

第9回対話研究会補足資料

オープンダイアローグって何？

「オープンダイアログとは何か」（斎藤環）

第一部「オープンダイアログとは何か」

1 オープンダイアログの概略

2 オープンダイアログの理論（実践のための12項目）

3 オープンダイアログの臨床（ケプロダス病院、べてるの家）

4 オープンダイアログとその周辺

5 本書に収録した論文についての5項目で解説

第二部「オープンダイアログの実際」（3つの論文の訳）

1 精神病急性期へのオープンダイアログによるアプローチ

2 精神病的な危機においてオープンダイアログの成否を分けるもの

3 治療的な会話においては、何が癒す要素となるのだろうか

実践のための12項目

マリー・オルソン教授

「オープンダイアログにおける対話実践の鍵となる要因とは一守られるべき基準」

- 1 ミーティングには2人以上のセラピストが参加する
- 2 家族とネットワークメンバーが参加する
- 3 開かれた質問をする
- 4 クライアントの発言に答える
- 5 今この瞬間を大切にす
- 6 複数の視点を引き出す
- 7 対話において関係性に注目する
- 8 問題発言や問題行動には淡々と対応しつつ、その意味には注意を払う
- 9 症状ではなく、クライアントの独自の言葉や物語を強調する
- 10 ミーティングにおいて専門家どうしの会話(リフレクティング)を用いる
- 11 透明性を保つ
- 12 不確実性への耐性

オープンダイアローグの効果を噛み砕いてみると(あくまで私論)

統合失調症のクライアントは、感情を制御するため、つらい体験を自分という統合的人格から切り離し、別人格に押し付けることで、トラウマの影響を遮断し、そのために、妄想等が起こるのではないか。

クライアントは、リフレクティングを眺めることで、妄想等の存在を他人事としてとらえ、そのまま受け入れ始める(←ここが鍵)。そして遮断していた体験について、感情を含めて自分の言葉で話し始める。クライアントの中で真のダイアローグが始まるのである。つらい体験を自らの人格として自然な形で受け入れ始めたとき、人格の統合も始まり、妄想等が希薄化して過去の体験に変容していく。

つらい体験を自分の経験に再構成するなかで、感情の制御を自然に行うことができるようになり、結果として統合失調症が治癒される。

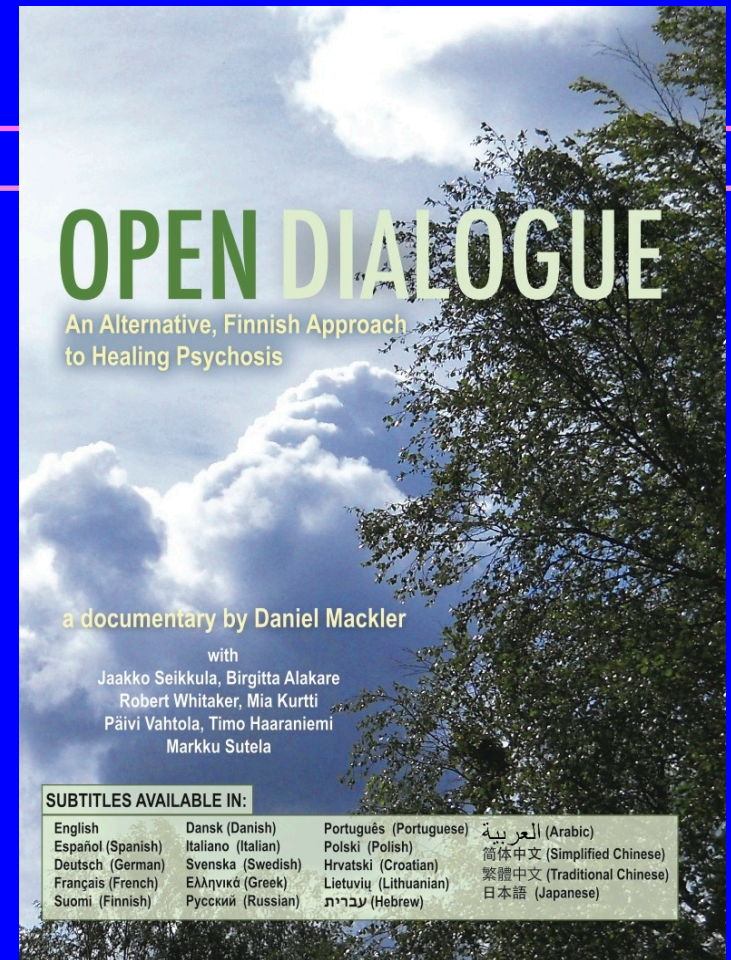
映画『開かれた対話』

OPEN DIALOG 『開かれた対話』
「オープンダイアログ」フィンランドに
おける精神病治療への代替アプローチ

インタビューが中心であり、なぜ効果があるかについてはいまひとつわかりにくい

(全編) https://www.youtube.com/watch?v=_i5GmtdHKTM&t=733s

(予告編) <https://www.youtube.com/watch?v=GSXkfRSPT3I&t=172s>



オープンダイアログネットワークジャパン(ODNJP)

日本におけるオープンダイアログの普及や実践支援などの活動を行うことを目的としている団体

<https://www.opendialogue.jp/>

オープンダイアログ対話実践のガイドライン

ワークショップ(直近は2020年3月)

会報(過去4回分<直近は10月1日発行>)

特別講演「『開かれた対話』と『人薬』」(斎藤 環)
(⇒理論的背景がわかりやすい)

特別講演「『開かれた対話』と『人薬』」(斎藤 環) 理論的背景①

Seikkulaによれば、ODの発想は、非常に多くの思想や理論の影響下で洗練されてきた。思想的には社会構成主義やポストモダン思想、治療理論としてはシステム論的家族療法やナラティブセラピー、リフレクティング・プロセスといった複数の技法との関連が大きい。

とりわけ重要とされる二つの理論的支柱が、グレゴリー・ベイトソンの「ダブルバインド理論」と、ミハイル・バフテンの「詩学」である。前者はODのシステム論的なバックボーンをなしており、後者は対話そのものの治療的意義を基礎づけている。端的に言えば、「モノローグ（独り言）」の病理性に「ダイアローグ」の健康さが対比されるのである。統合失調症の患者は、しばしば病的なモノローグに自閉しようとするが、ODによる介入は、それをダイアローグに開くように作用すると考えられている。

ただし、ただ集まって対話するだけではダイアローグは成立しない。問いかける以前に重要なことは、可能な限り当事者や関係者が安心して対話に参加できる条件を整えることである。

発症当時はすべてが曖昧である。ODでは、あえて診断や評価には踏み込まず、曖昧な状況を曖昧にしたまま対話によって支えていく。これは「不確実性への耐性」と呼ばれ、ODにおける重要な原則の一つである。

通常の診療とは異なり、ODでは、最初から「診断 diagnosis」がなされることはない。診療ならば初診時点で診断と同時に治療方針や経過の見通しなどが患者側に伝えられる。しかしODの場合は、そうした見通しが曖昧なままで対話が続けられることになる。

最終的な結論が出されるまでは、この曖昧な状況に耐えながら、病気による恐怖や不安を支えていくことが重要な意味を持つ。統合失調症に限った話ではないが、発症初期の患者と家族の不安はきわめて大きい。とりわけ家族には、強制的にでも患者を入院させて早く安心したいという思いが強い。しかしODでは、対話の中で本人が納得し同意しない限り、入院治療が強制されることない。

特別講演「『開かれた対話』と『人薬』」(斎藤 環) 理論的背景②

こうした曖昧さ、不確実性への不安を支えるのが、繰り返されるミーティングと継続的な対話である。家族が孤立してしまわないように、ミーティングはほぼ毎日のようになされ、通常はこれが10～12日間は継続される。

そのさい、参加メンバーの役割や社会的階層は重視されない。メンバー全員のあらゆる発言が許容され傾聴される。この雰囲気そのものが安全感を保証する。どんな治療手段(入院、服薬など)が採用されるべきかについては、対話全体の流れが自然な答えを導いてくれるまで先送りされる。

統合失調症の発症初期において、患者は自らの耐えがたい体験を語るための言葉を奪われている。それゆえ、患者が幻覚や妄想について語り初めても、スタッフはそれを否定したり反論したりせずに傾聴する必要がある。その上で「自分にはそうした経験がない」という感想を語り合ったり、その体験についてさらに詳しく患者に尋ねたりする。

ODが目指すのは、対話によって新しい現実を作り出すことである。具体的には、対話の中で新たな言葉を生み出し、象徴的コミュニケーションを確立することである。そうすることで、患者は健康なアイデンティティと物語を取り戻し、社会とのつながりを回復するとされている。この考え方は、現実が言語やコミュニケーションによって構成されているとみなす社会構成主義にもとづいている。

このとき、患者の病的な発話の中にひそんでいる、メンバー間で共有可能な発話を導き出すことが重要である。患者と家族、または関係者、そして専門家との親密なやりとりを続けていく中で、次第に病的体験の意味づけがなされ、苦悩を言い表すための言葉が創りだされていく。このとき危機的状況は、患者と社会の関係性を再構成するための貴重なチャンスとなる。

特別講演「『開かれた対話』と『人薬』」(斎藤 環) 理論的背景③

有意義な対話を生成していくために、治療チームは、患者や他のメンバーの発言を丁寧に傾聴すると同時に、そのすべてに応答しなければならない。その応答は、相手の発言内容に即しながらも、さらなる別の問いかけの形をとる必要がある。

バフチンによれば、あらゆる発話は応答を求めており、「言語にとって(すなわち人間にとって) 応答の欠如ほど恐ろしいものはない」とされる。これは人間が、モノローグ(独白)を脱してダイアローグ(対話)を必然的に志向する存在とみなされるためである。

バフチンはその多声性(heteroglossia)概念において、意味というものが語り手と聞き手のやりとりの中でしか生じないことを示している。その意味で、人々の語ることに耳を澄まし、対話の行間に見え隠れする感情や感覚のやりとりに注意を向けながら、言葉を生み出していく姿勢が求められる。患者の苦しみに「声」を与える言語は、こうしたやりとりの中から生まれてくるのである。

ODは診断や治療を直接の目標としない。家族療法の発想に基づいてはいるものの、家族の病理構造に注目したり、その構造を変えようと介入したりするわけでない。ODの空間では、ただ「複数の主体」の「複数の声」がポリフォニー(バフチン)を形成しており、それ自体が治療の資源となる。

対話における質問や応答は、こうしたポリフォニックな対話システムがうまく作動し続けていくことを目指してなされるが、専門家が作動全体をコントロールするわけではない。そこでは専門家も対話システムの一要素としてふるまうことになる。それゆえ対話の目的は、単純な合意や結論に至ることではない。安全な雰囲気の中で、メンバー相互の異なった視点が接続されることが重要となる。合意や結論は、いわばその過程の“副産物”であり、症状の改善もまた、同様の位置づけとなる。

わからないの後に
わたが待っている
わからないの後に
わたが待っている

終