

# プラセボ反応と物語行為

## Placebo Responses and Narrative Acts

重野 豊隆

SHIGENO Toyotaka

(星薬科大学 哲学研究室)

### はじめに

現在「プラセボ反応」に関する事例や知見及び説明理論は多種多様なもので満ちている。『『病は気から』を科学する』の著者、科学ジャーナリストのマーチャント (Jo Marchant) は、それら知見や事例を興味深く取り挙げている。その知見の中で本稿がテーマとするのは、患者 - 医療者関係の言動に深く関わる「意味付け」の観点による説明理論である。特にプラセボ効果は「物語行為 (narrative act)」を通じて深化するとするブロディ (Howard Brody) の「意味付け仮説 (meaning model)」を考察の手掛かりに据え、物語論の成果を参照しつつ、以下の順で哲学的 (理論的) に考察することが本稿の目的である。

第1に、マーチャントが取り挙げている知見や事例の中から、本稿のテーマに関わりのあるものを取り上げ、「治療としてのプラセボ効果」の有効性を確認しておく。

第2に、ブロディの「意味付け仮説」に沿って、物語行為を通じてプラセボ効果が深化する要因を取り上げ、「治療として物語効果」の意義を考察する。

第3に、NBM (Narrative Based Medicine) の観点から、患者が語る治療物語とは何かを医療者が語る治療物語とのすり合わせを通して「対話としての治療」

の意義を考察する。

第4に、リタ・シャロン (Rita Charon) の「物語医療 (ナラティブ・メディスン Narrative Medicine)」の試みにおける患者の「身体」と「個人」等の物語的記述を通して物語医療の意義を考察する。

なお本稿では、“placebo”という用語の持つ多義性を考慮して、日本語表記として「偽薬」ではなく、また英語読みの「ブラシーボ」でもなく、より国際的に通用しうる普遍的な呼び名であるラテン語読みの「プラセボ」を用いることにする。何らかのプラセボ投与 (介入) に対して肯定的にせよ否定的にせよ一定の反応を示している場合に、総称として「プラセボ反応 (placebo response)」という用語 (表現) を用い、肯定的反応を示す場合には「プラセボ効果 (placebo effect)」を用いることにする。なお、否定的反応を示す場合には「ノセボ効果 (nocebo effect)」という用語が用いられるが、本稿では肯定的反応の効果面に着目しているため主題的には取り上げない。(重野 a, 45-48)

邦訳の利用に際しては、邦訳中の「偽薬」と「ブラシーボ」をすべて変更して「プラセボ」で統一したこと、さらには、本稿の文脈に沿ってまた文体上の統一のために参照した訳文の一部を変更したことを、あらかじめお断りしておく。

本文中の引用の出典に関しては、( ) を付して、著者名 (同一著者の複数の参考文献がある場合には略記号で区別)、引用頁数 (原典と邦訳のある場合には、原典 / 邦訳の順に頁数を数字で明記) を記し、本稿の最後で「参考文献」として出典をまとめて記した。

## 第1章「病は気から」(プラセボ反応)を科学する

マーチャントは、科学ジャーナリストらしく合理的世界観を守り科学的方法を信じる立場に立つ。とはいえ、心身のなんらかの影響関係に関して、測定できる物質的なものに集中するあまり、心が持つ実体のない効果を単に考察の外に置き去りそれをひたすら無視するとする排他的かつ偏狭な方法を支持するも

のでもない。心の働きは万能薬ではないがゆえに、心にできることは限られており、その限界を科学的に解明しようとする方針を採用する。彼は心が身体に及ぼす影響を的確に研究し、患者たちの治療にその知見・知識を活用しようとしている科学者の見解を『『病は気から』を科学する』の中で紹介している。(Marchant, 1-47/22-80)

本稿の論旨の展開に先立って、「プラセボ」や「プラセボ反応」に関するいくつかの用語法を、あらかじめ暫定的に整理して述べておけば、およそ次の通りである。

- (1). 薬剤としての「プラセボ」: 錠剤・散剤・水剤などすべての薬剤の形状を含む。
- (2). 薬剤以外の直接的な医療行為としての「プラセボ治療」: 偽の外科手術・偽りの鍼治療など、一見して物理的な医療行為とみなせるもの。
- (3). 薬剤を含むあらゆる直接的な治療行為において生じる「プラセボ反応」: 治療中の医療者の言動、医療者 - 患者関係など、心理的な要素とみなせるものも含み、副作用とも解されるマイナスの反応を引き起こす「ノセボ (nocebo ノシーボ)」反応をも含む。
- (4). 治療や医療の脈絡に置かれた臨床現場や治療体験の現場の総称としての「プラセボ治療脈絡」: 治療や医療に関わるすべて社会的・文化的・人類学的な現象の総称。(重野 b, 20-21)

本稿のテーマは主に (3) と (4) に関わるものであるが、マーチャントが取り挙げている興味深い臨床試験(実験)に、次のような「過敏性腸症候群 (IBS)」の患者に関するものがある。(Marchant, 44-46/77-78)

「過敏性腸症候群 (IBS)」の患者が三群に分けられた。各群の症状に「十分な軽減」があった率は、次の通りであった。第一群の治療を受けない患者には、試験に参加しただけで、28%の効果があり、第二群の礼儀正しいが冷淡で無口な治療者からプラセボ鍼治療を受けた患者には、44%の効果があり、第三群の心やさしく思いやりのある治療者からプラセボ鍼治療を受けた患者には、62%の効果があった。この第三群の患者は、医療者が45分間横に座って患者の心配事を聞いて安心させ、ベットサイドでの特別な精神的サポートを受けて

いた。

なお、このケースは IBS に関するあらゆる臨床試験のなかで最大レベルの効果を示したものだ。マーチャントはここに「医師と患者のやり取り」の重要性を指摘している。すなわち、治療者が患者に対して親身になって、脅威にさらされていないこと、気遣われていること、安心できると感じさせることだけで、大きな生理的・生物学的変化が起これ、症状が和らぐのである。医療者（治療者）の言動（説明や態度など）によって引き起こされたプラセボ反応が、生理的機能を変化させたのである。

マーチャントは、1950 年代における医学へのプラセボ対照試験の導入後に關して、皮肉を込めて、次のようなカプチャク (Ted Kaptchuk) による批判を紹介している。プラセボ対照試験の導入以前には、医療者は患者にとって思いやりが大切なこと、しかもその思いやりには病気を治す効果があることを理解していた。確かに、現代医学が身体データの検査結果に焦点を合わせることで、大きく前進したのは間違いない。だがその結果、医療者は分子と生化学的プロセスだけに心を奪われ、人間が実際にどう感じているかは置き去りにされたままである。プラセボ反応が注目されるとしても、その理由は、単に神経伝達物質が関連しているとする知見が見つかったことや、神経画像検査で大きな発見がなされたからにすぎない。「まるであたかも患者が経験していることなどどうでもいいかのように」と、カプチャクは嘆く。(Marchant, 45-46/78)

さらに、マーチャントは、医療者が無自覚に抱いてしまう期待の効果についても、興味深い知見を取り上げている。薬のメリットとデメリット（副作用）を伝えるときに医師が使う言葉が、患者の反応に影響を及ぼしている面がある。医師の期待もたとえごくわずかではあっても、やはり患者に伝わるものなのである。ある古典的な研究では、処方するのが鎮痛剤なのかプラセボなのかのどちらかを医師が想定しているかに応じて、患者が感じる痛みの強さが劇的に変化したという。たとえ医師が患者に伝える表面的な言葉は同じではあっても、患者たちの一部は、個人的な気遣いと科学的に実証された治療という両方のメリットを享受できる境遇に置かれている。とはいえ、単に肯定的な期待を抱くだけでは、成し遂げられないこともたくさんあるのも、また事実である。いく

らひたすら治ると信じてはいても、病気の背後にある生理学的な状態までを変えることはできない。(Marchant, 46-47/79-80)

限界を強調するのは当然であって、気分がよくなることだけでよいわけではなく、アレルギー、感染症、自己免疫疾患、がんなどの多くの病気では、その背後にある生理学的な状態が非常に重要だからであって、それを治療することはできない。すなわち、こうした疾患にあつては、治療はできないが自覚症状に変化をもたらすことしかできないのである。

(Marchant, 47/80)

いずれにせよ、限定された範囲において、患者－医療者関係の言動には一定のプラセボ効果が認められる点には変わりがない。さて、患者－医療者関係のこうした言動を「意味付け」の観点によって「プラセボ反応」の説明理論を展開したのは、哲学者であつて内科医でもあるブロディ (Howard Brody) である。

## 第2章 意味付け仮説 (meaning model) と物語による治療

ブロディはプラセボ反応を説明する有力な理論的仮説のひとつとして、次のような「意味付け仮説 (meaning model)」を提案している。(重野 a, 47-48)

### 第1節 意味付け仮説

彼の定義によれば、「プラセボ反応」とは、「治療場で、人がなんらかの出来事や物に付与したシンボルとしての意味 (symbolic significance) が原因となつて、身体 (あるいは一体としての心と身体) に起こる変化のこと」(Brody, 9/24) である。彼はこの定義の意義もしくは有効性を次のように説明する。(Brody, 9-10/24-26)

(1). 変化には肯定的なものも否定的なものもあるため。

- (2). 心身の相互作用のうちでの治療に関係した状況に限定するため。
- (3). 身体的な治療と精神的な治療をまったく別種のものとは見なさないため。
- (4). 錠剤、注射、外科的処置などが人体に直接作用しながらも、同時にシンボルとしても働いているため。
- (5). 病気の自然な経過による治癒、いわゆる「自然治癒力 (spontaneous healing)」あるいは「疾患過程の自然な経過 (the natural history of the disease process)」は、シンボリックな意味をもつ出来事がなくても起こったはずだから、これらを除外するため。

このプロディによる定義の特徴は、(4) と (5) の「シンボルとしての意味」の機能に言及している点にある。プロディの「意味づけ仮説」によれば、「プラセボ反応」とは、患者が素晴らしい治療者と出会い、彼らから「シンボル」としてのある種のメッセージを受け取ったときに起こる。本稿のテーマにとって最も重要な点は、そのメッセージに応答しつつ、時には患者がみずから自分の病気の物語を語り出すことによって、患者にとって病気という体験がもつ意味が肯定的な方向に（もしくは否定的方向に）変わりうるとしていることにある。しかも、次のような3点（3要因）が揃った場合には、病気の体験の意味がより肯定的なものへと変化しうるとする。(Brody, 84/128)

- (1). 各人が病気についてその意味がよく理解できる説明を受け、それに耳を傾けること。患者は、自分が以前からもっていた医療観に合致する病状説明を受けることが最も好ましい。
- (2). 各人が治療者や周囲の人々から表明された思いやり (care) といたわり (concern) を感じる。社会的に認知された治療の担い手たちによる支援が最も好ましい。
- (3). 各人が病気やその症状に対して主導権を持ったりコントロールしているという意味付けの強化を感じる。これには、自分が自分で病気をコントロールしている側面と、信頼している医療者にならコントロールできると確信している側面、この二つがある。

重要な点は、プロディが、もっとも基本的な人間の営みとしての「物語を織り上げていくこと」を付け加えている点にある。すなわち、「意味付け」が

より有効に働くためには、患者が上記の3要因が揃った「プラセボ治療脈絡」において、自分にとっての病気の意味をみずからより肯定的に継続的に変えていくために、途方に暮れ脅威となるような出来事に対してさえも物語の意味を与えていくという人間の営みの重要性に言及していることにある。

## 第2節 物語による治療

こうした「意味付け仮説」によるプラセボ効果の理論的説明の意義や有効性がより判明になるのが、プラセボ効果を物語によって深化させる場合である。プロディによって取り挙げている「物語による治療」の印象深い実例がある。(Brody, 174-176/254-256)

ティムという三十四歳の患者が、皮膚にできた厄介な発疹の為に、ハンキンズ医師のところへやってきた。初めのうち、ティムの発疹はどんな病気の状態とも結びつかなかった。3回目か4回目の診察の時、ハンキンズ医師は心と身体とのつながりを重視するティムの信念に従い、ここ数カ月の生活全般について質問を試みた。ティムは家族については多くを語らなかったが、仕事上では上司と深刻な対立があり、発疹が出た頃にはその対立はいつそう深刻さを増していた。ティムが上司の数え切れない短所等について暴言を吐くのを聞いて、ハンキンズ医師は次の言葉をひらめいた。「まるで、彼があなたの皮膚の下に入り込んだみたいに聞こえますね」、と。ティムは即座に時期的には確かに症状に説明がつくことを認めた。その後すぐにも彼の発疹が消え、それから彼を悩ませることはなかった。

診察の終りでティムは、自分の発疹についてハンキンズ医師によって導かれ織り上げられた別の物語を受け入れている。新しい物語は彼の症状にまったく違う意味を吹き込み、その新しい意味が治癒をもたらしたのである。この実例は、プラセボ効果が発揮されうるのが、特に「心と身体とのつながりを重視する」というティムの信念(医療観)に一致しているという要因を満たし、それに沿った説明を彼が受け入れたからであることを示唆している。

ただし、この新しい物語は、あくまでハンキンズ医師からまずは提案された

ものであって、この限りで医師主導で作られたものに留まってはいる。確かにチームはその物語の妥当性を即座に認めたにせよ、当の物語を作る作業にはほとんどなんの関与もしていない。プロディの狙いはさらにその先を提案することにより、要因(3)に関連付けて、「あなたがあなたの人生の物語の、健康と病気の話を含めた、物語の作者となるような作業」へのさらなる進展を勧める。それは、「治癒を促すには、患者が作者または共作者として深くかかわった物語がいちばん有効」だからである。(Brody, 175/255)

### 第3節 物語作りの第1ステップ、自分の人生物語の中に位置づける

自力であるいは医療者の協力を得て物語を織り上げていく作業を成功させるには、「意味付け仮説」の3要因をまずは物語に反映させる具体的方法を見出す必要がある。その方法とはプロディによれば、次の3ステップによって遂行される。(Brody, 176/256)

第1ステップは、自分の病気についての詳しい物語を組み立て、それを自分の人生の物語（自伝）の中に位置づけることである。

第2ステップは、自分の物語を誰が聞いてくれるかを考えることである。

第3ステップは、結末ができるだけ良くなるように書き直しすることである。

第1ステップの物語作りは、その病気に一番適した説明をつけることである。それには、そもそもどのようにして病気があなたの人生に入り込んできたのか、その原因とはいったい何なのか、過去にあなたに起きたこととどのくらい似ているのか、病気に対処することであなたにどんな変化はあったかなどに即して、物語を織り上げ組み立てる必要がある。患者が大腿骨骨折に付与した意味を用いて「物語作り」しているとみなされる印象深い聞き取り調査がある。(Brody, 176-177/257-258)

その聞き取り調査では、まず大腿骨を骨折した老人たちがどんな気持ちでいるのかが調査された。その後六カ月間にわたって、その患者たちの回復過程が追跡調査された。患者全員に、どうして大腿骨を骨折することになったのか、



その結果どうなったかを話すように依頼した。こうした聞き取り調査の（隠された真の）目的は、いちばん尋ねたい質問、すなわち「この出来事はあなたにとってどのような意味がありましたか」へと話題を導いていくことにあった。その調査結果によれば、大別して2つのグループに分かれた。

第1のグループは、「私は健康で普通に生活していたけど、うっかりころんで骨折してしまった。」というような、どちらかというところつけない、事実在即った物語を語った。

第2のグループは、「はじめはこれこれの病気になって、だんだん体力が落ちてきたら、他にもいろいろと悪いところが出て来てね。それからもいろいろなことがあって、とうとう歩くときめまいがしてふらつくようになったんだよ。それで結局ころんで骨を折ったのさ」といった類いのもっと複雑で宿命論的な物語を語った。

調査の開始時点では、この2つのグループのあいだに医学的な相違はほとんど見られなかった。しかし調査期間が終わった頃には、次のような著しい相違が生じていた。第1のグループは、第2のグループと比べて、手術後の回復がずっと早かったのである。すなわち、第1のグループの方がより肯定的に物語を語っていることが、より回復度に反映していることを示唆している。

ところで、プロディによれば、その物語が治癒に結び付くためには、それが本当に自分の物語でなければならない。では、本当に自分の物語であるために、自分にどんな物語が適しているのか、どうすれば分かるのだろうか。たとえば、医者であれば、医学的な物語を語るだろう。隣人や親族であれば、医者言うことはでたらめで、知人の症状にそっくりだからといって手術を勧めるかもしれない。また、患者会の人たちであれば、その団体の理想的な治療法を勧めてみたりするだろう。重要なことは、これらの忠告や情報のどれを利用しても構わないが、それに縛られてはいけない点である。自分がその物語を自分に対して本当に起こったと思っているかどうかということ、自分にとって真に納得できることでなければならない。とはいえ、この病気が自分にとってどんな意味を持つかは、最終的にはそれがあなた自身の伝記（人生の物語）の適切な位置に組み込まれるまでわからないものではある。

この点に関連して、社会学者のアーサー・フランク (Arthur W. Frank) が興味深い指摘をしている。彼は、病気のせいで人生がすっかり変わってしまった人たちのひとりひとりの物語をきちんと聞いて、個々の構造を見極めることを重視した。その結果、深刻な慢性疾患に関して共通して語られた物語には、大まかに言って、混乱・復活・冒険の旅の3つのタイプがあると、フランクは指摘している。(Brody, 178-182/260-264, Frank, 97-136/110-190)

「混乱の物語」とは、病気にうちのめされ、恐怖を表現する適切な言葉も見つけられないまま語る奇妙な物語のことである。うちひしがれた人間にとっては、恐怖だけでなく混乱と複雑な感情のもつれしか眼中にはない。聴き手はそのような物語に耳を傾けるのはむずかしいからと、その場から立ち去ってしまうこともあろう。幸いなことに、脳に大きな損傷を受けたのでない限り、一定期間を生き延びた患者のほとんどは、この段階の物語に長く留まり続けることはない。

「復活の物語」とは、医師が好んで語る類いのもので、大部分の人は、少なくとも命にかかわる深刻な病気にかかった当初は、この復活の物語を好むものである。やがて適正な治療が効を奏してすっかり回復し、病気は不愉快な思い出にすぎなくなるといった物語である。医師は、自分がヒーローになるような復活の物語を語りたがるし、患者は標準的な通常の治療を医師に受け、それが効果を発揮してハッピー・エンドを迎えるといった物語を語りたがるものである。

いずれにせよ、復活の物語はすばらしい物語だが、ひとつ重要な課題がある。「私たちはみんないつか死ぬのだから、復活の物語はいずれ偽りになってしまう」ということである。現代医学は慢性疾患を治癒できないまでも、生存可能なものにはした。しかし、どんな医学の力をもってしても、病気にかかる前とまったく同じ生活することは不可能であろう。だとすれば、ここでしなければならないこととは、病気といかに上手くつきあって生きていくかということを日々喚起させてくれるような物語作りを完徹することである。フランクは、「復活の物語」とは別のしかも私たちににとって一番納得できる物語があるはずだと、提案する。それは、「冒険の旅の物語」である。

「冒険の旅の物語」とは、フランクが深刻な慢性疾患についての物語として取り挙げた最後のしかももっとも興味深いものである。主人公は目的を達成することもあるし、達成できない場合もある。しかしその過程でいろいろな冒険をする。そうした冒険は一時的に主人公を既定の任務から引き離しはするが、その任務を遂行するためのいい訓練になるかもしれない。いずれにしても冒険の旅の物語の核心は、最終的に主人公が変容しているという点にある。フランク版の冒険物語は、プロディによると、次のようなものになる。

私の人生は旅だ。ある目的をもってある場所をめざしている。成し遂げたいことがある。その途中で、私はこの慢性病にかかってしまった。そのせいで歩みはのろくなり、目的への道を妨げられている。しかし今こそ、もう一度進みはじめる時だ。今なすべきこととは、この病気を客観的に眺めて見ることだ。これは起きてしまったことであり、これから先は人生の一部になる。でも人生のすべてではないし、最終的には私を旅から遠ざけるものであってはならない。(Brody, 180/262-263)

#### 第4節 物語作りの第2ステップ、自分の物語を誰が聞いてくれるか

物語作りの第2ステップは、自分の物語を誰が聞いてくれるかを考えることである。患者は周囲からの思いやりといたわりを感じるときに「プラセボ反応」を起こしやすい。それは相手が話を聞いてくれていると分かると、自分の病気に意味付けをした物語が承認されたと感じるからである。病気になったときに、自分に起こったことをしっかり把握したいという気持ちは人として非常に基本的な欲求である。物語を語っても聞いてくれなければ、患者は孤独と絶望に陥ってしまう。話を聞いて何らかの承認を得られなければ、いわば人間社会から締め出されたようなものなのである。(Brody, 182-184/264-267)

この承認の必要性について、プロディは、医者ならだれでも思い当たる次のような例示に言及している。奇妙な症状を示す患者がいるとする。彼（彼女）は何カ月も何年も検査や診察を続けた結果、ようやく医師からがんの疑いがある

ると診断される。ところが、患者は妙にほっとした様子で、いたって冷静なままである。そして、「ほらね、どこかが変だとずっと言ってきたでしょう。やっと私が正しいことが分かりましたね。」と語り出すのである。その当人にとっては、長い間ずっと経験して来たことがやっと認められたことによる大きな安堵感や納得感の方が、恐ろしい診断による悲観的な予測よりも大きかったのである。(Brody, 182-184/264-267)

## 第5節 物語作りの第3ステップ、自分の物語を書きなおす

物語作りの第3ステップは、結末ができるだけ良くなるように書きなおしを考えることである。これから先の将来の物語は、ある程度自分の望むように練り上げて語ることができる。ただし、人は最後には死を免れることはできない。そこでプロディは、物語を書きなおすことの重要性をもっと良く確認するために、死に直面した人たちの事例をいくつか検討することを勧める。(Brody, 184-190/267-273)

ここで、私はプラセボ反応の「秘密」を少しでも明かそうと思う。それは、自分もいつかは死ぬという事実をうまく受け入れることが出来た時、私たちは、体内の製薬工場を解き放ち、最高の働きをさせることができるということだ。(Brody, 189/274)

上記引用文中の「体内の製薬工場」とは、プロディが「生化学的経路」を例えた表現である。彼によれば、現代の文明社会では、死が人間に襲いかかる最悪のことだという考え方が支配的である。しかも、死に対する拭い去り難い恐怖というストレスが押し掛かってくる。死を意味のある満足すべき人生の自然な一部だと認識することで、そのストレスを減らすことができれば、期せずして、結果として私たちは生化学的経路を首尾よく解放させ、体内の製薬工場をいつのまにか自在に働かせていることができるというのである。(Brody, 189-191/274-277, 重野 a, 63-64)

終末期の患者がこの世で残された時間に何かをしておこうと考え始めたとき、毎日は新しい意味を持ち始める。人生に対する希望が生れる。痛みを緩和する方法を知り、人生の最後にひどい苦痛を味わうことはないと分かれば、希望はさらに高まるだろう。何か形に残ることをして、人生最後の日に意味を付け加えることができるという、きわめて現実的な希望である。(Brody, 188-189/274-275)

ホスピスで働く人が気付くことは、控えめではあってもポジティブな希望を抱く人は「満ち足りて死ぬ」ことが多いということである。そのような人たちは最後の日々からより多くの満足を得て、そうでない人たちよりもうまく痛みやつらい症状に対処し、周囲から最高に愛情といたわりのこもった援助をえられるというのである。だが、こういうことを予測したり、数値化したりすることはむずかしい。そうした人たちの多くは、予測より長く生きるように思われる。(Brody, 190/276)

### 第3章 対話としての治療 物語のすり合わせ

#### 第1節 「NBМ (Narrative Based Medicine)」

患者の物語の書き直しを、医療者と患者との対話の中から当事者（患者や家族や医療者など）にとって有益な新たな物語が浮かび上がることを、医療における最も重要な過程のひとつと捉え、「物語知」をその方法論の要としているのは、「NBМ (Narrative Based Medicine)」である。斎藤によれば、NBМ とは「患者が主観的に体験する物語を全面的に尊重し、医療者と患者との対話を通じて、新しい物語を共同構成していくことを重視する医療」のことであり、また特にこの新たな物語への生成過程は、「物語のすり合わせ」と呼ばれる。「物語のすり合わせ」と呼ばれるこの過程を含む、NBМ の物語的知の方法（一般医療における物語アプローチ）の特徴とは、次の通りである。（斎藤 b, 76-77）

①物語としての病：「患者の病」と「病に対する患者の対処行動」を、患者の人生と生活世界における、より大きな物語の中で展開する「物語」とみるとみなす。

②主体としての患者：患者を、物語の語り手として、また、物語における対象ではなく「主体」として尊重する。同時に、自身の病をどう定義し、それにどう対応し、それをどう形作っていくかについての患者自身の役割を、最大限に重要視する。

③多元性の容認：一つの問題や経験が複数の物語（説明）を生み出すことを認め、「唯一の真実の出来事」という概念は役に立たないことを認める。

④線形因果律の非重視：本質的に非線形的なアプローチである。すなわち、すべての物事を、先行する予測可能な「一つの原因」に基づくものとは考えずに、むしろ、複数の行動や文脈の複雑な相互交流から浮かびあがってくるもの、とみなす。

⑤治療としての対話：治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなすことである。

特に本稿で重要であるのは、「医療において異なる（もしくは対立する）物語をどのようにすり合わせていくのか」という観点に深く関わる⑤の特徴である。それは、治療者と患者の間で取り交わされる（あるいは演じられる）対話を、治療の重要な一部であるとみなす立場である。それに対して、近代医学の常識では、対話はあくまでも患者を診断したり治療したりするための補助手段に留まり、対話そのものは治療ではない。

なお、医療人類学では、患者の体験する主観的な苦しみを「病 (illness)」と呼び、それに対して生物医学的な観点から定義される、客観性を持った異常を「疾患 (disease)」と呼ぶ。NBM は、患者の主観である「病」を重視する。本章ではこの用語法に沿って考察する。NBM に依拠する医療実践の特徴として、斎藤によれば、次の三点が挙げられる。(斎藤 a, 147)

- (1). 患者の語る「病の体験の物語」をまるごと傾聴し、尊重する。
- (2). 医療における理論や仮説や病態説明すべてを「社会的に構成された物語」として相対的に理解する。

(3). 複数の異なる物語の共存や併存を許容し、対話の中から新しい物語が創造されることを重視する。斎藤は、対話の中から新しい物語が創造されることを、「説明モデル」のすり合わせと変容過程として考察している。(斎藤 b. 115-116)

「説明モデル」とは、医療人類学者であるアーサー・クラインマン (Arthur Kleinman) が提唱した概念である。何らかの病の体験において、当事者（患者や家族や医療者など）は、それぞれが、病気という出来事を自分なりに意味付けて説明している。このような「自分の体験を意味付けるための図式」が「説明モデル」である。しかも、特定の患者にとっての説明モデルは複数あり得るものである。同様に、医療者も医療者なりの説明モデルを持っており、科学的な説明モデルが一般的ではある。たとえば、東洋医学の治療者であれば「気の流れの変調に原因がある」と考えるかもしれない。このように、医療者の説明モデルも単一ではなく複数あり得るのである。これらから、NBM の定義の特徴③「多元性の容認」が導かれる。(斎藤 b. 115-116, Kleinman, 121-122/156-157)

ではそもそも、説明モデルのすり合わせや変容が、なぜ医療にとって重要であるのだろうか。それは、説明モデルが医療における当事者たちが刻々と体験する出来事を意味づけるところの基本的な枠組みとして働くからである。この意味で、患者も医療者も、自分の持つ説明モデルを通してしか「現実」を体験してはいないと言える。したがって、説明モデルが変容するということは、その当事者にとってはいわば「現実」が変化するということでもある。ここから、NBM に依拠する医療実践の特徴の (2). 「医療における理論や仮説や病態説明すべてを『社会的に構成された物語』として相対的に理解する。」が導かれる。説明モデルの変容過程とそれが私たちの現実 に及ぼす意味を示す事例として、斎藤は、次のような自らの医師としての臨床経験を取り挙げ、考察を加えている。(斎藤 b, 116-123)

A さん、外来初診時 40 歳の男性で、主訴は腹痛、下痢、体重減少であった。30 歳のころから、油っぽい食事を摂取したり、複数の医療機関で身体的精査を受けたが、異常なしと診断された。32 歳頃より、不眠、食欲不振、無気力

が出現し、精神科を受診し、仮面うつ状態と診断され、抗うつ薬による治療を受け、うつ状態は改善したが、消化器症状は持続していた。精神科へは4年間通院後、中断した。それから、消化器症状、呼吸器症状などにより、断続的に内科に通院していた。40歳時に、上腹部痛、下痢、体重減少にて内科を再受診した。血清膵酵素が高値を認めたことから、慢性膵炎を疑われ、腹部超音波検査、CTなどを施行されたが異常は認められなかった。飲酒は機会飲酒程度であり、症状のある間は禁酒を守るものの改善しない。

初めての面接において、Aさんから上記のような病歴が語られた。その際、斎藤は、今一番大切なこととして、「身体の具合をなんとかしてほしい」と真剣に悩んでいるAさんの存在そのものを受け入れることではないかと、考えたという。そこで次のような言葉が斎藤の口を突いて出た。「どうもお話を聞いていると、いわゆるどつぼにはまっているというか、弱目目にたたり目というか、そういう状態のようですね。身体の調子が悪いと気分が滅入る。気分が滅入るとますます身体の状態が悪くなる。いわゆる悪循環というやつですかねえ」、と。すると、Aさんの顔色がぱっと輝いた。「そうそう。そうです。そのとおりです。まさに悪循環にはまっているのです。」斎藤はこれでAさんとなることができるかを感じたという。

斎藤は、この臨床経験の事例考察を次のように行っている。Aさんの主観的な苦しみである「病」は、主として「腹部症状」と「うつ気分」からなっていた。それに対して、それまで訪れた医療機関では、Aさんの症状を説明する「疾患」を発見するためにいろいろな検査が繰り返された。しかし、10年間にも及ぶ身体の不調に対して「特定の疾患物語」が確立されたことはなく、常に「異常はない」、「原因は不明」という説明が医師から繰り返されるばかりであった。Aさんは自分自身の身体の不調を説明できる「疾患に対する説明物語」が確定的に示されることができず、常に「何か重大な疾患を見落とされているのではないか」という不安に苛まれていた。

次に、精神科を訪れたAさんに対して、「仮面うつ病」という新たな「疾患物語」が付与された。Aさんは少なくとも一時的にはこの物語を受け入れ、抗うつ薬の服用によって病状を軽快することができた。しかし、この「仮面うつ病」と



いう物語は、Aさんの消化器症状のたびたびの悪化を十分に説明できるものではなく、Aさんは結局通院を中断してしまった。

再度症状が悪化し受診した際には、血清膵酵素の上昇という新たな事実が浮上した。ここで「膵炎」という新しい「特定の疾患物語」がAさんに提示された。これによって、「原因が不明である」という物語は一旦は解消されたかに見えた。しかし、この「慢性膵炎物語」は、新たな問題をAさんにもたらすことになった。「膵炎の病気は一生治ることはなく、不摂生することによって進行する」という悲観的な物語が持ち出され、Aさんに益々の不安を与えることになった。

このように、Aさんは自身の陥っている状態を説明できる十分に有効な物語を見出すことができずにいた。そんなAさんと斎藤との対話の中で浮かびあがってきたのが、「こころと身体が悪循環」という新たな説明物語であった。この物語はAさんにとって、ぴったりとくるものであった。その後の治療経過は、この「新しい物語の共有」が、Aさんの身体症状と気分を大きく変化させたことを明らかに物語っている。そして6カ月後の面接では、Aさん自身によって再構築された「心身症の物語」が詳しく語られることになった。「今は、自分の心と身体が連動しているということが実感できました。だからひどい状態にはなりません。私は、悪循環にはまっていたのですね。こういうのを心身症と言うのでしょうか」、と。

こうして成立した物語は、Aさんと斎藤とのいわば共同執筆による作品なのであると言ってよいだろう。Aさんの事例においては、わずか半年余りの経過の中で、説明モデルの変容が生じ、それがAさん自身の症状を含む「現実」を劇的に変化させた。

以上の斎藤による報告と考察の中で注目すべきことは、この患者の語る物語の中に登場する「自分の心と身体が連動している」という表現を用いて語り出されている「心」や「身体」といったものも、新しい「疾患」の物語として語られる際の構成部分を成しているというよりは、むしろ患者独自の意味合いを帯びて語られた「病」全体の物語の中で新たに位置付けられている点である。

## 第4章 物語としての医療、患者の自己における身体と個人

リタ・シャロン (Rita Charon) の「物語医療 (ナラティブ・メディスン Narrative Medicine)」の試みにおいて、患者の自己における身体と個人との親密な関係の興味深い記述が展開されている。それは、物語による治療の場面で見出される物語行為の特徴の一部を明確にしている。

### 第1節 患者の身体と個人との親密な関係

シャロンは、「ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える」の「第5章 患者、身体、自己」の中で、つぎのような医師としての自らの臨床経験に沿って、患者自身の自己における身体と個人との親密な関係を丁寧に記述しそれに考察を加えている。(Charon, 85-99/123-144)

ノンフィクション作家の51歳の男性が下痢と腹痛で受診した。数年前に負ったスポーツ外傷はすでに治癒しており、身体的には健康であった。その一方で、20年間うつ病を患っており、長期にわたって本格的な精神療法を受けていたが、今はうつ状態ではない。左上腹部痛が持続し、便秘がおかしくなってしまったことで、突然彼は自分が膵臓がんであると思い込んでしまった。8ポンド体重が減ったことが膵臓がんの確固たる疑いをもたらしたのだ。症状が起こってから、彼はすでに死の準備ができており、死にたいとさえ思っていた。彼の叔父が膵臓がんできなくなり、この歴然とした事実が彼の自己診断に影響を及ぼしていたのだ。その叔父の経緯から膵臓がんには医療が無力であることを彼はよく承知していた。彼にとって、治癒できない病気であるということは、生きることからの解放であり逃走でさえあると感じていた。ところが、消化管の精査をした結果、腹痛と下痢の原因は単純で良性のものであり治癒可能なものであることが判明した。だが、思い込みによって成立したこの物語を語ることによって彼は変わってしまった。今や彼は、死ぬことを望んでいる自分自身に気が付いてしまったからである。

このような物語として患者によって語られた臨床経験から、シャロンは患者

自身の自己に関わる身体と個人との親密な関係について、(解釈を加えて概略的に整理すれば、) おおよそ次のような多様な在り方を指摘している。(Charon, 85-99/124-144)

第1に、病気は二つの自己の物語を同時に引き起こす。この膵臓がん患者の物語が示すように、ひとつは、自己の「個人 (person 人格)」によって語られた物語であり、もうひとつは、自己の「身体」によって語り出されている物語である。病気は特定の患者の自己自身に関する二つの物語を同時に引き起こすものである。

「個人」としての自己は、それが存在するために、またそれが存在する場所としても、自己の身体を必要とする。身体なしでは、語っている「個人」としての自己に言及することさえできない。他方で、語り出された「身体」としての自己とは、物質的物体として観察され、その語られ方、情報伝達の仕方は、常に感覚とそれに帰される測定知等の意味によって仲介され表現され、それを利用して (ときには改竄されさえして) 「個人」としての自己が物語られる。

第2に、自己の「身体」、すなわち「身体」としての自己には二種類ある。一方の「身体」は世界をいわば吸収し、他方の「身体」は自己をいわば放射する。自己の身体は同時に、「身体」としての自己が外的存在についてのすべての感覚的、認知的情報を収集するためのいわば受信機であり、またその中で生きている「身体」としての自己を外界に対して宣言するいわば投影器でもある。

第3に、自己の「個人」のアイデンティティもしくは自己認識は、その当の者の身体の状態によって決まるのではない。身体は自己としての個人のとるに足りない無意味な側面ではないが、かといって、自己としての「個人」を全面的に決定したり制限したりするものでもない。病むことが、身体からその中で生きている「個人」を分離させてしまうなら、それは「身体」と「個人」の間に葛藤や軋轢を生じさせるだろう。たとえば、先の膵臓がん患者の臨床場面のように、思い込みによって語られた自己認識が身体の情報に覆い隠してしまい、そのことによって潜在的な希死念慮を顕在化しさえする。病むこととは、通常の自己認識を増強させ、病気や障害を抱えたとき、新たな方法で自分自身の存在を問い直すことでもある。たとえば、失明した患者は、これまでできていた「自

分の身体を一瞥することで自分の身体の輪郭と自分の意識のつながりに確信を持つこと」ができなくなり、それによって自己の身体の統合性を失ったとすれば、それは、自分の身体の統合性が自己の感覚のいわば錨になっていたからなのである。

第4に、身体を伴って現に物語っている者としての自己は、時間的な隔たりにおいて、自己であって、同時に自己ではない。診察室で語り出される物語には、自伝的語りの著作の場合と同様に、物語っている者において同時に「語り手」と「主人公」へと分裂してしまうという「自伝的間隙 (autobiographical gap)」が生じている。「語り手」は、語られた物語の中で他ならぬその語り手と同一の「主人公」が、当の過去においてなされた何らかの体験を物語るのである。

第5に、語り手が自己の身体について語るときは、その自伝的間隙に伴って「肉体的間隙 (corporal gap)」と呼べる別の事態も生じてくる。たとえば、ある人が、「はじめに、お店から食料品を家に持って帰った後、胸部に痛みを自覚しました。台所で座ったら痛みは遠のきましたが、赤ん坊を抱き上げたらまた痛くなりました。それで心臓が原因かもしれないと悩み始めたのです。」と、語ったとすれば、「語り手」としての自己が自己の「身体」について物語っている行為は、瞬間的に「報告する語り手」から「感じている身体」を分離するのである。

## 第2節 物語医療の試み

シャロンは、「ナラティブ・メディシン 物語能力が医療を変える」の「第1章 ナラティブ・メディシン はどこから生まれたか」の中で、その目的についておよそ次のようなことを述べている。(Charon, 3-10/3-14)

科学的に有能な医学だけでは、患者に正面から向き合い、病気や死に意味付けを見出すための援助にはならない。医療者に求められている専門性とは、進歩しつつある科学的な専門的知識を持つと同時に、患者の言葉に耳を傾け、病という試練に可能な限り理解を示し、患者が自ら語る物語の意味付けを尊重し、患者のために行動できるようになることである。

病気とは、定義上、そもそも手に負えない捉え難い出来事ではあるが、医療者はそのような病気の報告の解釈者なのである。医療専門職には、「病」の物語を聴くために必要な技能、それが意味することを理解するために必要な技能、これらの物語を正確かつ豊かに解釈するために必要な技能、そして患者の立たされている苦境をその複雑さとともにまるごと把握するために必要な技能、すなわち「物語技能 (narrative skills)」が要請される。「物語 (としての) 医療 (ナラティブ・メディシン)」とは、シャロンによれば、「病の物語を認識し、それを読み取り、解釈し、それに心を動かされるという、物語技能を用いて実践する医療」(Charon, 4/4) のことなのである。

患者が病気に耐え忍んでいることを知って、实际的な手助けをするためには、医療者は患者の世界に、たとえそれが想像の世界であっても、入っていく必要がある。そして、患者の世界を患者の視点から眺め、解釈する必要がある。包括的かつ正確な診断に到達するためには、患者の世界にいわば住み込むことが求められる。その世界は、病気と健康に関する暗黙知で最初は満たされ、病気の自然経過に沿って当の患者の心と身体がどう変化するかを明確に吟味することを通してのみ、顕在化できるものである。

物語行為なしに、患者は自分が体験していることを他者に伝えることはできない。物語行為なしに、患者は病という出来事が何を意味しているかを理解することができない。患者のケアについて、複雑な物語形式で話したり書いたりすることなしに、患者の病を全体として、ひとつの織物として、情緒的な力を持つ形で、つまり物語の形式で、ケアの提供者が見て取って理解することはできないだろう。(Charon, 13/18)

## 結語として

最後に、以上のように「プラセボ効果」の物語的側面について事例に沿って概略的に考察してきた限りで、今後の課題 (問い) について触れることが許さ

れるならば、次の点を述べておきたい。

第1に、医療専門職に必要とされる「物語技能」はいかにして身につけることができるのか。「ケアをする者の最も強力な治療道具は自分自身であり、優れた医療専門職であるために、自己認識の方法を見出し、自己批判を受け入れ、内面を育むことが必要なのだ」(Charon, 7/9)、もしくは「病人や死にゆく人々とともに歩む人生の得失を検討することは、必然的に自省と自己吟味をもたらす。一方で、自分自身を治療的な道具として患者に差し出すことには、時には危険を伴う自己認識と覚悟が要求される。」(Charon, 9/12)と、シャロンが厳しく指摘しているように、医療者はいかにして危機を回避しつつ自己変容を遂げることができるのか。

第2に、「物語的現実」を理論的に基礎づけている構成主義の立場から、構成された「心」、「自己」、「個人」や「身体」といったもの、及び「心と身体」や「身体と個人」といった「説明モデル」が、言語およびそれに依拠して構成された文化によっていかに制約されて形成されているのか。

第3に、「プラセボ反応」に関する多様な理論的仮説に使用される「説明モデル」に沿って多様な「理論的物語」が語られるとするならば、物語行為という観点から、治癒すること全体を包括的に考察する「治癒学の物語」のひとつの有力なアプローチになりうるのではないか。

## 利益相反

開示すべき利益相反はない。

## 参考文献

本文中に引用したり直接参照した文献に関しては、下記の＜ ＞内の略記号を用いて、(原著のページ数/邦訳のページ数)の順に明記した。

- Howard Brody (1977). *Placebos and the Philosophy of Medicine*, the University of Chicago Press,
- Howard Brody (1997). *The Placebo Response How You Can Release the Body's Inner Pharmacy for better Health*, Caroline Myss, Crown Publishers, 1997. (ハワード・ブロティ著「プラシーボの治癒力 心がつくる体内万能薬」日本教文社, 2004年) <Brody>
- Rita Charon (2006). *Narrative Medicine Honoring the Stories of illness*, Oxford University Press, (リタ・シャロン著「ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える」医学書院, 2011年) <Charon>
- Arthur W. Frank (1995). *The Wounded Storyteller Body, Illness & Ethics*, The University of Chicago press, (アーサー・フランク著「傷ついた物語りの語り手 身体・病い・倫理」, ゆみる出版, 2002年) <Frank>
- Oron Frenkel (2008). A Phenomenology of the 'Placebo Effect': Taking Meaning from the Mind to the Body, *Journal of Medicine and Philosophy*, 33:58-79,
- Arthur Kleinman (1962). *The Illness Narratives Suffering, Healing & Human condition*, Basic Books, (アーサー・クラインマン著「病の語り 慢性の病をめぐる臨床人類学」誠心書房, 1996年) <Kleinman>
- Jo Marchant (2016). *Cure A Journey into the Science of Mind over body*, Canongate, 2016, (ジヨー・マーチャント著「『病は気から』を科学する」講談社, 2016年) <Marchant>
- Daniel E. Moerman (2006). The Meaning Response :Thinking about Placebos, *Pain Practice*, Volume6, Issue 4, 233-236, 2006
- Jhon J. Thompson, Cheryl Ritenbaugh, Mark Nichter (2009). Reconsidering the Placebo Response from a Broad Anthropological Perspective, *Cult Med Psychiatry*, 33(1): 112-152, 2009 March
- 磯辺光章 (2011). 話を聞かない医師、思いが言えない患者, 集英社新書.
- 大井玄 (2011). 人間の往生 看取の医師が考える, 新潮社新書.
- 河合隼雄 河合俊雄編 (2009). 生と死の接点 <心理療法> コレクションⅢ, 岩波現代文庫.

- ・河合隼雄 (2015). カウンセリングと人間性 河合隼雄セレクション, 創元こころ文庫.
- ・斎藤清二 (2004). ナラティブ・ベイスト・メディスンからみた健康観, 医学哲学医学倫理第 23 号, 日本医学哲学・倫理学会, 147-154. <斎藤 a>
- ・斎藤清二 (2010). 「特集によせて: Narrative Based Medicine は新しいパラダイムたりうるか?」, *Japanese Journal of N: Narrative and Care*, NO.1, 遠見書房, 4-10.
- ・斎藤清二 (2012). 医療におけるナラティブとエビデンス, 遠見書房.
- ・斎藤清二 (2016). 改訂版 医療におけるナラティブとエビデンス, 遠見書房.  
<斎藤 b>
- ・重野豊隆 (2010). プラセボ反応についての哲学的考察, 星薬科大学一般教育論集, 第 28 号, p.43-p.64. <重野 a>
- ・重野豊隆 (2011). 意味付け反応としてのプラセボ効果の再考, 星薬科大学一般教育論集, 第 29 号, p.19-p.38. <重野 b>
- ・重野豊隆 (2012). プラセボ反応についてのひとつの現象学的考察, メルロ＝ポンティ研究, 第 16 号, p.15-p.26.
- ・重野豊隆 (2012). 「表象なきプラセボ効果」についての哲学的理論——「アフォーダンス」「身体化された経験」「行為遂行的効果」——, 星薬科大学一般教育論集, 第 30 号, p.39-p.57.
- ・重野豊隆 (2013). プラセボ反応の無意識的過程についての認識論的考察, 星薬科大学一般教育論集, 第 31 号, p.33-p.46.
- ・重野豊隆 (2015). 「患者の物語」に関する哲学的考察, 星薬科大学一般教育論集, 第 33 号, p.15-p.38.
- ・野家賢一 (2005). 物語の哲学, 岩波現代文庫.
- ・尾藤誠司編 (2006). 医師アタマ, 医学書院.
- ・尾藤誠司 (2010). 「医師アタマ」との付き合い方, 中公新書ラクレ.
- ・樋野興夫 (2008). がん哲学外来の話, 小学館.
- ・樋野興夫 (2013). がん哲学外来コーディネーター, みみずく舎.
- ・樋野興夫 (2015). 明日この世を去るにしても、今日の花に水をあげなさい,



幻冬舎.

- ・ 柳田邦男 (1990). 「死の医学」 への序章, 新潮文庫.
- ・ 柳田邦男 (2014). 僕は 9 歳のときから死と向き合ってきた, 新潮文庫.