HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	精神病理学と事例性に関する一考察
Author(s)	大宮司, 信
Citation	北海道大学医療技術短期大学部紀要, 13, 9-17
Issue Date	2000-12
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/37650
Type	departmental bulletin paper
File Information	13_9-18.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

原　　著

精神病理学と事例性に関する一考察

大宮司　信

A consideration of psychopathology and "caseness"

Makoto Daiguji

Abstract

In psychiatric clinical practice, treatments, especially during hospitalization are often carried out against patients' will. In the early phase, various kinds of trouble are liable to appear in the personal community surrounding a probable patient and the family. This condition has been called as "caseness" by Kato in order to distinguish it from "illness", the morbid condition of the patients. Here, we examine two cases of mental disorders, the kinds of which were often encountered in clinical practice and indicated that the concept of caseness, which is usually used in the field of rehabilitation, is also underlying in the conceptual definition of psychopathology. However, this situation did not obscure the psychopathological definition, but instead made it more appropriate from the clinical aspect. In addition, the necessity of changing this viewpoint was indicated by mental disorders which have been previously assessted with the whole of conventional conceptual definitions of psychopathology, but should instead be regarded as disorders in which the symbiotic relationship in the community is disturbed.

Key words : 事例性、疾病性、精神病理学、精神科医療、強制的医療

要　　旨

精神科医療では本人の意志に反して，治療，特に入院治療が行われる，強制的医療が特徴である。最初の段階では，病人の候補者と目される人物を中心とした，家族などの共同体内での種々の問題の発生が出発となる。こうした状況を加藤は事例性（caseness）と名付け，患者自身のなかにおける病的な事態，すなわち疾病性（illness）と区別した。本論文ではこれまで主としてリハビリテーションの領域でとりあげられてきた事例性という概念が，精神病理学の概念規定のなかにも潜んでいることを，日常臨床でしばしば出会う2症例を通して考えた。しかしこうした事態は精神病理学的な規定を曖昧にするのではなく，より臨床的にする。あわせて従来の精神病理概念規定の総和としての精神疾患という考え方から，共同体における共生を阻むものへ，精神疾患概念についての視点の移動を行う必要について述べた。

北海道大学医療技術短期大学部　作業療法学科（〒060-0812 札幌市北区北12条西5丁目）
Department of Occupational Therapy, College of Medical Technology, Hokkaido University

1．精神病理学と人間学

精神科の日常臨床は患者との面接・対話が中心となる。治療の対象となる症状は，患者の素振りや行為からも得られるが，主に治療者・患者間の言語を用いたやりとりを通して把握される。それら症状は術語に命名・分類され，組み合わされて疾病像を構成する。このような症状の言語化の妥当性を問い，症状間の関係性を通して精神障害の構造を考えていこうとする領域が精神病理学（Psychopathologie）である。

木村　敏は「精神病理学は一種の哲学である」と表現している[1]。臨床という実践から出発はするが，一定の概念を創出し，体系的理解を求めるという，精神病理学の形式面をとらえてこのような表現をしたと筆者は考える。一方笠原は「了解力の洗練こそ，精神科医が精神科医たるためのアイデンティティ，と考えてよいのではないか」と述べている[2]。患者の症状を把握することは，土の中に目的とする物体をうまく堀りあてるような面もまったくないわけではないが，微細な症状の把握になればなるほど，患者-治療者間の関係性が影響し，心的状態への洞察力が要求される。精神病理学はこうした内容面の特色をもった知の体系であり，筆者は「精神病理学は人間了解のひとつの方法」と考える。

木村の言うような形式面にふまえるにしろ，笠原の言うような内容面にふまえるにしろ，精神病理学は様々な人間学ないし人間知を生み出してきた。もちろん「人間についての学」ないし「人間に関する知」と言っても，ここでは，脳の構造と機能や社会存在としての人間が主ではなく，心的な表出から知られる個的な人間の精神構造に関する知であるが，この知は，やがてより広範囲の人間知，人間の心的状態一般に関する知の展望へとつながる。

結論のみを述べることになるが，このような精神病理学を出発点とする人間学は，原理的に一つのものが他のものに勝るという事はないと筆者は考える。どの立場をとるかは各精神科医に任され，そうした人間学的背景は，利用者となる患者側がその医療者を自分の治療者として選択するかどうかによって一応優劣が判定される。

また精神科医にとっては，患者との出会いや治療中の相互経験が各自の人間学構築の契機となる。いずれにしろ，そこで出来上がった人間の知り方は，普遍的な客観的知というよりは，むしろ解釈に近い。精神病理学と精神病理学に基づく人間学に，自然科学におけるような進歩がないといわれるのも，従って理由のない事ではない。ただし治療的に有意義であれば，その精神病理学的見解は臨床的に検証されたものとして生き残り，その延長線上に人間学が形成されていく。

2．精神科医療の特色と精神病理学を出発点とする人間学の枠組み

精神科医療は医療の一分野であるから，主に自然科学的方法を駆使して病気の解決をめざす事はもちろんであるが，一方他の医療と異なる2つの特色がある。第1の特色は治療の対象を精神におくことである。身体状態の是正をめざす内科や小児科医療も身体だけに目を向けるわけではないが，精神科は精神そのものを対象とする（ただし精神という言葉の指し示す内実に関しては注-1*1参照。むろん心身医学を例に挙げるまでもなく，精神を治療の対象とするのは精神医療だけではない）。

第2の特色は，対象となる患者の当面の意思に反して，強制的に治療的介入を行うことがある点である。もちろんこの面でも，例えば老人を対象とした医療など，強制的な治療も他の臨床傾域で皆無ではない。

精神科臨床の対象を2つの群，すなわち自ら医療をもとめる群と逆に拒絶する群に分けることは，精神科の実地臨床を考えていく上で有効である。医療である限り患者の側に立つ義務と

責任が医療人に負わされていることはいうまでもない。しかし精神医学，中でも精神病理学に根をもつ人間知・人間学は，対象としての精神及び強制的医療という，精神科医療の２つの特色に根ざす枠組みを前提にしなければならない。表現をかえるなら，もし精神病理学に立脚した人間学を構築しようとすれば，前述した２要件はその前提と境界線を形成するとも言えよう。

論をすすめる上で「対象としての精神」という要件を「強制的医療」という要件から全く切り離すことは不可能であるが，ここではあえて操作的に脇において，強制的医療と精神病理学の関連を考えることを通じて，精神病理学に基づいて構築される人間学の枠組みと前提，音楽にたとえれば通奏低音とでもいうべき面を筆者なりに考えてみたい。

３．事例性（caseness）

３－１．事例性と疾病性

医療行為は基本的には患者と治療者の合意と契約の上に行われる。精神科医療でも同じ形で医療が成立することが基本である。自分の精神とは日常的体験としては自分自身と同じ事であるから，身体症状のように自己と切り離して，疾病として対象化することには抵抗があるが，不安神経症やうつ病の患者のように，精神症状を自己と一応切り離して対象化し，治療を求めて受診することは今は普通のこととなってきている。

しかし精神科医が治療の対象となる症状を認めても，本人が治療を受けようとしない場合は精神科臨床では少くない。前述したうつ病の場合でも，本人が症状を「人生のいきづまり」とか「自らのだらしなさ」と考えて，疾病とはみなさないことがある。またそのように考えて，患者に起きている事態の理解があながちあやまりと思えぬことも多い。問題は，患者がそう考えた結果自殺のような不測の行動に至ることである。これとて，その人なりの人生の帰結と考えることは論理的には可能かもしれないが，臨床的立場はそうは考えず，とりあえず自殺の阻止，自殺しようとする精神の働きの改善をめざす。薬物療法によってそれは可能なのである[*2]。

こうした消息は精神分裂病の場合はさらに複雑となる。精神分裂病の様態についてここで詳しく論ずる余裕はないが，一般に精神分裂病では病む本人にも，またそれを見守る周囲の者にとっても緊張にみちた急性期がすぎると，何らかの人格変化を伴う慢性期となる。ここでは一見して明らかで奇異な，たとえば幻覚や妄想といった精神症状も，もちろん疾病の再発としてみのがせないが，それよりも古典的な表現で言う，いわゆる無為・自閉といった行動面，一方的で紋切り形，かつ修正のきかない思考形式を背景とする対人関係における困難が問題の中心となる。

ところで精神科リハビリテーションの立場からは，もちろん患者のＱＯＬを含む生活全体の改善が重要であるが，その一方患者が周囲と摩擦なく生活していければ，とりあえずいわゆる社会復帰は達成されるわけだから，「疾病をなくす」という視点よりは「状況の中の問題性がみられなくなる」ことが課題となる。

逆に上述したうつ病や精神分裂病患者が，本人は抵抗してもなお周囲が本人を受療させようとする場合，たしかに本人の奇異な精神症状の是正も対象とはなるが，多くの場合は家族や地域といった共同体における対人関係の中に生ずるさまざまな問題の解決を求めて，本人ではなく周囲が精神科医療を求めることがある。つまり精神科医療では，強制的医療を受けることになる人，病者の候補者と目される人を中心とした，共同体内での問題の発生がまず臨床上の出発点となる。このような問題発生状況を加藤[3]は事例性（caseness）と名付け，患者自身の中に起こる病的な事態，即ち疾病性（illness）と区別した。

小田[4]は障害者とされる当人と，それをと

りまく共同体あるいは文化体系とのあいだの相互関係に，事例性の発生・析出は依存するとし，これを溶質の濃度と温度の相関の上に成立する溶液の系になぞらえている。つまり温度に相当する周囲・社会・文化の側の許容度に従って，濃度に相当する疾病の度合・当人の異常性が，溶液としてその状況の中にとけ込み問題にならないか，あるいは物質として析出して顕在化するかどうかが決まる。すなわち事例性は，病者の有する疾病性と周囲の耐容性の関数である。

3－2．事例性の析出－ごくありふれた2症例

症例1．精神分裂病急性憎悪例

30代の男性。某精神科病院閉鎖病棟入院中。もともと寡黙で他患とのトラブルも少なく，中等量の抗精神病薬にて安定していた。家族環境はあまり良くなく，年老いた両親，本人との連絡をほとんどしない兄弟という家族背景で，盆暮れ以外にあまり外泊はできない。しかし家族との間が険悪な関係になっているわけではない。ときに症状の急性増悪を起こすことから頻回の外泊や退院はまだ望めず，作業療法などのリハビリテーション活動に参加している。但し，自閉的で他患との接触が充分でないので，一人で作業することが多い。

数日前より普段に増して寡黙になり目つきが鋭く，部屋に一人で居ることが多くなった。夜間も不眠がちであったところ，ある夜消灯時間を過ぎても鋭い目つきで周囲を見回し一向に寝ない。様子を見にいくと，トイレで下を向き，硬い顔つきで立っている。声をかけたが応じず，さらにゆっくり声をかけながら近寄ったところ，いきなり殴りかかってくる。しかし，当方の眼鏡が割れたのを見ると，呆然とした様子で一緒にいた看護スタッフの制止にそれ以上抵抗しない。緊張しまた険悪な表情はあいかわらずで鎮静剤を注射し，翌日からは強力な治療が再開された。

このような症例はどこの精神科病院にも，いわばありふれて存在しており，どの精神科医も同じような経験している。おそらく緊張病様症状と考えられ，背後には内的体験が活発化されていると思われる。この場合，事例化は患者と医師・スタッフ間で生じたことになるが，他の患者との間や，家庭や社会の中で生じれば，影響は周囲に広がることになるだろう。このような粗暴行為だけでなく，問題行動や自殺では，その背景もさりながら，とりあえず行動そのものを対象とし対応が急がれなければならない。

症例2．髄膜脳炎後遺症例

42歳，男性。妻と娘（小学校3年生）の3人暮らし。29歳時より糖尿病を指摘され，インスリン治療を受けていた。37歳時，化膿性髄膜脳炎にかかり，多発性脳膿瘍も伴い，かなりの期間にわたって意識障害が続いた。意識清明となって以後，一時的に運動性失語がみられたが次第に回復した。しかしそのころからイライラしておこりっぽくなってきた。3ヶ月間の入院ののち故郷へ帰って，今度は糖尿病のコントロールを受けるため，内科病院へ入院した。しかし復職問題を契機に被害妄想が出現し，精神科病院へ転科入院，治療により軽快した。その後易怒的な面は少なくなったが，全体としては自閉的で，家にこもり，ほとんど何もせず，たまに外に出てもちょっと散歩するくらいである。家計は妻が働いて支え数年が経過した。

ところが最近，糖尿病のコントロールに用いている自己注入用のインスリンのロットの番号が毎日違うのはおかしいと言い出し，かなりの高血糖となってもひそかに注入せず，このため不可解な突発性の高血糖が出現した。また妻が期待している家事はおろか，家の中で何もしない患者に対して小学校3年生になる娘が嫌悪しだし，けんかが頻繁に起こるようになった。このため妻はそれまでのように安心して勤めに出ることができなくなり，主治医，患者と三者で何回も相談し，第1にインスリンの自己管理の確立，第2に自閉傾向からの脱却のためのリハビリテーション活動への参加を入院の目的とし

て説得した結果，患者は精神科病院へしぶしぶ入院することになった。

まとめると，本例は髄膜脳炎後遺症で，その経過中，自閉，妄想傾向，判断力低下を呈し，家族との折り合いが悪くなり，それまでの生活を守ることが出来なくなった症例である。

さて彼のいかなる側面がこの時点で事例性を生み出したのであろうか。もちろん多様な要因があり，決して一面的ではあるまい。そのうち知り得た2つの点のみ考えてみたい。1つは娘との問題である。小さいうちは，娘は父の疾病ないしそこから出現するいわゆる異常性について頓着することはなかった。しかし彼女の世界が広がって，家庭以外の世界に向かうようになり，その両者に足をかけて自己の世界を作りはじめたとき，初めて彼女にとって父の事例性が析出してきたと考える。

一方妻についてはどうであろうか。面接の中から知りうる限りで最も問題にしているのは，患者が重い糖尿病であり，それを知りながらも，なお平気で糖尿病治療を拒否する点である。つまり彼女が脅威としているのは，表現やふるまいにおける一般的な奇異性や異常性ではなく，本人も理解しているはずの自己の生命の延長を援助する仕組みを，平気で拒絶することに対する驚愕である。

この妻の態度から出発して，事例性の1つの側面を次のように一般化できないだろうか。すなわち我々が他者の中に事例性をみとめるのは，彼が奇異であり，我々の日常的な共通感覚にとって異質であることもあるが，より深くは我々が我々の生を取りあえず安んじて営むさいの前提（それは目に見える仕組みであったり，あるいは我々の内的な構えであることもあるが），我々自身が生きることの基盤をおいているものを，無頓着に乗り越え，あるいは無視する場合であると[*3]。

4．事例化をもたらすもの

4－1．病者と生活をともにする者から見た事例性

これまで述べた症例に示されるように，疾病性とは別に，周囲がそれをいかに受け取るかという側面，すなわち事例性は時と場によって変化する。もちろん，疾病性自体の変化によっても事例性の度合いは変わり，一般に疾病性が深くなるほど事例性は深刻になっていく。しかし周囲がいかに受容するか，逆に事例とみなすかは，疾病性だけでなく，別の要因からも考えていかなければならない。

周囲がある状況を事例と考えるようになる要因は何であろうか。筆者は一言でいえば「生への困惑」とまとめられると思う。もちろん，上に述べた症例1のような粗暴行為では，周囲の者の「生命としての生」，「生物学的な生」を困惑させる（極端な事例として析出する場合には触法という形でみられることもある。ただしそうした例の場合に健常者よりも精神障害者においても多くみられるわけでない事は，統計的に明らかにされている）。

しかし第2例のような場合こそ，精神医療の中で精神病理学的な背景を踏まえつつ考えていかなければならないだろう。それは「意味としての生への困惑」である。症例2で疾病としては髄膜脳炎後遺症として一定の症状を示していた症例が，妻や娘によって事例と見なされるようになったのは，妻や娘の「生命的な生」を困惑させるのではなく，先に述べたように「意味としての生」という側面で困惑させるからである。

4－2．事例性についての考え方

もちろん本論は単に病者を排斥すればいいといった乱暴な結論につなげようとしているのではない。たとえどんな理由があろうとも，異質な者を排除する権利はだれにもないし，ましてや医療においてそれは自殺行為である。病者と位置づけられた側に無条件に立つことが医療者

の基本だからである。従って上述したような症例では，一旦病者の行動を制限し，病者の当面の主張を受け入れず，その意志に反して入院させたり，治療したりすることを，自律的な責任をとれぬ者に対する父権的な介入と考えて肯定し，共同体内の病者を保持するための保護に相当する行為とみなしてきた。しかしこうした考え方とその根拠はかなり不鮮明である[*4]。

例えば触法した者はその理由を問わず，行為についてのみ問うこと，すなわち触法行為がその者の手によって行われたか否かのみを問い，その理由を問わないという考え方は，理論の上では可能だが少なくとも精神医学の歴史においては19世紀初頭までに解答の出た問題と考える。Pinelを例にあげるまでもなく，犯罪者として受刑していた者を病者として開放し，治療をうけさせようとしたことが精神医学のはじまりであり，医療をうけるべき病者が受刑しているのは何も昔の話ではない[5]。

5．事例性論と精神病理学的規定

5－1．例示としての妄想の定義

精神科臨床における事例性は「意味としての生」との関連において考えるべきことを述べてきた。これは実践的には現実の臨床の場において，異常を正常化すること，あるいは病気を健康にもどすことのみでなく，事例性を消失させ，具体的な場で周囲と共生する方向と方法を探ることに他ならない。精神病理学は単に異常の本質を探るだけでなく，この様に事例化を減らし，できれば消滅させることを宿命として負わされ，精神科臨床という営為に深く根ざした学問領域であることを踏まえなければならないだろう。たとえば症状論の中で考えた場合，この点はどの様に反映されるか。この点について考えてみたい。

言葉の厳密な定義付けとその繰作，全体の整合性をその特徴のひとつとするJaspersの精神病理学[6]は，他の精神病理学の諸派にくらべて自然科学的，特に生物学的精神医学と方法論的な親和性を持ちながら，記述的精神病理学の名称で精神医学の基盤となっている。妄想という言葉にはいくつかの定義があるが，その代表が記述的精神病理学による「訂正不能な判断の誤り」であることは精神科医ならば誰でも知っている（もちろんこれにさらにいくつかの要素を加えなければならないし，Jaspers自身も言語化された妄想の背後にある言語化できない気分としての妄想の本質を指摘しているが)。

一方臨床医である限り妄想を認めてすぐに治療に着手する者はいない。妄想そのものよりは，臨床の実際では妄想による事例化の側面こそ重要となる。つまり患者の中に妄想を認めるだけでなく，その妄想によって周囲との対人関係に摩擦が生じているかどうかが，治療を開始すべきかどうかの判断根拠となる。従って，治療論に引き寄せていえば，妄想そのものの形式・内容の検討もさりながら，それがいかに本人の自由を奪うか，また周囲の者を巻き込んでどれほど事例化する側面を持つかの方に，より重点が移る[*5]。

こう考えると，妄想の持つ「主観的には正しいが客観的には誤っている」という，いわゆる主観客観の齟齬，どのような証拠をつきつけられても動じないといった訂正不能性よりはむしろ，妄想が病者と健者の間の共生をいかに阻害するかの方がより重要な問題となる。筆者の立場からは，このように妄想が事例性を生み出す側面を浮き立たせるために，妄想の精神病理の再検討を目ざす必要が生じる。

5－2．定義と構造――Hilbert－Frege論争

精神病理学では，術語の命名と特定に関して，5－1で述べたような消息があると筆者は考えるが，類似の事情は言葉を専門とする哲学の世界でも存在するように思われる。この間の事情を野家の論文[7]から考えてみたい。

古代ギリシャ以来，学問の典型と考えられていたユークリッド幾何学が，近代になって非ユー

クリッド幾何学の登場によって必ずしも万古不易の真理ではないとされてきたことはすでに周知の事となっているが，Husserlもその一部に参加したHilbertとFregeとの間の論争はその流れの中の議論のひとこまとされる。ここでその詳細に立ちいる余裕はないが，本論文との関連でふまえたいのは，野家[7]による次のような指摘である。

アルキメデス・ユークリッド的な考え方からは，たとえば「点とは部分を持たないもの」といった明示的定義をまず規定し，その後，線・面・連続・平行などの議論が展開される。これに対して非ユークリッド幾何学やHilbertによれば，その様に点を概念規定すること自体が成り立たず，点の概念は学問的な全体構造ないし視点によって変わるという。

この間の消息につき，野家[7]によればHilbertは次のように述べているという。

「それに対して，私の考えでは，点の定義を三行で与えようとすることは不可能です。なぜなら，むしろ公理の構造全体によって初めて完全な定義が与えられるからです。すべての公理は定義に対して何らかの寄与を行っており，すべての新しい公理は，それゆえ概念を変化させます。ユークリッド幾何学，非ユークリッド幾何学，アルキメデス幾何学，非アルキメデス幾何学における『点』は，そのたびごとに異なったものなのです。」

これまで述べてきた筆者の試みは，「点の定義から公理・定理を作るいきかた」ではなく，「点という言葉を学的体系全体の中で定義するいきかた」と方向を同じくする。たとえば妄想という言葉に対して，どの場面でも適用可能な辞書的な定義をし，同じように定義された様々な言葉によって心的事態を構成していくのではなく，構成された精神病理学の構造の中であらためて妄想という言葉を問おうとする。本論でいえば事例性という面に着目しながら，再度妄想の定義や広がりを考えようとする方向ということになる。

6．まとめ－〝Psychiatrieren〟

精神科医は一人一人独自の人間知ないし人間学を日々の臨床における患者との出会いから構築している（それを声高に言うか，心に秘して黙するかは別として）。もちろんその出発点と到着点は，まずは目前の患者の治療である。こうした人間学の構築は，精神科医だけでなく，だれでもが日々の生活体験と，ありとあらゆる知の体験を通じて一生涯続けていく。その中で精神医学を背景とした（というよりも精神科医の発言になる）様々な人間学・人間理解の方法とそれにもとづく見解は，現在それなりの影響力を有していると思う。そこには医学や精神医学への人々の信頼があると筆者は考え，責任の重さを感じている。

しかし，少なくとも精神病理学を背景とした人間学を構築しようとする上は，精神病理学が持っている個別の限界や守備範囲を明確に意識していく必要がある。その匂いが全くない人間学は，他のいかなる人間学であろうとも精神病理学から出発した人間学ではない。またそのような限界認識は，逆に精神病理学そのものにも豊かな実を結ぶはずだと考えられる。

かつて筆者の恩師諏訪望は，〝Psychiatrieren〟という言葉を提示した事がある[8]。もちろんKantの〝Philosophieren〟にならった造語である*6。諏訪はこの言葉の説明の中で，精神医学の多様性とそれぞれの相互の独立性についてふれ，それは精神医学の研究方法論や各体系にあてはまるとする。一方「精神」は精神医学の出発点であり，それは「人間性」といってもよく（注-１でも同じ*1），精神病理学の体系化は，それぞれの創始者の人間性ないし世界観が大きな役割を担っているという。また精神医学の諸体系の「どれひとつとして完成された唯一の体系としてわれわれに提供されているものはない」とも言っている。

本論文では強制的医療をめぐり，事例性という考え方から，筆者なりに精神病理学を再考するひとつの作業として，言葉の定義や視座の変更に関して素描を試みたが，これを筆者なりの〝ein Psychiatrieren〟とひそかに考えている。

謝　　辞

本論文の内容は，北海道大学医療技術短期大学部作業療法学科（平成９年１月20日），北海道大学文学研究科文化価値論講座（平成12年６月３日）にて検討していただき，貴重なご意見をいただいた。また匿名性を守る立場から実名はふせるが，症例記述については当該病院の院長はじめ職員の方々に感謝したい。本論文の要旨は第16回日本精神病理学会において発表した。

＊注

1．「精神」という言葉について，諏訪は宗教精神医学との関連でふれている[9]。紙幅の関係で詳しくは紹介できないが，Psychiatryの語源となったギリシャ語の「プシュケー」が，単に「精神」・「心」を意味するのみでなく，「生命」と深い関わりをもち，「生命現象としての心の状態」をさすと指摘していることはあげておきたい。諏訪が「「精神」を「人間性」といいなおしてもいい」としているのも，このあたりの消息をふまえていると筆者は考える。

2．通常の医療契約が結べる者のみを対象にすればよいという考え方が当然あるが，精神科臨床では成立しづらい。昨日静かに治療契約を結んだ患者が，今日は不測の行動に走る事などは日常茶飯事であり，そうなったから治療契約を解除するというのは，現実には関与した者の倫理としてできない。

3．木村[10]は，精神の病にみる異常とは，結局は「常識の欠如」であるという。ここでいう常識とは，もちろん知識的な知ではなく，日常生活していく上での実践的な知をさす。

4．精神科の日常臨床ではこの事例性の解決を，患者の持つ心的困難，精神的痛みの解決を通して実現しようとするから，事例性や強制的医療と，精神医学が精神を対象とする事は分離できない。ただし現実には，上記のような方向では事例性，とくに症例１のように差し迫った場合では，現実には困難ないし不可能である。

また本論文では精神を対象とするという，今一つの（というより，さらに重要な）特色・課題を操作的にはずしているが，本論文とは逆にこの点を中心に，強制的医療や事例性を従属変数とした内容の稿を改めて用意したいと考えている。

5．たとえば精神分裂病者の妄想が，どのくらい事例化して現れるかという頻度について，Huber[11]は50～70％という数字をあげている。

6．オーストリア系ドイツ語ではpsychiatrierenは「精神鑑定する」という意味に使用されるという（富山芳生（編）：独語辞典，郁文堂，東京，1987．pp．1，104.）。

引用文献

1．木村　敏：心の病理を考える．p．i，岩波書店，1994，東京.

2．笠原　嘉：分裂病の了解学はどこまで進んだか－最近の精神病理学的研究から－．精神経誌，85：671-676，1983.

3．加藤正明：疫学的精神医学－事例になるということ．加藤正明編，社会と精神病理．p.134，弘文堂，1976，東京.

4．小田　晋：日本の狂気誌．p.11－12，思索社，1980，東京.

5．山上　皓：我が国における触法精神障害者処遇の現状と問題点．精神経誌　102：15-22，2000.

6．Jaspers,K.: Allgemeine Psychopathologie. 5-Aufl. Springer，1948，Berlinu Heideberg（内村祐之他訳：精神病理学総論.

岩波書店，1953-1956，東京.）
7．野家啓一：「幾何学の基礎」と現象学－ヒルベルト，フレーゲ，フッサール－．野家啓一，無根拠からの出発．p.147－180，頸草書房，1993，東京.
8．諏訪　望：〝Psychiarieren〞．精神医学 14：783，1972.
9．諏訪　望：精神医学とキリスト教－新約聖書の用語からみた「精神」の意味．諏訪　望，急がずに休まずに－精神医学とキリスト教－．p. 46-64，シャローム印刷，1992，東京.
10．木村　敏：異常の構造．p.39－50，講談社，1973，東京.
11．Huber G. u. Gross G.：Wahn－Eine deskriptiv-phanomenologishe Untersuchung schizophrenen Wahns－．F. Enke Verlag，1977，Stuttgart（木村定他訳：妄想．金剛出版，1983，東京.）