

理論とはなにか

アンマリー・モル（深海 菊絵 訳）

「理論とはなにか」という問いを明確に論じることは、その答えを自明とするよりも賢明です。この問いをめぐる、多くの（しばしば非明示的な）答えが流布していますが、それらが公に議論されていないために誤解や対立が生まれています。私たちはこの問いに真摯に向き合っているとは言えないのです。

私に取り組むこととなったこの種の研究において、「理論」という用語は「言語」を包含しています。理論は事実の後に現れるものではありません（事実を後から要約したり、「説明的フレーム」でまとめるものではない）。しかし理論は、事実先に立つものでもありません（特定の事実が論証や反証に役立つかどうかを前もって決定するものとして存在しているのではない）。そうではなく、事実を表しながら、そこで起こっていることを明示しながら、事実と共に現れるのです。研究対象をフレーム化し、関連する事柄を強調しながら。このように理論とは、現実を秩序化する方法なのです。

現実を秩序化する方法は、言語のみではなく、調査の方法やモードにも埋め込まれています。さらには、研究を推し進め、研究者に着想を与える感性や問いのなかに示されています。したがって理論は、出発点から既に存在しているのです。しかし、研究の出発点に存在する理論が、この先、同じものであり続けることはありません。（良い）研究プロジェクトの過程で、「理論」は新たな状況に合うように柔軟に改変され、微調整され、補強されます。問いは次第にシフトし、変化し、最終的に到達する見解は出発点とは全く別物になることもあるでしょう。当初、異なっているように見えていた事物は、融合され、結びつけられるようになるかもしれません。単独と思われていた事物は、重なり合う複数の部分へと分化されるかもしれません。ばらばらの要素が、新たに響き合うこともあれば、ぶつかり合うこともあるでしょう。

私自身の研究を紹介し、これを具体的に示しましょう。ここにいる殆どの方が『ボディ・マルチプル *The Body Multiple*』を読んでいるということですので、まずはこの本に関連づけたいと思います。本書の出発地点において私が持ち合わせていた理論的レパートリーは、ひとつの学問領域から生じたものではありません。多くの研究においてそうであるように、私は多様な学問領域の先行研究を用いました。いくつか例を挙げましょう。

第一に、サイエンス・スタディーズが挙げられます。この領域は、知識が世界に関する (*about the world*) ものであるだけでなく、世界のうち (*in the world*) にも存在している、

ということを私たちに教えてくれました。知識は実践に依拠しています。実践から知識は現われ（研究上の問いが、臨床の場で医者が患者の問題に向き合うところから現れるように）、実践のなかで巧妙に作られます（ラボにおいてや、異なる治療法を試すなかで）。同時に、実践の部分でもあり（病院における実践は「知識」を考慮せずには理解できない）、他の実践（日常生活を生活している患者の実践）にも影響を与えます。

第二に、アイデンティティの社会学が挙げられます。ここでは、「アイデンティティ」を人が自らのうちに持っているものではなく、日常的実践において他者と関係をもつ際に人々が行うものとして理解する、というシフトが起きました。これを表現するために、「パフォーマンス」という用語が作りだされました。舞台作品が舞台上で演じられるように、日常的実践においてアイデンティティもまた演じられるのです。このようにアイデンティティは、観客や舞台装置、脚本、創造性や即興によって形作られます。しかし、「パフォーマンス」という用語は、別の理論的コンテキストでも使われています。「パフォーマンス効果 (performative effect)」です。つまり、話されていることが現実の効果を引き起こす、ということです（例えば「今から授業を始めます」と言った場合、これは表象ではなく呼びかけです）。この二つの理論的伝統の混乱を避けるために「パフォーマンス」という用語ではなく、私の言語（であり私の理論）を使うことにしました。それが「エンアクティング (enacting)」です。「エンアクト」された対象は、その時その場で、まさに行われているのです。

『ボディ・マルチプル』が関連する第三の領域は、哲学的人類学です。この領域において、研究者たちは次のような問いに関心を寄せていました。身体の特異性とは何か、生命あるものとなないものの差異とは何か。私たちの知識が単に世界についてのものではなく、具現化された実践の部分でもある、という事実や、生きられた現実の脆さをいかに理解できるのか。これらの問いに対する回答を手にしたことはありませんが、これらは私の研究背景と密接に関連しており、私の問いに影響を与えています。一例を挙げましょう。哲学的な人類学において、医学は還元主義として批判されてきました。医学は身体の各部分を分離していると批判され、全体としての身体に注目する必要性が主張されたのです。私の見解は、仮に「還元主義者」の知識の断片を寄せ集めたとしても、決して「全体」に到達することはないだろう、というものです。というのも、個々の断片は、一貫した同一の対象（身体、あるいは特定の病気）の側面 (aspects) ではないからです。そうではなく、それら断片は異なる「対象」について語り、異なる「対象」を演じているのです。あるいは、「対象」が単独の名前を有しているからかもしれません。一貫することのない、ある「物」における異なる「バージョン」というわけです。この複雑性をいかに扱うのかということをも新たな視点で検討する必要性がありました。

第四に、私が本書で行った介入を可能にしたのは、もうひとつの研究の伝統、物質的記号論 (material semiotics) を用いたからでした。これは記号論におけるある基準、つまり、

単語が互いに意味を与えている、ということに基づいています（例えば、あなたは「椅子」という単語を、座ること、テーブル、木、といった、関連する単語や対照的な単語との関係の中で理解しますね）。物質的記号論において、このような関係性は、単語から物質性へと拡張しています。存在物が互いに他の物を存在させるのです。「椅子」という例を使えば分かりやすいでしょう。教室に机がなかったら、椅子はほとんど意味をなしません。ノートやラップトップを置く場所がないのですから（ちなみに「ラップトップ(=膝の上)」という言葉は、そもそも机を必要とするものではありませんね）。日本で椅子が普及したのはそれほど昔ではないので、何が物質的に椅子と関連しているのか否かを見極めることはあなたにとって容易いでしょう。

私を用いた研究の伝統はこれだけではありませんが、このあたりで別のトピックに移りたいと思います。

事例の話に戻りましょう。「理論」が包括的かつ体系的に説明できる何かであるとしたら、そこに含まれる対象は全体として結びついているべきです。しかし「理論」の働きが、現実を理解（秩序化、フレーム化）させている言語領域をシフトし、変化させ、微調整し、洗練するものだとしたら、状況は異なります。その場合、それぞれが私たちになにか伝えるものを有している個々の事例から学ぶ方が、より有意義だと言えます。この方法において、私たちが共有し、用いる言語範囲は、様々な形で豊かになるのです。個々の事例は特殊なものです。ヘルスケアの研究をみれば、ある病気（複数の病気を扱う場合も、すべての病気を扱っているわけではない）、あるヘルスケアのコンテキスト（「糖尿病」研究をオランダで行うか、日本で行うかでコンテキストは異なる）、患者の特定の生活環境（国や宗教、年齢）などが特定の事例となります。それ自体で閉ざされている事例は存在しません。事例研究を通じて獲得された知は、他の場所へと運ばれうるのです。しかし、この移送に犠牲が伴わないわけではありません。ある事例から導かれる有効な「一般化」などないのです。知の移送は変更や適合を伴い、そこでは転換が生じます。移送は翻訳に依拠しているのです。この例を説明するために、再度『ボディ・マルチプル』を取り上げ、その後、私が行った別の研究の話に移りたいと思います。

私は『ボディ・マルチプル』を執筆するにあたり、Z病院が、ある特定の病気、アテローム動脈硬化症を扱う方法を研究しました。この事例は、現実のエンアクトメントに関連する問いへと私を導き、駆り立てました。アテローム動脈硬化症のどのバージョンが、ある特定の場や状況において優先されるのか？例えば、病気が診断されるとき、解決されるべき「問題」は「歩行時に伴う痛み」として、あるいは「足の動脈の詰まり」として説明されるかもしれません。これらバージョン同士の関係を描くための様々な言語が存在しま

す。痛みは動脈の詰まりの症状と見なされるかもしれませんが。あるいは若干異なり、その動脈の詰まりが痛みの原因とされるかもしれません。しかし実践においては、病気のあるバージョン——痛み——の診断は、他のバージョンの診断とは異なります。というのも、診断の実践は異なる技能や異なる技術に依拠しているからです。そして、診断を受ける人々も必ずしも同じではありません——激しい痛みを抱えているが、動脈はほとんど詰まっていないケース、あるいはその逆のケースなど。この二つのバージョンにおける差異は、治療に眼を向けた時により顕著になります。例えば、考え得る治療法の一つとして、歩行セラピーがあります。ここで痛みは、患者自身が長期的に努力することによって解消するとされています。患者は、数か月間、連続して一日に少なくとも 30 分の歩行を 2 回行わなければなりません。また、他の可能性として侵襲的治療法があります。この治療では、詰まった動脈を広げようと、あるいは動脈の詰まりを回避しようと、医師が脚の動脈に介入します。この状況において「治療対象」は、「痛み」というよりも「詰まった動脈」であるといえます。本書では、「脚の動脈硬化症」という病気における、異なるエンアクトメント間の関係について掘り下げました。ですが差し当たり私が明確にしたいことは、ある特定の事例が、特定の理論的な知を私たちに伝える、ということです。

私が研究した他の事例は貧血症です。この事例は、医療がいかにかつ旅するのか／しないのか、という問いをもたらしました。科学の社会学的研究において、特定の旅のイメージとしてネットワークが用いられてきました。二つの場所の間にネットワークがある場合、それら二つの場所にある物事は似たやり方で行われる、というものです。これは、実践のスタイルやシンタックスが似ている場合、その間を旅するように見えるものはすべて同じものであり続ける、ということを示唆しています。ニューヨーク空港やジャカルタ空港の設備が整っているならば、飛行機は一つの町から他の町へと飛行し、再び戻って来ることができる、というように。このように、コンテキストが適応された場合、技術は移動しても同じものであり続ける、ということになります。それらは、不変的移動性 (*immutable mobiles*) です。サブ・サハラ地域の様々な場所で働いたことのあるオランダ人医師たちへのインタビューについて考えていた時、医師の話が終止ひとつの貧血症の診断法に基づいていることに気が付きました。それはラボの診断であり、ラボでは血中ヘモグロビン含有量を計測するための検査機器が使用されます。しかし、検査機器がなくとも、医師たちが難なく貧血症と診断することもあります。患者の顔や爪の層を観察し、それらが赤く活気づいておらず白いときなどです。これはラボの診断ではなく、クリニックの診断です。クリニックの診断は旅をします。しかし、ある場所と別の場所の間で同じであるとは限りません。というのも、あらゆる種の異なった方法が存在しており、同時に境界——「差異」が生じる場——は、明確ではないからです。このようにクリニックの診断は、ネットワークにおいて一定ではなく、流動的なのです。事例としての貧血症は、別種の移動性を導入

することを可能にします。それは不変ではなく、柔軟な、可変的移動性 (*mutable mobile*) です。

『ケアの論理 *The logic of care*』という著作のなかで取りあげた他の事例は、オランダにおける専門家と患者の糖尿病への取り組み方です。この事例は、私たちが共有する理論的領域の用語を用いて／検討する、もうひとつの理論的知を提供してくれました。ここで重要な問題となったのは、医療対象やその移送よりも、むしろそのプロセスでした。別の表現で言うと、この事例に取り組んでいる間、医療プロセスはそれ自体の問題として扱われなければならない、ということがより明確になったのです。どうやってこれを表現すべきでしょう？「エージェンシー」がどこにあるのかを知ることは常に困難（しばしば不可能である）です。例えば、特定の関心を抱く研究者の中、あるいはその関心について語る対象やそもそもの関心を生み出すきっかけとなった対象の中にあるのか。いずれにしても私は、糖尿病の(自己)治療の事例を用いて、「コントロール」と「ケア」の対照について語るようになりました。選択という用語は、ここ数十年のヘルスケアをめぐる臨床とネオリベラルな語法の両者において、人気を得ています。とりわけオランダにおいて顕著ですが、異なるモードや様式で、他の国でも同様です(他国の具体的状況については、今後の新しい研究に期待!)。こうした状況下で、私は様々な問題を抱えることになりました。その問題のひとつは、選択という用語が、ヘルスケアのプロセスにおいて人びと(患者や医師)がある方向に進むことを選択し、そして実際にその方向に進む、ということを示唆していることです。まるで有効な「方向」があり、ゴールへと続く道を進むことが可能であるかのよう。こうした展望は、ヘルスケア市場において「魅力的な解決策」として宣伝されています。私が懸念するこのような話ぶりは、人びと(患者や医師)が病気と共に生きる際に出来事をコントロールしている、ということを示唆しています。しかし、そうではありません。この事例に関して私が重要な点として強調したことは、私たちは自らに生じた出来事や自らの行為をコントロールしているのではない、という点です。糖尿病と共に生きることは、この点を議論するのに格好の事例です。糖尿病に注目することで、生というものに特徴的な不安定性がより見えやすくなるからです。

ヘルスケアの改善を望むのなら、もしくは私の議論に倣うのであれば、「私たちはコントロールしている」という提案は生産的ではないでしょう。それは、私たちになす術がない、ということではありません。もし能動的な医療(自己)介入を行わなければ、私が調査のなかで出会った患者たちは、すぐに亡くなってしまうことでしょう(ロマンティックな反テクノロジー的態度が入り込む余地はないのです)。しかし、ここでいう介入、私がインタビューや病院での調査から学んだことは、継続的で細やかな変更を必要としました。最初の約束を果たす介入など、殆ど存在しないのです。むしろ、糖尿病を扱うことは、臨機応変な対応を行うことです。治療を行い、適合させ、評価し、再度調整するといったふうに。

このようなケア——私が学び、一つの事例として議論したこと——は、決して市場で売買し得るような類いのものではありません。それは、生涯において永続的なタスクなのです。

ここまで話した 3 つの事例と、それについて私が著作で議論したことは、干渉 (*interference*) を作り出す際に役立ちました。干渉とは、理解のモードにおけるシフトです。私の研究は新たな事実を追加するものではありませんでしたし、私の目的は、臨床現場や患者の働きを観察して表象することでもありませんでした。その代わりに私が語ろうとしたことは、これまで決して、もしくは殆ど語られてこなかったことについてです。それらが語られてこなかった理由は、見えなかったからではなく、語るための言語がなかったからです。これこそが、私の主張する「理論」の働きなのです。それは、何かについて話すために私たちが手にしている言語領域に、私たちを参与させ、そして、そこに何かを加えたり、干渉したりするのです。

同時に、干渉が単なる「理論上の」干渉である必要はありません。三つの事例すべてにおいて、理論上で語られていなかったことは、ヘルスケアの実践それ自体を形づくり、秩序化する際にも、極めて重要な問題となっていました。例えば、ラボとクリニック、そしてそれらが知識や実践を把握するモードの間には、依然として緊張関係が続いています。このことを簡潔に述べましょう。これまで私の研究が執拗に強調してきたことは、クリニックとその特殊な働きの重要性です。ラボやそれが提供することが拒絶されるべきものというわけではありませんが、それらを十全たるものだとか、ルール化を可能にするものとして、信頼すべきではないのです。これが私の実践的な干渉です。私は、診療所の価値、問題、強み、特異性の側面を尊重することを主張します。

さらに、あるシフトは他のシフトを必然的に引き込む、という傾向があります。例えば、コントロールやケアに関する私の話のなかで、「時間」も同じように重要な問題となっています。では、いかに時間を把握することができるのでしょうか？コントロールの領域において、時間は直線的に理解されています。はじめに問題があり、次に選択があり、行為があり、最終的に自分の行為が効果的であるかどうかという判断を下します。他方、ケアの領域において、時間は折り重なっています。今生じていることは、常に過去に、そして未来に依拠しています(例えば、過去の生活が現在のあなたの身体に軌跡を残しているということや、未来のトラブルを避けるために現在血糖値レベルを正確に規制しようとするなど)。さらに別の方法においても、時間は折り重なっています。それは、治療そのものが、反復的な働きであるということです。あることを試み、失敗すれば再度試み、またそれを繰り返す。試みる都度に、断片は調整されていくのです。

「クオリティ」についての重要なシフトも、ヘルスケアにおいて理解できます。臨床疫学の台頭に伴い、介入はますます別々に測定された要素を、一緒くたにまとめることによ

って評価されるようになりました。しかし、どの要素を測定し、何を「成功の要素」とすればよいのでしょうか？そして、研究において、有効性 (*effectiveness*) として示されることのない、あらゆる予期せぬ介入効果 (*effects*) をどのように捉えればよいのでしょうか？人びとの求めるゴールは異なり、しばしば対立してしまうのです。このような状況において、妥協を模索することは多くの利点があります。しかし、クオリティー・コントロールの観点において、妥協が良きものとして現れることはないのです。この見解は、私の生きる世界において現在主流ですし、多少の違いはあれども多くの場所に当てはまることです。

ここまでが私の研究の話です。私は、この話があたかもルールを有しているかのように話していません。そうではなく、これは事例なのです。歴史的理、個人的理、その他の理から(それらを分析することはしませんが)、私はヘルスケアやその実践を研究してきました。私の考えを前例として見習うのではなく、自分自身に問いかけを行うきっかけとして利用してください。その問いとは、あなたがやっている研究から立ち現れ、あなたの研究を形づくるのに役立つような問いです。

では、それらはいかなる問いになりうるのでしょうか？例えば、あなたの研究が一体どんな貢献をすることになるのか、注意深く問いかけてみてください。要素に関する事実、あるいはむしろ介入のための技術を求めていますか。もしそうであるなら、対象とする「ユーザー」は誰ですか。それは、政治家、専門家、産業界、患者、患者の家族、あるいは他の人びとでしょうか。それは同時に、ある場所や状況についてなにかを明らかにし、人を魅了するような物語を語りたことにもなるでしょう。あなたはそれを望んでいますか？もし望んでいるのなら、誰の心を動かしたいと思ひ、誰を聞き手として想定していますか。そして、何故その聞き手は関心を寄せているのでしょうか。少し表現を変えて言うなら、何故その聞き手があなたの研究に関心を寄せるべきであり、あなたはどうやって興味を引きつけますか？その時あなたは、理論でなにかに貢献できる、もしくは、理論に貢献しなければいけないと考えているのかもしれませんが。自分が調査している状況(フィールド、問題、人々)をフレーム化する多様な方法があることを示したいのかもしれませんが。それも良いですが、あなたの提案は誰を驚かせるためのものであり、誰の考えを変えたいのでしょうか？それは、あなたのフィールドの人々、日本人の同僚かもしれませんが。あるいは、私のような、遠く離れた——英語で書くことによるのみ辿りつける人、かもしれません。私はそれを望んでいます。あなたの研究を知ることで、私たちみんなが理論的言語を作り変えなければならなくなる、という状況も起こりうるからです。そこで、私からお願いしたいことがあります。いつか私に、用語を教えてください。人類学の言語領域を揺るがしてください。そして、この特別な方法——理論——に取り組んでください。そうしてもらえたら、私は心から感謝することでしょう。そして疑いようもなく、その他多くの同僚たちも。

ありがとう。

関連文献は以下の通りです。

Laet, M. de & A. Mol

2000 The Zimbabwe Bush Pump. Mechanics of a Fluid Technology, in *Social Studies of Science*: 225-263.

Law, J. & A. Mol

2001 Situating technoscience: an inquiry into spatialities, in *Society and Space* 19: 609-621.

Mol, A.

1998 Lived reality and the multiplicity of norms: a critical tribute to George Canguilhem, in *Economy and Society* 27 (2-3): 274-284.

Mol, A.

2002 *The Body Multiple. Ontology in Medical Practice* Durham, Duke University Press.

Mol, A.

2006 Proving or Improving: On Health Care Research as a Form of Self-Reflection, in *Qualitative Health Research* 16 (3): 405-414.

Mol, A.

2008 *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*, London: Routledge.

Mol, A. & J. Law

1994 Regions, Networks and Fluids: Anemia and Social Topology; *Social Studies of Science* 24: 641-671.

Mol, A., I. Moser & J. Pols, eds.

2010 *Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*, Bielefeld: transcript.

Struhkamp, R. & A. Mol & T. Swierstra

2009 Dealing with Independence: Doctoring in Physical Rehabilitation Practice, in *Science, Technology and Human values* 34: 55-76.