The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	「病」の認識論に向けて ： 家族療法からシステム論へ
Author(s)	本間, 直樹
Citation	メタフュシカ. 1998, 29, p. 127-139
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/66981
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

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

The University of Osaka

「病」の認識論に向けて

――家族療法からシステム論へ――

本間直樹

本論では、「精神の病」という事象を巡って展開された諸理論、とりわけ「家族療法」と呼ばれる心理療法の展開を通じて、「病」についての認識の在り方がどのように変化してきたかを検討し、最終的には、システム論の見地に立つことによって「病」の認識論の今後の方向性を示唆することを試みる。

一　「精神」の病――精神と物質の狭間で

フーコーによれば、西洋医学の大きな節目は十九世紀初めに臨床医学的経験が、解剖-臨床医学的まなざしと化した時に訪れた(Foucault 1963=1989: 202)。臨床医学は病を知覚野における「見えるもの」と見なし、病の可視性、即ち、医学的まなざしと見られる対象との間の本質的結びつきを前提とすることによって発展する。疾病の〝本質〟という本来「不可視なもの」は「症状」という可視的形態を通して透かし出され、個人によって異なる症状の多様性も、偶発的事項である「症例」という仕方で（理論的には無限の知覚過程を経て）漸進的な一致へと収束可能であると考えられるようになったのである。

そして解剖学の登場とともに病の可視性よりも病の局所性が優先され、「医学的経験の絶対的空間化」(ibid.254) が生じた。そこで病理的現象は、刺激因子に対する生体の反応として、空間的、因果論的、解剖学的・生理学的に探求・処置すべきものとなる。このような条件のもとで、一般的に医学的処置、即ち「治療」は、まず、現れた症状をもとに病んでいる器官を決定し、次に、器官を病的状態に陥れている原因、即ち「病因」を発見し、そしてその「病因」の活動を阻止するために薬物の投与、外科的除去などの手段の実施することであると考えられる。

身体の医学をモデルに形成された精神の医学は、多様な症状の背景に疾病分類学的なグループが存在すると仮定し、症状と何らかのタイプの病気との相関関係を究明しようとする

(Foucault 1954=1970: 12)。そしてここでもまた神経病理学の発展とともに、精神の病は大脳の局所的病変によって惹き起こされると考えられ、精神疾患は大脳の損傷による身体の機能障害へと還元される。つまり人間の「精神」は身体的物質の果たす機能へと還元され、その病は機能不全という仕方で説明されるのである。

一方、フロイトによってもたらされた精神分析の力動論は、リビドー発達の歴史と神経症の各類型とを対照させ、神経症はリビドー発達のある段階への回帰（「固着」）によって惹き起こされると考えた（Freud 1905=1969 参照）。それに従えば、幼児は口唇期、肛門期、自己愛のリビドー発達の各段階を経て、異性の親への固着と同性の親への同一化の過程である「エディプス期」を迎える。神経症の多くの原因の多くはこのエディプス期における患者と両親との関係に求められることになる。

F・B・ジーモンは、フロイトの精神分析において、ドロイゼンそしてディルタイが「説明」と「理解」によって区分けした自然科学と精神科学の方法が交錯していることに注意を促している（Simon 1993: 28 参照）。機械論的説明は、先行する出来事や状態が後続の出来事や状態の原因となると見なし、両者の間に法則をうち立てることによって、起こりうる出来事を予測することができる。リビドー理論がこのような19世紀の物理学の因果的・機械論的構想にその根を有してことは間違いない。しかしながら他方で精神分析は個人の行為の意味と目的を欲動（Trieb）の充足という目的論的観点から理解するという側面をもつ。行動や法則は外から観察されるのに対し、無意識的、感情的、認知的現実のダイナミズムは「理解」によって初めて接近可能となる（ibid.）。

精神科学の方法としての、とりわけ心理学的に解された理解とは、理解する者が、他者の動機、意思、感情を「感情移入」という仕方で内的に追遂行することを意味する。このような理解の方法は、探求する主体と探求される客体、または両者の従うプロセスが、原理的に同質的であり得ることを前提している（ibid.27）。フロイトは夢という〝暗号〟の解釈、解読、翻訳という技法を用いることによって被分析者の（隠された）願望・意図・動機をよりよく理解できるようになると考えたのであった。

しかしながらジーモンによれば、精神分析の主張する「無意識」は、患者自身の自己理解ないし自己観察と、治療者が心的力動として解釈するものとの差異によって構成されていると考えられる（ibid.185）。分析者は、分析を通じて患者の「無意識」へと追放された過去の精神的外傷や葛藤という隠れた動機、意図を発見し、患者との一対一の治療関係において、抑圧された過去の記憶や願望などを患者に思い出させ、それを受け入れさせる。つまり、分析者の役割は患者の構成する「内的パースペ

クティヴ」と分析者自身の構成する「外的パースペクティヴ」を調整し、この差異を解消することである（ibid. 187）。[1] 患者が分析者のパースペクティヴを全面的に受け入れ、患者が分析者のパースペクティヴに「抵抗」を示す場合は、それがなくなるまで「徹底操作」が行われる（Freud 1914=1969 参照）。

こうした精神分析を特徴づけているのは、透明な観察者としての分析者が被分析者個人の心的過程を記述するという一方向的な関係である。しかしながら分析者が患者の提示する行為や発言について行う記述には、必然的に分析者自身の記述も含まれるはずである。なぜなら分析的関係は、ひとつの相互作用する「システム」の形成であり、患者の行為、発言のみならず、分析者、治療者の行為、発言もまた「治療システム」の一部をなすと考えられるからである（Simon 1993: 186）。精神分析が軽視したのは患者と治療者の間の生きた「相互作用 Interaktion」やコミュニケイションであり、[2] さらには患者の訴える症状が現れる具体的な分脈である。そしてその患者の置かれた具体的な分脈とは、多くの場合家族との日常的な交渉、コミュニケイションである。

精神分析は、エディプス・コンプレクス、即ち患者とその両親との関係を重視したにもかかわらず、分析の場に家族が介入することを拒絶し、せいぜいのところ、患者と家族との関係が患者によっての場に持ち込まれること（「転移 Übertragung」）について対処するのみである。そして分析者が患者に対して与える影響も「逆転移」という仕方でしか考えられない。つまるところ精神分析は、分析の場という閉じられた空間における患者のみを扱い、患者がその家族と交わすコミュニケイション、相互作用に着目することはなかったのである（Simon 1993: 188）。[3]

二　家族療法の展開

歴史的に見れば、精神療法の対象に家族という要因を含み入れる背景は様々である。[4] 臨床の場では、精神分裂病の患者に関して従来の精神分析によってある程度の理解や解釈を与えることができるようになったにせよ、実質的な「治療効果」については疑問がもたれていた。また入院した精神病の患者に面会する家族との関係や、入院して治療を受け、ある程度の症状の沈静化を経て家族のもとへ生活を始めると、症状が再発するというケースなどに注意が向けられ始めた（吉川 1993: 14-6）。こうしたなか、患者の研究に家族という要因を含めるという動きは、既に精神分析において、M・クライン、初期のJ・ラカン、N・アッカーマン、R・D・レインなどの個別な研究に見られる。しかし家族療法が本格化するのは、行動主義の影響下で家族構成員間の「相互作用」を経験的に分析し、家族を「システム」という単位として見る試みが始められてからである。以下にお

いて「家族システム」についての幾つかのアプローチの違いについて整理してみよう。これらのアプローチの違いは単に立場や技法の違いに留まらず、家族というシステムや病についての認識論上の違いを示していると考えられるからである。

「歴史的アプローチ」といわれるボーエンの方法は、精神分析にその基礎を置きつつ、家族における個人の発達・成長の過程（歴史）即ち、個人と家族システムの間で成立する、個別性／集合性、分化／融合、知性／感情の均衡の過程（この過程は多世代にわたるものである）に注目する。この立場によれば、「症状」は、個人にとって重要な人間関係のシステム内での「感情的エネルギー」の均衡が乱された状態の反映であると見なされる。療法家の役目は、前述の諸均衡を維持させることにより、家族構成員が互いに分化するための仲介者となることである（遊佐 1984: 63-105 参照）。このアプローチの特徴は、理論が個別／集合、知性／感情という伝統的な区別に基づいて図式化されていること、治療そのものも個人の分化と自律という治療者の目的論的観点によって導かれること（それゆえ精神分析と同様に治療が長期にわたるケースが多いこと）である。

また、家族における「構造」に注目するのがS・ミニューチンの「構造的アプローチ」である。彼の言う「家族の構造」とは家族構成員間の関係を規定するルールないし「規約」を指す。家族の相互作用の過程で、その構成員の誰が、どのような仕方で参加できるかについての規約が「境界」と呼ばれる。具体的には、家族システムのサブシステム（父母などの執行サブシステム、子供などの同胞サブシステム）との境界がそうである。このサブシステムどうしの境界が「明瞭な」家族は「正常」であると見なされ、逆に、問題解決をするにあたって誰がどのような機能、役割を果たすのかが「曖昧」であり、互いに相手に振り回される場合や、境界が極度に「強固」で相互の支持関係が持たれない場合などが「病理的」と見なされる（ibid. 110-122 参照）。この立場の特徴は、使用される言語の殆どが、組織理論や役割理論から採られたものであり、境界、縄張り、写像、構造、役割といった空間的な比喩に重きが置かれている点にある（Hoffman 1981=1986: 372）。治療者の役割は、自ら家族システムの一部となり（ジョイニング）、治療者自身の存在を積極的に利用することによって家族の交流のパターンを変化させ、新しいより機能的で「症状」の持続を許さぬような人間関係のパターンを形成することである（遊佐 1984: 126）。

以上に見た二つのアプローチの共通の問題点は、家族内における個人の自律や家族構成員の役割など、既存の「個人」や「家族」に対する価値評価が治療者によって暗黙裡／明示的に持ち込まれている点、そして彼ら・彼女らの抱える問題が治療者にとって透明なものであり、問題への解決策を理論に基づいて提示することができると考えられている点である。両アプローチ

とも、個人や家族が治療者をもはや必要としない「自律した」システムとして機能するよう導くことを試みるのにもかかわらず、治療によって自律に「導く」という治療目的自体に内在するパラドクスについての考察が不十分であったといえる。治療というものが、治療者が家族への何らかの影響を与えるプロセスであるとすれば、治療者自身を含む「治療システム」についての考察が不可欠なものとなろう。

三　二重拘束仮説

精神分裂病を特徴づける症状が、患者と家族ないしそれと同等の重要性をもつ人物との間で交わされるコミュニケイションにおいてしばしば現れることを問題にしたのはグレゴリー・ベイトソンである。彼は、一九五六年に共同研究者とともに「精神分裂症の理論化に向けて」(Bateson 1972=1990) を著し、ある関係(システム)の内で人が他人に押しつける習慣的コミュニケイションの行き詰まりを背景として、この行き詰まりがあるある環境下では分裂病的反応を誘発するという「二重拘束仮説(double bind hypothesis)」を提示した。[5]

「二重拘束仮説」が提示しているのは、患者の分裂病的症状というものが、家族（多くの場合母親）という「原因」によって惹き起こされるということではない。P・ワツラウィックは二重拘束に対するそのような一方向的・直線-因果的解釈を批判する。「ダブルバインドが精神分裂病をひき起こすのではない。ダブルバインドがコミュニケイションで非常に目立ったり、診断者の関心が明らかに正常でない最も混乱した人にのみ向いているときに、その人の行動は精神分裂病の診断基準をみたすであろう、ということが言えるだけである。」(Watzlawick et al.1967=1998: 213) 彼によれば、二重拘束仮説とは、分裂病の病因論に寄与するものではなく、「分裂病」や「病因論」などの用語を一切使わない新しい認識論の確立を意図する大胆な試みとして理解されなければならない。

J・ヘイリーもまた、二重拘束を個人が個人へと影響を与えるという解釈から、家族という「システム」の水準において捉え直すことを試みた (Haley 1963)。ヘイリーによれば、異なるレヴェル間で矛盾しているメッセージに対する唯一可能な反応は、それ以上に矛盾したメッセージを送り返すことによって相手のメッセージを無効にしてしまうことである。「分裂病者」と目される者は「コミュニケイションの否定」という仕方でこの無効化の戦略を採らざるを得ないわけであるが、この否定自体が再びコミュニケイションとなり、際限のない「悪循環」に陥る。

このように、メッセージとそのメッセージを規定するメタメッセージの間のレヴェルの差を混同するこの種のコミュニケ

イションは「終わりなきゲーム」(Watzlawick et al.1967=1998: 234-5) を形成する。コミュニケイションの参与者双方が、相手のメッセージを否定的に受け取り、常に逆の意味に取るというゲームを始めたとたん、双方とも「ゲームを止めよう」というメッセージによってこのゲームを変化させることがもはやできなくなる。「何故なら、それを変えるためには、二人がコミュニケーションしなくてはならないが、彼らのコミュニケーションが、まさにそのゲームの内に含まれるものになっているから。このことは、そうしたシステム内においては、内側からはどんな変化を生じさせることも不可能であることを意味している。」(ibid.)

四　コミュニケイション・アプローチ

ベイトソンのプロジェクトの影響下で、J・ジャクソンによって創設されたメンタル・リサーチ・インスティテュート（略称MRI）の治療方法は、以上のようなコミュニケイションの特性を重視するがゆえに「コミュニケイション・アプローチ」と呼ばれ、治療者が家族システムそのものではなく、家族システムの「問題」に焦点を合わせる。

治療者の扱う「問題」は、家族構成員の誰かが暴力を振るうなどの「問題行動」を示すというときの問題や家族内の誰かに現れる症状と必ずしも同じではない。そもそもどのような家族も日常生活において（構成員の生死から病気・事故に至るまで）何らかの問題を抱えており、それに対して何とか対処をしていると見なされる（ネガティヴ・フィードバック＝抑制）。それが「治療」の対象となるのは、「問題」や困難に対処する試みが功を奏しないにもかかわらず、その試みへの固執自体が問題を形成してしまう場合である（ポジティヴ・フィードバック＝暴走）（遊佐 1984: 217-8）。逆に言えば、症状が、それを抑制しようとする行動、つまり「解決策」そのものによって秘かに誘発され、結果として維持されていると考えられるのである（Hoffman 1981=1986: 381）。

このような悪循環を断ち切るための変化の鍵は、治療者が患者に自分の行動の文脈の見方（「分節化 punctuation」と呼ばれる）をどれほど適確に変えさせられるかにかかっている。つまりそれは、患者が知覚している「現実」を変えることであり、それによって患者にとって違った行動が可能になることである。治療者はまず、家族の一人一人に問題の定義をしてもらい、次に定義された問題を維持している行動のパタン、即ち「リダンダンシー redundancy」と呼ばれるコミュニケイションの連鎖の中で繰り返し見られる分節化のパタンを把握する。これらの作業はすべて家族と協同的に行われ、その上で「明確」・「小規模」・「実現可能」な治療目標が設定される。（遊佐 1984: 220-

223)

「短期療法」と呼ばれるＭＲＩのアプローチは、悪循環の一部に小規模な「変化」をもたらすことを目標としている。変化の対象は問題そのものではなく、問題を継続させる悪循環である。そのため治療者が家族に持ち込む新たな分節化は唯一の現実を反映したものではなく、あくまでも複雑な現実に対応するための仮説的なものでしかない。ＭＲＩの「治療的介入」は家族との相互作用を最大限に生かした「戦略的」、レトリカル、「逆説的」なものであり、そのモデルは「セールスマン」である(Hoffman 1981=1986: 387-8)。

小規模の変化が家族システムの全体の変化に影響を与え得るという考えの基礎となっているのは、ジャクソンの言う「家族ホメオスタシス」の仮説である。[6] これは、ＩＰ（Identified Patient=症状を顕わす構成員）の分裂病的症状が、家族構成員間のデリケートな均衡を保持する機能をもっており、この症状の改善によって別の構成員の身の上に新たな症状が現れるという事態を説明する仮説である。この仮説の背景には、環境との相互作用を行わない閉鎖したシステムではなく、環境と相互作用しながら、動的に平衡維持する開放システムとしての「生命システム」をモデルとして家族システムを考えるという一般システム論の影響がある。[7]

先にも述べたように、どのような家族であっても、社会環境や生態的環境といった外的環境の変化や個人や夫婦関係といったサブシステムという内的環境の変化に絶えず晒されている。このような変化に対して、システムとしての家族は、設定された変動の枠内での変化である「一次変化」と、その枠内の行動が外部の状況変化やシステム自身の変化のために役に立たなくなった場合に要請される「二次変化」によって対処すると考えられる（Hoffman 1981=1986: 283)。このモデルに従えば、家族に起こりうる悪循環は、「二次変化」を必要とする環境の変化に対してあくまで「一次変化」によって対処しようとすることから生じることになる（Watzlawick et al.1974=1992 参照)。このような場合、症状を抑制しようとする「一次変化」に拘泥する家族に対して、治療者は症状を意図して起こすよう指示する「逆説的」な処方を与える（例えば、不安発作を訴える患者に対して、不安を起こすよう指示する)。患者が指示どおりにできれば、患者は症状を自分でコントロールする可能性をつかみ、逆にできなければ、症状は軽減する。指示に従う／従わないにかかわらず結果として患者はこれまでとは違った行動を要求される（遊佐 1984: 226-7)。この「治療的二重拘束」と呼ばれる手法はベイトソンが二重拘束状態がもたらす予測不可能な「創造性」に深いつながりを持っている(Bateson 1972=1990: 381)。

五　システミック・アプローチ――均衡から進化へ

以上のような「逆説的指示」を与えるMRIの「戦略的アプローチ」は、伝統的な療法家から「操作的である」との批判を受けた。確かに、症状行動を積極的に勧める「逆説的介入」がなぜ有効なのかを考えてみなければならない。治療者がしばしば直面するのは、システムを再組織化しようとするどんな真剣な努力に対しても、抵抗する小さな動きが絶えず起こるために、システムが構造的に変化しない場合である（Hoffman 1981=1986: 442-3）。一つの解釈は、症状によって均衡を保つ家族のホメオスタシスが変化や治療を吸収してしまうというものである。しかしL・ホフマンはこのような解釈が一面的であると考える。むしろ「症状は、不快もしくは有害に見えるかもしれないが、家族がその進化の過程で遭遇するジレンマを解決する一方法だと解釈できる」（ibid.485）。

後者のように症状行動を家族を新しい異質な状態に押し出す一要因として積極的・肯定的に位置づけたのが、アメリカのMRIの影響を受けたM・セルビーニ-パラツォーリたちミラノ派の「システミック・アプローチ」である（Palazzoli 1975=1989参照）。

このアプローチは「治療システム」の形成に細心の注意を払う。なぜなら従来のように治療者と家族とを別々の単位として考えることによって、治療者が意図せず家族に与えている効果や、治療者が知らず知らず家族のパタンに取り込まれてしまうという事態がしばしば見逃されるからである。治療チームは、家族と治療者、そしてそれを取り巻く周囲の文脈、その全体の場をまるごと治療単位として扱い、面接以前の紹介の過程、面接と面接の間の時間や期間までが考慮に入れられる（Hoffman 1981=1986: 418）。

チームが取り上げるべき問題とは、家族の構成員でもなく、問題を抱えた家族そのものでもなく、パラツォーリらの言う「家族ゲーム」である。チームは家族の構成員一人一人、家族の行うゲームに対して「中立性」を保ちつつ、そのゲームを記述する。その記述は家族についての「真の」理解というものを括弧に入れた「システミック仮説」に基づいて行われる。チームは、できる限り円環的な方法ですべての構成員の行動を関係づけるよう仮説を設定し、面接中はその仮説に基づいた質問を行い（「円環的質問法」と呼ばれる）、絶えずそれを検証することによって円環的に仮説を成長させる。仮説が十分に検討されると治療チームはその仮説を基にIPの症状行動に対して「肯定的意味づけ」を行う。これが目指しているのは症状の機能を客観的に記述することではなく、その症状に関する家族のすべての行動を肯定的に意味づけし直し、家族に対して「処方」与える

ことである。チームが家族に与える処方は、多くの場合、家族自身の行う分節化を逆転させるような新しい分節化を家族にもたらす（ibid. 405-412）。

ホフマンによれば、ミラノ派のアプローチの革新性は、家族システムの均衡維持モデルから進化モデルへの跳躍を実践的に行ったことにある。家族に「儀式」を導入したり、わざと期間をおいて面接治療を行うことによって家族の習慣的な連鎖を時間の壁によって断ち切るというミラノ派の手法は、システムの均衡状態を崩すことにより家族に異質な解決方法を模索させ、家族システムに「進化」をもたらすのである（ibid. 478）。ホフマンが注目するのは、システム内の一時的な単なる小変動が、後にそのシステムをすっかり再編させるモーメントとして作用する「自己組織化」の過程である。この過程から生じる形態は予測不可能であり、システムのいずれの動揺がその変化をもたらすかは特定できない。ミラノ派のアプローチを最もよく言い表しているのはこのプリゴジーヌのモデルであるとホフマンは考える。つまり、ミラノ派のアプローチは、「システムの均衡を崩す可能性のある小さな動揺に注目し、不連続的変化を予測し、時間や不可逆性に関心を持ち、システムの自己組織化能力を考慮する」のである（ibid. 478）。

六　生命システム

ホフマンは、システムは変化に「抵抗」するのではなく、ただそれ自身の一貫性に従って行動するのであり、ホメオスタシス仮説の代わりにシステムの「一貫性 coherence」に着目すべきであると考える（Hoffman 1981=1986: 486）。システム論は従来、諸システムを概念的モデルに従って観察、分類する観察者、即ち種々のシステムと環境（他のシステムがここに含まれる）の差異を決定する観察者の立場についての反省を怠っていたがゆえに、「生命システム」のもつこのような一貫性を十分に捉えることができなかった。ミラノ派は、家族というシステムを観察する観察者自身に焦点を当て、予測不可能なシステムの振舞いをいかに予測するのかというパラドクシカルな問題に正面から取り組むことによって、〝観察者を観察する〟セカンド・オーダー・サイバネティクスの立場を反映したシステム療法を実践していると考えられる（Simon 1997: 37-51 参照）。

そもそもシステムの「一貫性」とは、システムがシステム自身を変化させることによって環境の変化に適応しつつ自らの境界を保つことである。マトゥラーナとヴァレラは、システムの境界が外的観察者によって（物理的・空間的に）同定されるのではなく、システムの構成素が構成素自身を産出するプロセス

を再生産するという循環的・閉鎖的産出プロセス（オートポイエーシス Autopoiesis）によって決定されると考えた。オートポイエティックなシステムとは、「構成素が構成素を産出するという産出プロセスのネットワークとして有機的に構成された」システムである（Maturana & Varela 1980=1991: 70-1）。重要な点は、このように環境との境界を自ら決定する「自律的」なシステムにとって、環境の変化はシステムの内的状態を「撹乱」するに過ぎないことである（ibid. 72-5）。これにより環境への「適応」の意味は根本的に変更される。行動学的な意味での「適応」の場合、観察者にとってのシステムの境界とシステム自身にとってのそれとが同一であること、所与の環境に対するシステムの「反応」を外から観測することによって内的状態が一義的に決定され得ることが前提されているが、H・フォン・フェルスターによれば、自律的なシステムの内的状態は外的観察者によっては「原理的に計算不可能」な仕方でシステム内的に決定されると考えなければならない（Simon 1997: 41-2）。

細胞、有機体などの「生命システム」のみに適用されるものとして構想されていたオートポイエーシス概念を、家族などの社会システムや人間の意識（心的システム）に適用したのはN・ルーマンである（Luhmann 1984 参照）。ルーマンによれば、家族システムも家族療法の治療システムもすべてコミュニケイションを再生産する社会システムに該当する（Simon 1997: 169）。家族システムの抱える問題が家族の行うゲームにあるとミラノ派が考えたように、問題のある家族は病んだコミュニケイション（ゲーム）を再生産し続け、そうしたコミュニケイションのなかで作り上げられる「現実」以外に目を向けることができない状態に陥っていると見なされるのである（Simon 1993: 474）。

七　病のシステム論的考察

以上で見てきたように、システム論は「病」についての認識論の変更を要請する。医学的な文脈において、「病」の概念は身体的の機能と逆機能という観点から規定されていた。しかしシステム論的に解釈すれば、「病」は生命システムの「撹乱 Störung」の特殊形式として理解される。つまりそれは、システムの環境への適応が撹乱されて（gestört）ことにより、相互作用の領域においてシステムの一貫性と存続が短期・長期的に脅かされることである（ibid. 170）。ここで注意が必要なのは、システム自身が撹乱されているのではなく、撹乱された関係が問題であるということである。西洋的思考の伝統においては、病気は環境との関係を捨象して、個人または個人の身体の特性ないし状態として考えられてきた。しかしシステム論的に見れば、病の状態においても、生命システムは環境へと適応していると考えら

れる。「適応」とはするかしないかの二者択一であり、「より良く適応している」「より悪く適応している」の区別は存在しない。どのようなシステムもその（システムの）環境のうちで絶えず生きているのである（ibid.171）。

システムは、環境に適応する様々な可能性を（システム自身が変化するか、環境を変化させるかによって）自ら選択することができる。つまり、システムの適応能力は、「システムが、自身の内的構造や行為パタンを変化させることができること」として定義することができる。したがって病とは、このような適応能力が制限されている状態として特徴づけられることになる。即ち、システムの環境との相互作用が定常的で不変な場合、病によって生存の機会を減じていると見なされるのである（ibid.）。

すべての生命システムは「認知するシステム」であり、物理的働きかけ、行為、言語的世界像によって相互作用領域の記述を展開している。病は、何らかの原因によって受動的に引き起こされた機能不全として外的に観察されるのではなく、生命システムがある特定の環境に対して行っている相互作用の帰結として「構造的に決定された」（認知的）プロセスである。したがって原則的に、病のプロセスはシステムのその他の活動プロセスとは区別できない。家族療法の例で言えば、家族というシステムが構成している（問題のある）現実は、まさに家族システムによってそのように構成されているのである。システムにとって「危機」が生じるのは、新しい環境に対して既存の手段によってはもはや対応することが困難になるときである。ピアジェによれば、そのような危機に対してシステムは、環境をシステム内的な構造に適応させるか（「同化 assmilation」）、システム内的な構造を環境に適応させるか（「調節 accomodation」）の二つの方法によって対処することができる。いずれにしても、病とは新しいホメオスタシス（「固有値」）が達成されなければシステムが解体してしまうプロセスであり、そのプロセスは一般的に「適応のための反作用（対応）Anpassungsreaktion」として理解することができる（ibid.172）。

ミラノ派の行う症状への「肯定的意味づけ」は、こうした適応のためのシステム内的な対応を誘発し、新しいホメオスタシス（「固有値」）の獲得へと導くものである。ジーモンはそのような治療者の立場を「撹乱者」と位置づける（ibid.474）。システム療法にとって、治療とは患者の行為を理解したり、説明することではない。当のシステムの環境に位置する治療者はオートポイエティクなシステムとしての家族の「現実構成」に直接介入することはできないのである。「撹乱者」としての治療者がなし得ることは、家族の信じる真理（あるいは真／偽の二値論理）を、消極的・積極的に否定することによって、患者や家族が現実を構成するための新しいルールを形成する契機を与え、システム／環境関係を変化させることである（ibid.478）。

以上のように、システム論的家族療法は、これまでの健康／病気、正常／異常といった二値論理的な思考法を越える「構成主義」認識論に向かう。しかしながらこのような構成主義認識論は未だ発展中の理論である。例えばルーマンやブランケンブルクが指摘するように、病（とりわけ精神の病）についての認識論をシステム論的により厳密に思考するならば、「症状」を家族という社会システムの「現実構成」の問題のみに還元するのではなく、生体システム・心的システムとの関係も考慮に入れた多元的な考察が必要となる（Blankenburg 1996b: 554）。とりわけ心的システムと社会システムの分化と結合（「構造的カップリング」と呼ばれる）の問題や、従来の家族療法では曖昧であった家族システム以外の社会システム（例えば医学を含む学問システムや経済システムなど）との関係を考察するルーマンの理論など、検討されるべき問題が多い。

注

（1）後に述べるセカンド・オーダー・サイバネティクスの立場から解釈すれば、「無意識」は、患者の意識（一次の観察）に対する（患者あるは分析者）二次の観察によって「構成」されるものであるといえる。

（2）分析者—患者間の「戦術」の応酬については、Haley 1964=1986: 228-238 参照。

（3）ここではフロイト「以後」に展開された精神分析の様々な流派を考察の対象外に置いている。N・アッカーマンの「精神分析的家族療法」や、フロイトの依拠する当時の自然科学モデルを越えてフロイトの独創を把握しようと試みる、J・ラカンの構造主義的解釈、L・チオンピのシステム論的解釈などについては改めて考察する必要があるだろう。

（4）とりわけ同時代のアメリカにおける離婚率、再婚率の増加などの社会変動を背景とした家族研究の発展を無視することはできない。家族療法の症例となる家族には子ども連れどうしで再婚した「再構成家族」が少なくない。

（5）「二重拘束仮説」そのものについては Watzlawick et al. 1967=1998 を参照せよ。

二重拘束が生じる条件をごく簡単にまとめれば以下の通りである。

1 二人あるいはそれ以上の人間、2 繰り返される経験、3 第一次の禁止命令、4 より抽象的なレヴェルで第一次の禁止命令と衝突する第二次の禁止命令（多くの場合は非言語的手段によって伝えられる。）、5「犠牲者」が関係の場から逃れるのを禁ずる第三次の禁止命令、6「犠牲者」が以上のパターンにおいて物事を見るようになってしまえば、この状況の任意の部分が現れるだけでパニックや憤激が惹き起こされることになる。（Bateson 1972=1990: 294-5）

（6）「ホメオスタシス」とは「恒常性」と訳される生物学の用語であり、一定の変動域において一定の値を維持している全体的な機能（例えば体温の調整など）を指す。

（7）遊佐 1984: 51-3 参照。一般システム理論とは、ベルタランフィによって構想された、社会・生物・自然科学を統合する理論的枠組みである（Bertalanffy 1968=1973 参照）。これは、観察の対象をその対象のおかれる環境から切り離して、単独に存在するモノとして扱うのではなく、「システムとその環境」という区別を用いて、観察の対象たるシステムをその環境との動的な相互作用を通じて規定しようとする試みである。この環境との関係の定義の仕方は論者の立場によって異なるが（河本英夫1994参照）、一般的に言えば、システムと環境との関係は、物質・エネルギー・情報の交換、安定性、適応という概念によって規定され、この関係が見出される限り、どのシステムも「同形的

isomorphic」とみなされる。

《文献リスト》

Bateson, G. 1972: Steps to an Ecology of Mind, Harper & Row=1990: 『精神の生態学』佐藤良明訳, 思索社

Bertalanffy, L. v. 1968: General System Theory, Braziller=1973: 『一般システム理論』長野敬他訳, みすず書房

Blankenburg, W.: Zur Bedeutung der Systemtheorie für die Psychiatrie=1996a & b: 「精神医学におけるシステム論の意義」花村誠一訳, 『精神医学』38.4 & 5

Foucault, M. 1954: Maladie Mentale et Psychologie, Presses Universitaires de France=1970: 『精神疾患と心理学』神谷恵美子訳, みすず書房

——, 1963: Naissance de la Clinique, Presses Universitaires de France=1989: 『臨床医学の誕生』神谷恵美子訳, みすず書房

Freud, S. 1905: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie, in: Gesammelte Werke Bd.5, S. Fischer=1969: 「性に関する三つの論文」懸田克訳, フロイド選集5, 日本教文社

——1914: Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten, in: Gesammelte Werke Bd.10, S. Fischer=1969: 「想起, 反復, 徹底操作」小此木啓吾訳, フロイド選集15, 日本教文社

Haley, J. 1963: Strategies of Psychotherapy, Grune & Stratton Inc.=1986: 『戦略的心理療法』高石昇訳, 黎明書房

Hoffman, L. 1981: Foundations of family therapy, Basic Book, New York=1986: 『システムと進化』亀口憲治訳, 朝日出版社

河本英夫 1994: 『第三世代システム:オートポイエーシス』, 青土社

Luhmann, N. 1984: Soziale Systeme, Suhrkamp

Maturana, H. R. and Varela, F. J. 1980: Autopoiesis and Cognition, Reidel Publishing Company=1991: 『オートポイエーシス』河本英夫訳, 国文社

Palazzoli, M. S. 1975: Paradox and Counterparadox, Gianciacomo Feltrinelli Editore=1989: 『逆説と対抗逆説』鈴木浩二他訳, 星和書店

Simon, F. B. 1993: Unterschiede, die Unterschiede machen, Suhrkamp

——1997 (Hrg.): Lebende Systeme, Suhrkamp

Watzlawick, P., Beavin, J. H. and Jackson, D. D. 1967: Pragmatics of Humann Communication; W. W. Norton=1998: 『人間コミュニケーションの語用論』山本和郎・尾川丈一訳, 一瓶社

Watzlawick, P., Weakland, J. H. and Fish, R. 1974: Change. Principle of Problem Formation and Problem Resolution. W. W. Norton=1992: 『変化の原理』長谷川啓三訳, 法政大学出版

遊佐安一郎 1984: 『家族療法入門』, 星和書店

吉川悟 1993: 『家族療法』, ミネルヴァ書房

(ほんまなおき　大阪大学文学部助手)