

## 目次

- 1.社会認識・理想社会像・問題意識
- 2.はじめに～レジュメの構成と用語・概念について～
  - 2-1.レジュメの構成
  - 2-2.精神医学・臨床心理学・精神分析
  - 2-3.疾患と障害
- 3.精神疾患の神話
  - 3-1.道徳的問題としての精神疾患
  - 3-2.歴史的カテゴリーとしての精神疾患
- 4.精神疾患の実態
  - 4-1.生物学的学説
    - 4-1-1.生物学的学説の問題点①
    - 4-1-2.生物学的学説の問題点②
  - 4-2.フルフォードの行為に基づく学説
    - 4-2-1.フルフォードの行為に基づく学説の問題点
  - 4-3.アリストテレス的学説
    - 4-3-1.アリストテレス的学説の問題点
  - 4-4.多重基準を用いた学説
  - 4-5.まとめ
- 5.精神医療における問題
  - 5-1.理論と理論との関係
    - 5-1-1.パラダイムについて
    - 5-1-2.通約不可能性
    - 5-1-3.精神医療におけるパラダイムと通約不可能性
    - 5-1-4.パラダイムの翻訳と失敗
  - 5-2.価値負荷的な科学としての精神医学
    - 5-2-1.事例研究
    - 5-2-2.研究段階における様々な価値負荷性
- 6.問題解決に向けて
  - 6-1.接触言語を用いたケース・カンファレンス
  - 6-2.相互に批判的な研究体制

## 社会認識

現代は高度技術社会である。グローバル化による国際競争の激化と成熟化による消費水準の高度化によって科学技術は、現代文明の発展を支え、人類はその福利を享受してきた。特に医療技術の発展は人類に長寿と健康を与え様々な病の治療に貢献してきた。しかしながら、人類が完全な心身の健康を獲得するにはまだいくつもの課題が残っているのが現状である。このような社会において、心の病が社会問題として顕在化している。精神疾患は相馬事件とよばれる1880年頃発生した精神疾患患者の監禁事件をきっかけに問題が表面化し精神疾患患者の保護に関する最初の一般的法律「精神病者保護法」が制定された。この法律の制定により、日本で初めて精神障害者の処遇が法的に一律に規定された。1909年に精神衛生法が施工され、各都道府県に精神病院の設置が義務付けられた。また、心のケアの専門家として1988年に臨床心理士の資格認定が開始された。しかしながら、近年で精神疾患患者は1996年の218万人から2011年の320万人と大幅に増加しているのが現状である。

## 理想社会像・問題意識

私の理想社会像は「安心できる社会」である。安心とは個人が社会的存在としての自己の存在を確信できることを意味する。単一の個人としての存在は多様な他者との相互承認を通じて社会的存在へと変化する。ここにおいて承認とは自己と他者のあり方の差異を認識し、比較することで自己を社会的存在として確信する行為である。そして、社会を構成する個々人が承認を通じた関わり合いを行う社会が私が志向する理想社会像である。

しかし、現代では承認を通じた多様な他者との関わり合いを行えない人々が存在する。それが精神疾患患者である。精神疾患とは精神や行動における特定の症状を呈することによって社会生活における障害を伴っている状態である。社会生活における困難性は承認を通じた多様な他者との関わり合いの欠如を意味する。従って、精神疾患患者が私の問題意識である。

## 2.はじめに～レジュメの構成と用語・概念について～

本レジュメでは複数の類似的な用語、概念が登場するためはじめに本項でそれらの説明を行う。

### 2-1.レジュメの構成

本レジュメでは第2項、第3項において現状分析として精神疾患の定義に関する様々な議論を踏まえて最終的に精神疾患の定義付けを行う。そして第5項において現状分析において示された精神疾患を所与のものとして、それを治療する主体に関する問題を原因分析とする。そしてそれらの原因を踏まえて政策を第6項にて提示する。

### 2-2.精神医学・臨床心理学・精神分析

精神医学 (psychiatry) と、臨床心理学 (psychology) 、精神分析 (psychoanalysis) がどう違うのかをあやふやにしている人は多い。精神医学とは医学的な訓練を受けた医師であり、精神疾患 (mental illness) の治療を専門としている。精神科医はいわゆる「精神療法 (taking cure)」を用いているかもしれないが、医者として患者に向精神薬を処方することもできるし、進んで処方することも少なくない。一方、臨床心理士 (psychologist) は医学的な訓練は受けておらず、薬物を処方できない。そのかわりに、臨床心理の技術を用いて患者を支援する。臨床心理士の治療は、直接的な生化学的介入を行うわけではなく、患者と語り、その行動

を変えていくだけである。こうして臨床心理士の治療はこの患者に心理療法を行ったり、集団療法の集まりを開いたり、認知行動療法や家族療法などを行うこともある。精神分析家はほかからはっきり区別できる。なぜなら、精神分析家が属する学派は多様であるが、いずれもその起源はジークムント・フロイトにあるからだ。様々な時代・地域で、精神分析は心を病んだ人々を助けるための主要なアプローチであった。しかし現在のイギリスに精神分析家は少なく、アメリカ合衆国でもますます傍流となりつつある。精神科医、臨床心理士、精神分析家に加えて、自らを「カウンセラー」と呼ぶ多くの臨床家もいる。現在イギリスでは、誰でも自らをカウンセラーであると称してもかまわないことになっており、どのようなカウンセリングを行うかは人によってばらばらである。

### 2-3.疾患と障害

精神疾患を考えるにあたり、疾患と障害の分類が必要である。特に身体状態について、日常言語ではしばしば疾患 (disease) 能力障害 (dis-abilities)、傷 (injuries) 怪我 (wounds) などを区別する。文脈によっては、これらの様々な医学的問題の区別はとても重要であるが、そうでない場合も多い。ここで挙げた言葉はすべて、たとえば弁明として機能したり、様々な利得を正当化したりする際に使用される。あらゆる病的状態をまとめるのに「疾患」という言葉を用いるのは病理の本性に関する議論においてかなり一般的になっており、その流れに抗うのは遅きに失した感がある。したがって、本レジュメでは「疾患」という言葉を広い意味で用いる。

### 3.精神疾患の神話

ほとんどの科学とは異なり、精神医学の基本的な主題には様々な議論がある。たとえば、多くの理論家が、精神疾患は実在しないと主張してきた。1960年代の「反精神医学」は精神疾患というカテゴリーそのものに対するこうした懐疑論のなかで最も知られたものである。反精神医学派といっても内実は多様なグループであり、精神医学への懐疑という点においてしか一致していない。「精神疾患」というカテゴリーを彼らが退ける理由は様々である。トーマス・サス<sup>1</sup>は、精神科医は社会的不適応者に対して不当に病気というレッテルを貼っているのだと断じる。ミシェル・フーコーによれば「精神疾患」は歴史のなかで偶発的に生じたカテゴリーにすぎないという。R・A・レインとA・エスターソンは精神疾患の症状が社会的文脈にあまりにも依存しすぎていると論じた。反精神医学派が精神疾患というカテゴリーを退ける理由は様々だが、どの論者でもその基本的な考えは、精神疾患についての判断は不安定な（観察者や時代・年代、社会的文脈によって異なる）ものであり、それゆえ精神疾患の存在は疑問に付される。

#### 3-1.道徳的問題としての精神疾患

『精神医学の神話』において、精神疾患は実在しないとサスは論じる。精神疾患が「神話」であるという彼のスローガンが含意するのは、精神疾患を治療する者は本物の疾患を治療しているのではないということである。サスによれば精神科医は本物の医学を実践しているのではなく、単に、生きることに問題を抱えている人々を援助しているのであり、もしくは下手をすると社会統制の執行者として活動しているのである。当然、多くの精神科医はそうした主張に反発した。しかし、きちんと理解すればサスの主張はまったく穏当なものになるのである。第一に注意すべきなのは生物学的基盤をもつことが明らかになれば、いわゆる「精神疾患」は真の疾患であるということにサスは同意しているという点である。第二に注意すべきは

---

<sup>1</sup> Thomas Szaszはハンガリー出身、アメリカ合衆国の精神科医

いくつかの行動は病気の症状とされるべきではなく、個人が責任をもつべき目的のある行動である、というサスの主張は確かに正しい。私たちは政治的に意見を異にする人々を精神的に病んでいると考えるべきではない。サスに同意できるのは、医学に政治や倫理の代わりをつとめさせるのは危険だという点である。

### 3-2.歴史的カテゴリーとしての精神疾患

『狂気と文明化』(Foucault 1971)におけるフーコーの主要な主張によれば、現代における精神疾患の概念は歴史の偶然の展開に根ざしている。精神疾患に関する考えを私たちが現に考えている方向に導いてきたのは歴史であり、それはちょっとしたことで違ったものになりえただろう。そして歴史が異なれば、現在の考え方は決して生じなかったのであろう。フーコーによれば、啓蒙時代以前、狂者は病者ではなくはみ出し者であった。狂者は寛容に扱われ、ときには才能のある者とさえ考えられてきた。しかし啓蒙時代とともに「理性的」であることが新たに重要性をもつようになった。働かない「非理性的」な人々を社会はもはや受け入れなくなり、そうした人々は巨大な収容施設をと締め出されることになった。これら犯罪者や厄介者の雑多な集団のうち、大半の者は役に立つ仕事につかせることができた。しかし狂者はそうできなかった。そうして狂者は問題のある人々として残されて、初めて一つのグループとして可視化されたのだ。以後、様々な専門職が狂気を自分たちの支配下におこうと戦ってきた。最終的に医療の専門家が闘争で勝利し、「狂気」は今日の私たちが知る「精神疾患」として概念化しなおされた。時にフーコーは、過去の狂気の捉え方のなかには政治的・倫理的に優れたものがあつたのではないかと示唆しているように見える。しかし重要なのは、もし歴史が違っていれば狂気について異なった考え方をしていただろうとフーコーが考えるとしても、今を生きる私たちにとっては物事の考え方を根本的に変えるという選択肢はないということだ。むしろ、特定の場所・時代に生まれた人々は特定の思考法に縛られている。彼が言うように「いかなる時にもあらゆることについて語るということは、人にはできない」

(Foucault 1972, p.44, pp.209-211も参照)のだから、フーコーが私たちに「精神疾患」の概念をほかと置き換えるように強いることはできない。したがって、神の視点からは狂気について異なった考え方が可能である点ではフーコーは反精神医学派であるとしても、私たちの現行の捉え方を他のより良いものに置き換えられるかもしれないと考えるような反精神医学派ではない。思考する者としての私たちはある特定のエピステーメ<sup>2</sup>に囚われているのであり、根本的な修正主義は私たちには開かれていない。もちろん、歴史の展開とともに私たちは新たな思考法にいたるのかもしれない。それは倫理的により好ましいものかもしれない。しかしそれでも、フーコーによれば、私たちは自らの現在の考え方を意図的に修正できない。私たちは狂気を広い意味での医学的な仕方で考えるほかないのである。

### 4.精神疾患の実態

本項では、精神疾患の実態をいくつかの学説を取り上げて詳細に検討する。扱うのは二つの問いである。精神疾患と身体疾患を分けるものは何か。そして、ある状態を、たとえば正常な分散の範囲内のものや道徳的欠点ではなく障害にするものはそもそも何なのか。

まず考えるべきなのは精神疾患と身体疾患をひとまとめに考えるべきなのか、それとも、両者は根本的に異なる種類の状態なのか。サスのような理論家は精神疾患と身体疾患が根本的に異なるものだと考えている。サスのように身体疾患と精神疾患とに明確な線引きをしようとする試みもあるが、なかなかうまくいっていない。原因が身体的なものかそれとも心理的

<sup>2</sup> ある時代の社会や人々の生産する知識のあり方を特定付け、影響を与える、知の「枠組」

なものに基づいて区分するのはうまくいかないのである。多くの障害は心理的・身体的原因の双方に影響されるからである。たとえば、統合失調症のリスクは社会的ストレス因子でも増加するが、薬物乱用、出生児の合併症、遺伝的要因などでも増加する。一般的に身体的原因をもつと考えられている障害の多くはストレスによって悪化する。たとえばアレルギーや高血圧がそうである。精神疾患と身体疾患とを手際よく区別する方法としてはこれまでに提案されてきたものは、どれもうまくいっていないし、精神疾患と身体疾患とはかなり重なる部分がある。そうだとすれば、精神疾患と身体疾患を包含できるような、障害についての学説が好ましいことになるだろう。

#### 4-1.生物学的学説

クリストファー・ブルース<sup>3</sup>が与えようとした学説では、ある状態が疾患であるかどうかは価値とは無関係な生物学的事実だけで決まる。ブルースは出発点として、人間の体と心はいくつもの「サブシステム」で構成されていると考えられるべきだという。「サブシステム」という言葉は考えられる限りでの広い意味で捉えられるべきである。器官、神経系のようなシステム、心的モジュールすべてがブルースにとってのサブシステムである。体や心のサブシステムは各々がそれぞれの自然な機能をもつ。しかし、サブシステムは機能不全を起こすこともある。サブシステムが機能不全を起こした時、私たちに障害が生じる。この学説は精神疾患にもあてはまる。心の理論モジュールの機能は社会的相互作用を可能にする。そこに機能不全があれば自閉症という障害が生じるかもしれないだろう。ここにおいてサブシステムの「自然な機能」とは2つの見解から論じることができる。ひとつはカミンズ<sup>4</sup>的な見解である。カミンズによれば、どのようなものであれ、サブシステムが現在実行している通常の働きで、メインシステムの目標に貢献するのがそのサブシステムの機能である。一方ライト<sup>5</sup>式のアプローチもあり、それによれば、サブシステムの機能はその歴史で決まる。生物学の場合、どのようなものであれ、自然選択の結果として実行されるようになった働きがサブシステムのライト的機能となる。

##### 4-1-1.生物学的学説の問題点①

生物学的学説の一つ目の問題点は機能不全が障害の十分条件ではないことである。これは個体の福利と生物学的機能が乖離した時に生じる。たとえばミツバチやカマキリの雄は交尾と同時に死に至るし、同性愛者は子孫を残すことができない。ブルースの学説に従えばどちらも機能不全であると考えられるが、それらが障害であるとするには十分ではない

##### 4-1-2.生物学的学説の問題点②

生物学的学説の二つ目の問題点は機能不全が障害の必要条件ではないことである。生物学的機能不全とされる遺伝的基盤（統合失調症・アルツハイマー等）が生物学的利点をもたらし、自然選択によって選択されてきた障害があるかもしれないからである。病的状態の遺伝的基盤が選択されてきた理由は複数考えられるだろう。最も分かりやすい例として、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あるかもしれない。たとえばソシオパス<sup>6</sup>は他の男性に比べてより暴力的で、不特定多数と性行為を行う傾向にあ

---

<sup>3</sup> Christopher Boorseはアメリカの哲学者

<sup>4</sup> Robert Cumminsはアメリカの心理学者、生物学者、哲学者

<sup>5</sup> Larry Wright はアメリカの科学哲学者

<sup>6</sup> 社会病質者、ここではサイコパスとほぼ同義で使われている

る<sup>7</sup>。他の病的状態も、現在は何の利益もないかもしれないが、昔は生物学的利点をもたらしていたかもしれない。たとえば、広場恐怖症などの不安障害はいまや何の利益ももたらさないが、人間がより危険な環境で生きていたころには適応的だったかもしれない。

#### 4-2.フルフォードの行為に基づく学説

ビル・フルフォード<sup>8</sup>の『道徳理論と医療実践』(Fulford 1986)で提示される疾患についての学説にしたがえば、日常的な行為の失敗を経験する場合、その人は疾患を抱えている。普段通り行為できないと気づく時、あるいは動かそうとしていないのに体が動いてしまう時、その「行為の失敗」の原因となるのが疾患である。

##### 4-2-1.フルフォードの行為に基づく学説の問題点

フルフォードの学説が抱えている一番の課題は、あらゆる疾患が行為の失敗と本当に関連していることを示さねばならないということである。少なくともいくつかのケースではこの関連が疑わしいように見える。たとえば容貌の損傷は疾患かもしれないが、この状態が行為の失敗とどう関連しているのかは明らかではないのである。

#### 4-3.アリストテレス的学説<sup>9</sup>

アリストテレス的見解をとる論者（ここではクリス・マゲーン<sup>10</sup>）は、一つの生物学的有機体はその仲間をよく代表する標本であるとはどういうことかを考察する。動物の場合、アリストテレス的学説によれば、個々の種別に特徴的な生活環がある。人間の場合、人間としてのゆたかな生とは単なる生殖にとどまらないから事情は多少複雑になる。マゲーンは人間としての豊かな生をこう述べている。「人間の役割は（中略）十全な合理的動物としての生にある。病気とは、この人間の役割を実現する能力を失ってしまった状態である」(Megone 2000, p.56)。ここで合理的とは単に知的なだけでなく、正しい価値観をもち、正しく行為できることである。人間は社会的存在であり、社会活動への参加に必要なものが備わっていない人はなんらかの障害に苦しんでいる。

##### 4-3-1.アリストテレス的学説の問題点

アリストテレス的学説の問題点はこの学説が過剰に包摂的な点である。このことを以下に「障害ではないが生物学的に劣悪な状態」「社会的に劣悪な状態」と「悪徳」に分けて説明する。障害ではないが生物学的に劣悪な状態とはある個体のもつ類似的な特徴とは乖離しているが障害とはいえない状態（低身長、容姿の醜さ）を指す。アリストテレス的学説ではこういった状態を障害と区別することができない。社会的に劣悪な状態とは貧困、非識字、社会的疎外などである。こうした状態にある個人をアリストテレス的学説では障害から区別できない。次に、道徳的に悪徳な個人は正しい価値観をもたず、正しい行為をすることができない点で障害から区別することができない。

#### 4-4.多重基準を用いた学説

多重基準を用いた学説ではアリストテレス的学説を基に、それが抱える問題をさらなる基準を与えることによって克服することを目指す。この学説ではアリストテレス的学説と同様、疾

<sup>7</sup> Mealey 1995

<sup>8</sup> Bill Fulfordはオックスフォード大学の精神病医学者

<sup>9</sup> この名前はアリストテレスの理論という訳ではなく、アリストテレスのアイデア論をアナロジーとして用いている

<sup>10</sup> Christopher Megoneはリーズ大学の応用倫理学者

患とされるべき状態は悪いものであるが、それに加えてその状態に苦しむ人が不運であり、なおかつそれが潜在的に医療の対象となりうる場合だけであると考える<sup>11</sup>。この基準を用いることで、「障害ではないが生物学的に劣悪な状態」をその個人が不運と感ずるか否かで区別することができる。また、「社会的に劣悪な状態」と「悪徳」を医療の対象とならないことから区別することができる。なお本レジュメではこの多重基準を用いた学説を精神疾患の定義として用いる。

#### 4-5.まとめ

この項では現在提案されている障害についての様々な学説を概観した。表1では、ここで論じた主な学説の概要と、その問題点をまとめている。 表1

学説	障害の定義	主な問題
生物学的学説	生物学的機能不全	生物学的・進化的利点をもつ（それゆえに機能不全ではない）障害の可能性を扱うことができない
フルフォードの行為に基づく学説	疾患は日常的な行為の失敗と結びついている	疾患と行為の失敗の因果関係を説明することができていない
アリストテレス的学説	生の豊かさを損なう能力不全	過剰に包摂的
多重基準を用いた学説	（アリストテレス的学説）＋潜在的に医療の対象となりうる有害な状態かつ患者が不運と感ずる状態	異なる基準を具体化するための作業が必要

上述のように、現在、疾患については競合するいくつかの学説が展開されている。最終的に万人が同意する学説がどれなのかはまだ明らかではなく、疾患の学説を展開するにはまだ多くの作業が残されている。しかし、主要な問題のいくつかについては意見の一致がなされつつあるだろう。第一に、現在展開されている疾患の学説は、その大半が身体疾患と精神疾患の両者を同時に扱っているため、両者の区別に重要性はないだろう。第二に疾患は必ず有害な状態である。

### 5.精神医療における問題

本項では、前項において精神疾患の存在並びにある程度の定義付けがなされたので、それを治療する主体である精神医療とそれが抱える問題について考察する。精神医療がもつ特徴として、意見の一致があまりに少ないことが挙げられる。それどころか、多くの競合する学派と理論とが並立する傾向にある。以下では精神医療における問題をパラダイムの多重性と価値負荷性から検証する。

#### 5-1.理論と理論との関係

この項ではアメリカの科学史家、トマス・クーンが科学について描いた「パラダイム」という図式を用いて精神医療の一つ目の問題点であるパラダイムの多重性について検証する。

##### 5-1-1.パラダイムについて

クーンは自身の著作『科学革命の構造』（1962）において、科学という営みは主に長期間の「通常科学」からなると論じた。通常科学が続くあいだ、ある下位分野で働く者たちはみな、ある特定の「パラダイム」にしたがって研究を行う。パラダイムとは科学研究を行ううえでの特定の枠組みであり主に以下の4点で構成されている。

<sup>11</sup> Cooper 2000

- ・問う価値のある問題の種類
- ・問題に答えるために用いられる方法の種類、すなわち、用いられる器具や適切な統計学的手法など
- ・回答に課される形而上学的な制約
- ・どのような研究が優れた研究と認められるか

科学者が問題解決に失敗したとき、それは大抵の場合、パラダイムに何か根本的な問題があるということではなく、さらなる創意工夫が必要なことを示していると受け取られ、その想定はほとんど正当化される。しかし時には、かくあるべしとパラダイムが言うようにはならない場合もある。もしかすると科学者は、そのパラダイムでは処理することができない物事を観測するかもしれない。このような物事は「変則例」と呼ばれる。変則例が蓄積すると、科学者はパラダイムへの確信を失い始める。やがて、ある科学者が新たなパラダイムを見つけ出すかもしれない。提案されたパラダイムに十分見込みがありそうなら、新しいパラダイムは古いパラダイムから多くの転向者を勝ち取るだろう。十分の数の科学者が新たなパラダイムのもとで研究を始めた時、新しい通常科学が始まるのである。

### 5-1-2.通約不可能性

クーンの主張の中で最も重要な論点は異なるパラダイム間の「通約不可能性」である。通約不可能性とは、パラダイム間の比較に使えるような客観性をもった外部基準などないという意味である。クーンは以下の三つの理由からパラダイムは通約不可能だと論じている。

- (1) 知覚はパラダイムに依存する
- (2) 意味はパラダイムに依存する
- (3) どの要因が重要であるかはパラダイムに依存する

- (1) 知覚はパラダイムに依存する

クーンによれば、科学者が何を観察するかは、科学者がどのような理論的信念をもつかに依存する。異なったパラダイムのもとで働く科学者は異なった信念をもち、それゆえ異なった物事を見てとる。

- (2) 意味はパラダイムに依存する

異なったパラダイムのもとで作業する科学者たちは同じ言葉を使うかもしれない。しかしクーンによれば「原子」のような言葉が異なるパラダイムのもとで働く科学者によって用いられるとき、その言葉は異なった物事を意味している。理論語が何を意味するかは理論におけるその理論の位置付けによって決まるため、パラダイムによって異なる。

- (3) どの要因が重要であるかはパラダイムに依存する

科学研究における単純さや経験則的な正確さといった基準に付与される重要性は、科学者が従っているパラダイムに左右される。

### 5-1-3.精神医療におけるパラダイムと通約不可能性

「精神科学」すなわち精神医学や心理学、精神分析、その他関連した分野がほかの多くの科学とは異なり、多重パラダイム的な科学であると考えられる。特に二つの特異的なアプローチに焦点を当てるため、生物学的精神医学と精神分析<sup>12</sup>の治療や治療評価がどのようなアプローチで行われているかの比較を行う。生物学的精神医学者は神経伝達物質や障害の遺伝学的要因を問題とし、臨床試験を用いて評価する。対照的に、精神分析家が関心をもつのは患

<sup>12</sup> 日本では臨床心理学の方が一般的である



者たちの生の背後に隠れている様々な物語であり、事例研究に価値を置く。生物学的精神医学と精神分析がクーンの言う意味で別個のパラダイムを構成しているのは明らかである。さらに生物学的精神医学と精神分析だけが精神科学におけるパラダイムではない。社会的アプローチや行動主義的アプローチ、認知的アプローチも別個のパラダイムを構成する。

メンタルヘルスケアは異なる専門職からなるチームによって行われることが多い<sup>13</sup>。そうしたチームはたとえば精神科医1名、臨床心理士1名、ソーシャルワーカー2名精神科訪問看護師3名で構成される。上述の議論を踏まえればこのようなチームのメンバーは互いに異なったパラダイムの中で考える。そしてクーンが予期したようにコミュニケーションの問題は常にと行ってよいほど見られる<sup>14</sup>。とりわけ、コミュニケーションにおける問題はヘルスケアの専門家とソーシャルワーカーとの間によく起こる。ソーシャルワーカーの多くは、「ソーシャルワークの文化」がヘルスケアの文化とは異なったものとして存在すると考えている。二つの文化を区別する特徴はいくつかあるが、中でもソーシャルワークの文化はクライアントの自己決定に大きな価値を置き、それゆえ「ヘルスケアの専門家たちの、よりパターナリスティックな文化」とは対照的である。精神疾患を抱えた人々を相手にする仕事をする者にとって、患者を良くしたいと思うのは当然のことである。それゆえ、どのように患者を治療すべきかについて意見の不一致があれば、緊張関係が生じる。彼らは自分と異なったパラダイムのもとで働く人々が間違っていると考えるだけでなく、患者にとって危険であり、少なくとも価値ある医療資源を浪費するだけだと考える。

#### 5-1-4.パラダイムの翻訳と失敗

多くの科学者が様々な方法を用いてパラダイムの翻訳を試みた。そのひとつとして、多分野にわたるトレーニングがコミュニケーションの問題への解決策として奨励されることもある。これは、メンタルヘルスの臨床家が精神疾患を理解するために複数の異なるアプローチを理解できるようにトレーニングされたなら、各グループ間での相互理解がよりたやすくなるだろうということである。しかしこのアプローチはウィラード・ヴァン・オーマン・クワイン<sup>15</sup>による、パラダイムを言語として捉えた思考実験（翻訳の不確定性命題）によって否定された。

クワインの思考実験では、ある言語学者が未開の地の住人の言語「ジャングル語」を翻訳しようとしている。ジャングル語に関する知識を一切持たない言語学者にとってのデータは、現地人がどのような状況でどのような音を発するか、あるいはどのようなふるまいを見せるかということのみである。そしてこのような作業仮説を用いて翻訳された言語は原理的に多重になるのである。なぜなら、現地人と言語学者が完全に同一のもの、現象を観測しているかどうか常に懐疑的だからである。

この言語学者の状況は、多分野にわたるパラダイムにおいてトレーニングを受けたメンタルヘルス臨床家のおかれた状況と類似している。多重的パラダイムでトレーニングを受けた臨床家は異なるパラダイムを切り替えることができるだろう。しかし、ドイツの社会学者ニクラス・ルーマンが調査した精神分析的アプローチと生物学的アプローチを学んだ精神科専門研修医たちは、双方のアプローチを使い分けることができたが、二つのアプローチを統合することには失敗した。言い換えるなら、多分野にわたるパラダイムのトレーニングを受けることによっ

<sup>13</sup> ここではカナダやイタリアといった国を想定

<sup>14</sup> (Hiscock & Pearson 1999; Gulliver et al. 2002; Stanley et al. 2003)

<sup>15</sup> 20世紀アメリカの哲学者

て、精神分析家なら何を考えるかや、精神薬理学者なら何を考えるか知り得たとしても、この二つのアプローチを統合してどちらがよいかという問題を解決することはできないのである

## 5-2. 価値負荷的な科学としての精神医学

精神医学は多くの面で価値負荷的であると非難される。そこでこの項では精神医学がどのように価値負荷的になりうるかを事例研究や研究段階における段階ごとに検証を試みる。そもそもある科学が価値負荷的であるとは、そこで生み出される理論が科学者の価値観によって形成もしくは科学者の価値観に影響を受けているということである。

### 5-2-1. 事例研究

1840年のアメリカの国勢調査では人種ごとの精神疾患の罹患率を含んでおり、当時黒人はいくつかの州では自由を獲得していたのに対しその他の州では奴隷状態にあった。この状況から、奴隷状態の黒人と自由を獲得した黒人の精神疾患の罹患率を比較することが可能となった。その結果は自由を獲得した黒人の精神疾患の罹患率が奴隷黒人の罹患率の10倍も高かった<sup>16</sup>。この結果は「黒人は自由を得ると主体的に選択して行動できない」という理由から奴隷制度を擁護する団体に歓迎された。しかし、現代では人種間の生物学的優勢や劣勢といった議論は退けられている。このことから推論できるのは、奴隷州の白人医師の大半は奴隷制度を擁護する立場にあり、そういった価値観が治療結果に影響を及ぼしている可能性を示唆している。

### 5-2-2. 研究段階における様々な価値負荷性

ここでは精神医学の研究が様々な価値に影響を受けていることを、研究段階を五つに分け、それぞれにおける価値負荷性を分析する。なお、これらは精神医学のみならず様々な科学研究においてもある程度同様のことが言えるだろう。

- (1) 研究領域を選択する
- (2) 検証すべき仮説を定式化する
- (3) エビデンスを評価する
- (4) 知見を提示する
- (5) 知見を使用する

#### (1) 研究領域を選択する

研究というものがえてして社会的関心お高い問題によって方向付けられる傾向にある。なぜなら研究は資金を得なければならないし、金銭は解決を求められる問題に向けられる。さらに科学者自身も社会と関心を共有する傾向にあるだろう。こういった社会潮流によって形成される価値観によって研究者の注意は特定の領域に向けられる。そして特定の領域が研究される一方で他の領域が研究されないなら、最終的にはその領域についての知見は歪められてしまうだろう。精神医療の事例を挙げれば、精神疾患に対する薬物療法の研究には他の治療法に比べて多額の研究資金が費やされている。その全体的な結果として、薬物療法が一般的により効果的であるという印象がもたらされることになる。たとえ、それが真実でなかったとしても。

#### (2) 検証すべき仮説の定式化

価値観は研究者が調べようとする仮説を定式化するときにも関わってくる。研究者の見通しによって調べるに値すると思われる仮説は異なってくる。

<sup>16</sup> Deutsch 1944, p.472

### (3) エビデンスの評価

ここまで考察してきた価値負荷性はかなりあからさまなものだったが、価値観はエビデンスの評価に対しても興味深い形で影響を与えうる。そこで以下の四つの理由に基づいてその検証を行う。

#### (i)母集団の選択

#### (ii)デュエム・クワイン問題（実験者の無限後退）

#### (iii)価値と証言

#### (iv)価値と基準線：正常な体と心に関する想定

#### (i)母集団の選択

どのような人々が精神疾患に罹患しているとみなすべきかについて、精神科医が決定するときには価値観が関与してくる。しかし、ある人が精神疾患であるか否かということは価値負荷的な問題である。ある人が精神疾患とみなされるのは、それがその人にとって悪い状態であるときだけである。そしてそのような人々だけが精神医学研究の主題として適切だとされる。そのため、時代とともに精神科医の研究の主題になる人々は移り変わる可能性がある。例えば、二十世紀初期に記録された精神疾患の割合の調査では同性愛者も精神疾患として扱われていた。研究者ごとに異なった母集団が主題として選ばれるとすれば、研究者ごとに異なった結論に至るだろう。

#### (ii)デュエム-クワイン問題（実験者の無限後退）

デュエム-クワイン問題では実験結果が理論的予測に反していたとしても、理論が間違っていたと単純に結論できないとする命題である。なぜなら、使用した器具に不備があったかもしれないし、未知の要因が結果に干渉しているかもしれない可能性を排除することができないからである。そして研究者はそういった可能性を考慮するため、彼らの予想に合う結果が得られるまで修正点を探し求めるだろう。

#### (iii)価値と証言

精神医学の研究はかなりの程度まで証言に基づいている。研究者は一般に、患者がどのように行動しているかを伝えてくれる人々（医療スタッフ、親族、患者）に頼らなければいけない。そこで、信頼できると思われる証言者は誰かという疑問が生じる。そこではしばしば精神科医を頂点とする階層が存在しており患者の証言はその底辺に位置付けられる。明らかにこの階層は社会的な先入観によって形作られている。

#### (iv)価値と基準線：正常な体と心に関する想定

研究者はしばしば自分たちに似たものが「正常」だと想定する。この「基準」とは異なる体と心は逸脱とみなされる。精神疾患の割合の議論では、白人による割合が「正常」の基準だとされ、それをより多いと「超過」と解釈されたり少ないと「表面化していない」と解釈される。このような表現は、正常な心が白人の心として想定されていることを明らかにしている。

### (4) 科学的知見の提示

よく知られているように、研究結果の提示に使われる言葉はしばしば価値負荷的である。「正常」や「高機能」などは良いことであり、「精神病性」や「平均以下の知能」は悪いことである。価値から自由な科学的言語を作ることはいくらでも人間科学の実践では不可能である。

## (5) 科学的知見の使用

最後に、価値観は研究結果の使われ方にも明白に影響する。研究はしばしば何らかの疑問に関する真理を発見することではなく、そでに他の理由で決まっていることを科学のレトリカルな力を使って正当化することに使用される。特に研究結果が政治的戦略にそぐわないとき、それらは端的に無視されうる（5-2-1.事例研究も参照）。

### 6-1.問題解決に向けて

上述の分析より、精神医療における問題において「パラダイムの多重性」と「価値負荷性」が導出された。本項ではそれらふたつを踏まえて、それぞれに対する政策を提案する。

#### 6-1-1.接触言語を用いたケース・カンファレンス

接触言語とは異なったパラダイムを持つグループが行為の協調を可能とする言語のことである。接触言語は人間がもつであろう言語的なニーズの全てを満たすほど複雑ではないが、ある特定の分野に関するコミュニケーションを行うことは可能となる。メンタルヘルスの分野において接触言語の最も良い例はDSMだろう。DSMが目指しているのはいかなる理論にも基づかないあらゆる精神疾患を列挙し記述することである。そしてケース・カンファレンスとは異なったメンタルヘルス専門職が同じ患者を診ることである。そして、同一の患者に関して異なったパラダイムをもつ専門家が接触言語を用いるとき、パラダイム間のコミュニケーションが可能となるのである。そしてこれが最終的に目指すのは接触言語の発達によるパラダイムの多重性の解消である。これにより、複数の精神疾患に関するパラダイムの体系化が可能となる。

#### 6-1-2.相互に批判的な研究体制

5-2.の議論から科学研究を価値から完全に解放することは不可能である。そこで、価値負荷性の問題を極小化するための方法を模索していかなければならない。ここで提案するのは多様な研究者によって構成され、自由で責任のある批判が奨励されるシステムの構築である。互いに異なる観点を持つ研究者たちは、他の研究者が見過ごした問題に気がつくことが可能なのであり、ひとたび研究者がある問題に気づいたら、他の研究者は元々のものの見方にかかわりなくその議論の真価を認めることができるのである。そしてこのプロセスを通じて、価値負荷性の影響に制限を加えることができるのである。

## 参考文献

- Elliot Spiro Valenstein 『精神疾患は脳の病気か?』 みすず書房 2008
- Thomas Kuhn 『科学革命の構造』 みすず書房 1971
- Michel Foucault 『精神疾患とパーソナリティ』 ちくま学芸文庫 1997
- Rachel Cooper 『精神医学の科学哲学』 名古屋大学出版会 2015
- 大熊一夫 『精神病院を捨てたイタリア捨てない日本』 岩波書店 2009
- 朝田隆、堀田英樹、中島直 『精神疾患の理解と精神科作業療法』 中央法規出版 2005
- 加藤忠史 『脳と精神疾患(脳科学ライブラリー)』 朝倉書店 2009
- 岡野憲一郎 『解離新時代—脳科学、愛着、精神分析との融合』 岩崎学術出版社 2015
- 野家啓一 『パラダイムとは何か クーンの科学史革命』 講談社学術文庫 2008
- 中井久夫 『精神科医がものを書くとき』 ちくま学芸文庫 2009