

## 研究論文

## 木村敏／他者／中井久夫

## 三 脇 康 生

## 木村敏と中井久夫

名古屋市立大学で、木村敏と中井久夫が、教授と助教授を務めていた時代のことを鈴木茂は以下のよう  
に書いている。「私は1年目に中井先生の2年目  
には木村先生の初診にシュライバーとして付かせて  
頂いたのだが、お二人の診察ぶりは多くの点で好対  
照だった」。<sup>(注1)</sup>「若い医師の治療関係へと積極的に  
介入することは、お二人とも避けておられたが、そ  
れは、どんなに若い医者にでも主治医としての責任  
をもたせなければ医師として育たないというお考え  
からであったろう。こちらから相談した場合には、  
もちろんいろいろと教えて下さったが、その際の教  
え方にしても、お二人は好対照だった。木村先生  
は、二言目には「話だけではわからないから、一度  
診せて下さい」と言われるのが常で、主治医が患者  
から了承を得た上で気軽に面接し、意見をきかせて  
下さった。新入院の患者を医局員たちの間で診察し  
てみせる“入院紹介”も欠かさない一方、紙の上だ  
けのケースカンファランスは好まれず、行われたと  
いう記憶がない。要するに、状態像から疾病学的診  
断、人間学的在り方から治療方針の設定に至るまで、  
徹底して面接場面における御自身の実感、肌ざわり  
を第一義と考えておられるのである。中井先生の場合  
は、病棟の受持ち患者についての相談事であっても  
ことさら御自身が面接なさる場面などは設定せず、  
日常のベッドサイドなどで距離を置いてみて下さり、  
主治医の盲点となっている事柄についてのヒントを  
与えて下さった(略)紙の上でのカンファランスを  
好まれ、報告者のレポートからさまざまな問題点を  
引き出されては一同を驚嘆させ、そして大抵最後に

「いま言ったことはみな可能性の問題で、本当は当  
たっていないかも知れない」と付け加えられた」。<sup>(注2)</sup>  
このように中井久夫に顕著なのは他者への(統  
合失調症の患者だけでなく、研修医への)侵入感へ  
の警戒であったと言って良いだろう。

それに比べて木村敏に顕著である点は(中井久夫  
の言葉を借りれば)「「どんなむずかる赤子でもあや  
しつける力のある」方の方です」と内海健は述べて  
いる。<sup>(注3)</sup>さらに木村敏に関して以下のように  
内海健は述べている。「そういうタイプの臨床家の  
場合、もしかしたら、分裂病という存在は、いくら  
か勝手が悪かった可能性があります。彼らは他者に  
敏感であり、接近を恐れます。不連続の他者として  
の他者性が不意に襲ってくる可能性にさらされてい  
ます。この不連続性は、フッサールの場合のような、  
不感に由来するものとはまったく異なります。忽然  
と、場合によっては、気がついた時にはすでに、自  
分の内部に見出されるような他者です。彼らに対し  
ては、こちらから侵襲を与えず、それでいてかそけ  
きラポールを何とか繋いでいくということが求めら  
れます(略)もちろん木村さんもそうになっていたと  
思いますが、方法論としては分裂病に対して距離が  
近いように感じます」。<sup>(注4)</sup>西田幾多郎の「私と汝」  
の「他者のなかに自己を見て、自己のなかに他者を見  
出す」という文意の文章を木村敏が何度も引くと  
ころにこそ、木村敏の患者との距離が明確にされて  
いると内海健は述べている。これに対してこの対談  
の相手の檜垣立哉は「(略)要するに相手の底に自  
己を見て、自己の底に他者を見るというかたちでの  
自己と他者との関連性ということですね。これは現

象学のオーソドックスな道が辿ってきた、極めてストレンジネスである他者、あるいはふれえない他者とはかなり異質なものだと思います。例えば私自身が内海さんの底にあることを見るということ自体が、どこか分裂病を語っていくときに必要なのだということをおそらく直感的に木村さんが掴んだということがあるのではないかと思うのです」と返している。<sup>(注5)</sup>

このように鈴木茂と内海健の発言からも、木村敏と対照的に中井久夫は他者に対する侵入感への警戒が相当に強いと言えるだろう。逆に言えば、木村敏は、独特の他者への鈍感さ＝近さがあると取れる。ただし他者が木村敏の中に欠落しているという批判は当たらないと次のように内海健はしている。「木村さんのノエシスとノエマという道具立てを使って論じてみますね（メタ・ノエシスについてはここではおいておきます）。これを思考や発話の場面に即して考えると、例えばノエシスはエノシアシオン（発話行為）、そしてノエマはその効果として出てくるエノンセ（発話内容）に該当します。木村さんの理論では、自己とはノエシスとノエマのあいだに宿っており、分裂病の場合には、自覚の瞬間に、その底が非自己によって占拠されるということになります。ところが、分裂病では、エノシアシオンからエノンセ、ノエシスからノエマのあいだに他者が入ってくるのです。私たちは、エノシアシオンを一回他者に投げ出している。自分の言葉としてはいったん消失し、というより、エノシアシオンにおいてはまだ誰が語っているかは確定していないのですが、それが他者にとる承認を得て、エノンセとして私のところに回帰してくる。それを後で書き直して、「自分はこういうふう考えていた」となる。分裂病では、事後的には消失していたはずの他者が、行為の狭間に、忽然と入り込んでくることになります。もっともこうした分裂病固有の他者性については、木村さんに他者論がないと言って批判する人たちも論じることができていたわけではありません。ただやみくもに「他者」と言ってもしょうがない」。<sup>(注6)</sup> この

内海健の説明は、あまりにもジャック・ラカンに基づいた説明であるだろう。メタノエシスを脇に退けて木村敏を説明することは、まず不可能だと考えて良いからだ。そのことは、ここでは詳しく論じない。ここで確認しておきたいのは、中井久夫には、現象学的な極めてストレンジネスである他者、あるいはふれえない他者が顕著であり得て、木村敏にはそれが顕著ではないという点である。

中井久夫が敏感に対応したと思われる他者への侵入への緊張感を自らの存在理由にし、上記で内海健が言うように、ただやみくもに「他者」への侵入感を一番警戒した新左翼運動が、中井久夫を頼りにしたことは偶然ではない。冒頭の鈴木茂の言葉からも明らかなように、中井久夫の分裂病の患者への侵入感への警戒は、新左翼を納得させたことだろう。この他者の侵入への警戒感について、内海健は次のように言っている。「(略) 例えば、六、七〇年代の精神医学講座を舞台にした紛争はあくまでも分裂病を中心にした、分裂病という他者をめぐる闘争でした。(略) 例えば鬱病をめぐってあのような闘争が起きるかといえば起きないでしょうね。認知症でも起きない。信条をかけて、どうあっても絶対相手を殲滅せねばならぬという感じにはならないのではないのでしょうか。(略) この社会が社会であるために持っている根源的な暴力ですね。ベンヤミンの言え、法措定的暴力というか、法を設定する暴力それ自体を暴き立ててしまう。私たちが彼ら入院させるとき、どれだけ誠意を尽くし、法的に正しい手続きをとっても、どこかに後ろめたさを感じさせられる。自分の背後にある暴力性を感じてしまう。分裂病とはそういう存在であったと思います。」<sup>(注7)</sup> ところで、ヴァルター・ベンヤミンは、暴力への批判的検討のなかで神話的暴力（法措定的暴力、法維持的暴力）以外に神的暴力があるとしている。「この神的暴力を証言するのは宗教的伝承だけではない。むしろ、現代生活のうちにも、少なくとも神聖なものとして現れている顕現のかたちで、この神的暴力が存在している」。<sup>(注8)</sup> として、神的暴力の代表として

プロレタリア的ゼネストを挙げて、それは非暴力的であるとして次のように書いている。「(略) 外的譲歩や労働条件の何らかの修正があれば再び労働を始めるというつもりで行われているのではなく、完全に改革された労働、つまり国家によって強いられるのではない労働となる場合のみ、再び労働に就くという決意のもとに行われるものだからである」。<sup>(注9)</sup>そしてそれをアナキズム的であるとベンヤミンはしている。内海健が言おうとしているのは、分裂病と向き合おうとする時には、神的暴力をも招来するような態度を精神科医が取るのが求められるものと思われる。すなわち精神科医は、精神医学の制度にゼネストを行えるようになって初めて分裂病患者と共に居ることができるように考えた節があるということである。この時、もちろん治療は棚上げになり、治療者、被治療者の関係を逸脱し、ゼネストをした人同士の不可能性の共同体というような関係性だけが許されるものとなるのだろう。これこそが新左翼の反治療派（以下で記すように精神科医全国共闘会議の一部の者をそのように呼ぶことができるだろう）の求めた境地ではなかっただろうか。治療を共に踏み破るものとして同士になれるという訳である。なお、ここから共同体論の議論を立ち上げ、モーリス・ブランショでは『明かしえぬ共同体』、それを批判するジャック・デリダの『友愛のポリティクス』、さらにそれらと距離を取るジョルジョ・アガンベンでは『到来する共同体』など論じるべきであろうが、今はここには入り込まない。ジョルジョ・アガンベンについて論じた本で、岡田温司は以下のように書いている。ベンヤミンが「暴力批判論」で取り上げたように、法を措定する暴力と法を維持する暴力を挙げて、その弁証法的な結託を粉碎するものを神的暴力と名付けたことを想起したい。カール・シュミットは、絶対的な法の外部など存在し得ないとして、例外状態として法のもとに置くことができると考えていた。アガンベン自身も、神的暴力のことを勉学的遊戯と呼んだりして、ジャック・デリダが『法の力』で書いた神的暴力に対する不気味な危

険性に警鐘を鳴らしていたことにも、アガンベン自身反応していた可能性があるが、ベンヤミンの直感した法の暴力への注視は、アガンベンにおいては「法と戯れる」ときの到来への期待へと話が変わってしまう。<sup>(注10)</sup>このように法と戯れる感覚と言ってしまう瞬間が生じてきたとき、70年代に発生していた分裂病への暴力への感受性が変質してしまうのかもしれない。2003年に書かれたアガンベンの著作「例外状態」は、まさに例外状態は恒常にあるという2001年の9、11テロ事件以降の社会の条件に元で書かれているが、後述するように、治療派（精神医療研究会）と反治療派（精神科医全国共闘会議）の岩倉病院問題での内ゲバの後に広がっていくのは、実は例外状態で法と戯れる心性だったのかもしれない。法と戯れるとは、どういうことか。岡田温司は以下のようにアガンベンを引用している。「例外状態において、法はまさしくその適用を中断することで、みずからの有効性を打ち立てる(略)」<sup>(注11)</sup>このような例外状態とは、治療派の医者を追いつめた状態そのものと言って良いであろう。治療をする自分は例外であるというわけである。治療することに罪悪感を抱くことが、この後は、潮が引くように無くなっていくのである。反治療派が、例外状態にあるのは、医者も患者も両方であると考えていたと言えるだろう。しかし、その反治療派にしても、治療に復帰せざるを得なくなる。それは自らの生きて行く生活のためでもあるだろう。ここから、自己の「ひび割れ」のない精神科医の自己肯定まで、わずかの距離で達成可能となるであろう。ここに発生するものは、日本の80年代のポストモダンの時代とも大きな関係があるのではないだろうか。それは、80年代の日本で盛んに喧伝されたジル・ドゥルーズの言う「ひび割れた私」<sup>(注12)</sup>の「ひび割れ」なしにそのままの私の肯定の施行が誤って行われた時代でもあった。一方、確かに、中井には、分裂病親和者（S親和性）と中井は書いているので、以下ではそのように書く）同士のゼネスト的な共同関係を夢想させていたところがある。「しかし、S親和者を

「世直し」を唱える者として、「立て直し」路線に立つメランコリー親和者（略）と対照させうるにしても、現実の世直しー革命一がS親和者によって遂行されるとするのは単純すぎる。彼らのなかには革命の予言者もあるが、破局の予感に満ちみちつつ体制を守らんとする者もある。ただ、いずれにしてもS親和者が「歴史に選ばれた」気質の持ち主として行動するのは、問題解決者としてではなく主に問題設定者である」。<sup>(注13)</sup> この問題設定者を、神的暴力の感受者として、問題解決者を、神話的暴力の感受者として、立てておくのは間違いでないだろう。ただし、問題設定者にしか過ぎないことに注意しよう。共にゼネストを闘う同士として問題解決に動くことなく、中井久夫の場合はあくまで治療者として振る舞う。従って、反治療派よりも治療派の方が、中井久夫を大きくあてにすることになったのは言うまでもない。治療派は、患者は問題解決者ではなく、問題設定者でよしとするからである。患者に問題解決を求めるのは酷であるという中井久夫と治療派のパターンリズムが機能するからである。そして、治療派の方が、反治療派からの転向者としてさらに左派の中で孤立するからである。中井久夫は『精神科治療の覚書』の新装版のあとがきで次のように書いている。東大分院から赴任した「青木病院には、コンラートの原著（分裂病のはじまり）だけを読んで赴任した。要するにはこの本にはどういうふうに展開していくかということが書かれていた。もう一つは生態学。シャラーという人の『ゴリラの季節』（早川書房、一九六六）。シャラーという人は初めてゴリラのいる森に入ってしまったときにゴリラは見えないのに視線をすごく感じたい。よく見たらゴリラのくそがそのへんに転がっている。やはりゴリラはいる。でもどうして出て来ないのだろうと考えた。それで森の一部になったらゴリラは出てくるだろうと考えて、何か森の中にぼーっと立っていたり、枝に腰掛けていたらしい。そして森の一部の慣れたかなと思った時にゴリラが出て来る。最後は壮大な夕陽をゴリラと並んで見たとか。ゴリラと背中合わせ

になって眠ったとか(略)私が東大分院精神科に入って何をしたかという、患者さんと、仲間というわけではないけれども一日中病棟にいた。青木病院では病棟の中を走り回っていて、魚が水の中を泳いでいるような感じだった。少しはだダムをかきまわすことができたかな。また東大分院時代の患者さんというのは、僕をあまり医者扱いしなかったような気がする。だから多少は森になっていたのかな、と思う。一緒に森を共にしているというか。その後、精神病院ダムの沈殿率がどうなったのか、くわしくは知らないけれども、ひとつは病棟のデザインに関心をずっと持ってきたので、ダムの形を変えようとか、ダムでなくするということを考えてきたように思う。それをなくそうという試みはというのは、当時の、精神科の運動の人たち一病棟を占拠した人たちのテーマだったけれども、彼らはイエスカノーかの一元論的に考えていたような気がする。精神医学の伝統から言うと、私も時々統合失調症の物神化という表現を使っているけれど、何か特別な、統合失調症こそ精神科が問題にすべき病気だという意識とはちょっと違うだろうと思っていた。だから、統合失調症を特に重大死するということはない。それは最初から精神科に入って精神科医になろうとした人とは少し違うかもしれない」。<sup>(注14)</sup> 中井久夫が、上記でも書いているようにクラウス・コンラートの『分裂病のはじまり』から、現象学的他者論を学んでいるのは明確である。コンラートは他者について以下のように書いている。「運動というものは必ず、静止している原点があつてのみはじめて体験できるものである。たとえば「静止」している地面との関連においてである。この関連は通常意識に上らない。自明だからである。特に、ある種の運動錯覚の時のみ、この関連が普段と違ってはっきり現われ出る。地表を動きまわる存在としてのわれわれにとっては、原点が静止しているという体験は欠かせない。しかし、意図的に、この原点を取り換えさせることもしばしばである。たとえば、列車の中では「静止」しているという気分を体験し（つまり車内の運動の原

点を自分に置いていても)、次の瞬間には窓から外を見て自分が轟々と運動している気持ちになる。この関連系変換をわれわれはたえず柔軟に遊びのように行っている。これをビンズワンガーの表現を借りて「乗り越え」と名づける。われわれはいつでも自分を静止していると体験することもできるが、運動しているとも体験することもできる。たとえば地球に乗って宇宙を飛んでいると体験することもできる。運動を例に挙げたが、体験のもっとも広い領域にもあてはまる。個々人はその「世界」の中心点にいるが、いつでも「乗り越え」が可能である。つまり、自分自身を「外から」「上から」「飛ぶ鳥が下を見るように」、あるいは「大勢の中の一人」として、「地球の中の一人」として、「市電乗客の中の一人」として体験することができる。自分の世界を他者の一般世界と一致させることができる。すなわち関連系を任意に変換することができる」。<sup>(注15)</sup>このような乗り越えをもたらす他者を中井久夫は、大切にしていたのだろう。中井の例外状態は、医者に治療行為を許す。しかし、その方が、他者を食い破ってしまわない慎みを医者は持つことができると考えたのであろう。分裂病者と治療をゼネストするような治療者の性急さへの中井久夫の嫌悪の様子が窺える。それは他者を利用することに成り果てるであろうと中井久夫は受け取っていた可能性がある。統合失調症者を「問題設定者」にして、それに人類学的に接近するが、しかし「問題解決者」に同時になろうとする反治療派的野心は中井にはなかった。

### 中井久夫から新左翼への反応

以下の論述は、文藝別冊、中井久夫、精神科医のことばと作法、河出書房新社、2017所収の拙論「中井久夫と日本の精神医学」(P206-212)からの引用を大幅に行いながら行う。学生運動は、精神科の臨床や研究の倫理性を激しく問うた。中井久夫は三十歳代から四十歳代に、東大の精神科で学生運動の時代を迎えている。東京大学の学園紛争から精神科を立ち直らせるためには精神科医が診察に

関して「臨床的」であることしか手がなく、そのためにも精神科医であることを後ろめたいと思わないようになることを中井久夫は狙っていた。東京大学を去り、名古屋市立大学を経たあと、「うしろめたく思いながら診察したらよくなる患者もよくなるものではないか」と神戸大学精神科教授に赴任した時に中井久夫は言い放った。<sup>(注16)</sup>この言葉を、反精神医学の批判と単純に取るのは歴史を単線化させる。中井久夫を反・反精神医学の騎手としてしまうことは、歴史が単純化されてしまう。ここでは、中井久夫は反精神医学運動を起こして、むしろ孤立した精神科医たちにも大いに読まれたことに着目したい。中井久夫は、自分が経験した京大ウィルス研での上司との揉め事を著作にしている<sup>(注17)</sup>。その『日本の医者』の初版を東京の三・一書房から昭和38年に出版した時から、新左翼運動には一目置かれていたようである。中井久夫にも、新左翼に対するシンパシーがあったのだと考えられる。しかし、それは中井久夫自らが、反権力闘争を貫徹するのではなく、新左翼の医者が医局を失うことに対する保護の気持ちであったようだ。医師は、あくまで「問題設定者」でなければならない。「問題設定者」である医師個人の疲れを医局で補い、ゼネスト直前の職業倫理をギリギリで維持する。「問題設定者」は「問題解決者」になることはない。なぜなら問題解決者は「強迫的な農耕社会の成立とともに、人間は自然の一部から自然に対立する者となったとは複数の人々の指摘するところだが、私はそれと同時に分裂病者が倫理的少数者となったと言いたい。このときからS親和者は、社会にみずからを押し付けようとすれば、「上」へ向かうより他はなくなったようだ。古くは王、雨司、呪医、新しくは数学者、科学者、官僚などに、当然、多くの失調者が予想されよう。ビンスヴァンガーが分裂病者のおかれている事態を形容したverstiegenとは「進退谷まるところにのぼってしまう」意というが、彼らの逃げ道は上にしか開かれていないのであるまいか」。<sup>(注18)</sup>このように患者だけでなく、上に上がってしまった「問

題設定者」としての精神科医を、なんとか孤立させない方法を、中井久夫は医局を死守することで実行するのではないか。

まず奈良に関しては『治療文化論』では中井久夫の手製の地図が載っており、既に諸々の研究者も注目している。しかし、もう一つ中井久夫に関して奈良で思い浮かべるべきことがある。それは、70年代に奈良県立医大で病棟改革運動が精神科で起きた時に、不正入試問題が同時に起こり、またそれに先行して地方の私立病院（五条山病院）の改革問題が起きていたことである。さらに中井久夫の一つ、二つ下の世代では次のような運動内の揉め事も起きていた。「関東の東大精医連に対応するものとして、関西では一九六九年、精神科医師の活動家が結集して、関西精神科医師会議が結成され、後に精神科医全国共闘会議へと発展的解消をとげました。（略）発足後、現在に至るまで保安処分問題、中間施設問題、岩倉病院問題などに精力的にとりくんでいます。岩倉病院問題とは、精医研（精神医療研究会）にかかわっていた患者K氏を、K氏の妻の要請で岩倉病院に入院させたのに対して、後に、関西精医研が岩倉病院に押しかけて、暴力的にK氏を退院させた事件です。この問題について精神科医全国共闘会議と精医研の間で対立が激化し、多くの団体がこれにまきこまれ、一九七六年には岩倉病院問題の評価をめぐる紛糾から、日本精神神経学会も病院精神医学会も開催不能になるなど多大の影響をおよぼしました。精神科医全国共闘会議と精医研は、現在も野田レポートをめぐる対立しており、後者は前者を政治主義と規定するのに対して、前者は後者を技術主義ないし近代派と規定しています。ただし、精神科医全国共闘会議は、闘う「病者」との連携を追求しているのに対して、精医研は「病者」が主体的に運動することに積極的ではありません」。<sup>(注19)</sup> 野田レポートは書き換えられて『犯罪と精神医療—クライシス・コールに応えたか』（岩波現代文庫—社会）という書籍として残されている。ここでは、機能分化した精神科治療を進め、それにふさわしい精神科

医の教育が勧められている。以上のように、奈良には、この精医研に医学部学生時代に入っていたものが集まる機運があった。中心となったのは、北海道大学を卒業してから京都大学の精神科医全国共闘会議に入って、そこを飛び出し、精神医療研究会の全国展開を目指した精神科医の野田正彰であった。これだけ、同時に様々な問題があると、改革の方針が混乱もしただろう。奈良県立医大に不正入試事件と精神医学教室の改革運動とが混在されて、運動体はほとんど絶望的な混迷に陥っていく。奈良県精神保健福祉推進ネットワーク編集部『まほろば会20年のあゆみ～わたくしたちはここまできました～』p63によれば、「医大裏口入学10年間も」という朝日新聞報道が1968年5月12日にあり、5月15日に奈良県立医大自治会が学長と集団交渉を行っている。奈良県立医大は1969年3月に別枠寄付金入学制度を廃止している。1970年9月23日に、患者、家族、医療関係者、一般市民による奈良の精神医療をよくする会としてわかくさ会が誕生している。わかくさ会では、1973年に精神医療無料相談所が開設されている。『まほろば会20年のあゆみ～わたくしたちはここまできました～』p13によれば、「家族や医療関係者が本人や家族の相談を受けるという、当時としては画期的な取り組み」を始めていた。そして1974年8月4日に「わかくさ会診療所」が開設され、週3回夜間診療を開始している。わかくさ会関係者への聞き取り調査によれば、奈良県立医大の助手たちが、昼間は病院、夜は診療所で診察していたとのことである。その中でも、病棟改革の糸口を探したものが、中井久夫の芸術療法の活動を頼りにしていた。さらに、運動が大学から追放された後に、奈良で開かれた、患者と家族と支援者で開いた「わかくさ会診療所」で引き続き診療を続けた精神科医は、孤立に苦しんだ。そのような精神科医は、中井久夫の書いた本を、自分を支える頼りとしていた。

中井久夫の『精神科治療の覚書』は日本評論社より1982年に出版されたが、雑誌『からだの科学』に1978年から1981年まで連載したものに、

1980年まで中井久夫が在職した名古屋市立大学の若い医局員の前で中井久夫が語り、それを書き直したものであり、いわば若い同僚のために書かれたものであることが中井久夫によって「あとがき」において、明確にされている。この本こそが、医局を共にする感覚を読む者に与えたようである。

「五人から七人が気を合わせ力を合わせた時に(とくに日本人は)すごい力を発揮するという。たしかに病院治療の質的向上の実現が、そういう自然的チームによる場合はただちにいくつか思いつく。反対に一人だけががんばって改革や向上に成功した例はごく少ない。逆に「玉砕」した例ばかりが思い出される。一人だけががんばると抵抗が何だかいつそう増大するみたいである。どうも孤立すると、参らなければどこかズレてくるおそれがあるようだ。「医局」という部屋は日本にしかないそうだが一元来は「薬局」に対応してつくられたものとしても一日本の精神科医の精神衛生にかなり貢献していると思う。アメリカの医者の自殺率は精神科医が最高である。日本では不明だが(統計がないし一般に医者 of 自殺は粉飾されがちである)、こういう“溜り場”の存在でかなり救われているのではあるまいか。」<sup>(注20)</sup> 新左翼の孤立した医師にも、以上のような言葉を中井は送り、その医局を自分の想像の世界に用意させることができたのではないだろうか。

中井久夫の想像上の医局に入った精神科医は、孤立した精神科医は次のような言葉を貪るように読んだことだろう。以下、精医研に属していた精神科医から、筆者が研修医をしていたときに教示された箇所を列記する。

「一般に「独自であること」「ユニークであること」は地獄であると同時に自らの尊厳の最後のよりどころでもあるという二面性がある。それに、一般に、精神科の病気の場合、エヴェレストの氷壁で進退きわまっている人にむかって、せいぜい千メートルほどの山に登って味わった苦痛を話しているという不釣り合いがあるだろう。時に、患者は一はつきり相手を「いい気なものだ」と批評するだけの余裕はな

くとも一漠然たる不快感を感じるごとくである。「私のような体験をしたような人がいるでしょうか」「私のような病気をした人をおおぜい診ましたか」とたずねられることも、ないわけではないが、そのような場合は、「むろん世間にはおおぜいの人間がいて、中には君とよく似た体験をした人もきっと思う。私も多分そうだろうと思う人に何人か仕事の上で会ってきたといってよいだろう。しかし、ひとりひとりの体験はやはりひとりひとりその人の体験であるように思う」という趣旨の返事が自然でもあり、受け容れられやすいと思う。これも、実は精神科の病人に限らないことであろう。」<sup>(注21)</sup>

「急性精神病状態の入院治療は、たしかに楽ではない。しかし患者にとってはいっそう苦痛な、おそらく身の置き場のない状態であろう。そして彼らにとってこそ(われわれには多少の職業的馴れがあるが)未曾有の事態であることはたしかである。この時期に、彼らが「心の生ぶ毛」とでもいうべきものを磨り切らせないことが大事なのだ。彼らの繊細さ、やさしさ、そして人への敏感さを。なぜなら、この「心の生ぶ毛」のようなものこそ、彼らの社会復帰—というべきか加入というべきか—におけるもっとも基礎的な資本であると思うからである。彼らが社会に生きる上でおおむね不器用な人であるとかりにいわれても、彼らの「心の生ぶ毛」とでもいうべきもの—私にはそれ以上うまく表現できないが—は必ず、世に棲む上で、共感し人を引きつける力をもつであろう。それを急世間的な意味での立ち廻り上手よりも高く評価する人間は、社会の側に必ずいると私は思う。急性期において、われわれのまずめざすべきものは患者の心身の休息であり、第一に保存に努力すべきものは「心の生ぶ毛」であるといいたい。外来が無条件に善であり、入院を無条件に悪といえない理由はそこにある。家庭は発病した場である。その場を構成するパラメーターのどれが発病促進的、あるいは治療干渉的に働きつづけていないかどうか、よく見すえなければ、外来治療は貫徹できない。せいぜい「外来ホスピタリズム」に甘んじ

なければならないだろう。(院内ホスピタリズムにまさること数等の場合が多いが。)<sup>(注22)</sup>

「わが国の現在(略)ただの「働きカルチャ」ではない。極端に言えば、労働力よりも何よりも「気ばたらき」がわれわれのいう「はたらき」である。課長が入室すれば、仕事の手をやすめて(目礼しないまでも)課長の入室をそれと認めるしぐさをするのが大事である。(略)この「気ばたらき文化」を私はよいともわるいともいうつもりはない。ただ、多くの患者にとって、職を持ち収入を得る上で大きなハードルになっていることを、われわれは意識する必要がある、といたいだけである。(略)私がいわんとするのは、患者あるいは元患者が、気ばたらきできない、という性質を持っている、ということではぜんぜんない。気ばたらき一種の曲芸、といわなくても対人関係における、たえざる緊張と目ざとさを強いるものである。病気のからの回復途上の人にそれができない、ということは、そうすることは回復をさまたげるから自然にそうになっているのだとさえ、考えてよい。(略)そういう時は「せっかく病気をしたのだから、前より無理の少ない(余裕のある)生き方をされてもよいのではないだろうか」と呟くようにいってみたらどうだろうか。<sup>(注23)</sup>

このように引用することで、引用者自身も精神的に安定していくところが中井久夫の文章にはある。精神科にウルトラマンが現れたと中井のことを神田橋條治が言ったという噂も、このような言葉の医局を作り出せるのが理由だろう。この際に気をつけるべきは、中井久夫の関心は、健常者も患者も、いずれも上記でいう、S親和者であり得るということである。

#### 新左翼から中井久夫への反応

新左翼運動が大いに親和性を示したのは文化精神医学であった。新左翼運動のなかで、最も文化に敏感であろうとしたのが、精神医療研究会(略称、精医研)であろう。精医研が中心になって作り1981年に出版された、野田正彰、谷泰、米山俊

直編『錯乱と文化—精神医学と文化人類学との対話—』(マルジュ)のことを、中井久夫は『治療文化論』のなかで取り上げて、このような書物が次々出ていくことを希望としている。<sup>(注24)</sup>

文化精神医学の達成として言及されるのがアーサー・クラインマンの三つのケアシステムであった。それと中井久夫の普遍、民間、個人症候群を同じものとする論者があとを絶たない。例えば、江口重幸と下地明友である。

精医研の中心的な活動を行い、『錯乱と文化—精神医学と文化人類学との対話—』(マルジュ社, 1981)でも積極的に発表をしていた江口重幸の記述を取り上げよう。「クラインマンの「ヘルスケア・システム」とは『臨床人類学』第2章と第3章の前半を使用して詳細に論じられたこの著作の中心概念である。簡単に言えば、それは、どの社会においてもヘルスケアに関する多様な活動が相互に結びつきながら存在し、それらは「社会的に組織された、疾患への対応行動であり、ひとつの文化システムとして構成されたもの」を示す概念的モデルということになる。基本的構成要素は患者と治療者であるが、それぞれ文化的意味と社会関係の特殊な構図の中に埋め込まれている。このシステムには、「病気の原因をめぐる信念のパターン、治療法の選択や評価を支配している規範、更には社会的に是認された地位、役割、権力関係、相互作用場面、諸制度が含まれている」(略)そして各地域のヘルスケアシステムは、「専門職セクター・民俗セクター・民間セクター」という三つの構造をもつものとされる。(略)一方、中井の「治療文化」は、以下のように定義されているものである。「三つの症候群(普遍—文化依存—個人症候群)とそれに関わる治療的アプローチと、それら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関与者とこれらをすべて包含する一つの下位文化」(略)である。それを「治療文化」と呼び、そのまた下位文化として精神医学的治療文化があるとする全体性を備えているものである」。<sup>(注25)</sup> 江口は以下のように結論



づける。「こうして読み比べていくと、『臨床人類学』の中心概念であり、定義を追うと自明のようなものでありながら、漠然としてなかなか捉えがたかった「ヘルスケア・システム」というものと、中井のイメージする「治療文化」はほぼ同一のものであることが理解されるであろう」。<sup>(注26)</sup> 中井久夫の普遍—文化依存—個人症候群と、アーサークライマンの専門職セクター・民俗セクター・民間セクターを相似のものとして置くことが新左翼運動から継続された文化精神医学運動の頂点となると言ってよいだろう。下地明友は次のように書いている。「医療社会学で言われる自己投薬（auto-medication）や、人々の治療選択行為、家庭や素人の治療文化の場所であり、病気のエピソードの大部分はここで処理されている。このセクターにおいて、大部分の伝統治療の選択や自己治療（self-treatment）が併用されている。クライマンは、この民間セクターにおける自己治療という「最初の治療介入」や、その他の医療セクター（専門セクターや民俗セクター）への境界の接合点となっている民間文化の認知的・価値的なオリエンテーションの重要性を指摘した。民間セクターがケアの第一の源なのである。（略）各セクターは別個の文化であるとみなせば、中井とクライマンは交差する。文化論的に見れば、各セクターは、それぞれ民間文化、専門職文化、民俗文化を形成し、それぞれ固有の臨床リアリティを有し、異なる「医療用語」を有していると見做される」。<sup>(注27)</sup> しかし「個人症候群という概念は、中井久夫の三症候群という枠組みにおいて、その他の二つの症候群と同じ次元でとりあえず認識するものではあるが、病い体験という根源的生の危機を乗り越える新たな意味を希求する場所という意味で、みずからもその三症候群のなかの要素でありながら、実は、その三症候群の基底に位置するもの、あるいは上位に位置するものだと考えられている」。<sup>(注28)</sup> このようにクライマンと中井久夫を同じ到達点に達したものとするか、あるいは個人症候群が三つのうちでメタレベルであるというような指摘もあり、どちらの方が深い到達点

に達しているかの議論は未だない。むしろ、中井の現場は日本であるからか、中井の考えている普遍症候群が、あまりにも変わり様のないもの（ずぶの普遍）として描かれていることに注意したい。普遍への嫌悪が激しく描かれているのが中井なのである。普遍症候群の普遍とは他者へ侵入するものだからである。普遍を恨む気持ちで、新左翼は中井久夫と共同歩調をとれた可能性がある。むしろ、この普遍を日本語で書き換えていこうとするのが木村敏や土居健郎であった。個人症候群や民間セクターでは何が起きているのか考えるためには、むしろ普遍をどうすれば書き換えられるのか考えなければいけないはずだ。そのためには、他者に対して、中井久夫から見れば無防備になることも木村敏には必要となるであろう。木村敏の他者への気軽さと中井久夫の他者への用心深さ、この違いを哲学的に解明することを目指したい。しかし、少なくとも以下のことは言えるだろう。木村敏の場合、メタノエシスの中で患者も、若い医者も、木村敏も、いわば「合奏の構造」<sup>(注29)</sup>の中で一緒にいるイメージが生まれていたのではないだろうか。「最後の理想的な段階では、それぞれの演奏者が、すべて各自のパートを独自に演奏しているという確実な意識を持っているだけでなく、他の演奏者すべての演奏をまとめた合奏構造の全体すら、まるでそれが自分自身のノエシスの自発性によって生み出された音楽であるかのように、一種の自己帰属感をもって各自の場所で体験している。しかしその次の瞬間には、音楽全体のなっている場所がまったく自然に自分以外の演奏者の場所に移って、演奏者の存在意識がこの場所に完全に吸収されるということもありうる。音楽のありかがこのようにして各演奏者のあいだを自由に移動するということは、別の言い方をすれば、音楽の成立している場所はだれのもとでもない、一種の「虚の空間」だということになる。实在の物理的空間に定位不可能なこの「虚の空間」が、いわばすべての演奏者がそこから「等距離」にあるような場所である」。<sup>(注30)</sup> 木村敏によって、普遍は等距離へと書き換え

られ始めている。そこで出会う他者を以下のように木村敏は記述される。「他者との「あいだ」もやはり、空間的、心理的な間隙のようなものではない。そこでもやはり、私は一その他者に触発されて一自己の底で絶対の他に触れている。私が絶対の他に触れることによって、そこには時間が、未来への動きが生ずる。未来の姿で私に迫ってくる未知数は、私がそこで出会っている他者の未知性、絶対の他がそこへ持ち込む未知数と同じものである。このような未来の未知数も他者の未知数も、所詮は死の未知数、不可知性が生の現在に映した影であると言ってもよい。そしてこれは、ヴァイツゼッカーが主体性の一面として書いている「生命の根拠との関わり」において、この根拠それ自体が認識不可能であるということと別のことではない。未来に投影すれば「死」として表象せざるをえない。この「生命の根拠」が不可知であるがゆえに、主体は絶えず消滅の危機に曝され、私を賭した跳躍によって未来を先取しなくてはならないのである」。(注31) このように木村敏は書いている。この絶対の他は、自己の内なる他性である。中井が唾棄しようとした普遍と文化の関係を、木村敏の絶対の他から再度、論じたい。

## 謝辞

木村敏の弟子や木村敏の研究者が集う、読書会アポリアで拙論の草稿に対して、多数の意見を賜った。ここに感謝を表したい。

## 付記

(注1) 鈴木茂『境界例vs分裂病 言語と主観性の臨床精神病理学』金剛出版、p11、1991

(注2) 同上、p13

(注3) 内海健(内海健、檜垣立哉対談)「存在・時間・生命」、『木村敏特集、現代思想』、青土社、p46、2016

(注4) 同上p46

(注5) 檜垣立哉、同上、p45

(注6) 内海健、同上、p55—56

(注7) 同上、p49—50

(注8) ベンヤミン・ヴァルター「暴力の批判的検討」、『ベンヤミンアンソロジー』、山口裕之(訳)、河出書房新社、p73、2011

(注9) 同上、p63

(注10) 岡田温司『アガンベン読解』、平凡社、p106、2011。さらに岡田温司『アガンベンの身振り』月曜社、p30、2018も参照した。

(注11) 岡田温司『アガンベンの身振り』月曜社、p25、2018

(注12) ドゥルーズ・ジル『差異と反復』上、財津理(訳)河出書房新社、p406、2007

(注13) 中井久夫『分裂病と人類』東京大学出版会、p32、1982

(注14) 中井久夫『新版 精神科治療の覚書』、日本評論社、p333—335、2014

(注15) コンラート・クラウス『分裂病のはじまり』、山口直彦、安克昌、中井久夫(訳)、岩崎学術出版社、p315—316

(注16) 中井久夫『世に棲む患者—中井久夫コレクション』、筑摩書房、P328、2011

(注17) 中井久夫『日本の医者』、日本評論社、p284、2010

(注18) 中井久夫『分裂病と人類』、東京大学出版会、p25—26、1982

(注19) 吉田おさみ『「精神障害者」の解放と連帯』、新泉社、P36、1983

(注20) 中井久夫『精神科治療の覚書』日本評論社、p24、1982

(注21) 同上、p122

(注22) 同上、p209

(注23) 同上、p245—247

(注24) 中井久夫『治療文化論』岩波書店、p210、2001

(注25) 江口重幸「クラインマンから学んだいくつかのこと」『ケアをすることの意味』誠心書房、p173—174、2015

(注26) 同上、p175

(注27) 下地明友『＜病い＞のスペクトル』、金剛  
出版、p81、2015

(注28) 同上、p66

(注29) 木村敏、『あいだ』、筑摩書房、p36、  
2005

(注30) 同上、p39—40

(注31) 同上 p144—145