

語りはなぜ可能なのか：精神科看護の事例から

松澤和正*

Why Is It Possible for Patients to Tell their own Story ? : a Case Study in Psychiatric Nursing Practice

Kazumasa Matsuzawa

International University of Health and Welfare

Department of Nursing

What I wish to show in this paper is some meanings of a mental patient's utterances and communication with psychiatric nurses. A patient referred in this case is chronic schizophrenia and she had been asking nurses to discharge from the hospital since she was admitted to the hospital. Her utterances were so compulsive and lacked insight to disease. Moreover they were characterized by a kind of somatization of her emotions which asked correspondence with other people. It seems that their functions were concerned with ethical responsiveness which made personal utterances mutual narrative.

キーワード

語り narrative

精神看護 psychiatric nursing

倫理的応答性 ethical responsiveness

身体化 somatization

病識 insight to disease

* 国際医療福祉大学保健学部看護学科

I. はじめに

何かが語られるとき、それは、語りかける何らかの対象を絶えず想定しようとしている。同時に、語りかけられた対象は、何らかの形で反応し応ずることを迫られてしまう。語りとは何かと問うとき、それが一定のプロット（筋）を持った物語として構成される、あるいはその言語行為としての発話であるといった定義もさることながら、それが否応なく他者（あるいは自己のなかの他者性を）を要請するものだという倫理的応答性の次元、あるいは「語り—聴き取る関係」¹⁾は重要な属性と考えられるであろう。

殊に、精神科臨床において語りの意味を考える場合、語りにおける一定のプロットや物語性の存在、あるいはその言語化過程や書き換えを通して治療的に関わろうとするナラティブ・セラピーなどの用語法や概念¹⁾では、十分にその意義を理解できない可能性がある。なぜなら、まず、精神科における患者の語りは、時に病状等の影響を受けながら、不安定や奇異や断片化や飛躍などを含む、錯綜した多様性や多義性を伴うという特有の事情がある。さらには、そうした状況では、まとまった（常識的な）語りそのものがそもそも存在しないのではないか、という意識さえ生まれても不思議とはいえないからである。それはつまり先に述べた倫理的応答性の問題である。もちろん、精神科における看護では、この応答性の存在（あるいはそれへの希求）を、全ての前提として出発しようとしていることに異論はない。まただからこそ、語りあるいはナラティブという言葉が、臨床的視点として新たに取り上げられることに、新鮮な力を感じないわけにはいかないのである。ところが、それは、語りというもの存在を予め自明なものとしているからそう感じているというより、なんらかの発話を語りとして受けとめ、それに向き合うこと（応答性）の困難を常々感じているからに他ならない。

私は、本論で、精神科看護におけるこの語りの困難さ、つまり相互性のなかで発せられる患者の言葉なり訴えなりを語りとして受けとめることの困難さについて、述べたいと思う。本論のテーマは、「語りはなぜ可能なのか」であるが、意味としては語りの不可能性を問うことも同じである。むしろ、本論では、語りの可能性や不可能性が問われる境界の領域で、語りの倫理的応答性という相互性の次元に焦点を当てることによって、「語り」とみなされるものを対象とする治療やその概念に対しても、いくつかの批判的論点を提供することとしたい。

II. 事例

1. 概要

事例A：

40歳代なかばの女性。診断名・統合失調症。

20歳代なかばで発病して数回の入院を繰り返し、その後外来通院をしながら両親と共に生活していた。閉居がちな生活のなかで、しだいに食事・服薬が不規則となり、さらにコーヒーの暴飲、過剰喫煙、昼夜逆転の生活などが重なって体調を崩し、精神症状の悪化と共に出血性胃潰瘍も併発して意識混濁状態での緊急入院となった。その後、治療を受けて軽快し自宅へ退院となったものの、数ヶ月で同様な悪化状態に陥り、ほとんど命からがらという状態での再入院となった。

2. 再入院後の経過

入院時Aは、顔面蒼白で、閉眼したまま絶えずうわ言のような独語を繰り返していて、こちらからの呼びかけには一切反応がないという状態だった。精査の結果、胃潰瘍がかなり悪化しており、一時、合併症病棟へと転棟となり緊急手術の適用となった。その後、まもなく危機的な状況からは脱したものの、気がつくとも再度精神病院への入院という現実であり、当初から本人はそれに対してかなりの不満を表明していた。

この不満は、当然ながら、入院が長期化するにつれて、退院や外泊要求というかたちで強まっていた。また同時に、胃潰瘍に対する治療的配慮からなされる様々な制限、つまり食事やタバコ、コーヒーの制限からくる苛立ちも明らかに加わっていた。しかし、今回の再入院までの経緯を考えても、同様なことが繰り返されるおそれから退院がすぐに選択できない事情があり、実際、家族も退院や外泊にはかなりの難色を示していた。けれど、なんとか本人の思いに添いつつ解決の糸口を探そうと、ある時（入院約5ヵ月後）家族を説得しての外泊が組まれるが、本人の帰院拒否という形で頓挫し（説得で結局帰院したものの）、先の見えない状態が続いていた。そのようななか、互いに不満や葛藤を抱えながら関わらざるを得ず、困難で膠着した毎日が続いていた。

まず、このような時期の概略について、特徴的なお互いの発話や会話を時系列に沿って再構成しつつたどってみたい。

〈X日〉：上記初回外泊直後

本人「私は精神病じゃない。精神病でも薬はいらぬ。森田療法と食事療法だけで十分。お腹が悪いだけ」

Ns「外泊から戻されて頭にきた？」本人「そう」

Ns「でもあなたも約束守れなかった」本人「…」

〈X+3日〉

Ns：昼薬時、飲んだ後の薬包をポケットに入れるため確認すると残薬がある。促すと内服するが、不満げである。

本人「私は精神病じゃない。ただの栄養失調、栄養失調。森田療法と食事療法で治ります。薬なんていらぬ。今回も胃の痛みなんて全然なかった」

Ns「家へ帰ると暴飲暴食、タバコ、薬飲まないの三拍子でしょう？」

本人「そんなことないよ。もう病院はいいよ」

Ns「この前の（帰って来れなかった）外泊はどうしたの？」

本人「急用ができて仕方なかった…」

〈X+8日〉

本人「お願いします。外泊は〇〇日からになりました」

Ns：頻回の訴えにて看護室にやってくる。Nsの顔を見ると、くり返しくり返し外泊の訴えとなる。

（この頃より主治医や看護師に対する外泊の訴えがかなり執拗になる。）

〈X+20～30日〉

本人「退院請求したのに退院できない。患者の人権はどうなるんですか」

PSW：本人より面接希望あり。ひと通り話を聞くと自分から納得して面接終了する。

Ns：外泊の希望あり。そろそろいいのではないかと、Nsに対しかなり頻回に訴えあり。（外泊要求と共に、退院要求も激しくなる。この間に公的機関に退院請求をし受理されているが、後日面接直前で自ら取り下げている。）

〈X+57日〉

Ns：深夜勤務時、何度か看護室に来て以下の訴え。

本人「患者には転院の権利がありますよね」

Ns「はい。ただし、家族や主治医とも話し合わないといけませんね」

本人「今回の入院はただの胃潰瘍です。内科の先生はもう完治したと言っている。…今までも、入院は、両親に温泉にいくとだまされて連れて来られたんです」

(同日、主治医と面接し、かなり激しく退院を要求し、その際威嚇しつつ暴力を振るおうとするため、一時的に保護室に入室となる。)

〈X+60日〉

Ns：看護室にたびたびやって来ては「転院させてくれ」のくり返し。

本人「何も悪くないのに入院させられた」

Ns「ここに来たときは死にそうな状態だった」

本人「そんなことない。何も悪くなかった」

Ns「〇〇先生の手術がなければ死んでました」

本人「いいよ」Ns「死んでもよいの？」

本人「よくないよ。でも死ぬ覚悟はできてるよ」

(家族にたびたび電話し、大声で怒鳴って外泊・退院要求続く。)

〈X+65日〉

Dr：相変わらず威嚇、暴言吐きつつの会話となる。

本人「職権乱用で、…訴えてやる！」

Ns：看護室に来て、何度も執拗に同じ訴え。

本人「タバコの自己管理を認めて。一日一箱ではイライラしてしまう。前から何回もお願いしてるのになんでだめなの！ 外出も外泊も！」

〈X+70日〉

Ns：看護室まで来て相変わらずの訴え。

本人「なんで精神疾患のないただの胃潰瘍の患者を何ヶ月も入院させておくんだ！」

Ns「それについては、今まで何回も話し合った。その時、私がなんと説明したか覚えてほしい」

本人「覚えていない」

Ns「なぜ自分の言いたいことしかないの」

本人「わからない」Ns「それでは話し合う意味がないね」

本人「精神疾患はない。栄養失調があっただけ。森田療法で治る。退院させて」

「転院は100%患者の権利だ！」

(その後、Drとタバコ・小遣い等で一定の約束をし、それが守れるのを待って少しずつ行動制限を緩和し、X+80日には院内単独の外出が許可され、X+95日には外泊が再度実施されるようになり、以後、定期的に週末外泊が組まれるようになった。)

*なお、上記の事例展開は、基本的にはPOS(問題志向システム)記録から適宜抜粋

することにより構成した。「」内は当事者による発話であり、「」なしは当事者による状況等の記述、（ ）内は今回私による要約的記述である。この事例展開では、事例個人を特定しうる細部情報については、最大限削除すると共に性別を含め恣意的な改変を施してある。Drは医師、Nsは看護師、PSWは精神保健福祉士の略号。

Ⅲ. 考察

1. 退院要求と「病識欠如」という語り

前記の事例展開部分は、本事例の入院前後の経過の概略を示したものであるが、会話記録等で部分的に詳述したのは、入院後約5ヶ月を経過した頃：X日以降である。この時期は、先にもふれたとおり、精神症状の再燃・増悪と胃潰瘍の手術という急性期を一応脱してはいるものの、入院そのものや医療者への不信・不満が高まって、基本的には絶えず退院要求がなされていた時期であった。しかも、その退院要求は、自分自身の現状や周囲への配慮をほとんど欠いており、病状の再燃と生命危機への危険性などを考えると、私たち医療者はもちろん家族にもなかなか受け入れられないものとなっていた。

その一つの現れとして、自らの病い、つまり精神疾患の存在を頑なに認めようとしない姿勢が顕著に見られ、たとえばそれは、《X日》の「私は精神病じゃない。精神病でも薬はいらぬ。森田療法と食事療法だけで十分。お腹が悪いだけ」という発話や、《X+3日》の「私は精神病じゃない。ただの栄養失調、栄養失調。森田療法と食事療法で治ります。薬なんていらぬ。今回も胃の痛みなんて全然なかった」という発話によく現れている。特に、この「精神病ではない。薬もいらぬ。森田療法と食事療法で十分」という発話は、退院（転院）や外泊の要求や入院への嫌悪感を訴えるたびに、その根拠として執拗に何度も繰り返されるものであった。上記の断片的な事例記録を見る限りでは、その出現頻度はさほどでもないように思われるが、実際は、ほとんどの退院要求において先行あるいは付加される反復強迫的な発話といってもよいものだった。とはいえ、患者によるこのような訴えは、精神科臨床の現場ではさほど珍しいものではなく、しばしば「病識欠如」として捉えられ、殊に統合失調症において特徴的なものとされる。さらに患者Aは、《X+3日》で「今回も胃の痛みなんて全然なかった」とか、《X+60日》で「何も悪くないのに入院させられた」「そんなこ

とない。何も悪くなかった」などと主張しているように、今回の危機的な緊急入院という現実・事実そのものをも認めようとしない、否認の態度が目立つのも特徴であった。

このようななか、患者Aの執拗な退院・外泊要求に対する病棟スタッフの態度は、基本的には疾患に関連した前記の「病識欠如」や現実検討能力の低下という見方が一般的であったように思えるし、実際、私自身もそのような理解をどこかで共有していた。しかし、病識欠如という精神医学的な認識があったとしても、それによって目の前の事態がどうにかなるというような生易しいものでももちろんなかった。確かにそう考えることで、多少の諦念に導かれて一時の理解や了解に至ることはあったものの、反対に、なかば「レッテルを貼る」ことで、さらに患者Aを問題視し遠ざけるとい意識に結びついていったようにも思える。このようなことは、「病識」というものを臨床的に考える際に、しばしば起こりうることで且つその持つ意味はかなり複雑であって、実はこの事例に限ったことでもない。病識欠如が、たとえば認知機能障害やある種の防衛機制の現れや知識・学習不足等々によるものとしても、それらは相互に関連したものであり²⁾、当然、回復過程やその病状変化等によってもかなりの影響を受ける。事実、この事例でも、長い経過のなかでは、自らの内の苦しい葛藤を認めまた医療(者)を受け入れようとする姿勢を垣間見せることももちろんあった。

ただここで問題にしようと思うのは、何らかの理由で、いわゆる「病識欠如」状態に陥っている患者の「語り」についてである。具体的には、ほとんど毎日のように、患者Aと顔を合わせるたびに聞いていた「私は精神病ではない。薬もいらぬ。森田療法と食事療法で十分。退院だよ、退院」という発話のことである。この発話は、ほとんどの場合、内容においても表現においてもほとんど変わらないまま、しかもかなりの苛立ちや怒りを蓄えつつ、まるで石つぶてのようにくり返し投げかけられる言葉であった。私はこの言葉の前で様々な思いや感情に駆られながら立っていた。辟易し嫌悪感にとらわれることもしばしばだった。けれど、多くの場合私は、看護者としてなんとか冷静に受け止め耳を傾けながらも、何らかの現実的な振り返りを本人に求めようとしていた、ということではできると思う。このようなことは、精神科医療に携わる者なら稀ならず経験することとはいえ、私には、倦むことなくくり返される訴えと彼女自身の執拗な現前の、かなり特異なあり方が負担であると同時に不可解だった。

はたしてあの患者Aの訴えとはいかなるものだったのだろうか。私たちはその時、確かに互いに向き合いながら、何かかを話し合っていたには違いない。けれど、患者Aは《X+70日》の記録にもあるように、私からの語りかけに対して、その内容を「覚

えていない」と答え、自分自身の訴えしかないことを、「なぜかわからない」と答えているように、少なくとも言語的やりとりのなかにある、私や他者の存在はかなり希薄であるように思える。これに対し、私たち医療者自身も、執拗にくり返される常同的な訴えの前で、困惑し疲弊し苛立ちながら、彼女の訴えを「語り」として受け止めていたかといえ、かなり疑わしいことだと言わざるを得ない。それは、私たちにとって、筋や物語を持った「語り」などでないばかりか、語られる対象も聞き取る主体も喪失した「言葉の集まり」に過ぎなかったのではないのか、という疑問が生じる。しかし、私たち医療者は、ともかくもどのような形であれ、彼女の強迫的ともいえる言動に長くつき合い続けたことは事実である。そのなかで、たぶん患者Aの発話は、私たちにとって「言葉の集まり」である場合と「語り」でありうる場合との間を、不安定に往還していたのではないかと思う。

2. 言葉の身体性及び同一化への身振りとしての語り

患者Aの常同的な発話「私は精神病ではない。薬もいらぬ。森田療法と食事療法だけで十分。退院だよ、退院」は、はたして「語り」と呼べるものだったのだろうか。もちろんそこには、物語的な筋も時間的に推移していくならかの展開もあるわけではなく、本人なりの意思や判断が言明されているに過ぎない。ただし、この言明の著しい特徴は、絶えず私たちへと向かって（他者への志向性）、執拗にくり返されて（反復強迫性）いたことである。その強い圧力によって、私たちは否応なく彼女の面前に引き戻され、互いに少なからぬ動揺や葛藤状態のなかに置かれることを意味していた。もちろんこの言明は、彼女自身にとっては、長期化する入院やそれに伴う様々な制限への嫌悪であり拒否であることが、その主たる目的であったのかもしれない。その訴えを正当化するために、極端ともいえる否認や拒否を表現したに過ぎないという見方もできるのだが。

この反復強迫的な発話の理由・原因は、おそらく病識欠如と同様にあるいはそれと関連して多くの要因が考えられるが、結果的にその言動は、私たちと患者Aとの関係を一時対立的な感情によって疎隔したかに思えて、その実、対立という強く拭いがたい生の感情的韌帯で、互いに互いを絡め取る状況を生み出していたように思える。Aはまるで、私たちが困惑し動揺し感情的にさえなることを、なかば承知の上で振る舞っているかのように思えた。実際私たちは、Aの度重なる訴えによって、まさに彼女自身の苛立ちや不満や怒りの幾分かを自らに転移させ、彼女自身と同様な状況へと

巻き込まれてゆくことになったわけである。つまりAは、あたかも相手に復唱を求めるかのような常同的訴えによって、結果的には、私たち医療者とのある種の同一化を感じるようになるわけで、内省的な意識に乏しく且つそれが困難な状況では、それは何よりも「身体的な」実感を伴いうる経験となりえたのではないだろうか。

このいわば「身体的な言語表現」のあり方、あるいは「身体的な（身振りの）同一化」とでもいうべき関係のあり方に関して、人類学者の菅原は、自閉症児との独特なコミュニケーションを論じつつ、次のような指摘を行っている。

「…自閉症児とその親とのあいだに交される反響言語と反復に基づいたやりとりの固着化・定型化は、まさに〈発話の身振り性を取り戻す〉ことによって、〈向かい合う他者との一致〉を実現しようとする（おそらくかなり不器用な）試みとして位置づけられるだろう」⁶⁾

つまり、ここでの「発話の身振り性」とは、言葉の持つ意味やその発話による物語性などの分節的な機能とは異なり、様々な表象として内在する感情や葛藤により近接した言葉や発話のあり方であろう。森岡によれば、たとえば情動負荷の強い経験は、「あらゆる連想がいつもそこに付着し、さまざまな連想と元の出来事とが圧縮結合した状態にあり」「そこでは時間的な経過という距離は感じられず」「無時間的で心的領域の特定部位に固定化されてしまっている」⁵⁾という。そのような状況において用いられる言葉や発話とは、笑いや怒りなどの情動的な身体表現に近い機能を果たすのかもしれない³⁾。

おそらく語りとは、そうした無時間的で凝集した塊としての内的表象を、発話という経時的な枠組みや筋やその解釈という物語性のなかで整理し再構成していく過程として現れるのであろう。そしてこの一連の形式化こそ、自分自身を切迫した経験や葛藤のなかから引き剥がし、わずかな安定を付与しうるゆとりを生み出すに違いないが。この事例においては、まさに無時間的で凝集した内的表象が意味や筋や解釈を内包した物語性のなかで語られることはなく、そのままの形で（音声的で身体的な）常套句として現れ、ある種の身体言語として、私たちに同様な身振りや同一化や一致を求めるものとして機能していたのではないだろうか。

3. 要求としての語りと引き受けること、そして患者「様」

私は、患者Aの発話の特徴が、絶えず私たちへと向かう（他者への強い志向性）と、執拗で常同的なくり返し（反復強迫傾向）にあり、なおかつ、そのことによって彼女

の発話は、あたかもその相手に復唱を求めるかのような（相手との）ある種の同一化やあるいはその身振りを求めるもの（一種の身体言語）として機能していたのではないかと述べた。

このことは、私自身、Aとの関わりのさなかにあつた当時、はっきりと意識していたことなどではもちろんなかった。ただ私たちは、そのことを、その時既に身をもって知っていた、実感していたともいえるのではないかと思う。なぜなら私たちは、彼女のたび重なる訴えの前で、しばしば困惑し絶望し嫌悪しそして途方に暮れていた。そして、その関わりと巻き込まれのさなかで、彼女の身を挺した要求に向き合いながら、もはや逃れることのできない「重荷」を感じ取っていたからである。それは、単に執拗な繰り返しに対する疲れを意味していただけでなかった。動揺し辟易し反発する私たちの哀れな姿を求めるかのような、彼女の強い「要求」を伴うものだったからである。それは、向き合う者どうしが、身体的な近さと親密さとで応じうるような「関係性への要求」そのものだったように思えてならない。しかもそれは、結果として、看護者の曖昧や逃げや説得や否定や拒否や苛立ちとして彼女に返されたに過ぎないが、当時の彼女にとっては可能な最低限の実感を伴いうる反応であり他者のあり方だったといえるかもしれない。とはいえ、そのことは、私たち自身の行為全体を正当化するものなどでは決してない。しかし、ともかくも私たちは、彼女からの「重荷」を引き受けつつそれを担い続けた事実は存在するのであり、逆にそれを「医療として当然のこと」と事もなげに言う場合でも、その持つ意味はたやすくもまた軽くもない、と私には思える。つまり、そのことがメタレベルの認識として医療者の実践に反映されるのなら、さらにその意味は確かめられ深まるに違いない、という意味で。

ここで私はもう、患者Aの訴えがなぜ「語り」と言いうるか、の幾ばくかに言及したことになるだろうか。もちろん、Aの「語り」には典型的な意味での物語など存在しなかった。むしろ、時間性のない凝集した表象がそのままの形で現れてきたかの印象さえある。そのようなものを語りというならばすべてが語りではないかときつく反駁されそうだが、ここには（倫理的）応答性というあるいはそれへの希求という僅かな証左がある、と私は思う。しかも、その応答性なるものを構成する、語りの持つ強い（他者への）要求と、それを引き受けようとする相互性という韌帯が、いかに語りを「可能なものとして」支えうるかということをこの事例Aを通して指摘したいのである。

このことは、語りあるいはナラティブというポストモダンの概念を考える上でも、

十分考慮されてよい視点であるように思える。なぜなら、たとえばナラティブ・セラピーの治療論においては、従来からの治療者のもつ専門家としてのあり方に根本的な批判を行い、たとえば「無知の姿勢」やむしろ「クライアントから学ぶ」という新たな関係性を志向している⁴⁾。これを新たなものとする理由の一部は、従来の専門家により多くを知る者としてクライアントと向き合いそして治療を施す、といういわばパターンリズムのスタンスを旧とするからであろう。もちろんそこには患者やクライアントという主体（しかも社会構成主義的な）に対する畏敬がある。そこから始めようとする意思において確かにそれは新たなものに違いない。ただし、時代を背景とする批判的言説は、時として原理的な転回を通して、形式的な対極へと振り切れてしまうことがある。あたかもそれは、向き合うもの・求めるものの複雑さや困難さゆえの、ある種の防衛であり忌避であるかのように、目の前の生きた現実を素通りしてしまう。

かつてバイオエシックスは、医師のパターンリズムから患者のオートノミーへとというテーゼのもとに医療の革新を始動させた。その結果現在、私たち医療者は、インフォームド・コンセントなる用語を医療の常識としてしばしば使い、さらには患者中心の医療を語るなかでついに患者あるいは患者「さん」は患者「様」へと変貌した。ある時、内海は、やはり精神科医の先達である土居（健郎）の前で、「患者さんは…」と話し始めたところ、「医者と患者でよいのだ」と諭されたという。その謂いは「医師は威張ることにあらずして（患者を）引き受けることにある」とされたという⁷⁾。もちろん、ここでいう「引き受けること」とは、かつての古くさいパターンリズムの残滓などでないことは明らかであろう。それは、医療者が患者を前にして不可避に感じる、担わなければならないもの・引き受けなければならないものことであるように思える。患者の肩の荷の何%かをまず感じることを前提とするような、そのような距離感を持った関係性のことである。

語り：ナラティブとは、まずこのような関係性あるいは（倫理的）応答性を前提としなければありえないのではないだろうか。おそらく、事例Aにおいて、かろうじて患者と私たちをつなぎとめていた関係性のなかがしかも、そのような相互的応答性につながるものだったのではないだろうか。というより、その場合においてのみ、彼女の訴えは、私たちと等身大の生きた声として私たちに語りかけてきたはずである。私は、そのようなことを信じかつ意識するために、ここで新たに語り：ナラティブが見出されることの重要性を感じるものである。

IV. おわりに

私は本論で、おもに語り：ナラティブの問題を、その（倫理的）応答性という視点で論じてきた。特に精神科臨床における独特な発話を例にして、それを語りとして受けとめようとするときの関係性の困難とそのあり方の意味について言及した。私はその応答性・関係性の起点を、社会構成主義的なあるいは個人主義的な相互尊重という文脈へと直ちにたどってしまうよりも、他者への要求とそのなにかがしかをなんとか引き受けようとする、より個別的で身体的な関係性の経験へとたどろうと思った。その始原的な「重さ」を抜きにしては、そもそも相互尊重などありえないのではないかと考えるからである。しかし、それらのことは、病いを疾患モデルとは異なる個人の経験や語りとして捉え、治療やケアの営みのなかに、病者固有の微細な文化性、つまりそれぞれにとってのローカルな時間と空間（の重さ）を取り戻そうとする臨床人類学的な発想に通じていることを付記し、本論を終えることとした。

引用・参考文献

- 1) 江口重幸 (1999)：病いの経験を聴く－医療人類学の系譜とナラティブ・アプローチ。小森康永・野口裕二・野村直樹編：ナラティブ・セラピーの世界。日本評論社, pp.33-54.
- 2) 池淵恵美 (2004)：「病識」再考。精神医学46 (8), 806-819.
- 3) 松澤和正 (1998)：臨床の詩学に向けて－精神科医療における臨床民族誌的接近と言語。文化とこころ, 2 (3), 207-219.
- 4) McNamee, S. & Gergen, K, J (Eds.) (1992)：Therapy as Social Construction. Sage Publication Ltd. 野口裕二・野村直樹訳 (1997)：ナラティブ・セラピー・社会構成主義の実践。金剛出版。
- 5) 森岡正芳 (2002)：物語としての面接－ミメシスと自己の変容。新曜社, pp. 8-20.
- 6) 菅原和孝 (1998)：反響と反復－長い時間のなかのコミュニケーション。秦野悦子・やまだようこ編：コミュニケーションという謎。ミネルヴァ書房, pp.99-125.
- 7) 内海健 (2002)：「患者様」の衝撃。精神療法 28 (2), 235-237.