

治療的コミュニケーション論からみた“疾患”と“病い”の相克の様相

児島達美

(長崎純心大学人文学部)

長崎純心大学の児島です。私の場合は、医療人類学そのものに直接関わってきたわけではなく、臨床心理士として主に心身医学の領域で仕事をしてきた経験を通してクラインマンの医療人類学に出会うことになったのです。周知のように、彼は「疾患 (disease)」モードと「病い (illness)」モードという二分法を提示していますが、これは要するに患者さんの訴えを専門家がどのような形で受け取るのか、その違いによって患者さんの病い体験の構成のされ方が異なってくるというものです。これは、私がかねてより考えてきた治療的コミュニケーション論の諸問題とかなり通底するものをもっているのではないかと認識しているわけです。そこで、治療的コミュニケーションに関する私のこれまでの歩みの一端をご紹介させていただきながら、それが、どのようにクラインマンの医療人類学とつながっていくのかということを考えてみたいと思います。

さて、私が大学院で本格的に臨床心理学の勉強を始めた頃、従来からの心理療法の考え方のどれに対しても何かしっくりしないものを感じていました。とくに事例検討会の席で偉い先生方や先輩たちがあるケースについて議論をしているのを聞いていると、理論としては確かにそうだろうとは思いますが、その場の雰囲気といいますか、そこに何かヘンな感じがしていて、要するに違和感にさいなまれていたわけです。この違和感というキーワードはサトウタツヤ先生もお好きなようで、何でも違和感を持ったところから始まるのだとおっしゃっておられますが、私もほんとうにそうだと思っています。それで、別のルートを自分なりに探すしかないと思っていた頃に、何人が影響を受ける人がでてきました。その中からまずは2人の人物に触れたいと思

います。

＊

最初に取り上げたいのはスーザン・ソントークですが、日本では『隠喩としての病』という本で有名です。残念なことに昨年 12 月亡くなりましたが、彼女は、もともと芸術批評家として出発しています。この本自体ある意味ですでに医療人類学的な発想を先取りしていたともいえるものですが、私もこの本の面白さにひかれて、著者のことがもっと知りたくなり調べているうちに、1966 年に発表された彼女の処女作である『反解釈』¹⁾という本に出会いました。それは私にとって大変衝撃的なものでした。そこで、私が衝撃を受けた一節を取り上げてみます。

「芸術に適応された場合の解釈とは、作品全体からいくつかの要素(X、Y、Z など)を取り出すことである。…解釈する人は言う—ほら、分かるでしょ、X は本当は A なんですよ（または A を意味するんですよ）とか、Y は本当は B なんですよとか、Z は実は C なんですよ、と。…このたぐいの解釈が示しているのは、例外なく、作品に対する不満（意識的あるいは無意識的な）であり、したがって、その作品を何か別のものに置き換えたいという願望である」²⁾

これは、文学、映画、絵画、音楽などの芸術作品についての当時の批評スタイルに対する彼女の批評なのですが、実はこの一節によって、さきほど申し上げた事例検討会での私の違和感のいわば実体が一気に姿を表してきたのです。つまり、私たち心理臨床の専門家たちの「このクライアントは、ここが問題だね、だから、もっとこうあるべきだ…」といった議論の仕方は、結局のところ、スーザン・ソントークが従来の芸術作品に対する批評の仕方について指摘したこととまったく同じことをやっているんだということでした。目の前にいるクライアントや家族を仮にひとつの作品として考えた場合、私たちは、その作品全体を何か別のものに置き換えたいという願望のもとに、“専門的な” 解釈という名によって解体してしまっているのではないかとい

うことです。もちろん、すべての臨床心理学のモデルがそうだとは言いませんが、しかし、根本的なところではそう変わりはないのではないかと今でも考えています。そこで、私は、目の前のクライアントやご家族のお話を伺っている自分が、あたかも舞台上で演じられている一つの作品を、唯一の観客としてそれもスペシャルシートで聞かせていただいているような錯覚を覚えるようになりました。これは私だけの錯覚かと思っていましたら、今日このフロアーに来てくださっている友人の一人である奈良女子大学の森岡正芳先生も、当時すでに「セラピストはよき観客たれ」ということをよくおっしゃっておられました。

＊

もう一人は文化人類学者としてのみならず広範な領域において独自の思想を展開したグレゴリー・ベイトソンです。彼は 1950 年代後半から 60 年代にかけて人間コミュニケーションに関する研究プロジェクトを展開する中で統合失調症（当時精神分裂病）の成因論としてダブルバインドセオリー（二重拘束理論）を提唱して有名になりました。この理論自体の臨床的な妥当性についてはその後大いに議論の的になるのですが、私にとっては、そうした理論を生み出すベースとなっている彼独自の認識論、とりわけ、人間の心や行動についての言語による記述の仕方自体に焦点をあてた彼の研究に大いに触発されました。たとえば、次のような一節です。

「言語は、主語と述語というその構造によって、“もの”がある性質や属性を“持っている”のだと言い張ってしまう。もっと精密な表現手段があれば、“もの”が内的な諸関係、およびほかの“もの”や語り手との関係の中でのふるまいから産み出され、ほかの“もの”と区別して見られ、“実在”させられるのだという点を、きちんと表現することもできるはずである」³⁾

また、次のようにも述べています。

「心理学では、関係という抽象物がメッセージで記述できる何かであるかのように語られることが多い。“依存”とか、“敵意”とか“愛情”という、なんらかの実体的なものがあって、それをメッセージが“表現”するというふうに。この認識論は逆立ちしている。関係がメッセージを作るのではなく、メッセージが関係をつくるのだ。交換されるメッセージが結び合っていく、そのコンビネーション・パターンのあるものを、言語的以上のコードによって記述したものが、たとえば“依存”であるにすぎないわけである」⁴⁾

以上のベイトソンが主張しているところをもう少し具体的に見てみたいと思います。彼の影響を強く受けたイタリアの女性の家族療法家にマラ・セルビーニ・パラツオーリ⁵⁾という人がいました。彼女は次のようなことを言っています。ここで仮に、人を叩いたり、ものを壊すことが問題であるとして臨床家のもとに連れてこられた少年がいるとします。その時に、家族や周囲の人間はもちろんのこと臨床家も「この少年は攻撃的である **“This boy is aggressive”**」というふうに記述をします。これは、ベイトソンが指摘した「主語と述語によってあるものがそのような属性をもっている」という記述様式に他なりません。つまり、このように言ってしまうと、攻撃性なる実体がこの少年の本質であるかのようにわれわれはとらえて、この少年イコール攻撃性という認識を作り上げてしまうわけです。そこで、パラツオーリは、そのような少年について、例えば、こういうふうに言ってみたらどうだろうかと提案します。英語的にはおかしいかもしれないけれども「この少年は攻撃性を示している **“This boy shows aggressiveness”**」もしくは「この少年は攻撃的に行動している **“This boy acts aggressively”**」というふうに行為として記述してみる。そうすると、誰に対して、どういう場面で、といったコンテキストや関係性がそこで見えてくるはずだということです。そして、最近では次のような臨床における言語形式の可能性も検討されています。皆さんもご存知かと思いますが、今日、若い女性に多く見られる拒食症 (anorexia) という病気があります。この場合も普通は「彼女は拒食症である **“she is**

anorexia”と記述しますが、それを、例えば「彼女は拒食症をしている“*She does anorexia*”」という表現にしてみてもどうかというのです、ちょっとヘンな言い方ですけど。もしくは「彼女は拒食症から影響を受けている“*she has been influenced by anorexia*”」という具合に主語と述語を逆転させてみるとどうか、そういう言語の構造にしてみると、たしかに、彼女は拒食症という病気にかかっているのですが、そこには、彼女と拒食症という病気の間に新たな関係性が立ち上がってくることになります。さらに「誰があなたのことを拒食症と言っているのか？“*Who says that you are anorexia?*”」と問うこともできる。ここでは、より社会的なコンテキストの中での病気の記述のされ方を問題にしているのです。

以上述べてきたようなことは、今日の社会構成主義（*social constructionism*）と呼ばれる考え方につながるものです。つまり、言語はすでにある客観的な現実を表現するものであるというよりも、人と人との間での言語の使い方によってあらたな現実が構成されるものであって、それゆえに、言語は単なる記号ではなく社会的・歴史的・文化的な文脈をそこに含んだものである、ということなのです。

＊ さて、もうあと二人の人物について紹介させてください。その一人は、ノルウェーの家族療法家であるトム・アンデルセンという人です。彼は、次のように言っています。

「言葉は言葉の中であって、その後ろにも下にもない。その人が言っていることは、それだけのことで、それ以外のことではない。つまり、言っているがままのことである」

私たちには通常、語る主体と語られた言葉を分けて捉える認識の構造があります。つまり、語られた言葉を語った主体の何らかの内的な状態もしくは経験の表現として捉えようとするスタイルです。これは、たしかに常識的かつ日常的なことです。ただし、場合によっては、表現された言葉というのが全てある種の体験というものを表現できるわけではありませんし、そこで、と

いっては何んですが、よくあるのが行間を読めとか、言葉にならない声を聞けといったことがカウンセリングの世界ではよく言われる。この人はこう言っているけれども、実はこうではないのか、本当はこういう気持ちではないかというふうにして心理を探るとというのが、カウンセリングモデルのひとつのポイントかもしれない。たしかに、そういう見方もあるけれどもアンデルセンはあえて語る主体と語られた言葉を分離させずに、とにかく、その人が言っていることは、そのままその人そのものなのだ、ということです。私流に言い換えられると、言葉の裏は読まないということになるのでしょうか。このような態度でもって語る相手に対してみるとどうなるか、大変興味深いところです。

そして、彼は次のようにも述べています。

「言葉が情報を運ぶ (informative) ものであることは、皆が認めるところであろう。一方で、言葉は形作る (formative) ものでもある。人が話すことで、その人が形作られていく」

言葉には、ある考えやある気持ちを相手に伝えていくという情報伝達の道具としての側面があることには間違いがないのですが、それだけではない。むしろ、「人が話すことによって、その人が形づくられていくのだ」と彼が主張する言葉のもっているもう一つの側面に私はずいぶん影響を受けるわけです。つまり、語られた言葉から語ることの行為性に私は大いに関心が惹かれていったのです。このように、言葉を行為として捉えたとき、そこには2つの観点が立ち現れてくることになります。ひとつは、語る主体は単なる情報提供者や表現者としてだけでなく、語るたびごとに主体はその姿を変えていくということなのです。たとえば、私たちもごく日常の中で、“あれ、なんで、こんなことを言ったんだろう？”と自分に対して訝しげになることがあります。これは、要するに、そのように語る以前の自分とそのように語った後の自分との間で何がしかの差異が生じているからなのではないのでしょうか。二つ目の点は、語ることを行為としてとらえた時、そこには“誰に向かって”という志向性がすでに孕まれているということです。コミュニケーションと

は、要するにこうした事態に他ならないわけで、実際、この私もこうして皆さん方に語っているわけです。その時には、それを聞き取って下さっている皆さんがいるという前提があります。逆に言えば、皆さんが聞き取って下さるということによって私の語りははじめて成立する。このように、語る時には、意識する、しないに関わらず、すでに聞き取る人を想定しているわけです。そして、以上の2つの観点が実はきわめて密接に関連していることが理解できてきます。つまり、語るという行為によってその人が形作られるということは、単にその人の中だけで生じている事柄なのではなく、実は、それを聞き取る相手の反応がそこにすでに含まれているということなのです。こうして、私の関心は、あらためて「語る」と「聞く」という相互行為のありようへと向かざるを得ないということになります。

＊

一般的には「語る」が能動的で、「聞く」が受動的というふうに捉えられています。だから、というわけでもないでしょうが、従来のカウンセリングでは、“ともかく、クライアントの話を聞きなさい”というふうなことを盛んに言っているわけですが……。ところで、英語で「聞く」という場合には、“hear”と“listen”という2つの単語を使い分けています。“hear”は単に音が耳に入ってくるという意味での感覚動詞として使われ、“listen”は何がしかの音に耳を傾けるという意味での行為動詞として使われます。ですから、“listen to the music”と“hear the music”では全然意味が違ってきます。日本語では、同じ kiku という発音に「聞く」と「聴く」という2つの漢字をあてはめて使い分けることがあります。ところが、英語での“listen”と“hear”ほどの違いはあまりないようです。ところが、日本語での「聞く」という場合、基本的には「相手の話を聞く」という形で受動的な行為を示すのですが、大変興味深いことに、「ちょっとお聞きしてもよろしいですか？」と相手に尋ねて、相手の発言を促したり、相手のことを知ろうとして質問をする時にも用いられているのです。普段はほとんど意識せずに「聞く」という言葉を使い、また、「語る」が能動的で「聞く」が受動的という風に思い込んでいるのですが、コミュニケーションの事態は実は、能動性と受動性とはお互いが浸透し合っ

たものであるということに、私はあらためて関心させられたわけです。

＊

さて、最後の一人ですが、一流の数学者でエッセイストでもある森敦さんがある新聞に寄せられていたエッセイ^⑨をご紹介します。これは、私がこれまで述べてきたことの実相を実に具体的に表すと同時に、より生産的なコミュニケーションとはどのようなものかということを示してくれています。

「・・・討論というのは、自分の手持ちの知識や意見のカードを出し合うゲームにすぎぬ。そこでは知恵を消費する。おしゃべりでは、そこでは知識を得るだけではなく、あとで調べる気になったりする。相手の言葉がヒントになって自分の意見が作られることもある。つまり、おしゃべりは知恵を生産する。・・・おしゃべりでは、最初から意見が決まっているわけではない。ふだん言わぬことを、相手次第でぼろっと言ってしまう。そのことで、自分の意見にはこんなこともあったのかとはじめて自覚する。・・・相手との関係のなかでしか座談は生まれない。日本の座談というのは、連歌の伝統を引き継いでいるのかもしれない」

“おしゃべり”という誤解を生むかもしれませんが、要するに、彼が言わんとしていることは、「語る」と「聞く」が相互に浸透しあうようなコミュニケーションこそ、語り手、聞き手双方にとってあらたな知恵が生産される、言い換えれば、あらたな体験や現実が構成されることなのだ、ということになるかと思います。たしかに、私自身の経験だけでなく他の臨床家たちの“うまくいっている”面接は、こうした“おしゃべり”モードの会話の本質をもっているものです。ところが、従来からカウンセリングの世界は何か非常に特殊な世界として捉えられてきたきらいがあり、そのことが、冒頭に述べました私の違和感に他ならなかったわけです。そういうことから、私は良い意味で“治療的おしゃべり”といったものがあってもよいのではないかと

考えるようになりました。それの方が、クライアントはより元気になっていくのであり、何も、お互いがしかめつらして、ある種対峙したようなそういう世界だけがカウンセリングではないのではないか、それじゃ、ただただ堅苦しさだけが残るのではないかと感じているわけです。ただ、ひとこと断っておかなければならないのは、では、森のいう「討論」はまったく無意味なものなのかということです。そうではないと思います。情報を交換し、論理的に相手の考えを理解しながら、双方の意見を明確にしていく、そのような形で知恵を生むような「討論」を必要とする場面があることもまた言うまでもないと思います。

あらためて「語る - 聞く」というコミュニケーションにおいて、私たちが何かを語る時には、それを聞き取る者は必ずしも人でなくてもいいわけです。人間は昔から、植物や動物たちや星や月や山や海という自然にも向かって語ってきました。もちろん自分自身にも語る。若しくは今は亡き大切な人へ向かって語る。さらに、神さまや仏さまに対しても語るわけです。そういうところからは実際には何の応答もないけれども、人間は、そうした沈黙の声をたくさん聞き取っているわけです。そのようにして、人間は無数の人生における癒しの物語をたくさん書いてきているのではないかと考えました。

＊

ずいぶん長々とそれこそ語らせていただきましたが、最後に、私の心身医学領域での経験ともあわせて医療人類学のもつ意義について少し触れてみたいと思います。江口先生が「bio-psycho-social model」ということをおっしゃいましたが、これはまさしく心身医学の理念でもありますし、それらをバラバラした医療はあり得ないというのはその通りだと思います。ただし、生物学的・身体的レベルと心理的・社会的なレベルのことを同じレベルで語るのだろうかということがあります。精神的であれ身体的であれ、なんらかの疾患にかかっている人すなわち患者さんを目の前にすれば、医療の専門家には当然のことながら「疾患」モードの言語が必要です。これは生物学的・身体的レベルに相応した言語です。他方、「病い」モードの言語も当然必要となる。これは心理的・社会的レベルに相応した言語です。さきほどの森によ

る「討論」と「おしゃべり」の二分法にあえてひきつけて言えば、前者の「疾患」モードは「討論」「議論」向きであり、それは、概念の明確さと一貫した論理性に基づいて普遍性を求めるものです。それに対して、後者の「病い」モードは「おしゃべり」向きということになるかもしれません。これは、多義性、多声性、物語性、ローカル性を特徴としています。

ただ、最近、いわゆる物語モードやナラティブの重要性がつとに強調されるようになってきていますが、それがイコール「疾患」モード言語の廃棄ということにならないようにしないといけないと思っています。でないと、医療の現場では通用しないどころか、重大な疾患を見落とすことにもなりかねません。「疾患」モード言語というのは言い換えれば科学的言語です。それは、ベイトソンが言うように、A is B という言語構造によって示され、より精緻化され、私たちが近代の学校教育を通じて身につけてきたものであり、たしかにその限界について認識しておく必要があることは言うまでもありません。しかし、だからといって、私はこれ自体をそのまま否定してしまうようなことは本当にいいのかという気持ちがあります。ですから、「疾患」モードの言語を生かしながら、かつ、それをいかに「病い」モードの言語の中に位置づけていくことができるか、そのことが、今日の医療の現場に求められていることではないでしょうか。さらに、最近のナラティブブームについて私はある種の危惧を感じています。というのは、ナラティブであることの基本は、常に、「語る - 聞く」という言語における相互行為性にあるのです。このことを忘れて、ただ単に物語である、というだけで分かってしまっているような風潮はないでしょうか。この点を述べさせていただいて、私の話しを終わりにしたいと思います。

以上です。ご清聴どうもありがとうございました。

文献

- 1) Sontag, S. 1966 Against interpretation. Farrar, Straus & Giroux.
(高橋康也他(訳) 1971 反解釈 竹内書店新社.) p. 15, 21.
- 2) Sontag, S. 1979 Illness as metaphor. Random House Inc.

(富山太佳夫(訳) 1982 隠喩としての病 みすず書房)

3) Bateson, G. et al. 1972 Steps to an ecology of mind. Ballantine book.

(佐伯泰樹他(訳) 1987 精神の生態学(下) 思索社.) p. 393.

4) Bateson, G. 1979 Mind and Nature. Bantam Books.

(佐藤良昭(訳) 1982 :精神と自然 思索社.) p. 81.

5) Palazzoli, M. S. et al. 1975 Paradosso e controparadosso. Cortina Raffaello.

(鈴木浩二他(訳) 1989 逆説と対抗逆説 星和書店.) p.26-27.

6) 森毅 1999 「座談ということ」 西日本新聞 (平成 11 年 2 月 6 日号)

7) 児島達美 2002 心理療法における “もう一つの” 治療言語の出現 ブリーフサイコセラピー研究, 11, 20-26.