

病いの語り

哲学と人類学・社会学の架橋

池田光穂・松岡秀明・吉田尚史・島藺洋介

第39回日本保健医療社会学会大会 2013年5月18日東洋大学朝霞キャンパス

1. 物語について問うこと
2. 医療・翻訳・語り
3. ナラティブの定義
4. 3つのポイエーシス
5. 語りの特権化
6. アイデンティティ主義とその批判
7. 結論： { {語る存在} を聴く存在 } の生成変化

1. 物語について問うこと

ジャン＝ミッシェル・アダン は次のように言います。

「語るというのは、ごくありふれた、日常的でかつ広く行きわたった形の行為であるだけに、物語とは何かと問う必要はないと思われるかもしれない。だが実際には、物語行為一般について問うことは、日常の経験を言葉に置き換える仕方について考えることである。それはまた物語行為に頼ることのできる様々な言説について考えることである」——ジャン＝ミッシェル・アダン『物語論』末松・佐藤訳、Pp.15-16、白水社、2004[1999]

このラウンドテーブルディスカッション（円卓議論）は、昨年この大会の議論の延長上にあります。そこでの議論は次のようなものでした。

2. 医療・翻訳・語り

「医療は翻訳行為である。翻訳は倫理性を伴う実践である（to make it fidelity, by one's fidelity）。従って医療は倫理性をもつ実践である。そして医療も翻訳も「対象」をもつ。翻訳は、解釈されるべき原文をもつ。医療は治癒されるべき患者を必要とする」と。

もし、そのように考えたら、医療の対象である患者は、いったいどのような存在になるのでしょうか？

少なくとも多くの患者は「語る存在」です。そうすると、医療者は患者に「語らせる存在」であると同時に「患者の声を聴く存在」である（存在＝役割としても可能）と言っても過言ではないでしょう。医療者は患者に語らせることを通して、自らの医療という翻訳と解釈という両方の行為を遂行することができるのではないのでしょうか。

3. ナラティブの定義

語ること、ナラティブ、さらにはストーリーテリング（＝物語る、Arthur Frank がしばしば好む言葉）とはなんでしょうか？

ナラティブ（語り）とは、言説実践を通じた主体形成のことです。そして、ナラティブ＝語りを通して、個々の「語られた物語」というものが生まれます。さらに、ナラティブが多数生まれると、個々のナラティブには、他者が意識を投影することができる「語りのジャンル」というものができあがります。

4. 3つのポイエーシス

これらの3つの諸相は、語ること、語ることにまわる実践、語ることの帰結としての制作がみられることを通して、広く制作行為（古代ギリシャ文化におけるポイエーシス）であるとみなすことができます。ナラティブは、語るという実践を通して、それと同時に（simul：ラテン語）「(i) 語る主体」を形成します。また語る主体は、事後的に（post hoc）「(ii)語られた物語」を造るようになります。そして、そのような活動は、さらに、当事者以外の他者がそこに意識を投影することができる「(iii) 語りのジャンル」を形成するような状況が生まれます。これらの3つの諸相にみられる制作実践を、我々はここで、「3つのポイエーシス」と呼んでおきましょう。

人々は、その語りのジャンルを経由して、再度、語る主体の意識の形成に与り、新たな語られた物語をつくるようになります。そのようにして語りのジャンルは、さらに洗練され、進化を遂げるようになるのではないのでしょうか。

5. 語りの特権化

しかしながら、語り一般ではなく、我々が「病いの語り」について、聞く時、急に構えてしまう／そう感じるのは、なぜでしょうか？ 言い方を変えると、語り一般がもつ、価値中立的な独自のジャンル内で起こることよりも、「病いの語り」というジャンル内での発話が、我々にとってより固い、あるいは頑固な心証をもつのはなぜなのでしょう？

どうも、「病いの語り」は語り一般よりも狭量で頑固ではあるが、聴く人の心を搔きむしるという点でよりパワフル（＝影響力を与える）なジャンルなような気がします。はたして、病いの語りが、今日において強い影響力を与える、すなわちある特定のジャンルにおいて、その発話が特権化する理由はなぜなのでしょう？

ナラティブ・ターン（別項）が起こる時期と、医療分野における語り研究や語りを焦点化した臨床の専門家(Narrative-Based Medicine, NBM)の台頭はほぼ同じ時期のような気がします。その背景には、

患者の発話権利のエンパワメント過程であった可能性がみられるような気がします。すなわち、病いの語りは、誕生した時から、純粋な分析の対象なのではなくむしろ、そこから教訓（＝患者の「声」を聴く）を得るジャンルとしての方向性を、その誕生の出発時から持つのではないかという気がしてきます。

正統な医学・医療の中心的な規範から「病いの語り」がまだ十分には承認を得られていない今日の社会状況のなかで、「病いの語り」を危険視することは、ナラティブを評価したい人や、そこに希望を見出す人、さらには橋頭堡として、生物医学帝国主義に抵抗していこうという人たちの情熱に水をさすような行為のようにも思えます。

しかしながら、今後の病いの語りをもつ可能性と限界を——現時点において——適切に評定しておくことは、そのようなナラティブに希望を見出す人たちに、なんらかの恩恵をもたらすのではないのでしょうか。病いの語りの特権化が生む危険性は、ナラティブがうみだす「3つのポイエーシス」に関係すると思われます。すなわち、

- (i) 語る主体の形成、
- (ii) 語られた物語の固定化、
- (iii) 語られるジャンルの形成

の3つの観点に注目することです。

病いの語りは、当事者を主題化・特権化するようにみえて、ほんとうは物語のなかに物象化されて、都合のよい管理可能な領域となり、中立化させられてしまうのではないか、という危惧があります。

6. アイデンティティ主義とその批判

このようなことを起こす現象の背景にあることを考えるべきです。それは、病いの語りをうむ、いわばジェネレーター（発生機）たる「語る主体」に起こっていることについて考えることです。

それを私は「アイデンティティ主義」と呼びます。そして、そのアイデンティティは、3つのポイエーシスに対応する、3つの強制力（フォース＝権力）があるのではないかと、私は考えます。すなわち、

(i) 病いの語りというジャンルが生む「語る主体」というアイデンティティ形成を、当の語り手に強制するのではないかという〈役割の強制〉。

(ii) 語りのジャンルで定式化された語りの図式を内面化する〈語るスキームの強制〉。

(iii) 語るジャンルの構成員であることを自覚させる制度である〈成員であることの強制〉、の3つです。

語る主体のなかに、起こっているこのアイデンティティ主義とは、いったい何なのでしょう？

それは、まず第一に、アイデンティティは、同一性（＝単声性）に回収する、近代理性が用意した人間志向のエコノミーなのではないかということです。そのことを自覚した時に、アイデンティティ主義に抵抗するひとつの方法として考えられることは、「語る主体」を非同一性ないしは多声的な存

在として、その都度、生成として、過程として捉える視点を獲得することではないでしょうか。

私は、このアイデアを——彼らの思想を適格に理解している自信はそれほどありませんが——ミハイル・バフチンと、ジル・ドゥールズらの思想から影響を受けています。あるいは、私のこのような危惧——語りの同一性・単声性への強制回収——を克服してくれる希望を次のような命題で表現してもよいでしょう：「すべての語りのジャンルが単声アイデンティティ主義に凝り固まっているわけではない」と。

7. 結論：{ [語る存在] を聴く存在 } の生成変化

すなわち、多声的語り、複眼的視点、複数の解決法への模索という中に、語る主体とその状況、さらにはそのジャンルに向かう強制力としての「アイデンティティ主義」を克服する可能性をもつのではないのでしょうか。多声的 (polyphonic) な語りとしての物語のジャンルがあるではないのでしょうか。同一性に回帰しない、過程としての語り、生成としての語りの可能性の模索する余地があるのではないか。

したがって、私の話の結論は、病いの語りのみならず、「[語る存在] を聴く存在」——人類学者や医療者——生成変化に着目しよう、ということになります。我々が調査を通して知る「語る存在」である患者がアイデンティティ主義の呪縛から解放された／されつつある時を想像してみましょう。そこでは「患者の声を聴く存在」である医療者の翻訳や解釈の行為の中にも変化が生じるはずで

す。冒頭の命題に戻ると、医療は翻訳行為そのものですから、その行為の変化とは（その論理的帰結として）医療そのものが生成変化することにつながります。

ラウンドテーブルディスカッションの皮切りとして、企画者が発表者や会場の皆さんに提言したいことは、このような議論と交錯するための「キーワード」や「キーコンセプト」をあげていただき、皆さんが持参された「病いの語り」についてのお考えを披瀝し、この会場そのものを、「病いの語り」をめぐる、多声的な「現場」にしたいということです。

御静聴ありがとうございました。