The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	逸脱行動論からみた「精神病」
Author(s)	鮎川, 潤
Citation	年報人間科学. 1980, 1, p. 76-97
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4902
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

逸脱行動論からみた「精神病」

鮎川　潤

一　はじめに

私はこの論文において、社会学における逸脱行動研究の観点から「精神病」の問題をながめてみたいと考えている。社会学からの「精神病」の問題へのアプローチは、例えばアメリカ社会学会が発行している『健康と社会的行動』誌上をはじめとして多くの論文が寄せられているとはいえ、わが国においては、現在のところあまり多くの関心を集めてはいないようである。したがって、私ははじめに、社会学からこの問題へアプローチすることが有意義である理由を述べておきたい。

その第一は、最も典型的な「精神病」とされている「精神分裂病」の原因が不明であり、しかも、「病因の主座が果して生物学的レベルにあるのか心理学的レベルにあるのか、さらには社会学的レベルにあるのか、そこがわからないという意味での原因不明性がある」(2)とされていることである。

第二は、古典的にはA・ホリンズヘッドとF・レッドリッチの調査が、そしてわが国においては荻野恒一をはじめとする比較文化精神医学の研究が示しているように、「精神分裂病」は社会階級、都市化、文化変容等の要因と密接に関係しており、決して社会や文化と切り離して論じることはできないということである(3)。

第三は、G・ベイトソンの「二重拘束説」に象徴されるように、あるいは、近年「精神分裂病」のファミリー・スタディがさかんに行なわれているように、「精神病者」をめぐる社会的相互作用の重要性が注目を集めてきていることである。

第四は、「精神病」に対する人々の考えや態度、「精神病」とみなされた人に対する社会的反作用、それに精神医療制度等の問題は、社会学的考察が必要だということである。これらの問題は、とりわけわが国の精神医療が入院中心主義から地域精神医療へ向かうにしたがって、より重要化してくると考えられる。

第五の理由は、先にあげた「精神病者」をめぐる社会的相互作用に注目した場合、それは決して家族内の相互作用にとどまるべきで

はなく、精神科医と患者との相互作用についても考察する必要がある、ということである。このためには、従来のように逸脱者ばかりを研究の対象とするのではなく、統制者をもその対象に据えた、逸脱行動研究のラベリングないしはレイブリング（labeling）パースペティブがとりわけ有効であると思われる。

このように、「精神病」の問題について社会学からアプローチすることは非常に有意義であるが、とりわけ私は逸脱行動研究におけるラベリング・パースペクティブを中心とし、その欠点をエスノメソドロジーの研究で補いながら考察をすすめていきたい(4)。この論文において、私は、先に理由として述べたうちの第三点と第五点に重点を置いて考察していくが、病因研究と疫学的研究へ社会学からアプローチしょうというのではない。私は次のことを行ないたいと考えている。私は、まず、「精神病」が帰属化される人の行動には、いったいどのような基本的性質があるのかを確定したい。次に、具体的な相互作用において、どのようにして社会的行動とそのような行動をとる人に「精神病」が帰属化されていくのか、さらに、精神医療の現場において、「精神病」とされた人をめぐる相互作用はいかなる特徴をもっているのか、についてみていきたい。そして、最後に、それらの考察からより広い社会学的レリバンスを引きだしたいと考えている。

二、「精神病」の基本的性質

私は、まず「精神病」とされる行動には、いかなる基本的性質があるのかを検討したい。この問題については、ラベリング・パースペクティブから「精神病」についての研究を先導して行なっているT・J・シェフの主張の問題点を指摘することからはじめるのがよいと思う。T・シェフは「精神病」の徴候を特定の文化の暗黙のとりきめに対する違反である「残余ルール違反」としてとらえる(5)。しかし、彼は一方で、「余りに当然のこととされているので明確に言語化されていない」(6)規範を「残余ルール」としながら、他方で、これの違反が広汎な人々によって頻繁におこなわれていると考えており、この点で矛盾していると私には思われる(7)。したがって、私は次のことを提案したい。すなわち、シェフの残余ルールの概念は、一般的な規範よりも一段深いレベルの問題として捉えられるべきであり、その違反は、しばしば非常に重要な問題となる〈共通感覚（コモン・センス）〉の非共有の問題として考えられるべきだということである(8)。

次に、シェフの第二の問題点に移りたい。彼は、精神科医によって貼られるレッテルを強調し、そのレッテルが貼られなければ「精神病」の症状は一時的であると仮定して理論を構築しているが、これには問題がある(9)。なぜならば、これは「精神病」それ自体がもつ基本的性質ばかりでなく、しろうとのレッテル貼りと精神科医の

レッテル貼りの共通点をも見落すことになるからである。すなわち、精神科医の診断はエラボレイトされ明確化された精神医学用語によってなされるが、それは決してしろうとの判断と隔絶したものではなく、私たちの日常生活の世界に根拠をもっており、この日常世界に基礎づけられることによってはじめて可能になっているのである。J・クルターの言を借りれば、「精神科医の直観的知識装備が、その文化のしろうとメンバーの直観的知識と同一線上に組織化されて、使用されるように置かれているからこそ、はじめて精神科医はその仕事を社会的是認をうけて行なうことができるのである」(10)

以上の二点からわかるように、「精神病」が帰属化される行動には、日常世界の世界における〈共通感覚〉――とりわけ常識的文化的知識、信念、推論形式等――が共有されていないという基本的性質があると考えられる(11)。そして、このような考えは精神医学者の見解と対立するものではない。たとえば、この考えは、古典的にはミンコフスキーの「現実との生ける接触の喪失」という考えに非常に近いし、さらには、現代日本の代表的精神病理学者の一人である木村敏の考え――「精神分裂病」とは「共通感覚の病理」(12)である――と基本的に一致しているといえる。

木村敏についていえば、彼は「精神分裂病」を一個人内部のでき事ではなく、ある人と周囲の人たちとの間、すなわち、人と人との「間」そのものに関して起っている出来事であるとする。その上で、彼は「常識とは実践的感覚がある種の規範化をこうむったもの」(13)であるとし、「精神分裂病の症状をただの一言でいいあらわすとするならば『常識の解体』という以外ないだろう」(14)と述べている。

さらに、精神科医笠原嘉の興味深い指摘、すなわち、脱俗的で「非日常的」なユース・カルチャーが成立してきたことによって「精神分裂病」の軽症化がもたらされるようになったという指摘、も私の考えに一つの傍証を与えるものといえよう(15)。周知のように、「精神分裂病」の発症の多くは青年期である。この青年期に影響力をもつ、自然主義的志向、神秘主義的志向、さらにドラッグの使用といった性質をもつ青年文化が成立し、日常生活の世界にその地を確保し、周囲に浸透していくことによって、少くとも次の二つのことが強まってきたと考えられる。その第一は、そのような青年文化は、「分裂病的心性」と平均人の心性との間に血行を保たせることによって、「精神分裂病」になりつつある人に対して、緩衝地帯の役割を果しているという事実である。第二は、そのような青年文化が存在しなかった時には「精神病」が帰属化されたにちがいない行動を、特別視させなくなったということである。

さて最後に、精神科医の診断が日常生活の世界における〈共通感覚〉にその基礎づけをもっていることを、具体的に「精神分裂病」の症状とされる「幻覚」・「妄想」・「プレコックス・ゲフュール」の三つを例にとりあげてみておきたい。このうち前二者はJ・クルターの見解に負っている(16)。

まず、「幻覚」をとりあげたい。各文化はその文化に固有の認知の仕方をそなえているのだが、「幻覚」とは、その文化のメンバーが自

分の知覚した対象を習慣的（コンヴェンショナル）な仕方で表現できないような認知の仕方である。このことには、彼がその文化の諸概念のストックに精通していないことが含まれる。そしてこの場合、とりわけそのように知覚した人が、知識の社会的配分によってそのような新しく認知されたものをつくりだす資格を与えられた人々の集団に属していなかったり、彼が知覚したものを他の人々に知覚できるように教えられなければ、彼の知覚は「幻覚」とされることになるのである。

次に「妄想」についてみてみたい。そもそもコミュニケーションが成立しうるためには、なにがしかの信念が共有されていることが必要である。ウィトゲンシュタインが指摘したように、私たちの事実に関する信念の多くが私たちの言語ゲームの不動の基礎を構成しており、それらが私たちの多くの断言、質問、経験、検査、確信にとって習慣的下部構造を形成している。すなわち、私たちには、単なる思い込みという性質をもち、経験的事実によってその確かさが増減される「知識」があるが、それとは別に、アプリオリな前提として「信じて疑わない」ことがある。この信念こそが、日常世界を支える真の基礎である[17]。このような私たちが疑う根拠がないとみなしている何かを明らかに疑っている人をみれば、私たちはその人が「妄想」をいだいているとし、その人が冗談をいったり偽っているのでなければ、彼を「精神病」とみなすのである。

要するに、集合的権威が信念に対する「信任状」を発行する権利を確立しているのである。しかも、「妄想」をなくさせるための試みは、何か別のことが事実であることを証明することによっておこなわれることは少ない。むしろ、人々は問題となっている主張は社会的に支持されないのだということに言及して、その人を説得するだろう。さらに、私たちが「……のことは確かである」というように「自然に」言うことができるのは、そうすることによって私たちは「集合的権威」、すなわち信頼性と明証性の社会的に受け入れられた標準にうったえているからである。この「集合的権威」は私たちを超えたところにあるのではなく、私たちが相互主観的に肯定し、強化しているのである。こうして、この「集合的権威」の「信任状」を得ていない信念や、「正当性を与えられ、社会的に支持された迷信あるいは宗教」のカテゴリーに入らない信念をまじめに信奉する人は「妄想」をいだいているとされるのである。

最後の「プレコックス・ゲフュール（Praecoxgefühl）」はオランダの精神科医H・C・リュムケによって「真正分裂病」を見わけるものとして唱えられはじめたものである。これは「患者の側からの積極的な疎通性の欠如」といったもので、医師が直接に感じる「直感的認識」[18]であるとされている。しかしながら、これは第一に、医師と患者との相互作用においてあらわれてくる様相に対する感じであるが、専門の医師よりも看護婦や付添人の方が的確に感じているように、「精神分裂病者」に接するすべての人たちが一致して微妙に感じとっているといわれている[19]。さらに第二に、このプレコックス・ゲフュール」は状況に左右される。すなわち、これは医師の構えによって大きく影響されるのである。例えば、診察室の雰囲気が重苦しいようなときには、医師は瞬時に患者に対して感じるが、医

師が患者の分裂病的世界への関心を深め、人間的了解を増すにしたがって、この「プレコックス・ゲフュール」は薄らいでいくといわれている[20]。

以上の二つのことから、精神科医がいわば日常生活の世界の代表者として、その専門家の権威のもとに患者の前に立ち彼を診断しようとする場合に、とりわけ強く「プレコックス・ゲフュール」が感じられるといえる。このように、「プレコックス・ゲフュール」は、まさに「日常生活の世界における共通感覚」についての「直感的認識」にほかならないのである。

三、ミクロコスモスにおける「精神病」

私は前節において、「精神病」とは日常生活の世界における〈共通感覚〉が共有されていないことであることを確認した。この節と次の節では、具体的な相互作用においてどのようにして「精神病」が構成されてくるのか、また「精神病」とされた人をめぐる相互作用にはどのような特徴があるのかを検討したい。

まず、私は、インターパーソナルなミクロコスモスに焦点をあてたい。医師が介入する公的なプロセスに入る前に、一般的にはこの対面的状況において様々なインフォーマルな作業がなされているのである。このミクロコスモスとしては、家族、近親、友人、職場、近隣等があるが、典型的にはやはり家族と考えてよいだろう。

このミクロコスモスにおいて、ある人に「精神病」が帰属化されるのは、幼児期から学習される「気ちがい」や「精神病」として類型化された〈実例〉からのアナロジー的推論にもよるが、[21]より分析的には、「その人の行動がレリバントな社会的役割や状況の定義によっては適切に処遇されない」[22]理解不可能なものとされることによってである。

このことには、第一に、その人の行動を適切に説明しうるような代替的なルールが捜されたり、その人の行動の問題性を軽減したり弁明したりすることが試みられながら、このような試みが消えていく過程が含まれている。それとともに、第二に、その人の一連の行動のシークエンスから、その人の行動がそれを認知する人自身やまわりの人びとにとって意味をなさないということを強調するように、〈切り取られ〉構成される過程が含まれている。

第一の点については、M・R・ヤロウらの調査が示唆的である[23]。そこでは、どのようにして妻は夫が「精神病」であると認識するようになったかが調査されている。それによれば、例えば、妻は、自分も月経閉鎖時に幻聴があったから夫の幻聴は別に正常な人にもおこるものであると考えたり、夫が会社を休み床についたままで食事をとりにでてこなくなったとき、夫が毎年その季節になると再発するという戦争中かかった病気のせいであると考えたりする。このように、他者にとって理解したり受け入れたりすることの難しいある人の行動について、他者はそれを説明しうるような解釈を試みたり、その行動の問題性を軽減したり、その人に対する従来の期待を検討し修正しようとする。しかし、やがてその人の逸脱的行動

が累積してくるにともない、もはやそれに対応することが困難になったり、その人の問題は「精神病」であるという比較的安定した結論に達したとき、これらの試みは破綻すると考えられる。

第二の点についてであるが、ここでは問題となっている人の行動が単なるルール違反ではなく、むしろその人の行動が不規則であるためや他のだれもが認識するようには状況を認識していないために「理解不可能」なものである、ということに重点が置かれている。このことに関しては、「精神病」であるとされた少女Kについて Kの友人に対して行なわれたインタビューを分析した、ドロシー・E・スミスの論文が示唆的である。彼女は、そこに〈対比構造〉が使われていることを指摘している。

ここでいう〈対比構造〉とは以下のようなものである[24]。例えばその一つは、ある人の行為がより小さな逸脱と対比的に、より大きな、あまりにも非常識な逸脱として示されるというものである。また第二の例としては次のものがある。まず、社会的ルールと状況の定義が示されるとともに、それに合致した行動とそれに反する通常の逸脱が示される。ところが、次に、その人の行動はその合致した行動と通常の逸脱のいずれにも属さず、内部的には解決されないパラドックスをもった無秩序なものであるとして示される、というものである。さらに、第三の例としては次のようなものがある。まず、その人の日課的な二つの行動が示される。ところが、次に、この二つの行動は互いに全く正反対の性質をもっているために、両者に矛盾しない一貫したルールを発見したり説明を加えることはできず、その人の行動は理解不可能である、とされるわけである。

以上のように、ある人の逸脱的行動について、それを説明する代替的ルールが捜されたり、その問題性を軽減することがなされたりする過程をともないながら、その人の行動が状況によっては適切に動機づけられておらず、無秩序で一貫していない理解不可能なものとして構成され、それが累積されることによって、「精神病」がその人に帰属化されることになるのである。

しかしながら、このことは決して静態的に行なわれるのではない。なぜならば「精神分裂病」のファミリー・スタディが明らかにしているように、「精神病者」を含むインターパーソナルな相互作用自体に歪みが存在しているからである。つまり、「症状顕現期の患者の示すコミュニケーション様式、知覚、認知等は分裂病の特徴というよりも、〝家族〟の特徴としてみることが可能であり、分裂病という〝疾患〟によってもたらされた特有のものとみなすことはできなくなってくる」[25]のである。しかも、そのような対面的状況において「患者は単に受身であるのではない。困難な状況において彼らなりの自我同一性を得ようとの闘いがあるあ」[26]るのである。

したがって、先にある人の行動が理解不可能なものとして構成されて「精神病」が帰属化されることを述べたが、それが行なわれる文脈ではコンフリクトが生じており、人びとの間で勢力の問題のからんだ、何が現実かについての定義と定義権をめぐってのポリティクス〉がおこなわれているのである[27]。このことの背後には次のような事実がある。それは、どのような出来事であれ、それについて

の可能な説明は一つとは限らないということだ。それゆえ、例えば、前に述べた「Kは精神病である」とする友人の説明には、その裏にその説明を唯一可能なものとして「権威づける」ということが含まれている(28)。このことについて、「妄想分裂病」とされている女性マヤとその両親とに対して、R・D・レインらが面接をおこなったときの記録を引用したい。

「彼女のもっていた関係観念は、両親の間で、自分の見ぬけない何かがなされている。多分自分のことについての何かがなされている、ということであった。

事実そうだったのである。全員一緒に面接したとき、父親と母親はたえずうなずきやウインクや身振りを交換し、微笑をかわしあっていた。あんまりはっきりしていたので、二十分程たって観察者がこのことを指摘した。ところが彼らはそんなことはないと言い、しかも中断せずにそうしつづけたのであった。

マヤから同様の指摘をうけたときも、彼らがそれを本当だと認めることのできなかった結果、マヤは両親の間で現になされつつあることをいつ自分が知覚しているのか、いつ自分が想像しているにすぎないか、を知ることができなくなってしまったのだと、われわれには思われる。両親の間の、このあけっぴろげの、しかも本人たちの認めない非言語的な合図は、全く誰の目にも公然としており、明らかであった。マヤについてパラノイドと考えられうるものの多くは、彼女が自分自身のいだいた正当な疑惑を自分で信用できなかったところからおこったものである。彼女は、現に両親の間でなされていることを自分が見たと思っても、本当にみたとは確信できなかった。」(29)

さらに、マヤの母は、マヤの知覚についてばかりでなく、「マヤが自分で望んでいると思っていることではなく、彼女が『本当に』望んでいることは何か」についても決定権をもっていることを観察者は指摘している。

レインらの原因論的言及については留保するにしても、この引用からわかるように、背離関係にある二人以上の人びとの間で、何が「現実」かについての定義と定義権をめぐっての〈ポリティクス〉がおこなわれるなかから、一方の行動が理解不可能なものであるとして「精神病」が構成されてくるのである。

以上述べてきたようにして、「精神病」が構成される。しかしながら、そのようにして「精神病」が帰属化されたりその疑いを強くもたれた人が、精神科医の診断へと導びかれるにあたっては、さらに〈偶然的・付随的条件（コンティンジェンシー）〉として〈不可視性〉と〈コミュニティ（ここでは家族）のトレランス〉の二つが大きな影響を与えると思われる。

まず〈不可視性〉についてとりあげたい。暴力的行為と比較して、「精神分裂病」により特徴的といわれる自閉的行為は目につきにくいことを考えれば、この〈不可視性〉の重要性が認識される。また、精神科医中井久夫は、「精神分裂病」の慢性化状態にありながら一度

も精神医療をうけたことのない人が相当多数存在していること、そしてその人たちに精神科医が接するのは、たまたまその人たちが患者の家族であるためであることを指摘している[30]。さらに、彼は次のように〈不可視性〉の重要性を指摘している。

「ある女性は毎朝家の前を掃いている時に顔を合わせる新聞配達の青年と十七歳で幻聴の命じるとおりに結婚し、子を育て四十歳に至っている。類似の例に私はいく人か遭遇した。この人たちにとって幻聴はほとんど自己の代役を演じている。つまりこういう場合幻覚は患者を破滅にみちびくような誘惑や身の置き場もなくなるような非難はしない。

……（中略）……

こういう人たちにわれわれが出あうのは子供の病気や結婚などでこの人たちが思いがけず広い対人的な場にひき出された場合である。新奇な対人関係の中で困惑したり言葉の首尾一貫性の乱れが相手を困惑させる場合である。『身なりのひどさ』を子供の結婚式までに何とかしたいという家族の意向が精神科医の前にこの人たちをひき出す場合もある。」[31]

第二の〈家族のトレランス〉とは、問題となっている人の役割が軽減されたり、その役割の代替者が現われたりするという調整メカニズムの働きによって、その人の存在や行為が家族内部において許容されることである。

このことについては、H・サンプソンらの研究が示唆的である[36]。彼らは、妻が「精神分裂病」と診断された家族の調査を行なったが、その一つのグループでは、夫婦関係は相互の撤退と各々が分離した世界を形成していることが特徴としてみられた。これらの家族では、妻の悩みや逸脱的行動は、精神科医の診断や入院という方向へ向うのではなく、妻の役割が軽減されることによって許容される方向へ向かったと考えられる。また、もう一つのグループでは、妻の母が家事や育児をおこなうことによって家族生活が成立していた。この場合、妻の「病気」による役割からの撤退は、同じくただちに精神科医の介入へと向うのではなく、母親が妻の世話をすると同時に妻の役割を代替するという方向へ向かったと考えられる。

この調整メカニズムの働きによる〈家族のトレランス〉について二点ほどつけ加えておきたい。このトレランスは、第一に家族の規模、第二に問題となっている人が担っている役割によって、その程度を異にする。すなわち、核家族よりも大家族の方がトレランスが高く、重要な役割の担い手よりも重要でない役割の担い手に対しての方が、軽減や代替が可能であるため、トレランスが高いと考えられるのである。

四　治療場面における「精神病」

インターパーソナルなミクロコスモスにおいて「精神病」として浮かびあがってきた人が、精神科医の診断をうけることになる。し

かし、その人を精神科医がどのような鑑別基準に基ずいて、「精神分裂病」、「非定型精神病」やその他の細かな「精神病」のカテゴリーへと鑑別していくかは精神医学の問題である。したがって、私がここでとりあげて社会学的考察を加えたいのは、いわば一つの「交渉(33)」がおこなわれる診断時の精神科医と患者の相互作用の特徴と、入院後の患者をとりまく相互作用の特徴の二点についてである。

まず、前者についてみていきたい。先に、「精神病」の基本的性質はある人が日常生活の世界における〈共通感覚〉を共有しないことであるということと、精神医学の業務を可能にする基礎条件は日常生活の世界にあることとを確認した。しかしながら他方で、近代精神医学における「精神分裂病」をはじめとする疾患モデルは、「精神異常者が精神病という疾患にかかったものとして、『精神病院』に隔離された人間を対象としてうち立てられてきた(34)」という性質をもっている。したがって、精神医学の診断の第一の特徴は、「精神病」として申したてられた人について「徴候」や「症状」を捜し出し診断をくだすということである。そのために、そのような診断は、その人の置かれていたインターパーソナルな相互作用の文脈においてその人を理解しないと同時に、その人によって生きられた世界を映し出してもいないということになる(35)。

第二の特徴は、精神医学の診断は患者の「確信や思考の内容を表わす命題」に対して、たとえば「患者には作為体験がある」といった陳述水準の異る「その言明を生じさせるところの心理学的事実の存在を指示する命題」を割りあてることによって行なわれている、ということである。(36)しかも、この陳述水準が異っていることを精神科医が自覚することはほとんどないため、精神科医と患者との真のコミュニケーションは成り立たない。このような状況において、「患者」の経験が〈無効化〉され、彼の「自己定義権」が剝奪される。この際、「患者」は、H・ガーフィンケルが指摘するように、新しい属性を古い「核」につけ加えられるというのではなく、全面的に再構成される。(37)すなわち、以前のアイデンティティは非本質的なものとされ、新しいアイデンティティが「根本的な」ものとされ、彼は他者たちの眼には全く違った人物として映ることになるのである。(38)

第三の特徴は、精神医学の診断は〈自己適中的予言〉となる可能性がある、ということである。なぜならば、一つには、「患者」の経験が「無効化」されるため、もし精神科医の観点からみて病気であるのに「患者」が自分のことを病気でないと考えるとすれば、このことはますます「患者」の病気が重い証拠とされることになるからである。二つには、「医学的人間に対する過度の崇拝」(39)のもとにおいては、医師の個人的構えや感情が問われないために、医師の側に問題がある場合でさえ、それが「患者」の「病気」のせいとされることが起きるからである。この危険性を精神科医ジョゼフ・バークは次のように指摘している。

「いとも無雑作に、多くの精神科医は精神科医自身からのコミュニケーションの放棄を、他のだれか、通常は患者ないしや

がて患者となるべき人のせいにしてしまい、同時に、そういうことを自分たちがしているということをも否定してしまうのである。その挙句、このていのコミュニケーション障害が、患者の〈病気〉の症状と見なされ、その病気のゆえに患者は〈治療〉されなければならないことになる。[40]」（傍点――J・バーク）

最後に、第四の特徴として、T・シェフの行なった精神科医が不確実性にどのように対応するかという調査や、M・ティマリンの「権威者」の暗示への同調を調べた実験が明らかにしているように、精神科医の診断は「疑わしきは病気と診断せよ」という暗黙のルールに従っていることを指摘しておきたい[41]。

以上四点にわたって診断時の特徴について述べてきたが、次に、精神病院における患者をめぐる相互作用についてみてみたい。なぜならば、わが国の現在の精神医療はやはり依然として私立病院に依存した入院中心主義だからである。昭和三十年代の向精神薬の導入にもかかわらず、わが国の精神病院と精神病床数はむしろ激増してきた。精神病床数は現在約二十九万床にのぼっている。「不祥事件」の続発により精神病院の問題性が指摘される一方、病棟の開放化、アフター・ケア、地域精神医療への取りくみが行なわれてきてはいるが、やはりわが国の精神病院は閉鎖性と長期入院化傾向を特徴としている。たしかに、アメリカ合州国においては、W・R・ゴウブらは、T・シェフらは自主入院、短期入院や外来患者の存在を無視しているという批判を行なっている[42]。しかし、入院中心主義で地域精神医療がそれほど発達しておらず、平均在院日数もアメリカ合州国の約一〇倍にもあたるわが国においてはそのような批判はあてはまらないといえる。

入院治療においては、先の診断について自己適中的予言となる可能性があるという第三の特徴として述べたことが、よりはっきりあらわれる。とりわけこのことは、病気で内側の世界へ閉じ込められた人と、〈鍵〉を持ち外側の世界と関係する健康で責任ある人とにはっきり二分される閉鎖病棟において、[43]より顕著にあらわれる。

まず、患者の行為や発言がいっそう患者の病気によるものとされる傾向がある。D・L・ローゼンハンらの調査によれば、彼らは声が聞こえるということで偽って入院し、その直後から正常にふるまったにもかかわらず、決して看破されなかったという[44]。同じく彼らによれば、病棟における患者の行為は悪意など全くないスタッフからしばしば誤解されるという。例えば、看護人にひどく扱われたために「激怒」した患者に対して、やがてやってきた看護婦は、それを環境からの刺激によるものとは考えず、病気のせいで混乱しているとみなしていた[45]。

次に「微かな兆候への感受性[46]」を備えているといわれる精神分裂病者の知覚、経験、意志は無視され、非人間的に扱われる傾向がある。例えば、先のローゼンハンによれば、患者が医師と接する時間が短いばかりか、患者の側から医師との接触を求めることはほとんど禁止されており、さらに、スタッフは患者のいる前で、あたか

もその患者がそこにいないかのごとくにその患者について論じたりするという[47]。同様の例が、小林美代子さんが、精神分裂病者として入院生活を送ったときの日記をまとめた作品の中に示されている。

「『弟さんが本当にそう言いましたか、言うわけはないと思いますが、僕はその時既に病気はあったと思えるのですが、それがはっきり自分で判るまでは、やっぱり治療しないといけませんね、今日からお薬をもう少し増やしてみましょう』

『あのーお薬が又増えるのですか、みんながお薬の副作用でないかと言うのですが、夜、床の中に落着いていられなくなったのですけれど、幻聴も妄想も全然ありませんのに、体に動きが突き上げてきて、堪らなくなって廊下を夜中歩いてしまうのです、入院当時はこんなことはありませんでした』

『多分、お薬の副作用ですね』

『それで又増えるのですか、先生とても苦しいのです、どうなるでしょう。……』

『少し我慢して下さい。病気を直す為ですからね』

『病気ですか、今、私、とても正常ですけれど』

『いや、そう言っている時はまだ正常じゃあないのです』

『?——』

『じゃあお部屋に帰っていいです』

私はこの病気にまで追込まれた様々の苦しみを、総て病気と、片づけられて、医者にも理解してもらえない淋しさに、隅に一人座り込んでしまった。[48]」

薬の副作用についての訴えはこの医師には聞きいれられず、のちに替った医師に弱い薬にかえてもらうことによって、彼女はやっと身体のおちつきを取り戻した。

このように、患者自身の自分の身体についての感覚さえ軽視されると同時に、諸行為の原因が病気に求められてしまう傾向がある。このような状況において、患者は、自分の生活を楽にするためには、自分に割りあてられた身分を受け入れ、スタッフの職業的役割を支持しなければならない。[49]E・ゴッフマンもいうように、「患者が精神病院に対する憎しみを表わすことは、精神病院内の彼の身分が正しいとされ、彼はまだそこを去る用意ができていないことの証拠を与えることになる[50]」のである。たとえば、医師への反抗は精神病の徴候とみなされ、大量の薬物投与と電気ショックの懲罰的利用の口実とされかねないし、[51]狭くて不潔な保護室はますますその患者の怒りを高めることになる。さらに、彼の怒りが爆発すればするほど、保護室は当然視され、彼への「治療」は「過酷」なものとなっていくことにもなる[52]。

しかし、精神病患者の役割をひきうけることが、将来にわたって彼を精神病患者の役割に固定化させるとばかりはいえない。というのは、病院が大量の薬を投与することによって患者をおとなしくさせ、低医療費を薬代によってまかなうと同時に、スタッフを削減し

て経費の節約をはかろうというような姿勢のもとに医療を行なうのでなければ、あるいは、「公費入院患者を固定資産とみなして[53]」退院を望まないというような姿勢のもとに医療を行なうのでなければ、医師の患者に対する期待は、精神病患者の役割から次第に寛解者の役割へと比重を移していくことになるからである。

ところで、私は今年の四月に一週間という短期間ではあったが、愛知県下の病床約二百床の精神病院の閉鎖病棟で入院生活を経験した。私が本当の患者でないことは医師しか知らないという形で入院させてもらったが、入院期間が余りに短期間であったことや、処方してもらった薬が向精神薬でなかったことから、一部の看護婦や看護人はこのことに気がついていたと思われる。

そこには、全く語彙が判別できないような言葉をほんのたまにしか話さない人、ほとんど一日中床についたままの人、逆に非常に活発に動きまわっている人、あるいは毎晩自分の荷物をまとめて迎えにくるはずの息子を待つ老人をはじめ、実に多様な人びとが生活していた。だが、そこでの生活を一言で言い表わすならば、〈拘禁と確実な服薬〉ということになる。そのような生活を送る患者たちの間には、E・ゴッフマンがいうところの「モーティフィケーション(mortification)」――つまり、市民社会において認められていた諸権利が奪われることによって、入院患者が屈辱を与えられること――や、[54]「第二次的順応(secondary adjustment)」――すなわち、「スタッフの管理に直接挑戦するのではないが、収容者が許されていない満足を得たり、許されていない手段によって許されている満足を得たりするテクニック[55]」――が存在していた。「モーティフィケーション」についていえば、例えば、間食や日用品は売店から自分で買うのではなく、決められた金額内で週一回注文したものが配られることや、タバコは薬を飲むときに配給され、すいたいときには看護人に火をつけてもらわねばならないことについて、不満が同室者から私にもらされた。また、「第二次的順応」については、私は次のような場面にであった。たとえば、食欲がなく一日中寝ている人の食事を、ある患者がその人の世話をするふりをしながら食べてしまう場面。あるいは、カッパブックスの『初歩精神病理学』という本をみて、三人の患者が自己診断したり他の患者たちを診断しあったりする場面。さらには、週一回おこなわれる病棟担当医の診察のときのやりとりを話して、どのように対応したらよいかを患者たちが話しあっている場面などである。

さて、患者は、以上述べてきたような特徴をもつ相互作用をおこないながら、スタッフの役割を支持し、あいまいな入院患者の役割を受け入れ、自己を病棟システムに志向させる[56]。その上で、治療によって寛解にいたり、社会復帰していくことになる。この退院に関して最大の問題となるのは、職業訓練、デイ・ケアといった社会復帰援助組織と家族の受け入れの意志という二つの条件である。もし、これらの条件が整っていなければ、病棟システムに自己を志向させてきた患者は、最上の「社会復帰病棟」において自尊心を満足させ、「居住化」してしまうことになる。つまり、社会復帰に対する不安から、自分と同じ人だけで劣等感をもつ必要もなく病気を隠す

必要もない病院に、一種の「エリート」として生活の場を確保してしまうのである[57]。しかし、他方において「居住化」することなく社会復帰することになった退院者でさえも、現在の精神医療と人々の精神病者に対する考えのもとでは、「結局現実しかないのですね」というむなしさと、「もうまともに扱ってもらえない」というくやしさをいだいて退院していくことが指摘されている[58]。

五　社会学的インプリケーション

この節では、今までの考察をより広い社会学的パースペクティブから捉え、現在の精神医療の社会的機能と「精神病」についての〈対抗的定義〉の萌芽という二つのことをみておきたい。

精神医療の社会的機能の第一は、当該の日常生活の象徴的世界における境界を維持することである。P・L・バーガーとT・ルックマンが指摘するように、狂気はそれが意識しているいないにかかわらず、自明化しルーティン化した社会のなかの存在にとって不断の恐ろしい脅威である。というのも、狂気はそれ自身ひとつの現実性をもっており、「日常生活の明るい現実はおそらくは幻想にすぎず、いつ何時、咆哮しつつあるもう一つの現実、つまり夜の側の現実の悪夢によって呑み込まれてしまうか知れたものではない、と暗示しつづける[59]」からである。したがって、これを封じ込め、日常世界の境界を維持することが必要になるわけである。

この点で、精神科医が患者の経験を〈無効化〉することが重要になってくる。〈無効化〉とは、まず第一に、逸脱的現象に、治療的意図のあるなしにかかわらず、否定的な存在論的地位を付与し、第二に、「現実についての逸脱的定義を自己自身のものである概念によって[60]」説明しようとすることである。「精神病的経験」についていえば、それは第一に否定的な存在論的地位を与えられ、第二に、日常生活の世界にその根拠をもちながら、他方においてエラボレイトされ明確化された専門的な精神医学用語によって説明されるのである。このことがなされたうえで、他の世界へ移住しつつあったり移住してしまった逸脱者を再び所与の世界へ引き戻そうとする「治療」か、それが不可能であったり不必要だとみなされる場合には、より徹底的な無効化がおこなわれる。さらに、この〈無効化〉は、直接的には「精神病的経験」に対して行なわれるのだが、間接的にはその他の人々に対して、それ以上は許されないという「限界点」を指し示す効果も持っている。この効果によって、〈無効化〉は日常生活の象徴的世界の境界を再確認し、その境界が破られたり不明確化されるのを「予防」しているのである。

次に、現代日本の精神医療が精神病院への隔離収容という形をとっておこなわれていることに注目して、精神医療の社会的機能をあげておこう。

まず、W・ゴウブが「復旧過程（restitude process）[61]」と呼んだものがある。入院は、患者に対しては、彼の通常の社会的役割についての責務を免除し「治療」に専念する機会を提供する。また入院は、家族に対しては、コンフリクトが生じ問題となっている状況か

ら患者をひき離すことによって、家族が関係の再調整と再統合をはかる機会とやがて退院してくる患者の受け入れ準備をする機会を提供する。この「レスティテュード・プロセス」が、象徴的世界の境界維持とならんで、精神医療の第二の社会的機能である。

しかしながら、「精神病者」の隔離収容は、そのような治療的観点からばかりではなく、社会の能率を維持するという観点からも行なわれていることは見逃すことのできない事実である。このことを象徴的に示しているのが、M・フーコーの研究である。[62]彼によれば、西欧における精神病院の起源は十七世紀なかばに突然狂人たちを監禁したことにはじまる。狂人たちは乞食、老人、身障者たちとともに監禁されたことから明らかなように、それは医学的意味によるのではなかった。隔離は、産業社会が形成されはじめたことを背景として、労働力たりえない狂人の無為怠惰を非難するとともに、都市の治安をはかることを目的として行なわれた。また日本においては、狂気は処罰や追放の対象とはならず、西欧にみられたような大規模の集団的隔離は敗戦後にいたるまでは存在しなかったとはいえ[63]、最初の精神障害者に関する立法は明治三十三年の「精神病者監護法」であることが注目されねばならない。これは、その名が「監護」であって「看護」でないことからも明らかなように、治療なき「私宅監置」をその内容としていた[64]。このように、資本主義社会においては、能率主義の観点から労働能力や労働意欲が劣っていると思われる者を排除してきている。これが精神医療の第三の社会的機能である。

最後に、第四の社会的機能として、精神病者の存在によって、社会はその他のメンバーの同調をより強化していくことがあげられる。隔離収容され、いわばその社会のメンバーシップを剥奪された「精神病者」の存在は、「対比効果」によって、「精神病者」以外の人々に対して、社会のメンバーであることそれ自体を報酬化する[65]。メンバーの資格をもつ者は、それを剥奪されている者に対して——とりわけ自分たちが享受している自由を彼らが奪われているという点で——侮蔑の感情を抱き、一定の優越感を得る。社会はこのことによってメンバーの凝集性を高め、彼らの同調をより強化しうる[66]。これは、特にその社会の下層や底辺に属する人びとに対してより大きな効果を持つと考えられる。

次に、第二の〈対抗的定義〉の問題に移りたい。「精神病であること」は現在強いスティグマとなっている。しかし、そのような定義づけに対する〈対抗的定義〉が芽ばえてきていることに私は注目したい。

そのような〈対抗的定義〉の代表的なものは、R・D・レインによって「メタノイア[67]」として述べられたものである。レインの主張は次のようなものである。「精神病的な経験とは私たちの常識、つまり私たちが共同で持っている思慮分別の地平を越えているものである[68]」そこにおいて、その人は非常に不安定な状態にあり、確かに混乱している。しかし、この精神病的な経験は決して自我の全面的な崩壊（ブレイクダウン）を表わすものではなく、潜在的には解放であり更生である突破（ブレイクスルー）として考えられる。す

なわち、「精神分裂病」は「病気」であるとは限らず、むしろ現代においてその実在性が理解されずに忘却されている内的時空間への旅とも考えられる。それは、往きには、外から内へ、前進から後退へとさかのぼり、帰りには、その内から外へ、退行から前進への、すなわち「宇宙的豊潤化から実存的再誕」への旅路である。これによって、「偽りの自我の死を通した再生」がおこなわれるのである。ところが、今までの治療は、この自然治癒過程を貶価し、妨害していっそう患者を混乱させてきた。ほんとうに必要なのは、「そこにおいてさらにいっそう内的時空へと入っていく道を見いだし、そしてもう一度そこから帰ってくる道を見いだしうるような場所[69]」である。レインは以上のような主張を行ない、自らそれを実践する場所としてキングズリー・ホールをいとなんだ。

しかし、レインのこのような考えに対しては、それは非定型精神病ないしは急性精神病についてのみあてはまるにすぎないという批判がある。したがって、私は、自然治癒過程に重点を置くのではなく、より広く考えて、イギリスの著名な精神分析医D・W・ウィニコットによってなされた指摘——つまり「精神病と退行の両者とも、それらによって人々が自分たちの偽りのたてまえを流し去り、己れ自身との、さらに自分の近親者や友だちとの、新しくて生命的（バイタル）な関係に到達するための手段である[70]」という考え——を〈対抗的定義〉の基本と考えたい。

これは、社会学的にみるならば、「精神病者」のアイデンティティと「現実」についての〈対抗的定義〉の萌芽としてとらえられる。まず、このような考えに基づく治療が精神療法を通じて広くとり入れられていくことによって、「精神病者」たちのあいだに、対抗的定義にもとづく〈対抗的アイデンティティ〉が形成されてくる。さらには、精神科医ジョゼフ・バーグらによっておこなわれているアーバース協会のように、この考えに共鳴する人びとによって集団が形成され社会的に維持されることによって、〈対抗的アイデンティティ〉に加えて、〈対抗的現実〉が制度化されることもある。やがてこのことは、より広い社会の現実に対しても影響を与えずにおかないだろう。

P・L・バーガーとT・ルックマンの考えによれば、これは次のようなプロセスをたどる[71]。まず、今まで「精神病者」として定義づけられていた人びとが、自分たちに対する従来のような定義づけを受け入れる必要がなくなる。さらに、その人たちを従来のような精神病概念によって定義づけていた人びとが、今まで行なってきた定義づけに確信がもてなくなり、他の人々についての定義づけ、さらには自分自身のアイデンティティと今までの現実についての定義づけまで揺るがされることさえ考えられるのである。

これらのことを想定するのは日本の現状とかけ離れすぎていると思われるので、より日本の現状とひきつけたかたちで三点ほどコメントをつけ加えてむすびとしたい。

現在のところ、先に述べたような対抗的定義とそれに基ずく治療が実践されていることが紹介され、それを経験してきた人の手記が出版されているが、関心をもっている医師によって精神療法を通じ

てこの考えが治療に生かされていくことによって、やがて少くとも次のような効果をもたらすと考えられる。

その第一は、「精神病」であることに対する恐怖感がとり除かれることである。たとえば、T・シェフは「レッテルを貼られるときに生じる危機において、逸脱者は非常に暗示にかかりやすく、提供された気ちがいの役割を唯一の選択肢として受け入れるかもしれない[72]」と述べているが、このような〈対抗的定義〉の存在は、そのような混乱がひきおこされるのを防ぐことができる。さらに、これはその人がステレオタイプ化した狂人の経歴へとすすむことを防ぐことができるであろう。

第二は、今までのような患者自身によるセルフ・ラベリングが少なくなるということである。すなわち、大変な病気で恥ずべきものだというように考えたり、くやしさとむなしさを感じて退院していったりすることは少なくなる。あるいは、それはまた、「精神病」を肉体の病気として説明したり[73]、「それは病気ではありません。誰にでもあるような人生のちょっとした波乱なのです[74]」といった「中和化」にとどまる「レッテルへの反抗」とも違っている。この〈対抗的定義〉は、「精神病者に、日常生活とは別の世界において苦難と自我の崩壊を経験し、新しく自己として再生してきたことを、それはそれとして、むしろ有意義で貴重な経験として評価することを可能にさせるであろう。

第三点として、この場合に必要とされるのは、安易に地域精神医療へ向かうことではないということをつけ加えておきたい。必要なのは、むしろ患者が自ら日常生活のルーティンと相互作用のネットワークから離脱し、そのような〈対抗的定義〉にもとづいた〈治療〉を受けられるような〈医療施設〉であると思われる。

六　おわりに

私はこの論文において、社会学における逸脱行動研究の観点から、ラベリング・パースペクティブとエスノメソドロジーの研究にもとづいて、「精神病」の問題を考えてきた。第一に、T・シェフの主張の問題点を指摘するとともに、精神病理学者の見解を参照しながら、「精神病」の問題が基本的には、当該の日常生活の世界における〈共通感覚〉の非共有の問題であることを確認した。第二に、具体的な相互作用に視点を移し、そこにおいて、どのようにして社会的行動やその行動をとる人に「精神病」が帰属化されていくのか、また、そのような相互作用にはいかなる特徴があるのかをみてきた。まず、インターパーソナルなミクロコスモスにおいては、何が「現実」かについてのポリティクスが行なわれるなかで、ある人の行動がレリバントな社会的役割や状況の定義によっては適切に処遇されず、無秩序で理解不可能なものとして切りとられてくることによって、「精神病」が構成されることを指摘した。そして、そこには〈偶然的・付随的条件〉として〈不可視性〉と〈家族のトレランス〉が影響していることを確認した。さらに、精神科医の介入後においては、診

断時の相互作用の特徴と、精神病院における患者をめぐる相互作用の特徴について、私自身の経験もまじえながらながめてきた。最後に、第三として、現在の精神医療の社会的機能と、従来の精神病概念に対する〈対抗的定義〉の萌芽とその意義について、指摘をおこなった。

私は、「精神病」のもつ基本的性質と現代的特徴の各々に注意を払い、「精神病」の問題へのマクロ的考察とミクロ的考察の綜合を心がけて論をすすめてきたが、まだまだ多くの問題が残されていることを認めざるをえない。また、「精神病」の問題への社会学的アプローチには、もちろん私が行なった逸脱行動研究の観点からのもの以外にも、重要で有益な研究が存在する。たとえば、多くの問題点をもつとはいえ、社会調査の技術を生かして、社会的・文化的要因と精神病との連関について研究する疫学的研究なども可能であろう。あるいは、具体的に精神病になった人について、ファミリー・スタディやライフヒストリーにおける出来事との関連を検討することによって、精神病の成因論に寄与する道もあろう。さらには、たとえばJ・ガベルのように、精神分裂病の意識構造を「物象化された意識」としてとらえ、それにもとづいて病理的社会現象を分析したり、知識社会学的に現代社会論を展開したりすることもできよう(75)。しかし、私は、「精神病」の内的性質を規定する以前に、それが社会との関係において、そして具体的な社会的相互作用において浮かびあがってくることについて考察しておくことが、ぜひとも必要であると考えた(76)。私の考察に対しておそらくなされるであろう一面的であるという批判を私は逃れようとは思っていない。私が言いたいのは、私がおこなってきたようなアプローチが、「精神病」の問題を考察するにあたって決して欠落させることのできない重要な接近法であり、まさに社会学的考察が有効であり必要とされる根拠を提供するのではないか、ということである。

(1) この論文において「精神病」とは「精神分裂病」を典型とする「内因性精神病」のことである。したがって、神経症、精神薄弱、アルコール精神病等は含まれていないことに注意されたい。

(2) 笠原嘉『精神科医のノート』みすず書房、一九七六年、一〇三頁。

(3) 荻野恒一『「状況」の精神病理』弘文堂、一九七八年。

(4) 筆者が用いるラベリング・パースペクティブ、シンボリック・インタラクショニズム、エスノメソドロジーに対しては、それらの間の相互批判を含めて、様々の多くの批判が寄せられている。しかし、私はこの論文においては、「精神病」についてのラベリング・パースペクティブからの研究に対する批判に答えることと、その問題点を克服することを目的としたい。したがって、ラベリング・パースペクティブ、シンボリック・インタラクショニズム、エスノメソドロジーの全般的問題、方法論的問題に関する議論は稿をあらためて行ないたい。

Gouldner, A. W. "The Sociologist as Partisan : Sociology and the Welfare State", in his For Sociology, Pelican Book 1975, pp.27–68.

Attewell, Paul, "Ethnomethodology Since Garfinkel", Theory and Society, vol 1 1974, PP.179 –210.

山口節郎「解釈学と社会学―『解釈的パラダイム』批判」『思想』六五九号、一九七九年五月、一〇〇―一一三頁。

(5) Scheff, T.J. "Schizophrenia as Ideology", in Scheff, T.J. (ed.) Labeling Madness, Prentice-Hall 1975, p.7.

(6) Scheff, T.J. Being Mentally Ill : A Sociological Theory, Aldine 1966, p.38. 市川孝一・真田孝昭訳『狂気の烙印―精神病の社会学』誠信書房、一九七九年、三六頁。

(7) Scheff, T. op. cit. p.40, 47, 51. 同訳書、三八、四六、五〇頁。

(8) 江原由美子「生きられる世界の理論化をめざして」『ソシオロゴス』第二号、四一―四二頁、一九七八年。

(9) Scheff, T. "Schizophrenia as Ideology", in Scheff (ed) Labeling Madness, p.10.

(10) Coulter, Jeff, Approaches to Insanity : A Philosophical & Sociological Study, Martin Robertson 1973, p.155.

J・クルターは『狂気へのアプローチ―哲学的・社会学的研究』において、「疾患としての精神分裂病」、ラベリング・パースペクティブ等の「経験的産出物としての精神分裂病」、「精神分裂病の現象学的概念」の三つを検討し、これらは擬似原因論に陥っていたり、科学的根拠を欠いていたりするとして斥け、エスノメソドロジーにもとづく「トランスカルチュラル精神病理学」を提唱する。しかしながら、彼の浩瀚な知識にもかかわらず、ラベリング・パースペクティブやR・D・レインの研究についての考察は不十分なものといわざるをえない。事実、彼自身、後の著作『精神の社会的構成―エスノメソドロジー・言語哲学研究』においては、「実際的、状況的作業としての精神医学の診断」についてのラベリング・パースペクティブの研究を評価するようにかわってきている。

したがって、クルターのラベリング・パースペクティブに対する重要な批判は次の二つにまとめることができよう。その第一は、精神医学における診断は日常生活の世界に基礎づけをもつことを軽視しているということであり、第二は、「精神病」は「神話」にすぎないと主張するのは誤りだということである。私はクルターの第一の批判は受け入れ、ラベリング・パースペクティブが強調する精神科医による社会的反作用以前に、「精神病」とされるものには、日常世界における共通感覚の非共有という基本的性質があることを確認した。第二の批判に対しては、重要なのは「精神病」が「病気」なのか「神話」なのかという問題ではなく、「精神病」が他の病気とどのように異った性質をもっているのか、「精神病」を帰属化することはどのような社会的機能をもつのか、さらに、真に有効な治療はいかにあるべきかという問題であり、これをめぐって議論がなされるべきであると私は答えておきたい。

Coulter, J. The Social Construction of Mind : Studies in Ethnomethodology and Linguistic Philosophy, Macmillan 1979, pp.140-152.

Lerin, David M. "The Concept of Mental Illness : Working through the Myths", Inquiry, vol 18 1976, p.364.

(11) Coulter, J. Approaches to Insanity, p.114.

(12) 木村敏『分裂病の現象学』弘文堂、一九七五年、一九頁。

(13) 木村敏『異常の構造』講談社、一九七三年、三四頁。

(14) 木村敏、同書、五四頁。

(15) 笠原嘉、前掲書、四七頁。

(16) Coulter, J. op. cit. pp.115-123, 131-141.

(17) 黒崎宏「『知』と『信』をめぐって」『理想』五四一号、九七頁、一九七八年。

(18) 宮本忠雄『精神分裂病の世界』紀伊国屋書店、一九六六年、六九頁。

(19) 宮本忠雄、同書、六八頁。

(20) 荻野恒一「プレコックス感の成立状況」『精神病理学研究Ⅰ』誠信書房、一九七四年、一四四—一五四頁。

(21) Imershein, A. W. and Simons, R. L. "Rules and Examples in Lay and Professional Psychiatry : An Ethnomethodological Comment on the Scheff-Gove Controversy", A. S. R. vol 41 1976, p.561.

(22) Smith, Dorothy E. "'K is Mentally Ill' The Anatomy of a Factual Account", Sociology, vol 12 No.2 1978, p.23.

(23) Yarrow, M. R, C. G. Schwartz, H. S. Murphy and L. C. Deasy, "The Psychological Meaning of Mertal Illness in the Family", in Scheff, T. (ed.) Mental Illness and Social Processes, Haper & Row 1967, pp. 32 -48

この論文に対しては、シェフの批判がある。しかし、この種の調査は事後的で回想的とならざるをえない。

Scheff, T. "The Labeling Theory of Mental Illness", in Scheff, T. (ed.) Labeling Madness, pp. 24-25

(24) Smith, D. E. op. cit. pp.40-47.

(25) 川久保芳彦「家族研究を通してみた分裂病について」、安永浩編『分裂病の精神病理6』東大出版会、一九七七年、一三三頁。

(26) 川久保芳彦、末次哲朗、牧原浩「分裂病患者の家族関係をめぐる臨床的な問題」『精神医学』第一五巻一二号、一三一五頁、一九七三年。

(27) Pollner, M. "The Very Coinage of Your Brain : The Anatomy of Reality Disjunctures", Philosophy of the Social Science, vol 5 1975,p.421.

(28) Smith, D. E. op. cit, pp.33-35.

(29) Laing, R. D. and A. Esterson, Sanity, Madness and Family, 笠原嘉・辻久子訳『狂気と家族』みすず書房、一九七二年、四三頁。

(30) 中井久夫「分裂病の慢性化問題と慢性分裂病状態からの離脱可能性」、笠原嘉編『分裂病の精神病理5』東大出版会、一九七六年、四七頁。

(31) 中井久夫、同論文、四八頁。

(32) Sampson, Harold, S. L. Messinger and R. D. Towne, "Family Processes and Becoming a Mental Patient", in Rubington, E. and M. S. Weinberg (eds.) Deviance : The Interactionist Perspective, 2nd ed. Macmillan 1973,pp.42 -53.

(33) Edgerton, R. B. "On the 'Recognition' of Mental Illness", in Plog, S. C. and Edgerton, R. B. (eds.) Changing Perspectives in Mental Illness, Holt, Rinehart and Winston 1969, pp.66-69.

(34) 西村康「状況における分裂病と憑依性精神病」、湯浅修一編『分裂病の精神病理7』東大出版会、一九七八年、二二五頁。

(35) たとえば、西村康は前掲の論文で、「正統精神医学の常識にもとづいた分裂病観に依拠して」治療をおこなっている大学病院において、「予後不良の慢性分裂病」と診断され入院生活を送っていた患者が、患者の訴えに耳を傾ける故郷の病院へ転院後、急

性の馮依性精神病に変貌し、急性精神病の経過をとり、治癒をみた症例を報告している。

(36) 高野良英「精神分裂病者における自我と自我意識」『精神神経学雑誌』第七一巻六号、五六五—五六六頁、一九六九年。

(37) Garfinkel, Harold, "Conditions of Successful Degradation Ceremonies", in Rubington, E. and M. Weinberg (eds.) op. cit. p.89.

(38) Garfinkel, H. op. cit. p.91.

(39) Foucault, Michel, Historie de la Folie a l' Age Classique, 田村俶訳『狂気の歴史—古典主義時代における—』新潮社、一九七五年、五二四—五三二頁。

(40) Barnes, Mary and Joseph Berke, Mary Barnes : Two Accounts of a Journey Through Madness, 弘末明良・宮野富美子訳『狂気をくぐりぬける』平凡社、一九七七年、一一〇頁。

(41) Temerlin, Maurice K. "Suggestion Effects in Psychiatric Diagnosis", in Scheff, T. (ed.) Labeling Madness, pp.44-54.

(42) Gove, W. R. "Labelling and Mental Illness : A Critique", in Gove, W. (ed.) The Labelling of Deviance, John Wiley and Sons 1975, p.42, 57-59.

ただし、次の数字は『厚生白書（昭和五三年版）』の五〇四・七日を、W・ゴウブの前掲論文に引用されているアメリカ合州国における一九七一年の入院日数のメジアンで割ったものである。

(43) Loeb, Martin B. "Some Dominant Cultural Themes in a Psychiatric Hospital", in Spitzer, Stephan P. and Norman K. Denzin (eds.) The Mental Patient : Studies in the Sociology of Deviance, McGraw-Hill 1968, p.307.

(44) Rosenhan, David L. "On Being Sane in Insane Places", in Scheff, T. (ed.) Labeling Madness, pp.54-74.

(45) Rosenhan, D. L. op. cit. pp.61-62.

(46) 中井久夫「分裂病と人類—一つの試論」、安永浩編『分裂病の精神病理6』東大出版会、一九七七年、二六一頁。

この論文は、「精神分裂病」を人類という広い観点から捉えなおそうとする試みであり、社会学的に非常に興味深いものである。

(47) Rosenhan, D. op. cit. p.65, 69.

(48) 小林美代子「幻境」（原題「精神病院」）『髪の花』講談社、一九七一年、一五三頁。

(49) Goffman, Erving, Asylums : Essays on the Social Situation of Menta Patients and Other Iomates, Pelican Book 1968, p.336.

(50) Goffman, E. op. cit. p.335.

(51) 大熊一夫『ルポ・精神病棟』朝日新聞社、一九七三年、一三五頁。

(52) Goffman, E. op. cit. p.269.

(53) 日本精神神経学会理事会「精神病院に多発する不詳事件に関連し全会員に訴える」『積神神経学雑誌』第七二巻一号、一一九頁、一九七〇年。

(54) Goffman, E. op. cit. p.47.

(55) Goffman, E. "Characteristics of Total Institutions", in Spitzer, S. P. & N. K. Denzin (eds.) op. cit. p.311.

もちろん、スタッフによる「第二次的順応」も存在するが、ここでは患者による「第二次的順応」をとりあげたい。

(56) Goffman, E. Asylums, Pelican Book, p.137.

(57) 弘末明良「『精神分裂病』と診断された長期在院患者の社会復帰活動を通じて考えたこと」『精神神経学雑誌』第八〇巻六号、二五七―二六二頁、一九七八年。

(58) 永田俊彦「精神病院における治療状況と分裂病者の寛解過程について」『精神医学』第一八巻九号、九五一―九五七頁、一九七六年。

(59) Berger, Peter L. and Thomas Luckman, The Social Construction of Reality, Penguin Book 1967, p.116. 山口節郎訳『日常世界の構成―アイデンティティと社会の弁証法』新曜社、一九七七年、一六七頁。

(60) Berger, P. L. and T. Luckman, op. cit. p.133. 同訳書、一九五頁。

(61) Gove, W. R. op. cit. pp.60-62.

(62) Foucault, M. 前掲訳書、神谷美恵子訳「狂気と社会」『みすず』一三六号、一九七〇年。

(63) 小田晋「日本文化史における狂気の概念と実態―〈狂気誌〉の試み」、荻野恒一編『分裂病の精神病理4』東大出版会、一九七六年、一六九―一九〇頁。

(64) 秋元波留夫『精神医学と反精神医学』金剛出版、一九七一年、一九頁。

(65) Cohen, A. K. Deviance and Control, 1966. 細井洋子訳『逸脱と統制』至誠堂、一九六八年、一七頁。

(66) L・A・コーザー、K・T・エリクソンの指摘以来、この点に関してしばしばE・デュルケームと並んでG・H・ミードの論文が引用される。この機能主義者としてのG・H・ミード像は、シンボリックインタラクショニズムのG・H・ミード像と対立的であるにもかかわらず、この問題についての検討は今までなされなかった。この混乱の原因はL・コーザーのG・H・ミード論文の引用の仕方にあると私は考える。

たしかに、G・H・ミードは、L・コーザーのいうように、犯罪者に対する敵意はコミュニティの情緒的連帯を高めることを指摘している。しかし、G・H・ミードの論文の主旨は、そのような情緒的連帯に代って、そうした犯罪者を生む社会的状況を改造するという共通の問題へ向うことこそが重要である、というところにある。H・ブルーマーによってG・H・ミードが歪められたのと同じ様に、L・コーザーによってもG・H・ミードは歪められたといえよう。G・H・ミードは微妙なバランス感覚の上に立っていたのである。

Coser, L. A. "Some Functions of Deviant Behavior and Normative Flexibility", A. J. S. vol 68 1962, pp.172-174.

Erikson, K. T. "Notes on the Sociology of Deviance", in Becker, H. S. (ed.) The Other Side, Free Press 1964, pp.12-16.

Coser, L. A. and Rosenberg (eds) Sociological Theory : A Book of Readings, 3rd ed. Macmillan 1969, pp.578-584.

Mead, G. H. "The Psychology of Punitive Justice", A. J. S. vol 23 1918, pp.577-602.

(67) Laing, R. D. "Metanoia : Some Experiences at Kingsley Hall London", 「メタノイア」『現代思想』第二巻七号、一六四―一七二頁、一九七五年。

(68) Laing, R. D. The Politics of Experience and The Bird of Paradise, 笠原嘉・塚本嘉壽訳『経験の政治学』みすず書房、一九七三年、一四〇頁。

(69) Laing, R. D. 同訳書、一三五頁。

(70) Barns, Mary and Joseph Berke, 前掲訳書、日本語版への序文。

(71) Berger, P. L. and T. Luckman, op. cit. pp.186–187. 前掲訳書、二八三頁。

(72) Scheff, T. Being Mentally Ill, p.88.

(73) Quadagno, Jill S. and Bobert J. Antonio, "Labelling Theory as Oversocialized Concept of Man : The Case of Mental Illness", Sociology and Social Research, vol 60 1975, pp. 39-40.

(74) 牧原浩「分裂病における治療関係の推移と治療者のありかた」、木村敏編『分裂病の精神病理3』東大出版会、一九七四年、一七六頁。

(75) Gabel, Joseph, La Fausse Conscience, trans. by Thompson, M. A. False Consciousness : An Essay on Reification, Blackwell 1975.

(76) 念のためにつけ加えておけば、この論文では直接言及しなかったが、以上の考察から明らかなように、横山実氏の「社会学からの精神障害の研究」はラベリング・パースペクティブとはいえないと私は考える。(ただし、このことは、彼のおこなった調査の価値をいささかも低めるものではない。)

横山実「社会学からの精神障害の研究」『社会学評論』一〇九号、二—一八頁、一九七七年。

(注10への補注)このことは、M・ナタンソンの言を借りれば、「患者を精神科医のオフィスや診療所へ連れて来る問題は、生きられた経験の原初的世界、すなわち、患者と彼の同胞たちの生活世界(レーベンスヴェルト)から発生したのである」とも言えるであろう。

Natanson, Maurice, "Philosophy and Psychiatry", in his Phenomenology, Role, and Reason, Charles C. Thomas Publisher 1974, P244.

(注11への補注)このことは、共通感覚を共有していないとされているにすぎない、「誤った告発」が行なわれる可能性を否定するものではない。

(注70への補注)誤解のないようにつけ加えておけば、この引用文は、「精神病」の状態をそのまま是認するものではなく、いわんや、そうなることを奨励するものではない、ことはいうまでもない。