

パースのプラグマティズムに依拠した 精神病理学構築への試み

大宮司 信

パースのプラグマティズムに依拠した 精神病理学構築への試み

大宮司 信*

I. 精神医学の遠心と求心

病気とやまいという言葉が明治以降分極化されて使われるようになったという事実が、新聞記事における時代による表現の違いをもとに指摘されている⁵⁾。人間生活全体に広がりを持っていた「やまい」という言葉がすてられ、身体事象に還元される「病気」という言葉が優勢をしめていく方向が新聞記事の表現の変遷の中に示されているという。

こうした傾向については、マスコミ報道や一般啓蒙医学関連雑誌の論調は批判的であるように筆者には感じられる。人間を人間として見ず身体としてのみ見る、やまいという全体として見ず病気という部分として見ているというのである。

この主張は精神医療にも適応される。すなわちメニューに基づいた面談のみで、薬が処方され、肝心の心の苦しみを聞いてもらえないというのである。「薬はいらない。心の苦しみを聞いて一緒に苦しんでほしい、カウンセリングでなおしてほしい」と希望して外来を訪れる患者はめずらしくない。だが現代精神医療はこのような希望に応えられるだろうか。

精神の病気の定義は曖昧と考えられがちで

あり、一般に今日精神障害 (mental disorder) (注-1) といわれる状態に限っても、あまりに対象がひろすぎる。このうち例えば子供を対象とする領域は、アスペルガー症候群などの自閉症領域の広がりともあいまって、児童精神医学という分野に独立したし、認知症を中心とする老年領域も特殊な精神医療の分野になりつつある。このような動向は身体医学の内科が小児科、老年科へと分化していった経緯と類似するし、もともと精神医学は身体医学に対応する位置にあり、従って身体医学全体に対比される広い領域を対象とする。今日の精神障害の内容の広がりの一つの要因は、こうした背景に由来する当然の成り行きであろう。

おおざっぱな論述になるが、職種からみても生活のなかの諸問題に対応する心理臨床と精神の病気を対象とする精神医療における心理臨床は、手法は似ているにしても異なるものと筆者は考える (注-2)。

それでは現実の中の精神医療・精神科医の医療活動の実際はどのようなものなのだろうか。以前にも引用したが、中嶋⁹⁾は精神科医の平均的な一日について、自らの体験を下敷きにして次のように記している。

「病院にいて、暴れている患者や、頑固に

*北翔大学人間福祉学部医療福祉学科

キーワード：精神病理学、C.S. パース、プラグマティズム、術語

被害妄想を訴えてとりつく島のない患者に対して、うまいタイミングで『疲れているだろ』などと声をかけて、ちょっと気持ちがゆらいだ瞬間をとらえて『しばらく入院して休もう』などと話したところ、意外にも患者がうなずいて同意したときの爽快さ。そして、それから下手に間をおかずに、看護師を呼び、3人で一緒に歩いて話しながら病棟に行き、鍵を開け、入院させ、ときには入院したと同時に『やっぱり入院したくない』などと叫び出すため、看護師と一緒に身体を押さえて、保護室に入れ、注射をして一段落するまでの緊張感。こんな感じを味わうとき私は、ああ精神科医しているなという満足でいっぱいになる。たしかに世の中のために、自分の専門性を生かしながらながしかの役に立っているということを実感できるからだろうと思う。」

中嶋のようにこうした患者を目の前にしたときには筆者も同じような緊張感は懷くが、同じような満足感・世の中に役立っているといった実感はない。逆に、「こんな事がはたして医療といえるか」といった疑問や、健康人でしかありえないという申し訳なさに似た感触をもつ⁷⁾。

現代の精神病理学の諸理論はそれぞれに首肯できる面があるのはもちろんのこと、それに従って患者の新たな一面が見てとれる事も確かである。しかし、精神病理学がどのような領域であるかを考える時、まず我々精神科医の日常的な現場、例えば上述した中島のような体験の中で何が行われているか、何をしているかをふまえ、現場で自らがなしている行為に密着した精神病理学を立ち上げていく必要があると筆者は考える。

Ⅱ. 現代の精神病理学： ヤスパースの了解をこえて

明確な認識論的自覚をもった精神病理学がヤスパース、Kに始まることは論をまたない。意図したかどうかは別として、現代に至る精神病理学の試みはいずれもヤスパースのいう了解をどう理解するか、またどう超克するかという視点から捉えることが可能と筆者は考えている。後に述べる筆者の構想と対比する意味で、ここではそのうちの代表的な二つの立場を紹介しておきたい。

Ⅱ-1. 現象学的人間学的精神病理学

ブランケンブルグの著書「自明性の喪失」²⁾は、統合失調症（精神分裂病）のうち陽性症状（幻覚・妄想など）が少ない、寡症状型統合失調症（分裂病）といわれるアンネ・ラウという一女性例をとりあげたすでに古典的な書である。この書でめざされるのは、個別的な精神症状についての解説や理解ではなく、「世界に根をおろしていること（碇泊していること）（Verankerung in der Welt）」、あるいはアンネの言葉を借りれば「自然な自明性（natürliche Selbstverständlichkeit）」の喪失として統合失調症（精神分裂病）の事態をとらえることで、これに統合失調症（分裂病）性阻害（schizophrene Alienation）の用語をあてる。ここでは症状の組み合わせとしての病像や病者像ではなく、現存在変容としての統合失調症（精神分裂病）者が描かれる。その具体的な外的な現れを、例えば症例アンネは次のような様態として示す。

「アンネは答えの出る質問や出ない質問をいろいろとならべたてて母親を苦しめる。たとえば、これこれの服地はどんな服にいいか、

どんなときにどんな服を着ればいいのか、それはどうしてか、といった質問だった。一度聞くだけでは気がすまず、同じことを何回も説明させるのだった。状態がかなりよくなって一人で外出が許されたとき、彼女はショーウィンドーを見て回って、この服地は自分の気に入るがあれは気にいらないとか、この服はこんなときに似あうけれどもこんなときには似合わないとかときめるのに、どのくらい時間がかかるかをためしてみた。それが以前のように『てんでだめ』ではなくて『ちゃんとすぐにわかった』と思った彼女は、『気も心も軽く』なって、『きちんとした』気持になれた。『ところが帰り道に、なにかも急にどこかへ行ってしまいました。もうその理由を言うことができなくなりました』。その結果、再び絶望がおとずれた。」

ところでこの著作に出てくる症例アンネは、記述された臨床経過の後、数年して症状の増悪と共にそれ以前にもあった自殺念慮が再度顕著になり、やがて家人の目を盗んで自殺をしてしまう。著者ブランケンブルグを始め、どの精神病理学者も自殺に終わったアンネの終末に対して遺憾の念を感じない者はいない。ただしその感じ方には二種類があると思う。

即ち下坂¹¹⁾のようにあくまで精神療法的な失敗が為せる結果であり、自殺の予防は可能であったとみる立場である。この立場に立つと治療上の失敗が自殺という結果に到ったということになる。

一方この書の中心的記者である木村⁶⁾は、アンネとは別の自殺した統合失調症の自験女性例に関して次のように述べたことがある。「今度は彼女自身の立場に立ってみるならば、自殺の成就是むしろ輝かしい勝利を意味して

いるだろうとすら思われるのである」。このように述べるのは、現存在変容である病的事態が、この症例の場合、両親の無理解、特に父親の圧倒的な行為に対する一種の自己主張ととらえるからで、従って正気に戻るということは、彼女が再びこの過酷な世界に正気で直面しなければならないということ、もう一つの悲劇と直面すると考えるからである。もちろん木村は「常識的観点に立つならば、彼女の自殺という終末は治療の決定的敗北を意味するだろう」と述べている。しかし同時に彼は「もしも彼女がもう一方の選択を、即ち自己を失った人形的存在への退却という選択を選び取って、両親の元に安住するという事態の方を招いたとしたならば、そのほうがもっと無惨な敗北を意味したのではなかっただろうか」と述べる。

現象学的人間学の立場から書かれた有名なビンスワンガーの症例、エレン・ウエスト¹⁾の自殺も同じように考慮しなければなるまい。ビンスワンガーに対して多くの精神療法家の批判があった。しかし、ビンスワンガー自身は「エレンは彼女の死に直面することにおいて初めて『単に自己自身に到達したのみならず・・・自己自身及び世界から解き放たれた』という見方をしている。

先にふれた木村⁶⁾は次のようにもまた述べている。「患者の死が彼ら自身にとっては自己を実現する唯一の残された道だったとはいえ、後に残った私達に痛恨の念の抱かせずにはおかないのは、私達が彼らにおいて死が十分な時熟をとげるような配慮をなしえなかったことに対する怨みからに他ならないからである」。

以上のような自殺をめぐる見解は次のよう

な理解に到るであろう。即ち自殺そのものが悲劇であった事は間違いがないが、統合失調症（分裂病）という現存在変容のいわば必然の帰結である。

筆者は下坂のような立場に立つものではないが、さりとて素直に木村の意見にも与し得ない。医療という立場に立つ限り（そして当たり前だが精神医学は医療の中に位置づけられるのであるから）、「よけいな世話」といわれようとも、理由の如何に関わらず、自殺を防ごうとするのは、いわば公理的な義務であり、それは容易には乗り越えられぬのではなしかと考えるのである。

Ⅱ－２．解釈学的精神病理学

第2にあげるのは、了解というヤスパースがあげる精神病理学の基礎を、解釈という視点から乗り越えていこうとする立場である。ここではそういった方向性をとると筆者が考える総田の見解に触れてみたい。

「精神病理学的現象はそれ自体として語る事を許す物理的現象とは違って、常に既に解釈されたものとしてのみ精神病理学的現象である」と総田¹²⁾は述べる。つまり精神病理学的現象は物体や物理的現象のように、いわば知覚的に所与される即物的なものではなく、常に解釈が前提になっている現象であることを指し示していると彼は言っているのだと筆者は理解する。

また彼は「精神病理学的現象が何であるかは、それがどのように語られているかに他ならない」として、「どのように語られているか」という表現で解釈という言葉を使い分けている。そして幻覚や妄想のように、従来のヤスパース流の精神病理学において了解不能

と表現される現象は、それが他に依存せず独立した意味を有する言葉ではなく、意味を持つ言葉に対する反意味を持つ言葉として提供されているから、了解が不能なのだと述べている。

解釈ということに関して総田はまた統合失調症（精神分裂病）を例にとって次のように述べる。「分裂病者について語るのではなく、我々がどのように分裂病を語っているかを解釈する事でしかないだろう」、「分裂病はどのように語られたものとしてのみ分裂病なのである」。

精神病理学的現象を記述する事が、物体に命名したり、自己を捨象して、いわゆる客観的に記述することではなく、自己もその中に巻き込むような解釈という行為であるという主張がここでも述べられる。

彼はまた「解釈が上首尾に進む場合には解釈枠から個別例の理解が深まり、個別例の理解を通じて解釈枠もその素朴な前提を問い直される」と述べ、個別の症例と精神病理学的な解釈枠の循環的なし入れ子細工的な構造を示している。

総田のような見解は、精神の病の開示の現れ方に基礎を置く現象学的な視点とはことなり、個別の具体と受け止める解釈枠の相互性、そして、解釈という行為をそのうちに含む点で、筆者の指向により近い。

Ⅲ．行為を基礎に置く精神病理学

Ⅲ－１．治療から理解へ、臨床から理論へ

精神病理学が用いるさまざまな述語や概念は临床上の必要から作り出される。それらは組み合わされ体系化されて、やがてはひとつの理論となる。できあがった理論は逆に臨床

に応用され、いわば追試されることになる。ここで「臨床上の必要」という言葉の内実は治療である。すべての臨床的営為は治療をめざす。だから治療を支えるという点では、理論は一つでなくてよい。回答は複数存在する。

さてここで治療というのは何も特別なことを言おうとしているのではない。「治療とは何か」という一般的な問題に答えようとすれば、おそらく誰一人として満足のいくような、必要に足るか十分な解答を出すことはできない。勿論だからといってこの問題を考えなくてよいというわけではない。

臨床の現場では、理念としての治療概念から出発して目の前の患者の治療目標を設定するわけではなく、目の前の患者がいかに日常生活を維持していけるかを中心に、患者自身が生活していこうとする方向を大事にして、そのつど設定されていく。これが具体的な治療概念の実態ではあるまいか。

ただし精神医学にはこれとは別な固有の特質と限界がある。精神医学においては事例性(caseness)という点が無視出来ないことにある。患者の中に生ずる問題を、治療という形を提供する事によって解決しようとするのが医療の立場であるが、精神医学においては取りあえず現場において患者が欲しない事を提供し、結果として患者が考えるより更により効果を生みだせるような、一種のパターンリズムが存在している。先に示した中島の描写はそうした日常のひとこまを語っている。このような事例性と精神病理学の関連については先に考察した³⁾のでここでは改めては述べない。

Ⅲ－２．理論と応用：工学の知

精神病理学は普通、応用の学に対する理論の学として位置づけられる。つまり、理論としての精神病理学、その応用としての臨床精神医学という位置づけとなる。

ところで従来、工学は物理学をはじめとする自然科学、特に理学の現場への応用と考えられ、現実を分析し再統合することによって何かを創造する分野と考えられてきた。ところがコンピューターとロボットに象徴されるように、現代の工学はそうした発想をとらず、現実と同じ動き・働きをするものをまず作り、この作りあげたものと現実のものの異同・相違を研究することによって、逆に現実を認識しようとする。

この点で工学は応用の学問ではなく、独立した新しい認識を提供しうる学問ということになる。すなわちある種の認識が、現実的な創造行為の結果から引き出される点が重要であって、すべてが明らかにされなくとも、創造された事物に限定された形で、ある種の事実認識は成立するという視点が生れる。齊藤¹⁰⁾はこれを限定合理性と呼んでいる。

本稿では精神病理学もまた工学と同じように、治療という創造・実践と認識論的にも不可分な学問領域であること、具体的には治療という名のもとに、人間の心に作用するという行為が、その普遍性や妥当性の根拠になっている学問領域であるという考え方に立ち、臨床現場という実際への応用ではなく、独立した認識を与える学として精神病理学を考えている。同時に行為としての治療がまた理論を考え出す基盤になり、新たな理論構築の源泉になると考える。

もちろん工学といえども理学と同じように

理論的な契機を持たぬ訳でないことはいうまでもない。ここで言いたいのは精神病理学が、工学と同様に行為と不可分な学問領域であるということである。

Ⅲ－３．薬物療法と精神病の病態

こうした消息は治療、特に薬物治療と病態、この場合には脳内の発症機序仮説との関連にも伺える。周知のように統合失調症（精神分裂病）が脳内の神経伝達物質のひとつであるドーパミンの過剰活動によって発症するというドーパミン仮説がある。この仮説は現在様々な証拠によって信憑性をもって受け止められている。例えば、１．ドーパミンの放出促進と再取込阻害を有するアンフェタミンの摂取によるアンフェタミン精神病が妄想型統合失調症に類似し、抗精神病薬で症状が消失すること。２．抗精神病薬のドーパミン受容体遮断作用、特にD₂受容体の実験上の遮断力価と臨床上の用量との間に相関があることなどはその有名な例である。

しかし抗精神病薬が使われはじめたのはドーパミン仮説をもとにしてではない。抗精神病薬の初めといわれるクロールプロマジン¹²は元々は冬眠を促進する物質として、外科、麻酔科領域の薬物として開発された。これが1950年代に意識を低下させずに幻覚妄想などの精神病様症状を取り去ることが発見されて以来、多くの類似薬物が開発され理論付けがなされてきた。抗精神病薬の中にはパーキンソン症状群を引き起こす薬物も含まれるが、周知の通りドーパミンの不足がパーキンソン症状群を引き起こす事が知られており、この点からもドーパミン仮説は支持される。

しかしアンフェタミン精神病が抗精神病薬

で治療可能なこと、抗精神病薬の臨床用量と受容体遮断作用との相関などのドーパミン仮説の根拠は、いずれにしろ抗精神病薬が臨床的に有効性を持つということが根幹を成している。つまりここでは治療の有効性が理論を支えているのであり、ドーパミン仮説という理論そのものにはまだ反証となるような事実も存在している。

また、抗精神病薬が作用するのは主に陽性症状とよばれる幻覚や妄想だけであり、陰性症状の改善には限界があるという事実から、逆に統合失調症の陽性症状と陰性症状は別物ではないかという理論的な提示がなされる。

このような事態は抗うつ薬に関しても知られている。ロンドンの聖トーマス病院のWestとDally¹³は、不安・恐怖症が前駆するうつ病に関して論述しているが、この報告の重要さは「まず治療ありき」という考え方であり、彼らはモノアミン酸化酵素阻害薬が奏効したうつ病群を取り出し、それが従来うつ病と異なる臨床特徴を持つことを示し、現代の非定型うつ病概念の端緒を開いた。この論文は、半世紀経た今日いまだ臨床的価値を失っていない。つまり薬物効果から、うつ病の特徴付けが可能とする見解である。

いずれにしても薬物が精神症状に作用するという事実からそれまで知られていなかった新しい理論が組み立てられた。一般に治療の結果から理論が生まれるということは臨床医学では珍しくないのである。

それでは治療から精神病理学を考えるとという立場は実際にはどのようなことでありうるか、次に精神症状を表す術語を考える中から考えてみたい。

Ⅳ. 例示としての術語の命名

Ⅳ－１．症例呈示

症例：男，初診時28歳，統合失調症

（患者には以下に述べる症状経過や治療状況について学会及び論文で発表したいという筆者の希望を述べ、口頭で了承をもらい、その旨カルテに記載した。本人の特定につながる可能性のある事項は省略ないし必要最小限の改変を加えている。）

（主訴） 1）右側につよい項部の疼痛 2）「テレパシーや霊体の作用で頭の中が異常となる」

（現病歴）

高校生の頃より、街の中で数人の男が集まって、「おまえが言った」などという言葉の小耳にはさむという体験から、テレパシーで人間が意思を伝いあえるのだと感じていた。初診時のころもテレパシーや「霊体」が存在しており、それによって能力のある者同士が連絡しあったり、時に霊体が自分のひたいにはりついて、頭の中が異常になったりすると考えている。この体験とは別に、項部の疼痛、のどのつまった感じ、頭がしめつけられる感じがあり、さらに肺や心臓が苦しい感じがある。

これらの身体的不調のため、以前はセメント工場やパイル工場で働いていたが、現在働けないという。自分の体験については、これまで他人に語ったことはないが、買い物をした店の女性店員がおつりをわたす時、耳を手で立てるようにしたため、その女性も「声が聞こえるのでは」と思い、テレパシーや霊体について手紙を書き渡したところ、つかえされたという。

（父親の話）

修学旅行の時、見学先の清水寺のお坊さんが「自分から後光がさしている」と言ったと両親に話したが、一笑に附していた。

高卒後大学受験に失敗、1年間予備校生活したがやはり受験に失敗し、帰郷して父の仕事の手伝いをしていた。当時奇異な印象はなかったが、自分からすすんで仕事に行かず、仕事についても3ヶ月位しかもたず、転々としたという。

2年後、弟が現役で大学受験に失敗し、新聞の仕事をしてながら受験勉強すると言い出すと、患者もそうしたいといい、1年間一緒に生活した。弟は大学へ入学したが、患者は入れず、弟との共同生活も折り合いが悪く、患者は実家へ帰り、ある工場につとめた。仕事ぶりはまじめで上司の受けもよかったが、2年間つとめた頃から「会社の中に超能力者がいる、俺の腹の中までわかる」などと言い出し、とめるのもきかずやめてしまい、実家を離れて別の仕事についてしまった。

ところが父が下宿先を訪問してみると、半病人のような状況で、仕事もプイとやめてしまい帰郷した。当時「超能力者が自分についてまわっている」、「富士山にのぼったら浅間神社の神官が自分から光がさしていると言った」などと言っていた。また墓参りに行った際、寺の入口ですれちがった住職が『「光がさしている」と言っていた」などと言い、父が確認しにいったりしたことがある（無論そんな事実はない）。

最近では手帳に「自分とのたたかいだ」と書いてみたり、「1人で山にこもる」といって出かけたりする。食事中母に向かって「俺のことを言ったでしょ、テレパシーでわかる」

などと言う。病院には行きたがらず、一人で部屋にこもっている。父の心疾患のかかりつけの医師の紹介でまず父親が来科、ついで本人が初診した。

初診以降も下記のような精神症状が続いたが、薬物療法には協力的であった。

本稿と関係する精神症状は以下のようである。患者の訴えの中心は、「ひたいにぺたんとりつかれたような感覚がある」、「脳が棒で押され痛む」である。患者はこれを「霊のしわざ」と言い、「信じられないでしょうけど、霊がひたいにぺたんとして張り付き、棒で脳を後ろから押すので痛いです」と言う。

頭痛以外にも全身倦怠感が強く、初診以降も一時期自動車の組み立て工場に出稼ぎに出たりしたが、2年間でやめてしまい、実家にもどり、自分と家族が食べられる分だけの米・野菜を作り、病气勝ちな両親と同居し、家の維持も患者がして、落ち着いた生活をしている。

Ⅳ－２．症状理解の変遷

ここで患者の訴えの中心である、「ひたいにぺたんとして霊がとりつく」、「脳が棒で押され、痛む」といった訴えに関して考えたい。

患者はこれを「霊のしわざ」として、「信じられないでしょうけど、霊が額にぺたんとして張り付き、棒で脳を後ろから押すので痛むのです」という。明確な身体知覚として体験されていることから、体感幻覚ないしは身体的被影響体験と考えられるが、痛みを妄想的に解釈しているととらえてもよいであろう。この場合思考内容の奇異な面もさりながら、妄想のもつもう一つの面、そして筆者が妄想のもつ臨床的な重要性和考える訂正不能性と堅

持性を、この症例も保持している。

治療としては体感幻覚を念頭に、スルピライド、ピモザイドなどの抗精神病薬を選択した。患者がこの体験を治療者と同じように考える事はもちろんなかったが、知覚される症状が、冷罨法やマッサージによって一時的に消失すること、低気圧が接近するときに悪化することが経験され、また「とにかく何の手段でも、頭痛が軽減されればよいので、いろいろ試してみよう」という演者の提案は了承してくれた。

このように患者と治療者（筆者）はまったく相異なる意見を、患者の自覚症状についてもっているのである。理屈から考えれば、患者は筆者のもとから離れ、自分の考えに従って症状をとる治療者を求めるのが論理的だし、現にそのような患者も少なくない。

ただし現実場面では、対立する意見を患者に飲み込ませることは、治療関係をこわすだけだから、筆者のように、それを棚上げにして、とりあえず薬物療法を始める事は、臨床場面では日常茶飯事であろう。

そのような治療関係のなかで、とにかく患者自身が作り上げていく生活を後押しし、少なくとも阻害しないようにしていくために、この患者の「ひたいにぺたんとして霊がとりついて、その霊が脳を棒で押すため痛む」という訴えを減少させるため、どのような事でもよいからためし、患者に負担をかけぬような、あらゆる試みをなすこと、おそらくそうした試みが治療の原点になると筆者は考える。

その時どんなことが生じ、何が悪化や改善に関係するのか、やや場当たりのともいわれかねぬ解釈・治療的目標設定を試み、それにもとづいて行動し、その結果から出発点の仮

説を検証する、このような繰り返しを続けた。

Ⅳ－３．術語命名の意味

記述的精神病理学の立場からは、本症例の精神症状が、体感幻覚、ないし身体的被影響体験と通常呼ばれている事は明らかである。問題は体感幻覚という概念が誤っているとか、的はずれであるということではない。治療という行動を推し進めるという姿勢からみて、この概念が有効・適切かどうかを筆者は考える。

治療を有効に機能させる目的で精神症状を把握し命名するためには、従来われわれの中にしみつてきたこの体感幻覚という命名を一応棚上げし再考する必要がある。まず自明な事はこの症状によって患者が身体に違和感をもち生活困難をきたしていることで、治療もこの点が中心になるし、その一部分としての症状への命名も、この困難を解消するためのものでなければならない。

そのために、精神病理学でいう体感幻覚も患者のいう霊の仕業もともに有効性を欠く言葉であることにはかわりがない。患者とのやりとりの中で、このどちらが「正しい」かを議論しても、治療はうまくいかない。それどころか決裂か一方が他方に屈するしかない。せいぜいがところ、双方が一致するところで、両者の見方をすりあわせることくらいがよいのではないか。

例えばこの症例であれば、原因は別として、ごく卑近な「頭痛」といった共通の言葉で互いに表現し、征服すべき共通の目標設定をすることこそ、治療的接近の実体に即した言葉といえるのではないか。現実には、抗精神病薬はあまり効かなかったが、患者なりに様々な

工夫をし、少なくとも本症状に立ち向かおうとする姿勢をとるに至っている。

しつこく重複するが、筆者は体感幻覚という術語や概念を捨てようといったことをここで提案しようというのではない。確かにある立場からはこの症状に体感幻覚という名を付することには疑義はない。そうしたこれまで、われわれが慣れ親しんできた概念を一応は保持しつつ、治療という観点から、新しい何かを見つけだそうという積極性を指向しようとするのである。

Ⅴ．パースの構想と精神病理学

Ⅴ－１．アブダクションと可謬主義

前項で述べた症状への命名に例をとるように、筆者はこれまでの精神病理学を踏まえつつ、日常的な精神科臨床の実際から逆算したような、そうした実践の実際を記述するような精神病理学を指向しようとする。その時に依拠できると考えるのがパースのプラグマティズムである。

ここではその基本となるいくつかの考え方にふれるが、まずパースの構想した仮説的推論（abduction）の考え方にふれておきたい。木下⁸⁾によればそれは次のように説明される。

仮説的推論と訳されるアブダクション（abduction）、あるいはレトロダクション（retroduction）とは、パースによって定式化された探索の方法で、学問的な探究では演繹（deduction）や帰納（induction）に先立って必ずとられている手段である。パースによれば、目の前に不確定で不規則な現象があったとき、まずおこなわれることは、その現象のなかに何らかの秩序を見いだそうという試みであり、そこで得られた秩序を暫定的な仮説と見なそ

うとする操作である。この操作を称して、パースはアブダクションとよぶ。

アブダクションにつづいておこなわれるのが、仮説から必然的に導かれるはずの帰結を求めようとする演繹という操作であり、この帰結が観察された現象といかに近似しているかを検証しようとするのが帰納という操作である。学問的な探究とはつねに仮説的推論、演繹、帰納という三つの操作からなっている。それをくり返すことによってしだいに真理に近づいていくことはできるが、ただし、決して真理そのものに達することはない。これがパースのいう可謬主義（fallibilism）である。

精神症状の把握も、このような仮説的推論を常に作りながら進んでいく過程と筆者は考える。例えば本論で取り上げた症例の症状把握や命名についてはどうであろうか。

患者理解は、もちろん他者を理解すること一般と軌を一にする。患者理解の記載は、ごくあたり前の論理性と整合性をめざす。その始まりは患者という他者の中の出来事を、自己の中に想起するような理解の仕方が中心となる。一方我々が臨床の現場で患者を目の前になす営為はそのような中立的、静的なことではなく、治療という明確な意図をもった行為である。

例えてみれば「いかなる橋が丈夫な橋かを理論的に考えること」ではなく、「実際に頑丈な橋を作る事」である。自分と異なる患者という他者を、自らの心の中に描く事が出来る述語の選択は、それはそれで可能であろう。しかしそのようにして創造された述語は、先程の例の「橋を作る」ような行為に結びつかどうか、我々は問わなければならない。

パースは、物事の意味は、そのように命名する事によってもたらされる結果であるとして次のように述べている。「われわれの概念の対象がどんな影響をもつかとわれわれが考えるか—その影響は実際的な関連をもつと思われるが—それを考えてみよ。その影響の概念が、対象についてのわれわれの概念のすべてである」⁴⁾

V-2. 限定合理性

臨床現場ではひとりひとりの症例の積み重ねから次第に理論形成がなされ、「治療とは何か」という問いへの答えがしだいに作られていく事にはなる。しかし患者には個別的な相違や限定された条件がその背景にあり単純ではない。そこで齋藤¹⁰⁾がいうように、複雑な世界で生きること、現実の世界で「うまく」「合理的」に生きingことを考えると、普遍的な条件よりは限定された条件を考慮することがより重要になる。

これまで作り上げられてきた法則を組み合わせさせて何が起こるかを予測することは、実際の臨床現場では簡単ではない。そこで法則とか真実に近づけようとする実践のみを求めず、「うまく」臨床を行っていくこと、上手にとりあえざる治療的目標に達するために必要な合理性とは何かを考え直す必要が生じる¹⁰⁾

もちろん条件が整い、時間的にも余裕があったりして、十分に合理的に考えられれば、合理的に行動する（すなわち臨床においては治療する）ことはできる。しかし、証明可能な正しい治療行為が見つからない場合でも、例えば差し迫った自殺を回避するために何かをしなければならないことがある。

飛んできた石をとっさに避けることは、熟

考後に避けようと決心して避けるのに失敗してしまうよりも正しい行動である。このような事態は精神科救急医療では毎日のように行われている。ここで言わんとしていることは理論と実践とは入れ子細工のように相互に重複していることは確かなのだが、例えば自殺を防ぐという行為は我々にとっては理論よりもいわば公理的に優先する前提になっているということである。

Ⅵ. ま と め

精神病理学の知の在り方は、第1に患者の治療という公理的な前提をもとにしていること、第2に治療という行為が認識の仕方に不可分に結びついていることを指摘した。ここではパースの考え方、特にアブダクションや言葉の意味の中にある行為との不可分性が、認識のモデルとしてふさわしくおもわれた。

こうした消息を精神症状への命名という例をとって、パースのいうアブダクション、可謬主義、あるいはそれらと関連をもつ限定合理性といった考え方を紹介した。

(付言) 本論文の一部は第26回日本精神病理・精神療学会にて発表した。

(注-1) 精神病 (mental illness, mental disease) や精神障害 (mental disorder) という言葉の内容、違いには、いろいろな歴史的背景があるが、本稿の範囲内では詳しく述べる余裕がない。ただし最近では、理念的に原因からの分類である従来のドイツ後圏の精神医学由来の精神病・精神疾患に替わって、症状からの分類である英語圏の精神医学由来の精神障害という言葉が使用される傾向にあ

る。同じく脳の原因由来の精神薄弱 (Schwachsinn) に替わって教育にも原因があるとする精神遅滞 (mental retardation) という言葉が使われるのと類似の印象を筆者は持つ。治療における悲観主義を嫌悪する点も似通っているように思う。

(注-2) 日常生活における対人援助には、取り組む対象の特定は必要だが、診断は不要であろう。「問題なのはその人の苦しみであり、診断はむしろその苦しみを矮小化する」といったたぐいの発言は筆者の知る限り心理臨床家からよく聞く。

【文 献】

1. Binswanger, K.: Schizophrenie. Pfullingen, 1957 (新海安彦, 宮本忠雄, 木村敏・訳: 精神分裂病, みすず書房, 東京, 1960, 1961.)
2. Blankenburg, W.: Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit. Ein Beitrag psychopathologie symptomarmer Schizophrenien. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart, 1971. (木村 敏ら・訳: 自明性の喪失-分裂病の現象学. みすず書房, 東京, 1978.)
3. 大宮司 信: 精神病理学と事例性に関する一考察. 北大医療短大紀要. 13: 9-17, 2000.
4. Davis, W.: Prierce's epistemology. Martinus Nijhoff Publishers (赤木昭夫・訳: パースの認識論, 産業図書, 東京, 1990).
5. 福永幹彦, 中井吉英: 「やまい」から「病気」へ, 西洋近代医学の導入と言言葉の変化について. 心身医学, 43: 617-618, 2003.

6. 木村 敏：メメント・モリ（木村 敏：分裂病の現象学, pp. 342-355, 弘文堂, 東京, 1975).
7. 木村 敏：異常の構造. 講談社, 東京, 1993.
8. 木下清一郎：心の起源. 中央公論社, 東京, 2002.
9. 中嶋 聡：二度生まれの精神科医. 臨床精神医学, 32 : 107-109, 2003
10. 齊藤 了文：＜ものづくり＞と複雑系. 講談社, 東京, 1998.
11. 下坂幸三, 中村伸一：精神療法の側から「精神病理学」を見る. 臨床精神病理. 9 : 33-44, 1988.
12. 総田純次：精神病理学の認識論的基礎－解釈学的立場からのアプローチ－, 晃洋書房, 京都, 2003.
13. West E.D., Dally P.J. : Effects of iproniazid in depressive syndromes. Br Med J. 1 : 1491-1494, 1959.