

## 変容を保証する身体 —— 摂食障害をめぐる言葉を検討しながら ——

佐藤 愛

本稿の目的は、「摂食障害」の身体における変容の過程を分析することにある。摂食障害の患者を診察した医師と、文化人類学の手法によって彼女たちの言葉を聞き取った研究者の言葉を検討することによって、摂食障害の身体のみならず、あらゆる身体が変容の可能性に開かれていることを示したい。

本稿が対象として取り上げる「摂食障害」とは何か。「摂食障害」は拒食と過食という二つの状態からなり、拒食と過食はそれぞれ、現代精神医学では「神経性無食欲症（神経性食欲不振症）」、「神経性大食症」と呼ばれる精神疾患である<sup>1</sup>。日本においては、1967年に島崎敏樹氏の東京医科歯科大学での最終講義のなかで、当時臨床の現場ではほとんど知られていなかった症例が最初に提示され<sup>2</sup>、ヨーロッパにおいては、1873年にラセーグが「ヒステリー性無食欲症」という名称を使用した<sup>3</sup>。この疾患にかかる患者は20世紀中盤から現代にかけて増加し、研究も多くなされて来たにも関わらず、未だに「病態解明が充分になされていないのが現状である」<sup>4</sup>とされており、解明されていない部分の多く残る疾患である。

近年、文化人類学の視点からこの病に注目した磯野真穂は、著作『なぜふつうに食べられないのか—拒食と過食の文化人類学』（2015年）において、この疾患をピエール・ブルデューのハビトゥス概念やメルロ＝ポンティの身体論に依拠しながら、精神医学とは異なる角度から検討することを試みている。磯野は「食べること」を、食にまつわる「多様な体験を伴う行為の総称」<sup>5</sup>であると定義し、これによって、現代の医学が依拠する原因と結果の連鎖の関係のみからは、「摂食障害」が決して説明し尽くされる疾患ではないことを示そうとする。すなわち磯野は、「摂食障害」を病理や障害であるとみなす前に、まずは生きられた「体験」としてとらえる。その上で次のような、現在実践されている主な三つの治療法を批判する。1) 症状の本質を対人関係のストレスにあるとみなし、対人関係上の問題に対する対処方法を学ぶ治療法（本質論的治療—対人関係療法）。2) 物質としての身体や脳の状態に症状の原因があるとみなし、強制的に体重を増加させることを目指す治療法（生体物質論的治療—行動療法）。3) 2) のように行動のサイクルを変化させることと、1) のように認知の仕方を反省することをセットにした折衷型の治療法（折衷型治療法—認知行動療法）。磯野によれば、こうした現代において実践されている主な治療法はいずれも、「社会や文化を個人がまとうマントのようなもの」<sup>6</sup>とみなし、これをはぎ取った後に疾患の純粹な原因と結果があることを想定しているという。その結果、こうした因果関係に従うとされる身体や心もまた、単純な要素の集まりであると規定されてしまう。したがってこのような治療法を繰り返すことは、<模範的な患者として「正しい」治療を行えば、結果として「悪い」病理が容易に治療し得る>という短絡的な考え方の強化につながるものであり、磯野はこうした仕組みにこそ批判を向ける。なぜなら彼女にとって「社会や文化」<sup>7</sup>、さらにはわれわれが生きる身体といったものは、原因と結果の要

素的な結合からは決して構成され尽くされるようなものではないからである。すなわち彼女は、われわれの生きる身体は、—例えそれが疾患や障害という社会にとって好ましくない状態を伴っていたとしても—「社会や文化」が受肉したものであり、「生きる」や「食べる」とはいかなることなのかという問いを提起する「写し鏡」<sup>8</sup>であるとみなす。こうした視点から見れば、現代の代表的な治療法は、われわれの身体の可能性を取り逃がし続けているのである。

ではこうした「摂食障害」についての考察をうけ、われわれは本稿において何を問おうとするのだろうか。ここで、冒頭で示したラセーグが拒食状態に与えた「ヒステリー性無食欲症」という名称を思い起こしたい。精神医学者である加藤敏は、「ヒステリー」の一種としての摂食障害について、次のように述べている。「現代の摂食障害にも（フロイトの意味での）ヒステリーの要素を明らかに認められる事例は少なくない。摂食障害が出現する背景にも、女性が性的主体として自立することが問われるというヒステリーと共通な社会・文化事情が想定できるだろう。」<sup>9</sup>ここで注目したいのは、摂食障害が現れる背景にあるとみなされる「ヒステリーと共通な社会・文化事情」という語である。すなわちここで、文化人類学の立場から精神医学を批判し、「社会と文化」について、われわれからこれらをはぎ取らない仕方ですべて「食べること」に纏わる問いを問おうとする磯野の視点と、摂食障害を含むかつての「ヒステリー」の背景に「社会・文化事情」を読み取ろうとする精神医学者である加藤の視点は、図らずも交錯する。しかしながら同時に、両者の差異もまた明瞭になる。それは、後者の立場が「摂食障害」を患う主体がただ「自立する」のではなく、「性的に自立する」とする立場に立つことである。果たして、「摂食障害」において「性的に自立する」とはどのようなことのだろうか。本稿は、摂食障害の身体をめぐる言説を追うことによって、この問いについても考察したい。

手続きとして、まず『なぜふつうに食べられないのか』において指摘される、治療的な視点から逃れる「体験」としての摂食障害の「楽しさ」に注目する。続いて、ラセーグの「ヒステリー性無食欲症について」に記述される、患者の「楽観主義」への閉じこもりが生み出す、患者と家族、そして医師とが形成する緊張状態とその変化について注目する。次に、ビンズワングーによる患者への特異な治療法について検討する。最後に、メルロ＝ポンティ『知覚の現象学』における身体論を確認しながら、上述の問いを整理し、われわれの身体の変容可能性を示す。

## 1. 摂食障害の「楽しさ」

磯野が『なぜふつうに食べられないのか』において文化人類学の立場から主張するのが、われわれの「社会や文化」はわれわれから剥ぎ取られた仕方では存在しないという観点である。だからこそ彼女は、摂食障害の克服には、上述したように1) 表面的に人間関係の衝突を忌避するだけでも、2) 行動を矯正するだけでも、3) その両方を合わせるのではなく、食べ物と人間の関係性を、他者のそれとぶつけ合い、混ぜ合わせるような知の創造が必要であると考えられる。そのような知の創造は、ある一定の方法からしか規定されるものではなく、さまざまな状況にある人々がおのおのの場所から問い続けるしかないものであり、このような問いの場を触

発することこそが、われわれ一人一人に要請されているのである。

では具体的には、どのようにして食をめぐる問いを提起すれば良いのだろうか。ここで注目したいのは、磯野が指摘する摂食障害の「体験」そのものの取り替えのきかなさである。摂食障害に陥った人々は、編み物や刺繍、読書や運動といったその他の熱中できる趣味ではなく、「摂食障害」を選択するのであり、そこには他者と共有することのできない「自分の世界に没入する」<sup>10</sup> ことの「楽しさ」<sup>11</sup> があることを磯野は指摘する。彼女がインタビューを行った人々の一人である「結城」という女性は、次のように述べる。

過食嘔吐をしている時って、一人っきりの世界で、自分の好きなものを食べて、完全に閉じこもっていられて、何にも考えなくて良くて、そういうのってほかにない気がする<sup>12</sup>。

「結城」は、苦しいはずの過食嘔吐の体験を、まるで満ち足りたものであるかのように語る。こうした閉じた「楽しさ」があるからこそ、「摂食障害」は彼女たちにとってかけがえのなさを生み出すという。しかしながら磯野はさらに、この「楽しさ」に対してつまずきを引き起こすような食べ物を分析し、食べるという行為が「祝祭」などの文化的・社会的文脈と関連していることを示そうとする。論点を先取りすれば、磯野は過食嘔吐の「楽しさ」の中に祝祭性を読み取るのであり、この祝祭性においてこそこの閉じこもった「楽しさ」がわれわれの「社会や文化」とのつながりを失ってはいないこと、それどころか「社会や文化」に対し近過ぎるほどに接していることを証明しようとする。このような仕方では摂食障害を糸口としながら食べることとわれわれの「社会や文化」との関係の問い直す試みはまだ始まったばかりであり、未だ多くの問いが提起される可能性を秘めていると言える。

では、ここで提起される食べる行為と「社会や文化」とのつながりについての磯野の主張をさらに詳しく確認してみよう。まず磯野が注目するのは、食べ物が担う「日常と非日常を反転させる役割」である。磯野は次のように述べる。

なぜ私たちがそのようなことを必要とするのかはわからない。しかし日常と非日常の区分けがなく、常に同じリズムで生活している民族の報告がないことをみると、日常と非日常の区分けとそれに応じたふるまいの反転は、人間が生きる上でなくてはならないものといえるだろう。日常と非日常を反転させる上で欠かせない役割を果たすのは、食べ物である<sup>13</sup>。

磯野によれば、われわれは日常と非日常の交替を生きている。われわれが日常と非日常を分けし、両者の間で自らの生を反転させ続けていることは、彼女によれば「人間が生きる上でなくてはならない」ふるまいである。そして、こうした反転を起こさせる機能を担うのが食べ物であるという。

たとえば江戸時代には、祭礼の日や遊びの日になるとカワリモノと呼ばれる特別な

食事がふるまわれることが習わしであった。これは私たちの社会における、餅や誕生日ケーキのようなものであり、正月に餅、誕生日にケーキを食べる必然性は特にないが、そのようなものを食べないと正月を迎えた気にならないし、誕生日を祝った気にならないことがある<sup>14</sup>。

このように、食べ物は日常と非日常を反転させる機能、すなわち「祝祭の時空間に人間を導き入れる役割」を担っているとされる。われわれは食べること、あるいは食べることを断つことによって、ある時空間に堆積した慣習を引き受け、「祝祭」を執り行っているのである。さらに、食べるものの「種類」だけではなく、その「量」の変化も「祝祭」と関わっている。

食べ物の種類と同様に大食も非日常を特徴づける。たとえば古代メソポタミアのアッシュール・ナシルパル（紀元前八八三～五九）が宮殿の完成を祝い、十日間にわたって七万人に近い人々を招いて開いた祝宴の料理に使われたのは、牛千頭、ヒツジ一万四千頭、仔ヒツジ千頭、シカ数百頭、ハト二万羽、魚一万匹、トビネズミ一万匹、卵一万個であったという<sup>15</sup>。

食を断つことがある文化的背景において神聖な行為であるように、大量に食べることもまた神聖な行為となり得る。このように、われわれが口にするものの種類や量は、それを拒絶することも含め、日常と非日常を反転させるスイッチとして機能し得ることを磯野は指摘するのである。

そして、こうした食べ物とわれわれの「社会や文化」との関係は、現代においてもまた失われたわけではない。磯野が目にするのは、過食嘔吐において「楽しさ」をつまづかせるような食べ物の存在である。磯野のインタビューである「結城」は、この点に関し次のように述べる。

「野菜ばかりたくさん食べていたら、『いらない』って思えるかもしれない」って思って、野菜やサラダでお腹をいっぱいにしてしようと思って、やってみたけど。すぐ頓挫した。「もっと違うもの欲しい」ってすぐなっちゃった（笑）<sup>16</sup>

「結城」をはじめとする磯野のインタビューたちによれば、日常と非日常を反転させる特定の食べ物は、コンビニやファーストフード店、あるいはスーパーの惣菜コーナーで買えるような「悪い食べ物」でなければならないという。反対に、野菜やこんにゃくといったカロリーが低く、あるいは栄養価が高いような食べ物は、この悪さにつまづきを引き起こす。こうしたつまづきを引き起こす食べ物の存在が示しているのは、過食嘔吐を成功させる「悪い食べ物」が、一人一人の過食嘔吐の行為のなかで孤立して決定されているわけではなく、「食べ物の置かれた社会的文脈」<sup>17</sup>に依存しているということである。すなわち、過食嘔吐を行うおのおのは、彼女たちが行う他者と共有することのできない逸脱した行為のなかでこそ、重すぎるほどにわれわれの「社会や文化」、あるいは「文化的・社会的文脈」を引き受けているのである。したがっ

てそこで起きている「ひとりだけの祝祭」<sup>18</sup>への閉じこもりもまた、特定の人物や家族、状況に対しての抵抗であるというよりも、もっと広く、「社会や文化」とのつながりに対するものであると言える。

このようにして磯野が示すのは、摂食障害のただなかにいる女性たちがたった一人で「祝祭」を行っているということであり、かつその「祝祭」がわれわれの「社会や文化」に長い時間をかけて堆積した規範や、こうした規範を作ってきた夥しい数の人々の存在を透かし見せているという点である。だからこそ彼女たちが行う孤立した行為と、彼女たちが背負っているものの重みとはますます相反を深め、摂食障害は「悲しい祝祭」<sup>19</sup>になっていく。

## 2. ラセーグの患者における「難攻不落の楽観主義」

では、序で確認した現代的な治療方法を回避しながら、こうした摂食障害の祝祭性から距離をとる方法について、さらに検討することはできないのだろうか。ここでわれわれは、「社会や文化」に対する閉じこもりとしての「摂食障害」について、もう一度精神医学の歴史に立ち返って考察したい。したがって本節では「摂食障害」が最初に名称を伴って精神疾患として登場する、ラセーグの「ヒステリー性無食欲症について」(1873年)の記述を確認する。

ラセーグは「ヒステリー性無食欲症について」において、ヒステリー疾患の歴史を構築するために、ヒステリーに属せしめられる多彩な症状グループを個々に研究する必要があると考え<sup>20</sup>、個別のものを分割して論じた上で再統合することによって、ヒステリー疾患の「特殊性(le particulier)」<sup>21</sup>を把握しようとした。もちろん、現在ヒステリー概念は解体され、かつてヒステリーとされていた疾患群は、「身体表現性障害」や「解離性障害」(DSM-IV, 2005年)、「身体症状症および関連症」(DSM-5, 2013年)と名称を変えて分類されているため、摂食障害としての「神経性無食欲症」や「神経性大食症」とは異なるカテゴリーにある。しかしながらこれらの身体表現性障害と摂食障害とは、19世紀末には大きくヒステリーとして同じカテゴリーの中でとらえられていたのであり、ラセーグは当時、全容のつかめないヒステリーの「特殊性」を抽出するために、まずは「ヒステリー性無食欲症」における「特殊性」の把握に狙いを定めたのである。

したがってラセーグは、「ヒステリー性無食欲症について」というテキストのなかで、「ヒステリー性無食欲症」の「特殊性」を記述しながら、同時に「ヒステリー」全体の「特殊性」を記述しようとしているのだが、ここで彼が「特殊性」として把握したものは何だったのだろうか。ラセーグは「ヒステリー」における支配的な状況について、次のように述べる。

ヒステリー者の精神状態において支配的なものは、何よりも静けさ (quiétude) であり、私はほとんどまったく病理的な満足であると言いたいくらいである。治癒を渴望しないばかりでなく、状況が引き起こす諸矛盾にも関わらず、その状況に欲びを見出すのである<sup>22</sup>。

ここでラセーグは、自分の診る患者たちの静けさ、満足、喜んでいるかのような様子、さらには治癒を望まない態度に注目する。この記述は、摂食障害の体験のなかに「楽しさ」を見出した上述の磯野のインタビューである「結城」の言葉とも一致するだろう。しかしながらここで注目したいのは、磯野とは異なるラセーグの立場である。インタビューである「結城」の立場に寄り添おうとする磯野とは異なり、ラセーグは治療を行わなければならない立場にある。この立場の相違が、ラセーグの記述のなかに緊張関係を生み出していく<sup>23</sup>。治療を行おうとするラセーグは、患者たちの様子に対して、次のようにコメントする。

ここには、〔癌患者の食欲不振とは〕同じようなところは全くなく、反対に、難攻不落の楽観主義がある。この楽観主義の前では、〔家族による食事に関する〕哀願や脅迫は打ち砕かれる。「私は苦しんでいない、ゆえに私は体調が良い」という単調な公式が、前にあった公式「私は苦しんでいるから食べることができない」から取って代わられたのである。このフレーズに関し、私は患者たちによって、何度も繰り返されるのを聞いたので、このフレーズは、私にとって今や一つの症状を、ほとんど一つの〔疾病の〕兆候を示している<sup>24</sup>。

ラセーグは、状況に喜びを見出すかのような患者たちのなかには、「難攻不落の楽観主義」があるのであり、これこそが家族の願いあるいは脅しを砕いているとみなす。この「楽観主義」は、「私は苦しんでいない、ゆえに私は体調が良い」と患者に言わしめるのであり、あまりにも繰り返しささまざまな患者からこの言葉を聞いたために、ラセーグは、この言葉こそが「ヒステリー性無食欲症」の兆候であると断定する。

こうしてラセーグは「ヒステリー性無食欲症」の「特殊性」を、食べられない状況が引き起こすさまざまな困難とは矛盾する「楽観主義」のなかに見出す。ラセーグは彼女たちの「単調な」言葉が繰り返されていることにささか苛立ち、しかしながら一方では、治療の経過を無味乾燥な記録とは全く異なる仕方で、細やかに記述していく。したがってここには、磯野が指摘したように、「摂食障害」が「社会や文化」と深く関わっているために、これを治療しようとするラセーグの立場を通り抜け、漠然としながらも頑なであるような何かと対峙しなければならないようになったために発生する、緊張状態が記されていると言える。

### 3. ラセーグの治療

ラセーグは、患者たちの「難攻不落の楽観主義」の前で当惑しているばかりではない。彼の記述をもう少し詳しく見てみよう。ラセーグはある「稀な症例」に注目する。この症例に見られる特徴こそが、彼にとって、今度は「ヒステリー」において「目立たせたいと欲した特徴」<sup>25</sup>であるとされるのである。20歳のある若い女性は、歌の練習のあとで、「痙攣性の、あるいはそれ以外の喉の苦痛」<sup>26</sup>に苛まれるようになるのだが、ラセーグは、この患者にとっての「苦痛」の言い表し難さについて、次のように述べる。

苦痛、仮にその感覚がこの名にふさわしいとしても、それは不確かであり、説明不可能である。しかしその一方では、〔患者を〕特別に苛立たせるものでもあった<sup>27</sup>。

ここでラセグは、この患者が訴える喉に局在的な痛みにはまずは注目する。この痛みは説明不可能であるにも関わらず、確かにそこにあり、患者を特別に苛立たせ、嫌悪や不快を感じさせている。しかし彼は同時に、別の注目すべき点もまた見出す。

めったにないことであるが、ある気遣いによって、彼女が一つか二つの語を発するときには、声は出て、よく響き、何の損傷も示さなかった。注意深く検査された咽頭部も無傷であった<sup>28</sup>。

上述したように、ラセグが患者においてまず注目したのは、1) 局在的な痛みについての嫌悪や不快の訴えであるが、ここではさらに、2) 身体的にはその部位に何も損傷がないという点が付け加えられる。これら二点をまとめて、彼は次のように述べる。

失声や声枯れ、さらにはさまざまな苦痛を体験することなく話すことができなくなった患者を観察する機会は、食欲不振を伴った消化不良の患者を見るのと同じくらい頻繁にある。私がすでに言及した特殊性〔1) 局在的な痛みと2) そこに損傷がないこと〕は、今まで、一度でもヒステリー状態以外において見出されたことがあっただろうか。声の完全な保存と、全く局在しているように見える不快を被ることに對する、やはり完全な嫌悪についての特殊性である<sup>29</sup>。

奇妙なことに、ラセグは失声や声枯れといった声に関する症状と、食に関する症状を並べて考察し、これらの頻度が「同じくらい」であるとすると。ここから、彼は声を失うことと食べることができないことが隣り合った状況であるとみなしていたことが分かるのだが、その上で、これらにおける共通の特殊性として、1) と2) を挙げるのである。この点に関しては次の節で取り上げる患者の症例において詳しく取り上げることとして、最後に彼が患者のなかに見出した、彼を巻き込むかのような様子に注目したい。

ラセグはこのように、「ヒステリー状態」を1) 局在的な痛みへの不快や嫌悪、2) 身体機能の保存から特徴付けようとする。彼のこの見立ては、今日でも「身体表現性障害」の一部に受け継がれていると言えるのだが、ここで重要なのは、患者が彼にとってどのよう見えているかという点である。ラセグは、ある失声症の患者について次のように述べる。

これと同様の半-苦痛の現象は、もはや歌うことではなく、ただ話すことによって繰り返された。同じく曖昧で、しかしながら落胆させるような痛みである。患者は完全な無言を強いられる。ただ一つの言葉を発するよりも、手帳の上に字を書くことを好んだ。このように、彼女は自らの意志で (volontaire) 孤立のなかに閉じこもり、

家族や世界との関係を消し去って、頭の中で、彼女の状況は耐え難いもののように見え、いかなる薬物療法も拒否しないが、周囲の執拗な圧力の下で話すことを決心することは不可能だと書きつける<sup>30</sup>。

ラセーグは、患者が「自らの意志」によって孤立し、「閉じこもっている」とみなす。彼から見て、患者は自ら家族や周囲の世界との関係を消し去ろうとしているのであるが、このとき彼は患者が頭のなかで書きつけているであろうことを推測してすらいる。さらにラセーグは、次のように述べ、すでに患者の訴えに巻き込まれていることを告白する。議論を先取りすれば、この巻き込みは、患者がラセーグによって「装置」と呼ばれるものを使用し、表現を行っていることの証となっている。

叱責に続いて、本物の真摯な悲嘆〔が現れる〕。感情の力と、新しい気詰まりを引き起こす必要から、ヒステリー者は病人の状態に置かれ、共同生活の自由な運動にはもはや属さなくなる。患者と家族のそれぞれの位置についての無意識での変化は、重要な役割を演じているように私には見える。若い女性は自分を取り囲む悲しみにくれた装置 (appareil attristé) のことを心配し始め、その満足した無関心 (indifférence satisfaite) は、初めて調子を崩し始める。もし未来の予測について入念に準備していたのなら、医師がその権威を取り戻す瞬間がやって来たのである<sup>31</sup>。

ここで若い女性の患者の家族を、ラセーグは彼女の周りの「装置」と呼ぶ。しかしながら、ここにあるのはただの「装置」ではなく「悲しみにくれた装置」とされるものであり、患者の家族に対するこのような形容の仕方は、いささか皮肉めいたものであると言える。なぜこのような皮肉を彼は述べるのだろうか。われわれは「装置」が悲しんでいることを感じ取り記述するラセーグ自身もまた、この「悲しみにくれた装置」に巻き込まれているからであると考えられる。しかしながら彼にはこの場でやるべき仕事があるのであり、だからこそこの悲しみの雰囲気「装置」と呼んで距離を取ろうとするのである<sup>32</sup>。皮肉めいた態度によって彼は「未来の予測について入念に準備して」いるのであり、この態度によって彼は、とうとう決定的な介入の瞬間に立ち会う。この介入の瞬間をラセーグはやはり自分自身に対する距離を込めて、「医師がその権威を取り戻す瞬間」と呼ぶのだが、この瞬間を彼が見極め、介入することによって、患者の身体に変容が起こる。ラセーグによれば、このような瞬間が訪れた後には、患者はこれ以降、治療に対し極めて従順になるか、もしくは自分の「考え (idées)」や、病が生じさせている「意義」を諦めることなしに、自身の身に起こっている危険だけを取り除くために、半ば従順になるかのどちらかであるという<sup>33</sup>。彼によれば、後者の方が多いとされるのであり、したがってラセーグの患者たちは、この瞬間以降、決して自分自身の欲することを譲ることなく<sup>34</sup>、かつもはや身体を危険にさらすことなく生きることができるように変容するのである。

ここまですべてを振り返りたい。磯野は、医学的な治療方法が届かない領域として、摂食障害の「楽しさ」を挙げる。遡って、19世紀末に書かれたラセーグの「ヒステリー性無食欲症について」の記述を見ると、そこにはすでに患者たちの「欲び」や「難攻不落の楽観主義」が書き込まれ



ていた。したがって、患者たちの見出す「楽しさ」という摂食障害の取り替えのきかない体験は、初めからこの疾患の歴史のなかに折り込み済みのものだったと言える。しかしながらこの「楽観主義」への閉じこもりは、ラセーグが指摘するように、家族や医師を筆頭とした患者の周囲の人々に対してだけではなく、磯野が指摘した「社会や文化」そのものに対するものであるために、そこにいる人物たちの身体を通り抜ける。これによって治療の場には細かな緊張関係が生じ、家族や本人、医師のなかに欲びや苛立ち、脅し、さらには悲嘆といったさまざまな状況が起こる。このようにして患者は言い表すことのかなわない苦しみについて、自身と周囲の人間の身体を使って表現するのであり、この表現によってそれを確かなものとして自ら手に取れるようになっていく。

#### 4. ビンスワンガーのあるヒステリー症例

では、こうした摂食障害を含むかつてヒステリーと呼ばれたカテゴリーにおける医師の介入と、患者の身体の変容の関係についてさらに詳しく検討するために、もう一つ別のケースを確認してみよう。人間学的精神病理学の立場に立つビンスワンガーは、『現象学的人間学』に収められている講演「精神療法について」(1934年)のなかで、ある若い女性患者の例に触れている<sup>35</sup>。

この女性は、26歳のときに初めてビンスワンガーのもとにやって来るのだが、2年前の24歳のときから、月経周期の度に具合が悪くなる状態が続いていたという。その症状は、次のようなものである。大きなしゃっくりが止まらず、横隔膜から顔面までの筋肉の痙攣があり、また自分自身の身体を感じることができない。さらに、医師から見て「うるわしき無関心 (belle indifférence)」<sup>36</sup>を示す。加えて、しゃっくりに伴ってひどい後部の痛み、食欲不振、悪心、激しい胃痙攣が生じ、失声症の状態になる<sup>37</sup>。ビンスワンガーによれば、彼女の最も大きな症状である失声症に先立って、まずはしゃっくりの発作があったのだが、それよりも前にも幾つかの前駆症状があったという。最初の事件は、母親が彼女に恋人に会いに行くための舞踏会に行くのを禁止したことであり、この事件に続いて、食欲不振と不眠症が起こる。さらには自殺への傾向と、身体的に「ひどく病んでいる」という感覚が起き、十分衰弱した後にやって来た月経によって、強い吐き気、嘔吐刺激、ひどい頭痛が加わり、激しい胃痙攣が、ひどい胸やけとげっぷを伴ってやって来たという。

では彼女に対し、ビンスワンガーはどのように対応したのだろうか。彼はこの患者に対し、驚くべき処置を行うのだが、この処置を行う前に彼は、次のように逡巡する。

このとき〔しゃっくり、痙攣、失声の状態にあるとき〕、病気の原因に成っていた生活史的動機は、医師にも患者にも、まだ見出され、了解されていませんでした。当然のことながら、医師は難しい状況に立たされていました。「疾患」が、つまりともかくもノイローゼの場合には、「患者」が主導権を取って、医師を受動的傍観者と単なる麻醉家の役割へと限定してしまうのを許すべきか（それまではいつもこうだっ

たのですが)、あるいは医師が精神療法家として「働きかける」べきか、つまり共同人間でありしかも医師であるという自らの役割を担って登場し、またこの役割を実際にも引き受けるだけの状況にあるべきであるか、この点が問題なのです<sup>38</sup>。

ここでピンスワンガーは、ラセーグと同様に、あるいはラセーグよりももっと困難な状況に立たせられていた。しゃっくり、痙攣、失声の状態にあり、いままさに衰弱していく患者の前で、これまで「いつもそうだった」ように「受動的傍観者」や「単なる麻酔家」としてふるまうのか、あるいはそうではない立場で「働きかける」べきなのか、逡巡するのである。おそらくピンスワンガーは、この迷いを持ったときにはすでに、後者を選択しようとしていたと考えられる。すなわち彼が「精神療法家」と呼ぶところの、「共同人間でありしかも医師であるという自らの役割を担って登場」し、しかもこの役割をこの場で実際に引き受けようとする選択である。しかしながらそのような選択は、勇気を持って、あるいは責任感を持ってこの場に臨めば、自動的に導かれるような道では全くなかった。彼は続けて、次のように振り返る。

今医師がなお一、二度、譲歩すれば、精神分析的治療をも含めて、全治療経過は（悪い方向へと）決定づけられてしまうでしょうし、かといって、医師が無理な精神療法的処置を敢行し、それが失敗したときには、やはり全治療の結果が思わしくなくなるでしょう<sup>39</sup>。

「受動的傍観者」にならずにこの場で今まさに要請されている役割を引き受けることは、ピンスワンガーにとって、果たして能動的な選択だったのだろうか。ここでピンスワンガーは、患者に対して譲歩することこそが治療を悪い方向へと決定づけることを予測し、かといって譲歩しないことを選んで失敗すれば、全治療の結果がやはり悪い方向へ行くこともまた予測している。これらの点を鑑みれば、彼はこのとき、ほとんど選択の余地のない袋小路に立たされていたと言えるのではないだろうか。そして、このような袋小路のなかで、彼は突如として次のような行動をとる。

わたくしは今も思い出します。あのとき突然わたくしの脳裏に、一つの着想、こういってよければ靈感が閃きました。わたくしは、ベッドに寝ている患者のところにそっと歩み寄って、右手の指で患者の首をつかみ、その気管を強く圧迫しました。患者は呼吸困難におちいり、しめつけられるのを防ごうとし、わたくしが一瞬、圧力をゆるめたとき、強い嘔下作用をしました。こうしてしゃっくり運動は急に中断され、そののち二、三回こうした処置をくりかえすうちに、完全に消失したのです<sup>40</sup>。

これは、現代においてのみならず、1930年代当時においても考えられないような逸脱した治療行為であったと言える。ピンスワンガーはベッドで寝ている患者の首を絞めたのであり、その結果、患者から症状が完全に消失してしまう。

われわれはここで、ピンスワンガーの行為から何を読み取れば良いのだろうか。彼がここで

行ったのは、彼自身が述べるように「威嚇的野蛮行為」<sup>41</sup>であり、われわれはこうした治療が他ならぬ「人間学的」精神病理学の中で行われたことを問題視すべきなのかもしれない。しかしながらここで結論を急ぐ前に、もう少しピンスワンガーの記述を追ってみたい。さらにピンスワンガーはこの行為について、次のように述べる。

われわれの女子患者の場合、最大の治療効果、つまり孤立からもういちど共同体の生活に復帰したいという願いを呼びさましたことについては、すでに述べました。あのとき、しばしば深刻でない、冗談半分のひとにありがちなように、健康への意志の強化は問題にならず、むしろ生きることへの意志を呼びさまし、これを強化すること、したがって人生の現実そのものの側に、彼女の決断を誘導していくことが問題でした。さて第二の治療効果は、人生および生活史上の交通からの「ひっこみ」(患者自身がフランス語で生活からの逃避 (détachement de la vie) といっていました)への決意と、声を出して話すことの断念との間にある動機連関を、彼女が了解し、のみならずこれを彼女が再構成し、再体験したことにありました。第三番目の治療効果は、声<sup>が</sup>実際にもう一度出てきたこと、あるいは記憶のうちに蘇ったということに在りました。こうした記憶の回復は、それが器質性障害でなければ、いつもなにかが再生し、神経支配が回復し、この場合、声が出るようになることができるということの意味するわけです<sup>42</sup>。

ここでピンスワンガーは、この行為の結果患者に起こった変化を、次のように分析する。1) 彼女自身のなかに、自らが共同体に参加することへの決断が起こったこと。2) 「ひっこみ」の決意と失声との間にある関係を、自らが再構成し、再体験したこと。3) 声の「記憶」が回復したこと。こうした分析から、彼が逡巡の後に瞬間的に行った行為が、声やしゃっくり、食欲不振といった患者の主要な症状と関連する部位への働きかけであったのであり、ただ単に生命の危機に陥れることによって、彼女の生きる意志を回復されたという短絡的なものではないことが分かる。だが、この場面が提示するのは、これら1)～3)とはさらにもう一つ別の層で変化が起こった可能性である。

## 5. 実存の変革

ピンスワンガーは、しゃっくり、痙攣、失声の状態にあり、長期的には不眠と拒食状態にある患者に対し、首を絞めるという治療を行った。この治療は、「威嚇的野蛮行為」であり、治療法として確立できるようなものではなく、二度と繰り返される可能性のないものであることをピンスワンガー自身も承知していた。では、ピンスワンガーはどのような背景からこの治療を行い、またどのような変化を起こさせたのだろうか。われわれはここで、この治療の核にあるものを取り出すことを試みたい。

われわれはすでに、ピンスワンガーがこの場面において「受動的傍観者」でも「単なる麻酔

家」でもなく、「共同人間でありしかも医師であるという自らの役割」を担って登場し、かつこの場面においてその役割を「実際にも引き受けるだけの状況」にあるべきか否か十分に考慮した上で、その役割を引き受けないという選択肢を持っていなかったことを確認した。しかしながらここで一度ビンスワンガーの立場から離れ、この患者に起きた変化についてのメルロ＝ポンティの分析を参照したい。

メルロ＝ポンティは『知覚の現象学』において、このときビンスワンガーの患者に起きた変化について、これが「客観的ないしは定立的な意識の水準」で起こったものではなく、その「下」で起こったものである可能性を指摘する。

精神療法にあっては、患者があらかじめ医師と人格的な関係を結ばない限り、また医師に信頼と友情を持つようになり、この友情からある実存の変革 (changement d'existence) が帰結して来ない限り、意識するということも純粹に認識的なものに留まり、患者は医師から明かされた自らの精神障害の意味を納得しないであろう。症状にしても治療にしても、客観的ないしは定立的な意識の水準で起こるものではなく、その下で起こるものである<sup>43</sup>。

メルロ＝ポンティはビンスワンガーが使用する「実存」という語を引きながら、この患者においては「実存の変革」が起きていること、またこの変革が「客観的ないしは定立的な意識」の水準ではなく、その「下」で起きている可能性を指摘する。この変革は医師と患者の間での「人格的な関係」や「信頼」と「友情」に基づいたものである限りで生起するものであり、これらのものなくしては、われわれは、能動性を保証するような「意識」にではなく、—現代の認知行動療法が働きかけているような—「純粹に認識的」な「意識」としか関係できなくなってしまふ。言い換えれば、メルロ＝ポンティとビンスワンガーはここで「実存」という語を使用しながら、ある人が疾患から回復するときには常に、「純粹に認識的」、ないしは「客観的ないしは定立的意味」での「意識」ではない層の「意識」の変革が生起しているのであり、そうした深層や奥行きを想定することなしには精神療法はあり得ないことを主張するのである。したがってここには、例え現代の認知行動療法のような方法によってある人が回復したとしても、そこには常に、「人格的な関係」や「信頼」、「友情」といったものが「客観的ないしは定立的意味」での「意識」ではない別の層において、無言のままに機能しているのであり、この機能の痕跡が、「実存の変革」のなかに残り続けている可能性が示唆されているのである。

ではここでビンスワンガーは、患者と「友情」の関係を結んでいたと言えるのだろうか。しゃっくりを起し、今まさに痙攣を起している患者と十分な信頼関係を持っていたとは考え難いし、彼自身「生活史的動機は、医師にも患者にも、まだ見出され、了解されていませんでした」<sup>44</sup>と告白している。しかしながらこの患者のその後数年来におよぶ変化や、幼少期からの経歴を丁寧にたどり直そうとする彼の態度のなかに、問題の治療行為を行った後の時間において、患者とこれから結ぼうとする「友情」や「信頼」関係を、たとえそれがどれほどに時間的に遠いものであったとしても、透かしていると言えるのではないだろうか。

さらにもう一点、ここで起きたもう一つ別の変化を指摘しておきたい。メルロ＝ポンティは

続けて次のように述べる。

身体の役割は、以上のように変容を保証することにある。身体は観念を物に、私の睡眠の物真似を本当の睡眠に転化する。身体が実存を象徴することができるのであれば、それは身体が実存を実現し、その現実態となるからである。身体は実存の収縮と膨張という二重の運動を補佐する。(中略) 正常者であっても、しかも彼が相互人間的な状況のなかに参入している場合ですらも、主体は身体を持っている限り、その都度その状況から離れる能力を持っている。私が世界のなかで生き、自分の計画、自分の職業、自分の友人たち、自分の思い出の身近に在るちょうどその時にさえも、私は目を塞ぎ、身体を伸ばし、鼓動する血管に耳を傾け、ある快樂なり苦痛なりに溶け入り、私の人格的な生を下から支えているあの無名の生のなかに閉じこもることだってできるのである。けれども、私の身体は、世界に対して身を閉ざすことができるからこそまた同時に、世界へと私を開き、そこに私を状況づける当のものでもあるのだ<sup>45</sup>。

メルロ＝ポンティはここで、われわれの身体が「二重の運動」を行うことを指摘する。われわれの身体は、「実存」を膨張することもできれば縮小することもできるのであり、また、生きることを拡大することもできれば拒絶することもできる。メルロ＝ポンティによれば、摂食障害の患者に限らず、またかつてヒステリーと呼ばれた患者に限らず、あらゆる人々は身体を持っているその限りにおいて、生きることを拒絶し、「無名の生のなかに閉じこもる」ことが可能なのである。そして、この閉じこもることが可能であるという事実をもってこそ、われわれはわれわれの身体を世界に対して開くことができる。

本節で確認したように、メルロ＝ポンティによるビンスワングーの患者についての分析が示すのは、患者の症状が消失したのは、1) ビンスワングーが患者の「実存」に働きかけようとしたことともに、2) 患者がこの働きかけによって、自分自身の身体について、自らにとって生きられるものであると気づいたからというよりも、自らを完全に閉ざすものであるという点に気づいたからであると考えられる。ビンスワングーは危険な治療行為を行ったが、われわれは現代において、この治療方法からなるべく危険を取り除いた形で、さらには診察室のなかにとらわれない形で、人間と疾患の関係を問うことを糸口としながら、われわれの「実存の変革」を生起させるための議論を開始することができるのではないだろうか。

## 6. 結論

ここまでわれわれは、摂食障害の身体の変容過程について分析するために、磯野、ラセーグ、ビンスワングー、メルロ＝ポンティの記述を検討してきた。磯野は文化人類学の観点から摂食障害とわれわれの「社会や文化」が関わっていることを指摘し、食とわれわれの社会・文化との関係を問う場を触発する必要性を主張した。またラセーグは疾患の名称を付与した当時から、

摂食障害における「楽観主義」を指摘し、自らをこの楽観主義のなかに閉じこめる「装置」に取り込ませることによって、この疾患を治療しようとした。ビンスワンガーは、患者の「実存」に自分自身が働きかけることによって患者の身体に変容を起こし、患者を共同社会のなかに引き入れることを試みた。さらにメルロ＝ポンティは、このビンスワンガーの患者の変化から、患者の身体における「実存」の二重化を読み取り、われわれの身体が世界に対し閉じることができるからこそ開くことができることを指摘し、この二重化を促すことが治療となり得ることを明らかにした。ここからわれわれは、摂食障害の身体が行っているのはわれわれの「社会や文化」への異議申し立てであり、われわれの身体の変容の可能性を喚起し、「実存の変革」を触発し続ける行為であると結論付ける。

最後に、本稿の冒頭で提起したもう一つの問いについて検討しておきたい。メルロ＝ポンティは、ビンスワンガーの患者の「実存の変革」が「性」に関わるものである可能性を指摘する。メルロ＝ポンティは次のように述べる。

実存を身体または性に＜還元する＞ことはできないというその同じ理由によって、性を実存に＜還元する＞こともまたできない<sup>46</sup>。

われわれは、本稿冒頭で次のような問いを立てた。果たして、摂食障害において「性的に自立する」とはどのようなことのだろうか。摂食障害や、これとラセグが並べて論じた失声症、あるいはその他の身体表現性障害は、われわれの身体がわれわれの「社会や文化」と切り離しがたいものであるからこそ起きる病であり、かつまた、これらが「社会や文化」に対し、「楽しさ」へと閉じこもりながら異議申し立てをする身体的表現であるとするならば、この閉じこもりのなかで準備されている自立とは、性の問題とどのように関わるといえるのだろうか。メルロ＝ポンティは上述の引用において、患者の身体に起こった変化について、これが実存のなかにも性のなかにも、どちらか一方に還元されるようなものではなく、互いに含み合っているものであるとみなしているのだが、こうした指摘を受けてもなお、患者たちのなかで起きている性に関わる問題を素通りすることは、われわれにとって果たして可能なのだろうか。

フェミニスト現象学の立場から女性の身体や自由について考察したオクサラは、メルロ＝ポンティが論じる性や身体の問題に関し、次のように述べる<sup>47</sup>。

生きられる身体を特徴づけるのは、規範をそそのかすことであるし、これらの規範は生きられる身体の実験に基づいている<sup>48</sup>。

ここで彼女は、(性を含んだ)「生きられる身体」だけが規範に意義申し立てできるとし、また一方では規範の方もまたこうした「生きられる身体」の上にしか成り立たないことを指摘する。ここから、ここで議論されている性とは、われわれがさまざまな方法によって逃れ出たいと思いつつもすでに生物的・文化的身体に組み込まれてしまっている何かであり、それ以上でもそれ以下のものではないと言える。しかしながらこの身体をもってこそ、われわれの「社会や文化」に対し、解決に至ることのない交渉を続けることができることを、ここでオクサラは指

摘するのである。そうであるならば、次のメルロ＝ポンティの言葉は、「社会や文化」との終わることのない格闘を続ける摂食障害や身体表現性障害の身体を鼓舞する言葉であると言えるのではないだろうか。

自己自身に閉塞してしまった性など存在しないと同時に、また性の乗り越えというものも存在しない。何人も完全には救われないと同時に、完全に失われてしまいはしない<sup>49</sup>。

本稿では、磯野やラセーグの記述、及びピンスワンガーと患者の間で起きたことを振り返りながら、「社会や文化」に対する閉じこもりとしての摂食障害の身体が、変容する過程について検討した。彼女たちは、ラセーグが言うところの場の「装置」を通して、自らの身体が結ばれている「社会や文化」と格闘する。そして、自らを譲らずかつ危険を回避するような方法を見出すことになるのだが、このとき起こるのは、自らの身体を社会、文化、性といった、自らが選択したはずではないものとの交渉を続ける場に変容させ、新たな格闘を開始させるような「実存の変革」である。こうした格闘は、彼女たちの身体においてたまたま目立ちやすいものであっただけで、あらゆる身体が行っているということについて、われわれは疑う余地がないだろう。交渉は絶えざるものであるが、これが「社会や文化」に繋がる「存在への絆」<sup>50</sup>である限り、われわれの身体にとって、まだやるべきこともまた多く残されている。

1 磯野真穂『なぜ普通に食べられないのか—拒食と過食の文化人類学』東京、春秋社、2015年、3頁。

2 加藤敏「シモーヌ・ヴェイユにおける摂食障害と博愛思想—摂食障害理解への一寄与—」、『精神神経学雑誌』第112巻、第4号、2010年、403頁。また、疾患の認知ではなく医学での記録という点に注目すれば、ヨーロッパでは1689年にイギリスでモートンが「神経性消耗」として発表した論文に登場し、日本では18世紀前半に香川秀徳が記した『一本堂行余医言』のなかに現れるという。(野間俊一『身体の時間—“今”を生きるための精神病理学』東京、筑摩書房、2012年、114頁。)

3 同上、403頁。および Charles Lasègue, « De l'anorexie hystérique », *Journal français de psychiatrie*, 2009, 1, n° 32, p. 3-8. (1<sup>ère</sup> publication, *Archives générales de médecine*, avril 1873, 1, p. 385-403.) なお、シャルル・ラセーグは「被害妄想 (délire de persécution)」の語を造ったことや坐骨神経痛を調べるときなどに試す「ラセーグ徴候」で知られる医師であり、その活躍は精神医学のみならず糖尿病や消化不良、アンギーナ (急性扁桃炎) の研究など、臨床医学の広い領域に及んでいる。(高橋徹「ラセーグ—精神疾患の博物学」藤縄昭、大東祥孝、新宮一成編著『精神医学群像』所収、京都、アカデミア出版会、1999年、215-232頁参照。)

4 加藤、前掲論文、403頁。

5 磯野、前掲書、129頁。

6 同上、115頁。

7 例えば磯野は、2016年3月、6月、8月、10月に「からだのシューレー—億総やせたい社会を見つめる文化人類学ワークショップ」を行い、「やせたい気持ちとやせを礼賛する社会の仕組み」について批判的に検討している。

8 磯野、前掲書、279頁。

9 加藤、前掲論文、403頁。

10 磯野、前掲書、225 頁。

11 同上、228 頁。

12 同上、221 頁。

13 同上、251-252 頁。

14 同上、252 頁。

15 同上、253 頁。

16 同上、241 頁。

17 同上、250 頁。

18 同上、254 頁。

19 同上、256 頁。

20 Lasègue, op. cit. p. 3.

21 Ibid., p. 3.

22 Ibid., p. 6.

23 ラセーグがここで微妙な立場に立たされているのは、ヒステリー患者と医師、ヒステリーと精神医学の関係が、そもそも緊張を孕み、入り組んでいることによるとも言える。例えばフォーコーはヒステリーについて、これが「精神医学の権力の産物であるばかりでなく、それに対する反撃であり、この権力が陥る罠である」(Michel Foucault, *Dits et Écrits*, III, n°176, Paris, Galliard, 1994, p.91. [「魔術と狂気」原和之訳『ミシェル・フォーコー思考集成 VI』東京、筑摩書房、2000 年、117 頁。]) としており、医師と患者の緊張関係は、そのまま精神医学の権力とこれへの反撃や罠であるとも考えられる。

24 Lasègue, op. cit., p. 7.

25 Ibid., p. 7.

26 Ibid., p. 7.

27 Ibid., p. 7.

28 Ibid., p. 7.

29 Ibid., p. 7.

30 Ibid., p. 7.

31 Ibid., p. 8.

32 このように、患者に対峙しその言葉を聞く一方で、そこから距離を取り、その症状に対する際の自身と患者の「心的活動」を観察するような二重の態度を、ウジェーヌ・ミンコフスキーは「複式簿記 (comptabilité double)」と呼んでいる。(Eugène Minkowski, *Le temps vécu*, Paris, PUF, 1995, p. 385.)

33 Lasègue, op. cit., p. 8.

34 精神分析の立場から拒食症について論じたレンボーとエリアシェフの著書『天使の食べものを求めて』の邦訳の解説において松本卓也は、ラカンにおいて精神分析の観点から見た場合に罪となる唯一の事柄は「欲望に関して譲ること」である (J. Lacan, *L'éthique de la psychanalyse*, Paris, Seuil, 1986, p.370. [ジャック・ラカン『精神分析の倫理』下巻、小出浩之、鈴木國文、保科正章、菅原誠一訳、東京、岩波書店、2002 年、231 頁。]) ことを指摘しながら、拒食症とは「欲望の深淵を直視し、それに徹底的に固執する (精神分析的な意味での) 倫理的な態度」であるとする。(Ginette RAIMBAULT, Caroline ELIACHEFF『天使の食べものを求めて—拒食症へのラカンのアプローチ』加藤敏監修、向井雅明監訳、松本卓也解説、佐藤鋭二訳、東京、三輪書店、2012 年、414-415 頁。)

35 ビンスワンガー『現象学的人間学—講演と論文 1—』萩野恒一、宮本忠雄、木村敏訳、東京、み



すず書房、1967年、187頁。(引用頁数は邦訳であるが、一部訳を変更させていただいた。)

36 「うるわしき無関心 (belle indifférence)」は、現在、身体表現性障害と呼ばれるヒステリーのなかでも「転換性障害 (conversion disorder)」の患者が示すものとされる。統合失調症で起こる「無関心 (自閉)」とは異なるものであることを強調するために、「うるわしい」と形容された。

37 失声症はまず、18歳のときに最初に現れたのだが、この最初の失声症は、5歳のときに体験した地震の恐怖が蘇ったために起こったものである。(ピンスワンガー、前掲書、187頁参照。)

38 ピンスワンガー、前掲書、191頁。

39 同上、187頁。

40 同上、187頁。

41 同上、189頁。

42 同上、205頁。

43 Maurice Merleau-Ponty, *Phénoménologie de la perception*, Prais, Gallimard, 1945, p. 190-191.

44 ピンスワンガー、前掲書、191頁。

45 Maurice Merleau-Ponty, *op. cit.*, p. 191-192.

46 *Ibid.*, p. 194.

47 中澤(齋藤)は「フェミニスト現象学」に関し、メルロ＝ポンティの身体論とフェミニズムを接続して展開することがすぐさま可能なわけではない点に注意を喚起しながらも、クルックスを参照しながら、彼女が「共感のフェミニズム」を打ち立てようとしていると主張する。クルックスはジェンダーや性、階級や人種、年齢や文化、国民性や個別的な経験や教育などが全く異なる女性たちの間でいかにして「連帯」に代わる新しい概念が可能になるかを思考するのだが、このとき、メルロ＝ポンティの「匿名的なひと」が機能し得るとする。「匿名的なひと」とは、クルックスによれば「苦しみ (suffering)」そのものであり、本稿で取り上げた閉じこもることが可能な身体であると考えられる。(齋藤瞳「自然としての身体、文化としての身体」、『メルロ＝ポンティ研究』第14号、2010年、84-98頁。および Sonia Kruks, "Merleau-Ponty and the Problem of Difference in Feminism", in *Feminist interpretations of Maurice Merleau-Ponty*, Pennsylvania, The pennsylvania state university press, 2006, p. 25-47.)

48 Johanna Oksala, "Female Freedom: Can the Lived Body Be Emancipated?", in *Ibid.*, p. 217.

49 Maurice Merleau-Ponty, *op. cit.*, p. 199.

50 Maurice Merleau-Ponty, *Le visible et l'invisible*, suivi de *notes de travail*, texte établi par Claude Lefort, Paris, Gallimard, 1964, p. 301. この言葉を引用しながら廣瀬浩司は、『知覚の現象学』以来のメルロ＝ポンティの生きられた身体の統一性の記述が、「その統一性がどのようにして外界に広がり、表現として顕在化するかという問題」と組み合わせられていることを強調する。すなわちメルロ＝ポンティが心理学的な事象を取り上げるときには、彼の存在論においてそれらがどのように機能しているかを分析しなければならないのである。本稿はメルロ＝ポンティの存在論にまで立ち入ることはできていないが、この問題は常に考えなければならない。(廣瀬浩司「身体の根源的な制度化—メルロ＝ポンティの存在論的身体論—」『言語文化論集』第53号、2000年、1-15頁。)