

1998年6月発行

体温の民族誌

木村 忠正

文化とこころ Vol.2-No.3 抜刷

体温の民族誌

木村 忠正

Key words : 医療人類学, 文化的認知モデル, 多元的医療システム, エスノメディスンとしての西洋医学, 社会文化的行為としての医療

medical anthropology, cultural models, medical pluralism, biomedicine as ethnomedicine, medicine as socio-cultural activity

はじめに

バイオメディスン (biomedicine: 西洋医学)^{*1}が自然科学としてではなく、社会文化的行為として、社会科学の対象になって久しい。人類学においても、批判理論的アプローチをはじめ、バイオメディスン、医師の診療行為への研究が進んでいる。その中で、医師の日々の診療に関する近年の研究は、その考えや診療行為において大きな多様性があることを明らかにしている。例えば、ヨーロッパ5カ国(イギリス、ドイツ、イタリア、フランス、スペイン)における処方方の仕方を比較した研究では、医師の診断、処方箋に大きな違いがあることが示された⁴⁵⁻⁴⁷⁾。Katz²⁸⁾はまた、外科手術というものが、いかに医療行為としては非合理的な儀礼的身体行為の積み重ねであるかを、手術室、執刀過程を分析することで描き出している。

この論考は、「文化的認知モデル理論」という認知人類学における理論・方法に基づき、バイオメディスンを一種の「エスノメディスン」として、つまりは、社会文化的行為としてとらえ、記述するアプローチを紹介する。筆者は、小児科の臨床知および「子供が病気になるという経験」に関して日米英3カ国でフィールドリサーチを中心とした比較文化的研究

に取り組んできた。その調査に基づき本稿では、「生理学的現象としての発熱」ではなく「社会文化的行為としての発熱」、「治療が行われる物理的空間としての診察室」ではなく「社会的行為としての診察が行われる文化的認知空間としての診察室」を、「文化的認知モデル」という概念装置を通して記述することを試みる。

本誌の読者には医療人類学に造詣の深い方も多いと推察する。したがって筆者が文化人類学徒であるからといって、改めて医療人類学に関する基本的な議論を繰り返すにはあたらない。またそもそも、文化人類学のサブディシプリンとはいえ、アメリカ人類学会最大の分科会に成長している医療人類学全般について概説を行える見識は残念ながら筆者にはない。しかしながら、筆者の研究は、医療人類学の文脈における(バイオメディスンの)臨床知研究という若干特殊な領域であり、理論・方法論は認知人類学という、これもまた日本ではほとんど専門の研究者がいない分野である。その意味で、本稿が提示する「医療をめぐるエスノグラフィー」は、いわゆる文化人類学の主流を形成するエスノグラフィーとは大きく趣を異にしている。そこで、この論考の背景となっている理論的・方法論的文脈を読者の皆様と共有する目的で、はじめに医療人類学・臨床知研究・認

知人類学に関して、私の立場からの見取り図を描くことにさせていただきたい。

I medical pluralism (多元的医療システム)

周知のように、医療人類学は、1970年代にアメリカ人類学のサブディシプリンとして確立したといわれてよいと思われる。そして、その発展の経緯の中で、"medical pluralism (多元的医療システム)" という概念が果たした役割は大きい。FosterとAndersonは、おそらく医療人類学がサブディシプリンとして成長したことを示す、最初のまとまったテキストブックのうちの一つである共著において、次の4つの分野を医療人類学の源泉として指摘している¹²⁾。

- 1) 自然人類学的な、進化・適応・比較解剖学・人種・遺伝学・血清学といった領域への関心
- 2) 伝統的民族誌的な、ウッチクラフトや呪術を含む原始的な医療への関心
- 3) 1930年代から40年代における「文化とパーソナリティー」学派の勃興
- 4) 第二次大戦後の国際的な公衆衛生啓蒙運動

ここで私にとって意味があるのは、最後の2つである。まず、医療人類学の発達およびそこの"medical pluralism"という概念の果たした役割は、最後の要因として言及されているWHOをはじめとする国際的な公衆衛生活動と密接に結びついている。第二次大戦後のWHOに代表される国際的な機関によるバイオメディシンの普及の試みが、「西洋医学(Western medicine)を伝統社会へ導入することによる動的力学を産みだし、medical pluralism」¹²⁾という人類学者が取り組む問題が浮上した。

事実、70年代から80年代にかけて医療人類学における指導者の一人であったLeslieは、medical pluralismという概念を「cosmopolitan medicineが数多くの"alternative therapies" (代替医療)と競合し、相補う関係にある、一つの構成要素である」³⁴⁾と定義した。このLeslieの定義に見られるように、バイオメディシンはしばしばcosmopolitan medicine (汎医学)あるいはmodern medicine (近代医学)という術語によって表され、非バイオメディシンはethnomedicienあるいはtraditional medicineとして一括される傾向があった。

この文脈において人類学者は典型的には、疫学的

変数、異なった医学的伝統の共存、そうした状況が現地の人々の" hierarchy of resort" (医療選択の階層性)にどのように影響を与えるかといったことを研究することになった。"hierarchy of resort"の研究というのは、いくつかの医療の選択肢があったときに人々が実際どの医療を選択するか、その医療選択を規定する変数はどのようなものかに関する研究である。

例えば、筆者の関心に近い認知的なアプローチとして、意志決定理論 (decision-making theory) と呼ばれる一連の研究がある。Young^{57,58)}、Young and Garro⁵⁹⁾、Hill, Mathewsといった研究者たちは、患者の特徴(年齢・性別・社会経済的地位・民族集団・家族の大きさ・教育程度など)、病気認識の特徴(急性・慢性、重症・軽症、病因論、超自然的なものの介在があるか・ないか、など)、提供されるサービス(近き・コミュニケーション・利用のしやすさ・質・費用、など)などの変数を措定し、人々が実生活においてどのような医療を選択する際に、こうした変数に関する判断と治療行為の選択(バイオメディシンの医療施設、様々な民間療法施設、など)との相関関係を調査し、それを意志選択・決定の樹状図として表そうと試みた。

特に、一般の人たちの病気に関する考え、西洋医療の施設への近さ、バイオメディシンの医師の利用度との関係というのは一つの大きな研究テーマであり、その研究者の間には80年代まで、2つの互いに競合しあう考え方があった。一つは、「概念不適合性」("conceptual-incompatibility")仮説で、選択基準として、患者側のillnessの認識(Kleinman流のillness/diseaseの区別を念頭に置いた上で)と科学的な医学理論との適合性(congruence)を強調するものである。それに対して、今一つの立場は、医療施設の近さに力点をおくもので、YoungとGarroは、伝統的なillnessに関する信念はバイオメディシンの医師による治療を選択することへの主要な障害にはなっていないと主張する。

ここではもちろん、これらの仮説を検証することが目的ではない。ここで明確にしておきたいのは、こうした問題の立て方そのものが、「西洋医療」対「非西洋医療」という二分法を所与のものとして前提としてしまっているという点である。

さらに問題なのは、こうした研究を含め、かつての多元的医療システム研究の多くは、現地のシステムを潜在的な心理社会的な機能を持つものとして擁護したが、病気治療能力 (disease-curing capabilities) をほとんど持たないものと捉えがちだった点である。つまり、バイオメディスンを治療効果の客観的な基準として措定し、他の医療体系は心理的側面で効果があるかもしれないが、医学的には余り効果がないと、意識的にせよ無意識にせよしてきたといったよい (これは、阿部¹⁾がtranscultural psychiatry (多文化間精神医学) の歴史についてきわめて明解に指摘された、比較精神医学の問題点と同質の問題といえよう)。

medical pluralismという概念はしたがって、優れているはずの西洋医療体系が、いわゆる未開社会・低開発国において、予測したようには普及しないことに対し、どのような要因が普及を阻害しているかを探るといふ文脈で成立してきた側面は否めない。こうした理論的な含意は、医療人類学全般にもあてはまり、次のHughesの“ethnomedicine” (現地医療) の定義にも明瞭に見ることができるといえる。

現地の文化的発展の産物であり近代医学の概念枠組みには明確には由来していない、diseaseに関連した信念や慣行²⁾。

Pressが述べているように、こうした定義は、「非バイオメディスンは文化的に生み出されるのに対し、バイオメディスンは何らかの自然なシステムであり、イデオロギ的、文化的起源からは自律している系である」⁴⁾ということを含意している。しかし、周知のようにこうした単純な二分法は厳しく批判されてきており、現在の多くの医療人類学者は西洋医学それ自身を一種のethnomedical systemとして、つまり社会文化的産物と考えている。

Ⅱ バイオメディスンをエスノメディスンとして考える契機

バイオメディスンもまた一つのエスノメディスンとして捉えるに到った、こうした見解の変化には、少なくとも3つの契機が関与していると考えられるであろう。

- 1) バイオメディスンの効果そのものへの疑い
- 2) 世界システム論、批判理論、フェミニズムの

発達、マクロシステム分析を促進し、「伝統的」「非西洋」医学という概念そのものを疑わしいものにした

- 3) バイオメディスンそのものに潜在している文化的、イデオロギ的措定に対して増大している関心

第一の研究は、医療社会学的研究から生じたものである。バイオメディスンの効果は主として2つの形態によって批判的に検討されてきた。一つには歴史的な分析、もう一つは現在の医療行為の分析評価である。前者の流れの先導的役割を果たしたのがMcKeown⁴⁾であり、後者の現代の医療行為に関する懐疑的な視角が広範な関心を集める契機となったのがCochrane⁵⁾である。Cochraneは西洋バイオメディスンの理論、実践、専門性を根本的に批判した。HartはそうしたCochraneの批判を“radical critique”と呼び、次のようにまとめている。

- 1) 医療行為は健康状態、平均余命の改善に対して、栄養状態、教育状態、生活・労働条件の改善に比べると、ほとんど貢献してはいない。
- 2) 身体に対する外科的、生化学的介入や代替という手段によって健康を回復しようとすることに期待をし過ぎてきたが、今やそうした手段は、見返りがますます少なくなっているにも関わらず、コストが増大している。
- 3) 医療介護は、治癒することは希だが、軽減は多くに見られ、常に患者が安らぎを得られるといった現在より穏健なものへと戻るべきである。

このようにその効果が疑問視されるに従って、バイオメディスンは通常の社会的行為に近いものと認識されるようになり、社会科学者にとっても分析の対象となってきた。とりわけ医師の役割が批判理論からの激しい攻撃に曝されてきており、それが先にあげた3つの契機のうちの第2の契機である。批判理論によれば、医師は患者の苦しみや痛みを軽減するどころではなく、現状の社会体制を再生産維持する社会的管理に大きな役割を果たしている。労働階層、女性、少数民族、他の伝統的に権力から疎外されたグループは、その相対的に劣等な立場を、医師-患者の非対称的な権力関係を通して再生産永続させられているとの解釈もある程度の妥当性をもつだろう。

人類学の領域における批判的、歴史的研究は、いかに「伝統的」または「非西洋的」医療が、世界規模の政治経済システムにおいて絶えず変化してきたかを示している。例えば、Singer等は次のように結論づける。

政治経済システムの力は我々の世界を形作っている。こうした諸拘束の中で我々は歴史を作り、その中に病気と症状に関する歴史と言語も含まれる。(中略)おそらく、伝統的医療などというものは、その本当の意味で、現在全く存在はしないのだ、といっても早計ではないであろう。つまり、すべてのそれぞれの地域に根ざした医療システムというものは、患者と臨床家をとりにくく社会的経験世界が変容していくのに応じて、絶えず変化してきたのである³¹⁾。

ただし、批判理論的な視角は問題を抱えている。それは、西洋的バイオメディシンは敵である、あるいは少なくとも批判すべき他者とみなされ、それに対して、Lockが指摘するように、「伝統的医療を特徴づける広義の多要素を考慮に入れるアプローチは、より人間的であり、より社会的に関与し、したがって、バイオメディシンに特徴的とみなされている、還元主義的で機械論的な体系よりも優れていると措定する傾向を持っている」³⁶⁾ことである。つまり、「いかに権力関係の不平等な分配が、『伝統的』治療行為において再生産されているかは、ごく少数の例外を除いては見過ごされ、癒しの儀礼をロマン主義的に解釈することが人類学では席卷していた」³⁵⁾側面があることは否定しがたい。

たしかに、バイオメディシンにおける病因論がもつ理論的措定が、中立的な地平としての身体に視線を注ぐことで、医療における医師－患者接触 (medical encounter) を“depoliticize” (権力関係への非関連性化)することに寄与していること、そしてその裏返しとして、社会・文化に起源を持つと思われる問題が、医学の問題にすり替えられ (medicalization)、生物学的な「病気 (disease)」へと還元されてしまっていると考えすることは重要であろう。

しかし、もし生命をメディカライズすることを問題だとするならば、バイオメディシンであろうが伝統医療であろうが、すべての種類の医療説明体系は、文化・社会的水準に関与する言説を含んでおり、す

べての医療体系は既存の社会秩序を維持する働きと iatrogenesis (医原性の病気) とをあわせ持っているのではないだろうか。特に批判理論によるバイオメディシン批判は、実体として『バイオメディシン』なるものが実在し、医療の商品化 (commodification) や病いの医療化 (medicalization) のプロセスを通して、「資本主義」の利害関心に貢献しているかのような印象を与える。しかし、人類学者にとって重要なのは、こうした批判理論的分析において切り捨てられている、医療行為という実践的活動を媒介する文化・社会的な要素のはずである。

Ⅲ 臨床知の研究

批判理論をはじめとするマクロ分析は、バイオメディシンを政治経済システム・社会文化システムの中に位置づけることにより、一種のエスノメディシンとして相対化することに大きな貢献をしたと考えることができるであろう。しかし、上記のような限界が存在することもまた確かである。そこで、ミクロの視点から、臨床知そのものに対する社会科学からのアプローチが求められるだろう。

実際、人類学を含む多くの社会科学の分野で、臨床場面において医師が依拠する知識と、その臨床における知識と基礎医学的知識との関係に対する関心が増大している。はじめに指摘したように、医師の日々の診療に関する最近の研究は、その考えや診療行為において、バイオメディシンのそれぞれの専門分野の内部でも、各分野毎にも、そしてヨーロッパから北アメリカに渡る欧米各地域の中でも、大きな多様性があることを明らかにしている。

また、医療行為を、医師がたんに診察を行うという意味での医療行為ではなく、医療現場に出掛け、準備をし、診察を行い、製薬会社をはじめ多くの医療関係者と出会い、レジデントを指導し、というように、社会的な存在としての医師が織りなす行為の体系として捉え、その多元性、重層性を追求する試みも行われている。例えば、Katz²⁸⁾は、外科医の decision-making 過程を調査し、臨床家、調査者、教師、同僚そして所得を得るものとしての、多元的な役割が、彼らの decision-making に大きな影響を与えていることを明らかにしている。外科医の decision-making は患者にとっては重大な影響を及ぼす

にも関わらず、明らかに医学とは無関係の側面を持ち、外科診療の文化、病院という社会構造に影響されているのである。

さらに、バイオメディシンの考え方や教育を潜在的に規定しているメタファーの用いられ方を研究し、それがアメリカ文化に広く浸透しているイデオロギーと密接不可分に結びついていることを示す試みも増大している(例えば、Caster⁵¹、Martin⁴⁰、Davis-Floyd⁴⁰、Millard⁴²、McClain³⁸)。

こうした臨床知への関心は、バイオメディシンで治療の対象となる病気それ自体への省察を引き起こしている。つまり、病気自体が、西洋社会という文化・社会・歴史的コンテクストの産物であるという、文化的構成論(cultural constructionism)的研究で、ある特定の病気・症候群を一種のculture-bound syndrome [文化に拘束された症候群]として捉え批判的に検討する試みである(例えば、Johnson²⁶はPMS(Post-menstrual Syndrome)；Hunt、Browner and Jordan²⁴は低血糖症；Greenberg¹⁹は慢性疲労症候群；Helman²¹はタイプA行動型；Rosenberger⁵⁰は自律神経失調)。非西欧社会に関しても同様に、ポリティカル・エコノミーの立場から、いかに「病気」が世界システムのもとで創出されているか、そのプロセスを批判的に研究する流れが生じている⁴⁷。

こうした一連の研究から次のような結論を導き出すことができるであろう。バイオメディシンは、しばしばそう措定されているかのような「客観的他者(“objective other”）」ではなく、伝統的なethnomedicineの体系と全く同様に、文化の産物である。したがって、いわゆる伝統的医療体系だけでなく、バイオメディシンの体系もまた、定義づけられた一群の明確な領域を持つ集合体としての知識と実践としては捉えることはもはやできない。

言い換えれば、medical pluralismとは、「伝統的医療」対「バイオメディシン」という単純な対立ではなく、各々の医療システムそれ自体が、人間の生理学的な適応過程、常にフィードバックループを含み変化していく人間を取り巻く生態学的環境、人間の社会・文化に内在的にマクロな政治経済システム、社会制度、文化的リソース、ミクロな権力関係、文化・社会的インターアクションなど、医療という文脈を成立させ、維持させている活動の中に絡め取ら

れているのであり、それ自体が多元的(pluralistic)なのである。筆者はこうした意味におけるmedical pluralismを“internal pluralism”(内なる多元性)と呼ぶことにしたい。では、理論的、方法論的に、どのようにこのinternal pluralismに接近することができるのであろうか？あるいはどのようなエスノグラフィーが医療体系の内なる多元性をすくい取ることができるのだろうか？

IV ニュー・エスノグラフィー

「人類学的エスノグラフィー」というと、Clifford Geertz的な解釈人類学(いわゆる「厚い記述(thick description)」)がまず想起されるかもしれない(例えば、ギアーツ²⁾。つまり、文化を象徴と意味の体系と考え、文化人類学とは文化の意味を探る解釈学との立場から、特定の状況・文脈に即したヒト、モノ、場所、行為、出来事が織りなす象徴としての振る舞い、意味の生成を丹念に記述しようとするものとしてエスノグラフィー(民族誌)は捉えられているように思われる²⁾。医療の文脈で考えれば、文化人類学的エスノグラフィーは、「病気を治療する」ものとしての「医療」ではなく、「病気になる」という社会文化的出来事、そして「癒し」「快復」という社会文化的過程に関心を持ち、その出来事・過程に関与するヒト、モノ、行為などの象徴と意味を綿密に記述しようとするだろう。

ここで展開する議論もある意味では、Geertz的なアプローチに似ている。つまり、医療を社会文化的行為として捉え、「病気になる」という出来事が生成する文化的文脈を何らかの言説体系により記述しようとする。はじめに触れたように、筆者の調査は、小児科の臨床知および「子供が病気になるという経験」に関する日米英3カ国でフィールドリサーチに基づいている。「生理学的現象としての発熱」ではなく「社会文化的行為としての発熱」、「治療が行われる物理的空間としての診察室」ではなく「社会的行為としての診察が行われる文化的認知空間としての診察室」を、「文化的認知モデル」という概念装置を通して記述することを試みる。

しかし、文化人類学の文脈に即したときには、本論考が依ってたつ「認知人類学」的アプローチ、およびそのエスノグラフィーは、どちらかといえば、

Geertzとは対立する知的系譜に属している。その大きな原因の一つは、解釈人類学を含め、多くの人類学的エスノグラフィーは、「一般化」「定式化」を避け、「個別具体的な文化の振舞いの仕方そのもの」に関心があるのに対して、認知人類学は、「文化的推論」「文化的知識」に対して何らかのモデルを提示し、「定式化」しようとする意図を潜在的にもっていることによると筆者は考えている。

エスノグラフィーの究極的な目標の一つが、Malinowskiがいったように、「現地の人々のものの見方、人生との関係を把握し、世界観を知ること」³⁹⁾だとするならば、「現地の人はどのように考えるのか」は人類学者が持つ最大の関心の一つであろう。アメリカ人類学においては、そうした人間の思考過程に関する関心が、文化的知識と認知機構に対する定式化の試みとして、言語学からの分析概念を導入することによって始まった⁴⁾。

1950年代半ばから、Conklin⁸⁾、Goodenough¹⁸⁾、Lounsbury³⁷⁾、Frake⁴⁴⁾らは、Bloomfield、Sapirらによるアメリカ構造言語学から弁別特徴 (distinctive feature) という概念を導入し、親族用語、色彩分類、病気分類などの意味論的領域において、個々の用語を定義づける弁別特徴を抽出し、用語相互の関係(対照、相補、包含関係など)を注意深く追求した⁴⁾。

例えば、人類学はその草創期より「親族名称」に関心をもっていた。親族名称体系は世界各地、諸部族で驚くほどの相違があり、人類学者にとって「親族論」(親族名称、婚姻規則、出自規則などがその研究主題である)は現在でも基本中の基本といえる。しかし、その「親族名称」をどのように捉えるかにはいくつかの異なる立場が存在する。19世紀後半から20世紀にかけては、アメリカにおける最初的人类学者といってもよいMorgan, L. H.に代表されるように、文化社会進化論的視点から親族名称体系を、婚姻規則と対応させ、原始乱婚制から西洋型一夫一婦制にいたる社会進化の過程と解釈した⁴⁴⁾。20世紀前半のイギリス社会人類学では、親族名称体系におけるある特定の名称同士の社会的関係(例えば、母方の叔父と甥の関係)が、その社会における社会構造(出自規則・居住体系・財産分与の仕組みなど:例えば、母方交又いとこ婚)にどのように組み込まれているかという視点(「機能構造主義」)からの研究が行われた。

それに対して、1950年代からアメリカ人類学で起きた知的革新は、親族名称体系を「カテゴリー」の体系として捉え、それを、カテゴリーとカテゴリーを生成する規則により、記述しようとした点である。例として、トロブリアンド諸島における「タマ」という親族名称を取り上げてみよう。この名称は、1 父、2 父の兄弟、3 父の姉妹の息子、4 父の母の姉妹の息子、5 父の姉妹の娘の息子、6 父の父の兄弟の息子の息子、7 父の父の姉妹の息子の息子、を指すと考えられている。Lounsburyら³⁷⁾は、この「タマ」という親族名称が、次の規則から生成できることを示した。

規則A ある男の姉妹はその男の母と同値である

規則B 同性の兄弟(姉妹)は、同値である

規則C 異父(異母)兄弟姉妹は、兄弟姉妹と同値である

これらの規則が演算規則として働くと仮定すると、たしかに上に示した7つのカテゴリーは、すべて「父」と等価であり、等しく「タマ」として指し示することができることがわかる。以下にいくつかの例を示そう。

a. 父→(規則B)→父の兄弟=父

b. 父の[父の息子]→(規則C)→父の兄弟=父

c. 父の[父の兄弟]の息子=父の父の息子=父

d. 父の[母の息子]→(規則C)→父の兄弟=父

e. 父の母→(規則A)→父の姉妹

そうした意味論領域を研究するために用いられた方法は、「成分分析 (componential analysis)」と呼ばれた。そして、この方法・理論の流れは、より広い知的文脈においては、1960年代のChomskyによる「認知革命」に呼応する形で、エスノサイエンス (ethnoscience)・認知人類学 (cognitive anthropology) というサブディシプリンへと発展し、そのエスノグラフィーは「ニュー・エスノグラフィー」ともいわれたのである。

V 経験を解釈し構造化する働きとしての文化 (文化的認知モデル)

さて、前置きが長くなったが、筆者がこの小論において展開する「エスノグラフィー」は、広い意味で、これまで議論してきたエスノサイエンスに端を

発する認知人類学の系譜に属するものである。これはアメリカ人類学においても比較的特殊な位置を占め、日本においてはほとんど専門家がいまいのが実状である。ただし、医療人類学においては、認知人類学的関心をもった研究者が比較的多い。Kleinmanはさほど明確には示さないが、同僚のGood¹⁷⁾（「意味論ネットワーク理論」を積極的に適応）や、先に少し名前を挙げた、Young, Garroの他、Boster, Weller⁴⁾らもいる。

また、前節の紹介はあくまで初期の形式性が強い議論であり、読者の中には、ニュー・エスノグラフィーに対して、きわめて限定された語彙の意味論であるかのような印象を持たれて方もいるかもしれない。しかし、筆者が紙幅を多少費やして前節のような言及を行ったのは、一口に「エスノグラフィー」といっても、その種類やスタイル、理論・方法において、人類学内部においても多様であることを示したかったからである。筆者がここで展開する「文化的認知モデル理論」は、エスノサイエンスやニューエスノグラフィーの批判的検討の上に成り立っているものであり、理論・方法の対象となる議論の水準（「人間の思考過程・認識と文化との関係性」）は同一でも、その中身は全く異なっているとんでもよい。

とくに1980年代後半以降、認知人類学は、認知の「状況依存性 (context-specificity)」に着目してきた。それ以前、認知科学は「認識」をすべて頭の中の表象操作として捉えていたのに対し、「状況認知 (situated cognition)」「分散認知 (distributed cognition)」あるいは「ディスコース認知 (discursive cognition)」と呼ばれる研究は、「認識」が「状況」「文脈」に深く埋め込まれ、間主観的に生起するものであると主張した（例えば、Suchman⁵³⁾、Lave³²⁾、Chaiklin and Lave⁶⁾、Hutchins²⁵⁾など）。

この状況認知論の流れは、認知心理学の分野では、主流である認知表象主義と激しく対立している。筆者がここで展開する「文化的認知モデル理論」は、前者にその多くをおいながらも、後者の関心もまた共有している。文化的認知モデル理論とここで私が呼ぶ理論は、アメリカ認知人類学において1980年代後半、アメリカ言語学における「認知意味論」の強い影響下に成立したCultural Models Approach^{*5)}に、Walter Kinstchのtext-base理論⁵⁶⁾、Sperber-

WilsonのRelevance Theory⁵⁴⁾、Mishlerの談話分析に基づく批判的医療社会学⁴³⁾、Laveの「Cognition in Practice (実践認知)⁷⁾³²⁾を組み合わせた理論である。

文化的認知モデル理論の基本となる理論・方法論的措置は次のような命題で表現することができる。

- 1) 文化を人々が経験を解釈し、構造化する働きの側面から、経験をイベントとして構造化する側面から捉える
- 2) 状況をプロトタイプ化し構造化する文化の働きは、認知心理学で、フレーム、スクリプト、スキーマと呼ばれているような概念によって定式化することができる（それを「文化的認知モデル」とよぶ）
- 3) ただし、文化的認知モデルは、いわゆる狭義の「認知能力、概念」に関与するものだけでなく、社会的制度、生態学的な人との配置、文化的な装置・道具（例えば体温計）などもまた重要な構成要素である。そうした制度、配置、装置、などは認知モデルに対する“constraint”として働き、Gibson的な「アフォーダンス」を成立させる。
- 4) したがって、「文化的認知モデル」理論は、図1のような相互作用の関係性を指し、その関係性を認知の水準で媒介し記述するための装置である。
- 5) その「文化的認知モデル」の研究は、自然言語理解の研究、日常的な状況に埋め込まれた発話・行為の研究から多くの知見を得ることができる。

この理論的アプローチにとって中心となるのは、

- 1) の命題で示しているように、文化を、経験を構造化またはフレーム化し、経験を解釈したり経験から推論を引き出す働きの面から捉えようとする点にある。認知人類学草創期より中心的役割を果たしてきたFrakeは次のように指摘する。

「一般の人々における医療では、病気が生じたことへの対応は、その出来事(occurrence)へ原因を付与することに密接に結びついている。求められているのは、ある種のdiseaseの病理学ではなく、ある特定のeventの原因である」「sicknessは、一種のeventである。誰かが病気だということは、ある経験の解釈を提示していることである。実際の、知覚されてい

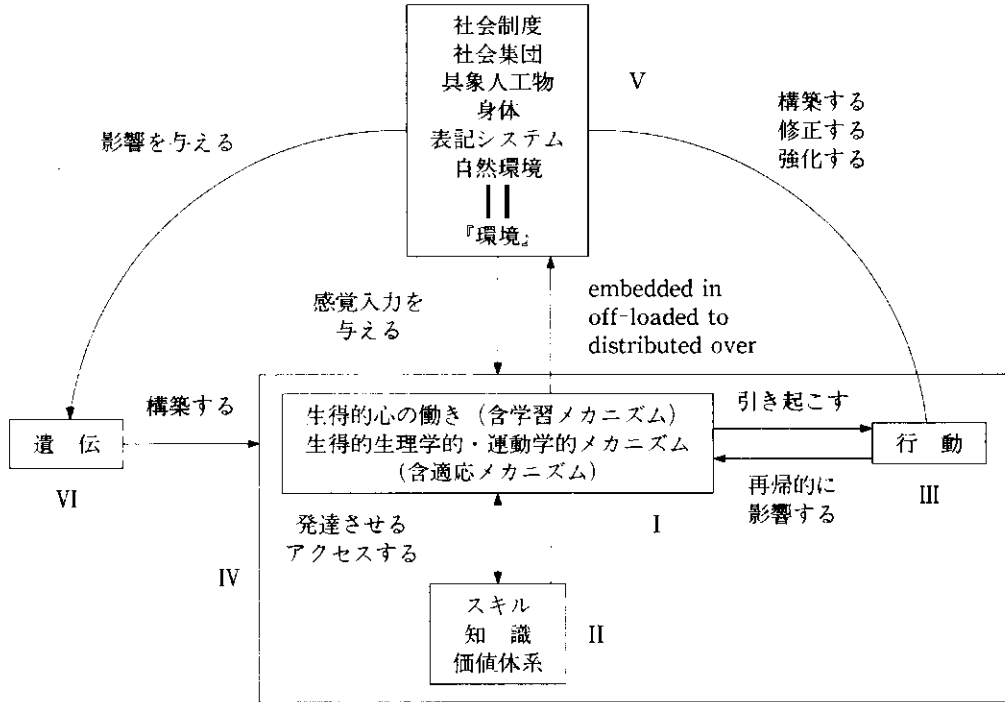


図1 文化的認知モデルが指定する認知・環境・行動の関係

る現実がたとえどのようなものであろうとも、我々は、一般的に、自らの経験を、それぞれの出来事 (occurrence) がある状況に埋め込まれている、一連の出来事 (occurrence) の継起として説明する。そうした出来事 (occurrence) が、eventを構成する。つまり、経験の現在・過去・予測のひとこまをフレーム化する認知的単位であるeventを構成するのである」¹⁶⁾ (62-63: 強調はFrake)。

そして、5) で述べているように、こうした「経験を解釈し社会的出来事を生成する力をもつもの」としての文化 (文化的知識と文化的推論) は、発話、談話 (ディスコース) とそれが生成する文脈の研究から出発すると筆者は考えている。病気をめぐる言説は、その生成と意味理解とにおいて、文化社会的実践活動とそれに基づく認知モデルとによって構成されているものとして記述できる。つまり、我々の認知活動は、狭義の個々人に帰属する認識の問題ではなく、文化社会的実践活動と我々の認知システムとの協働関係・弁証法的関係において分析しなくてはならないものである。以下、体温、発熱、中耳炎、診察室など、ヒトの身体的変化を「出来事」にする

社会的コンテキスト (私たちの場合、通常「医療行為」というコンテキストであるが) について、文化的認知モデルという概念装置を使って具体的記述を試みたい。

VI リサーチセッティングとメソドロジー

筆者の場合には、こうした「文化的認知モデル」の研究として、小児を持つ母親たちと小児科医の臨床を対象とした調査を行っている。この調査においては、

- 1) どのように子どもが病気だと認識するのか、
- 2) 何をどのように考え、病気が治るようにどのような手段をとるのか、
- 3) 小児科医・内科医とどのようなコミュニケーションを行うか、
- 4) 小児科医・内科医の臨床における知とはどのようなものか、

などが主要な目的である。こうした目的を追求するために、従来的人类学的参与観察 (小児科医院での実際の診察行為に研修医として参与観察する)、非構成的インタビューなどに加え、認知心理学からの形式的なデータ収集と構成的インタビューを取り入れた、

フィールドリサーチについては、Xで触れるので、ここではまず、形式的データ収集についての議論から始めたい。調査に用いたフォーマットの概要は以下の通りである。

- 1) 病名収集：まずインフォーマントに思いつくりの病名を書き出してもらった。
- 2) カード分類：その収集された病名(だいたい一人当たり20前後の病名があげられた)から、多様性・頻度・明確性の観点から50あまりの病名を選択し、その病名を書いたカードをインフォーマントにどのような特徴からでもよいかから分類してもらった(日本人のインフォーマントからは80余りの分類の仕方が引き出された)。
- 3) sentence-frame task：sentence-frameというのは、「(病名)は(特性である)」(例：「()は成人病である)」という文の形をした枠組みのことである。インフォーマントに、2)で用いた病名をそれぞれのsentence-frameに入れて読んでもらい(例えば、「(はしか)は成人病である」)、それが適切であるかどうかを、「強く同意する」「同意する」「どちらかといえば同意する」「どちらかといえば否定する」「否定する」「強く否定する」の6段階で判断してもらった。
- 4) free-protocol recall task：以下で説明。

ここでとくに取り上げたいのは、最後のfree-recall protocolタスクである。このタスクは、ある母親と小児科医との実際の臨床における対話(エピソード)をインフォーマントに読んでもらい、記憶していることを書いてもらうという単純なものである。しかし、このタスクの背景には、かなり議論の余地がある認知に対する強い理論的指定がある。もちろんその方法論自体の検討が必要ではあるが、ここでは、そうした理論的・方法論的負荷があることを前提として枠組みを提示することにしたい。

ここでの関心は、エピソードの含まれている内容とインフォーマントがfree-recallにおいて覚えていた(と思った)内容との関係である。当たり前のことだが、インフォーマントは必ずしもテキストの内容をすべて覚えているわけではないし、また、テキスト通りの内容を覚えているわけではない。問題はそのズレ・差異をどのように扱うかである。

筆者は、東京のある内科・小児科における臨床場

面の参与観察から、その臨床医とある患者・保護者とのやりとりを選び取った。末尾にそのエピソード付してある。各インフォーマントにこのエピソードを母親の立場で読んでもらい(つまりこの場合、病状を把握し、どのようにして病気から回復するかが解決すべき問題である)、その後、覚えている限り書き出してもらった(free recall)。

おそらく末尾のエピソード(Appendixを参照)は多くの日本人にとってそれほど奇異ではなく、ごくふつうの診察風景と「理解」されるであろう。では、一体私たちは何をどう「理解」しているのだろうか？このfree-recall protocolタスクにおいて、インフォーマントはバラバラの答えをするわけではない。もちろんテキストそれ自体に拘束されてはいるが、インフォーマントの記述には、何が言及されやすいか、何が誤解されやすいか等に関して一定のパターンが存在する。例えば、医師が子どもを触診しようとした際、母親は「抱っこしましょうか？」といい、医師は「ええ。(抱っこしてもよいし)立たせてもいいですよ」とこたえているが、この対話はこのエピソードにとって関連性(情報性)が低いものであり、したがって、フリー・プロトコルでは言及される可能性は低い。というのは、医師が診察を遂行することがこの状況における問題であり目標であろうが、患者が幼児の場合、どのような姿勢で行われるかという情報は関連性が低いと考えられるからである。

ただ、ここで明確にしておきたいのは、筆者の立場は「問題」なり「目標」というのを「関連性(relevance)」⁵⁴⁾と言い換えてもよいくらいに広い範囲で考えているということである。我々の言語使用を含む行為一般はgoal-oriented, problem-solvingの側面から記述できることは確かであるが、人類学的関心、つまり活動実践における認知(cognition-in-practice)、日常生活世界における認知の場合、「問題」「目標」「プラン」といった概念は実験心理学が指定する明確に定義づけできるものとは大きく異なっている(Lave³²⁾, Such-man³⁵⁾らの議論を参照)。子どもが病気になった場合、その母親にとっての問題はもちろん「病気を治す」ことには違いないが、数学の問題や心理実験における問題とは大きく異なり、何をもって「治った」とするか曖昧であるし、またその問題を解くアルゴリズムは、あるとしても一つ何か

最適なものがあるわけではなく、アドホック的な問題設定一意志決定の連続であろう。

それでもなお、このエピソードの「理解」のされ方には「文化」が、つまり「共有された解釈、経験の構造化の枠組み」が深く関与していることを強く示唆する結果が得られたのである。筆者は、アメリカ・イギリスで調査を行った際に、もともと日本語で行われたこのエピソードを英語に訳し、アメリカ・イギリスのインフォーマントたちに読んでもらい、自由に感想、奇妙に思う点をいってもらった(この方法はFrakeの示唆に基づく)。すると当然のことながら、日本のインフォーマントが日本語によって極めて自然に解釈していたことが、実は多くの文化・社会的装置を前提として成立していることが明らかとなる。

Ⅶ 体温の文化的認知モデル

それが最も明瞭に現れるものの一つは体温・発熱に関してである。体温については各文化・社会ごとに際だった相違が見られ、それがエピソード自体にもまたその解釈にも大きく影響している。まず第一に、体温を測る、その測り方と単位の問題がある。日本人が通常わきの下で測り、摂氏を単位として用いるのに対し、アメリカ人の場合、通常肛門口で測り、華氏を単位として用いる。イギリスの場合は、事情が若干込み入っているため後に触れることにし、ここでは、日本とアメリカとの比較を考慮してみよう⁶⁾。

まず、測り方の問題としては、肛門はわきの下に比べ摂氏で1度ほど高い。したがって、アメリカ人にとっては華氏98.6度(摂氏37度)がいわゆる「平熱」である。実際多くのアメリカ人インフォーマントは平熱は何度かときかされると、98.6という数字をあげた。それに対して、多くの日本人にとっていわゆる「平熱」は摂氏36-36.5度(華氏96.8-97.7)程度であり、摂氏37度つまり華氏98.6度は微熱・病気の徴候と考えられるであろう。ここで興味深いのは、10進法である以上、通常「切りのいい」数字(*.0または*.5)が判断基準とされることが多いのに、アメリカの場合、何故98.5ではなく、98.6が「平熱」のプロトタイプなのかということである。それは、医学研究者間においては摂氏が標準であり、それが一

般の人々が利用する華氏に置き換えられたために98.6という数字が一般の育児書等で広く流布された結果と考えられる(だが多くの人はいずれも摂氏からの変換による数字であることを知らない)。しかし他方で、何度から病気の徴候と考えるかはいわゆる「切りのいい」数字で説明される。例えば、あるアメリカの育児書では、「非常に大雑把な経験則ではあるが、華氏99度(摂氏37.2度)以下は全く無視してもよいであろう。華氏100度(摂氏37.8度)以上は発熱と考えられる。その間にはどちらの可能性もある」(Leach 1982: 502-503)。

したがって、日本人とアメリカ人とは次のような異なる体温に関するCultural Model (cognitive map)が存在する。図2において、上半分が日本人の体温に関する認知モデルである。36.5度を越えると発熱したかもしれない、少し具合がよくない、と考え始める([1]の領域)。人によっては総合感冒薬を服用するかもしれないし、少し様子を見る人もいるだろう。37度を越えると、明確に発熱したと認識し、何らかの市販薬(OTC: Over the Counter medicine)を服用する可能性が高い。あるいは、子どもの場合にはその母親は医師に連れていこうとするだろう([2]の領域)。さらに38度をこえると「具合が悪い」と認識され、大人でも医師の治療を受けたり、仕事を休む人もでてくる([3]の領域)。39度以上は、熱だけで考えても重症であり、仕事・学校などを休み、安静にしていることが必要だと大部分の人が思う([4]の領域)。一方、下半分はアメリカ人の発熱の認知モデルであり、平熱から徐々に重篤度への認識が図のように異なっている。従って、先のエピソードにおいても、熱の測り方、測る単位といった行為、慣習が「高熱の認知モデル」を構成し、こうした文化的モデルが、エピソードを生成する際に、またそれを解釈する際に関与している。

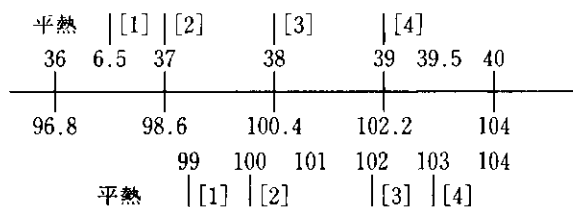


図2 発熱に関する認知モデル

イギリスの事情はやや複雑である。まず、測定単位に関しては現在摂氏への移行が進行中である。学校教育では摂氏が用いられ、テレビの天気予報においても摂氏でまず気温は言及される。しかし、筆者のインフォーマントの世代(20代から30代)では華氏に慣れ親しんでおり、天気予報においてテレビ局は摂氏の後に華氏表示を補っている。しかし、より重要なのは、イギリスのインフォーマントの場合、体温を測ることそのものに余り関心を払わないということである。これは、体温の上昇が病気の兆候とみなされていないというわけではけっしてない。もちろんイギリスの母親たちも子どもが熱を持つことには注意を払っている。しかし、彼女たちの場合、よく聞かれた言い回しは、「子どもの表情を見れば熱っぽいかわかる」「子どもを抱いてみればわかる」といったもので、体温計の示す目盛り表示に関心を持たないのである。実際、インフォーマントの中には体温計を持っていない家族も存在した(しかもその家族はご夫婦共に中学校の教員をしている家庭である)。また、イギリスにおいては、通常の体温計に加え、fever-testerという検温装置が広く用いられている。それは、図3にあるような帯状のものである。一部がカセットテープの磁気テープのようになっていて、これを額に張り付けると、体温に応じて、その温度周辺が発色をする(低い温度の方から青・緑・黄色・オレンジ・赤と虹のように連続的に変化する)。これはもちろん正確さという点からは不十分であり、イギリスの育児書には、fever-testerは不正確なので、使わないようにと述べられている。このような記述が一般の育児書にあること自体、テストの普及を示している。

こうしたイギリス人の態度は日本人と対照的である。日本においては、母親たちは子どもが発熱していると考えられるときには、少なくとも1日に2回は体温を測っている。「小児用」のデジタル体温計すら市場には存在し(上のエピソードでもそうであった)、それは、一様にアメリカ・イギリスのインフォーマントたちに奇妙な印象を与えた。実際、子ども

の発熱に関しては、水分補給に留意すれば、体温計の目盛りよりも、その子の状態に応じた対処が重要であることは、多くの研究者が主張している。この意味では、イギリス人の対応の仕方が一番理にかなっていることになるだろう。にもかかわらず、日本人が体温計の目盛りに留意するのは、「芯熱」「体の芯に熱がある」という概念が強く関与していると思われる。

VII 発熱の文化的認知モデル

このエピソードでは、医師が足を触って「足が熱いですよね」と述べたり、「芯に熱があるみたいですな」([The baby] feels feverish at the marrow.と訳した)といたりしているが、こうした発話はアメリカ・イギリスのインフォーマントたちには理解不能であった。つまり、熱は「ある」か「ない」かであって、「中であって表面はない」という考え方は存在しない。したがって、熱があれば、それに対して冷やせばよい、という考えが帰結する。実際、アメリカの場合、“lukewarm bath treatment (ぬるま湯療法)”とあって、体全体をぬるま湯(とはいってもプールぐらいの感じでかなり冷たい)につける治療法が現在でも知られている。つまり、熱が出ているのだからその熱に対抗して冷やさなければならない、という認識モデルが存在しているのである。「現在でも」といったのは、1960年代まで学術論文において真剣に高熱に対する冷却療法が検討されていた。その後熱に関する研究の発展により、こうした「ぬるま湯療法」は、する根拠はないし、むしろ危険であるという考えが医師たちの間には普及してきているが、母親たちの世代は自らの経験から「ぬるま湯療法」を行うインフォーマントもいたし、実際、育児書の類にも、発熱への対処法の一つとしてぬるま湯療法に言及しているものもある。

ここでは残念ながら、詳しく触れることは紙幅の都合で控えるが、要点だけ述べると、1970年代まで、熱に関しては、運動などによって体温が平常値よりもはるかに越える状態になる「超高熱(hyperpyrexia)」とウイルスなど外敵が侵入してきたことに対する進化的に獲得された防衛反応としての「発熱(fever)」とが明確に区別されておらず、「熱=悪」の図式が特に小児科の文脈では根付いていた。これは

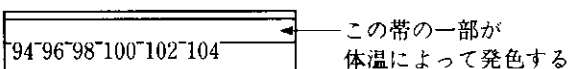


図3 fever-tester

逸話的になるが、筆者が大学院留学した際、ルームメイトであったアメリカ人（彼は現在弁護士である）も、華氏103度（おそらく摂氏39.5度の変換）になったら全身を水につけると述べた。彼の理論では、高熱は脳にダメージを与える恐れがあるというのだ。そこで筆者が、頭だけを氷枕のようなもので冷やしたらどうなのかと彼は、血液は循環しているのだから、全身を冷やさなければならぬのだと反駁した。しかし、筆者が最も驚いたものの一つが、次のような状況に出会ったときであった。筆者はアメリカのある小児科においてフィールド・リサーチを行っていた。診察室で患者の男の子とその母親と一緒に、医師がくるのを待っていた（日本と違いアメリカではいくつかの診察室に医師がやってくる）。その男の子はいかにも熱がありそうで、悪寒にふるえ、ジャンパーで自分の体をきつく抱え込むようにしようとしたところ、母親は、「なんでそんなことするの！熱があるんだから、涼しくしなきゃだめじゃない！」と言ってジャンパーをはがしとったのである。

それに対して日本人の母親たちが、体温計の目盛りを気にするのは、「たとえ、表面はそれほど発熱を感じなくても、体の芯には熱がまだあり、ぶり返す場合がある」という推論が存在しているからのように思われる^{*)}。

日本人にとって、熱は両義的である。一方で熱は病気と同一視されている。したがって、表面的には大丈夫そうでも、熱が内部に残っており（つまり病気も残っていて）、少し油断すると再び活発になるという推論も働く。しかし同時に熱はもちろん気をつけるべきであるが、一種の身体の内部から生じる自然の抵抗力の表現であって、無理矢理押さえ込むべきものとは一概にとらえられていない。したがって、発熱すると、もちろん高熱時には解熱剤などを投与するが、ある程度沈静化すると薬を投与するのをやめる場合も多い。むしろ、異物である薬の服用のしすぎは身体がもつ自然な治癒力を損なうものとも考えられている。

ところがアメリカにおいては、「抵抗力というのは病気にかかるまでであり、いったんその防護壁を破られて病気になってしまうと薬で直すしかない」という推論が存在する。従って、熱つまり病気は徹底的に取り除かれなければならないし、薬もすべて服

用すべきものと考えられている。先のエピソードで、悪化したケースに関して、医師は「座薬がまだ残っているか」とたずねているが、この部分はアメリカ人・イギリス人のインフォーマントにとっては奇妙で理解しづらいものであった。というのは、この発話は、「前に処方した座薬を母親が使いきらずに残している」可能性があることを前提としてはじめて理解可能なものである。日本人の場合、医師から処方された薬を使いきらずに残しておくことが普通で、この医師の質問は、推論を医師-患者とも共有しており、医師は自らが必要であるが故に処方したはずの薬を患者が指示に従わず勝手にやめても問題ないと考えていることを示している。それにたいし、アメリカ・イギリスにおいては医師からの薬はすべて服用しきるべきものと考えられている。実際、薬のパッケージも、アメリカ、イギリスでは解熱剤ははじめ幼児用は液体であり、長期保存ができないのに対し、日本では錠剤、顆粒、粉末が主であり、長期保存が可能となっている。

このような、発熱をどのように経験・解釈するかというかなり広範囲のコンテクストを構成する要素における違いの他にも、診察室・診察法・処方といった患者・医師が出会う「医院」という場に限定された(context-specific)要素における違いも数多く存在し、上記のエピソードの生成およびその理解には不可欠である。例えば、アメリカ人のインフォーマントの中には、医師が最後の場面で、薬の量を決めるのに、体重を母親に尋ねたのを奇妙に思う人もいた。それは、アメリカにおいては診察前に体重と身長を測ることになっているからである。また、健康保険制度を中心とした社会制度としての医療という問題を最も端的に示しているのは、「眼科医にかかった」ということをこの親子にとってかかりつけ医らしい小児科医が把握していなかった点である。プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアとの分業が確立していない日本では、このエピソードのように複数の医師に同時にかかることはよくあることであるが、英米のインフォーマントには意外な（つまり彼らの制度に起源を持つschemaに抵触する）ことである。

IX 寝冷えの意味論

病気に関して「どうして病気になったのか」とい

う「因果関係」は、病気を経験として認識する上で重要である。しかし、医師と患者が経験を構成する際に依拠する「因果関係」はかなり異なったものである。

バイオメディスンにおいて、抗生物質の発見以来「因果関係」は、ウイルス、バクテリアなど人体の外にある「異物」に原因を求める推論過程が支配してきた。慢性疾患がいくつかの要因により顕著となり、それに対してウイルスなどの原因が求められず、バイオメディスンの効果が疑われ出すと、近年バイオメディスンは遺伝子にその「原因」を求められてきている。いずれの場合も、バイオメディスンの体系においては、ある病理は、何からの物質的な変異が原因として特定されなければならない。

それに対して、先にFrakeの引用で指摘したように、一般の人々にとっては、ウイルスの名前を知ったり、病変を起こした遺伝子の配列を知ることが、「病気の原因」として求められているわけではない。「具合が悪くなった」ということを「社会文化的出来事」にするための原因(つまり、ある社会文化的行為あるいは社会文化的状況・文脈と、具合の悪さとの間の関係性)が求められているのである。

例えば風邪を引いたとき、風邪のウイルスにかかったということよりもむしろ、何故私がかかったのか、についての説明を人は求めるであろう。その意味で、日本人の「寝冷え」という概念はきわめて興味深いものである。先のエピソードを用いたfree-recall protocolタスクにおいて、病気の原因として「寝冷え」を、75%が言及しているのに対し、「鼻風邪が、喉風邪と鼻水との原因である」という医師の診断にはわずかに17%しか言及していない。実際、インフォーマントたちから収集したエピソード(インフォーマントの子どもが実際に病気になったときの記録)の内、風邪に関連したものは14エピソードあったのだが、その原因としてインフォーマントたちがあげたのは、

寝冷え	4
天候不順	3
疲れ	2
兄弟姉妹からうつった	3
幼稚園でうつった	1
スウィミング・スクールでうつった	2

であった(複数回答あり)。「寝冷え」という概念は、米・英ともに説明してもなかなか理解が得られなかった。Helman²¹⁾は、ロンドン郊外の調査を基に、「髪をぬらしたまま外出する」といったpropositionが風邪の「原因」として説明されると報告しているが、「寝冷え(「睡眠中に布団をはいたりして体を冷やしたために、下痢や風邪などの症状を起こすこと」大辞林)」というのは、イギリスのインフォーマントも違和感を感じたようであり、ましてアメリカ人は「風邪はウイルスでおこるもの」と一言で片づけてしまうインフォーマントが大半であった。

では、日本人にとって、「寝冷え」とはどうして「原因」となるのであろうか? 筆者の仮定は、日本人が風邪のような病気を経験としてevent化する認知モデルには、その原因に関する領域があり、「時」「場所」「体力低下」という3つの要素に関する情報を必要とするのではないかというものである。つまり、日本人は風邪が「うつった」としても、「いつ」「どこで」あるいは「その人がかかった理由として何らかの体力低下要因」のいずれか(あるいは複数)が特定化されていないと、理由としては不十分に感じるのである。

この意味で「寝冷え」という概念は、「一の夜」「家で寝ていたときに」「寒さに対して寝ているという無防備な状態で曝されて」風邪にかかった、と、原因の文化的認知モデルを極めてよく満たすものである。あるいはまた、「幼稚園で今風邪がはやっていて、幼稚園でうつされた」というディスコースも、「場所」「時間」が特定される。さらにこれに、「昨日は幼稚園でプールに入った」という要因が加われば、「体力低下」の要因も特定化されることにより、「子どもが風邪を引いた原因」としては十分なものとなるだろう。

X 物理的空間としての診察室

さて、先にも触れたように一連の調査の一部として、医療現場でのフィールドワークを行った。ここからはフィールド調査をもとに、「診察室」というものがいかに「社会文化的認知空間」であり、「中耳炎」がそうした「社会文化的行為」の産物としてアメリカにおいて生成されていく様子を明らかにしたい。

アメリカにおいて協力してくれたのは、東海岸の

中都市にある2つのクリニックである(Aクリニック、Bクリニックと呼ぶ)。Aクリニックは、大きな小児病院のサテライトクリニックの一つ。アメリカの中心街に位置し、メディケア(医療福祉制度)利用者など、比較的低所得層が多い。それに対し、Bクリニックは中心部の周縁に位置し、比較的高所得で、自ら医療保険をもっている人たちが多く、Aクリニックとは対照的であるが、以下の分析で述べる医療行為のあり方に関しては差異は非常に小さい。

Aクリニックでは、実際診察にあたるのは研修医(resident)である。午前・午後それぞれ6、7人の研修医と、小児病院のベテラン医師1人が勤務し、ベテラン医師の監督下に研修医が診察を行う。看護婦は2人である。また、週1度は昼休みの時間を利用して研究会が開かれている。これはある症例をもとに、何をどのように考えるのかディスカッションするものである。Aクリニックにおいては、50余りの診察を参与観察し、研究会に10回ほど出席させてもらった。Bクリニックは、4人のベテラン小児科医が共同経営している。診察時には3人ないし2人が勤務し、やはり2人ないし3人の看護婦(夫)が補佐している。このクリニックでも50程度の診察場面に参与観察した。

一方日本では、主として東京郊外で開業している医師(Cクリニック)に協力してもらい、100近い診察例を集めることができた(それと平行し、ある大学病院で2日ほど参与観察する機会を得たがCクリニックでのリサーチが大部分を占める)。アメリカでは病院自体が積極的にこうした調査に協力してくれる(小児病院の救急患者セクションでも1日ではあるが観察を許可してくれた)のに対し、日本では個人的なつながりに頼らなくてはならない場合が多い。

日本の診察室とアメリカとの最も大きな違いの一つは、日本では、医師が診察室にいて、患者がそこにはいるという形であるのに対して、アメリカでは患者が診察室にいて、そこに医師が入るとい形をとる点である。図4にBクリニックの概略を示している。Bクリニックの場合、1階が医師の部屋、レセプションと待合室で、2階が診察室と小さな休憩室などからなる。この図のAからGがすべて診察室である。患者は原則として予約をしておき(再診の場合は既に決まっている)、予約の時間に受付をし、待合

室で待つ。

図4で2階にXという場所がある。他の場所が比較的限定された機能をもつに対してXは、患者が予約してから受付し、診察を受け退出するという一連の行為に関する情報が交差する場である。

まず、Xの場所には、1階の受付と2階とをつなぐ書類等が運べるくらいの小さなエレベータがあり、カルテはそのエレベータでやりとりされる。まず受付は来院した患者のカルテを2階に送り、看護婦が開いている診察室を確認して患者の名を呼び、カルテをカルテフォルダに一つずつ差し込む。医師はカルテフォルダからカルテをざっと見て、自分の担当であるか、担当が決まっていない患者のカルテを取り出して、その患者が待つ診察室へと向かう。診察が終わるとカルテをXの場所で書き、それを一角にあるカルテ置き場に置く。看護婦は逐次カルテをエレベータで受付に送り返す。

またXの場所には図に示してあるようにコンピュータがある。コンピュータにはリアルタイムで、予約患者の情報が画面表示されている。患者の性別・予約の事由・予約時間・受付したかどうか・担当医

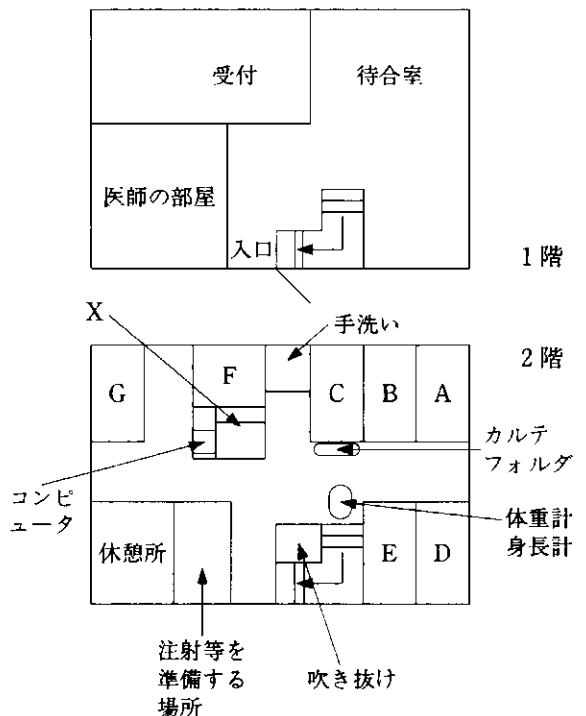


図4 Bクリニック内部の概略

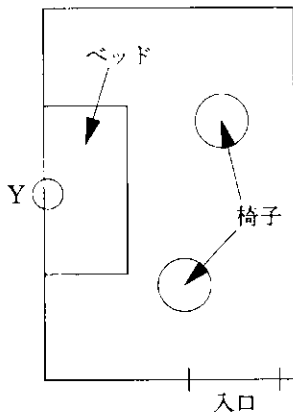


図5 典型的なBクリニックの診察室

師が誰か(誰でもないか)などの情報が表示されている。医師はカルテを書く際に画面をのぞき込んで、どの程度の患者が待っているか、あるいは来ることになっているのかなどを確認できる。

一方、患者の側から見ると、受付を済ませ待合室で待っていると、看護婦が2階から呼び出すので、それを受けて、2階に上る。2階ではまず体重と身長とを測り、それから診察室にはいることになる。

さて、診察室内部に入ろう。図5にあるように、診察室内部は一見診察用ベッドと椅子があるだけで何の変哲もないように思われる。ところが、いったんフィールドリサーチを始めると、ある診察器具が存在を主張し始める。それは図5のYの位置にある。ここには、耳の内部をのぞくための装置(耳鏡)と、取り替え用の漏斗、使用済みの漏斗入れ、消毒用の脱脂綿とアルコールがおいてある。医師は診察室にはいると一通り問診したあとに、子どもを診察台にのせる。そして医師は子どもがどんなに泣こうが、わめこうが、耳鏡で耳の中をのぞき込むのである。これは別にBクリニックに限ったことではない。Aクリニックも診察室はほぼ同じ構造であり、耳鏡などの備品に関しても同様である。研修医は定期検診で来院した子にも必ず耳鏡による耳の検査を行う。

XI 社会文化的実践認知行為としての中耳炎

フィールドリサーチ当初、こうした診察風景は筆者にとってかなり奇異に映った。日本の小児科医は無理に耳の中をのぞくことをしない。よほど患者が耳を痛まっているなど、中耳炎の可能性が高い場合

に限り、耳鏡を用いるのが普通だからである。

こうした医療行為の違いは、いくつかの異なった水準が多錯的に関与している。健康保険制度という社会制度の水準、当該社会集団の疫学・生理学的水準、そして病気が何故起こるのか、私たちの身体がどのように対処するのか、といったことに関する文化的推論・モデルの水準などが相互に(進化的・歴史的次元も含め)多錯的に関連しあっているのである。

まず、この日米の違いは健康保険制度が深く関与している。日本の場合、耳を診察することに対して保険料が支払われるわけではない。医師としてはわざわざいやがる子どもを泣かして医師嫌いにさせるリスクを犯してまで耳をのぞくインセンティブは存在しないのである。それに対し、アメリカでは医師の耳を診ることを含む診察行為に対して報酬が支払われる。耳を診ることは制度の一部であり、それによって子どもがいやがることは無関係なのである。実際、医師が耳鏡に手を伸ばす気配を感じただけで泣きはじめる子どもも少なくはなかった。

しかし、この違いをたんに制度の問題だけに還元するとしたらそれは短絡的すぎる。実際に中耳炎の罹患率はアメリカの方が高いようなのである。Croteauら⁹⁾によると、アメリカでは3歳時までに70%の子が少なくとも1度は急性中耳炎に罹患し、鼓膜切開術を受ける子が年100万人に達して、中耳炎関係の医療費は年2億ドル(約200億円)に上ると報告している。またDaly¹⁰⁾は各国の中耳炎に関する文献を比較報告しているが、それによると、アメリカでの調査がだいたい、10~30%の罹患率を示しているのに対し、日本の調査は0.5%程度(ただしこれは対象年齢が6歳から9歳と高く、一般に乳幼児の方が罹患率が高いことが知られている)だという。

フィールドリサーチにおいてもこの中耳炎の罹患率の高さは明らかであった。発表者は日本とアメリカそれぞれで15家族ずつに協力してもらい、子どもが病気になったときのエピソード収集を行った。全部で日本では40余りのエピソードがあるが、そのうち中耳炎だったものはわずか1エピソードにすぎない。それに対して、アメリカでは約30エピソードのうち実に6割で中耳炎が関係していた。またクリニックでの参与観察においても、半数近くの場合に中耳炎という診断が下された。

とりわけ深刻なのが、慢性化した中耳炎である。あるエピソードでは、3歳の子が、2、3カ月の間に3回も中耳炎に罹患し、慢性中耳炎と診断された。慢性中耳炎 (chronic otitis media)、頻発性中耳炎 (recurrent otitis media) と診断されると、予防のための抗生物質投与が行われ、さらには鼓膜切開手術、チューブ挿入が検討される。「チューブ」という語はこうした子どもたちを持つ親にとっては、一種象徴的な意味あいを持つにいたっている。つまり、子どもが一度でも中耳炎になると「チューブ」をいれなければならないことを親は心配し、恐怖し始めるのである。

しかし、何故これほどまでに中耳炎の罹患率が高いのであろうか？アメリカ人自身が指摘するのは、家の機密性の高さと保育所である。調査地域は厳冬で知られている地域で、冬場は特に機密性の高い家がセントラルヒーティングによって暖められた状態で密閉されるので、微生物が繁殖しやすいという推論が一つ。もう一つは、保育所 (daycare center) に子どもを預ける親が多いのだが、保育所でさまざまな子どもが互いに感染させあっている、という推論である。確かに保育所でも1日フィールドリサーチを許されて調査を行ったが、その3歳児クラスでは耳のチューブを入れている子が10人中3人いた。このような状況においては、たとえいやがっても耳鏡で診るのがルーティン化しても不思議ではない。

ただ、こうした要因は、遺伝も含め疫学調査によって相関関係が明らかにされるべきものである。むしろ筆者にとってこうした要因以上に気になったのが、抗生物質投与の仕方であった。

XII 抗生物質投与と文化的推論

先にも触れたように、慢性中耳炎、頻発性中耳炎の子に対しては、たとえいったんよくなったとしても、予防用として抗生物質を投与するケースが多い。これは冬場から春にかけてが多く、1カ月単位で抗生物質が投与される。抗生物質に関してはその投薬のしすぎが日本では問題となり、広範囲の抗生物質に対し高度の耐性を獲得したMRSA (Methicillin-resistant Staphylococcus Aureus) などが話題となってきている。抗生物質は体内の害となる微生物も殺すが同時に善玉微生物もまだ殺し、体の抵抗力を弱

めるともいわれている。

それにも関わらず、アメリカでは1カ月単位の投与が行われ、更に通常の投与でも10日が一単位となっている。つまり、アメリカの医師は抗生物質を処方する際に最低10日分処方するのである。アメリカの医師たちはこの医療実践に関して次のように説明する。もし、中途半端にやめてしまうと、残った微生物は投与した抗生物質に耐性を獲得してしまい、今度また投与したときに効力が落ちるから、すべての原因となっている微生物を殺しきらなければならない。そして実験によると、10日あれば抗生物質がすべての原因となっている微生物を殺しきることができるのである。

しかし、実際の実験結果報告をみるかぎり、9日でも構わない。さらに、これはあくまで動物実験によるコントロールされた状況のもとでの結果であって、人間でも同じである保証はない。まして、原因となっている微生物すべて殺すというのは、善玉微生物もかなり傷つくことを意味しており、果たしてこうした推論が適切であるのかは疑わしい。こうした考察から、アメリカなどにおける中耳炎の高罹患率は、たんに疫学的問題ではなく、社会文化的に作り出されているという主張する研究者もいる³⁾。

一方、日本の医師は一度にせいぜい3、4日分しか投与しない。彼らの説明は、もし患者が具合が悪ければ再診するだろう。もし再診にこなければそれによしとする、というものである。こうした態度の違いは一方で医療制度という社会制度に起因する部分も多い。つまり、先にも出てきたが、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアとの分業が確立していない日本では、複数の医師に同時にかかることはよくあることで、医師は患者のコンプライアンスを期待していないが、英米の場合、かかりつけ医との関係は重要であり、患者は医師の指示に従う傾向が強く、たとえ直っても再診に訪れる (再診は初診の際あらかじめセッティングされるのである)。

ただ、この点に関しても社会制度ですべてが説明できるわけではない。こうした社会文化的行為は、先に議論したような文化的推論の違いにもまた根ざしているように思われる。先述のように発熱したとき、日本人は、もちろん高熱に気をつけるべきであるが、一種の身体の内部から生じる自然の抵抗力の

表現であって、無理矢理押さえ込むべきものとはとらえていない。したがって、発熱すると、もちろん高熱時には解熱剤などを投与するが、ある程度沈静化すると薬を投与するのをやめる場合も多い。

ところがアメリカにおいては、「抵抗力というのは病気にかかるまでであり、いったんその防護壁を破られて病気になってしまうと薬で直すしかない」という推論が存在する。したがって、熱つまり病気は徹底的に取り除かれなければならないし、薬もすべて服用すべきものと考えられているように思われる。こうした文化的認知モデル、つまり経験を解釈する枠組みは、さまざまな行為、制度を通して再生産されていると考えられよう。

XIII 結 語

これまで見てきたように、発熱をはじめ「具合が悪くなる」ことは、社会文化的行為に他ならない。診察室（その物理的空間としての配置とそこで行われる医療行為）は、社会文化的装置、社会文化的認知空間であり、社会制度、身体の生理的・遺伝的水準を含

めた環境、そしてさまざまな文化的知識によって構成されているといえよう。そして中耳炎という感染症であることが自明な「病気」の認知もまた、バイオメディシンのパラダイムの内部での鑑別診断にとどまるものではないことも明らかとなった。疫学的な問題、耳鏡、チューブといった装置、それを支える社会制度、文化的推論、など、「中耳炎」を「社会文化的出来事」として解釈する過程こそが、私たちの日常世界における認知のあり方であり、医師の臨床知でもある。

医療を社会文化的行為としてとらえ、よりヒトに豊かな「意味」を与えてくれるものにしていくためには、エスノグラフィは不可欠の方法であり、それは多様なものであることが必要だと考える。つまり、この小論でも議論してきたように、人々にとって「病気になること」とは「社会的経験」であり、それは基本的に「語られるもの(ディスコース)」なのだから、この小論で展開したような理論や方法が多少なりとも読者の想像力に訴えかけることができたとすれば幸いである。

Appendix : Free-recall protocol task用エピソード

母親と娘が診察室に入る

母親 ああ、夏風邪をひいたみたいで、今は元気そうなんですけど、土曜の夜寝冷えをしたようで、日曜に朝から鼻がでてるんです。

医師 土曜から？

母親 いえ、日曜の朝からです。

医師 そうですか。土曜の夜寝冷えをして、日曜の朝から……

母親 ええ、で、今朝ひどく咳込んで、お熱も少しあるんです。今朝は36.8か36.9℃だったんです。今は普通なんですけど、ここに何おうと家を出たときには36℃でした。

医師 機嫌は良さそうですね。

母親 ええ、見た目には、食欲もあるんですけど、

医師 すると、症状としては、今朝微熱があって……

母親 あと咳が、今日はだいぶおさまっているんですが、

医師 まだ微熱があるみたいですね。

母親 そうなんです。抱っこしたとき熱っぽいんです。それで37度ぐらいだと思ったんですけど、

医師 足が熱いですよね、36度ということはないですね。

母親 ああ、子ども用の体温計が見つからなかったの、大人用の使ったんです。

医師 なるほど。……どうも、芯に熱があるみたいですね。……食欲はどうですか？

母親 食欲はかなりあるんです。でも一日中ぐずって、今は機嫌がいいみたいなんですけど、

医師 下痢はしてませんか？

母親 いいえ、全然。うんちはかたいんです。

医師 兄弟はいましたっけ？一人っ子でしたね？
母親 ええ。

医師は幼児を詳しく診察しはじめ、触診をはじめた。医師が子どもの目を見ているのに気づいて、

母親 結膜炎で、眼科に通っていたんです。
医師 そうですか。ちょっと、目やにがありますね。

幼児は泣き始める。

母親 ええ。眼科で3回目を洗ってもらったんです。それからお医者さん嫌いになってしまって。……先生は白衣着てらっしゃいませんけれど。
医師 じゃあ、背中から診ましょう。
母親 抱っこしてましょか？
医師 ええ。立たせてもいいですよ。

医師は聴診器を使い始める

医師 元気そうですね。
母親 でも、機嫌が悪いんですよ。
医師 さあ、おなかを診てみようかな。(赤ちゃんに)お医者さん嫌いになっちゃったのかい？とってもお行儀の良い子だったのに。

赤ちゃんは泣き続ける

医師 耳を診てみようかな？
母親 (赤ちゃんに対して) ほら、お耳くちゅくちゅですよ。お耳くちゅくちゅ好きでしょ。

赤ちゃんは大きく泣き始める
医師は体温計を母親に渡す

母親 すいません
医師 まだ結膜炎ですね。
母親 ほんとですか
医師 まだかかってるんですか？
母親 いいえ。お医者さんはもう通院しなくていいとおっしゃって。それに2カ月ぐらい前のことですから。
医師 だとすると、鼻からきてるんでしょう。ちょっと汚い話なんですけど、子どもの場合、鼻水が眼に上がっていくことがあるんです。ですから、鼻風邪が治れば、目やにも減ると思いますよ。
母親 もし、減らなかつたら……。
医師 いって下さい。目薬を出しますから。とりあえず今日は、目やには鼻からきてると考えましょう。そうすると、まず耳から。鼓膜はきれいです。喉はちょっと赤いですね。喉風邪ですね。でも、扁桃腺までは行ってません。ただ、夏の喉風邪の場合には、喉に赤いポツポツが出ることがあります。今はそうしたポツポツは出てませんが。心臓と肺の音もきれいです。ですから、気管支炎や肺炎の心配はありません。おなかも良さそうです。

- ですから、軽い喉と鼻の風邪でしょう。おそらく、鼻が原因だと思います。抗生物質は使わないで、普通の鼻と喉の薬を出しておきましょう。
体重はどれくらいでしたっけ？ 7キロくらい？
- 母親 8500グラムくらいはあります。
- 医師 じゃあ、3日分出しておきましょう。1日3回、粉薬なので、水か何かに混ぜて与えて下さい。それから、喉にポツポツができる風邪の場合、38.5から39度くらいの熱がぼんと出ることがあります。そうした場合には、……座薬はまだありますか？
- 母親 はい。
- 医師 半分だと少ないし、1個では多すぎますから、熱が出たときには、角を切って使って下さい。今日から、薬を飲み始めて、明後日の土曜になっても具合が良くならなければ、また連れてきて下さい。
- 母親 どうも有り難うございました。

注

- *1 本論考では、人間の身体を物理的に中立な地平とみなし、「病氣」とは何らかの異物（微生物なり、遺伝子変異など）により生じるとする特定の因果関係を指定した上で、その因果関係の機序に対する何らかの介入（薬物なり遺伝子操作など）を「治療」とする、一つのシステムとしての「西洋型医学」を、バイオメディスンと呼ぶことにする。
- *2 社会科学の場合いずれの専門領域も歴史的な経緯から強い影響を受けており、それぞれの国あるいは研究者集団によって、同じ専門領域名でも全く異なる研究が行われていたり、別な専門領域名が類似の研究課題を類似の方法により研究している場合も多いと思われるが、「人類学」はその多義性・多様性が顕著である。「イギリス社会人類学」（社会構造を中心的概念とする）、「ドイツ民族学」（地理、風土、伝播、文化圏などを中心的概念とする）、「アメリカ文化人類学」（文化、民族集団、適応、心理、パーソナリティなどを中心的概念とする）のように、それぞれの国ごとに大きな違いが見られる。またアメリカでは、「考古学」「自然人類学」（言語学）もまた「人類学部」を構成する一方、「文化人類学」も「心理人類学」をはじめ、「医療」「経済」「法」「政治」「教育」「認知」などと細分化している。「医療人類学」の成立も、アメリカという文脈なしには成立し得ない。本論考では「エスノグラフィー」といった場合、「アメリカ文化人類学」の70年代からの主流である「解釈人類学」的観点からのそれをとりあえず基本と考えている。
- *3 アメリカ人類学にとっては、その成立の当初から、言語学はその一部ないしは密接な領域であった。アメリカインディアンの研究、中南米の古代文化研究
- が、人類学の形成に大きな役割を果たしたことにより、アメリカ人類学は、Morgan, Boasの創世記の頃から、化石、進化（自然人類学）、考古遺跡（考古学）、言語（言語学）、民族文化研究（文化人類学）が一つの大きな複合領域を形成し、人類学を構成した。
- *4 きわめて単純な例を示せば、日本語における「兄」という親族名称は、〈性〉、〈長幼（seniority）〉、〈世代〉、〈直系性〉という意味論的水準が関与的であり、そこでの弁別特性はそれぞれ、〈男性〉〈女性〉、〈年上〉〈年下〉、〈n世代上〉〈同世代〉〈n世代下〉（nは、文化によって細かく分けるところも、分けないところもある）、〈直系〉〈傍系〉である。このような意味論的水準を指定すると、「兄」とは、〈男性〉〈年上〉〈同世代〉〈直系〉という「弁別特性の束」によって定義されることになる。
- *5 より具体的には、Lakoff³⁰⁾、Langacker³¹⁾らの「認知意味論」、FillmoreらのConstruction Grammar³²⁾など、メンタル・スキーマ概念を理論的与件とし、言語を認知の水準でとらえようとする新たな試みで、Quinn, Holland, D'Andrade, Straussなどが主たる研究者である。Quinn and Holland⁴⁹⁾を参照）
- *6 ここでは便宜上「日本人」「アメリカ人」「イギリス人」というが、もちろん筆者はここで主張されることが、強い意味での「日本文化」などに関する一般的な言明であるとは一切考えていない。おそらく、地域毎、世代毎、性別などにより多様性があることは容易に想像される。筆者が主張したいのは、「認知」というものが、いかに社会・文化的制度、装置に埋め込まれているか、その仕組み、機序を「文化的認知モデル」という概念がよく定式化できるということである。

*7 ただし、その後の調査において、日本における20代の母親たちの中には、「芯熱」という概念を持たない人々も存在してきた。筆者の最近の調査では、約半数が「芯熱」を知らないと答えた。こうした人々がどのように発熱に対処するかは今後の興味深い調査の主題である。

参考文献

- 1) 阿部裕「多文化間精神医学の歴史と展望」『文化とこころ』創刊準備号：8-16, 1996.
- 2) ギアーツ, クリフォード『文化の解釈学1・2』(岩波現代選書118・119)(吉田楨吾ほか訳)岩波書店, 1987.
- 3) Black, N.: Surgery for glue ear: a modern epidemic. *Lancet* 1984; 1: 1027, 1984.
- 4) Boster, James S. and Susan C. Weller: Cognitive and contextual variation in hot-cold classification. *American Anthropologist* 92: 171-179, 1990.
- 5) Caster, J. H.: Metaphor in Medicine. *Journal of the American Medical Association* 250(14): 1841, 1983.
- 6) Chaiklin, Seth, and Jean Lave: *Understanding Practice: Perspectives on Activity and Context*. Cambridge University Press, 1993.
- 7) Cochrane, A.L.: *Effectiveness and Efficacy: Random Reflections on Health Services*. Nuffield Provincial Hospitals Trust, London, 1971.
- 8) Conklin, Harold: Hanunoo color categories. *Southwestern Journal of Anthropology* 11(4), 1955.
- 9) Croteau, N, et. al.: Trends in medical visits and surgery for otitis media among children. *American Journal of Disease of Children* 144: 535-538, 1990.
- 10) Davis-Floyd, R.: The role of obstetrical rituals in the resolution of cultural anomaly. *Social Science and Medicine* 31(2): 175-189, 1990.
- 11) Daly, Kathleen A.: Epidemiology of otitis media. *Otolaryngologic Clinics of North America* 24(4): 775-786, 1991.
- 12) Foster, G. and B.G. Anderson: *Medical Anthropology*. NY: John Wiley & Sons, 1978.
- 13) Fillmore, Charles J.: The Mechanisms of "Construction Grammar." *Proceedings of the 14th Annual Meeting of the Berkeley Linguistics Society*: 35-55, 1988.
- 14) Frake, Charles O.: The diagnosis of disease among the Subanum of Mindanao. *American Anthropologist* 63: 113-32, 1961.
- 15) Frake, Charles O.: *The ethnographic study of cognitive systems*. In. Frake 1980, pp.1-17, 1962.
- 16) Frake, Charles O.: *Language and Cultural Description: Essays by Charles O. Frake*. Stanford: Stanford University Press, 1980.
- 17) Good, Byron J.: The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 25-58, 1977.
- 18) Goodenough W.: Componential analysis and the study of meaning. *Language* 32(1): 195-216, 1956.
- 19) Greenberg, D.B.: Chronic Mononucleosis, Chronic Fatigue syndrome, and anxiety and depressive disorders. *Psychosomatics* 31(2): 129-137, 1990.
- 20) Hart, J.T.: A new kind of doctor. *The Journal of the Royal Society of Medicine* 74: 871-883, 1981.
- 21) Helman, Cecil: "Feed a cold, starve a fever" Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. *Culture, Medicine and Psychiatry* 2: 107-137, 1978.
- 22) Helman, Cecil: Heart Disease and the cultural construction of time: The type a behavior pattern as a western culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine* 25(9): 969-979, 1987.
- 23) Hughes, C.C.: Ethnomedicine. In. *International Encyclopaedia of the Social Science*. NY: Free Press / Macmillan, vol.10, p.99, 1968.
- 24) Hunt, L, C.H. Browner, and B. Jordan: Hypoglycemia: Prtrait of an illness Construct in everyday use. *Medical Anthropology Quarterly* 6: 191-210, 1990.
- 25) Hutchins, Edwin: *Learning to navigate*. In Chaiklin and Lave, eds, pp.35-63, 1993.
- 26) Johnson, T.: Premenstrual Syndrome as a Western culture-specific disorder. *Culture, Medicine and Psychiatry* 11: 337-356, 1987.
- 27) Katz, Pearl: How surgeons make decisions. In. Hahn and Gaines eds., *Physicians of Western Medicine*. Dordrecht, D. Reidel, pp.155-175, 1985.
- 28) Katz, Pearl: Ritual in the operating room. In. Leonard Plotnicov ed., *American Culture*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press pp. 279-301, 1990.
- 29) Kintsch Walter: Learning from text. *Cognition and Instruction* 3(2): 87-108, 1986.
- 30) Lakoff, George: *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal about the Mind*.

- Chicago : The University of Chicago Press, 1987.
- 31) Langkener : *Concept, Image, and Symbol : The Cognitive Basis of Grammar*. NY : Mouton de Gruyter, 1991.
- 32) Lave, Jean : *Cognition in Practice*. Cambridge : Cambridge University Press, 1988.
- 33) Leach, Penelope : *Your Growing Child : From Babyhood through Adolescence*. NY : Alfred A. Knopf, 1991.
- 34) Leslie, Charles : Medical pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine* 14B : 191-95, 1980.
- 35) Lock, Margaret : New Japanese mythologies : Faltering disciplines and the ailing housewife. *American Ethnologist* 15(1) : 43-61 1988.
- 36) Lock, Margaret : Rationalization of Japanese herbal medication : the Hegemony of Orchestrated pluralism. *Human Organization* 49 : 41 47, 1990.
- 37) Lounsbury, Floyd : A semantic analysis of the Pawnee kinship usage. *Language* 32(1) : 158-94, 1956.
- 38) McClain, Carol S. : The making of a medical tradition : Vaginal birth after cesarean. *Social Science and Medicine* 31(2) : 203-210, 1990.
- 39) Malinowski, B. : *Argonauts of the Western Pacific*. NY : Dutton, 1961.
- 40) Martin, E. : *The Woman in the Body*. Boston : Beacon Press, 1987.
- 41) McKeown, T. : *The Role of Medicine*. Oxford : Blackwell, 1979.
- 42) Millard, A. : The place of the clock in pediatric advice : Rationales, cultural themes, and impediments to breastfeeding. *Social Science and Medicine* 31(2) : 211-221, 1990.
- 43) Mishler, E.G. : *The Discourse of Medicine : Dialectics of Medical Interviews*. NJ : Ablex Publishing Corporation, 1984.
- 44) Morgan, L.H. : *Ancient Society or Researches in the Lines of Human Progress from Savagery through Barbarism to Civilization*. Meridian, Cleveland, 1877.
- 45) O'Brien, B. : *Patterns of European Diagnoses and Prescribing*. London : Office of Health Economics, 1984.
- 46) Payer, L. : *Medicine and Culture*. NY : Henry Holt, 1988.
- 47) Plifferling, J.H. : A cultural prescription for medicocentrism. In Eisenberg and Kleinman eds., *Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht : Reidel, pp.197-222, 1980.
- 48) Press, Irwin : Problems in the definition and classification of medical systems. *Social Science and Medicine* 14B : 45-57, 1980.
- 49) Quinn, Naomi, and D. Holland : Culture and cognition. In D. Holland and N. Quinn eds., pp.3-40, 1987.
- 50) Rosenberger, N.R. : The process of discourse : Usages of a Japanese medical term. *Social Science and Medicine* 34(3) : 237-247, 1992.
- 51) Singer, Merrill, L. Davidson, and Gina Gerdes : Culture, Critical Theory, and Reproductive Illness Behavior in Hiti. *Medical Anthropology Quarterly* 4 : 370-385, 1988.
- 52) Singer, Merrill : The Coming of Age of Critical Medical Anthropology. *Social Science and Medicine*. 28(11) : 1193-1203, 1989.
- 53) Singer, Merrill : Reinventing medical anthropology : Toward a critical re-alignment. *Social Science and Medicine* 30(2) : 179-188, 1990.
- 54) Sperber, Dan, and D. Wilson : *Relevance : Communication and Cognition*. Cambridge, MA : Harvard University Press, 1986.
- 55) Suchman, Lucy A. : *Plans and Situated Actions : The Problem of Human-Machine Communication*. Cambridge University Press, 1987.
- 56) van Dijk, T.A. and Kintsch, W. : *Strategies of Discourse Comprehension*. NY : Academic Press, 1983.
- 57) Young, James C. : A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *American Ethnologist* 7(1) : 106 31, 1980.
- 58) Young, James C. : *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick, NJ : Rutgers University Press, 1981.
- 59) Young, James C. and Linda Young Garro : Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Social Science and Medicine* 16 : 1453-65, 1982.