

ファミリー・バイオレンスの臨床社会学 Clinical Sociology of Family Violence

井上 真理子
Mariko Inoue

子ども虐待、あるいは子どもによる親等ほかの家族メンバーに対する暴力、配偶者からの暴力、高齢者虐待、共同生活を営む同性カップル間の暴力等、ファミリー・バイオレンスが今日社会問題化し多くの人々の関心を集めている。アメリカ、イギリス等の先進諸国でもファミリー・バイオレンスは社会問題化しており「過去20年間におけるファミリー・バイオレンスの発生は、社会が直面しているもっとも深刻な問題の1つ」と語られている。

本稿は、社会学の中でも新しい領域である「臨床社会学」の立場からファミリー・バイオレンスについて考察するものである。併せて拙著『ファミリー・バイオレンス——子ども虐待発生のメカニズム——』（晃洋書房、2005、2005年3月に京都大学に提出した博士論文を刊行したものである）をご参照戴きたい。

第1章 臨床社会学の歴史と現状

第1節 定義

臨床社会学を定義すると「社会学的な観点から、また社会学の知識や理論を用いて危機介入（crisis intervention）や改革を行うことを目指す、問題解決志向、実践志向の強い学問」（井上前掲書、2005、i）とでもなるであろうか。アメリカにおける臨床社会学の中心的担い手で、臨床社会学会の後身である社会学的実践学会（Sociological Practice Association）元会長の J.M.フリッツの定義でも「臨床社会学とは、分析と介入を通じて問題をアセスメントし、解決しようとする学際的でヒューマニスティックな学問分野である」（Fritz, J. M., 1991a, 15-29.）と同様のことが述べられている。

しかし、社会学に「臨床」という語が冠せられることに違和感を抱くという意見もある。それどころか「臨床」という語の使用は最狭義すなわち医学に限定すべきでありその意味では臨床心理学という名称も妥当でないという意見さえある。一方で「臨床」の語を冠した学問はたとえば法科大学院の臨床法学教育（リーガル・クリニック）や臨床教育学、また臨床哲学等、社会科学・人文科学の分野に定着しつつある。現在から今後にかけての課題は、各学問分野において「臨床」のインプリケーションをいかに実質化していくかということになるであろう。社会学的臨床の「場」とはどこだろうか？「場」に介入し、分析と問題解決を行う際の臨床社会学の方法論的特性とは、どのようなものであろうか？本稿ではこれらについても考えていきたい。

第2節 歴史

臨床社会学の誕生

この学問の発生の地アメリカで、臨床社会学ということばを最初に用いたのは社会学者ではなく医学者であった。

イェール大学医学部長の M. C. ウィンターニッツ (Winternitz, M.C.) は、1930年、医学部に「臨床社会学科」を設置すべく提案書を学長に出した。この構想は実現せず詳細は明らかではないが「社会医学」とでも言うべき内容であったと思われる。

社会学においてはシカゴ学派の中から臨床社会学が生れてきた。シカゴ大学は1892年に創設されたが、それと同時に社会学部が設置された。周知のようにシカゴは精肉業、鉄鋼業を中心に急速に産業化が進行し、労働力需要に応じて大量の移民が流入し、都市化もインフラ整備が追いつかぬままに進行していった。そのため居住、コミュニティ、人種、エスニシティ、等をめぐって社会問題が多発し、犯罪・非行も多かった。このような多様な社会問題を研究対象とし、参与観察 (participant observation) を研究方法として成立した社会学者のグループがシカゴ学派であり、これが臨床社会学の母胎となった。1920年代末から1930年代にかけて「臨床社会学 (Clinical Sociology)」というタイトルの講義がシカゴ大学をはじめいくつかの大学で、E. W. バージェス (Burgess, E. W.)、L. ワース (Wirth, L.)、H. ゴーボー (Zorbaugh, H.) らによって行われた。しかし、「問題解決志向、実践志向」を標榜する臨床社会学であるなら、「臨床の場」が無くてはならない。初期臨床社会学の実践の場はどこであったのか？

場の第一は児童問題相談指導クリニック (child guidance clinic) であった。この機関は、19世紀の初め私的慈善団体のコモンウェルス基金 (当時アメリカにはキリスト教の慈善思想を受け継ぎまた税金対策の意味もあって、多くの私的慈善団体があった。ロックフェラー財団もその1つである) によって1922年に設立されたもので、1936年には全米で235ヶ所を数えるまでになった。日本の児童相談所は公的機関であるが、この児童問題相談指導クリニックをモデルとしている。この機関は当初、非行少年に対し個別的に対応し治療・矯正を行うものであったが、やがて対象は一般少年にも拡大した。

この児童問題相談指導クリニックにおいて、L. ワース、H. ゴーボー、L. コットレル (Cottrell, L.) らの臨床社会学者が医学者、心理学者と協力して実践に携わった。ちなみに L. コットレルはバージェスの教え子である。

創生期における臨床社会学の実践の場の第2は、シカゴの有名なセツルメントのハル・ハウスであった。当時ハル・ハウスはシカゴ大学と密接に連携し、シカゴ学派ネットワークのインフォーマル・センターの観があった。セツルメント (settlement) 活動は、福祉に欠ける地域に文字通り住み込み (settlement)、保健・衛生、医療、職業指導、生活指導、教育等の活動を行い、地域生活の向上を支援するものであり、19世紀末にイギリスのオックスフォード大学の学生によって始められた。ハル・ハウスの設立と運営には二人の女性臨床社会学者 J. アダムス (Addams, J.) と E. バルク (Balch, E.) が関わっていた。彼女達はセツルメント活動の他にも女性問題や国際平和等の分野で活躍し、二人ともノーベル平和賞を受けた (Deegan, M. J. 1988)。(シカゴ学派の詳細な研究としては、中野正太・宝月誠編、2003、『シカゴ学派の社会学』世界思想社、がある。)

臨床社会学と応用社会学 (Applied Sociology)

1940年代から60年代にかけて臨床社会学をめぐる動きは初期に比べて低調になったが、この時期に臨床社会学の対象は個人のみならず集団や組織にまで拡大した。この時期の代表的な社会学者は A.W. グルドナーであり、彼は臨床社会学を「応用社会学 (Applied Sociology) の新領域」と位置づけた。グルドナーによれば臨床社会学における「臨床的モデル」は「工学的モデル」と区別される (Gouldner, A.W., 1965, 20-21)。工学的モデルでは、クライアントによる問題の定義がそのまま受け容れられ、技術的解決が提案される。それに対し臨床的モデルでは、クライアントの定義をそのまま受け容れるのではなく、彼らは臨床社会学者のサポートを受けつつ自ら診断し、問題の再定義を行ない解決の方途を探る。たとえば従業員のモラル (士気) の低さを問題とする企業がクライアントであったとすると、工学的モデルでは、諸手当の増額や福利厚生の実施等が解決策として提起される。一方、臨床的

モデルでは、従業員の意識調査、インタビュー調査等に基づき会社組織の意思決定過程から彼らが排除されており、現場の声が企業行動に影響を与え得ないことへの不満が抽出され、組織の意思決定過程の見直しが提起される、という具合である。そこでは、当事者において問題がどのように定義されているかが重視されるが、詳しくは第2章の「臨床社会学の方法論的特性とそれをめぐる問題」において述べることにする。

臨床社会学の再活性化

臨床社会学が再び活気を取り戻すのは1970年代後半であるが、その背景には社会学におけるイスタブリッシュメントへの異議申立ての運動がある。60年代後半からの世界的な諸運動の盛り上がりの影響を受けて、社会学においても実践よりも抽象的理論を重視するT.パーソンズ (Parsons, T.) に代表される「誇大理論 (grand theory)」への批判が高まっていった。そのような中で「実践志向」を掲げる臨床社会学は再活性化することになった。1978年には臨床社会学会が設立され、機関誌の *Clinical Sociology Review* が1982年から刊行された。1960年代から70年代には臨床社会学に対する関心が、アメリカ以外の国々にも広がった。それらを挙げるとフランス (J. van Bockstaele, M. van Bockstaele, V. de Gaulejac, E. Enliquiz 等の研究者がいる)、オランダ (M. van de Vall, J. J. Ramondt 等の研究者がいる) およびフランス語圏カナダ (R. Sevigny, G. Houle 等の研究者がいる) 等である。日本においては1998年第71回日本社会学会テーマ部会において、臨床社会学が初めて大きく取上げられた。余談ながら筆者もこのテーマ部会における報告者の1人であった。

臨床社会学と公共社会学 (Public Sociology)

現代アメリカで、臨床社会学と近接関係にあるのが公共社会学である。「公共社会学」という語自体を最初に用いたのは、H. ガンズ (Gans, H.) で1988年のことであったが、再び脚光を浴びようになったのは、M. バラウオイ (Burawoy, M.) の2004年におけるアメリカ社会学会会長就任演説においてであった。バラウオイによれば、公共社会学においては、「基本的人権」等の価値観を明確にして、現在進行形の公共的問題 (貧困問題、ジェンダーによる不平等等) に介入し、広く論争を巻き起こす事を目指すとされた (Burawoy, M. 2005)。問題解決志向、実践志向という特徴を臨床社会学と共有するが、臨床社会学者が自らの価値観を明確にすることよりも問題当事者による意味づけ、価値観を尊重するという点において両者は異なっていると言える。

現状

合衆国労働省が出している『職業の将来性に関するハンドブック』では、臨床社会学はアメリカ社会学において成長が見込まれる有望な領域とされている (Fritz, J. M. ed., 1991b)。さらに臨床社会学が有効性を発揮しつつある領域として、犯罪や少年非行の予防・抑止、精神衛生、アルコール・薬物依存への対応、さまざまな葛藤への介入、地域社会の民主的・経済的活性化等があげられている。多くの臨床社会学者は大学で教鞭をとるかたわら、何らかの介入ワークに携わっている。また多くの大学の社会学部では、カリキュラムの中に臨床社会学を取り入れている。

日本においては、1998年の日本社会学会大会への登場以来多くのシンポジウムが開催され、論文・著書も刊行されたが、実践面ではどうであろうか。犯罪や少年非行への対応・抑止の分野では、臨床社会学が脚光を浴びる以前から、家庭裁判所調査官、法務教官、保護観察官等が社会学を応用して活動しており、臨床社会学の実質はすでに存在していたと言える。またさまざまな葛藤への介入については、相談、斡旋、調停、仲裁等の活動があり、筆者も大学教員として教育・研究に携わる一方で家庭裁判所家事調停委員を務めている (詳細は井上2007aを参照されたい)。2004年秋には「裁判外紛争解決手続の利用の促進に関する法律」(ADR基本法) が成立し (ADR とは Alternative Dispute Resolution <代替的紛争解決手段> の略)、葛藤への介入における社会学等を活用した裁判外紛争解決が注目された。ADR は、それを運営する機関によって「司法型ADR」(民事調停、家事調停等)、「行政型ADR」(公

害等調整委員会、労働委員会、消費生活センター等)、民間型ADR(弁護士仲裁センター、交通事故紛争処理センター等)に分けられるが、利用状況を見ると「司法型ADR」が突出して多い。

またアメリカと同様、臨床社会学をカリキュラムの中に取り入れている、あるいは<コース>、<領域>を設けている大学も増加しつつある。列挙すると明治大学文学部心理社会学科臨床社会学コース、関西学院大学社会学部社会学科人間・心理系臨床社会領域、仏教大学社会学部現代社会学科共生・臨床社会コース、明星大学教育学部教育学科子ども臨床コース、また法政大学社会学部社会学科人間・社会コースに臨床社会学をコース専門科目として置いている。他に臨床社会学を専門科目として置いているのは、京都大学教育学部相関教育システム論系、京都女子大学現代社会学部現代社会学科等であり、両大学とも井上が担当してきた。

第2章 臨床社会学の方法論的特性とそれをめぐる問題

臨床社会学の方法論的特性として①文化的アプローチ、②臨床社会学者と問題当事者との対等な相互作用、③ミクロメゾマクロの3次元の相互浸透、④地域性の四つを挙げるができる(詳細については前掲の井上、2005、を参照)。

本稿では、この方法論的特性とそれをめぐる問題について概観していきたい。

第1節 文化的アプローチ

当事者の「状況の定義」を重視する——文化的アプローチ

臨床社会学においては解決しようとする問題が当事者によってどのように意味づけられているか、「状況の定義」がどのようになされているかを重視する。例をあげると、「危機介入の5段階モデル」を提示した B. D. バイアースは、危機は当事者の「状況の定義」の如何によって発生すると考え、臨床社会学者による危機介入の5段階を提示した(Byers, B. D., 1987)。

第1段階は「情報収集 (information gathering)」であり、当事者における「意味づけ」、「状況の定義」のいわば下部構造となる当事者の自己像、ライフ・ヒストリー、他者がその人物に付与する役割、相互作用のパターン等の情報が面接において収集される。第2段階は「コントロール (control)」である。当事者が感情的安定性と理性を回復し、セルフ・コントロールを行えるようになることが目指される。そのためには当事者は、「危機」は自らが下した「状況の定義」から生じたこと、定義に深く関係しているのは自己像や他者との相互作用のパターンであることに気づく必要がある。臨床社会学者はこの「気づき」を援助・支持する。第3段階は、「示唆 (direction)」である。第2段階において危機は自らの状況の定義から生じていることに気づいた当事者に対し、問題の解決に向かえるようにあるいは自らが管理可能なように「状況の再定義」を行うよう臨床社会学者は奨励する。

第4段階は、「進捗状況の評価 (progress assessment)」である。良好な場合は、当事者が成し遂げた進歩の肯定的強化というセラピー的機能を持つ。逆に進捗状況が思わしくない場合は、コントロールの段階に戻る。第5段階は「紹介 (referral)」である。危機介入の最終段階であり、臨床社会学者が提供できない類のサービスを供給する専門機関が紹介される(弁護士や自治体の福祉関連部署等)。紹介の必要が無ければケースは終了する。このようにバイアースは、肯定的自己像の再構築を土台とした「状況の再定義」の必要性を強調している。バイアースの場合は個人を対象として、「状況の定義」を重視する危機介入を行ったが、集団を対象とする場合はどうであろうか?

「グラウンデッド・エンカウンター・セラピー (grounded-encounter therapy)」を提唱した L. A. スワンは、家族等の集団において、葛藤・問題を発生させるのは集団メンバー間の相互作用の固定化されたパターンすなわち社会

的文脈 (social context) であるとし、この社会的文脈の修正が問題の解決を導くとした (Swan, L. A., 1994)。しかし、この相互作用のパターン＝社会的文脈についての認識は集団のメンバー間で異なっていることが多く、そのことが葛藤・問題の解決を一層困難にしている。エンカウンター (encounter は面接 session の中で行われるが、面接そのものではない。人間同士の出会いという多分に実存的な意味がこの語には込められている) の対面的状況の中で当事者同士はファシリテーターとしての臨床社会学者の援助を得て語り合い、成功すれば共通の社会的文脈認識にいたる。この集団メンバー間で認識が一致した社会的文脈を第一次的文脈 (primary context)、一致する以前のメンバー間で異なる複数の社会的文脈認識を第二次的文脈 (secondary contexts) とスワンは呼んでいる。

先述したように L. A. スワンは、家族等の集団において問題を発生させる社会的文脈についての認識が集団のメンバー間で食違っており、この認識を共有し「状況の定義」を相互に一致させることが問題解決の大前提だと指摘した。しかし家事調停委員としての筆者の経験からすると、家族メンバーは問題を発生させる社会的文脈についての各自の主観的認識に閉じこもり、そこから一步も動こうとしないことが多い。このことこそが家族における「問題」だといっても過言ではないのである。集団が対象となる場合、当事者達のことばに耳を傾けるだけでは真実に達することができない場合が多い。

事例1、食違って相互に修正不可能な「状況の定義」

ここで取上げるのは筆者が取組んだ調停のケースであるが、プライバシーの保護のため細部に修正を加えている。夫による子ども虐待を理由として、妻が離婚および子どもたちの親権者になることの申立てを行ったケースである。妻は40歳台、夫は50歳台の夫婦で、中学3年生と小学2年生の娘がいる。妻はその年齢よりもずっと若く見え、化粧・服装に細かく気を配っている。一方夫は逆に年齢よりもずっと年老いて見え、疲労感を漂わせている。妻の申立てによると、夫は子どもが幼い時は可愛がっていたが、成長して自己主張が強くなってくると躰と称して暴力を振るうようになった。長女の髪をつかんで引きずりまわしたり、厳冬期に外へ立たせたりした。次女についてはまだ幼いということもあって、現在は可愛がっているが成長するとこの子に対しても夫は暴力を振るだろうと妻は考えている。しかし、妻である自分に暴力を振るったことはない、と語っている。一方、夫の話は正反対である。虐待を行っているのはむしろ妻の方で、勉強に子どもを追立て言葉による心理的虐待がひどい。妻は自分の美容には極めて熱心で整形手術を受けたりしているが、子どもの面倒をみることについてはそれほど熱心ではない。子ども達が幼い時には、父親である自分が朝食を作り保育園に送っていったが、その間妻は寝ていたのである。また妻には濫費癖があるので、離婚した後は今までのような経済水準を維持するのは困難であり、ストレスを子どもにおつけて虐待を行うのではと非常に心配している、と夫は語っている。これが二人の申立ての概要である。家裁の調査官の調査に対し、長女は父親が暴力を振るったと述べているが、次女は父親について優しいと言い、父親の方に行ってもいいが姉とは別れたくない語った。家族のメンバー間で、問題を発生させた社会的文脈の認識が異なっており、またそれぞれが語っていることはいずれも真実である主張して頑として変えない。このような場合は、相互に異なる認識をもたらす社会的文脈が家族集団内に複数存在し、それが当の家族のシステムを形成していると考えるのが自然である。このケースでは、二つの文脈が顕在的文脈と潜在的な文脈を構成していると考えられた。顕在的な社会的文脈は父親による長女への暴力と考えてよい。しかし潜在的社会的文脈として、年齢も若く美貌の妻と夫との間に支配－服従関係が存在するのではないか。夫が妻に暴力を振るったことがなく、妻が自由に振舞ってきたことからそれは推測される。そのような関係の中で発生するストレスから、夫が子ども虐待を行ったとも考えられる。顕在的な社会的文脈は家族における「問題」の発生因として批判されるが、この顕在的な社会的文脈をさらに発

生させる潜在的文脈は不問に付されることが多い。食違う「状況の定義」がいずれも真実であるとするなら、それらの布置関係＝システムを構成する作業が必要なのである。

事例2 虚偽の「状況の定義」に執着する家族

このケースは筆者が扱った家事調停の事例ではなく、2004年12月に開催された日本子どもの虐待防止研究会（現子ども虐待防止学会）第10回学術集会福岡大会において、担当弁護士から報告されたものである。このケースもプライベートの保護のため、細部に修正が加えられている。

実母とその愛人により小学1年生の女兒に対して身体的虐待とネグレクトが行われ、子どもを死に至らしめたケースである。女兒の母親は夫と離婚し子どもの親権者となり、親子二人で生活は苦しくはあったが、子どもを慈しんで育てていた。母親に変化が生じたのは、ある男性と愛人関係になってからである。この男性には妻と二人の子がいたが、基本的には愛人の女性（虐待された女兒の母親）および女兒とともに暮らし、たまに妻のもとに戻る生活を送っていた。女兒の母親は貧困家庭の出身で学歴も高くなかったので、家柄が良く大学を卒業している男性に対して尊敬の念を抱いていた。このように彼らは擬似家族として共同生活を営んでいたが、そのうち男性は「女兒のしつけがまったくできていないので、自分がしつけをし直す」と言い出した。この「しつけ」において、女兒に対して頻りに身体的暴力が振るわれ、また罰と称して2、3日食事を与えないこともしばしばあった。実母は愛人を尊敬したその愛情を失いたくなかったので、愛人が我が子に行う虐待に反対することもなく、むしろともに虐待を行った。女兒は次第にやせ衰えていったが、彼らが虐待を「しつけ」と称していることへの抵抗であろうか、頑として言うことを聞かなかった。一方実母と愛人は虐待を「しつけ」と定義していたので、たとえ子どもがやせ衰えようと彼らに従わない以上、虐待をやめるわけにはいかなかった。また実母にとって愛人の「しつけ」に協力することは二人の関係維持に必要であった。このようにして、延々と続く身体的虐待とネグレクトによって女兒は死亡した。実母と愛人の男女関係、愛人と女兒の擬似「親子関係」からなる「家族システム」の維持のためには、「粗野で手におえない子どもに対してきちんとしたしつけを行う」という社会的文脈認識＝「状況の定義」はたとえ虚偽であろうとも必要であった。そのため、母親と愛人は自分たちの虚偽の「状況の定義」に執着し続けたのである。これは家族システムの一種の膠着状態であり、一刻も早い第三者の介入が必要であった。当事者だけの閉ざされた空間では抹殺される「これは虐待である」という子どもの側の「状況の定義」を踏まえて、介入者は擬似家族システムの修正、あるいは必要ならば解体のため諸資源の動員をはからねばならなかった。

第2節 臨床社会学者と問題当事者との対等な相互作用

臨床社会学者と問題当事者との対等な相互作用は、「～すべき」という規範的必要性からではなく実践的な必要性から求められる。すなわち臨床社会学で必要とされるのは、＜個別＞の問題の解決に有効な理論、いわば理論の＜個別形態＞でありそれは臨床社会学者と問題当事者との対等な相互作用を通じてのみ生み出される。専門性を身につけた臨床社会学者と非専門家である当事者とは、専門性という点からすれば対等ではない。この場合に「対等」とはどのような意味において対等なのであろうか？

タブラ・ラーサ

介入に際して臨床社会学者はみずからが身につけている社会学の理論や概念からいったん自由になり、タブラ・ラーサの状態では当事者のことば、当事者の語る「状況の定義」に耳を傾ける必要がある。それはすべての「臨床の知」に要求されることだろう。M. フーコーは、ヨーロッパの臨床医学に18世紀末に生じた新しい変化を取上げた著書においてこのように述べている。「観察するまなざしとは、介入することをさしひかえるものである。……

諸体系の饒舌な論述は停止しなくてはならない。『あらゆる理論は、患者の病床においてつねに口を閉ざすか、もしくは消滅する』（M. フーコー、神谷美恵子訳、1969、152）。この点は臨床の場を持つ専門家たちが、違った表現ではあるが異口同音に語っていることである。たとえば家族療法の分野でナラティブ・セラピーを主張した H. アンダーソンと H. グーリシャンは、これを「無知のアプローチ」と表現した。また精神医学と社会科学との交流を試みた H. S. サリバンは、精神科医の「形式診断 (formal diagnosis)」は「事実 (にもとづく) 診断 (factual diagnosis)」とは異なるものであり、「“レットル”の科学的適用」に過ぎないと批判した。サリバンは続けてこのように述べている。「いったん彼らがレットルを貼り着けてしまうと職業的面子がかかってくる。彼らは面子を守るために闘い、時にはその悪い影響が患者に及んで、患者は目に見えぬほど少しずつ次第にレットルに合う方向に動かされてゆく。偏見のこわさは、精神科医が知らず知らずのうちに〈偏見によって重要だとされているもの〉を〔まず〕探すようになり、この〔偏見による〕診断を確定する上での価値がきわめて高い症状が出てくるのを待ち呆けて、患者に関する、まことに重要で有用なデータの方は実にあっさりとは見すごしてしまうところにある」（H. S. サリバン、中井久夫他訳、1983、205-207）。

構成の作業——システム論的アプローチ

しかしこの臨床医学のまなごしは、単にタブラ・ラーサであり慎重かつ抑制的であれば事足りるわけではない。再びフーコーのことに戻ってみたい。「まなごしの注がれる直接所与は、まなごしが同時に起源でなければ、つまり構成の出発点であり、原理であり、法則でなければ、真実を言いあらわさない。……この臨床医学的まなごしを、一つの知覚行為、すなわち作業の論理によって支えられた知覚行為と定義することができる。それは構成の発生過程を再構成するから、分析的である」（M. フーコー前掲訳書、1969、154）。

臨床社会学に戻るならば、取組むべき問題が何であるかを知るために、社会学者は当事者による「状況の定義」に先ず耳をかたむけなければならない。しかしそれだけでは、行き詰まってしまう、フーコーが語るように「構成の作業」が必要になることが多い。まなごしをいわばロング・ショットにして、語られた言葉同士（いずれが真実で、いずれが偽りということとはできない）の布置関係 (configuration) を構成せねばならない。筆者はこの布置関係のことを、別の場では「システム」と表現したが指摘したいことは同じである（井上前掲書、2005、36-39）。

第3節 ミクローメゾマクロの相互浸透

臨床社会学においては重要なことは、分析においても介入においても「社会的」でなければならないということである。そのような要請に応えるのが方法論的特性の第三番目、「ミクローメゾマクロの3次元の相互浸透」である。アメリカの臨床社会学の論文においては、「マクロミクロ連続体」(macro-micro continuum) (Bruhn, J. G. & Rebach, H., 1996) という概念や、マクロとミクロとの「融合 (syncretism)」(Straus, R. A., 1987) という概念がしばしば用いられている。しかし、それが何を意味するかについては十分な説明がなされていない。J. G. ブリューンとH.リーバックの前掲書においても「マクロミクロ連続体」と称する表が示されているが、それはマクロ次元には全体社会や国家、大規模企業等が、またメゾ次元には中規模企業や学校、コミュニティ、家族や仲間集団等が、ミクロ次元には個人が属しそれぞれの問題を臨床社会学は取り扱うと言っているに過ぎない。ここで必要なのは「三次元の相互浸透」という視点なのである。臨床社会学ではミクロ次元（個人）の問題を取り扱う際にもメゾ次元（家族、学校、地域社会）のあり方を分析し、マクロ次元（個人に内在化している全体社会の文化、価値・規範意識、また問題の解決に関連する政策、法・制度等）の諸要素についても検討せねばならない。逆にマクロ次元の政策決定過程に介入する場合も問題当事者である個人・集団が問題をどのように意味づけ、どのような感情を

抱いているのが重視されねばならない。このように臨床社会学では三次元が相互浸透した視点から、いわば複眼的に問題を把握するのである。

ストレッサーへの2段階適応モデル

図1は、筆者が提示した「ストレッサーへの2段階適応モデル」で、子ども虐待の発生過程を構造化したものである。詳細は筆者の前掲書をご参照いただきたいが（井上、2005、2011）、ミクローメゾーマクロの相互浸透の一例としてこれを取上げたい。このモデルにおいては、ストレッサーへの対応は二段階にわたって行われる。まず個人的適応の段階では、ストレッサー一般に対する柔軟な対処力や個人のパーソナリティ特性が問題となるが、すべて個人の資質・能力に帰するのではなくその個人がどのような外部資源を動員できるか（友人、知人、親族等の協力など）という環境的要因が考慮されねばならない。もし個人的適応の段階でストレッサーに対処できなくても、ただちにストレスが発生しアクト・アウトとしての虐待に至るわけではない。ストレッサーは家族機能的適応の段階に持ち越される。家族機能的適応で問われるのは、集団としての家族の機能、すなわち役割システムがうまく働いていること、家族とりわけ夫婦間に力のバランスが存在すること、有効な相互作用・コミュニケーションがあること等である。この場合も孤立した状態で家族を考えるのではなく、どのような外部資源を家族が動員できるか（サポート・ネットワーク、福祉制度、家族政策等）という環境的要因を考えねばならない。適応の二つの段階のいずれにおいてもストレッサーに有効に対処できず、また環境的要因も存在しない場合、ストレスが発生し虐待へのポテンシャルが高まるが、行為として顕現するためにはさらに何らかの「正当化」が必要である。体罰を称揚する論理や子どもを性化する文化等の文化的要因がここで働くことになる。

子ども虐待の発生に関する従来の説明理論では、諸要因を虐待の発生に直線因果的に結びつけているのに対して、このモデルでは諸要因ではなくミクローメゾーマクロにわたる要因処理の成否と虐待の発生とを結びつけているところに特色があると考えている。

入れ子型エコロジカル理論 (Nested Ecological Theory)

入れ子型エコロジカル理論は、現代のファミリー・バイオレンス研究で広く用いられるようになった理論である。もともとはU.ブロンフェンブレナーが人間の発達に関する研究の理論的枠組として提出したものであるが、(Bronfenbrenner, 1979)、後にファミリー・バイオレンス研究の分野に導入された。この理論枠組を用いた研究としては、J. ベルスキーの子ども虐待の研究 (Belsky, J. 1993)、D. G. ダットン の配偶者暴力の研究 (Dutton, 1985)、L. B. シアンバーグと D. ガンズの高齢者虐待の研究 (Schiamberg & Gans, 2000)、B. コットレルと P. モンクの子どもの親に対する暴力の研究 (Cottrell & Monk, 2004) 等がある。

入れ子型エコロジカル理論では、相互作用する4つのシステムの中に問題を位置づけて分析する(図2参照)。これらの4つのシステムとは、マクロシステム (Macrosystem)、外システム (Exosystem)、ミクロシステム (Microsystem)、個体発生的要因 (Ontogeny) である。この理論の特徴は、これらのシステムが大から小へと平面的に配列されているのではなく、名前のとおり立体的に「入れ子」状に重なり合っていると考えられていることである。入れ子状であるがゆえに大きなシステムが小さなシステムの外的環境として影響を与えるのみならず、小さなシステムも大きなシステムの内的環境となり影響を与えるものと見なされる。このようにして4つのシステムは相互作用を行う。

4つのシステムをそれぞれ簡単に説明すると、マクロシステムには全体社会の文化、価値・規範、また信念等が含まれる。外システムに属するのは、個人と諸集団に影響を与える社会構造的要因で、経済的状況やコミュニティまた社会的ネットワーク等である。ミクロシステムは集団内における相互作用のパターンで、力関係、役割分担、

コミュニケーション・スタイル等である。個体発生的要因は個人における諸特性やライフ・ヒストリーにおける経験、情緒的・精神的健康をめぐる問題等である。

4つのシステムの相互作用を重視する入れ子型エコロジカル理論は、臨床社会学の分析視角としてのマクロ・メゾ・ミクロの相互浸透に近接するものである。

第4節 地域性

臨床社会学では「地域性」を重視するがそれには二つの意味がある。第1は臨床社会学的实践の場としての地域社会であり、第2は臨床社会学的分析の対象としての地域社会である。

臨床社会学的实践の場としての地域社会

「实践の場としての地域」ということを考える際に参考になるのは、精神医学者 E. リンドマンと G. カプランの实践である（加藤・斉藤 1996、山本 1996）。彼らは、アメリカの1960年代から70年代にかけての地域精神保健政策のもとで病院を中心とするケアよりも地域の中でのケアを重視した。彼らの主張においては、専門家は研究室、診察室に閉じこもってクライアントが訪れるのを待つウェイトニング・モード（waiting mode）から、積極的に地域社会に入りクライアントに接近していくシーキング・モード（seeking mode）に変化すべきであるとされた。具体的には、地域社会とりわけスラム等の貧困地域に24時間サービスのウォーク・イン・クリニックを設置すること、また在宅あるいは社会復帰途上の精神障がい者が地域社会で生活を営んでいくのを援助するための心理臨床家、ソーシャル・ワーカー、保健師、市民ボランティア等から構成される地域におけるソーシャル・サポート・ネットワークを形成すること等があげられる。この体制はクライアントの側から見ると、決意した忙しい時間をやりくりして専門機関に向かい行かなくても、自分の日常生活・地域社会のなかで専門的サービスを受けられるという利点を持つ。

翻って臨床社会学について考えると、社会学とりわけ社会病理学、家族社会学、犯罪社会学における知的ストックは膨大であり、現代の社会問題解決に有効な手段を提供できるが実際は学界の内部で死蔵されている。これらの知的ストックの日常的活用のためにも、たとえば社会学的ウォーク・イン・クリニックを地域社会に設置し相談活動を行う等の案が考えられる。現代の社会問題とりわけ子ども虐待、ドメスティック・バイオレンス、高齢者虐待、少年非行、子による親に対する暴力等は、事前の相談活動を懇切に行うことで予防できるはずである。

臨床社会学的分析の対象としての地域社会

臨床社会学では、個人の「状況の定義」あるいは家族等の集団における相互作用のパターン（社会的文脈）を修正することによって「問題」の解決が目指されるが、個人あるいは家族等のシステム内部の営みだけでは不十分な場合が多い。システムの外部環境—政策、法、制度、社会的ネットワーク等—の整備と充実が必要であり、外部環境も臨床社会学的分析・実践の対象となる。外部環境への臨床社会学的分析・介入の例として、地方自治体の政策過程への参加があげられる。「政策過程」とは広い概念であって、政策の形成から実施、評価までを含み、政策過程への参加とは、形成、実施、評価のいずれかの過程への臨床社会学者の参加を意味する。

筆者も2004～2005年度および2011～2013年度の科学研究費補助金（基盤研究（C））を交付された研究「子ども虐待へ臨床社会学的介入」（井上、2007b）および「地域社会を基盤とする子ども虐待防止：行政の政策と民間の活動」（井上、2014）において、全国の都道府県に対して質問紙調査およびインタビュー調査を実施し、子ども虐待問題への地方自治体の政策的取組みについて研究を継続している。

また兵庫県、京都府、大阪府等の府県および市町村の審議会委員を務めることにより政策過程に参加している。

第3章 ファミリー・バイオレンスとは何か

第1節 ファミリー・バイオレンスの定義

全米家庭医協会（American Academy of Family Physicians, 2004）によるファミリー・バイオレンスの定義は次のようである。

「家族メンバー、親密なパートナー、ケア・テイカーによる子ども、成人、高齢者に対する意図的な虐待あるいは脅迫である、犠牲者に対して権力を得て彼らをコントロールするために行われる。虐待には多様な形態があり、身体的・性的暴行、情緒的・心理的虐待、経済的虐待、個人の人権侵害等が含まれる」。

この定義の特徴は、まず「家族」の範囲を極めて広くとっていることである。「親密なパートナー」の中には、法律婚・事実婚関係の配偶者と元配偶者、恋人、ボーイフレンド・ガールフレンド、同性愛のパートナー等が含まれており、アメリカではファミリー・バイオレンスより「親密なパートナー間の暴力」（Intimate Partner Violence IPV）の語が用いられることが多い。次にこの定義においては「暴力」に関して、「権力」を得、他者をコントロールしようとする「意図」が強調されている。目指すところは他者のコントロールであるが、手段として実際に「暴力」が用いられる場合と、未だ用いられていないが、たとえば「～しなければ殴るぞ」というふうにながてな・サンクションとしての暴力を予告する場合とが含まれている。定義では前者を「虐待」とし、後者を「脅迫」としている。

この定義の問題性は、「力の不行使としての暴力」を含んでいないということである。「力の不行使としての暴力」と言うと奇異に聞こえるが、子ども虐待の1類型としての「ネグレクト」はその例である。「ネグレクト」とは、「遺棄、衣食住や清潔さについての健康状態を損なう放置（遺棄とはいわゆる棄児。健康状態を損なう放置とは、栄養不良、極端な不潔、怠慢ないし拒否による病気の発生、学校に登校させない等）」（厚生省委託調査 1983）と定義される。一言で言えば、子どもに必要なケアを保護者が行わないということであり、積極的な暴力の発動ではないが相手に損傷を与え、場合によっては死に至らしめる。ネグレクトは日本において、子ども虐待の類型別内訳の中で年々その割合を増加させてきており、またアメリカ、イギリス等では子ども虐待の類型別内訳の中で最もその割合が多い類型となっている。

ネグレクトをも含んだファミリー・バイオレンスの定義は次のようになる（Levesque, R. J. 2001, p.13）

「ファミリー・バイオレンスとは、家族メンバーの作為および不作為の行為で、個人の健全な発達を阻害する身体的虐待、性的虐待、情緒的虐待、その他の形態の不適切な取扱いを含む」

この定義においては最も広義の概念として「不適切な取扱い（maltreatment）」があり、その中に「作為（commission）」と「不作為（omission）」が含まれている。作為とは積極的挙動（すること）を意味し、不作為とは消極的挙動（しないこと）を意味する。子ども虐待を例にとれば、身体的虐待、性的虐待は作為＝力の行使にあたり親権の濫用（abuse）であり、ネグレクトは不作為＝力の不行使で親権の不行使と言える。

第2節 ファミリー・バイオレンスの発生を説明する諸理論

リスク要因論

さまざまなリスク要因を列挙するこの説明理論は、ファミリー・バイオレンス研究やメディアにおいてよく採用されている。リスク要因としては、「個人的」なもの（脳損傷、アルコール・薬物依存、反社会的人格障害、過去における被虐待経験等）、「関係的」なもの（家族関係における権力と支配等）、「社会的」なもの（貧困、社会的抑圧、社会的孤立、全体社会における文化等）が考えられる。しかしこの理論の問題点は、まず第1にリスク要因相

互の錯綜した関係が明らかにされないということである。たとえば社会的抑圧や貧困が、個人をアルコールや薬物依存へと追い詰め暴力に至らしめる、あるいは全体社会における性差別的な文化が、家族関係における権力と支配およびそのなかで発生する暴力に正当性を付与する等である。

第2に同一のリスク要因に直面しても、暴力が発生する家族と発生しない家族があるが、リスク要因論ではその分岐を説明できないことである。この点について説明するためには、リスク要因に直面した家族がそれをどのように処理し適応できたのか、あるいはできなかったのかを明らかにする必要がある。この課題に応えるのが家族システム論である。

家族システム論

この説明理論では、重点がリスク要因から家族システムの適応の問題へと移行している。家族システム論では、さまざまなリスク要因あるいはストレッサーに対して、家族システムが適応・処理できなかった結果としてファミリー・バイオレンスが発生すると考える。逆に家族システムの適応・処理がうまく機能すれば、リスク要因が存在しても暴力は発生しないことになる。従来の家族社会学の1領域である家族ストレス論には該当する説明モデルがある。R. ヒルの「ABC-Xモデル」(Hill, R. 1949) とヒルのモデルを修正・発展させた H. I. マッカバンと J. M. パターソンの「二重ABC-Xモデル」(McCubbin, H. I & Patterson 1982) である(紙数の関係で両モデルについては概念図を提示するのみとする。詳細は井上、2011をご参照戴きたい。図3、図4)。

しかしこれらのモデルは家族システムのストレッサー処理に関するもので、特にファミリー・バイオレンスの発生と抑止を説明するものではない。家族システムのストレッサーへの直面から暴力の発生・抑止までを説明したのが、筆者が提起した「ストレッサーへの2段階適応モデル」(井上 2005、2007b、2011)(図1)である。説明については、第2章第3節で述べた。

家族システム論における問題点は、家族システムのストレッサーへの適応・処理がうまく機能しない時に発生する<ネガティブ>な結果として暴力をとらえているが、価値・規範に同調した<ポジティブ>な結果としての暴力も存在しこれを把握できないということである。価値・規範に同調した暴力の一例として、暴力肯定的文化に同調した育児法としての体罰をあげることができる。心理歴史学の研究者である L. ドゥモースは「(ヨーロッパで) 18世紀以前に生れた子どもの大部分は被虐待児の範疇に入る」(ドゥモース訳書 1990、122 - 32) 彼は、18世紀以前のヨーロッパの子育てに関する200の助言を分析し、そのほとんどが激しい鞭打ちの罰を子どもに科すことを肯定しているのを見出した。古代ギリシャ、ローマ、中世を通じて鞭打ちやその他の体罰がさかんに行われた。ルネッサンス期に入ってようやく子どもへの体罰をやわらげようという提言が見られるようになったが、その理由は激しい体罰は子どもを死なせるからであり、正しいやり方は「脇腹を・・・細い棒で叩くことである。そうすれば子どもを死なせることはない」(ドゥモース前掲訳書、131) というような次元のものであった。旧来の鞭打ちの罰がヨーロッパとアメリカの家庭から姿を消し始めるのは、実に19世紀に入ってからである。ドイツでは、1960年代半ばにおいても親達の80%は体罰を肯定し、35%以上が体罰用の鞭を所有していたとされる(ドゥモース前掲訳書、131)

入れ子型エコロジカル理論 (Nested Ecological Theory)

全体社会の文化、価値、規範の家族への影響、家族システム内へのそれらの内在化と他の諸要因との相互作用を説明するのが、「入れ子型エコロジカル理論 (Nested Ecological Theory)」であり、現代のファミリー・バイオレンス研究の主要な理論枠組として広く用いられるようになった。詳細については、第2章第3節を参照されたい。

結びにかえて

冒頭で述べたようにファミリー・バイオレンスは現代社会が直面しているもっとも深刻な問題の1つである。その1つである子ども虐待は、日本では、全国の児童相談所に対応した件数が2012年度には6万6800件に達した。児童相談所への相談件数に関する統計の項目の中に「児童虐待」が入ったのは1990年度からでこの時の件数は1,101件であった。その後22年連続で過去最多を更新し6万6800件に至っている。その間、2000年に児童虐待防止法が制定され、2004年に児童虐待防止法、児童福祉法が改正され、その後も児童虐待防止法が改正されているが、その効果は現れていない

臨床社会学の歴史は古いが、日本においては新しい学問である。筆者は、臨床社会学の日本への紹介者の1人として、先に述べた臨床社会学の4つ特徴を踏まえながら、ファミリー・バイオレンスの問題に実践的に取り組んでいきたいと考えている。

文献一覧（アルファベット順）

- Belsky, J., 1993, "Etiology of Child Maltreatment" *Psychological Bulletin*, 114: 413-34.
- Bronfenbrenner, U., 1979, *The Ecology of Human Development*, Harvard University Press.
- Bruhn, J. G. & Rebach, H., 1996, *Clinical Sociology*, Plenum.
- Burawoy, M., 2005, "For Public Sociology" *American Sociological Review* February.
- Byers, B. D., 1987, "Uses of Clinical Sociology in Crisis Intervention" *Clinical Sociology Review*, 5.
- Cottorell, B & Monk, P., 2004, "Adolescent-to-parent Abuse" *Journal of Family Issues* 25: 1072-95.
- Deegan, M. J., 1988, *Jane Addams and Men of the Chicago School*, Transaction.
- DeMause, L. 1990, 宮澤康人他訳『親子関係の進化』海鳴社
- Dutton, D. G., 1985, "An Ecologically Nested Theory of Male Violence toward Intimates" *International Journal of Women's Studies* 8: 404-13.
- Fritz, J. M., 1991a, "The History of American Clinical Sociology" *Clinical Sociology Review* 9: 15-29.
- , 1991b *Clinical Sociology Resource Book*, American Sociological Association and Sociological Practice Association.
- Foucault, M., 1969, 神谷美恵子訳『臨床医学の誕生』みすず書房
- Gouldner, A. W., & Miller, S., 1965, *Applied Sociology*. Free Press.
- Hill, R., 1949, *Families under Stress*, Harper.
- 井上真理子, 2005, 『ファミリー・バイオレンス—子ども虐待発生のメカニズム』晃洋書房。
- , 2007a, 『リスク・ファミリー——家事調停の現場から見た現代家族』晃洋書房。
- , 2007b, 『子ども虐待への臨床社会学的介入』平成16-17年度科学研究費補助金（基盤研究（C））研究成果報告書。
- , 2011, 「家族と暴力—ファミリー・バイオレンス発生とそれへの対応」『フォーラム現代社会学』第10号：16-27。
- , 2014, 『地域社会を基盤とする子ども虐待防止：行政の政策と民間の活動』平成23-25年度科学研究費補助金（基盤研究（C））研究成果報告書。
- 加藤正明、斉藤友紀雄、1996、「危機をめぐって」『現代のエスプリ』第351号。

- Levesque, R. J., 2001, *Culture and Family Violence*, American Psychological Association.
- McCubbin, H. I. & Patterson, J., 1982, "Family Adaptation to Crisis" in A.E.McCubbin(ed.) *Family Stress, Coping and Social Support*, Charles Thomas.
- Schiamberg, L. B. & Gans, D., 2000, "Elder Abuse by Adult Children", *International Journal of Aging and Human Development* 50, : 329-335.
- Straus, R. A., 1987, "The Theoretical Base of Clinical Sociology", *Clinical Sociology Review* 5.
- Sullivan, H. S., 1983, 中井久夫他訳『精神医学の臨床研究』みすず書房：205-207
- Swan, L. A., 1994, *The Practice of Clinical Sociology and Socioterapy*, Schenkman Books.
- 山本和郎、1996、「危機学説」『現代のエスプリ』第351号

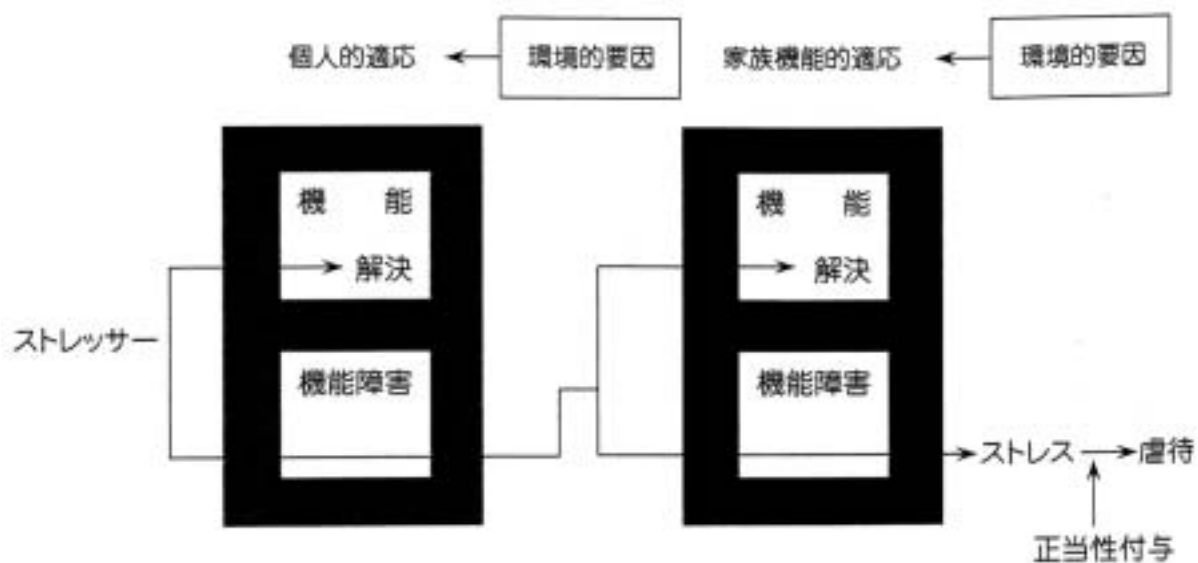


図1 子ども虐待発生過程の構造化——ストレッサーへの2段階適応モデル

資料出所：井上真理子、2007、『ファミリー・バイオレンス——子ども虐待発生のメカニズム』初版第二刷、晃洋書房。

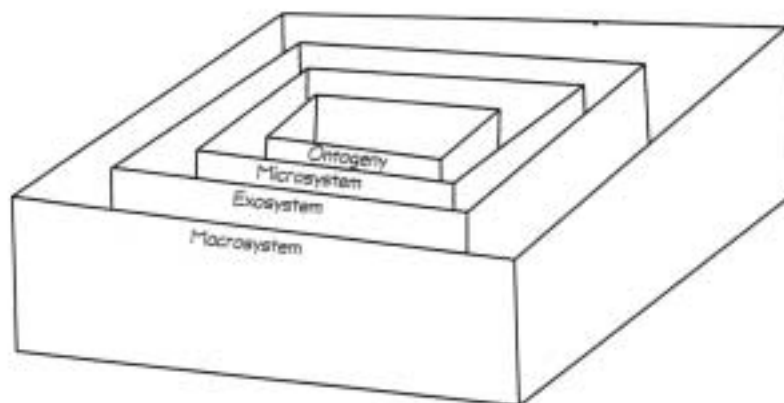


図2 Nested Ecological Theory モデル

筆者作成

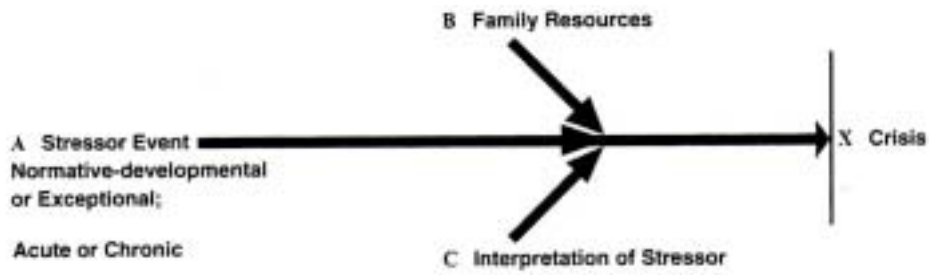


図3 Rueben Hill's ABC-X Model

資料出所：Starbuck, G. H., 2006, *Families in Context*, Paradigm Publishers.

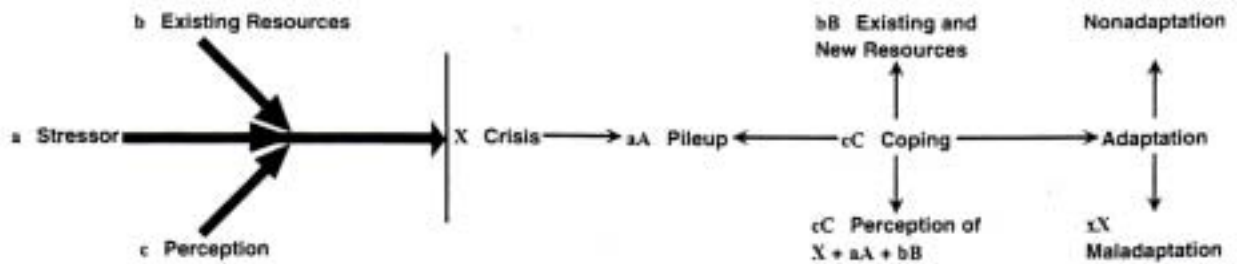


図4 McCubbin's Double ABC-X Model

資料出所：Starbuck, G. H., 2006, *Families in Context*, Paradigm Publishers.