



| | |
|--------------|--|
| Title | <書評> Allan V. Horwitz, "Creating Mental Illness", University of Chicago Press, 2002. |
| Author(s) | 妹尾, 麻美 |
| Citation | 年報人間科学. 2012, 33, p. 69-73 |
| Version Type | VoR |
| URL | https://doi.org/10.18910/7251 |
| rights | |
| Note | |

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

〈書評〉

Allan V. Horwitz***Creating Mental Illness***

University of Chicago Press, 2002.

妹尾麻美

1960年代以降アメリカでは「反精神医学」と呼ばれる、精神医学に対する批判が相次ぎ、精神医学的常識に対する反撥、挑戦という政治性を伴った運動が起こった。社会学においても「精神疾患は社会的に構築されたものである」という社会構築主義の立場から主張がなされた。この立場から批判として T.Szasz の『精神医学の神話』や T.J.Scheff の『精神病の社会学』などが代表的である。

本書は、このような「精神疾患そのものが社会に規定されている」と主張する立場を共有しつつも、今まで考慮されてこなかった「精神疾患の中にも真に病理的なものは存在する」という生物学的知見を組み込んで改めて精神疾患を定義し、新たな社会的な視点を築こうとするものである。社会学者にとって病理的なものを判断するのは困難な作業であるが、著者の Allan V. Horwitz は精神医学、生物学、疫学、社会学などさまざまな分野の資料を参照しながら、その作業を行う。Horwitz は、社会的状況と密接に関係する心理状態がどのように精神疾患へと変化していくのかをテーマに研究を続けてきた。イェール大学で精神疫学、社会統制、社会逸脱を学び、社会学で博士号をとった後、ルトガース大学で職を得て、現在、教授として職に就いている。加えて、アメリカ社会学会のメンタルヘルス部門の次期部局長としても任命されている。本書は、2002年に出版され、2003年のアメリカ社会学会のメンタルヘルス部門で最高出版賞を受賞し、イギリス医療社会学会の最高出版賞の候補にも選ばれるなど、数々の賞を受賞している。本稿では、本書の構成を追いながら、精神疾患に関する Horwitz の主張の要点を抽出し、その上で日本社会への適用可能性を検討していきたい。

Horwitz は、第一章で、アメリカにおける現在の診断精神医学の分類は、社会的逸脱とされる行為や社会環境のストレスから生じるものなども精神疾患に当てはめてしまう点で不適切だと主張する。そして、アメリカの精神科医 Wakefield の主張を基に、以下のように精神病を定義づける。「本質的な機能を行う人間の心理的な仕組みがうまく作用しないこと¹⁾が、社会的に不適切なものとして、社会的価値や意味によって形成された個人の健康に影響を及ぼすとき、精神疾患を患っている」(Horwitz,2002:22)。この定義により、心的機能不全であり社会的に適合できないものを精神病と呼び、それ以外の心理的苦悩を区別していく。

次に、第二章から第四章において Horwitz は、アメリカの精神医学の診断基準、精神疾患の定義が作られた経緯を 1960年代以降のアメリカにおける精神医学の歴史的背景、そして経済的・政治的圧力を明ら

かにしながら説明する。

20世紀初頭、フロイトを祖とする精神分析が出現し、1950年代から1960年代にかけて、それを基礎とする力動精神医学が勃興した。身体的な問題では解決できない精神的な問題を心理的葛藤の象徴的な表現として定義したことにより、精神医学は深刻な精神病をもつ人々に対する権力装置から日常の問題を解決するものへと開かれた。

しかし、1960年代のアメリカ精神医学会で力を振るった力動精神医学は、診断精神医学にその役割を奪われ、衰退していく。力動精神医学が衰退した理由は三点挙げられる。一つ目は、先に挙げた「反精神医学」の運動である。二つ目は薬理学の発達である。向精神薬の発達は、深刻な精神病患者を脱病院化させるという力動精神医学にはできなかった社会問題を解決した。三つ目の大きな影響が医療文化の変革である。力動精神医学における異常な症状と正常な状態との境界のあいまいさは、本質的に科学的手法の対極に位置する。医療の変革の流れは、身体的病因に由来する症状を分類できる指標を求めた。その結果、診断基準を明確化できる診断精神医学が1970年代から現れ、1990年代に支配的となった。

その中心になったのは、アメリカ精神医学会の診断基準「DSM」²⁾の第3版(以下、DSM-3)の作成であった。作成のきっかけとなったのは、1972年、ワシントン大学の精神医学長のジョン・フェイナーにより発表された「フェイナーの批判」という力動精神医学を批判する文章である。フェイナーの主張で強調されたのは、精神医学の診断基準は信頼性を持つものでなければならないということである。フェイナーの目的は、診断精神医学の分類が「信頼性」という視点を持っていることを主張することであった。ただし、その背後には、基準を作成することで精神医学の研究者たちが国立精神保健研究所からの資金をより調達しやすくなるという経済的目的が隠れされていた。だが、DSM-3はフェイナーが考える「信頼性」を持った基準とはならなかった。それは、診断基準を必要としている診療所や精神保健に関する多くの専門家は研究者と異なる関心を持っていたためである。専門家の一番の関心は疾患の信頼性ではなく、診断基準の維持であった。その上、1970年代、精神療法に対する保険支払制度が急成長し、保険会社の支払い機関が診断による治療の標準化を要求したため、専門家はDSM-3がすべての症状を含む分類をし、それを病気とする必要性があった。DSM-3の診断基準は専門家の顧客の維持の正当な根拠となる必要があった。結果的に、力動精神医学が心理的疎外としてうまく定義していた問題を病名と分類して再形式化し、265にものぼる専門的な障害が記述された。このことをHorwitzは「この基準の妥当性はイデオロギーを超えた科学の勝利ではなく、むしろ当時の社会的実践を正当化する科学的イデオロギーの使用であった」(Horwitz:74)と言う。

この分類は製薬会社、圧力団体、精神医学研究者、診断医を含む、メンタルヘルスに関する専門家が利益をうけるための疫学調査に利用された。国立精神保健研究所はDSM-3を基準とする、大人から子供までを対象とした疫学調査を行い、国内の精神病患者数を割り出した。アメリカ国会と州議会はその統計の結果をさまざまな保健施策への予算配分の根拠のひとつとして用いた。疫学調査は「大勢の精神病患者がまだ治療を受けられずにいる」(Horwitz:88)ことや「精神病が蔓延している状態は国家的な問題である」(Horwitz:88)ことを明らかにし、議論を呼び起こした。しかし、その調査結果は、疫学調査における精神

疾患が、心的ストレスも含む幅広い範囲の症状を含むため、Horwitz の定義からは精神疾患ではないと思われる症状も含むものであった。しかし、製薬会社や診断医はそれらの調査結果を「診断されるべき人口が増加している」という解釈とともに提示し、市場拡大につなげ、莫大な利益を得た。

このような歴史を踏まえた上で、Horwitz は DSM-3 の分類が根拠となっている現在の精神医学を、第五章においては精神疾患の分類、第六章と第七章では精神疾患の要因、第八章では治療法という視点から、批判していく。

第五章では、DSM が精神疾患の分類カテゴリーを利用することで、疾患自体に関心が集まり、その疾患が社会的価値や意味によって形成されていることを見過ごしてしまう点が批判される。精神医学の専門家が作りだした概念やメディアによって広がった知識も病気の規範に影響する。その典型的な例として、摂食障害が挙げられる。Horwitz の主張は、文化的な規範や社会の変化が症状を形成していることであり、その点で社会構築主義の立場とは異なっており、「基盤にある病気こそが文化的生産物であること」(Horwitz:130) を強調する。

第六章では、診断精神医学の「生物学的視点が絶対的である」とし、こころと体の機能は脳の作用に還元できるというイデオロギーが批判対象となる。診断精神医学は「科学的研究にとって重要な普遍主義」の立場をとる。ここで、Horwitz は例として、近年、診断精神医学研究において注目されている、遺伝子研究の問題点を指摘する。それは、遺伝子研究から遺伝子要因と環境要因を完全に分けることはできない点、根本的に生物学的視点が個人の身体のみを病因とし集団的な視点を欠いている点である。それに対し、「『すべての疾患には生物学的原因があるにちがいない』という見解が文化的構築物である」(Horwitz:156) ことを主張する。さらに、社会学者に対し、精神疾患がどのように「本当」の疾患として定義されていくのかを研究する必要性があると述べている。それに対して、第七章では、DSM の定義が社会的環境の変化による心理的苦悩を精神疾患として含んでいる点を批判する。心理的苦悩の多くは、社会環境や役割が変わることに起因する。特に、現代社会の構成員は、個人個人、自らの望む環境を選び取ることができるため、選択における自由や制限がさらに心理的苦悩を導きだしている。Horwitz は、社会環境の中でも、特に時代背景と社会的役割を強調する。時代背景について、「ほとんどの精神疾患は歴史的・比較文化間での相違が見られ、特定の遺伝子や脳の状態には還元できない社会的な圧力を反映した結果となった」(Horwitz:169) と述べる。社会的役割については、性別が例に挙げられる。性別で平等の役割を持ったとき、心理的苦悩はほぼ同じ割合になるという結果から、「精神疾患は生物学的ではなく社会的構造や文化に基づいている」(Horwitz:173) と考える。失業後の精神的ショックが女性よりも男性に多いのは、「性別が原因ではなく、女性は男性よりも流動的に権力をもたない職に就くという社会的構造が真の要因である」(Horwitz:177) と主張する。そしてさらに、その考えを拡張して「支配と依存という社会的構造による不公平がさらなる苦悩を生み出している」(Horwitz:178) と議論を発展させる。従属的な状態や社会的役割説明から逸脱している状態は個人に心的ストレスを与える。Horwitz は社会的役割から生じる心理的苦悩に対し、「これらは関係性の構造から演繹的に導き出される結果である」(Horwitz:179) と主張する。例えば、

突発的なライフイベント、慢性的な生活環境、社会的役割、社会環境を選択できることなどは、社会的要因に由来する心理的苦悩であり機能不全ではない故に精神疾患と異なることを強調する。

最後に、第八章では、現在の精神疾患に対する二つの治療法、薬物療法と心理療法の妥当性が述べられる。薬物療法は症状を和らげることができるものの疾患を完治するためできないため、疾患を治療するという診断精神医学の本来の原則に反している。また、心理療法では疾患を特定して治療することはない。それゆえ、疾患を分類することは治療の形式とは無関係である。

結論として、Horwitz は、精神病を分類するという医療のフレームワークは一部の精神病を研究するには有効的な方法であるが、現在の精神疾患の定義は精神病ではない症状や社会変化の心理的苦悩からの当然の結果や逸脱行動なども含んでおり、精神病の分類の妥当性ももっと狭いものであることを提示する。

このような Horwitz のアメリカ精神医学への批判は日本における状況へも適応できるのだろうか。その際にはまず精神医学に対する認識の違いを意識する必要がある。日本での精神疾患への対策はアメリカより 10 年から 20 年ほど遅れたものである。日本での精神障害者は、1993 年の障害者基本法で障害者と認められるまでは「病者」であり、国の政策も医療的な対応のみで、社会の中では厄介者の扱いであった (宇野木, 2011)。

精神疾患の中でも統合失調症は、幻覚や妄想が症状として出現することにより、昔から「きちがい」「頭が狂っている」という厳しい表現をされてきた。このような状況は現代においては過去の事かというともそうでもない。まだ病気への理解に乏しい人は、以前の格子のある病院内にいる患者のイメージを根強く持ち続け、差別感情を露骨に出すこともある。(宇野木 2011, 149)

Horwitz の対象としたアメリカ社会と日本社会では精神疾患に対する認識が異なり、日本では差別や偏見が存在しているのが現状であり、Horwitz の議論は適応不可能のようにもみえる。

しかし、日本でも精神疾患に対する認識は「心の病」という名のもとに変化が起きている。佐藤 (2007) は精神医学に対する偏見を踏まえた上で、「一見『ソフト』なメンタルヘルス思想の導入は、私たちの日常生活を精神医学化し、『狂気の隔離』とは異なる問題系を生み出しつつある」という。まさに Horwitz の指摘する点について議論がなされ始めたのだ。このような日本の状況について、佐藤 (2007) は『『心の病』を『異常な他者』の問題としてではなく日常的なメンタルヘルス問題として取り扱おうとする現代社会の趨勢がみてとれる」と述べる。それはまさしく Horwitz が述べていることに当てはまり、Horwitz の主張はいまだ精神医学の妥当性が検討されていない日本の状況に対する警告と考えることができる。むしろ、アメリカの状況を追随しないようにするために、Horwitz によるアメリカの精神医学への批判を踏まえて、前車の轍を踏まないように留意する必要がある。それは、個人のメンタルヘルスの重要性に目を向ける必要がないということではない。Horwitz の主張するように、心理的苦悩の背後にある社会的構造を見直す必要を強調したい。もし、このまま社会の構造的な問題をなおざりにすれば、さらに精神疾患の患者が増

えてしまうだけであるだろう。

その上で Horwitz が述べるように文化的な規範や社会の変化が症状を形成しているのであれば、日本での精神医学を取り巻く社会の認識も詳細に検討していくことが重要である。例えば、佐藤 (2007) は『『心の病』の増加を伝える報道に接すると、現代社会には『心の病』が蔓延しているという印象を受ける。そうしてこうした情報が (略)「心の健康」に関する啓蒙活動に正当性を与えることになる」と指摘している。新聞やテレビなどのマスメディアが頻繁に取り上げることで、疾患のイメージが間違った認識で広がってしまい、Horwitz の議論のように精神疾患の定義が揺らぐ可能性もあると考えられる。いまだ、個人レベルでのメンタルヘルスに対する認識や実態は把握されていない。このような日本の状況を考える際、疾患だけでなく、メディアの報道による定義の揺らぎなど、精神疾患に対する社会の視線にも注意する必要がある。

注

- 1) 以後、本書では internal dysfunction(機能不全)として定義されている。
- 2) DSMとは Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disordersの略。アメリカ精神医学会が定めたもので、世界保健機関による疾病及び関連保健問題の国際統計分類とともに、世界各国で用いられている(尾崎,2010)。日本では、「精神科医の多くは、研修の初期段階で DSM の使い方を教わるが、その由来まで教えられることはほとんどないのだ。」(高木・塚本,1997)という。1994年に改定された DSM-4 では精神疾患を16の項目に分けて提示している (APA,1994)。

文献

- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 1994, 4th ed. Washington, D. C.: American Psychiatric Association (= 高橋三郎・大野裕・染矢俊幸訳,1995,『DSM-IV精神疾患の分類と診断の手引』医学書院)
- 尾崎紀夫,2010,「精神疾患の診断に関する現状と課題」『今日の診断指針6』医学書院.
- 佐藤雅浩,2007,「第5章『心の病』の戦後史」芹沢一也編『時代がつくる「狂気」精神医療と社会』朝日新聞社.
- 高木俊介・塚本千秋「監訳あとがき」高木俊介・塚本千秋訳,2002,『精神疾患はつくられる—DSM 診断の罫』,日本評論社 :339-345.(= Herb Kutchins & Stuart A.Kirk, 1997,MAKING US CRAZY DSM-The Psychiatric Bible and the Creation of Mental Disorders:TheFreePress.)
- 宇野木康子,2011「精神障害者をめぐる制度と政策 (一) —日本とアメリカの就労支援の視座から—」『社会関係研究』16(1), 115-164, 熊本学園大学.