

志向性を用いた精神疾患の定義は妥当なのか

Is the definition of mental disorder by intentionality valid?

後藤真理子

GOTO Mariko

九州大学大学院博士後期課程

Kyushu university graduate school doctoral course

Abstract:

The purpose of this paper is to organize and then examine arguments about the problem of defining the concept of mental disorder. This paper proceeds as follows. In Chapter 1, I outline the current definition of mental disorder in psychiatry and J.C. Wakefield's Harmful Dysfunction Analysis (HDA). The second chapter, I look at the criticism of the HDA. As a result, I conclude that the definition of mental disorder by HDA is inadequate. In Chapter 3, I summarize D. Bolton's definition of mental disorder as an alternative theory to HDA. Bolton uses a concept of failure of intentionality. Then, in Chapter 4, after looking at the problems with the approach from intentionality, I point out that we should be cautious in using this approach. In the end, however, I conclude that the approach from intentionality is more persuasive when compared to the HDA.

Key Words:

精神医学の哲学 (philosophy of psychiatry)、精神疾患の定義 (definition of mental disorder)、有害な機能不全分析 (harmful dysfunction analysis)、志向性 (intentionality)

はじめに

本稿の目的は、精神疾患概念の定義問題についての議論を整理し、それらを吟味することにある。

1960年代に精神疾患の実在性についての疑問（すなわち、精神疾患は医師や社会が作り出したものであり、実在しないのではないかという疑問）を投げかける反精神医学の運動が興ったのは周知の事実であるが、現在でもなお反精神医学と呼ばれる運動は続いている。しかしながら、1990年代から興り始めたいわば「第2次反精神医学」と1960年代に盛んであった第1次反精神医学には、大きく異なる点が存在している。第1次反精神医学において批判の的となっていたのは精神疾患そのものの実在性であったが、第2次反精神医学において批判されているのは「健常と精神疾患と

の境界を無制限に広げる」ことである¹⁾。第2次反精神医学の運動が興った背景には、うつ病や発達障害者への過度な薬の処方を推し進める巨大製薬資本によるキャンペーンの存在があった。この第2次反精神医学の運動は、現在行われているニューロ・ダイバーシティ運動（発達障害や自閉症が人間の自然な変異であり、精神疾患ではないと主張する運動のこと）と密接に関連しているように思われる。

以上のことは、どのような状態が精神疾患であり、どのような状態が精神疾患ではないのかという点についての論争が現在においてもなお行われていることを示す。現在、アメリカ精神医学会による精神疾患の定義が広く受け入れられているが、精神医学の哲学においてはそれとは異なる精神疾患の定義の提案がなされている²⁾。

このような状況下で我々がなすべきことは何か。それは現在広く受け入れられている精神疾患の定義について今一度再考することではないだろうか。それゆえに、本稿は現状の精神疾患の定義に対する批判的吟味を通し、現状の精神疾患の定義についての再考をすることを目標とする。

本稿の構成は以下のとおりである。第1節において、現在の精神医学における精神疾患の定義およびJ.C.ウェイクフィールドによる「有害な機能不全分析 (harmful dysfunction analysis, HDA)」の概略を述べる。続く第2節では、HDAへの批判を見ることで、HDAによる精神疾患の定義は不十分であるということを見る。第3節では、HDAに代わる説として、D. ボルトンによる志向性を用いた精神疾患の定義について概括する。そして第4節において、志向性からのアプローチの問題点について見たのち、我々がこのアプローチを用いる際に慎重になるべきであるということ指摘する。しかしながら、最終的にはHDAと比べた時に志向性からのアプローチの方が説得力を持つと結論づける。

1. 有害な機能不全分析

本節では、J.C.ウェイクフィールドによる「有害な機能不全分析(以下ではHDAと略記する)」を取り扱うが、その前にアメリカ精神医学会(APA)による精神疾患の定義についてまず見ていきたい。APAは『精神疾患の診断・統計マニュアル 第五版 (DSM-5)』において、精神疾患の定義について以下のように述べている³⁾。(なお、訳出は日本語訳である『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』を参照した⁴⁾。)

精神疾患とは、精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能不全を反映する個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴づけられる症候群である。精神疾患は通常、

社会的、職業的、または他の重要な活動における意味のある苦痛または機能低下と関連する。よくあるストレス因や喪失、例えば、愛する者との死別に対する予測可能な、もしくは文化的に許容された反応は精神疾患ではない。社会的に逸脱した行動(例:政治的、宗教的、性的に)や、主として個人と社会の間の葛藤も、上記のようにその逸脱や葛藤が個人の機能不全の結果でなければ精神疾患ではない。

この一連の文章から読み取れるのは、APAが精神疾患を「精神機能の基盤となる」機能不全と結びつけて捉えているということである。この精神疾患と機能不全を結び付ける考え方は、DSM-IIIの作成責任者であったR.L.スピッツァーによって発展したものである。スピッツァーら(Spitzer, R.L, Endicott, J, “Medical and Mental Disorder: Proposed Definition and Criteria”, Spitzer, R.L/, Klein, D.F/(eds), *Critical Issues in Psychiatric Diagnosis*, Raven Press, 1978, 15-39頁。)は、医学的疾患が生体の機能不全から生じるとしつつも、精神疾患は身体的特徴を持つものに限らず心理的(行動的)な特徴を持つ症状として表されるとしている。ここで重要なのは、スピッツァーらが精神疾患を特異な身体的特徴を持つものに限ると想定していない点である。つまり、スピッツァーらは患者の行動に着目することで、精神疾患を特異な身体的特徴(ここでは脳の特異な状態)を持つもの限定するような純粋な生物学的還元主義を否定していると解釈できる。ウェイクフィールドのHDAは、このスピッツァーらによる定義を発展させた或いはそれに影響を受けた説であると考えられ、重要なことにDSMにも影響を与えているとされる。本節ではウェイクフィールドのHDAに焦点をあて、以下でその概要を述べる。

ウェイクフィールド(1992)は、「有害な機能不全」という語を導入する際、「有害な」という語と「機能不全」という語のそれぞれについて説明を行っている。まず、彼は機能不全という語に

ついて「機能が実現されていないこと、すなわち機能を発揮するための生物の持つメカニズムの停止を含意している」と述べる⁵⁾。言い換えるならば、進化の過程で自然にデザインされた機能を発揮するための内部メカニズムが阻害されている状態にあるということが、機能不全という状態にあるということになる。

ウェイクフィールドは、以上の生物学的機能不全を基礎に置きつつも、或る状態が精神疾患であるとされる際には生物学的機能不全という条件だけでは不十分であり、「有害さ」という社会的規範に基づいた価値的な表現を加えなくてはならないと述べる。すなわち、その機能不全により「社会的、職業的、または他の重要な活動における意味のある苦痛または機能低下」が生じていなくてはならないとする。

ウェイクフィールドは疾患概念を以下のように定義する⁶⁾。「(a) 或る状態が、人間の文化の持つ基準(価値基準)に基づいた有害さ、または利益のはく奪の原因となり、かつ(b) その状態が、自然な機能を発揮するための内部メカニズムの不能に起因するときかつそのときに限り、その状態は疾患である。」この定義を換言するならば、自然な機能を発揮する内部メカニズムの不能が生じ、その不能が生じた状態が社会・文化的な価値基準に基づいた有害さの原因になるとき、その状態は疾患であると言えるということになるだろう。このように、ウェイクフィールドによれば、疾患概念は「有害さ」という社会的な価値的要素と「機能不全」という科学的・生物学的な要素から構成されていると見なされる。つまり、HDAは人間の価値基準をその定義に含みつつ、その基礎を生物学的機能不全に置いている点に特徴があると言える。脳内に(遺伝的な問題や神経伝達物質の異常な増加や現象といった)なんらかの生物学的機能不全が存在し、その機能不全の結果として生じた肉体的・心理的状态について人間が「有害である」と判断した際、ある人間の状態が精神疾患と見なされるということになるだろう。

このHDAが優れている点は、以下の例を見る

ことで理解できるだろう。有名な話であるが、1960年代まで同性愛は精神疾患と見なされていたが、APAは1973年に同性愛を精神疾患とする見解を取り下げた。しかしながら、生物学的機能を発揮できていない身体あるいは心的システムがある場合、生物学的機能不全の立場では同性愛を精神疾患として見なさざるを得ない⁷⁾。なぜなら、生物学的な機能不全を採用する説では、或る存在者が何らかの生物学的な機能を果たせていないとき、疾患であるということになるからである。同性愛が機能不全であるのかどうかについての議論は現状なされており、確固とした結論が出ているわけではないが、仮に今後同性愛が何らかの生物学的機能不全であるという研究結果が出た場合、生物学的機能不全説では同性愛を精神疾患であると結論せざるを得ない。だが生物学的機能不全説を採用する場合、現在のAPAの同性愛についての考えと齟齬をきたすことになってしまう。しかし、HDAを採用するとき、同性愛を疾患であると見なす必要はなくなる。なぜならば、疾患を有害な機能不全であるとする説に基づくとき、同性愛は有害なものでなければ疾患ではないということになるからである。

2. HDAへの批判

前節ではウェイクフィールドのHDAの概説を行った。HDAはDSMにおける精神疾患の定義に影響を与えていることから分かる通り、現在一般に受け入れられている説である。しかしながら、このHDAへの批判は存在している。本発表ではD. ボルトン(2008)とR. クーパー(2007)によるウェイクフィールドへの批判を取り上げたい。

ボルトンのウェイクフィールドへの批判は以下の通りである⁸⁾。

(1) ウェイクフィールドの分析は自然な心理的機能と社会的な心理的機能との間に明確な境界があるという疑わしい前提に基づいてお

り、

(2) 心的な特定の状態あるいは行動上の特定の状態が、問題のある環境への理解可能な反応であるのか進化的にデザインされた特定のメカニズムの問題であるのかを決定するのが困難であり、

(3) 第2の点に関連して、特定の問題のある心的状態あるいは特定の行動上の状態が問題のある環境への適切な反応であるとき、それらの状態が疾患ではないという考えは「本物の疾患」が機能の発揮の単なる失敗であるということを含意している。

以上の3点について、適宜例を補いつつ、以下で説明を行いたい。

まず、1点目についてである。ウェイクフィールドは、特定の本質によって発揮される自然な機能に目を向け、それを精神疾患の定義に入れることで、精神疾患は医者が作り出したスティグマに過ぎないとする第1次反精神医学への重要な反論を提出した。この考えは、生物学的見解と社会的見解との根本的な分離を前提としている。先に見た通り、ウェイクフィールドは進化の過程で自然にデザインされた個人のふるまいといった心理的機能を発揮するための内部メカニズムが妨げられている状態を機能不全であると定義している。この進化論的なデザインの観点は社会的なものから自然なものを区別するために導入されたものであり、精神疾患を社会や医師によって作られたスティグマであると主張した第1次反精神医学への反論のためには必要なものであった。しかし、ボルトンは、人間の個々の機能が生物学的条件と社会的条件の複雑な相互作用の上で成り立っていると述べる。すなわち、人間の発揮する機能は生物学的なだけではなく、同時に社会的でもあるのだ。これは具体的にどういうことなのか。この観点は、心理学の領域の議論を持ち出すことでより分かりやすくなるだろう。パーソナリティ心理学の領域では、パーソナリティの個人差の由来を遺伝という生物学的観点と環境という

社会的観点の両方の相互作用（遺伝・環境相互作用）だと考える立場がある。この遺伝・環境相互作用は行動心理学の領域で存在が確認されており、この場合個人のふるまいという心理的機能を発揮するための内部メカニズムは、遺伝という生物学的な要因と環境という社会的要因の相互作用によって構成されているということになる。ウェイクフィールドは有害さという価値基準を導入したものの、精神疾患の基礎にあるのは生物学的機能不全としていた。このような生物学的な観点のみを基礎として機能について論じる立場は不十分であるということになるだろう。

次に2番目の批判点について見ていきたい。HDAは機能不全を進化的にデザインされたメカニズムの阻害としているのだが、ボルトンの指摘である「問題のある環境への理解可能な反応と精神疾患との区別の難しさ」とはどういったことを指しているのか。この点についてよく見るために、死別反応(Bereavement)を事例として取り上げたい。死別反応とは親しい他者を喪失した個人の反応のことであり、精神疾患とみなされてはいない。事実、DSM-5において通常の死別反応は「正常な悲嘆」とされており、うつ病とは区別されている。しかし同時に、死別反応はうつ病の診断基準に記載されている強い悲しみ、喪失の反芻、不眠、食欲不振、体重減少を含むことがあり、抑うつエピソードとの類似点が多いとも述べられている。この点についてAPAは「これらの症状(筆者注:死別反応における抑うつエピソードと類似した症状)は、喪失に際し生じることは理解可能で、適切なものかもしれないが、重大な喪失に対する正常な反応に加えて、抑うつエピソードの存在も入念に検討すべきである。その決定には、喪失についてどのように苦痛を表現するかという点に関して、各個人の生活史や文化的規範に基づいて、臨床的な判断を実行することが不可欠である。」と述べる⁹⁾。つまり、死別反応とうつ病について、はっきりとした区別をつけることができないのである。さて、HDAは生物学的機能不全を基礎とし、その上で有害さという価値基準を

導入しているのだが、この時正常な反応である死別反応と精神疾患であるうつ病との明確な区別が非常に困難になる。何故なら、死別反応もうつ病も「自然な機能を発揮するための内部メカニズムの不能に起因する」と考えられ、また同時に「有害」であるからである。ゆえに、HDA を採る場合、そもそも或る状態にある患者が精神疾患なのかそうではないのかという判断ができないということになるのである。

最後に第3の批判点について見ていきたい。ここでは、ウェイクフィールドが前提としている生物学的機能不全への批判を行っているクーパー (PSYCHIATRY AND PHILOSOPHY OF SCIENCE, Routledge, 2007) の議論を援用する。クーパーは生物学的機能不全を全く伴わない疾患も存在しているという点から、ウェイクフィールドの主張を批判している。クーパーは、何らかの環境では罹患者の生物学的適応度を高めるという理由で選択された病的状態が存在するとし、その例のひとつとして広場恐怖症を挙げている。広場恐怖症は現在では何の利益ももたらさないが、より危険な環境で生きていたころには適応的であった可能性は十分にある。このように、進化の過程で選択されたがゆえに生物学的機能不全ではないが精神疾患であると見なされる可能性のある状態は存在している。クーパーは以上の点から生物学的機能不全が疾患の条件ではないと結論付け、その結果として疾患の基礎に生物学的機能不全を置く HDA を否定する。第3の批判は、HDA では「本物の疾患」が単なる生物学的機能不全であるとされる可能性があるというものだったが、クーパーの提出した例から分かるように生物学的機能不全ではないが精神疾患であるとされる場合があるため、精神疾患の基礎として生物学的機能不全を置く HDA には問題がある。

精神疾患が機能の発揮の失敗であるという主張を含むウェイクフィールドの HDA、および精神疾患を「精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能不全を反映する個人の認知、情動制御、または行動における臨床

的に意味のある障害によって特徴づけられる症候群」であり「社会的、職業的、または他の重要な活動における意味のある苦痛または機能低下と関連する」とする DSM の精神疾患の定義は以上のような問題点を含んでいるのである。

3. 志向性からのアプローチ

前節では HDA への批判を見た。では、我々は精神疾患の定義についてどのように考えればいいのか。機能不全をその基礎に置かない精神疾患の定義は複数存在しているが、本節では精神疾患を「志向性の不全 (failure of intentionality)」によって定義するボルトン (2001) を取り上げたい。

ボルトンはまず DSM における具体的な診断基準を取り上げ、そこに規範性が明示的に或いは暗黙的に含まれていることを明らかにする¹⁰⁾。ここでの規範性とは、志向対象または志向対象と行為の関係性が適切か/適切でないかという観点から定義される。例えば、強迫症/強迫性障害では、「強迫症の強迫観念は通常現実的生活上の心配ごととは関係なく、奇妙な、不合理な」反復的で持続的な思考、衝動またはイメージであるとされる¹¹⁾。また、その強迫観念により生じる不安または苦痛を回避あるいは緩和するための強迫行為 (繰り返される行動や心の中の行為のこと) がおこなわれる。すなわち、強迫性障害における強迫行為は、強迫的行動様式とそれが回避しようとする現実的ではない否定的事象 (例えば、実際は煙草の火は消えているのにも関わらず、外出中に家が全焼するといった事象) との間の現実的な接続の欠如を示している。以上のことは、強迫性障害の診断基準が「通常はこうであるべきだ」という規範を明示しているということを示している。このように、DSM における操作的診断基準は以上のような規範性を含んでおり、ボルトンは以上の操作的診断基準を志向性と志向的对象を用いて記述できると主張する¹²⁾。

この志向性の概念には 2 つの主要な側面があ

る。第1に、「について性 (aboutness)」である。信念や欲望、感情に志向性があると述べることは、それがなんらかのもの、つまり志向的对象についての信念や欲望、感情であることを意味する。第2に、この志向的对象が現実存在する必要はないということである。例えば、人間は存在しないものを恐れることができる。

これらの側面を持つ志向性が心の決定的な特徴であるという考えは、精神疾患の定義に影響を与えるものだとボルトン主張する。このような志向性を持つ状態は、先に述べた規範的区別という観点から特徴的に記述される。例えば、願望の志向的对象はその志向性を持つ本人のニーズに関して適切であるか/そうではないか、感情は本人の経験に応じて適切か/そうではないかという区別で記述される。

このような信念、欲求、感情を含む志向的状态を媒介として、現実の出来事から始まり、行為に終わる一連のプロセスは繋がっている。志向对象あるいは志向的对象と行為の関係は、何らかの形で「適切」あるいは「不適切」と見なされるのだが、志向的对象や行為とのつながりが適切である限り心は上手く機能していると考えられる。しかし、逆に志向的对象と行為とのつながりが不適切である、あるいは志向的对象が存在しない志向性の不全が存在する場合、それは疾患を示唆している。例えば実際には存在しないものを知覚してしまう幻覚、自らの信念や願望と矛盾した行為を行う強迫性障害、自分は「人を殺せ」という神からの使命を持っているという不適切な信念に基づく妄想、志向的对象のない不安を持つ不安性障害などを、志向对象あるいは志向的对象と行為の間のつながりの適切/不適切という規範的区別によって説明することができる。

だが、もちろん全ての志向性の不全が精神疾患であると見なされるわけではない。問題にならない事例や誤った考えを合理的に持っている場合など、様々な事例を除外する必要があるとボルトンは述べる。問題にならない事例としては、明らかな理由のない習慣的行為(例えば、理由なく右

足から歩き出すといった習慣)が挙げられ、誤った考えを合理的に持っている場合については、個人が教育で得た間違った考え(例えば、地動説や迷信など)を合理的に持っている事例が挙げられる。前者については、習慣的行為をおこなう際に著しくまたは非常に頻繁に苦痛を伴う場合、精神疾患であると見なされうる¹³⁾。また、後者に関して、精神疾患であると見なされるのは教育や何らかの証拠があったにもかかわらず誤った信念を持ち続けている場合となる。

この志向性による精神疾患の定義はDSM-5で採用されている操作的診断基準から導き出されるものであり、また生物学的な機能不全という観点のみを用いない点からも、現在のAPAによる精神疾患の定義と遜色ないものだと考えることができるだろう。それゆえ、志向性の不全という観点は、精神医学における精神障害の診断基準の基礎にある「(臨床的に観察可能な)症状」を説明するのに役立つと主張できる。

4. 志向性からのアプローチは妥当なのか

前節ではボルトンによる精神疾患の定義を見た。しかし、志向性からのアプローチには問題がある。それは志向性に関する規範的判断が観察者に依存して見えるという観察者相対性に関連する問題である。志向的对象と行為の間関係は、何らかの形で「適切」あるいは「不適切」と見なされると前節で述べたが、この適切/不適切の規範的区別を決定づけるのは誰であるのか。大方の場合、それは臨床医であろう。このとき、観察者に規範的判断が依存しているならば、臨床医によって規範的判断が異なってしまうという可能性はないのか。

また、ボルトンは心的機能が遺伝という生物学的要因と環境という社会的要因の両者から構成されていると考えており、生物学的機能不全のみを基礎として精神疾患を定義することはできないと主張している。規範的区別を臨床医が行って

いるという考え、および心的機能が生物学的要因と社会的要因から構成されているとする考えは妥当なものであるが、このようなボルトンの精神疾患の定義は、精神疾患は我々に依存して存在する社会的に構築されたカテゴリーであるという主張と隣り合わせであるとも捉えられる。仮に精神疾患が医師の判断によってその存在を左右されるものならば、精神疾患の実在性が揺らぐことになるからである。哲学的文脈において、一般的に実在性とは人間の心に依存せず、自然のうちに存在することと定義される。仮に社会・文化的要因あるいは人の意図や関心によって精神疾患が疾患であると判断されているのならば、精神疾患は実在性を失う可能性がある。

ボルトンはこの点について問題として認めつつも、「…問題となっている規範 [的区別] には医学的かつ客観的な基礎がある」としている¹⁴⁾。つまり、医師の行う規範的区別にアприオリな客観的基礎を認めることで、規範的区別が観察者によって異なりうるという問題を退けようとしているわけである。その上でボルトンは、D.C.デネットの『志向姿勢』(The Intentional Stance, the MIT Press, 1989)による3つの姿勢——すなわち物理姿勢、設計姿勢、志向姿勢を援用してこの点について説明しようとし、以上の3つの姿勢を「客観的な基礎」として置きうる可能性について示唆している。ボルトン自身は、志向姿勢を「客観的な基礎」とすることができると考えているのだが、まず物理姿勢と設計姿勢が何故「客観的な基礎」たり得ないのかという点について簡略的にはあるが見ていきたい。

まず、物理姿勢についてである。例えばチェスを行うコンピュータの機能の故障を説明するためには、物理的原因について(例えばヒューズの切断や加熱について)考えなければならない。つまり、物理姿勢という戦略を採用する場合、機能に障害が生じている際、物理的に定義された原因を探さなければならないということになる。ボルトンによれば、精神医学が器質的な病因論を支持する限り、物理姿勢は支持される可能性がある。

しかし、この戦略には問題がある。第1に、精神疾患における物理的に定義された原因の特定の困難さが挙げられる。分子遺伝学の研究によって、現在のカテゴリー分類に基づいた診断と一対一対応する要因の特定は困難であると現在判明している¹⁵⁾。ゆえに、物理姿勢という戦略を採用することは難しい。第2の問題点は、物理姿勢を採用の際、機能に障害が生じているという判断を誰がするのかという問題が結局残るという点である。障害とみなされる心的状態は時代によって変化する。例えば、第2節で取り上げた広場恐怖症のように、時代背景によって疾患とみなされたりみなされなかったりする心的状態は存在している。物理姿勢は、このような心的状態を抱える主体が障害を持っているか否かという判断を行なった上で物理的原因を探る必要があるため、採用することは難しい。

次に、設計姿勢について見てみよう。設計姿勢においては、情報処理における物理的障害としてではなく、不適切な設計による不適切な規則の使用が機能障害への因果関係の経路として想定されている。設計姿勢においては生物学的な病変はないが、特定環境下での目標達成についてのシステム設計が不適切であり、行為の破綻につながると考えられる。この説明では、例えば広場恐怖症のような今よりも危険な環境で生きていたころには適応的であったが、現在では適応的でないと考えられる疾患について説明できるようになる。

しかし、ここでも物理姿勢で挙げた問題点を指摘することができるように思われる。設計姿勢においては、設定やプログラムに基づき他者が行為していると仮定されるが、その他者の行為を不適切であると判断するのは何であるのか。それは社会・文化的背景やそれを持つ医師である。仮に設計姿勢という戦略を採用したとしても、依然として規範的区別に関する問題は残る。

物理姿勢と設計姿勢という戦略はうまくいかないという点を見た。では最後に志向姿勢という戦略について見よう。志向姿勢とは、他者が信念や欲望といった心的状態によって合理的に行為

していると仮定し、観察される他者の行為について具体的な心的状態を帰属し、それにより他者の合理的行為を理解するという戦略のことである。ボルトンによれば、この志向姿勢こそが「客観的な基礎」となる姿勢なのだが、デネットの提唱した志向姿勢をそのまま採用することはできない。デネット自身は志向姿勢を合理性の前提として定義しており、このことから志向姿勢が合理的な行動を予測するために使用されることを想定しているようである。それゆえに、志向的なプロセスによって合理的行為を説明するという戦略である志向姿勢では、非合理的行為を伴う精神疾患を説明することができない。

しかし、ボルトン自身は志向姿勢が非合理的行動を予測するために使用されることが可能であると考えている。ボルトンは志向姿勢における志向システムを状況に応じた目標への柔軟性を示すシステムであるとし、重要な点は志向システムが或る特定の戦略や特定の目標を達成するために用いられている点であると述べる。例えば、チェスをするコンピュータは合理的に(例えば、「価値の高い駒と価値の低い駒を交換しない」のように)駒を動かすが、状況によっては(例えば、クイーンが生贄となり他の価値の低い駒を助けた方がよい場合など)非合理的な駒の動かし方をする場合がある。このように、ボルトンは目標と現在の環境に関する情報を持っているという状態によって志向システムが調整されると仮定することで、志向姿勢は非合理的な行動を説明し予測することができるかと述べている。それゆえに、志向姿勢は非合理的行為をなす精神疾患に関する規範的判断を行う際の「客観的な基礎」となりうるとボルトンは結論づける。

以上のボルトンの志向姿勢の改定案はどのように評価されるべきか。先述した通り、ボルトンの説明によれば、志向システムは現在の環境に関する情報によって調整され、それによって初めて非合理的な行為に対する志向姿勢という戦略が成立する。では、この環境に関する情報によって調整される志向姿勢という客観的な基礎を認める

時、観察者によって規範的区別が異なるという問題は解決されるのか。この問題を解決に導くと思われるのが、志向姿勢が環境に関する情報によって調整されるという点である。物理姿勢および設計姿勢において観察者によって規範的区別が異なりうるという問題が立ち現れたのは、社会・文化的背景を有する医師がその文脈に則り規範的区別を行うという観点からであった。しかし、環境に関する情報で調整がなされ、それにより非合理的行為を説明できるようになるとされる志向姿勢の場合、規範的区別を行う医師の側も患者の側も志向姿勢が環境、すなわち社会・文化的背景によって調整がなされているということになる。この環境による調整が、志向姿勢を規範的区別における「客観的な基礎」にすると考えることができる。つまり、臨床医たちが環境によって調整される志向姿勢という共通の基盤を有しているため、臨床医たちは共通の規範を持ち、同様の規範的区別を行うことができると考えられる。この時、観察者によって規範的区別が異なるという判断に関する問題が生じないと言える。

だが、仮に志向姿勢を「客観的な基礎」として認めて観察者相対性に関連する問題が解決したとしても、精神疾患の実在性が疑われるという可能性は依然として残る。つまり、志向姿勢の前提として主体の志向システムが主体の目標と主体を取り巻く環境によって調整されるということ認めるのなら、その主体の非合理的行為は目標と同時に環境によっても生じたと考えることができる。すなわち、これはボルトンの意図であった精神疾患の実在性の問題を解決する観点ではなく、その問題を再び俎上に上げる主張である。むしろ、ボルトンは人間の発揮する心的機能について生物学的要因も認めているため第1次反精神医学のようなラディカルな主張に陥ることはないだろうが、精神疾患は実在しないという結論に至る可能性を有している。

では、ボルトンの主張は退けられるべきなのか。そうではない。上記の理由からボルトンの主張については慎重に扱わなければならないというこ

とは確かだが、彼の主張自体は現代精神医学と親和性があると考えられる。

現在の神経生物学的研究は、主要な精神疾患の相互が漸次的に移行し、自然境界線も空白に近い中間帯も認められないという点、また通常との間も同様であるという点を示唆しており、各精神疾患が独立したカテゴリーであるという従来の考えに重大な疑問を投げかけている¹⁶⁾。精神疾患と通常の間、および精神疾患間の漸次的移行について、志向性からのアプローチは対応できるように思われる。精神疾患を現実の出来事から始まり、志向的対象と行為の間の関係の「不適切さ」によって判断する志向性からのアプローチは、確固とした病因を持つ必要のある HDA では説明しきれないこの漸次的移行に対応できる可能性が高い。次に、現代精神医学においては、遺伝子と環境との相互作用が発病に際して重要な役目を果たしているという研究結果が現在広く受け入れられている¹⁷⁾。つまり、生物学的基盤を重要視する現状の精神疾患の定義よりも、ボルトンの志向姿勢を取り入れた志向性からの精神疾患の定義の方が現代精神医学の研究との親和性が高い。

また、ボルトンの主張は、心に関連する疾患である精神疾患を「心」という観点から定義しようと試みている点において、一定の評価をすることができるように思われる。ウェイクフィールドの疾患の定義は、精神疾患に限定されるものではない。彼はあくまでも「障害 (disorder)」の定義を行っているのであり、そこには精神疾患だけではなく身体障害もまた含まれる。このことは生物学的機能不全によって疾患を定義している点からも明らかであろう。なぜなら、身体障害もまた生物学的機能不全であると考えられるからである。

身体疾患と精神疾患は密接に関連している場合があるため、両者をはっきりと二分することが難しいという問題はしばしば精神医学において挙げられる¹⁸⁾。しかし、両者には身体障害の場合、その機能不全の原因がはっきりしている疾患が多いが、精神疾患はそうではないという違いも存

在している。実際、精神医学においてはその生物学的病因が特定できていない疾患が殆どである。また、北村 (2017) は、一部の臨床像には病態生理学が発見される可能性があると述べているが、ここで重要なのは、そのとき「その疾患は精神疾患の分類から身体疾患の領域に移動されてしまう」ことである¹⁹⁾。例えば、器質性妄想性障害は持続性あるいは反復性の妄想を抱く疾患であるが、この症状が生じる原因は脳の疾患あるいは損傷である。現在では医療の進歩によって脳の状態を確かめ、病因となる脳の状態を確認することが可能であるが、CT などが生まれる以前は内因性の精神疾患と見なされていた。だが、医療の進歩により器質性妄想性障害は精神科の治療領域から脳神経内科あるいは外科の領域に移された。このように、生物学的な病因の判明した精神疾患は、精神医学の範囲から除外されることになる。以上の点から、機能不全の原因が明らかである身体障害と精神疾患について同じ定義をしてもよいのかという疑問が残る。この点に関して、生物学的機能不全を斥け、志向性の不全によって精神疾患を定義するボルトンの主張は優位性を有している。なぜなら、志向性という心の特徴から精神疾患を定義することにより、身体障害との区別をつけることが可能となるからである。それゆえに、身体疾患と精神疾患が密接に関連しているという点から両者の差異が明確につけられないという問題についても、解決のいとぐちを見出す可能性がある。以上の点から、現状の精神疾患の定義と比べた際、ボルトンの主張はより妥当なものであると考えることができるのである。

おわりに

本稿では、現状の精神疾患の定義に影響を与えたとされる HDA に関する批判を見たのち、志向性からのアプローチについて吟味した。その結果、志向性からのアプローチは現状の精神疾患の定義よりも妥当であると考えられるが、精神疾患の

実在性についての問題を孕んでいるということが分かった。

以上のことを受け入れた上で我々が行うべきなのは、精神疾患の実在性について、いかにして精神疾患の定義と整合的な説明をするかという問題に取り組むことである。

ここで我々がとることのできる道は 3 つあるように思われる。1 つ目がボルトンの見解を受け入れ、かつ精神疾患の実在性を否定し、社会構築主義的見解を採ること、2 つ目がボルトンの見解を受け入れ、なおかつ精神疾患の実在性のある種の形で擁護すること、3 つ目がボルトンの主張を捨て、精神疾患の実在性を完全に担保することのできる新たな精神疾患の定義を探求することである。

まず、1 つ目の精神疾患の実在性を否定する道筋は、最終的には精神疾患患者の利益を損なう可能性がある。例えば自立支援医療や精神障害者保健福祉手帳の発行等の行政による精神疾患患者へのサポートは、当たり前だが精神疾患が疾患として存在しているという前提の上で成り立っている。もし精神疾患概念が人間によって創り出された実在しないものだという主張を行えば、精神疾患の罹患者は実は正常であるということになり、苦痛を抱えたままサポートを受けられずに社会の中で生きざるを得ないという可能性が生じる。

そこで我々がとることのできる道は、2 つ目あるいは 3 つ目の道であるということになる。2 つ目の道をとる場合、精神疾患が社会や人間の関心に依存して存在していると認めつつ、精神疾患が実在するという矛盾しているようにしか見えない主張を行うことになるのだが、このような主張を行っている研究者（例えば P. ザッカーや N. ハスラムを挙げることができる）は存在しており、まったくもって荒唐無稽な道というわけではない。また、3 つ目の道に関しては、生物学的機能不全を採用せずに精神疾患の定義を行っている研究者が複数いることから、有用な道であるように思われる。今後の課題として、上記の 2 つのア

プローチについて考察していくことが挙げられるだろう。

注

- 1) 深尾憲二郎、「スペクトラムの概念と反精神医学」、『精神医学の基盤』、3 巻、2016 年、90 頁。
- 2) 本稿で取り上げるもの以外の主張としては、B. フルフォード (Fulford, K.W.M., *Moral Theory and Medical Practice*, Cambridge University Press, 1989.) の家族的類似を用いた定義、C. マグーン (Megone, C., "Mental Illness, Human Function and Values", *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*12, 2000, 45-65 頁。) のアリストテレス的言説、R. クーパー (Cooper, R., "Disease", *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical sciences*33, 2002, 263-282 頁。) による「込み入った言説 (Messy accounts)」などが挙げられる。
- 3) 高橋三郎・大野裕 (監訳)、染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三浦将・村井俊哉 (訳)、『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』、医学書院、2014、20 頁。
- 4) DSM-IV まではローマ数字が正式表記であったが、2013 年に出版された DSM-5 からはアラビア数字での表記が正式なものとされている。
- 5) Wakefield, J.C., "The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values", *American Psychologist*47(3), 1992, 381 頁。
- 6) Ibid, 384 頁。
- 7) 生物学的還元主義の立場を採るブルース (Broose, C., "A Rebuttal on Health", Humber, J&Almeder, R(eds.), *What is Disease?*, Humana Press, 1997, 1-134 頁。) は実際同性愛を精神疾患であると述べている。(もちろん、ブルースはそこに価値を含意しておらず、同性愛者が悪であると考えているわけではないとも付け加えている。)
- 8) Bolton, D., *what is mental disorder? an essay in philosophy, science, and values*, Oxford university press, 2008, 124-125 頁。
- 9) 高橋三郎・大野裕 (監訳)、染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三浦将・村井俊哉 (訳)、『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』、医学書院、2014、161 頁。

- 10) ボルトンの論文が書かれたのは DSM-5 以前であるため、彼は DSM-IV の記述を参考としているが、本発表では適宜 DSM-5 での記述に差し替えている。
- 11) 高橋三郎・大野裕 (監訳)、染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三浦将・村井俊哉 (訳)、『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』、医学書院、2014、239 頁。
- 12) 操作的診断基準とは DSM-III から導入された診断基準のことであり、それらは以下の 3 つのフォーマットを共通して有している。すなわち、(i) 必要な症状の数、(ii) 規定された持続時間 (iii) 他疾患からの除外規定。例えとして、DSM-5 のうつ病/大うつ病性障害の項目を参照しよう (高橋三郎・大野裕 (監訳)、染矢俊幸・神庭重信・尾崎紀夫・三浦将・村井俊哉 (訳)、『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』、医学書院、2014、160-162 頁。)。大うつ病性障害の項目にある基準 A にある 9 つの症状項目のうち 5 つ以上を満たしており、そのうちの少なくとも 1 つが (1) か (2) であること ((i) 必要な症状の数)、諸症状が 2 週間以上持続していること ((ii) 規定された持続期間)、基準 C から基準 E を満たすこと ((iii) 他疾患からの除外規定) によって、患者は大うつ病性障害であると診断される。
- 13) 第 1 節で見た通り、HDA および DSM-5 では精神疾患と苦痛を結びつけて考えているが、ボルトンはこの点に関しては批判を行わず、受け入れている。
- 14) Bolton, D、"Problems in the Definition of 'Mental Disorder'", *The philosophical quarterly* 51、2001、189 頁。
- 15) 近藤健治・池田匡志・岩田仲生、「分子遺伝学からみたスペクトラム精神医学」、『精神医学の基盤』、3 巻、2016、36 頁。
- 16) 黒木俊秀、「精神科診断におけるディメンジョン的アプローチとは何だろうか?」、『臨床精神病理』35 巻、2 号、2014、182 頁。
- 17) この点については、黒木俊秀、「DSM 時代の終焉と多元主義言説の台頭」、『臨床評価』46 巻、3-4 号、2019、513-524 頁を参照のこと。
- 18) 榊原英輔、「精神疾患とは何か? 反本質主義の擁護」、『科学基礎論研究』44 巻、1-2 号、2017、55-56 頁。
- 19) 北村俊則、『精神に疾患は存在するか』、星和出版、2017、53 頁。