

## 文化人類学からみた FSS

中上 綾子<sup>1</sup> 辻内 琢也<sup>2</sup>

## Functional somatic syndromes from the view of cultural anthropology

<sup>1</sup>Ayako Nakagami, <sup>2</sup>Takuya Tsujiuchi<sup>1</sup>Graduate School of Human Sciences, Waseda University<sup>2</sup>Faculty of Human Sciences, Waseda University

## Abstract

The functional somatic syndromes have acquired major socio-cultural and political dimensions. Socio-cultural factors clearly affect symptoms, suffering, and disability perception and reporting. And knowledge of explanatory models of bodily distress for patients from different cultural backgrounds is useful in the establishment of a stable doctor-patient relationship. FSS may be an operational category to bridge between medical explanatory model and patient's model. According to medical anthropology, sickness has two faces: illness and disease. "Disease" is the problem from the practitioner's perspective, and "illness" is the human experience of symptoms and suffering. In this paper, the anthropological research on chronic fatigue syndrome as "not real" illness experience was described.

**Key words:** cultural anthropology, medical anthropology, illness and disease, explanatory model, functional somatic syndromes

## はじめに

FSS(functional somatic syndrome: FSS)は、  
‘症状の訴えや、傷つき、障害の程度が、確認  
できる組織障害の程度に比べて大きい’<sup>1)</sup>とい  
う特徴をもつ。近年の、臨床場面における医師  
-患者関係のひずみを克服しようとする動きか  
ら、このFSSの概念が構成された。

Barskyはreview論文<sup>1)</sup>の中で、FSSの理解・  
ケアにおいて社会文化的側面や政治的側面へ  
の配慮が要求されてきていると述べている。  
‘症状・傷つき・障害’の感知・認識・表現は文

化・社会、あるいは各々が育ってきた家庭の環  
境や状況によって異なっている<sup>2)</sup>。大まかにい  
えば、‘症状・傷つき・障害’は文化・社会的背  
景の異なるcultureをまとい、さらに細かくみ  
ると、生育環境などからくるlocal-cultureをま  
とっているのである。我が国の医療現場にあて  
はめると、治療者の文化、その中にも医師の文  
化、看護師の文化、さらに伝統医療を行う治療  
師の文化などがあり、また患者やその家族の文  
化の中にも、都市部の患者文化、農村漁村部の  
患者文化など数多く存在する<sup>3)</sup>。個人を形成す  
る様々なculture/local-cultureは人々の中に重

<sup>1</sup>早稲田大学大学院 人間科学研究科 <sup>2</sup>早稲田大学 人間科学学術院

層的に織り込まれている、いわば‘織物’のようなものである。この文化という‘織物’は、ほどいて分析的にみるよりも織物全体を総合的にみることが大切だ、というのが文化人類学のひとつのスタンスである。

本稿では、このような観点から FSS の概念を位置づける。

## 1. 文化人類学からみた‘症状・傷つき・障害’の意義

精神科の医師であり、のちに医療人類学者となった Kleinman<sup>4)</sup>は、その著書『病いの語り』の中で、‘痛みの表現は、個人的問題や対人関係の問題を、苦悩の身体的慣用表現(イディオム)や、医療による援助を強く求める行動様式によって伝えるコミュニケーションである’<sup>5)</sup>と述べている。‘苦悩の身体的慣用表現’とは、言語における慣用句(イディオム)のように、文化・社会的背景に基づく問題が身体を媒介して表現されたものである。我々は自分の身体をモニターする方法や、病いを含んだ身体的状態を伝達する修辭的なイディオムを、言語的にも非言語的にも習得している。咳の仕方、痰の吐き方、排尿・排便の仕方、月経の対処の仕方など、またこれらを表現する時と場所についてのローカルなルールなど、我々の日常的な身体機能の遂行には特徴的な文化的様式があり、そうした正常な活動の様式が病いの慣用表現に影響を与えている。そして、痛みを同定しそれに反応する仕方や、機能障害にラベルを貼りそれを伝達する仕方も、知らず知らずのうちに身につけているのである。つまり、‘症状・傷つき・障害’の感覚・認識を表現する仕方には、個々人の中に重層的に織り込まれた culture/local-culture が色濃く反映されており、その核心には生理的・心理的・社会的意味が相互に緊密に結びついているといえるだろう。

我々は日常生活において様々な身体感覚を経験しているが、とりわけ不快感や具合の悪さなどを感じたとき以外には、それを明瞭には意識しない<sup>5)</sup>。ところが、生活にストレスの多いできごとがあったとき、その経験によって心の平

静を崩してしまい不安や脅威を感じるようになる時、症状が潜在的に重大な文化的意味をもつようなとき、症状が特別な個人的意味をもっているときなどには、身体感覚にじっと注意を凝らすようになる<sup>4)</sup>。そして、いよいよ他者に援助を希求する段階になると、自らのもつ痛みの身体感覚を身体的慣用表現や言語表現によって伝える必要性が生じてくるのである。ここで表現される痛みは先に述べたように、個人が所属する文化・社会的背景や個人の生育環境の影響を色濃く反映したものになるといえる。

しかし援助を求めた相手と自分との‘痛みの説明モデル’の違いによって、このコミュニケーションの過程には多くの困難が生じる。説明モデルとは、Kleinman によって提唱された explanatory model のことであり、病気や治療について、人々がどのように類型化し解釈・選択するかを示したものである<sup>6)</sup>。とりわけ、①病因、②症状のはじまりとその様態、③病態生理、④病気の経過(これには病気の重大さとともに急性・慢性・不治などの病者役割のタイプも含まれる)、⑤治療法、といった5つの側面が重視されている<sup>7)</sup>。患者の説明モデルが文化的に構成されているのと同様に、治療者の説明モデルもまた、その特有の治療文化に基づいて形成されたものである。現代医療は人間の身体の普遍性を強調する認識を基礎として発達した医療体系であるために、痛みのもつ個別性といった各々のもつ身体感覚を矮小化する傾向があった。ゆえに身体感覚、ことに患者自身もつ痛みの表現の多様性が尊重されてこなかった。この‘痛みの説明モデル’の差異からくるひずみに存在するのが FSS である。つまり FSS をめぐる臨床場面の困難は、治療者文化における痛みと患者文化における痛みの間に齟齬が生じ、相互に理解し難い状態にあることだといえる。その結果、患者は自らのもつ痛みが現実のものであることを、自分自身と他者(とりわけ臨床場面においては治療者)に納得させなければならぬという重圧を感じることになる。

次項では、FSS のひとつとして位置づけられる慢性疲労症候群(chronic fatigue syndrome:

CFS)の患者の語りを取り上げる。彼らの語りからrealな痛みを生きることの苦悩とジレンマを提示・考察する。

## 2. CFS 患者の語りから—‘not real’を 生きる痛み—

1992年に文化人類学者Norma C. Wareによって書かれた『Suffering and the Social Construction of Illness』<sup>8)</sup>には、CFSのrealな痛みを生きる患者の、苦悩の語りが表示されている。

### a. 目に見えないところにある病気

CFSの特徴としてあげられるのが、症状が他者から見て些細であるという点、それゆえ他者の目からは病者に見えないという点である。Normaのインタビューデータによると、‘疲れているんだって？ そんなの、私だって疲れているよ。’‘あなた病気のように見えないんだよね、病気を演じるべきではないよ。’といった言葉を受けたという患者の、苦悩の体験が読みとれる。確かに本人は疲労感や筋肉・関節痛といった痛み、または思考力の低下や睡眠障害、うつ、といった心身の不調を感じているのである。しかしそれが周囲にうまく伝わらず、病気として認めてもらえないところに患者の苦痛の増幅がみてとれる。患者本人にとってrealな痛みであるにもかかわらず、他者の目に彼らの症状は、はっきりとわかるものではない、いわゆるnot realなものである。

### b. 刻まれたスティグマ

確かに感じている痛みを、周囲から‘not realなもの’と意味づけられた患者の疑念は、次第に自らの内側に向けられていく。自分が抱える痛みは、本当は‘気のせい’なのではないか、自分はおかしくなってしまったのではないかとといった疑念を抱き、確かに感じる身体感覚を周囲の人々に話すことができなくなってしまう。Normaのインタビューデータには次のような記述がある。

私はずっと、自分がおかしいのではないかと心配していたんです。こんな疲労感が長く長く続くなって…信じられなかった。きっと予定が

びっしり詰まっているから、こんなに疲れているんだって、そう思っていたけれど、何をしていたって、いや、何もしていなくたって疲労感は私に付きまどって離れてはくれなかったんです！

鏡の前に立つと、そこにはとっっても哀れな私が立っていました。そんな姿をみて周囲の人は、‘あなた、死にそうね…’と言うのです。しかしそれでもなお、医師は‘ウイルス性の病気だから、そのうち治るでしょう’なんて言うんです！

もう一度、鏡の前に立ってみました。そして心の中で、自分にこう投げかけたんです。

‘あなた、気がおかしいの？ きっと病気なんて、悪いところなんて何にもないのよ。それはあなたの頭の中で起こっているだけのことよ。’

自分がおかしいのではないか、実は心気症なのではないかといった疑念に思い悩むようになりました。(初期は医師に相談したのだけれども)次第に私は、医師に自分の症状について話したくなくなってしまいました。だって、医師はきっと、私のことを‘crazy’と思うに違いないんだから！

この語りには、患者が自分自身の痛みに対する感受性に自信を失っていくさま、周囲の人々から‘crazy’の烙印(スティグマ)を押されることに恐れを抱くようになること、あるいはそれに付随して痛みを語れなくなっていくさまが表れている。

スティグマを負った障害においては、その状態に対する社会の反応からスティグマが始まることもある。すなわち、スティグマを負わされた人は、周囲の人々から避けられたり、嘲笑を浴びたり、拒絶されたり、面目を失わされたりする。最終的には、周囲のそういう反応を予想するようになり、それが起こる前や、あるいは起こらないときでも予期するようになる。こうした段階に至る頃には、スティグマは完全に内面化され、深い羞恥心と傷ついたアイデンティティになっている。そしてその人の行動はネガティブな自己認識に彩られたものとなる<sup>9)</sup>。先

にあげた語りには、CFSの患者が、周囲の人々から‘not real’といって身体感覚の受容を拒絶されたこと、そのような周囲の反応を予測して自分の痛みについて語れなくなったこと、自分は‘crazy’なのではないかという深い疑念と羞恥心を感じるようになった一連の過程がみてとれる。こうして患者は、スティグマを内面化し、ネガティブな自己認識に支配されていき、病気の苦悩がさらに押し広げられることになるのである。

### c. 考 察

病気というものは生物医学的に定義されるだけでなく、社会的に意味を付与されるものである。患者は、病気をもたらず肉体の苦痛だけでなく、病気の社会的意味づけによって生まれる二重の苦しみを抱えることになる<sup>9)</sup>。

慢性の病気をもつ患者の家族や彼らを治療する専門家には、患者が抱えるスティグマと羞恥心に対する鋭い感受性が必要不可欠である。治療者や家族はこの感受性によって、慢性の病気の人々が抱える‘症状・傷つき・障害’に進んで寄り添うことになる。すなわち、患うことの生きられた経験の重荷に耐えよう、進んで助力することになるのである<sup>4)</sup>。疾患を除去することのみが、臨床で行われる治療ではない。臨床場面をコミュニケーションによって人間関係を築く場ととらえ、一人の人間として患者を‘みる’発想の転換も必要ではないだろうか。これが、医師-患者関係の距離をより近いものにすると思える。

## 3. FSSにおける illness と disease

医療を文化人類学的観点から研究する医療人類学<sup>10,11)</sup>では、経験されるものとしての病気の意味を重視し、しばしば病気を疾病 disease と病い illness という2つの側面から考える。‘疾病’とは医師が診断・治療する対象、つまり身体の器官・組織の構造や機能の異常を指し、‘病い’とは患者によって生きられた病気の経験としての側面、つまり知覚された疾病の心理社会的な経験のされ方や、意味づけの内容を指す。病いには、疾病の諸症状をどう経験するのかと

いうことと同時に、社会的存在としての病者が、治療者や家族などとの関係の中で、疾病とそれに伴う諸現象をどのように認識し、対応するかということまでが含まれており、そうした過程を通して社会文化的に構成される経験の全体が病いである<sup>12)</sup>。本節ではFSSの illness 的側面と disease 的側面から多角的に検討する。

### a. FSSの illness 的側面

先に述べたように、痛みの感知・認識・表現は文化・社会、あるいは各々が育ってきた家庭の環境や状況によって異なっているのである。したがって痛みは、生物医学的尺度のみで切り取り・測定しうるものではないという特徴が必然的に浮かび上がってくる。‘症状の訴えや、傷つき、障害の程度が、確認できる組織障害の程度に比べて大きい’というFSSの特徴は、痛みの多様性と、それを普遍化・尺度化しコントロールしようと試みてきた現代医学との間に生じた‘ひずみ’を浮き彫りにしたものと見える。このひずみを解消する視点のシフトが、illness という概念に含まれている。症状をめぐる苦悩の体験がどのように構成されるかということを経験を臨床場面で改めて問い直すことによって、社会的存在としての病者が、周囲の人々との関係の中で、疾病とそれに伴う諸現象をどのように認識し、対応したいかということが明らかになる。また医師の側も、自らのもつ治療者文化が患者の苦悩の経験にどのようにアプローチしうるかということについて明らかにすることができる。

つまり、FSSを illness としてとらえることによって、医師と患者が‘痛みをめぐる経験’というリアリティを提示し合い、新たなリアリティを共同で再構成すること、多元的リアリティを創造する場としての臨床場面がひらかれる。

### b. FSSの disease 的側面

患者は real な痛みの世界を生きていると自覚しているにもかかわらず、not real に押し込まれていると考える背景には、自分の痛みに対して診断がつかないという現実が深くかかっている。そこで、患者に対して明確な診断を付与し患者として認めることは、実体なき病いの苦しみから患者を保護することになる。これは

‘医療のポリティクス (politics medicine)’ と呼ばれる領域であり、社会制度としての医療、医療の政治的側面<sup>3)</sup>を示している。社会制度下において、患者の痛み<sup>3)</sup>に名づけを行い、疾患としてのお墨付きを与える。これによって痛みは、社会制度に認められた、あるいは保護された‘疾病 (disease)’となる。これは FSS を disease としてとらえ、診断基準をつけることによって、患者の not real というスティグマを外し real な世界へと導くことを意味する。化学物質過敏症 (multiple chemical sensitivities: MCS) の認識の向上がその一例を示す<sup>13)</sup>。MCS、広くはシックハウス症候群の診断基準の確立および社会的認知によって、建築基準法の改正 (2003) という社会的・政治的影響力を確保することができた。この例が FSS を disease として認識することのメリットと、政策の指針を示している。認められぬ病い<sup>14)</sup>、痛みを伝えられないというジレンマに苦しむ患者にとって、社会制度的医療といった側面から保護されることは、患者が望む程度に患者役割を演じていてよいという安心感を与えるものになるだろう。

‘病気である’と‘病気でない’を生きる<sup>15)</sup>患者自身の揺らぎは、病気という状態に在って、illness

と disease を横断しながら real を生き抜く知恵だといえる。したがって我々は、FSS を単に illness ととらえたり disease ととらえたりする一面的な見方をすべきではない。あくまで医療人類学が提唱するこれらのカテゴリー概念は、患者理解のために柔軟に用いなければならない。

## おわりに

FSS は、従来の医学による説明モデルと患者の説明モデルの間に生じたひずみに対する、操作的なカテゴリーだともいえる。FSS の中核に何らかの実体のある疾患を想定するのではなく、スティグマの解除といった患者保護や患者理解のために新たに構成された概念だと考えれば、今後の臨床実践と臨床研究により発展的解消をみる可能性もある。

生物医学的な解釈・意味づけとともに、職業的・教育的・経済的状态や民族的・宗教的背景など、ライフスタイルに刻まれたローカルな知識体系や苦悩の身体的慣用表現といった多元的な culture/local-culture に着目することによって、‘症状・傷つき・障害’の理解がさらに深まり、患者の苦悩に一步でも近寄ることができるよう、今後の臨床実践と研究に期待したい。

## ■ 文 献

- 1) Barsky AJ, et al: Functional somatic syndrome. *Ann Intern Med* 130: 910-921, 1999.
- 2) Henningsen P, et al: Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369: 946-955, 2007.
- 3) 辻内琢也, 河野友信: 文化人類学と心身医学. *心身医* 39(8): 585-593, 1999.
- 4) Kleinman A: *The Illness Narratives. Suffering, Healing and The Human Condition*, Basic Books, 1988(アーサー・クラインマン(著), 江口重幸ほか(訳): 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. p70-94, p207-222, 誠信書房, 1996).
- 5) 波平恵美子: 医療人類学入門, p18-21, 朝日新聞社, 1994.
- 6) 医療人類学研究会(編): 文化現象としての医療. p218-219, メディカ出版, 1996.
- 7) Kleinman A: *Patient and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, 1980(アーサー・クラインマン(著), 大橋英寿ほか(訳): 臨床人類学—文化のなかの病者と治療者, p114-116, 弘文堂, 1992).
- 8) Norma C. Ware: *Suffering and the Social Construction of Illness. The Delegitimation of Illness Experience in Chronic Fatigue Syndrome*. *Med Anthropol Q* 6(4): 347-360, 1992.
- 9) 浮ヶ谷幸代: 病気だけど病気ではない—糖尿病とともに生きる生活世界, 誠信書房, 2004.
- 10) 辻内琢也ほか: 心身医学研究における医療人類学の貢献. *心身医* 46(9): 799-808, 2006.
- 11) 池田光穂, 奥野克巳(編): 医療人類学のレッスン—病いをめぐる文化を探る, 学陽書房, 2007.
- 12) 武井秀夫: 医療における文化と心理—あるいは「苦」の人類学—. *社会心理学研究* 8(3): 135-

144, 1993.

- 13) 辻内優子ほか：心身医学の見地から。特集；シックハウス症候群。アレルギー・免疫 10(12)：36-42, 2003.
- 14) 柳澤桂子：認められぬ病—現代医療への根源的問い，中央公論社，1998.
- 15) 浮ヶ谷幸代：「病気である」と「病気でない」を生きる。現代医療の民族誌(近藤英俊，浮ヶ谷幸代編)，p47-86，明石書店，2004.