SURE 静岡大学学術リポジトリ
Shizuoka University REpository

「精神分裂病家族」の規格化：<「治療」の対象から「教育」の対象へ>という推移に着目して

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 静岡大学人文学部 公開日: 2008-01-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 南山, 浩二 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00000443

「精神分裂病[1]家族」の規格化
－<「治療」の対象から「教育」の対象へ>という推移に着目して－

南　山　　浩　二

1.「家族」の規格化

近代化の過程に伴い、「家族」が担っていたであろう諸機能は脆弱化・外部化する。そして、それらの機能の多くは、成立・分化した諸々の専門体系に移譲されることとなる。今日、批判されがちな家族機能論の立場からすれば、家族機能の変化と家族外の専門体系との関わりについては、一応、このような説明ができる。他方、照準となっているであろう同じ事態を別の言い方で説明することも可能である。すなわち、司法、教育、医療、衛生、福祉などにより編成される、「家族」の秩序を維持する管理装置－「社会的なるもの」－は、「家族」の規格化を促進するものであった(Donzelot,1977 = 1991)、と。例えば、福祉国家が、女性の犠牲に基づき、資本と男性の利益を確保する国家形態であるとしたマルクス主義フェミニズムの批判は、福祉国家が、労働の生産・再生産の安定化を保持するために、ある特定の「家族」－性別役割分業－への施策的支援を強化したことを、明示したものであった(Pierson,1991 = 1996:133-152)。国家が社会保障・社会福祉を媒介に「家族」に介入する。そこには、あるべき「家族」像が前提にあった。社会保障・社会福祉は、生活の質と水準を保障するものではあるが、同時に、「私的領域」とされる「家族」に分け入り、その生活様式、家族関係を規定していく側面を有するものでもあるとも言えるのである。

もちろん、精神医学・精神医療も、こうした議論と無縁ではないのであり、本論では、精神医学・精神医療において「家族」がどう位置づけられてきたのかを問うこととしたい。しかし、この問いは、あまりにも過大である。もう少し具体的な課題をとりあげよう。それは、精神医学という知の体系が、「精神分裂病」との関わりにおいて「家族」を、どのように捉えてきたのか、そして、その定義に基づいて、実践の体系である精神医療が「家族」にどのように向かい合ったか、という問いである。「精神病」を全くの社会的構成物とみなしてし

まうことについては躊躇するとしても、今も、なお、精神医学が、その弁別力によって「社会的に容認される行動の規範」を創造する位置にあり続けているということは、あながち的はずれな指摘とは言えないだろう (Schorter,1997 = 1999:10)。この弁別力は、「不幸な家族研究」[2]の時代、「個体」をこえて「家族」にむかうこととなったが、今日では、「家族」を「治療」の対象とするのではなく、「教育」の対象と見なす立場が、精神医療内部において優勢となっているということができる。なお、本論では、前者については、「家族病因論」とくくられる研究と、これに基づく諸実践ー本論では「家族療法」とするー、後者については「感情表出研究」とくくられる研究と、これに基づく諸実践ー本論では「心理教育プログラム」とするーに焦点をあてることとする。

そして、ここでは、この経緯を、とりあえず、精神分裂病家族の医療化 (medicalization) ー脱医療化 (demedicalization) の過程として把握することとするが、この一連の推移に着目し、個々の時点における、「家族」の定義とその含意について記述する。そして、その定義の軌跡とその変移を可能とした背景を論ずることを通じて、この一連の推移が、医療化ー脱医療化の過程として捉えうるのか検討することとしよう。このことは、「精神分裂病患者」「家族」と「精神医療」、「精神分裂病患者」と「家族」との関係性の変容を記述することでもある[3]。

ところで、アメリカでは、州立精神病院を中心に急激に進行した脱施設化に伴って、多くの精神医療ユーザーの生活環境は施設から地域に移り、外来患者プログラムの重点が、力動精神医学的精神療法の理論よりも精神薬理学的処置に依拠するケアマネージメントに移行したことが知られている。ユーザーは、精神科医・セラピストよりも、ケアマネージャー、ソーシャルワーカー、看護者、リハビリテーション相談員から多くのサービスをうけるようになっている。Cook らは、こうした劇的な変化、あるいはこれまでの社会学研究を概観し、コミュニティケアの社会学は、緒についたばかりであると指摘する (Cook & Wright: 1995:95)。

アサイラムの時代の社会学は、ある個人が、「精神病患者」とされ、社会的文脈から無効化される過程を解き明かすことや、その結果、ある個人が「患者」として収容されるに至るアサイラム内部において、「患者」をめぐって、実際に何が生起しているのかを問うことなどに、焦点をあてたのであった。コミュニティケアの社会学は、おおむね、アサイラムの時代の社会学が主題とした「排除」や「社会的無効化」とは、逆のベクトルに関心を寄せている[4]。もちろん、

「患者」とされた人々が、退院し戻る地域社会を所与のものとして、不問に付すのではない。ここで、着目されていることは、患者の地域社会への単なる再統合ということではないのである。

本論も、Cook らが言うところのコミュニケアの社会学に含まれうるものといえるだろう。というのも、「家族」は、現にコミュニティケアシステムの要素の一つとして看過できない位置にあるからであり、「家族」について考えることは、コミュニティケアの成否を検討することの一部となりうると思われるからである (Horwitz,1992,1996)。また、コミュニティケアの社会学が、既述したように単なる再統合を模索しているのではなく、「施設化された地域社会」「内なる排除」などの言説が示す事態に意識的であろうとしていることにもつながる。なぜなら、「家族」も、例外ではなく、こうした事態に関わるものとしてもみる必要があるからだ (南山,1999)。そして、精神医療ユーザー・サバイバーが、あまねく、「家族」との関係を、好意的に受け止めているわけでもなく、とくに、精神医療・精神医学に対して「家族」がとるある態度を、明確に拒絶する人々もいるのである[5]。とするならば、家族の規格化に関与する精神医学・精神医療が「家族」のあり方をどう水路付けているか、その内実を検討することは、それなりに意義のあることではなかろうか。

2. 精神分裂病患者「家族」の医療化

「医療化 (medicalization)」とは、概して、医療以外の領域における諸現象が、医療に関わる諸現象として再定義され、医療実践の対象におかれるようになる過程をさし示す概念である。前述の通り、過去の一時期、「精神分裂病家族」は、精神分裂病をうみだす病因として位置づけられ、治療の対象となった、すなわち「医療化」されたのであったが、そのことについてまずふれておこう。精神医学・精神医療が「家族」をどう捉えたのかその含意を明確にしておくことは、「家族病因論」「家族療法」以降に生じた再定義の意味をより厳密に検討する上でも肝要なのである。

先に話をすすめよう。「家族」が治療の対象となったといっても、そこに至るまでの経緯はあった。「家族」を精神分裂病発症の環境的要因として位置づける研究は、遺伝説ないし器質説に対するアンチテーゼとして、すでに 1900 年代初頭から登場する。こうした研究は、くある個人 (＝将来「患者」となる者) が、幼少期から病理的な「家族内の人間関係」の内にあり続けること、その結果と

して立ち現れるのが分裂病なのである＞という仮定にたつものであった。

そこで、まず、焦点があてられたの「母親」であった。母親の拒否的態度や過保護が問題視される、すなわち「分裂病を作る母親」(schizophrenogenic mother)の誕生である。そして、母親の子への対応は、子の反応や母子の相互作用の様相に規定される部分が大きいとの指摘に基づき、母子の病理的な相互関係に焦点があてられることとなる。そして、母子関係は、家族システムにおいて展開される複数の相互作用の一つであり、他の相互作用の影響から切り離すことができないとの着想から、研究の射程は、全体としての家族(family as a whole)へと拡張されることとなる。精神分裂病は、病理的な相互作用の帰結であり、「患者」は、「病気」である「家族」が発する「症状」であり、「家族」が治療の対象となるに至る(牧原,1983:121-140)。

このように、「家族」全体へと議論の射程が広がるには、時間がかかったのではあるが、そこに一つの前提がすでにあったということが容易に理解できよう。それは、子どもの成長・養育にとって「家族」にキーパーソンとなるべき人がいるのであり、その該当者としてとりあげられたのが「母親」であったということである。このことにまず留意しておきたい。

そして、とりわけ、1950年代後半のアメリカにおいて、「家族」を医療の管理下に導いた諸論、すなわち「家族病因論」が台頭することとなる(Wynne et al,1958., Bateson et al,1956.,Lidz et al,1957.)。Wynneらは、家族成員が、それぞれ、互いに同調することに終始し、自らのアイデンティティを犠牲にすることによって、家族全体の安定性が得られているような人間関係を「偽相互性(puseud-mutuality)」と呼び、この概念を中心に、精神分裂病発症のメカニズムを説明しようとした(Wynne et al,1958)。そして、コミュニケーションのあり方に発病の原因を求めたのが、Batesonの「二重拘束説(double-bind theory)」である。Batesonらは、コミュニケーションレベルとメタ・コミュニケーションレベルにおいて発せられる2つの矛盾したメッセージに直面しつづけることを余儀なくされる状況、すなわち二重拘束的状況が、将来的に「発病」をもたらすのだとしたのである(Bateson et al,1956)。また、Lidzらは、本来あるべき親子間の境界ーとくに近親相姦の禁忌などーが混乱すると、親・子それぞれの本来の役割が曖昧化し、その結果、子にとっての同一化の対象となるモデル(同性の親)が失われてしまう、このことが発病へと結びつくのだとしている。そして、「世代間境界の混乱」という状況を生み出しやすい夫婦関係の類型として「分裂した夫婦(marital schism)」「歪んだ夫婦(marital skew)」を導出している(Lidz et al,1957)。

これらの議論は、焦点や導出した概念は異なるものの、「容易には解消しがたい」であろう「家族」の「病理」にさらされ続けることにより、「正常」な自我形成の過程が阻害されるとする点では一致している。精神分裂病は、ただ単に個人の内にある実体とみなされない。病んでいるのは家族なのであって、家族のある特定の相互作用パターンが問題なのである。「家族病因論」前の精神医学は、身体医学に準じ、精神疾患をそれを生み出す社会的文脈 (the social context) とは関係のない独立した現象 (Szasz,1974 = 1975:64)、すなわち、「個体の問題」としてとらえてきたのであり、この標準からすれば家族病因論が果たした「個体のダイナミックス」から「家族成員間の相互作用のダイナミックス」へという主題のシフトはまさに革新的な挑戦であった (Butterill et al,1996) ということができる[(6)]。こうして、「分裂病を作る家族」(schizophrenogenic family)、「家族療法」(family therapy) が誕生するに至ったのである。

では、このような「家族の医療化」のもつ意味は何か。まず第一に、「病理を生み出す家族」(pathogenic family) という仮説は、問題の所在を「患者」から家族へと転化することで、問題症状 (あるいは逸脱行動) を「異常」な環境に直面した「正常」な人間の「合理的で理解可能な」反応である、という解釈上の転換を可能とするレトリックを含んでいる。すなわち、「患者 (逸脱者)」の脱スティグマ化ー「異常」という負のラベルからの解放ーと「家族」のスティグマ化ー「異常」という負のラベルの付与ーという二つの意味をもつ。そして、第二に、「「家族」以外の他の「原因」のブラックボックス化」であり、このことは、結果として、社会的性格を持った問題を「家族」に封殺する機能を果たしたということができる。そして、最後に、「家族主義イデオロギー」の強化である (進藤,1993:141-142)。すなわち、ある特定の状態を「病理」とみなすことは、「正常」で「健康」な状態を前提とせざるをえないのであり、「正常」で「健康」な「あるべき」「家族」像が創設・強調されるに至るのである。では、あるべき「家族」像とはどのようなものであったのか。

Coontz によれば、「複雑な現実」「更なる複雑な事態」については見過ごしてはならないが、アメリカにおいて、「家族はこうあるべき」という許容レンジが、顕著に狭くなったのが、まさしく、1950 年代であった (Coontz,1992 = 1998:45-71)。ここでいう「家族」の理想像とは何か。都市の白人ミドルクラスの家族、つまり、Parsons らが ***Family, Socialization and Interaction Process***(Parsons & Bales,1955 = 1970) において示した「家族」そのものであった。性別役割分業ー夫＝職業的役割、妻＝家族内役割ーを基盤とする「家族」であり、「成人のパー

ソナリティの安定化」「子どもの基礎的社会化」をその基本的機能とする「核家族」である。近代産業社会において家族は、他の親族関係に距離をおく。妻(母)は、家事・育児を遂行することで、成員の情緒的処理を担い、子どもの基礎的社会化において重要な位置にある(Parsons & Bales,1955 = 1970)。こうしたParsonsらの「家族論」と自らの主張との関わりについて、Lidzらは、「その理論がわれわれの所見と考察にかみあうものであり、その他にも有益な指針を与えてくれるので、われわれにとって特に重要なものであった」(Lidz et al,1965 = 1971:3)と述べている。確かにそうである。Freud派精神分析理論に少なからぬ影響をうけていたとされるその主張が、同じく、Freud派精神分析理論に依拠しながら、子どもの社会化の位相を捉えようとしたParsonsらの議論と、親和的であるのは、当然といえば当然のことである。

3. 感情表出(Expressed Emotion)研究の隆盛

アメリカにおいて、「熱狂的」ともいえるほどに、隆盛を極めた家族病因論であったが、その支持は失われていくこととなり、明らかに翳りが見え始めたといえるのは、1970年代以降のことである。今日では、ごみ箱に捨てられた「すたれた学説」と称する研究者もいるほどにまで至っている(Torrey,1995 = 1997: 158-167)。それはなぜか。

まず、研究の方法自体に限界があったということを指摘できる(Leff & Vaughn, 1985 = 1996)。家族病因論は、後ろ向き(retrospective)、断面的(cross sectional)な研究に基礎を置いており、精神分裂病発病後に観察された家族の相互作用の様式が発病以前にすでに存在していたとの仮定を前提としている。Batesonらが、二重拘束状況を説明するために引用したあまりにも著名な場面、すなわち、息子を母親が見舞うシーンとその帰結の記述(Bateson et al,1956 = 1986:314)は、まさに精神分裂病発症後の出来事であった。また、ある特定の相互作用の様式が精神分裂病の発病を招いたのか、家族成員の分裂病の発病によってある特定の相互作用の様式が生み出されたのか、規定関係が不明確であることである。そして、多くの研究の場合、対照群(精神分裂病患者のいない家族)との比較を行っておらず、発病をもたらすと仮定されるある特定の相互作用の形式が精神分裂病家族特有のものとして断定することができるのか、あるいは広く家族一般に認められうるものに過ぎないのか、不明確である、という疑問である。こうした研究の方法自体がもつ限界点については、「家族病因論」を主張する研

究者自身も気がついていたことでもあった。Lidz らは、その著書の中で、ここにあげたような限界点について認めたうえで弁明している (Lidz et al,1965 = 1971:8-16)。

その他の理由としては、家族病因論に依拠する臨床実践が、失敗したことをあげることができよう。Trainor は、病んでいるとされる家族システムを再構造化しようとしたり「患者」を家族から切り離し保護するアプローチの多くは、悲劇的な結果に終わり (Lefley;1989,Hatfield& Lefley1987)、この試みによってもたらされたものは「家族へのラベリングによる深刻なダメージだけ」であったと述べている (Trainor,1996)。

その他の理由としては、もちろん、生物学的研究の発展 (Agnes,Harriet,1987; Beverley et al,1996) も列挙することができるであろうし、とりわけ、家族の組織化がもたらした影響については、充分、検討するに値することであるかもしれない。というのも、脱施設化が進展する 1970 年代、家族の全国組織、NAMI(National Alliance for the Mentally Ill) が結成された (NAMI,1997b,1998) のであるが、コミュニティケアにおいて家族が果たす役割がますます重要になるにつれ、そのことを担保にしながら、家族は、組織化された異議申し立て活動を開始したのである。他方、コミュニティケア推進を希求する専門家・政府が、家族が実際に担っているであろう役割の大きさを考慮すれば、その主張を無視できないという状況がうまれたのである。こうした背景のもと、家族は精神保健領域における大きな発言権を獲得するに至ったのであり、孤立した家族を組織化し、科学やサービスを刺激することで、社会的に普及する世界観の変更をうながしたのである。

さて、ここまで述べたような理由によって、家族病因論は徐々に衰退していくこととなるのであるが、入れ替わるように登場したのが感情表出 (Expressed Emotion) 研究であった。この研究は、家族の感情表出と、患者の退院予後との連関を明らかにしようとする研究であり、その萌芽は、脱施設化が進行しつつあったイギリスに見いだすことができる。Leff と Vaughn は、著書 ***Expressed Emotion in Families***(Leff & Vaughn,1985,Guilford Press) の日本語版序文で、脱施設化が進行しつつあったころにどのような関心がうまれ、その関心が、後に、ロンドンの医学協議会 (Medical Reserach Council) 社会精神医学部門に、どのように引き継がれ、発展していったのか、その経緯について次のように述べている。

「新たな啓蒙はそれを確信する人たちを作りだし、精神病院からの退院の小さな流れは大きなものになっていった。しかし、そうしたときにも冷静な人たちは、多くの長期在院患者を吸収するための地域社会の許容力に疑問を持っていた。現実の地域ケアはそう簡単ではなく、患者が入退院を繰り返すようになり、「回転ドア政策」と皮肉られるようになった。しかしながら、脱収容化された患者の中には疑いの余地のない、劇的な成功があったのであり、それゆえ、いかに失敗を克服して行くのかということに焦点が当てられるようになった」(Leff & Vaughn,1985 = 1996:7)。

脱施設化運動、抗精神病薬の登場、施設ケアへの疑問の噴出、あるいは社会学者によるアサイラム内部の政治構造の告発などを背景としつつ、精神科患者ケアに革命的な変化が生じはじめる。より本格化しつつあった脱施設化の過程のなかで、生じていた「失敗」、すなわち「回転ドア現象」をいかにのりこえていくのかという関心がうまれたのであり、その関心を具現化した研究がまさに感情表出研究であったのである。改めて確認するまでもないが、この研究は、「発病の原因」を探求するものではなく、既に「発病」してしまった患者の退院予後に焦点をあてたのであった。

「これらの研究は、すでに分裂病を発症した患者を対象としている。こうした背景から提出しうる質問は「人が分裂病になってしまった場合、どのような要因が彼らの病気を悪くしたり、良くしたりするのだろうか」ということである」(Leff & Vaughn,1985 = 1996:8)。

しかし、なぜ「家族」なのかということである。その理由は、感情表出研究の基盤を築いたとされるBrownの研究に見いだすことができる。Brownは、脱施設化の進展しつつあったイギリスにおいて、患者の多くが、退院後、家族のもとに戻っていることを確認する。退院後の患者の生活の場となった生活集団の種類によって再発率が異なる事実、同じく家族のもとに戻っても、家族条件の違いと再入院率との一定の関係を明らかにしたのであった(Brown,1958,1959)。つまり、「家族」は、実際に主要な退院先として位置付いているという事実に基づいていたということである。このことは、イギリスとともに、この研究が発展することとなるアメリカにおいても同様の事情であった。*The Chronic Mental Patient in the Community* (The Committee on Psychiatry and the

Community,1978 = 1980) は、当時の事情をうかがいしることができるいくつかの研究の結果を総括している。ボストン州立病院を 1955 年以降退院した患者で、存命者約 2,400 名のうち、「家庭で良好に生活」しているものは 500 人、「家族ケアプログラム」の中にあるものは 600 人であった。また別の小規模な追跡調査では、退院患者の 72%が家庭に戻っているとの結果がえられている。もちろん、「別の事情」といってよいほどのことが生じた州[7]があったことは看過できないものの、「家族」が退院先となる可能性がいかに高かいものであったかを知ることができる。

ところで、この研究の具体的手順は、「批判」「敵意」「過度の情緒的巻き込まれ」の 3 つの感情のうち一つでも、その表出が認められた家族を「高 EE」家族とし、この 3 つの表出類型がいずれも確認できない家族を「低 EE」家族とし、この 2 つの家族類型間で、患者の退院予後に差異が生じるかどうか検証するというものである。この手順は、先に示した家族病因論に対して提出された研究の方法論上の問題点に対しても配慮されている。これまで、「批判」「敵意」「過度の情緒的巻き込まれ」といった家族の感情表出が、患者の再発を誘発する要因であることが確かめられ、日本も含めた諸外国で追試が実施され、EE 研究の実践への応用可能性に対する評価が定着したといわれている (Leff,Vaughn,1985 = 1996;大島・三野,1993)[8]。

家族の特定の感情表出が再発をもたらすとするその根拠は、ストレス－脆弱性モデル (stress-vulnerabirity model) －分裂病は、脆弱な素地にストレスが負荷されることによって発病・再発に結びつくとするもの－におかれ、ストレス耐性に弱い患者にとって、高 EE 家族は、ストレス因 (stressor) であり、家族との対面的な共同生活の中で、患者のストレスは累積 (pile-up) し、結果として再発に結びつきやすいとされるのである。

4.「教育」の対象へ－心理教育プログラムの登場－

前章で概観した感情表出研究は、実践的な試みである心理教育プログラムの基盤を提供したものであった。その代表的なものとして、Anderson らの「心理教育」(Anderson et al,1986 = 1990)、Kuipers や Leff らによる「ファミリーワーク」(Kuipers & Lam & Leff,1993 = 1995)、Falloon らの「行動主義的家族療法」(Falloon et al,1982) などをあげることができる。では、心理教育プログラムの前提とする仮定やその目的は何か。Anderson らはそのことについて次のように述

べている。

「心理教育モデルの基礎には、家族が長期間にわたって患者のケアをしなければならなくなっているだけではなく、家族には、彼らでなければ与えられないものが備わっているということから、精神保健の諸機構はもっと多くの支援と関心を家族に示すことが必要であり、当然そうすべきであるという考えがある。このモデルは脆弱性を減らし、認知機能を改善し、さらに薬物療法を適切に用いることによって患者の動機づけの改善を試みる一方、支持や枠組づけやこの疾患に関する情報の提供を通じて家族の不安を軽減する。その狙いとするところは、一時的にでも緊張の少ない家庭環境や、やがては緊張の少ない職場環境をつくり出し、家族全員の生活の質を向上させることである。これらの環境の改善は家族によってもたらされる重荷をさらに重くすることなく患者のストレスや再発の可能性を少なくする」(Anderson et al,1986 = 1988:4)。

また、別稿における主張を集約すれば、精神分裂病は生物学的疾患であり、家族は病気の原因ではないものの、家族の対応の仕方と患者の再発には関連があると考え、ゆえに、再発を予防するため、精神分裂病に関わる知識についての心理教育と家族のある対応ー患者にとってストレスとなる可能性をもつ対応ーを改める支援を提供するものであり、このプログラムは、家族を患者の治療に対する協力者と位置づけるのと同時に、家族の負担を軽減するものでもある(Anderson et al,1980:490-505) と、している。

家族は長期にわたりケアを担うという困難な状況にあるとしつつも、家族によるケアを否定するのではなく、＜家族には家族ゆえに患者に対し果たしうる固有の役割がある＞との仮定のもと、家族を支援する、これが、このプログラムの基本的姿勢としてある。すなわち、コミュニティケア継続にとって、家族は重要な要素であるとする点はゆるがない。また、家族に再発防止のための治療協力者たるよう求めるだけではなく、この支援を通じて、家族の負担も軽減されるという側面も強調している。

こうした、特徴を持ちうると考えられるこのプログラムは、精神科医・ソーシャルワーカー・セラピスト・看護者などの専門家の主導的のもと行われ、Andersonらの主張にもあったように、家族のストレスを緩和し、病気、治療、制度・サービスなどに関する知識、患者への接し方などを家族に伝達していくことが、コミュニティケア継続にとって重要であるとの認識にたつものである (Lam,1991;

Lisa,1995)。

確かに、患者ー家族の相互作用に注目することにおいて家族病因論(あるいは反精神医学)と同じ地平にたっている。しかし、大きな違いは「今そこに展開される相互作用」を患者・家族の現在と未来へと関連づけていることにある。そして、家族の役割やニーズを再構築し、家族が被っているスティグマを積極的に取り除く戦略として、専門家だけではなく、家族にも歓迎される有効な援助メニューの一つとして広がりを見せているのである(Butterill et al,1996)。

こうした心理教育プログラムに対して批判がないわけではない。関心が患者の再発と再発を防ぐために家族が果たすべき役割にむけられており、あまりにも患者中心的であること、「再発」をめぐる新たな責任を家族に問う方法ではないかということ、よき治療協力者をつくり出すための新たなる専門家支配ではないか、などの批判である。次章ではこうした批判も考慮しながら、感情表出研究・心理教育プログラムの含意について検討したい。これまでの検討ですでに答えが見えてきたともいえるが、この作業は、「家族病因論」「家族療法」→「感情表出研究」「心理教育プログラム」という、精神医学・精神医療にみられた推移が、「脱医療化」として捉えうるのか、という問いでもある。

5. 感情表出研究・心理教育プログラムの含意

「病因」探求を保留し、精神分裂病発症後の「再発」へと視座を転換させた感情研究は、「生物学的」か「社会的」かという極論を回避し、「生物学的ー心理的ー社会的(bio-psycho-social)アプローチ」へとむかった。感情研究における知見を主たる基盤とする心理教育プログラムは、「再発率の低減」という「現実的な課題」に焦点をあてたことで、コミュニティケア推進にとって重要な援助実践として位置づいている。例えば、イギリスの医学雑誌Lancetには、薬物療法と同様に、必要とする家族すべてに心理教育プログラムを提供する必要があるとの論評が掲載されたことは有名である(Lacet,1992)。では、感情表出研究・心理教育は、何をしたのだろうか。

既にみてきたように、感情表出研究と心理教育プログラムは、家族を、コミュニティケアにおけるサポートシステムの重要な一部として捉えている。「病因論的まなざし」から家族を解放すること、すなわち、家族の脱スティグマ化を試みたこの研究や援助プログラムは、「病因」というラベリングのダメージに疲弊した家族にとっては歓迎されうる条件を充分そなえていたといえるだろう。し

かし、このことは、一方で、精神分裂病の、医療化・スティグマ化の進展可能性を許容したことに留意が必要である。感情表出研究や心理教育は、生物学的ー心理的ー社会的(bio-psycho-social)アプローチが有効との認識にたち、生物学的なアプローチ、とりわけ薬物療法を肯定する立場にある。精神医療サバイバーの中には、家族が、無分別に精神医療信奉者となることへの強い危惧を表明するものも[9]おり、患者と家族の間に生じうるであろうこのような葛藤にどのように対応すべきか、という課題が浮上している。精神病をbrain disorderと呼びかえ、反スティグマ運動を展開し、精神医学・精神医療との間に一定の緊張感を保とうとするNAMIの戦略は、家族が治療の対象からはずれ、スティグマから遠のくことに伴い、不回避的に生じるこのような課題に対する戦略ということができるのかもしれない(NAMI,1997a,1998)。

そして、研究・実践の視座を「発病」から「再発」へと転換させたとはいえ、依然として、患者ー家族の相互作用に関心をあてているということである。このことは、「再発」させない「家族」たることを目標とするものであって、「再発」させない理想とすべき「家族」のあり方を前提とするものである。家族病因論は、成育過程に注目した。ゆえに、家族全体を射程においたといってもその最終的関心は、親子の関係にあったともいえ、一部の議論は、「家族」のあるべき姿として「近代家族」を明らかに措定していたといえよう。それに対し、感情表出研究や心理教育プログラムでは、現に「患者」とされる人をサポートしうる人々が対象なのであって、親をはじめ、配偶者や、きょうだい、こども、さらにその他の親族をも含む場合があり、近代家族のような構造と機能を明確に有する家族を、必ずしも前提にしているわけではない。しかし、こうした研究と諸実践は、このような視点から、「家族」とカテゴライズされる人々を「患者」の「治療の協力者」として再定義し、再び、医療領域に留め置こうとするものであるともいえる。確かに、「治療」の対象からはずれたという意味においては、医療領域の外に置かれることになった。しかし、「家族」は、コミュニティケア継続にとって重要なファクターとし位置付きながら、再び医療との密接な関係に置かれることとなったのである。

Goldsteinが第二世代の研究とよんだ1990年代以降の研究においては、他の援助プログラムとの組み合わせによる再発予防効果が着目されるに至っている。そこで着目される支援とは、患者に対するSST(social skills training: 生活技能訓練)などのプログラムである。しかし、家族外資源の問題、家族以外のサポート体制への関心が、充分、伴わない場合、家族以外の「原因」を探求すること

の可能性を喪失するという「病因論」と同じ轍を踏むことになる。あくまでも再発予防のための中心に「家族」が位置づけられている以上、残念ながら、「発病」にかわって「再発」に関わる新たな責務を「家族」に問うことになるとの批判を受け入れざるをえないともいえるのではなかろうか。

6章.「家族」の定義をめぐるヘゲモニー

精神分裂病の治療は、1950年代のクロルプロマジンの登場によって、大きな飛躍を遂げた。しかし、見逃してならないのは、薬物治療は対症療法であって原因療法ではないということだ。すなわち、「妄想」や「幻覚」といった「精神症状」を打ち消すものであっても、「精神分裂病」そのものに向かうものではないのである。近年の脳神経学などの目覚ましい発展によって、分裂病の発症メカニズムの全貌が明らかにされる日も近いという。しかし、「治癒」ではなく、「寛解」という言葉を用いる精神医療のためらいは、まさにこの事実を象徴する。

再発率低減というコミュニティケア推進にとっての「現実的」課題へとむかった感情表出研究と心理教育プログラムは、家族の脱スティグマ化、脱医療化の試みとして、家族に歓迎されたのであった。「不幸な家族研究」の時代とは違い、明確な構造と機能をもつ「家族」像を呈示したということでもなく、ケアする重責にあえぐ家族の苦悩を理解するという、共感的態度をとろうとするものでもあった。しかしながら、サポートを提供しうるであろう「家族」とカテゴライズされた人々を、「治療協力者」として再定義し、ふたたび医療領域にとどめおこうとするものでもあった。

近年、こうした専門家主導のプログラムとは別に、「家族」が「家族」を教える、Family-to-Family Programが、NAMIにより開発され、全米で行われている。実際のセッションには、家族だけが参加することを許され、クローズドで行われる。同じ立場にあるからこそ伝わるものがあり、苦悩のわかちあいが生まれる。セッションをうけた家族が、やがてはセッションを運営し他の家族を教える立場になることが期待され、将来、家族会組織を担う人材を育成する、という面ももつという(NAMI,1997a,1997b,1998)。このプログラムは、「患者」とされる人々と自らの関係、そして「家族」を「家族」みずからが考え捉えなおしていく試みともいえるのではないか。

ところで、「家族」が「患者」とされる人々をサポートする位置にあり続ける

ことは、一方で、「患者」とされる人々に一定のイメージを付与してしまうことにもつながる。「家族」が自らが「患者」の代弁者たることを明言し続けることも同様である。このことに対する精神医療ユーザー・サバイバーの嫌悪感はすでにふれた通りである。また、社会学研究においてもである。Horwitz は、家族ケア研究など、従来の社会学における研究は、精神障害者を、家族に一方的に依存し、相互的な社会関係を営めない存在として固定的に位置付けてきた傾向が強かったとしている (Horwitz et al,1996:151) のである。

精神医学や精神医療が、その規格化の力によって、半ば独占してきたともいえる「家族」の定義をめぐって、今日、「家族」が加わることとなった。このことによって、専門家の「家族」に対する態度や「家族」観は大きく変更されることにもなった。そして、「クライアントの主体性やニーズの尊重」、あるいは、「医療モデル」ではなく「生活モデル」をというのならば、個々の「家族」生活から精神保健福祉システムという、様々な位相において、この「家族」の定義に、さらに、精神医療ユーザー・サバイバーが、いかに参画しうるのか、ということを、考えていくことが求められているのである。このことを可能とする基本的要件は何か。それは、精神医療ユーザー・サバイバーの主張を、すべて「病気」に回収し、無効化しないということでしかない。なぜならこのことを根拠にした、かつての収容主義時代への反省のもとに今日があるからである。躊躇せず、まず、このことを認めるかどうか、素朴ではあるが、このことが、「家族」の定義をめぐるせめぎあいが、あらたなステージにむかいうるかどうかを、まずもって決定づけるであろう重要な分岐点である。(10)

注

(1) 精神神経学会理事会は、「精神分裂病」を「統合失調症」へと病名変更することを既に決定している。しかしながら、本稿では、未だ「統合失調症」というラベルが一般に定着していないであろうことなどを考え「精神分裂病」とすることとした。その経緯等については、下記の新聞記事を参照のこと。なお、記事にも示されているように、「病名」変更が実現されたのは、家族会による専門家集団への異議申し立て活動によるところが大きい。

「■<精神分裂病>「統合失調症」に名称変更を承認　精神神経学会■日本精神神経学会(理事長、佐藤光源・東北福祉大教授)は、19日の理事会で、精神分裂病の名称を「統合失調症」に変更することを承認した。患者や家族から「差別や偏見を招きやすい」など強い変更の要望があり、ドイツ語の原語の意味を翻訳し直した、この名称を選んだ。分裂病の概念は、スイスの研究者が1911年に提唱した。原語は「分離した精神」を示す「シゾフレニー」(ドイツ語)で、患者が思考のまとまりのなさを示すことなどから名づけられた。日本では精神神経学会が37年、精神分裂病に統一した。しかし、「全国精神障害者家族会連合会」(全家連)が93年、名称変更を要望。これを受けて同学会が検討を始め、「精神分裂病という名称は社会的にみて否定的な響きがあり、医学的にも病気の多様性を表していない」などとする中間報告をまとめた。その後、患者家族などへのアンケートや公聴会などを行った結果、「当事者が最も望んでおり、一般の人にもわかりやすい用語」という点で、統合失調症が最も適当とする結論に至った。佐藤理事長は新名称を選んだ理由について、「一時的な状態であり、元に戻るという意味あいも含んでいる」と話している。新名称は今年8月に横浜市で開かれる世界精神医学会で正式に発表される。【吉川学】」(毎日新聞2002年1月19日)

(2) 後述するように、本論でいうところの「家族病因論」に加え、ある特定の家族成員を「患者」とし、社会的文脈から排除する加害者であるとした反精神医学論者とくくられる人々の主張もあてはまるだろう。

(3) 精神分裂病家族の医療化に関わる論考として、進藤(1993,1995)のものがある。本論はこれらの論考に多くの示唆をえつつも、不充分な点もあろうが、「医療化」以降の経緯も含めて、あるいは、その経緯に重点をおき、議論の展開をはかるものである。

(4) 「アサイラム」から「コミュニティ」へ、という動向については、理念としてというより、実際にどうであるか、という視点にたって見極めることが肝要である。地域社会の「アサイラム」化、「内なる排除」という問題もあるからである(南山,1999)。

(5) 本論、6章、注釈(9)を参照のこと。

(6) 反精神医学運動は、こうした家族病因論に、共鳴しながら、その主張を更に展開・拡大させた。「狂気」は「患者」というラベルを貼られた個人が関与している関係のシステムの問題であり、この社会の病を「患者」の内に閉じこめ一つの実体へと変換する過程、すなわち社会的無効化(social invalidation)を促進するものが精神医学であり、精神医学・家族・社会への順応を要請する社会体制である(Cooper,1967 = 1975)、という主張をみても明らかなように、反精神医学は、「家族」をこえて、全体社会へとその射程を広げることとなったのである。

(7) 政治的あるいは財政的理由を背景に、急激に大量の患者が地域に戻ったことによってニューヨーク州では、「一種のゲットー化」が生じたという。また、カリフォルニア州,ニューヨー

ク州では、多くの患者が、単身生活することとなったという(The Committee on Psychiatry and the Community,1978 = 1980 : 51)。

(8) EE研究のオーソドックスな方法には、キャンバーウェル家族面接法(CFI:Camberwell Family Interview)に基づくものがある。まず、分裂病患者が入院した後、2週間以内に、家族に対し面接を行う。その面接内容は、「精神科の病歴」を中心に、「臨床症状」「患者との関係」「家族が抱えている生活上の問題」などにわたる。面接といっても「質問」するのではなく、より自然な「会話」の形で進められ、家族の感情が表出しやすい配慮が必要とされる。面接内容は、テープに録音され、その内容を、面接時に面接者が受けた家族の印象なども含めて判断し、EEを評定する。家族の感情表出は具体的には、批判(critical comments)/肯定的言辞(positive remarks)/敵意(hostility)/過度の情緒的巻き込まれ(emotional over involvement)/暖かみ(warmth)の5つのグループに関して、評定される。そして、批判/敵意/過度の情緒的巻き込まれ、の3つの感情表出のうち一つでも、認められた場合、その家族を「高EE」の家族と呼び、この3つの感情表出のいずれも確認できない家族を「低EE」の家族と呼び、この2つの感情表出の家族類型間での患者の退院予後に差異が生じるかどうか追跡調査するものである。特に、ボーン、レフ(Vaughn,Leff:1976)による研究は有名であり、「高EEの方が、低EEより再発率が極めて高い」「高EEのうち、患者と家族の対面時間が長い群ほど再発率が高い(家族と患者の週あたりの対面時間が35時間以上で服薬なしでは、実に割以上が再発」「低EEでは、服薬の有無によって再発率にほとんど差がない」ことが明らかになっている。

(9) 家族会との関係についての障害当事者の言及として次のようなものがある(メアリー・オーヘイガン著、中田智恵海監訳・長野英子訳、1998『精神医療ユーザーのめざすもの』解放出版社, pp94-97)。

「家族会は精神科医より精神医学を固く信じています」「アメリカの家族会運動は急速に成長し、非常に信頼を得ています。運動している人々は中産階級ですし、精神病ではないからです。家族会は、医学モデルとりわけ遺伝学を信頼しきっています。新薬が開発されると、彼らは子どもたちを(普通立派な成人ですが)進んで人体実験に差し出します。家族がたくさんのことを経験し非常に苦しんできたこと、そして家族自身問題を抱えていることをわたし個人としては理解できます。しかし、家族会は家族の問題について支えあうグループにとどまってほしいと思いますが、かれらはそうはしません。「わたしたちは自分のためにしゃべれない人たちの代わりにしゃべっているのだから」と言って、彼らは自分たちをコンシューマーの代理人とみなしているのです。」「わたしたちは家族の全国組織と面白い関係にあります。彼らは強制収容を拡大する法律を推進してきました。そしてわたしたちはほとんどすべての段階で彼らに反対してきました。ところが一方では、所得問題、住宅問題、あるいは差別問題に関しては家族会とわたしたちの考えは全く一致します。そして家族会はセルフヘルプ活動についても大いに支援してくれます。わたしが会議の最中にファシストと呼んだことで知られている家族会に所属する人は、わたしたちの地域の精神保健審議会委員で、わたしたちのセンターに賛成の票をずっと入れてくれています。」

(10) もちろん、こうした「基本的要件」の過度の強調がもたらすことにも留意が必要である(南山,1999)。

引用文献・参考文献

Agnes,B.H.,Harriet,P.L.,1987,*Families of the Mentally Ill-Coping and Adaptation*, The Guilford Press.

Anderson,C.,Hogarty,G.,Reiss,D.,1986, "Schizophrenic and the Fanmily, The Guilford Press (=鈴木他監訳 ,1990,『分裂病と家族　上下』金剛出版)

Bateson,G.,Jackson,D.D.,Haley,J.,Weakland,J.,1956, "Toward a theory of schizophrenia" ,*Behavioural Science*, I ,251-264. (= 「精神分裂症の理論化にむけて」佐藤良明『精神の生態学』思索社 ,1990)

Beverley,A.,April,C.,1996,*Mental Illness in the Family*, University of Toronto Press.

Biegel,D.E.,Sales,E.,Schulz,R.,1991,*Family Caregiving in Chronic Illness*, Sage Publication.

Brown,G.W.,Biley,J.,Wing,J.k.,1972, "Infulence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders." ,*British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.

Cook,J,A.,Wright,E,R.,1995, "Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness," *Journal of Health And Social Behavior*, 37, pp95-114.

Cooper,D.,『反精神医学』他訳　岩崎学術出版)

Dell,P.F.,1980., "Researching the family theories of schizophrenia : A exercise in epistemological confusion." ,*Family Process*, 19(4), 321-335.

ドンズロ,宇波彰訳,1991,『家族に介入する社会』新曜社 (原著 1977 年)

Elder,G.H,George,L.K.,Shanahan,M.J,1996, "Psychosocial Stress over the Life Course," in Kaplan,H.B.(eds., *Psychosocial Stress -Perspectives on Structure, Theory,Life-Course,and Methods*, Academic Press, 247-292.

Goffman,E,1961, *Asylum*, Penguin(=石黒毅訳,1984,『アサイラム』誠信書房)

Goffman,E.,1963,*Stigma:Notes on the Management of Spoiled Identity.*, Prentice-Hall(石黒毅訳,1970,『スティグマの社会学』せりか書房)

Horwitz A.V.et al,1992, "The Role of Adult Siblings in Providing Social Support to the Severely Mentally Ill," ***Journal of Marriage and the Family.*** pp233-241.

Horwitz,A,V.,Reinhard,S,C.,Howell-White,S.,1996, "Caregiving as Reciprocal Exchange in Families With Seriously Mentally Ill Members," ***Journal of Health And Social Behavior***,37,149-162.

Judith,A.C.,Erick,R.W.,1995, "Medical Sociology and the Study of Severe Mental Illness," ***Journal of Health and Social Behavior***,37,95-114.

Kenneth,G.T.,1987, ' The Evolution of Family Responses to Mental Illness through Time' ***Family of the Mentally Ill***,edited by Agnes,B.H & Harriet,P.L. The Guilford press. pp151-166.

Lam,D,H.,1991., "Psychoeducational family Intervention in schizoprenia," ***Pychological Medicine***,21,423-441.

Leff,J.,Vaughn,G.,1985.,***Expressed emotion in Families.***,The Guilford Press. (1996. 三野・牛島訳『分裂病と家族の感情表出』金剛出版)

Lefley,H.,1989., "Family burden and family stigma in major mental illness." ***American Psychologist***,44,556-560.

Lisa,B,D.,Anthony,F,L.,1995, "Family Interventions for Schizoprenia, ***SHIZOPHRENIA BULLETIN***.VOL.21,NO4.PP631-643

Lidz,T.,Cornelison,A.,Fleck,S.,1958., "Intrarfamilial environment of the schizophrenic patient:The transmission of irrationality." ,***Archives of***

Neurological Psychiatry,79,305-316.

牧原浩,1982,「分裂病の家族の臨床的・実証的研究」加藤正昭他編『講座家族精神医学 2』弘文堂

南山浩二,1999,「精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究」静岡大学人文学部『人文論集』50 - 1

NAMI,1997a,*The Family- to- Family Education Program.*,NAMI.

NAMI,1997b,*WHAT HURTS / WHAT HELPS.*,NAMI.

NAMI,1998,*An Illness Like Any Other.*,NAMI.

大島巌・三野善雄,1993,「EE 研究の起源と今日的課題」,『季刊精神科診断学』,4-3,265-281, 日本評論社

Pierson,C., 1991,*Beyond The Welfare State.*(=田中浩・神谷直樹訳 ,1996,『曲がり角にきた福祉国家ー福祉の新政治経済学』未来社)

進藤雄三, 1993,「『医療化社会』と家族」『ターミナル家族』NTT 出版

進藤雄三, 1995,『医療の社会学』第 3 版, 世界思想社

Thomas S,Szasz,1974"The myth of mental illness"Harper & Row Publishers,Inc.

全家連, 1997d,『地域における家族支援プログラム』全家連

Wynne,L.,1970., "Communication disorders and the quest for relatendness in families of schizophrenics." ,*American Journal of Psychoanalysis.*,20,100-114.