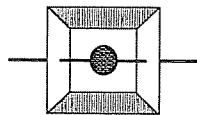


脳から魂への架橋

精神医学の立場から

小田 晋



一、デカルト的二元論と精神医学

コス島出身の古代ギリシアの医師ヒポクラテスを、日本の医師たちが「医聖」として尊敬することになったのは、『蘭学事始』のころからであって、宇田川玄随のような蘭法医は、まるで香具師における神農像のようにヒポクラテス像を軸物にして掛けていた。今日でも、「ヒポクラテスの誓い」は、ヘルシンキ宣言、アルマ・アタ宣言などと並んで、医の倫理の基礎となっている。医学生たちも看護婦たちにおける「ナイチンゲール誓詞」程

のことではなくても、大概、これを習わされる。筑波大学医学専門学群の医学生たちの学園祭は、「基臨社祭」と名づけられている。これは、基礎医学・臨床医学・社会医学のバランスが取れた習得を——という願いの他にヒポクラテスへの敬愛が医師としての出発点であることを示したものであるのに他ならない。しかし、とりわけ精神科医にとって彼が重要な人物であるのは、彼が『神聖病論』を書いて、てんかんが神霊の所為ではなくて脳の疾患であると主張したからである。彼は、こう書いている。「脳髄が刺激されると、知性は混乱し、大脳は発

作にとらわれ身体全体を痙攣^{けいれん}させる。しばしば患者は言葉をしゃべらなくなり、息を詰まらせる。この疾患はアポプレキシア(いまだで言うてんかん)と名づけられる。……またあるときは、知能が障害を受けて、患者は右往左往し、現実とは違ったことを考えたり信じたりするし、また皮肉な笑いや、奇妙なものの見方に病的な性格がそなわ⁽¹⁾てくる」。

プラトンは、『ティマイオス』の中で、彼のこころの三分説を援用して、前ソクラテス派のテーゼを追求し、発展させた。彼は知性の部分を情意及び欲望の部分から区別し、さらにはそれを頭の中に位置づけている。彼はこれには不死の力が具わっており、他の二つの死すべき部分とは、脊髓を介してつながっているとする。プラトン及びヒポクラテス派によって、以後、思考は人間の大脳に座を占めるという「脳髄中心説」のテーゼが明確に定式化されたのである。

これに対して、同じギリシアの哲人でもアリストテレスの方は、心臓が感覚や情動や知性の座であると主張した。大脳は彼にとっては、「水と土でできており」、身体

器官の冷却器の役割しかはたしていない。栄養物に満たされた血液の温度を下げ、睡眠を引き起こすというのである。

そして、初期キリスト教の教父たちでさえ、たとえばエメサの司教ネメシウス、そして聖アウグスチヌスが、紀元四―五世紀に、前脳室に創造、中脳室に推論、後脳室に記憶の座をそれぞれ位置づけている。

その後、中世を通じて、脳がこころの座であることは忘れられる。とりわけ精神病は悪霊の憑依^{ひよ}あるいは悪魔との契約に帰せられたのであるが、精神障害者は悪魔に魂を売った者であるとして火刑に処したりしたものである。精神医学はヨハネス・ワイヤーやパラケルススなどの人文主義的な医師たちによる「精神病者は病人であって、処刑するより治療の対象である」という主張によって、その暁を迎えたのである。

十七世紀ヨーロッパの思想を代表するのはデカルトであって、彼は人間の身体を、「骨、神経、筋肉、血管、血液及び皮膚から構成され、それらが組み合わさってきた、一個の機械」として見る見解を採用し、一方では

非物質的で、不死のただ一つの「ところ」の存在を主張した。これが彼の有名な心身二元論であって、彼はこの「理性的なところ」を松果体を介して身体に結びつけた。デカルトは脳の中でも、松果体が一つであるところから「われわれの脳の他の部分は二つであるが、われわれは同時にある同一の事物について、ただ一つの思考しかもたないから」というわけで、この松果体のレベルでただ一つである「ところ」が身体と結びつく、としたのである。そこでところが動物精気の循環を調節していて、逆に「身体何らかの部分」が運動し、あるいは感覚的対象によって刺激されるとき、「動物精気が「ところ」に作用を及ぼす——としたのである。

デカルトは、人間だけが持っている「ところ」と動物も持っている「動物精気」を峻別していたのであるが、彼の二元論は、その後一方では「動物を人間化するのではなく、人間を動物化する」方向に発表し、他方では「ところ」の問題と「身体」の問題を全く無関係に研究するという方向に発展した。

それはどういふことかという点、前者の立場は素朴唯

骨相学にも見られるけれども、一面では、ワッセルマン及び野口英世によって、その病態が解明された晩期梅毒による進行麻痺、さらにその中でも局所的所見を呈するリッサウエル麻痺の発見などは、脳の感染による器質性病変が、多彩な症状と一定の経過（痴呆化と死）をたどり、これに対する特殊療法（マリア療法まで存在する）という意味では、まったくモデル的な精神病を引き起こすこととなった。

しかも進行麻痺は、今日わが国では極めて稀にしかその発生を見ないという意味でも、身体論モデルの精神医学の勝利であるということになる。しかしながら精神医学的疾患を、全く身体論をモデルにして構築するという体系においては、患者はまったく「病める脳」として扱われ、その生の一面性や世界投企の可能性を無視される。とりわけ精神分裂病や躁鬱病のような、内因、つまり身体的な原因が想定されながらその実態が不明であり、かつ症状がその病的過程の二次産物にすぎないと規定されている場合、病者はいつになるやら知れない身体医学的な病因論説明の日まで、〈脳病院〉の一室に放置

物論的な立場から、精神現象をすべて物質的過程に還元しようという傾向をもたらした。精神活動は肉体的活動、とりわけ脳のその二次的産物にすぎないという発想は、近代医学の立場から脳研究を行う人にとっては馴染みが深いものになった。それはW・グリーンジャー（一八七〇—一八六八）が精神障害は脳機能における反射作用の乱れに他ならないとし、「精神病は脳病である」という良く知られたテーゼを出したのに端を発しているといえる。

グリーンジャーはこのことによって中世の鬼神論に引導を渡した形になり、彼の死後五十年にもわたる脳病理学の隆盛をみちびき出したのである。思弁を拒否—事実を重んじる彼の精神はK・クレペリン（一八五六一一九二六）にも引き継がれ、クレペリンによって近代精神医学的疾患の体系ができた。グリーンジャーのテーゼは、その後、失語症研究（ウェルニッケ及びブローカ等）を通じて、脳機能のモザイク説、つまり脳のさまざまな箇所の機能の積分として、人間精神を理解しようという試みにいたる。この方向の戯曲化された表現はガルによる

されるに近いことになった。

また定義的に、〈脳病〉ではなくて、体験に対する反応であると考えられた神経症に対しては、この方法では手も足もでない——ということになりがちであった。

今世紀前半の、現象学的・人間学的精神医学や、力動精神医学、さらにそれにやや遅れての社会、文化精神医学などの隆盛はそれに対する反省を背後にもっているわけである。哲学者デイルタイの方法に基いて、K・ヤスパースが完成させた現象学的精神病理学は、不明の身体医学の本質は一応（括弧に入れ）て、もっぱら患者の心的事象自体について、了解と還元という方法を用いて接近するのであるけれども、そしてその方法は確かにデカルトの心身二元論の極致ではあるけれども、ヤスパース、K・シュナイダーらのいわゆる（ハイデルベルク学派）によって、精緻に仕上げられる。さらに哲学者M・ハイデガーの影響をうけて、スイスの精神医L・ビンズワンのガールやM・ボスによって、了解（つまり治療者による病者の供述に対する追体験）不能の限界を越え、病者との人間的出会いを通じて、その精神世界を統一的に把握しよう

という現存在分析学が提案されたのである。

失語症研究の領域でも、ブローカやウェルニッケらの局所モザイク説に対して、カッシーラーらのような全体論の立場からの批判が加えられるようになった。

一方、S・フロイト(精神分析学)、C・G・ユング(分析的心理学)およびA・アドラー(個人心理学)のような力動的心理学の立場は人間精神に一種の層構造(超自我―自我―イド)をもったモデルを考え、人間精神における無意識なものをより重視する立場をとるのであり、自己内部の無意識なものを主に言語を用いて研究することにより、精神療法、特に神経症の治療が可能であるとしたのである。フロイトの考えた人間の深層構造は、甚だ中小的なモデルなのであるが、それによって精神医学は、心的事象を説明するための独自の言語をもつに至った。フロイトは、これらの精神構造間の相互作用を力学の言葉を用いて説明したが、相互作用の源泉となるエネルギー、すなわちリビドー(生の本能)とモルチドー(死の本能)は極めて物質的なものとして理解していたようである。彼も将来、この(力)の本態が生物学的方法によって解明されることを仮定し、その解明まで精神内界のことは心理学的概念を用いて説明することにしたのである。

一方、社会・文化精神医学は、個人をライブニッツのいうような(窓なき单子)と考えることを止め、(この世に生きるもの)としての人間と、世界との相互作用がどのような効果を、人間の心理、とりわけ病態に及ぼすか? を社会学・人類学・民族学等の学際研究を通じて解明しようとしたし、患者を地域での生活に戻し、地域の文化に適応させることによって、失われた社会的機能を回復させようとしたのである。

しかしながら、上記三つの方法はいずれも、心身二元論の立場に立つて、身体病理の面を一応捨象するという立場に立つことは共通していた。実のところ、精神医学に関する研究所や教室の乏しい予算の大部分は十九世紀から今日に至るまで、生物学的・身体医学的研究に投入されてきたという点で変わりはない。しかしながら、一九七〇年代までの生物学的精神医学の方法は、かなり乱暴な一般化や、こじつけ的な論法を用いるのでなければ、精緻に発達した精神病理学の研究と対応関係をもつこと

が困難な程度のものであった。今度こそ内因精神病の本態に迫った——と自称する研究も、追試が困難であったり、追試の結果が一致しないために否定されるというようなものが大部分であった。精神病理学研究の立場からも、いわゆる(脳神話)についての批判が多くなされてきた。

二、一九七〇年代以後の知的状況の変容

デカルトのいう「松果体学説」は今日から見ると、荒唐無稽(ちやうど)というのに近いのであるが、しかしデカルトの方法論自体は、近代西欧のエートスの中核であり、今日でもなおそうである。心身二元論の前提のもとで、一方では観念論哲学が発展したし、宗教の束縛から解放された科学は、それ自体の論理に従って発展し、両者は手をにぎることはなかった。デカルトは脳と心のあいだに、松果体という橋をかけておいたつもりかも知れないが、実際にはこの橋は渡られることのない橋であった。その中で、唯物論的な科学は、社会科学の方面では下部構造還元論として、精神医学の方面では素朴な脳神経や反映論

として発展した。宗教的な事象は前者の立場からは、「民衆の阿片」とみなされ、後者の立場からは、迷信、幻覚とみなされるか、さもなければ、全く無関係なものとされてきたのである。しかし、その後の精神医学自体の脳研究の発達がそのような意味での、身体還元論や心身二元論を無意味なものにしているというのが一九七〇年代以後の知的状況であるといえるのである。

今日の生物学的精神医学がわれわれに示してくれる(脳)の働きや(精神医学的人間像)は、心身二元論の枠の中で、唯物論的、モザイク的、物質還元論的な角度からみられたものとは全く別のものである。これらの研究は、部門別には、①脳の構造と機能に関する研究、とくにコンピュータ・モデル及び分離脳研究などの導入、CTやポジトロンを導入、②生化学的に、脳内のアミン代謝、ニューロペプチッド代謝の研究、及びこれらに関連する精神薬理学の研究、③比較行動学、生態学、行動科学など、動物の集団行動についての研究の導入、及び④ストレス学説にもとづく心身医学的研究、その場合の東洋的瞑想の効果、などが挙げられるであろう。そ

して後述するようにそれは、身体—精神、此岸—彼岸を
通底する新しい道をわれわれに示してくれる筈のもので
ある。

三、今日の脳研究による脳と心の架橋

これらのすべてについてふれることはできないので、
ここではまず①の脳の構造と機能の問題について、ふれ
ることにする。脳の構造と機能についての研究は、この
三十年間はむしろ頭打ちの状態にあったとさえいえるの
であるが、最近、画期的な進歩をもたらしたのは、R・
スペリーによる分離脳の研究、およびCTスキャン(コ
ンピューター化された断層撮影)、ポジトロンを用いた研究
であり、理論面では、サイバネティクスに端を発する
コンピューター・モデルの脳研究及びK・H・プリブラ
ムによるホログラム・モデルの提示であらう。

CTスキャンは、かつては気脳術という被験者に甚し
い苦痛を与える方法しかなかった脳実質の撮影を簡単に
行なうことを可能にした。この方法で、すでに精神分裂
病や精神病質人格について、いくつかの所見がえられて

さらにT・スペリー(一九一三)は重症てんかんの治
療のために左右の脳を結ぶ脳梁や前交連を切断した症例
を観察している。この分離脳実験で、左脳は言語機能に
おいてすぐれており、右脳は操作・空間知能においてす
ぐれていることが判っている。スペリーらは脳は左右と
もそれぞれ意識をもっているともいうのである。この分
離脳研究から、左脳は理性的・西洋的であり、右脳は直
観的・東洋的であるというふうに文化差を指摘する著者
(角田忠信)も現れている。さらに脳のニューロン及びシ
ナプスの機能の研究も次第に精密化してきている。

これらの個別研究を整理して、「システムとしての脳」
の全体機能をとらえようとしているのがK・H・プリブ
ラム(スタンフォード大学)の仕事である。彼は、「意識と
神経生理学」という意欲的な論文(一九七八)において神
経生理学的な立場から「意識とは何か?」という難問に
取り組んでいるのである。脳機能と意識の関係を考えて
みるためには、次のような疑問に答えることがどうして
も必要になる。すなわち、①そもそも意識という概念自
体が必要なのか、②もしそれが必要であるなら、その概

おり、難波益之⁽⁴⁾は、家族性に発病した分裂病者脳のCT
所見で、吻側大脳縦裂最大幅と幻覚のあいだに正の相関
があること、人格崩壊と第三脳室最大幅との間に負の相
関があることを発見している。

しかし、もっとも注目すべき検査手技は、ポジトロン
であって、これはRITレーサーから発射される放射線
を、目的とする横断面に沿ってあらゆる方向から測定し、
その結果を所定のアルゴリズム等で演算処理して、ト
レーサー分布の横断像を再構築するものである。本法に
より始めて、脳の局所における代謝や循環、酸素や受
容体の活性を生きた人間で撮影する道が開けた。つまり、
この方法で脳構築学と大脳生化学が握手する道が開かれ
たのである。この方法は一九八一年、レーガン大統領を
狙撃した犯人ジョン・ヒンクリーの精神鑑定に用いられ
たし、本邦でも日航機墜落事件の際の精神鑑定にも応用
され、それぞれ分裂病脳においてよくみられる所見を得
ている。どの場合でも、数年にわたって精神医が他の診
断名で面接をつづけていた事例であったことから、こ
の方法の重要性が理解できるであらう。

念の含む特別の意味内容はなにか? ということであ
る。

第一の問いに答えるために、われわれは脳の一部を切
除した病者のことを考えてみればよいであらう。こうい
う病者は、血管腫やその他の腫瘍を取りのぞくために大
脳半球の後部皮質だけを切除されている。予期通り同名
半盲を生じてはいるが、病者は格子紋様の上におかれた
物品の位置を同定するか、あるいは二つの物品の区別を
して、言語的に、または器具を使って答えるように求め
られると、これもほぼ正確に出来る。ところが、どうや
ってそうしたのか言葉で説明するよう求められるとたち
どころに混乱してしまう。病者は自分自身ではなにも(見
ず)あてずっぱうにそれを行ったというのである。この
状況は六〜八カ月も続く。この客観的にはできるが、主
観的にはできないという乖離は、実はそんなに珍しくな
い。

脳梁(corpus callosum)を切除したあと、右手利きの人
の右大脳半球は、彼自身は課題が達成できないといっ
ているにもかかわらず物品の弁別ができていることを示し

ている。彼らは、それを言語的に表現できないにもかかわらず実験的にはできているという推論の根拠を与えている。

別の側頭葉中部の辺縁系を切除した病者の場合、二十余年余にわたって彼の体験するすべての事柄について（馴れない）感じを持ち続けていたが、実は、道具的な能力はよく学習され、保持されていたのである。

こういう病者たちが主観的に気づいていることと、客観的な作業能力との大きい差異は一体、どこからきているというのであろうか。病者の主観的体験をプリブラムの行動主義的な同僚たちがよくやるように、頭からウソであると決めつけてしまわないならば、道具的、言語的な、私たちが普通体験の源泉であると考ええる反応性とは別の主観的体験を包含する概念を考え出す必要があるであろう。

臨床が、そういう概念をもたらしてくれる。たとえば昏迷または昏睡状態にある病者を考えてみよう。もちろん眠っている人や夢を見ている人たちを無意識であるとは言わない。彼らは異なったレベルの意識状態にあるだ

けなのである。私たちはまた側頭葉内側の異常のために発作に悩まされている患者を想定することもできる。彼らは、一般にでんかんによる暴力的挿話の際によくみられるように、行動がまとまらないにせよ、発作時の自分の行動を完全に意識しているし、自分の行動を意識してもいる。同時に、これらの患者は、発作の直後に自分が何をしたか想起できない。こういうある一方の状態にあるとき他の状態の自分を想起できないというのは、夢を見ている状態と正常な覚醒状態との間のちがいと同等である。

こうして、意識のさまざまな（諸状態）という用語が生まれてくることになる。脳機能と、体験との関係はこういう概念がなければ取り扱えない。つまり（意識の諸状態）を形成する相互に解離しうる配置があるということになる。こういう意識状態の支配は網様体の役目であって、この諸状態はクロード・ベルナル（¹⁷）やウォルター・キャノン（¹⁸）によって、内在的なホメオスタシスによって制御されたフィードバックの作用によって決められ、さらにこの諸状態は、それぞれ、比較的にも安定な、

化学的に活性な中脳系の配置によって決定されると考えられるが、いかなる物質が現在、その役目をはたしているかは判らない。このような神経化学的配置は、注意の制御、つまり感覚的インプットとして役立っていると考えられる。こういう制御は大脳皮質内における信号に対して作用し、かつこういう信号の型が、意識の内容を決定するマトリックスを形成すると考えてよい。この諸型式が神経系の信号を一定の周波の帯域に書き直し、イメージ形成の引き起こされるホログラムされる表象を成り立たせる。すなわち、プリブラムによると、脳は感覚的過程を周波数に翻訳し、そのことによってイメージをつくり出す。これを説明するのに、プリブラムはホログラフィという用語を用いた。

ホログラムは、中間的な（普通は光の）波長を信号に変え、イメージを構成する装置である。ホログラムはもとは数学から生まれたものであって、当初電子顕微鏡のつ問題を解決するために作られたのである。ホログラムはいろいろな方法でつくることができるし、アナログ視覚情報をレーザーやレンズや鏡や反射板や、多分は脳

を通してデジタルなコンピューターによって構成することができ。つまりプリブラムは、脳をひとつのホログラムに見立て、それが表象のある波長の波に、それをさらにイメージに変換するのであるとする。彼によると、このホログラフィ仮説の取り柄は、脳機能と意識体験の関係についてのいくつかの困難な点を解決しうることである。この概念を使えば脳における記憶の分散的な性質をうまく説明できる。つまり、ホログラムというものは、その名の通り、入力した情報を拡散させ、ホログラム全体で受け止めることになるからである。更にホログラムの投影としての性質が意識的体験のそれと重なり合う。したがって当初の疑問への答えとして、結局意識して体験される状態がなくてはじまらないこと、相互依存的な制御システムが神経生理学的に意識とよばれる諸状態へ落ち着くことなどを述べている。

要するにプリブラムの脳ホログラム説は、脳研究をモザイク説から全体論へ昇華させ、かつ、構造的—生理学的—生化学的な相互変換の系をモデル化してみようと試みるのである。彼はさらに、「社会病理学の枠組みの内

の言語」(二九七六)という論文の中で、言語そのものについて論じており、脳組織学—社会学を通じて試みを行なっている。彼によると、人間の言語の複雑さは、脳の複雑さに依存しており、それがすべての文化の豊饒さを規定する。文化は人間の行為の連続によって作られる。人間の脳の運動機能は、文化の産物とその点で共通性があり、プリブラムは両者は必然的に相関するものであるとする。前辺縁系と後頭葉は共に人間ではよく発達している。プリブラムは、人間の言語が人間の高次脳と高次文化により決定されるものであり、文化はまた高次脳によって決定されるものだとするのである。

プリブラムは、更に別の場所(一九七九年フランス国営放送シンポジウム「科学と意識」)において、理論物理学者のド・ポールギヤールが「因果律の逆転」という観念を述べたのに対し、いつそ因果律そのものを廃棄してユングのいう「シンクロニシティ(共時性)」と一緒に扱うことができないかとコメントしている⁽¹⁰⁾。このシンポジウムでは、やはり理論物理学者のD・ボームが意識——すなわち現実の総体のうちにひそむ活性因子であり、より深

い意味で結びついており、意識と物質は「暗在系」を共有していること、物質的宇宙の全体に関する情報が、少なくとも潜在的に意識の各瞬間中に蓄えられている——と述べ、プリブラムの脳構造論を引用して自説を補強している。つまりプリブラムの脳構造研究によれば、記憶は一般に、脳の全体の中のホログラフィックに記録され、ある事柄に関する情報が脳の特定の細胞や部分に蓄えられるのではなくて、情報のすべてが脳の全体にわたって蓄えられるとし、そのモデルとボーム自身のコスモロジーとの共通点を述べ、更に精神と身体の不可分性を述べているのである。

つまりプリブラムの考え方は、全体論的であり、身体—精神の両次元を二律背反的に分割しない——という点で、今日の心身医学における発想とも重なり合うのである。

以上、今日までの脳研究の一端を垣間見ただけでも、「脳神話」(脳局在論的ホムンクルス主義)といった意味では、その実験データが解読されるべきものでないことが判るであろう⁽¹¹⁾。最近の精神分裂病や中毒精神病に関

する生物学的な研究の方向をみてもそれはわかる。神経生化学的な脳研究や大脳生理学の研究は、分裂病やてんかんなどの精神病の身体的基礎を、脳内のドーパミン代謝や、脳の電気活動(脳波)の異常に求めることを許しているかにみえる。しかし、このことが精神現象を物質的基礎に還元することを許すという考え方はどうも間違っているようだ。つまり、人間の脳は、自分でドーパミンという覚醒剤にすこし似た物質や、エンドルフィン⁽¹²⁾という麻薬に似た神経ペプチドを自ら生み出すことによって、活動したり、快楽を味わったり、陶酔したりしているものであるらしい。

精神分裂病の原因に関しては、まだ定説はなく、最近ではT・クロウ⁽¹³⁾のように、スローヴァイラスつまり、感染から発病まで何十年もかかる病原体の感染によるものではないかという考え方でできている。しかし、脳内の一定箇所におけるドーパミンの過剰が発病した場合に認められることは確かかなようである⁽¹⁴⁾。精神分裂病がドーパミン代謝の異常に基礎づけられているにしてもその関係は一方的なものではなく、ストレスがこの過

程に作用すること、つまり精神過程が代謝過程に逆作用することが想定されている。

エンドルフィンの存在は、人間は別に麻薬を注射しなくても、自ら苦痛を緩和し、陶酔をもたらし物質を脳内で産生する能力をもっていることを示すのである。これは例えば、人間にとって、舞踏や祈禱、芸能や宗教などの広くいつて「祭り」の機能は、脳内のエンドルフィン代謝に介入することであることを暗示しているかも知れない。マーガレット・ミードとベートソンの二人の文化人類学者がバリ島で行った調査によると、バリ島人にとって、島内の方位がそれぞれ象徴的な意味をもつので、彼らは方向感覚を失うのを恐れて酩酊⁽¹⁵⁾におちいるのをきくが、彼らの情緒的緊張は、彼らにとって制度化されているトランスの状態で発散され、酩酊とトランスは代替関係ということになっているのかも知れない。このことは酩酊とトランスをつなぐものとしての共通の脳内物質の存在ということを仮定したら、よりよく理解されるかも知れない。

このようにして、今日の脳研究は、ある意味では、従

来の精神病理学や精神分析学の再考を迫ってはいるが、今日の精神世界の科学は、それ自体の方法によって硬直した、ハードウェア優先の物質決定論的な少なくとも心身二元論的な人間観を通り抜けてしまっており、精神と身体との相互作用から出発して、むしろ情報系が物質系に対して及ぼす作用を、信仰や神秘体験をも含んで、探究する方向に向いているといえよう。

四、宗教と精神医学の関係の変遷

上述のような事情があるので、宗教と脳科学を含む精神医学の関係についても、従来のように、宗教体験の精神病理学的解釈を行ったり、あるいは宗教の側でも医学の限界を指摘して、これを排斥するといった関係とは異なった相互関係がみられるに至ったのである。この節ではこの問題について若干の考察を加えてみる。

(一) ヨーロッパにおける狂気観および宗教と精神医学の関係

超自然的・宗教的な狂気観はドイツ精神医学では十八世紀のロマン主義精神医学の時代までは生き残っていた

し、魔女狩りの原理ともなったのである。

この間の事情をさらにさかのぼって考え直してみると、こういうことになるであろう。ヒポクラテスはかなり論理的に、てんかんが脳病であることを主張したのであるけれども、それは逆に、てんかんを神聖病であると考えた人たちがいかに多かったかを示すのであり、てんかんはその後、古代ローマ時代においても「神聖なる病」でありつづけたのである。中世ヨーロッパにおいては、とりわけケルズスやガレノスなどの古代ローマの医師の伝統が絶えたわけではなかったが、とりわけ心の病については、宗教的文脈の中で理解される傾向があった。中世ヨーロッパでは古典科学の衰退に伴い精神医学は宗教の支配下におかれ、魔女妄想による魔女、魔男の呪術とそれに対する魔女裁判という社会病理現象に移行し、いわゆる魔女迫害期を迎え、数十万から数百万に達する刑死者を出すことになった。拷問によりたぎぎの山に登らなければならなかった健康者とともに、多くの精神病患者が火刑となり、それは十八世紀末まで続いたのである。イエズス界修道士スプランガーおよびクラメルによ

のであり、少なくともハインロート(Heinroth, J.)の時点ではそうであった。我が国でも江戸末期の陶山大祿はあたかもワイヤー(Wier, J.)のように『人狐弁惑談』の中で狐憑きを疾病であつて狐のせいではないと強調しているのだから、この点の認識において東洋が西洋よりずっと(質的に)言えるほど立ち遅れていたとは考えられない。ただ西欧文明においては、紀元前三世紀にヒポクラテスが「てんかんは脳病であつて神聖病ではない」と説き、近代精神医学の揺籃期にグリージンガーが(Griesinger, W.)「精神病は脳病である」という有名なテーゼを立てたことでわかるように、「一であつて一でない」というアリストテレス以来の排中律の論理に従つて脳病理説が主張されたのが特徴的なのである。この発想は近代精神医学のその後の顕著な発達の土台を築いたのである。

しかし一面、この考え方は、セム族的な善悪二元論に従つて、精神障害者や犯罪者を宗教的な異端の徒と同一視して悪魔に魂を預けた物であるとして「悪」黒」の系列に組み入れ、これに「烙印を押す」という傾向に関係する『魔女への鉄槌』(Malleus maleficarum)は魔女狩りの手引書であるとともに、十五世紀ヨーロッパにおける精神病理学的事例の集大成でもあった。これに対する、ワイエル(E. Wier)の『悪魔の眩惑』(Prestigius daemonum) (一五六三)のような批判が近代精神医学の黎明を準備したことはよく知られている。しかし十八世紀末から十九世紀初頭のドイツにおけるロマン派精神医学者たちは精神疾患を純心理学的要因によるものと考え、身体とは無関係と考える傾向があった。この派の代表者であるハインロートは、理性こそ神への終局的随伴者であるから、理性が欠けるのは人間の罪のためで、これによって精神病が起ると考えたのである。この神学的心理学は、解剖学的生理学的立場を主張する身体主義者たちの激しく攻撃するところとなり、両者の間には激しい論争が交わされた。

この論議は、身体主義者の陣営に、グリージンガーという強力な指導者があらわれたこともあつて、十九世紀前半では身体主義者が勝つた形になり、世紀の半ばからはドイツの精神医学は心理学ぬきの体系をつくり出そうと努力さえるようになった。つまり、宗教のくびきか

ら「解放された」精神医学は、反対の方向に、つまり脳中心説による、素朴唯物論的な心理学を作り出すに至ったのであり、のちに(ソ連時代になってからの)I・P・パブロフによる条件反射学説はその極端な表現であった。

一方、精神医学の枠内から生み出された心理学であるS・フロイトによる精神分析学説は、逆に、宗教や信仰の起源を性本能とエディプス複合との昇華および投影に求め、宗教そのものを人類の集団神経症であると考えることになったのである。一般に、十八世紀以来、科学主義、合理主義、理性信仰——といった産業化社会のエトスが西欧世界を支配すると共に、教会の精神的影響が減じ、少なくとも一時的には、人々の悩みを聞き、その生き方の指針を与えるという役割が、神父たちの聴罪室から精神分析家の診療室へ移動するという事態が生じた。S・ネルソン⁽¹⁶⁾(Nelson S. Torrey, Jr.)によると、米国では、一九七二年までの二十五年間に、精神保健にたずさわる人たち(精神科医、臨床心理士、精神医学ソーシャルワーカー、精神科看護婦)の数は一万四千人から十万人に増加し、反面、牧師および神父の数は二十五万人から、二十

九七二年当時)、米国においてはかつて組織された宗教が遂行してきた機能を今日では精神医学がはたしている。その機能とは、①未知なるものを説明する機能、②儀礼的機能、③価値の定義づけの三つである。今日、精神医学は、この三つの機能を宗教に代って、いわば代行している——とネルソンはいうのである。

もっとも、精神医学のもっているこの種の代替宗教としての機能は、それなりの限界をもっているにはちがいない。身体論的精神医学は、もともと自然科学的な価値中立性に基づいているから、代替宗教としてはいたって不向きであるといえる。フロイトによる精神分析学も、実はモデルとしては自然科学的な還元主義に立脚しているのであるから、「言いおおせて何かある」というような身も蓋もない没価値的な認識に人々をみちびく傾向が強かった。精神分析によって、ラッキョウの皮むき式に人間の深層心理を掘り下げて、自分の破壊衝動に到達したとして、さてそこでどうするのか? という問題が生じることは明らかである。精神分析の立場から価値付与をするとして、E・フロムのように「愛と自由」を強調

万人に減じた。

歴史的に見れば、僧侶と医師の役割が重なり合っているのは珍しくはないのであって、現代社会でも両者の境界は見かけほど鮮明でない。ファンダメンタリストの教会やクリスチャン・サイエンスでは、宗教と病氣癒しの機能は重なり合っている。同様ナバホ族の副次文化の中では、祭司と治療者とは往々にして同一人物である。地球上のどこでも、すべての文化において、宗教は体験でもあり、機能でもある。体験の面からいえば宗教は、ひとを「絶対者」との出会いにみちびく個人的感情であることとえられることが多いが、絶対者を定義するのは人間なのである。

宗教的体験は神秘的でも非合理でもありうるし、詩人によって讀えられ、神学者によって説かれ、心理学者によって分析されてきた。医師であり、のち哲学者となったウィリアム・ジェームズ(William James)がいうとおり、宗教的体験は時に、心理療法においてある種の人々が体験する事柄に重なり合う。宗教の機能としての面だけを取り出して見ても、両者には共通点があるのであり、現在(一

するにしても、あるいは実存分析学派のV・E・フランクのように「神の似姿」であり、「意味への意志」をもつはずである人間の、「識られざる神」の再発見を助けるという有神論的実存主義の立場をとり、「医学的精神指導」(ärztliche Seelsorge)の役割を強調するにしても、その場合、価値観そのものはキリスト教からの借りものである、下手をすると医師が神父の拙劣なまねごとをしている——という観さえ免れない。

さらに、一九七〇—八〇年代にかけ、いわゆるポスト・モダンの潮流の中で、人々の心は再び宗教がえりの傾向を見せはじめる。精神医学そのものが、反知性主義的な立場から批判をあびて揺れ動いており、たとえば米国では、一方ではさまざまな小宗派(カルト)の流行とともに、他方では、一種の小宗派に似た治療共同体(ポップ・サイコセラピー)が流行しており、一九八〇年代初頭以後、正統派精神分析のコースを取る医学生の数も減っており、大学精神科の主任教授も精神分析医から生物学的精神医学の専攻者にとって代わられる傾向が目立つようになった。

さらには、生物学的精神医学の方面でのめざましい進歩、とりわけ精神薬理等の進歩が、宗教的忘我の背景に脳内のエンドルフィンという麻薬類似物質の存在を推定するに至ったこと、神経生理学、とりわけ脳波学的研究が、禅、ヨガ、及びその他の神秘体験と武道(新体道)や芸能の無我の境地とを通底する脳波所見を発見したこと等の事情から、宗教と精神医学の新しい接点はこの方面から開拓されようである。

しかしながら、宗教の側から見ても、宗教自体、従前のような、成立宗教のタイプのまま存在しうるかというところはちがう。わが国の第三次宗教ブームと呼ばれる現在の宗教シーンから見ても、米国での宗教状況から見ても、「信」の宗教から「術」の宗教へ——と言われていくように、宗教へのニードが教会という組織や教義というディスクリールに対してではない日常生活を離れたトランス状態を体験し、あるいは創造性を開発したり、「超能力」を得るために、「術」と「行」の宗教を求めるといふものに変わってきている。

こういう状況において、宗教と精神医学の關係に相互

にアイデンティティを保ちつつ、一方が他方の機能を代行する——という形態でありえなくなった。その場合、西欧文化圏においても、東洋の宗教及び東洋の心理学、精神医学への興味がかき立てられる傾向にあることは不思議ではない。つまり、A・ワッツ(Watts, A.)が指摘する⁽¹⁷⁾ように、東洋文化においては、宗教自体、心理療法的要素をより純粋に有しており、それは、今日の若者たちの宗教志向及び、心の健康及び創造性開発についての欲求に直截に適合していると思われるのである。

ワッツは、東洋の宗教はすべて精神療法であるという見地から、東洋の心理学の今日の精神療法に対する意義を述べている。

(二) 東洋の宗教と精神療法

A・ワッツによると、仏教は、本来苦悩からの救済を意図とするものであり、本質的に心理療法である。近代医学の登場以後、身体医学の側面で、東洋医学の影響力が低下してからも、精神療法、及び心身医学の側面では、ヒンドウ教、仏教的発想及び方法は、近代精神医学及び心身医学にひろく取り入れられてきた。福永勝美氏⁽¹⁸⁾によ

れば仏教の行法で、心身医学的療法として解釈できるものに、(1)坐禅療法、(2)法悦療法、(3)懺悔療法、(4)経力療法、(5)慈念力療法、(6)願力療法、(7)光明療法、(8)触手療法、(9)威力療法、(10)呪術療法、(11)ヨーガ療法があげられている。

1、坐禅療法

坐禅によって引き起こされる精神生理学的な変化と、それによって疾病が治癒しうることについては、笠松章、平井富雄氏はじめ、多くの研究がすでになされている。禅定に入ると、脳波上、ふつうは、開眼していれば速波が優勢であるはずなのに、ベータ波やガンマ波のような速い波が消え、一秒十サイクルのアルファ波が優勢になる。つまり意識が明瞭であるが、それが何物かにとらわれた意識ではないという状態を出現させることができるのである。今日では宗派的文脈を離れて、例えば、バイオ・フィードバック法によって、開眼時にアルファ波優勢の状態を作り出す訓練がなされ、これは心身症の予防及び治療、及び創造性の開発に応用される。福永氏によると、坐禅療法には、更に(a)止観法、(b)仮想観療法、(c)

観心療法、(d)数息坐禅療法などを挙げることができる。

(a) 止観法 II これは、『修習止観坐禅法要』や『摩訶止観』などにみえる。これは精神をある一カ所に集中せしめることによって、病を治そうとする方法である。例えば精神を、(i) 病の局所、(ii) 臍下丹田、(iii) 足下に止め、(iv) 心そのものの活動を止める——とか、『摩訶止観』では、臍下丹田に心を止めると、氣息調い、疾病は癒えるというのである。適応症としての上気、胸痛、両脇痛、背痛、心熱、煩、病煩不能食、心腫、臍下冷、上熱下冷、陰陽不和、氣喘などが挙げられている。なるほど、これらは典型的な心身症の症状である。

(b) 仮想観療法 II これは『治禅病秘要法』や『摩訶止観』に登場する、イメージによる治療法である。(「治禅病」とあるように坐禅のさいに生じる心身の不調に対処する方法である)である。『摩訶止観』にある暖酥治勞法は、江戸時代になって、白隠慧鶴(一六八五—一七六八)が「阿含用酥の法」として、『夜船閑話』で紹介したところであって、頭の上に、よい匂いのする酥(固形の乳製品)があつて、これが体温で溶けて身体中に染み渡っていくイ

メージを持つ———というのである。これによって、彼は坐禅のやりすぎから来る心身症、動悸、手足の冷え、幻視、不安、冷汗を伴うから脱出する。この方法は、一九五〇年代になって、ドイツの精神医、J・H・シュルツが提案した心身医学的自己コントロール法である自律訓練法ときわめてよく似ており、さらに、「イメージ面接法」や「TM(超越瞑想法)」とよばれる最近の精神療法とも近似する。イメージの自己操作が、自律神経で内分泌系に影響を及ぼし、心身症、神経症の治療をもたらすことは今日、実証されている。

(c) 観心療法Ⅱこれは心身は空であると観じて、疾病を超越する療法であって、仏教における空観の、医学的応用であるといえ、空観療法ともいうことができる。空観には、小乗におけるように実相を分析していつて、空なりとの結論に到達する析空と、大乘におけるように分析しないで、全体を空と直観する体空とがある。『摩訶止観』で、「直ちに心を観じ、内外惟求するも心、得べからず、誰に逼り、誰か病受けん」とあるのは体空による説明なのである。『維摩經』では、空なる心身に病の

に対する告白療法に他ならないからである。

「経力療法」「慈念力療法」「光明療法」「威力療法」「呪術療法」の効果については上述のような心身医学的説明を行うことはできない。それは超自然的な、宗教本来の領域に属する。「触手療法」とは菩薩の手を触れることによって疾病を治すとするものであり、釈迦も触手のみで疾病を癒した例を多く残している。『准提經』によれば普通人であつても加持の心をもって、二十一回頭をなれば、すべての疾病は治する———とするのである。

「手当て」という言葉があるように、苦しむ仲間に対する真慮と善意をもって、相手の身体に手をふれることは、人類のもっとも古い医療と介護の原型である。このタイプの医療に対する現代的接近としては、今日の中国における気功療法がある。気功の解明を通じて、触手療法のもつ、心身医学的側面の解明が今後可能となるものと思われる。

3、近代精神療法と仏教

近代精神療法が導入されてからも、とりわけ精神療法の領域では、患者の文化的背景、医師と患者関係の社会

まじるのは、前世の妄想、顛倒、煩惱によると説かれている。この方法は、神経症、とりわけヒステリー神経症のように、「疾病が存在する」という自己暗示によって生じている病態にはもつとも根本的な精神療法である。

(d) 数息坐禅療法Ⅱこれは出入りする呼吸数を数える観法である。この方法によって身体は軽くなり、疲労は除かれる———と、『大般涅槃經』『俱舍論』『雜阿含經』に示されており、これはヒンドウイズムの『ウパニシャッド』以来の伝統である。

2、その他の療法

「法悦療法」は、法を聴いたよろこびによって、それが心の糧になるのではなく治療の効果をも示すとされるものである。「懺悔療法」は、懺悔によって、犯した罪業が消滅する———とするのである。仏教的な説明では、病因は自己の罪業のむくいであるから懺悔によって病根が絶たれたら、疾病も枯れる———とするのである。罪の告白のもつカタルシスが治療効果をもつことは、精神分析療法と通底する。精神分析によるエディプス複合の自己発見とそれからの離脱は、「父殺し欲望」という(原罪)

的力動を考慮してさまざまな文化結合的精神療法が提唱されている。そして、わが国の近代が生み出した二つの療法、すなわち森田療法と内観療法は、いずれも、仏教思想と密接な関連性をもちつつ生み出されたものなのである。

森田正馬による森田療法は、とりわけ明治以後の日本における文化変容と社会変動にさらされた日本人青年の煩悶から生じた神経衰弱状態と、彼らが競争的で、階層的な社会に適応するために取る「神経質」的なかまえてに対する治療法として、生み出されたのである。森田は、彼のいう神経質の本質を「こだわり」と「とらわれ」に求めた。これは、仏教が、妄想、とりわけ妄執を病因に求めるというモデルに近似する。そして森田が提案する「絶対臥褥法」は、苦悩を通じて、雑念を出しつくさせた後の解脱———という坐禅の一面と共通する。そして森田が「あるがまま」を受容する———という境地を説いているのも、仏教的である。森田は自分の療法に対する禅の直接的影響を否定しているが、それが仏教文化の文脈から生じた療法であることを否定する者はいないであろう

う。

最近の心身医学は、とりわけ、癌の発病と親和性を有する「ガン性格」や心臓疾患の発症と親和性を有する「タイプA型」の存在を指摘し、その治療としてのイメージの活用もすすめるのである。とりわけ前者は、人生における無力感、挫折感をもちやすい性格と関連するのである。この事実は、例えば「法華経」のもつ肯定的な宇宙観と、人間観を、方法的に現実の生活に適用する形の信仰が当人に生命力を与え、疾病がよい経過をとることに貢献しうることを理解させるだろう。

(三) 仏教における医学的モデル

以上のように、今日の精神医学、とりわけ心身医学領域における仏教思想の影響は大きいのであるが、それはとりわけ仏教自体本質的に「医学モデル」の宗教であることと関係している。

「仏語実不虛 如医善方便 為治狂子故 実在而言死 無能説虚妄 我亦為世父 救諸苦患者」(妙法蓮華経如来寿量品第十六)

仏教教典の中でも大乘教典の代表的なものである法華

下さい。お父さん、わたしたちの生命を助けてください』と。

そこで、かの医者は、毒に焼かれて苦しみにさいなまれ、地上をのたうちまわって入る息子たちを見て、色も香りも味も勝れた、素晴らしくよく効く薬を用意して、石臼で磨りつぶし、息子たちに飲ませるために

『子どもたちよ、色も香りも味も勝れた、素晴らしくよく効く、この薬をお飲みなさい。このよく効く薬を飲めば、すぐ毒が消されて楽になり、病気が癒えるよ』

と、このように言ったとしよう。その場合、かの医者の息子たちの中で意識の転倒していない者たちは、薬の色を見、香りを嗅ぎ、味を味わって、直ちにその薬を服用しよう。そして薬を服用した者はみな苦しみから解放されよう。ところが意識の転倒している息子たちは、父を喜び迎えて、『お父さん、お帰りなさい。ご無事で、よく帰られました。あなたはわたしたちのお医者です』と、このように言うであろう。そして、このように言いながらも、かれらは用意されたその薬を飲まないであろう。それは何故かと言えば意識が転倒しているために、

経(Saṅghapariṣad-sūtra)は、多くの譬喩を含むが、その中で代表的な七つの譬喩の中の第七喩が冒頭に挙げた「狂子良医の喩」である。坂本幸男氏によると、この譬喩の部分は次のように邦訳せられる。

「例えば学識があつて賢明であり、知性がゆたかで、あらゆる病気の治療に勝れた手腕のある、ひとりの医者があつたとき。そして、この人に、十人・二十人・三十人・四十人、五十人とか、あるいは百人という、多くの息子がいるとき。そしてこの医者が外国へ行ったとき、彼の子どもたちがみな毒物にあてられたとき。彼らは毒物のために苦しみ、毒物に焼かれ地上をのたうちまわつたとき。こうして子どもたちが毒にあてられて苦しんでいたときに、かれらの父親の医者が外国から帰ってきたとき。子どもたちの幾人かは意識が転倒していたが、幾人かはそうでなかったとき。かれらはすべて苦しみながらも父を見て喜んで、彼にこのように言うとき。『お父さん、お帰りなさい。ご無事で、よく帰られました。あなたはわたしたちの災難を救ってください。毒を消して

用意された薬は色の点でも気に入らず、香りでも味でも気に入らないからである。そこで、かの医者はこのように考えるであろう。

『この子供たちは毒のために意識が転倒している。かれらはこのよく効く薬を飲まず、わたしの処方薬を悦ばない。わたしは巧妙な手段を用いて、子どもたちに、この薬を飲ませよう』と。

そこでかの医者は、子どもたちに巧妙な手段を用いて薬を飲ませようと思ひ、このように言うとき。『わたしは年をとつてしまった。よい子どもたちよ、わたしは老衰して、死期も近づいた。だがおまえたちは悲しんではならぬ。これは、わたしがおまえたちのために用意した、よく効く薬だ。飲みたいと思ふなら、この薬を飲みなさい。』

彼は巧妙な手段を用いて、このように子どもたちに、彼が死んだと告げさせたとき。そのとき、子どもたちは、非常に嘆き悲しむであろう。

『われわれの父であり生みの親であり、また保護者で、われわれを慈しんでくれた、ただひとりの人だったのに、

亡くなってしまった。今やわれわれは頼る人がない身の上になった。』

かれらは頼る人のなくなった自身を省みて、また庇護者のいない自分の身の上を考えて、繰り返し嘆き悲しむであろう。繰り返し悲しんでいるうちに、かれらの転倒していた意識がもとに返るであろう。そして、色・香り・味を具えたその薬を、色も香りも味もあるものと気づくであろう。こうして、そのとき、かれらはその薬を服用しよう。そして、薬を服用したかれらは、その苦しみから完全に解放されよう。そこで、かの医者とは、息子たちが苦しみから解放されたことを知って、自分の姿を現わすであろう。

このことをどのように考えるか、良家の息子たちよ。かの医者が巧妙な手段を用いたとき、誰がこの人を嘘つきであると告発するであろうか。』

求法者たちが語った。

「世尊よ、そんなことはありません。そんなことはありません、仏よ。」
世尊が言った。

に現われて全人類のために法を説くとき、それは一雨等潤の同一味であるにも拘らず、但衆生の根性の差別のために、三乗五乗の区別を生じる」としているのである。つまり、この場合は、「薬草」の効果を認めて、植物中、もつとも価値のあるものとしているのである。

(二)この譬喩の引例からすると、一般に「毒物にあてられて気が転倒し、つまり判断力がなくなつて、その結果、病識を失つて治療を拒絶する」者があること。つまり中毒性精神病(あるいは薬物中毒による器質性精神障害)の存在と、それに対する薬物療法の存在が認められている。つまり、狂気におちいった者に対しては、身体疾患一般の治療とは異なつたモデルが適用され、その場合、治療の導入は詐術または強制による他はないが、回復した後は、病者も医師の配慮に感謝するので、この詐計は責めるに値しない——という認識が当時存在したことがわかり、これは現代精神医療論の根幹にふれる重大な認識である。

つまり、法華経成立の時点から、精神医療、あるいは狂気乱心の医療というものはそういうものであり、この

「まさに、そのように、測ることも数えることもできないほどの幾千万億劫の以前に、余もこの上なく完全な『さとり』をさつたのであるが、そのとき以来、折にふれて、人々を教え導くために、このような巧妙な手段を用いたのであつて、この点に関してわたしの言葉に偽りはないのだ。」

つまり「法華経」は、久遠永劫の生命をもつ筈の仏陀が、現実のゴータマ・ブッダとしては入滅することを信者に納得させるためにこの譬喩を用いている。この譬喩から、われわれは大乘仏典と医学の関係について、次のようなことを知りうる⁽²⁰⁾。

(一)大乘仏典、とくに『正しい教えの白蓮』(Saddharma-piṇḍarīkaśāstra)の成立当時、仏教の布教者たちは、自分たちの役割を医師のそれに比していた。つまり、所与のものとしての医師の役割を前提として、宗教者の布教をそれになぞらえ、いわば「一目置いた」形になっている。法華経には、この他「薬草喩品第五」で、「既に同一の大地に生じ、同一の慈雨に浴しながら、草木薬草は、大小に従つて生長に差別あるが如く、仏も亦同様に、世

事情は医療技術がいかに進歩しても変わる筈がない。医療技術が進歩したといつてもそれは治療に導入してから話であり、それまでの事情は変わる筈がないからである。従つて、精神医療が、その当初から、「内科モデル」に従つた「情報を与えられた同意」に基づくなければならないという現代精神医療論の一部の論者の議論は、迷妄であることを暗示している。

(三)すでに、この時点において、古代インド医学は、狂気におちいった者に対する薬物療法を有していたらしい。この事実が周知のこととしてあつたからこそ仏典は、譬喩としてこの挿話を使つたのであり、そうでなければ、布教のための譬喩として作動しないであろう。『世界精神医学史』において、ヴェンコーバ・ラオは、古代インド医学においては、躁状態や興奮、幻覚妄想状態にはローウォルフィア・セルペンチナ(印度蛇木)が、鬱状態には、カンナビスが使用されていたと指摘する。近代精神医学が、その歴史と薬効(抗精神病作用)を再発見して、精神科薬物療法の伝統を再開するには、一九五四年、ハキム

五、結語

以上のように、今日の精神医学がもたらした心身問題についての研究結果は、どの立場から考えても、従来の心身二元論的な、あるいは身体還元論的な精神病理学や、精神医学的人間観の改変をせまっている。そしてそれは逆に、全く観念論的な、神がかりの宗教的・呪術的人間観の存在の余地を狭めているようにも思われる。人間の心身が一切であり、それは暗在系という表現をとるにせよ、ホログラム的宇宙という表現をとるにせよ、宇宙的生命とどこかでつながっているという考え方は、最近のニューサイエンスが示すところであり東洋的な精神療法の根本原理なのである。そして、仏教、とりわけ大乘仏典、なかんずく法華経は、その意味での人間観を不断に提示しつづけたパラダイムであるように思われる。法華経は、宇宙的生命の源泉についての思索のテキストであるとともに、一方、自らを魂の医師と規定する仏陀という理想像をも提供しているといえるのである。

参考文献

- (1) ジャン・ピエール・シャンジュール(新谷昌宏訳)『ユーロン人間』みすず書房、一九八九年。
- (2) 秋元波留夫「ボジトロンCTと精神医学」『臨床精神医学』一一：一〇六、一九八二年。
- (3) 三浦啓子「ボジトロンCTの原理と装置」『臨床精神医学』一一：一〇七、一九八二年。
- (4) 難波益之「精神分裂病の形態学的研究」一一：一三九三、一九八二年。
- (5) Pribram, K., *Consciousness and neurophysiological Psychology*, Ann. Rev. Psychol., 11: 1 (1960).
- (6) Pribram, K., A review of theory in physiological Psychology, Ann. Rev. Psychol., 11: 1 (1960).
- (7) Bernard, C., *Leçon sur la physiologie et la pathologie du system nerveux*, Balliere, Paris (1958).
- (8) Cannon, W., *Body's Changes in Pain Hunger, Fear and Rage*, Appleton, New York (1929).
- (9) Pribram, K., *Language in a sociobiological frame*, Ann. N. Y. Acad. Sci. 280: 798 (1976).
- (10) 竹本忠雄構成『科学と意識』で何が明らかにされたか? 『地球』三〇号、一九八三年。
- (11) 大橋力「科学と精神世界のマトリクス」『地球』三〇号、一九八三年。
- (12) 渋谷治男「エンドルフィンと精神分裂病」『臨床精神医学』一一：七三、一九八三年。

- (13) Crow, T., Is schizophrenia an infectious disease?, *Lancet*, Jan. 22: 173 (1983).
- (14) 融道男「脳生化学の進歩」『現代思想』一〇巻四号、一三五—一四一、一九八二年。
- (15) 小田晋「代替宗教としての心理学」竹本忠雄、伊東俊太郎、池見酉次郎編『ニューサイエンスと東洋』誠信書房、一九八七年。
- (16) Nelson, S., Torrey, F., *The religious functions of psychiatry*, Amer. J. Orthopsychiatry, 18: 25. (1963).
- (17) Watts, A., *Asian psychology and modern psychiatry*, Ann. J. of Psychoanalysis, 18: 25. (1963).
- (18) 福永勝美「仏教医学事典・補ヨ一ガ」雄山閣一九八〇年。
- (19) 坂本幸男・岩本裕訳『法華経』下、岩波書店、一九六七年。
- (20) 小田晋「仏教と医学」湯浅泰雄編『密儀と修行』春秋社、一九八八年。

(おだ すすむ・筑波大学教授)