

(ある種の) 悪は病気なのか

Is (Some Kind of) Evil a Disease?

鈴木 貴之

Takayuki SUZUKI

Abstract

The view that psychopathy is a kind of disease has been criticized because psychopathy is defined exclusively by moral terms. This criticism is inappropriate because definitions of diseases generally contain evaluative elements and also because psychopathy can be characterized by its biological bases. The problem about evil is rather that it is hard to justify the demarcation between “everyday” evil and psychopathy by an objective standard, for we only can find the difference of degree between them. One possible ground of demarcation is the efficacy of possible treatment. If we adopt this policy, however, we may have to categorize evil into three kinds; evil acts for which punishment is effective, diseases that can be medically treatable, and the third kind for which neither punishment nor treatment is effective.

われわれは、病気になれば病院に行き、治療を受ける。たとえば、インフルエンザになれば、タミフルなどを処方してもらい、がんになれば、外科手術を受けたり、放射線治療を受けたりする。そして、病気の原因が不摂生や不注意でないかぎり、病気になったことやその結果について、非難されることはない。

これにたいして、悪いことをしたときには、われわれはその責任を問われる。たとえば、友人と口論をしているときにかつとなって、つい友人を殴ってしまったとしたら、謝罪しなければならないし、友人が怪我をしたら、治療費を負担しなければならない。友人が深刻な怪我を負ってしまったとしたら、刑罰を科されることもある。

このような実践は、われわれにとってあたりまえのことに思われる。しかし、このような図式には、例外もある。近年、ある種の悪は一種の病気だという見方が一般的になりつつあるのである¹⁾。

1) 以下では病気 (illness, disease), 障害または疾患 (disorder) といった語が用いられるが、それぞれの文脈でもっとも一般的な語を使用しているだけで、これらはいずれも、医学的な治療の対象となる状態という意味で用いられている。

1

ここで問題となるのは、サイコパシー (psychopathy) である。サイコパシーとは、感情、人間関係、行動制御などにかんする心的能力の異常からなる障害 (disorder) である。サイコパシーと判定される人々、すなわちサイコパス (psychopaths) は、社会性や道徳性に関連するさまざまな心的能力に異常が見られる。たとえば、社会の規範や道徳に反する行動をとったとしても、彼らは、否定的な感情や良心のとがめを感じることがない。また、彼らは他人にたいする共感を欠く。さらに、衝動を制御する能力や、計画的に行動する能力にも異常がある。これらの異常の結果、サイコパスは、嘘をついて人を騙したり、金品を手に入れるために他人に暴力を振るったり、性的な暴行を働いたりするなど、さまざまな反社会的行動を示す。受刑者には、サイコパスが一般社会よりもかなり高い割合で存在するという。また、サイコパスは再犯率も高く、彼らにたいしては、懲役刑のような通常の刑罰が有効に機能しないと考えられている²⁾。

このような人々の存在は、古くから知られていた。19世紀前半には、フランスの精神科医ビネルが、反社会的行動を繰り返す人々を「譫妄なき狂気」と特徴付けた。1941年に、米国の精神医学者クレックリーが、このような人々をサイコパスと呼び、以後この名称が定着した。1981年には、カナダの精神医学者ヘアが、サイコパシーの判定法として、サイコパスチェックリスト (PCL) というテストを考案した。今日では、サイコパシーは、このテストの改訂版 (PCL-R) を用いて判定されることが一般的である³⁾。

サイコパシーは、おもに精神医学研究上の概念で、各国の精神医療の現場において、公式に精神疾患の一種として認められているわけではない。しかし、たとえば米国で現在広く用いられている『精神疾患の診断・統計マニュアル第5版 (DSM-V)』(American Psychiatric Association 2013) には、パーソナリティ障害の一種として、反社会性パーソナリティ障害が挙げられている。DSMによれば、「違法行為を繰り返すこと」、「繰り返し嘘をつくこと」、「衝動性」など7つの項目のうち3つ以上を示す人は、反社会性パーソナリティ障害という診断が下されることになる。米国の精神医療においては、ある種の悪は、公式に精神疾患と認められているのである⁴⁾。

では、このようにある種の悪を病気とみなすことは、本当に適切なのだろうか。これは、いくつかの点で重要な問いである。第一に、ある種の反社会性を病気とみなすかどうかによって、社会がそれにどのように対処すべきかが変化する。サイコパシーが病気だとすれば、それは治療の対象となる。サイコパスの反社会的行動は、認知症患者や妄想にとりつかれた統合失調症患者の問題行動と同様に、道徳的な非難の対象ではなくなり、免責の対象となるのである。他方で、サイコパシーが一種の病気だとすれば、社会にとっての危険性次第では、強制的に治療を行ったり、実際に反社会的行動を示す前に予防的に拘束したりすることも認められうることになる⁵⁾。このように、ある

2) サイコパスの特徴付けや神経科学的な知見については、Hare 1993やBlair, Mitchell, and Blair 2005などを参照。

3) サイコパス・チェックリスト改訂版は20項目からなるテストで、各項目が0点から2点で採点され、合計得点が27点ないし30点以上となるとサイコパシーと判定される。テスト項目には、頻繁に嘘をつくことのような現在の行動にかんする項目と、少年期の犯罪歴のような過去の行動にかんする項目がある。

4) 以下でも述べるように、サイコパシーと反社会性パーソナリティ障害はやや異なる概念である。そしてそれゆえに、それぞれの概念としての妥当性にかんする評価には、違いが生じることになる。

5) ケンデル (Kendell 2002) によれば、英国では実際にこのような処置を認める法律の制定が検討されているという。

行動を悪の産物とみなすか、病気の産物とみなすかによって、社会の対応は根本的に変わることになる。

第二に、以下で論じるように、反社会的行動にかんして成り立つのと同様の問題は、望ましくない行動一般について成り立つ。望ましくない行動のなかで、責任を問うことのできるものとできないもののあいだに線を引くことは、じつはきわめて困難なのである。これが事実だとすれば、責任をめぐる現在の社会実践や、その背景にあるわれわれの常識的な見方には、根本的な見直しが必要となるかもしれない。

第三に、ある種の悪は病気なのかという問題を考えることを通じて、精神疾患とはなにかということは、それほど明らかではないことがわかる。現在の精神医学が前提としている理論的な枠組は、じつは適切なものではないかもしれないのである。悪の問題は、精神医学の理論的基礎を批判的に評価するうえでも、有用なケース・スタディなのである。

これらの点を念頭に置きつつ、ある種の悪は病気なのかという問いを具体的に検討してみよう。

2

すでに述べたように、たとえば米国においては、ある種の悪を病気として扱うことが、精神医療において実際に認められている。しかし、このような見方にたいしては、古くから批判が存在する。

たとえばウートン (Wootton 1959) は、つぎのように論じている。一般に、精神疾患は、反社会的行動と独立に診断を下すことができ、反社会的行動を説明できるものでなければならない。しかし、サイコパシーは反社会的行動のみによって定義される精神疾患である。それゆえ、サイコパシーを理由として反社会的行動を説明することは循環的である。このような循環的な説明を受け入れれば、責任概念そのものの存立が脅かされることになる。

サイコパスの責任をめぐる近年の論争にも、同様の主張が見出される。たとえばマイボム (Maibom 2008) は、ある種の実践的な能力に異常があることを理由にサイコパスを免責するという考え方を、つぎのように批判する。サイコパシーは医学的な異常ではなく道徳的な異常であり、サイコパシーゆえに免責するということは、悪ゆえに免責することに等しい。そして、ある人が悪であるがゆえに免責することは、司法制度そのものの趣旨に反することである。それゆえ、サイコパシーを理由に免責することは認められない。

スミス (Smith 1984) も、これと似た理由から、サイコパシーを病気とみなす立場を批判している。彼によれば、サイコパスの行動に反映されている価値観は、現在のわれわれが受け入れている価値観とは異なる。しかし、それは理解不可能なものではなく、われわれの社会とは異なる価値観を持つ社会においては、サイコパスの行動は問題とはされないかもしれない。しかも、彼によれば、サイコパスの価値観は、じつは現代の資本主義社会の価値観とそれほど変わらないものかもしれない。

彼らによれば、サイコパスの行動が問題となるのは、われわれの社会の価値観や規範と衝突するからである。サイコパスが引き起こしているのは、道徳的な問題であり、医学的な問題ではないのである。そうだとすれば、サイコパシーを病気とみなすのは不適切だということになるのである。

このような考え方は、司法制度にも見出される。たとえば、米国の模範刑法典 (model penal code) は、精神疾患を理由とした免責を認めているが、そこには、反社会的行動だけによって示

される異常性は精神疾患ではないという但し書きがつけられている⁶⁾。

同様の考え方は、DSM にも見出される。DSM-V によれば、「精神疾患とは、精神機能の基盤となる心理学的、生物学的、または発達過程の機能障害によってもたらされた、個人の認知、情動制御、または行動における臨床的に意味のある障害によって特徴付けられる症候群である。精神疾患は通常、社会的、職業的、または他の重要な活動における著しい苦痛または機能低下と関連する。よくあるストレス因や喪失、たとえば、愛する者との死別に対する予測可能な、もしくは文化的に許容された反応は精神疾患ではない。社会的に逸脱した行動（例：政治的、宗教的、性的に）や、主として個人と社会との間の葛藤も、上記のようにその逸脱や葛藤が個人の機能障害の結果でなければ精神疾患ではない（American Psychiatric Association 2013, p. 20）（訳文は邦訳にもとづく）」。この定義によれば、反社会的行動は、それがどれだけ顕著で深刻なものだとしても、それだけでは精神疾患とはみなされないのである。

サイコパシーだけでなく、他の精神疾患についても、同様の問題が指摘されている。たとえば、チャーランド（Charland 2006）は、境界性パーソナリティ障害や自己愛性パーソナリティ障害といった、DSM におけるクラスター B パーソナリティ障害を精神疾患に分類することを批判している。チャーランドによれば、DSM に含まれる他の精神疾患と異なり、クラスター B パーソナリティ障害は、正当な医学的な疾患とみなしうるものではない。

その根拠として彼が挙げるのは、2つの点である。第一に、クラスター B パーソナリティ障害は、その診断基準に道徳的な語彙を含む。たとえば、DSM-V における自己愛性パーソナリティ障害の診断基準には、「自分が重要であるという誇大な感覚」や、「特権意識」といった項目が含まれている（American Psychiatric Association 2013, p. 663）。チャーランドによれば、このことは、これらの障害が本質的には医学的な問題ではなく、社会的な問題であることを示唆している。

第二に、クラスター B パーソナリティ障害の治療とは、患者の行動を社会的に望ましいものとするにほかならない。そして、そのためには、患者がなんらかの道徳的なコミットメントを行うことが必要である。たとえば、自己愛性パーソナリティ障害が治療されるためには、患者は、自分がそれほど独断な存在ではないということを学ばなければならないだろう。患者は、自分だけでなく他人も尊重すべきであるという価値観あるいは規範を、みずから受け入れなければならないのである。このような過程は、身体的な病気の治療や、統合失調症のような精神疾患の治療には見られない。チャーランドによれば、このことは、クラスター B パーソナリティ障害の治療が、医学的な治療ではなく、道徳的な治療であることを示している。これらの点で、クラスター B パーソナリティ障害は、他の精神疾患と異質だということである。

さらに極端な立場をとる者もいる。たとえばサス（Szasz 1974）は、精神疾患は身体的な病気と同様の意味では病気ではないと主張する。彼によれば、身体的な病気は、身体器官の損傷や機能不全を伴う。しかし、精神疾患は身体器官の損傷や機能不全を伴わない。したがって、精神疾患はがんやインフルエンザといった身体的な病気と同じ意味では、病気とは言えないのである。サスによれば、精神疾患はすべて、個人と社会との衝突を医学的な語彙で記述したものにすぎない。精神疾

6) ただし、模範刑法典のこの条項によって、サイコパシーが免責の対象からただちに除外されるわけではない。以下でも論じるように、サイコパシーにかんしては、その基盤となるさまざまな神経科学的な異常も明らかになっているからである。

患は、社会的な問題が医療化されたものにほかならないのである⁷⁾。

このように、ある種の悪は病気であるという見方を批判する人々も多く存在する。どちらの見方が正しいかを判断するには、精神疾患とはなにか、さらには、病気とはなにかを明らかにする必要があるように思われる。統合失調症やうつ病といった精神疾患とサイコパシーや境界性パーソナリティ障害などのあいだに根本的な違いがあるとすれば、両者を等しく精神疾患として扱うことは不適切だということになるし、身体的な病気と精神疾患とのあいだに根本的な違いがあるとすれば、両者を等しく病気として扱うことは不適切だということになるからである。したがって、次節ではこの問題について考えてみよう。

3

病気とはなんだろうか。ウェイクフィールド (Wakefield 1992a; 1992b) は、精神疾患への適用を念頭に置きつつ、病気の定義を試みている。彼はまず、従来の主要な提案を批判する。たとえば、病気を望ましくないものというように純粋に主観的に定義すれば、なにが病気であるかは文化間や個人間で相対的になってしまい、また、われわれが病気とはみなさない多くのものも病気とされてしまうことになる。他方で、病気を統計的逸脱によって客観的に定義しようとしても、知能が高いことや低いことなどが病気とされてしまうことになる。さらに、病気を進化的な適応度を低下させるものとして客観的に定義しようとしても、同性愛などが病気とされてしまうことになる。

これらの定義がうまくいかないことをふまえて、ウェイクフィールドは、病気とは有害な機能不全 (harmful dysfunction) であるという定義を提案する。彼によれば、機能不全は生物学的・進化的に客観的に特定されるものであるのにたいして、有害さはわれわれが主観的に判断するものである。したがって、彼による病気の定義は、事実的な要素と価値的な要素の両者を含むものである。ウェイクフィールドによれば、病気を適切に定義するためには、これら2つの要素のどちらもが不可欠なのである⁸⁾。

このような定義は、われわれが病気と考えるものをうまく捉えることができるように思われる。たとえば、狭心症においては、全身に血液を送り出すという心臓の機能に不全が生じ、その結果、胸の痛みなどの有害な帰結が生じている。また、うつ病においては、脳内のセロトニン系や、それによって働きを調節されている前頭前野などの脳部位に機能不全が生じ、その結果として、抑うつ気分や睡眠障害などの有害な帰結が生じている。この定義によれば、他の定義が直面する問題も回避できる。たとえば、知能の低さは有害な帰結をもたらしうるが、知能が低い人の脳には、かならずしも機能不全は生じていないからである⁹⁾。

7) もっとも、統合失調症やうつ病など多くの精神疾患にかんして、その基盤である神経科学的な異常が明らかにされつつあるため、現在ではこのような極端な立場を支持する人はほとんどいない。

8) 同様に、フルフォード (Fulford 1999) も、病気の定義には事実と価値の両者が必要であると主張している。彼によれば、身体的な病気は価値中立的に定義できるように見えるのは、身体的な病気の定義に用いられる価値が、生死のように広く共有されている価値であるのにたいして、精神疾患の定義に用いられる価値は、人間関係のように個人差の大きな価値だからである。

9) 以下で論じるように、このような事例において機能不全とそうでないもののあいだにどのように線引きをするかは、じつは重大な問題である。

このような定義が適切だとすれば、それはなにを意味するのだろうか。ウェイクフィールドの提案によれば、精神疾患の定義には、必然的に価値的な要素が含まれることになる。したがって、サイコパシーの定義が道徳的な語彙を含むということからは、ただちにそれが真正の精神疾患ではないということは帰結しないことになる¹⁰⁾。

しかし、ウートンやマイボムも、おそらくこの点には同意するだろう。彼女たちが問題にしているのはむしろ、サイコパシーが価値的な要素のみによって定義されているということだからである。模範刑法典や DSM が精神疾患から排除しようとしているのも、そのような仕方で定義された精神疾患である。では、このような批判は妥当だろうか。サイコパシーの定義には、事実的な要素は含まれないのだろうか。

答えは否である。近年の神経科学研究によって、サイコパスの脳にはさまざまな機能不全が生じており、それが彼らの反社会的行動の原因となっていることが明らかになっているからである。

たとえば、ビルバウマーら (Birbaumer et al. 2005) は、健常者およびサイコパスと判定された人々を対象として、2枚の顔写真をランダムに提示し、一方の写真が提示されたときにのみ直後に不快な電気刺激を与えることを繰り返した。その過程で被験者の皮膚伝導反応を計測すると、健常者では、不快な刺激と組み合わせられた写真が提示されたときにのみ、写真が提示された直後に皮膚伝導反応の高まりが見られるようになった。ところが、サイコパスと判定された人々では、そのような変化は見られなかった。さらに、実験中の被験者の脳活動を fMRI で計測したところ、健常者では、不快な刺激と組み合わせられた写真が提示されたときにのみ、扁桃体や島皮質といった、否定的な感情に関連することが知られている脳部位の活動が強まったが、サイコパスと判定された人々では、そのような活動の変化は見られなかった。これらの実験結果から、ビルバウマーらは、サイコパスの脳には恐怖にかかわる部位に異常があり、それが原因となって、古典的条件付けにもとづく学習が正常に生じないのではないか、そしてそのことが、罰を与えてもサイコパスの行動が改善されない理由の1つなのではないかと推測している。

また、ブレアらの研究 (Blair et al. 2004) では、サイコパスと判定された受刑者 19 人と、そうでない受刑者 19 人を対象として、無表情な顔写真のある感情を表した同一人物の顔写真に次第に変化させていき、それが6種類の感情のうちどの感情であるかがわかった時点で回答させるという課題を行わせた。その結果、サイコパスと判定された受刑者は、そうでない受刑者よりも、感情を同定するのに時間がかかり、解答を誤ることも多いことがわかった。とくに、恐怖の表情にかんしては、両者の差が顕著だった。この実験結果からわかるのは、サイコパスは、相手の表情から感情、とくに恐怖のような否定的な感情を読み取る能力にも問題があるということである。これが事実だとすれば、自分の暴力などによって相手が恐怖や苦痛を感じたとしても、サイコパスはそれをうまく理解できないことになる。このこともまた、サイコパスが反社会的行動を繰り返す原因の1つだと考えられる。

このように、近年の研究によれば、サイコパスの脳には、社会性や道徳性に関連するさまざまな部位に異常があり、サイコパスの反社会的行動は、それらの異常の結果だと考えられる¹¹⁾。サイコ

10) たとえばエリオット (Elliott 1991) は、サイコパシーの定義は価値的な要素を含むが、それでもなおサイコパシーは病気と言いうという立場を支持している。

11) そのほかにも、サイコパスにかんしては、実験の途中で報酬を得られる条件が変化することにうまく対応するという応答逆転課題の成績がよくないことや、慣習違反と道徳違反をうまく区別できないこと、注意の対象を切り替

パスは、たんに非常に悪い人というわけではないのである。このように、サイコパシーの定義を根拠にサイコパシーが真正の病気であることを否定する議論は、成功しないように思われる¹²⁾。

では、チャーランドが提示していたもう一つの議論はどうだろうか。それは、クラスター B パーソナリティ障害の治療は、なんらかの道徳的コミットメントを必要とするという点で、他の病気の治療とは異質であり、医学的な治療ではなく道徳的な治療だという議論である。

この議論にたいして、ライマー (Reimer 2013) は、以下のように反論している。ある精神疾患の治療が道徳的であるというときには、治療のためには行動を道徳的な点で変える必要があるということと、行動を変えるために道徳的な反省や熟慮が必要だということを区別する必要がある。そして、反社会性パーソナリティ障害や自己愛性パーソナリティ障害が反社会的な行動を基準として診断される以上、これらを治療するためには、行動を道徳的な点で変えることは不可欠である。たとえば、反社会性人格障害を治療したと言えるためには、違法行為が減少しなければならない。これは、パーソナリティ障害の定義からの必然的な帰結である。

しかし、行動を道徳的な点で変化させるために道徳的な反省や熟慮が必要だということは、それほど自明なことではない。道徳的反省は、それが正しくなされるならば、行動を道徳的に変化させるだろう。しかし、それ以外の方法、たとえば投薬や認知行動療法などによっても、われわれの行動は道徳的な点で変化するかもしれないからである。たとえば、投薬によって衝動的な怒りが緩和されたり、あるいは怒りを抑制するための前頭前野の働きが高められたりすれば、道徳的な反省を経ることなしに、われわれの行動はより望ましいものに変化するかもしれない。道徳的反省は、行動変化の十分条件ではあるが、必要条件ではないのである。

道徳的反省によらない行動の変化が現実にはどの程度可能であるかを別とすれば、このような反論は説得的であるように思われる。したがって、サイコパシーが、あるいはより一般的に、クラスター B パーソナリティ障害が真正な精神疾患であることを否定する 2 つの議論は、いずれも説得的ではないように思われる。

4

以上の考察によれば、サイコパシーを精神疾患の一種とする見方は、それなりに説得的であるよ

える能力に問題があることなどが知られている (cf. Blair, Mitchell, and Blair 2005)。

12) ケンデル (Kendell 2002) は、ウェイクフィールドの定義も含めた精神疾患の定義は、いずれも満足のいくものではないと主張するが、パーソナリティ障害の原因にかんする神経科学的な研究の進展や、薬理学的な治療法の登場によって、パーソナリティ障害を精神疾患とみなす立場は以前よりも説得的となっていると論じている。

また、ネーデルホフファーとシノット＝アームストロング (Nadelhoffer and Sinnott-Armstrong 2013) は、ウェイクフィールドの定義も含むいくつかの病気の定義を検討し、いずれの定義のもとでもサイコパシーは精神疾患とみなしうると主張している。

なお、この点で、サイコパシーと反社会性パーソナリティ障害のあいだには大きな違いがあるように思われる。DSM の診断基準によれば、後者は、さまざまな反社会的行動のみによって定義されるように見えるからである。もっとも、本文で言及したように、DSM も、反社会的行動の原因になんらかの機能不全がない場合には、それは精神疾患ではないという考えを支持している。この点を重視すれば、サイコパシーと反社会性パーソナリティ障害のあいだには、それほど大きな概念上の違いは存在しないかもしれない。

うに思われる。しかし、この見方を受け入れるならば、別の問題に直面することになる。それは、サイコパシーと「普通の」悪の線引きという問題である。

ウェイクフィールドの定義によれば、サイコパシーが精神疾患とされるのは、それが脳の機能不全を原因とし、有害な帰結をもたらすからである。しかし、有害な帰結をもたらすという点では、普通の悪、普通の犯罪行為も同様である。普通の犯罪行為も、周囲の人々に害悪をもたらし、逮捕され懲役刑などを科されれば、本人にも害悪をもたらすからである。そうだとすれば、普通の悪とサイコパシーを区別するためには、後者にのみ脳の機能不全が生じていることを示す必要がある。

しかし、これはそれほど容易なことではない。サイコパスを対象とした研究からわかるのは、サイコパスの脳の活動と正常な人の脳の活動のあいだには、統計的に有意な差があるということではないからである。この脳の活動の差は機能が正常かどうかの違いにほかならないということを示そうとすれば、結局のところ、脳の活動の違いが有害な帰結をもたらすかどうかにうたえるほかないように思われる。サイコパスの衝動性が機能不全であり、たんに衝動的な人の衝動性が機能不全ではないのは、前者だけが、人間関係の悪化や刑務所への収容といった害悪をもたらすからなのである。そうだとすれば、機能不全という概念自体にも、価値的な要素が含まれていることになる¹³⁾。

これは、普通の悪と病気である悪を区別するうえで、不都合なことである。われわれの行動が脳の活動によって引き起こされているとすれば、ある状況で盗みを働く人の脳と、働かない人の脳のあいだには、なんらかの活動の違いがあるはずである。この脳の働きの違いは、盗みを働く人に害悪をもたらすものである。そうだとすれば、普通の悪い人の脳の活動も、よい人との対比で考えれば、一種の機能不全だということになる。ウェイクフィールドの定義によれば、普通の悪も一種の病気だということになってしまうのである。

このような問題が生じるのは、機能の定義が不十分だからであるように思われるかもしれない。たとえば、進化的な説明に依拠すれば、機能を価値的要素なしに客観的に定義できるのではないだろうか。しかし、このような試みも、うまくいかないように思われる。機能の進化的な理解によれば、ある身体器官の機能とは、その器官を持つ生物個体が自然選択の過程で生き残り、子孫を残すことに貢献してきた働きだということになる。たとえば、人間の心臓の機能が血液を循環させることであるのは、心臓がこの働きを果たすことで、われわれの祖先が生き残り、子孫を残す可能性が高められてきたからである。このような定義を採用すれば、機能を価値とは独立に定義することが可能になる。しかし、すでに述べたように、このような定義を採用すれば、適応度を低下させるものはすべて機能不全となる。たとえば、同性愛や知能の低さなどは、機能不全となる。これらがもし有害な帰結をもたらすとすれば、これらは病気だということになってしまうのである。逆に、適応度を高めるものは機能不全ではなく、それゆえ病気ではないことになる。たとえば、赤血球が鎌形をしていることは、熱帯地域においてはマラリア感染を防止するという点で適応的であり、それが貧血を引き起こすとしても、病気とは言えないことになる。このように、機能を進化的に定義したとしても、われわれが現在病気とみなしているものをうまく捉えることはできないのである¹⁴⁾。

13) サドラー (Sadler 2013) も同様の指摘を行っている。なお、このような指摘が正しいとすれば、ウェイクフィールドによる精神疾患の定義は冗長だということになる。有害な機能不全とは、機能不全にほかならないからである。

14) ウェイクフィールドが機能不全ということで念頭に置いているのは、じつは進化的な機能の不全である。しかし、リリエンフェルドとマリーノ (Lilienfeld and Marino 1995) は、進化的な機能を用いた定義はうまくいかないとし

同様の線引き問題は、サイコパシー以外のさまざまな精神疾患にも生じる¹⁵⁾。たとえば、境界性パーソナリティ障害と診断される人々に見出されるような行動傾向は、多かれ少なかれ、他の人々にも見出されるものである。そして、境界性パーソナリティ障害と診断された人と、そうでない人が、他人を極端に貶めるような言動を見せるときに脳で生じている活動の違いは、程度の違いでしかないだろう。ここで、前者の脳の活動だけが機能不全だということを客観的に示すことは、不可能であるように思われるのである¹⁶⁾。

このような問題は、すでに何人かの哲学者によって指摘されている。たとえばサドラー (Sadler 2008) は、DSM においては、ある種の悪は道徳的な問題とされるのにたいして、別種の悪は医学的な問題とされる。しかし、それらの明確な分類基準は示されておらず、この点で、DSM における悪の扱いは首尾一貫していないと指摘する。ピッカード (Pickard 2011) も、パーソナリティ障害と正常なパーソナリティは連続的であると主張する。

これが事実だとすれば、われわれはどうしたらよいのだろうか。1つの極端な対応は、サス (Szasz 1974) のように、精神疾患 (あるいはもうすこし限定してパーソナリティ障害) はすべて道徳的な問題であるとみなし、これらを医療の対象から除外するというものである。正反対の極端な対応は、望ましくない行動をすべてある種の病気とみなすというものである。サドラーは、このような立場を支持しているように思われる人として、サイコパシー研究者のレインを挙げている。レイン (Raine 2001) は、犯罪行動は神経科学的・発達の障害であり、遺伝的・生物学的・社会的要因の産物であるという見解を支持している。

しかし、これらの対応は、どちらもあまりに極端なものに思われるかもしれない。そのように考える人のなかには、客観的な事実にもとづいて悪と病気のあいだに線引きをすることは不可能だということを認めたくて、それでもなお、われわれはどこかに線引きをする必要があると主張する人もいる。たとえばレズネック (Reznek 1991; 1997) は、凶悪な人々に共通な脳の異常が見つかった

張する。彼らによれば、その理由は3つある。第一に、多くの心的能力は進化的な適応ではなく、その副産物である。それゆえ、その進化的機能を論じることができない。第二に、進化的な適応には、個体間の変異が見られることが一般的であり、平均からの逸脱はただちに機能不全となるわけではない。第三に、精神疾患のなかには、ある種の恐怖症など、適応的な反応であるものもある。これらの理由から、進化的な機能概念にもとづいて精神疾患を定義する試みは、失敗に終わる可能性が高いというのである。

15) ウートン (Wootton 1959) も、ある種の悪を病気とみなし、免責の対象とすることは、滑りやすい坂 (slippery slope) の問題を引き起こすと指摘している。

16) 同様の問題は、パーソナリティ障害以外の精神疾患や身体的な病気では生じないのだろうか、という疑問が生じるかもしれない。たとえば、がんの場合、健康な状態とがんである状態は、連続的ではないように思われる。ある人がややがん傾向にあるという考えは意味をなさないように思われるのである。他方で、糖尿病は血糖値によって診断が下されるが、糖尿病患者とそうでない人の血糖値は、実際には連続的である。分類にかんする用語を用いれば、これらのことが示唆しているのは、病気のなかには、カテゴリカルなあり方をしているものと、ディメンショナルなあり方をしているものの両者があるということである。もっとも、この違いがなにに由来しているのかは、明らかではない。1つの可能性は、生物体にとって外的な要因に由来する病気はカテゴリカルなあり方をしているということである。この点にかんしてはさらなる考察が必要だが、カテゴリカルな病気とディメンショナルな病気を明確に区別することは、精神疾患の本性を考えるうえで、きわめて重要であるように思われる。実際、DSM は、本来ディメンショナルなあり方をしている精神疾患をカテゴリカルに捉えているという点で根本的に誤っていると批判する人々もいる (cf. Poland 2014; Haslam 2014)。

たときに、それを病気とみなすか、あるいは悪の生物学的な基盤とみなすかは、われわれが選択することだと主張する。また、サイコパシーを病気に分類するかどうかは、科学的な事実にもとづいて決定されることなく、社会的・政治的な考慮にもとづいて決定されることだという¹⁷⁾。

また、エドワーズ (Edwards 2009) は、ある状態を精神疾患とみなすということは、その状態にたいしてわれわれがどのように対処するかを規定するラベル付けだと主張する。ある人の状態を精神疾患とみなせば、その帰結にたいして免責される一方で、強制的な治療の対象となりうるなど、その人の自律は制限されることになる。そして、エドワーズによれば、このラベル付けは、客観的な事実のみにもとづいてなされるのではなく、われわれによる決定なのである。

このような立場をとるならば、望ましくない行動を、本人が責任を負うべき悪と、そうではない病気に分けることが可能になる。しかし、このような見方のもとでは、個人間あるいは文化間で、悪と病気の線引きは異なりうることになる。この線引きをより客観的なものにすることは可能だろうか。

1つの可能性は、有害な機能不全のうち、害悪の大きなものを病気とみなすというものである。普通の悪は道徳的な問題であり、サイコパシーは病気であるという扱いは、このような直観を反映しているように思われる。しかし、このような単純な戦略はうまくいかない。一方で、害悪が小さいもののなかにも、正当に病気と呼びうるものは数多くある。たとえば、風邪や虫歯の害悪はわずかなものだが、だからといって、風邪や虫歯が病気でなくなるわけではない。他方で、害悪が大きいものはすべて病気だというわけではない。たとえば、交通事故が原因の四肢麻痺状態は、本人に大きな害悪をもたらすが、それを病気とみなすことには、積極的な意義は見出せないように思われる。

より有望な選択肢は、帰結主義的な発想を取り入れることであるように思われる。すなわち、ある人の行動を変えるうえで、ある状態を病気とみなし、医学的に対処することと、悪とみなし、道徳的に対処することのどちらが効果的かを比較し、医学的な対処がより効果的ならば病気として扱い、道徳的な対処がより効果的ならば悪として扱うのである。

もちろん、このような方針にも問題はあろう。望ましくない行動を生みだす状態のなかには、治療も刑罰などによる矯正も不可能なものが存在するからである。そして、サイコパシーはその1つかもしれないのである¹⁸⁾。この事実をふまえるならば、われわれは、悪にたいする考え方を、以下のように根本的に修正すべきなのかもしれない。望ましくない行動を生みだす状態のなかには、医学的な治療が可能なものと、刑罰などによる矯正が可能なものと、いずれによっても変えることのできないものの三種類がある。われわれは、これらの特徴におうじて、それぞれに異なる仕方に対処すべきである。すなわち、医学的な治療が可能なものは病気とみなして治療を施し、刑罰などによる矯正が可能なものは悪とみなして刑罰を科し、いずれも有効でないものは、第三のカテゴリーに分類して、治療でも刑罰でもない方法に対処すべきなのである。第三のカテゴリーにたいする対処法としては、具体的には、特別な施設への収容などが考えられるだろう。悪と病気の境界は明確でないということと、治療と刑罰だけでは悪のすべてに対処できないということをふまえれば、われ

17) レズネック自身は、線引きは必然的に恣意的なものとなるので、パーソナリティ障害と診断された人々にも責任を認めるべきだと主張する。

18) また、病気とみなすことが自然であるもののなかにも、治療不可能なものがある。このようなものをなぜ依然として病気とみなすべきなのかを説明する必要もあるだろう。

われは、責任をめぐる社会実践を、このような仕方では根本的に転換する必要があるかもしれないのである。

5

これまでの考察をまとめよう。

サイコパシーを病気とみなすことにたいしては、サイコパシーが道徳的な語彙によって定義されていることを理由とした批判がある。しかし、病気の定義には一般的に価値的な要素が含まれ、また、サイコパシーは、反社会的な行動だけでなく、生理学的な基盤によっても特徴付けが可能なため、このような批判は説得的ではない。

しかし、サイコパシーと普通の悪のあいだには程度の違いしかないため、サイコパシーを医学的な問題とし、普通の悪は道徳的な問題とすることを、客観的な事実にもとづいて正当化することは困難である。同様の線引き問題は、他のパーソナリティ障害にかんしても生じる。

両者の線引きを恣意的でないものにする1つの方法は、対応の有効性にもとづいて分類することである。このような方針を採用するならば、望ましくない行動を生み出す状態は、刑罰などが有効な悪と、医学的な治療が有効な病気と、どちらも有効でない第三のカテゴリーに分類されるべきだということになる。

ある種の悪は病気かという問題は、より一般的な線引き問題を介して、責任をめぐる社会実践と、その背景にある常識的な見方に、根本的な転換を迫るかもしれないのである。

参考文献

- American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Birbaumer, N., Veit, R., Lotze, M., Erb, M., Hermann, C., Grodd, W., and Flor, H. (2005) *Deficient fear conditioning in psychopathy. Archives of General Psychiatry*, 62: 799–805.
- Blair, R., Mitchell, D., Peschardt, K., Colledge, E., Leonard, R., Shine, J., Murray, L., and Perrett, D. (2004) Reduced Sensitivity to Others' Fearful Expressions In Psychopathic Individuals. *Personality and Individual Differences*. 37(6): 1111–1122.
- Blair, J., Mitchell, D., and Blair, K. (2005) *The Psychopath: Emotion and the Brain*, Oxford: Blackwell.
- Charland, L. (2006) Moral Nature of the DSM-IV Cluster B Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*. 20(2): 116–125.
- Edwards, C. (2009) Ethical Decisions in the Classification of Mental Conditions as Mental Illness. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 16(1): 73–90.
- Elliott, C. (1991) The Rules of Insanity: Commentary on: Psychopathic Disorder: A Category Mistake? *Journal of Medical Ethics*. 17: 89–90.
- Fulford, K. (1999) Analytic Philosophy, Brain Science, and the Concept of Disorder. in Bloch, S., Chodoff, P., and Green, S. (eds.) *Psychiatric Ethics, Third Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Haslam, N. (2014) Natural Kinds in Psychiatry: Conceptually Implausible, Empirically Questionable, and Stigmatizing. in H. Kincaid and J. Sullivan (eds.) *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*. Cambridge MA: MIT

- Press.
- Hare, R. (1993) *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*. New York: Guilford.
- Kendell, R. (2002) The Distinction Between Personality Disorder and Mental Illness. *British Journal of Psychiatry*. 180: 110–115.
- Lilienfeld, S., and Marino, L. (1995) Mental Disorder as a Roschian Concept: A Critique of Wakefield's "Harmful Dysfunction" Analysis. *Journal of Abnormal Psychology*. 104(3): 411–420.
- Maibom, H. (2008) The Mad, the Bad, and the Psychopath. *Neuroethics*. 1: 167–184.
- Nadelhoffer, T., and Sinnott-Armstrong, W. (2013) Is Psychopathy a Mental Disease? in N. Vincent (ed.) *Neuroscience and Legal Responsibility*. Oxford: Oxford University Press.
- Pickard, H. (2011) What Is Personality Disorder? *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 18(3): 181–184.
- Poland, J. (2014) Deeply Rooted Sources of Error and Bias in Psychiatric Classification. in H. Kincaid and J. Sullivan (eds.) *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*. Cambridge MA: MIT Press.
- Raine, A. (2001) A Reply to Dolan's and Cordess' Review of The Psychopathology of Crime. *Cognitive Neuropsychiatry*. 6(4): 304–307.
- Reimer, M. (2013) Moral Disorder in the DSM-IV? The Cluster B Personality Disorders. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 20(3): 203–215.
- Reznek, L. (1991) *The Philosophical Defence of Psychiatry*, London: Routledge.
- Reznek, L. (1997) *Evil or Ill?: Justifying the Insanity Defence*. London: Routledge.
- Sadler, J. (2008) Vice and the Diagnostic Classification of Mental Disorders: A Philosophical Case Conference. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology*. 15(1): 1–17.
- Sadler, J. (2013) Vice and Mental Disorders. in K. Fulford (ed.) (2013) *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
- Smith, R. (1984) The Psychopath as Moral Agent. *Philosophy and Phenomenological Research*. 45(2): 177–193.
- Szasz, T. (1974) *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct (Second Edition)*. New York: Harper Perennial.
- Wakefield, J. (1992a) The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*. 47(3): 373–388.
- Wakefield, J. (1992b) The Concept of Mental Disorder: On the Boundary Between Biological Facts and Social Values. *American Psychologist*. 47(3): 373–388.
- Wootton, B. (1959) *Social Science and Social Pathology*. Oxford: Macmillan.

* この論文は 2014 年度南山大学パッへ研究奨励金 (1-A-2) による研究成果の一部である。