

ナラティブとエビデンスの関係性をめぐる一考察

奥 野 雅 子

A Consideration of the Relationship between Narrative and Evidence

Masako OKUNO

は じ め に

1990年代から医療の領域において、客観的に実証された根拠に基づいて医療を行う「実証に基づく医療（EBM：Evidence-based Medicine）」が主張され始め、エビデンスという概念の重要性が普及し臨床心理学領域でも注目されている。一方、エビデンスは患者の個別性に対応できるのか、患者との対話を軽視するリスクがあるのではないかと指摘され、EBMは決して万能ではないことが認知された（谷田，2007）。近年になって医療現場ではEBMの時代から「物語に基づく医療（NBM：Narrative-based Medicine）」の時代へ移行していると言われ始めた（原田，2004）。ナラティブとは物語のことであり、医療や心理臨床面接において患者やクライアントとの対話に焦点を当てることにつながる。この概念は脚光を浴び、必要性が高まってきた（大松・橘・梅田，2004；島内，2007）。本稿では、ナラティブとエビデンスの両概念を再考し、その新たな関係性の構築について考察を行う。

I. ナラティブとエビデンスの差異

ナラティブとエビデンスは対立概念として捉えられている。まず、それぞれの定義を示し、その概念の背景や発展について記述することにより相違点を明確にする。

1. エビデンス

エビデンスとは客観的に実証された根拠のことを意味する。エビデンスは科学思想が基礎にあり、統計学と結びついている。科学の発展の背景にはギリシャ哲学の還元主義があり、医学領域では臓器別医療につながった。臓器別医療は医学の対象として、患者の訴えより臓器の異常を標的にする。つまり、臓器と疾患との関連性の理解を提供したのが還元主義に基づく基礎医学である。また、薬や各種治療法の比較に関する統計分析が臨床医学に根拠を与えたといえる（谷田，2007）。このような科学の進歩は治療対象を人間全体から人間の臓器、細胞、遺伝子のレベルまで細分化し、人間をより細かな要素に分解する方向性を作り出した。

臨床心理学においても、エビデンス・ベイスト・アプローチという視点は重要である。治療効果が客観的に証明された介入技法を用いるという理念そのものの確立をはじめとして、心理療法の効果研究の累積なども求められている（堀毛，2005）。このような実証に基づく臨床心理学の

流れのなかで、うつ病への認知療法は抗うつ薬と同等以上の効果があるというエビデンスが示された。これまで抗うつ薬以上に効果的な心理療法はないとされていたが、認知療法および認知行動療法は最もエビデンスのある心理療法として認められ飛躍的に発展した（福井, 2008）。アメリカ心理学会（APA）では、すでにエビデンス・ベーストによる心理療法選択のガイドラインが作成されている（堀毛, 2005）。

しかし、エビデンスを用いた治療あるいは援助はひとりの人間をまるごと支援するというより、医療においては身体のある部分、臨床心理学では精神のある側面に焦点を当てることになる。

2. ナラティブ

ナラティブは物語を意味する。前述のエビデンスとは異なり、まるごとひとりの人間が語る物語である。あくまでも患者やクライアントを主体とし、医療従事者や心理臨床家はその物語に耳を傾けながら関わっていく。つまり、援助者は人間を全体的に見ることになる。ナラティブの概念は研究者や臨床家の領域によりさまざまに活用されている。

まず、医療領域では、EBMを重視することによって患者の満足が得られないこと（菊池, 2002）や、医師と患者との関係の悪化が懸念され始めたこと（原田, 2004；谷田, 2007）が、ナラティブへの注目の出発点となった。人間を機械としてみるような還元主義に基づく臓器別医療の限界が指摘されたのである（谷田, 2007）。病気や症状を生物学的問題としてではなく、生物、心理、社会的な問題として捉える視点に立ち、データ中心のEBMから患者中心のEBMを行うためには、患者との対話に基づくNBMは欠かすことができないことになる（菊池, 2002）。このように、EBMを補完するものとしてのNBMの機能が認められ、エビデンスを患者に適応するために患者の個別性に目を向ける必要性が高まったといえる。さらに、EBMの補完のみならず、語ること自体に治療的意義があることが示唆され（岡島, 2008）、EBMとNBMは“車の両輪”であるべきと主張された（谷田, 2007）。

一方、臨床心理学領域におけるナラティブは、クライアントと援助者が共同で物語を書き換えていくことに活用される。クライアントが語るドミナント・ストーリーを脱構築し、未だ語られていないオルタナティブ・ストーリーを引き出していくことによってクライアントの問題解決を支援していく（Morgan, 2000）。これはナラティブ・セラピー（narrative therapy）と呼ばれる心理療法である。実証主義的科学としての心理学とは異なり、人間は現実世界を社会的構成の産物として作り上げていく、という社会構成主義を理論的基盤としている（Gergen, 1994）。

II. ナラティブとエビデンスの連続性

ナラティブとエビデンスの明確な相違点について述べてきたが、果たしてこれらの両概念は全く別のものなのであろうか。ここで提示したいのは、ナラティブとエビデンスは両極のものではなく、連続的なものであるという捉え方である。これをエビデンスの強さのレベル（strength of evidence）として図1に示す。エビデンスには「症例報告」（Case Report）から「メタアナリシス」（Meta-Analysis）まで、いくつかのレベルがあり、上に行くほどエビデンスの強さは強くなる（津谷, 1998）。

まず、エビデンスのレベルが一番低いものが「症例報告」（Case Report）であり、臨床心理学領域では「事例研究」（Case Study）とも言われている（岸本・斎藤, 2005）。つまり、1例のエ

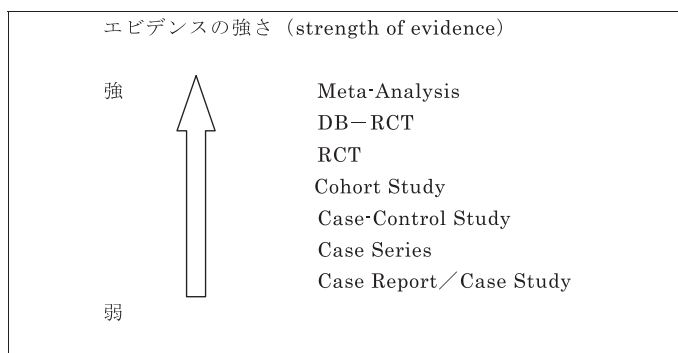


図1 エビデンスのレベル (津谷, 1998)

ビデンスが存在することになる。そしてそのエビデンスには物語を含む詳細な記述が伴われることが多い。第2のレベルである「ケースシリーズ」(Case Series)は、ある一定基準を満たすサンプルをもう少し例数を増やし、成果がどう表れるかを調べる方法である。第3のレベルである「ケース・コントロール・スタディ」(Case-Control Study)では、ある成果があるグループと成果がないグループの2つのグループを抽出し、その間で何が異なるのかを調べていく。たとえば、80歳以上で健康な人をケースとして、そうではない人をコントロールとし、ある野菜を食べている割合がどう違うかをみることである。ここでは独立変数と従属変数が設定されることになる。第4のレベルの「コホート・スタディ」(Cohort Study)は、ある行動を行っている群と行っていない群の2群を経時的に追跡していくものである。たとえば、ある薬物を投与した群と投与しない群の間での変化を調べていく。第5のレベルは、「無作為化比較試験」(RCT: Randomized Controlled Trial)であり、コホート・スタディにおける2群を無作為抽出する。無作為抽出とは、ある大きな集合体からサンプルを抽出するときにバランスが崩れないように選ぶ方法である。たとえば、100万人の中から1000人を選ぶ時に年齢のバランスが崩れないように無作為に抽出を行うことになる。第6のレベルである「二重盲検法無作為化比較試験」(DB-RCT: Double Blind Randomized Controlled Trial)はRCTに二重盲検法が重ねられる。二重盲検法とは、サンプルとして選ばれた被験者も実験者も2群のどちらに属しているかを実験中にはわからないようにしておくことである。たとえば、ある薬物を投与しているのか、していないのかを医師も患者も知らないことになる。最後に、一番エビデンスが強い第7のレベルでは、無作為試験のみを用いて多くの実験結果を統計的に統合し全体としての結論を出そうとするものである(津谷, 1998)。

このように、エビデンスの強度は弱いほうから順に第1から第7のレベルまで存在する。一方、ナラティブの強度は第1のレベルが一番強くなり、反対方向の連続性が存在することが考えられる。したがって、ナラティブとエビデンスは対立概念でありながら、その強弱によって連続性があるという視点に立つことができる。

Ⅲ. 質的研究と量的研究——個別性と普遍性——

強いエビデンスを生み出す方法論が存在することはすでに述べた。しかし、一般的な研究デザインは、エビデンスのレベルが第1から第3まの範疇にあることが多い(津谷, 1998)。つまり、

「症例報告／事例研究」「ケースシリーズ」「ケース・コントロール・スタディ」の3つの研究方法である。研究法を質的研究と量的研究に分類するなら、エビデンス第1レベルの「症例報告／事例研究」が質的研究であり、エビデンス第3レベル以上、「ケース・コントロール・スタディ」から上が量的研究に相当する。そして、その間に位置する「ケースシリーズ」は両方の要素が混在する。エビデンスが少ない量的研究として捉えることもできるが、質的研究のひとつである“グラウンデッド・セオリー・アプローチ”（Strauss & Corbin, 1990）とみなすこともできる。

質的研究は個別性を、量的研究は普遍性をそれぞれ追及し、両者は研究システムの中で二項対立していると言われている（吉田・奥野・石井・花田・長谷川, 2005）。量的研究では科学的な方法論を取り入れ、データに基づく統計的・客観的視点が重視される。一方、質的研究は科学的データのみならず、患者やクライアントとの対話を心理社会的背景も併せて記述し、治療に至るプロセス、援助者とクライアントとの関係性をふくめた個性を明らかにする（岸本・斎藤, 2005）。

このように、質的研究と量的研究はそれぞれの研究スタイルを確立し、研究のプロセスと結果から、それぞれのナラティブとエビデンスを獲得することになる。しかし、量的研究の結果であるエビデンスが100パーセント客観的であるかという点、100パーセントという数値はありえない。“客観的な実証実験に見えるものでも、実験的な操作の従属変数としての結果に過ぎないのであり、この最初の操作の枠内での事実あるいは結果でしかない”（長谷川, 2002）。また、厳密に言えば、量的研究で分析の対象となる「データ」というのは事象や対象そのものではなく、何らかの形で人間か器具による編集と変換を受けた後のものである（Bateson, 1972）。つまり、得られたデータ自体が純粹に客観的なものではなく、人間の知覚という主観的フィルターにかけられた後のものなのである（Bateson, 1979）。一方、質的研究から得られたナラティブが100パーセントの個性を提示するのかという点、これもそうではない。河合（2003）は、1事例におけるクライアントの主観的体験を心理臨床家は面接の中で客観化するよう試みていると述べた。このような客観化を通して行われた優れた事例研究の中には、用いた心理療法のオリエンテーションが異なっているにもかかわらず、それを越えた普遍性が存在することが指摘されている。このような普遍性は「間主観的普遍性」と呼ばれ、人間の主観と主観の重なり合いのなかで導き出されるものである（河合, 2003）。

以上のように、質的研究と量的研究について論じてきたが、両者を循環的な関係として統合し研究全体を捉えることができる。まず、量的研究から得られたエビデンスを基にして実際の症例における治療方針、心理臨床面接の事例における介入方法などの援助方針をたてることが可能になる。つまり、量的研究の結果であるエビデンスを1事例に役立つように活用するのである。そして、そのエビデンスがどのように活用されたかについての物語、すなわち、症例や事例から引き出されたナラティブを基にして仮説を立て、再び量的研究によって一般化し実証することができる。このように、質的研究と量的研究という両方の研究を円環的流れの中で捉えることで、個性と普遍性の両眼視ができるようになる（吉田・奥野・石井・花田・長谷川, 2005）。研究全体を統合する視点に立つことは、臨床現場における患者やクライアントの実際の問題解決に、より役立つことができると考えられる。

IV. ナラティブとエビデンスの新たな関係

これまでナラティブとエビデンスの連続性について説明し、両概念を基盤とする質的研究と量

的研究の円環性についても論じてきた。これらを受けてここではナラティブとエビデンスの新たな関係性について考察を加えたい。

1. ナラティブのエビデンス化

これまでの研究におけるナラティブとエビデンスの関係性は、ナラティブはエビデンスを補完するもの（岸本・斎藤，2005）、車の両輪であると位置付けるもの（菊池，2002；谷田，2007）、あるいはナラティブが優位であるべきことを主張したもの（原田，2004；岡島，2008）などが挙げられる。いずれもナラティブとエビデンスを対立概念として捉えているという前提が存在する。しかし、この対立概念において一方を他方で置き換えるような研究が1980年代のアメリカですでに始まっていた。これは会話分析という分野であり、「エスノメソドロジー」（Schegloff, 1968; Sacks, Schegloff & Jefferson, 1974）の枠組みの中で学問的に樹立されている。エスノメソドロジーとは、日常生活のなかで人々が暗黙のうちに自明なものとして共有している社会的行為に関する研究である（井出，1990）。この立場で会話分析を行い語りの全体像をつかむことを目的とし、Tannen (1984) は「会話スタイル」(conversational style) という概念を打ち出した。会話スタイルとは話し手の使う言語表現や会話管理のストラテジーが持つ広義の意味や機能をさす。会話を録音して記述し、表現やストラテジーに分析の焦点を当て、表現されているものは何かについて考察していく研究が行われている（メイナード，2002）。このように語られた物語をある基準にそってコード化し、測定して数値化する研究は、ナラティブのエビデンス化であると考えられる。

ナラティブのエビデンス化と捉えられる研究については臨床心理学領域におけるコミュニケーション研究が挙げられる。「人間コミュニケーションの語用論」（Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967）の立場から、コミュニケーションの相互作用を会話分析によって明らかにしていく研究が行われている。コミュニケーション行動を言語・非言語、トピック・マネージメントの2軸に分類し（長谷川，2003）、とくにマネージメント・コミュニケーションの機能を検討している。マネージメント・コミュニケーションとは会話の内容ではなく、会話のやりくりに関するコミュニケーションであり、言語では終助詞や間投詞、非言語では頭の動き、ジェスチャー、視線、表情などが特定されている。このようなマネージメント・コミュニケーションが相手の行動に影響を与えることがエビデンスとして報告されている（生田，1999；菅原，2004；奥野，2008）。

また、ナラティブのエビデンス化に相当する研究が医療領域においてもなされている。外来癌診察場面における実際の患者－医師間コミュニケーションの会話分析を行い、手段的会話と情緒的会話の双方を捉えるコミュニケーションスケールで計測した研究がある（石川・中尾，2007）。患者－医師間の会話や行動をより客観的に評価し、その相互作用を検討した結果、患者満足度が高いナラティブをエビデンスとして提示した。このような研究はNBMの立場で数量的分析を行い、EBMの知見につなげていると考えられる。

2. エビデンスのナラティブ化

なぜ、エビデンスの存在が必要なのかという問いに対する答えは、より効果的な治療や援助を目指すからである。しかし、その治療や援助の対象は「人間」であるという点が援助プロセスをより複雑にする。それは人間が常に変化しているからである（河合，2003）。生命あるものにはいつも定常状態を超える小さな変化が生起し、「ゆらぎ」という現象が観察される（長谷川，2005）。一方、物理学の問題であれば、大砲の弾丸の軌道を予測するときに、「初期条件」が明確

に与えられれば微分方程式によって弾丸の軌道と到達点が決定する。弾丸の性質は最初から最後まで不変である（河合，2003）。これは「サイバネティックス理論」（Winner, 1948）と呼ばれる学問体系であり，因果論的な説明を行う（Bateson, 1967）。ところが，人間は環境や相手との相互作用により変化する。会話をを行っている間に，感情や思考，行動が変化していく。つまり，「初期条件」によってすべて規定されるわけではないのである。したがって，人間に関する事象を扱う時には直線的因果論から円環的因果論へと認識論を移行させる必要がある（Hoffman, 1981）。

治療や援助プロセスを2者以上の人間の相互作用と捉えたと，エビデンスはあくまでも「初期条件」に過ぎないと考えられる。たとえば，効能効果のエビデンスが確定している薬も，服用する人によって効果の発現は異なる。また，「初期条件」がゼロである偽薬にもプラセボ効果が発現する。痛み止めの薬と言っておいて乳糖などを処方すると，乳糖には痛み止めの薬効がないにもかかわらず，症状の改善が20～50パーセントに達することが報告されている（奥野，2005）。つまり，プラセボ効果の発現は，エビデンスが存在しなくてもナラティブだけで支援できる可能性があることを示唆している。

このように考えていくと，エビデンスとはひとつの「情報」であり，ナラティブの中で活用されてこそ機能が発現することになる。言い換えれば，エビデンスの機能を最大限に活かすには，エビデンスをどう伝えるか，エビデンスをめぐるコミュニケーションのあり方にかかってくる。いかなる治療や援助プロセスの中でも，すべてのエビデンスはナラティブ化されなければ働かないことになる。

長谷川（2010）は“量的研究から得られるエビデンスは，ひとつの説得的言語である”と述べた。エビデンスの中で表現されている「数値」というものが意味を持つこと自体，「数」がひとつの言葉であることは明らかである（de Shazer, 1994）。実験や調査といった量的研究は，実証的研究の最大の手段と考えられてきたものも，実は当事者の説得力を増すための手段のひとつに過ぎないことが指摘されている（長谷川，2002）。このような捉え方は，エビデンスがナラティブ化するという視点から，もう1歩進み，もともとエビデンスはナラティブの一部であり，ナラティブに包括されることを帰納している。

3. ナラティブとエビデンスの階型的構造

ナラティブのエビデンス化，エビデンスのナラティブ化について論じてきたなかで，一方を他方で置き換えることが可能であることを提案した。すなわち，エビデンスとナラティブは，研究全体の進化プロセスにおいて行ったり来たりしていることになる。しかし，ナラティブとエビデンスはただ交互しているわけではなく，研究プロセスのヒエラルキー連鎖のなかで梯子をジグザグに上がっていく階型的構造であると考えられる。これを示したのが図2である。

このようなナラティブとエビデンスの関係を把握するために腰痛を例にとって説明すると，まず，一番低いレベルに腰の痛みに関するナラティブがある。腰痛の強弱，頻度，どのくらい継続しているかなどの腰痛プロセスについて語られる。医師は患者との対話をもとに，腰痛症の診断基準，薬の効能効果のエビデンスをつくっていく。次に，そのエビデンスが治療に適用され，その後の治療効果とそれに準ずる生活の変化などについて医師と患者の間で対話が行われる。たとえば，ストレス状況下ではまた痛みが発現したことが語られるかもしれない。あるいは，ライフスタイルを変えることで痛みが軽減し精神的に安定したことが物語になるかもしれない。このようなナラティブから，薬の効果だけではなく，ライフスタイルと腰痛との関係に関するエビデン

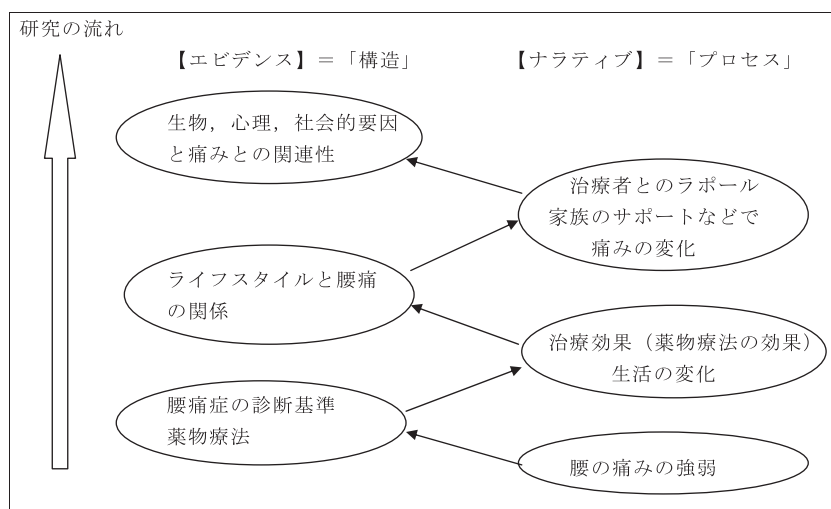


図2 ナラティブとエビデンスの階型的構造

スが構築される。そして、そのエビデンスを基に治療者とのラポール、家族や他者のサポートによって腰痛の回復に違いが出てくることが語られるだろう。さらに、薬物療法や環境との相互作用のなかで痛みが変動していく、という新たなエビデンスが生まれてくるのである。

このように、ナラティブとエビデンスの梯子を上昇することにより、見る世界が広い領域に注がれていく。梯子の最下段、最も単純なレベルでは、痛みの強弱にのみ言及されていたものが、次のレベルでは生活の様子がテーマになり、さらに一段上がると、生活に加えて社会的環境が痛みとの関連性を持つようになる。梯子を上がるにつれて、広い領域が関わりを持ち、各レベルにおいて収集できる情報の論理階型が高くなっている。

ナラティブとエビデンスの階型的構造は、Bateson (1979) による「人間の精神プロセス」についての説明を当てはめることができると考えられる。人間の精神プロセスは“あるプロセスが構造を決定し、その構造をもとにしたプロセスが展開して新たな構造が決定していく、というステップが続いていく現象” (Bateson, 1979) である。つまり、ナラティブはプロセスであり、それがエビデンスという構造を決定し、その構造をもとにしたナラティブのプロセスが展開する。人間の現象に当てはめれば、人間はさまざまな知覚を体験するプロセスを通じて、生体システムのなかで、ある閾値が設定される。たとえば、その閾値が表現するのは、身体や臓器の大きさ、色素の数などが挙げられる。その閾値をもとに環境との相互作用プロセスを通して人間の形態がさらに決定されていく。このように人間が進化していく現象は、研究においても同様になされている。ナラティブとエビデンスは交互しながら研究全体の流れと進化を推し進めていくことも人間のプロセスの一部であることに相違ない。これらの連鎖を含む階型的構造を時間軸のなかで捉えることで、今まに行っている研究や臨床活動の位置づけと方向性が見えてくるのではないだろうか。

V. まとめと今後の研究課題

本稿では、これまで対立概念とされてきたナラティブとエビデンスに連続性を見出し、時間軸のなかで交互に連鎖をなす階型的構造として捉えることを提案した。時間という概念を導入することで、ナラティブとエビデンスの二項対立に問題解決をもたらしたといえるのではないだろうか。ナラティブという語りのプロセスには時間経過があり、さらにそのサンプルが寄せ集まるまでにも時間が経過していく連続的なものである。しかし、それがエビデンスとなったときに非連続が生まれる。そのエビデンスという構造を基にして新たな時間経過が始まるのである。

今後の研究では、エビデンスという構造をナラティブというプロセスに最も効率的に活用することが望まれる。その研究のひとつとして脳生理学的研究が挙げられる。なぜなら、今ここで物語を語っている、その人の脳の様子をタイムリーに計測できるため、時間経過が縮小されるからである。これまでの脳生理学的研究においては、特に大脳新皮質における機能局在が注目され、左脳と右脳の差異に関する研究を始めとし（柏原，1994；Baron-Cohen, 2003）、心が脳の活動により表出されることが示唆されてきた（今村，1978；利島，1987；岡野，2006）。言葉が「人間行動」に与える影響を言葉が「脳」に与える影響と捉える立場から（山鳥・辻，2006）、言葉を治療道具とする心理療法が脳機能に与える効果も報告されている（Ledoux, 1996；鍋山・吉浦・中尾・中谷・工藤・吉里・吉岡・河本・中川・神庭，2005；Yoshimura, Ueda, Suzuki, Onoda, Okamoto & Yamawaki, 2009）。また、最近の研究では子どもに音読を行う母親の脳血流量の上昇が明らかになっている（泰羅，2009）。今後は、脳生理学的な研究の累積がナラティブとエビデンスの連鎖を加速させることによって、研究全体の流れがいつそう進出し臨床現場の問題解決に躍進することが望まれるだろう。

引用文献

- Baron-Cohen, S. (2003). *The Essential Difference — Male And Female Brains And The Truth About Autism —*. NY: Basic Books. (三宅真砂子訳 2005 共感する女脳、システム化する男脳 NHK 出版)
- Bateson, G. (1967). Cybernetic Explanation. *American Behavioral Science*, 10(6), 29–32.
- Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. NY: Brockman Inc. (佐藤良明訳 (2000). 精神の生態学 改訂第2版 新思索社)
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*. NY: Brockman Inc. (佐藤良明訳 (2001). 精神と自然—生きた世界の認識論— 新思索社)
- de Shazer, S. (1994). *Words Were Originally Magic*. NY: W. W. Norton & Co. Inc. (長谷川啓三監訳 (2000). 解決志向の言語学—言葉はもともと魔法だった— 法政大学出版)
- 福井 至 (2008). 認知療法のアプリケーション 國分康孝監修 カウンセリング心理学事典 pp. 180–182.
- Gergen, K. J. (1994). *Toward transformation in social knowledge (2nd ed.)*. CA: Sage Publication. (杉万俊夫・矢守克也・渥美公秀監訳 (1998). もうひとつの社会心理学—社会行動科学の変換に向けて— ナカニシヤ出版)
- 長谷川啓三 (2002). 事例の記述水準、構成主義、コミュニケーション理論 臨床心理学, 2(1), 29–33.
- 長谷川啓三 (2003). コミュニケーションのマネージメント側面 東北大学大学院教育学研究科臨床心理相談室紀要 1, 3–9.
- 長谷川啓三 (2005). ソリューション・バンクーブリーフセラピーの哲学と新展開— 金子書房
- 長谷川啓三 (2010). 臨床心理学, 私どもの場合：ルール、拘束、エクセプション, 自己組織性そして具体性 日本心理臨床学会第29回秋季大会 大会実行委員長講演 (於東北大学)
- 原田 孝 (2004). EBM から NBM への時代へ 東邦医学雑誌 51(4), 250.

- Hoffman, L. (1981). *Foundation of Family Therapy*. NY: Basic Books Inc. (亀口憲治訳 (2006). 家族療法の基礎理論—創始者と主要なアプローチ— 朝日出版社)
- 堀毛裕子 (2005). エビデンス・ベイスト・アプローチ／ナラティブ・ベイスト・アプローチ 岡堂哲雄監修 臨床心理入門事典 pp. 17-18.
- 井出裕久 (1990). エスノメソドロギー 國分康孝編 カウンセリング辞典 誠信書房 p. 50.
- 生田倫子 (1999). 葛藤場面における表情の自己制御的機能について カウンセリング研究 32(2), 157-162.
- 今村護郎 (1978). 行動と脳—心理学と生理学— 東京大学出版会
- 石川ひろの・中尾陸宏 (2007). 患者—医師間コミュニケーションにおける EBM と NBM : Roter Interaction Analysis System を用いたアプローチ, 心身医学, 47(3), 201-211.
- 柏原恵龍 (1994). 健康脳における言語及び非言語過程の分離に関する研究 風間書房
- 河合隼雄 (2003). 臨床心理学ノート 金剛出版
- 菊地臣一 (2002). 腰痛概念の革命—生物学的アプローチから心理・社会的アプローチへの転換— 心身医学, 42(2), 105-110.
- 岸本寛史・斎藤清二 (2005). 新しい人間科学的研究法としての事例研究—ナラティブ・ベイスト・メディアスの視点から—, 心身医学, 46(9), 789-797.
- Ledoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. (松本元・川村光毅訳 (2003). エモーションナルブレイン—情動の脳科学— 東京大学出版会)
- メイナード・K・泉子 (Senko, K. Maynard) (2002). 会話分析 柴谷方良・西光義弘・影山太郎編 日英語対照研究シリーズ (2) くろしお出版
- Morgan, A. (2000). *What is Narrative Therapy?* Adelaide, South Australia: Dulwich Centre Publications. (小森康永・上田牧子訳 (2002). ナラティブ・セラピーって何? 金剛出版)
- 鍋山麻衣子・吉浦 敬・中尾智博・中谷江利子・工藤明子・吉里千佳・吉岡和子・河本 緑・中川彰子・神庭重信 (2005). 行動療法が有効であった強迫性障害例の脳機能画像 OCD 研究会 (編) 強迫性障害の研究 星和書店 pp. 53-59
- 岡野憲一郎 (2006). 脳科学と心の臨床—心理療法師・カウンセラーのために— 岩崎学術出版社
- 岡島美朗 (2008). 身体表現性障害と語り—NBM における語りの治療的意義の検討— 心身医学, 48(11), 965-970.
- 奥野雅子 (2005). 服薬指導とは何か? 薬も含めて語用論である! 長谷川啓三編 臨床の語用論 I—行為の方向を決めるもの— pp. 28-37.
- 奥野雅子 (2008). 会話内容と文末表現の合意効果への影響力 家族心理学研究 22(2), 141-153.
- 大松将彦・橘 英伸・梅田徳男 (2004). 患者参加型 NBM (Narrative Based Medicine) の実践を支援するためのインターネットを介した診療所向け電子診療録作成支援システムの構築 日本放射線技術学会雑誌 60(6), 818-828.
- Sacks, H., Schegloff, E. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematic for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.
- 島内憲夫 (2007). 人々の主観的健康観の類型化に関する研究—ヘルスプロモーションの視点から— 順天堂医学, 53, 410-420.
- Schegloff, E. (1968). Sequencing in conversational openings. *American anthropologist*, 70, 1075-1095.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. CA: Sage. (南裕子監訳 (1999). 質的研究の基礎—グランデッド・セオリーの技法と手順—)
- 菅原佳世 (2004). 問題場面におけるシステムの自己制御性—間投詞と沈黙に着目して— 家族心理学研究 18(2), 123-133.
- 泰羅雅登 (2009). 読み聞かせは心の脳の届く—「ダメ」がわかって、やる気になる子に育てよう— くもん出版
- Tannen, D. (1984). *Conversational style: Analyzing talk among friends*. Norwood, NJ: Ablex.
- 谷田憲俊 (2007). EBM と NBM 山口医学 56(6), 189-191.
- 利島 保 (1987). 心から脳をみる—神経心理学への誘い— 福村出版
- 津谷喜一郎 (1998). 集団に効くことと個人に効くこと—「効き目」のコミュニケーション— 日本東洋医学雑誌, 48(5), 569-598.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of*

- interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. NY: W. W. Norton & Company. (山本和郎監訳 (1998). 人間コミュニケーションの語用論—相互作用パターン, 病理とパラドックスの研究— 二瓶社)
- Winner, N. (1948). *Cybernetics, or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge MA: MIT (池上止戈夫・弥永昌吉訳 (1962). サイバネティクス—動物と機械における制御と通信— 岩波書店)
- 山鳥 重・辻 幸夫 (2006). 心とことばの脳科学 大修館書店
- 吉田美穂子・奥野雅子・石井佳世・花田里欧子・長谷川啓三 (2005). 臨床に役立つ基礎研究開発に向けて—相互作用の視点から— 日本家族心理学会第22回大会発表論文集 19-20.
- Yoshimura, S., Ueda, K., Suzuki, S., Onoda, K., Okamoto, Y. & Yamawaki, S. (2009). Self-referential processing of negative stimuli within the ventral anterior cingulate gyrus and right amygdale. *Brain and Cognition*, 69, 218-225.

Summary

The purpose of this study was to reconsider the concepts of Narrative and Evidence, and construct the new relationship between both these concepts. Narrative was interpreted as story that was told, and on the other hand Evidence was ground that was verified. Both concepts were considered to be opposed but there was continuity between them. Similarly at the domain of research, dichotomy was observed between qualitative study and quantitative one. The former produced Narrative and the latter did Evidence. But by adopting the notion of time both studies were able to be integrated into a whole circular research system. This idea brought a suggestion that Narrative and Evidence made logical typing structure together, in which both were going up logical type alternately and concatenated.

Key words: Narrative; Evidence; relationship; logical typing structure; qualitative and quantitative studies

[2010. 10. 4 受理]