

「障害の社会モデル」と内なる障壁

—予測する不幸より振り返る幸福を—

飯 島 雄 介

目次

はじめに

1. 障害の社会モデル

- 1. 1 社会モデルとは
- 1. 2 社会モデルの問題点
- 1. 3 社会モデルの実践

2. 内面の障壁と社会

- 2. 1 自己が生み出す障壁
- 2. 2 「神経症」の病態

3. 内面と向き合い、目的へ向かう

- 3. 1 生きる哲学「森田療法」
- 3. 2 意識選択の現象学

4. 経験と解釈の内的可能性

- 4. 1 目的本位と自己実現の達成
- 4. 2 予測する不幸より振り返る幸福

5. 「障害の社会モデル」の理想図

参考文献

はじめに

それまで、「障害とは何か」という疑問など持ったことがなかった。何らかの心身の欠損があることそのものがあることが、「障害がある」ということだと疑わなかった。しかし、大学での「障害学」の講義にて、その偏見は覆されることとなった。「障害の社会モデル」をご存じだろうか。端的に言うと、身体的な欠損そのものが「障害」とされるのではなく、そうした欠損に配慮がなされていない、「健常者」中心に築かれた設備や制度といった社会システムによって、様々なことができなく「されている」こと、つまりその「社会的障壁」こそが「障害」なのであると考える思想である。この思想は、これまでいわゆる障害者が「障害が“あるから”」とあって特別な制度や設備に囲い込まれ、社会的包摂の輪から疎外されてきた歴史に疑問を投げかけ、これからの社会のあり方に大きな影響を与えるものである。

今回、この「障害の社会モデル」について紹介し、その思想には問題があるのか、また実際にはどのように社会に適用されているかを述べ、社会モデルに関する理解を深めてもらうとともに、従来の「社会モデル」の理論では捉えられなかった、精神疾患の「神経症」における「新たな障害のありかた」を提示し、その障害の性質と問題の解消はどのようにすればよいかを論じる。

1 障害の社会モデル

1. 1 社会モデルとは

従来、障害者でいうところの「障害」というものは、例えば四肢の欠損など、活動、行動等で不自由を来す心身的特徴それ自体のことであると社会的に自明視されてきた。近代以降は労働力が重視される社会的事情から「治療・リハビリに専念すべき者」（杉野 2007:120）などとされてきた。このように、障害の原因を個人のものとしたり、治療を必要とする見方を、障害の「個人モデル」や「医療モデル」という。

そのような見方に対して、「障害を制度的障壁としてとらえ、障害問題を『機会と結果の不平等』問題として扱う」（杉野 2007:113）、あるいは「障害を社会の偏見的態度としてとらえ、障害問題を『（結果ではなく）機会の不平等』問題、すなわち『差別』問題として扱う」（同上:113）といった、「障害」というものの本質を外部に求める「社会モデル」という考え方がある。特に前者はイギリスで発展してきた社会モデルであり、後者はアメリカで発展してきた社会モデルといえる。またイギリスにおける「隔離に反対する身体障害者連盟」（UPIAS）という組織は、長瀬(1999:15)の引用によると

インペアメント：手足の一部または全部の欠損、身体に欠損のある肢体、器官または機構を持っていること

ディスアビリティ：身体的なインペアメントを持つ人のことを全くまたはほとんど考慮せず、したがって社会活動の主流から彼らを排除している今日の社会組織によって生み出された不利益または活動の制約

(UPIAS, 1976, p. 14 訳は佐藤、一九九二年、二六―二七項)

といった、社会モデルにおいて重要な区別の定義を行っている。

わかりやすい身近な例として、物理的な障壁に関して一つ挙げると、「階段」というものは、自分の脚で歩け、難なくそれを上れる人が前提で作られており、エレベーターやエスカレーター、昇降機の無い環境では、車椅子や杖が必要な、歩行に不利なインペアメントを持った人にはそれを自力で上ることは困難、あるいは不可能だ。社会モデルの視点では、ここでは肢体などの欠損といった「インペアメント」が障害なのではなく、そうした人のことを想定せずに造られた「階段」という設備によって「ディスアビリティ」が生み出されているということである。心身にどのような特質があろうと、人としてただ「在る」という時点では、「障害」という問題は表出してこない。一人の人間がある構築された社会に身を置くと、初めて何が「出来ない」かが問題になる。人々にとって障害は、その社会との関係で生み出されるといえるのではないだろうか。

1. 2 社会モデルの問題点

以上で紹介した「障害の社会モデル」は、障害者の身に起こる様々な不平等の原理を問い直す強力な視点であるが、一方で反論も起きている。ここでは、アメリカ社会モデルとイギリス社会モデルそれぞれに対し指摘されている問題点を明らかにする。

アメリカ社会モデルにおいては「司法解決（社会モデル）と意識変革（文化モデル）のいずれを重視するか、あるいは、障害アイデンティティを強調すべきか（マイノリティ・モデル）、健常者／障害者といった二項対立的カテゴリーの無効性を強調すべきか（普遍性／連続性／多様性モデル）といった点について、やはり内部論争と外在的批判¹⁾がある」といい(杉野 2007:113)、またイギリス社会モデルに対しては、イギリス社会モデルの発展を担ってきたマイケル・オリバー(2004=2010:訳 18)は「5つの主要な批判がなされている」と述べ、それぞれ

- 1 「損傷の現実を無視しているか、あるいはその現実適切に対処できてはいない」
- 2 「損傷と障害の双方の『痛み』についての主観的な経験が、社会モデルでは無視されている」
- 3 「人種、ジェンダー、高齢化、セクシュアリティなどを組み込むことができない」
- 4 「問題なのは私たちが直面している物理的・環境的バリアではなく、私たちの文化的価値が障害者を『他者』と位づけている慣習である」

¹⁾杉野(2007:113)は、社会モデルに対する批判の軸として、「障害学そのものに対する懐疑的な批判」、「障害学もしくは社会モデルの理論的發展をめざした建設的批判」を挙げ、それぞれ「外在的批判」「内在的批判」としている

5 「モデルは自立の妨げの社会理論としては不十分である」
として紹介している。またオリバーはこの5つの批判に対し、

- 1 「社会モデルは損傷の個人的体験に関するものではなく (Oliver, 1996)、自立の妨げ (disablement) の集団的体験に関するものだからです (Oliver, 1990)。」
- 2 (オリバー自身の研究を踏まえて) 「同意できるものではない」「実際のところ、社会モデルは 1970 年代の、障害のある数多くの活動家の経験から生まれたものなのです。」
- 3 「社会モデルがこのような分野を十分に組み込んでいないという事実は、組み込むことが不可能であるという意味ではありません。」
- 4 「非常に多くの障害者が生活を脅かす物質的な欠乏状態を経験しているのに、障害の政治学だけを位置づけの政治学の領域に移動させることは、基本的に間違っており、不適切である」
- 5 「社会モデルを発展させてきた私たちが、社会モデルを理論であると主張したことがあるとは考えていませんし、それどころか私たちのほとんどは、社会モデルは障害の理論ではないと明確に述べている」

とそれぞれ反論を返す。加えてオリバー (2004=2010: 訳 21) は、「障害者運動の一部が、社会モデルが何を意味しているのかに関わりなく社会モデルを改善しようとするきっかけとなりました。」と指摘し、改善の可能性をみとめつつも、しかしそれ以上に「社会モデルの原理に合致する政治的戦略を発展・促進させることが必要」(同上 訳 21) であり、「社会モデルをどのように改善するかを話し合うことに気を遣うよりも、社会モデルを推進し、利用しよう」(同上 訳 21) と主張する。アメリカ社会モデルに対する批判も、イギリス社会モデルに対する批判も、社会モデルの実践によって何か重要な問題が生じるとまでは示していない。むしろ、それらは社会モデルの一旦の実践の後、議論を重ねることによって洗練させていくべき課題なのではないだろうか。

1. 3 社会モデルの実践

では実際に、社会モデルが適用されている例はあるのであろうか。またそれはどういったものであろうか。

障害を個人の特質ではなく、社会的に構築されるものであるとするのが「社会モデル」であると説明したが、それに沿うと、まず「物理」面においては、各々のインペアメントを想定した設備設計が目指されることがわかる。「バリアフリー」という言葉を聞いたことがあると思うが、一部では多目的トイレや点字ブロック、車いす用昇降機などが配備されているのを見かける。しかし、従来の古い設備に後付け的に設置された設備、例えば階段しかない地下鉄の駅に、階段に沿う形で設置された昇降機²などでは、車いす利用者にとっては効率の悪い移動手段を余儀なくされているように見受けられる。またバリアフリー化

² 例えば、東京メトロ東西線早稲田駅の階段脇に設置された昇降機は、駅員の補助が必要であり、また横には多くの地下鉄利用者が通行するため、大変目立ってしまう

が叫ばれる以前や、人口流出により過疎化した地域の古い建物や駅などでは、そういった後付けの設備投資もままならない³様子であり、課題はまだまだ多いと言えそうだ。

次に障害の社会モデルの「制度」的实践に目を向けると、例えばアメリカの「障害をもつアメリカ人法」などといった障害者差別禁止法がある。杉野(2007:8-9)によれば、「英米ともに障害学では、障害者権利運動による差別禁止法制定のメリットとして、『障害者』に対する社会一般の見方の変化や、障害者自身の自己像の変化など、『目に見えない成果』を重視する傾向が強い(Stein 2000:55:Barnes, Mercer and Shakespeare 1999: 訳 208-34)」といい、同じく杉野(2007)は例として、サリー・フレンチ⁴の言う、目が見えないために近所の人と出会っても自分から挨拶できず、地域で孤立しがちであるという問題(French 1993:17-18)を挙げて、これに関して「私たちが、近所に住む盲人の人を見て見ぬふりをしてこちらから声をかけないのは、マナーの問題」とし、アメリカ社会モデルは『マナーの問題』までその射程に含んでおり、「雇用や商品サービスといった『公的場面』において、視覚障害者への配慮を法的に義務づけ、合理的配慮の欠如を法的処罰の対象とすれば、近隣関係といったインフォーマルな場面においても、視覚障害者への『配慮』が『当然のマナー』として定着することが十分に期待できる」という。これはバリアフリー環境の整備とは違い、制度という大きな枠組みで社会に働きかけることができる。

ここで、例えば先に述べた「バリアフリー」といった物理的側面への配慮を再び考えると、同じ人間が二人といたないように、すべてのインペアメントに配慮した設備設計というのは難しいかもしれない。しかし、この「意識的な変革」が推進されれば、想定に対してイレギュラーな状況が起きた際にも、前向きに、柔軟に取り組んでいくという姿勢が得られるのではないであろうか。例えば、自閉や知的障害、認知症の人などの支援で考えると、その時障害当事者が何を必要としているかを読み取ることが難しいという話がある。自閉症の当事者である東田直樹は、自身の著書で、

僕らが話す言葉は、いつも足りないのです。

足りない言葉は、みんなの誤解を生みます。

例えば……

「ねえ、今あの子が『みんなで』って言ったよ」

「それは、一緒にやりたいってことでしょ」

「そうかな？ みんなでやるのか聞いてるんじゃないの？」

実のところは、その子の言っている『みんなで』は、以前先生が

「明日は、みんなで公園にお出かけします」と言った言葉の中で、

自分が言える単語を繰り返すことで、出かけるのはいつかを聞いたかったのです。

(以下略) 東田(2007:32)

と綴っている。また寺本(2008:161-177)は、自閉／知的障害者の支援の中で、自閉／知

³ 例えば、JR 青梅線鳩ノ巣駅では、改札側から上り路線のホームに向かうには跨線橋を渡るしかないが、エレベーターやエスカレーターは設置されていない

⁴ ハートフォード大学保険・人間科学部上級講師、イギリス放送大学准講師である障害学研究者(サリー・フレンチ, ジョン・スウェイン 2004=2010: 訳 61)

的障害の人が、暴力的になり、物を壊してしまう場合などに関して、「原因をあれこれ探っていて、それが分かることもあるけどわからないこともたくさんある。」と述べているが、それと同時に、「それよりも、日々の生活の中では、その都度まわりがある程度適切な対応ができれば、原因そのものは解決しないけれども、パニックや不機嫌や気分の上下を『やりすごす』ことはできる。」(寺本 2008:177)とも述べている。障害当事者や支援者ではなくとも、公共の場でパニックを起こした人を見かけても、せめて怪訝な顔を向けないということだけでも、障害当事者、支援者にとっての少なからぬ安心感、やりやすさ、生きやすさに繋がるのではないであろうか。物理的配慮ではカバーできない側面も、意識という面でできることは大きいはずだ。

2 内面の障壁と社会

2.1 自己が生み出す障壁

ここまで、障害というものの要因が社会的側面にあり、その社会を変革する必要があるという視点で「障害の社会モデル」を紹介してきたが、果たしてすべての障害にその考えを適用することができるだろうか。ここで、「障害」とされるものの本質が社会というよりもむしろ、自身の「内面」に存在する場合、つまり精神障害における「神経症」という大枠について見ていきたい。

「神経症」とは何かというと、特定の病気を指し示すものではなく、公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団のウェブページ⁵によれば、「神経症は主に心理的原因によって生じる心身の機能障害の総称」であり、「器質的な病気によるものではなく、健康な人が普段から体験するような心や身体に対する感覚や感情が、行き過ぎた状態」と説明されている。具体的には、例えば「潔癖症」という言葉を耳にした人は多いかと思うが、たいていの方は手が汚れていても、「嫌だな」とおもいつつ、手を洗ってしまえば、あとはそれほど気にせずに日常生活に向かうことができる。しかし、どれだけ手を洗っても「まだ細菌がついているのではないか」という不安が拭えず、手を洗う行為が長時間やめられず、日常生活にも支障を来すといった場合、それは「神経症」的だと言える。他にも、例えば神経症に対する療法の一つ、「森田療法」の伝承者である精神科医の岩井(1986:43-44)は、自身の経験として

中学三年の頃、古本屋で大学生が万引きして書店のおやじに見つけられたのを目撃し、それ以来、本屋に入ってから自分が万引き常習者だと思われたらどうしようという不安が強かった。高校に入ってから、ある古本屋で堀口大学訳によるアポリネールの美

⁵ 公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団「神経症（不安障害）とは？」神経症（不安障害）と森田療法～公益財団法人メンタルヘルス岡本記念財団
<http://www.mental-health.org/fuan1.html>(2015.02.04)

しい詩集の初版本を見つけたときに、胸が高まって棚からその詩集を手にとって見たかった。しかし、万引者だと思われはしないかということが不安で、とうとうその詩集を手にするができなかった。

と述べている。このように、神経症は誰でも抱く不安や恐怖といった気持ちの延長線上にあり、それが過度になったものである。

社会モデルでは障害は社会によって、あるいは社会との関係性の中で生み出されるものと考えたとしたら、神経症においては、きっかけが外的な経験であったりする一方、健常者ならばその後も気にせずにいられるようなことから過度な不安を見出してしまうものもあり、この場合は外的障壁というよりも、個人の「内的障壁」ということもできないであろうか。但し、それは神経症という障害の本質が個人のみには帰属するのではなく、社会と向き合う上での不安であったり、あるいは社会的な影響で構築された価値観に基づく神経的な過敏状態と考える点で、社会的にもたらされるといえるが、外部からの配慮によって必ずしも解決し得るものではなく、個人内部の意識的な変革などによる解決が求められる点で、従来の社会モデルとは視点が違うと言える。

2. 2 「神経症」の病態

「神経症とは誰もが抱く気持ちの延長線上にある」という主旨を述べたが、実際はどの程度、どういう風にそれが「病的」なのであろうか。

精神科医の田島(2008:161)は、神経症の連関である社会不安障害に関して

大勢の前や、偉い人の前で話をするときには多少とも緊張したり、あがったりするのは誰にでもあることですし、むしろ正常な反応といえます。

と述べた上で、

社会不安障害の方の場合には、普通の人であればまったく緊張しなくてもいい場面で強い不安や恐怖、緊張の症状が必ず出てしまいます。そして、通常であれば徐々に慣れてきて不安や緊張が軽減するはずですが、逆に社会不安障害に悩む方の多くが年とともに悪化した、と訴えます。しかも、こうした不安、恐怖から逃れようと様々な工夫をしたにもかかわらず改善しないため、多くの方があきらめとともに、自分の性格的な弱さと思い込んでしまうのです。

という。また、医学的研究に関して、同じく田島(2008:139-141)の記述では

動物が強い恐怖を感じた時に起こる恐怖反応の出現に中心的な役割を果たしているのが脳の奥にある扁桃体と呼ばれる部位です。

(中略)

最近の研究の成果では社会不安障害をはじめとする不安障害に悩む人ばかりでなく、

不安傾向の強い人は恐怖感を起こすような刺激を提示したときに、不安傾向がない健常人に比べて強く扁桃体が活性化されることが明らかとなってきました。

と述べられているように、健常者とは違った元々の気質も関係する場合があるようだ。ただし、これらだけで症状の要因や様態の説明ができるものでは勿論なく、他にも遺伝や養育環境などの影響が示唆されているが、実際のところ何が原因かはわかっていない（田島2008）。

こういった障害はその症例からしても、「社会とのつながり」に関して大きな問題を来す。実際田島(2008)は、社会不安障害の患者と不登校や退職、ひきこもりといった問題との関連や、社会的繋がりを失ったことによるうつ病の併発なども指摘している。

しかし、「こうした不安、恐怖から逃れようと様々な工夫をしたにもかかわらず改善しないため、多くの方があきらめとともに、自分の性格的な弱さと思い込んでしまう」（田島2008:161）とは言われるものの、もし人が問題を感じている自らの性格傾向とその問題点を自身でより正確に把握することに努め、俯瞰することができたのならば、「ではどうすればよいか」、「どのようにになりたいか」といった目的地を同時に設定し、現状から理想への辿るべきプロセスを明確にすることによって、望む方角へと自ら舵をとることは出来ないのであろうか。次章からは、そうした思索に近いといえる精神療法を手掛かりに、「神経症の克服」を探っていく。

3 内面と向き合い、目的へ向かう

中村(2007:42)によれば、「社会不安障害(SAD)に対する治療は、大きく分けると薬物療法と精神療法(心理社会療法)の二つ」がある。薬物療法に関しては文字通り、薬を飲んで治療を行うわけだが、精神療法に関しては「認知行動療法」や「森田療法」といったものがある。まず認知行動療法とは、厚生労働省の発行する「うつ病の認知行動療法治療者用マニュアル」⁶によれば、「人間の気分や行動が認知のあり方（ものの考え方や受け取り方）の影響を受けることから認知の偏りを修正し、問題解決を手助けすることによって精神疾患を治療することを目的とした構造化された精神療法」と述べられているが、詳細は割愛させていただきたい。ここでは、より人間の心理傾向を具体的に読み解く「森田療法」という治療法に焦点を合わせ、神経症者がどのように社会に向き合っていくかを考案したい。

⁶ 厚生労働省(2009)「うつ病の認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアル」厚生労働省ホームページ(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>)(2014年12月現在)

3. 1 生きる哲学「森田療法」

「森田療法」という精神療法を聞いたことがあるだろうか。中村(2007)によればこれは、日本の精神科医森田正馬が、主に赤面恐怖などの対人恐怖症状の治療を経験する中で確立したものであるという。どのような理論かを説明すると、日常生活において何らかのネガティブな考えや不安があり、それらを避けたい、取り除きたいと強く考えるが故に、逆にそのことにとらわれてしまい、不安や苦痛が増加するという神経症に対し、まず、そういったネガティブな思考は誰もが持つ正常な考えであることを認め、異物として取り除こうとせずに受け入れ、自分がなにをしたいのかという目的、どうなりたいのかといった自己実現欲求に沿って行動をすることで、不安の悪循環を打破し、日常生活を取り戻していこうとするものである。ここで、ネガティブなことを考えてしまったり、それが頭から離れなくなったりすることを「とらわれ」といい、それを取り除こうと考えたり、行動したり、避けたりすることを「はからい」、「とらわれ」と「はからい」を繰り返すことによって悪循環に陥ることを「精神交互作用」といい、ネガティブな考えや不安を取り除こうとせず、それらを認めることを「あるがまま」、そして、苦手な状況から逃げるのではなく、自己実現のための行動を起こすことを「目的本位」といい、いずれも森田療法における重要概念である。実際の治療では外来や入院療法があり、具体的に作業や行動を行ったり、入院においては「一週間、日常的な外界と遮断された『^{がじよく}臥褥（静かに寝ていること）療法』」（岩井 1986:122-123）といった実践もあるようだが、詳しくは割愛する。

抽象的な説明になったため、岩井の紹介する具体的な治療例⁷を要約して紹介すると、ある有能な銀行マンのL氏は、会議中に司会をしながらメモをとる際、手が震えて字にならないことに苦痛を感じていた。その苦痛を取り除くために、うまく字を書こうとするほど、逆に緊張して硬直してしまうという悪循環に陥ってしまい、やがて会議をさぼるようになり、銀行をやめることも考えたが、診療の後、今まで通り銀行で活躍したいという真の欲望に踏み切るようになり、身体が震え、手が震えながらも会議に出席し、よりよい内容を他の行員に伝えるべく努力をした結果、再び業績を上げ自信を回復していったという（岩井 1986:148-154）。先ほどの森田療法における重要概念で説明しなおすと、ここでは手が震えることを恥ずかしく、いけないと感じることに「とらわれ」、それをやめようと思ったり、実際に会議から逃避する「はからい」をしたが、その苦悩を取り除こうとせず、手が震えることを「あるがまま」にして会議に出席し、会社で活躍するという「目的本位」の姿勢をとったことで、「精神交互作用」から解放される道に至ったということが言える。

3. 2 意識選択の現象学

次に、「精神交互作用」という概念に着目し、筆者の見出した理論を交えて考察したいと思う。

⁷ 但し、岩井は患者のプライバシーを考慮し、当事者がわからないようイニシャルを用いている

例えば仮に、Aさんという人が「赤面恐怖」であり、人前に出て話そうとすると赤面してしまうことに悩み、赤面しないように意識するとますます赤面してしまうという典型例を設定する。ここでは「赤面を止めよう」と思うことでますます注意が自己の赤面に向き、事態が悪化するということが「精神交互作用」である。この悪循環を踏み込んで考えると、健常者ならば、そもそも自己の意識が「赤面するかしないか」という選択には向きもせず、その意識は「目の前の人に伝える」という目的に向いているはずである。また、「意識」というものについてであるが、人前でなにかを話すときでも、その空間には人が認識できるさまざまな事物が存在している。たとえば、空や花瓶、時計、目の前の人々の髪型など実に様々なものである。通常、人は特にコミュニケーションにおいては、「伝える」といった「目的」に意識が向いており、それ以外のことは無意識のなかにとどめておくことができていると思われる。しかし、赤面恐怖の場合は、「目の前の人に伝える」という目的から逸れ、多様な事物、事象への意識を選択できる可能性のある空間の中で、「自分の顔色」という事象を選択し、強烈に意識してしまっている。そして、「赤面を止めよう」と思っても、事物・事象の多様にある空間の中で、「赤面か赤面でないか」という実に限定的な意識選択を行っている限り、ますます他事象への意識選択の道は狭まり、赤面恐怖という悪循環からは逃れられなくなるということではないのであろうか。さらにこれは、赤面恐怖以外にも、例えば前節でも例の出た、人前で字を書くときと震えてしまう「書痙」や、人と目を合わせられない「視線恐怖」といった諸所の症状にも言える。

人前で字を書くとき、通常「何を書くか」といった目的に意識は向けられ、自分の手や手の動きそのものには意識は向かないであろう。しかし「書痙」においては、人前でうまく字が書けるかどうかということに関心が向き、目的のために字を書くにすぎないのではなく、手元それ自身に意識が集中し、そこから意識を外そうとしても「“手元”から意識を外そう」という気持ちを出発点としている限り、どうしても悪循環に陥ってしまうということである。視線恐怖においても、相手に物を伝えようとしたとき、「伝える」という目的に「視線を合わせる」という行為がついてくれば自然であると思うが、相手の「目を見る」という事象そのものに着目してしまったとき、自然なコミュニケーションが困難になってしまうのではないであろうか。

森田療法では、その悪循環から脱却するために、改めて自分の目的を確認し、多様な事物・事象の選択可能性から、本来の意思への「志向」を取り戻すことで、いわば「赤面への意識」を「見えなくする」という治療効果があるのではないであろうか。本来の目的から外れる、限定的な意識の選択を、無意識の中に還元するのである。

4 経験と解釈の内的可能性

神経症に対する治療法として「薬物治療」という方法もあると三章冒頭で触れたが、例えばその一つとして「選択的セロトニン再取り込み阻害薬」、通称「SSRI」と呼ばれる種類の薬があり、セロトニンとは神経伝達物質のことであるが、田島(2008)によれば、SSRIはそのセロトニンの利用効率に働きかけることによって、不安や恐怖反応を起こす神経の働きを鈍くすることがわかっているようであり、「それまで自分でわかっていた小

さなことを気にしてくよくよしたり、周囲から細かいとうるさがられたりしたのが自然とどうでもいいような気持ちになってくる(p173)」という。勿論、同時に田島(2008)は、人によって効果に差があることと、副作用の可能性も指摘しているので十分に注意が必要である。

神経症において、仕事や学校など、日常で必要不可欠な場面に恐れを感じ、参加、行動できなくなってしまう場合は大変苦痛であり、人の生活がいかに社会参加によって成り立っているかを考えさせられる。田島(2008:162)は自身の治療者としての経験から「こうした方の治りたいという熱意や、治療に対する意欲は驚くほどのものです」という。

確かに、学校をやめることはその後の生活にも関わるし、仕事をやめることは収入が途絶えることを意味するため、一刻も早く治療できればそれ以上良いことはないであろう。しかし、こうした薬の利用によって、森田療法といった精神療法によって達成された目的本位の姿勢と自己認識では、「治癒」という視点では同じであるが、同じ病気から得られた経験としてはかなり違ってくるのではないであろうか。実際、中村(2007:47)は、「薬物療法の最大の問題点は、中止後の症状再燃率が高くなることにある。そうしたことから、SADの治療では薬物療法ばかりではなく、精神療法(心理社会的療法)の適用が重視されている」と述べており、田島(2008)は、認知行動療法においては治療終了後の再発の率が薬に比べて非常に低いと指摘している。また、薬物療法において同じく田島(2008:171)は、「ひとつのSSRIで一〇〇パーセントの方が良くなるわけではなく、非常に良くなって人生が変わったというくらいの方は二〇～三〇パーセント前後であり、それなりに良くなった人を含めても六〇～七〇パーセント位です」と指摘しており、治癒の観点では、薬物療法だけではなく、精神療法の必要性も大きいことが窺える。

この章では、森田療法の伝承者である精神科医岩井寛自身が、実際に森田療法の理論を通して自らの人生を飛躍させた例などをもとに、神経症と人間の精神的成長について論じていきたい。

4. 1 目的本位と自己実現の達成

当論文でもすでに多分に引用している岩井寛による「森田療法」(講談社現代新書 1986)という著書であるが、その本の成立の過程に岩井自身の「目的本位」と「自己実現」が現れている。松岡(1986)によれば、岩井は、病によって左耳の聴力と両目の視力を奪われ、全身を癌に侵されて下半身が不自由になりながらも、死の恐怖をもあるがままに認め、自己実現のため、口頭記述(録音)によって他に二冊の本を書いた後、本書を書きあげ、校正刷りが出る前に亡くなったということが記されている。

岩井(1986:203)は本書終盤で、

ではなぜ、これほど辛い思いをしても本を書くのか、と問われれば、それは“最後まで人間として意味を求めながら生きたい”からである。何もしないで、ただ苦しさで闘いながら生きていることもできる。一方、痛みや苦しみと闘いながら口述筆記をすることもできる。つまり、そのどちらかを選ぶことができるのは筆者自身なのであり、それを決定するのも筆者なのである。

と綴る。

不安や恐怖があって、それに打ちひしがれて生活を送ることもできるが、不安と恐怖がありながらも、自分が最も望む行動へ懸けてみることもできる。勿論、不安や恐怖に震えながら行動をし、結果うまくいかなかったり、恥をかいったりすることも大いにあり得るが、岩井(1986:199)は、

不思議なもので、最初は「あるがまま、あるがまま」といいながら自分を駆り立てるような行動をとってきたのだが、今は“習い性”となって、二者択一に行動の前に立たされたときに、たとえ苦痛であっても自分の人間性を大切にするような行動が自然にとれるようになってきた。

といった経験を述べている。実際は社会不安障害の人にとって、こうした目的本位の行動は最初はかなり大きなハードルになりうると思うし、必ずしもすぐに効果があるとは思わないが、いきなり大きな不安に対してではなく、小さな不安からでも「あるがまま」を試してみてもいいかもしれない。

4. 2 予測する不幸より振り返る幸福

神経症者に限らず、生活において、誰にでも苦手な場面や不安を感じる場面があるかと思う。「失敗を恐れて何もやらないよりも、とりあえずやってみることが大事」とはよく耳にすることばであるが、理屈でそれをわかっている、実際には目の前の不安が重要であり、その不安を優先してしまう人もいるであろう。筆者は紛れもなくその一人である。しかし、朝の布団のぬくもりの心地よさを求め続け、一生を布団の中で過ごすことができればそれが幸せかといえば、そうとも思えない。こうした場合、頭ごなしに行動の必要性を自分に訴えても、それを「理解」し、自分のことばにできないうちは、結局は無理強いであり、考えても苦痛になるだけだと思う。つまり大切なのは、「とりあえずやってみる」ということばに至る“プロセス”を自分のものにするということではないだろうか。目的地までの道筋が示されることでやっと、その道を歩くことができる。

では、その“プロセス”はどういうものか。森田療法においては逃避に対する「自己実現」の重要性を見たが、他に私はその手がかりをV. E フランクルの著書「それでも人生にイエスという」に見た。

フランクル(1947=1993:訳 25)はその書の中である例をだす。

思い浮かべてみることにしましょう。ある男が、死刑の判決を受け、処刑の数時間前に最後の食事の献立を好きなように考えていいといわれたとします。看守が独房に入ってきて、男の望みをたずね、いろんなおいしい食べものの提供を申し出ます。けれども男は、どんな申し出もはねつけます。この男にしてみれば、ほんの数時間後に死体になる運命のこの有機体の胃のなかに、おいしい食べものをつめこもうとつめこむまいと、まったくどうでもいいことなのです。いまならまだ、この有機体の大脳の神

経細胞に快感が起こることも可能です。けれども、その快感も、二時間たてばすべての神経細胞が永遠に滅んでしまっているだろうという状況を考えると無意味なのです。けれども、すべての生は、死に面しています。そして、この男が考えていることが正しいとすると、すべての人の一生も無意味ということになります。もし、私たちが、できるかぎりたくさんの、できるかぎり大きな楽しみを求め、楽しみを得ることだけを追求しほかになにも追及しないのなら。楽しみそれ自体は、生きている意味を与えることができるようなものではありません。ですから、楽しみがないからといって、生きる意味はなくなりはしないのです。

この例のほかに、フランクフル(1947=1993:訳 24)はタゴールというインドの詩人の詩を引用している。

私は眠り夢見る、
生きることがよろこびだったらと
私は目覚め気づく、
生きることは義務だと。
私は働く一すると、ごらん、
義務はよろこびだった。

この詩の帰結が過去形になっていることが重要であるが、フランクフルは「しあわせは目標ではなく、結果にすぎない」(同上:訳 25)、「わたしたちは生きる意味を問うてはならない」、

「現在がすべてであり、(中略) どんな未来が私たちが待ち受けているかは、知る由もありませんし、また知る必要もないのです。」と語る。今までの人生を振り返ってみた時、さまざまな困難や苦労があり、人によっては二度と繰り返したくない過去もあったはずだ。しかし、中にはあとになってみればいい経験であったり、今の自分にとっては外せない経験であったり、そこからほかの幸せにつながっていたりもする。「今となつてはいい思い出」というのはその典型であろう。そんな経験でも、もしその中の苦難があらかじめ予測されていたら、その時の自分は避けようとしたであろうし、避けることによって得られるはずの経験を得られなかったかもしれない。実際のところ、先のことはわからないので、とりあえずやってみる。やってみて、実際に失敗をして、その時はとてつもなく嫌な思いをしたり、大きな恥をかくかもしれない。しかし、その時間が永遠に続くわけではなく、一定の時間が過ぎれば「振り返る過去」になる。

ここでより実感を持ちやすいように例を挙げる。ある強迫性障害の人が、「将来癌になったらどうしよう」と思い悩んでいたとする⁸。実際に、その人は10年後に癌になり、死亡すると仮定する。10年間、癌への恐怖に日常生活を投げ出してしまうこともできるが、

⁸ 強迫性障害の人は、こうした根拠のない不安に駆られてしまうことがある

同じ「10年後に死ぬ」という事実は変わらなくても、それはそれとして、10年間自分の望む活動をし、自己実現に懸けて最後を遂げるとしたら、その2つの道を比べた時、最後に満足を得られるのは後者ではないであろうか。

先行きの不安を作り出し、あらかじめ打ちひしがれることは、結局のところ、実際にその不安が訪れたときに、「ほらね、やっぱり」といって、ショックをある程度和らげる効果しかない。バートランド・ラッセル(1930=1991:訳 79-80)は「幸福論」のなかで、「きちんとした精神は、ある事柄を四六時中、不十分に考えるのではなくて、考えるべきときに十分に考えるのである」と指摘し、

ひところ、私はかなり何度も講演をしたものだ。最初は、どこの聴衆もひどくこわかった。そして、あがっているため、なんともまずいしゃべり方しかできなかった。私は、この厳しい試練をひどく恐れたので、いつも講演をする前に足の一本も折れてくれればいい、と思ったほどだった。そして、講演が終わると、神経の緊張でくたくたに疲れはてていた。だんだん私は、上手にしゃべろうと下手にしゃべろうと、どうってことはない、どのみち宇宙に大きな変化はない、と感じるように自分に教えこんだ。しゃべり方が上手でも下手でも気にしなければいけないほど、ますます下手にしゃべることが少なくなるのに気がついた。そして、徐々に神経の緊張が少なくなって、ほとんど消滅するくらいまでになった。

と自身の経験を述べている。

しかし、その「考えるべきときに考える」ということが、神経症者にとっての究極の課題でもあり、「心配事は、起こってから考える」というさもあたりまえのようなことが、実はとても難しいのである。ただ、そういった不具合からの脱出のために、どのような心配があろうと、そのつどひたすら自己実現に打ち込み、そして振り返った最期のとき、人は初めて「生きる意味」を感じることができると考えるのがよいのではないだろうか。

5 「障害の社会モデル」の理想図

さて、「障害の社会モデル」が、障害者がそれまで社会的に隔離されたり、抑圧されることが当然視されてきた状況からの開放や、あるいは今回提示した「内面の障壁」を考える上で「変革すべき社会」の要素として、「物理」や「制度」並びに「意識」、そして「個人の内面」などといったものを見てきたわけであるが、最後にそういった各要素の変革が到達された地点、つまるところの、障害の社会モデルの理念が達成された「究極の姿」を、一個人として試しに思い描いてみることにしたい。

現在、「障害者」と呼ばれる人たちはその暮らしを、特別に配慮された空間や制度の中に囲われている⁹。例えば「知的障害」とされる人々は、その支援のための作業所や施設にま

⁹たこの木クラブ「たこの木の活動」

(<http://www.k3.dion.ne.jp/~takonoki/works.html>)(2014年12月現在)

とめられ、車いす使用者は会合などのイベントに参加する際、あらかじめ配慮を願うための連絡が必要とされたりする。しかし、そうした困いを外し、障害を持つ人々が自立した暮らしを送る社会として私が考えるのは、障害に必要な配慮を障害のために特別にこしらえられた支援体制や支援制度に任せっきりにするのではなく、社会に身を投じたその先々で出会う人々が、その場その場で臨機応変な配慮を施しあうことではないであろうか。それは必ずしも特定の「障害」に対する配慮ではなく、極めて簡単なことばにすると、「困っている人がいたら手を貸す」程度の、なんの変哲もないものである。

後ろに並ぶ人々に睨まれながらする買い物は生きづらい社会の象徴に感じるが、お金を出すことに苦勞している高齢者がいても急かさず、知的障害の人が大きな声をだしていても、奇異な目をむけるのではなく、車いすの人が物理的障壁に阻まれていたら手を貸し、ひきこもりは「甘えだ」などと罵るのではなくその背景を慮る。つまり、「障害の社会モデル」の究極の姿は、「思いやりの社会」ということではないであろうか。

参考・引用文献一覧

[和書]

岩井寛, 1986, 『森田療法』講談社

内沼幸雄, 1990, 『対人恐怖』講談社

ヴィクトール・E・フランクル著, 霜山徳爾訳, 1956, 『夜と霧 ドイツ強制収容所の体験記録』みすず書房

倉本智明, 1999, 「異形のパラドックス—青い芝・ドッグレックス・劇団態変」, 石川准・長瀬修編著『障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ』明石書店

ジョン・スウェイン、サリー・フレンチ、コリン・バーンズ、キャロル・トーマス編、竹前栄治監訳『イギリス障害学の理論と経験—障害者の自立に向けた社会モデルの実践—』明石書店、2010

杉野昭博, 2007, 『障害学 理論形成と射程』東京大学出版会

田島治, 2008, 『社会不安障害—社交恐怖の病理を解く』筑摩書房

寺本晃久, 2008, 「意志を尊重する、とは—ある「支援」論」, 寺本晃久・岡部耕典他著, 『良い支援? 知的/自閉の人たちの自立生活と支援』生活書院

長瀬修, 1999, 「はじめに」, 石川准・長瀬修編著『障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ』明石書店

長瀬修, 1999, 「障害学に向けて」, 石川准・長瀬修編著『障害学への招待—社会、文化、ディスアビリティ』明石書店

中村敬, 2007, 「社会不安障害をどう治療するか」, 井出恵・大出春彦他著, 『森田療法で読む社会不安障害とひきこもり』, 白揚社

バートランド・ラッセル著, 安藤貞雄訳, 1991, 『幸福論』岩波書店

東田直樹, 2007, 『自閉症の僕が跳びはねる理由 会話のできない中学生がつづる内なる心』 エスコアール出版部

李曉茹著, 下山晴彦監修, 2011, 『シリーズ・臨床心理学研究の最前線 4 強迫症状にいたる心理的メカニズム—多母集団同時分析による日中青年の比較を通して—』 ミネルヴァ書房

M. メルロ＝ポンティ著, 滝浦静雄・木田元訳, 1966, 『眼と精神』 みすず書房

V・E・フランクフル著, 山田邦男・松田美佳訳, 1993, 『それでも人生にイエスと言う』 春秋社

[洋書]

John Swain, Sally French, Colin Barnes & Carol Thomas. (2004). **DISABLING BARRIERS, ENABLING ENVIROMENTS**(2nd Edition).London,Thousand Oaks and New Delhi: Sage Publications.

