

社会病理の臨床的理論

水島 恵一

A Clinical Theory of Social Pathology

Keiichi Mizushima

The author had theorized the clinical aspects of delinquency and delinquency process (Int. J. Soc. Psychiat. 18-4). Emotional disorders observed typically among unadjusted delinquents, and group reference or contagion of subculture observed typically among socialized delinquents, are regarded as dualistic causal factors, although the detailed dynamics are varied. Upon such dual etiology we find the deepening process of pathology in which emotional disorders and group references interact with each other.

In this article, the author has tried to find the aspects of such dualistic causal dynamics and their interacting process in other socially pathological phenomena such as suicide, drug addiction, sexual deviations, and at the same time has tried to suggest an integrative theory of social pathology. It implies the effective principles of clinical treatments according to the varieties of causal dynamics.

1. はじめに

本論は社会的原因を強くもち、社会的インパクトを強くもつ、いわゆる社会病理的行動を臨床的にとりあげるものである。そしてそれらの病理行動、とくに犯罪非行、売春、薬物依存、自殺、宗教病理等々に共通する臨床的理論を明確化しようとするものである。

もちろんより一般的な社会問題を含んで社会病理学にアプローチしている人々も多い。そしてそのような見方からは、個々の病理行動よりもたとえば政治の病理（戦争、圧政、無政府状態など）、行政の病理（いわゆる官僚主義的弊害、汚職など）、経済の病理（経済的停滞、不況、混乱、不平等、その結果として

の貧困など）、諸社会集団の病理、文化の病理等々を研究していくことになる（公害など環境問題も含む）。こうした観点はここで扱う臨床的社会病理学の基礎をなすものであり、本論ではそれをも広義の社会病理として考慮に入れることにしている。

マクロ的視点からの社会病理の理論としては、社会学的には政治経済的な矛盾論、社会的欲求不満ないし闘争の理論、社会的不適應の理論、社会解体論、アノミー理論、社会的偏倚、逸脱の理論、その他多くの理論が社会学的に検討されている。（Gillin 1946, Merton 1957, Lemert 1951, 磯村 1954, 大橋 1966）本論にもマクロ的にはこうした理論的視点を当然にもつことになる。しかし

その上で狭義の社会病理の担い手に対する臨床的アプローチにおいて、どのような総合人間学的理解が必要になるかに的を絞ることとしたい。

なおここで展開するのは筆者が非行臨床において確立してきた理論、即ち情緒障害（とくに行動化型情緒障害）と文化的感染（とくに非行的集団準拠）を二元的にとらえつつ統合的に理解する理論を、他の社会病理行動の理解にまで一般化しようとする試みである。

2. 非行の臨床理論

犯罪非行の臨床的理論は、非行性形成過程を主として集団や文化の影響による学習過程（文化的感染・集団準拠）としてとらえようとする社会学的理論と、主として情緒的不適応の過程としてとらえようとする心理学的理論とに大別することができる。ここで臨床的理解は非行者個人の心理を理解し、非行の発生する心理的機制、あるいは何かにつけて非行を発生させやすいような継続的心理状態を理解するものであるから、心理学的非行理論の方が中心問題とされるかにみえる。しかしながら社会学的臨床活動の普及に見られるように、社会学的理論も、けっして個人的臨床に無関係ということとはできない。学者は臨床場面においても社会学的理論をそのまま応用する傾向があるわけであって、これには社会学的理解の上にも重要であるという。事実、筆者の過去の治療研究においては、情緒障害を主とした不適応性非行者が、心理治療的、受容的処置により適しているのに対して、集団の要因を主とした感染性非行者が、社会的に探求されてきた集団ぐるみの再教育的処置により適していることが示されている。こうしてわれわれは臨床にあたって、単に情緒的問題にのみ目をむけるのではなく、さらに社会的文化的影響の個人生活における意味をも考えなければならない。

以上のように文化的感染と情緒障害はともに無視しえないものであり、かつ多くのケースにおいて相互作用をなすものである。いま

従来の二元論を概観してみると、リンドスミスら (Lindsmith & Dunham 1941) は一方に強迫性非行や精神病的非行を中心とする個人的非行をおき、他方に職業犯を中心とする社会的非行をおいている。アレクサンダーら (Alexander & Staub 1931) は心理的非行対社会的非行という区別を用い、前者が超自我の抑圧による神経症的不適応の機制であるのに対して、後者は超自我自体が反社会的になっているものとしている。レジンス (Lejins 1951) が非順応的非行とを対立させているのもほぼ同じであり、レックレス (Reckless 1950) などにおいても、不適応機制と文化的感染の機制が明らかに対比させられている。

さらにジェンキンス (Jenkins 1957) とヒューイット (Hewitt & Jenkins 1946) は、問題児のもつ症状の詳細な要因分析をもとにして、非社会的攻撃的非行 (unsocialized aggressive) と社会化された非行 (socialized delinquent) を明確に区別した。すなわち前者をフラストレーションによって生じた無目的的不適応性非行とみなし、これに対して後者を適応する世界の偏倚によって生じた適応性の (感染性の) 非行であるとみなしたのである。

以上が筆者の二元的理解の根拠になるものであるが、ただしその上で双方の機制が多くの場合において表裏をなし、相互に強め合うこと、すなわち情緒的不適応ゆえに仲間を求めて感染し、感染ゆえに非行的情緒障害を強めるという点は重要視されなければならない。また情緒的不適応によるものであれ、非行集団感染によるものであれ、非行性が形成されていけば、それは人格特性として把握されるものであるが、文化的感染が人格のより社会的な表層部に作用するのに対して、情緒的不適応はより深層部に影響を与える。この意味において、不適応性の非行形成は、より基底的人格形成に近く、これに対して感染性の非行形成は、非行の高次発展機制に深く関係をもつと考えなければならないわけであ

る。

なお非行的情緒障害の特性、とくに神経症や精神病との差は筆者が最も深く問題にしてきたところのものであるが、すでに多くの論（水島 1964, 1971）で詳述してきたのでここでは省略する。非行的文化や非行集団準拠の詳細も同様に省略する。

3. 薬物依存に関する社会病理論

以上、非行理論で明らかにしてきた情緒障害と文化的感染の二元的統合理解の枠組は、狭義の社会病理一般の臨床的理解にあたっての統一理論枠に発展させようと思われる。そして情緒障害の型および準拠集団の違いが、個々の病理を特色づけることを我々は見出せるかもしれない。

こうした新しい試みに向けて、まずアルコール依存を含んだ薬物依存（以下旧来の用法で嗜癖とよぶ）について、この二元的統合理論がいかに妥当するかをみていきたい。

アルコール、麻薬、睡眠剤などの薬物の嗜癖は、身体的過程をも含めて、心理、社会的に、総合的に研究されており、とくに嗜癖性の心理力動についての過去の諸研究は数多いが、ここではその紹介は一切省略し、神経症的依存、退行、固着、自虐、ときには攻撃や過剰補償、自己顕示に至るまで、さまざまな情緒障害のダイナミックスが指摘されている点だけを記しておきたい。また一度嗜癖に陥った後の二次的過程を重視している研究も多い。

以上のような心理学的理論に対して、他方社会学的研究においては、当然のことながら先に述べた文化的感染、すなわちアルコールにおいては慣習や飲酒集団の影響が重視され、薬物問題においては麻薬を中心として解体地区の影響や犯罪・非行集団の影響が強調されてきたわけである。

そこで筆者らはこの双方の面を重視し、臨床的にも情緒障害と文化的感染の相互作用によって嗜癖性のいくつかのパターンを設定することを試みてきた。ただし、情緒障害にお

いては、とくに一部のアルコール依存者や、眠剤・安定剤常用者を中心に、内向的神経症的情緒障害が（外向的行動化型的情緒障害と並んで）大巾に問題になる。また文化的感染においては非行的集団感染以外に、慣習順応的な飲酒があり、それはほとんどすべての人を含んだ適応行動として、むしろ単純な快感追求や酒好きと程度の差にすぎないという面も考えなければならない。（その根底に未成熟、依存性といういわゆる意志の弱さを認めるにしても、心的機制としては単純適応型を認めざるをえない）。

こうして筆者らは次のように嗜癖性のタイプを決定した。すなわちⅠ単純快感追求的な型、Ⅱ神経症的な型、Ⅲ単独の行動化型（外に向った攻撃、その他非行的単非行的行動にはけ口を求めもの）、Ⅳ特殊な集団（特に非行集団）準拠の型、Ⅴその他、である。もちろん神経症型と行動化型の間には種々の移行形態がある。また行動化型的情緒障害と集団準拠による感染とは、非行における場合と同様、多くの場合、相互に影響しあって複合型をなしている。

たとえば覚醒剤常用、睡眠薬遊び、有機溶剤吸引は多くが非行集団感染性のものであり、ただし単純な遊びというだけでなく、情緒的問題のはけ口としての意味合いが、多くの臨床研究で明らかにされている。これに対して単独使用者の場合は、（睡眠剤はもとより、有機溶剤使用少年においても）欲求不満行動化型や神経症型がかなり多い。

こうした観点はその後の研究によっても裏付けられている。たとえば兼頭吉市（1975）は有機溶剤使用少年を①単純遊び型、②非行型、③嗜癖型、に3類型化した。このうち③は逃避型と強迫神経症型に下位分類され、また非行型に関しては筆者の不適応型と感染型の区別を用いている。また池田美彦（1968, 1974）は薬物依存の型を性格と関連づけて、①神経症的な性格、②反社会的未成熟な性格、③社会的外向性格、に分類しているが、これは筆者の神経症型、行動化型（不適応性非行型）、

および感染性非行型の概念に準拠したものである。

4. 自殺に関する社会病理論

自殺に関しても、精神障害と文化的感染による二元論は成立するであろうか。

自殺は（神経症、精神病などの個人病理と関係し）社会病理としてとりあげられながらも、情緒的障害のみによって最も説明されやすいものである。たとえばモスとハミルトンの臨床観察の結果は、強い欲求不満、身近な人に対する敵意、それが自分に向けられることが強調され、欲求不満による情緒障害にもっぱら目があてられている。自殺の動機や、自殺と精神障害との関係に関する研究からみても、臨床的には、自殺をほとんど情緒的障害の結果としてとらえることができるであろう。とくに欲求不満——攻撃の内向や抑うつ的情緒障害、あるいはその深層心理としての愛情喪失や、ときには注目欲求・自己中心的攻撃性なども自殺に結びつきやすい情緒障害として一般に指摘されてきたわけである。

なお嗜癖性において内向的神経症型と外向的行動型的情緒障害が区別された点を受けていえば、自殺においては、苦悩や葛藤・不安に追いつめられた神経症型が圧倒的に重視される一方、ヒステリー性のもや衝動性の強いものが、より行動化型のニュアンスをもち、事実非行者の自殺にこうした傾向がみられるものである。

以上のように自殺は社会病理の中でも情緒障害の極をなすと考えられるが、しかし一方その社会的背景を考えれば、やはり社会学理論が指摘してきた諸点が見逃せず、とくに生死観、価値観の点において集団準拠を認めなければならぬ。たとえばダグラス（Douglas 1967）は、文化価値の問題を重視し、自殺者が自殺に意味を付与している点を研究している。個人が自殺や死について抱く観念（さらには自己概念なども）が、自殺者の現象界を支配し、自殺行為に与える影響を重視しているわけである。このように生死観、自殺への

誘因性は、文化的に学習されるものであり、極端には武士の切腹、戦時中の集団自決など特殊な感染性の自殺も存在するとみなければならぬ。逆にカトリック国において、自殺罪悪視のため自殺が少ないということも同様に解すべきであろう。

5. 社会病理一般論としての二元的統合仮説

以上に述べてきたことは、おそらく他の病理にもあてはまるであろうとすればわれわれは社会病理論として次のような命題を設定することができるであろう。

- ① 社会病理行動はそのダイナミックスの形態、ニュアンスの差こそあれ、欲求不満、葛藤に基づく急性、慢性の情緒障害を根にもつ。（さらに内向的神経症型と外向的行動化型が比較的異なった下位類型としてのニュアンスを示す。）
- ② 社会病理行動は、病理的集団ないし文化への準拠、感染の結果として急性、慢性に生起する。その病理集団そのものの形成も社会的欲求不満、葛藤によることが多いが、それは文化的伝統として存続するものである。
- ③ 上記情緒障害（とくに外向的情緒障害）と文化的感染は相互に影響し、発展をなす。またそれぞれ情緒障害の型、感染する集団の性質にも影響を及ぼす。また自殺等の瞬間的な場合を除いては、疎外と病理の悪循環的發展をなす。
- ④ 以上はマクロ的には広義の社会病理を背景にもつ。それは社会的葛藤、解体等の理論によってとらえられるものである。
- ⑤ ミクロ的、臨床的処遇においては、情緒障害に対する個人心理療法的アプローチと、文化的感染に対する集団的アプローチがともに要求される。

ここではその基礎をなす①～③を二元論的統合理論の柱として他の病理一般にいかにかに妥当するかを吟味することとしたい。

まず非行に準ずる家出・浮浪・怠学・徒遊

集団行動（暴走族・不純異性交友・賭博などを含む）などについてはほとんど犯罪・非行と同じ考察が可能である。そこには情緒障害、とくに外に行動化のはけ口を見出すような形でのフラストレーション反応型を中核とした情緒障害がみられる。例外的には健康なパーソナリティのもののやむを得ない家出・浮浪もみられるが、それも結果的には情緒障害を発達させてしまう場合が多い。性的禁圧の激しさへの抵抗に端を発した異性交友も、結果的に（周囲からの拒否ゆえに）情緒障害をおこさせることが多い。

一方上記準非行的行動は多くの場合、仲間集団への準拠・感染を伴っている。もちろん例外的に単独のものもあり、とくに家出などは単独で行なわれる率が高い。また最後まで単独の家出にとどまる場合もある。しかし多くは家出・浮浪者の集団に所属・準拠していくことになり、その結果が病理行動をいっそう高め、また情緒障害のはけ口をそのような方向に固定することになりやすい。

以上のように集団感染を伴わない純情緒障害的な例もあり、逆に情緒障害をほとんど伴わない純粹感染的なものもあり、したがって双方のメカニズムが無視できない。しかも多くのケースでは双方が相互作用して高次発展し、それが個人病理の慢性化につながる。そしてそれが病理集団・病理的文化として、社会的にも無視し得ないものになるのだと考えられる。（これらの準非行的行動の背景をなす情緒障害の形は基本的には外向的であるが、家出の中には内向的神経症のものもあり、また単独の浮浪者や賭博者の中に特殊な神経症、ないし性格偏倚を背景にもったものもあることは、非行の場合と同様である。また「怠学」ならぬ「登校拒否」においては、内向的神経症型のもの優位になり、この場合には集団感染の影響はあまり重要ではない。

性的問題や売春においても主として外向的ないし依存的情緒障害のものが、性的遊戯の集団や売春組織に感染してその度を強め、かつ情緒障害を性的問題の方向に固定させてい

るという相互作用が認められる。そしてますます自暴自棄的に、情緒障害と感染をとともに強めていくのが多くのケースである。

ただし過去においては、とくに人身売買その他一家の稼ぎのために売春に身を投じたものは、ほとんどが外圧および単純感染によるものであり、その中には売春の逆境においてもなお崩れないパーソナリティの持主もあった。とくに公娼制度ないし半合法的なかつての赤線地区のようなところでは、ごく素直な集団準拠による売春婦なりの人生があったことも否定できない。（それが非合法化により、更生しなかったものが悪循環的に情緒障害を強めていったことも否定できない。）

一方同性愛やサド・マゾヒズムなどは、純粹情緒障害によるものが多く、自ら集団や遊興の場所を見出した場合も感染による悪循環は二義的なようである。しかし特殊な場合には（軍隊内部や監獄内部などでの）同性愛の流行など、集団が異常性欲を刺激したり顕在化させる例も見逃せない。さらに集団が価値的な意味で同性愛などの受容と権利主張を目覚めさせている例もある。

宗教病理はその情緒障害と人間性の深層としての宗教性との区別が困難なことが多いが、しかし通常病理現象とみなされる宗教的熱狂にはとくにパラノイド的ないし依存的情緒障害がつきものである。精神病などの症状としてのもものもちろんみられる。）一方その集団感染性が根強いことも周知の通りで、感染による情緒障害の形成は、単に集団準拠にとどまらず深層の精神病的感応の域にまで達することもまれではない。もちろん単純な集団準拠・同調による宗教病理の例が数においては圧倒的に多く、とくに教祖の影響は絶大である。（一般の宗教信仰にもかなりあてはまることである。）宗教病理はこのように情緒障害の型としてもまた集団感染の型としても、特殊な位置を占めるものである。殺人・集団自殺・熱狂的行動などに結びつく極端な宗教病理においては、個人の情緒障害と集団準拠が相互作用し合って過熱しているのを見るこ

とができる。

最後により内向的神経症の領域の病理について一言すれば、ここでは集団感染の影響はほとんどないか、あっても二義的な場合が多くなる。自殺がこうした内向的情緒障害の結果として主として位置づけられることは前述した。登校拒否、家庭内暴力から一般の神経症による病理行動に至るまで程度の差こそあれ、内向的で防衛機制優位的情緒障害を示し、基本的には個人病理としての側面が強くなる。しかし潜在的には神経症もまた文化的学習によって形成される面が少なくない。この意味では単独の非行者その他の社会病理的行動者が、非行的文化などの影響を潜在的に受けていることにせられる。

6. ま と め

以上、我々は一方では下位集団・下位文化への準拠ないし感染が行動の病理を形成し、他方では情緒障害が病理行動を形成する点を見てきた。

深層心理学的に扱われてきた情緒障害の問題や、社会学的・社会心理学的に扱われてきた集団準拠・文化的感染の問題は、あらゆる社会病理行動の原因となる二元的な要因である。もちろんとくに情緒障害のダイナミックスは、諸心理学的理論が示すよりにさらにごく具体的に細かく取り上げていかなければならないが、大まかな枠組としては、情緒障害と集団準拠・社会的学習が並列した上で相互作用する面の理解が不可欠である。

したがって典型的に言えば、①純粋に情緒障害による単独の病理行動（それもより反社会的な型から非社会的な型まであり、どちらかといえば非社会的な型の方が単独な純粋な形をとる）、②純粋に集団感染による病理行動、③双方のメカニズムをもつ病理行動、に大別することができる。純粋不適応・情緒障害による家出、純粋感染による売春、不適応と感染が相互作用をなしている暴走族等々である。いずれにしても一度問題が起きれば家庭的にも社会的にも疎外されて偏倚を増し、

レッテルづけられ、こうして情緒障害と感染の度を悪循環的に深めていく。情緒障害が強まれば多くの場合、同じ仲間やそれが許容される場を求めて感染の度を深め、感染の度が深まれば情緒障害をそのような型に固定するだけでなく、集団ぐるみの疎外によって不適応・情緒障害を強めていくと解される。

最後に社会的マクロ的にみるときは、いずれもが社会的矛盾の現れ、すなわち個人と社会との広い意味での不適応の関係としてとらえられる。すなわち、病理的集団において純粋な集団感染がみられるときも、その病理的集団の発生、存続の原因をたどるならば、そこに一般社会がかれらの欲求を満足させなかったこと、すなわち不適応が見出されるのである。つまり下位集団全体として、あたかも個人の不適応の場合と同様、病的行動によってますます一般社会との葛藤を強め、それによって病的特性を増していくという悪循環がみられる。一方、病理行動の顕在は多かれ少なかれそれが社会下位文化として位置づけられることになり、こうして他の人々への文化的感染の機会を提供することになる。従来の社会解体論をこのような観点から見直すことによって、われわれはマクロ的視点と、狭義の病理の担い手に対する臨床的視点と統合することができるかもしれない。そこでは偏倚者や偏倚集団が悪循環的に疎外されていく過程の認識を含めて、個人的にも社会的にも様々な形で不適応・葛藤が中心問題になり、その必然として偏倚集団が病理を強めて、個人の文化的感染をもたらすことが強調される。したがって過去の同調理論のように、偏倚をすべて病的とみるのではなく、むしろ個人や集団の多様性の一環としてとらえ、社会がそれを受容していく理念型を念頭においた上で、葛藤や下位文化の問題に対処していくという福祉臨床的な志向性が可能になるものと思われる。

どこまでが社会的に受容されうる個性であり、どこからが病理としての処置の対象になるかは、個人心理的問題以上に困難な問題を

かかえている。したがってそれを単に臨床理念の問題とせず、社会力動の事実としてとらえる視点も統合されなければならないであろう。

文 献

Alexander, F. & Staub, H. (1931) *The Criminal, the Judge and the Public*. New York : McMillan Co.

Douglas, J. D. (1967) *The Social Meaning of Suicide*, Princeton University Press.

Gillin, J. L. (1946) *Social Pathology*. New York : Appleton-Century.

Hewitt, L. E. & Jenkins, R. L. (1946) *Fundamental Patterns of Maladjustment*. State of Illinois.

池田美彦 (1968) シンナー遊びと人格特性に関する研究, 犯罪心理学研究 6, 特別号

池田美彦 (1974) 青年期の薬物乱用と嗜癖, 水島他編, 臨床心理学講座 6, 誠信書房

磯村英一 (1954) 社会病理学, 有斐閣

Jenkins, R. L. (1957) *Motivation and Frustration in Delinquency*. *Am, J Orthopsychiat*, 27, 3, 528-537.

兼頭吉市他 (1975) 家庭裁判所におけるシンナーボレドと有機溶剤乱用少年の診断と処置に関する研究, 家庭裁判月報 27-2

Lemert, E. M. (1951) *Social Pathology* McGraw-Hill.

Lejins, P. (1951) *Pragmatic Etiology of Delinquent Behavior*. *Soc. Forces*, 29, 317-320

Lindsmith, A. R. & Dunham, H. W. (1941) *Some Principles of Criminal Typology*. *Soc. Forces*.

Merton R. K. (1957) *Social Theory and Social Structure*. Glencoe, Ill. : Free Press

水島恵一 (1964) 非行少年の解明. 新書館

水島恵一 (1971) 増補非行臨床心理学. 新書館

水島恵一他 (1975) セリがや園紀要第 2 集

Moss L. M. & Hamilton D. M. (1956) *The Psychotherapy of the Suicidal Patient*. *Am. J. Psychiat.*

大橋 薫 (1966) 社会病理学, 誠信書房

Reckless, W. C. (1950) *The Crime Problem*. New York : Appleton-Century-Crofts.