

臨床心理学の哲学 Philosophy of clinical psychology

1. 臨床心理学の哲学とその周辺

1.1 臨床心理学の哲学

臨床心理学の基礎に関わる問題に取り組むことで、①現場で臨床心理実践に携わる人に、自分達の活動についての統合的な自己像を提供しつつ、②心の哲学における議論に臨床の観点から切り込んでいくことを目的とする。

1.2 類似他分野との違い

●心の哲学：臨床心理学の哲学は心の哲学の**応用分野**である。ただクオリアや意識の現象的側面に関する問題提起は、患者との言語的関わりや精神疾患の治療実践とは関係をもたないと考えられるため、取り扱われない。いわゆる **hard problem** への関与は避ける。感情は志向的な心的態度、行動や身体的反応の相関者としてのみ着目される。臨床心理学の哲学は**行為論**の応用分野でもある。なぜなら精神療法とは患者の信念や行動に介入するものだからである (Cf. 認知行動療法)。

●心理学の哲学：臨床心理学の哲学は心理学の哲学の**一分野**である。したがって臨床心理学の哲学は心理学の哲学でもある。心理学の哲学は臨床心理学の哲学以外にも、知覚の哲学、記憶の哲学、感情の哲学などを含む。

●精神医学の哲学：精神医学の哲学は、臨床心理学の哲学と**最も近接する分野**である。臨床心理学の哲学とオーバーラップするところも多い。精神医学の哲学では、「精神疾患とは何か」というものが中心問題。近代精神医学の歴史は精神医学の哲学の歴史といっても過言ではなく、100年以上の歴史がある。クレペリン (生物学的アプローチ)、ヤスパース (了解/説明の対比)、シュナイダー (疾患と変異の二元論)、ビンスワンガー (実存的アプローチ)、エー (器質力動論、ネオジャクソニズム) など。日本では「精神病理学」という名前で、現在も厚い研究者層を擁する。両者の対比 (下表)。

	臨床心理学の哲学	精神医学の哲学
歴史	比較的新しい (WWII 後～)	古い (19 世紀後半～)
研究者層	数自体少ない? 哲学者に多い?	精神科医に多い (木村敏、土井健郎、西丸四方など)
主な国	アメリカ	ドイツ、フランス
基礎とする哲学	心の哲学、行為論、科学哲学	現象学、実存主義
精神疾患との関係	疾患非特異的	疾患ごとの各論になる傾向

1.3 臨床心理学の哲学の歴史

第二次世界大戦前にドイツからアメリカに精神分析家が亡命し、戦後アメリカで精神分析が大隆盛。同時期スキナーが徹底的行動主義を掲げ応用行動分析を創始し、精神療法間の基本的前提の違いが注目されるようになった。アメリカを中心として臨床心理学と臨床心理士という職分が確立するのに相俟って臨床心理学に対する哲学的問いも生じた。

Ex. ポパー『推測と反駁』における精神分析への批判は1963年。

2. 臨床心理学の哲学の根本問題 irrational なものと arational なもの

不合理(irrational)というのは、合理的な存在者が合理性の規範から部分的、一時的に逸脱することである。対して合理性の欠如(arational)というのは、そのような規範がそもそもあてはまらないことを意味する。

実践的推論と性格
心因性と内因性
偏倚と疾患
事例定式化と診断
了解と説明
精神療法と薬物療法
物語と過程
言語と無意識

といった対概念は、いずれも irrational なものと arational なものの境界線上に位置している。臨床心理学は irrational なものと arational なものの境界線上に位置する個人と向き合う学問であり、臨床心理学の哲学は、これらの対概念の関係性を解きほぐしていくことをその中心的な課題としている。

3. 比較精神療法学 theories of psychotherapy

3.1 精神療法の現在

精神療法の学派は諸子百家状態 (Ex. 問題解決療法、動機づけ面接法、対人関係療法、内観療法、森田療法、サイコドラマ・・・)。

しかし、体系的な精神療法は限られている。体系的とは、対象とする精神疾患の成因についての心理学的理論を持ち、その理論に基づいて患者をアセスメントし (=事例定式化/概念化 case formulation/conceptualization)、そのアセスメントに基づいて治療法を組み立てるもの。⇒体系的な精神療法理論は一つの人間学である。

3.2 精神療法の比較

◆精神分析 psychoanalysis

創始者：S・フロイト

得意とする対象：ヒステリー（解離・転換性障害、身体表現性障害、演技性人格障害）

理論：精神疾患は自我の脆弱性（自己知の欠如等）によって生じる。

技法：自由連想法、解釈、直面化など

理論：ヒステリー患者は、もともと内科医学（medical）モデルではうまく扱えない患者群として発見された。人間の行動は無意識の欲動の力学（dynamics）によって決定されている（＝心的決定論）何気ない行動（Ex. 失策行為、夢、自由連想の解釈）にも必ず意味があるが、普段は抑圧されておりその意味を意識できない。初期のフロイトは無意識の葛藤を指摘し、言語化させれば症状は解消されると考えたが、そう単純にはいかないことがすぐに判明した。そのため、セッションの中で生じる患者の転移（患者が過去に形成した対人関係のパターンを、治療者にも投影すること）を治療者が解釈し、徹底操作（working through）することが重要だと考えられるようになった。精神分析は1950年代～1960年代にアメリカにおいて隆盛を極め、精神療法の中でも精神分析のみが深部の病理を扱う真の原因究明的、科学的な精神療法であると主張されたこともあった。しかし治療に数百回のセッションを必要とするにもかかわらず、有効性についてのエビデンスが乏しいため、現在は衰退の一途を辿っている。

◆臨床（応用）行動分析 clinical (applied) behavior analysis

創始者：B・F・スキナー

得意とする疾患：各種恐怖症、依存症、精神遅滞・発達障害児の療育など

理論：精神疾患とは、行動の過少あるいは過多である。

Ex. 社交恐怖症＝人と話すことが少ない病気、うつ病＝活動量が少なくなる病気、アルコール依存症＝飲酒行動が多くなる病気

行動主義は心の消去主義であるが、オペラント条件付けの考え方は目的の消去主義に結び付く（cf. universal Darwinism）。エビデンスが豊富であり、広義の「認知行動療法」の一種と位置付けられることもある。

特徴的な技法：古典的条件付け、オペラント条件付けの技法を用いて、同定された行動の頻度を変える。言語的な介入としては褒めること、咎めることがこれに当たる。

◆来談者中心カウンセリング client-centered counseling

創始者：C・ロジャーズ

得意分野：企業カウンセリング、学校カウンセリング、少年犯罪者への介入など。

理論：来談者の精神的な問題は、自らの現状を正確に直観できていないことから生じる。

来談者に自分の現状の全体像を把握させれば、来談者自らが問題を解決する力を有してい

る。カウンセリングは厳密には精神療法(therapy)ではなく、「患者」の「治療」を目的とするものではない。一方ロジャーズの考え方は現在ほとんどの精神療法家が支持する最大公約数となっており、臨床心理士の基本的素養であるとみなされている。ネガティブな感情表出であっても、咎めることなく受け止める無条件の関心(unconditional concern)を重視する(⇔行動療法における条件付け conditioning)。

特徴的な技法：反映(reflection)。来談者の言葉を繰り返すことで、来談者が自らの姿に気づけるよう鏡の役割を果たす(Cf. ワイゼンバウムの ELIZA)。

◆家族システム論的アプローチ family systems approach

創始者 G・ベイトソン

得意とする疾患：アルコール依存症、子供の不登校など

理論：家族などの小集団システムに病理が存在し、通常「患者」と呼ばれる人たちは、そのシステムによって「患者と同定された人 identified patient; IP」に過ぎないと考える。(Ex. 家庭内で夫婦喧嘩が絶えない家の子供が不登校になる)。ベイトソンは統合失調症のダブルバインド説を唱えたことで悪名高く、反精神医学との近縁性を指摘することもできる。

特徴的な技法：家族面談。家族のコミュニケーションパターンに働きかけ、小集団システムが持つ自己治癒力を高める方向に変化させる。例えば、不登校の子供を持つ家庭では、親は自責感を抱く一方で学校に行けない子供を「やる気が無い」と責めてしまがちである。そこでセラピストは、両親と本人に不登校は誰のせいでもなく家族一丸となって戦っていくく共通の敵>と考えるように働きかける。

◆認知療法 cognitive therapy

創始者：A・ベック（論理療法 rational therapy の A・エリスも創始者の一人とみなされることがある）

得意とする疾患：うつ病、不安障害（強迫性障害、社交不安障害、パニック障害）

理論：精神疾患は偽、あるいは非現実的な認知によって生じる。したがって認知を改めれば精神疾患は治癒する。状況⇒認知⇒感情・行動という単純な因果モデルを用い、認知を変えることで感情や行動が変わることを目指す。治療の図式を患者と共有することで、患者自らが自分の問題をマネジメントできることを目指して、治療者は教師の役割を果たす。認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy; CBT)は認知療法に応用行動分析の技法(思想ではなく)を取り入れたもので、現在では精神療法の主流である。

特徴的な技法：質問を多用することが特徴(=ソクラテス的問答)。信念を改める際には検証や論証をすることになる。

3.3 各種精神療法の差異性と共通点

行動療法と精神分析は対極的である。前者は心的事象が因果的効力を持つことを一切否定

するのに対し、後者は心的決定論を唱える。

病因という意味では、精神分析と認知療法が心の内部に病因があると考えのに対し、行動分析では心的事象が因果的効力を持つことを否定し、外的環境に病因があると考え。システム論的アプローチは、患者個人ではなく患者を取り巻く小集団システムに病因があると考え。上記4者とは対照的に、カウンセリングでは病因は着目されない。かわりに、人間に本来備わっている回復力・自己治癒力が強調される。

各学派は、それぞれ自分たちに特異的な技法の有効性を強調するが、精神療法の有効性は学派特異的な技法よりも、すべての学派で共通する因子に由来しているという研究がある (Lambert 1992)。それによると治療効果の40%は精神療法外の要因 (時間の経過や環境の変化など)、30%は治療者との温かみのある関係性、15%はプラセボ効果であり、技法の影響は15%に過ぎないという。

⇒精神療法でも「時に癒し、常に慰む」という謙虚な姿勢が大事。

4. 性格論 theory of personality

4.1 なぜ性格論か？

Personality = Temperament (先天的) + Character (後天的)

①性格は傾向性という側面と命題的態度という側面を持っており、irrational-arational 問題の一局面を形成している。

②またパーソナリティ障害は精神療法の対象として臨床心理学でよく研究されている。

③精神疾患には病前性格があると言われ (Ex. 双極性障害—循環気質、統合失調症—分裂気質)、病前性格は精神疾患の軽症例であるという説がある。

⇒性格についての理解を深めることは、臨床心理学の哲学の足がかりとなる。

4.2 性格概念分類

性格概念は、性格の (質的) 同一性が何に依っているかによって、下記のように分類できる。

◆行動主義的性格概念：(Ex. 勇敢、社交的、優しい、等のほとんどの性格概念)

行動の特徴が先に特定され、その特徴を持つ行動を行う者として特徴づけられる性格概念 (勇敢な行動をするから勇敢な人なのであって、勇敢な人だからその人の行動が勇敢な行動になるのではない)。行動主義的性格概念は、同じ概念を人と行動の双方に適用できるという特徴を持つ。

◆志向的性格概念：(Ex. 資本主義者、酒好き、など)

特定の志向的態度を持っていることで特徴づけられる性格。

- ◆器質的性格概念：(Ex. 甲状腺性格 (L. ベルマン)、多血質 (ガレノス)、血液 O 型性格、など) 身体的 (器質的) 特徴に同一性の基準がある性格概念。身体的特徴を原因とする「症状」として複数の行動主義的性格概念が導出される。(Ex. O 型の人は大らかで大雑把)。
- ◆発生的性格概念：(Ex. お嬢様、職人氣質、など)
特定の生活歴によって同定される性格概念。本当は良家の子女ではない人に対しても、良家の子女が持っているような性格を持っている特徴がある時に、「あの人はお嬢様だ」と言うことがある。この場合は行動の特徴を記述しているだけであるが、実際にそのような生活歴がある場合には、行動はその生活歴によって説明される。発生的性格概念はヤスパースの「発生的了解」に通じるものがある。発生的了解とは人を横断像ではなく縦断的に理解しようとする試みであり、学問として未熟な精神医学においては、縦断像は一時点の状態像に基づく診断以上に、予後予測にとって有益な情報をもたらす。
- ◆理論負荷の性格概念 (Ex. 未熟な人格、神経症水準、自我が弱い人、など)
性格の同定のために、特定の体系的な心理学理論が前提とされるもの。どのような人格理論を採用するかによって、「未熟な人格」が意味するものは変化する。

4.3 性格による行動の説明

行動の環境による説明、目的による説明、性格による説明。私たちはいかなる時に性格による説明をするのか？ Ex. 「彼はなぜ手を洗ったの？」

— 「手が泥だらけになったからだ」 vs. 「汚れを落とすためさ」 vs. 「彼は潔癖症なんだよ」

◆環境要因の働きが強くないところで個性が目立ってくる

人の個性は、人ごとの行動のばらつき (variance=分散) が大きい状況であらわになる。というのもこのような状況では、環境要因だけでは行動を十分に説明できないからである。環境要因による行動の説明は、ウリクトによって準因果的 (quasi-causal) 説明と呼ばれた。例えばある会社に勤めている社員はみな 9 時には出社しているだろう。しかし「9 時に出社する」という行動はほとんど環境要因によって規定されているため、この行動は個性を反映したものではない。一方休日に社員が何をするかということは、個人の個性を反映しているはずである。なぜなら環境要因は休日に何をするかを決定しないからである (Cf. 性格検査における質問項目の選定法)。

◆性格の反復説

環境要因が強くない所では、人によって行動にばらつきが生じ、そこにその人の個性が表れる。しかしそれでも、一回一回の行動は、それが合理的である限り通常その人の持つ目的によって説明される。しかしある人が特定のパターンの行動を繰り返す時には、そのような行動を繰り返すという被説明項を説明するために性格が言及される。特定の週末に熱海に行くのは温泉に入るためだが、週末ごとに様々な人と遊びまわるのは、その人が社交

的な人だからである。

◆性格の逸脱説

環境要因が強い時は、状況に対応して標準的・合理的な行動をしている限り、行動は環境によって説明され、性格による説明は用いられない。しかし、状況に似つかわしくない行動、標準的ではない行動、合理的ではない行動は、性格によって説明されることがある。性格による説明は否定的な評価と結びつくことが圧倒的に多いが、ポジティブな方向への逸脱、すなわち卓越性を称賛する際のように、性格による説明が肯定的な評価のために用いられることもありうる (Cf. アリストテレスの徳の概念)。

◆性格の副詞説

その人が何をするかは、環境因子や目的によって説明される。だがそれをどのようにするかという点には、性格が反映されていることがある。社交的な人もそうでない人も、工作上必要とあらば営業回りをするだろう。だが同じ営業回りをするのでも、社交的な人とそうでない人の違いは、その仕方や仕草の中ににじみ出ている。嬉々として営業回りをする人は社交的な人であり、嫌々ながら営業回りをする人は引っ込み思案な人である。

4.4 性格と合理性

性格の傾向性説 (G・ライル)。行動主義的性格概念は物質の傾向性に類似している (水に溶ける⇒可溶性の物質 vs. 勇敢な行動を取る⇒勇敢な人)

だが、傾向性は自己知の権威性の範囲外にあるのに対し、一回一回の行動にはそれぞれ意図があり、自分の持つ意図については行為者は権威性を有している。では、同じ一つの行為が実践的推論の帰結であると同時に、性格の現れであるというのはいかにして可能なのだろうか？

◆性格を命題的態度と結びつける考えがある。

シュプランガー：性格⇨価値観 (経済志向的、理論志向的、権力志向的など)

ベック&ヤング：認知行動療法ではパーソナリティ障害の治療の際に、性格を信念 (スキーマ) と結びつけて考える (Ex.依存性人格障害の人は自分では何一つ決める能力がないと考えている、境界性人格障害の人は世の中には完全な善人か完全な悪人しかいないと考えている)。

無論、性格は厳密には価値観や信念ではないが、性格をその人の価値観や信念で近似的に特徴づけることが可能な場合もある。なぜなら、価値観・信念と性格は、共に行動に *supervene* するからである。行動が全く同じなのに信念や価値観だけが異なったり、性格だけが異なるということは考えられない。ある人の性格の主要な部分を、その人の価値観や信念に言及することでの的確に捉えられる場合がある (Cf. 志向的性格概念)。性格を命題的

態度によって近似する、あるいは性格を命題的態度によって説明するということは、自己知の権威性の埒外にあった性格を、「理由の空間」の中に取り込み、セルフコントロールを高めるといふ狙いがある (Cf. 人格障害に対する認知行動療法)。

◆行動は理性と性格に二重支配されている

性格は自分の内にあるのに、自分の自由にはならない何かである。引っ込み思案な人は、人とコミュニケーションを取るのにとっても苦勞するが、必要性に応じてコミュニケーションを取っている間は、理性の力で性格を代償し、環境に適応しているといえる。時に代償に失敗すると、その行動は性格によって説明されることになる。さらに代償不全 (decompensation) の状態に至ると、精神疾患とみなされるようになる (Ex. 社交不安障害)。理性の力が弱まると、地の性格が露になってくる。認知症になると性格が先鋭化する。

5. 精神療法の哲学 philosophy of psychotherapy

5.1 二種類の「病気」

◆K・シュナイダー：精神異常には偏倚と疾患の二種類がある

私たちは普段「病気」という言葉を二つの意味で使っている。

Ex. 「幼女に手を出すなんてお前病気なんじゃないか？」 vs. 「便に血が混じっていたなんて、お前病気なんじゃないか？」

偏倚：ある特徴について平均からの逸脱が甚だしく、本人や周囲に問題が生じている状態。

疾患 (disease)：健康を妨げる器質的病変や過程が存在すること。

内科学では多くの疾患が発見されたが、精神医学ではアルツハイマー病、神経梅毒などを除き、厳密な意味での「疾患」は発見されていない (Cf. mental illness, mental disorder)。躁鬱病、統合失調症は疾患であると想定されているが、これらの病気を特徴づけるような器質的病変は未だ発見されていない (Cf. 内因性精神病)。したがって精神科の患者は、疾患を持つ者 (patient with disease) としてではなく、偏倚した者としてまずは姿を現すことになる (Cf. patient with schizophrenia vs. schizophrenic)。

◆てんかんの事例

てんかんはかつて、躁鬱病、統合失調症と並ぶ三大精神病と考えられていたが、脳波学の発展によって、神経細胞の同期的な興奮 (てんかん波) が原因であることが解明された。つまりてんかんは、疾患として確立されたのである。

これによって、てんかん発作 (偏倚) があるのにてんかん波 (疾患) が無い<偽発作>と、てんかん波 (疾患) はあるが、てんかん発作 (偏倚) は無い<無症候性てんかん性異常脳波>という概念が生じた。

将来もしうつ病の病因がてんかんと同様に解明される日が到来したならば、<偽うつ>や

<無症候性うつ>という言葉が意味をなすようになるはずである。

◆**K・ヤスパース：病歴を了解できるか否かで、患者は二群に分けられる**

了解可能＝一連の言動の意味関連を追うことができる⇨患者を合理的な存在として解釈できる。

了解可能かどうかという点は、現在でも精神科臨床にとって有意義である。というのも患者の言動が了解不可能であるというのは、偏倚の背後に病的過程（＝疾患）が存在する徴候であるのに対し、了解可能な時は、患者の持つ偏倚を精神療法によって治療できる可能性があるのである（Cf. 内因性のうつ病 vs. 心因性（神経症性）のうつ病）。了解不可能なものは、疾患の症状として説明されるべきである。了解（Verstehen）と説明（Erklären）の対比。

◆**ディメンジョナルな概念とカテゴリカルな概念**

疾患は、全か無か法則に従うカテゴリカルな概念であるのに対し、偏倚は、異常を平均からの連続的な移行のスペクトラム上に位置づけるディメンジョナルな概念である。前者は「診断」という医者のみが行使することのできる言語行為に基づく概念であり、後者は精神医学界に統計的手法で切り込んできた心理学が得意とする概念である。DSM-Vでは、これまでカテゴリカルに考えられていた診断に、ディメンジョナルなものを取り込むべきかについて激論が交わされている（自閉症スペクトラム障害、双極スペクトラム障害）。

※疾患－了解不能－カテゴリカルという系列と、偏倚－了解可能－ディメンジョナルという系列がここでは緩やかな対比をなしているが、それぞれの対立軸が完全に一致するわけではない。

5.2. 免荷と再負荷

病気の治療プロセスは、免荷と再負荷を使い分けることで組み立てられている。

骨折の治療の例：ギプスを嵌め松葉杖＝免荷（unloading）

骨がくっついてきたら徐々に荷重をかけていく＝再負荷（reloading）

◆**身体的免荷と身体的再負荷**

身体疾患の治療プロセスは、身体的免荷と身体的再負荷によって構成される。

身体的免荷：人は病気と診断されることで、社会生活上の様々な日課を免除される。

Ex. 仕事を休める、家事を代りにやってもらえる。（Cf. T・パーソンズの患者役割（sick role）の概念。病人は、通常の社会的役割がある程度軽減ないしは免除される権利を得るかわりに、医者や看護者に協力して治癒を早める義務を引き受ける。）

患者の仕事：薬を飲む、しっかり休む、節制する、リハビリに積極的に取り組む、医師の

言うことによく従うなど。患者にもこのような仕事があるから、患者にも真面目な患者と不真面目な患者がいる。

身体的再負荷：手術後の食上げ（重湯⇒全粥⇒常食）、荷重をかける、身体的リハビリテーション、復学、復職など。

◆心理的免荷と心理的再負荷

精神疾患の治療プロセスは、上記の身体的免荷と再負荷に、心理的免荷と再負荷というステップが加わる。精神疾患の発症直後、人は症状を「気の持ちようだ」「疲れがたまっているからだ」などと、自分のコントロールと責任の及ぶ心の揺らぎの範囲内の問題だとみなす傾向にある。しばらくしてこの自己対処がうまくいかないと感じた時、あるいは自己対処が破綻した時に、人は精神科を受診することになる。

心理的免荷：これまで「気の持ちよう」「疲れがたまっているだけ」とされていた精神変調が、精神疾患の症状とみなされるようになること。初診とは、患者の〈主訴〉を〈診断〉に変換する心理的免荷のプロセスである（Cf. 過剰診断への危機感）。診断を患者に伝えることは治療の第一歩である。

Ex. 笠原嘉のうつ病の小精神療法：「うつ病は単なる怠けや気のゆるみではなく、治療の対象となる病気です。精神力だけでは治りません。きちんと治療を受けることが必要です。」

心理的再負荷：病気の症状とされていた精神変調を、患者自身が責任を持って管理すべき心の問題として、再び位置づけること。精神療法とは、心理的再負荷の技法の一つである。

例1：統合失調症患者への精神科リハビリテーション：病棟では患者だった人がデイケアではダメな人になる。作業の仕方やコミュニケーションスキルについての教育が施される。

例2：うつ病の認知行動療法：ネガティブな感情、活動量の低下は、認知のゆがみに由来しており、認知を吟味して現実的なものに改めれば、これらの「症状」は改善する。

例3：身体表現性障害への精神分析：身体表現性障害患者は、心的葛藤から逃れるために身体化（somatization）を起こし、様々な身体的症状を訴える。患者にとって身体症状は、病人と見做され身体的免荷が得られる（＝二次疾病利得）という利得があるだけでなく、葛藤から逃れることで心理的免荷（＝一次疾病利得）を得る手段となっている。したがって精神分析では、解釈や直面化といった技法を用いることで、再び本人に心的葛藤を担わせることが目標となる。

心理的免荷が生じるのは、同じ精神変調が日常の精神的な揺らぎとしても、病気の症状としても説明ができることに由来している。したがって心理的免荷はある種の身体疾患の診断の際にも生じうる（Ex. 軽度の倦怠感で発症した膠原病など）。

◆ノーマライゼーションとメディカライゼーション

メディカライゼーション：これまで医学的問題と考えられていなかった事柄が医学的問題と見做されるようになること。(Ex. ADHD、アロペシア、社交不安障害・・・) 統合失調症患者はかつて、それぞれの地域に住む「変人」や「ダメな人」であったはずである。彼らの言動は問題視されていただろうが、医学的問題であるとは見做されていなかった。それが病人と見做され、隔離政策が取られるようになったのは、歴史の過程で生じた決定的なメディカライゼーションの事例だった。

例 1：副作用の少ない向精神薬の開発に伴い、製薬会社の強力な後押しのもと、これまで精神疾患と考えられていなかった諸問題が、「見落とされてきた軽症の精神疾患」として位置づけられ、向精神薬の「適応拡大」が進んでいる。

例 2：近年軽症の発達障害に注目が集まっており、これまで本人のせいと考えられてきた非適応的な行動が、本人には責任のない生まれつきの能力の違いの結果であると説明されるようになった。

例 3：脳科学の進歩によって、犯罪者は衝動調節に関わる脳部位の代謝が低下していることが判明した。犯罪者は、実は衝動調節障害という精神疾患の患者なのだろうか？

ノーマライゼーション：ノーマライゼーションといえば、障害者が隔離保護されるのではなく、健常者と同じように社会の中で生活できることを理想とする考え方で、階段にスロープをつけるなど、都市環境のバリアフリー化などが実際の手法である。

精神療法の根底には、ノーマライゼーションの発想がある。認知行動療法は近年「適応拡大」が試みられており、統合失調症の認知行動療法 (CBT for psychosis) では、「精神障害は普通の生活をするを必ずしも妨げるものではない」というメッセージを患者に伝える、ノーマライジングという技法が用いられる。Ex. 「世間の 50 人に 1 人は幻聴が聞こえるそうです。アンソニー・ホプキンスにも幻聴が聞こえましたが、症状を克服して世界的な俳優となりました。」

ノーマライジングは二つの意味で「バリアフリー」である。

表の意味：精神疾患は、普通の生活を送るための^{バリア}障碍とはならない。

裏の意味：精神疾患は、普通の生活が送れなくてもよいことの^{バリア}免罪符とはならない。

ノーマライジングは、比喩的な意味で「階段にスロープをつける」ことである。つまり病気の存在は、乗り越えられない段差ではなく、努力次第で登ることのできるスロープなのである (Cf. カテゴリカルな概念と、ディメンジョナルな概念との対比)。

精神療法の発展は、メディカライズされた精神障害をノーマライズし、本人の責任とコントロールの及ぶ「理由の論理空間」の内に連れ戻す試みなのかもしれない。

5. 3. 事例定式化

内科医学 (medical) モデルでは、患者の症状から疾患の診断を導き、疾患の病因に基づい

て治療法を組み立てる。Ex. 多尿と倦怠感の症状⇒糖尿病の診断⇒糖尿病は体のインスリンが不足する病気である⇒インスリンを補充する治療。

精神療法では、診断に相当するのは事例定式化／概念化（case formulation / conceptualization）である。体系的な精神療法では、事例定式化に基づいて、介入技法（論証する、直面化する、褒める、命令する、脅す、解釈する、暗示する、質問する・・・）を決定する。

例 1 プリンスは、精神疾患は不適切な教育の結果であると考えた。したがって、ある種の再教育によって、あらゆる精神疾患は治療可能であるとされた。

例 2 シャルコーは、ヒステリーの原因は、過去にかけられた非適応的な暗示であると考え、新たに適応的な暗示をかけることで、ヒステリーは治癒すると考えた。

◆診断と事例定式化の違い

内科医学における診断とは、諸症状の共通の原因となっている疾患を同定することである。診断が得られると、諸症状はこの疾患の器質的異常から説明されることになる。

対して、精神療法における事例定式化とは、患者の訴えを常識心理学的な枠組みの中での病的な逸脱として理解することである。なぜ常識心理学の枠組み内でなければならないかという、精神療法は言葉の意味を通して（「アブラカタブラ」と無意味な呪文を唱えることによって、ではない！）患者を治療する手法だからである。うつ病の背後に信念の誤りがあると考えれば、言語的な介入の道筋が組み立てられるが、うつ病がモノアミンの不足した病態であると考えれば、どうやって言語的に働きかければよいか分からなくなってしまふ。

◆精神療法の正しさは治療の有効性のうちに示される。

精神分析は、標準的な欲動についての理論（人間って結局セックスと暴力だよ）と、自己知は不完全であるという前提に基づいて、常識心理学を野心的に拡張する試みであった。ヤスパースは、精神分析をかのような了解（als ob Verstehen）として批判した。だが説明と違って理解は理解者に相対的であり、主観的であると断ぜられることがある。了解（理解）が真性のものか、紛い物であるかを客観的に判別することはできるだろうか？

ふっくん：私はあの患者の行動を理解できる。理解できないとはお前は浅はかだな！

やっくん：私はあの患者の行動を理解できない。お前の言う「理解」は紛い物の理解だ！

一つの回答：精神療法は治療的实践であり、治療が奏効するかどうかという「経験の裁き」に直面している。ある仕方での患者理解（＝事例定式化）が正しいかどうかは、その定式化に基づいた治療的介入が有効かどうかによって判別することができる。例えば、初期の

精神分析では、うつ病は大事な他者に対して向けられていた無意識の怒りが、大事な他者を喪失した際に行き場を失い、自分自身に内向（*introversion*）したために生じると考えられた。この考えに基づき、精神分析家は患者に潜む隠れた怒りの意識化に努めたが、この介入は全く成功しなかった。

介入の不成功によって基となった事例定式化がただちに「反証」されるわけではないが、この点は他の科学も同様である。精神療法理論は治療実践と結び付けられることによって、少なくとも他の経験科学と同程度には経験的になるのではないか。

6. 諸問題 problems

6.1 いかにして疾患を言葉で治療するのか How to treat disease with words

精神療法は常識心理学の枠組みの範囲内で理解される病的な逸脱に働きかけるものである。だが、疾患として想定されているうつ病と、精神療法が定式化するところの病的逸脱はどのように関係しているのだろうか。なぜ逸脱を「直す」と疾患が「治る」のか？疾患としてのうつ病を言葉で治せるのだとしたら、それは骨折を言葉で治せるというのと同じくらい不思議なことなのではないだろうか？

◆誤診説

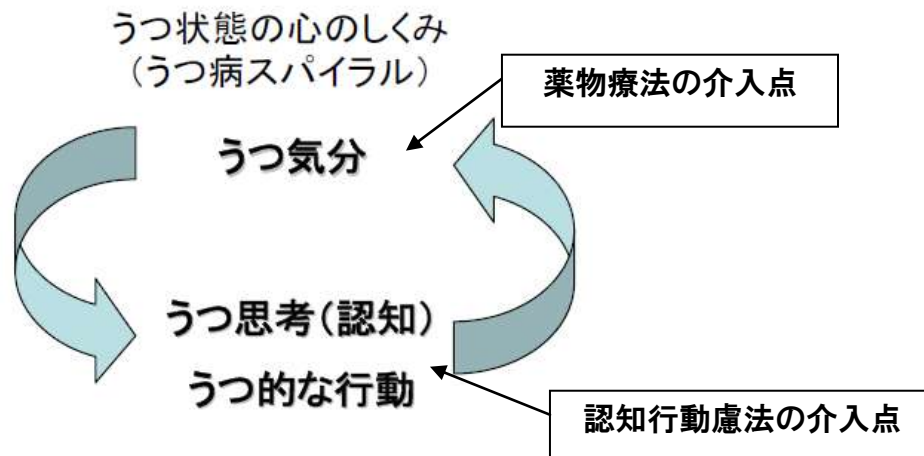
うつ病を例にとると、疾患としてのうつ病（＝内因性うつ病）には精神療法は無効である。精神療法が有効なうつ病というのは心因性のうつ状態のことであり、5.1 節で述べた、「偽うつ病」に他ならない。したがって「うつ病に精神療法が有効だった」とこれまで報告されてきたのは、偽うつ病が真のうつ病と誤診されてきたからに他ならない。

◆代償説

精神療法は、患者の健康的な部分に働きかけ、健康的な部分を強化することで病的な部分を補う技法である。精神療法の効果は、精神疾患の基盤にある器質的な脆弱性をカバーする対処能力を身につけさせることによっている。脳梗塞で足が麻痺しても、リハビリテーションによって正常に動く方の足を鍛えれば日常生活の支障を低減できる。同様に神療法は、疾患（*disease*）による傷害（*impairment*）が、日常生活における機能障害（*disability*）に結びつかないようにするための心のリハビリテーションである。例えば社会適応しているアスペルガー症候群の人は、*empathy* の能力の欠如という生得的な弱点を、*theory of mind* を鍛えることで代償しているという説がある。

◆相互作用説

精神医療の現場や研究では、相互作用説が採用されることが多い。



厚生労働省「うつ病の認知療法・認知行動療法資料」より

しかし、「相互作用」ということの実質的な意味（上図の矢印は何を意味するのか？）がはっきりとしない。

6.2 セルフマネジメントにとって自己知はなぜ重要なのか？

厳格な応用行動分析や精神分析、家族システム論的アプローチと違い、認知行動療法は穏当な常識心理学に立脚したものである。認知行動療法の核心は、この穏当な常識心理学を用い、患者自身のセルフマネジメントやセルフケアの能力を高めることにありとされる。

認知行動療法では、認知や感情といった自分自身の心的状態についての自己知が重要であると考えられる。しかしセルフマネジメント・セルフケアにとって、自己知がなぜ重要なのかはそれほど明らかではない。例えば応用行動分析は、セルフコントロールにとって自己知は不要であり、むしろ重要なのは自分の行動とその行動の帰結を知ることが重要であると考えられる。

社会生活を営む上で、相手がどのように考えているか、自分が相手からどのように考えられているか、といった社会的認知 (social cognition) は重要である。自閉性スペクトラムの人の生きづらさの基底には、このような社会的認知の障害があると考えられている。だが、自分が何を信じ、何を感じているかを知ることが、日々の生活においてそれほど重要であろうか？

◆因果的近位モデル

W・ジェイムズによれば、滞りのない普段の生活では、自分の心の状態について内省する必要などなく、意識は直に世界に向けられている (Cf. M・ハイデガーの Ent-fernung)。だが生活に滞りが生じた時には、心の状態に意識を向け、「故障」している部位を探さなければならない。

車が走らなくなったら、ガレージに運んで故障した部品を同定し、その部品を取りかえて修理するように、精神療法とは、人が社会生活を送れなくなったら、オフィスに運んで故障した心の部品を同定し、それを取りかえることで修理することに他ならない。このようなモデルからすると、心は日常的な生活を可能にする因果的近位 causal proximity であることになる。

認知行動療法は患者の認知に介入するが、そうするのは認知が感情や行動の原因であると考えているからである。だが、信念や判断といった心的態度が、感情や行動の原因であるというのは妥当な考えだろうか (Cf. 「情動が先か認知が先か」論争、命題的態度が行為の原因であるかどうかについての行為論における論争)。これは 6.1 節の相互作用説の問題とも重なっている。因果的近位説が妥当でないのだとしたら、セルフコントロールやセルフマネジメントにとって、自己知はなぜ重要なのだろうか？

※代案はあるだろうか？ 解釈学的循環モデル？

6.3 意志の弱さはいかにして治療可能か？ How is the weakness of will treatable?

意志の弱い行動は言語的に制止可能か？

⇒可能な場合と不可能な場合がありそう。制止可能な場合と制止不可能な場合では、意志の弱さは別のしくみによって生じている可能性が高い。

言語的に制止可能な意志の弱さとはどのようなものなのだろうか？

◆デイヴィドソンのモデル

意志の弱さとは、「全てのことを考慮すると～をするのが良い」という ATC(all things considered)判断と、「～をするのが良い」という AO(all out)判断が解離することである。しかしデイヴィドソンは、ATC 判断を出し抜いて AO 判断がなされるのはなぜかという点を説明していない。もしそれが欲求の暴発（理由を欠く因果的プロセス）によって生じているなら、意志の弱さを言語的に思いとどまらせることが可能なのはなぜかという点が説明できなくなってしまう。

◆エイズリーのモデル

意志の弱さとは、時間割引が双曲割引となるために、時間経過とともに選好の逆転が生じることである。この説明によると、飲酒の害を自覚して酒を飲むまいと心に誓った酒飲みが、後に酒を目の前にして飲酒してしまうのは、酒を目前にしたその時点の判断としては完全に合理的であるということになってしまう。エイズリーによれば、意志の弱さの不合理性は判断の通時的不整合に由来するのであって、一時点における判断の行為の不整合に由来するのではない。しかし飲酒がその時点で完全に合理的な行為であるなら、言葉によって制止することはやはり不可能である（もちろん、「その酒にはメチルアルコールが入

っているぞ」と嘘をつけば本人を制止はできるかもしれないが、それはここでは考慮しない)。時間の経過だけが、選好を再び逆転させられるのである。

◆視野狭窄モデル

意志の弱い人は、欲求に打ち負かされるのではなく、欲求に唆されるのである。意志の弱い人は、意志の弱い行為に及ぶ直前に、欲求のことで頭が一杯になり目の欲求を満たすことが最善であると考えた瞬間がある。ある種の欲求の因果的作用によって、人はその欲求を満たす以外の選択肢があることに意識が向けにくい視野狭窄の状態に陥っているのである。言葉をかけることで意志の弱い行動を思いとどまらせることができるのは、本人に、目の事柄の意外にも重要なことがある、という事実を思い起こさせる (remind) ことができるからである。