

# 精神疾患とは何か？

## 反本質主義の擁護

榊原英輔\*

### What Is Mental Illness?: A Defense of Anti-essentialism

Eisuke SAKAKIBARA\*

#### Abstract

The concept of mental illness has been challenged by various parties and with various background concerns. In this paper, I will discuss how mental illness is defined, as far as it is considered as a title to special treatment. The essentialism about mental illness insists that mental illness is distinguished from other harmful human conditions by some scientific criteria. Three essentialistic theories—physical lesion, biological disadvantage, and evolutionary dysfunction theories—are reviewed, and it is shown that they all fail to appropriately distinguish illness from normality. I will alternatively defend the anti-essentialism about mental illness, which characterizes mental illness as harmful human conditions that are best treated by psychiatric professionals.

#### 1. はじめに

1990年代以降、精神疾患<sup>1</sup>の概念規定を問う著作が数多く出版されるようになってきた<sup>2</sup>。精神医療実践と精神疾患の概念は、1960年代以降活発化した反精神医学 (anti-psychiatry) 運動によって激しく問い質されてきたが、近年の著作は社会運動と一体化した攻撃的

色彩の強いものではなく、精神医療の実情を冷静に分析し建設的な提案を行う内容になっている。本論では、これらの著作を手掛かりにしながら、「精神疾患とは何か？」という問題に取り組んでいきたい。

本論で扱う問題を明確にするために、本論では扱わない問題を示しておきたい。第一に、本論では精神疾患の分類の問題は扱わない。精神医学では、例えば、統合失調感情障害が統合失調症とも双極性障害とも異なる第三の疾患単位を構成するかどうか、といった疾患分類 (nosology) の問題がよく議論される。一方、精神疾患とは何かという問題は、精神疾患の中での分類ではなく、精神疾患に分類される人間の状態とそうでない状態がどのように線引きされるか、ということを行うものである。

第二に、本論では精神疾患と身体疾患の境界線引きについては論じない。身体疾患と精神疾患の境界は、歴史的経緯によって恣意的に定められたものである。例えば、梅毒性進行麻痺は梅毒トレポネーマ菌の中枢神経感染症であるが、長らく精神科で治療されてきた経緯から精神疾患とみなされている。しかし、同じく細菌の中枢神経感染症である細菌性髄膜炎は、内科で治

\* 東京大学大学院医学系研究科・東京大学医学部附属病院精神神経科

E-mail: sakakibara-tky@umin.ac.jp

本稿の基本的アイデアを検討する機会を作って下さった信原幸弘氏、田所重紀氏、大前晋氏、ならびに有益なコメントをいただいた2名の匿名査読者に心より感謝する。

<sup>1</sup> 日本語では「疾患」に類する語として「病気」「病」「障害」「疾病」といった語が存在し、英語でも “disease,” “illness,” “disorder” といった語があり、それぞれ異なる意味を与える立場がある。“disease” と “illness,” を区別する立場としては、Kleinman (1988) や、Boorse (1975) を参照せよ。本論では、これらの概念をさしあたり区別することなく用いることにする。

<sup>2</sup> 本論で後に取り上げる、Reznek (1991)、Bolton (2008)、McNally (2011)、Frances (2013) は、精神疾患論を扱った近年の代表的な著作である。

療される身体疾患なのである。症状に着目しても、典型的な身体疾患にも痛みや悪心などの「精神」症状が伴い、逆に典型的な精神疾患にも脈脈や手の震えなどの「身体」症状が伴う。心身二元論を裏書きするように、疾患も精神疾患と身体疾患に二分できるという誤解を避けるために、精神科医が扱う疾患という意味を持つ「精神科疾患 (psychiatric disorder/illness)」という表現が好まれる場合もある (Kendell, 2004, p. 45)。

本論で取り上げたいのは、精神科領域において、健常と病気の境界線がどのように引かれるのか、という疾病性の概念規定の問題である。健常と病気の境界線は、精神科領域だけで問題となっているわけではない。例えば、有効な治療薬が開発されたことにより、俄かに疾患として喧伝されるようになったように見える男性の脱毛症は、身体疾患の領域において疾患概念を見直す契機となっている (Moynihan et al., 2002)。だが、疾病性の意味についての議論は、精神科において特に活発であった。これにはいくつかの理由がある。

第一の理由は、主要な精神疾患の診断の根拠となるような身体的異常が未だ見出されていないことである。100年以上の精力的な研究にもかかわらず、最も重要な精神疾患と位置付けられてきた統合失調症でさえ、まだ病態が解明されていない (Paulus, 2015)。現代においても、精神疾患は、詳細な病歴聴取に加え、不安や抑うつ気分などの主観的体験と、強迫行為や回避などの行動に基づいて診断されている。体験は他者が観察できず、本人の言語的報告に頼らざるをえない。行動は他者にも観察可能だが、その意味には解釈の余地があり、わざと行っているのではないか、という疑念が生じることもある。

精神疾患に身体的異常が見いだされていないのには、身体的な原因が解明された疾患が身体疾患 (特に神経内科疾患) に組み入れられてしまうという事情も関係している。例えば、てんかんは、かつて統合失調症と双極性障害とともに三大精神病の一種と位置づけられ、精神科医が治療にあたっていた。しかし脳波計の発明とてんかん学の発展により、てんかんが脳ニューロンの同期的な異常興奮を生じさせる脳疾患であると分かってからは、徐々に神経内科の領域に組み入れられるようになってきている<sup>3</sup>。

第二の理由は、精神疾患の症状とされるものは、日常生活において健常者にも見られるものだということである<sup>4</sup>。高熱や黄疸などの身体症状は健常者には見られないため、それがどの疾患の症状であるかの判断がつかなくても、何らかの疾患の症状であるということは議論の余地がない。しかし、例えばうつ病の症状とされる抑うつ気分は、病気にかかっているなくても経験しうる気分変化の一種であるため、どの病気の症状かという問題以前に、そもそも病気の症状なのかということが問題になってくるのである。

本論の構成は下記のとおりである。2節では、精神疾患の概念規定が問われてきた3つの文脈を紹介する。精神疾患とは何かという問いの背後には様々な問題意識があり、背後にある問題意識の違いによって、問いに対する応答の仕方が変わることを確認する。その上で、本論における問題設定を、治療や特別な処遇を受ける資格としての精神疾患に限定する。3節では、治療や特別な処遇を受ける資格としての精神疾患を、精神疾患ではないが有害であるような他の諸状態から区別するために科学的な基準を設けようとする3つの説を紹介し、いずれも精神疾患とそうでないものを切り分けることに失敗していると論じる。4節では、精神疾患と精神疾患ではない有害な諸状態の線引きは、その状態の対処に精神医療の専門家が当たるのが最適かどうかに基づいてなされると主張する反本質主義を擁護し、その含意について若干の検討を加えていきたい。

### 精神疾患の具体例

本節では、本論の主題である精神疾患について具体的なイメージが持てるように、米国精神医学会 (APA) が作成している精神疾患の診断・統計マニュアル第5版 (diagnostic and statistical manual of mental disorders, the 5th edition; DSM-5) に含まれている精神疾患の例をいくつか挙げてみたい (APA, 2013)。精神疾患について既に一定の知識を持っている者は、本節を読み飛ばしても構わない。

#### レビー小体型認知症

A は 70 歳代の初めから、就寝中に声を出したり手足を動かしたりすることが多くなった。ある日の夕方、

<sup>3</sup> 欧米では、成人のてんかんの薬物療法は長らく神経内科が担ってきた。日本では、従来成人のてんかんの薬物療法に精神科が大きく関わってきたが、近年では神経内科で治療されるケースが増加している。

<sup>4</sup> Wender & Klein は、同じ心的状態が精神疾患からも正常心理からも生じうることを、生物学の用語を援用し「フェノコピー (phenocopy)」と呼んでいる (Wender & Klein, 1981, p. 39/58)。

別居しているはずの息子の姿が自宅の物陰に見えたように感じたが、後日息子に電話を掛けると、息子はその日家を訪れていないという。この出来事の後、徐々に物忘れが目立つようになり、歩き方がぎこちなく小刻みになったため、精神科を受診した。頭部単一光子放射断層撮影（SPECT）では、後頭葉の血流低下が認められた。

#### 統合失調症

Bは生来健康で、公務員として数年は問題なく働いたが、国際会議を開催するチームに配属されてから不眠が出現し、次第に誰かが自分を監視・盗聴していると感じるようになった。赤色の自動車は海外の諜報員の車であると考えようになり、徐々に記憶力も低下し、与えられた仕事を満足にこなせなくなった。ある日のニュース番組で、自分が秘密にしていたはずのことが放送されていると確信し錯乱状態となり、家族に連れられ精神科を受診した。頭部脳画像検査や血液検査では異常を認めなかった。

#### うつ病

Cは50歳代の働き盛りのサラリーマンであり、課長として10人以上の部下を束ね、仕事には充実感があった。ある時、立て続けに生じた部下のミスのカバーする必要が生じ、その頃から次第に眠れなくなり、食欲が落ち、書類を読んでも頭に入らなくなった。大好きだった酒もますぐなくなり、飲み会に行っても周囲の会話についていけず気後れするようになった。会社の健康診断で異常に気付かれ、精神科を受診したところうつ病と診断され、投薬と休養により半年間で症状は消失した。現在では再び精力的に仕事に打ち込んでいる。

#### 注意欠如・多動性障害

Dは幼少時からせわしなく動く子供だったが、幼稚園に入園後、順番やルールを守れずに、他の子供と衝突するようになった。小学校では、先生やクラスメートの話を聞かず、じっと座っているのが苦手で、授業中に教室を飛び出してしまうことがあった。物を失くすことが多く、担任がDのために箱を作り、Dの持ち物が落ちていたらその箱に入れるようにとクラスメートに指導した。ミスが多いため自信を無くしていたが、中枢神経刺激薬を内服するようになってからは、落ち着いて授業に参加することができるようになり、明るく学校に通うようになった。

#### 全般性不安障害

Eは生来不安が強く、新しい環境や人に慣れるのに時間がかかり、母親から離れるのを極端に嫌がった。他人が気にかけられないような危険の可能性に気を揉み、飼っていた猫の姿がしばらく見えないと「車に轢かれたのではないかと案じ、体に発疹が生じると「重篤な病気の徴候なのではないかと疑って何時間もインターネットを調べた。結婚し子供を儲けた後は、子供の健康を案じるあまり健康食品に凝るようになり、配偶者と衝突を繰り返している。

#### 境界性パーソナリティ障害

Fは、高校生の頃から「満たされない感じ」に悩まされ続けていた。Fの人付き合いは不安定で、人と知り合うと、自分の空虚感を埋めるように一挙に関係を深め頻繁に連絡を取ろうとするが、相手がそれに圧倒され距離を取ろうとすると、手のひらを返したように相手を悪し様に言うので、関係は長続きしなかった。時折激しく気が塞いだが、いずれも1日以上は続かなかった。ある日、交際相手から別れを切り出された後に、「自殺する」とSNSに書き込み市販の風邪薬を大量に内服し、救急搬送となった。

#### アルコール使用障害

Gはいわゆる「酒豪」の多い家系の出身である。学生時代は、飲み会のたびにビールをジョッキで4、5杯飲んでいて、自宅で飲酒することは無かった。悩み事で寝付けなくなった時に寝酒を始めたのがきっかけで、20歳代の後半から連夜焼酎を飲酒するようになった。飲酒量は徐々に増え、翌朝の仕事に支障が出るようになり、上司から節酒を指導されたが、「自分はアル中じゃない」と反発した。一か月断酒をするようにと促されて試みたが、断酒を始めて2日目にして、飲酒の誘惑に負けてしまった。

## 2. 「精神疾患とは何か」という問いはいかなる問いなのか？

「精神疾患とは何か」という問いは、任意の人間の状態に関して、それが精神疾患であるか否かという二拓の問いに答えるための一貫した基準を求める問いである。最初に確認すべきことは、複雑で多様な人間心理や行動の諸相を、〈健常〉と〈病気〉というたった二つのカテゴリーに分けるといふ課題設定が、どのよう

な問題意識の下でなされているかということである<sup>5</sup>。例えばある人が、「高血圧は病気か?」と問うたとしても、医師であっても、この問いにどう答えたらよいか戸惑うかもしれない<sup>6</sup>。だが、「なぜ高血圧が病気かどうかを知りたいのか?」と問い返し、「高血圧は薬を飲んで治療したほうが良いかどうかを知りたい」といった答えが返ってきたなら、専門家は的確に答える術を知っている。

「精神疾患とは何か?」あるいは「〇〇は精神疾患か?」という問いに対しても、同様の質問返しが有効である。なぜ私たちは「精神疾患とは何か?」「〇〇は精神疾患か?」と問うのだろうか? 精神医学の歴史の中で、疾病性の問いが提起された3つの状況を振り返ると、それぞれの状況で問いの背景にあった問題意識が異なっていたことが判明する。以下では、その3つの状況を簡潔に解説し、本論における問題意識を明確化していきたい。

## 2.1 本人の意志に反して治療することが正当化されるか?

幻覚や妄想、行動の解体を伴う重度の精神疾患の治療は、長らく精神病院 (asylum) への非自発的な入院下で行われてきた<sup>7</sup>。このような状況に対し、1960～1970年代に異議を申し立てたのが、左翼的な政治活動の中で盛り上がりを見せた「反精神医学」と呼ばれる運動である (Nasser, 1995)。

反精神医学の思想的な牽引者の一人であった Szasz は、精神疾患は実在せず、精神病院に入院している人々は病人ではないと主張した<sup>8</sup>。彼は、非自発的な入院を奴隷制に準え、精神医学は、社会体制が課す規範から逸脱した者を強制的に収容し、「患者」として「治療」に服せしめることによって、社会的抑圧の一翼を担って

いると批判した。彼は、一切の非自発的な入院や治療に反対しただけでなく、触法行為を犯した者が、精神疾患が原因で行為に及んだと判断された場合には罪に問われなくなるのは不当であると主張している。

「反精神医学」という言葉の生みの親である David Cooper は、統合失調症などの精神病患者に一次的な障害はなく、精神病は本人が両親など周囲の人間によって妥当性を否定 (invalidate) され、狂気 (insanity) として疎外されることによって生じるという見解を示している (Cooper, 1967)。彼によると、精神病に見られる奇異な言動は、周囲の人間から繰り返す矛盾をはらんだ要求を押し付けられ、追い詰められた者が取る自然な反応である。Cooper は、精神科医が家族と結託し、精神病患者を本人の意思によらずに精神病院に入院させることは、善意を装った暴力に他ならないと主張した。

反精神医学が告発しようとした、精神医学が社会的抑圧の手段として濫用される事態が、反精神医学運動が活発だった西側諸国においてではなく、左翼的な思想が模範としていたはずの旧ソ連、ルーマニア、中国等の東側諸国においてむしろ顕著であったことは皮肉である<sup>9</sup>。1970年代から80年代の旧ソ連では、理想的な政治形態とみなされていた共産主義に反抗することは「狂気」の表れと考えられ、不活発型統合失調症 (sluggish schizophrenia) という診断の下に、政治犯の実に1/3が精神病院に強制的に収容され、抗精神病薬の投与などによって「治療」を試みられていたという (van Voren, 2010)。現状の社会秩序や政治体制に対する反抗から、反抗としての意味を剥ぎ取り、それを疾患として治療の対象とすることは、それが体制や秩序への意味ある反抗とみなされていたら招いてであろう苛烈な処罰から本人を免責する代わりに、社会秩序や体制の現状維持に加担することに他ならない。

非自発的な治療が正当化され、法的責任が免責されるのは、社会規範から逸脱した言動を伴うが、当の本人はそれを無くしたいと考えていないような自我親和的 (ego-syntonic) な状態である<sup>10</sup>。本人には治療しよう

<sup>5</sup> この点は Bolton も間接的に指摘している (Bolton, 2008, p. 271)。

<sup>6</sup> 高血圧は、連続的に変化する血圧がある一定の基準 (収縮期血圧 140 mmHg 以上、または拡張期血圧 90 mmHg 以上) を満たす場合に診断されるが、自覚症状を伴わず、明確な病理学的異常を伴わないため、疾患ではなく、疾患のリスク因子 (risk factor) に過ぎない、と主張されることがある。詳しくは、Schwartz (2008) を参照のこと。

<sup>7</sup> 2014年時点で、日本には精神病床が338,174床存在し、平均在院日数は281.2日となっており、日本においてはこの状況が現在まで続いていることが分かる (厚生労働省, 2014)。

<sup>8</sup> Szasz (1970) を参照のこと。精神疾患の実在を否定する Szasz の議論については、本論 3.1 節で扱っている。

<sup>9</sup> 精神医学の政治的濫用の例として取り上げられるもう一つの例は、奴隷逃亡狂 (drapetomania) である。奴隷逃亡狂は、南北戦争前のルイジアナ州で内科医をしていた Cartwright が提唱した概念であり、規律の緩い農場や虐待的な主人の下から奴隷が逃げ出すという黒人特有の「疾患」とであるとされた (Cartwright, 1851)。

<sup>10</sup> Klein は、ある状態が疾患であるかどうかを判断する基準は、本人がそれを取り除きたいと望まない自我親

という意欲はなく、治療が必要だと判断される場合は、周囲の人間——家族、精神科医、裁判官等——の判断に基づいて、本人の意志によらずに入院や治療が行われることになる。反精神医学が精神病院に収容された人々の疾病性に疑問を呈したのは、彼らの言動に含まれる社会規範からの逸脱が、免責と引き換えに自由を剥奪され強制的な治療に服すべきものなのか、それとも、その正否は措くとしても本人が自らの責任において行った意味ある行為と捉えるべきなのか、ということを開くためだったといえるだろう。

## 2.2 治療すべき有害なものか？

本節では、KutchinsとKirkの記述に依拠しながら、米国において、同性愛が精神疾患とみなされなくなる過程を追ってみたい(Kutchins & Kirk, 1997, Ch. 3)。西洋では、同性愛は聖書に記された罪であり、社会が世俗化した後は犯罪として規定されてきた(Ibid., p. 58/77)。その後同性愛は医学的治療の対象とみなされるようになり、1952年に出版された米国の診断と統計マニュアル初版(DSM-I)では、同性愛はパーソナリティ障害に分類され、1968年に出版された同第二版(DSM-II)では、同性愛は性的逸脱(sexual deviations)の一種としてマニュアルの中に記載されていた(Ibid., p. 57/76)。

米国においてこの状況を一変させたのは、1970年に開催された米国精神医学会(APA)の年次大会で開催された同性愛についてのセッションに、同性愛の活動家が乗り込み、会場を占拠するという事件だった(Ibid., 65/85)。APAは活動家の主張を真摯に受け止め、翌年から、年次大会で同性愛が精神疾患であるかを討議するシンポジウムを開催するようになり、1974年にAPA会員による投票を行い、約1万人の投票数のうち賛成票58%、反対票37%の多数決により同性愛を精神障害から除外することが決定した(Ibid., p. 273/邦訳では割愛)。

米国において、同性愛が精神疾患のリストから除外されるに至った一連の経緯には、違和感を持つ者もいるのではないだろうか。というのも、ある状態が病気か否かを多数決で決めるのは、民主的ではあっても科学的とはいえないからである(McNally, 2011, p. 23f)。

しかし、「同性愛は精神疾患か？」という問いによって当時争点となっていたのが、同性愛は治療が必要であるような有害なものかどうか、ということだったと考えるなら、それは価値観の問題であり、多数決で決定することに一定の妥当性があったといえる(Cooper, 2007, p. 32/50)。

DSMの疾患分類から同性愛を除くことに大きな貢献を果たし、後にDSM第三版(DSM-III)の編集委員長となったSpitzerは、疾患と認めるためには主観的な苦痛(distress)か社会的な機能低下(impairment in social functioning)のいずれかが必要であると論じた(Stoller et al., 1973, p. 1215)<sup>11</sup>。その上でSpitzerは、多くの同性愛者は自らの性的志向に満足し、社会人としての役割を問題なく担っていることを指摘し、同性愛は精神疾患ではないと主張した。同性愛の場合、一番の争点は「異性愛の関係を築けない」ということ自体が、精神疾患とみなすことを正当化するような機能低下の一種かどうかという点である。そして、まさにこの価値判断こそが、時代と共に変化してきた点なのである。

## 2.3 治療や特別な処遇を受ける資格があるか？

1990年代以降、上記とは全く異なる問題意識に基づいて、疾病性の問題が提起されるようになってきている。問いの背後に存在するのは、精神疾患と診断され、向精神薬を内服する人がかつてないほど増加しつつあるという事実である。例えば米国の調査では、1987年と1997年を比較すると、「うつ病(depression)」の治療でクリニックに外来受診した者は人口100人当たり0.73人から2.33人に増加し、そのうち抗うつ薬を内服した者の割合も、37.3%から74.5%に増加したという(Olfson et al., 2002)。

操作的診断基準を用い世界14か国で行った疫学調査では、直近12ヵ月以内の有病率(12-month prevalence)が8か国で10%を超え、米国に至っては26.4%という結果になった(The WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004)。しかし、「人口の4人に1人の人間が精神疾患である」といわれる際の「精神疾患」は、本当に病気ののだろうかという疑問が生じてくるのではないだろうか<sup>12</sup>。

和的な状態と、本人がそれを取り除きたいと望む自我異和的(ego-dystonic)な状態では区別して論じる必要があると論じている(Klein, 1978)。本論もこの区別に従っている。

<sup>11</sup> ここでいう「機能」とは、人が社会生活、対人関係、仕事、勉学、家庭運営、自己管理等をうまく行えているかどうかを指す用語である。

<sup>12</sup> 感冒や齲齒やにきびも含めた「何らかの身体疾患を持

McNally と Frances は、本来病気ではなかったはずの状態が、医療化 (medicalize) ないし病理化 (pathologize) されたのではないかと疑われる精神科診断の具体例を挙げている<sup>13</sup>。以下では、その中から 4 つの例を紹介していきたい。

### うつ病 (depression)

Horwitz と Wakefield は、DSM-III 以降の操作的診断基準が、うつ状態に至る原因を顧慮せずに、一定以上の重症度の心理的不調がある場合をすべてうつ病と規定しているために、苦境に直面した者の正常な情動的反応を病理化してしまっていると批判した (Horwitz & Wakefield, 2007)。例えば 2013 年に出版された DSM-5 によると、大うつ病性障害 (major depressive disorder) は、抑うつ気分または興味・喜びの著しい減退の少なくとも一方に加え、著しい体重減少・増加や食欲の減退・増加、不眠・過眠、焦燥または制止、易疲労感、無価値観や罪責感、思考力や集中力の減退、死についての反復思考を合わせて計 5 つ以上の症状がほとんど毎日認められる状態が 2 週間以上続き、著しい苦痛や能力低下をもたらしており、他の原因によってはこれが説明できないときに診断される (APA, 2013, p. 160/160)。Horwitz と Wakefield は、上記の条件は、慢性的な貧困や暴力などのストレス下では満たされることがあるが、それは精神疾患ではなく、原因となっている貧困や暴力の解決が先決であると論じている。

### 社交不安障害 (social anxiety disorder)

社交不安障害の患者は、衆目を集めうる状況で行動することに強い不安を抱く。人前で話す際の過緊張がよく知られているが、人前で食事を摂ることや文字を書くことを恐れる者も少なくない。米国の疫学調査では 12 か月以内の有病率が 6.8% と高い数値になるという (Kessler et al., 2005)。社交不安障害はセロトニン選択的再取り込み阻害薬 (SSRI) によって改善することが判明し、製薬会社のマーケティングの対象となってきた (McNally, 2011, p. 55)。しかし、長らく小規模の集落の中で顔見知りの人々と生活してきた人類に

とって、大勢の目を恐れるのは当然であり、人前で緊張しないことが要求されるのだとしたら、そのようなことを要求する社会の側に無理があるのではないだろうか。「恥の文化」と言われる日本では、同様の手法を用いた疫学調査の結果、社交不安障害の有病率が 0.7% と米国よりはるかに低かった (Ishikawa et al., 2016)。これは、日本人が米国人より人前で緊張しにくいということではなく、日本では人前で緊張することが当然のこととして受け入れられ、病気と認識されていないということを反映している可能性がある。

### 注意欠如・多動性障害 (ADHD)

落ち着きがなくじっとしていられない、集中力が続かず気が散りやすいといった特徴を持つ ADHD に対しては、中枢神経刺激薬のメチルフェニデートが有効であることが知られている。問題は、メチルフェニデートは、健常者に対しても記憶力の向上を中心とした認知機能のエンハンスメント効果を有している点である (Repantis et al., 2010)。ADHD の診断増加は世界的な傾向であり、米国においては 1997 年に製薬会社が薬についての消費者向け広告 (direct-to-consumer advertising) を出せるようになってから、注意欠如・多動性障害と診断され、メチルフェニデートを処方される子供の数が急増した (Frances, 2013, p. 142/225)。この状況に警鐘を鳴らす研究結果も出てきている。カナダの疫学研究において、最も早生まれの月の小学生の方が、最も遅生まれの月の小学生よりも ADHD と診断される割合が男子では 1.3 倍高く、女子では 1.7 倍高いことが判明したのである (Morrow et al., 2012)。同様の傾向は、台湾の疫学調査でも確認されている (Chen et al., 2016)。これは、同じ学年の中で相対的に月齢が若く、神経的により未熟であることが、精神疾患と誤診されていることを強く示唆するデータである。

### 自閉症スペクトラム障害

自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder; ASD) は、言葉を字義どおりに捉え、言外の意図を読み取ることが苦手であるなどのコミュニケーションの障害や、同じパターンを繰り返すことを好むようなこだわりの強さ、感覚過敏などを伴う精神疾患であり、かつて「自閉症」「高機能自閉症」「広汎性発達障害」「アスペルガー症候群」と呼ばれていた病態を、重症度の上で連続体を成すものとして捉え直した発達障害の一種である。ASD の有病率は、1960 年代には

つ者の割合」について疫学調査を行ったとしたら、直近 12 ヶ月以内の有病率はほぼ 100% になるはずであり、26% という精神疾患の有病率は決して高くないという意見もある (McNally, 2011, p. 9)。

<sup>13</sup> McNally (2011, Ch. 2)、および、Frances (2013, Ch. 5) を参照せよ。

0.04%程とされていたが、2000年代には0.3～0.6%と報告され、2014年の横浜市における調査では、有病率4.48%という驚くべき結果が出ている (Rutter, 2005; 今井, 伊東, 2014)。ASD に対して有効な薬物はまだ開発されていない。有病率が上昇した背景には、ASD についての啓発が進み、スティグマが軽減したことに加え、発達障害者向けの障害福祉サービスが拡充してきたことや、ASD と診断されることで、学校において発達特性に合わせた手厚い指導を受けることができる体制が整ってきたことと関係している可能性がある (Frances, 2013, p. 147/232)。

精神疾患の有病率の増加は、実際に患者数が増えている可能性や、これまで見過ごされてきた患者が正しく診断されるようになってきたことによって部分的に説明できるだろう。しかしそれだけでなく、精神疾患とみなされるものの範囲が徐々に拡大し、より問題の程度が軽い者が「精神疾患」と診断されるようになってきたことも影響していると考えるのが自然である<sup>14</sup>。

精神医学の発展が他の医学分野の発展と決定的に異なるのは、学問と治療法の進歩によって、有病率が減少するどころかますます増加していくという逆説的な事態である。例えば、長らく人類を苦しめてきた天然痘は、原因となるウイルスの発見とワクチンの発明により、1980年に根絶が宣言された (Bremner & Arita, 1980)。一方うつ病は、続々と新規抗うつ薬が開発されているにもかかわらず、年を追うごとに患者数が増加しているのである (Bolton, 2008, p. 239)。

ここで問題となっているのは、本人に苦痛や生活上の困難感が伴うために、自ら治療を求めて精神科の門をたたく自我異和的 (ego-dystonic) な諸状態である。製薬会社は利潤追求の組織であり、より多くの者が精神疾患と診断され、より多くの薬が売れることを望んでいる。開業し外来診療を行う精神科医にとっても、より多くの患者を診ることは増収に直結している。したがって、受診者、製薬会社 (治療手段の提供者)、医師の三者には、精神疾患の診断を制限しようというイ

ンセンティブは働きにくい。

しかし精神疾患と診断され、治療や特別な処遇を受ける者が増えれば、医療保険システムに負荷をかけることになる。支出には、診察代や薬代だけでなく、精神疾患の治療やリハビリテーションとして行われる心理療法や、精神疾患患者を対象とした障害福祉サービスの運営費用が含まれる。精神疾患を理由とした傷病休職は雇用主に多大な損失をもたらす。また、精神疾患と診断された者に周囲の人々が特別な配慮をしなければならなくなることも、精神的なコストの一種と捉えてもよいかもしれない。精神疾患の外延が拡大することを危惧する声は、医療費の払い手である国や保険会社、ひいては負担の最終的な担い手である一般市民から上がってくるのである<sup>15</sup>。治療や特別な処遇には様々なコストがかかる。それゆえ、「精神疾患」を理由に治療や特別な処遇を受けることができる状態の範囲をどのような基準に基づいて定めるべきか、という問題意識が生じるわけである。

## 2.4 本節のまとめ

本節では、「精神疾患とは何か？」という問いが生じた3つの状況を振り返り、背景にある問題意識が異なることを確認した。明らかになった問題意識は下記の3つである<sup>16</sup>。

- ①本人の意思に反して治療することが正当化されるか？
- ②治療すべき有害なものか？
- ③コストがかかる治療や特別な処遇を受ける資格があるか？

疾患の概念は、「治療の必要性」という概念と密接に結びついているが、上に挙げた3つの問題意識は、治療の必要性という概念の多義性に対応している。1960年～1970年代の反精神医学は、当時精神病院に収容されていた重篤な症状を呈する人々に関して①を問題に

<sup>14</sup> McNally はこれを “bracket creep”、すなわち累進課税制度を採用する国において、物価の上昇に伴い、税制が変わらなくても人々がいつの間にか高い税率で税金を支払わされるようになる現象に擬えている (McNally, 2011, p. 59)。精神疾患の診断基準には「著しい苦痛」といった表現が含まれ、糖尿病における血糖値のような客観的な数値とは異なり、どこまでを含めるかの判断が判定者の主観や文脈によって変化してしまうのである。

<sup>15</sup> Bolton は、これを複数の利害関係者 (stakeholder) 間の対立に準えている (Bolton, 2008, p. 237f)。

<sup>16</sup> Boorse は、疾患 (disease) の概念は価値中立的に定義されるのに対し、病気 (illness) は、疾患のうち、「通常であれば非難されうる行為への妥当な弁解 (a valid excuse for normally criticizable behavior)」「本人にとっての望ましくなさ (undesirable for its bearer)」「特別な治療 (処遇) を受ける資格 (a title to special treatment)」という3つの条件すべてを満たしたもののみを指すと主張した (Boorse, 1975, p. 61)。本論は Boorse の説を擁護するものではないが、本節で上げた3つの問題意識が、Boorse が提案した3つの病気の要件におおむね対応していることは興味深い。

した。1970年代の同性愛の活動家は、同性愛に関して②の問題を問うていた。そして、現代の精神医療への問題提起は、外来で自発的に受診する人々に関して③の問題を提起している。無論、3つの状況と3つの問題意識が一対一対応していると考えるのは過度な単純化である。実際には、反精神医学も②や③の問題を視野に入れていたし、現代的な問題意識の中にも①や②の要素が含まれている<sup>17</sup>。

重要な点は、これら3つの問いに対する答えが定める「精神疾患」の外延は一致しないということである。特に、①の問いに肯定的に答えるべき諸状態は、③の問いに肯定的に答えるべき諸状態の真部分集合になるだろう。すなわち、本人が治療を受けたいと希望したときに治療を受けることができる状態の範囲は、本人がたとえ治療を拒んでも強制的に治療を行うことが正当化されるような状態の範囲よりはずっと広いのである<sup>18</sup>。問題意識によって外延が変わるということは、精神疾患（あるいは疾患全般）の概念を、背景にある問題意識と独立に定義することは不可能であることを意味している。それゆえ、「精神疾患とは何か？」という問いに取り組むにあたっては、どのような問題意識の下でその問いを立てるのかを明確化させておく必要があることになる。

以下では、上述のうち最後の問題意識、すなわち治療や特別な処遇を受ける資格としての精神疾患の外延をいかに定めるか、という問題に絞って議論を進めていきたい。このような意味での精神疾患の範囲を問うことは、実質的には、精神医療が対象とする人間の諸状態の範囲をいかに画定するかという問題と同義である。

<sup>17</sup> Szasz は、精神病院における非自発的治療だけでなく、あらゆる心理現象を「神経症」と呼び、文化や政治にまで発言するようになっていた当時の精神分析的精神医学も強く批判しており、後者の批判は③の問題意識に近い (Szasz, 1974)。また現代の外来受診においても、本人が受診し治療を受けるか否かは、本人の希望だけでなく、周囲の人間の有形無形の圧力が影響するため、①に近い問題が生じてくるだろう。

<sup>18</sup> 精神疾患の問題を議論する際に、精神疾患全般と、幻覚や妄想を伴う重度の精神疾患であり、場合によって非自発的な治療を要する精神病 (psychosis) が混同されることがある (McNally, 2011, p. 23)。精神病と精神疾患の混同は、①の問題意識と③の問題意識の混同と関係している。

### 3. 精神疾患の外延は科学的に決定可能か？

特別な処遇や治療を受ける資格を有するためには、それが本人にとって有害な (harmful) 状態であることが必須だという点は、比較的問題なく合意できる点であろう<sup>19</sup>。DSM-5では、精神疾患は苦痛 (distress) や能力低下 (disability) を伴う状態であると述べられている (APA, 2013, p. 20/20)。ここでいう苦痛や能力低下は、害 (harm) の典型例である。そこで以下では、有害性が特別な処遇や治療を受けるための必要条件であることは前提としていきたい。

問題は、有害なもの全てが精神医療の対象となるわけではないことである。例えば怠惰、借金、文盲、失業等はいずれも本人にとって有害なものだが、それ自体は精神疾患ではない (Bolton, 2008, p. 171)。近年、精神疾患と診断され治療を受ける者が急激に増加しているのは、精神疾患の客観的な基準が存在せず、精神科医が臨床的直観に頼って精神疾患を診断しているからではないだろうか。そこで以下では、有害な諸状態の中から、科学的な基準に基づいて精神疾患の範囲を画定しようとする3つの試みを取り上げてみたい。

#### 3.1 Szasz の身体的損傷説

Szasz は、1960年代以降長きにわたり、反精神医学の論陣を張り続けたニューヨーク州立大学の精神科医である。Szasz は、疾患とは「自然に生じたり人為的に引き起こされたりした、証明可能な (demonstrable) 解剖学的または生理学的な損傷 (lesion) である」と論じた (Szasz, 1994, p. 36)。身体的損傷とは、典型的には肉眼的、あるいは顕微鏡的に視認可能な生体組織の病的変化 (骨折や出血などの外傷、感染症、がん、神経変性など) を指すが、それに加えて、遺伝子異常や、代謝メカニズムの異常、不整脈やてんかん性放電などの生理学的異常も身体的損傷に含めておきたい。これらの共通点は、生物学的に定義可能な身体の質的異常であるという点である。

<sup>19</sup> ただし、精神科領域では、害の存在を誰がどのように判断するかという点に大きな問題が残っていることを指摘しておきたい。一方で、本人が有害性を認識することが害の存在の定義であるという考え方がある。しかし、異常に気分が高揚し、万能感に支配された躁状態は、この定義では有害ではないことになってしまう。他方で、本人の認識とは独立に害を定義しようとするとき、前述した同性愛の問題のように、最も尊重すべき本人の意見を蔑ろにしてしまう危険性が生じることになる。

身体的損傷説は、疾患を下記のように定義する<sup>20</sup>。

X は疾患である

$\stackrel{\text{def}}{=} X$  は有害である & X は身体的損傷である。

Kendell は、近代医学の歴史を次のように振り返る (Kendell, 1975, p. 306)。18 世紀後半から死後解剖が盛んになり、Morgagni や Bichat らにより、病死した患者の臓器に病変があることが見出された。さらに 19 世紀半ばには、顕微鏡と染色技法の発展により Virchow が細胞病理学を確立し、肉眼的、顕微鏡的に同定可能な構造的異常の存在が疾患にとって必須であるという考え方が出現した。その後、コレラなどの感染症が次々と同定され、生化学の発展により様々な代謝異常症が発見され、メンデルの遺伝法則に従う遺伝病が解明され、脳波計によるてんかんの診断が可能になるなど、医学の発展によって数々の疾患概念が林立し、疾患の本体は生物学的に同定可能な身体の質的異常であるという考え方が優勢となった。

Szasz は、精神科領域においても身体的損傷説を厳格に適用する。その上で、精神疾患と呼ばれているものには身体的損傷が見られないので、精神疾患を「疾患」と呼ぶのは比喩に過ぎず、精神疾患なるものは「神話 (myth)」に他ならないと主張したのであった (Szasz, 1974)。興味深いのは、Szasz が提唱する疾患概念は、疾患の社会構成主義を明確に否定するものであり、近代医学の成功を模範とし、精神疾患の脳病理解明を目指してきた生物学的精神医学における疾患概念と大きくは異ならないという点である。両者が袂を分かつのは、疾患の意味理解の次元ではなく、精神疾患と呼ばれている諸状態の基礎に身体的損傷が見いだせるかどうか、という事実判断においてである。

身体的損傷説は、疾患には一貫した解剖学的・生理学的・生化学的異常がみられるという、人々が漠然と抱く疾病観を言語化したものである。しかし、精神疾患など存在しないという Szasz の主張は数々の批判を

招き、現在では支持を失っている。以下に二つの理由を述べよう。

第一の批判は、認識論的なものである。Szasz が精神疾患を「疾患」と呼ぶのは比喩にすぎず、文字通りの意味では疾患ではないと結論付けたのは、長年の生物学的精神医学の研究が、統合失調症や双極性障害などの主要な精神疾患においてさえ、身体的損傷の存在を証明できなかったからである。しかし、「まだ証明されていない」と「存在しない」は同義ではない。将来の医学の発展により、身体的損傷が証明されるかもしれないからである。

精神疾患が真の疾患であるかどうかの判断は、将来の医学の発展についての予測に基づいており、Szasz のように「精神疾患は本当の疾患ではない」と断言することはできない。ハイデルベルク大学の精神科教授を務めた Schneider は、Szasz が精神医学批判を展開するようになる前から疾患の身体的損傷説を支持しているが、統合失調症や躁うつ病のような一部の精神疾患が身体的損傷に基づくのは、「じゅうぶん根拠のある仮説である」と論じている<sup>21</sup>。さらに、身体的損傷というものは、存在証明はできても不在証明は原理的に不可能である。この点からしても、「身体的損傷が存在しないから疾患ではない」と断言することは不可能なはずである。

第二の批判は、疾患の身体的損傷説自体に向けられたものである。Szasz は身体疾患を模範に据えて精神疾患の実在性を疑った。しかし、身体疾患の領域においては、偏頭痛、三叉神経痛、斜頸、老人性皮膚掻痒症などの、身体的損傷が明らかではなく、症状のみによって診断されるいわゆる機能的 (functional) の疾患が存在しているのである。機能的疾患が疾患の一種として認められているという事実は、身体的損傷説に対する反例となるのではないだろうか (Kendell, 1975)。だが、機能的疾患が存在するというだけでは、身体的損傷説への決定的反証にはならない。なぜなら、身体的損傷説の支持者は、機能的疾患が疾患であると現在認められているのは、将来いずれ身体的損傷が証明されるだろうと予想されているからに過ぎない、と弁

<sup>20</sup> Szasz 自身は有害性を疾患の必要条件だとは考えていないため、本論における疾患の身体的損傷説は、厳密には Szasz 説の改変版である。たとえば、合趾症は生まれつき足の指の一部が癒合している奇形の一つであり、Szasz 自身の説では疾患であることになってしまうが、直観的には、生活に支障がない合趾症は疾患ではなく正常変異 (normal variant) であり、Szasz 説の反例になると論じられることがある (Kendell, 1975, p. 308)。しかし本論における改変版の身体的損傷説では、「合趾症は身体的損傷ではあるが、有害ではないため疾患ではない」と論じることが可能である。

<sup>21</sup> Schneider は、統合失調症や双極性障害の基盤に身体的損傷があると推定される間接証拠として、高度の遺伝性、生殖過程との結びつき、全身性の身体変化との関連、心理療法に比して身体療法が優位であることに加え、患者の病歴のなかに「生命発展のまとまり、意味法則性、意味連続性の破綻」が見られることを挙げている (Schneider, 1957, 邦訳 p. 9f)。

解する余地があるからである。

身体的損傷説への決定的な反論は、医学史の中に見出すことができる。医療実践は、18世紀後半以降に様々な疾患の身体的病理が解明されるようになったはるか以前から存在し、現代において疾患とされる多くの状態は、現代とは分類の仕方こそ異なっていたかもしれないが、近代医学の発展以前から疾患とみなされていた。近代医学の発展以前にそれらが疾患であると認識されていたのは、将来いずれ身体的損傷が証明されるだろうと期待されていたからではない。疾患が疾患であると認識されてきたのは、それが人に苦痛を与え、能力を損ない、生命を奪ってきたからなのである。

この原則は、臨床症状に基づいて診断されてきた疾患の基礎に、身体的な異常が次々と見いだされるようになっていった後も変わらなかった。例えば、胃の消化性潰瘍は20世紀初頭まで、上腹部痛などの臨床症状に基づいて診断されていた。しかし上部消化管内視鏡の発明により胃粘膜を直接観察できるようになると、胃粘膜に潰瘍などの病変が見られないにもかかわらず、消化性潰瘍に類似した症状を呈する人々が一定数いることが分かったのである。このときに医学が取った対応は、胃粘膜に潰瘍が証明されないこれらの人々を「病気ではない」と排除することではなく、「非潰瘍性（機能性）ディスペプシア」という新たな機能性疾患の概念を創設し、彼らにその診断名を与えることだったのである（Aronowitz, 2004）。身体的損傷の解明を目指しつつも、そこからこぼれ落ちたケースを病気でないと排除するわけではない、というパターンは医学の進歩の中で繰り返されており、健常と病気の境界を画定しているのは身体的損傷の有無ではないことを端的に示している。

### 3.2 Kendellの生物学的不利益説

疾患の身体的損傷説は、20世紀半ばまで医学界の中でも強い支持を得ており、医学研究が進めば、あらゆる疾患に身体的損傷が見つかるだろうという漠然とした期待があった。Kendellによると、このような漠たる期待に終止符を打ったのは、1960年の本態性高血圧（essential hypertension）についての論争だったという（Kendell, 1975, p. 308）。本態性高血圧とは、明確な原因なしに高血圧になることを指す。この論争によって、本態性高血圧は単一の原因ではなく多くの因子が合わさることで生じ、正常血圧と本態性高血圧の間には、血圧の量的な違いしかないことがはっきりと認識

されるようになったのである（Oldham et al., 1960）。

病気と健常の間に量的な違いしかない場合、両者の境界線は統計的なデータを駆使して人為的に決定するしかない。しかし統計的な逸脱だけでは疾病性を定義できない。なぜなら、著しく劣った状態だけでなく、高い知能や強い腕力などの優れた資質もまた、統計的にみれば逸脱に他ならないからである。そこで、疾患を「悪い」方向への統計的逸脱と考えればよいのではないかとこの案が出てくる。Scaddingは、この「悪い」という概念を、文化や社会的価値観に依存しない形で定義するために、生物学的不利益（biological disadvantage）という概念を提案したが、どのように生物学的不利益を測定すべきか明示しなかった（Scadding, 1967）。Kendellが提唱したのは、この生物学的不利益を生殖力（fertility）または余命（life expectancy）の減少であると解釈すれば、疾患を客観的に定義できるのではないかとということである（Op cit., p. 310）。疾患の生物学的不利益説は下記のように定式化できるだろう。

Xは疾患である

$\stackrel{\text{def}}{X}$ は有害である & Xは生物学的不利益をもたらす。

有害さと生物学的不利益は似ている概念だが、同じものではない。有害ではない生物学的不利益の例は、余命や生殖力のわずかな低下を惹き起こすような諸特性に多く見いだされる（Wakefield, 1992, p. 378）。例えば、肉料理を好む傾向は、生活習慣病に罹患するリスクを上昇させ、わずかに余命や生殖力の低下をもたらすと仮定しよう。このように仮定するなら、肉料理好きは生物学的不利益の一種である。しかし、肉料理が好きであることそれ自体は、苦痛や能力低下を引き起こす「害」としては、本人からも周囲からも認知されないだろう。有害ではない生物学的不利益のもう一つの例として挙げてよいかもしれないのは、同性愛である。同性愛は、生物学的には決定的な不利益をもたらすが、有害とはみなされないために疾患には含まれないと主張することが、この定式化においても可能である<sup>22</sup>。

<sup>22</sup> Szaszと同様に、Kendell自身は有害性を疾患の必要条件だとは考えていない。本論における疾患の生物学的不利益説は、Kendellの説の改変版である。Kendell自身は、生殖力を著しく低下させる同性愛は疾患に含まれることになると認識しており、このような帰結を回避するための積極的努力は行っていない（Op cit., p. 311）。

生物学的不利益説は、疾患を原因ではなく結果から定義する。生物学的不利益説を採用すれば、未知の身体的損傷を措定しなくても、余命の短縮をもたらす高血圧を疾患と認めることができる。同様に Kendell は、統合失調症を含む各種の精神疾患は生殖力や余命を減少させる証拠があると論じ、身体的損傷を仮定しなくとも疾患と認定できると主張している (Ibid., p. 311)。

また Kendell は、生物学的不利益説が疾病性の認定に関して環境の要因を考慮する点を利点に数えている。Kendell が挙げるのは、鎌状赤血球症の例である (Ibid., p. 310)。鎌状赤血球症は、ヘモグロビンを構成するタンパク質の異常により、赤血球が脱酸素化すると鎌状に変形し、溶血性貧血を引き起こす遺伝病である。鎌状赤血球症は、赤血球に原虫が寄生する疾患であるマラリアが流行している地域では頻繁にみられる。これは、鎌状赤血球症の遺伝子を持つ人は、マラリア原虫が寄生した赤血球が鎌状に変化し、マラリアにかかりにくいからであると考えられている (Rees et al., 2010)。Kendell は、鎌状赤血球症は、マラリアが流行する地域では相対的に余命を延ばすため疾患ではないが、マラリアが流行していない地域では相対的に余命を短縮するため疾患とみなせると主張する。

生物学的不利益説の欠点は、有害であるような諸状態の中から、精神疾患を選別するという当初の目的を果たし損ねている点である。根本的な問題は、生殖力や余命が減少する原因は疾患に限られないという点である。例えば、低収入や低学歴は、本人に苦痛や能力低下をもたらすだけでなく、生殖力や余命の減少をもたらす (Rogot et al., 1992)。しかし、低収入や低学歴は疾患ではない。一般に、苦痛や能力低下をもたらすあらゆる状態は、他の理由がない限り、生殖力や余命の減少と相関すると想定されるのである<sup>23</sup>。

もう一つの欠点は、Kendell が生物学的不利益説の利点であると論じた、環境の影響である。人間は社会を形成し、社会の中で他者とうまく協力関係を築くことで、生存と繁殖にとって有利な状況を作り出してきた生物である。裏を返せば、社会的動物である人間にとって、社会的不利益は生物学的不利益に直結してい

るのである<sup>24</sup>。ある状態の疾病性をその帰結で判断し、現在の環境の影響を考慮に入れる生物学的不利益説は、貧困や差別などの社会的不利益を病気の種類にしてしまうのである。

Kendell は、統合失調症患者の生殖力や余命の減少は、精神病院への収容主義の結果ではないと論じることに紙面を割いている。なぜなら、統合失調症患者において生殖力や余命が減少することが統計的に示されたとしても、それが専ら収容主義という社会制度に起因するのであれば、その生物学的不利益は内在性 (intrinsic) のものではなく、疾病性の証にはならないと Kendell は考えたからである。これは、Kendell は、疾病性を生物学的不利益の有無という結果論で判断すると表面的には主張しながら、実際には、内在性か否かという原因論が疾病性の判断にとって重要であると暗に認めていたことを意味する (Op cit., p. 314)。ところが Kendell は、生物学的不利益が内在性のものかどうかを判定するための基準を示さなかった。

そこで次節では、内在性と判断するための基準を提案した Wakefield の議論を取り上げたい。彼は、Kendell の説を、有害性が内的メカニズムの機能不全 (dysfunction of internal mechanism) に起因する場合と有害な環境 (harmful environment) に起因する場合を区別し損ねていると批判し、進化論を参照することで両者を区別できると主張したのだ (Wakefield, 1992, p. 379)。

### 3.3 Wakefield の進化論的機能不全説

身体的損傷説では疾患の範囲が狭くなりすぎてしまい、生物学的不利益説では疾患の範囲が広くなりすぎてしまうことが分かった。求められている定義は、身体的損傷の概念に依拠せず、「内在性」という概念の内実を明らかにするという Kendell が積み残した課題を解決するものでなければならない。本節では、この課題に取り組んだ Wakefield の進化論的機能不全説を検討する (Wakefield, 1992)。

Wakefield はまず、疾患を有害な機能不全 (harmful dysfunction) と定式化した<sup>25</sup>。Wakefield が指摘して

<sup>23</sup> Wakefield は逆に、神経痛や乾癬のような軽微な身体疾患は生殖力や余命を減少させず、生物学的不利益説の反例になると論じている (Wakefield, 1992, p. 378)。しかし軽微な身体疾患であっても生殖力や余命に全く影響を与えないと証明するのは困難である。実際、乾癬は死亡率を上昇させることが後に示されている (Gelfand et al., 2007)。

<sup>24</sup> ここに述べた点は、Kendell 自身が既に指摘しているが、彼は問題を過小評価しているように思われる (Op cit., p. 314f)。

<sup>25</sup> Wakefield は、通常「障害」と訳される “disorder” という語を用いているが、彼は “disorder” を “disease” や “illness” と区別して用いているわけではないため、本論では整合性を考慮し「疾患」と表現することにし

いるように、これと同様の定式化は多くの論者が独立に提唱しており、目新しいものではない (Ibid., p. 381)。DSM においても、精神疾患は苦痛や能力低下を伴うもののうち、「精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程における機能不全」に由来するものであると説明されている (APA, 2013, p. 20/20)。Wakefield が画期的だったのは、機能不全の概念は進化論に基づいて科学的に定義可能であると主張し、世に問うた点である<sup>26</sup>。

進化論の観点からすると、ある器官の自然機能 (natural function) とは、その器官が及ぼす因果的作用のうち、進化の過程でその器官が現在あるような形で存在するようになった理由に関わるものごとである。例えば、心臓の自然機能は全身に血液を送り出すことである。なぜなら心臓は、全身に血液を送り出しやすいような形態が選択されてきたことで、現在あるような形態を持つにいたった臓器だからである。対して、音を立てることは心臓の自然機能ではない。なぜなら、心臓が現在のような形になったことの説明に、音を立てるという因果作用は何ら関与していないからである。ひとたび自然機能が同定されれば、機能不全は、自然機能が何らかの理由で損なわれることであると定義できる。進化論的機能不全説は、このようにして確保された機能不全の概念を用いて、疾患を下記のように定義する。

X は疾患である

た。

<sup>26</sup> 疾患を生物が有する自然機能 (natural function) の不全として定義する試みは、Wakefield 以前にも見られた (Boorse, 1975; Boorse, 1976; Klein, 1978)。Boorse は、生体のサブシステムが有する自然機能を、生体の究極目標である生存や生殖に対する因果的貢献によって定義することを試みた (Boorse, 1976)。これは Cummins 流の因果的役割による機能概念の分析を疾患概念の定義に利用したものと理解できる (Cummins, 1975)。対して、Klein の部分的機能不全 (part dysfunction) 説は、生物の機能が進化の過程から自然選択によって生じてくると論じている (Klein, 1978, p. 50)。これは、自然機能を選択された因果作用と定義する Wright 流の機能概念の分析を用いて精神疾患の定義する試みである (Wright, 1973)。Wakefield の説は後者の流れを汲むものであり、疾患の定義に進化論を用いるというアイディアは厳密には彼の初出とはいえない。とはいえ、Wakefield は進化論に基づいた疾患の定義を明快に定式化し、疾病性の定義における進化論の役割についての議論を活性化させた点で、大きな貢献があるといえる。

$\stackrel{\text{def}}{=} X$  は有害である &  $X$  は進化論的機能不全である。

Wakefield は、人間の精神にも自然機能が存在し、それが機能不全の状態に陥り、害を及ぼすようになったものが精神疾患であると論じた。例えばうつ病は、気分調節メカニズムの機能不全である、といった具合である。人は、親しい人と死別したり、大切なものを失ったりすると悲哀を経験する。悲哀には、悲しみの感情だけでなく、食欲不振や不眠、集中力の低下が伴うことが多く、苦痛と能力低下をもたらすといえる。だが、親しい人と死別したり、大切なものを失ったりした時に悲哀を体験するのは、気分調節メカニズムがその自然機能を発揮した結果であるから、悲哀は精神疾患ではないと論じられる (Horwitz & Wakefield 2007)。進化論に基づく機能不全の定義は、機能不全の意味を曖昧なままにしていた DSM の精神疾患の定義を補完するものであると、Spitzer は好意的に評価している (Spitzer, 1999, p. 430)。

Wakefield が進化論に依拠するのは、現在生じている苦痛や能力低下が、現在の有害な社会環境によって生じたものか、それともその人に内在する問題によって生じたものかを見分けるためである。進化論的機能不全説は、現在生じている有害性のうち、現生人類の心理的特性が確立した過去の環境において生物学的に不利益だったものだけを疾患とみなす。このような過去の環境は進化適応環境 (environment of evolutionary adaptedness) と呼ばれており、進化心理学においては、人間が小規模な集団を作り、狩猟採集生活を営んでいた更新世の環境がそれにあたるとされている (Barkow et al., 1992)。進化論的に定義された自然機能の不全があるということは、人類が人類としての地歩を固めた過去の環境においても生存や生殖に不利だった特性をその個体が持っているということであり、そのような場合は、現在生じている害の原因を現在の環境のせいにはできなくなるだろうということなのである。

進化論的機能不全説に対する批判は、大きく分けて、認識論的なものと定義自体に関わるものがある。認識論的な批判とは、進化適応環境においてどのような心理的特性が適応的であったかを推測するのは困難だということである<sup>27</sup>。進化心理学は諸説入り乱れた状況

<sup>27</sup> Wakefield 自身も、何が心的な機能であり、何が機能不全であるかを見極めるのは「著しく困難」だと認めている (Wakefield, 1992, p. 383)。

にあり、現代において精神疾患とされる心理的特性は、機能不全であるどころか、進化適応環境においては生存と生殖に有利な特性であったと主張されることさえ稀ではない。例えば、強い恐怖感とともに頻呼吸や動悸が生じるパニック発作と、それに付随する広場恐怖症 (agoraphobia) は、危険に満ちた先史時代においてはむしろ生存に有利な特性であり、適応によって生じたと論じられることがある<sup>28</sup>。無論、重度の精神遅滞や統合失調症など、どのような環境においても生物学的に不利なことが明らかで心理的特性も存在する。しかし、現代においてその疾病性が疑問視されているような精神疾患は、進化適応環境における適応度に争点を移したところで、議論が収まるようには思われない。Wakefield の説を採用すると、進化心理学における議論に決着がつかない限り、何が本当の精神疾患であるかが確定できないという事態に陥ってしまうのである (Bolton, 2008, p. 131f)。

進化論的機能不全説に対するより根本的な批判は、それが治療や特殊な処遇を受ける資格を有すべき範囲の定義としては、そもそも不適切だというものである。印象的な反例は、Lilienfeld & Marino (1995) が挙げた算数障害である<sup>29</sup>。人間の心的特性が形成された更新世には算数は存在しなかったため、算数を行うという自然機能は存在しえない。それゆえ、多くの現代人がたまたま備えている算数の能力は、適応的に中立な外適応 (exaptation) であったはずである。自然機能が存在しないところには機能不全も存在しない。それゆえ算数障害は、眼鏡をかけるのに適さない鼻の形が「眼鏡保持障害」とは言えないのと同じ理由によって、精神疾患ではありえないということになってしまうのではないだろうか？

Wakefield は、Lilienfeld らの批判に再反論を提出しているが、本論ではその議論を迫ることは控えたい (Wakefield, 1999)。この論争から得られるより根本的な洞察は、ある心理的特性が更新世の人々に不利な

もたらしたかどうかということは、現代の問題を論じる際に全く重要ではないように見えるということである。このことは、算数障害で苦しんでいる人に向かって、「1 万年前の人類は算数ができなくても困らなかったのだから、算数障害を治療する必要はない」と主張することのナンセンスさを思い浮かべれば明らかだろう。

Cosmides & Tooby は、進化論の観点から、現在の環境において不適応を引き起こしうる様々な原因を列挙し、治療対象となりうる状態 (treatable condition) の原因は進化論的機能不全には限られないと論じた (Cosmides & Tooby, 1999)。治療対象となりうる状態の原因として彼らが挙げた例の中で特に重要だと思われるのは、進化適応環境と現在の環境のミスマッチである。現在の環境に適応するようにそもそもデザインされていない生物は、機能不全が無くても様々な不適応を生じうるのである。例えば、魚が陸上で生きられないのは、魚に何らかの機能不全があるからではない。魚は元々陸上で生きるようにはデザインされていないのである。社会環境の変化によって人々に要求されるものが変化し、社会の要求に応えるための資質をたまたま欠いていた者が「疾患」として括り出されるというのは、疾患の社会的構成 (social construction) の典型的なパターンである。

しかし、算数障害が進化適応環境と現在の環境のミスマッチから生じたことを認めたとしても、算数障害は治療や特別な処遇を受ける資格がないということが帰結するわけではない。というのも、文字や算数のない社会を目指して暴力革命を企てるよりも、読字や計算の苦手な生徒に専門家が援助を行ったり、授業中に電卓の使用を特別に許すなどの措置を講じたりする方がはるかに簡単であり、また適切でもあるように思われるからである。

このような批判に呼応するように、Horwitz と Wakefield は、疾患の認定に進化論的機能不全が必要であるという点は維持しつつ、疾患であるかどうかと、治療が必要であるかどうかは異なる問題であると譲歩した (Op cit., p. 222)。しかし、両者が異なる問題だということは、治療や特別な処遇を受ける資格を有する範囲を画定するという本論の課題にとって、進化論的機能不全の有無は無関係だということに他ならない。それゆえこの譲歩は、進化論的機能不全説の実質的な敗北宣言であると受け止めざるをえないだろう。

<sup>28</sup> Nesse (1987) を参照。なお同論が掲載されている特集号には、他にサイコパス、摂食障害、うつ病が適応の結果として生じたという仮説を提示する論文が掲載されている。

<sup>29</sup> Lilienfeld & Marino (1995, p. 413) を見よ。なお、Lilienfeld らは「算数障害 (dyscalculia)」ではなく「失算 (acalculia)」と記述しているが、後者は通常脳梗塞などの脳の器質的障害に由来する後天性の高次脳機能障害を指す用語であるため、文脈から算数障害の誤記であると判断した。

### 3.4 本節のまとめ

本節では、Szasz の生物学的損傷説と、Kendell の生物学的不利益説、Wakefield の進化論的機能不全説を紹介し、科学的な基準によって、有害なものの中から治療や特別な処遇を受ける資格を有するものとしての（精神）疾患の範囲を画定するという試みが、いずれも不成功に終わったことを確認した。いずれの基準も、過不足が生じてしまったのである。無論、検討した説は3つだけであり、定義をさらに工夫すれば反例に対処していくことができるかもしれない。しかし3つの説を検討する過程で示唆されたのは、ある状態が病気であるか否かを分かつ境界線は、その状態の科学的な特徴ではなく、その状態に対し私たちが取るべき態度によって規定されているのではないかということである。次節では、反本質主義と呼ばれる後者の立場を擁護していくことにしたい。

## 4. 反本質主義の擁護とその含意

疾患の概念は、社会的な含意と生物学的な含意を併せ持つ不安定な概念であり、片方を重視すると他方との整合性を保つことが難しくなる。本論では、治療や特別な処遇を受ける資格という社会的な含意に軸足を置いて疾患概念を検討してきたため、その境界を生物学的に画定することが困難なのは当然だったといえるかもしれない。そこで本節では、疾患概念が持つ社会的含意を、社会的に分析する道を探っていききたい。

実は、現代の精神医学の哲学の主要な論者は、科学的な基準を用いて精神疾患の外延を画定できるという主張に軒並み反対する立場をとっている<sup>30</sup>。このような立場を、本論では Zachar に倣い、精神疾患に関する反本質主義（anti-essentialism）と呼ぶことにする（Zachar, 2000）。本節では、反本質主義を擁護する議論を提示し、その含意を明らかにしていきたい。

### 4.1 反本質主義とは何か

精神疾患の外延を、科学的に特定しうる共通性に基づいて画定できるという考えを、カナダの精神科医 Reznek

は、本質主義的誤謬（essentialist fallacy）と呼び批判した（Reznek, 1991）<sup>31</sup>。Reznek が本質主義を反駁するために挙げた思考実験は、反本質主義の核心をよく表しているため、以下に紹介しよう（Ibid., p. 29）。Reznek はまず、これまでに疾患と認定されてきたものの全て、そしてそのみか何らかの事実的特徴 F（例えば感染症であるなど）を共有していたと仮定する。このような状況では、疾患の本質は F を有していることであると主張する者も出てくるだろう。しかしある時、発熱と発疹と徐々に進行する筋力低下を伴う状態 N が発見され、N は F を有していないことが判明したとする。この場合、N は疾患ではないと結論づけられることになるだろうか？ そうはならないだろう。この場合、N は新たに疾患の一種として認定され、N の発見を契機に、F が疾患の本質的特徴であるという仮説の方が廃棄されるようになると思われるのである。

この短い思考実験が示しているのは、ある状態が疾患であるかどうかは、その状態の本性（nature）ではなく、その状態の望ましくなさ（undesirability）に基づいて判断されるということである（Ibid., p. 30）。ここでいう「望ましくなさ」とは、これまで論じてきた「有害性」に重なる概念である。だが、3節で論じたように、有害なものすべてが疾患であるわけではない。そこで Reznek は、疾患を下記のように定義する（Ibid., p. 163）。

X は疾患である

<sup>def</sup> X は有害である & X は異常で不随意のプロセスである & 医学的手段（medical means）によって処遇／治療（treat）するのが最善である。

疾患の中でも、精神疾患は、精神医学的手段で処遇／治療するのが最善であるものを指すことになるだろう<sup>32</sup>。この定義が、3節で紹介した3つの説と決定的に異なっているのは、「異常で不随意のプロセス」とか「医学的手段によって処遇／治療するのが最善」という条件は、問題となる状態の事実的特徴を限定するも

<sup>30</sup> 本質主義に反対する主な論者としては、Reznek, Rachel Cooper, Zachar, Bolton, McNally 等が挙げられる。生物学的不利益説を提唱した Kendell は、後に疾患性の判断に対する社会政治的（socio-political）な影響を容認するようになっていく（Kendell, 2004, p. 35f）。一方 Wakefield は、今日においても本質主義を擁護する姿勢を崩していない（Wakefield, 2016）。

<sup>31</sup> 疾患性を事実的特徴に基づいて定義しようとすることを本質主義的誤謬と呼ぶのは、価値判断や「べし」を事実判断や「である」に還元しようとすることを自然主義的誤謬と呼ぶことにパラレルである。

<sup>32</sup> Reznek 自身は、精神疾患と身体疾患の違いを、生じる害が精神的なものであるか否かで区別しようとしている。しかし、1節で指摘したように、精神疾患にも身体症状が伴い、身体疾患にも精神症状が伴うため、生じる害の種類で両者を明確に区別するのは困難である。

のではなく、問題となる状態に対処すべきなのが誰であるかを指定するものだという点である。

Bolton は、精神医学の領域を定めているのは問題の種類ではなく、問題に対する反応の仕方の種類であると論じる (Op cit., p. 194)。ある問題が精神医学的問題であることを決定しているのは、生き方の問題とみなされて本人が自力で対処したり、社会問題とみなされて行政や政治家が対処したり、宗教的問題とみなされて宗教家が対処するのではなく、精神科医がその対応に当たるという事実である (Ibid., p. 197)。問題の対応に当たる専門家としては、他にも教育者、心理士、警察官などを挙げることができるだろう。精神医学の守備範囲は、本人による自助自律の領域の他に、社会問題の領域、教育の領域、宗教の領域、司法の領域などの他の専門領域と境界を接しており、自助自律の領域や他の専門領域との相対的な関係によって画定されるのである。

この観点に基づくと、問題となっている有害な状態が「異常で不随意」であるというのは、本人が自力で対処できる範疇を超えたものであるということに他ならない。加えて、それが「医学的手段によって処遇／治療するのが最善」であるということは、教育や司法といった他の専門領域ではなく、医療が対応に当たるのが最適だということである。

人間の諸問題に関わる専門領域の中で、精神医学に特徴的な二つの点を挙げてみたい。第一に、精神医学は、問題の原因を個人の内部に想定し、それに対処する実践である。精神科医は、問題の原因を超自然的な力に求める宗教家や、社会のマクロ的なあり方に原因を帰属する社会運動家や、本人を取り巻くミクロな環境に原因を見出すソーシャルワーカーとは一線を画するという点である。

例えば、学校で教師に対し反抗的な態度を取り、授業を聞かず成績が低下している母子家庭の子供がいたとしよう。精神科医がこの子供に関わり、精神医学的に対応を考えていく時に着目するのは、この子供に知能の遅れや発達の違い、心理的葛藤などの内的な問題がないかどうかという点である。これは、精神科医が家庭環境や生活環境の問題を無視するという意味ではない。生活歴や現在の状況を訊ね、この子供の家庭は生活が苦しく、多忙な母親が子供に関わる事ができていないということが判明した場合は、ソーシャルワーカーや公的機関と連携し、多職種で協力しながら問題の

対処にあたっていくことが多いだろう<sup>33</sup>。しかし、この子供の問題が専ら生活環境に起因することが判明し、生活環境が改善されれば心理的・行動的な問題も解消されると期待される場合は、精神科医の関与は不要である。

とはいえ、問題が生じた際に個人の内面に原因を求めるという姿勢は、精神医学だけでなく、教育や心理臨床にも共通するものである。精神科医は、言葉がけや体験の操作を介して心理療法的働きかけを行う。実際に行っている動作だけを見るならば、医療行為とされる精神科医の働きかけは、教員や心理士が教育やカウンセリングとして行っている働きかけと本質的には異ならないだろう。だが、精神科医は医師であり、医師とは人間の身体についての知識を修め、身体を扱う専門家でもあるという点が、他の専門職と決定的に異なる点である。この違いは、病気の診断、薬の処方、傷病を理由とした休職・休学の要否の判断、入院や障害福祉サービスの要否の判断は医師が行うものとされている点に反映されている。したがって、精神医学的手段で処遇／治療するのが最善かどうかは、精神科医が社会において占めるこのような立場を踏まえて判断すべきだということになるだろう。

#### 4.2 反本質主義と慣例主義

精神疾患に関する反本質主義は、精神疾患の外延が社会的に決定されるということを含意している。そうだとすると、反本質主義は、「疾患とは医師が治療の対象とするものである」「疾患とは診断マニュアルに記載されているものである」という慣例主義 (conventionalism) と同じになってしまわないだろうか。慣例主義は現状をただ肯定するのみであり、現在の社会的慣行や規約自体の妥当性を問うことを不可能にしてしまう<sup>34</sup>。旧ソ連の精神科医は、政治犯に「不活発型統合失調症」という病名をつけて強制的に治療を行った。慣例主義が正しければ、政治犯たちは定義上精神疾患だったことになり、旧ソ連の精神医学を批判することはできなくなってしまおうだろう。

<sup>33</sup> 他の問題が存在しうることを認めつつ、個人の内面の問題に選択的に注目する態度のことを、Bolton は統計学の用語を用いて、社会的変数の影響を統制して取り除く (partial out) 姿勢と表現している (Ibid., p. 196)。

<sup>34</sup> 慣例主義の下でも、医師一人一人のその都度の判断が、慣例に照らして誤りである可能性は残されている。慣例主義によって否定されるのは、慣例自体が誤っているという可能性である。

しかし、反本質主義は、精神疾患の範囲が現在の社会的な慣行や取り決めによって決定されると主張しているのではない。反本質主義が主張しているのは、精神疾患とそうでないものの境界は、現在の文化習俗、経済水準、薬物療法などの治療技術、ならびに、医学の他にどのような専門領域がありそれぞれが何を得意としているか、といった社会的変数に依存して決定されるということである。この帰結として、何が精神疾患であるかは、社会に相対的であることになる。社会相対性の一例を挙げるなら、算数障害は、計算能力が生活に必須となった近現代以降に初めて疾患になったと考えてよいだろう。また、治療技術の進歩——特に新薬の開発——は、医学的手段を用いて対処にあたるのが適切であるような領域を拡大するため、疾患の外延を拡大する作用がある。より効果が高く、より副作用の少ない向精神薬が開発されれば、薬物療法によって潜在的に恩恵を受ける人の範囲が拡大する。このことは、薬物療法を受ける資格を有すべき人の範囲をより広く取るための判断材料となるのである。しかし、逆に言えば、こういった社会的変数に基づいて精神疾患の外延は判断されるということであり、ある社会における慣行や診断基準は、後世の人々や他の社会のメンバーからの開かれた批判の対象であり続けるのである。

医学的手段によって治療し処遇するのが最善であるようなものが「疾患」なのだとしたら、医学や医師という職業が誕生する以前には、「疾患」は存在しなかったということにならないだろうか。私はこの問いに、然りと答えたい。医師という職業が誕生する以前には、「疾患」は存在しなかったのである。もちろん、太古の昔から、結核や癌やうつ病といった個々の疾患や、咳や発熱などの個々の症状、個々の疾患にかかった人は存在しただろう。ここで存在しなかったと言っているのは、それらを一纏めにする一方で、不運、戦争、飢餓といった他の害悪は除外するようなカテゴリーのことである。

Zachar は、世界に実在する自然な節目によって境界が画定される自然種 (natural kind) とみなせるのは元素や素粒子などわずかの例に限られ、私たちが用いるほとんどの概念は、科学的な概念も含め、有用性や分類を行う目的に照らしてその境界が決定される実用種 (practical kind) であると論じた (Zachar, 2000)。Zachar は、精神疾患の概念も実用種の一つであり、自然種ではないからといって恣意的に外延を決定できるわけではなく、実用性の観点から分類の適切さを検討する

ことができると論じている。近年では、Kendell も精神科の諸概念は妥当性 (validity) よりも有用性 (utility) を高めることを目指すべきだと主張しており、反本質主義に近い路線を支持している (Kendell & Jablensky, 2003)。

#### 4.3 反本質主義と精神疾患の科学的研究

反本質主義は、精神疾患の範囲が科学的に画定されるという主張には反対する。しかし、反本質主義は、個々の精神疾患を科学的に研究する意義を否定するわけではない。

精神疾患概念の反本質主義を支持する Rachel Cooper は、精神疾患の概念は農作物や害虫の概念に類似していると指摘する (Cooper, 2007, p. 42)。農作物とは、人が栽培し、人が食用やその他の用途に供する植物の総称である。どの植物が農作物であるかは、農作物の内在的な特徴によってではなく、人間の意図と関心によって定まる。Cooper は、精神疾患の概念も同様だと論じる。精神疾患とは、有害な諸状態のうち、精神医学的に対応するのが適切なものの総称なのである<sup>35</sup>。

一方で、農作物に分類される米や人参などの個々の植物種は、内在的な特徴によって分類可能である。さらに、科学的研究によって知見を深め、その知見を実用に役立てていくことができるだろう。例えば、米のゲノムを解読し、冷害に強い品種を作るために遺伝子を組み替える、といった具合である。精神疾患も同様である。何が精神疾患であるかは社会的な要因によって決定されるとしても、うつ病や注意欠如・多動性障害などの個々の精神疾患は、その内在的な特徴によって分類可能なのだ。そして、科学的研究によって個々の疾患に関する知見を蓄積し、その知見をより良い治療法の開発に役立てていくことが可能だと考えられるのである<sup>36</sup>。

米国の国立精神保健研究所 (NIMH) は近年、DSM とは別立てで、精神疾患の生物学的研究を促進するための、研究領域基準 (research domain criteria; RDoC) という枠組みを提唱した (Cuthbert & Insel, 2013)。RDoC の設計コンセプトは、上述の Cooper の主張と

<sup>35</sup> Cooper は別の論文で、疾患を、有害で、不運 (unlucky) で、潜在的に医学的に治療可能なものであると定義している (Cooper, 2002)。

<sup>36</sup> Gorenstein は「薬 (drug)」の概念を例にとって同様の主張をしている (Gorenstein, 1992, p. 15)。

整合的である。RDoCは、DSMのようなカテゴリカルな診断体系を廃し、陰性価（negative valence）システム、陽性価（positive valence）システム、認知システム、社会プロセスのためのシステム、覚醒／調節システムという5つの研究領域を設定し、それぞれの研究領域の中ではディメンショナルモデルを採用した。ディメンショナルモデルは、健常と病気を連続的なものとして捉える。不安を例にとれば、健常者が感じる不安と、全般性不安障害に見られる不安は程度の差に過ぎないと考えるのである。研究の枠組みにディメンショナルモデルを採用するということは、健常と病気の境界画定は科学の第一義的な仕事ではないと宣言することに等しい<sup>37</sup>。他方でRDoCは、研究領域の区別に関してはカテゴリカルな分類を行っている。例えば、陰性価システムの問題とされる過剰な不安と、認知システムの問題とされる注意力の障害は、別々の研究領域に割り振られているのである。RDoCは、米と人参が異なる植物種であるように両者は異なるシステムに属しており、神経科学的・遺伝学的・行動科学的研究によって、両者の違いが何に基づいているかを解明できると期待しているのである。

#### 4.4 本節のまとめ

本節では、精神医学の哲学の主要な論者が支持している精神疾患についての反本質主義を擁護し、その含意を探った。反本質主義は、精神疾患を、有害な諸状態のうち精神医学的な対応が適しているものとして定義する。反本質主義は、精神疾患の外延は文化習俗、経済状態、治療法の発展、他の専門領域との競合性などに基づいて判断され、時代や社会によって精神疾患の範囲が変化することを認める。反本質主義は、現在の慣行や診断基準を無非難に受け入れる慣例主義ではなく、実用的な観点に基づいて現在の慣例を批判的に吟味していくことが可能であるという立場をとる。また、精神疾患についての反本質主義は、健常と病気の境界を画定するのに科学的研究は役立たないと主張する一方で、個別の精神疾患についての科学的研究の可能性を否定するわけではない点には注意が必要である。

## 5. 結語

「精神疾患とは何か？」という問いが発せられる状況は様々であり、状況によって問いの背後にある問題意識は異なっている。そこで本論では、治療や特別な処遇を受ける資格としての精神疾患の範囲をいかに定めるかという問題に焦点を当てることにした。このような意味での「精神疾患」は、幻覚や妄想を伴い、時に非自発的な治療が正当化されるような「狂気」や「精神病」と同義ではなく、「精神医療が扱う諸状態」という程度の意味になる。

疾患の概念には、生物学的な側面と社会的な側面の二面性があり、両者はぴったりとは重なりあわない。本論では、疾患概念の社会的な側面に軸足を置いて考察を進めた。結果として、有害な諸状態の中から疾患を選別するための基準を科学的に定めるのは困難であることが判明した。ある有害な状態が精神疾患であるかどうかは、精神医療が対応にあたるのが最適であるかどうかによって決定される。そして、精神医療が対応にあたるのが最適かどうかは、文化習俗、経済水準、治療法の存在、他の専門職との競合などの社会的諸変数によって決定されるのである。

他方、疾患の概念には生物学的な側面も存在している。私たちが疾患としてみず思い浮かべるのは、悪性腫瘍、感染症、心筋梗塞といった身体疾患であり、これらは明確な身体的損傷を伴い、人の死因となりうるものである。LilienfeldとMarinoは、疾患概念は、心筋梗塞や感染症などの典型例をプロトタイプとし、家族的類似性に基づいて裾野を広げていったという説を提唱している(Lilienfeld & Marino, 1995)。この説に基づけば、新たに精神疾患に認定された諸状態と、心筋梗塞や感染症などの典型的な疾患との類似性が少なくなればなるほど、両者を同じ「疾患」というカテゴリーに一括することに違和感が生じてくることが理解できる。

この違和感を尊重し、精神医療が扱う有害な諸状態の中には、精神疾患であるものとそうでないものがある、と用語法を改めることもできる。実際、世界保健機関(WHO)が作成しているICDという疾患分類の体系の正式名称は、「疾病及び関連保健問題の国際統計分類(international statistical classification of diseases and related health problems) (強調は著者)」であり、医師が扱うのは疾患だけではないという立場を採用している(WHO, 2004)。Boltonは、ICDの用語法に倣

<sup>37</sup> Wakefieldはこの点を批判し、RDoCには概念的妥当性(conceptual validity)がなく、健常と病気の境界が一層あいまいになってしまうと論じている(Wakefield, 2014)。

い、精神医療は「精神疾患」だけではなく「関連精神保健問題」も扱おうということにし、「精神疾患」という名称は、進化論的機能不全が存在する場合に限定して用いるという用語法を提案している。この用語法は魅力的である。しかし、これを採用するためには、病気でなくても病院で保険診療を受け、傷病休職が認められ、障害福祉サービスを受けられるということを確認する必要が出てくるだろう。

最後に、本論では扱えなかった問題を一瞥しておきたい。第一に、個々の精神疾患に対し、科学的研究はどのように役立つのかという問題は、本論では扱うことができなかった。精神疾患の科学的研究が医学研究の中でもとりわけ注目に値するのは、それが心身問題と関係しているからである。精神疾患についての反本質主義を支持する論者の中でも、個々の精神疾患に関しては、それが自然種であると考える論者とそうでない論者がいる<sup>38</sup>。さらに、仮に個々の精神疾患が自然種ではないとしたら、科学的研究が無意味になってしまうのかどうかも議論の余地がある。全ての精神疾患において科学的な研究が有益かどうかという点も、判断が割れる論点である。

第二に、非自発的治療の正当性や、精神疾患を理由とした行為の責任の免除の問題は本論では扱えなかった。1節で論じたように、非自発的治療が正当化され、行為の責任が免除されるような状態の範囲は、治療を受ける資格を有する範囲よりもずっと狭い。後者には含まれるが前者には含まれない精神疾患の一例は、パーソナリティ障害である。パーソナリティ障害は、本人が治療を希望すれば治療を受ける資格があるという意味では、精神疾患の一種であるといつてよい。しかし、パーソナリティ障害を理由に本人の意思に反して治療を行うことは正当化されないし、パーソナリティ障害のゆえに生じた言動に関して本人の責任を免除するのは妥当ではないように思われる。非自発的な治療が時に正当化され、行為の責任が免除される統合失調症などの精神疾患と、そうではないパーソナリティ障害などの精神疾患の違いは何に存するのだろうか。

第三に、本論では薬物療法の是非については論じられなかった。本論でいう治療や特別な処遇とは、保険診療や、病気を理由にした休職や休学、障害福祉サービスの受給など全般を指し、薬物療法に限定されてはい

ない。精神疾患の中には、それを理由に障害福祉サービスを受給したり、心理療法を受けたりするのは適切であっても、薬物療法を行うのは適切ではないようなものが存在するかもしれない。

薬物療法が広まることは、精神疾患の範囲が拡大すること以上に複雑な問題を孕んでいる。それは、逆境に立ち向かうこと、苦難を乗り越えて成長を遂げること、変えられない現実を耐え忍ぶこと、不運の中に積極的な意味を見出すことなどを美德として称えるような人間観が、薬で苦悩が軽減できるようになることで損なわれてしまうのではないか、という危機感と関連しているのではないだろうか。このような危機感、心理療法の場合には生じないように思われる。治療手段の違いでなぜ直観に差が生じるのかは興味深い問題であり、今後の課題としていきたい。

#### 参考文献

- Aronowitz, R. A. (2004). When do symptoms become a disease? In A. L. Caplan, J. J. McCartney, & D. A. Sisti eds., *Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine*, 65–72. Washington, DC: Georgetown University Press.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, the 5th edition: DSM-5. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. 『DSM-5: 精神疾患の診断・統計マニュアル』, 日本精神神経学会監修, 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三村将・村井俊哉訳, 医学書院, 2014年.
- Barkow, J. H., Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. Oxford: Oxford University Press.
- Bolton, D. (2008). *What is mental disorder: an essay in philosophy, science, and values*. Oxford: Oxford University Press.
- Boorse, C. (1975). On the Distinction between disease and illness. *Philosophy & Public Affairs*, 5(1), 49–68.
- Boorse, C. (1976). What a theory of mental health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6(1), 61–84.
- Boorse, C. (1976). Wright on functions. *Philosophical Review*, 85(1), 70–86.
- Breman, J. G., & Arita, I. (1980). The confirmation and

<sup>38</sup> 個々の精神疾患も自然種ではないという主張は Zachar (2000)、個々の精神疾患は自然種であるという主張は Cooper (2007) などに見られる。

- maintenance of smallpox eradication. *New England Journal of Medicine*, 303(22), 1263–1273.
- Cartwright, S. A. (1851). Report on the diseases and physical peculiarities of the negro race. In A. L. Caplan, J. J. McCartney, & D. A. Sisti eds. (2004), *Health, Disease, and Illness: Concepts in Medicine*, Georgetown University Press, 28–39. サミュエル・A・カートライト『黒色人種の疾患および身体的特性に関する報告』, 植野仙経訳, <https://note.mu/senkeiueno/n/n308eeda41b69> より 2016 年 5 月 1 日に取得.
- Chen, M-H., Lan, W-H., Bai, Y-M., Huang, K-L., Su, T-P., Tsai, S-J., et al. (2016). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *The Journal of Pediatrics*, 172, 162–167.e1.
- Cooper, D. (1967). *Psychiatry and anti-psychiatry*. London: Tavistock Publications. デヴィッド・クーパー『反精神医学』, 野口昌也・橋本雅雄訳, 岩崎学術出版社, 1974 年.
- Cooper, R. (2002). Disease. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 33(2), 263–282.
- Cooper, R. (2007). *Psychiatry and philosophy of science*. Stocksfield: Acumen. レイチェル・クーパー『精神医学の科学哲学』, 伊勢田哲治・村井俊哉監訳, 名古屋大学出版会, 2015 年
- Cosmides, L., & Tooby, J. (1999). Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 453–464.
- Cummins, R. (1975). Functional analysis. *The Journal of Philosophy*, 72(20), 741–765.
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11(1), 126.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. New York: William Morrow. アレン・フランセス『「正常」を救え—精神医学を混乱させる DSM-5 への警告』, 大野裕監訳, 青木創訳, 講談社, 2013 年.
- Gelfand, J. M., Troxel, A. B., Lewis, J. D., Kurd, S. K., Shin, D. B., Wang, X., et al. (2007). The risk of mortality in patients with psoriasis: results from a population-based study. *Archives of Dermatology*, 143(12), 1493–1499.
- Gorenstein, E. E. (1992). *The science of mental illness*. New York: Academic Press.
- Horwitz, A. V., & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press. アラン・V・ホーウィッツ&ジェローム・C・ウエイクフィールド『それは「うつ」ではない—どんな悲しみも「うつ」にされてしまう理由』, 伊藤和子訳, CCC メディアハウス, 2011 年.
- Ishikawa, H., Kawakami, N., Kessler, R. C., & World Mental Health Japan Survey Collaborators (2016). Lifetime and 12-month prevalence, severity and unmet need for treatment of common mental disorders in Japan: results from the final dataset of World Mental Health Japan Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(3), 217–229.
- Kendell, R. E. (1975). The concept of disease and its implications for psychiatry. *The British Journal of Psychiatry*, 127(4), 305–315.
- Kendell, R. E. (2004). The myth of mental illness. In Schaler J. A. ed., *Szasz under fire: A psychiatric abolitionist faces his critics*, Carus Publishing Company.
- Kendell, R., Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 4–12.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617.
- Klein, D. F. (1978). A proposed definition of mental illness. In Spitzer, R. L. & Klein, D. F., eds., *Critical issues in psychiatric diagnosis*, 41–71.
- Kleinman, A. (1988). *The illness narratives: suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books. アーサー・クラインマン『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』, 江口重幸・上野豪志・五木田紳訳, 誠信書房, 1996 年.
- Kutchins, H., & Kirk, S. A. (1997). *Making us crazy: DSM: the psychiatric bible and the creation of mental disorders*. New York: Free Press. ハーブ・カチンス&スチュワート・A・カーク『精神疾患は作られる—DSM 診断の罫』, 高木俊介・塚本千秋監訳, 日本評論社, 2002 年.
- Lilienfeld, S. O., & Marino, L. (1995). Mental disorder

- as a Roschian concept: A critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 411–420.
- McNally, R. J. (2011). *What is mental illness?* Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Morrow, R. L., Garland, E. J., Wright, J. M., Maclure, M., Taylor, S., & Dormuth, C. R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 184(7), 755–62.
- Moynihan, R., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *British Medical Journal*, 324(7342), 886–891.
- Nasser, M. (1995). The rise and fall of antipsychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 19, 743–746.
- Nesse, R. M. (1987). An evolutionary perspective on panic disorder and agoraphobia. *Ethology and Sociobiology*, 8(suppl. 1), 73–83.
- Oldham, P. D., Pickering, G., Roberts, J. A., & Sowry, G. S. (1960). The nature of essential hypertension. *The Lancet*, 1(7134), 1085–93.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *JAMA*, 287(2), 203–209.
- Paulus, M. P. (2015). Pragmatism instead of mechanism: A call for impactful biological psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 72(7), 631–632.
- Rees, D. C., Williams, T. N., & Gladwin, M. T. (2010). Sickle-cell disease. *The Lancet*, 376(9757), 2018–2031.
- Repantis, D., Schlattmann, P., Laisney, O., & Heuser, I. (2010). Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacological Research*, 62(3), 187–206.
- Reznek, L. (1991). *The philosophical defence of psychiatry*. New York: Routledge.
- Rogot, E., Sorlie, P. D., & Johnson, N. J. (1992). Life expectancy by employment status, income, and education in the National Longitudinal Mortality Study. *Public Health Reports*, 107(4), 457–461.
- Rutter, M. (2005). Incidence of autism spectrum disorders: changes over time and their meaning. *Acta Paediatrica*, 94(1), 2–15.
- Scadding, J. G. (1967). Diagnosis: the clinician and the computer. *The Lancet*, 290(7521), 877–882.
- Schneider, K. (1962). *Klinische Psychopathologie 6th ed.* Stuttgart: Thieme. クルト・シュナイダー『臨床精神病理学』, 平井静也・鹿子木敏範訳, 文光堂, 1975年.
- Schwartz, P. H. (2008). Risk and disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3), 320–334.
- Spitzer, R. L. (1999). Harmful dysfunction and the DSM definition of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(3), 430–432.
- Stoller, R. J., Marmor, J., Bieber, I., Gold, R., Socarides, C. W., Green, R., & Spitzer, R. L. (1973). A symposium: Should homosexuality be in the APA nomenclature? *The American Journal of Psychiatry*, 130(11), 1207–1216.
- Szasz, T. S. (1970). *Ideology and insanity: essays on the psychiatric dehumanization of man*. New York: Anchor Books. トーマス・S・サズ『狂気思想—人間性を剥奪する精神医学』, 石井毅・広田伊蘇夫訳, 新泉社, 1975年.
- Szasz, T. S. (1974). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper & Row. トーマス・S・サズ『精神医学の神話』, 河合洋・野口昌也・畑俊治・高瀬守一朗・佐藤一守・尾崎新訳, 岩崎学術出版社, 1975年.
- Szasz, T. (1994). Mental illness is still a myth. *Society*, 31(4), 34–39.
- The WHO World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21), 2581–2590.
- van Voren, R. (2010). Political abuse of psychiatry — an historical overview. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 33–35.
- Wakefield, J. C. (1992). The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47(3), 373–388.
- Wakefield, J. C. (1999). Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder, 108(3), 374–399.
- Wakefield, J. C. (2014). Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry*, 13(1), 38–40.
- Wakefield, J. C. (2016). Diagnostic issues and controversies in DSM-5: return of the false positives

- problem. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12(1), 105–132.
- Wender, P. H., & Klein, D. F. (1981). *Mind, mood, and medicine: A guide to the new biopsychiatry*. New York: Farrar Straus & Giroux. ポール・H・ウェンダー&ドナルド・F・クライン『現代精神医学への招待—生物学的アプローチの射程』上・下巻, 松浪克文・福本修訳, 紀伊國屋書店, 1990年.
- World Health Organization (2004). *International classification of diseases and related health problems, the 10th revision: ICD-10*. Geneva: World Health Organization. 『ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン』, 融道男・小見山実・大久保善朗・中根允文・岡崎祐士監訳, 医学書院, 2005年.
- Wright, L. (1973). Functions. *Philosophical Review*, 82(2), 139–168.
- Zachar, P. (2000). Psychiatric disorders are not natural kinds. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 7(3), 167–182.
- 厚生労働省. 平成 26 年 (2014). 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/>より 2016 年 5 月 1 日に取得.
- 今井美保・伊東祐恵 (2014). 横浜市西部地域療育センターにおける自閉症スペクトラム障害の実態調査—その 1: 就学前に受診した ASD 児の疫学. 『リハビリテーション研究紀要』, 23, 41–46.
- ※邦訳のあるものについては邦訳の情報を併記した。文献のページ番号の表記は、特別な記載がない限り「原著ページ/訳書ページ」としている。
- (2016 年 6 月 8 日投稿、2016 年 9 月 22 日再投稿、2016 年 11 月 11 日掲載決定)