

World Psychiatry 日本語翻訳のご紹介

Volume 23, Number 2, June 2024

日本若手精神科医の会(JYPO)のボランティアが翻訳し、秋山剛先生が監訳しました。World Psychiatryに掲載されているすべての論文を網羅するものではありません。

World Psychiatry articles were translated by the volunteers of the Japan Young Psychiatrists Organization and Dr. Tsuyoshi Akiyama. Due to the limitation, a selection of articles is available.

EDITORIALS

■N. Haslam. Dehumanization and mental health. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 173-174.

[Dehumanization and mental health](#)

非人間化とメンタルヘルス

<要旨>

非人間化は精神疾患の患者に広く見られ、社会的排除や共感の欠如を引き起こし、治療効果に悪影響を与える。これは医療者の感情的な自己防衛として起こることもある。これを軽減するためには、専門職の共感力を高め、患者との対面接触を重視することが重要である。また、患者の主体性を尊重し、患者と専門職が共通の人間性を持つ存在として認識される必要がある。精神保健領域の内外で人間らしいケアの実現が目指されるべきであり、非人間化の影響に関するより具体的な研究が必要である。

<全文>

非人間化とは過去と現在の残虐行為を思い起こさせる恐ろしい言葉である。人間以下とみなされた人々は、暴力、剥奪、排除、土地収奪に苦しみ、その苦しみはしばしば無視され、軽んじられてきた。非人間化は通常、戦争、虐殺、征服に限定された極端な現象と理解されているが、実際はスペクトラムとして存在する。20年にわたる社会心理学的研究の結果、非人間化は日常生活に大きな影響を与えることが明らかになっている。急速に増えている非人間化に関する文献で、3つの重要な洞察が提示されている。第一に、非人間化は露骨で言語化されたものから、微妙で無意識的なものまで多岐にわたる。人は動物に明示的になぞらえられることもあるが、理性、自制心、複雑な感情といった人間としての基本的な特性を暗黙のうちに否定されることもある。第二に、非人間化は、他者を獣やロボットのようなものと見ること、個性や主体性を否定すること、自発的に他者に対して心があることを認めないことが挙げられる。第三に、非人間化は他者に対する否定的な見方を伴うが、心理学的にも神経学的にも偏見とは異なる。人を完全には人間的でないと見ることは、その人を嫌うことと同じではない。私たちは、無関心な人に対しても非人間化を行うことがあり、憎しみの対象に限られる訳ではない。実際、親密な関係の研究によれば、私たちは愛する人を微妙に非人間化することがある。スティグマに関する膨大な文献は、精神疾患を持つ人々がいかに一般社会から否定的に見られているかを明らかにしている。彼らは危険で、非難され恥ずべき存在として描かれ、こうした認識が公平性、幸福、回復に悪影響を及ぼすとされる。近年、このような否定的な認識に加えて、しばしば人間性を否定されることも明らかになっている。身体的な病気ではなく精神的な病気のラベルを貼られた人は人間性に満たない存在とみなされ、精神的な病気(特に統合失調症や依存症)を抱える人々は、忌避される民族的・宗教的マイノリティの一部よりもあからさまに人間性を否定される。精神疾患を持つ人々に対する非人間的態度は、一般市民に限られたものではなく、精神医療従事者も持ちうる。研究者たちは、こうした態度の原因と結果について言及し始めている。要因の一つとして、感情的な自己防衛が挙げられる。精神医療従事者は、感情的消耗から自分を守る手段として、患者を非人間化することがある。

感情的な負荷への予期が、他者の人間性を否定する動機となり、その結果、共感やケアの提供を控える可能性がある。

このような研究は、燃え尽き症候群に新たな光を当てている。燃え尽き症候群の主な症状のひとつは、他者への共感の喪失である。臨床の場では、この非人間化に類する傾向が、専門家の患者からの心理的な距離の取り方として現れ、患者の感情的な経験を理解せず、患者を診断名に還元された存在としてのみ扱う事態につながるかもしれない。過重労働や、従業員を歯車として扱う組織風土など、燃え尽き症候群を助長するような劣悪な労働環境は、精神医療従事者が患者を非人間化することにつながり、臨床ケアに悪影響を及ぼす可能性がある。ある研究では、上司から支援されていないと感じていた精神科看護師は、燃え尽き症候群や抑うつリスクが高く、患者の非人間化に陥る可能性が高いことが示されている（例：患者の同意を無視する傾向の増大）。

精神的な治療を受けようとする人々は、病気を理由に人間性を否定され非人間化の影響に苦しむ必要はない。例えば人種的マイノリティに対する非人間的な認識は、精神疾患の診断や治療における人種間格差の一因となる可能性がある。具体的には精神疾患を抱えて救急外来を受診したアフリカ系アメリカ人患者において、化学的鎮静剤の使用率が著しく高いことが報告されており⁵。これは刑事司法や教育現場における厳罰的対応に人種に基づく非人間化が影響しているのと同様の構図である。

他者から人間性を否定されていると感じる人は、通常否定的な反応を示す。人種や政治的見解に基づいて人間性を否定されたと考えることが反感を生むことが示されているように、患者の精神科治療への関与もまた非人間化により損なわれ得る。非人間化の方法には侮蔑的なメディア表現、専門家による軽視的なやりとり、医療制度による個人性を無視した関与などが含まれる。

非人間化的な認識は、外部から抵抗されるのではなく、内面化されることもある。他者から人間以下と見なされていると感じる者は、やがて自らを「自己非人間化」するようになる。この現象は、臨床的に重大な意味を持つ可能性がある。重度のアルコール使用障害を有する患者を対象とした研究では、自己非人間化の程度が高い者ほど自尊心が低く、機能的な対処行動に乏しいことが明らかになっている。このような研究は、非人間化が治療目的を損なう悪循環をいかにして生み出し得るかを示している。他者により非人間化されることは、自らも非人間的な存在であると感じるようになり、そのことが治療を妨げるのである。

人間以下として認識されることは、既存の精神疾患を悪化させる可能性があるのみならず、精神疾患の発症リスク因子ともなり得る。実際、非人間化には精神疾患の脆弱性因子として知られる悪影響があることが、いくつかの研究で示唆されている。他者に人間以下と見なされることは、社会的排除感を強め、他者からの援助や共感の意欲を減少させる。その結果として生じる社会的断絶は、特に内在化障害や物質使用障害のリスクを高める可能性がある。

社会的つながりを損なうことに加え、非人間化は他者に危害を加える傾向や、他者による加害行為を容認する傾向を高める。他者を非人間化する傾向の強い者は、いじめに加担する傾向が高く、女性を非人間化する男性は性的暴力やハラスメントに及ぶ傾向が強く、民族紛争の相手を非人間化する者は暴力的行動への支持を示す可能性が高い。暴力への曝露は重大な精神疾患のリスク因子であり、非人間化はこれを助長する。さらに制度的な観点からは、人種、社会階層、移民の地位に基づく非人間化は、社会的困窮や経済的困難に対する一般市民の受容を強化し、結果として精神的健康の不平等を拡大させる要因とも言われている。

非人間化という概念は、個人および集団間の多様な対立を考察する上で、有用な視座を提供することが分かってきた。これは、偏見、スティグマ、ステレオタイプ、差別といった既存の概念を補完しながら、私たちが他者をいかに「共通の人間性を持つ存在」として認識し、接しているかという点に焦点を当てるものである。そのような認識に失敗することの破壊的影響は、様々な社会集団に対する認知の中で実証されつつあり、徐々に理解が進んでいる。精神疾患に関する非人間化の研究はまだ始まったばかりではあるが、精神疾患を抱える人々が十分に人間として扱われていない現状は広範に存在し、その帰結も重大であることが示唆されている。

精神疾患に関連する非人間化への対応は、単純な問題ではない。集団レベルにおいては、精神疾患に対する認識をより人間的なものに変える文化的変化が求められる。ディメンショナルモデルの促進によって精神疾患を持つ人々を「全くの他者」として扱うことが少なくなるかもしれない。精神疾患に関する非人間的なメディアの表現のうちのいくつかの側面はここ数十年で明らかに減少している。

臨床現場における非人間化の軽減もまた、同様に重要な課題である⁹。非人間化は、共感性を重視した専門職の選抜および訓練によって軽減可能である。ただし共感と問題解決能力は時に相反することも認識する必要がある。また、医療技術の浸透が進む現代においても、専門職と患者との対面による接触を促進することは、非人間化を防ぐ上で有効である。

さらに、患者および専門職が固有の属性を持つ個人として提示すること、患者の治療に対する発言権を高める

ことで主体性を強化すること、そして患者と専門職との間の現実的および認知的な「違い」を和らげることも、非人間化の軽減に資する。

精神保健領域の内外で「人間らしいケアの提供」は広く認識され、共有されるべき目標である。そして、その実現に向けた具体的な方略は明確にされ、実装されなければならない。加えて、集団レベルでのメンタルヘルスに対する非人間化の影響が今後より明示的かつ具体的な研究課題として取り上げられるべきである。

〔翻訳: 俊野 尚彦〕

■K.S. KENDLER. Reflections on philosophy of psychiatry. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 174-175.

[Reflections on philosophy of psychiatry](#)

精神医学の哲学をめぐる省察

<要旨>

精神疾患の診断分類や病因論、心身問題に関する議論を通じて、精神疾患の多因性や複雑さ、診断基準の改訂における実証主義の重要性が強調されている。著者は、「ソフトナチュラリズム」を支持し、精神医学における多元主義の重要性を認めつつも、無秩序な多元主義に対して警鐘を鳴らしている。また、「心」と「脳」の相互作用に基づく視点を重視し、精神医学の進歩には哲学的な視点が不可欠であることを指摘している。

<抄録>

本号では、Stein らが精神医学の哲学の現状、診断分類、精神医学的科学、心身問題といったテーマに焦点を当てて整理している。

私は、「ソフトナチュラリズム」が精神疾患の診断カテゴリーをとらえる概念として適切だとする Stein らの見解に賛同する。周期表の元素のように明確な境界や本質を前提とする「ハード・ナチュラリズム」の考え方は、精神疾患には明らかに不適切である。私たちが扱う精神疾患の多くはあいまいで連続的な性質を持ち、本質的な定義がある訳ではない。

精神疾患は「発見」されるために存在するのか、それとも私たちが「創造」するのか？

私は前者の立場を支持するが、精神医学史は懐疑的な見方を示唆している。もしクレペリンが兄のように動物学の道に進んだとしたら、他の誰かが同じような言葉で早発性痴呆や躁うつ病を説明しただろうか。19 世紀には、多くの臨床医が気分障害と精神病性障害の診断領域を整理する作業に取り組んでいた 2。たとえ、クレペリンがいなくても現在の診断概念に近いものが発展していただろうが、どの程度近いものになったか定かではない。

精神医学では長い間、脳の病理学であれ、メンデルの遺伝子であれ、モノアミン神経伝達物質であれ、次の科学革命が起これば、単因子の「本質主義的」説明を発見することによって、精神疾患の問題が解決すると信じられてきた。これは私たち専門領域に繰り返し現れる残念な幻想である。皮肉にも、精神医学の黎明期(19 世紀初頭)に、私たちは進行麻痺による精神病という疾患に直面した。これは精神医学にとって最大の成功例であったが、我々に他の症候群にも同様に適用することがきくという非現実的な期待を抱かせた。

ごく稀な例外を除いて、精神疾患は根本から多因子的な構造を持つ。したがって、DSM が病因論に基づいた診断システムをまだ生み出していないことについて焦るのは、非現実的である。脳画像や分子遺伝学の進歩にもかかわらず、精神障害の本質的な原因については今なお基本的なレベルにおいても未知のままであり、これはすぐには変わらないだろう。特に分子遺伝学の進展は、「多遺伝性の呪い」と言われるように、むしろこの困難さを浮き彫りにしている。

精神医学的疾患分類における価値の役割についての私の見解は、Stein らが提唱するより広範な見解よりも限定的なものである。DSM の改訂プロセスにおいて最も重要な価値観は、どのような妥当性基準を優先するかという判断である。現在、診断基準の変更は可能な限り経験に基づいて行われるべきであるという点では大筋合意されている。ある疾患に新しい診断基準が採用されるには、現実のデータにおいて、以前のものよりも優れた結果を出さなければならない。しかし、どのようなパフォーマンスを優先すべきかをどのように決定すればよいのだろうか？診断に何を求めるかがわかれば、少なくともデータ主導のアプローチに近づけることが可能になる。重みづけが不確かな指標が存在する現在のシステムには問題がある。例えば米国食品医薬品局

(FDA)では薬物反応を唯一の関連変数としてランダム化比較試験を評価するが、DSM 検討委員会仕事は、それよりも、はるかに困難である。

私はまた、スタインらが強調する「精神医学における多元主義の重要性」に同意する。精神医学の領域には、疾患、病因、治療について複数の科学的視点が正当な形で並行しており、それはほとんどの精神疾患が多因子性であることに起因している。

しかし、私は「無秩序な多元主義」について懸念を抱いている。それは、反科学的な「千の花を咲かせよう」という視点に陥る危険がある。真に多元主義的な議論の場に加わるためには、厳密な経験に基づいた研究が必要である。単なる相関関係だけでは不十分であり因果推論ができる研究デザインが不可欠である。我々は精神医学の分野において高い基準を設けなければならない。なぜならこの領域には実証性に乏しい多様な立場の理論が集まりやすいからである。

私は「骨太の多元主義」を支持している。精神医学に参入する多くの人々が強い先験的なイデオロギーに強く影響された研究計画を持ち込んで来ることを長年懸念してきた。思うにこれは、精神医学という学問分野が未熟なことであると同時に、人間というものの根本的な問いに深く関わっているためでもある。

また、精神疾患に関する多角的な視点をどのようにまとめるかについての Stein らの懸念も高く評価したい。高度に専門化された研究者たちが、専門領域に没頭するあまり他の領域を見ようとしないのは自明である。実際、現在の研究助成制度はそのような過度の専門化を促している。私は、Stein らが論じていないもう一つの多元主義すなわち「統合的多元主義」を支持する。時には科学者が自分の専門領域から出てきて、少なくとも隣接する分野の見解と自らの発見を統合しようと努力することが求められる。

ここで、還元主義についてのコメントが必要だろう。私はそれを否定的に捉えていない。実際、分子遺伝学と分子神経科学の融合が進み、遺伝子変異から精神疾患へのリスク経路を解明しようとする動きはこの分野で最も刺激的な研究のひとつである。彼らにもっと多くの支援(そして資金を)与えることが望ましいだろう。私が反対するのは、自分たちのアプローチが唯一の方法であると主張する還元主義である。「還元的傲慢」は、精神医学の歴史において何度も妨げとなってきた。確かに、精神疾患の研究経路はすべて同じではない。しかし、心理的・社会的介入が、多くの精神疾患に対して有効であることも明白である。そしてこれは、先に述べた精神疾患の多因子性という論点につながる。

上記の問いが主として科学哲学の領域に属する問題であるのとは対照的に、心身の問題は基本的に形而上学的な問題である。このテーマは成り立ちとして魅力的なものではあるが、この分野で形而上学的な藪をかき分けていくのに必要な努力に比べ、得られる洞察は私にとって期待はずれなものであった。従って、簡潔かつ個人的なコメントにとどめたい。哲学者は心身問題について熟考する。精神科医はそれを実践している。精神科医と患者の関係の多くを説明するものとして、私が聞いた中で最も優れた比喻は、優秀な臨床医が、診療の中で患者を「心」と「脳」のどちらで見るかを切り替える必要性を「両眼視」になぞらえたものである。私たちが両目を通して世界に奥行きを見ることができるよう、我々精神科医は「脳」と「心」という2つのレンズを通して患者を見ることで、より深くその存在に迫ることができる。

私は自身が非還元的唯物論者であると考えている。これが首尾一貫した立場であるかどうかはわからないが、私が思いつく最も妥当な立場である。私は科学研究において、「心」が「脳」から独立して存在しうるとは考えない。私の心は脳の中に具現化されている。しかし同時に、心と脳は相互作用するものであり、その仕組みを説明することはできない。

「心」は、精神医学の専門家にとって中心にある。「心なき精神医学」という概念は矛盾に等しい。むしろ、「心に基づく視点」と「脳に基づく視点」との間にある緊張関係こそが、精神医学という学問の歴史を形作ってきた本質的な要素であると考えている⁶。

私はトップダウンの因果性を信じている。「心のレベルで重要なことが『生じる』」のであり、それは時に精神医学的に極めて重要な意味を持つ⁷。

結論として、著名な精神医学雑誌が、この広範で思慮深い論考に誌面を割いてくれたことには、心が温まる。精神医学の性質上すべての研究者や臨床医がその仕事にさまざまな哲学的前提を持ち込む。ただ一つの問題は、キャリアのある時点で、それらを検証し、修正する必要があるかどうかを判断する時間とエネルギーを研究者や臨床医が持てるかということである。

SPECIAL ARTICLES

■J. FIRTH, J. TOROUS, J. F. LÓPEZ-GIL ET AL. From “online brains” to “online lives”: understanding the individualized impacts of Internet use across psychological, cognitive and social dimensions. *World Psychiatry*. 2024 Jun; 23(2): 176-190.

[From “online brains” to “online lives”: understanding the individualized impacts of Internet use across psychological, cognitive and social dimensions](#)

「オンライン頭脳」から「オンライン生活」へ: 心理的、認知的、社会的側面からインターネット利用の個別的影響を理解する

<要旨>

インターネット利用が広範囲に使用されている時代背景を踏まえ、本論文では最新のエビデンスに基づき、インターネット利用が心理的、認知的、社会的側面に及ぼす影響について議論する。さらに、インターネット利用をめぐるガイドライン、政策、イニシアチブはそうしたエビデンスに基づいて実施されるべきだと強調している。

<抄録>

世界中でインターネット対応機器が大量に導入され、広範囲に使用されていることを受け、2019年に本誌に掲載された主要な総説では、インターネットが人間の認知に与える影響を検証し、「オンライン脳」の背後にある概念や考え方を論じている。それ以来、ネットの世界は社会の構造により深く関与するようになり、私たちがこのようなテクノロジーを利用する範囲は拡大し続けている。さらに、インターネットの利用が人間の精神にどのような影響を与えるかについての研究エビデンスもかなり発展している。この論文では、大規模な疫学研究やシステマティック・レビューから得られた最新のデータに加え、ランダム化比較試験や、このテーマに関して最近出てきた質的研究を活用し、インターネットの利用が心理的、認知的、社会的な結果に及ぼす影響を多面的に概観する。

その中で、年齢、性別、利用形態などさまざまな要因によって、どのように効果が異なるかについて、実証的な証拠を詳述する。また、個人のオンライン生活のより体験的な側面を調査した新しい研究結果も参考にし、インターネットとの具体的な関わり方やライフスタイルへの影響によって、オンラインで過ごす時間の利点や欠点がどのように決まるかを理解する。さらに、カルチャロミクス、人工知能、バーチャルリアリティ、拡張現実といった、まだ始まったばかりだが興味深い分野が、インターネットが脳や行動と相互作用するあり方についての我々の理解をどのように変えつつあるかを探る。全体として、インターネットがメンタルヘルス、認知、社会的機能にどのような影響を与えるかについて、個別的かつ多面的なアプローチをとることの重要性は明らかである。さらに、インターネット利用をめぐるガイドライン、政策、イニシアチブは、本文で紹介した神経科学的、行動学的、社会学的レベルの研究から得られる証拠を十分に活用する必要があることをここに強調する。

〔翻訳: 川竹 絢子〕

■P. FUSAR-POLI, A. ESTRADÉ, C. M. ESPOSITO ET AL. The lived experience of mental disorders in adolescents: a bottom-up review co-designed, co-conducted and co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*. 2024 Jun; 23(2): 191-208.

[The lived experience of mental disorders in adolescents: a bottom-up review co-designed, co-conducted and co-written by experts by experience and academics](#)

青年期において精神疾患を患いながら生きる経験: 当事者と研究者の共同によって設計・実施・執筆されたボトムアップレビュー

<要旨>

本稿は、当事者と研究者の共同によって設計・実施・執筆された、青年期の精神疾患に関する経験についての初めてのボトムアップレビューである。多様な背景を持つ当事者および、その家族・支援者を交えたワークショップにおける議論および現象学的視座からの深化によって、精神疾患を持つ青年の経験の記述を分析し報告している。

<抄録>

本研究は、当事者と研究者によって共同で設計・実施・執筆された、青年期の精神疾患に関する経験についての初めてのボトムアップレビューを提供するものである。

私たちは、医療分野内外における当事者の記述を精査し、多様なジェンダー、民族的・文化的背景、さらには複数の大陸を代表する多数の当事者およびその家族や支援者を交えた協働ワークショップにおいて、それらを議論した。その後、本資料は現象学的視点を踏まえて内容が深化され、すべての協働者と共有された。

青年期における内的な主観的体験は、気分障害、精神病性障害、注意欠如・多動症(ADHD)、自閉スペクトラム症、不安障害、摂食障害、外在化障害、および自傷行為に関して記述されている。個人の過去の歴史の想起は、精神疾患の診断に先行する前駆的(しばしば診断横断的な)特徴を示す指標ともなり得る。精神疾患を有する青年の社会における経験は、家族、学校や同年代の仲間との関係、ならびに社会的・文化的文脈に即して記述されている。さらに、精神疾患の診断を受けること、メンタルヘルス支援へのアクセス、薬物療法の受療、心理療法の受療、ピアサポートやメンタルヘルスに関する活動の経験、そして回復の達成といった観点から、彼らのメンタルヘルスケアに関する経験が記述されている。これらの知見は、臨床実践、研究、さらには社会全体に対して影響を及ぼし得る。

私たちは、本研究が共同で設計・実施・執筆された活動として「青年期の脆弱なメンタルヘルスを守る」という使命を持続させる一助となり、また、青年期の人々が健康で充実し、社会に貢献し得る成人へと成長していくための支えとなることを願っている。

〔翻訳:平山 優花〕

PERSPECTIVES

■G. M. REED. What's in a name? Mental disorders, mental health conditions and psychosocial disability. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 209-210.

[What's in a name? Mental disorders, mental health conditions and psychosocial disability](#)

名前とはなにか。精神疾患、精神的健康状態、心理社会障害

<要旨>

WHO は、精神疾患やメンタルヘルスの広範な定義付けを行うとともに、精神疾患や心理社会障害を含むより広義な用語として「精神健康状態」という用語を提唱した。こうした定義付けや用語の使用は、単なる言葉の定義ではなく、世界的な精神保健政策の動向に大きな影響を及ぼすとともに問題点も明らかにしてきた。こうした中で、より良い精神保健政策を実行するためには、自己決定と社会参加に関連する機能的状態に対する介入と、地域社会や世界中の健康の不平等解消に焦点を当てるのが大切だと述べている。

<全文>

世界保健機関(WHO)の憲章は、1948年の設立時に採択され、現在では194の加盟国との条約の一部となっている。この憲章では、健康を「肉体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」と定義している。明らかに、WHOの創設者たちは、健康の一部として精神的健康を含めることを意図していたが、それを明確に定義することはなかった。

WHOは2022年の世界メンタルヘルスレポートにおいて、より広範なメンタルヘルスの定義付けをした:「メンタルヘルスとは、人々が人生のストレスに対処し、自分の能力を発揮し、良く学び、良く働き、コミュニティに貢献することを可能にする精神的な健康状態である」。この定義は、メンタルヘルスが単に精神疾患がないことだけではなく、自分の可能性を実現するための機会へのアクセスにも一部依拠していることを示唆している。

したがって、個人や集団におけるメンタルヘルスのこうした肯定的な側面は、75年以上前に提唱された健康の初期定義を基盤とする、WHOの使命の一部として解釈される。ヘルスプロモーション、脆弱な人々の保護、そして健康格差を引き起こす社会的およびその他の決定要因の緩和は、世界中のパブリックメンタルヘルスアプ

ローチの基本である。しかし、世界精神保健報告書は、メンタルヘルスの改善に不可欠な一部のステップに関する責任が、保健セクターで対応しきれていないことを認めている。

WHO 憲章は、組織設立に関わる 22 の中枢的な目的のうちの 2 つが、「疾病、死亡原因および公衆衛生の実践に関する国際的な命名法を確立し、必要に応じて改訂すること」と「必要に応じて診断手順を標準化すること」であると述べている。WHO の歴史を通じて、これら 2 つの憲章の機能が結実した最も重要な成果は国際疾病分類 (ICD) である。ICD の第 11 回改訂版 (ICD-11) は、2019 年 5 月に開催された第 72 回世界保健総会において、194 の WHO 加盟国の保健大臣によって承認された。ICD は WHO 加盟国に義務を課すものであり、この総会の承認は、ICD が世界的な健康政策の重要な側面として持つ大きな力と重要性を強調し、さらに高めるものであった。

ICD-11 は精神疾患を「精神的および行動的機能の根底にある心理的、生物学的、または発達のプロセスの機能不全を反映する、個人の認知、感情調整、または行動において臨床的に有意な障害を特徴とする症候群」と定義している。これらの疾患は通常、個人、家族、社会、教育、職業、または他の重要な機能領域における苦痛や機能障害と関連している。

しかしながら、疫学データを報告する場合を除き、世界精神保健報告書では「精神的健康状態」という用語を使用している。この用語は「精神疾患や心理社会的障害を含む広義の用語であり、重大な苦痛、機能障害、または自傷のリスクと関連する他の精神状態も含む」と説明されている。そのため、精神的健康状態には、特定の精神疾患の診断要件を満たすかどうかにかかわらず、心理的苦痛や機能障害に関連する症状や体験が含まれる。たとえば、急性ストレス反応、人格的な問題、危険な物質使用、燃え尽き症候群などが含まれ、これらは ICD-11 では精神疾患としてではなく「健康状態や医療サービスとの接触に影響を与える要因」として分類されている。精神的健康を次元的に捉えた概念に基づく、「精神的健康状態」という用語は、特定の精神疾患の治療ではなく、公共政策やシステム介入、人口に基づいたヘルスプロモーションや予防努力の恩恵を受ける可能性が高い人々を対象とすることになる。

メンタルヘルスの専門家や政策立案者にとって、「精神的健康状態」という概念は、人々が必要な助けを求めることを促進する上で、概念的にも実務的にも有益かもしれない。しかし、その助けを受ける人は非常に少ない。一部の診断閾値下の状態は、対応する閾値を満たす精神疾患と同じくらい機能を損なうことが示されている。持続的かつ進行性の疾患では、早期の発見が効果的な治療の重要な機会を提供する可能性がある。一方で、利用可能なデータによると、一般の人々において診断閾値下の症状が閾値を満たす精神疾患を予測する能力はかなり低く、疾患ごとに大きく異なることが示されている。また、「精神的健康状態」という用語の使用は、軽度および閾値下の状態に取り組む価値について疑問を投げかける可能性がある。これらの状態の定義は不正確、不明瞭である、精神疾患よりも一般的であるため、補償や保険の適用に関する議論を複雑にし、精神疾患と身体疾患の保険適用の平等に対して歴史的に提起された反対論を再び引き起こす可能性がある。世界精神保健報告書では、「精神疾患」という言葉が偏見につながると見られることがあるため、「精神的健康状態」という言葉を用いることで、できるだけ幅広いステイクホルダーを集めようと試みたことが明らかにされている。しかし、偏見は新しい用語が定着するのとほぼ同時に、ある用語から次の用語に移りうる。さらに、これらの用語がグローバルな文脈で使用されることを意図しているため、英語以外の言語ではこれらの用語の意味上の違いが意味を持たないこともある。両方の用語が同じ翻訳になる場合や、言語によってそのニュアンスが異なる場合もある。たとえば、スペイン語の「condición (コンディション)」は、しばしば内在的で安定した特性を指すのに対し、「trastorno (トラストルノ)」は「障害」という意味で使われ、一時的な混乱や動揺に近い概念である。したがって、いくつかの言語では、「精神的健康状態」という言葉が「精神疾患」よりもより偏見につながることもありうる。

世界精神保健報告書における「精神的健康状態」の定義の第二の要素は「心理社会的障害」であり、これは「長期的な精神的障害を持つ人が、その他の人たちと同様に完全かつ効果的に社会参加することを妨げるさまざまな障壁に直面する際に生じる」とされている。この定義は、WHO の国際生活機能分類 (ICF) とも一致しており、障害を、健康状態を持つ個人と環境との相互作用の結果として説明している。この相互作用は、健康状態の性質と重症度、個人の特性、そして物理的および社会的な環境の特徴によって影響を受ける。

世界精神保健レポートでは「心理社会的障害」という用語が使用されているが、実際に精神疾患を持つ人々が経験する機能障害、活動制限、参加制限は、心理社会的な領域に限定されるものではない。このレポートは、この用語を国連の障害者権利条約に結び付けており、精神疾患を持つ人々に対する差別的な態度や行動、法律を解体し、人権侵害に対抗する強力なツールとなってきた。また、彼らの完全な自己決定と社会への参加を妨げる物理的、態度的、コミュニケーション的、社会的、法的な障壁を解消するためにも活用されている。しかし、一部の障害者権利擁護者はさらに進んだ主張をしており、「心理社会的障害」という概念が、精神疾患を

臨床的に定義し治療すべき問題として捉える従来の概念に取って代わるべきだと主張している。この見解は、受容と支援、調整の提供を強調しており、時には「医療モデル」が人権侵害の原因であると位置づけることもある。しかし、WHO がこの用語を使用しているのは、反精神医学的な立場を支持しているわけではない。

上記で議論された用語とそれが表す傾向に関連して、精神科医や他のメンタルヘルスの専門家は、引き続き主に精神疾患の特定と治療に焦点を当てることが予想される。また、精神的健康状態の軽減に関与する他のスタッフと協力し、指導し、監督する役割がますます求められるようになるだろう。これには、地域を対象としたヘルスプロモーション、保護、予防活動を通じた精神的健康状態の改善や、より低強度で複雑でない介入（例えば「タスクシフティング」イニシアチブを通じて）の提供が含まれる。

私たちは、自己決定と社会参加に関連する機能的状態への介入の影響と、地域社会と世界中の健康の不平等を減らすための健康の社会的決定要因の緩和に、焦点を拡大し、深めることによって、世界規模のパブリックメンタルヘルスのアプローチと自分たち自身の歩みをよりよく揃えることができる。

〔翻訳：川竹 絢子〕

■C. M. CORCORAN, G. A. CECCHI. Anomalies of language in schizophrenia: a trajectory of mathematical and computational analyses. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 212-213.

[Anomalies of language in schizophrenia: a trajectory of mathematical and computational analyses](#)

統合失調症における言語の異常：数理的・計算論的解析の軌跡

<要旨>

統合失調症における言語生成の障害は長年にわたり研究されており、計算モデルや人工知能を用いた「言葉の一貫性の低下」についての定量化が進んできた。近年は自然言語処理(NLP)と大規模言語モデル(GLM)が活用され、言語障害の定量化・介入が可能となりつつある。国際的な共同研究も進んでおり、言語や文化を超えてデータが集められ、表情やジェスチャーなど非言語的なデータも含め広く利用可能になることで、統合失調症の本質理解や治療介入について、新たな道を開く可能性がある。

<全文>

言語生成の障害は統合失調症の中核的な特徴であり、Kraepelin と Bleuler による、思考の脱線(derailment)や連合弛緩、発話の相対的貧困などの「話し言葉の一貫性の低下」に関する記述に始まり 1 世紀以上にわたって認識されてきた。何十年もの間、統合失調症の言語研究は主に記述的な研究が続き、1970 年代には Andreasen が陽性症状(一貫性の障害)と陰性症状(複雑性の障害)の思考障害というヒューリスティクスを提唱し全盛をきわめた。

1980 年代、Hoffman は数理的アプローチを用いて、隣接文と非隣接文の意味的関係を強調し、統合失調症患者では言語の構成における規則の誤用が見られることを特徴づけた。彼は、文において「強固な階層構造」の形式的基準を開発し、その逸脱が首尾一貫性の低下を生み出すことを明らかにし、統合失調症患者においてこの逸脱が起きやすいことを発見した。その後、Hoffman はこの発見を再現して、統合失調症患者では文の「階層」が乏しいか欠けているのに対し、躁病患者では文の「階層」が幅広く、損なわれていない代わりに、その「階層」が頻繁に入れ替わることを示した。

1990 年代に初めて、人工知能が「話し言葉の一貫性の低下」をモデル化するために使われた。Garfield と Rapp は、人工的な意味ネットワークにおける特定の規則から逸脱させることによって、統合失調症における言語の障害を再現できることを示した。Hoffman は、並列分散処理システムのニューラルネットワーク(神経回路網)シミュレーションにおいて、結合性を低下させることによって統合失調症の症状を再現した。さらに Hoffman は、この障害の計算モデルを構築し、「予測誤差シグナリングの欠陥」が、話の一貫性の破綻パターンに最もよく適合することを発見した。

21 世紀に入り、統合失調症における言語の一貫性を定量化するために、大規模な言語モデルの利用が増加している。Mota らは、話し言葉の記録にスピーチグラフを適用することで、Hoffman の統合失調症における障害についての所見を、躁状態とは区別して再現した。

過去 10 年間で、統合失調症における言語の異常を特徴付けるための自動自然言語処理(NLP: natural language processing)の利用は飛躍的に拡大し、精神病の予測にまで発展している。話し言葉の自動 NLP 分析は、大規模の国際共同研究である Accelerating Medicines Partnership in Schizophrenia(AMP SCZ)に含ま

れており、これは特に異なる言語を話す人々の間でマルチモーダルな精神病予測を発展させることを目的としている。

DISCOURSE in Psychosis は、2020 年に開始されたもう一つの世界的な取り組みであり、文化や言語を超えて精神病における言語障害を研究するための国際的な共同研究を促進することを目的としている。分析のための大規模な多言語データセットを作成するために、話し言葉を引き出すための手法を一致させている。これらの共同連携から保存されたデータは、言語や文化を超え、統合失調症やそのリスク状態における言語障害の研究に NLP を使用し、後述の重要な問題に対処するために利用できる。

最初の問題は方法論的なもので、つまり、言語を引き出す最適な方法は何かということである。私たちは、首尾一貫性の低下を観察するのに十分な会話の流れを確保し、二者間の社会的交流という生態学的に妥当な文脈を作り出すために、オープンエンド・インタビュー(自由回答型面談)を用いる。また、このアプローチでは、二者間の両個人からのデータが参考になるため、音響的特徴、間の取り方、顔の表情、ジェスチャーなど、他のコミュニケーション様式も同時に研究することができる。

もう一つの問題は、研究結果の言語や文化を超えた一般化可能性と、言語特有の特徴がどのように有益な情報であるかということである。例えば、デンマーク語、ドイツ語、中国語を話す統合失調症患者(および対照者)を対象とした大規模な言語横断的研究では、2 次コヒーレンス(別のフレーズで区切られたフレーズ間の類似度)のみが言語横断的に強固に一般化されたが、他のコヒーレンスの尺度は何らかの理由で一般化されず、さらなる研究を要する。また、疾患のハイリスク状態にある人を対象とし、上海で行われた別の研究では、標準中国語ベースの NLP と英語ベースの NLP の両方が、言語固有の一貫性(および形容詞の使用)の相関的な低下を捉えたが、標準中国語ベースの NLP だけが、ハイリスク状態にあるグループにおいて、「localizer(方位詞: 場所や位置などを表す)」(例: gongzuo-shang「工作上(仕事上)」, liangge-ren-zhijian「两个人之間(二人の間)」)の使用をより多く捉えた。さらに、参照名詞句の異常使用は言語を超えて統合失調症によくみられることが知られているが、これはトルコ語圏の患者を対象にした研究でのみ証明されている。AMP SCZ と DISCOURSE in Psychosis の両研究は、他のヨーロッパ言語やアジア言語を含み、さらなる言語横断的研究の機会を提供するものである。

また、これらのデータセットや他のデータセットにより、統合失調症における言語障害の現象論やそのリスク状態を、首尾一貫性や複雑性以外でも探求することができる。例えば、感情分析(sentiment analysis)を用いて、テキストの感情価や感情の傾向を評価することができる。絵の描写課題(肯定的、否定的、中立的)を用いて語りを引き出し、スピーチグラフを分析したところ、初回エピソードの精神病患者における発話のまとまりやすさは、肯定的な感情の言葉の使用と直接相関していることがわかった。別の研究では、感情分析を用いて、リスクのある人の自由形式面接における話し言葉の情緒的傾向を特定し、自殺念慮のある人ほど「怒り」の意味的類似性が高いことを発見した。

言語だけでなく、統合失調症スペクトラムにおける話し言葉の音響学的評価も可能であり、流暢さ、音色/音質、エネルギー/声の大きさ、間の取り方、面接の文脈における顔の表情やジェスチャーなどが含まれる。これによって、豊富なマルチモーダル時系列データが得られ、異なるモダリティ間の不調和(不適切な感情)や、言葉や顔の表情において会話相手との間の同調を評価するために使用でき、これには精神疾患によるものだけでなく、治療関係によるものも示唆される。

今、私たちは生成的大規模言語モデル(GLM: generative large language models)の新時代を迎えているが、これは統合失調症の言語(およびコミュニケーション行動)研究にとって非常に重要な意味を持つ。我々は 15 年間、大規模言語モデルを自然言語処理分析に使ってきたが、以前は言葉を発しなかったそれらが、今や話すことができるようになった。生成的人工知能、特にチャットボットの発展は、相互作用の、相互主観的、文化的であるという言語の概念を生み出している。GLM は、言語の特徴を測定・定量化するだけでなく、障害をモデル化し、介入・改善するためにも使えるのだろうか。Hoffman の計算的アプローチを更新する形で、GLM は統合失調症の言語障害をモデル化するために使われている。最近の研究では、GLM を用いて、ナラティブの中で思考障害をシミュレートした。その際、GLM で言葉の選択の確率性を高め、記憶の範囲を制限し、それらによって文章レベルの一貫性の低下を起こした。

最後に、自己体験や行動は言語を通して構築されるため、言語障害は統合失調症を構成する一側面であり、その改善はより広範な統合失調症の治療に用いられる可能性がある。1993 年、Hoffman は、統合失調症における言語の過程の異常は、発話の一貫性の低下と無意識な内的発話(inner speech)の増加をもたらすという仮説を立てた。しかし、Hoffman は幻聴がある人でも一貫した話し方をする人がいることにも注目しており、彼らの発話は比較的単純で、繰り返されて定型化されているようであった。彼は、このような人は、言語の出力と精密さを減らすことによって、言語の生成過程の障害を補っているのではないかという仮説を立てた。彼はこのよう

な「反例」患者のために「言語療法」を開発し、談話の改善と幻覚の軽減に成功した。これは興味深い研究であるが、小規模なものであり、再現の努力はなされていない。

我々は、GLM を用いることで、統合失調症における言語の異常、疾患の本質的な観点としての意味、そしてこれらの言語の異常に対する介入、さらにはより範囲を広げて疾患自体に対する介入について、新たな研究の道が開けると信じている。

〔翻訳：中村 理乃〕

■J. DRESCHER. Improving the approach to LGBTQ persons in mental health care settings: a clinician's perspective. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 215-232.

Improving the approach to LGBTQ persons in mental health care settings: a clinician's perspective

メンタルヘルスケアにおける LGBTQ 当事者へのアプローチの改善：臨床家の視点から

<要旨>

LGBTQ は脱疾病化され臨床的焦点は大きな転換期にあるが、スティグマのために適切なメンタルヘルスケアを受けられていない当事者も未だ多い。臨床の場でスティグマや差別に直面する必要があることを臨床家が言動で示すことはメンタルヘルスケアにおける LGBTQ 当事者へのアプローチの改善に繋がる。本稿はその方法について具体的に提案している。

<本文>

1974 年、アメリカ精神医学会 (APA) は DSM-II から同性愛の診断を削除した。1990 年、世界保健機関 (WHO) もこれに倣い、ICD-10 から同性愛の診断を削除した。2019 年、WHO はさらに一步踏み込み、ICD-11 の精神障害の章から、現在は「性別不合」と改名された「トランスセクシュアル」の診断を削除した。性別不合を「性の健康に関連する状態」という新しい章に入れることで、APA が 20 世紀にゲイやレズビアンの人々に対するスティグマを無くそうとしたように、ICD は 21 世紀にトランスジェンダーの人々に対するスティグマを無くそうとしている。

性的指向やジェンダー・アイデンティティに関する文化的な信念や価値観の変化を反映、統合する、こうした脱疾病化は、レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダー、クィア／クエスチョニング (LGBTQ) 当事者と関わる際の主流であったメンタルヘルスの臨床的焦点を転換させた。歴史的に、精神科医やその他のメンタルヘルス専門家は、同性愛や性別の不一致の原因を突き止めようと多くの心理療法セッションを費やしてきた。しかし、部屋の中で二者が対話しても、誰かの性的指向や性自認の「原因」を発見することはできない。今日、あらゆる性的指向 (ホモ、バイ、ヘテロ) や性自認 (トランスジェンダー、シスジェンダー) の「決定要因」は未知のままであることが受け入れられている。

その結果、臨床家は LGBTQ を治すために「なぜ」LGBTQ なのかを探るのではなく、LGBTQ としてよりオープンに、より彼ら自身の人生に適応して生きていくために「どのように」支援するかを考えるようになった。

この転換は、米国医学研究所の画期的な報告書『The Health of Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender People (レズビアン、ゲイ、バイセクシュアル、トランスジェンダーの人々の健康)』に具現化されており、LGBTQ の人々の生活における社会的影響の役割や、医療における不公平に彼らに対処する方法に関する研究を含む、さらなる研究の必要性が強調されている。過去 10 年間に研究は行われてきたが、さらなる研究が必要である。臨床家が研究の結果を待ち望む中、メンタルヘルスケアの現場における LGBTQ 当事者へのアプローチを改善するために個々の臨床家が実践できるいくつかの提案がある。

第一に、多くの LGBTQ 当事者は、臨床の場において、批判、差別、さらには虐待を経験したと報告している。その結果、彼らは可能な限り医療を避けるようになる。そして、医療を避けることができない場合、臨床医が自分の性的指向や性自認を批判せず、受け入れているという明確な証拠なしには自分の性的指向や性自認を明らかにすることを躊躇うだろう。

このため、臨床医が診察を行う際には、すべての個人、カップル、家族が異性愛者やシスジェンダーであると自動的に決めつけないことが求められる。交際について尋ねるときは、患者のパートナーの性別を知っていると決めつけずに、オープンな質問をするのが一番である。例えば、多くの欧米諸国や、最近では世界の他の地域でも、すべての結婚が異性婚であるとは限らない。患者の自己申告式の問診票は、多様な性的指向、性自認、家族形態に関する回答を可能にすべきである。

救急外来や急性期病棟において LGBTQ の人々を精神医学的に評価する際、オルタナティブファミリーや代替的な社会的関係を認識することは特に重要である。自分のアイデンティティを受け入れてくれる地域や文化圏に住む患者にとって、LGBTQ 当事者の社会支援システムの人々とやりとりをすることは通常のことである。しかし、同性愛やトランスジェンダーがあまり受け入れられていない地域や文化では、臨床医にとってこういった認識は難しいかもしれない。

しかし、臨床家は、患者の精神状態や機能について最もよく知る人物が、国から認められた法的関係を持たない場合があることを念頭に置くべきである。そのため、患者の潜在的な問題の原因を特定するためには、法的関係がない人物から情報を得る必要があるかもしれない。理想的には、LGBTQ の人々に関わる場合、誰に連絡し話を聞くべきかは、国の法律ではなく患者の幸福度によって決められるべきである。

国や地域によっては、LGBTQ の患者が、そのコミュニティの一員であることを公言している精神科医を探すことが一般的になってきている。フロイトの時代から医師は患者に自己開示することを戒められてきたが、多くの場所で LGBTQ であることを公言する精神科医がますます増えている。今日、彼らは、自分が治療する患者集団のためのサービス改善を提唱するユニークな立場にある。

LGBTQ に対する暴力は様々な文化圏において一般的であり、心的外傷後ストレス障害、うつ病、その他さまざまな精神衛生上の問題を引き起こす可能性がある。反 LGBTQ に対する暴力は他人、家族、同僚、時には権力者からも振られる。

さらに問題を複雑にしているのは、暴力や性的虐待、家庭内虐待を経験した人は、自分のセクシュアル／ジェンダーのアイデンティティを明らかにすることで、警察や福祉サービス職員から批判的な反応、さらには嫌がらせを受けるかもしれないという恐怖心から、自分の経験を報告したり、助けを求めたりしない場合があることだ。このような現実を敏感に認識できる臨床医が、暴力に遭い、無神経な官僚機構に対処している LGBTQ 患者の公正な治療を提唱できることが理想的である。

暴力がない場合でも、臨床家は「マイノリティストレス」と呼ばれる、反 LGBTQ の態度が偏在していることに対する、患者の不安に敏感であるべきである。この現象が患者の生活や自尊心に与える影響を臨床医が否定したり、過小評価したりすると、患者は誤解されていると感じるかもしれない。

反 LGBTQ 的態度の最も深刻な表れとして、LGBTQ 集団、特に自分のセクシュアル・アイデンティティやジェンダー・アイデンティティを探求している若者の自殺念慮率の上昇が見られることがある。LGBTQ の若者はしばしば、自分のセクシュアル・アイデンティティやジェンダー・アイデンティティに関する悩みを親に隠し、なかなか親に助けを求めない。例えば米国では、社会的に保守的な州では、LGBTQ の若者のメンタルヘルス上のニーズを把握しようとする努力が「勧誘」や「グルーミング」とみなされ、この問題は悪化している。LGBTQ の若者を治療する精神科医は、患者の心理的苦痛を悪化させる可能性のある社会文化的条件を認識しておく必要がある。

結論として、LGBTQ 患者が家族や地域社会、そしてより広い世界でスティグマや差別に直面することは珍しいことではない。こうした経験は、臨床医がしばしば遭遇する精神衛生上の影響をもたらす。このストレスを軽減する一つの方法は、患者が臨床の場でスティグマや差別に直面する必要があることを言動で示すことである。これは、倫理的な精神科医であれば誰でもできることであり、またできるはずのことである。

〔翻訳：田鎖 遥〕

FORUM – *PHILOSOPHY OF PSYCHIATRY: KEY RECENT ADVANCES AND FUTURE PERSPECTIVES*

■ D. J. STEIN, K. NIELSEN, A. HARTFORD ET AL. Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 215-232.

[Philosophy of psychiatry: theoretical advances and clinical implications](#)

精神医学の哲学: 理論的進歩と臨床的意義

<要旨>

本稿では、哲学と精神医学に関する研究の主要な進展と、それらに関連する臨床的意義について概説する。精神医学の哲学は、エビデンスと価値観の両方に基づくメンタルヘルスケアを促進するなど、様々な臨床的意義をもたらしている。

<抄録>

哲学と精神医学の接点における研究は、広範かつ影響力ある歴史を有しており、専門家団体の出現や文献の増加により、近年注目度が高まっている。本稿では、哲学と精神医学に関する研究の主要な進展と、それらに関連する臨床的意義について概説する。第一に、精神障害を理解し分類する際には、自然主義的な考察と規範主義的な考察の両方が重要であると考えられるようになった。概念的なレベルでは、この統合的な見解は、厳格な科学主義からソフトな自然主義への移行を促し、臨床の場では、エビデンスに基づくメンタルヘルスケアと価値観に基づくメンタルヘルスケアの両方を促進する。第二に、精神医学の本質を考える上で、現在では存在論的、説明的、価値的多元主義を含む多元主義的アプローチが重視されるようになってきている。多元主義的アプローチは、概念的には、精神病理学を生み出すこととなる多層的な因果的相互作用を認める一方で、臨床的には、研究と実践の両方における「生きた経験」の考察と同様に、広範な「違いを生み出すもの」の重要性を強調している。第三に、脳と心に関する様々な疑問、そして身体的要因と精神的要因の両方が精神障害の発症と維持にどのように寄与しているかを考える上で、身体化された認知に関する概念的・実証的研究はますます価値あるアプローチを提供している。脳-心を、身体化され、埋め込まれた、能動的なものとして捉えることは、認知-情動神経科学と現象学的精神病理学の両方の進歩を臨床的に統合することを容易にする心身問題への概念的アプローチを提供する。

〔翻訳: 押切 謙一〕

Commentaries

■D .DENYS. Professionals in psychiatry need reflective competence. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 234-235.

[Professionals in psychiatry need reflective competence](#)

精神医学の専門家は省察的能力を必要とされている

<要旨>

本稿では、精神医学が社会の力によってどのように形成されているか、精神医学の形成が国際社会の共有する哲学的前提にどのように影響されているか、Stein らの見解と一致する概念化能力という概念が精神医学の専門家にとって不可欠である理由を取り上げている。精神医学の方向性や信念は、ソーシャルメディア上のインフルエンサーによって煽られる社会経済の変動によって決定されており、精神障害の割合の増加は、精神医学の視点の変化によるものではなく、哲学的価値を反映した社会的プロセスによるものである。精神疾患が急増しているのは、精神疾患を発症する患者が増えたからではなく、個人の自律性という理想が世界中で正常の基準となっているからである。その中で、精神科医に求められる省察的能力とは、社会における概念的前提が臨床的ケアをどのように形成しているのか、この点に対して絶えず変化する認識を持つことである。精神科医は患者との接触から浮かび上がるものだけでなく、精神的苦痛に対する社会の見方も考慮に入れるのである。

<全文>

Stein らによる論文は、哲学と精神医学に関する研究における主要な理論的進歩について、包括的かつタイムリーな概観を提供している。著者らは、精神医学の壮大な認識論的疑問—分類をめぐる論争、精神医学の本質、心身問題—に対して、それぞれソフト自然主義、多元主義、4E 認知で応えている。私は彼らの考察に共感するものの、精神医学に対する自己中心的な見方には驚いた。著者たちは精神医学を、それが組み込まれている社会と関係なく、見事に孤立した科学的かつ臨床的な島と見なしている。ここでは、a) 精神医学が社会の力によってどのように形成されているか、b) 上述したことが国際社会の共有する哲学的前提にどのように影響

されているか、c) Stein らの見解と一致する概念化能力という概念が精神医学の専門家にとって不可欠である理由を考慮した視点を取り上げる。

精神医学は独立した学問ではない。薬理学、神経科学、心理学など、他の科学と絶えず対話している。実際、最近ほとんど無視されている記述的臨床現象学を除き、新薬の開発、画像診断や遺伝学の新しい技術、あるいは精神療法の再構築などを通じて、精神医学の外側でイノベーションが起こることが多い。人工知能の予測では、近い将来、精神医学における重要なイノベーションは、サイケデリック支援療法、ニューロモジュレーション(反復経頭蓋磁気刺激や脳深部刺激)、デジタル個別化精神医学に期待されるかもしれないという。

よく考えてみると、精神医学は他のどの医学分野よりも、科学ではなく社会によって決定づけられていることを認識すべきである。あらゆる精神症状は、結局のところ、一般的に正常であると合意されているものをもとに定義される。正常は科学によってではなく、社会によって確立される。正常とは、最も一般的とされる行動に準ずる、個人の行動である。文化や時代を超えた精神障害の有病率の変動は、専門家が科学的基準を巧みに適応することで引き起こされるのではなく、社会の波に押し流されているのである。自閉症や注意欠陥・多動性障害は、教育や生産性に対する考え方が変わること、100 倍も一般的になった。ミソフォニア(音嫌悪症)が精神医学で知られるようになり学術論文に散発的に掲載されるようになるずっと以前から、この病名は利益集団の間でインターネットを通じて世界的に飛び交っていた。精神医学はしばしば社会の発展から遅れる。1974 年に同性愛が DSM-II から疾患として消えたばかりであり、2019 年に性自認に関連する疾患が ICD-11 から精神疾患として消えたばかりである。

私たちは、精神医学がもはやそれ自体を形作るものではないことを受け入れるべきである。精神医学の方向性や信念は、精神科医や哲学者によってではなく、ソーシャルメディア上のインフルエンサーによって煽られる社会経済の変動によって決定される。現在進行中の精神医学のアイデンティティ・クライシスは、科学的な学問分野としての精神医学が、メンタルウェルビーイングという普遍的なテーマによって悲しいことに一般化され、自分自身をコントロールする術を失ってしまったという、まだ埋め込まれていない現実を引き起こされている。

『正常』は大きく変わった。長い間「メンタルヘルス」が規範であったが、今では「メンタルウェルビーイング」が最優先とされる。企業から大学まで、誇りを持つ機関はすべて「ウェルビーイング・オフィサー」を任命している。メンタルヘルスとは、精神疾患がないことを指す。一方、メンタルウェルビーイングとは、ポジティブな感情を経験する、人間関係を維持する、人生に意義を感じるなど、好ましい状態にあることを指す。メンタルウェルビーイングとは、自分の肌に合っていると感じ、レジリエンスがあり、人生を楽しめることを含む。メンタルウェルビーイングの「規範」を考慮すると、あらゆる人が潜在的な患者になっている。

精神障害は非常に広まっていると報告されている。およそ 7 人に 1 人が 1 つ以上の精神障害を抱えている。2020 年には、うつ病と不安障害の割合が世界全体で 25% 以上に上昇したと言われている。このような精神障害の割合の増加は、精神医学の視点の変化によるものではなく、哲学的価値を反映した社会的プロセスによるものである。この世に生まれ落ちたら、自律した個人、つまり、絶対的な信頼すべき完全に自己決定できる主体として、自分自身を作り上げることが期待される。私たちはみな、個人の自由が人生において到達可能な最高のものであるという前提で育てられている。西洋人が理想とする人間とは、最大の自由の中で、最大の利便性に囲まれ、絶対的な自己決定と最大の自己実現を目指して最もよく成長する自律的な人間である。より自律した個人への一步一步が、私たちを動物的本能から遠ざけ、進化のはしごをより高く昇らせていく。

無制限な自律性という西洋の理想は、消費主義と技術主義とともに、グローバル化されてきた。残念なことに、ほとんどの人はその理想に沿うことができない。第一に、その理想は達成不可能か、あるいは実現不可能である。第二に、自己最大化せよ、自分自身になれ、自分にはそれだけの価値があることを証明せよ、という社会的命令が絶え間なく浴びせかけられ、人々はストレス、疲労、トラウマ、燃え尽き、孤独、無用感、無意味を感じている。第三に、個人の自律という絶対的理想を重んじる社会の高い要求に応えられないために人々は苦しむが、この社会は精神的苦痛を許さない。失敗は許されない。個人の自律性は、私たちが成功し、常に自分をコントロールし、幸福を感じることを命ずる。精神的苦痛は容認されないので、精神的困難は、私たちが何ら個人的に責任を負う必要がなく、責められることもない精神疾患としてのみ許容される。

精神疾患が急増しているのは、精神疾患を発症する患者が増えたからではなく、個人の自律性という理想が世界中で正常の基準となっているからである。不安障害やうつ病が最も一般的な精神疾患であるのは偶然ではない。これらは、個人の自律性という不可能な要求を満たそうとする私たちの失敗を表している。私たちがより不安になるのは、世界がより危険になったからではなく(それどころか、世界はより安全になった)、コントロールしたいという私たちの欲求が分不相応だからである。私たちがより抑うつ的になるのは、人生が絶望的で無意味になったからではなく(その反対こそが実際正しい)、私たちがあまりに多くの選択肢に直面し、非現実的なほど高い期待に慣らされており、あらゆる失敗について自分自身を責めるが故である。

Stein らの論文で「概念化能力」について書かれているのを読んで嬉しくなった。私はもう一步踏み込みたい。精神科医の能力には、下記 3 つの異なるスキルが含まれるべきである。専門的能力(専門領域を実践するための理論的知識と訓練)、経験的能力(患者やクライアントと長年接することで身に付く臨床的専門知識)、省察的能力(自分の専門、その中で自分が担っている特定の役割、そしてそれらが社会からどのような影響を受けているかを振り返る力)である。

省察的能力とは、社会における概念的前提が臨床的ケアをどのように形成しているのか、この点に対して絶えず変化する認識を持つことである。健康と病、心と体、正常と異常といった哲学的前提は、グローバル化しデジタル化した世界では常に変化している。哲学的前提が、気づかないうちに、診断と治療の妥当性を決定する。だからこそ、私たちの職業について考えることは、すべての専門家の基本的なスキルの一部なのである。宝石商が宝石をデザインするだけでなく金の価格を計算するように、精神科医は患者との接触から浮かび上がるものだけでなく、精神的苦痛に対する社会の見方も考慮に入れるのである。

精神医学の危機を受けて、専門家仲間は「精神医学の知識の創造と訓練の根本的な再考」を求めた。ある調査によると、メンタルヘルスの専門家の 65.2%が、自らの職業に関連する概念のかつ哲学的な問いに苦慮しており、この知的課題に直面するための準備が訓練によって十分に整えられていると感じているのはわずか 4.3%である。個人の精神病理学を超えて、現代社会の哲学的価値について思い巡らせることは、精神医学の仕事なのだろうか。しかしまた、私たちに選択肢があるのだろうか？

〔翻訳:押切 謙一〕

■J. Z. SADLER. Launching the social philosophy of psychiatry. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 237-238.

[Launching the social philosophy of psychiatry](#)

精神医学の社会哲学の立ち上げ

<要旨>

本稿は、精神医学を社会哲学と絡めて社会文化的背景から再考し論じたものである。まず電子カルテ導入による臨床現場の変化について技術哲学の観点から論じ、次にポスト真実(post-truth)を一例とする社会の支配のあり方と現代精神医療の課題について触れている。最後に、AI の普及に関連して、今後懸念される社会的影響と、精神病理のアナロジーとしての AI の存在について論じている。

<全文>

Stein らは、心(mind)-脳(brain)-世界(world)の三位一体を中心に据えた哲学-精神医学分野の最先端のレビューを提供している。彼らはこの分野の過去 30 年にわたる活動を総括し、「身体化された認知(embodied cognition)」について、現在から未来に向けた考察に結実させるという仕事を見事に成し遂げている。

ここで、別の方向性に目を向けたい。歴史学から外在主義者(externalist)／内在主義者(internalist)の区別を借用すると、精神医学の外在主義哲学は、精神医学の社会哲学と言い換えられるかもしれない。精神医学の外在主義的哲学は、精神疾患とその治療に関する概念を形成する社会的・文化的世界の役割を考察するが、社会現象を複雑な因果関係にある環境的要因として考えれば、この複雑な因果関係は精神病理学的現象に収束する。自由意志の概念を、「複雑化する社会環境の構造的特徴」とともに、「人間という生物の構造的特徴」の観点から再考したい。技術哲学、社会認識論、形而上学、政治哲学、哲学的人間学を駆使して、臨床診断、研究、理論を社会文化的文脈に位置づけ、この文脈を知ること、私たちはメンタルヘルス・プロジェクトに新たな明晰さを見出す

ことができる。

この抽象的な一般論をより鮮明にするために、急速に変化している今日の事例をいくつか挙げてみる。精神医学の社会哲学者が発展させるべき 3 つの領域として、電子カルテによって包摂される臨床活動に関する問題、メンタルヘルスにおける国家による支配の役割、人工知能(AI: artificial intelligence)の精神病理について、ごく簡単に触れておこう。

ハイデガーは 1977 年、当時発展しつつあった技術哲学に「集立(enframing=枠づけ、Gestell(独))」という概念を導入した。「集立」とは、技術が自らの目的のために資源を利用し、人間の目標からはますます遠ざかる形で資源の「用像(standing reserve=在庫、Bestand(独))」を形成する傾向を指す。ハイデガーの思考は、「技術が問

題を解決し、それがまた新たな問題を生み出し、新たな技術的解決策を必要とする」といった、今日ではおなじみの技術哲学の言葉のあやを生み出した。世界中の臨床現場で、電子カルテの導入によって、このような技術の不可避性の再帰的な拡張が起きている。若手の研修医が診断基準に当てはめて臨床所見のチェックボックスを埋めるのに追われ、記録の形而上学的構造に「集立」され、患者の大きな物語像を見逃してしまい、問診や診断のスキルが低下していることを、精神科の指導責任者たちは、すでに指摘している。ハイデガーにとって「集立」が有害なものであった理由は、上述のチェックボックス式の診察のように、技術が我々人間の思考様式を変えてしまうからである。幸いなことに、技術哲学者たちはこの一連の問題に以前から取り組んでおり、精神医学の哲学者たちも豊富な文献に触れることができる。このデジタルな「集立」に対する反応もすでに始まっているのである。

考古学者／人類学者チームである D.Graeber と D.Wengrow は、社会の不平等の起源と国家(政府など)の起源に特別な関心を寄せ、世界史を再考している。彼らは考古学的・人類学的科学的なアプローチにより、社会科学者としては、文書という制限から解放されてその「痕跡」を解釈することができる。彼らは文化的遺産を研究することで、数千年にわたる共同体生活の多様性を証明することができ、その中で主要な洞察のひとつは、他者による人々の支配、たとえば社会的支配を構成する共通項に関してである。彼らは、支配された共同体のほぼすべての文化的形態において、単独、もしくは二重、三重に現れる三つの要素を特定している。それは、「暴力による支配」、「知識による支配」、そして「カリスマ性による支配」である。「暴力による支配」とは、戦争や犯罪の管理など、他者に暴力を行使する権限を与えられている人々による支配のことである。「知識による支配」とは、何を真実や知識とみなすかを操作することによる支配、「カリスマ性による支配」は、力を持つとする集団の説得力、つまり信者や信奉者を仲間にも引き入れる能力による支配である。

支配が最も成功するのは、これらの三位一体の三要素すべてを押さえたときであると著者は指摘している。また、3つの要素を押さえるための手段は決定的なものではなく、例えば、民主主義的支配、帝国主義的支配、ファシズム的支配のいずれもありうると述べている。これらの概念と現在の世界情勢との関連性を詳述する必要はないが、精神医学の社会哲学との関連性を指摘することはできる。私たちはこの約10年間、ポピュリストによる権威主義の台頭を目の当たりにしてきた。つまり「カリスマ性」の要素である。そして科学者、教授、哲学者、知識人、医師といったいわゆる「エリート」に対する信頼が失われている。さらに重要なのは、「ポスト真実(post-truth)」という言葉や、公然の嘘が悪から善に変化したことよって、これまでの「知識による支配」の形が侵食されつつあることだ。また、「暴力」による支配も世界的に揺らいでいる。ソーシャルメディアが従来の「暴力による支配」の体制(取り締まり、裁判所、市民的自由、法の支配、従属性)に立ち向かうことが可能になったことが一因であり、例えば「#Icantbreathe」、「#metoo」といったお馴染みのメッセージや、2021年1月6日に起きた前代未聞の米連邦議会議事堂襲撃事件などが挙げられる。精神医学の哲学者にとって、このような社会的変化から派生する課題は膨大である。理解しやすいものとしては、臨床医がこのような現象をめぐってどのようにコミュニケーションをとるのか、といった問題がある。他にも、間違った信念が「妄想」でなくなるためには、何人の人がそれを信じなければならないのか、といった定義にかかわる問い、さらに、国家機関への信頼が失われつつあるポスト真実の世界では何が精神的健康と言えるのか、といった陰險な問題も存在する。

この数カ月で、我々は大手情報技術企業が提供するAI技術の爆発的な普及を目の当たりにしてきた。また、多くの利用者やコメンテーターからは、湧き上がるような熱狂と同時に、終末論的な懸念も聞かれる。こうした両極端な反応の間にあるのが、進化するシステムに対する体系的な評価である。我々は、人間のバイアスがAIに取り込まれ、後の使用においてバイアスの永続化につながる様子を見てきた。また、普通の質問をした時に、自然言語デバイスが馬鹿げた結果や恐ろしい結果をもたらす様子も目の当たりにしてきた。精神医学の社会哲学者は、人間とAIによるオンライン上の逸脱した交流が「ループ効果(looping effect)」を生み出す可能性を想定し、その社会的影響を懸念している。この分野の研究の中には、逸脱したAIの反応を、精神病理のアナロジーとして扱うものもある。また、AI技術を人間の心理現象の説明モデルや治療開発ツールとして利用することを検討している例もある。また、ソーシャルメディア環境における医療やその他の情報についての論争にAIが関与し、AIの精神病理と前述の社会支配理論が結びつけられることも想定される。これらの研究の背景となる議論は、「精神医学哲学の父」であるK.ヤスパースに訴えかけており、この潜在的な研究はすべて、広く開かれた、深く重要なものである。

〔翻訳: 中村 理乃〕

[Another “and”: philosophy as glue](#)

もう一つの「と(and)」: 繋ぎとめるものとしての哲学

<要旨>

精神医学の哲学の統合理論として Stein らによる「embodied/4E」理論が脚光を浴びている。しかし、精神医学および精神医学の哲学は常に「ひとつのメッセージに向かって崩壊する」危険をはらんでおり、Stein らの議論も例外ではない。Stein らは《訓練による専門知》の重要性を述べるが、メンタルヘルスの研究と実践において真に重要なのは、《経験による専門知》が《訓練による専門知》と協働を行うことだ。また哲学の役割とは、複雑な問題をひとつの視座のもとに強引に解決することではなく、多様なメッセージをまとめる際に概念をつなぎとめる作用を果たすことだ。《経験による専門知》と《訓練による専門知》とのあいだの〈協働による生産〉の重要性を明らかにすることで、哲学のこの役割もより一層、強固になっていくだろう。

<全文>

Stein らの論文は精神医学の哲学にタイムリーな視点をもたらしているが、この論文がレビューしかつ喧伝しているのは「embodied/4E」と呼ばれる統合的な心的モデルである。

実際、Stein らの論文はこの分野を特徴づける協調性をうまく捉えている。1990 年代以来、世界中で花開いた精神医学の哲学のルネサンスは、「心(psy)」についての分野の多くを台無しにしてしまうような仲間内の分裂を大部分が回避してきた。

実際、Stein らは統合的な立場を取っており、そこで終始、重要になる接続詞は「と(and)」だ(例えば、「西洋」と「東洋の哲学」「事実」と「価値」というように)。また「哲学」と「精神医学」という言葉自体も、「精神医学」と「哲学」と交換可能なものとして用いられている。さらに、論文ではさまざまな多元主義について有用な議論が行われている。そこでは「embodied/4E」は万能の治療薬としてではなく、むしろ統合のための一つのモデルとして提示されている(例えば、心と身体、規範主義と自然主義の統合など)。

ところでスイスの歴史家で精神科医の P.Hoff は、精神医学の歴史とは、ひとつのメッセージしか発せない神話に向かう一連の崩壊であると述べている。Stein らが述べたように、「二項対立という立場にはわかりやすいという利点がある」からだ。だから精神医学の哲学が派閥争いを避けてきたことは、ある意味で強みといえる。しかし同時に、この分野を脆弱にもしている。

もうひとつの「と(and)」が必要なのは、まさにこのためなのだ。Stein らの論文で賞賛されているさまざまな《訓練による専門知(expertise-by-training)》に加えて、私たちは患者とケアラーの《経験による専門知(expertise-by-experience)》について考えるべきではないだろうか。

誤解のないように言うと、Stein et al も、いわゆる「生きられた経験(lived experience)」「主観的な経験(subjective experience)」「個別の経験(individual experience)」および「なまの経験(first-person experience)」の重要性を強調している。

しかしここで強調すべきなのは、《訓練による専門家(experts-by-training)》と《経験による専門家(experts-by-experience)》のあいだの〈協働による生産(co-production)〉が、臨床、研究および精神医学の哲学のどの分野においても重要になってきていることかもしれない。そしてその重要さは、それぞれの分野の内部だけでなく、メンタルヘルスケア全体に及ぶ。では、それぞれの分野について手短かに見ていこう。

まず、臨床の文脈で〈協働による生産〉が重要なのは、それが〈回復を志向した実践〉だからだ。なぜなら生活の質(QOL)を回復することを目的とした実践において生活の質を定義するのは、患者にとっていったい何が問題で、重要なのかという価値観だからだ。

つまり定義から必然的に、どんな場合でも、回復の基準は患者の《経験による専門知》により導かれるのである。

もちろん《訓練による専門知》も今後とも重要だ。特に重要になるのは、回復を支えるためのエビデンスに基づいた介入について助言を行う場合、(拒食症などのように)患者にとっての回復を定義する価値観に共感することが難しく、価値観の解釈を行わないといけない場合、そして(強制治療などのように)価値観が対立する状況で調整を行う場合だろう。

《経験による専門知》が臨床において重要だからといって、《訓練による専門知》の価値が失われるわけではない。むしろ、両方が必要なのだ。繰り返すが、〈協働による生産〉に必要なのは接続だ。分離ではない。しかしここで重要なのは、《経験による専門知》なしには〈回復を志向した実践〉を始めることさえできないということだ。

神経科学の研究も似たような状況にあるが、この分野では心におけるトランスレーションを扱う際に〈協働による生産〉が重要になっている。

精神医学にとって際だって困難といえるのは、神経科学の研究を臨床的なケアにトランスレーションできた割合が低いままであることに対して、精神医学に関わる科学者自身がより一層、批判的になっていることだ。例えば、DSM-5 の構築とそれに対する批判という出来事はこのことと深い関わりがあった。

研究出資者は《経験による専門知》を以前よりも要求するようになっているが、《経験による専門知》があったとしても、トランスレーションの進歩を保証できるとはまだいえない。しかし〈協働による生産〉を進めていけば、研究者と患者のあいだで同じ目的を共有することが必要となるため、少なくともこの分野での成功のビジョンを研究者と患者とで共有することが可能になるだろう。

〈協働による生産〉は今や精神医学の哲学の特徴でもある。少なくとも 1990 年代のルネサンスの際は、精神医学の哲学において分析哲学と大陸哲学はどちらも〈協働による生産〉の方法論を用いていた。

オックスフォード大学では、パンデミック以前から哲学科とメンタルヘルス機構 (Mental Health Foundation、ロンドンを拠点とする NGO で、メンタルヘルスに関わる活動を行っている) とのあいだで組織間協働が行われており、現在も精力的に活動が行われている。

最近、設立されたジョイントベンチャーの中には、ウェルカム・トラストから資金提供されている哲学と新しいパブリックメンタルヘルス・モデルのためのプログラムがあるが、この共同代表を務めるのは哲学者の A.

Bergqvist と《経験による専門家》の D. Crepaz-Keay である。

〈協働による生産〉が精神医学の哲学においてなぜ重要なのかをより広い視点で見れば、それは哲学の機能をどう理解するかと関連がある。

Stein らは多元主義のような複雑な概念を形成する際に、多様な哲学分野がおのおのの役割を果たしてきたことを強調している。

この例においても、似たような複雑な概念の形成においても、哲学が果たすべき機能とは、複雑な問題を解決してしまうことではなく、そうした問題に対する答えを早急にクロー징するのを避けることだ。なぜならそうした性急な答えは、その答え自身が求めるような形で問題を単純化してしまえば非常に説得力があるものになるが、しかし答えとしては全く間違っているからだ。

精神医学において、「早急なクロー징を避ける」という哲学の機能は、Hoff のいった「同じメッセージしか発せない神話に向かう崩壊」への防波堤として特に重要だ。

繰り返すが、〈協働による生産〉は成功を保証できるわけではない。しかし、ポジティブな点もある。例えば〈協働による生産〉自体、結局のところ Stein らが賞賛するような統合的モデルのひとつだということ、また他の類似のオープンシステム (例えば多分野協働やダーウィン主義的進化論) がこの原則を証明してくれること、そして現代の事例のうちいくつか、精神医学の哲学において以前の《訓練による専門家》パラダイムよりも〈協働による生産〉のほうが効果的だと証明してくれていることだ。

したがって、《訓練による専門家》との〈協働による生産〉が、複雑な問題への早急なクロー징を避けるという哲学の役割を強固にしてくれる限りにおいて、精神医学の哲学はメンタルヘルス全体における臨床実践と研究のあらゆる分野で役割を果たすことができるだろう。

Stein らも当然、認めているように、いかなるレビューも深さと広さのバランスを取らなければならない。しかしそれは、人文科学のように、EBM におけるエビデンスの階層のような広く受け入れられた外部の基準がない分野では特に難しいことだ。

けれど、これはひょっとすると「良いこと」かもしれない。そもそも、エビデンスの階層にさえ一定の限界はあるのだ。

しかし、Stein らが北米の哲学者 H. Putnam を引用したのに倣って、私も、事実と価値観について Putnam が提唱した「対立なき区別」により注意を払うよう勧める。なぜなら〈価値観に基づく医療〉の理論的な支柱は、自然主義 (「柔軟な」ものにせよそうでないにせよ) ではなく「対立なき区別」だからだ。

また科学の規範性についての有用な議論としては、J. Sadler が DSM の根底にある価値観について行った、意味論についての言語学的な分析があげられるだろう。

さらに「embodied/4E」が精神疾患を「意味生成の破綻」として説明する理論だといわれていることを考えると、私は「妄想」という困難に力点を置くことを勧めたい。「妄想」はイギリスの心の哲学者 N. Eilan が印象的に語っていわく、「理解をすると同時に奇妙さを認識しようとする」という困難だからだ。

協調性を重んじるアプローチが成功し続けていると示すことで、Stein らは精神医学の哲学の再興に重要な貢献をしてきた。

しかし、成功はいつだって困難を運んでくる。研究資金や栄誉などを得るための競争だ。そして何より、この成功によって Hoff のいう「ひとつのメッセージしか発せないような神話に向かったの崩壊」が今度は Stein らの理論を中心に起こってしまう危険が生じる。

複雑な問題についての早急なクロージングを避けるために、Stein らのこのようなメンタルヘルスの統合モデルに必要とされる多様なメッセージをまとめようとするとき、哲学は概念を繋ぎとめるものとしてその営みに貢献できる。

《経験による専門家》と《訓練による専門家》のあいだの〈協働による生産〉がメンタルヘルスのあらゆる研究分野と実践分野で重要だということを強調し、十分に明らかにすることで、この繋ぎとめる作用はより強固なものになるだろう。

〔翻訳:宮本 紘子〕

■M. SPITZER. Hallucinating mice, psychotherapy in the brain, and computational psychiatry: the future of psychiatry is now. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 242-243.

[Hallucinating mice, psychotherapy in the brain, and computational psychiatry: the future of psychiatry is now](#)

幻聴マウス、脳内での心理療法、計算論的精神医学:精神医学の未来は今ここにある。

<要旨>

ステインらの精神医学の概念的基礎についての哲学的根拠に基づいた概説に対して考察を行うとともに、精神病理学のマウスモデル・脳内での神経調節や可塑性メカニズムを因果関係をもってして解明できるような技術・計算論的精神医学の発展を特に取り上げ、これらによって精神疾患の概念が大きく発展していくことへの期待を述べている。

<全文>

スタインらは、精神病理学の基礎から臨床への応用に至るまで、精神医学の概念的基礎について哲学的根拠に基づいた概説を行っている。彼らは、a)医療における事実と価値の重要性、b)存在論、説明、価値に関する科学への多元主義的アプローチの必要性、c)理論と臨床における統合的概念としての「身体化された認知」の有用性を強調している。私は 40 年以上臨床精神科医として働き、過去 30 年以上システム神経科学を研究してきたが、この分野の基礎に関する彼らの考えに拍手を送りたい。以下では、私の個人的かつ科学的な観点から、いくつかの考察を加えたい。

私はスタインらの a)と c)を心から支持する。医学は科学であり、科学は(定義上)事実についてのみ扱うものである、と主張する人は誰でも、「痛み」、「苦しみ」、「病気」、「疾患」という用語が否定的な評価を意味すること、すなわち、「私は x が嫌いだ」、「私は y のおかげでとても幸せだ」というような発言が何を意味するのかを理解していない人には理解できないことを思い起こさなければならない。具現化された心としての私たちの心の空間的・時間的有限性ととも、喜びと痛みは私たちに主体性と目的を与え、進化がもたらした最も社会的な霊長類である私たちに、人生をより良くするための努力をさせてくれる。成功した場合、精神科医が必要とされることはほとんどない。失敗した場合、精神科医が必要とされる。

b)に関しては、いくつか考えてみたいことがある。多元主義的なアプローチの代わりに、科学(存在論と説明)に関してはマルチモーダルなアプローチ、文化的な違いに関してはオープンで寛容なアプローチについて述べたいと思う。説明しよう。イギリス、中国、フランス、サン、パプアの科学というものは存在しない。「科学」があるだけである。現実との経験的な結びつきにおいて、科学は常に変化してきており、異なる学派間の戦いもその歴史の大きな部分を占めてきた。しかし、科学はその内なる理論的核心においては、驚くほど安定している。集合論、ニュートン物理学、アインシュタイン物理学、量子物理学、周期系、進化論、遺伝学などは、漸進的に成長し、膨大な知識を生み出してきた。どの「醜い事実」が、今述べたようなアプローチのどれかと矛盾するような認識力や重みを持つのか、想像するのは難しい。確かに、これまでも(そしてこれから)、科学の進歩によって疑問視されることはあるだろう。しかし、科学と現実との経験的なつながりから、その内なる核心に近づけば近づくほど、疑いの可能性は小さくなる。

以下では、最近の 3 つの研究領域について簡単に触れることで、精神病理学と精神医学へのマルチモーダルなアプローチを例示したい: a) 脳の状態と心の状態との因果関係を確立することを可能にする、さまざまな精

神病理学のマウスモデル、b) 神経調節(ドーパミン、アセチルコリン、ノルエピネフリン、セロトニンなどの低分子による)と神経可塑性(シナプスレベルから皮質レベルまで)の概念、c) 人工知能研究の一環としての計算精神医学。

私のキャリアの大部分において、医学、特に精神医学におけるマウスモデルには関心がなかった。マウスモデルは、新薬のテストには有効であり(私たちの医薬品群のほとんどはセレンディピティによって発見されたものではあるが)、その作用機序についてはかなり限定的な洞察をもたらしてきた。しかし、サイコーシスの中核症状(幻覚、妄想、形式的な思考障害)を理解したり、遺伝子と複雑な人間環境との相互作用に関する洞察を得るためには、マウスモデルは役に立たないように思われた。しかし、この 5 年間でこの状況は一変した。いくつか例を挙げよう。

眼球運動による脱感作と再処理(EMDR)は、心的外傷後ストレス障害(PTSD)の治療に用いられる心理療法の一つであり、両側感覚交互刺激(ABS)を用いる。その作用機序を研究するために、条件付恐怖の誘発、その消去、消去に対する ABS の影響のモニタリングを可能にするマウスモデルが導入された。ABS を併用すると、恐怖の消失はより顕著になり、持続時間も長くなった。一旦これが確立されると、恐怖の持続的減衰を媒介する基底側扁桃体の恐怖をコードする細胞の活性を抑制する神経経路(上丘から視床中背部を経由する)が解明された。「これらの結果を合わせると、トラウマ記憶を持続的に減衰させる効果的な戦略の根底にある神経回路が明らかになる」。

マウスモデルを使って幻聴を研究するためには、マウスに幻聴を感じるように訓練する必要がある。つまり、第一に、ランダムなノイズの中で顕著な刺激(音)を知覚するように訓練し(誤認)、第二に、この知覚を多かれ少なかれ現実のものとするように訓練した(現実確認)。どちらの反応も確実に誘導することができる。光遺伝学および化学遺伝学的手法により、腹側被蓋野と線条体においてドーパミンレベルが上昇する神経経路が発見された。「これらの知見は、ドーパミンの上昇により、現在の感覚的証拠に対して事前の期待に有利なバイアスが生じるため、幻覚が生じるという考えを支持するものである」。

「解離」という用語は、知覚、思考、意識、そして時間、空間、現実、自己の経験に関わる広範な状態を示す。解離状態を確実に引き起こす薬物の効果を調べたマウスモデルでは、後頭葉皮質の第 5 層における非常に特異的なリズム振動が解離状態に必要なかつ十分なものとして発見された。さらに、てんかん患者において、解離性前兆の際に対応する脳領域で同様の振動が見られた。この発見は、定義が不明確で理解が乏しいにも関わらず頻繁に使われていた概念を、19 世紀から 21 世紀へと飛躍させた。

マウスの脳の発達段階(2 日目から 9 日目)において、逆境(人間の貧困、移民、ネグレクト、虐待に類似したもの)は、成人期の行動機能障害(報酬感受性の低下)につながる回路を確立し、人間の PTSD に非常によく似ている。

光遺伝学的モデルによって、心と脳の領域で初めて、単なる相関関係ではなく、因果関係を立証することが可能になったことを理解することが重要である。したがって、この方法は精神病理学の近未来において大いに実りあるものになるはずである。

神経調節と神経可塑性の概念は、シナプス可塑性によって引き起こされる長期的な(「慢性的な」)心の変化だけでなく、急性の心の状態(神経調節物質の増加、減少、または調節異常によって誘発される)など、神経科学に基づく幅広い精神現象の簡明な説明を可能にする。マウスモデルでは、神経調節の変化(腹側被蓋野のドーパミン増加)が幻聴を引き起こす。この症状は(マウスと急性期の患者において)ドーパミン拮抗薬で容易に治療することができる。このような体験がシナプス可塑性によって定着すると、ドーパミン亢進に依存しなくなるため、抗精神病薬による治療は難しくなる。

そしてついに、1980 年代後半から 1990 年代にかけて、数人の精神科医によって、ニューラルネットワークが精神現象の計算モデルに使われ始めた。計算精神医学がいずれ軌道に乗ることは予想していたが、この人工知能の新しい形が、楔形文字の解読からタンパク質の折り畳み、薬の設計、天気予報、さらには次世代のハードウェアやソフトウェアの設計にまで応用されるようになるとは、誰も想像していなかっただろう。人工知能は精神医学を変えるだけでなく、文字や印刷機、インターネットの発明と同じように、世界を変えようとしている。

〔翻訳:川竹 絢子〕

RESEARCH REPORTS

■J. RADUA, M. DEPRISCO, V. OLIVA ET AL. Impact of air pollution and climate change on mental health outcomes: an umbrella review of global evidence. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 244-256.

[Impact of air pollution and climate change on mental health outcomes: an umbrella review of global evidence](#)

大気汚染と気候変動がメンタルヘルスに及ぼす影響:世界的エビデンスを網羅した総括的レビュー

<要旨>

大気汚染と気候変動がメンタルヘルスに与える影響について、32 のシステマティックレビューを分析した。その結果、主に大気汚染がメンタルヘルスに関連しており、溶剤への長期暴露と認知症や認知障害の高い発生率、妊娠後期の直径 $10\mu\text{m}$ 以下の浮遊粒子状物質(PM10)への曝露と産後うつ病の発生率、二酸化硫黄(SO₂)への短期曝露と統合失調症の再発、がそれぞれ関連していることが挙げられた。気候変動に関しては、温度上昇が自殺行動や精神障害に関連する死亡率、精神医療制度の利用に影響を与えることが示唆された。

大気汚染と気候変動は世界的にメンタルヘルスに大きな影響を与える可能性があり、今後の研究と集団衛生対策において重要な目標となることが確認された。

<抄録>

大気汚染や気候変動がメンタルヘルスに与える影響について、最近強い懸念が持たれている。しかしながら、関連するバイアスに対処しながら既存のエビデンスを分析した包括的な概説は不足している。この総括的レビューは PubMed/Medline、Scopus、PsycINFO のデータベース(2023 年 6 月 26 日まで)を用いて、大気汚染や気候変動とメンタルヘルスの転帰との関連を調査したメタ解析を含むシステマティックレビューを体系的に探索した。

我々は R の metaumbrella パッケージを使って、感度分析によって補完された、いくつかのバイアスに対処する基準(すなわち、説得力のある、非常に示唆的、示唆的、弱い)に従って、エビデンスの信頼性を計算し階層化した。

また、大気汚染や気候変動の危険への曝露とメンタルヘルスの転帰との関連について、284 件の個別研究と 237 の関連性を検討したメタ解析を含む 32 のシステマティックレビューを対象とした。

ほとんどの関連($n=195$, 82.3%)は大気汚染に関連しており、残り($n=17.7\%$)は気候変動の危険因子(主に気温: $n=35$, 14.8%)に関連している。

メンタルヘルスの転帰のほとんどの関連($n=185$, 78.1%)が精神障害に関するもので、自殺行動($n=29$, 12.4%)、精神医療制度の利用($n=9$, 3.7%)、精神障害に関連する症状($n=8$, 3.3%)、複数のカテゴリーを合わせたもの($n=6$, 2.5%)が続いた。

12 の関連(5.0%)が説得力のあるエビデンス(クラス I)または非常に示唆的なエビデンス(クラス II)に達している。

大気汚染への曝露に関しては、溶剤への長期暴露と認知症または認知障害の高い発生率(オッズ比、OR=1.139)との関連については説得力のある(クラス I)証拠があり、いくつかの汚染物質への長期暴露と認知障害の高いリスクとの関連については非常に示唆的な(クラス II)証拠があった(一酸化炭素(CO)の高濃度群と低濃度群を比較すると認知症の発生率が高い: 一酸化炭素(CO):OR=1.587; また窒素酸化物(NO_x)が $1\mu\text{g}/\text{m}^3$ 増加すると血管性認知症の発生率が高くなることが示された: ハザード比 HR=1.004)。

また、妊娠後期の直径 $10\mu\text{m}$ 以下の浮遊粒子状物質(PM10)への曝露と分娩後うつ病の発生率との関連($1\mu\text{g}/\text{m}^3$ 増加あたり OR=1.023)、二酸化硫黄(SO₂)への短期曝露と統合失調症の再発との関連(曝露 5 日後および 7 日後にそれぞれ $1\mu\text{g}/\text{m}^3$ 増加あたりリスク比 RR=1.005 および 1.004)についても、非常に示唆的な証拠(クラス II)があった。

気候変動の危険因子については、気温上昇への短期曝露と自殺または精神障害に関連した死亡率(RR=1.024)、自殺行動(RR=1.012)、自殺行動または精神障害による病院へのアクセス(すなわち、入院または救急外来受診)(RR=1.011)または精神障害のみ(RR=1.009)との関連について、非常に示唆的な証拠(クラス II)があった(1°C 上昇あたりの RR 値)。

また見かけの温度(人間が感じる温度相当値)の上昇への短期曝露と自殺行動(1°C 上昇につき RR=1.01)との関連についても、非常に示唆的な証拠(クラス II)があった。

最後に、サイクロン曝露の時間的近接性と心的外傷後ストレス障害の症状の重症度との関連については、非常に示唆的な証拠(クラス II)があった($r=0.275$)。

上記のほとんどの関連性は大ききこそ小さいが、その範囲は世界の全人口に及んでおり、それゆえ大きな影響を及ぼす可能性が高い。

この総括的レビューでは、大気汚染と気候変動がメンタルヘルスに及ぼしうる世界的な負の影響を初めて分類・定量化し、将来の研究と集団衛生対策に役立つエビデンスに基づく目標を特定する。

〔翻訳:早川 可奈子〕

■E. SCHRAMM, M. ELSAESSER, C. JENKNER ET AL. Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 257-266.

[Algorithm-based modular psychotherapy vs. cognitive-behavioral therapy for patients with depression, psychiatric comorbidities and early trauma: a proof-of-concept randomized controlled trial](#)

うつ病、精神科的合併症、早期トラウマの患者に対するアルゴリズムに基づくモジュール式心理療法と認知行動療法の比較:概念実証ランダム化比較試験

<要旨>

本試験は、個別化治療アルゴリズムを用いたモジュールベースの心理療法における実現可能性、受容性、有効性を調査した初めてのランダム化比較試験である。精神科的合併症と早期トラウマを有するうつ病患者において、実行可能性と受容性の高さが示された。

<抄録>

心理療法の効果量は、現在、低レベルから中レベルで停滞している。アルゴリズムに基づくモジュール式の手順によって心理療法を個別化することで、転帰の改善、柔軟性の向上、研究と臨床とのよりよい適合が期待できる。しかしながら、個別化治療アルゴリズムを用いたモジュールベースの心理療法の実現可能性と有効性に関する証拠は不足している。この概念実証ランダム化比較試験は、DSM-5 の主要診断が大うつ病性障害であり、24 項目のハミルトンうつ病評価尺度(HRSD-24)の得点が 18 より高く、DSM-5 のための構造化臨床面接(Structured Clinical Interview for DSM-5: SCID-5)による精神医学的診断が少なくとも 1 つ併存し、小児期トラウマ質問票(Childhood Trauma Questionnaire: CTQ)の少なくとも 1 つの領域において、少なくとも「中等度から重度」の小児期虐待の既往があり、早期トラウマに関連するトランス診断 3 つの尺度(拒絶感受性質問票[RSQ]、対人反応指数[IRI]、感情調節困難度尺度-16[DEERS-16])のうち少なくとも 1 つにおいてカットオフ値を超えている成人外来患者 70 人を対象に実施された。患者は、標準的な認知行動療法単独(CBT)または CBT + メカニズムに基づく治療アルゴリズム(MoBa)に従ったトランス診断モジュール(transdiagnostic modules)のいずれかに無作為に割り付けられ、16 週間にわたって 20 セッションが提供された。我々は、MoBa の実施可能性を評価し、参加者とセラピストの総合的な満足度と治療同盟の評価(Working Alliance Inventory - Short Revised, WAI-SR を使用)、有効性、早期トラウマに関連したトランス診断メカニズムへの影響、安全性に関して、MoBa と CBT を比較することを目的とした。有効性の主要評価項目は、治療後の HRSD-24 スコアであった。副次的アウトカムとしては、特に奏効率(ベースラインから HRSD-24 スコアが 50% 以上減少し、治療後のスコアが 16 点未満と定義)、寛解率(治療後の HRSD-24 スコアが 8 点以下と定義)、社会的脅威反応、過覚醒、社会的プロセス/共感といった早期トラウマ関連メカニズムの改善が挙げられた。個々の患者におけるトランス診断モジュールの選択、上記のカットオフの適用、および MoBa の実施に困難はなかった。MoBa の方が CBT よりも、参加者、セラピストともに全体的な満足度が高く、WAI-SR の評価も高かった。どちらのアプローチも治療後に抑うつ症状の大幅な軽減をもたらしたが、MoBa の CBT に対する優位性は有意ではなかった。MoBa に無作為に割り付けられた患者は、治療終了時に寛解を経験する可能性が 3 倍近く高かった(29.4% vs 11.4%; オッズ比、OR= 3.2、95% CI: 0.9-11.6)。メカニズムに基づくアウトカムのうち、MoBa 患者は CBT 患者に比べ、社会的プロセス/共感において治療後有意に高い効果を示し($p<0.05$)、一方 CBT 患者では治療後にこれらの領域の悪化が見られた。MoBa では、CBT と比較して有害事象の報告が大幅に少なかった。これらの結果は、精神科的合併症と早期トラウマを有するうつ病患者において、CBT を補完するアルゴリズムに基

づくモジュール式心理療法の実現可能性と受容性を示唆している。有効性の初期エビデンスは観察されたが、潜在的な臨床的利点や治療結果における個人間の不均一性については、十分な検出力を有する確認試験で調査する必要がある。

〔翻訳:城谷 麻衣子〕

■P. CUIJPERS, C. MIGUEL, M. CIHAROVA ET AL. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 267-275.

Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis

8つの精神疾患における心理療法の絶対的および相対的アウトカム: システマティックレビューおよびメタ解析

＜要旨＞

心理療法はほとんどの精神疾患において第一選択の治療だが、そのアウトカムについての研究は未だ不十分である。8つの精神疾患(大うつ病性障害、社交不安障害、パニック障害、全般性不安障害、特定の恐怖症、心的外傷後ストレス障害、強迫性障害、境界性パーソナリティ障害)について、システマティックレビューとメタ解析を用いて複数の心理療法のアウトカムを解析した。その結果、ほとんどの心理療法はコントロール条件と比較して治療効果を認めたが、絶対的奏成功率(治療後判定でベースラインから50%以上の症状減少を認めた患者の割合)は限定的であった。

＜抄録＞

心理療法はほとんどの精神疾患において第一選択の治療法だが、その絶対的なアウトカム(奏成功率と寛解率)はヘルスケアを受ける人、医療従事者および政策立案者にとって有用であるにもかかわらず、十分に研究されているとはいえない。

我々は以下の8つの精神疾患に対して、心理療法の絶対的および相対的アウトカムを検討することを目的とした。対象とした疾患は大うつ病性障害(MDD)、社交不安障害、パニック障害、全般性不安障害(GAD)、特定の恐怖症、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、強迫性障害(OCD)および境界性パーソナリティ障害である。

Metapsy initiative(www.metapsy.org)に掲載されている複数のリビングシステマティックレビューを利用し、文献調査、研究対象の選定基準とデータの除外基準、および分析の形式について共通の方法を用いた。

また文献調査を行い、主要な書誌データベース(PubMed、PsycINFO、Embase および Cochrane Register of Controlled Trials)の2023年1月までのデータを使用した。ここで対象としたものはランダム化比較試験で、8つの精神疾患のいずれかについて診断面接を用いて疾患の有無を判定し、心理療法を実施した群とコントロール群(待機群(waitlist)、通常ケア群(care-as-usual)またはプラセボ群(pill placebo))との比較検討を行ったものであった。

これらのデータに対してランダム効果、ペアワイズメタ解析を実施した。主要アウトカムは治療条件とコントロール条件における絶対的奏成功率(治療後判定でベースラインから50%以上の症状減少がみられた割合)とした。副次アウトカムは奏成功率の相対的リスク(RR)や、治療必要数(NNT)などとした。

ランダム効果メタ解析の対象となったのは試験441件(被験者数33881例)で、心理療法の奏成功率は限定的であった。MDDでの奏成功率は0.42(95%信頼区間0.39~0.45)、PTSDでの奏成功率は0.38(95%信頼区間0.33~0.43)、OCDでの奏成功率は0.38(95%信頼区間0.30~0.47)、パニック障害での奏成功率は0.38(95%信頼区間0.33~0.43)、GADでの奏成功率は0.36(95%信頼区間0.30~0.42)、社交不安障害での奏成功率は0.32(95%信頼区間0.29~0.37)、特定の恐怖症での奏成功率は0.32(95%信頼区間0.23~0.42)、BPDでの奏成功率は0.24(95%信頼区間0.15~0.36)であった。

感度分析の結果もおおむね同様であった。RRはBPDを除くすべての精神疾患で有意であった。

結論として、8つの精神疾患においてほとんどの心理療法はコントロール条件と比較して治療効果を認めたが、絶対的奏成功率は限定的であった。

第一選択の治療に反応しなかった患者に使用できるような、より効果的な治療および介入が必要とされている。

■H. TAIPALE, J. LIESLEHTO, M. LÄHTEENVUO ET AL. Real-world effectiveness of antidepressants, antipsychotics and their combinations in the maintenance treatment of psychotic depression. Evidence from within-subject analyses of two nationwide cohorts. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 276-284.

[Real-world effectiveness of antidepressants, antipsychotics and their combinations in the maintenance treatment of psychotic depression. Evidence from within-subject analyses of two nationwide cohorts](#)

精神病性うつ病の維持療法における、抗うつ薬、抗精神病薬、およびそれらの併用療法の実際の有効性 —2つの全国的コホートの被験者内分析によるエビデンス—

＜要旨＞

本研究はフィンランドとスウェーデンのコホートを用いて、精神病性うつ病(PD)の維持療法における薬剤の有効性を比較したものである。ブプロピオン、ボルチオキセチン、ベンラファキシン、長時間作用型注射抗精神病薬(LAI)、クロザピン、および特定の抗うつ薬と抗精神病薬の組み合わせ(アミトリプチリン-オランザピン、セルトラリン-クエチアピン、ベンラファキシン-クエチアピン)は、再発リスクの低下と関連していた。PDの標準的治療としては抗精神病薬と抗うつ薬の併用が推奨されているものの、それ以上の具体的な言及がされていないのが現状であり、今回の知見は現在の治療ガイドラインに一石を投じるものである。

＜抄録＞

精神病性うつ病(PD: Psychotic depression)は、社会機能障害や自殺のリスクにつながる重篤な精神障害であるが、その維持治療に用いられる薬剤について、それぞれの有効性を比較した研究は少ない。本研究の目的は、日常診療を受けているPD患者について、精神科入院のリスクに対する特定の抗精神病薬、抗うつ薬、およびそれらの併用療法の有効性を比較して検討することである。フィンランド(2000~2018年)およびスウェーデン(2006~2021年)の入院患者、専門外来患者、傷病休暇取得者、障害年金受給者の全国的な登録者から、初めてPDと診断された16~65歳の患者を同定した。曝露因子は特定の抗精神病薬と抗うつ薬で、アウトカム指標は精神科入院を重症再発のマーカーとした。

薬剤の使用期間と非使用期間に関連する入院のリスク(調整ハザード比(aHR: adjusted hazard ratio)で表される)は、各個人を対照とした個人内デザインによって評価され、層別化Coxモデルで解析された。2つの国内コホートはまず別々に解析され、次に固定効果メタ解析を用いて統合された。フィンランドのコホートは19,330人(平均年齢:39.8±14.7歳、女性57.9%)、スウェーデンのコホートは13,684人(平均年齢:41.3±14.0歳、女性53.5%)であった。抗うつ薬のうち、ブプロピオン(aHR=0.73、95%CI:0.63-0.85)、ボルチオキセチン(aHR=0.78、95%CI:0.63-0.96)、ベンラファキシン(aHR=0.92、95%CI:0.86-0.98)は、抗うつ薬を使用しない群と比較して再発リスクの低下と関連していた。あらゆる長時間作用型注射抗精神病薬(LAI: long-acting injectable antipsychotic)(aHR=0.60、95%CI:0.45-0.80)およびクロザピン(aHR=0.72、95%CI:0.57-0.91)は、抗精神病薬を使用しない群と比較して再発リスクの低下と関連していた。単剤療法では、ボルチオキセチン(aHR=0.67、95%CI:0.47-0.95)とブプロピオン(aHR=0.71、95%CI:0.56-0.89)のみが、抗うつ薬と抗精神病薬をいずれも使用しない群と比較して、再発リスクの有意な減少と関連していた。抗うつ薬と抗精神病薬の併用に関する探索的解析では、アミトリプチリン-オランザピン(aHR=0.45、95%CI:0.28-0.71)、セルトラリン-クエチアピン(aHR=0.79、95%CI:0.67-0.93)、ベンラファキシン-クエチアピン(aHR=0.82、95%CI:0.73-0.91)で、抗うつ薬と抗精神病薬を使用しない群と比較して再発リスクの低下を認めた。ベンゾジアゼピンおよび関連薬(aHR=1.29、95%CI:1.24-1.34)とミルタザピン(aHR=1.17、95%CI:1.07-1.29)は再発リスクの上昇と関連していた。これらのデータは、PDの維持療法において、ブプロピオン、ボルチオキセチン、ベンラファキシン、LAI、クロザピン、及び抗うつ薬と抗精神病薬の限られた組み合わせによる併用療法が再発リスクの低下と関連していることを示している。PDの標準的治療として抗精神病薬と抗うつ薬の併用が推奨されているものの、それ以上の具体的な言及がされていないのが現状であり、今回の知見は現在の治療ガイドラインに一石を投じるものである。

INSIGHTS

■D. FOWLER. The promise of social recovery therapy in non-affective psychoses. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 289-290.

[The promise of social recovery therapy in non-affective psychoses](#)

非感情性精神病における社会的回復療法の可能性

<要旨>

非感情性精神病は社会的転帰が最も不良である疾病の一つである。社会的回復療法(SRT)は、非感情性精神病の複雑で社会的に引きこもっている症例において社会的回復を促進する上で最も有望で費用対効果の高い介入方法である。本稿では SRT の概要と今後の展望について解説している。

<全文>

非感情性精神病(統合失調症と統合失調症様障害)は、労働年齢の成人において不良な社会的転帰と関連していることが最も多い疾病である。長期追跡調査によると、これらの疾患の患者のうち、社会的回復を達成したのは 50%未満であり、症状と社会的領域の両方において持続的な回復を達成したのは 15%未満である。大多数が就労を希望しているにもかかわらず、競争的雇用には復帰できるのはわずか 10~20%である。社会的回復療法(SRT)は、社会的に引きこもり、複雑で併存する問題を抱え、既存の介入に反応しない非感情性精神病患者の社会的回復を促進するための心理社会的治療である。SRT は、行動を回避するために身につけた活動性の低い生活様式の結果として社会的障害が進展し、希望、主体性、意欲の欠如によってそれらが維持されるというモデルに基づいている。

精神病における社会的障害は、通常、持続的な陽性・陰性症状や認知機能障害、しばしば抑うつ、不安、その他の精神病理学的症状を伴って起こる。このような問題と並行して、問題のある家族力動、加害、社会的脅威、社会的剥奪などの複雑な社会的状況や制度的問題がある。このような問題に直面すると、個人は極端な社会的引きこもりの生活パターンをとり、仕事や教育から離れ、社会的ネットワークとの接触を失う。

SRT はマニュアル化されており、9 ヶ月にわたって個別に実施される。セッションは参加者の自宅や地域で行われる。通常、セッション間においては電話や電子メールによる連絡をとる。SRT は 3 つのステージで構成されている。ステージ 1 では、アセスメントを行い、社会的回復のための処方箋を作成する。第 2 段階では、回復への障壁を体系的に定式化し、主体性、希望、意欲の感覚を促進し、精神病症状を管理しながら活動を奨励することに重点を置き、中長期的な目標を設定し、それに向かって取り組む。第 3 段階では、症状を管理しながらも、意義のある目標に結びついた構造化された活動を積極的に促進する。

介入の焦点は、個人の価値観や目標にあり、問題や障壁を特定し、有意義な行動変容への希望を促し、これらの目標に向かって活動することである。必要に応じて症状を管理しながら、社会的回復への具体的な道筋を実行するために、回避を克服し、有意義なライフスタイルの変化を実生活において促進するための行動戦略(行動実験、段階的曝露、行動活性化を含む)の実践に重点を置いている。この行動的介入から得られた証拠と経験は、個人が自分の人生において意味のある変化を達成するために努力する中で、さらに希望を植え付け、自己についての肯定的な信念を促進するために使用される。

SRT は、精神病患者を構造化された活動に参加させることを目的としているため、多くの場合、雇用、教育、訓練、自発的な活動や余暇の機会を得るための支援も含まれる。SRT の多くはコミュニティで行われる。セラピストがクライアントを新しい場所や環境に車で連れて行ったり、公共交通機関に同行したりすることは、しばしば有用である。

長年の引きこもりや社会的不利などを背景にもった人々の社会的回復を達成するためには、セラピストは包括型地域生活支援プログラム(assertive community treatment)や就労支援などに関連する技術を統合することが一般に必要とされる。社会参加の機会を促進するために、本人を取り巻く家族や関係者と組織的に協力することも重要である。行動活性化と行動実験は、クライアントが設定した目標と価値観に沿って、直面する困難の性質を尊重しながら行われる。セラピストはクライアントとともに、日常生活に取り入れることができる特定の活動への動機づけと参加を援助し、持続する症状を現実の生活場面で管理するための共同戦略を練る。

現在までに、重度の社会的障害を持つ精神病患者を対象に、SRT の評価者盲検ランダム化比較試験を 2 件実施している。

Improving Social Recovery in Early Psychosis (ISREP) 試験では、社会的ひきこもりを呈する感情精神病または非感情精神病患者の参加者 77 名が、SRT+通常治療 (TAU) を受ける群と TAU のみを受取る群に無作為に割り付けられた。TAU は二次精神医療チームによるケースマネジメントであった。非感情性精神病群では、SRT は主要アウトカムである構造化された活動の週あたりの時間数、陽性症状および陰性症状に対して有意かつ臨床的に有益な効果を示した。SRT は絶望感や自己に対する肯定的な信念にも効果があり、これらの変数の改善は構造化された活動の変化の媒介因子であった。介入は費用対効果も高かった。

SUPEREDEN3 は、早期介入サービス (EIS) 治療に反応しなかった患者の社会的回復を促進することを目的とした大規模 (N=154) な第 2 相試験であり、標準的な EIS の規定と SRT を組み合わせたものであった。一次解析によると、SRT と EIS の併用は、EIS 単独よりも週 8 時間以上の構造化された活動の平均的増加に関連していた (95%CI: 2.5-13.6; $p=0.005$)。この効果の大きさは、1 日の活動量に相当する。

上記の両試験から、SRT による効果は、積極的な治療後も 6 ヶ月間維持される可能性があるというエビデンスが得られている。ISREP 群に関するさらに別の長期追跡調査では、TAU 群では 24 例中 1 例も介入期間終了後の 1 年間に有給の仕事に就けなかったのに対し、SRT+TAU 群では 20 例中 5 例 (25%) であった。

SRT は、非感情性精神病患者の複雑な症例において社会的回復を促進する上で最も有望である。利用可能な 2 つのランダム化比較試験の結果は肯定的であるが、さらに大規模で実用的な研究が必要であり、より慢性的な症例に拡大される可能性もある。また、SRT のアプローチと認知的改善療法などの他の心理社会的介入を組み合わせることも有望であろう。

SRT は、上記の臨床試験よりも低コストで、より広く利用可能な労働力によって、タスクを共有する形式で実施できるように設計された。現在、ビデオやアドヒアランス、スーパービジョンのガイダンスなど、広範なトレーニング資料を作成し、ウェブサイトで公開している。これらと、関連する資料を通じて、下記の手順に則ることで SRT アプローチの重要な要素の「非専門家のセラピスト」を訓練することが十分可能であることがわかった。

今後必要とされるのは、既存の SRT の臨床試験の有望性を基に、専門家ではないセラピストが参加し、対象を地域の非感情性精神病患者のより広範な集団に拡大するさらなる研究と実施に向かうことである。

〔翻訳: 田鎖 遥〕

LETTERS TO THE EDITOR

■Michael Berk, Wolfgang Marx, Andrew A. Nierenberg. The aggregation of marginal gains: a pragmatic philosophy of clinical care in psychiatry. World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 291-292.

[The aggregation of marginal gains: a pragmatic philosophy of clinical care in psychiatry](#)

小さな改善の集約: 精神医学における臨床ケアの実践的哲学

<要旨>

1%改善理論として知られる小さな改善の集約理論は精神科臨床にも適応できる。ある時点では小さな改善でも時間の経過によって複合的に大きな改善につながる可能性があり、臨床家は患者の健康が継続的に改善するのを助けられ、持続的にこの改善を数ヶ月単位で行えば期待を達成できる。ケース・フォーミュレーションを用いて、利用可能なたくさんの選択肢を個人のニーズにあわせて調整することで、このアプローチの有効性をより高めることができる。

<全文>

精神医学分野の多くの論文の決まり文句である冒頭文によると、個々の治療法の有効性が限られていることを悲しんでいる。しかし、この一つの真実は、真実の全体から見渡すとほど遠いものである。1%改善理論としても知られる「小さな利益の集約理論」は、複数の分野における小さな持続的な漸進的改善が、ある分野での全体的な重要な進歩につながることを示唆している。この理論は、スポーツ、ビジネス、医療などさまざまな分野で応用されており、精神科臨床にも通じると思われる。

このアプローチは、スカイ・ブリティッシュサイクリングチームが採用したことで有名だ。同チームの経営陣は、トレーニング、栄養、睡眠、機材、リカバリーなど、チーム運営のさまざまな側面に複数の小さな変化と改善を実

施した。目標は、こうした個々の小さな改善を組み合わせることで、全体的なパフォーマンスの大幅な向上を達成することだった。この錬金術は、ツール・ド・フランスにおいて、重い失敗を黄金の勝利に変えることに成功した。「小さな改善の集約」という概念は、それ以来、他の分野でも広く採用され、継続的改善を達成するための一般的なアプローチとなっている。この考え方は、最近本誌で紹介された Stein らの見解と一致している。精神医学の進歩は、一つの変革的なパラダイムによってもたらされるのではなく、「漸進的な進歩と反復的な統合」によってもたらされる可能性が高いというのである。

精神医学における小さな改善の集約へのアプローチは、個人の特定の危険因子や治療法に対する介入の併用をベースとすることができる。Kendler が主張するように、精神疾患は非常に多因子であり、例えばうつ病では 37 もの潜在的风险ファクターが同定されている。さらに、Borsboom らは、複数の要因の複雑なネットワーク的相互作用が、還元論的モデルでは説明できない複雑な精神医学的症候群に帰結することを示している。同様に、Loscalzo らは、ネットワークという数学を用いて、すべての関連因子(「インタラクトーム」)と病的状態に導くすべての変化(「ディジソーム」)の相互作用が安定したネットワークを形成することを示した。これらのネットワークは、治療的介入によって攪乱され作り替えられ、健康な状態(「ヘルソーム」)に導くことができる。しかし、この健康な状態は一時的なものである傾向があり、「複数の介入によってネットワークが健康な状態に固定されない限り」、ネットワークは病的な状態に戻る傾向がある。

さらに、他の要因の原因となる要因(例えば、不眠症は疲労の原因になる)をモデル化することで、臨床医は介入の対象として最も重要な領域を特定することができる。ここで、リスク緩和の「スイスチーズ」モデルが、前進の道筋を示すことができる。公衆衛生の分野で広く用いられているこのようなアプローチは、不完全ないくつかの介入を漸進的に改善することに重点を置き、1 つの単独介入よりも大きな効果をもたらす。

精神疾患を単一原因としてあるいは単純に直線的なものとして概念化し、管理しようとする試みは、一般に成功していない。その延長線上で、上記の多因子複合ネットワークモデルを治療に活用するアプローチが今求められている。これはまた、治療法を実用的に個別化する可能性も秘めている。プレジジョン・メディシン・アプローチは、バイオマーカーや、治療を層別化できるその他の特異的な因子に主に焦点を当ててきた。対照的に、ケース・フォーミュレーションは、個人の問題や症状につながる複数の素因や持続化因子の多様性とネットワークを理解し、説明することを目的としている。これらの要素には、遺伝的負荷、発症年齢によって異なる病因学的要因、早期または継続的なライフイベントやストレス因子の影響、ライフスタイルや環境要因、薬物使用、医学的または精神医学的疾患の併存、幼少期の経験、発達とその後の認知スキーマ、性格の強みと弱み、現在の人間関係や支援などが含まれる。

小さな改善の集約と複雑なケース・フォーミュレーションという構成を融合させることは、個人のリスク経路を特定し、可能で利用可能な多数の治療法を組み合わせるための実用的な方策である。

さらに、減点法のアプローチでは、ケアに悪影響を及ぼす可能性のある要因を排除することに重点を置く。これには、障害を持つ患者がケアを受けられないという治療ギャップと、受けた治療とエビデンスベースのギャップであるエビデンス・プラクティス・ギャップという2つの要因がある。医療システムは複雑に連鎖しており、どの連鎖でも混乱が生じれば、臨床結果に悪影響を及ぼす可能性がある。継続的改善アプローチには、患者の経過を定期的に評価し、新たな改善点を繰り返し特定することが含まれる。小さなシステムレベルや個人の改善を継続的にを行い、必要に応じて治療計画を調整することで、臨床家は患者の健康が継続的に改善するのを助けることができる。

生活習慣因子は、精神疾患や非伝染性身体疾患のスペクトラム全体に作用している。喫煙がいくつかの精神疾患のリスクを増加させ、転帰を悪化させるという証拠は今や豊富にある。同様に、以前は難しすぎると考えられていた禁煙が臨床的には簡単に達成できる目標であり、精神衛生の多くの領域の改善に関連するという証拠もある。身体活動の増加、睡眠と減量、スクリーン利用時間の短縮に関する証拠も同様である。これらの領域の改善は、複数の精神疾患や併存する身体疾患の帰結の改善と関連している。さらに、薬理ゲノム検査は、デジタルによる表現型や治療法に加えて、一部の人々に小さな利益をもたらすかもしれない。

直接的な影響に加え、病気とその症状によって、有意義でやりがいのある、目的を持った活動に従事する人々の能力が阻害されると言える。活動のスケジュール管理、趣味や活動の奨励、職業参加の支援、ボランティア活動、社会的ネットワークの強化は、介護者や有意義な人間関係の支援と同様に、回復力と支援力を高めることができる。

このように、さまざまな分野での小さな改善に焦点を当てた学際的なアプローチは、健康全般を大幅に改善するのに役立つ。ある時点では一見小さな改善であっても、複合効果によって、時間の経過とともに大きな改善になる可能性がある。それぞれの改善は小さな勝利であり、希望を少し高め、自信と自己効力感を高める。投資における複利が、最初の数年間はあまり効果がないように見えても、何十年もかけて大きな効果をもたらす

ように、臨床的な改善はそれぞれ他の改善を増幅させ、自己強化サイクルの中でさらなる改善の可能性を高めていく。

さらに相乗的な要素として、持続性が挙げられる。最近の論文では、最大 10 種類の治療を継続した人のほとんどが、意味のある臨床的改善を示したことが示唆されている。この結論は、専門的で多部門にまたがるケアを受けた人ほど、「とても助かった」と報告する傾向が高いという疫学的データからも支持されている。疑う余地のない注目点としては時間がある。臨床試験の 6~8 週間という時間枠は、ほとんどの人にとって意味のある改善には十分ではなく、現実的な期待を達成する時間を設定する必要がある。多くの人々にとって意味のある臨床的改善は、一般的に、数年とは言わないまでも、数ヵ月単位で測定される。

結論として、小さな改善の集約の理論は、現実的で楽観的な臨床ケアの哲学となりうる。精神疾患は複雑であるため、特効薬はほとんどない。個人にとって重要な様々な領域において、複数の小さな、漸進的な改善に焦点を当てることで、臨床家は患者の全体的な精神的健康を著しく向上させることができる。ケース・フォーミュレーションを用いて、利用可能なたくさんの選択肢を個人のニーズにあつらえて調整し、学際的かつ継続的な改善方法によって、臨床家はこのアプローチの有効性をさらに高めることができる。

〔翻訳:野原 千春〕

■Matthew D. Sacchet, Maurizio Fava, Eric L. Garland. Modulating self-referential processing through meditation and psychedelics: is scientific investigation of self-transcendence clinically relevant? World Psychiatry. 2024 Jun; 23(2): 298-299.

[Modulating self-referential processing through meditation and psychedelics: is scientific investigation of self-transcendence clinically relevant?](#)

瞑想とサイケデリックを用いた「自己関連付け処理」の調節: 自己超越に関する科学研究は臨床に関連するか？

<要旨>

瞑想とサイケデリック(幻覚剤)が自己超越を誘発することによって、自己関連付け処理を調節する可能性があることが提案された。著者らは瞑想療法やニューロフィードバックとの組み合わせなどにより新たな治療法の開発を促進する可能性があると考えている。

<全文>

「自己関連付け処理」は、人間の経験の中核をなす特徴であり、主要な情報を自分のアイデンティティに関連付ける内部表象を含む、自己の概念を支える様々な精神的能力のこととされる。気分障害、不安障害、物質使用障害などの疾患において、この「自己関連付け処理」が発症、維持、予防、治療に重要な影響をもつことはよく知られている。この論文は、瞑想とサイケデリック(幻覚剤)が自己超越を誘発することによって、自己関連付け処理を調節する可能性があることを提案し、この超診断的メカニズムのさらなる研究を呼びかけるものである。

瞑想とサイケデリックは、1970 年代に当初の関心が寄せられて以来、精神医学において再び注目を集めるようになった。瞑想は、注意と感情の自己制御を向上させ、自己超越を促すことを目的とした認知トレーニングの一種である。サイケデリックは、知覚や気分を変える強力な向精神物質であり、自己感覚を含む多数の認知プロセスに影響を与え、気分障害や不安障害の治療効果があることが予備的に示されている。

瞑想科学は 2 つの時代を経て、現在は第 3 の時代に入っていると言える。おおよそ 1995 年から 2005 年の間に起こった第 1 の時代は、2 種類の研究によって特徴づけられた。1 種類目の研究では、その後再現もされたが、多くの領域(抑うつ、不安、痛みなど)にわたって瞑想の治療効果を示す結果が得られ、その効果量はさまざまであった。並行して行われた 2 種類目の研究では、熟練した瞑想者と初心者の違いについて初期的な調査が行なわれ、これまで未解明であった、瞑想が脳に与える影響に焦点が当てられた。2 つ目の時代は、おおよそ 2005 年から 2020 年にかけてであり、瞑想の健康効果の根底にあるかもしれない認知的・情動的メカニズムを解明するための、より厳格な大規模無作為化比較試験(RCT)や機械論的研究が特徴的であった。例えば、研究者は機能的ニューロイメージングを用いて、注意と感情の制御、およびこれらのプロセスと精神医学的な結果を含む健康や幸福との関係を調査した。

私たちは、瞑想研究が第3の時代に入っており、注意と感情の制御メカニズムに焦点を当てる段階を超え、高度な瞑想の研究へと向かっていると考えている。つまり、自己超越や非二元論的気づき(すなわち、人間の経験を通常構成する主観と客観の二分法を経験的に統合すること)など、より深い心理的変容を含む、習得の度合いが増すにつれて展開する実践の状態や段階のことである。このような自己超越体験の臨床結果と神経メカニズムが、サイケデリック支援心理療法の文脈で研究され始めている。

今日まで、瞑想の効果は主にストレス軽減の観点から研究されてきた。例えば、マインドフルネスに基づいたストレス軽減法は、被験者のストレス軽減を目的としてデザインされ、瞑想に基づくマニュアル化された介入として最もよく知られ広く用いられている。それだけでなく、多くの個人において不安や抑うつ症状の重症度を軽減する効果もあることが判明した。私たちは現在、自己超越を含む高度な瞑想のさまざまな側面に焦点をあてた研究と臨床応用の新しい波を迎えようとしている。

自我の溶解、至福感、自己と他者・対象との境界の融合や軟化(すなわち非二元性)を特徴とする自己超越とは、何千年もの間、世界中のさまざまな瞑想的、哲学的、宗教的、スピリチュアルな伝統の中で報告されてきた現象学的体験である。この体験は、慈悲深い行動と自己実現のための触媒として尊ばれている。かなりのエビデンスが、サイケデリックが自己超越の根本的な体験を引き起こし得ることを示している。私たちは、自己超越、また、変性意識状態や至高体験と呼ばれてきたものは、正当な研究分野であるべきだと主張する。私たちは、現代の精神医学の文脈において、これらの現象を厳密に調査することが今や正当化され、この追求が臨床および非臨床の文脈において心理的な成長を促す新たな道筋を提供するかもしれないと信じている。

最近実施した RCT(N=165)では、オピオイド乱用に対するマインドフルネスに基づく介入が、自我の溶解、至福感、非二元的気づきを特徴とする自己超越的な体験を、積極的心理療法の対照群より有意に多く引き起こすことが明らかになった。自己超越的な体験は、瞑想中の脳波での前頭正中部 θ 波のパワー値の増加と関連しており、9ヶ月間の追跡調査を通じて、オピオイド乱用減少に対するマインドフルネスに基づく介入の効果を媒介していた。これらの効果は、別の研究でも確かに再現されている。他の2つの最近の RCT では、瞑想を通じて自己超越性を高めることが慢性疼痛の減少と関連することが示された。

臨床試験では、サイケデリックが自己超越と関連していることも示されており、いくつかのニューロイメージング研究では、自己超越(サイケデリックの文献では自我の溶解と呼ばれることもある)とデフォルト・モード・ネットワークの非活性化、そして皮質-線条体-視床-皮質回路の活性化との関連性が確認されている。

これらの体験の現象学、それらにつながる実践、そしてその発展の軌跡(瞑想の発展)と成果(瞑想の終着点)についてより繊細な理解と検証を行うことは、自己超越や高度な瞑想のその他の側面に関する研究に恩恵をもたらすだろう。

自己超越、より広く言えば高度な瞑想に関するニューロイメージング研究は(例えば、時間、空間、報酬に関する処理の知覚変化と関連して)、計算モデルに異常な神経系の調節(例えば、精神疾患で示唆され、瞑想やサイケデリックによって調節される、自己関連付け処理の機能不全)を知らせるための機械論的理解を提供できる可能性がある。

究極的には、この研究分野は、既存のマインドフルネスに基づく介入とサイケデリックを統合した併用療法、西洋科学ではまだ十分に研究されていない瞑想の伝統と実践に基づく新たな瞑想療法、ニューロフィードバックと脳刺激を用いて神経ネットワークを標的にする新たな神経調節プロトコルなど、精神疾患に対する新たな治療法の開発を促進する可能性を秘めている。

自己超越的な体験は、一連の不適応行動および精神状態の発症と維持の根底にある神経系の機能不全を再構築する手段であることが証明されるかもしれない。この先進的分野の研究をさらに追求し、瞑想の発展や終着点など、高度な瞑想、およびサイケデリック支援心理療法を深く理解することで、苦痛を和らげ、人類の繁栄を促進する、未開拓の大きな可能性にアクセスできるかもしれない。

〔翻訳:城谷 麻衣子〕

翻訳協力者一覧:

【監訳】	秋山 剛	NTT 東日本関東病院
【翻訳】	認定 NPO 法人 日本若手精神科医の会(JYPO)会員	https://jypo.or.jp/
	押切 謙一	北海道大学病院精神科神経科
	川竹 絢子	マウントサイナイ医科大学
	城谷 麻衣子	医療法人 緑光会 城谷病院
	田鎖 遥	神奈川県立精神医療センター

俊野 尚彦	阪南病院
中村 理乃	京都府立洛南病院
野原 千春	式場病院
早川 可奈子	北海道大学医学部医学科
平山 優花	専修大学大学院文学研究科心理学専攻臨床心理学コース
宮本 紘子	美原病院