

# 北海道浦河町「べてるの家」における「治療文化」に関する考察

—「場所性」「歴史性」「周縁性」の観点から— (1)

早野 禎 二

## A Study of "Treatment culture" in "Bethel House" in Urakawa, Hokkaido.

- From a Viewpoint of "Locality", "Historicity" and "Periphery" -

HAYANO TEIJI

### 要約

北海道浦河町にある精神障害者施設「べてるの家」は、「弱さ」を克服し、「病気」を「治療」して「自立」し「社会復帰」しなければならないというこれまでの考え方に代わり、「降りていく生き方」「弱さを絆に」という新しい発想で運営されている「治療の場所」である。

本論文ではこのような「場所」がなぜ生まれたのかという問題を、日本の近代化の歴史と「周縁性」という観点から明らかにする。北海道浦河町が置かれた歴史的・地理的・産業的な「周縁性」が、この「べてるの家」という「治療の場所」の形成の要因になっていることを明らかにし、そのことが持っている意味について考察を行っていく。特にアイヌの人々と日本の近代化の歴史との関連でこの問題を明らかにしていきたい。

論文では中井久夫氏の「治療文化」論のモデルを使い、「べてるの家」が、アイヌのシャーマンの「治療文化」、キリスト教の「治療文化」など幾つかの「治療文化」から構成されていることを明らかにする。

キーワード: 治療文化 場所性 歴史性 周縁性

### Abstract

Bethel House, a welfare facility for people with mental illness in Urakawa, Hokkaido, is known throughout Japan for its unique approach to the treatment of mental illness. This paper makes clear the reason why Bethel House as a "place of treatment" was formed only in Urakawa, from the perspective of historicity and periphery and locality. On this point the modern history of the Ainu is especially important. This problem is also related to the problem of Japanese modernization. On this thesis, I make clear a treatment culture of Bethel House is influenced by shamanism of the Ainu, Christianity and the others based on Nakai Hisao's theory.

### Key word

Treatment culture, Locality, Historicity, Periphery

### はじめに

精神障害者は、この「競争社会」で「健常者」と同じように「昇る生き方」をしようとする、

その病気のために、どこかで無理が生じる。健常者と同じように働き、「自立」をすることを目標にすえて「頑張ろう」とすると、調子を崩すことになる。精神障害者は「昇る生き方」ができないために、社会でマイナスな存在に見なされてきた。

北海道浦河町にある精神障害者施設「べてるの家」では人生を「昇る」のではなく、「降りていく生き方」にも意味があると考え。精神障害者は、これまで病院の中に長期に収容されたり、「苦しみ」を取り除くことが「治療」とされてきた。しかし、「悩むこと」「苦勞すること」は、人が生きていくうえで大事なことであり、それを治療者が、外から「治療」し、「回復」をさせていくものでないと「べてるの家」では考えられている。「べてるの家」は「人間は弱く脆いものである」であるから、「弱さ」は克服されるべきものではなく「弱さ」をそのまま出し、仲間とつながり、助け合い、ともに生きていくという関係に重きが置かれる「治療の場所」となっている。

この「べてるの家」の文化は、北海道浦河町という「特定の場所」で生まれたが、現代の精神医療、あるいは現代という時代に対する問いかけとして、福祉医療関係者だけでなく広く社会学、哲学にまで及ぶ研究者に影響を与えている。このようなユニークな精神障害者の「治療文化」を持つ「べてるの家」は、なぜこの北海道浦河町という「場所」で生まれたのか、これが本論文の基本的な問題関心である。この問題を、本論文では「歴史性」と「周縁性」という視点から明らかにしていきたい。

精神医療における「場所性」については、橋本明氏が、『治療の場所と精神医療史』<sup>1)</sup>の中で論じている。橋本氏によれば、近代以前において精神医療の「治療の場所」は、神社仏閣、滝場、温泉、宿屋などの自然・社会環境と治療・看護行為とが結びついた「そこにしかない場所」としてあった。しかし、近代日本の精神医療は、その場を、私宅監置室や病院・施設といった家族関係や地域社会から閉ざされ、切り離された均質な「空間」に変えていった。橋本氏は、このような近代の精神医療がもたらした弊害を指摘し、もう一度、精神医療と「治療の場所」を結びつける必要性を論じている。本論文も、精神医療と「場所性」という問題関心を橋本氏と共有するものである。しかし、筆者は「べてるの家」という「治療の場所」の特徴は近代以前に形成された伝統的な「治療の場所」ではなく、近代化の歴史を経て形成された「治療の場所」であるととらえ、それは、伝統的な「治療の場所」とは違った意味を持っていると考える。

本論文では、「べてるの家」における「歴史性」の問題は、大きくアイヌ民族の歴史との関わりのなかでとらえられる。日本の近代化とは、アイヌの人々を抑圧し、その生活と文化の基盤を奪っていく歴史であった。明治以降進められていった北海道への「植民」政策、アイヌの人たちの「同化」政策は、アイヌの人々に重い犠牲を強いるものであった。「べてるの家」は浦河町の教会で宮島牧師やソーシャルワーカーでありクリスチャンでもあった向谷地氏などの活動から始まったが、二人がそこでアルコール依存に陥っていたアイヌの人たちの悲惨な生活に触れ、強い衝撃を受けたことが、「べてるの家」の始まりとその考え方に大きな影響を与えている。筆者はこの点とともに、「べてるの家」には、この地域に残り続けているアイヌ文化の基盤にあるシャーマニズムの「治療文化」があるのではないかと考える。

「治療文化」とは精神科医の中井久夫氏のモデル概念で、何を病気とし、誰を病人とし、誰を治療者とし、何をもちて治療とするのか、治療者—患者関係とはどんなものか、その社会の中での患者はどのような位置を与えられるのか、患者あるいは病の文化的、宇宙論的意味はどのように与えられるかということなどの束からなるものとされる<sup>2)</sup>。

中井は、「治療文化」の中にシャーマニズムの「治療文化」があるとしている。中井によれば、シャーマニズムには、「非定型精神病」を周到に培養発症させることで「分裂病親和者」が「分

裂病」になることを回避させる意味があるとし<sup>(3)</sup>、それは人類早期の巧緻なインヴェンションであったと述べている。

中井は、シャーマンの「治療文化」の特徴は、「治療者」と「被治療者」は別ではなく同一である点にあり、そのような成員のリクルートシステムを持っているとする。中井は、「治療者」と「被治療者」が別である「治療文化」を「外治療的」(exotherapeutic)と呼び、それが同一の「治療文化」を「内治療的」(endotherapeutic)と名づけているが、シャーマンの「治療文化」は特にこの「内治療的」性格が強いとされる<sup>(4)</sup>。また、「患者のディグニティ」が高く、「患者の神話的産生機能の治療的活用」も高いとしている。

「べてるの家」の「治療文化」も、統合失調症の「幻聴」を取り除くことを「治療」とするのではなく、「幻聴」とうまく付き合い、「回復」に向けていくという方法がとられている。「治療」にも、呪術的な方法も取り入れられている。また、「病氣」は否定されるべきものとして、「治療者」が外からそれを「治療」して「治す」べきものではなく、「病氣」であるということありのままの事実として受け入れ、仲間とのつながりのなかで「回復」をしていくものと考えられている。医者やソーシャルワーカーも「治療者」として外から「精神障害者」を「治す」のではなく、自分たちも「患者」であり「病者」であり、メンバーの一人であるという関わり方をしている。このような「べてるの家」の「治療文化」は、中井の言葉に従うなら「外治療的」ではなく「内治療的」な「治療文化」であり、このような特性はアイヌの人々のシャーマン的な「治療文化」の影響から来ているのではないかと筆者は考える。

また、「べてるの家」の「治療文化」には、その始まりが、浦河教会という「場所」であったこと、「べてるの家」の形成に関わった人がキリスト教者であったことから、キリスト教思想の影響があると筆者は考える。「べてるの家」の「降りていく生き方」という考え方は、向谷地氏が、学生時代に出会ったアメリカの哲学者であり神学者であったP・ティリッヒの「ソーシャルワークの哲学」の言葉から来ている。また、「べてるの家」という命名の一つの由来は、聖書の言葉からである。また、向谷地氏の回想の手記から初期に教会のなかで形成された「共同体」には、キリスト教の「和解」や「回復」というキリスト教的な考え方の影響を見て取ることができる。この「共同体」の形成に、教会という「聖なる場所」が与えた影響もあると思われる。

しかし、「べてるの家」の活動を続ける中で、宮島牧師も向谷地氏も、それまでの教会が、中産階級的な禁欲と静寂性をよしとし、社会の周辺にある人々、アイヌの人々や精神障害者に対して手を差し伸べようとせず、無関心であったことに批判的な意識を持つようになる。宮島牧師は、教会がアイヌの人たちの抑圧された歴史に無関心であったことを厳しく論難している。彼らが批判的にとらえたキリスト教会のあり方は、近代化と北海道開発のための「植民」政策に適合的なものであったととらえることができ、彼らのキリスト教会のあり方への批判は、その背後にあった日本の近代化への問いでもあったと考えられる。このような意味で「べてるの家」の活動の始まりに関わった人たちはキリスト教の中でも境界人であった。そして、地域の中で周辺に追いやられて、疎外されていた精神障害者やアイヌの人々とともに教会が歩むというスタンスをとることによって「べてるの家」では、キリスト教の「治療文化」とされる修道院的な静寂性とカウンセリング文化の源流としての告解とは異なるキリスト教の「治療文化」が形成されていったのではないかと筆者は考える。

「べてるの家」には、このアイヌの「治療文化」、キリスト教の「治療文化」とともにSSTなどの科学的な援助法の「治療文化」がある。また、他に影響を与えている「治療文化」あるいは隣接する「下位文化」もあると考えられる。このように「べてるの家」の「治療文化」は一つのものから構成されるのではなく、いくつかの要素から構成されていると考えられる。アイヌ文

化からの影響も、シャーマン的な「治療文化」に限定されないものがあるのではないかと考えられる。

中井の「治療文化」論モデルは純粋性ではなく多層性という特徴があり、「治療文化」における「文化変容」、「治療文化の相互接触にともなう変化」を考察する際の概念的道具として有効性があるとされる。「べてるの家」の特徴を分析するにあたって、このモデルは、その「治療文化」がどのような要素からなり、それらが相互にどのような影響を及ぼしあって全体の構造を作り上げているか、あるいはそれらが時間の経過とともにどのような変容を遂げているかを明らかにする上で有効な分析ツールであると筆者は考える。また、中井は「治療文化」は、「周縁文化」であるとも述べており、「べてるの家」の「治療文化」と「周縁性」との関係を考える上でもそれは有効性があると考えられる。

本論文では、この中井の「治療文化」論モデルを使いながら、「べてるの家」という「治療の場所」の形成の要因を「歴史性」と「周縁性」という観点から考察をしていく。すなわち、「べてるの家」のある北海道浦河町という地が持っている歴史的・地理的・産業的な「周縁性」が、どのようにその「治療文化」の形成に影響を与えたかを明らかにしていきたい。

近代以降のアイヌの人々、精神障害者の人たちの置かれてきた歴史は、近代化の負の側面を表わすものであり、浦河町はその矛盾が集積する「周縁」的な「場所」であった。「べてるの家」は、その「負の集積」を反転させることによって、新たに創生された「治療の場所」であるというのが筆者の見方である。

この「べてるの家」について考察をすることは、「近代啓蒙＝普遍的理性」、「中心」、「均質化した管理空間」に対して、「周縁」「文化」「場所」の意味を考えることでもある。前者は、後者を包摂しようとしてそれを管理と支配・統制のもとに置こうとする。時にそれは抑圧の歴史となって現れ、「周縁」は矛盾の集積点ともなってきた。しかし、その「周縁」という「個性性」にこそ「普遍」によって包摂されざるもの、自由なもの、従来のパラダイムを反転させるものがあり、それはまた別の新たな「普遍」を歴史に提示していくのではないか。このような歴史の弁証法の見方が次の時代への希望につながると考える。

全体を3つに分け、本号ではその（1）にあたる部分を論じていく。

1. 「場所性」の概念
  - 1-1 現象学的な「場所性」概念
  - 1-2 テンニエスの「場のゲマインシャフト」
2. 精神障害における「治療の場所」
3. 中井久夫の「治療文化」論
  - 3-1 「治療文化論」の枠組み
  - 3-2 キリスト教の「治療文化」とシャーマンの「治療文化」
  - 3-3 治療関係における相互性と病者との「共存」
  - 3-4 「べてるの家」分析における「治療文化」論モデルの有効性

1. において、「場所性」の概念について、現象学的な立場からハイデッカーと現象学的地理学者レルフの論述を整理する。続いて、「場所」と「共同性」の問題を「共同所有」という観点から論じたテンニエスの「場のゲマインシャフト」の議論を整理する。

2.では、精神障害における「治療の場所」について、橋本明氏の論述を整理し、本論文における「場所性」への問いとの重なりと、その相違点、すなわち、近代以前に形成された伝統的な「治療の場所」と近代という歴史を経てその「周縁性」から形成された「治療の場所」の違いについて述べる。

3.では、中井久夫氏の「治療文化」論を見ていく。中井が行った精神障害の3分類、普遍症候群、文化依存症候群、個人症候群と個別治療文化の対応の関係、3分類と治療一解決者の対応関係および各症候群におけるその相対的比重について整理をする。そして、シャーマンの「治療文化」、キリスト教の「治療文化」の特性、近代的な精神医療の「治療文化」の特性を記述を整理する。最後に「治療文化」モデルが、「べてるの家」の「治療文化」の分析にどのような有効性があるのかを述べる。

以下、次の内容で論じていく予定である。

4. アイヌ民族の文化と近現代史
  - 4-1 アイヌ民族の生活と文化
  - 4-2 アイヌと近現代の歴史
  - 4-3 アイヌの「イム」
5. 北海道浦河町の近現代史
  - 5-1 入植期とアイヌの人びと
  - 5-2 キリスト教開拓団「赤心社」の入植とアイヌ
  - 5-3 大正から現代までの浦河町の歴史と産業
6. 「べてるの家」の活動と歴史
7. 「べてるの家」の「治療文化」
8. 結論と展望

## 1. 「場所性」の概念

### 1-1 現象学的な「場所性」概念

「場所性」という概念は、現象学的な概念である。ハイデッカーは、『存在と時間』における存在論的な空間概念を展開し、「場所性」と共同存在の関係について論じている。ハイデッカーは、1920年代において、近代化によって、社会の合理化と均質化、画一化が進むことに危機意識を持っていた。ハイデッカー哲学は、空間と時間の均質化への批判でもあり、「場所性」と「共同性」の問題を問い直す意味を持っていた。

ハイデッカーはみずから存在しつつこの存在にむかって了解的に態度をとっている存在者のことを「現存在」と定義する。「現存在」とは人間の存在のあり方であり、その存在規定は「世界＝内＝存在」( das In-der-Welt-sein ) という存在構成を持っている<sup>6)</sup>。

ハイデッカーによれば、この「世界＝内＝存在」における「内＝存在」は、「世界のなかで」の「内＝存在」として理解されたり、「・・・なかに存在する」という意味で理解されてはならない。このように相互に「なか」にあるこれらの存在者は、すべて、世界の「内部で」現れている事物として、客体的存在という同一の存在様相を持っている<sup>6)</sup>。このような空間は、科学的な認識にもとづくガリレオ、デカルト的な空間概念に関連するものであり、どこでも均質な物理学的で普遍的な空間概念である。

他方、ハイデッカーが用いる「内＝存在」とは、「現存在」の存在論的な意味であり、実存範疇である。それはある物体的な事物(人体)がある客体的存在者の「なか」に客体的に存在して

いるということを目指すものではない。この「内」(in)は《inman》から派生した語で、「住む」「滞在する」という意味である。「において」(an)は、「……なれている」、「……親しんでいる」、「……を世話している」ということで、住むや愛着を持つという意味を含んだ耕すという語義をもっている<sup>(7)</sup>。

「現存在」が世界の「内に」存在するというは、世界の内部で出会う存在者に親しみつつそれと配慮的に交渉しているという意味である。「現存在」になんらかの意味で空間性が備わっているとすると、それはこのような「内=存在」にもとづいてのみ可能である<sup>(8)</sup>。それは均質で数学的物理学的でありどこにでも普遍的にある等価な空間ではなく、「そこ」にしかない場所である。

「現存在」とは、また、本質上「共同存在」である<sup>(9)</sup>。この「共同存在」において、存在者は「待遇」される。ハイデッカーによれば、「待遇」には二つの極端な場合がある。

その一方の「待遇」は、相手からいわば「苦労」を取り除いてやるもので、「配慮」において飛び入りをして、相手の身替りをつとめてやるものである。この「待遇」は、相手が当然「配慮」すべきものごとを、彼に代わって引き受けるものである。このような「待遇」では「世話」になった相手は依存的になり、たとえ暗黙のうちでも支配を受けることになりやすい。

これに対してもう一つの「待遇」の様態は、実存的な存在可能において相手に率先するものであり、それも、相手の「苦労」を取り除いてやるためではなく、むしろ本当の意味で「配慮」すべきこととしてあらためて彼に返還してやるためである。この「待遇」は、本質上、相手の本来の関心事、すなわち彼の実存にかかわるものであり、相手が「配慮」するものごとにかかわるわけではないから、彼がその関心において透視的になり、それに向かって自由になる。これは率先して相手を解放する「待遇」である<sup>(10)</sup>。この「待遇」は、心遣いや思いやりの省視に導かれている。

ハイデッカーは、以上のように「現存在」は「世界=内=存在」という存在規定を持ち、それは、また固有の「空間=内=存在」を備えているとし、「そこ」にしかない「空間」を「場所」に結びつける議論を展開した。この「場所」は均質な空間ではなく、「世界=内=存在」としての現存在が存在する「場所」である。それは「住まうこと」「慣れ親しむこと」「世話をすること」と関連している。それは、そこにしかない「場所」、すなわち「場所性」として論じることができる。また、「現存在」は本質的に「共同存在」としてありそれと関連しある「待遇」をいう概念は近代的な病院や福祉施設でなく、伝統的な医療福祉の施設での医療や看護のあり方に近い概念である。

このような「場所性」を持った「共同存在」のあり方は、本論文の「べてるの家」のあり方に近い。その初期の始まりにおいて、浦河教会という「場所」で「共同存在」的な関係が作られたことが「べてるの家」の原点にあると筆者は考える。また、「べてるの家」は、苦労を取り除くのではなく、苦労をすることを取り戻し、悩み、弱さをさらけ出すことで、つながりをお互いにもとうとする。それはまさしく、ハイデッカーの「待遇」の後者の概念に近い関係性である。「べてるの家」は、「共同存在」的な関係性を持った「場所」である。

また、「場所」に関して、地理的経験の現象学的基盤を研究しているエドワード・レルフは『場所の現象学』の中で次のように述べている。

住まうことを心から受け入れる建設行為においては、空間をまるでひとつの客観的な物体であるかのように作り変えようとする戦略的ないしは意識的な試みは存在せず、空間は建設行為や景観改変行為そのものによって形作られ、創造され占有される。その結果は進化する生き物のような特性を持つような場所であり、それは、ハイデッカーのいう「つつしみ(ショーネン)」の特

質がある<sup>(12)</sup>。

それは、物事を変化させたり管理したりせず、物事自体に対して寛容であることであり、大地と他者に対するいたわりと心配のあかしであるような場所である。そのような空間や場所は、意味に満ちあふれている。それらは直接に経験することのできる秩序と意味を持っているが、それは限りなく変わりやすい<sup>(13)</sup>。

このように、レルフは、「場所」の中には均質な管理された空間でない「大地や他者に対するいたわりと心配のあかし」としての「場所」があるのであり、それは、「直接に経験できる意味と秩序」を持っている。そして戦略的、意識的ではない空間・景観の建設行為・改変行為によって形成、創造、占有される空間があるとしている。

レルフは、伝統的で土着文化の空間的な概念が持っている神聖な場所という概念は魅力的であるとしているが、伝統的な土着文化の空間建設がすべてではなく、近代における建設行為の中には、空間の均質管理に至らない建設行為がありうるとし、「産業の発達した文化や意識的な空間づくりにもある意義深い経験」にも注意を向けるべきであるとする<sup>(14)</sup>。それは、近代以降においても、均質な管理空間ではない自然の大地や他者に対する「配慮」を持った生き物のように進化していく「場所」と「空間」が創造されることが可能であるということである。

#### 1-2 テンニエスの「場のゲマインシャフト」

社会学者テンニエスは『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト』<sup>(15)</sup>の中で、「場のゲマインシャフト」という概念を論じている。以下、中久郎<sup>(16)</sup>の整理に従って、テンニエスの理論をみていきたい。

テンニエスは、「本質意志」にもとづく結合で、信頼に満ちた親密な共同生活を意味するゲマインシャフトと「選択意志」にもとづく結合で相互に独立した人々の単なる並存の関係であるゲゼルシャフトの二つを区別している。「本質意志」は、有機的生命の深い層位まで根柢のある実在的、自然的意志であり、この結合において相互の共感からその結合自体に価値があると感じられるものであり、自然的に生きた「実在的有機的な生命体」である。他方、「選択意志」は、目的とそれを実現するための手段とを選択するところの観念的・作業的意志であり、作為的な「観念機械的な形成物」である。

テンニエスは、人間の生を植物的（または有機的）、動物的、人間的（または精神的）という3層からなる発展の類型的把握を行い、ゲマインシャフトもこの3段階に対応して、「血」、「場所」、「精神」の各ゲマインシャフトの区分があるとする。「血のゲマインシャフト」は、母子関係、夫婦関係、きょうだいとして結び付けられるものである。「場所のゲマインシャフト」は、有機的生命を維持するための外部的運動を契機として、一定の場所において作られる生活連関である。その典型的な結合体は、「共同居住」によって規定される近隣や村落の共同生活である。「精神のゲマインシャフト」は、目的や意図を等しくする単なる共同作業、共同管理としての心的生活と考えられる。その心的結合契機は、「血のゲマインシャフト」においては、血縁を同じくしていると認め合う互いの「合意」ないし、「一体性」、「場所のゲマインシャフト」においては「習慣」と「慣習」、「精神ゲマインシャフト」においては、「信仰」と「宗教」である。

テンニエスは、ゲマインシャフト的生活は相互的な（また共同財の）所有と享楽であるとし、それが防衛や防禦の意志であるとしている。そして原初段階において人びとは、住居と耕地、家と土地に縛られていて、それらの持続的關係からゲマインシャフト的生活が発展すると論じた。村落共同体は、共有地が活動と関心の対象であり、土地の「共同所有」と結びついていた。テン

ニエスは、「場所のゲマインシャフト」とは一定の場所で作られる生活連関とし、村落に見られるように土地の「共同所有」を介して成立するものと理解していた。

「場所性」の概念は、現象学的には、「空間」とそこでの「共同存在」に関わる概念であると言えるが、筆者は、それは、テンニエスが論じているように所有形態の関連概念でもありと考える。すなわち、その「場所」がどのような所有形態であるか、「私的所有地」であるか「共同所有地」であるか、あるいは、「公有地」であるか、あるいはその「占有形態」がどのようなものであるかということと、その「場所」で作られる社会関係には相関性があると考えられる。これは、筆者の見方であるが、その「場所」が「私的所有地」である場合は、その所有者がそこで作られる集団・組織の中で権威あるいは権力を持つ位置を占める傾向があり、「共同所有地」である場合は、そこでの社会関係は共同的な形態を生みやすいと考える。

「ベテルの家」は、浦河教会の中で始まり、精神障害者、アイヌの人々の集まりの「場所」となって始まった。そこは「私的所有地」でなく、教会の所有地であり、「共同占有」という形に近い所有形態であったと考えられる。そのような所有形態であったことが、初期のベテルの家の「共同存在的」な関係の形成に影響があったと考える。

また、「ベテルの家」の「場所性」の問題は、そこが、キリスト教会という「聖なる場所」であったことの意味も考えなければならない。「空間」「聖性」「所有」の関係を解き明かし、それと「共同性」の関連を論じることは大きなテーマであり、「べテルの家」という「治療の場所」が生成されていくプロセスを理解するうえで、重要な視点の一つであると筆者は考えるが、これは本論文で論ずるテーマの範囲を超えるものであり、ここでは論点を提出するにとどめたい。

次に、この「場所性」の概念を念頭に置き、精神障害の「治療の場所」という視点から、精神障害の「治療文化」における「場所性」の問題について考えていきたい。

## 2 精神障害における「治療の場所」

橋本明氏は『治療の場所と精神医療史』のなかで精神医療における「場所」の問題について論じている。橋本氏によれば、「治療の場所」の「場所」とは、「その土地とその住む人々の生活や記憶が時間をかけて結びついた「かけがいのない場所」ことである<sup>(17)</sup>。「治療の場所」は、歴史的に見るとその地域にとって本来は異質な出来事が起源になっているところが多く、伝説的なものであれ、確かな史実を伴っているものであれ、日常生活の中の非日常的なマイクロ空間（設備、モニュメントや御神体など）として出現するものである。それが徐々に周囲と折り合いをつけながら、自然・社会環境全体を包摂するマクロな空間へと熟成していったとされる<sup>(18)</sup>。

「治療の場所」は大きく次元の違う二つの空間を指すものとされる。ひとつは、部屋・施設・病院・治療にかかわる建築物やモニュメントといったマイクロな空間のことであり、もうひとつは、このマイクロな空間を含みつつ、それらが立地する周辺の一定の広がりをもつ自然・社会環境全体を包み込んだマクロな空間である<sup>(19)</sup>。

このような「治療の場所」は、新陳代謝しながら成長していくひとつの生命体のようなもので、さまざまな要素を取り込みながら、全体として一つの秩序を作り上げ、そこで展開する人間関係や自然・社会環境は一体となって場所のオーラを放っている。治癒を求める人々を惹きつけ、想像力を与えていたのは、それぞれの場所が持つ独特の性質や雰囲気、「そこにしかない場所」という「場所性」であった。かつては京都の岩倉がその典型的な場所であり、日本各地に類似したそのような「治療の場所」があった<sup>(20)</sup>。『治療の場所と精神医療史』の中では、「治療の場所」として、京都府岩倉の他、宮城県の前巻温泉、群馬県の室田不動と瀧澤不動、静岡県亀爪穂積神社、富山県大岩山日石寺、徳山県阿波井神社などがあげられている。

しかし、近代以降の医療の歴史は、精神障害者を「場所」から「空間」へと追い立てる歴史であった。医療の西欧近代化が進むと、神社仏閣、滝場、温泉、宿屋などの自然・社会環境と治療・看護行為とが結びついた「場所」から、私宅監置室や病院・施設など家族関係や地域社会から閉ざされ、切り離された均質な「空間」に患者処遇の舞台が変わっていった<sup>(21)</sup>。近代的なシステムとしての精神病院は、原理的にはどこでも設置可能であり、「どこでもある場所」である。精神病院という空間は、その周囲にとっては異質で排他的なものであり、自然・社会環境全体を包摂するマクロ空間な空間の一部に融合し発展することは難しいものである<sup>(22)</sup>。

1900年(明治33年)精神病患者監護法で制度化された私宅監置制度は、近代国家が、制度化し明文化し、標準化したものである。それはフーコーの規律・訓練装置の斬新的な拡張にも重ね合わせることができるものであり、過去の「周辺部で確立された閉鎖的な」「緊密でまとまって重々しい」規律から「ますます広範な表面をおお」う「しなやかな取締り方式、移し替え取込みうる取り締まり方式」への歴史的变化である。私宅監置は、一度標準化されるとその制度は至るところに移転し実行され、法令で定める基準を満たしていれば、どこでも設置しうる合理性と簡便性を持ち合わせるものとなった。この私宅監置と精神病院は「標準化＝近代化」という共通思考が背景にある<sup>(23)</sup>。しかし、橋本氏は、明治大正期においては、中央では、西欧近代医学に開かれた近代的な精神病院と治療法が不完全ながらも用意される一方で、地方では、まだ、私宅監置と伝統新興の民間治療がリアリティを持ち続けた時代でもあったと述べている<sup>(24)</sup>。

しかし、戦後日本における精神医療に関する議論は、「治療の場所」に本来備わっていたマクロな空間性を忘却し、排除したところから始まったとされる。1950年代以降に精神障害者の急激な施設収容化が行われた結果「治療の場所」は精神科の医療施設というマイクロ空間へとほぼ完全に集約された。しかし、それは、医療の受け手である患者から見れば、それぞれの「治療の場所」にかつてあった家族、治療者や地域における多様な人間関係、それをとりまく自然・社会環境が失われてしまったことを意味した。入院治療から地域生活へというスローガンが唱えられたが、この過程で創設された患者の医療や保健、さらには福祉に関わるさまざまな制度やサービスは細分化され、適用範囲も限定的なもので、互いの連携を欠いていると橋本氏は批判する<sup>(25)</sup>。

橋本氏が、「治療の場所」として注目しているのが、ヨーロッパのベルギーのゲールにおける地域住民と患者との関係である。ゲールは、精神病者の巡礼地としての歴史をもつ小さな街で、現在も精神障害者の里親下宿制度(家族的看護システム)が続いている。ゲールは、欧米諸国だけでなく近代日本の「治療の場所」の議論にも影響を与えたとされる<sup>(26)</sup>。ゲールは「どこにもである」場所であることを拒絶した、歴史的・社会的な環境に支えられた「そこにしかない」場所である。このゲールのシステムは近代医学からみると遅れているとみなされた。しかし、橋本氏は、精神科の家庭的看護という医学的概念から見ると、逆に「先進的」な西欧諸国との間に強い「循環的交流と相互的な影響」を持った医療システムであると述べる<sup>(27)</sup>。

橋本氏は、標準化＝近代化の思想がますます拡大していく一方で、人々の地域社会の多様な生活スタイルが脅かされつつある現実を目を向ける必要があり、ゲールのような「そこにしかない場所」の存在意義を考えることが重要であると述べている。そして「治療の場所」がもっていた生態学的なアプローチの重要性・有効性は無視することができないものであり、近年における精神障害者の地域生活回復プログラムも、「場所」の再生と再構築をめざしたものであると述べている<sup>(28)</sup>。このような視点にたつて、橋本氏は、すでに消滅してしまった日本のさまざまな「治療の場所」の歴史を見ていくことは、社会的弱者にとってますます生きづらくなっていくことが懸念される現在の社会への一つの処方箋を示すものになるとしている<sup>(29)</sup>。

「べてるの家」も北海道浦河町という「場所」で生まれた「治療の場所」であり、近代以降の

西欧的な精神医療とは位相をことにする「治療文化」を持っている。標準化され、均質な空間で、患者が治療者によって「処遇」される近代的な精神医療とは異なった、そこにしかない「共同存在」的に成り立っている「治療の場所」が「べてるの家」である。その意味で、「べてるの家」への筆者の関心は、近代的な精神医療システムへの批判、近代化と精神医療への問いという点において橋本氏と問題関心と重なる。

しかし、「べてるの家」の「治療の場所」は、橋本氏が取り上げている近代以前に形成された伝統的な「治療の場所」とは異なり、近代以降の歴史の中で形成された「場所」、言い換えるなら、近代という歴史を経て形成された「治療の場所」であるという点に特徴がある。従って、「べてるの家」の「場所性」を問うことは、近代の日本の歴史を問うことであり、さらに言えば、日本における明治以降の「富国強兵」、近代国家の形成の背後にある問題を問うことでもありと筆者は考える。それは日本の近代化とアイヌの人々の歴史、そして近代化とともに「周縁」に追いやられた人々の歴史の視点から、「治療の場所」の形成の意味を問う視点である。その意味で、「べてるの家」の「場所性」への問いは、「歴史性」と「周縁性」という視点が不可欠になると筆者は考える。

### 3. 中井久夫の「治療文化論」

#### 3-1 「治療文化論」の枠組み

「治療文化」とは、中井久夫氏によれば、何を病気とし、誰を病人とし、誰を治療者とし、何をもって治療とするのか、また、治療者—患者関係とはどんなものか、その社会の中での患者はどのような位置を与えられるのか、患者あるいは病の文化的、宇宙論的意味はどのように与えられるか、治療はどこで行われるべきか、それを治療施設と呼ぶならそれはどうあるべきかということを表わすものであるとされる。それはまた、個人が、どういう時に自分を病者、患者とし、なにを治療として受け入れるか、なにをもって治ったとするか、どこまで耐え忍べるか、時にはどこで満足するかということと同義であるとされる<sup>(30)</sup>。

この「治療文化」の理論的枠組みを以下整理していきたい。

#### ■精神障害の3症候群

中井は、精神障害を次の「普遍症候群」、「文化依存症候群」、「個人症候群」の3つに分類している。

##### (1) 普遍症候群

「普遍症候群」とは、ヨーロッパにおいて19世紀末にほぼ完成されたクレペリンの精神病体系に代表される。それは診断体系を作ることがつねに可能なものである<sup>(31)</sup>。それはまた、西欧型＝都市型文化において卓越して見られるものである<sup>(32)</sup>。

##### (2) 文化依存症候群

「文化依存症候群」とは、特定の文化にしか存在せず、当該の文化と深く結びついているものである<sup>(33)</sup>。中井は「文化依存症候群」を「人間＝境界複合の破断によって起る、比較的直接的に理解しうる（それゆえに「心因」）、激烈だが短期かつ可逆的な過程（それゆえに「反応」）より成る比較的良性の病である」<sup>(34)</sup>と定義している。「文化依存症候群」には、アイヌの女性に多いとされた（主に蛇にたいする）驚愕病の「イム」、東南アジアの「ラハタ」「アモック」中国の「腎虚症候群」「コロ」「寒冷恐怖症」日本の「キツネツキ」などが入れられている<sup>(35)</sup>。

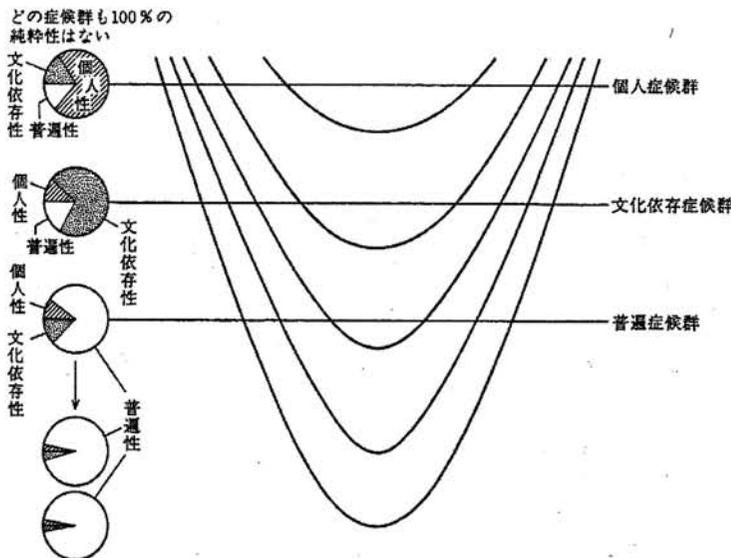
##### (3) 個人症候群

「普遍的症候群」にも「文化依存症候群」にも入れることができないのが「パーソナルな

病い」、すなわち、「個人症候群」である<sup>(36)</sup>。「個人症候群」は、エレンベルガーが論じた「創造の病」が代表的なものとされる。「創造の病」とは、抑うつや心気症状が先行し、「病い」が通過して、何か新しいものをつかんだという感じとそれを世に告知したいという心の動きと、確信に満ちた外交的人格という人格変容を来たす過程であるとされる。クーンの「通常の科学者」から「パラダイムをつくる科学者」への変容という概念に通じ、宗教や科学の創造的な生み出す源となるものとされる<sup>(37)</sup>。日本の近代において、新興宗教を創始した天理教の中山ミキ、大本教の出口ナオ、踊る宗教の教祖北村サヨなどがあげられている。

中井は、これら3つの「症候群」はそれぞれ一つの相（見方）であり、同一の症例をどの相から見てもある程度、記述はできるとする。しかし、また、いずれによっても完全に記述できないものである。1つ1つの「症候群」は、他に吸収されたり還元されるものではないとしている<sup>(38)</sup>。それぞれの「症候群」は、純粋性を持って現れるものではなく、個人性、文化依存性、普遍性の相対的比重で区別されるものとしている<sup>(39)</sup>。(図1)

図1 三症候群にありうる病の深さの違いという側面



(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p98)

また、それぞれの「症候群」が、年齢や地域性によって、どの「症候群」が卓越して表れるか、また、それぞれの「症候群」の相互の“距離”も異なってくるとしている。(図2) 中井は、発達期においては「個人症候群的」な側面が卓越したり、逆となったりする可能性があるとしている。また、近代都市に住む成人は、「普遍症候群」が卓越し、部族社会あるいは村落に住む成人は「個人症候群」と「文化依存症候群」が同等の権利で出現するとしている。青春においては、「個人症候群」が大きく、他の二つの症候群とはっきり区別される。また、軽症の人には、文化的ステレオタイプの中から次第に個人性が卓越し、「文化依存症候群」から「個人症候群」に向っていくベクトルがあるとしている<sup>(40)</sup>。

図2 各症候群の卓越性と相互の“距離”



(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p99)

■「治療文化」の定義

中井は、「治療文化」(therapeutic subculture)を次のように定義する。すなわち、「治療文化」とは「三つの症候群とそれにかかわる治療的アプローチとそれを荷う人間的因子、すなわち、(広義の)患者と(広義の)治療者をはじめとするこれらすべてを包含する一つの下位文化(subculture)」と定義される。このさらに下位文化として「精神医学的治療文化」を設定しているが、これは、「治療文化」を代表するもの、あるいは同義なものとしている<sup>(41)</sup>。

■ 3 症候群と個別治療文化

また、3 症候群と個別「治療文化」についての対応関係について、中井は次のような試案を提出している<sup>(42)</sup>。(表1)

表1 三症候群と個別治療文化の対応 (試案)

個人症候群	個人的治療文化 家庭治療文化 小コミュニティ治療文化 辺縁地帯の治療文化 力動精神医学 シャーマニズムなど
文化依存症候群	部族的治療文化 民族的治療文化 過去の非西欧普遍的治療文化 正統的西欧精神医学
普通症候群	正統的精神医学 ↓ 科学的精神医学
異文化同化過程における特殊症候群	融合的治療文化 折衷的治療文化 つぎはぎ細工的治療文化

(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p127)

この表によれば、「個人症候群」は、「個人的治療文化」、「家庭治療文化」、「小コミュニティ治療文化」「辺縁地帯の治療文化」、「力動精神医学」が対応している。「文化依存症候群」は「部族的治療文化」、「民族的治療文化」、「過去の非西欧普遍的治療文化」、「正統的西欧精神医学」が対応している。「普遍症候群」には、「正統的精神医学」から「科学的精神医学」が対応している。また、それらとは区分されたものとして「異文化同化過程における特殊症候群」が設定され、それには「習合的治療文化」、「折衷的治療文化」、「つぎはぎ細工の治療文化」が対応するものとされる。シャーマニズムは、「個人症候群」と「文化依存症候群」の中間に位置づけられている。

### ■ 3 症候群と「治療—解決者」

また、各症候群における「治療—解決者」とその相対的比重について中井は次のような表を作成している<sup>(43)</sup>。(表2)

表2 個人症候群・文化依存症候群・普遍症候群

	治療—解決者	相対的比重(現代都市)
個人症候群	自己治療+自然回復力 友人, 知己 親戚, 家庭教師, 愛人, 妻など 精神科医(かねて熟知の) 地域治療師(文化依存治療者) 力動精神科医 ケースワーカー	<p>個人治療者 文化依存治療者 自己破壊的解決 (autokrastische Erlösungen) 自己治療と自然回復力</p>
文化依存症候群	自己治療+自然回復力(大幅に低下) 隣人(せわ役など, 俗人 laymen) 遠縁の人 個人的治療者(補助的) 地域治療師(俗人 lay, 宗教的 religious) 精神科医(補助的) 行政官(しばしば「非近代的」族長, 代官, 奉行)	<p>個人的治療者 隣人 行政官 精神科医 自己破壊的解決 自己治療と自然回復力 文化依存治療者</p>
普遍症候群	近代精神科医, 精神分析家, 精神療法家, カウンセラーなど, ケースワーカー, 精神衛生相 学(談員) 行政(福祉と保安) 自己治療と自己回復力(しばしば非治療的として抑制・禁止される) 比較的近い家族(しばしば遠ざけられ, ときに反治療的として治療の対象とされる) 文化依存治療者および高等宗教による支持(しばしば厄介者扱いされるか敬して遠ざけられる) 隣人, やとい主など(補助的協力を求められる) 町(村)の人(啓蒙の対象とされる)の雰囲気如何で治療のパラメーターがかわる	<p>自己破壊的解決 文化依存治療者および高等宗教による支持 自己治療と自然回復力 比較的近い家族と友人 隣人, やとい主など 町(村)の人 行政 近代精神医療システム</p>

(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年p116)

中井によれば、「個人症候群」においては、「治療—解決者」は、自己治療と自然回復力と個人治療者の果たす役割が大きいとされる。それは、直接、熟知しているか、熟知者を介した（広義の）治療者によって認識され、治療される。個人治療者とは友人、知己、親戚、家庭教師、愛人、妻などである。その他、精神科医（かねて熟知の）、地域治療師（文化依存治療者）力動精神科医、ケースワーカーが治療者としてあげられている。

一方、「文化依存症候群」においては、自己治療と自然回復力は大幅に低下し、隣人と文化依存治療者の果たす役割が大きくなる。隣人（世話人や俗人laymen）、遠縁の人、個人的治療者（補助的）、地域治療師（俗人lay 宗教的religious）精神科医（補助的）、行政官（しばしば“非近代的”族長、代官、奉行）が、「治療—解決者」としてあげられている。

「普遍症候群」の「治療—解決者」は、近代精神医学システムの果たす役割が大きくなる。近代精神医学システムには精神科医、精神分析家、精神療法家、カウンセラー、ケースワーカー、精神衛生相談員がその担い手としてあげられている。自己治療と自己回復力はしばしば非治療的として抑制、禁止される。また比較的近い家族は、しばしば遠ざけられ、ときには反治療的として治療の対象とされる。文化依存治療者および高等宗教による支持は、しばしば厄介者扱いされる。隣人や、雇い主などは補助的な役割を求められる。町（村）の人は啓蒙の対象とされ、雰囲気如何で治療のパラメーターが変わるとされる。

この相対的比重の円グラフは、現代都市という限定がされ、また、おそらくそれぞれの比重は中井の経験などにもとづく直感的な仮説であると思われ、実証的なものではないと考えられるが、一つの仮説として有効性があるのではないかと考える。

### ■「治療文化」と「周縁性」

中井は、また、「治療文化」は、下位文化であると同時に、周縁文化でもあり、それにたずさわる者も「周縁性」の症例を帯びているとしている。近代精神科医の出自も多くが境界人であるとしている。イギリスの精神科医の多くはスコットランド人（長老教会派）であり、看護師の9割はクェーカー教徒であると中井は述べている<sup>(44)</sup>。

## 3-2 キリスト教の「治療文化」とシャーマンの「治療文化」

### ■キリスト教の「治療文化」

修道院とキリスト教的治療については、中井は次のように述べている。ヨーロッパにおいて、修道院が「治療文化」の大きな中心であった時期があり、フランスの歴史家マルク・ブロックによれば、11世紀から12世紀の修道院は、現在の精神療法家に劣らないほど人間の心性に通暁した人たちがいてカウンセリングにあたっていたとされる<sup>(45)</sup>。また、悪魔つきは西欧近世のもっとも著名な「文化依存症行群」であるが、修道院において悪魔祓い（エクソルシズム）を受け、時には、終生修道院に保護されたとされる。これが魔女狩りの対象になったのは、近世における修道院治療文化の衰退を物語るものであった<sup>(46)</sup>。

中井によれば、フランスの医師、精神科医で神父の資格を持つ人は近年まで決して少なくなく、また告解は現在においてもカトリック教会の重要な機能（秘蹟）であり、少なくとも南欧諸国、中南米の非都市地帯においてなお広く行われている。中井は中南米あるいはフィリピン出身の人が日本において精神医療を必要とする状態になる時、もっとも信頼できる治療パートナーはカトリック教会であると述べている<sup>(47)</sup>。

### ■シャーマンの「治療文化」

中井は、『分裂病と人類』の中で、「分裂病」は系統発生的に古型であり、人類史において最古の段階である狩猟採集民族においてもっともその長所を発揮したとしている<sup>(48)</sup>。ブッシュマンは、3日前に通ったカモシカの足跡を乾いた石の上に認知し、かすかに草の乱れや風が運ぶかすかな香りから、狩の対象の存在を認知するような能力を持っていたとされる。

中井は、オランダの臨床精神医学者リュムケが正常者もいわゆる分裂病症状を体験すると述べていることに触れながらこれに関連する自分の臨床経験を次のように述べている。

私は回復期において1週に1, 2回、数十分から2, 3時間、“軽症再燃”する患者を一人ならず診ている（慢性入院患者がごく短時間「急性再燃」を示すという報告も別にある）。なかでも、自転車で人ごみの中を突っ走ると起こりやすい場合があるのは興味がある。当然、追いつく人の会話の一句二句をひろって走ることになる。この切れ切れに耳に入ってきたことばは、それ自体ほとんどなにも意味しないのだが、いやそれゆえにと言うべきが、聴きのがせぬ何かの（たとえば自分への批評の）兆候となる。そこからさまざまな“異常体験”への裂け目がはじまる。しかし、じっとして“ふりまわされぬ”ようにしていれば、この兆候的なもののひしめく裂け目は閉じ、すべてが過ぎ去ることが判ってきて、そのようにしてると一決して愉快な時間ではないが一いつのまにか消えていく<sup>(49)</sup>。

中井は、「分裂病」になる可能性は全人類が持っているとし、その重い失調形態が他の病よりも分裂病になりやすい人を「S親和者」と名づけている。「S親和者」の特徴は、「もっとも遠くもっとも杳かな兆候をもっとも強烈に感じ、あたかもその事態が現前するごとく恐怖し憧憬する」ことであるとしている<sup>(50)</sup>。

システムとしてのシャーマニズムについて中井は、フランツ・ボアスを引き、それを次のようにまとめている。シャーマン社会には、祭祀を行うだけの世襲のシャーマンとは区別される治療力をもった「生得のシャーマン」集団の成員のリクルートシステムが存在する。その一つは、シャーマンの集団の長老が、子どもの中で皆と遊ばず、森のほとりで独り遊びをしているような子どもに目を付けておいて、その子が思春期に達すると、シャーマンにならないかと声をかけ、シャーマンになるための訓練をしていく。その子どもには、目に見えぬものを見、耳に聞こえぬものを聞く方法、同時に二箇所が存在する法、冥界においてその幽鬼と戦う法などが教えられる。

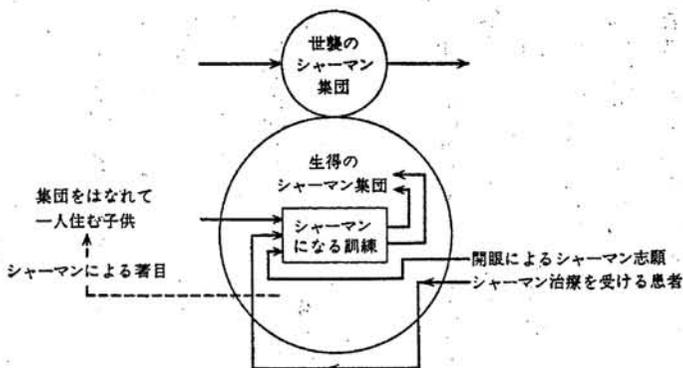
中井によれば、このような方法は、分裂病親近的な病の発生のしやすいこの年齢期の子どもからわざわざ分裂病的なものをひっぱりだす作業のように見えるが、この訓練は、実際には、来るべき病を抑止し、和らげ、変形させるものではなかったかとしている。

その他、この子どもには、同時に高いところから安全に飛びおる法（シベリア）、口の中でミズを嘔みこらし吐きだして病気のもととはこれだと教える法など（カナダ・インディアン）トリックなどの使い方が教えられる。これは実業の補助と威信の維持に貢献するものとされる<sup>(51)</sup>。

もう一つのシャーマンのリクルートの方法は、シャーマンの治療を受けて治った人である。（図3）この場合、治療者と患者とが、しばしば同一となる。中井は、このような「治療文化」の特徴を、（族）内婚的という言葉にならって「内治療的」と名づける。これとは逆に、現代の病院での医療に見られるような、治療者と患者とがまったく別人であるような「治療文化」は、「外治療的」と名づける。中井は、一般の「治療文化」においては、「外治療性」への傾向を持っているが、シャーマニズムだけは、家庭や小コミュニティの「治療文化」に比べても、際立って「内治療的」であると述べている。中井は、この病気を経験するか、将来しそうな人を治療集団

に組み込んで、一つの同環状の「下位治療文化」が形成されたのは、人類早期の巧緻なインヴェンションと考えるべきではないかとしている<sup>(52)</sup>。

図3 シャーマニズムの“内治療的”構造 (“endotherapeutic” structure)



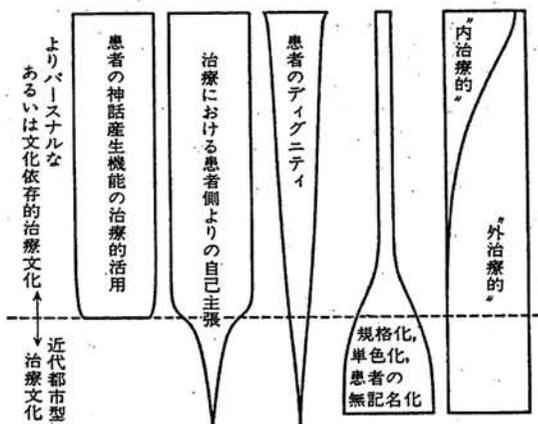
(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p139)

### 3-3 治療関係における相互性と病者との「共存」

#### ■治療関係における相互性

治療関係における相互性については、次のように整理される。(図4) パーソナルなあるいは「文化依存治療文化」と「近代都市型治療文化」で分けると、前者は「外治療的」な傾向を持ちつつも、それが極に近づくほど「内治療的」傾向が強まる。また、「患者のディグニティ」、「治療における患者側よりの自己主張」は、前者で高く、後者で低い。また、「患者の神話産生機能の治療的活用」は、前者にのみ強く見られ、後者にはないとされる。代わって後者になるほどその傾向が強まるのは、「規格化」「単色化」「患者の無記名化」である。近代的な精神医学になるほど、この傾向が強まるということになる<sup>(53)</sup>。

図4 治療関係における相互性の消長



(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p137)

中井は、シャーマニズムからキリスト教的精神療法（エクソルシズム）を経て、近代にいたるほど、治療者と患者との一方性が増大するとしている。フロイトは、催眠術から出発し、自由連想法に達するが、この過程で、患者は治療の進め方だけでなく、報酬の支払い法にいたるまで取り決める方法が成立する<sup>(54)</sup>。

しかし、19世紀に成立した純精神病院においては、患者の希望はまったく問題にならず、治療者の「理性主義的専制」が成立した。エスキロールのシャラントン精神病院では、中心に「理性の女神」が鎮座し、病棟は、この「神殿」を形成する柱廊の位置にあり、「中心」に対する「周縁」の位置に患者が置かれ、患者の「地位低下」は、一つの純粹性にまで達した<sup>(55)</sup>。それは、橋本氏が述べている患者の地域や家族とのかかわりを持った「そこにしかない治療の場所」から切り離された均質な「空間」における患者処遇のあり方に対応するものと言えよう。

### ■病者との共存と「治療文化」

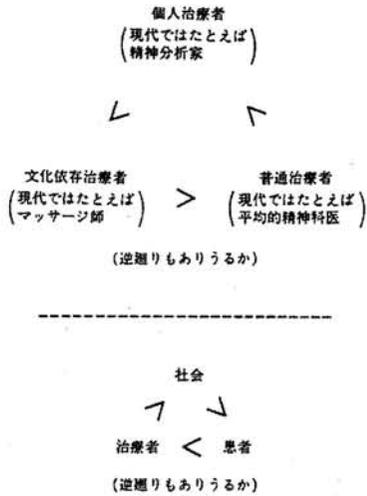
中井は、啓蒙主義に拠る正統精神医学は「非共存的治療文化」であり、危険なものの排除の上に成り立った清潔な世界の建設を目指すものであり、「清掃」「忌避」という点において、「魔女狩り」の延長線上に正統精神医学はあると述べている。中井は、病者との共存という課題の成功の程度が、「治療文化」の多様性の包括力から、宇宙論的十全性ともいべきものをまでを計るパラメーターの一つであるとしている。「治療文化」は、シャーマニズムのように重要な成員として患者を含むものであり、そうでなければ「治療文化」として大いに欠けるところがあると述べている<sup>(56)</sup>。

### ■中井の「治療文化」論における伝統と近代

中井によれば、近代西欧の精神医学は、分裂病者と子どもと未開人の思考は同一の類であるという考え方のもとに発展した。そして、この発想の延長上に、細菌学的医学における風土病に比較されるべき、「理性によって啓蒙された」ヨーロッパ世界には存在しない「精神医学の風土病」である「文化依存症候群」があるとされ、探求の対象とされた<sup>(57)</sup>。文化精神医学は、1903年に発表されたクレペリンのジャワにおける仕事が始まりとされる。中井によれば文化精神医学は、一つは西欧精神医学の普遍性の再確認という意味と、「西欧的自我」なき民における現象形態の発見という「使命」があり、後者を包摂することで前者をより包括的でいっそう堅固な体系に補強しようという「野望」を持っていたとされる。従って、文化人類学が植民地主義との関係を20世紀後半において問い直さなければならなかったように、文化精神医学にもその負の刻印があると中井は論じている<sup>(58)</sup>。

しかし、中井は、このように文化精神医学の負の刻印を認めながらも、文化精神医学の中にある近代精神医学から切り落とされていったものの意味を問い直していると筆者は考える。しかし、中井は、「治療文化」モデルを多層的的に構成したことに見られるように、伝統か近代、あるいは文明か文化という二者択一的な問題設定をしたわけではないと筆者は考える。中井は、その論稿の最後のところで、3症候群をはじめ、論考の中で示されたさまざまな成層構造が果たして成層構造なのか、それとも別役実氏に倣う、図5のような一種の「ぐるぐるまわり」型の構造なのかと自問し、結論を明確に断じてはいないが、後者が新しい地平を引き出すのではないかと述べている<sup>(59)</sup>。

図 5



(出所 中井久夫『治療文化論—精神医学的再構築の試み』岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p208)

この「治療文化」は、成層構造をなすのではなく、循環型の「ぐるぐるまわり」型の開かれた構造にあるのではないかという見方は、伝統と近代と「治療文化」の関係を考える上で筆者は示唆的であると考えます。

### 3-4 「べてるの家」分析における「治療文化」論モデルの有効性

中井は「治療文化」モデルの有効性は、「治療文化」における文化変容、より正確には、「治療文化の相互接触にともなう変化」を考察する際の概念的道具になるという点にあるとしている<sup>(60)</sup>。この点は、「べてるの家」の「治療文化」を理解する上で有効であると筆者は考える。「べてるの家」の「治療文化」は、アイヌのシャーマニズムの「治療文化」、キリスト教の「治療文化」、科学的な援助法の「治療文化」などの影響が考えられる。中井のモデルは、それらが相互にどのように影響をしているのか、それが習合や融合、あるいは折衷、つぎはぎ細工としてあるのか、並列構造、循環構造、成層構造としてあるのか、また、それは時間軸で見た場合、どのような構成要素がいつの時点で加わり、その比重をどのように変え、相互作用しながら変化を経ていったかというプロセスを見ていく上でも有効な分析概念である。

筆者は、浦河教会の中での始まりの時期は、シャーマンの「治療文化」とキリスト教の「治療文化」の比重が大きかったが、「べてるの家」が展開し、発展していくなかで、専門知の「治療文化」が加わり、それらが相互に影響を及ぼしあいながら発展していったのではないかと予測する。シャーマンの「治療文化」とキリスト教の「治療文化」の融合、習合したものが基底にありその上に専門知の「治療文化」があるという予測も立てられる。あるいはそれらは成層構造、並列構造としてあるというよりは、開かれた「ぐるぐるまわり」型の循環構造にあるという予測も立てられる。単純に伝統か近代かという二者択一的な視点からではとらえきれない「治療文化」が「べてるの家」にはあるとも考えられる。

また、中井は、「治療文化」は、閉鎖的な閉じた体系ではなく、開放系であり、隣接する「下位文化」を持ち、相互作用関係にあるとしている。「下位文化」としては、「子育て文化」、「働き文化」(働くとは何か、どういうことを働くというのか、などを決める)その他「接客文化」な

どがあげられている<sup>(61)</sup>。「べてるの家」の「治療文化」を考える上においても、その生成と歴史の経過の中で「治療文化」と隣接する「下位文化」が相互接触することによって変化し、個々の構成要素の比重を変えながら相互に影響を及ぼしあってきたのではないかと予測する。その隣接する下位文化には、アイヌの人々の文化、地域で出会った商工業者の「文化」などがあると思われる。アイヌの文化からの影響は、シャーマンの「治療文化」に限られない広いものであると考えられる。

また、中井の「治療文化論」における「周縁性」の視点も「べてるの家」の「治療文化」を考えるうえで重要であると考えられる。すなわち、近代化の歴史の中でマイノリティとして「周縁」に押しやられたアイヌの人々、精神障害者が「べてるの家」の「治療文化」の形成に占める位置は大きいのではないかと考える。また、北海道の浦河町という地理的・歴史的・産業的な「周縁性」と「治療文化」の関係もあると考える。さらに、「べてるの家」の立ち上げに関わった関係者が、伝統的なキリスト教の中で境界的な位置に身をおいた人たちであったことも「べてるの家」の「治療文化」に影響を与えていると考える。彼らに境界人としての位置をとらせたのは、彼らが浦河のアイヌの人々の悲惨な生活に衝撃を受け、アイヌの人々の抑圧された歴史に目を向けざるを得なかったことがその大きな要因であると考えられる。浦河町という地域が歴史的、地理的に「周縁性」を持っていたこと、「べてるの家」に携わりを始めた人たちの「周縁性」の重なりが、「べてるの家」の「治療文化」の創生の源の一つとなっていると筆者は考える。

#### 注

- (1) 橋本明編 『治療の場所と精神医療史』 日本評論社 2010年
- (2) 中井久夫 『治療文化論—精神医学的再構築の試み』 岩波現代文庫 岩波書店 2001年 p114-115
- (3) 中井久夫 『新版 分裂病と人類』 東京大学出版会 2013年 p26
- (4) 中井久夫 『治療文化論』 p138
- (5) マルティン・ハイデッカー 細谷貞雄訳『存在と時間』 ちくま学芸文庫 1994年 p130
- (6) 同 p132
- (7) 同 p133
- (8) 同 p233
- (9) 同 p264
- (10) 同 p264
- (11) 同 pp267-268
- (12) エドワード・レルフ 高野岳彦・阿倍隆・石山美也子訳『場所の現象学—没場所性を越えて』 ちくま学芸文庫 1999年 p62
- (13) 同 p62
- (14) 同 pp62-63
- (15) テンニエス 杉之原寿一訳『ゲマインシャフトとゲゼルシャフト 上・下』 岩波文庫 岩波書店 1957年
- (16) 中久朗「ゲマインシャフト・コミュニティ・共同体」  
(安田三郎・塩原勉・富永健一・吉田民人編著『基礎社会学 第IV巻 社会構造』  
東洋経済新報社 1981年 pp73-77)
- (17) 橋本明編 前掲書 はしがき i
- (18) 同 p4
- (19) 同 pp3-4

- (20) 同 p4
- (21) 同 はしがき i
- (22) 同 p4
- (23) 同 pp44-45
- (24) 同 p48
- (25) 同 p5
- (26) 同 p6
- (27) 同 p28
- (28) 同 はしがき ii
- (29) 同 p50
- (30) 中井久夫 前掲書 pp114-115
- (31) 同 p102
- (32) 同 pp39-40
- (33) 同 p24
- (34) 同 p40
- (35) 同 p25
- (36) 同 p71
- (37) 同 p59
- (38) 同 p71
- (39) 同 p98
- (40) 同 p99
- (41) 同 pp114-115
- (42) 同 p127
- (43) 同 p116
- (44) 同 p193
- (45) 同 p140
- (46) 同 p141
- (47) 同 p142

エレンベルガーは、宗教治療と“救霊（司牧）”について次のように述べている。

「カトリック教会は、個人が絶対の秘密厳守義務を負う僧侶に告解する行為を重視した。告解が一般に行われたことは心理学の発達に寄与したと考えられ、カトリックの僧は人間心理の知識を大量に獲得し、その一部は体系化されて道徳哲学の教科書のなかに取り入れられた。宗教改革の創始者たちは、告解の義務を廃止したが、代わりにプロテスタントの都市や農村では“救霊”（Seelsorge-司牧）という新たな行為が伝統となった。プロテスタント牧師の一部に、自分が特別の霊的天分をさずかっており、そのため悩める魂からその悩みの種となっている秘密の告白を聞き出し、その人たちが陥っている難所から救い出す力が自分たちにはあると考えていた。」

（アンリ・エレンベルガー『無意識の発見 上』木村敏・中井久夫監訳 引文堂 1980年 p47）

- (48) 中井久夫 『新版 分裂病と人類』東京大学出版 1982年 p11
- (49) 同 pp7-8
- (50) 同 p8
- (51) 中井久夫 『治療文化論』pp137-138
- (52) 同 pp138-139

中井が、その著作から影響を受けているエレンベルガーは、このボアズの報告を要約している。

「祭儀は“生かし屋”—Making-Alive（生き返らせてやる）という名のシャーマンが執行していた。他にシャーマンが4人介助をつとめ歌唱指導する者も何人か加わっていた。祭儀は患者の家の中、老若男女の多数見守る前で行われた。いろいろ儀式があってからシャーマン“生かし家”は患者の胸に触れ、また、自分の口を湿らせた。次にシャーマンは“生かし家”は病気があると突きとめた場所を吸い始めた。しばらくあってシャーマン“生かし家”は自分の口の中から血まみれの虫のようなものを取り出し、自分は“病氣”を抜き取ったと宣言した。それなり自分専用の聖歌を唄い出した。祭儀の終わりの時シャーマン“生かし家”は自分の胃を圧迫して血液を嘔吐し、吐いた血の中からきらきら光る雲母をつまみ出してこれを宙に放り上げ、「もう話者“施し長者”の胃に命中させてやった」と宣言した。「これが天の召命であった。」話者はそれからシャーマンになれと誘われた。拒絶の自由はあった。話者は承諾を決めた。するとまもなくこのシャーマン・グループの秘密集会があり、その場で話者はシャーマニズムの修練の第一回目を受けさせられた。

そのシャーマンの学校のカリキュラムは4年生であった。各種の疾病についての魔法の歌をひとつおぼえこまされた。病気を“感得”する技術（つまり身体の触診だが産科術も少々入っている）を覚えさせられ、失神、戦慄、痙攣、吐血などのふりをすことを実地に訓練させられた。それから治療技術を習った。話者が学生として見習ったのは、治療祭儀の前に口の中にミミズをそっと入れ、舌で噛むか歯茎でこするかして血を出し、ミミズを血まみれにしていろいろな魔法の歌を歌い身振り手振りよろしく所作をさんざんして、苦心惨憺してやっとできたという態度で、患者の身体から“病氣”を取り出して、患者と家族に、血まみれのミミズみたいなのですよ、とみせるシャーマンのやり口であった。」（アンリ・エレンベルガー 『無意識の発見 上』 pp9～10）

また、エレンベルガーは、ペルーのケチュア族インディアンは、スペイン語で「驚愕」を意味する「ススト」(Susto) という言葉で表わされる病気があると報告している。ススト病の起こりは、雷のためとか蛇とか去勢していない牡牛を目撃して驚愕して起こる場合と、呪いの影響を受けて起こる場合の二つがある。この病気の解決役になるのが、クランデラ（ほぼ民間治療者に当たるスペイン語）という女性である。クランデラは、患者の体を生きている鼠ではげしく鼠が死ぬまで摩擦する。治療祭儀はショクマという操作から始まるが、これもクランデラが執行するとされる。（同書 pp6-7）

- (53) 同 pp136-137
- (54) 同 pp144-145
- (55) 同 pp144
- (56) 同 pp145-146
- (57) 同 p5
- (58) 同 p4
- (59) 同 pp207-208
- (60) 同 p117
- (61) 同 p115