

〈論文〉

病いと信頼の現象学

病いの語りはいかに沈黙してしまうのか

大橋 一平

1. はじめに

「私は口を閉ざすことを覚える。私がもう前と同じようには生きられないということ人を理解することができない。私が嘘をつくことをみんなは求めている。社会的に生きているということと、病んでいるということの二律背反が、私に沈黙を強いる。私が彼らのそばに留まりたいと願うのならば。私は家族や友達には、自分の苦痛を語らない。多分彼らはそうは思っていないだろう。沈黙しながら、私はすでにしゃべりすぎているのかもしれない。」(クレール・マラン『私の外で』p. 25)

病いの哲学、特に病いの現象学の分野は、英語圏において近年注目を浴びている。そこでは主に、病いの状態にあるとき、わたしたちはいかにその病いを生きられたものとして経験するのかを、一人称的観点から記述することが試みられる。記述の対象範囲となるのは、自己の身体的経験や他者との間主観的な経験、社会的な次元での経験も含まれる。このように、病いの現象学は、フッサールに始まる現象学的方法論を、病いという人間の存在にとって本質的である固有の現象の分析に適用することをその手法としている。これまで、多くの病いについての現象学的分析がなされてきたが、病いの困難さを他者に伝えることの問題、特に病いの当事者の語りが他者に適切に受け取られず沈黙してしまうという問題に関しては論じられてこなかった。病いの社会的経験の分析にとって、病いにある当事者の語りが他者と共有されることの困難さに

ついて考察することは、問われる価値のある問題である。本論文は、このような問題背景の下、「病の語りはいかに沈黙してしまうのか」という問いに取り組む。そのことを通じて、病いの当事者の語りが沈黙してしまうことの構造を、いくつかの観点から解き明かし、さらには根本的な問題として「信頼性の喪失」という現象が大きな問題であることを明らかにする。

具体的には次のように議論を進める。まず、病いの現象学の紹介として、第二章では基礎的な概念の区別であり、議論をすすめるうえで重要な、病い *illness* と疾患 *disease* の区別について確認する。そして第三章では、病いの具体的な経験の分析へと進むために、病いの身体的経験について、おもにトゥームズとカレルを参照しつつ考察する (Toombs 1987, 1992, Carel 2016, 2018)。ここでは、病いの経験というのが主に障害 (Dis-ability) として経験されるということや、トゥームズが提示した「五つの喪失」について論じる。そして第四章では、病いの社会的経験として、病いの当事者の語りが沈黙してしまう現象について二つ事例を挙げその現象学的分析を試みる。第五章では、前章で論じたような病いの語りの沈黙の根本的な要因として、六つ目の喪失として「信頼性の喪失」という現象を呈示し、検討する。おわりにでは、この病いの語りの沈黙に対する方策として、いくつかの案を簡単に提案する。

2. 病い *illness* と疾患 *disease* の区別

まず病いと疾患を区別することが重要である。われわれが病気と言うとき、そこには病いの次元と疾患の次元の両方が含まれている。病いの意味をめぐる議論は、両者を区別することで、自らに固有の問題領域を開いてきた。最初に、「疾患」(*disease*) とは、科学的手法に基づいた医学的観点からみられた生物学的な機能不全のことである (Kleinman 1988 p. 6)。医学は、病気を生物学的な構造や機能の変化として再構成することで、医学的対象として診断し、その原因を探っていく。そこで取られている視点は、三人称的な観点である。このような医学的な観点においては、患者の主観的な病気の感じ方や、その患者の生活上の問題などは捨象されがちである。医療従事者たちは、病気に対して、このような観点から疾患にフォーカスするよう日々トレーニングされている。医療の現場においては、患者の主観的な感じ方よりも、客観的な疾患の方に重要性が付与されているといえる (Kleinman 1988 p. 21)。

一方「病い」(*illness*) とは、病気の一人称的経験のことである。それは、病気がどのように経験されるのか、といった質的な経験の次元であり、病いの当事者によって意味深くされた経験の次元である。この病いの経験は、身体の症状がどのように感

じられるか、病いによる身体の変化はどのように経験されるのかといったことを含んでいるし、また医療ケアをどのように受けるのかといったことや、病いや痛みを通じて経験される社会的態度の変化、さらに自身にとって敵対的となるであろう世界と、どのように交渉するのかといったことも含まれる (Carel 2016 p. 17)。病いの経験とは、その病いが当人にとってどのような意味を有して感じられ、理解されているのかといった、生きられた経験 *lived experience* なのである。

それゆえ、疾患がどの患者においても客観的かつ一般的に同定可能なのに対して、病いの経験は、当事者それぞれで異なっている。たとえば、疾患としては同じ肺がんであったとしても、その疾患が個人の生活のなかで、どのようにして経験されるのかは異なってくる。また疾患と病いを区別することは、疾患なき病いや病いなき疾患といった事態を考えることを可能にする。たとえば自覚症状のないまま定期健診で腫瘍が発見された場合は、病いなき疾患であるといえるだろうし、当人が頭痛で日々苦しんでいても、特定の診断が下りない場合は疾患なき病いであるといえるだろう (Carel 2016 p. 17)。

疾患と病いは、疾患が医学的対象として客観的に目に見えるものであるのに対して、病いの経験は、主観的な一人称的経験であり、目には直接見えないものであるというように区別することも可能である。たとえば、足が悪いがゆえに、階段を上がってトイレに行くことが困難かもしれない。強い頭痛によって、勉強や研究に集中することができず、イライラしてしまうかもしれない。家に引きこもりがちになり、将来に今後の社会生活に不安をおぼえるかもしれない。このような当事者の病いの経験は、客観的に目に見えて現れてこないために、周りの人々にはその辛さが理解されない。そしてその理解されなさに怒りや悲しみをおぼえ、時には周りの人にその感情をぶつけてしまうかもしれない。その結果、周囲の人々からは自分の訴えを信用してもらえなくなり、より孤立を深めてしまう。こういった事態もまた、病いの経験なのである。

しかし注意しておかなければならないのは、病いの経験が一人称的で主観的なものだからといって、当事者一人の内に閉じられているものではないということである。病いの経験は、自分の身体がどう感じられるかというだけでなく、病いを通して他人とどのように関わっているのか、社会の中でその病いがどのように扱われるのかといった社会的次元もまた含んでいる。次節以降では病いの身体における経験と病いの社会的次元における経験をそれぞれ検討していく。

3. 身体における病いの経験

3-1. Dis-ability としての病い

病いの経験はどのようなときに強く意識されるだろうか。以前できていたことができなくなったとき、私たちは自身の病いについて意識するのではないだろうか。本節では、病いの身体的経験を、ある種の「できなさ」の経験による自己の実存の変容として検討していく。

まずは、病いを経験する以前の健常な状態において、わたしたちがどのように自己の身体経験を意識しているのか簡単に確認しておこう。ここで、健常な状態というのは、病いによって生活に不都合が生じていない状態を指している。そのような健常な状態において、わたしたちは、自らの身体を特段反省することなく、諸々の行為を遂行している。そこでは、(1)身体は、物理学的な対象や世界の内に存在する他の様々な実在物のひとつのようにはっきりと主題化されていない。そして、(2)自己と身体との関係は客観的な関係であるというより、実存的な関係である。つまり私が身体をもつとか、所有するという状態ではなく、「私が身体である」。(3)自己と身体とは意識において分離されておらず、自己一身体として統一されている (Toomds 1992 p. 51) このようにして、私は自己の身体を「生きられた身体 lived body」として経験し、世界の内存在している。さらにまた、このような世界の内存在する仕方は、メルロ＝ポンティが言うように、「私はできる」として特徴づけられる。目の前のコップは私が手を少し伸ばせば手に取ることのできるものとして経験されるし、大学は電車に乗れば行くことのできる場所として経験される。このように自己と世界との関係は、身体的実存の「～する能力があること」を前提にして理解され、諸々の可能性が開かれていることとして経験されている。

しかし病いの状態においては、このような世界内における自己の身体的経験は大きく変化する。「～する能力があること」として理解された身体的実存は、「～することができない」という障害として意識されることになる。

「第一に、病いは能力の障害 (dis-ability) であり、いつものように世界に参与することを「できなくする (inability to)」状態を意味する。」 (Toomds 1992 p. 62)

慢性的な頭痛は、単に日々頭が痛むというだけではなく、これまでは難なくできていた日々の読書、音楽を聴くこと、スポーツをすることといった楽しみをできなくさ

せる。うつ病は、何かを計画し、その目的に向かって行動するという、あらゆる活動にとってあたりまえに前提されることそれ自体をできなくさせてしまう。このように、病いの経験は、まず以前まで当たり前にかけていたことができなくなるという仕方意識される。それは、これまでの自己と世界との関係が変容し、混乱させられるような経験である。病いになる前の感覚や習慣は、もはや失われてしまう。このような病いの経験は、これまでできていたことがもはやできない、世界との関係が失われてしまったという「喪失の経験」を、その根本において伴うのである。

3-2. トームズにおける五つの喪失

病いの現象学者のトームズは、病いの経験における喪失の経験として五つの喪失を挙げている。「全体性の喪失 loss of wholeness」、「確実性の喪失 loss of certainty」、「コントロールの喪失 loss of control」、「行動する自由の喪失 loss of freedom to act」、「なれ親しんでいる世界の喪失 loss of the familiar world」である (Toomds 1992 p. 90)。以下では、これらの喪失を順に説明していく。

「全体性の喪失 loss of wholeness」

全体性の喪失は基本的には身体の不調和や不具合の気づきとして現われてくる。この気づきは単に特定の症状（例えば息切れ）についての気づきではなく、身体統合性の喪失という深刻な喪失感覚への気づきである。身体は以前のように当然のものとしてはもはや現れてこない。痛みや怠さといった仕方ではまざまざと意識され、無視することはできないものとして経験される。こうした身体は自己コントロールを超えており、何かしら意に反するような状況を生じさせてしまう。痛みを伴う身体や、機能不全に陥った身体は自己の思うままには機能せず、計画を邪魔し、選択を妨げ、行動を不可能にしてしまう (Toomds 1992 p. 90)。

「確実性の喪失 loss of certainty」

全体性の喪失は身体的な障害と身体的統合性の喪失の知覚を合体するだけではなく、最も深刻な形での「確実性の喪失」を含んでしまう。病気を経験すると、人がころのなかで抱き続けていた、個人というものは不滅であるという漠然とした前提を放棄せざるを得なくなる。病いの当事者自身を自らの脆弱性に直面させる。この脆弱性の認識は当事者を不安や心配に陥らせる。病いはわれわれが不死であるという原初的な感覚を打ち砕き、自身の無力さや死すべき運命であることを認

めることになる。そしてこのことは問題を個人化させ他者とのコミュニケーションをすることが困難になる。病いはいつ襲ってくるか分からないある種予測できない災害のようにして経験される (Toomds 1992 p. 93)。

「コントロールの喪失 loss of control」

全体性の喪失と確実性の喪失の結果、コントロールの喪失が現われてくる。病気は、「今まで考えてきた選択と計画の枠外で、求めもしなければ、予期することもできなかった出来事が我が身に起きた」とする感覚を呼び起こすものである。よく考えられた生活設計を計画していたとしても、病いは多くの場合、気まぐれな邪魔者、予期せぬ出来事として経験される。いままで慣れ親しんでいた世界が基本的には予測もコントロールもできない環境として、知覚されてくる。わたしたちは科学技術のあらゆる自然を制御できる力に慣れているが、病いになるとそのような考えが幻覚であったこと、病いの制御不可能性に直面する。(Toomds 1992 p. 94)

「行動する自由の喪失 loss of freedom to act」

行動する自由の喪失は主に合理的選択能力が失われる、もしくは制限されることから理解される。病者は自分の身体や精神の病気を治療するための専門的知識や技術を有していないがゆえに、自信の病いに対してどのように適切に対処すればいいのかが分からない。自身の病いを治療するための臨床的な意思決定を十分におこなうことができない。さらには病いの状況にあって、自分自身の将来に何一つ確信がもてない状況にいるとき、合理的かつ冷静沈着に自身の病いに対して対応することができない。(Toomds 1992 p. 95)

「なれ親しんでいる世界の喪失 loss of the familiar world」

なれ親しんでいる世界の喪失とは、病いにおいて自らの実存が自己変容してしまうということ、世界的に存在する自らの在りようが著しく変化してしまった事態を示している。世界の調和や安定性、行為者としての自己の能力、世界に住まっていることの安楽さが失われてしまっているような状態である。このような実存の変容はインフルエンザのように一時的な場合もあるが慢性疾患のように長期にわたることもある。この自己変容してしまった世界において、病んだ人は普段の諸々の活動に従事できなくなり、当たり前に行っていた日常的な仕事や遊びに参与することができなくなる。病いによる障害への気遣いによって世界は敵対的な

ものに変容する。またこの変容は時間的感覚にも生じてくる。病いの苦痛に苛まれている人は、現在という時間に釘付けにされる。未来は不確実なもの、接近しがたいものとして現われ、過去はすでに失われてしまったものはや戻ることのできないものとして断絶している。(Toomds 1992 p. 96)

時間的経過や程度の差はあれ病いのさなかにある者は、これら五つの喪失の経験を経験することになる。これら五つの喪失が表しているのは、病いにある者の経験が、表面的にどう見られるのであれ、実存的な変容を経て、世界との関係の仕方が変化してしまっているということである。そしてこのような実存の変容の諸特徴は、仮に病いから回復したとしても、すべて無くなるわけではない。回復したとしても、そこには自らの実存に対する脆弱性や不確実性、あいまいさの感覚がともないつづける (Carel 2016 p. 44)。このような病いの経験による実存の変容は、不可逆的である。死がつねに生の背後にあるように、病いの経験によって暴露されたこの世界の不確実さや、脆さは、生にとっての不安として残りつづける。トゥームズが病いの特定の個人的特徴ではなく、根本的な要素としてこの五つの喪失を呈示しているのは、それらが生きられた病の「現実」を明らかにして見せるからだ。これらは患者にとって病いがどのような意味を有しているのかに光をあてるのである (Toomds 1987 p. 234)。

4. 社会における病の経験

前節では、病いにある者の自己と世界との関係に焦点を当て論じてきた。本節では、病の経験が、他人との関わりや社会のなかでどのように経験されるのかをみていく。そこで病いの当事者の語りが沈黙を強いられるような二つの事例をあげ、分析することを試みる。

病いは社会的にどのように経験されるだろうか。友人や周囲の人々は、病いに対してどのように感じ、当事者に対してどのように振る舞うだろうか。病いの現象学者であるカレルによれば、病いへのスティグマはこれまで知り合いだった人々との人間関係を変化させ、初対面の人々からは否定的なまなざしを向けられ、その他人のまなざしを意識することによって、家にこもりがちになったりする。特に、病いの当事者にとって、以前からの変化の影響が顕著にみられるのは、病いの当事者の社会参加の機会が制限されてしまうということや、可能な活動の範囲を狭まるということ、そして他者たちとの交流を難しくすることである (Carel 2016 p. 75)。このようにして病いの当事者は孤立しがちになるが、その結果、周囲の人々に助けを求めたり、病いにつ

いて日常会話をするということも難しくなる。(Carel 2016 p. 75)

またカレルは、医療という場における患者の病いの経験に対する扱いにも言及している。カレルによれば (Carel 2016 p. 16)、科学的な手法が支配的役割を果たしている西洋医学においては、医療従事者は、患者の一人称的な病いの経験よりも、専門化された非人間的な三人称的記述に価値を置く傾向にある。患者の病いの語りは無視され、CT スキャンや血液検査といった客観的な生物学的情報のみが患者のファイルとして記録、保管される。話を聞いてくれない医師、非人間的で官僚的な大規模医療システム、そしてこれらのシステムを乗り切ろうとするときの無力感が実際に報告されている (cf. Carel and Kidd 2014)。

病いの当事者は、社会的な状況の中で、様々なしかたで自らの苦しみを語ることでできなくなる、病いの語りが沈黙してしまうことを経験する。以下ではこのような病いの語りが沈黙してしまう二つの事例を挙げる。第一に、冒頭で引用した箇所を再度引用する。

「私は口を閉ざすことを覚える。私がもう前と同じようには生きられないということ人を人は理解することができない。私が嘘をつくことをみんなは求めている。社会的に生きているということと、病んでいるということの二律背反が、私に沈黙を強いる。私が彼らのそばに留まりたいと願うのならば。私は家族や友達には、自分の苦痛を語らない。多分彼らはそうは思っていないだろう。沈黙しながら、私はすでにしゃべりすぎているのかもしれない。」(クレール・マラン『私の外で』 p. 25)

この文章は、フランスの哲学者クレール・マランのものである。彼女自身、関節炎をともなう自己免疫疾患を患っており、その自身の経験に基づいた病いの語り都在这里書かれている。この引用において重要なのは、病いの語りがいかに社会に生きるなかで沈黙させられてしまうのかが描かれている点である。病いになる以前からどのように変わってしまったのかを当事者以外は適切に理解することができない。そしてこの病いの苦しみを周囲に仮に説明したとしても、何をいつているのか理解しようとしないうか、誤解され距離をおかれてしまう。それゆえ周囲の人々の表面上理解があるかのような気遣いに対して、こちらも自らを偽り、自身の苦しみをなんでもないかのように語り、ふるまってしまふ。周囲の人々は当事者に対し、順調に回復していつて

いるか、どう社会復帰するのかといった「復帰の語り」を求める¹。周囲を気遣って自らの苦痛を語らないようにしつつも、自身の病いの苦しみは誰にも伝えられずに残り続ける。このことが病いの当事者を社会的に孤立させ沈黙させてしまう。まとめると、社会の中では周囲から期待される語りやふるまいを求められ、他方自身の病んでいく経験は他人には理解されず、求められていないと感じる。この社会と自身の病いととの二つの間に挟まれ孤立し沈黙してしまうのである。

このような社会的孤立の経験は慢性的な病いを患っている者であれば多かれ少なかれ体験するものである。

第二に、「医学的な視線 medical gaze」という事例について考えたい。医学的な視線とは、医者が患者にむけるまなざしであり、その背後にあるシステムでもある。医者は患者をまなざし、患者の語りを分析、診断する。さらにそれはデータとしてファイルに記録され、専門家から別の専門家へと受け渡され、保管、管理、解釈される。このようなシステムを背景にした医者のもなざしが、ここでは医学的な視線といわれる。医学的な視線においては、医学的な情報と結びついているはずの生きられた身体はしばしば主観的なものへと追いやられ、二次的なものとして軽視されてしまう (Carel 2016 p. 69)。医学的な視線にさらされている次のような事例を考えてみよう。以下の引用はダナ・ウィリアムズ『自閉症だったわたしへ』の一節である。

「わたしはまた、メアリーがペンを走らせてメモをとっていることも、気になって仕方なかった。

「わたしのことを書いているんじゃないですね？」

彼女が紙に、わたしには読み取ることのできない文字を走り書きするたびに、不安にかられてわたしは聞いた。「わたしのこと、閉じ込めたりはしませんね？」

何度も何度もわたしは聞いた。」(ダナ・ウィリアムズ『自閉症だったわたしへ』 p. 240)

このような経験は、病院やカウンセリングの場において少なくない数の人々が体験するものであろう。自分自身のことを話している最中に、医者やカウンセラーがそのことについて何らかの専門用語でメモを取り出すとき、わたしたちは何らかのぎこちなさを感じ、自分が相手に捕らえられてしまうかのような感覚に陥る。自分自身の生

1 このような、周囲が期待する「復帰の語り」によって病いにある当事者の語りが妨げられてしまう問題については早川 (2016) を参照。

きられた経験が、他者によって医学的に疾患として対象化され、そのような対象化された自分を意識し、もはや自由ではなくなってしまう。

「客体としての身体は、私が「所持」したり「所有」する身体である（私が「実存」する生きられた身体といったものではない）。さらに、すべてが私から離れて、純粋な生物本来の性質を備えた身体となる。その結果、私は自分自身が身体から疎外されていることに気づく。このような身体と自己との疎外感 alienation は、疾病体験に固有のものであり、身体を科学的対象の地位に限定する「医学的な視線 medical gaze」の下で強められる」（Toombs 1992 p. 87）

このような医学的な視線の下では、病いの語りは以下のことから沈黙させられてしまう。① 自分自身の生きられた経験の語りが、医学的にマニュアル化された診断プロセスを通じて、疾患として対象化 objectification される。それは自分には力の及ばないところで自身が操作されている、自分自身が自分の病いについて関与することができないという疎外の感覚である。② 私が治療に関与する者としてではなく、単なる診断のための「情報」提供者として扱われるということ。③ 医者のみなごしを自分自身で内面化してしまうことで、自分を生きられた経験においてではなく、むしろ患者として自己理解し、そのようにふるまってしまうということ。

これら二つの例に共通するのは、病いにある者が、自身の苦しみを周囲の他者に伝えることができないという問題である。そして沈黙してしまうという経験は、単に個別的な事例での問題ではない。この沈黙させられてしまうという経験は、病いの社会的経験においてしばしば起こる一般的な問題である。しかしこの病いの語りが沈黙させられる問題は、一般的でありながらも、社会的に不可視化されているように思われる。両者は相互補完的な関係にある。それゆえさらに問わなければならないのは、この沈黙を生じさせるより根本的な社会的構造とはどのようなものであるか、そしてこの沈黙の不可視化はどのようにして生じるのかである。次節では、このような沈黙がいかにして生じてしまうのか、その根本的な構造について、「信頼性の喪失」という点から考えていきたい。

5. 病いの語りはなぜ沈黙してしまうのか——信頼性の喪失——

トゥームズは病いによって失われるものとして五つの喪失をあげていたのを第二節において論じてきたが、本論文は六つ目の喪失として「信頼性の喪失」という問題が

あることを論じていきたい。この信頼性の喪失という事態が病いの語りが沈黙してしまうことの本源的な問題であると主張する。信頼性の喪失には二つの次元がある。認識論的な次元と実存的な次元である。まず認識論的次元から論じていく。

「信頼性の喪失」の認識論的次元

まず次のような事例を考えてみよう。ポールは慢性的な倦怠感に悩まされている。それはとてもひどいもので社会生活や仕事はもちろん家での家事や生活にも支障がでるほどである。そのうち外出することができなくなり、家に引きこもりがちになった。そのような状況に対して仕事場の同僚や家族はポールの必死の苦しみの訴えにもかかわらず、「単に怠けているだけだ」、「生活習慣が悪いからだ、もっと外にでて仕事をすれば気にならなくなる」とまともに取り合おうとしない。このような周囲の対応からポールは自身の苦しみについて誰にも語らなくなり、社会的に孤立を深めてしまう。また別の例を考えてみよう。うつ病のジェシカは終わりのない苦悩に日々おそわれており、その経験を病院で医者に対して訴えるが、医者は彼女の言葉を真剣に聞くことなく、ただ処方箋をだすだけである。このように病いの状況にいる者の証言は不当にその信頼性が低く見積もられ、その証言はしばしば沈黙させられてしまう。このようなある特定の社会的アイデンティティーに基づいてその話し手の証言の信頼性が不当に低く評価されることで、知識の主体として正当にみなされないような不正義のことを、ミランダ・フリッカーは証言的不正義と呼ぶ (Fricker 2007 p.1)。病いのさなかにある者は、社会に生きる他の人々と比べてもより一層証言の信頼性が低く見積もられやすいという意味で、証言的不正義に対してより脆弱であるといえる。そしてフリッカーが述べるように、認識にまつわる信頼性 (epistemic trustworthiness) は、二つの区別される要素である証言者の「能力」と「誠実さ」に基づいている。病いの当事者に対する偏見は、しばしばこの証言者としての能力と誠実さを攻撃する² (Fricker 2007 p.45)。病いにある者の証言は、しばしば、混乱していて、感情的であり、扱いにくいと見なされやすい傾向にある (Carel and Kidd 2014)。つまり病いのさなかに

2 フリッカーは認識的不正義による認識的信頼性への攻撃はその構成要素である能力と誠実さのどちらか一方で十分であると述べている。

どちらかを攻撃したとしても、二つの構成要素は認識的信頼においては結びついているので、証言者の能力を貶めるのに十分である。

認識的信頼性へのこの攻撃は、アイデンティティーに基づく偏見による排除 identity prejudicial exclusion として、証言者を認識的信頼のコミュニティから排除してしまう (Fricker 2007 p. 45)。

ある者は、単に証言の内容が信用されないというだけでなく、証言者としても信頼されづらいという意味で認識的な信頼性を喪失している。しかし、問題はこれだけではない。このような証言にまつわる信頼性の喪失は、聞き手によってもたらされるだけでなく、自己充足的な予言 (a self-fulfilling prophecy) ともなりうる。病いのさなかにある者が信頼できないと他者からみなされる過程において、その人は自分の証言能力への自信を失い、自分の考えや意見を明確に述べることができなくなる。つまり当事者自身が、自分自身を証言者として信頼できなくなってしまうことがありうるのである (Hawley 2017; Carel and Kidd 2014)。

このような証言的不正義による信頼性の喪失は、医療の現場においても生じている。先に挙げたジェシカのような事例を考えてみよう。患者の証言は、医者にとって診断に無関係で余計なものとして扱われる。医学用語や専門用語の適切な訓練を受けていない患者の訴えは十分に明確なものではないと見なされることがある (Carel and Kidd 2014)。そこでは、患者の一人称的な経験の証言に対する信頼性が低く見積もられている。ゆえに、一見すると患者の証言に耳を傾けているように思われていても、診断に役立つ「情報」だけを取り上げ、それ以外を無視している。患者は「情報提供者」として見なされてはいても、治療の「参加者」とはみなされていないのである。つまり、依然として当事者の語りの信頼性は喪失させられており、その語りは沈黙させられている。

重要な点は、病いのさなかにある者の証言と、証言者としての地位の信頼性が、不当に低く評価されるという事態は、個別的問題ではないということだ。信頼性の喪失は、社会的偏見によって、社会的アイデンティティに対して、「病いにある者」という否定的なイメージが結び付けられることで遂行される。それゆえこの信頼性の喪失は、体系的(systematically)な仕方ではなされるのだ。証言の沈黙が不可視化されるのは、社会的な偏見による抑圧によって、病いにある者の証言、証言者としての地位の信頼性が貶められていることが当たり前のものとされているからであるといえるだろう。当事者はこのような社会的偏見に対して沈黙せざるえないがゆえに、証言の沈黙とその不可視化は相互補完的關係にあるのである。

「信頼性の喪失」の実存的次元

これまでは、信頼性の喪失の認識論的次元について論じてきた。ここでは病いの当事者の証言や証言者としての地位の信頼性が不当に低く評価されることで、病いの語りが沈黙させられてしまう状況について検討した。しかし証言や証言者としての地位の信頼性が貶められることは単に、知識の認識論的次元でのみ問題になるわけではな

い。ロレイン・コードが述べるように、証言の信頼性が過小評価されることというのは、「単に経験の「真理」ではなく、自己についての感覚 *their sense of self*、信頼 *credibility*、信頼性 *trustworthiness*」が崩されるということだからである (Code 1995 p. 59)。病いの当事者はその語りに個人個人違った社会的状況における自分自身の実存を賭けている。病いの語りとは、まさに自分自身の困難な在り方について耳を傾けてほしいと他者に訴えかける行為である。そのような病いの語りが信頼に値しないと見なされることは、そこに賭けられている自分自身の実存への信頼を損なわせるものであるといえる。そこでは当事者は他者との根本的な社会的実存における自己に対して信頼感を有することができなくなってしまう。

デンマーク出身の現象学者であるレグストルプによれば、互いへの信頼は人間の生活にとって本質的な役割を果たしているものである。もともとの知り合いであれ、全く知らない者に対してであれ、わたしたちが社会生活を送っていくためにはその根本に信頼がなければならない。レグストルプはこのような人間の社会生活にとって基礎的な信頼を「自然的な信頼 *natural trust*」として以下のように語っている。

「事前にお互いの言葉を信じて、事前にお互いを信頼する。これは確かに奇妙に思えるかもしれませんが、人間であるために不可欠なことです。そうでなければ、生命を脅かすことになります。もし私たちが事前にお互いに不信感を持って会っていたり、相手が盗みや嘘をついていたたり、ごまかしたり、誘導したりしていると思っ込んでいたら、私たちはただ生きていくことができず、人生は枯れてしまい、損なわれてしまうでしょう。」 (Logstrup 2020 p. 8)

互いに信頼しあうということは、この社会を成り立たせていくうえで必要不可欠な要素である。レグストルプの自然的な信頼とは、この最も基礎的なレベルでの信頼について語っているのだが、わたしたちは同時にある種の信頼のネットワーク *trust networks* に基づいて、信頼できるものとそうでないものを分割することで諸々の共同体を構成している (Tilly 2005)。信頼はわたしたちの社会的アイデンティティを縁取ることで共同体への内包の境界を制定し、不信の雰囲気の中かでわたしたちの信頼の範囲の外に置かれている見知らぬものを縁取るのである (Warren 2020)。信頼のネットワークの中かで、信頼が保障されたものとして認められていることは、社会生活における諸々のリソースを利用するために重要な要素である。この信頼が社会的に損なわれてしまえば、病の当事者は社会的リソースにアクセスする手段を失ってしまう。また、それだけでなく、信頼が保障し条件づけている道徳的共同体への参加も困

難になってしまうだろう。リクールが語るように、自己を証言すること、自己への信頼は他者における信頼から切り離すことのできないものである。自分自身を信頼し、自己証言 self-attestation することが可能であるのは、他者との相互の信頼関係が成立している場合のみだ (Warren 2020)。わたしたちは相手が自分をケアし、自分が相手からケアしてもらえる存在であるという相互の信頼を認められているような場に自分が参加しているからこそ、誰かに助けや自身の病いの困難さを訴えることができるのである。信頼が損なわれることで、相手からケアされるに値しないものとして見なされたり、自分自身をケアに値しないものとして見なしてしまうことで、その道徳的な場に参加することが阻まれてしまうならば、当事者は自身の病いについて語ることを沈黙させられてしまうことになるだろう。

6. おわりに 問題解決へ向けての方策

これまでの議論では、病いの意味についてその身体的経験と社会的経験を論じてきた。特に病いの社会的経験として、当事者の語りの信頼性が喪失してしまうことによって、沈黙が生じてしまう事態について検討してきた。では、当事者の語りが不当に沈黙させられてしまうという問題に対して、いかに抵抗していくことができるだろうか³。差し当たって解決すべきは、①証言の信頼性が不当に低められるという事態、②病いのさなかにある者の自己-信頼 self-trust をいかに回復すべきかということ、この二点である。最後にこの点について、いくつかの簡単に方策を示していきたい。一つは医療の場における医療従事者たちは、患者の証言に対して、「認識的特権」(epistemic privilege) を認めなければならないということである。一般的に、認識的な特権は、医療従事者の側が患者に対して有しているといえる。医者は患者を診断する立場にあり、専門的な知識を有し、何が病気で何がそうでないかを決定する力を有しているためだ。しかしながら患者にも、また「病いの経験の専門家」としての認識的特権があるということを医療従事者たちは認める必要がある。病いの経験者としての患者は、病いの経験に対する独自の知識を有しており、彼らの問題を解決し治療す

3 フリッカーは、証言の交換 epistemic exchange に従事する個人に注目し、偏見に反対する態度を含んだ適切な証言的感性 appropriate testimonial sensibilities を開発することによって、聞き手が証言の不正を修正することができるという、証言的正義という徳の考えを展開している (Fricker 2007 p.86)。証言的正義とは、聞き手が証言者の信頼性の認識にどのような偏見が影響しているかを考え、修正するという反省的な批判的社会意識を伴うものである (Fricker 2007 p. 91)。

るために何が最善であるのかを認識している場合がある (Scrutton 2017)。それゆえ、患者の認識的特権を認めた上で、たんなる診断のための情報提供者として扱うのではなく、治療という場に共に参加する者として扱う必要がある。

もう一つは、病いの語りそれ自体に「認識的権威」(epistemic authority) を与える必要があるということである⁴。現状としてわたしたちの生活の中で病いの語りが語られるのは、あくまで医学的な診断にもとづいてその権威が認められている限りである。そこでは、疾患と診断されることのない病いについての語りは沈黙させられやすい。病いに苛まれ苦痛を感じながら医者にその苦しみを訴えたのにもかかわらず、特定の病名がつかなかった場合、わたしたちは自身の病いの経験を、「価値のない」ものであるかのように感じてしまう。わたしたちが自信をもって病いについて語るができるのは、診断の言説の権威の下で保障されている限りでしかない。それゆえ、医療的診断の言説の権威に依ることなく病いの語りそれ自体に認識的権威が認められる必要がある。医学的に診断可能な病いだけをケアの対象として認めるような社会の構造と、それに追従する個々人に責任があるはずである⁵。病いの語りそれ自体に認識的権威を認めることによって、病いに苦しむ当事者それ自身の声に対して信頼の関係を築くことが可能となるだろう。そして信頼とは単に相手を信頼するだけでなく、相手が信頼に値する者であることを信じなければならないという倫理的努力を伴うものである。つまり相手の脆弱性を認めつつ、相手が信頼に値する能力と誠実さを有している者であると信じようとすることである。このような倫理的努力が適切になされるならば、当事者自身の自己信頼もまた回復しうるだろう。

参考文献

- Carel, Havi, and Ian James Kidd. 2014. Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis. *Medicine, Health Care, and Philosophy* 17 (4): 529–40.
- Carel, Havi. 2016. *Phenomenology of Illness*. Oxford University Press.

4 「患者の病いの経験を正当に評価すること、つまり、その経験に権威を与え、その経験を共感をもって傾聴することは、慢性の病いをもつ患者のケアにおいてかぎを握る仕事である」(Kleinman 1988 p. 21)。

5 これらの問題への現状なされているオルタナティブな方法として、米国で近年重要視されてきているピアサポート制度や最近日本でも紹介されはじめたオープンダイアログを挙げることができる。どちらも患者を単なる診断の情報提供者としてではなく、治療に参加するものとして扱っている点で重要である。

- Carel, Havi. 2018. *Illness: The Cry of the Flesh*. Routledge.
- de Warren, Nicolas. 2020. Trust. In: Thomas Szanto, Hilge Landweer (Eds.) *The Routledge Handbook of Phenomenology of Emotion*.
- Fricker, Miranda. 2007 *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*. Oxford University Press.
- Hawley, Katherine. 2017. Trust, Distrust, and Epistemic Injustice. In: Ian James Kidd, José Medina, Gaile Pohlhaus, Jr. (Eds.) *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice*.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. (アーサー・クラインマン『病の語り 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、一九九六年)
- Lorraine, Code. 1995. *Rhetorical Spaces Essays on Gendered Locations*. Routledge.
- Løgstrup, K. E. 2020 *The Ethical Demand*. Oxford University Press.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945. *Phénoménologie De La Perception*. Paris, Gallimard.
- Ricœur, Paul. 1992. *Oneself as Another*. University of Chicago Press.
- Scrutton, Anastasia Philippa, “Epistemic Injustice and Mental Illness”, in *The Routledge Handbook of Epistemic Injustice* ed. Ian James Kidd, José Medina and Gaile Pohlhaus
- Tilly, Charles 2005. *Trust and Rule*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Toombs, S. Kay. 1987. The Meaning of Illness: A Phenomenological Approach to the Patient-Physician Relationship. *The Journal of Medicine and Philosophy* 12 (3): 219–40.
- Toombs, S. Kay. 1992. *The Meaning of Illness: A Phenomenological Account of the Different Perspectives of Physician and Patient*. Springer, Dordrecht.
- クレール・マラン 2015『私の外で』、鈴木智之訳、ゆみる出版。
- ダナ・ウィリアムズ 2000『自閉症だったわたしへ』、河野万里子訳、新潮文庫。
- 早川正祐 2016 「苦しみの認知からの逃避と認識をめぐる責任：ケアの認識論に向けて」『グリーフケア = Grief Care』5: 95–110.