



Title	音が人を癒す場所：音楽療法から臨床哲学へ
Author(s)	近藤, 秀樹
Citation	臨床哲学ニューズレター. 1998, 2, p. 106-114
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/81752
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

音が人を癒す場所——音楽療法から臨床哲学へ

近藤秀樹

はじめに

ここでは音楽療法について、少々私なりの考えを綴ってみたいと思います。と申しましても、私の専門は音楽学・音楽美学で、近年は「即興」についてあれこれ考えております。ですから、音楽療法はもちろん、医療の問題には元来縁遠い人間なのですが、たまたま第12回研究会「音楽療法をめぐる」(1997年11月27日〔木〕、於大阪大学文学部)の司会を担当させていただき、思いがけずこの問題について考えることになりました。

もっとも、音楽療法の歴史や現状といった問題は私の手には余りますので、この方面に関心のある方には専門書をあたっていただきたいと思います¹⁾。音楽療法の音響心理学・音楽心理学的な側面についても同様です。もちろん、音楽療法の具体的な問題——現場でどんなことが行われているか、どんな苦労があるか等々——については、私などの出る幕ではありません。音楽療法士の小林愛さんのお話を別に掲載してありますので、そちらをご覧ください。また、音楽療法を音楽学的な見地から見たときには、プラトン以来のいわゆるエートス説がただちに連想されますが、この際それもどなたか別のかたにお任せしたいと思います。私がここで考えたいのは、「音楽療法がもっている可能性をうまく取り出すためには、これをどこに、どのように位置づけたらよいか」という問題です。にわか勉強で甚だ心許ないのですが、小林さんにうかがったお話や研究会での議論を導き手に、私なりに「音が人を癒す場所」をたずねてみたいと思います。

1. 「音楽療法」の場所

a. 「療法」の「療」を拡大解釈する　音楽療法というと、私たちはつい、「ほんとうに効き目があるのだろうか」とか、「科学的な根拠に基づいているのだろうか」と思ってしまいます。実際、この問題は、音楽療法を巡る主要な論点のひとつになっているように見受けられます。臨床哲学研究会でも、この点をめぐって

活発な議論が行われました。音楽療法の科学的な基礎付けは十分になされているのか、具体的な治療効果が実際に期待できるのか、「療法」と言いながら、実際にはリクリエーションの域を出ないのではないか、等々。しかしながらこの議論は、たんに音楽療法の具体的な治療効果の有無をめぐるのではなく、そのような問題の土俵自体——効果の有無の基準はなにか、「治療」と「癒し」とはどんな関係にあるのか、等々——をも問い直すものであったと私は思います。

そこで、ここでは「具体的な治療効果の有無」とは違った観点から、音楽療法について考えてみたいと思います。これはひとつには、私自身にそのような専門的な議論を行う能力がないためです。しかし同時に、小林さんのお話をうかがううちに、「音楽療法」と呼ばれているものが持っている意味や可能性をさぐるためには、いったん問題の枠組を広げて考えたほうがよいのではないかと考えたからでもあります。具体的にどこをどう広げたいのかと言いますと、「音楽療法」の「療」の字を、すこし広い意味でとらえてみたいのです。

b. 薬はすべて偽薬である!? 私たちは、医療というとすぐに、はっきりした治療効果を求めがちです。つまり、薬を貰ったり手術を受けたりして、怪我や病気がすっかり治ることを期待するわけです。このとき、医療行為として意識されているのは、もっぱら診断、投薬、手術等々といった行為ではないかと思えます。

しかしながら、いま述べたような行為は、医療の重要な部分ではあっても、そのすべてではありません。つまり、それによって医療というものの全体が尽くされてしまうわけではないのです。それどころか、すこし考えてみると、いま数え上げた投薬や手術そのものもそれだけで独立しているわけではなく、他の様々なものと絡まりあったかたちで営まれていることがわかってきます。

その例として、「投薬」について考えてみましょう。最近読んだ文献のなかに「プラシーボ」の問題を興味深い仕方で扱ったものがありましたので、取り上げてみたいと思います²⁾。ご存じのように、「プラシーボ」とは「偽薬」のことで、本来、化学物質としては何の薬効もないはずの小麦粉でさえ、ある種の患者さんには効くわけです。ところが、フランソワ・ダゴニエという哲学者は、「すべての薬は大なり小なりプラシーボとしての性質をもっている」となかなか大胆なことを言っているそうです。「仮に化学物質としてその物質的特性がほぼ完全に輪郭づけられている薬があったとしても、それを服用する患者はその薬を中立的に受容するわけではない。患者はその化学物質に対して希望か不信感を抱く。薬は、それが患者に与えられた途端、中立性や客観性を失う」³⁾。つまり、薬の効き目は、その薬の化

学的性質——客観的に測定できる——と必ずしも一致しない。元来、心と体とは不可分に結びついていますから、「あのお医者さんがああ言って渡してくれたから、きっと効くぞ」と思って飲むのと、そうでないのでは、薬の実際の効き方は違ってくる。だから、ただ薬を与えればよいというものではない。どんなお医者さんが、どんなふうにそれを与えるかが、結構重要な問題になってくるわけです。「薬の回りにはいつも人間の心が漂っている」⁹⁾のです。

c. コミュニケーションとしての医療 この「薬の回り」に漂う「人間の心」、薬の効き目の輪郭をぼかしてしまう「人間の心」は、言うまでもなく、医者と患者のコミュニケーションから立ちのぼるものです。ところで、森岡正博氏はさらに一步踏み込んで、医療行為そのものをコミュニケーション行為としてとらえています。少し長くなりますが、氏の言葉を引用してみます。「コミュニケーションは、主に言語を介してなされる言語コミュニケーションと、それ以外の身振りや直接的な皮膚の接触などによってなされる非言語コミュニケーションから成っている。従って、医者が患者と対話する問診はもちろんのこと、CTスキャナーによる機械的な検査、医者が一方的に働きかけているかのように見える手術、それに投薬の指示や患者へのアドバイスなど、これらはすべて医者－患者間のコミュニケーションとみなす必要がある。最近の化学・薬学的治療の発展で、『治療とは投薬あるいは物理的手術によって達成される機械的操作である』という浅薄な理解がまかり通っているように見えるが、これは根本的な誤りであると言ってよい。医療空間とそこでなされる医者－患者の相互行為というレベルで眺めるとき、患者が病院を訪ねそして完治して帰ってゆくまでの間、そこで行われているのは医者からの働きかけと患者のリアクションという徹頭徹尾人間的なコミュニケーションなのであり、その部分過程として、機械的操作の側面が優位を占める手術や投薬治療が混入しているとみなすべきである」⁹⁾。

d. ケアとしての音楽療法 このように考えますと、投薬や手術だけでなく、お医者さんや看護婦さんが患者さんと会話をかわすことや、看護婦さんが患者にたいてちょっとした世話をすることも、立派な医療行為の一環であることがわかります。

「それは医療というより看護の問題ではないか」とおっしゃる方もあるでしょう。そうかもしれませんが、近年の動向として「癒し」という問題を、「看護」の概念を従来よりもうんと拡大しつつ、むしろこちらにウェイトを置いてゆこうという考え方も出てきています。つまり、「ケア」から「ケア」へと重心を移してゆこう

というわけです⁶⁾。

こうした傾向が出てきた理由は、たとえば完全な治癒が難しい慢性疾患であるとか、老人介護、ターミナル・ケア等々といった問題を考えるとわかってきます。このような場合、投薬や手術等々によって、迅速に、かつ完全に治癒することが問題なのではなく、「いかにして病や苦しみとつきあってゆくか」ということが問題になっているわけでしょう。そして、投薬や手術といった「機械的操作」が十分に機能しなくなった場所で医療行為が継続されるとしたら、それは医療が人間的コミュニケーションであるからにほかなりません。そしてそこでは、むしろちょっとした気遣いや会話が、「癒す」こととのかかわりで重みを帯びてくるはずです。そしてもちろん、そうしたもののなかに、そうしたもののひとつとして「音楽」があることに、なんの不都合もありません。

私としては、ひとまずこのような場所に、「音楽療法」を位置づけてみたいのです。つまり、音楽療法を、「投薬あるいは物理的手術によって達成される機械的操作」のレベルではなく、それらを「部分過程」として含みつつ成り立っている「徹頭徹尾人間的なコミュニケーション」のレベルで理解したいのです。「音が人を癒す場所」のひとつは、ここに求められるのではないでしょう。

e. マニュアルのない行為 ところで、小さな配慮や世間話は、「科学的な根拠」や「数値で現わせるような具体的な治癒効果」を求めにくい領域です。心を癒される会話は、もちろん人によって違うでしょうし、ちょっとした世話はその場その場の状況に応じて即座になされるものでしょう。そこで鍵をにぎっているのは、即座の判断や微妙なさじ加減とでもいったものです（実は、このあたりに臨床の臨床たるゆえんがあると私は考えているのですが、それについては次節で述べたいと思います）。こうしたごく微妙な行為を一般化してマニュアルを作ることは困難ですし、ましてやその効果を客観的に測定することなど無理な相談です。しかし、だからといって、そうした行為が無意味であるとか、必要ないなどと言えるでしょうか。そのように言うとしたら、それは、もっぱら投薬治療や手術をモデルとして——つまり基本的なありかたとして——医療を考えているからではないでしょうか。否、投薬そのものも、さきほど述べたように、必ずしも数値には還元できない微妙な性質をもつものだったはずです。

音楽療法についても、ある程度同じことが言えるのではないかと思います。音楽療法が、投薬や手術等々をモデルとして用いることのできない領域においても価値を持つものであるとするなら、具体的な成果や科学的な根拠ばかりを性急に求め

ることは、音楽療法にとって必ずしも生産的ではないように私には感じられるのです。

もちろん私は、客観的な治療効果がなくてもよいとか、科学的な根拠をめぐる議論は不要だなどと言っているわけではありません。それどころか、そうした問題を厳しく考えてゆくことは、音楽療法にとって必要不可欠な作業だと思います。誤解のないように、このことは大いに強調しておきたいと思います。また、はっきりしたマニュアルがないということは、何をしてもよいということではありません。だれでも音楽療法士になれるわけではないのです。薬がすべて幾分かはプラシーボであるとしても、薬理学を勉強しないで薬剤師になるわけにはいかないのです。もちろんダゴニエも、薬の化学物質としての側面を決して軽んじてはいません。

ともあれ、ここで私が言いたいのは、具体的な治療効果や科学的根拠をめぐる議論が、医療に関して、狭い見方を取るものであってはならない、つまり、もっぱら投薬治療や手術をモデルとして医療を考えてはならない、ということなのです。裏返せば、「癒す」ということをより広い意味で考えることによってこそ、音楽療法の意義を積極的に評価する道もひらけるのではないのでしょうか⁷⁾。具体的に言えば、リクリエーション的な側面を切り捨てるのではなく、これを含めたかたちで、音楽療法の可能性を幅広く探るべきではないかと思います。

2. 「臨床」という場所

さて、音楽療法がもつ可能性について、医療の概念を拡大解釈するという方向でこれまで考えてきたわけですが、今度はこの問題の背後に「臨床」という問題を浮かびあがらせてみたいと思います。もちろんこれは、私自身が「臨床哲学」の「臨床」⁸⁾をどのように考えてゆくか、という問題でもあります。

a. 現場に即すること 第1節で、医療を人間的コミュニケーションととらえたとき、小さな気遣いや何げない会話が大切になってくると言いました。そして、そのような場面では、とっさの判断やちょっとしたさじ加減が肝心であって、こうした微妙な行為——「こつ」とか「勘」とか呼ばれているもの——は、マニュアル化したり学問的に基礎づけたりすることがとても難しい、とも言いました。言い換えればそれは、客観的に扱うことができない、あるいは、少なくとも扱いにくいものなのです。ですが、料理をするとき、さじ加減が重要でないと言う人がいるでしょうか。どんな技術でも、マニュアルには書かれていない、いわばプラス・アル

ファの部分、最後にはものを言うのではないのでしょうか。このプラス・アルファは、厄介なことに、その場その場の状況によって絶えず変化します。プラス・アルファをマニュアル化しにくいゆえんですが、そうであればこそ、現場に即した素早い判断や機転が重要になってくるわけです。さきほどの投薬の例でいえば、「どのような状態の患者さんに、いつ、何を」という判断がこれに当たるでしょうし、音楽療法でいえば、対象者の個別的状況にあわせた曲や楽器の選択、セッションの組み立て等がそうでしょう。ですから、このプラス・アルファは「現場に即した」知恵であり技術であると言えます。

私としては、「臨床」という言葉を、この「現場に即すること」と結びつけて考えてみたいのです。「即すること」ということは、「個別的な状況に即してゆく」ということですが、同時に「即座に」対応するということでもあります。私が「即興」という得体の知れないテーマを追いかけていることは、最初に申し上げたとおりです。もちろん、「現場」を構成するのは「物」でもあれば「人」でもあります。そして、この「現場」がどのように構成されているかによって、そこに「即して」ゆく仕方もかわってくるでしょう。いずれにせよ、このように考えることによって、「臨床」にかかわる問題は、私たちの生活のいたるところに見出されることになります。「臨床」という領域は「現場に即すること」と結びつくことで、微粒子のように細かくなり、私たちの日常生活のうちに散らばってその細部を照らしだすのです。

b. 「臨床」と「現場」 もっとも、「臨床」と「現場に即すること」とをただちに同一視することには、私は若干のためらいを覚えます。といいますのも、「臨床」という言葉を広く取りすぎると、問題がぼやけてしまうからです。たしかに、「臨床」を「現場に即すること」とのかかわりで考えることには、「マニュアルのない行為」等々といった問題を浮かびあがらせる利点があります。つまり、「臨床」という領域の、ある側面を鋭利に切り取ることはできるわけです。しかしながらそのとき、「臨床」という言葉が担うある種の切実さ、「ひとびとの『苦しみ』の場所」、つまりは社会の臨床的な場面に哲学的思考を差し込む試み⁹⁾の厳しさは、いくぶん希薄なものになってしまうようにも思われます。

結局それは、「現場」と狭義の「臨床」との関係をどのように理解するか、という問題になるのでしょうか。おそらくこの問題は、「現場に即すること」と「受苦」とのかかわりを考えることによって解かれるのですが、それはまた別の機会に譲りたいと思います。ここではとりあえず、「臨床」と「現場に即すること」とが

あるレベルで交差すること、そしてこの交差点に「マニュアルのない行為」が位置づけられるということを、指摘しておきます。

c. さじ加減とレシピ　ところで、私はいま、「現場に即する」知恵や技術がもつ性格を、マニュアルと対比しながら浮き彫りにしたわけですが、だからといって私は、マニュアルなどに意味はない、などと言いたいものではありません。

ここでもう一度、薬の例に戻って考えてみましょう。すでに述べたように、薬は単なる化学物質ではなく、投薬治療という人間的コミュニケーションのなかで心理的な影響を受けるため、その実際の効果を確定できないのでした。だからといって、薬理学が無意味だということには決してなりません。輪郭がはっきりしないということは、輪郭がないということではありません。空に浮かぶ雲にははっきりした輪郭はありませんが、だからといって雲など存在しないとはだれも言いません。金森修氏はつぎのように書いています。「重要なのは、薬を複数の関係にまたがる一種の網として、あるいは依存と条件の関数として把握することである。そして薬理学を魔術に逆行させる否定主義と、実験と臨床とを端的に同一視する物理主義的決定論との中間に、薬の住まう場所を設定すべきなのである」¹⁰⁾。つまり、マニュアル化できない部分や測定できない要素があるからといって、「科学的な根拠がない」と決めつけたり、また反対に、そうした厄介な要素を「たいした問題ではない」と無視するのではなく、それらがマニュアル化できる部分とどんな関係にあるかを、注意深く調べてゆかねばならないのです。さじ加減なしでは料理は作れませんが、さじ加減だけでも料理はできません。ですから私たちは、「なんでもあり」（否定主義）と「これ以外はダメ」（物理的決定論）の間で、微妙なバランスをとらなくてはならないのです。ひょっとすると、さじ加減とは、まさにこのバランスのことなのかもしれません。

おわりに

金森氏は「薬の住まう場所」をきわめて微妙なかたちで設定しています。私たちが探りあてようとした「音が人を癒す場所」もまた、刻々と変化する「依存と条件の関数」としてのみ在るような、微妙な場所であるように思われます。あるいはこの微妙さは、「ひとびとの『苦しみ』の場所」、つまりは社会の臨床的な場面」に降りてゆく試みにとって、避けがたいことなのかもしれません。

とりとめのないお話になってしまいましたが、私としては、さまざまな立場から、

音楽療法をめぐる多面的かつ生産的な議論がなされること、そして、臨床哲学研究会がそのきっかけとなることを期待しております。

<註>

1) 音楽療法の現状とその問題点については、たとえば『音楽療法研究』第2号（臨床音楽療法協会、東京、1997年）等を参照されたい。

2) 金森修『フランス科学認識論の系譜 カンギレム、ダゴニエ、フーコー』（勁草書房、東京、1994年）、および森岡正博『生命学への招待 バイオエシックスを超えて』（勁草書房、東京、1988年）は、それぞれの観点からプラシーボの問題を取り上げおり、教えられるところが多い。前者は薬の科学史的考察に関する議論であるが、「そもそも薬とは何か」という根本的な問題を我々に突きつけており、また後者は医療を人間的コミュニケーションにとらえ、投薬もまたこのコミュニケーションの一環であることを、プラシーボの問題を通じて明らかにしようとしている。

3) 金森、前掲書、214頁。

4) 同上、227頁。

5) 森岡、前掲書、178-179頁。

6) 同上、132-133頁。森岡氏はこの転換を、生命倫理学全体の動向のなかに位置づけつつ論じている。また、同書122-124頁で氏は「現状よりもはるかに拡大された看護の概念」（強調は原文）の必要を説いている。

7) 音楽療法の問題は、これを思い切って拡張するとき、「我々が日頃の生活のなかで、音とどんなふうに接しているか」という問題——すなわち、サウンド・スケープやサウンド・インスタレーションの問題——と結びつく。一見、ここでの問題とは縁遠いようであるが、医療の基本を「事後的な診断・治療」より「予防・健康教育・保険活動」に置くという考え方（cf. キュアからケアへの転換）と平行に考えれば、「音楽ないし音によるケア」ではなく「ケア」として、都市の音環境の再考やそのデザインも試みられてよいはずである。むしろそれは、我々が快適な生活を送るために重要なことではあるまいか。その意味で、音楽療法はサウンド・スケープの問題などとも連動する可能性をもっていると筆者は考える。この問題は研究会の質疑応答では出なかったが、このような方面への関心から、臨床哲学研究会「音楽療法をめぐる」に参加された方が複数おられたことを、ここに記し

ておきたい。また、音楽療法を出発点として、音・音楽と人、あるいは音・音楽と環境とのかかわりについて考えることもできる。

8)「臨床(klinikos)、それはひとびとが苦しみ、横たわっているその場所をさします。いわば社会のベッド・サイドのことです。その場所で哲学になにが可能か、それをまさにその現場で問うてゆく思考の試みを、《臨床哲学》と名づけてみようと考えているわけです」(『臨床哲学ニューズレター』創刊号, 大阪大学文学部倫理学研究室, 1997年, 1頁)。

9)『臨床哲学ニューズレター』1頁。

10)金森、前掲書、216頁。