

# ナラティブ・アプローチ

## はじめに

近年、ナラティブという言葉が様々な分野で用いられるようになってきている。どうもアメリカの医療人類学者クラインマン (Kleinman, A.) の著書『病いの語り』(1996年、原著は *Illness Narratives*. 1988年)<sup>1)</sup> が出版されたあたりから臨床心理学や教育学あたりでもナラティブという言葉が引用されるようになってきたように思われる。最近では看護学やプライマリー・ケアの理論的支柱<sup>2)</sup>の一つとしてナラティブが用いられるようになってきている。しかし、それぞれの分野でのナラティブが意味するところは微妙に異なっている。

ただし、どの分野でも座り心地の良い言葉ではあるようだ。その座り心地の良さはどこから来ているのだろうか。ひとつはそれぞれの分野の閉塞状況に由来するのかもしれない。つまり、臨床心理学や教育学といった分野は当然ながら現場を持っている。その現場は生身の人間を扱うので、物理学や化学のような形で理論化することが難しい。発達心理学や精神分析学などから、あらゆる既存の理論が援用されてはきたが、そろそろ出尽くし一種の閉塞状況となっていたところに現れたのがナラティブだったのかもしれない。

## ナラティブとは

そもそもナラティブとは何か。ナラティブは英語で *narrative* と書く。動詞はナレイト (*narrate*) 「物語る」とか「話す」という意味である。ナラティブはその名詞形だから「語られた物語」「身の上話」ということになる。もう一つ名詞形がある。ナレーション (*narration*) である。こちらはほぼ日本語化している。意味を敢えて書くとすれば「物語ること」くらいだろうか。両者の違いは、ナラティブは、語られたストーリーそのものを表すが、ナレーションはストーリーよりもむしろ「語ること」そのものを表す。まどろこしいようだが、更に書くならば、ナラティブは過去を振り返っての「自分物語」とでもいえよう。自分で振り返るのだから脚色もあるだろうし事実とは微妙にずれているかもしれない。しかし、ナラティブの理論的支柱である社会構成主義<sup>3)</sup>の立場からすれば、社会的真実などというものは世の中には存在しないのであって、それぞれの物語で社会は構成されているということになる。つまりは、こころの臨床において、当人が物事をどのように経験したかということのほうが、どのような物事があったかより重要という立場がナラティブの基本的な立場といえる。しかし、こころの臨床ではそんなことは百も承知というのが通り相場である。それなら何故あえてナラティブと名乗る必要があるのかというと、ナラティブでは、聴き手は当人の語るストーリーそのものに目を向けているのであって、当人そのものにはないという点が異なっている。微細な差と考える人もいるし、大きな差と考える人もいる。

## ナラティブとこころの臨床

ナラティブの立場からのこころの臨床としてはナラティブ・セラピー<sup>4)</sup>が有名であるが、技法的にはこれまでのカウンセリング技法とあまり違いはないと考える人もいる。筆者もナラティブ・セラピーが技法的には、それほど新奇なものではないと考える者の一人である。しかしながら、ナラティブをセラピーの中心に置いたとき、治療者側の感覚は明らかに以前とは異なったものになる。ひょっとするとそれはコペルニクスの転回と呼んでさえないものかもしれない。なぜコペルニクスの転回か。それはカウンセリングを始めとするこれまでの心理療法では治療者が患者の心理メカニズムを解明し症状をコントロールするために患者のストーリーに耳を傾けてきたといえる。ところがナラティブ・セラピーにおける治療者は病者のストーリーを理解するために聴くのである。つまりは対象そのものが異なる。患者そのものか、患者の物語かという違いである。話がやや抽象的になってしまった。要するにポスト・モダンに生きる我々には、神も科学も含めて何も信じるものがなくなってはしまったけれど、人々の経験をストーリーとして聴きとどけることは出来る。聴き手は語り手の語る物語を聴きとどける証人にはなれる。構造的にはカウンセリングもナラティブ・アプローチも、患者の言葉に誰かが耳を傾けることでその患者が回復するという点では変わりはない。しかし、立ち位置がこれまでとは全く異なる。これがコペルニクスの転回と述べた所以である。

## ナラティブと医療

近年、ナラティブ（語り）という言葉が医療分野に、急速に浸透してきている。なぜこれほど浸透が早いのかというと、これまでの医療パラダイムがどうも閉塞状況にあり、医療研究者が状況打開のために何か別の考え方を探していたからなのかもしれない。

しかし、ナラティブという言葉が独り歩きしていて、様々な派閥が作られているように見える。これでは現在 400 とも 800 ともいわれる雨後の竹の子のような多数の心理療法各派の一つとして埋没してしまいそうである。つまりは医療におけるナラティブも新手の心理療法一派に数えられかねない。

臨床心理学の分野でほぼ確立したナラティブの考え方から、さらに医療に特化した形でナラティブ・ベイスド・メディスン (Narrative Based Medicine, 以下 NBM) という考え方が登場してきた。この言葉がプライマリー・ケアの分野を始めとして、あちこちで聞かれるようになったが、それが何を意味するのか分かりにくいという声もよく聞かれる。そこで今回はまず NBM について分かりやすく説明したい。

まずナラティブ・セラピーという心理療法を医療にそのまま応用することが医療における NBM ではない。NBM とはイギリスのグリーンハル (Greenhalgh, T.)<sup>5)</sup>を始めとする臨床医たちが提唱してきた、臨床における患者の病気観を中心に据えて治療方法にまで影響を及ぼす医療の形である。彼らは患者の病いの語りを大事にすることが治療的だという考え方を基盤にして NBM を展開してきている。

NBM は現代医療の主流である根拠に基づく医療 (Evidence Based Medicine, 以下 EBM)

を補完する医療として語られることが多いが、何故 EBM だけでは足りないのかを説明する。

それには医療の本質そのものを吟味することから始めなければならない。現代医療の手法とは、まずは目の前の患者の訴える症状を客観化することから始まる。EBM の提唱者であるサケット (Sackett, D.)<sup>6)</sup> も EBM の第一段階を、「目の前の患者についての問題の定式化」として書いている。つまり、患者の抱える症状を、医療の扱える「問題」に翻訳することである。この段階では患者の主観であった症状が医療の介入できる形に客観化される。いったん客観化されたならば、あとは楽である。論理的な展開で治療そして治癒という終着点に辿り着く。ところが、治療は論理的で間違いないはずなのに治癒に至らない患者が多く存在する。その原因は当然ではあるが、最初の段階の翻訳過程にある。そもそも患者の主観のすべてが客観化出来るはずはない。そこで第一段階では「切り取り」が行われるが、その過程は注意深く行われる必要がある。安易に行われると、次の段階がどれほど正確であっても終着点に辿り着かない。もちろん EBM が現代医療の主流であることは間違いない。しかし、いつも患者の主観に立ち戻り、患者のうちにある病気物語を考慮した治療戦略をたてるのが、より治療を効果的にすると考えられる。

誤解を恐れず、単純化していえば、NBM とは患者の病気物語 (ナラティブ) に介入する医療といえよう。

先に述べた社会構成主義や構築主義の主な主張は「我々が現実とみなしているものは、実在しているのではなく、我々の頭のなかで構成された概念に過ぎない」というものであるが、そこまで徹底しなくとも、病気には病者の内にある物語 (ナラティブ) という側面がある。この部分を変容しなければ病気は治らない。つまり NBM では病気物語の変容が促進されるような種類のコミュニケーションが行われる。カウンセリングとの相違はカウンセリングが個人の変容を促すのに対して、NBM では病気物語 (ナラティブ) の変容を促すという点だろうか。つまり、みかけは似ていても立場が異なるといえよう。

## ● 病者の苦悩と物語

アメリカの心理学者ランバート (Lambert, M. J.)<sup>7)</sup> は 1994 年にある論文を発表した。この論文によれば心理療法の効果についての厳密なメタアナリシス調査の結果、治療の技法やその背景にある理論の寄与率は極めて低くわずか 15% と結論づけた。そして治療外要因つまり治療結果へのクライアント (病者) の寄与率が最も高く 40% に達すると報告した。この結果に対して治療技法や理論の寄与があまりに低いと心理療法家からは反論が続出した。

しかしこれらの結果は病者が苦悩を物語という形で紡ぐことが、治療的だということの証拠ではないだろうか。物語を紡ぐには聴き手すなわち医療者の存在が欠かせない。心理療法というのは、いわば物語を病者が紡ぐのを援助する構造になっている故に、効果的に働くのかもしれない。

ランバートの研究結果で最も効果が高いとされたクライアント (病者) の寄与率の高さとは、病者が自分の苦悩を相手に伝えようとする、そしてそれを聴くことが治療的で

あることの証左なのではないだろうか。つまりは筋を追い自分の中に語り手の語る世界を再構築することである。再構築には想像力が必要である。いきいきとした再構築が聴き手の内部で起これば、退屈な物語などあり得ない。時として臨床家や学生から「限られた時間のなかで、そのような物語を聴いている時間もないし、いきいきとした再構築など相手の話がよほど面白くなければ無理ではないのか？」という質問を受けるが、短い限られた時間でも前回、前々回の物語の続きものと考えれば、続きはまた次回という形で収納しておけるのではないだろうか。また、相手の話が面白いかわからないかは聴き手の物語再構築力に左右されると答えたい。技法的な点は演習編ナラティブ・クエショニングを参考にしたい。

#### 文献

- 1) Kleinman, A.: *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. Basic Books, 1988 江口重幸, 五木田 紳, 上野豪志訳: 病いの語り. 誠信書房, 1996
- 2) Launer, J.: *Narrative-Based Primary Care: A Practical Guide*. Radcliffe Medical Press, 2002
- 3) Gergen, K. J., McNamee, S. (Editors): *Therapy as Social Construction*. Sage Publications Ltd., 1992 野口裕二, 野村直樹訳: ナラティブ・セラピー -社会構成主義の実践-. 金剛出版, 1997
- 4) White, M., Epston, D.: *Narrative Means to Therapeutic Ends*. Dulwich Centre Publications, 1990 小森康永訳: 物語としての家族. 金剛出版, 1992
- 5) Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (Editors): *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books, 1998 斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史訳: ナラティブ・ベイスト・メディスン -臨床における物語りと対話-. 金剛出版, 2001.
- 6) Sackett, D. L., Richardson, W. S., Rosenberg, W., Haynes, R. B.: *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM*. Churchill Livingstone, 1997 久繁哲徳監訳: 根拠に基づく医療 -EBM の実践と教育の方法-. オーシーシー株式会社, 1998
- 7) Lambert, M. J., Bergin, A. E.: *The Effectiveness of Psychotherapy*. In Bergin, A. E., Garfield, S. L. (Editors): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edition). John Wiley & Sons, 1994

(中川 晶)