

岩崎 純一 著

『岩崎純一全集』 第二十卷 「人文科学（二の序）」

心理、精神、身体、生命および倫理、道德、人間学の序説、総記

編纂、監修

岩崎純一学術研究所『岩崎純一全集』編纂局

巻頭言

本巻は、『岩崎純一全集』の第二十巻を成し、岩崎の言語の著作物のうち、心理、精神、身体、生命および倫理、道徳、人間学に関する全般的述作を収める。

目次

巻頭言

第一編 〇歳～十九歳

第二編 二十歳～二十九歳

第一部（編集集中）

我が精神病理学・精神疾患研究の概要

救世主としてのインターネットと大規模個人サイト

日本社会の間隙

発達障害者、精神障害者、暴行被害者の実態

発達障害者、精神障害者、暴行被害者との接点

発達障害者、精神障害者、暴行被害者との交流開始

女性専用寮とユートピア

ノーブレス・オブリージュ

第二部 現代日本語による症状・体験などの記録（岩崎式日本語使用者による体験談・症状の意識平常時における現代日本語での記録）

代日本語での記録

第三部 精神病理学・精神疾患研究（今までの交流の概要など）

第四部 精神疾患の定義

第五部 精神疾患の分類

第六部 精神疾患の医学的定義一覧表、及び、それらの罹患者との交流で得た私なりの見解や、罹患者と私との協働内容について

第七部 性被害女性等への特殊人工言語の提供

第八部 精神疾患に関連する私の文章の一覧

第九部 現代日本人の心理の例

第十部 精神疾患関連リンク（交流会ご参加者様のサイトを含む）

各症状と対女性共感覚との関連

第十一部 私の考え・思い・持論（主に二〇〇九年筆。ブログ記事などは後から追加。）

第十二部 人の悩みをそのまま受け止めてみている

第十三部 感受性豊かな人間が好きである

第十四部 日本的共感覚・日本の精神症状

第三編 三十歳～三十九歳

第一部 リンクの充実と、解離性障害・PTSD・性虐待被害・トラウマなどの話

第二部 「アスペルガー症候群」の廃止や「学習障害」などの名称変更で思うこと

第三部 岩崎人間学研究会の概要・メンバー

第四編 四十歳～四十九歳

第四部 岩崎人間学研究会の概要・メンバー

第四編 四十歳～四十九歳

第四編 四十歳～四十九歳

第五編	五十歳〜五十九歳
第六編	六十歳〜六十九歳
第七編	七十歳以降
第八編	著作者の一部および著作者が岩崎純一であるもの
第九編	著作権者が岩崎純一であるもの

第二編 二十歳～二十九歳

第一部

編纂中。収録を待たれよ。

第二部 現代日本語による症状・体験などの記録（岩崎式日本語

使用者による体験談・症状の意識平常時における現代日本語での記録）

二〇〇五年十一月十八日 起筆

二〇〇六年二月三日 公開

二〇一七年九月十二日 最終更新

哲学・社会学・精神病理学・精神疾患の研究

昔から人間の心理・精神活動に関心があり、サイトを始めて以来、主に以下の方々にお会いしてきました。個人的にフィールドワークのようにお話を聞いて回っています。

（アメリカ精神医学会の DSM や世界保健機関の ICD に記載されている各精神疾患や行動障害を日本の神経内科、心療内科、精神科な

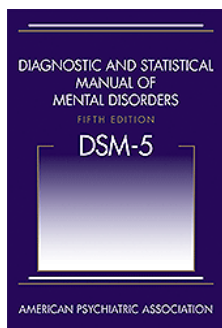
どにおいて診断されたか、通院・入院経験はないがそれらに類する症状を抱えていらつしやる日本人の方々。）

特に、現在の精神医学が積極的に取り上げていない「取りこぼし」の方々の精神症状、そして、日本人や世界の先住民族に固有の精神性であるとされるいわゆる文化依存症候群（対人恐怖症など）に関心があります。

私自身も、上記の共感覚の他に、しばしばストレスなどから離人感などが発生しており、このような心の話題には全く偏見がなく、大いに関心を持っています。

日本は、アメリカ精神医学会の DSM や世界保健機関の ICD を参考にして良い部分は取り入れつつも、日本語による日本独自の心身観や精神疾患分類を別に構築してみてもどうかと、常々感じています。

●精神病理学・精神疾患研究のページ

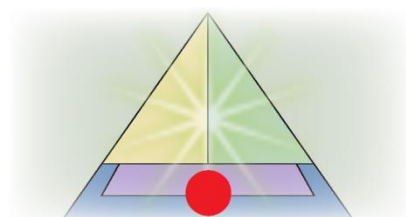


●新人間学研究会



●言語学・言語体系（岩崎式言語体系）考案の試み

…未来年表の作成、精神疾患関連コンテンツや岩崎式言語体系関連コンテンツへの協力など。



【岩崎式日本語使用者の体験談・症例】

現代日本語（母語）能力平常時に記録されたものです。

●現代日本人の心理の例

●研究会・講義テキスト

★自己意識の減失・解体・分裂などを特徴とする精神疾患女性に見られる鋭敏な共感覚について（PDF）

（以下は、岩崎式日本語使用者が通院・入院されていたホスピタルのサイトです。）

●【虐待被害者の声】（赤城高原ホスピタルのサイト）

●【トラウマと解離性精神障害】（同前）

●【解離症状の実例】（同前）

●【解離性同一性障害、100人の証言】（同前）

第三部 精神病理学・精神疾患研究（今までの交流の概要など）

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一七年九月二十三日 更新

二〇一九年一月五日 最終更新
特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」

■【精神・発達・行動障害者との交流】

▼概要

- ▼交流している方々のタイプ一
- ▼交流している方々のタイプ二
- ▼交流している方々のタイプ三
- ▼交流している方々のタイプ四
- ▼交流している方々のタイプ五
- ▼交流から派生した試みなど
- ▼各ページの構成

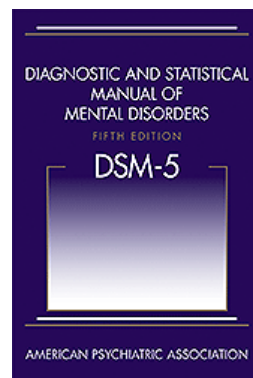
■【当サイトにおける精神疾患患者等の個人情報扱い、およびDV・暴力・虐待等の加害者への対策について】

■【執筆の際の留意点】

■【参考文献】（精神疾患研究の全ページに渡る参考文献のみ。その他の参考文献は、各ページを参照。）

■【精神・発達・行動障害者との交流】

概要



●私は、世界保健機関(WHO)のICDやアメリカ精神医学会(APA)のDSMに規定されている精神・発達・行動関連障害を診断された方々と、分け隔てなく面識を持つ試みを、ライフワークとして個人で実施しています。基本的に、私宛てに面会希望のご連絡を下さった方々と面識を持っています。

施設訪問やフィールドワークも行うことがあります。性被害・DV被害女性の専用施設については、男性の出入りを制限・禁止している場合が多いため、お呼びいただいた区画（共用スペースや庭など）のみを訪問・見学しています。

私は、自分が共感覚や閃輝暗点などのいわゆる一般的でない知覚・神経性の様態を持って生きているためか、長年、人間の知覚・認知や、それに関連のある精神疾患・神経性障害・発達障害などに大変関心を持ってきました。

とりわけ、以下の方々と交流してきました。サイトにご訪問下さったことによるメールから始まった交流が多く、私が施設などに出かけに行くこともあります。

私は昔から、特殊な感性や「心の傷」・「心の病」を持つ方々への思い入れや親近感が強く、これらの方々との交流に好意的で、私自身が共感覚や閃輝暗点・偏頭痛を持っていたり、ストレスから来る離人症状などを体験したりはしてきましたので、お力になりやすいのは確かだと思います。

ただし、時々間違えられるので、一応書いておくのですが、私は精神科医やカウンセラーやセラピストなどの専門家ではなく、私が皆様に医学的・心理学的に何かを診断・判断するわけではありませんので、その点にご留意いただければと思います。普段は全く別の仕事をしています。

交流者数はほぼ男女同数ですが、個人的に、ご自身の症状や苦悩を自ら言葉にしにくい発達障害・知的障害・言語障害やひきこもり・ニートの男性と、それらを自ら言葉にでき人に聞いてもらいたいという希望・欲求の強い不安障害・摂食障害・解離性障害・パーソナリティ障害の女性との交流が多いので、現代日本人の心理の例（交流させていただいた方々の文章）に掲載している言葉・文章も必然的に女性のものが多くなっています。

以下のページに皆様のサイトを掲載させていただいております。

●精神疾患関連リンク

▼交流している方々のタイプ一

精神科・心療内科・神経内科などに通院されている（いた）方々や、

それらの方々に匹敵する、あるいは準じるか近い苦悩や生きづらさを感じている方々との交流

私自身の興味・関心の対象やサイトのコンセプトの特殊性に由来するのかわかりませんが、ご訪問者には、「人が生きること」・「人間の実存」そのものの苦悩を哲学し「人生とは何か」を思索することが好きな方々や、逆に、精神・身体症状や被害体験（いじめ・ハラスメント・虐待・暴力・DVの被害など）を相談した相手（親族・教職員・NPO職員・DVシェルター職員・警察や、はたまた精神科医・カウンセラー・セラピストなど、被害者を救うべき立場にある人たち）からそれらいじめ・ハラスメントなどの二次被害に遭って症状が悪化した方々の割合が高くなっています。

つまり、仕事や学業の悩みなどでこれらの医科（特に心療内科・神経内科）に通院している方々との交流だけでなく、被害状況がそれを挟んだ両極にある方々（日常的・具体的な悩みがなくとも哲学になるような生の苦悩を持つ方々と、逆に、二重・三重の暴力被害を受けた方々）との交流も多いということです。

前者のタイプの苦悩については、私も東洋哲学や「生の哲学」を中心とする西洋哲学（特に実存主義哲学からポスト構造主義、その中でもニーチェ哲学）が趣味・ライフワークですし、このような生の苦悩はむしろ精神病理学が救う必要のない（救うという思想を持つべきではない）性質のものだと思うのですが、一方で後者のタイプの苦悩については、加害者がいなければ存在し得なかった性質の

ものであり、精神病理学のみならず社会が被害者を救っていく必要があると思います。

▼交流している方々のタイプ二

精神病棟の開放病棟に入院されている（いた）方々との交流

統合失調症・妄想性障害の成人男性との交流が主です。（男性のほうが入院者数が多いため。）

以下の発達障害・知的障害の男児・男性の方々にについて私が覚える「親近感」や「気が合う感覚」に比べて、統合失調症・妄想性障害の男性の方々の言動を拝見していると、どこか遠い世界のものに見えることが多いのは確かです。

しかし、不思議と気が合う方々の中にはいますし、何より、同じ人間として、同じ男として会話が通じることもあり、そのような時間を持つことに自分は人生の中で大きな意義を感じるので、交流を続けています。

必然的に、入院中も退院後も、ニート・無職者や非正規労働者であったり、引きこもりであったり、恋愛未経験者・未婚者であったりする割合が高くなっています。それぞれの方々のご希望に合った人生となるよう、心から祈るばかりです。

▼交流している方々のタイプ三

精神病棟の閉鎖病棟に入院されていた方々との交流

重度の統合失調症・妄想性障害の成人男性との交流が主です。（男性のほうが入院者数が多いため。）

述べてみたいことは、前項と同じです。

もちろん、これらの方々については、ご退院済みとは言え、開放病棟に入院されている（いた）方々に比べて、かつては相当に重度の症状を呈しておられた方なのだと感じるケースは多いです。

しかし、自分自身と格闘して立ち直るまでに至ったその「精神力・気力」には、心から敬意を覚えます。

▼交流している方々のタイプ四

総合支援学校・特別支援学級・知的障害者施設などの児童・若者・成人の方々との交流

今のところ発達障害・学習障害・知的障害・言語障害の男児やその親御様・先生方との交流が多いです。（男性のほうが発達障害者・学習障害・知的障害者・言語障害者の人数が多いため。）

狭義の精神疾患からは区別されているものの ICD の大分類や DSM では便宜的に精神疾患の一種とされるとの共通点を持つ発達障害（広義には学習障害を含む）と知的障害ですが（言語障害は診断名ではない）、両者はやはり精神医学上も支援学校・支援施設の現場でも扱いがかなり違っていますし、私自身の幼少期と重なる部分を多く持っているのは発達障害（中でもアスペルガー症候群）の子

供たちのほうだとは感じますが、お互いにもっと交流があってもよい気はしています。

▼交流している方々のタイプ五

DVシェルター入所者の方々（特に精神障害・身体障害を負った方々）との交流

いわゆるDV（家庭内暴力）被害者が一日から数か月間入所する施設は「DVシェルター」と呼ばれており（法律用語ではなく俗称）、世相を反映してか、ほとんどが女性専用で、そうでない場合も入所者のほとんどが女性です。自治体が運営するシェルターもあれば、民間（NPO・企業・人権団体・宗教団体など）が運営するシェルターもあります。

所在地や電話番号を公表していないシェルターはコンフィデンシャル、公表しているシェルターはノン・コンフィデンシャルと呼ばれています。最近はいずれの場合も、民間が運営する一部のDVシェルターの劣悪な実態が問題となっているようです。

民間の一部のシェルターでは、入所時に携帯機器・財布などの私物をシェルター側に預けなければならない場合があります（表向きは「加害者の追跡から逃れるため」などとしているものの、事実上、違法な財産没収であるケースあり）、食事・外出・入浴なども自由にできない場合が多いため、シェルター側に内緒でご家族など外部の人に助けを求める方もいらつしやる状況です。

シェルター職員の男性から暴力を受ける二次被害も起き、シェルターを転々とするケースも見かけます。夫のDVから逃れるためにシェルターに入ったにもかかわらず、シェルターで色々と不適切な対応（風俗業への就業・売春を勧める発言など）を受け、結局「夫のいる自宅が一番マシだった」などと自宅に戻ったケースまで見かけました。

私も個人的には、迷いなく、まずは公的機関・自治体のシェルターか、被害女性自身が運営に携わる下記の寮やソーシャルアパートメントをお勧めします。

▼交流している方々のタイプ六

DV・暴力・虐待被害者専用の寮やソーシャルアパートメントにお住まいの方々（特に精神障害・身体障害を負った方々）との交流

これらの方々には、職場や学校だけでなく、助けを求めて入所したはずの上記のDVシェルターなどで、暴力・虐待被害を相談した相手（教職員・精神科医・カウンセラー・NPOのDVシェルター職員・警察など）から暴力・虐待などの二次被害を受け、精神障害・身体障害に陥って逃げてきた方々もいらつしやいます。

それまでにこれらの方々がお住まいだったNPO・民間のDVシェルターでは、暴力をふるう職員がいたほか、運営・資金の流れが不透明だったり、防災・防犯対策や消防法が遵守されていなかったり、衛生管理が杜撰だったり、色々と悪質だったようです。

今まで、寮母さんやオーナー様などを通じて、寮やソーシャル・パートメントごとの規約の範囲内でお話を伺ってきました。

昨年ソーシャル・パートメント・シェアハウス・シェアルーム全般で問題になっているような建築基準法や消防法上の違法性がなければ、気の合った暴力・虐待被害者どうしの共同生活はかなり有意義なものになり得ると私は思います。

▼ 私がご相談を受けて交流してきた、精神・身体症状や共感覚、その他の特殊知覚・症状を持つ女性の皆様に、私のサイト内の女性専用スペースの管理・運営をしていただいております。また、これらの女性の皆様が入居者の多くを占める、シェアハウス型の女性寮に協力させていただいております。

女性に特有の症状・知覚については、女性スタッフおよび寮生に解説をお願いしています。

← ● 「精神・身体症状、共感覚、その他の特殊知覚・症状の解説の分担などについて」を参照。

岩崎純一のウェブサイト 女性専用スペース

岩崎純一のウェブサイト
女性専用スペース
Women Only

交流から派生した試みなど

「岩崎式日本語」という、主に暴力被害者や解離性障害や不安障害の方々（加害者などに記述内容がすぐに分からないよう、暗号のように）日記や被害報告メモなどで使用するための、新しい日本語を作り続けています。これも私のライフワークです。

この言語は、私が色々な精神疾患を負った女性の方々を拝見して

岩崎式日本語ペディア



岩崎式日本語
岩崎式日本語研究会



いて着想した言語であることなどから、九割以上の使用者が女性ではありますが、発達障害者の男性も使用しておられます。
言語の性質上、個人的な秘密の日記や文章に使われることがほとんどですが、言語考案者としては、文法など言語学的意義があると思われる部分については、責任を持って解説していきたいと考えています。

岩崎式日本語ペディア
…岩崎式日本語の百科事典（ウィキペディア調）。
各ページの構成

各精神疾患のページは、主に以下のような構成になっています。ただし、岩崎式日本語の知識がなくとも、十分に読めるようになっています。

精神医学的定義

精神医学的定義の概要

罹患者との個人的交流

「岩崎式日本語」にまつわる個人的交流

参考文献（精神疾患の分類以外）

共感覚については、精神病・精神障害・神経症性障害・人格障害のいずれともされず、また閃輝暗点（偏頭痛の直前に多発することから）神経系の疾患とされています。（ICD-10「G43 片頭痛」）
ただし、これらは「心の状態や症状」と密接に関わりがあると私は考えています。各項目の中でも、随時これらに触れています。

●以下は、サイトを立ち上げて以来交流させていただいた方々の統計です。ここでは、（二）のほうが参考になると思います。

「ご訪問者」としてありますが、私のほうから施設などを訪れた中でお会いし、交流させていただいた方々も含まれています。お会いした方々であっても、普段はメールなどネットを通じた交流が多いため、便宜的に「ご訪問者」としてあります。

また、共感覚者については、一度もお会いせずに交流が終わった（メールやアンケートを通じての交流のみだった）ご訪問者様のほうが圧倒的に多い状況で、その後にお会いして共感覚者であることの確証が取れているご訪問者様との間に色々な違いも見られますので、統計データの正確さを期するため、ご訪問者様の分類を細かくしてあります。

◆「岩崎純一のウェブサイト」へのご訪問者の統計（Ⅰ）(PDF)

◆「岩崎純一のウェブサイト」へのご訪問者の統計（Ⅱ）(PDF)

（別添資料を見よ。二〇一八年七月八日に追記）

【当サイトにおける精神疾患者等の個人情報の扱い、およびDV・暴力・虐待等の加害者への対策について】

●当サイトでは、精神疾患者・発達障害者・DV被害者・性的暴行被害者などの方々の個人情報の扱いについても、一般のご訪問者様の個人情報と同様に、個人情報の保護に関する法律に基づき、下記のように扱いを定めるものとします。

法令に基づく表示（個人情報の保護に関する法律に基づく表示）
をご覧下さい。

●ただし、暴行内容などが唯一無二であるために（個人の実名を明記せずとも）被害者が特定可能であると考えられる事例については、掲載しないこととします。

このほか、DV・暴力・性的虐待などの加害者の追跡を免れるため、以下の各法令に基づき、万全の対策を取るものとします。

○刑法

○民法

○配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護等に関する法律（DV防止法）

○児童福祉法

○児童虐待の防止等に関する法律（児童虐待防止法）

および各法律の施行令・施行規則など

●DV・暴力・性的虐待などを発見した場合は、公的機関に通告して下さい。特に児童虐待については、以下に示す通り、児童虐待の防止等に関する法律により通告が義務となっておりますので、ご注意下さい。

ご連絡・メールを頂く際の留意事項（公的機関の相談窓口・ホットラインや警察などへの相談・通報の重要性について）

【執筆の際の留意点】

●「譫妄」の「譫」、「鬱病」の「鬱」などは、国・厚生労働省や日本の精神医学の各学会の規定や国民への要望に従い、基本的には「せん妄」、「うつ病」などと仮名で綴った。ただし、精神疾患の定義・解説以外のページで、私自身の精神疾患への見解などを述べた文章の中では、漢字を用いた箇所がある。

特に「鬱」については、前世紀末まではごく普通に「鬱病」の表記を用いる学者や医師もいたほか、二〇一〇年の常用漢字表の改定によって常用漢字に追加されたことを機に、なおさら医学用語の翻訳語の改定においても、一旦「うつ病」とされた表記を再び「鬱病」に戻したほうがよいのではないかとの見解を私自身は持っている。

そのため、医学用語としての定義・解説を書いたのではない箇所（皆様との交流の感想を書いた箇所など）については、「鬱病」とした箇所が多い。ただし、現行の医学用語の「うつ病」表記・概念との齟齬を軽減・解消すべきと判断される文脈においては、仮名書きに戻した箇所がある。

【参考文献】（「精神及び行動の障害」の全ページに渡る参考文献のみ。その他の参考文献は、各ページを参照。）

World Health Organization (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th Revision, Clinical Modification)

WHO (2010) ICD-10: Clinical descriptions and diagnostic guidelines: Disorders of adult personality and behavior

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

"Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11". World Psychiatry 3 (10): 175-180. October 2011.

『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引（新訂版）』 原著：American Psychiatric Association 訳：高橋二郎、大野裕、染矢俊幸 医学書院 二〇〇三年八月

『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』 原著：American Psychiatric Association 日本語版用語監修：日本精神神経学会 監訳：高橋二郎、大野裕 訳：染矢俊幸、神庭重信、尾崎紀夫、三村将、村井俊哉 二〇一四年六月

『EBM 精神疾患の治療 2011-2012』 上島国利、三村将、中込和幸、平島奈津子 中外医学社 二〇一一年

『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（新訂版）』 原著：World Health Organization 監訳：融道男、

中根允文、小見山実、岡崎祐士、大久保善朗 医学書院 二〇〇五年十一月

精神疾患・メルクマニユアル18版 日本語版
医学用語集めでいづく

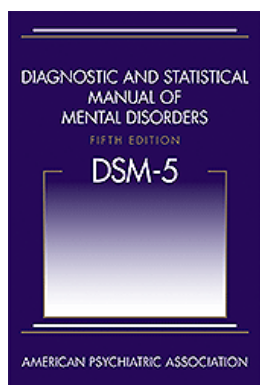
第四部 精神疾患の定義

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一七年九月十一日 最終更新

特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」



二〇一三年七月十五日

アメリカ精神医学会が二〇一三年五月に新たな DSM（バージョン5）を発表したため、以下の情報には最新ではない箇所があります。訳語がまだ議論されている段階ですので、このサイトの改訂もま

だ先になる予定です。

←

二〇一四年五月二十八日

訳語の指針が日本精神神経学会により発表されました。私個人としては不満な点もあるため、私のサイトは今後数年間は書き換えずにおこうと思います。以下のガイドラインや私が書いたブログなどを参考に、適宜読み替えて下さいようお願い致します。

DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン（日本精神神経学会）

https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=75

「アスペルガー症候群」の廃止や「学習障害」などの名称変更で思うこと（私のブログ記事）←二〇一八年七月八日に追記：『全集』に収録。

<https://iwasakijunichi.net/iwasaki-ningengaku-blog/98444468.html>

二〇〇六年六月十日 執筆

■ここでは、精神疾患に関する日本語の用語の定義の解説をします。

まず、結論から言うと、全ての日本人にとって「正しい」精神疾患用語（の翻訳語）というものは存在しないと見るべきでしょう。

第一に、以下に見るように、学者・医師の主義・主張によっても用語の使い方が違う上、世界保健機関が主導する世界中の精神疾患の統一的な統計方法に追従するか、現在の精神医学・精神医療を主導する米国の精神医学・精神医療現場や米国人の精神疾患の都合を優先するか、米国の製薬会社の利益を優先するか、日本の精神医学の都合や製薬会社の利益を優先するか、大多数の一般国民の俗語に合わせるか否か（「ノイローゼ」や「ヒステリー」の医学的定義と俗語表現との齟齬などが例）によっても、全く違ってくる。

第二に、日本語で書かれたほぼ全ての精神疾患用語は翻訳語であつて、例えば、「disorder」と「disease」のいずれもが、時と場合と主義・主張によつて、「疾患、疾病、障害、症、症状、症候、病、病理、病変、病患、病気、病状、病態、障害、故障」などと様々に翻訳されてきたため、何が「正しい日本語」かを追究すること自体が不可能です。

しばしば、「disorder」は「疾患」ではなく、「障害」と訳すべきだ。しかも、「障がい」とひらがなで柔らく書くべきだ。そうしないと、病気でないものが病気とされ、差別につながる。」と強硬に主張される方々があります。しかし、残念ながらこのような方々は、日本の法令どころか、日本精神神経学会までもが、DSMなどの各項目を現在でも「病名」や「病理名」、「疾患名」と呼称、表記することが多いのをご存知ないか、人間の自然言語や日本語・国語の歴史に

ついでの教養に乏しい方々なのだと思います。そのように呼称、表記する精神神経学関係者は、差別のためにそうしているわけでもないのです。

（二〇一四年五月二十八日 追記：まやしく、DSM-5に至っても「病名」という呼称・表記が見られることは、上述のガイドラインの通り。）

本来、「disorder」は「疾患」と「病理」というか、「障害」でさえありません。「宇宙や人間の秩序・道理・規律（order）の欠落・欠損・不履行（dis）」と訳すべき単語であり、西洋白人種の精神病理学者たちが生み出した対人認識の型式です。ですから、日本語でどのように翻訳しても、厳密には不正解ですし、近い概念に翻訳できさえすれば、それはそれで正解なのです。

訳語が様々であっても原典の原語が一つであれば、それは本来一つの意味概念として記述されたのであり、訳語の不統一は、翻訳の過程で翻訳国の文化性や民族性や主義・主張においては原典の原語が大雑把すぎると判断されたことを意味します。

逆に、同じ訳語であっても原典の原語が異なれば、意味概念が異なるものとして読解すべきなのであり、訳語の統一は、翻訳国の文化性や民族性や主義・主張においては原典の原語ほどの使い分けは不要であると判断されたことを意味します。

本来は、アメリカが定めた精神疾患分類はアメリカ英語で、ドイツが定めた精神疾患分類はドイツ語で、アフリカの部族Aが定めた精神疾患分類があったとすればA語で読み書きするのが、正しいと

言えば正しいことになります。

しかし、それは事実上不可能であるので、母国語（日本語）に翻訳して記述することになります。このような場合、筆者・著者自身が「自分は、日本が近代医学を輸入し始めて以降のどの時代のどの用語の使われ方に従って（使われ方を好みとして）文章を書いているか」を表明することのほうが大切です。表明していない限り、読者・第三者がその人の医学論文や著書の文章を読むことができない（話の内容をつかめない）ことになってしまいます。

私の場合は、主に「星マーク（★）」を付した用語と概念とを好んで採用し、「精神及び行動の障害の研究」の各ページを書いています。

●精神疾患：Mental disorder / Mental disease

★(1) 精神病、精神障害、気分障害、不安障害、神経症性障害、心身症性障害、行動の障害、性関連障害、人格障害、知的障害、発達障害などの便宜的な総称、全称。

・・・DSMのタイトルがdisorderを採用。日本では、DSM-IV以降のdisorderが「疾患」と訳される。私のサイトでも、総称したいときに便宜的に「疾患」を用いている。

★(2) 精神病（統合失調症、妄想性障害）が主。DSM-IV以降は精神病的障害」と精神障害の総称。

・・・ICD-10が総タイトルにdisease、第五章のタイトルにdisorderを採用。日本ではこれが「疾患」の意味で「障害」と訳される。こ

の場合、「精神障害」とは「精神疾患」に同義である。

(3) (1)や(2)の各障害を疾患、病理と見た訳語。

・・・日本の精神医学がdiseaseやdisorderの訳語として便宜的に採用。この場合、「疾患」と「障害」とは区別される。

●精神障害：Mental disorder

★(1) 精神疾患の各項に同義。

(2) 精神疾患(1)のうち行動の障害を除く障害。

・・・ICD-10が第五章のタイトルに便宜的に採用。

(3) 日本の精神医学における精神疾患の旧概念で、「疾患、病理であるものをそうと認めず、旧来の障害の扱いとしたもの」として批判的に扱われ忌避される概念。

・・・DSM-II' DSM-III-Rの訳語として採用。DSM-IV' DSM-IV-TRは、前文においてdisease（疾患）ではなくdisorder（障害）を採用することを宣言し、かつ「精神障害は定義不可能である」と述べている。しかし、日本においては、訳語が逆に「疾患」に改められた。すなわち、日本語で忠実に言うならば、DSM-IVは旧来の「障害」を「疾患」とすることを宣言した。

★(4) 統合失調症、妄想性障害を主とする重度の精神病。気分障害、不安障害、神経症性障害などを除く。

★(5) 精神病に代わる概念で、統合失調症や妄想性障害に重度の気分障害などを加えたもの。

・・・DSMがIV以降に積極的に採用。

※「疾患」と「障害」の両語について、それらが同じ語の訳語である場合は同義であり、原語が異なる場合は異なる意味概念であるとするべきである。また、同じ「障害」であっても、その原語が *disorder* か *disease* によって意味概念が異なるので、見分けなければならぬ。

●精神病：Psychosis / Mental disorder / Mental disease / Mental illness

(1) 精神疾患(1)に含まれるあらゆる症例の総称。・・・シュナイダーが採用した概念に近い。

★(2) 統合失調症、躁うつ病を主とする内因性精神疾患。

(3) 統合失調症、躁うつ病、てんかんを主とする精神疾患。・・・クレペリンやヤスパースが採用。

★(4) 統合失調症、妄想性障害を主とする重度の精神障害。気分障害、不安障害、神経症性障害などを除く。

★(5) 重度の精神疾患や精神障害の総称。統合失調症などの内因性精神病以外に、重度の心因性精神病（気分障害、不安障害、神経症性障害）や外因性精神病の一部を含む。

(6) 現在では「病」の表記・概念が批判・忌避され、「障害」や「疾患」への表記・概念の変更が望まれるものとしての(3)や(4)。

・・・DSMがIV以降に積極的に採用。

※ シュナイダー、クレペリン、ヤスパースは、現在では精神病に含まれないことが「判明」している精神疾患までも作作的に「精神病」の扱いとしたのではなく、精神疾患の結果としての「症状の内容」よりも精神疾患の成り立ちとしての「症状の形態」を重視する限り、それらを精神病とせざるを得なかったのである。すなわち、重度の神経症性障害やてんかんは、その成り立ち方を見る限り、当时においては「精神病」であった。

●内因性と外因性（外因性：身体因性と心因性）

(1) 精神疾患、精神障害の各項の発症原因の二分分類。内因性精神障害とは、主に外部環境の影響なくして遺伝的、素質的要因により生じる精神疾患。外因性精神障害とは、器質的変化、病気、感染、外傷、中毒、ストレス、ショックなどを契機とする身体（主に脳）や精神の異変により生じる精神疾患。さらに外因性は、身体因性と心因性とに二分分類され、身体因性は器質的変化、病気、感染、外傷、中毒などによるものを、心因性はストレス、ショックなどによるものを指す。

また、原因不明の精神疾患は内因性精神障害に含まれる。

(2) 主に狭義の精神病のみに用いられることが多い。精神病の(5)を中心に用いられ、軽度、中等度の気分障害、不安障害、神経症性

障害については用いられない場合がそれである。ただし事実上、この場合も、これら軽度、中等度の精神疾患は心因である。

(3) 精神疾患について要因よりも症状(結果)を操作主義的に分類するために、DSM-IV以降に放棄された概念。

●内因性と外因性(身体因性)と心因性

★(1) 精神疾患、精神障害の各項の発症原因の三大分類。この場合、上記の二大分類の身体因性を外因性と呼ぶ。

また、原因不明の精神障害は内因性精神障害に含まれる。

(2)と(3)は、上記の二大分類に同じ。

●内因性精神障害と外因性(身体因性)精神障害と心因性精神障害の例(上記の三大分類の場合。)

▼内因性精神障害… 精神分裂病(統合失調症)、躁うつ病(双極性障害)

・・・最も狭義の場合、精神病(2)にほぼ該当する。

▼外因性精神障害… 痴呆(認知症)、アルコール依存症、薬物依存症、てんかん、頭部外傷などによる精神病、外因性うつ病(膠原病、糖尿病などによるうつ病)

・・・現在の ICD-10 の F00～F19 にてんかんを加えたものには

ほぼ該当する。

▼心因性精神障害… 反応性うつ病、不安神経症、強迫神経症、ノイローゼ

▼あえてこれら旧来の三大分類を採用する場合であっても、現在では精神障害でないとされる障害…

▽てんかん… どの精神障害でもないとされる。

▽単極性のうつ症状、軽度、中等度の気分障害、不安障害、強迫性障害、解離性障害など… それぞれの名称で呼ばれるか、不安障害以降のものは神経症性障害と呼ばれる。

※ 不安神経症や強迫神経症は、かつては心因性精神障害とされていたが、障害(disorder)の扱いとなって以降、精神障害ではなく神経症性障害とされるようになった。

●外因性精神病(外因性精神障害)の下位分類

▽器質精神病… アルツハイマー型認知症、パーキンソン病による認知症、日本脳炎による精神病

・・・ICD-10 の F00～F09 からせん妄を除いたものにほぼ該当する。

▽症状精神病… せん妄、アメンチア

▽てんかん… 現在ではあらゆる精神病、精神障害に含まれない。

▽中毒精神病… アルコール精神病、覚せい剤精神病

・・・ICD-10のF10～F19にほぼ該当する。

●神経症

★(1) かつて、次の条件を満たす症状を指した。現在では放棄されている。不安神経症、強迫神経症、ストレス反応、神経衰弱など。単にノイローゼとも言った。

- 1、精神病（統合失調症、躁うつ病）よりも軽度であること。
- 2、精神病患者と異なり、精神症状・身体症状をそれと自覚していること
- 3、器質性（外因性）の症状ではないこと。
- 4、症状発生の要因が心理機制により説明されること。（心因であることが確定的であること。）

※特に、DSMがIII以降に概念放棄の姿勢を明確にしている。（DSM-IVで名実共に全面的に放棄。）

ただし、「精神病よりも軽度の精神疾患が存在することを認めない」という意味ではないので、注意すべきである。そうではなく、「存在するのは、神経症者ではなく、神経症性障害の基準を満たす者である」という意味である。名称と概念の変更が行われた主な神経症は、

以下の通り。

▼神経症（ノイローゼ） ↓↓↓ 神経症性障害

▽恐怖症 ↓↓↓ 恐怖症性不安障害

▽不安神経症 ↓↓↓ 一部の恐怖症性不安障害、パニック障害、全般性不安障害

▽強迫神経症 ↓↓↓ 強迫性障害（なお、ICD-10では強迫神経症の名称が残る。）

●神経症性障害

★(1) 上記の神経症の総称、別称。

・・・日本の古い精神科医などには、患者との会話においては積極的に神経症・ノイローゼの語を用い、論文・診断名・統計・学会発表などにおいては神経症性障害を用いる医師もいる。

(2) 現在では概念が批判・忌避され、「障害」への表記・概念の変更が望まれるものとしての旧神経症。

・・・DSMがIV以降に積極的に採用。

★(3) (1)または(2)の態度における、恐怖症、不安障害、パニック障害、強迫神経症、ストレス関連障害、解離性障害、身体表現性障害、神経衰弱、離人症などの総称。ほぼ「精神病や精神障害ほど重度でない精神疾患」の意。

・・・ICD-10がF40-F48の総タイトルに便宜的に採用。

★(4) (1)または(2)の態度における、恐怖症、不安障害、パニック障害、強迫神経症、ストレス関連障害、身体表現性障害、神経衰弱、離人症などの総称。

(5) (1)または(2)の態度における、恐怖症、不安障害、パニック障害、強迫神経症の総称。ストレス関連障害、身体表現性障害、神経衰弱、離人症は除かれる。

※ 解離性障害を独立した分類と見ている学者・医師の場合、実質的に解離性障害を神経症性障害ではなく精神障害と見なしていることがある。

「トラウマに対する防衛機制の結果であることが確定または推定できることが多い」解離性障害を、「心因でありながら、原因を特定できず、トラウマに対する防衛機制の結果であると確定できない」（不安障害を代表とする）広義の神経症性障害から分離・独立させる姿勢は、DSMのIV以降にも見て取れる。さらにDSMは、IV以降、ICD-10では別扱いとなっている離人症や現実感喪失を精神障害に近似的な重要な解離症状の初期または一環と見ている。

ただし、実際には、SSRIやSNRIなど重大な気分障害と同様の薬物が、解離性障害者に対してだけでなく、その他の神経症性障害者に対しても処方されている。発達障害者やADHD者に対しても、しばしば同じ薬物が処方されている。

気分障害、解離性障害、神経症性障害、発達障害、ADHDなどの分類は、臨床の場においては理想論であって、実際には同じ薬物が

これら全ての障害・疾患に対して処方されたり、同じ障害・疾患に対して異なる薬物が処方されたりしている。

DSMは、IV以降も多くの問題点を抱えてはいるが、決して神経症性障害や発達障害に対する気分障害の薬物の積極的な使用を求めているものではない。その意味では、DSM-IV以降の理想は米国や日本の臨床現場においてあまり実現されていないと言える。

●精神疾病（しっぺい）：Mental disorder

※ 日本ではあまり使用されない。中国においてしばしば使用される語。

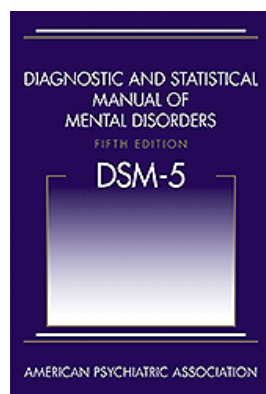
第五部 精神疾患の分類

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一七年九月十一日 最終更新

特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」



二〇一三年七月十五日

アメリカ精神医学会が二〇一三年五月に新たな DSM (バージョン 5) を発表したため、以下の情報には最新ではない箇所があります。訳語がまだ議論されている段階ですので、このサイトの改訂もまだ先になる予定です。

←

二〇一四年五月二十八日

訳語の指針が日本精神神経学会により発表されました。私個人としては不満な点もあるため、私のサイトは今後数年間は書き換えずにおこうと思います。以下のガイドラインや私が書いたブログなどをご参考に、適宜読み替えて下さいますようお願い致します。

DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン (日本精神神経学会)

https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=75

「アスペルガー症候群」の廃止や「学習障害」などの名称変更で思うこと (私のブログ記事)

<https://iwasakijunichi.net/iwasaki-ningengaku-blog/98444468.html>

■世界保健機関 (WHO)、アメリカ精神医学会 (APA)、国立生物工
学情報センター (NCBI) による最新の分類と見解 (ICD-10、
DSM-IV-TR、OMIM)

■上記のうち、私が重視する概念 (日本人に固有または顕著な精神
様態・文化依存症候群)

← 関連するページ

● 私のサイト訪問者の具体例一覧

● 私の考え・思い・持論

● 岩崎式日本語

■世界保健機関 (WHO)、アメリカ精神医学会 (APA)、国立生
物工学情報センター (NCBI) による最新の分類と見解 (ICD-10、
DSM-IV-TR、OMIM)

←← こちらも便利です。ご参照下さい。

◆ ICD 階層病名ブラウザ (一般財団法人 医療情報システム開発セン
ター 標準病名マスター作業班 による)

← 私 사이트における解説

◆ 器質性精神障害

◆ 精神作用物質による精神・行動障害

◆ 統合失調症・妄想性障害

◆ 気分障害

◆ 不安障害・恐怖症・強迫性障害・心的外傷後ストレス障害(PTSD)

◆ 身体表現性障害

◆ 解離性障害

◆ 適応障害

◆ 摂食障害

◆ 睡眠障害

◆ 性関連障害

◆ 人格（パーソナリティー）障害

◆ 知的障害

◆ 発達障害

◆ 小児期・青年期の行動・情緒障害

← 私がつ持っている感覚の例 ← 詳細はこちら

● 共感覚（現在のところ障害・疾患ではなく感覚様態とされ、疾病分類への掲載が世界的に見送られている。国内外の共感覚専門研究家においては、精神疾患扱いする動きは皆無と言ってよい。むしろ、精神医学界において意見の相違が見られる。）

● 絶対音感（病理扱いされず、疾病分類にも未記載。俗的には「西洋音階聴解のための後天的能力」と解される。特に我が国と韓国・中国の家庭において、子どもへの絶対音感教育が競われ、著しく教育産業化・商業化されている。）

● 閃輝暗点・偏頭痛（神経系疾患だとされている。）

■ 上記のうち、私が重視する概念（日本人に固有または顕著な精神様態・文化依存症候群）

私は個人的に、以下の精神様態を文化的・社会学的・宗教学的側面から肯定的に扱うとともに、呼称の日本における条件付き復活を望んでもいる。世界的には「精神疾病分類のアメリカ・ワンメイクラ」が推進される動きにあり、上記の ICD-10 と DSM-IV-TR は近い将来に統合される可能性がある。日本の精神医学者・精神医療従事者の多くも、様子見をしつつもこの潮流に同調しているが、私はこれとは別の立場から、日本人・世界の先住民族・子どもの心と文化とを重視した人間学を模索したく思う。

● 五感の融合・交感（共感覚にほぼ同じ。私は、全ての乳幼児はこの状態で出生し、日本人・先住民族ほど温存してきたとの論を講演・著書などで展開している。）

● 巫病（離人、健忘、遁走、麻痺、脱失、憑依、転換、昏迷）
（これらは、現在でも沖縄・韓国・台湾・中国・東南アジアなどの

巫女・巫堂（ムーダン）・シャーマンの思春期に見られるが、米精神医学会の見解により、解離性障害や統合失調症の一群に組み込まれた。）

●人見知り ●あがり症 ●赤面症 ●対人恐怖 ●視線恐怖
●社会恐怖 ●会議恐怖 ●雑談恐怖

（これらは、社交不安障害・SAD・パニック障害・回避性人格障害などとして呼称のグローバル化と診断の操作主義化が推進されているが、脳神経学的観測・人類学的調査では日本人に偏向して顕著であるとの結果が出て、米国では精神医学界よりも文化人類学・文化心理学界で議論中。うち「対人恐怖症」だけは、日本民族に固有であるか、または偏向している文化依存症候群と認められた。）

●広場恐怖 ●閉所恐怖 ●高所恐怖 ●先端恐怖

●神経症（欧米と日本の精神医学は当概念をすでに放棄。これに含まれていた精神疾患は「障害」に統一。日本の臨床・診断での使用の放棄も間近。）

●不定愁訴

●心気症、心身症（身体表現性障害）、自律神経失調症（WHO・APA・日本の精神医学は、前者二つを順に精神疾患（精神科）、身体疾患（心療内科）とする。ただし、ICD-10では共にF群である。にもかかわらず、自律神経失調症は、ICD-10ではG群であり、DSMは定義さえしていない。また、これら三者は、日本の精神科・心療内科にかかる、しばしば適応障害の診断を付与される。私のサイトに訪問した患者を見る限り、これら三者には何の区別もない。ど

れか一つに絞るか、日本の名称を新設して独自運用すべきものと思う。）

●醜形恐怖、醜貌恐怖、身体醜形障害（顔面の場合は醜形恐怖か醜貌恐怖、全身の場合は身体醜形障害と呼ばれる。西洋では十九世紀、日本では一九九〇年代に急増。民族と文化圏により発症率に著しい差異がある。モデル・アイドル市場の加熱や美容整形ブームに伴って形成された「美人像」と自身の比較や、幼少期における自身の容姿の被攻撃体験から多大な影響を受けて発症する。）

●季節性情動障害（緯度、日照時間、四季の変化、天候、住居の素材と構造などによって発症率が異なる。主に冬期と雨期に悪化する。日本では古くから知られる「情動変化」にすぎないが、温暖な地中海圏及び米国の医学の見解では神経症ではなく精神障害・脳機能障害である。私は、「障害」が「変化」に置き換わるよう望んでいる。）

●場面緘黙症

●「はにかみ、はじらい、しとやかさ、鬱、いき（粹）、まじめ、まめやか、けなげ、几帳面」など、現代日本競争社会で嫌悪されがちなこれらの精神様態を、私は肯定して扱いたい。

第六部

精神疾患の医学的定義一覧表、及び、それらの罹患者との交流で得た私なりの見解や、罹患者と私との協働内容について

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一三年七月十一日 最終更新

●私は、自分が共感覚や閃輝暗点などのいわゆる一般的でない知覚・神経性の様態を持って生きているため、長年、共感覚や精神疾患・神経性障害などに大変関心を持ってきました。

精神科・心療内科などにかかっている（かかった）色々な方々にお会いしてきました。

●私自身が、周囲の知人などから「アスペルガー症候群的・サヴァン症候群的なのではないか」とも言われています。共感覚を利用した羅列的な記憶（日本史・世界史や、サイトに載せてある約3000字の漢字の記憶など）が得意であったり、単に発達障害児たちと良く気が合ったりするからだと思いますが、特に診断を受けに行ったことはありません。

それに、一般の知人だけでなく、専門家・大学教授・精神科医である知人が私に下さる判断でさえ、アスペルガー・発達障害だったり、軽度の離人症・気分障害・不安障害だったり、様々であるので、それを逆手にとってプラス志向に受け止め、医者にかかるほどの器質を生まれ持たなかった代わりに、あらゆる知覚・精神様態への関心を持つように生まれたのだと思っています。

●人生の目標・ライフワークとして、ICD-10とDSM-IV第5章に記載されている精神疾患をお持ちの色々な方々にお会いすることを目標にしています。

●ただし、私の深い関心は、自己責任とは言い難い悲劇的な過去をかかえた方々（暴力被害者・性的虐待被害者・殺傷事件目撃者など）の精神疾患や知覚の不思議に向いており、従って、ICD-10のF0番台の老齢などによる精神疾患やF1番台の疾患（アルコール中毒・タバコ中毒・違法薬物中毒など）については、関心はありますが、積極的に扱っていません。

精神疾患の分類			ICD-10 や DSM-IV 採用以前の日本	ICD-10 第5章		DSM-IV	
統制機関または提唱者	カー ル・ ヤス パー ス	エミ ー ル・ クレ ペリ ン		世界保健機関（WHO）		アメリカ合衆国精神医学会（APA）	
制定年				1990 (2007年に一部改定)	代表的な疾患	1994 (2000年に一部改定し、DSM-IV-TRとなる。)	代表的な疾患
器質性精神障害の系統				F00- F09	症状性を含む器質性精神障害	2	せん妄、痴呆、健忘性障害、及び他の認知障害 ▼せん妄[一般的診断を示す] ▼痴呆
			器質精神病			3	他のどこにも分類されない一般身体疾患による精神疾患 ▽器質性緊張病性障害[一般的診断を示す]
薬物等による精神・行動の障害の系統				F10- F19	精神作用物質使用による精神及び行動の障害 ▼アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害 ▼アヘン類使用による精神及び行動の障害 ▼大麻類使用による精神及び行動の障害 ▼カフェインを含むその他の精神刺激薬使用による精神及び行動の障害 ▽アンフェタミンによる精神及び行動の障害 ▼幻覚薬使用による精神及び行動の障害 ▼タバコ使用<喫煙>による精神及び行動の障害	4	物質関連障害 ▼アルコール関連障害 ▼アンフェタミンまたはアンフェタミン類似物質関連障害 ▼カフェイン関連障害 ▼大麻関連障害 ▼幻覚剤関連障害 ▼ニコチン関連障害

統合失調 症・妄想・ 精神分裂 病の系統	大精神 病	精神病	内因性 精神病	F20- F29	統合失調 症、統合 失調症型 障害及び 妄想性障 害	▼統合失調症 ▽妄想型統合失調 症 ▽破瓜型統合失調 症 ▽緊張型統合失調 症 ▼持続性妄想性障害 ▽妄想性障害	5	統合失調 症および 他の精神 病性障害	▽他に分類されない精神 病障害[一般的診断を示す] ▽妄想型障害 ▽無秩序型統合失調症 ▽緊張型統合失調症 ▽妄想型統合失調症 ▽妄想性障害
てんかん	大精神 病	精神病							
気分・感情 障害の系 統	大精神 病	精神病		F30- F39	気分[感 情]障害	▼躁病(I) ▼躁うつ病(I) ▼うつ病(I)	6	気分障害	▼うつ病性障害 ○大うつ病（うつ病性障 害） ○再発性大うつ病（うつ病 性障害） ○大うつ病性障害、一つの 反復性症状 ▼双極性の1障害、最近の 抑うつ性反復性症状
閃輝暗点 （アウ ラ）・偏頭 痛									

神経症性障害、ストレス性障害の系統				F40-F48	神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	▼恐怖性不安障害 ▽広場恐怖 ▽社会恐怖 ▼その他の不安障害 ▽恐慌性<パニック>障害 ▼強迫性障害 ▼重度ストレスへの反応及び適応障害 ▽急性ストレス反応 ▽外傷後ストレス障害 ▽適応障害 ▼解離性障害 ▽解離性健忘 ▽解離性遁走 ▽解離性昏迷 ▽解離性[転換性]障害 ▼身体表現性障害 ▽身体化障害 ▽心気症 ▼その他の神経症性障害 ▽離人・現実感喪失症候群	7	不安障害	▽不安障害[一般的診断を示す] ▽急性ストレス障害 ○パニック障害 ▽全般性不安障害 ▽社会的恐怖症 ▽強迫性障害 ▽心的外傷後ストレス障害
							8	身体表現性障害	▽心気症 ▽身体醜形障害 ▽身体化症
							10	解離性障害	▽解離性記憶喪失 ▽解離性遁走<フーグ> ▽解離性同一性障害 ▽他に分類されない解離性障害
							15	適応障害	▽うつによる適応障害 ▽不安による適応障害 ▽不安とうつによる混合性適応障害

生理 的・身体 的障害 の系統				F50-F5 9	生理的障 害及び身 体的要因 に関連し た行動症 候群	▼摂食障害 ▼睡眠障害 ▼性機能不全	12	摂食障害	▽神経性食欲不振症 ▽神経性過食症
							13	睡眠障害	▽一次性睡眠障害 ▽睡眠時異常行為
							11	性障害及 び性同一 性障害	▼性的機能不全 ○性的虐待 ▽大人の性的虐待 ▽大人の性的虐待（犠牲者側か ら見た） ▽子供の性的虐待 ▽子供の性的虐待（犠牲者側か ら見た） ▼性欲倒錯 ▼性同一性障害
人格障 害・行動 障害の 系統				F60-F6 9	成人の人 格及び行 動の障害	▼人格障害 ▽情緒不安定性人格障 害 ▽境界型人格障害 ▽演技性人格障害 ▽依存性人格障害 ▼性同一性障害 ▼性嗜好の障害			

精神遅滞の系統				F70-F79	知的障害 〈精神遅滞〉	▼知的障害〈精神遅滞〉			
心理発達障害の系統				F80-F89	心理的発達の障害	▼学習能力の特異的発達障害 ▽特異的読字障害 ▼広汎性発達障害 ▽自閉症 ▽アスペルガー症候群		通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害	▼精神遅滞 ▼学習能力の特異的発達障害 ▽特異的読字障害 ▼会話及び言語の発達障害 ▽吃音症 ▼広汎性発達障害 ▽自閉症 ▽アスペルガー症候群 ▼注意欠陥及び破壊的行為障害 ▼チック障害
小児期・青年期の行動・情緒障害の系統				F90-F98	小児〈児童〉期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害	▼多動性障害 ▼小児〈児童〉期及び青年期に特異的に発症する社会的機能の障害 ▽選択(性)かん〈緘〉黙 ▼チック障害 ▼小児〈児童〉期及び青年期に通常発症するその他の行動及び情緒の障害 ▽吃音症	1		
							9	虚偽性障害	
							14	他のどこにも分類されない衝動制御の障害	
							17	追加コード番号	

第七部 性被害女性等への特殊人工言語の提供

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一三年七月十一日 最終更新

インターネット（自分自身のサイト）から始まった私の活動として、よりいっそう特徴的であり、珍しいものは、共感覚と呼ばれる特殊知覚の例の公開よりも、実は人工言語（岩崎式言語体系）の制作であるかもしれない。

現在は、欧米先進国を中心に共感覚を告白・公表することは当たり前の時代と社会になっており、日本でさえ、個人による共感覚公表サイトが最多であった二〇〇七年～二〇一〇年をピークとして、今やすでに共感覚が共感覚者からも研究者からも飽きられている気配さえ感じる。私がサイトを立ち上げたのが二〇〇四年で、それ以来十四年が経つ。

一方で、私の人工言語は、昨今の小説やアニメに登場するような一般的な人工言語とは異なり、多分に哲学的、精神病理学的、文化人類学的要素を含んでいる。

自分のサイトを訪れて下さったレイプ被害者女性二十名をはじめ、統合失調症、気分障害、コタール症候群・妄想性人物誤認症候群、

不安障害、恐怖症、強迫性障害、PTSD、身体表現性障害、解離性障害、適応障害、摂食障害、睡眠障害、性関連障害、パソナリティ障害、発達障害、学習障害、チック症・トゥレット症候群など総勢三百名ほどの女性と面識を持つ中で、NPOなどによる既存の支援活動も必要だと思う一方で、それとは別に、加害者も使用する一般的な現代日本語とは異なる秘密言語を創造して被害者に提供する、という発想が、私の中には湧いたのであった。

第八部 精神疾患に関連する私の文章の一覧

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一七年三月十三日 最終更新

特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」

現在、これらの文章は全て『全集』に収録済み。

ほとんどの文章が過去のブログ記事の一部ですが、ブログ以外のページへのリンクもあります。最新のものが上方に来るよう、降順にしています。

あまりに色々と書きすぎているので、精神疾患に関する文章もサイトのあちこちに散らばっており、集めきれいない可能性もあります。

●精神疾患全般に関する文章

◆「アスペルガー症候群」の廃止や「学習障害」などの名称変更で思うこと

●統合失調症関連の文章

◆コタール症候群・妄想性人物誤認症候群

◆十二指腸潰瘍、統合失調症、ヒトラーの血液型、単極性障害と双極性障害

●うつ病・気分障害関連の文章

◆コタール症候群・妄想性人物誤認症候群

◆十二指腸潰瘍、統合失調症、ヒトラーの血液型、単極性障害と双極性障害

◆なぜ戦後日本人のうち「一部のみ」が「確実に」鬱や社会不適になるのか

・「宗教儀式」としての戦後日本社会、「宗教儀式批判」としての鬱と社会不適応

参考模式図 (その一) (その二) (その三)

◆現代日本社会特有のパラノイア性と鬱病について

◆鬱病が鬱病を疎外する「本当の鬱病は美しいもの」

●不安障害・恐怖症・強迫性障害関連の文章

◆共感覚と強迫性障害の違い

●解離性障害・離人症・PTSD・性的虐待・トラウマ関連の文章

◆リンクの充実と、解離性障害・PTSD・性虐待被害・トラウマなどの話

◆巫女・陰陽師と解離・離人・憑依などとの関係

◆解離性同一性障害において見られる共感覚

◆女性の集団ヒステリーを考える

◆女性による女性疎外

●自閉症・発達障害関連の文章

◆私の個人的な発想メモ「電磁気哲学や量子自閉症学の提案」「心と体の話」など

◆自閉症・現代物理学・仏教哲学・日本の心についての一考 (その一) (その二) (その三)

●摂食障害・拒食・過食関連の文章

●性関連障害関連の文章

◆拙著『私には女性の排卵が見える』の読者から頂いた質問、及び日本の女子スポーツの個人的な展望

●人格障害・旧境界例（ボーダーライン）・虚言症・演技・自己愛関連の文章

◆私なりの若い学生・研究者分析（STAP 細胞騒動や論文の言葉遣いをめぐって）

◆『ちいさなちいさな王様』から学びたいこと — 撤回する必要のない、小保方晴子氏の子供時代の「論文」 —

◆続…我々人間が作り出す様々な虚構について

◆我々人間が作り出す様々な虚構について

●神経系疾患とされるが神経症性障害に近似の症状（精神疾患に分類されないが心因性でありうる症状。閃輝暗点・偏頭痛・不定愁訴・自律神経失調症など）の関連の文章

◆十二指腸潰瘍、統合失調症、ヒトラーの血液型、単極性障害と双極性障害

◆爆笑問題の太田光氏も閃輝暗点らしい

●自殺・いじめ・児童虐待・殺人事件・社会問題全般の関連の文章

◆佐世保女子高生殺害事件についての私見 — 「人は、人になったヒトである」ことをとらえ損ね続ける日本の「親切的な」精神鑑定の現状(㉔) —

◆佐世保女子高生殺害事件についての私見 — 「人は、人になったヒトである」ことをとらえ損ね続ける日本の「親切的な」精神鑑定の現状(㉔) —

◆児童虐待問題などに関するサイトの更新と雑感

◆少子化・晩婚化問題や塩村文夏都議へのセクハラ発言について思うこと

◆人の命についての雑感(その四)「いじめに対するいわば正当な抵抗・反撃の成功例について」

◆人の命についての雑感(その三)「人の痛みが分かる人とは、子ども頃の自分を忘れない人」

◆パラサイトと生活保護、著名人による国家批判、自治体や教育者による発達障害者排除など

◆人の命についての雑感(その二)「凶悪事件について」

◆人の命についての雑感(その二)「児童虐待死亡件数、過去最悪を更新」

◆日本人男性にとっての母子関係について思うこと（小説や映画を例に）

◆高齢化社会、自殺社会、「男女平等」の幻想、女性どうしの心理

格差など

◆私の思う「愛国心」や「愛郷心」について

◆言語はなぜ家族を捨てるのか

◆感受性豊かな人間が好きである

◆人の悩みをそのまま受け止めてみている

◆就活よりも生き方が大切だと思う

◆僕の共感覚を理解していただく上で

◆人生は「賭け事」

●疑似科学・オカルティズム・集団心理・カルト宗教・洗脳・マインドコントロール関連の文章

◆「都民性」とは何か・憲法の「公共の福祉」規定から考える・

◆疑似科学にまつわる懸念・疑似科学ではない超音波知覚と疑似科学である動物駆除超音波装置を例に・

●私の共感覚の関連の文章

◆私の「対女性共感覚」を原初的「対幻想」と見る解釈について

第九部 現代日本人の心理の例

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一七年三月十三日 最終更新

特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」

交流させていただいた方々の文章です。皆様のサイトにて公開されている場合、そのアドレスにリンクさせていただきました。

このコンテンツの読み方・凡例

現代日本人の心理(二〇一三)

現代日本人の心理(二〇一二)

現代日本人の心理(二〇一一)

現代日本人の心理(二〇一〇)

現代日本人の心理(二〇〇九)

現代日本人の心理(二〇〇八)

現代日本人の心理(二〇〇七)

現代日本人の心理(二〇〇六)

現代日本人の心理(二〇〇五)

現代日本人の心理(二〇〇三)

●当サイトにおける精神疾患患者等の個人情報扱い、およびDV・暴力・虐待等の加害者への対策について

●精神疾患関連リンク

▼ 私にご相談を受けて交流してきた、精神・身体症状や共感覚、その他の特殊知覚・症状を持つ女性の皆様に、私のサイト内の女性専用スペースの管理・運営をしていただいております。また、これらの女性の皆様が入居者の多くを占める、シェアハウス型の女性寮に協力させていただいております。

女性に特有の症状・知覚については、女性スタッフおよび寮生に解説をお願いしています。

← ● 「精神・身体症状、共感覚、その他の特殊知覚・症状の解説の分担などについて」を参照。

岩崎純一のウェブサイト 女性専用スペース

岩崎純一のウェブサイト
女性専用スペース
Women Only

このコンテンツの読み方・凡例

◆ 個人交流会や訪問・見学先（精神病棟、心身障害者専用施設、DV・暴力被害者専用ハウス・シェルターなど）で交流してきた方々の言葉・文章を載せています。「同じような悩みを抱えている方々の力になりたい」という思いから公開を希望して下さいました。

◆ 交流者数はほぼ男女同数ですが、個人的に、ご自身の症状や苦悩を自ら言葉にしにくい発達障害・知的障害・言語障害やひきこもり・ニートの男性と、それらを自ら言葉にでき人に聞いてもらいたいという希望・欲求の強い不安障害・摂食障害・解離性障害・パーソナ

リティー障害の女性との交流が多いので、ここに掲載している言葉・文章も必然的に女性のものが多くなっています。

男性の言葉・文章も掲載していければと思っています。

●今までの交流の概要

◆私や私との対談内容について皆様が言及しブログなどで公開して下さった文章で、共感覚・心理・精神疾患に関するものには、リンクさせていただいています。

◆ここに挙げている方々は、必ずしも「精神疾患」を診断された方々とは限りません。悩みや苦しみをお話し下さった上で、載せる許可を下さったり、ご自身のサイト・ブログなどで私との交流のご感想を公開して下さったりした方々です。

もちろん、私なりの精神疾患の探究や考察には内容を参考にさせていただきます。

◆共感覚は精神疾患ではありませんが、共感覚のことを他人から悪く言われたり自分で気にしたりして精神を病む人がいらつしやり、その例を挙げています。

◆「心の悩み」のとらえ方は実に様々だと思います。ここに載せてほしいというご希望があった方々は、「病名を診断・付与されたり、私のサイトに自分のことを載せてもらうことで、安心する（心が満たされる）タイプの人達」です。そうでない人達も、もちろん世の中には多いわけです。ただし、「サイトに載せなければ同じような人

達に出会えない時代」でもありますから、プライバシーを守る限りは、サイトでの公開も有効と言えるでしょう。

私は、特殊な感性や「心の病」を持つ方々との交流には好意的で、自分も「共感覚」や「離人感」などを持って生きていますので、お力になりやすいのは確かかもしれませんが、精神科医でもカウンセラーでもありませんので、その点はご注意下さい。ただ単に「話し相手」になれるだけなのです。

なお、ここに挙げた方々の中には、私が考案した言語「岩崎式日本語」の使用者がいらつしやいます。ご関心のある方は、ご覧下さい。この言語は、主に日記や私への体験談の報告に使用されています。

◆ここに挙げられた方々についての詳しい情報をお求めの専門家の方がいらつしやいましたら、私（岩崎純一）が責任を持つて可能な範囲で回答申し上げます。お答えできない場合もごさいいます。

◆リンク先の項目の見方

●年齢・性別・私にこのメール相談を下さった年（ご自身のサイトにて私についての文章を公開して下さった年）

（1）医師による診断名（未記入は、該当の精神症状で医者にかかったことがない場合）

（2）私が感じた印象

（3）この方がこのような症状になった要因

★主なご相談内容（初期のご相談を中心に転載）

◆掲載させていただいた一部の方々が通院・入院されていた施設で

す。

赤城高原ホテル

※ この写真は岩崎純一が撮影



第十部 精神疾患関連リンク(交流会(参加者様のサイトを含む))

二〇〇六年一月十七日 起筆

二〇〇六年二月十八日 公開

二〇一七年九月十一日 最終更新

特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」

※ 精神障害・神経症性障害・発達障害などの方々のサイトや、精神疾患全般についてのサイトへリンクしています。

※ 多くが今までに私と面識・交流のある方々(勉強会ご参加者、サイトご訪問者など)ですが、精神病理学上の良質な情報や個人的な体験談が掲載されるなど、内容的に素晴らしいサイトにも、先方の規定に従ってリンクしてあります。

▼ 岩崎純一のウェブサイト内の女性専用スペース

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(統合失調症関連)

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(うつ・気分障害関連)

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(不安障害・パニック障害・恐怖症関連)

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(解離性障害・PTSD・離人症・トラウマ・虐待関連)

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(性関連)

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(パーソナリティ障害関連)

▼ ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト(アスペルガー症候群・自閉症・発達障害・学習障害関連)

▼ 解離性障害・PTSD・性関連の自助グループ・コミュニティのサイト

▼ 発達障害児などの支援学校関係者様のサイト

▼ 私と交流している方々が通院・入院していらつしやった病院・施設などのサイト

▼男性の方々によるパートナーの女性の症状の記録
岩崎純一のウェブサイト内の女性専用スペース

岩崎純一のウェブサイト
女性専用スペース
Women Only

●岩崎純一のウェブサイト 女性専用スペース
岩崎純一のウェブサイト 女性専用スペース

・・・私がご相談を受けて交流してきた、精神・身体症状や共感覚、その他の特殊知覚・症状を持つ女性の皆様に、私のサイト内の女性専用スペースの管理・運営をしていただいております。また、これらの女性の皆様が入居者の多くを占める、シェアハウス型の女性寮も紹介されています。私も寮を支援しています。

女性に特有の症状・知覚については、女性スタッフおよび寮生に解説をお願いしています。

← ●「精神・身体症状、共感覚、その他の特殊知覚・症状の解

説の分担などについて」を参照。

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（統合失調症関連）

●統合失調症 うでも！なんとかなるさ♪ブログ（閉鎖）・・・統合失調症のサティーヤさんのサイト。一生懸命ご自身と向き合う姿に感銘を受けています。

●私の感覚・・・統合失調症のようこさんのサイト。情報が豊富です。

●野の花のように―統合失調症の主婦エッセイ（閉鎖）・・・統合失調症の野々花さんのブログ。詩集の紹介あり。

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（うつ・気分障害関連）

●みけにゃん Project 認知療法で憂うつな気持ちとバイバイするにゃん・・・仁科綾さんの認知療法についてのサイト。猫の「みけにゃん」と一緒に楽しく取り組むようになっています。

●弘毅の日々・・・極めて哲学的・内省的な文章を公開されている三室戸弘毅さんのサイト。気分障害者の内面世界の典型的な例を見

せて下さいます。

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（不安障害・パニック障害・恐怖症関連）

●私の生きる道、生きてきた道・・・全般性不安障害と広汎性発達障害の・・T・Tomokoさんのブログ。

●おそとにでたい・・・パニック障害・不安障害のボクシルさんのブログ。ご自身は「外出恐怖症」と名付けておられます。

●夢の欠片ーパニック障害な私ー・・・パニック障害・不安障害の昌子さんのブログ。

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（解離性障害・離人症・PTSD・トラウマ・虐待関連）

●Hyde Channel・・・解離性同一性障害のHydeさんのYouTubeチャンネル。人格解離についての確な解説をされています。主人格のUsaさんも時々解説に加わっておられます。

●解離性障害と生きる
解離性障害と生きる（閉鎖）・・・解離性同一性障害の倉橋さんのサ

イト。精神病理学的な解説も詳しい。



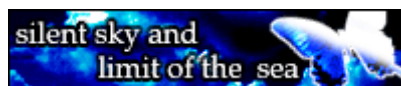
●シーラの塔

シーラの塔・・・解離性同一性障害のシーラさんのサイト。率直な文章でお書きになっています。



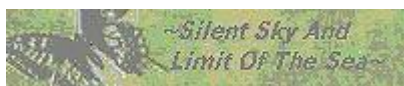
●～Silent Sky And Limit Of The Sea～

～Silent Sky And Limit Of The Sea～・・・ヒダカさんのサイト。精神病理学的な解説も詳しい。

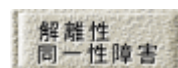


● ～Silent Sky And Limit Of The Sea～ (旧)

～Silent Sky And Limit Of The Sea～ (旧)・・・上記の旧サイト。



● 多重人格者の、回復を目的とした日記
多重人格者の、回復を目的とした日記・・・非常に冷静な自己分析
をされていて、素晴らしいです。



● 破片

破片・・・Yampy (ミサキ)さんのサイト。正直な詩・日記が素晴らしいと思います。



● 空箱

空箱・・・解離性同一性障害の日向さんのサイト。正直な詩・日記が素晴らしいと思います。



●CuTE as hell

CuTE as hell・・・解離や離人症についての貴子さんのサイト。



●A prison

A prison・・・解離性同一性障害と共に生きるご自身の人生を正直に描いておられます。



●解離性同一性障害 ～KEEP OUT～・・・解離性同一性障害のTABATHAさんのブログ。DIDが「悲劇のヒロイン」の演技ではないことが明確に示されています。

●↑Last tears↑・・・解離性同一性障害・PTSD・境界性人格障害などを診断されたayuさんのサイト。

●解離性同一性障害と歩む日々・・・ともしんと愉快的仲間たちさ

んのブログ。彼女たちの「解離性障害と解離性同一性障害が別」という主張は、定義の違いによるもの（離人症を解離性障害の重点に据えたことによるもの）で、私の主張とそれほど違いがあるわけではなさそうですが、現在は解離性同一性障害は解離性障害の下位分類であることを添えておきます。

●陽のあたる場所・・・解離性同一性障害のゆちさんのサイト。非常に素直な詩や日記をお書きになっています。

●勿忘草（猫たちと、解離性同一性障害と、闘いの日々）・・・猫たちと共に解離性同一性障害や強迫性障害と向き合っているらしやる凜さんのブログ。

●解離性同一性障害（多重人格障害）40余りの人格と共に生きる・・・40という数は「延べ人格数」であつたようです。残念ながら、薬を飲んでお亡くなりになりました。ご冥福をお祈り致します。こういった方の死を無駄にしないように、私も活動していきたいと思えます。

●架空の人々なぜ彼らは多重人格になりたがるのか？～
架空の人々なぜ彼らは多重人格になりたがるのか？・・・「解離性同一性障害になりたい」ブームへの警鐘サイトと言えます。なりたくてなれるようなものではないという説明がされています。

架空の人々
なぜ彼らは多量入籍になりたがるのか？

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（性関連）

●私はセックス依存症

●SEX 依存症〜私を抱いて〜

●きつと変われる。（十六歳です。三年間 sex 依存症でした。今は複雑性 PTSD、解離性障害、摂食障害など。）（閉鎖）

●境界例な人格と付き合う日々（服薬&診察ともに終了しましたが、境界例寄りな人格との付き合いはまだまだ続く…。）

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（パーソナリティ障害関連）

●境界例ガールのサクセス日記・・・境界性人格障害だった女性の日記。現在では、随分回復なさっているようです。

●ちゆりのブログ・・・ちゆりさんのブログ。境界性人格障害だけでなく、適応障害・外傷後ストレス障害・摂食障害・解離性健忘などの既往歴をお持ちです。懸命に生きる姿勢に勉強させられます。

ご自身の症状を告白なさっている方々のサイト（アスペルガー症候群・自閉症・発達障害・学習障害関連）

●アスペツ子愚考記 愚考に愚考を重ねるアスペルガー統合失調症の憂鬱を乗り越えて・・・決して愚考ではなく、真剣にご自身のことをお考えになっています。

●自閉症博物館 〜大人の発達障害者より・・・アスペルガー症候群で共感覚も所持ちのナルヲ・ディープさんのサイト。

解離性障害・PTSD・性関連の自助グループ・コミュニティのサイト

●**☆パシーの花園☆**・・・SSA（性虐待サバイバー）フォーラム／クロースド掲示板を用いた性虐待サバイバーの自助グループの集合体。

●To Prevent Child Sexual Abuse・・・Lati（ラティ）さんによる

子どもの性的虐待に関するサイト。

●セックスアホーリクス・アノニマス・・・性的強迫症・病的性衝動を自認する方々の自助グループ。

●SSAひろしま・・・性虐待や性暴力を受けた被害女性で、その癒しや回復を願う人の集まりです。

●SCSA会 (STOP CHILD SEXUAL ABUSE)・・・子どもの頃から今日までに受けた性的虐待・性暴力の体験や感情・心の傷を安心して語り、癒すための、女性の方々による自助活動。最初、性的虐待のトラウマかつ共感覚をお持ちであるメンバー様が私のサイトに来て下さり、この活動を教えて下さいました。

●心・生きること・言葉・・・解離性障害・社交不安障害の三名によるサイト。三名が協力して書いて下さった岩崎式日本語の分かりやすい解説がありました。閉鎖されました。

現在このサイトの内容は、ご希望により、岩崎式日本語の文法解説（使用頻度の高い精神疾患者向けのステップ型解説）として、ほぼそのまま継承・発展させていただいています。

●多重人格ネットワーク・・・解離性同一性障害の当事者を中心とするネットワーク。

●TSUKIKOメンタルヘルス情報サイト・・・TSUKIKO様のメンタルヘルス情報サイト。

●If He Is Raped（閉鎖）・・・性的被害の男性サバイバー（男性の性被害者）と、その家族・パートナー・友人のためのサイト。発達障害児などの支援学校関係者様のサイト

●読書倶楽部通信・・・山口県公立高校教諭（元総合支援学校教諭）の松本孝幸様のサイト。よく私について書いて下さっています。本当にありがとうございます。

私と交流している方々が通院・入院していらつしやった病院・施設などのサイト

●特定医療法人群馬会 群馬病院・・・精神科・心療内科。

●赤城高原ホスピタル・・・嗜好問題・摂食障害・解離性障害などを抱える方々の赤裸々な体験談を掲載しているサイト。私と交流している方々もお世話になっていたりすることがあり、どなたの体験談かが分かる時さえあるため、そこまで公開して大丈夫かと思うこともあります。内容的には貴重なサイトだと思います。

●医療法人菅野愛生会・緑ヶ丘病院・・・精神科・心療内科あり。
男性の方々によるパートナーの女性の症状の記録

●解離性同一性障害の彼女と僕・・・なおさんのサイト。上掲の「40余りの人格と共に生き」たパートナーの女性の記録です。ご冥福をお祈り致します。

●精神病の彼女と僕・・・よっしー2さんのサイト。精神疾患についての考え方が私に似ていて、共感できることが多いです。人との向き合い方の考察、「甘える」ことは「苦しい」ことであるとのお考えなど、大らかさや思いやりが感じられる内容になっています。私が精神疾患の定義の「精神病」の箇所に書いた(1)の全称に近い言葉遣いで、幅広い症状を扱っていらっしやいます。

各症状と対女性共感覚との関連

二〇〇八年四月十二日 起筆、捌筆、公開

対女性共感覚は、それ自体と言うよりは、それに付随する色々な症状のほうが、心身ともにきついです。私が今でも体験している症状を紹介します。少しずつ追加します。（そのほとんどについて、mixiにコミュがあるので、どうぞご参考に。） 閃輝暗点や不思議の国の

アリス症候群を持った方は、共感覚者同様、女性に多いですが、もしいらっしやれば、症状などの情報を共有したいので、ぜひ教えてください。

排卵や月経を感知するときに私が見ているものは、以下の各映像を組み合わせたようなものだと思って下さい。

●閃輝暗点

急に目の前にステンドグラス状の模様が出現して、それが数十分後に暗黒化して視野が欠ける。その後、強烈な頭痛が数時間続く。ひどい人は立つことができず、嘔吐を繰り返す。女性に多い症状。科学的説明がかなり進んでいる。

私の場合は、対女性共感覚が強いときに出現することが多いです。中高時代は、頭痛がする前に保健室に直行して、横になっていました。

症状の出現中は、一度に何人かの女子生徒の排卵と月経が見え、学校内にオーロラが出たかのような美しい景色になるので、それを楽しみにしていましたが、実際は症状が出ると、毎回パニックに。トイレで思い切り嘔吐。この世のものとは思えない苦悩が続きました。

一月におよそ二回の頻度で出現し、時々は学校を早退していました。ついにこの症状を理解する男性教師はおらず、むしろ女性教師と女子生徒のほうに抵抗なく理解していました。二十歳を過ぎてからは、次第に軽症化してきています。

<http://www.youtube.com/watch?v=q1sXbdaIB-g> (閃輝暗点の参考動画)

<http://www.youtube.com/watch?v=sch2jX6j8B4>

●不思議の国のアリス症候群

物体の大きさや時間の長さが歪んで知覚される。これも女性に多い。

これも、対女性共感覚を持っている場合は必ず持っている症状。対女性共感覚に付随して出た場合、数十メートル先の女性の内外性器だけを拡大して知覚できる。拡大したあとの距離感に従って、その内外性器の生理的情報を確認できる。また、零点数秒の間に起こっている現象を数秒／数分のものとして知覚できる。私の場合、症状の出現頻度は、閃輝暗点よりも高く、一週間に五回ほど起こることもある。

<http://www.youtube.com/watch?v=VIUsdRwebPQ> (アリス症候群の

参考動画)

●解離性障害的な症状

普段、我々ヒトの「意識」や「自我」や「私」といったものは、両眼の奥、頭の真ん中あたりにあると感じられる。手足や背中が「自分のものだ」ということは分かっているが、決して手足や背中に「自分がいる」とは感じられない。それが対女性共感覚、アリス症候群、解離性障害、統合失調症などでは自由自在に動き回る。ただし、対女性共感覚・アリス症候群・解離性障害（特に離人症）の場合は、「自分は自分である」という判断は維持していて、会話能力も保たれる。（ただし、厳密な境界線はないと思われる。）大勢の人の中にいるときに起こりやすい。

対女性共感覚の発揮中にこれに陥った場合、今見ている女性の内外性器（卵巣・子宮など）に自分の「自我」や「意識」が存在すると感じられる時間が数秒から数分ある。苦痛と言うよりは苦悩で、極度の快楽や喜びと極度の不安感や恐怖感の共存を特徴とする。一般の離人症に最も近い。

●絶対音感

おなじみの絶対音感。これも、対女性共感覚を持っている場合は絶対的に持っている。

これがない人は、ある曲を移調した場合、同じ曲であることは分かっても、それが何長調か何短調かといった絶対音高を特定できないが、絶対音感を持つ人にはそれができる。同様に、女性の排卵や月経を共感覚による音で感知する場合、同じ旋律が見える場合でも、絶対的な高さの違いにより、それらが異なる生理的情報であることを判別できる。

●アスペルガー症候群

これも、対女性共感覚者なら必ず伴っている。知的能力は平均か、それ以上の場合もあるが、他者とのコミュニケーション・社会的能力に支障がある。私が調べた結果でも、アスペルガー症候群かつ対女性共感覚である男性で、私のようにいつも外出し、仕事をし、人と会話している男性は、ほとんど皆無と言つてよいです。そうは言つても、私も仕事での電話の失敗は多いです。

アスペルガー症候群は、動作や目線が特徴的なことがあるので、閃輝暗点やアリス症候群と違って、他人の目にも分かることがある。

第十一部 私の考え・思い・持論（主に二〇〇九年筆。ブログ

記事などは後から追加。）

二〇〇九年七月二十一日 起筆

二〇〇九年八月十八日 公開

二〇一七年九月十一日 最終更新

特設サイト「精神病理学・精神疾患研究」

私はささやかながら、主に著書によって「共感覚者」として読者・学者の皆様を知っていただけることとなり、被験者として共感覚の検証実験に参加したり、共感覚関連のインタビューを受けたり、大学の講義で取り上げられたりしているわけですが、共感覚だけでなく、私が著書・サイト・ブログ・講演などで述べている「人間（日本人）の感性全般」についての持論（いわば「モノの考え方」に関心をお持ちの方々からのご質問・ご相談も頂いてきました。とても嬉しく思っています。

私が普段、「人間の感性・心の病・日本人のあり方」についてどのような意見を持っているか、以下に項目別（●）にまとめてみることにしました。今後、私宛てに相談・質問・取材メールを送って下さる時の助けになれば幸いです。

私の「物事の語り方・日本観の特徴」は、ひと言で言えば、「あえて特別な用語で名指しされ、脳をターゲットに研究されるようになった日本の社会的少数者・非定型発達者（共感覚・鬱病・対人恐怖症・解離性障害・自閉症など）の諸感性・心・人格」の中に、「社会から逸脱した異端的な個性」ではなく「人間らしさ・日本人らしさの本質」があるとして、これらを肯定し、その疎外感を「戦後の米国型・新自由主義型の日本社会のひずみ」との関連で「生（せい）の哲学」として語るところだと自分では思っています。

ブログの参考記事…感受性豊かな人間が好きである（二〇一〇／十一／二十五）

私の鬱病観など

●日本語で「鬱」・「ノイローゼ」・「不定愁訴」などと表現される心理状態（いわゆる旧「鬱病」だけでなく、旧神経症・ノイローゼ、現在の不安障害、身体表現性障害、単極性障害・双極性障害などを含む）を病理（寛解や治癒を目指す目的論的な異常事態）と見ることに元来強い疑念を持っている。

「人間が悩む」ことを許さない社会は不健全であると考えている。

●SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）などの使用（摂取・

注入・投与）は、強制的に脳神経系に化学的・電磁氣的改変をもたらすため、多くの場合、即効性はあるし、短期的には有効だが、主に営利企業である製薬会社の都合というものをしっかりと常に念頭に置いて、薬と向き合い、生きていくことが、自分のためにも人のためにもなるのではないだろうか。

昨今、鬱病（単極性障害）・躁鬱病（双極性障害）・統合失調症患者などの薬物過剰摂取が問題となっており、最近では、厚生労働省が統合失調症薬「ゼプリオン」について、この薬が直接の原因と疑われる統合失調症者の死亡例が二十一件にのぼったことから、安全性速報（ブルーレター）を出した例が記憶に新しい。

しかし、薬物とは本来そういうものである（副作用がない薬物は存在しない）とも言えるのだから、どんな市販の風邪薬を買って飲む時であれ、全く同様の覚悟がなければならないのは当然のことであると考ええる。

元より、製薬会社も一つの営利企業であり、ゴーイングコンサーンを有するのであって、経済学上のゴッセンの法則・限界効用理論に基づき、患者の存在（精神疾患にかかり、可能な限り長期に渡って薬の需要を感じ、なるべく疑念を持たず金銭を払い続ける人間の存在）の増加を組織的に期待せざるを得ない。

すなわち、患者の症状の寛解・治癒は、製薬会社にとっての脅威であり、最終的には当然その阻止が図られると共に、社会自身によるさらなる患者（消費者）の創出が期待されることとなる。

その製薬会社の営利追求行動自体は合法的であるのだから、かえ

って、薬物を使用している患者自身や患者に使用させている家族や医師が薬物そのものや製薬会社を過剰に責める態度にさえ疑念や悲しみを感じ、そのような現状そのものから超然として、「自分ならば、全く薬物を使用せずに日常の苦悩と向き合う（精神疾患と向き合っ
てほしいと患者に対して思う）」という価値観・死生観・自由意志を持つて
いる人の存在も、もつと認められてもよいはずだと思う。

私としては、最終的には家族愛・恋情・友情の喜び・大自然といったものが、
症状に対して薬物を超えた大きな効果を与えるものであると考
えているし、また、それら以外に患者に心底から寄り添えるものは本
当はないのではないかと考えている。すなわち、心底寄り添い合っ
た医者と患者の関係は、すでに家族的・友情的であるとも考
える。

●昨今は「単極性障害」と「双極性障害」の明確な峻別が叫ばれる風潮にあるが、
実際には、曖昧にしてもかまわないような連続的な症状の患者が無理矢理に「
単極性」と「双極性」に峻別されていたり、逆に、「鬱病」や「不安障害」や「
神経性障害」を診断された患者どうしのほうが極めて似ていて、十把一
絡げに「双極性障害」を診断された患者たちの中に、実際は（異なるどこ
ろか）気分障害を含まない別の症状（人格障害など）ではないかと思えたり、
そもそも気分障害ではない症状が「単極性」または「双極性」に入れられ
たりしている患者がいると思えることが何度もあったし、現在でもある。

単極性・双極性障害については、双生児における同時発症率が高く、
親子の同時発症率も高いとの報告が複数あることなどから、統合失調
症と同様にストレス脆弱性モデルで説明されたり、先天性疾患である可
能性が主張されたりすることがある。

ただし、そもそもこれらの罹患者がストレスに脆弱であったり先天的に
これらの症状を有していたりするとは、これらの症状への「なりやすさ」
を生得的に持った人がいるという意味でさえなく、これらの症状こそが
人間の受精期の生物学的に本来的な事態であって、その中からやがて近
代的な意志というものが立ち上がってくることで人間は「近現代的なま
でに冷静な（冷徹な）自己を獲得した」という意味であると、私は考
える。

結局のところ、言えるのは「双生児間で発症のしやすさが同程度に
高い」といったことのみであるし、双生児のほとんどが同じ親によっ
て同じ環境で育てられる上、現在「医学的に正しい報告」とされている
ものは、その検証実験の設定などが症状の寛解を目指す目的論的かつ
弁証法的な宗教思想に立脚しなければ生じ得ないものであり、私が思
い描く「鬱そのものの非病理性」や「人や社会が鬱的存在でなくなるこ
との病理性」、すなわち「鬱者は結局のところ何も発症していない健
常者である、という考え方」とは立脚点や着地点が異なる思想による主
張である気がしている。

実際に日本人の鬱病者は、医学的定義の「鬱病」や「不安障害」や
「神経症性障害」との重層的な症状を呈することが多いと感じる。

●健常者社会に溶け込めずにいる一定の層が鬱病者なのではない。鬱とは、病理ではなく、人間存在のデフォルト（初期標準設定）の表現型を懐古した者の精神状態であると考ええる。人間存在の基本はそもそも鬱（メラニコリ）であり、我々はレジャーの發明や市場競争原理によって異常な躁病状態を獲得したのであり、日本人健常者と呼ばれている6割の層の全体に「集団躁病」などの病名が付されなければおかしいと考える。

そのことは、ニーチェ・ハイデガー・西田幾多郎・九鬼周造・久松真一などの東洋的「生の哲学」からも語られるべきものである。

●さらに、現代日本は「健常者（定型発達者）」が「鬱病者」を疎外している社会ではなくなりつつあると考える。「鬱病」や「単極性障害」や「双極性障害」を診断された者よりも「鬱」を自覚する人間の方が疎外されているのであって、健常者と鬱病者たちが心理的タッグを組んで鬱者を疎外している可能性を、社会学的に十分に注意して観察するべきだと思う。

鬱病者は歩いて病院に行くが、重度の鬱者は布団からも出ない。すなわち、鬱病者はすでに健常者の一角である。布団から出ない人間の存在が知られないことが問題なのであり、鬱病が問題なのではない。

特に、一度そうと診断されると積極的に休職する傾向が高いことが問題視されている、若年者に多い「新型鬱病」の登場によって、日本人の日常会話における「鬱病」とは、この軽度の抑鬱体験反応

としての「新型鬱状態」を指す程度の語となってしまう、従来型の重度の鬱病者の存在が忘れられようとしている。（本来、「新型鬱病」という診断名・疾患名は存在せず、マスコミによる造語である。）

日本人に鬱病が増えているという言説は疑わしい。「人生の苦悩」に「鬱病」なる用語が与えられたことに対して鬱を感じる者こそ、本当の鬱であると思う。また、日本人は特にそのような鬱を再獲得するべきであると思う。また、そうでない限り、日本人を知的・客観的だと言うことはとてもできないと思う。

ブログの参考記事…鬱病が鬱病を疎外する「本当の鬱病は美しいもの」（二〇一〇／十二／一）

●病気のスイッチが「無理矢理に」入ることによってではなく、高次な自己の成長、確固たる個人性の発達という人間なりの無理難題がたまった状態を無意識がおのずから辞退して、その自己・個性のスイッチを切り（いわばその人なりの健康状態に回帰しようとして）陥るのが、統合失調症や鬱であると考ええる。従って、人間以外の動物は常に統合失調症的かつ鬱的であり得るとも考える。

●ここ数十年の傾向として、アメリカ精神医学会や世界保健機関は、操作主義（operationalism）を徹底し「精神疾患のグローバル的記述」を完成するために、様々な策を試み、例えば（前者は特に積極

的に）従来の「神経症」の概念を放棄した。これにより、「強迫神経症」は「強迫性障害」に、「不安神経症」は「不安障害」や「パニック障害」などになった。

日本人は、器質的・遺伝的な「障害」の概念ばかりに注目するのではなく、同時にこれを段階的にさかのぼって、再び「神経症」の概念を懐古するよう、心がけたほうがよいと思う。

日本人までもが「神経症」の概念を放棄し、江戸・明治・大正・戦前期にせつかく積み上げた古い日本・欧州の人間観から米国型の人間観に大きく舵を切ったことには、少なからず反省すべき点があると思う。

精神疾患・世界認識の完全にグローバルな記述などあり得ない気がする。それが有り得るのは、文法言語を持たない同種の動植物のみであると思う。日本人が悩むということは、日本語の文脈で悩むのであると、私は考える。

例えば、こと女性の鬱病や対人恐怖症は、（死語となりつつあるが）「はじらい」や「しとやかさ」などの日本の自然・風土や日本文化が育んだ心と深い関係があると考ええる。

ブログの参考記事：人の悩みをそのまま受け止めてみている（二〇一〇／十一／五）

●日本の精神科医・カウンセラー・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士など、精神医療にかかわる多くの有資格者及び資格試験の受

験者が意識的または無意識的に浴びることになっている操作主義、及び操作主義的思考によつて構築されたアメリカ精神医学会のDSMや世界保健機関のICDとは別に、日本独自の新たな疾病分類をも構築し、国内で保存・運用してみるのもよいのではないかと思っている。

●また、その日本独自の疾病分類を無理に輸出したり、他民族の脳や身体に強制的に適用することもやってはならないと思う。さらに、文化依存症候群・民族依存症候群を重視して、対人恐怖症・巫病など日本人の精神性に基づく疾病概念を正確に打ち立てることが望ましいと考える。

●DSMにはまだまだ不備が多いと感じているが、特に「解離性同一性障害と統合失調症が完全に別の疾患である」という前提に疑念を持っている。それぞれの症状に罹患したと診断された方々に実際にお会いしてきたが、それぞれの疾患が内包する全ての症状を要素とする二つの集合 $A \cdot B$ を考えたとき、 A と B は交わっており、積集合 $A \cup B$ （すなわち、解離性同一性障害と統合失調症に共通する症状）は空集合ではなく、両疾患の差異は、和集合 $A \cup B$ の要素のうち差集合 $A \setminus B$ と $B \setminus A$ のどちらの要素を多く持つかによるものと感じられている。

●共感覚者数の割合に関する言説（二万人に一人、二百人に一人な

どの学説」は、我々共感覚者にしてみれば、極めて不透明なフェルミ推定による不可解な結論で、特に意義・根拠はない可能性があると感じる。

それに代わって、「人間は全員が共感覚者であり、また子どもの感性・童心とは共感覚的な心そのものである、あえて共感覚者と呼ばれる成人の条件のほうを厳しく設定すべきである」という風潮が起こったほうが健全ではないだろうか。

●「共感覚」なる科学的なテクニカルタームがなければこの感覚を持つ子供の存在が理解・認識できない母親で溢れた日本社会は、かえって不健全な社会ではないだろうか。「共感覚」なる語や概念を利用して共感覚を他者に伝達しようとする我々共感覚者自身も、そのことに留意すべきではないだろうか。

●バブル崩壊と、共産・社会主義諸国の崩壊、マルキシズムの絶望が起こったあとに二十代を迎えた我々の世代の男性にとつては、「恋人・妻・子どもを持つこと」と「資本主義・新自由主義・市場競争システムに対して適応障害を起こさずに溶け込み、勝利する男性でいること」とは同義にならざるを得ず、これが日本における「男性のみの自殺の異常な増加」をもたらしたと私は見ている。

「私は男性らしい男性であるという誇り」の本質は前者であるのに、その前者を得るためには後者を通過しなければならない不条理がある。

また、女性も女性で、最初は目に見えて目立つ地位と所得層の男性に「幸せの幻想」を抱いて家庭に入るも、マリッジ・ブルー、マタニティ・ブルー、DVなどに苦しみ、本当の恋や結婚の楽しみや切なさを感じる心の余裕を逸している女性があまりにも多いように思う。

●複雑化・高度化した戦後日本の市場競争主義・鬱病社会を打破する極端な策として、政治・経済システムの側面に「共産主義」（ないし「社会主義」、「アナーキズム」など）、文化システムの側面に「保守思想」があるとすれば、「共産主義」と「保守思想」とは、今の日本の若者の思考プロセスの中では簡単に手を結びやすいと言えると思う。

小林多喜二の『蟹工船』がブームになったが、これを読んでいる若者が一方で靖国参拝もおこなっている現状は、思想の齟齬ではなく、同じコインの裏表であると考ええる。私は特定のイデオロギー・政治思想の持ち主ではないが、「経済的に左、文化的に右」の舵を切っている我々一部の二十・三十代男性のメランコリ気質は、ある程度は正しいと感じる。

●戦後日本を形成してきた高齢者や団塊の世代が、今の若い鬱病者・ひきこもり・ニートに対して否定的意見を述べる正しい論理など、どこにもないと思う。

今の鬱病者・ひきこもり・ニートは、安保闘争のような暴動とい

う形態を取っていない「静寂な行動者」であると考え。暴力ではなく、「ただ動かずにいる」という、全共闘世代以上に長期的な効果のある方法、しかも合法的な方法で国家・政府を脅かしていると思う。

意図的に怠慢である場合を除いては、鬱病者・ひきこもり・ニートのうちの一部は、正しい人間観と日本観と労働意欲とを有しているように思える。

外に姿を見せて暴れ回った学生運動世代と違い、布団からも出ないのだから、統計も不正確であり、国家・政府にとってこれ以上の脅威と焦燥の種はないはずである。本当はそのことを分かっている日本人も少なくないはずである。

私の持論・仮説

●第二ブログ

高度に学術的な内容を書いているブログです。

●私の仮説「共感覚原帰属性仮説」

●日本の共感覚・日本の精神症状

●乳幼児総共感覚者説

●対女性共感覚

●現代の巫女と一般女性とに共通する潜在的古代的共感覚について

第十二部 人の悩みをそのまま受け止めてみる

二〇一〇年十一月五日 起筆、攔筆、公開

サイト内に先日設けた以下のページや、私の普段の「精神病理観」について、興味深い質問を頂いたので、答えてみますね。

<http://iwasakijunichi.net/seishin/>

●「医師でもカウンセラーでもない岩崎さんが皆さんの症状を目にすると、なぜあんなに医師やカウンセラーの診断やモノの考え方やズレがあり、解決の仕方（心の病との向き合い方）も違うのですか？」

これは厳密には、僕自身にも言葉ではうまく言えないのです。

結論から言うと、僕と同じような考え方をする医師やカウンセラーもいれば、そうでない医師やカウンセラーもいる、としか言えないと思います。

ただ、この重大な問いをこの回答だけで済ませるのもおかしいので、以下に詳しく書いてみます。

僕がやっている作業をそのまま書くと、「いわば皆さんの感覚や心の症状のお話を聞かせていただいたときに、その感覚や症状がグニャッと僕にめり込んできて、僕もそれをそのままズサッと受け止め

て、スルメのように噛んでみて、和歌や将棋や武道のように僕がワザを返して、しなやかに答えを出そうと試みたら、上記のページの僕の判断になった」ということだと思います。

だから僕は、論理的に判断しているのではなく、ある意味では横着し、サボっているのだと思うのです。

僕は、自分の共感覚や上記のページの方々の精神疾患と向き合うときに、本心では「ただ人間として温かくありたい」ということしか考えたことがないのです。でも、「温かい感じって、どんな感じ？」と人から聞かれたら、やはりそれなりに論理で答えられた方が、よりカッコイイのだと思いますね。まだまだその力が足りない僕です。

確かに、僕にはなぜか、およそ生理学的に定義されている共感覚や精神疾患の中で、頭と体で理解できないものが、ほぼ一つもないです。それは、幸か不幸か、とても苦しいのですが、ある意味ではアドヴァンテージかもしれません。（いや、アルコール・タバコ・酒への依存だけは、頭でも体でも理解ができないのですが・・・）

「皆さんから相談されることは、僕の中に先験的に準備してあり、体験から一つずつ取り出して見れば、それほど間違えることはないだろう」という横柄な矜持があります。「ああ、あの症状なら、僕の体のこの辺に入ってるよ」と感じて、「皆さんのお話から感じたことを、最もそのまま受け止めて、答えをはじき出したら、こうなった」ということになるのです。

しかし、それだけでは非論理的な言い訳なので、少し論理を詰め

て考えてみますね。こういう場合は、「精神科医」や「心療内科医」とはどういう仕事なのかを考えてみるのがよいのではないかと思います。

上記のページに限らず、普段皆さんがテレビや精神科・心療内科で目にする精神疾患（鬱病、社交不安障害など）の名前が色々あると思いますが、これらは日本人が考え出したものではありません。

現在のそれらのほとんどは、世界的に権威のある精神疾患のリストに載っているもので、リストには、DSM-IV-TR（アメリカ精神医学会）やICD-10（世界保健機関）と呼ばれているものがあるのですが、これらに共通しているのは、「操作主義」というモノの考え方です。特に前者はそれを徹底するために改訂されたようなものになっています。

操作主義自体は、心理学・哲学・物理学など、どの学問体系にもありますが、ことに精神医学において、かなり簡単にまとめると、「思想や立場の異なるいかなる他者（医師・第三者）であつても、患者の精神病状を診断する際、定められた操作（観測）によれば必ず最後には同じ“く障害”という病名に達する」ことを前提とした精神病理観のことを「操作主義」と呼ぶのです。

皆さんが精神科に行つて症状名を診断されるのも、操作主義によつてそうなつたのであり、また日本の社会福祉士・介護福祉士・作業療法士などの履修過程・資格試験も操作主義的に構築され始めているので、これらを目指す人は、知らず知らずのうちに患者さんや他者を操作主義的に見る目を訓練されているということでもありま

す。

もちろん、その手本はアメリカにあります。もつと言うと、アメリカの支配層に多いアングロ＝サクソンとユダヤ人の混血人種が（一神教的な意味での）「神」概念をどうとらえているかというところから「操作主義」の定義を説明する必要があるのですが、それは大変に難しい話ですので、省略します。

操作主義を取り入れた精神病理学に全く利点がないわけではありません。むしろ当初は、それまでの時代の精神病理観を是正しようとして生まれたものだと言えます。

「私は心の病かもしれない」とネットで自己診断した人は、見覚えがあると思いますが、精神疾患における操作主義の最も簡単なものは、いくつかの条件（一〇十番など）が書かれていて、「このうち六つに当てはまった人は障害である」といった「誘導」を伴う診断基準として現れます。

つまり、突き詰めると、将来は理論上、医師がやっても素人の主婦が自己診断しても同じところに行き着くような診断基準が構築できるといふ立場に立っているのが、今のアメリカの精神医学や、それに追従する日本の精神医学です。

これを別の視点から、分かりやすく説明してみますね。

「操作主義」とは、「その患者の元来の性格や精神症状が起こるに至った原因への考慮を放棄しても、そこになお残る客観的観測を先に信用する」、つまり、「表面上に現れた病状だけを操作的に観測し、診断基準に合うか合わないかの判断以外の判断を排除する」という

立場でもあることになります。

例えば、「過去に体に暴力を受けたがために、Aさんは何度も体を洗わないと気が済まない強迫性障害になった」とはとらえず、「他者がAさんを観測すると、何度も体を洗わないと気が済まない症状を呈している。これを操作的に診断すると、DSM-IV-TRにおける強迫性障害というものである。強迫性障害者の脳を調べると、ドコソコのナントカ物質がおかしいから、それを薬で是正すれば、原因に言及しなくとも、原因をとらえて駆逐できていることになる」ととらえるわけです。

これは、「診断」の主体が「人間（医師・家族など）」から「記載されている診断基準そのもの（非人間）」へと移ることを意味します。これによって、セロトニンなどの脳内物質を薬で制御して精神疾患を快方に向かわせる考え方をすることが許されることになります。もし快方に向かえば、原因が判明しなくても（例えば、精神疾患罹患患者が告白しにくい過去のレイプ被害などを医師が聞き出さなくとも）、原因に正しく対処したことになってしまいます。

つまり、実際の治療などの際に、「過去に体に暴力を受けた」といった個々人の原因やトラウマ・性格に目を向けることが理論上は放棄されていくわけで、それら個々の要因とは無関係に、「この症状を呈するものには、セロトニンを注入すれば回復し、それ自体が病理の原因に作用して原因の解決にもなっている」とする考え方が可能になったわけです。

操作主義を推進する立場の人たちは、「この考え方は、客観的な診

断基準をも完成させると同時に、むしろ、個々人の性質や原因を従来以上に見つめることになる」という言い回しで非難を回避しています。

厳密にはこれが、操作主義者からすると、論理実証主義の受動的な態度と一線を画する論理になるのだろうとは思いますが、僕が目には少なからずレトリックに映ってしまいます。

このような具合ですから、操作主義では「神経症」という概念が放棄されることになります。案の定、日本もそれにならつて、「神経症」を「障害」などに言い換え、「体を何度も洗わないと気が済まないAさんの症状」は、「強迫性障害」であって「強迫神経症」ではないとされる時代になりました。

「神経症」とは、鬱病や統合失調症とまでは言えない軽度の精神状態で、脳や体の器質的・先天的な異常によらないものを言っていた概念です。

例えば、日常会話でも「私は神経質な人間です」とか「神経が鋭い人だね」と言いますが、本来の「神経症」とは、この程度の「良き」曖昧さを保っていました。操作主義によって定められたアメリカの DSM-IV は特に顕著にこの「神経症」の考え方を放棄しました。

「不安神経症」は「パニック障害」などに分離・整理されました。これらは単なる名前の違いではなく、モノの考え方、人間観の違いに拠ります。「解離性障害、適応障害、摂食障害、身体表現性障害」なども、従来の「神経症」や「ヒステリー」などを放棄して生まれ

ました。

これが放棄されたということは、つまりは、「元々、器質的にセロトニンが少ない人には、その性格や精神疾患の原因にかかわらず、セロトニンを入れてやれば、原因が何であれ、原因を駆逐していることになる」ということになって、操作主義的な目線が徹底されていくことになります。

ただし、僕は、「私はどうやら強迫神経症らしく、手や体を何度も洗わないと気が済みません」といったご相談を頂いたようなときは、「そのまま」の言葉を受け止めます。

その人の専門用語の知識とは無関係に、その人は自分の症状を他者である僕に対して述べるのに、「キョーハクシンケーショー」という言葉と音の響きで訴えたい、叫びたいと「感じた」からそう言ったのであり、それがその人の生きる姿なのであって、そこを否定するモノの考え方を、僕は批判したくなるのです。

僕としては、「これら“素人なりの直観力”を否定してしまったモノの考え方が好きになれない」と言い続けたいと思っています。その一環として、上記のページを書いてみたのです。

僕は、「日本人の鬱その他の精神疾患は、日本人自身が、しかも日本人の中で本当の心の分かる日本人が語るべきである」という考えの持ち主ですが、少し甘く見るとしても、今のアメリカの人間観を輸入して使っている日本の精神医学界よりも、ドイツの精神病理観などを参考に使っていた頃の日本の精神医学界の方が、ずっと日本人の性質に合っていると思っています。

最後になりますが、要するに僕は、この「アメリカ型市民社会にのみ通用するような操作主義的な人間観のグローバル化」に以前より疑念を抱いています。

ともかくにも、上記の僕のページでは、診断結果もズレていますが、そもそも人との向き合い方・モノの考え方自体がズレている可能性はあります。だから、上記のページは、精神疾患を語ったページと言うよりは、単に岩崎純一という人間のモノの考え方をそのまま書いたものにすぎないと思っただけとありがたいです。

僕は例えば、「人の心の傷が分かる人物が、精神疾患に陥った人のそばにいて、手を取り合って話を聞けば、二人の知らぬ間にセロトニンが脳内で勝手に増減して快方に向かうことはあり得る。それでもなお効果がなかった場合に初めて、薬で治すことを考えたほうがよい」ということを本気で信じている人間なのです。

第十三部 感受性豊かな人間が好きである

二〇一〇年十一月二十五日 起筆、攔筆、公開



原爆を日本に落としたのが、アメリカの「狂気」ではなくアメリカの「理性」であるように、放っておいたら暴走するものは人間の「理性」のほうであるだろう。

最近、私の身の回りでも、DVやいじめなどを目にする。これらの加害者が失ってしまった大切なものは、むしろ「狂気（狂おしいほどの気持ち）」や「感性」や「感受性」のほうだと僕は感じる。

僕の身勝手な考えでは、DVやいじめ、自殺問題などをうまく乗り越えるには、もっと日本人が「感受性」や「狂おしい気持ち」を取り戻す以外にないと思う。あとは、政策よりは自分たちの本能に任せてみるこのほうが、よほど重要だと僕には思える。

鬱病などの「心の病」を抱えた人は、「感受性」や「狂おしい気持ち

ち」を持っている人かもしれない。それは、僕から見れば、救いだ。なぜそんなことを思うかと言えば、僕自身が「感受性」を信頼して生きている人間だと思うからだ。

いや、そもそも、「感性」「本能」「先天性」と「理性」「知性」「後天性」とを分割して、恋愛・親子愛などは前者に属し、仕事・職業・契約関係などは後者に属し、これらのそれぞれは社会学者テンニースの言うゲマインシャフトとゼーデルシャフトの契機となるだろう、などという仮説は、西洋哲学においてさえ、五十年以上前までに尽くし、批判もされたのだった。

本当は「感性」と「理性」の区別というものは存在しないのかもしれない。この「感性」と「理性」の混合状態は、例えば、「感受性」や、数学者岡潔の言う「情緒」といった言葉で表した方がよいのかもしれない。

僕が最も好きな人間とは、「感受性」や「情緒」や「狂おしい気持ち」が豊かな人間のことだ。そういう心話題として僕のところに持ち込んで、僕と交流して下さっている人達のことだが、僕はとても好きだ。

（写真は自分で撮影）

第十四部 日本的共感覚・日本の精神症状

二〇一一年六月十八日 起筆、擱筆、公開

かつてベルクソンは、「薔薇の匂いを嗅いで過去を回想する場合、薔薇の匂いが与えられたことによって過去のことが連想されるのではない。過去の回想を薔薇の匂いのうちに嗅ぐのである」と述べた。

これは、「薔薇の匂いが与えられたことによって過去のことが連想される」ことを主眼に置いたそれまでの西洋哲学に対する、ベルクソンなりの共感覚的感性の復権願望から出たフレーズであったという分析は可能であろう。

また、高橋文二は『風景と共感覚——王朝文学試論』の中で、日本の王朝文学の特徴を「共感覚」なる語を用いてとらえた。かつての日本人にとって、月などの自然を見ることは、単に視覚で見る知覚現象でもなければ、単に色を聞いて音を感じる知覚現象でさえなく、全ての感覚が統一的に相互に行き交う感覚世界であり、過去の時空と共鳴する一つの「風景」として感受する感覚世界であると述べたのであった。

「共感覚」とは、元々は西洋の心理学や精神医学や神経科学におけるギリシア語由来の用語「synaesthesia」の、日本における訳語であり、それは、実際に五感が混交して世界が知覚されている「共感覚者」が西洋圏で「発見」されたことによって定言された概念で、主にアポステリオリな響きを持って今日の学界やメディアにおいて取り上げられている。

英米などの共感覚研究の先進国はもちろん、日本においても今後、共感覚者に対し、fMRIによる脳活動計測、遺伝子解析など人体組織の採取による研究が推進される動きにある。

現行の欧米や日本の自然科学分野の共感覚研究者の述べる「共感覚」とは、まさに「色を聞いて音を感じる知覚現象」のことである。ところが、かつての日本人は、これをさえ「共感覚ではない」と言っている。そして、私の立場も後者にほかならない。要するに、今西錦司風に述べるならば、「共感覚とは、人間のプロトアイデンティティであり、そればかりか生物全体のプロトアイデンティティである」と思う。

西洋では、「共通感覚」なる用語がアリストテレスの時代より見受けられるが、これが動物でもおこなう低次の知覚現象を離れた、高次知能的な（前頭葉的な）「常識」の意味に移り変わるにつれて、すなわち「五感の統合された人間の存在のしかた」が「常識」ではなくなるにつれて、「五感の統合」というものは「矛盾の高次的解消と止揚（アウフヘーベン）」にとらえられ、ヘーゲルに至って、よりいっそう弁証法的な課題となる。

一方で、例えば唯識仏教においては、仮に実在性を与えられる五感（五識）は、（最終的にはラディカル・ブッディズムないし中観思想と相容れて「空化」するとしても）、そもそも五識の底に意識、その底に末那識、その底に阿頼耶識を置いて、西洋哲学とは逆にラディカルな深層意識に向かって展開する。和歌など日本の王朝文学や大乘仏教においては、「色を聞いて音を感じる」という説明的な言語

表現さえほとんど許され得ない。

すなわち、「色を聞いて音を感じることを大和言葉で「色（いろ）」とか「音（ね・おと）」とか「匂ひ（にほひ）」とか言ったのであるから、「五識（五感）」に対して「共（syn-）」なる接頭辞が与えられることは拒否されることになる。これが、日本文化ないし東洋哲学そのものであった。

私がやってみた試みは、生理学方面からの人体組織の採取・解析による共感覚研究の動きを少なからぬ懸念を持って見守りつつ、一方で「過去の回想を薔薇の匂いのうちに嗅ぐ」ことを実践するというものである。すなわち、「過去の回想を薔薇の匂いのうちに嗅ぐ」ことが「共感覚」であるとともに、「共感覚の発見のしかた」も「過去の回想を薔薇の匂いのうちに嗅ぐ」ようにできるかという問いかけである。

日本語には「人見知り」や「あがり症」や「はにかみ屋」なる言葉がある。「私は人見知りです」、「私はあがり症です」、「私ははにかみ屋です」という日本語を発した私の知人たちに医者から与えられた病理名は、「対人恐怖症」「社交不安障害」「強迫性障害」「回避性人格障害」「鬱病」などである。

例えば、「対人恐怖症」は日本民族固有の文化結合症候群に分類される一方、「社交不安障害」はいかなる民族にも適用しうるグローバルな精神障害の記述であり、「回避性人格障害」はいかなる民族にも適用しうるグローバルな人格障害の記述である。ところが、この神経症と精神障害と人格障害の違いを説明してほしいと問うて即答で

きる日本人がどれだけのいるのだろうか。

この問題については、私はこういう見解を持っている。大和言葉の「色」に対する西洋的五感は、大和言葉の「人見知り」に対する神経症と精神障害と人格障害の関係に同じだろうというものである。ただし、神経症は、精神障害及び人格障害との間に、共時的関係というよりは通時的関係を有するから、現代の欧米及び日本の精神医学に携わる人たちは、「精神医学は、あいまいな神経症を放棄して代わりに客観的な精神障害と人格障害を手に入れた」というイメージを描いている。そして、それにも一理あると思う。

ところが、「神経症」なる概念でさえ、まさに現行の「共感覚」に近いというのが、私の考えてみたいところである。日本の王朝文学が「共感覚」をも拒否して五感の底の日本の原風景的阿頼耶識を発見したように、現代の精神医学がアメリカ的手法によって否定し超克したはずの「神経症」もまた、それなりに生き残って、日本人の心優しさの原風景たる「人見知り」や「あがり症」や「はにかみ屋」を発見すべきだったのではないだろうか。

第三編 三十歳〜三十九歳

第一部 リンクの充実と、解離性障害・PTSD・性虐待被害・トラウマなどの話

二〇一三年十一月十五日 起筆、攔筆、公開

サイトに、今まで個人交流会にご参加下さった方々のサイトを中心に、関連サイトへのリンクを増やした。

便宜的に共感覚関連、精神疾患関連、言語・芸術関連などに分けてみたが、実際には複合的な悩みや症状を抱えた方々のご訪問が多くなっている。

一番充実しているのは以下の精神疾患関連のページになっている。一般的には、共感覚そのものに悩む例はあまり見られず、一方で、共感覚が強迫観念化・恐怖症化して「強迫性障害」や「パニック障害」と診断された方々は、当然「神経症性の症状」として見る事ができるため、そういった方々のサイトも全て以下のページに入れている。

「ぬいぐるみが私の共感覚に合うように綺麗に並んでないと、お風呂に入っても落ち着かない。ぬいぐるみがお風呂に怒って入ってきそう」といった悩みをお持ちの方もいらっしゃるが、これも「強迫観念化・強迫儀式化した共感覚」の一例だと思う。

<http://iwasakijunichi.net/seishin/link.html>

そういえば、解離性同一性障害（DID）の方の場合、人格Aのときに私に面談をお申し込み下さり、実際に面談をおこなっていても、他の人格Bのときは私と面談したことを覚えていない（知らない）

こともあった。記憶障壁が極端に厚いと、そうなるわけである。

私は DID の方々への対応は慣れているほうだし、そういうハプニングがあっても全く気にせず、嬉しく思い、非常に濃密な時間だと感じる性格なのだが、慣れているのは、むしろ知人・近親者からの性虐待被害や性的倒錯体験をトラウマとする DID 女性や PTSD 女性のほうで、最近は今までのような心的外傷やトラウマが発見されない女性の「特定不能の解離性障害」のケースと出会っており、これが大変に勉強になっていて、ついついそちらにばかり時間を費やしている。

ところで、ここまで長くサイト運営をしてきても、共感覚者はやはり女性が多いようだし、解離性障害（特に DID）は圧倒的に女性が多く、解離性障害女性の八割ほどは境界性人格（パーソナリティー）障害を診断されていて、その境界性人格障害もまた女性がほとんどであり、摂食障害は女性しか見たことがない。

いわゆる多重人格・解離性同一性障害の当事者のサイトが最も多く見られたのは十年ほど前のことで、私もほぼ全てを読んできたと思う。つまり、当時のサイトの運営者の女性は、今は三十代・四十代になっていらっしやる。現在、私のところに来て下さっているのはその次世代の方々であるわけだ。

現在はウィキペディアなどのネット百科事典や、「めでいっく」などの医療系ネット百科事典サイトの充実ぶりや正確さもあり、当事者のサイトも多くが閉鎖されている。それに、SNS サイトの急速な普及により、かえって DID などについての誤った知識は淘汰されて

いっているようだ。

（ちなみに、共感覚者のサイトがブームになったのは、多重人格サイトブームの後のことで、今ではほとんどの共感覚者のサイトも放置されている状況だ。これも、ネット上の会話の場の SNS への急速な移行や大学・研究機関の共感覚サイトの集客ぶりには、一般の個人サイトは絶対に勝てつこないし、各共感覚者個人の生活の事情もあるし、地道に個人サイトを更新するのも大変だ、といったところだと思う。結局、個人サイトの純情さ・素直さ・初々しさは、SNS や学術機関サイトの勢いの陰に隠れる運命だということのようなのである。）

なぜか私は、「岩崎さんならどんな精神疾患者にも対応できるでしょう」などと期待されるのだが、全くそんなことはなく、私にも実は苦手な分野があり、摂食障害（過食・嘔吐する、そのせいで指ダコができる、など）・解離・リスカ（リストカット）・イライラがセツトになっている最も典型的な旧ボーダー・現境界性パーソナリティー障害の女性への対応が最も苦手であることは確かである。（嫌いというわけではなく、対応の仕方がまだよく分かっていない。）

こればかりは第三者がどうあがこうとも、本人がお菓子をバクバク食べて口に指を突っ込んで吐いたり、急に「キレ」たりするのをやめない限り、ほぼ必ずお手上げ状態になってしまう。しかし、これは私に限らず、人が人を見るとときに一般的に苦手な光景であると思うし、そのこと自体が、これらの症状が精神障害ではなくパーソナリティー障害とされる所以でもある。

私が、それらとは異なる、いわば「純粹な解離」・「巫女的解離」、つまりイライラや人への八つ当たりを含まない、鬱々とした女性の解離に惹かれる点にも、私の性質・傾向が表れていると思う。そしてそもそも、本当に一方的なDV・虐待被害などに遭い、それが原因で解離した女性の場合は、「純粹な解離」をしているのであって、やはり他人に対してイライラしたり「キレ」たりといったことは特に見受けられない。

男性が同じだけのトラウマを抱えると、境界性ではなく反社会性・自己愛性パーソナリティー障害として表れ、暴力・殺人などの実行使による反撃に出て刑法犯化し、刑務所入りすることがしばしばなので、要するに私の交流会・勉強会に申し込んで下さり、落ち着いて椅子に座って話をするのが女性ばかりなのは至極当然と言えは当然である。

解離の男性、境界性の男性もいることはいるのだが、ほぼ必ず反社会的行動を伴っており、一歩間違えば男同士で殴り合いになるし、私もそこまで犠牲を払ってサイトコンテンツの充実を図るつもりは、今もないし、これからもないと思う。結局、私は「落ち着いた解離や鬱症状を見せる人」が好きなのだな、と改めて自分でも思う。

もちろん、私のように色々な精神疾患者（統合失調症者・鬱病者・不安障害者・解離性障害者）・パーソナリティー障害者といとも簡単に気の合う人は、当の私自身が精神疾患者・パーソナリティー障害者に極めて近い思考回路を持っているからだと思う。そこから人を殺す人になるかならないかは、本当に大好きな人に出会ったか出会

わなかったか、本当に自分を認めてくれる人に出会ったか出会わなかったかだけの違いであると思う。

さて、「女性の回り道」というサイトにもリンクさせていただいた。このサイトの運営には、私の交流会にご参加下さった方も参加されている。

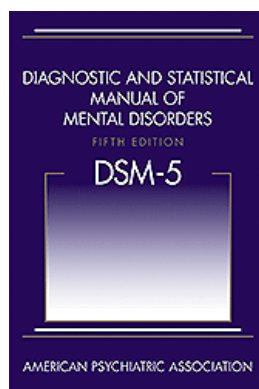
内容としては、解離性同一性障害（DID）・健忘・遁走・知覚脱失などの各種の解離性障害、転換性障害、身体化障害などの主に神経症性の障害と、それらのきっかけとして多い性虐待被害、性的トラウマ、そして、それらの被害やトラウマ体験後に、性の拒絶の方向に行かずに性への依存の方向に行ったニンフォマニア、サドマゾ、自己敗北性、受動攻撃性、セックス・自慰依存などを扱っている。

<http://www.kokoro.daynight.jp/mawarimichi/>

これらの性関連障害のうち、いくつかの要素はDSM-IV以来、サディスティックパーソナリティー障害、自己敗北性パーソナリティー障害、抑うつ性パーソナリティー障害、受動攻撃性パーソナリティー障害などとして、まとめて「特性不能のパーソナリティー障害」の一群に組み込まれている。

第二部 「アスペルガー症候群」の廃止や「学習障害」などの名称変更で思うこと

二〇一四年五月三十日 起筆、擱筆、公開



◆概要

五月二十八日に日本精神神経学会などにより、アメリカ精神医学会（APA）の DSM-5 に規定される各精神疾患や行動障害の訳語の指針が出されました。

DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン

https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=75

DSM-5 自体は一年ほど前に出ていますから、この一年間は、「英語とその周辺の言語で取り決められ書かれた」概念」だけがあって「日本語訳」がない、という宙ぶらりんの状態でした。（改訂直後、私のサイトの以下のページでも注意書きをしておきま

した。今回の訳語の指針の発表についても、注意書きを追加しました。）

<http://iwasakijunichi.net/seishin/teigi.html>

<http://iwasakijunichi.net/seishin/bunrui.html>

以下が今回の指針の主な内容です。

●概念と名称の廃止・・・「アスペルガー症候群」など←「自閉スペクトラム症」として再編

（ここ一年間に精神科医などの間で口頭でよく用いられた「自閉症スペクトラム障害」は、正式な名称としては採用されていません。）

●名称の変更（「障害」←「症」）・・・「学習障害」←「学習症」、「注意欠陥多動性障害（ADHD）」←「注意欠如多動症」、「パニック障害」←「パニック症」など

●名称の変更（「症」←「障害」）・・・「アルコール依存症」←「アルコール使用障害」など

●概念と名称の変更・・・「性同一性障害」←「性別違和」

おおまかにこのように変わったわけですが、定着に五年、いや、十年はかかると思います。

と言うのも、かつて DSM-III や DSM-IV が出たときも、APA が「神経症」概念を放棄したにもかかわらず、日本の医者はその後も「神経症」や「ノイローゼ」の語を使い続けましたし、語と内容が

一致しない曖昧な期間が長いのが日本の特徴だからです。高度成長期の「社畜」が抱え、尾を引いていた神経症・ノイローゼが、欧米が精神疾患分類を変更したからといって、すぐに忘れられるわけがなかったということだと思います。

それと同じで、今後数年間は、医者も口頭で（うっかり使ってしまう以外にも）改訂を知っていながら「アスペルガー症候群」を使うでしょうし、一般国民はカジュアル感覚で使い慣れた「アスペ」なんて言葉も使い続けると思います。

◆「アスペルガー症候群」の廃止と「自閉スペクトラム症」の創設

改訂内容について、まず「アスペルガー症候群」ですが、定型発達者に対して何らかの独立した「アスペルガー症候群」なる「人間の群」が存在するという考え方自体がなくなって、これらの人々と定型発達者とのつながりを連続体として見えています。

そのため、一見すると「温かい人間観」になったかのように見えるのですが、企業（雇用者）などに対しては、「旧アスペルガー症候群の人々が定型発達者（一般の社会人）と連続している」ということは、彼らも定型発達者のコミュニケーション能力や能率、即戦力に到達できるはずであり、それができない場合、彼らの努力不足であり、自己責任である」という着想を与える可能性もあります。今回の改訂と訳語の創案が、変に実力主義・能率主義志向や残業代不払いの問題と結びつかないようにしてほしいと個人的には思います。

アスペルガーや自閉症などの発達障害の人たちは、芸術創作や、一度取り決められ教示された単純作業においては、極めて高い能力を示す場合が多く、しかしそういう作業は、「企業の利益やイノベーション」といった概念からは最も遠いために、軽視されやすく、DSM-5の運用を間違えるとおかしなことになると思います。

ひとえに、「連続体上にある」という意味は、努力次第でその連続体の中を這い上がれる可能性（這い上がれない場合の自己責任）が証明されたなどという意味ではない」ことを雇用者が理解できるかどうかだと思います。従来通り、「生得的な脳の傾向」という理解が正しいことには変わりはないです。

◆「障害」と「症」の錯綜

それから、次の二つ、「障害」と「症」の分かりにくい呼び替えですが、まず注意したいのは、「障害」が「症」になったからといって、この「症」は旧神経症の「症」ではなく、単に今の日本社会における様々な偏見問題を考慮しつつ生み出されたDSM-5の訳語だという点です。つまり、今回の「症」は今までの「障害」のことで、その「障害」は旧神経症の「症」の概念を放棄して新設された概念でした。

その一方で、「アルコール依存症」は「アルコール使用障害」となり、こちらも概念自体はDSM-IV-TR時代からそれほど変わっていませんが、日本語での訳語が変わったわけです。

これらは明らかに、今の日本の世相を意識して付けられた名称ですね。「学習症」、「注意欠如多動症」、「パニック症」は、これらの人々への差別感情を誘発しない語表現として付けられたものである一方、「アルコール使用障害」は、飲酒運転やDVなどの犯罪・暴力との結びつきが増加していることを念頭において、アルコール関連の問題・トラブルを厳しく断じた語表現だと感じます。

私個人としては、アルコール使用障害については、病的なアルコール依存をもつと本格的な治療の対象とし、飲酒運転のほうはもつと制裁的・懲罰的に扱ってもよいのではないかと思います。それはともかく、日本精神神経学会も冷静に上手に名づけたなと思います。

◆「性別違和」の創設

「性同一性障害」が「性別違和」となった件ですが、こちらは「障害」という認識自体を取りやめることが主眼にあり、他には見られない「違和」という個性的な訳語が与えられました。

この分野に関しては、いつも欧米ではキリスト教団体やフェミニズム団体の動向を意識して名称が付けられてきました。（今回の改訂でもそうですし、前回の改訂でもそうでした。）

今回の改訂に喜んでいる「性別違和」保持者も多くいらっしゃるようですが、この改訂の日本社会における効果の良し悪しを即断することはできないと私は思います。この「性別違和」にも違和を感じ

じる当事者（いわば「性別違和違和」！？）もいると思います。これは、ちょうどこれと対極のことを考えれば分かります。

男女二極のいずれかに自身が属することを自覚する大多数の人間のほうを「障害」や「違和」ととらえると、「性別存在障害」（性別の自覚があるという脳の障害）や「無性違和」（性別がないことに違和を感じるという障害）となりますが、これには大多数の我々が反発を覚えることになると思います。

「性別違和」も、あくまでも「性別」が基盤にあって、これに対する「違和」ですので、DSM-IV-TRからの思想的基盤の大きな変更はないと言えます。日本精神神経学会も、突如として革新的な訳語にするのではなく、APAの意向を汲んで、マジョリティーの立場から丁寧な言葉を選んでいると言えます。私自身は、この姿勢に賛同します。

もちろん、こういう価値観そのものの改変・撤廃を強硬に主張する急進的な新宗教団体・フェミニズム団体も存在しています。例えば、男女の公衆トイレの構造を変えて（壁を取り去るなどして）、どんな性的指向・性的違和の保持者でも自由に行き来できるようにするべきだなどという考え方ですが、これでは変な趣味と全く同じだと私は思います。海外のフェミニズム団体などには、すでにそれなりに見られる主張ですが、日本でもちらほら見かけるようになっていきます。

しかし、「数の問題」（自分は男または女であるという大多数派のほうを「障害」や「違和」とするわけにはいかない）や、「動物とし

ての生殖の問題」（現時点では同性どうしの間に子孫が生まれることはない）など、様々な問題を含んでいることは無視できないですし、とりわけ日本では、今後も男女の公衆トイレ間の移動の解禁や壁の撤去などは、あり得ないと言いたいような気がします。

「性別違和」保持者に対しては、今後日本においても、法的な対処（婚姻制度や養子制度の欧米化）や医学的な対処（同性間生殖技術の開発や性転換手術の推進）が考えられていく可能性はありますが、前者は、日本では社会・文化の体質として欧米のようになるわけがなく、後者も結局、STAP 細胞捏造問題に似たもの（疑似科学）をちらほら見かけますし、ビジネス化・競争化の中で頓挫しそうな気がします。

基本的に、ローマ・カトリック教会やキリスト教保守系団体は同性愛や性同一性障害に厳しい姿勢を示し、フェミニズム団体やキリスト教革新系団体はこれらの人々の権利を広く認める姿勢を示してきました。

それでも最近では、カトリック教会・教皇がこれらの人々に寛容な発言をしたり、フェミニズム団体の中にも、あくまでも男性優位の思想への反発は持つていても女尊男卑思想の人々に対しては厳しい姿勢を示す団体もあり、この分野についての思想の左右、保守・革新の区別は、従来の政治・宗教思想とは相関性があまりなくなってきたのが興味深いです。

日本においても、もはやこれらの性的指向や性的違和を持つ人々が「いること自体」を否定する主要政治団体はない状況で、自民党

も民主党も大して違うことは言っていないので、私としては、社民党、共産党、公明党、幸福実現党、フェミニズム団体や、創価学会（公明党の支持母体）、幸福の科学（幸福実現党の基盤）、エホバの証人、統一教会などの新宗教団体の見解・発言を注視していきたいと思っています。

実は極右・極左両方の意見が存在するのはこういう団体だと、個人的には思っています。

●一般の日本人が注意すべきだと思うこと

というわけで、話が少し変わりますが、精神疾患・精神病理学と政治団体や宗教・思想団体（特に新宗教団体）との関係の話をします。

先に挙げたアスペルガー症候群や学習障害などについても、何らかの極端な意見を持っている新宗教団体は多いです。

「輸血は許さないが、性同一性障害者の権利は認める」（エホバの証人の幹部の発言）、「移民を増やし、日本を日本人と白人が共生する億人国家にするのが目標だが、障害者がうまく働けないのは前世が悪かったからだ」（幸福実現党の幹部の発言）など、いくら私個人にとっては一笑に付すべき暴論や妄想であるとしても、世の中には様々な考え方があるのであり、ともかくDSMの概念や訳語を統一したところで、万人の意見が一致するわけがないのが実状といったところです。

少なからぬ一般国民が政治や宗教（宗教の創始者・教祖や主宰）の（しばしば架空の）力を借りなければ、これらに対する自分の意見を持つことができない（もはやそれは自分の意見ではないが）という現状には、私は強い違和感を持っています。

しかし、新宗教に心酔した人たちは、それはそれで職場からの「一種の新宗教的脅迫（実力主義・能率主義・パワハラなど）」に苦しんで、そのような道（職場という「新宗教団体」からの脱却としての別の新宗教）を選んだ可能性もあるところが、今の日本や先進国の闇の部分だと思っています。

実際のところ、かつてのオウム真理教の幹部たちには、超高学歴で、かつ職場で不当に「干され」（いじめに遭つて）入信した人が多かったですし、人命を救済するはずの医者、科学者、警察官、弁護士までいたわけです。

精神科医やカウンセラーまでもが新宗教・思想団体に関わったらおしまいだと私自身は思っていますが、関わり合いはではなく、海外で誕生したオカルト科学系の新宗教・思想団体であるサイエントロジーやエリアン・ムーブメントは、日本支部の活動が最も盛んであり（日本人の信者・会員が多い）、自閉症やクローン人間についても言及するようになってきています。

そもそも、「第四の心理学」と言われているトランスパーソナル心理学には、かねて新宗教そのものであるという批判があり、私もこの心理学の書籍を読んでみて、好きになれなかったのですが、自閉症や学習障害のお子さんのいるお母さんが心酔しているケースもあ

り、実に人間というのはどこまでも摩訶不思議な生き物であると思っています。

話がまた変わりますが、最近では、政教分離しているはずであるのに、自民党と公明党の憲法・集団的自衛権解釈の齟齬に乗じて創価学会が見解を述べたり、昨年の参院選で当選した公明党議員が（自身に票を入れた創価学会員の支持者が「投票は功德を積むこと」と表現したことに関連して）テレビで創価学会に礼を述べたことについて、池上彰氏がテレビでごく普通に批判的口調でたしなめていたりで、どうやらマスメディアの状況が変わってきています。

「新宗教ウオッチャー」だが、そのどれにも入らないし、好かない教」という宗教（自称）に所属している私としては、なかなか面白い事態になってきたと思っています。

精神疾患や新宗教問題の分野において昭和や平成初期にあったような、まるで共産党支配下の中国と変わらない言論統制やタブーというものがなくなってきたのは、大変によいことだと思っていますし、新宗教・思想団体による発達障害者や精神疾患についての極端・異様な見解・差別発言などに対しても、自由にものが言えるようになっていくべきだと思います。

どんな話がずれましたが、ともかく、概念・名称が「アスペルガー症候群」であっても「自閉スペクトラム症」であっても、新宗教に心酔した母親が子供に「私の前世が悪かったから、アスペのあなたが生まれたのね」などと言いつたりしなければ、それでいいです。そう言い出す母親を、私は多く見てきました。

【引用・参考文献】

DSM-5 病名・用語翻訳ガイドライン

https://www.jspn.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=75

第三部 岩崎人間学研究会の概要・メンバー

二〇一四年八月二十五日 起筆

二〇一四年九月十八日 公開

二〇一七年八月十二日 最終更新

■この会は、個人交流会・勉強会から派生したサークルとして、当サイトの様々なコンテンツを制作しています。

■岩崎式日本語研究会のメンバーとほとんど重なっています。

■内容は、哲学・社会学・人間学・言語学・歴史学・文化人類学・精神病理学・霊長類学・生物学・論理学・数学・物理学など、多岐に渡りますが、主に私（岩崎純一）の精神病理学・精神疾患の研究、言語学・言語体系考案、寿羅穂里阿文明（岩崎式文明論）考案、神道・仏教研究、和歌・古典、郷土（岡山県）研究のコンテンツにご協力下さっています。

■メンバー

●岩崎純一（代表。当サイトの管理人。岩崎式言語体系の考案者。大学時の研究分野はニーチェ哲学・実存哲学・実存主義・構造主義・言語学など。）

●青柳香織

●一条みさお

●江波戸優花

●袴ちの子

●北川良子

●吉備の斎の巫女

●小山治雄

●神代の巫女

●さとし

●曾我部丹佳

●武田あさひ

●つくりつくり姫

●戸井留子

●樋川夜涼

●道満幸江

●長満たき

●吉川りせ

●リュウジ

●Haruo

岩崎式日本語研究会メンバーもご参照下さい。

「日本的共感覚人間学研究会」や「共感覚者和歌の会」などと名乗っていた頃の雑多な内容（岩崎人間学研究会に吸収。メンバーはなくなり入れ替わり、また減少しています。）

● 日本的共感覚人間学（仮称）

● 私の動向の模式図（将来的な構想を大仰に表してみたいものです。）

● 共感覚者和歌の会…解散しました。和歌はこちらにあります。（袴ちの子・青柳香織・岩崎純一）

● 日本の色彩の研究（日本色彩大年表）（藤山セン・樋川夜涼・岩崎純一）

● 岩崎式日本語と ICD-10 との対応（岩崎式日本語のページ内に掲載）（岩崎純一・小山治雄・樋川夜涼・袴ちの子・榊枝美奈・曾我部丹佳・中村美咲・園井波子）