慶應義塾大学学術情報リポジトリ
Keio Associated Repository of Academic resouces

Title	共同報告・生き延びるための研究
Sub Title	
Author	熊谷, 晋一郎(Kumagaya, Shinichiro) 綾屋, 紗月(Ayaya, Satsuki)
Publisher	三田社会学会
Publication year	2014
Jtitle	三田社会学 (Mita journal of sociology). No.19 (2014. 7) ,p.3- 19
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	特集：生きられる経験/当事者/当事者研究
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AA11358103-20140705-0003

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.

共同報告・生き延びるための研究

熊谷晋一郎・綾屋紗月

１．背景

（１）ASD の急増とその原因

近年、自閉症スペクトラム障害（ASD）をはじめとした発達障害と診断される人の数は急上昇している。たとえばアメリカ疾病予防センターの発表した調査（CDC 2009）によれば、アメリカ国内での ASD の有病率は、1989 年は 1 万人に 4 人、2002 年では 1 万人に 66 人、そして 2006 年に至ると 1 万人に 90 人へと増加している。つまり、20 年足らずで、2,500 人中 1 人から 110 人中 1 人という割合に増えたということである。また、最近の別の研究では、日本、スウェーデン、イギリスの子供は、1%以上というかなり高い割合で ASD を持っていると報告している（Baird et al 2006; Kogan et al 2009）。

ASD と診断される子どもが着実に相当増えてきているということは、科学的な関心の的となってきた。ASD と診断される人々がなぜ極端に増加しているのかを説明しようと、多くのレヴュー論文やメタ分析が書かれることになった。コロンビア大学の社会学者であるピーター・ベアーマン（Peter Bearman）は、各々の環境要因が、どの程度この急増を説明できるのかを明らかにしようとした。彼は 500 万件近くのカリフォルニア州の出生記録と、州の発達支援サービス担当部局の 20,000 件の個別データ記録を分析した。そして、出生記録と個別の詳しい診断データを突き合わせることで、ASD に関する、人口学的、ライフストーリー的に豊かな全体像を描き出すことに成功した。この分析は、（１）かつて知的障害とされていた子供が自閉症と診断されるようになった（25%）、（２）親や小児科医などが自閉症を認知するようになった（15%）、（３）特定地域への ASD 人口の集積（4%）など、ASD 急増の環境要因に関する疫学的な手がかりを与えるものであるが、しかし未だに、急増数のうちの半数近くの原因は、説明できていない。

他方、「ASD は実際には増えていない」という証拠を提示している研究もある。例えばキム（Kim）らは、韓国のイルサンという町を対象に、1980 年代と 2000 年代の二つの時期に調査を行い、子どもの ASD という診断を親がどの程度受容するかを比較した。1980 年代、親たちはスティグマを恐れて子どもに対するいかなる診断名をも否定しようとした。ところが 2000 年代の調査では、同じ診断システムを使って子どもたちを評価し、有病率に変化はなかったものの、親たちは ASD についての情報にとても興味を示した（Kim et al. 2011）。この報告は、歴史・文化的な変化が、親による診断名の受容のしやすさを媒介にして、有病率に影響を及ぼし

熊谷晋一郎・綾屋紗月「共同報告・生き延びるための研究」
『三田社会学』第 19 号（2014 年 7 月）3-19 頁

うることを示しただけでなく、同じ診断システムを使えば有病率の急増は認められないということも示した。またイギリスでの研究では、7,000 家庭を無作為に訪問し、現在使われている ASD の診断基準を用いて、成人を対象に ASD かどうかを評価したところ、現代アメリカの子どもたちとほぼ同じ 1,000 名中 9.8 名という頻度が確認された（Brugha et al. 2011）。彼らは、同じ診断基準を用いれば年齢が 20 歳程度異なっていても有病率に有意差が生じないということを証拠に、有病率の実際の増加は起きていないと結論付けた。さらにスウェーデンの Kadesjö らの研究グループは、20 年以上にわたり同一の診断基準で子供たちを評価し続けてきた。その長期にわたる研究をふまえると、7 歳児を対象とした有病率は、1983 年では 0.7%、1999 年では 1%であり、有意な増加は認められなかった（Kadesjö et al. 1999）。

（２）ASD 概念の障害学的問題

以上の検討をふまえると、現在 ASD と呼ばれるような特徴を持った人々の数は、それほど大きく増加はしておらず、むしろ診断される人々の急増は、かつてはそれほど問題視されてこなかった彼らが、ここ最近急に問題にされ始めるようになったという社会文化的な要因の変動を反映していると推定される。そして、このような社会的排除の要因を鋭敏に反映して ASD の診断率が増加する背後には、他の障害には見られないような、ASD 概念や診断基準の特有さが存在しているように思われる。

現在、臨床や研究、制度保障の面で広く利用されている診断基準である DSM-5 では、ASD を、1) 様々な文脈を超えて、全般的な発達の遅れでは説明のつかない、「社会的コミュニケーションと社会的相互作用における持続的な欠損」があり、2) 「行動、興味、活動の限局的かつ反復的なパターン」が認められるという二つの特徴で定義している（APA 2013）。しかし、これらの特徴記述は障害学的な考え方からすれば、大きな問題があると言えるだろう。障害学における社会モデルの考え方では、個体側に帰属しうる比較的永続的な特徴である impairment と、多数派の個体的特徴に合わせてデザインされた人為的環境（制度や道具、規範など）と impairment との間に生じる齟齬である disability を区別する。その上で、個体側が過剰なコストを払って impairment を除去することで既存の人為的環境に過剰適応するのではなく、様々な impairment を包摂しうるデザインを社会の側が実装すべきであるという主張が可能になる。この区別に基づくと、先述の ASD 概念には問題がある。そもそも診断記述の中に用いられている社会的コミュニケーション・相互作用というものは、複数の人と人との「間」に生じる inter-personal な現象だといえる。ゆえに、コミュニケーションにおけるすれ違いや摩擦の原因を、誰か一人の intra-personal な特性に帰着させることは、論理的に問題があると言わざるを得ない。たとえば、アメリカ人と日本人との間にコミュニケーションのすれ違いが起きたときに、日本人にだけコミュニケーション障害があると考えることや、聞こえる人と聞こえない人との間で意思の疎通が成り立たなかったときに、聞こえない人にだけコミュニケーション障害があると考えるのは早計と言えよう。だとすると、「社会的コミュニケーションと社会的相互作用に

おける持続的な欠損」とは、impairment レベルの記述概念ではなく、disability レベルの記述概念であると考えられる。そうであるにもかかわらず、それが診断基準として採用されることで個人の impairment を記述したものとして活用されることによって、ASD 概念は、社会的排除を個人化する言説資源として機能しうるものになっているのではないだろうか。

（３）ASD の歴史社会学

ASD 概念が社会文化的な要因の相関物であるとするならば、自然科学的な研究のみならず、人文社会科学的な ASD 研究が必要不可欠である。実際、ASD 概念を歴史社会学的に検討したいくつかの研究も存在する。ナデサンによれば、20 世紀初頭、児童救済運動と、精神衛生運動の両者が「一緒になって、精神科学的探究の対象となる正当な層として小児期に焦点をあて」はじめた（Nadesan 2005: 6）。1940 年代に起こったこの出来事は、「20 世紀へと移行したことのしるしとなっているような、専門家と親による様々な実践という背景のなかで理解されるべきである」とナデサンは言う。この時期、義務教育が形式化し、児童相談所が創設されることで、子どもに対する社会的監視の形式を豊富にし、社会の安定性を脅かす「逸脱」児へ大衆の注目がますます集まり、子どもの病理についてより繊細な理解がますます求められるようになったのである。その結果、精神衛生上の正常さと病理についての理解が変化し、精神医学的な評価と支援が必要性だと新たに認められた子どものために、地域にクリニックができたり特殊学校ができたりした。ASD が診断カテゴリーとして出現することが可能だったのは、「こうした学校やクリニックのなかで、新たな専門家たちが、より狭くなった正常性の基準には当てはまらないがしかし既存の精神医学的カテゴリーでは十分に説明できないような病理を示す子どもたちと出会った」からに他ならないのである（Nadesan 2005: 25）。

ナデサンによれば、高機能自閉症とアスペルガー障害は、「20 世紀中盤に起きた子育ての新しい標準を背景として」出現してきた（Nadesan 2005: 3）。1960 年代の新しい文化的社会的条件によって「人格の心理的な調節から、知能の認知的な適応へと強調点が移り」（Nadesan 2005: 109）、そのなかで、知能的・言語的発達のモデルと発達の「臨界期」という動物行動学の考え方が人々に知れ渡ったために、子どもの知能的・情緒的発達を巧みに設定するというニーズと責任とが生まれてきたのだ。ここに、教育に対する大衆の関心が増してきたことと、子どもの将来の成功を確保しようという努力とが組み合わさって、子どもの認知的・社会的発達のいかなる「遅れ」に対しても親はますます敏感になって行き、専門家のアドヴァイスを求めるニーズが高まり、そして ASD の境界はさらに拡大していった。エイヤルによれば、1960 年代、レオ・カナーとバーナード・リムランドは、自閉症という症状を汚名ではなくし、当時支配的だった自閉症の心因説を論駁し、両親から罪悪感という重荷を取り除くために、自閉症の珍しさと独自性を強調したのだが、そのことによって彼らは、親の社会的な運動を惹き起こしもしていた（Eyal 2010）。またエイヤルらは、1970 年代中ごろに精神遅滞者の脱施設化過程、保護者の積極的活動、全障害者教育法への自閉症の参加などが起き、病院や施設の中ではなく、地域

の中で支援や療育が受けられるような制度的基盤が徐々に整えられていったことで、多くの人々が自閉症に関心を持つ大きなきっかけとなったと述べている。この地域移行の流れは、医師ではなくセラピストの職権を拡大させ、自閉症児とセラピストの間に生じた様々なやりとりによって、「本当のところ何が自閉症で、何が自閉症ではないのか」は再定義されていった。セラピストは、自閉症者の見せる頭を揺する行為や自傷、極端な社会的関係の薄さは治療可能なものであるとし、従ってこれらは「この症候群にとっては付属的なもので、自閉症の境界線をぼかすものなのだとした」。こうした動きがその後の DSM の新しい版での診断基準の改定に繋がったと述べる。シルバーマンも、自閉症の診断プロセスが歴史とともに変遷を遂げていることを強調している（Silverman 2011）。カナーの頃は、自閉症とは、子どもが他の人々と情動的・協調的な関わり合いから極端に引っこみ離れていくということで特徴づけられる、非常に稀な障害だった（Kanner 1949）。しかし最近では、自閉症は様々な社会的・行動的障害を伴った、世に広く見られる神経障害になっている。

ヴェルホフ （Verhoeff ）は、ASD 概念を神経生物学レベルに限定して捉えることは、ASD 概念が、「子どもが世界に対して持つ関係のなかで、異常なもの、有害なもの、障害であるものとは何かに関するその時代の考え方」に根本的に依存しているという事実を見えなくさせるといっている（Verhoeff 2012）。ASD 研究者が切り取ろうとしている自然種としての ASD の輪郭は、実は、子どもとその行動に関して暗黙の内にもっている「規範性を帯びた期待」に依存しているものなのである。

ヴェルホフによれば、その期待とは具体的には「人はいかに他人と相互作用するか」「いかに友達を作るか」「いかに世間話をするか」「いかに楽しみを共有しようとするか」「いかに共感するか」「いかに暗黙の社会規範を理解するか」に関するものであるが、こうした事柄に関する社会のニーズと不満はつねに流動しており、だからこそ ASD をぴったり固定することは必然的に困難なのである。遺伝子も、神経過程も、認知理論も、ASD の可変性に関しては何もできないとヴェルホフは強調する。

（4）当事者実践と専門知の循環

その時代における社会規範が ASD 概念を析出させ、当事者やその周囲の人々の実践がその概念によって象られていくだけでなく、逆に、当事者らの実践が ASD 概念を変化させていくベクトルもまた存在する。このような、専門的な概念と、その概念によって名指される当事者の実践とが、双方向的に影響を与え合う現象を、科学哲学者のハッキングは「ループ効果」と呼んだ。ある集団を専門的な概念によって記述することで、明らかに目に見える、独特なものとして人々に認識されるようになる。しかしその後、その記述された人々は、そのまま生活を続けていくことも出来るし、自分たちの行為を通じて、その定義に反抗したり、それを変更したり、再定義をすることも自由にできる（Silverman 2011: 29）。このようなループ効果によって、診断基準、治療のやり方、そして自閉症者と過ごす日常経験の多くは、根本的に変化してきた

（Silverman 2011: 29）。

ナデサンは、ASD 概念という専門知と、そのラベリングを引き受ける人々やその家族、支援者たちの実践とが相互に影響を与え合いながら変遷してきてきた様子を描いている。かつて、精神分析学の理論を背景に、心因性の精神障害として ASD 概念がとらえられていた頃は、両親への道徳的非難と治療的介入が正当化され、ASD 者本人は絶対受容の名のもとに、介入の対象から外れていた（専門知→実践）。しかしそのような考え方に対する異議申し立てが、学術の分野や ASD 者の親からなされるようになった。自らも ASD 者の親である何人かの研究者がキーパーソンとなって、親の組織とも連携しつつ、親の養育方法の影響ではなく ASD 者本人の生得的な脳の障害として ASD 概念が再構築されるようになったのである（実践→専門知）。ASD が、生得的な脳の障害としてとらえられるようになると、かつて病因そのものとみなされていた両親は、共同治療者として療育や支援の枠組みに迎え入れられるようになっていった(専門知→実践)。とりわけ、親の困りごとは可視化された逸脱行動であったので、行動療法が主流な療育方法として注目され、新しい技法の開発と効果に関する研究に資金が投入されるようになった。その後 ASD の範囲が広がり、自己主張ができる当事者が、ASD コミュニティを組織したり、権利擁護運動を行ったりし始めた（専門知→実践）。彼らは脳科学的な概念を、自らを説明する語彙として活用しながら（専門知→実践）、ASD とはそれ自体が治療の対象となるような障害ではなく、人種やろう文化などと同様、社会に受け入れられるべき多様性の 1 つなのだという「神経多様性運動（Neuro-diversity movement）」を展開した（実践→専門知）。彼らのなかには、本人ではなく周囲の人々や社会の都合が優先されがちな行動療法に対する批判を行い、本人が困っている感覚の問題などの困りごとに注目した研究を行うべきだと主張しているものもいる（実践→専門知）。

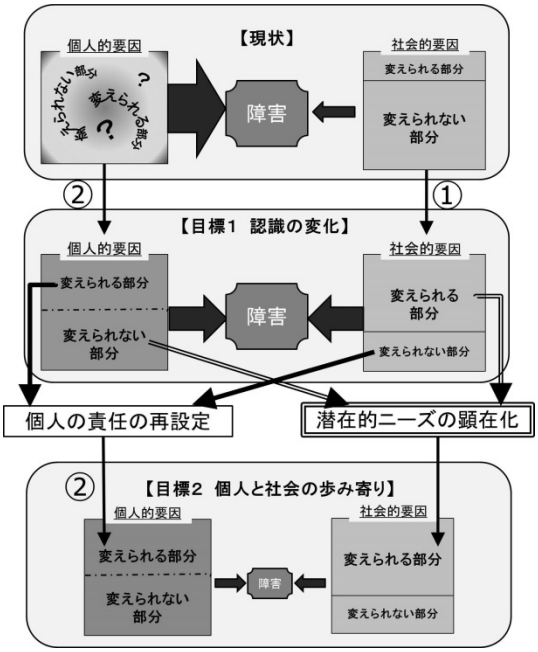
２．当事者研究

（１）なぜ当事者研究が必要か

しかし、先述した DSM-5 で採用されているような現行の ASD 概念は、実践から専門知へのフィードバックを限定的にさせてしまう効果を発揮する。たとえば先行研究の中で、自閉症スペクトラム当事者のみで自助グループを運営するのは、社会性が欠如している彼らには無理なのではないかとするものがある（木邨・玉井 2007; 倉島ほか 2007; 佐々木ほか 2010）。その根拠として、自閉症スペクトラム当事者によって運営されていたある自助グループが、トラブルに次ぐトラブルで解散してしまったという事例が紹介されている。これは、「社会的コミュニケーションと社会的相互作用における持続的な欠損」という専門知が存在することによって、当事者による社会や専門知への異議申し立てが、単なる「社会性の欠如の兆候」として処理されてしまう可能性を示唆している。

しかし、およそあらゆる自助グループにトラブルや解散はつきものであり、身体障害者、聴覚障害者、依存症の自助グループの歴史を見るだけでも、どこも熾烈な衝突と行き違い、解散

と集合を繰り返してきた歴史がある（William 2007; 横塚 2007; 安積ほか 1990; 木村ほか 1996）。これは、自閉症スペクトラムという障害に特有なものではなく、障害を超えてあらゆる自助グループに繰り返し現れてきた現象である。にもかかわらず、この「社会性の障害」というマジックワードは、自助グループ活動における個人間のトラブルの原因を、個人のせいにすることを可能にし、ひいては、自閉症スペクトラム当事者の自助活動に対する支援者の過剰な介入を正当化するための言説資源になっているのである。これは、専門的な概念が自助活動に影響を及ぼすループ効果の一例であるが、当事者の自助活動が異議申し立てによって、専門的な概念にフィードバックを与える逆方向の影響に関しては、「社会性の障害」という概念によって無視・無効化される可能性のあるものである。



図：個人と社会の可変部分の見直し

すでに述べたように、一般に、社会と個人とのミスマッチによって「障害（disability）」は生じるが、ASD の場合、「社会性の障害」という言葉で個人的な特性が記述されることで、ミスマッチの原因を個人の側へ過剰に帰責されてしまう現状がある（図【現状】）。障害の発生過程を社会的要因と個人的要因にフェアに切り分けるためには（図【目標 1　認識の変化】）、社会的排除の問題に取り組んでいるグループや人文社会学的専門家との協働による「社会的要因の分析（図矢印：①）」と、既存のアンフェアな「社会的コミュニケーションの障害」という概念にとらわれない、当事者の自己再記述を目指す「当事者研究（図矢印：②）」の２つが必要である。それを踏まえて初めて、個人と社会双方の「変えられる部分・変えられない部分」についての認識を踏まえた、一方にのみ無理を強い過ぎない歩み寄りが可能になると思われる（図【目標２　個人と社会の歩み寄り】）。

（２）当事者研究との出会い

我々は上記のような問題意識に基づき、2008 年に綾屋の経験についての当事者研究を発表した（綾屋・熊谷 2008）。Disability を impairment へとすり替えるような既存の「社会的コミュニケーションの障害」という概念をいったん脇に置き、Inter-personal な対人関係の次元で生じる困難以前の、一人でいるときのモノの見え方、綾屋の身体における感じ取りかたなどのレベルを探究したのである。

研究の結果、綾屋は自身の経験構造に対し、「身体内外からの刺激を、細かく大量に等しく受け取ってしまうので、知覚、意志、行動、自己感などをまとめあげるのがゆっくりである」という特徴があるのではないかという仮説を立てた。そしてその仮説をもとに、幼少期からひとりで抱えてきた数々の困難を、人に伝わる言葉にできるようになっていった。これまで無秩序に思えて見通しの立たなかった自分の経験に、他者とわかちあえる一定のパターンが存在するという発見は、綾屋の人生に大きな変化をもたらした。その変化には、主に以下の三つがある。

一つ目は、自分の身体がどのようなパターンを持っているかという永続的な特徴のレベルや、一回性のエピソードをどのようにまとめ上げるかという自分史のレベルで、「自己」というものの輪郭がはっきりしたという点である。自己の輪郭がはっきりしない状態で、他者と関わりあうことは非常に大きな苦痛を伴うものである。かつては他者と関わりたいと思っていても、人に会うたびに相手の身体動作のイメージが脳裏に貼りつき、一人になった時にそのイメージが何度も反芻されていた。そのイメージを見ながら、「あの時あの人はなぜあんな所作をしたのだろう」という推論を止めることができず、一週間くらい寝込んでうなされることも珍しくなかった。さらに、他者のイメージが自分を乗っ取るかのように、普段のなにげない身体動作において他者の動きのパターンが、有力な選択肢として想起されるため、なけなしの自分のパターンが乱されてしまうことになった。それが当事者研究によって自己の輪郭が以前よりも鮮明になったせいか、他者と自分のパターンの区別がつきやすくなり、人と会った後にも寝込んだりすることがほとんどなくなった。さらに、自分と他人との違いが判別できるようになるだけではなく、抽象的もしくは部分的なレベルでの自分と他者の類似点にも感度が上がり、「違うのに同じ」という感慨を、他者との間に取り持てる機会が増えてきたように感じている。

二つ目は、自分のパターンのうち、変わらない部分（impairment）と変わる部分の区別が以前よりも付きやすくなったという点が挙げられる。人生の中で、自分の努力や気のもちよう、選択によって変えられる部分と、どのように試行錯誤しても変えられない部分との間の境界線を知るということは、様々な面で生き易さにとって重要な条件である。人は、自分の変えられる部分に関しては、「あのとき別の選択をすべきであった」という反省や「次には別の選択をすることにしよう」という学びの形で、責任を引き受けることができる。しかし、自分の変えられない部分に関しては、別様の選択はありえなかったしこれからもありえないわけであり、責任をとることはかなわない。つまり、「変えられる／変えられない」の境界線は、引責／免責の境界線でもある。しかし少数派の場合、多数派とはこの境界線の引かれる場所が異なっている。にもかかわらず、そのような多数派からの差異が、他人からも自分からも可視化されにくい綾屋のような見えない障害を持つ当事者の場合、本人さえも境界線の差異に気づかず、多数派の境界線を自分自身にも適応してしまうことで、免責されるべき領域を引責しようとして果てしない自責の回路に陥ることになる。当事者研究は、自分の変えられない部分／変えられる部分の境界線を、自分でカスタマイズして引き直す作業でもある。そのことで同時に、受け入れやすい引責と免責の境界線を持つことができるようになることは、それ以前の自責回路の多くか

ら綾屋を解放してくれた。

三つ目は、変わりにくい Impairment を、以前よりも、より明確に把握できるようになることによって、Disability が消失する条件についての見通しを得やすくなったということである。「社会的コミュニケーションの障害」という、変えられない部分なのか変えられる部分なのかはっきりしない概念によって自己規定するだけでは、具体的にどのような選択をして、どのように環境側に変化を働きかければ現在の困難が緩和するのかについて見通しが得にくい。従来の定義をいったん脇において、時間や状況を超えて比較的永続している自分の Impairment を特定することで、「だとすればこのような選択やこのような環境があれば、Disability は緩和するはずだ」という見通しが得やすくなる。綾屋の場合それは、「反響音の少ない部屋」であったり「読みやすいフォント」であったり、「意味づけ介助」であったりした（綾屋 2008, 2010a）。このように、当事者研究は自分の抱えるニーズが何なのかを明確にしてくれた。

（３）Necco 当事者研究会

以上のような経験から我々は、1) 現行の ASD 定義は Disability レベルの記述なのではないか、2) ASD と呼ばれる個々の人々はみなそれぞれ異なった Impairment を持っており、当事者研究によってそれを探究する必要があるのではないか、3) 同時に当事者研究は、ある Impairment の持ち主がどのような環境条件や自己選択のもとで ASD という Disability を経験するのかを明らかにするのではないか、4) 類似した Impairment の持ち主同士が互いの経験記述を交換し合いながら当事者研究をすることで、「違うのに同じ」という感慨で結ばれた alternative sociality が生まれるのではないか、といった構想をするようになった。そして、他の自助グループでの当事者研究の様子を実際に経験しながら、その構想を具体化するための理論的な準備を進めて行き、2010 年に書籍として発表した（綾屋・熊谷 2010b）。

そのしばらく後、偶然の機会も重なって、2011 年の 8 月から東京の西早稲田にある発達障害者の就労支援施設「Alternative Space Necco」にて、綾屋は月に２回の頻度で「Necco 当事者研究会」を開催させてもらえることになった。その様子はこれまでも何度か発表してきたので詳述はさけるが（綾屋 2012, 2013b）、会のファシリテーションは綾屋自身が話しやすいと感じる環境づくりを羅針盤としつつも、トップダウンに綾屋自身がルールを決めるのではなく、不安や弱音をオープンにしながらメンバーの意見や支えを常時受け取りながら徐々に形作られていった。基本的には運営上の対応は、問題が起きてから考える「後手後手の運営」を旨とし、問題提起があってもすぐに対応しようと焦らないことを心がけている。当事者研究の進め方は、依存症の自助グループなどで採用されている「言いっぱなし、聞きっぱなし」という実践方法を参考にしつつ、話し手の順番交代は席順などで形式化し、聞き手はうなずき、返答など一切の応答をしないというものである。このルールを採用した理由は、人と会話をする際に相手の目を見る、あいづちを打つなどの一般的な会話のルールのもとでは、綾屋はルールをきちんと遂行することのほうに気を取られ，肝心の自分が話す内容にも人が話す内容にも集中できなく

なるという経験をしてきたからである。さらに 2012 年 8 月からは、対話なしの言いっぱなし聞きっぱなしだけでは物足りないというメンバーを中心に、質疑応答や互いへの違和感などを積極的に言い合うルールのもとで当事者研究を深めていく D 会（Deep, Deluxe, Dangerous の頭文字にちなんでいる）を並行して主催している。

本論では以下、約 2 年半を経過した現時点での中間報告として、実践の中でどのようなところに難しさがあり、現在どのような試行錯誤を行っているかについて記述することにしたい。

３．実践の中での課題と模索

実践の中で、特に大きな課題として自覚されるようになりつつあるのは、1) 過剰に一般化された語りがなされる場合の対応、2) 状況に対して、構造の枠組みではなく責任の枠組みによる解釈がなされてしまうことへの対応、3) 一部のメンバーのみで密室的なやり取りがなされることへの対応、の三つである。以下では、それぞれについて少し詳しく述べる。

（１）課題１：過剰に一般化された語り

当事者研究を始めたばかりのメンバーの中には、学歴、結婚、仕事などにおいて、自分の身に起きたあらゆる不都合な出来事を、すべて「私が発達障害だったせいだ」といったかたちで、診断名などの抽象的な、しばしば専門家が使用する一般化された概念を用いて語る傾向が少なからず見受けられる。中には、自分の現在の困りごとや過去の不都合な出来事を発達障害のせいにしたうえで、「親が早く自分の障害に気づいて適切な支援を受けていれば、こんなことにはならなかったのに」という反実仮想的な思考にとらわれてしまう場合もある。学歴、結婚、仕事などの困りごとは、当然、個人の impairment に還元して説明できるようなものではなく、impairment と社会との複雑な相互作用の中で生じる disability である。しかし、すでに述べたように、発達障害という概念は、社会と個人との間に生じる問題を、個人の中にある問題にすり替える様なレトリックとして活用しやすいせいもあって、それを利用することで、自分の困難の仕組みに関する研究や、社会的要因や具体的な環境改善へと気持ちが向いて行かなくなることもある。筆者が実践の中でぶつかった困難の一つ目は、その人その人に固有の具体的な経験が、語り手自らによって、過剰に一般化された概念に回収される形で語られてしまい、研究が進んでいかないという事態であった。

先行研究では、語りの具体性に関して様々なことが言われてきた。例えばウィリアムズ（Williams）は自分語りをその具体性によって分類し、「日々繰り返される出来事の記憶」や「1 日以上続くような広範にわたる出来事の記憶」を“過剰一般化された記憶（overgeneral memory）”、「特定の場所と時間で起きた、一日より短く、一度だけ起こる出来事の記憶」を“具体化された記憶（specific memory）”と定義した（Williams 1996）。自分語りに関する先行研究では、数多くの精神的な障害において具体性の減少と過剰一般化傾向が報告されており、過剰一般化の程度は予後を予測することが示されている（Williams & Broadbent 1986; Brewin et al.1998;

Kuyken & Dalgleish 1995; Moore et al. 1988; Williams &Scott 1988; Kuyken & Brewin 1995; McNally et al. 1994; 1995; Dalgleish et al. 2003; Dalgleish et al. 2001）。また近年、ASD 者においても自分語りの過剰一般化傾向があることが報告されている（Crane et al. 2010; Goldman 2008）。このことは、ASD 者を中心とした語りの場において、すでに専門分野などで使われている概念に自分固有の経験を還元してしまい、新しい知を生み出すことは難しいということを示唆する知見と言える。

しかし、Hirst と Echterhoff も述べるように、どのような内容の自分語りが引き出されるかは、その語りが引き出された会話的な文脈がどのようなものであるかという条件に依存する（Hirst & Echterhoff 2012）。たとえば、当事者からは「小さい頃から周囲の大人たちに、『要するに何が言いたいの？！』としかられてばかり来たから、要約して述べなければいけないという習慣が身についた」という証言も少なからず聞かれる。これは、語りの過剰一般化傾向が、本人の特徴に還元されるものではなく、経験を分かち合えない人々との会話的文脈のなかで構築されてきた可能性を示唆するものである。逆に言えば、実感を伴った具体的な語りの生成は、経験を分かち合える他者との会話や場によって実現する可能性があるかもしれない。

Necco 当事者研究会の場では、具体的な語りを引き出すテーマ設定や、冒頭のアナウンスなど、語りの過剰一般化を遠ざけるような工夫がなされている。これは、会の趣旨である「自分の経験を言葉で語り、仲間の言葉を互いに聞くことで経験を共有し、新たな表現方法を発見」するという目的を実現するうえでは、「私は自閉症だから～」であるとか「衝動性が強いので～」など、既存の語彙で経験を説明してしまうことが、自分の経験の固有性を言い当てる新たな表現方法の探索を阻害する、という考えのもとで採用されているルールである。しかし、具体的な語りに必ずしも慣れているとは言えない参加者にとっては、明示的なルールの提示だけでは、どのようなことを語ればよいのかわからない場合も少なくない。言いっぱなし聞きっぱなしの秩序のもと、具体的な語りに慣れた参加者の語りを聞くことは、慣れていない参加者に、自分の経験のどのような部分を、どのような具体性で語るかについてのインストラクションとなりうるものである。また、具体的な語りを引き出すことは、研究という会の目的を達成するうえで重要なだけでなく、抑うつの再発回避など、心理的障害の一部にも効果的であることが示唆されている（Williams, Teasdale, Segal and Soulsby 2000; Teasdale, Segel, Williams, Ridgeway, Soulsby and Lau 2000;Watkins et al. 2012）。

明示的なルール説明やインストラクションがあってもなお、様々な理由で具体的な語りをしにくい参加者もいる。そのような参加者に対しては、無理に具体的な語りを引き出そうとせず、言いっぱなし聞きっぱなしの空間にまかせておくという対応を基本にしている。個々人の語りの変化としてはゆっくりしたものであるが、当事者研究の場としての変化は、着実に起きているという実感がある。それは個々の語りの変化というだけでなく、我々が大事に考えている語りの空間になじむメンバーが選別されつつある、という面も多分にあるだろう。さらに最近、気づいた事としては、過去に一度取り扱ったテーマをもう一度とりあげて、振り返りの会を行

うと、前回の会で語られた内容を会の冒頭に紹介することが大きな手掛かりとなり、各々の参加者がより具体的に自分自身の語りを引き出しやすくなっていくという可能性である。これは、年月をかけて具体的な語りのデータベースが共有されることによって、蓄積されたデータベース自体が触媒となり、新しい具体的な語りを誘発していくという、好循環が起きる可能性を予感させるものである。実際に具体的な語りが増えたのか否か、増えたとしたらそれは同一メンバーの継時的な変化によるものなのか、それともメンバーの入れ替わりによるものなのか、振り返りの会で触媒作用が起きているのか否か、といった点に関しては、今後、語りの定量的なコーディングも用いた研究を行う予定である。

（2）課題２：責任の枠組みによる解釈

実践の中でぶつかった難しさの二つ目は、困難の原因を自分や他人の責任問題に帰属させて、説明しようとする傾向が少なからず存在するという点である。当事者研究の多くは、順調に遂行される日常ではなく、日常性を阻害するようなトラブルを起点にして行われることが多い。トラブルとは多くの場合、社会通念上、良くないこととされる出来事である。多くの人々の日常的な実践の中では、トラブルはその原因をその実践に関わった構成員の誰か一人の責任に帰属させ、処理されることが多い。こうした日常的な実践のルールを当事者研究の参加者たちも人生経験の中で、すくなからず内面化しており、とりわけ参加し初めたばかりの者は、研究場面においても「私が悪かったんですけどね」「あのとき両親がこうしてくれていれば」などのかたちで、犯人探しと責任帰属の枠組みでトラブルの解釈を行う習慣を持ち込みがちである。

しかし、すでに述べたように、当事者研究のねらいのひとつは変えられる部分と変えられない部分の境界線の引き直しだけではなく、免責と引責の境界線の引き直しを行うというものである。したがって安易に社会通念上常識的なものとして採用されている多数派の境界線を持ち込んで、責任帰属を急ぐことは、既存の境界線の再生産を行ってしまう事になりかねない。そのような事態を避けるために、まずは、トラブルを責任の問題で解釈するのではなく、何がどのような順序で生じたのかという、価値中立的な記述をなるべく具体的に行い、その経緯の中でどの部分が容易に変えることのできないメカニズム・構造なのかを、仲間とともに慎重に同定していく作業を優先させる必要がある。

我々は当事者研究会のコアメンバーの幾人かと 2013 年以降、自分たちの当事者研究実践を対象とした会話分析を自分たちで行うという「再帰的会話分析」を行ってきた。自分たちの発言内容がトランスクリプトに起こされ、テーブルを囲んでそれを読み合いながら、その時々でどのようなパターンが反復されているのかについて、会話分析の専門家も交えながら分析を行ったのである。また、その分析作業の一部始終をビデオカメラで記録した。作業を開始した初めの頃は、誰かの分析が自分を責めているように感じられるメンバーもおり、容易に責任問題の枠組みで解釈しそうになる場面が頻繁に見受けられたが、そのたびごとに、「責任問題ではなく構造問題で取り組もう」を合言葉にして、ぐっと踏みとどまり、分析を続けていった。何度も

そのような分析作業を続けているうちに、だんだんと構造の枠組みでトランスクリプトを分析するという態度が共有されるようになり、自分たちの実践を少し離れた位置から他人事のように冷静に観察し、解釈する目線をメンバーたちが共有していった実感がある。この実感は、我々が取り組んだ再帰的会話分析という手法が、当事者研究の進め方に関する当事者研究であるというだけでなく、それ自体が、対人的な相互作用や社会的認知という発達障害者が苦手だとされてきた領域の問題を、当事者研究を媒介にして支援することの証拠になる可能性があると考えている。現在、それを検証する目的で、再帰的会話分析のビデオ記録を対象にした会話分析、いわば「再帰的再帰的会話分析」の準備を進めている段階である。

（３）課題３：密室的な語り

実践の中でぶつかった難しさの三つ目は、なるべく少人数の間でのみ語りを分かち合い、研究を進めていこうという密室的な傾向が生じやすいという点である。これは前項の課題２とも深く関連していると考えられる。責任を問うような規範的な意識は、トラブルについて恥や自責の感情を引き起こすものでもある。恥ずかしい、多くの人に知られたくない出来事を、できれば信頼できる人との間だけにとどめておきたいと思うのは、自然なことと言えるだろう。しかし、このような密室的な傾向は、当事者研究を進める上で二つの困難を導くことになる。

一つ目は、「言った言わない問題」である。障害のあるなしにかかわらず、例えば一対一の対話を行った場合には、後から、「あの時そんなことは言っていない」「そのような事実はなかった」など、研究の起点となる価値中立的で具体的な記述の段階ですでに、合意が取れなくなり、収拾がつかなくなることも少なくない。さらに、発達障害者同士は、既に述べたように impairment レベルでの多様性が大きく、注意の向け方のパターンや、経験をどのように分節化し解釈するかのパターン、記憶の仕方のパターンがそれぞれ異なるため、当事者同士と言っても合意された現実を構成することは容易ではない。そのような事態を踏まえた時、なるべく多くの当事者が、同じ空間と時間、語りの場を共有し、解釈や記憶をすり合わせていくという方向性が必要不可欠になってくる。

定型発達者を対象とした先行研究においては、他者視点の取得によって主観的観測の内容の客観性が高まるという経験的事実が報告されている（Frith 2012）。例えば人は、自分がなぜある行動をとったかの原因について、自分一人の事後的な反省プロセスでは十分な観測が行えず、むしろ他人の行動原因の方を正確に観測できるということがしばしば報告されてきた。このことは、自分の行動原因の推測過程において、他人のコメントから恩恵を受ける可能性があることを示唆している。また、知覚経験の正確性に関しても、一人だけの観測では低くなるが、複数の観測者が、互いの観測内容とその確信度についてフリーディスカッションを通じてコミュニケーションし、合意プロセスを働かせることによって、相乗効果的に正確性が増すということも知られている。ただし興味深いのは、互いの知覚的特性がある程度類似している時のみ相乗効果が起き、特性が大きく異なる場合には互いの観測が干渉しあって正確性が向上しないと

いう点である。これは、誰と当事者研究を行うかという問題を考えるときに、経験構造がある程度類似したもの同士が集うことの積極的な意義を示唆する知見と言える。

密室的な傾向がもたらす困難の二つ目は、「言語の創造の契機が奪われること」である。すでに述べたように、どのような内容の自分語りが引き出されるかは、その語りが引き出される会話的な文脈がどのようなものであるかという条件に依存する。そしてここで言う会話的文脈の諸条件には、当然、誰との会話であるか、という要素も含まれる。上述のように、経験を正確に分節化し、それに言語を与えていく際に、経験構造の類似した他者との会話的文脈が重要であるとしても、経験構造の全体をすっかり共有しているような他者は、たとえ同じカテゴリーを引き受けている当事者同士であっても存在しない。たかだか、経験構造の一部に関して、部分的に他者と類似しているにすぎないのであって、一人の他者との会話によって正確性が向上する経験領域は限定されるはずである。したがって、密室的に少数の他者としかコミュニケートしない状況では、自分の経験構造の一部しか共有してもらえず、正確さと確信度を高める範囲も限られることになる。

つまり、当事者研究を進めていくためには、部分的に経験を重ね合わせられる多くの様々な聞き手が必要不可欠なのである。密室的なコミュニケーション状況に内閉していると、自分の経験の大部分を、ひとりの他者との間で共有したいという思いが募ることは必然である。そしてそれは同時に、そのような他者との間に少しでも共有できない部分があるだけで傷ついてしまうような条件を備えてもいる。女性薬物依存症の自助グループであるダルク女性ハウスでは、自分たちが陥りやすいそのような他者との関係の取り持ち方を「ニコイチ」と呼んでいるが、これは密室的な語りへの注意喚起としても受取れよう。人は、自分と他者との間に、まったく同じでもなく、まったく違うわけでもない関係を認めたときに、「違うのに同じ部分があるという驚き」という感慨を、共感として感知するのではないだろうか。多くを共有してくれる他者という「質」への志向ではなく、わずかな部分を共有できる他者を多く持つという「量」への志向が、当事者研究の重要な要素と言えるかもしれない。

このことを敷衍して言えば、当事者研究が一つのコミュニティにのみ内閉することもまた限界を抱え込むことになる。一人の聞き手によって共有できる経験範囲が限定されているのと同様、一つの団体によって共有できる範囲も限られている。個々のメンバーが、発達障害のコミュニティだけで言葉を紡ぐのではなく、例えば依存症の自助グループ、貧困問題に関する自助グループ、虐待サバイバーの自助グループなど、複数の場をもち、それぞれの場所で、他の場所では共有されにくい語りを紡いでいくことは、重要なことであるように思われる。実際 Necco 当事者研究会に参加するメンバーも、他の場で得た言葉や語り、運営方法などを、常に Necco 当事者研究会の場に持ち込んできてくれることによって、他のメンバーの研究が進んだり、会の運営方法に関する示唆をもらうことが少なくない。

以上のように、いくつかの困難に直面しつつ、探索的に、徐々に当事者研究の方法を作り上げてきた。表は、会をはじめて丸一年を経た時点で、参加者に会の進め方についてアンケート

調査を行った結果の抜粋である。いくつかの批判も残っているが、おおむね現在の会の運営方法に、語りやすさを感じているメンバーが多いことがうかがわれる。

・よいルールだと思う（4）
・続けてほしい
・とてもいい。3分（という時間も）もよい。
・大賛成
・発言機会が平等に与えられるので良いと思う。（誰かがずっとしゃべり過ぎたりしない）
・「言って出すこと」＋「聞いたということ」の組み合わせが必要な場合は良い
・「言えない人がいないようにする」機能としては良い
・自分の言いたいことを出てくるまでしっかり聞いてくれるのは良いことだと思う。
・他団体の話を聞いて比べると、言いっぱなし聞きっぱなしならではの人との距離感がとても丁度いい。ごちゃごちゃしないのが助かる。
・自然な感じでよい （厳しいところだとうなずいてもダメと言われる）。
・聞く側も「ただ聞く」とルールを決めてもらえると聞きやすい。
・時間がかかるのでやめた方がいい。近況と最後のトークで十分。
・メモ取りとかは？
・拍手とかどうなのか？
・毎回メンバーが変わると全体としての「当事者研究会」を知っている人が結局かたよってしまう＆依存症グループのような匿名性がない場合、「言わないと死んでしまう」くらいの深刻さのある話はできないだろう
・言いっぱなしだけだともったいないので第三者、普通の人、整理の上手な人にまとめをお願いするとよいのではないか
・【言いっぱなし聞きっぱなし】という言葉を当り前に使ってしまっているがもう少し具体的に説明ができるといい。
・せっかくの良さをいかしきれていないと思うことがある。
・良さがある一方で、とてもそっけない感じがしたり、一体感が生まれにくいという側面もある気がする。人によっては会話のキャッチボールをするような形式の会に比べて、ぼっち感が発生しやすいかもしれない。自分にだけぼっち感が発生しているのではなく、そういう空気をあえて作っているのだということが説明できるといいと思う。

１年目のアンケートのコメント

４．おわりに

本論文では、自閉症スペクトラム障害（ASD）についての先行研究を、概念分析や障害学の観点から批判的に検討し、ASD 概念が、社会と個人との「間」で生じる disability を、個人の「中」で生じる impairment として解釈することを可能にする言説資源として機能している可能性を述べた。このことは、ASD 者から社会に対してなされる異議申し立てを無効化する継起が ASD 概念自体にビルトインされているだけでなく、時間や状況が変わってもそれほど変化しない経験や行動のパターン（impairment）と、時間や状況に応じて変化するパターン（disability）との区別をあいまいにすることで、「impairment をふまえた環境側の調整によって disability を最小化する」という方向でのニーズの訴えを困難にさせる。さらに、上記の可変性／不変性の境界線は、引責／免責の境界線とも関連しており、この境界線の位置をあいまいにしたまま規範的

な境界線を無理に自分に適応することで、引責できない範囲を引責しようとする自責的な回路に陥らせる可能性もある。

以上のような問題意識から、我々は既存の ASD 概念をわきにおいて、綾屋の経験や行動の中に存在する比較的変化しにくいパターンを抽出するため、当事者研究を行った。その作業を経ることによって得られた効果の実感を頼りに、これまでの他の自助グループ実践も参考にしながら、2011 年以降 ASD コミュニティにおいて当事者研究実践を重ねてきた。実践の中では当初想定していなかった様々な困難と遭遇したが、現時点では、1) 具体性、2) 構造問題、3) 共有性の三つが、重要な運営方針であることが示唆されている。

【文献】

安積純子・岡原正幸・尾中文哉・立岩真也. 1990.『生の技法』藤原書店.

綾屋紗月・熊谷晋一郎.2008.『発達障害当事者研究―ゆっくりていねいにつながりたい』医学書院.

綾屋紗月. 2010a.「意味づけ介助」『ノーマライゼーション障害者の福祉』30.

綾屋紗月・熊谷晋一郎. 2010b.『つながりの作法―同じでもなくちがうでもなく』NHK 出版生活人新書.

綾屋紗月.2012.「当事者研究の実践で突きつけられ、修正を迫られるもの」『日本オーラル・ヒストリー研究』8: 101-107.

綾屋紗月.2013.「当事者研究と自己感」.石原孝二編『当事者研究の研究』医学書院:217-270.

木村晴美・市田泰弘. 1996.「ろう文化宣言」『現代思想』24: 8-17.

木邨真美・玉井紀子.2007.「エイスペースで経験した当事者グル-プの意義と限界」石川元編『アスペルガー症候群　歴史と現場から究める』至文堂: 311-320.

倉島大樹・新井宏美・大村佳奈子.2007.「高機能自閉症・アスペルガー症候群を対象とするセルフヘルプグループについて―社会的孤立を解消するための支援」『法政大学懸賞論文優秀論文集』: 79-94.

佐々木かすみ・田熊立.2010.「広範性発達障害のある成人への福祉サ-ビスとしての「本人会」―当事者のニーズと支援に必要な条件の検討」『臨床発達心理実践研究』5:118-128.

横塚晃一.2007.『母よ！殺すな』 生活書院.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).* Washington, DC. Author.

Brewin, C. R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P. and Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behavior Research and Therapy*, 36, 1131-1142.

Brugha, T. S., McManus, S., Bankart, J., Scott, F., Purdon, S., Smith, J., Bebbington, P., Jenkins, R., and Meltzer, H. (2011). Epidemiology of Autism Spectrum Disorders in Adults in the Community in England. *Archives of General Psychiatry*, 68, 459-465.

Center for Disease Control and Prevention (2009). Prevalence of autism spectrum disorders - autism and developmental disabilities monitoring network, United States, 2006. *Surveillance Summaries*, 58, 1-20.

Crane, L., Goddard, L. and Pring, L. (2010). Brief Report: self-defining and everyday autobiographical memories in

adults with autism spectrum disorders. *J. Autism Dev. Disord.* 40, 383-391.

Dalgleish, T., Spinks, H., Yiend, J. and Kuyken, W. (2001). Autobiographical memory style in seasonal affective disorder and its relationship to future symptom remission. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 335-340.

Dalgleish, T., Tchanturia, K., Serpell, L., Hems, S., Yiend, J., De Silva, P. and Treasure J. (2003). Self-reported parental abuse relates to autobiographical memory style in patients with eating disorders. *Emotion*, 3, 211-222.

Eyal, G., Hart, B., Onculer, E., Oren, N. and Rossi, N. (2010). *The Autism Matrix*. Cambridge, UK: Polity Press.

Frith, C. D. (2012). The role of metacognition in human social interactions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.*, 367, 2213-2223.

Goldman, S. (2008). Brief report: narratives of personal events in children with autism and developmental language disorders: unshared memories. *J. Autism Dev. Disord*. 38, 1982-1988.

Hirst, W., & Echterhoff, G. (2012). Remembering in Conversations: The Social Sharing and Reshaping of Memories. *Annu. Rev. Psychol*, 63, 55-79.

Kadesjö, B., Gillberg, C. and Hagberg, B. (1999). Brief report: autism and Asperger syndrome in seven-year-old children: a total population study. *J. Autism Dev. Disord*, 29, 327-331.

Kanner, L. (1949). Problems of nosology and psychodynamics in early childhood autism. *Am J Orthopsychiatry*, 19, 416-26.

Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., Fombonne, E., Laska, E., Lim, E. C., Cheon, K. A., Kim, S. J., Kim, Y. K., Lee, H., Song, D. H. and Grinker, R. R. (2011). Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. *Am. J. Psychiatry*, 168, 904-912.

Kuyken, W. and Brewin, C. R. (1995). Autobiographical memory functioning depression and reports of early abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 585-591.

Kuyken, W. and Dalgleish, T. (1995). Autobiographical memory and depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 89-92.

McNally, R. J., Lasko, N. B., Macklin, M. L. and Pitman, R. K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619-630.

McNally, R. J., Litz, B. T., Prassas, A., Shin, L. M. and Weathers, F. W. (1994). Emotional priming of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Cognition and Emotion*, 8, 351-367.

Moore, M.K. and Meltzoff, A.N. (2004). Object permanence after a 24-Hr delay and leaving the locale of disappearance: The role of memory, space, and identity. *Developmental Psychology*, 40, 606-620.

Nadesan, M.H. (2005). *Constructing Autism: Unravelling the 'Truth' and Understanding the Social.* New York: Routledge.

Silverman, C. (2011). *Understanding Autism: Parents, Doctors, and the History of a Disorder*. Princeton: Princeton University Press.

Teasdale, J. D., Segel, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. and Lau, M. A. (2000). Privation of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Journal of Consulting and*

Clinical Psychology, 68, 615-623.

Verhoeff, B. (2012). What is this thing called autism? A critical analysis of the tenacious search for autism's essence. *BioSocieties*, 7, 410-432.

Watkins, E. R., Taylor, R. S., Byng, R., Baeyens, C., Read, R., Pearson, K. and Watson, L. (2012). Guided self-help concreteness training as an intervention for major depression in primary care: a Phase II randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 1359-1371.

William, L.W. (2007). 米国アディクション列伝　-アメリカにおけるアディクション治療と回復の歴史（鈴木美保子ほか，訳）東京：ＮＰＯ法人　ジャパンマック(William, L.W. (1998). *Slaying the Dragon: the History of Addiction Treatment and Recovery in America*. Illinois: Chestnut Health Systems.)

Williams, J. M. G. and Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.

Williams, J. M. G. and Scott, J. (1988). Autobiographical memory in depression. *Psychological Medicine*, 18, 689-695.

Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. and Soulsby, J. (2000). Mindfulness based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 150-155.

（くまがや　しんいちろう・あやや　さつき　東京大学）