

巻頭言 脳—精神—社会の関係について生物学的精神医学者に求められる 10 の基本視点

笠井 清登

東京大学大学院医学系研究科精神医学

脳と精神と社会は相互作用・相互形成の関係にあり、それを観察する研究者の主観・メタ認知も関与するため、精神疾患の解明を問題設定することはきわめて複雑な営みであり、今後もそうあり続けられると思われる。そのため、私なりに重要と考えている視点について 10 箇条にまとめてみた。

①脳の出力優先性

脳は、外界（環境）の情報を受動的に入力してから出力を行うだけでなく、必ずしも入力に駆動されない内発的な出力を優先させるシステムである。入力を伴わない内発的な出力は、生物進化の最初の段階から備わっていた。生命を保つために、不可欠な行動形態（出力様式）だからである。その内発性は、最初は生体内部からの欲求にもとづく物理化学的なものであったが、生物進化に伴ってそれはより生物学的な自動性といえるものとなった。さらには精神機能にもとづいて意識的に制御できるようになり、自発性とよべるような性格を獲得していったと考えられる。

②生活を成立させるための器官である脳

脳は、身体が外界（とりわけ社会）で機能すること（生活）を成立させるための器官であるということに自覚的となる必要がある。

③世界の主観性・客観性と精神

精神という主観世界は人によってきわめて多様であるが、その多様な人々が 1 つの客観世界で生活している。

④精神と脳の自己制御性

精神と脳は、再帰性を有し、それを媒介するのは言語である。この自己制御性が成熟するのが思春期である。

⑤人生行動科学

精神・脳機能は、発達過程において外界との相互作用としての体験を学習として履歴し、それを土台として次の発達期のあり方が決まるという、蓄積モデルで考える必要がある。これにもとづき思春期の発達科学を人生脳行動科学として更新する必要がある。また、発達期であっても、炎症などによる早期老化プロセスが重畳している可能性がある。

⑥精神疾患の発症における社会環境因子

発達過程で生じる精神の不調は、ゲノムの変異や周産期の環境因子のみで必ず精神疾患を発症するなど、決定論的ではない。このため病態モデルを考案する際には、社会環境因子を考慮せねばならない。

⑦研究者自身の reductionism

精神疾患研究が解くべき相互作用種の問題を多元的にとらえたうえで、研究者自身の reductionism 的志向性（精神機能は脳機能に還元できる）と、他者のそれをお互いに自覚することで、還元論的アプローチが有効な部分とそうでない部分を選り分けることができる。非ヒト動物の研究をデザインするとき、および非ヒト動物の基礎研究の結果からヒト疾患の病態の仮説を生成する際に洞察が必要である。

⑧チームとしての能力発揮

個人としてではなく、チームとして能力を発揮する（shared capability as a team）よう、リーダーは努める。また、psychiatry-oriented neuroscientist (PSY-ON) や psychiatry-inspiring neuroscientist (PSY-IN) と協力したり、これらの人材の育成に貢献したりする必要がある。

⑨障害の社会モデル

精神疾患の病態モデルを考える際に、個人の脳のインペアメントで精神機能の不調をすべて説明することはできず、個人の特性と社会環境のアンマッチ（ディスアビリティ）の側面がある（障害の社会モデル）。このディスアビリティは、精神疾患や発達障害の際に非常にみえにくく、その理解には当事者（経験の専門家）との共同（コプロダクション）が必須である。また、主観的な苦しみやリカバリーと客観的な症状評価は乖離しており、精神病理学の再考が必要である。

⑩歴史的トラウマ

精神疾患の当事者とのコプロダクションには、当事者個人のトラウマにインフォームドになるだけでなく、歴史的、集合的トラウマにインフォームドになる必要がある。精神疾患の概念形成や処遇に対して優生思想がどのように影響を与えてきたかの歴史を知る必要がある。