

応用倫理学演習 文献紹介

What a Theory of Mental Health Should Be¹. by Boorse, Ch. [1976]

What is (mental) disease?: an open letter to Christopher Boorse². by Fulford, K. W. M. [2001]

報告：林

はじめに

本国における健康概念分析としては、杉本俊介[2008]³が記憶に新しく、また竹山重光[2005]⁴によっても健康概念の捉え直しがおこなわれている。いずれも、一般的な健康概念に対する考察であること、及び Ch. ブールス[1975,1977]⁵を健康概念分析論の中心に据えつつも、L. ノルデンフェルト[1987, 1993, 1995, 2004]との対比を通じて論を展開するという点で共通する。二つの論考から伺えるのは、健康概念分析はブールスを嚆矢とし、その後の健康概念分析論は、ブールスへのアンチテーゼないしその修正という形をとってきたということである。そうした流れに沿うものの一つに K. W. M. フルフォードがいる⁶。フルフォードは 2001 年の論考で、ブールスを痛烈に批判する。具体的に言うと、フルフォードは、ブールスの健康概念分析におけるもともとのターゲットが「精神疾患 mental disease」であったことを指摘し、それにもかかわらず、精神疾患においてこそブールスの健康概念論が破綻すると論じる。では、フルフォードによってブールスはどのように批判されるのか。ブールスを踏まえ、フルフォードの議論を紹介すること、これが本報告の目標である⁷。

本報告での論の運びは次の通りである。まず、フルフォードの批判対象である、精神疾患に関するブールスの議論 Boorse[1976]をまとめる。次に、フルフォードの論考[Fulford, 2001]を紹介し、フルフォードがどのようにしてブールス批判を展開しているのかをおさえ、最後に簡単なコメントを付す。

¹ in *Journal for the Theory of Social Behaviour* 6: pp.61-84, 1976.

² in *Journal of Medical Ethics* 27: pp.80-85, 2001.

³ 杉本俊介[2008]「健康の概念分析—Boorse と Nordenfelt の比較—」京都生命倫理研究会 発表原稿 於京都女子大学

⁴ 竹山重光[2005]「『健康』の概念化」『応用倫理学各分野の基本的諸概念に関する規範倫理的及びメタ倫理学的研究』平成一六・一七年度科学研究費補助金基盤研究 (B)(2) 平成一六年度研究成果報告書 (研究代表者坂井昭宏北海道大学大学院文学研究科教授) 六五～七七頁

⁵ 実際には言及しないので、書誌情報は省略する。ノルデンフェルトも同様。

⁶ フルフォード, K. W. M.: University of Warwick and University of Oxford の教授。主著は Fulford[1986] *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge: Cambridge U. P. また、*Encyclopedia of Applied Ethics*, Chadwick, R., et al. eds, Academic Press, 1998 では“Concept of Mental Illness”の項を、*Encyclopedia of Bioethics* 3rd ed., Reich, W. T., et al. eds., Macmillan Liberty Reference USA, 1995 では“Mental Illness”の項を執筆している。

⁷ このブールスの論考は、竹山[2005]では脚注にてその存在を紹介されるにとどまり、杉本[2008]では扱われていないため、紹介するに値すると考えた。

1. ブールスの精神疾患に関する見解⁸

ブールスの健康理論については、杉本[2008]によって紹介されているため、あらためて述べる必要はないかもしれない。だがブールスは、健康の中でも「精神」の健康について、そのテーマだけで一本論考を執筆していることから、改めて見ておく方がよさそうである。重複してしまう箇所も数多いが、Boorse[1976]で述べられていることを、以下に簡単に紹介する。なお、訳語については以下の通りである⁹。

disease: 疾患、illness: 病気、disorder: 障害、medicine: 医療(医学)、

value free : 価値を含まない/含めない、value laden : 価値を含む/含める

ブールスは、3 節だての 1976 年の論文「《精神の健康 mental health》に関する理論はどうあるべきか」において、次のように論を運ぶ。まず第一節で、《身体医療 physical medicine》における健康についての機能的な考え functional idea》というものは、体 body と同様に精神 mind に対してもそのまま適用されると論じる。第二節では、いま受けいれられている精神の健康に関する理念 ideals を獲得するためのいくつかの案を検討し、それらがすべて健康の理論にとって不適切であると結論する。第三節では、現行の臨床基準の中に、精神の健康についてわれわれが耳を傾けるべきものがあると主張する。答えを先取りすれば、耳を傾けるべきものとは、フロイト流の「精神分析理論 psychoanalytic theory」であり、これが「精神の健康」理論にとってのモデルとなるものだという。今回、それぞれの節を逐一見ていく時間の余裕はないので、以下では特に第一節で述べられている点を二つと、第三節で述べられている点を一つおさえておきたい。

一節ではブールスの健康観、及び疾患 disease と病気 illness の区別についてのおなじみの議論が簡単に踏まえられたのち、《身体の健康》と《精神の健康》との間の関係性について考察され、その間にアナロジーが成り立つと結論される。

⁸ 以下、Boorse[1976], What a Theory of Mental Health Should Be.の要約だが、*An Anthology of Psychiatric Ethics*, Green, A. S. & Bloch, S. eds., Oxford U. P., 2006.に再録されたものを用いたため、ページのリファレンスができていない。この点は報告者の怠慢だが、今回はお許しいただきたい。

⁹ 訳語は、国際疾病分類表 Table of International Classification of Diseases における訳語を参照。

まず、ブルースの健康観だが、ブルースは「ある有機体が健康であるのは、いつ何時でも、それが疾患ではないような状態にある場合である」とする。そして疾患 *disease* とは、その有機体がもっている、あるタイプの内的状態のことである。疾患によって、

- (1)ある自然的機能のパフォーマンス——すなわち、ある種に特徴的な、生存と生殖への寄与(これはその有機体の年齢に特徴的である)——が妨害される。さらに疾患とは
- (2)その種の本性にだけ存するわけではない。つまり、《その種にとって非典型的なものである》か、《典型的であるなら、環境的要因に主たる原因を有するもの》である。

重要なのは、[1]疾患が自然的機能を妨害する点と、[2]ある種に典型的な機能の機構 *functional organization* は生物学的な事実なので、疾患の概念が価値を含まない *value-free* 点である。ある有機体が疾患かどうかは、原理上、自然科学の手法によって定められる。逆に、ブルースが問題視しているのは、「《疾患 *disease* という考え》と《病気 *illness* というもっと狭い考え》との間で区別がなされていない」ということである。ブルースによれば、疾患が病気となるのは、疾患が、以下のさらなる規範的な条件を満たす場合のみ。すなわち、疾患によって、機能が麻痺する *incapacitating* ほど十分深刻であり、またそれゆえに、

- (1)その保有者にとって望ましくなく
- (2)特別な治療の対象となり
- (3)通常ならば批判される行為をしても正当に免責される。

ブルースは、以上の概念上の区別を踏まえた上で、身体健康と精神健康との間の関係について考察する。彼によれば、身体健康とは、生理学的作用がもつ諸機能に焦点を当てることによって獲得される特殊なケースに過ぎない。とすると、精神健康は、心的作用 *mental process* の諸機能に焦点を当てることで獲得される特殊なケースであることになるだろう。それゆえ、精神の機能というものが存在するのであれば、精神健康というものが存在することになる。そして、精神の機能が存在するためには、以下の二つの条件が満たされねばならない。

- [1]いくつかの心的作用 *mental processes* は、行為において《原因としての役割 *causal role*》を担わねばならない。

これに関してブルースは、デイヴィドソンの「心的因果性 mental causation」の議論を支持し、これを前提して議論をすすめる。

[2]《精神の健康》というものを支持するために必要な第二の条件は、「心的作用が、自然的な機能を持つために、ある種に十分に画一的である仕方で、行為に寄与する」というものである。

これに関しても、ブルースはフロイトだけでなく、チョムスキーやピアジェらも「《種に不変的な、心的機能の複雑なパターン》が存在する」としていることから、「精神の機能というものが存在する」と主張する。そして、「もしあるタイプの心的作用が、人間の行動において標準的な機能を果たす perform standard function ののであれば、《これらの機能の不自然な支障 obstruction》を、《精神の疾患 mental disease》と呼ぶことに、差し支えはさほどない」と結論する。以上からブルースは、身体の健康と精神の健康との間にアナロジーがあるという主張に問題はないと述べる。

さて、ブルースが身体の健康と精神の健康との間のアナロジーを認めるとしても、だからといって「精神の健康」論を、「身体の健康」論に回収させるわけではない。つまり、機能的な説明がなされる点で、身体の健康とアナログカルに語ることができるものの、精神の健康とは、それ独自の領域をもつ自律したものなのである。

ただし、これまでの「精神の健康」論は、《人間精神の正常な機能の機構》というものに関してリサーチしてこず、そのかわり、不適切な三つの案によって精神の健康の基準を浮き彫りにしようとしてきた。この点が第二節で批判される。そしていずれの案も、先に見たブルースの健康観に照らせば、不適切なものと結論される。そこで、ブルースは「精神の健康」論がその基準を得るために参照とすべき案を提出する。それが第三節である。

ブルースによれば、そもそも《人間精神の正常な機能の機構》に関するリサーチがなされていないのは、現代の精神医学が、身体の医学に比べて、科学として未発達な段階にあるからである。初期の身体医療も、自然的生理学的機能に対する参照をせぬまま、病気についての原初的な捉え方から始まった。そこにおいて患者は、観察できる苦しみや機能麻痺といった基準のみによって、《病んでいる ill》と分類されたものと推定される。やがて、

経験主義的な考え方が勃興するにつれ、《これらの身体の状態を超自然的に説明すること》が、次第に、《内的な機能不良という考え》に置き換わった。

だが、現代の精神医学は、心の実質的な理論に合意する段階にまで、未だに至っていない。そのような理論が存在しないがゆえに、精神医学は、病気の原初的な捉え方[ダメなもの]へ戻ってしまったことは不自然ではないのだ。ふたたび、医療の専門家は今現在、内的な機能不良について思考せぬまま、単に情動的な混乱や、社会的な不適応を理由として、人々を「病んでいる ill」と呼んでいる、とブルースは述べる。

確かに、精神医学も身体の医学と同じ発展を遂げられると思われているわけではない。だが、この点で健康に関する時代遅れなボキャブラリーの使用法に舞い戻ると、のっぴきならない認知的緊張を招くのである。このように述べるブルースの証拠は、「ただ、精神の健康をめぐる現行の論争が不透明である」ということである。概念を明晰にするために、精神医学は「健康」の使い方を、機能主義的なパラダイムに一致させるか、さもなければ、健康状態について語るための新たな方法をひねり出すかのどちらかでなければならない。そしてブルースは前者の選択肢をとることを提案する。さらに、その具体的な案として、フロイト流の精神分析理論を、生理学とは別個の、「精神の健康」理論のあるべき姿に関するわれわれのベストなモデルとして推奨する。ブルースによると、精神分析理論は、三つの精神構造、すなわち 《イド id》、《自我 ego》、《超自我 superego》を措定し、定められている諸機能を各々に割り当てることによって、生理学的モデルに忠実に従う follow closely。そうすると、《イド》は動機づけの貯蔵器 reservoir として、《自我》は合理的統合や認知的適正の道具として、そして《超自我》は社会化のための装置として浮上する emerge as ~ のだ。かくして、精神分析理論をモデルとすることで、たとえば神経症は、《自我》や《イド》の統合機能や動機づけ機能が、それによって歪められているということに訴えることで、疾患となる、というわけである。以上が、ブルースの提案であり、1976 年の論考の要約となる。これを踏まえて、以下ではブルースの、特に精神疾患に関する議論を批判するフルフォードの論考を紹介することにしよう。

2. フルフォードによるブルース批判

フルフォードによるブルース批判(Fulford[2001])は、ブルースの根本的な戦略を覆そうとするものである。先んじてその結論を要約しておく次のようになる。疾患 *disease* と病氣 *illness* とを分け、疾患 *disease* から規範的要素を排除するというブルースの戦略は、特に精神疾患において失敗する。そしてその失敗は、「疾患 *disease* から規範的要素を切り離して定義するという戦略そのものが誤っている」ということを示している。

では、こうした批判は具体的にどのようにしてなされるのだろうか。以下では、ほぼ全訳に近い形で恐縮だが、フルフォードの議論をおさえることにしたい。

フルフォードに言わせると、前半部分で紹介した論考をはじめとして、ブルースのもとの考察対象は精神障害 *mental disorder* であった。だが、その後どういうわけか精神障害に対する考察が影を潜め、現在のところその定義の困難さもあってか、大々的に議論されていない。しかしながら、この論考においてフルフォードは、「言語分析的価値理論 *linguistic-analytic value theory* という観点から¹⁰、精神障害は、健康概念に関する文献から取り去られるのではなく、中心に位置づけられるべきだ」と主張する。そして、ブルースに対して以下の三点を指摘する。すなわち、(1) ブルースの疾患に関する自然主義的医療モデル *naturalistic (value-excluding) medical model of disease* によって、彼は不整合に陥っている。(2) 唯一自己矛盾のない形式の医療モデル、すなわち記述主義的医療モデル *descriptivist (value-entailing) medical model* は、精神障害に見られる問題に適用される場合に失敗する。そして(3) 《機能不全に関する“部分機能主義的”説明 “*part function*” account (これをブルースは、自身の自然主義的医療モデルの依りどころとする)は、精神障害の中心的な種類、すなわち神経症 *psychosis* に見られる問題に適用される場合に失敗する。

1) 自然主義的(価値を排除する)医療モデル(Fulford[2001]pp.80-1)

ブルースが展開してきたのは、疾患概念についての《自然主義的説明》であるとされる。ブルースが示してきたのは、「医療実践には価値が含まれているけれど、医療理論には、本

¹⁰ フルフォードは、J. L. オースティンらオックスフォード学派の言語分析的観点こそが、精神疾患という概念に関して多くの有用な示唆を与えることを示そうとしているようだ。(Cf. Fulford[1995] “Mental Illness”, in *Encyclopedia of Bioethics* 3rd ed.)

質的に価値が含まれておらず、それゆえ科学的である」ということである。そして彼の目的は、精神障害との直接的な繋がりを持っている。つまり、「精神障害が、道徳(論)moralsの領域を取り入れる take over という危険を冒している」という危惧をブルースは抱いているのだ。そこで、医療実践と医療理論とを区別することが必要だとブルースは主張し、その区別のために、疾患 disease 概念と病気 illness 概念の区別をおこなった。

疾患 disease：価値を含まない科学的ターム。疾患とは、問題の有機体とそのメンバーであるところの種にとって機能的に典型的である基準 norms にから、逸脱していること(Boorse[1975])。疾患はまた、主に「環境要因」によっても引き起こされる(ibid.)。

病気 illness：医療理論の実践的適用と結びついている。病気は、機能が麻痺する incapacitate ほど深刻な疾患である。それゆえ、病気は「その保有者にとって望ましくない」ものなので、価値を含んでいる。

だが、フルフォードによれば、言語分析哲学の観点からすると、ブルースは、言葉の使用において不整合を起こしている。彼は、価値を含まないタームによって疾患を定義するよう気をつけている。だが、そのとき、彼は疾患を、明らかに評価的な意味合い evaluative connotation でもって用いている。たとえば、価値を含まない疾患を、機能的な基準からの「逸脱[価値を含まないターム]」として定義しながら、3行後において、疾患は「機能の有効性 efficiency[効果性？能率性？]の不足 deficiency」という価値を含む言葉遣いで語っている。

言語分析哲学の観点からすると、これらの、価値を含まない定義から、価値を含む言語使用へのシフトは、極めて重大である。言語分析哲学による方法論的な洞察は、「われわれの用いる語とは、意味にとってのある種の分析的な調査道具、すなわち意味というものを探る顕微鏡として作用する」というものである。この基礎にあるのは、人々が一般には、概念を定義することよりも概念を用いることに長けているという観察である。ここから、《そのような概念のわれわれの使用》は、それらを定義しようとするよりも、《意味にとって一層確かなガイド》となりうる。それゆえ、《ブルースが評価的な意味合いでもって「疾患」を使用していること》は、彼が価値を含めずに疾患を定義したにも関わらず、そのタームの意味には《本質的に評価的な要素》が存在していることを示している可能性がある、このようにフルフォードは批判する。

対照的に、ブルースの観点からすると、価値を含まない定義から価値を含む使用への自

分のスリップは、瑣末なことであり、メインイベントに付随して起こることであり、次のどちらかの仕方で即座に修正されるのだという。その修正方法とは、[A]直接的な置換(問題を引き起こしている価値タームを、価値を含まない記述的なタームに置き換えること)か、[B]より基本的な理論(疾患に関する彼の分析を補強する、生物学的機能のタームに関する分析)に頼るかのどちらかだとする。では、これらの仕方でブルース理論は本当に修正されるのだろうか。まず[A]から検討する。直接的な置換によって、われわれは記述主義 *descriptivism* へ向かうことになる。

2)記述主義的(価値を論理的に伴う *entailing*)医療モデル … [A] (Fulford[2001]pp.81-2)

ブルースは、「自分は疾患に関して、自然主義者 *naturalist* であって記述主義者ではない」と主張する。つまり、自分は「疾患と、それを伴う医療理論は、価値を含まない」という価値排除的な立場からスタートしたのだ、と。だが、フルフォードによれば、ブルースは記述主義を自身の理論に導入することで、自分が陥っている上述の自己矛盾を回避できたのである。つまり、自然主義で失敗するブルースは、「記述主義を用いることで逃げ道を確保できる」のだ。

ところで、記述主義とは以下のような立場である。価値タームは《記述的なタームによって》置き換えることができるかもしれない。このとき、《記述的なタームによって》とは、《問題となっている価値タームを、そのタームが表現している価値判断のための記述的基準を参照することによって定義することによって》という意味である。これが記述主義である。この意味において記述的なタームを価値的タームに置換することによって、医療モデルは逃げ道を確保することができる。

かくして、記述主義の立場とは、「ある状況下では、所与の事実には、所与の価値判断が含まれている」というものになる。記述主義によれば、ある状況において、語やフレーズによって運ばれてくる評価的な意味は、(問題となっている語やフレーズが使用されることで表現される)価値判断のための記述的基準によって、再定義することができる。

それゆえ、記述主義によってわれわれは、事実と価値という点で、同時に両方いい思いをすることができる。かくして、記述主義が事実によって価値を再定義することは、疾患理論へ応用されるとき、ブルースに、《彼が必要とするもの》、すなわち《健康に関する価値を含まない科学》をもたらすだろう。だが、そのような事実が含有している価値によっ

て、「疾患」というタームは、依然として、ブルースが実際やっているような、評価的な意味合いでもって用いられることを許すのである。それゆえ、記述主義的な医療モデルは、少なくともこの点で、ブルースの自然主義的モデルよりも、自己矛盾に陥っていないことになる。また、この意味でこそ、記述主義的医療モデルは、自然主義者に逃げ道を与えるのである。

それでは、ブルースが記述主義を援用することで、自身の自然主義を擁護すればよかった[実際にはブルースはこの戦略に反対する]ということになるが、フルフォードによれば、その戦略も失敗することになる。なぜなら、その戦略をとったとしても、精神疾患の場合には、重要な点で問題が生じるからである。その問題とは、「精神障害の場合に、記述主義者が価値を事実によって再定義するために必要となる鍵条件、すなわち《問題の価値が大部分共有されている》という条件が満たされない」というものである。なるほど、救急の身体医療における疾患概念にとっては、何の問題もない。たとえば、心臓麻痺は、それ自体、そして当該のひとにとって、誰にとっても悪いコンディションである。ここでは、われわれの価値は共有されている。だが、精神医学においてわれわれが典型的に関心を向けているのは、欲求、信念、情動、動機など、《人間の価値が多様であることが特徴であり、そう考えるのが正当であるような経験と行動の領域》である。そして、精神医学において、われわれの価値は共有されていない。このことから、記述主義者が価値を事実によって再定義することは、救急の身体医療における疾患概念にとっては利用可能かもしれないが、精神医学においては利用できないのである。

以上まとめると、次のようになる。まず、ブルースの自然主義的医療モデルは、タームを価値排他的に定義していながら、実際には価値を伴う仕方で用いるというブルースのスリップによって、自己矛盾に陥っている。この自己矛盾に対しては、記述主義的モデルを援用することで逃げ道を確保できる。だが、記述主義的モデルは精神医学という(今のところ)価値判断が共有されていない領域では、利用することができない。よって、ブルースの戦略は失敗していることがわかる。さらに突き詰めて考えると、ブルースが評価的な意味合いでもってその概念を使用することは、「疾患に関する自然主義的(価値排他的)定義が、そのタームの十全な(事実+価値)意味を捉え損なっていること」を示していることがわかる。これは、*disease* と *illness* を区別し、*disease* から規範的な要素を排除しようとするブルースの戦略とは裏腹なことなのである。

3)部分-機能主義的 part-function 医療モデル(Fulford[2001]pp.82-3)

上記の批判に対してブルースは、《機能という概念》に訴えることで、依然として自然主義で頑張ろうとする。ブルースによれば、《機能という概念》によって、《より基底的なレベルの理論》が《健康概念を補強する分析》に与えられる。そして、この基底的理论を参照することで、疾患に関する自分の価値タームの使用が、分析的に見て、付帯現象的 epiphenomenal なものであることが分かると述べる。だが、フルフォードはブルースに対して次のような疑問を投げかける。すなわち、「そもそも《機能》を(それゆえに機能不全を、それゆえに疾患を)価値を含めずに定義することができるのか？」と。

目的論(Fulford[2001]p.83)

「《機能》を、価値を含めずに定義すること」、これは見掛けほど単純ではない。というのも、《機能》は目的論的なターム teleological term だからである。そして、目的論は、目的や意図というものを通じて、概念的に、価値と繋がりうるのである。とりわけ問題となるのは、ブルースが、意味が持っている目的論的な要素を、《目標 goal という概念》のうちに保持し続けている点、そしてそのために機能を因果的に、「その有機体が実際に追求する目標に、標準的で因果的に寄与すること」として定義している点である。《目標という概念》は、目的論的な概念であるので、問題となっている目標を達成するか否かを参照することで、《よく機能している》とか、《悪く機能している》などと語ることが実際にできてしまう。これは、目標というもののそれ自体が、目的論的概念であるが故に、意味の評価的な要素を運ぶからである。目標とは、欲されたり必要とされたり望まれたり意図されたりするものなのであり、価値を含めずに定義するのは困難であることがわかる。

さらに、ブルースの《機能》についての説明は、身体障害の場合は極めて説得的なものである。しかし、精神障害に適用されると困難が生じるのである。ブルース自身も述べているように、《精神障害ということ》が含意しているのは、精神の諸部分や精神のシステムではなく、人格すべてである。ブルースは人格性障害を引いているが、強調点があるのは、統合失調症のような精神病性障害である。ブルースはそのような障害が、自分の部分的機能分析に適合すると論じた。だが、その障害の中心的な特徴である妄想 delusion は、部分機能のタームによる分析を、断固阻止してきたのである。

ミスマッチ(Fulford[2001]pp.83-4)

部分機能的な疾患の分析と神経症との間のミスマッチは、精神障害に関する「部分-機能」理論の初期の主張者によって、予示されていた。「その困難の深刻さがどれほどのものなのか」ということに気付いておくことが大切である。機能神経障害は、現在の神経病理学において、周辺にあるものではなく、中心にあるものである。主要な反精神医学者であるサズが述べているように、統合失調症は、精神医学の神聖なシンボルである。もし統合失調症が精神疾患でないのなら、いかなるものも精神疾患ではなくなってしまう。それゆえ、神経症における、疾患理論(ブルスのような、その目的が、精神障害に関連した概念的な問題を解決することであるもの)の失敗は、理論にとって中心的な失敗なのである。

結論：精神障害の抗弁 a plea for mental disorder(Fulford[2001]p.84)

本論考で論じられて来たのは、「疾患 disease に関する彼の《自然主義的理論》が、彼の論考のもとともターゲットであった精神障害を配慮するのに失敗している」ということである。ブルスは、「論理的な要素である事実と価値が、医学の概念的な構造の中に一緒に織り込まれている」ということを最初に論証した者のひとりである。それゆえ、彼の理論は重要でありまた刷新的であったし、現在にいたってもなおそうである。だが、疾患に関する《自然主義的理論としての彼の理論》は、言語分析哲学の観点からすると《不整合によって》、つまり《彼が繰り返し、その概念[疾患]についての価値を含めない value-free 定義から、価値を含めた value-laden 使用へとスリップすることによって》、失敗している。疾患に関する《記述主義的理論》は、価値を排除するよりも、事実によって価値を再定義する際に、価値を含めない定義が価値を含めた使用と結びつくことを許す。だがそれは、精神障害に適用される場合、失敗する。なぜなら、《記述主義》は共有された諸価値 shared values というものに依拠しているが、精神障害の場合、関連する諸価値は極めて多様だからである。同様に、疾患に関する部分機能的自然主義 part-functioning naturalism の諸理論も、身体障害やいくつかの精神障害に関しては、当初のうちは説得的であるのだが、それら諸理論がパラダイムの精神障害 paradigm mental disorder、つまり精神病に應用される場合、すなわち精神病というとき、人格障害 disturbance of the person 全般を含めるまで範囲を広げた場合に失敗するのである。

この失敗は、さまざまな仕方で捉えられるだろう。[1]トマス・サズのような、反精神医

学主義者 antipsychiatrist らは、この失敗を、すでに初めからずっと論じてきたように、「精神障害は、適切に言えば、医療の一部ではない」ということを示すものとして捉えるだろう。[2]精神医学主義者[精神医学支持者]propsychiatrist、すなわち、精神障害が医療の一部だと信じている人々は、この失敗を「おそらくは機能に関する別の分析に基づく、改良された“医療”モデルが必要である」ということを示すものと捉えるだろう。

[3]言語分析哲学は、第三の途を示す。すなわち、《精神障害に応用される場合の、価値を含めない疾患理論の失敗》を、《精神疾患というものに反対する結論》としてとらえるのではなく、その失敗をむしろ、《価値を含めない疾患理論に反対する結論》として捉えるべきだ、と。翻って言うのならば、疾患概念や理論を、価値を含める仕方で定義・提出すべきなのである。

今回の考察で明らかになったのは、《健康概念一般は、理論的であるだけでなく実践的なものだが、その見た目とは裏腹に、本性上、自然的というよりむしろ、規範的なものだ》という可能性があるということである。

それゆえ、精神障害は、(理論的な)健康概念のいくつかの意味の中にある価値的要素を隠してしまう《自然主義の“目隠しベール”》を打ち破るための鍵となりうるであろう。こういうわけで、本稿の冒頭でも述べたように、精神障害とは、取り去られるのではなく、ブルースの理論や疾患概念に関するより広い文献においてみられるように、中心的な位置づけを与えられるべきなのである。

コメント

結局、フルフォードの批判が妥当であるなら、ブルースの戦略だと、とりわけ精神疾患の場合に失敗し、それゆえにブルースの戦略は間違いということになる。さらにフルフォードはこの失敗を、「疾患にも規範的含意を認めた上で、疾患に関する理論を構築すべきである」ことを示唆するものと主張する。

[1]このことに関してまず考えられるコメントは、以下の通りである。すなわち、以上の議論の前提には、《身体健康》と《精神健康》とが、「同一の基準でもって計られる」、あるいは「同一の哲学的基礎をもつ」という考えがある。よって、仮に身体の場合と精神の場合とを、まったく別物として分けて考えることができる場合には、フルフォードの議論が成功しているとは言えなくなるだろう。だが、現在のところその前提が認められている

風潮が強く、何よりブルス自身が両者のアナロジーを擁護してしまっているのです、ブルスの戦略が失敗していることは明かだ。だが、今回は目配せする余裕がなかったが、《身体の健康》と《精神の健康》とを分けて考える議論についても、サーベイする価値がありそうである。

[2]次に疑問を二つ述べておく。まず、フルフォードの議論において、価値を共有する主体は誰なのだろうか？原文では、受け身で書かれているため、その価値を共有する主体の具体的な中身がわからない。そこで、辞書項目におけるフルフォードの定義を見てみる。

「疾患 **disease** とは、個別的な病気とそれらの根底にある諸原因に関する専門家(特に医療専門家)の知識を表す。これに対し、病気 **illness** とは、患者が疾患について実際に持つ経験、特に疾患の症状のことを表す」(Fulford[1998]p.213)。

一見して分かるように、疾患である場合、その価値(意見・知識)の持ち主は専門家である。だが、そうした専門家の意見と、患者本人の意見とは違うはずだが、その間の関係性が不明である。関連があるのなら、どちらが優先されるのか、どちらが基底的なのか。また、専門家の知識は、価値判断が収斂したものと考えられるが、この価値判断が揺れ動いたり、覆ったりする可能性はあるのだろうか。もっと言えば、価値判断はいつ収斂するのか。

[3] [2]との連関での疑問だが、「価値判断」ということで、フルフォードはどこまで考えているのだろうか？たとえば、DSM-IV-TR は、「統合失調症」と診断するためには、幻覚や妄想などの諸症状のみならず、社会的機能や職業的機能の低下も必要であるとする。この価値判断は、ICD-10 的な診断基準に従って下されるものなのか、DSM-IV-TR 的な診断基準に従って下されるものなのかによって、大きく違いが生じると考えられる。

結局、[2][3]で共通しているのは、共有される「価値判断」の中身の具体性が乏しいので、フルフォードの考えている妥当な健康(疾患)理論というのが見え難いということである。こうした疑問は、その主著(Fulford[1986])で答えが与えられているかもしれないので、見ておくことも有益だろう。

演習でのコメント

演習で水谷先生よりいただいたコメントを、覚えている限り書いておきます。

まず、ブルースについて。

ブルースは精神疾患・精神の健康に関して、フロイト流の精神分析理論を自身の「健康についての機能的説明」の基礎理論として導入しているが、特に統合失調症(だったと思います)についてはフロイト自身が「自分の理論が統合失調症に適用できない」としているにもかかわらず、ブルースが導入しているのはどういうことか、さっぱり分らない。ブルースは大丈夫か？というご意見をいただきました。

次に、フルフォードについて。

フルフォードは「事實的タームでの定義」から「価値的タームでの使用」へとスリップしていることをブルースにとって致命的な箇所としているが、そもそもフルフォードは何を持ってタームを「事實的」「価値的」としているのか不明である。たとえば「逸脱[事實的]」から「効果性[価値的]」へのスリップとしている箇所でも、「逸脱」だって、価値的だと言えるかもしれないし、「効果性」だって事實的と言えなくもないのでは？とのご意見をいただきました。

以上より、ブルースもフルフォードもどちらも、フロイトやオースティンを自分の理論にそれぞれ導入するというのがキーのようだが、どちらもフロイト・オースティンを分かってないのではないか？という結論でした。ただし、ブルースについては、70年代においては、使える最新の理論がフロイトしかなかったという時代的制約があるわけで、逆に、現在の最新の理論を用いれば、ブルースはまだイケルのではないか？というのが、先生と生徒全体の意見となりました。

以上。