

アルコール問題の概念化に関する一考察

—— 疾病概念を中心に ——

佐藤 寛之

はじめに

アルコール依存症は「隠されている」といわれる。お酒の問題を誰も問題として認めない、笑い話くらいには考えても誰も本気に考えない。それゆえに本人が一人で苦しんでいたり、家族がだれにも相談できずに苦しんでいる。「否認の病」といわれるゆえんである。セラピーで「直面 (confrontation)」が重視されるというのも、本人が、周囲の人々が問題として認めない、自分の苦しみ、つらさを認めないという背景があるからこそである。こうしたことから明らかなのは、ある状況を苦しい、耐えがたい、と感じることを禁じるような圧力があり、誰かに相談したり、助けを求めるといった問題解決に困難があるということである。

このような困難があるとすれば、何らかの状況を問題として概念化する際に、また問題の解決手段の想定それ自体に、問題解決に向けての介入を無化するような仕組みがあるのではないだろうか。たとえば、悪徳や悪習、社会的逸脱行動が、科学的専門知識を持った医療従事者の研究対象、治療対象になってゆく現象を「医療化」とよび、社会学ではその過程に関する多くの研究の蓄積がある。しかしここでは医療という制度が積極的に拡大してゆくことよりも、医療であれ何であれ、問題化し介入しようとする動きを積極的に押し戻してゆく力に焦点をあててみようということである。その意味でこの論文は、アルコール問題の「医療化の失敗」ではなく、問題化の論理の多様性 (hybridity) を主軸に検討したM・Valverdeの著作 (1998) に多くを負うことになる。

この論文では一つの問題としての概念化のあり方、その論理としてのアルコールの疾病概念をとりあげ、主にアメリカ禁酒運動の中でありえた問題の概念化をふりかえってみたい。個人によって行われる飲酒、習慣的大量飲酒、嗜癖的な飲酒という問題の問題化、そしてそれへ対処する論理の中で、どのようなアルコールック (受難者) 像が可能であろうか。たとえば、WHOの薬物嗜癖に関する専門委員会の1964年の答申によれば、(エタノ

ール＝アルコールも含めた) 薬物依存とは「ある人 (host) が、ある状況下 (environment) で、ある中枢神経系作用物質 (agent) の効果＝中毒 (intoxication) をもとめ、みずからの意志でその物質をくり返し摂取すること」であるという (斎藤 1978a: 8)。ここで、アルコホリズムをもたらすことが可能なのは「個体」要因、「環境」要因、「薬物」要因、そして「意志」だと想定されている。であれば、アルコホリズムの問題解決はこれら四つの要因にあてて行なわれるはずである。「個体」とは個人の身体の物理的条件、「意志」とは個人の「内面」だといいかえてもよい。このようなアルコホリズム観、アルコールと人間とのあり方の把握はとくに新しいものではない。とりわけ目を引くのは、身体的要因や環境的要因とならんで、アルコホリックの「意志」が数えられている点であろう。アルコールへの嗜癖・依存を問題化する議論のなかでたびたび言及されるのが、「意志」でありまた、「意志」とその他の要因との緊張関係なのである。ふつうある人が「病氣」であるといった場合、その人の「意志」の及ばない因果的プロセスによって「病氣」になったと考えられる。それゆえに「病人」は病氣をもたらした原因に関して責任免除される傾向にある。科学はそのプロセスを観察可能なものとして実体化し、また医療とはその因果的プロセスに何らかの手段を用いて介入することを目指す。個人の飲酒問題はしばしば「意志の病」として概念化されるが、飲酒をコントロールする「意志」なるものが身体の器官として実体化されるならば、その部位が損傷を受けているという意味で「意志の病」という言い方がありうる。しかし、「意志の病」というときには撞着的な感じ、「意志」を科学的に分析するということときに「自由意志」の範疇に決定論をもちこむという挑戦的な感じがしないだろうか。実際「意志の病」という科学的概念化は非常に挑戦的であり、困難な試みだったのだ。これはすなわち、問題に個人の「意志が及ばない」から「病氣」であり、治療に値するという「病氣」としての構図に、アルコールの問題がすんなり当てはまらないということである。

1 E・M・ジェリネックの疾病概念

個人の飲酒、しかも習慣的な過剰飲酒、嗜癖的飲酒を問題化する多様な立場のうちの一つの立場が、それを病氣とみなし医療的対処をめざすものである。

そこで、アルコール問題が「病氣」である、アルコホリックは「病人」として扱われるべきであると主張するためには、つまり「疾病」として概念化するためには、どのような論理構成をとらねばならないかを確認しておきたい。ここでは全国禁酒法以後のアメリカでアルコール医療の指導者的立場にあったE・M・ジェリネックによる疾病概念の整理を

参考にする。とりわけその著書『アルコホリズムの疾病概念』（ジェリネック 1960=1973）には、さまざまな要因に関する議論が網羅的にとりあげられており、「病気」であるという主張のためにとらねばならない論理、距離を置かねばならない論理について示唆を得ることができる。

1-1 薬理学的過程による身体的依存

ジェリネックはまず「アルコホリズム」を非常に広く定義している。「個人、社会あるいはこれら両者にいかなる障害をもひき起こすような、アルコール飲料のいかなる使用をも、アルコホリズムという名付け」る。（ジェリネック 1960=1973: 42）アルコールが引き起こす問題は、個人の嗜癖、依存に限らず、酩酊、泥酔、酒乱の暴行、乱痴気騒ぎ、飲酒運転、労働効率の低下、暴動、さらにはFAS（胎児性アルコール症候群）など広範にわたる。ジェリネックはアルコールがもたらす問題の広漠さを認めながら、その上で、このような「アルコホリズム」一般と「病気としてのアルコホリズム（alcoholism-disease）」とを峻別し、むしろ「独立した疾病」としてのアルコホリズムをなるべく狭くとらえようとするのである

彼は様々なアルコホリズムをアルファ、ベータ、ガンマ、デルタの4種類に類型化する⁽¹⁾。

アルファ：対人関係の障害、ある種の栄養障害、なんらかの身体的・情緒的苦痛から免れるための「無規律undisciplined⁽²⁾」な飲酒。「身体的苦痛あるいは情緒的障害から免れるということは、基底に病気のあることを意味しており、したがってアルコール飲料の“無規律”な使用は、それで軽減される病的状態の一症状とみなしてもよいだろう。この種のアルコホリズムはそれ自体病気とはみなし得ない。」（同: 43）

ベータ：「多発性末梢神経障害、胃炎、肝硬変などのアルコホリズム合併症が、アルコールの身体的依存ならびに心理的依存双方なしに発生する種類のアルコホリズムである。」（同: 44）

⁽¹⁾ 五番目のアルコホリズムとしてイブシロンタイプにもジェリネックは触れている。「渴酒症(dipsomania)」にあたるもので周期的に連続飲酒を行うものと一応仮定しているが、ジェリネックはそれに対する記述も定義も行わない。（ジェリネック 1960=1973: 46）

⁽²⁾ 自らの意志によってとめることができない、という意味ではなく、「飲酒の量、時、機会と会場所に関連した社会規範（広く認められている習慣）の故意に行われる違反を指している。」（同: 49）ガンマ型に見られる「抑制喪失」では、故意の「無規律飲酒」はおこらなくなる。

ガンマ：「獲得性組織耐容量増加」「適応性細胞代謝」「離脱症状と渴望 (craving)」「抑制喪失 (loss of control)」が起こってくるアルコホリズム。「耐容量」の増加によって、この種のアルコホリックは飲酒をはじめるときに「抑制喪失」がおこるので、治療は完全な断酒 (abstinence) だけである。

デルタ：飲酒する量をコントロールできないという「抑制喪失」は起こらないかわりに「禁酒不能 (inability to abstain)」を示す。つまり飲酒する量は抑制できるが、つねに体内にアルコールを保持していないと、わずかの間の禁酒期間で、離脱症状を呈する場合。

ジェリネックが「病気としてのアルコホリズム」の疾病本質として選び、集中しようとしたのは「薬理的な過程」による生体への作用であった。「病気としてのアルコホリズム」は、何年かの飲酒経験のなかで進行的に形成される。そのサインとしての生理学的な実体は、「獲得性耐容量増加」と「離脱症状群」を引き起こす何らかの生体の変化である。さらにいえば「離脱症状群」に基礎付けられた「渴望」と「抑制喪失」だということになる。他の要因も考えられるが、以上の薬理的基盤だけで、アルコホリズムを疾病視することが十分可能であるとの判断である。

「もし、(進行的に獲得された)何かある生理的あるいは生化学的異常が一それ自体はあまり重大にみえなくとも一神経組織から、ある有害物質に代謝を適応させまいとする抵抗力を奪い取れるとしたら、その適応といったものは、それに付随する行動変化すべてを含めて、病気と名付けてよいのではないか。」(同: 178)

したがって上記四種類のアルコホリズムのうち、「独立した疾病」としての「疾病としてのアルコホリズム」に値するのは、ガンマ型とデルタ型だということになる。アルファ型は飲酒問題以前の何らかの心理的・精神的な障害、社会的に困難な状況が想定される場合、アルコホリズムがそれらの表現である場合であり、ベータ型はアルコールの摂取によって二次的に引き起こされた身体的な障害を指す。アルファ型は「症候としてのアルコホリズム」であり(症候説)、ベータ型は「アルコホリズムに起因する障害」(アルコホリズム関連障害説)である。これらの説は、アルコホリズムを「独立した疾病」と考える見方に反する。

このようにジェリネックはアルコホリズムの疾病本質を薬理的な過程による身体的依存に集中した。どうして耐容量が増加するか、どのようにして離脱症状が起こるかのメカニズムはまだ完全に分かっていないことを認め、アルコホリズムの医学的な探求は、このメカニズムの解明に集中するべきであることを提案するのである。

1-2 「抑制喪失」

ジェリネックはアルコリズムが病気であるという概念が、一つの政治的主張であり、真が偽かというより、受容されるか拒否されるかというレベルにあることを強く意識していた。「病気」であるというためには、「病気」ではないという勢力に対抗しなくてはならない。たとえば、彼はこのような抵抗勢力として禁酒運動を想定している。なぜなら、病気だという見方は、禁酒を道徳的に説得・教育する努力を脅かすからである。また、病気としての見方は、作用因としてのアルコールだけが悪いのではないという含意をもつゆえに酒造業界にとっては申し分のない理屈となり⁽³⁾、アルコール飲料の撲滅を目指す勢力にとって脅威となるのである（同: 198）。つまりジェリネックのいう「禁酒運動」にとっては、アルコリズムは悪徳であり悪習であり、アルコリックは教育されるか、罰せられるかでなくてはならない。

こうした意見に対してアルコリズムが「病気」であることを示すために、彼は、アリストテレスが自由意志に基づく「行為（action）」と、自由意志に基づかない「性向（disposition）」を区別し、後者と「疾病」の発達の間相似性を強調していることを援用する。

「これらの原理を“無抑制飲酒”に適用すると、“疾病”の獲得は限られた場合にのみ自由意志に基づくものである。しかしひとたび病気の型に到達すると、これはそれ以外の病気とまったく変わらない。つまり外側からの手段以外にそれを終結させることは、意志の及ばぬところにあることは明らかである。」

（同: 56）

アルコリズムに対して、道徳的、司法的対応をするのではなく、「病気」として医療的対処をしなければならないというためには、アルコリックが無力である、「意志」ではどうにもならないということに根拠が求められているのである。飲酒行動に「意志」が働いているか、働いていないかが争点になっている。それはジェリネックがあげている「アルコリズムが病気である」という主張に対抗した勢力側の主張を見ても明らかである。

「私は、多くの酒のみがそのつもりがあれば、今日にでもそしてそれからずっと、酒を

⁽³⁾ 酒造業界にとって、そして禁酒法以後のアメリカ消費社会にとって、アルコールはすべての人に嗜癖という病をもたらすのではない、アルコリックとは多数の飲酒者のうち、何らかの嗜癖する傾向をもったマイノリティである、という見方とそうした嗜癖する傾向なるものを病態学的に証明することが医学に期待されるのである。

やめることができるであろうと考えている。しかし彼らはそうしたがるのだ…私の観察からすれば、最初の段階の酔っ払いと、最後の段階の酔っ払いのあいだには明白な違いなどありはしない。両者にも、ある欲求があり、それを満たしたいという意志があるのだ。人が飲酒するのは、たんに飲むのが好きだからであり、酔っ払うのが好きだからである。」(J・E・Toddによる1882年のパンフレット、ジェリネック 同: 240)

「自身でコントロールできるとされる行動に対してその人の責任を持たせる社会では、アルコール依存の疾病概念の正当性は、アルコール依存者が自身の飲酒という行動をコントロールすることができない、それゆえに、アルコール依存者は責められるより助けられるべきである、という主張にかかってくる」(Conrad & Schneider 1981: 96)

このような要請からして、ジェリネックの疾病本質の要点は「抑制喪失」に他ならない⁽⁴⁾。ジェリネックはこの点で一貫していた。

「アルコール嗜癖の疾病概念は過剰な飲酒には適用できない。むしろそれは、ある種のアルコール依存にだけ起こり、また長年の過剰飲酒の後にだけ現われる、抑制喪失にだけ適用される。抑制喪失はそれ自体、過剰飲酒がその症候である何らかの異常な状態を導くプロセスによってもたらされる疾病の条件である。」(Jellinek 1952: 674)

また彼のアルコール依存の進行的イメージは次の言葉に要約される。

「…抑制喪失の発達は、段階的で緩徐なものである。しかし、初期の目立たぬ型であっても、抑制喪失は個人のかかわる選択をせざるを得ない狭くして、不全感を引き起こさせる。嗜癖性過程が軌道に乗ってしまうと、個人の果たせる役割は消失してしまい、アルコールが主導権を握って、神経組織は漸次この物質で条件づけられてしまう。嗜癖者がいかにあがこうとも、アルコールが決定因子になるまで、アルコールは進行的に“乗っ取って”ゆく。したがって、“アルコール依存は酒ビンでなく、人間にある⁽⁵⁾”というスローガンは場合によっては危険である。」(ジェリネック 1960=1973: 177)

⁽⁴⁾ ジェリネックの「抑制喪失 (loss of control)」は、アルコール依存者・アノニマス (A・A) の会員への調査から得た用語であり、概念である。「アルコール依存者・アノニマスで回復したアルコール依存者は、“抑制喪失”という場合、彼らの飲酒歴の発展過程で、一杯飲酒したら連鎖反応を起こして、“一杯か二杯だけ飲む”という彼らの意図が守れなくなり、一しばしば本当に辛く、いやいやながら一、彼らの意志に反してどんどん飲み続けるにいたった段階を意味させている。」(ジェリネック 同: 49)

⁽⁵⁾ これはもともと酒造業界によるスローガンである。アルコール依存の原因を特定のある性質に帰することが酒造業界には好ましい。禁酒法以後のアルコール問題の「医療化」、つまり問題を医療にゆだねることは、このように原因を(医学、生物学的に)個人化することである (Gusfield 1982: 407)。

1-3 意志の保存

ジェリネックの論理では、進行的にもたらされる薬理的な作用により身体的依存（離脱症状の発現）が確立されると「抑制喪失」が起こるので、アルコールは意志によって飲酒をとめられない、だから何らかの医療的対処がなされるべきであり、アルコールは病人として扱われるべきである、ということであった。そもそも、このような考え方の基本には、人間には飲酒行動を抑制する「意志」があるという前提がある。その意志が何らかの要因によって冒されているということを説明するために、「酒ビン」によって進行的にもたらされる薬理的効果を持ち出さねばならなかったのだ。

「ある種のアлкоリズムに、病気としての性質があるとかりにみなされるとすれば、酩酊を引き起こす行為もアルコールの意志のおよぶ範囲を越えているとみなしてよかろう。それにもかかわらず、抑制喪失には、病気になる基礎が準備されつつある時期、そしてまた、意志障害の問題がまだ起こってこない時期が先行するものである。」（同: 54）

このように「抑制喪失」が薬理的な「過程」によってもたらされるのであれば、そもそも、長年にわたっての飲酒行動を行わせる「意志」、何らかの意図なり動機付けを全く考慮にいれないわけにはいなくなる。

五種類のアルコールリズムのうち、薬理的に基礎付けられた「抑制喪失」は、五種類のうちガンマ（だけ）の特徴であった。さらに、ガンマ・アルコールリズムにおいても「抑制喪失」があらわれるのは非常に限られた場面である。

「(a) 一つの連続飲酒が完結してから、次の連続飲酒が始まる機序と、(b) 一回の連続飲酒の最中における飲酒の続行との間の差をはっきりさせなくてはならない。この区別は、多くの論文でそれとなくなされているに過ぎない。この点における区別が欠如していることは、不当な治療上の主張とあいまって、多くの誤解と対立の源となっている。」（同: 161）

離脱症状があらわれ、それによって「渴望 (craving)」「抑制喪失 (loss of control)」が起こるのは (b) の「連続飲酒発作 (drinking bout) ⁽⁶⁾」中のみである。それに対して、一回の連続飲酒と次の連続飲酒の間には、

⁽⁶⁾ 連続飲酒発作とはたとえばつぎのように描写されている。「連続飲酒発作状態の人は、食事もとらず、洗面、着換えなどの基本的な日常生活も放り出して、ひたすら飲んでは寝るをくり返します。時には、自室に鍵をかけ、カーテンや雨戸で外界を遮断して飲み続けます。身体もこわすし、自らの社会的立場も著しく傷つけてしまいます。たいていは数日後、水を飲んでも嘔吐するという状態になって、精根つき果てると感じる、飲酒を断念しますが、このあと数日間、離脱症状が続き、汗まみれの眠れぬ夜を過ごし、日中は手のふるえや動悸に苦しんだ末に、ようやく元に戻ります。」（斎藤編 1986: 24）

「連続飲酒を中止した直後に繰り返り広げられた諸症状は何も認められず、アルコホリックはアルコールを“要求する”ようないかなる徴候も示さない。……次回の連続飲酒に突入する前に、アルコホリックがアルコールを入手できない状況下に置かれるとすると、酩酊状態の期間中アルコールが切れると現れてくる諸行動はまったく現れない。たとえ何も治療されなくとも、何ヶ月でもまったく苦痛を示さずに病院にとどまっていられる。病院を離れたら彼はすぐアルコールを口にするかもしれないが、今述べたような場合、アルコールの抵抗できぬ欲求とか身体的要求などは問題にできない。」(同: 162-163)

ただし、ここには、一度「離脱症状」による「抑制喪失」を経験したガンマ・アルコホリックは、再飲酒するたびに「連続飲酒発作」に陥っていくという、耐性の増大によって説明される前提がある。よってガンマ・アルコホリックにとって回復とは完全に酒を断つこと以外にない。

このように狭く「抑制喪失」の現れる範囲を限定すると、その他の場面における意志の働きを排除しえない。上に引用したように連続飲酒発作と次の連続飲酒発作の間には「抑制喪失」をもたらす離脱症状が現れない。したがって、連続飲酒発作が一段落ついたら、次に飲むか飲まないかに関しては、個人の意志の問題だということになる。ジェリネックが治療として考える「完全断酒」も、アルコホリックの意志（意識）次第だということになり、治療はまずそのアルコホリックの意志（意識）に働きかけて行われねばならないという含意がある。

つまり、ここにアルコールリズムが、生理学的機序だけによって説明されない、医学的な働きかけだけでは治癒されない部分の残る病気であるという性格があらわれている。

ジェリネックが中心的メンバーでもあったWHOのアルコールリズム及びアルコールリズム委員会の1955年の報告にもこの「抑制喪失」の限定、アルコールへの「渴望」の性質の区別が見られる。

「離脱症状によって示されるようなアルコールの身体的欲求は、長期間持続的な大量使用ののちに、アルコールを中断した直後にのみ現われる。そのような身体的欲求は、もはや離脱症状はみられなくなった、かなりの期間の禁酒ののちの、飲酒再開の原因に仮定することはできない。……委員会は、(a) 先に述べた状況下で、アルコールを禁断した直後に作動する過程と、(b) 離脱症状が消失してしまっただ後に、飲酒を再開させる過程との間に明確な区別を付すべきであると感している。」(同: 165)

そして、この報告では、(b) のある程度の禁酒の期間ののちの飲酒再開は、心理的要因、なんらかの（身体的依存以外の）病態生理学的状態、飲酒させようとする社会的圧力、何

らかの事故などによって説明されるだろうという⁽¹⁾。

ジェリネック自身、行動心理学（学習理論）の研究にある程度の期待をよせているのだが、実際ジェリネック以降、「抑制喪失」がどのように起こるか、またどこまで拡大できるかという試みが、とくに行動科学による「精神的依存」のメカニズムの探求という形で行なわれるようになった。ジェリネックが、個人の意志ではどうにもならない、それゆえに外部からの介入が行われるべきであるという主張の（つまり医療的処置の）根拠とした「抑制喪失」を巡って議論が展開していくのである。

ジェリネックの限定された疾病概念が、「アルコールリズムが病気である」ことを主張するために、「意志の及ばない」ということに基盤を置かなくてはならなかったことをみた。ここにはすでに「人は意志でもって飲酒行動をコントロールするはずである」という判断（そうした人間像）がふくまれている。また、「独立した疾病」であると主張するために、「抑制喪失」がおこる場面は限定されねばならない。それによって、ジェリネックは「病気」の証明である「抑制喪失」飲酒と単なる「過剰飲酒」を区別し、「飲んだくれ（drunkard）」や「どや街（skid row）」などにつきまといがちな道徳的メタファーを「疾病概念」から排除しようとした。しかし「意志」は残り、飲酒をコントロールする「意志」は回復できないとはいえ、「意志」によって断酒を実行しなければならないという道徳的なニュアンスも残るのである。次に、アルコールリズムが「意志の病」として概念化された際の論理にさかのぼってみよう。ジェリネックの疾病概念の祖型が見られ、また多くの錯綜した問題化の論理にあって、個人の意志と、それをむしろ習慣や、体質、先天的傾向などの外的な必然の力（necessity）という対立構図（自由意志vs決定論）が繰り返しあらわれるのが見られるのである。

2 「意志の病」としての「嗜癖」——「嗜癖」発見の文脈——

ある人がどれくらいかの量の酒を飲み、何らかの行動のコントロールを失っているように見えるとき、まず気付くことは、酒がそのようなコントロールの喪失をもたらしたということである。このように考えるとき、アルコールに「脱抑制（disinhibitor）」作用が内在しているという想定にたっている。飲む人の意図や状況に関わりなく、ルールを違反するような行動、かたくるしくない他人への態度などをもたらすのは酒のこの性質によるも

⁽¹⁾ 委員の一部によって、a) の連続飲酒中の欲求を「非象徴的（non-symbolic）」、b) の連続飲酒の後の、再び連続飲酒をもたらす飲酒の欲求を「象徴的（symbolic）」とよぶことが提唱される（斎藤 1978b: 122）。これが、「症候説」的アプローチ、個体の体質、性質、個体を取り巻く環境、状況に要因を求めてゆく方向である。

のだという想定である。酒が人々に徒党を組ませ、秩序を乱すというおそれ（社会統制上の要請）も、酒がもたらす親密な感じが人と人を結び付け社会統合に寄与するとの人類学的考えも、このような想定に基づいているとあってよい。

社会統制上の関心から導かれるアルコールの問題化、あるいは社会統合をもたらす儀礼的触媒としてのアルコールへの期待、つまり集合的行為としての飲酒という問題設定から、断絶したものとして、「個人的モラル」の問題としての飲酒という概念があらわれる。アルコホリズムを「意志の病」と考える概念化がそれである。「禁酒運動（Temperance Movement）」という、アルコールがもたらす社会問題・都市問題を糾弾し、アルコールの製造や販売への規制を求めた運動だとイメージされやすい。たしかに禁酒運動にはアメリカの全国禁酒法（Prohibition Law、1920-1933）の制定として結実してゆく流れがある。しかし、禁酒運動はまずは「個人的モラル」の問題を扱うものとして、また個人のモラルに訴えかける運動として生まれた。モラルをおびやかすものとしてのアルコールを「悪魔のラム（demon rum）」と意味付けながらも、アルコールの問題は個人的モラルの問題だから、また、私的営利活動への政府による介入だとして、アルコールの流通への法規制を求める動きには歯止めがかかっていたのである。

このような個人的モラルという問題設定、個人のモラルへの介入の登場と「嗜癖」の発見は重なり合う事態であった。

2-1 個人化の強度

まず、「病気としてのアルコホリズム」は「嗜癖（addiction）」として、「意志の病（disease of the will）」として問題化された。この考えでは原因は個人の意志の弱さに求められている。これも一つの疾病概念としてあり、そこで意志の弱いアルコホリックに対しては、その人の意志に向けた介入がありうる。患者の意志の外部に原因を求め、そこに治療のターゲットを向けるというやり方とは異なり、その人が完全に責任が解かれるわけではない。1-3で述べたように、ジェリネックの時代にもアルコホリズムは完全には免責されない病気としてある。ジェリネックは「疾病視」を掘り崩すものとして道徳問題としての問題の処理から距離をとろうとしたが、個人的道徳問題としての見方こそ「疾病視」の起源だったのである。疾病視の基礎としての「抑制喪失」を、ジェリネックはアルコールの身体への作用（耐性増大、離脱症状）に求めるのに対して、「意志の病」という問題化はアルコールによって弱らされた意志に求めたのである。つまり、アルコホリズムが道徳問題であり、教育・司法的対応の範疇であるか、医療問題であり「病気」として扱われ

るべきかどうかは争点になっていない。問題がどちらに概念化されるにせよ、アルコールへの「嗜癖」は個人に関わる、個人の経験する問題であるという意識がそれ以前になりたっている必要があるのではないだろうか。

そして、「意志の病」の問題として概念化されるためには、単なる酩酊、過剰飲酒と、「意志ではとめられない」嗜癖的飲酒との区別がなされなければならない。つまりは、飲酒への欲求を「意志ではとめられない」という人々の経験が定型化される必要がある。そしてそれが「病」として問題化されるには、「飲酒をコントロールする意志の強さ」なるものに価値が置かれていなくてはならない。

アメリカが植民地であった時代に主にマサチューセッツを中心とした北部植民地において問題化されたのは「過度の飲酒 (excessive drinking)」や「酔っ払うこと (drunkenness)」であった。泥酔者に対しては、道徳的悪として教会からの働きかけ（道徳的説諭から「破門」に至るまでの）や秩序を乱すものとして政府からの処罰が行われた。また、ライセンス法によって酒場の数を制限することによって、酒類の販売に規制が加えられた⁽⁸⁾。

アルコールにはある種の社会統合の機能を果たす側面がある。実際、初期植民地においても「酒場」は教会に隣接し、社交の場としても、裁判、選挙の投票、商取引などをおこなう場としても地域コミュニティの中心としての役割を果たしていた。しかし、ここで指摘すべきは、植民地の宗教的権威者や為政者たちが、本国の農村的生活サイクルや国教会に由来する、宗教的儀礼、集团的儀礼へ敵意を向けていたことであろう⁽⁹⁾。そのなかで飲酒の社会統合的側面にたいしても嫌悪感が向けられたのである。集团的な飲酒が秩序の紊乱につながるといふ社会統制的意識ももちろんあったが、植民地の指導者たちにはなにより、腐敗した旧国の教会にたいして自らの宗教的立場を明確に表明する必要があったのである。それは、教会組織に媒介されない神と人との直接的、個人的な関係の主張であり、植民地の契約社会における、私的な個人的な利益を追求する個人という当時うまれつつあった資本主義の想定にかなったものであった。アルコールとそれがもたらす問題に対する対処の背景に、このような、集団、組織への敵意といってもよいほどの強い個人化の契機があり、それが飲酒の「個人的なモラル」としての問題化の登場を用意したといってもよい。

⁽⁸⁾ 岡本 1994: 27.

⁽⁹⁾ Conroy 1991. 国教会に由来する多くの儀礼が植民地では姿を消した。その流れでマサチューセッツでは1639年に「健康を祝しての飲酒 (health drinking)」を禁止する法令もでている。

さて、Levine (1978) によれば、「嗜癖 (addiction)」としての問題化—単なる「大酒のみ (drunkard)」から「習慣的酩酊者 (inebriate)」、「嗜癖者 (addict)」を区別すること—は18世紀末～19世紀初頭の禁酒運動の中にはじめてあらわれたという。それ以前に飲酒への欲求を表した語彙は、酒への「愛」とか「愛着」といったものだった。それに対して、18世紀末くらいから、飲酒への欲求が単なる際限のない欲求としてではなく「意志」によっては「打ち克ちがたいirresistible」ほど「圧倒的なoverpowering」欲求として経験され、観察されはじめたということである。ここでは飲酒を抑制する「意志」と飲酒を促進する「欲求」の二つが対立する形で個人の内面に設定され、「意志」よって「欲求」をコントロールするということが想定されはじめたのである。

このような見方は、内科医のベンジャミン・ラッシュ (Benjamin Rush) の1784年の論文「人体と精神に及ぼす影響についての一考察」に明確にあらわれている⁽¹⁰⁾。そこでラッシュは、飲酒をやめられないという「意志の病 (disease of the will)」に特徴づけられる「発作 (paroxysms)」に注目し、その「発作」が進行的にその頻度を増しておこってくるという「進行性」を指摘し、そして病にたいする治療として完全に酒を断つことを提案した。つまり一度「進行的」に「意志の病」に罹ったなら元の抑制された飲酒生活にはもどれないということである。このような「嗜癖」像は、のちのジェリネックの「ガンマ・アルコールリズム」における「獲得性耐容量増加」、「抑制喪失」などの要件を満たしているといえよう。また、ラッシュは「嗜癖」という「病」を診断しそれに対しての治療を提案しているだけではなく、つまり、飲酒によってもたらされる様々な「病氣」に触れているだけではなく、病氣の進行とともに、道徳的な退廃ももたらされるとして、「嗜癖」が道徳的な悪であることも啓蒙的に訴えている⁽¹¹⁾。つまりここではたしかに「嗜癖者」は「病」に冒されているがそれは「道徳的な病」でもあるのである。ラッシュは道徳的退廃をもたらすアルコール (蒸留酒)、またそれらの使用に寛容な社会習慣を道徳的に告発する禁酒運動にも積極的に協力する。

このように、「欲求」「欲望」が「意志」を凌駕してゆく経験として「嗜癖」が語られ始めた。社会統制的関心、集団的飲酒の問題から離陸したものとして、それが個人の内面の道徳的な問題としてあらわれはじめた。このことの背景には、近代社会の成り立ちに関わる (資本主義経済を駆動した) ある人間観が横たわっている。酒が「脱抑制」因子として

⁽¹⁰⁾ Levine 1978: 151

⁽¹¹⁾ 酒の酒類と、病氣と、道徳的な悪 (家庭崩壊から犯罪まで) を進行的に一次的に対応するという「道徳身体温度計 (moral and physical thermometer) の図式化がよく知られている。

働き、人々の逸脱した行動を導き出し、それが社会（組織、集団）への脅威となる、だからライセンス法などによって酒の販売の統制（liquor control）をしなければならない。このような考えでは、個人の飲酒欲求と集団的利害が対立している。「モラル」としての問題化は、このような「集団」vs「個人」という対立ではなく、「個人」の「内面」に「意志」と「欲望」の二項対立を設定することなのである。

アメリカの初期植民地における社会組織の成り立ちを分析した佐藤俊樹（1993）が指摘するのも、契約による組織の成り立ちの前提となる個人の「自由」としての「内面」である。プロテスタンティズムによって、「神」は手の届かない超越的存在であり、圧倒的で絶望的な距離をもって「個人」がそれに対するという構図がもちこまれた。欲望は、救済不可能な無限に昂進する「原罪」として個々の人間に付与され、救済されるかいなかは「神」のみが知っており、しかもあらかじめ決められているのであった。救済の確証を得るべく個人は原罪としての強力な「欲望」を、強力に抑制する「意志」をふるわなければならない。われわれがもっている「欲望」—無限に昂進してゆく「原罪」としての⁽¹²⁾—、それをコントロールしうるのは、もはや教会でも社会的規範でもなく、ただわれわれの「自由意志」のみなのである。

「絶対的な創造神の下で原罪が存在するならば、その罪性を帰責されるべき根拠、罪を回避しえた能力が人間の側に存在しなければならない。こうして原罪の原因でもあり結果でもある欲望と同じ深度で、それを抑制すべき自由意志が「発見」される。人間の罪性の原因＝無軌道な欲望が絶対的なもの、消去不可能なものであればあるほど、その罪性を人間に帰責する根拠たる選択能力＝自由意思もまた、絶対的なもの、消去不可能なものとなってしまう。」（佐藤俊樹 1993: 95）

個人の欲望とそれへのコントロール（自己規律）として設定される「自由意思」。この二つの設定によって、まず、集団的（組織の）利害が、個人的利害のレベルから離陸することが可能となった。個人の合理性に侵食されることなく、組織自体の合理性による組織の運営、経営が可能になる。また個人も社会に内包されるのではなく、社会から切り離されたものとして（普遍的な「人格」としてと同時に個別的な「個人」として）「自由」に行為や帰属を選択する主体になる。

⁽¹²⁾ 「むろん、欲望敵対型の禁欲自体は、これまた特にめずらしいものではない。宗教的な背景をもつ禁欲は多くの場合、そうした形をとる。プロテスタンティズムの禁欲のユニークな点は、禁欲状態を持続している間も、個人のうちに欲望充足という合理性の準拠点は消去されないうまま存在しつづける、という理解を持ち込んだところにある。個人の欲望という準拠点は人間の原罪ゆえに、本質的な無軌道性をおびたまま残りつづける。それ自体はどんな禁欲や修行によっても消去不可能なのである。」（佐藤俊樹 同: 50）

「嗜癖」経験にあらわれた「意志」と「欲望」の分裂には、このようなプロテスタンティズムの人間観（「内面」の発見）を背後によみこむことができる。飲酒への欲求を止められないのは、酒が「脱抑制」作用を持つのに加えて、嗜癖者の「意志」が病んでいなくてはならない。問題解決の手段としてアルコールへの統制に加えて、嗜癖者の「内面」、**「意志」**に働きかけるという手段がうまれるのである。

2-2 病者としての「嗜癖者」

初期の禁酒運動においては、個人的に禁酒、あるいは節酒の誓約書に署名するかたちで会員を拡大してゆくものが主流であった。飲酒が個人的な道德問題としてとらえられはじめられていたとはいえ、禁酒運動は、適度な飲酒者たちに向けて、過度の飲酒に陥らないように禁酒や節酒の必要性を説き、誓約書に署名するようながすもので、酒のみ（drunkard）はこのような運動から排除されていた。他者の「嗜癖」という問題に対して、「病氣」として（「嗜癖者」に対して「病人」として）なんらかの対処をしようという志向がまだ弱かった頃である。アルコールの流通に対して法的な規制を設けようという動きはあったが、それは社会統制的意味合いが強かった。「個人的な道德問題」という主張は、「無関心」という消極的態度としてあったのではなく、「介入」に対しての拒否、私的な営利活動に対して何らかの法的規制を加えようとする動きを牽制するほど、積極的に働いていたと考えてよからう。

ある試算によれば、19世紀初めは、アメリカの一人当たりの蒸留酒の消費量が増大し、史上最大を記録するまでになったという⁽¹³⁾。18世紀中ごろからアパラチア地方に入植しはじめたスコットランド系移民はウイスキー醸造技術を持ちこんだが、世紀転換期頃からその地方で大麦、ライ麦、とうもろこしなどの穀物が大量に収穫されるようになり、生産過剰となった穀物は、醸造して酒に変えてから市場に運び出びだされた。このため安価なウイスキーが大量に出回るようになったと説明されている⁽¹⁴⁾。この時期に禁酒運動も全般的にさかんになり、新たな展開を見せ始めるが、重要なのは「飲みたいという欲求をコントロールできない」という「嗜癖」経験が多くの「嗜癖者」自身によって語られ始めた点であろう。

「19世紀に目新しかったのは、ある特定の酒のみの経験と行動への解釈のしかたが、正

⁽¹³⁾ Rorabaugh (1976) の試算による。

⁽¹⁴⁾ 岡本 同: 50。

統化された (legitimized) ことである。植民地時代にも、飲酒への欲求が「打ち克ちがたい」と感じていた人々はいたであろうが、その経験を組織化し、それについて語るための、社会的に正統化された語彙がなかった。それはまとまりのない、きわめて個人的な経験のままであった。19世紀になって、酒のみの経験は定型化されるほどになじみ深いものとなったのである。」(Levine *ibid.*: 154)

この点で1840年代に生れた、酒のみ自身による、酒のみの酒を断つこと (絶対断酒 *total abstinence*) にはじまる更正・回復を目指したワシントン運動は特筆に価する⁽¹⁵⁾。ワシントン運動は、はじめボルティモアの6人の酒のみたちがある牧師の説教を聞いたことをきっかけに始まったが、立ち直った酒のみたちが、自らの試練と飲酒欲求への勝利の経験を語るスピーチによって苦しんでいる酒のみたちに訴えかけるというやり方で会員の輪を広げてゆく。また、酒のみたちの酒との戦いの経験は他の禁酒運動団体のパンフレット、啓蒙的小説などにも利用されてゆく。そうしたかたちで「嗜癖」経験が多くの人々の注目を集め、定型化されていった。ある禁酒運動のパンフレットの書き手は次のように「嗜癖」を描写している。

「ある程度の、あるいはほんの少しの完全断酒の期間があり、それにつづいてひどい放蕩の発作がくる…彼らはしらふの間は自分の状況とその危機について正しく理性が働き、節度ある飲酒などないことを知っている。まったく酒を断つことに決め、自分が抵抗できない誘惑を避ける。でも、だんだんと自信が出てきて、自分の強さを信じるに至る。…そしてほんの少しのワインを口にす。そのときから、セルフ・コントロールのバランスは乱され、悪魔が再びやってきて、理性は放り出され、その人は破滅してゆくのだ。」(Levine *ibid.*: 156に引用) このような描写はジェリネックのガンマ・アルコホリックの経験といわれても違和感はない。

これまでの禁酒運動が酒のみ (*drunkard*) を排除してきたのに対し、ワシントン運動に代表される19世紀の禁酒運動の多くには、「意志の病」としての「嗜癖」を生み出すものがアルコールであるとし、酒のみはアルコールに満ち溢れたこの墮落した世界の犠牲者だという認識があった。この時期の禁酒運動はおおむね、酒のみに対しての共感的な態度をもっていたといえる。「意志の病」であるとは、「病氣」であると同時に道徳的な「罪」でもあるという二重性をもっている⁽¹⁶⁾。道徳的に個人の意志に働きかける「道徳的

⁽¹⁵⁾ 岡本 同: 77。

⁽¹⁶⁾ 「酔っ払うこと (*drunkenness*) は罪であるが、病氣でもある。それは道徳的、身体的悪徳であると考えられる。」(Levine *ibid.*: 156)

説論」には、「治療」としての意味と「教育」「更正（矯正）」としての意味が含まれていたと言えよう。

そして19世紀中ごろから「習慣酩酊者施設 (inebriate asylum)」という身体的対処と道徳的教育の両面をあわせもった習慣酩酊者のための収容施設が、有力な禁酒運動団体の支援をうけて全米に50ヶ所にのぼるほど設立される⁽¹⁷⁾。ベンジャミン・ラッシュ以来、禁酒運動のなかでアルコールに対する疾病視は一貫してみられたものだったのである。

「嗜癖の原因はアルコールにあると考えられ、また酒は手に入りやすくいまだに社会的に受け容れられた物質であったために、だれかが飲酒の誘惑に負け、嗜癖するようになることは極めてありそうなことであった。よって、禁酒運動の演説や文献には習慣的の酒のみはしばしば犠牲者として見られ、また19世紀の終わりまで禁酒運動は酒のみの苦難に対してほぼ共感的な見方を保っていた。」(Levine *ibid.*: 159)

19世紀の、「嗜癖」の問題化の社会的文脈を次のようにまとめることができるだろう⁽¹⁸⁾。逸脱を医療的なモデルにおいてとらえること、つまり逸脱に対して治療的な関与をすること、これが18世紀末から19世紀初頭にかけて経済的にも政治的にも台頭しはじめた中産階級の楽観的な啓蒙的世界観であった。理性を付与されている人間は、たとえ狂気や何らかの原因によってセルフ・コントロールを失ったとしても、訓練によってコントロールを回復できるし、回復する責任がある。アメリカの中産階級にとっても、セルフ・コントロールは至上の価値であり、それへの否定は明確に定義されなくてはならなかったし、価値の否定に対しては闘わなければならなかった。狂人は社会秩序をみだすものとして閉じ込めなくてはならないのではなく、自らを律する主体として矯め直されなくてはならない。いわば社会統制が個々人の「内面」のレベルで作動することが可能になったのである。

嗜癖というセルフ・コントロールへの挑戦に対しては、アルコールという物質によって生み出されるのだと明確に定義されなくてはならなかったし、飲酒欲求をコントロールできない人がいるなら、コントロールを回復できるように道徳的に働きかけなくてはならなかった。

2-3 「意志の病」の問題

先に触れたように「個人的な道徳問題」という見方は「疾病視」自体というよりむしろ、

⁽¹⁷⁾ Conrad & Schneider *ibid.*: 83, ジェリネック 同: 2。

⁽¹⁸⁾ Levine *ibid.*: 163.

法によってアルコールの流通を規制しようとする動きに対抗した。争点となっていたのは、「道徳的説諭」という個人的な方法と、普遍的な制度によって酒をこの世からなくそうという解決方法であったといえる。アメリカの改革思想一般には、何ものにも依存しない独立自尊の「個人」という神話がつきまとい、「個人」の力への信念とそれからくる強い「組織不信」はしばしば自由な市場や社会問題への政府の介入にたいしてのバックラッシュとして働いた⁽¹⁹⁾。しかし、これは他者の「個人的な」問題に「個人的に」介入しようとする論理とは矛盾しない。たとえば、他者への介入を目指す改革主義的志向を駆動したのも、プロテスタンティズム的「個人の人格的責任のエトス」であった。

R・ホフスタッター（1955=1967）は19世紀末から20世紀初頭にかけての革新主義（Progressivism）にみられた、都市問題や他者の罪悪に対する責任感についてつぎのように述べる。

「福音書的プロテスタンティズムにおいては、個人は魂の改心と救済の内的重荷に自ら耐えることが期待される。この点に関する限り、教会が提供し得る手段は説教だけである。これと対照的にカトリシズムでは、教会自体の媒介者的役割がきわめて大きな意味をもっており、個人の責任というものはプロテスタンティズムの場合と同じ緊張度では要求されない。ローマ・カトリック教徒にとっては、告解と悔悛のかたちで罪悪感を心理的に処理するメカニズムがひらかれている。このちがいを政治的用語に翻訳すれば、革新主義のもっていた道徳心情的激情をよりよく理解することができる。」（R・ホフスタッター 1955=1967: 183）

「意志の病」としての問題の概念化は、アルコールを嗜癖の原因であるとする考えと表裏一体である。アルコールによって意志が病んでしまっている、正常に働かなくなってしまっているのだから、嗜癖者はアルコールに近づかないように助けられるべきである。しかしこのように酒を制度として禁止するという解決策があまり支持されないのなら、飲酒量を抑制する「意志」にせよ、断酒を続行する「意志」にせよ、個人の「意志」を強くするようにはげますことになる。欲求に対してのセルフ・コントロールの価値はこうして強く保存される。「意志の病」に罹っている嗜癖者は、その人に内在するはずの「意志」によって自ら回復することを任される、「意志をつよくしなさい」と説教される（「道徳的説諭」）か、「放置」される（社会統制の網にかかれば「罪人」となる）かどちらかである。

このように「意志の病」としての概念化から、放置、不介入が導かれるのは、「意志」（飲酒に対する抑制力）というものの強さをどのように測るか、どのように強化するか

⁽¹⁹⁾ R・ホフスタッター 1955=1967。

ついてアイデアがないからでもあろう。飲酒欲求に負けてしまう「弱った意志」「意志の弱さ」なるものがあるとすれば、それは実体として生理学的に明確に証明されなくてはならない。そこでジェリネックが持ち出すのが、アルコールの長年の使用による「体組織耐容量」としての耐性増大、離脱症状の発現という生理学的基盤なのである。一般に、より説得力のある介入の論理は、「意志の弱さ」なるものを実体として個体の性質や身体的器質として確定することを目指すはずである。それが細菌学にはじまる近代医学の「特定病因論」である。

たとえば、「意志」、飲酒をコントロールする「意志」として働く器官を脳内にみつけることができれば、その器官に働きかけるような「治療」が可能になる。実際、19世紀後半、フランスのJ・E・D・エスキロール (Esquirol) らの「単一狂 (monomaniacs)」研究による素因論や、イギリスの精神科医H・モースリー (Maudsley) の徹底した決定論のもとにこのような着想が生まれている (Valverde 1998: 45-65)。当時の科学者たちにとって古い道徳、宗教に対する挑戦と意識されておこなわれたこのような「意志」の身体 (host) への科学的実体化によって、「治療」という期待と人種の「退化 (変質 degeneration)」への危惧が可能になる。しかし「治療」に関してこうした見方が一般化されることはなかった。

「悪習から美德への王道も近道も知らないことを残念に思う。…細菌培養による診断や注射による治療が知られるようになり、広告には黄熱病から破傷風までありとあらゆる病気に対する血清が宣伝されているという時代に、いささか保守的ではあるけれども、習慣的酩酊に対しては新薬も血清も施すことができそうにないと告白せざるをえない。」(ある医学者の言葉、ibid.: 61に引用)

また、当時の英国酩酊研究協会 (British Society for the Study of Inebriety) の中心人物であったN・カーは、習慣的酩酊を「意志の麻痺」に由来するとして科学的実体化を主張しながら、「意志の麻痺者」の回復の努力を「抑圧のくびきからの、自由への戦い」として賞賛するのである (ibid.: 65)。

このような例がしめすのは、アルコールへの嗜癖が、飲酒をコントロールする「意志」の何らかの障害として問題化され、その「意志」が科学的にアクセス可能な実体として身体化され、その回復が医学的な治療によって可能であるという発想がうまれながらも、嗜癖者個人の自由意志の行使という道徳的努力が「治療」には必要であるという漠然とした認識である。

「意志の病」という概念化、道徳的説論をみちびく論理には介入の不可能性が内包されているとあってよさそうである。Robinson (1972) は、アルコールリズムに関する医療的

介入領域の拡大は、医療関係者が自覚的に勢力拡大していくというよりも、他のセクターから医療専門職への委任（押し付け）というかたちで、行われていくという。実際、アルコールの「医療化」につきまとうのは、医療関係者側のとまどいや消極的態度であるといわれる。たとえば、病院のアルコールの受け入れを推進することを宣言した1956年のアメリカ医師会（American Medical Association）の決議文にも次のような前置きがある。

「これら患者の手当てをしたいと思う医師の最も多く、いつも聞かされる不平のひとつは、アルコールと診断されたそれら患者を、多くの病院が入院させたがらないということである。それら患者は、手に負えず、非協動的で取り扱いにくいものと、多くの人たちは考えている。患者たちの困った行動が原因で、病院当局は、そのように手のかかる患者の医学的治療のめんどろはみきれないと感じている。」（ジェリネック,同,187頁に引用）

アルコールには、つねに「個人の（道徳的）問題だ」「個人に責任がある」という非関与、不介入（放置）の正当化の論理が用意されており、それゆえに「たらい回し」の感じがつきまとうのである。

3 介入の限界

「欲求」が「意志」を凌駕してゆく経験として語られはじめたことにより、「嗜癖」が「意志の病」として概念化されたことを確認した。そして「意志の病」「意志」の無力をもたらす何らかの性質や要因を実体として個体の身体に想定することが、「病気としてのアルコール」を立証するために用いられる論理である。ジェリネックの疾病概念の限定された意味での基礎は、長年の大量飲酒（「習慣」）の末に獲得される、ある身体の状態であった。純粋にこの意味だけとると、身体的依存をもたらす生理学的基盤は「酒ビン」によって進行的に獲得されるもので、いわば誰にでも身体的に依存してゆく可能性があるということになる。したがって、ここでは長年の大量飲酒を導く何らかの意志、意図がアルコールの「自由」として残されている。このような自由意志と必然的欲求（決定論）のジレンマは、19世紀の習慣的酩酊研究や、デューイやジェームズなどのプラグマティズム思想が主題にし、行為を選択する自由意志を持つという人間像と、物理的作用によってある行為へと必然的に導かれるという人間像をつなぐものとして持ち出されるのが、やはり自由な行為の積み重ねとしての「習慣」であった（Valverde *ibid.*）。

また、ジェリネックはガンマ・アルコール症において、離脱症状の発現による「抑制喪失」がおこるのは、「連続飲酒発作」の期間だけである、と述べていた（1-3）。これ

では連続飲酒と次の再飲酒をつなぐメカニズムはわからないということである。(たしかなのは次の再飲酒がふたたび連続飲酒へと導かれる、ということだけである。)多くの部分で、「意志の病」という概念化と同じように、「意志」や「内面」を問うことができる余地が残されている。そしてそれゆえに、他人には何もできない、本人に任せるしかない、という介入の不可能性が残される。ジェリネックのアルコール医学には、結局、「意志の病」と同じ道徳からまぬかれていないだけでなく、道徳問題として個人に問題が送り返される契機を排除しえない。

ジェリネック以後、たとえば「抑制喪失」があらわれる再飲酒から再飲酒を導くメカニズム、また再飲酒後の連続飲酒を導くメカニズムの探求が、学習理論による「精神的依存 (psychic-dependence)」という概念化によってめざされた。しかし、学習理論に基づいた研究の中から、「抑制喪失」そのものを否定するような実験結果が提出される。そもそもジェリネックの理論では、「抑制喪失」をもたらす身体的依存は一度確立されるともとは戻らない、つまり一度「抑制喪失」を経験したアルコホリック (ガンマ・アルコホリック) はもとのように抑制のとれた飲酒行動に戻ることはできない (一旦戻ったように見えてもいつか連続飲酒発作が再び起こる) という、不可逆的な進行というニュアンスをもっていた。ジェリネックはこれを、彼の疾病概念のもう一方の軸である「獲得性耐容量増加」から導くのであるが⁽²⁰⁾、つまりは一度身体的依存によってガンマ・アルコホリックになったアルコホリックの再飲酒は「抑制喪失」の性質を備えていなければならない。これが、ジェリネックの接したアルコホリック・アノニマス固有の考え (アルコホリック・アノニマスでは「回復」はまずは完全に酒を絶つことである) を反映したものではないかとの反省がなされ、「抑制喪失」概念自体の妥当性が問われるようになるのである⁽²¹⁾。そして、実際のアルコホリックを被験者にした実験がなされ、実験の状況下では「抑制喪失」や「渴望」が見られないこと、ある種のプログラム化された訓練によって一度「抑制喪失」を経験したアルコホリックももとのように抑制された飲酒パターンに戻ることができることが、実験結果として示される⁽²²⁾。

「抑制喪失」をめぐるその有無が争点になっていくように (「抑制力」の有無を主軸に疾病概念が成り立っている)、アルコールという薬物の使用が許され、むしろ奨励され

⁽²⁰⁾ 「いったん獲得された耐容量増加は、長期の禁酒の後に失われることはあっても、ふつうある飲酒の機会から次の機会まで消失することはない。」(ジェリネック 同: 169頁) これは「持ちこし効果 (carry over effect)」と呼ばれる。(斎藤 1978b: 130)

⁽²¹⁾ 斎藤 同: 126。

⁽²²⁾ Denzin 1987=1993: 28

るような状況では、アルコールの疾病概念はセルフ・コントロールという価値から導かれるアルコールに対する抑制力とその喪失を本質化（自然化）することで成り立っているのではないだろうか。あるはずの抑制力がうしなわれるとすれば、その喪失のメカニズムを明らかにしなければならない。それは抑制力を否定するのではなく、抑制力、さらにはセルフ・コントロールという価値を保存している。しかも、疾病本質が特定病因論のように科学的な根拠をもったかたちで組み立てることができない。介入は、抑制能力の喪失、弱体化の原因を探るゆき、得られた知識に基づいて行われる。まず、そのような原因をたどることがつねに論争的性格を帯びている。しかもアルコールは「意志の病」という道徳的概念化がそうであるように、普遍的な制度による解決ではなく個人の自由に任せられる問題であるという性格をまねがれていない。医学、生物学、行動科学などに代表される決定論とそれに基づいた介入の論理と、自由な意志をもった個人という想定とそれに基づいた介入の論理が、アルコール嗜癖の問題化のなかでは矛盾なく並立され、結果として個人によって問題解決が担われてゆく。飲酒に対しての抑制力と行動全般にかかわるセルフ・コントロールという価値が重ね合わせられ、問題の解決がセルフ・コントロールする個人に託されてゆく。それゆえに介入が限界づけられる。

おわりに

アルコールとそれを飲用する人間が生み出す様々な問題、その対処のなかで行なわれる諸個人の統制のあり方が多様である一方で、一貫してテーマとなり語られているのは自由と決定論の二律背反とその乗り越えである。またその乗り越えが個人の意志に最終的にゆだねられてゆくという限界が確認された。Valverde (1998) によれば、このジレンマは、道徳的非難のトーンを抑えた、無害性、安全性を確保する（犯罪防止や消費者保護）というリスク管理に基づいた、リベラルな問題対処の発想の中にもあらわれ、それゆえそこにも個人問題化という回路が作動することになる。HIV予防の目的で行なわれるNeedle Exchange⁽²³⁾に代表されるようなハーム・リダクションHarm Reductionは、薬物使用者を刑罰や道徳によって導くのではなく、自らへの害を自ら認識させ、立ち直る目標をみず

⁽²³⁾ 薬物使用を司法、警察による取締りによるのではなく、新しい注射針を薬物使用者に配布することで、注射針の共有によって広がるHIV感染を防ごうというもの。アルコール治療に関して、ハーム・リダクションとは、アルコールに完全断酒を一律に勧めるのではなく、アルコール個人個人にふさわしいような回復プログラムをアルコール自身に選択させるようなカウンセリング手法をいう。しかし、北米ではとりわけ、AAの示唆する完全断酒が非常に影響力をもっているため、完全断酒以外の回復目標が選ばれにくい (Valverde *ibid.*: 174)。

から設定させるような手法である。

しかしこうしたリスク管理（ハーム・リダクション）の手法は、アルコールのもたらす非人格的、集合的な問題への対処として、環境要因への疫学的な手法として用いられても、アルコールリズムという個人的な問題の対処にはあまり用いられない。また、集合的リスク管理のなかでも、相変わらずセルフ・コントロールする（つまり飲酒を抑制できる）飲酒者が想定されているという点で、結局は道徳的価値を排除しているわけではないのである⁽²⁴⁾。アルコールリズムに対する問題化が自由意志論と決定論によって引き裂かれているように、アルコールを通して人々の行為を導く仕方も、このジレンマを保存したまま、道徳的、規律的なものから、よりリベラルな道徳の希薄なリスク管理的なものにまで及びながら、個人の自由意志の強化につながるような契機を含みつつけるのである⁽²⁵⁾。アルコールリズムに限らず、現代社会でさまざまに問題化される「依存」やそのケアについて、リスク管理の個人化という観点から、その限界をみきわめ、新たな統治性を指摘してゆく作業も必要であろう⁽²⁶⁾。

また、もう一点、アルコールリズムは「関係の病」ともよばれる。「共依存」という概念化は、酒をやめるととやかくかまうこと、それでかえって飲んでいの方がうるさく思いながらも飲みつつけることを支えてしまっているという、介入自体が問題を持続させる、悪化させているという悪循環の指摘である。このような介入の病理は、問題の対処が私的領域に閉じられてしまうという意味では個人化の結果である。とはいえ、介入を指示するような感情を伴った個人的な関係性がどのように秩序づけられているかという観点から、介入の限界を見極める作業も必要だと思われる。さらに、「共依存」とは、これまで論じてきたような介入の根拠、意志があるか・ないかという区別だけで、介入が行われられないような関係の指摘でもある。端的にそれは依存しあった関係なのだから。そもそもセルフ・コントロールする個人という人間観に基づく介入に限界があるといっても、それは非常に偏った見方かもしれない、それとは別の介入の論理の可能性を探ることができるかもしれない。自助グループやセラピーに関していわれていること、また実践レベルでの介入のあり方から、その限界と可能性について考えてゆくことが課題となろう。

⁽²⁴⁾ Valverde *ibid.*: 152, 172-182

⁽²⁵⁾ *ibid.*: 190カナダでの、酩酊時の犯罪においても責任能力が全面的に認められるような動き。「意志の復活 (resurrection of the will)」。

⁽²⁶⁾ 山家 2003。

参考文献

- Barrows, S. and Room, R.(eds),1991, *Drinking: Behavior and Belief in Modern History*, University of California Press
- Conrad, P. and Schneider, J. W. ,1980, *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Mosby
- Conroy, D., W., 1991, 'Puritans in Taverns: Law and Popular Culture in Colonial Massachusetts,1630-1720,' Barrows, S. and Room, R. (ed)1991
- Denzin, Norman, K., 1987=1993, *The Alcoholic Society; Addiction & Recovery of the Self*, Transaction
- Gusfield, Joseph, R. 1963, *Symbolic Crusade; Status Politics and the American Temperance Movement*, University of Illinois Press
- 1982, 'Prevention : Rise, Decline and Renaissance', Gomberg, E. ,L. , White, H., R., and Carpenter, J., A. 1982, *Alcohol, Science and Society Revisited*, University of Michigan Press
- Hofstadter, R., 1955, *The Age of Reform: From Bryan to F.D.R.*, Alfred inc. (=清水知久他訳「改革の時代——農民神話からニューディールへ——」みすず書房 1988)
- Jellinek, E., M., 1952, 'The Phases of Alcohol Addiction', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 13
- 1960, *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse Press (=羽賀道信・加藤寛訳「アルコールリズム——アルコール中毒の疾病概念——」岩崎学術出版社 1973)
- Levine, H., G., 1978, 'The Discovery of Addiction: Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America', *Journal of Studies on Alcohol*, 39
- 野口裕二 1996「アルコールリズムの社会学——アディクションと近代——」日本評論社
- 岡本勝 1994「アメリカ禁酒運動の軌跡」ミネルヴァ書房
- Robinson, D., 1972, 'The Alcoholic's Addiction: Some Implications of Having Lost Control over the Disease Concept of Alcoholism', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33
- Rorabaugh, W., J., 1976, 'Estimated US Alcohol Beverage Consumption, 1790-1860', *Journal of Studies on Alcohol*, 37
- Room, R., 1972, 'Comment on "The Alcoholic's Addiction"', *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33
- 斎藤学 1978a「アルコール症の疾病概念について(その1)」『精神医学』20(1):4-30
- 1978b「アルコール症の疾病概念について(その2)」『精神医学』20(2):120-147
- (編)1986「アルコール依存症に関する12章——自立へのステップ・バイ・ステップ——」有斐閣
- 佐藤俊樹 1993「近代・組織・資本主義」ミネルヴァ書房
- 立岩真也 1997「私的所有論」勁草書房
- Valverde, M., 1998, *Diseases of the Will: Alcohol and the Dilemmas of Freedom*, Cambridge University Press
- 山家歩 2003「依存を通じての統治」『ソシオロジ』47(3):71-86

(さとう ひろゆき・博士後期課程)

A Study on the Conceptualization of Alcohol Problems: With a Focus upon the Concept of Disease

Hiroyuki SATO

In various discourses on medicine, psychotherapy or self-help group activities, issues related to alcoholism such as dependence and addiction have attracted much interest. It is often said that these problems are “hidden” or “denied”, in the sense that everyone tends to avoid confronting with the problems. In this paper, I would like to give a close examination into the ways in which some of the main assumptions related to alcoholism are conceptualized, with a purpose of showing why such negation has to take place under the present paradigm of alcoholism.

Firstly, E. M. Jellinek’s work on alcoholism will be examined. For Jellinek, alcoholism is nothing but a disease. He argues in a scientific way that the human body suffers “loss of control” as an effect of a long-term habit of drinking. But his study also implies that the “loss of control” is limited to very few cases. This leads us to the examination of the relation of the individual will to the control of drinking.

In the next chapter, I will turn to the historical process through which the notion of “diseases of the will” was born. It was an expression widely used in Temperance thoughts in the United States. By tracing the ways in which alcohol problems caught the Reformists’ attention, I will show that they became personalized and moralized at the same time. In other words, the appearance of the notion of “disease of the will” marked a critical moment in which the idea of socially coping with the problem was lost.

As M. Valverde (1998) also points out, many scientific challenges to the classically religious concept of “freedom of the will” did not effect the change of the policy of individualization. Indeed, some of the primary concepts concerning alcoholism (such as the “will”, the “disease” as well as the “dysfunctions of the will”) are no longer moralistic but somatic ones, but at the same time, individualization is so persistent in the field of alcoholism that the sufferer is still under the strong pressure of resolving the problem by exercising his or her own will. This, I would argue, is one of the main reasons why alcohol problems remains “hidden” or “denied” under the existent paradigm of alcoholism. This study is expected to make an important contribution to the development of social theory, especially in the fields of medicalization, power/knowledge relation as well as the individualization of risk management in late modernity.