



HAL
open science

経験から言葉へ—治療教育におけるナラティブ実践

Hervé Breton

► To cite this version:

Hervé Breton. 経験から言葉へ—治療教育におけるナラティブ実践. Narrative research and life story in adult education : international perspectives, University of Ritsumeikan, Kyoto, Japan, Feb 2018, Kyoto, Japan. <hal-03745242>

HAL Id: hal-03745242

<https://hal.science/hal-03745242v1>

Submitted on 5 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

経験から言葉へー治療教育におけるナラティブ実践ー

エルベ・ブルトン (Hervé BRETON)

フランス・トゥール大学 準教授

キーワード：表現 (expression)、言語／言葉 (language)、
忍苦／忍耐／辛抱 (endurance)、生きた経験 (lived experience)

2016年、フランス高等保険機構の会合において、Agnès Buzyn 教授 (2017年の健康大臣に任命された) は、会合のオープニングスピーチにおいて次のように述べた。

「患者の経験は、健康の専門職の経験を補う視点を与えてくれます。私たちのヘルスシステムをより民主的なものにするためには、これは考慮されるべきことです」と。Buzyn 教授が患者の経験に着目するのは、単に彼女が政治的な意図を表明すること以上に、彼女の目指す道を示している。それは以下の発言からうかがうことができる。

「ヘルスケアの質を高めるにあたり、わたしたちはもはや、患者の不満や不快な出来事
の分析をあてにすることはできません。もっと先に進まなければなりません。患者たちは、HAS (高等保険機構) が良質なケアを届けるべき最大の受益者なのです。だからこそ私たちは、ケアの方法やサービスの利用、そして彼らがどのようなものを望んでいるかについて、患者からの導きが必要なのです。」

この論文における具体的な課題は、どのような方法が、ケアの領域における患者の経験を受け入れるのに役立つかということである。カウンセリングの場において、そして患者の経験の記述を促すにあたり、一体何が問題とされているのだろうか。どのような方法であれば、患者のストーリーと、そのストーリーのなかに現れたものは、医療実践をより適切なものにしうるのだろうか。また、どのような仕方であれば、ヘルスケアにおけるナラティブ・アプローチと、実験実証医学は相補的なものになりうるのだろうか。

われわれはまず、患者の独自の経験の記述を探索することから始めよう。これにより、ナラティブ・プラクティスとそれが呼び起す関心、またそのプロセスや方法を研究するための“土台 (corner stones)”を得ることになるだろう。次に、2つの“passage (道筋)”を探ることで、そこではたらいっているナラティブの形式に取りかかりたい。2つの“passage”とは、経験からその経験の表現へと向かう通路と、グループのコンテキストにおいて、ストーリーが相互的なものになっていく通路である。われわれはまず、患者が希少疾患 (難病) の初期段階にあると診断された時期に、一人称で書かれたストーリーを吟味することで、これらの変遷を探りたい。このような困難な経験のはじまりの時期を探ることに続いて、次

のようなプロセスを見ていくことにしよう。そのプロセスとは、経験を言葉で表現することにより、その経験がストーリーとなり、次に、そのストーリーを共同で語ることで、伝記的な相互理解を豊かなものにするを狙いとする。このようなストーリー・テリングのジョイント・セッションにも耐えるストーリーへと変容させることがプロセスである。生きた経験が実存的なものや“語ることのできる (narratable)”形へと拡充していくプロセスを理解することは、経験的アプローチと実験的アプローチが補い合う新たな形を導くだけでなく、治癒教育におけるカウンセリングやファシリテーションの質を高めることになるだろう。

患者の経験：記述の構成要素

ケアの場において、患者の経験を聞くことの必要性を強調するというその事実は、驚くべきものであろう。なぜならこの考えは、患者がまったく自分のためのものであると思っ
ている医療実践によって、患者自身がその医療実践から忘れ去られるということを示唆するからである。この潜在的な忘却は、“医療行為の効果”と Illich (1975) が名づけたものを増大させる動きに起因しているのかもしれない。この見方によると、患者を受身な素材へと弱力化していく整然としたやり方で、医療的介入が患者の身体に施される。そのためには、患者は自分自身を使える存在になることを学ばねばならないのである。主体を忘却するならば、彼はただ耐えるものという自動的現象とみなすプロセスを正当化することになるだろう。モノ化された患者の身体が、ただ物質に変換され、腐敗や汚染のプロセスが生じる受動的な場へと変換されるような医療実践において、患者の経験はそうした主要な部分から、ある余剰現象としてみなされることが欠かせないのである。Illich が指摘した点から、オルタナティブで非競争的視点が必要である。患者の経験について考えることを妨げるのは、医療専門職たちの患者の経験理解の仕方にあるということと、彼らは、患者たちが自分の経験を表現する力が足りないと考えているということである。いいかえるとそれは、患者の経験は医学において記述されないがために、ナラティブワークやストーリーライティング、ストーリーテリングが、どこか変わったものとしてみられたり、それらが“教育的診断”の確立のためのインタビューの役に立つとか、治療に加えられるべきものとは理論的に考えにくいものとしてみなされたままなのである。

健康に関わる部門が、患者の経験の表現に関心を示すとき、それはその部門が自分の立場を変えつつあることを意味している。たしかに、“病者の視点から”理解しようと努めることは難しいことである。それは時間を要するし、患者の経験のどの時期を語りに含めるかということや、どのような類の経験の知を明確にすべきか、狙いとする効果はなにかということや、さらに当然のこと相互の取り決めが求められる。人生のなかで、ある病いの始まりを経験するということは、持続する時間と強度という点で様々な形の忍耐を必要とする。1992年の精神医学会において、哲学者P.リクールは、「耐え忍ぶ行為」という考えをめ

ぐって主題化した。それは、病いの一連の行程における苦しみという問題を考える助けになる。Marin & Zaccari-Reyners (2013) は、次のように述べた。

「行為への無力 (*powerlessness to act*) すなわち、行為する位置にいたいこととその力のない状態にあることとの間のずれは、痛みと苦しみののはじまりによくみられることである。これは二つのことが部分的に重なっていることを意味する。“苦しむ (*to suffer*) ”という使い古された表現は、私たちに、苦しみ (*suffering*) とはまず第一に耐えることであると思わせる。それゆえ苦しみの受動性は、行為主体を最小化させるのである。」

身体的な苦痛が現れる以上に、おそらくその痛みさえ越えて、病いは肉体的な経験を含む苦痛を引き起こす。そしてその苦痛というのは、それ自体によって消尽することのないものである。われわれは“痛み (*pain*) ”という言葉、体のある器官もしくは全身にローカライズされたものとして理解するためにとっておく一方で、“苦しむ (*suffering*) ”という言葉、再帰性や言葉、自己との関係、他者との関係、意味や問いとの関係に開かれたものとして用いることとしよう (Marin & Zaccari-Reyners, 2013)。耐え忍ぶ経験や苦しみの経験は、患者の人生に影響を与える。そうした経験は、ライフヒストリーの中で起こり、またライフヒストリーに影響するのである。病いおよびその治療によって受ける制限は、日常生活における経験のなかにある。・・・それは待ち構え続ける時間や、日々の不確かさ、痛む身体・・・これらは、患者が耐え抜き、彼らが折り合いをつけなければならない出来事のすべてである。耐え忍ぶ経験における患者の主体性は、身体能力が低下したり、あるやり方でできていたことが一時的に不可能になったり、医療を頼ることによって弱まっているため、病いは患者のヒストリーに影響を与えるのである。(医療の世界や医学的知識、看護職や治療、そして病いの顕在化に) 従い、依拠することが増え、“耐えること (*enduring*) / 苦しむ (*suffering*) ”は生じる。“耐えること (*enduring*) / 苦しむ (*suffering*) ”の多様な形態を理解し、それについての対話をはじめめるために踏み出されたナラティブ・ワークは、患者からその主体性を守り、また彼らの主体性を回復することに寄与するだろう。(細野)

患者が自分の経験を表現すること、それをストーリーとして造形すること、そしてそれを受けた患者仲間や医療スタッフなどの他者の反応は、健康にいたるまでの行程の範囲を示す。そして私たちはそれを示す努力をすべきだろう。この病気にまつわる出来事をストーリーに転換する行為には時間がかかる。Benaroyo(2013,p.71)はある段階に至ったときは特にそうだと主張する。その段階の中では、病気の経験は最初言語化できない、つまりその人に沈黙を強い、時には不平を言わせるような形態をとるのだが、次第にストーリーを形作る表現形態へと進化していく。Ricoeur (1983) がここに光を当てたことで、経験の *temporalization* (時間化: 経験を有意義な時系列の中に落とし込むこと) とストーリーを書くことの相互作用の過程が明らかになった。経験を語るができる領域を開くことで、健康にいたるまでの行程の中で無視できない生命過程(*vital process*)が明らかになる。伝記的観点から見れば、病気の経験が受け入れられることで、経験をもとにした作業が起こり、

経験を言語化し、それを発言し伝えられるものにする努力を支える。そのような過程は、患者が自分の力を維持し、耐えるための共感力を発見する状態を指し示す。ヘルスケアにおけるナラティブ実践の勘所の一つは、患者たちの自己の感覚を維持することを支える能力によって成り立つ。ある空間を開くことによってその感覚は維持される。その空間は、近しい人から仲間、医療スタッフ、おそらく医療界にいたるコミュニティによって、知られ、認識されるようになる。伝えうるものになることで、その表現は経験の過程の中で習得された知識の正確な磨き上げや定式化へと向かう視点を伴って共有され始める。

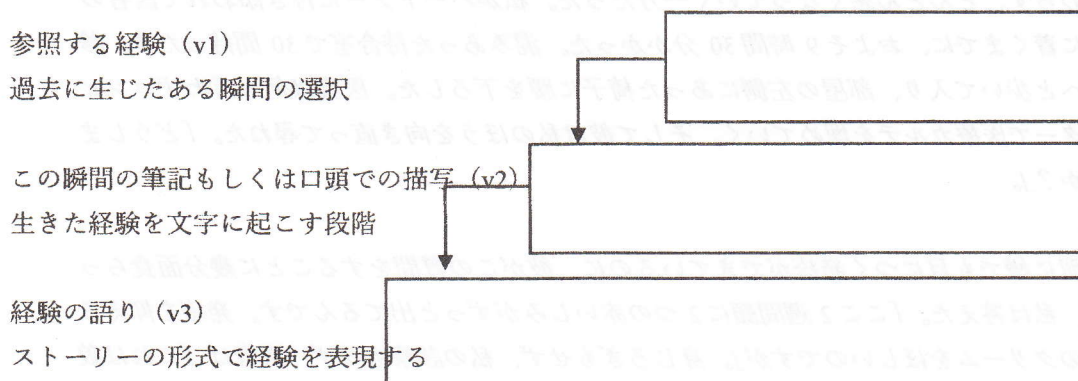
苦しみの生きた経験を表現する；表現可能性 文字に落とす

患者が生きた経験を表現し語る過程を理解し、それが他者によって受け入れられるためには、文字を起こし、意味を見出し、ストーリーを語る活動を通して生じる変容の過程に注意を向けることが求められる。個人の物語を構成していく活動には、塑形し展開させ、形象化し、他人に伝わる一つのストーリーに変化させるまで時間がかかる。時間経過を通じた過程として、現象として、徐々に変化することを探求することによって、患者の身に何が起きているかを理解する方法、彼・彼女の生きた経験と病気の関係の変化を理解する方法へが与えられる。

苦しみを表現する力：経験と言語化への漸次的変化プロセスを把握する

経験から言語への道筋は旅路の終わりに得られる。つまりそれは、生き生きとした鮮明さの中で探求された瞬間の喚起を伴って始まり、身体感覚や印象、予期や推論などを巻き込んでいく。この経験は階層化される (Petitmengin, 2010)。そして言葉へと文字に落とすことを経て、それ自身の方法を発見することが求められる。この旅は、経験そのものを変形させ、語りという営みの中でその主題を浮かび上がらせ、そうして文字に置き換えられるか、話すという形をとることもある。この変化は一人称の研究においてとらえられる。そのために、自己精緻化 (Self-explicitation ; auto-explicitation) の技法は際立って助けになる。Pierre Vermersch (2012) がモデル化したもので、「参照する経験」という考えから始まり、そしてその経験を「声に出し、伝える」ための言葉の選択に焦点を当てるものである。

図1：経験から言葉への移行の段階



この図は3つの段階について指し示している。喚起への単一の瞬間を選ぶ段階 (v1)、それを記述できる形式へと言葉にする段階 (v2)、それをストーリー形式へと落とし込む段階 (v3) の3つである。病気の始まりのような人生の岐路として位置づけられる出来事を探求することは、それが開始する瞬間、つまりそれまでまだ確定されていなかった範囲を明確にすることを伴って始まる。この第一の段階では、この「根源的な」瞬間を同定することとその喚起が行われる。第二段階で、その展開や多様な様相の詳細な描写が始まる。この経験の様相の記述は、言語的掘り起こしプロセスの一部である。それは第三段階に至る基礎を形成する。第三段階では、主体にとって十分に意味のある「経験の統一体」のなかに構成要素がまとまって配列されるストーリーラインによって、経験が形象化される。この三段階の過程が、経験の斬次的行程をモデル化し、記述による言語化がなされる。この活動は、経験を変容させ、口述可能なものにする。それは、病気にまつわる出来事が伝記的ストーリーへと統合されていくために、なくてはならない条件を作り出す。

診断の遅れという旅路 一人称の物語

検査することを我慢するという経験の表現可能性や「口述可能性」という問いについて取り上げよう。そのために、珍しい病気である狼瘡(lupus)という診察結果のケースにおける診断の遅れがあらわれた長い行程についてのストーリーを見る。それは根本的に一人称のストーリーであり、CIRBE が請け負った調査計画のもとでずっと書かれてきた。それは、GP から診察結果を受け取るという開始の瞬間もカバーしている。GP は、簡素な検査の後素早く、狼瘡を診断した人である。この「参照する経験」は病気にまつわる出来事を含む患者の人生における要となる。診察結果を告げられたあと、12 カ月間ずっと過去を振り返りながら言葉に落とし込まれ続けた。

2013年12月31日、両頬に2つの赤いしみがあったので、私は郊外のGPへと診察してもらいにいった。肌が炎症を起こしていたのだ。数年前私の息子が湿疹を患っている間ずっと

と使っていた水和クリームを引き出しの中に見つけたのでずっと塗っていたのだが、にもかかわらず、どんどん悪くなっていく一方だった。私がパートナーに付き添われて医者のもとに着くまでに、およそ9時間30分かかった。混みあった待合室で30間待った後、診察室へと歩いて入り、部屋の左側にあった椅子に腰を下ろした。医者は何も言わずコンピューターで医療カルテを埋めていく。そして彼は私のほうを向き直って尋ねた。「どうしましたか？」。

私の肌に嫌でも目につく発疹ができているのに、彼がこの質問をすることに幾分面食らったが、私は答えた。「ここ2週間顔に2つの赤いしみがずっと出てるんです。発疹を抑えるためのクリームをほしいのですが」。身じろぎもせず、私の診察もせず、医者は「これは狼瘡になっていますね。顔に効くクリームを出しておきましょう。診察室の隣の薬局で受け取ってください。」と答えた。少し驚いて私は彼に狼瘡とは何かを尋ねた。湿疹の一種だろうと推測しながら。彼は、クリスマス休暇の後、再診を受けて適切な処置を受けるために、家の近くに専門家がいなか探さないと答えた。家に戻って、私はそのクリームの処方通知を読み、狼瘡についてグーグルで検索した。それは6か月間に及ぶ診断の遅れのはじまりだった。(西井)

2013年12月、患者がそのニュースを受け取った時の衝撃は大きかった。慢性の、もしかすると深刻で障害を引き起こすかもしれない病気の診断を知ることは、「一人称の私」は、予期的な構造への挑戦、自らの存在と仕事の未来へ自分を投げ込む方法への挑戦を表す。注目に値するのは、彼らに起こった出来事は、稀な疾病の発表に至るまでの研究と比較して、「狼瘡の診断」にはあたらないと主張していることである。これらの疾病は稀であり、その症状はしばしば全身性(狼瘡の場合)であり、診断された狼瘡の強度の変化レベルに伴い徐々に起こりくるという事実は、稀な疾病の発表に対する既存の研究と比較して、診断の難しさをもたらし、結果として患者には、診断への疑いのプロセスを生じさせることになった。

Boucand (2010, p.313) は、「Ehler-Danlos」病に関する調査で、病気の影響を受けた4人のうち1人が30年以上待たされてから正確な診断を受け、そのうち40%が正しい診断を受ける前に誤った診断が与えられていた。このような状況は患者にとって、医療界が自身の経験や悩みを聴いて理解し、自身の健康への旅路を考慮に入れる能力があるのかについて疑念を抱かせた。Boucand は、この状況はまた、患者の回復を助けることができる専門知識を保持しているとみなされている特定分野の少数の医療専門家に依存する形を作り出すとしている。前述したストーリーは逆の状況を示している。最初の診察の際に「狼瘡」診断が確定され、患者は専門の皮膚科医によって診断を確認するための作業を与えられていた。皮肉なことに、患者は「確実ではないが、信頼できる」定量化による最初の診断の結論に

基づいて治療を処方されていた。ここで、経験の歴史化には、時間化にかかわる伝記的作業が必要となる。それによって、特定の出来事が健康への旅路の途上にその場所を見つめられる。この作業を通じてその出来事は、あるストーリーの出来事として、考えられうるものとなる。他者によってもこの出来事は、人生の旅路の試練として、理解可能なストーリーとなる。

この瞬間をストーリーの形にして、言い表せるようにするための条件は注目に値する。上記のテキストは、その出来事が行われてから36ヶ月後に書かれている。それはストーリーラインの開始の瞬間であることを示しており、その力はそのまま残っていた。いいかえれば、ストーリーテリングの過程で、経験それ自体が自らを表す仕方は、それでもなお理解の途上にとどまっているものについての基準としてとらえることができる。経験を話すことができるようになるにつれて、経験が自らを主体に明らかにしてくる。Ricoeur は次のように述べている：「経験は語られうる、語るよう求められる。経験を言葉の領域に入れることは、経験を何かに変えることを意味するのではなく、経験を明確にし、発展させ、経験が自らになることである」(Ricoeur,1986,p.62)。ストーリーの中に自らの場所を見つけるために内省すべき経験がある。経験が話せるようになるのは時間がかかる。それは3つの側面から想定することができる成熟のプロセスである。1. ある出来事となった経験の異なる側面をふりかえり、理解する可能性。2. 「生きている今」の中で起こっている沈黙の変容を掴むために、徐々に試すこと。3. ライフストーリーの持続の中に、病の出来事を位置づけることを可能にするのは、人生の与えられた期間という時間的地平を再構成すること。

経験の時間化：経験の前-形象からストーリー形式の表現へ

病の出来事の歴史化は、複雑な時間性から始まる。その探求には、「経験の最中での内省性(reflectivity)」と「経験の内省性」とを区別することを必要としている。ストーリーラインの展開に関して、Ricoeur は2つの時間的次元すなわち、年代記的次元と非・年代記的次元の組み合わせにかかわる変化比率を強調している。前者は物語のエピソードの次元、出来事を選択配列としてのストーリーという特徴を持つ次元を構成する。後者は、プロットが出来事を一つのストーリーに変換するはたらきによってえられる「統合形象化 configuring」そのものの次元である」(1983 p.129)。この観点から見ると、物語のエピソードとしての次元は、人生のある時期の際立った瞬間が、編年体で並んでいることから生じるのに対し、統合形象化の次元は、持続と物語の統一性を与える。この時間化は、時間軸上に位置する出来事のストーリーラインを提示する。逆に、物語を織り綴ることによって、これらの瞬間をまとめて探索し形象化するための時間化のプロセスを保持し、物語の継起の体制を連続性のあるものに変換する。このようにストーリーの作成は、拡張から始まる：(ある瞬間)を参照する経験の記述によって引き起こされ、その語りは人生のある時期をカバーする。数ヶ月から数年間の期間に及ぶ。言い換えれば、経験の時間化の活動は "尺度の変化"に類

することで物語を変換させる。ここで生じることは、記述/視覚化の体制から、時代化/歴史化の体制へと移行させることによってナラティブワークを変容させる。以下の抜粋では、「狼瘡」という伝えられた診断に関わって、経験されたストーリーの形式がどこからどのように表現を展開したかが示されている。この例では、経験の持続を拡張することによって、語られている内容の変容が参照される。この瞬間を含む開始の瞬間のストーリーは、「診断の遅れのストーリー」と題されている。

図2：最初の診断が与えられてからそれが確認されるまでの患者の経験の時期区分

- 12/2013 最初の皮膚発疹
- 31/12/2013 最初の相談 GP Lupus 発表
- 17/01/2014 2回目の相談 大学病院皮膚科医：血液検査と生検
- 27/01/2014 3回目の相談 2回目の皮膚科医アトピー性皮膚炎アレルギー
- 05/02/2014 4回目の相談 3回目の皮膚科医治療を中止するよう依頼する
- 15/02/2014 5回目の相談 4回目の皮膚科医 HIV 検査を提案
- 07/04/2014 生検結果（陰性）血液検査で陽性の結果

上記の診断は、診断の遅れの旅路における特定の瞬間を時系列的に並べ、それらを連続して表示することによって、特定の瞬間を順序づけて区切っている。6ヶ月の期間に渡る旅路の時間的経過は、7つの顕著な瞬間を表示する。これらの経験をストーリーに表現するには、これらの瞬間をそれぞれ統合して、これらの瞬間をひとまとまりにするための繋がりを探求する必要がある。経験を引き伸ばす（生涯の期間）、時間軸に沿って、患者の行為主体が損ねられ、失われること、生きられた時間経験の多様性（待機、慣性、固執、緊急性...）、経過には日常的な行為と身振りが残り、仕事を確保し維持する、予期の構造というリハビリテーション、時間の流れにおいて得た病についての知識、自分自身と身体にむける注意のモードの変化...探求された経験の時間の拡張と、患者－支援者関係の文脈、そして病の経験において得られた知識を定式化する作業の文脈において展開される対象を主題化する作業との間に、ある関連が描かれる。この観察によって、ナラティブワークに必要とされる経験の時間的なものさしと、自分自身や仲間（他の患者）、または医療専門家が、理解を生むプロセスとの間には、相互に依拠し合う形式があることに光が当てられる。（近藤）

経験の表現からストーリーの受容へ

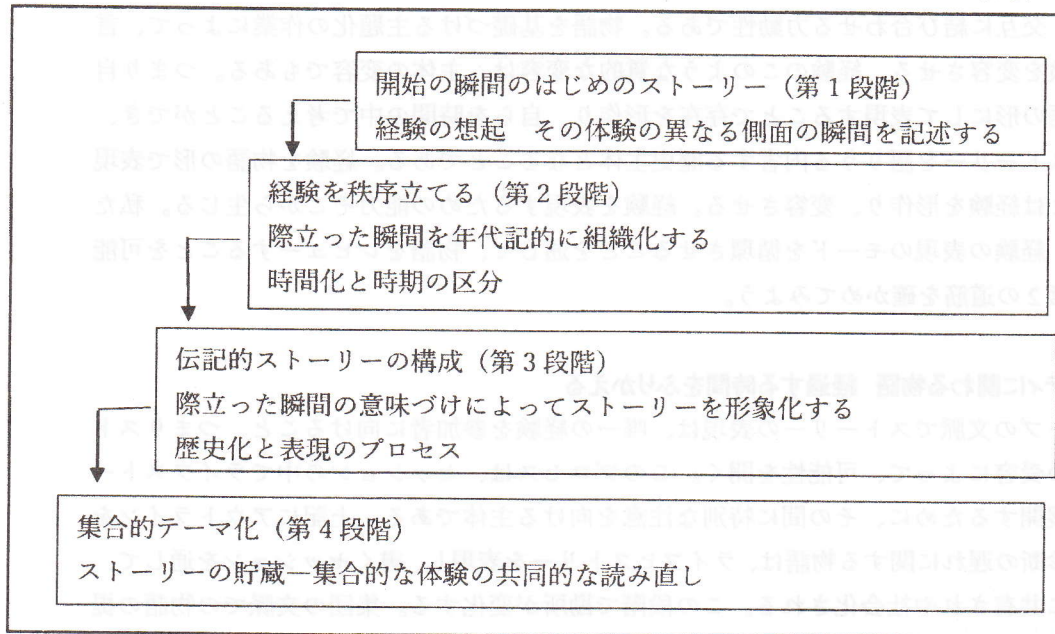
この段階において、私たちは最初の道筋、すなわち経験から言語へと向かう道筋が固有の時間性を有すること、主体（sujet）が彼/彼女の経験に対して持つ関係性、経験された出来事、経験が触れた存在の領域、次元に対する主体の関係性にそって掘り起こされるその人固有の時間性が示された。この道のりは、ミクロな力動性を持つ。つまりストーリーに

言葉を与え、展開させることを通して、経験を形象化する作業を伴った経験を時間化する活動を、交互に結び合わせる力動性である。物語を基礎づける主題化の作業によって、言語は経験を変容させる。経験のこのような質的な変容は、主体の変容でもある。つまり自らを物語の形にして表現することで存在を形作り、自らを時間の中で考えることができ、自らのストーリーを語りうる内省する歴史主体となることである。経験を物語の形で表現することは経験を形作り、変容させる。経験を表現するための能力そこから生じる。私たちは今、経験の表現のモードを循環させることを通じて、物語をレビューすることを可能にする第2の道筋を確かめてみよう。

コミュニティに関わる物語 経過する時間をふりかえる

グループの文脈でストーリーの表現は、唯一の経験を参加者に向けること、つまりストーリーの受容によって、可能性を開く。このプロセスは、セッションの中でライフストーリーが展開するために、その間に特別な注意を向ける主体である。上記にアウトラインを示した診断の遅れに関する物語は、ライフヒストリーを表現し、書くセッションを通して、参加者に共有されや社会化される。この段階で勘所が変化する。集団の文脈での物語の提示には、“一人称 (in first person)”で最初に書かれたストーリーのレビューを必要とする。それによって描かれた物語が“自分ではない他の人たち”にどのように受け止められたかを知るためである。これには患者のストーリーを聞くことによって得られる物語能力(Charon)を要する。これらはグループでの伝記のワークを行う経験によって実践できる。患者そして健康従事者もまた、伝記のワークの中でつながり合いストーリーを経験する。そのストーリーは患者の病の体験について語り口の異なるレベルで明細化されるものである。すなわち患者が一人称 (in first person) (病い illness) で語りまた、診断の中に異なったストーリー (疾患 disease) を持ち込むとき、(三人称 “in the third person”) による集合的な主題化が、新しいカテゴリーを生み出すようなとき、さらに知識創造と医学へと定位される (sickness)。このような物語モードの循環は、生きた体験からのライフストーリー・トレーニングのワークショップにおいて始まっており、そこでは、はじめは自分自身のために、後には他者のために、経験を言葉にしていくことを徐々に促進することへと移行する。

図3 ライフヒストリーを描き表現するセッション：ストーリーの中に表現される経験



ここに提示したアプローチは4つの異なる段階がある

—第1段階：主体は“一人称 (in first person)”で語る際立った瞬間を特定し、思い出すことに巻き込まれる。自分自身についてワークする段階は、ある瞬間を選び、その瞬間を想起し、記述することを含む。

—第2段階：主体はサブグループのためのストーリーを提供する。はじめの語りをフォローすることによる相互作用は、語り手の今進行しつつある作業を支える。プロットがそこから生まれた開始の経験の中で生じた瞬間を想起することを支えるのである。出来事が継起的に思い起こされると、生きた経験の系列の中に、それらの思い出が場所を与えられる時間の軸に沿って、年代的に整理される。

第3段階：経験のリストを作る時間的なプロットは、ストーリーを構成する活動を年代記的にあらかじめ組み立てる（前-形象化）。ナラティブ・ワークは、経験の時間化を通して生じた異なる出来事を結びつけ、部分的には暗黙のまま残される出来事の関係を探求する主体によって始められる。いいかえれば、経験の歴史化は主体にとって、その人の人生が“ひとまとまりに抱えられる”時期を構成する様々な瞬間によって形象化される活動から進行する。

—第4段階：伝記的次元を伴うストーリーの形式のなかに経験を形作る活動性は、家庭でも生じる。ライフヒストリーを書き表現するセッションの第4段階は、社会化の一つである。その経験は、グループの中での作業やグループでのストーリーの受容を通じてできるコミュニティにおいて生じる。はじめは一人称 (in first person) でストーリーが語られ、そ

の一部は、グループの皆によって語られ、そしてそこから生じる相互理解のプロセスの中で、経験される。

声にすることの次元の相互性：一人称・二人称・三人称(first, second and third person)

伝記的なインタビューを実施する中で経験の表現、上に述べたケースにおいて、ライフストーリーが展開するセッションは、コミュニティにおいてストーリーが共有された時に起こる経験の第2の変容に関わる。一連のプロセスはこの変容に関わる。ストーリー表現の異なるモード間に加わっていることに特別の注意を向けているときに、簡潔に示すことができる。際立ったプロセスと効果についての3つのモードがある。

In first person (一人称)：一人称で一連のナラティブワークの活動では、主体は没頭し存在的に引き込まれている。彼・彼女は、語られた一連の出来事の中で、その人が通り過ぎ、感じてきたことに“出来る限り接近する”ための幸運な言葉を探している。以前にも言及したように、この作業は記憶への接近を前提にする。異なる瞬間を内省的に理解することを通じて、またある持続期間や旅路の出来事を歴史化することによって、言葉の形式に経験を落とし込むための時間をとる。話せるようにするために、主体が本当であるとみなしたやり方の中で、経験が表現されていくことが求められる。この表現モードは、主観性に強く満たされている。語られたことは、主体によって感じられた経験における様々な次元を含む。そこに何が立ち上がっているのか、あるいはそれについて何がわかっているのかといったことである。この方法において表現される経験の解釈は、見方、指し示し方、そして親しい誰かに、仲間や医療スタッフに経験を語りうるものにする視点をとることで人生のある時期を形象化する仕方を反映する。この方法で形作られたストーリーは、経験を他者との対話に持ち込まれるように、また、誰かからライフストーリーを聴くことや受け止めることの中に生じる内省的相互性に依拠することで、経験をレビューすると語りやすく、可能性を開くものとなる。

In second person (二人称)：ストーリーの社会化はストーリーの展望に、異なる可能性を切り開く。ストーリーの中で生み出される意味の生成プロセスは、他者との対話の中に経験が持ち込まれることから生じる。グループの大小は問わず、たとえば、対人-関係のミーティングにおいて生じる。対話は証明・証言 (testimony) の交換から生じるであろう。このフォーマットは相互承認の可能性を開くものであり、私たちの生み出したストーリーの唯一性を再認することができる。ストーリーの各次元の相互理解を通して人間性の分かち合いを進める。各次元とは人生航路の人間学的次元すなわち、主要な歴史的出来事の共有、人の状態の本質的な脆弱性(病いの出来事、グリーフ、人生の危機、意味の模索など)である。このように二人称の作業は、“主体によって真実だと考えられた何か”を変形する。他者によるストーリーの交換や受容は、個人史の解釈のために、そして主体にとっての人生

の理解を社会的次元に統合するために、考えもしなかった観点を切り開く。

In third person (三人称)：三人称のモードの作業は、それぞれのストーリーの唯一性を越えて、「人間性」の構造として現れるものの主観的、実存的分析からなる。ここには、脆弱な状況の中で習得された経験的知識を認め、定義することの可能性、促進のための実践と枠組みの改善の可能性、そしてヘルスケアのトレーニングのグレードアップの可能性がある。このように、三人称のモードは社会化の段階を通してグループによって語られ、経験されてきた対象が扱われる。特殊なストーリーの参照は行わない。このように、経験の分析は三人称において行われる。それはトレーニングに参加する人全員、もしくは“経験的学習の認識”のセッションを含むものである。

以下の図は、ライフストーリーセッションを通して表現され、書き留められたもので、伝記活動の行程で促進されたストーリーについて、物語モードの交差分析とモデル化を行ったものである。

図4：伝記の活動を通じた経験の物語モードと変容

道筋の段階 物語モード	経験から言葉へ ストーリーの構成	ストーリーの表現 表現モードの循環	ストーリーの社会化 ストーリーの相互性の 経験の唯一性
一人称の作業	想起、時間化、経験に言葉を与える	メンバーの表現を経験するという観点による、ストーリーの道筋の選択	経験の受容に結びついた内省的活動：共同的で相互的な注意
二人称の作業	親しい人(友人家族)のストーリーに関わる最初の社会化の形式	異なったストーリーの対話による相互理解のプロセス	ストーリーの受容による内省的相互性：相互理解のプロセス
三人称の作業	経験を一般的な(既存の)形式へ留める	ストーリーに関わる代替表現と受容による集合的経験	ストーリーの受容による集合的主題化：ストーリー間の結束の認識

伝記的活動の行程で生じた理解のプロセスの結果は、他者と交わされた経験の表現モードの変化から生じる(図4はこのことを示そうとしている)。一方、経験が対話の中に持ち込まれると共同・省察・内省(co-reflexivity)が進行する。この物語モードの変化を通して、個人的経験が唯一の経験として認識される。ピアのコミュニティを象徴するグループによる

る理解は、ここで、Husserlの言う“生活世界（the life world）”や Diltheyの“生の全体性（vital wholeness）”を統合する。（杉山）

治療教育における促進戦略

治療教育という視点からナラティブワークに関連して、二つの方法を描くことができる。1つには、患者の行為遂行性（agentivity）への貢献とリハビリテーションに関わることで、2つには、医学的なノウハウや専門的技術の刷新や出現に開かれる可能性に関することである。「貢献」に関する問について、その発達はケア実践における戦略的、方法論的な側面が、ナラティブ・アプローチへと統合されることによって明らかにされる。本論文で用いたストーリーは、Colinet&Avenel(2007)によって書かれたもので、彼らはこれを「難病診断の告知状況」と名付け、次のように説明した。「医師の実践は難病の告知という仕事も含んでいるが、また何よりも、医療段階において、患者彼/彼女等が通る必要のある意思決定の過程に自身が追従することである」。このように見た時、患者のナラティブワークは、患者が彼/彼女等のライフコースで起きる決定を得るための支援の理解に貢献することができる。

我々はこの患者のアイデンティティの認識とリハビリテーションという作業には、表現の異なった形式と段階の結合が必要であることを示してきた。自分自身のために、（一人称の the first person 経験のあるストーリーとして形作ること）、患者—支援者関係のなかで（複数のストーリーを対話に持ち込み、二人称として関わること）、そして経験の変容（集団で、三人称）である。我々はまた、一定時間を確保した系列的な道筋によって、生きた経験の語り（narration）が進行することを示してきた。1. 経験を言語に入れていく 2. ストーリーそれ自体を形象化 3. ストーリーが表現される（患者—支援者関係の中で、この時間を可能とする計画を練る必要がある） 4. 対話は習得された経験知を再認識するという視点によって展開する。

ナラティブワークの過程とそれぞれの瞬間の側面の説明は、ヘルスケアの実践に何らかの示唆がある。生きた経験の表現は、マニュアルによる標準的な実践の制度的な説明に位置付けられない。患者の生きた経験を歓迎し聞くことは、感情に巻き込まれるというリスクを抱えながら個別的生のなかに没入することになる。「人間中心ヘルスケアは、認定に不可欠の説明責任といった文法にもとづいては翻訳できない。ヘルスケアが、質保証、効率性、処理量、生産性を保証する実践の標準化に多くを費やし、個別のものを考慮に入れることは、抹消されている。きわめて必要な創造性への吊いの鐘を鳴らしている。それゆえ医療者の実践知における訓練の可能性は侵食されている。」（Weber, 2017.p.19）。患者の生の経験の表現から、実践家たちは「話す主体」の痛みに注意を向けることだけでなく、親密な私的言語に近いもので表現され始めることの多い彼・彼女の苦しみへと、注意を向けることが求められる。表現活動が促進されている間に話されたことへの感受性を維持しつつ、

彼・彼女のストーリーに内包される苦しみに同一化することなく、健康の旅路の個人化という目的において、健康の専門家の立場から患者の傍にいる能力が求められている。

結論：医療ケアにおける物語科学へ？

本論で我々は、ケアの場面でのナラティブワークのプロセスと狙いどころを明確に位置づけるという目的のため、概念と方法論の定式化を試みてきた。これからの展開として、これらの接近法が、医学によって認識されるための条件を定義する必要がある。重要な試みを上げることができる。ナラティブ実践を含む経験的アプローチ（Depraz,2009; Pineau&Legrand,1993）と生物医学の実験的アプローチ（Lemoine,2017）を相補的に行った調査や実証が既にある。研究の本体には伝記的内容が採用されている。教育におけるライフヒストリーを表現し書く多くの研究や伝記的研究は、医療の場で患者の生きた経験を受け入れる場所の必要性を問うている。（Dominic &Waldvogel,2009; Delory-Momberger&Tourette-Turgis,2014; Jouet&Flora,2010）。例としてアルコール依存の幅広い調査研究(Niewiadomski,2000; Pentecouteau,2013)や慢性疾患において実施されている。「伝記研究と健康」の研究軸には、CIRB の文脈が設定され、Paris-Descartes 大学において訓練と研究のセンターが置かれている（Coupy,2016）。

今日では、革新的な作業が「微視現象学（micro-phenomenology）」の領域において達成されている。これにより「生きた経験の科学」の基礎を築くことが可能となった（Petitmengin, Bitbol, Ollagnier-Beldame,2015）。微視現象学を活用することで、ヘルスケアへの貢献の可能性が浮かび上がっている（Petitmengin,2015）。この三人の著者は、一人称における内省的アプローチ（例えば伝記的アプローチや微視現象学）への批判、実証科学における「主観性」や「唯心論」というラベル付けの批判に答えている。この著者らは、断片的で私的な主観主義と、統一された客観主義の間の「中道」を探ることによって、個別性の科学パラダイムを擁護し議論している（Vermersch,2000a&2003）。生きた経験を記述する科学の発展のため、いくつかの基準が定められている。次のような研究を内包している。生きた経験の収集方法、個別のストーリーにおいて認められる生きた経験の構造を定式化する分析カテゴリー、一人称から三人称の表現の循環などである。これらの研究プロジェクトは健康の経験的アプローチの妥当性を補強することに貢献していると同時に、知の正当性を組織してきた権力の境界が変動していることを示す（Foucault,1969）。この変動は患者の経験が、規律で染められたヘルスケアの周辺ではたらく「場所 the locus」として認識されるために必要である。我々はこのように考える。（宮崎）

Biography 伝記
therapeutic education 治療教育
narrative 物語
story ストーリー
health care ヘルスケア
narrative work ナラティブワーク
micro-phenomenology 微視現象学
lived experience 生きた経験
experimental 実験的
medical science 医学
passage 道筋
journey 旅路
thematisation 主題化
first person 一人称