

ナラティブ・ベイスト・メディスンとカウンセリング

斎藤 清二

富山医科薬科大学第3内科

はじめに

近代から現代にかけての医学は、本来は病む人々の全人的な体験であるはずの「病氣」を、「こころ」と「身体」の問題に明確に分離し、自然科学的、客観的な方法論を「身体に」厳密に適用することで問題を解決できるとする生物医学的なパラダイムを採用することによって急速に発展してきた。しかし、このような「自然科学的なパラダイム」の偏重のため、現実には色々な問題が医療の分野に生じることになった。一方ではこれに対して、「人間=患者は、分割できないひとつの全体である」という「全人的な医療」を強く主張する立場が出現してきた。単に「こころと身体分離」に異議を唱えるだけではなく「『病む人間』と『疾患』の分離」にも異議を唱え、疾患中心(disease-centered)ではなく、人間中心(person-centered)な医療を志向するという姿勢である。本稿では、そのような新しいムーブメントの一つである、ナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)について概説し、特に近年医療において重要視されている、カウンセリングや臨床心理学的な観点との関連性についても述べたい。

1. ナラティブ・ベイスト・メディスン(NBM)とは?

NBMとは、医療/医学における新しい概念であると共に、新たなパラダイムシフトをもたらす可能性を包含するムーブメントである。NBMという言葉が最初に登場したのは、1998年にBMJ Booksから発行されたモノグラフ¹⁾によってである。British Medical Journal (BMJ)は、こ

のモノグラフの内容を、Education and Debatesとして5回にわたって取り上げた²⁻⁶⁾。本邦においては、河合隼雄が早くからNBMに注目し、いくつかの対談・講演・総説・著書など⁷⁻¹⁰⁾においてNBMについて紹介している。また山本は、総合医療の立場からNBMを話題に取り上げるとともに、総合医療を構成する4本の柱(primary care medicine, EBM, NBM, patient centered medicine)の一つとして、医療人類学、医療社会学、医療倫理学などとの関連からNBMを解説している¹¹⁾。筆者もいくつかの総説においてNBMについて述べた¹²⁾。

NBMの共通のテーマは、「ナラティブ：『物語り』あるいは『語り』」という観点から、医療/医学の全ての分野を見直そうというたいへん広範なものであり、医学と他の専門分野(看護学、臨床心理学、文学、文化人類学、社会学、倫理学、哲学、言語学、情報工学など)との学際的な交流を特徴としている。

2. ナラティブとは何か?

「ナラティブ：物語り」とは、ありていに言えば、人類に特有な言語形式の一種である。GreenhalghとHurwitz²⁾は、ナラティブの特徴を以下のように整理している。1) 物語りは、限定されたある期間にわたる時間の流れという構造を持っている。医療現場では、客観的事実、数値、検査結果のみが重視される傾向にあるが、元来医療は「語ること」抜きにはなりたたない。2) 物語りは、しばしば(良い意味でも悪い意味でも)因果論的な意味付けに関連する。医療現場において、患者の語る物語りは多くの場合、いわゆる解

釈（あるいは説明）モデル（自分自身の病いの体験を患者自身がどう意味づけているか）を含んでいる。3）物語りは「語り手」と「聴き手」の存在を前提する。語り手と聴き手の関係性に依存して、物語りの内容は変化する。このことは、医療現場において物語りを尊重する立場は、必然的に医療従事者と患者の関係を重視するということの意味する。医師-患者関係、あるいは医療従事者-患者関係を重視することは、NBMの基本姿勢の一つである。4）物語りは単なる「登場人物についての知識」ではなく「物語りの登場人物をとおして生きる体験」を提供する。その結果、物語りは語り手と聴き手の共感を促進し、語られた物語の解釈、あるいはそれを通じて、語り手の世界観の解釈と理解を促進する。それゆえに、物語りを語ることで、共有することは、それ自体が治療的な体験となりうる。

医療において物語りを重視する立場をとる場合、重要な問題となるのは、患者の話す物語りと医療従事者側の持つ物語りの不一致をどう扱うかということである。患者の語る物語りは、患者自身の「病いの体験」であり、往々にして複雑で、時には混乱しており、医療従事者側の物語りと一致しない意味付けを含んでいる。現代の医療従事者が保持している物語りは、多くは生物科学的な観点に過剰に重きをおいており、それ以外の要素を切り捨てる傾向が強い。しかし、患者が自分自身の「病い」に意味を見出し得るのは、自身の「実体験された病いの物語り」の理解を通じてであり、医療従事者側の「医学化された臨床病歴」によってではない。

一方では、医療側の持つ物語りも決して単一のものではない。その時々新しい診断基準や、新しい病態生理仮説などを「唯一の真実」として患者に当てはめるような硬直した姿勢は、現実の医療とは適合しない。医学/医療における複数の仮説や定説（例えば、西洋医学の定説と東洋医学の世界観は全く異なっている）のそれぞれを、異なった物語り群として相対的に理解し、その時々患者との対話の中から、その時々最もふさわしい「新たな物語り」を作り上げていこうとすることがNBMの基本的姿勢と言える。表現を変えるな

らば、「医療従事者が、患者の『病いの物語り』の単なる『読み手』ではなく『共同執筆者』となる」という姿勢をNBMは重視している³⁾。

3. 一般医療におけるNBM

NBMのムーブメントが、英国における一般医療に従事する医師・研究者から始まったことは、おそらく偶然ではない。一般医療（あるいはプライマリ・ケア）の特徴は、一言で言えば、包括性と継続性である。医療とは、患者（苦しんでいる人）に対する総合的な援助行為であり、医学とはそれゆえに、患者に対する包括的な援助を実践するための学際的な専門分野でなければならない。したがって、NBMの実践が最もその姿を典型的に現すのは、一般医療の領域である。このような観点から見た場合、NBMの特徴のいくつかは以下のようにまとめられる。

- 1) 患者の語る「病いの体験の物語り」をまるごと傾聴し、尊重する。
- 2) 医療におけるあらゆる理論や仮説や病態説明を、「社会的に構築された物語り」として相対的に理解する。したがって、科学的な説明を唯一の真実であるとはみなさない。
- 3) 複数の異なる物語りの共存や併存を許容し、対話の中から新しい物語りが創造されることを重視する。

第1の、患者の語る「病いの体験の物語り」の尊重という観点から、NBMは医療従事者と患者との関係性を重視する。患者が体験している物語りを「医学的観点からの問題の束」に分割してしまうのではなく、「まるごと」尊重するというNBMの特徴は、「カウンセリング」や「臨床心理学的」な観点と緊密なつながりを持っている。このためには、医療従事者が患者の語る物語りを傾聴し、尊重し、共有することができる態度と技法を備えていることが前提条件となり、これは医学/医療教育のあり方と密接な関連を有する。新しい卒前教育、卒後研修カリキュラムにおいて教育される医療面接技能の基本は、NBMの実践においてもそのまま役にたつものである¹³⁾。

第2の、医療従事者側のもつ物語りの多様性を

認めるといふ観点は、現代の医療／医学を席卷している生物医学的パラダイムに対する反省と補完という側面を有している。特に近年重視されているエビデンス・ベイスド・メディシン (EBM) とNBMの協力、あるいは補完は、現代の医療／医学の「人間化」に著しく貢献する可能性がある。また、西洋医学と東洋医学の統合といった奥の深い問題に対して、有力な基盤を与えてくれるように思われる。さらに、医学と看護学とが、近接領域であるにもかかわらず、一見全く相対立する方法論であるかのように見なされているという事実に対しても、NBMは現実的な橋を架けうるものである。

第3の、「対話の中から新しい物語りを創造する」という側面は、特にカウンセリングや心理療法を含む治療場面においてその特徴を発揮する。旧来の医療における治療観は、「患者の訴える症状や病状の『隠された原因：その多くは生物医学的な疾患』を発見し、科学的方法論に基づいて原因を解決し、治癒に至らせる」というモデルに立脚していた。しかし、NBMは、患者の病いはむしろ「社会的に構築された物語りの実演」であると考え。そして、治療関係の中で「医療従事者と患者が『患者にとってより望ましい新しい物語り』の共同執筆者となること」こそが治療の本質であるとみなす。この観点は、医師のみならず、幅広い医療従事者の治療観において共有しうるものであり、医療従事者－患者関係を全く新しい「人間的なもの」へと変容させうるものである。

4. 事例の呈示

上述のように、NBMの実践には、マニュアル的に画一化された方法論があるわけではない。以下に筆者が経験した1症例の外来治療経過を示し、NBMの視点から考察してみたい。

症例：Aさん 58歳 女性。無職。

X年4月から「口の中がねばる」感じが出現。近所の歯科を受診したが、「異常なし」とのことで、当院口腔外科を紹介受診された。口腔内に器質的な異常を認めず、唾液分泌量にも異常なく、

同年7月12日、当科へ紹介受診となった。

5年前(53歳)から更年期障害の診断にて、近医の婦人科でHRTを受けていたが、X年3月に治療を中断している。その後、冷や汗、足の冷えなどの症状が増強している。公務員として30年以上勤務していたが、3年前に退職。独身。

以下に面接の内容について概述する。なお<・・>は筆者の発言、「・・」はAさんの発言である。

初診時の面接内容。

Aさんは、小柄な中年女性であるが、あまり抑鬱的な印象はなく、比較的良く話す。主訴は口腔内の違和感(口のなかがいっつもねばねばしている)であるが、この症状に対する具体的な訴えはさほど執拗ではなく、自分から希望して「心身症外来」を受診したということもあり、今までの生活歴などについて、比較的詳しく話してくれた。

公務員として30年以上勤務していたが、ある事件があって、不本意だったが都合退職した。この時、貰えると思っていた年金がもらえないと分かり、ショックだった。その後、趣味の山野草の会の活動などをしようと思ったが、元気が出ず、だるさや口の中が気になるなどの症状のため活動できない状況が続いている。独身で、弟夫婦と同居しており、友人がいない。無気力、だるさ、足の冷えなどはあるが、食欲、睡眠は問題なく、はっきりした「うつ」の所見はそろっていない。しかし、集中力の低下、物忘れなどを自覚している。

以上のような内容について20分ほど話を聞いたところで、<このあと、どうなったら良いと思いますか？>と尋ねると、「だるいのを何とかして下さい」と言う。そこで、ついでに正直言って、私はあなたが病気であるとは思えませんが<・・・>と自己開示してしまった。するとAさんは、むしろほっとしたような表情になり、「私も、どうしてこんなところへ来なければならないんだろうという気持ちを持ちながら受診しました」とおっしゃった。とりあえず、投薬を希望されたので、2週間に1度定期通院してもらうことにして、スルピリド100mg、オキサゾラム15mgを投与開始。

その後の経過

【第1期：X年7月から11月：#1～#8】

原則として、2週間に1度の通院が続いた。最初の1ヶ月間ほどは、「口の中のねばねばする感じはあまり変わりません。良くなっているかどうかは分かりません（#2, #3）」といいながらも、比較的明るい感じでよく話した。「実の姉が胃癌で手術しましたが、親戚にもあまり病状のことは知らされておらず、『近しい人って何だろう?』と考えさせられました（#4）。その後、「あまり元気が出ない。のぼせたり、汗が出たり、身体が冷えたりする（#6）」ということで、自分から希望して婦人科でHRTを再開することになった。婦人科では漢方治療を勧められたとのことであったが、受診の予約時間のことなどで不満があるようであった。#8ころから「落ち込む気分が強くなって来ました。たまに友人が誘ってくれて外出した時などは、口の中のことを忘れます。でも友人達も忙しくて、私には友人がいないんだなあと認識させられます」などとうつ気分が語られ、フルボキサミン（50mg）を併用投与することにした。

【第2期：X年11月からX+1年2月：#9～#14】

「他人との関係が全て切れていくようで、不安です。年賀状も書く気がしません。仕事をやめてしまったことを後悔しています（#10）」気分の落ち込みを訴えるため、フルボキサミンを100mgに増量した。「無性に外出したくなります。散歩すると気分がよくなります（#11）」。#12において、現在の状況について詳しく話してくれた。「現在、弟夫婦と同居しています。弟夫婦の娘が大学を途中でやめて戻って来ています。他の子供達は独立していますが、それぞれも色々問題があります。今日姪が家中の大掃除をしていました。私は家の中に居場所がありません。かといって1人で暮らすことはとてもできそうにありません。どうしてよいか分かりません。口の中の違和感は、こういったことと関係があると思います」。Aさんは、今後の人生における生きがいの問題に直面していることが、ひしひしと伝わって来たが、こちらからコメントすることはせず、<また続けて

話を聴かせて下さい>と伝えた。1月に入って、「あまり外出もできず、口の中は相変わらずで去年より良くないです。家ではほとんど何もしていません（#13, #14）」と語り、調子はどん底であった。

【第3期：X+1年2月から5月まで：#15～#20】

#15回目、<何か面白いことはありませんか?>と尋ねると、「椿の花が咲きました」<花を育てておられるんですね>「草むしり位しかできません」とのことであったが、この後、庭仕事のことが連続して語られるようになる。「うつ気分は変わりませんが、草むしりだけはしています。マンサクの花が咲いたのはうれしかったです。生きがいがありませんし、友人もいません。どうしようもないですね（#16）」。「だんだん元気がなくなります。椿の花がたくさん咲いています。屋久島椿だけが咲きません。草むしり以上のことはできそうにありません（#17）」<今はそれで良いのではないのでしょうか>。#18頃からは、気分の落ち込みの訴えが少なくなり、口調が明るくなってきたように思われた。「椿の手入れや草取りなどをしています（#18）」。スルピリドを減量してみますが、具合は悪くならず、19回目からはフルボキサミンのみとする。「椿の手入れや草むしりなどをしています。他のことは何もしていないし、始める気もありません（#19）」。「あいかわらず草むしりです。緑がきれいです。婦人科はやめました（#20）」

【第4期X+1年5月～10月まで：#21～#28】

「あまり変わりありません。草むしりをしています。楽しくはありません。友人にたまに電話をかけたりにしています（#21）」「草むしりと散歩はしますが、あとはぼーっとしてます。本など読むのは嫌です」<全体として、何か解決しているような感じがしますか?>「いいえ。どうしようもないと思っています（#22）」。そう言いながらも、以前に比べて、表情も明るく、声にも力がある。「変わりありません。それなりにやっています。仕事をやめたときのきっかけの事件を思い出して腹をたてたりしています（それ以上詳しくは語らず）」

(#23)」。身体の訴えはほとんどなくなった。「その辺を歩き回っています(#25)」<口の中はどうですか?>「ぬるっとして気にはなりません」<気分は?>「外へ出たいと言う感じです」<薬減らしたことでどうですか?>「別に、いいです」。フルボキサミンを減量(25m/日)し、夕方のみにする。「できるだけ外へ出ています。美術館を巡ったり、友人と楽しんでます。1人でも行きたいです(#26)」。表情が明るく、声に力がある。「秋になって、落ち葉きりなどを大分しました。虫にかなりやられました。外歩きはそのかわりしていませんね(#27)」<身体の調子や気分は?>「身体の調子は良いんですけど、足が冷たい。まわりに知り合いがいなくて、友達がいない」<気分がどんどん暗くなることはないですか?>「ないですね。植物友の会はやめようと思います。以前はけっこうストレスでしたから。海を見に行ったりします。足が弱らないように美術館にも歩いて行ったりします」<薬飲むと変わりますか?>「分かりません。でも元気になりました。一日家にいるということはないです。今日病院に来るのにも、二人の人にお世話になりました。そういう人がいるだけでもいいなと思ってます」<そうですか?>。#28回目<最近どうですか?>「この間献血しました。以前は結構やってたんだけど、断られたこともあって、でもできてうれしかった。今は外歩きして、木を植えて、枝切りしたり、椿も咲き出して。どこかから持ってきた椿がこんなに大きくなって・・・」<最近、口の中は?>「ねばっとします。気にしないようにしています。それだからどうということはないです。以前より元気です」<それはいいですね>。

その後の経過

フルボキサミンを中止しても鬱気分は増悪することはない。治療はこの後数回で終結した。

この事例に関する考察

Aさんの主訴は口腔内違和感として分類されるものである。程度の差はあるが、これは口腔内灼熱感症と重なる部分がある。口腔内灼熱感症の治療に関するエビデンスを、クリニカルエビデ

ス¹³⁾で検索すると、有益と思われる治療法は、認知行動療法のみであり、抗うつ薬は有益性不明とされている。しかし、筆者は訓練された認知行動療法治療家ではないので、EBMの観点を直接Aさんにあてはめることはできない。それでも、抗うつ薬が「必ず選択しなければならない治療法ではないが、投与してみる価値はある」と言うことはできよう。

Aさんの語る物語りは、単に「口腔内違和感症の一患者」として限定してしまうには、あまりにも複雑なものである。症状が始まったのは、3年前退職した後である。この退職のきっかけは職場内でのトラブル(いじめ?)であったらしい。しかし、その詳細は語られていない。さらに、退職後に貰えると思っていた年金がもらえないというトラブルもあったらしい。仕事一本槍で独身生活を続けて来たAさんは、退職後弟夫婦と同居しているが、家の中に居場所がないと訴えている。また、退職後友人関係が疎遠になっていることや、元々の趣味である山野草の趣味の会の活動もむしろストレスになっていたと述べている。退職をめぐる職場でのトラブルは、Aさんにとって大きな心の傷になっていることは、想像に難くない。しかし、この事件に関する具体的な内容について、一年以上にわたる治療関係の中でも語られることはなかった。

Aさんの人生の課題が、「新しい生き甲斐の探求」であることは、比較的容易に想像できる。しかし、面接の中で、「生き甲斐も、友人も、居場所もみつきりません。どうしようもありません」というどん底の状態を通過することなしには、これからの人生を支える新しい物語りが創出されることはなかった。治療者は、#12から#14回目の面接において、上記のことを強く感じ、古い物語りが崩壊し、新しい物語りが生まれ出る過程に付き添っていく姿勢を堅持するように勤めた。基本姿勢は「アドバイスをせずに傾聴に徹する」ということである。<最近はどうすごしていますか?>という、診察毎にくりかえされる筆者の質問に対して、「何もしていません。草むしりや庭木の世話だけです」というAさんの語りは、次第に「花が咲きました。とてもうれしかったです。緑がき

れいです」というような生き生きとしたものに変化していった。そして、語りの中に気分の落ち込みや口腔内の違和感が語られることはほとんどなくなった。

生き甲斐の問題は、ある意味でパラドックスである。一般に人間は自分の内側からわき起こる充実感に支えられて生きている状態では、「生き甲斐」を意識することはない。毎日の生活そのものが生き甲斐の発露なのである。その充実感あるいは生気が失われたと感じたとき、人間は「生き甲斐がないこと」を実感し、「新しい生き甲斐」を探求しようとする。これは、生き甲斐を与えてくれる「新しい物語り」の探求と言い換えることもできる。しかし、重要なことは、「生き甲斐を感じつつ生きる」とことと「生き甲斐について語る」ことは必ずしも一致しないということである。下手をすると、「生き甲斐について語れば語るほど、生き甲斐の実感からは遠ざかってしまう」ということが起こりうる。この辺は極めて微妙なところであるが、おそらく最も大切なことは「内発性」であろう。「生き甲斐」とは日常の人生体験そのものから離れた「外界」に実在したり、他から与えられるものではなく、日々の生活体験のものの中に「自ずから生じてくる」ものであると思われる。我々はそれを他の人に外から与えることはできず、それがその人に内発的に起こりやすくするように援助することしかできないのではないだろうか。Aさんが獲得しつつある「生き甲斐の物語り」は、「ありふれた日々の生活そのもの」、特に「大地」、「植物」、「自然のサイクル」とのつながりの中に生きること、ではないかと想像される。しかし、それは必ずしも言語的には語られておらず、Aさんが実際に生き生きしてきていること、身体症状（消失しているわけではない）へのこだわりから自由になりつつあること、などから「新しい生きがい」が生まれ始めていることが類推されうるに過ぎない。

Aさんさんの治療過程は、様々な「物語り」によって説明することができるし、抗うつ薬の効果も含めて、それぞれの物語りは全て正しいといえる。むしろ、そのような多様な物語りの併存を認め、簡単に1つの物語りに収束させない態度こそ

がNBMにふさわしい姿勢ではないかと思われる。

おわりに

NBMは、医療における生物医学的方法論の過剰な重視への警鐘であるとともに、元来医療が本質的に保ち続けてきた「医と看護のアート」の再認識と再発掘であるとも言えよう。

引用文献

- 1) Greenhalgh T, Hurwitz B eds: Narrative based medicine, Dialogue and discourse in clinical practice. (斎藤清二, 山本和利, 岸本寛史監訳: ナラティブ・ベイスド・メディスン; 臨床における物語りと対話. 金剛出版, 東京, 2001.)
- 2) Greenhalgh T, Hurwitz B: Narrative based medicine, Why study narrative?. BMJ, 318: 48-50, 1999.
- 3) Launer J: Narrative based medicine, A narrative approach to mental health in general practice. BMJ, 318: 117-119, 1999.
- 4) Elwyn G, Gwyn R: Narrative based medicine. Stories we hear and stories we tell, analysing talk in clinical practice. BMJ, 318: 186-188, 1999.
- 5) Jones AH: Narrative based medicine, Narrative in medical ethics. BMJ, 318: 253-256. 1999.
- 6) Greenhalgh T: Narrative based medicine, Narrative based medicine in an evidence based world. BMJ, 318: 323-325, 1999.
- 7) 河合隼雄, 斎藤清二: 対談「Narrative Based Medicine, 医療における物語りと対話」, 週間医学界新聞, 2409号(10月23日号): 1-3, 2000.
- 8) 河合隼雄: 語ることの意義. 河合隼雄編「心理療法と物語」, 岩波書店, 東京, 3-19, 2001.
- 9) 河合隼雄: 心理療法における「物語」の意義. 精神療法, 27: 3-7, 2001.

- 10) 河合隼雄：イメージの心理学と心身医学. 消化器心身医学, 8:90-101, 2001.
- 11) 山本和利：第3章, Narrative-based Medicine. 山本和利編. 脱専門化医療. 診断と治療社, 東京, 2001.
- 12) 斎藤清二, 北啓一朗：臨床心理学最新の知見 4, EBMからNBMへ(後編). 臨床心理学, 1:541-546, 2001.
- 13) 斎藤清二：はじめての医療面接—コミュニケーション技法とその学び方. 医学書院, 東京, 243-299, 2000.
- 14) クリニカル・エビデンス日本語版. 日本クリニカル・エビデンス編集委員会編. 日経BP, 東京, 2001.