『開かれた対話』上映会資料（2013.8.13更新）

オープン・ダイアログ（Open Dialogue）について

大阪府立大学 地域保健学域 教育福祉学類

松田　博幸

matsuda@sw.osakafu-u.ac.jp

（注）

本資料における情報は、末尾にあげる複数の文献をもとに作成したものです。なお、それらの文献においてtreatmentという語が頻繁に登場しましたが、よい訳語が見つからなかったので、やむを得ず治療と訳しました。

“私たちは、自分は専門家ではないと言うことにかけて専門家なのです”

（We are specialists in saying that we are not specialists.）

―　ビルギッタ・アラカレ

（ロバート・ウィタカー著『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』p.511.）

“それは治療のシステムというより、もっと、なんというか…政治的なことです。”“我々は民主的なシステムを目指し、患者が自分の治療法に意見できて、我々が人々と同じレベルにいるよう心がけ、そして常に彼らと平等であるよう努めます。”

―　マルク・スゥテラ

　　（ダニエル・マックラー監督　映画『開かれた対話』より）

誰も、― 主任精神科医でさえ ―、患者の症状や家族の問題に対して何が「正しい」解決法なのか、事前に知る必要はないし、知ることは不可能である。（Haarakangas et al., 2007: 228）

1.　ミーティングの様子

トルニオに滞在した二日間で、私はグループ・セッションに三回同席した。フィンランド語はわからなくても感情のトーンは伝わってきたし、会話の流れを観察することもできた。セッションでは、全員が輪になって座り、とてもリラックスした穏やかな雰囲気だった。発言の間にしばしば一瞬の沈黙が流れたが、それは次に話す人が考えをまとめる閲になっていた。時々、笑い声もあがった。発言が途中で遮られるような場面はなく、長くしゃべりすぎる人もいない。声を荒げたり互いを責めたりすることもなく穏やかな会話が続き、家族も患者もセラピスト同士が話している時には、耳を澄ませて聞いていた。「ただアドバイスをもらうだけではなく、専門家が実際にどう考えているのか知りたいんです」とある親が言った。

（ロバート・ウィタカー著『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』p.513-4.）

2.　あるケース

　マルッティが、彼の両親に問題の兆候を示し始めたのは16歳のときであり、職業学校の1年生のときだった。彼は、ちょっとしたことでイライラし、週末は自分の部屋に引きこもるようになった。彼は、他の市の学校に行っており、アパート暮らしをしていた。その次の4月には、すべてがダメになってしまったようだった。衛生面に気を配らなくなり、ぶつぶつとひとり言をいうようになり、目は宙を泳いでいた。身体は揺れ、独特の動きを示していた。両親は彼とコンタクトをとることができず、彼をプライマリー・ケア〔のセンター〕に連れていった。彼は一晩をそこで過ごし、次の日、両親とともに、プライマリー・ケア・センターで、精神科病院の精神科医、地域の精神科外来クリニックの看護師、心理療法士からなるチームと会った。マルッティは実家に戻ることが決まり、家庭訪問がアレンジされた。毎日あるいは二日に一度、ミーティングが開かれた。第一回目のミーティングの間、マルッティは顎を膝の上に置いて座り、目は宙を泳いでいた。質問をされても、答えることはなかった。ぶつぶついう声が聞こえた。両親は非常に心配し、ひどく泣いた。姉妹は、両親を支えるために家に戻ってきた。多くのミーティングのなかで、神経遮断薬が考えられたが、両親はそれを望まず、精神科医も慎重でありたいと思った。ミーティングでは、かすかな前進が見られた。マルッティはよく眠れるようになり、チームのメンバーに短い答えを返すようになった。

　治療が始まって3ヵ月経ち、夏になったが、家族の要望により、5週間の休みを取ることになった。その後、合意によりミーティングが再開し、治療の最初から6ヶ月目に、みんなが驚いたことに、マルッティは、学校に戻るといい出した。両親とチームのメンバーは疑っていた。それらの人たちは、マルッティが勉強についていけたり、実家から離れて暮らせるとは思わなかった。このことについて2回のミーティングで話し合い、チームはマルッティの行動に賛成したが、マルッティの学校でネットワーク・ミーティングを開くことを提案した。2回のミーティングが開かれ、マルッティ、家族、校長、マルッティにもっとも身近な教員、学校看護師が、マルッティが必要とするサポートについて話し合った。チームは、家族治療ミーティングを続けることを提案したが、家族は、マルッティが出ていったあとにミーティングを続けても意味がないといい、賛成しなかった。あわせて全部で20回のミーティングが開かれた。

（Seikkula et al., 2006: 222-3）

3.　オープン・ダイアログの背景

* 1969年、精神科医のユルヨ・アラネン（Yrjö Alanen）がフィンランド南西部のトゥルクの精神科病院に赴任した。
* 1970年代～1980年代に、アラネンとトゥルクの数人の精神科医［とくにユッカ・アールトネン（Jukka Aaltonen）とヴィリヨ・ラッコライネン（Viljo Räkköläinen）］が「ニードに適応したアプローチ」（Need-Adapted Approach）と呼ばれる、集団家族療法を中心とし、個別のニーズに対応するアプローチを展開して成果をあげた（病気が慢性化していた多くの患者が退院した。また、1983年から84年までに初回の統合失調症型エピソードで治療を受けた患者のうち5年後の時点で症状のない人は61%であった）。
* 1980年代に「フィンランド全国統合失調症プロジェクト」が実施され、トゥルクでのモデルの他都市における導入が試みられた。
* 1992年に、全国福祉保健調査研究開発センターの監督のもと、ユヴァスキュラ大学とトゥルク大学とが共同で「急性期精神病の統合された治療（API）プロジェクト」という調査研究プロジェクトを開始した。フィンランド内の6つの地域で実施され、西ラップランドはそのうちの一つであった。

4.　西ラップランドについて

* 西ラップランド（ランシ・ポフヤLänsi-Pohja）という地域（人口約67,000人［2005年］）はボスニア湾の北側に位置し、スウェーデンと国境を共有している。人口が集中している南部（ケミとトルニオ、2つの都市に人口の約80％が集中している）は工業化が進んでいる。言語的、民族的、宗教的に単一的である。約90パーセント以上が、フィンランド語を話す、ルター派のフィン人である。人口の約90パーセントがケロプダス病院から60キロメートル以内に住んでいる。
* 統合失調症の発生率は極端に高かった。1980年代の中頃において、人口100,000人に対して、1年間に平均で35人の統合失調症の新しい患者がいた（同時期、フィンランドの他の地域の平均は13人であった）。しかし、1990年の中頃には7人、2000年代の初めには2人となった。
* 5つの精神保健外来クリニックと、急性期ケアのための30床をもつケロプダス病院（精神科病院）があるが、他に主だった精神科治療施設はない。

5.　オープン・ダイアログについて

＜医療機関における体制＞

* 1981年、ヤッコ・セイックラ（Jaakko Seikkula）がケロプダス病院に心理療法士として着任し、1982年にビルギッタ・アラカレ（Birgitta Alakare）が医師として着任した（のちに精神医学を専門とする）。
* 1984年、ケロプダス病院に入院する患者については、問題について話し合い、治療計画を立てるミーティングに参加してもらうようになった。そして、入院後できる限りすぐに家族に来てもらい、家族にもミーティングに参加してもらうようになった。
* 1987年の終わりごろ、病院内に多専門職からなる外来ユニットが設けられ、精神科医、心理療法士、看護師からなるチームが作られた。病院にリファーされてきたすべての患者について、入院の決定がおこなわれる前に、家族を交え、治療ミーティングを開くことが任務であった。入院が適切な選択肢なのかどうかはミーティングで決められた。入院に代わるもの、たとえば家庭訪問ケアについて、ていねいに検討された。治療に関するすべての決定は家族と患者のいるところでおこなわれた。最初のコンタクトから24時間以内に第1回目のミーティングが開かれた。
* 1989（1990?）年、すべての外来クリニックにおいて、多職種からなる精神病モバイル・チームが組織された。［訳注：モバイル・チームは、地域に出向いていくチーム。］
* 5つの精神保健外来クリニックとケロプダス病院の入院および外来スタッフ、全部で約100人の専門職者のほとんどが、家族療法あるいは精神力動的個別心理療法の3年間のトレーニングを1989年から1998年の間に受けた。
* 家族療法のトレーニングが広がり、（病院における外来ユニットは除いて）固定されたチームは中止され、1990年には、ケースごとに多専門職精神病チームをアレンジする責任が、すべての精神科スタッフに広げられた。
* 1990年代の最初に、新しいシステムが、問題や診断名に関わらず、精神医学的クライシスのすべてのケースにおいて用いられるようになり、精神科外来クリニックと病院の病棟とが共同でケースごとのチームを組織するようになった。
* 「オープン・ダイアログ」という名前は1996年に最初に使われるようになった。

＜ミーティングの進め方＞

* ミーティングは、開かれた、対話の場（フォーラム）においておこなわれる。すべての参加者は同じ部屋のなかで輪になって座る。ミーティングの招集を主導した人が対話を導く。最初の質問はできるかぎり開かれたものにして、そのときに最も関連があることがらについて、家族やそれ以外のソーシャル・ネットワークの人びとが話し始めやすいようにする。チームがミーティングのテーマをあらかじめ計画することはない。最初から、インタビューする人たちの仕事は、自分の回答を、どんなことであれクライエントがいったことに適合させるということである。
* すべての参加者はコメントをしたいときにはいつでもできる権利をもっている。コメントは進行している対話に割り込んではならない。すべての新しい話者は自分の発言を、前に話されたことに適合させなければならない。

＜実践を重ねるなかで浮かび上がってきた7つの原則＞

1. 直ちに対応する

スタートの時点で大切なのは、ただちに行動することであって、たとえば、精神病をもつ患者がもっと首尾一貫した話ができるようになるまで待ってから家族ミーティングを開くというようなことはよくない。最初の対応は24時間以内になされることが望ましい。また、24時間のクライシス・サービスが準備されるべきである。直ちに対応する理由の一つは、できる限り多くのケースにおいて入院を避けるためである。患者も含めすべての人びとが、精神病のもっとも激しい時期に開かれる一番最初のミーティングに参加する。

　クライシスの最初の数日間の間には、のちには話し合うことが難しいことについて話すことが可能なようだ。最初のうちは幻覚と向き合うことができるかもしれないが、やがて消えてしまう。それらを扱う機会は、何ヶ月も個別セラピーをしたあとでしか現れない。あたかもそのような極端な体験に開かれる窓が最初の数日間だけ開くようである。

1. ソーシャル・ネットワークを含める

　親、家族、そして、ソーシャル･ネットワークの他の主要メンバーが第1回目のミーティングに招かれる。他の主要メンバーは、就労・健康保険機関の代表かもしれないし、職業リハビリテーション・サービスの関係者かもしれないし、職場の同僚やスーパーバイザーかもしれないし、近所の人や友だちかもしれない。

　誰がミーティングに招かれるべきなのかを決定するシンプルな方法を知っておくと助けになる。たとえば、クライシスの状況において連絡をしてきた人に尋ねてみる。1) だれが状況を知っているのか、あるいは、誰が関わってきたのか？　2) 誰が助けになりそうで、かつ、第1回のミーティングに参加できそうなのか？　3) 誰がその人たちを招くのがよいのか？　サービスに連絡をしてきた人だろうか、あるいは、治療チームだろうか？

　サービスに連絡をしてきた人が、参加して欲しくない人も決めることができる。

③　特有かつさまざまなニーズに柔軟に対応する

対応を、それぞれの患者やその家族の特有かつ変化するニーズに合わせることで柔軟性が確保される。それぞれの患者は、その人に特有な言語、生活様式、特定の治療方法を用いる可能性、治療期間の長さにもっとも適合する方法で扱われる必要がある。クライシスの最初の10～12日の間のニーズは、3週間後のものと比較して、大きく異なる。たとえば、もっとも急性的な時期には毎日会うつもりでいるほうが賢明である。

　会う場所は共同で選ばれるべきである。家族が賛成すれば、もっとも適切な場所は患者の自宅かもしれない。家庭のほうがその家族の資源を利用することができるので、家庭で会うことで不要な入院を避けることができるようである。

④　責任をもつ

　すべての専門職者に直接的な対応が委ねられていないと、管轄区域においてクライシス・サービスを組織化するのは難しいだろう。誰でも連絡を受けた人が最初にミーティングを開き、チームを召集する責任をもつという原則に従うのがよい。連絡をしてくるのは、患者自身かもしれないし、家族かもしれないし、たとえばスクール・ナースのような支援者かもしれない。特定のクライシス介入あるいは急性期のチームを組織するということは誰にとってもありうることである。したがって、すべてのスタッフは、クライエントが連絡をしてきたときに誰に連絡をすればよいのかを知っている。「それは私たちには関係ありません。他のクリニックに連絡してください」とはいえない。代わりに、「私から見て、アルコールの乱用があなたの息子さんの問題には含まれているように思うんです。私がアルコール乱用クリニックから誰かを招いて、その人に明日のミーティングに出てもらってもいいですか？」

　ミーティングにおいて、責任のある治療をするためには誰がチームを構成するのがよいのかについて決定がおこなわれる。

　第1回のミーティングのためのチームが、分析と計画に必要とされるすべての責任を引き受けるべきである。十分な対応のために必要なすべてのものはその部屋の中にある。何をすべきなのかをもっとよくわかっている、どこか他のところにある権威、などないのである。

1. 心理的連続性を保証する

外来の場と入院の場、両方において必要とされる限り、チームは治療に責任をもつ。心理的連続性を保証するには、それがもっともよい方法である。早い時期に多職種からなるチームを作ることで、様ざまな機関が境界を越えたり、ドロップアウトを防ぐことが可能になる。

　第1回目のミーティングで、どのくらい治療が続くのかを知るのは不可能である。1回か2回のミーティングで十分なこともあれば、密度の濃い治療が2年間必要な場合もあるだろう。もしチームが3～5回集まっただけで、患者を他の専門家にリファーするのであれば問題である。そういった状況では、大きな焦点が行動に置かれ、過程には置かれていない。患者のソーシャル・ネットワークの代表者たちは、治療が続いているかぎり、他の治療的方法が用いられているときも含めて、治療ミーティングに参加する。

1. 不確実性に対応する（安全を保証する）

クライシスにおける専門職者の最初の課題は、誰も問題の答えを知らないときに、状況の安全性を高めることである。目指すのは、もっとも極端な体験についての新しい物語を生み出すことで、患者や周囲の人びとの心理的資源を動員して生活における主体性を高めることであるが、こういったことは、共同の過程において信頼感を築くことによって進められる。たとえば、精神病的クライシスにおいて、少なくとも最初の10～12日、毎日会うことによって、十分な安心感が生み出されうる。通常、クライシスの段階において詳細な治療契約は結ばれない。しかしながら、代わりに、毎回のミーティングにおいて、次のミーティングを開くかどうか、また、開くのであればいつ開くのかが決められる。このようにして、まだ熟していない結論や治療的決定を避けることができる。たとえば、最初の数週間の間に、神経遮断薬が始められることはない。そのことで、問題や状況全体を理解する時間をより多くもつことができる。また、自発的にリカバーすることもあり、ときには、問題がおのずから自然に解決することもある。もしわれわれが薬が必要であると考えるのであれば、神経遮断薬を勧めることについて、その実施前に、すくなくとも3回のミーティングにおいて話し合われるべきである。

　それとは対照的に、疾病指向アプローチは、治療の初期の段階において、精神科の薬を使って症状を減少あるいは改善することに焦点をあてている。

　安全を高めることは、すべての人が聴かれるといったように、治療的会話における質を高めることを意味する。チームで作業をおこなうことは、クライシスにおいて安全を保証する際の一つの必須条件である。たとえば、ある息子が、“自分は問題をもっておらず、治療が必要なのは親のほうである”といっている場合、あるチームメンバーは息子がいうことに注意深く耳を傾けるかもしれない。そして、他のチームメンバーは、息子の薬物乱用を止めさせることができないという家族の負担に関心を向けるかもしれない。一番最初のミーティングのときから、時間を確保して、こういった違いや矛盾するようなものの見方から距離を置き、チームの人びとの間でリフレクティブな話し合いをしたほうがよい。チームのメンバーが互いに耳を傾けることができれば、家族が互いに耳を傾ける可能性も大きくなるかもしれない。

専門職者が急いで次のミーティングに向かい、それゆえ、急いだ結果を出してしまうというのは、家族の心理的資源を十分に活用しているとはいえない。「私たちはこのことについてもう1時間も話しています。でも、このことがいったいどういうことなのかということ、あるいは、それを解決するための最良の選択肢を理解するまでには至っていません。しかしながら、私たちはとても重要なことがらを話し合いました。このことを開かれたままにして、明日、続きをしませんか？」とするのがよいだろう。

1. 対話性（対話をうながすこと）

　ミーティングにおいて、焦点は第一に対話をうながすことに置かれ、患者や家族に変化をうながすことは二次的なことである。対話はフォーラムであり、家族と患者が、問題を話し合い、生活における主体性を獲得できるようになる。新しい理解が対話において生じる。

＜オープン・ダイアログの効果＞

* 統合失調症だと診断された患者の「治療上の成果」をオープン・ダイアログと通常の治療とで比較してみると、以下の違いが2年後のフォローアップ調査で明らかになった。
	+ 対照グループでは、患者は有意に長く入院していた。（約117日。オープン・ダイアログ[OD]グループは14日。）
	+ 対照グループのすべての患者は神経遮断薬を使っていたが、ODでは3分の1であった。
	+ 対照グループでは、家族治療ミーティングの回数が少なかった。（約9回。ODでは26回。）それぞれのグループにおいて幅は大きく、ODグループは0から99。対照グループは0から23であった。）
* 統合失調症だと診断された、オープン・ダイアログの患者は、クライシスからより良好にリカバーしているようである。以下の違いは、2年後のフォローアップ調査でわかったことである。
	+ 対照グループの患者の71パーセントにおいて少なくとも1回の再発が見られたが、ODグループでは24パーセントだった。
	+ 対照グループの患者は、ODグループに比べて、有意に多くの残遺精神病症状をもっていた。対照グループの患者の50パーセントほどが、少なくとも、ときおり起こる軽い症状をもっていた。ODの患者は17パーセントであった。
	+ 就労に関する成果は、ODの患者のほうがよく、19パーセントの人たちのみが障害年金で暮らしていた。対照グループの患者は57パーセントであった。
* 5年後のフォローアップ調査においても、オープン・ダイアログの患者に関しての結果は肯定的なものであった。［訳注：この調査における対照グループは、上の調査のものとは異なり、オープン・ダイアログの原型となった「急性期精神病の統合された治療」（API）のグループである。］
	+ ODの患者の29パーセントのみが1回あるいはそれ以上の再発を体験した（対照グループでは39パーセント）。
	+ 5年後、ODの患者の82パーセントが残遺精神病症状をもっていなかった（対照グループは76パーセント）。
	+ 就労状況は、どんな他の成果研究よりもよく、ODの患者の86パーセントが勉強、仕事、積極的な求職活動に戻っていた（対照グループでは72パーセント）。

＜参考・引用文献＞

Aaltonena, J., Seikkulaa, J., & Lehtinen, K. (2011). The comprehensive open-dialogue approach in Western Lapland: I. The incidence of non-affective psychosis and prodromal states. *Psychosis*, 3(3): 179-191.

Haarakangas, K., Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J.(2007). Open dialogue: An approach to psychotherapeutic treatment of psychosis in northern Finland. In Anderson, H., & Gehart, D. (eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp.221-233). New York: Routledge.

Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychotherapy Research*, 16(2): 214-228.

Seikkula, J. and Alakare, B. (2007). Open dialogue. In Stastny, P. and Lehmann, P. (eds.), *Alternative beyond psychiatry* (pp. 223-239). Berlin: Peter Lehmann.

Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen, J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open dialogue approach: Treatment principles and preliminary results of a two- year follow-up on first episode schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.

ロバート・ウィタカー 著、小野善郎 監訳『心の病の「流行」と精神科治療薬の真実』福村出版 2012年