

精神障害と社会—歴史社会学的視点から

Mentally Illness and Society From the perspective of
the historical sociology

早野 禎二*

Teiji HAYANO

キーワード：精神障害 社会 歴史

Keyterm : Mentally illness, Society, History

要約

この論文では、精神障害と社会の関係を、歴史的に考察し、健康と病気の領域、精神障害者の範囲と役割及び精神医療・治療が変化してきていることを明らかにする。現在の精神障害者と社会の関係も、産業社会という歴史の段階にあるものであり、不変的なものではない。新しい価値と社会構造を構想していくことによって、精神障害者が、社会の中で、これまでのような単なる治療の対象としてではなく、創造的な役割が果たせる可能性があることを論じる。

Abstract

The subject of this paper is to reveal that the area of health and illness, the extent of people with mental illness and the role, psychiatry and treatment in society have all been historically changed. The present relation of people with mental illness and society is also at a historical phase, within the industrial society. To conclude, it is possible for people with mental illness to take a creative role in society, not just be objects of treatment, by conceiving and designing new values and social structures.

問題の設定

精神障害を持つことは、現在の社会において、「生きにくさ」をもって生きることになる。それは、なぜであろうか。差別や偏見の問題、就労や家族における生活困難などがその「生きにくさ」の個々の問題としてあるが、大きくは現代の社会の主要な価値観と社会構造が背景にあるのではないだろうか。

現代の社会は、産業社会であり、職業を持ち「働く能力」があることが第一義とされる社会で

* 東海学園大学経営学部経営学科

ある。精神障害者の多くは、産業社会が求める「能力」が損なわれた状態にあるため、働くことに障害を持ち、生活上の困難を抱える。就労支援とはこの「能力」の回復を進めていく過程であるともいえる。そのために、精神障害者が「就労」して「自立」ができるようにどのように福祉施策や制度を作り支援を行っていくかを課題として設定するのも方向性ではある。しかし、そこで求められる「働く能力」は、精神障害者には、過重な負担になることにもなるのではないだろうか。

精神障害者の中に現代の産業社会が求める「働く能力」を持つことができる、あるいはそのように志向しうる者と、それができない者の二分化が生じ、後者は、この産業社会の主要な価値観から見ると社会の下位に位置付けられてしまう。恩恵、哀れみ、あるいは無関心、蔑み、排除さらには場合によっては、敵対、憎しみ、攻撃の対象になることもあるであろう。

現在の日本は、精神障害者は、「自立」して「働ける」ようになることを目標に「治療」を受け「回復」をめざすように求められる。また、健康であることに重点が置かれる社会となっている。しかし、現在の社会において精神障害者すべてに働くことをゴールに定め、「回復」して「健康」となることを目的として援助や「治療」の政策を進めていくことは、果たして、精神障害者の「生活の質」を高めることになるのであろうか。「自立」「就労」「健康」が社会全体の価値とされると、精神障害者のなかで「働く能力がない人」あるいは「病気を抱えて生きざるをえない人」は社会のなかに自分の「場所」を見つけることができなくなってしまうはしないだろうか。筆者は、現代の社会の価値と文化、社会構造を所与のものとし、それを前提として、精神障害者の側にこの社会への「適応」「社会復帰」「自立」を求め、「就労」を目標として「治療」「支援」を行っていくことだけが、精神障害者の福祉の方向ではないと考える。

筆者は、それとは異なった問題の立て方、すなわち、今の社会の価値と制度・構造を所与のものとしてではなく、それは歴史的なものであり、不変的なものではなく変わりうるものであるという認識から、現在の精神障害者と社会の関係とは異なる関係、精神障害者が「生きやすい」社会とはいかなる社会か、それはどのような価値と文化に基づく社会なのかという問いの立て方をすることが、今、必要であると考え。そのような社会は、単に、精神障害者だけでなく、健常者を含めた新しい価値と文化に基づく社会の構想でなければならないと考える。このような観点から、本論文では、精神障害者と社会の関係の歴史的な変化を考察し、現在の社会の精神障害者と社会の関係が歴史的なものであることを明らかにする。

人類の歴史を見ると、精神障害とされる範囲は常に不変的なものではなく、ある社会では精神障害とされたことが他の社会では精神障害ではなく「正常」とされている事実を確認することができる。その当時の社会では「正常」とされた人たちも、今日では、「被害妄想」や「追跡妄想」と診断されることがある。また、ヨーロッパの中世からルネッサンスにかけて「魔女狩り」が沸き起こったが、その多くは精神疾患をもった人であったと推測されている。時代によってどのよ

うな人が「異常」とされ、どのような人が「正常」とされるのかは、異なるところがあり、「正常」と「異常」の区別は、社会的な側面がある。

精神障害者が社会に占める位置や役割も、社会によって異なっている。今日では精神障害者とされる人が、その社会では、「病者」としては扱われず、呪術者、呪医、祭司者あるいは吟遊詩人として、社会的な役割が認められることがあったことも事実である。

医療や治療においても、いつの時代も現在のように、専門的な医師が治療にあたるのが当然とされていたわけではない。近代以前には、呪術的な治療法に精神的な治療効果があるとされ、呪術者や魔術師、まじない師が、治療者としての役割を果たしていた。また、ある社会では精神障害を経験した人が、治療者となり、「病者」と「治療者」は区分されるのではなく、循環的な関係にあった。このようにどのような人が治療者となりどのような人が被治療者になるのかは、社会によって変わる側面があり、すべて不変的なものでない。

また、精神障害の原因を、科学的なものではなく、超自然的なものに求めた時代もあった。呪術・宗教の領域と治療の領域が未分化の時代があり、宗教と治療が結びついていた時代があった。しかし、近代以降、科学が発達し、啓蒙思想が現れて影響力を持つようになると、呪術的な世界は、非合理であるとして否定され、宗教の領域と科学的医学の領域は分化し、専門的な医学者が、「患者」を治療するようになった。

18世紀後半にイギリスで始まった産業革命によって、産業化が進むと労働と生産性が重要とされるようになり、労働能力の有無が問われるようになった。「働く能力」があって「働ける」ことが重要となり、「働かない人」は「働く」ことを求められるようになった。貧困は懲罰の対象となり、怠惰は批判されるようになった。フーコーが述べているように管理的な精神病院が作られ、そこに精神障害者が収容され、監禁、監視されるようになった。

このように近代以降の産業社会において、生産と労働が社会の主要な価値となると、精神障害者は、「働ける」かどうかという基準で計られるようになり、働けない人は、社会の下位に追いやられていった。このような状況は、現在でも大きくは変わらない。精神障害者は「治療」を受け、「回復」し働いて「自立」していくことが求められる。

パーソンズの理論はこのような現在の社会の精神障害者の位置を説明する理論として有効である。パーソンズは第二次大戦後のアメリカ社会をモデルとして、精神上の健康を、社会的に期待される役割遂行能力の有無に関連付けた。精神障害はそのような役割遂行能力を持っていない状態とされ、「病者」としての役割を担わされる。精神障害者は治療を積極的に受け「回復」し、働いて「自立」していくことが求められる。

現在の日本社会もアメリカ社会の価値観と社会構造に近づいてきているように思われる。健康が重視され、就労することが求められる。しかし、それは精神障害者にとって、あるいは障害者にとって生きやすい社会であろうか。今とは異なる社会、新しい価値と社会構造を構想していく

べきだと筆者は考える。

本論文は、歴史的な視点から、現在の社会の相対化を行い、そのような問題提起につなげていきたい。

論文の構成は、1では社会学における精神障害の先行研究を検討する。2では、精神障害者と社会の関係の歴史を概観していく。3では、現代の産業社会における精神障害者の位置と役割を理解するためにパーソンズの社会理論を検討していく。

1. 先行研究

社会学では、精神障害がどのように理論化されてきたのか。ここでは、主に社会学における精神障害、健康と病気に関する先行研究を見ていきたい。

①デュルケームの理論

デュルケームは、個人を外から拘束する社会が実在するという社会実在論の立場に立つ社会学者である。デュルケームは、逸脱は、行為そのものが逸脱になるのではなく、社会がそれを非難するからそれは逸脱になるとした。さらに、どのような社会にも逸脱があり、人々がそれを非難することによって社会が統合されるという機能が逸脱にはあるとした。

デュルケームは、一つの制度、慣行や道徳的格率があらゆる社会類型に対してひとしく善であるとか悪であると判断を下すことはできないとする¹。ある一事實は、所与のひとつの種との関係においてしか病理的とよばれない。健康と病の諸条件は、抽象的に、また絶対的なかたちでは規定されえない²。ある一つの社会的事実が正常的とよばれるかどうかは、たんに当の種に属する諸々の社会の大多数にその種がどのような形態であらわれているかという点だけではなく、諸社会をその進化における当該の段階において考察するように留意することが必要となる³。

このような観点から、デュルケームは、健康と病気についても、どの時代、どの社会でも不変的に定義されるのではなく、社会によって変わるものであるとする。すなわち、

「健康かまたは病かの状態の判断をおこなうにあたっての目安は、種によって変わるのだから、ただひとつのおなじ種においても、たまたまそれに変化が生ずれば、この目安も変わることがありうる。したがって、たとえば、純然たる生物学的な観点からすれば、未開人にとって正常なものも、文明人にとっては必ずしもそうではない。また、逆のこともいえる⁴。」

しかし、また、デュルケームは、病気を否定すべきものととらえていない。次のように病気の機能、意味をのべている。

「病気だからと言って、人は必ずしも救いがたい不適状態のなかに打ち棄てられているわけではない。病は、たんに、仲間の大部分とはちがった適応をわれわれに強いるにすぎないのだ。究極的には有益であるような病が存在しないとはいっただれがあえて断言できよう。たとえば、われわれがワクチンによってみずから植え付ける天然痘は、われわれがすすんでおのれに与える

正真正銘の病気であるが、それはかえってわれわれの生存のチャンスを増大させてくれる。病によってもたらされる障害が、その与えてくれる免疫にくらべてとるに足らないといった場合は、このほかにおそらくいくらかでも存在しよう⁵。」

このように、デュルケームは、病気をなくすべきもの、根絶すべきものとは必ずしもとらえていなかった。病が持つ有益性の指摘は、健康/病気の二元論で考えることによって見失われてしまう側面を気づかせるという点において、重要に思われる。すなわち、健康は健康だけで存立するのではなく、病気との相互関係のなかで理解されるという視点を提供するからである。

②ゴッフマンの理論

ゴッフマンは、対人相互作用の局面における状況適合的な規範の侵犯行為が精神障害とみなされるとした。すなわち、家庭が営まれる建物、仕事場、教会とか店舗のような準公共組織体、道路とか公園のような公共的場所では、その状況で適切に振舞わなければならない規範があるが、それができない人が精神障害というスティグマが貼られ差別されるとした⁶。

③シェフの理論

シェフは、社会的相互作用の視点からラベリング論の視点で精神障害について理論化した。シェフは、明確な言葉では言い表すことができないが暗黙の規範となっている「残基的ルール」の逸脱を「残基的逸脱」と名づけ、精神障害はこの「残基的逸脱」の範疇に入るとした。

例えば、犯罪や、アルコール中毒などは、明確に規範を逸脱するものとしてカテゴリー化する語彙がある。しかし、引きこもり、幻覚、たえざるつぶやき、身構えなどをしてはいけないというのは、「あいまい」「境界的」領域にある「残基的ルール」の逸脱である。精神障害は一般にこのような「残基的逸脱」として理解される。最初、そのような逸脱を行ったものが、「精神障害者」というレッテルを貼られると、その人は、「精神障害者」として行為し、周囲もそのように見ていくことによって、その人は、社会の中で「精神障害者」として位置が固定されていく。これをシェフは「狂気の社会制度」と呼ぶ⁷。

④サズの理論

サズは、「精神障害」は精神医学によって作られるという理論を構築した。サズは、身体の病気とは異なり、精神疾患などというものは存在し得えず、それはひとつの比喩 (a metaphor) にしかすぎず、精神医学が作り出した「病気」であると論じた。近代医学は新しい病気を発見したが、近代精神医学は病気を「発明」したとサズは論じる。例えば、身体疾患である麻痺は病気であることを証明することができるが、ヒステリーの場合は病気であると医者が宣告することによって「病気」となる。

サズは、精神科医の医学的診断は、烙印 (stigmatizing label) であると述べる。精神科医の介入は、医学的なものではなく、道徳的な問題を対象としたものである。非行、離婚、同性愛、殺人、自殺、など多くのことが、精神医学的疾患とみなされ、「病者」とみなされる。肉体的に健康な人

びとを患者のクラスに入れるのは、論理的・科学的な根拠によってではなく、倫理的あるいは政治的な理由からである⁸。

⑤パーソンズの理論

パーソンズの理論は3で詳しく述べるが、精神上的な健康は、制度化された役割を遂行する能力との関連において規定されたパーソナリティの状態であり、それが損なわれた状態が、精神疾患であるとされる。

以上のように、社会学では精神障害を生物学的、医学的な疾患の側面からではなく、社会的な側面から論じている。社会学は、精神障害の不変的な側面ではなく、社会が何を逸脱とするかによって、健康と病気、精神障害の範囲が変わるという側面に焦点をあててきた。ゴッフマンやシェフは、ミクロな対人相互作用のなかで、精神障害者が作られていくプロセスを理論化している。サズは、精神医学が「精神障害者」を作り出し、道徳的、政治的な理由がその背景にあると論じている。デュルケームやパーソンズは、マクロなレベルで社会における「正常」と「異常」、健康と病気の問題を論じている。

社会学では社会は変動していくものであり、価値・文化と社会構造も変動していくものととらえる。その社会によって価値や規範が異なるため、「同じ症状」もある社会では精神疾患、異常とされ、別の社会では精神疾患ではなく正常とされる。このような社会学が明らかにした精神障害の「正常」と「異常」の相対性に関する一般的な理論を次に歴史のなかで具体的に検証していきたい。

2. 精神障害者の歴史

2では、精神障害者と社会の関係の変化を、未開社会から古代ギリシャ社会、ヨーロッパ中世、ルネッサンス期から宗教改革を経て近代の啓蒙と産業革命の時代にまで概括していきたい。

2-1 未開社会

医療史家のE.H.アッカークネヒトによれば、自然人のなかでは、現代的な意味での精神疾患は、存在していなかった。病気に対する考え方は分化を遂げておらず、単純なものであった。大部分の病気は、悪霊、神々、魔女や魔法使いのように超自然的なものに影響力に帰せられた。あらゆる病気、今日、精神疾患と呼ばれている病気について、悪霊による憑依という説明がされた。これは、身近で理性的だったものの中から、異様で、不潔、無意味なものがなぜ湧きあがってくるのかをよく理解させる力を持っている。アッカークネヒトは、多くの未開人があらゆる病気に対して使うこの説明は精神疾患に対する経験的な観察に基づいているものだとすることを完全否定できないとしている⁹。

その治療は、効力のある薬物やマッサージのような物理的療法、外科的療法についての知識、巫術、祈祷、歌や踊りなどともに魔術的、宗教的な治療法の一つとみなされている。これは、す

べての病気が、超自然的な根源に由来するという未開人の基本的な考え方から自然に生じた。この処置はしばしば良い結果をもたらしたが、その効力は精神療法的要素によって説明できるとアッカークネヒトは述べている¹⁰。

アッカークネヒトは、精神的正常かということはその時々 of 社会の見解によって影響を受けるとしている。追跡念慮、誇大念慮、狂喜の恍惚状態、幻覚、強迫表象、精神疾患の症状として現れる表情ならびに表出運動の強い変化などの症状は、別の文化、別の環境下では、正常とみなされる。誇大妄想や幻覚、恍惚状態が正常とみなされる部族があり、同性愛は多くの種族において正常とみなされる。また、その時代には正常とみなされていた吟遊詩人も今日では狂気と考えられるし、恍惚感を伴う宗教、魔女狩り、禁欲的な清教徒は、その時代には正常であったが、現代では狂気として扱われる。その逆に現在では正常とされても過去においては異常とされたこともある¹¹。

アッカークネヒトは、風土や民族ではなく、文化、つまり社会状態の全体構造が疾患の性質を決定していることは明らかであると述べる。

未開民族の集団精神病についての多くの記述があるが、純宗教的行動は集団精神病と誤解されやすい側面がある。まじない師は、未開民族の医師であったが、てんかん患者、ヒステリー患者、神経症患者とみなされてきた。しかし、それは間違いであり、精神病を経過している人が治療術に携わっていることが報告されている。このような人に対して「シャーマン」という言葉を用いるのが適当であるとアッカークネヒトは述べている。ヨーロッパの探検家にとっては、原住民施術者が恍惚失神状態になったり、霊験あらたかな精霊に乗り移られたりするので病的に見えたが、そのような状態はその部族のなかでは同質正常なものであり、ヒステリー発作やてんかん発作とは区別され、好ましいものとされていた¹²。

どのような人物が精神病患者を治療するかはそれぞれの社会の疾病観によって変わり、未開人の間では、治療者は魔術師、まじない師であったが、のちにはこれが牧師、しろうと、専門医となった¹³。まじない師や魔法を信じている未開人を精神病とみなすことは、はじめて見た時、理解しがたく思われるものをなんでも精神的に病的だときめつけることであり、「定義できないものは精神的に病気であるとみなす」という我々の社会にはびこっている悪い習慣の一例であるとアッカークネヒトは批判している¹⁴。

しかし、アッカークネヒトは、精神症状をすべて相対的なものとして理解しているわけではない。精神疾患であるかどうかの判断は、今のところ、絶対的な生物学的標尺がなく、主として症状と秩序に対する無能力さを手がかりとして診断しているが、このことが共通した生物学的疾病、絶対的な異常性を見つけることができないという困難性をもたらしているとしている。アッカークネヒトは、あらゆる社会に見られるさまざまな症状の背後に共通した生物学的疾病、絶対的異常性があることは決して否定できないとしている¹⁵。

アンリ・エレンベルガーによれば、未開社会の治療者は属する地域社会で現代の医者によりも重要な役割を果たしていた。呪医は、住民の福利を図るだけでなく、しばしば妖術師として畏怖され、時には、宇宙の起源や部族の歴史の知識を持つ吟遊詩人であった。社会的分業が発生するはるか以前には、部族の長と祭祀以外で専門家の地位を認められた唯一の人間は治療者であった。呪医が部族の長と祭祀を兼ねる場合もあったが、治療者という役割を何人かが機能分担していた方が多いとされる¹⁶。原始治療の実際は集団で行われ、治療は同時に祭儀であり、祭儀執行の主役は十分に構造化された集団である。その集団は、患者の属する部族の全員こともあるが、呪医社会の成員からなることもあり、その場合、患者は治療後にその一員になる¹⁷。

エレンベルガーによれば、6千年ほど前にアジアで世界最初の王国・帝国がいくつか建設されたが、それによって高度に組織された宗教の発達基盤が作られた。その宗教は、祭祀のための学校、知識を体系化した経典をもっていたが、この知識体系が科学の前駆形態となった¹⁸。原始医学のもつ技術のあるものは、新しく出現した寺院医学に受け継がれた。民間医学も独自の発展を遂げたが、感情の病よりも身体疾患の治療に実力を見せた。祭祀の医学と純医学との分離が生じ、祭祀の医学の代表は治療祭祀、純医学は内科系医師であった。何世紀にもわたって医師と祭祀は共存関係にあった¹⁹。

エレンベルガーによれば、原始的治疗は、治療者は単なる医師ではなく、その属する社会集団の最高人物であった。治療者は基本的に治療者の人格を通して影響力を行使した。治療者は心身療法者であり、心理的技法では身体療法を治療することは少なかった。治療者の養成は自分が重症の感情疾患を体験し、これを克服してはじめて自分以外の人間を治せるとすることが少なくなかった²⁰。

2-2 古代ギリシャ社会

アッカークネヒトによれば、精神医学の歴史はギリシャに始まる。エジプトやメソポタミアでは疾病の説明は自然的説明と超自然的説明がされていたが、ギリシャ人は、徹底的に自然的説明を行い、精神医学の創始者であった。ヒポクラテスは「聖なる病」とされていたてんかんを、他の疾病に比べて神祕的であるとか神聖であるとかではなく、自然の原因から生じるものとした。この疾病をデーモンに結びつけ、これを神聖化したのは魔術使い、詐欺師などで、疾病を治すことができないので神性のベールで覆い隠したと批判した²¹。

ギリシャ哲学においては、心身二元論が論じられ、精神障害は魂の疾病として論じられた。プラトンは、精神障害には、神祕的な起源のものと身体的疲労の二種類があるとした。古代ギリシャの哲学は、セネカに見られるように精神療法的であった。ギリシャの精神医学者ソラヌスは、躁狂は、収斂状態による身体、ことに頭の病気であるとし、魂の疾病であるという哲学者の見解は間違っているとしたが、プラトンは、医師は精神疾患を理解も治療もできないと批判した²²ギリ

シャの精神医学は、精神疾病領域における最初の臨床的観察と分類を行った。治療においては主として身体的であったが、時には精神的でもあり、経験に即していたとされる。ギリシャの精神医学の成果は、その後の精神医学の業績を考えると注目に値するとアッカークネヒトは述べている²³。

2-3 中世

アッカークネヒトによれば、中世における最大の医学上の創造は病院である。大病院で精神科部門が置かれたのはアラビアの大病院が最初である。回教徒のもとでは精神障害者に対して今日至るまで他に見られない好意が見られたとされる。最初に精神病専門病院を建てたのもアラブ人であったと推測されている。アラブ人は、精神病患者看護分野での業績の方が、精神医学の分野におけるものよりも大きかった。精神医学の分野では精神疾患に関するギリシャ人の見解を多少とも再現し、発展させようとした²⁴。

中井氏によれば、多くのシリア人、ギリシャ人たちは、回教の世界へ移り、文化翻訳者となり、医学を発展させた。8世紀には、バクダットはじめとする主要な都市において完備された精神病院が作られ、休息、音楽、水浴、体操など古代世界の精神医療の伝統を継承し、それを発展させた治療が行われた。このような精神病院は、その文化に対応してオアシスをモデルとした精神的オアシスを指向したのではないかと中井氏は述べている²⁵。

ヨーロッパ世界はアラビアの精神病院をモデルとして、まず、スペインに同様の施設を建設するが、オアシスの休息の意味は勤勉を価値とするヨーロッパ文化には継承されなかったと中井氏は述べている。9世紀から10世紀にわたるヨーロッパ世界は荒廃し、多くは森林におおわれ、村落を中心とするわずかな耕地の周辺にも狼が出没し、旅行はまったく生死を賭けた冒険となった。この時期ヨーロッパの精神医療に見るべき資料はないと中井氏は述べている。7世紀のブリタニア（現イギリス）の医療は、意味が分からなくなったギリシャ語の呪文と若干の薬草によるもので、精神疾患に限らず一般に疾患は魔法使いの矢が刺さることによって起こったというように解されていた²⁶。

アッカークネヒトも、一般の病院の精神科は中世西欧、13世紀以来、パリ、リヨン、ロンドン、ミュンヘン、フライブルク、チューリッヒ、バーゼルなどにあって古代の伝統が引き継がれていたが、一般にギリシャ人の知識はわずかであり、初期の文化段階に退行したとしている。多くの場合、精神病患者は、ふたたび悪魔や悪霊に憑かれたもの、あるいは魔女、魔法使いであって、他人にも疾病を起こすとされた。すべての「幻影」や盲覚は悪魔の仕業とされた。医師は精神疾患の分野から排除され、精神疾患は宗教裁判の問題となった。中世に精神病院の観察が見られるのは医学書の中ではなく、魔女焚刑師や悪魔祓師の便覧や報告書の中であった²⁷。

精神医学的には、中世は精神的流行病、あるいは集団精神病の頻発が注目され、鞭打苦行、舞

踏狂、児童十字軍、ユダヤ人迫害、修道院内での集団「憑依」がその例とされる。他方、修道院や巡礼のような中世の制度が、精神的に病めるものに対して庇護と救済を与えたことも見逃すことができないとしている。時には悪魔祓いが精神療法的に有効であったとアッカークネヒトは述べている²⁸。

エレンベルガーによれば、カトリック教会は、祈り、誓い、巡礼などの勤行を継承した。また、カトリック教会は、個人が絶対の秘密厳守義務を負う僧侶に告解する行為を重視したが、告解は心理学の発達に寄与したとみてよいとしている。カトリックの僧は人間心理の知識を大量に獲得し、その一部は体系化されて道徳神学の教科書に盛り込まれていった²⁹。

2-4 ルネッサンス期

アッカークネヒトによれば、中世には数多くの悪魔祓いが行われたが、中世全体を通じて、焚刑に処せられた魔女の数は、15世紀とそれに続く2世紀間よりも少なかった。ルネッサンス期において一般人の迷妄は頂点に達した。魔女迫害者による悪名高い著書『魔女の槌』は1468年に出版されたが、それによると憑依者だけでなく魔女の多くも今日では精神疾患者とされる人であった³⁰。同書によれば、少なくとも心理学的な偏り、あるいは風変りを示すものは魔女、あるいは魔法使いとされた。精神疾患のみならず、ほとんどすべての身体的疾患（陰萎、不妊症、乳児死亡など）や凶作、獣疫、姦通など社会の悪いことも魔女の仕業とされた³¹。

しかし、ルネッサンスは魔女迫害の激化の一方で、少数ではあったが、医師の中には、憑依者や魔女の多くは、悪魔その他超自然的な力とはなんの関係もなくごく普通の精神疾患であるから焚刑にしないで医師に委ねられるべきであると主張する者も表れた³²。

アッカークネヒトは、ルネッサンス期は、魔女迫害の激化と科学的抗議の開始という二様相が見られたとしている。後者は新しく自由な思想へと発展していくものであったが、前者は多くの人々を大恐慌と不安で満ちし、古代ギリシャ・ローマ人の擁護者を悪魔やその手下に対する不合理な迫害へと駆り立てた中世社会の道徳的・思想的、経済的・政治的解体と同一の現象とみなすことができる³³。

ルネッサンス期は、魔女迫害の一方で、不幸な病者に対する深い同情が見られた時代でもあった。このことは精神病者のためのいくつかの施設が建設されたことによっても理解できる。とくに当時、アラビアの手本がもっとも強く影響を及ぼしていたスペインにおいて施設建設が行われた。続いて、16世紀には、ローマ、パリ、アムステルダム、マルセーユ、アビニオン、ハンブルク、リューベックその他にも作られた³⁴。

アッカークネヒトは、精神医学におけるルネッサンスの意義は、精神病者に対する人間的態度の新生以上に、精神疾患の超自然的原因の懐疑が、自然的な力と原因の探求に導き、「想像」という概念を見出したことにあるとしている。この「想像」は今日の暗示という概念に近いとしてい

る³⁵。

2-5 宗教改革、産業革命、啓蒙期

エレンベルガーによれば、宗教改革の創始者たちは、告解の義務を廃止したが、代わりにプロテスタントの都市や農村では“救霊”（Seelsorge-司牧）という新たな行為が起こった。プロテスタントの牧師の一部には自分が特別な霊的天分をさずかっており、そのため悩める魂からその悩み種の種になっている秘密の告白を聞き出して、その人たちを救い出す力があると考えていた³⁶。

16世紀末期と17世紀は現代科学が誕生したため新しい時代となった。科学とは人知の一元化をめざすものであり、医学は科学の一分科となり、精神医学は医学の一分科となり、精神療法は科学的事実にもとづく精神医学の一応用となった。精神科医を含め医師は次第に一種の専門家、技術者となっていった。また、科学の枠外にある治療法の有効妥当性を認めないようになり、“公認”の医学は未開時代の医学や初期の科学的医学の名残をとどめていた原始医学、民間医学を蔑視するようになる³⁷。

産業革命が1760年ごろから1830年ごろにイギリスで始まり、広範囲な経済競争が生じ、世界は巨大な市場となっていった。ヨーロッパでは急速に人口が増加し、大規模移民が行われ国民国家が建設されていった。啓蒙主義は、ブルジョワジーの台頭と深い関連を持ち、1730年ごろにフランスに源を発し、急速にイギリスとドイツに広がっていった。

啓蒙主義のもっとも根本的な特徴は理性崇拜であり、理性はどんな国、どんな時代に同じもので恒久的かつ普遍的な実体であると考えられた。また、理性は、無知、誤謬、偏見、迷信、信仰の押しつけ、情念の虜になること、幻想のままに彷徨することの反対とされた。人間は仲間を求める存在であり社会は人間のために作られたという考え方が生まれた。啓蒙主義の哲学は楽観的・実用的であった。科学は人類の福祉に適用できるはずであり、そうあるべきであるとされた。進歩という言葉は物質的な意味だけでなく、社会改革を含む質的人道的な意味と解された。啓蒙主義でさらに特徴的なことは教育の力を信じ、教育に関心を寄せたことである³⁸。

アッカークネヒトは、精神医学は18世紀に独立した学問となったとしている。啓蒙哲学の影響を受け、憑依現象をいまわしい「迷信」の一形式とし、啓蒙思想の影響を受けた司教は悪魔祓いを禁止するようになった。不滅の靈魂という思想が背景に退き、精神病、すなわち有限な思考装置の疾病の研究が学問的な基盤のうえで可能となった。純身体主義から解き放たれて、精神医学のなかに心理主義を意識的に導入する可能性が生まれてきた。啓蒙主義者の人間に対する博愛的関心と人間を改造することの可能性に関する無限の楽天主義と信仰は18世紀精神医学の発展に対して大きな意義を持った。啓蒙主義者は、精神病者が宿命的に不治であるという観念を克服し、精神病治療における監獄的雰囲気をも改善しようとした³⁹。

多くの施設で精神病患者に対する措置が次第に人間的なものとなり、世紀の終わりになって鎖か

ら解放された。啓蒙主義によって精神医学の要求に裁判官も耳を傾けさせることも可能となった。精神病の予防に関する新しい大きな関心も啓蒙主義から生まれた。啓蒙主義は社会科学の母であり、その医学の応用への母ともなったが、精神病の原因の社会学理論が18世紀において最初に精神医学に現れるようになった⁴⁰。

ピネルは、このような啓蒙主義の精神に影響を受けて、精神病患者に対する人間的な態度、監獄的雰囲気改善を行おうとした精神科医の一人である。彼は、施設で鎖でつながれていた精神障害者を鎖から解放した最初の人とされる。中井によれば、ピネルは、フランス革命前後に新しい社会教育体制を構想した知識人グループ「イデオログ」の一員であった。この時期に精神医学・精神病院改革を志す者には、一般社会の革命を志して挫折した者あるいは途中で革命に失敗した者が多くピネルもそのような人物であったとされる⁴¹。

ピネルは、精神障害を悟性の狂いであるとし、博物学の方法を用いて、秩序の精神に従って、症例を集め、注意深く観察し、明確な種類に分割した⁴²。この組織だった分割は、救済院の安定した秩序を確立し、精神障害を回復させるのに寄与するものと考えた⁴³。

ピネルは次のように述べている。

「最初、私にはすべてが混乱と混沌として目に映った。何せ、陰気で沈黙した精神病患者が向こうにいれば、こちらは険しい目をし、持続的な妄狂状態の狂騒状態があり、他の場所には判断力は全く正常なのに凶暴な行動を示す者、その向こうには全くの呆け状態や極めて不良な白痴がいるといったありさまであった。精神病と総称されるかくもさまざまな諸症状は、綿密に研究されるべきではないのか。また、救済院に常に秩序を保ち、投薬や食事療法の指示を与えるために講ずる手段がいかに数多くあるかを、それらは示していないであろうか。もし観察された事実が組織立った秩序としてかつて段階的に分類されていたならば、困難は大いに軽くなっていたことだろう。」⁴⁴

「精神病患者のための公立保護院は、社会から隔絶されるのに値する危険な障害者のための監置と隔離の場所とみなされており、この監置の際に、看守、その多くは非人道的で思慮の浅い看守が彼らに対し、苛酷で暴力的な全く気儘な行為に及ぶことが許されていたが、これについて、協調的性格と穏和で思いやりある厳格さのもたらす好ましい効果が経験により常に確かめられている。」⁴⁵

一方、近代の啓蒙、理性に対して批判的なフーコーは、近代精神医療に対しても批判的であり、ピネルの行った「改革」に対しても懐疑的である。フーコーは、近代は精神障害者を、「解放」したのではなく、「精神障害者」を「労働」「治安」の観点から「監禁」したのであり、精神障害者は単なる治療の対象である「患者」とされ、かつてあった精神障害と現実の世界との豊かな交流は絶たれてしまったと述べる。

フーコーによれば、17世紀中葉に絶対主義体制下で貧民をすべて拘禁することによって社会危

機を取り除く政策が進められた。パリでは1657年に貧民拘禁例令が施行され、男子はピセートルへ女子はサルペトリエールへそれぞれ収容された。浮浪者、身障者、老人、孤児、売春婦、性病患者、同性愛、不信人者、既決囚、精神病患者などを収容・拘禁する施設がイギリスの「救貧院」ドイツの「矯正所」、フランスでは「一般病院」という形で作られていった。この時代に以前には精神病患者を監獄に収容することはたまにしかなかったが絶対主義体制の措置によって一般的になっていった。このような施設では精神病患者にも鎖が使用され、医師の診察は皆無に近かった⁴⁶。

イギリスの監禁の起源は、1575年の法令で、放浪者の処罰と貧民の負担軽減が決められ、各州に一つの割合で感化院が建設された。16世紀に貧民救済税が作られ、感化院や労役場を設けた都市では特別な税を徴収する権利を持つようになった。17世紀はじめに機織りや仕事場、製造所、これらは感化院の維持に役立ち、在院者の仕事を確保するものであったが、その設置が義務づけられた⁴⁷。一般法による受刑者、家庭の平安を乱し、財産を濫費する子弟、放浪・無頼の徒、狂人、これらの人がひとしく同じ施設内に送り込まれていた⁴⁸。

17世紀の全ヨーロッパでその微表が認められる監禁は、治安の問題と関連するものである。治安とは労働抜きにしては生活しえないすべての人々に対して労働を可能にし、必要とさせる方針の総体を指している。監禁において、医学上の意味は与えられはしたが、監禁は病気治療の関心とはまったく別の意図、すなわち、労働の求める要求からなされるものであった。博愛精神によって監禁に病気を治そうという配慮があると考えられたが、フーコーは、無為怠惰に対する非難だけがそこに示されると述べている⁴⁹。

国家や都市はあらゆる貧乏人と無能力者を自分の思い通りにすることによって貧困＝悲惨にたいする新たな感受性を作り出していった⁵⁰。貧困はそれによって苦しんでも何事ももはや神の奇蹟的な束の間の出現につながりをもたないようになり、その神秘的な意味は失われてしまった⁵¹。

ルターやカルビン以来すでに懲罰という刻印をつけられていた貧困は国家の管理下に置かれた慈善事業の世界では国家の正しい進展に対する非行となった。それまでの貧困を神聖視する宗教経験からそれを非難する道徳観念へと変わっていき、貧困への道徳的懲罰が始まった⁵²。

1657年の一般施療院の創設と貧民の大規模な監禁、1794年のピセートル収容施設に鎖でつながれている人々の釈放、この二つの事件は、中世的で人文主義的な狂気経験から狂気を精神病の中に閉じ込める現代の狂気経験への移行を意味する事件であった。中世の文芸復興期までは狂気と人間の論争があり、人間を世界の数々のひそかな力に対決させる劇的な論争があった。狂気はまだ未分化の経験であり、狂気と非狂気、理性と非理性とが雑然と入り込んでいた。しかし、理性と狂気の分割以降、それらは相互に無関係となった。以前は別世界からやってきた狂人はもてはやされたが、閉じ込められるようになった。狂人は貧乏人、あわれな人、放浪者の仲間となり、狂人を受け入れる施療施設は、浄化衛生の処置となった⁵³。狂気はもはや世界の闇夜のなかで絶対的な実在を持たないようになった⁵⁴。

フーコーは精神病を作り出している澄みきった世界ではもはや現代人と狂人は交流はしていないと述べる。一方には理性の人が存在し、他方に狂気の人が存在し、理性の人は、狂気にむかって医師を派遣し、病気という抽象的な普遍性を通してしか関係を認めず、他方、狂気の方は、同じく抽象的な理性、つまり秩序・身体的で精神的な拘束・集団による無名の圧力・順応性の要求たる理性を介してしか理性の人と交流を持てなくなる。つぶやき気味の不完全な精神障害者の言葉に意味は見出されなくなり、理性の人と狂気の間には、共通な言語はもはや存在しなくなる⁵⁵。以上のように、フーコーは、近代の精神医療を批判的にとらえた。

筆者は、啓蒙主義をすべて否定できるものとは考えず、フーコーが批判するような側面もあることを認めるが、啓蒙思想の人道的・博愛的な精神が精神医療に解放的な影響を与えた側面もあることを認めなければならないと考える。すなわち、フーコーが問題にした規律の強化、労働と治安の道徳的義務、施設の監禁は、近代啓蒙のある面から派生して生まれてきたものであるが、啓蒙思想の影響をすべて否定することは、啓蒙思想がもたらした精神医療の正の側面まで否定することになってしまうのではないかと考える。理性、啓蒙を否定してしまうのではなく、理性と非理性との新たな関係を我々は考えていくべきではないかと筆者は考える。

3. パーソンズの社会理論

この章では、アメリカの社会学者パーソンズの社会理論を参照し、現在の産業社会における精神障害者の位置と役割について検討をしていきたい。パーソンズは、構造=機能主義理論を展開したアメリカの社会学者である。彼は、精神障害を社会的な役割期待に応える能力の視点からとらえた。そして、社会的役割を規定するところの文化と社会構造の観点から、社会と精神障害の関係について論じた。彼は、特に現代アメリカ社会は、他の社会に比べて健康、特に精神の健康を重視する社会であるとし、それを、アメリカの社会システムの主要な価値と社会構造から説明している。そして、病気も社会制度であり、病者役割があること、病者は社会が求める役割期待を遂行する能力を治療を通じて「回復」することが求められるとした。精神的健康の重視と「回復」リカバリーは、アメリカのみならず、現在の日本における精神保健の特徴となっている。パーソンズの精神障害者に関する理論的分析は、現代の社会における精神障害者が社会の中でどのような役割を求められているのかを理解するうえで重要である。

パーソンズは、人類に共通の一群の特徴が存在し、共通の成分が身体上の疾病だけでなく、精神上の疾病にもあると考えられるが、病気は、「純粹に身体的な」病気から「純粹に精神的な」病気に至る一定の範囲があり、身体的な極から精神的な極へと進むにつれて、文化と社会構造の関数である相対性の要因が次第に増してくると考えるのが理にかなっているとする⁵⁶。パーソナリティ構造における有機体と密接な関連を持つ「より深い」層から「より高次に」自我が構造化さ

れている層へと病理が移行するにつれて、社会文化的条件がますます強くなってくる⁵⁷。

パーソンズは、精神疾病の主要な規準は、個人の社会的な役割遂行との関連で規定されるものであるとする。役割構造のレベルで社会システムとパーソナリティシステムとは相互浸透している。精神疾患が社会関係の中で問題となるのは社会的役割期待に応じる能力の損なわれた状態としてであり、病気であるかどうかの基準もそのような能力の問題として定式化される⁵⁸。

健康とは、個人が社会化されるにつれて担う役割と課業を効果的に遂行しうる能力の最適状態として定義される。したがって健康は、社会システムへの個人の参与に関連して規定される。健康は、また、社会における「地位」、すなわち、性別、年齢、あるいは教育によって分化された役割タイプとそれに応じた課業構造に関連して規定される。健康は能力に関するものとして規定され、個別的な役割や課業や規範、あるいは価値そのものへのコミットメントとは関連しない。すなわち、ある人が、自分の妻と一緒にいたかどうか、自分自身の仕事が好きかどうかは、健康にかかわる場合があるが、健康そのものの問題ではない⁵⁹。

現代アメリカ社会は、他の高度に分化した社会に比べて、健康と病気の分野の問題に非常に強い力点が置かれる社会であり、特に精神上の健康の問題が顕著な形をとってきている社会である⁶⁰。

アメリカ社会は20世紀に入ってから教育と健康の問題について新しいレベルの関心に応じた足場が築かれ、健康と教育の問題が非常にはっきりとした姿を現した。教育と健康の重要性は、産業化、都市化、高度な技術、マス・コミュニケーションなどの発展に伴って、高い責任レベルへと一般的な水準向上が起こったことによって強められた。生活は複雑となり、典型的な個人に対して以前よりも大きな要求がなされるようになり、これらの要求に見合った能力を備えるという厳しい問題がされるようになった。精神的あるいは精神身体的回路を通じて、不健康な状態に引きこもろうとする動機づけが強められると同時に、そのような状態に実際に陥ってしまう人びとに対処するための効果的なメカニズムの重要性が強調されるようになった⁶¹。

健康の問題がアメリカ社会で優位を占めるようになった理由は、一つには医学及びその基盤として密接に結びついている保健科学が歴史上かつてなかったほど高度の発展を遂げ、予防の面でも治療の面でも病気に対する全く新しいレベルの制御を可能にしたこと、第二に、アメリカ社会において、最高の価値へのコミットメントから始まり、諸規範へのコミットメントを経て、役割と課業へのコミットメントに至る社会制御の諸問題のもつ意味の序列は、進化的な意味合いを含んでいることである⁶²。

パーソンズによれば、アメリカ社会の共有価値システムは、「活動主義」(activism)「世俗性」(worldliness)「道具主義」(instrumentalism)である。

①活動主義

社会というものは、当の社会が置かれている状況ないし環境に対する志向という点からすると、その環境に照らして超越的な理想や目標の名のもとに当の環境を支配すべきだということである。その主要な志向は、避けられない事柄に「適応」していくよりも、それを支配しようとするパタンの維持にある⁶³。

あるシステム目標に従って、システム統合を図るという問題に直面すると、諸単位を「うまく」調整するという問題が強調され、個人はその「最後の拠点」となる。社会の活動主義的志向は、個人が「オールを漕ぐ手を休め」ないように影響力を行使する⁶⁴。

②世俗性

アメリカ社会の価値システムは根源が宗教的であるが、第一次的な価値づけの活動の分野は実際の世俗の営みのなかにあり、瞑想や信心や審美的満足感の中にあるのではない。アメリカは地上に神の王国を築くことを理想とするところから出発しており、この社会に自由や平等や正義や厚生や機会均等のような理念が広くゆきわたったすばらしい社会を建設していくという価値観がある⁶⁵。

③道具主義

何らかの明確に理念化された「完成」状態が存在しないこと（たとえば「共産主義」のような）であり、存在するのは可能な限りの改善、および正しい方向に進むことによって徐々に理想を完成させていこうとする限りない「進歩」の展望である。総体としてシステムに明確な目標が存在しないために、諸単位の目標レベルにおける積極的な業績達成が第一次的なものとして強調され、諸単位の業績が適切な形で評価されなければならない⁶⁶。

アメリカ社会には、進歩に対する貢献についての諸規準が存在し、経済的生産が「社会に貢献するための」機会のもっとも一般化された基盤とみなされる。そして、社会が価値ある業績達成を行いうる能力をそなえた諸単位を育成することが重要となる⁶⁷。

このようなアメリカの社会システムにおいては、集合的諸単位（たとえば企業など）、それらの達成する業績が至上の重要性を持つことになる。それらの集合的単位のなす業績は、それらの単位の内部で役割と課業を遂行する個人の能力とコミットメントに依存する。この関連において健康の価値評価の問題が考察される個人に対する評価の主要な焦点は普遍性本位に判定される業績におかれる。この業績達成は一般化されたレベルでは、個人の能力の基盤となっている教育と健康という根本的な重要な条件に依存する。個人の健康はそれ自体、有意義な業績を達成するための本質的な条件として価値づけられる⁶⁸。

病気は、規範あるいは価値およびそれらへの同調のレベルにあるのではなく、役割や課業を遂行するための能力のレベルに集中しているという考え方は、他の社会以上に強くアメリカ社会において強調されている。病気もまた一つの社会的に制度化された役割タイプである。病気とは、

正常に期待された課業ないし役割を遂行するための個人の能力が一般的に擾乱された状態である。

病人の役割として次のような特徴があげられる⁶⁹。

- ①能力の損なわれた状態は、事態を単に意思決定過程を通じて克服しようとしても克服しえない状態にある。そしてそのことに関して「責任はとらされない」。そこから回復するためには何らかの「治療」過程が必要であるとされる。
- ②病気と規定される能力の損なわれた状態は、個人が正常なときに課せられていた役割および課業上の種々の義務を免除される正当な根拠となる。病気であることは部分的に条件付きではあるが正当化された状態である。
- ③病気の状態が正当なものであるということは、病人が病気であることは望ましくないこと、それゆえ病人は「よくなろう」と努める義務があり、この目的のために他の人々に協力する義務があることを病人は認めなければならない。
- ④病人およびその厚生に責任のある人、とりわけ病人の家族は、要求にかなった援助を求める義務があると同時に、病人の回復を援助する適切な担当機関、主に医療機関に協力する義務がある⁷⁰。

病人の役割が制度化される意味の一つは、個人を病人とカテゴリー化することによって、「援助を必要とするもの」また援助を受ける義務があるもの、および援助を提供する機関と能動的に協力する義務があるものとして規定される位置に個人を立たせることにある。また、病人を援助の必要なものとして規定し、治療機関と関係を持つように導いていくことによって、病人の役割は、病人を病気でない人々に依存する位置に立たせる。病人をめぐる構造的配置は病人ばかりのグループという形をとらず、病人に病気でない人々が随伴するという形をとる⁷¹。

アメリカ社会は異なった価値システムが制度化されている他の社会に比べて、病人役割のなかの第四の基準、すなわち、援助の必要性を受容し、援助者に協力する義務を受容しなければならないという基準がもっとも強く強調される傾向がある。これは本質的にはアメリカ社会の価値システムの一要素である「活動主義」から派生するものである。この要素は、個人のパーソナリティにとっては、業績達成を尊重するという意味を持つ。活動主義はしたがって業績主義の基礎となっている諸能力の強い評価を含んでいる。これらの能力は、主に教育あるいは社会化を通じて啓発され、保健サービスを通じて保護され回復される⁷²。

健康問題の統御こそ望ましいとされ、病人個人については、治療機関に十分に協力する義務が強調される。その理由は、もし、個人が効果的に業績達成のための前提となる諸条件を獲得するように努力するよう動機づけられていないのであれば、健康であることを前提としてはじめて達成しうる業績そのものに対して十分に動機づけられているとは考えられないということであ

る⁷³。

健康—病気の役割構造は、病気を正当でないものとして規定することが健康にとってもっとも重要であり、病気にかかるまいとする動機づけ、すなわち逸脱行動のあるパタンに走ることを避けようとする動機づけを強化する。病気は望ましくないという烙印を押すこと、および病気と闘うためにコミュニティの多くの資源が動員されることは、健康の価値を再確認させ病気への誘惑に対抗する影響力となっている。ここから健康への動機づけの基盤となるものが生まれてくる⁷⁴。

病人の業績達成のための能力にとって、克服されなければならない第一の脅威は依存である。病人は厳格に規制された条件の下でのみ、自らの依存欲求に浸ることが許される。自分の状態に正当化が与えられるのも条件付きのことであることを認めなければならないし、治療上の課業に従事しなければならない⁷⁵。病気へと向かう動機づけに含まれる離反は独立のための業績達成をとくに強調する一群の期待からの離反をもたらす。治療は、依存よりは独立への動機づけを強めることであり、また離反を克服することが焦点であり、独立への期待、さらにそれを通じての業績達成の期待に焦点を当てる⁷⁶。

逸脱としての病気の依存の成分は、治療パタンのなかで建設的に役立てられる。患者は依存的愛着を形成するように助長され、病人が欲するものを与えることによって、病人に対して許容的、援助的な処置をとることは、病気の動機づけ構造が含む離反的成分を摘み取ることに役立つ。病人は、親切と配慮をもって扱ってくれる社会的対象に、離反感をものは抱くことなくはできなくなる⁷⁷。

アメリカ社会において、精神的に病気である人びとの完全な社会参加への復帰、とりわけ業績を達成するための能力の完全な「回復」をもたらす治療への際立った関心が見られる。とくに患者が熱心によくなろうと努めることが患者の側での活動的な仕事であって、治療過程にはそれが含まれてくると考えられている。患者は治療にあたる人びとの操作にとって単なる受動的な対象ではないと考えられている⁷⁸。

このようにアメリカ社会は積極的な治療が強調され、「回復」することが求められるが、パーソンの理論はそれがアメリカ社会の主要な価値観と社会構造から派生するものであることを明らかにしている。アメリカ社会は、「活動主義」、「世俗性」、「道具主義」を主要な価値システムとし、社会的な役割期待の遂行能力の制御に力が置かれている。個人には業績達成が求められ、そのための能力があるかないかが評価の基準となる。アメリカにおいては社会的に期待された役割遂行能力があるかどうか、その人が健康であるか病気であるかを規定するものである。アメリカ社会は他の社会に比べて特にこの健康と病気に関して大きな関心が払われているが、アメリカ社会の主要な価値と社会構造に密接に関連している。

アメリカ社会においては、精神障害者は、「治療」を積極的に受け、「回復」に努力し、進歩と考えられている経済的生産の増大に貢献するために役割遂行能力をもてるようになることが目標とされる。「自立」「回復（リカバリー）」が求められる。精神障害であることは、条件付きで、病者役割を受け入れることで一時的に社会的に許容されるが、将来的には、「回復」して病者から健常者となっていかなければならない。社会的な役割遂行能力を持っている健常者を上位として、精神障害者は、その「社会復帰」の程度に応じて序列化される。健常者に近づくほど評価され、それに遠いほど、評価は低くなる。健康であることが善であり、病気は治療されるべきものである。

このような現代アメリカの社会の健康-病気の社会制度、健康の価値観、「治療」と「回復」の位置づけは、現在の日本社会にも広がっているように感じられる。それははたして精神障害者の生活の質を高めていくことになるのであろうか。精神障害者の障害特性は、もともと役割遂行能力を持ち、それを維持していくことに困難を感じる障害であり、働く能力を持って社会に復帰することをゴールに設定することは、過剰な負荷になりはしないだろうか。

パーソンズ理論は現状の精神障害者の位置をよく説明する理論であるが、彼が前提とした文化と社会構造は所与のものではなく歴史的なものであることは、2の歴史的な考察から明らかである。パーソンズの理論がもっている社会科学理論としての意義を認めつつも、そこからどのような展開をしていくのかを考えていかなければならない。筆者は、現在の社会の文化、社会構造を所与とせず、新しい価値と文化に基づく社会構造を考えていかなければならないと考える。

結論

現在の社会において、精神障害者は、「自立すること」「就労すること」を目標として「治療」や「支援」を受け、「回復」していくことが求められる。この社会では「働く能力」があることが、第一とされ、精神障害者も「働く能力」を持って「社会参加」することが求められる。「働ける」ということは「健康である」ということであり、「健康」になるために「病気」を治さなければならない。

しかし、精神障害者は、産業社会において社会的に期待される役割の遂行能力を持つことを苦手とする障害特性を持っている。精神障害者は、疾病と障害の共存という特性があるとされ、コミュニケーションの障害、調子の波、疲れやすさから職場組織の中で長期的に継続して働くことに困難を感じている人が多い。精神障害者の中には、「回復」して職場で働き続けている人もいるが、すべての精神障害者に、「就労」＝「自立」を求めていく政策は、「働けない人」を社会の下位に追いや、「居場所」を奪っていくことにはならないだろうか。

精神障害者は、ゴッフマンやシェフが論じているように、社会、健常者の側から、逸脱者としてステイグマが貼られ、差別や偏見の対象となってきた。また、フーコーが述べているように、

近代以降、「治療」だけでなく治安と労働の観点からも精神病院に収容・監禁されてきた歴史を持つ。近代以降、「労働」「生産」が社会の主要な価値となっていくと、精神障害者は働けない者、怠惰な者とみなされ、「治療」あるいは監禁の対象となる。精神障害者に求められるのは、働く能力があるかどうかである。働けないことが「病氣」であり、「病氣」であることが働けないことと同義となっている。精神障害者は、「回復」し「健康」になり、「自立」し「就労」できるようになることが求められる。医療や福祉的な支援もこれを目的としてなされる。

しかし、それは、果たして精神障害者にとってよいことなのだろうか。健常者に近づくことを求めることは、負荷をかけ、無理を強制することにならないだろうか。精神障害者が無理をせず、自然に生きていける社会があるのではないか⁷⁹。

2の精神障害者の歴史で見たように、精神障害者と社会の関係は常に今日のような関係ではなく、精神障害とされる範囲も精神障害者の社会での役割も時代と社会によって変わってきている。確かに、精神障害者は、大きくは「魔女狩り」に見られるように、偏見と差別、排除の歴史がある。近くはナチスによる安楽死政策という負の歴史がある。しかし、いつの時代でも、すべて精神障害者は、社会の低い位置、価値の低いもの、差別と排除の対象であったわけではない。精神障害者の歴史のなかで「精神障害者」としてではなく呪術者、祭祀、呪術的治療者として、あるいは詩人として認められていたことは事実である。

フーコーが述べているように、理性と非理性がまだ未分割であった時代には、精神障害者と健常者の間には交流があり、「狂気」は恐れられてはいたが、想像性や創造性を持つものとして畏敬の念がもたれていた。聖なるものを帯びることがあったと考えられる。精神障害者として扱われず、芸術家として、あるいは科学者として社会で活躍した人も歴史の中には少なからずいたと思われる。フーコーの言う理性と非理性の分割、狂気と正気の分割によって、精神障害者は想像性の世界を奪われ、専門医学の「治療」の対象として、「病者」「患者」として扱われ、病院に収容され、「回復」を期待されるか、そこで一生の生活を送ることを選択するしかなくなった。

パーソンズの理論が明らかにしているように、産業社会においては経済的生産が第一であり、それに貢献することが進歩であり、そのために職業を持ち働く能力が求められる。業績達成が重要であり、それが評価基準となる。精神障害者の位置と求められる役割も自ずからそこから遡及してくる。

パーソンズの理論は現代の産業社会における精神障害者の位置と役割をよく分析説明するものであるが、パーソンズの理論の問題点は現在の社会の文化と社会構造を所与のものとして組み立てていることであり、それが変わりうるものであるという観点が示されていないという点にある。社会を所与のものとしてとらえる限り、精神障害者は、「治療」を受け、「回復」し、「自立」して「就労」すること、すなわち「社会適応」が求められ続けることになる。

しかし、精神障害者と社会の関係を歴史的に見ていくことによって、精神障害者と社会の関係

は、不変的なものではなく、時代や社会によって変わるものであり、現在の精神障害者の社会の中での位置と役割も固定的・不変的なものではないことが理解されるのである。パーソンズがそのモデルとした戦後のアメリカ社会の文化と社会構造も普遍的なものではなく、歴史的な段階にあるものである。したがって、パーソンズが理論化した精神障害者の位置と役割も、歴史的なものであり、普遍的なものではないという理解に立つべきであろう。筆者は、現在の社会の文化と社会構造を所与のものとして、そこに精神障害者がどのように「適応」していくかという観点ではなく、現在の社会に代わる文化、社会構造を構想するという観点から精神障害者の理論を考えていくべきであると考える。

精神障害者は、今の社会で求められる社会的役割期待を遂行する能力がもてないがゆえに、「不適応」とされ、「障害者」とされ、社会の中に「場所」を見つけにくくなっている。しかし、「精神障害者」が持っている創造性や想像性を活かせるような社会はいかなる文化と社会構造を持った社会かという問いから出発することが必要なのではないだろうか。

「精神障害者」のなかには、発想やイマジネーションが豊かな人もおり、それが、芸術家として認められる人も多くいるであろう。しかし、たとえば、かつては、「吟遊詩人」として認められた人も、現在の社会では「精神障害者」とされてしまうこともあるであろう。しかし、精神障害者の歴史の中で見たように、どのような人が精神障害者とされるかは、その時代と社会によって変わるものである。「精神障害者」としてラベリング、レッテル貼りがされ、障害者役割を担わされるか、芸術家やクリエイターとして、社会の中での位置と役割を認められ、活動できるかは、その社会がどのような文化と社会構造をもっているかによって変わって来るものである。

精神障害者がもっている創造性やイマジネーション力は、芸術の分野に限定されることなく、たとえば、生産の現場、ものづくりの現場、あるいはオフィスでの企画や営業においても、それがうまくいかされるような組織、働き方が工夫されれば、創造的な革新がそこで生まれて来るであろう。

さらに生産＝賃労働は「働く」ことのなかに含まれるものであるが、それが「働く」ことすべてではないという考え方の転換も必要ではないか。例えば、精神障害者がギターを弾いて歌を歌い、人に聞いてもらって、楽しんでもらえたとしたら、賃金対価がなくても、「働く」ことになるという考え方をしてもよいのではないだろうか。

また、精神障害者と健常者の関係を考えるうえで、健常者＝上位、精神障害者＝下位という関係、健常者と精神障害者という区分された関係ではなく、両者の間に何らかの共通性の部分を見つけ、その共通性を媒介として双方向性でつながることができるような関係性について考えていくべきである。筆者はそのような共通性の部分の一つとして精神障害者の「優しさ」や「寛容さ」の文化があると考え⁸⁰。

また、精神障害の苦しみの経験は、健常者が日常の生活や人生のなかで抱えている悩みや苦し

みとつながる部分がある。もし、両者に接点ができれば、精神障害者が、健常者の苦しみを聞いたり、苦しみを分かち合うという関係の場が生まれて来るであろう。このような関係も、精神障害者と健常者の双方向的な関係であると言える。

筆者は精神障害者と健常者に限らず、異なったものが、出会い、相互関係をもつなかで、共通性を見つけそれを媒介として多方向的につながっていくことによって新しい文化と社会関係が形成されてくると考える。それが長期的に見て、社会の文化と社会構造を変えていく一つの動因となっていくと考える。そのような社会関係と文化をそれぞれの場で試行錯誤しながら、時間をかけて作っていくことが、今、求められているのだと筆者は考える。

注

- 1 E・デュルケーム著 宮島喬訳『社会学的方法の規準』岩波文庫 岩波書店 136 ページ
- 2 同 135 ページ
- 3 同 136 - 137 ページ
- 4 同 136 ページ
- 5 同 129 ページ
- 6 E Goffman “*Behavior in Public Place : Notes on the Social Organization of Gatherings*” The Free Press of Glencoe 1963
E・ゴッフマン著 丸木恵佑・本名信行訳『集まりの構造 新しい日常行動論を求めて』誠信書房 1980年
- 7 T.J. Scheff “*Being Mentally Ill A Sociological Theory*” Aldine De Gruyter 1999, Third edition (First edition 1966)
市川孝一・真田孝昭 訳『狂気の烙印』誠信書房, 1979年(初版訳)
- 8 T.S. Szasz “*The Myth of Mental Illness*” Harper & Publishers, Inc 1975
河合洋訳『精神医学の神話』岩崎学術出版社 1975年
- 9 E.H. Ackerknecht “*Kurze Geschichte der Psychiatrie*” Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart Second edition 1967(First edition 1957)
E.H. アッカークネヒト著 石川清・宇野昌人訳『精神医学小史』医学書院 1976年第2版(1962年初版訳) 1 ページ
- 10 同 1 - 2 ページ
- 11 同 2 - 4 ページ
- 12 同 9 ページ
- 13 同 2 ページ
- 14 同 10 ページ
- 15 同 5 ページ
- 16 H. F. Ellenberger “*The Discovery of the Unconscious - The History and Evolution of Dynamic*

- Psychiatry*” 1970 アンリ・エレンベルガー著 木村敏・中井久夫監訳『無意識の発見』上 41 ページ
- 17 同 42 ページ
- 18 同 43 ページ
- 19 同 43 ページ
- 20 同 51 ページ
- 21 E.H. アッカークネヒト『前掲書』12 ページ
- 22 同 16 ページ
- 23 同 19 ページ
- 24 同 21 - 22 ページ
- 25 中井久夫著『新版 分裂病と人類』東京大学出版 2013年 (初版 1982年) 110 ページ
- 26 同 110 - 111 ページ
- 27 E.H. アッカークネヒト『前掲書』22 ページ
- 28 同 22 ページ
- 29 アンリ・エレンベルガー『前掲書』47 ページ
- 30 E.H. アッカークネヒト『前掲書』23 ページ
- 31 同 23 ページ
- 32 同 23 ページ
- 33 同 24 ページ
- 34 同 26 ページ
- 35 同 27 ページ
- 36 アンリ・エレンベルガー『前掲書』47 ページ
- 37 同 51 ページ
- 38 同 234 ページ
- 39 E.H. アッカークネヒト『前掲書』41 ページ
- 40 同 42 ページ
- 41 中井久夫 前掲書 143 ページ
- 42 P. Pinel “*Traite medico-philosophique sur lalienation mentale, ou la manie*” Richard, Caille et Ravier
1800
- フリリップ・ピネル著 影山任佐訳『精神病に関する医学=哲学論』中央洋書出版部 1990年 25 ページ
- 43 同 28 ページ
- 44 同 25 - 26 ページ
- 45 同 26 ページ
- 46 Michel Foucault “*Histoire de la Folie A L’Age Classique*” Gallimard 1972
- ミッシェル・フーコー著 田村俣訳『狂気の歴史』新潮社 1975年 6 ページ
- 47 同 73 ページ
- 48 同 74 ページ
- 49 同 82 ページ

- 50 同 76 ページ
- 51 同 80 ページ
- 52 同 77 ページ
- 53 同 81 ページ
- 54 同 49 ページ
- 55 同 8 ページ
- 56 T. Parsons “*Social Structure and Personality*” The Free Press 1964
“10. *Definitions of Health and Illness in the Light of American Value and Social Structure*”
pp257-258
T. パーソンズ著 武田良三監訳 共訳 竹下隆一、清水英利、小尾健二、長田攻一、川越次郎『社会構造
とパーソナリティ』新泉社 1973年 第10章 健康と病気の規定 343 ページ
- 57 Ibid p265 訳 350 - 351 ページ
- 58 Ibid p258 訳 343 - 344 ページ
- 59 Ibid p274 訳 361 ページ
- 60 Ibid p273 訳 360 ページ
- 61 Ibid pp280-281 訳 368-369 ページ
- 62 Ibid pp279-280 訳 367 - 368 ページ
- 63 Ibid p277 訳 363 ページ
- 64 Ibid p282 訳 370 ページ
- 65 Ibid p278 訳 365 ページ
- 66 Ibid p278 訳 365 - 366 ページ
- 67 Ibid p278 訳 366 ページ
- 68 Ibid pp278 - 279 訳 366 - 367 ページ
- 69 Ibid p274 訳 361 ページ
- 70 Ibid pp274 - 275 訳 361 - 362 ページ
- 71 Ibid p276 訳 364 ページ
- 72 Ibid p283 訳 372 ページ
- 73 Ibid p283 訳 372 - 373 ページ
- 74 Ibid p276 訳 363 ページ
- 75 Ibid p286 訳 376 ページ
- 76 Ibid p286 訳 375 ページ
- 77 Ibid p287 訳 376 ページ
- 78 Ibid p282 訳 371 ページ
- 79 精神障害者の「自立」とは「回復」して「健康」となり、「就労」して生活できるようになることである
という考え方にとらわれない生活スタイルについては、中井久夫著「世に棲む患者」「働く患者—リハビリ
テーション問題の周辺」(中井久夫著『中井久夫コレクション 世に棲む患者』ちくま学芸文庫 筑摩書房
2011 所収)の中で論じられている。

また、精神障害者の「社会復帰」をめぐる論争は、浅野弘毅著『精神医療論争史 - わが国における「社会復帰」論争批判』（批評社 2000年）の中でまとめられている。同著は、呉秀三の作業療法から、生活療法、生活臨床、中間施設論争、開放化運動、地域リハビリテーション、「やどかりの里」の活動、「精神障害者福祉法」論争、障害構造論、SSTまで戦前から戦後にかけて「社会復帰」の考え方をめぐって行われた精神医療論争の歴史をまとめたものである。

その論争の争点は、大きくは「社会復帰」を「社会的適応と経済的独立」として、すなわち、「自立」=「就労」としてとらえるのか、それとも、必ずしも「社会復帰」を「就労」としてのみとらえず、住み慣れた地域社会で生活していけるようになることを「社会復帰」ととらえるかという点にあった。上記の中井久夫氏の理論も、この「社会復帰論争」のなかに位置づけられるものである。

精神障害者の「回復」=「就労」=「経済的自立」という考え方にとらわれない生き方について、筆者は、これまで、ヒアリング調査を行いながら以下のような研究を行ってきた。

拙稿「精神障害者における社会的ネットワークと『生活の質』 - 『自立』『社会復帰』概念の反省」

東海学園大学研究紀要：人文学・健康科学研究編 第8号（分冊2）2003

拙稿「精神障害者における就労の意義と就労支援の課題」

東海学園大学研究紀要：人文学・健康科学研究編 第10号 2005

拙稿「精神障害者における『障害の受容』」

東海学園大学研究紀要 第11・12合併号（シリーズB）2007

拙稿「障害者文化の可能性—精神障害者の当事者活動の事例から」

東海学園大学研究紀要：経営・経済学研究編 第14号（シリーズA）2009

拙稿「北海道浦河町『べてるの家』における『治療文化』に関する考察—『場所性』『歴史性』『周縁性』の観点から—（1）」

東海学園 言語・文学・文化 第14号（通巻第73号）2015

拙稿「アマルティア・センのCapability論と社会関係資本論」

東海学園大学研究紀要第21号 社会科学研究編 2016

80 拙稿「精神障害者文化と『健常者社会』—『優しさ』と『気遣い』の文化の今日的意味—」

東海学園大学研究紀要 第17号 社会科学研究編 2012