

分裂病

本当に問わなくてはならないこと、それは分裂病の医学的な意味での「基礎病変」が、はたしていつの日にか解明されるときがあるのかどうかということである。もし分裂病がその本態において医学的な疾患であるのなら、将来の医学の進歩を待つことは十分に意味のあることだろう。しかしもしそうでないとしたらどうだろう。その場合にはすべてが完全にその様相を変えて、分裂病の基礎病変の解明を医学に期待することは意味を失ってしまうだろう。

この可能性がこれまでほとんど討議されてこなかったのは、この「狂気」が患者個人の生命を脅かす病気ではなく、単に患者の症状が、つまり患者の行動の異常が、患者と周囲の人たちとの共同生活にとって支障となるだけだからである。言い換えれば、わたくしたち精神科医が治療の委託を受けるのはほとんどの場合患者自身からではなく、家族その他の周囲の人たち、広くは社会体制の側からなのであって、この治療委託者にとって唯一の関心は、分裂病の本態にではなく表面的な症状の消長のみに向けられているからである。その異常な言動がおさまりさえすれば、患者の基本的な苦痛とはまったく無関係な次元で、治療者としての責任は果たされたことになる。社会体制という対人関係のネットワークが、狂気の症状への一方的な関心によって、症状の根底にある分裂病の基礎構造への問いを妨げてきたのである。

最近四十年間に分裂病症状の治療に有効な薬物が次々と開発され、その薬理作用からの逆推論という形でドーパミン仮説という「病因論」が提出された。それによると分裂病は、脳に無数に存在する神経細胞の間で刺激の伝達を媒介するドーパミンという化学物質の作用に関する量的異常以外のなにもでもない。向精神薬はこの媒介物質の動向を変化させて異常を取り除く。

しかし、向精神薬によって影響を受けるのは分裂病の症状であって、分裂

病それ自体ではない。このことは臨床医ならだれでも知っている。だから向精神薬で分裂病を治療するのは、ちょうど肺炎の治療に解熱剤を使うようなものなのだ。解熱剤を使えばたしかに肺炎の症状は軽くなる。しかしそれによつて肺炎が治るわけではない。熱があるから肺炎なのではなく、肺炎だから熱が出る。狂気の症状があるから分裂病なのではなく、分裂病だから狂気の症状が出る。このあまりにも簡単な理屈が現在の精神医学では通らない。ほんとうに通らないのではなくて、通ると医学としての精神医学が困るから通らないことにしているといったほうが正しいだろう。それに、社会を困らせるのは分裂病そのものではなくて狂気の症状なのだから。（一〇七六字、引用にあたって一部表現と表記を改めた）

木村敏『生命のかたち／かたちの生命』（青土社、一九九五年）より