

ブリコラージュとしての精神医療

Psychiatric Treatment as a Bricolage

井上 芳保

はじめに — 「ヴェドゥー死するネコ」報告に触発されて

1. 医療を社会的に検討することの意義
 - 1-1. ストレス学説と「健康な人間」の正体
 - 1-2. 究極の合理性とフレキシブルな労働に耐える人間
 - 1-3. 精神医療を事例として近代の「技術」を根源的に問う
2. 抗うつ剤の処方をめぐる問題群
 - 2-1. 製薬産業の都合で「患者」が作られる現実
 - 2-2. セロトニン仮説による抗うつ剤処方の実態
 - 2-3. 苦悩する精神科の医師たち
 - 2-4. 薬物療法への依存は何を意味しているのか
3. 精神病院をなくしたイタリアの精神医療というヒント
 - 3-1. ブリコラージュという方法の魅力
 - 3-2. 「脱制度化」とは「脱施設化」のことではない
 - 3-3. 生き延びるに値する生の実感を取り戻す
 - 3-4. 問題を心理主義化, 医療化していく力と向き合う

おわりに — 他でもありうる可能性に向けて開かれていること

はじめに — 「ヴェドゥー死するネコ」報告に触発されて

本誌に記録掲載の美馬達哉による第8回社会臨床研究会（2010年3月8日）での報告、「ヴェドゥー死するネコについて — ストレス学説再考」は刺激的な内容だった（71-79頁参照）。「ヴェドゥー死」ということがしきり言われるようになった時代の背景を検討してみると、近代というもの、あるいは近代の理念が技術面で大きく花開いた20世紀という時代の本当の姿が見えてくるという壮大な内容の話であった。

「ヴェドゥー死」とは呪いによって呪われた人が本当に死ぬという一見すると非科学的な現象だが、ストレスという概念を挿入するならば、それは場合によっては十分に科学的にもありうることなのだとわかる。すなわち、呪力を信じている人たちの間では、自分がその相手に呪われていることを知れば強いストレスが生ずるのであり、そのこと自体のために死は招き寄せられるのである。

美馬によると、20世紀における技術革新、乗り物の急速なスピードアップ、あるいは二つの大戦への違和感、恐怖心というものを人々が強く抱くようになった時に「ヴェドゥー死」が多々語られるようになった。そ

れは実は「ショック死」の別の言い方なのであった。例えば、自動車はそれまでの馬車には全くなかったほどのスピードで走るのであり、交通事故死の場合がそうであるように凶器になる。殺傷力の急速な高まりという点では20世紀の戦争で使われるようになった戦車や爆撃機なども同様である。そのような技術は戦後も形を変えて我々の日常生活に浸透している。それは継続的に発展しており、我々の生き方を根底で規定しているといえよう。そのこと自体を問い直してみる価値は大いにある。

ところで、本研究者は現在、昨今の日本社会を覆う「医療の過剰」という問題の検討を進めている⁽¹⁾。資本主義のシステムの中で医療そのものが商品化しており、その弊害はあなどれないものになっている。端的に言えば、製薬産業の都合で「患者」が作られている構図がある。特に精神医療については、抗うつ剤の過剰投与による弊害が目につく。そんな実態に危機感を抱く医師など医学的知識に詳しい方からの情報収集を続けている。あるいは精神医療についてのユニークな実践で知られる浦河の「べてるの家」、鹿児島県川辺町の「萌」などを訪れるフィールドワークを重ねている。また「精神医療の正体を問う」という市民向けの連続講座を開講した⁽²⁾。その準備する過程で出会ったイタリアの精神医療改革について紹介した松嶋健の論文には目が覚める思いがしている。本稿はそのようないくつかの成果を得て、研究の途上でまとめられる一つの覚書である。

1. 医療を社会的に検討することの意義

1-1. ストレス学説と「健康な人間」の正体

今回の美馬報告では「ストレス」という言葉の日常的な用法の検討から始め、「ストレス」概念が変化した経緯などを踏まえて、人々が戦争の殺傷力に対して抱いた違和感、恐怖

心を抽出していくアプローチがとられている。ネコは呪いを信じていないから「ヴードゥー死」するよしもないが、ネコとて脳を斬られれば痛いからストレスを大いに感ずるだろう。そしてそのことによる「ショック死」ならネコであっても十分に発生しうるのである。

身体の問題と心の問題をつなぐ上で好都合な概念として「ストレス」は多用されて今日に至っている。美馬は今回の報告に先立って「ストレスの政治学」という論文（美馬達哉『〈病〉のスペクタクル』、(人文書院, 2007年)第8章として所収）を書いている。今回の報告と併せて読むべき興味深い論稿だが、ここでは1980年代以降ぐらいからは、「ストレスに強い人」が重視されるようになってくるとの指摘がなされている。また現代のいわゆる「勝ち組」に典型的にみられる前向きで合理的な考え方をする人は「タイプA性格」なのでストレスが多いとする説があることが紹介されている。

ストレスというものが外からやってくる、だからそれに立ち向かわねばならない。そしてストレスへの耐性において強いと人は「優れた人間」として評価される。この構図自体が社会学的な考察の対象である。1980年代にこのように「タイプA性格」なる概念が構築されたことの意味を問うべきなのだ。美馬は「病とは、自然科学的事実ではなく、特定の社会的文脈のもとで構築されたスペクタクル」とまで言う。「タイプA性格」概念の背後に見え隠れしているのは巧妙なポリテイクであるといえよう。人はストレスから身を守るために「勝ち組」を目指すべきだが、それが実現した暁には今度は医療的な「ストレスケア」の誘いが待っているというわけである。

すなわち「ストレス」という概念があるために医療的な枠組に人々は組み込まれ、治療の対象とされていく。「健康」はなくてはならないもので、少しでも「健康」ではない状態

は「病気」という悪であり、そして「病気」を普段に回避し、「健康」を増進させるために人々は努力しなければならないことになる。この「健康な人間」という理念はどんどんエスカレートしていく。「健康」か否かを定義する権限は専ら医療側が握っている。「異常」を増やし、「正常」の幅を狭める操作は、「異常値」を広げる操作によってたやすく達成される。例えば、昨今顕著な血圧の基準値の変更などは好例である⁽³⁾。この変更は降圧剤の売上げに直結している。それゆえ我々は今の世を覆う「健康ブーム」に振り回されることなく、「健康な人間」という理念の正体を見極めねばならないのである。このことは精神医療の対象とされる人の激増という現象を考える場合にも重要である⁽⁴⁾。

1-2. 究極の合理性とフレキシブルな労働に耐える人間

20世紀に経験した二つの大戦の影響とその意義は、戦時動員体制という点からも検討されるべきであろう。第二次大戦の折にニューディール選択をした国もファシズム選択をした国も究極の合理性を追求していた点では共通している⁽⁵⁾。例えば、優生政策にそれはみられる。国民としてふさわしい資質を有した人間とそうではない人間とを切り分ける強い力がそこには働いている。ナチスの政権下では精神障害者などは真っ先にガス室に送り込まれたのだが、ナチスドイツのみが異常だったわけではない。ある部分での究極の合理性のみをとことん追求していく近代の理念の極北として、一つの典型としてナチスのホロコーストは存在していたのであり、その構造は戦後も、そして今もなお続いているといえる。そこにおいて人間は人間としての尊厳を失ってシステムの手段に貶められている。強制的な画一化が進められていく構造がここにはみられる。

「健康」を獲得し維持するためには、強くな

ければならないという価値観が出てくる。そのときの語り口は現代では、労働者としてのフレキシブルさを語る際の語り口と似ている。それは今の社会で人々に求められる好ましい資質である。ある意味では何でもストレスになる。例えば、いじめられたらそれがストレスになるが、人に優しくされてそれに応えないといけないと思ってもそれがストレスになる。それらの多様なストレスに対応できるのが本当の「健康」の証しであるという言い方がなされる。

フレキシブルであるとはどんな仕事にも対応出来る人ということだ。工場の中で一つの部品のようになることではない。例えば、その工場がなくなっても別の工場の別のポジションで働けるということ、あるいはパソコンを学んだらそれで事務の仕事ができるという柔軟な能力が今の社会では必要とされている。その前提としてフレキシブルだと人間はより自由な生き方が出来るようになると考えられている。本当は疑わしいこの価値観が広く信じられている。

潜在能力としてストレスに強いことが期待されるが、強いか否かは実際にさまざまなストレスをかけてみないと分からない。したがってストレスに強いことの目標、ゴールは見えない。一つのことが出来ればいいとか、あるいは〇〇病でなければいい、というのは割と簡単に達成できるが、フレックスな労働者になるのは潜在能力の水準のことになるので非常に難しい。そのゴールはやはり見えない。要するに失敗したらだめだった、というのが分かるだけなので、不断に努力し続けなければならない。ストレスのほうも同じで、ストレスに強くなって病気になるとその時点で非難されてしまうので、やはり不断に成功できるように、例えば、スポーツジムに通ったり、サプリメントを飲んだりなどのことをして努力し続けたいといけないことになる。

ストレスに強いこととフレキシブルに働け

ることの二つは並行的である。片方は健康や病気にかかわり、もう一方は労働力にかかわっている。マズローの「自己実現」という高尚な理念と人間像にしても起源は実は同じである⁶⁾。「自己実現」を目指し始めた人はエンドレスの過程へと引き込まれていく。また人間は自分自身を資本として、経営していく企業家と考えて常に自分に投資をしていくべきとする人的資本論も同様であろう。資本としての人間の能力を高めるとなると、要求水準が非常に高くなる。例えば、一日8時間働くとして、人的資本だとその8時間だけではなく、いつでも自分を磨き続けねばならない。例えば、家にいる時、消費している時、これは何か仕事に役立つ映画だろうか、これは健康にいい食べ物だろうか、常に何か目的意識を持たされることになる。

1-3. 精神医療を事例として近代の「技術」を根源的に問う

ストレスに強い人間の生き方、健康維持に努力する人間の生き方、そしてフレックス化した労働にも適応できる人間、自分自身を経営する人間というのは共通の基盤から出ている。そして今「就活」で苦勞する学生たちに期待されている能力をみると、この延長でコミュニケーションやプレゼンで相手を説得できる能力が重視されていることがわかる。それに向けて研鑽を重ねることが学生たちには要求されている。産業構造の変化に伴って对人的コミュニケーション能力が特に強く求められているが、この状況に耐えられなくなり、疲弊してドロップアウトしてしまうような学生、うつ状態に陥る学生などが数多く出て不思議ではない⁷⁾。

ストレスに耐える強い人間とは、自助努力とかマネジメントをする能力を有した人間でもある。そのような人間像が今や理想とされているが、これは全く社会の側の都合である。それに対して個人がストライキをすると、例

えば、引きこもりという表現形態になる。あるいは「うつ」になるのもそのような状況下ではありうる選択の一つとなる。

「うつは心の風邪」というキャッチコピーは某製薬会社によって使われ始めたものだが、「うつ」の患者は現に急増している。「うつ」の人に「がんばれ」と言うのは禁句ということもよく知られていて、自称「うつ」への誘因となっているようである。「擬態うつ病」とはこのような事態の進行に危惧を感じた精神科医師の林公一によってつけられたネーミングである(林公一『擬態うつ病』宝島社新書、2001年)。林は水膨れした自称「うつ」の患者のために本来の「うつ」の患者の診察時間が今以上に短くなることを懸念している。

医療側も多くの場合、製薬会社の抗うつ剤の処方対象を増やしたい都合に対して歯止めをかけることができない。医学系の学会や医学部の教育内容にまで製薬会社は入り込んでいて精力的な営業活動を展開している。患者側はそんな裏事情を知らないから症状を訴えるたびに継ぎ足されていく薬がありがたがってのむことになる。精神医療というものの自体がそういう視点から考えると、きわめて社会的な現象であることがわかる⁸⁾。

社会的ということでは、「うつ」に限らず精神疾患にかかっている人、あるいは精神障害者全般が社会的なコントロールを受ける存在であることに注意を払っておくべきだろう。例えば、精神的に何か不安定で自傷他害のおそれのある人をどうするかは医療そのものの決めることでは本来ない。医療者の本務とは治療であるのだから、むしろそれは治安を守る役割を有した国家の任務である。だが、近代国民国家においてはその判断をする役割を医師が担うようになり、精神医療、精神医学という体系が作られていった。「暴れて目が離せない人」を措置入院させる。行政の命令で強制的に隔離收容するか否か、その判断の権限を専ら精神科の医師が握るようになったの

である。

精神医療は医療と社会統制との双方に跨る位置にある。近代国家が近代化を進めていくにあたって、国民国家の成員にふさわしくない非理性的な存在として「狂気」の人たちは一般社会から排除され、隔離収容されていた⁹⁾。そのプロセスについてはフーコーの『狂気の歴史』（原著 1972 年、田村俣訳、新潮社、1975 年）などで紹介されている通りである。医療施設の整備の遅れから「私宅監置」という措置がやむないこととして一時期とられたことのある日本とても同じことである。

ある観点からすると、ナチスが精神障害者をガス室に集めて存在自体を抹殺したグロテスクな事態と構造的には同型のことが近代の国民国家では進められたといえる。このようなグロテスクさの中に近代的な「技術」の本質がみとれると考えることもできる。それはいわゆる「狂気」の人など一部のマイノリティのみではなく、一般の多くの人にとっても抑圧的な内実を持った「技術」ではないのだろうか。

本稿では以下で精神病院という施設で施される治療や薬物あるいは「施設の論理」など精神医療において駆使されるテクノロジーを凝視していく。それは近代の「技術」のあり方を根源的に問う方へと次第に歩みを進めていくためのノートとなる。

2. 抗うつ剤の処方をめぐる問題群

2-1. 製薬産業の都合で「患者」が作られる現実

数年前に「メタボ」が流行語になった。本研究者は、かねてより「心の商品化」をはじめ人間の欲望が消費社会の中で肥大化していく現象を調べてきたが、このメタボ健診への違和感が一つのきっかけとなって医療についての社会学的検討に着手した。「自分探し」の場合もそうだが、欲望の肥大化はエンドレスである。「不安」というものも同じくエンドレ

スである。消費者にとって今や「健康不安」や「よりよい医療」もそのような欲望する対象の一つとなっている。この傾向は医療産業の思惑と合致している。実際、医療側と消費者側の共犯関係によって医療費は天井知らずの膨張を続けている¹⁰⁾。

ある見方からすると、今や医療それ自身が「病」を作り出しているのではないのかということになる。これを「医原病 (iatrogenesis)」と呼ぶ。それは、医療それ自体のために病気が作られている事態を指すものとして、イヴァン・イリイチ『脱病院化社会——医療の限界』（原著 1976 年、金子嗣郎訳、1979 年、晶文社）がいち早く提示した概念であるが、この実例と思われることは今や身近なところで多々起きている。

例えば、日本ではレントゲン検査の過剰のために被曝によってかえって「がん」患者が作られている（近藤誠『患者よがんと闘うな』（文藝春秋社、1996 年）、岡田正彦『がん検診の大罪』（新潮選書、2008 年）など）。降圧剤の使いすぎでかえって脳血栓が起きやすくなっている（大櫛陽『メタボの罟——「病人」にされる健康な人々』（角川 ssc 新書、2008 年）特に第 6 章「高血圧より降圧治療が危険」）。ガスターという薬が原因で一時的な症状として起きる認知障害（せん妄）についての知識が乏しい医師によって「認知症が始まった」と誤診されてしまうケースが増えている（浜六郎『認知症にさせられる！』（幻冬舎新書、2010 年））等々、良心的な医療者による衝撃的な内部告発はいくつか出始めている。

分けても薬害スモン病の問題との取り組みをきっかけにして設立された大阪の NPO 法人医薬ビジランスセンターの実践は特筆に値しよう。代表の浜六郎医師らは、現在、医療現場で出回っている薬の副作用についてのチェックを精力的に続け、市民への啓発活動に努めている。年四回刊行されている医薬ビ

ジランスセンター編『薬のチェックは命のチェック』は貴重な情報満載である。医療を社会的に検討する自由度を持った医学研究者が医療の内側からさらに出てくることが期待される。

2-2. セロトニン仮説による抗うつ剤処方の実態

「擬態うつ病」概念とそれを問題にしなればならない経緯については先に紹介したが、精神科が扱う「心の病」は外科的なケガと違って外見では症状がわかりにくい。精神科医の権限で「患者」が生産されるとしてもおかしくない。それが善意でなされている場合、つまり患者の訴えに応じて薬の量をどんどん増やしていくことをノーマルとする教育を受けてきた医師の場合、悪意などみじんもない場合もありうる⁽¹¹⁾。

うつに関してはセロトニン仮説に基づく抗うつ剤薬の処方が一般的になっている。抗うつ剤とは、うつの起こるメカニズムを脳内の化学物質のアンバランスととらえて化学的にそれに介入し、バランスを回復させることで症状を緩和させるとされる薬である。

SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害剤）は、脳内の「シナプス間隙」と呼ばれる細胞と細胞との隙間部分に作用する。「シナプス間隙」には多くの神経伝達物質が存在している。セロトニンはシナプス前ニューロンから放出され、シナプス後ニューロンにあるセロトニン受容体に作用する。過剰なセロトニンはシナプス前ニューロンにある「セロトニン・トランスポーター」というタンパク質によって再取り込みされ、また放出される。うつ患者にはシナプス間隙におけるセロトニンが少ないと考えられている。SSRIはこのセロトニン・トランスポーターに選択的に作用し、セロトニンの再取り込みを阻害することによって、セロトニンの濃度を上げ、それをセロトニン受容体に作用させやすくすること

が期待されているわけである⁽¹²⁾。

もし上記のセロトニン仮説の通りだとしても、脳内のセロトニンがそのように少ない状態になるに至ったその人の生活環境という問題は考慮されるべきだろう。例えば、労働環境が厳しくなっていて過酷な競争を強いられていて、ちょっとしたミスも許されず、長期休養に入るなど心が壊れていく人が続出しているという事実は見逃せない。

だが、労務管理をする側もまた「うつ」という便利なカテゴリーを欲していると思われる。医療費はかさむが、激務で疲労が目立つ有能な社員を一時的に休養させるにはこのカテゴリーは好都合なのである。共犯関係とはこのことをも指す。

精神医療の現場で「病気」が構築されていくケースは目に余る。あるいはいわゆる「病気」ではない健康な人のいっそうの能力の増強（エンハンスメント）のために精神科の薬が使われ始めているということもある。例えば、アメリカではプロザックは記憶力を高める効果があるというので学生などが普通に使うようになっている。

ノースウェスタン大学教授のクリストファー・レーンは、『乱造される心の病』（原著2007年、寺西のふ子訳、河出書房新社、2010年）にて、今や「クスリを売るならまずは患者をつくれ」という状態になっている「精神病産業」の現実を告発し、そのうち「内気な人」まで病気にされて治療の対象にされていくことを強く懸念している。日本でも「社会不安障害」という概念を我々は製薬会社の新聞広告などで時々眼にするようになってきているが、これには「内気な人」も既に含まれているのではないかと思われる。

向精神薬は巨額の利益を生み出している。美馬達哉はじめ数人の医療関係者から聞いたが、「うつ病」診断の急激な増加がSSRIの解禁と連動していることは薬剤師を含めた精神医療関係者の間では常識なのだという。だが、

一般の市民にはこの重要な事実はあまりにも知られていない。そんな中で富高辰一郎『なぜうつ病の人が増えたのか』(幻冬舎ルネサンス新書, 2010年)は、この事実を明示的に記した貴重な文献と言える。日本でのSSRIの解禁は1999年であった。実際、これ以降多くの精神科で、パキシル、デプロメール、ルボックスというSSRIが爆発的に処方されるようになっていっている。これらは従来の抗うつ剤より単価が高い。また副作用も少ないとされている⁽¹³⁾。

公平を期すために付け加えておくと、グローバル化した製薬産業の裏事情がある。新薬開発には膨大な費用が必要であり、しかも新薬の開発が難しくなっている。そのため莫大な開発費用を調達するために商品として価値の高い薬を製薬会社の営業マンは現場の医師たちに売りまくらなければならない事情があるという(佐藤健太郎『医薬品クライシス—78兆円市場の激震』新潮新書, 2010年)。

2-3. 苦悩する精神科の医師たち

精神科医の側の言い分についてもこれまで入手できた範囲で付け加えておこう。

ある悩める精神科医師のAさん(30代, 男性, 勤務医)によると、薬物療法による多剤投与は患者や家族が強く望むのでそうせざるを得ないということがあるという。統合失調症の患者のケースでは、患者が暴れたり不安定になって被害が出るのを防ぐ安全策としては薬によって抑えるという手をうたざるを得ないということがあるし、「薬を少なくして」と懇願していた家族が、当人が何か問題を起こしてからは掌を返したように、「なぜもっと薬を多くしなかったのか」と医師に食ってかかるケースもあったとも述べていた。

また別の精神科医師のBさん(50代, 男性, 開業医)は、安全策として薬を出してしまうのは実は自分のしている医療に自信がないためだと正直に語った。「診療時間が短い中で患

者が何か症状を訴えるとそれに対応する手を何かうたねばならない。それが具体的には薬の処方になる。それは実は自分自身を安心させるためであって患者のためではない。しかし、今のシステムではそういうふうにはせざるを得ないのだ」と心の内を述べていた。

なぜ不安なのかとたずねると、「精神医療というものが本当のところ何をすべきなのか時々よくわからなくなる」ことへの不安も含まれているという。B医師は「患者が訴えて来れば「擬態うつ病」であれ何であれ症状を軽くするのが自分の務めだから拒否はしない、いや拒否してはいけない」とも語った。「擬態うつ病」状態の当人の苦しみの原因を取り除くのが本当はたいへんなことだというのを彼はよく知っているのだと思われる。

上記のB医師の苦悩には共感させられる。精神医療というものは本当は何をすべきなのかと真摯に考え始めると、症状を訴えているその当人を取り巻く人間関係など社会的環境のことを問題にしていかなければならない。そのためにはその当人のこれまでの生活史や労働現場の状況などについて時間をじっくりかけて丹念に聞き取っていくことがまず必要になる。しかし今の診療体制ではなかなかそこまでできない。ソーシャルワーカー、カウンセラーを専任で雇っているのは経営規模の比較的大きな病院だが、そういうところは患者数も多いわけだから個別的対応にはやはり限界があるだろう。

「病」とは本当はさまざまな関係性の中で一つの表現としてある個人において生じている事態かもしれない。しかしそれに関わって対処していくのは現実的に難しいので、個人の内側に「病」の原因があると矮小化して対処している。そのほうがたぶん病院の精神科でなされている医療の実態を正確に記述したことになる。また「病」の原因とされる何かの病理の徴候が脳内に発見されたとしてもそれは原因と言うよりもある関係性の帰結かもし

れない。そのほうがたぶん病因論の実態を正確に記述したことになる。そんなことが薄々わかっているながら身動きがとれなくなっている現場の医師たちの苦悩は深い。

2-4. 薬物療法への依存は何を意味しているのか

先に記したように SSRI 系の抗うつ剤は、セロトニン仮説に基づいているが、実はセロトニン神経は、適度に身体を動かしたり、太陽を浴びたり、仲間と楽しい会話をして「共感」を感じたり、よく笑ったりすると活性化されるという特徴があることが明らかになっている。何も薬物によってコントロールしなくても普通の生活の中で脳内の状態を変えることは出来るわけである。このセロトニン神経についてはセロトニンを出そうとして運動をやり過ぎたり、太陽を浴びすぎるとかえって減ってしまうという微妙な特性を有した神経であり、そこがドーパミン神経と違って面白いところだという（例えば、有田秀穂・中川一郎『「セロトニン脳」健康法』（講談社 α 新書、2009 年）など参照）。

またキューバやメキシコの事情に詳しいミュージシャンの八木啓代は『ラテンに学ぶ幸せな生き方』（講談社 α 新書、2010 年）の終盤にて、この有田らの研究に言及し、ラテンの人たちの陽気な文化は、セロトニンの分泌を促す要素を多々有していることを指摘している。ラテン系諸国での抗うつ剤の使用量は気になるところである。

薬物療法によって、例えば、抗うつ剤の投与によってセロトニン神経を活性化させようとする場合にもう一つ気になるのは、身体が薬に慣れてしまうので次第に処方する量を増やさねばならなくなるという問題があることである。知っているケースでは SSRI 系の抗うつ剤の一つルボックスがマックスの量まで処方されるに至り、睡眠薬と併せての副作用のせいでふらふらし、まっすぐ座っているの

もやっとの状態になっていた。この患者は「精神科セカンドオピニオン」の医師に相談して出されていた薬の服用をやめたところ、しばらく減薬の副作用に苦しんだものの全快した。

またそもそも擬態的な「うつ」から脱するのがその人にとって常にいいことなのかどうかはその人の生活構造次第で変わると言える。ストレス学説の紹介のところでも指摘したが、昨今の就活で要求される「そつのないコミュニケーション能力を備えた人材」という理想像をおしつけるほうに本当は無理がある。「内気な人」はアメリカンマインドには似つかわしくないし、営業マンには適していないかもしれないが、別にそれでもいいではないかと言いきださる。そう言い切れない場合に人は製薬産業の仕掛けたトラップに嵌るわけである。

薬物療法は子どもにもなされるが増えている。情緒不安定な子、落ち着きのない子に処方して一時的に大人しくさせる。それによって何が達成されているのか。その子が落ち着きのない状態になる周囲との何らかの関係性はそのままにしてとりあえず症状を抑えるとその場を取り繕うことはできようが、本当の解決を遠ざけてしまう。

それにしても近代代理性が究極的に要求しているのは「狂い」の一切ない、あるいは感情のふれなどが一切ない、ロボットのような人間かもしれない。「陽気なロボット」とはかつてライト・ミルズが厳しい労働環境に置かれていてもそれに適応してにこやかに働く労働者を指して使った表現であるが、今薬剤によって製造されているのはその現代版である。常に明朗でそつのないコミュニケーションのできるロボットのような人間は果たして幸せなのだろうか。脳内に作用する薬というテクノロジーの開発はそのようなロボットとなることを可能にしつつあるということかもしれない。だが、薬物療法による多剤投与は

実はサイボーグ人間への途であるのではないか。

ストレスに強く、フレキシブルな労働に耐える人間という現代社会が要請している理念的人間像に自分を合わせていかねばならないという発想が疑われなければならない。そこからもし外れていても楽しく生きていける社会こそが目指されるべきで、近代の「技術」が何を基準に設計されていて、それは結局どこに我々を連れていくのか、ここで我々はよく考えてみないとならないのである。

3. 精神病院をなくしたイタリアの精神医療というヒント

3-1. ブリコラージュという方法の魅力

精神科の治療法として薬物療法が最も広く用いられているが、それ以外に認知行動療法、作業療法などもある。認知行動療法は後述する「べてるの家」などが積極的に取り入れているものである。それは日常生活の中でその人の認識の枠組や考え方のパターンを修正していくトレーニングである。どれがよく効くのかはその患者個人のさまざまな事情によって異なるのであって、決定的な方法が一つに定まっているわけではない。患者の様子を見ながらより好ましい療法を取り入れていくべきである。しかしながら上記でみてきたように薬物投与に大きく依存しているのが精神医療の現状である。

ところで、ここで思い出されるのが「ブリコラージュ (bricolage)」という概念である。これはレヴィ＝ストロースが『野生の思考』(原著 1962 年、大橋保夫訳、1976 年、みすず書房) で「ありあわせの素材を当面の目的にあわせて臨機応変に用いる実践」という意味で使った概念である。以下では、小田亮『レヴィ＝ストロース入門』(ちくま新書、2000 年)などを参考に簡単に紹介する。

『野生の思考』の邦訳では「ブリコラージュ」に「器用仕事」という語をあてている。例え

ば、ホテルで柿の皮を剥きたいのにナイフが手元になかったという場合に洗面台にたまたま置いてあった櫛をナイフ代わりに器用に使って剥く行為はブリコラージュをしたことになる。あるいはジンギスカンの鍋はもともとは戦闘時に使う兜を流用したものだとして流用しているが、最初にそれで肉を焼くという使用方を考え付いた人はやはりブリコラージュをしたことになる。ブリコラージュという語の元になったブリコレという動詞の古い意味は、球技やビリヤード、狩猟、馬術において、ボールが跳ね返るとか、犬が迷う、馬が障害を避けてコースからはずれるといった非本来的な動きを指していたという。

ブリコラージュする人(ブリコール)は、専門家とは違ってありあわせの道具や材料を用いて自分の手でものをつくる。いわゆる未開の人たちによる神話的な思考も限られた材料を用いた一種の知的なブリコラージュである。他でもありうるものを上手く組み合わせるのやりくりである点が優れているとレヴィ＝ストロースは考えた。この意味合いでブリコラージュは技師の思考に喩えられる近代的な思考と対比されるものである。

ブリコラージュは何かの役に立つというだけで集められた雑多な道具で何かするという点に特徴がある。それに対して、専門家としての技師は全体的な計画としての設計図に即して考案された単一の用途をもつ「概念」を用いる。それは計画に合わせて作られるので、その機能以外の感性的な性質を消してしまっている。

これに対してブリコールの用いる「記号」はそれが本来属していた全体から引きはがされた「断片」であり、特定の機能によって一義的に規定された固有の場所を持たないためにさまざまな潜在的な用途や感性的な性質の来歴を保持している。「記号」=「断片」は、それが本来的な用途と異なるそのときどきの状況的な目的に応じて多様な用途に流用され、

ある全体に組み込まれても、断片間の境界線はモザイクのように消えることなく、その全体の中でちぐはぐな異物のままであり続けている。

この「記号」＝「断片」であるがゆえのある意味でのちぐはぐさ、つまり、単一性の意味や方向に統合されず、感性的な厚みとしての不透明性、異物性、多方向性を保持しているということがブリコラージュのメリットといえる。例えば、洗面台に櫛として置いてあった櫛もある場合にはナイフのように使えるという潜在的な可能性を秘めていたわけである。それぞれのモノはそのような他でもありうる可能性を常に秘めて存在している。固定された意味の体系に組み込まれてしまっている技師の思考にはこのメリットはない。モノに潜在的な可能性は消されていて臨機応変に浮上してくることはない。

専門家としての技師の思考が近代の思考だとすると、ブリコラージュは野生の思考ということになる。ポイントとなるのは、単一性の意味や方向に統合されず、感性的な厚みとしての不透明性、異物性、多方向性を保持している後者のほうに新しいものを創造していく潜在的な可能性があり、人間にとって抑圧的になりうる近代的な「技術」の限界を突破する可能性を見出すことができるのではという点である。

近代の思考のほう特定の時代と文化に特殊な思考にすぎず、野生の思考こそは人類に普遍的な思考であることをレヴィ＝ストロースは個々の具体的な事例に共通してみられる論理的な構造を抽出することで示した。レヴィ＝ストロースのこの方法について小田は「野生の思考を科学的思考とみなすことで、近代の知が自らの優位性を保つのが難しくなるというだけにとどまらず、その普遍的な思考を外に排除することで成立していた西洋近代の知の基盤を掘り崩してしまうことをも意味していた」（『レヴィ＝ストロース入門』125

頁）と指摘している。野生の思考の回復という考え方は、今後の精神医療のあり方を展望する際に一つの大きなヒントになると思われる。

3-2. 「脱制度化」とは「脱施設化」のことでない

今後の精神医療のあり方を考える際のヒントとしても一つ、精神病院をなくしてしまったイタリアのケースを事例として挙げて考えてみたい。

松嶋健は、文化人類学者としてイタリアに長期にわたって滞在し、その精神医療の劇的な変化について立ち会い、フィールドワークを重ねてきた立場から、興味深い成果をまとめている。その一つが多賀茂・三脇康生編『医療環境を変える「制度を使った精神療法」の実践と思想』（京都大学学術出版会、2008年、以下の松嶋論文の引用ページ数は同書から）に第二部第6章第3節として収められている「イタリアの例から：バザーリアと制度を使った精神療法——脱施設化から脱制度化へ」という刺激的な論文であるが、ここではその魅力的な論旨を紹介しておくことにする。

イタリアでは1978年に世界的に有名な法律180号（通称バザーリア法）が成立した。この法律で全国精神病院は廃絶された。急性期の患者のために地域の精神医療センターは残したが、180号法は正確には新しい精神病院の建設と新規入院を禁止する内容である。精神病院をすぐ閉鎖して患者を無理矢理に外に出したというのではなく、まず入ってくる蛇口を止め、その上で病院の外に受け皿を作って今いる患者たちを徐々にそちらに移していったわけである。

法レベルとしての180号法は1904年の36号法の改正である。36号法ではたとえ治療の必要がある患者でも社会的危険性がなければ入院させられなかった。つまり社会のセキユ

リティのほうが治療よりも優先されていた。それは19世紀に成立した近代の精神病院に期待された大きな役割であった。それが治療を目的とする人道的な側面が次第に重視されるような趨勢になってきたというのが精神病院のその後辿った歴史だったといえる。ところが、180号法は、病院という場そのものが治療にはふさわしくないという斬新きわまりない考え方から成立した。いきなりこれが出てきたのではなく、1960年代にイタリア各地で沸き起こった精神医療改革運動の成果として成立した法律だと言えよう。

それにしても「イタリアでは精神病院をなくした」ということが紹介される場合に物質的な箱物としての施設をなくしたという点ばかりが語られるが、それではバザーリアの改革の有する本当の意義は理解できないことになる⁽¹⁴⁾。

バザーリアの考えたのは要するにこういうことだ。医師と患者とが真に出会えていない。どうして出会えないのか。出会うことを阻んでいる何か見えない力が働いているからだ。その力とは対象を客体化するまなざしであり、医師と患者の関係を固定化してしまう精神医療という制度、それを体現した場としての病院である。バザーリアは病室のシーツを交換する職員の姿に化けて患者のありのままの声、苦悩に満ちた声を聞き届ける努力をしている。その結果、そう気づいたのだという⁽¹⁵⁾。

精神の病気があるのかないのかは実のところよくわからない。原因と結果を取り違えていて、ある関係性の中で結果として生じている出来事を「症状」と呼んでいるだけなのかもしれない。そうだとすると、病気はあるとも言えるし、ないとも言える。よくわからないからそれはいったんかっこに入れておくことにする。そうすると、関係性の危機があって、そこで苦しんでいる人たちがいるという事実が見えてくる。当事者というのは、本当

はそれらのすべての人たちのことだ。

制度とは関係のあり方を規定しているものであり、そして施設とはそのような制度が空間的に実現された物理的な場所である。このような押え方からすると、薬もまた施設と同様に制度が実現される物理的なマテリアルであろう。施設をなくしたからといっても別のより大きな「施設」に入ってしまうのでは何の意味もないのである。要するに患者の治療のために邪魔になるので病院というものをやめた。政治的な思想闘争やイデオロギーのようなものではなくて、ただそれだけのことだ。松島論文の次のような言い方はそのことを示すものとして受け止められよう。

「興味深いのは、バザーリアが精神病院という「施設」ではなく「制度」を問題としながらも、精神病院という「施設」の閉鎖に踏み切ったのは、絶対的に非対称的な力関係がある場所では治療はなしえないし、治癒は起こりえないと考えたからである」
(387頁)

「バザーリアはいつも「病気ではなく苦悩が存在するのです」と言っていた。実存の苦悩は人間存在の一部でありそれを取り去ることはできないと彼は考えていた。だが精神病院と言う制度は、あたかもその苦悩を壁の向こう側にとじこめておけば、私たちは皆幸せにいらしていけるかのような幻想を与えてきた」(386頁)

3-3. 生き延びるに値する生の実感を取り戻す

ここで注意しておくべきことは、バザーリアの考え方は、頓挫した反精神医学とも違うということだろう。医師と患者という関係性を一切やめるとするのは、一見勇ましいが治療者としての医師という役割の放棄につながる。そうではなくてバザーリアはやはり治療

は続けようとするのである。患者が抱く苦悩や痛みに向き合い、その環境に横たわっている危機に向き合い続けながら、専門性を有した医師としての責任において、

いったいどんなイメージでとらえるといいのだろう。私の言葉で言うと、いかにも医療っぽい空間は皮肉なことに適切な医療の実現を阻んでしまうということではないかと思われる。精神病患者というデリケートな人たちと向き合っていく場合にこれはとても大事な点だと思われる。このことにかかわる松嶋による具体的な説明を引いておこう。

「ウンブリア州の精神保健センターに行ってみるのもこのような(居心地のよい無関心と節度ある親切があるような引用者)雰囲気である。受付ではいつも誰かが誰かとおしゃべりをしているし、利用者は基本的にどこにでも入っていける。精神科医や臨床心理士の部屋のドアには鍵がなく、ノックさえすれば誰でも入っていくことができる。受付での対応も親切というよりは素っ気ない感じだが、要するに何というか「普通」なのである。そこには「患者様」「利用者様」といったサービス呼称もサービス笑顔もないけれども「生きる感触」につながるような雰囲気はある。それはどういうことかと問うなら、「医療の場」という一つの意味によって独占された場ではないということだろう」(391頁)

こう言われて気づくのは、最近の日本の医療現場は「患者様」「利用者様」といったサービス呼称がとみに多くなっているということだ。医師と患者の関係が固定的で権威的なものになればなるほどこうしたサービス呼称やサービス笑顔の多用によってバランスをとらねばならなくなっている。しかしそこはどうかうそっぽい他人行儀の空間になっている。それゆえ、松嶋の言う「生きる感触」につな

がるような雰囲気は乏しい。一つの意味によって覆い尽くされてしまうのではなく、雑多な意味の交じりあった場に身をおくからこそ人は元気になっていくのである。抗うつ剤の力を借りずともセロトニンも自然な形で分泌されよう。バザーリアの改革は、精神医療の場を雑多な意味の交じりあった場にしていくことを志向していた。医師と患者という固定的関係を解体して、例えば、ファーストネームで呼び合うとか、いっしょにご飯を食べるなど平場のつきあいをするという実践もそうした思想があってこそ生まれてきたものなのである。

私なりにまとめれば、他にもありうる可能性に向けて開かれているという点でバザーリアの実践は、技師の思考に染め上げられた近代的な思考を脱して、ブリコラージュの機能する場としての精神医療の回復を構想したものとも言えるであろう。これは単に精神医療だけではなく、人間の生活の豊かさというものの一般についても言いうることであろう。医療にのみ特化した場よりも、ある場合には医療の場にもなりうる潜在的可能性を有している場の方が「患者」にとって居心地がよくてより豊かなはずだから。

3-4. 問題を心理主義化、医療化していく力と向き合う

松嶋はまた次のようにも述べている。「病院から地域へ」というスローガンはよく使われるものだが、その含意についてはよく吟味してみるということだ。

「イタリアで精神病院を中心とする制度から地域中心の精神医療制度にシフトしたというとき、それは単に病院の「内」から「外」への移動が起こったということではなく、一つの意味が支配する場から、調子が悪くなったりするがいつも悪いわけではない人々が、生活していく中でサポート

を期待できる雑多な意味の場へ変わったということなのである。したがって「病院から地域へ」というスローガンは、「一つの意味の場から雑多な意味の場へ」ととらえられなければならない。また「病者から生活者へ」という紋切型もまた「病者」というステータスから「生きる」プロセスへ、と理解されるべきである。いくら地域へシフトしても、そこに新たに作られる場所が「医療」なり「福祉」なりといった一つの意味によって一元的におおわれているなら、それは結局また「施設の論理」に逆戻りしているのである」（392頁）

「地域、地域」と掛け声だけ強くても、その地域が再び病院に患者を送り込むだけのものになっているとしたら、本質は何も変わっていないことになる。バザーリアは「病気」ではなく「苦悩」と向き合うことで精神病院とは異なる「場所」を創り出そうとしたのであったし、その意味で「施設の論理」を批判したのであった。

実のところ「施設の論理」はなかなか手ごわい。例えば、浦河の「べてるの家」はどうなのだろう⁽¹⁶⁾。統合失調症を病院ではなく地域で治していこう、自分で自分の病名を敢えて面白おかしく語ろう、幻聴、幻覚を逆手にとってユーモアで対処しよう、といった内容を有した斬新ですばらしい実践であることは確かだが、「治りませんように」という「べてるの家」を紹介した最近の書物（斎藤道雄『治りませんように』みすず書房、2010年）のタイトルに象徴されるように「病気」をアイデンティティにしているところがある。

むろん精神病の人たちが病院から脱して地域で共に生きるという場合、周囲の人々の「何をするのかわからない危険な人たち」という偏見をなくすのは容易なことではない。「べてるの家」の実践も実際にはそれを紹介する文献を読んで抱くイメージほどには地域の人た

ちに浸透していない。現地に滞在して町の人たちの声を拾うとそのことがわかる。そうした状況に対処するための一つの開き直りの文化として「治りませんように」という言い方は面白いのだが、やはり「病気」や「医療」という一つの意味によって覆い尽くされてしまいがちな点はいささか気になる。

これに対して松嶋の紹介を読む限りでは、バザーリアの改革以降のイタリアの精神医療では「病気」をアイデンティティの核とするということはあるにない。病気はあるのかもしれないし、あるいはないのかもしれないというファジーな考え方を前提としているので、そして何しろ病院そのものをなくしてしまっている「病気」に固執する必要が原理的にないのである。これは「べてるの家」との決定的なちがいであろう。

「病気」をカッコに入れて括ってしまう。「患者」とは見ないで、ちょっと調子が悪くなることもあるけれど、ごく普通の人の一人として受け入れる。「医療」とか「福祉」とかあるいは「人権」とかによって一義的に塗り固めるのではないような、雑多な意味の環境を作っていくという方向性は、問題を心理主義化、医療化していく昨今の強い力と向き合う上からも興味深く思われる。というのも、心理主義化、医療化とは個人主義化の中で進行するものだからである。新自由主義のもとで人々の社会的なつながりは断たれ、絆は分断され、「自己責任」の名の下で個人の内側の問題とされていく。「心のケア」も脳内に作用する抗精神薬の投与も実は新自由主義と相性が良いと言える。イタリアの精神医療はそれらに根源的に抵抗しているように思われる点でも興味深い。

おわりに — 他でもありうる可能性に向けて開かれていること

カルチュラル・スタディーズでは、レヴィ＝ストロースの「ブリコラージュ」概念を発展

させていて「弱者の武器としてのプリコラージュ」という点に着目している。すなわち、一見すると、エリート文化や支配的エコノミーに服従し、同意し続けるように見える弱者が、支配的な文化が押し付けようとする単一の意味をずらしていくときに使う抵抗の武器となるというように考えている。

例えば、卑近な例では、札幌の大通公園で毎年9月に行われているゲイ・レズビアンパレードでの、わざと過激な女装をすることによって、既存の強固なジェンダー規範としての男と女の線引きをあざわらうという実践が好例である。あるいは、足の親指がペニスになってしまう女性や仔犬になって好きな女性に抱かれないという女性を登場させるなど斬新なアイデアを提示している松浦理英子の作品群もそうした例であろう。松浦が好んで描くマゾヒズム的性愛の世界は、既存の常識的で支配的な、強制的異性愛に関わる固定的な価値観をゆるがせる力を持っていると思われる。女性の足の親指がペニスにもなってしまうという発想は基本においてプリコラージュ的である⁽¹⁷⁾。

「弱者の武器としてのプリコラージュ」というのは、ジェンダーやセックスの問題だけではむろんない。精神疾患に対して強い偏見をもって高みから見下ろそうとする人に対抗していくためのプリコラージュ的な戦略もありうるであろう。自分の病気を自分の言葉でユーモアたっぷりに語り、いわゆる当事者ではない人たちをも巻き込んでいこうとする「べてるの家」の実践はそういう意味合いから面白いへん面白いと思うが、それをより有効なものにしていくには、精神医療というものそれ自体をプリコラージュ的に捉えていくことの徹底が必要になろう。そのためには「よりよい精神医療」というよりも「精神医療よりよい何か」を求めていくという戦略が有効となるであろう。

小田亮によると「レヴィ＝ストロースは、

E. サイド（『オリエンタリズム』）の西洋による非西洋の表象への批判を先取りするかのようになり、ヒステリー幻想やトーテミズム幻想とは、正常な白人男性が、自分たちのなかにある望ましくない部分を異常者や未開人という他者に投影することによって、そのような部分が自分たちのなかにあることを否認し、自分たちの道徳的な世界を正常で確固たるものにするためのものだとしている」（『レヴィ＝ストロース入門』、112頁）という。こうしてみると、精神障害者に対しての「何をするのかわからない危険な人たち」という偏見とは「自分たちのなかにある望ましくない部分を異常者や未開人という他者に投影する」ことで生じているものと言えよう。

精神病院をなくしたイタリアでは「近づいてみれば、誰一人まともな人はいない」という標語の書かれた標識が街中のあちこちにあるのだという。おかしなところを持っていて苦悩や危機を生きているのは何も精神病患者だけではない。普通の人たち自身だって十分に変なのだ。そのことへの気づきによる「受苦者の連帯」こそが抑圧的なものとしての精神医療を根底から変えるために必要なものであろう⁽¹⁸⁾。

なお「弱者の武器としてのプリコラージュ」にみられる、他でもありうる可能性に向けて開かれている関係性は、本稿冒頭で示したストレスへの耐性を個人に強く要求してくる力やフレキシブルな環境に耐える労働者のイメージと一見似ているが全く異なるものである。プリコラージュとして精神医療をとらえていくアプローチをさらに進めてその差異を明らかにしていくことは次の課題となる。近代の「技術」についてはハイデッガーらの仕事を参照しつつ別の視点から捉え直していくことも併せて今後の課題となる。

注

- (1) 「医療の過剰」の一方で「医療の不足」も目立つ。医学部生の選ぶ人気診療科の偏り、医師や看護師の居住地域の偏り、リスク管理要求の亢進による医師の過剰な疲弊などは医療資源の不均等配分の具体的な例である。本研究が進めている科学研究費基盤研究(C)の助成による「健康不安意識と医療資源の不均等配分のは正に関する社会学的研究」(2009年度-2011年度、代表 井上芳保)では、この構造からの打開策を探っている。
- (2) さっぽろ自由学校「遊」の連続講座「精神医療の正体を問う——よりよい精神医療か精神医療よりよい何かか」(2011年1-3月期、全6回、コーディネーター、井上芳保、鮎田新世)の第4回として、2月19日に松嶋健と美馬達哉を講師とした「精神病院をなくしたイタリアの精神医療について」を実施。
- (3) 例えば、現役の内科の勤務医である松本光正による『血圧心配性ですよ!』(本の泉社、2009年)など参照。
- (4) 精神医療の対象となる患者数の激増を示すデータは少なくない。例えば、1999年にはうつ病などの気分障害の患者が44万人だったものが2005年には92万人に達していることを厚生労働省は明らかにしている。
- (5) 戦時動員体制についての踏み込んだ考察として、山之内靖、ヴィクター・コシュマン、成田龍一編『総力戦と現代化』(柏書房、1995年)など参照。現代社会に生きる我々の日常生活のありようを再考すると、二つの大戦を経てもたらされた技術革新が大きく影を落としていることがわかる。
- (6) 元高校家庭科教員の梶原公子は『自己実現シンドローム』(長崎出版、2009年)にて、マズローが人間的欲求の最も高次なステージとして提示する「自己実現」という理念へと生徒たちが教育現場などで煽り立てられ、果てなき夢を追う生活に陥った結果、食生活など日常生活の基本的な部分をおろそかにする若者が増えていることを問題にしている。
- (7) 大学生の間で「就活」へのうらみは膨張している。長期化は学業の時間を奪うし、ストレスを貯め込んでうつを発症させる者が続出している。流暢なコミュニケーション能力を要求する「就活」は、今やその規格になじめない若者たちに「病」を生じさせて医療化へと誘導する装置となっている。
- (8) そのような中で「精神科セカンドオピニオン」という実践は注目される。これを創始した笠陽一郎医師は松山市内在住の開業医であるが、精神病者集団「ごかい」との長年のつきあいから生まれたものといえる。「精神科セカンドオピニオン」は患者・家族・医療・福祉関係者らによる取り組みとして運営されているが、過剰な薬の投与に疑問を感じず医師や薬剤師など全国から支援者が増えつつある。
- (9) 芹沢一也『〈法〉から解放される権力』(新曜社、2001年)は、犯罪、狂気、貧困などから大正デモクラシーの正体を暴き、それが昭和のファシズム体制へと結びついていった経緯を明らかにする力作であるが、その中で精神医学について内在的に発展したのではなく、犯罪の領域との間に形成された関係性において存立基盤を得たことを明確に指摘している。
- (10) 上杉正幸『改訂版 健康不安の社会学』(世界思想社、2008年)では「医療産業の総生産額」を計算している。それによると医療産業全体の生産規模は2004年で既に40兆円を超える規模になっているという。国民医療費はその後もさらに伸び続けている。これに歯止めをかける勢力がいわゆる民主的な立場の人たちも含めて乏しいことが問題である。
- (11) 医師のロボット化と呼ぶことができるが、これには医師の養成機関である医学部で学生たちが受ける教育に問題があることも考えられる。とりわけ最近では学内で有力な教授の下に製薬会社の営業マンが足しげく通い、自社の薬の売り込みをはかっているから、その薬を使うことが「正解」とされていて、学生たちがそれを

疑わず覚えるという事態が起きている可能性がある。

- (12) このほか、セロトニン、ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)、ノルアドレナリン、セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)もある。これらはSSRIと同様に処方量が激増している。
- (13) SSRIについては、賦活症候群(activation syndrome)といわれる、自傷行為や自殺念慮などの望ましくない症状が出現することが医療関係者の間ではよく知られている。イギリスではBBCの放送によってその危険性が多くの人に知られて処方禁止になったSSRIがあったが、日本ではほぼ野放し状態になっている。
- (14) 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、2009年)はイタリアの精神医療についてわかりやすく書かれているが、「脱制度化」と「脱組織化」との相違についての説明が不十分である点では、バザーリアの思想について不要な誤解を生んでしまうようだ。
- (15) 全制的施設における患者の日常を描いた古典として有名なゴフマンの『アサイラム』は、バザーリアの妻で社会学者のフランカ・バザーリアがイタリア語に訳している。
- (16) 浦河の「ベテルの家」では、150人ほどの精神病患者が町内に分住しながら生活している。認知行動療法として、頻繁にミーティングを行い、昆布の袋詰めなどの作業をその日の体調に

合わせて行っている。恒例の定期総会での妄想大会などは有名である。

- (17) 松浦理英子『親指Pの修業時代』(1993年、河出書房文庫)は、多様な変態的性欲者を登場させて男根中心主義を風刺している。『犬身』(2007年、朝日文庫)では、犬になって好きな女性に抱かれたいと言う女性同士の甘やかなマゾヒズムを描いている。
- (18) 小田は、ブリコラージュは「真正な社会」においてのみ働くとも述べている。「真正な社会」とは対人的なコミュニケーションが多々みられる生活世界である。匿名的な関係性の中で記号が消費される「非真正な社会」ではブリコラージュは機能しない。

付記

「ブリコラージュ(bricolage)の訳語として一般的には「器用仕事」が採用されているが、「その場しのぎの、ありあわせのものでなんとかやりくりしてまにあわせる」という含意を十分にはカバーしていないようだ。「器用仕事」とすると消失する「そんなにたいそうなものではない」という野生の思考のニュアンスを残したいが、適切な代案が見当たらないので「ブリコラージュ」をタイトルにそのまま使った。すなわち「ありあわせのものでなんとかやりくりしている程度のものとしての精神医療」ということである。人々が精神医療に対してそういう認識を持てば、薬物に大きく依存する精神医療の現状はかなり変わるだろう。