

Title	「意志的な死」と病理の狭間で：自殺の医療人類学
Sub Title	
Author	北中, 淳子(Kitanaka, Junko)
Publisher	三田社会学会
Publication year	2003
Jtitle	三田社会学 (Mita journal of sociology). No.8 (2003.) ,p.4- 11
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	特集: 「身体と医療の社会学」
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA11358103-20030000-0004

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

「意志的な死」と病理の狭間で

自殺の医療人類学

北中 淳子

1. 問題の所在：自殺の医療化

自殺が「意志的な死」として、しばしある種の美学をもって語られてきた日本で（パンゲ 1986, 大原 1975）、現在、その自殺観が一つの転換期を迎えている。この変化は最近の電通裁判を嚆矢とした一連の過労自殺裁判に最も端的に示されている。電通裁判とは、自殺した社員の遺族が、慢性的な残業と過重な負担による過労・ストレスが原因になって自殺に至ったものとして、企業を訴えた事件である。従来、自殺は「自らの意志による死」であるために、その責任を企業に問うことが難しいと考えられていたが、1997 年の最高裁の判決により、遺族側の全面勝訴が決まった。しかし、日本の司法史に残る画期的な裁判を通じて筆者が注目したいのは、この訴訟では自殺を、非・意志的な精神病理の産物と認識することで、救済の必要が訴えられている点である。つまり自殺者は「死を選んだ」のではなく、そのような判断を行う意志自体が病いに侵されていたのである、という精神医学的視点の明確化にある。

自殺をどのように分類し、その説明水準を如何なるものとするかに関しては社会によって大きく異なることが知られている（稲村 1977）。これまでの日本の一般的、社会的言説においては、自殺は「生活苦」によるもの、「世をはかなんで」といった説明が従来なされ、悲劇ではあるが、必ずしも医療の介入が必要な病理の産物とは考えられてこなかった。ある日米比較調査によれば、日本では自殺を「ある状況では許されるべき行為であり、必ずしも異常な行為であるばかりではない」と考える傾向が有意に高かったという（高橋 1994:59）。確かに、引責自殺といった概念を通じて、自殺を意志的な行為として容認する“文化”が日本を特徴づけるものとしてしばし語られてきた。にもかかわらず、労災裁判の場等ではごく最近まで、文化論的自殺観とは対照的な、生物学的自殺観が影響力をもっていたのも事実である。生物学的自殺観においては、しばし自殺の原因は精神障害にあり、それは個人が本来もっている素因によって引き起こされると説明される。この説明においては、社会的原因や故人を取り巻く環境よりも、むしろ個体自身の“弱さ”と病理が自殺の真の原因として語られてきた。

しかし、現在では過労死裁判を通じて、自殺の原因をうつ病という個人の精神病理に求めながらも、その裏にある社会的原因と、自殺者の体験へ深く迫っていく視点が生まれつつある。この新たな自殺観は、従来の文化論的な自殺観を大きく揺るがし、また伝統的な生物学的自殺観とも異なる第三のパラダイムの可能性を指し示しているようにみえる。本研究は、近年の医

療人類学的方法論を用いて、生物学的な自殺観を「自殺の医療化(the medicalization of suicide)」として捉える。この立場から、第三のパラダイムの登場は、従来の医療化としての特徴を備えながら、それと同時に、その枠組みの修正を迫るものであることを、過労死裁判と精神医学臨床現場における人類学的参与観察、また精神医学の歴史文献研究から検証するものである。特に本小論では、その一部である歴史的データに限定して、現在の動きが日本における自殺観の変革を指し示すものであることの論証を試みたい。¹⁾

2. 医療化の二重性

医療人類学、医療社会学を含む医療社会研究では、近代社会における重要な変化の一つとして医療化を分析してきた。医療化とは、近代社会において、従来人生の自然なプロセスとみなされたり、許容範囲とされてきた現象が、疾病として、治療されるべき対象として生物医療の管轄下におかれる過程をさす(Illich 1976)。このような現象は医療社会研究において、病苦からの救済というヒューマニスティックな言説の裏に、専門家の知識独占と（商業的）支配の拡大が潜むプロセスとして批判的分析の対象となってきた（Friedson 1970, Comaroff 1982, Taussig 1980）。しかし、最近の医療人類学の研究では、医療化が決して普遍的で一元的なプロセスではなく、むしろ当該社会の支配的人間観、世界観の自明性が崩され、同時に医学知の自明性をも揺らがす二重の相対化の過程であることが注目されてきた。例えば、脳死、更年期、PTSD といった医療概念の広まりが、世界各地で様々な病い、災厄にかかわる文化的イデオロギーを露呈させ、同時に医療概念の普遍性そのものに疑問を提示するという相互作用を引き起こしている状況が分析されている(Lock 1993, 2002, Young 1995)。本研究も、この医療人類学の研究の一貫として、医療化に関するこの議論を発展させる試みとして位置づけられるものである。

3. 文化論的自殺観と生物学的自殺観の歴史的拮抗

日本において自殺を美化する傾向は、時代を超えて息づく“文化的伝統”として時に語られてきた。しかし歴史的検証からは、このような文化論的自殺観は言説の一面にすぎず、近代日本において、むしろ対西洋との関係性の中で構成されていった文化論的産物であることが明らかになっている。西欧では、キリスト教の伝統において自殺が宗教罪とされ、犯罪としてしばしば罰されてきたが、啓蒙思想が普及していく時期の西欧思想家にとって、同時代の「日本」はキリスト教的伝統を相対化する、全く異なる自殺のモデルを提供した。武士道の中で儀礼化された自殺の伝統が、一種のロマンティシズムをもって伝えられたことで、日本は「意志的な死」を体現する国として、彼らの想像力の中で象徴的な地位を与えられていった(パンゲ 1986)。

ところが、日本では、西欧をモデルとする近代化への歩みと共にこの“伝統的”自殺観は過去の象徴であり、乗り越えられるべき前近代的慣習として、批判される対象となったのである。

例えば 1912 年の乃木將軍の殉死報道に、少なからずの知識人は封建主義の亡霊を見たかのよう、否定的な論調をはる (Gluck 1985)。にもかかわらず、他方では London Times が「日本精神」の表れとして褒め称えた記事が日本にすぐさま紹介されるといったように (Gluck 1985: 222)、日本国内において、自死の伝統を賛美する側は、欧米の文化主義的なまなざしを主体的に内在化することによって、自殺を美化し、日本文化の独自性を謳う自らのオリエンタリズム (self-Orientalism) を今日まで発展させてきた。この文化論の歴史的連続性は例えば、1999 年に「自ら処決して形骸を断ずる所以なり」と書き残して命を絶った江藤淳の自殺が「一流の美学」と語られ、そこにうつ病の影響を読み取った精神科医の論評は圧倒的な少数派であったことにも読み取れる (加藤 2000)。

それでは果たして、日本人にとって、生物学的視点——個人の体内にその病理を読む視点——は全く無縁なものであったのであろうか？近代日本において、最初の自殺ブームが起こったのは日露戦争の前後である。1903 年に、藤村操が「曰く『不可解』我この恨を懷いて煩悶、終に死を決すに至る」と樹に刻んで華嚴の滝から投身自殺した。日本初の近代的自殺といわれるこの出来事を境に、自殺に関する論争が起こるが、この「文明病」が果たして何を意味するのか、容易に結論はでなかった。当時、欧米列強との熾烈な「生存競争」を打ち勝つために、国民の心身の強化を図っていた国家の支配層にとっても (Garon 1997)、自殺率の増加は特に憂慮される問題であった。例えば、精神衛生運動の中心的役割を担っていた大隈重信は、1906 年の精神病科談話会において、次のように述べている。「抵抗力の弱い奴が降服する。戦い破れる。…近来若い書生共が人生観などといって… (満場大喝采) 瀧の上から落ちて死ぬるか若しくは鉄道に轢かれて死ぬなどという薄志弱行。此奴等は精神作用の抗抵抗力がないから精神病になって。揚句の果てに死んで仕舞う。誠につまらない奴。そういう弱い奴は生きて居ても却って害を為す。(拍手喝采)」(大隈 1906: 616)。彼の主張の中に明白なのは、文化論的論理とは相反して、自殺を個人の病理、道徳的弱さとして切り捨てる立場の論理が確実に近代日本に存在していた事実である。

このような大隈の見解に科学的根拠を与えたのは、遺伝因、素因を重視した当時の精神病観であり、生物学的決定論であった。19 世紀末からの社会進化論の隆盛下では、自殺は民族の劣化、変質を示す兆候として科学的管理を必要とするものとして語られるようになっていた。大隈の友人である東大教授呉秀三は、精神病者の人道的治療の必要を国家に訴えた「日本の精神医学の父」であった。しかしドイツ流の生物学的パラダイムを日本に定着させた呉は、脳病としての精神病、精神異常としての自殺観を疑わなかった。急増していた娼妓の情死について寄せた新聞論評で、「皮相の考へで言へば其の生活上の苦痛から世の中を悲観しての結果」で自殺するとなるが、それはあくまで「素人考へ」であり、専門家からみると主たる原因は「最初から精神に多少の異常がある」ためだと述べている (呉 1917)。こうした精神科医による自殺の“真の原因”に関する啓蒙運動はメディアや博覧会といった場で積極的になされ、精神異

常の原因を体内に求める科学的探求は、自殺者の「大脳皮質に年齢に比して非常に進んだ脂肪質の蓄積をみた」（伊原 1928：549）といった脳解剖研究に集約されていく。この生物学的パラダイムの圧倒的な覇権下で、「自殺と精神病理」論文における新潟大学・中村の論調はこの立場の主要な見解を要約している。

「類似の境遇にありながら自殺を敢えてせざるものが大多数なるに、敢えて自ら死を企てるに至るのはその人の精神状態に何か特殊の条件がなければならないのであって、これがむしろ真の原因とみるべきであろう。... 一言に結論すれば、自殺は精神病患者若しくは精神病患者の病的反応行為である。」（中村 1943）

戦後、1950年代半ばに自殺率が上昇するが、この頃に一度、精神医学の生物学的決定論は転換をむかえる。戦後の自殺研究をリードしてきた加藤正明は1953年の精神神経学会において、自殺の「遺伝因子の重要視には慎重を要する」と生物学主義からの離脱を提唱する（加藤 1953）。50年代から60年代における自殺学の発展により、生物学に帰因しきれない様々な自殺の要因が語られ、精神医学を社会化する萌芽がうまれるのは注目すべきであろう。

これと連動した動きとして、ドイツで強制収容所からの帰還者が大量に精神の変調をきたした事実から、「社会的状況が精神病を起こしうる」とする新たな実存的・人間学的精神医学が形成されつつあった。1957年の抗うつ剤の発見により、うつ病が治療できるものへと変わる中で、自殺・うつ病の社会的要因、鬱病者の主観的経験への探求が一部の精神科医らによって始められる（平澤 1966）。うつ病者は、異常者ではなく、むしろ日本社会において規範的（normative）と評価されるような、几帳面で他者配慮的な人々であり、その真面目と熱心さゆえに自らをうつ病発症の状況へと追い込んでいく（平澤 1966；テレンバッハ 1978[1961]）という見解が共有されるようになる。にもかかわらず、こうした社会的、人間学的視点も、結果としては「環境因のみで発症することはない」とする従来の生物学主導の枠組みの中で、性格を病因としてみる方向へと矮小化されていく。であればこそ、弁護士らがインタビューで指摘するように、現在の過労死裁判においても、このようなうつ病患者特有の性格が指摘され、本人の素因がうつ病の原因であり、よって自殺の真の原因であるという個人還元主義的な議論が頻繁に用いられてきたのであろう。

4. 意志的な死と病理的な死の狭間で

この様な歴史的経緯を考えると、電通裁判以降の労災認定の基準緩和により、従来個人の素因が支配的なパラダイムであったうつ病観・自殺観が崩されつつある状況は、精神医学においても重要な変化を意味する。また専門家の狭い領域を超えて、自殺の裏にうつ病の存在をよむ精神医学的視点が、これまでにはない規模で、急速に社会的に広まりつつある。この変化を医療人類学的視点から、どう解釈できるであろうか？

a. 自明性の喪失

第一に、自殺の医療化が、日本における文化論的言説を揺さぶり、その自明性を切り崩しつつある事実に注目したい。一連の過労自殺裁判では、過重な労働の中で自らを死へと追いつめていく人々の意識の「病理性」が焙り出され、それを黙過してきた社会常識が異常なものとして俎上に載せられている。すなわち、このような自死は決して正常な、本人の決断によるものではない——精神障害の結果、まともに考えられなくなっていたのだ——という議論は、今まで疑問に思われなかった「正常と異常」の境界線を、大きく塗りかえるものであるといえる。

過労死裁判の判決を受けて 1999 年に労働省(当時)が、精神障害による自殺の労災認定基準を大幅に拡大した事実は、この認識レベルで起こりつつあるこの変化を最も端的に示している。新基準によって、統合失調症や躁うつ病など、従来個体的要因が大きいとされていた内因性精神障害もが労災の対象として認められている。また、遺書があれば本人の正常さを疑わなかった従来の見解を反転し、疾病の影響下にあった可能性を問えるようになるなど重要な変化がみられる。これらの法的変化によって、自殺の文化的意味が、日常レベルで変わっていく可能性がある。この視点を突き詰めていけば、文化論によって美化されてきた「意志的な自殺」の存在自体が疑問に付されるようになることが推測される。²⁾

b. 社会的苦悩の医療化と商業化

第二に、こうした人道主義的な動きは、他方で新世代抗うつ剤開発に伴い 1990 年代より進行しつつある、うつ病・自殺の、世界的規模での医療化と結びついたものとしても捉えられる。欧米では現在、日常の苦悩として考えられてきたさまざまな現象を精神障害へと再定義する動きは、新たな専門家支配の拡大、製薬資本による「生活世界の植民地化」に他ならないという批判が知識人、患者団体から起こっている (Luhrmann 2000, Healy 1997)。

この批判の基盤には、生物医学的世界観の急速な拡張とその弊害を分析してきた医療社会研究の蓄積がある(e.g., Lindenbaum & Lock 1993)。生物医学は、心身変調の原因をウィルスの侵入、脳の化学物質変化といった視点で捉え、私たちの関心を個体内部へと向かわせる。このミクロなレンズを通したときに、病いを取り巻く社会的関係性は遠く背景へと退く。したがって懸念されているのは、本来複雑な社会的現象を含む「うつ病」が、脳の疾病として語られ薬物で対処される過程で、その背景にある社会的因果関係が問われなくなっていくのではという点である。このような視点が支配言説と結びつくなら、社会的問題もが個人の責任に容易に置き換えられてしまうであろう(例えば、南米のスラムでの抗うつ剤キャンペーンといった動き: Kirmayer & Minas 2000)。

社会的苦悩を「うつ病」で語り、薬物で治療されるべきものへと転換する動きの背景には功利主義的な合理的管理の追求と、巨額な利益という誘因が潜んでいることも憂慮される点である(Healy 1997)。日本でも抗うつ剤の売り上げは、1999 年から約 3 倍に伸び、現在では 500

億から 600 億に達している（青田 2003）。巨額の資本をもつ製薬企業による啓蒙活動の中、自殺を含むさまざまな現象が精神病理として再定義されていく状況が、今後、あらたな生物学的個人還元主義を生み出すことにもつながりかねない。

c. 新たな自殺観とその問題点

このような従来の医療化の抑圧的側面を分析する視点が重要な一方で、しかし、筆者が注目したいのは、日本では専門家支配の拡大と、生物学的視点の覇権拡張としてのみでは捉えられない社会的なうねり——一連の過労自殺裁判とそれを取り巻く自殺言説——が起こっている事実である。筆者が傍聴した過労死裁判においても、自殺した人が物理的束縛だけでなく、「精神的束縛による強制」によって過重な長時間労働に追い立てられていく様子が明らかにされていた（川人 1990）。そこでは会社という共同体に緊縛されついには自己破壊にまで及んでしまう個人と同時に、社会の病理性が改めて問われている。1990 年代以降のうつ病・自殺啓蒙の世界的広まりの中でも、社会的な因果律をこれほどまで明確に打ち出した日本のケースはおそらく稀であろう。精神医学言語を媒介することで、追いつめられた人々の救済が進んでいるだけでなく、その背景にある社会的原因もが明確化されていくことは、医療化が病者の主体性を回復する「社会運動」と連結した新たな形態を生み出しているのだとも解釈できるであろう。

この新たな医療化の重要な側面は、正常と異常の狭間にあるもの——従来理解できない、もしくは、理解する必要のないものとして排除されてきた証言——に人々が耳を傾けはじめていくことである。かつては文化論的に意味が決定されるか、生物学的視点によって探求が閉じられていた空間において、社会レベルでの審問が始まっている。過労死裁判に提出された精神科医による次の意見書は、私たちの日常に潜む異質な論理を読み解くための一つの文法を呈示しているものだといえる。

鬱病患者が、一旦自殺を決意すると、その自殺という目的に向かい、強固な意志を持って自殺を遂行しようとします。ですから自殺の方法としては確実に死ぬる方法を選びますし、自殺という目的に向かっている範囲内では、むしろ合理的に思考、行動をしており、そのため、書かれる遺書などもしっかりした内容となるのです。しかし、あくまで鬱病の症状としての自殺年慮の結果として自殺を決意した上での行動である以上、その思考、行動は決して健全、健康なものではないのです。こうした鬱病の実態を見誤ってはなりません。（鎌田 1999:75-6 から引用）

しかし意志的なものと病的なものの二項対立的帰因による説明が困難な現象である自殺という行為結果には、常に解釈の困難がつきまとう。現時点ではうつ病の最終的な意味の所有権は専門家の手に委ねられている。そして「客観的」基準や原因を確立することが難しい精神医学に

においては、社会的因果律は常に不安定な、いつでも転覆する可能性に満ちた社会交渉の産物に留まっている。日本の精神医学と国家政策の歴史を読む限り、現在の自殺の医療化が、社会的なレトリックとは裏腹に、責任を個人へ還元する、すなわち生物学的異常に帰因させる流れへと反転していく懸念も否定しきれない。それゆえ、日本の状況が従来の医療化の批判を超えられるのか、否かに関して、更なる分析が必要となる。その場合に、分析は裁判や実際の精神医学の現場で、自殺に至る個人がどのように扱われ、どういった解釈がなされていくのか、という実際の過程の民族誌的研究を通じて問われるべきであるがこの問題に関してはまた稿を改めて論じたい。

【註】

- 1) 労災認定において、伝統的な従来の診断方法に換って、国際疾病分類 ICD-10 が採用されたことにより、精神障害概念自体が大きく拡大した事情も重要である。
- 2) 自殺を精神病の産物とした途端、個人の意志は否定されることに対する戸惑いが、精神科医にも存在していた。中村は上記論文において、ただし自殺には例外がある、と続け、「乃木將軍の自殺は（道徳感情の発現の）典型と見るべきで…ただかかる自殺は乃木大將の如き偉大なる人格者にして始めて行ひ得る事で現代の一般文化人にあつてはほとんど敢えてし得ざるところである。」という。意志的な自殺は、まさに選択された個人にのみ許される美学でもあった。

【文献】

- 青野由利 2003年「ハッピードラッグ」『毎日新聞』1月8日朝刊
- Comaroff, Jean. 1982. "Medicine: Symbol and Ideology." *In The Problem of Medical Knowledge*, ed. P. Wright and A. Treacher. Edinburgh University Press.
- Friedson, Eliot. 1970. *Profession of Medicine*. Dodd, Mead & Co.
- Garon, Sheldon. 1997. *Molding Japanese minds: the state in everyday life*. Princeton University Press.
- Gluck, Carol. 1985. *Japan's modern myths: ideology in the late Meiji period*. Princeton University Press.
- Healy, David. 1997. *The antidepressant era*. Harvard University Press.
- 平澤一 1966 『軽症うつ病の臨床とその予後』医学書院
- Illich, Ivan. 1976. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Pantheon Books.
- 稲村博 1977『自殺学:その治療と予防のために』東京大学出版会
- 伊藤重彦 1928 「一自殺例の考察」『精神神経学雑誌』29巻6号
- 加藤正明 1953 「葛藤反応としての自殺の機制について」『精神神経学雑誌』55巻4号

- 加藤敏 2000 「日本における自殺とメランコリー —西欧文化との出会いにおける外傷と創造」 『栃木精神医学』 19: 25-34.
- 鎌田慧著 1999 『家族が自殺に追い込まれるとき』 講談社 1999.
- 川人博 1990 『過労死と企業の責任』 労働旬報社
- Kirmayer, L. J., & Minas, H. 2000. The future of cultural psychiatry: An international perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(5), 438-446.
- 呉秀三 1917 「情死研究：娼妓に心中の多い理由」 『読売新聞』 7月19日朝刊
- Lifton, Robert J. 1983. *The Broken connection: On death and the continuity of life*. Basic Books.
- Lindenbaum, Shirley & Margaret Lock eds., 1993. *Knowledge, Power & Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life*. University of California Press.
- Lock, Margaret. 1993. *Encounters with aging: mythologies of menopause in Japan and North America*. University of California Press/『更年期を語る(仮題)』山村敏子他共訳 NHK出版 近刊
- Lock, Margaret. 2002. *Twice dead : organ transplants and the reinvention of death*. University of California Press.
- Luhrmann, T.M. 2000. *Of two minds: the growing disorder in American psychiatry*. Knopf.
- 中村隆治 1943 「自殺と精神病理」 『精神神経学雑誌』 44巻7号
- 大原健士郎編 1975 『自殺学：自殺と文化』 至文堂
- 大隈重信 1906 「精神病に関する雑感」 『神経学雑誌』 4巻
- パンゲ、モーリス 1986 『自死の日本史』 竹内信夫訳 筑摩書房
- 高橋祥友 1994 「自殺傾向」 『臨床精神医学』 Vol. 23 No. 1:55-63
- Taussig, Michael. 1980. "Reification and the Consciousness of the Patient." *Social Science and Medicine* 14B: 3-13.
- テレンバッハ H. 1978 『メランコリー』 木村敏訳 みすず書房 (*Melancholie* 1961)
- Young, Allan. 1995. *The Harmony of illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton University Press./ 2001 『PTSDの医療人類学』 中井久夫 [ほか] 共訳 みすず書房

(きたなか じゅんこ マッギル大学医療社会研究学部博士課程)