

プロセスとしての臨床（１） —— ナラティブという経験は何を示唆するのか ——

稲垣 論（自治医科大学）

キーワード：臨床、ナラティブ、意味、心的システム、社会システム、
プラセボ効果

１．EBM と調整課題としての医療

現在、日本の医療分野では、カナダやアメリカ、イギリス医学界を席卷している「根拠に基づく医療（Evidence Based Medicine）」¹の導入および進展が盛んである。2000年には日本でも『EBM ジャーナル』という専門誌が刊行され、さまざまな誤解を伴う EBM の内実を克明にし、臨床の現実に関く行動指針となるよう、最新の知見の紹介が行われてきた²。ここでいう「エビデンス（根拠）」とは、臨床試験的な根拠であり、より精確には統計的手法を介した疫学的データに裏打ちされている根拠ということである。したがって必ずしも生理学的、生物学的病態メカニズムの解明と軌を一にしているわけではない。つまり、なぜそうなるのかの機序は分からなくても、疫学的に有意なパーセンテージで患者の疾病からの回復や悪化、あるいはそのリスクが数量的に判定できる、そのための根拠ということである。ただし疫学調査が示すのは、強弱のある相関性であり、そこに近代的意味での因果は直接見出されない。その意味では、EBM の進展は図らずも病気や疾病といった事象には必ず原因と、その機序があるという「病因論（etiology/Ätiologie）」を維持することの限界ないし極致を露わにしたともいえる³。あるいは、要素還元主義による近代的病因論の乗り越えである⁴。

現在の医療行為の組み立ての力点は、患者は原因が明確な病気にかかり、それを除去（治療）するという「原因療法」ないし「特定病因論」という発想から、何が疾病を引き起こすかは決定不能であり、その機序も不明であるが、統計的にリスク要因を特定し、それらを管理することで健康維持ができるという「予防医療」ないし「多因子病因論(multifactorial etiology)」へと移行している⁵。

¹ EBM の医学的意味合いの哲学的検討は、下記を参照。 J. Howick: *The Philosophy of Evidence Based Medicine*, Wiley Blackwell, BMJ Books, 2011.

² ただし、すでに一定の役割を終えたとの理由でこの雑誌は 2008 年をもって休刊になっている。

³ とはいえ、疫学に裏打ちされた医学における「多数のリスク要因の特定という発想」自体が、統計的な相関性を超えて、「それら要因を除去すれば発病を抑えられる」という因果性を暗に前提していることも確かである。現在においても因果による説明は抜群の説得力をもつため、医学の権威化にとっても不可欠なのである。佐藤純一、池田光穂、野村一夫、寺岡伸悟、佐藤哲彦：『健康論の誘惑』（文化書房博文社、2000）所収、佐藤純一：『生活習慣病』の作られ方—健康言説の構築過程—参照。

⁴ 津田敏秀：『医学と仮説—原因と結果の科学を考える』（岩波書店、2011）。

⁵ ただし、西洋医学でも体液説のように身体内の全体的調和を目指す医学理論や、宗教的背景が濃厚であった 17 世紀以前は多因子病因論がむしろ主流であり、質の異なる多様な因果のネットワークを勘案したうえで治療が組み立てられていた。佐藤純一他：前掲書、2000、もしくは L.S.King: *Medical Thinking: A Historical Preface*, Princeton University Press, 1982, 第 9 章、10 章参照。

こうした流れから、たとえばリハビリテーション医療における EBM の確立がなぜ極端に遅れているのかの理由も浮かび上がってくる。RCT の設定が難しいというだけではない。神経系を巻き込んだ人間の複雑な動作や認知機能の再形成には、解剖的、生理的、神経的素因だけではなく、年齢、性別、性格、職業、社会環境、家族構成といった多くの変数のネットワークが介在してしまう。そのため、リハビリの臨床における治療の取り組みはおのずと、多数の仮説因子を考慮した上での「調整課題」もしくは「調整プロセス」とならざるをえないのである。調整課題とは、線形関数のような一意的対応で解が出るような問いではなく、多因子、あるいは多システムとの連動関係を見極め、効果的なポイントに介入し、調整することで、そのつどの最適解を見出すような実践的、継続的アプローチである。そのため最終的には、何をしたら、あるいはどのような段階で治癒が成立するのかが決定できないジレンマも生じる。精神科治療における薬剤の調薬はすでに以前からこの局面で格闘している。

また EBM の展開は、化学物質や生体構造の変化の機序を明らかにする基礎研究と、その臨床応用の間の溝の拡大も引き起こしている。たとえば、すでに認可されている抗がん剤の多くが、臨床的には患者の生存率にほとんど寄与しないというデータや主張が出ている⁶。基礎研究におけるタンパク質あるいは分子構造レベルで実証される薬剤の治療効果が、細胞の集合体としての人間という臨床レベルでは通用しないか、副作用の増大を引き起こし、生存率の向上に寄与しないというのである。かりに生存率に差がないとすれば、患者の今後の生き方 (QOL) に配慮した上で、抗がん剤を用いるか、用いないかの選択肢を臨床データの提示とともに患者に提供する仕組みが必要になる。この局面でもすでに医療行為は調整課題である。

2. ナラティブという経験

臨床医療にかかわる問題を扱うさいに「その臨床にエビデンスがあるのか」と問うことは、正しい問いかけなのか。あるいは、そうした問い自体にエビデンスはあるのか。こうした問いの設定はすでに、エビデンスとは独立に、一種の権威や脅し、ないしは単なるジョークのしるしを帯びた問いに変質している。このようなトリッキーな問いをあえて立てるのは、90 年代以降の先進国的な医療の展開に、グローバル化し、既成事実化する「EBM 物語」への盲信が隠されているのではないかという素朴な疑問があるからである。

疫学的データは患者の個体差を平均化する中で獲得される。そこにおける患者は確率的存在であるが、実際に病気として診断される患者は、それをきっかけとして「生」そのものが分岐してしまう現実的存在である。アリストテレスが、医術の普遍性を否定したのは、医者は健康一般を作り出すので

⁶ 近藤誠:『抗がん剤は効かない』(文芸春秋、2011)、同:『ガン放置療法のすすめ 患者 150 人のすすめ』(文春新書、2012)。慶応大学医学部の放射線科の医師である近藤は、がんは検査もせず、見つかったも放置するのがよいとして放置療法を薦めている。そのような見解は、国際的なガン治療の研究論文の EBM の精査と、彼が臨床でかかわってきた患者の生きたデータとを照合し、納得のいく場所を押さえた上で結論づけられている。医学不要論は、いつの時代にも跋扈し、世間を賑わすが、近藤の立論の仕方はそのなかでも群を抜いている。

はなく、個体としての人間の固有で具体的なそのつどの健康に配慮せねばならないからである⁷。どんな医療も個体としての人間の健康にかかわらざるをえない。しかしそのための指針は疫学的データからは直接出てこない。さらに、現状においてエビデンスが確保されていない医療分野ではどのような臨床の組み立てを行えばよいのか、最適な治療はどのようにして選択されるのかも、エビデンスからは出てこない⁸。それゆえ上記の問いは、今後の医学や医療そのものの可能性と限界にかかわる問いでもあるのだ。

医療サービスは、エビデンスが確立されていないからといって止めることはできない。現在の医学研究で EBM が確立されている領域は 2 割から 3 割との報告も出ている。また、米国の内科学会に掲載された論文のメタアナリシスの結果からは、実証されたエビデンスの耐用年数は 5 年前後であるとの見積もりも出ている⁹。そうだとすれば、EBM 以前、あるいは EBM の枠内に入っていない医療は、EBM とは異なる現実をもっており、それ固有の科学的プログラムとして設定可能でなければならない。エビデンスは科学性の保証の裏返しとして、その一時性、反証可能性、訂正可能性にさらされている。そしてこのこと自体は、科学が健全であることの指標であり、そこに問題はない。むしろその忘却が医療への盲信や権威化に展開しがちであることが問題となる。

EBM の確立という至上命題が、現代医療がグローバルに共有し、それに便乗するひとつの物語であるとしても、その効用が絶大であることに疑いはない。多くの資金や人、資源が、それに応じた社会的再編に巻き込まれている。ここでいう「物語」とは、「何らかの出来事の発端が遡及的に見出され、そこから意味の系列が再編、展開されることで最終的に現在の出来事に到達する、一連の有意義な経験の説明枠のこと」と定義しておく¹⁰。ある人が病気にかかることは、病の深刻さに応じて人生の分岐を引き起こす。病は、病人とは独立の生物学的実在ではなく、当人と医療関係者、周囲の人々、社会環境を巻き込み、彼らによって語られる「物語」の発端となり、一部となる。あるいは、共有された「病」はすでに物語の構造によって浸透されている。

このような医療従事者・患者関係における「意味のある物語」の共有および構築は、EBM 至上主義と並行的に、NBМ (Narrative Based Medicine) もしくは単に NM (Narrative Medicine) という医療的立場として注目され始めている¹¹。ナラティブ・アプローチは、医学が特定する疾病が、これ

⁷ アリストテレス：『形而上学（上）』（出隆訳、岩波文庫、1959）、22 頁以下、あるいは『ニコマコス倫理学』（林一功訳、京都大学出版会 2002）、24 頁参照。

⁸ 統計学に基づくエビデンスや証拠、根拠をどのように扱うのかに関しては、下記を参照。ベイズ主義と頻度主義という証拠の意味づけについての正反対の立場の論争がまとめられている。E.ソーバー：『科学と証拠—統計の哲学入門』（松王政浩訳、名古屋大学出版会、2012）。

⁹ K.G. Shojania, M. Sampson, M.T. et al. "How quickly do systematic reviews go out of date? A survival analysis", *Annals of Internal Medicine*, vol.147, 2007, p.224-33.

¹⁰ R.シャロンは、物語（ナラティブ）を「語り手、聴き手、時間経過、筋書き、そして目的を備えたストーリー」として定義づけており、その特徴として 1) 時間性、2) 個性性、3) 因果性、4) 間主観性、5) 倫理性を挙げている。R.シャロン：『ナラティブ・メディスン 物語能力が医療を変える』（斎藤清二・岸本寛史・宮田靖志・山本和利訳、医学書院、2011）。

¹¹ R.シャロン：前掲書 2011、J.P.メザ・D.S.パサーマン：『ナラティブとエビデンスの間』（岩田健太郎訳、メディカル・サイエンス・インターナショナル、2013）参照。精神科臨床におけるナラティブの役割に関しては、加藤敏：『統合失調症の語りと傾聴 EBM から NBМ へ』（金剛出版、2005）に詳しい。

まで生物学的な領域に限定され、その枠内だけで済むと過信されていたことを告発する。それはまた、「病」や「障害」という経験が「言説的」、「社会的」に構成されていることを強調する立場（社会構築主義）から派生する臨床応用事例のひとつでもある¹²。

哲学分野でいえば、患者や医療従事者という当事者の「語り」、もしくは「インタビュー」から臨床の現実を物語化し、「隠された意味」や「主体の形成」を論じるナラティブや看護の「現象学」が現れてもいる¹³。ただし、当事者の語りを重視し、そこから言表を組み上げ直すことで当人の現実を再構成する手法は、図らずも精神分析が培ってきた臨床経験へと近づいていく¹⁴。そこで構成される物語は、当事者（精神分析では被分析者）や、その経験を共有するものにとって、自らが語らずに行ってきたことの意味的再編ないし、そこからの距離化のためのきっかけになり、経験を持たないものにとっては病者や医療従事者の現実の一面を垣間見るためのきっかけとなる。そして、そこまではよいのである。問題は、そうした試みの多くが、次の臨床の経験へとどのように「接続」されていくのか、そして患者や医療従事者の経験の「変化」にどのように開かれるのかの検討がなされずにとどまることである。仮にこの局面に分析的まなざしが届かなければ、事後的説明の文学的読み物になってしまう危険が多分にある。あるいは、記述的吟味を拒む神秘化に一気に傾いてしまう。そうした批判を避けるためにも、ナラティブ・アプローチないし物語の経験は、1) 臨床経験での種々のシステムの連動関係に働きかける効用として、どのようなモードをもつのか、そして2) 当事者の体験世界の変容や拡張という経験の変化可能性とどのように接続しうるのかという追加の問いを設定する必要がある。

¹² 美馬達哉:『リスク化される身体』(青土社、2012)、K.J.ガーゲン:『あなたへの社会構成主義』(東村知子訳、ナカニシヤ出版、2004) 参照。

¹³ 村上靖彦:『摘便とお花見』(医学書院、2013)、西村ユミ:『語りかける身体』(ゆみる出版、2001) 参照。また、福島真人:『学習の生態学 リスク・実験・高信頼性』(東京大学出版会、2010)における第1章「野生の知識工学 『暗黙知』の民族誌のための序論」では、文化人類学や民俗学におけるインタビュー研究の限界と陥穽について、また、語られない知識に含まれる社会科学的、心理学的、現象学的問題の検討が行われている。

¹⁴ 村上の近著(村上靖彦:前掲書 2013)では、全ての解釈が看護師の語りに基づいて行われている。語りのなかから、語られないことや矛盾、意味や定義の動揺、感情の動き、自己評価の変動が推測され、そこから看護行為の主体の形成や行為連関の再組織化が起こった場所を見定めるように論じられている。そもそも語られたことと実際に行っていることが「ズレる」のはごく当たり前のことである。問題は、この経験のズレをどのように取り扱うかで、その後の探究の展開に分岐が生じることである。たとえば、語りの中で形成されたと推測される主体と、現実の看護行為のさなかで行われたであろう新たな行為の組織化にはどのような関係があるのか。仮に語りの主体形成が行われたとする場面を、観察者が、語りからの推測ではなく、実際に観察していた場合、語りの主体は自らにどのような変化が起きているのかには気づかず、行為の連関だけがおよそと組織化されるといったことが観察されうる。それは語りや、語る主体の「無意識」とは異なる現実の行為の組織化の局面である。現実の行為の組織化は、語りから推測される主体化や組織化に先立つ、もしくは独立である可能性が高い。その場合、語られた事柄とは何の有意義な連関もない組織化のきっかけが観察を通して見出されうる。それは現象学的には、当人さえ気づいていない体験世界の特徴の取り出しになる。こうした探究手法は、当人や解釈者の意味理解では届かない経験の動きに、語りやインタビューから接近する以外の可能性を示唆している。現実の行為として実行される組織化と、語りの中で推測される組織化は、同じものになるとは思えない。その場合、この推測的記述と観察的記述のズレは何を意味するのかが、現象学的にも考慮されるべき課題となる。かりに当事者の言表だけに基いて主体の形成を見届けるのだとすれば、それはやはり精神分析の臨床にかなり近いところにある。そうはいつても、たとえばフロイトは、患者の言表を信じることはせず、その背景で作動している経験を、臨床場面で実際に観察しながら、つまり語りと観察という両軸を用いて個人の特異的世界に迫る解釈を組み立てていたはずである。またラカン派では、この点がさらにラディカルになる。つまり「語り主の語りをそもそも理解してはいけない」というのが、臨床原則のひとつであり、それは被分析者が仕掛ける有意味性の罟を避けるための戦略である。B.フィンク:『精神分析技法の基礎 ラカン派臨床の実際』(椿田貴史・中西信之・信友建志・上尾真道訳、精神書房、2012) 参照。

る。それはまた、物語の経験を、物語ると同時に異なる経験の運動に接続していく「遂行的物語」として理解することを意味している。

３．物語／意味の効用

EBM の確立に欠かせない RCT および二重盲検法による統計データは、薬剤や施術法の有意性を保証すると同時に、排除されるべき「プラセボ効果」をも実証している。つまり、制御困難さが付きまとうとはいえ、被験者によっては偽薬であっても一定程度効いてしまうという現実がある。その効果が単なる思い込みであったとしても、思い込みで痛みが緩和したのであれば、そこには必ず生物学的、神経学的、生理的変化が関連している¹⁵。プラセボ効果の心理・生理的メカニズムについては、「エンドルフィン経路」や「生化学的ストレス経路」というように、いくつかの仮説が出ているが、いまだ解明に至ってはいない¹⁶。というより、60 兆もの細胞の集合である人間は、何が直接原因となって治癒効果が出たのかという問いそのものが無効になる複雑さを備えている。にもかかわらず、痛みの軽減、高血圧患者の血圧低下、糖尿病患者の血糖値低下、悪性腫瘍の退縮、炎症の緩和、踵骨棘やバニオンの消失が起こることが報告されており、その逆であるノシーボ効果も容易に生じる。

物語の効用のひとつは、この生化学反応への間接影響である¹⁷。たとえば腹部の外科手術を受ける患者を二グループに分ける。一方の統制群は、手術前に通常の麻酔医の訪問を受け、病歴の調査と医学的検査を行う。それに対して実験群には、同じ検査とともに、麻酔医から「術後は誰でも痛みが残りますが、その痛みはむしろ正常であり、当然予想されることです。痛みを軽減するには、楽な姿勢をとったり、腹部を抑えながら咳をするというように、いくつかのやり方があります。耐えられない場合は、医師の方で強い鎮痛剤の処方もできます。こちらは看護師も含めて全面的にバックアップしますので、いつでも遠慮なく言ってください」というメッセージが伝えられる。こうした対応の違いだけで、術後に処方される鎮痛剤の量が、実験群では統制群の半分に減り、実験群のほうが統制群よりも平均二日早く退院するという変化が生まれる¹⁸。プラセボ効果は、偽薬の有無とは関係なく成立し、患者が、意識的にであれ、無意識的にであれ、病と外科手術をみずから生きる物語としてどの

¹⁵ 精神療法とプラセボ効果にかかわる現代的意義に関する検討は下記に詳しい。加藤敏：「プラセボ効果の吟味と精神療法の再評価—うつ病に力点を置いて—」、『精神神経学雑誌』（115 巻 8 号、2013）、887-900 頁。

¹⁶ H.ブローディ：『ブラシーボの治癒力』（伊藤はるみ訳、日本教文社、2004）参照。またプラセボの歴史的経緯および現代的意味の検討については、A.シャピロ、E.シャピロ：『パワフル・プラセボ - 古代の祈祷師から現代の医師まで』（赤居正美・滝川一興・藤谷順子訳、共同医書出版社、2003）、S.シン、E.エツァート：『代替医療のトリック』（青木薫訳、新潮社、2010）、P.ルモワンヌ：『偽薬のミステリー』（小野克彦、山田浩之訳、紀伊國屋書店、2005）、広瀬弘忠：『心の潜在力 プラシーボ効果』（朝日新聞社、2001）、B.ゴールドエイカー：『データラメ健康科学』（梶山あゆみ訳、河出書房新社、2011）が参考になる。

¹⁷ 最近のプラセボ効果の実証に関しては、以下を参照。機序には不明な点が多いが、痛み、パーキンソン病、鬱病に関する効果が実証されたとしている。D.Murray; A.J.Stoessl, "Mechanisms and therapeutic implications of the placebo effect in neurological and psychiatric conditions", *Pharmacology & Therapeutics* 2013 Dec; Vol. 140 (3), pp. 306-18.

¹⁸ L. D. Egbert, G. E. Battit, C. E. Welch, M.K. Bartlett, "Reduction of Post-Operative Pain by Encouragement and Instruction of Patients", *New England Journal of Medicine* 270, p.825-827, 1964.

ように意味づけるかに応じて変化する。

この例では、術後の患者の変化を誘導するために「正常性への偏向」と「状況の自己コントロール」という二つの戦略が用いられている。前者は、痛みが誰にとっても起こりうる出来事であり、順調に回復に向かっている兆候であるという認識を与え、後者は、本人が取りうる選択肢によって事態をいつでも調整、改善できるという自己認識を与える。これらが事前の予測枠となって患者の経験のうちに、術後の緊張を緩和し、不用意なパニックを避け、不安や恐怖といった感情の動きを抑制するための制御変数を作り出している。そしてそのことが同時に、生理的、生物学的身体との連動関係を間接的に変化させると予想される。ここでの物語はその意味でも、単に教訓や寓話として読み聞かされるようなものではなく、経験と行為を再組織化するきっかけとしての「遂行的物語」とでも呼ぶべきものとなる¹⁹。

医療従事者として「患者の経験に寄り添うこと」、「患者の経験を動かすこと」、「患者の経験に巻き込まれること」といったすべてが、物語を媒介しつつ、治療プロセスに非線形的に関与する。そこには、表出される言動の背後で作動している、「まなざし」や「声」、「語気」、「呼吸」、「身振り」、「立ち振る舞い」といった多くの非意識的な変数が関連している²⁰。上述のメッセージを、患者の目を見ずにぶっきらぼうに伝えれば、それ相応の反応が生まれないことも確かであろう²¹。つまりそれらは、言語使用や意味内容を超えて、経験の非意識的裾野にまで浸透する対人プロセスの駆動要因であり、発汗や血圧変化、血糖値の変動をコントロールする自律神経系や内分泌系と密接かつ間接的に連動する。

なぜ単なる「意味」や「物語」がそうした効用をもつのか。この問い自体はとても厄介で、解明を当初から拒むような性質をもつ。たとえば、この薬は絶対に効くと自分に言い聞かせて飲んだとしても、それで効き目が出るわけではない。それは怪我をして痛んでいる部位を見ながら、痛くない痛くないと念じて痛みが緩和されないことと同じである。にもかかわらず、信頼のおける他者にこの薬は効くと勧められたり、種々の外因的きっかけが複合化することで、意図せぬ効用が発動する。

おそらく物語は、心的システムに閉じているだけでは効果が限定される²²。また薬効等については

¹⁹ 遂行的物語という語が意味するのは、行為としての「語ること」に限定されていない。むしろ語り（物語行為）と語られたこと（物語）の双方が、産出プロセスと産出物の循環を起こすように、経験の固有なまとまりを形成していくことを基本としている。語る行為は、傾聴者と語られた内実には制約されながら、語りそのもののモードを変える。こうした規定は、語られた物事における「語ることの不在」や「その回収不能性」といった哲学研究者には周知の思考の枠組みを回避する戦略でもある。

²⁰ この問題は、精神医学における「暗示」の経験の近傍にある。P.ジャネは暗示について「ひとりの人間が今ひとり別な人間に影響をおよぼし、その人が意思的な合意という媒介なしに行動する、そのような影響力」であると述べており、明確な対人的同意なしに働いてしまう経験と行為の組織化力を意味している。P.ジャネ:『心理学的自動症』(松本雅彦訳、みすず書房、2013)、135頁以下参照。ジャネの暗示についての詳細な検討および臨床経験からの固有な洞察については、岡一太郎:「暗示とその周辺問題」、『精神神経学雑誌』(115巻、9号、2013) 933-952頁が詳しい。

²¹ プラセボ効果を最大限に活用する工夫のひとつは、患者と医者が「共に」臨床にかかわっているという経験を積み重ねることである。それはたとえば、血圧の値を機材を介して共に覗き込んだり、問題のある身体部位に一緒に触れたり、胃カメラの様子を実況を踏まえて共に見るような共同行為である。神田橋橋治:『神田橋橋治 医学部講義』(黒木俊秀・かしまへりこ編、創元社、2013) 151頁以下参照。

²² 以下、システムの設定に関しては、ルーマンのオートポイエティックなシステム論を下敷きにしている。心的

経験の実感をともなう過去の履歴ネットワークが関与している。しかもその場合は、他者にすでにその薬効を口外し、物語の共有ないし強化を試みている可能性もある。あるいは、普段より高価な薬を買ったという経済システムへの参与履歴も考えられうる。その意味でも物語は、社会システムのコミュニケーションとして産出され、断続的にであっても産出されつづけることで、心的システムの意味の実感と連動している必要があると予想される。遂行的物語では、当初より複数のシステムの連動関係が成立している。周囲から顔色が悪いと言われたことで、本当に体調が優れなくなることはよくある。また、同僚の一人にそっけない反応をされただけで、社内全体が自分を排除するよう画策しているという筋書きが読み込まれることもある。こうした事例では、社会システム（コミュニケーション）、心的システム（心的意味とその実感）、生体システム（生化学経路、神経システムを含む）という三つのシステムの複合連動が想定され、その中で固有な物語が遂行されている²³。それらシステムは単純因果で結ばれることはありえないが、やむを得ない簡便化として考慮してみても、次の6つの線型連動パターンが挙げられる。

①生物医学的物語とその変化

病のかたち

- | | |
|--------------------------|-------------|
| ①-1 生体システム→心的システム→社会システム | (各種疾病、病覚あり) |
| ①-2 生体システム→社会システム→心的システム | (各種疾病、病覚なし) |

②個人的病の履歴とその変化

- | | |
|--------------------------|--------------|
| ②-1 心的システム→生体システム→社会システム | (身体表現性障害) |
| ②-2 心的システム→社会システム→生体システム | (適応障害、強迫性障害) |

③社会的病理とその変化

- | | |
|--------------------------|---------------|
| ③-1 社会システム→心的システム→生体システム | (環境ストレス、病覚あり) |
| ③-2 社会システム→生体システム→心的システム | (環境ストレス、病覚なし) |

どのシステムを起点とするかで構成される物語は変化する。①の生体システムを起点とするものは、生物学的医学が提示する「病」の出現という物語である。②の心的システムを起点とするものは、個人が感じ取る病の出現であり、③の社会システムを起点とするものは、社会環境に由来するか、社会が構成する病の出現となる。

システムについては、N.Luhmann: “Die Autopoiesis des Bewußtseins“, *Soziale Welt* 36, 1985, S.402-446 を参照。ルーマンによるシステムの一般的理解に関しては、N.ルーマン: 『社会システム理論 上』(佐藤勉監訳、恒星社厚生閣、1993) および、G.クニール・A.ナセヒ: 『ルーマン 社会システム理論』(館野受男、野崎和義、池田貞夫訳、新泉社、1995) が参考になる。

²³ さらに本来は、行為や動作の系列としての身体システムも設定する必要がある。しかしここでは、身体行為の変化はコミュニケーションとして社会システム内に産出されるものとして把握しておく。後に詳細を論じるが、リハビリテーションや精神療法の臨床において問題になっているのは、コミュニケーションされた身体だけではないし、物語られる身体だけでもない。身体そのものや、その運動、動作、行為にかかわる現実とは、意味的、物語的現実と重複しつつも、それに限定される経験ではない。

ナラティブを活用するセラピーがその効用として用いている連動関係は、②・2の「心的システム→社会システム→生体システム」および③・1の「社会システム→心的システム→生体システム」である。より精確には、②・2という個人的思考の習性性を、③・1の社会的コミュニケーションの場で共有し、コミュニケーションのかたちを変化させることで、心的システムの意味の実感を書き換え、心的システムの動きのパターンを別様に組織化することであろう。ナラティブ・アプローチでは明確に語られないが、そのことが結果として生体システムへの間接的変化も引き起こしている可能性が高い。物語経験についての現象学的分析はこうした局面において、心的システムと社会システムの連動のモードを発見し、連動関係そのものに変化を与える手がかりとしての体験世界の記述へと入り込むことになる²⁴。

4. 遂行的物語

システム間の連動を貫くようにして体験される物語が、遂行的物語である。それは、当人が意識的、意図的であることとは関係なく、併存する複数のシステムへと新しい変数を提供し、間接影響を与えることが条件となる。それは同時に、その意味的文脈とは独立に当人の体験世界の変化につながるものである必要がある²⁵。

病の経験を、遂行的物語として実行することは、それを体験するものが、みずからを別様な経験へと開いていくきっかけを手にすることを意味する。ナラティブ・アプローチにおける語りとその物語は、患者が語ることを他者が傾聴し、新たな物語として語り直すというプロセスを何度も潜り抜けさせる中で、当人の経験に新しい変数を出現させ、体験世界の再組織化へと届けさせようとするものである。遂行的物語がどのような機能モードをもつのか、以下で検討する。

①問題の外在化²⁶

ニーチェが自分の痛みを「犬」と呼んだように、病の辛さや問題現象に名辞を与え、他人に共有してもらふことは、それら病的経験から一步距離を取ることを可能にする²⁷。何が当人にとっての問題であるのか、問題そのものの構造を社会システム内で浮き彫りにすることが、ナラティブ・セラピー

²⁴ 体験世界については、拙書：『リハビリテーションの哲学あるいは哲学のリハビリテーション』（春風社、2012）参照。

²⁵ 映画や小説といった日常の経験とは異なる物語が、有意味性の経験として、多くの機能性をもっていることは明らかである。なぜ私たちがそうしたものを好むのかには、おそらく多様な理由と、効用がある。一見するだけでも、1) 経験の切り替え、区切りをつけること、2) 感情の疑似体験、3) 共感モードの発見、4) 安心感の再確認、5) 心的緊張の緩和、6) 共に観賞するものとの信頼関係の形成、といった様々なことが意味的物語の経験には含まれている。そしてそれらの背後では、恐怖や不安、辛さの疑似体験のさなかであっても、独特の「快」の情動が作動している。すでにデカルトは、『情念論』の中で不快感や悲しみのさなかで同時に作動する「快」の経験について指摘しており、その快を、人間に固有な情念である「内的情動」、「知的喜び」と定義づけている。R.デカルト：『省察・情念論』（井上庄七・森啓・野田又夫訳、中公クラシックス、2002）、91節、147節参照。

²⁶ M.ホワイト・D.エプストン：『物語としての家族』（小森康永訳、金剛出版、1992）参照。

²⁷ F.ニーチェ：『悦ばしき知識』（信太正三訳、ちくま学芸文庫1993）329頁。

での焦点となる²⁸。それは、隙間のない感情の動きに対して、別種の感情の動きが起こりうる余地を開き、増幅した感情が注意を変質させていたことにも気づききっかけとなる。この場合、問題そのものを外在化することに力点があるのであって、その原因を追究することが求められてはいない。原因の追及は、それが当人の内面に及ぼうと（原因の内在化）、当人とは異なる外的なものに及ぼうと（原因の外在化）、どちらであっても、自分や他人を責め立てるように感情を動かすことで、むしろ問題を強化する。原因を理解すれば、疾病や症状が改善されるという保証はなく、むしろ安易な原因の除去は、別の新たな原因を出現させ、問題をより強固で厄介なものにする²⁹。ここでも病因論的アプローチはほとんど役に立たない。重要なのは、原因を追究することで問題を解決するのではなく、事後の因果の思考構造そのもののかたちや、問題に固着する感情の動きを変えることで、問題そのものを矮小化し、解消してしまうことである。

②語りの二重作動

信頼のおける相手に、語り手がただ語りつづけるだけで、そのときの困難な局面を通過してしまうことがある。語り手は、話の内容を正確に伝えたいのでも、何か適切な助言を受けたいのでもない。問題を共有して解決するのではなく、ただただ言いたいのである。したがって場合によって聴き手は、話を聞かずに、適度な相槌を打っているだけでもよい。「ただただ語りたい」という経験の実行では、他者にその場に居合わせてもらうことで、語り手は語りながら、語りの内容とは独立の経験の組織化を行っている³⁰。キリスト教的な告解も、精神療法も、この語りの二重作動を部分的に活用してきたはずである。

何かを思い出して語るというより、とにかく言葉を絶やさないようにして語るなかで、むしろ記憶が誘発される。というより、誘発された記憶はすでに言語的に分節化された異なる記憶になっている。こうした語りを行うことで、1) 記憶に言語的なまとまりとしての区切りと再配置を与え、2) 感情を再度呼び起こしながら、語られる物語に釣り合う感情の作動へと誘導し、3) それに応じた緊張の解除とその感触をつかみ、4) 傾聴してくれる相手への信頼の確認を行う、といった多くの経験が同時に実行されていると予想される。語ることには、事柄の深刻さに応じた、速度や強度、あるいはそれらの適切な分配がある。内面にうごめく過剰な経験の運動を、それに見合う音と記号の連続的排出という強度的、速度的経験に変換することは、発話以前の小児の経験にも含まれているはずである。

²⁸ ケアにまつわる問題点とナラティブ・アプローチの格子を、システムティックに理解する入門書として下記のものが参考になる。野口裕二：『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』（医学書院、2002）。

²⁹ ビンスワンガーはうつ病に典型的なこの無限遡及的な構造を、「主題の交代可能性」と呼んでいる。L.ビンスワンガー：『うつ病と躁病』（山本巖夫他訳、みすず書房、1972）、27頁。

³⁰ この語りの二重作動は、言語行為論の「発話行為」や「発話内行為」、「発話媒介行為」とは異なる水準の経験として設定してある。語りの間には、発話内行為も、発話媒介行為も行われており、他者や社会とのかかわりの中で「有意義な行為」を要求し、依頼し、宣誓することはごく普通のことである。そしてここでは、それらすべてが行われている最中であっても、それらとは独立に起こる当人の経験の再組織化のレヴェルへと届かせようとしている。言語行為論に関してはJ.L.オースティン：『言語と行為』（坂本百大訳、大修館書店、1978）参照。

③遂行的筋書き

物語には、結末へと向かう筋書きがあり、その筋書きには特定のタイプがある。どのような筋書きが選択されているかで、システム間の連動の仕方が変化する。股関節骨折をして、リハビリ訓練を行う高齢者へのインタビュー調査と、その後の回復度合いの相関を分析したデータがある³¹。インタビューを行ってみると、病を意味づける患者に異なるグループがあることが判明した。一方のグループは、骨折という問題を特に気にもせず、自分ではどうにもならない災難だったと屈託なく話せる群であり、もう一方のグループは、骨折の問題を自分の内面に関係づけ、それが元来の器質性のものだと深刻視している群である。これら二群の6か月後の歩行機能の改善状況を追跡調査したところ、病の意味づけを、自分の内面とは独立の災難として受け入れている群が、圧倒的な良好さを示したのである。一方のグループは、病を、自己の制御を外れたところからやってきた事故のように事実記述する傾向があり、他のグループは、病をきっかけに過去の生活を含めた人生の履歴を反省し、消極的に記述する傾向がある³²。このような物語の筋書きの違いが、どのような機序で回復プロセスに関与しているのかは、依然不明であるが、病の経験を経たのちの「レジリエンス（回復力）」に関連することは確かである³³。

みずから心臓発作とガンから生還した社会学者 A.フランクが述べているように、選択される物語には、「混沌(chaos)」、「回復(restitution)」、「冒険的探求 (quest)」といったタイプを指定できそうである³⁴。「混沌」の物語では進むべく指針の一切がないまま、病的事態が進展し、主体はそれに振り回される。「回復」の物語では、「理想的な健康」が医者等によって外挿され、病因の除去とともに、そこへ収束するように回復が達成される。多くの病はこの物語として実行され、それによって見通しと安心感が提供される。そうはいっても、慢性疾患や完治の見込みがない重篤な病も存在する。その場合、回復や完治は選択されるべき結末ではなく、収束ポイントがそもそも存在しない。それでもなお自らが変化し、経験を拡張するように多くの因子を調整しながら前進する経験プロセスがあるとすれば、それが「探求」の物語となる。それは、何が起きるか分からない偶発的な現実を悲嘆することも、過信することも、臆することもなく、生きることに細かなまなざしを向け、経験が一步でも前進することだけを日々の希望として行為する、そのような生き方である³⁵。様々な苦痛に苛まれたニー

³¹ J.M. Borkan, M.Quirk, M.Sullivan: "Finding meaning after the fall: Injury from elderly hip fracture patients", *Social Science and Medicine*, vol.33, 1991, p.947-957.

³² デカルトの道徳論に「自己の能力の及ばぬものへの無関心」というものがある。これは、後悔や未練の感情を作動させないためのデカルト道徳規則のひとつである。それ以外に「理性の有効使用」と「理性が勧告した事柄を実行するという堅固たる決意」が道徳規則を構成しており、それらを通じて魂の平安が獲得されるという。こうした古典的な規定の有効性が、ナラティブという経験上で再び吟味されることになる。R.デカルト:『エリザベト宛書簡』、『デカルト著作集 3』(竹田篤司訳、白水社 2001)、319 頁。

³³ A.ゾッリ・A.M.ヒーラー:『レジリエンス あらゆるシステムの破綻と回復を分けるものは何か』(須川綾子訳、ダイヤモンド社、2013)、第4章参照。

³⁴ A.W.フランク:『傷ついた物語の語り手 身体・病・倫理』(鈴木智之訳、ゆみる出版 2002) および、ブローディ:前掲書 2002 も参照。

³⁵ A.W.フランクは前掲書 2002、180 頁で、「探求」の語りの事例として、オリヴァー・サックス:『左足をとるもどすまで』(金沢泰子訳、晶文社、1994)等を取り上げているが、それら事例に共通する特性は、「こんな目にあうなんてことを決して好きで選んだわけじゃないわ。でも、私の中で変わっていくものがあるというのはいいい

チェは、生きることがすなわち航海を伴う冒険であるような生を選択することで、「大いなる健康」に達すると述べている³⁶。

どのような物語が遂行的に実行されるのかには、本人が選択してきた生き方の「履歴」が関連しており、遂行的な筋書きに応じて、経験と行為の選択の幅に拡張ないし縮小が起きる。テロ攻撃等の人災や自然災害、あるいは病死によって親愛な人を喪失した人々が PTSD を発症する割合は、最大でも集団の 3 割ほどに抑えられるという報告がある³⁷。その場合、7 割近くの人にとって悲劇の意味づけは、混沌でも、回復でもなく、探求の物語として実行されている可能性がある。あるいは、いつでも多様なタイプの物語に接続可能な経験の自在さがおのずと習得されていると思われる³⁸。

※※

先に物語の効用として「正常性への偏向」および「状況の自己コントロール」について指摘した。これらも物語の筋を決め、心的システムの実感に働きかける固有の変数である。とりわけ「状況の自己コントロール」は、「生体システム」と密接に連動することが実験的にも実証されている。精神科医のルモワンスが、このことを示す実験を報告している。まず、全体の半数のラットに定着するように悪性腫瘍細胞（ウォーカー256 肉腫）を皮下注射で移植した後に、それらを三群に分ける。第一群は統制群であり、平穏な状況のゲージに放置する。第二群は回避行動がとれないようにしたまま電気ショックを与える。第三群には、電気ショックは与えるがペダルを踏むことでショックを回避できる仕掛けをしておく。第三群の電気ショックの解除は、第二群のショックも中断するようになっている。つまり、二群と三群は完全に等量のショックを受けている。一月後、すべてのラットの組織検査を行った結果、腫瘍の定着率は、統制群 54%、二群 63%、三群 27%であったという³⁹。この結果は、環境状況およびストレスに対する自己制御能力の行使およびその効果の実感が、腫瘍の定着に対して何らかの働きを誘発するらしいことを示している。この場合、マウスが「意味のある物語」を、つまり自分に降りかかる困難を克服するという物語を経験していたかどうかはどうでもよい。むしろ重要なのは、環境の変化ないしそれに基づくストレスの制御を、予期を含んだ行為の再組織化の結果としておのずと実行できるということが、生体システムの健全さに大きな役割を担っているということである。ここでは、「意味」や「物語」の一步先にある経験と行為の組織化の問題が暗示されている。

わね。そこにいたるには、ぎりぎり限界までいかなければならなかったのでしょうけれど」という言い回しに含まれている。芥川龍之介の『一塊の土』のお民の生き方も「探究」の物語の参考になると筆者は考えている。

³⁶ F. ニーチェ: 前掲書、1993、456 頁参照。

³⁷ A. ソッリ・A.M. ヒーラー: 前掲書 2013、166 頁参照。ただし自然災害では、人災よりも PTSD 発症率が低かったり、男性のほうが女性よりも発症率が低いといった、発症要因に関する多様な差異があることも確かである。Kessler, R.C., Sonnega, E.J., Bromet, M., et al.: "Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey", *Archives of General Psychiatry*, 52, 1995, 1048-1060.

³⁸ 物語に縛られること自体が、経験の自由度を狭め、レジリエンスを低下させる脆弱性につながることを指摘するものはそれほど多くないが、下記はそのひとつである。「意味のダンス」や収束点のない「無限のゲーム」といったアナロジーに訴えざるをえない経験に届けようとしている。K.J. ガーゲン・J. ケイ: 「ナラティブモデルを超えて」、『ナラティブ・セラピー』（S. マクナミー、K.J. ガーゲン編、野口裕二、野村直樹訳、金剛出版、1997）、183-218 頁参照。

³⁹ P. ルモワンス: 前掲書 2005、102 頁以下参照。

5. 物語を超えて：臨床という現実

社会構築主義は、病や障害を社会的、文化的、歴史的な産物と捉える。それには相応の理由があり、フーコーが発見したように、言説ネットワークの履歴を縫うようにして現実が出現する、そうした場所は確かにある⁴⁰。事実と呼ばれるものは、根の深い共同主観的な社会ネットワークの中で構成され、それとしてすでにナラティブに浸食されている。そこでは、私たちの「身体」さえも社会的産物に還元されている。病にかかるのも、障害をかかえるのも、社会的産物としての身体であり、社会の意味づけや物語が変化すれば、病的な身体それ自体も変化する。

しかし他方で、本当にそれで「生きた身体」の問題が汲み尽くされるのかという素朴な疑問は残る。むしろ、そこにも現実の喪失の一種があるように思われる。純粹に解剖学的で、生理学的な身体が存在しないのは、医療制度と医療技術の進歩という社会的履歴の恣意性と操作性がそこに浸食しているからである。また、病や障害の意味を変え、行為連関の再編を行い、社会への参与ネットワークを拡充する、そうした遂行的物語も確かに存在する。ここまではすべて認めうることである。

しかし、そこでの現実とは、たとえば片麻痺患者の動かない手を動かすことにどれほど貢献しうるのか。あるいは、麻痺した身体の廃用といった二次障害を避けることにどれほど寄与するのであろうか。動かない手に様々な意味を重ねることはでき、その四肢では参与できない社会的枠組みの偏狭さを批判することもできる。そしてそこから、社会制度や世間一般の意味理解そのものの変革を促すことも当然可能である。とはいえ、病の経験とは本当にそうしたことで消滅可能なのか。あるいは、大腿部を骨折したアスリートが、解剖学的、神経学的処置が首尾よく行われた後でも、以前のパフォーマンスが戻らず、自らの身体感覚の違和を感じつづけているとき、その変容した体感、意味や物語を通じて再度変化するものであろうか。ナラティブが運動機能の変化に何をなしうるのかはほとんど謎であり、それは、統合失調症圏や自閉症圏の経験にとっても同様である⁴¹。

手のリーチング動作の改善や、廃用の回避、自己体感の再形成は、リハビリテーション医療の課題である。おそらく身体の課題をこのように設定すると、それはパーソンズ流の「機能主義」やパース流の「実用主義」であるという批判が構築主義からは持ち上がると思われる。つまり「病」や「障害」は、社会的、制度的枠組みが要請する「正常からの逸脱」という基準で振り分けられた言説的産物であり、それに気づけないことへの無知さが指摘されるのである。とはいえ、本当に深刻な問題とは、

⁴⁰ M.フーコー：『知の考古学』（慎改康之訳、河出文庫、2012）。

⁴¹ 日野原は、統合失調者の発話を詳細に記録することで、そこに含まれる固有な強度的経験の周期を見出し、それを言語使用の時制モードの変化と対応づける試みを行っている。日野原圭：「言語化された自然」、『新世紀の精神科治療（8）病の自然経過と精神療法』（中山書店、2003）所収、192-219 頁参照。また、浦野の発達障害児へのアプローチは、児童に対して補助者が背後からささやくことで、児童そのものの注意を背後の人物へと焦点化させることなく、児童の自発的な発話や行為の「予期」を児童の中に変数化する試みである。この行為の共同産出の履歴が、当人の制御変数となり、そしてそこから使うことも、使わないこともできるといった「自己制御変数」に展開できるかが焦点となる。浦野茂・水川善文・中村和生：「社会生活技能訓練における発話の共同産出—広汎性発達障害児への療育場面でのエスノメソドロジー—」、『三重県立大学紀要 16』（2012、1-10 頁）参照。

社会ネットワークへの参与の要求基準や、正常発達という統計的かつ外的な基準に適用かどうかで、身体の「機能」や「実用性」が設定され、判定されていることではないのか。

そもそも呼吸や嚥下、歩行、走行といった基礎的な身体動作は、社会的に要請されて発達するのでも、基準を外部から当てがわれて発達するのでもない。むしろそうした行為は、子どもがみずからの経験を展開するさいにおのずと習得してしまう副産物のようなものである。その副産物を、結果として「機能性」や「実用性」と呼んでいるのが現状である。とすれば、副産物としての機能に到達する以前であっても、そこには豊かな身体経験が隠されており、そうした経験は、いまだ機能ではなく、機能障害でもない。社会制度や言説とは独立に作動する身体性のレベルがある⁴²。そもそも言説の水準には出現してこないまま、世代を超えて受け継がれるような身体性である。システム的には、社会システムや心的システムと連動しつつも、独立しても作動可能な「身体（動作）システム」の形成と発達である。そうした身体だけが会合する「環境」も当然存在する。光や重力、大気、湿度、大地というのが、その形成要因であり、それらの「経験」は、現行の自然科学的手法では届かない、身体と浸透し、相即する体験世界を記述する現象学のフィールドとなる（発達・神経現象学 *developmental-neuro-phenomenology* の課題）。

身体のリハビリテーションは、こうした経験の場から、新しい自己になるための手がかりを見つけ出し、制御変数を増やすことで、経験を複雑化し、拡張させる試みである。遂行的物語は、こうした経験の前進を促進する変数の一つにすぎない。外側から押し付けられる基準や枠とは独立に、当人にとってのより生き生きとした呼吸の仕方、より生き生きとした歩行の仕方はある。当人とその生が、たとえ一歩であっても、前進し、経験を豊かにすることで、自らを常に新しく世界に開いていくこと、そして自己と身体の変化が、世界や環境の変化と相即する場所を見出すこと、それが現象学における「超越論」という課題の設定であり、同時に臨床の現実在即した課題の設定となる⁴³。

⁴² 社会構築主義が、言語還元主義ではないことは強調されており、構築の意味と役割の反復的吟味が重要であることも指摘されている。しかしそれでもなお、言語的、社会的親和性の高い身体の特長へと分析が制限される傾向にあるように思える。加藤秀一：「構築主義と身体性の臨界」、『構築主義とは何か』（上野千鶴子編、勁草書房、2001）、159-188 頁参照。

⁴³ この局面での現象学と超越論性の内実に関しては、前掲拙書：2012、100 頁以下参照。

Clinical experience as process Part I : What does the experience of narrative suggest?

INAGAKI Satoshi

This paper is a preparatory phase to address the clinical experience with phenomenological approaches. Clinical experience cannot be gained by one person. It is realized only by concerted acts of patients and health professionals. This paper examines what the experience of narrative, which is receiving much attention recently, suggests in the reality of medical clinic with the aim of describing such clinical experience. In Japan's medical field, at present, the introduction and development of "Evidence Based Medicine" are actively under way. At the same time, the importance of narratives of patients and health professionals is also explained as a clinical guideline. This paper, therefore, makes questions and evolves them such as: 1) what mode the experience involved in psychological reality such as "narrative," "story" and "sense" has as the effects that work on various systematic interlocking relations in clinical experience; 2) how the experience involved in psychological reality can be connected to the possibility of changes in experienced world of the persons concerned. Through such questions, the relations between narratives and evidences and, moreover, the range of narratives and stories are clarified.

Keywords: clinical experience, narrative, meaning, mental system, social system, placebo-effect