期統合失調症患者の、「より充実したあり方への、その人なりの変化」を探求していく本研究の基本的意図については、これまでも述べてきたところである。だが、それぞれの患者への研究的実践、ないし、事例検討（実践的研究）の方法は、一人ひとりの患者の固有性や、各患者への筆者の問題意識を踏まえたものになる。現象学的方法に関しては共通であり、また、論文構成の基本は同じである。だが、一人ひとりの患者との関わりにおいて、「特に焦点化すべきもの」は異なってくるため、データの構成や分析の進め方に、若干の違いが生じる。そこで各章に、目的と方法の節を置くことにした。

第3節は、「患者紹介」であり、患者の現病歴、入院後の経過、現在の状況（身近生活の自立の観点を中心にまとめた）について記した。

第4節の「記述データ」は、事例により、4通りの構成の仕方がある。

① 10回の患者へのアプローチと筆者の了解過程を、データとして纏めたもの。第1章の事例がこれにあたる。

② 3つのエピソード場面（筆者注・患者への関わりの中で印象深い場面をエピソードと称す）を丁寧に記述して時間系列順に並べ、それとは別に、病棟での患者の様子を要約して、これら二つをデータとしたもの。第2章と第3章の事例がこれに該当する。

③ 一つのエピソード場面だけを丁寧に記述したもの。これは第4章の事例である。

④ 14回の患者へのアプローチの経過に、病棟での患者の様子を要約したものを加えて、データとしたもの。第5章の事例がこれにあたる。

第5節は考察である。「はじめに」や「目的と方法」で記された観点からのデータの分析や考察を行っている。（なお第1章は、データの分析の手続き上、第5節から第7節に分かれている）

第6節の「終わりに」では、各事例についての簡単なまとめを記した。（第1章は、第8節が「終わりに」にあたる）

第1章 独語や反響言語のつよい患者へのアプローチ

第1節 はじめに

知的障害と統合失調症様の症状を合併する患者と接するとき、できるだけ、その人の内面にふれていきたいという気持ちがある。しかし例えば、こちらが「Aさん、〇〇(何々)しましょうか」と声をかけても、いつも「シヨウ」というような「オウム返し」での応答しか返ってこない、「反響言語がつよくて、思うようにコミュニケーションがとれない」との理由で、糸口が見つからないまま、関わりが終わってしまうことがある。

事例1は、独語ばかりつぶやき、反響言語でいつも同じ応答を繰り返す患者に対し、その言動を変化させようとする態度を捨てて、こちらがその生き方を認めて、尊重し始めたのをきっかけに、患者が「従来とは違う自分を見せ」始め、その多様な在り方に出会って、反響言語の意味がわかり、患者と筆者の交流が広がった事例である。

第2節 目的と方法

研究対象期間は1996年3月～5月である。自閉症ないし接枝統合失調症と診断されている患者（以下A氏とする）との信頼関係を築くことを目的として、関わりを記述して内容を質的に分析し、患者理解の鍵になると考えた「反響言語」の意味を解釈する。この章での方法は以下の如くである。

- (1) データの記述（アプローチの経過と筆者の了解過程の記述）. できる限り先入見に還元を施しつつ働きかけを行い、アプローチの経過を詳しく記述する（第4節）。
- (2) データの分析. 次にそれを素材にして、反響言語の一つ一つが、具体的な状況の中でいかなる意味を帯びているか、指し示しているかということを読み取り、それらを統合して患者にとっての意味・本質を解釈する（同第5節）。更に、上記の結果を精神病理学での知見と照合せながら、この事例から引き出される反響言語についての普遍的意味を読み取る（同第6節・第7節）。最後に、関係性の変化という観点から、このアプローチを総括する（「終わりに」）。

第3節 患者紹介

1. 現病歴と入院後の経過

A氏は42才(当時)の男性である(以下、A氏、もしくはAさんと記す)。小学生の時、自閉症、統合失調症と診断され、中学は養護学校に通った。18才頃から幻聴がつよくなり、頭を拳で叩くなど自傷行為が始まった。自宅療養を続けていたが、27才時、X病院に入院となった。

入院当初から反響言語が目立ち、言葉は一語か、せいぜい二語文程度であった。入院後2～3年は行動療法のセラピーが行われたが徐々に拒否的になった。内科では糖尿病の治療薬を服用しており、かなりの肥満である。現在(当時)入院16年目で、統合失調症者中心の慢性期開放病棟(γ病棟、仮名)で療養している。キーパーソンである妹さんが外泊などに協力的である。(なおA氏はその後、別の施設への入所が決まった)

2. 現在の状況

A氏はホールの椅子に座って一日を過ごすことが多く、小声の独語や独笑がしばしば聞かれる。また、手に持っている本の角で額をコツコツとたたき常同行為が見られる。A氏は「あした?」とか「きょう?」と言いながら、看護師に外泊日を尋ねる。だが看護師が返事をしても、暫くするとまた同じことを聞き、自分が安心できる対応を求める。このような確認行為が一日の中で断続的に繰り返される。A氏の自発語は、上記の言葉を含めて10語ほどである。一方スタッフが話しかける時、A氏からの返事は反響言語が多い。また、質問に対する答えがいつも決まっており、例えば「家で何食べた?」と聞けば大抵「すきやき」と答える。日常生活では入浴や更衣など、介助を要することが多い。

服薬量は、抗精神病薬のハロペリドール(商品名・セレネース)6mg レボメプロマジン(ヒルナミン)170mg プロペリシアジン(ニューレプチル)50mg 抗てんかん薬のDPH(アレピアチン)200mg 抗躁薬の炭酸リチウム(リーマス)400mg 抗パーキンソン薬のヒベリデン(タスモリン)4mg 糖尿病薬のジメリン250mg 高脂血症薬のメバロチン2T 睡眠剤としてユーロジン(2)2T フェノバルビタールPB120mgである(いずれも一日量)。

第4節 記述データ -アプローチの経過と筆者の了解過程-

毎週週一回の関わりを続けたが、本稿では最初の10回を対象とする。(1)の「アプローチの経過」は、10回の関わりを便宜上3期に分けたが、基本的には一回ごとの働きかけの記録であり、A氏の言動の特徴を中心に記述している。また、(2)の「筆者の了解過程」は、10回の実践を終えた後で、筆者の関わりの特徴を反省的に振り返ったものである。筆者のA氏に対する関わり方がどのように変化していったかを中心に記す。

1. アプローチの経過

a. 第1期

1. ホールで「散歩に行こうか」と声を掛ける。A氏は筆者の顔を見ると、すぐに張りのある声で「いこっ」と言い、椅子から立ち上がる。一方の手にコップとマンガ、もう一方には、水の入った空き缶を持っている。話しかけながら外を歩くが、「青い車だねー」と声を掛けると、こちらの顔は見ないで、抑揚なく「あおい」と答える。返事はこのような「オウム返し」が多く、表情は終始硬い。暫く歩いた後、筆者の方を見つめて「かえろ！」と突然言う。顔つきも緊張しており、帰りの足取りが早くなっている。途中「向こうの家、見に行こうか？」と誘うと、「いこっ」と弱く返事する。しかし何かせかせかせかしている。本当に行きたいのだろうかと思ひ、「行かへん？」ときくと小さく「いかへん」と言う。身体が病棟の玄関の方を向いており、先に入ろうとする。

2. ベッドサイドで顔を合わせると、よく通る声で「あした？」と言い、外泊日を尋ねる。「そうだね」と返事をするが、10秒も経たないうちに、また同じことを聞く。声は少し小さくなり、せがむようにも聞こえる。その後散歩に出かけるが、病棟の裏口に近づくと、こちらの顔を見てはつきりと「かえろ」と言う。「あそこに行こうか？」と言って別棟に誘うと「いこっ」「かえろ」、「いこっ」「かえろ」と繰り返す。だが「いこっ」より「かえろ」の方が語気が強く、身体は病棟に帰る方向を向いている。

3. ホールで顔が合うと表情を緩めて「いこっ」と言い、A氏の方から先に歩き出す。肌寒いので「寒くない？」と聞くと「さむい」と言う。この返事は言葉の語尾がしっかりしていたので、服を着るのを介助し外に出る。「どっちの道行く？」と聞くと、力を入れてしっかり手を伸ばす。暫く歩くと小さめの声で「かえろ」と言う。しかし声の響きが差し迫ったものではなかったので、「あそこまで行こう」というと「いこっ」と返事する。言葉は繰り返してであるが、嫌がらずに歩いて行く。その場所に着き、暫くすると「かえろ」とはつきり言う。帰りのA氏の歩く早さはこれまでの中では一番ゆっくりだった。病棟に戻り、出かける前に着た服を脱がせようとする、服をにぎりそのまま着ている。

b. 第2期

4. 散歩中小声で「ぶつぶつ」といっていることが多く、話しかけても、顔を見るだけで返事がない時がある。クラブハウスに近づくと自分から入室しようとする。長椅子に座って一緒にテレビを見る。最初はテレビの音楽に合わせて体を動かしていたが、一～二分経つと見なくなり、筆者に背を向けて、前方に呼びかけるように独語を始める。小声で「おじいさんが」「おばあさんが」と言っているが、口調に抑揚・節がついており、誰かの物まねをしているかのようであった。

5. ホールの椅子に座り、小声で独語している。紙、はさみ、のりをもってAさんの横に座る。筆者が色紙を切り、Aさんにのりをつけて貰おうと思った。「色紙しようか？」

と声を掛ける。だが顔を背けたまま、抑揚なしに「しよう」と答えるだけである。そして誰かと話でもするように、軽くなづきながらまた独語を始める。筆者が切った色紙を渡し、「のりで貼って」と伝える。Aさんはほとんどのりに触れないで、つけるまねをするだけである。筆者がのりのあるところを手で示すが、やがて何もしなくなる。スティックタイプののりに変えても変化はない。貼り絵を見せて「これは何と思う？」と尋ねると、「さかな」（正解）と答える。「これ部屋に貼つところか？」というのと、「はっというて！」と言い放つように言う。

6. クラブハウスに行き、長椅子と一緒に座る。やがて独語が始まる。体を左右に動かしながら、小声で「よっちゃん（妹の愛称、仮名）が～、ひろちゃんが～」と言っている。それを聞いて筆者は、A氏が家では「ひろちゃん（仮名）」と呼ばれているのに気づき、思わず「あー、そうか。Aさんじゃなくて、ひろちゃんか！」と声をあげた。すると急に筆者の顔を見てニコニコとしたかと思うと、「ひろちゃん」「ひろちゃん」と何回も言いながら、顔をしわくちやにして笑い続ける。おかしくておかしくて仕方がない様子で、笑い過ぎて目から涙が出ている。

7. 外泊日で気分が高まっているのか、話しかけるとすぐに「きょう？」と聞いてきて、「今日」と答えると、身を乗りだして「きょう！」と繰り返す。語気は強く、鼻息が伝わってくる。本日は「いこっ」とは一度も言わない。散歩に誘うが途中から足早になり、自分から病棟に帰るコースをとる。

c. 第3期

8. 散歩から戻ったA氏はスタッフにはっきり通る声で「ジュース！」と何回か言った。A氏が午後にこの様にいうと、多くの場合「ジュースの時間はもう終わったよ！」と言われる。つまり常同的な訴えと受け取られる。しかし一緒に散歩した体験からいえば、それは素直に「のどが渴いた」ということの表現であった。いつも持っているジュースの缶に水を入れて渡すと、それを飲みながらA氏は部屋に帰った。

9. ホールで「遊びに行こうか」と声を掛けると、何も言わないで椅子から立ち上がる。表情も硬い。外に出ると、筆者の顔を見てすぐに「あした!？」と尋ねてくる。外泊のことだと思い「明日」と答える。するとA氏の表情が引き締まり、小声で「あした」「あした」と繰り返し、合点がいったとばかり、何回か頭を縦に振る。

その後クラブハウスに行く。A氏にテレビのスイッチ（本体側）を自由に押してもらおうと思い、手本を示すようにして「ここをポンポンと押してみて」と伝えた。テレビの近くまで来ていたA氏は、立ったまま、筆者の顔を見ながら「ポーポーポー」と言う。「いやここを押すんだよ」と言い、もう一度筆者がスイッチを押した。するとA氏は声を張り上げ、しかも懸命な表情で「ポーポーポー！」と強く繰り返した。

10. ベッドで大の字に横になっている。目は開いたり閉じたりしている。そばまで行っても起き上がってこない。「今日は眠たいのかな？」と声を掛ける。だが返事はない。疲れ

ているのだと思い、そばを離れようとする、小さな声で「いこっ」と言う。「今日はいいよ」と言い制止しようとする、また小さな声で「さんぽいこっ」と言う。しかし動くような気配がない。ベッドサイドで暫くいようと思ひ腰をおろす。目の高さがA氏と同じになる。こちらをちらっと見て「あした」と言うので「明日」と答える。「明日は何?」と聞くと、小さな声で「がいはく」と言う。やがて横になったまま、追い払うようにして腕を振る。意味を測りかねて今日は話ができないと思ひ、「帰るね」と言って立ち去ろうとすると、再び「いこっ」と言う。声が少し強くなっている。その後、先程と同じようにして腕を振る。「行くか?」という、「いく」と言い立ち上がる。

2. 筆者の了解過程

a. 第1期 ノンバーバルな表現に気づいた時期

筆者は主観的には、A氏をありのままに理解したいと思ひ、特にこれといったプログラムをたてないで、気楽に散歩に出掛けることにした。

散歩に出てみると、それまで理解できず悩んでいたA氏の言葉以外に、表情や語気の強弱、身体の所作など、ノンバーバルな動作が目に入った。散歩途中で迫力のある声で「かえろ!」という(#1)。更に、「いこっ」「かえろ」と反対のことを言いながら、身体は病棟に戻ろうとしている(#2)。言葉そのものにとらわれていたそれまでとは違い、言葉よりも身体の方が「ものをいっている」ことに気づいた。

散歩中の返事は確かに言葉の繰り返しが多い。だがよく記述してみると、A氏の反響言語は、積極的な返事になっている時(#3)と文字通り反響的に聞こえる場合、言い換えれば、消極的な返事である時(#1・#2)の両方があることがわかった。#3では筆者の読み取りが比較的うまくなり、それまでよりは対話の呼吸がスムーズになった。

b. 第2期 独語に悩んだ時期

筆者は関わりが深まることに期待を抱いた。だがA氏の方は、筆者の働きかけをまるで無視するかのように、独語に夢中であった(#4~6)。筆者はとまどい、独語に介入したり(#5)、あるいはしなかつたり(#4)で、態度が一貫しなかつた。だが二人っきりで接する中で、これまで単純に「独語」と呼んできたものに、ある種の雰囲気のあることに気づいた。A氏の独り言には特有の抑揚、言い方、端的に言えば節回しがあり、場合によっては相手に呼びかけるスタイルを取る。そこに登場する人物は、おじいさん・おばあさん(#4)、それに妹のよっちゃん・本人(ひろちゃん)(#6)である。その口調は愛らしく、身内の誰かが(例えばおじいさんが)、だれかに(例えば孫たちに)呼びかけるような、親和的な語り方である。

更にいえば、これまで筆者はA氏の外泊についての物言いを、常同的な「訴え」として、受け取ってきた(Ⅲ-2)。だが、あらためて記述し直してみると、外泊に関するA氏の言

葉は、他のどの言葉よりも気持ちが込められ、自発的である（#2・#7）。「確認行為」という従来の見方では捉えきれない何かが残る。何回も外泊日を尋ねてくるのだが、「繰り返す」ということの中に、A氏にとっては意味（本質）があるのではないか。A氏はいつも行動において受け身であるように感じてきたが、「繰り返す」ということは積極性ではないのか。こういった疑問が筆者の中に生じ始めた。

第2期で特に印象的なのは#6である。筆者は初めて、A氏に共感的に言葉を投げかけた。A氏は喜んだ。言葉と表情に、これまで見たことのない感情が溢れている。A氏が笑い始めた時、「やっとわかったのか！」とでも言われているような気がした。違和感を感じつつも、予期せぬことに心を動かされた。

c. 第3期 相手の行動に添えるようになった時期

#6でのA氏のリアクションに接して以来、筆者の気持ちが楽になり、言葉掛けが進んでできるようになった。これまでは頭では否定しながらも、「こちらが働きかけなければ」という気負いが頭のどこかにあったのである。

#8では、言葉の少ないA氏が日常使う言葉は、いつも一義的なのか考えさせられた。A氏は一日に何回も「ジュース！」と言うが、そのつどの自分の状態を微妙に相手に伝えている場合がある。聞いた印象は同じでも、場面によって知らせたい内容が異なるわけだが、それは（これまで同じように聞こえた）反響言語に関しても当てはまるのではないか。

#9では、テレビのスイッチをポンポンと押すように言うと、A氏は「ポーポーポー！」と懸命に叫んだ。つまり筆者の言っていることが伝わらなかったのである。だとすれば、筆者はこれまでA氏に難しいことをたくさん言ってきたのではないか。これでは反響言語で答えが返ってきても当然なのではないか。どのような伝え方が適しているのか、そのようなことを考え始めた。

#10の散歩に誘う場面では、これまでのように筆者からの一方的な働きかけではなく、こちらは相手の反応を待ち、A氏もこちらの行動を促している。10回目にしてやっと、感情の交流が記述できるようになった。だがこれは、「できる限り先入見に還元を施しつつ」といいながらも、筆者がいかにA氏を、固定的な眼差しで見てきたか、ということを示すものと考えられた。

d. まとめ - A氏との出会い -

アプローチを記述するプロセスを通して、A氏に対する理解が変化しているとすれば、それは二つの事柄によるものと考えられる。

一つは、一見同じように見える言動の、ノンバーバルな表現を了解しようとしたことである。この営みは、「確認行為」とか「反響言語」と呼んできたものについて、A氏にとっての意味や本質を考えることにつながった。

もう一つは、言動の「意外さ」に驚いた経験（#6）である。A氏はほとんどの時間を

ホールで過ごし、絶えずとっていいほど独語に浸っている。働きかけを通して気づいたことは、その内容が、子ども時分の家族の会話の一コマを再現したものである（少なくともそれが非常に多い）ということである。過去のカルテを読むと、A氏は小学生の頃一時、祖父母のもとに預けられている。A氏は入院するまで自宅で療養を続けていたが、当時存命だった祖母は逝き、また数年前には母も亡くした。父はかねてから不在がちで、身寄りには妹さんだけである。長年病棟で過ごしつつも、A氏が「いつもそこで生きている」のは、「30年前の家族のもとで」であった。#6での筆者の発言は、A氏が「生きている空間」（高崎、1993, pp.34 ff）に飛び込み、そこで「ひろちゃん！」と叫んだようなものである。A氏が泣き笑いした理由もそこにあるのだろう。しかしこれまで、筆者はそのようなA氏の在りよう、独語に耽るA氏を「認めて」こなかった。むしろそのような接近は妄想を強めるものだと、避けてきたのである。

これまでもA氏と接点をもとうと試みたことがあった。だがその度に、働きかけはいつの間にか中断した。筆者はその原因を、A氏とコミュニケーションを取ることの難しさに求めた。だが本稿のアプローチを終えて言えることは、病棟空間をA氏の「生活世界」とみなし、そこでの治療や療養のみを眼差しに入れていた、筆者の先入見、あるいは驕りがあったのではないかということである。#7以降の働きかけがそれまでと較べて、筆者にとって楽になった（上記2-c）のは「ふっきれる」何かがあったからである。また、#6でのA氏の笑い（1-b及び2-b）は、「関わる」といいながらも、いつまでも距離のあった筆者に対する痛烈な表現であった。それに対し#10での感情の交流（1-c及び2-c）は、筆者がありのままの部分も受け容れつつ、同時に「今、ここで」の働きかけを行い、その意味でA氏との新しい「出会い」が生まれつつある場面と解釈できる。関わりを終えてA氏に対する筆者の関心は一層強くなった。

第5節 反響言語の本人にとっての意味の解釈

上記のようなアプローチの変化を背景にして、以下では、A氏の心的事象（精神症状）である反響言語について、その再解釈を行う。今、精神医学の説明を一旦「括弧に入れ」（einklammern）、素直にA氏と筆者との関係の様相として、この行為を振り返ってみる。すると、これまで反響言語と呼んできたものには、実はさまざまな使われ方があったことがわかる。A氏は、それらをいろいろな場面において示してくれたのだが、そこにはそれぞれの状況的意味が込められていると考えられる。下記の1では、A氏の反響言語を統合的に理解するために、便宜上4つに類型化してまとめてみることにする。

1. 反響言語の使われ方とその状況的意味

a. 類型1：本人の関心が別のところにある場合

#5で「色紙しようか」と誘うと、顔を合わせることもなく「しよう」と応えるのみである。この時A氏は独語に浸っており、果たしてこちらが伝えた意味内容を受け止めているのか、いやそもそも言われた内容がわかっているのか定かではない。A氏の関心は他のところに向いており、イエスともノーとも言えないのである。仮にこの状況自体を言葉に置き換えるとすれば、「今はやるとかやらないとか言えない。他のことを考えているのでちょっと待って!」という位の意味になるだろう。A氏はそれを、相手の言葉の一部を使って伝達したと考えられる。また#1ではA氏に強い緊張が見られ、慣れない外出にゆとりをなくしている。青い車に注意を向けようとしても、A氏は単に「あおい」と繰り返すだけである。この場合も「今はそんな余裕はないよ」というように聞こえる。

b. 類型2：言われた事が理解できず困惑している場合

#9で「(テレビのスイッチを) ポンポンと押してみて」と言うと、こちらの顔を見て、ただ「ポーポーポー」と言う。重ねて促すと、さらに声を張り上げて応える。「ポンポン」というべきところが「ポーポーポー」になっているが、これも反響言語とってよいだろう。ここではA氏は言われたことがわからなかったのである。まず相手の発言意図がわからない。そして実際どのようにすればよいのかもわからない。状況としては「どうしろというんだ!」と言いたいのである。そしてわからないからこそ、このような類似した言葉に置換され発せられたのであろう。

c. 類型3：理解はできるが実行で葛藤している場合

#1で、「向こうの家、見に行こうか?」と言うと「いこっ」と返事するがどこか落ち着かない。また#2では、「あそこに行こうか?」と誘うが、「いこっ」「かえろ」を繰り返して、身体は帰る方向を向いている。これらの場面では、A氏は言われたことを理解し、行動を促す誘いかけとして受け止めることができている。それ故にプラスとマイナスの動きとで葛藤しているのである。このような状況を、A氏はまず相手の言葉の一部を使って「いこっ」と言い、すぐに反対の「かえろ」をつけ加えることで表現しようとしている。言葉を繰り返すという限りでは反響言語であるが、先の二つの類型とは違って自分の意志を伝えようとしていることが窺える。その意味では、この範疇のギリギリのところに位置付けられよう。

d. 類型4：自発的な応答になっている場合

#6で私が「(家でいつも呼ばれている名前を) ひろちゃんか!」と声をあげると、顔をしわくちゃにして「ひろちゃん、ひろちゃん」と何回も繰り返して喜ぶ。#9では、A氏

からの問いかけに「(外泊は) あした」と答えると、得心するように「あした」と言い首を縦に振る。また、#10では、暫くやりとりをした後で「(散歩に) 行くか?」と誘うと、「いく」と言ってベッドより立ち上がる。これらは形態だけをとれば、反響言語であるが、相手の呼びかけに対してその内容を受け止め、かつその呼びかけによって日頃A氏の心を占めている事柄が連想され、自発的な応答をしていると考えられる。この意味では、これはもはや反響言語の範疇に入らないといえよう。

2. 当事者にとっての本質

言葉には特定のものを指し示すはたらきがあるとともに、その時々状況的な意味があると考えられる。通常は前者と後者が一体になっているわけであるが、A氏の了解を拡げたり、関わりを深めたりするには、その言葉(例えば反響言語)が、「何かに指し向けられているところの意味」(荻野ら, 1972, p.12)を読み取るいとなみが不可欠である。

A氏の場合、具体的な場面を通して反響言語を考えてみると、そのような音声を発することによって、その折々の状況的な意味を表出しているとみなすことができる。とすれば、A氏にとって大切なことは、反響言語を使って「表出行動をしている」ということであり、それは症状というよりも、一つの関係のとり方、つまりコミュニケーションであると考えられる。これまでの実践ではa～dのような意味を解釈したが、今後の実践により、反響言語の一層豊かな意味を読み取る可能性が残されているといえるのである。

第6節 精神病理学における反響言語

ここであらためて、反響言語がこれまで精神病理学においてどのように論じられてきたかについて、少し触れてみたい。

反響言語は幼児初期の発声や、或いは成人でも例えば疲れて注意力が落ちている時などにみられるものであるが、精神病理学では、様々な疾患や障害(失語症、知的障害、自閉症、緊張病型統合失調症など)における反響言語が対象となる。

本稿が扱う心理学的な側面(一方では神経学的な側面がある)においても、古くはクレペリン(1986, p.42)やプロイラー(1974, p.236)が、特に緊張病のそれについて、被暗示性の亢進という心理機制から、その出現を説明した。またヤスパース(1971, p.113)は、反響症状が追体験しづらい自動的な現象であることを示唆した。それに対してシュテンゲル(Stengel, E. 1947)は、反響言語は見境のない繰り返しではなく、個人的な関係(rapport)に基づいて相手を自分と同一視(identification)し、二人の関係のギャップを埋めようとする補完現象(complete phenomenon)の一つであるとした。さらに彼は、反響言語が最も自動的な(automatic)言葉の繰り返しから最も自発的な(voluntary)もの

へと、程度が移行していく場合のあることについて言及している (pp.609 f)。

また本邦では、萩野 (1964) が反響症状の本質を社会的行動の原型 (関係のうちに生きること=同一視) にみている (pp.34~36)。さらに杉本ら (1968) は、特に対治療者との困惑した状態において出現し易いと述べ (pp.947f)、高木 (1976) は意味が理解されないままに応答が強制された時、一般に反響語が起こりやすいと説明している (pp.380ff)。また中井 (1984b) は、平板な語調で語られる反響言語は、人に伝達を拒否する際の、最も追い詰められた形であるという。だが一方で、それが共感的トーンをそえるならば、次の話を引き出し得る機能を果たす、と述べている (pp.394~398)。

第7節 本事例から引き出される反響言語に関する普遍的意味

本稿でのA氏の言動や筆者のアプローチの特徴を通して、反響言語に関する一普遍的意味を読み取ってみる。

1. 本稿のアプローチを振り返って

関わりの前半では、筆者は意図的に先入見に還元を施したが、#5までは、「理解したい」とする筆者の気持ちが先行していた。非言語的な特徴を手掛かりにして気持ちや行動の意味をくみ取ろうとし、了解が広がることへの期待を抱いたり、一方で関わりが深まらないことへの苛立ちを覚えたりした。

しかし#6で、思わず筆者の口から出た言葉に対して、A氏はこれまでとは全く違う一面をみせた。その時の笑いは、意味が一つに特定できない「不思議な」笑いであった。だがそれは、筆者が初めてA氏の多様さに出会い、その存在を実感するきっかけとなった。

関わりの後半では、A氏を「尊重した」ことにより筆者の気持ちが楽になり、その分、A氏の振る舞いに合わせる余裕が生まれ、かえってノンバーバルな行動の意味が読み取り易くなった。

2. 関わりの前半から引き出される反響言語の普遍的意味

Vにおいて記したように、A氏の反響言語は、類型1から4までが混在し、それぞれに状況的意味があった。関わりの前半では、類型1~3の反響言語が多い。つまり、対話になっていないか (類型1)、あるいはやりとりがかみあっていない (類型2及び3) 場合の反響言語、換言すれば、自動的な反響言語 (シュテンゲル, ibid) が多いのである。

勿論、このような反響言語にもポジティブな意味がある。#4ではこちらの話しかけに返事が返ってこない時があったが、このような場合は稀で、独語に浸っているときでもA

氏は反響言語を使って返事をする（類型1）。反響言語は聴き手にとってコミュニケーションが取りにくいと感じさせる場合が多いが、それでも返事が全く無い時と較べると、対話の状況が成立している点で受ける印象が違う。ここにはシュテンゲルのいう、二人の関係のギャップを埋める働きがみられる。また高木のいうように、言われたことが理解できないときに反響言語が起こるが（類型2）、よく似た言葉を繰り返すことによって、A氏は相手との関係を保っている。それは言葉が理解できないことを、反響言語といういわば一体感において、補おうとしているように思われる。

だがコミュニケーションというものが、一人だけの在りようから、結果としてその人の世界を広げるはたらきをすれば、上記の反響言語には反対の意味も潜んでいる。つまり、類型1の反響言語は、中井のいう「伝達拒否の手段」、話したくないことを相手に伝える手段になっているし、類型2や類型3のそれは、筆者の一方的な物言いや働きかけに対して、困惑している場合（杉本ら）の反響言語なのである。

3. 関わりの後半から引き出される反響言語の普遍的意味

一方、関わりが後半になるにつれて、もはや反響言語と言わなくてもいいような、自発的な（シュテンゲル、ibid）言葉の繰り返し、類型4が増えている。これは、筆者のアプローチの特徴や了解過程と関係があると考えられる。

上記1で、関わりの後半でA氏を「尊重する」に至ったと記した。それは具体的には、例えその言動が妄想や独語や反響言語と呼ばれようとも、それは彼の生き方と関係し、むしろ生き方そのものであるから、症状といわれるものを気にしない方がよいと考えるようになった、ということである。

この経過の中でA氏を丸ごと受け入れてみると、反響言語については、幾つかの使われ方のあることや、筆者の関わり方によって、返ってくる反響言語の質に違いが見られる場合のあることに気づいた。関わりの前半では、筆者がA氏の様子や反応を十分に窺わないままに、言葉を投げかけている時が見られるが、その場合は、紋切り型の反響言語（類型1～3）が返ってくる。一方、関わりの後半では、A氏の動きに「合わせる」ようになったので、その分以前より、A氏は困惑を示さなくなった。反対に、筆者が受け容れる態度を示すことで、A氏の方も安心して、反響言語を使って自己表現している（類型4）場合が増えた。

つまり筆者がA氏の状況を尊重するようになることで、独語に似た反響言語から、対話としての反響言語（社会的な反響言語）へと変化している部分があるのである。

4. まとめ

類型1～4を全体としてみれば、反響言語といえども、人との関係のうちに生き（荻野、

ibid)、コミュニケーションの一部である。一方で、この1～4を、シュテンゲルのいう反響言語の程度の移行（自動的なものから自発的なものへ）として捉え直してみると、働きかけるものが、相手の了解を拡げつつアプローチすることで、反響言語の質に変化をもたらすことがあることを、A氏の事例は示唆していると考えられた。

第8節 終わりに

この事例は、現象学的還元と言いながらも、思うようにA氏への理解が深まらないことに悩んでいた筆者が、子どもの頃の呼び名（「ひろちゃん」）をきいて、泣き笑いしたA氏の行動に触発され、それ以来、筆者自身のA氏への関わりかたを意識的に変えていこうとした（「患者が自分を見せてくれるような関わり」に変えていった）事例である。筆者は関わりを通じて、少しずつ患者の言動を素直に受け取るようになり、患者の方も、筆者の関わりに自発的に応えるようになった。時間を追って、関係が相互的になっていった。

このような中で、反響言語についても、その時々、患者にとっての意味のあること（反響言語と一概に言えばそれまでだが、状況によって、本人にとっての意味が違うこと）に気づいた。反響言語だけに注目するのではなく、A氏を全体的に捉えてみると、反響言語は、障害というよりも、一つのコミュニケーションのとり方になっていた。これに関して、本章ではデータに基づいて、その実証を行ったのである。

第2章 言語的確認行為（強迫）のつよい患者へのアプローチ

第1節 はじめに

筆者がこれまで看護実践において心を動かされてきた事は、慢性期の進行した患者の多くが、その人なりに自分を表現・アピールし、病棟で「たくましく」生きるコツを覚えていた事である。

事例2は、自分の考えが正しいかどうか、ノートをしきりに持参して確認を求める患者に、スタッフや筆者が話の傾聴を心がけるうちに、患者の言語表現の言い回しに変化が現われ、その会話記録から、病棟で「新たに生きるコツを覚え」はじめていたことがわかった事例である。

第2節 目的と方法

研究対象期間は1998年11月から1999年9月までの10ヶ月である。自身の関わりの体験、及び、その背景にあたる患者の全体状況の記述をデータとして、そこに潜んでいる意味を、「新たな対人関係の形成」という観点から、記述的解釈的に読み取っていく方法を用いる。具体的には次の手順を踏んでいく。

- (1) データの記述（エピソード記述と全体状況の記述）。研究対象期間内での筆者の患者への関わりで、印象深いものを3つ選択し、時間系列順に、それらの場面を正確に、又、丁寧に記述する。次に、同期間内における患者の病棟での変化を記述する。具体的には、第一の場面から第二の場面に至る期間、及び、第二の場面から第三の場面に至る期間の、病棟内での患者の大よその言動に関して記述する。
- (2) データの分析。上記の二つ、即ち、筆者の関わりの記録と患者の当時の全体状況の記録をデータとして、患者の全体像を、患者の病理性および、対人関係の新たな形成という観点から検討する。最後に、患者の寛解と成長に関して考察する。

第3節 患者紹介

1. 現病歴と入院後の経過

B氏は47才（当時）の男性である（以下、B氏、もしくはBさんと記す）。一人っ子で、病前性格は「大人しい、小心、几帳面」であった。中学2年の時、従兄弟が親族を殺害するという事件があり、これをきっかけにして、学校でいじめを受けるようになった。高校

は2年で中退した。18才から31才にかけて4回の入退院（他病院やX病院）があった。31才時にX病院を退院となるが、痙攣発作が起こりすぐに再入院、以後、現在に至るまで入院療養（一時期を除いて開放病棟での療養）を続けている。キーパーソンであった父は数年前に逝き（母はそれ以前に死去した）、退院するとすれば、グループホーム等の施設が考えられる。

入院中の症状で目立ったのは、①手が「ボロボロになる」までの手洗い、②「しばしばの」トイレ通い、③繰り返されるノート書き（心に抱いた他人への怒りや恨みを悔いて、それをノートに書き出し、謝罪の言葉や罪状を記す行為）、④スタッフへの激しい確認行為（自分の行動について、「罪になりませんか」、「罰があたりませんか」と執拗に尋ねる行為）、⑤痲癩を起こし、ヒステリー様に床倒れしてしまう行為（相手が関心をもって自分の話を聴いていない場合）、等である。だが年齢を加えるにつれて、これらの症状は程度が弱くなり、又、微妙に変遷している。③のノート書きは、以前の罪の告白というより、「罪になりませんか」、「死にませんか」、「薬を止めてください」など、④の確認行為と区別がつきにくくなり、常同性が増している。

2. 現在の状況

食事は大抵完食し、好き嫌いは殆どない。自分で下膳する。排尿・排便の状態は概ね良好。個人衛生では、衣類の着替えには声かけが必要で、洗濯もしない。洗面は自分で行なうが、入浴は呼びかけや介助が必要。睡眠に支障はない。確認行為が他患者に向けられるため、冷やかされたり、時に暴力を受けることがある。行動制限は院内のみ自由である。

服薬量は、定期薬に、ハロペリドール水薬が一日 48mg（分4）、レボメプロマジン（商品名・ヒルナミン）の錠剤が 50mg 1錠（眠剤）、処方されていた。又、1999年4月からは、リスペリドン（リスパダール） 2mg 2錠と抗パーキンソン薬のヒペリデン（タスモリン） 1mg 4錠が、分2で臨時処方されている。

第4節 記述データ

1. データに関して

B氏とは、週に一度ぐらい、病棟で筆者から声をかけたり、反対に、B氏の方から話しかけられたり、という関係が続いていた。この間、3週に一度ほど、一定の時間をさいて、B氏の病室でコミュニケーションをとる機会があった。本稿のデータは、そのうちの3回分の記録である。場面Ⅰは1998年の11月1日、場面Ⅱはその二ヵ月後の1999年1月12日、場面Ⅲは、Ⅱから8ヵ月後の同年9月16日の会話である。

会話の流れを妨げない程度に、患者の言葉を断片的に記したメモを元にし、会話終了後、できる限り事象に即して記述した。なお、データ中の傍点（例・倒れず）は筆者によるものである。又、文中の・・・は、場面Ⅰでは、患者の声が聞き取れなかった事を示し、場面Ⅱでは、会話が長く、一部を省略した旨を表した。匿名性を保持する為に、スタッフや他患者については、登場順にアルファベットのC～Lを当てた。なお、各場面の会話時間は15分程度であるが、紙数の都合上、本稿の論旨にさほど影響がない箇所について、会話の一部を割愛した。その箇所には（中略）と記した。

2. データ

1) 場面Ⅰ

トイレの前の洗面所で手を洗っている。背後から「はなし、しましょうか」と声をかけると、口だけ合わせる様に「はい」と小さく応える。手洗いがもっと続くものと思っていたが、まもなく手を洗うのをやめ、向かいの自室に行き、ハンカチで手についた滴をおさえる様に拭きながら、すぐに筆者に話し始める。

目を伏せて「きのう、きのう、きのう・・・」と言葉をつまらせて（或いは、言い急ぐように）いい、聞き取りにくい言葉を2, 3いった後で、筆者を見つめて「また僕は、便所でどてん、どてんと倒れて、僕は倒れています」と、言い切るようにいう。

B氏の言葉に合わせるのが精一杯で、「倒れてしまった？倒れたとき痛くなかった？」というと、こちらをちらっと見、すぐに筆者の名前を呼んで、次のように話し始める。

「僕の、僕の薬、錠剤、眠剤、漢方薬、滋養強壯剤も」といい、次のいうタイミングを図るかの様に、2, 3回肩で息をする。だが今度は、一人で口の中でモゴモゴしている様な口調で、とても聞き取りづらく、検便、採血という言葉が断片的にわかる程度である。しかし、少しずつ聞き取れる言葉が増えるようになり、「心理テストも」、「検便、検疫検査、目も、目の検査も」というので、検査（或いは治療）の事を話しているのだとわかる。この間、筆者は、B氏のいっていることを頭で追いながら、時々、相槌をうつ。

この後もいい淀みながら、「浣腸や採血や点滴も、脳波テストも、心理、心理テストも点滴も」（傍点の箇所はB氏の言い方のまま）という様に、新たに別の検査の名前を付け加えながら、これもあれも、という具合に語っていく。この後も暫く、同じ様な言い回しが繰り返されるので、段々と聞くのが退屈になってくる。だが、この様に反復して語られる事で、B氏が薬や検査や処置を「本当にたくさんに」感じているのだ、という事がわかってくる。B氏は最後に「心電図テストも、レントゲンテストも、血圧、心理、心理テストも、浣腸も採血も点滴も」と繰り返し、筆者をぎっと見つめて、「もう全部お断りします」と言い放つ様にいって訴えを終える。

あれもこれも、どれもこれも、一つも残さず、治療の名前を全部言おうとするので、聴

き終わった時はほっとした。「治療を受けるのは嫌なんやね」と伝えたが、話が興味深く、思わず「どうして嫌になったの？」と尋ねた。すると、「薬、飲んだら話所で、息こときれて（事切れて）、ドテンと倒れ」といい、「ボタンと倒れ」たり、「ドテンとひっくりかえる」のだという（この様に表現を微妙に変えながら、繰り返し、倒れてしまう事を伝える）。筆者が話を追いながら頷いていると、さらに、「病棟で、ペーパー罪*、神罰、仏罰、天罰でドテンと倒れ」といい、色々な場所（病院の一階、二階、三階など）で倒れてしまうのだという。この間、うまく言えるタイミングを図る（息を整える）かの様に、何回か、短い「間」を挿んでいる。

言葉がいいにくそうなのが気になり、「ものいいにくい？」と尋ねると、「そんな事ないです」と、さっと言い切る様に語る。その後もつまりながら、「二錠の滋養強壯剤で、息が事切れて、ドテン、ボタンと倒れ・・・」と続ける。そして、一通り言い終わると、下向きだった顔をさっとあげ、人差し指で、筆者を指差す様にして、「やっぱりそうです」とすばやくいう。Bさんに睨まれている様に感じた。

思わず、「そうやね。しんどいね」というと、やはり倒れる話を繰り返す。（中略）筆者は、B氏と一緒に、何かを分かち合いたいという気持ちになり、話題を変えて、「Bさん、おいくつになりました？」と尋ねると、「45歳です」と応える。少しの間を挿んで、「昨日、Cさん（病棟の50才台の男性患者）が」といい、「しのの一んじゃ、とさい」という。何をいっているのかよくわからず、何回か尋ねると、「死ぬのじゃ、とそうCさんがおっしゃいました」という。筆者は、Cさんなら脅かし半分で、そう言うかもしれないと感じ、「死ぬのじゃ、とってはった？ほんまー」と繰り返す。Bさんが気の毒に思えた。

筆者から「Bさんとのお付き合いも長いですね」といい、「白髪が出てきたねー」と声をかけるが、それには応えず、再び「二錠の滋養強壯剤飲んだら、話所で息が事切れて、やっぱりそうです」と、筆者の目を見て語る。続けて「もうつくづく、僕も、全入院患者さんも」といい、会話が始まった当初の様に、薬や検査や処置の名前を並べて語り始める。だが、それらの言葉は、言葉の意味よりも、単に語句をなぞっているだけのうわべの口調に感じられ、やがて、一つ一つの言葉が判別できない（一人で口の中でモゴモゴいっている様な）口調になっていく。それでも途中、右手の人差し指で左手の手のひらを叩きながら、「全入院患者も、もうつくづく、薬も錠剤も眠剤も栄養剤も漢方薬も」と明瞭に語るが、再び、呪文の様な口調に戻ってしまい、その語りが終わらない。途方にくれ始めていると、看護婦が入浴を勧めに来、会話を終える。

*筆者注・ペーパー罪は、トイレトペーパーをたくさん使うことについて、他の患者から、からかわれるように「それはペーパー罪になります」といわれたことに始まる造語。

2) 場面Ⅰから場面Ⅱまでの2ヶ月間における患者の状況

上記の期間の様子を、外出、他患者とのトラブル、床に倒れること（以下、床倒れと略

す)、薬へのこだわり、罪意識、グループ活動の観点から記述する。

① 外出について

既述した様に、院内であれば行動自由だが、「一人で行くと、脱走罪になります」といい、売店や院内喫茶への外出には看護師の同伴を求め、単独では行かなかった。受け持ちのD看護師（女性）がしばしば、B氏を院内の散歩に誘い、関わりを重ねた。

② 他患者とのトラブル

場面Ⅰの半月後、上述のCさんに殴られ、「大暴力罪です」と大声をだす事があった。

③ 床倒れに関して

場面Ⅰの前後は、床倒れが目立ち、怪我はないものの、時に「ゴツンとはっきり音がするくらい」の強さで倒れた。又、「採血とレントゲンでドテッと倒れます」と語るなど、倒れる理由は一様でなかった。場面Ⅰから1ヶ月ほどして、床倒れは少なくなり始めた。

④ 薬へのこだわり

B氏にとって、薬は二様に分けられた。「ドテッと倒れなくなる薬を下さい。元気が出る薬について相談したら、オロナミンCがよいといわれました」（場面Ⅰの2日後）、「僕は漢方薬、滋養強壯剤をどんどん飲んでいきます」（1ヵ月後）と語る一方で、「薬も採血も止めて下さい。薬を飲んだら家庭内道徳違反です」（半月～1ヵ月後）、「薬を飲んだら罪を犯します」（1ヵ月後）と語る。B氏の中では、「ドテッと倒れなくなる薬」（漢方薬、滋養強壯剤）と「ドテッと倒れる薬」（抗精神薬）に分かれ、後者の薬を、自分が罪を犯してしまう事と結び付けていた。

⑤ 罪意識について

「〇〇罪になりませんか」、「罰は当たりませんか」の発言は常套句の様に聞かれた。上記①の脱走罪や④の家庭内暴力違反以外に、「入浴介助お断りします。上半身にされたら、天国に行けません」との発言があった。だが、「僕は善行を積んでいます。天国に行けますね」といった表現も聞かれた。

⑥ グループ活動

「お話し会」（参加は自由で時間は45分。何を話してもよい事になっている）には必ず参加し、いつも自ら挙手し発言した。そこでは、「明けても暮れても、看護婦さんは薬の事をいうばかり」、「入浴介助はお断りします」など、薬やケアに関する苦情や、罪を犯した話が多かった。だが時に、「カレーライスやたこ焼きが食べたいな」など、自分の要求を織り交ぜていた。だが、お話し会の議題に関係なく話したり、又、執拗に語るのも、他患者から苦情が発せられる事がしばしばであった。その為、司会のE看護師（男性）は、B氏が十分に意見のいえるよう、心をくたく必要があった。音楽グループ（週1回実施）では、一人違う歌をうたっている時があった。他に、関わりが難しい患者を対象にした「おやつグループ」（定時におやつを用意し、患者と看護師が懇談する）、書道の「アートグループ」（手本を見て習字するのではなく、自分の思った事を文字に書く）に参加した。

3) 場面Ⅱ

B氏の部屋に行き、挨拶すると、笑顔で迎えてくれる。「お話し会」を話題にして、「お話し会で色々な事を発言してくれますね」と話しかけると、筆者の顔を見上げ、少し身を乗り出す様にして、「僕、お話し会の時に言う事はきまっていますね？」と、はっきりした口調でいう。筆者は思わず苦笑しながら（お話し会でのB氏の発言は大抵同じであると筆者も感じていたので。又、B氏が、自分の口からそれについて語るとは思わず、その意外性に驚いたので）、「決まっていますね、そうですね。決まっています」と応える。B氏は続けて、「薬の事をいうのと、お風呂の事をいうのと、就職の事をいうのと、この3つの事をいうのにきまっていますね？」と、更に念を押すように、目を向きながら語る。その迫力を感じ入り、筆者も微笑えんで、「そうですね、割ときまっていますね」と同意する。筆者が「自分の言いたい事を話すと、気分がよいですか？」と尋ねると、笑顔で頷きながら、「はい、はい」とくりかえし応える。

少し間があって、「最近、薬を飲まないありがたさをつくづくわかりました」と語り始める。意表をつく表現に惹かれながら理由を尋ねると、「薬を飲んだら、ドテン、ボタンと倒れる」話をし始めるが、よく聴いていると、「薬飲んだら小便こぼす、大便こぼす」など、これまで聞いた事のない話が含まれているので驚く。頷いていると、笑いながらゆっくりと、言葉に抑揚、あるいは節をつけながら、「明けても暮れても、そればっか」（「そればっか」の「ば」を伸ばして強調する）といい、今度は一転、さっと言い切る様に、「だから僕は薬をのまない有難さをわかりました」という。その後も「心臓がときときします。胃がときときします」（傍点はB氏の表現のまま）、「毎日ベッドに死んだみたいに寝転んでいます」など、薬にまつわる話を続ける。筆者はB氏の話を追いながら、語る内容をイメージしていたが、その辛さがわかった様な気がしたので、話題を変え、「今の楽しみは何ですか？」と聞くと、少し考えた後、ニコッと笑い、「薬をのまない事」というので、筆者も一緒に笑う。そのセンスに、「おそれいった」と思った。

この後も薬に関連した話が続くが、おばさん*の話引用して、「僕に薬を飲ますのをやめたら、職員さんは天国に上る。薬を飲ますのを止めなかったら、職員さんは地獄に落ちる。そう、おばさんは僕におっしゃいました」と語る。そして、「でも職員さんは、僕に薬を飲ますのをもうおやめになりましたから、天国に上れますね？」と、筆者に同意を求める。おばさんの名前が出てきたのには驚いたが、話の筋道がよくできているのに感心し、「なるほど、そうなりますね」と応えると、さらに、「上れますね？」「天国にのぼれますね？」と、たたみかける様に同意を促す。筆者が「そうですね」と頷き、その話が一段落すると、自ら「僕の楽しみは、食事をする事」と、笑いながら語る。

筆者もほっとして、好物を尋ねると、それには応えず、筆者をまっすぐに見、（中略）「僕が一人で町の売店に買い物をしにいったら」と語り、「Fさん（他患者の名前）から、<B君、地獄行き、おめでと、・・・B君は犯罪者です、・・・僕にジュースをおごってくだ

さい、・・・買収罪にはなりません、・・・おごってくれるB君は、死ねば、きっと天国に上れます>と、そういわれるのに決まっています」と語る。その語り口は独特で、<地獄行き、おめでとう>のところはゆっくりと、<B君は犯罪者です>はきっぱりと、<僕にジュースをおごってください>はせがむように、そして、<買収罪にはなりません、B君は・・・きっと天国に上れます>は、優しく話す。それはあたかも、その時にFさんが話した口調を、B氏が「皮肉で」真似ている様に感じられた。しかし最後の「そういわれるのに決まっています」のところは、筆者をぎっと見つめて、言い放つ様に語る。

筆者の知らないところで、つらい思いをしているのだ、と思い、「うん、うん」と頷いていると、強く言い切る口調で、「だから僕はこの前から反省して、一人で町の売店に買い物しに行くのをやめました」と続ける。思わず「あらあら、やめちゃった」と伝えたと、もう一度Fさんの話を、最初から繰り返す。筆者は、(買い物を止めたのは)いかにも残念に思い、あらためて頷いた。「どうもありがとう」とお礼をいって部屋を離れる。

*筆者注・後で尋ねると、以前入院していた年上の女性患者のことらしい

4) 場面Ⅱから場面Ⅲまでの8ヶ月間における患者の状況

上述(2)と同様の観点から、患者の様子を記述する。

① 外出について

場面Ⅱから3週間後、ディケアスタッフのGさんが同伴し、近くの大型スーパーやファミリーレストランへ食事に出かけた。又、1ヵ月後には、病棟のレクリエーション(遠足)に参加し、「あぁー、今は幸福です。電車にも乗ったし、キャラメルも買ったし」と話している。4ヶ月後には一人で院内喫茶に行く様になり、看護師に「(Fさんから)“地獄行きおめでとう”と言われるので、院内の売店でなく、町の売店に行きましょう」と語る。5～6ヶ月後に再び、「僕は反省して一週間、売店に行っていません」との発言があったが、その後は支障なく、一人で出かけていた。

② 他患者とのトラブル

場面Ⅱから2ヵ月後、Hさん(同室の40代の男性患者)から、床倒れをした事を怒られ、蹴られた。4ヵ月後、部屋のドアを強く閉めて、Iさん(病棟の50代の男性患者)から怒鳴られる。5ヵ月後、詳細は不明だが、Jさん(病棟の40代の男性患者)から殴られる。5～6ヵ月後、部屋のドアを強く閉め、Kさん(病棟の40代の男性患者)より頬を叩かれる。その後も、6ヶ月、7ヵ月後と、場面ⅠのCさんから叩かれ、怒鳴られた。

③ 床倒れに関して

場面Ⅱの前後から、床倒れは少なくなった。患者自身も「薬を飲んで倒れません、ご褒美をください」と発言している。その後は、稀に見られる程度となり、5ヵ月後には、「最近、床倒れと水プレゼント(コップに水を汲んで、他患者にプレゼントする行為)がなくなりました」と話している。また6ヶ月後には、「僕が倒れるのは太陽に当たらないから。

毎日、太陽に当たります」といい、「倒れる」発言もおおらかになってきている。床倒れが他患者から暴力を受けた時に限定されてきた。

④ 薬へのこだわり

場面Ⅱの1ヵ月後、自分から「風邪薬飲んでも倒れません」と語る。薬については暫く両面的で、「やっぱり薬のせいで死んだ様にベッドで寝てしまいます」という一方で、「僕は薬の事と注射の事をいわなくなったら、退院ですね」と語る（どちらも2ヵ月後の発言）。

その後、月を重ねるに従って、薬に関するアクティブな、或いはユニークな表現が増え、「僕は薬を止めてもらうのを仕事にします」（2～3ヵ月後）、「(歌をうたいながら)♪注射はとっても痛いよー、♪薬はとっても苦いのよー」（3～4ヵ月後）、「僕の力で必ず薬を廃止させてみせます。長年思っていた事を実行します」、「こんなに言い続けているのに、何で薬が止まらないのかなー」（6ヵ月後）、「〇〇さん、△△さん（ともに患者名）の薬を漢方薬に変えてください」（6～7ヵ月後）などと語る。だが、8ヵ月後の記録には、「心臓がトキトキします。薬きついんです。ひっくり返ります」との発言が見られた。

⑤ 罪意識について

罪や罰についての発言は相変わらずだが、表現に幾分、ゆとりが出てきて、「病院の掟を変えて下さい。そうしないとペーパー罪を犯してしまいます」（場面Ⅱの1ヵ月後）、「Lさん（病棟の50代の男性患者）が、死ぬか、ペーパー罪になるかのどちらかだ、漢方薬を飲むしかない、といいましたが、本当ですか」（4ヵ月後）との発言が聞かれる。一方で、「心理テストや検査は止めてもらいます。地獄へ落ちるから」（7～8ヵ月後）と語った。

⑥ グループ活動

お話し会にはいつも参加し、よく発言した。従来の薬や罪の訴えは相変わらずだったが、発言の順番が来るまで「待てる」様になり、他患者からの話を聞いて、訴えを修正する事もあった。服薬に関しては、他患者の方も関心が高く、B氏の発言をきっかけに、議題が「薬」になる事があった。患者は時に、「可哀想にBさん（自分の名前）は自分のベッドで寝ています」など、ユーモラスな発言をして、メンバーを笑わせる事があった。司会のM看護師（男性）（業務編成で男性のE看護師と交代になった）は、E看護師と同様、患者の発言の時間を保証し、支持的に対応していた。他のグループ活動では、上述（2）に記載した中で、「おやつグループ」が患者にとって一番楽しい様で、次に「アートグループ」が参加しやすい様子だった。それに対して「音楽グループ」は、他患者との繋がりが求められる事もあり、集団にとけこみにくく、B氏にとっては集中が難しい様子であった。

5) 場面Ⅲ

病室に行くと、B氏の方から筆者の名前を呼び、「ここに座ってください」といって、ベッドの布団の上に、腰をかけるように勧める。筆者が腰をおろすと、すぐに「ちょっとお話がありますが」という。その語気に、何か「釘付けにされる」様なものを感じたが頷き、

今日は何だろうと思いながら、筆者の方から、「Aさん、さっきはコーラスグループに出たんですか？」と尋ねる。B氏は「違います」といい、「看護婦さんとディケアに行き、ホットケーキを食べてまいりました」と応える。それを聴いて筆者も楽になり、「よかったですねー、ホットケーキ、好きですか？」と尋ねると、下を向き、ただ「はい」とだけ応える。

再び筆者の名前を呼び、「××（筆者の名前）さんは、僕にこういいたいですね」と語り始める。これまで「こういいたいですね」といった表現は聴いた事がなく、思わず、関心をそそられた。「この頃は、倒れなくなる薬を飲んでおり、薬を飲まなくなったので」といい、「（倒れなくなる薬」といって更に、ひっくりかえらなくなる薬、ベッドで寝込まなくなる薬、と付け加えられ、繰り返される）、「<倒れないで下さいよー、ひっくり返らないで下さいよー、ベッドで死んだみたいになって、目を閉じて寝込まないで下さいよー>と仰たいですね、××さん」と、迫るように、身を乗り出していう。特に、<>の部分は、言葉に節がついており、<よー>を伸ばして強調する。それらはまるで、日常、看護師（女性）からいわれていることを、Bさんが「そのまま」（聴いている方からは少し「誇張気味に」）、物まねしているかの様にきこえたので、筆者が思わず苦笑してしまうと、間髪をいれず、「そう仰たいですね、××さん」と念をおすようにいう。（中略）

言葉の迫りに圧倒され、筆者は他にいいようもなく、「いやー、凄いですね」といい、「この頃、薬少なくなりました？」と尋ねると、「なりました、3錠です」と、はっきりいう。筆者が頷くと、すぐに「一日も早く、ゼロにしてほしいです」と語る。筆者が「そうですねー」と伝えると、「一日も早く廃止してほしいです」と続ける。（中略）

少し間があって、下向きだった顔をあげ、微笑んで、「嬉しいニュースが入りました」という。「最近、ドテンと倒れなくなりました」といい（「倒れなく」のところを、身を乗り出す様に強くいう）、目を向いて、自分でも不思議に思っているかの様に、詰所で、ホールで、又、自分の部屋で、倒れなくなった、ひっくり返らなくなったと、繰り返して語る。それを聴いて筆者も、身を乗り出す様に話を聴き、「良かったですねー」と伝える。

更にB氏の方から、「後は困るのは何かというと」といい、「毎日毎日、ベッドで、寝てばかりの生活を送るのは困ります」と話す（「ばかり」の「ば」の部分執拗に伸ばす）。そしてやや早口に、テレビを見たり、映画を見たり、本も読んだり、レコードを聴いたり、新聞も読んだりして、「何もしないで寝てばかりの生活を送るのを卒業したいです」と話す。B氏の話はずっと頭の中で追いながら、筆者が「外行ったりね。今日みたいにホットケーキ食べにいったりね」と伝えると、嬉しそうに「はい」という。（中略）

暫くしてB氏は、「ここ3日間は、ベッドで寝込まなくなった薬を飲んだおかげで、自分の部屋で寝込むのは治りました」と語り始める。筆者が「良かったですねー」と声をかけると、「そのかわり」と、はっきり強いい、「今日もベッドで、ゴローンとなっているのは薬のせいです」、「薬を飲まないのに寝転んでいるので、昔飲んだ薬のせいです」という。「昔飲んだ薬のせい」という言葉に、筆者は、なるほど、そう考えるのか、と妙に感心し頷く。

その後、急に、「僕の退院はいつになりますか」と尋ねてくる。驚いた筆者が、「退院ね、したいですね。どこにしましょうか？」という、「ひろしおじさん（仮名）のところに帰ります」という。きいたことのない名前です戸惑ったが、B氏から退院の話が出たことへの筆者の気持ちとして、「それはいい事ですねー」と伝えると、小さな声で、「はい」とのみ応える。これらの話を聴いて、病院が最近、社会復帰に向けた活動をさかんに開始している事が、筆者の心をよぎった。

その後、B氏の方から、「Nさん（病棟の50代の女性患者）が僕にこう言いました」という。「<あなた、同じ事、何度も何度も言うから、自分の部屋で寝かされるんです>そう、Nさん、おっしゃいました」と笑いながら話す。<>の部分は、Nさんの真似をするかの様に語るが、その口調から、Nさんへの「皮肉さ」は感じられない。むしろ嬉しそうに、「<薬を断わる、注射、採血、点滴、浣腸、薬、みんな断わる、断わると何回も言うから、薬を増やされるんです>と、Lさんが僕に言ってました」と話す。筆者は、二人の間で、こんなに親しい会話があるのか、と思い、驚くとともに嬉しくなり、「言うてはった？ほんとー。Lさんと時々しゃべるんですか？」と尋ねると、「この頃、僕はそれを、言ってる時と言っていない時の両方です」と、はっきり答える。B氏はNさんの言葉を、決して無碍にはしていない様に思った。

いい話だと思って筆者が頷いていると、続けて、「僕一人だけじゃなくて、もうそろそろ、お断りの話を出します。僕以外の全入院患者さんもそろそろお断りの話をします」という。その語気にうたれ、筆者が「なるほど。他の患者さんもやっぱりお断りですか？」という、はっきりと「そうです」という。筆者が頷き、別れの挨拶をすると、B氏は「さよなら」といい、丁寧に頭を下げられる。

第5節 考察

以下では、最初にB氏の病理性を纏め、次に、患者の言動の変化について考える。そしてまず、患者の立場から「生きていくコツを覚えること」に関して、次に、医療の立場から「安全保障感の出現」に関して検討する。最後に、看護師がB氏と全人的に関わるという観点から、寛解と成長への働きかけについて記し、従来の医療モデルを補完するものとしての教育モデルの意義について考察する。

1. 病理性と患者の変化

1) 病理性について

入院後の経過が示す様に、B氏は罪責にさいなまれ、現病歴に記載したエピソード（親

族の事件)は、そのきっかけを窺うのに強い示唆を与えるが、発症の詳細はつまびらかではない。かつては、その憑執(ひょうしゅう)(obsession)(ゲーブザッテル Gebattel, V., 1938, pp.12~18)を払拭しようとするかのように、激しい手洗いが顕著であった。B氏は罪や罰の他に、死や、天国や地獄など、宗教的な言葉をしばしば口にする。場面Ⅰでの、「病棟で、ペーパー罪、神罰、仏罰、天罰でドテンと倒れ」という表現や、他患者の「死ぬのじゃ、とそう、Cさんおっしゃいました」との言葉への言及、又、「息事切れて、ドテンと倒れ」という言い方、更に、場面Ⅱでの、他患者の「B君、地獄行き、おめでとう」、「買収罪になりません、ジュースをおごってくれるB君はきっと天国に上れます」の言葉への固執が、その端的な例である。

B氏は基本的な安全感に乏しく、不安の強い患者である。場面Ⅰ、場面Ⅱでは、端的な強迫行為(compulsion)ではないものの、言語的確認行為が目立つ。B氏は、筆者やスタッフに繰り返し言語的に確認して、応答を得ることで安心を得ようとする。自我境界が脆弱で、罪意識が意識に透過しやすく、又、場面Ⅰでの他患者Cからの「冷やかし」、場面ⅡでのFからの「脅かし」の様に、外界からの侵襲をこうむりやすい。

現実吟味能力も低下している。常識的な妥当範囲で物事を検討するというよりも、場面Ⅰの「心電図テストも、レントゲンテストも、血圧、心理、心理テストも、浣腸も採血も点滴も」という言葉に端的なように、どれもこれも一つもこぼさず、情報を拾い上げようとし(認知障害)、自分の言いたい事になかなかとどり着かない(迂遠、思考障害)。このように判断力も感情のまとまりも弱いため、内界の不安・罪責感に対して病的な防衛機制(例えば強迫)をつよくはたらかせざるを得ない。

患者にとって、クロッパー(Klopper, B.)のいう「自我機能の発達過程」(河合, 1969, pp.32~46)が、上記の様な構造をもつとすれば、内的な安定や他人との共感的関係は成立しにくいと考えられる。

なお、症状としての強迫について付言すると、神経症者は、自身の思考や行為を、自分にとって「好ましくないもの」(成田, 1987, pp.45-106)にとらえ、それから意識的に逃れようとするが、B氏にはその類の葛藤が見られない。又、データ全体に窺われる患者の被害的なトーンは、「しつこさ」(強迫)と妄想をはっきりと区別できにくい(松本, 1992, pp.1309~1320)。本稿では、神経症者が自身の強迫を内省力で語っていくのに対し、B氏の場合は、安・山口(1991, pp.139~168)の記す、統合失調症様の症状と境界線上にある強迫症状と一応定義しておくことにする。

2) 患者の変化について

しかし、上記の様な病理性にもかかわらず、Ⅰ、Ⅱ、Ⅲの3つの場面で、B氏には、はっきりとした変化が現われている。表1~3は、便宜的にB氏の言葉を、A. 完全癖の表現、B. 罪と死に関する表現、C. 他罰的・抗議の表現、D. 人の注目を惹く表現、E. 要望・希

望の表現、F. ユーモアのある表現の6つの観点から、場面ごとに整理してみたものである。方法は、各場面の段落ごと（例えば場面Ⅰには10の段落がある）にAからFの表現に該当するものがないかどうかを、確かめていく手法をとった。一つの段落に同じカテゴリーの表現が複数ある場合は、一つだけを選択した。又、一つの表現が二つの範疇にまたがる場合は、前後の文脈から判断していずれかのカテゴリーに類別した。

表 13. 場面ⅠにおけるB氏の言葉の分類（丸数字は段落を示す。表 14・表 15 も同様）

表現の類別	発言内容（段落別に一部を引用したもの）
端的な完全癡の表現	③「僕の、僕の薬、錠剤、眠剤、漢方薬、滋養強壯剤も」 ④「浣腸や採血や点滴も、脳波テストも、心理テストも点滴も」 ⑤「薬飲んだら詰所で息事切れて、ドテンと倒れ、ボタンと倒れ」 ⑨「全入院患者も、もうつくづく錠剤も眠剤も栄養剤も漢方薬も」
罪と死に関する表現	⑤「息事切れて、ドテンと倒れ」 ⑥「病棟で、ペーパー罪*、神罰、仏罰、天罰でドテンと倒れ」 ⑧「死ぬのじゃ、とそうBさんがおっしゃいました」
他罰的・抗議の表現	⑤ぎっと見つめて「もう全部お断りします」と言い放つ・・・ ⑦筆者を指差す様にして、「やっぱりそうです」とすばやくいう。 ⑨「(薬で) 息が事切れて、やっぱりそうです」と筆者の目をみて
人の注目を惹く表現	⑨手のひらを叩きながら、「全入院患者も、もうつくづく・・・」
要望・希望の表現	(該当なし)
ユーモアのある表現	(該当なし)

表 14. 場面ⅡにおけるB氏の言葉の分類

表現の類別	発言内容（段落別に一部を引用したもの）
端的な完全癡の表現	(該当なし)
罪と死に関する表現	③「薬を飲まずのを止めなかったら、職員さんは地獄に落ちる」 ④「B君は犯罪者です、(奢ってくれたら) 死ねば天国に上れます」
他罰的・抗議の表現	②さっと言い切るように「薬をのまない有難さをわかりました」 ④ぎっと見つめて、「そういわれるのに決まっています」 ⑤「反省して、一人で町の売店に買い物に行くのをやめました」
人の注目を惹く表現	①身を乗り出して「お話し会の時に言う事はきまっていますね？」 ②「最近、薬を飲まないありがたさをつくづくわかりました」
要望・希望の表現	(該当なし)
ユーモアのある表現	②(今の楽しみは何ですか?)「薬を飲まないこと」といって笑う

表 15. 場面ⅢにおけるB氏の言葉の分類

表現の類別	発言内容 (段落別に一部を引用したもの)
端的な完全癖の表現	(該当なし)
罪と死に関する表現	(該当なし)
他罰的・抗議の表現	⑥「薬を飲まないのに寝転んでいるので、昔飲んだ薬のせいです」
人の注目を惹く表現	①「ちょっとお話がありますが」 ②「×× (筆者の名前) さんは、僕にこういいたいですね」 ④ 身を乗り出して「嬉しいニュースが入りました」 ⑤ 「後は困るのは何かというと」 ⑧ 「Nさんが僕にこう言いました」
要望・希望の表現	③「一日も早く、(薬を) ゼロにしてほしいです」 ⑦ 「僕の退院はいつになりますか」
ユーモアのある表現	⑧「同じ事何度もいうから寝かされるんです、とおっしゃいました」

場面Ⅰでは、完全癖のつよい言い方や、罪と床倒れについての表現を通じて、B氏の「うんざりした気分」が伝わってくる。B氏は数箇所を筆者を難詰している。筆者をぎっと見つめて「もう、(薬も検査も処置も) 全部お断りします」と言い放ったり、筆者を指差して、すばやく「やっぱりそうです (倒れるのは薬のせいだ)」といい、又、筆者をちらっと見て、「(薬で) 息が事切れて、やっぱりそうです」といつている。又、場面Ⅱでも抗議は続き、さっと言い切るように「薬をのまない有難さをわかりました」といつたり、他患者Fからの脅かしに関して、ぎっと見つめて、「そういわれるのに決まっています」といい、「だから僕はこの前から反省して、一人で町の売店に買い物しに行くのをやめました」と、プロテストしている。

場面Ⅱで特徴的なのは、人の注目を惹く表現や、ユーモアのある表現が現われ始めていることである。例えば、身を乗り出して、「僕、お話し会の時に言う事はきまっていますね？」と尋ねてきたり、「最近、薬を飲まないありがたさをつくづくわかりました」と、印象的に語り出している。又、今の楽しみは何ですか？と尋ねると、ニコツとして「薬を飲まないこと」といい、筆者を笑わせている。

場面Ⅲになると、B氏は大分アクティブになり、自分を開いた状態になっている。難詰が減り、代わりに、「一日も早く (薬を) 廃止してほしいです」、「僕の退院はいつになりますか」など、要望・希望の表現に代わっている。他患者Nの発言に対しても、笑いながら、「<あなた、同じこと、何度も何度もいうから寝かされるんです>とおっしゃいました」と語り、「自分の行為を笑うこと」ができています。「ちょっとお話がありますが」、「僕にこういいたいですね」、(身を乗り出して)「嬉しいニュースが入りました」、「Nさんが僕にこう言いました」など、人の注目を惹く表現が一段と増えている。更に、自分から、「後は困るのは何かというと」と切り出し、「寝てば一っかりの生活を送るのは困ります」と話して

いる。又、B氏なりに了解しようとする姿勢が出始めている。例えば、「薬を飲まないのに寝転んでいるので、昔飲んだ薬のせいです」と語り、以前飲んだ薬の後遺症で寝転んでいるのだと、自分なりの納得の仕方をしている。

場面Ⅰと場面Ⅲを比較すると、Ⅰでは薬、検査、処置、あらゆる治療は嫌だ、といていたのが、場面Ⅲで「残っている」のは薬だけになり、場面Ⅰでの「倒れる」という訴えも、Ⅲでは「倒れなくなった」という形で、口に出されている。Ⅲではもはや、言語的確認行為というくり方をしないでも、普通の会話に近いものとなり、表現に豊かさが窺えるようになっている。

2. 患者の立場から見た「生きるコツ」の学び

1) 状況の両義性

B氏は不安と罪責の強い患者であるが、場面ⅠからⅢにかけて、B氏の言動にゆとりが生じてきている。

場面ⅡからⅢの間に薬物が増薬になっているが（入院後の経過参照）、他患者F（場面Ⅱ）やL（場面Ⅲ）とのやり取りのように、病院の中での様々な事柄がきっかけで、「処罰されることへの恐れ」が頭をもたげてきたり、或いは反対に、「楽になったり」ということが起こる。もちろん、不安を掻きたてられる事があるにしても、基本的には内閉してしまうより、患者同士の関係があったり、又、お話し会に参加したり、或いは、看護師とのコミュニケーションのある方が、B氏のセルフケアを高めるには好ましいわけである。だがそれゆえに、予期しない形で潜在している気分が「吹き出してくる」こともありうる。このように、病院の治療空間は両義性を抱え込んでいる。なぜ患者に余裕が出現してきたかを知るには、B氏の言動を通じて、自身への対処機制や周囲への関わり方の変化を検討していくことが必要となる。

2) 症状や周囲との折り合い

精神状態が幾分なりとも、安定に向かうことをB氏の立場からいえば、自身の症状（不安や罪責感）との付き合い方が「うまくなる」こととして捉えることができる。

B氏は、場面Ⅰでは「また僕は、便所でどてん、どてんと倒れて、僕は倒れています」など、倒れることへの不安一色であるが、場面Ⅱになると、自嘲するかのよう「明けても暮れても、そればっか（自分は薬について、不快な出来事を話してばかりだ）」（括弧内は筆者）といい、「毎日ベッドに死んだみたいに寝転んでいます」と、自身を冷静に振り返る言葉が現われている。さらに場面Ⅲになると、看護師（女性）の言葉を真似て、「<倒れたり、ひっくりかえったり、ベッドで寝込まないで下さいよー>と、言いたいんです

ね」と尋ね、場面Ⅰ、Ⅱと較べて、ゆとりを窺うことができる。このように、自身の潜在する不安に対して認知の変化が生じている。

またそれだけでなく、周囲によって引き起こされた感情を、どう処理するかについても、少しずつ「うまく」なっている。

既述の如く、場面Ⅰでは、自分が「大変であること」を痛烈にアピールし、筆者を難詰した。だが場面Ⅱでは、おばさん（他患者）から聞かされた「怖い話」（薬を飲まず職員は地獄に落ちる）を、「もう、職員さんは僕に薬を飲ませなくなったから、天国に上れますね？」と、直接的ではなく一歩引いた言い方で、言われた事を帳消しにしようとしている。又、他患者Fからの脅かし（「買収罪にはなりません。ジュースを奢ってください」）についても、間接的に、つまり筆者に「怒りをぶつける」という形で、抗議することができている。

場面Ⅲでは、「一日も早く、薬を廃止してほしいです」、「何もしないで寝てば一っかりの生活を送るのを卒業したいです」など、自身の自己主張をし、上述の看護師（女性）の言をやや皮肉げに聞き、又、他患者Nの語った事柄（「同じ事を何回もいうから寝かされるんです」）を、ポジティブに受け入れている。このように患者は、周囲（他患者や看護師）に対して、ある程度「引け」たり、「折り合え」たりできるようになっている。

データ全体から窺えるように、B氏は依存性がつよい。だが場面Ⅰ～Ⅲの過程は、依存性の質の変化である。即ち、依存的から社会的へと依存性の程度が減少してきている。同じ依存性という脈絡にあって、対人関係の改善が見られ、病棟であらたに「生活していくコツ」を覚え始めている。反対に言えば、この依存性、例えば、同じ事を何回も確認するということは、患者に生命力のあることの表れ（「生きる意欲があればこそ」）であることが示唆されるプロセスになっている。

3. 医療の立場から見た「安全保障感」の現われ

1) 看護師の役割

上記のように、研究対象期間の10ヶ月において、B氏は、B氏なりの人としての成長があると考える。だが、医療の立場からいえば、この変化（患者の、自身や周囲との折り合いのつけ方）、つまり、B氏のもつ自然な「回復」過程へと環境を整えながら援助していくのが看護師の役割であろう。

「場面Ⅰから場面Ⅱ」、「場面Ⅱから場面Ⅲ」までのB氏の状況（Ⅳ-2、及び4）を見ると、お話し会では、司会の二人の看護師が患者の対応に心をくだき、又、受け持ちのD看護師（女性）が、日常的にB氏と院内の散歩に出、コミュニケーションをとっている。他の活動グループの担当看護師（男性および女性）も又、B氏を積極的に誘い、他患者との交流の機会をつくっている。このように筆者の働きかけ以外にも、多くのスタッフが患者と関わりをもっていた。上記のB氏の「学び」の背景には、「お話し会」への継続的な参

加・発言とやり取り、更には、複数のスタッフとのコミュニケーションの積み重ねがあったと考えるのが順当である。

B氏に「こだわり」が少なくなったのは、反対からいえば、「こだわらなくてもよくなってきた」からである。その理由として、上述の薬物の増薬やスタッフのB氏への配慮が考えられるが、さらにいえば、患者のゆとりは、安全保障感に裏づけされていることが望ましい。

2) 安全保障感の大切さ

中井 (1984, pp.264~265) は、慢性期からの離脱が難しい状態の患者が、過去の治療や失われた年月をくやむことが多いことについて触れ、「しかし、・・・彼らは過去を単純にくやんでいるのではない。過去の事態における帰結、とくに安全保障喪失とからんだ帰結を先取りして、恐怖していることが判ってくる」と述べている。

B氏は、場面Iに端的な如く治療を嫌悪し、とくに薬物については妄想的な関係づけ(「薬を飲むと罪になります」)を抱き、筆者に「やっぱりそうです」「お断りします」と、「しつこく」訴えている。この「しつこさ」と依存性に対して、廻りが「わずらわしい」という対応をとれば、B氏は中井のいう様に、これまでの病院での治療をくやみ、先行きの暮らしに悲観的にならざるをえないであろう。

しかし反対に、「ここにいってもよい」という安全感、具体的には、病棟の環境やスタッフのB氏への関わり方がよくなっていくと、少なくとも「過去の事態における帰結」(過去の病気への治療が現在の状況と処遇を招き、それが半永久的に持続すること)をおそれることは少なくなり、むしろ、「居心地のよさ」次第で、あらたに「生きる意欲」が生まれる場合があると考えられる。そしてB氏の場合は、この仮説をある程度検証できる事例ではないかと考える。

4. 医療モデルを補完するものとしての生涯発達論的モデル

1) 寛解について

中井 (ibid., pp.263~264) は同じ論文で、慢性状態からの離脱が困難で、治療へのとりかかりの発見がむづかしい患者の特性として、①世界図式、身体図式の自己維持性の弱いもの、②重要な他者に極端に同一化しているもの、③心理的なものによって、ほとんど身体が動かされない—身体的反応を喪失している—もの、④自分の身体に発生する事態を意識に上らせることができないもの、⑤一種の全身感覚としての余裕感、焦慮感、対人距離感、対人緊張感の意識化、言語化がまったく出来ないもの、をあげている。

これらの①~⑤は、B氏においても大なり小なり該当する項目である。中でも、周囲の

人（とくに他患者の）のいうことを文字どおりに受け取ってしまい、怖れが引き起こされやすい点、つまり上記①の、世界についての図式が自然崩壊を起こしては再建される、ということを繰り返す、本質的に不安定な印象をもたざるをえない患者であることや、⑤の、いつも焦って気をもみ、対人距離を意識化できない患者であることである。

このように自我境界の脆弱な患者が、幾分なりとも、外界や内界から「打ち寄せられる高波」への障壁ができ、例えば、場面Ⅰでの「床倒れ」の訴えに代わる、別の「注目の惹き方」を、場面ⅡやⅢで示しているように（表 13～15 を参照）、患者なりの「適応の方法」をあたらしく見つけ始めている。これは慢性期からの離脱とはいえないものの、従来の概念を用いれば、不完全寛解（症状を多少残しつつも病的体験がおさまっている状態）への移行過程にあると考えられる。

2) 生涯発達論的な観点について

一方、教育学的な見地からいえば、この 10 ヶ月間の経過は、精神分裂病の患者といえども、自己実現の「潜在能力を発揮させようとする傾向」をもち、薬物や看護師の援助を背景にしながら、病棟で「たくましく」生きるすべを獲得していく過程と捉えることができる。この観点からいえば、看護師は「病気が治るか否か」ということのみでなく、實際上、潜在する患者の生成への衝動に関与し、それにコミットしつつ、ケアを展開していると考えられる。

ここで生成とは、それまでにあったそのときそのときの、色々な出来事を踏まえながら、きょう、あす、新たな自分として生きていく、人としての普遍的なあり方をいう。精神分裂病患者の自我構造の不安定性については多くの識者が指摘するところである。だが一方で、慢性期患者は過去をふまえて、長年、病棟で人生を営んでおり、一人一人の患者の違いがあるにせよ、人間としての成長を窺うことができると考える。反対にいえば、看護師は役割として、慢性期患者に触媒的に（つまり生成が促進されるように）、患者に関わることが望ましく、上記の点で、生涯発達論的な観点をもつことが必要になると考える。

データを辿り直して興味深いのは、B氏が筆者のいうことを聞き入れるタイミングである。例えば場面Ⅱの中盤で、「最近、薬を飲まないありがたさをつくづくわかりました」と、薬にまつわる事柄を話し始め、患者の気持ちを受け止めた筆者が、「今の楽しみは何ですか」と尋ねると、患者はワンクッション置いて（焦らずに）、「薬を飲まないこと」と語る箇所がある。B氏はその後で、おばさん（他患者）の話を引用しながら、「職員さんは天国に上れますね？上れますね？」と繰り返し確認を求め、それが一段落すると、「僕の楽しみは、食事をする」と応えている。つまりB氏は、自分が言いたいことを語り、聴く側がそれを最後まで傾聴していると、相手のいったことを聞き入れ、自身のことを話すのである。これは症状学的にいえば、「迂遠」（すぐに応えられるものを応えないで、グルリと一回りして応える）であり、思考障害と呼ばれても仕方がない。しかしこの箇所では、

聴き手が患者を評価せず、相手を尊重することが、心を開くことにつながる一つの例になっている。

上記のような触媒的なアプローチは、筆者だけではなく、病棟で「お話し会」の司会にあたっていた二人の看護師（男性）や、毎日、散歩に誘って患者の話を聴いていた看護師（女性）も、同様に行なっていたことと考えられ、患者の自己変容・自己成長を信頼してのはたらきかけが、患者の変化へと、結果的につながった事例と考える。

第6節 終わりに

患者は病状に左右されながらも、或いは、慢性期から離脱できないとしても、それでもなお、受動的と思われる中に、変化への胎動、自己生成の縁（よすが）を示している。

精神科病棟の中で 30 年近く、入院生活を送っていることを単純に受け止めてしまうと、「治らない」、「退院できない」といった消極的な受け取り方をしてしまいやすい。だが、本稿の事例は、看護師の関わり方や病棟の運営のいかんによって、患者の生涯発達への働きかけが可能であることを示している。

第3章 幻覚や支離滅裂のつよい患者へのアプローチ

第1節 はじめに

長期に渡る入院の中で、微妙に病院に「適応し」つつ、家族の世代交代などにより、未来への展望が持てないことを受け入れてしまっている患者が少なくない。

事例3の患者は、自身の幻覚に抵抗するために怒鳴り声を頻発し、会話では拒絶や支離滅裂がつよい患者である。だが、話しかけたり、話しかけられたりする関係を通して、患者は患者で「生きる充実を求め」ており、時間を一緒に過ごすこと自体が、未来展望を提供する手がかりになると感じた事例である。

第2節 目的と方法

研究対象期間は1999年7月から同年10月までの4ヶ月間である。患者理解を目的にして、下記の手順で研究を進める。

- (1) データの記述（エピソード記述と全体状況の記述）。同期間中に筆者が患者と関わり観察した事柄をエピソードとして3つにまとめる。さらに、同期間の患者の病棟の様子を要約する。
- (2) データの分析。まず、患者の病理性を、次に、「生活者」の観点からデータを分析し援助の手がかりを検討する。

第3節 患者紹介

1. 現病歴と入院後の経過

患者は49才の男性である（以下、C氏、あるいはCさんと記す）。父、母、異母兄3人の6人家族の中で育った。病前性格は「朗らか」。小学校4年時、上級生に窓から突き落とされ、足を骨折するというエピソードがあり、この頃から学校の成績が下がり始めたという。中学2年から不登校となり、人が自分の顔を見て笑うと言い始める。J病院を受診し短期間入院、中学校は中退となる。16才時にも3ヶ月の入院があった。父の死亡後転居し、母、異母兄の一人とともに暮らし始めるが、不眠、不食となり、布団に入ったきりの生活が続く。近所の家に窓から入ろうとすることがあり、本人の希望で3回目の入院。19才時、家の近くのZ病院に転院。だがCさんの強い要望（処遇がきつかったよう）で、20才時、

X病院に転院となる。

X病院に転院してきた時の医師面接で、中学当時の不登校について、「女の友達からく蓄膿で顔がポーっとしているように見える」といわれ、ノイローゼになった」と語る。治療としては、薬物療法とともに、インシュリン・ショック療法が半年間行なわれた。転院8ヵ月後、自分の爪をはがし、鏡を空手で割るなど（「鏡が恐かった」と語る）、自傷に近い行為が現われた。

閉鎖病棟での療養を続けた後、開放病棟に転棟となったが、幻視・幻聴や怒声は、現在に至るまで活発であり、独語・空笑がしばしば観察される。転院時は、会話の受け答えにそれほど支障を来たさなかったが、年月を経るに従い、支離滅裂様の言葉が目立つ様になった。治療やケアには当初から拒否的である。採血・注射をはじめ、脳波・心電図・X線写真等の必要な検査になかなか応じず、処置（例えば消毒や軟膏塗布）や入浴についても嫌がる。また、しばしば拒薬が見られる（結局は服薬する）。入院生活は29年（研究対象期間当時）になるが、退院のめどは立っていない。母が入院しているため、キーパーソンは異母兄で、一年に一回程度、面会に訪れる。

2. 現在の状況

偏食気味であり、時に不食・拒食が見られる。下膳は自分で行うが、部屋に長い間、膳を取り込んでいることがある。小遣い（一日500円）で、自動販売機のコカ・コーラやジュース、売店でスナック菓子や即席焼きそば（UFO）などを購入している。

バイタルサインズでは低血圧の傾向にあり、昇圧剤（リズミック10mg2錠、メトドリン2mg2錠、何れも商品名）を服用しているが、血圧測定や検温を嫌う場合がある。排尿・排便や睡眠の状態は概ね良好である。洗面は自分で行なうが、入浴は声かけとかなりの説得が必要である。洗濯はせず、看護師が準備した衣類をロッカーより取り出し、更衣している。白癬（水虫）を足の裏全体にわずらい、かゆさのために搔いたり、出血して痛みを訴えることがある。

基本的なニーズの表出——例えば「これ飲んだらしんどくなるねん」（拒薬の時）、「足痛い、ガーゼ当てて」（白癬が痛むとき）、「小遣いまだもろてへん。早よ出して」——はできる。だが、せっかちなところがあり、要求が通らないとすぐ、声を荒げることが少なくない。また談話中は、意味がわかりにくいことをいったり、あるいは、途中で話の筋が変わることがよくある。自分の思いを相手に伝達するという点で、支障をきたすことの多い患者である。

服薬量は、ハロペリドール（商品名・セレネース）40mg、レボトプロマジン（ヒルナミン）500mg、プロペリシアジン（ニューレプチル）20mg、抗パーキンソン薬のヒベリデン（タスモリン）4mg、眠剤として、ペントバルビタールカルシウム（ラボナ）50mg2錠が処方されている（いずれも一日量）。

第4節 記述データ

1. データに関して

C氏の場合、表情が険しいままであったり、緘黙していたりなど、筆者が話しかけて返事が戻ってくるのは、「2～3回に1回」程度であった。だが反対に、患者の方から話しかけてきたり、機嫌よく話続けるときがあった。

エピソードⅠは、患者の行動傾向に関して、筆者の観察をまとめたものである。エピソードⅡは、8月19日の会話の記録、また、エピソードⅢは、10月7日の会話の記録である

エピソードⅡとⅢは、患者との会話時、断片的に記したメモを元にして、会話終了後、対話録として再構成したものである。エピソードⅡの会話時間は約15～20分程度で、会話の全体をデータとした。一方、エピソードⅢは30分以上の会話で、その前半部分（会話冒頭から15～20分経過した頃まで）までを記し、さらに、本稿の論旨にさほど影響のない部分については一部を省略した（その箇所には中略と記した）。なお、データ中、患者の話の引用文中で、・・・とあるのは、言葉が聞き取れない、意味がわからない、書き取れない等々の理由で、筆者がその箇所を略した旨を示している。

2. データ

1) エピソードⅠ

病棟では、Cさんが徘徊している姿をよく見かける。一人で笑って、小声で独語しながら歩いていたたり、考え事でもしている様に、硬い顔で下を向いて歩いているときもある。また、やかんをもって、あちこちを、ぶらりぶらりとしていることもある。そのほか、部屋のベッドの上で足を伸ばし、こちらが声をかけても緘黙して座っていたり、ホールの椅子に、静かに座っていることもある。

テレビを見たり、新聞を読んだりすることはない。レクリエーション活動、例えば日帰り旅行などにも参加しない。他患者との交流も目立たない。とはいえ、3～4名の患者（女性で年上の患者が多い）とは、時に声をかけられたり、お金を借りたり、即席ラーメンを作ってもらったり、反対に、焼きそばをあげたりしている。看護師との関係では、服薬・処置・入浴介助などを勧められ、誘われたときに、それを嫌がり、声を荒げることがあるが、一方で、「僕かて、腹すくんや」といって、甘えるように食べ物などをねだるときがある。一日に1～2回ぐらい、看護師から小遣いを受け取り、病院敷地内の売店に出かける。

しかし、筆者にとって一番強烈なのは、Cさんの怒鳴り声である。それは、上述したスタッフに声を荒げる話とは別で、病棟の入口やホールの窓、或いは、病室やホールの天井に向かって怒鳴る。不愉快の程度は、いつも同じではないようで、その方向をチラッとに

らみ、ニヤッと笑って、顔を突き出すだけの場合もある。だが、「お前、なめとんのか!」、
「何が言いたいんや!」、「やるんか!」と大きい声で叫びながら、険しい形相のまま、2、
3歩、前に踏み出していくときがある。その場合は声が周りに甲高く響き渡り、こちらを
落ち着かなくさせる。それは「売られたケンカを買う」しぐさであり、にらみつけて「相
手」に向かっていく動作である（幻覚）。

怒鳴り声をあげた後に看護者や筆者が声をかけたとき（例えば「Cさん、どうしたの?」）、
Cさんからの応答はいつも一様ではない。こちらが近寄りたほど「ピリピリ」し、引
き続き怒鳴り声が繰り返される場合もある。また、ホールでお話し会が開かれているとき
に、Cさんの怒鳴り声で談話の進行が妨げられ、司会の看護師が、Cさんに、また他患者
にと、気を遣うことも少なくない。だが大抵は、（声をかけた）看護師の顔を見てCさんの
険しい形相が緩み、微笑みながら、あたかも埋め合わせでもするかのように、一言二言語
りかけてくる場合、例えば「僕、気が変になったんと違うんやけどな」と穏やかに語る場
合が多い。その折は、こちらも安堵するとともに、「心配かけて済まなかった」とでもいう
ような、Cさんのこちらへの配慮を窺わせた。

2) エピソードII

a 会話前半

病室を訪れると、下を向き、考えるようにして、自分のベッドサイドを歩いている。筆
者が同室の他患者と話していると、Cさんの方から話しかけてくる。

穏やかな口調で「札幌ラーメン食べとったらな、斎藤さん（仮名・筆者の知らない人の
名前）が」と言いかけるが、小声で、思いついた様に「そやっ」といい、「地獄なんか行き
たないしな。行く時もあるけどな。行くんやったら、自殺して死んでいくけどな」と語り、
続けて「あの金はね。僕が決めたんやけどね」という。

筆者が「うん」と頷くと、「ベッドから起きた時に、熊谷さん（仮名・筆者の知らない人
の名前）、鏡の所で言うと思ったけど」といい、「888億、888億の神秘・・・、3せいき（世
紀？）なんや、蒸発させてしまうかもしれんけどな。そなん、言うと思ったわ」と話す。
この後も暫く、888才など、8のつく数字や他の数字（例えば6000万）などを並べて話し
ていく。語るテンポが、総じて早くなっていく。「あー、そう」と筆者がいうと、患者は続
けて「あの金はね、僕が決めたんやけどね」と、もう一度いう。

続けて一段、口調を強くして「××さん（筆者の名前）は真面目にやっているけどね」
といい、「やらん方がええんや。＜せいきゅうろう＞（？）の事はね」、「僕は自殺させて。・・・
後の畑全部、浜田さん（仮名・筆者の知らない人の名前）に渡して」と話す。そして声を
小さくし、「僕がちさんこうい、きんちさん（禁治産?）」云々という。

筆者が「あー、浜田さん。浜田さんってよく（話に）出てくる?」というのと、左手を振
って「いやー、僕、そなん」といい、体を横に向け、これ以上話はしない旨を示す。強

めの口調のまま、「もう寝るから、頭、変になるから」といい、筆者が「あっ、ほんと」と同意すると、小さな声で「許して」といい、離れていく。

b 会話中盤

病室から出ようとする、はっきりした口調で筆者の名前を呼び、声を落として「もう、あの」といいかけるが、ふと気づいたように「今さっき、ここに来とったんですか？」と尋ねる。その聞き方がとてもリアルで（つい先程まで、二人でここで話をしていたのに、まるでそんなことはなかったかのようという）、筆者もその言い方を尊重して、「そうそう、さっき来たん」というと、下を向き、はにかみ気味に、小声で「うん」と頷く。

少し間があって、「病棟の中にね、カレーじゃ、嫌ですよ」と弱々しくいい、「あれはね、いつまでもラーメン気違いなんかになりたないでしょ」と付け加える。続けて、口調を強め、「昨日か一昨日にね、さっきは朝の時にね」、「お金5枚だしてもうてね」というが、徐々に語気が弱くなり、最後は弱々しく、「コーラこうてきた」という。次はラーメンの話で、「今日、塩ラーメン、一袋100円か90円の塩ラーメンね」というが、段々とたどたどしくなり、最後は消え入るような声で「こうてきてもうたんですわ」と話す。だがすぐに口調を強めて、「いや、島津さん（仮名・かつて病棟に入院していた女性の患者の名前）ですわー」という。

この後、独語のようにぼそぼそと、「あそこのコーラ、90円か80円。90円で10円釣りの」とか、「あそこは200円で、一本100円か105円のソーセージ、こうたんやけどね」と話すが、総じて言い方はたどたどしい。筆者が声をかけると（例えば「今、（小遣い）300円？」と尋ねると）、遮るようにその時だけは声が大きくなる。内容的には、小遣いの使い道の話をしていることはわかる。

少し間があって、小声で「ほんで、お金」といいかけ、「誰かにね、お金取られたんとは違うけどね」と話す。筆者が小さく頷くと、軽く会釈し、左手を上げ、話は終わりというしぐさをする。

c 会話後半

帰ろうとすると、背中越しに「今日は、ここの部屋、東さん（仮名・同室者ではないが、病棟の男性患者の名前）と話に来たんですか」と声をかけてくる。何回も声をかけてくるのに驚いて、「うん。そうそう」と応じると、声を強めて「嫌ですよ、センターの方、いばされるの。嫌やからね」という。だがすぐに穏やかになって、「川端さん（仮名・筆者の知らない人の名前）に頼んどきますわ。コーラこうたけどね。あの先生もあんな人なんですわ」と話す。センターや「いばされる」、また、川端さんについてはよく解らないが、口調の穏やかさに「そう」「うん」と応える。

続けて「僕ね、・・・なんかなりたくないですわ」といい、小声で「僕、自殺して死んで」といった後、口調を強めて、「あの金はね」といい、「浜田さん、また階段上って来てね、

1病棟、2病棟、3病棟とね、××さん（筆者の名前）と組むと思うけどね。<けんぎゅうさま>かて連れてくると思うけどね」と話していく。筆者が「あー、ほんとー」というと、語気を強め「僕の方がよく知ったな一、その性格」といい、下を向き、小声で「あの性格、よう知った」と繰り返す。

続けて「お金、僕の、僕のお金、あの」と早めの口調でいう。この後、話そうとするが、十分言葉にならず、断片的に「見せたことはみせたけどね」、「僕かてくきよいあなた>であるけどね」といった言葉が聞き取れる程度である。

少し間があって、やはり早めの口調で「××さん（筆者の名前）のやり方やったら、いちいち気にしとったら、やってかれへんからね」といい、「草津（仮の地名）の団地がかわいいっていうとったからね、そんなしんろ（進路？）決めたことあったからね」と続ける。よくわからないが、その親しい語りかけに「そうー」と応えると、「草津ね、治るからね」という。声が少しかすれてきている。

この後、「まさひろさん（筆者の知らない人の名前。仮名）がね」といい、その人がいじめられた話をし始めるが、途中で顔を動かし、「話は終わり」ということを表情で示す。筆者も「うん」と頷き、挨拶をして部屋を出る。

3) エピソードⅢ

病室を訪れると、Cさんは自分のロッカーの扉を開け、中の棚に、ちょんちょんと、手を触れるようにしている。挨拶をして、「ジュース買ってきた？」と声をかけると、小さく「うん」と頷く。だが、すぐ打ち消すように声を大きくし、「違う、アイスクリームこうたんですわ、3つね」と話し、「80円のグレープジュース飲んでね」という。筆者が合わせるように「ほんとー」というと、声を強めて「いや、120円のグレープフルーツ、200円入れてね・・・」と語り、「80円でレモンジュースこうたんやったかなー」と少し自信なげにいう。筆者が自動販売機で買ったの？と尋ねると、「いや」と小さくいい、すぐに強めて「トマトジュースは買わへんだけどね」云々と続ける。この間、こちらが口を挟むと、「違う」とか「いや」といった間投詞が入る。

筆者が「良かったねー」というと、続けて強めに、「あのお金、平等に分けやあかんしね、××さん（筆者の名前）があの時、<けんぎゅうさま>であったんやけどね、ケンカになるからね・・・」と語る。詳細はわからないが、Cさんには本人なりの前後関係があるように思われたので、筆者が「なるほど、そうやね」というと、続けて「8世紀いうたらね、800億が3つの神秘じゃないんですわ・・・」と違う話をし始める。

続けて郷里の地名をいい、「僕、〇〇（Cさんの故郷の地名）に帰っていかなあかんしね・・・、あの家にはうちのお母さん、おるけどね・・・、ダイエーのどこね・・・、歩いて帰っていくけどね」と語っていく。筆者も〇〇のダイエーのある場所を知っており、「ダイエーあるな一、あそこにね」というと、「あそこのとこ・・・、あそこのとこ、行ったら

帰られへんからね、あのね、こっち・・・」などといい、指示詞ばかりで、具体的にはわからないが、駅から自宅までの帰り方について話しているかのような口ぶりに、筆者が「うん」というと、少し声を強めて「三河さん（病棟の女性の看護師の名前。仮名）かて、うちのお母さんであったんやけどね」という。その後、「かみよ（神代？）の国」など、分かり難い言葉が出て、「アジアの国は正義の国で・・・」と続ける。（中略）

次に相撲の話が出て、「相撲取りの世界なんか、楽しいんと違うけどね、番組、見ることはみるけどね」と続け、小さく「相撲人の人にも寿司、食べさしてください」という。筆者が「そやねー」と頷くと、声を強めて「あれはね、あのやり方はね・・・、相撲人の人がお金儲けになる仕事やからね」と続ける。筆者が「大鵬とかね、柏戸とか居たね」と、以前、患者が口にしていた力士の名前をいうと、やや声を強めて、ロッカーの話題に戻り、「さっきアイスクリームの箱おいとってね、捨てたんですわ、ゴミ箱へね」と話す。（中略）

その後、口の中でモゴモゴいっている口調（声としては出ているのだが、意味的にはよくわからない言い方）が続いたが、ポツツと「僕、右足悪いんですわ」という。Cさんが自身のことを語るのは珍しく、筆者が思わず「ほんとー？」という、「小さい時にね、映画館の二階の窓から落ちてね、怪我したことあったからね」とはっきり話す。筆者が「あらあら」と関心を寄せると、「右足悪いからね、風呂ね、風呂入るけどね、きれいに洗ってくれないんですわ」という（「洗ってくれない」のところが強めに語る）。周辺に関して、自分の要求事（ニーズ）を伝えるのは稀なことで、筆者が頷くと、その後「高田浩吉の奥さんかて・・・、呆けとるんか、いわへんけどね・・・、そんなこというたらあかんけどね、やくざにね」、「ええかつこいうとるからね、僕かてね」などと語っていく。

その後も、「マグマ大使おってね・・・」、「家本さん（女性の患者の名前。仮名）、かっぱえびせん、落としとったからね・・・昔のエジプトの国の王国の人やけどね」、「けんぎゅうさまはかしこいからね。清き一票やってくれる」など、いろいろな話が出てくる。内容はわかりにくい、言葉はよく聞き取れる（上述の「口ごもる」言い方ではなく、語気ははっきりしており、能弁でさえある）。筆者の方はいささか聞くのに疲れを覚え、どこかで話をくぎろうと思ったが、会話を終える間（ま）が、なかなか見つからない。

「舞台中継の天狗の面とかね・・・」、「ハッカ飴こうたこと、あったけどね」といった話が続く中で、「僕かて、自分の弟は逆子で死んだけどね」と語る。カルテにも載っていない、初めて聞く話で、筆者が驚いて「ほんまに一」と共感すると、Dさんは「うん」と小さく頷き、ぼそぼそと言ったあと、もう一度「僕の弟は死んだけどね」と寂しげに繰り返す。「〇〇（故郷の地名）帰ったら、うちのお母ちゃん」といい、「古き良き時代の太平洋戦争のね・・・」と話が続いていく。（後略）

4) 研究対象期間内の患者の病棟での様子

次に、研究対象期間内における患者の様子について、(1) 身体の状態、(2) ケアへの

協力・拒否、(3) 大声・怒鳴り声、(4) 看護師との会話、(5) 他患者との関係や異性への関心、そして(6) グループ活動の6つの観点から記述する。以下の文中にある日付、例えば7/23は7月23日を示す。

(1) 身体の状態

足白癬(水虫)は慢性化しており、7、8月には、自分から痛みを訴えに来ている(7/11、8/8~8/10)。10月には、1週間ほど続けて、陰部、もしくは鼠径部(股)の痛みを訴えた。C氏はこれまでも、足をやや引きずり気味にして歩いているときがあったが、この10月には2~3回ほど、自分の足を意識している(足にこだわっている)発言、「看護婦さん、僕の足、2回櫛で刺したやろ」(10/10)、「チンポにゴム巻かれたら、足痛くないんや」(10/23)が聞かれた。9月にも「足を切るといふんや、怖いこわい」という発言があった。また、8月には、「今日、カンカン照りで頭がボウボウする」と語り、10月には「頭の脳細胞が壊れて頭がクラクラするんや」(10/23)と、のぼせやめまい(C氏は低血圧の傾向である)を思わせる訴えがあった。

(2) ケアへの協力・拒否について

服薬は、一時的な拒薬があっても、少し時間をおいて、再度声をかければ応じることが多かった。拒薬時のC氏の返答には2通りあった。「これ飲んだらしんどくなるねん」と言って、看護師にくこぼす>場合があるかと思えば、「なめとんのか!」と<威嚇する>ときがあった。採血は、看護師(女性)が熱心に説得した8月を除いては拒否がつよく、実施できなかった。稀ではあるが、検温と血圧測定についても、「あっちへ行けや!」(7/13)と不機嫌になり、あるいは「腕が炸裂する」(9/25.28)とあって、施行できないときがあった。入浴への誘いや、足白癬の毎日の処置(洗浄と軟膏塗布)についても、すぐに応じる場合もあったが、説得しても受け入れず、実施できないことがあった。

(3) 大声・怒鳴り声

天井や病棟の窓や入り口に向けての大声・怒鳴り声は、毎日あるわけではなく、ない日もあったし、一日に1回ぐらい、という日もあった。しかし、「怒鳴り声が目立つ」(一日に何回も怒鳴る)日があつて、それが何日か続くというパターンが見られた。

(4) 看護師とのコミュニケーション

看護師とのやり取りの際には、イラついたり、不機嫌な言い方になることがあった。前述の如く、服薬やバイタルサインズの測定のときに、つよい嫌悪を示したり、また、要求がすぐに通らないので声を上げたり(「小遣い早く出さんかい!」)、あるいは、自身の行動を注意されて、感情的になることがあった。

一方、C氏自身が看護師に介助を求めるときは、アンビバレントな(両価的な)言い方

が目立った。例えば、足白癬の痛みを訴えて、「薬塗って、やっぱりええわ」といい、後になって「足痛い、ガーゼ当てて」(7/11)と言っている。また股の痛み(10月)について、日が経過するにつれて言い方が変わった。「もう治った」(10/6)→「痛くない、いや痛い」(10/6)→「看護婦さん、僕の足、2回櫛で刺したやろ」(10/10)→「痛いねん」(10/11)と、最初は拒否的、次に両価的、そして被害的な訴えを経て、最後は素直に痛みを訴える、という言い方である。

だがC氏は、看護師に、介助の折や部屋を訪れた時などに、自分が感じていることを「ボツリと」語ることがあった。薬物については、上記②の例もそうだが、「飲んだらあかんねん。頭呆ける」(7/23)といい、また、上記①の「のぼせ(めまい)」についてのように、身体の調子を自分から語ることがあった。また、「家に帰りたいわ」(9/1)とか、「(ドッジボールには)行けへん。僕はなあ、窓から落とされて・・・」(10/19)と、故郷への思いや過去のエピソードに触れた発言があった。売店への外出は大抵一人で出かけたが、看護師(女性)に誘われ、一緒に売店に行くこともあった(7/26)。その折に、看護師に「(お菓子を)半分あげる」と勧めたり、また、他患者の便失禁の世話をしていた看護師(女性)に、「手を洗いや」と声をかけるなど、患者の優しさを感じさせる場面があった(7/27)。

(5) 他患者との関係や異性への関心

男性患者に焼きそば(UFO)をあげるかわりに、その人に背中をかいてもらったり(9/11、9/14)、或いは、他患者にラーメンを譲ってもらうなど(10/25、10/28)、数少ない交流の中に「(生きる)すべ」のあることが窺えた。さらに、異性に対する関心は高く、看護師(女性)に性的なことをつぶやいたり(8/25)、「おかしいわ。〇〇(人名)とセックスして子供が生まれた」(9/18)と語ったりした。

(6) グループ活動

ホールでお話し会が行われている最中は、他患者とともに着席しているか、あるいは、ホールを徘徊しているか、のいずれかであった(まれにベッドで休んでいるときがあった)。前者の場合は、その場に同席しながらも、独語・空笑していることが多かった。お話し会中、人の話に耳を傾けたり、自分の意見を言ったり、ということへの関与は窺えなかった。だがまれに、他患者と一緒に「エイエイオー」と声を上げるなど(10/22)、C氏なりの「帰属感」を示す行動が観察された。音楽療法や書道のグループには、(看護師の誘いで)着席することはあったが(10/21)、活動自体に参加したわけではなかった。しかし、おやつグループには毎回参加した。声をかけられると、所定の場所に座り、他患者と(談話せずとも)同席し、パンやお菓子など、その日に出される「おやつ」を食した。看護師も、患者と接する機会として、その場を利用した。食事会(10/30)はおやつグループとは別の催しであるが、ちらし寿司の容器を回しながら、「(これは)回しながら食べるものです」といい、楽しんでいる光景が観察された。

第5節 考察

本章の患者は幻覚や支離滅裂など、陽性症状のつよい患者であるので、最初に、患者の病理性につき、やや詳しく検討する。次に、「生活者」の観点で、エピソードⅡとⅢのデータを分析し、患者が「心を開いている」ことを確かめ、それを受けて、患者が病棟に「適応」している現況と、「折り合い」の課題について検討する。

1. 患者の病理性

下記では、1) 基本的安全感、2) 現実検討能力、3) 自尊心の高さ、4) 自己防衛、5) 情緒の統合性、および自己実現の項目に分けて記述する。なお、1)～5)の項目立ては、基本的に、クロッパーの自我機能の発達図式によっているが(河合, 1969, pp.32～46)、本事例の特殊性を考慮して、一部を修正し、自尊心の高さに関する項目を設けた。

1) 基本的安全感

生育歴から辿り直すことはもはや困難であるが、患者の安全感が往々に脅かされていることは、エピソードⅠに記した「お前、なめとんのか!」、「何がいたいんや!」などの、場所(例えば病棟の出入り口など)に向かったの怒鳴り声が端的に示している。看護記録に、「コラ、やるんか!」と言いつつ、「足を切るといふんや、恐いこわい」(9/3)との本人の言葉が記載されているが、怒鳴り声は「相手」が脅かしてくることへの対抗である(幻覚への反応)。それが一度や二度ならず、上述のように、長期に渡って常態化されている。

2) 現実検討能力

患者と会話していると、途中で話題が変わるということをしばしば経験する。それは、上記のエピソードⅡやⅢの会話でも随所に窺われる。一つだけ例をあげると、エピソードⅡの冒頭で、患者は「ラーメン食べとったらな、斎藤さんが」と言いかけるが、「そやっ」とひらめいたようにいい、「地獄なんか行きたないしな。行く時もあるけどな。行くんやったら、自殺して死んでいくけどな」と語り、続けて「あの金はね。僕が決めたんやけどね」といっている。

それは通常、思考障害(「支離滅裂」と呼ばれ、患者は筆者とのやり取りにおいて、許容範囲以上に話が脱線する。つまり、安全感が弱いことに加えて、ここでは状況を見ながら現実を吟味する力(判断力)が落ちている。

3) 自尊心の高さ

患者の場合気になるのは、自尊心の高さである。それが現実との接触を妨げている一因になっている。発症時のエピソード「人が自分の顔を見て笑うと言いだめる」や、「女の友達からく蓄膿で顔がポーっとなっているように見える」といわれ、ノイローゼになった」という件（くだり）からも（第3章「患者紹介」参照）、患者の理想自我（プライド）の高さが窺われる。

データの4)の「患者の病棟での様子」で、10月6日から11日にかけて、患者は足の痛みを訴えているが、患者の方から介助を求める場合の表現に特色がある。初めから「（シップなどの）処置をしてほしい」とは言わないで、拒否的、両価的、被害的と訴えの仕方を変え、とうとう、10月11日になって、「シップ貼って」といっている。患者の方からなかなか相手に頼めない一つの理由は「傷つきたくない」気持ちであろう。反対に、それほどに「自尊心を持っている」。だが自尊心は、それが強すぎると「引きこもり」の要因となり、あるいは、（それが）自分でも統制しがたい衝動性の一部になって、内的に安定せず現実との折り合いが付きにくいことになる。

4) 自我防衛

患者がしばしば不安を覚えることについては、エピソードIIでの筆者とのやり取りが典型的である。そこでは、自分の心の中に入ってこられるのを、患者が微妙にさえぎっている言い方が、ところどころで見られる。詳しくは次の2)の節で分析してみたいが、こちらの関与次第で、会話は「拒絶」されかねない。これも、患者の自我防衛の一つである。それは生活史的にいえば、これまで散々、「侵襲されてきた」からこそ、なのであろう。

さて、患者のもう一つの自我防衛は「攻撃」である。スタッフに対しても多いし、幻覚への反応としての「攻撃」もある。前者の「攻撃」は、こちら側の対応とも関係してくる。一方で、後者の場合は、自分を不安にならせる「誰かに」威勢を張っているのである。この「誰か」が感覚化されやすいこと、この「誰か」への怖れと「虚勢」を交代に繰り返して、「怒鳴ら」ざるを得ないことは、自我防衛には違いがないが、それ自体が自我の障害になっている。

5) 情緒の統合性、および自己実現

既述のように患者の場合は、現実検討能力も、また基本的安全感も不十分である。他人との交流にいくまでに、感情に「しきり」を設けることで、自身を「かろうじて」維持している（自分のプライドを保っている）、という面がある。

患者にとって、内界や外界からの刺激は自我の脅威になりやすく、病的な対処機制をはたらかせざるをえない。可能性に「開かれる」よりは、いよいよ「自閉する」ことを選び、

自己実現の機会を「長期に渡って」逸している。

2. 生活者としての患者

このような病理性にもかかわらず、患者は、やはり、生きる充実を求めている。患者は、会話状況が落ち着いてくると、自分の本音を「ポロッと」と語る。例えばエピソードⅢで、滅裂気味の脈絡にあつて、「僕、右足悪いんですわ」「小さい時にね、映画館の二階の窓から落ちてね、怪我したことあったからね」とか、「僕かて、自分の弟は逆子で死んだけどね」という言葉がこぼれる。本項では、まず、エピソードⅡとⅢのデータを分析して、患者が自身を表現したい気持ちをもっていることについて検討する。

1) 生きる充実を求めて

(1) 言語表現上の特徴

エピソードⅡを読み返すと、C氏は、言葉の表現に感情の起伏、テンポの変動が目立つ。「支離滅裂」は、まとまった意味を得ることができないなど、意味連関の観点から定義されることが多いが、C氏の話をおききしていると、単に「ばらばら」なのではなく、そこに感情が込められていることがわかる。aの会話前半では、お金をめぐってのかつての人間関係に言及している部分（例えば「僕は自殺させて。・・・後の畑全部、浜田さんに渡して」）があるが、概して語気が強く、口調は早めである。それに対し、買い物が話題の、bの会話中盤は、語気が総じて弱く、口調はたどたどしい。ところが、cの会話後半では、再び、かつての体験を想起したように、「嫌ですよ、センターの方、いばされるの。嫌やからね」と語り、また、信頼を寄せていたと思われる人物の名前を登場させて（「浜田さん、また階段上って来てね・・・、××さんと組むと思うけどね」）、強めの語気で、早い口調に戻っている。概して、過去のエピソードに言及したり、C氏にしかわからない出来事を話すときは、言葉の起伏が、日常の話をする時よりも大きいことがわかる。

(2) 不安と期待

同じくエピソードⅡで、C氏は急に思い出したように「地獄なんか行きたないしな・・・」(a 会話前半)と語りだし、あるいは、「僕、自殺して死んで」という言葉を、aでも、c(会話後半)でも挿入させているが、これらは、通常よりも患者が、不安・緊張を持ちやすいことを窺わせる。

例えば、会話前半の終わりの部分で、筆者が「浜田さんって、よく(話に)出てくる?」と尋ねると、C氏は「いやー、僕、そんなん」、「もう寝るから、頭、変になるから」といい、話すのをやめてしまう。また、bの会話中盤で、筆者が合間に、「今、(小遣い)300円?」と聞くと、それを遮る(さえぎる)ように、その時だけは声が大きくなる。このよ

うな場合、患者は不安を覚えてしまうのである。筆者にはごく自然な問いかけであっても、患者にとっては「自身に固有のあり方が否認される」ような受け取り方（経験）をしてしまうと考えられる。

エピソードⅡでもⅢでも、C氏との会話では、筆者はきいていることが多かった。このような姿勢で関わりを続けたことが、エピソードⅡであれば、途中二回の中断を挟みながらも、C氏から筆者に話しかけてくるという形で会話が再開され、結果として、対話の状況になっている。これは患者の方にも、自分の言いたいことを受け止めてくれるという期待があることの現われと考えられる。

(3) 日常の雑談をしている

エピソードⅡのb（会話中盤）では、今日の自分の病院での暮らしの一部を、C氏なりに一生懸命話していることがわかる（例えば「昨日か一昨日にね、さっきは朝の時にね」、「お金5枚だしてもうてね」等々）。小遣いのことも何度か言いかけては、相手が言い出さないように、筆者の反応を見ながら話している。この場面では、状況的には思い起こすのだが、今ひとつ、記憶に自信がもてないようである（例えば「あそこのコーラ、90円か80円。90円で10円釣りの」、「あそこは200円で、一本100円か105円のソーセージ、こうたんやけどね」など）。

一方、エピソードⅢでは、さまざまな話題が登場する。買い物話に始まり、お金を平等に分ける話、ダイエーのある駅前から自宅までの帰り方、相撲の話、映画館の窓から落ちて足を怪我したこと、足をきれいに洗ってほしいこと、高田浩吉やヤクザのこと、自分の弟は逆子で死んだこと、母親のこと、太平洋戦争のこと、等々。

これら一つ一つがなぜ登場してきたのかはよくわからない。だが、意味がないかといえ、決してそうではない。おそらく全部、C氏に関係した事柄と思われる。自分の故郷にはダイエーや映画館があり、窓から突き落とされたり、弟も逆子で死んだけれども、そこには、「お母ちゃん」がおり、だから、「僕、帰っていかなあかん」のであろう。また、「古き良き時代の太平洋戦争」とか「アジアの国は正義の国」といった言葉は、〈父は旧軍人〉とのカルテの記載を思い起こさせる。他に、相撲が好きだったこと、足を丁寧に扱ってほしかったこと、「ええかつこ、いうとる」と自分を振り返れるなど、断片的ながら、発見の多い会話だった。

患者には少なくとも、表現したい気持ちがある。病院の中で、そのとき思いついたこと、思い出したこと、関心をもったことを、受け止める相手とたまたま出会うと、患者は自由に話している。つまり、状況としては対話になっている。その際の言い方は「滅裂」である。つまり、話に関連がない。にもかかわらず、患者は雑談をしており、通常そうであるように、そこではさまざまな話題が登場している。

さらに、人との雑談では「憂さ晴らし」がつきものであるが、C氏の話の中にもそれが窺われる。エピソードⅡでは、「あの金はね」（c会話後半）、「あの金はね、僕が決めたん

やけどね」(a 会話前半)、あるいは、「誰かにね、お金取られたんとは違うけどね」(b 会話中盤)という発言が、ところどころでかかれる。aでは「後の畑全部、浜田さんに渡して・・・、僕がちさんこうい、きんちさん」といい、cでは「お金、僕の、僕のお金」といって、「僕のお金」へのこだわりを見せている。これらは、本当なら自分で決定するはずの財産について、外部から否定されたこと(禁治産)を連想させる言葉である。

上記の事柄が事実かどうかはわからない。しかし、ここでもC氏は新たな話題(財産の話)を出している。話したい、伝えたいと思うのは、C氏が「心を開いている」からに他ならない。筆者も、「事実か否か」にこだわらず、話をきいている。もし、事実(その話は、本当か嘘か)にこだわれば、筆者は話を傾聴できないであろう。広瀬のいうように、「内容よりも、語っているその人に関心をもつ」(1994, pp.56~57)ことが大切なのである。

(4) こちらに心を開いている

さらにデータを辿ると、C氏は一体、「誰に向かって語っているのだろう」と思わせる言い方に出会う。例えば、エピソードIIのa、「××さん(筆者の名前)は真面目にやっているけどね。やらん方がええんや。〈せいきゅうろう〉の事はね」という言葉。「せいきゅうろう」とは何なのか、よくわからない。また、bの「今さっき、ここに来とったんですか?」という発言である。先ほどまで一緒に話をしたのに、不思議な言い方である。さらに、cの「嫌ですよ、センターの方、いばされるの。嫌やからね」という訴えである。この病院にはセンターと名のつく施設はなく、筆者が「いばした」(意味はわからないが)覚えもない。同じcの「浜田さん、また階段上って来てね、1病棟、2病棟、3病棟とね、××さんと組むと思うけどね」という表現とか、「××さんのやり方やったら、いちいち気にしとったら、やってかれへんからね」、「草津の団地がかわいいうとったからね、そんなしんろ(進路?)決めたことあったからね」という言葉もそうである。「しんろ」について、筆者がC氏と相談して決めたことはこれまでない。

このように、内容上、不明な事柄は多い。しかし、これらを通していえることは、「C氏が筆者に託して語っている」ことである。つまりC氏は、筆者を「鏡のようにして」、これまで自身が経験してきたことを語っている。C氏は筆者に、「××さんはやらん方がええんや」とか、「浜田さん、××さんと組むと思うけどね」とか、また、「××さんのやり方やったら、やってかれへんからね」とか、C氏が認知している筆者像を重ね合わせ、語っている。そこには筆者に対する「思いやり」のようなものさえ感じられる。少なくとも筆者に対して、自分の方から声をかけ、また、私的なさまざまなことを話しかけても心配ない、という認知があるものと考えられる。この意味で、C氏は筆者に(ということは他者一般に)、「心を開いている」のである。

2) 「上手な折り合い」を求めて

(1) 病棟での「適応」

C氏はこのように昔のことを思い起こしながら、今を生き、未来をどのように感じ取っているのだろうか。C氏には過去への志向、子どもの頃や発病前のこと、あるいは過去の出来事への志向が見られる。だが一方で、C氏は病棟のテレビも見ないし、新聞も読まない。家族の面会もめっきり減っている。全くではないにしても、新しい情報（ときの時勢や身内の情報）は入ってこない。つまり、未来形成という点ではきわめて貧しくなっている。この患者に対して必要なのは、「時を一緒に過ごすこと」であろう。

データの4)で記したように、患者は足白癬（水虫）の状態がわるく、また、低血圧気味で、昇圧剤を服薬もしている。身体に非常な不快感があるということである。「拒薬」は、看護者とのやり取りの際に生じるときもあるが、そればかりではなく、体感・体調がよくないことを、一時的に薬に焦点付けた結果であるとも考えられる。例えば、C氏は「頭呆けるんやー！」とよく語るが、それは実際、生じていることなのであろう。患者が、「いつも」ではなくて、「時折」拒薬するというのは、自分の心の状態や、不快な身体の状態に合って、そのつど「自由を行使している」ということであり、むしろ、「自己主張」（それも未来展望が持てないでいる患者の）と捉えることも可能であろう

一方で、患者は、一人きりでいることが多いが、それでも、ある男性患者に対しては、焼きそばを奢ってあげるかわりに、背中を搔いてもらったり、あるいは、女性患者から声をかけられたり、お金を借りたりする、そのような多少とも、パーソナルな関係がみられる。また、一時的に拒薬することがあっても、結局は応じることが多い。また、おやつグループの活動には毎回参加している。幻覚もいまだ活発で、機嫌の波も大きい。患者は病棟生活に、微妙に「適応」している。

(2) 折り合いの課題

C氏は、傷つきたくないの、一人になっているが、やはり、一人でいるとさびしいから、話しかけて交わりを求める。だが、また自分が傷つくといけないので、話にいつも応じるわけではないし、話すときも、傷つかないような語り方をする。

一面で、(幻覚への)怒鳴り声は非常にアクティブである。たとえ幻覚であれ、C氏は侮辱されて(C氏が幻覚の対象から「ケンカを売られる」ようである)、そのまま沈み込んでしまうのではなく、そのつど、「やるんか!」と怒りを表現している。これは勿論、症状であるが、同時に「生きる意欲」でもある。

しかし、拒絶や幻覚への怒りに端的に示される、C氏の自尊心の高さは、周囲のものから(例えば看護師)すると、C氏への接近を妨げる。だがその根底には、自分を守っていくことについての非常な不安があると考えられる。よって、「自分を貫こうとすること」と、周囲ともう少し妥協して、病棟の中で一層幸せに生きることとの「折り合い」をつけること、その手がかりを提供することが、看護師の課題となる。

(3) 折り合いへの援助——一つの試みとしての「おやつグループ」

C氏は、データ4)でのように、売店に同伴した看護師(女性)に、「(お菓子を)半分あげる」と勧めたり、他患者の便失禁の世話をしていた看護師(女性)に、「手を洗いやー」と声をかけている。これらの言葉は、C氏を知るものからすると、非常にユニークである。声をかけた相手は共に女性の看護師である。その言葉には、C氏の「ゆとり」すら感じさせる。

病棟で行われている活動の中に、C氏が「安心して」参加しているグループがある。それは「おやつグループ」である。おやつグループは、関わりの持ちにくい患者に何とか接点を見つけたいと思いから、病棟の看護チームが設けた活動である。看護師が対象者におやつを用意して、午後3時に患者を集め、会食をする。中心となっていた看護師(複数)は女性であった。「おやつ」というと、活動としては消極的な関わりのように映るかもしれない。だが、「ものを食べる」ことには、決してそれだけに留まらないものがある。患者は看護者に誘われると、このグループに毎回参加したが、既にそのこと自体、「楽しみ」・「期待」に味付けされた時(とき)を提供している。また、そのグループの雰囲気は「優しさ」をもっているからこそ、患者はそこで「おとなしく」、会食するのではないか。

このような地道で、「手作りの」いとなみが、患者が周囲と「折り合いをつける」ための一歩を提供するように思う。

第6節 終わりに

煩雑な業務に追われていると、つい見過ごしてしまうが、あらためて患者の言動を、さまざまな角度から検討すると、患者の内面が、意外に豊かであることに気づく。

同時に、どこかで周囲と「折り合」わないと、患者の先が見えてこないことにも気づく。患者はこのような意味(折り合えないこと)も含めて、未来展望が持てないことを受け入れてしまっているように見える。

だが患者は交流する力をもっているように思われる。こちらが患者を尊重した会話にこころがけ、また、「落ち着ける」雰囲気で会食を共にする、このようにして、一日が生き生きと暮らせるように整える、その中で患者の変化を「待つ」のも、大切なアプローチの一つであろう。

第4章 支離滅裂や言語新作の多い患者へのアプローチ

第1節 はじめに

第1部で記したように、統合失調症の病勢が止まり、人格水準の低下を多少残して安定するものを残遺という。だが残遺の、患者にとっての意味はどのようなものであろうか。そこには積極的な意味はないであろうか。

事例4の患者は、言葉のまとまりがわるく、話が飛んだり、造語（言語新作）も多い患者である。だが、病棟生活はそれほど支障なく過ごし、約30年の入院を経て、退院が決まった。あらためて振り返ると、患者は、現在の自分に固有の「機能」を生かして、自分のライフスタイルを営んでいたのではないかと考えた事例である。

第2節 目的と方法

本章の研究対象期間は1998年8月である。患者の病棟での生活を振り返るために、下記の手順に従って検討を進める。

- (1) データの記述（エピソード記述）。患者への関わりのうち、患者の会話の特徴がよく出ているものを一つ選び、その場面を正確に、又、丁寧に記述する。
- (2) データの分析。上記のデータを患者の「社会性」・「病理性」の観点から分析し、最後に、患者の現在のライフスタイルの意味について考察する。

第3節 患者紹介

1. 現病歴と入院後の経過

D氏は58才の男性である（以下、D氏、あるいはDさんと記す）。4人きょうだいの長男（弟2人、妹1人）として生まれ、中学卒業後、大工として働いた。20才頃、やくざ関係とおぼしき知人に誘われ、別の親方のところに移り住んだ。不倫のトラブルがあったようだが、その頃より酒を愛飲し、発病前は一日一升の酒を飲んだという。やがて、仕事場に行くのに回り道をしたり、一つ手前の駅で降りたりする行動が現れ、ついには部屋に閉じこもるようになった。実家近くのE病院に統合失調症の診断で入院（23才頃）、職員を殴り個室に入るというエピソードもあったが、数ヵ月後退院し、元の仕事にもどった。だが、2～3ヵ月後に状態が悪化し、F病院に入院。院外作業を数ヶ月行い、外泊を繰り返した

が、変なことを口走るため退院が延び、閉鎖病棟に転棟したこともあった。しばしば他患者とケンカになり、(医師は反対したが) 30才時退院になり、大工に戻った。だが仕事を休むようになり、父が働くように勧めると怒り出すことが続いた。「日本人は悪い。中国人はいい。悪い男は殺してしまえ。神のお告げだ」といい、気にいらなことがあるとすぐ怒り、放っておくとテレビばかり見ている生活になった。32才時、X病院に入院となる。

X病院での初診時、入院については「病院に応援に来ました」と話し、「事件があっても、どこに犯人がいるのかわかる。サイレンの音が聞える。神の声がお告げとなり、頭に浮かんでくる」などと語った。著明さは減退したが、現在(当時)でも、「考えが頭に入る」とか、「お告げ」とかの発言は聞かれる。また、文脈に関係なく「板垣退助」などの言葉が挿入されたりする。だがスタッフには礼儀正しく接し、笑顔で対応するなど、疎通性自体は比較的良好である。今年で入院生活 28 年になる。(尚、上記、E病院のE、F病院のFは、ともに病院名のイニシャルではない)

2. 現在の状況

個人衛生では、身だしなみは「きちんとして」おり、ベッドサイドもおおむね、整頓されている。但し、「浴場が汚いから」との理由でめったに入浴はしない。これは長年に渡っている。(医師には「入浴すると、足のかかたがいかれてしまう」と語り、看護師(女性)には、「マツシマカイ(仮名)のおきてがある、だから入れない」と話したことがあった)。だが、弟と旅行に出かけた折や、院外レクリエーションに行く時は、現地の浴場に入る。

一日の過ごし方としては、売店に買い物に行く以外は自室にすることが多い。お話し会で時々発言し、自分が不愉快に思うことを訴えたり(言葉はわかりにくいだが、語気から、「腹を立てて」いることがわかる)、年下の他患者をかばう発言をしたり、あるいは、スタッフへの配慮を感じさせる発言をする。

年下の患者の面倒を見たり、病棟の役に立っているという意識が患者にはあるようである。D氏の口からは、「若いもの世話をする」とか、「若い衆、何か、かわいそうでねー」といった言葉が聞かれる。また、洗面所の水道が出しっぱなしになっていると、それを止めて歩く。だがその行動が、別の患者の行動(例えば、患者の一人は水を意図的に流しっぱなしにする)とすれ違うことがあり、トラブル(ケンカ)に発展する場合がある。

服薬量はクロルプロマジン(商品名・コントミン) 400 mg、オキシペルチン(ホーリット) 80 mg、抗パーキンソン薬の塩酸ビベリデン(タスモリン) 4 mg、塩酸アマンタジン(アマゾン) 100 mgであった(いずれも一日量)。

第4節 記述データ

1. データについて

以下のデータは、患者と筆者の1999年の8月10日の会話を記述したものである。データの収集方法は事例2および3と同様で、患者の言葉を断片的にメモし、会話終了後に、できる限り事象に即して記述したものである。会話時間は全体で10分ぐらいである。

2. データ

病室を訪れるとベッド上に足を伸ばして座っている。声をかけると「どうぞ、どうぞ」といって、ベッドに腰をおろすように勧めてくれる。

開口一番、はっきりした口調で「どこに行っても<おせん>やしね。板垣退助にもっていくのね」という。わからないことをいうなあーと思いつつ、時候の挨拶をする。Dさんは「僕はE病院（筆者注・患者が最初に入院した病院）やから、いうとるだけでね。九千円もらっているからな。刑務所行った連中が」といい、「判決があるから、犯罪者になる。五千円の犯罪でね」と付け加えていう。声が段々と小さくなる。

刑務所や犯罪者という言葉がなぜ出てくるのだろうと思い、「犯罪者になるの？」と繰り返す。Dさんは「うん」と頷くが、すぐに「温泉に行く時は板垣退助でね。仲良い二人で行くけどな。一人の時やったら、着替えもみな、やっていかないかんし」という。温泉が好きらしいので、「Dさん、温泉好きやねー」というと、「気分がよくなるからね。板垣退助もつとるからね」といい、続けて、「<おせん>はまた、高速道路でいるからな。食事代がね」という。<おせん>とは銭（おかね）のことだとわかる。この前、弟たちと一緒に伊勢に旅行に行ったが、その時のことを話していると思われる。声が少し柔らかくなってきた。

そこで筆者が「高速料もいるしね？」と口を挟むと、「高速料は千円くらいでいけるけどね」という。筆者が「千円でいけます？」と関心を示すと、「行けます。カードを買わないかんからな」、「カードを千円いれたら、それで、帰りも行きも行けます」と応える。話がかみ合ってきた。

続けて筆者が、「この頃、（高速料は）カード式になっているの？」と尋ねると、少し声を落として、「うん」というが、すぐ元の声に戻って、「盲腸もいいけどな」という。こちらが戸惑う返事だったので、もう一度聞き返すと、「盲腸、僕ここ」と応え、ズボンを下ろして、盲腸のあたりを指でさしながら、「これ盲腸ね。3つやから詳しいんですわ」といいつつ笑う。筆者が「盲腸、手術する人いますね」というと、少し戸惑って「えー」といい、「これで夏来るんやろな。板垣退助、それが大きいと思うからね」という。「F病院（筆者注・上記のDさんが2度目に入院した病院）の刑務所でね・・・」という。

Dさんは、「ここであんなのやっけても、刑務所でつとまらんようになったらね。突き倒したり・・・」といい、「ひどかったんや、F病院行ったら」としみじみと語る。刑務所

とはF病院のことをいっているようである。

病院の所在地を聞くと、左手の甲を差しだし、右の人差し指で、左手のところどころを指さして、「これ、X病院」、「これ、命を助けるやつな」、「職人、これ、たいこぼん」と説明し、「そうせな、家庭生活も犠牲になってしまうもんな」という。

「家庭生活も大事やもんね」と声をかけると、「五千円で服4枚着るんやからね。子供おったらな。夫婦で買い物行けるからね」といい、「僕は酒しかのまんけどな。赤ん坊から赤い薬、塗られているからね」と語る。この後、わかりにくい話が続くが、「マツシマカイ（仮名）。どうしても、僕に来たらかなわんわな」という。

これ迄にも、「マツシマカイ」という名称をDさんの口から聞いたことがある。そこで、「マツシマさんというのは誰ですか？」と聞くと、「<マツシマカイのサキ>やけどね、僕は」という。重ねて「マツシマさんというのがDさんの？」ときくと、「いやいや、世界を守るような人がおるやろ」といい、続けて、「わからんのが入ってくると思うからな。東から退院しましたけどね。吉田先生（仮名）も、保坂先生（仮名）も見てるからね」と話す。以前の病院の医師の名前であるらしい。

床頭台に目をやると、ミッキーマウスの小さな人形が置いてある。「Dさん、かわいいやつがありますねー」というと、ニコニコ笑いながら、「(今年の)クリスマスにももらいました」と語る。そして穏やかに、「お金はいかんけど、五千円は両替せないかんわね」と話す。

「お金はいかんけど」というのは、病棟のクリスマス会のプレゼント交換のことをいっているのだろうと察しがつく。ベッドサイドもきれいにしており、たたんだジャンパーが置かれている。ジャンパーをたまに着ることがあるといい、こちらが「今日は暑いですもんね」というと、「着るにはね。昨日よりましやけどな。痩せているから大丈夫ですけどね」と話す。その後、挨拶をして部屋を出る。

第5節 考察

D氏は58才であるが、当初入院していたE病院やF病院（どちらも仮のアルファベッドである）の入院を加えると、35～6年の入院年数になり、人生の半分以上を精神科病院で過ごしていることになる。

D氏に、自分は精神科の病院に入院しているという認識が、筆者が思っているほどにあるかどうか（入院に対する捉え方）は、もう一つわからない。第3節の「現在の状況」のところで記したように、X病院初診時、D氏は入院について、「病院に応援に来ました」といい、また、現在（当時）でも、年下の患者の面倒を見たり、水道栓のチェックをするなど、「病棟の役に立っている」という意識を感じる。上記の記述データには、かつて入院していたF病院について述べている部分があるが（例えば、「F病院の刑務所でね・・・」）、自分をどう位置づけているのか、もう一つわからない。

このように、長期に渡って入院している一方で、病識（自分の病気に対する自覚）については不鮮明なところのある患者であるが、上記の記述データには、D氏の「病理性」とともに、「社会性」を見て取ることができる。

そこで、上記のデータを、「社会性」と「病理性」の観点から分析し、それを受けて、現在の患者のライフスタイルについて考察する。

1. 患者の社会性

ところどころ、わかりにくい言葉が出てくるが、患者の筆者に対する応対は機嫌よく、丁寧である（冒頭の「どうぞ、どうぞ」といって、ベッドの上に座るよう勧めてくれる場面が端的であるが）。患者は筆者を（職員として）「認め」、終始好意的に話してくれる。また、声が段々と小さくなったり（上記のデータの2段落目の最後）、あるいは、少し柔らかくなってきたり（同3段落目の最後）、筆者の反応もよくみている。

データ中には、患者が自分の話を（一方的に）持ち出す部分がある。例えば、最初の部分である「どこに行ってもくおせん>やしね。板垣退助にもっていくのね」とか、会話中盤の「P病院の刑務所でね・・・」、後半の「マツシマカイ（仮名）。どうしても、僕に来たらかなわんわな」などである。

だがD氏は一方で、筆者が出した現実的な話題に合せることができる。例えば、前半で、「Dさん、温泉好きやねー」というと、「気分がよくなるからね・・・」と応じ、さらに、「(高速道路の) 高速料もいるしね？」ときくと、「高速料は千円くらいでいけるけどね」という。また、最後の場面では、筆者が「かわいいやつ（ミッキーマウスのぬいぐるみ）がありますねー」と声をかけると、ニコニコしながら、「クリスマスにもらいました」と話している。

上記の事柄は、D氏が生きていく「大切な技術」になっている。事例2のB氏も、言葉遣いが丁寧という「一種の技術」をもっていたが、この事例においても、(病識はどうかあれ)、D氏の「社会性」を窺うことができる。

2. 患者の病理性

一方で、話は大きく分けて、「わかる話」と「わからない話」が出てくる。後者の場合はしばしば筆者をとまどわせる。

例えば、筆者が「この頃（高速道路の料金は）カード式になっているの？」と尋ねると、「うん、」と頷きつつ、「盲腸もいいいけどな」といい、その言葉をきいた筆者が、「盲腸も手術する人とかいますね」と声をかけると、「えー、」と受け止めつつ、「これで夏来るんやろな。板垣退助」と応えている。ここでは話が全くかみあっていない。

事例1のA氏の場合のように、筆者のいっていることを、D氏が理解できないというこ

とも考えられないではないが、むしろD氏の場合は、自分の認知の枠組みで、筆者の話を「勝手に処理してしまう」ところに特徴があるのであろう。それをプロイラー, E. (1974, pp.73~78) は、「自閉的思考」と呼んだ。

会話は通常、二人の話し手に共通の枠組みがあって、それにお互いが関わるというかたちで成立する。この中で聞き手は、相手の話す内容を整理し、それを受け止め、それに応答していく。だからこそ、わからなければ相手に尋ねるし、反対に語り手は、「別の話になるが・・・」と断って、話を続ける。

この会話においても、D氏は、筆者の話を受け止めている。D氏は、「カード式になっているの」と聞かれて、「うん、」といたり、「盲腸、手術する人いますね」といわれて、「えー」と、返事を、一旦している。

だがその後の発言（「盲腸もいいけどな」、「これで夏来るんやろなー。板垣退助」）は、患者の自由連想になっており、「支離滅裂」（相互の話に連関がない）で、筆者にはわかりにくい。中井（1984b, p.394）は、「独語や支離滅裂は、相手の接近を回避する手段になる」といい、また「言葉はそもそも、減圧装置である」という。これを参考にすれば、D氏は筆者から、質問や言葉がけを「不意に」され、その圧力を減圧しようとして、言葉（過去に自分が見聞したエピソード）を吐くが、その言葉（話の内容）はいかにも簡略化されているので（前後関係なしに現れるので）、聞いている方は何のことかさっぱりわからないことになる。

D氏との会話では、上記の記述データの場面に限らず、このようなパターン（D氏にとっては意味があるが、筆者には意味のわからない返事が戻ってくる）が多く、それが常態化している。思考障害のこのような常態化を強調するならば、それは「症状の固定化」と呼ばれるであろう。

3. 患者のライフスタイルと退院

D氏は、言葉のまとまりがわるく、話がよく飛んだり、あるいは、「おせん」、板垣退助、五千人など、造語（言語新作）も多い。だが、周囲にいる看護師は、それを「受け入れて」きた。また実際、病棟の中であれば、それほど支障なく生活できている。

病棟のお話し会でも、（話が飛んだり、何を怒っているのか、よくわからない場合もあるが）、「みんな仲良うやっぴいいきましょう」とか、「年下のものがかわいそうや。よろしくお願ひします」など、時々手をあげて発言する。近年は、他患者との関係のとり方や折り合い方にしても、安定感が増した。最近（当時）では、病棟スタッフが社会復帰（グループホームへの退院）に力を入れ、家族との調整を図り始めている（これまでは事情で家族が退院に積極的ではなかった）。

このように考えると、D氏は障害は残っているが、現在の自分に固有の「機能」を生かして、自分のライフスタイルで日々を送っている。

精神保健福祉法では、精神障害者の社会復帰の促進を理念に掲げている。社会のトレランスが広がり、このライフスタイルが「受け入れられていけば」、D氏は症状を残しながらも、退院して十分に、地域で生活を送ることができると考えられる。

病前を基準にすると、人格水準の低下が問題とされる。その場合、いつまでたっても「病気は治らない」ことになる。かつて、マイヤー・グロス (Mayer-Gross, W.) (1922) は、不可逆性とされた精神分裂病の経過において、ある程度まとまった自分の世界像をもって、気の休まる現実を持つに至るのを、第2の屈曲と呼んだ (宇野, 1980, p.10)。それと同様の意味ではないが、現在の自分の固有の「機能」を生かして、自分のライフスタイルを営んでいるとなれば、それは、第2の「生き方」ともいえる。

だがこれは、D氏に限ることではない。残遺状態とは、病勢が止まり、人格水準の低下を多少残して安定することとされる。長期入院患者の退院とは、見方を変えれば、周囲のものが、患者の新しい生き方を受け入れ、それを支援していくことでもあろう。

第6節 終わりに

心身障害者対策基本法が障害者基本法となり、精神障害者に関しても、日常生活や社会生活上に支障を有する障害者であり、福祉施策が必要な対象として位置づけられた。

D氏は、記述データからみると、症状がつよく残存し、一見、退院は困難であるように映る。だが患者は、自傷他害のおそれがあるわけではなく、院内ではほとんど支障なく暮らしている。D氏のライフスタイルを尊重しつつ、退院生活への適切な支援が、医療関係者のこれからの課題となろう。

第5章 幻聴や体感幻覚の激しい患者へのアプローチ

第1節 はじめに

事例5は、幻聴や体感幻覚がつよく、身体愁訴の多い患者の事例である。この患者は、家族の調整の困難もあって、次の展望を開くことができないまま、入院が長期化している。

一定期間、筆者はこの患者に関わりを続け、ライフスタイルや「変化への本人の潜在力」に気づいたものの、それ以上、関係が発展せず、心残りのまま患者から離れており、未完の状態の事例である。

第2節 目的と方法

本章の研究対象期間は1996年3～6月である。筆者の関わりを振り返り、患者の全体像を整理しなおすため、下記の手順に従って検討を進める。

- (1) 記述データ（アプローチの経過と全体状況の記述）。15回の筆者との関わりの経過を辿り、次に、研究対象期間内における患者の病棟での様子を纏める。
- (2) データの分析。上記のデータを、患者の状態像とライフスタイルの観点から分析する。

第3節 患者紹介

1. 現病歴と入院後の経過

1) 現病歴

患者は46才の男性である（以下、E氏、あるいはEさん、もしくは患者と記す）。4人兄弟（姉2人、兄1人）の末っ子である。母も働いていたため、長姉が母がわりとなり、かわいがられて育ったとのこと。兄とは、兄の結婚までは仲が良かったが、結婚後はだんだんと疎遠になった。高校3年の時に祖母が倒れ、以後、閉じこもり考えこむようになった。その後、学校を休みだしたためδ病院を受診。服薬し始めたが、庭木を折ったり、お金の入った財布を平気で捨ててしまい、高校卒業後の8ヵ月間、δ病院に入院した。退院後すぐに就職。服薬は自分で続けていたが、1ヵ月後、次姉が結婚したのにショックを受け、

落ち着きをなくし、 δ 病院の紹介でX病院閉鎖病棟に入院となった。

2) X病院入院後の経過

(1) 入院後 10 年まで一家族のサポートが期待できた時期

入院後、服薬とともに、電気ショック療法やインシュリン療法が行われた（約半年間）。入院後 2～3 年目、実家への月一回 2 泊 3 日の外泊が繰り返された。この間、病状により、別の閉鎖病棟に転棟することがあった。元の病棟での活動では農耕作業に加わった。

入院後 5 年目、外泊を契機に、拒食や自傷行為、体感異常や滅裂様言語が目立つようになった。翌年には外泊は再開になったものの、次第に家族の側の受け入れが難しくなり、翌々年には全くできなくなってしまった。このような状況の中で、「毒グモを殺したので、自分も殺される。脳を取られた」と語るなど、妄想や幻聴を残したまま、10 年が経過した。また、この前後に母が他界した。

(2) 入院 10 年以後一家族のサポートが少なくなった時期

患者は入院 13 年目に開放病棟に転棟した。看護者同伴で自宅へ外出したり、家族に要請して面会に来てもらった。だが、世代交代を背景として家族の足は遠のき、患者からは、家族をばやく言葉が増えていった。

入院 15～17 年目は病状が不安定で、「池に行く」と自傷をほのめかし、耳にタバコを突っ込んで火傷することがあった。「心臓がなくなってしまった。腸もない」といった言葉が目立った。変薬が行われ、陽性症状は落ちついたが、一方で、周りや自身に対する関心が減り、無為に傾きやすくなった。

入院後約 20 年の状態は、「脳が溶ける」、「頸動脈切られた」など、いろいろな訴えが聞かれるが、以前と較べると深刻味に乏しく、感情が言葉に伴わない時が増えた。父がこの頃に他界したが、入院後 26 年の現在（当時）に至るまで、墓参等には行くことができない（家族の協力が得られない）でいる。

2. 現在の状況

個人衛生では、ベッドの周りが散らかっているときに声をかけると、整理するのが、「めんどくさい」という反応をすることが多い。同じ服を長い間着ていたり、重ね着をしているときもある。だが、受持ちの看護師が熱心に関わると更衣し、洗濯も行う。入浴は自分で行う。

一日の過ごし方としては、自分のベッドにいるか、ホール（食堂）の椅子に腰掛けてることが多い。他患者と話をしないわけではないが、一人でいる姿をよく目にする。一日に 1～2 度、棟外に出て、タバコを吹かしたり、以前から知り合いの他病棟の患者と話し

たり、あるいは、売店や自動販売機で買い物をしたりする。睡眠は眠剤を使用しおおむね良好であるが、時に夜間覚醒（一人起きて考え事をしている）が見られる。

服薬量は、レボメプロマジン（商品名ヒルナミン）825mg プロペリシアジン（ニューレプチル）150mg である（いずれも一日量）。

第4節 記述データ

1. アプローチの経過

1) 1996年3月

#1. 今にも泣きそうな顔をして詰所に来る。父と母と兄の声で、「よしお、よしお（E氏の名前、仮名）、しょうね（性根）を鍛えてやるからな」といわれるのだという。泣き顔になり、話を続けるが、声が聞き取りにくい。人の名前がよく出てくるので尋ねると、兄姉やその配偶者、そして子どもたちの名前であることがわかった。話を暫くきいていると、泣き顔がおさまり、笑顔も出てくる。二人で部屋に行く。

筆者は、E氏の家族について、もう一度尋ねたいと思い、教えてくれるように頼むと、紙に家族の名前を書き、紹介してくれる。兄姉が何人かおり、それぞれ家庭を持ち、独立している。父が亡くなって以来（母も既に死亡している）、実家への外出も外泊もできないでいるが、E氏は甥や姪の名前まで、よく覚えている。自分のことに関しては、「結婚問題で悩む」と添え書きする。少しきどった様子が印象的だった。

時々、胸を手で押さえては、「胸がいたいわー」といい、こちらが関心を寄せると、「テレパシーが入ってくる」という。「テレパシーって、何？」と尋ねると、「18才でA病院に来た。テレパシーで来た。心臓、超能力で。バスの中でお母ちゃんが呼んだ。こっちおいでって・・・」と語る。その後で、ギターを弾いてくれる。

#2. 部屋を訪れ、傍まで行くと、それを合図にするかのように、ニコニコしながら自分の話をし始める。焼き鳥の話は、いつの間にか、ラジオを組み立てたときの話になっている。E氏は楽しそうで、子供がはしゃぐように話す。

病棟のグループ活動のことを尋ねると、「コーヒーやココアが出るから参加しているんや」という。意外に醒めたところがあるように思った。やがて笑顔がひいて、「俺は精神分裂病や」とポツリという。「どんな病気と思っているの？」と尋ねると、困ったように「心臓が痛くなって」と続ける。心配そうに「精神ノイローゼってどんな病気や？」と、こちらの顔を見上げて尋ねてくる。

3. 部屋で、E氏の高校時代の話や、X病院での養鶏作業の話（どちらも生き生きと話す）を聞き、その後、一緒に外に出る。「きのう、昼と夜、ごはん抜いた。お兄ちゃん、金使うなっというよんねん」という。もう少し聞いてみようと思い、用事からもどったE氏に、「さっき、ごはん抜いたって、いっていたけど?」と尋ねた。だが「タマゴ嫌いやった。食べず嫌いや」という。兄については「兄貴、去年10万円入金しにきた。宅急便で送ってきた。コーラいっしょにのんだわ」と少し笑って話す。続けて「朝昼晩、聞こえてきよんねん。さちこ（一番上の姉、仮名）の声で」といい、さらに「えさん（30代の看護師の名前）は歌をうたっている。お父ちゃんは“しょうね（性根）をいれたるか!”といっている。お母ちゃんの声も聞こえる。お兄ちゃんには“関係ない!”といわれる。つらいわ!」と強い口調で話す。筆者がもう一度、「ごはん」の話を聞くと、真剣な表情になって、「脳とられたらかなわんから、食べへんだけや!。ごはん食べたら脳とられる。そんなこと言うたらおかしいから、兄貴のことというただけや」という。筆者が驚いていると、「きのうの晩、脳飛んどった。ベッドの上に脳飛んだ。右から脳出てくる。寝られんかった。誰かわかんけど、脳取りよんねん」と続ける。このような話をする事について尋ねると、「時間つぶしや。めしの時間が来るまでの」と話す。

2) 同年4月

4. 部屋で筆者が「昼ごはん、おいしかった?」と尋ねると、元気なさそうに「ごはん食べなかった。金かかるし、十何万する。併せると百万くらいになる」といい、その後で「墓参りしたいわー」と続ける。その後、子供の頃の話をするが、しばらくして、顔を歪めて「退院したいわー。しんどくなってきたわ」という。理由をきくと、つらそうに「ここも居づらい。だんだんそう思ってきた。退院したいわー。どうして時間を過ごしてよいかわからない。何してよいかわからない。父ちゃん、母ちゃん、いろんなひとの声がきこえる」と語る。

5. 部屋を訪れ挨拶すると、顔を歪めて「ここの患者全員がお前なんか嫌いやといってくる」といい、つらそうな表情をして、親族の人の声がきこえる話を続ける。やがて話が変わりやすくなり、「ヘラヘラっとした」笑い顔が見えはじめる。

6. 午後に部屋を訪れる。ベッドで横になっている。額にしわをよせ、心配そうな表情をしている。話しかけても何の返事もなく、ほんのかすかにうなづく程度である。今日は午前中、女子の看護学生が来ており、E氏は受け持ち患者になっていたが、緘黙のE氏に出会うのは久しぶりで、とまどってしまった。1時間後に訪れたときも同じ様子であった。「えさん（筆者注・男性看護師のこと）、今日来ていたね」と伝えると、笑みがこぼれた。だが、すぐにもとの心細そうな表情にもどってしまった。

3) 同年5月

#7. 病院の正面玄関の横手で腰をおろして座っているので声をかけるが、タバコを吸いながら「話すことないわ。μさん(別の男性看護師)に話した」と面倒くさいようにいう。乗り気でない様子であったが、散歩に誘い院内を歩く。途中歩きながら、困っているような表情をして、「正常になりたいんやけど、どうしたら正常になれるやろ」と聞いてくる。突然の話にこちらも困り、答えに窮してしまった。

#8. ホールで椅子に座っている。「ウンコが出ない」という。「おなかを見てみようか?」と声をかけると、「診て」というので、部屋に戻り、腹部の触診をする。だが、便塊は触れない。「おなかはやわらかいんだけどね」というと、黙ったまま立ち上がる。

#9. 今日は午前中、スタッフや他患者と一緒に外出し、回転寿司を食べてきた。お昼ごろに帰院したので、その話をもちかけると、心配そうな顔をして「俺は何の病気や?テレパシーか?精神ノイローゼか?」といい、「退院したいわー」と筆者の目をみて訴える。やがてホールの椅子に坐り、胸をさする。「心臓痛い?」と声をかけると、「18歳のとき、テレパシーが入った」という。

その後、表情が緩んで「OK牧場」といって、外国の映画俳優の名前をあげる。だが、余裕のない表情にもどっていく。

#10. 病院の正面玄関の横手に坐っている。筆者が話しかけると、表情はほとんど変えず、「心臓がいたいわー」、「不安やわあー」、「お兄ちゃんも(家に)入れてくれへん」と、言葉を並べるように話していく。言っている内容は重いのだが、言い方がとても淡々としている。

4) 同年6月

#11. ベッドに横になっている。声をかけると、ニコニコと笑い、高校のときの話をしていたかと思うと、病院で行われていた農耕グループの話をしたりで、まとまりのない話が続く。だが、ギターを手に取って途中から弾いたり、昔のグループサウンズの歌をうたったりと、今日は機嫌がいい。

#12. ベッド上で坐っているが、表情がうつろで、話しかけても何の返事もないので、部屋をあとにした。

#13. 病院の正面玄関の横手で坐っている。筆者が声をかけると、淡々と、「二回脳とられたわー」という。筆者が「最近よくあるの?」と聞くと、「最近はない」といい、「浣腸してもろたわー」と関係ないことを応える。しばらく話をしていると、また淡々と、「頸動脈切られたわー」という。「いろいろなことがおこるね」と返すと、「おこるわー」といい、「姉さんきてくれへんなあー」と続ける。筆者が「前にきてくれたとき、外泊の話しておけばよかったね」と伝えると、「外泊したいわー」といい、「一生もんやなー」と続ける。

#14. 朝の10時ごろ、病院の正面玄関の横手で、タバコを吸いながら腰を屈めて坐っている。「いつもここにいるね?」と声をかけると、こちらの顔を見上げ、淡々と「いつも11時まではここにいるねん」という。そういえば、この時間帯によくここにいる。「その後はどうするの?」と聞くと、「12時半までは(病棟の)ホールでテレビを見て、その後は、食事してから2時までは眠る」という。時々、男性の他患者と一緒にいるので、そのことを尋ねると、「パンを売ってやるんや」という。そして自分から、「〇〇(別の男性患者の名前)がキスしにくる、かなわんわ」という。その後でポツリと下を向き、(自分は)「嫌われもんやからなー」という。

2. 研究対象期間内の患者の病棟での様子

次に、この期間の病棟でのE氏の様子について、4つに分けて記述する。1) 病棟での出来事、2) 拒食および幻聴と家族に関する発言、3) 便秘や身体症状の訴え、4) グループ活動である。病棟の看護記録を元にしてまとめたものである。

1) 病棟での出来事

3月：下旬に男性の他患者(Qさん)に対する苦情を看護者に寄せている。「Qがキスしにくる。俺は女じゃない」(20日)、「Qを怒っといて。一日に何回もキスしてくる」(25日)。

4月：上旬の花見の院外レクリエーションには「お金がないのでいかへん」といい、不参加。中旬には看護実習学生の受け持ち患者になる。看護師に「学生に昔のこと聞かれた。(今は)しんどくないが、2回しんどかった」(14日)とか、「学生にいろいろ聞かれてしんどかった」(21日)と語っている。

5月：上旬に看護師が、他患者とともにFさんを回転寿司に誘う。最初「お金がないから。兄ちゃん、怒るから」といって応じなかったが、説明すると承諾し外出する。中旬、同室の患者(Pさん)を突然殴る行為がある。被害的な内容の幻聴との診断でレボメプロマジンを1アンプル(25mg)施注する(12日)。後日、殴った理由

を尋ねると、「うるさく言ってくるから」と語る。

6月：病棟での出来事としては特記事項なし。

2) 拒食および幻聴と家族に関する発言

3月：上旬に1回、夕食を食べないことがあった。

4月：上旬から中旬にかけて、「内臓がガクガクやねん、胸も腹もからっぽ」とか、(笑いながら)「飯も1週間くらい食べてへん」と話すことがあった。

5月：幻聴の訴えが、1日、9日、14日、31日にあった。9日の訴えでは「両親は死んだと聞いているが、よくわからない。確かめたい。墓参りして、仏壇が見たい」といい、「両親からの幻聴がある。一日中聞こえる。幻聴で寝付けない。小学時代の友人の声、兄の子どもの声が聞こえる。殺されないか心配」と話している。父母からの幻聴の訴えは14日にも見られる。一方、自分の入院費は誰が出してくれているのかを心配し(8日、11日)、「お金がないから」、あるいは「歯がないから」との理由で、朝食を食べないことがあった(6日、21日、28日)。

6月：中旬から上旬にかけて、「お金がないから」といって朝食や夕食をとらないことがあった(19日、20日)。

3) 便秘や身体症状の訴え

3月：上旬に1回、便秘の訴えがあった。聴診器を当てると蠕動運動があり、腹部を触ると柔らかいのに「便もおしっこも出ない」と語っている(5日)。その他には「眼が疲れる」との訴えが1回だけあった(15日)。

4月：便秘に関しては上旬に「胸、腰、腹が痛い。眼がかすむ。浣腸してほしい」との訴えがあった。浣腸を実施すると、「出た、いっぱい」と語る(4日)。身体についての訴えは微増しており、先述の「内臓がガクガクやねん、胸も腹もからっぽ(7日)とか、「腰が痛い、眼もいたいわ(20日)との発言があった。

5月：便秘の訴えは2回で(3日、31日)、ともに「1週間、便が出ていない」というものであった。3日の日は浣腸を施行し、「たくさん出た」と語っている。5月は、上記②のように、家族や幻聴に関する訴えの多い月である。「薬飲むのはイヤ。身体がだるい。働けない(9日)、「身体が重たい、しんどい(19日)と、二回ほど、倦怠感を口にしている。

6月：便秘の訴えがめっきり増え、「2～3週間、出ていない」との訴えが、8日、15日、23日、26日と4回聞かれた。26日は前日に「便出たわ」といっているのに、「2～3週間、出ていない」と訴えている。浣腸を17日と24日に実施したが、17日は「ちょっとだけ出た」、24日は「出なかった」というものである。便秘傾向には

違いないだろうが、腹部に強い不快感を呈するわけでもなく、「訴え方」がやや過剰になっている。その他の身体的な訴えはなかった。

4) グループ活動

看護師が運営する小グループ活動（5名の男性患者を対象に、週1回、茶話会を中心とした活動を行う）には毎回参加していた。

第5節 考察

ここでは、まず上記の二つのデータの整理を行い、それを受けて、患者の状態像とライフスタイルの検討を行う。

1. データの整理

a. 「アプローチの経過」より

筆者との関係（1の「アプローチの経過」参照）では、3月～4月の記録では、E氏は自分を責める幻聴のつらさ（#1.「よしお、よしお、しょうねを鍛えてやるからな」など）を、「熱く」訴えている。

4月～5月では、言動の質に変化が見られ、①被害的な訴え（#5.「この患者全員がお前なんか嫌いやといってくる」など）、②固い表情での緘黙（#6）、③病気へのコンプレックスの表出（#7.「正常になりたいんやけど、どうしたら正常になれるやろ」、#9（「俺は何の病気や？テレパシーか？精神ノイローゼか？」）など、動揺が広がっている。

5月～6月に特徴的なのは、言葉に感情が伴わない、醒めた言い方、あきらめた言い方が増えていることである。例えば#10. 表情はほとんど変えず、「不安やわぁー」「お兄ちゃんも（家に）入れてくれへん」、#13. 淡々と「頸動脈切られたわー」、また、#14. 「一生もんやなー」、そして#14では、（自分は）「嫌われもんやからなー」といっている。

b. 「患者の全体状況」より

次に、E氏の病棟での様子（2の「患者の全体状況」参照）を見ると、4月中旬に看護実習生がE氏の受け持ち患者になり、5月になると、父母の安否や家族の負担を心配する訴え、あるいは行動化が増えている。例えば、①「両親は死んだと聞いているが、墓参りして、確かめたい」、②「兄の子どもが殺されないか心配」、③「自分の入院費は誰が払っているのか？お金がないから朝食は食べない」などである。そして6月に入ると、今度は

便秘の訴えが目立つ。

c. 二つのデータより

1) と 2) の両方のデータを重ねると、3月は、自分を責める幻聴のつらさを訴えることが多かったが、看護実習生の受け持ちを境にして(4月から5月にかけて)、動揺が広がり(自責感、被害感、劣等感が強くなり)、悩んでおり、6月に入って、比較的自分に関心をもってもらいやすい身体の(便秘の)訴えが増えている。また、「あきらめた」表現が出てきている。筆者との関係でいえば、3月は筆者を頼りにしたところがあったが、4月以降は筆者への関心は減っている。

2. 患者の状態像とライフスタイル

E氏への関わりが持ちにくい点があるとすれば、次のことが上げられる。1) 周囲の状況の影響を受けやすい、2) 体感幻覚や身体愁訴(便秘や胸・心臓の痛み)といった症状と自己表現(自分のアピール)が見分けにくい、3) ライフスタイルの中から、患者の潜在力が見つけにくい、などである。これらの点につき、1の「アプローチの経過」を通して検討してみる。

1) 気分の不安定

1のデータを辿ると、患者の気分が揺れやすいこと、また、爽快、悩み、抑うつを経て、あきらめへと変化していることがわかる。

① 気分のよい時、爽快な時。#2の前半や#5の後半、それに#12などがこれにあたる。

② 気分が落ち着いている時。#2の後半や#3の前半、それに#4。訴えの内容は「つらい」ものだが、気分は落ち着いている。#1に関しても、前半は自分の感情を出しているが、後半では余裕が出てきている。

③ 悩んでいる時。#5の前半の被害的な訴え、#7や#9の自分の病気への悩みがこれにあたる。

④ 抑うつ的な時。#6や#12では緘黙であり、苦悶様の表情をして何も語らない。

⑤ 醒めている時。#13や#14は、「醒めた」様子、「あきらめた」様子である。

この気分の経過とは別に、患者は、話しているうちに、上記の①から③になったり(#2)、逆に③から①になったり(#5)する場合がある。

2) 症状と自己表現

次に、症状と自己表現の分ちがたさにつき、体感幻覚と胸の痛みの例をあげてみたい。

そもそも幻覚（幻聴・幻視・体感幻覚など）は追体験が難しい。だが体感幻覚の場合は、身体の一部を使って表現されるだけに、聞き手に対するインパクトは大きい。

例えば#3で、筆者が食事を食べなかったことについて尋ねると、非常に強い口調で、「脳とられたらかなわんから、食べへんだだけや！。ごはんたべたら脳とられる！そんなこと言うたらおかしいから、兄貴のこというただけや」と語り、筆者を驚かせる。何回も拒食について聞かれることを嫌悪する感情もはたらいているのであろうが、内容はきわめてリアルである。

ところが、体感幻覚の訴えは#3のように、いつも切迫しているわけではない。#13でも「脳とられたわー」「頸動脈切られたわー」といっているが、これは、一貫性のない会話の中で語られ、それほど実感を伴っていないように聞こえる。

実際リアルに幻覚を感じる時もある。だが、その体験と距離のとれている場合は、その訴えは、日常会話の自己表現の一部になっている。

また患者は、データの中では4回、胸・心臓の痛みに言及している（#1. #2. #9. #10）。実際、胸がチクチクすることもあろうが、「18歳のとき、テレパシーが入った」（#9）というように、本人の中ではテレパシーと関係している。

患者にとってテレパシーとは、「これが自分の病気ではないか」（#9）と感じているものでもあれば、「自分の存在を示してくれる」ようなものでもある（例えば#1の、「18才でX病院にきた。テレパシーで来た。心臓、超能力で。バスの中でお母ちゃんが呼んだ。こっちおいでって・・・」との言葉）。

テレパシーの訴えを直接しても、相手はなかなか聞かないが、身体の訴えなら、耳を傾ける。いずれにせよ、胸・心臓の痛みは、身体愁訴の一つになっており、便秘の訴えや体感幻覚の訴えに並んで、（それらのリアルな症状とともに）自身のアピールにもなっている。

3) 患者のライフスタイル

E氏の入院は26年に及ぶ。現在（当時）46才であるから、この患者も人生の半分以上をこの病院で過ごしている。症状と自己表現が重なり合っている部分のあることは上述したが、E氏のライフスタイルがどのようなものであるかもわかりにくい。

病院で働いていると、（E氏に限らず）患者のライフスタイルが見えず、「無為」とか「自閉」（現実から離れて、自分の世界の中に生きること）かで、一括りにしてしまうことがある。

しかし、筆者が気づかなかっただけで、E氏は自分のペースで、毎日の生活を送っている。#3では、E氏はリアルに病的体験の訴えをしたにもかかわらず、「（このような話をするのも）時間つぶしや。めしの時間があるまでの」と述べる。E氏にとっては、筆者に話を聞かれることも、日常の一コマである。#14では、一日の過ごし方（「時計ももたない」E氏だが）をきくことができた。

#4で、「ここも居づらい。だんだんそう思ってきた。どうして時間を過ごしてよいかわからない。なにしてよいかわからない」と患者は語る。言葉は否定的であるが、表現にはエネルギーを窺わせる。また、「一生もんやなー」(#13)、「嫌われもんやからなー」(#14)という「セリフ」も、将来を案じ、希望を捨てていない表われである。このような言い方も、E氏のライフスタイルの一部である。

E氏の場合、世代が交代して、きょうだいからの支援はほとんど望めなくなった。自分のさまざまな劣等感を刺激され、被害的・自責的になり、幻聴に苛まれるなど、病状の再燃を繰り返している。筆者がE氏の愁訴やライフスタイルをあらためて受け入れることから、関係を構築していくべきなのであろう。

第6節 終わりに

この事例は関わり自体も途中ではなれ、筆者にとっては未完の事例である。E氏の言動には、症状・アピール・あきらめ・希望が微妙にからみあっている。気分の不安定性のため、見えにくくなっているが、上述のようなライフスタイルの中にこそ、患者の潜在力があるのであろう。

病院の療養条件の改善が進む中で、医療スタッフのサポートを受けつつ、E氏の福祉が一層充実していくことを祈っている。

第3部 総合考察篇

はじめに

序説で記したように、精神科病院において、長期に渡って入院している慢性期統合失調症患者（長期在院患者）の割合は約半数を占める。だが、急性期の患者と比較すると、慢性期の統合失調症患者に対しては、それほど積極的な関心がもたれていない。

しかし筆者は、慢性期精神科病棟でのこれ迄の看護実践を通して、より充実したあり方への、その人なりの変化が認められるように感じてきた。受動的と思われる中に、人としての普遍的なあり方である、自己形成への胎動を感じ取ることが出来ると考えるのである。

先述した第2部では、5例の慢性期統合失調症患者への現象学的アプローチについて記してきた。

この第3部では、第1部の理論篇、第2部の事例篇を受けて、総合考察を行う。

第1章では、事例篇の事例1～5について、慢性統合失調症の長期経過に関する先行研究と比較検討しつつ、それぞれの事例の状態像を相対的におさえる。次に、5事例をあらためて回顧し、それぞれの事例を相互に比較することによって、どの事例においても、「より充実したあり方へのその人なりの変化」が認められることを指摘する。そして、医学的観点とともに、教育学的視点から、慢性期統合失調症患者に関わることの必要性につき言及する。第2章は、本研究で用いた現象学的方法の効用について検討し、最後の第3章で、今後の課題について記す。

第1章 慢性期統合失調症患者の人的成長について

第1節 5事例の状態像について

最初に、第2部事例篇に記した5事例の患者の状態像について整理しておく(表16)。

事例1のA氏は42才で、肥満体である。小学校の時に初診、18才前後より幻聴や自傷行為が出現し、25才でX病院に入院、以後16年の療養を続けている。一日のほとんどをホールで過ごし、無為・自閉に傾いている。絶えずと喋っていいほど小声で独語し、返事は反響言語が多い。セルフケア(身辺生活の自立)の全面的な介助を必要とし、自宅やグループ・ホーム(共同住居)への退院は困難である。キーパーソンは妹である。

事例2のB氏は49才で、やや小柄である。17~18才頃に発症、罪責感情がつよく、激しい手洗いと執拗な確認行為のため、入退院を繰り返したが、親の高齢化・死去のため、この16年はX病院での療養が続いている。手洗いは近年減少したが、言語的確認は持続している。セルフケア能力や周囲への関心が低下し、社会的な適応が可能になる状態には至っていない。父親がなくなり、キーパーソンはない状態である。

事例3のC氏は47才で、体型は標準型である。14才ごろに発症、注察妄想(誰かに「まなざされている」ように思う)がつよく、現在も幻視(これも注察妄想の延長線上にあると考えられる)が激しい。入院年数は29年である。会話は支離滅裂に傾き、処置や検査の拒否も多い。セルフケアへの部分的介助も必要であり、社会復帰のきわめて難しい事例である。母親は高齢で施設に入居しており、実質、キーパーソンがいない状態である。

事例4のD氏は58才で、やせ型である。20才過ぎの発症で、妄想がつよく、X病院だけでも、28年の療養になる(通算入院年数は35~36年である)。支離滅裂や言語新作といった思考障害が残遺症状として残る。セルフケアはほぼ自立し、対人関係にも概ね支障がないので、現在は、社会的入院に近い入院である(家族の受け入れや社会的な受け皿が整わないという理由で、入院期間が長引いているものを社会的入院という)(近澤, 1997, p.69)。キーパーソンはきょうだいである。

事例5のE氏は46才で、小柄である。18才頃の発症で、X病院で27年療養を続けている。自分を責める幻聴が激しく、体感幻覚や身体的な訴えも多い。周囲からの影響により、気分が揺れやすく、研究対象期間の4ヶ月(1996年3~6月)だけを見ても、患者の気分は、爽快、悩み、抑うつ、あきらめへと転じている。セルフケアはほぼ自立しているが、

衣類の整理などに部分的介助が必要である。病状の再燃の心配など、今すぐの社会復帰は難しい。きょうだいがいるが、支援を望めず、キーパーソンは実質、いない状態である。

表 16 5 事例の状態像の比較

事例	主症状	年齢	入院年数	セルフケアの自立度	退院の可能性
事例 1	独語・反響言語	4 2	1 6	全面介助必要	困難
事例 2	言語的確認	4 9	1 6	部分介助必要	今は困難
事例 3	幻視・支離滅裂	4 7	2 9	部分介助必要	困難
事例 4	滅裂・言語新作	5 8	2 8	ほぼ自立	可能
事例 5	幻聴・体感幻覚	4 6	2 7	ほぼ自立～部分介助必要	今は困難

第 2 節 先行研究との比較検討

本研究は、統合失調症の予後研究ではないが、ここで、慢性期の統合失調症の長期経過に関する先行研究を見ておきたい。これらの研究を参照、あるいは、それと比較検討することにより、事例 1～5 の状態像を相対的に捉えることができると思われる。下記では、プロイラー、M、加藤(健)ら、一宮らの研究を取り上げる。

1. プロイラー、M

プロイラー、M (1972) (宇野, 1984, pp.204 f) は、Burglölzli 病院で 208 例を、22 年以上経過観察して、統合失調症の長期経過を類型化した (なお、プロイラーは 1941 年にも同様の試みを行った)。

プロイラーは経過を、波状経過と単一経過に分ける。波状経過とは、前後の状態と明確に区別できる病期が数週間持続するものである (波状が 1 回のみ患者もいれば、2 回以上の患者もいる)。一方、単一経過は、波状のような病期ははっきりせず、急性に (2～3 週間以内に症状が顕著になって) 経過するものと、慢性に (症状形成までに 2～3 週間以上かかって) 経過するものがある。

プロイラーは、統合失調症が 5 年以上に渡って安定した状態にあるのを、引用符つきで (固定・不可逆のネガティブなイメージを避けるために)、「終末状態」(“Entzustand”) と呼んだ。プロイラーによれば、統合失調症は、波状、あるいは単一に (急性に、または慢性に) 経過して、治癒 (社会的治癒を含む)、もしくは、終末状態に至る。その際、終末状態は、程度により、重症・中等度・軽度の 3 つに分けられた。それぞれの定義は下記の如くである。

- ・重症：無口または滅裂、無為、無関心、興奮や拒絶あるいは不潔があつて要介護。状態像としては、従来の荒廃 (Verblödung) (重症の残遺・欠陥が持続し、回復困難な状態をこのように呼ぶことがある) に当る。
- ・中等度：全体として重症に似ているが、相手によって態度に変化をみせる。談話や行動は滅裂までには至らず、ある程度理解可能。
- ・軽症：みたところ行動もまとまっており、人格の崩壊は認められないが、幻覚妄想は残っている。

ブロイラーによると、統合失調症の長期経過は次の8つに類別される (丸括弧内の%は、対象の208例における該当比率である)。

- ① 急性に重症の終末状態に至る (1%±0.69)
- ② 慢性に重症の終末状態に至る (12%±2.27)
- ③ 急性に中等度ないし軽度の終末状態に至る (2%±0.97)
- ④ 慢性に中等度ないし軽度の終末状態に至る (23%±2.94)
- ⑤ 波状に経過し重症の終末状態に至る (9%±1.99)
- ⑥ 波状に経過し中等度ないし軽度の終末状態に至る (27%)
- ⑦ 波状に経過し治癒に至る (22%±2.89)
- ⑧ 非定型経過群 (上記の7群には分類できないタイプ) (4%±1.37)

本事例との比較であるが、事例1～5において、5年以上に渡って安定した状態 (「終末状態」) にあるのは、事例1 (この事例は接枝型である) と事例4である。状態像のみで分類すれば、事例1は重症、事例4は中等度ないしは軽度というようになる。事例2、事例3、事例5は、5年以上に渡っての安定が得られていないので、「終末状態」に分類することは難しいことになろう。

2. 加藤ら

加藤 (健) (1990, pp.475 ff) らは、後述する一宮らと同一のデータ (川越同仁会病院129例の長期経過) を用いて、統合失調症の病期を極期、静穏期、移行期、寛解期、慢性期に分け、患者の長期経過の構造を分析した。加藤 (健) らによれば、5つの病期の定義は次の如くである (pp. 479 ff)。

- ・極期：病勢が進行し、特有な統合失調症性障害がもっとも激しく現われる時期で、感情・意欲・思考の障害が強くなり、その統一が失われるとともに、一次的な人格統合も障害される。
- ・静穏期：病的異常体験は褪色しつつなお残遺しているが、社会的行動面にはまとまりがでて比較的安定し、静穏化する時期。
- ・移行期：極期の病勢は沈静化し、行動面においては、静穏期と似ているが、内的不安

緊張が持続し、時に内在する病的体験が活発化する。予測のつかない（どの病期へも移行しうる可能性をもつ）不安定な時期である。

- ・寛解期：半自立および自立生活のできる時期。
- ・慢性期：人格変化の慢性状態を呈し続ける時期で、陰性症状が前景化する。病的体験は伴う場合も、伴わない場合もある。

加藤（健）らによれば、患者により、これら5つの時期の有無、ならびに配列が異なるという、類型化すると、次の6つに分類されるという（pp.480 f）。なお、丸括弧内は、129例中、その型に入る人数と、その人数における予後良好者の割合である。

- ・ I 型：整列型～長い極期に引続き、静穏期を経て、寛解もしくは慢性期に至る。（15名・67%）
- ・ II 型：不整列寛解保有型～波状に経過し、病状再燃と増悪を繰り返すが、経過途中で寛解期を持つ。（44名・73%）
- ・ III 型：不整列寛解欠如型～静穏期はあるが寛解期をもたず、極期から静穏期に向かう移行期が非常に長い。（22名・14%）
- ・ IV 型：持続進行型～静穏期をもたない型で、①極期から移行期に至り、そこに留まるもの、②極期、移行期を経て、静穏期に至らず、慢性期へ至るもの、③極期から直接、慢性期に至るもの、という3つのパターンがある。（31名・0%）
- ・ V 型：間歇型～極期、移行期から寛解期に移り静穏期が認められない。（7名・100%）
- ・ VI 型：極期欠如型～長い移行期から始まり、寛解期へ向かう型と、慢性期へ向かう型がある。（10名・50%）

本研究において、上記のI～VI型のように、長期経過の構造を綿密に検討することには限界がある。だが、5つの病期の定義に照らして、本稿の患者の状態像を分類すれば、事例2、事例3、事例5は移行期、事例4は静穏期にあると思われる。なお、加藤ら（下記の一宮らも同様であるが）は、接枝型（本事例でいえば、事例1）は対象から除外している。

3. 一宮ら

一宮ら（1986, pp.206 ff）は、川越同仁会病院で、20～26年、129名の統合失調症患者に継続関与して、患者の長期観察の結果と転帰をまとめた。治療グループが、研究対象期間を通じて同一であり（予後判定のバラつきが少なくなり、患者相互の比較検討が行いやすい）、129症例の一つひとつについて、「初診以来の全ての記録を丹念に掘り起こし」た（一宮ら、P.212）ものであることから、転帰研究において一定の評価を得ている。一宮らは5段階で転帰の評価をしたが、下記では、A)～D)に分けて、その結果（p.205）を紹介する。

- A) 予後良好群は次の2群であって、129例中の44.2%がこれに該当する。(％値は、症例129例中の該当比率である。以下同様)
- ◎：寛解状態で自立生活を営む群で、これは完全寛解から社会的寛解までを含む。17.1%である。
 - ：就労している半自立群で、家族の庇護や公的経済援助を受けながら就労している群と、入院中であるが、同じ段階と評価してよい外勤者群を合せたものである。27.1%である。
- B) 院内ないしは家庭内適応群は、△の24.8%である。
- △：家庭内あるいは院内適応状態で、ときどき悪くなる群。
- C) 悪い時が多い群（不適応群）は、▲の17.1%である。
- ▲：悪いときが多いが、時に良く、日常生活面の指導が絶えず必要な群。
- D) 持続的に悪い群（未治群）は×の14.0%である。
- ×：持続的に悪く、日常生活全般にわたる介助を要する群。

本事例の1～5の患者で、◎か○に該当する患者はいないと考えられる。△に該当すると思われるのは事例4、▲には、事例2と事例5が当てはまると考えられる。一宮らは、▲群と×群の違いを、前者は単独で外出でき、集団行動がとれるが、後者はできない、としている。この定義からすると、事例3は、▲群と×群の間ぐらい（単独で棟外への外出はできるが、集団行動がとれない）と考えられる。事例1は接枝型であり、一宮らは対象に含んでいない。だが、一宮らの分類は病期ではなく、状態像の分類であるので、その限りで事例1を分類すると×群に入る。このように、一宮らの転帰評価の基準に、本事例を重ね合わせてみると、その多くが▲群と×群に該当することがわかる。

第3節 本研究事例の総合考察

これまで、事例1～5の状態像につき、あらためて検討を行ったが、長期経過の先行研究と重ね合わせると、本事例は、状態の重いケースの多いことがわかる。

状態像・病像が思わしく改善しないまま、あるいは、社会復帰への見通しが立たないまま、精神科病棟で10数年から30年近く療養生活を送っている慢性患者に対しては、医療スタッフの側が脱備給—生き生きとした関心を引き上げること—（中井、1976, p.35 f）してしまうことが少なくない。中井は次のように記す。「長い病棟生活の中で医者と患者との話題は次第に豊富さと多様性を失いがちであることはすでに指摘したが、治療者が個人としての患者に生き生きとした関心が寄せられない時に、患者の側に、共人間社会への生き生きとした関心を期待するのは控えめにいっても望み薄であろう」（ibid., p.60）。これは職種の違いを超えていいうる事柄である。

そこで筆者は、現象学的心理学の立場から患者にアプローチを行った。すなわち、その人に関わるときの先入見となっているものを、一旦「保存」しておき、素朴な人と人との関わりに立ち戻り、患者の病気以外の面や、見えていないその人の可能性に敏感になるようにつとめた。また、精神医学のカテゴリーをできる限り用いず、見ているまますの確に記述し、筆者自身の在りようと重ね合わせて記述するようにした。そして分析では、筆者との相互関係の中で、あるいは病棟生活の中でたち現われる患者の、生きられた体験の意味（理論篇ではこれを志向性の分析と呼んだ）を読み取っていくことを心がけた。

事例1～5は、このようなアプローチによる事例集であるが、それとともに、現象学的方法を用いて、一見、変化の乏しいように思われる慢性期統合失調症患者について、（それでもやはり）一人ひとりが、充実した在り方を求めて日々を過ごしていることを、仮説検証するいとなみであった。

前節で記したように、患者の状態像は様々である。だがそれとは別に、それぞれの事例には、一人ひとりの「生活する姿」があり、それは非常に個性的であった。本節では、それぞれの事例を回顧することによって、人間の生成に関する事柄について検討していきたい。

1. 5事例のアプローチの要約と個々の事例の特徴

1) 事例1「独語や反響言語のつよい患者へのアプローチ」

(1) アプローチの要約

事例1は、接枝型（知的障害を基盤にする）で、独語や反響言語のつよい患者のケースであった（42才。入院年数は16年。以下A氏と記す）。当初、筆者は独語や反響言語への対応に悩まされたが、やがて、それらはA氏の生きるあり方であると気付く事で、症状に対する先入見が軽減された。患者理解の鍵になると思われた反響言語の、A氏にとっての意味を分析すると、4つの意味（4通りの使われ方）のある事に気付いた。つまりA氏は、反響言語を使って表出行動をしていたのであり、一つの関係のとり方（コミュニケーション）であると考えられた。また独語の一部に関しては、30数年前の家族の会話の一コマを（祖父や祖母がA氏に呼びかける声を）、くり返し再現していることがわかった。

(2) ケースの特徴

研究対象期間中、明らかにA氏の表情が生き生きとしたのは、（その日が）外泊の当日であることを筆者から確かめた時と、自分の名前を「ひろちゃん（仮名）」と呼ばれた時であった。A氏は週1回、妹さんが迎えに来て、1泊2日の外泊を行う。A氏は一日に何回も外泊日の確認に来るが、外泊についてのA氏の言葉は、他のどの言葉よりも気持ちが込められ、自発的であった。一方、筆者から「ひろちゃん！」と言われた時、A氏は顔をしわ

くちやにして喜び続けた。それはA氏にとって充実した瞬間であった。

医療関係者は病棟空間だけを、患者が生きている空間のように見ている。だがA氏の独語を聞いていると、少なくともその一つは、一緒に過ごしていた祖父や祖母が、孫たち（A氏たちに）に語りかける言葉を、口真似したものであった。A氏の行動は、毎日、ほとんど変化がないように見える。だが、独語の中で、30年前に過ごした家族との生活を志向し、そこで「充実」を感じていたのである。

筆者はA氏を散歩に誘い、いろいろと話しかけたが、散歩中も、A氏は「ぶつぶつ」と口を動かし、話しかけても、顔を見るだけで返事がない時もあった。しかし、A氏は筆者と顔を合せると、ほとんどいつも、「いこっ」といった。「いこっ」というのは、(その日によって若干意味の違う時もあるが、大体は)「散歩に行こう」ということである。だがこれは、A氏にとって、一つの変化であった。A氏は、筆者からの働きかけ(という新しいもの)を受け入れ(あるいは筆者に合わせ)、たとえ僅かな時間でも、世界を拡がらせていた、と考えられる。

(3) 事例のまとめ - 生きる意欲 -

A氏は、昔のことを繰り返し、独語で再現して時を充実させているが、週に一度の外泊を楽しみに待ち、また、筆者が誘うと、すぐに外に出ようとする。A氏の言葉はきわめて限られ、障害の程度も重いが、生きる意欲を持ち、日々の単調な生活に対し、A氏なりに変化を求めていたのである。

2) 事例2 「言語的確認行為(強迫)のつよい患者へのアプローチ」

(1) アプローチの要約

事例2は、言語的確認(強迫)行為の激しい患者のケースであった(49才。入院年数は16年。以下B氏と記す)。10ヶ月を対象期間とした3つの記録を比較すると、言語表現上の変化(豊かさが増している)が見られた。場面Iでは、同じ様な言い回しを執拗に、被害的に繰り返していたのが、場面II(Iの2ヵ月後)になると、注目を惹こうとする言葉や、ユーモアのある表現が現われ、場面III(IIの8ヵ月後)では、筆者への難詰が減り、要望・希望や、これ迄対処できなかった事柄に、自分なりの納得を示す言葉が出現した。この期間におけるB氏の病棟での様子(全体状況)の資料を重ね合わせると、B氏は周囲との関わりで、以前より、折り合いがつく方向に変化していることが確かめられた。

(2) ケースの特徴

B氏の訴えで一番多いものは「(そんなことをして、あるいは、こんなことを考えて)罪になりませんか?」というものである。程度差はあるにしても、その悩みに「取り付かれる」と(obsession)、何回も何回も、同じことを尋ねに詰所に来ることになる。

言葉遣いは丁寧で、「まじめな」こともあり、B氏は他患者からもよく声をかけられる。一方で、話が「しつこかったり」、質問ばかりするので、相手から嫌がられたり、からかわれたりする。お話し会でもよく発言し、B氏は「なくてはならない」存在である。だが、最後まで自分の話を言い届けたいと得心しないので、周囲の苦情を呼ぶことも多い。

お話し会に参加したり、患者同士の関係があったり、看護師とのコミュニケーションのあった方が、B氏のセルフケアを高めるには好ましい。だがそれゆえに、周囲から触発され、罪責感情が頭をもたげることもある。このように、病院の生活空間は、B氏にとって両義性を抱え込んでいた。

だが、研究対象期間において、患者には余裕が現れてきた。データ中の3つの場面を、もう一度迎ると次のようになる。

① 場面Ⅰ (1998年11月)。天罰、仏罰、ペーパー罪、あるいは、「息(いき)事切れて」など、不安に関連するような表現が多く、トイレやホールで倒れてしまい、自分が「大変であること」を痛烈にアピールし、薬や処置や検査を全部やめてほしい旨をさかんに訴えていた。

② 場面Ⅱ (1999年1月)。場面Ⅰの2ヵ月後であるが、患者の言動には少しゆとりが感じられた。自嘲するかのよう、「明けても暮れても、それば一つかり(自分は薬について、不快な出来事を話してばかりだ)」といい、「毎日ベッドに死んだみたいに寝転んでいます」と、自身を冷静に振り返る言葉が現われた。また、他患者からの脅かしに関して、間接的に(筆者に怒りをぶつけるという形で)、抗議することができていた。

③ 場面Ⅲ (1999年9月)。場面Ⅱの8ヵ月後である。かなりアクティブになっている。「倒れる」のは、以前、飲んだ薬のためだと、自分なりの納得の仕方をして、「一日も早く、薬を廃止してほしいです」、「何もしないで寝てば一つかりの生活を送るのを卒業したいです」など、自己を主張しながら、他患者の語った事柄(「同じ事を何回もいうから寝かされるんです」)を、ポジティブに受け入れるようになっている。

(3) 事例のまとめ - 状況の中で生きるコツを学びつつ -

B氏の、10ヵ月間における言語表現上の変化は、看護師のサポートを受けつつ、周囲や自身(の潜在する不安)との折り合い(対処機制)がうまくなり、少しずつ従来の生き方を変えていったことを窺わせた。言い換えると、状況の中で生きるコツを学んでいることと考えられた。

3) 事例3 「幻覚や支離滅裂のつよい患者へのアプローチ」

(1) アプローチの要約

事例3は、幻覚が激しく、支離滅裂傾向のつよい患者のケースであった(47才。入院年数は29年。以下C氏と記す)。不機嫌な時が多く、話しかけて返事が戻ってくるのは、2

～3回に1度程であった。だが、会話状況が落ちついてくるとC氏は、支離滅裂な表現の中に、自分の本音やニード（要求）を挿入させ、筆者を「鏡のようにして」、生活史の一部を断片的に語った。記録を辿りなおすと、自分の言いたいことを受け止めてくれるという期待感の中で、C氏は筆者に心を開いていること、支離滅裂にも、ある意味で筋道のあること、また、支離滅裂は、自分が傷つかない語り方になっていることが分析された。

（2）ケースの特徴

C氏は病棟では、空笑や独語しながら一人で過ごすことが多い。表情が険しいまま緘黙しているかと思えば、C氏の方から話しかけてくる時もあり、機嫌が掴みにくい。だが、話が始めると、主題は何を話しているかはよくわからないが、断片的に印象に残っているものが、「ポツポツと」（「バラバラに」）でてくる。

筆者がC氏の言っていることを「尋ねてしまう」と、C氏は話すのをやめてしまう。また、合間に声をかけると、遮るように、語気を強くして話を続ける。そのような場合C氏は、不安を感じ、自分が否認されるような受け取り方をしてしまうのであろう。C氏はその時思い出したこと、関心をもったことを自由に話し、こちらがそれを一定受け止めると、それで満足する。

エピソードⅢであれば、いろいろな話の中に挟まれながら、①「あのお金、平等に分けやあかんしね」、②「僕、〇〇（C氏の故郷の地名）に帰っていかなあかんしね」、③「（相撲）番組、見ることはみるけどね」、④「小さい時にね、映画館の二階の窓から落ちてね、怪我したことあったからね」、⑤「ええかっこいうとるからね、僕かてね」、⑥「僕かて、自分の弟は逆子で死んだけどね」、等々、筆者にとっても興味深い話が出てくる。

会話全体は「バラバラな」印象を受ける。だがC氏にとっては、それらは「バラバラ」ではなく、会話状況全体を、「生き生き」としたものに感じていることであろう。今回のデータのように、C氏の方から自然に語りかけてきたり（エピソードⅡ）、あるいは、穏やかに語り続けること（エピソードⅢ）は、C氏を知るものからすると、きわめてユニークな（個性的な）あり方であり、表現したい意欲のあることが窺える。

一人で過ごすことの多いC氏であるが、エピソードⅠに記したように、3～4名の患者（それも女性の患者が多いが）とは交流が見られ、「お金貸して」と声をかけたり、あるいは、即席ラーメンを作ってもらったり、反対に、焼きそばをあげたりしている。病棟で時折見られる、処置や入浴や検査の拒否も、その時の自分の状態に見合って、自由を行使している（自己主張している）と受け取ることも可能である。

（3）事例のまとめ —生きることへの充実を求めて—

C氏は、機嫌の波の激しい患者である。だが、自分の心境に余裕のあるときは気を許し、内緒事や過去のエピソードを含め、筆者に語り続けた。自分自身を誰かに表現したい時は、従来のあり方を変化させて（あるいは、自身のプライドを下げて）、相手に語るのであり、

それは、自分自身の「厳しい条件の中で」の、生きることへの充実を求めたいとみであると考察された。

4) 事例4 「支離滅裂や言語新作の多い患者へのアプローチ」

(1) アプローチの要約

事例4は、支離滅裂傾向で、言語新作（造語）の見られる患者のケースであった（58才。入院年数は28年。以下D氏と記す）。D氏との会話では、本人にとっては意味があるが、筆者には意味のわからない返事が戻ってくるパターンが散見された。この常態化を強調すると「症状の固定化」と呼ばれる。だがD氏は、病棟のお話し会では、この語り方で、年下のものをかばい、他患者への苦情をいい、また、協力を呼びかけたりする（年長者でもあり、「調停役」になる場合がある）。このように思考障害の残遺症状が見られるものの、見方を変えれば、現在の自分に固有の機能を生かしつつ、自身のライフスタイルで病棟生活を送っていると解釈された。

(2) ケースの特徴

D氏と会話していると、「おせん」「板垣退助」「五千元」など、同じタームが繰り返し登場する。これらは「Dさんにしかわからず」、言語新作（造語）と呼ばれるものである。例えば、「板垣退助」という言葉は、データ中に4回現れる。①「どこへ行ってもくおせん> やしね。板垣退助にもっていくのはな」、②「温泉に行く時はまた、板垣退助でね。仲良い二人で行くけどな」、③「気分がよくなるからね。板垣退助もっているからね」、④「これで夏来るんやろな、板垣退助。それが大きいと思うからね」である。

このような造語は、患者の「閉ざされた思考」の反映であろう。一方で、病院で30数年暮らしていると、世界が広がらないことが考えられる。生活史の中で形成されたキーワードのようなものが、今の心境なり、感情を表現する際の「道具」になっているように思われる。きわめて主観的な物言いであるが、同時に、D氏の中ではかなり自然に、首尾一貫していると思われる。

D氏はこのような造語を使いながら、また、話がよく「飛ぶ」が、病棟のお話し会では、年下のものをかばったり、他患者への苦情をいったり、反対に協力を呼びかけるような発言をする。D氏の主観的な意図としては、「病棟を守っている」くらいの気持ちがあるのかもしれない。だが、それが相手の干渉や侵襲にならず、「常識」の枠内にとどまっている。

(3) 事例のまとめ —自分の生き方で—

D氏は妄想や思考障害は残存しているが、ものの言い方、他患者との関係のとり方、折り合い方など、その表現の仕方において「安定感」を増している。D氏は、病棟の中では年長者の一人で、入院年数も長い。お話し会では、患者の「調停役」のような役割を取る

ことがある。年齢に応じて、また、自分に「出来る限り」において、ライフスタイルを少しずつ広げていると解釈された。

5) 幻聴や体感幻覚の激しい患者へのアプローチ –変化への欲求–

(1) アプローチの要約

事例5は、幻聴や体感幻覚の訴えの多い患者のケースである(46才。入院年数は26年。以下、E氏と記す)。この事例は患者との関係が発展せず、筆者にとって未完のケースである。1ヶ月目、患者は筆者を頼って幻聴のつらさを訴えたが、2ヶ月目～3ヶ月目にかけて、看護実習生の受け持ちになり、それを境に動揺が広がり、悩みが増えて、劣等感が増強した。4ヶ月目に入ると、孤立を避けるかのように、スタッフへの身体愁訴が増えた。4ヶ月間の関わりにおいて、患者の基本的な気分は、爽快、悩み、抑うつ、あきらめ、無関心へと変化した。E氏は、きょうだいからの支援がほとんど望めなくなり、先の見えない状態が続いている。E氏の「気分変動」は、様々なアピールを通して承認や変化を求めているE氏の一つの在りようであると分析した。

(2) ケースの特徴

E氏は、「子どものようにはじゃく」ところがある一方で、「悩み続け」ている。研究対象期間のデータだけを見ても、① 自分の入院費の心配(「ごはん食べなかった。金かかるし、十何万する。併せると百万くらいになる」)、② 病棟生活が辛いこと(「退院したいわー、どうして時間を過ごしてよいかわからない」)、③ 対人関係の悩み(「ここの患者全員がお前なんか嫌いやといってくる」)、④ 病気への戸惑い(「正常になりたいんやけど、どうしたら正常になれるやろ」)、⑤ 身内への不満(「お兄ちゃんも家に入れてくれへん」、「姉さん来てくれへんなあー」)、⑥ 親族への心配(「兄の子どもの声が聞こえる。殺されないか心配」)、などで悩んでいる。オロオロしたり、苦悶の表情で緘黙していたりする。

研究対象期間内は「はしゃぐ」より、「悩む」方がずっと多かった。「悶々とし」ながら、自分のリズムで一日を過ごし、その一コマとして、医療関係者の声かけに応じ、援助も受ける。

だが、「悶々とする」のは、E氏が「充実したあり方を求め」ているからである。筆者が関わりを始めて間もない頃(#1)、患者はギターを弾いてくれた。また、入院後、数年して参加した「養鶏作業」のことを懐かしそうに話した(養鶏を担当していた、面倒見のいい看護師をE氏は慕っていた)。これに対し、対象期間のデータ中では、自分をアピールするものが、病的体験(例えば、「18才のとき、テレパシーが入った」、「頸動脈切られたわー」など)や身体愁訴に限定されていた。

E氏は「入院は一生もんやなー」とか、「自分は嫌われもんやからなー」といいつつも、「結婚問題に悩む」とメモに書き、将来への期待を失っていない。医療関係者の援助が、

E氏のいろいろな「不全感」を補い得るとすれば、E氏のありのままを受け入れて、ともに何かに携わることであろう。

(3) 事例のまとめ —変化への欲求を受け止めて！—

事例5のE氏は、きょうだいからの支援がほとんど望めなくなり、先の見えない状態が続いていた。だがE氏は、さまざまなアピールを通して、承認や変化や充実を求めている。だがそれを受け止めきれないまま、筆者のアプローチは未完に終わった。患者が「自分を見せてくれる」には、こちらが変化しなければならないが、自分自身の意識の地平の狭さを教えられる患者であった。

2. 人間、この変化するもの — 5つの事例を振り返って

1) 医学的観点から見た5つの事例

慢性期統合失調症の症状は、実に様々である。事例3のように、妄想・幻覚をつよく持続させている患者もいれば、事例2、事例5のように、心情的訴えの多い患者もいる（事例2は幻覚もつよい）。あるいは、事例4のように、妄想を残存させつつ、自発性の欠如、心のはずみのなさが前景化している場合もある。事例1の場合は、特に陰性症状がつよい。

陰性症状には、自閉、意欲の減退（無為）、感情の平坦化（感情鈍麻）、社会性の喪失などがあり、固定的といわれるが、多かれ少なかれ、事例1～5の全てに含まれる症状である。慢性化は「環境の作用を受けて成立するものである」（中井・山口、2001, p.141）がゆえに、全てを患者の病気に帰すわけにはいかないが、総じて、慢性期精神分裂病患者には、変化に乏しいというイメージがある。

また、上記の第1章第1節・第2節では、事例篇5事例における患者の状態像を整理し、統合失調症の長期経過に関する3つの先行研究と比較検討しながら（①プロイラー、M.、②加藤健ら、③一宮ら）、各事例の状態像（病状の程度）を相対的に捉えた。事例1は重い障害を残して、5年以上に渡る安定した状態（「終末状態」）を続けている。事例2、事例3、事例5は移行期（時に内在する病的体験が活発化する不安定な時期）で、さらに分ければ、事例2と事例5は不適応群（悪いときが多いが時に良い群）、事例3は、不適応群と未治群（持続的に悪い群）の間に入る。事例4は静穏期（比較的安定し静穏化する時期）で、院内適応群である。本研究の事例は、慢性期精神分裂病患者の中でも、比較的、状態の重いケースが多く、事例4を除いては、今すぐの社会復帰は困難である、と考えられた。

2) 教育学的視点で捉えた5つの事例

しかし、上記の第3節では、各患者の状態像は様々であるが、各事例に、一人ひとりの「生活する姿」があり、患者によって表出の仕方は違うものの、より充実したあり方を求

め、その人なりの変化が認められることを記した。

序説の冒頭で記したように、慢性期統合失調症患者は症状が固定化して、本来の人間の生活に回復する、そのような方向への変化が殆んどないといった見方をされてきた。本研究の各事例に関しても、陰性症状（自閉、意欲の減退、感情の平坦化、社会性の喪失等）が共通に含まれ、通常の医療従事者の立場からすれば、そのような見方を取ることも可能である。

しかし、現象学的方法を通して、その言動を丹念に追っていくと、一人ひとりが変化を求めていることがわかる。勿論、筆者が読み取った変化は、事例により、異なる質のものである。だが、患者一人ひとり、個性的に生き、充実したあり方を求めている。

人というのは、それまでにあったそのときそのときの、色々な出来事を踏まえながら、きょう、あす、新たな自分として生きていこうとする。これは慢性期統合失調症患者についても同様であろう。

先述した一宮らは、持続的に悪いとされる×群（未治群）について、「日常生活の中での個別的働きかけの継続は、予後良好群を絶えず自立の方向へ向かわせるが、未治群でも、社会生活不適応はあっても、個人的生活をいきいきと体験できる可能性に絶えず向かわせている」（*ibid.*, pp.227f）と述べ、論文の最後では、統合失調症は「どの時点からも寛解に向かいうる可能性を秘めており、治療的関与と、日常生活の世話を根気よく続けることこそ肝要であろう」としている（p.231）。

看護師は、慢性期統合失調症患者に対して、人間としての生きがいに少しでもつながるような関わりを求められている。同時に、本研究が明らかにしたように、慢性期統合失調症患者についても、受動的と思われる中にも、自己形成（*becoming*）への胎動を感じ取ることが出来る。

経過の長期にわたる慢性期患者に、看護師が生き生きとした関心を持ち続けることは困難を伴うが、看護師が、患者の人間的成長や自己形成を信頼し、生涯発達論的な視点に立って、患者へのアプローチを続けることが大切である。それは医学的課題であるとともに、教育的課題に資する事柄（正木、1966, pp.7~12）であるからである。

第2章 現象学的方法の効用について

本研究では研究方法として現象学的方法を用いたが、最後にその効用につき、検討したい。ここでは、実践者の立場からのメリット、研究の立場からのメリット、それに、価値意識を明確化するものとしての現象学的方法に関して記していきたい。

第1節 実践者の立場からのメリット

本研究が現象学的方法を用いたことにより、筆者の実践には、どのような利点があったであろうか。ここでは、患者理解、および、相互関係への効用について述べる。

1. 患者理解への効用

一つは現象学的還元によるメリットというべきものである。

フッサール (1979, pp.134ff) は『イデーニ I』において、世界に対するわれわれの確信が、一体どのようにして生じてきたのかを問うのに、自明的な意識に埋没しては究明ができないとし、自然的態度、つまり、われわれの常識的な見方を「括弧に入れ」、電気のスイッチを切る如く、(世界の)「スイッチを遮断して」、自身の関心を、超越(世界)を成り立たせるものへと限局していった。これは超越論的還元といわれ、形相的還元と合せて、現象学的還元と呼ばれた。

このフッサールの、もともとの意味を転義し、これまでも多くの経験科学者が、現象学的還元を、実践を導くための方法として用いた。簡単に振り返っておくと――

ミンコフスキー (1954, pp. 240 f) は、現象学的還元という言葉を用いてはいないが、「自己をむなしうして」、統合失調症患者の存在様式に適應しようとして、患者がまだ持っているもの、反応しうるものを探し求めた。また、広瀬 (1994, pp.53 f) は、臨床から出発する現象学的アプローチは、患者との対人関係において、対話的に現象学的還元を行うところに特徴があるとし、癌や透析患者に関して、その体験世界をありのままに理解することに努めた。さらに山下・加藤(1981, p.235)は、現象学的還元は実践現場において、幾たびも繰り返して行われるべき性格のものであると指摘し、そうすることで関わりが深化し、一人ひとりの児童の、より本来的な姿を浮き立たせることが可能になるとした。

本研究の事例篇では、事例1、事例2、事例3において、現象学的還元による効用があったと考えられる。

事例1では、普段であれば、独語や反響言語として聞き流してしまうA氏の言語活動について、独語なり、反響言語といった「常識」を括弧に入れ、言語活動という事象そのものを、非言語的な部分(表情、語勢、その言葉の前後の様子など)を含めて記述していった。その分析の結果、独語や反響言語に、これまでは気づかなかった多様で、豊かな意味

を見つけることができた。

事例2では、言語的確認行為のつよい患者に関して、そのありのままを認め、その人なりの内的準拠枠（その人固有にはたらく意味付けの枠組み）を感じ取る事につとめた。患者の病状の改善には漠然と気付いていたが、あらためてデータを分析すると、言語表現の上でも、はっきりと変化が見られることがわかった。

事例3では、機嫌の波が大きく、しかも支離滅裂傾向の患者について、傾聴と相手に「適応する」ことを心がけた。このいとなみを続ける中で、データを分析すると、「支離滅裂」と捉えてきた会話内容に、ある意味で筋道のあることに気付いた。

これらは、現象学的還元を繰り返す中で、患者理解に変化が生じた事例である。

2. 相互関係が深まることへの効用

上記1の事柄と関連するが、もう一つは、患者との相互関係の深化についてである。

山下・加藤（1981, pp.31～46）が紹介している山村という小学校教師は、特に「子どもが自分を見せてくれるように」という関心を持ちながら、自分自身の子どもへの関わりかたそのものを意識的に変えていこうとした。

この先行研究と同じようにして、独語や反響言語のつよいA氏を、できる限り「丸ごと」受け入れ、A氏が自分をみせてくれるようにと、筆者の関わりを意識的に変えていった。このような経緯の中、A氏も、以前よりは安心して筆者に合せるようになり、誘いかけに応じて、自発的に外に出るようになった。それはA氏なりに、日々の単調な生活に対して変化を求め、自分の世界を拡がらせようとしたことと重なるものがあった。

また広瀬（1994, pp.56f）は、「会話において気をつけること」として、本人の話を疑うよりも、つまり、事実かどうかにかかわらず、その人がそのように言いたい気持ち（真実）を受け止め、“今、ここで”の真実として、語っている人そのものに関心を向けることを勧めた。

広瀬のこの言葉は、事例3の場面に通じるものがある。C氏の話には、いろいろな話題が混在しているため、筆者は話の途中、つい尋ねたくなる衝動にかられる。だが筆者が口を挟むと、C氏は話すのをやめてしまうので、筆者はそのまま話を聞くことが多かった。そのような会話の中で、C氏は状況が落ち着いてくると、「右足悪いからね、風呂入るけどね、きれいに洗ってくれないんですわ」など、自分の本音を「ポロリと」と語ることがあった。

これらの事例に示されているものは、自分を「無にして」、患者に適応することによって、患者が、これまでは見せなかった自分を「見せてくれるように」なり、相互関係がよりダイナミックに、しかも、予期しない、好ましい方向へと展開することが期待できるということである。

第2節 研究の視点からのメリット —生きられた体験の意味を明らかにする効用—

次に、研究の視点から、現象学的方法の利点について検討したい。ここでは、(患者により) 生きられた体験の意味を明らかにする効用について記していく。

フッサール (1979, p.102) は、「もろもろの事象に関して、理性的、もしくは学問的に判断するという事は、事象そのものに準拠することであり、言説や思い込みを捨てて事象そのものに立ち帰り、事象を自己所与性において問いただし、事象に無縁な、すべての先入見を排斥するという事に他ならない」と述べている。

フッサールが提唱し、ハイデガー (1963, p.56) によって定式化された「事象そのものへ」と呼ばれるテーゼは、後の現象学的精神医学者や経験科学者にもつよいインパクトを与えた。幾つかを整理すると——、

ビンスワンガー (1967) は、精神医学の概念から判断を引き出すかわりに、対象者の言葉の中に入り込み (p.44)、あるいは、内的生活史へ沈潜して、対象者の最も個的なものへ至ろうとした (p.78)。またヴァン・デン・ベルグ (1976, pp.104ff) は、自身の判断を留保して、リアリティを可能な限り忠実に記述し、相手の話す事態のなかに身を置こうとした。さらにジオルジは、生活世界のありのままの現象に忠実であろうとし、インタビューないし対話をデータとして、日ごろ活動しているありきたりの人々にとって、学習とは何であるかを分析した。

本研究では、フッサールや他の経験科学者に学びつつ、患者一人ひとりの事象そのものに立ち寄り、患者との関わりをありのままに記述し、そのデータを分析して、生きられた体験の意味を解明しようとした。

このような意図のもと、次のようなことが明らかになった。事例1では、A氏の「反響言語」について、それは反響言語を使って表出行動をしているのであり、症状というよりも、一つの関係のとり方、つまりコミュニケーションであると考えられた。事例2では、B氏の「言語的確認行為」に関して、症状とされながらも、時間系列順に(場面I→場面III)、言語表現上の変化が見られ、データから対人関係の改善が読み取れた。事例3では、C氏の「支離滅裂」について、話に一見、連関はないものの、患者はこの語り方で、(さまざまな話題が登場して当たり前) 雑談をし、また、これまで自身が経験してきたことを、筆者を「鏡のようにして」、語っていることがわかった。事例4では、D氏の「言語新作(造語)」に関して、きわめて主観的な物言いで、症状の固定化と呼ばれても仕方がないが、D氏の中ではかなり自然に首尾一貫して使われており、今の心境なり、感情を表現する際の「道具」になっていると解釈した。事例5では、E氏の「気分変動」について、さまざまなアピールを通して、承認や変化や充実を求めているE氏の一つの姿であり、安定した、継続的な関わりが必要であることがわかった。

このように、患者の言動そのものへ立ち寄り、それを丁寧に記述し、得られたデータに即して、(患者自身により) 生きられた体験の意味を解明することにより、従来、統合失調

症、あるいは、症状と言われてきたものについて、それが実は、一人ひとりの人の生きる姿として、必ずしも一つの概念で括りきれない多様さをもっていることが浮かび上がる結果となった。

第3節 価値意識を明確化するものとしての現象学的方法 —人権意識の観点から—

現在、精神医療に携わるものの共通の価値意識は、患者の人権を重視する方向へと向かっている。また、社会意識そのものが、精神障害者を単純に病気の側面から見るのではなく、福祉の側面から、一人の生活者として見ていこうという方向へと、ゆるやかに変化してきている。精神衛生法・精神保健法を改正した精神保健福祉法は、このような社会意識の変動の産物であるし、一層の促進をねらいとした制度上の一つの象徴である。精神医療に携わる者は、普段は明確に自覚していないとしても、上記の動向をどこかで感じ、人権や福祉を大切にしようとする価値意識をもっていると思われる。

現象学の基本テーゼは、〈先入見を排して事象そのものへ〉である。逆にいえば、事象そのものに立ち返り、そこで見えてくるものを規定している主体がある。記述したデータから何を読み取るかは、考察する主体の人間観、価値意識、存在の見方、そのようなものに、ある程度、規定されていることになる（本人には必ずしも意識されないけれども）。

しかし主観性が、もともと共同主観性であるという本質からすると、現代の社会意識に関係するものもまた、そこににじみ出てきている。

人権や福祉に関しては筆者も意識している事柄である。筆者の考察結果と、変容しつつある社会意識、ならびに、新しい法律でうたわれている精神病患者への捉え方とが、方向において、重なりあってくるのは、ある意味、当然かと思われる。

勿論、現象学的方法は直接、人権意識に寄与するものではない。しかし、現象学的手法で記述し、考察することが、一つの契機となることは考えられる。多くの人々の中に潜在する、人権を大切にしようという漠然とした意識を、より明確なものへと展開していく上での、いわば一つの刺激である。この意味において、人権意識に基づく患者との関わりを、医療の世界に広めていく上で、現象学的方法が貢献しうるものがあると考えられる。

第3章 今後の課題

今後の課題として、次の二つの事柄が上げられる。

一つは、慢性期統合失調症患者の内的世界を看護師の立場で、しかも、現象学の方法をもって明らかにしていくことについて、さらにさまざまな事例にあたり、考察を深めていくことである。特に、患者の人間的成長に関する仮説に関しては、他の事例へと広げ、この検証をさらに積み重ねていく課題がある。

もう一つは、現象学的方法の妥当価についてである。現象学的方法による意味（本質）の読み取りの妥当価を高める方法としては、2つの事柄が考えられる。一つはジオルジが行ったように、データから意味を読みとる営みを細かくステップに分け、その手順を厳密に、誰の目にも明らかにすることである。もう一つは、研究を共同化することによって妥当価を高める方法である。ここで言及するのは後者の事柄である。

本文には直接出さなかったが、筆者は、同じ病棟で看護活動を行っていた他の看護師と共同討議を行い、事例の患者に対する見方の妥当価を高めていった。筆者もこのように、共同主観性に訴えるいとなみを、不十分ながらはじめていた。だが、研究を共同化する手順を明確にするところまではいっていない。今後一層、妥当価への方法意識を鍛えていく課題がある。

Abstract

It is said that there is little change in long-stay chronic schizophrenics in psychiatric wards. But I think that if we come back to them individually and examine their speech and actions, we can find that they are changing, each in his or her own way, to a fuller being. In this paper, through five cases of chronic schizophrenia, I try to verify this view by a phenomenological approach.

For example, in the first case, I paid attention to a patient's nonverbal expressions. In the middle phase of this approach, I was worried about how to cope with his speaking to himself and echolalia. However, my expression that I gave in spite of myself called forth his unexpected reaction; with my surprise as an opportunity, I began to approach the patient in accordance with his behavior. It is because I noticed that speaking to himself and echolalia were part of his way of living too and my prejudice against the symptoms decreased. In such a process, I received this patient as he was, and, as a result, I understood how to use his speaking to himself and echolalia. It is considered to be communication rather than a symptom.

In the second case, I was worried about severe vocalized checking. But, analysis of the data derived from three episodes (scene 1 in November 1998, scene 2 in January 1999, and scene 3 in September 1999), as the scene makes its way from 1 to 3, showed that his speech expressions become abundant, and the scope appears in his action, and he seems to have learned a knack to live in the ward.

Long-stay chronic schizophrenics look to be passive, but, as these cases suggest, there are signs of self-formation in their speech and actions.

Therefore, nurses have to trust in the patients' human growth and promote their sense of security in the ward. I think that, by means of this, nurses can bring out a patient's potential, and contribute to recovery.

文 献

- 安克昌・山口直彦 1991 分裂病発病後に出現した強迫症状について 分裂病の精神病理と治療 3, 星和書店.
- ビンスワンガー, L. 木村 敏訳 1967 現象学的人間学 みすず書房 (Binswanger, L. 1947 *Ausgewählte Vorträge und Aufsätze, Band I. Zur phänomenologischen Anthropologie. Berlin: Franke Verlag.*)
- ビンスワンガー, L. 新海安彦・宮本忠雄・木村敏訳 1960 精神分裂病 I. II みすず書房. (Binswanger, L. 1957 *Schizophrenie. Pfullingen: Verlag Günther Neske.*)
- プロイラー, L. 飯田真・下坂幸三・保崎秀雄・安永弘訳 1974 早発性痴呆または精神分裂病群 医学書院. (Bleuler, E. 1911 *Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Leipzig, Wien: Franz Deuticke.*)
- Bleuler, M. 1972 *Die schizophrenen Geistesstörungen im Licht langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.*
- Crow, T.J. 1980 *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process? British Medical Journal* 280: 66-88.
- Gebattel, V. 1938 *Drei Beispiele, Die Welt des Zwangskranken, Mshr. Psychiat. Neurol.*, 99.
- Giorgi, A. 1983 *Concerning the possibility of phenomenological psychological research. Journal of phenomenological psychology* Vol. 14, No. 2. Humanities Press.
- Giorgi, A. 1975a *Convergence and divergence of qualitative methods in psychology. Duquesne Studies in Phenomenological Psychology* Vol. II, Duquesne University Press.
- Giorgi, A. 1975b *An application of phenomenological method in Psychology. Duquesne Studies in Phenomenological Psychology* Vol. II. Duquesne University Press.
- ジオルジ, A. 吉田章宏編訳 1990 講演記録「現象学的心理学の今日的課題」, 人間性心理学研究 8 (1), 日本人間性心理学会.
- 濱田秀伯 1994 精神症候学 弘文社.
- 原田憲一・外口玉子・中山洋子・小松博子 1997 精神保健看護の基本概念 系統看護学講座 専門 25 精神看護学 1 医学書院.
- 早坂泰次郎 1975 「病床の心理学」への訳者序, ヴァン・デン・ベルグ「病床の心理学」現代社.
- 早坂泰次郎・ヴァン・デン・ベルグ, J.H. 1982 現象学への招待—<見ること>をめぐる断章 川島書店.
- ハイデガー, M. 細谷貞雄・亀井裕・船橋弘訳 1963 存在と時間 (上) (下) 理想社.

- (Heidegger, M. 1927 *Sein und Zeit*. Tübingen:Max Niemeyer.)
- 一宮祐子・石川一郎・小林節夫・加藤健・桜井信幸 1986 精神分裂病の転帰一定型分裂病 129 例の 20 年以上の継続観察[II] 一, 精神神経学雑誌, 92 (8), 206-234.
- 広瀬寛子 1994 看護カウンセリング 医学書院.
- 広瀬寛子 1997a 乳がん患者のための短期型サポートグループに参加した人の体験の意味, 人間性心理学研究, 15 (1).
- 広瀬寛子 1997b ある乳がんの女性との面接, 人間性心理学研究, 15 (2), 78-89.
- フッサール, E. 立松弘孝・松井良和・赤松宏訳 1970 論理学研究 2 みすず書房.
(Husserl, E. 1922 *Logische Untersuchungen*. Halle:Max Niemeyer.)
- フッサール, E. 渡辺二郎訳 1979 イデーニ I - 1 みすず書房. (Husserl, E. 1950 *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und Phänomenologischen Philosophie*. Haag:Martinus Nijhoff.)
- フッサール, E. 田原八郎訳 1980 ブリタニカ草稿[現象学入門] せりか書房. (In: Biemel [Hg.]. 1968 *Husserliana Band IX* Haag:Martinus Nijhoff.)
- フッサール, E. 木田 元訳 1995 ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学, 中公文庫.
(In: Biemel [Hg.]. 1954 *Husserliana Band VI* Haag:Martinus Nijhoff.)
- 一宮祐子・石川一郎・小林節夫・加藤健・桜井信幸 1986 精神分裂病の転帰一定型分裂病 129 例の 20 年以上の継続観察[II] 一, 精神神経学雑誌, 92 (8), 206-234.
- 加藤伸勝 1977 マイナーテキストブック・精神医学 金芳堂.
- 加藤精司 1983 フッサール, 清水書院.
- 加藤健・一宮祐子・小林節夫 1990 精神分裂病の転帰一定型分裂病 129 例の 20 年以上の継続観察[II] 経過の類型化と治療に対する反応を中心として一, 精神神経学雑誌, 92 (8).
- 加藤雄一 1993 新版精神医学事典・「欠陥」の項目 弘文社.
- 木田 元 1970 現象学 岩波新書.
- ヤスパース, K. 西丸四方訳. 1971 精神病理学原論 みすず書房. (Jaspers, K. 1913 *Allgemeine Psychopathologie*. Berlin:Verlag von Julius Springer.)
- 河合隼雄 1969 臨床場面におけるロールシャッハ法 岩崎学術出版社.
- クレッチマー, E. 西丸四方・高橋義夫訳 1955 医学的心理学 みすず書房.
(Kretschmer, E. 1950 *Medizinische Psychologie*. Stuttgart:Georg Thieme Verlag.)
- クレペリン, E. 西丸四方・西丸甫夫訳 1986 精神分裂病 みすず書房.
(In: Kraepelin, E. 1915 *Psychiatrie*. Band III, IV. Leipzig: Johann Ambrosius Barth.)
- Mayer-Gross, W. 1922 Über das Problem der typischen Verläufe. z. ges. Neurol. Psychiat., 78: 429-441.
- ミンコフスキー, E. 村上 仁訳 1954 精神分裂病 みすず書房. (Minkowski, E. 1953 *Psychopathologie des schizoids et des schizophènes*. Paris:Desclée du Brouwer.)

- ミンコフスキー, E. 中江育生・清水誠訳. 1972 生きられる時間 I みすず書房.
(Minkowski, E. 1953 *Le temps vécu*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.)
- 正木 正 1966 強迫観念 大日本図書.
- 宮本忠雄 1966 ビンスワンガー 異常心理学講座第7巻 みすず書房.
- 中井久夫・山口直彦 1968 おもな精神疾患とその治療 系統看護学講座 成人看護学 10
精神疾患患者の看護 医学書院.
- 中井久夫 1974 精神分裂病状態からの寛解過程—絵画を併用した精神療法をとおしてみた縦断的方法— 分裂病の精神病理 2 東京大学出版会.
- 中井久夫 1976 分裂病の慢性化問題と慢性精神分裂病状態からの離脱可能性 分裂病の
精神病理 5 東京大学出版会.
- 中井久夫 1982 精神科治療の覚書 日本評論社.
- 中井久夫 1984 a 精神科治療への手引き・精神分裂病系の病気 中井久夫著作集 1 巻
分裂病 岩崎学術出版社.
- 中井久夫 1984b 分裂病者の言語 中井久夫著作集 1 巻 分裂病 岩崎学術出版社.
- 中井久夫 1985 慢性分裂病 (『今日の治療指針』1982 年版より) 中井久夫著作集 2 巻
治療 岩崎学術出版社.
- 中井久夫・山口直彦 2001 看護のための精神医学 医学書院.
- 日本精神科看護技術協会. 2002 精神科看護白書 日本精神科看護技術協会.
- 成田善弘 強迫症 異常心理学講座 4 みすず書房.
- 西丸四方 1989 精神医学の古典を読む みすず書房.
- 荻野恒一 1964 精神病理学入門 誠信書房.
- 荻野恒一・大橋一恵・山中康裕 1972 人間学的精神療法 文光堂.
- ロジャース, C.R. 畠瀬 稔編訳 1967 対人関係: ガイダンスの核心 ロージャース全集
第6巻・人間関係論 岩崎学術出版社. (Rogers, C.R. 1962 *The interpersonal
relationship: the core of guidance*. *Harvard Educ. Rev.*, 32(4), pp.416-429.)
- 佐藤光源・松岡洋雄 1999 心理社会ストレスと脆弱性仮説 臨床医学講座 2 精神分裂
病 I 中山書店.
- シュナイダー, K. 平井静也・鹿子木敏範訳 1957 臨床精神病理学 文光堂.
(Schneider, K. 1950 *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.)
- シュヴィング, G. 小川 信・船渡川佐知子訳 1966 精神病者の魂への道 みすず書房.
(Schwing, G. 1940 *Ein Weg zur Seele des Geisteskranken*. Zürich: Rascher Verlag.)
- 精神保健福祉研究会 1999 改正精神保健福祉法の概要 中央法規.
- 精神保健福祉研究会 2001 我が国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック) 太陽
美術.
- 染矢俊幸 1993 新版精神医学事典・「陰性症状と陽性症状」の項目 弘文社.
- シュピーゲルベルグ, H. 1993 西村良二・土岐真司訳 精神医学・心理学と現象学 金

- 剛出版. (Spiegelberg, H. 1972 *Phenomenology in Psychology and Psychiatry*. Evanston:Northwestern University Press.)
- Stengel, E 1947 A clinical and psychological study of echo reactions. *J. Ment. Sci.*, 93, pp.598-612.
- 杉本直人・遠藤徹・森崎郁男 1968 反響症状についての一考察, *精神神経学雑誌*, pp.944-949.
- 諏訪 望 1984 最新精神医学—精神科臨床の基本— 南江堂.
- 高木隆郎 1976 児童期自閉症の言語にかんする一考察—反響語の構造, *臨床精神医学* 5, pp.379-386.
- 高崎絹子 1993 看護援助の現象学 医学書院.
- 近澤範子 1997 精神医療における看護のはたらき 明解看護学双書 3 精神看護学 金芳堂.
- 湯浅修一 1984 分裂病者の長期予後 *臨床精神医学*, 13 (5).
- 宇野昌人 1980 経過, 予後, “終末状態” 現代精神医学体系 10A₂ 中山書店.
- 宇野昌人 1984 病型と経過 *精神科 Mook* 9 精神分裂病の治療と予後 金原出版.
- 内沼幸雄 1979 エミール・クレペリン 現代精神病理学のエッセンス 第2章 ぺりかん社, pp.38-52.
- ヴァン・デン・ベルグ, J.H. 早坂泰次郎・上野轟訳 1975 病床の心理学 現代社. (van den Berg, J.H. 1966 *The psychology of the Sickbed*, Pittsburgh:Duquesne University Press. [American edition], Nijkerk, Holland : Uitgeverij G.F. Callenbach B.V. [Original edition].)
- ヴァン・デン・ベルグ, J.H. 早坂泰次郎・田中一彦訳 1976 人間ひとりひとり 現代社. (van den Berg, J.H. *A Different Existence; Principles of Phenomenological Psychopathology*. Pittsburgh:Duquesne University Press. [American edition], 1964 Nijkerk, Holland :Uitgeverij G.F. Callenbach B.V. [Original edition].)
- ヴァン・デン・ベルグ, J.H.・早坂泰次郎 1982 現象学への招待—〈見ること〉をめぐる断章 川島書店.
- ヴァン・デン・ベルグ, J.H. 立教大学早坂研究室訳 1988 現象学の発見—歴史的現象学からの展望 勁草書房.
- 渡辺二郎 1994 現象学事典・「イデー」の項, 弘文社.
- 山下栄一 1973 現象学的教育心理学 (1) (2), *児童心理* 27(3)(4), 金子書房.
- 山下栄一 1975 教育心理学の方法論的反省—教育状況の現象学を模索して— 教育科学 セミナリー7号, 関西大学教育学会.
- 山下栄一・加藤誠一 1981 教育状況の現象学 金子書房.

あとがき

筆者の博士論文は、本格的には平成13年の春に起稿され、翌年14年の8月に脱稿した。今、読み直すと、全般にわたり、手直し、あるいは加筆をしたい気持ちにかられる。十分描ききれなかった事柄や改善すべき事項が、少なからずあるように思う。

だが一方で、本書は、当時の筆者の、それまでの研究実践の総決算である。「はしがき」に記したように、今回は出版の目的を踏まえ、必要最小限の、語句の修正や補筆を行うのにとどめ、公表することにした。今後はいつそう開発を重ね、論文や出版物を通して、研究・実践の進歩に尽くしていきたい。とりわけ、現象学的・人間学的な精神看護論の確立に向け、勤しんでいきたいと考える。

最後になりましたが、関西大学大学院の博士課程前期課程・後期課程にわたり、筆者を見守り、いつも温かくご指導していただきました山下栄一教授に深くお礼申し上げます。また、ロールシャッハを通して、臨床心理学の葉賀弘教授には、精神病理の捉えかたの土台を作っていただきました。厚くお礼を申し上げます。更に、中島巖教授は、貴重な時間を割いて、独書講読をご教授していただきました。言葉の問題から存在に至るまで、非常に多くのことを学ばせていただきました。心からお礼申し上げます。

本書の事例篇は、筆者がかつて勤務していたX病院での実践に基づいています。これらの事例研究および総合考察が形を見ましたのは、筆者の関わりを受け入れて下さった患者の方々、および、筆者の活動をおおらかに見守って下さった病棟関係者、ならびに病院関係者のご協力、ご指導のおかげによるものです。また、今回の事例研究を進めるにあたり、病院長、X病院看護部の方々、かつての同僚のみなさんには、いろいろとご配慮をいただき、ありがとうございました。この場を借りて、深くお礼申し上げます。

また、大阪府立看護大学の高辻功一教授、福井県立大学の佐伯恵子教授には、筆者がX病院に勤務していた当時より、暖かいご助言をいただいております。この機会を通して、心よりお礼申し上げます。

終わりに、本書を出版するにあたり、いろいろとご配慮をいただきました雄松堂出版の出野直子さんに感謝申し上げます。