

Title	マルセルの希望の哲学と医学・看護学：現代医療・医学における希望問題 その2
Sub Title	Significance of Marcel's philosophy of hope for modern medicine and nursing
Author	西村, 義人(Nishimura, Yoshihito)
Publisher	三田哲學會
Publication year	1995
Jtitle	哲學 No.99 (1995. 9) ,p.27- 56
JaLC DOI	
Abstract	In this paper, the author discussed the significance of Marcel's philosophy of hope for modern medicine and nursing in the following four parts. I. Healing power of hope According to Marcel, hope can sometimes become a real factor in the cure. What kind of hope could be a factor in the cure ? The Marcel's answer to this question is "intersubjective hope". II. Hope as a patient's mental attitude toward his or her incurable disease Of various mental attitudes that patients may take toward their incurable disease, Marcel called "positive non-acceptance with patience" hope. This mental attitude is similar to some degree to "Shobyō", the living-with-disease attitude, which is emphasized by Noo-psycho-somatic Medicine. III. Hope of people surrounding a patient Marcel defined surrounding people's hope for the recovery of their beloved sick person as "hope against statistic probability". Advancing this definitoin further, I think that having this "hope against statistic probability" is physician's virtue. IV. Marcel's philosophy of hope and nursing Mutuality, the concept of hope developed by Marcel, was introduced to two Hope Scales developed by two nursing specialists in the United States, J. F. Miller and M. H. Stoner. In a true sence, however, Malcel's concept means not only to measure patient's hope objectively but also to think about nurse's hope as their attitude. M. C. Vaillot analyzed a case in which nurse's hope resuscitated a patinet who was in a critical condition using Marcel's philosophy.
Notes	
Genre	Journal Article
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000099-0027">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000099-0027</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

# マルセルの希望の哲学と医学・看護学

——現代医療・医学における希望問題 その2——

——西 村 義 人\*——

## Significance of Marcel's Philosophy of Hope for Modern Medicine and Nursing

*Yoshihito Nishimura*

In this paper, the author discussed the significance of Marcel's philosophy of hope for modern medicine and nursing in the following four parts.

### I. Healing power of hope

According to Marcel, hope can sometimes become a real factor in the cure. What kind of hope could be a factor in the cure? The Marcel's answer to this question is "intersubjective hope".

### II. Hope as a patient's mental attitude toward his or her incurable disease

Of various mental attitudes that patients may take toward their incurable disease, Marcel called "positive non-acceptance with patience" hope. This mental attitude is similar to some degree to "Shobyō", the living-with-disease attitude, which is emphasized by Noo-psychosomatic Medicine.

### III. Hope of people surrounding a patient

Marcel defined surrounding people's hope for the recovery of their beloved sick person as "hope against statistic probability". Advancing this definition further, I think that having this "hope against statistic probability" is physician's virtue.

### IV. Marcel's philosophy of hope and nursing

Mutuality, the concept of hope developed by Marcel, was introduced to two Hope Scales developed by two nursing specialists in the United States, J. F. Miller and M. H. Stoner. In a true sense, however, Marcel's concept means not only to measure patient's hope objectively but also to think about nurse's hope as their attitude. M. C. Vaillot analyzed a case in which nurse's hope resuscitated a patient who was in a critical condition using Marcel's philosophy.

\* 慶應義塾大学文学部助教授（倫理学）

## I. はじめに

本稿は前稿『現代医学・医療における希望問題』<sup>(1)</sup>の続編を成すものである。前稿は私の「人間における希望の研究」を医療の分野へと拡大し、ある点ではこれまでの研究を医療の分野に適用し、そこにおいて検証する最初の試みであった。前稿において私は、希望は病の治癒を促進する因子であるとみなす精神神経免疫学的視点から、「病名告知」「QOL」問題を経て、ターミナル・ケアにおける「死を超える希望」に至るまで、病の様々な段階において異った種類の希望が異った機能を発揮するという事態そのものを指摘した。中島修平、中島美知子両氏はホスピスに関する極めて啓発的な書物において、ホスピス・ケアを「希望の医療」と性格付けているが<sup>(2)</sup>、ターミナル・ケアは希望にとっての正念場であるとしても、「希望の医療」は初期医療の段階から既に始まる、というのが私の基本的立場である。更に私は、病の各段階における様々な希望を結び付ける一本の糸として、「想像力（乃至イメージ）随伴的希望」の役割を強調しておいた。その際 1930 年代以後の欧米における思想家達の「希望をめぐる思索と討論」において提出された諸問題との関連を絶えず指摘していくという形で論述を進めたが、上の強調点との関係上、カブリエル・マルセルの「絶対的希望」については、その想像力（イメージ）に対する禁欲的姿勢を消極的に評価することになった。しかしながら、想像力（イメージ）に対する禁欲的姿勢を除けば、マルセルの著作の中には「医療における希望」に関する数多くの問題が含まれている。そこで本稿では、改めてそうした諸問題を掘り下げてみたいと考えている。又、前稿においては、論述の範囲を限定する必要から、1970 年以後の邦語文献に対象を絞ったため、外国語文献に関しては邦訳のあるものしか採り挙げることはできなかったが、本稿ではマルセルの著作の影響がみられる米国の未邦訳看護学文献も考察の対象とした<sup>(3)</sup>。本論に入るに先立って一言付言しておけば、

本稿は「マルセル哲学における病と医の問題」という性格のものではない。そうではなく、「今日の医療からみたマルセルの希望の哲学の意義」を探究しようとするものである。

## II. マルセルと現代医学

### II-(1) マルセルと「希望の治癒力」

「多分我々は自分が囚われ人であると認識する限りでしか希望をもつことはできないであろう」(MEII 160, ③ 375), 「結局, 希望はつねに囚われの状態に対する能動的反応 *réaction active* として考えられたのではなかったか」(MEII 160, ③ 375). ——このような根本的認識に立つマルセルは, 彼の希望の哲学の叙述を, 囚われの状態として, 病と祖国の占領を具体例に引きながら展開していく。それらの具体例を駆使しつつマルセルの叙述が目指していく地点が「絶対的希望のメタフィジック」<sup>(1)</sup> であることは, 彼がその希望の哲学の神髄を開陳した書物のタイトル『希望の現象学と形而上学に関する草案』(1942, 以下『草案』と略記) に示されているが, それは「希望のフィジック」<sup>(2)</sup> の批判の上に成立している。では, 「希望のフィジック」とは何を意味するのであるか? 先ずは, マルセルが同書で「希望のフィジック」について語っている箇所を挙げることにしよう。それは自然主義者 *naturaliste* による希望についての次のような語り方を批判する箇所である。「病人や囚人や亡命者の希望とは, 結局のところ, 我慢できない状況を決定的なものとして受け容れることに対する, 一種の有機体的拒否に還元されるのではないだろうか? この拒否は, その主体に残っている生命力 *vitalité* の尺度となる。もしその生命力がある程度の損耗ないしは疲労に至るなら, 試練のそれまでの段階においてはまだ彼を支えていた希望も, もはやそれ以上維持することが不可能になると認めざるをえないだろう」(HV 48, ③ 45)。これに対してマルセルは, 「希望が有機体の殆ど全面的な崩壊後にもなお生き残りうるという

ことは、経験が十分に立証しているように思われる」(HV 49, ④ 46) と反論を加えている。すなわち、ここでマルセルは「希望は有機体的生命の随伴現象」<sup>(3)</sup> であるとする見解とそれが語られる際の還元主義的語り方に対して経験的反証を加えているのだが、しかしだからといって「希望こそが生命力である」と主張することには極めて慎重である。「たとえ希望が生命力 *vitalité* であるとしても、それは極めて明確にすることが困難な意味合いにおいてであって、十分健康な肉体の生命力に関して云々する際、われわれがこの言葉に与える意味とは一致しないのである」(HV 49, ④ 46)。更にマルセルは言葉を進めて言う、「希望はスピリチュエルな原理そのものと一致する」<sup>(4)</sup> (HV 49, ④ 46) と、そして希望はスピリチュエルなものであるが故に、「希望のフィジックなるものを考えることは不合理であり、おそらくは矛盾を含むものである」<sup>(5)</sup> (HV 49, ④ 46) と断言している。

以上から明らかなように、マルセルが「希望のフィジック」について言及している箇所とは、「希望のフィジック」の不合理性と矛盾を指摘することによって、「希望のメタフィジック」の立場の必然性が闡明にされる箇所なのである。

ところで、マルセルが斥けた希望についての自然主義的理解を、私は先程「希望は有機体的生命力の随伴現象である」とする見方と要約しておいたが、この見方を格言風に、「生命のあるところ希望あり」<sup>(6)</sup> と言い換えてみよう。この格言の内容がマルセルにより「希望のフィジック」と言われているわけである。では、その逆である「希望のあるところ生命あり」<sup>(7)</sup> という格言的言い回しは成立するだろうか？ 実は、先程引用した『草案』の箇所では、この格言的言い回しの成立可能性そのものが排除されていた。なぜならそこでは「有機体の殆ど全面的な崩壊後」という極限状況——今日の医療の用語で言えばターミナル・ステージ——が問題とされていたからである。

しかしながら、『存在の神秘』(1951)においては、ターミナル・ステージより手前のステージにある病人の例が採り挙げられており、次のように述べられている。「回復を希望している病人とは、ただ単に治癒を願望している人のことではない。彼は、自分の病気が治ればよいのにと語るだけではなく、お前は必ず治るだろうと自分自身で確信する。このような希望が、或る場合には回復の真の要因になりうるのも、こうした理由による」(MEII 161, ③ 376)。この一文は明らかに「希望のあるところ有機体的生命あり」という事態を語っている。

マルセルが挙げているこのケースは心身医学的関心の対象となるケースであり、心身医療の基礎分野である精神神経免疫学では、「希望のあるところ有機体的生命あり」という事態のメカニズムを解明しようとする試みもなされている。すなわち、ノーマン・カズンズらを中心とした研究チームは、希望、生きる意志、信念、目的意識等の所謂「ポジティブな感情 emotions」の「生理学 physiology」「生化学 biochemistry」をテーマとした研究を遂行して、ポジティブな感情が治癒に影響を与えうる生化学的実在であり、ネガティブな感情がマイナスに作用するのと同じように、ポジティブな感情はプラスに作用する生理学要因であるという結論を出した<sup>⑧</sup>。カズンズはこのような研究を象徴的に表す言葉として「希望の生命学 Biology of Hope」という言葉を用いている。要するに、カズンズらによる希望の精神神経免疫学的研究は「希望のフィジック」の現代版であるということができる。

このような今日の研究の現状から、再びマルセルの「希望のフィジック」なるものを考えることは不合理であり、おそらくは矛盾をはらむものである」という言葉を考えてみよう。この発言については2通りの解釈が可能である。第一は、マルセルは1951年に『存在の神秘』で希望が治癒力として作用することがあるケースを経験的事実として提示したが、当時の心身医学の水準ではその作用機序の詳細は不明であったために、希望の力

を何か説明し難いものとみなしたという可能性である。このように解釈した場合には、マルセルの見方はもはや時代遅れ以外の何ものでもなく、今日の医療にとって示唆するものは何もないということになる。第二は、1942年の『草案』では「有機体的生命あるところに希望あり」という考え方を「希望のフィジック」として斥けたが、1951年には『存在の神秘』で「希望のあるところ有機体的生命あり」という事態を提示したことによって「希望のフィジック」の別の面について語りうる可能性は暗黙のうちに承認したという解釈である。

ここでは、この第二の解釈を採用することにしよう。しかしこの場合も二つのことを確認しておく必要がある。第一は、「有機体の殆ど全面的な崩壊後にもなお希望が生き残りうる」という経験的に立証しうるという事実を立て、希望がスピリチュエルなものであり、そのようなものとしての希望について語るメタフィジックは堅持されていることである。第二は、「希望のフィジック」を暗黙のうちに承認したとみられるといっても、それはある種の限定付きでのことだということである。それは次のような意味である。

精神神経免疫学の文献では時として、「希望」と「生きようとする意志」が単純に並列・等置されるが、「生きようとする意志」の内容如何によっては、マルセルはそれを首肯しないであろうということである。例えば、『草案』の中には次のような文章がみられる。「自己自身へのある種の有機体的執着、つまり未来がこのうえなく不吉に思われる時ですら、そのような危険のさなかにあって、なおかつ脱出口を空想させるがごとき執着を希望と呼んで妥当であるかどうかは極めて疑わしい」(HV 65, ⑥ 63)。すなわち、自分の生存に対する脅威の念から、純粹に単なる生存本能の要求に屈している場合には、それは希望とは言えないと言うのである。もし、「生きようとする意志」の内実がこのようなものであるとすれば、「希望」と「生きようとする意志」の並列・等置はマルセルによって斥けられるは

ずである。

しかしまた、「自己自身への有機体的執着」を「希望」と呼ぶことが、マルセルによって全面的に否定されているわけではない。そこには次のような但し書きが付加されているのである。「しかし自己自身に対する敬虔、すなわち私の生存がその中で意味と価値を保持しうるような一種のスピリチュエルの秩序への配慮が介入してくる場合には、事情はちがってくる」(HV 66, ⑥ 63)。実はこれは「一時的に征服されている祖国の解放について絶望することを拒否する愛国者」を例にとつての文脈に登場する文章であるが、同様の例は『存在の神秘』にも登場する。そこでは次のように述べられている。「希望は或る悲劇的なものに結びついている。希望するとは、その外面的なあらわれはどうあれ、現に自分がこうむっているこの苛酷な状況も決して決定的ではなく、必ずそこに打開の道が開かれるにちがないという、内的保証を自分のなかにもつことである。しかしここでは、若干これを補う説明が必要であろう。

(中 略)

思うにこの場合もまた、問題を解決する鍵は相互主体性にある。一時的な侵略を受けた国土において、ただひたすらに解放を願い続けたひとびとの経験をここで思いおこしてみよう。その場合希望するとは、ただひとり自分のために希望することではなく、むしろこの希望をひろめること、自分の周囲に希望の焰を燃やし続けることであった。もっと話しを進めねばなるまいが、各人が自分自身の奥底に、このような希望を生きたままで保持できるとすれば、多分それはこうした条件のもとにおいてであろう。しかしすでに理解したように、それぞれ個人のもつ実在性は、それ自身相互主体的である。各人は自分のなかに、意気阻喪したり、絶望に陥る傾向をあまりにも強くもったいまひとつ別の自分自身のあることに気づいているので、日頃隣人たちと交わっている、いわゆる外部の世界におけると同じだけの努力を、自分自身の内部の世界にも注がないではいられないのであ



る。」(MEII 161, ③ 376)。これに続いて先程引用した、希望の治癒力に関する言葉が続くのである。「回復を希望している病人とは、ただ単純に治癒を願望しているだけではない。彼は、自分の病気が治ればよいのにと語るだけではなく、お前は必ず治るだろうと自分自身で確信する。このような希望が或る場合には回復の真の要因になりうるのも、こうした理由による」(MEII 161, ③ 376)。

問題としなければならないのは、マルセルの考えによれば、治癒力として作用する希望とはどのような種類の希望なのかということである。その答は相互主体的希望である。上の引用文から明らかなように、相互主体的希望には二種類が区別されている。第一は、個人のもつ実在内の相互主体的希望である。それは自分自身の内なる絶望の傾向に対して「私は治りたい」と「願望」するのではなく、「お前は治る」という「確信」を持つことである。ここでマルセルが述べている希望の作用を医学的な言葉に置き換えて解釈しようとするれば、最も適切なものとしてヴィクトール・フランクルのいう「心理的なものに対する精神の拮抗作用」<sup>(9)</sup>が挙げられよう。フランクルはそのような「精神的 (geistig) なもの」を英語に翻訳する際に、spiritual という語を避け——その理由は spiritual という語が一般的な「精神的」という意味の他に「宗教的」「靈的」という意味を有するからであり、後者の意味に相当する独語としては geistlich があるからである——noetic, noological という語を採用している<sup>(10)</sup>。すなわち、私はマルセルが上で述べている希望の作用を、フランクルのいう noetic なもの、noological なものとして解釈できると考えるのであるが、この考えは、マルセルの「スピリチュエルの希望」は、必ずしもすべての場合に「キリスト教的靈的希望」を指している訳ではない、という解釈を含んでいる。

相互主体的希望の第二のものは対人的意味での相互主体的希望である。この対人的意味での相互主体的な希望の例としては、専ら「一時的に侵略を受けた国土において、ただひたすらに解放を願い続けた人々」が挙げら

れている。しかし私は対人的意味での相互主体的な希望についても、病人の希望を例にとって考えることは可能であると考えている。いや単に可能であるというばかりでなく、そうすることによってマルセル哲学が医療の中の希望問題に対してもっている射程距離を拡大することができると思われる。たしかに、回復を希望する病人に対して、「自己自身へのある種の有機体執着……を希望と呼んで妥当であるかどうかは極めて疑わしい」と言うことは病人に対して苛酷というものであろう。しかしそのように病人の希望に対して評価的視点を持ち込むという意味ではなくても、病人の対人的な意味での相互主体的希望について語りうるのである。例えば、ある難治性の疾患に罹患している患者が、自らの病の回復を単に願うだけではなく希望しつつ、その疾患の撲滅運動に参加したり、或いは自らに課した大きな課題に挑戦することによって、同じ疾患を病む他の人々に勇気を与えようとする場合である。この場合その人は「ただ自分ひとりのために希望している」のではなく、自分の希望を広め、「自分の周囲に希望の焰を燃やし続けている」といえるであろう。すなわち、その人は「私は私達のために希望する」という境地に立っているといえよう<sup>(11)</sup>。更に、それが「私は御身（絶対的汝—筆者）に希望を託す」(HV 81, ㊦ 78)である場合——その場合に限り——それは「キリスト教的靈的希望」である。

## II-(2) マルセルと従病

さて前節では、所謂「治癒への希望の治癒力」についてのマルセルの叙述を考察して来たが、「病氣と希望」問題は「治癒への希望の治癒力」に限定される訳ではない。マルセルは『草案』において、病状が快方に向かう兆しがみられないケースを例にとって希望について語っている。

そこでマルセルは患者が自らの病を不治であると認知する仕方に二つを区別して、その相違を強調している。第一は、患者自らが「私の病は不治の病だ」と断定する場合である。この場合、彼の周囲の者（近親者や医

師)の「あなたは治るかも知れない」という言葉に対して、その患者が「自分の身体のこととは自分がよく知っている。私は治らないのだ」という意味のことを言って気休めを拒絶する場合がある。このような場合についてマルセルは次のように言う。「そのように述べることによって、私は自ら、自己自身の運命に関して決定を下すことになる。するとおそらく、今度は近親者や医師までが、私は自分の身体組織の有効な抵抗によってこのうえなく不利な状態に身をゆだねてしまったと主張するであろう。なぜなら、私の身体組織は、この判決によって意気阻喪し、かえってこの判決を裏付けようと努めるようにならないともかぎらないからである。——もしそんなことにでもなると、自己自身の運命を予見するだけに甘んじるところか、私は事実上、それを急がせたことになるだろう」(HV 50, ④ 48)。マルセルによれば、この第一の場合は、自らの病に対する絶望的な対処である<sup>(12)</sup>。マルセルによれば絶望するとは「判断によって想定されたある種の運命のまえに降伏すること」であり、「避けえぬものの面前で自己を解体させること」「自己自身としてとどまることを放棄すること」(HV 49, ④ 47)である。

これに対して第二に、医師から不治を告知される場合には事態は根本的に異ってくる。不治を宣言するのが他人であって自分ではないということによって、そこに何らかの反撓の余地——すなわち、異議申し立てや否認——が残されるからである。しかしその場合でも、まず第一に、大きく二つの態度を識別することが大切であるとマルセルは言う。すなわち、「受容 acceptance」と「非-受容 non-acceptation」である。マルセルが「受容」と呼ぶ態度は、自己自身としてとどまるという観念のそのものの放棄としての降伏＝絶望とは異なって、自分の統一性、本来性を護ることである。それは「不可避のものを受け容れ、しかも全力をふるってそれを先取りすることは拒否することによって……自己を内面から強化し……そうすることによって、無限に運命の上に立つこと」(HV 51, ④ 48)で

ある。マルセルはここにストア主義の偉大さを認めるので、これを「ストア的受容」と呼んでおこう。

この「ストア的受容」に対してマルセルは「非-受容」を対立させる。しかし更に「積極的 (positive) な非-受容」としての「希望」を、単なる非-受容としての「反抗 *révolte*」(HV 51, ④ 49) から区別する。では「反抗」と「希望」の相違はどこにあるのか。「反抗」とは「非-受容」の中での心の「攣縮」乃至「硬化」であり、そこには恐怖への反動が認められる。これに対して、「もし忍耐 *patience* という与件を非-受容のなかに導き入れるならば、一挙にしてわれわれは、かぎりなく希望に接近することになる」(HV 52, ④ 50) とマルセルは言う。ここで「忍耐」といわれているものは、別の言葉で言えば「ゆとり *détente*」(HV 53, ④ 50) である。この「ゆとり」によって、自分がその中にある試練を、「ある創造過程のなかに吸収され、変容するように定められたものとして取り扱う」(HV 53, ④ 50) ことができるとき、その人は「希望する人」といわれるのである。マルセルは『草案』の更に先の箇処でこの「ゆとり」が「治癒と救済 *salut* は同一ではない」という洞察から得られると述べているが (HV 62, ④ 59), そのことによって「ストア的受容」に対する「キリスト教的靈的希望」の優位を強調していると言える。しかしながら『人間——それ自らに背くもの』においては、宗教的回心とは異なる回心の一種によって「病の主」となり「病を従えることに成功した病人」について語っている (HH 95, ④ 137)。したがってここでも、マルセルが「病と希望」について語る事柄が、キリスト者以外にも示唆するものを持っていることが明らかである。

マルセルが「希望」という言葉で表した完治の難しい疾患に対するこのような態度は、例えば実存心身医学 *Noo-Psychosomatic Medicine* において重視されている「従病」という態度とのある程度の類似性を有している。この言葉の提唱者である高島博氏は、「従病」という態度を他の幾つ

かの態度から注意深く区別して次のように特徴づけている。第一に、「従病」は「従う」ということ言葉から連想しがちな、病すなわち運命に対して屈服するのみの消極的態度ではない。そのような消極的態度は「順病」である<sup>(13)</sup>。しかしまた「従病」は所謂「闘病」とも異なる。「闘病」は病の種類によっては必要な態度であるが、根治の難しい疾患の場合には、闘病的姿勢は、病に対する闘いにエネルギーを消耗してしまうので好ましくないと高島氏は言う<sup>(14)</sup>。これに対して提案されるのが「従病」的態度である。すなわち、「病とは闘わず」、「闘うエネルギーを人生充実に向ける」<sup>(15)</sup>のである。それは「従容として事態に立ち向かい」<sup>(16)</sup>、「自分自身を病気に適合させ」<sup>(17)</sup>、「病と共に生き」<sup>(18)</sup>、そうすることによって病をコントロールしようという「積極的姿勢」<sup>(19)</sup>である。これはマルセルのいう「病を従える」という態度よりやや消極的な印象を与えるが、「従病」も実は「病に従った振りをして、逆に病を従えてしまう態度」<sup>(20)</sup>なのである。

高島氏の提唱した実存心身医学は、フランクフルを継承しつつ発展させたものであり、従って「病の意味の発見」<sup>(21)</sup>ということがかなり重視されている。マルセルの場合、病の意味の発見ということは特別に強調されることはない。しかし試練としての病を、一つの創造過程の中に吸収していくという態度は、病の意味づけというものを不可欠の契機として含んでいるといえよう。また、高島氏は闘病から従病へと態度転換することによって、閉鎖的自己中心的な心が、自然や家族への愛に向かって開かれ、遂には同胞愛へと至った例を紹介しているが<sup>(22)</sup>、マルセルのいう希望も、繰り返すまでもなく、「私は私達のために希望する」を到達すべき境地として有しているものであった<sup>(23)</sup>。

## II-(3) マルセルと近親者・医師の希望

ところで、これまで病人の意識としての希望についてのマルセルの叙述を考察して来たが、マルセルの著作の中には病人の周囲の者の希望を採り

挙げたものがある。特に初期の哲学作品にはその傾向が強く、『存在と所有』では1931年3月13日の日付で、病気に関する希望としては、愛する者の快癒への希望だけが採り挙げられており、1933年の『存在論的秘義の提起と、それへの具体的接近』でも次のような例を提示している。「私の愛する人が、不治と見なされた病に犯されたとき、彼が病気に打ち勝つことを何にもまして希望するということは次のようなことである。すなわち、彼の治癒を望んでいるのはこの世で自分独りだ、などということはありません、また、私がそれ自体として善いことだと確信していることに對して、現実が心底から敵意をもったり、あるいは無関心にとどまったりすることはありえないと思うことである。いくら私を失望させるような実例や、ケースをあげても無駄である。私はあらゆる経験や、蓋然性 *probabilité* や、統計にもかかわらず、ある種の秩序が回復されるだろうということ、現実もそうなることを望んで私と共にある *est* ということを決断するのである。」(MO 69, ② 222)

この箇所は、次の三つの意味において極めて重要な意味をもっている。第一は、希望の根本的性格として「抗・統計的蓋然性」が挙げられていることである。この性格は後の著作でも少しずつ表現を変えて繰り返されていき、希望が意志に結びつくものであることが明言される<sup>(24)</sup>。第二は、その性格が病人本人ではなく、病人の周囲の者の希望を例として説かれているということである。第三は、この病人周囲の者の希望の「抗・統計的蓋然性」という性格が、マルセルが希望について思索をはじめた最初期に、しかも「存在論的秘義」の核心に触れるものとして説かれているということである。これは、マルセルの希望の哲学が、今日の医療に対して持っている意義の最大のものがここにあるということを示している。

今日の医療においては、以前にも増して、病の治癒率に関する情報が様々な形で知られるようになってきている。そこではもちろん、病人本人が治癒率に関する情報に対して如何なる態度をとるかという問題に直面す

る。しかしながら、治癒率に対する態度のとり方は、——言うまでもなく、その数字が低い場合には特に——病人周囲の者にとっての方が、実はより大きな問題であると考えねばならない。マルセルの場合には、病人を愛する人の場合が例に用いられているが、これは近親者だけではなく、医師にとっての問題でもある。少なからぬ医師が、自らの臨床経験から、患者は医師が考えている以上に、希望を強く、そして永く持ち続けることを知らされ、自らの希望の持ち方に省察を深め、「医師の希望の哲学」を開陳している<sup>(25)</sup>。例えばバーナード・シーゲルは、医師の予想に反して生還した患者達の研究から次のように述べている。「例外的に生還した患者は統計を意に介さない能力を持っていた。」<sup>(26)</sup>「希望は統計学的なものではなく、生理学的 physiological なものである。」<sup>(27)</sup>「医師は患者より論理的で統計学的であり、融通がきかなくて希望を持たない傾向がある。」<sup>(28)</sup>「医師は自分の考え方が統計により規定されないようにしなければならない。ある疾病の最良の治療法を選ぶ際には統計が重要であるが、ひとたび治療法が選択されたら、統計は個人に当てはまらない。」<sup>(29)</sup>

シーゲルはここで二つのことを述べている。第一に、彼は精神神経免疫学的視点を採る者として、病人の「抗・統計学的蓋然性的希望のフィジック」について語っている。「希望は生理学的なものである」という簡潔な表現は短絡的な誤解を招きやすいので、正確には「蓋然性に逆らう意志から発する感情としての希望の生理学」と言うべきであろう。第二に、彼は医師に対しても、少なくとも例外的生還者が抱くのと同等の抗・統計学的蓋然性的希望をもって治療にあたることを要求している。私はそのような意志的希望を「医師にとっての徳」と考える。更に積極的に「いかなる場合でも患者に希望を与えること」が「医師にとっての徳」と言えば、医師が与える希望とはプラシーボ（偽薬）効果に類似しているから、「徳」とは言えないという反論が予想される。これについて、シーゲルは、次のように述べている。「プラシーボは、希望のシンボルとして、

患者の期待を活性化するが故に役に立つことがある一方……私の希望に満ちた態度もまたシンボリック価値を持つ。私はそれを用いて患者を健康に導くことができる。私の患者の幾人かが、回復の確率に反して回復した場合、人は彼らはあなたにだまされて健康になった人々だ、と言うかもしれない。しかし私はそれを犯罪だとは思わない。(中略)もし私が間違えた希望 *false hope* を与えたかどで非難されたら、私は次のように答える。間違えた希望というものは存在しない。間違っているのは何の希望もないと考えることである。なぜなら、個人個人の未来がどうなるかはわれわれの誰にもわからないからである」<sup>(30)</sup>。私は拙稿『〈倫理徳としての希望〉の可能性』<sup>(31)</sup>と『〈責任負担力としての希望〉の〈原点〉』<sup>(32)</sup>において、「予期せざる何か善きことを恵与するところの未来そのものへの開放性」という心の構えを希望の徳性の一つであると述べておいたが、シーゲルが述べているのもこの「開放性」のことである。従ってプラシーボ効果との類似性を理由に、医師があらゆる場合に与えようとする希望を「徳」とは言えないとする考えを私は斥ける。

### III. マルセルと看護

#### III-1 看護学者の「希望尺度」とマルセル

では医師ではなく、看護にあたる者にとってマルセルの希望の哲学はどのような意味をもっているであろうか。この問題については、マルセルの著作の英訳が1970年代から米国の看護学の文献に影響を及ぼしているという事実があるので、それらの看護学者の論文におけるマルセルの受容の仕方を考察することを通じて考えてみたい。マルセルの影響が現れているのは次の三つである。①マルタ・ホルト・ストーナーが開発した「ストーナー希望尺度 Stoner Hope Scale」<sup>(1)</sup>。②ジュディス・フィッツェラルド・ミラーの開発した「ミラー希望尺度 Miller Hope Scale」<sup>(2)</sup>。③マドレーヌ・クレメンス・ヴァイロットの論考『希望：存在の回復』である。



最初に採り挙げたいのは①と②、すなわち二つの希望の数量化的研究である。但し、これらの数量化的研究の考察に入る前に片付けておかねばならない問題がある。それはマルセル本人ならば、希望の数量化研究に対しては勿論の事、容観（化）的研究そのものに対しても異議を唱えるであろう、ということである。なぜならマルセルは、次のように述べているからである。「希望をもつ人の心の中にある希望のリアリティと、客観性にとらわれている精神が希望に対して下す判断の間には、純粋な問題と純粋な秘義とを区別するのと同じ障壁があるのである」(MO 71, 邦 224)。しかし希望が患者の病の状態に良い影響を及ぼすという観察報告が看護の側からあれば、そこから第一に、その希望の影響力を検証するために、第二に、それに基づいて有効な看護介入を行うために、患者心理としての希望を客観的に測定しようとする試みが出てくるのは必然である。

従って、私は希望測定法の開発そのものは有意義なものであると考えている。のみならず、その中にマルセルという哲学者の希望理解を取り込むというストーナーやミラーの姿勢を、倫理学者として積極的に歓迎するものである<sup>(4)</sup>。問題はどれだけ正しくマルセルの希望理解を希望尺度に反映させるかである。このような視点から、二つの希望尺度を考察してみることになろう。

さて、ミラー希望尺度はストーナー希望尺度に対する批判であり、後者は精神医学者のリチャード・C・エリクソンとロビン・D・ポストとアルバート・B・ページの3人により開発された希望尺度 (Erickson Hope Scale と呼んでおく) の修正版であり、更に「エリクソン希望尺度」は心理学者エルザ・ストットランドの希望概念に基づいている。従ってここでは、順序としてストットランドの希望概念の考察から始めるのが適当であろう。

ストットランドはその『希望の心理学』の冒頭において、同書における希望の語義は、アメリカン・カレッジ・ディクショナリーの定義に依拠し

ていると述べている。そこには Hope の語義が七つ挙げられているが、そのうちでストットランドが依拠するのは次の四つである。①希望とは欲求 desire されているあるものの期待 expectation である。あるいは、期待を伴う欲求である。②そのような期待又は欲求の個々の例。③欲求と多少なりとも自信 confidence を伴って何かを期待すること to look forward to. ④欲求されているものについて期待を持つこと<sup>(5)</sup>。そしてストットランドはこれらの語義のエッセンスを次の二項目にまとめている。

(1)「希望は目標達成 achieving a goal のゼロ以上の期待である。」(2)「希望感 hopefulness の程度 degree とはこの期待の水準 level のことである。あるいは、ある人によって感知された、目標達成の蓋然性のことである。」<sup>(6)</sup>

こうした定義づけに続いて、ストットランドは第一章において、彼の希望の理論の概要を揭示し、それを七つの命題にまとめている。ここでは、命題 I, II, III を挙げるだけで充分であろう。ストットランドは最初に「希望があるということが行為のための必要不可欠の条件である」<sup>(7)</sup>と述べ、希望が行為の根本的動機づけであることを確認した上で、動機づけに関する命題 I を次のように定式化している。「ある目標を達成しようとする有機体の動機づけは、ある程度まで、目標達成についての感知された蓋然性と、目標の感知された重要性の正の関数である。」<sup>(8)</sup> 命題 II は次のようなものである。「目標達成に関する有機体の蓋然性の感知の度合いが高ければ高いほど、またその目標の重要性の感知の度合いが大きければ大きいほど有機体によって経験されるポジティブな感情は大きい。」<sup>(9)</sup> 逆に、「目標達成に関する有機体の蓋然性の感知の度合いが低ければ低いほど、そしてその目標の重要性の感知の度合いが大きければ大きいほど、有機体の経験する不安は大きい」<sup>(10)</sup> (命題 III)。

次に「エリクソンの希望尺度」<sup>(11)</sup>であるが、これは現代人に共通性の高いと思われる物質的、精神的生活上の目標を 20 項目選び出し、各目標に

つき、その重要性の感知の度合いを7段階評価で、その達成の蓋然性の度合いを0から100までの段階評価で点数化して、希望の度合いを測定しようとするものである。

これに対して「ストーナー希望尺度」は、ストットランドの基本的な概念規定に立ちつつマルセル的な希望理解を採り入れたものである。すなわち、ストーナーらは、「希望とは、相互性 mutuality と相互主体性という性格を有し、外部の源泉からの応答を必要とする（あるいは外部の源泉との相互作用を必要とする）内的感覚である」という認識をマルセルの希望理解の核心とみなし、相互性、相互主体性にかかわる30の目標を追加したが、その際やはり、夫々の目標の重要度の感知の度合いと目標達成の蓋然性の感知の度合いを測定するという方法を踏襲したのである<sup>(12)</sup>。

ストーナーがマルセルの希望理解の核心とみなすものは、要するに「私は私達のために御身に希望を託す」というマルセルの定式化を言い換えたものに他ならない。従ってストーナーのマルセル解釈は適正である。しかしマルセルが強調した希望の「抗・蓋然性」という性格が、ストーナーの解釈の中には登場して来ない。抗・蓋然性という性格は、ストットランドの希望の概念規定とは相容れないものである。ストーナーは希望の概念規定としてはストットランドのものを受容しているわけであるから、それにマルセル的希望理解を接合するということは、元来異質のものを無理に接合しようとしているという感を否めない。マルセルならばこの接合に異議を唱えたであろうし、更にストットランドの希望概念をも、希望を希望でないものと取り違えていると拒否するであろう。そもそもストットランドは希望の語義を欲求から定義することから出発していたが、その出発点そのものをマルセルは俎上に乗せていたのである。

しかし私はマルセルとは異って、ストットランド的希望概念を「希望に非ざるもの」として斥けようとは思わない。ストットランド的希望は「蓋然性に従う希望」と表現できるが、この「蓋然性に従う希望」は、われわ

れが希望という名で呼んでいる意識状態の多くのものを言い当てているのである。しかし他方で「蓋然性に逆らう希望」というものが存在していることも明白な事実である。そしてこれは正確には「蓋然性に従う希望に逆らう希望」という形でわれわれの心中でのコンフリクトとして経験されるといえよう。

このコンフリクトの存在は、おそらく人類史と共に古いであろうが、西洋精神史上ではマルチン・ルターによって極めて明確な言語表現にもたらされたように思われる。それはルターが『ローマ書講義』で「ローマ人への手紙第4章18節」に付した註釈である。そこでパウロは、復活信仰の希望を説くために、アブラハムがおよそ百歳になり、自分の体が衰え、妻サラの体も子を宿せないと知りながらも、その信仰は弱らず、神の約束を信じたという故事を引き合いに出しつつ、「彼は希望するすべもなかったときに、なおも望みを抱いて、信じ……」<sup>(13)</sup>と述べた。これに対するルターの註釈は次のようなものである。「ここにおいて人々の希望とキリスト者の希望とを区別することは極めて適切である。つまり、人々の希望は希望に逆らってではなく、それに従ってである。」<sup>(14)</sup>

私はルターに反して、「希望に逆らう希望」をキリスト者の独占物とみなす必要はないと考える。復活信仰の希望は「蓋然性に逆らう希望」の最純粹型であると言うのが妥当であろう。しかしそれを説くためにパウロがサラの懐妊という医学的な物語例を持ち出したことは重要である。たとえば、それが医学的にみて奇跡の例であるとしても、ともあれ医学の例が持ち出されたことには重要な意味がある。マルセルが希望の抗・蓋然性的性格の説明に用いたのも、愛する人の蘇生（よみがえり）を信ずる人の例だったからである。

ルターのようにレトリックを用いて二分法的に希望を区別するのではなく、即事的に事態を表現すれば、希望されるものの実現の感知された蓋然性が低ければ低いほど、それに逆らう希望は純粹性を増す、と言えるであ

ろう。ストットランドのように「希望は目標達成の感知された蓋然性の正の関数である」という形で概念規定をしてしまうと、「その希望に逆らう希望」というもう一つの希望の存在を主張しなければならなくなる。そのような意味で、希望の概念規定としてはストットランドのものは本質的欠陥を含んでいるのである<sup>(15)</sup>。

ミラーは「ミラー希望尺度」の開発にあたって、先行する「エリクソンの希望尺度」と「ストーナーの希望尺度」が立却していた「目標達成の期待」というストットランド的な希望の概念規定を狭隘なものとして批判するところから出発し、希望の多次元的理解を提示した<sup>(16)</sup>。その多次元性は、ミラーが「希望の10大要素」<sup>(17)</sup>と呼ぶところのものに示されている。以下それらを列挙してみよう。(a) 相互性—交流 mutuality—affiliation. (b) 可能性の感覚 sense of possible. (c) 絶対化の回避. (d) 先取り anticipation, 善き未来の期待. (e) 目標の達成. (f) 心理的幸福とコーピング. (g) 人生における目的と意味. (h) 自由, 希望喪失に伴う囚われの感覚の対極. (i) 現実性の調査検分—オプティミズム. (j) 心的, 身体的活性化。——これら10大要素は、神学・哲学・心理学・社会人類学・生物学・看護学などの諸分野にまたがる25の文献より抽出されたものであり、マルセルからは(a)及び(h)、ストットランド、エリクソン、ストーナーからは(e)が採用されている。ミラーはこれらの10大要素から、希望にかかわる項目を40項目抽出し、それぞれを5段階評価とし、最低40点から最高200点までの希望測定法を開発したのである。その40項目の詳細についてはここでは省略して差し支えないであろう。ここではストットランド的希望理解が基本的概念規定としてではなく、10大要素の中の一つとしてマルセル的希望理解と並置されている点が重要である。この点においてストーナー希望尺度よりは考え方において矛盾の少ないものになっているといえよう。マルセルのいう抗・蓋然性としての希望についていえば、それは患者の希望を喚起する方法を示したミラーの小論の出発

点をなしている。すなわち、同論考の冒頭において、ミラーは回復する見込みが極めて低いにもかかわらず生還した患者をケアした経験からして、「希望をもっていたということが、生還者の態度の顕著な性質である」<sup>(18)</sup>と述べている。しかし、ミラーはこの小論においても「ミラー希望尺度」においても、患者心理としての希望のみを問題にしており、看護者自身の心的態度として希望を把えていない。しかし既述のように、マルセルの希望の哲学が現代医療に対して持つ意義は、病人本人に対してよりも病人周囲の者に対しての方が大きいのである。そういう面を最も正面から受けとめたのが、マドレーヌ・クレメンス・ヴァイロットの『希望：存在の回復』である。

ヴァイロットは、同論文においてスーザ夫人という患者のケース・スタディを行っている。ヴァイロットによればスーザ夫人は危篤状態で入院して来たが、入院時は殆ど「それ it」と言ってよい状態で、主治医は家族に対して、患者の状態は医療の限界を越えていると言った程であった。従って家族も諦めて、ただ母親の死を待つばかりという心境になっていた<sup>(19)</sup>。しかしながら看護婦達は看護とは「医学が無力であるような生物学的限界にもかかわらず、いつも尊厳をもって存在することが可能であるように患者を援助すること」<sup>(20)</sup>であるという理念に忠実に従い、スーザ夫人は蘇生しうるとの抗・蓋然性的希望と信念に従ってケアした。その結果、看護婦の希望と信念が家族に伝わり、家族は諦めから脱した。家族が諦めから脱した時、スーザ夫人の容態は好転し始め、本人自身も希望を持ち始めるようになった。そして遂にスーザ夫人は死の淵から生還したのである。病が完治したわけではなく、脳の障害をはじめいくつかの臓器の障害は残っていたが、人間としての尊厳をもって生きうるまでには回復したのである<sup>(21)</sup>。

このスーザ夫人のケースはそれほど珍しい特殊なものではないと思われるが、ヴァイロットがこのケースをマルセルの希望の哲学を用いて分析し

たケース・スタディは大変優れたものである。このケースでは、既に述べたように、患者は生命を回復できるという看護婦の希望と信念が、家族と患者本人に伝わっていったのであるが、ヴァイロットはその希望は必ずしも「生物学的完全さ」<sup>(22)</sup>の原状回復を望んでいたわけではないことを強調している。「生物学的完全さ」の原状回復は医学の目的であって、看護の目的はそれとは異なり、「患者が可能な限り十分に生きられるように援助すること」<sup>(23)</sup>である。すなわち、ヴァイロットによればスーザ夫人の家族の望みも、「3週間以内に母を歩いてこの病院から退院させたい」というような、具体的な事柄に限定された願望ではなく、ただ「母には生きて欲しい」という、存在することそのものに及ぶものであったという<sup>(24)</sup>。ヴァイロットは、「彼らはどんな事物にも、どんな所有物にも希望を抱かず、存在そのものに希望を抱いた」<sup>(25)</sup>と述べて、彼らの希望がマルセルのいうような、あらゆる実際上の所有の彼方にまでも及ぶものであったことを示唆している。また、スーザ夫人自身の望みについても、ヴァイロットは彼女が完全に健康な脳、肺、心臓を求めはしなかったと報告し、「希望を抱く人は、ただ、もう一度私になろうと信ずるだけである」<sup>(26)</sup>と述べて、次のマルセルの文章を引用している。「希望とは、以前と同じように、だが以前とはちがって、以前よりもよくといった矛盾を含む単純な言葉で近似的に表現される憧憬である。ここでわれわれが再会するのはほかならぬ解放のテーマである。なぜなら、解放は現状への単なる復帰、単なる再生成ではないからである。いや復帰であり、再生成であるとともに、それ以上のものであり、またそれに相反するもの、すなわち前代未聞の上昇、変容でさえあるのだ」<sup>(27)</sup> (HV 90, ⑧ 87)。

#### IV. む す び

このケーススタディにおいても、私達は再び「希望のフィジック」と「希望のメタフィジック」の関係へと連れ戻される。最終的にはスーザ夫

人自身の希望が夫人自身の生命の蘇生をもたらしたという意味において、確かに希望は生理学的作用を惹き起こすものと考えられている。その生理学的作用の機序を解明する学問は、既述のように「希望のフィジック」と呼ばれてよい。しかしここでも問題は如何なる種類の希望がそうした生理学的作用を惹き起こしたかである。スーザ夫人の希望を喚起した家族の希望も、そしてそれらを惹き起こした看護婦の希望も、マルセルのいう「メタフィジックな希望」に近いものであったというのがヴァイロットの解釈である。マルセルの「希望のメタフィジック」が目指していく最終地点は、既述のように「私は私達のために御身に希望を託す」という「キリスト教的靈的希望」である。しかし本稿では、マルセルの「スピリチュエルの希望」のうち、必ずしも「キリスト教的靈的」ではない側面に光を当ててきた。それはマルセルの希望の哲学が、キリスト者の病人に対して病気に対する英知を、キリスト者の患者周囲の者に対してケアの精神を示唆するだけにとどまるものではないことを示したかったからである。このことは決してマルセル哲学を換骨奪胎することを意味するものではない。そうではなく、キリスト者であろうとなかろうと、病人と近親者と医療関係者が共同して形成してゆかねばならない「希望の共同体」——前稿の「結語」で私はその方向性を示したのだが——にとって、マルセルのいう「(愛による) 交わり communion としての希望」——これが対人的意味での相互主体的希望のキリスト教的形である——は範型としての意義を有していると私は考えている。

---

本稿において引用したマルセルの著作の原著とその略号、並びに邦訳は下記の通りである。引用に際しては、引用文に続くカッコ内にまず原著の略号と頁数を示し、続いて⑨という略号と共に邦訳書の頁数を示した。訳文はできるだけ邦訳に従ったが、必要に応じて適宜変更を加えてある。なお、マルセルの著作以外から引用を行なう場合は、『註』においてその出



典を示した。

Gabriel Marcel

- Etre et Avoir (EA), Aubier, 1935.  
渡辺 秀・広瀬京一郎・三嶋唯義訳『存在と所有』（春秋社版『マルセル著作集 2』1971, 7 頁-264 頁）
- Esquisse d'une Phenomenologie et d'une Métaphysique de l'espérance, 1942, in : Homo Viator (HV), Aubier, 1944.  
山崎庸一郎訳『希望の現象学と形而上学に関する草案』（春秋社版『マルセル著作集 4』1968, 37 頁-88 頁）
- Le Mystère de l'être II, Foi et Réalité (MEII), Aubier, 1951.  
松浪信三郎・掛下栄一郎 訳『存在の神秘 第2部 信仰と実在』（春秋社版『マルセル著作集 5』1977, 223 頁-400 頁）
- Position et Approches concrètes du Mystère Ontologique (MO), 1967, Éditions Nauwelaerts.  
三雲夏生訳『存在論的秘義の提起と、それへの具体的接近』（春秋社版『マルセル著作集 別巻』1966, 201 頁-241 頁）
- Les Hommes contre l'humain (HH), La Colombe, 1951.  
小島威彦・信太正三訳『人間－それ自らに背くもの』（創文社 昭和33 年）

## 註

### I.

- (1) 三田哲学会発行『哲学 第97集』（1994）に所収。
- (2) 中島修平・中島美知子『希望の医療 ホスピス』家の光協会 1991。
- (3) 希望を主題とする英語圏の看護学文献は多数あるが、本稿ではマルセルの影響が認められるものととどめた。また、看護学文献との関連において、心理学、臨床心理学、精神医学の文献も採り挙げた。

II.

- (1)(2) physique は普通は「物理学」を意味するが、ここでは一般的に「自然(科)学」「肉体学」を意味し、実質的には「生理学 physiologie」に近い。しかし一つの和訳だけを選択すると、この語の多義性が生かされないでカタカナ表記とした。それに従って métaphysique もカタカナ表記とした。尚、英訳書では“physique”には、“physical theory”という一般的訳語が充てられている。(Homo Viator, translated by Emma Craufurd, Peter Smith, 1978, p. 36.)
- (3) あるいは、マルセルに強く影響されたジャン・メゾンヌーブの言葉を用いれば「生物学的生命力の心的対応物 équivalent psychique d'une vitalité」(Jean Maissonneuve, Les Sentiments, Presses Universitaires de France, 1948, p.116.) 山田悠紀男訳『感情』白水社 1955 133 頁。
- (4) sprituel には「精神的」「靈的」両方の訳語が可能であるが、最初からいずれか一方だけを用いることには問題があるのでひとまずカタカナ表記を用いる。
- (5) メゾンヌーブの次の表現はマルセルと同じ考えを別の言葉で言い換えたものと言えよう。「希望は純粋にスピリチュエルな資質である。いかに希望の生理学的説明 explication physiologique de l'espérance が、他のすべての感情に対するよりもなおいっそう馬鹿げているのがわかる」(Maissonneuve, *op. cit.*, p. 116. 前掲邦訳書 133 頁。)
- (6)(7) 心理学者のモーリス・L・ファーバーは『自殺の理論』の中で、自殺を「希望の病」と捉え、次のように述べている。「自殺の確率は、希望水準の逆関数である。〈生命のあるところ希望あり〉という古い諺は、希望を維持しようとする人の力強い奮闘を証明している。しかしわれわれはまた次のように言うこともできよう。〈希望のあるところ生命あり〉。」(Maurice L. Farber, Theory of Suicide, Funk & Wagnalls Publishing Co., Inc., 1968, p. 26. 大原健士郎・勝俣暎史訳『自殺の理論』岩崎学術出版社 1977 29 頁。)
- (8) Norman Cousins, Head First—The Biology of Hope and the healing Power of the Human Spirit, Penguin, 1990, p. 199, 203. 上野圭一ほか訳『ヘッド・ファースト—希望の生命学』1992 春秋社 283, 287 頁。同書は啓蒙書であり、同じ著者による医学専門誌の論説として次のものを参照。Cousins, Intangible in Medicine, Journal of American Medical Association, 260-11, 1610-1612 (1988).

但し、ここでは「強い生きようとする意志」「高い目的意識」「陽気に振

る舞う能力」「ある程度の自信」が治療環境を高めると述べられていて、「希望」は挙げられていない。つまり、カズンズにとっては「希望」は「ポジティブな感情」の代名詞なのである。逆に言えば、「希望とは何か」の掘り下げはカズンズにおいて不十分である。尚、希望を代表とするポジティブな感情だけではなく、一般にネガティブと考えられている感情にも病の治癒にプラスに作用するものがあるという研究、つまり、ポジティブであるとネガティブであるとを問わず、要するに感情の表出がもたらすカタルシスがプラスの効果をもたらすという研究もあるが、次のような単純な理由から、ポジティブな感情の方をやはり重視したい。すなわち、私達が意識的にある感情を自他の心の中に生ぜしめて、それによって身体症状をコントロールとしようとする場合、ポジティブな感情とネガティブな感情が同等の効果を持つならば、誰しもポジティブな方を選ぶであろう、ということである。別の言葉で言えば、ポジティブな感情を生ぜしめることは「人生の充実度」(Quality of Life の私訳)を高めるということである。従って、私が前稿において主張しておいたことだが、希望について専らキュア志向的に考えることは誤りであると言える。

- (9) Viktor E. Frankl, *Theorie und Therapie der Neurosen*, Verlag Urban & Schwarzenberg, Wien, 1956. 霜山徳爾訳『神経症—その理論と治療 II』(『フランクフルト著作集 5』みすず書房 1961.) 62 頁.
- (10) Viktor E. Frankl, *The Will to Meaning*, The New American Library, 1988, p. 17-18.
- (11) 大きな課題に挑戦することによって、がん患者が生きがいを見出し、そこから生ずる生きる希望に治療的效果を期待し、同時にそのチャレンジ精神によって他のがん患者にも希望を与えようとする試みとして、我が国の伊丹仁郎氏による「生きがい療法」を挙げることができる。(伊丹仁郎『生きがい療法でがんを克つ』講談社 1988.)
- (12) 病に対して「絶望的 hopeless」になることが、益々病を悪化させることはいくつかの医学論文により裏付けられている。ここではその中の代表的なものとして次のものを挙げておく。S. Greer, *Psychological response to cancer and survival*, *Psychological Medicine*, 21, 43-49, 1991.

これは初期乳がん患者の病に対する心の態度の相違がどのような予後の差異となって現われるかについての一連の研究のうちの最新のものである。それによると、15年後の生存率は次のようなものである。

- (1) 「無力感 helpless・絶望感 hopeless」と「不安・放心」で反応した人々11%.
- (2) 「ストイックな受容 stoic acceptance 乃至運命論 fatal-

ism」で反応した人々18%。(3)「否認 denial 乃至積極的回避」で反応した人々50%。(4)「闘病精神 fighting spirit」で反応した人々 40%。但し、マルセルは生存率を問題にしていけないので、ここでは数字そのものには意味がない。また、私はグリーアの研究だけを重視するつもりはない。

- (13) 高島博著『人間学—医学的アプローチ』丸善 1989 182 頁。
- (14) 同 書 180-181 頁。
- (15) 同 書 184 頁。
- (16) 同 書 196 頁。
- (17) (18) (19) 同 書 182 頁。
- (20) 永田勝太郎「ロゴセラピー（実存分析）による生のささえ」『ターミナルケア』Vol. 4, 393 頁（三輪書店 1994）
- (21) 高島 前掲書 201 頁。
- (22) 同 書 193-195 頁。
- (23) マルセルによる、病気に対する心的態度の区別（「絶望＝運命への降伏」「ストア的受容」「反抗」「希望」と、註(11)で示したグリーアらによる四つの態度の区別との間には明らかに類似性がある。グリーアは「希望」という心的態度を特に識別していないが、「闘病精神」の中に「希望」を含めて考えていたと思われる。グリーアのいう「闘病精神」とは、「診断は全面的に受け容れるが、オプティミスティックな態度をとり、病気を一つの挑戦とみなす」態度だからである。しかしマルセルのいう「積極的非-受容」としての「希望」は、闘病精神と全く同じではなく、「従病」にも近いというのが私の見方である。グリーアの研究では「従病的態度」は識別されていない。これは一つには、高島氏やマルセルが所謂慢性疾患を例にとっているのに対して、グリーアの研究ががん患者を例にとったものであることに由来するものであろう。しかしがんに関しても、「従病的態度への変容」によって原発巣の退縮や転移の進行停止がおきたと思われる例も報告されている。（内田安信・高島博監修 永田勝太郎編集『ロゴセラピーの臨床—実存心身療法の実際』医歯薬出版 1991 198-215 頁）
- (24) 「希望は欲求と結びつくものではなく、意志に結びつくものである。意志もまた、可能な事 possibles を計算することの拒絶、少なくともそういう計算の停止をふくんでいる。」(MO 75, ㊦ 228)「希望は可能性 possibilité を計算することに対して一種の根本的な拒絶を含み、これはきわめて重要なことだ。」(EA 115, ㊦ 77) 私は単に「可能性がある」という信念＝希望と「蓋然性を計算する」こととしての希望——後に本論で、それも希望の不純な形であるという私自身の見解を述べる予定だが——を区別す

るという意味から「可能性を計算する」という紛らわしい表現は避けた方が良いと考えている。

- (25) 邦人医師による書物としては、河野博臣『病気と自己実現』（創元社 昭和 59 年）を挙げておく。米国人医師による書物としては、次の (26) で挙げる Bernard Siegel のものがある。
- (26) Bernard Siegel, *Love, Medicine & Miracles*, Harper Perennial, 1986, p. 39. 石井清子ほか 訳『奇跡の治癒とは何か』日本教文社 1988 44 頁。
- (27) Siegel, *op. cit.*, p. 28. 邦訳書 29 頁。
- (28) (29) Siegel, *op. cit.*, p. 38. 邦訳書 44 頁。
- (30) Siegel, *Peace, Love & Healing*, Harper Perennial, 1990, p. 16.
- (31) 三田哲学会発行『哲学 第 90 集』（1990）に所収。
- (32) 三田哲学会発行『哲学 第 91 集』（1990）に所収。

### III.

- (1) Martha Holt Stoner and Susanne Hearne Keampfer, *Recalled Life Expectancy Information, phase of Illness and Hope in Cancer Patients*, *Research in Nursing & Health*, 1985, 8, 269–274.
- (2) Judith Fitzgerald Miller and Marjorie J. Powers, *Development of an Instrument to Measure Hope*, *Nursing Research*, 1988, 37, 6–10.
- (3) Madeleine Clemence Vaillot, *Hope : The Restoration of Being*, *American Journal of Nursing*, 1970, 70, 268–273. 早坂泰次郎ほか訳「希望：存在の回復」『看護学翻訳論文集 4 死の床にある患者たち』現代社 1982.
- (4) 希望尺度はこの他にも、医学者によって次の二つが開発されている。
  - ① Gottschalk, L., A hope scale applicable to verbal samples, *Archives of General Psychiatry*, 30, 770–785. 1974.
  - ② Obayuwana, A. et al., Hope Index Scale, An instrument for the objective assessment of hope, *Journal of the National Medical Association*, 74, 761, 1982.希望の心身医学的、精神神経免疫学的研究のためには、患者の希望という意識状態の確定が、そして治療への応用にあたってはその測定が要請されてくる。スチーブン・ロックらは精神神経免疫学の啓蒙書『内なる治癒力』第 10 章「ニューメディスンと希望の生物学」で、Gottschalk の希望尺度を紹介している。（同書 272–273 頁 創元社 1990）また、Obayuwana は「希望は人類にとっての最大限の健康を獲得するための鍵を握っているかもしれない」という考えから希望尺度の開発を試みている。（Obayuwana, *The Anatomy of Hope*, *Journal of the National Medical Association*, 74–3, 230, 1982.）しかし Gottschalk も Obayu-

wana も、開発にあたって哲学文献の参照を行っていないのは残念なことである。

- (5) (6) Erza Stotland, *The Psychology of Hope*, Jossey-Bass Inc., Publishers, 1969, p. 2.
  - (7) (8) Stotland, *op. cit.*, p. 7.
  - (9) Stotland, *op. cit.*, p. 8.
  - (10) Stotland, *op. cit.*, p. 9.
  - (11) Richard C. Erikson, Robin D. Post and Albert B. Paige, *Hope as a Psychiatric Variable*, *Journal of Clinical Psychology*, 31, 324-330, 1975.
  - (12) Stoner, et al., *op. cit.*, p. 270-271.
  - (13) 訳文は『新共同訳』（日本聖書協会）に従った。
  - (14) マルチン・ルター『ローマ書講義 上巻』松尾喜代司訳 新教出版社 1959 299 頁。
  - (15) マルセルが問題としているのは病の治癒という、いわば大目標であるのに対して、エリクソンの希望尺度とストーナーの希望尺度が問題としているのは、より小さな目標であるから、両者は交差せず、そこに矛盾はないとも言えるが、根本的問題は、希望の基本的概念規定として「目標達成の感知された蓋然性の正の関数」が妥当かどうかということである。
  - (16) Miller, et al., *op. cit.*, p. 6.
  - (17) Miller, et al., *op. cit.*, p. 6-7.
  - (18) Miller, *Inspiring Hope*, *American Journal of Nursing*, 85, 23-25, 1985.
  - (19) Vailliot, *op. cit.*, p. 270. 邦訳書 9-11 頁。
  - (20) Vailliot, *op. cit.*, p. 272. 邦訳書 17 頁。
  - (21) Vailliot, *op. cit.*, p. 270. 邦訳書 9-11 頁。
  - (22) (23) Vailliot, *op. cit.*, p. 272. 邦訳書 17 頁。
  - (24) Vailliot, *op. cit.*, p. 271. 邦訳書 14 頁。
  - (25) Vailliot, *op. cit.*, p. 272. 邦訳書 17 頁。
  - (26) Vailliot, *op. cit.*, p. 271. 邦訳書 14 頁。
  - (27) Vailliot, *op. cit.*, p. 271. 邦訳書 14-15 頁。
- 但し、訳文は『草案』のものを使用した。

---

本稿作成にあたっては、マルセルの著作の英訳書も参照した。本文中に述べたように、米国の看護学文献では英訳書が用いられているからであ

る。参照したものは下記の通りである。

- Homo Viator, Peter Smith, 1978.
- Being and Having, Peter Smith, 1976.
- The Mystery of Being, AMS Press.

また、マルセルに関する邦語文献のうち、本稿の主題である「希望」について立ち入って論じており、本稿作成にあたって参照したものは下記の通りである。

- 竹下敬二・広瀬京一郎『マルセルの哲学』（弘文堂 昭和34年）
- 岳野慶作『マルセルの世界』（中央出版社 昭和49年）
- R. ロペス・シロニス『旅する人間と神』（中央出版社 1993年）
- R. ロペス・シロニス「人間、その希望に向かう存在」ジャック・ペジノ編『現代とキリスト教的ヒューマニズム』（中央出版社 1993年）