

「支えること」の意味 —— 一精神科医の立場から ——

松 本 雅 彦

Some Considerations on “Care” —— From the Viewpoint of a Psychiatrist ——

Masahiko MATSUMOTO

ABSTRACT: More chronic cases have been noted during the course of various illnesses in recent years, while acute cases were more prevalent in the past. “Acute” means that an illness has a short duration, resulting either in recovery or death, and makes an explicit separation between the two outcomes. “Chronic” means that the illness progresses gradually and comes to mark the various folds of death onto life’s vitality. Today many of us are conscious of approaching death in our daily lives; today’s health care boom is a reflection of this awareness.

Death, like illness, is often avoided and excluded because it fundamentally implies decay and extinction, which make us feel nausea.

Why are we inclined to take “care” of the “ill”, while we ourselves avoid the issues of illness and death? Is it because we already have the potential for illness and death within ourselves? Awareness of our mortality will enable us to be more willing to take “care” of others, and we will thus be able to deepen the understanding of ourselves, ultimately resulting in self-therapy, self-healing, and self-realization.

Key words: Care, Chronic Illness, Death, Social Exclusion, Self-Realization

当医療技術短期大学部・健康人間学の研究会は、今年「ケアとは何か」をテーマとしておよそ月1回の頻度で続けられてきた。それぞれの専門分野から興味ある報告がなされたが、その底流にあったものは「人がいまひとりの人間を

ケアすることとはいかなるコトなのか」という根源的な問いであったように思われる。

「人はいまひとり別の人間を、なぜ助け、なぜケアし、なぜ支えようとするのか」、本稿は——精神科医の立場から、この素朴な疑問に対す

るいくつかの感想と、それらに対する医療関係者のあり方への模索を綴ってみようとするものである。

I 近年における疾病構造の変化——急性疾患から慢性疾患へ

まずは臨床から出発するためにも、病気のあり方の最近の変化から論を起こしたい。

昨今話題になる病気として、まずわれわれの頭に浮かぶのは、高血圧、心臓病、糖尿病、自己免疫性疾患、癌、ノイローゼなど「成人病」といわれる病気であろう。高齢化社会を迎えて、いっそうその感が強い。そして、それらの病気がおおむね慢性の経過を辿ることも特徴的である。癌もそれがたとえ急性の発症によるものであったにしても、手術のあとの「養生」が長期のわたる観察と配慮とを要する点で、高血圧、心臓病などと同列であろう。

かつては、医学・医療の対象は、急性疾患であった。ペスト、コレラ、チフスなどの伝染病に代表されるように、病原菌は「外」からわれわれを襲い、われわれの身体はその外敵と戦い、敗れば死に、それを克服できれば治る。しかも、かなりの短期決戦で勝負のつくものであった。

これら伝染病に代表される急性疾患は、公衆衛生思想の普及と抗生物質の発見によって、今日ではほぼ克服できたといつてよい。

それに代わって、われわれの取り組むべき課題として登場してきたのが、上にあげた慢性の疾病であろう。それらは、もはや「外」から急激に襲ってくる類いのものではなく、長期にわ

たる「外」と「内」との絶えざる葛藤としての生活史的（歴史的）背景を踏まえて発症してくる場所に新しい意味をもつ。ひとりの人間の身体の中かに特異な「内環境」¹⁾が形成され、そこから発生してくる病いだと考えることはできないであろうか。

心臓病、糖尿病なども、それぞれに「内」なる素因・体質が想定され、その素因・体質と生育環境、食生活、心理的ストレスなどが複雑に絡み合って、長期にわたる葛藤の末に、特異な「内環境」を形成して、徐々に病いを病いとして顕在化せしめるものであろう。

この「外」と「内」との対比は、中国医学でいう八綱弁証のうちの1つ、「表」—「裏（里）」の対比に比することができよう。急性の「外」から襲う疾患は「表の病い」であり、今日われわれが取り組まねばならない「内」の病いは、後者の「裏（里）の病い」ということになる。

作業仮設として「外の病い」と「内の病い」とを対比してきたが、その関係を今乱暴に図1のように示してみる。

①の急性伝染病（ペスト、コレラ、チフスなど）は「内」の占める割合が比較的小さく、「外」の占める割合が大ききことを示し、②の結核はその中間、③にみられる「成人病」と仮に名づけた病いは、「外」に比べて「内」なる要素の占める割合が大ききことを示そうとするものである。

ここで①の急性疾患と②の慢性疾患との対比を別の視点からみて、それらの病いがわれわれに対してもつ意味を探ると、次のようになろうか。

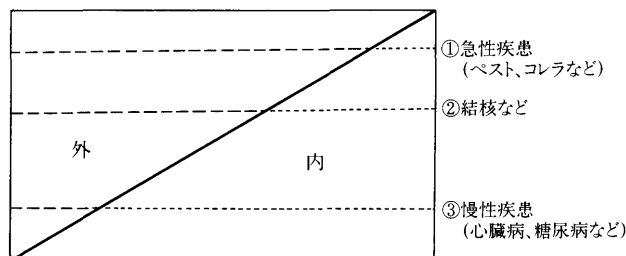


図1 急性疾患①と慢性疾患③、その疾患に占める外的要因と内的要因との比較

1. ①の急性疾患であればあるほど、その疾病独自性が際立つ。つまり、急性伝染病は誰が罹っても（非個人的に）数日、数週間の間に、発熱、衰弱、死あるいは回復という経過を迎える。その疾病固有の法則性、規則性が個々人の特性（体質、性格、生き方）に優先する。逆に③の心臓病、高血圧など「成人病」といわれる慢性疾患は、その疾病独自の法則性、規則性の影が薄れ、個々人の特性、体質、とくにその人の生き方に深く関わってきている（個性的な）病いとなる。

2. 本報告にいっそう深い意味をもつものとして強調したい点は、①の急性疾患が生と死とを截然と分かつ病態であるのに対して、③の慢性疾患は生の中に死の襞²⁾を織り込んでくる病態だということである。今日われわれは、病気によって突如死に襲われるのではなく、自分たちの生の中に徐々に死が織り込まれてくるのを意識せざるをえない、そのような時代精神にある（生きそして死につつある）ということである。現代の情報化社会が、いっそうこの「生の中にある死の襞」を浮き立たせているといえる。「健康ブーム」といわれる、今日の異常ともいえる健康への関心は、どうやらこの「襞」に起因していそうである。

II 医療：技術 Technique か、介助 Care か

急性疾患から慢性疾患への移行という病いのあり方の変化は、必然的に医療・医術に変更をもたらす。

伝統的に、医療は技術 Technique としての成り立ちを多としていた。われわれの身近な日常的診療行為をみても、注射の巧さ、手術の巧さは医療に不可欠なものであろう。医療の歴史のなかで、手術の巧さがどれほど外科医の名声を博してきたことか。外科医は、たとえば胃に発生した癌を摘出することが最大の任務であった。それもできる限り手早く。数時間の細心なメス捌きによって癌の病巣を摘出し腹部の皮膚を修復縫合したときの、外科医のもつすがすが

しさは想像に難くない。「外」なる病巣を素早く「退治」したからである。そこに生起していた事態は、胃も癌も患者の身体に属しながら、一方でシーツに覆われその部分だけ顕わとなった胃部は、手術中はモノと化していたということである。生きた身体の一部という相貌を失っていたということである。モノとみなさなければ、外科医とてとてもメスをいれることなどできはしないであろう。

技術 Technique とは、生きた人間を部分からなるモノとみなすことによって初めて成立する。技術はそのような側面なしには発展しない。臨床検査における血液や尿の取り扱いでも同じことがいえよう。モノとみなすとは、冷徹なまなざしを注ぎ観察することであって、対象を己れから著しく遠い「距離」（視覚的距離）のところに置くということである。技術としての医学は、このような操作によってはじめて科学的たりうる。

しかしその名外科医も、当の患者との「距離」が縮まったとき、技術者以外の役割が求められる。患者が、生きる人間として己れと同じ生身の人間であることを発見するときである。医療技術者として職業的な目を通しいったんはモノとみなすことができた対象も、麻酔から醒めたときには表情をもち、動き、痛みを訴える生きた人間として（触覚的距離のうちに）再登場するからである。このときその外科医はまったく技術者として、「あなたの胃にできていたものは癌でした」と告知できるであろうか。

もしその癌の告知に躊躇を覚えるとしたら、それはなぜなのであろうか。

癌がすでにモノという「外」なるものではなく、「内」なるものとなったからではないのか。モノとしての癌は摘出できたとしても、「癌に罹った患者＝癌を内に秘めた人間」を摘出することはできない。癌に対する外科学的な技術は行使できたが、「癌に罹った患者」の「内なる不安」に対しては既成の技術をもってしては応えられないからなのではないか。

スーザン・ソントグ³⁾が述べているように、

「癌」という言葉は、悪性腫瘍という単なるモノを指し示しているだけではない。それを超えて生きた身体全体に拡散し死をもたらすというメタファー、「生の中に死の襲を織り込んでく」事態を指す言葉となっているのである。

このとき、モノを対象とする技術の限界が暴露され、「死の襲が織り込まれる生」をいかに生きるかという、倫理的、宗教的な問題に直面することになる。ケアとは、そのような多様さを内に孕んだものでなければならない。

Ⅲ 病い：腐敗し、死にゆくもののイメージ

癌を足がかりに、今われわれは病いが私たちの生にもたらす意味を訊ねようとしている。

癌が当の患者の身体全体に拡散してゆくように、あらゆる病いは人びとの中に拡散する、そのようなイメージでもって迎えられることが多い。ペスト、コレラのように細菌そのものの力による現実の拡散だけではなく、たとえば「狂者」との接触が自分をも「狂わす」と怖れられ、また「癌患者」との出会いが自分にも「癌ではないか」との疑念を誘い出すような、想像上の拡散である。「病いの襲」はいたるところで、われわれの生に「織り込まれ」ようとする。そして、なによりも「死者」はわれわれを死に誘う。

だから、だからこそ、われわれはこの狂い、病い、老い、死を、自分たちからできる限り遠ざけようとするのである。

街角の電柱の陰に吐き捨てられた嘔吐物を見て、ほとんどの人は嘔気を催し、それをいち早く視界から遠ざけようとする。トイレに流し忘れられ、形態を崩し、腐敗しつつある糞便の痕跡にも嘔気を催させられる。これらの嘔気は本能的生理的といってよい反応であろう。

なぜわれわれは、そのような反応を引き起こさせられるのであろうか。

それらが、腐敗し、死滅してゆく事態の相貌を呈しているからであろう。あるいは逆に、それらが「存在しすぎる」類いのもの、「過剰な存在」⁴⁾だからであろう。

どんな存在物も、その存在が許されるのは、それらがわれわれ人間に何らかの役に立つという、道具的な帰趨体系⁵⁾の中にある限りのことである。しかしその存在物が、何かの役に立つ etwas um zu という指示性を失うや、それはたちまちのうちに「過剰な存在」となる。机も、ペンも、紙も、さらには恋人までもが、私の帰趨体系にとどまる限りその存在は許されるが、ほどなく私の帰趨体系からはずればじめると、「存在しすぎるもの」として「邪魔者」と化す。

そのように道端に吐き捨てられた吐物は、痰も、糞便も、一般には嘔気を催させ忌避される存在であるが、それらが病気の同定に役立つものとなるならば、嘔気を催すものではなくなる。実際、われわれ医療従事者が臨床検査に際してそれら吐物を取り扱うとき嘔気を覚えるようなことはない。それらが道具的な帰趨体系を取り戻し、存在に備わった本来の附託的な構造を回復するからである。

しかし一般には、それら役に立たないものは、忌避される運命にあらう。「存在しすぎる」ものとして排除される運命にあらう。しかもこの「過剰な存在」は、形態を喪失し、腐敗し、死滅すべきモノという相貌を本質としてもっているのである。「病むこと」とは、いかようにしてもこの本質を免れることができない事態である。

Ⅳ 病い：忌避、排除の対象

「病い」あるいは「病者」が本質的に忌避されるべきものであることは、共同体社会の疾病に対する対処の、これまでの歴史が十分に物語っているまいか。

原始共同体社会にみられる宗教的儀式の「お祓い」は、悪魔に象徴化された「過剰な存在」を「祓い」＝排除し、身を「清める」ことをめざしたものであろう。中世のペスト患者の排除、近世のハンセン氏病の排除、近代の「狂者」の排除・隔離、結核患者の療養所への半ば強制的な収容、それらは共同体社会によって忌避され排除されるべき人びとが、いつの時代にも登場

することを示唆するほんの一端であろう。この種の操作は、明確にそれと意図されないままに、あたかも自然の摂理のごとくに行なわれてきた。今日、排除の構造がそれほど顕わではない形で、老人が老人病院に排除・隔離されるという現象が着実に進行している。けだし、老人は、腐敗し、死滅してゆくべき運命の、確実に「存



図2 Bosch H「阿呆船」1500年頃

在しすぎる」「過剰な存在」と化しつつあるからである。

しかし、なぜ中世ヒエロニムス・ボッシュが描くように(図2)、「狂者」を「阿呆船」に乗せて共同体社会から完全に放逐しないのであろうか。なぜ、深沢七郎が描く「楢山節考」のように老者を人里離れた山中に捨て、彼らの運命を天にゆだねることをしなくなったのであろうか。共同体社会の「外」に排除・放逐せず、その社会の「内」に、精神病院の中に、老人病棟の中に囲い込むという形で排除・隔離することになったのか。なぜ、共同体社会の「外」に放逐すべきものを「内」にとどめるようになったのか。

人道主義? いな、現代の知が、この「狂」や「老」の中にある「死の襲」を、われわれの「内」にもあるものとして自覚したからなのではないか。

癌にかかった患者が、内に秘められたメタファーとしての癌を完全には排除しきれないように、われわれは己れの「内」にある「狂」や「老」を排除することはできない。ペストもハンセン氏病も結核も、われわれの社会から一応は排除した。「狂者」も精神病院に隔離した。しかし、「排除されるべきもの」は、HB 抗原保持者として、AIDS 患者として、つぎつぎにその姿を変えて顕わとなる。それらがつぎつぎと登場してくるのは、われわれの「内」に、われわれの社会それ自体の「内」に、「排除されるべきもの」が着実に存在しているからである。「狂者」

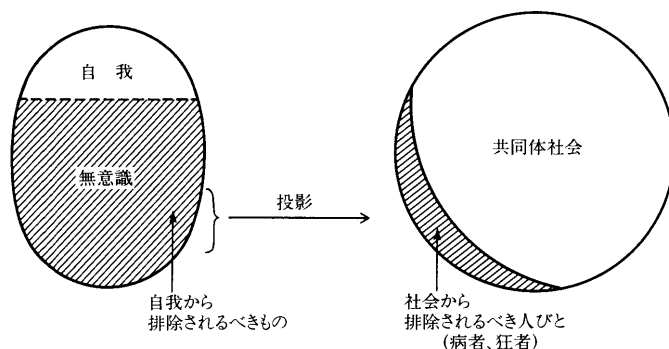


図3 個人の無意識と社会の病い

も「AIDS 患者」も、このわれわれの「内」なるものの仮象＝見せかけ、つまり表現を変えただけのものにすぎないからである。

かつて学校社会は、養護学校義務化という制度を通して「知恵遅れ」の子どもたちを排除し、学校の健全・健康を打ち立てようとした。しかし、その健全・健康となるはずの学校には、今度は校内暴力が登場した。「非行少年」が「知恵遅れ」の子どもたちにとって代っただけである。

われわれの共同体には、排除しても排除しても、なお「排除されるべきもの」が形を変えて出現してくる。この事実こそ、「排除されるべきもの」がなおすでにわれわれの「内」にあることを物語る。おそらく「排除されるべきもの」としての「病い」が、完全に排除されることはありえないであろう。それは、われわれ自身、われわれの共同体社会そのものを抹殺して初めて可能になる事態である。

「排除されるべきもの」が実はわれわれの「内」にすでにあるとする論拠を、今一度精神分析という文脈で再考してみよう。図3に示すように、われわれは自らの内に無意識という影を携えている。われわれが自覚できている自分とは、その無意識の上に浮かぶ氷山の一角のごときわずかな「自我」の部分でしかない。この自我の力によって、われわれは自らの内なる、汚穢なもの、恥ずべきもの、忌避すべきものなどを無意識の中に押し留めている（抑圧）。しかし、自我から「排除されるべきもの」として抑圧されてきたものも、ときにはその抑圧を覆し頭をもたげようとする。そのあらわれの1つが個人の

レベルでは夢であるが、日常の共同体社会では抑圧されたものがその社会の一部の人たちに投影 projection されるという機制 *mécanisme* となって作動する。われわれの無意識を共同体の中の影の人たち（スケープゴート）に投影し、彼らを排除することによって社会の自我の部分の安定をはかるという戦略である。ユダヤ人が「金銭に細かい」というレッテルで忌避されるのは、われわれの中の「金銭に対する細かさ」を共同体の辺縁にいるユダヤ人の属性として投影しているのである。ユダヤ人とは、われわれの「内」なるものの表現者、体现者であるにすぎない。

したがって、われわれの「内」に抑圧されたものがある限り、そしてそれらを他者（共同体の一部）に投影するメカニズムが働く限り、共同体の中の「排除されるべきもの」は、永久に再生産されつづけることになる。排除しても排除しても、「排除されるべきもの」が登場してくるのは、まさにこの無意識のメカニズムが作用しているからに他ならない。

V 「支えること」の意味

「排除されるべきもの」「忌避されるべきもの」が実はわれわれの「内」なるものの仮象であることを、われわれは知った。

だが、現象面では、「排除する者」と「排除される者」、「忌避する者」と「忌避される者」、つまり「健康な人」と「病気の人」との二項対立は存在する。この関係は「癒す者」と「癒される者」、「支える者」と「支えられる者」との二項対立に照応しよう。

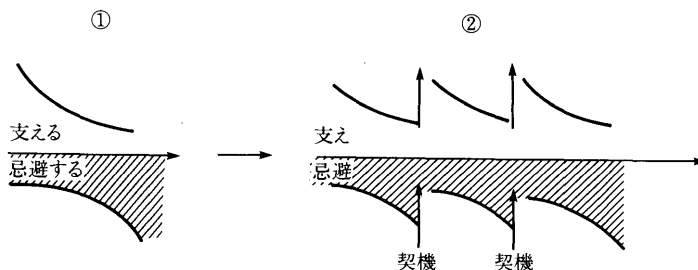


図4 「支えること」と「忌避すること」の反復

先に触れたように、病いが忌避されるべきものを本質としてもつならば、どのようにして「忌避する者」が「支える者」となりうるのだろうか。「忌避すること」と「支えること」とは、明確に矛盾・対立するはずの関係ではないのか。

病み、衰え、腐敗し、死滅しつつある人たちから、われわれは目を背けたくなる。しかし、目を背けつづけきれず、怖れながらも魅せられるようにして、ついそれに目を奪われる。肉親の死が、知人の死が、患者の死が、けっして目を背けつづけられるものではなく、ついわれわれがそれらの死に目を注ぐのは、それが人間存在の神秘とともに尊厳をも映しだす事態であると同時に、己れの「内」なるものを体現しているからに他ならない。

病いを見る目も同じであろう。他者の病いを見ることは、逆投射して己れの病いを見きわめることになるからである。

ここに、「忌避すること」と「支えること」とが表裏の関係にあることが明らかとなる。他者の病いを忌避することは己れの病いを忌避することであり、他者の病いを支えることは己れの病いを支えることとなる。「忌避」と「支え」との間には、おそらくおびたしい葛藤がつづくであろう。現実には、私は病者を支えようとする。しかし、この支える営みに疲れるとき、私は病者を忌避し、視界から遠ざけたい。図4-①に描く下方の忌避の心性が大きな比重を占めてくる。しかし、他者の病いに「病むことの尊厳」を触知し、その病いが他ならぬ私の内なる病いの体現であると知るとき、病める他者への支えの比重が回復される(図4-②)。「支えること」とは、おそらくこの繰り返し、反復ではなかろうか。

「支えること」とは、健康な私が病める他者を支えるという一方的なものでは、けっしてない。他者の病いの中に己れの病いを見て、他者を支えつつ己れを支えることであろう。他者の中に「排除されるべきもの」を見ることを通し

て、己れの「排除されるべきもの」=無意識を感知し、それに習熟してゆくことである。図3に照らしていえば、己れの無意識に近づくことによって己れの自我をより十全なものにする、そのような自己治療、自己治癒、自己実現の営みであろう。

実際、患者の「病い」「老い」「死」を通して、どれだけの医療関係者が「生かされて」いるのか。

*本稿の一部は京都大学医療技術短期大学部健康人間学研究会および第2回健康科学公開講座で発表された。

発表の機会を与えていただいた健康人間学研究会コーディネーター石井誠士助教授、ならびに第2回健康科学公開講座委員長小西昭教授に感謝いたします。

文 献 と 注

- 1) 内環境 internal environment: 昨今精神分裂病(慢性疾患の一代表例)を発症しやすい個人に「脆弱性 vulnerability が高い」という言い方がなされる。この脆弱性は、素因、内因によって先天的に決定づけられるものではなく、生活歴によっても影響される点に注目して、発症までに形成されてきたその個人の「内部の発症要因」をさす言葉として提唱されている。Zubin J et Spring B: Vulnerability—A New View of Schizophrenia, J Abnorm Psychol; 1977; 86: 103-126
- 2) 龔 le pli: 「ビジャは死の概念を相対化し、それが…決定的な事件…のようにみえていた絶対的な地位からこれを失墜させた。彼は…こまかな死、部分的な死、進行的な死…などという形で死を生の中に配分したのである」フーコー・M: 臨床医学の誕生(神谷美恵子訳)。みすず書房、東京、1969
- 3) ソンタグ・S: 隠喩としての病い(富山太佳夫訳)。みすず書房、東京、1982
- 4) サルトル・J-P: 存在と無(松浪信三郎訳)。人文書院、京都、1956
- 5) ハイデッガー・M: 有と時(辻村公一訳)。河出書房新社、東京、1967