

The 38th Annual Meeting of Japanese Society of Psychopathology

The
38th
Annual Meeting of
Japanese Society of
Psychopathology

第38回 日本精神病理学会

会 期 ◆ 2015年 10月9日(金)・10日(土)

会 場 ◆ 今池ガスビル

大会長 ◆ 兼本 浩祐 愛知医科大学医学部精神科学講座



The 38th Annual Meeting of Japanese Society of Psychopathology

第38回 日本精神病理学会

会 期 ◆ 2015年 10月9日(金)・10日(土)

会 場 ◆ 今池ガスビル

大会長 ◆ 兼本 浩祐 愛知医科大学医学部精神科学講座



The
38th
Annual Meeting of
Japanese Society of
Psychopathology

第38回 日本精神病理学会大会事務局

愛知医科大学医学部精神科学講座

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1

TEL: 0561-62-3311 FAX: 0561-63-8270

E-mail: pbyouri2015@aichi-med-u.ac.jp

交通案内



今池ガスビル

〒464-0850 名古屋市千種区今池一丁目8番8号

アクセス 地下鉄今池駅下車 10番出口直結

■ 地下鉄

【東山線・桜通線】地下鉄今池駅10番出口直結

■ J R

【JR中央本線】「千種」駅より東へ徒歩約10分

■ 名古屋駅からのアクセス

【地下鉄 東山線】 藤が丘行きに乗車10分
「今池」駅下車 10番出口直結

■ 中部国際空港セントレアからのアクセス

【名鉄空港線】→【地下鉄東山線】

名鉄名古屋方面行きに乗車28分（最速）

「名鉄名古屋」駅下車 ➡

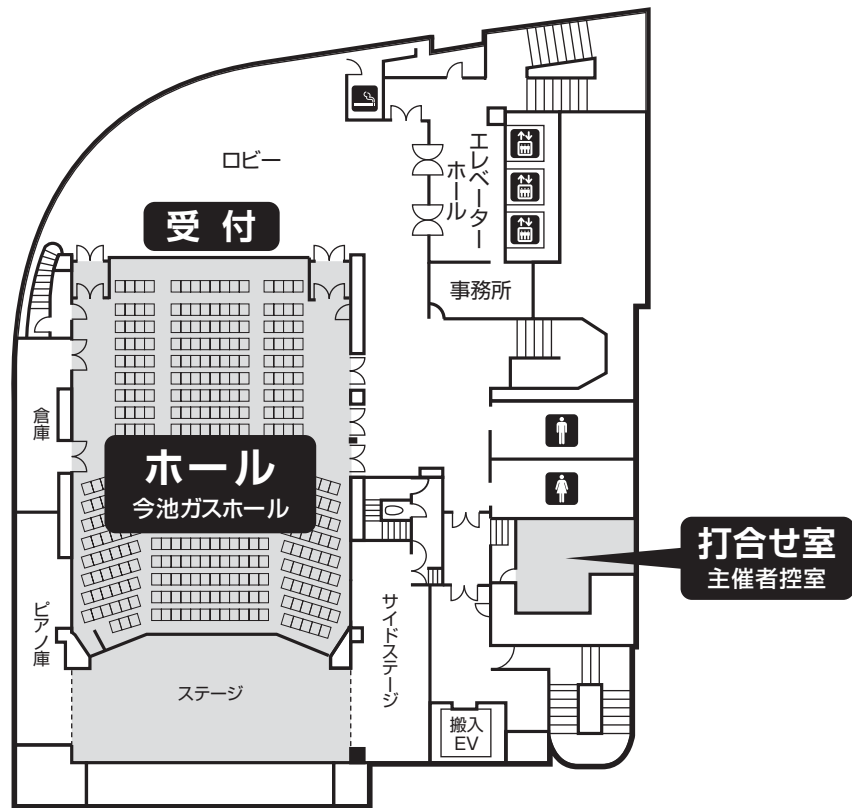
名古屋駅より地下鉄東山線藤が丘行きに乗車10分

「今池」駅下車 10番出口直結

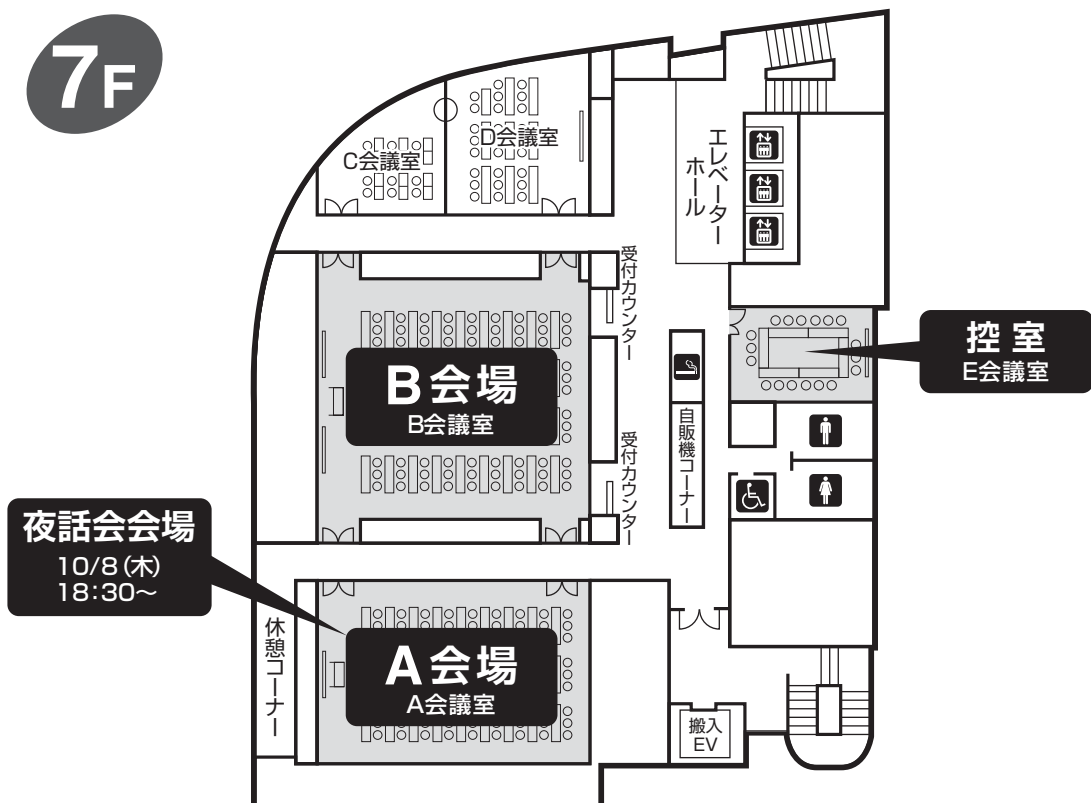


会場案内

9F



7F



日 程 表

2015年 10月9日(金)

	ホー ル 今池ガスホール	A 会 場 A 会 議 室	B 会 場 B 会 議 室
9:30	9:30～10:20 一般演題 H1－H2 座長：広沢 正孝	9:30～10:20 一般演題 A1－A2 座長：生田 孝	9:30～10:20 一般演題 B1－B2 座長：中安 信夫
10:00			
	10:25～11:15 一般演題 H3－H4 座長：清水 光恵	10:25～11:15 一般演題 A3－A4 座長：柴山 雅俊	10:25～11:15 一般演題 B3－B4 座長：小林 聡幸
11:00			
	11:20～12:10 一般演題 H5－H6 座長：濱崎 由紀子	11:20～12:10 一般演題 A5－A6 座長：熊崎 努	11:20～12:10 一般演題 B5－B6 座長：深尾 憲二郎
12:00			12:10～13:10 評議員会
13:00	13:10～13:30 総 会		
14:00	13:40～14:40 教育講演 精神分析と消滅の不安 －悪夢について－ 小川 豊昭 司会：新宮 一成	13:40～14:30 一般演題 A7－A8 座長：庄田 秀志	13:40～14:30 一般演題 B7－B8 座長：斉藤 環
15:00	14:50～15:50 会長講演 こころはどこまで脳なのか －脳による心の形の制約について 兼本 浩祐 司会：内海 健		
16:00	16:00～19:00 シンポジウム1 精神療法と精神病理 水田 一郎 古茶 大樹 石垣 琢磨 深津 千賀子 司会：加藤 敏 兼本 浩祐		
17:00			
18:00			
19:00			

2015年 10月10日(土)

	ホー ル 今池ガスホール	A 会場 A 会 議 室	B 会場 B 会 議 室
9:30	9:30～10:20 一般演題 H7－H8 座長：松浪 克文	9:30～10:20 一般演題 A9－A10 座長：古橋 忠晃	9:30～10:20 一般演題 B9－B10 座長：大矢 大
10:00			
11:00	10:30～12:20 ワークショップ 他分野からの提言 明智 龍男 岩田 仲生 尾崎 紀夫 司会：鈴木 國文	10:25～11:15 一般演題 A11－A12 座長：阿部 隆明	10:25～11:15 一般演題 B11－B12 座長：大宮司 信
12:00		11:20～12:35 一般演題 A13－A15 座長：杉林 稔	11:20～12:35 一般演題 B13－B15 座長：古茶 大樹
13:00	12:40～13:40 ランチョンセミナー 精神科薬物治療を語ろう －精神科医からみた官能的評価－ 【海賊増補版】2015 芝 伸太郎 司会：兼本 浩祐		
14:00	13:50～14:50 特別講演 問主観性(inter-subjectivity)の 脳の基盤 定藤 規弘 司会：兼本 浩祐		
15:00	15:00～18:00 シンポジウム2 脳科学と精神病理 平尾 和之 岡 一太郎 杉岡 良彦 中谷 陽二 司会：定藤 規弘 兼本 浩祐 指定発言：深尾 憲二郎		
16:00			
17:00			
18:00			
19:00			

プログラム

10月9日(金)

ホール(今池ガスホール)

一般演題 9:30～10:20

座長：広沢 正孝(順天堂大学大学院スポーツ健康科学研究科)

H1 時間が流れる／流れないということについて —自閉スペクトラム症の臨床から考える—

○清水 光恵

神戸大学保健管理センター

H2 自閉症スペクトラムにおける、『目と眼差しの分裂』(Lacan)の成立不全について

○菅原 誠一

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院

一般演題 10:25～11:15

座長：清水 光恵(神戸大学保健管理センター／大学院医学研究科病態情報学)

H3 自閉スペクトラム症を精神病理学的に理解するための試み —第3報—

○小城 くみこ¹⁾、楠本 朗¹⁾、堀切 靖²⁾、赤崎 安昭³⁾、森岡 洋史⁴⁾

1)医療法人陽善会 坂之上病院、2)鹿児島県立始良病院、

3)鹿児島大学医学部保健学科・大学院保健学研究科、4)鹿児島大学保健管理センター

H4 いわゆる「カサンドラ愛情剥奪症候群」の2症例の報告 ～総合病院精神科外来での臨床経験～

○青木 淳

国立病院機構 名古屋医療センター精神科

一般演題 11:20～12:10

座長：濱崎 由紀子(京都女子大学現代社会学部)

H5 ヘイトスピーチの精神病理 —パラフレニーの視点から—

○中塚 尚子

立教大学現代心理学部

H6 Psychosis としての摂食障害

○田中 聡¹⁾、西岡 和郎²⁾

1)名古屋大学医学部附属病院精神科、2)名古屋大学大学院医学系研究科精神医学分野

総会 13:10～13:30

教育講演 13:40～14:40

司会：新宮 一成（京都大学大学院人間・環境学研究科）

精神分析と消滅の不安 ―悪夢について―

小川 豊昭 名古屋大学大学院精神健康医学

会長講演 14:50～15:50

司会：内海 健（東京藝術大学保健管理センター）

こころはどこまで脳なのか ―脳による心の形の制約について

兼本 浩祐 愛知医科大学医学部精神科学講座

シンポジウム1 16:00～19:00

司会：加藤 敏（小山富士見台病院）
兼本 浩祐（愛知医科大学医学部精神科学講座）

[精神療法と精神病理]

S1-1 医師が心理療法を行うこと

水田 一郎 大阪大学保健センター学生相談室

S1-2 精神病理学と精神療法

古茶 大樹 慶應義塾大学医学部 精神・神経科

S1-3 CBT と精神病理

石垣 琢磨 東京大学大学院総合文化研究科

S1-4 心理検査と精神病理

深津 千賀子 国際医療福祉大学大学院

特別講演 13:50～14:50

司会：兼本 浩祐（愛知医科大学医学部精神科学講座）

間主観性（inter-subjectivity）の脳的基盤

定藤 規弘 自然科学研究機構 生理学研究所

シンポジウム2 15:00～18:00

司会：定藤 規弘（自然科学研究機構 生理学研究所）

兼本 浩祐（愛知医科大学医学部精神科学講座）

指定発言：深尾 憲二郎（帝塚山学院大学人間科学部心理学科）

[脳科学と精神病理]

S2-1 神経精神分析（ニューロサイコアナリシス）

平尾 和之 京都文教大学大学院臨床心理学研究科

S2-2 間主観性

岡 一太郎 もみじヶ丘病院

S2-3 脳と宗教

杉岡 良彦 旭川医科大学医学部医学科健康科学講座

S2-4 脳と悪 ―神経倫理を越えて―

中谷 陽二 筑波大学名誉教授・クボタクリニック

一般演題 9:30～10:20

座長：古橋 忠晃 (名古屋大学 学生相談総合センター)

A9 カタトニア時間論・試論

○稲川 優多、小林 聡幸
自治医科大学精神医学教室

A10 人生と精神療法における幻滅について

○佐藤 寛
さとうメンタルクリニック

一般演題 10:25～11:15

座長：阿部 隆明 (自治医科大学とちぎ子ども医療センター子どもの心の心療科)

A11 言語活動における偶然性と統合失調症

○酒井 崇
名古屋大学 国際教育交流センター

**A12 自我の起源－視線触発 (村上靖彦) と鏡像段階を見守る大文字の
他者の眼差し (ジャック・ラカン) の比較**

○小林 芳樹
独立行政法人国立病院機構 東尾張病院

一般演題 11:20～12:35

座長：杉林 稔 (高槻病院精神科)

**A13 地域を生きる統合失調症患者の主体的目的
—自己表象の語りと生態学地図から—**

○真柄 希里穂
種智院大学

A14 霊を祓う力があるという誇大妄想を持った一症例

○長谷川 千絵¹⁾²⁾、駒橋 徹¹⁾、下田 和孝²⁾
1) 鹿沼病院、2) 獨協医科大学精神神経医学講座

A15 原発事故被災者の精神病理学の構築の試み

○堀 有伸
NPO 法人みんなのとなり組、メンタルクリニックなごみ

一般演題 9:30～10:20

座長：大矢 大(京都女子大学)

B9 治療者の不在が影響した患者の感情 —2 格の特異性(否定生格)を巡って—

○青木 五省
猿島厚生病院

B10 自由意志の起源について考える

○川合 一嘉
交正会 精治療病院

一般演題 10:25～11:15

座長：大宮司 信(北翔大学教育文化学部心理カウンセリング学科)

B11 了解、シミュレーション、共感

○植野 仙経
京都府立洛南病院

B12 傾聴・共感に先立つ(べき)もの、そして制度としての聴く者
—〈語る〉を支えるケアは、初診の前に始まっている—

○岩井 圭司
兵庫教育大学大学院 人間発達教育

一般演題 11:20～12:35

座長：古茶 大樹(慶應義塾大学医学部精神神経科学教室)

B13 精神症状群の症状構造論再考 —Comorbidity と構造分析—

○古城 慶子
東京女子医科大学医学部 精神医学教室

B14 「生きにくさ」の精神病理

—いわゆる境界例の現代における多様な現れについて—

○戸部 有希子、田中 伸一郎
杏林大学医学部精神神経科学教室

B15 了解の現代的な意義 共感的かつ最小合理的な了解概念(Heal, J.)について

○熊崎 努
虎の門病院分院精神科

抄 録

特 別 講 演

教 育 講 演

会 長 講 演

ランチョンセミナー

間主観性 (inter-subjectivity) の脳的基盤

定藤 規弘

自然科学研究機構 生理学研究所

対面コミュニケーションの「双方向性」と「同時性」は、2個体間の社会的相互行動が観察と関与を同時に含むことに起因し、各個体へ還元され得ない。2個体間相互作用を記述するための概念として subjectivity と inter-subjectivity が定義された (Trevarthen, 1979)。近年、鯨岡 (2006) は、inter-subjectivity が3つの概念を含むことを指摘した。(1)「あなた」の主観のある状態 (意図、感情等) が、「わたし」の主観の中にある感じとしてわかること、(2) 不特定多数の主観にあまねく抱かれている共通の観念や考え、(3)「思い」にしたがって行動する存在としての「わたし」という主体が、他の主体との関係において成り立つ (わたしたち) という理解に基づいて、相手に配慮しつつ自分の思いを貫くという対人関係としての相互主体性である。(1) は心理的共有、(2) は社会規範、(3) は (1)(2) を基盤とした実践的な社会的相互行動として捉えることが出来る。このため、他者の意図や精神状態に影響を与える試みとしてのコミュニケーションの神経基盤を明らかにするために相互主体性を解析することが必須である。

ヒトや実験動物を対象とした脳機能イメージング法により、安静状態において、脳代謝レベルで複数の脳部位が共振して複数の広域ネットワーク群を形成している現象が観察されている。この脳信号の自発的な「揺らぎ」とその神経領域間の同期を「resting state networks (RSNs)」と呼び、入力の解釈と行為の準備のために脳の保持している環境の内部モデルを表象しているとされる。個体の神経活動と行動をリンクするために RSNs の状態を評価することが重要であり、対面コミュニケーションにおける2個体脳についても当てはまる。実際、対面でのアイコンタクトや共同注意課題といった2者間の対面社会行動においては、行動を介して2個体の局所脳神経活動の同期を起こしていることが明らかとなった。全脳のネットワーク状態が個体内および個体間でどのように変化するかを明らかにして、行動変化と対比付けるためには、社会的相互作用中の脳活動と行動の計測、並びに2個体を1つのネットワークとして扱うモデル化が必須である。社会性の重要な要素である即時的な双方向性コミュニケーションの神経基盤を解明する上で、2個人同時計測 MRI は重要な知見を与えること、ひいては個人間の関係性を脳科学的手法で研究する、という意味での「私たち」の脳科学を大きく推進することが期待される。

【参考文献】

Trevarthen C (1979) Before speech-The beginning of interpersonal communication (Bullock M, ed), pp 321-347. Cambridge: Cambridge University Press.

鯨岡峻 (2006) ひとがひとをわかるということ 相互主体性と相互主体性. 東京 ミネルヴァ書房

抄 録

シンポジウム 1

[精神療法と精神病理]

シンポジウム 2

[脳科学と精神病理]

ワークショップ

[他分野からの提言]

S1-1

司会：加藤 敏(小山富士見台病院)
兼本 浩祐(愛知医科大学医学部精神科学講座)

医師が心理療法を行うこと

水田 一郎

大阪大学保健センター学生相談室

医師にとって心理療法は“内”性と“外”性の両面を持つ。“内”性は、倫理と実感の二つのレベルで体験される。すなわち、倫理性を厳しく求められる医師が日常臨床の中で行う心理的営為は、必然的にその全てが心理療法的であらざるを得ない。また、自らの臨床におけるあらゆる心理的営為が、患者の心や治療の場に、必ず何らかの影響を与えるという意味において、それが心理療法的意味合いを持つ(持たざるを得ない)ことを、医師は実感として知っている。この二つの意味において、心理療法は医師の“内”にある。

一方、“外”性は、心理療法の非科学性と実行困難性の二つのレベルで体験される。医学教育・訓練という背景と昨今のEBM全盛の学界の影響から自由で有り得ない医師が非科学性を内包する心理療法を行う時、それを“信じる”自分と“信じない”自分の間で乖離が生じ、“半信半疑”の状態になってしまう可能性がある。また、精神分析療法や認知行動療法などの正式な心理療法を、医師が日常臨床の中で行うことは、当該心理療法の適応(範囲の狭さ)、当該心理療法の習熟に必要とされる訓練の高価さ、日常臨床における時間的制約(患者一人当たりにかかる時間の少なさ)などの理由で、現実的には極めて困難である。この二つの点で、心理療法は、半ば“外”にあるものとして医師に体験される。

医師が心理療法を行う時、この“外”性と“内”性の中で様々な葛藤が生じる。その一つが自己流心理療法の葛藤である。大半の医師が日常臨床で行っている自己流心理療法は、EBMの観点からは、正式心理療法よりも一層科学からの隔たりが大きい。また、正式な心理療法と比べて心理療法としての体裁も整っていない。これらの事情のために、医師は、自己流心理療法の有効性や意義について、周囲からの全幅の承認を要求できないし、また、実際にも承認が得られていないと感じる。この状況は、医師の持つ承認欲求を慢性的な葛藤状態に置くことになる。

医師は、この葛藤に対して、様々な形で折り合いをつけようとする。その一つが、お互いを承認するというやり方である。自己流心理療法の有効性や意義を基本的に承認してもらうという文脈の中で、同僚とディスカッションしたり、非公式な勉強会で症例検討したり、学会などの公式の場で自己流心理療法の一端を披露したりといったことは、それが相互的に行われる場合には、承認欲求を巡る葛藤を大いに和らげる可能性がある。“一般(広義)精神療法”の概念は、ある意味で、このような相互承認の過程や産物(医師の数だけ存在する自己流心理療法のエッセンスが抽出されたもの)とみることできる。そして、そのように捉える時、“医師が心理療法を行うこと”は、医師の日常臨床における、まさに日常的な現象として把握されることになる。

精神病理学に期待するもの

尾崎 紀夫

名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野

国際誌で発表される精神医学論文の診断基準が、アメリカ精神医学会(APA)の診断基準DSMに則ることを基本している以上、たとえDSMに首肯できない点があろうと、無視するわけにはいかない。例えば、DSM-IVTRの「混合性エピソード」の基準に関して、ヨーロッパの精神科医を中心に批判が発表されていたが、DSMの診断基準を知っているからこそ、批判も「なるほど」と感じる事が出来、Benazziが提唱した「Mixed Depression 概念」を臨床に取り入れようとも思える。DSM-5発表に際し「混合性の特徴」として改訂されたが、Kraepelinが重視した「精神運動性焦燥」が、基準症状から抜かれていた。「精神運動性焦燥」を抜いた理由、意図は不明だが(APAが改訂根拠を記したDSM-5 SOURCEBOOKを発刊する様子がない)、ヨーロッパからは再度「混合性の特徴」を批判文が次々と発表されている。

APAが、「DSMの診断体系は決して無謬のものではなく、あくまで現時点で最良と考えられるものを採用したに過ぎない。したがって、DSMは常に改訂の過程にある」と説明しても、言い訳にしか聞こえない。我が国でも、DSM批判はしばしば耳にするが、国際誌に正面切った批判文を発表する方が少ないのは残念である¹⁾。

臨床研究の目的の1つは、個々の症例から得られた臨床実感を複数例で確認することにある。例えば、「単純な心因論から『心因の解消』を模索するのではなく、心的エネルギーが枯渇することにより生じた『葛藤の二次的露呈』の可能性を鑑み、まずは心的エネルギーの回復を企図した治療的対応を考えるべき」との治療論(笠原嘉)があり、自分の症例に照らし合わせても納得がいくものであった。この臨床実感の確証を得たいと思い、妊娠婦を対象とした前向きコホート研究を開始した。その結果、例えば、妊娠中非抑うつ的な時点では、母による養育態度を「自分へのケア」と感じていたにもかかわらず、産後抑うつになると「母は子どもの事から干渉した」と答え、「そんな母には頼れない」と語ることを確認し得た²⁾。

今後も「なるほど」と思える「臨床実感」を、精神病理学から提示していただくことを願う次第である。

【参考文献】

- 1) Ogasawara K, Kimura H, Aleksic B, Ozaki N (in press) Issues around “bipolar and related disorders” in DSM-5. *Psychiatry Clin Neurosci*
- 2) Hayakawa N, Koide T, Okada T, Murase S, Aleksic B, Furumura K, Shiino T, Nakamura Y, Tamaji A, Ishikawa N, Ohoka H, Usui H, Banno N, Morita T, Goto S, Kanai A, Masuda T, Ozaki N (2012) The postpartum depressive state in relation to perceived rearing: a prospective cohort study. *PLoS One* 7: e50220

抄 錄

一 般 演 題

H1

時間が流れる／流れないということについて — 自閉スペクトラム症の臨床から考える

○清水 光恵

神戸大学保健管理センター

Kant I. でさえも時間は「不断に流れる」と言って疑われないように、“時間が流れる”ことは一般に自明だと考えられているようである。しかし時間が流れるとはどのようなことか、また、時間が流れないということがあり得るものとしたら、どのような事態だろうか。

自閉スペクトラム症(ASD)では時間の流れが問題になっていることが、少数ではあるが注目すべき論者によって指摘されている。哲学者の村上靖彦は、ASD の患児らとフィールドワークを行い、現象学的方法で ASD の精神病理を考究した。彼は、スウェーデン出身の ASD の患者 Gerland G. の自伝中にある、幼少時の体験の回顧を引用して次のように述べた。「自閉症児は、時間流の感覚を持たない永遠の現在に生きている可能性がある。たとえば、ガーランドは物置に閉じこめられてパニックに凍りついている間のことを『(……) 閉じこめられていた時間がどれくらいなのかはわからなかった。そこは、時間の存在しない世界だったのだ』と述懐している。真っ暗になって知覚的、客観的な指標がなくなったとき、内的時間意識だけでは時間が流れている感覚がないのかもしれない」。また現代における ASD 概念の基礎を気づいた Wing L. は、ASD の患者における時間感覚の問題を次のように看破した。「時間に関する問題は、時計を見て何時かを言う能力とは関係ありません。(中略) 彼らは、時が流れることを理解したり、時の流れと物事の経過を結びつけたりすることがなかなかできないのです」。

当日は、ASD の自験例を題材にして、“時間は流れる”とはどういうことかを問いたい。

H2

自閉症スペクトラムにおける、『目と眼差しの分裂』(Lacan)の成立不全について

○菅原 誠一

独立行政法人国立病院機構 東尾張病院

大阪大学の村上靖彦は、その著書『自閉症の現象学』のなかで、視線触発という概念を導入している。自閉度の強い子供には、「目が合わない」「一緒に診てもらおうと指さしや目配せをしない」といった特徴があることが知られているが、村上はこれを、定型発達者のような視線触発の体験が成立していないことの顕われと考える。一方で村上は、多くの自閉症児が、年齢が進むにつれ人と目が合うようになることに触れ、これは視線触発が成立するようになったことを示唆している、と考えている。

筆者が出会った自閉症スペクトラム患者の幾人かは明確な視線恐怖を語るが、彼らのいう『視線』は、あくまで現実的に周囲に居る他者の眼から発せられるものであり、よって眼球の知覚なしには視線を気にすることはなかった。この点で統合失調症患者の漠然とした被注察体験とは対照的である。我われの臨床経験に照らすと、自閉症スペクトラムの患者からでなければこのような視線体験が語られることはほとんどないと言えるのではないだろうか。

本論のタイトルに挙げた『目と眼差しの分裂』とは、ラカンが1964年の講義で述べた概念である。その際ラカンは、器官としての目の物理的位置を『実測的な目』と呼び、これを主体が他者(の欲望)との相関関係のなかで欲望をもつことで現れる『眼差しの点』から区別し、両者は分裂していると述べる。

筆者は、自閉症スペクトラム患者にとって眼球と視線が不可分のものであるのは、ラカンが述べた『目と眼差しの分裂』なる事態の不成立によるのではないかという仮説に立ち、本学会では、症例にも則して考察を進めたい。

B13

精神症状群の症状構造論再考 —Comorbidityと構造分析—

○古城 慶子

東京女子医科大学医学部 精神医学教室

演者は「精神症状学とは何か」という精神医学の基本問題を繰り返し取り上げてきた。今回精神症状群の症状学的診断が精神医学の最初の課題であることに再び立ち戻っての考察を試みたい。精神医学の歴史を振り返っても症状学的診断そのものの中に多くの困難が含まれているという事情は変わっていないからである。ここでもまた精神症状を「学」とする共通の基盤が存在するのかどうか、それを明らかにしなければならない。精神症状学の独自の課題は他者の心とは何か、どのようにして他者の心を見出すかということであろう。人の心がわかる方法を求めるという視点から精神症状評価のあり方を副題に示す構造分析(Birnbaum, K., 1928)とcomorbidity(Burke, J.D. ら, 1990)との対峙の中で検討したい。

現在のcomorbidityと構造分析という2つの方法論的観点には過去の精神症状評価のあり方の歴史上の論争が居合わせている。症状の取り扱いの上からは「要素主義」と「全体論」、現象(眼前の他者)への態度の上からは「実在論」と「現象学」という2つの立場といえる。全体論的現象学的認識方向とは全体性あるいは変化性といった現象そのものの特質に沿って現象自体の内実を明らかにしようとする立場であるのに対して、要素主義的実在論的認識方向においては現象の背後あるいは基盤に変わらないものとしての実在論的基体を要請することが課題であって、現象それ自体は基体研究のための要素的に規定された標識あるいは基体の副産物として扱われるにすぎない。さらに遡れば根深い単一精神病論と疾病単位論との論争を取り上げることで更に包括的視点が与えられることになるであろう。発表当日は昨今のcomorbidityの観点と精神病理学の先達が長年問題にしてきた構造分析の観点との相違を、以上の歴史的な方法論上の論争にまで遡って詳しく論及したい。論争の所在を明らかにした上でそれぞれの治療構造との関係についても触れる予定である。

B14

「生きにくさ」の精神病理 —いわゆる境界例の現代における多様な 現れについて—

○戸部 有希子、田中 伸一郎

杏林大学医学部精神神経科学教室

境界例は、1928年にRickmanにより当時の精神分裂病と神経症の境界として提唱されたのがその源流である。その流れは、1950年前後からHockらの偽神経症性分裂病を支流としながら、Kernbergの境界型パーソナリティ構造を経て、1980年の境界性パーソナリティ障害(BPD)にたどり着いた。鈴木が「境界例の登場は伝統的の疾患分類の終焉の始まり」と表現したように、境界例は、疾患と疾患にまたがるスペクトラムとして捉えられた元祖といってもよいだろう。ところが、かつて精神科臨床をにぎわせていたBPD患者は世紀末にはすでに、その数が減少していると指摘されている。

DSM-5の診断基準では、BPDの特徴として、①見捨てられ不安、②理想化と脱価値化、③同一性の障害、④衝動性、⑤繰り返す自殺企図、自傷、⑥気分反応性による感情不安定性、⑦慢性的な空虚感、⑧制御困難な激しい怒り、⑨一過性の精神病症状もしくは解離症状、からなる9つが挙げられている。近年この基準ゆえに、双極性障害の合併があるのではないかという海外の報告もある。また日々の臨床においても明確な幻覚妄想を呈する統合失調症や、成人になっても病状が不安定な注意欠陥多動症の患者のなかに上記の諸症状を確認できる場合があることを経験している。

われわれは本発表で、事例を提示しながら、ある患者に対して治療者が「境界例感」(森、野間)もしくは「人生がうまくいっていないという漠然とした違和感」(成田、1989)を抱いたことを問口として、経過を追って最終診断される疾患に応じて異なった現れをする境界例的な「生きにくさ」を浮き彫りにしたい。彼らの「生きにくさ」を掬いとる努力のなかにこそ、治療者が自身の逆転移感情に気づき、患者の自殺を阻止することにつながる契機があるのではなかろうか。時間に余裕があれば今日的な境界例についての新たな分類を紹介したいと思う。

B15

了解の現代的な意義

共感的かつ最小合理的な了解概念(Heal, J.)について

○熊崎 努

虎の門病院分院精神科

演者は昨年の本学会で、精神現象の理念型的な了解ないし把握について論じた。演者はそこで、Jaspers, K.に由来する方法論の有効性を指摘したつもりである。しかしそれでも、神経科学全盛の現代において、なぜ100年前の理念型や了解を持ち出すのかという疑問が生じてくるものと思われる。そこで今回は、イギリスの哲学者 Heal, J.の議論に焦点を当てつつ、別の観点から、現代における了解の意義について論じたい。

Heal は Wittgensten, L.の流れをくむ分析哲学者でありつつ、大陸哲学の了解的な伝統をも重視している。Heal は、人間が他者の言動を理解(了解)するときには他者の精神状態を再現 replicate していると主張した。これは心の理論における simulation theory の起源の一つになっている。ただし、Heal は simulation theory と立場を異にしている。というのは、Heal の議論では、人間が他者の精神を replicate ないし simulate するのは、我々人間にとって動かしようのない事柄であり、実験的に検証される水準の問題ではないとされている。そして、人間相互の了解を可能にしているのは、人間同士で共有されている最小限の合理性だという。Heal においては共感と合理性とは対立するものではなく、むしろ共感的かつ合理的な了解が考えられている。このような了解のあり方は精神病理学における了解と親和性があると考えられる。さらに、Heal は規範的なレベルと具体的な個々の判断のレベルの二段階の合理性を考えている。実証研究で検証されたり反証されたりするのは後者の判断の性質についてであり、前者に関してではない。この考え方は、実証研究を否定するのではなく、むしろ実証研究と理念的な探究との共存を可能にするものである。

また、Heal の最小合理性の概念の由来をたどっていくと、現実的に妥当な判断をどのようにおこなうのかという問題にも関連してくると考えられる。したがって、臨床的な判断のあり方についてもそこから示唆が得られると考えられる。

第38回 日本精神病理学会

【主 催】

第38回日本精神病理学会組織委員会

会 長 兼本 浩祐 (愛知医科大学医学部精神科学講座)

事務局 星野 有美 (愛知医科大学医学部精神科学講座)

小川留美奈 (愛知医科大学医学部精神科学講座)

プログラム委員

委員長 兼本 浩祐 (愛知医科大学医学部精神科学講座)

委 員 生田 孝 (聖隷浜松病院精神科)

委 員 清水 光恵 (神戸大学保健管理センター／大学院医学研究科病態情報学)

委 員 鈴木 國文 (名古屋大学大学院医学系研究科リハビリテーション療法学専攻)

委 員 野間 俊一 (京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座精神医学)

委 員 古橋 忠晃 (名古屋大学学生相談総合センター)

委 員 星野 有美 (愛知医科大学医学部精神科学講座)

第38回日本精神病理学会 プログラム・抄録集

発 行：第38回日本精神病理学会

大会長：兼本 浩祐 (愛知医科大学医学部精神科学講座)

装 丁：馬場 陽子

事務局：愛知医科大学医学部精神科学講座

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1

担当：星野・小川

TEL：0561-62-3311 (代表)

FAX：0561-63-8270 (医局直通)

E-mail：pbyouri2015@aichi-med-u.ac.jp

出 版： 株式会社セカンド
学会サポート <http://www.secand.jp/>

〒862-0950 熊本市中央区水前寺4-39-11 ヤマウチビル1F

TEL：096-382-7793 FAX：096-386-2025