

病いの身体とナラティヴ：医療人類学の射程

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 『生活科学研究誌』編集委員会 公開日: 2024-09-09 キーワード (Ja): 病い 疾患 病気, 病者役割, 説明モデル, 寛解者の社会, 回復の語り 混沌の語り 探求の語り, 証言 証人 キーワード (En): Illness-Disease-Sickness, Sick role, Explanatory model, Remission society, Restitution narrative, Chaos narrative, Quest narrative, Testimony, Witness 作成者: 中井, 孝章 メールアドレス: 所属: 大阪市立大学
URL	https://doi.org/10.24544/ocu.20180308-068

Title	病いの身体とナラティヴ：医療人類学の射程
Author	中井, 孝章
Citation	生活科学研究誌. 7 巻, p.103-128.
Issue Date	2009-03
ISSN	1348-6926
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	Publisher
Publisher	『生活科学研究誌』編集委員会

病いの身体とナラティブ —— 医療人類学の射程 ——

中井 孝章

大阪市立大学大学院生活科学研究科

Body and Narrative of Illness: A Range of Medical Anthropology

Takaaki NAKAI

Graduate School of Human Life Science, Osaka City University

Summary

Although the explanatory model is consist of various positions as a sick person or a person who is ill (the person concerned), a family, an acquaintance, a doctor, a nurse and so on, the explanatory model of biomedicine which a doctor is based on is governing the other explanatory models concerning illness in modern society. In this condition, medical anthropology focuses on an experience and narrative of a sick person (the person concerned) which tends to be disregarded by the explanatory model (the Disease model) of biomedicine. Therefore, an important clue for a doctor or a person engaged and caring in medicine is founded at narrating an experience of illness as the wounded storyteller.

And so the purpose of this paper is as follows. Namely, it stresses an importance of a sick person (the person concerned) narrating the sufferings and troubles as a wounded storyteller, and it describes the logic process which expands from this narrative through many witnesses, to a social subject, as a clue to a pioneer of medical anthropology, A.Kleinman and A.W.Frank who is a chronically ill himself as well as a researcher of medical sociology. Especially, it elucidates the aspect which expands from a micro-relationship between a teller-a listener concerning an illness to an macro-moral-relationship between a testimony-a witness as Psychoanalysis Model (Felman, S.) through as the Trauma as a mentally illness.

Keywords : 病い／疾患／病氣、病者役割、説明モデル、寛解者の社会、回復の語り／混沌の語り／探求の語り、証言／証人

Illness/Disease/Sickness, Sick role, Explanatory model, Remission society, Restitution narrative/Chaos narrative/Quest narrative, Testimony/Witness

I. 病いをめぐる共同的信憑

ところで、医療人類学という学問は、A. クラインマンに代表されるように、西欧近代医学以外のさまざまな医療現場を研究対象としている。たとえば、そうした研究対象の1つとして“未開人”の呪術行為が挙げられる。その点に関して、竹田青嗣はCl. レヴィ＝ストロースを

参照しながら大変興味深いことを指摘している。すなわち、シャーマンの呪術師の治療行為があげる一定の実際効果を支えているのは、治療者、患者、周りの人々のあいだで成立している、病いや凶事の「原因」についての共同的信憑であり、施術行為への信頼と、原因が取り除かれたという確信は、極めて強力な心身相関的な効果を生み出す、と（竹田青嗣、2008：239）。そのことを竹

田は「未開人の持つ世界の『象徴秩序』の構造」(同前)と呼んでいる。つまり、シャーマン的な治療行為は、当事者(患者)が作り上げる共同世界への相互信憑(共同的信憑)、すなわちその世界の象徴秩序の構造に働きかけることによって成就されるのである。

竹田が指摘する、呪術的な治療行為が当事者の共同世界の象徴秩序の構造へと働きかけることおよびその効果は、これから事例として挙げるスリランカの悪魔祓いにも適用される。それは、医療人類学が研究対象とするような、前近代的な、呪術的な世界もしくは神話的な世界である(ここで呪術が行為面、すなわち実践を指すのに対して、神話は知識面、すなわち理論を指す)。したがって、スリランカの悪魔祓いという儀式においても、病気の実体的な原因だけに遡行し、働きかけるわけではなく、当事者(悪魔に取り憑かれた人)の共同世界、すなわち当事者、呪術師、家族、村人、さらに彼らを取り巻く社会や文化(彼らが暗黙のうちに持っている世界総体)に働きかけることになる。この場合、悪魔憑きはそうした世界総体によって規定されている。悪魔祓いという治療行為は、当事者およびその共同世界の象徴秩序の構造への働きかけとその変様によって初めて成り立つのである。そうした象徴秩序の構造の重要性を充分踏まえた上で、次に、スリランカの呪術的世界における治療行為をみていくことにしたい。

1. スリランカの悪魔祓い

上田紀行によると、スリランカでは現在でも悪魔祓いの儀式が行われているところがあるという(以下、(上田紀行, 1990)に基づく)。スリランカの悪魔祓いというのは、一種の心身症にかかった人のことを悪魔が取り憑いたものとみなし、専門の呪術師が悪魔を退散させて治癒する儀式のことを指している。悪魔に取り憑かれた人、すなわち悪魔祓いの患者という、目玉が半分飛び出し、舌をダラリと出してベッドの上で硬直しているような者から、やる気がなく商売に行く気がしない者、学校に行きたがらない子ども、体の調子が悪く医者にみてもらうも一向に改善されることがないという、私たちが普段「心身症」「神経症」と名づけているような症状の者まで、実にさまざまである。こうしたスリランカの悪魔憑きは、日本の場合で言うと、狐憑きに相当する(昼田源三郎, 1985/高橋紳吾, 1993)。このように、病院へ行ったものの治らない、あるいは病院では治しにくいという段になると、呪術師が呼ばれ、悪魔祓いが行われることになる。

さて、悪魔祓いの儀式といっても患者の症状が大したもの でなければ、呪術師が呪文を唱え、悪魔にちょっとした供え物をするくらいで済ませてしまうが、その程度ではとても治りそうにもないと判断されると、家の庭に親類や村人たちを集めて徹夜で大掛かりな儀式がとり行われる。この本格的な儀式こそ悪魔祓いの真骨頂なのだ。その儀式は夕方7時ごろから始まり明け方まで続けられる。だいたい大きく分けて2部から3部の構成になっているが、要点だけを述べると、まず、呪術師が呪文を唱えてさまざまな悪魔を呼び出し、ドラマーとダンサーに分かれてドラムのリズムに合わせて悪魔やブッタの歌を歌い、踊る。そして、悪魔への供え物がなされる。次に、患者に取り憑いた悪魔を同じように呼び出し、呪術師と患者(に取り憑いた悪魔)のあいだで問答が行われる。

「おまえはブッタ、ダンマ(仏法)、サンガ(僧集団)、神々の権威を認めるか。」

「認める。」

「ここにいるのは誰だ。」

「マハソーナ(悪魔の名)だ。」

「この儀礼に満足しているか。」

「している。」

「ならば供え物を取って去るな。」

「去る。」

「何時に去ると約束するか。」

「3時に去る。」

こうしたやりとりをはじめ、踊り、悪魔への供え物がなされ、最後に、取り憑いた悪魔が患者から去ることを約束して、患者にお祓いが施されて緊迫した雰囲気の様式は終了する。

儀式の詳細はさておき、悪魔に供え物を与える代わりに患者から去ってもらうのである。呪術師による歌や踊りは、ドラムの激しいビートにのって力強く、活気に満ちたものであるが、患者の中にはトランス状態になって一緒に踊りだす者もいる。儀式のあいだに設けられる休憩時間には煙草やバナナ、ビスケットなどがふるまわれ、村人たちはめいめいそれらを手にしながらおしゃべりを楽しむ。そのあいだ、儀式の場は「村の社交場」と化するのだ。

こうして、夜明けまでは悪魔の「お笑い演芸会」となる。呪術師が仮面をかぶっていろいろな悪魔に扮し、入れ替わり立ち替わり出てきてはくだらないジョークやしゃれ、下ネタを披露し、替え歌を歌い、場内を沸かす。患者もこの頃までには悪魔を祓われ、服を着替えて村人

らが観客とともに悪魔の馬鹿さかげんを一緒になって笑うのである。

この時点では、患者はもう独りではなかった。両脇を子どもたちに囲まれ、家族と村人と一緒に腹の底から笑い合う。患者の周りにはもう真空地帯はなくなっている。

最後に悪魔が患者に問いかける。

「おまえは病気を持っているか。」

（患者はもう良くなっているのだが、周りの村人たちに促され「はい」と答える。）

「せっかく持ってるんだから、もったいないからとっておけよ。」

「もう一度聞くけどあんたは病気なの。」

「いいえ、もう病気じゃありません。」

こうして、一晩中続いた悪魔祓いの儀式は、すべて終了する。そして、患者はまた日常の生活に戻っていくことになる。

上田によれば、患者の4分の3くらいが悪魔祓いによって元気を取り戻し、「自分の問題は解決した」と感じているという。悪魔払いの儀式は、かなりの効果があると考えられる。しかし、だからといってこの儀式がスリランカの人々に尊敬と畏怖をもって好意的に受け取られているわけではない。

スリランカは過去の長い間、ポルトガル、オランダ、イギリスの植民地支配を受けてきた。その中で培われた統治国への怒りとナショナリズムが、やがて反キリスト教精神と西欧への対抗意識を剥き出しにした現在のスリランカの近代仏教を生み出し、都市部を中心に広まっていくことになる。それはスリランカの仏教（およびその生活・文化）をキリスト教（を中心とする欧米の生活・文化）に負けないくらい知性と近代性に富んだものにしていくために、それまでの伝統的悪習や非合理的・非科学的な風習を根こそぎ排除しようとするものであった。その結果、いまや迷信と後進性にまみれた悪魔祓いやそれと結びついた民俗仏教も都市部のエリートたちにとっては嫌悪と軽蔑の対象でしかなく、悪魔祓いが行われているのはスリランカ南部沿岸地帯の、主に農民や漁民たちぐらいということになってしまっているという。

とはいえ、近代化の中にあっても、悪魔祓いはまだしぶとく続けられている。いかに人々の生活様式が変わろうとも、科学や文化の水準が高まろうとも、病院では治らないもしくは治すことができない——合理的に解明できない——何かがある限り、これから先も悪魔祓いは生き続けるのではなからうか。

それでは一体どのような人たちに悪魔が悪くのであろうか。それはたとえば、学校で失神してから不登校になった少年、村人たちの妬みの対象となった金持ちの男性、小姑と諍いが絶えず、体調を崩したり悪い夢をみるようになった若い妊婦、犬に吠えかかられて気を失いそれ以後周りの人に会いたがらなくなった漁師等々である。そうかと思えば、3年に1回は必ず悪魔憑きになって、儀式では呪術師の制止もきかず踊りまわるといふ、悪魔祓いが半分趣味と化した未亡人もいる。そうすることでうまくストレスを発散させているらしい。

しかし、どの患者をとってみても悪魔に魅入られそうな特別な要素を持っているというわけではない。むしろ彼らは、どこにでもいるごく普通の人たちである。そうした彼らは何らかのきっかけで孤独になり、人々の温かい輪の外に投げ出されてしまうときに病み——いわゆる“悪魔が悪き”——、そして悪魔祓いによって再び元気を取り戻し、日常生活に戻っていくのである。

呪術師や村人たちは、「孤独な人に悪魔のまなざしが来る」という。家に自分しかいない、一人で川で水を汲んでいる、といった文字通りの孤独な人や、家族がいても自分をかまってくれない、世間の風が冷たいといった孤独な人もある（私たちの文化では後者のような人たちを「居場所のない人たち」と呼んでいる）。そうした孤独、疎外感を抱えた人たちに悪魔はまなざしを向ける。逆に、孤独でない人、お互いのまなざしに見守られた、温かい人間関係の中にいる人には悪魔がつけいる隙はない。

したがって、悪魔祓いは村中総出でやることに意義があるのだ。患者を中心に共同体の人々が集まり、もう一回取り囲み、そこで儀式を行い、飲み食いし、笑い合う。そういう場を共有することで病める人は生き生きしたエネルギーを回復し、再び、人々の温かいまなざしの中に帰って行くことができる。人は人の中で癒されるのだ。そうした意味において悪魔祓いは、人と人とのつながりを再確認し合える場だと言える。つまり、悪魔祓いという治療について最も重要なことは、心身症であったり神経症であったり鬱病であったりする、いわゆる患者（と見なされる人）が、周囲の人たちとの温もりのある関係を回復させるような環境のなかに置かれることなのである。裏を返せば、悪魔祓いとは、孤独な患者を村の共同体へと再統合していくための儀式（儀礼）なのである。人は人々のなかで生を回復し、活性化するのである。繰り返し強調すると——前近代的な装いとは異なり——、悪魔祓いは、人と人とのつながり（人の輪）を取り戻すとともに、それを再確認しあう場なのである。

2. 象徴秩序の構造とその変様としての治療行為

以上、スリランカの悪魔祓いを通して呪術師の治療行為が当事者（悪魔に取り憑かれた人）の共同世界の象徴秩序の構造へと働きかけ、その構造を変様させていくものであることがわかった。本事例は、そうした象徴秩序の構造への働きかけによって、孤独になった人（悪魔に取り憑かれた人）を再び、村の共同体の中へと連れ戻す（再統合する）ものなのである。

ところで、竹田が指摘する、呪術的な治療行為の効果が当事者の共同世界の象徴秩序の構造へと働きかけること、ひいてはその象徴秩序の変様にあるというのは、果たしてシャーマンのような呪術的世界もしくは神話の世界にだけ固有のことであろうか。それは否であろう。というのも、西欧近代医学（精神医学や心理療法も含めて）もまた、治療にあたっては病気の実体的な原因だけに遡行し、働きかけるわけではなく、当事者（患者）の共同世界、すなわち治療者（医師）、ケアする人（看護師）、家族をはじめとする人々、さらに彼らを取り巻く社会や文化（彼らが暗黙のうちに持っている世界総体）に働きかけることになるからである。言い換えると、心の病気も含めてすべての病気は、そうした世界総体によって規定されている（たとえば、境界例人格障害は現代社会に特有の病気である、というように）。したがって、すべての治療行為は当事者（患者）およびその患者の共同世界の象徴秩序への働きかけとその変様に収斂するのである。

その意味では、心の病いを含めて病気を治すという近代の医療行為制度、すなわち当事者（患者）を中心とする医者、看護師、家族、病院、医療制度等々のシステムを象徴秩序として捉え、その変様の仕方について考えていく必要があると考えられる。言うまでもなく、日本の場合は、西欧近代医学（医師免許を持った人が患者に治療行為を行うこと）を基準にしている。あらかじめ述べると、近代医学（生物医学）の枠内での医師の治療行為と、民間医療の枠内での病者の病気観（健康観）が根本的にずれてしまうことがあるが、そうになってしまうのは、医師が病者のローカルな共同世界の象徴秩序の構造およびそれへの働きかけ（理解や配慮も含めて）を無視するためである（この点は後で詳述する）。医師は、自らが信憑する近代医学もしくは近代社会というグローバルな共同世界の象徴秩序の構造を暗黙の前提としており、それ以外の象徴秩序があることさえ気づかないのが普通なのである。

以上、本論文では病いの世界を構成する象徴秩序の構造、すなわち当事者をはじめ、医者、看護師、家族、医療制度等々から成るシステムにおいて展開されるできごとを、当事者（病者）が傷ついた物語の語り手として語る物語として記述していくことを目的とする。なお、その手がかりとして医療人類学ならびに医療社会学に求めることにしたい。

II. 生物医学の疾病パラダイムと患者役割

1. T. パーソンの患者役割と医師役割 ——その批判的検討——

普通、私たちは生まれてから死ぬまでのあいだに、何度も病気になり、通院したり入院したりする。場合によっては、重篤な病気や完治する見込みのない慢性疾患（糖尿病、エイズ、ガンなど）を患い、病いに苦悩する一人の人間として自らの人生の意味や生（生きること）の価値を考え直したり、同じ病気に苦しむ人たちと語り合ったりすることがあるかも知れない。多かれ少なかれ、私たちは病いに陥ることで病人もしくは病者になるのである。

ただ厳密に言う、私たちは病気になるからこそ、病人（病者）になるというわけではない。後で詳しく述べるように、「病気になる」ことが自然現象であるのに対して、「病人になる」ことは社会現象である。つまり、病人（病者）は自然発生的なものではなく、社会がある一定の役割を「病気になった」当人に付与するからこそ、「病人」になるのである。もっと言えば、「病人」とは社会が付与した地位もしくは役割なのである。そして一方、「病人」という地位（役割）を付与された当人も、病人らしく行動するという期待にそってふるまうようになる。

しかも、医療人類学者、波平恵美子が指摘するように、「病気になったと本人や周囲の人びとが判断するだけでなく、医師による診断を受けた方が良いと考えて公的医療制度の中で治療行動を始めると、『病人』は『患者』となる。患者になれば、医師と患者の関係、および看護師（現在は、看護師）と患者の関係が成立するし、医療保険制度の中の受療者の一人という地位が与えられる。入院治療者となれば、病院施設の使用となる。患者の地位は、病人一般の地位よりも、公的で制度的な脈絡の中でとらえられる。」（波平恵美子、1994:115）つまり、「患者」が医療者との関係で規定される概念であるのに対して、「病人」は家族をはじめ、親族、地域社会の人たち

など身近な非専門的な人たちとの関係で規定される広い概念であることがわかる。従って、「患者」概念は「病人」概念の中に含まれることになる。

以上、本章では「病人」と「患者」を明確に区別した上で、近年、医療社会学の立場から再び注目されつつある、T. パーソنزの「病人役割 (sick role)」(Parsons, 1951=1974: 424-475) について言及していくことにしたい。なお、パーソنزの学説を読み解くために、高城和義の著書を手がかりにすることにしたい。あらかじめ述べると、パーソنزや高城は「病人」と「患者」の区別をしていないことから、前述した波平の定義に沿って、以下ではパーソنزたちのいう「病人役割」を「患者役割」と捉え直す(言い換える)ことにしたい。

ところで、高城は、パーソنزが人類学者R. リントン流の静態的・安定的な「構造的役割」概念を社会システムのなかの価値と規範の問題に焦点を向けたものと、社会学者G. ミード流の動態的な「対人的役割」概念を社会的相互行為への個人の参加に焦点をおいているものと各々理解し、両者を統合したことを評価した上で、パーソنزの発想の基礎には行為論、さらには役割理論が置かれていることを指摘する(高城和義, 2002: 51-52)。そして、その行為論および役割理論の立場から、パーソنز(高城)は、「病気を、人間有機体がなんらかの機能不全におちいった『状態』、……病人を、身体的・精神的になんらかの機能不全状態におちいつている人」(同前: 60)と単純に理解するのではなく、「文化的・社会的に規定された規範的期待の担い手」(同前)だと把握する。つまり、「特定の職業役割の担い手に、役割期待がむけられるのとまったく同じように、病人にも、社会的な役割期待がむけられている」(同前: 61)と捉えるのである。

こうして、パーソنز(高城)は、行為論および役割理論の立場から患者(病人)を社会的役割として規定する。社会生活を送る私たち人間(行為者)は、さまざまな状況・他者に働きかけるなかで何らかの役割を担い、それを遂行することによって自らの欲求を充足させている。「この役割遂行能力の基礎的条件が、健康」(同前: 62)である。業績本位の社会において職業人も生徒や学生もすべて、健康を基礎としながら、職業役割や生徒(学生)役割を遂行している。「『健康人役割 (health role)』は持続的な役割である。」(Frank, 1991b=1995: 278)さらに、「健康とは強制された身体の規律メディア」(同前: 276)なのである。こうした個々人の役割遂行能力との関連(パーソنزのいう「能力モデル」(高城和義, 2002: 60-70))でいえば、患者は当然のことながら、「役

割遂行能力がそこなわれた状態」(同前: 65)ということになる。

従って、患者は、社会的に遂行すべき本来の役割とは異なる、あるいはそれから逸脱する「患者役割」を自発的な形であるにせよ、他者からの付与という形であるにせよ、享受することになる。ただ注意すべきことは、患者もまた患者でない普通の人々と同じく、社会的役割を担い、社会を構成していることから、特定の社会規範に照射して適切に行為するべく、期待されているのである(ここでは、たとえば慢性疾患、精神疾患、身体的病気等々といった病気の細かな分類は考慮しないものとする)。つまり、患者はすべての職業人や生徒・学生と同じように、公共的な予期行動を期待されている。そして、病気を治療し、患者を本来の社会的役割へと復帰させることが、医療や医者のもたすべき社会的役割となる。

以上述べたことの帰結として、患者に付与される「患者役割」、すなわち患者に対する役割期待は、2つの権利と2つの義務として制度化されているという。つまり、患者は、普通その個人に期待されている社会的役割を遂行することができなくなることの代替として、新たに次の4つの「患者役割」が付与される(同前: 68-69)。

- ①通常の社会的役割を遂行する義務から免除されるという特権
- ②自力で回復する義務からも免除されるという特権
- ③病気を望ましくない状態と認め、回復する義務
- ④医療専門職の援助を求め、患者役割を取得し、健康回復のために、医療専門職と協力する義務

これら4つはいずれも、患者にとっては日常なことではない事柄であり、患者当事者が困惑したり動揺したりするために、患者役割の「制度化された期待にこたえることは、容易なことではない」(同前: 116)という。患者は義務としての患者役割を完全に遂行するとは限らない。ときに患者は社会的期待としての「患者役割」に反して、自ら病気からの回復に抵抗することさえある。パーソنزは、病気を、複数の社会的役割を逸脱するような状態、あるいはその役割に応えることができない状態、すなわち逸脱とみなしている。「逸脱行為とは、社会に制度化されている規範や価値に反する行為であり、相互行為過程の均衡を攪乱する行為」(同前: 71)なのである。つまり、パーソنز「患者役割」を通常の社会的役割との関係において「能力モデル」と「逸脱モデル」の両者を基礎として捉えたのである。ある意味で病気になることは、通常の社会的役割を遂行できないとい

うことによって社会的逸脱の一種だと捉えることは妥当であると言える。

以上のことから、「患者役割」とは、患者に期待された役割である、「病気を望ましくない状態と認め、回復する義務」と、「医療専門職と協力する義務」を果たすべく、治療行為に専念するとともに、再び、本来の社会的役割を遂行できるようにすることであると言える。しかも、すべての患者は病気になって辛い思いをしたくないと思っているが、そのことを自分自身の苦痛や不快感というように、内面との関係において考えるのではなく、医療専門職（特に、医師）との関係性というように、外面との関係においても考えなければならない。つまり、患者は、病気であることによって状況や他者との関係において遂行できなくなっている社会的役割を一刻も早く回復するために、「患者役割」を忠実に果たさなければならないのである。なお、こうした義務としての「患者役割」に対応して「医師役割概念」が制度化されている。それは2つに集約することができる（同前：81-82）。

①医師には患者の健康回復をなによりも優先させる義務が、制度化されていること。

②医学上の専門知識と技術とを習得し、それをたえず更新する義務が課されていること

つまり、権利としての「医師役割」もまた、「患者役割」と同じく、2つの事柄が制度化されているのである。

2. 患者役割から病いの語り手へ

以上のように、患者－医師関係は、患者役割と医師役割をベースに成り立つ医療制度によって規定されている。従って、こうした医療制度の中で患者が自らの病いの経験について語ることは決して容易なことではない。正確には、患者が病いそのものを自らの経験としてあらためて語ることもしくは語り直すこと、すなわち病いの語り手となることは、患者役割に呪縛され、医療制度に囲繞される限り、きわめて困難な行為なのである（むしろ普通、患者は、自らを病いの語り手であると自覚する契機さえ与えられていないのである）。

言い換えると、患者は自らが病いの語り手となることを通して初めて自らの身体および声を取り戻し、病いを自らの人生の中に位置づけることができるのである。そのことは、患者が病いという自らの危機的状況から主体性を回復する営為となり得る。とはいえ、前述したように、患者にとってそうした主体の回復は受難のプロセス

となる。

このように、医療制度の閉域において患者が自らの語りを通して主体性の回復を行うことは困難であるだけに、そうした病いの語り手を受けとめる聴き手の存在およびあり方が重要になってくる。当面、病いの語り手としての患者にとって聴き手となるのは、医者や看護師をはじめとする医療スタッフであるが、彼らは大多数の患者一般に対して平等に対応せざるを得ないがゆえに——それ以前に、医師役割や看護師役割という制約もあることから——、患者にとって良き聴き手とはなり得ないと考えられる（ただし、個々の患者にとって例外はあり得る）。

とりわけ、医師は医師役割を十全に果たす限り、医師は生物医学の立場から個々の患者と向き合わざるを得ない。ここで医師が治療のために依拠する生物医学とは、浮ヶ谷幸代が述べるように（浮ヶ谷幸代、2004:51）、「基本的には病気は個人の身体に起こり、治療は個人の身体に施すという心身二元論的かつ機械論的な世界観」を前提とする疾病論パラダイムのことである。個人の身体を治療対象とするこうした疾病論パラダイムにあっては、生理学的数値を診断基準によって病気であるか、病気でないか、あるいは両者のグレイゾーン（病気の予備軍）かが機械的に振り分けられ、決定される（たとえば、空腹時血糖値126mg/dl以上は「糖尿病」と診断される）。

このように、患者にとって医師が良き聴き手となり得ないとすれば、候補となるのは自ずと医療制度に従事していない人たち、たとえば家族や近親者ということになるが、ここでは聴き手を特定の誰かへと限定せずに医療関係者以外の者とゆるやかに規定して、論を先に進めることにしたい。

ところで、聴き手を医療関係者から医療関係者以外の者へと移行させるとき、語り手は自ずと「患者」から「病人」へと変更されることになる。医療制度に組み込まれている「病人」のことを「患者」と呼ぶのに対して、「病人」は「患者」である前に、一人の人間もしくはある家族にとって特定の誰か（たとえば、「夫」「妻」「長男」など）となる（両者の違いは、脳死した者の集合体を表す「脳死者」と、ある家族にとって特別の人を表す「脳死の人」、すなわち一般概念と個別概念の対比で考えるとわかりやすい）。

さらに、波平がいみじくも指摘するように（波平恵美子、1994:123）、医療費全体の増加を抑制させるために導入された介護保険制度は、家族による治療（介護）役割の拡大および医療施設による治療役割の縮小と質的転換（たとえば、介護保険制度の導入など）をもたらしたが、

そのことは、一旦医療制度に組み込まれた「患者」の、「病人」への分類移動（カテゴリー操作）を意味する。現実的には、こうした医療制度をめぐる捻れ現象がみられることから、「患者」と「病人」の区別は相対的で曖昧なものとなるが、ここでは聴き手を家族をはじめ、医療関係者以外の者とする場合は、語り手を特に「病人」と捉えることにしたい。ただ語りの研究では「病人」という言葉よりも「病者」という言葉を多用するという慣例に合わせて、以下では「病者」と呼ぶことにする（医療制度において患者役割を遂行する語り手については、「患者」と呼び、区別したい）。

Ⅲ. 病いの語りと生物医学の物語 ——A. クラインマンの医療人類学を中心に——

1. ナラティブ的思考様式と三点測量モデル

J. ブルーナーは、従来、自然科学や論理学などで用いられてきた認識論的、方法論的枠組みである「パラディグマティックな思考様式」（「論理—科学的な様式」）に対して、自分自身や他の人たちの行為や出来事の連なりを物語（ナラティブ）という形式で構成することによって自らの経験を秩序づけるとともに、意味を付与する、端的に言う、私たちの生そのものを捉える認識論的、方法論的枠組みとして「ナラティブ的思考様式」を新たに提案した（Bruner, 1986=1998）。勿論、「ナラティブ的思考様式」は、ブルーナーが一人で編み出したものではなく、「ナラティブセラピー」、「ナラティブを基礎にした医療（narrative-based medicine: NBM）」、ナラティブへの関心を持つ医療人類学や医療社会学、あるいは臨床社会学等々、最広義の「ナラティブアプローチ」を背景にしながら登場してきたものである。ここでは、医療分野における「ナラティブ的思考様式」の代表である、「ナラティブを基礎にした医療」の基礎をつくったA. クラインマンの医療人類学（Kleinman, 1980=1992 / 1988=1996）について述べることにする。ここでNBMの基礎となるクラインマンを取り上げる理由は、それがナラティブアプローチの中でも、語り研究にとって関連性が高いと考えられるからである。ただ、ここでは、それを概観するのではなく、注目すべき事例を取り上げながら、彼が医療人類学を構築するに至った動機や考え方を中心にみていくことにしたい。

クライマンは、自ら医師として慢性の病いを持つ患者（慢性疾患患者）やその家族が語る物語およびその中に

表された病いの経験やその意味づけに傾聴することを、近代医学（生物医学）が軽視してきたことを反省し、今後の医療やケアの中心へと汲み上げていくことを志向している。彼は、患者が語る物語を「文化的表象」「集合的経験」「個人的経験」から成る「三点測量」モデルにおいて「多義的ないし多声的」（Kleinman, 1988=1996:9）に捉えることを提案する。それは図1（同前：iv）のように表される。

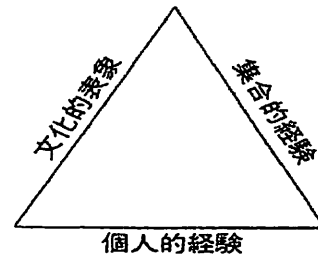


図1 三点測量モデル
(Kleinman, 1988=1996:iv)

クライマンが依って立つ人類学（医療人類学）的視点において病いの経験は多義的ないし多声的であり、多元的な意味を有しているのである。ここでいう「文化的表象」とは、その時代その場所において広まっているイメージであり、「集合的経験」とは、苦難を耐え忍んでいく、共有された行動のスタイルやパターンであり、「個人的経験」とは、文字通りの意味で説明する必要のないものである。ただ、「個人的経験」は、生物医学によって病いとケアの中心的要素だと思い込まされているものののである。

2. 説明モデルの優劣化と構築される疾患

ところで、クライマンは、病いとは何かについて表象することを「説明モデル（explanatory model）」（同前：157）と述べている。彼によると、「説明モデルというのは、患者や家族や治療者が、ある特定の病いのエピソードについていなく考えのことである。」（同前）こうした説明モデルが患者（病者）にとって重要な理由は、次の通りである。すなわち、「病いとはいったい何なのかということについてのこうした非公式な説明には、臨床上きわめて大きな意味があるため、それを無視することは致命的になることがある。説明モデルは以下のような疑問に答えてくれる。つまり、この障害の本質は何かとか、なぜ自分がその病いに冒されてしまったのか、なぜそれが今なのか、どんな経過をたどるのか、自分のからだにどんな影響を及ぼすか、どんな治療をしてほしいと思っ

いるのか、自分がこの病いと治療についてもっとも恐れているものは何か、などである。説明モデルはさし迫った生活状況に対する反応である。したがって、論理的で厳密な種類の陳述というよりは、実際的な行為を正当化するものである。」(同前:157-158) このように、患者(病者)にとって彼らなりの説明モデルとは、ある特定の病い(特に、慢性疾患)のエピソードであり、それを表現した語り(物語)であることから、パーソナルで感情に溢れたものなのである。

ところが——むしろ、だからこそ言うべきか——、生物医学モデルという支配的な説明モデルを前提とする医師や病院からすると、そうした患者(病者)やその家族が前提とする説明モデルは、余計で無駄なもの、もっと言うと、医療制度を攪乱する要素と見なされ、診察室や病室では極力、排除され抑制されてしまうことになる。

ただ本来、医師の生物医学モデルと患者(病者)の説明モデルは、優劣を比較したり競ったりする類のものではなく——どちらが正しく、どちらが間違っているというものではなく——、あくまでも医師と患者が各々の立場から病いについて意味づけを行った結果にすぎないのである。誤解を恐れずに述べると、説明モデルは相対的なものにすぎない(ポストモダン的に表現すると、説明モデルには n 個の物語と真理があると言える)。

重要なことは、「患者や家族の説明モデルをひき出すことによって、治療者は、その患者の視点を真剣に受け取るようになり、臨床的ケアのための治療戦略をたてる際にそれを取り入れるようになる」(同前:158) ことなのである。

ところが、患者や家族の説明モデルと治療者の説明モデルは、医療制度の介在によって根本的にずれてしまうことが少なくない。つまり、医師は生物医学の立場から、前述した「三点測量」モデルのうち、個人的経験だけを重視し、他の2つを軽視もしくは無視してしまうことになる。その結果、本来、文化的、社会的に多義的(多声的)なはずの病いの経験が生理学的数値などによって構築された「疾患(disease)」(同前:4)と見なされてしまう。「治療者(healer)は——脳神経外科医であれ、家庭医であれ、整骨医であれ、最新の流派の心理療法家であれ——健康の問題を、ある特別な用語体系や分類法、つまり疾病分類のなかで解釈する。その分類は、診断上の新たな実体であるひとつの『モノ』、つまりは疾患を創り出すのである。疾患は治療者の視点から見た問題である。生物医学モデルの狭義の生物学的用語で言えば、つまり疾患は、生物学的な構造や機能におけるひとつの変化としてのみ再構成されるということである。」(同前:6)

こうして、治療者は病いおよび病いの経験を軽視もしくは無視する。治療者からすると、患者やその家族が治療者の元へ携えてくる病いの訴えは、生物医学の記号体系へとことごとく変換されるとともに、その体系によってコード化されなかった事柄は、治療行為からみて非合理的なもの、余計なもの、さらには正しい治療行為を攪乱する「雑音(noise)」と見なされ、放逐されてしまう。さらに、治療者が「カルテに症例を記録するのは、見たところ無害な記述方法であるが、実際は、根深い変形の儀礼的行為であって、それを通して病いは疾患につくり直され、人は患者になり、専門家の価値基準は治療者からその『症例』へと移し変えられる。患者の話を書きまとめるというこの行為によって、治療者は、主体(subject)としての病者を、まずは専門的に探求する対象(object)に、そして結局は操作の対象に変えるのである。患者の記録は公的な記述であって、生物医学の言葉で書かれており、法律的、官僚的な意味をもっている。」(同前:170) カルテは、治療者が患者からの単なる聞き取りではなく、患者の多義的な病いを医療の一義的な疾患・症例へと記号操作・変換していく専門家の儀礼的行為なのである。

生物医学およびその医学的記録としてのカルテによって見落とされてしまうのは、治療者の説明モデルと患者やその家族の説明モデルが各々独立した相対的なものだという視点である。言い換えると、両者の優劣を断定し得ないにもかかわらず、治療者にとっては前者が正しく、後者が間違っている、ということになってしまうのである。

3. 説明モデルをめぐる医師と患者のミスマッチ ——慢性の病いをもつ患者の事例を通して——

それでは次に、患者(病者)と医師の説明モデルが相対的なものであるということ、もっと言えば、慢性疾患患者の治療やケアに携わる治療者が、当事者やその家族が語る病いの経験(説明モデル)を治療行為の中に取り込み、自らの説明モデルを再編していく必要があるということを3人の患者(病者)の事例を通してみていくことにしたい。

(1) 喘息患者の場合

ウィリアム・スティールは、42歳の白人のアメリカ人弁護士であり、喘息を患っていたため、主治医、プランチャード医師の指示のもと、多量の薬物治療を受けてい

た。ところが、彼は、精神療法と夫婦カウンセリング、および抗鬱剤の治療を半年間受けた後、喘息の諸症状や心理状態に重大な変化が起こった。今まで飲んでた薬は著しく減り、ステロイドを断ち切ることができた、それからの数年にわたって夫婦関係は改善され、彼は職業を変えた。彼は、弁護士の仕事に見切りをつけて、父と兄弟がしていた魚の卸売りの仕事に転職したのである。喘息の発症から4年後、喘息をはじめ、すべての症状が消失したという。

ところで、本事例で興味深いことは、スティールの病いが消失した理由について当事者をはじめ、彼を取り巻く人たちがさまざまな理由づけを行っていることである。

まず、スティール本人（当事者自身）は、次のように語っている。「私が正しかったと思いますね。そうでしょ。原因はアレルギーなんかじゃなくて、自分の人生だったんです。ひどいストレスにさらされていたし、それと思うと恐ろしくなります。法律関係の仕事ではどうにもならなかったことがわかります。自分の夢を断念しなければならなかったのです。でもそうできませんでした。私は、さらに一生懸命働き、事態はますます悪くなったのです。私のからだは、自分で何かしら大きく変わらなければならぬと語りかけていたのだと思います。精神療法のお陰でとても助かりました。でも、決定的だったのは生き方を変えることでした。今家族で仕事をしていて、それを心地よく感じていますし、何か自分が望んでもなれない者になるとか、できないことをするような重圧を感じることもありません。今までよりうまく自分をコントロールしていると思います。」（同前：165）

このように、スティール自ら語るように、喘息をはじめとする諸症状は、「自分の人生」に起因するものである。だからこそ、「生き方を変える」、具体的には職業を変えることによって「ひどいストレス」を軽減し、「私のからだは、自分が何かしら大きく変わらなければならぬと語りかけていた」ことに応えることによって自分自身をコントロールできるようになったのである。彼が自ら分析するように、彼の慢性的な病いは、生理的な理由によって生じたものではなく、むしろ彼が置かれた社会的ポジションやそのことにもなる夫婦関係および家族関係からくる、さまざまな心理的、社会的な理由によって生じたものなのである。要は、スティール自身、40歳の頃から自分に向いていないのではないかと思い始めていた弁護士を辞めて、家族の人たちがしていた魚の卸売りの仕事に転職したことそのことが、すべての症状が消失することに関係しているのである。

それに対して、彼の主治医は、スティールの「説明」を受け入れなかった。主治医のプランチャード医師にとって、喘息という病いは、アレルギー（一過性のアレルギー）が原因であり、それゆえ、医学的な治療とは薬を処方することにすぎない。プランチャード医師は、スティールの治療にあたって、胸部疾患の専門医と精神科医の2人の医師の協力を得ているが、特に精神科医はスティールが訴える（職業上の）ストレスの関与を認めつつも、それ以外の生理学上の変化が生じた可能性を指摘している。

こうした医師の「説明」とは別に、スティールの妻は、夫の病いが夫自身をダメにした（＝喘息のために怯え、落ち込んで、人格を変えてしまった）と思い込み、夫を自然食品店に連れて行き、長寿食の食事療法を試したり、漢方・鍼治療医に紹介したりした。妻の場合、何かが原因となって病い（という結果）を引き起こしたと考えるのではなく、まったく反対に、病いが原因となって病者そのものを変えたと考えたのである。

一方、スティールと確執のあり、あるカリスマ的なカトリック宗派に属する義父母は、彼の喘息は意図的な要素が強いと考えていた。つまり、彼の喘息という病いは、妻と子どもたちから同情を引こうとしたり、妻子をコントロールしたりするために、症状を利用していると考えていた。だからこそ、その解決には、自然食やホメオパシーや宗教的な治療が必要だと考えたのである。そして義父母は、症状の消失が神の御業であると確信している。

この事例で明らかのように、病いにはさまざまな説明モデルが多元的な形で並存し、一体どの説明モデルが正しいのかまたは妥当なのか、確定することはできない。スティールの場合は、幸いにも症状が消失したことから、これ以上どれが正しいのかについて思索をめぐらせることは不要であるが、たとえその症状が消失していないにしても、どの説明モデルが適切なのかについて病者（当事者）の立場から検討していくことが不可欠である。繰り返し強調すると、喘息が完全に消失したスティールの場合、主治医や彼に協力した2人の専門医が前提とする、説明モデルとしての生物医学モデルが常に正しいまたは妥当であるとは断言できない。むしろ当事者（病者）からみて生物医学モデルを含め、どの説明モデルが有用であるのかということこそ、肝要なのである（当事者の視点に立つとき初めて、生物医学モデルもまた、有用であると考えられる）。

言い換えると、避けなければならないのは、病者（患者）が医師たちおよび彼らが前提とする生物医学モデルが無条件に自分自身を何とか治療し、助けてくれるのだ

と一方的に依存することである。いわゆる「お任せ医療」である。どのような場合であっても、病者は医師が自分にとってどのような観点で有用であるのかという確固たる足場を持たなければならないのである。そのためには、病者が当事者の立場から自らの病い、たとえば自らが経験するさまざまな苦しみや痛み（心理的な面も含む）について語るができるようになること、そして、医師の生物医学モデル（支配的な説明モデル）に対峙し得るように、自らの病いの「意味」を明確に表現できるようになること、すなわち自分なりの説明モデル（病気観）を構築することが不可欠なのである（勿論、ごく普通の病者が、医師の説明モデルに対峙し、それを相対化するほどの説明モデルを構築することは困難な課題であることは言うまでもない。そうした構築にあたっては、すぐれた病者のエスノグラフィーを読むことが参考になる）。

クライマンは、スティールの事例を通して医師の持ち込む生物医学モデルを次のように批判的に総括している。すなわち、「プランチャード医師は、自分の患者の関心事に気がつかなかったために、ノンコンプライアンスと心理・社会的な苦悩との悪循環にうかつにも加担してしまい、それが喘息を増強し、医学的な治療を、問題の解決というよりも問題の一部にしたのであった。ここには医学の専門性が抱えた有害な心身二元論が露呈されていることがわかる。それによれば、病いの生物学的側面のみが『現実的』であり、生物学的な治療のみが生物学的変化をもたらすことができる『确实』なものであると見なされている。……専門家が正しいとされる考えを保持することによって、患者や家族たちの受動的な態度や士気の低下が不用意に促進されるということは、慢性の病いをもつ患者の治療において、きわめて広汎に観察されることなのである。」と（同前：166）。

（2）乾癬患者の場合

ジル・ローラー夫人は、35歳の女性で15年間乾癬を患っていた。夫人は、一流の皮膚科医の診察を受けたが、その際、夫人が普段構築してきた説明モデルが如実に表れる結果となった。夫人は、乾癬に関する詳細かつ最新の知識に熟知しているだけでなく、生活上のストレスと病いとの関係についての心身医学的な視点を持っていた。その視点は彼女なりの説明モデルとなり、次のような形で医師との確執をもたらした。

ジョーンズ医師：乾癬にかかってどのくらいですか？

夫人：15年くらいです。

医師：どこからはじまりましたか？

夫人：大学生のときです。試験のプレッシャーが多かったのです。それに、家族にも皮膚の問題の既往があります。冬で、厚手のウールのセーターを着ていて、それが皮膚には良くなかったようです。食事は――

医師：いや、いや！はじめて紅斑が気がついたのは皮膚のどの部分だったかという意味です。

夫人：両肩と両膝です。でもときどきは頭皮にも異常がありまして、私はけっして――

医師：この2、3年の進み具合はどうですか？

夫人：数年間大変でした。仕事でも個人的な面でもストレスが大きくて。私は――

医師：私がうかがいたいのは、あなたの皮膚の問題がどのように進行したかということです。

こうした夫人と医師のやりとりの中で、特に下線部に典型的に示されるように、夫人が慢性の障害を経験したことで“一種の専門家”となったことから、自ら語り手となり、自分の物語を医師に理解してもらおうとしているのに対して、医師は乾癬の専門医の立場から疾患に何が起きているのかということだけに関心を持ち、不必要だと見なされる夫人の語りの部分を拒絶したり聞き直したりしている（ときには、「私は――」と話を続けようとする夫人の言葉を遮っている）。言い換えると、生物医学モデルを前提とする――その上、極めて多忙な臨床家であることからできるだけ迅速に疾患の問題を明らかにしたい――、ジョーンズ医師にとって夫人の語る病いに関心を持つのは、疾患の臨床診断やその治療に役立つ可能性があるかと判断し得る文脈においてのみなのである。「医師のスタイルは権威的で取り調べのやり方である。」（同前：168）

クライマンがE.ミシュラーから借用して、「医師－患者の相互作用」を「医学の声と生活世界の声とのあいだの対話場面」（同前：169）と呼んでいるが、臨床場面においては「医師の声が生活世界の声をかき消すことが非常に頻繁に起こること」（同前）である。「疾患の診断は、病歴にもとづいて行われ、専門家でない人の話を専門的なカテゴリーに変換する記号論的な行為である。」（同前）

患者（病者）やその家族が語るメッセージや物語（＝生活世界の声）の中には、慢性疾患ゆえに彼らが欲し、期待するケアのあり方が含まれているにもかかわらず、医師は医学中心的な視点から医学の声によって生活世界の声をかき消すとともに、彼らが語る病いの物語に共感的に耳を傾けようとしないのである。クライマンが提

示するように、病者やその家族が語る「オリジナルな談話に立ち返り」(同前)り、病いの経験を理解するとともに、ケアのあり方を模索することが肝要なのである。

(3) 高血圧症患者の場合

担当医、リチャーズのカルテによると(同前: 175-176)、メリッサ・フラワーズは、1980年当時、38歳の黒人女性、高血圧で複数の薬を服用していた。また、彼女は軽度の鬱血性心不全の徴候があったが、それ以外に特に問題はなかった。リチャーズ医師の彼女に対する心証は、(1)高血圧、コントロール不十分、(2)ノンコンプライアンス(これは(1)の一因である)、(3)鬱血性心不全(軽度)であった。また、治療計画としては、(1)薬の変更、(2)低塩食の励行、(3)経済的問題のためソーシャルワーカーの相談、(4)三日ごとに経過観察であった。そして、リチャーズ医師は栄養士の指導を受けるために送ったメモに、「39歳の黒人女性、減塩食に従わず、高血圧」と書いたという。

診療室でフラワーズ夫人とリチャーズ医師が交わした会話が記録されているが、その会話の中でとりわけ注目すべき箇所は、次の件(同前: 174)である(なお、下線は筆者による)。

医師：吐き気は？

夫人：ありません。そう、ピクルスの汁を飲んだときに多少。

医師：ピクルスの汁ですって？ピクルスの汁なんか飲んでいたんですか？すごくたくさん塩分が含まれているんですよ。あなたは高血圧なんだから、それは本当に危険です。

夫人：でも、今週はプレッシャーを感じていたし、母が、私はハイ・ブラッドだから、たぶんそれが要るといったのです。

医師：それは違うんです。ピクルスの汁はおやめなさい。フラワーズさん、どんなわけがあってもそれを飲んではいけませんよ。まったく良くないんですよ。わかりませんか？それにはたくさんの塩分が含まれていて、塩分はあなたの高血圧に悪いです。

夫人：うーん、そうなんですか、わかりました。

この場面では、フラワーズ夫人が塩分の高いピクルスの汁を飲んだと述べている。ところが、それは、(医師からみて)「高血圧」の患者が医師のコンプライアンスを聴かないとんでもない行為なのである。というのも、

医師のいう「ハイ・ブラッド」が生物医学の枠組みでは生理学的な血圧の数値が高いこと、すなわち「高血圧」を指すからである。医師からみて「高血圧(ハイ・ブラッド)」の主たる原因となる塩分の高い食物を摂取することは、患者が危険な状態になりかねない。また、夫人のいう「プレッシャー」は、医師にとって高血圧の一因となる、生物医学の「ストレス(ストレッサー)」のことを意味する。

このように、リチャーズ医師の診断は、夫人の病いを「三点測量」モデルの「個人的経験」だけをもって解釈したもの過ぎない。つまり、医師は夫人が語ったことを夫人の病いにおいてではなく、疾病、すなわち「高血圧(ハイ・ブラッド)」においてのみ捉えたのである。だからこそ、リチャード医師は会話記録の下線部に示されたように、「あなたは高血圧なんだから、それは本当に危険です。」とか「塩分が含まれていて、塩分はあなたの高血圧に悪いです。」と言うように、生物医学の立場から診断を下したのである。そのことは、患者に対して、医師自身がコンプライアンスおよび医学的治療法に従うことへの同意のみならず、自らの物語を医学用語で語ることへの暗黙の同意を強いていることを意味する。患者が病いの経験とその意味を医学用語(医学言語)に委譲することを、IVで述べるA.フランクは「語りの譲り渡し(narrative surrender)」(Frank, 1995=2002: 23)と見なす。したがって、この場面は、フラワーズ夫人がリチャーズ医師に対して「語り手の譲り渡し」を行っているのである。

ところが、フラワーズ夫人がその場面で語っていることは、医師の解釈とは随分異なっている。夫人がピクルスの汁を飲んだのは、「今週はプレッシャーを感じていたし、母が、ハイ・ブラッドだから」である。ここでいう「ハイ・ブラッド(high blood)」と「プレッシャー(presser)」であるが、それらは夫人(患者)の「文化的表象」と「集合的経験」を含む「三点測量」モデルによって解釈しなければならない。つまり、夫人のいう「ハイ・ブラッド」とは、「下層階級のアメリカ黒人社会の民俗的病い(folk illness)」(同前: 178)——「北アメリカの民俗説明モデル(folk model)」(同前: 27)——に関係がある。すなわちそれは、「豚や脂っこい肉あるいは塩分のとりすぎによって血液の性質が変化し、粘り気のある血が上半身の血流を妨げたり頭に昇ることによって引き起こされる慢性的な状態と考えられ、頭痛に引き続いておこるめまい、視覚障害などを主要症状とする。」(同前: 30)そして、「血が頭に上った結果生じる状態であると夫人の周囲の人びとに思いこまれており、頭痛をひ

き起こすと考えられていて、ピクルスの汁によって当てられる(『低められ』『薄められ』『取り除かれる』)ものとされる。」(同前:178) また、夫人の「プレッシャー」とは、「社会的、心理的な重圧(プレッシャー)を血圧(ブラッド・プレッシャー)に関連づけるホリスティック(holistic)医学の概念を使っているのである。」(同前)

このように、夫人のいう「ハイ・ブラッド」と「プレッシャー」は、生物医学とは異なるまったく別の信念体系、すなわち民俗的病いやホリスティック医学の概念に属している。「ハイ・ブラッド」は、アメリカの下層階級の黒人たちが有する「文化的表象」であり、「プレッシャー」は、下層階級の人たちが被る「集合的経験」としての社会的、心理的な重圧なのである。本事例は、リチャーズ医師のように、上層中流階級に属する医師が下層階級に属する患者を診察する場合に起こり得る解釈のずれや誤りを端的に示している。しかも注意すべきなのは、フラワーズ夫人のように、鬱血性心不全が軽度の、いわゆる慢性疾患患者の場合、リチャーズ医師が生物医学という専門の立場から行った短期的な治療法やケア、具体的には高血圧の薬を変更したり、減塩食を避けたりすることは不適切だということである。

本事例からわかるように、「メリッサ・フラワーズは、高血圧と、医学的管理へのノンコンプライアンスと、心不全の初期傾向と、薬物療法とに還元されている。記録から消えたのは、巨大な社会的重圧のもとで、困難な家庭の問題に思い悩み、意気消沈した、病者(sick person)としてのメリッサ・フラワーズである。」(同前:177)

以上述べてきたように、クラインマンは、微小民族誌などの医療人類学的な認識論と方法論を駆使しながら、患者(病者)の病いの経験とその語りがどのようなプロセスを経て生物医学の説明モデル(疾病パラダイム)へと組み込まれていくのかについて記述するとともに、それによって軽視されがちな、経験と語りを医療やケアの中心へと据えるために、医療教育のあり方を改善していくのである。そして、医療人類学的視点から病者の経験と語りを多義的もしくは多声的に捉えるためには、それらを前述した「文化的表象」-「集合的経験」-「個人的経験」から成る三角形の空間をもつものとして、「三点測量」していく必要がある。

繰り返し強調すると、病いには多種多様な説明モデルが存在し、どれが正しいのかについて決定することはできない。生物医学および治療者の説明モデルが患者やその家族を治療してくれるはずだと慢心してはならない。とはいえ、多々存在する説明モデルの中で治療者の説明

モデルの力は絶大であり、私たち近代人はその呪縛から解放されることやそれを他の説明モデルによって相対的に捉えることは容易ではない。ましてや、本事例に登場したフラワーズ夫人のように、私たちは医学の信念体系と代替し得るような、民俗的な信念体系を持つてはいないのである。そうした現状を謙虚に受けとめつつ、私たちはどうすれば生物医学や治療者の説明モデルから距離をおき、病いを多義的もしくは多声的に自らの経験として語ることができるのかについて模索していく必要があると思われる。

以上述べてきた、クラインマンの事例は、慢性疾患患者の説明モデルおよびケアのあり方に相反する、生物医学の説明モデルと治療を端的に示したものであったが、次は、病者を語り手と捉えるA.W.フランクの医療社会学を手がかりに、生物医学の疾病パラダイムを超えていく方途を具体的にみていくことにしたい。

Ⅳ. 病いの語りの類型

——A.フランクの医療社会学を中心に——

1. 病いの脱近代的経験と寛解者の社会

ところで、自ら病者であると同時に医療社会学の研究者である、フランクは、前述した近代社会における患者役割(病者役割)を批判的に捉えると同時に、それを超える、病いの語り手としての病者のあり方を提言している。一般に、病気になったばかりの頃、病者は早期の回復を期待して自ら患者役割を担うことによって社会統制者である医師のケアや治療にわが身を委ね、語りの譲り渡しを行う。ところが、病いが急性から慢性へと移行する、すなわち自らが慢性の病いを持つ患者(慢性疾患患者)になることを契機に自己認識が推移することにより、病者は、いままで医療制度や医師によって奪われていた自らの声を請求し奪い返すことを求める。このように、病者が自らの語りを取り戻すことをフランクは「再請求(reclaiming)」(Frank, 1995=2002: 29)と呼ぶ。慢性疾患患者は、長い間または一生のあいだ、病いとともに生きていかざるを得ない病者であり、フランク風と言うと、植民地時代の病人であるが、彼らは早期に回復を見込まれる患者と異なり、自分自身の苦しみを個人的な個別性の中に認識していく。つまり、慢性疾患患者は、植民地の住民が支配者から領土を奪い取るのと同様に、植民地化されてきた自らの身体、病いの経験とその語り(声)を奪い返すことを求めるのである。

フランクによると、「脱植民地化の衝動は、臨床の場においてではなく、むしろ寛解者の社会メンバーが自分の病いについて互いに語り合う、そうした物語の中に具現化されていく」（同前：32）と述べている。ここで「寛解者の社会（remission society）」とは、「実質的にはほぼよくなっているけれども、決して完治したとは見なされない人々」（同前：25）、すなわち「病気だけど病気でない」（浮ヶ谷幸代，2007）人々、さらには「障害・病いと『ふつう』のはざまで」（田垣正晋，2006）苦しむ人々もしくは「どっちつかずのジレンマ」（同前）に悩む人々のことである。フランクは寛解者の社会のメンバーとして、「何らかの癌を患った人、心臓リハビリテーションプログラムの中で生活している人、糖尿病患者、アレルギーや環境への過剰反応があって食事その他の自己規制が必要な人、補装具〔義歯・義足など〕や身体制御器〔心臓のペースメーカーなど〕をつけている人、慢性疾患患者、障害者、依存や嗜癖からの『回復過程』にある人、そしてよい状態を保ちたいという願いと日々にそれを勝ちえていく喜びをこうした人々と共有する人たちとその家族」（Frank, 1995=2002：26）を挙げている。

そして、寛解者の社会のメンバーにとって「病いの脱近代的経験は、医学的物語によって語りうる以上のものが自らの経験に含まれていると、病む人々が認識するところから始まる。」（同前：24）寛解者の社会のメンバーは、そのことを身体レベルで最も認識しているのであり、自らがそのことを認識し得る境界人であることにおいて生物学や医師によって奪われた声と語りを取り戻そうとする人々たちなのである。彼らは自己構築の過程において（近代医療に対して）脱近代的かつ脱植民地的である。「脱植民地的な声としての物語の語り手は、自らの苦しみの経験を取り戻そうとする。その苦しみを証言へと転じようとすることによって、物語の語り手は道徳的行為へと参与するのである。身体と声と病いという主題は、脱近代社会においてはじめて倫理の領域へと高められる。」（同前：38）物語の語り手が苦しみの経験を証言へと転じることがどうして、道徳的行為となり得るのだろうか（証言については、後で詳述する）。その理由とは、病者、そして苦しみの物語の語り手が同時に、癒す者となり得るからである。病者および苦しむ者は、潜在的に物語の語り手となり得るが、その語り手は病いや苦しみの経験を語り、その語りを聴き手（他者）が聴くことによってその聴き手は今度は他者に語る者となり、共有された経験が広がっていくことになる。その意味で、脱近代的、脱植民地的な自己とは、「他者のために存在する私、他者への責任を身につけた私」（Bauman, 1992：33）で

ある。

以上、寛解者の社会のメンバー（慢性疾患患者たち）は、自ら境界人であることの認識を通じて、生物学および医師に譲り渡していた自らの語りを再請求する。それでは、こうした病者たちは実際にどのように自らの経験を語るのだろうか。勿論、その語りや語り方は個々人によって多種多様となろう。「人々が語る実際の話」（同前：7）、すなわち個々人による語りは、「物語（story）」と名づけられる。それに対して、「多様な個別の物語を包摂する一般的な構造」（同前）、すなわち個々人が語った多様な談話内容に共通する形式のことは、「語り（narrative）」と名づけられる。ここで主題とするのは、後者の方である。フランクは、寛解者の社会のメンバーだけでなく、患者役割を遂行する病者も含めて、語り手の立場から語りの類型を3つにまとめた。その類型は同時に、そうした病いの語りを受けとめる聴き手の「語りへの感度」（Frank, 1995=2002：214）の進展（成熟度）に対応している。平たく言うと、語り手としての病者は、聴き手の語りへの感度の進展（成熟度）に比例してより一層豊かな語りを行うことができると考えられる。要は、語りの深さは聴き手のあり方次第なのである。

フランクは、語りの3つの類型として、「回復の語り」、「混沌としての語り」、「探求の語り」を挙げている。しかも、各々の類型の特徴は、4つの観点から成り立つ。つまりそれは、①基本的プロット、②語りと身体化に関する行為の諸問題（＝語りと身体との親和性）、すなわち統制、（自らの）身体とのかかわり、他者とのかかわり、欲望、③語りがいかにして自己物語として機能するのか、④語りの類型が持つ力と限界、である。なお、②の詳細な特徴、特に「規律化された身体」、「鏡像的身体」、「支配する身体」、「伝達する身体」については、第1の語りの類型の中で言及することにしたい。それでは次に、聴き手の存在およびあり方を念頭に置きながらも、語り手の側から捉えた3つの語りの類型についてフランクの捉え方を敷衍していくことにする。

2. 回復の語り

（1）定義とプロット

第一の語りの類型は、「回復の語り」である。回復の語りとは、「病いを健康な状態からの一時的逸脱と見なし、健康な状態への『復帰＝回復』を到達点として物語を組織していく語り」（同前：11）のことである。この定義からもわかるように、回復の語りは私たちが病気になった場合、必ず抱いてしまうタイプの語りである。そ

のことは、回復の語りの基本的なプロットとして示される。つまり、①基本的プロットは、「昨日私は健康であった。今日私は病気である。しかし明日には再び健康になるであろう。」(同前:114) というように、シンプルな形で示すことができる。回復の語りのプロットは、病気によって一時的に逸脱・中断した身体の状態を病気になる以前の健康の状態へと取り戻すことが前提とされている。具体的には、「『新品になったみたいに調子がいい (as good as news)』というようなメタフォリカルな表現が回復の語りの核をなしている。」(同前) 患者の言葉で表現すると、「今は元気です！」(同前:116) ということになる。

ところで、回復の語りには大きく2つのタイプがある。1つは、前述した患者役割の立場からのものであり、もう1つは、医薬品およびそれを宣伝するテレビコマーシャル(広告)の立場である。まず、前者から述べると、患者役割概念の潜在的な仮定には、「人々は必ずよくなる (do get well) という信念」(同前:120) がある。つまり、患者が自らに付与された患者役割に即して行動する限り、医療(医師)が必ず自分自身を治してくれる(=元の状態にしてくれる)という回復の期待が前提とされている。裏を返せば、こうした回復の語りが近代社会で趨勢となり得るのは、医療が著しく進展し、患者の病気を治してくれるという期待があるからである。事実、医療が患者の要求にほとんど応えることができないとすれば、こうした語り自体、存在し得ないはずである(医療人類学の知見が明らかにしているように、前近代社会や民俗社会において病気を治療していたのは、祈禱師・呪術師や民間療法であった)。つまり、回復の語りは医療の進歩を前提に普及してきたものである。とはいえ、患者役割は明らかに近代主義的な社会統制の語りであり、医療(医師)は社会統制の担い手となっている。

後者について述べると、医療品およびそのコマーシャルは、医療制度と並行して患者の回復の語りを強化している。市販薬のテレビコマーシャル、たとえば風邪薬の場合、風邪に苦しむ病人が風邪薬を飲むことによってどれだけ快適な身体状態を取り戻すことができるかをテレビ映像を通して効果的に表現している。とりわけ、風邪薬の効果は絶大であり、風邪が原因で果たせなくなった家族との約束を風邪薬は回復してくれて、家族との愛情が深まるかのような演出がなされている。

このように、「回復の物語は、テレビコマーシャルによって語られるにせよ、社会学や医療によって語られるにせよ、文化的に好まれる形式である。」(同前:122) この種の語りで企てられているのは、フランクがパウマ

ンを引用しながら述べるように、「致死という現実の解体 (deconstructing mortality)」(同前) である。「近代性とは、病いを典型とするさまざまな脅威をより小さな単位へと分解していくことによって、『致死の恐怖 (fear of mortality)』を払いのけようとするものである。……大きな謎が一連の小さなパズルになってしまうのである。」(同前)

近代性および近代主義にとって忌避すべきは、致死(死の問題)であり、病気の背後に暗示・予感される生の崩壊である。近代主義に立つ医療およびマスメディア(テレビコマーシャル)は、死という大きな問題を回避し、隠蔽してきた。しかしながら、私たち人間は致死の現実と責任を、そして何よりも死という謎——それは同時に、生という謎——に直面・直視せざるを得ないがゆえに、回復の語りにとどまるわけには行かないのである。さらに言うと、回復の語りは、病気になったばかりの人たち(近代医療の範囲で)や病気が治る見込みのある人たちにとっては福音となり得るが、慢性疾患の患者たちや死が間近に迫った患者たちにとっては役に立たないものとなる。

(2) 修復可能な身体

——規律化された身体と鏡像的身体——

次に、②回復の語りと親和性の高い身体について述べると、それは「修復可能な身体」(同前:123) と規定される。つまり、回復の物語の語り手は「修復可能な身体」を前提とするわけであるが、それを基準に4つの次元との関係を図2を参照しながら順次みていきたい。

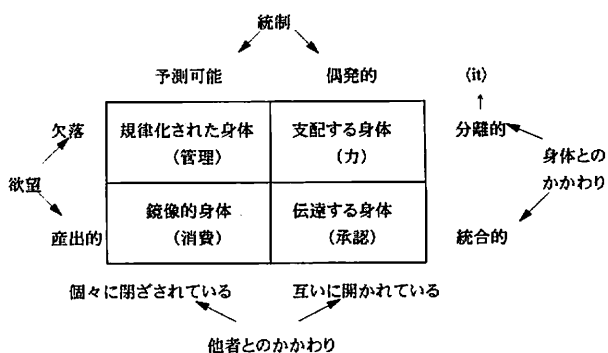


図2 フランクによる行動する身体の使い方の類型表
(cf. Synnott, 1993=1997:410)

まず、統制の次元をみるとわかるように、回復の物語の語り手は、「身体が以前に備えていた予測可能性を取り戻すことを望むものである。……食いとめられなければならないのは、病いそれ自体が示すより深層の偶発性、すなわち死の偶発性 (contingency mortality) である。

どんな病気も死の不可避性を暗示する。回復の物語として病気を語ることは、その暗示の機先を制することになる。」(同前：123-124) つまり、回復の物語の語り手は、自らの身体を(身体の)外部からのありとあらゆる働きかけ(医療機器・器具や薬品など)を通して修復することを欲望する。

次に、身体の次元をみるとわかるように、回復の物語の語り手(の身体)は、「その身体の回復を期待する自己から引き離される。一時的に故障した身体は、治療されるべき『それ(it)』となる。これによって自己は身体から切り離される。」(同前：124) この物語の語り手の身体が自らの身体とのかかわりにおいて「それ(it)」として分離されていることについては、患者役割もテレビコマーシャルも、まったく同様である。双方において自己と身体は別の実体であり、自己は身体からの影響を被りつつも、自己は身体とは別の固有の存在なのである。回復の物語の語り手が患者役割やテレビコマーシャルにそって行動する以上、生物医学の疾患パラダイムが前提とする機械論的身体観を有することは必然的なことだと考えられる。これらの語り手は、故障した自動車の部品を新しいものに取り替えるのと同じ感覚で、一時的に故障した身体を治療すべき「それ(it)」と見なすのである。そのことは、「私(=自己)は大丈夫だけど、体(=身体)の方が病気なんだ。でもすぐに治ると思うよ。」(同前：125) という描写に端的に表現される。

次に、他者の次元をみるとわかるように、「他の諸身体とのかかわりにおいて、基本的に個々に閉ざされたものである。医療の疾患モデルは、個々の患者が疾患を『持っている(having)』のだという考え方を強化する。そして、この疾患モデルは、個人を自律的な実体と見なす近代主義の着想とうまく接合する。」(同前：124) 前述したように、身体の次元では語り手の身体は自己と分離されていたが、語り手の中で自らの身体と自己が分離されていることは、自ずと他者との分離につながると考えられる。

次に、欲望の次元をみるとわかるように、回復の物語の語り手の身体は、『『それ』であるとしても、治療されることを欲している。つまり、欲望は産出的であり続けている。』(同前：125) つまり、回復の語りを好んで選択する身体は、「規律化された身体」と「鏡像的身体」のいずれかに位置することになる。

「規律化された身体」について述べる前に、「規律(discipline)」について言うと、それは、近代社会において役に立つ身体を大量に生み出すために、作り出された管理技術のことを指す。従って、「規律化された身体」

とは、「自らの生活に対する統制的な働きかけのもとに形作られる身体」(同前：9)と規定される。しかも、「規律化された身体」の特徴は、その身体を統制する個別の自己が自らのうちに不可視の権力による強制、たとえば「よく働け」「よく勉強しろ」「真面目に取り組め」「姿勢を正せ」等々といった近代的な社会規範を内面化するとともに、それに対して責任を持つことで「自発的に」その強制を自分自身へと向けることになる。そのため、個々の自己は権力が強い規則や規範から逸脱しないようにと、自己自身の行動を常時監視すると同時に、自らの身体を統制することになる。この場合の各個人は、自分が同時に「監視される者—監視する者」といった二役を演じる権力関係を自らのうちに組み込んで、自分が自らの服従強制の本源になるのである。従って、「主体的である」——「自らを律する人間である」——ということは、匿名で不可視の権力(システム)に「自発的に服従すること」に帰着してしまう。そうしたシステムについてフーコーは、「主体=臣下(Sujet=sujet)」という円構造として明らかにしたのである。

以上述べたことを患者役割の文脈で述べると、「規律化された身体」とは、患者が生物医療を中心とする医療制度が要請する患者役割に自発的に服従する身体および自己のありようのことである。具体的には、患者は、医療が求める健康的な生活基準に合わせて自らの生活を管理し続けることである。健康のためにはどのような生活をすべきなのかということを念頭に、患者は自らの生活を律するのである。そうした生活基準は、前述したように、外にあるのではなく、患者自身の中に内面化されている。そうした生活管理を維持するためにも、医療または代替医療が求める規律に従順な「規律化された身体」が不可欠になるのである。従って、回復の物語の語り手は、「規律化された身体」を有することで、医療が目指す「健康」に向けて生活管理を維持することを欲望する。その欲望は患者役割の実現のみを目指すという意味で偏っているにもかかわらず、その欲望は産出的であると言える。

そして、こうした「規律化された身体」の背面に、「鏡像的身体」が位置している。「鏡像的身体」とは何かと言うと、それは、J. ラカンの「想像界」の中に生きている身体のことである。つまり、「自己の外部に提示された身体像、特にマスメージの中に反復される身体像を理想とし、これを模倣しようとするところに構築される身体」(同前：9)を指す。

ラカンによると(中井、2004：16-24)、生理早産説が指摘するように、未完成もしくは無能力状態で世界に押

し出されてくる乳児が、神経系の未成熟のために、自らの身体を統一的に捉えることができず、バラバラに寸断された身体の不安、すなわち世界との原初的不調和に耐えている。ところが、生後6ヶ月から18ヶ月頃になると、いままで神経系の未発達のため、空腹・糞便や母親の乳房・声・まなざしなど断片的な諸感覚だけの寸断された身体イメージしか持ち得なかった幼児は、鏡像段階という発達過程を経て自分自身の統一的な姿を獲得していく。つまり、鏡像段階では、幼児が視覚神経の発達にともない、鏡に映った像（鏡像）を自分自身の統一的な姿（像）として先取りする形で同一化していく。このように、鏡像段階とは、幼児が鏡（鏡のない場合は、身近な大人、特に母親）を通して理想的な自己像を獲得し、いままでの寸断された自己イメージを克服するプロセスだと捉えることができる。それはまた、乳児の自我の発生を意味する。

ところが、鏡像段階によって獲得された自己イメージは、鏡像が自分だけでなく、母親をはじめ他者のまなざしにもさらされることによって自己疎外をとまなうがために、他者および外部（社会）の基準に影響されざるを得ない。従って、たとえば乳児の場合、自らの欲望と母親の欲望との区別がつかず、乳児は母親との同一化を欲望することになる。その後、エディプス期を経て幼児が母親との一体感を脱してから、自らの欲望は外の基準、特にマスメディアが生み出すイメージに左右されることになる。私たちがマスイメージを通して消費活動に駆動されるのは、大人になってからもフランクのいう「鏡像的身体」を生きてしまうためである。

このように、ラカンの欲望としての「鏡像的身体」は、子どもが求める無限の要求、すなわち果てしのない欲望として発現する。ただその一方で、回復の物語の語り手が有する「鏡像的身体」は、致死の現実に対抗しつつ、自らの身体を、医薬品などのテレビコマーシャルを通してイメージ化される「健康な身体」——“良い身体”や“スリムな身体”——へと同一化させようとする。それは外のイメージと合わせて自らの身体を消費することである。そして、「イメージへの自己同一化は、個人が想像界の中にのみ生きてしまう時にはじめて神経症的なものとなる。」（Frank, 1995=2002: 217）

回復の物語の語り手が患者役割の実現に向けて「規律化された身体」を生きることを欲望するにしても、テレビコマーシャルが作り出す複数のイメージへの同一化に向けて「想像的身体」を生きることを欲望するにしても、結局のところ、近代主義的な致死の現実の解体に邁進するものでしかない。総じて、「修復可能な身体」は、語

り手がどこまでも外の基準に自らを合わせるという意味で、真正の意味において病いの語り手とはなり得ないのである。回復の物語が慢性疾患や死が迫りつつある患者にとって無意味であることも含めて、それは病者を能動的な語り手（フランクの言葉で「英雄」）へと高めてくれない。むしろ、回復の物語の語り手（「英雄」）は医療従事者やテレビコマーシャルであり、患者もしくは病者は自らの経験を「植民地化」（同前：29）される存在にすぎないのである。

ここでいう「植民地化」というのは、ポストコロニアルの概念である。特に、ポストコロニアル問題とは、宗主国に対する政治的独立後にも、その土地に生きる人々に対してさまざまな形で植民地支配の「負の遺産」が残されるが、そうした「植民地支配を脱した社会」の人たちが生活・文化・知のレベルにおいて残存する「排除」「抑圧」「差別」を指摘し、解放のための闘争を行うといった脱植民地主義運動を指す。なかでも、「植民地主義が不可避的に組み込まれた支配がつくりあげ再生産する社会的諸関係において『従属的・副次的（存在）』あるいは『下層』であることを刻印された人々」（崎山政毅, 2004: 14）を指す「サルバタン研究」が知の運動として先駆的である。フランクは自らの病いの体験記を記した著書の中で、「患者になること、つまり医学の領土として植民地化され、自分のドラマの観客となることによって患者は自分を失っていく」（Frank, 1991a=1996: 80）というように、医療による患者の身体の「領土化＝植民地化」を批判している。

このように、フランクは、医療制度が生み出す、身体や経験の「植民地化」をポストコロニアルという表象文化のもとで批判的に捉え直したのである。そして彼は、「病いを体験している人間として自分を認識しつづけること、医学によって支配された舞台の上で自分のからだは自分の領土だと主張すること」（同前：82）を脱植民地主義運動として提言している。

（3）外挿された自己物語

次に、③自己物語と関連づけて述べると、「回復の物語においては、病いの起源は明示されないまま、機械的模型図の上にとらえられた身体の不運な故障と見なされる。」（Frank, 1995=2002: 128）この点については前述した通りであるが、フランクの言葉で補足すると、「個々の語り手にとって、物語の結末は、その始まり以前の状態、つまりは『新品になったみたいに調子がいい』状態、あるいは旧状（status quo ante）に復帰することである。」（同前：130）また、「回復の語り手は、病いによって混乱

させられることのない未来を描き出すと同時に、記憶をもまた混乱から守られることになる。……現在の病いは、それさえ取り除けば通常の時間の経過が回復されるような一時的な脱線、一時的な非常信号の明滅でしかない。」(同前) 総じて、回復の物語の場合、その語り手は「自己によって」病いの経験を語るにもかかわらず、「自己について」は何も語らない。繰り返すと、この場合、語り手が「自己について」語っていることはすべて、医療制度(医師)またはテレビコマーシャルのイメージなど外から挿入された物語にすぎない。つまり、回復の語りにおいて自己物語は、ニセの「自己物語」もしくは外挿された「自己物語」なのである。

(4) 回復の語りの力と限界

最後に、④語りの類型が持つ力と限界について述べると、まずその力とは、回復の語りが「病気をありふれたものと見なすことによって、身体の故障に相対する英雄性を示す」(同前:134)ということである。こうした意味での「英雄性」のことをフランクは特に、「ありふれた英雄性(banality of heroism)」(同前:133)と呼ぶが、それは、医療従事者および医療制度の中で回復の物語を語る患者たちが自らの役割を果たしながら、未来に向けて準備を行い、その日その日乗り切ることにより、病いを治したり生き抜いたりすることを指す。勿論、この英雄性は医師をはじめ医療従事者に求められることから、回復の物語を自己物語とする患者は、それによって自己を患者役割へと従属させることになる。とはいえ、回復の語りは、医学および医療技術が著しく進展した現在において、多くの患者たちにとって自らの病いを生き抜く力とはなり得ていることは事実である。

ところがその一方で、「回復の物語の第一の限界は、致死の現実の近代的解体という、明らかな、しかししばしば見落とされてきた限界にある。回復の物語がもはや機能しえない時に、頼りにすることのできる別の物語が用意されていない。回復の物語は、人が死を迎えつつある時、あるいは障害が慢性的に残ってしまう場合は、もはや役に立たない。回復がもたらされない時には、他の物語が準備されなければならず、さもなければ語りの難破が現実のものになってしまうのである。」(同前:135) これら2つについては繰り返し述べてきた事柄であるが、回復の語りおよびその語り手にとって最大の問題は、致死という現実、すなわち死の問題に真摯に向き合わない、正確には死の問題を忌避(回避)するというところにある。その問題との関連で病者が生存の終わりが間近に

迫ってきたとき——余命いくばくかを医師から告知されたとき——、回復の語りの生命力が枯渇して「もはや自分自身については何も言うことがないということを発見する」(同前:137) ことにより、「生命が尽きる前に自己物語が終わってしまうこと」になる。そのとき本当の悲劇は、死そのものにあるのではなく、「その人たちにとって、他には何も言うことがないということが、自分もはや自分自身にとって何の役にも立たないということの意味してしまう」(同前:138) ことにこそある。

言い換えると、私たちは医師や研究者が執筆した著書の中に、間近の死を宣告された当事者が同じ病気に苦しむ人たち、家族の人たち、友人たちに向けて自分自身の生の軌跡を力強いメッセージとして残していくことを知っている(そのことは、慢性疾患や重度の障害を持ちながら日々を懸命に生き抜いている人たちも同様であろう)。こうして、回復の語りは、表層的な生を肯定することに奔走するあまり、生という前提がゆらいだときに対処する術を何ら持ち得ない。その意味では、語り手が病いを自らの経験として語る(語り直す)ためには、回復の語りを否定するまったく別の語り(alternative narrative)に傾聴していくことが必要であると考えられる。

3. 混沌の語り

(1) 定義とプロット

第2の語りの類型は、「混沌の語り」である。混沌の語りとは、「物語としての一貫性と統一性を見いだせぬまま、断続的な言葉の反復において生起する語り」(同前:11)のことである。「混沌(chaos)は回復の対立項である」(同前:139) ことから、「そのプロットは、決して快癒することのない生命の像を描き出す。物語は、その語りの秩序の不在の中で混沌としたものになる。」(同前)「回復の物語が好んで語られるのに対して、混沌の物語は不安をかきたてるものである。混沌の物語を語ることは、近代がそれを乗り越えようとしていた諸々のものごとの勝利を表す。その物語の中では、治療や進歩や専門職制度といった近代の防波堤がひび割れを起こし、その傷つきやすさ、脆さ、無力さを露呈する。」(同前:139-140)

こうした規定からもわかるように、混沌の語りは、私たちが重篤な病気や完治する見込みのない病気(慢性疾患)や死期の告知など自らの生の危機に直面して苦しんだり、不安に苛まれたり、傷ついたりするときに生成されてくるものである。混沌の語り手とは、紛れもなくフランクがいうところの、「傷ついた物語の語り手」となる。

真の意味で混沌にある語り手は、言葉によって語ることはできない。その語り手は（その混沌を）ただ生きられるだけである。というのも、混沌は語り手（当事者）にとってあまりにも近くにあるがゆえに、距離をおいて捉えることはできないからである。「現に生きられている混沌においては、媒介（mediation）は存在せず、ただ直接性（immediacy）だけがある。」（同前：141）

言い換えると、語るという行為は、自らの経験から距離をとることができるからこそ、反省知としてまなごしの対象となり、言葉で表すことができる。従って、語り手が混沌の物語を語るができるのは、混沌という経験から距離をとれるようになってからのことである。混沌の渦中にあるときは、ただその混沌を生きられるだけなのである（なお、こうした知のあり方は筆者が「存在論的転回」[中井, 2007] という著書の中で解明した存在論の思考様式と共通したものである）。「混沌の語り（chaos narrative）と言う時には、それは継続性なき時間、媒介なき語り、自己について完全に反省することのできない自己についての話という意味で、反語り（anti-narrative）を指し示している」（同前）。ここでいう「反語り」とは、「語り得ない語り」または「沈黙」とも置き換えることができる。どのような表現を使うにしろ、混沌の語りは、プロットの欠落として特徴づけられる。

「しかし、たとえ混沌とした物語が語りえないものであるとしても、混沌の声を聴きとめ、物語を再構成することはできる。」（同前）フランクはそのことを事例を用いて述べているが、結論だけを示すと、次のようになる。つまり、「反物語」としての混沌の語りの①基本的プロットは、「語りがたい沈黙」（同前：142）と「『それから（and then）』の反復」もしくは「『それから、それから、それから』という統辞的構造」（同前）から成り立つ。

こうして、混沌の語りのプロットは、沈黙と「それから」の反復といった「反語り」の構造として規定することができる。また、フランクは「混沌の語りは統制の欠落を前提としている」（同前：143）と述べているが、そのことは、混沌の語りが意識の次元でコントロールすることができないということ、言い換えると、中枢が意識のレベルから身体レベルへと移動することを意味している。だからこそ、「混沌とは、言葉が見通すことも照らしだすこともできない沈黙の中で語られる」（同前：145）しかないわけである。まったく同じことであるが、「混沌の語りは常に語られた言葉を超えて存在する。したがってそれは、語られた言葉の中には常に欠落している。混沌は、決して語るることのできないものであり、語りの中に穿たれた穴である。」（同前）この場合の「語り

の中に穿たれた穴」とは、後述するように、語り手が自己同一性（統合的な人格性）において生きられたことがない経験であるがゆえに、どうしても語り得ないものもしくは言語化を拒むものである。端的に言うところ、それは、トラウマである。トラウマは、そのものが消え失せることによって、初めて何かがあったことを想起させるところの痕跡なのである。

さて、話を元に戻すと、沈黙と「それから」の反復は、「語り手＝自己」が語る基本的プロットではなく、「もう一人の語り手」とも言うべき「身体」、正確には（語り手の）中枢が意識レベルから身体レベルへと移された「身体—自己」——わかりやすい例で言えば、無我夢中になり、我（意識）を忘れたときにより一層稼働する身体意識（＝暗黙知）——の基本的プロットであると考えられる。混沌の語りには、あまりの苦しみ、不安、傷つきやすさのために、語り手の意識が充分稼働できず、その身体意識がより一層稼働せざるを得なくなる（形式的には、その状態は、無我夢中の場合と同一であろうが、内容的には、C.チクセントミハイの「フロー経験」（Csikszentmihalyi, 1975=2000）、すなわち「楽しみ（快）」に基づく無我夢中状態とはまったく反対の——つまり、苦の——状態である）。

（2）身体化された混沌

次に、②混沌の語りとの親和性の高い身体について述べると、それは「身体化された混沌」（Frank, 1995=2002：145）と規定される。つまり、混沌の物語の語り手は「身体化された混沌」を前提とするわけであるが、それを基準に4つの次元との関係を図2を参照しながら順次みていきたい。

まず、統制の次元をみるとわかるように、混沌の物語の語り手は、「生の基本的な偶発性によって、統制の取れぬままに押し流されていくものと規定される。」（同前：146）前述した回復の語りとの関係で言えば、混沌の語りは致死の現実、すなわち死の問題、さらには死を暗示させる、病気、障害、老いといった問題群を真摯に受けとめることになる。正確には、致死の現実には偶発的な事柄であることからすると、混沌の物語の語り手はそれをやむを得ざるものとして受け取ることになる。その語り手にとって確かな生の基盤は欠落していて、いつでも激しくゆらいでいる。

次に、身体次元をみるとわかるように、混沌の物語の語り手にとって「自らの身体との結びつきもまた危険である。身体は、疾患と社会的な対応の悪さによる重層的な決定の中でひどく傷つけられてしまっているの

身体的な苦しみがその人の送りうる生活を支配しているにもかかわらず、自己をその身体から切り離すことが生き延びて行くための条件となる。しかし、問題は単に『自己』が自分の身体から切り離されるという以上に複雑である。まだ痛みを経験し始めたばかりの人は、『それ』が『私』を傷つけるのだという言い方をして、この『それ』を切り離してみせることができる。しかし、混沌の物語は、『それ』が『私』を叩きのめして、自己認識がままたなくなってきた時に始まる。混沌の物語は、エレイン・スカリーの言う『世界を解体する』過程の末に語られるのである。」(同前：147)

次に、他者の次元をみるとわかるように、「[[他者に対する] 関係もまた失敗の連続をたどる。したがって、他者とのかかわりにおいては、身体は個々に閉ざされたものとなる。それぞれの内に閉じてしまおうとするこの方向性が、身体の痛みと苦しみに対する承認や支援を見いだすことをますます困難なものにしてしまう。」(同前：146) 他者関係の閉ざされは、前述した自らの身体との分離(自己と身体との分離)と連動している(コインの表裏である)。

最後に、欲望の次元をみるとわかるように、身体が個々に閉ざされたまま、他者とのかかわりがなくすることは、すなわち「慰めを受け取ることができないということは、身体における欲望の欠落を反映するものであると同時に、それを強化するものでもある。」(同前：146-147) 回復の語りにおいてその身体は、規律化された身体であっても鏡像的身体であっても、欲望が産出的であったが、混沌の語りにおいてその身体は、老化とともに、自らのテリトリーを縮小化させるのと同様に、自己を縮小させ、自らの欲望を持たなくなる。それは、子どものように、親にいろいろなことをせがむことも、ごく普通の人のように、新しい靴を買ったり旅行したりすることも、一切しなくなることを、総じて欲望が欠落することを意味する。それは自己愛の喪失であり、生の枯渇である。混沌の語りにおいて、このように失われた欲望をどのように回復させるかが重要になる。少なくとも、その語り手は欲望の欠落を自覚することから始める必要がある。

総じて、混沌の物語の語り手と親和性の高い、身体化された混沌は、統制の次元で偶発的であり、自らの身体とのかかわりの次元で自己から切り離されていて、他者とのかかわりの次元で個々に閉ざされていて、欲望の次元で欲望を欠落させている、ということになる。それゆえ、フランクは、混沌の身体が「支配する身体」の犠牲者となることがあると指摘している。ここでいう「支

配する身体」とは、「他者に対する、力による支配を要求する身体」(同前：10) のことであり、「自らの生の偶発性に対する統制の欠落を、他者の身体に対する支配によって贖おうとするところに生起する」(同前) と定義される。こうした「支配する身体」については、たとえば少年が自分の敬愛する身内の人の死に直面することを契機に見ず知らずの他人(特に、幼い子ども)に暴力をふるったり、ときには殺害したりするといったケースが当てはまると言える(有名な少年事件でそうしたことは実際に起こった)。

(3) 混沌の自己物語

次に、③自己物語と関連づけて述べると、それは、「混沌の自己物語」(同前：149) と名づけられる。つまり、「混沌の語りにおいては、意識は自らの経験に対する統治権を手に入れるための闘いをすでに放棄している。……したがって、混沌の語りは反一語りであると同時に、非一自己物語でもある。」(同前) 繰り返すと、混沌の語りは本質的に物語としては語り得ないものであり、あえて混沌を表現しようとする声(=身体化された言葉)は、「語り得ない沈黙」と「それからの反復」といったプロットならざるプロットとして成り立つのであった。沈黙とは中断であり、その合間合間にかろうじて絞り出される声は、長い沈黙の静寂に包み込まれるのである。身体意識に中枢を譲った意識(自己意識)は、混沌の内側に生きられるしかない。本質的に、混沌の身体は声を持たず、混沌を生きられるだけである。その意味において、混沌の語りは「非一自己物語」というパラドクスを生きられるしかないのである。

ただ忘れてならないのは、後述する「伝達する身体」、すなわち「自らの生の偶発性を引き受けながら、身体と自己との統一的な結びつきを保ち、かつ他者に対して互いに開かれた関係を維持し続ける身体」(同前：11) が、混沌の身体を通じて初めて自己規定を行うということである。そのこととの関連で、後述するように、語りの理想型となる探求の語りは、混沌の語りを契機に醸成されてくるのである。その意味では、混沌の身体が支配する身体犠牲になるという危険性がともなうにもかかわらず、混沌の語りは、語り手が十全に成長を遂げていく上では避けることのできない語りのプロセスとなる。

(4) 混沌の語りの力

最後に、④語りの類型が持つ力と限界について述べると、それは、「混沌の物語に敬意を払うこと」(同前：155) が重要となる。「混沌の物語を生きる人々は確かに

援助を必要としている。しかし、多くの援助者を自称する者たちがとっさに求めてしまうのは、まず何よりも、語り手をこの種の物語〔＝混沌の物語〕から引きずり出すことであり、そしてそこから引きずり出すことが何とかという名前の『セラピー』と呼ばれるのである。混沌を抜け出すことが望まれてしまう。しかし、ケアをする人間はまず何よりもその混沌の物語の証人であろうとする時、はじめて人を支援することができる。混沌は決して克服されるものではない。しかし、新しい生活が立てられ、新しい物語が語られる以前に、混沌が受け入れられねばならない。混沌の中から姿を見せるさまざまな生をケアしようとする人々は、混沌がいつも物語の背景にあり続け、たえず前景へと浮かび上がってくることを受け入れねばならない。」(同前) そのこととほぼ同様のことであるが、「混沌の物語の中にいる者に対して医療スタッフが取りかねない最悪のふるまいは、その人が先へ進むようにと急ぎ立ててしまうことである。先へ進むことは確かに望ましい。混沌は語りを難破へと誘う罠である。しかし、難破状態からその人を押しだそうとすることは、単に経験されていることを否認し、混沌を見逃がすだけのことである。」(同前：156)

これらは、フランクその人しか語り得ない重要箇所であるがゆえに、とりわけ引用が長くなったが、セラピストにせよ医療従事者にせよ、語り手(病者)を混沌状態(混沌の語り)から救い出すために、性急なケアまたは支援を行うことは、かえって混沌または混沌の語りの意味を語り手から奪ってしまうことになる。ただ混沌は語りを難破へと誘うものであるがゆえに、語り手に救命ボートを差しだそうとする意図はよく理解できる。しかしながら、その行為は、回復の物語の語り手と同じく、混沌の身体を修復可能な身体へと安直に回収することではない。従って、臨床の仕事で求められるのは、語り手を混沌から救い出す以前に、「混沌を人生の物語の一部分として受容する力を高めること」(同前：156)である。

4. 探求の語り

(1) 定義とプロット

第3の語りの類型は、「探求の語り」である。探求の語りとは、「病いの苦しみを受け入れ、身体の偶発性に翻弄される生のあり方に、新たな意味の探求の機会を見いだすような語りのこと」(同前：11)である。フランクは、探求の語りについて述べる前に、いままで述べてきた2つの語りの類型と比較している。すなわち、「回復の物語は、病いを一過性のものと見なすことによって

死の問題を遠ざけてしまおうとする。混沌の物語は、深みを流れる病いの暗流とそれによって巻き起こされる困難に吸い込まれていく。これに対して、探求の物語(quest story)は、苦しみに真っ向から立ち向かおうとするものである。それは病いを受け入れ、病いを利用しようとする。病いは探求へとつながる旅の機会である。何が探求されているのかがすべて明確になることはない。しかし、経験を通じて何かが獲得されるのだという病む人の信念が、探求を成立させる。探求の語りは、病む人に、その人自身の物語の語り手として声を与える。探求の物語の中でのみ、語り手は語るべき物語を持つからである。」(同前：163)

以上の論述をみる限り、フランクは、病者が病いを自らの経験として語るができるようになるプロセスは、回復の語り→混沌の語り→探求の語りといった3つの語りの類型もしくは段階を順次経ていくものと考えている。形式的に言えば、それらは順次、非反省的な経験(現状の肯定)→致死の自覚(混沌＝否定)→反省的な経験(自覚された肯定)といった理路となる。ここで注目すべきなのは、現状の肯定となる回復の語り致死の自覚もしくは生の偶発性(偶有性)という絶対的な否定を介して初めて自覚された肯定とも言うべき真正の語りへと進展していくということである。つまり、医療制度や医薬品によって受動的な語り手であることを強いられた患者(病者)は、一旦、病いの苦しみや不安に苛まれることにより、一旦、声を喪失してしまう(＝沈黙)、そしてそうした苦難を乗り越えることにより、傷ついた物語(非-自己物語)の語り手となるのである。繰り返すが、そうした語り手となるためには、そうした苦しみや不安をその語り手自身の人生の一部分として受け入れていくことのできる支援者が必要になる。ところが現実には、そうした語り手のあり方とはまったく反対に、語り手が少しでも早く傷ついた物語の語り手から脱することができるよう、ケアや支援を行う人たちが大半なのである。

ところで、フランクが述べるように、探求の語りにおいては、病者ははじめて自らの病いの経験を自己物語へと変換し、これを自分自身の声で語るができるようになる。探求の語りでは、①基本的プロットは、旅のメタファーを用いて、出立・イニシエーション・帰還という図式として示すことができる。つまり、「第一の段階は、呼びかけとともに始まる出立(departure)である。病いの物語においては、症状が呼びかけ役となる。腫れ物、目眩む、咳、あるいは身体があるべき姿をとっていないことを示すその他のサイン。」(同前：166) 第2の段階のイニシエーション(initiation)は、「試練の道」(同

前：167) であり、病いに付随して生じるさまざまな苦しみという形で表れる。最終段階の帰還 (return) は、「語り手はもはや病人ではないが、……いまだ病いのしるしをとどめた者として帰還する。」(同前) こうして、探求の物語において、病いは旅として語られるのであるが、そのプロセスは、「たくさんの『私は…を克服した』」(同前：168) という英雄の物語となる。回復の語りの場合、医療従事者 (医師) が英雄として語られるのとはまったく対照的に、病者が英雄となるのである。

一般に、出立・イニシエーション・帰還から成り立つ「通過儀礼」のメタファーは、試練を通しての、死と再生となるが、それは自己が変容することである。つまり、民俗社会の通過儀礼においては、人が子どもとしては「死ぬ」が、大人としては「再生する (甦る)」のと同じように、自己は根本的に変容する。死と再生のプロットを有する、通過儀礼のメタファーは、病者自身の自己変容にもそのまま該当するのである。

フランクは、探求の3つの顔として「回想録」、「宣言」、「自己神話」を挙げているが、前述した通過儀礼のメタファーに対応しているのは、「自己神話」である。それは、「自らの身体の燃え残った灰の中から再生する不死鳥」(同前：172) のように、たとえば「重いトラウマと辛苦の病いを経て、自己がまったく新しい姿に再生する」(同前：172-173) のである。

(2) 伝達する身体

次に、②探求の語りと親和性の高い身体について述べると、それは「伝達する身体」と名づけられる。つまり、探求の物語の語り手は「伝達する身体」を前提とするわけであるが、それを基準に4つの次元との関係を図2を参照しながら順次みていきたい。

まず、統制の次元は、「探求する英雄は偶発性を受け入れる。健康についての表面的な統制の放棄することが、より高い次元での統制を可能にするという逆説が、探求の中で学ばれるからである。死に直面することによってはじめて誰にも負けない力を持ちえ」(同前：177) るのである。

次に、自らの身体とのかかわりは統合的となる。また、他者とのかかわりは、互いに開かれていることになる。「伝達する身体はすべての衆生の救済することを望む。」(同前：178)

そして、欲望の次元は、偶発性を受容する。「この偶発的身体の欲望は産出的である」(同前) と同時に、他者とのかかわりの中で自らのために欲望するものとして存在することになる。「物語は、伝達する身体が、今

ある姿へと移り変わってきた自分自身を、これを通じてとらえ返すためのひとつの媒体となる。そして、その物語を通じて、身体は自己を他者へとさしだす。」(同前：179)

(3) 自己物語としての探求と探求の語りの力

次に、③自己物語について述べると、探求の語りは、「自己物語としての探求」(同前) と名づけられる。「最も極端な形をとる変化は、まったく別の人間へと生まれ変わることを求めるような、自己神話的な請求である。[それは]『今後一切、決定的に』変わっていくことを主張する。」(同前：181) ただ「ほとんどの物語は、これほど劇的な変化を語らない。語り手は見いだすのは、まったく新しい誰かなのではなく、むしろ『それまでもずっとそうであった私』なのである。この自己は、新たに発見されるというよりも、自らの記憶に新たに接続されるものである。」(同前)

さらに、フランクは、自己物語の3つの倫理について述べている。「伝達する身体は、互いに開かれたものであるがゆえに、自己物語は決して自己の物語にとどまるものではなく、自己と他者の物語となる。そうした物語を語ろうとするところには、声と記憶と責任にかかわる3つの課題が現れてくる。声を見いだすということは、記憶に対して責任を負う [応答する] ということである。さまざまな探求の物語は、すべてこの声と記憶と責任の交錯を表現している。これによって自己物語は伝達する身体の倫理的実践となる。3つの倫理は、探求の3つの様式と同様、互いに重複しあいながら、物語の語りの中で責任の多様性を示している。」(同前：184-185)

こうして、「探求の語りは、病む人々を責任ある道徳的行為主体と見なす。その主要な行為は証人となることである。」(同前：187) 近代の精神は、医師を病いの物語の「主人公＝英雄」としてきたが、病いの物語の傷ついた英雄は、ただ自らの経験したことを語るだけである。それは、脱近代的な道徳的人間である。こうして、探求の物語と伝達する身体は、語りの理念型であり、あるべき生の形へと向かう究極の目的——決して完全に実現し到達し得ないがゆえに、循環的なプロセスとなる——となる。

V. 道徳的関係性としての証言と証人 ——「語り—聴く」の精神分析——

1. 証言と証人の関係性

これまでフランクの医療人類学の知見を敷衍しながら、語り手の側から語りの類型を順次みてきた。その結果、回復の語りは、患者が医療制度や社会によって付与された患者役割を遂行するものに過ぎず、病気は健康な状態の一時的な中断もしくは逸脱と見なされ、身体が元の状態に戻るよう医薬品や医療技術によって修理されるものであることが判明した。回復の語りでは、英雄は医療の専門家（特に、医師）であり、患者はその社会統制の担い手に服従する限りにおいて自己物語を展開することができたのである。そうした患者役割の実現は、患者にとって経験の植民地化、すなわち自らの身体という「領土」を医療に差し出すことを意味する。そのことはまた、クラインマンが明らかにした、民俗的な知識から成る患者（病者）の説明モデルが生物医学の説明モデル、特に疾病パラダイムへと組み込まれていくことを意味する。

それに対して、混沌の語りは、病者にとって語りのプロットを見失うほど、苦しみと不安に圍繞されていて、ただその混沌を身体レベルで生きられるしかない「反—語り（アンチ・ナラティヴ）」であることが明らかになった。

ところが、この、「反—語り」としての「混沌の物語」こそ、すべての病いの語り（物語）に通底する「声」であり、病いの語りに耳を傾ける聴き手は、この混沌の語りを敬意を払って受け取らなければならない。病者が語る混沌の物語をどれだけ聴き入ることができるかが聴き手自身の語りへの感度の尺度となる。セラピストや医療スタッフのように、病者を急き立てて混沌に秩序を与えることは、聴き手が成長する契機を取り逃がすことになる。

そして、最後の「探求の語り」において病者は、病いを自らの経験として引き受けるとともに、それを傷ついた物語の語り手として「苦しみの教え（pedagogy of suffering）」（同前：202）、すなわち証言を他者に向けて伝えようとする。「苦しむことは教えることである」と見なすことによって、病む人々は行為主体としての力（agency）を取り戻す。証言は、専門的知識と並ぶ同等の地位を与えられる。苦しみの教えは、近代医療やこれを支える病人役割などの理論にとってかわるものではない。むしろそこに開かれているのは、病者に対して応

答する際に要求される複数の枠組みの間を移動する可能性である。」（同前）近代医療は、前述したように、パウマンのいう致死という現実の解体に邁進する過程で苦しみを統制すべきものと見なしてきたが、脱近代の病いの文化は、苦しみを人間の実存のあり方として受け入れる必要性を承認している。しかも、苦しみの教え（証言）は、本来、個々の身体の傷つきやすさと痛みと結びついたものであり、個々人によって差異が生じるものである。苦しみの教え（証言）は、病む人々にとって共通の社会的倫理となり得るが、その証言が真正の意味で社会的倫理となるのは、苦しみが個々人（個々の身体）によって差異を有するという、すなわち多声的なものであるということ承認した上で、そうした多声的な声があるがままの姿で言語化することによって、である。多声的な声を承認した上での合意形成およびその中での、個々の声の正統化にこそ、J.ハーバマスの近代のプロジェクトとは異なる、新たな社会的倫理が見出される。繰り返すと、苦しみの教え（証言）は、多声的な声を言語化することによって脱近代の社会的倫理となり得るのである。

ただ再度、注意を促さなければならないのは、フランクが伝達する身体が中断を乗り越えて証言へと転じること、すなわち病者が傷ついた物語の語り手として新たな物語を探求することに道徳的責任を見出しながらも、その背後に混沌の身体を保持したまま、物語が展開されていく可能性を述べていることである。フランクが考えるこうした語りの二面性については銘記される必要がある。

こうしてみると、傷ついた物語の聴き手に求められるのは、混沌の語りが生きられたまま伝える「声」に傾聴し、徐々にそれを引き受けながら、病いの語り手をしてどのように探求の語りを実現せしめるのか、ということに帰着する。その課題についてフランク自身は、S.フェルマンよろしく、多くのユダヤ人が受苦を被ったホロコーストを表象しながら、病いの語り手と聴き手を、「証言」と、それをめぐる「証人」といった関係性において捉えることを提案している。つまり、病いの語り手には「証人」として自らの経験とその苦しみを他者に向けて語りかける責任を、聴き手にはそれを「証言」として受け取るとともに、その「証言」に立ち会った「証人」として、新たな語りを構成（編集）していく責任を負うことを、各々求めている。その結果、傷ついた物語の語り手は、苦悩を個人の中に閉じ込めた物語ではなく、聴き手と語り手の関係は、同心円的な広がりをもって現在とともに生きる私たちすべての問題として差し出されることにな

る。それは多くの潜在的な他者——聴き手であると同時に、語り手にもなり得る——に向けて苦しみの共同体を創出していくものである。フランクはそれを表した代表的な作品として、R.F.マーフィーの『ボディ・サイレント』(Murphy, 1987=2006) やO.サックスの『左足をとりもどすまで』(Sacks, 1984=1994)などを挙げている。

2. トラウマをめぐる語り手と聴き手の相互性

以上、探求の語りおよびそれと親和的な伝達する身体においては、その語り手と聴き手が「証言—証人」関係となり得ることが判明したが、その関係の具体的なあり方(やりとり)については複雑であることから説明を要する。この関係については明らかに、フェルマンの精神分析(正確には、フロイトの精神分析を活用したフェルマンの精神分析)が適用されていると考えられる。

フェルマンは、S.フロイトの精神分析に基づきながら、女が語ること、書くことの困難性を探求している。彼女は、女が男性的な精神に依拠しながら女が自伝を書くことを批判的に論究しているが、ここでは彼女自身が構築した新たなフェミニズム評論という文脈においてではなく、それを実践するにあたって参照したフロイトの精神分析という文脈において、語り手と聴き手の関係論を述べることにしたい。

ところで、フェルマンが依拠するフロイトは、最初、神経症患者との面談を通して、その患者が幼少期に近親者や知人から、近親姦をはじめ性的な誘惑や攻撃・虐待を実際に受けることにより、無意識の中に「抑圧された記憶」をしまい込んだと捉えた。その「抑圧された記憶」は、患者の症状の原因となって何らかのショッキングなことを契機に何度もフラッシュバックされてくるものと見なした。そして、フロイトは、神経症患者が寛解するためには、患者自らが原因となるその「抑圧された記憶」を想起させ、言語化させることが必要だと考えたのである。こうしたフロイトの、精神分析的な病因論と治療論は、功を奏して多くの神経症患者たちは治ったのである。このように、神経症(当時は、ヒステリー症)の原因は幼少期の性的抑圧・攻撃にあると捉えるフロイトの精神分析は誘惑論、理論モデルとしては局所論と呼ばれる。

ところが、その後、フロイトは多くの神経症患者との面談を重ねるうちに、患者たちが面談の中で話した語り(告白)が実際に起こったことではない、もっと言えば、「偽りの記憶」をしているということを見出した。つまり、患者の告白は、事実ではなく、むしろ患者自らが生み出した幻想に過ぎないことが判明したのである。そ

のため、フロイトは自ら構築した誘惑論および局在論を改編し、新たに幻想論および構造論を打ち立てた(ただ、こうした理論の修正について、反教育学の立場に立つA.ミラーたちによって、フロイトが当時クライアントであった上流階級の人たちからの反発を配慮して政治主義的歪曲を行ったと批判されている。また、フロイトによる誘惑論の取り下げがアメリカで頻発している児童虐待への対応を遅れさせたと批判されている)。

フロイトの転向はともかく、ここで注目すべきことは、患者たちがフロイトとの面談を通して「偽りの記憶」を想起し、そして想起したことを言語によって語るにもかかわらず、そうした言語化するという行為が多くの患者たちの治癒や回復につながったという事実である。繰り返し強調すると、この場合、患者たちにとっては、偽りの記憶を言語化するという内容面よりも、真偽を超えて「言語化する」という形式面の方がより重要な行為になるわけである。言い換えると、患者たちは偽りの記憶を通して自らの記憶や経験(心的現実)を語る以外に、何ら術がないと考えられる。正確に言うと、患者たちはフロイトとのかかわりの中で共同的に生成したフィクショナルな語り(=共同制作された物語)を通して自らどうしても名指すことができなかったことや表出・表現できなかったことを探り当てることで心の傷を癒すことができるということを知り得たのである。フロイトの立場からすると、そのことは、真実(事実)とも偽り(幻想)とも確定することのできない——それゆえ、偽りと判断せざるを得ない——、患者自身の心的現実と向き合うことができたということを意味する。ここでいう「患者の傷」または「患者の心的現実」とは、フロイトが「外傷(Trauma)」と名づけたものである。

フェルマンはフロイトを参照しつつ、次のように述べている。「トラウマは、思い出すことのできない記憶であるが故、それを『告白』することもまた出来ない。そこで、話し手が所有していないこと、手にいれることが出来なかったことを、話し手と聞き手が協力して取り戻し、トラウマの内容を話し手に証言させてやらなくてはならない。」(Felman, 1993=1998: 28)つまり、フロイト/フェルマンは、トラウマの話し手(患者)がどうしても想起することのできないこと、すなわちトラウマ(の内容)をその「話し手と聞き手(分析家)が協力して」物語を共同制作することを通して話し手に「証言させてやる」ことが必要になる。トラウマは、話し手(語り手)と聞き手(聴き手)によって共有される物語を通して発現してくるのである。「自分についての物語を、私たちは自分では理解出来ず、自らの口で語ることも出来ない

でいる。でも、私たちは、他人の物語を通してならそれを語ることが出来る。」(同前:32)

トラウマは名づけ得ないもの(何であるか言い当てることのできない何か)であり、抑圧されたものであり、直接名指すこと、語ることはできない。従って、語り手は自らの自己同一性もしくは統一的な人格を保持したまま、トラウマを名指したり語ったりすることはできない。ラカンの言葉で言えば——前述したように——、それは語りに穿たれた「穴」である。それゆえ、トラウマを示すためには、一緒に物語を生成してくれる他者(聴き手)が必要になる。もっと言えば、その他者は、誰でも良いと言うわけでは決してなく、フロイトのように、注意深いもしくは思慮深い聴き手であることが必要になる。そして、分析家は他の物語を持ち出しつつ——自らの欲望を交えつつ——、患者のトラウマを共同的に物語へと構成することによって患者は治癒していくのである。

さらに注意すべきことは、フェルマンが語り手が聴き手を通して他人の欲望や物語を提供されることによってトラウマについて語ることができたことに際して、「生き延びるためには、必ず死ぬという経験を経なければならない」(同前:28)と述べている点である。

フェルマンの理論を介して明確化されたように、病者(語り手)がどうしても想起することのできない記憶、すなわち語り得ない何かとしてのトラウマは、他者(聴き手)が提供する他の物語を素材としながら、双方によって共同的に構築される物語を通して言語化される、そしてその代償として「死ぬ」。ところが、そうした「死」によって得た、語り手の「証言」は、その「証言」の「証人」である聴き手が今度は、語り手へと転じることによって語り継ぐことになる、さらに、その語りは潜在的な聴き手との出会いを通して語り継がれることになり、……と繰り返され、広がっていくことになる。語り手は、語りの中に穿たれた「穴」としか表現しようのないトラウマを「何かがあった」という形で事後的に語るだけ、「証言」するだけである。トラウマは言語化した途端に消失されてしまうところの何かであり、痕跡である。それゆえ、語り手と聴き手とのあいだで自ずから姿を現すことがないにもかかわらず、その何かがあることによって両者のかかわりに生命を宿すものである。それゆえ、語り手と聴き手との共同体において集団的に語り継いでいくしかないのである。フランクが、病いの語りが道徳的関係性を形成すると同時に、道徳的共同性のメディアとなることを強調したのは、以上のような理由からである。それらは、脱近代の道徳なのである。

以上、フランクが提示する、病いの語りとその理路について詳細に述べてきた。最後にその道筋を筆者なりに要約しておきたい。

病者は、自らの身体に課せられた疾患やトラウマ、あるいは慢性的な痛みや苦しみにによって生(人生)の中断を行う。つまり、病者の語り手としての物語は、難破によってその海図と目的地を見失うところから始まる。病いの物語は、生が病いによって中断されたものであると同時に、その中断をめぐって語られるものとなる。そして、病者は新たな物語を探し求めようとするが、逡巡し、今度は痛みや苦しみが病者自身の身体や自己に課している沈黙に行き着く。やがて病者は、混沌の身体に耐えながら何とかして声を見出す。そして、病者は潜在的な他者(聴き手)との出会いを通して、自らの痛みや苦しみを傷ついた物語の語り手として聴き手に向けて証言する。一方、聴き手は、証言に立ち会い、受け取る証人となり、今度は証言されたものを新たな物語として語る者へと転じていく。このような、潜在的な語り手と聴き手との相互的な関係性の中で傷ついた物語は、集団的な語り継ぎ(時間・歴史)と循環的な広がり(空間)において進展していくことになる。

文献

- Anderson & Golishian, 1988 Human Systems as Linguistic Systems : Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory, *Family Process*, 27.
- 浅野智彦 2001『自己への物語論的接近—家族療法から社会学へ—』勁草書房.
- Bauman, Z. 1992 *Mortality, Immortality, and Other Life Strategies*, Stanford University Press.
- Berger, P.L. & Luckmann, T. 1967 *The Social Construction of Reality : A Treatise in the Society of Knowledge*, Anchor Books. (P.L.バーガー, T.ルックマン, 山口節郎訳『日常世界の構成—アイデンティティと社会の弁証法—』新曜社, 1977年.)
- Bruner, J. 1986 *Actual Minds, Possible Worlds*, Harvard University Press. (J.ブルーナー『可能世界の心理』田中一彦訳, みすず書房, 1998年.)
- Csikszentmihalyi, M. 1975 *Beyond Boredom and Anxiety*, Jossey-Bass Publishers. (M.チクセントミハイ『楽しみの社会学』今村浩明訳, 新思索社, 2000年.)
- Frank, A.W. 1991a *At the Will of the Body : Reflections on Illness*, Houghton Mifflin Co. (A.W.フランク『か

- らだの知恵に聴く—人間尊重の医療を求めて—』井上哲彰訳、日本教文社、1996年。)
- Felman, S. 1993 *What does a Woman What?*, The Johns Hopkins University Press. (S. フェルマン『女が読むとき女が書くとき—自伝的新フェミニズム批評—』下河辺美知子訳、勁草書房、1998年。)
- Frank, A.W. 1991b *From Sick Role to Health Role : Deconstruction of Parsons*, Robertson, R. & Turner, B.S. (eds.), *Talcott Parsons : Theorist of Modernity*, Sage Publications. (A.W. フランク「病人役割から健康人役割へ—パーソンズの脱構築—」, R. ロバートソン & B.S. ターナー「近代性の理論—パーソンズの射程—」中久郎・清野正義・新藤雄三訳、恒星社厚生閣、1995年。)
- Frank, A.W. 1995 *The Wounded Storyteller : Body, Illness, and Ethics*, The University of Chicago Press. (A.W. フランク『傷ついた物語の語り手—身体・病い・倫理—』鈴木智之訳、ゆみる出版、2002年。)
- Kleinman, A. 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture : A Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, Basic Books. (A. クラインマン『臨床人類学—文化のなかの病者と治療者—』大橋英寿訳、弘文堂、1992年。)
- Kleinman, A. 1988 *The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books. (A. クラインマン『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学—』江口重幸、五木田紳、上野豪志訳、誠信書房、1996年。)
- Murphy, R.F. 1987 *The Body Silent ; The Different World of the Disabled*, H. Holt. (R.F. マーフィー『ボディ・サイレント』辻信一訳、平凡社、2006年。)
- 三脇康生・岡田敬司・佐藤学 2003 「学校教育を変え
る制度論—教育の現場と精神医療が真に出会うために—」万葉舎。
- 中井孝章 2004 『頭足類画の深層／描くことの復権』三学出版。
- 中井孝章 2006 『物語論的転回—教育臨床学研究序説1—』日本教育研究センター。
- 中井孝章 2007 『存在論的転回』日本教育研究センター。
- 波平恵美子 1994 『医療人類学入門』朝日新聞社。
- 野口裕二 2000 「サイコセラピーの臨床社会学」, 大村英昭, 野口裕二 (編)『臨床社会学のすすめ』有斐閣。
- Parsons, T. 1951 *The Social System*, Free Press. (T. パーソンズ『社会体系論』佐藤勉訳、青木書店、1974年。)
- Sacks, O.W. 1984 *A Leg to Stand on*, Summit Books. (O. サックス『左足をとりもどすまで』金沢泰子訳、晶文社、1994年。)
- 崎山政毅 2004 『サバルタンと歴史』青土社。
- Synnott, A. 1993 *The Body Social: Symbolism, Self and Society*, Routledge. (A. シノット『ボディ・ソシアル』高橋勇夫訳、筑摩書房、1997年。)
- 田垣正晋 (編著) 2006 『障害・病いと「ふつう」のはざま—軽度障害者どっちつかずのジレンマを語る—』明石書店。
- 田村 毅 2003 「インターネット・セラピーへの招待—心理療法の新しい世界—」新曜社。
- 上田紀行 1990 『スリランカの悪魔祓い』徳間書店。
- 浮ヶ谷幸代 2004 『病気だけど病気ではない』誠信書房。
- 竹田青嗣 2008 「『無意識』とは何か」, 竹田青嗣・山竹伸二『フロイト思想を読む—無意識の哲学—』日本放送出版協会, pp.232-281。

病いの身体とナラティヴ

— 医療人類学の射程 —

中井 孝章

要旨：病いをめぐる説明モデルは、病者（当事者）、家族、知人、医師、看護師などさまざまな立場から構成されるにもかかわらず、近代社会では生物医学を中心とする医師の説明モデルが支配している。そうした状況において医療人類学は、生物医学の説明モデル（疾病モデル）によって軽視されがちな病者の病いの経験と語りを医療やケアの中心に据えることを唱える。病者またはその家族が傷ついた物語の語り手として病いの経験を語る中にこそ、医

師やケアにとって重要な手がかりが見出されるのである。

本論文の目的は、医療人類学の先駆者、A. クラインマンと、自ら慢性疾患患者であると同時に医療社会学の研究者である A.W. フランクを手がかりに、病者やその関係者が苦しみや悩みの経験を語ることの重要性を強調するとともに、その語りが多くの証人を得て社会的問題へと拡張していく理路を論述することである。特に、病いをめぐる語り手と聞き手のミクロの関係性が証言と証人というマクロの道徳的関係性へと進展していく様相を心の病いとしてのトラウマを通して精神分析モデルとして解明した。