

プレコックス感

プレコックス・ゲフュール (**Praecox-gefuehl**) [ゲフュール**Gefuehl** 感覚] は、元来オランダの精神科医リュムケが用いた言葉です。リュムケは、「我々が分裂病と診断する時、一体いかなる根拠において診断を下すのか」を問う中で、分裂病者と対面した時に面接者に生じる、ある独特の感情、違和感、「内的不確実感 (**een belen van innerlijke onzekerheid**)」に着目しました。これが、「プレコックス・ゲフュール」と呼ばれるものです。

リュムケによれば、面接者に生ずるこの感情は、病者の「対人接触本能 (**toenaderingsinstinct**)」の減弱によって喚起されます。即ち、人間は誰しも、人間同士相互に接触しようとする本能を持っており、これが、分裂病者にあっては減弱しています。その結果、正常な本能を持った面接者＝診断者が接触を試みると、齟齬が生じ、面接者の側には感情移入不可能性 (分からなさ) ・独特の不確実感・異質なものに対峙している感じが生じるのだ、というのです。「肝腎なのは、分裂病には対人接触本能の障害があるため、分裂病者に面接するもの自身の本能的対人接触が確かな手ごたえを失い、あやふやになることである。これがプレコックス感発生を中心因子で、・・・」とリュムケは述べています。また、面接者が人間味をもって患者のことを理解してあげようとしている——理解を押し付けようとしている——のに、患者はこれを受け取ってくれない (ように思う)。ここから面接者に生ずる、ナルシシズム (理解してあげたい、自分は理解してやれるのだというナルシシズム)、自尊心の傷付き、劣等感のようなものも、プレコックス・ゲフュールと呼ばれています。

ところで、リュムケ自身はプレコックス・ゲフュールを導きの糸とした診断に関して、凡そ次のような誤診の可能性に注意を与えています。即ち、面接者自身の中に対人接触本能の抑制があったり、面接者が対人本能に乏しいとか、正常者の対人接触本能の幅がどれだけ大きいものかをわきまえていない場合、性急にプレコックス感ありと診断を下してしまう。他方、患者との付き合いが長くなると、患者の人柄が同情を誘ってしまい、この同情心が無意識に、「分裂病」という破壊的な診断を下すことを躊躇させるのだ、と彼は言います。更に、陳旧分裂病者ではこの感覚が生起しない、とも言っています。そのうえ、「ここで声を大にして言わなければならないが、「プレコックス感」は「真正の」分裂病診断が下されてしかるべき場合に必ずいつでも喚起されるのではない」とさえリュムケは言っているのです (彼によれば、このようなプレコックス感非発生は、**dementia paranoides**群の患者の場合に起こるといふ)。

さて、(少なくとも)この掲示板に集う皆さんには、これが如何に危険な発想であるかは、一目瞭然のことと思われまふ。このように結構いかがわしい診断ツールが「プレコックス・ゲフュール」という奴でして、「経験を積んだ」医師が「職人芸」的に振り回し、仲間内 (医師仲間) にだけ通じる秘儀的作法という性格を有しています。

当節、公共性 (患者・家族・その他社会一般にとっての) を有し得ないこのような秘儀が通用して良いわけがありません。何故なら、患者・家族が診断の妥当性を吟味・検討しようとする際、こうした「プロにはわかるが素人にはわからん」式の論理を振り回されては、吟味の可能性が根底から奪われてしまうからです。主治医＝診断者の「プレコックス・ゲフュールあり」とする「鶴の一声」で、

あらゆる反論や違和感の表明が棄却されるのです。
こうした直観主義は、診断のヘゲモニーが医師にのみ独占的に付与されているという、近代医学に巣食う一種のパターナリズム・権威主義的機制下においてのみ成立するものでありましょう。無論、医学的パターナリズムの弊害は、枚挙に暇がありません。

他方、こうした職人芸的発想に対するアンチ・テーゼとして提出されたのが、今日流行のDSM、ICDといった「操作的診断基準」「アンケート式診断基準」です。これは、予め規定された診断項目を、予め規定された手続きに則って診断するならば、誰でも（「素人」でも）平均的に診断を下すことが可能である、という思想に基づく産物です。ところが、これは妥当性（validity）の点で問題あり、と考えられます……。しかし長くなるので、これについては書きません。

ともかく、職人芸的直観主義をとらず、さりとして浮薄なアンケート方式にも走らない、第三の道が欲しいものですね。

笠陽一郎医師からのコメント

哲学崩れさんによる「プレコックス感批判」は、勘だけで(?) 仕事している僕には、厳しい批判である。しかし、彼の論は、まさに正論で、なんら反論は無い。では、笠陽一郎流診断は、普段どうやっているか、正直に書いてみよう。

まず、診察室の窓から、駐車場を降りて来る患者さんの姿を垣間見ている。どの席に座っていたか? どんな風に歩いて来ているか? 次に受付で、どんな入り方をするのか? 待合室のどこに座り、どんな風に時間を待つのか? 順番が来た時、どんな風に入って来て、どうやって椅子に座るのか? ……ここまでが、大体の診断である。あとの問診は、ついでの参考程度。

なぜ診察を重視しないのか? もちろん軽視してはいないのだが、あてには出来ない。医者の中で、どこまで本音が出るのか、出ないのか・・・痛いほど知っているつもり。20年、30年付き合っている人たちの妄想が、診察室ではほんの一部しか聞けないのに対して、患者仲間同志では、微に入り細に入り詳しく語られていたりする。毎日、一緒に飯を食っているごかいの仲間ですらこうである。いわんや、診察室の会話など、お笑い種である。

他に重視しているのは訪問である。了解があれば、必ず部屋を訪問する。部屋は、雄弁に全てを語ってくれる。僕のプレコックス感は、「接触不良感」でも「得体の知れなさ」でもない。むしろ懐かしさを伴った「よう来たな」感のようなもの。僕がコテコテの健常者に感じる苦手意識の真逆の雰囲気である。

哲学崩れさん、ちょっと誤魔化しの返事ですが、微妙な部分はまた改めてゆっくり話したいですね。

