慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	無力妄想について
Sub Title	
Author	濱田, 秀伯(Hamada, Hidemichi)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2004
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.81, No.2 (2004. 6) ,p.117- 123
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	講座
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20040600-0117

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

慶應医学・81(2)：117～123，2004

講　座

無力妄想について

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
濱田秀伯（はまだ ひでみち）

Key Words：delusion, paranoia, psychasthenia, psychopathology, schizophrenia

無力妄想 asthenic delusion は著者の造語である．強力性のパラノイアの対極に位置する無力性，すなわち確信に満ちた他罰・闘争的な体系妄想ではなく，不安と疑惑の中を揺れ動きながら，自己を卑下して引きこもりがちになる軽い非体系妄想を指している．ある時は人格障害に，ある時は神経症にも見えるこの妄想が，統合失調症とその周辺領域の症状形成を考える示唆を与えてくれる．本講座の目的は，精神病理学の立場から無力妄想の概念を紹介することにあり，具体例を1例挙げながら，症候学，転帰，症状形成，治療を述べ，その臨床に占める意義を示すことにする．

歴史的な展望

1. ドイツ語圏

19世紀のドイツにおいて思考，知性面の機能精神障害を広く包括する概念であった偏執狂 Verrücktheit を，パラノイアへと発展させたのは Kraepelin, E である．彼は一方で今日の統合失調症の先駆概念である早発痴呆を，他方で気分障害に相当する躁うつ病を念頭に置きながら，偏執狂を縮小し，妄想疾患としてのパラノイアを確立していった．教科書5版（1896）において，パラノイアは「分別が完全に保たれながら持続性で揺るぎない妄想体系が極めてゆっくりと形成されてゆく」慢性に進行する不治の妄想と定義され，6版（1899）ではそのうち幻覚のあるものは早発痴呆へ移され，エネルギッシュに復権行為を繰り返す好訴妄想が中核になった[1]．

19世紀末から20世紀初頭にかけて，こうした強力性のパラノイアに対して，無力性の妄想が注目され始めた．Friedmann, M[2]は1905年に，30歳台の女性に生じる治癒性の被害妄想を，軽症パラノイア型 milde Paranoiaform の名で記載した．幻覚はみられず，分別は保たれ，適応能力の低下もなく，3年前後の経過で治癒に至る．彼はこの妄想を，ある素質の上に葛藤体験が加わって発病するパラノイアの変種と考えた．

Gaupp, R[3]は1910年に，従来のパラノイアとは対蹠的な臨床像の頓挫パラノイア abortive Paranoia を記載している．弱力性体質をもつ25～45歳の男性に徐々に現れる被害関係妄想で，幻覚はみられず，空想・誇大的でなく論理性が保たれ，利己・闘争的ではなく，むしろ自己卑下，抑うつ傾向が病像を支配し，寛解と増悪の経過をたどり部分的な病識をもつ．妄想を育む弱力性の体質とは，良心的で自信がなく，小心翼々と他者の目を気にして反省を繰り返す性格傾向を指しており，後に述べる Claude, H の統合失調体質に近い．

Kretschmer, E[4]は1918年に，性格，体験，環境の要素からなる敏感関係妄想を提唱した．土壌になる敏感性格は，基本的にやさしさ，弱さ，傷つきやすさなど無力優位ながら，同時に強力性の自尊心や野心をあわせもつ特徴がある．こうした性格の人に，不全感や敗北感を伴う体験が加わると，内的緊張が高まり妄想に転化するという．

こうした流れを受けて教科書8版（1909～15）の Kraepelin, E は，初めて軽症パラノイアや頓挫パラノイアの存在を認めている．この版では好訴妄想が心因疾患に分類され，パラノイアは傷つき易さと自負がまじりあって社会適応が困難になる少数の妄想に限定されることになった．以後，その独立性や統合失調症との関連をめぐる議論が絶えない[1]．

2. フランス語圏

フランスにおけるパラノイアの原形は，Esquirol, JED（1838）[5]の記載したモノマニー，すなわち発揚・熱情性の部分精神病である．Sérieux, P と Capgras, J[6]は1909年に，多様な妄想解釈を形成しながら拡散的に発展する解釈妄想と，執拗な支配観念にとらわれ慢性興

奮のなかで損害の補償を求めて行動する復権妄想を記載した．前者はKraepelin, Eの8版のパラノイア，後者は好訴妄想に相当する．今日のフランスにおけるパラノイアとは，一般にこの2つの類型を挙げるが，いずれもパラノイア人格の上に生じる強力性の妄想で，互いに移行がある．

一方，無力優位の妄想もさまざまな名称で記載されている．Ballet, Gは1892年に，マスターベーションや放蕩に関する心気的なこだわりと引け目が強く，周囲から嫌がらせをされると訴える自責的被害者 persécuté auto-accusateur を学会報告した．Séglas, J[7]は1894年にこれを取り上げ，ふつうの被害妄想患者とは対照的に控えめな性格で，些細な性的，宗教的な過ちを誇張して自分を恥じ，向けられる非難をやむをえないと感じる点に特徴を置いた．

これらをふまえてArnaud, FL[8]は1903年に，慢性体系妄想を発揚型と抑うつ型に分け，後者に一次性体系自責妄想 délire systématique primitif d'auto-accusation を記載した．内気で小心だが，自尊心が強く挫折しやすい，いわば敏感性格者の妄想で，外に向かう遠心性ではなく，ひたすら自身の人間性にこだわり，自分は人間として生きる資格がないと思いこむ．幻覚はなく知的活動も十分に保たれ，潜伏期，状態期，常同期の3病期で進展し，最終段階でも痴呆にはならないとされる．

Claude, H[9]は1926年に，闘争的なパラノイア体質とは対蹠的に，夢想的，現実逃避的な統合失調体質を記載し，これが病的な類統合失調症 schizomanie に進展すると考えた．類統合失調症は，自閉的で知的解離を示し，困難を回避するために急性錯乱や衝動行為を起こすが病識は保たれている．

Capgras, J[10]は1930年に，解釈妄想の無力類型を，新たに弱力性解釈妄想 délire d'interprétation hyposthénique の名で記載した．周囲の出来事，偶然の一致を自分に結びつける点で解釈妄想と同じ構造をもっているが，迷いと憶測を繰り返して確信に至ることがない．入院は不要で精神療法にある程度は反応し，長い寛解時には社会生活も可能だが，完全に治癒することはないとされている．彼はこの妄想を精神衰弱とパラノイアの中間ないし移行型と見て，Friedmann, Mの軽症パラノイア型，Gaupp, Rの頓挫パラノイア，Kretschmer, Eの敏感関係妄想などに近いと考えた．

3. わが国

統合失調症と神経症の両方の特徴をもち，どちらにも当てはまらない一群の患者は従来，境界例，偽神経症性統合失調症などと呼ばれてきた．こうした境界領域において，わが国では1960年代から，自分の体から悪臭が漏れ出て他人から嫌われると確信する一群の青年患者が，自己臭症あるいは自己臭恐怖などの名で注目されるようになった．体感異常を伴い，多くは自責と微小妄想を前景に単一症候性に経過するが，一部は統合失調症に移行する．疾患分類上は重症対人恐怖，思春期妄想症，パラノイアなど議論がある[11,12]．

藤縄[13]は1972年に，自己臭恐怖，自己視線恐怖，考想伝播，独語妄想などに共通する，自分から何かが外に漏れ出ていく，という要素を自我漏洩症状としてまとめた．妄想は被害ではなく微小・罪業主題をとり，体系化に乏しい．外から内へ侵入する被影響現象とは対極に位置する統合失調症の類型ともみなされる．

関[14]は1980年に，世界へ害毒を流していると訴える5例の女性を，統合失調症性加害妄想として報告した．いずれも良心的，責任感の強い性格をもち，体験の方向が遠心的で，狭義の自我意識障害を欠き，自他未分化で妄想的他者は現れず，自分が将来犯す可能性のある罪を先取りする未来志向で物語性に乏しく，自己の存在を否定して世界秩序の回復を図ろうとするコタール症候群の巨大妄想に類似した側面をもつという．彼はこの妄想を，パラノイアに代表される解釈を主体とする迫害妄想の対極に位置付けた．

中安[15]は1980年代に，顕在発症に先立つ初期統合失調症の主症状として，自生体験，気付き亢進（知覚過敏），漠とした被注察感（まなざし意識性），緊迫困惑気分を抽出した．これらの中にも，自分のせいで相手を嫌な気分にさせると悩む自責の強い無力性の患者が含まれており，緊迫困惑気分から対他緊張を生じ，加害・自罰性へ進展したものとされている．

著者が無力優位の妄想患者に関心を抱いたのは1970年代後半である．40歳以降に初発する遅発性妄想が回復期に無力性のうつ状態を生じること[16]，パラノイアの典型とされる嫉妬妄想に敏感関係妄想に似た無力性の類型がみられること[17]に気付いた．臨床経験を積むうちに，エネルギッシュで乱暴なパラノイア患者，衝動行為を繰り返す境界例患者が，こころの奥深くに低い自己評価を抱えており，統合失調症の幻聴が実は自責の声であり[18]，被害妄想はその強迫的な自責を他罰にすりかえたものとして理解できるようになった[19]．無力妄想の語を使用したのは1994年である[20]．2002年にこれらをまとめ，Ey, Hの器質力動説，Laborit, Hの侵襲学を援用して，無力妄想の本質が外部環境から独立しようとする主体の自由にかかわる問題にあり，進化した脳をもつ人間に宿

命的に内在する病態であることを論じた[21].

症例呈示

19歳　女性

生来明るく元気な子だったのに，14歳ころから人前で緊張しやすくなり，理由なく気分が落ち込むようになった．明るい未来が開かれず，何をしても失敗しそうな，たとえ達成できても虚しい気がして，生きていることそのものが辛い．理想を掲げて気高く生きる自信がなく，ほかの人が楽に生活している様子が不思議でたまらず，存在価値のない自分を責める．

15歳時，読書のストーリーは分かるが，作者の意図がうまくつかめない．音楽を聴いても，音の羅列が体内を通り過ぎるだけで共感することができない．外界の遠近感が無くなり，景色が平板に見え，目の前の人が遠くに感じたり，手に持っている携帯電話が小さく見えたりする．自分の身体に確かな実感がもてない．わからないので必死につかもうとしてもがくと，動作がぎこちなくなる．空白な未来が不安で，予定や約束をたくさん入れ，疲れるのもかまわず毎日のように外出する．

16歳時，一人でいるととりとめなく考えが湧いてくる．聴きなれたCMソングがよみがえる．過去の思い出などがイメージで出てくることもある．自問自答を繰り返し，ついとらわれて長時間ふけってしまう．遠くを走る車の音が耳について離れず，光がまぶしくなり，視野の周囲がくっきり見える．エアコンの音が工場の騒音のように大きく，かけている毛布がまるで岩のように重く感じる．

17歳時，周囲から圧倒され，すべてが受身にまわるようになった．人目が気になり，非難されているように感じる．他人と自分を比べてあせってしまう．誰もが持っている当たり前のものを自分は持ちそこなっている．ものごとを知らず幼稚で，そばを通るだけで他人に不快を与えている．人間として生きている意味がない，他人から見放され，見捨てられると思ってしまう．

18歳時，全身倦怠と集中力低下を訴え，進学を断念して部屋に閉じこもりがちとなった．近況を知らせる友人からの年賀状を見るのが怖い．彼らの大学入学，就職など新しい活動を知ると，自分一人が取り残されるように感じる．他人と会うのは怖いが，一方で誰からも愛されたい．自分の考えにこだわり，我を通そうとして家族をふりまわす．親の愛情が実感として感じられない．とくに「早く進路を決めるように」「世間の常識では」という話題になると，「自分を分かってくれない」と怒りだし，家族にあたりちらす．

19歳時，自分をコントロールできず，衝動的に傷つけたくなる．周囲の出来事にまきこまれやすく，両親が口論すると自分のせいではないかと思い，不安で声が出なくなる．一方，世間を醒めた目で見るようにもなってきた．頭の中で自分を責める声が聴こえる気がする．明瞭な声はでなく声と考えの中間で，自問自答のようでもあり，責める部分に他人のようなニュアンスもある．初診時のDSM-IV[22]による診断は，I軸は社会恐怖，II軸は境界性人格障害である．

症候学

感情面では，漠然とした全般性不安と，軽い持続性の抑うつ気分の中にある．何をしても失敗しそうな将来への予期不安，周囲から忌避される見捨てられ不安の形をとりやすい．気分変動，空虚感，絶望感，アンヘドニア（快楽消失），対人場面で緊張しやすい対人恐怖，他人を傷つけたのではないかと悩む加害恐怖などで，自責的になる一面で無感情にもなる．

思考面では，一人でいる時にとりとめない考えが湧いてきて，堂々巡りする自生思考がみられる．集中力が低下し，軽い連合弛緩があり，表面的なことはわかるが，会話に含まれた意味，ドラマの意図などが捉えられない．周囲の出来事をすべて自分に結びつける関係妄想は，無力妄想の主体となる症状である．患者の自己評価は低く，主題は基本的に微小妄想であるが，一過性の被害妄想を抱くこともある．いずれも半信半疑，浮動性で，ある程度は訂正と了解が可能な妄想様観念である．確信に近い優格観念や侵入性の強迫観念になることもあるが，体系妄想にはならない．

知覚面で目立つのは，感覚過敏と知覚変容である．遠くの音，生活騒音，陽光，かすかな臭いなどが強く感じられ，普段は気に留めない視野の周辺，身体の位置や習慣動作などに注意を奪われる．内部の主観空間には仮性幻覚を生じる．聴覚領域には聞きなれたメロディがよみがえる聴覚表象ないし音楽幻聴[23]，頭の中で反省，反芻する自問自答，視覚領域には過去の場面が映像で浮かぶ記憶性視覚表象[24]などである．いかにもありそうな架空の会話や空想表象，言葉が外に漏れ出る言語性精神運動幻覚，考えが声になって聴こえる考想化声[25]を伴うこともある．

解離性ないし転換性症状として，一過性の失声，運動障害，健忘，もうろう状態，ガンザー症候群などを生じることがある．

意志・欲動面では，意欲が減退し自発性が低下する．微小妄想による自責を避けて自ら身を退き，自閉的になりやすい．一方で抑制がきかず，過食，自傷などの衝動行為，確認を主体とする強迫行為を生じることもある．

こうした精神活動全般の中核を占め，多彩な症状をもたらすもとになるのは自我意識の障害である．Jaspers, K[26]は，自我意識に能動性意識，単一性意識，同一性意識，外界に対立する自我意識の4つを区別した．これら自我意識の脱落と症状との関連は，病像の形成の項で述べることにする．

経過と転帰

多くは10歳台後半の青年期，早ければ7歳ころ，遅いと30歳を過ぎてから人格変化の形で発病する．最初は患者の内面に，何かが失われて自分が低格化したという無力性の自責感と，未来が閉ざされて生きていきにくい束縛感を生じる．Hecker, E[27]が破瓜病に記した「はっきりとしない，言いようのない悲哀感と心的な被圧迫感」，Ballet, G[28]が慢性幻覚精神病の初期に重視した不全感，あるいはConrad, K[29]のいう統合失調症のトレマに近いもので，臨床的には漠然とした軽い抑うつにも見える状態である．病初期には必ずしも持続的でなく，しばしば「理由なく落ち込みを繰り返す」などと訴える周期性気分変調の形をとる．症状未分化な一種の人格障害であるが，この段階で内面の変化を周囲に気付かれることは少なく，精神科を受診することもほとんどない．

数か月から数年後に，内的な体験は身体と外界へ広がり，現実生活の困難や社会的コミュニケーションの支障をもたらす．中核をなすのは加害的な対人恐怖ないし社会恐怖である．患者は，低格化した自分に負い目を感じ，周囲に不快を及ぼしていると確信し，家族や世間から見捨てられることを恐れる．世間を恐れて引きこもりがちとなり，些細なことに傷ついて食行動の異常や，リストカット，抜毛などの自罰行為に走り，学業や就職が長続きしない．この段階における診断は，前景にたつ病像によりいわゆる境界例，さまざまな神経症，摂食障害，適応障害，ストレス反応など多岐にわたる．患者の外見や疏通性は十分に保たれているものの，こだわりが強く変化を嫌うので，どこか不安定でバランスの悪い印象を気付かれることがある．

一般に無力妄想は，状況に応じて寛解と悪化を繰り返しながら動揺性に経過するが，さらに進行して病像が変化する例もある．すなわち，言語幻聴と被害妄想を生じて統合失調症に，復権行為が頻発してパラノイアへと進展する可能性をもつ．治療開始から寛解までに，およそ2〜3年を要する．

病像の形成

Ey, H[30]は，Jackson, JHによる神経系の進化と解体の理論を発展させ，新ジャクソン学説あるいは器質力動説の立場から，精神機能の最上層に解剖学的構造とは対応しない時間展開をもつエネルギー体系を想定した．何かしら不明の，おそらくは非特異的な侵襲が加わり，最も上位でかつ最も脆い層に軽い全般的な解体を生じると，自由な生の流れは弛緩し，患者は自らを時間化させて未来を開くことが出来なくなる．この自由の制限restriction of freedomが，器質力動説でいう陰性症状に相当するもので，無力妄想の基本障害である．

主体の自由が制限された最も早い表現は，精神活動全般を司る自我意識，とりわけその同一性意識に現れる．同一性意識が脱落すると，時間軸に沿った自我の一貫性が失われるので，患者は視点を内部で自在に移動させることができない．過去は断片化して自生思考や記憶表象などの自動症となり，未来への展望は開かれず，患者は目的を失い，いま何をなすべきかが分からなくなる．それは自らを未決定の未来に投げ，「いま・ここ」を超越して高みを志向する自由を奪われることであり，患者は言い知れぬ空虚感，絶望感，アンヘドニアの中に置かれる．「理想が描けない」「生きる意味が分からない」など，自己評価の低い自責的な訴えはここから生じる．

自我意識の障害は，しだいに能動性意識，単一性意識，外界に対立する自我意識へと広がり，離人症，二重自我，自我境界の希薄化などをもたらす．離人症では，外界，記憶，行動などの現実感，空腹や満腹感などの身体感覚が希薄になり，家族の愛情や他人の言葉のニュアンスが捉えにくくなる．自生思考，記憶表象などの自動症は，二重自我を生じることにより，異質なものが意識に押しつけられる強迫観念，強迫表象へと転じてゆく．自我境界に障害が及ぶと，患者は周囲にまきこまれ，雰囲気にのまれて気おされるので，なすことのすべてが受身に回りがちになる．自我境界が微かに破綻した状態を，Schneider, K[31]は自我・外界関門の透過性亢進と呼んでいるが，自己評価の低い患者が些細な状況変化に動揺し，出来事をすべて自分に結びつけるところから自我漏洩症状へと発展する．

Conrad, K[29]はゲシュタルト分析の立場から，統合失調症の初段階にある患者は視点の変換ができず，全体の関連系から脱落するために背景と前景の区別がつかなく

なり，自責感，不信感，罪業妄想を抱くと考えた．視点を自分から離し，立場を変えてさまざまな角度から見ることができないと，客観的な自己像が描けず，対象の捉えかたも一面的になる．患者は他人と比較して自らの欠点を詮索し，世間からどう見られるかばかりを気にして，むしろ周囲のほうを自分に合わせようとする．自分には何かが足りないと強迫的に反省する「自然な自明性の喪失（Blankenburg, W）」[32]，世間から見放されることを恐れる「見捨てられ不安（Masterson, JF）」[33]，対象を部分的にしか捉えられない「部分対象関係（Klein, M）」[34]，all or none な「反立的態度（Minkowski, E）」[35]，しばしば境界例に指摘される他人への操作 manipulation[36]などを，このように考えると症候学的に理解しやすいように思う．

器質力動説の陽性症状とは，上層の脱落部分を補う下層の活動表現とされている．患者が制限されつつある自由を取り戻し，精神的ホメオスタシスを維持するために自ら行う対処行動 coping のことであるが，無意識的な場合は一種の防衛機制とみなすこともできる．いずれも行き過ぎた過剰な形をとり，かえって患者の不自由を増強する結果になりやすい．不安や恐怖を機械・反射的に回避するものが解離，いわゆるヒステリーであり，患者なりに工夫をこらし力動的な解消を試みると強迫行為になる．

視点を未来に動かせず，先が読めない患者は，しばしば未来を先取りする行為を起こす．先のスケジュールを隙間なく入れ，空白を埋め尽くした予定表にしたがって生活することにより，未決定の要素を排除しようとする．これは統合失調症患者に特有のありかたとして，わが国で微分回路的認知の優位（中井久夫）[37]，アンテ・フェストゥム構造（木村 敏）[38]などの名称で注目されてきた現象に相当する．

現実感のなさ，不確かな印象を確かにするために，患者は複数の感覚を動員し，自らの知覚レベルを 1 段階高く設定し直す．これが患者に内的な過度覚醒をもたらし，外界に対して感覚過敏，実体意識性，妄想知覚の本質属性などを，身体には心気症，異常体感などを引き起こすのである．衝動的な過食やリストカット，自問自答を声に変換して耳から入れる考想化声[25]，表象の空想加工[24]なども，こうした確認強迫の側面をもっている．

自由が制限されて能動的に行動を起こせない患者は，行動を決めてくれる規範を，目に見える具体的な形で外に求めようとする．世間と自身を納得させやすい法律，資格，成績，順位などであり，摂食障害の患者が頑なに数値にこだわるのも，境界例の患者が流行に敏感で浪費に走るのも，それを達成することで低い自己評価を補い，世間から見捨てられまいとする過剰な自助努力である．

治　療

無力妄想の進行は一般に破壊的ではなく，患者自身にも周囲にもそれと気付かれず，数年を緩慢に経過した後に受診する場合が多い．その間に，陰性症状と陽性症状，患者の自助努力，年齢的な成長，自生的回復などが混じり合い，病像を複雑にする．治療者が最初になすべきは，これらを整理し，治療方針を明らかにすることである．

薬物療法の目的は，病気の進行を阻止し，過剰な生体反応を抑制し，自己治癒の機制をうながすことにある．Laborit, H は，侵襲学の立場から病気を，侵襲を受けた生体が環境に対する自律性を保とうとして起こす不調和反応とみて，その治療には生体の防御反応を強化するのではなく，逆にすべての物質代謝を低減させる人工冬眠を提唱した[39,40]．これを無力妄想の陽性症状にも適用できるとすれば，単一受容体に選択性の高い，賦活効果にすぐれた薬物より，むしろ複数の受容体に鎮静効果をもつ薬物（chlorpromazine, sulpiride, quetiapine など）が有効である．

無力妄想の病像はうつ状態にも見えるが，一般に抗うつ薬の効果は少ない．三環系抗うつ薬やセロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）は，睡眠障害，抑うつ気分，自発性低下，強迫症状などにある程度有効であるが，患者を過度覚醒にし，抑制を消失させて衝動行為を助長する場合も少なくないので，第一選択にはせず，抗精神病薬による効果を確認した後に併用する．気分変動や周期性気分変調に対しては，むしろ炭酸リチウム，抗てんかん薬（carbamazepine, sodium valproete など）が有効である．これらを組み合わせ，症状の推移をみながら修正を繰り返し，最終的には複数の系のバランスを整える少量の処方に収斂させる．

精神療法の目的は，無力な患者を支え，自助努力の方向を是正し，社会的な自立を促すところにある．自己評価が低く，内面に深刻な自責を抱える患者を，まず全体として受け容れる態度で接する．それには解釈を主体とする古典的な精神分析ではなく，むしろ支持的な個人精神療法が望ましい．治療者は患者の生きていきにくさ，辛さに共感し，不安から逃れるために，見捨てられないために，自責を軽くするために，逸脱行動に向かわざるを得ないことを，了解することから始める．

薬物により考想化声，妄想，強迫などの陽性症状が消失すると，患者はかえって支えを失い，見通しの定まら

ない空虚感の中に陥りやすい．精神病後抑うつと呼ばれる段階で，脱落性の陰性症状に回復時の目覚め現象 awakenings が混じり合う，不安定で複雑な病像である[41]．無力妄想の全経過中，患者にも治療者にも試練となるこの数か月間は，精神療法を最も必要とする期間である．治療者は患者に，再び病的な対処行動に戻ることなく，現実に生きる場所と安全を保障しなければならない．それは寄り添いながら当面の目標を設定し，生活態度を改善し，患者の自立への歩みを少しずつ確かなものにする作業である．

精神病後抑うつを脱し，自己評価が上向き，回復の軌道が見え始めた患者に対しては，視点を内外で恐れずに変換させることを促す．他人の立場に立つ，対人関係を上から見るなどの視点の変化により，等身大の自己像を描くことが徐々に可能になる．治療者は患者に特定の理念や価値観を押し付けるのではなく，患者自らが過去の対人緊張を修復し，まだ少し残る自責を抱えながら周囲と新しい関係を築くことを見守るのである．

無力妄想の意義と疾患分類上の位置付け

無力妄想は独立した疾患形態ではなく，統合失調症を中核に，妄想性障害，パラノイア，パラフレニー，摂食障害，社会恐怖，強迫性障害，全般性不安障害，解離性障害，身体表現性障害，適応障害，気分変調症，境界性人格障害，回避性人格障害など，周辺領域の多様な精神障害の基底をなし，これらを結ぶ要となる病態である．前景を占める症状しだいで，ある時は人格障害に，またある時は神経症にも，軽い精神病にも単なる引きこもりにも見える．不安抑うつを基調とするが，内因うつ病とは，感情と意欲の症状が均等でなく，自我意識の障害を伴い，微小妄想の主題が日常卑近を越えて形而上学的になり，内省や詮索の執拗すぎる点などが異なる．

Ey, H は，急性精神病を意識野の病態，慢性精神病を人格の病態とみて，後者が解体レベルに応じて互いに移行しあう人格障害，神経症，慢性妄想ないし統合失調症，痴呆の表現をとると考えた．無力妄想も人格全体の解体であるから，その最も早い段階は症状未分化な人格障害の形をとる．すなわち，これまでとは異質な人格が生じる人格発展の屈折であり，この不連続が無力妄想を，生来性の異常人格に還元できない根拠である．見方を変えれば，従来は妄想を育む病前性格，体質などといわれてきたものが経過中の一病像にすぎず[42]，さらに統合失調症やパラノイアを，病態が進行して人格水準が低下し，病像変化と特有な社会困難を現した無力妄想の後半段階と考えることも可能である．

無力妄想の概念を導入することで，病気の全体像を捉えることができ，その中に占める患者の位置を知ることができるだろう．それはたとえば，ある時は摂食障害，ある時は強迫性障害などと入院ごとに診断が変わる患者，どの操作的診断基準をも満たさない患者を正しく理解することである．また，目の前の患者が境界性人格障害なのか，それとも統合失調症のはじまりなのかという果てしなく繰り返された議論に終止符をうち，統合失調症における早期診断・治療のプログラムに再検討を促すことでもある．こうして精神病理学は，これまで生物学，心理学，現象学などが別々に探求し，異なるアプローチを行ってきた対象を，同じ臨床の場に重ね合わせる役割を担うのである．

無力妄想はまた，本来の健全な精神，人間存在のありかたを改めて考える機会を与えてくれる．その長い診療を通して治療者は患者とともに，精神障害を単純に脳科学に還元しえないという印象を抱かざるをえず，自分の意志で未来を拓くこと，より高みを目指して生きようとすること，他人と協調しながら個を保つことなどが，人間にどのような意味をもつのかについて，深く思いをめぐらせる．そして精神医学の臨床には，知識や技術ばかりでなく，それらを越えてこころを通わせる側面が，どうしても欠かせないことに思い至る．生きる意味を信じる治療者のみが，それを失った患者に勇気を与えることができるからである．

文　献

1) Kraepelin, E, Lange, J：パラノイア論(内沼幸雄,松下昌雄訳)．医学書院，1976
2) Friedmann, M：Beitrage zur Lehre von der Paranoia. Monatschr Psychiatr Neurol 17：467-484, 532-560, 1905（精神医学，35：91-98, 209-216, 1993　茂野良一，佐久間友則，大橋正和訳）
3) Gaupp, R：Paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Centrablt Nervenheilkunde Psychiatrie NF 21：65-68, 1910
4) Kretschmer, E：敏感関係妄想（切替辰哉訳）．文光堂，1962
5) Esquirol, JED：Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Baillère, Paris, 1838
6) Sérieux, P, Capgras, J：Les folies raisonnantes：le délire d'interprétation, Alcan, Paris, 1909
7) Séglas, J：Leçons cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Asselin et Houzeau, Paris, 1895
8) Arnaud, FL：Psychoses constitutionnelles. Traité de Pathologie Mentale. (Ed) Ballet, G, Doin, 1903
9) Claude, H, Borel, A, Robin, G：Démence précoce,

schizomanie et schizophrénie. Encéphale 19：145-151, 1924（精神医学，33：1015-1023, 1991 萩生田晃代，濱田秀伯訳）
10) Capgras, J：Le délire d'interprétation hyposthénique, délire de suppositin. Ann méd-Psychol 88 T1：272-299, 1930
11) 正視恐怖・体臭恐怖（笠原 嘉編集）．医学書院，東京，1972
12) 村上靖彦：「思春期妄想症」30年間の研究の流れ．臨床精神病理，23：3-12, 2002
13) 藤縄 昭：自我漏洩症状群について．分裂病の精神病理1（土居健郎編集），東京大学出版会，1972
14) 関 忠盛：分裂病性加害妄想について．臨床精神病理，1：195-209, 1980
15) 中安信夫：分裂病症候学．星和書店，1991（増補改訂版，2001）
16) 濱田秀伯：40歳以降に初発する幻覚妄想状態の臨床的研究－特に予後の見地から．慶應医学，55：111-132, 1978
17) 西園 文，萩生田晃代，深津千賀子ほか：「敏感嫉妬妄想」の一症例．臨床精神病理，9：305-314, 1988
18) 濱田秀伯：一級症状（Schneider, K.）の幻聴に関する1考察．精神医学，40：381-387, 1998
19) 濱田秀伯，村松太郎，山下千代ほか：自責・加害的な強迫症状．精神医学，42：29-35, 2000
20) 濱田秀伯：精神症候学．弘文堂，1994
21) 濱田秀伯：精神病理学臨床講義．弘文堂，2002
22) American Psychiatric Association：DSM-Ⅳ精神障害の分類と診断の手引（高橋三郎，大野 裕，染矢俊幸訳）．医学書院，1995
23) 馬場 存：精神分裂病の音楽幻聴に関する精神病理学的研究．慶應医学，75：285-299, 1998
24) 森本陽子：統合失調症における視覚表象の形成と経過に関する精神病理学的研究．慶應医学，81：31-47, 2004
25) 濱田秀伯，小野江正頼：考想化声．精神医学，43：8-16, 2001
26) Jaspers, K：精神病理学総論（全3巻）（内村祐之，西丸四方，島崎敏樹ほか訳）．岩波書店，1953
27) Hecker, E：破瓜病（渡辺哲夫訳）．星和書店，1978
28) Ballet, G：La psychose hallucinatoire chronique et la désagrégation de la personnalité. Encéphale 8 T1：501-508, 1913（精神医学，28：1405-1414, 1986 三村 將，濱田秀伯訳）
29) Conrad, K：分裂病のはじまり（山口直彦，安 克昌，中井久夫訳）．岩崎学術出版社，1994
30) Ey, H：ジャクソンと精神医学（大橋博司，三好暁光，浜中淑彦ほか訳）．みすず書房，1979
31) Schneider, K：Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie. Fortschr Neurol Psychiatr 9：487-490, 1957
32) Blankenburg, W：自明性の喪失（木村 敏，岡本 進，島 弘嗣訳）．みすず書房，1978
33) Masterson, JF：Treatment of the adolescent with borderline syndrome (a problem in separation-individuation). Bull Menninger Clin 35：5-18, 1971
34) Klein, M：羨望と感謝．メラニー・クライン著作集5（小此木啓吾，西園昌久，岩崎徹也ほか編集，小此木啓吾，岩崎徹也訳）．誠信書房，1996
35) Minkowski, E：精神分裂病（村上 仁訳）．みすず書房，1954
36) Gunderson, JG：境界パーソナリティ障害－その臨床病理と治療（松本雅彦，石坂好樹，金 吉晴訳）．岩崎学術出版社，1988
37) 中井久夫：分裂病の発病過程とその転導．分裂病の精神病理3（木村 敏編集）．東京大学出版会，1974
38) 木村 敏：分裂病の時間論－非分裂病性妄想病との対比において．分裂病の精神病理5（笠原 嘉編集），東京大学出版会，1976
39) Laborit, H：侵襲に対する生体反応とショック－人工冬眠法の原理と応用（山口與市，土屋雅春，川村 顕，秋庭忠義訳）．最新医学社，1956
40) 土屋雅春：生体反応とアグレッソロジー．日本医学館，1994
41) 萩生田晃代：精神病後抑うつ状態（postpsychotic depression）を示した精神分裂病の経過類型に関する研究．慶應医学，67：1033-1050, 1990
42) 斎藤正範，濱田秀伯：分裂病とパラノイア人格の関係についての1考察．精神医学，38：1281-1286, 1996