

査読意見

著者の考え方は、単一の視点のみから理論が組み立てられていく傾向があるようにみえます。妄想を「自他を傷つける人間関係性」として再定義するのであれば、パーソナリティ症（特に反社会性および境界 PD）も妄想性の疾患ということになるはずですが、これでは「妄想」という用語の通常用法から大きく逸脱してしまいます。

著者は誇大妄想も、他人へのいたわりを欠いているという点で、他人を傷つけるものであるとしていますが、誇大妄想（血統妄想であれ被愛妄想であれ）を持つ当事者はしばしば二重見当識の中で生きており、自他を傷つけることとは程遠いように思われます。

うつ病の当事者の大半は「存在の危機」にあるかもしれませんが、だからといって、「存在の危機」にある人間がみなうつ病であることにはならず、統合失調症であれアディクションであれ、多くの精神疾患の当事者が「存在の危機」にあるでしょう、また「存在の危機」にあっても精神疾患にならない人もいるでしょう。そのように考えると、うつ病を「存在の危機」として再定義することにも無理があります。

現代精神医学に対する著者の不満は、用語の定義や疾患の診断基準が、当事者の経験に沿っていないために、治療関係を築くためには役に立たず、かえってそれを損なってしまうことさえありうるという点にあるように思われます。そのような不満は、決して理解できないものではありません。けれども、当事者の体験から得られる疾患の「本質」は多様であり、「うつ病」を例にとっても、ある人にとっては絶望感が、別の人にとっては無価値感や実存の危機が、また別の人にとっては精神運動制止が本質であるように感じられるかもしれません。

その結果、本質を基準として病態を定義しようとするれば、多くの論者が「うつ病」という用語に異なる定義を与えることになってしまいます。そのような状態では、多くの人が独自の定義によって「うつ病」の研究を行うために、多くの研究が報告されても、結果を検証したり統合したりすることが出来ず、それでは精神医学という研究領域自体が信頼に値しないことになってしまいます。そのため、本質論はいったん脇に置いて、症候学的な見地から用語を定義し、診断基準に関する合意を形成したのであり、その結果、エビデンスの蓄積や統合が可能となりました。

一方で、当事者の主観的な経験をどのように理解し、その理解をどのように治療に反映させるのかという課題に、私たちが今日も直面し続けているのは事実です。けれども、だからといってここで再び当事者の経験をもとにして概念を自由に再定義してしまえば、すべては振

出しに戻ってしまうでしょう。そのようなわけで、用語や疾患の定義と、当事者の体験の内
在的な理解とは、区別して考えなければならないのです。

本論文は、著者が個人的な経験から学んだことを敷衍する試みであるようにみえます
。個人的な経験から得られた仮説を出発点にするのはよいのですが、これを学術的な研
究にするためには、この仮説をさまざまな視点に立って批判的に検討したり、過去のさ
まざまな知見と比較したり、より多くの事例に適用して一般化可能性を検証したりして
、より普遍的で検証可能あるいは討議可能なものにしていかなければなりません。

精神疾患当事者の主観的経験については、近年では多数の質的研究の結果が蓄積されるよ
うになりました（たとえば Ritunnano R (2022) Lancet Psychiatry）。精神病的病態に関
する診断横断的な枠組みを提案したいのであれば、古典的な精神病理学から近年の HiTOP
研究まで膨大な文献に言及する必要があるでしょう。

本論文は、著者自身が被害/攻撃関係から共生関係へと回心した経験を背景としており、あ
る種の当事者研究としての価値はあるかもしれませんが、それを学術論文の域にまで高め
る作業については、きわめて不十分と言わざるを得ません。

妄想の回復過程に関する記述も、どのような患者を対象とするどのような治療経験から導い
たものであるのか記載されていません。自身の経験をもとにさまざまな精神医学的病態を
内在的に理解するモデルを提示しても、それが現実のさまざまな当事者のうちどの程度まで
適用可能であるのかについては、検証されていません。

以上のような理由により。本論文は本誌に掲載できる学術論文の水準に達していない
と判断いたします。

査読者は、著者が今後、多くの人と対話したり、古今東西の専門家の知見を吸収したりしな
がら、個人的体験から得られた貴重な知恵を、開かれた心と柔軟な知性をもって育てていか
れることを祈っています。