

「現実」をめぐる「共同的对話」：
ナラティブセラピーの展開とその含意

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2012-10-23 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 南山, 浩二 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.14945/00006780

「現実」をめぐる「共同的対話」^①

―ナラティブセラピーの展開とその含意―

南山 浩 二^②

「社会構成主義に対する批判は、社会構成主義の議論に脅威を感じる様々な立場からなされている。しかし、私の考えでは、社会構成主義は、破壊的なものとしてではなく、転換への力として機能すべきである。

……（中略）……批判者と社会構成主義者が、社会構成主義の可能性と問題点について探究し続けることによって、両者の亀裂が深まるのではなく、対話への感受性が豊かになること、それが私の希望である」

(Gergen, 1994=2004:120)。

一 ナラティブへの関心

「語り」「物語」が注目されている。「言語論的転回」「物語論的転回」といった現代思想全般における動向を基点とし、その関心は人文社会科学という枠をこえ、医療などのヒューマンサービス領域にも広まっている。例えば、EBM (evidence based medicine) の問題点を指摘したNBM (narrative based medicine) に関する議論 (Greenhalgh&Hurwitz, 1998=2003; 斎藤・岸本 2003) や、医療人類学あるいは臨床的視点から、病いの経験や出来事は常に複数の意味を表し、

あるいは隠蔽しているとした議論 (Kleinman, 1988=1998) / そして、「病いの語り」には、「回復の語り」 (restitution narrative) / 「混沌の語り」 (chaos narrative) / 「探求の語り」 (quest narrative) があると指摘する議論 (Frank, 1995=2002) などがある。これらの議論は、その焦点や使用する概念に違いは見られるものの、モダニズムと科学としての医学や、モダニストあるいは科学者としての治療者の位置をそのまま踏襲するのではなく、それらに対し一定の距離をおく点において共通している。

メンタルヘルス領域でも「語り」「物語」に着目する動きがある (江口 2002; 南山 2006)。なぜなら、「患者」を捉える視点が「疾患」を患う狭義の「患者」から、固有の生活や人生を有する広義の「患者」へと拡張していくなかで、精神障がい者の人生や生活、意味世界を理解することが重要であるとの認識が高まっているからである。専門職が、専門的知識や専門的スキルに基づき当事者の生活や人生に一方的に介入し治療や援助を行うのではない。当事者の語りを聴くことの意味が再確認されているのである (南山 2005)。そして、こうしたメンタルヘルス領域における新たな動向の一つとしてとりあげることができるのが、社会構成主義をその理論的枠組みとするナラティブセラピーなのである。

ナラティブセラピーは、モダニストのセラピーとは一線を画すものである。セラピー (心理療法) は、個人の「心の問題」に焦点をあわせ、家族療法は、より広い社会過程を理解しようとするという違いがあるものの、いずれも「機能不全に陥るのは個人である」という観念と「セラピーによつてその機能不全を治癒する」という観念に拘束されている。今日の精神衛生領域はモダニズムから生まれたものであり多くのモダニズム的仮説を共有しているのである。行動理論、システム理論、精神力動論、経験主義 / 人間主義のどれであつてもほぼ例外なく次のような明示的な前提に立っている。①病理には原因がある / ②原因はクライアント本人やクライアントの人間関係の中に見出すことが可

能である／③このような問題を診断できる手段が存在する／④病理を治療できる手段が存在する、の四つの前提である (Gergen, 1994=2004:318)。

一方、社会構成主義が強調するのは、個人の心ではなく現実をめぐる共同的対話なのである。そこで求められるものは、「治癒」ではなく、社会的文脈における意味的実践なのであり、新たな意味を生成する手段としての会話なのである (Gergen, 1994=2004:315-337)。モダニストのセラピーが、専門的知識と経験に基づき家族や個人を診断し(見立て)、その診断(見立て)に基づき家族への介入を行うのに対して、社会構成主義は、「現実」をめぐる「言語」に着目するのであって、セラピストは、クライエントとともに「現実」をめぐる共同的対話に参加し、新たな意味を生成する意味的実践という共同作業を行うのである。そして、この社会構成主義の立場にたつ臨床実践において主要な動向を形成しているのがまさにナラティブセラピーなのである。

そこで、本論では、メンタルヘルス領域において「語り」「物語」に焦点をあてた新たな動向の一つであるナラティブセラピーをとりあげ、その実践の含意を議論することで、ナラティブセラピーの意義や、ヒューマンサービスのあり方に与える影響について検討したい。そして、さらに、この展開がセラピストとクライエントという関係をこえて広く社会に向かう可能性を模索することとしたい。

二. 社会構成主義

既に述べたようにナラティブセラピーの理論的基盤を呈示しているのが社会構成主義である。社会構成主義においては、自然や自己に関する△正確▽で△客観的▽説明はありえないと考えられる。それらは、あくまでも社会過程の

産物なのであって、我々の経験と全く別個なものとしてあらかじめ定位することはできないのである。詳述すれば、現実には「我々が用いている言語体系によって導かれ、同時にそれによって制約されている」のであって、自己と他者、世界をどう捉えるかは、人々の間で共有されている言葉のやりとりや語り方の習慣によって規定されているとみなすことができるのである (McNamee&Gergen, 1992=2001:19)。すなわち、「知識は個人の頭の中にある」のではなく、「客観的現実」を想定することは出来ない。「現実」は「人々の間」における言語実践を通じて構成されるものとして考えられるのである。

それでは、社会構成主義の理論的前提を今少し議論しておこう。ここでは、社会構成主義の精緻化・体系化を行い、後述するナラティブセラピーに理論的基盤を提供したGergen (Gergen, 1994=2004) の議論に参照しながら検討していきたい。Gergenも指摘しているように、すべての社会構成主義者が同一の理論的前提を共有しているわけではない。また、「理論的前提」を呈示し、結果として前提を固定化してしまうことが、対話の機会を奪うことになってしまいう危険もあるだろう。しかしながら、社会構成主義に関わる考察をさらに深化させるためのいわば「前線基地」として前提を暫定的に整理し呈示することには一定の意義を認めることができる (Gergen, 1994=2004:62)。

Gergenは五つの前提を呈示する。まず一つ目が、「①世界やわれわれ自身を説明する言葉は、その説明の対象によって規定されない」(p62)である。われわれが「それが何であるか」を表現しコミュニケーションするとき、いかなる音声、記号、身振りが使用されるかについては何の必然性もない。すなわち、状況を記述するにあたって何ら原理的制約が存在しないということが出来る。しかし、原理的制約が何もないことは、実際に記述のあり方がどのようなようにでもあり得るということを意味しない。

そこで呈示される前提が、「②世界やわれわれ自身を理解するための言葉や形式は、社会的産物である」である

(p63-64)。記述や説明は、人間行為の調整の産物なのであって、言葉は、進行する関係性の文脈の中でのみ意味を有するのである。Gergenは「文化的伝統」「科学の世界」についても言及する。理解の形式が十分持続的で一義的に使用されている場合、その理解の形式は「文字通り正確な」という感覚を獲得する。すなわち「文化的伝統」となるのであって、「文化に沈殿」し自明的な秩序の構成要素となるのである。しかし、「伝統を通しての真実」は、単に「持続性」「一義性」によつてのみ担保されうるものではない。そこで言説を含む関係性にも着目する必要があるのである。次に「科学の世界」ではどうか。「モノ」「プロセス」「出来事」を表する言葉の配列を選択し、その記述言語が適用されるケースについて合意をうることで、「客観的妥当性」の感覚を副産物として生み出すような会話的世界が形成される。しかしながら、科学理論の重要な価値とされる予測力にすぐれた科学理論であつても、その言葉を当然のものとして共有するコミュニティの中になければ意味はもたない。科学理論も、科学者コミュニティという文脈においてのみ意味をもちうるのである。

三番目の前提が「③世界や自己についての説明がどの位の間支持されるかは、その説明の客観的妥当性ではなく、社会的過程の変遷に依存して決まる」(p64-66)である。ある記述や説明が得られる支持は、他の記述や説明と比較して「より客観的」であり「真実」に近いからではない。客観的妥当性は、社会的過程という文脈から切り離して「超越的」に保証することはできないのである。科学者コミュニティは、持続的な交渉、慣習的な実践、その実践への新参者の社会化を通して「物事の本質」についての合意を達成するのである。

そして、次の前提が「④言葉の意味は、言語が関係性のパターンの中で機能するあり方の中にある」である。言語の意味は、広範な社会生活のパターンに埋め込まれたミクロな社会的交換から生じるということができるのである。言語は、外的な指示対象や内的な衝動といった外部領域をそのまま写し出す「地図」や「鏡」などではない。特定の

生活モード、慣習的行為、支配―従属関係などの副産物なのである。こうした前提から導出される関心は、「真実の主張」に対する問い、すなわち、科学理論を含む言語が文化の中で使用されるそのあり方に向けられることになる。「その主張はどのようなことに役に立つのか」「その主張が重要なのは、いかなる慣例においてなのか」「その主張により、どのような活動が促進され、どのような活動が妨げられるのか」「その主張により、誰が被害を受け、誰が利益を得るのか」といった問いなのである。

そして最後が「⑤既存の言語形式を吟味することは、社会生活のパターンを吟味することに他ならない。こうした吟味は、他の文化集団に発言力を与える。」(p67-68)である。中核的命題群を共有する共同体の中ではある主張の「経験的妥当性」を吟味することが可能であり、こうした吟味の仕方は、科学や日常生活において有用ではあるといえるが、本質的に「非再帰的」である。重要なのは、あるコミュニティが共有する中核的命題群を、外部の視点から批判的に吟味することなのである。このことを通じて、初めて中核的命題群が、より広範な社会生活にいかなる影響を与えているのか探求することが可能となるのである。こうした試みは、異なる意味生成コミュニティが参入する機会を生み出すことであって、かつては異質であったコミュニティが出会い結びつき始めることになるのである。

三、「現実」をめぐる共同的対話―ナラティブセラピー

「現実」は「人々の間」における言語実践を通じて構成されるものである。自己や世界についての説明は社会過程という文脈において支持されるのであり、また言葉の意味は言語が関係性のパターンの中で機能するあり方の内にある。後の議論において随時ふれていくことになるが、こうした社会構成主義の前提はいずれもナラティブセラピーの議論

に受け継がれているものである。そして、ナラティブセラピーを理解するうえでさらにおさえおく必要があるのが、「自己物語」という視点である (McNamee&Gergen, 1992=2001)⁽³⁾。「自己物語」とは「個人が自分にとって有意義な事象の関係を時間軸にそって説明すること」なのである。人生における様々な出来事と出来事との間に一貫した関連性(プロット)が与えられるとともに、自己物語は、現在の「生」に意味と方向性を与えるものである。自己物語は固定的・不変的なものではない。新たな出来事の経験や、語りなおしを通じて、自己物語は書きかえられていくのである。

ナラティブセラピーの代表的な実践例を概観していこう。まず、グーリシャンとアンダーソンらの「治療的会話」である。「治療的会話」とは、「問題」についての対話を通じて、理解や発見を共同で探索していく努力」なのであり、セラピストとクライエントは、新しい意味、新しい現実、新しい物語の共同開発者となるのである。この立場によれば、治療における変化とは対話によって「それまで語られることのなかった」ストーリーが創造されることなのである。こうした治療的会話において重要なのはセラピストの「無知の姿勢」である。「無知の姿勢」とは、セラピストの「旺盛で純粋な好奇心がその振る舞いから伝わってくるような態度ないしスタンス」を意味する。セラピストはクライエントによってたえず「教えてもらう」位置にあるのであり、この「教えてもらう」という姿勢こそ新しい意味の創造にとって重要なのである (Anderson & Goolishian, 1992=2001:67-72)。

次にあげることができるのは、アンデルセンのリフレクティング・チームである。このアプローチでは、臨床場面における会話の公開性によってクライエントと臨床家の関係をより平等的なものへと接近させていくことが目指される。クライエントに聞かれることのなかった「ワンウェイ・ミラー(いわゆるマジックミラー)のむこう側」の治療チームの会話もクライエントが聞くところとなる。△治療チーム⇄観察者▽△クライエント⇄被観察者▽という固定

的な位置関係を放棄し、ワンウェイ・ミラーを境に展開される対話を通じて新たな物語の創造が鼓舞されるのである (Andersen, 1992=2001:89-118)。

そして、今ひとつが、ホワイトとエプストンによる「物語の書きかえ療法」である (White&Epston, 1990=2002)。彼ら、とくにホワイトは、「ナラティブセラピー」という大きなムーブメントの基盤となる議論をやくから展開しており、他のアプローチに大いに影響を与えたことが指摘されている (小森 2002)。よって、ナラティブセラピーへの理解を深めることにおいて、彼らの議論を検討することは極めて重要である。やや詳述することとしよう。

彼らは、「ストーリー」をへ自分の経験を枠づける意味のまとめりVと定義する。ストーリーは、われわれの経験を形作るものとして次のような重要な役割を担っている。第一に、「ある経験が他のもろもろの自分の経験とどういう関係にあり、それがいかなる意味を持っているかは自分のストーリーが決定する」ということ。そして、「自らの経験の中から、どういう側面を切り取って表現していくかは、これらのストーリーが決定する」。次に、「経験をどう表現するかも、これらのストーリーが決定する」。そして、四番目が、「これらのストーリーが、生き方や人間関係に大きな影響を与え方向付ける」ということである。こうしたストーリーによって生きられた経験は解釈され、われわれは自分のストーリー (あるいは他者のストーリー) に出演者として登場し、ストーリーを通して人生を生きるのである。人生は経験をストーリー化することとそのストーリーを演じることによってその人固有の人生として定着するのである (Epston & White, 1992=2001:141-145)。

「物語の書きかえ療法」は、このようなストーリーや人生の捉え方を前提とする。①クライエントの苦痛は、ドミナントストーリー (支配的な物語) によってもたらされているが、②ドミナントストーリーの外側には、すくい残された「生きられた経験」があつて、③「ユニークな結果」 (外部に残された「生きられた経験」) に焦点をあて共有して

いくことで、新しい（苦痛をもたらさない）物語へと書きかえることが可能である、とするものである。「問題」の原
因をさがすのではない。「ユニークな結果」（「問題」の存続に協力せずに済んだ経験）を掘りおこし、それを共有しな
がら、より生きやすい物語へと書きかえていくのである。人生の「改訂版」をつくること、これが「物語の書きかえ
療法」がめざしているものなのである（White&Epston, 1990=2002, Epston & White, 1992=2001）。

さて、支配的な物語をより生きやすい物語へと書きかえていくためには、まず、ストーリーを改訂することの可能
性について論じておかなければならない。彼らは、文学におけるテキストという比喻を用い、 \wedge 読者 \vee と \wedge 小説 \vee と
の関係について論ずる。いかなる作品においてもある種の不確実性を含んでいる。たとえば、展開における非整合性
や明らかな矛盾の存在、登場人物が実在する人のように明確な輪郭を持ちえていないなどといったあいまいさである。
読者は、いわばこうしたテキストの \wedge 穴 \vee を自身の経験と想像力でうめていかなければならないのである。 \wedge 現実の
人 \vee と \wedge その人が生きようとしているストーリー \vee との関係においても同様である。人生というテキストは不確実性
に満ちている。ゆえに、テキストを演じていく際、われわれは自らの経験と想像力によって補填していくことが求め
られるのである（Epston & White, 1992=2001:145-148）。ストーリーが常に不確定な要素を含みうること、このことが
多様な意味の創出、すなわち物語の書きかえの可能性を導くのである。このアイデア、すなわち「テキストアナロジー」
が彼らの議論の基盤となっているのである。

四 「治療文化」を変える？―外在化／共同研究／関心コミュニティ／ナラティブコミュニティ

「現実」をめぐる共同的対話の試みは、新たな物語を共有するコミュニティを形成し、新たな「治療文化」の生成へ

とむかうことがある。その実践例をいくつか列挙することができるが、日本における試みとして愛知県立城山病院の取り組みがある。「問題」の外在化から共同研究、そして関心コミュニティへと、その試みは、専門家ークライエントという関係をこえた関係性形成へと広がりを見せている(小森・山田 2001 小森 2005)。1997年から「家族のための勉強会」として家族心理教育がスタートしており、発病後五年以内の統合失調症患者の家族が毎年10数組参加し、現在では約100名の「治療コミュニティ」を形成しているという(小森 2005)。家族心理教育は、精神科医四名、看護師一名、臨床心理士一名、ソーシャルワーカー一名計七名を講師とする講義と寸劇から構成される。前半の専門家による講義は一般に家族心理教育ではよく実施されているものであるが、後半の寸劇が、ナラティブプラクティスからの試みなのである。

この寸劇は統合失調症(Schizophrenia)の外在化の促進を目的としている。擬人化された統合失調症「ミスタースキゾ」が登場し、寸劇は、精神科医がミスタースキゾにインタビューを行うという形で展開される。この対話の中でミスタースキゾによって「成功物語」が語られ、そして、最後に「失敗物語」が語られ劇は終了する。そして、寸劇を見た後、参加家族によるグループディスカッションが行われる。まず、寸劇(擬人化)に対する印象を共有することが目指される。「統合失調症が擬人化されたことで理解しやすくなったか、あるいは違和感はなかったか、もし家族心理教育のプログラムの最初にこの劇を見せられていたらどう思ったか、などである。そして、次に劇中で紹介された患者・家族の経験が共有されるとともに、他のエピソードの発掘へとつながっていくことになるのである。つまり、こうしたディスカッションを通じて「オルタナティブな知識」の生成が達成されうるのである。

そして、家族心理教室修了後、希望者によるグループミーティングが開催される。開催曜日が第二金曜日ということもあって、このミーティングは「サンクスフライデー」と呼ばれる。まず家族が近況を報告しあい、語りあうなか

で浮上したテーマについてさらに意見交換を行う。ミーティングの内容はニューズレターにまとめられ家族に送付される。患者自身や他の家族が読むことも推奨され、カルテにもコピーが添付されるため、担当看護師なども読むことが可能である。そして次回のミーティングは、ニューズレターの朗読から開始される。このニューズレターは、まさにナラティブセラピーにおける「公文書」であり、オルタナティブな知恵を共有していく試みなのである。

以上のような試みは、Morganの整理によれば、ドミナントストーリーを脱構築し、そして、オルタナティブストーリーを分厚くする作業に他ならない (Morgan, 2000 = 2003)。統合失調症の擬人化による「問題」への命名と外在化する会話、オルタナティブな知識の掘り起こしと共有、そして、「公文書」による知識の共有とオルタナティブストーリーを分厚くする作業など、「問題」を構成してきた文脈を相対化し、「問題」とそれを構成する言説構成によって見えなくなっていたオルタナティブな知識を掘り起こしていく過程であるといえることができる。

また、Epstonの「共同研究Co-research (Epston, 1999)」に該当するものとして位置づけることも可能である。Epstonは、クライエントやその家族にとって有意義な知識を共有していくことを目的とした試みとして共同研究Co-research (Epston, 1999) を提唱している。共同研究Co-researchは、治療者（あるいは研究者）が共同で行う研究や治療的アプローチではない。治療者、クライエントや家族が協力して、クライエントや家族ゆえに得ることが可能な当事者固有の経験知を蓄積し、同病の人々やその家族のグループによって共有していく過程なのである (小森・山田 2001 小森 2005)。すなわち、語りあうことによる連帯感の生成、共同研究を通じた家族にとって有意義な知識の掘り起こしと共有、そして、これらの取り組みを支持しあい、変化やオルタナティブの持続性を担保する関心コミュニティの形成へと向かう試みだといえることができる⁴。

議論を拡げておこう。今日、福祉や医療など広い領域でその重要性が指摘されるようになってきているセルフヘルプグ

ループもまたオルタナティブな知識を発見し共有する場である。⁵⁾「ナラティブコミュニティ」論(野口 2005)に依拠するならば、セルフヘルプグループは、新たな語りをうみだし語りによって構築される「語りの共同体」、語りにも共同性を与える物語やグループの歴史と存在意義を示す物語を保有する「物語の共同体」としてとらえられる(野口 2005; Plummer, 1995=1998)。それまで語られることのなかったストーリーが語られるようになるには、「語り」を受け入れるコミュニティがなければならぬ。そして、コミュニティは「語り」によって構築されるのであって、コミュニティは、歴史・アイデンティティ・政治を創造するストーリーを必要とするのである(Plummer, 1995=1998)。

そして、ナラティブコミュニティを、文化の支配的コードに対する政治性に着目して整理するならば、「対抗的公共圏」(齋藤 2005)としてもみなすことができるだろう。フェミニズムにおけるコンシャスネスレイジンググループ(意識覚醒グループ)による試みなど、「語る」ことの力は社会変革へと結びついた。女性たちは、語りあうことを通じて、自分たちの経験は、決して、とるに足らない些細で「個人的」なことではなく、むしろ「社会的」「政治的」なものであることを発見したのであり、彼女たちの視点は、家父長社会への批判へと焦点化されていったのであった(南山 2005; 野口 2002)。社会において周縁的位置におかれ自らの経験を語り得なかった人々が、自らの経験を表現する「言葉」を獲得し、アイデンティティをとらえかえす「語る主体」へと移行すること。このことは、彼ら／彼女たちの経験を強力に意味づけてきた「語られ方」を相対化し、新たな社会的意味を創造し呈示していく試みに他ならない。まさにナラティブコミュニティは、文化の支配的コードに抗する言説を創造する「対抗的公共圏」なのである。⁶⁾

五、ナラティブセラピーの含意

病いの経験は、「多義的」「多声的」である (Kleinman, 1988=1998)。⁷⁾ 病者や障がい者の経験への理解をより深化させることにおいて、「病いの経験」の物語を聴くことへの期待は高まっているのである。人生はテクスト(本文・原著)であり、それは多様な解釈に開かれている。たとえば「絶望の物語」は「回復の物語」へと書きかえることができるかもしれない。語りを聴き物語を理解すること、物語の改訂の条件を理解することは、「病者」「障がい者」を苦悩に満ちた人生物語から解き放つ可能性をさぐることもあり、よりよいケアを考えていくうえで重要であるということができるのである。「語り」「物語」には、よく言われるカタルシス効果をこえたもの、つまり、自己を書きかえていく可能性があるのである。ゆえに、ナラティブセラピーは、よりよいケアを考えていくうえで示唆に富むものであることは間違いないだろう。

ナラティブセラピーは、単に新たな「臨床実践のあり方」を呈示したということにとどまらないものである。それは従前の臨床実践の前提そのものを変更しようとする挑戦ともいえるものであった。端的に言えば、セラピストが専門的知識や技術、臨床経験に基づきクライアントを診断し介入するのではない。むしろ、このような臨床実践のあり方をことごとく否定することによって、クライアントの苦しみが解消されうるとしているのである。

アンダーソンとグーリシヤンのいう「無知の姿勢」はセラピストがクライアントによってたえず「教えてもらう」ことの重要性をといた。そして、アンデルセンは「治療チーム」観察者V対クライアントII被観察者Vという固定的な位置関係を放棄した。ホワイトとエプストンは、「原因」の特定を保留し、ドミナントストーリーに回収されえないユニークな結果に焦点をあてたのであった。すなわち、この三つの立場に共通していたのは、既存の知識や理論に

基づき現象や行動を解釈する「模範的態度」(Anderson&Goolishian, 1992=2001:73)をそなえた△知者▽の立場をセラピストが放棄することであった。

このことは、セラピストが「専門性」を失ってしまうということを示していない。△知者▽の立場に立たないこと自体がすぐれて「専門的」だと主張しているのである。従来、セラピストは、「専門家」であるためには一定の「問題」を必要とし、「問題」を定義し治療するための言葉(≡専門用語)や技術によって、クライエントの経験をとらえてきたのであった。セラピストがこのような△知者▽の立場にたつことは、セラピストが前提とする物語(≡既存の知識や理論)にあてはめ、あるいは、あてはまる範囲で、クライエントの経験を理解することに他ならない。クライエントは、自らの人生物語の著者であり、自分自身の人生についてよく知るいわば「専門家」なのである。彼ら／彼女たちの△生きられた経験▽の語りを聴き、対話することが、新たな意味の生成と自己物語の改訂を可能とするのである。

また、ナラティブセラピーの視点は、ジェンダーや階級、人種、性的嗜好性などといった「文化的文脈」にも拡張される(Morgan, 2000=2003;202)。なぜならこうしたカテゴリーは、クライエントの経験や「問題」を意味づけ方向づける権力作用を有しているからである。このように、ナラティブセラピーは社会のあり方に対する問いにも結びついているのであり、ナラティブセラピーの論者の関心は、対クライエントといったミクロな臨床場面をこえて、広く社会的、政治的イシューにもむかっている。また、既に述べたように△知者▽の立場は、規格化する力―個人や家族のあり方を一定の方向へと導く力―を有していたのであり、ナラティブセラピーは、個人や家族を一定のパターンへと方向付けてきた知や実践のあり方を問うというより大きな課題に挑戦しているのである。

そして、新たな意味生成の試みは、個別的な臨床場面をこえた関係性へと拡がる可能性を有してる。他の多くのクライエントや家族、医師やコメディカル、PSWなど広く専門家を巻きこみながら治療コミュニティを形成することに

よって新たな「治療文化」を創造する。そして、セルフヘルプグループも同様にオルタナティブな知識を発見し共有するコミュニティとして位置づけられるとともに、治療文化という枠をこえて、文化の支配的コードに抗する言説を生み出す「対抗的公共圏」としてもみなすことができる。ナラティブは、自己物語を改訂することから社会の支配的まなざしの変革へと展開する。「語り」「物語」のちからは自己から社会へと向かうのである。

六 浮上する課題⁸⁾

本稿を閉じるにあたり、ナラティブセラピーの展開可能性に関わり浮上する課題をいくつか指摘しておくことにしたい。

ナラティブセラピーは、 \wedge 知者 \vee の立場を放棄し、モダニズムや「科学者としての治療者」という捉え方を批判する。しかしながら、このことは、既存の知識や理論を単に全否定するということと同義であるということができようか。ここで再び思い起こす必要があるのは、社会構成主義は、如何なる視点に対しても特権的位置を与えないということであった。つまり、「一義的」で「唯一」の物語を前提としないということに他ならない。こうした主張は、このアプローチが臨床現場で実際にどのように用いられているかにも関連しているように思われる。例えば、小森らが報告しているように、臨床現場ではむしろナラティブセラピーと「モダンの」手法との連携が必要とされる場合も大いにありうるのである（小森・山田 2001）。臨床現場においてモダンの手法がナラティブセラピーと出会うことによつて、それまで決して見出し得なかつたクライエントや家族の「失われた物語」を浮き彫りにすることができるだろう。そして、このことが従前の実践の限界性を明らかにし、新たな治療文化を創造する可能性を開いていくことに

なるのである。

無論、楽観的な期待は慎まなければならない。なぜなら、「異なる物語」との出会いが必ずしも再帰的な吟味を招来するとは限らないからである。「内部の視点」に終始するならば、「異なる物語」は自らの物語の妥当性を担保する「根拠」「反証」へと還元されるだけである。従前の専門家ークライエント関係が有していた「心地よさ」に安住する限り、「吟味の対話」は生まれることはないのである。しかし、例えば「治療者」にとつて「再帰的」であることは、「苦しみ」ではあるがある種の「成長のチャンス」であるともいえる。日本において、早くからNBMの重要性を議論している岸本らは次のように論じる。⁹⁾

「治療者には、異なったレベルの物語りに注意深く耳を傾けつつ、患者が自身の物語りを再構築する過程の同行者となる姿勢が要求される。一方で、このような治療過程は、同時に治療者自身の物語りの変容を促す。患者の語りに耳をすましながら、治療者も自身の色々な物語りを構築することになる。しかし、治療者の物語りが、患者との関係において十分な柔軟性を持ち得ない時、治療者もまた自身の物語りを書き換える必要性にせまられることになる。この過程は、治療者にとつても、苦しみとともに一種の成長のチャンスをもたらす過程である」(斎藤・岸本 2003:190)。

さて、新たな意味生成の試みは、治療コミュニティを形成することもありうるし、セルフヘルプグループもナラティブの観点から整理しうるものとして位置づけられた。しかしながら、このような「問題」を支持する言説構造に対抗する試みの正否については十分に議論しておく必要がある。プラマーは、二十世紀後半以降増殖し続けている「親密な個人的ナラティブ」とナラティブコミュニティについて議論した著書の中で、ゲイやレズビアンとしてカミングア

ウトする人々によつて語られたストーリー、中絶やレイプや近親相姦のサバイバーによつて語られたストーリーなどの「セクシャルストーリー」に関わり次のように指摘する (Plummer, 1995 = 1998)。

「いろいろな声のなかでも、支配を主張し、ヒエラルヒーのトップを占め、中心を要求し、資源をもつ人の声は、ほかの声よりもずっとたつぷり聞かれるだけでなく、さらに問題を枠づけ、議題を決め、レトリックを設定することができる。このような社会的行動は、ジェンダー、人種、年齢、経済的機会、セクシュアリティをめぐって慣習的な支配のネットワークを固める。このため、あるストーリーは語られないで沈黙されたものとなる」 (Plummer, 1995 = 1998:60)。

ある「語り」が語られないのは、価値のヒエラルヒーを維持すべく「慣習的な支配のネットワーク」がわれわれの社会に張り巡らされているからに他ならない。こうした価値のヒエラルヒーや支配のネットワークに抗し、それを揺さぶることは可能なのか、もし可能ならばそれはどのようになのかということについて改めて議論する必要があるだろう。換言すれば、ドミナントストーリーや全体社会のマスターナラティブに対抗しどのようなストーリーがどのような過程を経ながら生成されていくのか、そしてその試みが支配的コードを揺さぶることにつながるかどうかできるのかということである。

社会を階層化し、コミュニティを浸食し、個人を脆弱化する「精神疾患に関する言説」が増大するサイクルは未だ止まることはない。ますます「患者」の数は増大し、人々は専門的語彙をさらに受け入れるようになり、そして専門家の支援をさらに必要とするようになる事態は今日もなお継続しているということができよう (Gergen,

1994=2004:191-217)。また、精神障がいに関する言説構造において犯罪学的認定も主要な位置を占めてきたのであつて、とりわけ精神障がい者が関わる事件の発生と報道によつてその言説は強化され広く浸透する可能性を有している(南山 2006)。そして、今日、自己責任を問う議論(=生活リスクの個人化)が、日常から政策イデオロギーに至るまで社会に浸透しマスターナラティブ化しつつあり、結果として、精神障がい者などいわゆる社会的弱者を社会的に排除する機制がより強化されつつあるとの指摘もできる(南山 2006)。このように、「一義的」で「唯一」の物語へと精神障がい者の「生」を回収しようとする語彙が氾濫しているともいえる社会状況のなかで、果たして「精神障がい(者)」「自立」「労働」「人生」「生活」などの意味の多様性をうみだすことができるのだろうか。まずは、「対話の感受性」をどのようにするか検討すること、そして、「対話の感受性」によつて異なる意味生成コミュニケーションの間の亀裂をうめていくこと。これらのことからまず始めていくことしかないのではないか。今日、ナラティブセラピー・社会構成主義に関する研究や実践が増えつつあるといえるが、不断の営みとしてさらに継続されていく必要があるだろう。なぜなら、このこと自体が「感受性」を生み出し「亀裂」をうめていく可能性を有しているからである。

注

(1) 本論は静岡大学哲学会28回大会シンポジウム報告「精神障害者のケアとナラティブ」に別稿の議論(南山 2005)を加えつつさらに発展的に議論したものである。

(2) みなみやまこうじ 静岡大学人文学部社会学科 jskmina@ipc.shizuoka.ac.jp

- (3) もちろんナラティブ (narrative) という言葉自体についてもその含意をおさえておく必要がある。この言葉は、行為としての「語り」と語られたものとしての「物語」との相互規定的な関係を包括的に示す言葉である。現実を構成する力を有する「言葉」が連結したものが「物語」であり、ゆえに「物語」には現実を構成する強い力があるといえる。「物語」は「語り」という行為を通じて生成され、「語り」は「物語」によって制約されるという特徴がある(野口 2005)。
- (4) このような、いわばface to faceな関係において生成された当事者・家族のオルタナティブな知識をさらにweb上で公開し共有しようとする試みがある。とくにEpstonによる「アンチ拒食症／過食症リーグ」が有名であり、日本では愛知県がんセンター中央病院の治療コミュニティ「Anti-Cancer League」などがある。
- (5) セルフヘルプグループは、共通の「問題」を共通項とし、対面的かつ水平的な相互関係を基盤とする。あくまでも、自発的参加を前提とする点、参加者による経験の共有や支え合いを通じた自己変革、より当事者のニーズに根ざしたサービスの開発や提供、社会運動への展開可能性などが、その特徴としてあげることができる。今日、福祉や医療など広い領域でその重要性が指摘されるようになってきている。
- (6) プラマーは、個人史とコミュニティの歴史の間には並行した発展の軌跡があり、その相補的關係から、コミュニティのメンバーにとって「有用なストーリー」や「文化的資源」が創出されうるとしている(Plummer, 1995=1998)。すなわち、支配的ストーリーを相対化し、新たな「語り」をうみだす場としてナラティブコミュニティを捉え、その生成と展開過程をとらえるためには、個人史とコミュニティの歴史がどのように相互に影響を与えながら発展してきたのか、その軌跡を検討する必要があるということである。
- (7) クラインマンは、医療人類学あるいは臨床的視点から、病いは「多義的」「多声的」なものであり、病いの経験や出来事は常に複数の意味を表し、あるいは隠蔽しているとして、病いの意味を症状自体の表面的な明示の意味、病いの文化的意味、個人的経験に基づく病いの個人的意味、病いや治療のさまざまな側面に有用な説明をあたえようと努力する場合に付与される意味の4つに区分し議論している(Kleinman, 1988=1998)。
- (8) 他にもいくつか課題が考えられる。例えば、疾患や障害などによってコミュニケーションができない状況でのこのアプローチの可能性

や、暗黙裏に誰もが「語る」ことにむかうとする前提がはらむ問題性、「語る」時機を考慮することの肝要さ、などがあげられる。

(9) 本論では、主にヒューマンサービスの提供者に焦点をあてて議論を展開している。もちろん、クライアント（患者）にとって「再帰的」であることの意味についても重要なテーマである。

文 献

- Andersen, T., 1992, Reflections on reflecting with families. in McNamee, S.&Gergen, K.J.eds., 1992, *Therapy as social construction*. London, Sage (=2001, 「リフレクティヴ手法」をふりかえって」野口裕二・野村直樹訳『ナラティブセラピー—社会構成主義の実践—』(六刷) 金剛出版, 2001, 89-118)
- Anderson, H.& Goolishian, H., 1992, The client is the expert. in McNamee, S.&Gergen, K.J.eds., 1992, *Therapy as social construction*. London, Sage (=2001, 「クライアントこそ専門家である—セラピーにおける無知のアプローチ」野口裕二・野村直樹訳『ナラティブセラピー—社会構成主義の実践—』(六刷) 金剛出版, 2001, p59-88)
- Boss, P., 1999, *Ambiguous Loss*, Harvard University Press. (=2005, 南山浩二訳『「ちよなら」のない別れ別れのない「ちよなら」—あいまいな喪失—』学文社)
- 江口重幸, 2002, 「病いの語りと人生の変容—「慢性分裂病」への臨床民族誌的アプローチ」やまだようこ編『人生を物語る—生成のライフストーリー』(初版第三刷) ミネルヴァ書房, 39-72
- Epston, D.& White, M., 1992, A proposal for reauthoring therapy. in McNamee, S.&Gergen, K.J.eds., 1992, *Therapy as social construction*. London, Sage (=2001, 「書きかえ療法—人生というストーリーの再著述」野口裕二・野村直樹訳『ナラティブセラピー—社会構成主義の実践—』(六刷) 金剛出版, 2001, p139-167)

- Epston, D., 1999, Co-research: The making of alternative knowledge. In Dulwich Centre Newsletter: Narrative Therapy and Community Work 2
- Frank, A.W., 1995, *The wounded storyteller*, The University of Chicago Press (＝2002, 鈴木智之訳『傷ついた物語の語り手』Φενη出版)
- Gergen, K.J., 1994, *Realities and Relationships*. Harvard University Press (＝2004, 永田素彦・深尾誠訳『社会構成主義の理論と実践』(初版第一刷) ナカニシヤ出版)
- Goffman, E., 1963, *Stigma*. (＝1973, 石黒毅訳『ステイグマの社会学』せりか書房)
- , 1974, *Frame analysis*, Harper Colophon Books
- Greenhalgh, T.& Hurwitz, B., 1998, *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice*. BMJ Books (＝2003, 斎藤清二・山本和利・岸本寛史監訳『ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語と対話』(四刷) 金剛出版)
- Kleimann, A., 1988, *The Illness Narratives: Suffering, healing and the human condition*, Basic Books. (＝1998, 江口重幸・五木田伸・上野豪志訳『病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学』第二刷 誠信書房)
- 小森康永・山田勝, 2001, 「精神分裂病の家族心理教育におけるナラティブ・アプローチ」『家族療法研究』第18巻第二号, 51-58
- 小森康永, 2002, 「訳者あとがき」ホワイト&エプストン『物語としての家族』(三刷) 金剛出版, p271-286.
- , 2005, 「会話を拡げる—統合失調症家族における関心コミュニティ」『最新精神医学』第一〇巻 第二号, 265-272

- McNamee, S.&Gergen, K.J.eds., 1992, *Therapy as social construction*. London, Sage. (=2001, 野口裕二・野村直樹訳『ナラティブセラピー―社会構成主義の実践―』(六刷) 金剛出版)
- 南山浩二, 2002, 「精神分裂病家族」の規格化―「治療」の対象から「教育」の対象へ―という推移に着目して―
静岡大学人文学部『人文論集』第53号の1
- , 2005, 「物語とケア」浜渦辰二編『ハケアの人間学Ⅴ入門』知泉書館
- , 2006, 『精神障害者―家族の相互関係とストレス』ミネルヴァ書房
- Morgan, A., 2000, *What is Narrative Therapy?*. Duiwich Centre Publications (=2003, 小森康永・上田牧子訳『ナラティブセラピーってなに?』金剛出版)
- 野口裕二, 2002, 『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
- , 2005, 『ナラティブの臨床社会学』勁草書房
- 大村英昭, 2000, 「死ねない時代の臨床社会学」大村英昭・野口裕二編『臨床社会学のすすめ』有斐閣
- Plummer, K., 1995, *Telling Sexual Stories: Power, Change and Social Worlds*, London:Routledge. (=1988, 桜井厚・好井裕明・小林多寿子訳『セクシャル・ストーリーの時代―語りのポリティクス』新曜社)
- 桜井厚, 2002, 『インタビューの社会学―ライフストーリーの聞き方』せりか書房
- 齋藤純一, 2005, 『公共性』岩波書店
- 斎藤清二・岸本寛史, 2003, 『ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践』金剛出版
- White, M.&Epston, D., 1990, *Narrative means to therapeutic ends*. Norton (=2002, 小森康永訳『物語としての家族』(三刷) 金剛出版)