私の一処方

未病としてのひきこもりと柴胡加竜骨牡蛎湯

ルリア記念クリニック 院長　小徳 勇人

キーワード
●柴胡加竜骨牡蛎湯
●ひきこもり
●境界人格構造
●未病

全国に百万人ともいわれる社会的ひきこもりは医学的なかかわりを必要とされながらも一般的な治療の枠組みではその関与に限界があった。ひきこもりは未病であるという東洋医学の補助線は、柴胡加竜骨牡蛎湯のアドヒアランスを向上させ、家族を治療的なシステムに誘導するのに有効であった。

はじめに

社会的ひきこもり者に対する社会的支援は整備が進められてはいるが、いざ家庭内暴力などが発生した場合の対応には困難さを感じることが多い。身近にある医療機関がひきこもり者や家族に対する窓口を開き、相談を受けるためのバックボーンを持つことが二次障害や問題行為を未然に防ぐと考えられる。

定義と和漢との接続

社会的ひきこもりは「社会参加をしない状態が6ヵ月以上持続しており、精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」と定義され、家族以外に対人関係がない状態が持続したまま思春期・青春期を過ごすことにより、二次的に心理・行動上の退行が生じ、社会参加に対する緊張が昂り、社会そのものを障壁として感じてしまう悪循環に陥ると考えられる。そこで塞ぎ止められた（特にフロイドのリビドー説で言えば）リビドーが昂進し、溢れんばかりの状態を漢方では実という。このような血の滾りや気の奔流が結毒した状態に対してさまざまな方剤が考案されたが、吉益東堂は盛んに大黄を配した処方を使用した。その嫡子の南涯はパニックに陥りやすい不安定な心身の状態に対して柴胡加竜骨牡蛎湯をたびたび処方している。

未病としての社会的ひきこもり

ひきこもりの定義上、精神疾患は一次的な原因としては排除されているが、来院するクライアントはさまざまな精神症状を主訴にもつのが現実である。これらの症状を整理するために、筆者はO.カーンバーグによる境界人格構造の診断基準（1967）を使用している（**図1**）。Ⅰ自我脆弱性、Ⅱ思考モード、Ⅲ防衛機制、Ⅳ対象関係の4つの軸で評価することで、家族機能と退行の程度が理解できる。これはアクチュアルに可塑性をもつ家族システムの生理を捕捉することでもある。

図1　O.カーンバーグ（1967）境界人格構造の診断基準

Ⅰ	自我脆弱性の非特異的表出	
	A　不安耐性の欠如	B　衝動抑制の欠如
	C　発達した昇華経路の欠如	
Ⅱ	一時的思考へと向きを変えること	
Ⅲ	境界人格構造に特徴的な防衛機制	
	A　分裂（スプリッティング）	B　原始的理想化
	C　投影の初期形態、特に投影的同一視	
	D　否認	E　万能感と卑下
Ⅳ	病的に内在化された対象関係	

Perry & Klerman 1978 より引用

家族のダイナミクスが、最も脆弱な部分であるクライアントに向かっている事実を家族に再発見させ、脱中心化することがとりあえずの仕事ではあるが、通常、その介入の間にも頻繁な行動化が認められる。不安定に揺らぐクライアントの情態に応じて漢方を選択使用していくが、最も基本的なことは、クライアントへの陰性感情で峻剤を用いないことである。自らの逆転移に自覚的でない治療者は、対人支援に向かないばかりでなく、さまざまないじめや虐待を経験してきたクライアントにとって最新の加害者になる可能性がある。

クライアントの気を享け賜わるという態度なくして、「他者の欲望との外傷的な出会いである思春期[1]」の苦悩に寄り添うことは困難だと思われる。

症例

20歳、男子　工科大学生。

夏休みが終わっても大学に戻らず、自室にひきこもり夜になると大声を出したり、壁を叩いたりしているのを不審に思った母と姉に付き添われて来院。主訴は頑固な不眠。被害関係念慮、赤面恐怖、「世界が終わってしまった」という気分に支配されているという。診察態度は協力的だが、自己の症状を伝える困難さに疲れており、身だしなみはどこかちぐはぐな印象。吃音、浮脈、臍上悸を認める。

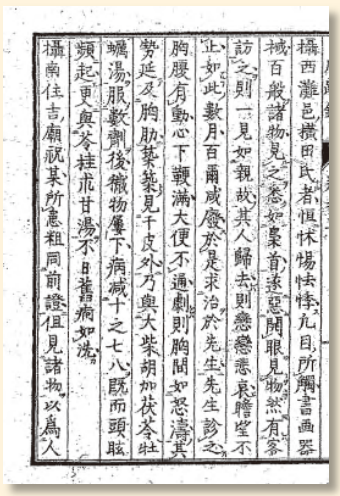
◎経過

アンヘドニア（失快楽）と不眠に対して処方したSSRIを過量服用して再診。「一錠飲んだら、床の間の市松人形が噛いながら高速回転しはじめた。怖くなって残りを全部のんでしまった。気持ち悪い」。それ以降、クラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯6g分2の処方に切り替える。「今日は父親が送ってくれた。運動会にも来てくれなかったのに、『リストラ覚悟』って大袈裟でしょ」とはじめて笑った。処方期間は1ヵ月であった。

考察－柴胡加竜骨牡蛎湯を中心に－

吉益南涯の成蹟録題72条に、灘の大店主が畏れと慄きにより百事を廃するという記録があり、大柴胡加茯苓牡蛎湯にて療治せしめているが（**図2**）、南涯はこの大柴胡加茯苓牡蛎湯を柴胡加竜骨牡蛎湯の原方と考え、用いていたと推察される。

図2　吉益南涯（成蹟録より）



京都大学電子図書館（富士川文庫）から

また西岡らは、大黄含有成分中に抗ドパミン・抗セロトニン作用を示すRG-タンニンを見出し、その作動が黒質－線状体に及ばないため、行動毒性を生じない抗精神病薬としての可能性を示唆している[2]。そもそも筆者が柴胡加竜骨牡蛎湯を処方する理由は、承気湯的な性格をよく再現するエキス剤、すなわち大黄を含有するクラシエ柴胡加竜骨牡蛎湯に出合ったためであり、大黄を含まないエキス剤に比してタンニン（RG-タンニン分画を含む）を構成するカテキン、エピカテキンなどが抽出され[3]、症例に見るように神経症、うつ状態、精神病様症状と多彩ではあるが、神経可塑性のゆらぎと捉えられる状態に対して広く応用が可能である。

対人関係からの撤退としてのひきこもりは、誰にでも起きうる事態であるとはいえ、対外的な構え（外面）の綻びからはじまる出来事として捉えることが可能である。それから徐々に進行する退行が未来を腐食していくことは、アクチュアル（未病）な問題として医学的に対応することが望まれている。

筆者は他にも同様の症例を多数経験しているが、呈示した症例のように、こと若年者においてはSSRIにより行動化が生じることは指摘されており[4]、また操作的診断では捉えきれない内面化された対象関係の問題が、思春期－青年期の課題として確かに存在する。社会的困難さと精神的苦痛がひきこもりという事態に同居しているという事実。このデッドロックは認識システムと情動システムのコンフリクトとして、すなわち気と血の問題として捉えることが可能である。気を享け賜わる承気湯と、肝火を醒ます柴胡湯がこれを解く鍵となる。数多くある漢方方剤の中で、柴胡加竜骨牡蛎湯は未病を支えるための可能性を示している。

最後に

この内容は第6回茨城県精神病理研究会での発表をベースに纏めた。未病（アクチュアル）と既病（リアリティ）を分けるものは可塑性である。ひきこもりを気と血の鬩ぎとして事（こと）として扱い、結実させない試みとして呈示した。同精神病理研究会における斎藤環博士の講演と懇談に多くのインスパイアを受けている。ここで改めて感謝する。

参考文献

1）　斎藤環　フレーム憑き―視ることと症候　青土社　2004.
2）　Kawashima Y et.al, Studies on Rhubarb XV. Simultaneous Determination of Phenolic Compounds by High Performance Liquid Chromatography　Chem. Pharm. Bull.　37: 999, 1986.
3）　クラシエ薬品社内資料
4）　小徳勇人ほか　気分障害―精神科臨床ニューアプローチ2　気分障害治療薬の特徴 p42-50　メジカルビュー社　2005.