

## 方法の吟味と対象の特定 : カール・ヤスパーズにおける記述と疾病概念

著者	大宮司 信
雑誌名	人間福祉研究
巻	12
ページ	37-42
発行年	2009
URL	<a href="http://id.nii.ac.jp/1136/00000316/">http://id.nii.ac.jp/1136/00000316/</a>

# 方法の吟味と対象の特定 －カール・ヤスパースにおける記述と疾病概念－

大宮司 信

## 1. はじめに

医療をめぐる状況は周知のように近年大きく変化してきた。精神医療関係においても、単に医学的な治療だけではなく、従来からの看護に加えて、リハビリテーション、家族教育、社会復帰活動などなどの広範な広がりが見られる中で、法体系も病気としてだけでなく、福祉の対象として、知的障害や老年障害と同じように精神障害にも援助の手を広げようとしてきている。

精神保健法が精神保健福祉法と名前を変え、福祉の面でも支えようとする方向へと名称変更したことはその一つの表れである。つまり精神の病気が、医療や援助の対象だけではなく、福祉の対象ともなったといえる。

広く医療全体にわたる援助の輪の中で、医療とは独立して、また独自の理論と手法をもって福祉の活動は存在している。従って身体・精神・社会的な全体としての人間を援助しようとする立場に立って、対象をどう定めるか、すなわち何を目標にするのかといった対象設定は、理論的にも実践的にも福祉にとって重要な基本的問題であろう。

このうち領域を人間の精神の側面にしぼっても、医療モデルでは対応できない福祉の側面から考えていく場合、受け身で与えられた

分野の中で疑いなく動き回っている分にはさしたる問題は出現しないが、ひとたび自覚的・反省的になろうとすると、その根拠と守備範囲を定めることは複雑でやっかいである。そこで本論文では、精神医学からみた疾病概念に関する考え方から逆照射してこうした問題を考えようとする。

## 2. ヤスパースと「精神病理学総論」

### 2-1. ヤスパースと記述学派

材料として取り上げるのは精神病理学上、記述学派と呼ばれている立場である。なぜならこの立場は先にあげた問題意識を強くもち、その流れにそって考え抜いた構想を提示してきたからであり、また現在、標準化された診断法とされているICD-10やDSM-IVなどの操作的診断基準の流れにおける小さなひとつの源流に思いも掛けぬ形になっている（むしろ仕立てあげられている）と考えられるからである。

もちろんこのような表現は多少奇異に響く。この学派の精神症状の把握と操作的診断のそれは水と油の違いがあるからだ。先を急ぐので相違点の具体的内容については詳論できないが、たとえば記述学派の代表的な一人であるシュナイダー、K. があげた統合失調症の特異的諸症状は、シュナイダーの構想とは

まったくかけ離れて操作的診断のメニューの中に組み入れられているのである。

この記述学派のうち、本小論で中心的に取り上げるのはヤスパース、K. と彼の精神病理学総論（以下「総論」）である。ヤスパースと本書を取り上げる理由は、記述学派のもっとも理論的な側面が本書で集中的に記述され、また現在に至るものをおこれ乗り越える構想が記述学派からは出現していないからである。

ヤスパースに続いたグルーレ、H. やシュナイダー、K. には個別的な面において相違と特徴があり、またヤスパースの論を深めてもいるが、基本的にはヤスパースを凌駕するものではない。「総論」の中でも、本論文でさらに絞り込んで取り上げるのは、彼が巻末に近い箇所述べる精神医学の疾病概念に関する部分である。

## 2-2. ヤスパースと彼の精神病理学の構想

代表的な実存哲学者のひとりであるカール・ヤスパースは、30歳を過ぎるまでハイデルベルク大学精神医学教室で精神科医として過ごした。といっても年齢からもわかるとおり、大成した医師・医学者としてではなく、医師の卵、今日的表現で言えば研修医として過ごしたのである。周囲の同僚研修医と異なり臨床医としての修練・活動よりもデスクワークが主であったのは、学問的な志向もさりながら臨床医としての修練が健康上困難だったからである。

彼は医学部の卒業論文試験でも精神病理学的課題を取り上げて首席を得たが、のちに哲学に転ずるまでの間に、精神医学・精神病理学に関する論文を幾篇か書き上げている。彼の精神病理学の名著であり、今日にいたるま

で、精神病理学の世界に強い影響を与えた「総論」の初版<sup>1)</sup>にそれらは結実している。そして哲学に転じて20年以上ののち、彼は「総論」を大幅に改訂増補する<sup>2)</sup>。その規模は邦訳では約3倍となっている。

ヤスパースの目指したのは、思い込み、特定の視点、哲学的な前提から出発するのではなく、自然科学に規範をとるような、学としての形態と内容をもつ精神病理学であった。それは当然、彼以前に世に問われた様々な精神病理学に対する批判、特にその認識方法に対する厳しい批判を含む。

他者の心的状態は言語化できるのか、できるとすればその根拠と方法にはどのようなことが必要か。ヤスパースの関心の第1はそこにある。物質に関する記述とまったく同一ではないにしても、人間の心もまた十分に普遍妥当性をもって記述できるはずだという信念が彼にはある。厳しい批判精神とともに、このような心を記述する学への信頼感とも言うべきものが彼には見て取れ、「総論」の中に大きな位置を占めている。それは具体的にはどのようなものであろうか。

## 3. ヤスパースにおける記述

### 3-1. 記述と命名

事象を記載する記述、対象にしかるべき名称を与える命名はあらゆる学問の基礎である。精神科臨床医にとってもそれは同じで、われわれは毎日患者の病状を記述している。患者の症状や言動を記述することは臨床家にとって日常的な行為であって、あらためて記述という行為の意味を問題とすることは一見必要ないようにみえる。

にもかかわらず、通常は問題にならないこ

の記述という日常的な作業の意味を問わなければならないのは、記述が精神病理学にまつわるすべての問題の出発点となるからである。ここで出発点というのは初学者がすべきことといった意味ではもちろんない。記述という行為によってわれわれは、対象のもつ無限の諸側面の中から、その一部分をあえていえば恣意的に切りとるのである。ある場合にはほんやりと、ある場合には明瞭に、またある部分を記述すべき部分、ある部分を記述する必要のない部分に区分けするのである。このように考えるとき、記述はきわめて戦略的・主体的・自覚的な行為として位置づけられるし、だからこそ自覚的な方法論的・認識論的批判を要する領域なのである。

ヤスパースにとっても、記述は単に患者の発した言葉や、表面にあらわれた行動を記録することではない。「患者が現実には体験する心的状態をまざまざとわれわれの心に描き出し、近縁の関係に従って考察し、できるだけ鋭く限定し、区別し、厳格な術語で命名すること」<sup>2)</sup>という彼の表現には、

1. 記述さるべきものが物質ではなく患者すなわち他人の心的世界の様態であること

そしてそれ以上に

2. 記述という行為の中にすでに、「まざまざとわれわれの心に描き出す」態度、すなわち他者の心の了解 (Verstehen) という方法が組み込まれている。

同時にここには、心的な内容でなく、心的な形式への注視がみてとれる。この点はグルーレ、H. も同様で、彼は次のように述べる。「純粋な記述学は意識に無媒介的に究極のものとして与えられる。この学は、龐大な内的

経験から、内容的でなく機能的に同じ種類のものを取り出すこと、可能的で偶然的なものから機能的に同じもの (das funktionelle Gleichartige) を抽出し、基本的な現象を記述して確定することである」<sup>3)</sup>。グルーレのいう「内容的でなく機能的に」とは「内容でなく形式に」と同意であると筆者は考える。

例えば恐怖という術語を考えると、自分の部屋の机上のナイフが恐ろしいといった具体的な対象に対する恐れは臨床的には確かに大事でないことはないのだが、重要なのは恐怖の強さといった量的な内容や、あのナイフやこのハサミに対する恐怖、あの友人やこの隣人に対する恐怖の対象に関する内容ではなく、とがったもの一般に対する先鋭恐怖、対人一般に対するおそれにちなむ対人恐怖といった形式に収斂され命名されることなのである。

精神医学では命名される重要なもののひとつが症状である。ヤスパースにとって症状 (Symptom) は疾患 (Krankheit) を指示する標識である。疾患という原因から症状という結果が生じる。身体疾患の場合には、疾患も症状も自然科学的客観性をもつ物的な事象である。しかし、精神疾患の場合は簡単でない。症状は心的な事象として現れるが、疾患は物的であり、さらに内因性精神病の場合には疾患が未知であるという事情がある<sup>4)</sup>。

またヤスパースは記述に際して患者 (と想定される者) という他者の自己開示を認識する確かさ (明証性 (Evidenz)) に関してはナイーブなほどに疑っていない。もちろんこの点は看過しえない大問題で、フッサール以降に現れる現象学的精神病理学の出発点になるのだが、詳しくは本小論の範囲を超える。

### 3-2. 了解不能性

記述に対する認識論的批判と吟味に並んで、ヤスパースの精神病理学における今ひとつ大きな概念は、了解性の反対概念である了解不能性である。ヤスパースは心的に了解のできない状態に関して、脳を中心とした身体の質的異常・機能失調に由来する精神への表れを想定した。きわめて単純化した言い方をしてしまえば、ここからは「了解」という作業から「説明」という作業に変わる。統合失調症を念頭においた従来いわゆる内因性精神病の精神病理の形式的特徴の中心は、彼の精神病理学においては了解不能性である。

しかし了解不能・了解可能を判別する根拠は時代の言わば常識と言うべきものが前提となっているのではないか。ここでいう常識とはもちろん理論的知識ではなく、それに対応して表現するとすれば実践的知恵というべき、行動を決定する基準のことであり、一種のセンスとも表現できる機能である<sup>5)</sup>。

現代の常識はヤスパースの時代のそれと同じではもちろんない。個性が強調される今日、上述したような意味での万人に共通する常識はないと考えたほうがよいのかもしれない。精神医学の疾病の中から同性愛が消失する一方、性同一性障害が疾病としてみとめられたのもこうした常識の相違を如実に示す事例であろう。

## 4. 「総論」における精神病の疾病概念—記述との関連

身体の病気では、「病気であること」は患者も医師も同一の視点に立てる。しかし精神の病気では、ある精神状態をはたして病気の症状とみなしてもよいのか、そもそも精神の病気というものが存在するのかと疑問が生じる

ことはまれではない。精神のいわゆる異常に関して、昔からわざわざ「狂気」という言葉が「病気」という言葉に対比して存在し、両者を分かっていたほどである。

一方精神の病気を脳の病気と考える視点があり、現在説得的な考え方となっている。確かに精神疾患という「精神の病気」よりは、脳疾患という「臓器の病気」といったほうが抵抗は少ない。

しかし例えば、アルツハイマー型認知症は神経細胞の病的脱落増加によって生じる疾患であることはほぼ間違いないが、現実の臨床場面では、脳の萎縮の度合いと認知症の進行度合いが一致しない場合が少なくない。また認知症症状がまったく見られない場合に大きな脳の萎縮がみられることがあるし、逆にかなり大きく、どう考えても認知障害が起こりそうな脳萎縮がありながらも、認知症とはほど遠い知的機能を保持している高齢者も少なくない。このような例を考えると、精神の病気を脳の病気とみなし、そこに精神の病気の根拠を求める企ては必ずしもうまくいかない。

われわれは脳の異常をそのまま精神の病気と考えるのではなく、ある一定の精神の変調をとらえて病気とするのである。これは脳の異常によって出現する身体症状をすべて病気とはみなさないのと同じである。すなわち原因からではなく（もっとも現在多くの精神疾患の原因は特定されていないが）、症状の性質から精神の病気を考えるのである。

それでは上述したような構想からヤスパースは精神疾患をどのように考えたのであろうか。大幅に改訂された第4版以降の「総論」では末尾に近い部分で、ヤスパースは精神医学における疾病概念について自らの見解を展

開している。

彼はまず健康と疾病という定義付けできる可能性のある概念が、必ずしも明瞭ではなく、身体疾患の場合でもせいぜい平均規範と価値規範という2つの規範によって「生の逸脱」として表現されるに過ぎないという。

すなわち数として表される平均からの偏倚、平均規範がまず第1の意味で疾病概念を測る尺度になるという。第2は価値規範であるが、これは生を営みづらいか、営みやすいかという尺度であり、いまひとつの疾病概念の要因というのである。もちろん彼はこのどちらの規範についても曖昧であるとし、言語化はできても現実にはどのような基準で測るかなになると問題を生じると考えている。

このような体系的な基準をもとにした疾病概念をヤスパースは取らない。目前の患者のありよう、すなわち彼の言葉を引用すれば「存在概念に即して」(nach Seinsbegriffen) 考えるのである。だから当然の帰結として、彼の精神疾患の疾病概念は体系的に一定の序列に即して整然と配列されるのではなく、典型的に「編成」(Gliederung) されることになる。ヤスパース自身の表現を借りれば次のようになる。

「心的症状は分類するだけで身体医学におけるような通常の医学的な診断を行うことは不可能である。われわれは常に類型形成 (Typenbildung) を行っているだけなのである。症状、症状群、精神病質人格、人格の発展、過程、躁うつ病、分裂病などはすべて類型に過ぎない。これらはことごとく心的事象の記述だけに基づくものであるため、常に相対的で相互の移行を許す類型に過ぎない。しかし、心的事象の記述のみが経験的素材を

取り扱う唯一の方法である以上、類型の純粹記述の推進が阻止されてはならない。」

ヤスパースの考える「存在概念」(Seinsbegriffen) とは具体的にどんなことであろうか。それは患者から見れば「病苦」(Leiden) であり、医師という観察者から見れば「了解不能性」(Unverständlichkeit) であり、この2つが病気としての精神状態として我々が治療の対象とする出発点 (Ausgangspunkt) であると彼は言う。

「観察者にとっては、何らかの了解不能性の様式を見つけることが出発点となる。たとえば了解可能な関連が異常な機構によって置き換えられるのはそれであり、或はまた交通の可能性が根こそぎに断絶したり、了解不能な動機のために危険を孕むような「狂気」の場合がそれである。(中略) 患者からみれば出発点は病苦であり、それは自己の現存在での病苦であることもあれば、自己の現存在の中へ闖入し、異物のように感ぜられるものについての病苦であることもある。」

ここに了解性および了解不能性という概念に到達した記述という方法と精神疾患の疾病概念の相即的な結合が完成する。精神の病いを全体としてどう考えるかという課題はヤスパースに確かにあったではあろう。しかし彼は自分の打ち立てた精神病理学に立って、目前の存在が病者であることには確信を持ったと思う。同時にその目の前にいる病者の精神の病理が明らかにされること、しかも学問的に確かな手段と基礎をもって明らかにされること、逆に精神疾患の枠付け、すなわち精神医学における疾病概念を確定することに通じると考えたに違いない。

## 5. ま と め

ヤスパースの「精神病理学総論」の基本構想、特に記述の中にある了解性・了解不能性と、精神医学の疾病概念を取り上げて、彼の精神病に関する概念・構想に触れた。彼の唱えた精神病理学的な概念規定は現在も有効であり、特に精神病圏の精神病理に関してはなお価値を持っていて、この基礎の上に現代の精神医学は成り立っている。

ヤスパースに学ぶべきは、この方法に対する自己吟味の苛烈さとともに、いやむしろそれ以上に、方法の吟味と対象の特定が同時進行的に進められていく、方法と対象の相即性であると考ええる。

証拠に基づく医学 (evidence based medicine, EBM) の大きな流れの中で、医学モデルとは異なるというだけでなく、独自の方法論とあくなき洗練が福祉領域で必要とされることは改めていう必要はないだろう。

一方病者とその周囲を巡って、看護・介護・福祉などのそれぞれが、対象領域を巡ってともすればせめぎ合うこともあろう。従っておのが対象領域・具体的な援助対象を明確化していくことは毎日常に問われる。

単に対象の相違を競うのでなく、それぞれの方法に基づいて援助活動の実際に携わる重要性は改めて言うことではないかもしれないが、さらに進めて、方法と対象の相互関連を日常的に常に洗練していくこと、それがヤスパースから学ぶもっとも大事な方向と考える。

### [文献]

1. Jaspers, K.:Allgemine Psychopathologie. 1. Aufl., Springer, Verlag, Berlin,1913.(西丸四方 (訳) : 精神病理学原論. みすず書房, 東京, 1971.)
2. Jaspers, K.:Allgemine Psychopathologie. 5.Aufl., Springer, Verlag, Berlin / Heidelberg / New York,1965. (内村祐之, 西丸四方, 島崎敏樹, 岡田敬蔵 (訳) : 精神病理学総論. 岩波書店, 東京, 1953, 55, 56.)
3. Gruhle, H.W.:Selbstschilderung und Einführung. Z. Neurol. 28:148-231, 1915.
4. 渡辺哲夫:記述学派 (土居健郎, 笠原嘉, 宮本忠雄, 木村敏 (編) : 異常心理学講座 1 : 学派と方法. みすず書房, 東京, 1988.)
5. 木村 敏:異常の構造. 講談社, 東京, 1973.