

## パースのアブダクションからみた精神科診断についての試論

大宮司 信<sup>\*1</sup> 森口真衣<sup>\*2</sup>

### 1. はじめに

#### 1-1. パースへの依拠：症状への命名や治療の意味

著者はこれまで精神病理学における術語の命名や治療の意味について、パースのプラグマティズム<sup>7)</sup>の視点から考察してきた。

精神症状に対する命名は精神病理学の第1歩であり、精神科診断の第1段階である。名付けられた言葉が精神疾患の構造理解に資することや普遍性をもつことは重要である。しかし、より重要なのは治療との関係において意味を持つことである。逆に言うなら、治療に資する方向になれば命名の意味が希薄になるのではないか。つまり命名は治療という実践との関係によって、その重要性が増減すると著者は考える<sup>4)</sup>。

また我々は喉が渇いたときには「水が飲みたい」と表現するが、「H<sub>2</sub>Oが飲みたい」とは言わない。同じように精神症状の命名に用いられる言葉も、臨床的な営為に相即するものでなければならない。

もっとも、こうした点は精神科医が臨床現場で日常的に感じていることである。しかし命名が、知の領域における普遍性よりは、実践、特に治療実践の領域における有用性によって保証されているのみでなく、命名の構造と

論理がそもそも治療という行為と不可分であると考える点で、プラグマティズムのうちでも特にパースの構想を意識的に参照枠にする意義があると考ええる。

精神科の治療についても素朴に捉えられるべきではない。神経症やうつ病の場合には普通、医者と患者の契約関係の中で治療がすすむのが医療の基本である。仮にその疾病について理解が互いに異なることがあっても、克服しようとする共通の目的が両者に存在しており、だからこそ治療に臨むことができる。

一方、統合失調症や認知症など、本人が病気であるという認識がない場合には、上述したような一般的な治療関係は望めない。従ってたとえ本人の基本的な権利を一旦停止したり制限を加えたりすることがあったとしても、健康な状態に戻そうと精神科医は努力する。

認知症の場合には、まったく元通りの健康体にすることは現在のところ残念ながらほぼ困難であるから該当しないが、統合失調症の中には、後に精神症状が落ち着くと、場合によっては自らが病的であり、仮に自身が治療者となれば、病者に対して同じような対応をするであろうというところまで納得できる場合もある。

もちろん、このような結果はすべてではない。精神症状が治まっても自らのどこが病気

\*1 北翔大学人間福祉学部

\*2 北海道大学大学院文学研究科

かという認識をもつことが困難な場合もあるし、逆にそうした認識が本当に生じてしまうと、悲観して自殺を選ぶ症例もまれではない。

また現代の精神科治療は、治療、すなわち元通りの健康の獲得というよりも、なるべく病者（と考えられる人々）と健者の共生を目指すというのが正直な現状と筆者は考える。

「異常性を矯正する」、「異常を正常に戻す」のではなく、場合によっては「異常を異常のままに」、「生きる困難や共に生きることの壁を低くする」作業に近いのではないかと考えるのである<sup>2)3)</sup>。

## 1-2. 診断をめぐる現代の状況：操作的診断

現代の精神科診断はDSM<sup>1)</sup>やICD<sup>16)</sup>のような操作的診断が中心となっている。精神症状をそれぞれ要素化し、その組み合わせによって精神科診断を行う形式である。加えて、疾病 (disease) という概念をやめ、障害 (disorder) という概念を用いる。極論すれば症状とその組み合わせが診断の根拠であり、障害という位置づけによって症状の背後にあるものを取りあえずは棚上げにすることも言えるのである。

DSMでは性格・環境に関し、症状とは異なる次元、すなわち異なる「軸」(axis)で扱う。環境(教育や家計状況など)も症状とは別の軸で扱われ、これら諸軸の組み合わせ、すなわち多軸診断という考え方で、患者の全体を表現しようとする。

一方、ICDではこうした多軸診断という考え方は取らない。従って例えばDSMでは症状とは異なる次元で取り扱われる人格(パーソナリティ)の障害は、統合失調症などの障害と同じレベルで取り扱われる。

操作的診断に対し、精神病理学の立場からは批判的な見解が数多く寄せられているが、批判の論拠は一様ではない。また統合失調症の診断にはシュナイダー<sup>12)</sup>の有名な1級症状・2級症状が取り入れられているが、これはもちろんシュナイダーの意図したところとはまったく異なっている。

そもそも操作的診断法の基礎のひとつであったResearch Diagnostic Criteria(RDC)<sup>13)</sup>は、うつ病の生物学的な研究を行うために、統合失調症と鑑別してなるべく厳密にうつ病を診断をするための手段であった。つまり生物学的研究に使用することを前提に作られたのであって、臨床的な診断法として発想されたものではないのである。もちろん万国共通の診断基準としてのDSMやICDのもつ意義は大きい。しかし著者は、DSMやICDは診断基準というよりも疾病分類と考えたほうが受け入れやすいと考える。

このような一般的な問題点とは別に、操作的診断にはより深刻な問題が含まれている。それは精神科診断の根拠となる精神症状の把握が、患者と医者との関係、人と人の関係性から生じてくるという事情である。患者という時間的・歴史的な存在と、医者というこれまた時間的・歴史的な存在の間での一回性をもった関係性の中において生じるのである。従って精神科の診断・診断名の確定という作業は、静止した生命のない物質に名前をつける作業とは根本的な異なる面がある。

ある症状に精神医学的ないし精神病理学的な特定の言葉を当てはめ命名し、その集合体を分類して診断することと、物質にある記号を当てはめ分類することとは異なるという感覚を、精神科医は臨床現場において持ってい

る。なぜなら診断場面には患者と医師との間の言語的・非言語的交流に代表される動的な要素が数多く含まれているからである。操作的診断の理想とは、いわば身体的ないし物質的診断と等しい方向へと精神医学的診断を持っていこうとすることではないか。しかしそこには根本的な無理があると著者は考える。

### 1-3. 「見ているもの」から「見ている場」へ

精神の病気とは何か、また精神病理学とは何かという問いは、おそらく精神科医すべてが抱え、同時にだれひとりとして説得的な答えを提出できない問いであろう。この問いはもちろん毎日の臨床の場で、ことさら一人一人の患者に出会う時に精神科医にせまってくる。それに悩みながら著者は、「精神を病む人々の中に見えるものは何か」という問い方から、ある時期以降、「精神を病むという人々に対して、いま自分はどこにいて何を行っているか」という問い方へと視点を移行した。

「何が見えているか」よりも「どう行動しているか」を問うほうが、少なくとも自身に対してはより説得的だと感じたからである。しかしそれだけではなく、事実上は毎日「精神の病理とは何か」という問いへの答えを絞り出すことを強いられているとも考えるからである。もちろんそれは最終的な解答でなく、不十分さと不完全燃焼の思いを抱かせるものであるが。

もう少し具体的な理由も述べよう。先述したことだが、著者の臨床の場には一部のうつ病のように内科患者と同じ1対1の医療契約のもとに対応していくことが可能な患者もいるが、多くは例えば認知症で身体拘束しなければならぬ高齢者、入院を拒絶する精神症

状の悪化した急性統合失調症患者、まったく疎通性を欠いた慢性期の統合失調症患者である。

中島<sup>10)</sup>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。」

正直なところ著者は、中嶋のような満足感・世間に役立っているという実感を持つことはできない。むしろ、「こんなことは果たして医者のことだろうか」という忸怩たる情けなさがせまってくる。木村<sup>8)</sup>の言葉に似せて言うならば、「正常人としてしか生きられない申し訳なさ」のような感が深い。

加えてもう一つ。筆者はかつて京都学派の逸脱論研究に学んだことがある。逸脱者の研究では「逸脱とは何か」から「だれがどんな根拠である一群の人々を逸脱者とよぶのか」

というドラスティックな研究方向の転回があった。いわゆるラベリング論への転換である<sup>6)</sup>。もちろん、そこからみえてくるのは、「精神病とは何か」という問題設定から、「だれがどんな根拠で精神病とよぶのか」という視点変更である。

ラベリング論を持ち出したのは、目前の患者にいかに向き合うことが、この時代において最善かを考えるからである。我々は我々の中に写る精神病者の異常性を根拠に治療するのであるが、それにもまして我々は（どのような前提をおくか別にして）とりあえず患者と考えられて我々の前につれてこられる人達と向き合わなければならない。なんらかの形で彼らと相対し、なんらかの行動（もちろんあえて行動しないという行動も含めて）を求められている存在として我々精神科医はあるのだという自覚がラベリング論的視点を持ち出す前提になる。

上述した視点の移動は、著者にプラグマティズムの考え方に向かわせることになった。この流れのなかで精神科臨床における治療・症状などをめぐり、プラグマティズムの始祖といわれるチャールズ・サンダース・パースの考え方に依拠しながら考えてきた。

本論では以上のような立場から、精神科の診断について、特に的確な診断がいわゆる「ひらめく」ようにして達成されていく消息を、パースの思想に特徴的なアブダクションを中心に考えてみたい。

## 2. 例示としての日常的な症例

症状把握や診断過程はどのような経路をたどるのであろうか。そこで、まず著者が最近体験したごく日常的な外来診療の一コマを描

写してみたい。精神科の診断過程を示す、ごく日常的な自験例である（症例の記述にあたっては、当該病院では特に規定化された綱領がないので、口頭により患者自身からの承諾を得て、カルテにその旨を記載した。加えて特定を避けるために具体的な名称や本人を特定される可能性のある事項は全て取り去った。また論文の記述に大きな問題とならぬ部分については、削除あるいは修飾を加えた。）

20歳代の女性。内科医による膠原病の治療と平行する形で、著者が精神科担当医として対応している。ステロイド剤の増量に際し、気分易変・うつ気分が出現することがある。6ヶ月ほど前から膠原病が増悪し、ステロイド剤の若干の増量が行われて以降、「身の回りのことが何もできない」「特に夕刻に気分が沈み込み、同時にいらいら感が強くなる」という症状が出現した。それまで使用していた抗うつ薬や抗不安薬の増量・変薬では軽快せず、本人の了解のもとに、抗てんかん薬を気分安定薬として軽ないし中等量用いたところ多少の軽快をみた。しかし安定した状態にはもどらなかつた。そこで面談時間を回数・時間ともに増やしたところ、それまで同居していた男性と4ヶ月前正式に結婚し、周囲からも認知されたことがふとしたことから本人より語られた。日課自体は変わらぬものの、いわば正式に主婦になったことが心的負担となっている可能性が予測され、この点に焦点をあてて面談を進めたところ、まず主婦として立ち向かう気持ちが出現し、ついでいらいら感が軽減、さらにうつ気分も減少し、気分安定薬はそのままだが、抗うつ薬と抗不安薬を以前の用量にまで減量でき、家庭生活も軌道に乗ってきている。

ステロイド剤の影響については無視できないが、後方視的にみれば生活上の適応の齟齬によって起こった精神症状である可能性が高いと考えられた症例であり、患者とのやりとりを通して、診断や治療の方向が次第に確かめられていったと考えられる（もちろん慧眼な精神科医であれば、こんなにもたもたせずに治療目標を決め得たはずで、むしろ遅きに失した例であろう。ここに挙げたのは、もっぱら以下の論述への足がかりとしてである）。

ごく日常的な診断の体験をしるした。もちろん模範的な事例ではまったくない。しかしこの例のように、情報を集め、分析し、総合し、迷いながら、診断に至ろうと頭を忙しくするとき、診断はふさわしい病名をみつけ名前をつけるという単なる命名だけではなくなる。このあたりの消息をパースの記号論からみていきたい。

### 3. パースの記号論<sup>17)</sup>

患者の現状に病名という名称をつけることは、診断のもつ一つの側面である。その面から言うならば、つけられた診断名は一種の記号と著者は考えるが、ただし事象や物体に名前をつける作業と診断とは違うように思う。

この点を明らかにするためには、記号についての考え方をひとひねりしなければならない。記号という言葉で何を指すのかという考え方は論ずる者によって様々なものがある。そのうち、ごく素朴な考えとしては、実態として目前にあるものに対して、あるしるし（多くは文字による名前）をつけ指定することであり、またそのように指定された文字や番号を記号と呼ぶ態度である。

パースはそうした態度をさらに徹底させる。

すなわち我々が何かを考え、その思考が例えば言葉を介在して行われるとき、その言葉はいかなるものであれ記号と考えるのである。もちろん言葉以外のイメージや音など、記号はすべてにわたる。

つまりパースによれば、我々が「ものを考える」ということは「記号を取り扱う」あるいは「記号間の関係性をみる」ことと同じことなのである。パースによれば、本論文で述べる診断という行為は、このような意味での記号操作となる。

パースは記号における2分法、すなわち一方に対象、他方に記号という2項的見方を否定ないし不十分であるとした。彼は、対象、記号、解釈という3項が記号論には必要であるとする。この点につき、フッカウエイ<sup>5)</sup>は次のように述べていると宇波<sup>14)</sup>は紹介している。

「意味の説明とは基本的には記号がどのように理解され解釈されるかである。基本的な記号関係は3項的である。記号は対象を解釈法で示す」。

対象が記号化されるときには解釈が必要とされる。そして解釈を可能にらしめるのが、次に述べるアブダクションと呼ばれる方法である。

### 4. パースのアブダクション<sup>18)</sup>

目前に不確定で不規則な現象があるとき、まずわれわれはその現象のなかに何らかの秩序を見いだそうと試み、そこで得られた秩序をとりあえず暫定的な仮説と見なそうとする。この操作をパースはアブダクションと呼ぶ。このように、アブダクションとは帰納と演繹という2つの論理学的方法とは異なり、仮説

を作ってそれを検証しつつ論理を構成するという行為的方法である。

診断に例をとるならば、我々が持っている診断名・病名という術語を単に当てはめるのではなく、診察場面において不断に仮説を作りつつ、あるいは捨てつつ、一つの診断名・病名を推定していくという行為的側面を伴った論理構成になろう。

アブダクションについて留意しておかなければならない点をパースが3点挙げているとして、米盛は次のようにまとめている<sup>18)</sup>。

第1は可謬性である。作られた仮説はもちろんのこと、それを踏まえて到達された結論は、一時的・とりあえず的・あるいは確信的等々、いかなるものであれ常に最終的なものではあり得ない。得られた結論には常に誤っている可能性がある。

これに従うならば診断は常に誤っている可能性があり、また、部分的ないし全面的に否定されたり、新たな診断によって置き換えられたりする可能性がある。

宇波は次のように述べる<sup>15)</sup>。

「哲学において、誤りやあいまいさを最初から容認する考えは、厳密な学問的立場からいえば、「異端」のそしりを免れないであろう。パースは大学で教えたこともあったが、正規の教授にはなれなかった。それには、彼の人格的な問題も絡んでいたといわれるが、哲学思想としての異端性も理由であろう。」

第2は連続性である。アブダクションという操作は無限に広がっていく連続性という可能性をもつ。いったん得られた結論は、そこにとどまるものではなく、さまざまな未知のまたは既知の要素と関連しながら広がっていく。診断に関していえば、患者が現在の状態

に至るまでに様々な要因があり、それらが相互に関係しながら現在の診断として示されるような状態にいただけでなく、いったん得られた診断もそこからさらに広がって変化する可能性があることになる。

第3は事実の分別である。パースは論理を構成するための事実を心理的事実と論理的事実を分ける。心理的事実はビリーフ（これまでは「信念」と和訳されることも多いが、著者としては「信憑」といった訳語のほうがよいように考える）、論理的事実はオピニオン（従来は「意見」と和訳される）にそれぞれ関連する。ただしビリーフとオピニオンとは全く異なるものであり、パースは以下のように説明している<sup>11)</sup>。

「人が信じているものとは、自分がそれに依拠して行為する用意のある命題である。全幅の信頼を置いた信念 (full belief) とは、決定的な危機においてその命題に依拠して行為しようとする用意のあることであり、単なる信念 (opinion) とは、比較的重要でないことがらにおいてそれに依拠して行為する用意のあることである」(EP, 2, 33)

これによると、直面する問題に対して我々がある行動をとらなければならないとき、行動・行為の基礎付けとなり必要となるのはオピニオンではなくビリーフである。診断もまた一つの見解の表明ではなく、目の前にいる患者に対して何らかの行動をおこすために決定される性質をもつ。従ってパース流に言えば、成立した知識の集積のようなオピニオンではなく、行動、特に治療をめざすビリーフが必要とされることになる。

もちろん治療という言葉の意味内容についても、パース流に考え直さなければならない。

ここでその詳細を述べることは本論文の範囲を内容的に超えるのでできないが、ひとこと付け加えるなら、現状で我々がなしている治療とは、患者の苦しみの解決というよりは、その「暮らしにくさ」への援助として位置づけたほうが実情にあっており、また患者に対する者の立ち位置としてふさわしいと著者は考えている<sup>2)</sup>。

## 5. パースの閃光（フラッシュ）

ピリーフが固定されていくこととは、ある時と場において部分的にせよ全面的にせよひとつの結論に至ることである。これを本論文の流れで言えば、診断が成立する時と場においてピリーフが固定されていくことを意味する。このとき、いかなる事態が生じるのだろうか。

1903年にハーバード大学でパースの「アブダクションの論理としてのプラグマティズム」と題された講義が、ウィリアム・ジェームスの肝いりで7回にわたって行われた。宇波によるとそこでパースは次のように述べたという<sup>14)</sup>。

「アブダクションを示唆するものは我々に対して閃光（フラッシュ）のようになってくる。それは一つの洞察（インサイト）の行為である（The abductive suggestion comes to us like a flash. It is an act of insight, . . . .）」（EP, 2, 227）。

すなわち我々がある結論をアブダクティブな操作の中で獲得する時のありようは、閃光（フラッシュ）のように臨むというのである。

アブダクションという英語は本来「誘拐」を意味し、実際に例えば「ヒズボラがイスラエルの兵士を誘拐した」といった記事の中に

「アブダクト」という言葉が出てくる。このような意味も含めて、パースはアブダクションという言葉を示したと考えるべきと宇波は指摘する<sup>14)</sup>。そうであれば「一瞬のうちに」というだけでなく、とらえて自分のものにするという「誘拐」の意味内容が閃光（フラッシュ）という言葉には込められていることになる。

先に述べたように、閃光（フラッシュ）は「一つの洞察（インサイト）の行為である」とパースは言う。一方アブダクションは仮説を立てつつ進行する推論の過程である。これについて米盛は、アブダクションにおける推論とフラッシュにおける洞察という一見相容れないように思われる二つの働きは別個のものではなく、段階を成す相互補完的なものとして仮説形成にかかわると述べている<sup>18)</sup>。

その第1段階は、探求中の問題の現象について考えられうる説明を推測し、思いつくままに仮説を列挙する段階である。この段階は考えられうる諸仮説の列挙にとどまっており、閃光（フラッシュ）が働くのは主にここである。

アブダクションの第2段階は、これらの諸仮説の中から最も正しいと思われる仮説を選択する過程である。その為の基準として次の4点が挙げられている。

1. もっともらしさ (plausibility)
2. 検証可能性 (verifiability)
3. 単純性 (simplicity)
4. 経済性 (economy)

新たな発見はまさに天からのひらめきのような偶然の要因によると考えられ、論理を超えた説明不可能な神秘的直感とされるのが普通であろう。しかしパースは閃光（フラッ

シュ)が生起するのは、たとえそれが外からは天啓・偶然のように見えても、いわゆる神秘的な「天啓」ではないとする。

パースは閃光(フラッシュ)を“the undeferentiated defferences itself”(RLT, 258)と表現するが、この言葉の解釈には以下に述べる2つの見解、すなわち、

- a. 未分化なものが分化する(米盛)
- b. 差異のないものが差異化する(宇波)

がある。

## 6. 閃光(フラッシュ)に関する2つの見解

### 6-1. 米盛祐二の見解<sup>18)</sup>

新たな発見はまさに天啓のような偶然の要因に負うと考えられることが多い。それは論理を超えた説明不可能なものであり、非合理的、直観的、超論理的、あるいは無意識的であるとも言われる。

しかし米盛の説明によれば、フラッシュの生起は(たとえそれが外からは天啓・偶然のように見えても)、人間の精神に本来「自然について正しく推測する本能的能力」が備わっているという「進化論的事実」が前提になっている<sup>18)</sup>。この能力は自然に適應するためのもの、つまり人間の進化の過程の中で必要な能力として発展してきたものであり、それは以下のようなパースの喩えで語られているという<sup>18)</sup>。

「いったい人間が……(ある)真なる理論を心に抱くようになるというのはどのようにしてなのか。それは偶然に起こったのだとはいえない。なぜなら、考えられうる理論は厳密には無数ではないにしても、ともかく何兆、あるいは百万の三乗を超える数のものがありうるからである。したがって、人間

が考える動物になってから二、三万年も経ったその間にはただ一つの真なる理論に対して偶然はあまりに圧倒的多数に上っていて、その真なる理論を考え当てるということはどんな人間の頭にもとてもできない。ちなみに、あなた方はたとえば卵からかえったひよっこはみんな、何かを拾って食べるという正当な観念を思いつくまで、考えられうるあらゆる理論を隈なく探索してそのなかから探し当てなくてはならないなどと、真面目に考えたりはしないでしょう。反対にひよっこはそれをなしうる(正しく餌をとって食べることをなしうる)生得的な観念をもっている、つまりひよっこはそのことを考えることができるのであり、そしてそのほかのことは考える能力はない、とあなた方は考えるでしょう。ひよっこは本能によって餌をついばむのだとあなた方はいう。しかしもしあなた方が、あのひ弱いひよっこさえ現実の真理にいたる生得的な性向を授けられていると考えているのであれば、ではなにゆえにあなた方は、人間だけにはこの自然の資質は与えられていない、と考えなくてはならないのか」(CP, 5, 591)

これによると、人間の精神は自然との不断の相互作用を通して、いわば自然の諸法則に適應していく過程のなかで形成され発展してきたことになる。そうであれば当然、人間の精神にはそれらの自然の諸法則について正しく推測する本能的洞察力が備わっていると考えなくてはならない。

例えば研究者が研究中に、偶然閃いて正しい仮説を思いつくという幸運がある。しかしそれは科学的発見の行為を不可解な神秘のベールに包んでいる「非合理的要因」ではない。それは人間の精神の自然の働きであり、人間

の精神が自然の性向と一致し自然を理解するのによく適しているという進化論的事実を示す証左なのだ」と米盛はいう。もちろんここには勿論パースの生きた時代や、スペンサーの進化論的思想の影響がみてとれる。

米盛の言葉に従うならば、パースのいう仮説形成ないしフラッシュは、常に「自然の性向と一致し自然を理解するのによく適している」範囲内で生ずることを意味する。しかしフラッシュとは、はたしてこれだけだろうか。

## 6-2. 宇波彰の見解<sup>14)</sup>

宇波は the undifferentiated differentiates itself という表現のうち the undifferentiated を「差異化していないもの」と和訳して理解し「差異化していないものが自らを差異化していく」過程と再解釈できる可能性を構想している。

もちろんパースの生きた時代、かれの思想における進化論の影響、さらにはこの言葉がスペンサーの引用というパース自身の言及<sup>11)</sup>からは、その可能性を肯定することには抵抗がある。

ところでパースのある書簡には記号に関する次のような記述があると宇波は指摘する<sup>14)</sup>。

「記号は解釈者の心の中にあるものを作る。このあるものは記号によってそのように作られたものであるが、直接的で相対的な仕方では記号の対象によっても作られる。もっともその対象は本質的には記号とは別のものである。」

(EP, 2, 493)

先述したように、パースは記号を対象、記号、解釈の3項から成ると考え、この3項は相互に異なるものとする。確かに三項の単なる独立のみならず、その差異性に触れている

点をやや強引に考えれば、デリダやドゥルーズらとの近縁性を考えてよいのかもしれない。宇波の説明では、閃光（フラッシュ）の生起はこの差異化という力の累積が「一瞬の閃光」を生み出すことになる。

診断について言うならば、診断する者が自らを差異化していく力が、診断する主体とされる対象の内側にも存在していることになり、それらが診断における閃光（フラッシュ）の源泉になると考えられる。

## 6-3. 両者の見解についての意見

両者のアブダクション理解の間には一定の距離がある。

端的に言えば、アブダクションは「不可解な神秘的な能力」ではないという論点を強調する米盛<sup>18)</sup>に対し、宇波はむしろ、パースの言う「われわれが熟視する対象にあるオカルト的な力」<sup>11)</sup>に注目しているようである。ただし米盛の議論が理解可能な一貫性を持つのに対し、宇波の議論は今ひとつ論旨が見えにくい。

例えば「差異化」の部分について、宇波はパースが引いているスペンサーの言葉 (the undifferentiated differentiates itself) をフランス現代思想の「差異」の概念に引き寄せつつ、かなり神秘的に理解しているように読める。しかしこの議論はいささか強引に思われる（進化論とベルクソンの関係などを考えると、確かに無関係とは言え切れないが）。

スペンサーの言葉は、単純に「未分化のものが自ら分化していく」という程度の意味ではないか。そのような分化は、スペンサーを含む進化論の立場からすれば、生体と環境との相互作用を通して生じてくるものである。

従って、米盛の自然主義的な解釈とに対立するような神秘的要素を含意するものではないと考えられる。

## 7. まとめ：行為としての診断

「見ているもの」を論ずるときには、「見ている場所」が問われる。それと同様に「見ている場所」を論ずるときには、そこから「見ているもの」を問わなくてはならず、また表明しなくてはならないだろう。精神病理とはそうした、「見えるもの」を対象とし論ずる領域であるはずであろうことは著者も自覚している。遺憾ながら本論文は1つの試論であり、現在の著者はまだ途上にある。

ただしさしあたり考えているのは、診断に関する以下の諸点である。

1. 診断が統一的な体系をめざすことは当然であるが、それが困難であるのは、病者の示す多様性のみでなく、診断という操作のもつ可謬性・連続性からであろう。
2. 診断は臨床の現場に密着すればするほど、多次元的とならざるをえないであろう。
3. 治療という目標から診断は作成されることになろう（もちろん治療という言葉で著者の考えていることは先述した通りであるが）。

著者は診断を単なる「術語づけ」ではなく、パースのいう閃光（フラッシュ）のように現れ、またアブダクティブな過程の中で当面確認され、治療を前提として実践される行為的な事態と考える。この過程での閃光（フラッシュ）が、自然相即的なのか、それとも差異化をうながすものなのかは今後も考えていきたいが、いずれにしても診断とは、非行為的

で非連続的な静的な名称付けではなく、目的をもった連続的な動的な行為的過程と捉えている。

精神医学者コッレ（Kolle,K）<sup>9)</sup>は精神医学を学ぼうとする初学者のための入門書の中で、“ohne Diagnose, keine Therapie”、すなわち「診断なくして治療なし」という表現で診断の重要性を述べた。これは「正確・適正な診断なくしては、正しい治療はありえない」といった意味である。もちろん一般的にはこの態度は正しい。しかし著者は「診断というのは、治療を前提・念頭においてはじめて可能となる行為的事態なのだ」と考える。すなわち先のコッレの表現に乗ずるならば、“ohne Therapie, keine Diagnose”（「治療なくして診断なし」）とでも表現したいのである。

（追記と謝辞）

本論文の要旨は日本精神病理・精神療学会第32回大会（2009年）で発表した。本論文の考察、特に項目6-3に関しては堀雅彦氏（北海道大学大学院文学研究科）の教示によるところが大きい。記して感謝の意を表す。

## 【文 献】

1. American Psychiatric Association : DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th ed., American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994
2. 大宮司信：「共生」の視点からみた「事例性」についての一試論。臨床精神病理, 15 : 99-100, 1992
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, 第13号 : 9-17, 2000

4. 大宮司信：ある統合失調症患者に対する  
症状理解－パースのプラグマティズムに  
依拠したひとつの試み－. 臨床精神病  
理, 25 : 49-50, 2004
  5. Hookaway, C. : Truth, rationality, and  
pragmatism. Cralendon Press, 2000  
(未見)
  6. 宝月 誠：逸脱論の研究：レイベリング  
論から社会的相互作用論へ. 恒星社厚生  
閣, 東京, 1990 (就中, 第1章：レイベ  
リング論の検討)
  7. 伊藤邦武：パースのプラグマティズム：  
可謬主義的知識論の展開. 勁草書房, 東  
京, 1985
  8. 木村 敏：異常の構造, 講談社, 東京,  
1973
  9. Kolle, K. : Einführung in die Psychia-  
trie. 4. Aufl. Stuttgart : Georg Thieme,  
1966
  10. 中嶋 聡：二度生まれの精神科医. 臨床  
精神医学, 32 : 107-109, 2003
  11. パース, C.S. (著) (伊藤邦武 (訳)) :  
連続性の哲学. 岩波文庫, 東京, 2001
  12. Schneider, K : Klinische Psychopatholo-  
gie, Thieme, Stuttgart 1967 (針間博  
彦 (訳) : 臨床精神病理学, 文光堂, 東  
京, 2007)
  13. Spitzer, R. L., Endicott. J. and Robins,  
E. : Research Diagnostic Criteria  
(RDC) for a selected group of func-  
tional disorders. 3rd ed. New York :  
Biometric Research, New York Psychi-  
atric Institute. 1978
  14. 宇波彰：アブダクションの閃光. 大航海.  
No. 60 : 100-107, 2006
  15. 宇波彰：米盛裕二『アブダクション』を  
読む. 週刊読書人, 2007
  16. World Health Organization : Interna-  
tional Statistical Classification of Dis-  
eases and Related Health Problem, 10th  
Revision (ICD-10). World Health Or-  
ganization, Geneva, 1992
  17. 米盛裕二：パースの記号論. 勁草書房,  
東京, 1981
  18. 米盛裕二：アブダクション－仮説と発見  
の論理. 勁草書房, 東京, 2007
- なおパースの引用は下記からで、それぞれ  
略号で示した。表示の仕方は1 (CP) では、  
成書で普通用いられる巻数とパラグラフの数字  
を、また2・3 (RLT・EP) では巻数と頁  
数をそれぞれ引用文の後に提示した。
1. Peirce, C.S. : Collected papers of Char-  
les Sanders Peirce (ed : Charles Hart-  
shorne, Cand Weiss, P.), Belknap Press  
of Harvard University Press, Cam-  
bridge, Mass., 1960 (CP )
  2. Peirce, C.S. : Reasoning and the logic  
of things : the Cambridge conferences  
lectures of 1898 (ed : Ketner, K.L.),  
Harvard University Press, Cambridge,  
Mass., 1992 (RLT)
  3. Peirce, C.S. : The essential Peirce : se-  
lected philosophical writings. (ed :  
Houser, N. and Koesel, C.), Indiana  
University Press, Bloomington, Ind.,  
1998 (EP)

