

日本における「宗教を精神医学からみる研究」の視点の諸相
Various aspects of viewpoints of “study of religion from psychiatry” in Japan

大 宮 司	信	森 口 眞 衣
Makoto	DAIGUJI	Mai MORIGUCHI-SHINODA

北翔大学生涯学習システム学部研究紀要
第 12 号 (2012)

日本における「宗教を精神医学からみる研究」の視点の諸相

Various aspects of viewpoints of “study of religion from psychiatry” in Japan

大 宮 司 信 森 口 眞 衣
Makoto DAIGUJI Mai MORIGUCHI-SHINODA

1. はじめに

学び生きる基本に位置する「人間をいやすもの」に焦点をあてながら、筆者らはこれまで宗教のもつ意味を考えてきた。宗教研究には様々な方法があるが、筆者らは、人間の精神のやまといやしに直接たずさわる精神医学の立場から研究を進めている。

本論考では、まずこれまでの日本における『「宗教を精神医学から見る研究」の視点』（以下「視点」）を精神医学の方法と治療という軸から瞥見し、宗教学からのありうべき批判を若干加える。ついで筆者らなりの今後の方向を展望したい。また主な対象となるのは精神医学領域の文献である（注－1）。

なお「日本における」とことわったように、論考の対象は日本における本領域の諸研究であるが、それに影響を与えた海外の研究をまったく無視はできない。ただし、それらの引用や紹介は本論考に関連する部分のみにとどめる（注－2）。

2. 精神医学の方法論からの「視点」

精神医学から宗教を研究することは、精神医学の研究領域においては、きわめて特殊でまた辺縁的である。脳研究を中心とする生物学的な研究が隆盛をきわめており、精神病理学のような心理的な研究領域は息も絶え絶えとなっているといっても過言ではない（ここでは詳細は省略するが、その原因の大半は操作的診断法の普及にあると筆者らは考える）。

そうした現状の中で、宗教をその特別な対象とする研究は、宗教精神医学という名称はつけられているものの、研究領域の辺境にある。またここでの「宗教」という対象も、もちろん明瞭に定義づけられてはおらず、きわめて口語レベルである。しかし、精神科医にとってこの領域が決して興味を起こさせぬ領域ではないことは、大家とよばれる精神科医が、正式な論文でなくとも、よくテーマとして取り上げることからも類推できる。

きわめて大雑把なくくりになるが、このような現状からは、宗教の意味内容は主として、その機能、とくに心の働きに対する機能に中心があること、また人間にとっての究極と関係する事象であることが、この領域に関心をもつ精神科医の念頭にあると思う。

これまで公にされてきた本領域の研究を、まずはその方法論の区別によって瞥見する。

2-1. 方法論の区別による「視点」の瞥見

2-1-1. 記述学

そもそもの「視点」は、精神疾患患者の中に宗教に類似した言動や精神症状がみられるところが出発点であった。宮本と小田¹⁹⁾は、精神医学の疾病論による視点を要に宗教精神医学が扇状に展開していく研究構想を示したことがあるが、これは精神医学の立場から宗教をみる原点であることには間違いがない（注-3）。

2-1-2. 脳科学

現代における脳科学の進歩は精神医学にも重要な影響を及ぼしていることはいうまでもない。1950年代のクロールクロマジンによる抗精神病作用の発見や抗うつ薬療法の出現は、脳の機能失調が精神疾患の本態であるという考え方を促進し、また精神疾患の治療として薬物療法が重要な一翼を担うに至っている。

このような状況の中で、宗教現象、とくに宗教体験を脳の特殊な状態として捉えようとする研究が生まれた。例えば平井ら¹¹⁾による禅と脳波の関係に関するものが代表的である（注-4）。

2-1-3. 精神分析

精神医学の臨床、とくに治療経験は様々な治療技法および精神病理の理論を生み出しており、精神分析はその代表的なひとつである。ただしここではユングやフロイトの宗教の理解・解釈を詳細に述べる余裕はなく、またそれは本論文の本筋ではないので深くは立ち入らない（注-5）。

2-1-4. 現象学

個別の精神症状やその集合体による精神疾患の枠組み付けだけではなく、そのような体験をしている病者の全体を一つの人間の現存在のあり方としてみていこうとする立場は当然生じる。このような研究は現象学的人間学と呼ばれる精神病理学の重要な一部ではあるが、すでに古典となっている。この立場からの宗教に対する見解にも重要な仕事がいくつかあり、例えば木村¹⁴⁾による罪責体験の分析が代表的である（注-6）。

2-1-5. 病跡学

これは精神医学の個別的な方法ではなく、それらを動員して宗教家の心理状態を記述しようとする立場である。（注-7）。

2-2. 「視点」に対する批判

原理的には一定の信仰にたつ神学・教学の立場からの宗教理解が、すでにある前提からの宗教理解である。記述学・脳科学、あるいは現象学の立場からの研究は、信仰的な前提とは異なっ

ており、信の次元からは離れている。取りあえず中立的な視点とはされているものの、筆者らの耳にはやはり一種の還元論だとする批判が聞こえる。

なかでも精神分析に対しては臨床経験由来の理論ではあるものの、しばしばこの批判を聞く。批判はもっぱらフロイトに向けられているがユングに対する批判はそれに比べると少なく、むしろユング心理学に依拠して宗教論を展開する研究者は少なくない¹⁷⁾。筆者はその理由の一つとして無意識に対する抑圧と実現という方向の相違が大きいのではないかと考えている。

さらに広く、精神医学は宗教一般を病理性に結びつけて解釈するとして批判されている。例えば上述したフロイトの宗教論では宗教や信仰を強迫性から解釈する姿勢に批判が向けられているし、病跡学的な接近は精神病の診断付けやラベル貼りであるとして批判される（注－8）。

また文化現象すべてを心理学的に解釈し、人間的な苦悩でも心理学的なレベルに還元しようとする意味では、こうした批判の背景に汎心理学化への反発を見る思いがしている。

2－3. 最近の「視点」の変化

最近の「視点」に関して、例えば小田²³⁾ がいうような精神医学の診断や治療の相対化、すなわち社会との関係における病理性の解釈の変化を自覚せざるを得ない（注－9）。例えば憑依に対する精神医学の解釈の変化の中にその例が挙げられよう⁴⁾。

明治期において西洋から導入された近代医学の一部である精神医学が、迷信を打破する対象として憑依に着目したことは必ずしも偶然ではない。事実多くの調査からこのような視座のもとに憑依が再発見され、精神医学という近代医学で迷信が打破され、さらにはその結果として森田の祈祷性精神病²¹⁾ が一つの疾患単位として生まれたことは、精神医学上の輝かしい金字塔として位置づけられてきた。

しかし現代における文化結合症候群、例えば憑依に類似するアイヌのイムは、西欧の文化圏に入った日本人からはヒステリーの原型といった病理性を示す現象と位置づけられるが、アイヌ文化の中では病理性や病気とは関係ない事象として位置づけられている。事例性を帯びて問題視されるのは和人－アイヌという二つの文化圏のせめぎ合うところであり、一般に文化結合症候群が病理性を持って析出してくるのは、このような二つの文化圏のせめぎ合うところであるという²⁴⁾。

このように憑依という現象が様々な領域において発見されていく中で、精神症状だけを独立した病的なものとして刻印していくことの不合理性が指摘されるようになった。ただし、その解釈や見方は文化圏により多様であるものの、精神症状を引き起こす脳内の機序に共通の要因をみようとする見解は現代もなお市民権を失ってはいない。ラター研究で有名な Simons によるトゥーレット症候群要因説はその一つであろう²⁶⁾。

3. 治療と癒しからの「視点」

3-1. 治療論からの「視点」

上述した方法論からみる「視点」とは別に、治療論から「視点」を据えていく可能性もある。小西¹⁶⁾は宗教の形態と精神療法及び精神病理の関係について一つの区分けを行った。それによると治療と関連性が高いのは一神教的宗教や禅であるという。もちろんこれは統計的な結果ではなく宗教の形態や機能との関連づけに過ぎず、ひとつの考えかたの域を出ない。

医学とその一部である精神医学においても病理論と治療論は切り離すことができない。また病理論は疾病論と切り離すことができない。疾病分類の体系だけでなく、「何を精神の病気とみなすのか」という意味での疾病論に関する構想もまた、病理論と不即不離である。現代の精神病理学の基礎を築いたヤスパースの精神病理学ですら、既にその一体性をもっていたと筆者らは考える⁷⁾。

病理論・疾病論・治療論は独立したものではなく、また直線的でなく円環的な関係にあり、そのなかで治療論こそが優位を占めていると考える（より詳しくは精神医学における診断が治療と切り離すことができない事情を論述した拙論を参照いただきたい⁸⁾）。つまり様々な精神の病気の病理論・疾病論の基盤は治療論に置かれると考える。これが「視点」を考えていくときの現段階での筆者らの基盤である。

3-2. 治療と癒し

治療と癒しからの「視点」はどのような形で可能であろうか、またどのような内容であろうか。このことについての考察は、一方では医学としての精神医学の再吟味であり、他方では広い意味での人間の癒しという領野の中で精神医学が何を提供できるかの再吟味にならざるをえない。宗教における癒しは精神医学における治療よりも、もちろん広い概念であり、また対象も病気以外の生病死老死といったより広い領野であることは言うまでもない。例えば和解という機能は癒しの中の重要な側面であるものの、精神医学の中では家族療法といった形で一部存在するが中枢的な部分にはなっていない。

3-3. 精神科医療における最近の変化

3-3-1. QOL, リカバリー, レジリエンス

精神医学には（そして医学全体に）かなり以前から、QOLを考えた治療という志向が生まれている。例えば癌の外科治療では、癌が疑われる部分は全て手術で除去しなければならないという以前からの考え方から、いかに機能を温存するかという方向へと変化した。

精神医学の領域でも、服薬に関する医師のいわば半強制による服薬遵守（コンプライアンス, compliance）から自主的な服薬（アドヒアランス, adherence）へと考え方の基本がシフトしていることも例として挙げられよう。そうとすれば契約を守るという形の服薬から、いかにし

たら能動的・参加的な服薬が可能になるか、具体的な患者の現状の中でいかにしたらそれが可能になるか、副作用の軽減はもとより、様々な問題が関わってくる。

治療者という他者からの援助ではなく、リカバリー (recovery)、すなわち患者自身の中にある自己治癒力、あるいは創造的能力を発展させることによって、精神の病理が解消していくという、先にあげた病跡学の知が必要とされるような領域も治療論の中に出現している。

またレジリエンス (resilience: 弾力性・回復力) も比較的最近精神医学の領域で現れてきた考え方である。レジリエンスモデルの特徴は、発病の誘因となる出来事、環境、ひいては病氣そのものに抗し、跳ね返し、克服する復元力、あるいは回復力を重視、尊重し、発病予防、回復過程、リハビリテーションに取り組む観点に求められるという。上述したリカバリーに類似しているが、リカバリーが創造性に力点を置くのに比べ、レジリエンスでは復元力に力点があると筆者らは考えている。

このようなアプローチはもちろん最近になって始まったことではない。例えば作業療法は古くから多くの精神病院で行われていたし、たとえ脳内の機能異常を反映すると考えられる妄想であっても、看護の仕方によって大きく変わることは周知となっていた。しかしこれらが組織化・理論化され、専門に従事する新しい職種が輩出してきたのはここ最近のことである。作業療法士、精神保健福祉士、社会福祉士といった国家資格を有する職種だけでなく、様々な技能は持つが国家資格は持っていないボランティアが治療に参画しているのはもはや日常的な風景となって精神病院を潤している。

一方そうした治療・治療論の広がり、精神医学の対象の広がりという結果をももたらした(注-10)。統合失調症や気分障害などの古典的な疾病を対象とした、従来の狭い範囲内の精神科的治療にとどまらぬ治療技術と治療論の拡大は、その対象となる疾病の遠心的拡大につながり、それに該当する人々は上述した様々な技法を利用するようになっていく。このような、精神の病気の概念や精神医療の広がり、本論考でも看過できない。

3-3-2. 当事者研究

さて精神科医療の新しい形として、当事者が様々な活動を行って自らを癒していく働きが、リカバリーという言葉で示されると先に述べたが、一つの例としての、北海道浦河の「べてるの家」の活動をあげることができる。

この活動の内容は広範であるが、当事者、すなわち病者自身が「当事者研究」という形で己の生き方を探求し、その失敗と成功を語り、互いに共有し合う中で、己が生き方や己の特徴をそのまま自ら認め、仲間によって認められ社会の中で生きていこうとする。

もちろんこうした動向は今までまったくなかったわけではない。反精神医学運動のキングスレーホールの影響下での記録「狂気をくぐり抜ける」²⁾はその一例であろう。ただし反精神医学の動向が成功した・ないしは少なくとも精神医療の本流になったとは考えがたい。その理由として反精神医学は、現状の精神医学に対する批判・反動は可能であっても、それに代わり得る具体的な治療実践を提示できなかったからだと筆者は考えている。

4. 筆者の「視点」

以上述べてきたこれまでの「視点」を踏まえ、以下ではこれからのありうべき「視点」、特に精神医学の領野の変化を前提にした筆者らなりの展望を述べたい。ここではアガンベンによる古代ギリシャの生の概念の区分が基盤となる。

4-1. 二つの生の概念と well being

健康という概念はWHOの定義に従うと、しばしばwell beingという言葉で表現される。しかしこのwell beingを構成する2つの言葉、well も beingも、よく考えるその内容は自明ではない。

アガンベン¹⁾は自著の冒頭で、古代ギリシャでは生きること、すなわち生は一つの言葉ではなく2つの言葉によって表現されると紹介している。ゾーエーとビオスである（すでに周知ではあるが、その記述は注-10）。彼はこの生の2種を紹介したのち、「生きることのために生まれたが、本質的には善く生きることのために存在する」というアリストテレスの言葉を引用する。もちろんこれは有名なホモ・サケル論からはじまる彼の政治学・法学の叙述への枕詞であり、本論考の方向とは異なる。

アガンベンの紹介によるゾーエーとビオスは、明瞭な2分ではない。彼はむしろ古代ギリシャ以来一体として理解されてきた両者が近代になって2分化され、ゾーエーがあらわになってきたと主張する。

本論考に引き寄せた筆者らなりの踏み込んだ理解であるが、ゾーエーとは「意味を見いださなくとも、とりあえずただ生きること」、すなわちわれわれ誰もが持っている生命の営みとしての生であり、先ほどのWHOの言葉に関連して言えばbeingに相当すると考える。一方で筆者らはビオスを「意味を見いだして生きる」というような意味合いの生と捉えており、well beingに相当ないし関係すると考える。

beingを問うことはそれなりに（まずは聞き慣れた生物学的意味から始めて）できるかもしれないが、ここで述べたwellあるいはwell beingの具体的意味内容を一般的に定義づけることは困難であろう。well-beingとは画一的・確定的な出来合いのものではなく、人間各自が己の責任と考えに基づき求めるべきものであって、それは患者であろうと治療者であろうと変わりはないからである。

4-2. 死と生：自殺をめぐる

well beingという概念を考えるに当たって、前節ではギリシャ語のゾーエー（単に生きること）とビオス（意味を求めて生きること）の2つに生を分けて考えた。このような考え方から見たとき、生とは反対の死はどのように考えられるであろうか。ここでは自殺を例にして考えてみたい。

うつ病における自殺のように、精神医学の立場からは病死と考える場合から、精神医学的に正常な精神状態で行う自殺、例えば武士の切腹や、現代の自覚的なむしろ自死といったほうがよい場合²⁷⁾ までの広がりを見れば自殺は持っているとして筆者らは考える。

しかし自殺しようとする人物が目の前に現れた場合、精神医学の立場からは当然まずはその遂行を止めようとする（もちろんどの人間でもそうするであろうが）。われわれがそれを止める根拠は、一つはそれが病死である可能性があり、また意味を求める生、ビオスのな生を保証するゾーエー的な生、すなわち生命を大事にするからである。筆者らは（そして精神医学は）、「例え意味が見つけられなくても生きていくということ自体に意味があるはずだ」と考える。

精神病理学者の木村敏はゾーエーとビオスという2つの分け方をケレーニイ¹²⁾の著作から紹介する。ただしケレーニイとアガンベンとにおけるゾーエーとビオスの理解の相違¹⁵⁾は木村自身も自覚的であり、筆者にはその違いがビオスではなく、ゾーエーの理解に関するように思われる。

そもそも木村は生命について、以下のような理解を示した¹³⁾。「『生命』にはこの意味での生命や生存、生活や人生とはまた別の、もうひとつの意味があって、それは個人や個体の世代ごとに区切られた不連続なプロセスではなく、地球上に生命が誕生して以来ひとときの途切れもなく、生きとし生けるものすべてに受け継がれてきた生命を指している」。木村が患者の自殺、少なくともその一部を次のように考えているのは、こうした生命理解に関連しているのだろう。

「精神科の患者は、自殺という重大な例外は別として、病気自体のために生命が危険にあらされることはめったにない。自殺は多くの場合、精神病では死ぬことはない患者が、彼自身には無意味としか思えない苦痛にみちた生存に、自分自身の手で、極限的な個別化を達成するために終止符を打とうとする、ある意味での『尊厳死』の試みなのである。」¹³⁾

尊厳死という概念一般を否定するわけではもちろんないが、精神科患者の自殺を尊厳死とまで語ることは、医療という範囲の中ではできないのではないかと筆者は考える⁹⁾。

4-3. ゾーエー・ビオスの視点からみた宗教と精神医学

医学や精神医学においては、あくまでも保持・強化の対象がゾーエーであることこそが、その治療的な目的・役割であるというのが筆者らの立場である。それでは精神医学におけるゾーエーの保持・強化とはいかなる内容と形式なのであろうか。

アガンベンの2つの区分に則していえば、ゾーエーを単なる生きることとしての生と把握するのが筆者らの立場であるから、とりあえずは、それは身体的・肉体的な生命ということになる。身体的な生命、その自然的な保持・強化こそ医学、特に身体医学の基本的戦略であるが、同じ事、すなわち『明日も生きよう』とする方向へ心を意志的に向けさせる」働きが精神医学におけるゾーエーの保持・強化と筆者らは考える。

医療の一翼を担う看護の領域では、いかなる病気であろうとも、清潔な寝具を整え、食事、排泄、睡眠などを確保しようとする。これは看護の基本である（もちろん医師もそれに関与す

ることは言うまでもないのだが)。うつ病の場合でも薬物療法の他に、まずこのような環境に身をおくだけで随分と気分が楽になり、安堵感が生まれる。休養と安静は何にもましてうつ病の治療に不可欠なのである。つまり衣食住といった生活の基本、あるいは睡眠・排泄・摂食といった生物としての基本を整えるだけで、人は新たに生きようとすることができる。これらを保証するのが医療であり、それはまたゾーエーを強化して治療に結びつく。

これをふまえつつ精神療法の一側面を取り上げ、具体的なかたちで考えてみたい。精神療法においては、一般にある種の心的境地を獲得すること（洞察（insight）と呼ばれることがある）が、治療的な効果をもたらすとされる。そういった洞察は、言葉で表現すれば、例えば「今まで見えていなかったものが見えてきた」とか、「家族の愛情がわかった」とか、どこにでもありそうな言語表現をとる。重要なのは、そうした言葉や心境を他者、特に治療者から聞かされて己のものとするのではなく、自身で獲得して己のものとするところである。

もちろん治療者もただ手をこまねいてそれを待っているだけではない。洞察の獲得への手助けをひそかにおこなったり、多くの患者の体験例を紹介したりする。たまには（筆者の場合は例外的に）、それらから引き出された理論を話すこともある。

ところでそうした精神療法で基本となる作業は対話であるが、ここでは構成する「声」と「内容」に対話を分けて考えてみよう。声というのはもちろん対話では発声される言語であるが、それ以外に泣き声、威嚇、警告、さらにはため息といったものもある。ここまで含めると筆者らは声のゾーエー的な側面を意識するのである。

一方対話の内容とは、他に伝えようとする心の状態である。そこには生きるための何らかの意味があるはずで、それを相互に交換することが対話となる。ただし動物同士では鳴き声や警告も意味をもつに違いないから、声と内容を峻別するというのももちろん不可能で、むしろ対話の2つの側面と見る方が適切であろう。

嘆き苦しむため息をつくことはいずれもある種のゾーエー的な行為であって、それ自体が安心感・安堵感、そして次に生きようとする気持ちを引き起こすための第1歩として必要な場合がある。このような対話の中のゾーエー的な部分だけでなく、一見ビオス的と思われるものでも、その本質がゾーエー的と考えられる現象がある。ここで室伏²²⁾による仮性会話をあげてみたい。

室伏は老年層を中心とした病棟の中で、老人達がテーブルを囲んで楽しそうに会話し合っている場面に遭遇したことがある。しかし良く聞いてみるとそれらの会話・対話はまったく意味が相互に伝わっておらず、勝手にしゃべっていて、また勝手に相づちをうったり、軽く否定し合ったりしているのである。すなわちここでは意味を相互に持った内容ではない対話が、しかも鳴き声や警告などでなく、とりあえず表面上は対話として成立しており、それが老人達の笑顔を引き出し、治療的な役割を果たしているのである。

われわれは意味を持つ会話を積み重ねる重要性をよく知っているし、ここでもそれを否定するものではもちろんない。しかし会話するという、筆者らによればゾーエー的な行為が、それ

自体に治療的な面を持っていると考えるのである。

このように、たとえ意味内容が伝わらずとも、対話という場面が成立することは、対話のいわばゾーエー的な側面が効果をもつ精神医学における治療の例としてあげることはできないだろうか。

もちろんゾーエー的な面をもつ癒しが精神医学のみで宗教にないというわけではない。筆者らはそのひとつとして禅をあげたい。ただ座り、単純化しギリギリまで無駄を省いた日常生活がいま人を生かし、さらにより良く生かすことは知られているし、多くの救いが、そこでもたらされることもまたよく知られている。

一方宗教のビオス的な側面がゾーエーの促進へ、本論考の中でいえば精神医学的な癒しの中核であるゾーエーへ作用するとはどのようなことであろうか。この点を緩和医療における精神医学分野、精神腫瘍学（psycho-oncology）の経験から考えてみる。

治癒することのない癌をもつ患者は、癌がいかにして自分の身体の中に出来あがったかという機序に対する関心とともに、しばしばそれ以上に癌が他人でなくなぜこの自分という人間に、しかも今という時に起こってきたのかという意味を求める。これはもはや医療がよく応えうる問いではない。おそらくは宗教はそれに対して宗教なりの一つの解釈を与えることが出来るであろう。その解釈が万人に共通でなくとも、あるいはその他にも解釈の仕方であろうとも、それとして受け止められ納得されれば、受け取った本人にとって癒し的な意味を持つと考える。無論、単に頭で理解するのではなく、自らの決断とセンスで受容し血肉になる（いわゆる「腑に落ちる」）のでなければならないだろうが。

以上のように、対象も方法も、医学そして精神医学は人間の生のゾーエー的側面により深く関係するし、宗教はビオス的な側面部分により深い関係をもつと考える。

5. ま と め

ゾーエーとビオスという生の2つの面を前提にして、精神医学と宗教の領域の重なりと住み分け、そして両者の関連を考えてきた。もちろんこの2つの間の緊張や協業は、様々な面で既に多くの検討・研究が集積されており、事新しくはないかもしれないが、今後はさらに意識的に、言葉の上で、また臨床や社会の現場で考えていかなければならない。急激にはないが、その必要が高まっていくものと筆者らは考える。

苦悩の解決・心の癒しという点で一致する精神医学と宗教も、拠って立つ所が違うだけではなく目的も異なっている。宗教の救済は必ずしも病気が治ることではないが、精神医学の治療は治癒という結果を重視する。一方で精神医学では、個人プレーではなく公共的に認められ、予後が予測されうるような技法でなければ信頼されないが、宗教はそれに比べれば個人的な関与が大幅に認められており、また法的遵守の範囲内では別に公共的である必要もないのである。

精神医学は原理的に、生きる目的、すなわち生のビオス的な側面の発展を目指す領域ではない。

われわれはあくまでゾーエーとしての生を大事にすることが基本姿勢であり、それはまた医学の立場でもあろう。人間は自らの価値・目的を持って生きること、すなわちビオスの的に生きることを目的としている。こうした2つの生の関係性を前提にしながら、治療と癒しという共通の視点を考えていくことが、今後の宗教と精神医学を関係づけ関連づけていくひとつの視点になりうると考える。

[注]

注－1．最新の「宗教研究」（日本宗教学会機関誌）で「精神医学」をキーワードとして文献索引してヒットするのは、筆者自身の論文を除くと6件で、そのほとんどは本論考に直接の関連はない。

注－2．例えばずいぶん以前のことはなるが、日本においては憑依などの文化結合症候群や、後述する記述的研究が中心であったころ、Psychiatrie der Gegenwart¹⁰⁾のReligion und Psychiatrieの項目では宗教教育、特に精神分析からみた青年期の信仰の発達に比較的大きな関心が寄せられていた。当たり前のことであるが、それぞれの国と地域によって、また時期によって「視点」と関心は異なる。

注－3．この立場からの古典的かつ代表的研究は、シュナイダー、K.の「宗教精神病理学入門」²⁵⁾である。ここでは宗教の理解の仕方や信仰の価値の有無ではなく、もっぱら精神疾患の中にみられる宗教的な現象についての記述に集中する。この立場は宗教を精神医学の視点から見る基本であるだけに、類似の研究はこれまで多数にのぼる。

注－4．平井は脳波の特徴的な状態が禅の境地と並行して現れることを認めている。この場合注意しなければならないのは、そのような脳の状態が禅の一定の境地を生み出すのか、逆に禅という精神的な状態が脳の機能にそのような変化をもたらすのかという、原因・結果あるいは因果のあり方について明確な判断を下し得ないことである。ごく最近でもこの方面の研究は散見され、例えばヴィパッサナー瞑想のある種の境地では、MRIで検索可能な脳の特殊な部位で活動が変化するという報告がある¹⁸⁾。

注－5．精神分析は確かに宗教の持つ機能に対して重要な示唆を与えており、フロイトのトーテムとタブー論は有名である。筆者のひとりの森口は日本における精神分析由来の概念、阿闍世コンプレックスを取り上げ、その名称が仏典由来とする見解に疑義を公にしたことがある⁶⁾。現実の歴史的文化的現象を辿るときは、心的な部分に基礎をおく精神分析では、しばしば現実の歴史的文化的的事象、さらに文献的な記載との間に齟齬を来すことがあるように思う。宗教に対

する還元論的解釈だとする批判以外にも、心的事象と文献という対象に対する取り組み方の相違も、批判を生む原因のひとつかもしれないと考える。

注－6. 木村はうつ病者における「取り返しがつかない」という罪責体験の表現を取り上げ、彼らの時間論的な特徴、すなわち「過去の後悔」といったような単純な事態ではなく、「取り返すだけの内的な時間がない」こと、いわゆる「後の祭り」（ポスト・フェストゥム）的事態を指すとした。

注－7. 著者は大本教の大幹部である出口日出磨の病跡を取り上げたことがある⁵⁾。出口が統合失調症に罹患していたことは精神鑑定によって明らかであるが、彼がその後半生病気といかに闘ったか、また病気の故に教団の中で独特の位置づけをもつようになっていった消息について病跡学的な観点から発表した。また円応教の開祖深田千代子の病跡学的検討を行い、あわせて同教団をうけついだ長男の長治の性格と教団の宗教儀礼の変化を精神医学の視点から検討した³⁾。これらはいずれも精神の病が教団の成長・発展のなかでどのような創造的役割をはたしたかに注目した研究である。

注－8. ただし病跡学に対する批判は、一方ではこの領域への誤解、加えて本来目指すべき方向から逸れたこの領域の研究内容がその一因である。本来この領域は精神医学と創造性の関連の闡明をめざす領域であって、著明な創造性を発揮した人物に関する精神医学からの接近が主となるべきであろう。

注－9. 小田の指摘は以下である。：近代合理主義のエートスが相対化され、批判の対象とされることになるとともに、「精神医学モデル」に従って、宗教現象を非合理的なものとして裁断し、その「病理」を研究するという視点が批判され、相対化されることになる。

注－10. 例えばPTSDのように、時代によって概念の変遷のみられるものがある。産業革命以降の大工場・炭坑などの大企業における事故の賠償問題の中で外傷性神経症概念が成立し、ベトナム戦争の帰還兵達の精神症状・大災害時後のPTSD、さらに個人の幼児体験もまたトラウマ、すなわち心的外傷として位置づけるといった形で変化をしてきた。外的な体験が心的に影響するという古代インドにもみられる考え方²⁰⁾の継承ではあるが、他方精神医学の遠心的な広がりという現代的な傾向の一つとして位置づけることが可能と考える。

注－11. ゴーエーは、生きているすべての存在（動物であれ人間であれ神であれ）に共通の、生きている、という単なる事実を表現する。それに対してビオスは、それぞれの個体や集団に特有の生きる形式、生き方を指していた。プラトンが『ピレボス』で三種類の生について語り、

また、アリストテレスが『ニコマコス論理学』で哲学者の観想的な生（ビオス）を快楽の生（ビオス）や政治的な生（ビオス）から区別するとき、二人とも、けっしてゾーエーという語を使えなかったはずだ（意味深いことに、ギリシャ語ではこの語に複数形はない）。それは、彼らにとって問題だったのが、単なる自然的な生などではまったくない、特定の質をもった生であり、個別の生の様態であった、という単純な事実によるのだろう。

[追 記]

本論文の要旨は第70回日本宗教学会にて発表した。

[文 献]

1. アガンベン, J. (高桑和己 (訳)): ホモ・サケルー主権権力と剥き出しの生. 以文社, 2003
2. バーク, J. (著), 弘末明良・宮野富美子 (訳): 狂気をくぐりぬける, 平凡社, 東京, 1977
3. 大宮司信: 円応教の開教と継承をめぐって－深田千代子・長治親子－. 第43回日本病跡学会抄録集. 17, 1996
4. 大宮司信: 憑依状態の心理と病理. 第13回日本精神医学史学会プログラム・抄録集. 49, 2001
5. 大宮司信: 「神仙の人」－出口日出磨の病跡. 日本病跡学会第51回大会プログラム・抄録集. 13, 2004
6. 大宮司信, 森口眞衣: 阿闍世コンプレックスという名称に関する一考察. 精神経誌, 110: 869-886, 2008
7. 大宮司信: 方法の吟味と対象の特定－カール・ヤスパースにおける記述と疾病概念－人間福祉研究第12号: 37-42, 2008
8. 大宮司信, 森口眞衣: パースのアブダクションからみた精神科診断についての試論. 人間福祉研究第13号: 77-87, 2009
9. 大宮司信: パースのプラグマティズムに依拠した精神病理学構築への試み. 人間福祉研究第14号: 55-66, 2011
10. Grule, H.W. et al: Pshichiatrie der Gegenwart. Band III. Sprinnger-Verlag. Berlin, 1961
11. 平井富雄: 坐禅の脳波的研究－集中性緊張解放による脳波変化－. 精神経誌, 62: 76 - 105, 1960.
12. ケレーニイ, K. (岡田素之 (訳)): ディオニューソス－破壊されざる生の根源像－. 白水社, 東京, 1993

13. 木村敏：心の病理を考える．岩波書店．東京，1994
14. 木村敏：鬱病と罪責体験（木村敏著作集済3巻：躁鬱病と文化ポストフェストゥム論）弘文堂，東京，2001
15. 木村敏：関係としての自己．みすず書房，東京，2005
16. 小西輝夫：宗教精神病理学の方法論的考察．精神医学，8：35-30，1966
17. 久保田圭伍：ユング心理学における宗教論（Ⅲ）－ユングの宗教観の背景－．桜美林論集，75-92，1979.
18. 熊野宏昭：瞑想の画像研究のレビュー（貝谷久宣他（編）：マインドフルネス・瞑想・坐禪の脳科学と精神療法，pp.33-50），新興医学出版社，東京，2007
19. 宮本忠雄，小田晋：宗教病理（井村恒郎他（編）：異常心理学講座第5巻，pp.133-218）みすず書房，東京，1965
20. 森口眞衣，大宮司信：インド古典医書『スシュルタサンヒター（Susrutasamhita）』における精神医学的記述．臨床精神病理．30：183-202，2009
21. 森田正馬：余の所謂祈禱性精神症に就て．神経学雑誌．14：286－287，1915.
22. 室伏君士：痴呆老人への対応と介護．金剛出版，東京，1998
23. 小田 晋，佐藤親次，森田展彰：宗教精神病理の現在．精神医学，35：357-364．1993.
24. 荻野恒一：過疎地帯の文化と狂気—奥能登の社会精神病理，弘文堂，東京，1977
25. Schneider, K. : Zur Einführung in die Religionspsychopathologie. J.C.B.Mohr Verlag, Tübingen, 1928（懸田克躬，保谷真純訳：宗教精神病理学入門．みすず書房，東京，1954）.
26. Simons,R,C.:The resolution of the Latah paradox. J.Nerv.Ment.Dis.168:195-206,1980.
27. 須原一秀：自死という生き方－覚悟して逝った哲学者．双葉社，東京，2008

