

Derek Bolton (2008)

*What is mental disorder?* 要旨

榊原英輔

2016/04/19 作成

## 目次

Introduction, Synopsis .....	3
1. The current diagnostic manuals: aims, methods, and questions .....	3
1.1. Introduction and diagnostic criteria.....	3
1.2 The projects of description, classification, and diagnosis.....	3
1.3 The problem of psychological normality/abnormality .....	4
1.4 Tension between reliability and validity of diagnosis .....	5
1.5 Criticisms of the mental disorder concept.....	6
1.6 Functions, strengths, and limitations of the manuals .....	6
1.7. Summary and outstanding questions.....	7
1.8. Annotated bibliography .....	7
1.9 Appendix: some illustrations of DSM-N diagnostic criteria.....	7
2. The sciences on mental order/disorder and related concepts: normality, meaning, natural and social norms.....	8
2.1 Introduction and overview of chapter .....	8
2.2 Sciences 'basic to psychiatry': psychology, genetics, neuroscience, medicine.....	8
2.3 Mind and meaning in the new behavioural sciences .....	9
2.4 Varieties of explanation of disorder .....	10
2.5 Disorder in evolutionary context .....	11
2.6 Social order, deviance, and mental illness .....	11
2.7 Evolutionary psychology and social norms .....	12
2.8. Annotated bibliography .....	13
3. Mental disorder and human nature .....	14
3.1 The legacy of the 1960s crisis: natural and social norms.....	14
3.2 Statistical nonnality and the idealization of the normal .....	14
3.3 Wakefield's evolutionary theoretic naturalism: statement and outline of problems.....	15
3.4 Variety of causal pathways to psychopathology .....	17
3.5 Evolutionary theory and the reliability of clinical diagnosis .....	17
3.6 Options for reliability and validity of diagnosis of disorder.....	18

3.7 Can evolutionary naturalism be used as a demarcation criterion? .....	19
3.8 Evolutionary psychology and social norms: implications for evolutionary theoretic naturalism .....	19
3.9 Summary: problems with naturalism .....	20
3.10 Annotated bibliography .....	20
4. Clinical definition: distress, disability, and the need to treat .....	21
4.1 Definition of mental disorder in the psychiatric manuals- another look.....	21
4.2 Harmful dysfunction in the phenomena .....	21
4.3 Mental disorder as breakdown of meaningful connections .....	22
4.4 Diagnosis and the need to treat.....	23
4.5 The domain of healthcare .....	24
4.6 Late- or post-modern views of mental health problems.....	24
4.7 Summary and conclusions .....	25
4.8 Annotated bibliography .....	25
5. Boundaries and terminology in flux .....	26
5.1 How to draw the line? .....	26
5.2 Psychiatry and social control.....	26
5.3 Harm.....	27
5.4 Management of risk.....	27
5.5 Stakeholders in diagnosis and treatment .....	28
5.6 Mental disorder in the community.....	28
5.7 What's in a name?.....	29
5.8 Medicalization and other representations.....	30
5.9. Summary .....	31
5.10 Annotated bibliography .....	31
6. Some conclusions.....	31

## Introduction, Synopsis

略

### 1. The current diagnostic manuals: aims, methods, and questions

#### 1.1. Introduction and diagnostic criteria

本論の中心的となる問題は、①正常な心理的機能と異常な心理的機能を分かつ規範(norm)は医学的な規範なのか社会的な規範なのか、②精神障害(mental disorder)と秩序ある精神(mental order)の境界線を引くことの妥当性はどこにあるのか、とりわけ精神障害に意味(meaning)はあるのかということである。本論が扱う精神障害とは、人々が精神科クリニックに持ち込んでくる諸問題のことであり、ICD や DSM がそのリストに加えている諸状態のことである。

#### 1.2 The projects of description, classification, and diagnosis

DSM-III以降の精神医学は、精神疾患を観察可能な症状に基づいて定義することで信頼性の向上を目指してきた。このようになった経緯として、Hempel が 1959 年に行った、科学の黎明期には研究対象を観察可能な概念に基づき定義することが重要であるという主張が影響力を与えた可能性がある。診断マニュアルには、①個々の症状を観察可能(observational)な語彙で定義する、②症状のまとまりとしての症候群を定義する、③正常と障害の境界を画定するという 3 つの役割がある。①に関しては、精神症状は心理学的な語彙で記述されるが、純粋に記述的な語彙ではなく(過剰に不安がる、実在しない声が聞こえる)といった、規範性が含まれる。そこで問題となるのは、精神症状を規定する際に含まれる心理的規範が生物学的なものか、それとも社会的なものかということである。

障害の診断に関しては、症状だけでなくそれが苦痛(distress)や機能損傷(functional impairment)を引き起こしているという点、つまり害(harm)を生じているという点が重要視される。しかしあらゆる害が精神障害なのではない。ICD は以下のように述べている。

The term 'disorder' is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as 'disease' and 'illness'. 'Disorder' is not an exact term, but it is used here to imply the existence of a clinically recognizable set of symptoms or behaviour associated in most cases with distress and with interference with personal functions. Social deviance or conflict alone, without personal dysfunction, should not be included in mental disorder as defined here. (WHO, 1992, p. 5)

また、DSM では次のように述べられる。

In DSM-IV, each of the mental disorders is conceptualized as a clinically significant behavioral or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (e.g., a painful symptom) or disability (i.e., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significantly increased risk of suffering death, pain, disability or an important loss of freedom. In addition, this syndrome or pattern must not be merely an expectable and culturally sanctioned response to a particular event, for example, the death of a loved one. Whatever its original cause, it must currently be considered a manifestation of a behavioral, psychological or biological dysfunction in the individual. Neither deviant behavior (e.g., political, religious, or sexual) nor conflicts that are primarily between the individual and society are mental disorders unless the deviance or conflict is a symptom of a dysfunction in the individual, as described above. (APA, 1994, pp. xxi-xxii)

つまり害の中でも、単なる社会的逸脱や、ある状況に対する予期可能な(expectable)反応や社会的に是認された(sanctioned)反応は精神障害とはみなされない。障害とみなされるのは、害が個人的機能不全(personal dysfunction)に由来するときのみであるとされる。しかし、どのようにして害が個人的機能損傷に由来すると判断されるかという問題が残されることになる。

### 1.3 The problem of psychological normality/abnormality

Hempel は純粹に記述的な定義を推奨したが、実際には精神症状の判断には様々な規範的判断を含んでいる。心理的に正常であるとは、有意味(meaningful)であり典型的(typical)であるということだ。逆にいうと、心理的な異常性は意味連続性(meaningful connection)の破綻と、非典型性を含意することになる。例えば全般性不安障害の診断は「過剰」な不安や心配の存在を必要条件としており、強迫性障害の診断には、強迫行為とそれによって本人が防ごうと考えていることの間「現実的」な関係が無いことが求められている。ある感情が過剰かどうか、現実的な関係があるかどうかというのは、規範的な判断である。

精神医学が治療対象とする心理的異常は、単に社会規範からの逸脱に過ぎないのではないかというのは 1960 年代の反精神医学以来の舌鋒鋭い批判の要点であった。規範は、事実／価値の二元論の枠組みでは価値の側に分類される。心理学的な異常さは単なる統計的な逸脱ではない、というのも単なる統計的な逸脱なら、それは多数派と異なる(different)というだけであって、異常であるという含意が出てこないからである。生物学的な規範は価値と事実のいずれに属するかが微妙であり、生物学的な規範は事実還元可能であると主張されることがある。それでは、精神症状の判断に必要な心理学的な規範は、生物学的な規範に類するものであろうか、社会的な規範に類するものであろうか？

反社会性パーソナリティ障害は、「社会的規範に従うことができない」ことが診断基準に

含まれている。Spitzer & Williams (1982)は、状況を通じて一貫しているものは個人因子に帰せられ、状況によって異なるものは環境因子に帰せられるというパーソナリティ理論を応用し、広汎性(pervasiveness)の存在を心理的な機能不全を背後に推定する根拠とみなしている。しかし広範な反社会性は、単に社会的規範に対する広範な逸脱に過ぎないのではないか。

診断基準に価値判断が含まれていても、その価値観が人々の間で共有されているのであれば、診断マニュアルの信頼性を損なうことはない。価値の問題が重要であることに我々が気付くのは、価値観が異なる文化の間で精神医療実践を比較する、多文化精神医学や医療人類学の領域においてである。

#### 1.4 Tension between reliability and validity of diagnosis

DSM において採用されている精神障害の記述的定義は、診断の信頼性を高めようという試みであった。しかし精神障害を記述的に定義しようとすると、障害(disorder)以外のものを含むようになり、診断の妥当性(validity)が損なわれる。障害というのは理論負荷的な概念であり、単なる観察の集まりには還元できないのである。精神障害は、①意味連続性の破綻、②生物学的な損傷(lesion)、③統計的な意味で人類の平均以下の機能であること、④進化の過程で自然にデザインされた機能が不具合をきたしていること、という概念によって定義されるという4つの説がある。問題は、4つのうちどの説を採用しても、臨床場面において高い信頼性を保ちながら判断することができないということである。理論的背景を無視して記述主義的に精神障害を診断すると、高い信頼性をもって精神障害でないものを精神障害と誤診してしまう可能性がでてくる。

DSM は、困難を抱え、精神科を受診する人を可能な限り記述的に分類するものであり、それが上記のような理論的負荷性を背負った意味において精神障害と本当にいえるかどうかは一旦棚上げにしているように見える。その意味では、DSM が扱っているのは、精神障害というよりは、精神障害の候補、あるいはメンタルヘルス上の問題(mental health problem)であると言ったほうが適切かもしれない。

ICD には、障害(disorder)という語彙を用いることについて以下のような注意書きがある。

The term 'disorder' is used throughout the classification, so as to avoid even greater problems inherent in the use of terms such as 'disease' and 'illness'. 'Disorder' is not an exact term. (WHO, 1992, p. 5)

DSM にも以下のような記載がある。

Although this manual provides a classification of mental disorders, it must be admitted that no definition adequately specifies precise boundaries for the concept

of 'mental disorder' ... Mental disorders have ... been defined by a variety of concepts (e.g. distress, dyscontrol, disadvantage, disability, inflexibility, irrationality, syndromal pattern, etiology, and statistical deviation). Each is a useful indicator for a mental disorder, but none is equivalent to the concept, and different situations call for different definitions.

(APA, 1994, p.xxi)

### 1.5 Criticisms of the mental disorder concept

精神障害の概念は、社会学や心理学の立場からの批判に晒されてきた。これは、個別のケースで、意味連続性が破綻しているかどうか、人類の平均以下かどうかといったことを判断することが難しいというだけではなく、障害についての 4 つの理論的立場が正しいかが問われてきたのである。

第一に、伝統的には狂気とは非理性(unreason)であり、意味が欠如した状態だとみなされてきたが、近年の妄想論では、妄想を異常な経験を理解しようとする本人なりの工夫だとする説が有力になっている。第二に、障害を損傷と同一視するのは医学モデルと言い換えられるが、DSM は、明示的には障害を生物学的損傷と同一視していない。DSM の障害概念が生物医学的に定義されるべきか、心理学的に定義されるべきかという点は Follett & Houts (1996) と Wakefield (1996) が争った点だが、結論は出ていない。第三に、統計的逸脱は障害の概念が持つ規範性を捉え損ねている。統計学的に稀であることは障害を持つことと同義ではない。稀だが正常な状態もあるし、頻繁に見られるが異常な状態もある。第四に、精神障害を進化論に基づいて定義する方略はこの 4 つの中でも最も有力だが、具体的に何を障害とみなすかは、進化の歴史に関する憶測に基づかざるをえなくなってしまう、信頼性が担保できないという問題がある。4 つの理論がいずれも維持できないとすると、私たちは苦痛や機能損傷をもたらすような諸問題の中から、精神障害として治療の対象となるものを客観的な基準に依拠して選び取ることはできないことになる。そうすると、有害な諸問題に対して心理学的、あるいは自助やエンパワメントを促す仕方に対応するのではなく、医学的な仕方に対応すべきか否かという問題は、社会的な価値観にも依存する問題になる。

### 1.6 Functions, strengths, and limitations of the manuals

DSM には、①精神障害の分類の信頼性、②分類の妥当性、③マニュアルに掲載されている諸状態を精神障害とみなすのが適切かという 3 つの問題に直面している。3 番目の観点からすると、マニュアルの妥当性は、精神障害を過不足なく含むようなものであるかどうかによって判断されることになるだろう。しかし第 3 の問題は、臨床科学(clinical science)を離れ、社会的・倫理的観点を含む問題である。DSM に期待されている第一の課題は、臨床や研究において用いられる諸概念を標準化し、コミュニケーションを円滑にすることである。さらに、マニュアルの診断に基づいて、予後予測や治療反応性の知見を集積することも期待

されている。DSMに期待されているこれらの目標にとって、マニュアルが扱っている諸状態が本当に精神障害であるかどうか、ということはさしあたり無関係であることに注意しなければならない。

#### 1.7. Summary and outstanding questions

略

#### 1.8. Annotated bibliography

略

#### 1.9 Appendix: some illustrations of DSM-N diagnostic criteria

略

## 2. The sciences on mental order/disorder and related concepts: normality, meaning, natural and social norms

### 2.1 Introduction and overview of chapter

本節の主題は、近年の科学の発展が精神障害の理解について何をもたらすかということである。有意義な人間的活動と、脳の損傷に由来する無意味な医学的疾患という二項対立は、ヤスパースの方法論的二元論が強調してきたものだが、1960年以降に発展した生物行動主義、認知科学のパラダイムでは、意味を担った情報状態が脳状態によって実現され、この情報状態が行動を制御する因果的作用を有すると考える。これらのパラダイムでは、有意義性と因果性是对立するものとは捉えられていない。また、進化論的な考察の深まりによって、自然なものと社会的なものを相反するものとして位置づけることにも疑問が向けられるようになってきた。

### 2.2 Sciences 'basic to psychiatry': psychology, genetics, neuroscience, medicine

精神医学の基礎となる学問分野の一つは心理学である。心理学は医学モデルとは対照的に、精神病理を病理化(pathologize)するのではなくノーマライズ(normalize)しようとする。心理学が精神病理をノーマライズする方法は大別して4つある。

- ① 精神病理とされる現象は正常心理と連続性がある、あるいは健常者にも頻繁にみられることを示す。例えば強迫性障害に特徴的とされる侵入的な強迫観念は、微弱なものであれば多くの人を経験することが明かとなっている。
- ② 一見無意味に見える精神症状にも、深いレベルでは意味があると論じる。これは精神分析が得意とした手法である。
- ③ 異常に見える言動も、状況を切り抜けようとするための本人なりの工夫であるということを描き出す。例えば ADHD の子供の多動、恐怖症に伴う回避行動などの、周囲から見れば問題に他ならない行動パターンも、本人の観点からすれば、限られた資源の中で直面する問題を解決しようとした結果なのかもしれない。
- ④ 症状とされるものは、過去の特異な環境に適応するために学習されたものであると主張する。例えば境界性パーソナリティ障害に見られる激しい情緒的表出は、気まぐれで一貫性のない養育者の中で生き抜くための行動パターンとしては適応的だったかもしれないが、だが社会に出た後は不適応的(maladaptive)な行動となる。

心理学は、精神病理を障害としてではなく、不適応として理解しようとする。障害が意味や合目的性の欠如であるのに対し、不適応とは、本人なりの意味、問題解決、学習、適応の努力があるものの、現在の環境では、利益よりも害を生み出してしまう状態を指している。

精神医学の基礎となるもう一つの学問分野である遺伝学は、行動遺伝学と分子遺伝学に分かれる。行動遺伝学はもろもろの特性の遺伝率を双生児法などの手法によって推定する。



遺伝率の推定は、特性が障害であるかどうかとは関係がなく行える。例えば統合失調症の遺伝性を推定できるだけでなく、離婚や犯罪の遺伝率も推定できてしまう。したがって行動遺伝学は正常と異常の区別をつけるためには役立たない。一方分子遺伝学は個々の遺伝子の機能を調べ、遺伝子の複製のエラーによって生じる変異を扱うため、何が正常で何が異常であるかについて、科学的な観点から何か主張できるのではないかと期待がかかるだろう。しかし、遺伝子複製のエラーは、遺伝子疾患の原因であると同時に、進化の原動力でもあるということの思い起こさなければならない。複製のエラーという事実だけからでは、異常性を結論づけることはできないのである。

神経科学は近年大きな発展を遂げた。PETやMRIといったニューロイメージング研究は精神障害と関連する様々な脳構造・脳機能上の異常を見出してきた。しかしこれらは臨床的に規定される異常性とは独立に、独自の病理的意味を持つには至っていない。精神障害患者に見られる脳構造、機能上の特徴は健常者にも見られ、その病的意義がよく分かっていないからである。現状の研究は、まず臨床的・心理的なレベルで異常を特定し、それに随伴する形でみられる脳の特徴を「異常」な特徴と派生的に(derivative)に呼んでいるに過ぎないのである。心理学、遺伝学、神経科学が発展しても、異常かどうかの決定は、ある行動が非適応的／無意味／有害であるといった心理社会的な水準で決定されているという状況が覆されたわけではない。

身体疾患の領域において、医学モデルは19世紀に大躍進を遂げ、臨床的に定義されてきた様々な疾患の身体的異常を解明することに成功してきた。精神医学はこの医学の大躍進を模範とし、実際に神経梅毒では一定の成功をあげた。だが、医学モデルが症状を無意味なもの捉えるという理解は、医学モデルの不当な単純化である。例えば発熱という症状は単なる欠損ではなく、病原体の侵入から生体を守るための有意義な反応なのである。

### 2.3 Mind and meaning in the new behavioural sciences

フロイトは、ヒステリー性麻痺を心因という志向的スタンスのレベルで説明することを試みた。しかし、意味を有する心的なものが病気の原因となると主張するためには、デカルトが問題視した心的因果(mental causation)の問題に対峙しなければならない。ヤスパースは、精神医学には了解と説明という二つの方法論が共存していると主張した。説明は自然科学の方法論であり、再現性が重視されるのに対し、了解は精神科学の方法論であり、歴史学や人類学のように一回(singular)の出来事を研究対象とする。ヤスパースの主張はドイツや英国(および日本)において大きな影響を持った。ヤスパースは多元主義者であり、説明と了解を対等に扱ったが、両者を統合することはしなかったため、意味の領域と因果の領域の間の断絶は続いたままだった。

この状況を一変させたのが1960年代から始まった情報処理パラダイムである。このパラダイムは、脳の活動を情報処理のプロセスと位置づけ、意味を担った情報が、同時に因果的作用も有すると考える。考えるもの(res cogitans)は、また同時に脳という広がりを持つも

の(res extensa)でもあるというわけである。状況の変革に影響を与えたもう一つの流れは、布伦ターノが心的なものの特徴と考えた志向性が、心的なものに限らず生命一般の特徴であるという認識が広がったことである。生物学は化学に還元できないが、生物学的現象と化学的現象の間には、身体と精神の間のような架橋不可能に見える対立関係はない。生物学の中で志向性が化学や物理学と調和可能な形で確保できるなら、心の持つ志向性は、例えば二階の志向性という形で、単純な生物学的志向性と差別化しつつもその枠組みの中で説明ができるようになるだろう。精神—生物—物理の間には絶対的な断絶は存在しないのである。また医学モデルの代案として登場した生物心理社会(bio-psycho-social)モデルは、生物学的な要因、心理的な要因、社会的な要因を並列可能なものとして扱う。例えば統合失調症の発症リスクには、移民であるといった社会的要因と、母体妊娠中のウイルス感染という生物学的要因の両方が混在することが許容されるのである。

#### 2.4 Varieties of explanation of disorder

Dennett は諸事象の説明のレベルとして、志向的スタンス(intentional stance)、設計スタンス(design stance)、物理的スタンス(physical stance)をあげた。精神障害は、心の理(psycho-logic)の破綻であり、物理的スタンスで説明されるべきであると思われるかもしれない。しかし精神障害は設計スタンスで説明することが適切である場合もある。例えば、症状を、過去の環境に適応するために生じた進化や、学習の結果として説明することもできるだろう。それに対して、Dennett の枠組みに厳密に従うなら、精神障害を志向的スタンスで説明することは不可能である。というのも精神障害は不合理なものであるのに対し、デネットは志向的スタンスを適用する際に、行為者が完全な合理性を示すことを要求したからである。しかし実際には、志向的スタンスの適用基準を少し緩めれば、複数の目標の衝突(=葛藤)の結果として非適応的な行動をとってしまう場合は、志向的スタンスに基づいた精神障害の説明とみなせるかもしれない。「精神症状」とされるものは、本人にとってみれば、より大きな目標のための犠牲かもしれないのである。

さらに、多くの精神症状は、物理的スタンスで説明される損傷に、現在の環境においては非適応的となってしまった進化や学習の産物、本人なりの問題含みのコーピングが加わった結果である可能性が高い。志向的スタンスの説明、設計スタンスの説明、物理的スタンスの説明というのは対立するものではなく、両立するものなのである。ただし病気によっていずれかのスタンスの説明が優勢になるということはあるかもしれない。例えば統合失調症や双極性障害では物理的スタンスが優勢になり、初回のうつ病エピソードでは設計スタンスや志向的スタンスが優勢になり、「発病」の意味を考えることが有益かもしれない。

結局のところ、個々の精神疾患においてそれが何を原因とし、どのスタンスによって説明するのが適切であるかは異なっており、それは独断的に決定できる事項ではなく科学的探究によって解明されるべき事柄である。

Kenneth Kendler は、“Toward a philosophical structure for psychiatry”という論文の中

で、①デカルト的実体二元論は誤りである、②随伴現象説は誤りである、③脳→心、心→脳の双方向の因果が存在する、④心的現象の因果的説明は複雑で、梅毒スピロヘータによる進行麻痺のような単純な説明は今後見つからないだろう、⑤生物学的還元主義より説明の多元主義を取るべき、⑥パラダイム間の闘争は無益である、と論じている。

## 2.5 Disorder in evolutionary context

物理学においても、熱力学第二法則において秩序(order)と無秩序(disorder)という概念が登場し、これはシュレディンガーが指摘するように生物における秩序(ネグントロピー)と無関係ではない。だが、精神医学に関連する意味での障害(disorder)の概念が登場するのは、やはり生物のレベルにおいてである。精神障害を進化論に基づいて「有害な機能不全」だと定義したのは Wakefield であるが、この節では障害が必ずしも進化論的機能の不全から生じるわけではないことを確認する。

Cosmides & Tooby (1999)は、機能不全以外に、精神症状を進化論的に説明する 5つの方法があると論じている。それは、①コーピング、②戦略的に特定の機能を犠牲にした結果、③進化環境(Environment of Evolutionary Adaptedness; EEA)と現代の環境のミスマッチ、④一見非適応的に見えても実は適応的である、⑤高度に発展した学習能力が悪さをする、というものである。①②⑤はいずれも類似しており、自閉症における対人交流環境の回避や、恐怖症における特定の環境の回避がこれにあたるだろう。③については、現生人類の心理特性は、人類がアフリカの草原で狩猟採集民をしていたところに形成されたと考えられているため、精神症状は人類が現代の都市生活に適応できていない結果と捉えるものである。例えば ADHD が事例化するのは、狩猟採集民としては適した特性が、現代の落ち着きが尊重される環境では不適応と判断されてしまった結果なのかもしれない。④は、そもそも精神障害が現代まで存在し続けているという事実を重視し、もし精神障害が単に有害であるだけなら早々に絶滅してしまっただけであり、精神障害とされる特性には、その有害性と釣り合うような利点があるはずだと論を進める。例えば、うつ病は群れの中での序列闘争に敗れた個体が、強者に恭順の意を示すことで生存確率を高めるメカニズムであるといった説明がそれにあたる。ただし、④の説明は、根拠をあげることが難しく、「なぜなぜ物語(Just-so story)」になってしまう危険性がある(「なぜなぜ物語」はキップリング作品で、「象の鼻が長いのは、大昔にワニに噛まれて引っ張られたからだ」といったでたらめな原因で現在の動物の特性を説明する物語)。

## 2.6 Social order, deviance, and mental illness

社会学も秩序と無秩序を扱う学問である。社会学は 1960 年代以降、精神医学を意味ある人間の活動を病理化することで無意味化し、脱価値化していると批判してきた。精神医学の歴史を論じたフーコーによると、精神医学という学問領域は、理性が勝者となる 1650-1800 年の間に確立した。その時代以前、狂気は正気とは異なるが、しかしそれ独自の意味を持つ

た存在であると捉えられており、「声」を聴き幻影(vision)を見る者が多かったことに示されるように、人々は狂気と好んで対話していた。しかし啓蒙の時代以降、狂気は非理性(unreason)と位置付けられ、積極的な意味を持たない無意味な存在として、沈黙させられることになった。精神医学が誕生したのは、この「非理性」を扱う権威としてである。初期の精神病院では、患者に理性を取り戻すべく教化が行われた(moral treatment のことであろうか?)、これは Potter に言わせれば、精神で鍛造された枷(mind-forged manacle)に他ならない。精神医学が日常の苦痛を病理化しているという反精神医学の批判は、DSM の診断が徐々に拡大していることや、薬物療法がじわじわと浸透していることを危惧する言説に形を変えて、現代まで存続している。

精神医学が社会的コントロールの手段として用いられた紛れもない実例は、Kirk の指摘した奴隷逃亡狂(Drapetomania)であろう。さらに、うつ病や不安障害が女性に多いのは、女性が抑圧されているという社会的現実を病理化したものにも一理あるのかもしれない。しかし、社会学はあらゆるものを集団単位の問題として論じるため、他の人ではなくなぜこの人が精神障害を発症したのかを説明できない。社会学の語彙には、個人差や個人的な機能不全という概念がそもそも存在していないのである。

## 2.7 Evolutionary psychology and social norms

進化心理学や遺伝研究を深めると、自然か、社会か、という二分法の境界はよりあいまいになっていく。デュルケムは、生物学的要素は社会的な行動を可能にする質料のようなものであり、行動に意味と形を与えるのは社会であると論じたが、Tooby & Cosmides が論じたように、我々の心理や行動は、生物学的な影響と社会的な影響の相互作用の結果と考えるのが妥当である。ただしその中でも、人類学は文化相対性に着目し、社会的な影響を強調するのに対し、進化心理学は人類に共通する特徴を強調するという違いがある。どの文化圏にも食事や性交は存在するが、そのあり方は社会ごとに異なっている。進化によって獲得された人類共通の心性は、抽象的なレベルで人々の在り方を規定しているのかもしれない。

人間の社会性は進化の産物であり、人間の自然本性に組み込まれている。進化心理学は、心的機能にモジュール性があり、それぞれのモジュール（たとえば、心の理論モジュール、攻撃性モジュール、共同注視モジュール、愛着モジュールなど）が一対一対応する機能を持っていると考えるが、この想定は私たちの祖先が適応していかなければならなかった環境には複雑で競合する課題がひしめきあっていたことを考えると大変疑わしい。例えば、不安の心的メカニズムは危険に備え、回避するための機能だが、それが機能不全に陥っているかどうかは、個体が発揮すべき他の機能を損なっているかどうか（重要な他者を守るができるか、共同体の中で地位を維持できるか等）によって決まる。したがって、一つの心理的機能を他の心理的機能や文脈と切り離して、「これは機能不全である」「これは機能不全ではない」と判断することは不可能である。また、不安や恐怖の感情は生物学的に規定されているところが大きいですが、罪悪感、憤り、自尊心といった道徳感情は文化的差異が大きく、社

会的に規定されている部分が多い。

進化論と社会学は、どちらも個人差の存在を無視しがちである。個人差の問題に正面から向き合ってきたのは、心理学である。行動遺伝学の研究から分かってきたことは、あらゆる特性が、比率は違えど遺伝因子と環境因子の双方によって規定されているということである。それに加えて、Caspi et al (2003)の研究等によって、遺伝因子と環境因子の間に相互作用が見られる場合があることが分かった。例えばうつ病のリスクとされている、S型のセロトニン・トランスポーター遺伝子を持つ人は、ストレスを伴うライフイベントを経験するとうつ病になりやすかったが、L型の遺伝子を持つ人はストレスの多寡とうつ病発症との間に相関を認めなかった。これらの研究は、自然か社会かという単純な二分法が成り立たないことを示している。

## 2.8. Annotated bibliography

略

### 3. Mental disorder and human nature

#### 3.1 The legacy of the 1960s crisis: natural and social norms

1960年代に吹き荒れた反精神医学運動の中心的主張は、精神医学は精神疾患から不当に意味を剥奪し、社会的コントロールの手段となり果てているというものであった。この運動に直接的、間接的に動機づけられて、精神医療を取り巻く社会的情勢は以下のように変化した。①精神病院(asylum)の閉鎖とコミュニティ・メンタルヘルスの発展、②当事者運動の隆盛により患者の「声」の復活、③DSMに代表される明示的な診断基準の確立、④認知科学のパラダイムにより医学モデルと心理学モデルが統合された、⑤進化論の考え方が発展し、精神障害を機能不全としてではなく、適応の結果や正常偏倚ととらえる見方が広まった。

1970年代には、米国で同性愛が精神障害であるかどうかという論争が繰り返され、再び精神障害とそうでないものの境界についての議論が活気づいた。Kendell (1986)は、精神障害の概念に、社会的価値や規範の要素だけでなく何らかの自然的事実(natural fact)の要素が含まれているかどうかの問題であると述べている。Boorseは同様の論点を、疾患についての自然主義(naturalism)と規範主義(normativism)の対立と位置付けている。

人間の自然本性(human nature)というものが存在するのであれば、精神障害はそれが損なわれた状態として、事実に基づく定義が可能となるかもしれない。しかし過去を振り返ると、自然本性についての認識が社会的価値観によってゆがめられてきた歴史ばかりが目につく。例えばプラトンは、当時のアテネの身分差別を正当化するように、貴族の家に生まれついた者は貴族たるべき本性を持ち、奴隷の家に生まれついた者は奴隷になるべき本性を備えているという「高貴な嘘(noble lie)」をついた。

また、自慰行為はかつて病気であるとみなされていた。Boorseは、このような理解は自慰行為が健康に害を与えるという事実レベルでの誤認に基づく主張だと主張した。確かに、当時の医師は自慰行為による様々な健康被害を記載している。だがその統計的根拠は示されておらず、健康にとって有害であるという事実的主張そのものが、自慰行為への否定的な社会的価値づけに基づくものであった可能性が高い。

社会構成主義に抵抗するには、自然主義の砦を築かなければならないように見える。ある種の精神障害はあらゆる文化において共通の特徴を持っている。例えば強迫性障害は、どのような強迫観念に取りつかれ、どのような強迫行為を繰り返すかは文化相対的だが、強迫観念に基づいて無意味な行為を繰り返すという点では共通している。また一見すると強迫的行為は宗教的敬虔さに通じるように見えるが、宗教の影響が強い地域でも、敬虔さと強迫性は区別されている。本節では、自然主義がどの程度まで擁護可能であるかを検討していきたい。

#### 3.2 Statistical nonnality and the idealization of the normal

本節では Boorse の生物統計理論(biostatistical theory; BST)を検討する。Boorse は、疾患を基準集団からの生物学的機能の統計的逸脱であると定義し、疾患は純粹に記述的に定

義できると論じた。しかしこの説は、①標準より劣っているもののみが病気とみなされうる  
が、劣っているという概念にはすでに価値を含んでいる、②基準集団をどのように定義す  
ればよいか分からない。特に集団の中の多数派を基準とするという考え方は、少数派はそれ  
だけで病気であるということを経結するため、多様性を尊重する現代的な観点とは相容れな  
い。そして、③ある生物学的機能の頻度分布を知ることができたとしても、たいていは正規  
分布となり、どこで正常と異常の線引きをするかは恣意的とならざるを得ないという問題  
がある。要するに Boorse の説は、機能不全(dysfunction)と差異(difference)を混同して  
いるのである。

### 3.3 Wakefield's evolutionary theoretic naturalism: statement and outline of problems

Virchow が開拓した病理学や、Koch が道筋をつけた細菌学の発展によって、医学界では、  
病気とは損傷(lesion)に他ならないという説が主流となった。健康と病気の間には、質的な  
差異があると考えられたのである。この考え方を揺るがす事例となったのが、本態性高血  
圧(essential hypertension)の概念であったと、Kendell (1975)は指摘している。というのも本  
態性高血圧とは、他に原因がなく (=本態性)、正常な血圧からの単に量的な逸脱 (=高血  
圧) が、病気であると認められた事例だったからである。これに呼応するように、Scadding  
(1967)は、病気とは生物学的不利益(biological disadvantage)をもたらすものであるという  
定義を提唱した。しかしこの定義は生殖に明らかに不利となる同性愛を不可避免的に病気と  
認定せざるをえないという欠点を持っている。

損傷説が放棄された後、自然主義的な疾患概念の最も洗練された説となったのが、  
Wakefield の進化論に基づくアプローチである。Wakefield は障害(disorder)とは、有害な  
機能不全(harmful dysfunction)であると主張し、障害は社会的な価値の要素である〈有害  
性〉と、進化の過程をたどることで「科学的」「客観的」に決定できる価値中立的な〈機能  
不全〉の両者を満たすときに限って診断できると論じた。障害の診断に、機能不全を必須と  
したことからも明らかなように、Wakefield の狙いは、DSM の診断基準を過包摂(over-  
inclusive)であるとして批判し、診断の切りつめを行うことであった。

Wakefield の説の要となるのは、機能不全の概念が社会的な価値観とは独立に、「自然  
主義的」「科学的」「客観的」に定義可能であるという見立てである。彼が機能の概念を定義  
する際に依拠するのは進化論であり、ある器官の機能とは進化の歴史の中で、「そのために  
選択されてきた(selected for)」と言えるようなその器官の働きのことである(例えば、心臓  
は全身に血液を送ってきたために選択された器官であるので、心臓の機能は血液を全身に  
送ることであるといえる)。機能の概念が自然主義的に定義できるなら、機能不全は機能が  
損なわれることとして、やはり社会的価値から中立的に決定できることになるだろう。  
Wakefield の説は、DSM-IIIの編集者となった Spitzer (2001)も支持している。

Wakefield に対する批判も、機能の概念や、機能不全と障害との関係に集中している。  
Wakefield の説は障害の認定について緊縮的であるため、それを批判するためには、我々が

直観的に障害と認めるような事例が Wakefield の定義では障害と認められなくなってしまふことを指摘することになる。これに対する Wakefield の再反論は、提出された事例は①詳細に検討するなら機能不全を含んでいるので彼の定義からも障害と認められる、②詳細に検討しても機能不全は含んでいないので、障害だと感じる直観のほうが誤りである。というものになる。

①の形で争われた代表例が、Lillienfeld & Marino (1995)が挙げた、算数障害(dyscalculia)である。人間の心的機能が形作られた更新世においては、算数は存在せず、したがって算数を行う心的機能は存在しなかったはずである。したがって算数を行う能力は、進化の過程で適応によって獲得された機能ではなく、他の能力からの外適応(exaptation)であるはずである。しかし現代人の算数能力が適応の結果ではなく外適応の結果に過ぎないなら、眼鏡をかけるのに適さない鼻の形が「眼鏡障害」とは言えないのと同じ意味において、算数障害は障害ではないことになるだろう。これに対し Wakefield は、算数ができないということは、それ自体適応の結果であるような何らかの認知能力の障害なしには説明がつかないと応じ、算数障害は彼の定義でも障害に含めることができると主張している。

それに対し、②の形で Wakefield が応答するのが、素行障害(conduct disorder)である。素行障害は様々な反抗的、反社会的行動によって定義されるが、これは素行不良の子供が置かれた劣悪な環境に対する学習の結果であって、機能不全が背後にあるわけではないと論じられる。②のような反論を Wakefield が行うということは、Wakefield が DSM の現状をただ追認する記述的(discriptive)な障害の定義を目指しているのではなく、場合によって自らの定義に基づいて DSM の改変を要求することも辞さないような、改訂的(reformative)、指令的(prescriptive)な主張を行っているということである。

「障害」を「有害な機能不全」だと言い換えるのは、ほとんどトートロジーである。障害が機能不全を含むという主張には、ほとんど実質的な前進はなく、非常に中立的(=無理論的)な立場から書かれた DSM もこれを踏襲している。Wakefield の説の実質は、機能不全が社会的な価値とは独立に定義できるという主張である。このような考え方には、三つの反論がある。

第一は彼の立場が 1960 年代の反精神医学と同様、自然な機能と社会的な価値という二分法を採用しており、両者を峻別可能であると仮定している点である。反精神医学が精神疾患には社会的な価値からの逸脱という要素しかないと主張したことに対する反動として、Wakefield は精神疾患には社会的価値とは独立な、自然な機能の欠損があると論じている。だがこの仮定は前節の議論から疑わしいものである。

第二に、彼の定義は、苦痛や機能損傷を伴う有害な状態が精神障害と呼べるかどうかは、DSM の記述的操作的な基準では診断できず、究極的には進化史の全貌解明を俟たねばならないような、進化の過程でデザインされた特定のメカニズムの不具合が同定できるかどうかにかかっているという点である。このような定義は、精神障害を臨床場面で適切に診断することを実質的に不可能にしてしまうだろう。



第三に、精神障害は機能不全を含むという説は、あらゆる精神障害を無意味なものだと考える点で、反精神医学が批判した精神医学像を強化するものになってしまっている。臨床現場において精神障害と診断されるものの中には、本人なりのコーピングが有害な結果を招いてしまっているものなど、非適応的ではあっても有意義なものはたくさんあるのである。

### 3.4 Variety of causal pathways to psychopathology

1999年の *Journal of Abnormal Psychology* 誌には、Wakefieldの説に対して行動科学の専門家からの応答があった。Cosmides & Toobyの論文と、Richters & Hinshawの論文である。両者ともWakefieldの分析には好意的であったが、両者とも主張の主眼は異なる所にあった。彼らは、現代の環境において不適応を起こす原因は、進化論的にデザインされたメカニズムの機能不全には限らないと指摘したのである。機能不全以外で、不適応が生じる経路については、2.5節で述べた通り、①非適応的なコーピング、②戦略的に特定の機能を犠牲にした結果、③進化環境(Environment of Evolutionary Adaptedness; EEA)と現代の環境のミスマッチ、④一見非適応的に見えても実は適応的である、⑤高度に発展した学習能力が悪さをする、というものである。

例えば、ADHDは、狩猟採集民として生活していた人類にとっては適応的な特性であったが、現代の都市型の生活とはミスマッチを起こすと仮定しよう。ADHDの特性を持つ子供は、刺激を求めて周囲の子供にちょっかいを出すようになり、その結果として周囲の子供から疎まれ、先生に叱られる経験を重ねる中で、反社会的な集団の中に居場所を見出すようになる。子供は結局法を犯すようになり、ADHDに加えて素行障害の診断を満たすようになるかもしれない。ADHDの特性は、機能不全ではなく③の進化環境と現代の環境のミスマッチであるし、退屈さをしのぐために刺激を求めるのは、本人なりのコーピングと学習の結果である（つまり、ヤスパースの言う意味での発展(Entwicklung)の結果である）。

この仮定が正しいとすると、採れる方針は二つある。①Wakefieldの定義を満たさない精神障害が存在すると認める。これはWakefieldの説を放棄することに他ならない。②Wakefieldの定義を満たさないが、なお有害で治療が必要な状態も存在すると認める。②の主張の擁護者は少ないが、DSMでいえば、Vコードの利用をさらに拡充させていく戦略と言えるかもしれない。

### 3.5 Evolutionary theory and the reliability of clinical diagnosis

私たちは、ある不具合が進化論的にデザインされたメカニズムの機能不全の結果なのか、非適応的ではあるが獲得された反応なのかを簡単には知ることができない。ADHDだけでなく、多くの精神障害が過去の環境では——あるいは現代の環境においても——適応的な特性だったという説が提唱されている。例としては反社会性パーソナリティ障害、演技性パーソナリティ障害、うつ病などである。Wakefieldの説に基づくと、障害かどうかは高度に科学的な仮説となり、これらの仮説の真偽が確定するまでは、いかなる状態も障害であると

は結論付けることができなくなる。

Richters & Hinshaw は、「精神障害」という言葉は、現代においては、人々がメンタルヘルスの専門家に相談を求めるような様々な心理的苦痛を伴う状態を総称するラベルになっていると指摘し、これらの雑多な諸状態の全てが進化論的にデザインされたメカニズムの不具合の結果であるとは考えにくいと述べた。

ここに至って私たちは DSM と Wakefield のどちらを取るかを選ばなければならないように見える。前者は実用性と臨床でも確定診断がつけられるという信頼性を備えており、後者は科学的妥当性を備えているが、臨床場面で得られる情報からでは診断がつけられないことを含意し信頼性が失われる。「信頼性を取るか、妥当性を取るか」という葛藤が、ここにも顔を覗かせるのである。

### 3.6 Options for reliability and validity of diagnosis of disorder

私たちは妥当性と信頼性を両立させたような精神障害の定義を手にすることができないという問題に突き当たる。二者択一の状況において、DSM は信頼性を重視し、進化論に基づく精神障害の理論は妥当性を重視している。二つの選択肢の含意を整理しておこう。

**オプション①**：Wakefield の障害の定義を採用する。この選択肢の利点としては、精神障害を客観的事実に基づいて定義することができ、精神障害と社会的逸脱を概念的に明確に区別することができるようになる。しかしこの定義に基づく、精神障害の診断は進化理論に依存した憶測に基づくことになり、臨床場面で得られる情報だけでは診断ができなくなる。結果として診断の信頼性は損なわれる。Wakefield の精神障害の基準に満たないが援助を要する状態は存在するので、それらは「精神障害」とは呼ばれず、「治療可能な状態 (treatable condition)」「精神科的状態 (psychiatric condition)」「メンタルヘルス上の問題 (mental health problems)」などと呼ぶべきかもしれない。

**オプション②**：DSM の記述主義的定義を保持する。この選択肢の利点としては、「精神障害」という語を、専門家の援助を要する諸状態の総称として保持することができ、精神障害の確定診断を臨床の現場で行うことができるという点である。一方欠点は、精神障害の概念が科学的、客観的基盤を失う点である。これは、精神疾患が社会的・政治的に乱用される可能性を、哲学的に、概念レベルで防ぐ手立てはないと認めることである。

自然主義の魅力は、曖昧性と相対性が入り混じる人間的事象 (human affair) から独立に精神障害を定義できる点である。しかし精神障害の定義から漏れた状態も専門家による治療が必要なことはありえるため、このような状態を名指す名称（「メンタルヘルス上の問題」など）が必要になる。このような状態は DSM の中に記載を残しておくべきだろうか？そして、もし進化論的デザインに基づくメカニズムの機能不全があろうとなかろうと治療が必要な場合があるのだとしたら、機能不全のあるなしにいったいいかなる重要性があるのだろうか。精神障害の自然主義は、機能不全の有無をどうやって見分けるかという認識論的問題に加えて、機能不全の有無の重要性が明確でないという問題を抱えているように見える。

### 3.7 Can evolutionary naturalism be used as a demarcation criterion?

Wakefield は、機能不全の有無によって精神障害であるかどうかを線引き（とりわけ、機能不全がないことを根拠に精神障害ではないと主張）しようとしている。しかし機能不全の有無を判断する根拠として Wakefield が持ち出すのは、最新の進化論的研究や、認知神経科学的知見ではなく、当人の体験反応が意味を欠き、状況に比べて当人の体験反応の強度が釣り合っていない、という基準である。Horwitz & Wakefield は *The Loss of Sadness* の中で、剥奪された環境の中で抑うつ状態を示すのは正常であり、精神障害ではないと力説したのであった。

Wakefield らの推論を正当化するためには、精神障害は意味を欠いたものであるという前提を受け入れなければならない。そして精神障害が有害な機能不全と同一視されている以上、有意味／無意味という境界線が、正常機能／機能不全の境界線と重なると彼が考えていると想定しなければならない。しかしこの想定は大いに疑わしい。

記述主義を目指している DSM ではあるが、状況に比して不釣り合いな精神症状が出現するという特徴は、多くの精神障害の定義の中に含まれている（例えば全般性不安障害や、分離不安障害）。だが DSM は、いくつかの精神障害の定義に含まれている、不釣り合いさや無意味さという要件を一般化するつもりはないようである。というのも、DSM が目指しているのは専門家の介入を必要とするようなメンタルヘルス上の害の分類であって、それが正常か異常かは、必ずしも重要ではないからである。

### 3.8 Evolutionary psychology and social norms: implications for evolutionary theoretic naturalism

心理学的な規範が社会学的な規範に類するものか、それとも生物学的な規範に類するものかという問いは、事象を社会的な問題と生物学的な問題に二分できると仮定している点で誤っている。その理由は第一に、人間の心性は、人間が共同体の中で生活するという社会的環境の中で進化してきたため、人間の社会性はある程度進化の産物だからである。第二の理由は、人間の心性はある抽象的なレベルでは生物学的に規定されているといえるかもしれないが、実際の人間心理や行動は、現実の文化や社会の在り方を通して例化されたものであり、直接観察される諸特性がそのまま生物学的に規定されているわけではないからである。

社会的なもの、生物学的なもの、そして個人差の三者は、複雑に絡まりあって現実の人間の心理や行動を決定している。Wakefield は人間の行動の進化論的な基盤のみに言及し、社会の影響と（正常範囲内の）個人差を無視しているが、遺伝の影響、社会の影響、個人差はすべての場合に影響しており、その中でどれが主要であるかによって、原因を社会に帰属したり、個人に帰属したりしているだけなのである。兵士として戦地に赴く際の怯えは、臆病さという個人の問題に帰せられるべきだろうか？それとの不安メカニズムの機能不全だろうか？それとも、進化によって獲得されたメカニズムが正常に作動した結果だろうか？

機能不全の概念も、文化や社会の要素を度外視したままでは定義できない。不安障害は不安メカニズムの機能不全から生じると仮定しよう。不安メカニズムの障害があるかどうかは、不安の程度が現実の脅威に釣り合っているかどうかで判断されるだろう。しかし、何が脅威とみなされるべきか、そしてどれほどの反応が「釣り合った反応」であるかという問いに答えるためには、生物学的知見だけでなく、文化的な規範や個人の価値観を参照しなければならない。実は Wakefield 自身が、うつ病の背後にある機能不全を定義する際に、何が喪失とみなされるか、どれほどの期間悲しむのが正常かは、社会的に決まると認めているのである。しかし、これを認めるということは、科学的で価値中立的とされた機能不全の定義の中に、社会的な要素が入り込むことを許容することであり、自然主義的主張に基づいて、生物学的異常と社会的異常を切り分けるという当初の目的が瓦解することになるのである。

### 3.9 Summary: problems with naturalism

略

### 3.10 Annotated bibliography

略

## 4. Clinical definition: distress, disability, and the need to treat

### 4.1 Definition of mental disorder in the psychiatric manuals- another look

DSM は、精神科に持ち込まれる諸問題を分類するための手引きである。問題を抱える本人が自ら受診する場合もあれば、本人が家族や友人に連れられてくる場合や、警察や司法システムが連れてくる場合もあるだろう。人々が精神科に持ち込む問題の輪郭は精神医学の誕生以降、1 世紀をかけて徐々に形作られてきたものである。

DSM-III の策定に向けて、精神障害の定義を試みた Spitzer は、DSM-II に記載されている精神障害から共通点を探し、(同性愛等を除く)すべての精神障害には、苦痛(distress)や機能損傷(functional impairment)が伴っていることを発見した。両者はまとめて害(harm)と呼ぶことができるだろう。有害性は精神障害の必要条件なのである。

さらに、これらの害は臨床的に有意(clinically significant)でなければならない。「臨床的に有意」という表現は巧妙な表現であり、有意であると誰が判断するのか(医者か、患者か)ということ曖昧なままに留めているが、一定以上に深刻な問題のみが「精神障害」と呼ばれることを示している。要するに、専門家の援助を要するほど悩ましい状態が精神障害なのである。何が有害であるかを判断するステークホルダー(stakeholder)は複数いる。

しかし深刻な害のすべてが精神障害とみなされるわけではない。多額の借金、学校を退学になること、犯罪、怠惰であることなどはそれぞれ深刻な害であるが、それ自体は精神障害とはみなせないだろう。また、DSM は精神科に持ち込まれる問題を分類するためのマニュアルだが、精神障害を「現実に精神科に持ち込まれる問題」と定義するわけにはいかない。敢えて言うなら、精神障害とは、精神科に持ち込まれるべき問題の総称なのである。

Klein は、Wakefield に似た進化論的アプローチに基づいて、人にとって何が最適(optimal)であるかを定義し、病気を最善ではない(suboptimal)状態と定義することを提案した。しかし、進化論的アプローチに基づいて、深刻な害の中から、精神障害を絞り込もうとする戦略はうまくいかないのは前章までで確認してきた通りである。

DSM は、精神障害は、心理的・行動的・生物学的機能不全に基づく害に限って精神障害と呼ぶと述べている。つまり個人的機能不全(individual dysfunction)による害を精神障害と定義しており、Wakefield の障害の有害な機能不全説をなぞっている。一方で、DSM は進化論や自然主義的アプローチを採用するという明示的な言及は避けており、個人的機能不全があるかどうかの判断は、Wakefield の主張とは反対に、臨床的になされることが意図されている。では、自然主義に進むことなしに、精神障害を定義する方法にはどのようなものがあるのだろうか？

### 4.2 Harmful dysfunction in the phenomena

非自然主義的な精神障害の定義には、以下の 6 つの特徴がある。

①障害は臨床現場で捉えることができる「現象」のレベルに存在すると考える。これは、Wakefield が機能を進化環境(EEA)への適応によって定義したのと対照的である。障害が合

意する機能不全とは、〈いま・ここ〉での機能不全である。

②障害と機能不全の概念は、苦痛や機能損傷、あるいはそれらが生じるリスクと分かちがたく結びついている。

③障害の概念と、機能不全の概念に重要な区別を設けない。(②③の論点は、Wakefieldの有害な機能不全説のように、精神障害を価値パートと事実パートに分けられると考える必要がない、ということと言い換えることができるかもしれない。)

④障害や機能不全を帰属する際に重要なのは、疑似統計的な判断、何らかの理想と比べた場合の劣性、意味連続性が保たれているという意味での心理的な正常性の破綻などである。一貫した原理のようなものは存在しないが、DSMでは予期不可能(unexpectable)という多義的な表現で絶妙に一括されている。

⑤障害や機能不全が違反している基準というのは、自然的な基準ではなく、個人の基準や社会的な基準である。例えば初発のうつ病エピソードの場合、それが障害だといわれるのは、その個人の以前の機能水準と比べ機能低下が生じるからである。慢性の状態や反復性の場合、「発症前」という個人的基準を設定することが難しい場合があるだろう。この場合は、慢性的に抑うつ的な人がもっと快活でありたいと願った場合のように、本人の価値観に照らして現状が望ましくないということが機能不全の根拠となるかもしれないし、社会が求める水準に達していないという社会的な価値観に基づいて機能不全があると結論付けられるかもしれない。Boorseは精神障害を自然主義的に定義する際に、統計的な判定をするための準拠集団を固定すること(同年代の平均か?同年代の社会的に恵まれた階層に属する人の平均か、同様に不遇の環境にある片親がアルコール依存症であるような33歳の男性の平均か、など)に難渋した。自然主義を放棄するならば、慢性的な問題が障害であるかどうかを判断するための準拠集団が客観的に定められないのはむしろ当然のこととして受け入れることができるだろう。

⑥心理的な正常機能と機能不全の間には自然な切れ目は存在しない。社会的な基準や、個人的な基準とは別の第三者として生物学的な基準が存在するのではなく、生物学的な要素は、個人的な基準と社会的な基準の中に浸透している。したがって生物学的な基準だけを取り分けて、正常と異常の間に客観的な線引きをするということは不可能である。

#### 4.3 Mental disorder as breakdown of meaningful connections

精神障害を、意味連続性の破綻として定義できるだろうか?意味連続性の破綻は、Wakefieldが機能不全の証拠と考えていたものである。意味連続性の破綻は、無意味な行為や過剰な感情を伴うため、有害性を含意するだろう。さらに、自分がなぜそうなっているかを理解できず、混乱に陥るため、自己了解(comprehension)の喪失に伴う苦痛がそれに重なるといえる。

フーコーは西洋の精神医学の歴史を振り返り、狂気が意味や理性の欠損であると捉えられるようになってきたことを指摘した。ところが、その後発展した心理学は、無意味とさ

れてきた諸現象にも、よくよく吟味すれば有意な連関があることを見出してきた。一般に、その人の人生行路や社会的な立場を知れば知るほど、心理状態や行動の意味が明らかになってくるものである。まったく意味がないもののみを障害というのなら、精神障害は消滅し、神経内科の疾患ぐらいしか残らないかもしれない。

しかし、詳細に検討すれば意味連続性が見いだされるのだとしても、日常的に理解できるような意味連続性が破綻するという基準を用いて、精神障害を定義することはできないだろうか？この目論見は、日常の環境を離れて、著しく不適切な環境や、重大な事件に巻き込まれた際の人間心理を考えると疑わしくなってくる。大事件に巻き込まれて PTSD の症状を呈した人は、命を脅かされる出来事に対する了解可能な反応を呈しているともいえるだろう。また気まぐれな養育者の下で育った子供が、気性が激しく、自分の要求を通すために他者を情動的に激しく揺さぶるような行動パターンを身につけ、境界性パーソナリティ障害と診断されるようになるまでの過程において、その一つ一つのステップは有意で正常な学習であるといえるかもしれない。しかし、PTSD や境界性パーソナリティ障害が有意な学習の結果だったとしても、精神障害のマニュアルから除外すべきだという話にはならないだろう。マニュアルが重視しているのは、異常性よりは有害性だからである。有害で非適応的な心理行動は、有意な学習の原理に基づく発展の結果や、本人なりのコーピング、尋常ならざる出来事に対する正常な反応かもしれないのである。

#### 4.4 Diagnosis and the need to treat

社会学者は、診断の意義は、治療を行う根拠づけ(warranting for treatment)を与えることであると論じた。Wakefield の定義する障害の概念は、治療を行う根拠づけが与えられるべき条件を切り取り損ねている。Wakefield の説に賛同する Cosmides & Tooby は、進化論的にデザインされたメカニズムの不全以外にも、治療を要する状態が生じる道筋があると論じ、これらの諸状態を総称して治療可能な状態(treatable condition)と呼ぶことを提唱した。

しかし「治療可能な状態」というのは不正確な表現である。というのも、私たちはある状態を、治療可能ではないことだけを根拠に病気ではないと主張することはできないからである(不治の病は存在する)。したがって正確には、「治療可能な状態」とは「私たちが治療可能であってほしいと願っている状態」のことである。このように言い換えると、問題となっている概念が科学的に定義される状態ではなく、社会的な価値観に基づいていることが明らかになるだろう。

精神障害と認められるために、顕著な苦痛と機能損傷があることが要件とされているが、これは臨床場面ではあまり役に立たない基準である。というのも、DSM の精神障害の診断基準に含まれる諸症状(持続性の抑うつ気分や激しい不安)があり、精神科を受診しておきながら、「顕著な苦痛がない」ということは通常ありえないからである。しかしこの基準は疫学調査には重要である。自ら精神科を受診しようとしないう者について、それを障害だと判

定するかどうかは、事例性(caseness)のカットオフ値をどのように定めるかに大きく影響される。顕著な苦痛と機能損傷があることを精神障害の要件にしているのは、疫学研究を適切に方向づけるためである。

#### 4.5 The domain of healthcare

何が精神障害であるかは、問題の自然本性ではなく、本人や医療がその問題に反応する仕方によって定義される。例えば、米国において10歳の黒人の子供が学校で不適応を起こしたとする。このとき母親は、子供の不適応はまだ根深く残っている人種差別が原因であると訴えるかもしれない。だが精神科医は、クラスには他に何人も黒人の子がいることを指摘し、「他の黒人の子はうまく学校に適応できているのに、この子が適応できなかったのはなぜか？」と問いかけるだろう。確かに、歴史的経緯や社会経済情勢を鑑みると、黒人の子は落ちこぼれやすいかもしれないし、それを改善するための社会的・政治的な運動も有益かもしれないが、医師という専門職は、そのような社会改革を行うために存在しているのではない。

医学の専門性は、社会的要素を統制して取り除いた(partialled out)上で、個人的な問題に着目するのである。精神医療とは、個人の中にある何か(something within individual)を変えようとする実践である。人間の苦しみに対しては、途方に暮れる、非難する、自力救済を促すなどの反応や、社会的な問題として位置付けていく、宗教的・コスモロジカルな問題として位置付けていくという解釈がありうるが、精神医学的な解釈と実践はこれらと対立している。専門家の間では、境界線をめぐる論争や交渉、すなわち縄張り争い(turf war)が存在している。この争いは、「何が役に立つかの問題 (a matter of what helps)」である。

このような理解に基づくならば、精神障害とは個人的機能不全に基づくもので、単なる社会的逸脱ではないという定義は、実は精神医学という専門分野の立場表明(position statement)と解することができる。加えて、個々のケースに対し精神障害の診断を下すことは、自然主義的な意味で何らかの機能不全が存在するはずだと仮定することではなく、個人的機能(心理的、行動的、生理的なものを含む)に着目し、それを変化させることができれば、その人の状況を何らかの形で好転させることができるはずだ、という作業仮説を置くことと同義である。

Spitzer & Endicott は、精神障害とは、専門家に行動喚起(call to action)をもたらす諸状態であると論じた。精神障害の外延は社会的に規定される(socially defined)のであって、個人の苦痛(suffering)と、それに対するヘルスケアシステムの特徴的な反応によって定義されるのである。

#### 4.6 Late- or post-modern views of mental health problems

西洋近代において、精神の秩序(mental order)とは理性と経験において自然と合致することだとみなされ、精神の障害(mental disorder)はこの秩序が失われ、意味を失った状態だと規定された。秩序と障害の境界は絶対的なものだと考えられたわけである。



だが、前節までの議論によって、精神障害と正常な精神の境界は絶対的なものではないことを確認した。これは、実は 1966 年にカンギレームが既に指摘していたことである。加えて、精神障害を意味の喪失ととらえるのは、認知機能の重大な欠落やてんかん発作の場合以外は厳密には当てはまらないことを確認した。ADHD やトゥレット症候群などの重い精神障害でさえも、意味を作り上げようという作用が織り込まれているのである。精神症状とされるものは、無益ではあるが、しかし本人なりの秩序を作り上げようとした結果かもしれないのである。精神医学は、無意味であるという意味での障害と、非適応的という意味での障害の間の弁証法的な相互作用(dialectical interplay)にかかわっている。統合失調症の場合、急性期の精神病状態では意味は失われているかもしれないが、急性期の状態がずっと続くわけではない。

精神障害の自然主義的な定義が存在せず、境界は社会的に決定されるということになると、精神医学の文化間比較が重要になってくる。記述的定義を用いれば、精神障害の標準化を図ることができるという考え方は、医療人類学者のクラインマンによって、帝国主義的であると批判された。“mind” や “person” といった言葉一つをとっても、他の言語には正確に対応するものが存在しない。診断マニュアルを英語以外の言語に翻訳する際に（さらにいうと、イギリスとアメリカの間でさえ、「妄想」の認識に大きな隔たりがあったことを思い返すべきである）、翻訳によって失われるものに注意しなければならないだろう。また各文化によって、精神障害に対する説明モデルは異なっているのである。

精神医療が、価値や社会的規範に大いに影響されているということは、一つの文化の中で価値観を共有した人とだけ関わる場面では気づかれにくい問題である。多文化精神医学 (cross-cultural psychiatry) は、文化ごとの価値観の多様性を明らかにすることで、精神医療の基盤が絶対的なものではないことを浮き彫りにしてくれるのである。

#### 4.7 Summary and conclusions

略

#### 4.8 Annotated bibliography

略

## 5. Boundaries and terminology in flux

### 5.1 How to draw the line?

精神障害とそうでないものをどのように線引きすればよいか。Spitzer は問題の広汎性 (pervasiveness) が単なる社会的逸脱と、背後に個人的機能不全がある場合を区別する基準になると論じた。しかし体系的な社会的差別の結果、ある宗教の信者や特別な嗜好を持つ者が迫害される場合は広汎な問題が存在することになり、このようなケースが精神障害と診断されてしまう可能性が出てくる。

境界線引き問題は、重度の精神障害者が精神病院に収容されていた際には、病気と社会的逸脱をどのように区別するべきかという問題として顕在化した。反社会性人格障害は、狂気 (mad) なのだろうか、邪悪 (bad) なのだろうか。近年では精神医療の中心が精神病院 (asylum) から、コミュニティに移ったことに伴い、じわじわと気分障害と不安障害の患者数が増えている。境界線引き問題は、これらのケースに対して治療を行うことが妥当なのかという問いに形を変えて再燃している。

精神障害を Wakefield のように自然主義的に定義すれば、明確かつ客観的な一応の線引きが可能となるかもしれない。しかしその場合、精神障害と診断することと治療が必要であると判断することの間に断絶が生じることを認めざるを得なくなる。そうすると、結局のところ、精神障害とは何かという問題とは別途に、何が治療すべきもので何がそうでないのかという新たな線引き問題が発生することになる。

境界線問題は現実の問題である。それは小手先の概念分析で解消する (analyse away) ことはできない。精神障害の境界は患者本人、医療者、製薬会社、保険会社、家族などのステークホルダーの間の交渉によって定まる。境界は客観的で確定したものではなく、社会的表象と組織化 (social representation and organization) の流動的なプロセスが存在するだけなのである。

### 5.2 Psychiatry and social control

ソビエト連邦は 1960 年代に政治犯を sluggish schizophrenia と診断し、精神病院に監禁していた。精神医学の政治的濫用の実例は、精神障害と社会的逸脱の境界があいまいであることに由来する問題であるように見える。

しかし、法学者の Richard Bonnie は、ソビエトの精神医療で生じた問題は、ソビエト精神医学自体の問題というより、当時のソビエトの政治体制の抑圧的、非人道的な姿勢が、精神医学の分野にも広がったものと解することが適当であると指摘する。精神医学の濫用を防ぐためには、精神医学理論を精緻化し、原理に基づいて精神障害とそうでないものを区別できるようにすることではなく、自由と人権を擁護するための法制度を整え、権力の均衡を図り、濫用がないか絶えず権力を監視する (check & balance) ことが決定的に重要である。法制度に関しては、既遂の犯罪や、差し迫った他害のリスクがない限り強制入院が行われないメカニズムが必要であろう。

精神の障害(mental disorder)と、社会的な無秩序(social disorder)の間に概念的な線を引けないということは、精神医学は、精神障害の治療にかこつけて、社会秩序の維持に不可避的に加担していることになるのだろうか。この問題を考え前に指摘しておきたいのは、他害のリスクがある人を隔離するという役割は、苦しんでいる人を治療するという医療の第一義的な役割とは異なり、本来は国家、警察・司法の仕事だということである。

### 5.3 Harm

医療にかかわる有害性というのは、通常本人が被害のことであるが、精神科の場合、他害に及んだり、他害のリスクがあつたりする人が他者によって精神科に連れてこられ、治療を求められることがある。狂気が医療化される過程では、精神障害を負った本人の苦痛が強調されてきたため、他害という観点は着目されてこなかった。しかし自分への害と他者への害は区別して考えるべきだろう。どれほどの他害のリスクがあれば、強制的な拘留や強制的な治療を正当化することができるのだろうか。また、どれほどの苦痛や能力障害までであれば、保険診療を受ける前に自分で対処し耐え忍ぶことが期待される「べき(should)」なのだろうか。そして、そもそもこの「べき」は、倫理的な「べき」なのか、経済的な「べき」なのか？

能力障害(disability)の捉え方として、医学モデルと社会モデルが競合している。医学モデルは能力障害の有無が専ら個人の内的な要因によって決定されると考えるのに対し、社会モデルは能力障害を個人と環境の関数であると考ええる。

一方、Gert & Culver (2003)は、Wakefield が精神障害の社会的価値に依存する側面を「害」の概念に集約し、逆に自然的事実を反映する側面を「機能不全」に集約させたことは、かえって精神障害に関する極端な相対主義への道を開いてしまったと論じる。例えば Wakefield はアルビニズムが機能不全の結果であると認めている。そうすると、アルビニズムを有害だと捉える社会では、アルビニズムは障害であると認めなければならなくなるだろう。Gert & Culver はこれに対し、Wakefield が社会的な価値に依存するとした害の部分は、実は人類にとって普遍的なものであると主張した。どんな社会においても、死、苦痛、能力障害、自由や喜びの喪失は害とみなされるだろう。

しかし、何が有害であるかについて、国際的なコンセンサスを得るのは容易ではない。というのは、どれほどの苦痛や能力障害であれば有意(significant)とみなされるか、そしてどのような害が、宗教的、社会的、政治的な問題ではなく医学的な問題として臨床的に有意であるかは、社会によって異なるように思われるからである。

### 5.4 Management of risk

本節は反社会性パーソナリティ障害に伴う他害のリスクを精神医学が管理することを主に念頭に置いて書かれたものである。精神医療が他害のリスクを管理する役割を担うことには重大な問題がある。第一に、リスク管理というのは、苦痛や機能損傷を治療するという

通常の医療とは異なる活動である。医療において、公益のために個人の自由が制約される場面は、精神医学以外にも感染制御のためになされる強制入院の例が存在する。また、統合失調症の場合のように、病勢の悪化に伴う一時的なリスク増加に対して強制的な入院や治療を行うことは、「将来の自分自身のため」という医療原則に基づいた正当化が可能であるように見える。

しかし、本人に治療意欲がなく、他害のリスクが一時的ではない場合は、強制「入院」に治療的意義は全くない。一方、既遂の犯罪行為がなければ、司法システムに乗って刑務所に収監することもできない。それにもかかわらず、他害のリスクがあるとあらかじめわかっていた人が、他害行為を実際に行った場合には、社会の激しい非難が巻き起こるのである。近年精神医療に対し、「治療可能」でなければ医療システムの中で対応を引き受けないというのは、医学の発展を阻害する不適切な態度だという意見が突き付けられ、他害リスク管理のための保安処分的な強制入院を推進する動きさえ存在している。だが、リスク管理は本人の自由を奪う点で問題があることに加え、稀な事象のリスクを予測するのは難しく、防げる犯罪の量はコストに見合うものではない。また、他害リスクの評価を医師に担わせることで、この活動が、本人の苦痛を取り除くための活動とは本質的に異なる、本来国家が担うべき仕事であることが看過されてしまうというおそれもあるだろう。

## 5.5 Stakeholders in diagnosis and treatment

精神疾患の診断は、苦痛や能力障害や治療の必要性といった概念と結びついており、様々なステークホルダーからの社会的圧力にさらされている。治療は、本人や家族が精神科を受診することで始まり、保険適用という社会的な資金提供の下に行われる。専門家の援助を求める当事者、医療関係者、製薬会社は精神障害の範囲を拡大されることを望んでおり、逆に保険会社や国などの資金提供者や、自分たちの嗜好を病気と見做されたくないマイノリティグループなどは、精神障害の範囲を狭く取ることを望む傾向がある。

## 5.6 Mental disorder in the community

不安障害、気分障害、ADHD などの発達障害は有病率が年々増加している。これは医学の発展に伴って病気が徐々に制圧され、有病率が減ってきている内科疾患とは対照的である。このようなことが生じる理由として、①実際に病気が増えている、②これまで見落とされてきた人が正しく診断されるようになった、③診断基準が時代とともに緩くなってきている、という三つの可能性がある。

ここで着目したいのは第 3 の可能性である。第 3 の可能性を指摘して、精神医療は正常な人間の苦痛を「病気」と誤認し、誤って医学的な治療を行っている」と主張されることがある。しかしこのように主張することが可能となるためには、自然主義を採用して精神障害とそうでないものの境界を明確に引くことができると主張するか、「精神障害」なるものは例外なく誤った病理化であるという急進的な反精神医学の立場を取らなければならない。

しかし実際には、精神障害であるかどうかの客観的基準などというものは存在せず、存在するのはステークホルダー間の現在進行形の交渉だけである。精神疾患の数は増えたが、それとともに精神障害についての社会的表象も、かつての精神病院に収容されていた「彼ら」という像から、コミュニティの中で「私たち」と共に過ごす存在という像に変わりつつある。

したがって、現在の診断基準が妥当であるかどうかは、治療を行うことのメリットと、精神医療サービスのコストや、問題をスティグマ化してしまうこと、そして他の可能な解決が遠のいてしまうという欠点の比較に基づく、プラグマティックな判断である。

Scheurich (2006)は、性格改善のために向精神薬を服薬するということは、薬を飲む個人に対する臨床判断の問題に尽きるわけではなく、真正性(authenticity)、多様性(diversity)、精神性(inwardness)、ストイックさといった文化的価値観が脅かされるという問題でもあることを指摘した。このような指摘は、精神障害の範囲を狭める方向に働くだらう。境界は流動的で、競合する様々な圧力の結果としてその時々決定されるのである。

他害のリスクに基づく強制入院も、それによって予防できる害とコストの比較の観点から考えていく必要がある。精神障害者によって殺されるリスクはインフルエンザで死ぬ確率の1/400で、精神障害を持たない者に殺されるリスクの1/20なのである。

## 5.7 What's in a name?

Thornicroft は精神障害をどのように呼ぶかという言葉遣いの問題は重要であると考えた。これまで議論してきたように、社会的・心理的な要素を含み、逆境に対する正常な反応や、機能不全に基づかない、有意味ではあるが非適応的な行動も含めるならば、「精神障害」という名称は不適切である。なぜなら、障害(disorder)という語の中に、意味の欠如という含意があるからである。意味が欠如しているならば、本人を責めたり、本人に自己解決を促したり、行動の意味を探る精神療法を行うことは禁忌(conterindicated)となるだらう。専門家の援助を受けながらではあっても患者自身が解決を目指していく問題に対し、「精神障害」という名称を用いるべきではない。

精神障害の中でも、精神病(psychosis)は医学モデルがよくあてはまり、不安と抑うつについては心理社会モデルがよりよくあてはまるという違いがあるかもしれない。同じ人の中でも、例えば統合失調症の急性期には医学モデルが適切であり、回復期には、本人の自律とエンパワーメントを強調したリカバリーモデルが当てはまるかもしれない。

精神疾患を総称する名前は、精神病(psychosis)から精神疾患(mental illness)、そして精神障害(mental disorder)と変遷を遂げてきた。今後、精神科が扱う問題を総称する名称としては、「メンタルヘルス上の問題(mental health problem)」がより適切かもしれない。この語の方が、慢性で、重症で、意味を欠き(senseless)、医学的な原因があるという含意から自由だからである。

しかし、そもそもなぜ異種性が明らかな精神科領域の諸問題を総称する名前が必要なのだろうか。教科書の題名に冠するために必要だからか、それとも保険制度に組み込む際に一

括して問題を名指す名称が必要だからだろうか。身体疾患の領域では疾患(disease)という語が総称として用いられているが、身体疾患領域ではこの語を厳密に定義しようと奮闘することもないし、妊娠などの疾患とは呼べない問題に対しても柔軟な対応が取られている。ICDの正式名称は *International classification of diseases and related health problems* であり、これは ICD が扱う問題を一括して名指す総称が存在しなければならないとこだわっていない姿勢を示すものとなっている。

精神科の場合、個々の疾患名にも「強迫性障害」など「障害」という言葉が付加されている。これも、例えば“obsessive compulsive disorder”を”obsession-compulsion”と改め、症状名のみにすることで取り除くことが可能だろう。

## 5.8 Medicalization and other representations

人々は素朴精神医学(folk psychiatry)によって、何が精神科に持ち込まれるべき問題であるかをおおむね知っている。精神医学の診断体系は、人々が精神科に持ち込んできた問題を記述し分類するための道具である。そもそも人々は、なぜ自分たちの問題が医学的な問題だと考えるのだろうか。様々な問題が医学的問題だと考えられるようになったのは、歴史と社会相対性の産物である。社会的表象(social representation)は、思考の媒体と行動のための方法を提供する。現代の精神科的問題は、精神病院に収容される狂気の問題ではなく、コミュニティの中で一般の人々と共にある問題である。これらの問題に取り組む方法は、薬物療法に限られているわけではなく、精神療法、カウンセリング、自助グループへの参加など様々なものがありうる。どのアプローチが適切かは、同じ人でも時期によって異なる可能性があるだろう。精神科に持ち込まれる問題は、必ず医療化されなければならない問題というわけではない。病気であるという表象の仕方以外の表象の仕方があることに気付くと、様々な問題が明示化される。宗教の問題や社会の問題とせずに、医学的な問題だと捉えたほうが良いのはどのようなときだろうか。私たちはここでもプラグマティックな判断が求められている。医療化が適切であるかどうかを判断する際に考慮しておきたい 6 つの論点を指摘しておこう。

- ①治療の有効性：これは症状の改善度、メリットが副作用を上回るか、本人の QOL を高めるか、再発を防止し本人のコーピング能力を高めるかなどの論点が含まれる。
- ②生物医学研究で発見された知見を効果的にプラセボ効果として利用できるか。基礎医学的な知見は、治療効果に説得力を持たせ、プラセボ効果を高める効果がある。医療化の一つの利点は、科学的世界像との親和性を活用できる点にある。
- ③症状の発生や維持のモデルの科学的妥当性。特に症状の中に含まれる有意味で了解可能な部分を適切に捉え、社会的な因子を組み入れたものになっていること。
- ④治療に際して、薬物療法だけでなく、患者本人や社会グループによるコーピングや対処能力を活用していること(③と④は、単純な医学モデルではなく、生物心理社会モデルを採用すべきだという主張だといえる)。

⑤問題についての患者の説明モデルが、医学モデルと整合するか。これはクラインマンが強調した論点であり、患者自身による問題の意味付けを無視しては治療は進められないということである。例えば、本人が宗教的な問題と考えているものを、無理に医療の文脈に持ち込むのは適切ではないかもしれない。

⑥経済的な利益と損失の考慮

医療化が妥当であるかどうかは、これらの論点から総合的に判断される。医療化は悪いと一辺倒に主張することはできないのである。

## 5.9. Summary

略

## 5.10 Annotated bibliography

略

## 6. Some conclusions

略