

一 同志社女子大学大学院看護学研究科特別講義兼看護学部 FD 講習会 (2018年6月11日) 一

臨床におけるナラティブ実践のすすめ

Narrative approaches in clinical settings

中川晶 (なかがわ中之島クリニック院長、京都看護大学特任教授)

Akira Nakagawa

ただいまご紹介いただきました中川です。医学部に入る前は農学部で生化学をやっており、大学院は中退して中学の教師を1年ほどやってきました。なかなか自分の居場所が見つからず、医学部に入ってもなかなか卒後の進路が決まりませんでした。そのうち心療内科に興味が出てきました。心療内科というのは、1963年に九州大学の池見西次郎教授が日本では初めてお作りになった診療科目です。現在、心療内科というと精神科出身の先生方が多いのですが心療内科という名前からも分かりますが、内科の一部門です。今でもそのつもりなのですが、精神科との境目が微妙になってきてます。精神科の先生方で開業してる方はよく心療内科をお使いになる傾向があります。それでは何でも心療内科かというところでもありません。病気でいうと統合失調症は専ら精神科でしょうか。一方、軽症のうつ病や不安症、パニック障害、そういう外来治療が中心になるような病気を扱うのは心療内科というのが一般的になってきているような気がします。患者さんの方も、本格的な精神病は精神科、軽症のこころの病気は心療内科と知っている節があります。ぼくとしてはどちらでもいいのですが、とにかく全ての医療において、ここからだを同時に診て行こうとする心療内科の立場が必要と考えております。

ナラティブ・ベイスト・メディシンの始まり

～エビデンス・ベイスト・メディシン隆盛時代から～

1991年、カナダのマクマスター大学のゴードン・ガイアット (Gordon Guyatt) がエビデンス・ベイスト・メディシン (EBM) を提唱したことになってますが、かれの師匠のデビッド・サケット (David Sackett) が1970年代からこつこつEBMの概念を構築してました。この概念が出ると世界中の医療者がこぞって賛同したわけです。エビデンス(根拠)をベースにした医療といえば当然のことなのですが、それをきちんと言葉にしてくれたということで熱烈にこの概念が歓迎されました。

ところがどうも患者さんのほうにあんまり受けがよくない。エビデンス・ベイストで、がん患者さんに対して、説明するとき例えば、5年生存率が30%と説明すると、患者さんのほうは「私は、その30%に入るのか、反対に70%の死亡に入るのか」と質問してくるわけです。エビデンス・ベイストからすれば「それは確率ですから、あなたがどちらに入るかは分からない」としか答えられないわけです。「あなたのがんの種類で、ステージがこうだから30%です」くらいは言えるかもしれませんが、患者さんにとっては、どうすれば30%に入れるのが問題であって。なぜ自分はこんな病気になったのかが知りたいわけです。例えば肺癌のばあい、顕微鏡で扁平上皮癌と分かっても何故その癌になったかは説明し難い。煙草が原因ですと言うと患者さんの中には「いや、私、たばこ吸いません」という人もいます。「それでは副流煙が原因でしょう」とやると今度は「周りで誰もたばこ吸わへんのですけど」となると苦し紛れに「街歩いているうちに煙草の煙を吸い込んだのでしょ」とここまでくるとこじつけもいいとこです。要するに、エビデンス・ベイストでは病気の真の原因については何も言えないということになります。

確かに、症例を積み重ねていくことで、これまで、この癌、このステージだったら30%としか言えなかったのが、EBMが進むと、この状況の人は、32%生きられるという風になります。これは診断が正確に

なるということで医者にとっては素晴らしいことなのですが、当事者にとっては30%とか32%ではなくて、どうしたら生き残れるかが問題となります。その時大事なのは病気の原因が聞きたいわけです。なぜかという原因が分かれば対処法も考えつくわけで、原因は分からないけども、診断は正確になったというのは患者さんからすると、それほど嬉しい事態ではないのです。つまりは、患者さんが求めているものと、治療者が求めているものが微妙に、くい違っているのです。

もちろんエビデンスは大事です。エビデンスなしの医療はもはや医療ですらありません。患者さんの物語を大事にする医療が大事と言っても、例えば糖尿病なのに甘いもん食べたら治ると信じている患者さんに「どンドンケーキ食べなさい」というわけにはいきません。ぼくが言いたいのは、患者さんの物語をきちんと聞き取って、そこを原点として治療のほうに持っていくことが大事なのではないでしょうか。

ナラティブ・ベイスト・メディスンを学ぶためにイギリスへ

1990年代の後半にエビデンス・ベイスト・メディスンが流行語のようになっていたのですが、ぼくが講演の時よく「エビデンス・ベイスト・メディスンあるのだったらナラティブ・ベイスト・メディスンがあってもいいのでは」と話すと聴衆から「なんですか？そのナラティブとかいうのは」という質問があって、「ナラティブというのは物語という意味なんです。ぼくの造語です」と答えると「え！ということは患者の物語みたいな不安定なものを信じるということですか？」と笑われたものです。といっても私の方も半分笑い話のネタのように使っていたのですが…ただ、半分は本気だったのです。ナラティブ・セラピーのマイケル・ホワイトは次のように述べています。

「人は解釈する動物だと言いたいのです。つまり私たちは人生を生きる時、ストーリーと言う枠組みのなかで積極的に自分流の解釈を行います。そして自分の物語を作り上げていきます」(M・ホワイト1995)

つまり普遍的に、人は「物語を生きる」生き物なのです。世界的ベストセラーになったイスラエルの歴史学者ユヴァル・ノア・ハラリの「サピエンス全史でも著者はつぎのように主張しています。

「ホモ・サピエンスだけが虚構、すなわち架空の事物について語れるようになった。客観的な現実の世界だけでなく、主観的な世界、それも大勢の人が共有する共同主観的な想像の世界にも暮らせるようになった」(サピエンス全史下巻P.268)

1990年代後半はエビデンス・ベイストが大流行している中で、ナラティブをベースにした医療というのは一種の危険思想だったのかもしれませんが、だからこそ私も笑い話でお茶を濁していたような形でした。当時はナラティブ・セラピーが出てきて心理畑の人たちにはナラティブという言葉は馴染みがあったのですが、医療でナラティブというのは、あり得ない、或いはあってはいけないと思われていたようです。

ところが、2000年になって齋藤清二先生が『ナラティブ・ベイスト・メディスン』っていう本を出されてました。カタカナで背表紙にそう書かれた本を、本屋で偶然見つけて、驚いてのけぞりそうになりました。私が笑い話という衣に包んでしか出せなかったことを本気でやってる人がいるということで。驚愕したわけです。最初、齋藤先生がお書きになったと思って居たのですが、どうも翻訳をされたのが齋藤先生で、原著者を見るとトリーシャ・グリーンハル他とあります。イギリスはロンドンの医師たちが本気でナラティブ・ベイスト・メディスン考えてるということになります。これはちょっと行かねばということで半年間ロンドン大学キングズカレッジの籍を置かせて貰って勉強しに行きました。その頃は大学教員をやっている、その大学からサバティカル(研究休暇)を半年くれるということでイギリス留学を決め込んだのですが、クリニックがネックでした。当時すでにクリニックを開業しておりました。ロンドンに半年行くとすると「これは閉院しなければ」と本気で考え始めました。今から考えると狂気の沙汰ですが、あの頃はたまじめでした。まあ、結局、大先輩の野田俊作先生とそのお弟子さん達に助けられて、奇跡的に半年間ロンドン留学させてもらうことが出来ました。

さて、ぼくが学んできたナラティブ・ベイスト・メディスンは、そのままの形で日本で使えるかいうと、

ちょっと難しさがあると思います。どうもイギリスのナラティブ・ベイスト・メディスンは、どちらかというところ、かなりロジカルなんです。一般的にヨーロッパの文化はドイツ語にしてもフランス語にしても言葉そのものがロジカルに出来ていると思います。それに対して日本語というのは割合曖昧なところが多いのですが、治療のときは、この曖昧さが案外いい場合もあります。あんまりロジカルに詰めてしまいうんじゃなくて、ちょっとここはそっとしておいて、あ・うんの呼吸というか「わかった、わかった」というふうにすると、うまくいくこともあります。

2009年に京大のやまだようこ先生を中心にイギリスと日本のナラティブの研究者が一堂にロンドンに集まり研究会を持ったことがあります。その研究会の締めくくりに、お互いのナラティブ・アプローチについて印象を話し合ったのですが、「日本のはエモーショナルやね。で、イギリスのはロジカルやねと。どっちもちょっと偏り過ぎているのかも知れない。文化の違いに起因するようだけど、感性的にはまん中くらいがいいのではないだろうか」という話になったことを覚えてます。だからイギリスのNBMを使うときは文化的な翻訳が必要なのではと思います。でも、物語をきちんと聞き届けるっていうことは文化にかかわらず普遍的に大事な事だと思います。

ロンドンから戻ってからは、学んだことを咀嚼しながら、いくつか論文も書いてきました。もしよければ『現代のエスプリ 515』の「ナラティブ・ベイスト・メディスン」(2010.6)や「こころの科学 153」 「ナラティブを書く」(2010.9)などをお読み下さい。

多くの研究のルーツとしてナラティブと、もう一つの柱があります。保健医療行動科学という分野なのですが、1986年に日本保健医療行動科学会という組織が出来ております。欧米では1970年代くらいから、医師や看護師など保健医療従事者の教育に取り入れられ資格試験にも採用されてきた分野なのですが、我が国の医学・看護学教育には全くみられません。本学会の設立趣意書をそのまま引用します。

「保健・医療従事者は単に病気をみるのではなく、病気をもつ、あるいはその恐れをもつ人間をみるものだという言葉はよく耳にする。しかし実際は病気しかみていないことが多い。

しばしば人々は、日常の苦しみや悩みを、本人の気づかないまま病気で表現したり、不健康な生活を改めることができないままである。しかも本人自身がそれらに気づいておらず、その気づきを手助けするはずの保健・医療従事者も十分認識がすすんでいないことがある。このような病気や不健康の側面のみならず、保健医療を考える際には、予防や健康増進といった面での行動科学的知識がなお一層重要となってくる。

ところで、このような健康や病気の心理社会的な背景と、身体的側面の相互作用を研究しようとする行動科学が米国を中心に進歩してきた。それは、心理学、社会学、人類学、生理学などを総合的に応用し、人間の健康問題にかかわる行動(個人・集団・社会)の変容過程を実証的、体系論的に解明しようと努力している。

こうした保健医療関連の行動科学(医療社会学、医療心理学、医療人類学等を含む)は、欧米では、医師や看護などの保健医療従事者の教育にとり入れられ、資格試験にも採用されている。しかしわが国では、このような関心はようやく高まりつつあるが、研究は緒についたばかりである。

こうした中で、わが国において保健医療領域での行動科学的研究・教育の発展のために、社会・人文科学、自然科学の各分野の国内・外研究や学習の場づくりを目的とした学術団体の創設が必要と思われる。

1986年6月18日

私の父の故・中川米造が初代の会長でした。現在は筑波大学の宗像恒次先生、甲南大学の故・谷口文章先生らを経て私が第10期から会長をやらせて頂いております。前置きが長くなりましたが、私のベースからお話させていただく方が、本論が分かりやすいのではないかと思います。

医師の三つの顔

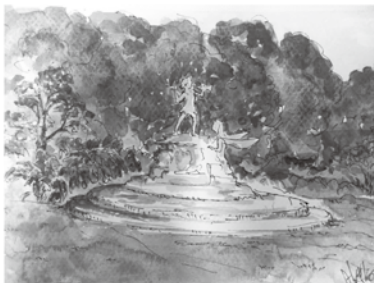
今日はスライドに沿って話そうと思います。まずこの絵は（スライド1）ロンドンのハイド・パークのケンジントンパークにあるピーターパンの像なんです。作者がこの像を寄贈したそうです。ちっちゃな像なんですけど、ディズニーのピーターパンとはちょっと違うような（笑）。ちょっとおぼっちゃま風のピーターパンでしょうか。今日はロンドンからのナラティヴの話が中心になることもありますので、それにちなんでスライドにさせていただきました。

次ですが、16世紀のオランダの銅版画家ゴルチウスが描いた「医師の三つの顔」というタイトルの銅版画です（スライド2）。天使の顔をしているときの表情と、悪魔のときの表情と、普段の表情と、この三つの顔が描かれています。天使の顔をしているときの表情というのは、医療者というのは、医師も含めてですけども、患者さんから見ると医療をしている時は天使に見えるのですが、報酬を請求されるとき、これは悪魔に見える（笑）。法外な値段を取るといって悪魔に見えたのでしょうか。普段の表情というのは学者の顔をしているんですね。当時はまだまだエビデンスも少ない。抗生剤もないし、ステロイドもないような時代です。医療は今日のように強力なものではないので、患者から信頼を得るには、ほかの分野で業績を挙げるしかなかったのではないかと人もいます。炭酸ガスを発見したブラック、近代分類学を開いたリンネは医者だったし、天文学のガリレオも最初は医学から出発しています。

さて、面白いのは、表情なんです。図を拡大してみると、天使のときなのですが、天使は天使でも、何かちょっと力強すぎるような（笑）、ごつい感じなんです（スライド3-1）。ところが、この報酬を受ける悪魔の姿勢っていうのは、ちょっと頼りなげでしょ（スライド3-2）。手は出しているような、出してないような。医療の報酬というのは根拠がはっきりしない。

ラジオの修理の場合、電器屋さんを持って行って「1週間預かります」と言われて1週間後に行って、「治ってないけど修理に時間が掛かりましたので、私の報酬としてお代は1万円ほどいただきます」と

ナラティヴ・アプローチ



なががわ中之島クリニック
ナラティヴ・コミュニケーション研究所
中川 晶

1

医師の三つの顔 (16世紀オランダの銅版画:ゴルチウス作)



中川米造「医の倫理」

2



(A) 天使の顔をしている時の表情

中川米造「医の倫理」 3-1



(B) 悪魔の表情

中川米造「医の倫理」 3-2

言われて怒らないお客さんはいませんよね。つまりは、ラジオは人間が作ったものなので、隅から隅までわかってるわけです。ところが人間の体は人間が作ったものでないで、仕組みが完全に分かっているわけではない。なのに医者にはあまり「分からない」という言葉は使いません。それは「分からない」を連発すると患者さんから愛想を尽かされるからかもしれないし当の患者さんが、医者には「分からない」と言われると不安になるという事情もあり、わかってるフリをするという側面があるのだと思います。この辺は医者も患者も事情を分かっている演技している節があります。でも現実的な報酬ということになると、治らないのに報酬を取られるのは、ある程度仕方がないと諦めていても、患者側からするとモヤモヤしたものが残る。医者からしても、報酬の根拠というのがはっきりしてない、まあ努力報酬というのでしょうか。そのへんの事情が悪魔の表情が何となく弱々しいものになっているのかもしれない。

さて普段の表情というのをもう一度みてみましょう。(スライド4)。先ほども言いましたように医者が科学者の顔をしているのがふだんの表情ということになります。ここで医学がどう捉えられているのか調べてみましょう。客観性を第一とする科学の一分野というふうには日本では考えられてて、図書分類で言うと、物理学、化学、数学など自然科学のなかの一分野、図書分類の中では、ちょっと古い図書分類では、数学、物理学、化学、生物学ときて自然科学の一番最後のところに医学が入ってるんですね。医学が自然科学の中。つまり、物理学や化学と並んでるわけです。医学は自然科学の一分野だというような認識が一般的だったんですね。医学とはそういう客観性を第一とする科学の一分野であって、医療というのは医学を社会的に応用したものであるというのが昔の医療の定義でした(スライド5)。でもこれは明らかにおかしい。医療の方が医学より先にあったはず。世界中のどこにでも古くから医療はありました。医療のない部族のほうが珍しいといえます。医学はあくまで後付けのはずです。

アメリカのジョージ・エンゲルという医学者が現代医学の批判によく使うお話なのですが、プロクルステスという山賊。ギリシャ神話の中に出てくる山賊なんですけども、この山賊には変な癖がありまして、盗賊をとっ捕まえてきてベッドにくくりつけるのだそうです。そしてそのベッドよりも旅人が長かったら頭と足を切り落とす、短かったら引き伸ばして、そのベッドに合わす。これは神話なのですが、つまりは、現代の生物医学モデルというのは自分たちのサイズに無理矢理患者を合わしているという事を、プロクルステスのベッドという神話を引用して批判しました。

ちょっと一休みです。写真のベッドはプロクルステスのベッドとは違います(スライド6)。「人類進化ベッド」というれっきとしたベッドメーカーが造った商品です。ちょっと短すぎるベッドでプロクルステスにちょん切られそうです。私も関与している睡眠文化研究会のメンバーの霊長類学者の座間耕一郎先生とメーカーと一緒に開発しました。座間先生はチンパンジーの睡眠を研究していて、彼らが枝でこしらえる樹上のベッドがあまり気持ち良さげなので彼らの留守の隙を狙って一度寝てみたそうです。これが異様に気持ちが良かったそうです。適度に風が通り、ゆりかごのように揺れて。あるメーカーが睡眠文化研究会に接近してきて開発にいたりしました。ただ少し値が張るのです。37万円だそうです。それを聞くとおいそれ眠れませんでした(笑)。



(C) 普段の表情

医学とは？医療とは？

医学とは
「客観性を第一とする科学の一分野」
(物理学・化学・数学などの自然科学を基礎とする総合科学)



医療とは
「医学の社会的応用である。」

医療の治療効果はどれくらいあるか

医学雑誌『Lancet』や『New England Journal of Medicine』の名前はご存じだと思います。もちろん『Nature』なんかは自然科学分野では一番有名ですが医学の世界ではこの二つは別格の権威を持っています。その権威の代表のような『New England Journal of Medicine』の編集部長のインジェルフィンガーという医学の世界の中心にいる医師が、1977年2月22日号で、何とも物議を醸すような資料を出しました（スライド7）。どういうことかという、医療の治療効果について発表したのですが、メタ解析という統計学的に正しい手法を用いて現代医学はどれくらい効果があるかについて調べてみたのです。結果は驚愕すべきものでした。「効果なし」つまり、医療が介入しても介入しなくても変化なしが80%ぐらいだったのです。医療が介入することによって劇的に治ったのは10%少し超える程度に過ぎないようです。更に医療介入によって不幸な結果になったのが10%近くあります。これを見た世界中の医者はあれほど強力だと信じていた現代医学が10%しか効いてないことに驚きましたが、論文書いたインジェルフィンガーが大物過ぎて、正面切って反論もし難い状況が出てきました。つまりは医学の世界から内部批判のようなものも出てきて、医療が自然科学だけで帰結するものではないことが明らかになってきました。患者さんの病気観というものが非常に大事になってくる。客観性はもちろん大事だが、患者さんの主観にも配慮するのが、これからの医療ではないのか、エビデンスベースとナラティブベースというのが、両輪が必要。齋藤清二先生が言われるのは、EBMとNBMは医療を車に例えれば両輪だと、つまり一方がはずれたら車というのは走らない。エビデンスは絶対必要。でも、片輪走行になると、患者さんの主観をどう扱うかで医療の質が変わるのではないかと考えるわけです。

ウィットネス～物語に焦点をあてて

これまで多くの患者さんに出会ってきました。なかには「先生治してくれてありがとうございました」とお礼を言う患者さんもおられるのですが、あまり大したことはしてないのです。中には処方なしで、2週間毎に律儀に来院されて10分ほど話して帰っていかれる。何年間も通って、で、だんだんと改善できてきて「先生、ありがとうございます。」となるわけです。「いや、僕、何もやってへんのですけど」というと「ご謙遜を」とくる（笑）。ある日不思議に思って患者さんに「一体ぼくはあなたになにをしてあげられたんですかねえ？」と質問してみました。ある患者さんの答えは「先生は聞き届けてくれたんです」。聞き届ける役割、つまり証人ということになりますか。そういえば心理療法のナラティブ・セラピーでは治療者の役割は聞き届けること、ウィットネスが大事とされていました。誰も聞いてなくても私の物語は先生に話した、そして治療者は「聞き届ける」役割のようです。証人ですから、途中交代は利きません。「あ、今日は誰々先生いてはらへんのですか、ほな帰りますわ」ということが結構あります。何が治療的かという、物語として聞く。物語として聞くというときには、相手を分析するのではなくて、その物語にターゲットが当たってる。よくカウンセリングとどう違うのか聞かれるのですが、微妙に違います。ジョン・ローナーというロンドンの医師で、いわば私の師匠にあたる人が日本に来られたとき

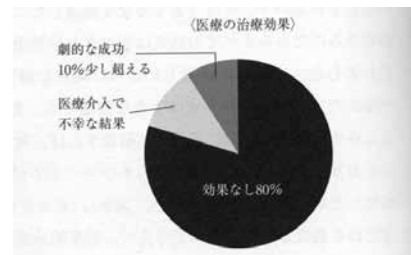
プロクルステスのベッド

エンゲル (Engel, George) は「プロクルステスのベッド」というギリシャ神話を引用してうまく現代の生物医学モデルを批判している。
(このベッドは本文と関係ない)
* 人類進化ベッド *



6

New England Journal of Medicine, 1977.2.22 編集部長インジェルフィンガーの論説



7

に、カウンセラー大勢の前で講演をされたのですが、カウンセラーから先ほどの疑問が出ました。参加した大勢のカウンセラーはナラティブ・アプローチという名前に惹かれて新しい技法を学びに来たのですが、どうも技法に目新しいものがないという不満なのです。ローナー先生は落ち着いてこう答えました。「人間のやることですから技法としては似てくるのは仕方ありませんね。でも一つだけ違う点があります。ナラティブ・アプローチではクライアント自身をターゲットにするのではなくクライアントが語る物語をターゲットにしています。ここは天動説と地動説ほどの違いです。」

どういうことかいうと、患者さん本人をターゲットにすると、その人の言葉が本当なのか嘘なのかということも含めて吟味していく必要があります。でも物語がターゲットの場合は、本当かどうかは関係がなくなる。物語なのですから。そしてナラティブ・アプローチというのはその物語が変化していくことを促進することなんです。先ほどの聞き届けるとは反対のようですが、実はあまり矛盾はありません。物語を聞き届けることというのは役割は同じです。先ほどではあまり何も介入してない印象がありますが、実は患者さんの物語に我々はかなり介入します。本人には自由に語ってもらいますが、質問という形で物語に介入します。

ナラティブ・セラピーの臨床家はあんまり介入しないというのが基本のようです。本人のなかで自然に物語が変化するのを辛抱強く待つ。でも医療の現場ではそれほど悠長に構えてられない事情もあります。前述のローナー先生は「医療なのだから介入しなければいけません。でも、押しつけても変化はおこりません。質問の形で相手が自分で解決を思いついて物語が変わるとというのが理想です」とNBMMの説明をしておられました。

これからお話するのは、現実のものではありません。でも一つの私の理想の診療スタイルです。

ある日のうちのクリニック。一人の中年男性の患者さんがやって来ます。待合室に入ると患者さんが少ないので、ここはあんまり流行ってないのかな？と彼は考えます。しばらくすると「次の患者さん、お入りください」という声がある。彼は、最近はこのクリニックでも「患者様」と呼ぶのに、ここは少し横柄なのかな？と思いながら診察室に入っていく。

(医者) ○○さんですね、どうされましたか？

(患者) ええ、ちょっと最近胃が痛くてね。

(医者) 胃ですか？それはいけませんねえ。それでどんな風に痛むのですか？

(患者) はあ、朝早くとか食事前に痛みます。

(ここまでは普通でしょ。ここから変わってきます)

(医者) なるほど、なるほど。で、何なんでしょうね？

(患者) え？「何なんでしょうね」って、こちらが聞きたいセリフなんですけど。頼りないなあ。

(医者) あ、すみません。でも何なのかなあ？

(患者) だからあ、ぼくは胃潰瘍かなって思ってたんですけど。

(医者) あ、胃潰瘍ですか？十二指腸潰瘍かもしれませんね。そういえば空腹時の痛みはあり得ますよね。

(患者) でしょ。だから、胃カメラでもやってもらおうかと思って来たんです。

(医者) え？胃カメラですか？でも、あれって苦しいって聞きますよね。

(患者) なに言ってるんですか！カメラしてもらったらはつきりするんでしょ。

(医者) まあね。でも何をはつきりさせたいのですか？

(患者) 胃潰瘍に決まってるじゃないですか。あと・・・親父が胃痛で死んだので、ちょっとね。

(医者) あ、そうでしたか。ついでに胃癌がないかどうかも診て貰いたかったんですね。

(患者) 実は、そうなんです。

この患者さんは、上腹部が痛くて胃潰瘍と言っていますが、実は胃癌の心配をしていたのです。自分も父親が死んだ年に近づいてきて不安が強くなってます。でも胃癌と口にするのも怖くて胃潰瘍の検査と言っていますが、本当は胃癌について相談したかったんです。医者の方から「あなたは自分の胃痛の原因をどう考えていますか？」という質問をするのはとても難しいのです。真面目に聞くと患者さんのほうが緊張して、間違った答えをしてしまったらどうしようと不安になります。上の例では医者が決めつ

けをせずに丁寧に聞いていくことで、患者さんが来院した真の理由が分かりました。患者さんのほうでも自分の考えを出すことが出来て楽になってきます。

(医者) 胃カメラの予約取りますか？

(患者) そうですねえ。あの一、もし先生がほくと同じ状態だったらどうします？

(医者) え？ほくですか。そうですねえ、取りあえず胃粘膜保護剤飲んでみて、まだ痛むようならバリウムを飲むかなあ。胃カメラはその後かなあ。

(患者) へえ、そんなもんですか。気楽なもんですね。でも少し気が楽になりました。今日はその薬もらって帰って様子みることにします。

(医者) はい、分かりました。それではお大事に。また来週きてください。

次の予約も取っておくことで、放ったらかしではないことを強調しています。

でもねえ。こんなうまい具合に行くことは稀なんです。本当にこんな外来すると、患者さんが「お前みたいな無能な医者に診て貰う気はない！」と出て行っちゃう可能性大ですもの。でも、患者さんの病気観を探ることがまずは大事なんです。そうでないとせっかく出した薬も飲んでくれないかもしれないし、このあたりは巧妙にいく必要があります。患者さんの病気観を引き出すには、こちらがあまり専門家面をしないことが、まず大事です。でも必要なときは専門家としての意見も言わねばなりません。このバランスは難しいのですが練習していくと結構上手になります。ローナー先生は、自分の診察場面におけるコミュニケーションの文脈をきちんと読むことが大事だと言います。ただ事実を伝えるのが診療ではなく、全ての臨床は一種の心理療法的側面があり、全体の流れに目を向けて診療を行うことで、臨床はとてもエキサイティングな興味深いものに変身します。

拒食症の患者さん～川を流れる私の物語～

例えばこんな例はどうでしょうか。Mさんは27歳の女性で摂食障害歴がもう10年になります。ありとあらゆる有名な治療を転々としてきました。内科から始まって、精神科、カウンセリング、漢方治療、行動療法で有名な病院や心療内科の大学病院にも入院しました。それでも治らず、絶食療法や民間療法も試しましたが治りませんでした。最近では有名な家族療法家のところへ2年間熱心に家族とともに通いましたが、ドロップアウトしてしまいました。彼女の病気はアノレキシア・ネルボーザ（神経性食欲不振症）の無茶食い/排出型ということになります。つまり、痩せ願望は強いのに過食の渴望が湧いてきて自制心で抑えることが出来ないのです。それで冷蔵庫や戸棚のありとあらゆる食べ物を漁ります。もうお腹がはち切れそうになっているのに食べることがやめられません。その食べ方は尋常ではありません。以前、自分で食パンを山ほど買ってきて食べ始めましたが、なんと一度に20斤食べたそうです。彼女が食べ終わると台所は嵐の後のような有り様です。母親は彼女の過食発作が起こったらもう止められないと言います。思い詰めたような表情で一心不乱に食べる有り様は鬼気迫るものがあるそうです。Mさん自身苦しいのですが、過食発作がいったん起こると、もうどうにでもなれと自棄っぱちな気持ちになっていきます。そして、食べた後はすぐ喉に指を突っ込んで吐きます。ずいぶん吐くのですが食べたもの全て吐いたという自信がないので、大量の下剤を飲みます。彼女は身長が167センチ体重が40キロです。最近のファッションモデルさんは細いと聞きますが、彼女はとてもきれいな顔立ちでもう少し太ればモデルさんとしても十分通用しそうな女性です。残念ながら今は美しいとは言えません。眼ばかりギョロギョロして頬がたいそうこけて医者からみると頭蓋骨の形まではっきり分かります。

彼女は大変才能豊かな人で、絵や詩が上手で素人離れています。料理の腕も相当なもので、特にケーキを焼かせるとかなりのものです。彼女のお母さんは喫茶店を営んでいます。時々調子の良いとき作ったMさんお手製のケーキを出すのだそうですが、お客が舌を巻くほどです。実は一度Mさんが『苺のタルト』を僕に持ってきてくれたことがありました。ほくの診療所は女性の患者さんが多くてたまに自作のケーキなどを持ってきてくれるのですが、ここだけの話ですがおいしいと思ったことがないのです。(実は私は甘党でケーキにはちょっとうるさいのです。) そのほくがMさんのケーキにはうなっていました。

Mさんの問題は不安感と憂うつ感でした。勿論、過食と嘔吐を繰り返すのは苦しいのですが、それ以上に普段の不安感と憂うつのため、やりたいことが山ほどあるのに出来ないことが問題でした。一日のうちに気分が晴れるのはほんの数時間、それも無い日もあるのです。この短い時間にMさんは多くの事を詰め込みます。ケーキを焼いたり、絵を描いたり、詩を書いたり。大急ぎで。でないと、すぐに例の不安、憂うつが自分を覆ってしまいます。ときにはひどく落ち込みます。こんなときは起き上がることも出来ません。自分はなぜこんなのだろうかとう母の育て方を恨んだこともありました。父がしっかりしてないせいで父を責めたこともありました。この病気には専門家が様々な事を言ってます。ひとつの解決法はありません。

ぼくのまえに現れたときのMさんは疲れきっていました。「私はもう十年もいろんな先生に治療を受けましたが治りませんでした。だから、悪いけど先生にもうあまり期待出来ないんです。…ごめんなさい。もう疲れました。」Mさんは肩を落として言いました。

アノレキシア・ネルボーザは薬物療法でも心理療法でも決定的な治療法はありません（薬物療法ではSSRIが効果的だとか心理療法では認知行動療法が有効だという意見もありますが反論もあります）。原因についても生物学的脆弱性、心理学的脆弱性、社会的影響など様々なモデルが入り乱れていて決定的なものはありません。そして治り難い病気だという点では一致しています。

さてMさんですが、ぼくは彼女と話していても十年間も治らないということは「視点を変えたとその10年間、手強い病気をひとりで背負って頑張ってきたということになる」という物語として聴きました。

「どうやって、そんなに手強い病気と闘ってきたのか」彼女に尋ねてみました。彼女はキョトンとしていました。

「どうやってって？ん？そんな… 闘ってなんかきてないもん…」

「じゃあ、どうやってきたの？」

とぼくは追い討ちをかけました。すると彼女は

「そうねえ、わたしはただこの10年ただ流されてきただけだと思うの」

「ふーん。じゃ川の流れるようなものに流されてきたという感じかな」

「うん、そんな感じかな…」

「そうか、10年の流れは長いなあ。ところで川ってなんで流れるんだっけ？」

「え？川が流れるわけ？そんなの簡単じゃない。川は山から海に流れているのよ。高いところから低いところへ」

「あ、そうだよね」

「ということは、あなたの流れもいつか海に辿り着くということかなあ？」

「え？」

「海にとどり着くと言うことは、どうなるわけ？」

「うーん、もう流れないということだから」

「治るってこと？」

「わかんない……」

「……」

Mさんは黙ってましたがこころなしか微笑んだように見えました。

病気を流れと言い出したのは彼女の方だったのですが川の流れから海にたどりつく物語はぼくの方で促進しました。ここに書くとスムーズに進んだようですが、ここに辿り着くまで、3ヶ月かかっています。そのたびに川の流れ物語を二人でこしらえていきました。

高い山から出発した川は途中滝になったり奔流になったり、ときには穏やかな流れになったり、また急に早い流れになったりしながらついには海へとたどりつきます。海はゴールつまり治るということですよ。Mさんの病気も川の流れのようなもので、速いところもあれば乱流になっているところもあります。これはMさんの努力とは関係ないのです。ただ一つだけ確かなのは川は海に向かって流れているということですよ。辛い思いをしたら、その度にまたひとつ海に近づいたということになります。

苦しい経験をしたらその度にひとつゴールに近づいたと思うようにしようと話し合いました。落ち込みが襲ってきても無理に抗わないことにしました。落ち込みはいずれ過ぎ去っていくからです。そして落ち込みはあと何回くるか分からないけれど落ち込みがくる度にゴールに一步近づくことだけは確かです。そう「冬来たりなば、春遠からじ」なのです。治療が始まって半年が過ぎようとしています。

まだ過食も嘔吐も治まりません。しかし、確実に不安感と憂うつは減ってきています。そして笑顔がとても良くなってきました。

いかがでしたか？ Mさんの物語でした。長い長い「川下り物語」はいずれ海にたどりつくのでしょうか。これからもまだ激流があったり滝になったりするかもしれません。でも今のMさんは昔のMさんではありません。生き生きとした「川下り物語」の語り手に生まれ変わりました。そして診察にくるたびに物語は進んでいきます。川下りの景色もずいぶん変わってきました。最初は川の周囲の木立は鬱蒼と暗かったのですが、最近では景色は明るく開けてきて遠くに森が見渡せます。川面には燦々と陽が注いでいます。Mさんの表情も柔らかくなってきました。そしてぼくは治療者としてではなくずっと「聞き手」のままです。

4つの質問

医療のコミュニケーションの特徴は質問で、医療者の質問の良しあしが治療効果に大きな影響を及ぼします。質問が両者のナラティブを促します。医療者、患者関係はそれによって改善されることが多いです。質問が治療に対する患者さんの満足度も上げます。つまり聞き届けられたという満足感です。

これまで質問が大事、質問の良し悪しが治療の成否を決めるなどと話してきましたが、それではどうやれば質問が上手くなるのでしょうか？

いつも我々が行う質問という行為を詳しく眺めてみましょう。まずは質問の意図によって質問は二つに分けることが出来ます。探索的な意図と戦略的意図の二つです。前者はふだんの質問です。わからんから質問をする。これは皆さん大抵得意です。「頭痛はいつから続いていますか」「腹痛はどんな痛みですか」「どの辺が痛いですか」これは皆さん慣れてる。もう一つは戦略的意図と名付けられた質問です。ある目的を持って相手に質問する。

小学校の先生は、答えは知っていて生徒に質問します。「2 + 3は？」生徒が「5」と答えれば、つぎに進むけど「4」と答えると、「もう一度考えてみましょう」となります。

ぼくの先ほどの、「川の流れ」の質問も戦略的な意図があります。川の流れてというのは海に着くようにしようと僕は最初から思ってるわけですよ。狙ってるわけですよ。つまり、病状がひどければひどいほど、病気が治る方向に向かっているという物語にすり替わっているわけです。「10年間流されてきた」という彼女の世界を理解するのに、山から海に向かう川という物語は、彼女の物語だったのです。

でも、この戦略は学校の先生のものと同じではないですか？じつは、この質問は戦略は戦略でも、違う種類なのです。4つの質問の分類表をみてください（スライド8）。ぼくの川の流れの質問は、図のなかでは、下の右。リフレクシブと分類される質問です。リフレクシブはナラティブの質問のなかでは、最も難易度の高い質問です。何故かという、相手もこちらも、同じ常識の世界にいるという仮定に基づいて、普通は質問しているわけです。表では上の二つ、左のリニアとストラテジックがそうです。リニアがもっとも一般的な質問といえるでしょう。ストラテジックは学校の先生の質問、つまり誘導して「こっちへおいで」式の質問と言えるでしょう。この二つで、問題が解決していれば、表の下の二つの質問は必要ありません。リニアでもストラテジックでも問題が解決しないとき、質問する側の構えを変えてみる、つまり下の二つに移動します。このへんがナラティブ・アプローチの特徴です。つまり、質問する側は自分の常識をいったん棚上げにして、相手の世界の常識がどうなってるのかを調べることになります。つまりサーキュラーな質問という所に、移動することになります。サーキュラーな質問というのは、探検隊の質問とも呼ばれていて、こちらの常識を捨てて、相手の世界の常識を探るといふ質問です。先ほどの川の流れの症例でいうと、ぼくが彼女に問いかけた「どうやって、そんなに手強い病気と闘ってきたのか」という質問。彼女は「闘ってきたのではなくて、ただただ流されてきただけ」と答えました。

そこから、川の流れ物語という彼女だけの世界に通じる常識が見つかりました。側でよくと彼女の会話をもし、聞いている人が居たとしたら、禅問答のように訳の分からない会話だったに違いありません。でもサーキュラーな質問を続けることで、彼女の世界が理解出来て、ついにはリフレクシブな質問、つまり「ところで川ってなんで流れるんだっけ？」が出来たのでした。この質問は効果的で、難攻不落だった彼女のうつが軽減するきっかけになりました。同じような例を最近も経験しました。長い間、自殺という考えに取り憑かれた女性で、うちのクリニックにも数年通院してました。彼女は毎回「もう死にたい」「何で死んではいけないの？」と繰り返してました。常識的な答えでは問題は解決しませんでした。そこでよくはリフレクシブな質問をしてみました「なんで、ここへやって来るの?」。ただ、それだけでしたが、彼女はしばらく黙り込んでしまいました。頭の中でよくの質問に対する答えを探していたのだと思います。ここはクリニックでクリニックは病気を治すところ、なのに死にたいと言う自分が助かるうという行動、つまりクリニックに来ている。この矛盾にどう答えようかと答えを探していたのです。しばらく時間が経過して、おもむろに彼女が答えました。

「生きていたくないけど、仕事が出来るようにになりたい。だからここへ来てる」

我々の常識からしたら、変な答えだし、答えにすらなっていないのですが、彼女の理屈は彼女の世界では通用します。よくは「なるほど」と答えました。

その後は少しずつ変化が起り始めました。

4つの質問は使いわけることが大事です。最初はリニアから入って、ストラテジックで解決すれば、それでいいし、駄目なとき初めて、こっちのスタンス、構えを変えるときが来ます、そしてサーキュラーで相手の世界の常識を探ります。そこで、問題が勝手に解決していく場合もあるし、そのうち有効なりフレクシブを出すことが出来ます。とはいえ、4つの質問の長所・短所を知っておくことも大事です。

7つのC

ナラティブで質問するときの、いわゆる会話するときの心得が「7つのC」です。(スライド9)。1番のConversation(会話)というのは、説得ではなくいつも行ったり来たりする対話になってる必要があるということです。それから2番目Curiosity, 興味を持つ。相手の物語に興味を持って、その物語の筋書きに興味を持つということです。僕らは、話し手を分析するのではなく、物語そのものに興味を持つことです。3番目のCircularity(円環性)というのは、原因、結果の因果律に縛られるのではなく、事柄同士のつながりに意識を向けることです。我々は何事かが起こると、すぐにその原因は何だろうと考えます。しかし、この因果律に縛られ過ぎると、原因探しに終始してしまい、問題解決に至らないこともままあります。4つめはContext(文脈)です。物語の文脈に意識を向けていけば、これまでに分からなかったことが分かることが多いと考えられます。5番目はCo-creation(共同創作)です。物語の内容は語り手の中にあるのですが、聞き手がいて初めて物語は完成します。つまりは話し手は縦糸、聞き手は横糸で、物語という織物が出来ていくと例えられることは、このことを指しています。6番目

4つの質問	
リニア 構え 直線的 因果律 探索的意図	ストラテジック 戦略的意図
サーキュラー 円環的 因果律	リフレクシブ

7つのC(セブンスーズ)
1.Conversation(会話) 治療者は説得的であってはならない。常に会話、対話に向かうこと。
2.Curiosity(好奇心) 治療者は患者の物語に好奇心を持つことが大事。 (ナラティブ・セラピーでは「相手」ではなく「相手の物語」と取って言う)
3.Circularity(円環性) 患者の語る物語の中様々な事柄の原因・結果に縛られることなく。事柄どうしの繋がりに意識を向ける。
4.Context(文脈) 患者の病的な部分を探るのではなく、患者の語る物語の文脈に意識を向ける。
5.Co-creation(共同創作) 患者と治療者は相互に作用し合って、新しい物語(オルタナティブ・ストーリー)が創作されるものである。
6.Caution(用心) 傷ついた患者に対して治療者は、用心深く気配りしながら近づくこと。
7.Challenge(挑戦) 用心深くあらねばならないが、時には患者の物語に踏み込む勇気も必要である 踏み込んだ質問によって新しい物語(オルタナティブ・ストーリー)が始まる きっかけになることがある。

は Caution (用心) です。語り手の患者は傷ついていることが多いので、聞き手が質問などの介入を行うときは、用心深く気配りしながら近づかねばならない、ということです。ところが一転して7番目には Challenge (挑戦) があげられています。これは用心深くあらねばならないが、時には踏み込む勇氣も必要です。でないと停滞してぬかるみから抜けられません。例えば、先にお話しした、ぼくの患者さんに「なんで、来るの」と質問したときは、大きな Challenge でした。一步間違えば、突き放されたと感じて、大きな問題になっていたかもしれません。でも、彼女の「死にたい物語」はそのとき停滞していたのです。十分用心はしてきましたが、停滞から二人とも抜けられなくなっていました。ブレイクスルーが必要だったのです。結果がうまくいったからいいものの、確かにかなり勇氣の必要な場面でした。さて長々と話してきましたが、7つのCの話はお終いです。またぼくの講演もそろそろ持ち時間を越えようとしています。様々な切り口でナラティブに辿り着き、医療場面でナラティブが有効だという確信を持ち始めておりますが、有効な質問、ぼくはナラティブ・クエッションと名付けておりますが、これをマスターするには、やはり日々の修練が大事だと思います。師匠のローナー先生もロンドンであちこちのグループで継続的にワークショップを開催しておられます。あるグループは2週に一度、他のグループは月に一度、2ヶ月に一度というグループもありました。日本でもナラティブ・クエッションを広めようと最近、仲間とナラティブ・インストラクター協会という組織を作りました。もし今回の講演でナラティブ・クエッションに御興味を持って頂きましたら、是非ご入会いただき、一緒に日本流のナラティブ・アプローチを造っていきませんか?長時間ご清聴ありがとうございました。

参考文献

- 中川晶 (2010) : ナラティブ・ベイスト・メディスン. 現代のエスプリ. 515 : 121-131.
- 中川晶 (2017) : ナラティブ・アプローチ. 日本保健医療行動科学会編. 教科書 講義と演習で学ぶ保健医療行動科学. 70-73. : 日本保健医療行動科学会.