

論文

「病いの意味」を巡る対立に医療者はどう向き合うのか

—A・クラインマンの説明モデルの考察から—

中 井 良 平*

0. はじめに

80年代以降、医療の権力性を批判し、患者の語りが重視されるべきであるとした、A・クラインマンやA・フランクらによる「病いの語り」の概念化は、医療者たちにも大きな影響を与え続けてきた。他方で近年、野島 [2018] や澤野 [2018]、川端・金沢 [2019] などにより、病いの解釈の試みに伴う病者への抑圧等が問題にされはじめている。そこでは、かつて「回復の語り」がそうであったように、現代では「探求の語り」が「耳ざわりのいい」物語として求められ消費されていく危険性の指摘 (野島 [2018]) であり、「病いの語り」の重要性を標榜している医療者とであっても、患者—治療者の立場は依然非対等であることの指摘 (澤野 [2018]) などが行われている。

野島が研究対象とする「contested illness (論争中の病 ※野島訳)」は2000年台以降に学術論文に登場するようになった概念であり、その議論が慢性疾患を対象とする点において、同じく慢性疾患に着目し論じられた「病いの語り」論に新たな視座を与えられ考えられる。

本稿では、(1) クラインマンの議論の重要な要素である「説明 (解釈) モデル」について、クラインマン自身による同モデルが用いられる際の危険性の指摘を中心に見ていく。(2) 『病いの語り』における疼痛疾患患者 (以下: 疼痛者) の語りと、「論争中の病い」の枠組みを用い分析された野島による病者へのインタビュー (『診断の社会学』収録) をあわせて見ることで、『病いの語り』が書かれた当時は十分に意識的に議論されていなかった、『論争中の病』を患う患者としての疼痛者」という観点から、クラインマンの疼痛者の語りの解釈を検討する。

1節および2節で見ていくように、「説明モデル」とは、患者—治療者の関係性やケアのあり方を変容させることを目的として用いられる概念であり、臨床の場面で患者や治療者によって示される様々な説明 (モデル) やその解釈は、繰り返し検討が重ねられなければならないもの、つまり、変化する相対的なものとされる (※本稿では、概念としてのものを「」付きの「説明モデル」、病者や医師が示す個別のものを単に説明モデルと表記する)。そのようなクラインマンの定義に従えば、クラインマン自身の提示する説明モデルもまた相対的なものに過ぎず、繰り返しの検討を必要とするものと捉えられ、本稿でクラインマンの示す説明モデルを検討する理由もその点にある。

1. 説明モデル

1-1. クラインマンの「説明 (解釈) モデル」

クラインマンの「病いの語り」論の中心にある、「説明モデル」について概観したい。なお本稿では医学的に定義された「疾患」と、病者が経験するより広い意味での「病い」を区別するクラインマンの議論に従い、両者を分けて記す。「説明モデル」とは「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抱く考えのこと」 (Kleinman [1988:1996:157]) であり、医師など専門家が用いるモデルと、患者など非専門家が抱くモデルの間には

キーワード: アーサー・クラインマン 説明 (解釈) モデル 病いの語り 論争中の病 慢性疼痛疾患

* 立命館大学大学院先端総合学術研究科 2020年度入学 公共領域

齟齬が生じうる (ibid.:317)。治療者はまず患者の説明モデルを引き出し、解釈し (ibid.:317-318)、次に自らの説明モデルを提示し、患者や家族との「取り決め (negotiation = 交渉)」が可能になるとされる (ibid.:319-321)。この「取り決め」を患者と結ぶことこそが、「共同作業としてのケアに関わる同僚として」の「医者にとっての本当の課題」とされ (ibid.:322)、治療者と患者らは、それぞれの説明モデルを用い、ケアにおける妥協案を探っていくことになる (ibid.)。治療者と患者双方の説明モデルはともに「はっきりと形をなしていないことがしばしばあり、また時間とともに変化する」(ibid.:321) とされる。少々長くなるがその理由について記された箇所を引用したい。なお、クラインマンの言う「治療者」は、西洋医から薬の行商人、古い師や宗教の司祭といった、専門的に治療を行う人々を指す幅広い概念であると考えられる (Kleinman[1980=1992:13])。

治療者の説明モデルと一般人の説明モデルは多くの点で似ている。たとえば、治療者の説明モデルも大部分が暗黙のものである。それは検証可能な仮説として定式化されていると公式の授業では教わるが、そうではないようである。治療者の説明モデルはどちらかといえば自分のおかれた立場の所産であろう。つまり、矛盾に直面してもなお印象的な評価にコミットした結果、生じたものであろう。彼らは、治療者としての果たすべき責務と自分の行為を合理化しようとする強い欲求とに強くとらわれている。ある説明モデルを選ぶということは、かざられた選択肢から一つの治療を実行に移すための事前の正当化にすぎないかもしれないし、あるいはほかの治療を試みなかった理由の事後の説明にすぎないかもしれない。したがって、治療者の用いる“臨床場面での説明モデル”を“科学的説明モデル”とはっきり区別する必要がある。臨床場面での説明モデルは科学的説明モデルときわめて近似している場合もあれば、逆に大幅に離れていて、民衆化にみられる“常識的な”合理性の特殊タイプとみなせる場合もある。(ibid.:119)

また、クラインマンは、生物医学的モデルが病いに背を向け、患うことの困惑という側面を回避してしまうことへの対応として、臨床家が「生物・心理・社会的な、あるいは心身医学的なモデルなどの他のモデル」を取り入れ、生物医学の限界を超える必要があると論じる。それにより、臨床家は専門的枠組みを広げたり、倫理的な視点や宗教的視点に順応することができ、患者との結び付きが深まっていくというのだ (Kleinman[1988 = 1996:36])。その一方で、クラインマンは、そのように臨床の場面に外部のモデルを取り入れることには、大きな危険性が伴うと警告する。

患者—医者関係に [外部の] 価値システムをとり入れて、倫理の間隙を埋めることの難しさは、大いに強調しておかねばならない。そういう価値システムは、諸矛盾を解決するよりも、ときに、さらに多くの矛盾を創り出しかねないし、実際に創り出してしまうこともしばしばあるからである。治療者の価値観は患者の価値観とは異なるものであろう。偏狭で排他的な倫理観や宗教的視点は家族の援助にならず、かえって家族を疎外することになるかもしれない。しかし、どのような選択肢が他にあるのだろうか？ (ibid.:36)

ここでは「説明モデル」の語は使われていないが、患者—治療者の関係性に多様なモデルを仲立ちさせるといふ、クラインマンの議論に中心的なテーマに関する記述であり、「説明モデル」についても含意されていると考えられる。つまり、クラインマンが患者—治療者の説明モデルの齟齬について述べる時、それは素人としての患者のモデルと医療者の生物医学的なモデルの対立のみを指しているわけではない。専門家としての治療者が臨床場面で用いるモデルは、科学的説明モデルと明確に区別され、定まった真理などではなく複数の選択肢の中からの選択の結果に過ぎないとみなされている。患者の説明モデルも、西洋医の生物医学モデルなど治療者の説明モデルも、交渉により変化していく相対的なものとされている。そうであるからそこには、治療者と患者らが「取り決め」を行うべき余地が生じ、その妥協案は患者の立場に近いものとなる場合もあるのだ (ibid.:322)。そこでは患者—治療者の共同とそれによる両者の関係性の変容に極めて大きな意味が置かれており、だからこそ、治療者は積極的に外部のモデル＝価値システムを取り入れ、自らを変容させていく必要があるとされる。しかしながら、そのように医療者（と患者）個人に委ねられた外部モデルの取り入れには、困難と危険性が伴うとされる。また、そのように患者—治療

者の共同が求められる以上、生物医学モデルに固執する治療者と一緒になり、自身への社会・心理的圧力の存在を否認する患者やその家族に対しては、「悲観主義や受動性と関連する致命的な共犯関係」であるとの批判がなされることになる (ibid.:9)。クラインマンは治療者の役割を、患者と家族らを支え、人生やケアに影響を及ぼしているであろう「個人的な意味」を患者らに引き受けさせること、つまり「個人的な意味を、受け入れ、克服し、あるいは変えるようにすること」だとし、それが「患者に権限を与える」ことのエッセンスだとする (ibid.:53-54)。患者—治療者の関係の変容とともに、患者自身の変容もまた求められているのだ。この点をさらに強調して、クラインマンよりも病者の道徳性と自発性を問うことを強く押し出しているのが、フランクの「探究の語り」論であると考えることができる。

1-2. 身体化モデル

次に、慢性の病いの典型とみなされている疼痛疾患を患う人々の語りをクラインマンが解釈する際、その中心的な説明モデルとして用いられる「身体化モデル」について見ていきたい。美馬 [2011] によれば、身体化モデルは慢性疼痛を「その人の生き方のなかに生じる社会的苦悩が、さまざまな理由から抑圧され、言語によって直接に表現することが封じられている場合に、その社会的苦悩を人生の一部として意味づけ組み込むことができなくなり、痛みというかたちで『身体化』されたもの」だと考える (ibid.:187-188)。

クラインマンは次の要因が、疼痛者の身体化に影響し、ヘルスケア・サービスを過剰に利用させているとする。(1)「苦悩の表現を助長する社会的環境 (特に家庭環境や職場環境)」。 (2)「身体的訴えという言語を使って個人的問題や対人関係上の問題を表現する不幸の文化的習慣」。 (3)「個人の心理的特徴 (たいていは、不安障害、抑うつ障害、あるいは人格障害)」 (Kleinman[1988 = 1996:71-72])。クラインマンが疼痛者の語りを身体化モデルを用い解釈しようとする時、その背景には、疼痛疾患の原因が患者の (環境や文化に影響を受けた) 行動や特徴にもあるとし、そのことが医療資源を過剰に使い、また医療費を増大させているといった問題意識があることを押さえておく必要があるだろう。

2. クラインマンによる疼痛者の語りの記述と解釈

2-1. ハリスさんのケース

次に、クラインマンが疼痛者の語りを実際にどう解釈し説明しているのか、『病いの語り』第3章のハリスさん (と家族ら) の語りの記述 (ibid.:76-90) から見ていく。著作中に記された語りの解釈を、患者—治療者の共同による説明モデルと同一視することはできないが、そこからはクラインマンがどのように患者の語りを解釈することが妥当と考えているかを見てとることができる。ハリスさんの語りは概ね次のようなものである。

ハリスさんは50代後半の男性で、警部補の職にある。20年間慢性の腰痛に悩まされており、腰痛が「自分の人生をねじ曲げてしまった」と考えている。ハリスさんはそれまでに様々な治療を受け、4回の外科手術も受けたが、痛みは酷くなる一方である。多くの痛みに対する薬を飲み、副作用と常習性に悩まされている。毎日姿勢強化運動を行い、特製のベッドや椅子を必要としている。ある程度の痛みは常にあるが、時に苦痛の声をあげるまでに強まり、床につかざるを得なくなる。その痛みはハリスさんがこれまで経験したどのような激しい痛みよりも強いものである。激しい痛みは数日から数週間続き、再びあの痛みを経験するなら死んだほうがましだと考えながらも、キリスト教再生派である自身には自殺は考えられないと話す。しかしハリスさんは、痛みに対し何もしてくれない神に祈ることはもうやめてしまった。痛みは日常的な動作に伴い起こるため、痛みのエスカレートを避けるため、ハリスさんはいつも痛みの「初期の感覚」を見つけ出し、先手を打とうと戦々恐々としている。痛みを悪化させないためにハリスさんは多くの休息を必要とし、雑音や光や、人の声、自身の考えから遮断されようと努める。そのような行為はハリスさんを孤立させる。建築現場での前職から、より肉体的負担の少ない今の職に変え、給料も下がった。ハリスさんは痛みを抱えながらも子供たちのために仕事を辞めるわけにはいかないと考えているが、妻や子供たちとの関係は悪化し、ハリスさんの痛みのせいで家族が被害を被っていると非難され、恨まれてすらい。医者や、妻や息子も、その痛みがハリスさんが訴えるほど酷いものだと信じて、ハリスさんは「それが痛みについて一番

嫌なこと」だと言う。かつての主治医は、ハリスさんが悲観的でなかったことは一度もなく、「身体化患者」であり、「問題患者」であるとする。外科手術の痕は、「身体的な異常」が実際に自身にあることを示す重要なものだとハリスさんは考えている。

その他にクラインマンはハリスさんの幼少時代からの母との関係や、彼に父親が不在であったこと、つまり痛みの発症以前の出来事に着目・記述している。その理由については事項で解説する。

本項の最後に、家族によるハリスさんの痛みへの言及を引用したい。まずはハリスさんの妻の語り。

痛いのだろうとは思いますが、毎日そうなのでしょう？ いつもそんなにひどいなんていうことがあるのでしょうか？ 夫自身も問題なんだと思います。少し心気的になりかけているのです。痛みのことを気にしだしたらそこから抜け出せないのです。(ibid.:85)

次にハリスさんの息子の語り。

「ぼくは父から痛みについて聞かされるのががまんできません」と、双子の一人は訴える。「痛みが父の言うほどひどいものだなんて、どうしたらぼくらにわかるでしょう？ つまり言うことは信じるけど、誰もよくわからないでしょう。死にそうでもないし、とにかくそれほどのことではないんです」(ibid.:86)

2-2. クラインマンの解釈と説明

続いてクラインマンの解釈 (ibid.:91-94) を見ていきたい。クラインマンは、ハリスさんの痛みの訴えや行動は「バラバラになるかもしれない壊れた背中」という「機械的イメージ」に支えられており、そのことから氏の病いの行動の殆どは説明できるという。そのイメージはまた、ハリスさんの父母や現在の家族、仕事に関連した、不適格さ・無能ぶり・依存することに対する恐れの変容でもありとされる。ハリスさんの病いは、氏の生活世界からそれらの意味を引き受け、痛みの経過に大きな影響を与え、現在の痛みによる行動ははっきりと夫婦間の緊張状態を表していると解釈される。ハリスさんを「回復させるためには、彼を取り巻くローカルな社会システムに影響を与えたり(またそのシステムによって影響を与えられたり)している意味や経験の悪循環を変えることが必要」だとされる。クラインマンにとってハリスさんの病いの意味は「確実に、正確に話し合うことができる」ものである。そのような解釈をクラインマンは「社会科学的解釈」と呼び、同解釈を行うためには、痛みについての経済的・政治的・社会心理学的側面の知識が必要であるとする。クラインマンは次のように続ける。解釈を行う者は、それが妥当であるかを問い、妥当かどうかははっきりしなくなった時点で解釈を止めるべきである。妥当性には次の四種類があるとされる。(1) 現実との一致、(2) 首尾一貫性、(3) ある個人との文脈において有効なこと、(4) 美的価値。臨床家にとって重要なのは三番目であり、「患者の治療において能力低下や患うことを軽減するのに有効であるとき、初めて妥当なもの」だとされる。研究者にとっては、他の三つが三番目と同等以上に重要であるとされる。臨床家と研究者という立場は、著書を記しているクラインマン自身を指すと考えられ、ハリスさんの語りの解釈も、そのような判断を経て妥当な解釈として記されたものと考えられる。

クラインマンはまた、『病いの語り』中の別の箇所でもハリスさんの語りの解釈を振り返り、「背骨に対する彼の病的な思い込み」「彼の受動的で依存的な対処の仕方」などが、ハリスさんが解決すべき病いの問題のリストに記録されるべきだとする (ibid.:313)。疾患の影響でハリスさんがそのような行動をとっているというよりも、ハリスさんの行動が病いに影響を与えていると解釈されている点で、病いの解釈に身体化モデルが用いられていることを確認できる記述と言えよう。

クラインマンにとっての「病いの意味」とは、病いの経験やできごとが常に表しあるいは隠蔽している何かであり、「一個人の病いがもつ特有の意味を検討することで、苦悩を増幅させる悪循環を断ち切る」可能性を秘めているとされる。「病いの意味」の検討は生物医学的観点においては排除されており、同検討はいつも・日常的に役立つとも限らないが、意味のある違いを生み出すものだとされる (ibid.:9-12)。

つまりクラインマンの論では、互いの説明モデルをすり合わせるにより、患者と治療者が「病いの意味」を

見つけ出すことが目指されており、その過程に、患者—治療者関係の変容及び、患者と治療者自身の変容が欠かせないとされていると考えることができる。そうして見つけ出された個人的な「病いの意味」を「受け入れ、克服し、あるいは変えるようにすること」が患者には要請される。なぜかといえば、そうすることによって患者は「能力低下や患うことを軽減する」ことが可能になると考えられているからだ。

3. 「論争中の病」を患うものたちの現実

3-1. 「論争中の病」とは

次に、「論争中の病」の概念の枠組み、及び野島 [2021] の論考を参照しながら、ハリスさんの語りや、クラインマンによるその解釈を検討したい。慢性疼痛疾患は同概念の重要な一部と考えられ、同概念を用いることで、痛みの意味を解釈しようとすることに潜む問題点をよりクリアにできると考える。

P・コンラッドとK・K・バーカーは「論争中の病」を「多くの医師が明確に医学的なものとして識別したり認めない、特殊な疾患にかかっていると苦しんでいる本人が訴える病い（筆者訳）」(Conrad & Barker[2010:s70])と説明する。代表的な「論争中の病」としては、慢性疲労症候群、線維筋痛症、化学物質過敏症などが挙げられ(野島 [2021:26])、いずれも慢性疾患である。それらは「医学的に説明できない症状 (Medically Unexplained Symptoms ※以下: MUS)」と呼ばれる場合もある (ibid.:26)。それら疾患を患う者は、生物医学的な裏付けが行われないうちに、症状の軽重に限らず、医療機関を受診しても診断を得ることができなかつたり、診断を受けても正統な病と社会から受け取られない状態に置かれている。野島は、ネトルトン引用し、医療技術の進歩によって「真の疾患」が作り上げられ、「医学的に説明できるもの」と「医学的に説明できないもの」の間に階層が生じ、後者が「二級」の扱いを受けるようになったと述べる (ibid.:27)。言うまでもなく、病いが生物医学的に説明できない状態とは、そこに生物医学的疾患が隠れているか否かを判断できないことを表すのであり、疾患がないことをなんら表すものではない。例えば古代より様々に解釈されスティグマを付与されてきたてんかんが20世紀になり徐々にその器質疾患の側面を明らかにされたように、医学の歴史とは我々の体に生じる病いを同定し、治療=克服しようとする歴史であった。そこでは身体という未知の領域が前提されており、治療法がなかつたり、疾患として同定できない病いというのは、医学的な例外・残余などではなく、人にとってごくありふれた状態であって来たのだ。そして、日本人の最たる死因であるがんの根本的な治療が発見されていないことに象徴されるように、それは今も変わらない。生物医学的知を重視するあまり、「論争中の病」や「MUS」を正統な疾患・病い・症状と認めない態度は論理的誤謬であると言えるだろう。生物医学信奉の行き過ぎを問題にする点で、野島の行う議論は、「疾患」に重きが置かれ過ぎていてを憂い「病い」の地位の向上を目指したクラインマンと共通する問題意識を持っていると言える。

3-2. 「論争中の病」を患う患者たちの語り

それでは慢性疾患である「論争中の病」を患う人々の語りを実際に引用したい。引用は、野島 [2021] から行う。まずは痙攣性発声障害 (SD) を患う当事者の語りである。SDは「発話中に声の詰まりや途切れなどの症状を呈する発声障害」(ibid.:65)である。野島によると、SDの知名度は高くなく、2018年になりようやく治療の一部が保険適用となった。病因の解明は行われておらず、患者会が活動を行っているものの、指定難病の認定は受けていない (ibid.:65-67)。野島はそのように当事者たちにより医療化が目指されながらも果たされていないSDを、ブルームとウッドワードの議論を引き継ぐ形で「『十分な医療化』が行われていない疾患」だと定義している (ibid.:64-65)。

SDを患うHさんは、診断の前後を比較し、次のように語っている。

その病名をもらうまでは、あの一、何かわからず、(説明する言葉が)ない。何かわからないけど、自分自身では、いつもの調子じゃない、今までの自分の声じゃないし、調子悪いし、みんなにわかってもらえないし。それが、病気だっていうてなったら、みんなに「この病気なんだ」って言えるから。うん。うん。病名がないより、病名をもらえた方が、やっぱり嬉しいから。うん。(ibid.:79)

次に線維筋痛症（FM）を患う当事者の語りを引用する。FMは「身体の広範な部位の慢性疼痛とこわばりを主症状とし、解剖学的に明確な部位に圧痛を認める以外、他覚的ならびに一般的臨床検査所見に異常がなく、治療抵抗性であり、疲労感、睡眠障害や抑うつ気分など多彩な身体および精神・神経症状を伴い、中年以降の女性に好発する原因不明のリウマチ性疾患」（松本 [2015:239-240]）とされる。野島はFMにまつわる歴史的経緯を概略しながら、FMの認知に影響を与えた大学所属の研究者であるベネット、ウォルフおよび、「FMを疾患として認めない立場の急先鋒」であるハドラーの、FMは疾患ではなく「臨床的構築物」または「心理文化的な問題」あるいは「社会的医原病」であるという言説を引用し、専門家のあいだですら疾患の存在に関してコンセンサスが得られておらず、FMが「患者団体や製薬会社のマーケティングによって先導された社会的構築物とみなされること」を容易には免れ得ないとしている（野島 [2021:111-115]）。

FMを患う木村さん（仮名）は、自身の疾患に診断がついた際の心境について次のように語る。

私は、あの、嬉しかった。今までね、もう変人扱いとかね。あの。原因がないのに、痛い痛ってね、息絶え絶えになってね。もう、言うこともできないような痛さでね。もう、滅多に人にないような病気。でなんか半分「きちがい」扱いとかね。うん。嘘言うてるんやろってね。その、働きたくないからそう言うてるんやろうみたいなことを、うん。子供からとか言われたり。親とかから兄弟から、みんなにそう言われてたから。[...]（ママ）でも、その病名はね、その確定されたっていう。言われたときにね、私、病気やったんやって。ほんとの病気やったんやっていう嬉しさでね。なんか思わず涙したん覚えています。（*ibid.*:122）

また、同じくFMを患う井上さん（仮名）は、FMと診断されたことを姉に告げた際のことについて次のように語る。

私が「病名わかったよ」って伝えたときに「なんだった？」って言われたから、「線維筋痛症」って言うと、「それってどうやって治るの？」って言ったから、「まだ治す方法何もない」って。うん。「だけど、とりあえずは死なない病気なんだって」って言ったら、「あ、死なないんだ。じゃあたいしたことないじゃん」って言われて、「えー!？」って。（*ibid.*:128）

病者本人には明らかな異常が身体に生じているにもかかわらず、Hさんは「みんなにわかって」もらえず、木村さんは「『きちがい』・嘘・働きたくないからそう言うてるんやろう」といった言葉を、「子供、親、兄弟、みんな」に言われるという状況に置かれてきた。それが、医学的な診断を得たことによって、「この病気」「ほんとの病気」であるという反証がようやく可能になったのだ。他方井上さんの場合は、FMが「とりあえずは死なない」病気であることにより、その診断が「たいしたことない」ものとして受け取られてしまっている。野島はそのように、「他者とのあいだには病名の効果がほとんど生じないか、逆説的にも病名が病気の不在を表してしまう」ことを、「診断のパラドックス」と呼ぶ（*ibid.*:132）。

木村さんはまた、「私ほどね、線維筋痛症に理解を持ってる人はいないくらい私（病気のこと）よー知ってる」と自負する妹からかけられた、自身の病いのリアリティとかけ離れた言葉を次のように思い出す。

実家で私とその痛いので息絶え絶えなったときにね。「お姉さん、痛いと思うから痛いんやで」って。「脳がね、あのね、あの、異常な反応を示してるだけで、病気と違うからね。痛いと思うからね、痛い、痛い、あの痛くなるだけやからね。あの、かるーに息してね。痛くないって思ったら痛くないんやからね。大丈夫大丈夫。私はこの病気よーわかってるから」って。（略）痛みはね、私は三〇何年こうやって抱えてね、どんな息の仕方をするかって一番ようわかってるのも私やからね。そんなね、簡単なもんじゃないって。だからね、聞きかじりでね、何もかもわかってるからみたいなの言われたときにね、ものすごく悲しかった。自分の妹ともう縁を切ろうかなと思うくらい悲しかった。（*ibid.*:129）

野島が紹介した研究者らの、FMが「臨床的構築物」「心理文化的な問題」「社会的医原病」であるとする見方は、クラインマンが疼痛を評価する際に挙げた「苦悩の表現を助長する社会的環境」「身体的訴えという言葉を使って個人的問題や対人関係上の問題を表現する不幸の文化的習慣」「個人の心理的特徴」といった要素と相似点を持つ。他方、当事者たちの語りにも共通点が見られる。次節で見ていく。

4. 考察

4-1. 患者たちが置かれた状況の共通点

ハリスさんとその家族らの語りと、野島が記述した「論争中の病」を患う患者たちの語りには驚くほどはっきりと、慢性の病い・疾患を患う者たちの置かれた状況を示す共通点を見てとることができる。

Hさんと木村さんの語りは、医学的に明確に定義されない状態においては、病者の苦しみは正統なものに見なされず、ゆえに医学的に自分たちの症状が説明されることが病者にとって重要な出来事であることを示している。野島は、SD患者は「ただ患っているだけ」では他者に納得されず、「『不適切』な意味づけ」をされてしまうのだと分析し、Hさんの語りは、SDとの病名診断が「『病気』の社会的実在性を担保するものであり、患いを他者との共通理解の地平で適切に説明することを可能にする重要な契機として経験されていること」を示唆していると指摘する(ibid.:80)。野島はまた、A・リルランクを引用しながら、他の誰かではなく医師の診断こそが患者の痛みを正統化し、その社会的地位を回復させるのであり、「逆に言えば、医療／医学的に認められない患いは、病者の社会的地位を不安定にまたは消失させ、自己やアイデンティティを危機に陥れる」と分析する(ibid.:121-122)。木村さんに対する周囲からの「『きちがい』・嘘・働きたくないからそう言うてるんやろ」という意味づけも、「『不適切な』意味づけ」がエスカレートしたものと捉えられるだろう。そのような意味づけが病者を強く毀損するものであることは言うまでもない。

翻ってハリスさんの語りを見返すと、Hさんと木村さんの語りは、ハリスさんが自らの腰に「身体的な異常がある」ことを周囲に示し、また自身で納得するために、自身の外科手術の痕が重要なものであると考えている、というエピソードと符合している。ハリスさんがその様に考える背景に、周囲の人々から症状や苦しみについて疑われ・否定され、病者自身に問題があるとされてきたことが影響しているであろう点も、木村さんの場合と一致している。

ハリスさんへの息子からの、井上さんへの姉からの、それぞれの疾患がすぐに死に至るものではないことを巡る発言は、この社会の慢性の病いへの評価を表している可能性がある。「死にそうでもないし、とにかくそれほどのことではないんです」「あ、死なないんだ。じゃあたいしたことないじゃん」という言葉は、死なない病い=たいした病いではないという短絡を示している。ハリスさんが外科手術を根拠に、井上さんが診断によって、病いの実存を伝えようとしても、すぐには「『死なない病気』というただその一点のみにおいて」(ibid.:128)、病むことの苦しみが矮小化されてしまう。そのような評価には、疼痛を主訴とする病いが症状を可視化することができない点が強く影響していると考えられるが、慢性疾患全般が、増悪や軽快を繰り返す病状の計量化が困難なことを考えれば、疼痛疾患に限らず、慢性疾患全般に対してそのような評価が存在する可能性がある。

線維筋痛症への理解を誰よりも持っていると言う妹から木村さんがかけられた言葉と、それへの反論は、慢性の病いを患うその人しか知り得ない症状への対処方の存在と、身近にいる者でさえそのことに理解が及ばない、という現実を示している。同時に、「脳が異常な反応をしているだけで病気ではない」「痛いと思うから痛い」といった捉え方の背後にあるであろう、「脳が痛みをおぼえ・作り出して」おり、それは「真の痛みではない」といった言説が、病者の直面している痛みのリアリティとかけ離れたものであることを示唆している。治ることなく、症状の増悪や軽快を繰り返し、闘病と生活の場が重なっており自ら病いに対処するしかない慢性疾患を患う病者にとって、その人しか知り得ない知恵としての症状への対処法が存在するのは、必然的なことだと言えるだろう。それらのことを踏まえて、ハリスさんの症状への対処や表現と、そのことへのクラインマンの解釈を見返した時、「機械的イメージ」「背骨に対する彼の病的な思い込み」「彼の受動的で依存的な対処の仕方」などと言い切ってしまうことはとてできない、ハリスさんの痛みのリアリティに、我々は気付くことになるだろう。

4-2. 疼痛者のスティグマ

なぜ医学的に十分に明らかにされていない病いを患う人々は、疑われ・否定されてしまうのだろうか？ また、病者に対して行われる文化的、心理・社会的な解釈の仕方は、そのことに対し十分な配慮がなされているだろうか？ 疼痛者へのスティグマに関する研究を見ながら考察したい。ジャクソン [2005] が論じているように、慢性疼痛者へのスティグマは、いくつもの要因が複雑に絡まりあい起こっていると考えられ、その全容についての考察は容易ではない。しかしながら、人々の疼痛者への特徴的な反応・見方の中には明らかに、クライマンが示す様な疼痛者の解釈と関連するものがあるように思える。ジョーンズらの議論を引き継ぐ形でジャクソンが示した次の指摘が「痛み行動 (pain behavior = 痛みの経験に起因すると思われる行動) (ibid.:333) の意味」に言及している点に注意いただきたい。

痛みは目に見えないので、それ自体は観察者を不快にさせないが、痛み行動は不快にさせるかもしれない。そして、痛み行動は、その場に不適切だと判断されたり、そのような振る舞いを示している人が「痛みに屈している」、誇張していると考えられる場合にのみ不快感を与えるという点で、非常に興味深い。概して、痛み行動に対する否定的な美的評価は、ある文脈においてその行動の帰属する意味に完全に依存しているように思われ、痛み行動は大きな共感も（十字架の上で苦しむキリストの描写がそうであるように）、大きな侮辱も、誘起する可能性がある。

慢性的な痛みに限定して考えると、観察者が美的に好ましいと感じるのは、痛み行動がないことである（筆者訳）。(ibid.:342)

ジャクソンは続いて、疼痛者の語りを引用しながら、称賛されるべきは笑顔を見せるなどしながら「尊厳を持って苦しむ」疼痛者であるという観察者（他の疼痛者を見る疼痛者自身も含まれる）に根付く価値観を示し、他方、尊厳を持って苦しんでいる患者は効果的な痛み行動を周囲の人に示せなければ、自身の痛みの存在を疑われてしまうと指摘する (ibid.:342)。このことは、疼痛者が常に痛み行動を解釈しようという視線に晒されており、自身の痛み行動を観察者にとって好ましい形で示すことができなければ否定的な評価を行われてしまうことを意味している。野島が示した「ただ思う」ことを認めない「『不適切』な意味づけ」がここでも起こっていると考えられるだろう。文化的、心理・社会的な解釈という概念化が行われる以前から、疼痛者は周囲からの絶え間ない解釈に晒されてきたと考えられ、医療者による同概念に基づく解釈がそのことに与える影響について考えてみる必要がある。おそらく、文化的、心理・社会的に痛みの意味を解釈しようとする行為もまた、病者のスティグマを強化する危険性を伴っている。なぜなら、病者の痛みの背後には（環境や文化に影響を受けた）病者の行動上の問題や心理的特徴があり、そのことを病者は受け入れ、克服・変容させなければならないという意味付けが行われ・示された時、我々は多かれ少なかれ、病者の痛み行動を不適切な・病者の弱さと結びつけた・大袈裟なもののみならず価値判断を行なってしまうにはおれないと考えられるからだ。ハリスさんに行われた身体化モデルに基づく解釈も、「過度な心配で痛みを作り出し、家族や周囲の人々を不幸にしている」「過剰にヘルスケア・サービスを利用している」といった、ハリスさんにとっての強く否定的な見解が存在する疼痛者を毀損する現実を追認し、それを事実としてハリスさん本人にも周囲の人にも認めさせようとする圧力になりかねない。ハリスさんを「身体化患者」とするかつての主治医がハリスさんのことを「問題患者」と表現する仕方は、「身体化患者」とされた病者の評価を表している可能性がある。美馬 [2011] が指摘するように、「身体化」という語の臨床人類学・医療人類学での使われ方と、精神医学での使われ方の異なりを意識しながら (ibid.:188)、「身体化」の語が示す・ものについて考察が行われる必要があるだろう。

疼痛者の置かれた厳しい現実を目を向け考えれば、痛みに意味を見出そうとすることには、疼痛者を道徳的な者とそうでない者に選別したり、スティグマを付与してしまうといった危険性があると言えるだろう。解釈において「『不適切』な意味付け」が行われれば、病者個人に暴力的であるばかりか、MUSを訴えたり「論争中の病」を患う人々に対してのこの社会からの不適切・否定的な意味付けを助長しかねない。

4-3. 説明モデルの一つとしてのクラインマンによる解釈

改めてクラインマンが挙げていた臨床場面での「説明モデル」の特徴や、外部のモデルが用いられる際の注意点について振り返りたい。まず、近代医学を奉じる医師の生物医学的な説明モデルを含め、臨床で治療者が用いる説明モデルは、患者—治療者関係から生まれる相対的なものとみなされるのだった。次に、そうであるからこそ、治療者の説明モデルがどのようなものとなるかは、治療者各々の社会・文化の中での立ち位置や素養に依存することになり、大きなリスクが内包されるのであった。患者と治療者に求められているのは、共同し患者の「能力低下や患うことを軽減する」ことであり、そのために両者の柔軟な変容が欠かせないとされる。とりわけ患者には「個人的な意味を、受け入れ、克服し、あるいは変えるようにすること」が求められていた。治療者に求められるのが、主に専門家としての素養を深めることである一方、患者に求められるのは、自身の実存にも及びうる慢性の病いの意味の受容・克服・変容であり、対照的である。

次に指摘したいのは、引用したハリスさんの語りの解釈をはじめ、クラインマンによって行われた説明もまた、治療者であるクラインマンと患者の関係性を反映した、相対的な説明モデルの一つに過ぎないという点だ。つまり、「説明モデル」を用いる際にクリアされるべき点や危険性についてのクラインマンの指摘は、クラインマン自身が行う「病いの語り」の解釈にも当てはめられなければならないのである。示される説明モデルがどのようなものであれ、それがあくまでも相対的な仮説に過ぎないことが忘れられた時点で、クラインマン自身が指摘したように、その説明モデルは患者や家族にとって「偏狭で排他的な」ものになってしまうだろう。特に、MUSを訴えたり「論争中の病」を患う人々に対して解釈や意味付けを行おうとする時、そこには大きな危険性が存在する。なぜなら、我々は生物医学的知をあまりにも信奉し、その帰結として、生物医学的に原因などが明らかでない病いを患う病者のリアリティを認めないばかりか否定さえもしてしまうからであり、そのような価値観が支配的なこの社会においては、野鳥が指摘したように、病者たちは既に「『不適切』な意味付け」に多く晒されているからだ。そのような視座に立ちハリスさんの語りを見た時、自らの体から発した病いのリアリティを誰にも理解されず、たった一人で自らの病いと、病いに否定的な医師や家族と、社会とに対してハリスさんの姿を、我々は発見する。その時クラインマンの解釈に対し次のような疑いが生じる。すなわち、ハリスさんの場合のように、疼痛が「病いの意味」の身体化されたものであると解釈する一方、そこに生物医学的疾患が隠れている可能性を考慮しないことは、生物医学的診断の不在を過剰に重要視していると言え、生物医学偏重を批判し患者の語りを重視するとしたクラインマン自身の論と齟齬が生じているのではないかと疑うのである。クラインマンが記述するハリスさんの語りには、ハリスさんとクラインマンの説明モデルの「妥協」に関する記述はなく、両者の説明モデルは対立していた可能性がある。そしてそのような「病いの意味」を巡る対立は、木村さんの語り示しているように、病者に自らが毀損されていると感じさせるに十分な出来事だと考えられる。

4-4. 患者—治療者関係のさらなる変容に向けて

社会的な解釈を臨床に持ち込むことは、キルマイヤー [2004] が示すように、MUSの責を患者に帰してしまうという短絡によりその責任を医学の限界から患者の特性へとずらし、専門家としての権威を維持しようとする (ibid.:664) という、臨床の場面で一般に起こってきた・起こっていると考えられる事態に変化をもたらす (ibid.:667) かもしれない。また、社会的な解釈が提示されることにより、病者が症状を意味とともに認識し、症状に好影響を与える可能性がある (ibid.:667) ことも否定しない。しかし小泉 [2011] が指摘するように、痛み「心理的にも社会的にもその質と強度が影響される面」があるとして、「だからといって、その面が容易く操作可能になるとは限らないはず」 (ibid.:138) なのである。小泉は「心理化・社会化することによって事象に対する人為的介入や権力的操作が容易くなる」と信じているところの欲望・信憑が20世紀後半からの社会には蔓延しており、痛みとは心理化・社会化が「最も欲望されている事象」であると指摘する (ibid.:136)。実際のところ、病者の心理・社会的な側面へのアプローチがどの程度奏効するのかを計量化することは困難であろう。しかし、病者の置かれた多くの問題がある（社会や文化）環境はそのままに、その環境から影響を受けていると推測される病者個人の行動上の問題や心理的特徴への介入・操作が行われてしまうことの危険性について考えた時、小泉の指摘は極めて重要である。美馬 [2011:189] もまた、痛みの「社会的次元」が過剰に重視され、「身体化モデル」が「社会や文化で何もかも説明しようとする還

元主義に陥ってしまう」ことに警鐘を鳴らす。また、臨床場面における患者—治療者の関係性の非対等性を考慮すれば、その介入・操作の失敗の責は、やはり大部分が病者に帰せられてしまうのではないかと、という懸念も成り立つ。野島が「診断のパラドクス」として示したように、MUSを訴えたり「論争中の病」を患う患者は、自らの病いに対し生物医学的なエビデンスを持つ病者と比べ、病いの正統化が行われない状態にあると考えられ、そのことは、必ずしも生物医学的な所見と連動しない症状を訴える慢性疾患患者に対し、病いの意味を解釈することでその責任の所在を病者から社会や文化の側に引き寄せようとする試みの限界の一端を示している。

また同様に、病いに「心理的にも社会的にもその質と強度が影響される面」があるとしてそのことは、心理・社会的要因が主たるものとしてその病いを形作っていることを意味するわけではない。多くの慢性疾患には不明点が多く残されたままであり、そのうちのいくらかは将来的に生物医学に捕捉され、生物医学的治療が行われるようになるだろう。それは多くの病者が自身の原因不明の・治療法のない病いに対し抱いている期待でもある。そのような期待を抱く／抱かないにかかわらず、病者たちが、周囲から投げかけられる「『不適切』な意味づけ」と決して相容れないリアリティを感じていることが野島によって示されたことを既に見た。病者にとっても医療者にとっても、「原因不明＝未知の生物医学的機序が隠れている可能性」という制御困難なブラックボックスが我々の体には存在するのである。そのことは、十分に明らかにされていない病いに対して現在行われている類推や対処が全くの誤りである可能性が、十分にあり得るということを示している。(まだ明らかになっていないが)本来は生物医学的な治療が行われるべき症状に、見当違いのケアが行われたならば、それは生物医学的に説明のついている疾患に対して、害のある迷信的な治療を行うのと同様に、患者にとって有害であり得る。

おそらく、「病いの語り」論が与えたインパクトの大きさは、我々の社会構造において医学的知が持つ権力性の大きさを示している。その意味において、慢性疾患を患う病者に臨床場面で医療者がどう向き合うかについて、現代の医学に支配的な生物医学的知の偏重に意を唱え示された道筋は画期的なものだったと考えられる。その功績への評価は多く行われており、本稿では割愛した。しかしながら、本稿で見てきたように、文化的・心理社会的要因に重きを置き病いを説明しようとする試みは、自らの身体に疾患が隠れていると感じている病者のリアリティと真向から対立する可能性があるのだった。他方、我々の身体に制御困難なブラックボックスが残されている限り、ある身体の不具合が未知の生物医学的機序と関連している可能性はいつまでも残り続ける。つまり、その対立が完全な決着を見ることはない。

「病いの語り」論が、批判の対象とされた当の医師らに強くインパクトを与え、自省的に受け入れられてきたことは、知識階級の上位にいるその人たちにそれらのアイデアが消費されてきたことをまた意味している。その意味において、自らも医師であるクラインマンの論考や、それを受け患者—治療者間の関係性のあり方を再考しようとしてきた医療者たちの取り組みも、生物医学的知の偏重からは脱却しきれず、また患者—医療者関係の非対等性を反映させずにはおれないと考えることができる。

本稿で度々引用した野島 [2021] は、「論争中の病」に関連する考察と病者たちの語りの記述を積み重ね、社会が「ただ患うこと」を認めないことと、そのことに生物医学的な異常の発見の不可が大きく関わっていることを指摘したのだった (ibid.:34)。自らは生物医学的知の支配的な領野に身を置き、その知を駆使しながら、生物医学的知を相対化し、病いに見出そうと試みる医療者たちは、野島の示すような視座や、患者—治療者の「病いの意味」を巡る相容れない対立にどのように向き合い、病者との関係性や自身のあり方を変容させていくのか。本稿ではクラインマンの説明モデルを批判的に検討したが、クラインマンによる議論の中心にある患者—治療者関係の変容の必要性という普遍的な問題意識からは、上記のような問いこそが導かれるのではないだろうか。

また、本稿での考察対象とはできなかったが、クラインマンが精神療法の「究極的な根拠や本質はわからない」(Kleinman[1988 = 1996:325-326])としながらも、自身の提唱する「治療的技能」を「医学的精神療法 (medical psychotherapy)」と呼んでいることなどからも (ibid.:324) その論考が精神医学の枠組みから強く影響を受けていることも確かであろう。精神医学的知が生物医学的に原因の明らかでない病いを患う人々をどのように扱ってきたのかについての考察も、重要な課題である。

文献

- Conrad, Peter : Barker, Kristin K 2010 “The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications”, *Journal of Health and Social Behavior* 51 (S): S67–S79.
- Jackson, Jean E 2005 “Stigma, Liminality, and Chronic Pain: Mind-Body Borderlands”, *American Ethnologist* 32-3:332-353.
- 川端 康雄・金沢 徹文 2019「特集論文 『ポジティブな病いの語り』が与える生きづらさ」,『質的心理学フォーラム』11:32-39.
- Kirmayer, Laurence J et al. 2004 “Explaining Medically Unexplained Symptoms”, *The Canadian Journal of Psychiatry* 49-10:663-672.
- Kleinman, Arthur 1988 *The Illness Narratives : Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books = 1996 江口 重幸 他訳, 『病いの語り——慢性の病いをめぐる臨床人類学』, 誠信書房.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture : An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press = 1992 大橋 英寿 他訳, 『臨床人類学——文化のなかの病者と治療者』弘文堂.
- 小泉 義之 2011「傷の感覚、肉の感覚——その後は、叫ぶ人はもう誰もいなくなるだろう。耳に栓をする人もいなくなるだろう。(サルトル)」, 『現代思想』39-11:135-147.
- 松本 美富士 2015「線維筋痛症——病因・病態の進歩と治療の現状」, 『臨床リウマチ』27-4:239-252.
- 野島 那津子 2018「『探求の語り』再考——病気を「受け入れていない」線維筋痛症患者の語りを通して」, 『社会学評論』69-1:88-106.
- 野島 那津子 2021『診断の社会学——「論争中の病」を患うということ』慶應義塾大学出版会.
- 美馬 達哉 2011「もし私が痛みを感じているのならば、私はとにかく何かを感じているのだ——痛みの医療社会学的考察」, 『現代思想』39-11:181-191.
- 澤野 美智子 2018「<特集論文1>序——医療人類学における『理想』のナラティブと現実の間」, 『コンタクトゾーン』10:107-117.

How can Medical Professionals Face the Conflict over the "Meaning of Illness"? A Discussion of A. Kleinman's Explanatory Model

NAKAI Ryohei

Abstract:

In the 1980s onwards, various arguments on the theory of "illness narratives" advocated by Arthur Kleinman, who attempted to relativize biomedicine in clinical sites, have been introspectively accepted by medical professionals. On the other hand, some scholars have pointed out the dangers that listeners of narratives give more importance to the narratives that the listeners prefer. In the light of those arguments, this paper examines whether Kleinman's interpretation of the narratives of chronic pain patient is successful in relativizing biomedicine. For the examination, I do comparative consideration Kleinman's interpretation with Natsuko Nojima's discussion over "contested illness", a concept that has come to be discussed after the "illness narratives". As a result, it is found that there can be discrepancies between the experiences of chronic pain patients and medical practitioners' interpretation of illness. While the former presumes some disease still undetected in their bodies, the latter is prone to interpret chronic illness not in a biomedical context, but in both cultural and socio-psychological contexts. Further study is needed to clarify what the idea of relativizing biomedicine, which was advocated for the benefit of patients, actually brings to patients.

Keywords: Arthur Kleinman, Chronic Pain Disorders, Contested illness, Explanatory Models, Illness narratives,

「病いの意味」を巡る対立に医療者はどう向き合うのか

——A・クラインマンの説明モデルの考察から——

中 井 良 平

要旨：

80年代以降、臨床における生物医学的知の相対化を提唱したA・クラインマンらの「病いの語り」をめぐる議論は、批判の対象とされた医師らにも大きな影響を与え自省的に受け入れられてきた。他方、野島那津子らが指摘するように、語る・語らせることを巡る病者への抑圧も生まれていると考えられる。本稿では生物医学の相対化という点に留意し、クラインマンによる疼痛者の語りの解釈を検証した。その際、「病いの語り」論以降の概念である「論争中の病」を巡る野島の議論・病者の語りの記述を参照した。結果、病いを文化・社会心理的な文脈で解釈しようとする医療者の試みと、自らの身体に生物医学的疾患が隠れていると感じている病者の現実の間に、相入れない対立の存在が示唆された。生物医学モデルの相対化と治療者自身の変容の必要性というクラインマンの中心議論とともに、患者—治療者関係のあり方を改めて考える必要があると言えるだろう。