トゥームズの病気経験の現象学
―現象学的方法とその適用―

野　村　文　宏

【要　　旨】
アメリカの現象学者、K. トゥームズの著作『病いの意味』は、患者と医師との間で生じる、病気についての理解の相違を、現象学的に解明しようとするものである。本論では、この著作を手掛かりに、患者と医師との病気理解の相違とその原因を考察する。さらに、トゥームズの研究を、現象学的方法の、哲学以外の他の学問分野への適用例として捉え、現象学的方法の可能性を考察する。

【キーワード】
現象学、現象学的方法、病気の理解、トゥームズ

はじめに

末期の患者のリハビリに携わる医療関係者が感じている違和感について聞いたことがある。それは、リハビリを通して末期の患者と継続的に関わることによって、リハビリ担当者は患者の抱いている願いや思いや希望、また不安や恐れを強く感じるのに対して、患者の治療に関わる医師たちは治療には熱心に取り組むものの、患者のそのような気持ちにはあまり理解を示さないと感じられ、また時には関心をもったり理解したりする必要もないと思っているように感じる、というのである。患者のリハビリに携わる者として、そのような医師たちの態度に違和感を感じる、というものであった。

このような違和感はどこから来るのだろうか。その違和感は、患者が抱く気持ちと、医師たちの理解の間に齟齬や相違があることから生じていると考えられる。では、そのような齟齬や相違はどうして生じてくるのだろうか。

このような問いへの有力な手掛かりとなるのが、S. カイ・トゥームズの『病いの意味―医師と患者におけるパースペクティブの差異についての現象学的考察』[1]である。そこで本論では、まず、彼女のこの著作における主張を確認し、そのうえで、彼女が分析の方法とする現象学的方法について考察することとしたい。

1　トゥームズの現象学的アプローチ

1－1　トゥームズについて

まず、著者のトゥームズについて簡単に紹介しておこう。S. カイ・トゥームズは1943年イギリス生まれの女性である。アメリカのベイラー大学を卒業し、ライス大学で博士の学位を取得したのち、ベイラー大学で教鞭を執り、現在は退休准教授である。1973年に多発性硬化症（MS）と診断され、それ以来現象学を用いて、病気や患者の体験、身体などを研究している。『病いの意味』は1992年に公刊されたもので、フッサールやアルフレート・シュッツ、メルロ＝ポンティを中心に、様々な現象学者や哲学者の研究や洞察を参照しながら、患者と医師それぞれにとっての「病いの意味」を解明しており、深い洞察に満ちた著作である。病気を患っている患者が、どのように病気を感じているか、病気を伴う生はどのような生であるかということが丁寧に分析されている。健康な者や、病気を患っていても比較的軽いものであったり、慢性的な苦しみを伴うものではなかったり、あるいは死を意識させるような病気でない場合には、簡単に見逃してしまうような洞察に溢れている。そしてそれらは、身の回りの病者に対応したり、また自らがやがては病気に罹り、誰もがいつかは死に臨まねばならない運命を持つ人間にとって、他人ごとではない、生の切実な一面を確かに捉えている。

ここで一つ断っておきたいことは、本論ではもちろんそのような洞察のすべてを取り上げるわけにはいかない。本論の目的は、まず、トゥームズの分析を手掛かりに、患者と医師との病気理解の相違とその原因を考察することである。また、トゥームズの研究を、現象学的方法の、哲学以外の他の学問分野への適用例として捉え、現象学の方法としての可能性を考察することである。それゆえ、それに必要な範囲で、トゥームズの主張とその方法について取り上げることとしたい。

『病いの意味』冒頭で、トゥームズは、医師と患者が病気に対してもつ理解の仕方に関心をもつようになったきっかけを、彼女自身の患者体験と結びつけている。彼女は多発性硬化症を患っているが、その病気について医師と語るとき、「何か互いに食い違い、異なった事柄について話していて、決して合意に達することなどあり得ないといった状況を数多く経験した」と語っている。そして患者と医師とのコミュニケーション不全の原因を、病気の在り方についての基本的な理解の違いだとしている。（MI, p. xi；邦訳 p. 15）。

このような医師と患者との間ですれ違う理解を考察していくために、彼女がもっともよい分析手段だとするのが、「心理学的現象学（psychological phenomenology）」である（MI, p. xi；邦訳 p. 15）。フッサールに始まる現象学は、その発展の過程で様々な人々を引きつけ、その方法は多岐にわたり、現象学者の数だけ方法があると言っても過言ではない。それゆえ、彼女が、フッサールに始まる現象学の方法をどのように捉え、どのように活用しようとしているのかを見ておく必要がある。最初に、彼女の現象学的アプローチを確認することにしよう。

1－2　トゥームズの現象学的心理学

心理学的現象学とはどのようなものなのだろうか。トゥームズは、フッサールが「心理学的現象学と超越論的現象学の間に重要な区別をもうけている」点に注意を促したうえで（MI, p. 121, note２；p. 23注の２）、自身の分析を超越論的還元ではなく心理学的還元に限定し、「現象学的記述や現象学的アプローチという用語は、心理学的現象学を意味する」と述べている。そして心理学的現象学のアプローチを次のように要約している。「心理学的現象学のアプローチは、（１）意味の構成様態を解き明かす努力を含み、（２）生活そのものに見られる経験を徹底的に反省しよ

うとする態度、すなわち、理論的な関与も、当然として受け入れられている常識的な前提条件も、ともに脇におき、経験しつつある意識の過程と経験客体に焦点を当てる態度を含み、（３）現象の不変更な（invariant）特徴を明らかにし、それによってそのような現象を徹底して記述する手段を提供する試みを含んでいる」（MI, p. xiii；邦訳 p. 19）。

では、心理学的現象学や心理学的還元とはどのようなものであろうか。この点については彼女の個々の分析を追っていくことで、その意図は十分に理解できるものの、まとまって整理された形では説明していない。とはいえ、基本的にフッサールの心理学的現象学の理解にしたがっていると思われる。そこで、トゥームズの説明をよりよく理解するために、フッサールの『ブリタニカ草稿』を参照することで次の点を明らかにすることとしよう[2]。まず、心理学的現象学はどのような意味で心理学的なのか。また、心理学的現象学のアプローチを可能にする心理学的還元とはどのようなものであり、どのような目的をもつのか。さらに、不変更な特徴を明らかにするためにどのような方法を採るのか。

フッサールは、心理学的現象学の「心理学」の意味について、次のように述べている。「経験、思考、感情、意欲といった心的体験、また能力や習慣といったそれに不可分に含まれているもの」が「心的なもの」であり、それを対象とする学問が心理学である（Hua IX, S. 278；邦訳 p. 8）。つまり心的なものの経験を研究対象とするのが心理学であるとされる。では、心的な経験は、どのようにして私たちの眼差しのうちに入ってきて、考察や分析の対象となるのだろうか。「直行的に意識しつつ活動しているとき、私たちの視線のうちにあるのはもっぱらそのつどの事象、思想、価値、目標、手段だけであって、それらがそういうものとして意識されてくる心的体験そのものは目にとめられていない。反省によってはじめて心的体験は露わになるのである」（Hua IX, S. 279；邦訳 pp. 10－11）。たしかに私たちの日常生活の活動において、眼差しはまず対象（事象、思想、価値など）に素朴に向かっていて、それらがどのように心的に経験されるのかは、顧みられていない。対象へと直線的に向けられている眼差しを、このような心的体験へと向け変えさせるのが、反省である。反省とはすなわち「それ以前には別のところへ向かっていた眼差しを向け換えること」である（Hua IX, S. 279；邦訳 p. 10）。

反省によって捉えられるのは、事象そのもの、価値、目的など（つまり、私たちが日常的に素朴に眼差しを向けているもの）の代わりに、それに対応する主観的体験である。ふだん素朴に眼差しを向けているものが「この主観的体験を通して『意識』されるのであり、最も広い意味において私たちに『現れて（erscheinen）』来るのである」（Hua IX, S. 279；邦訳 p. 11）。そのためこれらの主観的体験は「現象（Phänomene）」と呼ばれる。それゆえこの「現象」についての学が現象学であり、これは心的体験を対象とする限りにおいて、心理学的現象学である。

このような心理学の、現象の領分における最も普遍的な本質性格が、「なにかについての意識（Bewußtsein-von）」「何かついての現れ（Erscheinung-von）」であり、これが志向性である（Hua IX, S. 279；邦訳 p. 12）。このようにフッサールは、心的体験ないし主観的体験を反省し、それによって心的体験・主観的体験の本質として、志向性を取り出そうとする。

しかし、これに続いてフッサールは、純粋な現象学的心理学を遂行していくためには困難があると言う。それは心理学を遂行しようとする者の自己経験が、志向的な内在に属さない、すなわち意識の外部にあって意識を超越している外的経験とすでに全般的に関わっていて、外的なものを客観的なものとして定立している、という点である。それゆえ純粋な意識体験の分析を遂行しようとしても外的なもの、つまりは心理学に属さないものが入り込んできてしまう。そこで、「現象学的還元」という方法の必要性が主張され、これが「純粋心理学の根本的方法であり、純粋心理学に特有な理論的方法すべての前提である」とまで述べられているのである（Hua. IX,

S. 282；邦訳 p. 16)。これは外的なものに対する「エポケー」、「普遍的エポケー（この世界の括弧入れ)」とも呼ばれており、外的なものとしての世界に対して判断を停止することを意味する（Hua. IX, S. 282；邦訳 p. 17)。

注目すべきは、このような現象学的還元ないしエポケーによって、意識と意識されたもの、志向的体験と志向的対象との不可分性が明らかになってくることである。「志向的対象をもたない志向的体験とか、意識されたものをもたない意識を記述することは不可能である」(Hua. IX, S. 282；邦訳 p. 17)。そして＜客観的に定立されていた世界ないし世界の中の個々のもの＞の代わりに、＜しかじかに意識された世界＞ないし＜括弧に入れられた世界＞が、現象学の場に登場してくる。そしてこの新たに登場している後者こそが、それらについてのそのつどの「意識の意味(Bewußtseinssinn)」にほかならない、とされる(Hua. IX, S. 282；邦訳 p. 18)。この点をトゥームズは次のように述べている。「意識作用と、意識が志向した対象との間には本質的な相関関係（correlation）があり、それゆえ、意識が志向する対象を「もの（thing)」として理解すべきではなく、志向的作用の相関項（correlates）として理解すべきである」(MI, p. 2；邦訳 pp. 30－31)。

フッサールは純粋な意識生活の全体を純粋現象として分析の対象としようとするが、それはいわば自らの意識体験にどこまでも即して記述し分析しようとする態度である。そのときには、自らの意識体験を超えた、その意識体験の対象が客観的にどのようにみなされているか、といったことが混ざり込まないようにしなければならない。客観的な実在的な対象ではなく、志向的対象として体験に内在している対象を見るのでなければならない。これはトゥームズに関して言えば、患者や医師の体験の仕方に寄り添って「病い」を考えようとするのであれば、共通の世界や客観的に見られているものを、当然の前提にしてはならない、ということを意味する。客観的に存在する病いを前提にするのではなく、患者と医師の体験を、それぞれの体験の内側から観察し記述するためには、その準備作業として、客観的に存在する（と思い込まれている）世界と、その中で客観的に存在している（と思い込まれている）病いを、いったん括弧に入れて脇においておく必要があるのだ。

トゥームズが現象学的アプローチを有効だとして採用する理由はまさにここにある。日常的活動において素朴に前提されている対象に眼差しを向けるのではなく、患者と医師の主観的体験を分析することで、主観的体験の相関項として、患者にとっての病いと医師にとっての病いを考察しようとするのである。つまり、患者の病気と病気の体験は、誰にとっても目の前にある対象だと思われているが、現象学的還元を伴う反省によって、体験する者の意識の相関項として捉え返すことができる。そのような分析を可能とするのが現象学の方法である。

では、不変更な特徴を明らかにするための方法とはどのようなものであろうか。この方法をフッサールは形相的還元（eidetische Reduktion）ないし本質直観（Wesensanschaung; Wesensschau）と呼んでいる。形相的還元とは、個別的に経験される事実から、不変更な本質を取り出す手続きである（Hua IX, S. 284；邦訳 p. 22)[3]。

したがって、トゥームズが採用する心理学的還元を一言でまとめるならば、フッサールの『ブリタニカ草稿』におけるコンパクトな規定を引用するのがよいだろう。すなわち「現象学的還元が、現実の内的経験および可能な内的経験という『現象』への通路を作り出すとすれば、現象学的還元のうちに基づけられた『形相的還元』の方法は、純粋に心的な領野全体の不変更な本質形態への通路を作り出すのである」(Hua IX, S. 284－285；邦訳 p. 22)。

２　患者と医師の病気理解についての隔たり

２－１　患者と医師との間の三つの隔たり

トゥームズが、患者と医師との間で理解に隔たりが生じる原因として挙げるものは三つある。一つ目は、患者と医師とが、互いの異なる世界を背景に語ることによる隔たりである。二つ目は、直接体験として経験する病気と、その病気を病状として概念化する立場との間で生じる隔たりである。それは、患者と医師との、病気の経験の仕方の違いに基づくものであり、また、生の経験それ自体とそれに対する科学的説明との間に存在する隔たりでもある。三つ目は、病気に罹った身体の捉え方に基づく隔たりである。それは身体における病気を「生を生き抜く身体の混乱」と捉えるか、それとも「生物学的機能不全」と捉えるか、ということに基づく隔たりでもある。以下では順に、少し詳しく彼女の叙述を追うこととする。

２－２　互いの異なる世界を背景とすることによる隔たり

トゥームズが目指すのは、患者と医師の経験する世界が異なることを示すことである。だが、彼女の筆の進め方は、一方では、現象学一般の方法やそれにより獲得された現象学的洞察を紹介していくものである。他方で同時に、患者と医師が経験する世界や、両者の病気に対する理解の相違について彼女自身の分析をもまた叙述している。そして両者が交錯し合いながら考察と叙述が進んでいくために、多少わかりにくくなっている面があるので、彼女の主張を整理して紹介していくことにしたい。

まず、トゥームズが取り組むのは、患者と医師についての具体的な考察ではなく、私たち個々人の世界が独自なものであることを、エドムント・フッサールとアルフレート・シュッツの現象学的概念を用いて説明することである。先に説明した、現象学的－心理学的アプローチにおいては、純粋に心的な経験の研究に徹するために、心的経験の中にないもの、すなわち心的経験を超越しているものは、括弧に入れられ脇に置かれなければならない、とされていた。そのための方法が現象学的還元であり、それによって、志向的意識とその相関者としての志向的対象とが相関関係にあることが明らかになってくる（cf. MI, pp. 1－２；邦訳 p. 29－30）。この二つを区別することで、トゥームズが引き出そうとするのは、現象学が共有する次のような洞察である。志向的対象と、「客観的に存在する」と私たちが素朴に思い込み前提している世界とは同じものではない。前者は私たちの意識が構成したものであり、意識に内在するものであるのに対して、後者は私たちの意識を超えていわば意識を超越したものである。個人にとっての世界は、前者の、私の意識が構成した志向的相関者としての世界である。そしてそのような世界こそが私が直接に経験している世界である。それゆえ、私にとっての直接の経験に寄り添って物事を考察していこうとするならば、この意識の志向的相関者としての世界を問題としなければならない。

そして以上のような洞察は、さらに次のような洞察へと導いていく。私たちの世界は、それぞれの意識が作り出している、それぞれ独自の世界だと言える。他者の世界を構成しているのは、他者の意識であるから、その他者の世界を私の意識が直接に経験することは不可能である。私たちのそれぞれの世界は、それぞれに独自であり、相互に隔てられた別の世界なのである。

以上の議論に続いて、トゥームズは、そのように隔てられて独自に経験されるそれぞれの世界が、さらにいっそう独自なものとなっていく仕方を論じている。実はこの点が重要である。なぜなら、私たち個々人がそれぞれ独自の世界に「いわば住んでいる」としても、両者の経験の仕方が全く同一であるならば、経験によって構成される志向的対象としての世界もまた全く同一なものか、あるいは非常に似通ったものになりうるからである。それゆえ、独自の世界を持つことを

示すだけでは不十分であり、それぞれの独自の世界において、私たち個々人の経験が異なり、その結果異なる独自の世界が構成されていくことを示さなければならないからである。

では、私たちの経験を、独自なものたらしめるものとは、どのようなものであろうか。トゥームズはここでも現象学的概念を用いて説明している。それは、方向性(焦点化)、時間性、地平、生活史的状況である。簡単に説明しておこう。

まず、「方向性（焦点化)」とは、対象を経験する際、その者が対象に対して注意・関心を向ける方向と範囲の絞り方を決定することを意味する。志向的意識が方向性をもって焦点を絞り込むと、それに応じて、意識の志向的対象は主題化される。それはつまり、注意の焦点の絞り方によって、志向的対象の意味が変化するということである。

次に、時間性であるが、トゥームズは、フッサールの内的時間意識の分析が解明したものとして、生の時間と客観的時間の相違を取り上げる。直接経験のさなかで生の時間の流れの中にいる者と、直接経験を離れて客観的時間の流れの中にいる者とでは、経験の仕方が変わってくる。

さらに、地平概念であるが、地平とは、顕在的な知覚には潜在的な背景が含まれている、という現象学の洞察である。地平は、単なる知覚にとどまらず、社会的、歴史的、経済的、政治的でもある。したがって、「ある特定の対象の意味は、それに関わる個人が形成してきた世界のあらゆる意味領域から切り離すことはできない」(MI, p. 5；邦訳 p. 35)。

生活史的状況（biographical Situation）とは、個人が歩んできた固有の状況であるが、これもまた、対象の意味に重要な役割を果たしている。個人はそれぞれ社会生活のなかで独自の生活史的状況をもつが、これが経験の際の主題化を決定し、さらに対象の意味を解釈していく際に参照される。生活史的状況は個人それぞれ独自であるから、それぞれの個人の主題化も独自であり、対象意味の解釈もそれぞれ独自なものとなる。

では、そのような世界の独自性は患者と医師において具体的にどのように現れてくるのであろうか。トゥームズの具体的な分析を見ていこう。

それによれば、患者と医師は病気経験のそれぞれ別の側面に注意を向ける、つまり焦点を合わせ主題化していくから、それぞれ異なる仕方で病気を主題化する。医師は「基本的に、特定の病状を定義する身体的徴候と病状の集合体として病気を認識するよう訓練」されていて、その病気を例えば「多発性硬化症、糖尿病、消化性潰瘍の、一つの特殊な場合として主題化する」(MI, p. 11；邦訳 p. 43)。これに対して患者は「それとは異なる“現実”に焦点を当てる」、「基本的には、日常生活に及ぼす影響という点から病気を経験する」(MI,　p. 11；邦訳 p. 44)。このように焦点化ないし主題化が、患者と医師とで異なる以上、両者の世界は隔たったものとなる[4]。

患者と医師の世界が隔たった別のものとなる契機はそれだけではない。さらにこの主題化に関しては、そのときどきの主題化だけが問題となるのではなく、さらに医師ならではの「思考の習慣（habits of mind)」も関係しているとされる（MI, p. 11；邦訳 pp. 44－45)。医師は、医学教育を通じて医学の専門職として自分の専門を実践していく中で、医師としての「思考の習慣」が形成され、それが現実を解釈するための意味地平を提供する。

さらに、医師は自然科学的「思考の習慣」をもまた身につけている。自然科学的なものの見方は、実は強力で、直接体験を抽象化することで因果的構造を説明しようとするが、患者の直接体験と、そこから派生する科学的説明との間には決定的な隔たりがある[5]。

そしてさらに問題を大きくするのは、「医師たちが、病気に対する主題化の違いが医師と患者の見解の違いを生んでいることに気づいていない」ことである（MI, p. 13；邦訳 p. 46)。

このような直接体験と科学における派生的世界の違いについて、トゥームズは、フッサールの自然的態度と自然主義的態度の違いと対応させて説明している。患者は自然的態度において、常

に直接体験の世界の内に自分自身を見いだす。これに対して、自然主義的態度をとる医師は、患者の病気を病理学的事実として把握するが、それは患者の生の直接体験から科学的に抽象化されたものである。そこでは「病状の客観的かつ数量的説明が優先され、患者の主観的な病気の体験は無視される」(MI, p. 14；邦訳 p. 49)。

２－３　直接経験される病気と、概念化された病状との間に存在する隔たり

トゥームズの目的は、患者の病気理解と、その患者の病気に対する医師の理解が齟齬することを明らかにすることである。それを解明するために、まず両者の隔たりの原因の第一として、医師と患者とが互いに異なる世界を背景に語ることについて、これまで見てきた。それは言い換えれば＜患者の個人的経験＞を果たして共有できるのか、という問題でもあった。

では、次に第二の原因、すなわち患者が直接体験する病気と、その病気を病状として概念化する医師の立場との間で生じる隔たりについて見ていくこととしよう。この隔たりは、〈病気〉の経験の仕方の違いに基づくものである。患者と医師は〈病気〉をどのように異なって経験するのだろうか。

これを解明するために、トゥームズは『存在と無』におけるサルトルの、痛みと病気の分析を手掛かりとしている。サルトルは、病気に四つの異なる意味構成のレベルを見いだしている。（１）反省前感覚経験（これをトゥームズは illness、すなわち病いないし病気という言葉でも表現している)、（２）病苦（sufferd illness)、（３）疾患（disease)、（４）病状（disease state）である。前の三つのレベルが患者の病気理解であり、最後の一つが医師による病気理解である。これらについては、後のトゥームズの分析の土台となるので、サルトルの主張を簡単にまとめておこう。まず最初の、反省前感覚経験は直接的な生の経験であり、このレベルでは、病気は「痛み」として直接に経験され、意識と身体は同時的に存在する。次に、このレベルに反省を加え何であるかを理解しようとすると、「痛み」は対象として捉えられ、心的客体の「病苦」となる。反省する意識によって、病気は身体から区別され、病苦としての心的客体となる。また、この病苦が、生理学や病理学の断片的な知識を伴って理解されるときには、患者は病気を、特定の「疾患」として理解する。サルトルによれば、このレベルでは患者は自らの身体を対他的存在として、自らの身体を機能不全を起こした生理学的器官として理解している。そして最後の「病状」は、医師が、患者の病気を病理解剖学や病態生理学によって概念的に理解した段階である（MI, pp. 31－37；邦訳 pp. 77－80)[6]。

トゥームズはサルトルの分析を基本的に受け入れている。その上で、カッセル（Eric Cassell）やエンゲルハルト（H. Tristram Engelhardt Jr.）といった、患者の病気理解についての先行研究者たちの分析を交えながら詳述している。なかでも重要であるのは、患者が反省レベルで病気を捉えるとき、自らの「生活史的状況」が関係してくることである。さらに、患者の病気理解が自らの「社会階級、エシニシティー（ethnicity)、年齢、性別などによって形成されたある特定の生活世界に見られる特別な意味づけによって解釈されていること」である（MI, pp. 36－37；邦訳 pp. 86－87)。サルトルの分析が示すように、（１）～（３）の患者の病気理解のレベルと、（４）の医師の病気理解のレベルは異なる。それだけでも、両者の理解は異なるのだが、そこにさらに、患者の生活史的状況や社会的階級、エシニシティー、年齢、性別が関わってくるのだから、患者の病気理解の内容は、さらにいっそう独自のものとならざるを得ない。

では、医師にとって患者の病気はどのような意味をもつのか。サルトルは、医師の病気理解は「病状」レベルであり、そこにおいて病気は「細菌の問題や組織の病変の問題」になると主張している。トゥームズはサルトルの主張を受け入れた上で、それが「理論的、科学的構成概念に

よって主題化され」「患者の直接体験が全面的に自然科学的説明がもつ因果関係的カテゴリーに組み込まれている」と述べている。その結果、「医者はこのような“客観的事実”だけが病気の現実を構成するものと考える傾向があり」、「病理解剖学的および病態生理学的所見に関連づけられない患者の訴えは、本物の病気ではないと結論づけ」られるほどであるという（MI, p. 39；邦訳 p. 90）。これについては、トゥームズ自身のエピソードが端的に物語っているので、少し長くなるが紹介しよう。彼女は顕著な筋肉痛を感じ、また歩行が困難になったが、その際、医師はその困難や痛みには理解を示さず、検査を繰り返すだけだったという。そして最後の筋生検において、医師はようやく「今、何か変であることを知った」と述べたという。トゥームズは言う。「患者としての私の立場から、何か“変”であることを知ることは、自分の身体的な機能不全と不快感を厳しく気づかされることであり、そしてごくふつうの活動さえもできない自分の無能さを鋭敏に気づかされることであった。医師にとって、何かが“変”であることを知るのは、私の大腿部から採取した筋組織について異常ありという病理報告書を通して、“客観的”な証拠を入手することだった」（MI, p. 40；邦訳 p91）。

このような医師の病気理解（病状）は、先に述べた自然主義的態度と対応している。自然主義的態度の目的は、物理的世界の事実を確定することであり、それによって数量化可能な、自然科学的な客観的事実に到達することである。このような態度においては、患者の病気の体験は、主観的なものとして無視されて、病状の数量化可能な客観的説明が優先されてしまう。

以上のように、医師の病気理解においては、病気は、病気を苦しんでいる患者からは切り離されて、患者とは無関係なものとして捉えられる。患者の直接的な経験に始まる病気が、このように医師によって概念化され抽象化されていく過程を理解することで、患者にとっての病気の意味と医師にとっての病気の意味とが同じではないことに気づくことが、患者と医師との理解の相違を考えていく上で重要なのである。

２－４　病気に罹った身体の捉え方に基づく隔たり

これまで患者と医師の病気の経験の仕方が異なることについて、トゥームズの分析を概観してきたが、病気は（たとえそれが精神疾患であっても）身体と関係しているから、当初の目的である患者と医師の病気に対する理解の相違を探求するためには、さらに身体に関して、患者と医師の理解を考察する必要がある。病気に罹った身体を、両者がそれぞれどのように捉えるのかが問題となるのである。

患者にとって身体とはどのようなものか。トゥームズは、まず、身体が反省的に捉えられているか否かによって２つのレベルを区別している。（１）非反省的または反省前レベルにおいて身体は、直接に経験される。このような身体をトゥームズは「生の身体（the lived body）」と呼ぶ。これに対して、（２）反省によって捉えられる身体は、対象的ないし生理学的な身体であって、これは世界の内に存在する実在物の１つとして存在する物質的・客観的実在物として把握される身体である。重要であるのは、「生の身体と、対象的身体あるいは生理学的身体とが根本的に異なること」である（MI, p. 51；邦訳 p. 111）。

「生の身体」を、トゥームズは「世界－内－存在」という現象学的概念を使って特徴付けている。生の身体は「世界における私の特定の視点を表現するだけでなく、私の独自な世界－内－存在（being-in-the-world）を表現する。そのような意味で、身体は私の志向性の中心であり、周囲の世界に能動的に関与していく道具である」（MI,　p. 57, 邦訳 p. 121）。「生きられた身体とは、志向性の欠けた完全な物理的物体というより、周囲の世界に能動的および受動的に関与するよう組み込まれた意識である」（MI, p. 53；邦訳 p. 114）。

トゥームズの、生の身体と対象的身体との区別は、ハイデガーの『存在と時間』における「用具存在性（Zuhandenheit）」と「客体存在性（Vorhandenheit）」の区別と対応しているとみてよい[7]。ハイデガーの分析は客体的存在者に対して、用具的存在者を特徴付けるためのものである。用具的存在者は、指示連関を形作っており、人間の可能的な目的連関や意味連関の中に位置づけをもっていて、物質的な「物」としての客体的存在者とは区別できる。そして、ばらばらに切り離された客体的存在者の寄せ集め・総体としての世界ではなくて、目的連関や意味連関が編み上げられたものとしての世界の中に自らを見いだす存在として、人間存在が考察されていた。これが「世界－内－存在（In−der−Welt−sein）」という在り方である。

身体は、人間にとってもっとも身近な道具と言えるから、用具存在性をもつ。しかも、私たちは、身体を媒体として周囲の世界と関わっていて、身体を介さずに世界を経験することはできないから、身体はすべての用具的存在者の中でもっとも特権的な存在者である。それゆえ、身体の変化・変調としての病気は、世界との交渉を根本から変化させ、患者にとっての世界そのものを変質させるのである。

トゥームズは身体経験を考察する際の重要な契機として、世界－内－存在の他に、身体的志向性(bodily intentionality)、原初的意味(primary meaning)、脈絡構成(contextual organization)、身体イメージ（body image)、身振り表現（gestural display）といった概念を並列的に提示している[8]。しかしながら、この世界－内－存在に、より根源的な意義を認めるべきであろう。すなわち、病気経験の理解においては、世界の中で身体をもって存在していること、つまり世界−内−身体−存在とでも言うべき在り方が重要であると考える。それは、病気経験においては、病気が生じる身体こそが世界と自己を関係づける要であり、身体の変化が、病気を経験する私（自己）を変化させ、さらに身体の変化により世界経験をも変化させるからである。その意味で、先に２－２において述べた、患者と医師との間で隔たりを生じさせる＜世界＞という契機よりも、身体は根源的な契機と考えることができる。焦点化や生活史的状況に基づいて患者が独自の世界を構成しており、それを背景として病気を理解するという点も重要であるが、世界と関わる当の身体が変化・変調・混乱をきたすことで、患者の自己理解と世界理解が根底から変化せざるを得ないことの方が、より根源的であると考えるべきである。というのも、世界という契機は医師と患者の知的な解釈・理解に関わるが、身体という契機は患者の実践的な解釈・理解に関わり、世界の相違に基づく知的解釈の相違をも包含しているからである。

このような生きられた身体に対して反省が加えられると、生きられた身体は＜対象としての身体＞へと変化する（MI, p. 51, 58；邦訳 pp. 111－112, p. 122)。生きられた病気の経験にとって、身体の対象化は不可避の要素である。身体は機能不全に陥った身体として対象化される。トゥームズによれば、身体の対象化は、次のような様々な結果をもたらす。まず、身体の不自由さの経験が顕在化し、身体からの深い疎外感を生むことがある。このような疎外感は、病気でない通常の環境においては、必ずしも否定的なものだけではない。スポーツや性的興奮などの経験においては、自分の身体の、対象化された物理的性質を楽しむことができる。身体の疎外感や不自然な感覚を感じる場合でさえ、病気でないときには、一時的な経験に終わってしまう。これに対し、病気の場合には、身体の対象化は、否定的で深い疎外感を生むのである。(MI, p. 62；邦訳 p. 128)。さらに、病気に罹った身体は自己の身体であるにもかかわらず、私と異なる他者として現われ、私の意図に抵抗し意図を挫折させようとする。これが慢性疾患の場合には、一時的にではなく日常的に、自らの障害を考慮に入れなければならないがゆえに、さらに深く逆説性が現われる（MI, p. 75；邦訳 p. 148)。

最後のレベルでは、医学的に訓練された医師の視線によって、患者の身体は＜科学的対象とし

ての身体＞とみなされる。これは生きられた身体とも、患者によって対象化された身体とも異なるものである。自然科学の目的は、個々人が経験する現実を捉えることにあるのではなく、客観的で全てに妥当する普遍的、因果的法則に従って現実を説明することにある。それゆえ医師が出会う身体は、病状の一標本であり、人間一人一人が持つ独自な生きられた身体ではない。それゆえ、科学的対象としての身体は、もはや生きられた身体のように、「状況を踏まえた身体」の統一体ではない。つまり、世界－内－存在としてではなく、世界という空間の中に存在する物体として存在する、というのがトゥームズの結論である（MI, p. 78；邦訳 p. 152）。

以上のような分析を通して、身体の現象学的分析が示すのはどのようなことだろうか。それは、病気を＜生物学的機能不全＞と捉えるだけではなく、＜生を生き抜く身体の混乱＞としても捉えることが可能だという洞察である。そして、病気を、患者の身体の直接経験という観点から理解するためには、後者の捉え方が重要であると、トゥームズは主張する。

以上で、患者と医師との間で生じる病気についての理解の相違について、トゥームズの主張を見てきた。まず、両者の世界について考察することで、患者と医師とが、共通の前提に基づいて語り合うのではなく、互いに異なる世界の文脈の範囲内で語り合い、それぞれ独自の意味地平をもつ自分だけの世界を背景に語り合う、ということを明らかにしてきた。さらに、患者と医師の理解の相違は、病気に対する理解の相違もまた根拠となっていることを明らかにしてきた。これは単に知識レベルの相違から生じる単純な問題ではなく、根の深い問題である。そして最後に、患者と医師との間の理解の相違が、身体に対する理解の相違に基づくことを確認してきた。身体の現象学的分析は、病気を身体の生物学的機能不全としてではなく、生を生き抜く身体の混乱として捉える可能性を提示する。そしてトゥームズは、医師は病状という病態生理にのみ注意を向けるのではなく、患者の身体経験に目を向けるべきであると主張している。（MI, pp. xv−xvi；邦訳 p. 21－23）

３　トゥームズの現象学的分析への考察

３－１　トゥームズの現象学についての考察

これまで、トゥームズの現象学の方法と、それに基づく患者と医師との病気についての理解の相違について見てきた。ここでトゥームズの現象学的方法について考察しておこう。

トゥームズは自らが拠り所とする現象学を「心理学的現象学」と呼んでいる[9]。これはすでに見たように、現象学的還元と形相的還元を方法として含むものであり、フッサールが「現象学的心理学的還元」と呼ぶ方法にほかならない[10]。

ただ、トゥームズ自身の叙述の中に、実際に形相的還元を行っている箇所は無いように思われる。方法としての形相的還元については、トゥームズが「心理学的現象学のアプローチ」について一般的に述べられている箇所において「現象の不変更な（invariant）特徴を明らかにし、それによってそのような現象を徹底して記述する」と述べているにすぎない（MI, p. xiii；邦訳 p. 19）。だが、患者と医師がもつ、病気の理解について分析するとき、単なる個別的な事実の報告であるとすれば、それはトゥームズにとって、あまり意味のあることではないだろう。トゥームズが解明を目指しているものは、「特定の」患者と医師がもつ病気理解の相違ではないからである。事実の報告は、その特定の事実について語るだけである。そうではなくて、個別的な事実の中に不変更な本質的構造を見いだすときに、その個別的経験を超えて、それ以外の事実においても可能な本質的な分析が得られる。それゆえ形相的還元そのものは、トゥームズの記述に先立って、あるいは記述の背後で行われていると考えるのが妥当であろう。

また、患者や医師の理解やその過程について、現象学的に分析する際、厳密な形相的還元は可能なのか、という疑問も生じてくる。フッサールが行っているような、理念的対象についての本質や意識の本質構造といったものであれば、ある程度厳密な形相的還元は可能であるかもしれない。また意識の構造であれば、「自己の」意識体験に対して形相的還元を加えると、別様ではあり得ない本質的構造が観取できるだろう。だが、ここでトゥームズが考察の対象としているのは、病気という共有の難しい独自の経験である。そのような経験を想像を用いて自由変更により不変更体を取り出すことは、それほど容易なことではないだろう。意識といった誰もが持ち合わせている経験の分析とは異なり、共有困難な経験の分析の場合は、自ずと形相的還元の厳密さも緩やかなものとならざるを得ないと考えられる。

このことは、現象学の各学問分野への適用においても同様である。分析のための方法・道具立てを厳密にしようとすると、その方法的な道具立てに縛られて、かえって分析が困難ないし不可能になる。それゆえ、探求すべき事象の分野に応じて、現象学の方法は練り直される必要がある。その場合、たしかにそれは、「フッサール現象学的ではない」ということになるのかもしれない。しかしながら、フッサールが彼自身の関心に合わせて形成発展した方法が、その他の分野の事象に対してもそのまま有効とは限らないはずである。また、フッサール自身の現象学的方法の獲得と発展の過程が、事象そのものが要求してくる方法、事象に即した方法の探求であったことを考えるならば、現象学を適用しようとする新たな分野の事象に即して、方法を追究し発展させていくことは、まさにフッサール的であるし、現象学の精神に適っていると言えるだろう。

同様に、トゥームズの現象学的方法が超越論的ではないことにも理由がある。フッサールの超越論的問題設定は、主観的世界から客観的世界の構成がいかにして可能なのか、を問うものである。それに対して、患者の直接的な病気の経験や患者の主観的世界の在り方と、別の主観（＝医師たち）の主観的世界の違いを問題とし、異なる主観相互およびその異なる主観が形成する世界相互の間での、相互理解の可能性を考えていくのが、トゥームズの問題設定である。それゆえトゥームズにおいて超越論的問題は生じてこないし、また必要でもないのである。その意味で、トゥームズの現象学は非超越論的な、心理学的現象学である。

３－２　非共有的な経験の共有

トゥームズの分析を吟味していて感じるのは、彼女の分析や洞察の鋭さと深さが、現象学的方法だけに依拠している訳ではない、ということである。つまり心理学的－現象学的還元と志向的相関性の分析、およびフッサールやシュッツの現象学的洞察の援用による分析以上のことを彼女は成し遂げているように思われる。それを可能にしている根拠は、彼女自身が多発性硬化症という治療が難しい、きわめて重い病気に罹っており、彼女が病いを患う者としての視線を持ち続けていることにあるだろう。トゥームズの分析の鋭さと深さの根拠を、彼女にとっては意のままにならない、不幸な「病い」に求めることは、公正でないようにも思われる。あたかも彼女が自らの病いを利用して研究を行っており、それは病いを患っていない者より有利であり、彼女の努力を不幸な病気に求めてしまうように感じられるからである。他方でしかし、この点の考察はやはり避けることはできないと考える。なぜなら、このことは現象学が、経験そのものに即して探求を進めるものである以上、その方法の本質的部分に関わるからである。人間一般の意識の分析や、人間の本質の探究であれば、現象学者もすべて人間である以上、自分自身の経験に即して探求を進めることが可能である。けれども、人間一般が経験するとはかぎらない、特殊な状況のうちにある者の経験を分析対象とするとき、あるいはまた、その特殊な状況に程度の差がある場合に、いかにしてその特殊な状況の経験に迫りうるのか、ということが問題となるからである。つ

まり、直接経験や共有が困難な経験を、いかにして経験するか、あるいは共有するか、という問題である。人間は誰でも何らかの病気には罹る。けれどもふつうの風邪だったり、治療が容易な病気に罹ることと、難治性の病気であったり、あるいはその病気に罹ることにより生活様式そのものを変更しなければならないような病気に罹ること、また死を意識しないといけない病気に罹ることとを、同列に論じることはできないだろう。その意味で、トゥームズは、病いを深く経験していると言える。

では、特殊な体験について、深く考察するためには、その状況に身を置くしか手立てがないのだろうか。この点について、トゥームズは対話の重要性と文学作品の意義について述べている。「医師が、患者の経験についての何ものかを学ばねばならないのであれば、患者との対話―患者が病気について一人称の話法で語れるような―を始めなければならない」（MI,　p. 29；邦訳 p. 69）。トゥームズの文脈では、医師と患者との対話を指しているが、患者に関わるのは、医師だけではないのだから、医療関係者はもちろんのこと、家族や友人も患者の声に耳を傾けるべきであろう。さらに「文学作品（演劇、小説、短編小説）や、患者の個人的報告は、医師が通常知り得ない情報を提供してくれる。（中略）（フィクションであれ、自叙伝であれ）病気に関する文学的記述は、病気が生み出す実存的な危機状況、つまり、病気とは現実にどのようなものかということを明らかにするのである」（MI, p. 29；邦訳 p. 70）[11]。

３－３　医師は患者の世界を理解可能か

トゥームズは、現象学的方法に基づいて患者の病気経験と医師の病気理解を分析し、患者の世界を理解するための重要な洞察と示唆を提供している。すべての医師が、彼女の著作を丁寧に読みその主張を理解するならば、患者の世界を理解することの必要性に医師たちは気づき、医師たちの態度は変化し、医療は、患者の世界に寄り添ったものとなるだろう。では、医師たちはトゥームズの著作を手にし理解するのだろうか。おそらく答えは否であろう。まず、患者の病気経験を理解することの必要性を感じない者は、医学的ないし自然科学的な作法で叙述されていないトゥームズの著作を読もうとはしないだろう。これはなにも医師の意思や能力や態度に問題があるから、というのではなく＜私たちがそれぞれ異なる世界に住み異なる経験をしている＞ということへの理解が難しいためである。私たちはあまりに自然主義的態度に慣れきってしまっているために、直接の生の経験ですらも自然主義的に解釈され理解されるのである。そして、仮に医師が彼女の著作を読んだとしても、現象学的方法の形式的な難解さと、ハイデガーやメルロ＝ポンティらの、耳慣れない概念や言葉遣いが、この著作の理解を困難なものとするだろう。その結果、最後まで読み通すことは難しいだろうし、ひいてはこの著作の意図を理解することも難しいと思われる。

では、どうすれば、医師たちが、患者の世界を理解することは可能になるのだろうか。そのためには、まず、患者の世界と医師の「世界が異なること、患者が経験している病気体験が本質的に独特なものであること」を実感することが出発点となるだろう。自らの経験と他者の経験とが根本的に異なっていることを理解してはじめて、他者の経験を理解しようという動機が生じる。これは現象学の方法に関して言えば、還元の動機をどこに求めるのか、という問題である。フッサールの場合は、厳密な学問を形成することが還元の動機となっていた。では、医師にとって、自らの思い込みを捨て患者の経験に寄り添う端緒となる「還元」の動機はどのように生じるのだろうか。

この問題についてここで十分に議論する余裕はない。ただ指摘しておくべきは、医学の目的を患者の「物理的身体の治療」に定めるときには、還元への医師の動機は生じないだろう。そうで

はなくて、医学の目的をより大きな意味での「患者の癒し」に設定する必要があると考える。

３－４　まとめ

これまで、トゥームズの現象学的分析に即して、患者と医師との間で生じる病気理解についての相違について見てきた。最後に、トゥームズの分析が示す新しい側面を指摘しておきたい。トゥームズが目指したことは、医療の場における患者と医師との理解の相違を解明することであった。それは、立場・パースペクティブが異なる者の間での理解の相違について、現象学的に分析するための一つの手掛かりとなる可能性をもっている。また、トゥームズの分析は、共有できない、特殊な状況・経験をいかにして共有するか、相互に理解するかということも問題としている。それゆえ、非共有的経験の分析に関しても一つの可能性を開くものであると考える。例えば、法の現象学的解明に手掛かりを与える可能性をもつだろう。というのも、法の現象を解明していく際、問題となるのはやはり、立場・パースペクティブの異なる者の間での相互の理解だからである。法の専門家と法についての素人である一般市民の間での法についての理解や、裁判における、裁く者と裁かれる者の間での理解の問題、また法の担い手と、法の支配下、庇護下にいる者との間での理解・コミュニケーションの問題などである。より一般化すれば、トゥームズの探求は、立場や文化が異なる場合の相互理解が問題となるような場面を分析し考察する際に、手掛かりとなるだろう。その意味において、トゥームズの現象学的分析は、フッサールに始まる現象学を、他の学問分野へと適用していく際の、一つの道標となっているのである。

1　S. Kay Toombs, *The Meaning of Illness. A Phenomenological Account of The Different Perspective of Physician and Patient.* ; Kluwer Academic Publishers B. V., 1992. 本書からの引用は MI. と略記して本文内でページ数を示し、合わせて次の邦訳書のページ数も示しておいた。『病いの意味―看護と患者理解のための現象学』、永見勇訳、日本看護協会出版会、2001年。本稿執筆にあたってはこの邦訳書も参照し非常に有益であった。引用に際しては、この邦訳を利用させていただき、必要に応じて筆者が手を加えて訳語その他を調整している。記して感謝したい。

2　フッサール『ブリタニカ草稿』からの引用は、*Edmund Husserl Gesammelte Weke, Bd. IX Phänomenologische Psychologie.* のページ数で示し、Hua. IX と略記している。引用に際しては、谷徹訳『ブリタニカ草稿』（ちくま学芸文庫）の訳も参照し、必要に応じて手を加えた。「邦訳」のページ数も付している。

3　形相的還元ないし本質直観の具体的方法は、経験的ないし想像的対象を任意の見本に変えて、それを出発点として、自由に変更してみることのうちに、不変更な内容が本質として直観される、というものである。Husserl, *Erfahrung und Urteil,* S. 410－420を参照のこと。

4　さらに「人がある何かを一つの例として捉えるときはいつも、その何か自身を捉えるのではなく、他の何かの例証として捉えているにすぎない」（MI, p. 11；邦訳44頁）との彼女の指摘は、きわめて洞察に富む。医師が患者の病気体験に目を向けているのではなく、一般的な病気の一つの具体例としてみており、患者の体験の仕方とは異なる仕方で病気を捉えていることを端的に表現している。

5　「医師は医学に支配的な“思考の習慣”に従って、病気を“客観的”に数量化できるデータを通して主題化する。事実、医師の間では、このような臨床データだけがもっぱら患者の病気の“現実”を表わすものと信じ込まれている」（MI, p. 12；邦訳 pp. 45－46）。

6　サルトル『存在と無 II』、松浪信三郎訳、人文書院、pp. 252－266。

7　M. Heidegger, *Sein und Zeit,* §15

8　その箇所で、トゥームズは、身振り表現としての「直立姿勢」の意味や、医師と患者の「見下ろす」「見上げる」関係、病気による「生活空間」と「時間的体験」の変化について、非常に重要な洞察をしているが、残

念ながらここでは取り上げる余裕がない。

9　フッサールも『ブリタニカ草稿』においては「心理学的現象学」と呼んでいるが、『ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学』やその他の多くの箇所では「現象学的心理学」とも呼ばれている。

10　フッサールの現象学を、各分野の質的研究に適用する場合の方法についての詳細な分析として、次のものがある。ナミン・リー「現象学と質的研究の方法」（吉田聡訳）、『死生学研究』第12号、東京大学文学部・大学院人文社会学系研究科、2009年。彼の分類に従えば、トゥームズの現象学的還元は「形相的－現象学的心理学的還元」である。

11　「新しい現象学」を提唱する、ヘルマン・シュミッツも、現象学的分析を行う際、彼の著作の随所で文学作品を重要な資料として扱っている（cf. Hermann Schmitz, *System der Philosophie,* Bouvier）。また医師が自らの患者体験を綴った、Oliver Sacks, *A Leg to Stand on,* Touchstone（オリバー・サックス『左足をとりもどすまで』、金沢泰子訳、晶文社）は、医師が経験した患者経験ということで、患者の経験や視点と医師としての視点が交錯しているゆえに、示唆に富んでいる。