



精神・医学・宗教性

臨床に纏綿する救済

小林聡幸編

大塚公一郎

小島秀吾

小林聡幸

佐藤晋爾

野間俊一

深尾憲二郎

森口眞衣



書肆心水

目次

はじめに 宗教と「こころ」——祈りもなく、救いもなく

小林聡幸 15

I 宗教と精神医学

科学が腑分けする宗教する「こころ」

——進化心理学からみた宗教

小林聡幸 30

宗教と科学の抗争 30

プロとコントラの波 33

進化心理学からみた宗教 35

宗教の功罪 40

素晴らしいと思う 47

境界のスピリチュアリティ

——宗教と医療の狭間で

森口眞衣 53

——スピリチュアリティ研究の背景 53

「宗教」をめぐる問い	57
「社会」を科学的に説明する——「社会学」の誕生	60
「宗教」を科学的に研究する——「宗教学」「宗教社会学」の誕生	64
スピリチュアリティ出現の背景	67
二つのスピリチュアリティ	70
「医学」と「医療」の境界——「医療社会学」の誕生	74
スピリチュアリティ概念の機能——二項対立の無効化	78
第三のスピリチュアリティ——traditional medicine	80

Ⅱ 精神疾患に浸透する宗教

統合失調症で宗教はどう機能するか

小林聡幸 88

統合失調症体験における宗教的なもの	88
神の名のもとに	91
隠されたもの	98
クレド	101

てんかんと宗教性

——性格の病、行動の病

深尾憲二朗

112

てんかんについての宗教的な意味付け 112

てんかん性格／てんかん性性格変化 114

中心気質／イントラ・フェストウム批判 115

てんかん発作と臨死体験 117

てんかん患者の「説教臭さ」 120

「説教臭さ」とは何か 124

てんかん・「説教臭さ」・宗教性の関係 125

書き過ぎる病 127

てんかんと宗教性の本質 128

非定型精神病、救済、暴力

小畠秀吾

132

宗教的体験と触法行為 132

宗教的色彩をともなう病的体験から触法行為に及んだ二例 133

能動的対処行動としての病的体験 139

救済について 142

「暴力」の意味を考える 146

スクリューピュロシテイ

——強迫症における宗教・宗教性

小林聡幸 151

スクリューピュロシテイとは何か 151

宗教と強迫の近さ 154

日本の場合はどうか 157

道徳の自然史 159

瀆神恐怖の症例 163

アタッチメントとスクリューピュロシテイ 166

Ⅲ 精神療法が要請する宗教性

宗教が癒しをもたらすなら、
癒しの何が宗教的なのだろうか

野間俊一 174

日々の出会いのなかの精神療法 174

精神療法と宗教の歴史 177

現代の精神療法の課題 179

日常の宗教性 182

日常の宗教性と「家郷性」 186

「原宗教性」と精神療法 189

治療倫理の源泉としての宗教性

佐藤晋爾 195

治療者がもつ宗教性 196

ヤスパースの哲学的信仰 197

治療者にとっての宗教性 200

治療者が大いなるものを信じること 206

統合失調症の「コミュニケーション妄想」からみた 宗教による癒し批判

大塚公一郎 224

宗教と精神療法 224

精神療法の歴史・変遷からみたポストモダン型精神療法の特徴 227

症例提示 仲間集団についての妄想が出現した統合失調症患者 230

自己治癒的コミュニケーションとコミュニケーション妄想 238

「コミュニケーション妄想」が現代の「宗教による癒し批判」について示唆すること 246

臨床家はスピリチュアリティと
どう向き合うべきか

小林 聡幸 252

スピリチュアリティとヒューマニテイ
神の造りしものと人の造りしもの 261
精神療法の余白 267

あとがき——救いと祈りと 275

出典 284

精神・医学・宗教性——臨床に纏綿する救済

はじめに 宗教と「こころ」——祈りもなく、救いもなく

小林聡幸

ひとはつらく苦しいときどうするのだろうか。

そりゃ、ひとによっていろいろと読者は言われるだろう。趣味に打ち込んで気晴らしをする。誰かに相談したり、愚痴をこぼす。自分の状況を冷静にみて、あるいはもつと不幸な人のことを思つて、「大したことはない」と我慢する、そして頑張る。あるいは誰かに助けを求め。——誰に？

二一世紀のわれわれはそのつらさのジャンルを見極めて、その筋の専門家に助けを求める。無法者に苦しめられているなら警察に、法律の抜け穴に苦しめられているなら弁護士に、身体具合が悪くてつらいなら医者に。そして、こころがつらいときは。

精神科医であるわたしは意外と「助けて」と言われた経験は乏しい。幻覚妄想を伴う興奮状態のため、入院させるべく、みなで体を押さえて、鎮静する注射をしようとしているときなどに、「助けて！ 助けて！」と叫ぶ患者はいるが、助けを求めているのは、どう考えても患者を押さえつけて変な注射をしようとしているわれわれに対してではない。本書の別のところで提示するある患者は「先生、助けてください」と電話してくるのだが、彼を脅かすようなことを言ってきた苦しめているのは神様なので、神様から救う神通力のないわたしは、せいぜい「薬ちゃんと飲んでくださいね」と言うくらいしかできない。「こころの専門家」みたいな言われようをすることもあるが、それはまさに誤解であって、われわれ精神科医ができるのは精神の病気の症状緩和である。

こころがつらいと言って外来を受診されても、それは病院に持参する問題ではなくて、人生相談ではないかという場合もある。もちろん医療問題か人生相談案件か明確に分けられるともかぎらないのだが。では、人生相談は誰がするのだろうか。新聞の人生相談などでは、著名な小説家などがやっている印象がある。ちょっと調べてみると、心理学者、教育学者、医師、弁護士、そして宗教家といういろいろである。回答者に哲学者を見かけないが、哲学は考えることを主眼とし、相談の答えを与えるものではないからだろうか。人生相談といっても

法律問題なら弁護士、資産形成ならファイナンシャル・プランナーなど特定の問題は特定の専門家が相談に乗る。それ以外の、ジャンルを特定できないような問題こそが人生相談らしい人生相談であるが、そうしたものは「こころの悩み」に近い様相を帯びてくる。

人生の困難に遭っている患者に、「先生ならどうしますか」などと訊かれることもあるが、「わたしは人生の達人ではありません」とたいていは答えている。医者は生き抜くことに対して手助けを試みるのであって、生き方を指南するわけではないし、できるものでもないからである。では医療や福祉従事者の則を超えたところにある問題に対して、どのような手当があるのだろうか。哲学か、宗教か。

本書は臨床現場——本書の執筆者はほとんどが精神科医なので、特に精神科の診療現場、そしてもう少し大きくとらえると、心理的な援助の場面——において、宗教をどうとらえ、どう対峙していくべきかを考えたいということから編まれたものである。もっとも、そういうことはこれまで考えられていないのかといえ、そうではないだろう。

例えば二〇一四年に創設された、日本「祈りと救いとこころ」学会というものがある。「二一世紀は『こころの時代』である」に始まるその設立趣旨¹を要約すると、現代社会の混迷の

I

宗教と精神医学

科学が腑分けする宗教する「こころ」——進化心理学からみた宗教

小林 聡幸

宗教と科学の抗争

宗教と科学の抗争というやはりガリレオ・ガリレイが思い浮かぶ。宗教裁判にかけられ、地動説を撤回せざるをえなくなつて、「それでも地球は回る」。負け惜しみのようなセリフは来るべき科学の勝利を予告しているからこそ感動的なのだ。しかしこのセリフは実は一九世紀の科学者の作り話なのだ^①。

確かに一三世紀のトマス・アクィナス以降、天動説がローマ・カトリック教会の公式見解だったが、ルターらに批判された、当時の腐敗した教会にとって、太陽が世界の中心にある

うが、地球が中心にあらうが、まあどうでもいいことだったのかも知れない。地動説Ⅱ太陽中心説を教会が断罪したのはガリレオの時だけだったという。この宗教裁判は宗教と科学との抗争どころか、保守的な学者からの反感、友人だったローマ教皇ウルバヌス八世との行き違いに、プロテスタントとの抗争などが絡んでの、科学的でも、宗教的でもない、極めて人間的なゴタゴタであった。いやあ、ちよつとがっかりだ。

がっかりと思つたのは一九世紀の科学者もだつたのだらう、これを宗教と科学の抗争に仕立てて語ることで今日にまで伝承されたということだ。面白いことにトマス・アキナスの目指したのは信仰と理性の一致であつたから、信仰と科学の協働を目論んだ末に理性的な判断としてアリストテレスの唱えた天動説が是とされたのである。主に一八世紀に活躍したアイザック・ニュートンは近代科学の祖ともいふべき人だが、敬虔なキリスト教徒であつた。科学的な探究は神の世界創造の御技を示すという意義があり、教会と対立するようなことはなかつたのだ。

教会の癩に障つたのはチャールズ・ダーウィンだつたかもしれない。進化論は聖書が示す創造説に真つ向から抵触するからである。ガリレオが一七世紀の人であつたのに対して、ダーウィンはまさに一九世紀の人だ。もつともダーウィン自身は医学に挫折したあと（なんと

ガリレオも医学に挫折している！)、大学で神学を学んでおり、当時としてはふつうにキリスト教信仰を持っていたようである。だが、愛娘が死ぬのを目の前にして、それは自然現象であつて、神とも何とも関わりがないと思つたことから教会とは離れて行くようになった。

神とともにあつた科学は、一九世紀になると、神の存在の無用性を示すようになっていたのである。だが、科学者の宗教との折り合いのつけ方はそれぞれで、現代においても無神論から、信仰と科学の両立までいろいろだ。例えば、神が物理法則を作り出し、そこでビッグ・バンのスイッチを押すと、宇宙が開關し、以後は神の作りたもうた物理法則によつて宇宙のすべてが稼働しているなどと考えれば、神と現代科学とは共存可能である。やがて進化して人間になるように神は下等生物から作つたという、進化論を取り込むカトリック教会の二〇一四年の見解^②などもそうだ。そもそもこうした考え方は理神論といい、啓蒙主義時代から存在するものである。神様がスイッチを押したかなんてことは知りようがないというのが不可知論で、何も無理やり神の居場所を作らなくとも、神は存在しないではないかというのが無神論だ。

二〇世紀になると、カール・マルクス^③は宗教を「民衆のアヘン」だと述べ、ジグムント・フロイト^④は「幻想」であり「強迫神経症」であると述べたのは有名な話である。そして二一

境界のスピリチュアリティ——宗教と医療の狭間で

スピリチュアリティ研究の背景

森口眞衣

医療において「スピリチュアリティ (spirituality)」という概念が登場するようになって久しいが、そもそもスピリチュアリティとは何かを定義することは難しい。社会では「スピリチュアル (spiritual)」という言葉のほうがよく使われており、スピリチュアリティは本来かなりアカデミック寄りの概念である。社会学や宗教学などの学問領域で社会的動態として宗教の実体や要素を定義するために理論化された専門用語が「スピリチュアリティ」、それが社会でさまざまな文脈に広がって一般化した用語が「スピリチュアル」とイメージするとわか

りやすいだろうか。本来的なスピリチュアリティは超自然的な存在あるいは現象、またそれに近づこうとする人間のもつ智慧や霊魂という宗教的能力の高さを意味する。いわば宗教の中核に位置する概念として、日本でも学術用語では「靈性」「精神性」などと翻訳されてきた。では、なぜ「スピリチュアリティ」が「スピリチュアル」として一般化し、その中で医療と接点をもつことになったのだろうか。これには学問と社会の近代化という現象が大きな影響を与えている。一八世紀から一九世紀前半のヨーロッパではサイエンス (science) すなわち科学的な考え方の急速な発達を基盤として、学問が自然現象とその応用を広く対象とする自然科学系の分野と、人間社会とその文化を広く対象とする社会科学系の分野に整理されるようになっていた。現在スピリチュアリティを研究対象とする心理学や精神医学、あるいは社会学や宗教学といった領域は、こうした人間の営み、あるいは人間そのものを科学的分析の対象として理論化をはかろうとする潮流から誕生し、既存の学問区分にはない新たな体系として成立したのである。

しかし、科学技術を基盤に産業化を進めてきた近代社会が直面したのは、二度の世界大戦だけでなく、戦後さらに拡大を見せた環境汚染や人権侵害などの問題であった。一九世紀後半から二〇世紀前半の世界において、あらゆるものごとを焦点化あるいは具体化しようとする

る科学的で合理的な価値観は、まさにそれこそが問題解決に最も有効な手段とみなされ発展を続けてきた。にもかかわらず、実はそれでも明確な解答を得られない現実の難問が消えることなく存在し続け、しかも拡大していったのである。二〇世紀半ばになると「科学的合理性だけでは解決しないのではないか」という不安がむしろ高まるようになり、それを色濃く投影した分野のひとつが医療であった。科学の万能性に期待して発展した当時の医学では、生命倫理 (bioethics) の成立背景として知られるように薬物治療の限界や弊害、短時間診療による患者との信頼関係希薄化など、医療の倫理的側面をめぐるさまざまな行き詰まりが可視化されてきていた。こうした問題に対し、科学の特徴である合理性とはまったく異なる角度から解決をはかる新たな可能性として浮上してきたのが、いわゆる「ホリスティック (holistic)」という新しい価値観といえるだろう。

ホリスティックは「全体」や「包括」といった意味で説明されるように、非明確化・非合理性の象徴的存在ともいえるふわりとした輪郭の概念である。この価値観が注目されるようになるのと前後するように、宗教におけるスピリチュアリティ概念が「宗教を補完するもの」「宗教を代替するもの」という周縁的な意味を広く含む形で解釈され、その輪郭がぼやけはじめていた。それまでのような宗教の中核に位置する「超越的存在」やそれに対する「宗

Ⅱ

精神疾患に浸透する宗教

統合失調症で宗教はどう機能するか

統合失調症体験における宗教的なもの

小林 聡幸

クルト・シュナイダーの『宗教精神病理学入門』^①はこの分野のモノグラフの古典である。八つの疾患を取り上げ、臨床像を概説したうえで、そこにみられる宗教的な精神病理現象を記していくという体裁をとっている。「宗教精神病理学的な意義は僅少」と述べられる疾患が多く、結局、精神分裂病（統合失調症）について紙幅の半分近くを費やしている。シュナイダーはその「序言」で、当該書の目的は「宗教を心理学的現象、またはもっと突っ込んで精神病理学的な現象に帰結させようとすること」ではなく「異常なる心情状態に於て観察す

ることの出来る宗教的体験の記述以外の何ものでもない」と述べている。ここでいう「異常なる心情状態」は彼一流の慎重な言い方であって、われわれとしては「精神疾患」と捉えておいて大過ない。が、このような慎重な態度はシュナイダーの仕事全般を覆うもののようにある。^②

「宗教は精神病理現象」などと言って、徒に宗教界の反発を招く必要はないというのも尤もであるが、宗教的な事象はその概念面についていえば、何ら物質的な実態と関連を持たないのだから、「宗教は精神現象」ではある。その精神現象が統合失調症という精神病理現象とことさら親和性を持つことはシュナイダーに限らず諸家が指摘していることである。宮本忠雄は、宗教と統合失調症の密接な関連性について、「宗教体験なるものの核心がややもすれば正常心理の境界をふみ出て、しばしば分裂病者の固有の体験と区別しがたいほどに同質の構造をもち」、他方、統合失調症の病的体験が「真の宗教体験から分離するのが時に困難なほど宗教的色彩を帯びる」という事情に由来するとひとまずは両者を区別するものの、「さらにその淵源をさぐれば、『超越的な他者に関わる特有な観念体系』という点で両者の親近性を想定することができるかもしれない^③」と付け加えている。

ただ、統合失調症における宗教を論ずるに当たって、宗教、あるいは宗教的なものとは何

かということが定めがたい。宗教学者の大田俊寛は「宗教とは何か」という問いに対して多くの宗教学者が「宗教学者の数だけ答えがある」などと言ってお茶を濁していると批判し、明快に「共同体を作り上げるために必要とされるフィクション」と規定できるとしている。

ロビン・ダンバーは宗教の定義についての二つの大きな流れがあると指摘する^⑤。ひとつは宗教を道徳的共同体——同じ一連の信念を共有する集団——で実践される慣行体系と位置付けて、人類学的な立場から、儀式などの慣行が果たす実用的な役割を重視する立場である。これは換言すれば「行うもの」としての宗教ということができる。もうひとつは、より哲学的、心理的な視点から、宗教を包括的な世界観ととらえる立場であって、こちらは「信ずるもの」としての宗教ということになる。これらは相互排他的なものではなく、宗教の二つの異なる側面であり、個々の宗教によっても重点の置き方が違うわけである。そして、大田の文脈からいえば、両者ともに、共同体を作り上げるフィクションを含んでいるといえるであろう。

他方、「アニメや漫画といったポップカルチャーに宗教がどのように表象されているか」を論じた宗教学者の石井研士^⑥が、宗教的な事物として取り上げているのは、魔法、変身、巫女、神社、異界、他界、異世界、転生など多岐に渡る。極論すれば、非科学的なもの、超自

てんかんと宗教性——性格の病、行動の病

てんかんについての宗教的な意味付け

てんかんは古代から近代まで、いつの時代にも宗教と結び付けられてきた疾患である。突然意識を消失して倒れ、全身が激しく痙攣する大発作の症状は、いかにも不可視の存在に取り憑かれたように見えるため、神聖病などと呼ばれ、祈祷などの宗教的治療の対象となってきた。

特にキリスト教において、新約聖書の福音書に、イエスがてんかんの子どもを叱ると悪霊が出て行っててんかんが治ったというエピソードがあること^①から、キリスト教世界ではてん

深尾憲二郎

かんが悪霊の憑依による病気だという考えが長く残った。その一例として、映画『エクソシスト』のモデルになった悪魔憑きの少女は自己免疫性脳炎によるてんかんの患者だったという説がある。²⁾ いずれにしても、これらは患者の周囲の健常者たちによる、てんかん患者に対する恐怖と嫌悪に基づいた差別的意味付けである。

しかし、てんかんを宗教的疾患と見なすことは、必ずしも周囲の健常者からの勝手な意味付けに過ぎないわけではない。というのは、てんかん発作自体を神的存在に直接触れる神秘体験として体験する患者もいるからである。この点については、精神病理学においては歴史的に、てんかん患者であったドストエフスキーが作品の登場人物に仮託して語らせているてんかん発作のアウトラ（前兆）体験がよく知られている。³⁾ たとえば、『悪霊』のキリーロフは「この一瞬の体験のためなら、残りの人生のすべてと交換してもよい」とまで述べている。しかしながら、てんかん患者において発作そのものがこれほどの至福感を伴う神秘体験であるような症例は、実際は「ドストエフスキーてんかん」と名付けて症例報告されるほど稀なのである。⁴⁾

臨床上実際に多いのは、てんかん発作自体ではなく、発作後朦朧状態や発作後精神病状態において神秘的な体験をする例である。一般の精神病状態においてはその種の体験はそれほど

ど多くはないが、てんかんの発作後状態においては二七％に神秘的体験が見られると緒方らが報告している^⑤。この事実については、てんかん発作の後遺症としての意識障害が神秘的体験の基盤になっているものと解釈されている。

しかし、てんかんと宗教性の関係は、発作や発作後精神病状態における神秘的体験だけに限られるものではない。発作そのものでも発作後でもない発作間欠時の行動においても宗教性が目立ってくる場合がある。これを差別や社会的苦境に対する心理的反応と見なす意見もあるが、それだけでは説明しがたく、やはり病的な行動特性と見なすべきである。

てんかん性格／てんかん性性格変化

てんかん患者における性格または行動特性については、遺伝素因による生来性のものだと考える場合は「てんかん性格」、そうではなくててんかんの長期的な罹患による後天的変化だと考える場合は「てんかん性性格変化」と呼ばれてきたが、いずれにせよ、鈍重・迂遠・粘着性・爆発性などによって特徴づけられてきた。これらの特性は、歴史的にはヒポクラテスの四体液説における粘液質によって説明されてきたが、四体液説が信じられなくなつてからも、客観的に存在する特性として認められてきた。わが国でよく知られているクレッチマー

非定型精神病、救済、暴力

宗教的体験と触法行為

宗教は人に心の平安をもたらす。個人の苦悩を和らげ、愛や希望をもたらすことが宗教の機能であり役割である。

その一方で、神の名の下に残虐な行為が繰り返されてきたことも事実である。多くの宗教は「不殺生戒」を説きながら、殺人を正当化する聖戦論・義戦論も持つ^①。宗教は暴力を容認するどころか、促進さえする。「神がそれを望み給う」のスローガンの下に多数のイスラム教徒を殺戮した十字軍は、異教徒による汚染を嫌悪するキリスト教的浄化思想の衝動であっ

小島秀吾

た。²⁾そして、我々は、「ポア」の名の下に教団にとって邪魔な人物の殺害を続け、社会の転覆をもくろんだオウム真理教を知っている。

本章は宗教のもつ暴力性そのものを論じるものではない。それは筆者の力量をはるかに超える。ここでは、宗教的色彩をとまなう病的体験から触法行為に及んだ非定型精神病の精神鑑定事例二例を紹介し、その病理と犯行との関係を探ってみたい。

宗教的色彩をとまなう病的体験から触法行為に及んだ二例

事例一

A 男性、四十歳、会社員

実父は七十代で、長く工場に勤め、退職後は自宅で隠居生活を送っている。おとなしい性格だが、四十歳頃、父の葬儀の席上、突然興奮して僧侶を罵るという異常行動を呈したことがある。義妹の死の際も、同様の錯乱状態に陥った。精神科を受診したが、自然に回復したため数回で通院を中断した。実母は五十二歳で病死。二歳上の姉は新興宗教X会の熱心な信者である。

Aは、おとなしく消極的な性格。中学以降の友人付き合いはほとんどなく、高校では授業

をしばしばサボった。高校卒業後、運転手を希望して運輸会社に就職した。二十一歳時、周囲の人に悪口を言われたり、街中で自分の名前を呼ばれたりするように感じた。一週間ほど食欲がなく、眠れない日が続いた。入水自殺を考えたが、家族への迷惑を考えて思いとどまった。精神科を受診し、服薬によりすみやかに回復した（診断、処方内容ともに不明）。その後は、運転手、機械整備などに配属されたが大過なく勤めた。同僚との付き合いはほとんどなく、二十五歳時に女性と交際したが半年で破局。それ以後、女性との関係はない。二十六歳時、憂うつで何をするにも億劫になり、悪口を言われているように感じたため精神科受診を再開。服薬開始後すみやかに回復し、その後二年間服薬を続けた。三十三歳時に営業部門に配属された。人相手の仕事は苦手だったというが、周囲からは堅実な仕事を高く評価された。飲酒の習慣はなく、宗教には無関心な態度であった。

四十歳時、姉より「身内の死が続いているのは先祖の霊障なのでX会の祈祷に参加する」と聞き、祈祷料の負担を申し出て、翌日姉に現金を渡した。その翌日X会の布教ビデオを見た後に就寝したところ、請求書を受け取る夢を見た。翌朝、目が覚めてからも顔面の数字が鮮明なイメージとして頭に残っていた。姉からX会の口座番号を聞き出し、その金額を振り込んだ。同日昼から不吉な雰囲気を感じた。救急車のサイレンが耳につき、救急車に乗るこ

スクリューピュロシティ——強迫症における宗教・宗教性

小林聡幸

スクリューピュロシティとは何か

愛する家族を病気で亡くしたとする。ダーウィンのように「自然現象だ。仕方がない」と納得できる人は多くはあるまい。うちの両親のようなカトリックなら「神様が与えてくれた試練」などと言うかも知れない。しかし「家族が死ぬのを見て、ピンときたんです、これは神様が与えてくれた試練なんだから」などと言うなら、それは妄想ではないかと疑う。うちの両親だって、試練だなんて確信しているわけではなく、それは自然現象だとわかっていながら試練だと思おうとしているのだ。いや、それでは本当の信仰とは言えないのかも知れない

い。それが自然現象なのがわかっていながら、どうにも、不合理にも神の意志を感じてしま
う、そういったものが信仰ではないかと信仰のない筆者は考える。

「不合理ゆえに我信ず」が信仰のありかたなのだとするなら、不合理なのがわかっている
のにどうしても考えてしまう強迫観念と似たところがある。前述のようにフロイト⁽¹⁾は宗教を
強迫神経症のようなものだと言った。宗教をテーマとする強迫症は、それゆえ高頻度であっ
ておかしくないのだが、少なくとも日本での実臨床の印象では、それは稀にしか観察されな
い。これは不思議なことである。

スクリューパーピュロシティ (scrupulosity) は強迫症における宗教の問題を考える際に英語文
献でしばしば登場する言葉だが、小さな英和辞典だと「几帳面さ」とか「良心的なこと」と
いった訳が充てられている。もう少し詳しく、英英辞典を引いてみると「極端に正直である
特性」「全てをそうあるべきように正しく正確に行う性格」とややネガティブなニュアンス
が漂う。

精神症でないし精神症候群としてのスクリューパーピュロシティは、「病的な罪責感や道徳的
・宗教的な事柄に関わる強迫行為を第一の特徴とする心理学的疾患であり、しばしば道徳律
や宗教則の強迫的遵守を伴い、高度に苦痛と非適応をもたらす⁽²⁾」、あるいは「スクリューパー

ユロシティは、不道徳に、あるいは宗教的信念に反して、考えたり行動したりすることへの強迫的な恐怖に特徴づけられる⁽³⁾などとされる。この場合のスクリューパーピュロシティとは「几帳面さ」「入念」「克明さ」などではなく、日本語にはびたりと当てはまる単語はない。「瀆神恐怖」では宗教に意味が偏ってしまうし、「謹厳居士」には若干の否定的ニュアンスが漂うが宗教的含意が希薄で、また症状の名前らしくない。なんとか日本の宗教観・道徳感になじむように訳すなら「ばち当たり恐怖」あたりになるだろうか。道徳に反する行為であってもばち当たりと表現するのは奇異ではないからである。

そしてスクリューパーピュロシティは多くの要素を強迫症と共有し、場合によっては強迫症の宗教的亜型とされる⁽²⁾。操作的診断基準には採用されていないものの、DSM-IV⁽¹⁾からこの言葉は形容詞として、強迫症ではなく、強迫性パーソナリティ症のなかに登場している。このパーソナリティ症の人は「overconscientious, scrupulous and inflexible」⁽⁵⁾だといっているのであるが、日本語訳では「過度に誠実で良心的かつ融通がきかない」となっており、一般的な「良心的」という訳を充てているだけで、英語でこの言葉に特異な意味が込められていることには注意は払われていない。

スクリューパーピュロシティの症状は、神への冒瀆、罪悪に関わってしまったこと、不道徳な

Ⅲ

精神療法が要請する宗教性

宗教が癒しをもたらすなら、癒しの何が宗教的なのだろうか

口々の出会いのなかの精神療法

野間俊一

精神科の診察室では、精神療法が行われている——一般の人々はそう思っているにちがいない。心の病は何らかの悩みから来ているのだから、カウンセリングによって悩みを解きほぐす必要がある、と考えるのも、もつともである。実際、精神科外来では、五分以上診察をしたら、「通院精神療法」という保険料が算定されている。

しかし、仮に精神科医にランダムに「精神療法をしていますか？」と尋ねたとしたら、半数以上の割合で、「治療のほとんどは薬だから」「十分ではちゃんとした精神療法はできない

し」という答えが返ってくるのではないだろうか。じっさい、薬の効果はてきめん、効いているか効いていないかはわかりやすい。他方、精神療法といえ、プロトコルのしつかりした、一回に六十分や九十分かける精神療法を意味することが多く、その場合でも効果はつきり出るとは限らない。ましてや、短時間診療しか行っていない大多数の精神科医は、自分が精神療法を行っていると言言することに躊躇してしまうのである。

ただそれでは、精神科医が自分の仕事を過小評価しすぎというものである。短時間の診察であっても、患者と直接顔を合わせ、なまの言葉で患者の訴えを聴きとり、場合によっては患者の訴えとは直接関係のない日常のもろもろの話題に耳を傾け、一見他愛もない会話を交わすということ、精神科医は日々行っている。そのような医者への臨床の営みも、薬物療法に負けず劣らず重要な医療のファクターであるはずである。患者がその医師を信頼して通い続け、そのうちに通院が日常の大事な一コマになり、数カ月後数年後には悩みから解放されるというよくある経過を考えれば、薬が効いたというだけではなく、患者の回復や、より広く癒しというものに、精神科医との出会いが深く関わっているはずである。それもまた、きわめて広い意味での精神療法と呼ぶべきものである。ここでは仮に「日常の精神療法」と呼ぶことにしよう。

このような医師と患者との日々のお会いにどのような意味があり、それが患者の回復や癒しにどのように関わっているだろうか。そのメカニズムを明確に述べることは難しい。しかし、もし、日常の精神療法における言語化困難な医師と患者との相互的な関わりが、患者の回復にとって意味を持つているとすれば、回復の過程には、そして回復の底にある癒しの瞬間には、論理的説明を越えた、つまり私たちの日常を越えたなんらかの事象が働いている可能性がある。「日常の精神療法における非日常性」とでも言うべきものだが、それはどのようなものだろうか。

患者の精神疾患からの回復を苦悩からの癒しと置き換えるならば、人々の救済を説く宗教を連想させる。もともと、なんらかの信仰を自覚することの比較的少ないわが国では、宗教と言えば、胡散臭い新興宗教を思い出すかもしれない。とくに前世紀末、特定の宗教団体の引き起こした劣悪で悲惨な事件の記憶の癒えていない私たちにとって、宗教と聞くと条件反射的に遠ざけたくなる気持ちが湧き上がるかもしれない。宗教の説く救済は、真の幸せに近づくことではなく、現実離れた思い込みに過ぎないようにも思われる。しかし、日本の私たちはまた、神社仏閣を見ると厳かな気持ちになり、自然と手を合わせ、頭を下げる。そう考えると、信仰心や宗教的感覚というものは、人類に普遍的なものではないだろうか。人間

治療倫理の源泉としての宗教性

佐藤晋爾

宗教と精神医療との関係が様々なことは本書の各章をお読みいただければ一目瞭然だろう。筆者は治療に関心があるので、その観点から宗教性を考えたい。

治療行為自体——とりわけ心の領域の場合——が宗教性を帯びることがあるというのは、多くの方に首肯していただけたと思う。この点は多くの議論がある⁽¹⁾⁽²⁾。しかし、筆者が考えたのは、治療者自身にとつての宗教性である。

私たち治療者はしばしば孤独を感じる。医学の枠内にいるようで、医療現場という実践では、時に医学／科学的合理性の枠を踏みこえる勇気が必要になることがあるからだ。この瞬

間、私たち治療者は宗教性と接していると思う。

本章では、私たち治療者自身が治療者として機能し、生活していくために、宗教性を意識することが重要ではないかということを考えてみたい。

治療者がもつ宗教性

治療者が患者に対して、宗教性をもつという議論は多い。土居健郎^③は目の前の患者が見せる暗い面を治療者が照らし出すこと、それが信仰心のなす業であると指摘している。照らし出すために、精神科医が「光を放つ」必要があるように思われるが、それが何かについて土居は説明していない。むしろ光があるに違いないと信じて、自体が、土居にとっての信仰なのかもれない。濱田秀伯^④は治療者が使徒的であると自覚することが重要であると述べている。「遭わされた者」として自力で生きていくという万能感を捨てた態度で、自分を越えた大いなるものに生かされていること、その存在を示唆すること、これらが使徒的治療者の役割であるという。具体的には嘆きや希望によって患者に働きかけることである。

近い議論だと、神田橋條治^⑤は治療において「大いなるもの」が重要だと述べている。神田橋のいう「大いなるもの」とは、「その前で自分が無力になれるもの」である。神田橋はそ

れ以上述べていないので蛇足になるが、筆者は「自分が無力になる」「無力である」ではなく、「無力になれる」としている点が重要ではないかと考えている。力むことなく自身の本来の在りように身を任すことが症状の改善に貢献するのならば、自分を越えたものを信じ、自分の力に頼りきることをある程度諦めることが必要になるだろうからである。他の心理臨床家からも同様の指摘がある⁽⁶⁾。

ヤスパースの哲学的信仰

土居や濱田の議論の背景にはキリスト教がある。しかし、ここでは特定の宗教から離れた形で検討したい。そこで、精神科医から後に哲学者に転向したカール・ヤスパースの議論を参考にしたい。

若くして精神病理学の基礎を打ち立てたヤスパースは、健康上の問題と自身の本来の関心から、哲学に移った。ヤスパースの思想で哲学的信仰は重要な位置を占め、彼の哲学のキーワードの一つである。

ヤスパース⁽⁷⁾は、これまでの宗教と哲学の関係を振り返り、宗教は神のような絶対的存在を想定し、それらは無条件に正しいとして従うことを求めてきたとする。一方の哲学は、無条

統合失調症の「コミュニケーションタス妄想」からみた宗教による癒し批判

宗教と精神療法

大塚公一郎

宗教の意義のひとつとして、人間が生きることにともなう様々な苦しみからの救いや癒しを個人や集団レベルでももたらすことをあげること、無理はないだろう。しかし、現代社会では、ずいぶん前から、救いや癒しを、心理療法やカウンセリング、精神療法などと呼ばれる分野に託することも行われてきた。近年のカルト教団による問題もあり、人々が宗教への不信感を強め、心理カウンセラーなどの専門家による癒しを、宗教によるそれよりも好む傾向はさらに強くなっていくのではないかと思われる。

精神療法、心理療法、カウンセリングは、大まかにみれば、こころの健康や精神的な問題に対処するための方法といった共通点があるが、微妙な違いと使い分けがなされる。精神療法は、担い手が精神科医（医師）であり、したがって薬物療法と併用されることがあり、医療（医学的治療）の枠内で行われる対象が重い精神科の病気である場合に良く用いられる。筆者が精神科医であること、本論で提示する患者が統合失調症という重い病気であることを考えて、本文では、精神療法という用語を用いる。

このように定義された精神療法と「宗教による癒し」は大きくかけ離れているように思われるだろう。ところが、そうとも言い切れないのである。精神医学史という研究分野があり、精神疾患の理解、治療法、精神医療制度、社会的な認識の変化を歴史的な視点から探求することを目的としている。たとえば、社会が「狂気」をどのように定義し、どのようにそれに対処してきたかを歴史的に考察し、精神疾患に対する社会的な認識や権力の役割について新たな視点を提供したフランスの哲学者ミシェル・フーコーも傑出した精神医学史家とみることもできる。フーコーに限らず、近代精神医学の成立以前の古今東西の宗教における癒しを、広い意味での精神療法とみなして、それらのあいだに、共通点と相違点を指摘する研究は枚挙にいとまがない。

それでは、どのような視点から、宗教による癒しを広義の精神療法の歴史のなかで問題にしていくなかといえ、癒す者と癒される者の関係性に注目することが多い。精神科医でもあったアンリ・エランベルジェもこのような視点から大きな業績を残した。彼によれば、宗教による癒しを広義の精神療法とみなすなら、治療者は、シャーマンや祈祷師、司祭、牧師、神官、僧侶などの聖職者となり、患者やクライエントは、信者ということになる^①。

ところで、今日、盛んにおこなわれる「宗教」批判は、宗教による癒しにおける人間関係が、時として、支配と隷従、搾取、民主主義の原理や基本的人権の軽視につながるような威主義、全体主義、不平等性、操作性（マインドコントロール）など問題含みになることに向けられていると思われる。このような問題意識からの宗教批判は、マルクスやフロイトのそれにみられるような古典的な批判にもつながっている。ところが、興味深いことに、一九世紀後半にフロイトによって創始された精神分析自体、その後、独自の理論と技法をもつ様々な学派に分裂し多様な展開をしてきたが、その原動力となったのが、教祖と信者の関係がもつ上述の問題に類似する、学派内のカリスマ的指導者と弟子たちとの間の確執や葛藤であったともされる。

最近、筆者は、その治療に携わってきた長期入院の統合失調症の一男性患者において、本

臨床家はスピリチュアリティとどう向き合おうべきか

小林 聡幸

スピリチュアリティとヒューマニティ

ウィリアム・ジェイムズは「宗教とは、個々の人間が孤独の状態にあつて、いかなるものであれ神的存在と考えられるものと自分が関係していることを悟る場合にだけに生ずる、感情、行為、経験である」^①としている。これを踏まえてダニエル・デネットは「存在すると認められるべき一つの超自然的行為主体、ないし、いくつかの超自然的行為主体を信じている人々からなる、一つの社会システムである」^②と定義する。いずれも「神的存在」「一つの超自然的行為主体」を措定しつつも、デネットは社会システムという点に重きを置く。すな

わちジェイムズの定義は宗教団体という視点から離れている点でむしろスピリチュアリティの定義に近い。しかしながら「神ないし神々のいない宗教は、背骨を持たない脊椎動物のようなものだ^②」という感想は根強くあり、特定宗教の枠を越えて神ないし神のような何かを信ずる態度というのも珍しくない。

ところが超自然的存在は科学的な視点からするといかがわしいものだし、共同体への関与は政治的な臭さを孕む。そこである局面においてはそういう宗教の要素を取り払った上で、宗教的な何ごとかを扱いたいという要求が生ずるのではないかと思われる。

安藤泰至は、スピリチュアリティを使う人々として、次の三つのタイプがあると^①する。医療・福祉・教育・心理療法など広義のヒューマンケアにかかわる専門職の人々、従来の「宗教」概念ではとらえられない現代社会の現象をこの概念によって読み解こうとする宗教学者たち、従来の宗教に変わる新しい自己探求のあり方としてこの語を標語的に用いる新霊性運動の主導者たち。

デイヴィッド・J・ハフォードはスピリチュアリティを「超越に対する個人的な関係」とし、それに対して宗教は「スピリチュアリティのコミュニティ、スピリチュアリティの組織的側面」と定義するが、こうした対照はひとまずわかりやすい。しかしながらスピリチュア

リティを厳格に定義することは難しい。林貴啓は「宗教が長らく扱ってきたが、何かの宗教を信じているかどうかに関係なく、人生にとっていちばん根本的で、大切な何か。それを言い表すための言葉⁶⁾」と述べ、厳格な定義を与えないほうが有用だとしている。英語では「spiritual」は「宗教的 (religious)」とほぼ同義で用いられる一方、「宗教的ではないがスピリチュアル (not religious, but spiritual)」という言い回しもあり「伝統的なキリスト教団には属さないが……」といった場合に使われる⁶⁾。林は他の論者の定義を挙げているので、列挙しておく。「神との深い交わりの状態」「生きがいを求める魂の働き」「いろいろな宗教の共通項、普遍的特徴」「心身両面の刺激による日常性からの離脱⁷⁾」。「宗教性」「全人格性」「実存性」「大いなる受動性⁸⁾」。

林は樫尾直樹⁹⁾がスピリチュアリティを、超越者や不可視の力との関係性を示し、「超越性」や「全体性」によって特徴づけられる「強い宗教的スピリチュアリティ」と、生の実存の意味や利他的な生き方、つながりへの気付きなどに対応する「弱い倫理的スピリチュアリティ」に分類していることを踏まえ、「問い」と「答え」の位相という考え方を提案する⁶⁾。『問い』の位相とは、『人生の意味』『死後の運命』といった事柄を、実存的・自覚的に問うてゆこうとする姿勢であって、それに対して『答え』の位相のスピリチュアリティとは、そうし

たい』(昭和堂、2003)、『エスとの対話』(G・グロデックとの共著、新曜社、2002)。

佐藤晋爾 (さとう・しんじ) 1970年生まれ。茨城県立中央病院精神科部長、筑波大学医学医療系 筑波大学附属病院 茨城県臨床教育センター精神科教授。筑波大学医学専門学群卒業。博士(医学)。専門はリエゾン精神医学、精神病理学、病跡学。主な著書に『病誌から考える精神科面接』(筑波大学出版会、2024)、『みる よむ わかる 精神医学入門』(共訳、医学書院、2015)、『日常診療に必要な認知症症候学』(共著、新興医学出版社、2014)、『精神科診療トラブルシューティング』(共著、中外医学社、2008)。

大塚公一郎 (おおつか・こういちろう) 1963年生まれ。自治医科大学看護学部教授。東北大学医学部卒業。博士(医学)。専門は臨床精神医学、精神病理学、多文化間精神医学。主な著書、『病いのレジリアンス——ナラティブとしての虚偽主題』(金剛出版、2023)、『移住者と難民のメンタルヘルス——移動する人の文化精神医学』(共訳、明石書店、2017)、『精神看護学Ⅱ 臨床で活かすケア——こころ・からだ・かかわりのプラクティス』(共著、南江堂、2015)、『レジリアンス・文化・創造』(共著、金原出版、2012)。

編 者

小林聡幸（こばやし・としゆき）1962年生まれ。自治医科大学精神医学講座教授。自治医科大学卒業。博士（医学）。専門は臨床精神医学、精神病理学、病跡学。主な著書、『うつ病ダイバーシティ』（金原出版、2023）、『キャラクターが来る精神科外来』（共著、金原出版、2022）、『摂食障害入院治療——超低体重と多様性』（共編著、星和書店、2020）、『音楽と病のポリフォニー——大作曲家の健康生成論』（アルテスパブリッシング、2018）、『行為と幻覚——レジリアンスを拓く統合失調症』（金原出版、2011）、『シンフォニア・パトグラフィカ——現代音楽の病跡学』（書肆心水、2008）。

著 者（掲載順）

森口真衣（もりぐち・まい）日本医療大学保健医療学部教授。北海道大学大学院文学研究科博士後期課程（思想文化学専攻）修了。博士（文学）。専門はアジアの医療および医学思想史、医療と宗教の関連史。主な業績、「「掘り起こし」と「埋め戻し」の葛藤」（『日本病跡学雑誌』105：31-37、2023）、「成就と治癒のはざま——宗教的瞑想の「医療化」をめぐる」（『精神医学史研究』26（1）：6-12、2022）、「「東洋医学」をめぐる文脈の問題——概念と名辞の関係整理について」（『北海道生命倫理研究』9：10-25、2021）。

深尾憲二朗（ふかお・けんじろう）1966年生まれ。帝塚山学院大学総合心理学部教授。京都大学医学部卒業。博士（医学）。専門は臨床精神医学、臨床てんかん学、精神病理学。主な著書、『精神病理学の基本問題』（日本評論社、2017）、『思春期——少年・少女の不思議のこころ』（ミネルヴァ書房、2018）、『統合失調症という問い——脳と心と文化』（共著、日本評論社、2022）、『てんかんフロンティア』（共著、新興医学出版社、2017）。

小島秀吾（おばた・しゅうご）1970年生まれ。国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻教授。筑波大学医学専門学群卒業。博士（医学）。専門は司法精神医学、犯罪心理学。主な著書、『犯罪精神医学拾遺』（時空出版、2015）、『わかりやすい犯罪心理学』（共編著、文化書房博文社、2010）。

野間俊一（のま・しゅんいち）1965年生まれ。のまこころクリニック院長。京都大学卒業。博士（医学）、臨床心理士。専門は思春期青年期精神医学、トラウマ関連精神医学、精神病理学。主な著書、『解離する生命』（みすず書房、2012）、『身体の時間』（筑摩選書、2012）、『いのちと病い』（編著、創元社、2012）、『身体の哲学』（講談社、2006）、『ふつうに食べ