

オープンダイアログにおける対話実践の基本要素 ーよき実践のための基準ー

Mary Olson 博士 (マサチューセッツ・メディカルスクール大学、アメリカ)

Jaako Seikkula 博士 (ユヴァスキュラ大学、フィンランド)

Douglas Ziedonis 医学士 公衆衛生学修士 (マサチューセッツ・メディカルスクール大学、アメリカ)

翻訳：山森裕毅・篠塚友香子

この研究は、メンタルヘルスケアにおける卓越した研究のための財団(Foundation for Excellence in Mental Health Care)からマサチューセッツ・メディカルスクール大学の Ziedonis 医師に与えられた奨学金によって支援されたものです。

この論文の趣旨は、オープンダイアログのミーティングに参加しているすべてのチームに対して、オープンダイアログの実践が向上するようにサポートすることです。それだけでなく、スーパーヴィジョンや研修のためにも利用できますし、体系的な調査研究の手助けになればとも考えています。実践家個人が〈セルフ・リフレクション〉のためにこうしたチームを使うこともできるでしょう。

著者らはこの研究の著作権を共有しています。私たち全員の同意により、この資料はすべて配布可能です。もし本論文を別の言語に翻訳したい場合は、Ziedonis 医師に連絡をお願いします(Douglas.Ziedonis@umassmemorial.org)。

この論文を引用する場合は以下のように記載してください。

Olson, M, Seikkula, J. & Ziedonis, D. (2014). The key elements of dialogic practice in Open Dialogue. The University of Massachusetts Medical School. Worcester, MA.

2014年9月2日

Version 1.1

イントロダクション

〈対話実践〉は、当人やその家族が話を聴いてもらい、尊重され、認められたと感じるよう援助するためのアプローチとして〈オープンダイアログ〉から生じてきました。一九八四年、フィンランドのトルニオにあるケロプダス病院で、家族療法のトレーニングをすでに受けていたスタッフが、患者の入院手続きの処理方法を変えようと決めたことがそのはじまりです。Yrjö Alanen(1997)の研究にならいながら、彼らはネットワークミーティングをすることによって急性の危機的状況への応答の仕方を改めました。つまり入院に関して何らかの決定がなされるよりも前に、苦しんでいる当人とその家族、同僚や友人などの身近な人たち、そして関わりのある専門職を召集することにしたのです。これは新たな開かれた実践の誕生でした。そしてこれが、継続的な臨床上の革新、組織の改編、調査研究と合わさったことで、〈オープンダイアログ〉として知られるようになった実践へと発展したのです。オープンダイアログは一九九五年に、はじめてそれとして紹介されました (Aaltonen Seikkula, & Lehtinen, 2011; Seikkula et al., 1995)。オープンダイアログの〈開放性〉は、関係者全員がそこにいるときに行われるセラピーの計画と意思決定のプロセスの透明性に関連します (これは、家族がオープンであるべきだとセラピストが考えるような問題について、家族が話すよう強いられるということを意味してはいません)。当初からこうしたネットワークによるアプローチは、治療を行う状況を選びませんでした。そして十年のあいだに、トルニオに昔からあったこの伝統的な入院施設 [ケロプダス病院] は、地域コミュニティから外来、入院環境にまたがるケアの連続性ととともに、包括的精神医療システムへと変貌しました。

オープンダイアログの実践はこのように二つの基本的な特徴を持っています。①援助が求められたとき、まさにその当初から家族と社会ネットワークを呼び集めるコミュニティを基盤とした統合的治療システムと、② 〈対話実践〉、あるいは〈治療ミーティング〉内で行われる治療的な会話の明確な形式です。この論文では対話実践を十二の要素へ分けます。この十二の要素によって、治療ミーティングに参加しているセラピスト (たち) による、当人や彼らのネットワーク、そしてすべての援助者へのアプローチが説明されます。

治療ミーティングは、専門職やネットワークを共に働く集団へと統合することで、オープンダイアログの重要な治療環境を構成します。このように、対話実践はその前提を共有するより大きな精神医療のサービスに組み込まれています。というのも、その両方の側面 [対話実践/精神医療サービス] を持つことが不可欠だからです。オープンダイアログのアプローチとは、そのなかで別の方式を取るセラピー (Ziedonis, Fulwiler, Tonelli, 2014; Ziedonis et al, 2005; Ziedonis 2004) が、展開する柔軟な〈治療の網〉 (Hald,2013; Seikkula & Arnkil 2014)の一部として、当人や家族のニーズに対して加えられ、適合されうるよう

な、統合的なアプローチなのです。

オープンダイアログには七つの基本原則があります。これらはもともとフィンランドのチームが提示した非常に重要なガイドラインのことです(Seikkula et al., 1995)。その原則とは、以下の表に示す通りです。

表1: オープンダイアログの七原則

即時援助
社会ネットワークを通じた事態の捉え方
柔軟性と機動性
責任
心理的継続性
不確かさに耐えること
対話(&ポリフォニー)

セラピーの形式およびケアのシステムとしてのオープンダイアログと関連して、これら七原則は多様な価値観を表しています。そして対話実践についてより細かく焦点化された実践度に関する十二の要素がこれらに基づいています。対話実践に関する議論のために、本論文では治療ミーティング内で行われる治療的な会話の基盤として〈対話(ポリフォニー)〉と〈不確かさに耐えること〉の二つの原則にとりわけ注目します。七原則のうちの残りの五つは、システムの組織としての特徴を強調するものですが、それらに関しては組織の改編やシステムの実践度の特徴について論じた別の論文で説明します(Ziedonis, Seikkula, & Olson, 準備中)。本論文の姉妹編として組織の改編を扱うその論文では、オープンダイアログの原則と治療ミーティングが、臨床実践や治療プログラム、さまざまな活動機関、そしてケアのシステムのなかへと組み込まれていった種々の方法について述べるつもりです。

対話実践を取り上げる本論文では、オープンダイアログの七つの基本原則は必ずしも詳細には扱われません。とはいえ、それらは簡単に入手できる書籍にて詳しく論じられています(Seikkula & Arnkil, 2006; Seikkula & Arnkil, 2014)。これから行う議論は、対話実践の実践度に関する十二の基本要素に焦点を当てます。それらの要素は、治療ミーティング内の対面的な出会いにおける、オープンダイアログの治療的で双方向的なスタイルを特徴づけるものなのです。

対話実践：概要

人々とともにあれこれと揺れ動く対話のなかにいることは、そこにいること、すなわち生きている瞬間に対してあらかじめ想定した仮説や特定の指針を持つことなく注意を向けることを要求します。対話実践のスキルは、セラピストのコミュニケーションがある公式に従うようなものではないことを意味します。オープンダイアログは、すべてのやり取りの特定の文脈と言葉を聴き取り、そこに適応できなければなりません。こうした理由から、前もってセッションに対する具体的な助言を行うことはできませんし、治療プロセスのなかでいくつかの決められた段階について助言することもできません。精密な構造のこうした形式を前もって定めることは、実際にオープンダイアログのプロセスを妨げる作用となるでしょう。その度ごとに違ったものになる治療的な会話に携わっている参加者たちの、一期一会のような集まりのあいだで行われる、ここでしかできない相互作用こそが、ポジティブな変化を起こすための可能性をもたらすのです。

同時に、対話実践のシステムティックな要素が存在します。この意味で、パラドックスがあることとなります。すべての対話がただ一度きりのものである一方で、明確な要素が存在し、あるいはセラピストの側から会話に携わる活動が存在するのです。その活動は、対話の流れを生み出して促進し、続いて関心事の中心にいる当人とネットワークが持っているリソースを動員するよう援助します。これが、私たちが基本要素によって意味することです。以下でそれらの要素を定義し、説明していきましょう。

対話実践は特殊な相互作用に基礎づけられています。その基本的な特徴とは、参加者それぞれが話を聴いてもらい、応答してもらっていると感じることです。傾聴と応答を強調することで、オープンダイアログは、治療ミーティングのなかにある多様で、それぞれが区別されていて、そして等しく価値のある〈声〉や観点が共存する状態を育みます。ネットワーク内のこの声の多様性は、バフチンが〈ポリフォニー〉と呼ぶものです。張りつめた耐え難い危機的状況という環境では、この[対話実践の]プロセスは複雑になる可能性があります。というのも、沈黙していて、声にならず、口ごもっては途方に暮れている人の声を、はたまた何が言いたいかわからない声を引き出すうえでの感受性を必要とするからです。〈ポリフォニー的な会話〉のなかには、各々の声のための場所があり、こうしていわゆる「病気」と「健康」のあいだの隔たりが縮められるのです。すべての異なる声のあいだでの共同的なやり取りは、参加者全員が提供する重要な糸によって、新しく、さらに共有された理解を織り上げます。このことはバフチンが〈階級なし〉と言い表した共通の経験に結実します。

以上で述べたように、あるシーケンスを〈対話的〉と呼ぶことによって、私たちは何より、そのシーケンスは当人が話を聴いてもらえると感じるための潜在的な力を持ってい

て、そうした力があらゆる変化のはじまりにある、と言いたいのです。会話の対話的な質を評価することは、何よりもまず、セラピストの応答性を評価することを意味します。[ミーティングの] はじめの段階で、しばしばセラピストのひとは、慎重で綿密な、行ったり来たりする情報交換のなかで、危機的状況の中心にいる当人に関わります。そこでの目的は話を聴くことであり、そして必要に応じて、放っておけば症状として身体化してしまう当人の苦悩に対して、言葉を見つけるのを手伝うことです。さらに、そうして見つけた言葉を共通言語に向けて発展させることなのです。以下で説明するように、ネットワークからの情報提供があることは、危機的状況の性質をなおいっそう明確にする助けとなります。対話を行うセラピストは、ミーティングに人々を招き入れますが、それは彼らの事態の捉え方と、会話のなかで生じてくるさまざまな関連のある問題を共有するためです。面接の構造化された方法論の扱い方という観点でセラピストのスキルを考察する代わりに、[ここで] 原則となる基準は、セラピストが苦悩している当人の発言や、ミーティングの他の参加者の発言に応答する個人的なやり方であることが多いです。

応答することとリフレクティングすること

対話実践を行うにあたって臨床家に要求される二つの基礎的なスキルがあります。応答のスキルとリフレクティングのスキルです(Rober, 2005)。応答のスキルは、三つのパートからなるプロセスで、そのプロセスは、対話実践の実践度に関するすべての要素が用いられる方法に適用されます。このプロセスは、やり取りが対話的であるために存在しなければなりません。セラピストの活動の性質が定められるのと同時に、①クライアントの最初の発言、②その発言に対するセラピストの応答、③与えられた応答に対する[参加者らの] 応答が考察される必要があります。セラピストの応答は、参加者が傾聴され、理解され、そして承認されているときに、彼ら各人の経験をどのように促進するのでしょうか？それらの三つのステップは対話的に応答する相互作用をどのように生み出すのでしょうか？

対話実践のもう一方の基本的なスキル、つまりリフレクティングのスキルは、ミーティングに参加しているネットワークやその他の専門職と一緒に、全員が参加するオープンで透明な、専門用語を使わない会話に携わる技能です。リフレクティングのスキルは応答のスキルに基づきます。

ちなみに〈リフレクティング〉は、同じ用語がその他のセラピーの形式で使われる用法とは異なります。例えば動機づけ面接では、〈リフレクティング〉はクライアントが述べていることに対するセラピストの能動的な聴き方のことです。代わって、対話実践においてこの用語は、専門職が家族の前で自分自身の考えについて話すという方法を表します。私たちは

他の人たちが次のように言っているのを聞いたことがあります。対話実践に関心のある多くのセラピストは動機づけ面接の教育も受けているので、このように同じ用語が使用されることは混乱を引き起こす可能性がある、と。

モノローグとダイアローグ

オープンダイアローグの治療ミーティングには、モノローグ的／ダイアローグ的なコミュニケーションの両方があります。対話において〈モノローグ的〉と呼ばれるシークエンスは、実践的な取り決めを行うか、あるいは状況のより完全な理解を促進しうる新しい情報を得るために必要とされます。私たちがモノローグ的なコミュニケーションという言葉で意味しているのは、セラピスト自身がそこで会話のトピックを導入するようなシークエンスが存在しているということです。そのようなシークエンスには、情報収集や助言すること、治療計画を立てること、あるいはクライアントやその他の参加者が述べた内容に立脚しない新しい話し合いの主題を導入することなどが含まれるでしょう(Seikkula, 2002)。オープンダイアローグの治療ミーティングでは、[ダイアローグ的な]アプローチとの調和を崩さないまま効果的なミーティングを行うために、会話の三分の一までモノローグ的になることがあります。モノローグは社会ネットワークの内部か、あるいは専門家とネットワークのあいだで交わされるコミュニケーションの特性に関連しているのです。

しかしながら、上で記述されたモノローグ的コミュニケーションと、〈モノローグ的な言説〉という用語によって意味されるものとのあいだには違いがあります。後者は、制度的な話し方を表しており、そこには特権を持ったトップダウン型の専門家はいますが、会話に寄与する聞き手はいません。さまざまな参加者—その全員が正当かつ対等と見なされる—とのあいだの対話を維持する代わりに、完全にモノローグ的なアプローチは、新しい考えと創造性へとつながりうる共同的なプロセスを妨げてしまいます。この対比をさらに説明する際に次の用語に言及すると理解の役に立つでしょう。すなわち、John Shotter(2004)による〈ダイアローグ的〉言説 vs 〈モノローグ的〉言説の言い換えである、〈ウィズネス思考〉[〜と一緒に考えること] vs 〈アバウトネス思考〉[〜について考えること] というより親しみやすい用語です(Hoffman, 2007)。私たちの臨床経験のなかで、この前者の思考法と実践は、精神医学の見地から見た危機的状況のなかでより多くの可能性を開き、また慢性状態を脱して状況を緩和するのを手助けする傾向を示してきました。

これから私たちは、オープンダイアローグにおける対話実践の実践度に関わる要素をひとつずつ説明し、それらを例証する臨床例を挙げていきます。その例はMary OlsonとJaako Seikkulaが一緒に、あるいは個別に関わったセラピーのセッションから取ったものです。

すべてのセッションがこれら実践度の要素を組み込んでいるのですが、私たちは異なる家族からの実例を取り入れることにしました。私たちが扱ったさまざまな種類の問題と状況についての理解を提供するためです。そこには、[オープンダイアログの]用語群のなかの重要概念に関する追加の、補足的な定義と例もあります。実際の実践では、これら十二の実践度の要素は分離されず、むしろしばしば重なり合い、同時に生じます。

表 2: オープンダイアログの対話実践の実践度に関わる十二の基本要素

1. 二人(あるいはそれ以上)のセラピストがチームミーティングにいること
2. 家族と社会ネットワークが参加すること
3. 開かれた質問を使うこと
4. クライアントの発言に応答すること
5. 今この瞬間を重視すること
6. 多様な観点を明るみに出すこと
7. 対話のなかで関係が強調される点を使うこと
8. 問題発言や問題行動に淡々と応答し、その意味に注意深くあること
9. 症状ではなく、クライアント自身の言葉と物語を重視すること
10. 治療ミーティング内で専門職同士の会話(リフレクション)を行うこと
11. 透明であること
12. 不確かさに耐えること

対話実践の実践度に関わる十二の基本要素

1. 二人（あるいはそれ以上）のセラピストがいること

オープンダイアログのアプローチは、社会ネットワークとともに複数のセラピストがミーティングに参加することの重要性を強調しています。ミーティングには少なくとも二人のセラピストが参加するべきです。チームワークは、重篤な急性の危機的状況や慢性の病的状態に対して、効果的に応答するために欠かすことができません。ひとりのセラピストが話を聴いたり、リフレクティングしたりする立場を取り、そのあいだに別のセラピストはクライアント（たち）に質問することができます。また、セラピストの両方が質問し、リフレクションに参加しているといったケースもあるかもしれません。Tom Andersen(1991)の〈リフレクティング・プロセス〉と、Seikkula&Arnkil(2006)の〈リフレクティブ・トーク〉は両方とも〔対話実践に〕取り入れ可能な形式であり、それについては項目 10 のところでより詳しく説明しましょう。さらに、オープンダイアログの実践を、選択的で急を要しない外来患者を対象としたセラピーと区別することが重要です。過去十年のあいだで対話実践は、広く普及しているカップル・セラピーやファミリー・セラピーに応用されました(Olson, 2012; Seikkula, 2014)。そこでは、セラピストがひとりで対話実践を行うことが可能です。なお、私たちは現在、セラピストがひとりで対話実践を行う仕方について私たちの経験をまとめているところです。完成した暁には参照先をここに記そうと思います。

2. 家族そして／あるいは社会ネットワークのメンバーが参加すること

ネットワークとの関わりは、臨床家が電話の相手に尋ねる次のような質問ではじまります。「誰がその状況を気にかけていますか、あるいは誰が関係しているのでしょうか?」「誰が協力してくれそうですか、そして誰が初回のミーティングに参加できますか?」「彼らを招待するのに最も適した人はどなたでしょうか、あなたですか、それとも治療チームでしょうか?」こうした質問は、ネットワークの参加を促すとともに、クライアント（たち）からの情報によって上下関係のないやり方でミーティングを組織する手助けとなります。

〔ミーティングの〕まさにそのはじめから家族や社会ネットワークのメンバーに参加してもらうことに価値を置くことで、往々にして彼らは治療プロセスの最初から最後まで重要なパートナーになります。同時に、事態の中心にいる当人の意思に基づき、身内に参加してもらうという柔軟性があります。チームは、暴力や暴言が見られる多くの場合におけるように、合同のミーティングが無理なときには、他の家族やネットワークのメンバーと個別に会うことができます。

私たちが以下（項目 6 のところ）で述べるように、家族や関わりのあるネットワークのメンバーが出席しないミーティングを行うこともあります。そのようなミーティングでは、セラピストは、ここにいないメンバーがもし出席していたとしたら何を言うと思うかについて、当人にコメントするよう求めるでしょう。

3. 開かれた質問を使うこと

実際の治療ミーティングそれ自体は臨床家による開かれた質問ではじまります。それぞれの自己紹介の後、次のように尋ねることによってミーティングが開始されるでしょう。

「誰からはじめたいですか？」あるいは「開始するのに一番よいやり方は何でしょうか？」といった具合です。この種の共同プロセスがいったん打ち立てられ、期待されれば、それは当たり前前の要素としてその後のミーティングへと引き継がれます。初回のミーティングを予約するときに、次の二つの質問を強調しておくことが重要です。これらはオープンダイアログを開始する決まり文句で、Tom Andersen(1991)によって提案されました。すなわち、①今日ここに来るという考えに至った経緯は何ですか？、②このミーティングをどのように使いたいですか？の二つです。

このように、私たちがここで取り上げたい開かれた質問には三つのサブカテゴリーがあります。まず、初回のミーティングでの上述した〈二つの質問〉の使用があります。次に、毎回のミーティングにおける二番目の質問 [このミーティングをどのように使いたいですか？] の使用があります。そして最後に、治療プロセス全体を通して、開かれた質問にまつわる進行中の実践があります。

A. ミーティングをするという考えに至った経緯は？

「ミーティングをするという考えに至った経緯は何ですか？」この質問は、たいてい初回のミーティングでのみ、かつその開始時になされます。しかし、はじまり次第では、その質問が初回のミーティングの後のほうに来ることもありえます。また、その質問は、表現をいろいろ変えることもできますし、当人ひとりだけでなく、はじめに参加者全員に対して尋ねられます。例えば「どうしてこのミーティングをやろうと考えたのですか？」といったように。あるいはその代わりに、「最初にこのミーティングをやろうと思いついたのはどなたですか？」と尋ねて、話し合いをはじめすることもできます。出席しているすべての人と関わるために、それに続いて次のように質問をすることも可能です。「他の方々はこの考えについてどう思いましたか？」「今日ここに来ることについて何を考えましたか？」「治療チームと

連絡を取るという考えに一番賛成したのは誰ですか？あるいは一番賛成しなかったのは？」
「あなた方は何を達成したいですか？」などがその例です。

重要なのは、ミーティングに対する自身の考えを話す機会をすべての人に与えることです。同時に、どんな時であれ、もし誰かが話したくないと思うのであれば、その人たちに無理に話をさせないということも同じくらい重要です。

この種の質問は人々にリフレクティブな声で話すよう導きます。私たちは、リフレクティブという言葉によって、援助を求めるといふ彼ら自身の決意、意図、そして目的を話し合うように参加者に求めることを意味しています。このようにはじめると、この第一の質問は目下の状況を扱うものとなり、問題や症状のいかなる規定に対しても中立的になります。それはミーティングに至る状況やそれに関係する重要な人物を描写するように参加者を促すのです。経緯の強調にも関わらず、その質問は今この瞬間に関わる直接的で多様なきっかけを与えます。Andersen(1991)は次のように書いています。「この質問の背後にある考えは、出席している人たちが、その場にいるという思いつきにどのくらい関わっているかについて知ることです」(p.159)。それについて尋ねられたときに、参加者それぞれが、そこに出席していることへの自分たちの関与について、異なった観点を述べるものがしばしばあります。こうしたことは、とりわけ治療に対する考えそれ自体が議論的となりうる時には、知っておくべき重要なことです。またある時には、この場に参加していないけれども助けとなりうる人物を特定することで、潜在的なリソースを見つけ出すことができます。この質問は、ひとつの意味や効果だけを持っているものではありません。だからこそ、まったく予期していなかったことが起こることがあるのです。

B. このミーティングをどのように使いたいですか？

第二の質問は「このミーティングをどのように使いたいですか？」というものです。この質問は言い換えることも可能です。最初の質問でもそうでしたが、第二の質問は当人ひとりではなく、参加者全員に向けられます。同時に、すべての人にこの質問に回答する機会を与えることが重要です。

第二の質問は初回のミーティングで尋ねられ、そして後続するあらゆるミーティングでさまざまに形を変えて尋ねられます。この質問はたいていミーティングの冒頭に出てきます。それがミーティングの後半に出てくる場合もあるので、そのタイミングは、個別のミーティングが展開していく仕方に関わる特有のニュアンスに敏感なセラピスト次第ということになります。

この質問の背後にある理論的根拠は、対話実践においてミーティングの内容を主として決定するのは、専門職ではなくてむしろクライアントである、というものです。すなわち、私たちはクライアントが話したいことについて話すのです。このため、すべてのミーティングで、セラピストがクライアントにそのミーティングをどのように使いたいかを尋ねるのです。時間をかけてこうしたことを繰り返すことで、やがて第二の質問は直接口にされるといふより、むしろより暗に意味されるものとなるでしょう。

二つの質問に関する事例：家族L

家族Lは、弁護士補助員をしているデヴィッド（五九歳）、彼の妻で作業療法士のトレイシー（五六歳）、そして彼らの息子で、ほとんど話をせず、両親と暮らしているジャック（三〇歳）の三名で構成されていました。ジャックは、十六歳のときにうつ病ではじめて入院し、長いあいだに多数の診断を受けてきました（特定不能の精神病、統合失調感情障害、そして統合失調症）。そして彼は、数年前までメンタルヘルスのサービスを受けていました。家族が参加した初回のオープンダイアログのミーティングは、二人のセラピストと両親と一緒に輪になって座った状態ではじまりました。それに対してジャックは、その配置からわずかに外れたところに椅子を置いて座ることを選びました。彼はそこで話を聞きつつ、ときどき目に見えない存在とコミュニケーションを取っているようでした。開始時に冗談が交わされ、それからセラピストのひとりが、治療的な会話の開始を合図しつつ、ミーティングをはじめました。

セラピスト1：さて、集まりましたね。はじめませんか？

セラピスト2：そうですね、はじめましょう。

セラピストたちはジャックに自分たちを紹介し、そして両親にファーストネームで呼ばれることに抵抗があるかどうかを尋ねました。セラピスト1は次のように言いました。「ジャック、あなたは今いる場所にいたままがいいですか？聞いていますか？」母はジャックに自分たちの輪に入るよう、それとなく提案しましたが、セラピスト1は、もしそこがジャックにとって最も居心地がいいと感じる場所なのであれば、その場にいたままでも自分は構わないとはっきりと述べました。それからセラピスト1は最初の質問をしました。

セラピスト1：それで、このミーティングに至った経緯はどういったものですか？あなた方が私にメールで書いたような状況だったんでしょうか？このメールはどうでしょう？どなたかが書いた...

デヴィッド：それは私が書きました...

セラピスト1：そう、あなたが書いたのですね。わかりました。

デヴィッド：私はあなた方二人に書きました（セラピスト2を見ながら）。私はあなた方の大学からメールアドレスを受け取りました。実際にはトレイシーが最初のメールを口述しました。そのメールは二人で決めたものです。

トレイシー：メールを仕上げるよう彼に言いました。

デヴィッド：私はすぐに返答が来るとは期待していませんでした。

セラピスト1：はい、あなたはすぐに返答が来るとは期待していなかった。

それから父親は、彼がどのようにインターネットで、息子が数年前にドロップアウトしてしまった精神医学的ケアの代替となるものを探していたかを説明しました。そこには彼らの専門職とのネガティブな経験に関する長い描写がありました。ジャックは落ち着かなくなり、部屋を出ていこうとしはじめました。

セラピスト1（ドアのところに立っているジャックに話しかけながら）：ここに来ることについてあなたがはじめて聞いたのはいつでしたか？

セラピストはいくつかのやり方でこの質問を尋ねました。そして両親は、ジャックが「三日前です」と答えるまでその質問を繰り返しました。

数分後、セラピストは第二の質問をしました。

セラピスト1（トレイシーを見ながら）：どうして今ここでこの時間を使うのがベストだと考えたのですか？

トレイシー：ほとんどわからないんです、ジャックのために何をするのがベストなのか？私たちは今、主にそのことについて考えているのです。この種の精神治療が[前の治療よりは]いいだろうと思ったのです。それは彼をもっと開いていくかもしれない...（言葉を探している）

セラピスト1：コミュニティのほうへ？（トレイシーが以前に使った言葉）

トレイシー：そうです、ありがとう、コミュニティです。

これら二つの質問によって、その両親の二人ともがオープンダイアログを行うという考えに深く関与しており、そのことで対立してはいなかったこと、そして息子を助けたいという動機を共有していたことを、セラピストは知ることができました。ジャックがこの考えに反対していなかった証拠もありました。なぜなら、彼は進んで家族と一緒にやって来たからです。両親の説明では、ジャックはメンタルヘルスのシステムによって慢性的で回復の見込みのない状態と見定められたということでしたが、これらの質問は、「ジャックには、そんな規定以上のものがあるのだ」という両親の共通認識について知る機会をもたらしたのです。また、上記のようなやり取りの抜粋は、ミーティングの早い段階でそれぞれの人と接触を持ち、話し合われているテーマに関して各人が発言できるということの実例、すなわちミーティングの特性を示しています。

上で述べたような質問で開始した後は、ミーティング全体を通して開かれた仕方質問を組み立てるよう心がけることが重要です。そうすることでクライアントは、自分たちが重要だと見なしていることについて話すことと、そのことを議論したいやり方で話すことの両方で主導権を持つことができます。セラピストにとってこのことは、彼らがトピックを決めるのでも選ぶのでもなく、クライアントの発言に回答するというやり方で、対話のプロセスを導いていくことを意味します。次の節で、そしてこの論文全体を通して、この種の開かれた質問の例を示していきます。

4. クライアントの発言に回答すること

セラピストは、クライアントの発言に回答することによって対話を促進します。それは通常、さらなる回答を求める三つの方法でなされます。この三つの方法とは、(A)クライアント自身の言葉を使うこと、(B)敏感な回答を欠かさずに傾聴に専念すること (C)沈黙を含む非言語的な発言に調律を合わせ続けることです。

A. クライアントの言葉を使うこと

セラピストは積極的にクライアントの話の後をついていきます。そしてクライアントが使ったまったく同じ言葉やフレーズを、自分たちの回答に組み込んでいきます。上で挙げた例は、セラピストがこれをどう行ったかを示しています。それは、クライアントの話の話し

く聴き、そして質問を尋ねるときやその他のコメントをするときに、クライアント自身の言葉を繰り返すということです。つまり、クライアントが以前に言ったことが、セラピストの応答のなかに—彼らが使ったまさに同じ言葉で—組み込まれるのです。次に示すのは、デヴィッド、トレイシー、そしてジャックからなる家族 L の短い一場面です。これは先ほど記述した初回のミーティングで起こったことです。

クライアントの言葉を使用した事例：家族 L

デヴィッド：私はすぐに返答が来るとは期待していませんでした。

セラピスト 1：はい、あなたはすぐに返答が来るとは期待していなかった。

デヴィッド：私は返答を期待していませんでした。私はオープンダイアログにトレーニングプログラムがあるのを知っていました。私はそれがすぐに可能になるだろうとは思いませんでした。もしかしたらあなた方がそのうち連絡をくれるだろうくらいに考えていたのです。私は驚きました。すぐに返答があったことで、自分は正しい方向に向かっているのだと思いました。

B. まだ話されていない物語のための場所を作るよう応答を欠かさない傾聴を行うこと

言葉を繰り返す実践は、自然に〈応答を欠かさない傾聴〉あるいは明確な指針のない傾聴へと至ります。応答を欠かさない傾聴は、クライアントが、他の人々やとりわけ専門職とはまだ共有していなかった、あるいは簡単には共有しないような、重要で個人的な物語を話し始める雰囲気をしぼしぼ作ります。セラピストの応答は効果的であるというエビデンスがあります。それは例えば、ミーティング中により穏やかな雰囲気に向かうような変化が経験される時です。対話の満ち引きのなかで、会話は途切れることもあれば、沈黙することもあり、さらには問題や関心事を一緒に探究し、それについて反省することもあります。

家族 L とのミーティングで、セラピストは応答を欠かさない傾聴を行いました。彼らは言葉を繰り返し、あるいは些細な質問を用いて、代わりとなるより希望のある事態の捉え方をもちました（「うんうん」という相槌を多用しながら）。応答のなかで、両親は自分たちに希望を与えてくれる息子の特徴を詳しく話しました。彼らは、セラピストが予想もしなかったような、重要で意外な物語をいくつか話しました。例えば両親は、ジャックがどのようにある女性の命を守ったかを描写しました。その女性はジャックが暮らしている居住区の住人で、ジャックはその女性が自殺しようとしていると区の職員に知らせたのでした。セッション中に語られたこの話や別の肯定的な物語は、ジャックを、援助や保護を必要とする

人物としてではなく、むしろ他の人を助けたり守ったりすることのできる人物として特徴づけました。こうした物語が話され、そしてオープンダイアログの臨床家によって聴かれたとき、ジャックのよりポジティブなアイデンティティが構築されて、[これまでなされた複数の] 診断が捉え損なっていた彼の回復に向けて、新しい可能性が検討されたのです。

C. 沈黙を含む非言語的な調律

セラピストはクライアントへのアナログ（非言語的）なコミュニケーションへの調律を示します。重要なことに、これは会話中の沈黙を許容することやそれに耐えることも含みます。

言葉だけでなく、身体に基づくチャンネルを通してコミュニケーションされているものにもしっかりと注意を払うことは極めて重要です。ここにある例は上で挙げたミーティングから持ってきたもので、セラピストがミーティングの終盤でジャックとの最初の出会いを振り返ったときの発言です。

身体に基づくコミュニケーションに対して応答する事例：家族 L

セラピスト1（ジャックに向かって）：私が受付ではじめてあなたに会ったとき、そして私が握手をしましょうと申し出たとき、あなたは「いえ、私は握手はしません...」と言いましたね。ちょっと教えてほしいんですけど、どうしてあなたは握手しなかったんですか？

ジャック：私はあなたに触れなくなかったんです。

セラピスト1：そう、あなたは触れなくなかったんですね。

ジャック：そうです。

上記の例におけるやり取りは、ジャックからはっきりと言語化された好みを引き出しました。これは、輪の外側に座り、気に障る問題が生じれば部屋を出ていくといったように、彼がミーティングにおいて自分の声を主に身体的な身振りによって表現することとは対照的です。同時に、そのようなアナログ（非言語的）な振る舞いが症状として見られるかもしれないとしても、セラピストはそれをミーティング内での重要なコミュニケーションとして重視しているのです。

このように、セラピストはクライアントの身振りと動き、呼吸、声のトーンや高さや表情

の変化、そして発言のリズムやそのリズムの変化に気づきます。もしセラピストの質問が彼の呼吸を詰まらせるなら、これは意味のあることです。それは、質問があまりに難しいか負荷があり、そのため新たな意味が生じてくる可能性をブロックしているというサインかもしれません。

治療的な会話において沈黙を考慮に入れることは、治療的な調律のもうひとつの重要な形式になり得ます。沈黙は、語られていない物語の創造的な導入部や新たな声の出現をしばしばもたらすからです。沈黙が許容される期間は数量化できませんが、共有されている環境の内側から感じ取られるべきです。そのような指標は、クライアントの発言の意味を可能な限り理解するという望みを持って、セラピストが注意を払い、応答する仕方を身につけるために必要不可欠なものです。

5. 今この瞬間を重視すること

臨床家はミーティングの今この瞬間を重視します。ここには相互に関連する二つの要素があります。(A)会話中に生じる即時的な反応に対して応答すること、(B)会話中に湧き上がる感情を考慮に入れること、の二つです。

A. 即時的な反応に応答すること

これは、セラピールームの外で起こったことに関するクライアントの報告よりもむしろ、今この治療的な相互作用において生じている彼らの即時的な反応に応答することを優先する、ということの意味します。ジャックとその家族について上で記したミーティングで言えば、握手に関わるやり取りがこのシンプルな例となります。

B. 湧き上がってくる感情を考慮に入れること

今この瞬間を重視することのさらに複雑な次元は、クライアントがデリケートな問題について話している最中に感情的に揺り動かされた場合に開かれます。悲しみ、怒り、あるいは喜びといった感情が生じるとき、セラピストの仕事はそれらの感情のための場所を安全な方法で作ることであって、感情的で身体化された反応に対して即時的な解釈を与えることではありません。この点に関して、下のような例があります。

カップルV：感情が現れている今この瞬間を重視すること

マーガレットはうつ病のために何もできない状態にあった二五歳の女性でした。彼女とその夫ヘンリーはカップル・セラピーの二回目のセッションに来ていました。初回のセッションは、マーガレットのひどいうつ症状に焦点を当てました。二回目のセッションのはじまりは、やや混沌としていて緊迫しているように思われました。セラピスト1は、マーガレットとヘンリーが五分ほど遅れて建物に入ってきたときの様子を思い出しました。何やら騒動があったようで、ヘンリーは、すっかり狼狽し動揺したように見えるマーガレットをオフィスに入るよう説得しなければなりません。セラピストはヘンリーに調子を尋ねました。彼は「万事快調ですよ」と答えました。セラピストは彼の妻のほうを向きました。

セラピスト1：マーガレット、あなたはどうですか？

マーガレット：ええ、私はそんなふうには感じません。私は今日、ここへは来たくなかったんです。いつもはこんなふうじゃないんですけど...

セラピスト1：あなたは今日、ここへは来たくなかった。何か特別な理由でもあるんですか？

マーガレット：私は本当に働きすぎていると思います。それで疲れているんです。

セラピスト1：んー。

マーガレットの答えは、つながりのない三つの言述を含んでいるように思われました。セラピストによる「あなたは今日、ここへは来たくなかった」という返答は、マーガレットの発言のひとつへの応答であって、他の二つへの応答ではありませんでした。それは彼女が表出した感情へのコメントではありませんでしたが、それでも今この瞬間に関して最も強い固有の関心事、つまり「来たくなかったということ」を扱っていました。そしてこのことが対話のなかに入るための誘因になったのです。

6. 多様な観点を明るみに出すこと：ポリフォニー

オープンダイアログは、意見の一致を目指すのではなく、多様な観点や声の創造的な交換を目指します。例えばそれらの観点や声に参加者のあいだや個人の内部に緊張を走らせるとしてもです。観点や声の多様性、つまりポリフォニーには二つの次元があります。(A)外的なもの、(B)内的なものです。外的ポリフォニーでは、セラピストは、すべての声が聴

かれ、尊重されるよう助成しながら、参加者全員を会話へと引き入れます。そして同時に、不揃いな言語を統一し、そしてモノログの代わりにダイアログを切り盛りします。内的ポリフォニーでは、セラピストは、それぞれの人が自身の観点や経験について複雑なやり方で話すのに耳を澄ませ、それを促します。

A. 外的ポリフォニー

問題や症状を持つとされている本人だけでなく、参加者全員が、話を聴いてもらうべきであり、話をする可能性を与えられるべきです。ミーティング内で声のポリフォニー、つまり声の多様性を経験しながら、言い換えればポリフォニーに〈住み込みながら〉、臨床家は、すべての参加者がそこにいるということに対して敏感であるべきであり、そして話し合っている重要なテーマについて全員から話を聴くべきです。最初の家族 L の例と二番目のカップル V の例の両方で、セラピストの計らいによって各人が話す機会を与えられていました。ジャックの家族では、ジャックの苦しい状況に焦点が当てられるだけでなく、彼らが集団として孤立してしまっている状況についての共通理解へ向けてさまざまな声が織り交ぜられました。ここでマーガレットとヘンリーのセラピーから、もうひとつ例を挙げておきます。

外的ポリフォニーの事例：カップル V

二回目のセッションで、マーガレットとヘンリーは混乱した、どんだんエスカレートしていく口論から抜け出し、二人のあいだにより建設的な相互作用が見られるようになりました。その相互作用は、彼らの認識の相違に関するオープンな議論において達成されたものです。すでに記したように、マーガレットは取り乱し、動揺した状態でセッションをはじめました。彼女はセッションの最初の方で、彼女の夫が全然家に帰ってこないと述べました。セラピストは、彼女の感情の強度に釣り合うような強さの声のトーンと率直さで、彼女の言葉を繰り返すことで応答しました。「〈全然〉とはどういうことですか？」このコメントの後、明らかな転換がありました。マーガレットは、増大する惨めな感情を表に出し続ける代わりに、セラピストに対してより丁寧に話しはじめました。それはまるで彼女が、自分の話が聴いてもらえる可能性がこのセッションにはあるかもしれない、と突然感じ取ったかのようなようでした。ヘンリーもまたセラピストのコメントの後に変化を見せ、妻の話に異を唱える独断的な声で、自身のことをよりはっきりと表現しはじめました。このやり取りの以前は、ヘンリーのコメントはほとんど一貫していませんでした。セラピストが応答しながら一人ひとりと関わり続けているとき、セラピストと各人とのあいだだけでなく、カップル二人のあいだでも対話が生まれていました。彼らははじめて、パートナーを「あなた」と呼

びながら、はっきりと区別された「私」という立場から話し出しました。彼らはお互いに、自分たちの異なる事態の捉え方を明白に主張することができ、かつ相手の事態の捉え方を聴くことができたのです。最初のうちは意見が一致することはなかったのですが、彼らはそれでも、ついには自分たちの中心にある対立への新しい解決を作り出そうと話し合いをはじめました。このように会話の小さな部分が、ポリフォニーを維持している対話的な会話として、[ミーティングの] 環境全体を再構成したのでした。

ポリフォニーの原則に関するもうひとつの基本的な次元は、他の専門職や社会ネットワークのメンバーが使うような、対話的な関わり方とは一致しない耳障りな言語を統一するという臨床家の能力です。そのような不揃いのコメントの発生はすべてのセッションで見られるわけではありません。しかし、そのような発言をうまく扱うことが、ポリフォニー的な会話を続けていくためにとても重要であるため、私たちはそれについて論じておきたいのです。ここで三番目の家族、家族 P から例を挙げておきます。

事例：一致しない発言を統一すること：家族 P

家族 P は二五歳になる息子クリストファーのために援助を求めています。彼は数年前、大学の最後の年に急性の精神病的エピソードを経験しました。彼の両親であるジョン（六〇歳）とセイラ（五六歳）は、クリストファーがこの危機的状況にあったときに、ややこしい離婚を経験していました。[ミーティング当時も] 対立し、仲違いしたままでした。セイラは教師という安定した職に就いていましたが、それに対してジョンは失業中の大工でした。クリストファーが精神病で苦しんでいるあいだ、不本意にも彼は両親によって私立の大学病院に入院させられました。そこでの彼の治療は主として精神薬理学によるものでした。彼はそれから仕事に就くのが難しくなり、母親であるセイラと家で暮らしていました。そしてクリストファーは、病院への収容と、そこで彼が受けた治療に対していまだに怒りを覚えていました。

あるネットワークミーティングで、長く家族のプライマリーケアを担当していた内科医がはじめて参加しました。彼は今でもジョン（父親）の医師であり、彼の頼れる味方でした。それに対してセイラとクリストファーは、もはや彼を自分たちの医師としては見なしていませんでした。このミーティングには、セイラ、ジョン、そしてクリストファーの全員が出席していました。医師はミーティングがはじまるや否やぶっきらぼうに言いました。「このような状況に必要なのは次の三つです。薬物治療、認知行動療法、そして家族療法。」クリストファーは突然顔を赤らめ、背を丸くすばめ、苦しげな様子でした。オープンダイアログの臨床家は、この若い男性が病院に

いるあいだに薬物治療で極めてネガティブな経験をしたことを知っていましたし、また薬物治療を受けなくても彼はうまくやっていたと感じていました。同時に、彼の両親は薬物治療の問題で意見を激しく対立させていました。臨床家はその医師に対して次のように応答しました。「あなたがどのようにその結論に達したのかについて、少し教えてくれませんか？」医師はそのことについて考えを巡らせました。それから彼はジョンの息子の不快を感じ取ったのか、彼に話しかけました。「申し訳ありません。あのようにはじめたのは間違いだったと思います。」ミーティングの後の方で、セラピストは、認知行動療法や薬物療法という考えに立ち戻り、それらの療法を薦めるかどうか全員が参加しているなかで議論しました。

医師の推薦がダイアログ的なアプローチと両立しなかった理由は、彼がミーティングをトップダウン式の専門知識というモノローグ的な立場に立ってはじめたことにあります。その立場は不快を生み出すものであって、参加者全員が声を持つことができるような共同的な傾聴の立場ではありません。

B. クライアントの複数の内的ポリフォニーまたは声に参与する

セラピストは、クライアントの複数の考えや声を聴き、それらに参与します。ひとりの人から矛盾する観点や声が表現されることもあるでしょう。先に示したプライマリーケアを担当する医師の例は、〈内的ポリフォニー〉にアクセスしている例でもあります。はじめその医師は、知識ある専門家として職業的な役割において話しており、うかつにもクリストファーへの共感を損なってしまいました。その後、彼はクリストファーの不快感に対して敏感に反応することで、二人のあいだの亀裂を修復しました。こうして、医師自身が複数の声で話すようになったのです。ひとつ目は一般知識を用いた専門家としての声、そして二つ目は今この瞬間の相互作用に共感を持って応答する臨床医としての声です。このような態度の変化は対話実践にとって非常に重要なのです。

クライアントと面接をしているあいだに、対話を行うセラピストは、この場にはいないメンバーについて尋ねます。これもまた、内的ポリフォニーを表出させる方法のひとつです。通常は、「もしXがここにいたとすれば、現在話し合っている話題に対して何と言ったでしょうか？」などと質問すると良いでしょう。これは仮説に基づく質問の一例です。そのような質問は、クライアントにとって、ミーティングに参加することができなかったけれども自分の人生で大切な関わりを持つ人と、一緒に話すことを想像することを意味します。このようにして、クライアントにとって大切な他者の声が外的な会話の一部となり、クライアントの内的対話が新しい考察や反省のもとに置かれるようになります。質問それ自体が、クライアントがここにいない人物との関連で持ち出したジレンマに、自発的な転換を引き起こすこ

ともあります。次に示す家族 L の事例におけるパワフルな例は、初回ミーティングではなく治療プロセスを経た後に生じました。

不在のメンバーと関与した事例：家族 L—内的ポリフォニー、そして内的対話のなかの 声として不在のメンバーと関与すること

これは、すでに述べた家族 L、デヴィッド、トレイシー、彼らの息子である三二歳のジャックの事例です。一連の治療をしているあいだに、突然、トレイシーが亡くなりました。デヴィッドは深く悲しみ、落胆しました。そしてあるとき、デヴィッドは深い悲しみのなかで、次のように質問しました。もしも自分が、ジャックのためにこの新式のメンタルヘルス治療に力を入れるのではなく、トレイシーの医療ケアに専念していたならば、トレイシーはまだ生きていたのではないかと。

ミーティングのなかで、セラピスト 2 は次のように尋ねました。「もしトレイシーが今ここにいたとしたら、ジャックのために援助を得ようと献身するあなたの決断について、彼女は何と言うのでしょうか？」デヴィッドはそのことについて考え、次のように言いました。トレイシーは、私たちが家族としてこのミーティングに参加し、最後の日々を過ごして幸せだったのだ、と。トレイシーはジャックに、「私の担当医が言うには、私は、自分がこの世を去る前にジャックがよりよい状態であることを確かめておきたくて、実際のところ長生きしたみたい」と話していたのでした。ジャックはよくなっており、未来があり、そして彼女の死を早めたのではなくむしろ長生きさせる手助けとなったようだ、というトレイシーの見解についてデヴィッドが話したとき、ジャックはその場に居合わせていました。

7. 対話のなかで関係が強調される点を作り出すこと

クライアントの面接をしている最中、対話を行うセラピストは、テーマや論点を人間関係の枠組みのなかで扱うことに専念します。例えば、家族のメンバーが専門家に対して腹を立て、批判的であるような場合、それを「人格障害」の現れとして枠にはめ込むのではなく、実際の専門家との関係および特定の相互作用に対する彼らの反応と捉えます。そうすることで、彼らの怒りをポリフォニー的な会話のなかのひとつの声にするのです。

人間関係についての質問は、人との関わりのなかで考える方法のひとつであり、そのときの状況を明らかにするために尋ねられます。状況の明確化は、例えば複数の人に言及する質問、家族間の関係を規定する質問、そして問題や症状に関係する文脈への関心を表す質問を

尋ねることによって達成されます。先に論じたジャックの家族とのミーティングのなかで、セラピストのひとり、両親が自身らの関係や生活のために費やした時間に対し、ジャックを気にかけて時間がどのくらいなのかを定めるよう、両親に求めました。話し合いに複数の参加者を引き入れるという意味で、この質問は人間関係にまつわるものです。話し合いのなかで人間関係は混乱するのではなく、よりはっきりと規定され、区別されるのです。

オープンダイアログでは、人間関係を対象とした質問に多くのバリエーションがあります。それらは、システムティックな質問方式、問題解決に焦点を当てた質問方式、ナラティブにまつわる質問方式、精神力動的な質問方式に則っています。例えば私たちは、いわゆる〈円環的〉質問を尋ねることもあります。円環的質問は、ミラノ派のシステム論的家族療法チームによって最初に考案されました(Boscolo, Cheechin, Hoffman, & Penn, 1987)。このような質問は、家族間の差異を強調し、家族同士の関係を扱います(円環的質問についての詳細な議論は、*Open Dialogue and Family Therapy*の第十章を参照してください)。

私たちは、円環的質問であれその他の質問であれ、それらを介入の技法化につながるような構造化された面接技法として、あるいはあらかじめ計画された一連の質問として尋ねるわけではありません。そのような構造化された技法は、ダイアログ的に構成された相互作用ではなく、モノログ的なシーケンスを構成する傾向にあります。そうではなく、対話実践では、会話のなかのただ一度きりの機会によって望まれ、共鳴するような応答として、質問がなされるのです。その応答はしたがって、創造的かつ即興的、そして控えめな方法で使用され、声と表現にとって新しい経路を開きます。私たちは、この種のダイアログ的な質問を示すために、〈関係型質問法 relational questioning〉という用語を生み出しました。

円環的質問を使用した事例：家族 H

円環的質問を使用したこの事例は、企業の重役であるマイクとコンサルタントのアンナ、そして十八歳のカーラ、十六歳のジョーの二人の子供からなる家族の事例です。カーラは、コオロギが自分の寝室の外側にある三階のベランダから飛び降りるよう命じてくるという話を弟のジョーに打ち明けた後で、入院することになりました。病院の精神科医は、娘カーラの脳内化学物質のバランスが乱れていると家族に伝えました。そして、彼女は薬物治療中心の治療を受けました。薬物治療によってカーラの「精神病的」な声は消え去り、その後も彼女は精神科外来でケアを受け続けてきました。[そのような状況を受け]母方の祖父は、家族もまたオープンダイアログのセラピーを受けてみるべきだと考えたのです。

この事例は、セラピストが家族と二回目のミーティングをしているところです。父親は

はじめに「化学物質の乱れ」という考えを持ち出し、家族ミーティングに参加しなければならぬことにかなり苛立ちを覚えているようでした。とりわけ、「具体的なステップ」ではなく「プロセス」に関するものであるようなミーティングに対する苛立ちです。父親の観点に耳を傾け、それを認めた後で、セラピストは家族に対して、父親の意見に同意するかしないかについて相違点を見出す質問、すなわち円環的質問を投げかけました。「家族ミーティングに関して、お父様に同意している人は他に誰がいるのでしょうか？」と尋ねると、ジョーは「ええと、[カーラのために] 僕ができただろうと思うことは他にもあります」と言いました。カーラは、自分の脳の化学物質が乱れており、薬物治療が必要であったことに同意はしているものの、初回の家族ミーティングによって「孤独感が和らいだように感じた」と答えていました。そして、母親は以下のように返答しました。

「私はマイクに賛成してはいません。家族四人についていっぺんに考えるとき、私にはカーラに声が聞こえる理由がわかる気がします。彼女の声は、私たちが一緒にいることの産物だと思うのです。十分に説明できないのですが、私たちは家族として会い、どんな問題が出てきようとも話し合う必要があると思います。私たちには、カーラを助けるためだけでなく、私たち皆のために、話すべきなのに話していないことがたくさんあります。そう、これが私の本当の考えです。」

母親のとなりに座っていたカーラは、母親の手を取って指を絡め、彼女と笑顔を交わしました。このようにして母親の声は、ミーティングそのものについて尋ねることで、家族のなかで聴かれるようになったのです。それまでこの家族では、支配的な精神医学的言説と結びついた父親の事態の捉え方が、あまりに大きなものになっていました。両親のあいだの不一致が[家族全員の前で]オープンに述べられたとき、二人の関係がより明確に規定されました。この会話がいくらか功を奏して、治療チームが構成されました。そこには新しい精神科医が定期的に加わって、オープンダイアログのセラピストと一緒にミーティングをするようになりました。このミーティング構成に伴って、家族はよい経過をたどり、なかでもカーラが回復を見せはじめました。カーラは学校に復帰し、向精神薬の処方量が段々と減っていきました。この構成で約十八ヶ月のミーティングを経た後、カーラの両親は[家族ミーティングの]代わりにカップル・セラピーをしたいと申し出ました。カーラは個人のセラピストと会い続ける一方で、彼女自身の人生を歩むようになりました。はじめてのボーイフレンドができ、学校にも復帰したのです。

8. 問題発言や問題行動に対して、意味のあるものとして応答すること

対話実践では〈言説を異常扱いしないこと [普通のもののみならずこと]〉が重視されます。これは、しばしば物事の出発点となるような、問題を病的なもののように話すこととは正反対の姿勢です。セラピストは、当人それぞれの応答において意味のある点、そして「論理的な」点に耳を傾けます。これが実践において意味するのは、症状や問題行動を意味のあるものと見なし、あるいは困難な状況に対する「自然な」反応であると見なすような仕方です。セラピストが話された事柄に対してコメントをし、応答するよう努めるということです。言説を異常扱いしないことへのこうした転換は、問題行動がどのように「間違い」であり「狂っている」のかよりも、それが特定の文脈のなかでいかなる意味を持つのかを強調することによって、人々を肯定するということを意味します。会話を異常扱いしないことは、ミラノ派のシステム論的家族療法における〈肯定的または論理的な意味づけ〉というテクニックと似ています。ミラノ派のこのテクニックは、家族に対する説明という形をとった介入として行われますが、〈会話を異常扱いしない〉ことは、飛び交う会話のやり取りのなかに織り込まれた理解と応答のいっそう複雑なプロセスなのです。このプロセスはまた、特異なアウトカムや例外を〈問題の染み込んだ物語〉に位置づけるというやり方でも起こりえます (Olson, 2006; White, 2007)。(オープンダイアログと家族療法の比較、会話を異常扱いしないことと〈リフレーミング〉や〈肯定的または論理的な意味づけ〉といった家族療法的な介入の違いに関する詳細な記述に関しても、*Open Dialogue and Family Therapy*の第十章を参照してください)。

例えば、先の家族 L とカップル V の引用では、共同作業を通して [新しい] 意味が現れてくるなかで、普通と見なされた言説が精神病的な言説に取って代わりました。先に記した第一の [家族 L の] セッションは、言説を異常でない文脈へと展開することを可能にしました。すなわち、はじめにあった家族の状態からバラバラになっていくという経緯のなかに埋め込まれていたジャックとその家族の経験を、彼らの経験がより理解しやすくなる文脈へと展開したのです。同様に、マーガレットとヘンリーのセッションでは、夫が自分の母親に忠実なあまり離れられない状態に焦点を当てながら、マーガレットの症状が言説を通して「二つの家族のあいだ」の若い夫婦という普通の文脈へと接続するようになりました。

9. 症状ではなく、クライアント自身の言葉と物語を重視すること

対話実践は、症状の報告ではなく、当人の人生で何が起こったのか、彼らの経験、考え、感情について話すよう促します。物語が容易に話し出される場合もありますし、慎重な言語の探求が必要な場合もあるでしょう。話の切り出しが一言あるいは副文(subsentence)の形をとっていれば、それは問題を含んだ状況と深く関連するキーワードかもしれません。セラピストは、当人の苦しみの物語へアクセスするきっかけを与えうるこれらの言葉に焦点を

合わせます。これは、共通の言語とより広い物語を発展させるという大きなプロセスの一部なのです。

こうして、重篤な症状は、表現できなかつたり口に出せなかつたりするジレンマが身体化したものであると理解されるでしょう。こういった症状は、通常の言語、そして語りの言葉で経験を表現するという普通の能力に抵抗するような、恐ろしく、しばしばトラウマ的な経験に根づいています。例えば、幻覚はそのような経験のサインであり、別の仕方では表現できないのかもしれませんが。最も重篤な症状を示す人は、言語へのアクセスも大いに制限されているでしょう。[ミーティングでは] 最も急性な症状を抱えている人とのやり取りに多くの時間が費やされます。当人の声が最も支離滅裂であり、それゆえ一番弱いからです。さらに、危機的状況でのミーティングにおいて、最も困難で、したがって最も重要な問題は、完結した物語として表現されるのではなく、当人による単一のキーワードによって示されることがよくあります。奇妙に聞こえるかもしれないこの種の一言は、セラピストによって、より相互性のある言葉遣いが発展するまで繰り返され、引き継がれるでしょう。そこで目指されているのは、当人の経験に声を与えるような共通の理解へと至ることです。その経験をより理解可能なものにし、その結果、それは参加者全員にとっての新しい可能性を養うのです。このことは、過去に起こったことについて当人が描写した内容の細かい点に着目すること、あるいは当人が話をしているときに実際に部屋で起こっていることに焦点を当てることを意味します。

症状ではなく物語を強調した事例：家族 P

これは、二五歳のクリストファーとのミーティングの事例です。私たちはすでに、ファミリードクターとのネットワークミーティングと関連して、この治療について述べました。クリストファーは、三年ものあいだ危機的な状況に苦しんでいました。セラピストは、離婚した両親のジョンとセイラ、クリストファーとミーティングを行いました。その当時、クリストファーは、大学での精神病的エピソードを経験しており、まだ十分には回復していませんでした。その精神病的エピソード以来、彼は働くことに問題を抱え、母親と一緒に暮らしていました。セラピスト1は、相談相手としてこのセラピーに参加していました。

セラピスト1：さて、どこからはじめましょうか？（クリストファーの方を見ながら）これが初回のミーティングではないことを知っていますが、おそらく私たちに何か言うことができるのではないのでしょうか。この状況全体をどのように理解していますか？

クリストファー：わかりました。ええと、五年間ものあいだ、五年前、私は頭のなかである種のもやつきを感じていました。まあ、うつ状態なのだろうと考えたのですが、ええと、でも、何というか、ええ、物事に集中することができないというか、(海外での) セメスター留学から帰ってきた後にです。私の人生はまったく順調だったので。そう、それ以前は。ええと、それから私は三年の時に留学をして、三年の秋セメスター、秋セメスター、大学の、私は現在二五歳です、そう、私は大学に四年間いて、そして、留学から戻ってきた後に問題を抱えはじめたんです。ある種のうつ状態、授業に集中できなくて、ただいつも気分が晴れなくて、心理状態が、はい、同時にたくさんの方が考えが巡っていて、一番適切な表現は何と言うか、ぼやけた、ぼやけた考え、そう、そんな感じ、ええ、それが過去五年間、はい、そう...

セラピスト1：「気分が晴れなかった」と言いました？

クリストファー：そう、気分が晴れない...

セラピストは父親と母親に対し、この状況をどのように理解しているのか尋ねました。彼らはそれぞれ異なる見方を持っていました（これもまた外的ポリフォニーの一例です）。母親はクリストファーと一緒に生活し、彼の人生の「恐怖」を見てきた様子を述べました。彼女は、クリストファーが成長するなかでの家族における「沈黙のコード」が、現在の状況を引き起こしたと理解していました。「沈黙のコード」という言葉で彼女が意味していたのは、家族での問題がオープンに話し合われることがほとんどなかったということです。父親はこの意見に反対し、クリストファーが抱える問題は、幼少時の困難、つまり「社会的なコミュニケーション」を解釈することができないという長年の問題をはじめとする困難に由来していると述べました。クリストファーは父親の考えに異論を唱えました。セラピストはそのとき、クリストファーに話を戻し、彼が自分の状況をどのように理解しているかについてももう少し話すよう求めました。クリストファーによれば、それは「失恋」だということでした。「失恋」という言葉は、クリストファーによるものです。セラピストはその言葉を繰り返しました。このセラピストの応答によって、クリストファーは、セメスター留学中にある女性と恋に落ちたけれども、自分がアメリカに戻るせいで彼女と別れねばならなかった、という物語について話しはじめました。彼は、この経験がこれまで起こったその他すべて経験の基になっており、その結果、人生において—母親の言葉を借りれば—「麻痺してしまった」のだと考えていました。家族それぞれの異なる声と観点は、話し合いのなかではポリフォニー的に別々のものであり続けましたが、セラピストは、そのうちどれかひとつの声をあからさまに特権視するようなことはしませんでした。しかしながら、それにも関わらず、セラピストはクリストファーが「失恋」の話を広げる手助けをするために、セッションの

多くを費やしたのです。

10. 治療ミーティングにおける専門職同士の会話：治療に関する決定を行い、フィードバックを求めるリフレクティング・プロセス

専門職同士の会話は、すべてのミーティングにおいて重視されるべきです。専門職同士で会話をするとき、彼らは家族やその他の参加者ではなく、お互いを見ながら話をするのが望ましいでしょう。

家族の目の前で会話には、三つのパートがあります。最初の二つは前後しても構いませんが、三つ目のものはいつも専門職同士の対話の後で行われます。ひとつ目は、リフレクティング・プロセスです。そこにおいて専門職は、クライアントと家族が居合わせるなかで、自分たちの考え、印象、関連性に焦点を当てたリフレクションに携わります。二つ目にセラピストは、他の専門職と話し合いをします。それはミーティングの最中におこなわれ、治療を計画し、問題を分析し、薬物治療や入院をするべきかどうかについてオープンに話し合うのです。そして三つ目に、家族が専門職同士の会話に対してコメントをします。すなわち、セラピストのひとりには、専門職同士のリフレクションの後で、家族とネットワークのその他のメンバーに対し、彼らが聴いたことに応答するよう呼びかけるのです。

A.&B. 考え、印象、関連性および計画としてのリフレクション

治療ミーティング中に家族の目の前でされる専門職同士の〈リフレクティング・トーク〉は、Tom Andersen(1991)が切り拓いたもので、それを少し変更したものがSeikkula&Arnkil(2006)の〈リフレクティブ・トーク〉です。どちらのリフレクションも、チームミーティングでの対話実践に取り入れ可能な形式となっています。リフレクティング・プロセス（あるいはトーク）は、家族が居合わせるなか、専門職のあいだで行われます。もともと Andersen は、治療的な会話のなかで、話すことと聴くこと〔の役割〕を明確に切り替えることを提案しました。その話し合いは（通常三名の専門職からなる）〈リフレクティングチーム〉とともに行われ、チームは家族と同じ部屋にいらながらも、彼らから離れて座ったり、ワンウェイスクリーン [マジックミラーのようなもの] の後ろに座ったりします。このプロセスをより分散させ、自発的なものにするために、Tom Andersen とフィンランドのチームは、ミーティングが進んでいく流れの一部として、あまり構造化しない方法でリフレクティング・プロセスの考えを応用しはじめるようになったのです。

すでに示したように、専門職同士の会話は、話を聴いている際に心のなかに浮かんだ考え、

印象、感情、そして関連性についてのリフレクションから治療計画にまで及びます。そこでの目的は、セラピストが自分自身に耳を傾け、その結果、自分の内的対話へアクセスできるような場所をミーティングのなかで作り出すことにあります。また、それによってクライアントは、専門職の言うことに応答するというプレッシャーを感じることなく、彼らの会話を聴くことが可能になるのです。Tom Andersen(1991)によれば、援助する側は専門用語ではなく日常的な言葉を使用し、家族によって導入されたテーマに沿って考える必要があります。これはいわゆる、「作者としてではなく聞き手として話すこと」なのです (Lyotard、Seikkula と Olson による引用、2003 年)。

専門職同士のリフレクションの事例：家族 L

本論文の最初の方で述べた、デヴィッド、トレイシー、ジャックからなる家族 L との初回ミーティングに戻りましょう。専門職は家族の前で会話をし、リフレクションに携わった後、治療に関係する論点について話し合いました。セラピスト 1 は、家族に「同僚と話をしてもよろしいですか？」と尋ねることで、[専門職同士の] 対話を開始しました。それに対し両親は「構いません」と言いました。セラピスト 2 はまず、自分が聴いたことと両親がジャックについて述べたポジティブな発言に対してリフレクションを行い、両親が実際に用いた「感性豊かな」、「愛する」、「明るい」、「保護的な」などの言葉を使用しました。彼女はまた、[ジャックについての] ポジティブな物語を断片的に繰り返しもしました。セラピスト 1 は、ジャックがミーティングへ参加する仕方、すなわち、少し外から聞いている様子に好感を覚えると述べました。そして彼は治療について言及し、ジャックのために在宅のプログラムとオープンダイアログのどちらを試すかという点で両親に「迷い」があるようだと言いました。この発言をきっかけに、セラピストのあいだで長い話し合いがなされることになりました。話し合いは、家族間の関係に対するさらなるリフレクションから [治療に関する] 実際的な決定にまで及びました。そして、ジャックと両親の全員が、そのときのセラピストたちともう一度会うことを決めたのです。

C. リフレクションに対する家族のコメント

家族は、セラピストがリフレクションをした後で、その話し合いに対する考えを話す機会を持つべきです。専門職同士の会話にコメントを求めることで、家族は自分たちの将来に対する声を与えられるのです。そのためセラピスト 2 は、「私たちのコメントに対して何か思うところがあるのではないのでしょうか？何が印象的でしたか？どこに賛同しますか？もしくは賛同できないことはありますか？」と家族 L に尋ねました。

トレイシーは次のように応答しました。「あなたは的を射ていると思います。彼（ジャック）は私たちを気にかけているのです。私たちがジャックについてこんなにもポジティブな感情を持っていたなんて、気がつきませんでした。（ジャックが笑う）けれども、私たちは持っていたのです。」ジャックとトレイシーは互いに視線を交わし、笑い合いました。デヴィッドは、以前セラピスト1によって使用された「迷い」という言葉に応答し、さまざまな[治療に関する] 実際的な選択肢についてセラピストと話し合いました。

11. 透明であること

治療にまつわるすべての会話が、参加者全員と共有されます。ネットワークミーティングに参加しているすべての人が、共有されるあらゆる話し合いと情報に対して等しく当事者なのです。このことはつまり、入院、薬物治療、治療の選択肢などの話し合いが、全員が居合わせるなかでなされることを意味します。透明性はしばしば、リフレクションの特徴として見出されます。家族 L とのセッションで確認したように、治療に関する決定は、まずセラピスト同士の対話の一部として言及されました。例えばすでに示したように、セラピストは、治療の計画を立てるうえでのさまざまな選択肢についてリフレクションを行いました。彼は専門的な助言を与えたというより、自分の考えを話し合いの場へと開いたのです。

透明性の事例：家族 L

セラピスト1：私は、ご両親（デヴィッドとトレイシー）が何をすべきかに関する自分たちの立場に迷いがあると感じるのですが...ここで浮かんでくる新しい考え、ひょっとすると、対話的なミーティングをすることなどに対して迷いを感じているのではないかと。それと同時に、すべてのことが少し不確かでもあります。ご両親にとってこの決定はどれほどのものなのでしょう？ジャック自身にとってこの決定を下すことがどれほどのことなのでしょう？そしてセラピストやその他の専門職にとってこの問題を決定するのがどれほどのことなのでしょう？大きな問題が同時にいくつも存在しているようで、それがおそらく多少の混乱を引き起こしているのではないかと...

このコメントによって、父親の応答が引き出され、その結果、両親の立場を明確にするために彼らと話し合いを行うことになりました。これはまた、不確かさに耐えるという[対話実践の]最後の要素を例証するものでもあります。彼ら自身は、自分たちに「迷い」があるとは考えていなかったのです。むしろ、両親とジャックの双方が対話的なミーティングを行うことを選択しており、将来的に他の選択肢を探っているということでした。

初回ミーティングの終了時やそれ以降のミーティング終了時にもよくあることですが、対話を行うセラピストは、次のミーティングの構成を計画するよう参加者を引き入れます。例えば、次のような開かれた質問がなされるでしょう。もう一度集まりたいですか？いつがいいでしょうか？次回はどなたが来るかご存知ですか？などです。もし家族がためらっているようならば、セラピストは「少し考えてから私たちに電話するほうがよいですか？」と尋ねるのがいいでしょう。もちろん、ミーティングの出席者や頻度が確立されているならば、これらの質問は必要ないかもしれません。

12. 不確かさに耐えること

不確かさに耐えるというのは、オープンダイアログの七原則のうちのひとつであり、対話実践の基本要素のひとつです。この不確かさに耐えることは、対話の核心にあるものです。したがってそれは、特定の要素でもあり、その他の要素を規定するものでもあるのです。

オープンダイアログには、危機的状況に対する有機的な理解を参加者全員の意見（ポリフォニー）によって作り出すという基礎的な方向性があります。この姿勢は、以下のような仮説に基づいています。私たちの経験がそうであるように、どんな危機的状況もそれに固有の特徴を持っているという仮説です。危機的状況、診断、薬物治療の特性および治療の構成をあわてて決定したり、性急に結論づけたりすることは避けられます。さらに私たちは、危機に陥っている家族や個人に対して、具体的であらかじめ計画された治療的介入といった、既成の解決策を与えるようなこともしません。

危機的状況のなかで専門職が心に留めておくべき基本的な考えとは、家族とその他の社会ネットワークのメンバーのあいだで安心感が増すように振る舞うということです。これと関連して、具体的な実践では、ミーティングの早い段階で参加者のそれぞれと接点を持ち、そうすることで彼らの参加を認め、正当化することが大切です。そのような承認は「参加者の」不安を軽くし、つながりを強くさせ、その結果、より多くの安心感をもたらします。ネットワークにとって、危機的状況のなかで即時に何度でもチームとミーティングができるということは、何が人々を脅かし、苦しめているのかに関する共通の理解へ向けた共同作業として、危機の不確かさに耐えることの助けともなります。そのような共通の理解は、新しい形の行為主体性を打ち立てることができるでしょう。

これと同様の姿勢で、対話ミーティングの出発点は、参加者全員の事態の捉え方が重要で、かつ無条件に受け入れられることにあります。このことは、クライアントが行うべきことに

加え、こう考え、こう感じるべきだ、という意見をセラピストが伝えるのを控えることを意味します。私たちはまた、話し手による発言の意味を彼ら自身よりも知っているとのめかすようなこともしません。このような治療上の姿勢は、多くの専門職にとっての基本的な転換を形づくりします。というのも、私たち〔専門職〕は、問題を解釈し、当人や家族において変化を引き起こすことで症状を抑えるような介入をするべきだ、という考えにあまりにも慣れてしまっているからです。

不確さに耐えることの事例

四六歳の女性であるヘレンは、夫のベンとともに、自宅でオープンダイアログチームとのミーティングを開始しました。そのときヘレンは急性の危機的状況にあり、二度目の精神病的エピソードを体験していました。チームは、精神科医、看護師、セラピストで構成されていました。あるとき、ヘレンは次のように言いました。

「今回は、一年前にはじめて精神病的状態になったときは大きく違っていました。当時、私たち、つまり私の家族は、ある医者にかかっている、彼の関心のほとんどは、私がどれほど狂っているのかについて家族と面接することにあつたんです。あたかも私がそこにいないかのようでした。今回はまったく違います。私はここにおいて、尊重されています。私は特に、先生（精神科医）が夫と話しているときに、夫がどれほど私のことを尊重しているのかに気づくと喜びを覚えるんです。」

一年前、ヘレンは伝統的な精神科ユニットで入院していました。その病院でも家族ミーティングが行われていましたが、そのミーティングの主な目的は正しい診断を見つけることにあつたようです。医者は診断にまつわる情報を集めるために質問しましたが、そこでは彼女の話の聴き、つながりを作るために質問がなされることはありませんでした。この経験は、患者にとって不安なものでした（「あたかも私がそこにいないかのようでした」）。ヘレンは、以前に起こったこととオープンダイアログの経験との違いを明確に述べました。一年前の精神医学的な面接は、自身の生き方をはっきりさせる力も、自分自身の治療を決める力もないという無力感を彼女に残しました。最近のチームとの対話的なミーティングによって、彼女の声が聴かれるようになり、彼女自身も自分が受け入れられたと感じられるようになったのです。

他方、〔対話実践という〕新しい働き方に慣れていなかったチームの精神科医は、折に触れて、このプロセスでは—もし何かが起こっているのだとすれば—何が起こっているのか確信が持てなかったと言いました。この場合、不確さを最も強く感じているのは専門職ということになります。というのも、治療プロセスはもはや、主として専門家によ

って指示が出され管理されるような、具体的かつ計画されたステップに沿っては進行しないからです。

オープンダイアログのプロセスにおいて変化が生じるとすれば、それはミーティングのなかで全員の考えに関与するプロセスに起因するものでしょう。私たちがすでに大筋を示したように、セラピストには、すべての人が安心して自分を表現できる空間を作り出すような仕方でミーティングを進める責任があります。結局のところ、セラピストはたんにポリフォニーを促進させ、自分たちの声を消し去る訳ではありません。彼らもまた自身の事態の捉え方を表現しますが、それを家族のいるところで言葉を交わすリフレクションという形で表現するのです。このようにして、彼らの考えは「ふと耳にされ」、ネットワークによってコメント—そして批評—されうるのです。そこでは、トップダウン式に「真理」が直接押し付けられたりはしません。

全体的に見ると、豊かな対話のなかで、臨床家は感情と思いやりを持った人間らしい仕方で対話に参加し、一個人としての温かさでもって専門的な役割を果たします。これが治療上のつながりを促進し、距離を取りすぎること避け、検査されているという感覚や対象化されているという感覚をクライアントに与えずに済むのです。

治療ミーティングを行う：オープンダイアログの環境と対話実践

オープンダイアログでは、治療ミーティングが環境となり対話実践が成立します。治療ミーティングは即時の応答として、危機的状況への援助を求める人による最初のコンタクトから二四時間以内に行われなければなりません。このミーティングは、入院や治療法に関するあらゆる決定の前に、急性の苦しみのただなかにいる当人と他の重要な人たち—専門職、家族のメンバー、身近な関係者—とを結び合わせます。最初の電話に応じた専門職は、クライアントの意見を考慮しながら、責任を持ってミーティングを組織します。

ミーティングは、すべての参加者が輪になって座り、オープンな意見交換の場のなかで行われます。対話を促進する責任は、ミーティングを開始したチームのメンバーが担います。チームは、誰が面接するのか、他のメンバーはどのような役割を担うのかを事前に決めておいてもよいでしょう。通常、経験を積んだチームであれば、誰が質問をはじめのかあらかじめ計画を立てることなくミーティングを開始します。チームメンバーの全員が、面接に参加することができます。先に参照した最初の〈二つの質問〉は、その時の最も緊急の問題について話すよう、ネットワークに求めます。チームは事前にミーティングのテーマを計画したりはしません。セラピストは、私たちが本論で概観したような態度で、ミーティングの冒

頭から注意深く耳を傾け、あらゆる声、言葉、物語を聴き出します。もし関心事の中心にいる本人がミーティングに参加しなかったり、突如部屋を飛び出したりしてしまう場合は、家族とともにミーティングを続けるかどうかを話し合います。家族がミーティングを続けたい場合、臨床家のうちのひとりが本人に「あなたが望むなら戻ることができます」と伝えます。

ミーティングに出席している全員が、何でも好きなことをコメントする権利を持っています。すべての人は、代わりのトピックがはっきりと提案されない限り、対話の現在進行中のトピックを尊重し、それに言及することが望ましいでしょう。専門職にとってこれは、話し合っているテーマについてさらに質問するか、彼らがオープンかつ率直であろうと努める専門職同士のリフレクションに携わることによって応答しうることを意味します。セラピストは、お互いに話し合い—見つめ合い—、普通の、すなわち [クライアントを] 病的とは見なさない言葉を使い、家族のメンバーを批判することを避け、お互いの対話的なやり取りに従事します。ミーティングでは毎回、専門職同士のリフレクションのための時間を少なくともいくらかは取るべきです。なぜならこの形式は、危機的状況に対して新しい言葉を生み出し、信頼と安心の感覚を促進させるような、開かれた共通のプロセスを発生させることの中核をなすからです。また、ネットワークのメンバーが、専門職が述べたことに対してコメントをする機会を持つことも重要です。

薬物治療と入院に関するあらゆる決定は、全員が意見を持ち寄ることで下されます。通常は、家族のメンバーが自分たちにとって最も切実な心配事を表現する機会を持った後で、薬物治療や入院についての話し合いが行われます。そして大抵の場合、チームメンバーのひとりが、ミーティングにとって重要な論点が述べられた後、ミーティングの終了を提案します。しかし、ここで大切なのは、クライアント自身の言葉に言及してミーティングを終えるということです。例えば、「そろそろミーティングを終わりにしようかと思うのですが、その前に私たちが話し合っておくべきことは他にありますか？」などと尋ねます。そうすることで、セッションを終えるかどうかに対する決定権をクライアントが持つことになるのです。ミーティングの終わりでは、話し合われたテーマを簡単にまとめると良いでしょう。特に、決定が下されたのかどうか、下されたのであればそれがどのような決定なのか、という点についてまとめます。次のミーティングの詳細がはっきりしていなければ、その構成を決めることも大切です。つまり、誰が参加するのか、いつ実施するのがよいかを話し合います。ミーティングの長さはさまざまですが、大抵の場合は一時間半で十分でしょう。

まとめ

オープンダイアログはコミュニティベースの治療システムであり、またそのシステム内、とりわけ治療ミーティングのなかで生じる治療的な会話の形式でもあります。オープンダイアログのこの二つの層は、七原則によって導かれ、なかでも〈対話（ポリフォニー）〉と〈不確かさに耐えること〉は、治療的な会話、すなわち対話実践の二つの基本的な座標軸となります。急性の危機的状況であれ、長期にわたって繰り返される「慢性的」と呼ばれる状況であれ、オープンダイアログの対話実践に変わりはありません。

本論文は、対話実践の十二の基本要素を確認し、説明することを通して、それを定義することに焦点を当ててきました。治療ミーティングにおけるセラピストの主な目的は、全員の声が聴かれ、尊重されるような対話を促進させることにあります。その出発点となるのが、家族が自分たちの状況を述べるために使用する言語です。そこでのセラピストの姿勢は、伝統的な心理療法での姿勢とは異なります。伝統的な心理療法では、セラピストは介入を行い、個人的な論点を表明することはしません。家族療法の多くの学派が面接の特定の形式を強調していますが、対話を行うセラピストは、対話参加者の心に触れた内容に耳を傾け、応答することに専念します。

変化の可能性を備えたやり取りの最中に、話し手と聞き手が何か新しいことに心を打たれるのは、オープンダイアログのこの「生き生きとした」瞬間においてなのです。以前、私たちはこのような〈胸を打つ瞬間〉の例を挙げました(Shotter&Katz, 2007)。例えば、クリストファーが「失恋」という言葉を使った時、彼自身もセラピストも、明らかに心を揺さぶられました。そして、[その言葉についての]さらなる質問が、事態の捉え方の全面的な転換を生じさせました。この転換は、クリストファーが自分に何が起こったのかを話すことでもたらされ、彼の経験のある文脈のなかに位置づけました。深く結びついた、思いがけないこのプロセスと関連して、自己回復や充足感に対する突然の啓示やポジティブな動きが生じうるでしょう。この変化の可能性は、治療的な態度に基づいているようです。その態度とは、やり取りが展開するように発言に対して発言で返しながらか、誰かの内的な対話に居合わせ、関与し、調律を合わせ続けることです。そしてまた、外的な、つまり[その場の参加者が]共有している対話に対して敏感であり続けることです。専門職が応答性のレパートリーのほんの一部として、知識と専門性を備えているというのは、こうした理由からなのです。〈胸を打つ瞬間〉というこのアプローチは、Roger Lowe(2005)の〈構造化された技法〉アプローチとはまったく逆のものです。彼はがそこで言及しているのは、外付けの理論と仮説によって導かれた、段階的で一方向性のシーケンスだからです。

オープンダイアログの対話実践は、〈〜に対して行うこと〉よりも〈〜とともにいること〉に重点を置いています。開かれた質問があり、それは今この瞬間を強調します。クライアントの言葉と物語は、彼らの沈黙、そしてあらゆる身ぶり、感情、身体的な発言とともに、

尊いものであると感じられ、注意深く関心を向けられます。セラピストは、[クライアントの]言葉を繰り返し、じっくりと耳を傾けることによって、クライアントの表現に応答します。そして、専門用語や解釈、性急な結論を上から押しつけることをせず、それを理解しようと努めるのです。誰かの言うことが理解しづらい場合は、彼らが言わんとしていることをよりわかりやすく表現するような言葉を探っていきます。ここでは、その状況には意味があり、全員がその意味を理解しようと努力していることが前提とされます。新しく、共同で作られた可能性は、共通の言説に仲間入りする新たな言葉や物語として現れます。ミーティングは、複数の声同士のやり取りを生み出すことによって、変化が生じる環境を作ります。それらすべての声に価値があり、すべてが重要なのです。共通の言語と理解は、複雑に絡み合った混乱やあいまいな状況をほぐす手助けとなり、方向性や行為主体性の意義を増大させるでしょう。

読者からのフィードバックへの要望

最後に記しておきたいのは、本論文で論じた対話実践の実践度に関する十二の基本要素を引き続き明確にし、改良し、更新していくために、読者の皆様にぜひともフィードバックを提供してもらいたいということです。このテキストがあなたのオープンダイアログおよび対話実践の経験を捉えているかどうか、あなたの仕事を振り返るうえで役立つかどうか、トレーニングやスーパーヴィジョンをする際に有益かどうか、そして研究の手助けとなるかどうかなどについてのフィードバックをしてください。私たちは、このテキストを生きている文章と見なしています。「オープンダイアログにおける対話実践の基本要素—よき実践のための基準—」の信憑性と妥当性については、将来的に研究をしていく必要があります、現在準備をしているところです。以下のアドレスにメールをし、コメントを共有してください：Dialogic.Practice@umassmed.edu.

皆様のご協力に感謝します—Mary、Jaakko、Doug 2014年9月2日

謝辞

私たちが多くを学んだ家族に向けて、ここに感謝の意を表します。一緒に行った取り組みからの事例を記述することを許可してくださり、どうもありがとうございます。私たちは、守秘義務を守り、個人が特定される情報を取り除くために、事例を一部変更しました。そして、有益なフィードバックをくれた同僚に感謝しています。Jukka Aaltonen、Volkmar Aderhold、Magnus Hald、Lynn Hoffman、Peter Rober、Markku Sutela、そ

してUMass メディカルスクールの研究チームである Daniel Breuslin、Nanncy Bryatt、Robert Clyman、Jon Delman、Daniel Fisher、Christopher Gordon、Stephanie Rodrigues、Makenzie Tonelli の皆さん、どうもありがとうございます。

文献

- Aaltonen, J., Seikkula, J., & Lehtinen, K. (2011). Comprehensive open-dialogue approach I: Developing a comprehensive culture of need-adapted approach in a psychiatric public health catchment area in Western Lapland Project. *Psychosis*, 3, 179-191.
- Alanen, Y. (1997). *Schizophrenia: its origins and need-adapted treatment*. London: Karnac.
- Andersen, T. (1991). *The reflecting team: Dialogues and dialogues and dialogues*. New York: Norton.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., & Penn, P. (1987). *Milan systemic family therapy: Conversations in theory and practice*. New York: Basic Books.
- Hald, M. (2013). The treatment web. *Presentation at the International Meeting for the Treatment of Psychosis Network*. Tromso: Norway.
- Hoffman, L. (2007). The art of “witness.” In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.
- Lowe, R. (2005). Structured methods and striking moments: Using question sequences in “living” ways. *Family Process*, 44, 65-75.
- Olson, M. (2006). Family and network therapy for a system of care: A pedagogy of hope. In A. Lightburn & P. Sessions, *Handbook of community-based practice*. New York, NY: Oxford University Press.
- Olson, M., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: Dialogical investigation of change from the therapists’ point of view. *Family Process*. 51, 420-435.

Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy. *Family Process* 44, 479-497.

Seikkula, J. (2002). Open dialogue with good and poor outcomes for psychotic crises. Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy* 28: 263-274.

Seikkula, Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keranen, J., Sutela, M. (1995). Treating psychosis by means of open dialogue. In S. Friedman, *The reflecting team in action: collaborative practice in family therapy*. New York, NY: The Guilford Press.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac. Seikkula, J. & Arnkil, T. (2014). *Open dialogues and anticipations: Respecting the otherness in the present moment*. Helsinki: THL publications.

Seikkula, J. & Olson, M. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis. Its poetics and micropolitics. *Family Process* 43, 4103-418.

Shotter, J. (2004). *On the edge of social constructionism. "Witness-thinking" versus "aboutness-thinking."* London: KCC Foundation Publications.

Shotter J, & Katz, A. (2007). "Reflecting talk," inner talk," and "outer talk:" Tom Andersen's way of being. In H. Andersen and D. Gehart [Eds.], *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference*. New York: Routledge.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.

Ziedonis, D.M. (2004) Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS Spectrum* 9(12):892-904, 925.

Ziedonis, D.M., Smelson, D.A., Rosenthal, R.N., Batki, S.L., Green, A.I., Henry, R.J., Montoya, I., Parks, J., Weiss, R.D. (2005). Improving the care of individuals with schizophrenia and substance use disorders: consensus recommendations. *J Psychiatric Practice* 11(5):315-39.

Ziedonis, D.M., Fulwiler, C, Tonelli, M. (2014). Integrating mindfulness into your daily routine. *Vital signs, A publication of the Massachusetts medical society*. 19:2, 6.