

## バイオメディスンと文化としてのく自己>

藤山, 正二郎  
愛媛大学教養部

<https://doi.org/10.15017/2244069>

---

出版情報 : 九州人類学会報. 18, pp.1-8, 1990-07-31. Kyushu Anthropological Association  
バージョン :  
権利関係 :

# バイオメディシンと文化としての〈自己〉

藤山 正二郎

## 1 はじめに

思春期の病いや非行などの否定的モラトリアムを素材にして、現代におけるイニシエーションを考え、大人になる一つのプロセスを描こうとしていたとき、参考にした文献のなかで、「個の確立」、「自己 (self) の形成」、「自分のアイデンティティをつくる」という一見するともっともな言説によく出会った。個人や自己という概念が、それが生まれた西欧文化の中でどのような意味を持っているかについては考察がないままに、かなり無反省的に普遍的な学術用語であるかのように使われている。文化を越えて普遍的なものさしがあるかどうかについてはいつも問題になるところであり、社会科学で使用されている基本的な概念についての比較文化的コンテキストでの再検討は調査研究の前提条件でもある。

科学はいろいろなものさしを使用して現実を分析する。しかし、ものさしが違っていれば分析の出発点からおかしいことになる。自己という概念を例にとっても文化的な差は当然ながら存在する。伝統的にも一人前になるとは若者組に入りその集団の秩序を守ることが重要であり、そのような若者集団が消滅した現在でも学校や会社での協調が一義的にうたわれる。自立とか個の確立を額面どおりとって行動してはつまはじきに会うのがおちである。日本には欧米とは違った自己観念があり、その点の認識が欧米からの輸入概念の消化に忙しかったせいがかまだ不足しているようである。日本独特の自己のあり方は精神医学を中心にかなり研究が進んでいる。しかし、ほとんどが欧米との対比で終わり、枠組み自体は欧米のバイオメディシン (biomedicine) の影響を強く残している。

だが問題はさらに複雑である。一つには欧米的な医学の直輸入的な硬直した概念を残しながら、奇妙にその医学が日本文化に捕えられていることである。文化のメタファーがそれに忍び込んでいるにもかかわらず、当事者には普遍的な科学と意識されている。スーザン・ソントグ (Suzan Sontag) は『隠喩としての病い』のなかで結核やガンが社会的・文化的意味づけに覆われ、けばけばしい隠喩に飾りたてられているのを不愉快そうに描いた。だが、このソントグの見事な解説は単に病いの通俗的な偏見のレベルのことであるとは考えてはならない。この隠喩をまき散らしてきたのは医学という科学でもあるからだ。この点は彼女も誤解しているようであるが、隠喩を取り払えば真の病気の姿が見えてくるとは思えない。それは玉ねぎのようなものであり、いろんな病いの意味の層があるにすぎない。本論では自己、自我、身体、人格性 (personhood) などの文化に規定された観念が、普遍的と考えられているバイオメディカルな思考とどのような関係にあり、相互にどのような影響を与えあっているかを示したい。それはバイオメディシンの再検討であり、病いと医療の文化人類学的研究の基礎をなすものでもある。

## 2 文化としての身体化と行動化

一つの具体例から考えてみたい。内的な不安は笠原<sup>\*1</sup>によれば三つの解決方向に向かう。それぞれ体験化、身体化、行動化と呼ばれる。体験化とは悩みを悩むことである。しかしそれには悩む力、心

理的エネルギーがいる。その力がない青年期には心身症のような身体化、もしくは家庭内暴力のような行動化に向かうことが多いといわれている。身体化と行動化は共通点がある。精神医学、非行関係の文献では身体化と行動化は体験化に比べるとプリミティブな防衛反応であり、退行であるとされることが多い。三つの解決方向のうち身体化と行動化がなぜマイナスの価値を与えられているのだろうか。

次のような例にその考え方は明確に現れている。「内的な（精神的な）耐性の欠落が、安易な行動化を招く」、「自らに課された思春期状況を乗り越えるだけの精神的耐性が欠如しているための身体反応（身体化）として、身体状況を理解することが重要である」など。これらは非行少年など思春期の適応障害の理解の仕方として述べられている。前にも述べたように身体化、行動化は乳児や幼児のように自分の意志や感情を言語化できない場合、それを自分の心理的問題としてとらえることができないうきに起こる原始的反応として考えられている。それに反して不安の解決方向の一つである体験化は、次のようなとらえ方である。「とても耐えられないストレス状況に陥ると、自我の未熟な少年は退行し、そのストレスによっておこされる不安を行動化したり、身体化する。これに対し、行動化や身体化をせずに不安を直接に体験化してとらえることのできる少年たちは、心理的な耐性を獲得しており悩む力をもっている。一時的に神経症になることはあっても、それほど退行した状態に陥ることとはなく、社会的に大きく崩れることもない。非行を犯したり、心身症に悩むことも少ない。」

以上の括弧で提示した例<sup>\*2</sup>には、行動化や身体化は原始的で退行した反応であり自我の未熟な人につきものであり、非行や心身症として現れる。それに対して体験化がより進んだ反応であるかのような価値判断がある。このような判断の背景には西欧的な自我の発達理論がある。西欧的自我といっても、デカルト以来近代社会とともに成立したものである。その中で自我意識の基本形式といわれるものを一例としてあげておこう。<sup>\*3</sup> 第一は能動意識である。自分の知覚、身体感覚などには「私の」という意識がいつもある。第二は単一性の意識である。自我は同一瞬間には常に一つであるという意識がある。第三には同一性の意識である。現在も過去も自己は常に同一である。第四に外界に対立する自我の意識、自分と環境の境界、自己と他者の区別の意識がある。

これらの自我の特徴はわれわれ現代の日本人には自明のことであり、なんらこれに問題はないと思いがちであるが、これらが西欧近代社会を背景として成立したものであることを忘れてはならない。要するに、それによれば自己は他人、環境、人間以外の生物とは違うものであり、他のものから自立する事によってその存在が価値あるものとなる。このような自己完結的な自我意識にとって自己の不安を行動化のように自己以外に向けることは避けるべきことなのである。

行動化の典型である非行が近代化とともに浮き彫りにされたのも、近代的自我の歴史的形成と無関係ではないだろう。ヨーロッパの若者の社会史の中で非行という現象は19世紀から20世紀にかけて現れたことが論じられている。<sup>\*4</sup> 子供達のぶらぶら歩き、伝統的な交際の形態、路上遊戯、賭博などの同輩集団の活動から派生しあるいはその伝統と結びついていたものに対して、一部の公衆の支援を受けた法律の強化を所轄とする機関が、かつては共同体によって伝統的に許容されていた行動様式を非行として再定義するようになったのである。また、下層階級では普通の行動様式であったものが、全階層に広まっていく中で非行とみなされるようになった、ともいわれている。このような変化は共同体の衰退という社会レベルの現象だけでなく、自我というものが、社会よりも自然よりも、さらに神

よりも上にあるという自我中心主義の形成と深い関係にある。

不安の身体化が低くみられることもこの近代的な自我中心主義の影響を受けている。身体化の西欧的な見方を考えるには、心身二元論が必要になってくる。デカルト以来、精神と身体はまったく無関係である。西欧の思想史を支配してきた二元論を精神と身体に適用すると次のような表になる。\*5

| <精神>       | <身体>     |
|------------|----------|
| 霊 (spirit) | 魂 (soul) |
| 能 動        | 受 動      |
| 形          | 質 料      |
| 合 理        | 不 合 理    |
| 理 性        | 感 情      |
| 自 由        | 決 定      |
| 自 発        | 非 自 発    |
| 主 人        | 奴 隸      |
| 大 人        | 子 供      |
| 男 性        | 女 性      |
| 不 死        | 死        |
| 右          | 左        |
| 文 化        | 自 然      |

このように精神の優位性は明白である。このような思想が身体化を低くみる観念を作りだしたのである。

心身症者のなかに自分の感情を言葉で表現することができないアレクシミア (alexithymia) という症状がある。アレクシミアの人は人間関係などから生じる心理的な緊張を、これを意識的に言語化して解決することがうまくできず、身体器官に転嫁してしまう。このようにしていろいろな身体症状がでてくると言われている。以上のようなアレクシミアの考え方にも欧米中心的な生物医学の視点が強くでている。談話分析 (discourse analysis) という方法がアメリカなどで医者と患者の会話の分析などに使われているが、このような方法をそのまま日本で適用しようとしても無理がある。分析するほどの言葉がはたして交わされるであろうか。日本的な心理療法として有名な森田療法での究極の地点は言語化不可能といわれている。その特徴として「あるがまま」にすべてを受け入れ、自我を主張するような理屈をこねないことがある。このように日本人は青少年でなくても言語化するのは得意ではなく、上記の論旨からいえば日本人には心身症が多いということになる。

説明が必要なのは身体化を恥ずべきものと見る西欧の中流以上の階層の思考様式であろう。不安を体験化として心理的な枠の中だけで処理しなければならない、そのほうがより高級な精神のあり方である、などというのは一つの文化パターンでしかない。精神の優位性を確信する西欧的な思考において精神的な不安を身体に表現すること、翻って身体の不調に精神が悩まされてその不調をコントロールできないことは、精神にとって耐えられないことなのである。

### 3 相対的自我

先にあげた四つの西欧近代の自我観念の特徴がいかに特殊であるかは、他の文化との比較において明白になる。さらに、この西欧的自我観念にどれほどわれわれがとらわれているか、その自我観念からはずれたものはある種の異常のレッテルを貼られやすいか、それらについて論じてみたい。たとえば有名なミード（G. H. Mead）の〈me〉と〈I〉という社会的自我と私的な自我の区別についても何となく納得しているのだが、私的な自我というのは何であろうか。社会的文化的な影響から逃れた〈私〉というのは、どのような自我なのか。これが時間と空間において同一性を維持する自我、いかにも西欧的な色彩を持つ自我と思われる。

しかし、ロザルド（M. Z. Rosaldo）によれば、\*6 このようなく〈I〉の観念は部族文化には見いだされない。イロンゴット族（Ilongot）では、親族関係が結婚などによって変わるとアイデンティティも変わる。その人に対していかに話すかだけでなく、日常生活においていかに行動し、感じるかも変化する。個人名も病気にかかったとき、新しい土地に移ったとき、友達をつくったとき、結婚したときに変わる。首狩の成功、子供の誕生、親族の喪失などでも自我は変わる。

このようにイロンゴットにとって自己が時間的空間的に不変不動のものであることはない。このような自己の観念は日本人にとってもそれほどかけ離れたものではなかったはずであるが、いつ頃から西欧的な観念にとらわれてしまったのであろうか。アイデンティティという言葉もその動きの一端を担っている。いまだに適切な日本語に置き換えられないままに、カタカナのままに使うのが通例になってしまった。

現代はアイデンティティ拡散の時代だとよくいわれるが、このようなとらえ方も自我はどこでもいつでも一貫性をもっているということが前提になっている。自我のあり方は自我同一性という訳語がぴったりするようなものから、多様な顔を持つ柔軟なものに変化するということがいわれるが、だがこのような論述も近代西欧的な自我観念を中心においている。現代人の多様な自我はイロンゴットとそれほど違くないように見える。近代日本においてもアイデンティティという言葉に適切な自我意識はあったのだろうか。自我意識というものが日本文学史の上で論じられたことはあったにせよ、戦前の「父親の権威」のようにつくられた張り子の虎であろう。日本の男は子どもの頃は母親の世話を受け、結婚してからは妻に任せる子どものような亭主という一つのイメージがある。成熟しないのが日本の男で、欧米の成熟した男性像とよく対比されてきた。河合\*7 によると日本人の自我を表すのには、なじみの深い段階的発達というのは西欧的、男性的発想であり適切でない。むしろ日本人の自我は男女を問わず女性像で表される。それによると、すべてのものは最初から存在し、円環的な変化を示す。ユングの元型の考え方によると、子どもも老人の元型を持っているし、いくら老年になっても永遠の少年の元型は存在しているはずである。どの年齢にどの元型が優勢になるかである。日本においていつでも「わたしはわたし」といいきれようような一貫性のある自我ははたして優勢になったことがあるのか。

「死ねば皆同じ」ということはアイデンティティという言葉に再考させてくれる。自分とは何か、自我の確立が自分のアイデンティティの確立であるなら、自分が死ぬとき自分のアイデンティティも消えてなくなる。死というものは個人ではどうしようもないものであり、共同性の様式に託するしかない。生きてるうちは個人というものを主張できるであろうが、死後の世界では共同体が長い歴史の

なかで作り上げた様式の中に入るしかない。それを拒否すれば死ねば終わりということになる。欧米などでガン告知がそれほど問題にならないのは、死も個人のことという考えが徹底しているためである。日本でもそのような傾向はみられるようになったが、欧米ほどではない。「寿命」というようにあらかじめ決められている運命説がまだ強い。死や病いをまったく自分のものとして受け入れるほど、個別化はされてはいない。そのような個別的な動き自体が災いを招く原因だとみなされる。

日本の新興宗教の一つである解説会での宗教的なサイコセラピーにおいても、自己を抑えることが求められる。<sup>\*8</sup> このような宗教団体でのサイコセラピーは、まず反省として自分のやり方が悪かったと認めることから始まる。そこでは自己中心的な態度が批判され相手の立場になって考えることがもとめられる。そこでは自己はもはや主体ではなく行為の対象となる。さらに自己のアイデンティティは他人と入れ替え可能である。わたしの妻の病気は私のものであり、私はただ彼女の体をかりているだけである。体も神から親からの、貸しもの借り物であり、祖先も私も子孫も一体である。解脱会も他の宗教団体と同じく我を捨てること、自分へのこだわりがすべてのトラブルの原因であるという最後のお清めの儀礼は空の我に到達するべく行われる。

このように自分にこだわるのがあらゆる苦しみの原因であるなら、自我の確立、とかアイデンティティの確立はどうすればよいのだろうか。自立ということも誤解されているのであろう。自分が一番大切であるという考え自体が病理なのであろうか。最近では自己聖化とか個別化とかよくいわれるが、それをたんに病理とするような強い力が日本にはあるような気がする。

#### 4 身体化と心理化

日本人独特の自我のあり方は多様な問題の底から、その問題を理解する鍵を提供する。たとえば、犯罪を犯しても、「精神の障害あり」という精神鑑定が裁判によって認められれば、責任能力の喪失として、刑罰は逃れられる。このような考え方は近代国家であれば世界のほとんどの国が採用している。しかし、日本において「精神の障害」のある人が犯罪を犯すとマスコミは大きく取り上げ、かなり批判的に扱う。実際は、精神病者の犯罪はきわめて低率にも関わらず、いかにも危険な存在としてクローズアップされる。そして保安処分の制度化という問題が持ち出される。日本での裁判の実状は、<sup>\*9</sup> そのような社会的な通念を反映してか精神分裂病者の犯罪が有責と認められることが多いといわれている。

それに対して欧米などでは分裂病は躁鬱病とともに原則では責任無能力であるという判決が多い。そしてこの範囲は広げられている。たとえば、「薬物乱用、アルコール中毒などは、単に人間的な欠点もしくは弱味と見られていたものであるが、米国では、アルコール中毒を疾患と宣言した（それが最高裁決定の趣旨であり、現在数州の立法府で検討中の法案も同じ意味をもつ）。その結果、多くの司法分野で逮捕者は10ないし50%減ることになりそうだし、こうした<厄介者>たちは、発見されしだい、直接、医療施設の方へ送り込まれることになるだろう。」<sup>\*10</sup> だが、欧米では法的責任は問わない代わりに、保安処分的な治療看護施設に入れて徹底的な治療を行う。

日本人にとって精神障害というのは特別な病気であり、精神病院で近代的な治療を受けることはないと考えている人がいまでもかなりいる。沖縄、奄美、東北の一部のシャーマン文化圏ではもちろんのこと、それ以外でも民間治療に頼ろうとした経験を持つ人は多いと推測される。それでも治らない

としたら座敷牢にでも隔離するしかない、ある意味では精神病は治療不可能、もしくは治療する必要はないという考えがあった。

このような違いを先にあげた自我観念の相違に引きつけて考えることができる。宗像<sup>\*11</sup>は日本の精神医療の社会的文化的特徴について家族の重要性をあげている。(1)日本の持つ「家」文化は、老人とともに精神障害者を「厄介者」であろうとも「かかえ」てきたため、人口対病床や在院者を西欧水準よりも低く抑えてきた。(2)だが、一度入院し、face-to-face の関係の切れた「ヨソ者」は病院を「家」として生活することが期待され、在院が長いものとなり、社会的に孤立化し、結果的に精神病院入院者への社会的偏見形成にもつながっていく。(3)家族は精神病に対するセルフケア意識が強く、またそれを社会が強く期待している。家族に対してセルフケアが求められていることは、裏を返せば医療化が進んでいないことになる（もしくはこれが日本的な医療化なのかもしれない）。このことは自我観念に関する二つの問題とつながる。一つは、自我境界が家族まで広がっていること、二つは、医療化は病因、診断、治療をすべて個体に限定することである。

自我を個体に限定しない日本文化は家族や他の人間関係、さらに自然にまで自我を広く考えている。柔らかい自我はもともとあったものであり、別にポストモダンになって出現したのではない。憑依現象が日本によくみられるのは、このようにどこまでも広がる自我観念、欧米のような堅い殻をつけた自我とは違うことに関連している。このような無限定な自我観念は一部が悪くなれば全部がダメになるという方向にいやすい。それに対して欧米などでは、身体とか自己に対する考え方は、分割可能という論理が優勢である。身体でも自己でも病んでいるところを切りとって、それを治療すればよいと考える。精神病でもその人間全部がダメになっているのではないとする。これは心身二元論のプラスの側面だろう。日本では重大な病気であると宣言されると、ある種の社会的烙印が押されたことと同じになる。ガンや精神病はそのような病気なのである。それについてもかなり変化はみられるが、排除すればことはすむという雰囲気はまだ強い。

先に欧米には身体に対する精神の優越がみられると書いたが、かといって身体を無視してきたわけではない。むしろ重大な関心を抱いていたわけであり、そうでなかったならば近代医学など発達するはずもない。しかし、その中心理論は身体を一種の機械とみなすものであった。身体を精密で完結した系と見なし、客観的な研究を可能にした。だがそれは身体をおしとめるものであった。自然科学的な医学が支配的な欧米で、それにそぐわない精神主義的なホリスティック医療運動（holistic movement）がなぜ盛んになるのだろうか。それはたんに自然科学的な医学の行き過ぎの反動であるとは思えない。身体に対して精神を優越させる思想は欧米ではめんめんとして続いていたのである。

このような思想の存在こそが、スーザン・ソントグに次のようなことを言わせている。「すべての病気は心理学的に考察できるとする説。病気は心理学的な現象と解するのが基本線となり、人間は（無意識裡に）病気になりたいと思うから病気になるのであって、意志の操作によって恢復できる、死なないでいることができると信ずるように仕向けられる。」<sup>\*12</sup> このようにして「肉体の」病気も、「精神の」病気となる。ガンのイメージ療法で有名なサイモントン（O. C. Simonton）も精神的なものとガンとの関係を重視する人である。たとえばガンにかかりやすい人間として、自分を憐れむ傾向が大変強くて、意味のある人間関係を結んだり維持したりする力に大きな欠陥がある、といった性格の人をあげている。<sup>\*13</sup> イメージ療法もある種の精神主義的な臭いが強い。そして、なんら心身二元



論の克服ではなくて、身体が精神に従属させられているにすぎない、との批判もある。<sup>\*14</sup>

ガンの情緒原因説を裏づけるような文献や研究報告の数がますますふくれあがってきている。ロンドンの病院でガンの手術後、患者は病気をどのように考え、それが5年生存率にどのような影響を与えているか、が調査された。患者の精神状態は次の四つに分類された。(1)否認。ガンという診断を信じない。(2)闘争心。ガンと闘って勝つのだという楽観的な人たち。(3)自制。病気を無視して、普通の生活を続ける。(4)絶望。ガンに飲み込まれてしまう。さて5年後この人達がどうなったかというと、否認と闘争心の人たちの10人中9人までが生存し、自制の人たちの32人中22人は生存しているが、10人は亡くなっている。絶望の人たちは5人中4人が亡くなっている。<sup>\*15</sup> だが、この調査の総数は57例であり少ないし、闘争心をもってガンと闘う人が生存率が高いというのは、いかにも欧米人が好みそうな精神のあり方である。

サイモントンのイメージ療法も、ガンと闘うというスタイルも欧米では一定の効果をおげているのかも知れない。それは先に述べたように、精神の身体への優越、自我中心主義が文化パターンとしてあるからだ。これが「病は気から」と言う考えのある日本と同じであると誤解してはならない。湯浅<sup>\*16</sup>によれば「気」とは次のように説明される。西洋近代医学は、生命体を孤立的閉鎖系としてとらえるのに対して、「気」を中心概念としてすえる中国医学は、開放系としてとらえる。そして「気」とは次のように説明される。西洋近代医学は、生命体を孤立的閉鎖系としてとらえるのに対して、「気」を中心概念としてすえる中国医学は、開放系としてとらえる。そして「気」は外界と身体内部を結びつける一種のエネルギー作用とみなされている。そのエネルギーは皮膚の下の経路のシステムを流れている。それは湯浅によれば「無意識的準身体」とよばれるものである。

つまり、「気」というのは心身二元論による精神とは異なるものであり、ある意味では、身体にある物理的なエネルギーでもある。ただし、「気」についてはいろいろな考え方があり、一様ではない。日本と中国ではかなり違う。中国では「気」の研究に物理学者などが参加しているように、それを物理的なエネルギーとしてかんがえる。それに対して日本では心理的なもの、精神的なものとして考える傾向がある。日本では「気」といっても対人関係にしか向けられない。中国のように宇宙というようなものは視野にいれていない。だから、中国医学では陰と陽のアンバランスからほとんどの生理的疾患は生じるといわれているが、日本では人間関係もしくは祖霊や死霊などの超自然的存在から来ることが多いのである。

ストレスという言葉も生霊憑きの現代版なのかも知れない。ストレスという病因は日本人好みらしい。自我の境界のあいまいな日本人にはストレスという言葉はすんなり受け入れられる。欧米ではストレスで病気になるのは弱い人間だとしてマイナスに評価されるのに対して、日本ではむしろ同情を引く。その人を取り囲む環境が悪いとされる。それに対して欧米では単に自我が弱いだけとされる。ストレスは心身相関的な考え方に基づく、というのは本来はこのような意味だと思っただけだが、日本人のうけとりかたはカーマイヤーの言葉をかりれば *sociosomatic* <sup>\*17</sup> である。

## 5 おわりに

このようにして自我のあり方が普遍的と思えるバイオメディスンを多様なやり方で土着化している。日本は多くの研究者によれば病気を身体化して受け取る、それに対して欧米では心理化する。先に述



べたごとく心理化の方が特殊であろう。多くの民族でそれは明らかにされている。西欧においても\*18  
心理化は近代市民社会とともに形成された自己の概念の内在化から由来している。少なくともビクト  
リア時代の中産階級においては distress の身体化はふつうのことであった。現在でも西欧において  
経済的社会的教育的レベルが低い階層、村落部で身体化が見られると言われている。

文化による自我の相違があるわけであるから、イメージ療法がもしくはホーリスティック医学が東洋  
的であるというのは慎重であらねばならない。さらに、東洋といっても多様な形があり、外国の日本  
研究者は性急に日本と中国の類似点を強調する。

以上、身体化、行動化、心理化（体験化）そして自我観念というコンセプトを使って、バイオメデ  
ィスンにまつわる文化のメタファーを素描してみた。今後は実証的なレベルでさらに詳しく分析して  
みたい。

#### 註

- \*1 笠原 嘉、1981、『不安の病理』岩波書店、pp. 136-143。
- \*2 十河眞人、1989、「非行と心身症」、坪内宏介編『非行』同朋舎、pp. 26-28。
- \*3 小此木啓吾、1989、「自我とは何か」宇沢弘文他編『転換期における人間』岩波書店、  
p. 162。
- \*4 J. R. ギリス、北本正章訳、1984、『若者の社会史』新曜社、pp. 273-274。
- \*5 L. J. Kirmayer, 1988, Mind and Body as Metaphers, in M. Lock and  
D. R. Gordon (eds), Biomedicine Examined, Dordrecht : Kluwer Academic  
Publishers, p. 77.
- \*6 M. Z. Rosaldo, 1984, Toward an Anthropology of Self and Feeling, -in  
R. A. Shweder & R. A. Levine(eds), Culture Theory, London : Cambridge  
University Press, pp. 146-147.
- \*7 河合隼雄、1983、「ライフサイクル」飯田真他編『精神の科学』第6巻、岩波書店、p. 50.
- \*8 T. S. Lebra, 1982, Self-Reconstruction in Japanese Religious  
Psychotherapy, -in A. J. Marsella and G. M. White (eds),  
Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy,  
Dordrecht : D. Reidel Publishing Company, pp. 271-278.
- \*9 中田 修、1972、『犯罪精神医学』金剛出版、p. 84。
- \*10 I. K. ゴラ、尾崎浩訳、1984、「健康主義と人の能力を奪う医療化」『専門家時代の幻想』  
新評論、p. 75。
- \*11 宗像恒次、1984、『精神医療の社会学』弘文堂、pp. 114-118。
- \*12 S. ソンタグ、富山太佳夫訳、1982、『隠喩としての病い』みすず書房、pp. 85-86。
- \*13 同上、p. 136。
- \*14 L. J. Kirmayer, op. cit., p. 82.
- \*15 高田明和、1989、『「病は気から」の科学』講談社、pp. 210-212。