

物語的思考の可能性

第21回大会長 中川 晶 (大阪産業大学人間環境学部)

はじめに

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とも言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心の心理療法一派に数えられかねない。確かにナラティブ・セラピーという心理療法の派は存在するが、これを医療に応用することが医療におけるナラティブではない。医療におけるナラティブは近年イギリスのT・グリーンハル¹⁾を始めとする臨床医たちが臨床における患者の、病気観を中心にした病いの語りを大事にすることが、治療的だという考え方Narrative Based Medicineを展開してきている。今回は医療におけるナラティブの、聴き手側、つまりはナラティブにおける聴き方について、論を展開してみたい。

医療者の思考法

人間の思考を二つに分ける試みはこれまで、先人によって繰り返されてきたが、近年ではJ・ブルナー²⁾の「論理・科学的思考様式 (paradigmatic mode)」と「物語的思考様式 (narrative mode)」に二分するものが興味深い。野口もナラティブ（物語）はセオリー（理論）に対立するとしている。しかし齊藤はセオリーを医療現場で用いるときにはセオリーというナラティブを用いるのではないかと論考している。確かに最終的には全ての言説はナラティブに落ち着きそうだが、本論では「物語的思考」の特殊性を明らかにしたいので敢えて対立概念を「分析的思考」と定義して論を進めてみよう。

西欧的な分析的思考は、強力で厳密な思考法である科学を育んできた。物理学や化学はそのような分析的思考の賜といえよう。分析的思考は思考のプロセスに拘泥しな

い。分析的思考においては、思考する人がどのようなプロセスで結果に至ったかは問題ではない。問題は結果である。積み重ねる事の出来る結果だけが残っていく。

医学においても、この分析的思考によって極めて強力な治療法がいくつも生まれてきたことは論を待たない。医学は解剖学の長い伝統を基盤として18世紀にはラ・メトリの「人間機械論」(1746)³⁾に至って、あの徹底的な懐疑論者であったデカルトでさえ越えることの出来なかった人間の靈性さえも、ついに否定され、人間も単なる機械でしかないという見解に達したようである。その後は分析的思考によって全ての問題が解決されるという楽観的な風潮もあったようである。

確かに抗生物質やステロイドなどの強力な治療法は分析的思考がなければ、あり得なかったに違いない。しかし、分析的思考にも大きな欠点がある。それは医学という学問そのものに内在する本質に深く関わっているといえる。

つまり、医学は病める人間を癒やすという使命を持って生まれた学問であるため、いつも現実の人間と向かい合う必要がある。物を対象としたとき分析的思考は大きな力を発揮する。しかし、対象が人間だとかなり歪な思考法となってしまう。何故なら、人間が人間を分析するということに本質的な問題がある。

先に述べた医学の進歩は生命科学の成果でしかない。すなわち臓器、組織、細胞というレベルで分析していくことで得られた進歩である。分析という方法は物事を細かくみていくという方向性を持つ。しかし、どのように細かくしようと、病者の苦悩は出てこない。何故なら苦悩とは個性を持つ属性であり、更に病者は周囲の家族、友人、医師、看護師など人々と関わりのなかで、苦悩を経験する。とすれば苦悩は個性性と同時に社会性も併せ持つということになる。そして、苦悩が伝わらなければ医学は成立しえない。

病者の苦悩と物語

苦悩が伝わるとはどのようなことだろうか？病者の苦悩は極めて個性的なものであり、平均値で扱ってはならないし、扱えるものではない。病者のそれぞれの苦悩を分かるためには、まずは、分かろうという姿勢を持つことから始まる。ただ病者の話を漫然と聞くのではなく、自分の中の体験を総動員して、病者の苦悩を再構成してみることが重要である。決して他人の体験がそのまま伝わることは、あり得ない。

病者の体験は病者独自のものであるが、医療者が自分の体験という素材を用いて病者の体験を「なぞる」ことから始めるしかない。森岡は著書『うつし 臨床の詩学』

(2005)⁴⁾のなかで筆者のいう「なぞる」ことを「うつし」という言葉で次のように説明している「元とそのうつしの間には差異をともなった反復があり、差異と反復を通じてそれまでとはちがったものへと成り変わる力が生じる。うつしは変性という生命過程に深く関らないのである。しかし、そのことは落胆することではない。むしろ、医療者が簡単に病者の苦悩が分かったと連する。変性を起こしそのプロセスを支えるには他者の存在がかかせない。AがBに自らをうつすとき、それはBの一部として現象するのではなくBの一部として現象することがうつしの根本のしくみであった」

つまりは病者の苦悩は直接的に医療者に伝わるものではなく、医療者が自分のなかで再構成した苦悩でしか慢心するよりはよほど害が少ない。

さて、先に病者の苦悩とは極めて個性的なものであると述べたが、苦悩は最初から苦悩として存在するものではない。つまりは、人に語ることによって形をなすのが苦悩といえる。最初に存在するのは混沌とした感情であり、ただただ苦しいのである。それが語られることによって苦悩という感情をともなった物語が紡ぎ出されるのである。物語が紡がれないと、人は得体の知れない混沌とした感情で押しつぶされることがある。いわば、物語を紡ぐことは精神の安全弁として機能しているといえる。

カウンセリングや心理療法が有効なのは、物語を紡ぐことを促進する効果があるからではないだろうか。アメリカの心理学者D・ランバートは1995年⁵⁾、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師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。つまりは、病者が心理療法という枠組みに入ることが、物語を紡ぐということであるし、物語を紡ぐには聞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。従って、物語を紡ごうとしない、或いは紡げないクライアント（病者）には心理療法師がどんなに頑張っても、効果が薄いことは容易に想像出来よう。

物語的思考

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事、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。そしてその聴き方とは、先に述べた「なぞる」ことなのではないだろうか。筆者はこれを物語的思考と呼びたい。物語的思考は語り手を分析するのではなく、ひたすら語り手の物語に没入することである。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。時に臨床家や学生から「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面白く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。

参考文献

- 1) Greenhalgh T, Hurwitz B : Narrative based Medicine . BMJ Books (邦訳：齊藤清二 他 「ナラティブ・ベイスド・メディシン：臨床における物語と対話」)
- 2) Bruner J: Actual Mind Possible World. Harverd University Press, 1986
- 3) 中川米造：医学をみる眼, NHKブックス, 1985
- 4) 森岡正芳：うつし：臨床の詩学, みすず書房, 2005
- 5) Lambert MJ Bergin AE, The Effectiveness of psychotherapy, Handbook of psychotherapy and behavior change (4th edition) NewYork :Willey, 1994