

「病気」から「生きる苦悩」へのパラダイムシフト ： イタリア精神医療「革命の構造」

著者名(日)	竹端 寛
雑誌名	山梨学院大学法学論集
巻	70
ページ	31-61
発行年	2013-02-15
URL	http://id.nii.ac.jp/1188/00000495/

論
説

「病氣」から「生きる苦悩」へのパラダイムシフト

——イタリア精神医療「革命の構造」——

竹
端
寛

I.
はじめに

病氣ではなく、苦悩が存在するのです。その苦悩に新たな解決を見出すことが重要なのです。(略)彼と私が、彼の〈病氣〉ではなく、彼の苦悩の問題に共同してかかわるとき、彼と私との関係、彼と他者との関係も変化してきます。そこから抑圧への願望もなくなり、現実の問題が明るみに出てきます。この問題は自らの問題であるばかりではなく、家族の問題でもあり、あらゆる他者の問題でもあるのです。(シユミット二〇〇五・六九頁)

これは、イタリア・トリエステの県立精神病院を廃止し、イタリア全土でも精神病院無しの地域精神医療システム構築を求める法制化を実現させた医師フランコ・バザーリア (Franco Basaglia) の思想の中核を示す発言である。彼は一九六一年、ゴリツィアの県立精神病院長として赴任した後、当時全閉鎖だった精神病棟を開放して世界的に注目される。その後、病院改革に反対する勢力の抵抗によって、一九六九年、院長職の辞任に追い込まれるが、一九七一年、今度はトリエステ県代表に白紙委任状を渡され、県立サンジョバンニ病院長に就任。病棟開放と地域精神医療の支援体制作りを着実に進める。その成果として、ついに一九七七年、サンジョバンニ病院の閉鎖を宣言する。その成果を活かし、翌一九七八年には、イタリア全土の単科精神病院(マニコミオ)を閉鎖する新しい精神保健法(一八〇号法)の制定にも尽力した。その後、ローマの精神医療改革に取り組む矢先の一九八〇年、脳腫瘍で亡くなった。享年五六才。⁽¹⁾

「病気ではなく、苦悩が存在するのです」という彼の発言は、統合失調症や双極性障害、発達障害といった診断名や症状、障害ではなく、「生きる苦悩」に着目すべきだ、という認知転換を示している。「彼と私が、彼の〈病気〉ではなく、彼の苦悩の問題に共同してかわるとき、彼と私との関係、彼と他者との関係も変化してきます」とバザーリアが言うとき、「彼の〈病気〉」という一部分に科学的・生物学的に対応する関係性から、その人間的「苦悩」全体に、科学的・生物学的な限定性を超えて「彼と私が」「共同してかわる」関係性へと変化する。つまりバザーリアのこの発言は、精神医療の重視する視点及びアプローチの方法論を根本的に変える、いうことを意味している。⁽ⁱⁱ⁾

この「病気」から「生きる苦悩」への認知転換は何を意味するか？

本稿では、バザーリアが表明し、実践したこの認知転換を、トーマス・クーンがその古典的名著、『科学革命の構造』で描いたパラダイムシフトの概念を用いて捉え直す⁽ⁱⁱⁱ⁾。バザーリアは、どのような古いパラダイムを破壊したのか。そして、そのパラダイムシフトはどのような構造を持ち、ひっくり返された後の新たなパラダイムは、何を提起しようとしているのか。それらのことを、筆者なりに捉え直してみたい、と考えている。

II. パラダイムとは何か

パラダイムとは何か。クーンが『科学革命の構造』の初版を英語で出版した一九六二年から七年後、彼の提起したパラダイムという概念が多くの誤解を生んだ、として、日本語版への「補章」の中で次のように述べている。

「パラダイム」という言葉が本書では二つの異なった意味で使われている。一方ではパラダイムは、ある集団の成員によって共通してもたれる信念、価値、テクニクなどの全体的構成を示す。他方では、それはその構成中の一種の要素、つまりモデルや例題として使われる具体的なパズル解きを示すものであって、それは通常科学の未解決のパズルを解く基礎として、自明なルールに取って代わり得るものである。(クーン一九七一・一九八頁)

クーンは前者のパラダイムを「社会学的なもの」とした上で、「科学革命」について論じた同書で考えたいのは

後者である、と整理している。では、「通常科学の未解決のパズルを解く基礎」とは何か。それを考えるためには、まずクーンが述べる「通常科学」とは何か、を考えてみる必要がある。

通常科学の目的には、新しい種類の現象を引き起こすことは含まれていない。鑄型に嵌まらないものは、全く見落とされてしまう。科学者は普通、新しい理論を發明しようと思指しているのではなくて、ただ他人が發明したものに満足出来ないのである。むしろ通常科学的研究では、パラダイムによってすでに与えられている現象や理論を磨き上げる方向に向かう。(クーン一九七一・二二八頁)

通常科学とは、「新しい理論を發明しようと思指しているのではなくて」、既に支配的なパラダイムに「満足出来ない」くても、それに依拠している。つまり、あるパラダイムという「鑄型に嵌まらないもの」やそのパラダイムで説明できない「新しい種類の現象」については、「全く見落とされてしまう」のである。ある「パラダイム」という枠組み自体は疑わず、その「パラダイムによってすでに与えられている現象や理論を磨き上げる方向に向かう」という。すると、通常科学とは「パズル解き」の側面が強くなる、という。

クーンは「パズル」のことを、「それを解くのに才能・手腕がためされる特定のカテゴリーの問題」(クーン一九七一・四一頁)とした上で、通常科学とパズル解きの共通点を、次のようにまとめている。

両者とも、専門の道の熟達者にルールを与えれば、確信を持ってこれらのルールと既存知識の上に立って問題

の解答に没頭できる。彼個人にとって問題となるものは、いかにして説明のつかないパズルを解決するかである。(クーン一九七二…四七頁)

あるパラダイムの中では、一定のルールが生まれる。そのルールが与えられると、熟達者は「問題の解答に没頭できる」という。これは、「説明のつかないパズルを解決する」という、あるパラダイム内での現象や理論の「磨き上げ」を競う営みである。そこに科学者が「情熱と献身をもって問題を追及する」(クーン一九七二…四二頁)というの、一見すると、ある領域の専門家として真つ当な姿勢に思える。ただ、そこには「動脈硬化」の危険性が潜んでいる。

いかなる種類の科学の発展においても、はじめパラダイムが受け入れられると、その学問の専門家たちにはおなじみになっている観測や実験の大部分が、きわめてうまく説明できるものと普通見なされる。そしてさらに進んでゆくと、精巧な装置ができ、専門家仲間にしか通用しない用語や特殊な技術を発展させ、ますます常識とはかけはなれた概念の精密化を要求することになる。このように専門化が進んでくると、一方では科学者の視野を非常に制約することになり、これがパラダイムの変革に対する大きな抵抗となってくる。その科学は、ますます動脈硬化してくる。(クーン一九七二…七三頁)

ある「パラダイムが受け入れられると」、その「パラダイムによってすでに与えられている現象や理論を磨き上

げる方向に向かう。「専門家」たちは「確信を持ってこれらのルールと既存知識の上に立って問題の解答に没頭できる」。だが、そこでは、「専門家仲間にしかな通用しない用語や特殊な技術を發展させ、ますます常識とはかけ離れた概念の精密化を要求することになる」という。これが「動脈硬化」だとクーンが指摘するのは、「科学者の視野を非常に制約することになり、これがパラダイムの変革に対する大きな抵抗となる」からである。このような、ある「パラダイム」の「動脈硬化」は、バザーリアが精神科医になった時代のイタリアの精神医療の現場でも生じていた。では、その「動脈硬化」とは何であり、バザーリアはどのような形でそれを経験したのであろうか？

Ⅲ. バザーリアの直面した「動脈硬化」

私はパドヴァ大学医学部の助手として一二年間働いた。このことは重大なことだ。というのは当時拷問としての教育を、つまり抑圧の論理全体をも身に付け、内在化したからだ。精神科医の教育とは拷問人としての教育に等しいのだ。大学へ足を踏み入れると、もちろん世界を改革しようという観念で行動する。だが、それから大学内の地位序列に汲々としていく。対抗心、競争心、名誉心、だんだんと大きくなる権力の獲得。いつも研究機関の長の厳しい監督下にあり、それは自らを承認させられるまで続く。しかも知を継承させるのではなく、権力を行使していくのだ。(シユミット二〇〇五：六六―六七頁)

スイス人ジャーナリストに語ったバザーリアの肉声からは、バザーリア自身が直面した「動脈硬化」の問題がみ

える。ある専門家になる、ということとは、「確信を持つてこれらのルールと既存知識の上に立って問題の解答に没頭」する「パズル解き」になる、ということである。しかもそのルールを規定する当時の精神医療のパラダイムでは、「抑圧の論理全体をともし身につけ、内在化」する、ということが、医学部という精神医学の総本山^(iv)の場所では正当化され、遂行されていた。それは一体どうということなのか。

精神医学的診断は一般に受け入れられていた道徳的秩序に基づいており、この秩序が正常と異常とをその堅苦しい術語で定義していたからであった。またこの道徳的秩序は階級制度そのものであり、これが「下層階級の人々」が精神科患者になるという事実を引き起こしていた。科学的客観性という名の下に隠蔽されていたが、精神科医の伝統的な役割の基礎には社会的問題や軋轢を孤立化し吸収するという仕事があった。この役割が精神科医に現実的な社会権力をもたらした。それは「治療に相応しい人」を選抜し、区別するための権力であり、また適当と思われる方法で彼らを処遇する権力である。(バザリーア一九八五・三二四頁)

バザリーアのこの二つの発言からは、「動脈硬化」に関する二つの問題点が浮かび上がってくる。一つは、精神医学という「科学」が「道徳的秩序」維持という「権力」の道具になっていた、という問題である。もう一つは、その「現実的な社会権力」を、大学医学部も含めたアカデミズムが容認していた、ということである。

精神医学という「科学」が「権力」の道具にすり替わる、このことについて、バザリーアはこんな例を用いて説明している。

診断は、患者の不活動を不可逆性と分類するという意味で、すでにラベリングの過程である。しかしながら、この不活動はおそらく、病気の兆候を示すだけでもないし、いつもその兆候であるわけではない。患者の不活動を彼の病気の観点でのみ考えることによって、精神医学は、診断が差別的であるかもしれないと考えることなく彼を隔離し排除する必要性を追認する。それゆえ患者は真つ当な人の世界から排除され、社会は彼が表明する批判から自由になり、社会の規範概念は追認され、実証される。(Basaglia1987: 67-68)

ある青年が学校にも通わず家に閉じこもっていて、全く「不活動」状態であった、としよう。今でなら、それは「ひきこもり」や「不登校」という別のラベルをはる余地がある。だが、一九六〇年代の当時では、そのような別のラベリングは無く、精神科医はそれを「病気の兆候」としてのみ捉え、「不可逆性」、つまりは「治らない」と分類し、精神病院の中に「隔離し排除する必要性を追認する」。その際、精神医学という科学は、「診断が差別的であるかもしれないと考えること」を封印し、「社会の規範概念」を「追認」「実証」する道具として用いられる。その科学は「正常と異常とをその堅苦しい術語で定義」するものの、本質的には「社会的問題や軋轢を孤立化し吸収する」という仕事」を「科学的客観性という名の下に隠蔽」するのだ。

あるパラダイムの中では、一定の「ルール」が生まれる。これは、隔離収容という「ルール」や、それを正当化する当時の精神医学の「パラダイム」自体の問題に当てはめてみると、どうなるだろうか。今の私達から振り返ればそのルールはおかしい、と思えるが、当時、「確信を持ってこれらのルールと既存知識の上に立って問題の解答

に没頭」していた医学者達は、それに異を唱えることが出来なかったのである。これが、なぜその「現実的な社会権力」を、大学医学部も含めたアカデミズムが容認していたのか、という二つ目の問いに結びつく。その事に関連して、バザーリアは次のように述べている。

客体化は患者の客観的な状態に基づくのではなく、患者と治療者の関係の間に、治療と保護を医師に委ねる社会と患者の間に存在している。社会があるものを貶め他のものを評価する必要があるように、医師は自らの管理を正当化する事を許す客観的な定義を必要としている。そうすることによって、自らの矛盾を隠し、消すことが出来るからだ。(Basaglia1987: 68)

私達は、診断や治療は「客観的」である、という前提に立ちやすい。だが、「精神医学的診断は一般に受け入れられていた道徳的秩序に基づいて」いるのであれば、その「診断」は「患者の客観的な状態に基づく」ものではない。「客観的な定義」も、純粹に「科学的」であるのではなく、「自らの管理を正当化する事を許す客観的な定義」となる。それは、「自らの矛盾を隠し、消すことが出来る」という意味で、非常に恣意的であり、政治的なものである。

だが、アカデミズムや精神医学の担い手達は、「パラダイムによってすでに与えられている現象や理論を磨き上げる」ことや「ますます常識とはかけはなれた概念の精密化を要求」する、「通常科学」における「パズル解き」の専門家であった。「診断が差別的であるかもしれない」という「自らの矛盾を隠し、消すことが出来る」、「通常

科学」というパラダイムに依拠した。当時の精神医療の現場では、その「客観的な定義」の恣意性や政治性について問いを挟むことなく、「科学者の視野を非常に制約」された状態が温存された。これが、バザーリアが当時経験・直面した「動脈硬化」の正体だった。

そこで、バザーリアは当時支配的だった精神医学に内在する「通常科学の未解決のパズルを解く基礎」としてのパラダイムそのものに疑いの目を持つことになる。

IV. 変則性に気付くこと

既存のパラダイムそのものを疑い、別のパラダイムを見出すためにも、まずは「変則性」に気づく事が大切だとクーンは指摘する。

発見は、変則性に気付くこと、つまり自然が通常科学に共通したパラダイムから生ずる予測を破ることから始まる。次に、その変則性のある場所を広く探索することになる。そして、パラダイム理論を修正して、変則性も予測できるようになってこの仕事は終わる。新しい種類の事実を理論の中に含めることは、その理論の単なる修正以上の意味を持つ。その修正がで上がるまでは——つまり科学者が自然を以前と違った見方でみられるようになるまでは——新しい事実は、まだ科学的事実では全くないのである。(クーン一九七一…五九頁)

バザーリアは、バドゥア大学医学部の助手の後、一九六一年、ギリツィアの精神病院の院長に就任した。そこで、これまでの精神医療という「通常科学」の世界では出会わなかったある変則性に出会う。

ある人が調子が悪くなると、何かを求める。しかし、誰も答えてくれない。この要求、つまり要請はいろいろな形態をとりうる。様々な様式、例えばある人が自殺したり、他人を殺したりとか、公の秩序をそこなうとか。ある人が死んだりする時は、それは絶望的なアピールとなる。また家族の中での生活が不可能となるのも、一つのアピールである。しかしこれらのアピールにどのように答えてきたか。いつも答えはきままって抑圧である。そしてこれを正当化するために精神医学はその症状論—これが苦悩の成文化である—を産み出す。

(シユミット二〇〇五・六五—六六頁)

ある人の生きる「苦悩」が極まるなかで、「調子が悪くなる」。その時、周りにSOSを出す、「誰も答えてくれない」。このような苦しい状況が極まる中で、「自殺」や「他人を殺す」、「公の秩序をそこなう」といった「絶望的なアピール」を発する。これは、その人の実存的な苦悩の最大化であり、全人的なSOSサインである。

ではそのSOSはどう受け止められるのか。バザーリアが当時直面した精神医療の現場では、「絶望的なアピール」は「苦悩の成文化である疾病」という「鑄型」の中に落とし込まれていた。そして精神科医という科学者は、「確信を持ってこれらのルールと既存知識の上に立つて問題の解答に没頭できる」専門家である。また、自殺や殺人、暴力行為という「絶望的なアピール」は、精神医学というパラダイムの中で、「自傷他害」という症状の一形態と

分類される。すると、そのSOSは、「病気の兆候を示すだけでもないし、いつもその兆候であるわけではない」という前提が忘れられ、「疾病」分類こそが、唯一の「苦悩の成文化」となる。その文脈の中で精神科医に、「『治療に相応しい人』を選抜し、区別するための権力であり、また適当と思われる方法で彼らを処遇する権力」という「現実的な社会権力」が付託され、「自らの矛盾を隠し、消す」ことが可能となる。

だが、ある人が生きる「苦悩」が極まる中で行われた「絶望的なアピール」という行為を、「疾病」という「鑄型」の中に矮小化することにより、そこに「嵌まらないものは、全く見落とされてしまう」。そしてバザーリアは、この「鑄型に嵌まらない」「変則性」にこそ、目を向け始めた。

誰かが入院する場合、公共の秩序を妨げたということが理由になります。しかし公共の秩序は法律の領域に属します。こうして精神医療は法律と医学との同盟軍であり、入院するものはこの同盟軍の犠牲者です。この同盟軍の犠牲者は「病人」であるという考えを私たちが受け入れるやいなや、私達自身、すでにこの「病氣」にかかっています。彼が「病氣」だという家族も、この同盟軍のいうこと、すなわち「病氣」の論理に従い、それ故に病氣にかかっているのです。そしてこの経過にかかわった人々のすべてが、それを何か現実のものとして体験することになります。だが私たちはこれは現実ではなく、イデオロギーなのだ、と言っているのです。ここで私たちは次のように提起します。すなわち私たちの治療の試みとは、抑圧とは違う解釈、論理、つまり入院者に対しより大きな可能性を与える論理であると。(シユミット二〇五：六八一―六九頁)

「公共の秩序を妨げた」人に「病氣」の論理＝鑄型を当てはめること。これは、それまで精神科医も家族も社会も行ってきた「通常科学」の領域内であった。だが、この「病氣」の論理＝鑄型の当てはめ、は、「現実」ではなく一つの「イデオロギー」である、とバザリアは告発している。「公共の秩序を妨げ」るような「絶望的なアピール」は、「病氣の兆候を示すだけでもないし、いつもその兆候であるわけではない」のである。であれば、「病氣」という「鑄型を当てはめる」ことをせず、それ以外の「可能性を与える論理」があるのではないか。これが、バザリアの気づき始めた「変則性」であった。そして、その気づきは、やがて当時の精神医学のパラダイム「理論の単なる修正以上の意味を持つ」力を持ち始める。

V. ゲシュタルトの転換

変則性や危機は、思索や解釈によってではなく、ゲシュタルトの切り替えのようなかなか急激な出来事によってのみ終熄する。そこで、科学者はしばしば、「目から鱗が落ちる」とか、これまで不可能なパズルに「閃きをとます」ということが起こって、そのパズルにはじめて解答をもたらすような新しい方法でそれを見ることができるのである。(クーン一九七二…一三八頁)

「ゲシュタルトの切り替え」とは図と地の転換である。あの有名な「ルビンの壺」が示しているのは、最初は図にししか着目していなかったのに、あるきっかけで地を見ると、図と地ががらりと入れ替わり、今度は地が図として

浮かび上がってくる、という認知転換である。これまで「当たり前」だと思っていたことが全く「当たり前」でなくなる瞬間、これは「思索や解釈によってではなく、ゲシュタルトの切り替えのようなかなり急激な出来事によってのみ終熄する」。だから、「目から鱗が落ちる」「閃きをともす」ような、一種の跳躍が起こるのである。

科学革命という時、それはただ累積的に発展するのではなくて、古いパラダイムがそれと両立しない新しいものによって、完全に、あるいは部分的に置き換えられる、という現象である。(クーン一九七二・一〇四頁)

あるパラダイムから別のパラダイムへの移行、という意味でのパラダイムシフトは、「累積的に発展する」のではない。累積的・直線的な発展とは、旧来のパラダイムの補強や継承でしかない。パラダイムシフト時に、新旧パラダイムの両者は「両立しない」のであり、一方から他方へと「完全に、あるいは部分的に置き換えられる」という現象が、「科学革命」としてのパラダイムシフトである。だからこそ、「ゲシュタルトの切り替えのようなかなり急激な出来事」なのである。

そして、バザーリアが、精神病者の隔離収容という「現実」は、唯一の「正解」ではなく、一つの「イデオロギー」にすぎない、という変則性に気付いたことから、やがて「ゲシュタルトの切り替え」としての、冒頭に引用した発言に至る。

病気ではなく、苦悩が存在するのです。その苦悩に新たな解決を見出すことが重要なのです。(略) 彼と私が、

彼の〈病氣〉ではなく、彼の苦悩の問題に共同してかわるとき、彼と私との関係、彼と他者との関係も変化してきます。そこから抑圧への願望もなくなり、現実の問題が明るみに出てきます。この問題は自らの問題であるばかりではなく、家族の問題でもあり、あらゆる他者の問題でもあるのです。(シユミット二〇〇五…六九頁)

「病氣」ではなく「苦悩」が存在する。これは、「病氣」ゆえの「自傷他害」の行為だから隔離・収容が必要である、という論理を、生きる「苦悩」が極まる中での「絶望的なアピール」であるからそこに寄り添う必要がある、という新たな論理への「切り替え」である。この「病氣」というパラダイムから「苦悩」というそれへの移行は、生物学的な「病氣」概念から、人間的な「苦悩」概念に認知転換をさせる、という意味で、まさに「目から鱗」のパラダイムシフトである。

クーンはある人がパラダイムシフトに同意することを、「改宗の問題」(クーン一九七二…一七二頁)である、とさえ述べている。これまで「狂氣」に「異常」や「病氣」というラベルを貼ることによって、「健常」な社会から排除してきたパラダイムから見ると、「狂氣」に「苦悩」や「絶望的なアピール」というラベルを貼り直すバザリアのパラダイムでは、「狂った人」は私たちとは違う「異常」な存在では無く、生きる苦悩が極大化した同じ人間の仲間である。つまり、これは世界観の変容であり、以前信じていた「狂氣≡異常」という「信仰」から、「狂氣≡正常な人にも起こりうる苦悩の最大化」という「信仰」への「改宗」を迫ることになる。実際、バザリアも、次のように述べている。

精神病院という枠を超えて「正常」な生活に内在する狂気に直面せざるを得なかった。すなわち、健康と病気、正常と逸脱、男性と女性、老人と若者という対立した問題には階級制と権力の不平等な配分という共通した源があることが明らかになりつつあった。(バザリア一九八五…三二五頁)

精神病院という枠(パラダイム)が強固なものである限り、「病気」や「逸脱」をその場所に囲い込むことによって、「健康」「正常」の特権的地位は守られる。だが、そのパラダイムを超えて、「正常」な生活に内在する狂気に直面」する、ということは、「健康」「正常」「男性」「老人」が保持していた「階級制と権力の不平等な配分という共通した源」を、そのものとして暴き出す事である。これは、バザリアだけでなく精神科医自身の持つ特権性の剥奪であり、寄って立つ基盤を崩しかねない、危険きわまりないものであった。「この問題は自らの問題であるばかりではなく、家族の問題でもあり、あらゆる他者の問題でもあるのです」というバザリアの発言は、「病気」を「苦悩」と置き換えることの持つ破壊的な影響力と、改宗を迫るパラダイムシフトの実態を指し示すものでもあったのだ。

では、バザリアにはなぜ、このようなパラダイムシフトが可能となったのだろうか。

VI. 弁証法的対話

知とは弁証法的なものであり、教えられるものではなく、管理されるものでもない。知は対話の中でのみ練り上げられ、あらゆる瞬間にくり返し問題にされ、吟味されなくてはならない。私は他の人々と共同してお互いの知識をもとに知を吟味することではじめて新たな知を得る。そうでない時は、純粹に権力の行使となる。

(シユミット二〇〇五・六七頁)

ゴリツィアの精神病院の院長になる前、バザーリアはパドゥア大学医学部で現象学的精神医学について研究していた。また彼自身、学生時代からフツサルやサルトルなどの現象学に傾倒していた。ある事実の背後にある価値前提そのものを疑う現象学的還元は、既存のパラダイムそのものを疑う、という事をも意味する。バザーリアが興味深いのは、対話の中で知を吟味する、双方向の「弁証法的な」知の有り様を大切にし、一方的な知とは「純粹に権力の行使」である、と捉えていた点である。「正常」「健康」に対して「異常」「病氣」とラベルを貼られ、一方的な「権力の行使」により排除されていた精神障害者に対しても、「弁証法的」な「対話」の中から「知」を導き出そうとした。このプロセスについて、バザーリアやイタリア精神医療革命を取材したシユミットは次のように整理している。

バザリアはこの「矛盾」という言葉をトリエステのスタッフの間で、重要な語彙として活用する。この言葉はスタッフが利用する思考体系、つまり弁証法的思考方法の表現である。バザリアとスタッフはこの考え方が西洋の学問的思考構造の全体を基礎づけている観念論的、実証主義的傾向と矛盾することを自覚している。観念論的、実証主義的思考は原因と結果の直線の鎖の中を動いている。それとは違って、弁証法的思考はいわば三角形を跳躍するように現実を捉えようとする。それはあらゆる現象——「テーゼ」——「アンチテーゼ」、つまりその対極——を内包する。対立した両極を対決させることから「統合」が生じる。そこでまたしても新しい矛盾の入口となる。(シユミット二〇〇五・六二頁)

先ほどの、ある青年が学校にも通わず家に閉じこもっていて、全く「不活動」状態であった、という例に戻ってみよう。これを「原因と結果の直線の鎖の中」で動く観念論的、実証主義的思考で考えるなら、「不活動」という結果には、それに至る「原因」がなければならぬ。他の青年は皆学校に通っているのに、この青年だけが学校に通わずに閉じこもっている。この「正常」から「逸脱」した状態には何らかの根拠があるはずだ。そうでなければ、こんな「健康」的でない事態にならない。そこで、「パラダイムによってすでに与えられている現象や理論を磨き上げる方向に向かう」パズル解きの名人としての医者達は、そこに「無為自閉」とか、「破瓜型の統合失調症」だとか、ラベルをつけようとする。

だが、ここでバザリアが問うているのは、そのラベルを貼るという行為に内包されている「精神医学」パラダイムの中でのパズル解きに関しての、行為を基礎づける価値前提への問い直しである。「不活動」という結果から、

後付的に「破瓜型統合失調症」「無為自閉」という「原因」を作り出していないか。それは、「原因と結果の直線の鎖の中」でパズルは解けるはずだ、という信念体系に基づいた、一つの「イデオロギー」に過ぎないのでは無いか。それが、たまたま説得力が高いから流布しているけれど、本当のところ、そのパズル解きでは解けない問題が多いのではないか。そのような問いである。

バザリアが大切にした弁証法的思考方法では、観念論的、実証主義的思考とは違い、必ずしも「原因と結果の直線の鎖の中」に結びつけようとはしていない。テーゼとアンチテーゼという「対立した両極を対決させることから『統合』が生じる」が、それは「新しい矛盾の入口」でもある、というのだ。これは具体的にはどういふことなのだろうか。シュミットの解説の続きをみてみよう。

例えば「異常」と言えば、さしあたって弁証法的に相互に条件づけている「異常」と「正常」とがどのような関係にあるのか、を問題とする。そこで「異常」という概念の自明性を問題とする。「病気」が討論される時には、「健康」も明らかにされる。「個人的」苦悩が話し合われれば、すぐに「社会的」苦悩が問題とされる。というのは彼らにとつて個人と社会との間に相互作用があるということは光と影の相互的役割と同様、明らかなのだから。(シュミット二〇〇五・六二―六三頁)

学校に行かないのは「異常」「病気」だというラベリングに対して、では「正常」や「健康」とは一体何なのか、という「概念の自明性」を問い直す営み。これは、そもそもある社会で前提とされているドミナント・ストーリー

や社会的規範そのものを疑う現象学的還元でもある。その中で、学校に行かないという事が「個人的」苦悩とされる、その価値前提も疑われる。そもそも学校に行くことの「社会的」苦悩はないのか、という問題も捉え返される。規律や統制の強い、いじめなども頻繁に生じる学校空間に行かないのは「個人的苦悩」なのか。むしろ、「正常」で「健康」な人が通う学校空間そのものの「社会的苦悩」の方が大きな問題ではないか。そして、その「社会的苦悩」を個人で抱え込んでしまい、学校に行けないという形で「絶望的なアピール」をしている、その事自体はむしろ危機を前にした人間としては、極めて「正常」で「健康」な反応ではないか。では、そのような「絶望的なアピール」を「病気」と張り替え、精神病院に隔離収容する行為を続ける「精神医学」のパラダイム自体が「狂っている」のではないか。では、「狂う」とは一体何なのか…。

このような絶えざるテーゼとアンチテーゼ、そして統合としてのジンテーゼ、さらにはそこから新たな矛盾というテーゼ、のうねりを続ける中で、「狂っている人」とラベルを貼られた人も対話の中に巻き込みながら、バザリアやその仲間達は、新たな論理の可能性を追求していった。そこから、最大のパラダイムシフトが生じる。

VII. 「自由こそ治療だ」というゲシュタルト転換

「自由こそ治療だ」と病院の壁に赤い大文字で書いてある。だが、それが「内部」にいる患者の問題だと思ふ人がいるとすれば、それは間違いである。「自由」というシヨックは「外部」にいる人々にも不安を引き起こす。バザリアは語っている。「私たちが数年前病棟を開放し、患者を外出させたり、住民を病院に招待した

とき、街全体は恐慌に陥った。そのために当時、街は『精神医療』という現象に直面することになった。」(シユミット二〇〇五・二二頁)

「自由こそ治療だ」というのは、弁証法的な対話の中でバザリアやその仲間達が産み出したスローガンである。自由「こそ」が治療である、という表明は、あるテーゼに対するアンチテーゼを意味している。「強制こそ治療だ」という当時の精神医療の「常識」。身体拘束・隔離・薬物治療、という精神医学の科学性は、全て「強制こそ治療だ」という土台の上に構築されている。だが、この土台が真実ではなく、一つの「イデオロギー」に過ぎない、と喝破したのがバザリアだった。このゲシュタルトの転換によって、「科学性」という「凶」の裏に隠された、精神科医が持たされた「現実的な社会権力」の実態という「地」が明らかになる。すると、「身体拘束・隔離・薬物治療」という「科学的」実践も、実態では、「縛る・閉じ込める・薬漬けにする」^(vi)という社会権力の行使である事が見えてくる。「絶望的なアピール」を「病氣」とすり替え、寄り添う事よりも支配・管理することに重きを置いている実態が明らかになる。

こう整理すると、『自由』というショックがなぜ『外部』にいる人々にも不安を引き起こすのか、が見えてくる。それは、「街は『精神医療』という現象に直面することになった」からである。この時、バザリアが「精神医療」という現象」という表現を通じて示そうとしたのは、これまで精神病院に隔離収容して見ることもなかった社会権力の行使、あるいは「絶望的なアピール」という実態であった。これまでそういう実態と街は「直面する」ことなく、その危険性のある人は精神病院の中に幽閉されていた。バザリアは、「病棟を開放し、患者

を外出させたり、住民を病院に招待」することによって、病院と街（社会）、異常と正常、病氣と健康の二項対立の壁を取り払ったのである。であるが故に、「街全体は恐慌に陥った」のだ。そして、このような一般社会の強い衝撃は、パラダイムの転換期には起こりうる問題である。クーンは、その問題について、ダーウインの進化論を例示して分析している。

人間や動植物の「観念」は、生命の最初の創造の時から、おそらく神の心の中に存在していた、と考えられていた。その観念、または計画は、全進化の過程に方向性と指導力を与えた。進化発展の新しい段階は、はじめから存在していた計画の完全な実現であった。多くの人々にとって、この目的論的な進化観の放棄は、ダーウイン説の中で最も重要で、一番不愉快なものであった。『種の起源』は、神や自然によって定められた目標を認めなかった。そのかわりに、自然淘汰が、ある環境下に、身近に存在する現実の有機体に作用し、より洗練された、はるかに専門化された有機体が、徐々に着実に出現してくる原因になった。(略) 有機体間の単なる生存競争から生じる自然淘汰が、人間も高等動物をも作ったのだ、という信仰は、ダーウイン理論の最も問題になる点であった。(クーン一九七二…一〇四頁)

「ダーウイン理論の最も問題になる点」は、根源的な「信仰」に関する部分であった。「進化発展の新しい段階は、はじめから存在していた計画の完全な実現であった」という時、その計画は「神の心の中に存在していた」という価値前提を持つ。これは、神が「全進化の過程に方向性と指導力を与えた」という意味で、「目的論的な進化観」

である。だが、ダーウインが唱えた「有機体間の単なる生存競争から生じる自然淘汰」という考え方は、「神や自然によって定められた目標を認めなかった」。つまり、「神」の存在を価値前提としていた進化論体系が崩れ去ることとは、「神」への信頼や信仰へ重大な挑戦状をたたきつける、別の「信仰」に映った。それゆえに、当時の一般社会において、「この目的論的な進化観の放棄は、ダーウイン説の中で最も重要で、一番不愉快なもの」となった。

この「目的論的な進化観」を「自傷他害という結果には病氣という原因がある、という実証主義的思考」、そして「有機体間の生存競争から生じる自然淘汰」を「病氣ではなく苦悩が存在する、という弁証法的思考」と入れ替えたなら、ダーウイン理論への「不愉快」とバザーリア実践への「不愉快」の類同性が見えてくる。ダーウインの進化論は、「神の摂理や計画」という価値前提に大きな亀裂を入れる理論であった。同様にバザーリアは、「病氣」を「苦悩」と置き換える事で、価値前提への大きな亀裂を入れる。これまでのパラダイムでは、「異常」な「逸脱者」の言動は「病氣」に原因があり、自分たちとは違うのだから、「強制・隔離」もやむを得ない、という図式だった。これを、「正常」で「健康」と自ら信じる人々は「信仰」してきた。だが、「病氣ではなく、あなたが持つ苦悩と同じ、人間的苦悩の『絶望的なアピール』なんです」という別の「信仰」（≡パラダイム）と自らのパラダイムとの乖離が大きいほど、その影響力が強まった時、旧来のパラダイムの信仰者の不安や危機感も大きくなる。ゆえに、全閉鎖が常識だった病棟の開放化や市民との交流を始めた時、「街全体は恐慌に陥った」のである。

では、この実践は、単なる「恐慌」で終わったのであろうか？

VII. 病院への仲介者から葛藤への介入者へ

私たちがこの病院を閉鎖すると発表することの意味は、病院の論理の遂行を止めるということなのです。壁が残っているかどうかは問題ではありません。私たちは壁の内外の文化を変えることによって、病院の論理を破壊するのです。(シユミット二〇〇五・七七―七八頁)

バザーリアが「病院の論理を破壊する」という時、それは医学の論理を破壊する、という意味ではない。バザーリアが活躍した一九六〇年代から一九七〇年代にかけて、マックスウェル・ジョーンズの治療共同体理論や、あるいはR・D・レインの「反精神医学」など、旧来の社会権力を行使する形の精神医療へのオルタナティブが模索された時期とも重なる。そこで、バザーリアやその仲間達が実践したイタリアの精神医療改革の事を「精神病はない」とする「反精神医学」のコンテキストで理解しようという動きもある。だが、バザーリア自身が語るように、このパラダイムシフトは「反精神医学」ではない。むしろ、弁証法的対話による精神医学の捉え直し、とでも言える何かである。

この仕事の基礎となっている接近法は決して病気が中心にあるという事実を避けようとするものではない。しかしながら、この新しい潮流の中ではこれまで患者に、あるいは少なくとも精神病院に内在するものとされて

いた葛藤がそれら葛藤が因って来たるところのより広い社会に投げ返される——というのは病氣というものは本質的に社会的関連における自我の特異的な矛盾の歪んだ表現と見なされるものだからである。精神医療従事者にとってこのことは全く新しい役割を担うべきことを意味している。つまり患者と病院との関係の中心において仲介者の役割を果たすのではなく、家族、仕事場、あるいは福祉事務所といった現実世界での葛藤に介入しなればならないのである。これらの場合は「治療」の新しい活動舞台となる。(バザリア一九八五・三三二頁)

バザリアは「病氣が中心にあるという事実」を否定してはいない。精神医療全体を否定する「反精神医学」とは違う。ただ、病氣に関する定義を変え、それによって治療に関する定義も変えた。「病氣というものは本質的に社会的関連における自我の特異的な矛盾の歪んだ表現」である、という一見難しいバザリアの定義も、「苦悩」という補助線を使うと、わかりやすくなる。「社会的関連における自我の特異的な矛盾」とは、日常生活の中で、社会関係の中で、その関わりの中で、自我が「苦悩」という形で「特異的な矛盾」を抱えてしまう。その苦悩・矛盾が歪んだ形で「絶望的なアピール」として表現するのが、これまで精神病とラベリングされてきた病氣の本体である、とバザリアは見る。

すると、その対処の仕方も、大きく変わる。従来のパラダイムであれば、「病氣」ゆえの「自傷他害」行為を抑えるためには、精神病院での隔離・拘束・薬物治療、という枠組みが必要不可欠とされた。故に、精神医療従事者は、「患者と病院との関係の中心において仲介者の役割を果たす」ことが求められた。「異常」で「逸脱」した人を、「正常」で「健康」な社会から排除し、精神病院というハコの中に収容する「仲介者」役割が、精神医療従事者に

は求められたのである。だが、「病氣」を生きる「苦悩」の極大化、と見なすなら、そのアプローチは全く機能しない。「絶望的なアピール」の背後にある人間的な苦悩・矛盾の塊と向き合う為には、「家族、仕事場、あるいは福祉事務所といった現実世界での葛藤に介入し」、矛盾や苦悩そのものを解きほぐす支援をする必要がある。

旧来の精神医療のパラダイムでは、これまで「異常」行動を「縛る・閉じ込める・薬漬けにする」ことによって沈静化させることが、その本来の目的とされてきた。だが、ゲシュタルト転換の後の、バザーリア達が提唱する新たなパラダイムにおいては、「異常」行動の沈静化が主たる目的とはならない。その代わりに、生きる苦悩や矛盾そのものに、精神医療従事者が介入すること、かかわり合いをもつこと、それによって「絶望的なアピール」をしなくても生きていけるような状態を本人が保てるように、寄り添い、支えること。この「病院への仲介者」役割から「葛藤への介入者」役割の転換が、精神医療従事者達に求められている。そして、この役割の変更こそ、これまでの「動脈硬化」に陥っていた管理・支配的精神医療への革命であり、パラダイムシフトなのである。

このパラダイムシフトは、イタリアでは各地に拡がり、その後トリエステの脱精神病院と地域精神保健福祉システムはWHO（世界保健機関）のモデル地区として着目され、その実践は全世界に広まっていった。だが、我が国ではその実践は紹介されるも、まだ「信仰」される段階とはほど遠いのが現実である。そこには、どのような課題や問題点があるのだろうか。

IX. おわりに―日本の実践現場では？

新しいパラダイム候補が引き出されても、科学者は二つのきわめて重要な条件が満たされない限り、新しいパラダイムを持ちたがらない。その二つの条件の第一は、新しい候補が、他の方法ではうまくゆかないある著しい、よく知られた問題を解決できるように見えることである。二番目に、新しいパラダイムは、その前任者によってかち得られた具体的な問題解答能力の大部分を、保持することを約束せねばならない。(略)結果として、新しいパラダイムは、その前任者のすべての能力を持つことはほとんど出来ないが、普通、過去の業績の実質的な部分は大部分保存し、その上に、常に具体的な問題の解答を付け加えるのである。(クーン一九七一―一九一頁)

イタリア、トリエステで始まった、「自由こそ治療だ」というゲシュタルトの転換と治療のパラダイムシフト。このパラダイムシフトにより、トリエステでは普通の精神病院だけでなく、司法精神病院も廃止するに至った。また、総合病院精神科も一五床からついには六床にまで減らし、さらにその六床のベッドも、筆者達が見学に訪れた二〇一二年の六月のある日は、一、二名の、しかも半日程度の入院にしか使われていない、という実態があった。三四万床のベッドを抱え、急性期病棟であっても退院するまでに一ヶ月で済むことはそう多いことではない、という日本の現実と、全く違う現実である。しかも、トリエステのやり方は、強制入院を限りなくゼロにする、という

日本では「うまくゆかないある著しい、よく知られた問題を解決できるように見える」実践であった。同じ現場と一緒に訪問した日本の精神科医達も異口同音に、その実践のすごさに脱帽していた。

だが、このイタリアの実践を日本で実現することは、そう簡単ではない。それが、クーンの指摘する、二つ目の重要な条件の問題である。「前任者によってかち得られた具体的な問題解答能力の大部分を、保持することを約束せねばならない」という部分である。おそらく、多くの日本の精神医療従事者の認知バイアスには、この第二の問題点が引っかけかかっている、と思われる。

これまで述べてきたように、バザリアは「病気」ではなく「苦悩」に向き合おうとした。精神病そのものを否定する「反精神医学」の流れとは違い、病気が存在することは認めている。だが、「自傷他害」の恐れを隔離・拘束・薬物治療で抑える、という社会権力の行使には反対した。それよりも、「自傷他害」を「絶望的なアピール」と読み替え、その表現の背後にある人間的な苦悩・矛盾の塊と向き合い、「家族、仕事場、あるいは福祉事務所といった現実世界での葛藤に介入し」ようとした。実際、筆者も視察に訪れたトリエステでは、薬物療法も行ってはいる。だが、投薬が中心、ではない。例えば暴れそうになった人を隔離室に閉じ込めたり、身体拘束をする代わりに、その人が落ち着くまで抱きしめて、ゆっくり話を聞く、というアプローチを取っていた。つまり、徹底的に「絶望的なアピール」に寄り添おうとしているのである。

この部分が、「前任者によってかち得られた具体的な問題解答能力の大部分を、保持すること」と矛盾するかどうか。おそらく、「強制こそ治療だ」と感じている古いパラダイムの保持者にとっては、確かに上記のアプローチ変更は、「前任者によってかち得られた具体的な問題解答能力の大部分」を否定し、葬り去るように映っているの

かもしれない。薬で素早く鎮めるよりも、人手も手間もかかるではないか、と。

だが、「縛る・閉じ込める・薬漬けにする」というのは、明らかに間違った「問題解答」であった。しかも、トリエステであつても、薬を全く使わないのではないし、心理療法やグループワーク、作業療法なども行われている。ただ、その活用の仕方が、「病院への仲介者」として、ではなく、「葛藤への介入者」として、に大きく変更されたのだ。精神医学が積み上げてきた医学的叡智は否定しないが、その精神医学というこれまでのパラダイムが目を向けようとしなかった、病院の外の生きる世界での「葛藤」に積極的に介入していこう、その「葛藤への介入」に使える医学的叡智は活用しよう、という方針転換を行ったのである。精神医学の体系の枠内での本人の病状改善、という解決のやり方を「ひっくり返し^(vii)」、本人の生きる苦悩や葛藤の問題解決のための医学的叡智の活用、を徹底しているのである。

このパラダイムシフトを、これまでの医学的叡智との断絶としてではなく、むしろ医学が本来担いきれない「社会防衛」的な要素を返上し、純粋に精神医療従事者が関われる範囲内で精神障害者の生きる苦悩の解決に共に向き合う営みと捉えると、随分、その景色が変わって見えてくる。これまでの「自傷他害という結果には病氣という原因がある、という実証主義的思考」から、「病氣ではなく苦悩が存在する、という弁証法的思考」への「改宗」は、自らのこれまでの信念体系や価値判断の「ひっくり返し」が必要になり、にわかに受け入れがたいかもしれない。だが、このパラダイムシフトこそ、本来医学が担うべきではない「社会権力の行使」の呪縛から精神医学が解放される上で、大事な一歩なのである。「動脈硬化」に陥っている日本の精神医療の現場が、このバザーリアの叡智から学び、自らを変える勇氣を持つかどうか、が今日的な課題として問われている。

〈付記〉

本稿では、バザリアをクーンと対話的に交錯させる中から、バザリアの叡智をパラダイムシフトとして浮かび上がらせる事に主眼を置いた。本当はこの後、フーコーとの交錯による「権力装置論」、あるいはサルトルやメルロ＝ポンティとの「弁証法的対話」など、論点は沢山湧出してくるのであるが、それは次作以後の課題であることを付記しておく。

*本稿は、平成24年度山梨学院在外研究（短期）による研究成果の一部である。

〈文献〉

- バザリア、フランコ「管理の鎖を断つ」D・イングレヴィ編『批判的精神医学』悠久書房、一九八五
 Basaglia, F. *Psychiatry Inside Out: Selected Writings of Franco Basaglia*. Columbia University Press, 1987
 ガミール、ナンシア『現代精神医学のゆくえ』みすず書房、二〇一一
 クーン、トーマス『科学革命の構造』みすず書房、一九七一
 野家啓一『パラダイムとは何か』クーンの科学史革命』講談社学術文庫、二〇〇八
 大熊一夫『ルポ・精神病棟』朝日出版社、一九七三
 大熊一夫『精神病院を捨てたイタリア 捨てない日本』岩波書店、二〇〇九
 下山晴彦『精神医学を学ぶ』金生田紀子・下山晴彦編『精神医学を知る』東京大学出版会、七一二四頁、二〇〇九
 シュミット、ジル『自由こそ治療だ』社会評論社、二〇〇五
 竹端寛『枠組み外しの旅―「個性化」が変える福祉社会』青灯社、二〇一一

- (i) イタリアの精神医療改革の全体像やバザリアの足跡などは、大熊（二〇〇九）を参照
 (ii) 一九七七年に精神科医の Engel が Science 誌で提唱した、Bio-psycho-social（生物―心理―社会）モデルは、脳科学や遺伝、

神経、細胞などの生物学的 (bio) 側面だけでなく、認知やストレス、対人関係などの心理学的 (psychia) 要因、そしてソーシヤルサポートや生活環境、貧困などの社会的 (social) 要因との重層性を強調する理論である (下山二〇〇九: 八頁)。生物学的アプローチにだけに偏る傾向から離れ、症状が発展する要因を心理・社会的側面も含めて検討する点で、バザリーアの視点と似ている。だが、バザリーアはそれより一〇年以上前から、しかも主に社会 (social) との関わりの中で極大化された「生きる苦悩」を重視し、そこに重点的に支援をする事の重要性を語り続けてきた。バザリーアの考え方に共鳴するイタリアの医師達も、診断や投薬はあくまで「脇役」であると指摘している (大熊二〇〇九: 一一七頁)。Social の問題点を、bio-psycho との関連性で限定的に捉えるのかどうか、に両者の大きな違いがある。さらには、この Bio-psycho-social モデルを、生物学的アプローチと心理社会的アプローチの折衷モデルとした上で、そのあり方を根本的に批判している論者もいる (ガミー二〇一一)。本稿では、あくまでもバザリーアが当時の精神医学に与えたパラダイムシフトの衝撃に限定して論じる事にするが、彼のパラダイムシフトとこの3つのアプローチとの関係性をどう捉えるべきなのか、は今後の筆者の研究の課題としたい。

(iii) クーンのパラダイムシフト論について極めてわかりやすい解説書を書いている野家は、このパラダイムシフト論の位置づけについて以下のように述べている。「科学史・科学哲学では俗に『クーン以前』と『クーン以後』という時期区分が用いられるが、クーンの思想は『クーン以前』の科学哲学との対比において初めて、その真価が明らかになり、十全な理解が可能となるのである。」(野家二〇〇八: 二〇頁) ここで書かれているクーンをバザリーアと置き換えても、全く同じ事が言えるはずだ、という着想から、この論文は書かれた。

(iv) バザリーアのいたパドゥア大学は、ポローニヤ大学に次ぐイタリアで二番目に古い(一二二二年創立の)大学であり、かつ医学部教育が中心の大学として、その名をヨーロッパ中にとどろかせた名門大学である。

(v) この現象学的還元や対話的アプローチについては、竹端(二〇一二)でも詳しく検討している。

(vi) この「縛る・閉じ込める・薬漬けにする」という精神医療の構造的暴力について、バザリーアと同じ一九七〇年代から、大熊(一九七三)は一貫して批判し続けている。

(vii) バザリーアの唯一の英訳された論文集である Basaglia (一九八七) のタイトルには、「精神医療のひっくり返し」(Psychiatry Inside Out) という表現が使われており、訳者達も、バザリーアの仕事の象徴として、この「ひっくり返し」(Inside Out) という表現を用いている。