

保健医療と物語的思考：語りや民族誌がなぜ必要なのか？

江口重幸*

Narrative Thinking and Health Care

Shigeyuki Eguchi

Tokyo Musashino Hospital

キーワード

医療人類学 medical anthropology

文化精神医学 cultural psychiatry

語り narrative

臨床民族誌 clinical ethnography

人間の苦境 human plight

I. はじめに

保健医療の世界では、今日ナラティブが流行現象となりつつある。それは邦訳もある英国での『Narrative Based Medicine』¹⁴⁾の出版や、アメリカColumbia大学を中心とするNarrative Medicineの普及に代表される。後者の合衆国における流行は、2004年4月18日付の『New York Times Magazine』に、「The Writing Cure」という長文記事（Melanie Thernstrom署名）として紹介されている。しかしそれは、医学生に対して語りや文学を教えることの魅力とともに、narrativeという売れるコピーを用いた一種のmovementではないかと揶揄をまじえた内容になっている。いまや「ナラティブ」が売れる時代なのである。

このような流行には、Biomedicineや Evidence Based Medicineの、医学・医療領域への覇権的支配という背景があって、それを補完（やや正確に言えばそれに寄生）

* 東京武蔵野病院

している部分があるようにも思われる。というのも、Biomedicineや EBMが単独で圧倒的な力を発揮する領域は限られているし、どう考えても一般の生活者の病いや苦痛の経験のすべてをカバーすることはできそうにないからだ。それは逆にnarrativeが支配する領域をますます拡大しているようにも見える。いずれにしてもnarrativeの強調は、医療や看護や福祉領域で、あるいは臨床の場で、本当にシンプルで基本的な「語り一聴き取る」という関係がいかにか成り立ちづらくなっているか、いかにか困難になっているかということをはっきりさせた。その傾向は今後も拡大し続けるであろう。

私はこれまで、医療とくに精神科臨床を医療人類学や医学史と結びつける作業をしてきた^{5~9)}。そして極言すれば、今日の保健医療福祉の抱えるさまざまな問題が、(例えば「患者中心の医療やケア」や「リスクマネジメント」等の例であっても)医療人類学や民族誌的な回路を取り入れない限り解決できないと考えている。こうした立場から、私自身がこの領域に関心をもった経過をふりかえり、初期の医療人類学の諸概念をたどりながら、保健医療領域において語り(narrative)や民族誌(ethnography)のもつ意味を考えてみたい。

II. 民族誌的アプローチの原点

私が医療人類学や民族誌に目を向けるようになった契機は、20数年前に関西の一山村で行ったフィールドワークであった。それは私の原点ともいえる出来事である。

叔母と甥にあたる2人の患者が相前後して入院してきて、いずれも「狐憑き」と考えられた事例である。彼らはどうやら入院前もその後も、占いやお祓い等の宗教儀礼や民間療法に頼っていて、そこでは精神科薬の中断が勧められていた。甥にあたる青年は受診までにさまざまな宗教者の下で治療を受けた後長らく縛られて放置され、また叔母にあたる女性も、結局占いで言われたとおり家族皆で家を新築することで治ってしまったのである。

私は、臨床場面の齟齬と予想外の転帰の背景を知りたいと思い、この山村に直接赴いて、さまざまな人物から、村での日々の生活について、独特な宗教観や宗教体験について、そして人間関係の緊張や苦悩について話を聴くことを思いついた。事例を取り巻く詳細や、この村の人々の生活観や人生観、伝統的な宗教儀礼や強烈な宗教的経験についてここでは詳細に描写できないが、この村には数年間通うことになり、それをもとに後に比較的長い論文にまとめてまとめることになった³⁾。

私はこのK村において共有されている憑依現象を以下のように分析した。

- ① このK村を含む旧M村一帯の蛇と狐をめぐる民話や神話群：土着と渡来系の存在。
- ② 村の神社の「回り神主」制度や、御籤と神下りを通した神秘的経験の共有化。
- ③ 狂言「釣狐」の存在やさまざまな山岳修行者の憑依モデルの流布。
- ④ 「狐憑き」の集団的・周期的な流行。

こうした基盤が戦前まで大きく支配してきたが、戦後、市街地への道路が通り、冬の深い雪でも交通が可能になった。すると逆に工場に出て行く者、村内への工場の誘致が起り、夫婦単位で一生懸命働く伝統的な山仕事に就く者が少数になる。こうして1950年代から大きな変化が見られ、憑依・非定型病像、「文化依存症候群」としての「K村病」と呼ばれるものが現れて、伝統的な宗教的治療儀礼だけでは治癒に至らないいくつかの事例が出現するようになった。私は前者を《憑依複合》とし、これらが戦後の新たな《「普遍症候群」複合》への移行期にあると考えた。その具体例として、先の2人の狐憑き事例は解釈できるのではないかと考えたわけである。つまり、宗教的なセットである、「(貧・病・争等の) 受苦—巫病—憑依—祓いの儀礼—宗教的安定」とされていたものが、「葛藤—前哨症状—急性症状—精神科治療—症状離脱・病識」として再解釈され、分節化され、それらが部分的に重複したまま複雑な断面をのぞかせる「塊」として切り出され、機能していることに気がつくようになった。

私は、事例の背後にあり、症状形成や治療過程に決定的ともいえる影響を及ぼしているこうした歴史的・宗教的な文脈を、精神科疾患を修飾する文化的な夾雑物であるといって削ぎ落とすことなく臨床的理解に結合できないものかと考えた。

Ⅲ. なぜ医療人類学か

1970年代～80年代に、こうした文化的コンテクストを臨床に結びつけようとしていたのは、初期の医療人類学の、とくにEisenbergや Kleinmanが定式化した、「疾患 (disease)」と「病い (illness)」の二分法や、「説明モデル (explanatory model)」という概念、そしてGoodらの「意味を中心としたアプローチ」が代表的なものであった。彼らHarvardの社会医学グループは、当初からさまざまな論争に晒されながら、疾病の社会・文化的な側面を明らかにし、それを医療批判だけに向けるのではなく、逆に再び医療の豊富化につなげるという困難な作業にこだわったのである。批判しつつ実践するという一種引裂かれた基本的スタンスが当時の私には魅力的であり、臨床

的視点もそれらに刺激されて深化していった。

私はその後、憑依等の「典型的」な人類学的対象から離れて、一般の精神科臨床に戻ろうとした。しかし、次に移った総合病院で主要な仕事になった一般科や末期患者のケア（リエゾン精神医学）においても、山村で突き当たったのと類似の経験をするようになった。もちろん個々の疾患をめぐる知識はある程度はあったが、治ることない慢性の病いや、次第に末期へといたる患者の「病いの経験」について知ることはなかったし、反対に医療者として、そうした側面から目をそらし、ケアの対象として適切に扱うことをかえって回避するようにふるまってしまう逆説に気がついたのである。そうした困惑や困難をもとに末期患者の語りを中心に短い論文にまとめ⁴⁾、並行して職場の同僚とKleinmanの『病いの語り』¹⁷⁾を読み進み（結果的には翻訳までしたが）、こうしたジレンマを何とか克服したいと考えた。慢性疾患をかかえた患者の文字通りの「病いの語り」を真正面から論じたのは当時この書物をおいてなかったように思う。こうした経過で、医療人類学や民族誌的視点を具体的な臨床の場に取り入れることの重要性を本格的に認識していったのである。

IV. 医療人類学が保健医療にもたらす視点

医療人類学が従来疾病観にもたらした一連の視点の転換について、これまでに何度か論じたことがあるが、ここで簡単にふり返っておく。というのも、こうした視点は北米ではもはや常識化しており何の注釈もなしに流通しているからである。今学会のGood教授の講演でも、その議論の基礎に以下の一連の視点の蓄積があることは強調されてよいだろう。

まず第一は、疾患 (disease) と病い (illness) との二分法である¹⁰⁾。つまり、医学モデルにしたがって、医療専門家が、いわば「外側」から分類しカテゴリー化するものである「疾患」と、患者やその周囲の者が、いわば「内側」から経験する「病い」とを、分けて考える必要があるということである。これらは、それぞれ独特な接近法、Bruner¹⁾の言葉を使うなら、前者は「科学—論理的思考モード」を、後者は「物語的思考モード」を必要とすることになる（文献5：p.38表を参照されたい）。二番目は、こうしたものをもとに患者と治療者がそれぞれ形成する「説明モデル (explanatory model)」の想定である。一般の医療者にとって、治療過程とは、医学的な真理を患者にどう噛み砕いて伝えるかという問題とみなされがちだが、そうではなく、医療者

側と患者側の、二つの本質的に異なる「説明モデル」が相互交渉の過程でどれだけ接近（ないし乖離）するかという力動的過程として見直されることになる¹⁶⁾。以上二つを頭の片隅に入れておくだけでも、臨床やケアはずいぶん治療的なものへと組み変わるはずである。

加えて三番目として、Good夫妻らが挙げた「意味を中心としたアプローチ」¹¹⁾がある。これは、「人間の病いは基本的にsemanticな、つまりmeaningfulなものであり、すべての臨床的実践は本来的にinterpretiveな、つまり“hermeneutic”なものである」とする視点である。ここではいわゆる「物語論的転回」「解釈学的転回」が大幅に視野に入れられている。

初期の医療人類学が提起した以上の基本的視点は、すでに「古典的」とみなされていて、これだけ取出すと当然すぎるもののようにも思われる。しかし実はきわめて大きな視角の転換をもたらすものであった。英国の医療人類学者 Littlewoodは、それを、「疾患カテゴリーから文化的コンテクストへ」²⁰⁾という言葉で簡潔にまとめている。これは、通常のbiomedicalな視点から文化的な事柄を扱う時に決まって持ち出された前提である、疾病の本質的な（pathogeneticな部分である）「形式」に結びついた「典型」と、二次的な（pathoplasticな部分である）「内容」に結びついた「亜型」とを分けて考える視点に根本的な疑問を投げかける。つまり、文化的な夾雑物（＝外皮）を剥ぎとっていったら必然的に疾病の生物学的なentityにいたるとする従来の典型・亜型問題の前提自体が、欧米の自文化中心的な先入見ではないかという批判を Littlewoodは展開した（彼はこうした先入見をArtichoke型、あるいはRussian Doll型バイアスと呼んだ²¹⁾）。これはKleinmanが、欧米で流通する疾患カテゴリーを、それが無いところに持ち込んで共通尺度のごとく具体的事例に押し当て、その疾患の普遍的存在を論じる姿勢を「カテゴリー錯誤」を批判したのと通底したものだ。

V. 病いは物語である

1990年代以降、医学や医療の社会的・政治的な側面が強調されるようになったが、これと並行して、医療や臨床における語りや民族誌を重視する流れも急浮上してくる¹⁹⁾。Kleinmanはこの時期の医療人類学の展開を以下のいくつかの特徴をもつものとしてまとめている¹⁸⁾。つまり、①臨床的作業は民族誌的語りにもとづいてモデル化できること。②病いは物語的構造をもち、心理的理解から社会的・政治的文脈への「厚い記

述」が必要であること。③観察者・参加者は独特な自己省察的「民族誌家の感受性」や「モラル・ディスコース」へと導かれること等である。

Kleinmanの『病いの語り』を皮切りに、その後 Goodや Mattingly²³⁾ が臨床に密着した物語論を展開したが、それらは医療人類学の可能性をさらに切り開くものとなった。私は、Goodの『医療・合理性・経験』¹³⁾ を、四半世紀に及ぶ医療人類学のすべての流れを俯瞰する作業であり、とくにその第6章「病いの物語的再現＝表象」は物語論の到達点であると考えている。その章では、トルコにおける痙攣性障害の事例をもとに、複雑で神秘的な曲折に満ちた語り和分析のメスが加えられている。Goodは、文芸批評家 Iserの「読者反応理論」や Bakhtinの「異言語混交性」から派生する美学的概念を駆使しながら、①病いの経験と「プロット化 (emplotment)」、②ストーリーのもつ「仮定法化された現実 (subjunctivizing reality)」（Bruner）という性質、そして、③ローカルな談話場面における「苦悩の定位 (positioning of suffering)」という3つの要素を抽出して説明している。

Goodの提示する物語論は以下の言葉に凝縮されている。それは、「病いは物語的構造をもっていて、閉じられたテキストではないが、ストーリーの集積として構成されている」という部分である。これをさらに言い変えれば「病いは物語である」ということになるだろう。病いや苦悩には、共有化されたローカルな文化的語り口があるとしながらも、こうした部分を通過する細部を「語り一聴き取る」民族誌的スタンスの重要性が述べられている。

私はこうした流れから、Good夫妻¹²⁾ が提起し、松澤和正²²⁾ が論じた「臨床民族誌 (clinical ethnography)」という枠組みを臨床の基礎に据えることができるのではないかと考えている。それはひとつの治療技法というよりも、biomedicineやEBMが強力な磁場を形成して支配する狭義の医学・医療領域も含めて、それ以外の、医療者や思う個々人の経験という次元においてもきわめて有効に機能する一種のOS (operating system) のようなものである。私はそれを、以下のような3つの軸で構成されるものとした。

①患う当事者が「病い」の経験をどう理解しどう意味づけたかという部分に注目し、それらをローカルで個別的な文脈に沿って「語り一聴き取る」ことを中心に据えること（微小民族誌：Kleinman¹⁷⁾）、②病いの経験は、個人の唯一の、確固とした「歴史的真理」ではなく、文化的な語りを同化吸収しながら変化する可塑的な「ストーリー」であるとする（病いの物語的再現：Good¹³⁾）、そして、③心理学的装置や治療

ゴールをあらかじめ固定化せず、多様な場面で多声的、偶発的に語られる言葉への感受性を上げ、それに関心を持ち共鳴することで、深い理解へいたろうとすること（社会的詩学：Katz and Shotter¹⁵⁾）。

VI. 人間の苦境の語り

医療人類学や民族誌とは異なるが、心理学の分野から物語的思考の重要性を論じた人物にJerome Brunerがいる。Brunerは先の「現実の仮定化¹⁾」といった概念によって医療人類学や他の人間科学にも大きな影響を与えたが、おそらく今日流布している物語論の中でも、臨床的物語論ともいうべきものの核心部を、自らの経験を交えて論じている。それは、彼の、人間の苦境の語りをめぐる（Rita Charonによる）短いインタビュー²⁾に凝縮されている。Brunerは、そのなかで、先天性の白内障のため2歳まで眼が見えなかった自らのエピソードに続け、成人後再び手術を受けた際の不安に満ちた心境をふり返っている。その際に、同年輩のある担当の看護師が、「モノが見えない（blind）のかどうか判らない」という根本的不安を解消してくれた挿話を紹介している。その看護師は術後患部に包帯をしたままのBrunerに、「ハイ目隠しさん！ どんない具合なの？」と話しかけている。この経験を、Brunerは、疾患をもった単なる患者ではなく、人間の苦境（human plight）にある何者かとして扱われた貴重な経験としてふり返っている。それは「ケース」ではなく、「問題（trouble）」を抱えた一人のクライアントとして対応されたことなのである。そしてこの「問題」とは、物語的な考え方抜きには接近できないものなのだ、と議論は展開する。

Brunerは、こうした病いや苦境は、人間がそれまで自明としてきた複合的なプロットを逆転させる「ペリペテイア（peripeteia）」（＝「逆転、これは人間の無知からの「認知」や、「苦難」とともに、アリストテレスの『詩学』において悲劇の要素として挙げられたもの）に当たると言う。こうした議論の延長にみえるのは、何か滑らかに着地する途切れない治癒のストーリーを臨床のゴールに据えたいという事ではない。語りや民族誌は、その細部に至れば至るほど定型的な枠組みを通り抜け、語り手と聴き手をさらなる混沌に誘いこむ。逆説的だが、あらゆる定式化をくつがえし、病いや苦悩や苦境の、異言語混交的な性質を明らかにするものだからこそ、語りが必要なのだろう。治療的な契機もこうした個別的な迂回路を経ることで始めてもたらされる。しかしそれは他方で、Brunerの言うように、人間の苦悩や苦境という

もの、あるいはそれらに共感し共鳴することの普遍的な性質をわれわれに示すものではないか。それゆえに、人間的な苦境は孤立した島ではなく架橋可能なものだと結論づけられる。病いは人間的な苦境だからこそ、たとえ狭義の治癒には至らなくてももっと可能性のあるものへと開かれうるのである。

VII. さいごに

臨床におけるnarrativeのもつ意味を医療人類学や民族誌という視点から概観した。それでは、はたして冒頭で紹介したNarrative Medicineのように医学部で文学の教育をするということに直接結びつくのであろうか。私はその点には疑問がある。保健医療やケアに語りが重要な要素を占めることはまちがいないが、それはnarrativeが何より「語り一聴き取る」関係を見つめ直すものだからだ。それは聴き取ること、その前提となる驚きや困惑や沈黙を必要とするものだ。それは一種の技術でありながら聴き手のモラリスティックなスタンスを問うものである。達意で滑らかな言語表現や大きな既製の物語をゴールにするというものではまったくない。それらは型にはまった語りしか産み出さないだろう。たとえば野口シカが息子英世に帰国を哀願した有名な手紙や、大本教の出口なおが生涯に半紙十万枚以上書いた「お筆先」を思い起こしてほしい。それらを実際に見れば、読み書き能力を超えたところに真に人間を動かす力があることが理解できるであろう。語りや民族誌は、個人の病いや苦境の、形をなさない経験の細部を再考する契機をわれわれに与える。それは情報の授受やリテラシーとは似て非なるものである。語りは背後にある人間の苦悩や苦境を明らかにすることで、保健医療という枠組を超えながら、再び還流し保健医療を絶えず豊かに組み変える力をもたらすのではないか。

文献

- 1) Bruner J (1986) : Actual Minds, Possible Worlds. Harvard University Press, Cambridge.—田中一彦 (訳) (1998) : 可能世界の心理。みすず書房、東京。
- 2) Bruner J (1990) : Narratives of Human Plight : A Conversation with Jerome Bruner. In. Rita Charon & M. Montello eds. Stories Matter (1990) : The Role of Narrative in Medical Ethics. Routledge, New York and London, pp. 3-9.

- 3) 江口重幸 (1987) : 滋賀県湖東一山村における狐憑きの生成と変容 : 憑依表現の社会宗教的, 臨床的文脈. 国立民族学博物館研究報告12 (4), 1113-1179.
- 4) 江口重幸 (1995, 1996) : 病いの経験とライフヒストリー (I, II). 大正大学カウンセリング研究所紀要18 : 32-42, 19 : 43-54.
- 5) 江口重幸 (1999) : 病いの経験を聴く : 医療人類学の系譜とナラティブ・アプローチ. 小森康永・野口裕二・野村直樹 (編) ナラティブ・セラピーの世界. 日本評論社, 東京, pp.33-54.
- 6) 江口重幸 (2000) : 病いの語りと人生の変容 : 「慢性分裂病」への臨床民族誌的アプローチ. やまだようこ (編著) 人生を物語る, 生成のライフストーリー. ミネルヴァ書房, 京都, pp.39-72.
- 7) 江口重幸 (2001) : 精神科臨床になぜエスノグラフィーが必要なのか. 酒井・下地・宮西・江口 (編) 文化精神医学序説, 病い・物語・民族誌. 金剛出版, 東京, pp.19-43.
- 8) 江口重幸 (2004) : なぜ臨床場面に医療人類学的思考が必要なのか. 医療人類学ワーキンググループ編 (報告書) ワークショップ : 医学・医療系教育における医療人類学の可能性. pp.55-65.
- 9) 江口重幸 (2004) : 語りの臨床 : 病いの語りとエスノグラフィックな視点. 北山修, 黒木俊秀 (編) 語り・物語・精神療法. 日本評論社, 東京, pp.161-179.
- 10) Eisenberg L (1977) : Disease and Illness : Distinction between Professional and Popular Ideas of Sickness. Culture, Medicine and Psychiatry 1 (1), 9-23.
- 11) Good B and Good MJ (1981) : The Meaning of Symptoms : A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice. In. Eisenberg L and Kleinman A eds., The Relevance of Social Science for Medicine. Reidel, Dordrecht. pp.165-196.
- 12) Good B, Herrera H, Good MJ et al. (1985) : Reflexivity, Countertransference and Clinical Ethnography : A Case from a Psychiatric Cultural Consultation Clinic. In. Harn R and Gaines A eds., Physicians of Western Medicine. Reidel, Dordrecht. pp.193-221.
- 13) Good B (1994) : Medicine, Rationality, and Experience : An Anthropological Perspective. Cambridge University Press, Cambridge—江口重幸, 五木田紳, 下地明友ほか (訳) (2001) : 医療・合理性・経験. バイロン・グッドの医療人類学

講義。誠信書房，東京。

- 14) Greenhalgh T and Hurwitz B (eds) (1998) : Narrative Based Medicine : Dialogue and Discourse in Clinical Practice. BMJ Books, London—斎藤清二ほか (訳) (2002) : ナラティブ・ベイスト・メディスン。臨床における物語り対話。金剛出版，東京。
- 15) Katz A and Shotter J (1996) : Hearing the Patient's 'Voice' : Toward a Social Poetics in Diagnostic Interviews. *Social Science and Medicine* 43 (6) : 919-931—松澤和正 (抄訳・解説) (1998) : 患者の声を聞く：診察における社会的詩学に向けて。生命・環境・科学技術倫理研究Ⅲ，pp.192-197.
- 16) Kleinman A (1980) : Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry. University of California Press, Berkeley—大橋英寿ほか (訳) (1992) : 臨床人類学。文化のなかの病者と治療者。弘文堂，東京。
- 17) Kleinman A (1988) : The Illness Narratives : Suffering, Healing and the Human Condition. Basic Books, New York—江口重幸，五木田紳，上野豪志 (訳) (1996) : 病いの語り。慢性の病いをめぐる臨床人類学。誠信書房，東京。
- 18) Kleinman A (1999) : Experience and Its Moral Modes : Culture, Human Conditions, and Disorder. The Turner Lectures on Human Values, 20. University of Utah Press, Salt Lake City, pp.357-420.
- 19) Kleinman A and Seeman D (2000) : Personal Experience of Illness. In. Albrecht G, Fitzpatrick R and Scrimshaw C eds., *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*. Sage, London, pp.230-242.
- 20) Littlewood R (1990) : From Categories to Contexts : A Decade of the "New Cross-Cultural Psychiatry". *British Journal of Psychiatry* 156, 308-327.
- 21) Littlewood R (1986) : Russian Dolls and Chinese Boxes : An Anthropological Approach to the Implicit Models of Comparative Psychiatry. In. Cox J ed., *Transcultural Psychiatry*. Croom Helm, London, pp.37-58.
- 22) 松澤和正 (1998) : 精神医療における臨床民族誌的接近の意味について。治療の聲 1 (2), 267-281.
- 23) Mattingly C (1998) : Healing Dramas and Clinical Plots : The Narrative Structure of Experience. Cambridge University Press, Cambridge.