

## 「人間」の回帰 ——スピリチュアリティとレジリエンスについての一考察——

熊倉 伸宏

この10年間、「スピリチュアリティ」と「レジリエンス」という言葉が精神医学のトピックとなった。本論文の目的は、その背景を調べ、そのトピックの現在の意義を考えることにある。ヤスパースは精神医学の基盤には「人間知」があると考えた。この意味では、本誌上に人間知のテーマが回帰した時期が、少なくとも3回あった。第二次世界大戦中に人間は核兵器という未曾有の破壊性を示した。その中でファシズムという限界状況を生きたヤスパースは、戦後になって、フロイトの精神分析の批判論文を発表した。日本では、これが土居健郎と石川清の論争を呼び大きな関心呼んだ。そこに精神病理学と精神療法が開花した。人間が回帰した第二の時期は、1970年代、若者による社会改革の時であった。当時、「強制」治療やインフォームド・コンセントについての論文が、多数、本誌上に登場し、患者の人権問題が日常的なテーマとなり病棟の開放化や地域医療の充実という精神科医療の諸改革が行われた。その後、精神科専門医制度が成立し、精神医学の「形」は整った。そして、「形」の中に何をを入れるか問題となった。その時期に、「スピリチュアリティ」と「レジリエンス」という言葉が叫ばれるようになった。私は、これを人間の回帰の第三の時期と捉えた。背景には、東日本の災害の前で専門性の無力が露呈した経緯がある。ここでは、人間の回帰という現象を、1946年のWHO憲章による健康定義との関連で論じた。人間知の主張が立ち返る時期の特徴としては、精神医学が、もう一度、理論的な先入観から解放されて、素朴な臨床観察と記述に復帰すべき時であると理解した。

〈索引用語：スピリチュアリティ、レジリエンス、積極的健康、臨床観察〉

### はじめに

「スピリチュアリティとレジリエンス」というテーマで原稿を依頼された。私の最初の反応は躊躇であり、辞退することを考えた。臨床を構成する「人」と、その「生」、人間存在を支える未知なるもの、つまり、了解不能性、それと医科学との関連、さらには、人と人の出会いをも、一望することを避けられない難しいテーマである。

幸いにして、今回の執筆者の先生方とは、以前から、私は御縁がある。しかも、島藪、加藤の両先生とも東日本大震災のサポートに、今も、地道にかかわっておられると聞く。彼らの語りの間隙

から、私に必要な何かを得られるだろう。そう考えて、私は本稿を引き受けた。

### I. 精神科医療における「人間」のテーマ

「人間」というテーマについては、実は、精神神経学会には重要な歴史がある。

まずは、第二次世界大戦において、人類は核兵器という人類史上類をみない破壊性を示した。人間は己の誇る「知」が破壊性を秘めており、それが統御不能であると知った。1950年、ヤスパースが「精神分析批判」<sup>4)</sup>を発表し、島崎敏樹らが、これを「思想」誌に訳出した。1954年、内村祐之が

これを取り上げ、精神誌の特集を企画した<sup>8)</sup>。当時、新進気鋭の二人の精神科医。その一人、哲学科においてヤスパース哲学を専攻した石川清がヤスパース論文を解説した。他の一人、米国において精神分析を学んだ土居健郎がヤスパース反批判を試みた。今もなお必読論文である。

ヤスパースはファシズムの脅威を奇跡的に生き延びたことは、周知の通りである。それゆえに、彼の論点は臨床と科学と信仰のテーマを網羅するものとなった。「精神分析は誤った、根拠のない信仰ではないか」から始まり、「精神分析は科学か」という問いかけにまで及んだ。それは単なる精神分析批判ではなかった。第二次大戦におけるファシズムの脅威を体験した彼ゆえに語らねばならぬ「人間知 (die Erkenntnis des Menschen)」があった。そこに石川と土居という稀有な個性が正面から向き合った。こうした歴史の中で戦後の精神病理学と精神療法論が開花した。彼らは、私たち次の世代に、きわめて実践的で、かつ、重要な「人間知」の言語ツールを残した。

70年代にも、精神科医療における「人間」の発見が叫ばれた時代があった。私は当時、まだ、若者であった。当時の青年医師たちには患者も医療従事者も、実に一人の人間に見えた。そして、精神科病院の不詳事件、「強制」治療の現実があまりにも非人間的に見えた。私たちは精神科医療の改革へと歩み始めた。精神神経学雑誌にも、ようやく、インフォームド・コンセント研究が論文として受理される時代になった。

さらに、次の世代は、私には不可能と思っていた精神科専門医制度を作り上げた。こうして、幸いにして、精神医学の「形」は大きく整った。そして、今、この時代に、スピリチュアリティとレジリエンスのテーマが提示された。「人間」のテーマが新しく回帰した。東日本大震災が露呈したのは、人間の破壊性を遥かに超えた自然の脅威であった。自然の前では、人間がいかにも無力であるか。先達が繰り返して語って、私たち後進が忘却したもの。つまり、「人間」のテーマが、そのように回帰した。

## II. 臨床における「人間」のテーマ

臨床問題を考えるとき、臨床医としての私は、まず、それに対応するケースを想定する。私に浮んだのは、一見、無関係な、きわめて平凡な臨床例だった。

症例は40歳のうつ病の男性である。発症後10年、仕事に復帰しているが、脱力感が残された。彼には下痢と腹痛を繰り返す難治性疾患があった。この消耗性の疾患と、うつ状態が関連し慢性化している。つまり、私は、一種の症候性の機序を想定した。この病態に対処するには、私は医学的知識において力量不足だ。それでは彼に「すまない」と思ったので、率直に、彼に提案した。

『あなたの病状を理解するには、私の医学的知識では不十分だと思う。もっと、新しい知識のある若い精神科医を紹介しましょうか』

これに対して、彼は軽い怒りを隠さずに答えた。「私は先生に会いに来ているのです」

『私では役に立てないかもしれないのに、なぜ、私でなくてはいけないのですか』

私がそう聞き返すと、彼は答えられない。しかし、結局、彼は私の外来に通い続けた。

1年ほど経って、彼は、「内科で新薬が開発されて、その治療がはじまりました」と私に報告した。私は、いつものように、その新薬を本で確認し、『私の知らない薬ですね』と呟き、カルテに書き留めた。わずか数分だけの手間であった。そして、短い診察を終えた。

彼が診察室を出るときだった。突然、ハッと何かを思い出して振り返った。

「先生だけです。精神科以外の薬をカルテに書きとってくれたのは、先生は私を見てくれているのです。それが理由で私は先生のところに来ているのです」

臨床の原点は「人」である。そのあたり前のことを彼に指摘された。私は覚悟した。彼の鋭い視線に耐えること、否、それを味わうことが私の仕事であると。

「私は何もできないのに、私を信頼して通い続けてくれる人がいる。その人にすまない」

そのように悩む初心者がたくさんいる。彼らに私は答える。

『彼らはあなたと言葉が通ずることに驚いている。あなたに感謝している。無力にとどまればよい。どうしたらよいかは、彼らが教えてくれる。あなたはすでに専門資格をとり、専門知識は身に付けているのだから』

「すまない」という無自覚的な罪悪感。その時、人は自己の無力を口実として、自己の無力感から遁走する。私が焦る必要はないのだ。私を必要としなくなれば、彼は自ら判断して来院しなくなる。結局、私は、私の無力を恐れていただけだった。

### Ⅲ. 世界保健機構 (WHO) における「人間」のテーマ

臨床には疾病治療では語れない人間のテーマがある。「生・病・死」のテーマ、単純化すれば「生」のテーマがある。それを考える技法とは、思考モードそのものを意識的に切り替えることである。疾病から人へ、医科学から医学総論へ、臨床人間学へと…。次元が異なった思考へと飛躍する「知」の技法を身に付ける必要がある。しかも、その飛躍を治療者は意識していなくてはならない。個別、精神医学の中で考える限り、この飛躍は視野に入らない。しかし、実は、この視座の飛躍は、第二次世界大戦直後の、WHO の「健康」の国際的定義に明確に記されている。

1946 年、WHO 憲章 (Constitution) が発表された。これが WHO の健康定義である。“Health is a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.”

これが憲章の本文である。近年、“physical, mental and social” という部分に、“spirituality” の一語を加えるか否かという議論が生じた。それが契機となって、スピリチュアリティという言葉がトピックとなった。

憲章解釈を整理して論じたのは、Downie, R. S.<sup>2)</sup> だった。まずは、彼らの論旨を紹介する。

憲章の後半にある健康定義は、「疾病 (disease)、または、障害 (infirmity) を除く」というものである。このシタックスは二重否定である。つまり、まずは、「安楽 (ease)」と「確かさ (firm)」という肯定的なもの、「良い状態」を想定し、そこに、“dis” と “in” という否定語を加えて第一の否定とする。こうして、「疾病」と「障害」という言葉を得る。第二に、その疾病と障害を取り除くという、第二の否定を行う。つまり、この二重否定の行為が疾病治療である。この否定形の健康定義を、消極的 (否定的) 健康 (negative health) の定義と呼ぶ。そして、その具体的方略が疾病コントロール (disease control) である。なお、ここが重要なのだが、自然科学は消極的健康の追求に強いが、その方法では「見えないもの」がある。「生きた人間」である。

消極的健康を定義することが可能なのは、すでに、そこにア・プリオリに、「良い状態」という共通認識が前提されているからである。この共通認識をあえて言語化したのが、憲章の前半部分、つまり、「身体的、心理的、社会的なウェル・ビーイング (良い状態) を増進する」である。この部分、つまり、憲章の前半は二重肯定のシタックスからなる。それゆえに、これは積極的 (肯定的) 健康 (positive health) の定義と呼ばれた。その実践的な方略がヘルス・プロモーション (health promotion)、つまり、健康増進活動であり、その学問がライフ・サイエンスであった。そこに、WHO の健康権の主張がある。

要するに、「健康とは何か」という問に対して、「病気を除くこと」と答えるだけでは不十分であって、そこに「生」のテーマを切り捨てることはできない。当然のことであるが、「ウェル・ビーイング」という言葉は未定義であり、そこには大きな謎がある。そこには、「良き生とは何か」「いかに人は生きるか」という問があり、価値観がある。これを考えるキーワードは“life”という言葉である。これを訳せば、「生活、生命、人生」と多彩になる。1つの日本語に訳せば、意味が狭すぎて、厳密には誤訳となる。そこで、これを総称するに

は、「生」の一語をあてるほかにない。そのように、概念的定義が困難なのが、積極的健康の概念である。「生」のテーマは「疾病」とは違って、操作的に、一義的定義はできないのである。しかし、定義を超えたものであるという理由で、日常臨床から「生」のテーマを除外することはできない。

つまり、「疾病」という定義可能な言葉をたどれば、「生」という定義不能な言語に至る。前者は科学になじむ言葉であり、後者は科学以前の、科学を可能にする言語である。つまり、定義不能な言語である「生」を前提として、臨床科学が成立する。なお、臨床で「生」について話し合う必要のあるときは、私は「いのち(命)」という言葉を使うことが多い。そうすれば、患者が感覚的に理解するからである。

WHOの健康の二重定義は、「人間」のテーマを考える契機を与えてくれる。日本における医師の業務規定も、WHOの健康の二重定義から自由ではない。医師法の第1条は、「医師は医療及び保健指導をつかさどることによって、公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保することを任務としている」という。単なる疾病治療だけではなく、積極的健康を表す言葉が明確に挿入されていることを、今は、理解するであろう。これによって臨床行為が生活権の一部として構成される。こうして、憲法25条、「すべての国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する」という条文が実体化する。

疾病治療と「良き生」の実現では、定義も、言語水準も、実現する方法論も異なる。臨床家は次元の異なる2つの目標を追求する。つまり、疾病治療を行うと同時に、常時、眼前にいる一人の人へと立ち返って思考する。疾病だけではなくて人を見る。このあまりにも当然な要請が最も頻繁に忘れられる。忘却も、また、人間の思考の武器である。そして、今、臨床に、再び、「人間」が回帰した。なぜだろうか。

#### IV. 「人間」の回帰

スピリチュアリティとレジリエンスという言葉

は、臨床家にとっていかなる意味をもつのか。それらは臨床家にとって、いかなる言語ツールであるか。いよいよ、本題に入る。

まず、論理的な整理のために、レジリエンス(resilience)という言葉について、私なりの理解を述べる。本来、それは、形態記憶合金のような固体に、外力によるエネルギーが加わり、それが固体の変形エネルギーとして物理学的に保存され、それが復元力として再生される…という純粋に物理学的な概念らしい。主にアメリカの心理学や災害対策においては、これを転じて心理的・社会的復元力を指し、人間、ないしは、自然に含まれる回復力、自然回復力も表現する言葉とした。言語使用の技法としてみると、物理化学的な言葉を心理学的メタファーとして使用したことになる。

「生」のテーマに科学的メタファーを転用すること。それを体系的に行ったのは、周知のように、フロイトであった<sup>5)</sup>。

医師になった当初、若きフロイトが信奉したのは、「有機体のなかには、物理化学的な力以外のものは働いていない」というヘルムホルツ学派のテーゼであった。そこに彼の性的エネルギー(リビドー)論が展開された。当時の彼は、まだ、客観科学者であった。精神分析は科学分析と同じルールに従うはずであった。多くの予期せぬ紆余曲折を経て、晩年、彼は「生」と「死」の欲動論に至った。科学的メタファーの力は彼の予測以上に強く、彼を熱狂的で神秘的で、しかも、魅力的な神話学へと導いた<sup>3)</sup>。事実、彼はそれを神話学と呼んだ。そして、彼は、「宗教と同じサイズのもう一つのもの」があるという謎の言葉を残して去った。

臨床言語に科学的メタファーを用いることの是非は、フロイトにみられるように両面的である。当初に限っては、科学的メタファーがもつ価値中立的性格は臨床家を、既成の思想・宗教の先入観から守ってくれる。しかし、科学的メタファーは、そこに「生」のテーマがあることを見えなくして、そのメタファー自体が新しいドグマ(教条主義)となる。それがヤスパースの警告であった。

一方、スピリチュアリティ (spirituality) という言葉については、辞書でも一貫した定義を見出すのは困難である。いくつかの辞書から整理すれば次のようになる。

「心の深みにある感情や信念のことであり、時に、宗教的な形をとることもある。心の平和や、人とのつながり、生きる意味についての考えなどがこれに含まれる」

霊性、精神性と訳されることが多い。人は究極において「何を信じて生きるか」という問い。ヤスパースは、統合失調症における了解不能性に人間存在の謎をみた。そこから実存開明へと向かった。そして、遂に、人間存在の非合理が彼の視野に入った。科学と信仰をも支える究極的な何か。「人」を基底で支えるもの。「それ (Es)」を主題化して論ずるには、スピリチュアリティとカタカナに訳すほかにない。

かつて、私は土居研究でスピリチュアリティという言葉を用いた<sup>6)</sup>。若き土居も、また、臨床を科学的営みとして再構成しようとした。その彷徨の中で、彼が帰着したところは、「臨床を照らし出す光があると信じる自分」であった。彼は、自分の中に「隠れた信仰」と「秘められた祈り」を見出し、自ら驚いた<sup>1)</sup>。この信仰告白によって、彼は「精神分析は科学である」という彼の主張を撤回した<sup>7)</sup>。治療者自身すら気づかない心の深み。そこにある声なき声。「秘められた祈り」。客観科学的人間から人間実存への飛躍。分析から開明へ。それ以降、土居は精神分析用語を用いなくなった。彼の技法とは、本来の意味での「エッセイ (essai)」つまり、平易な日常言語による自由なる思考だった。

### おわりに

私たちは戦争において内なる自然の残酷を知り、自然災害において自然の猛威を知った。人間は大自然の中の微小な点になった。自然の前での人間の無力。その無力の中でも、人間は何ものかを願望して止まない。不可能への願望。それは、

神の殺害を体験した現代では、必ずしも、個別的宗教の祈りという形はとらない。人の心の中に深く秘められた声、その響きを臨床家が聞き取る。素直に平易に話し合う。それなくしては、精神科医はどこに向かって疾病治療をしたらよいかすらわからない。そのような不可能な願望こそが人間の「生」のエネルギーだからである。ここまで書いて、私はフロイトが書き留めたシャルコーの言葉を思い出した<sup>3)</sup>。

「理論、それは立派だ。しかし、事実はそうなのだから、なんとも仕方がない」

詰まるところ、臨床家は素朴な人間観察と記述に立ち返り、存在に秘められた声を聞き、人間という現象を描くこと、そして話し合うこと。その不可能を自らが超えることなしに、専門家は人となつなつてはできない。今、起きている「人間」回帰が安易な人間礼賛にとどまることなく、そのような原点復帰を表明するものならば、私も、それに賛成しよう。そう思い至って、ようやく、私は覚束ない筆を取める。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

### 文 献

- 1) 土居健郎：精神療法と信仰。心と社会、4月号；8-13, 1971
- 2) Downie, R. S., Fyfe, C., Tannahill, A.: Health Promotion. Oxford Medical Publications, Oxford, 1990
- 3) Freud, S.: Charcot. Standard edition of the complete psychological work of Sigmund, 3. Hogarth Press, London, p.11-23, 1974
- 4) Jaspers, K.: Zur Kritik der Psychoanalyse. Der Nervenarzt, 21: 465-468, 1950
- 5) Jones, E.: The Life and Work of Sigmund Freud. Basic Books, New York, 1957 (竹友安彦、藤井治彦訳：フロイトの生涯。紀伊国屋書店、東京、1969)
- 6) 熊倉伸宏：「甘え」とスピリチュアリティ。新興医学出版社、東京、2009
- 7) 熊倉伸宏：心の臨床。新興医学出版社、東京、2014
- 8) 島崎敏樹、石川 清、土居健郎：Karl Jaspers の精神分析批判をめぐって。精神経誌、55: 748-751, 1954

## Knowledge of Man Returns : Some Considerations on Spirituality and Resilience

Nobuhiro KUMAKURA

*Sachi Clinic (Tokyo)*

Over the last decade, “spirituality” and “resilience” have jointly become a topic in psychiatry. The aim of this paper is to discuss the future of psychiatry suggested by this topic. It may be related to what Jaspers, K. called “Knowledge of Man (die Erkenntnis des Menschen)”. Knowledge of man in psychiatry can be learned only through clinical experience : e. g., clinical observations and case studies. Modern academic psychiatry seems to be suffering a loss of knowledge of man, which returns periodically in clinical practice. Hence, I will call the re-discovery of the topic in psychiatry as “Return of Man”.

Since WW II, there have been three eras in which psychiatrists showed deep concern regarding knowledge of man. Firstly, psychopathology and psychotherapy widely developed, when the destructive impulses of mankind were revealed in the nuclear weapons of WW II. Secondly, in the 1970’s, the reforms of psychiatric services and legal systems took place somewhat successfully, when social reforms were concerns of the younger generations. Lastly, over the last decade, the topic again returned as spirituality and resilience, when scientists seemed to be powerless in the aftermath of the West Japan Earthquake.

Regarding the definition of health made by the WHO in 1946, I further discuss that “Return of Man” in psychiatry is the necessary dynamism between negative and positive health, or between disease control and health promotion. There is an underlying dynamism between “Knowledge of Man” and natural sciences, which is constantly changing. So long as any theory can exist only as a part of dynamism, the Return of Man may re-surface whenever clinical theories do not fit with clinical realities.

< Author’s abstract >

< **Keywords** : spirituality, resilience, positive health, clinical obserbation >

---