

# 精神の境界線

## Boundaries of the Mind

学籍番号 47-166756  
氏 名 山田 悠至 (Yamada, Yuji)  
指導教員 福永 真弓 准教授

### 研究目的と意義

精神に境界線を引くことは如何なる意味において可能か、そして精神科医は何を拠り所として境界線を引くのか。この問いを社会、医学、科学の相互関係に着目し、探求することが本稿の目的である。そこで本稿では、「診断」という行為に着目する。いかなるマニュアルが精神科医の目の前にあったとしても、目の前の患者との直接的なコミュニケーションのもと、その患者自身に語ってもらい、その語りのなかの「現実」に近づこうとしなければ「診断」はできない。そして、そこではマニュアルのアルゴリズムでは掴み切れない重層的で流動的な「現実」が立ち上がるのであり、「診断」という営みを理解するには社会、医学、科学の交差点に身を置く精神科医を当事者研究する必要があるのである。

本稿では、精神に境界線を引くことの可能性と限界を考察する。具体的には、「診断」という営みが社会、医学、科学のどの立場からも単眼的、固定的に行うことが出来ないこと、そして「診断」は社会、医学、科学という異なる立場の間を行き来しつつ複眼的、流動的に営まれざるを得ないことを示す。さらに、精神科医がこうした複数の概念枠組みの間を行き来する中で、時に自身の立ち位置を見失いそうになりつつも

「診断」時の風景を当事者研究として描写することで、社会、医学、科学の周縁から各々の世界の構造を逆照射する形で浮き彫りにすることが、本稿のもう一つの狙いである。

### 研究背景

診断は医業の本質である<sup>1</sup>。患者を前にして、正常/異常、異常/精神障害、さらに精神障害の分類へと境界線を引くことで、混沌とした臨床症状を秩序体系へと組み込んで行く。また診断は治療の開始にも不可欠である。疾患過程の理解に根差した診断は、治療方針を定める基礎となる。そして診断は、患者個人、医療者、社会の間をつなぐ社会的行為であると同時に、その知見と経験が蓄積され、資源として機能する場でもある。しかし精神医学においてほとんどの精神障害は、その病的機序が解明されておらず、生物学的指標による診断が出来ないのが現状である。そのため、境界線を引く手掛かりも患者の主観的訴え（症状）が多く部分を占める。

こうした非常に脆弱な基盤の上で、近年では人口の約20%が1年間に1つ以上の精神障害の診断を受け、生涯では人口の50%以上が精神障害と診断されるとの報告もある<sup>2</sup>。過剰診断が疑われる状況に対して、「精

精神科医」という営みの社会学的考察を通して、社会と科学の関係を問い直すことは、診断の妥当性を再検討する上で必須の課題である。

## 研究方法

本稿では精神科医が診断の妥当性担保のため非公式に用いる「了解概念」に着目し、その可能性とリスクについて考察する。そのため、診断時に精神科医が「了解概念」を用いて、何を考え、何を分析するかを明らかにするため、精神科医の当事者研究の手法を採用する。

石原孝二によれば、当事者研究は2001年に北海道の浦河べてるの家で始まった<sup>3</sup>。浦河の地で行われていた当事者研究は、精神障害を持つ当事者自身が、自分たちが抱える問題を「研究」というものだった。そして苦悩を自らのものとして引き受ける限りにおいて、人は誰もが当事者であり、当事者研究の可能性は誰に対しても開かれている。また当事者研究は専門知と対立するものではなく、専門知の成果を受け入れつつも、その意味を当事者の視点から捉え直し、ずらしていく手法を採る。当事者が自身の問題に言葉を与え、自己を再定義していく実践であり、こうした精神科医の当事者研究は皆無に等しく、この点が本稿のオリジナリティである。

## 第1章 精神科診断の歴史

第1章では精神科診断の歴史を概観する。現在、世界中で用いられている診断基準はアメリカ精神医学会によるDSM-5(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5)であり<sup>4</sup>、

その中でも転換点となったDSM-IIIを基準として、DSM-III以前と以後で精神科診断がどの様に変容してきたかについて考察する。

具体的には18世紀後半に精神医学が誕生し、以降は精神科医が患者の人生に縦断的に関与し、各医師の裁量で診断をする時代が続いた。こうしたあり方に対して、1960年代の反精神医学運動では、精神医学の科学性に疑問が呈された。そのため1980年に発表されたDSM-IIIでは、ある時点での患者の症状の有無に基づく診断アルゴリズムを導入し、診断の信頼性を担保した。一方でDSMによる診断は患者毎の背景や文脈を診断に組み込まず、診断の妥当性に欠けるとの批判がなされている。

## 第2章 精神障害とは何か

第2章では精神障害とは何かを考える。まず精神医学では、人間の精神状態を正常/異常/精神障害に分類する。正常とは平均規範と価値規範により成立する関係概念であり<sup>5,6,7</sup>、異常との境界線は時代や社会により流動的である。そして異常とは平均規範と価値規範からの逸脱であり、一般的な社会通念における正の方向にも負の方向にも偏ったあり方である。精神障害は異常の中で「自己の異常のために自ら苦しむか、あるいはその異常のために社会が煩わされる者」のことである<sup>8</sup>。さらに精神障害は社会状況に左右される一種の観念的虚構である神経症圏と生物学的基盤を持つ実体としての精神病圏に分類できる<sup>8,9,10</sup>。神経症圏には人格障害や発達障害、適応障害などがあり、精神病圏には統合失調症や双極性障害、うつ病、脳腫瘍による精神症状などが含まれる。

### 第3章 了解概念による境界画定

第3章では、精神の境界線を引くことで如何なる効力が生じるか、そしてその境界線の妥当性を担保するために了解概念は如何に機能するかについて、症例分析を通して考察する。さらに、そこでの境界線が社会、医学、科学という領域の間で重層的、流動的に引かれることを示す。

具体的には、精神の境界線は、精神障害者を一般社会から分離・排除する機能をも有し、その境界線の内、神経症圏と精神病圏の境界画定には生物学的指標（血液や髄液検査、各種脳画像検査など）を用いるが、多くの精神障害の病的機序は未解明なため現象学的手法が併用される。精神科医は患者に感情移入して、患者の体験を心の中に描き出し、その描き出された像の関連を吟味し、「生活発展の意味連続性」＝「了解可能性」があるものは神経症圏とし、了解不可能な症状を呈する場合を精神病圏に分類する<sup>11,12</sup>。この分類は、神経症圏の場合は精神療法が主な対応となり、精神病圏では薬物療法が主な治療法となるため、治療方針の確定に不可欠である。こうした前提条件を意識した上で、症例を通して、臨床現場では精神の境界線が如何に引かれるのかを検討する。その際に、公式の診断基準（操作的診断基準）であるICD-10やDSM-5を用いた場合と、そうした診断基準を用いつつも、非公式に了解概念を用いて診断の妥当性を検討した場合を比較検討する。また症例は患者のプライバシー保護のため、特定の個人の症例に基づかない架空症例として提示する。

### 第4章 〈中心 - 周縁〉理論と科学の構造

了解概念と科学が共に文化人類学者・山口昌男の〈中心 - 周縁〉理論と構造的類似性を有することを指摘する。つまり、文化のプラクシスの中に生きて、この存在を疑わない人間の世界像は、多かれ少なかれ、己を中心とした同心円を形成し、境界を円周として持つ<sup>13</sup>。こうした自己の立ち位置を中心として、自己からの距離で他者や外部を規定する手法は、了解概念が社会通念を中心に据え、そこからの距離で了解可能/不可能性を判定する営みの中にも見出せる。さらに、この自己を中心とした世界観は了解概念だけでなく、現代人が普遍的真理として受け入れている自然科学の学問的構造の中にも見られることを指摘する。具体的にはポパーの反証主義<sup>14</sup>やクーンのパラダイム論<sup>15</sup>の分析を通して考察し、ラカトシュの研究プログラム論<sup>16,17</sup>に、こうした構造を超える手掛かりを探る。

### 第5章 科学と社会の狭間で

了解概念と科学が共に〈中心 - 周縁〉構造を有することを踏まえて、診断を下す者は常に自身の概念枠組みに関する方法論的自覚を持つ必要性を指摘する。「現実はいつものなんらかの理論の色眼鏡を通して見られる。事実とは、範疇と方法によってのみ評価できる」のであり<sup>18</sup>、自己の立ち位置を常に疑わない者は、自己を〈中心〉とし、理解できない他者を〈周縁〉として排除するのである。

そこで、了解概念を用いても、自然科学を用いても、精神科医と患者という枠組みを設定する以上は、〈中心 - 周縁〉構造は不可避の枠組みなのであろうか。もしそうであれば、「異なる概念枠組みは翻訳では捉え

られない」のであり<sup>19</sup>、了解不可能と判定された「意味の他者は、私と異なる論理空間を生きている他者であり、意味の他者を捉える論理空間など、原理的にあり得ない」のである<sup>20</sup>。こうした構造的制約を超える方法を、了解概念と科学が併存した手法に見出す。

## おわりに

精神医学は「科学であるが、同時に自明性が破れた時に、その自明性を問い直さざるを得ない。そのため、科学であって科学ではなく、哲学であって哲学ではない、そういう二重性を孕む」のであり<sup>21</sup>、そうした臨床現場で葛藤し続け、疑い続け、自己変容をし続ける、その状態であることが、精神医学の生命線なのである。そして、現在の病態が患者の人生にとってどのような意味を持ち、何を問題として抱えているかを見極め、問題を解決していくのが精神医学の目的である。その意味で、精神医学は科学と社会の境界線上の営みなのである。

## 註

1. J.パリス『DSM-5をつかうということ』（メディカル・サイエンス・インターナショナル、2015）
2. Kessler RC. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Arch Gen Psychiatry. 62(6): 617–627.2005.
3. 石原孝二（編）『当事者研究の研究』（医学書院、2013）
4. 米国精神医学会『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』（医学書院、2014）

5. G.カンギレム『正常と病理』（法政大学出版局、2007）
6. K.シュナイダー『臨床精神病理学序説』（みすず書房、1977）
7. K.シュナイダー『精神病質人格』（みすず書房、1954）
8. 古茶大樹、針間博彦「病の「種」と「類型」、「階層原則」」『臨床精神病理』31-1（日本精神病理・精神療学会、2010）
9. 古茶大樹「伝統的精神医学の理念型とプロトタイプ診断」『臨床精神医学』46-6（アークメディア、2017）
10. 古茶大樹「伝統的精神医学からみた診断学と精神疾患分類」『臨床精神医学』43-2（アークメディア、2014）
11. K.ヤスパース『精神病理学総論』上・中下巻（岩波書店、1953–56）
12. 山岸洋「了解について」『精神科治療学』31-6（星和書店、2016）
13. 山口昌男『山口昌男著作集 5 周縁』（筑摩書房、2003）
14. K.ポパー『科学的発見の理論』（恒星社厚生閣、1971 - 1972）
15. T.クーン『科学革命の構造』（みすず書房、1971）
16. I.ラカトシュ『批判と知識の成長』（木鐸社、1990）
17. I.ラカトシュ『方法の擁護』（新潮社、1986）
18. N.ガミー『現代精神医学原論』（みすず書房、2009）
19. 野矢茂樹『語りえぬものを語る』（講談社、2011）
20. 野矢茂樹『他者の声 実在の声』（産業図書、2005）
21. 木村敏・野家啓一（監修）『臨床哲学とは何か』（河合文化教育研究所、2015）