

津軽地方における「カミサマ」と精神医療

—事例分析を中心として—

熊 谷 輝*

抄録 1981年4月から1982年10月の間に著者が関わった症例（一部例外を含む）から、カミサマ（津軽地方の民間治療者）と関わりのあった8症例を抽出し、シャーマニズム的民間治療体系と精神医療の関係性について、「治療導入」と「治療の展開」に的を絞って事例分析を行った。その結果、シャーマニズム的社会・文化状況の中で病者に対する精神科治療をより効果的なものとするには、精神衛生思想の普及とともに、医療とカミサマとの間での役割分化（病気の治療は医療へ、病気の意味づけはカミサマへ）を考慮する必要のあることが示唆された。

弘前医学 35: 421-440, 1983

KEY WORDS : Kamisama (a folk healer)
mental care system

folk healing system
socio-cultural psychiatry

“KAMISAMA” AND MENTAL CARE SYSTEM IN TSUGARU DISTRICT

—Based on Case Analysis—

AKIRA KUMAGAI

Abstract From cases treated from April 1981 to October 1982, the author selected 8 cases appealing for help to “Kamisamas” (folk healers in Tsugaru district) and analysed them to reveal the relationship between the shamanistic folk healing system and the mental care system in Tsugaru district. In this paper, the author discussed this relationship from two points of view of therapeutics: “an introduction into the therapy (the choice between the 2 therapeutic means by clients)” and “therapeutic process in returning to society”. The author argues that the role of psychiatrists in Tsugaru district, where coexists the animistic shamanistic belief compatible with the modern medical thinking, is to be aware of the importance of patients' folk healing beliefs in order to help them more effectively.

Hirosaki Med. J. 35: 421-440, 1983

弘前大学医学部神経精神科教室（主任 佐藤時治郎教授）

* 現所属 西北中央病院精神科（院長 福田幸雄）
昭和58年5月6日受付

Dept. of Neuropsychiatry, Hirosaki Univ. Schl. of Med. (Director: Prof. T. SATO), Hirosaki, Japan

* Present address: Seihoku Central Hospital (Director: Y. FUKUDA), Goshogawara, Japan
Received for publication, May 6, 1983

〔はじめに〕

かつて、著者達の臨床的立場を「私たちの作業とは、病者との『出会い』の状況において表出される事象を受けとめ、病者と治療者（私）との『共感』の世界という治療の舞台で彼の『生活史』と『共時的な関係性』を眺め合うこと¹⁾によって現在の彼を確認していくことである」と述べたことがあり、著者は現在でも基本的には同様の考え方をしている。基本的にとったのは、「出会いの状況」にしても、「共感の世界」にしても、治療者の側に豊富化していく努力がなければ単なる定式化に終わってしまい、決して言うような「立場」には結実していかないと思うからである。今回、五所川原市での約1年半にわたる臨床活動を「津軽地方における『カミサマ』と精神医療」としてまとめるのも、このような流れに沿ってであるが、更に、次のような問題意識も含んでのことである。

WHOの第16回精神衛生専門委員会（1975年）において、「発達途上国における精神衛生サービスの組織化」が取り上げられ、その報告書の中で「専門委員会は伝承的治療者の行為に対して何らかの制約方法を加えるとともに衛生領域における彼らの教育可能性を開発すべきだ²⁾と思考する」とまとめられている。この提言は、決して発達途上国に限られるものではなく、非常に身近な課題を含んでいるように思える。というのも、地域的な精神衛生活動を展開していく上で、保健所・福祉事務所・役場の人達や民生委員の人達の協力を得ることはもちろん重要であるが、それに加えて当地方では伝承的治療者に類する「カミサマ」の存在を無視できないからである。

一方、これと関連した内容を荻野は「前精神医学的治療技術の価値を正しく評価し、あるいはこれを現代精神医学体系に正当に組み入れる作業は、重要であると同時に著しく困難³⁾であろう」と述べている。確かに先の提言

と荻野の指摘は多少レベルの違う問題意識を含んではいるが、臨床家としては、むしろこの中に相補的内容を見るのである。何故なら、伝承的治療者の教化という作業と前精神医学的治療技術の再評価という作業は、各々が別々に行われるべき質のものではなく、一つの臨床的実践の中で有機的連関のもとに進められるべきものであろう。つまり、病者に対する援助を接点に、カミサマへの問いかけと働きかけが生まれ、カミサマとの交渉の中からその経験が一つの形を成したものととして浮かび上がってくるのではないだろうか。更にWHOの提言や荻野の指摘は、ともに前精神医学的医療と日常的に接している者によって初めて担われ、応えられるものであり、逆に、そのような場にある者にとっては、これらの作業を進めることが一つの責務のようにも思うのである。

以下では、地域精神医療の展開を射程に置いた上で、自験例を中心に津軽地方における「カミサマ」と精神医療との関わりについて検討することにする。その際、「出会いの状況」・「共感の世界」を豊富化し、その外延を広げる意味で、各々「治療導入をめぐる」「治療の展開をめぐる」の諸相に的を絞り事例分析を進めることにする。

〔五所川原市周辺の地誌〕

ここでは、病者の背景の事情を知る意味で、地誌について簡単な紹介を行う(図1)。

五所川原市の位置する岩木川下流域は、後背湿地が断続的に十三湖まで達し、津軽平野の中でも最も開発の困難な地域であった。そのため、農村特に新田開発地（16世紀後半に現在の五所川原市・木造町・金木町の地域が開発されている）の窮乏と生活不安にははなはだしいものがあつた。このような状況は間引きによる人口抑制と容易に結びつき、特別の対策を要するほどであった（間引き禁止令・市子による間引きした子供の口寄せ、僧侶による賽の河原の説教など）。しかし、こ



図 1 西北五地方。

れらの教化策はかえって罪悪感を深め、賽の河原の地藏信仰を深くさせ、これが現在にも生き続けている。またこの他にも、山岳信仰(岩木山信仰)・竜神信仰(十和田湖信仰)など、地域特殊性を有した民間信仰が現在もさして衰えることなく信じられている。⁴⁾

この地域の産業は、海岸地帯は半漁半農、津軽平野にかかる地帯は米作及びリンゴ栽培を中心とした農業が中心で、第二次産業には見るべきものがない。また、漁業は全般に零細(県の全漁獲高の約1.5%)で、農業についても専業可能な農家は非常に少ない(経営規模別耕地面積で2ha未満が72.1%)。一方、県の月平均生活保護率(20.64)は全国第11位(指定都市も含め)であり、中でもこの地域は県内で1~2位を争っている。したがって、農作業が一段落すると人々は県外へ出稼ぎに出ることが多い。このことは、現在様々な形で社会問題化している。たとえば、県の出稼ぎ先の人身事故は死亡者53人を含め合計456人を数えるし、離婚率(1.52)の全国第4位とも無関係ではないと思われる。また、教育の普及度も低く、県の中卒後進学率(91.8%、この地域の1市7町7村中4町2

村では県平均以下)は全国第45位である。以上の数値はいずれも昭和55年のものであるが、この地域の民度の低さと生活の不安定さを示すものであろう。^{5,6)}

この地域の人口は約25万人で、精神科は著者の勤務していたF病院(昭和41年開設)と市立病院の精神科(昭和36年開設)の2カ所あるが、病床数は人口万対約16床で、全国平均25.6床からみるとかなり不足している。そのこともあって、地域の同意入院・措置入院患者の80%がこの両院へ入院しており、一方この両院の入院患者の96%近くがこの地域の出身者で占められている。この地域で精神科医療が展開されて約20年になるが、人々の精神衛生に関する理解はまだまだ低いようである。

〔津軽シャーマニズムとカミサマ〕

ここでは「カミサマ」の諸相を概観することにする。

「シャーマニズムとは、通常トランスのような異常心理状態において、超自然的存在(神・精霊・死霊など)と直接接触・交流し、この過程で予言・託宣・ト占・治療行為などの役割をはたす人物(シャーマン)を中心とする呪術-宗教的形態である」と定義することができ、シャーマンについては地域によりかなりのバリエーションが認められている。⁷⁾

津軽地方の代表的シャーマンはゴミソとイタコであるが、他にもオガミヤ・ギョウジャ・センセイ・祈禱師などと呼ばれている者もあり、これらをひとまとめにして「カミサマ(民間信仰・治療の中心的担い手)」と総称することが多いようである。これらの人達の分布・実数については中村の調査⁹⁾があるが(昭和35年で、西北五地方にはイタコ15人、類似者27人)、西村の報告にもあるようにその実態を把握することは非常に難しい。^{10,11)}

ここで、ゴミソとイタコの定義について桶¹²⁾のものを引用すると、「ゴミソとは、一種の

祈禱師のことで、依頼者の依頼をうけて、瞬間的に擬心して、神仏の心意を聞いたり判断して、これを依頼者に伝える者と認められている者」で、「イタコとは、全盲または半盲の女性で、客の依頼に応じて死者や自分の体を借す(依憑)状態におちいる霊媒」ということになる。しかし、生活の改善とそれに伴う盲人の減少、職業教育を含めた教育の普及などの理由により、イタコは段々と老齢化・減少化してきており、それに伴い近年「口寄せ(依憑作用により死者の言葉を語る)」を行うゴミソも出て来ているという。⁸⁾

シャーマンになる経緯には、大きく分けて修業により意図的にシャーマンになる「修業型」と、神・精霊の呼びかけや影響を受けてシャーマンになる「召命型」を区別することができる。⁷⁾ 前者にはイタコを、後者には沖繩のユタをあてることができよう。ゴミソの場合は両者にわたるが、後者の場合でも、「召命→修行→シャーマン化」という例がほとんどで、岩木山赤倉沢が行場の中心地となっている。

カミサマへ寄せられる問題は、結婚(相性・方角など)、病気、失せ物、農作や漁、運勢、出稼ぎ、商売に関する問題、家庭内の問題など、生活に密着したものが多し。⁸⁾

これらの問題の中で「病気」に関しては、カミサマはト占し、「憑きもの」と判断した場合には加持祈禱・お祓い・霊の供養などを行い、行を勧めたりする。また、もみ治療・灸・ふくべを使つての瀉血・薬草などにより直接病気の治療にあたる者もいる。⁸⁾ そして、これらが民間治療の具体的内容となっている。

〔事例分析〕

以下では、事例を呈示しながら「はじめに」で述べた論点の展開を試みる。

事例は、いずれも西北五地方に生まれ育った人達で、一部の例外を除き、'81年4月から'82年10月までの間にF病院「入院治療」

を受け(症例5のみは'80年に弘前市内のH病院で治療)、その際著者が主治医となり(症例8は観察のみ)、なんらかの形でカミサマとの関わりをもったところの症例である。

なお、病者とカミサマとの連がりの概略を知る目的で、'81年4月から'82年10月までの間にF病院を初診し、その後入院となった例(いろいろな意味で危機的状況にあったと思われるもの)について調査したところ、カミサマの関与の有無を確認できた症例は101例中37例で、そのうち確実な関与を認めたものは30例(81%)であった。内訳は、受診前みの関与のもの18例(60%)、受診後のもの4例(13%)、受診前後にわたるもの8例(27%)であった。確認例数は少ないが、西村の報告¹¹⁾(関与例75.9%)と比較してみても、病者の精神的危機へのカミサマの関与が深いこととは指摘できると考える。¹³⁾

I. 治療導入をめぐる

症例1. A.K. 51歳 男性

北郡稲垣村出身。7人同胞の第1子で、家は農業。21歳で結婚。7カ月後に離婚。その後、間もなく再婚し、2子をもうける。Aは左官や土工をして冬場は出稼ぎに歩き、4年前からは夏も出稼ぎに出るようになった。飲酒歴は15歳頃からで、5~6年前から、時に朝から飲酒することがあった。

性格的には、自己中心的で支配的。ロールシャッハテストで「適応パターンのプロトタイプが乏しく、紋切型の反応しかできない傾向」を指摘されている。

'81年11月、知人と富山へ出稼ぎに出る。翌年4月、知人が農作業のため帰郷。飲酒を制する人がいなくなり、ほとんど仕事にも出ず終日酒を飲み続ける状態となった。酒量も1日7合以上となった。4月5日、朝から飲酒していて、偶然親方の情事を目撃してしまった。その場は何事もなく過ぎたが、夕方、親方が「やれノ」と若い者に

何か命じているのを知り、さらに若い者数人が自分の方へ来るのを見てAは愕然となった。「風聞の件を揉み消すために自分を殺すつもりだな」と思ったAは、その場から慌てて逃げ出し、一晚中歩き回ったあげく、着のみ着のまま翌日の汽車で帰郷した。翌日の夕方頃から「追われている」「財産を取られる」「キリで刺し殺される」などの被害的な言動が出現し、不穏状態が4日間続いた。一旦は落ち着くが再び不穏となり、妻がカミサマへ連れて行ったところ「Aの家では、大昔は稲荷を信じていたが今は信じていない。怒ったイナリがAに憑いている」と告げられた。早速、お祓いを受け、さらにカミサマを3カ所ほど歩いたが、不穏状態は改善せず、親族会議の結果病院を受診することになり、5月5日F病院に入院した。

入院時のAは、不安・緊張が強く、情動不穏、易刺激性、迫害念慮、小動物幻視、幻聴が認められた。症状は速やかに消滅し、約3週間後に退院した。しかし、その日のうちに飲酒し幻聴が出現。このため別のカミサマへ行ったところ、「インネン様（何百年も生きていた古ギツネ）が障っている」と告げられ、さらに「お前、病院にかかっているな」「祓ってやるが、1カ月は今までどおり病院にいるように」言われた。幻聴は消滅していたが、Aと家族はただちに来院し、「カミサマに言われたから、何とか入院させて欲しい」と入院を求めてきた。入院を引き受け、1カ月の期日が来たところで退院させた。その間、家族はカミサマから指示されたとおりに経唱えを行い、Aの退院を準備していた。

医療的には、アルコール幻覚症を疑い、禁酒を指導した。しかし、治療は「イナリ憑き」という考えの陰になり、上滑りに終始した。

この症例で注目されるのは、幻覚・妄想状

態という非日常的・危機的事態に対する家人の対応の仕方である。最初に妻の判断でAはカミサマへ連れていかれ、状態が変わらないと知れるや親族会議が開かれ、そこで初めて「Aは病気だろう」との判断がなされ精神科受診が決められている。このことからみても、生活感覚上でのカミサマと精神医療との「距離」を知ることができ、医療よりカミサマへの「距離の近さ」を伺うことができる。これは、精神衛生思想の普及の遅れと対をなす、民間治療（カミサマ）の侵透とその強い影響力の反映と見ることができよう。

さらに、ここではもう一つの問題点が浮き彫りにされている。それは、最初問題となっていた幻聴が消滅し、入院の緊急性がなくなった後も「カミサマに言われたから」と強く入院を希望して来院したことである。この場合、医師（精神医療）の判断よりもカミサマの判断が「権威」を持ったものとしてAや家族に認知されていることになる。

このことは、病気治療にカミサマが一枚加わることで、治療関係における医師の「権威（専門性）」が相対化してしまい、病者と医療の出合い状況が様々に歪められる可能性を示唆している。たとえば、この症例では、カミサマは「病院と一緒に憑いたイナリをおとす」という構えをとっている。カミサマが病者と医療の間に介在し、治療の方向づけをすることで、カミサマへの「期待・救い」という陽性感情が病院（精神医療）をも包み込んでしまい、結果的には病者と医療との距離を縮め、「出会い」を促したと考えられる。ただし、医療側の問題として考えると、治療の主導権が依然としてカミサマにあり、禁酒の指導が本人に対しても家族に対しても実効的とならずに終わったことは重大な問題と言えよう。

症例 2. S.S. 34歳 男性

西郡鱈ヶ沢町出身。4人同胞の第1子で、外国籍である。Sが中学生の頃より両

親の不仲が表面化し、母は3人の弟妹を連れて家を出た。SはA高校の受験に失敗した後、家出同様にして神戸へ行き、身内のもとの2年間働いた。その後帰省し、高校を終えて大学へ進学。しかし、4年で中退し、帰省。その半年後、神戸へ出て不動産の仕事に就いた。非常に競争の激しい業種だったという。その後間もなく結婚し、西ノ宮の妻の実家へ同居（73年、25歳時）。

性格的には、小心で疑い深く、考え方は柔軟性に欠け、冗談が通じない。短気で自己中心的でもある。

27歳時に長男が誕生。妻の妊娠中、「自分の子供でないのではないかと疑い、金銭面で非常に心配することがあった。子供が生まれて半年後、「会社の中で何人か妙な死に方をしている。黙っていれば自分も殺されてしまう」と言って会社を辞めた。その後、被毒念慮・関係念慮が段々と悪化し、義父にも「郷里に帰って少し休んだ方がいい」と勧められ、77年4月に一家で帰郷し、実父と同居することになった。しかし、被害・関係念慮は強弱はあるものの同様に続いていた。そのために、たとえ仕事に就いても、対人的トラブルが多く長続きせず終っていた。父親は休めばよくなると思う一方で、Sに病院へ行くようにも勧めているが、Sは全く耳をかさなかった。81年6月、Sは「役場へ行け」という幻聴に従い、役場へ職探しに行くが、職員が取り合わなかったために不穏となり、警察が呼ばれた。この件以来、父親もこのまま放って置く訳にはいかないと考え、F病院へ相談があり、往診にて入院となった。

入院時のSは、非常に硬い構えで、人物誤認を認め、幻聴、被害・関係妄想、被毒妄想などとの心的距離が全くとれない状態であった。父親は、年に何回か山籠もりの修行をする人で、「Sに憑いたものを祓わなければ、病院に入院していくらい薬を使ってもきかない。お祓いをして、いい薬

を飲んで初めて病気がよくなる」と考えていた。そこで、薬については病院にまかせ、お祓いについては父親が行うことになった。

医療的には、精神分裂病を考え、接触性の回復を関わりを中心に据え、一方で強力に服薬を指導した。また、生活保護を利用して生活基盤の安定化を図った。

症例1では、カミサマが病者と精神医療との間に介在した場合の「治療導入」をめぐる問題について、病者と医療の「距離」の変化と医師（医療）の「権威」の変化の2点を指摘し、その概略を述べた。以下、症例2・3・4では、病気治療に関する医療と民間治療（カミサマ）への一般的認識を手掛かりに、「距離」と「権威」の2点をさらに掘り下げることにする。

病気治療に関しては、父親の言葉にもあるように、医療とカミサマの両者で初めてよくなるというのが一般的認識である。これには、カミサマの「病院へも行くように」という働きかけも重要だが、「その方が安心だから」という消極的なものから、「カミサマはあたる」という積極的なものまで期待の程度に差はあるものの、病者や家人の認識・意向が基盤になっている。この程度の差を大まかに分けると、医療により多く期待する場合（症例6）、両者同等の場合、カミサマにより多く期待する場合（症例1、4）を区別できる。両者同等の場合はさらに、両者の役割（病気治療と病気の意味づけ）が分化している場合（症例2）と役割が未分化な場合（症例3）を区別できる。

症例2で注目されるのは、治療が始まるまでに発病後6年も経過していることである。そして、精神変調に気づかれながら精神医療との接触は一度も行われず、社会的問題行動が現われて初めて強制的措置が取られている。この間、父親はカミサマ信心を頼りに、受診を勧めても聞こうとしない病者をた

だ見守っていたが、この事態はシャーマニズム的「民間治療体系への滞留」と言ってよいであろう。

医療とカミサマへの期待が同等で、両者に役割分化を認めるこのような例では、カミサマを頼ることが民間治療体系への滞留と直接に結びつくことはない。すなわち、医療との「距離」の遠さという要素が加わって初めて民間治療体系への滞留という事態が現実的となる。この症例で言えば、父親の強いカミサマ信心を基盤に、病者が外国籍という問題から派生する社会的例外状況にあったことが、社会一般に対する不信と金銭への執着を生み、病者と医療との「距離」を広げ、民間治療体系への滞留（信心による憑きものおとし）を促したと言えよう。

医療とカミサマとの間に役割分化を認める場合、経験的には精神医学的治療を受け入れ、その後は治療的に精神医療と結びつく例が多いようである。

症例 3. N.K. 28歳 男性

西郡鰐ヶ沢町出身。7人同胞の第6子で、うち異母兄弟が5人。母親には難聴があり、構音も不明瞭である。また、理解力にも劣り、なかなか会話が成立しない。後妻として家に入り、Nら2人の子供をもうけている。Nは中学卒業後、上京して町工場に就職。その後約10年間は同じ職場で、勤務ぶりも真面目であった。

性格的には、神経質・几帳面で強迫的な面があり、内閉傾向が強い。

'80年7月に父親が癌と分り、8月12日に手術となったが、10月4日には死亡し、Nは5日に帰省した。しかし、兄弟の集まりが悪く、葬儀は8日に行われた。このときは、兄達が「家はお前に任せた」と言って何もしないために、Nが大体の準備をし、眠る時間も満足になくひどく疲れたという。この後より、視線が厳しく無口となり、情緒的にも不安定となってきた。17日

に職場へ戻るが、19日には辞職し、「九州に行く」と言い残して出てしまった。3日後、宮崎の警察で保護、東京に戻され、叔父が迎えに行き家へ連れ帰った。

帰宅時より独語・空笑を認め、段々と生活も不規則になってきた。11月16日から急に不穏となり、母親が病院へ行くように勧めるが聞かず、警察に保護され、18日にF病院来院し入院となった。4カ月程入院し、'81年2月に寛解状態で退院。退院後は全く通院も服薬もしなかった。これは、N自身通院しなかったことと、母親がカミサマから御札を貰ってNに飲ませ、「病院へ行きたくないのなら行かなくてもいい」という態度を取ったためである。最初は、Nも言われるままに御札を飲んだが、その後は「病院に入ったからもう駄目だ」と語り、家に閉じこもる生活となった。

'82年4月頃から、隣家へ来る車の音を気にしだし再び被害的となり、夜もよく眠らなくなった。13日の夜、隣家に駐車中の車を壊し、警察に保護されF病院来院し再入院となった。

入院時のNは、強制的入院という事情もあり、内的緊張が高く思考は滅裂で、不穏状態を呈していた。

医療的には、精神分裂病を考え、保護的支持的に行き詰まりの体験を受けとめた。また、服薬の動機づけを行い、母親にもその必要性を説明し、理解と協力を要請した。

ここでは、医療とカミサマへの期待が同等だが、両者の役割が未分化な場合の問題が示されている。

この症例は、母親のカミサマ歩きが表面化せず初回退院し、結果的には治療の中断・再発となっている。これは、病者が通院しただけでなく、母親が薬に代えて病者に御札を与えたことが、結果として病院から遠ざけることになったと言えよう。しか

し、全く病院を頼りにしなかった訳でもなく、ただ母親にとり薬と御札が同じような意味内容を持ち、服薬しながらない病者に御札を与えることがそれほど不協和的ではなかったのである。ところが、病者が御札を薬として飲んだのはほんの短期間で、むしろ、母親の勤める御札の中に「病院へは行かなくともよい」という承認を見、その後は経過が示しているとおり、カミサマからも精神医療からも離れた無為で自閉的な生活が長く続くことになった訳である。この間、病者と医療を結びつける初期の手掛かりが失われたことにより、母親の通院の促しも病者には届かず、病者と医療の「距離」は悪循環的に拡がり、母親はただ病者を見守ることしかできないでいた（民間治療体系への滞留）。

このような例では、「病者の治療は医師に」「治気の意味づけはシャーマンに¹⁴⁾」と役割を分化させ、一方による他方の代替を防ぐことが考えられる。

医療とカミサマへの期待度が同等であるという点では、前例同様、役割分化の作業にも治療的作業にも抵抗は少ない。しかし、次例のようにカミサマへより多く期待する場合は、作業はかなり困難となってくる。

症例 4. T. I. 19歳 女性

五所川原市の在の農家に出生。2人同胞の次女で、4歳上に姉がいる。Tは小さい頃から無口で気が弱く、内向的で、友達も少なかった。

Tが中学3年へ進級したとき、姉が就職のため家を出た。その後家は両親とTだけになり、自然にTはより無口になったという。そして、修学旅行後から自分の持ち物が紛失するようになり、不思議に思っていたところ、友人に「ものがついている（Tは“憑いている”のだなと思った）」と言われ、それを契機に被害念慮が出現。さらに、卒業式を前に「憑いたもの」による被影響が強くなり、対人関係をはじめ、睡眠

や食事も困難となったが、高校へは進学した。この被影響体験は、強弱はあるものの現在まで一貫して続いている。'80年と'81年の秋にはこの体験が強くなり、カミサマにみてもらったところ「罪障が憑いている」と告げられ、お祓いを受けた。お祓い後2～3カ月間は楽になっていたという。しかし、異常体験のために学校生活への適応が困難で、結局高校2年で中退。その後はただ家におり、'81年末からは比較的狀態が安定していた。

'82年4月、姉が結婚準備のために帰郷し、6月には婿を取り、義兄が家に入る。その後、家に居ても「肩が狭い」「気を使う」状態となり、10月3日に親も納得の上、単独で横浜へ働きに出た。しかし、職場に着くなり異常体験が強くなり、仕事もできず、10日後には職場から送り返えされてきた。帰宅後は両親に対して「親じゃない」と言い、落ち着きもなく、家から逃げ出そうとするため、「頭がおかしくなった」と両親が考え、16日にTを連れてF病院を受診し、入院となった。

入院時のTは、強い自我障害のため行動の自由をほとんど失った状態で、世界の相貌化体験、被影響体験、人物誤認、憑依妄想、体感幻覚、幻聴を認めた。

医療的には、破瓜型精神分裂病を考え、保護的・支持的に関わり、主治医との疎通性を育てることを第1に配慮した。両親は「親でない」と言われたことに反応して「頭がおかしい」と考えたので、Tの全体像を病気と考えてはおらず、その後もカミサマ歩きをしている。これを制するとかえって反発を招きかねないため、卜占の内容をTに伏せておく条件で、当面は見守ることにした。しかし、病勢がほぼ静穏化した段階で、もうしばらく入院の上経過をみた方がよいという医師の説得にもかかわらず、家族はカミサマの判断を入れて本人を退院させ、現在は外来通院中である。

この症例も、発病以来5年を経過しており、その間に医療との接触は一度も行われていない(民間治療体系への滞留)。病者は強い自我障害を示し、それを「憑きもの」のためと考えており、これは家族も同様である。実際に2回の危機をカミサマを頼りに切り抜けたし、来院したのも家族否認と徘徊に困ってであり、治療というよりは行動管理を求めてであった。そのため、今回もカミサマを頼りにし、両親揃ってカミサマを歩く一方、医師に対しては「点滴はしなくてよいのか」など身体管理について指示的態度で接してきた。

同じく「民間治療体系への滞留」と言っても、医療との「距離」が主な問題であった症例2・3と異なり、カミサマの「権威」が主たる問題であるこのような症例では、入院という事態が必ずしも医学的治療の展開を保証するとは限らない。たとえば、医師の指示や説明がカミサマの言葉と照合されて理解され、真意が十分に伝わらないことや、症例1やこの症例のように、入院や退院という極めて医学的な判断が二の次にされることもある。

しかし、カミサマ歩きを制止するのは、病者や家族の反発を招き、極端な例では治療の中断を結果するので好ましくないといえる。経験的には、とりわけこの症例のような破瓜型分裂病の場合では、病者との治療関係の安定化を優先的に考え、カミサマが治療に関しても権威を持っている間は、医療側としては治療に脇役として参加し、病者から離れずに時熟を待つのが実際的である。この際、病者や家族との間にカミサマとの遣り取りについて話し合える雰囲気を作ることが大切である。そのことにより、話し合われた内容を、症例3で示された「治療」と「意味づけ」に分化させ、治療の動機づけを促すことが容易となる。

小 括

「治療導入」に及ぼすカミサマ(シャーマニズム的民間治療体系)の影響には、症例1で見たように、病者と医療の「距離」の変化に関するものと、医療の「権威」の変化に関するものとを指摘できる。この2点は、各々が単独に現象してくるものではなく、したがってもう一度具体的事例に戻って検討することが必要であった。そこで問題となったのが、病者の「民間治療体系への滞留」という事態である。これを先の2点から検討したところ、シャーマニズム的社会・文化状況を前提として、病者と医療の「距離」の拡大と医療の「権威」の相対的低下が複合して生ずる事態と考えることができた。

II. 治療の展開をめぐる

症例 5. Y. I. 初診時20歳 男性

北郡中里町出身。3人同胞の第1子。家は専業農家のため、Yは高卒後将来の後継ぎとして農業に従事しながら、傍で祖父の製材所を手伝っていた。Yは新車購入を数年前から親と約束していたが、話だけで一向に具体化せず、不満に思っていたという。Yの考えでは、同世代の農家の後継ぎは皆新車を持っており、車がなければ男女の交際を含め、仲間達から取り残されてしまうからである。

性格は依存的で顕示的。ロールシャッハテストで「未熟・未発達さが前景に立ったデータである」と評されている。

'80年の春、Yは今年こそ車を買ってくれるものと期待していたが、話が進まず、自然仕事にも気の入らない状態であった。6月、Yは交通事故を起こし、怪我はなかったが車を破損してしまった。この時、これで新車を買ってもらえると思ったという。しかし、「危ないからハンドルは握るな」と父親に注意され、増々不満が募ったという。その後、7月18日の夜、友人宅へ

遊びに行ったところ、友人は車で遊びに出て不在で、仕方なく家へ戻った。途中、軽トラックを止め一服していたところ、近くの寺の灯が急に全部消えたのを見て「無精に腹立たしくなり」、車を降りて寺に近づき、石を投げてガラスを破り、さらに近くの小屋を壊して逃げて来た。22日、その寺から訴えられ、警察の事情聴取を受けた。事件を知った父親は警察ともどもYをきつく叱ったという。この件以来、Yは段々と元気がなくなり、引きこもり勝ちとなり、食事も摂らなくなったため、8月7日にH精神病院を受診し、11日入院となった。この間に、親はカミサマを訪ね、そこで「在祖が憑いている」と告げられた。また、寺の人に「在祖が憑いてのことだった」と説明したところ、訴えを取り下げてください、弁償だけで済んだという。

入院時のYは、神経衰弱状態で、緘黙、脱力、意欲の低下、食思不振、不眠を認められた。

医療的には、心因反応と考え、新車をめぐる葛藤を明確化し、それを軸に家族との調整を図った。一方父親は、「カミサマが、家の回りに在祖がまだいて、Yを連れて来ればまた憑くので連れて来るな」と言っていたと述べ、「無理して連れて帰り何かあれば自分の顔が立たなくなってしまう」「カミサマがいいと言うまで病院に置いてくれ」と主張し、カミサマの「ゆるし」を得てから退院することになった。結局、状態が安定するまで約1カ月を要し、その後、カミサマから退院の「ゆるし」が出るまでさらに1カ月を要した。

この症例は、'80年にH精神病院で治療を受けた例であるが、一定の事象に対するカミサマと医療の対応を比較する上で非常に示唆に富んでおり、事例の例外的事情を超えてここに呈示した。

このカミサマと医療の対応で最も目立つ相

違は、その事象の原因を何処に求めるかという点である。この症例では、病者の「寺の破壊行為」とその後の「引きこもり・衰弱状態」を、カミサマは「在祖（成仏できない無縁仏の霊）が憑いた」のが原因（原因の外在化）と解釈し、他方主治医は、「未熟な性格」と「新車をめぐる葛藤」をその原因（原因の内在化）と説明していることである。石毛は原因の外在化について、「外在化をすることによって、人々が一時的な異常から社会的な復帰を大変スムーズにできる¹⁵⁾」と述べているが、この指摘は社会復帰の問題を考える上で重要な視点を含んでいる。この点については、症例6との比較の中で再度取り上げることにしたい。

次にもう一つの問題点の指摘へ移ることにする。それは、父親が主治医から前述のような「内在化された原因」を説明され、十分納得したように見えてからも、「在祖憑き」という理解を捨てず、むしろカミサマ歩きに熱心にさえたことである。この父親の行動は、「治療導入」の項で触れた医療とカミサマの併用とその役割分化可能性からすれば当然であるが、単にそれだけでなく、たとえば「(カミサマの指示に従わず)無理して連れて帰り、何かあれば自分の顔が立たない」という父親の言葉に、病者の個別的治療を越えた含みを感じるのである。医学的説明や処置だけで安心できないのは、病者自身よりむしろ家族や身内であろう。これは、カミサマを歩くのが通常病者自身ではなく、もっぱら家族や身内であり、時には病者に内緒でカミサマへ行くことや、カミサマの方も病者と直接対することにこだわらず、しばしば病者の写真や衣類だけでト占することを考え合せるとなおさらそういう感を深くする。つまり、カミサマ歩きが、病者をめぐる家族の不安や葛藤を解消する一つの回路となっているのである。

この症例では、「在祖憑き」という理解が寺の訴えを取り下げさせた事情もあり、カミ

サマ歩きや、カミサマの「ゆるし」が家族内の情緒の調整・統合を生み、病者を迎え入れる上でムラ社会的にも家族を安定させたと考えてよい。

症例 6. H. S. 53歳 男性

北郡鶴田町出身。5人同胞の第2子で長男。小農家のため、出稼ぎが生計の中心である。27歳で結婚し、4子がある。飲酒歴は20歳前からで、量は少なく、1日2～3合程度である。

性格は、小心・消極的・内向的。ロールジャッハテストで「物事を統合的・合理的に処理できず、柔軟性に欠ける傾向」を指摘されている。

'81年1月、ムラの人と横浜へ出稼ぎに出たが、4月頃から疲労が抜けず、夜もよく眠れなくなり、5月に入ってから「酒を飲むとバツとしない」と酒を止めた。その直後より幻声が出現し、小さな虫が沢山這っているのが見えるようになった。そのうち、幻声の中に「殺す」などの恐ろしい内容が加わり、Hは不安になり、無断で6日に帰郷。妻によると、帰宅後は部屋の隅にうずくまり、ブツブツと独語し、食事も摂らず、手を震わせていたという。9日には激しい振戦と発汗を認め、さらに不穏状態となったため救急車を使って町立病院へ入院。この間にカミサマにみてもらっているが、「疲れたためだろうからゆっくり休むように」と言われた。11日に町立病院からF病院へ紹介され、振戦せん妄の診断で転入院となった。

入院時のHは、不安・焦燥感が強く、軽い意識障害、被害、関係妄想、幻聴を認めた。しかし、振戦、幻視、自律神経症状は改善していた。

異常体験が消褪した段階で、外泊のため帰宅すると幻声が出現。ムラの人の中で「酒飲みだ」「もう帰って来た」と聞こえた。Hは「町立病院での事をムラの人達が

知っている。自分は全く信用をなくしてしまった」と受けとめ、以後ムラの人に対する関係妄想に発展した。その後一時期、「妻が死んだので自分は再婚し、新しい土地で再出発する」という変身・回生を主題とした妄想も出現した。

妄想との心的距離がとれた段階で退院したが、その間約6カ月を要した。しかし、ムラの人への緊張した構えは退院後も続き、生活は引きこもり勝ちで、'82年4月、田を自転車で見回り中堰へ落ち危く溺れそうになり、ムラの人に助けられるという事故が起きた。これを契機に、再び強い引きこもり、緘黙、拒食を示し再入院となった。この間Hは禁酒していた。

Hの状態について、妻には初めから「病氣」として説明しており、妻もそのように考え、現在でも身体的検査を強く求める構えが強い。

医療的には、当初は振戦せん妄に対する身体管理が中心だったが、ムラ社会への不適応が表面化してからは心因反応（自己の体面の毀損を心因と考え）として治療的に関わった。各種の検査（EEG、頭部CT、頭部X-P、ロールジャッハテスト、クレペリン作業能力検査、記銘力テストなど）の結果は、EEGでslow diffuse alpha wave (8-9 Hz)を認める以外、器質的障害を強く疑わせる検査結果は出ていない。

この症例もカミサマを訪れているが、原因の外在化が行われていない点で症例5と対照的である。

診断学的には、初回入院時は振戦せん妄と考えて問題ないが、その後の経過を心因反応とのみ理解してよいか、多分に議論のあるところであろう。特に、経過の長さや引きこもりを主徴とした現在の病像は精神病の印象さえ与える。しかし、治療的観点ととりわけ社会復帰の観点からすると、上記の問題を留保しつつ、性格の特徴、異常体験の内容、家族の

対応, ムラ社会の生活などを手掛かりにもう少し先へ論を進められそうにも思える。

病者がせん妄状態を呈したのは今回が初めてである。故にこの種の体験をどのように対自的・対他(対ムラ社会)的に位置づけるかは, 病者にとって重要な課題のはずである。ところが, 意識障害のために体験そのものが断片的で, その自己所属性という点でも曖昧さを残している。一方, カミサマには「疲れたため」と言われ, 医師からは「(酒が原因の)病気」と言われ, いずれも原因は病者の内に求められている。病者の性格にみられる「物事を統一的・合理的に処理できず, 柔軟性に欠ける傾向」は, このような体験を同化し, 外に向って再適応していくことを困難にしていると考えられる。その後, 外泊時に「酒飲み」というムラの人の幻声を聞いた病者は, 「体面をなくし信用を失った自分」を実感し, 関係妄想を發展させた。そして, 現状打解の一つの方向を示す変身・回生妄想を形成し, その消褪と平行して引きこもりの生活へ陥っている。また, 堰へ落ちた後の引きこもりの増悪も, 体面の毀損を心因と考えると理解できよう。このような異質な体験を自分のものとして引き受けねばならなかった病者が, 「どのように」それらを引き受けたかをこれらの経過は示しているといえよう。この「どのように」を規定していたのが, ムラ以外には生活の場を求め得ない病者の立場, 協調性が強く求められるムラの生活, 小心で柔軟性に欠けた性格, 内在化された原因などであったと考えられる。とくに原因の内在化(外在化の否定)は, 問題解決の方向性を規定し, 加えて妻に「身体的問題の重視と心理的問題の軽視」の構えをつくり, 問題をことさら病者個人へと収束させた点で重大である。

これに対し, 症例5の場合は, ムラの寺を壊すという大きな問題を起こしながら, 対ムラ社会的には「在祖憑き」という外在化された形で納得され, 支障なく家族やムラに受け

入れられている。これは, ムラを騒がせたことが二次的に新たな葛藤を生み, 病者の病態や経過を遷延させたと考えられる症例6と対照的と言わなくてはならない。

症例7. M.T. 41歳 女性

北郡鶴田町出身。8人同胞の第6子。生家は農業。18歳で上京し, 21歳で結婚し2子をもうける。夫は千葉の人で, Mが24歳時印刷所を開いて独立したが, 横暴で未熟な性格のためMは随分と苦労した。ドルショック以来, 経営不振に陥り, '77年3月, Mが反対したにもかかわらず親会社の不渡り手形を引き受け, 会社は倒産。その後, 債権者との後始末を夫の親にあずけ, M一家は鶴田町へ夜逃げしてきた。以来, 夫の身内とは親類付き合いが途断している。一方, Mは夜逃げ以来サッパリしない気分と身体不調感をいつも訴えていた。

性格は, 勝気で明るく社交的な面と, 神経質・心配性で物事にこだわり易い面とを併せ持っている。ロールシャッハテストで「統合能力・抽象能力に劣り, 情動の内的統御の困難」な点を指摘されている。

'78年2月下旬, 歯痛のため歯科で抜歯。その直後よりひどい頭痛と息苦しさが出現し, 方々の病院を受診するが, 異常ないと取り合ってもらえず, 義姉から紹介されて3月9日にカミサマを訪ねた。そこでは「首を吊った仏が障っている」「祀っていた稲荷をそのままにしてきたので, それが悪くなって憑いている」と告げられた。'77年8月に夫の兄嫁が死んでおり, その場で死因を確認したところ自殺とわかり, 一同非常に驚いたという。その足で検査のため大学病院の精神科を受診。再びカミサマのところへ行くが, 途中のバスの中で何かに手を撫でられる感じがし, 同時に「死んだ母が無でている」と聞こえてきた。カミサマには「病院など行かなくてもいい」と叱られ, さらに「様子がおかしい」と言わ

れてその日はカミサマの家に泊った。その夜から不穏となり、憑依状態（継時的二重人格）を呈した。不穏状態が1週間続き、食事摂らず衰弱し始めたので、弘前市内のQ病院精神科へ入院した。その後も身内の者が病院に隠してカミサマを1カ月位付き添いに付けた。あまり状態が改善しない一方で、そのカミサマの悪い噂（エズナを使って卜占をする、力が足りずイナリを納めきれない）を聞いたため、付き添いを辞めてもらったところ、Mの状態も落ち着き、約3カ月で退院。これを機会にカミサマとは縁を切ることにしたが、急に縁を切れば怨まれると思い、3年間仏の供養を続け、段々と縁を切ることにした。その後、不定愁訴は残ったが、大きく混乱することはなかった。

'82年1月29日、身体不調感・不安感が強まり再び不穏状態となる。もらった小犬がたて続けに死んだこと、'81年は仏の供養をせずにカミサマと縁を切ったこと、26日に夫が出張先から千葉に住む親の様子を伝え聞いて来たことなどが誘因となったようである。翌日、姉の勧めで五所川原市の別のカミサマへ行き、そこでF病院を紹介され、2月1日入院となった。

入院時のMは、不安感が強く、幻聴、体感異常、迫害妄想（カミサマが怨みをかける）を認めた。

医療的には心因反応を考え、Mの負目やくやみ、夫への不満を言語化させるように配慮した。入院時にはMを含め身内の者皆が「カミサマの怨み」によるものとして病態を見ていたため、「イナリや罪障については何もできないが、不眠を改善し、聞こえるのを弱くし、祈りに負けないゆとりについては病院で何とかできる」ことを伝え、「憑きもの落とし」については姉を介して行うように促した。Mは仏の供養は今後も続けたいと述べ、約1カ月で退院となった。

症例6では、シャーマニズム的・社会的・文化状況で、原因が内在化された場合（あるいは外在化されなかった場合）に生ずる社会復帰上の問題に触れたが、症例7では原因が外在化された場合について考えてみたい。

この症例の場合2人のカミサマと関わりを持っているが、最初のカミサマと関わる前に病者は医療に「取り合ってもらえない」気持ちにさせられ、これがカミサマへの傾斜を準備し、さらに義姉の死が自殺とわかってからは全面的にカミサマを取り入れている。ここで注目したいのは、カミサマにより外在化された原因を病者が取り入れて反応し、憑依症候群を呈したことと、その後の不定愁訴の遷延化である。つまり、カミサマとの関わりが新たな不安・葛藤状況を生み、本来の葛藤が隠蔽された形で病態化している点である。病者は衰弱した状態でQ病院に入院し、不定愁訴を残しながらある程度安定した状態で退院した。ところが、実はこの不定愁訴とサッパリしない気持ちが発症の出発点であったことを思い起こす必要がある。2人目のカミサマとの関わりとF病院への入院経過からみて明らかなのは、病態を病者と身内の者が一様に仏の霊やイナリやエズナ（前のカミサマが憑けた）のためと考えていたことと、病者の本来の葛藤が夫に関するものだったことである。すなわち、夫に関する葛藤を仏の霊やイナリやエズナによるものとして外在化し、再体制化したものの、カミサマへの不信と一方での医療の中途半端な介入のために外在化が不十分となり、不安定な状態が遷延化したと考えられよう。このことは、医療とカミサマの二者択一ではなく、むしろその役割分化が治療的であったことから推測することができる。これにより初めて病者の本来の葛藤を淀みから浮き上がらせることが可能となり、夫への怨みの表出に加えて、イナリ納め・仏の供養が病者と身内の安定化・症状消褪をもたらしたものと言えよう。

しかし、このような医療とカミサマへの二

重見当識的関わりが可能なのは、自我の機能が十分保持されている場合であり、分裂病者で自我衰弱の著しい例では、むしろ混乱を増大させる恐れがある。それは次の症例8が示すとおりである。

症例 8. W. T. 22歳 男性

北郡鶴田町出身。2人同胞の第2子。長男。家は小農家。父親は婿に入った人である。母親は2人の子供を帝王切開で出産している。長男のWはかなり過保護に育てられ、中学時代も帰りが遅く心配だからと、クラブに入るのも親に止められたという。Wは高校1年の時に十二指腸潰瘍を指摘され、この頃より祖母はWのため毎年カミサマを歩くようになった。

性格は敏感で神経質。自己中心的で未熟な一面をも残している。

高卒後、五所川原市内の電気関係の職場に就職するが、間もなく交通事故を起こして入院。その後、職場に戻るが上司と合わず、潰瘍も再発したため9月に退職。以後、農業を手伝いながら日雇いなどに出ていた。

'82年春、減反したため仕事がなく、近所の人に働かないと言われたりすると易感的になることがあった。また、この頃よりWは「心のしこり」を感じ、友達付き合いも次第に疎遠となっていった。盆に入る頃より、「魂が取られる」「神経が空になる」と訴え、焦燥感が強く、家人に対し時に乱暴するようになった。カミサマにみてももらったところ、「母方の祖母の父が坊さんの妻を取った罪障が憑いてWを苦しめている」と告げられた。以来、Wは不快な体験を「罪障」のためと納得し、家人とくに祖母に一層乱暴するようになった。このため家人は行へWを連れ出したりするが、一時は落ち着くものの再び悪化するためF病院に相談し、10月15日往診にて入院となった。

入院時のWは、不安・焦燥感が強く易刺

激的で、自我障害、被影響体験、離人感が認められた。

医療的には、精神分裂病を疑い、薬物により鎮静を図りながら支持的態度で接触性の回復に努めた。しかし、異常体験が消褪し、接触性がある程度回復した段階でも、自己の体験を「罪障」のためと理解し、外来通院となった現在でも、医療とカミサマの間で気持ちが微妙に揺れ動いている。

この症例は、著者が主治医として治療した事例ではないので細部に渡る言及はせず、次の点を指摘するだけに留めたい。Wは高卒後就職し、社会に出る段階で挫折し、引きこもり、その後に発病していること。カミサマで異常体験を「罪障」のためと解釈され、それを取り入れて体験全体を納得し、その結果、祖母への乱暴がひどくなり入院となったこと。その後、外来に移っても「罪障」のためという構えが残り、治療の動機づけが難しい状況にあることなどである。

ここでは、カミサマによる再体制化の試みがかえって病者の自我を硬直化させてしまい、医療とカミサマの二者択一的課題場面へと病者を落とし入れている。このことが治療上共感的な場を構成していく上で少なからぬ障害を生み、挫折体験を眺め合うことを困難にしていると考えられる。

小 括

「治療の展開」に及ぼすカミサマ（シャーマニズムの民間治療体系）の影響について、次の2点を指摘した。第一に、原因の内在外在化という2つの納得の回路が生きている場合には、理解の単一化（内在外在化のどちらかへの片寄り、あるいはどちらかの否定）が原因をより鮮明にし問題を解決に導くかという必ずしもそうではなく、逆に新たな葛藤を生んだり、本来の葛藤を隠蔽し、かえって問題を複雑にし病態を遷延化させることがあり得ること。さらにもう一つは、精

神医療から取り残された者の不安や葛藤、たとえば精神障害者をめぐる家族の不安・葛藤や身体的疾患に伴う不安・葛藤などを良導するもう一つの有効な回路として、カミサマによる外在化が機能しているということである。

考 察

I. 本研究の位置づけについて

従来、精神医学関係で取り上げられて来たシャーマニズム的社会・文化状況は、一つは病者との関連で、いま一つはシャーマンの行為者との関連¹⁶⁾である。前者は主に文化結合症候群（とくに憑依症候群）に関するもので、そこには記述精神病理学的視点から社会文化精神医学的視点への一つの流れを見てとることができる。これは一方で、現象学的理解から治療的力動を含んだ状況的理解への流れとも重なり合うものであった。

久場は社会文化精神医学的視点から「臨床医として病者を診るときには、その人の置かれた“状況そのもの”とりわけ“文化的価値体系そのもの”にも洞察の眼を向ける必要がある」と述べ、その中で憑依症候群の慢性化に関する文化・状況的理解を示しているが、具体的な治療局面については研究主題上の制約から触れられないでいる。その後、西村は多くの臨床事例をあげて、青森県南部地方におけるシャーマニズムと精神医療との関わりの実態を明らかにし、その中で精神療法的接近に際しての留意点にも触れている。しかし、その内容は文化的・状況的理解の必要性という一般的指摘に終わってしまい、事例の豊富さを生かしきれていない憾みがある。したがって、これらの研究の成果を「はじめに」で述べた地域的精神医療の展開という論点につなげるには、シャーマニズム的社会・文化状況に内在された民間治療体系を、具体的・実践的な相において研究する必要がある。そして、本研究をこの段階での作業の端緒として位置づけることができる。同じく社

会文化精神医学的視点とはいえ、従来のクライエントとシャーマンの関係にさらに治療者自身を加え、その関係性の中に分析の視点を置いたのもそのためである。

NESS²⁰⁾らは、これまでの研究の成果からアメリカ合衆国の4つの民間治療体系を検討し、民間治療を信じている人の治療にあたっては、1) 病気の原因に関する世界観が共有されていないかもしれないという可能性、2) 治療目標に関するより実際的な評価の必要性を指摘し、それぞれ、1) 民間治療への興味や理解を相手に示して情報の流れを確保すること、2) 心理社会的・霊的障害については民間治療者に任せることを勧めている。これらの指摘は、今回著者が事例分析を通して得た知見の一部、すなわち、1) 医療とカミサマとの役割分化とそのことのもつ治療的側面、2) 役割未分化な段階における治療上の留意点と相通じるものである。その点では、方法論上の違いはあるが、本研究で得た上記の知見を事例性を超えたかなり一般的なものと見てよいと考えられる。

この段階をさらに押し進めるために、次はどのような作業が必要であろうか。RUIZ²¹⁾らは、精神衛生活動の一貫として、民間治療者と精神衛生センターのスタッフ間でセミナーを設け、相互理解を進めた経験をまとめているが、これは一つの研究の方向性を示すものかもしれない。しかし、ここでは一つの可能性として指摘するだけに止めておく。

II. 事例のまとめ

事例分析を通して得られた知見を、改めて総合的に取り上げることにする（図2）。

a) 病者とカミサマ（民間治療）

佐々木（宏）は、シャーマン化の経緯と関連して「シャーマニズム文化の影響力・規制力の強い社会では召命型が多く、逆に弱いところでは修行型が多くなるのではないか」と述べている。ゴミツとイタコのシャーマン化

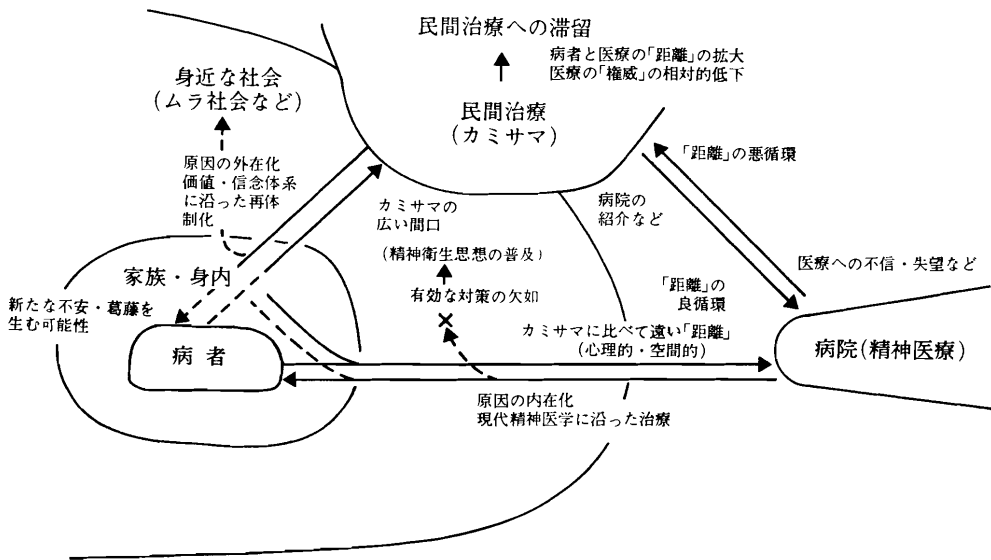


図 2 病者・民間治療・精神医療の関係構造。

の経緯からしてみると、津軽地方は「シャーマニズムが人々の生活面に露出しているが、全体をおおむまでには至っていない」地域と考えられよう。このことは、地誌の項で紹介した、地域性を有する民間信仰との強い親和性と同根であり、等しく民度の低さと生活の不安定さがその背景となっている。図2で示した「身近な社会」とは、具体的には「ムラ」と呼ばれている単位と重なるもので、ここでは以上のようなシャーマニズム的価値・信念体系が生き続けているのである。このようなシャーマニズム的社会・文化状況が、事例を理解する上で一つの与件となっていたことを確認し、以下図に即してまとめることにする。

病者とカミサマとの関係を考える場合、まず次のような事情を考慮する必要がある。すなわち、医療に比べて格段に広いカミサマの守備範囲（カミサマを訪れることのもつラベリング効果は精神病院を訪れることに比べて、ほとんど問題にならなくなる）、医療施設の都市部偏在に対するカミサマの地域に密着した形での散在、そして何よりもまず、ク

ライアントとカミサマとのシャーマニズム的価値・信念体系の共有である。これらはいずれも、生活感覚上のクライアント（病者も含め）とカミサマとの「距離」の近さ、そしてクライアントと医療との「距離」の相対的遠さを、心理的にも空間的にも支持するものとなっている。また、この「距離」の近さのために、カミサマは一方で病者と医療との「距離」の遠さを補い、他方で病者と医療の間に介在することでその「距離」の遠さを固定化するようにも作用している。この固定化の程度が増大した段階が、すなわちシャーマニズム的「民間治療体系への滞留」という事態と考えられる。この点に関しては、後ほど改めて触れることにする。

次にカミサマのもつ治療的側面についてであるが、レヴィ・ストロースは「(呪術は)科学的説明とは異なり、問題は情緒や表象のように混乱した未組織の諸状態を客観的原因に結びつけることではなく、全体あるいは体系の形にそれらを組織することであって、体系はまさにこれらの拡散した（そしてその非連続性のゆえに意識に苦痛を与えるものであ

る) 状態の沈殿と凝集を可能にするかぎり有効である」と述べ、さらに「呪術の効果は呪術への信仰を前提とするものである」と述べている。また、大橋は¹⁴⁾「ユタと分析家の技法がもつ共通の機制は、クライアントや患者の置かれた課題場面と不安・葛藤の原因を一それが客観的に実在したかどうかはともかく一相手の価値・信念体系にそって意味づけ、象徴化作用によって自己と世界の認知の内容とその関係構造を再体制化する作用にほかならない」と指摘している。ここで、カミサマのもつ役割について再度触れておく必要がある。社会の近代化に伴って、シャーマンのもつ役割が対社会的・公共的なものから対個人的なものへと移行することが指摘されているが、¹⁶⁾「(医者に行っても) 治らない病人が多い」というゴミソの話は、確かにこの事情を裏づけるものと言えよう。しかし、対社会的役割や対個人的役割といっても、そう単純に区分できないことは事例の示すとおりである。近代化の過渡的事態と思われるが、あるときは対個人的役割が優勢となり、またあるときは対社会的(対家族・身内的)役割が優勢となるというのが、カミサマのはたす役割の実相であろう。したがって、一つ「病氣」をとってみても、病者にとっての不快感と家族・身内にとっての病者という具合に、分節的に考える必要がある。そして、それぞれについて先にあげたレヴィ・ストロース²²⁾の指摘が生きてくるのであり、対個人的役割に注目した場合には、大橋の指摘したような¹⁴⁾作用が想定される訳である。しかし、これらの再体制化は、事例5のように有効に働く場合がある一方で、事例6・7のように、新たな不安・葛藤を惹起したり、本来の葛藤を隠蔽したりすることもある。後者の場合には、¹⁷⁾久場の指摘した「精神症状と神経痛のような身体症状相互の交代現象」のような心身の不安定さをその後も残すことになる。たとえば、事例7ではカミサマへの不信が呪術の効果を弱めたであろうし、このような関係構造

の再体制化が潜行しているために医療の介入も不十分とならざるを得ず、結果的には中途半端で不安定な関係が続き、それが病像にも反映していたと考えられる。

b) 民間治療体系への滞留

この点に関しては、症例2・3・4を中心に検討し、病者と医療の「距離」の拡大と医療の「権威」の相対的低下が複合して生じる事態として小括した。また、前項では、病者と医療との「距離」の遠さの固定化した段階として考察した。そして、これらは病者と精神医療との「距離」の悪循環としてまとめることができる。

まず、クライアントとカミサマの間には、シャーマニズム的価値・信念体系が共有されているのに対し、クライアントと精神医療の間には、この両者を橋渡しすべき精神衛生思想が未だに共有されていないという現実がある。このような状況は、カミサマの解釈に比べて医師の説明を納得しにくいものにしてしている。そして、全体を体制化するカミサマに比して、医学的説明は多くの場合断片的なものに止まり、その理解の限界性を曖昧な形で留保することになる。また、前項で示したように、シャーマニズム的社会・文化状況では、呪術が効果的であり得、カミサマの関わりがある種の症状や病態を改善することもある。これらは、いずれも医学・医療の権威・専門性を相対化するように働き、場合によってはその低下をもたらす。たとえば、事例7で見たように、カミサマの判断が的中した場合や医療への不信・失望が昂じた場合などがそれである。しかし、病氣治療に関してはカミサマと医療の2本立てが一般的なもので、実際には医療への不信や失望が権威低下の契機となることが多いようである。そして、その場合は医学的治療の中断へと連がることもあり得る。つまり、権威の低下と相同して生じた心理的距離の拡大が、通院の不規則化という形で空間的距離の拡大をもたらし、これ

らは症例3で見たように、悪循環的「距離」の拡大として現われる。このような悪循環の傾向が強化され、固定化されることにより、治療の中断・民間治療体系への滞留が結果する。

一方、症例2・4のように、当初より医療と関わりのないまま民間治療体系へと滞留している場合もあり、この場合は、慢性化傾向が強く、初期の治療的介入が治療的に好ましいと考えられる精神分裂病などでは、とりわけ重大な問題となってくる。しかし、この一連の過程で明らかのように、具体的な医療との接触という空間的距離の縮小が心理的距離の縮小をもたらす（治療効果への期待感など）、このことが通院の定期化という形で良循環的「距離」の縮小を生み、それと相同して症例2で見たような医療の権威の相対的上昇をもたらすことがある。そして、時にはカミサマによる病院の紹介がこの契機となるのである。事例分析の中で、カミサマと医療の役割分化を示唆したのも、この二者択一的事態を回避し、少なくとも距離を縮小する良循環的契機を確保しておくことを考えてのことであり、そのためには、カミサマ歩きの実情を知っておく必要がある。ところが、この件について病者や家族から医師に語られることは稀である。これには「医者信じないだろうから」と取替えて言わない例から、「医者を信じていないと思われたら困る」と隠す例まで様々あるが、医師が受容的に構え、話題に取り上げることで明らかにできる例が多いようであり、配慮されるべき点と言えよう。

c) 病者と精神医療

病者と精神医療との「距離」は、前述したとおり、カミサマとの「距離」に比べて心理的にも空間的にも遠いものとなっている。

ここでは、原因の外在化・内在化について考えてみたい。この対照性については症例5・6で触れたが、原因の外在化・内在化は経過についての認識ともある程度の対応関係を

もっており、各々挿話的事態と持続的事態とを示している。つまり、外在化された場合、症例1のように憑きものが落ちればその時の問題は一段落したことになり、その後と同じような事態が生じたとしても、「また憑いた」ということで病者の中で生活史的連続性を持ったものとは認められないことが多い。しかし、内在化された場合は逆で、その後の些細な不適応的事態も「病気」や「性格」の問題として、病者の生活史的連続性の中で理解されることが多い。したがって、外在化された場合は、先の石毛の指摘¹⁵⁾にもあるように、個人の責任性、問題の連続性という面が背景に退き、社会復帰上好都合なこともある。しかし、これは身近な社会においてシャーマニズム的価値・信念体系が共有されていることが前提であり、このことから精神医療の効果的な展開には精神衛生思想の普及が要件であることがわかる。このことはさらに、施設的精神医療から地域的精神医療への方向づけの必要性を示すものでもある。

次に、先に示した病気に関する分節的理解と治療について考えてみたい。臨床場面で治療の対象となるのは、もっぱら病者に内在する不安・葛藤や異常体験であり、症状をもった病者自身である。他方、病者を抱えた家族のもつ不安や葛藤が臨床場面で正面から取り上げられることは非常に少ない。このことが、家族のカミサマを求める動機的一面を構成している。さらに、シャーマニズム的価値・信念体系を前提とした場合、家族が病態を納得・受容するには、前項で触れた医学的理解の限界性をそのまま留保することでは不十分であり、その限界性を埋めることが必要となってくる。この必要性はカミサマへの役割期待を生み、同時にカミサマの果たす役割を積極的に意味づけることになる。以上のことから、素地として形成されている医療とカミサマとの役割分化可能性を一步押し進め、その相補的關係の中で、少なくとも非排他的關係の中で、家族の「納得・安定化」の誘導・

強化を図ることが臨床実践上必要と考えられる。

〔結 語〕

1981年4月から1982年10月までの間に著者が関わった症例（一部例外を含む）から、カミサマとの関わりを有する症例を抽出し、シャーマニズム的民間治療体系と精神医療の関係性について、「治療導入」と「治療の展開」に的を絞って事例分析を行った。その要約は以下のごとくである。

- 1) 「治療導入」に及ぼすカミサマの影響は、病者と医療の「距離」の変化に関するものと、医療の「権威」の変化に関するものとを指摘できる。
- 2) 病者と医療の悪循環的「距離」の拡大・固定化と医療の「権威」の相対的低下が、病者のシャーマニズム的民間治療体系への滞留という事態を生む。
- 3) 津軽地方のシャーマニズム的社会・文化状況においては、カミサマの行方原因の外在化が一つの納得回路として機能している。
- 4) カミサマによって行われる原因の外在化は、事態を混乱させる場合もあるが収束させる場合もあり、むやみに否定されるべきではない。
- 5) 「治療の展開」において、シャーマニズム的民間治療体系への滞留を克服し、カミサマの関わりを少なくとも無害なものにするには、精神衛生思想の普及とともに医療とカミサマとの役割分化（病気の治療と病気の意味づけ）を考慮する必要がある。その際には、相手が両者を使い分けだけの自我機能を有していることが前提となり、その見極めが重要である。

稿をおえるにあたり、終始懇切なる御指導と御校閲を戴いた佐藤時治郎教授に心からお礼申し上げます。また、研究の便宜をはかり、適切な御助言を戴いた布施清一布施病院院長、三川博副院長、社会精神医学懇話会の安藤嘉朗先生、小井田潤一先生、

中村馨先生に深く感謝いたします。

なお、症例の記述にあたっては、個人の秘密を守るために、考察に支障のない範囲で適宜変更を加えてあることをお断わりしておきます。

文 献

- 1) 安藤嘉朗：ある神経症少女への治療的関わりからみた伝統的農村の「家」の家族力動と前思春期の精神力動—少女「きりん」の旅行をめぐる—。弘前医学, 34: 193-220, 1982.
- 2) 加藤正明：宗教と社会精神医学。社会精神医学, 3: 3-7, 1980.
- 3) 荻野恒一：宗教と比較精神医学。臨床精神医学, 5: 995-1000, 1976.
- 4) 小箱衷三：津軽の民間信仰。教育社, 1980.
- 5) 東奥年鑑1982。東奥日報社（青森）, 1982.
- 6) 布施清一：出稼ぎ者精神障害についての臨床精神医学的研究。精神医学, 23: 551-559, 1981.
- 7) 佐々木宏幹：シャーマニズム。中央公論社, 1980.
- 8) 和歌森太郎編：津軽の民俗。吉川弘文館, 1970.
- 9) 中村民男：青森県におけるシャーマニズムの社会精神医学的研究—イタコと類似者との比較。順天堂医誌, 7: 872-900, 1961.
- 10) 西村 康：南部地方の憑依症候群をめぐる文化精神医学的研究。精神医学, 18: 1261-1269, 1976.
- 11) 西村 康：シャーマン文化と精神医療。荻野恒一編「文化と精神医学」, 弘文堂, 1978.
- 12) 楠 正弘：日本のシャーマニズムの展開。現代宗教, 1: 115-151, エヌエス出版会, 1975.
- 13) 西村 康：シャーマニズムの現代化の方向—青森県南部地方の精神医療状況のなかで—。臨床精神医学, 6: 1607-1613, 1977.
- 14) 大橋英寿：沖繩における shaman <ユタ> の生態と機能—ハンジ場面観察による client の事例研究。東北大学文学部研究年報, 28: 1-46, 1979.
- 15) 石毛直道：病いの内在化と外在化—一島原のミユさんをめぐって。野田正彰, 谷泰, 米山俊直編「錯乱と文化」, マルジュ社, 1981.
- 16) 佐々木雄司：我国における <shaman> の研究。精神誌, 69: 429-453, 1967.
- 17) 久場政博：憑依症候群の精神病理学的ならび

- に社会文化精神医学的研究. 精神経誌, **75** : 169-186, 1973.
- 18) 荻野恒一: 憑依状態の精神病理学的考察. 脳研究, **6** : 115-134, 1950.
- 19) 西村 康: シェーマニズムと憑依状態. 臨床精神医学, **8** : 1029-1037, 1979.
- 20) NESS, R., WINTROB, R. : Folk Healing : A Description and Synthesis. Am. J. Psychiatry, **138** : 1477-1481, 1981.
- 21) RUIZ, P., LANGROD, J. : Psychiatry and Folk Healing : A Dichotomy? Am. J. Psychiatry, **133** : 95-97, 1976.
- 22) クロード・レヴィ=ストロース: 構造人類学 (荒川幾男他訳). みすず書房, 1972.