

1. 操作主義と人間学

精神医学はつねに固有の困難を抱えています。それは、「病める人を救う」というきわめて実践的で社会的にも責任ある学問であるにもかかわらず、「精神」という実体なき対象を記述し、分類し、評価し、そしてそれに働きかけなければならないという困難です。

精神医学の社会的使命を優先するなら、つまり、なぜこの人を精神疾患であると判断し、なぜこの治療法を選択したかという根拠を明確に示すためには、「精神」を把握する方法論は客観的で明晰なものでなければなりません。このような方法論を追求したのが、現代の精神医学実践においては欠くことのできない「操作的診断法」です。アメリカ精神医学会の策定した診断の手引き書である「DSM (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders)」が第3版(1980)¹においてこの診断法を前世紀終盤に導入してから一気に全世界の精神医学に普及され、昨年には第5版(2013)²が刊行されました。ヨーロッパを中心とする世界保健機関(WHO)の策定した「ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)」³でも使用されています。これらは、ある疾患名に対していくつかの項目が並べられ、そのうちいくつか以上の項目を満たせばその疾患であるとみなしてよい、という一定の「手順=操作」によって診断へと導く手法です。これによって、診断する者の経験の深浅や専門性の有無に左右されることなく、誰もが正しい診断へとたどり着くことができるという信念から、この診断法の開発が押し進められたのです。

もっともこの診断法が開発された当初から、いくつかの危惧が表明されていました。操作的診断法では客観性を保証する「再現性」が重んじられたため、明確に捉えることので

¹ American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd edition: DSM-III. Washington DC. (高橋三郎ほか訳 (1982) : DSM-III——精神障害の分類と診断の手引. 医学書院.)

² American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition: DSM-5. Washington DC. (高橋三郎ほか訳 (2014) : DSM-5——精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院.)

³ World Health Organization (1992): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva. (融道男、中根ほか監訳 (1993) : ICD-10 精神および行動の障害——臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院.)

きない微細な特徴（例えば、統合失調症患者特有の対人接触の“硬さ”、など）は除外されていることから、疾患の一面しか捉えられないのではないか、あるいは、発症メカニズムについての仮説（例えば、不安障害は無意識における心理的葛藤に由来する、など）を排除したために疾患理解が平板になるのではないか、といった危惧です。これらの危惧はたしかに的を射ているのですが、じつは操作的診断法はまさにこれらの点を確信犯的に排除することを目的として登場してきたのです。20世紀の精神医学は、生物学的な精神疾患の解明が期待されたほどには進まず、臨床での経験則に基づいて診断を下し治療を行うことが日常となっていたのですが、このやり方を採り続ける限り精神医学は自然科学の一員にはなりえず、実証研究を進めることができないと判断された結果、曖昧さや仮説を徹底して排除する手法として登場したのが操作的診断法なのです。とくに当時のわが国において非難の矛先が向けられたのが、いわゆる「人間学的精神病理学」でした。

人間学的精神病理学とは、精神疾患を人間固有の苦悩の表現と理解する立場から精神疾患の解明を試みる学問です。18世紀のピネル（Pinel Ph 1745-1826）に端を発するフランスの啓蒙主義的精神医学へのアンチテーゼとして19世紀にドイツに登場したロマン派精神医学、つまり、精神疾患の原因を不信心や冒瀆に伴う罪責感に求め精神療法を重視した、思弁的・神秘主義的^{たな}趣きを湛えた精神医学にその源流を認めることができますが、現代的な意味での人間学派は「統合失調症／精神分裂病 Schizophrenie」の命名者であるブロイラー（Bleuler E 1857-1939）に始まったと考えていいでしょう。彼は、20世紀初頭にクレペリン（Kraepelin E 1856-1926）によって整理された精神医学体系を踏襲しながらも、やはり当時話題になっていたフロイト（Freud S 1856-1939）の心理学を取り入れ、例えば統合失調症の重要な特徴として「自閉 Autismus」や「両価性 Ambivalenz」に着目するなどして、精神疾患をより深く理解しようと試みました。

ブロイラーの人間学的姿勢は、さらに弟子のミンコフスキー（Minkowski E 1885-1972）やビンスヴァンガー（Binswanger L 1881-1966）によって引き継がれましたが、ミンコフスキーはベルクソンとフッサールに、ビンスヴァンガーはハイデガーに深く影響を受けていることから、人間学的精神病理学に現象学が深く関わっていることがわかります。とくにビンスヴァンガーはハイデガーの現存在分析論を精神医学に積極的に導入し、精神疾患患者を世界内存在としての現存在とみなしてうえで、患者の経験してきた生活史を克明に分析することによってその現存在構造を明らかにしようとする「現存在分析（Daseinsanalyse）」という手法を編み出し、20世紀半後半の精神医学に多大な影響を与

えました。ビンズヴァンガーの影響下において、ブランケンブルク（Blankenburg W 1928-2002）は統合失調症患者の経験のうちに「自然な自明性の喪失」という特徴を認め、このような統合失調症性疎外と現象学者が自然的態度をエポケーする際の抵抗との類似性を指摘しましたし、わが国の木村敏（1931-）もまた、二者が出会うとき西田のいう純粹経験の相においては自他未分の事態があってそこから自他が分離してくると考え、統合失調症患者ではこの「個別化原理」が危機に陥ることさまざまな病的体験が生じると説きました。人間学の立場をとるいずれの論者においても、まずは患者自身の経験を純粹に記述するところから出発し、その経験の背後にある超越論的次元において疾患固有の病理構造が探究しようという立場をとっていることがわかります。彼らは精神疾患患者を、たまたま「精神症状をもった患者」とみなすのではなく、「精神疾患を携えながら生きる人間」として理解しようと試みたのです。

2. 人間学の限界と可能性

人間学的精神病理学はけっして単なる思想的立場なのではなく、20世紀のさまざまな精神医学的知見を根拠として発展していきました。

ひとつには、個々の精神疾患に罹患する以前の病前性格が各疾患に特有であるという経験知です。とくにクレッチマー（Kretschmer E 1888-1964）は体格と気質と疾患に関連があると説き、当時の精神医学に大きな影響を与えました。もうひとつは、精神疾患患者に出会ったときにうける印象が疾患固有のものであることから、印象によって診断しようという考えが20世紀の臨床精神医学には根強くあり、「印象診断」「感情診断」「直観診断」と呼ばれてきました。リュムケ（Rümke HC 1893-1967）が提唱した統合失調症患者についての「プレコックス感」は有名です。いずれも、世界内存在としての患者の存在態勢が、患者の気質や体格とも関係し、現在の他者との出会いにおいても顕になると考え、人間学的考察の論拠となったのです。

しかし、精神疾患に特有の存在態勢がありそれが気質や体格に結びついているという一元的な見方は、現代においても果たして説得力をもちうるのでしょうか。やはりそこには私たち人間という生物がある統一的な生を生きているという信念のもと、その統一性が私たちの生きる営みにくまなく反映されているとする生氣論に彩られているといわざるを得ません。これらの知見について未だ統計学的に実証はされていませんし、直観診断についての議論は臨床的妥当性について賛否さまざまです。

最も重要な問題は、統合失調症や躁うつ病（双極性感情障害）が病因が不明であるため「内因性精神病」と呼ばれ、20世紀には内因性精神病が生物学的な病因が不明だからこそ人間学的考察によってでしか疾患の本質に迫ることができないと考えられたことです。しかし、今世紀に入って、たとえば統合失調症が複数の関連遺伝子からなる症候群であることが示され、統合失調症患者の脳にはさまざまな形態学および機能的異常があるとの知見が積み重ねられた結果、精神疾患の本質を一元的に説明することに無理があると指摘されるようになりました。そうであるなら、人間学派はありもしない疾患の本質を追究していたということになります。

しかし、医学領域では「遺伝型 (genotype)」と呼ばれる生物学的病因が多様であり、それによる基本障害が多様であっても、その障害をもちつつ現在の環境に適合しようとしたり適合が破綻したりした結果、つまり環境との相互連関の結果、ある共通の「表現型 (phenotype)」を示すようになった一群を症候群とみなしうるとすれば、そのような表現型についての本質を問う意義はあるのではないのでしょうか。そこには、さまざまな「部分」としての病因が存在するでしょうけれど、それを携えつつも一つの生命体つまり人間という「全体」として生きようとする姿がその疾患の特徴として示されると考えれば、狭義の生氣論とはまた違った意味で人間学的方法論を展開する余地があるように思われるのです。

3. 解離の病理

ここで、解離という精神現象を採り上げましょう⁴。解離はかつて「ヒステリー」と呼ばれ、状況に応じて心身にさまざまな症状を呈する病態であり、フロイトがその治療から精神分析を創設したことは有名です。この病態に着目するのは、近年若者を中心にそれに悩む人が増えているという理由からだけではありません。紀元前二十世紀のエジプトですでにこれと類似の病態が記録されていますし、さらに心身ともに健康な人であっても状況次第では誰でもこの症状に見舞われうるような人類に普遍的な心理現象と考えられるため、病の表現型の分析例として適切と思われるからです。

解離とは、記憶、自己同一性、感覚、身体運動といった心身の正常な統合が失われた状態⁵を指し、具体的には、健忘（ある時間帯や期間の記憶の喪失）、遁走（突然意図せず旅に

⁴ 野間俊一（2012）：存在の解離——生命性をめぐる病理。（野間俊一：解離する生命。みすず書房。所収）を参照。

⁵ 前掲書3. 161頁。

出ること)、昏迷(刺激に対する反応の喪失)、トランス(憑依体験)、離人(自分がここに
いるという実感の欠如)、現実感喪失、人格交代(別の人物への豹変の反復)、麻痺、けい
れん、意識消失など、さまざまな症状をとりえます。解離症状が持続している病態を解離
性障害と呼びますが、その患者には過去に虐待や暴行被害など心理的な外傷体験があるこ
とが多く、自殺企図が高頻度でみられるのが特徴です。わが国の臨床場面では、2000年前
後から解離症状を訴える人が増え、とくにそれまではあまり見られなかった解離性同一性
障害(多重人格、人格交代を主症状とする病態)の患者にしばしば出会うようになりました。

このように解離症状は心身両面において多岐にわたり、医学的にはとりあえず「心身の
正常な統合が失われた状態」としか説明されていないのですが、個々の症状を細かく見て
みるとある共通性に気づきます。離人や現実感喪失では、現在の経験が自分自身の経験で
あるという生き生きとした実感が失われており、麻痺は運動や知覚についての能動性の喪
失を意味しています。意識消失は現在の経験そのものの遮断であり、健忘は過去のある経
験についての想起不能、すなわち過去の経験の遮断といえます。トランス、解離性同一性
障害、遁走では、経験が自己所属感を失ったうえに自分とは異なる主体性によって自律的
活動が現れる現象です。つまり、これらを総括すると、解離の中核病理を「経験の主体性
喪失」と言い表すことができるのです。

「経験の主体性喪失」という病理をさらに理解するために、解離症状がいかなるときに
生じやすいかを考えてみましょう。最も多いのは、単純に驚いたときです。大きな物音や
怒鳴り声、あるいは救急車のサイレンをきっかけに意識を消失したりけいれんを起こしたり
、そこから人格が交代することもあります。それ以外に、嫌な記憶を想起したときにも
解離性の発作は生じます。つまり、身の危険を感じたり、身の危険を感じた体験を想起し
たりしたときに解離症状が生じることが多いのです。クレッチマー⁶は解離と同じ現象とみ
なしうるヒステリーについて動物の驚愕発作と同等の「原始反射」とみなし、その基本形
を「運動乱発」と「擬死反射」に求めました(訳書16頁)。つまり、錯乱して暴れまわる
か死んだふりをするかのいずれかが解離の基本型ということです。近年の解離では錯乱タ
イプはあまりみられず擬死タイプが多いのですが、これは心身の機能のフリーズ(凍りつ
き)と考えればわかりやすいでしょう。身体機能のフリーズは運動あるいは感覚麻痺であ

⁶ Kretschmer E (1948): *Histerie, Reflex und Instinkt*. (吉益脩夫訳(1961): ヒステリーの心理. みすず書房.)

り、精神のフリーズは意識消失や健忘です。そこからさらに人格が交代したり幻聴が聞こえたりといった産出性症状が加わって、多彩な解離症状が形成されるのです。いずれにしても、解離症状は身の危険を感じた際に現れ、その症状によって本人は危険そのものを回避するというより危険を経験することを回避することが可能になるのです。クレッチマーは、このようにヒステリー（解離）症状が「危険の経験の回避」という目的を有すると同時に生物学的な反応として生じることを「一つの観念傾向が本能的、反射的あるいはその他の方法で生物学的に準備されている機制を利用する」（13 頁）現象だと説明しています。この「危険の経験の回避」こそが「経験の主体性喪失」の背景にあると考えることができます。

このことは、解離性障害患者の多くが過去に心理的な外傷的体験をもっているという事実によってより理解可能になります。解離性同一性障害患者の約 90%の人たちが小児期に虐待やネグレクト（無視）といった経験をしている⁷といわれていますし、解離性健忘も一般に圧倒的で耐え難い経験に引き続いて生じます⁸。耐え難い経験を想起した際に解離が生じることもあるでしょうし、過去の外傷体験のために刺激に対して過敏になり些細な刺激でも侵襲的に感じれば、それに触発されて解離症状が生じる場合もあります。多くの解離性障害患者はつねに過去の外傷体験の再現に怯えているため、外傷を想起させる刺激に対してそれを経験する主体性を抹消するかたちで苦痛を回避するためにさまざまな解離症状が生じると考えることができます。もっとも過去の外傷体験の既往がまったく認められない解離性障害患者もたしかに存在するのですが、それでもやはりさまざまな理由から刺激に対する過敏さをもっていて、つねに自分の存在が脅かされている恐怖を感じている点が共通しており、やはり主体性の抹消によってその恐怖を回避しているのです。

ここで、多くの解離性障害患者の示すもう一つの特徴に着目しましょう。それは、特有の親しみのあるものからの離反と接近の反復という特徴です。解離性障害のある人の他者との関係は冷静で淡白な印象がありますが、なんらかのきっかけによって一たび動揺すれば他者に対して激しい感情をぶつける傾向があります。とくに親を激しく責めて距離をとろうとすることがしばしばみられます。親を単に避けるだけではなく、激しい感情を伴いつつ「責める」ことから、ここでも離反と接近の二重性を見て取ることができます。遁走や全生活史健忘では、「わが家」や「生まれ故郷」、さらには自分の「来歴」からの離反と

⁷ 前掲書 2. 原書 294 頁.

⁸ 前掲書 2. 原書 299 頁.

理解することができますが、やはりそれでも自分の過去を探ろうとするなど来歴に関心を示すことが少なくありません。彼らが拒絶しながらも求める対象とは、「情緒的交流」「家庭」「親」「来歴」「祖先」「故郷」といった、自分にとってかけがえのない、個人的に比類なき近しさを感じている対象だといえます。

これらの対象に共通しているのは、かつて自分自身がそれと一体であり、自己存在の起源であって、自己が今はそこからすでに分離独立しているという意味で「過去」に属し、そこには二度と戻りえないために「郷愁（ノスタルジー）」の感覚を伴うことです。「情緒的な交流」や「家庭」は今でもそこに属することは可能なのですが、自己を意識した時点でこれらは自己とは離れたものとなります。このような性質をもつ、解離性障害患者がそれに対して離反と接近を繰り返す諸対象に共通する因子を「故郷性（Heimat）」⁹と呼ぶことにしましょう。人はこれらの対象のうちに「故郷性」を認めるとき、まさに同時に、自分の存在がそれによって無条件かつ全面的に承認されているという特別な「安堵」の気分を抱きます。外傷体験などのために環界からの刺激に過敏になっている解離性障害患者は自己肯定の感覚が根本的に損なわれていることから、自分が存在するということについての自明性が失われているため、「自己存在を承認する契機としての故郷性に近づこうとする」ベクトルと「自己存在が飲み込まれ揺るがされる恐怖の契機としての故郷性から離れようとする」ベクトルがせめぎ合うことになるのです。

「経験の主体性喪失」と「故郷性に対する離反と接近」という特徴は、解離性障害という一つの病態から抽出したのですが、じつは解離状態を呈する人すべてにみられる特徴と考えることができます。解離状態は、環界刺激に対する過敏さに由来するため、統合失調症や躁うつ病などほかの精神疾患にもしばしば合併しますし、健康な人にもみられます。そして、なんらかの疾患を「病む」ということがそれまでの自明な日常の中断という外傷体験を意味すると考えるならば、「病みつつ在る」ことを理解するうえで解離をめぐるテーマの考察がなんらかの助けになるかもしれません。

4. 主体性と故郷性

解離状態において「経験の主体性喪失」と「故郷性に対する離反と接近」が認められる

⁹ 演者はこれまで同じものを「ハイマート」とカタカナ表記で示してきたが、ここでは意味内容の伝わりやすさを考えて「故郷性」と漢字表記とした。野間俊一（2006）：身体の哲学——精神医学からのアプローチ。講談社選書メチエ。野間俊一（2012）：身体の時間——＜今＞を生きるための精神病理学。筑摩選書。および、前掲書4を参照。

ならば、「主体性」と「故郷性」とはどのような関係にあるのでしょうか。

まず、「主体性」から考えてみましょう。ここでの主体性とは、「私」が「対象」に対して「意図的に関わる」ということを指しているわけではありません。解離性障害患者は、ある経験について「自分のものとは思えない」（離人）、「あったこと自体思い出せない」（健忘）、「自分が働きかけることはできない」（麻痺）と感じています。つまり、主体性の喪失とは、単に対象に対して意図的に関与できないということの意味するのではなく、ある経験を自分のものとして生き生きと自然に感じるができないのです。逆にいえば、主体性とはその経験が自分のものであるという生き生きとした自然な感覚のうちにある特徴といえそうです。対象がまさにそこに生き生きとあり、過去の事象をありありと思い浮かべることができ、自分の体が生々しくここにあり、自分の体を自然に思うとおりに動かすことができ、周囲のさまざまな刺激を感じるができる、そしてこれらすべてから成り立っている世界全体が生き生きと感じられる、そのような事態のうちに主体性があるのではないのでしょうか。このように世界を経験しているのが「私」ではなく、誰でもない「何ものか」であるがゆえに「主体性」が感じられるという逆説が生じているのです。

このような「(誰でもない) 何ものか」という主体を考えるうえで、ハイデガーが『存在と時間』¹⁰のなかで「世界の存在」についての議論が参考になるかもしれません。ハイデガーは、「世界は存在者を規定していて、それらが、出会ったり、発見された存在者としてその存在において現れてきたりすることができるのも、実はひとえに世界が「与えられている (es gibt)」からなのである」(原書 72 頁) と論じていますが、「世界を与える」の主語である非人称の「es」こそが、経験のうちに主体性を感じる際の経験主体なのです。「es gibt」は一般には「存在する」ことを意味しますが、ハイデガーがこの表記を用いるのは個々の存在者が「存在する」というときではなく、「世界がある (与えられている)」「存在がある (与えられている)」(212 頁) というように「世界」や「存在」の存在を示すときのように。つまり、ある経験について自然な「主体性」が感じられるのは、その経験における個々の存在者の存在が自然に「与えられて」おり、すなわち世界が自然に「与えられて」いる場合ではないのでしょうか。

次に、「故郷性」についてみてみましょう。故郷性とは、情緒的交流、家庭、親、来歴、祖先、故郷のように、自己の起源に関係し郷愁を伴った特有の親しみを感じさせる対象に

¹⁰ Heidegger M (1926): Sein und Zeit. Max Niemeyer Verlag, Tübingen. (細谷貞雄訳 (1994): 存在と時間 上・下. ちくま学術文庫.)

本質的に付随している性質であり、それを感じることで自分の存在が無条件かつ全面的に承認されているという感覚を抱きます。つまり、故郷性という対象の側に属するはずの性質が自己存在を保証するという構図が成立しています。

よく知られているとおり、ハイデガーもまた「故郷」について論じています。ハイデガーは『ヒューマニズムについて』¹¹のなかで、「存在は、人間の存在へと身を開きそこへと没入するありさまの企投のなかでこそ、みずからを開き明るくする」(第 34 段落) 一方、企投は本質的に被投的な企投であるために、「存在が、存在へと身を開き—そこへと出で立つあり方のうちへと、人間を送り届ける」(第 35 段落) と説くのですが、近年(1947年当時)このような「存在の近さ」は「つねにただ存在者に対してのみ考察を加え働きかける」(第 37 段落) 生活のなかで忘れ去られているといいます。そして、存在の近さをヘルダーリンに倣って「故郷 (Heimat)」と呼び、近代的人間の「存在忘却」としての「故郷喪失 (Heimatlosigkeit)」を嘆くのです(第 35 段落)。

ハイデガーのいう「故郷」は存在の近さであり、そこでは存在が明るみに出ると同時に、人間もまた現存在として明るみに出ます。極端な単純化ではありますが、「故郷」において存在一般と現存在が同時に明るみに出るのです。対象の存在と自己存在が同時に成立するという構図は、対象の存在によって自己存在が保証されるとした先ほどの私たちの「故郷性」の議論にも繋がります。ここで、「故郷性とはじつはすべての存在者の存在に内在する、現存在を保証する因子」であり「それが表に現れるのは、情緒的交流、家庭、親、来歴、祖先、故郷といった特定の対象を経験したときだけである」と考えれば、私たちの「故郷性」とハイデガーのいう「故郷」とは本質的な点で関連があることがわかります。いずれも、存在者の存在と人間の現存在とを同時に明らかにする因子であり、日常の生活においては通常は隠されているのです。

すなわち、解離状態における「経験の主体性喪失」とは、「現存在にとって存在者の存在が自然に与えられていない」事態なのですが、そうであるがゆえにしばしば特定の対象を経験する際に「日常においては隠されているはずの存在者の存在が不自然に露呈され自己存在が揺らぐ」事態が「故郷性に対する離反と接近」をひき起こしていると考えられます。いいかえれば、故郷性とは「あらゆる存在において通常は表に現れないというかたちでつねにその存在を現存在にとってそのようにあらしめるような」因子なのではな

¹¹ Heidegger M (1947): Über den Humanismus. (渡邊二郎訳 (1997): 「ヒューマニズム」について. ちくま学術文庫.)

いでしょうか。

5. 非本来性の自覚としての精神疾患

『ヒューマニズムについて』の「故郷喪失」という概念は、『存在と時間』での「頹落」を引き継いでいると考えていいでしょう。ハイデガーが『存在と時間』のなかで、世間に支配され（原書 126 頁）おのれ自身として存在しない（176 頁）ような非本来的な日常性の存在の根本的様相を現存在の頹落と呼んだ（175 頁）ことに照らせば、本来の存在を忘れ存在者にのみ関わりあう「故郷喪失」というあり方はまさに頹落です。私たちの「故郷性」が存在者の存在と人間の現存在を同時に明らかにする因子であるとするならば、「故郷性」が表に現れることなく、ことさら周囲のものの存在についても自分の存在についても顧慮することなくすごしている日常もまた「非本来的」な姿ということになります。

それでは、「故郷性」がつねに生きるテーマとなっている解離性障害患者が「本来的」な生き方をしているということになりそうですが、苦悩を回避しつつやはりその苦悩に翻弄されている解離性障害患者の生き方が本来的とはいえないでしょう。それでは、精神疾患と本来生の関係とはどのようなものなのでしょう。

精神疾患と本来性の関係について、精神病理学者木村敏の興味深いエピソードがあります¹²。木村がハイデガーの自宅に招かれた際に精神病患者について話題になり、ハイデガーが精神病患者、特に統合失調症患者の生きかたを、基本的に「非本来的」で「頹落」したありかたであると断じ、それをむしろ患者が本来的な実存を求める絶望的な努力の現れとみようとする木村の意見には容易に賛成しなかったとのこと。木村は、「本来的」が自己固有という意味であることから、自己を失った患者はたしかに「非本来的」ではあるけれども、自己の固有性を、すなわちその本来性を回復しよう悪戦苦闘しているのだと主張しています。健康な者は日々「非本来的」で「頹落」したありかたで何も問題を感じませんが、「頹落」に甘んじることができないのが精神病患者だと言い換えることもできるでしょう。彼らは通常は気づくことのない「非本来性」の苦悩に晒されているのです。

木村と同時代の精神病理学者であるブランケンブルクにも同じような視点があります。ブランケンブルク¹³は、現象学者が「エポケー（判断停止）」という態度変更の際に特有の

¹² 1969 年、木村がドイツ留学中にハイデガーの 80 歳祝賀会に辻村公一とともに参加し、その一ヵ月後に辻村、大橋良介とともに、フライブルクのハイデガーの自宅に招かれたという。木村敏（2010）：精神医学から臨床哲学へ、ミネルヴァ書房、170 頁。

¹³ Blankenburg (1971): *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit: ein Beitrag*

抵抗に出会い、その抵抗によって現存在が生活世界に根をおろしている仕方を知ることができるのですが（訳書 111 頁）、自明性が疑わしくなっている統合失調症患者は自明性を回復し自然に生きるために現象学者のエポケーと類似の抵抗を日々経験している（115 頁）のだと主張しました。かなり乱暴ながら、「超越論的—自然的」の対概念と「本来的—非本来的」の対概念の構造的相似性に着目すれば、統合失調症者では自然的態度が失われているとするブランケンブルクの主張と非本来性に苦悩していると説く木村の主張には共通性がみられます。

統合失調症は精神病、解離性障害は神経症に分類され、まったく異なった病態だと理解されていますが、自己の自己性が問題になっているという点で共通しています。私たち健常者が日常において「存在」のテーマを忘却して生きているのに対して、統合失調症患者も解離性障害患者も、つねに自己存在と周囲世界における存在について苦悩しているということになります。この苦悩を「経験の主体性喪失」というかたちで回避しようとしながらも「故郷性に対する離反と接近」として苦悩が顕在化したものが解離性障害であり、苦悩につねに晒されているのが統合失調症だといえるかもしれません。

解離の概念をさらに広げて、傷つき体験と関連して誰にでも生じうる精神現象であると思えば、まさに傷つきによって自己存在の自明性が揺らぐとき、「故郷性」という因子に対して過敏になり、それを意識させる対象といかに関わっていくかという点について苦悩することになります。この苦悩は、私たちが通常忘れてしまっているような自己の存在の意味や自己と外界の本質的なつながりを想起させてくれる契機になる可能性があるのです。

6. 現代において存在するという事

本発表では、「病みつつ在る」ことのありかたに着目した人間学的精神病理学の姿勢を今日的に再評価するために、疾患そのものの本質から疾患の表現型の本質の探究へと視点を移動させ、その一例として解離をとりあげましたが、解離が傷つき体験と関連していることから、解離の考察はたんに解離性障害という一疾患の考察に留まらず、期せずして「病みつつ在る」ことそのものの考察にもつながりました。そして、「病みつつ在る」というありかたにおいて、あらゆる存在に内在しそれとしては表に現れないかたちで私たちの経験

zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. (木村敏ら訳 (1978) : 自明性の喪失——分裂病の現象学. みすず書房.)

の自然な主体性を保証していると同時に私たち自身の存在をも保証している「故郷性」という因子が顕わになることをみてきました。

現代は、大量の情報に晒され日々状況は激変し、その目まぐるしい日常のなかで無数の傷を負いながらもそれを自覚することもなく、さまざまな状況に応じたかりそめの自己を作りながら生きることを余儀なくされています。自分の存在について振り返ることもなく、むしろ自分の存在を消すことで傷の痛みを消し去りながら生きながらえているともいえません。まさに、解離することで命をつないでいるのです。それはけっして自然なことではなく、しばしば「故郷性」という存在の問いを突きつけられ動揺することになるのでしょう。

現代をよりよく生きるためにも、折に触れ自分の存在の「故郷＝ルーツ」に思いを馳せてみることも悪くはないのかもしれません。