

1. 科目名 (単位数)	精神医学特殊研究 (2単位)	3. 科目番号	PSMP9217
2. 授業担当教員	大島 一成		
4. 授業形態	講義およびディスカッション、精神科病院での実習	5. 開講学期	秋期
6. 履修条件・他科目との関係	履修条件は特になし		
7. 講義概要	<p>現代の精神医学研究で最も国際的に使われてきた DSM-III、DSM-IVは論理実証主義と操作主義にもとづき、「理論に偏らない」診断手順をとる。そこでの統合失調症の診断クライテリアは、ドイツ精神医学の記述に依拠し、経過と機能低下を重視する新クレペリン主義を採用していたが、DSM-IVから DSM-5へ進み、双極性障害のウエイトが上がり、統合失調症の診断基準はよりシンプルになり、シュナイダーの一級症状はクライテリアから消えた。また、統合失調症の下位分類が廃止されたことは、統合失調症の軽症化と気分障害の増加という現代の臨床家の印象と対応しているように見える。</p> <p>DSM-5では「統合失調症スペクトラム障害と他の精神病性障害群」の章に統合失調症は含まれ、統合失調症型パーソナリティ、妄想性障害から始まり、統合失調症、統合失調感情障害と続く。本講義では、これらの内実を吟味する。</p> <p>Bonn大学のHuber, Gらは、大規模な統合失調症の経過研究で、多くの患者が発症前には存在しなかった病的な主観的体験を欠損として陳述することに注目し、基底症状 basic symptoms と名づけた。膨大な陳述の症状のリストをもとに、カテゴリー分類し、1987年に Bonn Scale for assessment of basic symptoms (BSABS)を完成させた。</p> <p>本講義では、微細な神経心理学的欠損を扱う psychodocumentation tool である BSABS を用いて統合失調症の全体像に取り組む。</p> <p>また DSM から抜け落ちてしまったように見えるヨーロッパの精神医学が記述していた臨床単位は DSM-5の「統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害群」のなかに見いだされる。妄想性障害では誇大型、被害型、身体型など亜型が挙げられているが、これらはパラノイアだけでなく、パラフレニー (空想妄想)などが相当するが、それについてのラカン派精神分析的論考を取り上げる。</p> <p>そして正統派フロディアン P.C.Racamierのパラノイドの精神病論も紹介し、妄想型統合失調症の精神病理を対象との関係、とくに入院治療において論じる。</p> <p>最後に BSABS を継承しつつ、自己の障害として展開したデンマークの Parnas の EASE (Examination of Anomalous Self-Experience)、基底症状に量的基準を導入した Schultze-Lutter, F.らの SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version) を比較検討する。</p>		
8. 学習目標	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) DSM-5によって統合失調症とその辺縁の病態が「統合失調症スペクトラム障害と他の精神病性障害群」となった経緯を先行研究を含めて理解する。</li> <li>2) 統合失調症型パーソナリティ障害、妄想性障害、短期精神病性障害、統合失調症様障害、統合失調症、統合失調感情障害、物質・医薬品誘発性精神病性障害、他の医学的疾患による精神病性障害、他の精神疾患に関連する緊張病、他の医学的疾患による緊張病性障害、について古典的臨床単位と生物学的基盤の双方から理解する。</li> <li>3) 精神療法的なアプローチが、薬物療法を前提として、上記の疾患のどのようなフェイズで、どのような状況やセッティングで可能か考えてみる。</li> <li>4) 精神病理学の本場ドイツで開発されたボン大学基底症状評価尺度を使用してみることによって、統合失調症の早期徴候とDSM-5には記述されていない多彩な基底症状に関する臨床的理解を深める。</li> <li>5) 臨床心理士として、21世紀のメンタルヘルスの最大の課題である精神疾患の1.5次予防と心理的サポートに取り組むべく、みずからの視野をポリディシプリナリ (領域横断的) に拡大してみる。</li> </ol>		
9. アサイメント (宿題) 及びレポート課題	シラバス「14学習の展開及び内容」の各テーマを参照。		
10. 教科書・参考書・教材	<p>【教科書】 高橋三郎、大野裕監訳『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』、医学書院、東京、2014年</p> <p>【参考文献】 J. H. ライトほか著 (大野裕訳)『認知行動療法トレーニングブック DVD付』、医学書院、東京、2007年 トーマス・マクグラシャンほか著 (水野雅文監訳)『サイコシス・リスク・シンドローム—精神病の早期診断実践ハンドブック』、医学書院、東京、2011年 P. French et. al. (松本和記ほか訳)『統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状態への治療的アプローチ』、星和書店、東京、2006年 E. v. グレーザーズフェルド著 (橋本渉訳)『ラディカル構成主義』、NTT出版、東京、2010年 花村誠一：システム論的転回。融道男ほか編、臨床精神医学講座 24、『精神医学研究方法』、pp407-429、中山書店、東京、1999。 花村誠一：思考障害のパズル—精神病理学から神経回路網へ。Schizophrenia Frontier 11 : 186-194, 2010。 花村誠一：哲学と精神医学。神庭重信ほか編、専門医のための精神科リュミエール 30『精神医学の思想』、pp258-271、中山書店、東京、2012。 J. アンドレ編著 (大島一成、将田耕作監訳)『フランス精神分析における境界性の問題—フロイトのメタサイコロジーの再考を介して』、星和書店、2015年 W. カプサンベリス著 (阿部又一郎、大島一成監訳)『今日の不安』、白水社、2022 D. G. キングドンほか著 (原田誠一訳)『統合失調症の認知行動療法』、日本評論社、東京、2002年 A. クークラ著 (羽生義正編訳)『理論心理学の方法—論理・哲学的アプローチ』、北大路書房、京都、2005年</p>		

	<p>B.リベット著（下條信輔訳）『マインド・タイム—脳と意識の時間』、岩波書店、2005年  前野隆司著『脳はなぜ「心」を作ったのか—「私」の謎を解く受動意識仮説』、筑摩書房、東京、2004年  C.マッギン著（石川幹人ほか訳）『意識の「神秘」は解明できるか』、青土社、東京、2001年  C.マッギン著（五十嵐靖博ほか訳）『マインドサイト—イメージ・夢・妄想』、青土社、東京、2006年  D.マクゴリーほか編著（鹿島晴雄監修、水野雅文ほか監訳）『精神疾患の早期発見・早期治療』、金剛出版、東京、2001年  ブノア・ヴェルドン著 『心の熟成—老いの精神分析』、文庫クセジュ、白水社、2021年  ヴァシーリス・カプサンベリス著 『今日の不安』、文庫クセジュ、白水社、2022年  Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, M., Linz, M. : BSABS. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. 1st English Edition. Shaker Verlag, Aachen, 2008.  Harre, R. and Tisaw, M.: Wittgenstein and Psychology : a practical guide. Aschgate, 2005.  Klosterkötter, J., Helmich, M., Steinmeyer, E. M. et. al. : Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Arch. Gen. Psychiatry 58 : 158-164, 2001.  Sadler, J. Z., Wiggins, O. P., Schwartz, M. A.(ed.) : Philosophical Perspective on Psychiatric Diagnostic Classification. Johns Hopkins University Press, 1994.  Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S., Klosterkötter, J. : Schizophrenia Proneness Instrument. Adult version (SPI-A). Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2007.  Parnas, J. EASE (Examination of Anomalous Self-Experience)、<b>Psychopathology38(5):236-58,2005</b></p>						
<p>11. 成績評価の規準と評定の方法</p>	<p>○成績評価の規準  講義でのディスカッション参加の度合、実技の参加、課題論文（論述のテーマをよく理解し、先行研究を踏まえ説得力ある展開論述ができているか）、によって決められる。  ○評定の方法</p> <table border="0"> <tr> <td>課題論文</td> <td>50%</td> </tr> <tr> <td>授業のディスカッション参加</td> <td>40%</td> </tr> <tr> <td>実技参加</td> <td>10%</td> </tr> </table>	課題論文	50%	授業のディスカッション参加	40%	実技参加	10%
課題論文	50%						
授業のディスカッション参加	40%						
実技参加	10%						
<p>12. 受講生へのメッセージ</p>	<p>脱施設化をなし遂げた欧米諸国を中心に、統合失調症の臨床研究の関心が初回エピソードやいわゆる前駆段階へとシフトしつつある。つまり、精神病が顕在化してブレイクダウンする以前に、なんらかの援助・治療の手をさしのべるべく、早期発見と早期介入が目指されるようになった。2013年に刊行されたDSM-5の新機軸の1つとして、発症リスクとされる「減弱精神病症候群」(Attenuated Psychosis Syndrome)があげられる。臨床心理士はこの分野において、ある意味では精神科医以上に重要な役割を演じうる職種である。</p> <p>本科目の後半のメニューの1つに、ボン大学基底症状評価尺度（東京医科歯科大学ヴァージョン）の実習がある。このアセスメント・ツールは、統合失調症の早期発見に非常によく役立つことがすでに実証されている。社会福祉学専攻（博士後期）における精神保健福祉論特殊講義では、このツールのリハビリテーション実践への応用が目指されている。ここでは、統合失調症の「1. 5次予防」に役立てることになるが、作成者 Klosterkötter とも、目下、この分野のほうに力を入れている。</p> <p>一方、統合失調症の軽症化が指摘され、現場では双極性障害と自閉症スペクトラムの増加を臨床家は感じている。BSABSは双極性障害と統合失調症の鑑別にも有用であり、自閉症スペクトラムとの鑑別に使える可能性もある。また、子供の統合失調傾向の評価として、SPIの子供用のバージョン SPI-C も登場している。</p> <p>精神医学は、おそらく、臨床心理学の関連学問として、その筆頭にあげられてしかるべきものであろう。そして、臨床心理士の多様なフィールドでは精神医学の前述した視点が交差してくる。本科目は博士後期の院生に向けて開講されるものであり、受講生のフィールドやニーズに応じて、内容をフレキシブルに変更していくことを考慮する。</p>						
<p>13. オフィスアワー</p>	<p>別途通知する。</p>						
<p>14. 学習の展開及び内容【テーマ、学習の目標、学習の内容、キーワード、学習の課題、学習する上でのポイント等】</p>							
<p>1～2. テーマ</p>	<p>DSMにおける統合失調症概念の変遷</p>						
<p>【学習の目標】  DSM-III（1980）、DSM-IV（1994）DSM-5（2013）における方法の変化と統合失調症の概念変遷について理解する。かく臨床単位が古典的診断の記述や疾患分類のコンセプトをどのように取り入れているのかを理解する。</p> <p>【学習の内容】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 精神疾患の診断が国や学派によって一致しなかったのはなぜか。</li> <li>2) DSM-IIIはそれをどのように乗り越えようとしたか。これによって精神医学にどのような地殻変動が生じたか。</li> <li>3) DSM-IV、DSM-5では気分障害と統合失調症に配置はどう変わってきているのか。</li> <li>4) 統合失調症はDSMでどう変化してきたか。</li> <li>5) DSM-5で妄想型、解体型がなくなり、統合失調症が一つになることは、統合失調症の異種性の問題をとりあえず留保することになる。</li> </ol> <p>【キーワード】  論理実証主義、操作主義、統合失調症、統合失調症型障害、短期精神病性障害、妄想性障害</p> <p>【学習の課題】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) DSM-IIIの基本方針、「理論に偏らない」(atheoretical) 診断手順を体験してみる。</li> <li>2) 米国の伝統であった力動精神医学とDSM-III以降の新クレベリン主義との違いを知る。</li> <li>3) ドイツ精神病理学からの批判のポイントについて理解する。</li> <li>4) 妄想性障害には古典的診断のどのようなものが含まれているか、理解する。</li> <li>5) シュナイダーの一般症状はDSM-5から消えたが、BPRS、PANSS、SAPSなどの症状評価尺度ではコアの症状である。</li> </ol>							

これらの症状評価尺度は、急性期や薬物療法の効果を評価するには妥当であるが、統合失調症の患者さんの全体を捉えるには不十分である。

【参考文献】

高橋三郎、大野裕監訳『DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引』、医学書院、東京、2014年

【学習する上での留意点】

ある局面、たとえば入院治療あるいはデイケアでの統合失調症の患者さんとの関わる経験に限定されることなく、統合失調症スペクトラムは実は幅広い射程をもっている。

3～4. テーマ Huber 派の基底障害学説

【学習の目標】

Huber らは統合失調症の多くの患者さんが生涯において、欠損や変化として主観的に体験するものを陳述するのに注目し、膨大な陳述のリストを作り、「基底症状」と名付けた。Huber 派の基底障害学説が形成されていく過程を理解し、症例を通じて基底症状とは何かを体験する。

【学習の内容】

- 1) 基底症状とは、統合失調症の患者が主観的に体験する、病訴としての性格をもつ要素症状である。
- 2) 完成した精神病像の基底をなし、想定上の身体的基体により近い症状と目される。
- 3) 病前の前駆症および前哨症候群、また病後の基底段階において高い一致度で現れる。
- 4) 患者自身によって、欠損として知覚されうるが、周囲の者にはまれにしか気づかれない。

【キーワード】

体感症、純粋欠陥、気脳写、基底障害、基底症状、基底段階、前駆症、前哨症候群、残遺状態、一級症状 (first rank symptoms)、移行系列、混合性残遺、習慣階層の喪失、フィルター障害 (過包含)、デコーディング障害 (反応 - 干渉)、過程活動性 (process activity)、中核症状 (core symptoms)、長期経過、リハビリテーション、早期発見・早期介入

【学習の課題】

- 1) 非特徴的な症状 (段階1)、幾分か統合失調症に特徴的な症状 (段階2)に分けられることを理解する。
- 2) ここから、さらに高度に複合的で典型的な統合失調症の病像 (段階3) が結実すると理解されたい。
- 3) Huber らは大規模な実証的研究を展開し、Gross らは「ボン大学基底症状評価尺度」(BSABS)を開発した。
- 4) 英米圏の尺度に比べ、要素的な体感症(身体感覚の障害)にあたる項目が数多く含まれている。

【参考文献】

Huber, G., Gross, G.: Basic symptom concept – historical aspects in view of early detection of schizophrenia. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 5 : 183-190,1998.

5～6. テーマ 統合失調症の症状評価尺度と BSABS

【学習の目標】

英米圏では、統合失調症に対して「陽性症状評価尺度」(SAPS)および「陰性症状評価尺度」(SANS)が用いられる。ここでは、患者に対する教員との同席面接を介して、ドイツで開発されたボン大学基底症状評価尺度(BSABS)を試してみる。

【学習の内容】

- 1) 基底症状は、患者にとって自己知覚可能(self-perceivable)な欠損で、半構造化面接によって評価される。
- 2) 英米圏における陽性症状/陰性症状のディコトミーとは異なった構成概念に基づく症状評価尺度である。
- 3) Klosterkötter らは ICD-10 の F-0、4-6 に属する患者群のデータを分析し、5つのクラスターに分けた。

【キーワード】

クラスター1: 思考・言語・知覚・運動の障害 (21項目)、クラスター2: 身体感5覚の障害 (13項目)、クラスター3: 通常のストレスに対する耐性の低下 (5項目)、クラスター4: 情動ないし感情の障害 (7項目)、クラスター5: 情動反応性の増大 (6項目)、感度 (sensitivity)、特異度 (specificity)、陽性反応適中度 (positive predictive value : PPV)、受診者動作特性曲線 (receiver operating characteristic curve, ROC 曲線)

【学習の課題】

- 1) Klosterkötter らによるケルン早期発見(Cologne Early Recognition : CER)プロジェクトの成果を検討する。
- 2) ROC 曲線から、クラスター1 (認知機能障害に相当する)の反応正確適中度が他に比べて有意に高いことがわかる。
- 3) 感度 0.25 以上、陽性反応適中度(PPV)0.70 以上の 10 項目は、統合失調症の早期徴候として重要であると言える。

【参考文献】

Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, M., Linz, M. : BSABS. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. 1st English Edition. Shaker Verlag, Aachen, 2008.

花村誠一: 思考障害のバズル—精神病理学から神経回路網へ。 *Schizophrenia Frontier*11 : 186-194, 2010.

Klosterkötter, J., Helmich, M., Steinmeyer, E. M. et. al. : Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch. Gen. Psychiatry* 58 : 158-164, 2001.

7～8. テーマ ボン大学基底症状評価尺度の実習 (Klosterkötter の簡略版を用いる)

【学習の目標】

このテーマについては、精神科の入院患者を対象に、教員との同席面接を介して評価を行ってもらおう。統合失調症の基礎的な症状をとり出すための実に鋭敏なインストルメントであり、この病をもつ人になぜソーシャルワークが必要なのか納得できるだろう。

【学習の内容】

- 1) 基底症状は、しばしば自己知覚可能 (self-perceivable) な欠損症状で、客観的に評価可能な陰性症状とは異なる。
- 2) 半構造化面接によって、「ある」「ない」「疑わしい」の三段階で評価するが、評定者間の信頼性の検定が必要である。
- 3) 検定には Cohen の  $\kappa$  係数を用いるが、base rate の算定により、データにひずみがないことを確認しなければならない。
- 4) 英米圏の陽性症状評価尺度 (SAPS)、陰性症状評価尺度 (SANS) とどのように関連するか、興味もたれる。

【キーワード】

クラスター1: 思考・言語・知覚・運動の障害 (21項目)、クラスター2: 身体感覚の障害 (13項目)、クラスター3: 通常のストレスに対する耐性の低下 (5項目)、クラスター4: 情動ないし感情の障害 (7項目)、クラスター5: 情動反応性の増

大 (6項目)、評定者間信頼度の検定、Cohen の  $\kappa$  係数、base rate

【学習の課題】

- 1) 精神科医はかつて「プレコックス感」という直観診断にたよっていたが、そのどこに問題があったのだろうか。
- 2) 熟練した精神科医であれば、高い感度(sensitivity)を有するが、特異度(specificity)においては劣っていた。
- 3) BSABSによる症状評価は両方において優れるも、患者の側に「言い当てられる」ような恐怖感または理解されている感じが生じうる。
- 4) したがって、治療的にフォローしやすい入院患者を対象に、熟練した精神科医によって実施されるべきである。

【参考文献】

Gross, G., Huber, G., Klosterkötter, M., Linz, M. : BSABS. Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms. 1st English Edition. Shaker Verlag, Aachen, 2008.  
Klosterkoetter, J. et. al. : Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. Ach. Gen. Psychiatry 25 : 158-164, 2002.  
Kazunari Oshima, Tsukasa Okimura, Tomoaki Yukizane, Katsuhiko Yasumi, Astushi Iwawaki, Toru Nishikawa and Seiichi Hanamura : Reliability and diagnostic validity for schizophrenia of the Japanese version of the Bonn Scale for Assessment of Basic Symptoms (BSABS). Med Dent Sci (57) p 83-94,2010 ; 57ed

9～10. テーマ 統合失調症の早期発見と早期介入

【学習の目標】

欧米はもとより、本邦においても、統合失調症の早期発見や早期介入 (1.5 次予防) を目指す時代が到来した。精神病的なブレイク・ダウン以前、すなわち、顕在発症する以前の介入戦略であり、臨床心理士にとって重要な活動分野になるだろう。

【学習の内容】

- 1) そもそもその起こりは「精神病未治療期間」(DUP) が長いほど予後が悪くなるという実証的データであった。
- 2) ニューロイメージングにより、初回エピソード患者における新皮質を中心とした進行性脳体積減少が明らかになった。
- 3) これによって、DUPを短縮し、早期介入を行うことの科学的根拠が確立され、「予防」戦略に拍車がかかった。
- 4) 2013年にDSM-5では、Attenuated Psychosis Syndrome という新たな概念が提案されている。

【キーワード】

精神病未治療期間 (DUP : Duration of Untreated Psychosis)、発症危険精神状態 (ARMS : At Risk Mental State)、超ハイリスク (ultra high risk : UHR) 群、豪州 PACE (Personal Assessment and Crisis Evaluation) クリニック、CAARMS(Comprehensive Assessment of At Risk Mental State : 発症危険精神状態包括評価)、脆弱性(vulnerability)、弱い精神病(Attenuated Psychosis)、短期限定間歇性精神病状態(Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms ; BLIPS)、サイコース・リスク・シンドローム

【学習の課題】

- 1) 米国においてこの分野を牽引している McGlashan らの「サイコース・リスク・シンドローム」を検討する。
- 2) Klosterkötter を中心とする The European Prediction of Psychosis Study(EPOS)の成果と比較してみる。
- 3) ボン大学基底症状評価尺度 (BSABS) には、英米の尺度にない「身体感覚の障害」が存在することに注目されたい。
- 4) 基底症状に量的基準を導入した研究向きの Schultze-Lutter, F らの SPI-A(Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version) を検討する。

【参考文献】

P. French et. al. (松本和記ほか訳) 『統合失調症の早期発見と認知療法—発症リスクの高い状態への治療的アプローチ』、星和書店、東京、2006年  
D.マクゴリーほか編著 (鹿島晴雄監修、水野雅文ほか監訳) 『精神疾患の早期発見・早期治療』、金剛出版、東京、2001年  
トーマス・マクグラシャンほか著 (水野雅文監訳) 『サイコース・リスク・シンドローム—精神病の早期診断実践ハンドブック』、医学書院、東京、2011年  
Schultze-Lutter, F., Addington, J., Ruhrmann, S., Klosterkötter, J. : Schizophrenia Proneness Instrument. Adult version (SPI-A). Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2007.

11～12 テーマ 精神分析的立場から見た精神病

【学習の目標】

統合失調症辺縁の病態、妄想性障害に含まれる臨床単位パラフレニーを取り上げ、精神分析からのアプローチについて学ぶ。そして、妄想型統合失調症、パラノイドの妄想形成について精神分析からのアプローチについて学ぶ。

【学習の内容】

統合失調症辺縁の病態には多くの精神分析からのアプローチがみられる。ラカン派の M,Czermak はコタール症候群や空想妄想病を対象にし、欲望と objet a の位置において考察する。一方、統合失調症のコアである妄想型を扱っているのは正統派フロイディアンの P.C.Racamier である。内的現実・外的現実をも否認する統合失調症パラノイドの自己愛の問題について論じた。また、パリ 13 区精神衛生協会 ASM13 の B,Odier らが開発した COP13 では例えば外的現実への備給などが評価され、精神病の症状評価に分析からの視点が取り入れられている。

【キーワード】

パラノイド、パラフレニー、パラノイア、コタール症候群

【学習の課題】

統合失調症あるいは精神病に対する精神療法のアプローチで各自関心のあるものを選び、症例を通じ理解する。

【参考文献】

B,Odier. Evaluer les psychoses avec la CPO13, une clinique organisée des Psychoses.Dunod,2011.  
他の文献は授業で指示。

【学習する上での留意点】

ラカン自身が論じた精神病の最初の症例はパラノイアである、一方、日本では当初ラカンの精神病論は統合失調症において応用されてきた。そのギャップを埋めるかのように、各ラカン派では、普通精神病、自閉症、乳幼児精神医学などが問題にされ、日本のラカン派においても急激に浸透してきている。これらの動きを補完するものとして本講義を聞いていただきたい。

13. テーマ	治療構造と統合失調症
<p><b>【学習の目標】</b>          精神病性障害、統合失調症の症状も治療構造によって変化することを理解する。</p> <p><b>【学習の内容】</b>          ヤスパースは妄想をその確信性と訂正不能性によって定義したが、パラフレニーの空想妄想病は入院治療を契機に誇大妄想が被害的に展開することを Czermak は指摘した。また、統合失調症の急性期では入院治療によって、スタッフや主治医や他患などを対象として massive な精神病性転移が生じてくるが、この問題を初期の施設精神療法ではフロディアン/Racamier もラカン派の Oury も扱っている。その後、Racamier は精神分析と施設の治療を分けて、統合失調症の分析治療を行うが、Oury は精神科病院という施設・制度、精神病患者の疎外 alienation の問題を扱い、あらゆる要望に開かれている・交換が自由に行えるなど治療の場を問題にした。Racamier の後継者である Kapsambelis は、妄想型の入院治療における精神病性転移を再度議論し、ASM13 の開放病棟の責任者である Odier は、短期入院治療による治療の断片化を指摘しながらも、精神病の破壊性、対象への備給を症状評価に導入し、COP13 を完成した。これらの動きについても触れたい。</p> <p><b>【キーワード】</b>          Czermak,M., Racamier,P.C., Oury,J., Kapsambelis,V., Odier,B.</p> <p><b>【学習の課題】</b>          統合失調症と精神病性障害の症例が、入院治療、デイケア、外来、ソフト救急などの治療の諸相でどう精神療法的にチームで関われるのか議論する。</p> <p><b>【参考文献】</b>          Racamier,P.C., <b>Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques</b>,Payot 1993</p> <p><b>【学習する上での留意点】</b>          1960 年前後にフランスで始まり 1990 年代に発展した議論であるが、同時代の英米圏での動きもみてみよう。</p>	
14~15 テーマ	症状のない精神病 (psychose blanche) と EASE と SPI-A、SPI-C
<p><b>【学習の目標】</b>          BSABS を継承した EASE と SPI-A、SPI-C の構成を理解し、そのポテンシャルを考えてみる。</p> <p><b>【学習の内容】</b>          本講義を終えるにあたり、フランス精神分析の A.Green の著作に寄り道する。          1960 年代に精神分析の経験から生まれた境界例は、フランスではラカンは構造論的に認めなかったが、パリ精神分析協会を離れたラカンと袂を分かったフロイト派の精神分析家 A.Green らによって、フロイトのメタサイコロジーを介して境界例 états limites が論じられてきた。Green は、第一局所論、第二局所論について再考する。ここではエスと自我機能の問題が議論されるのだが、さらに症状のない精神病 (psychose blanche) という概念が練られる。ここでは自己の境界という self や主体性に関わり、自我心理学のみならず、自己の障害を中心に BSABS を展開したデンマークの Parnas の論考につながるものがある。さらに、分析空間の防水性 (安全性) が指摘されるが、これは精神病に対するセッティングによる自我機能の補強と精神療法の可能性を表している。</p> <p><b>【キーワード】</b>          A.Green. EASE, SPI-A, SPI-C</p> <p><b>【学習の課題】</b>          BSABS を継承しつつ、自己の障害を中心に展開したデンマークの Parnas の EASE (Examination of Anomalous Self-Experience)、と基底症状に量的基準を導入した研究向きの SPI-A (Schizophrenia Proneness Instrument, Adult version) がある。以上論じた自我機能、自己の障害、精神療法の視点から EASE と SPI-A の可能性を検討してみる。</p> <p><b>【参考文献】</b>          J.アンドレ編著 (大島一成、将田耕作監訳) 『フランス精神分析における境界性の問題 -フロイトのメタサイコロジーの再考を介して』, 星和書店, 2015年  <b>Parnas, J. EASE (Examination of Anomalous Self-Experience), Psychopathology38(5):236-58,2005</b></p> <p><b>【学習する上での留意点】</b>          psychodocumentation tool としての BSABS に関する以上の議論は、統合失調症スペクトラムに対する臨床心理面接のレベルを格段にあげられると思われる。</p>	