

精神医療における

対話実践の社会的実装を 考える国際シンポジウム

ー オープンダイアログと当事者研究というインパクトー

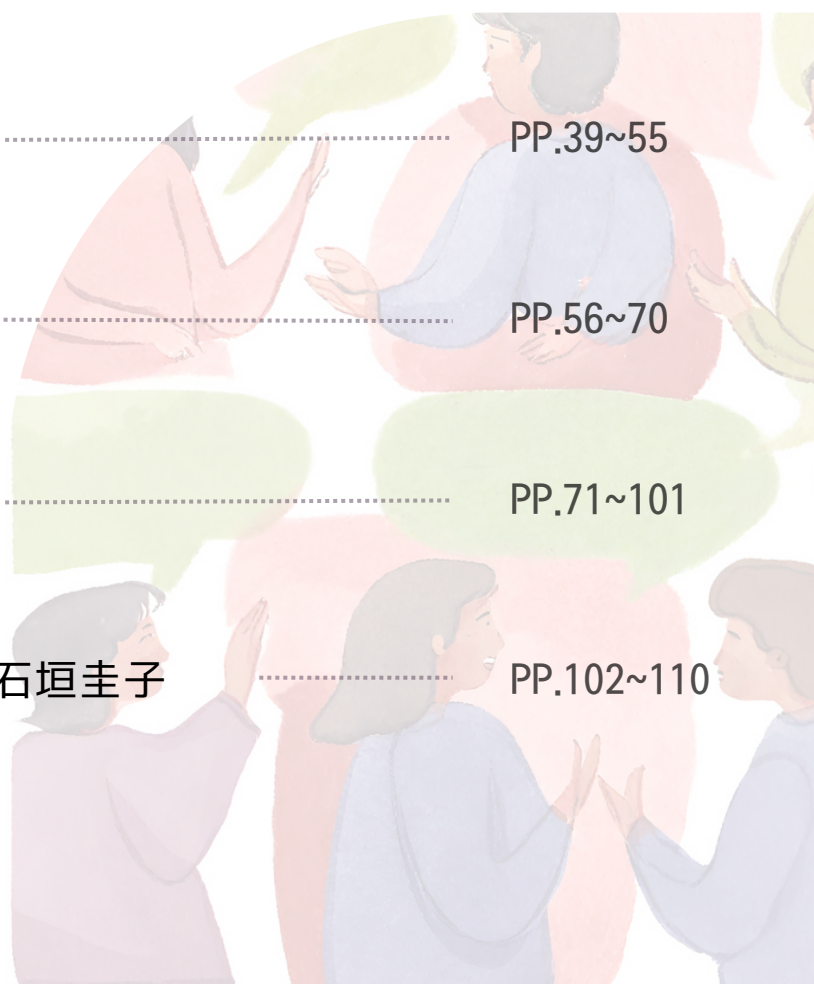
대화 실천의 사회적 구현을 생
각하는 국제 심포지엄

International symposium on
social implementation of
dialogue practice

2024年2月28日(水)
北海道大学学術交流会館小講堂

TABLE OF CONTENTS

01	基調講演Ⅰ ヤーコ・セイックラ	PP.1~8
02	基調講演Ⅱ 向谷地生良	PP.9~12
03	講話Ⅰ 石原 孝二	PP.13~22
04	講話Ⅱ 熊谷晋一郎	
05	斎藤環	PP.23~38
06	李容標/裴珍英	PP.39~55
07	金大煥	PP.56~70
08	葉雅欣/胡珈華	PP.71~101
09	賀古勇輝/高橋美穂/石垣圭子	PP.102~110



基調講演

「対話が治す今この瞬間の関係性の身体化-対話的ミーティングの声」

ヤッコ セイックラ

皆さん、よろしくお願いします。私の経験を分かち合う機会を与えていただき、大変嬉しく思います。日本で協力関係を築いてきた古い同僚や友人たちと、私たちがオープンな対話の中で培ってきた、最も深刻な精神保健上の危機をケアするための、より人間的なアプローチという考え方は、私が日本で出会った、より全人的な人間観という考え方にとっても近いものだと感じています。ですから、私の経験を皆さんと分かち合える機会を得たことを大変嬉しく思います。

日本では、よりヒューマニスティック（人道的）なサービスに多くの関心が集まっていることを実感しています。しかし、日本のケアシステムは、このような考えをあまり支持していないこともわかりました。最も深刻な精神保健上の危機におけるシステムの多くは、入院に重点を置いており、これらの病院は、完全な人間として、また社会的ネットワークの中でクライアントと出会う可能性を与えない、民間ベースで機能していることを知りました。というのも、私たちがオープンダイアログで学んだことは、すぐに会えるような形でケアシステムを組織するのがベストだということです。そして可能であれば、自宅やより身近な場所で会うのが最適でしょう。

だから、まず西ラップランドでこのオープンな対話システムを構築することで、私たちは本当に解決しました。現在、病院のベッド数は非常に少なく、そして、サービスの主な部分は、家を訪問することができるようになり、危機介入チームを組織化し、また、社会サービスや他の地域精神保健サービス、児童、青年、成人サービスとともに働くことができるサービスを統合することができました。

この人道的アプローチの開発に携わりながら、私はこの1年で、この開かれた対話と人道的な視点と、主流の精神医学との距離がさらに遠くなっていることを感じています。90年代前半の状況はどうだったでしょうか。精神療法的あるいは心理社会的な関心を持つ人々の間では、最も深刻な精神的危機にある人々と会うことに熱意がありました。そして、主流となる考え方の間でも、多くの議論が交わされていました。しかし現在では、その距離は非常に離れており、例えば、オープン・ダイアログの19年間の成果を、制度と比較して紹介しますと、フィンランドでは例年通り、ラップランドで行われているオープンダイアログに投資し、フィンランドの他の地域と比較して2倍の成果を上げている。主流派の人々は、そんなことはあり得ないと言う。彼らには、別の考え方があることが理解できないのです。私にとって大きな問題は、私たちが作ったものすべてを精神病理学的に捉えてしまうことです。そのような背景から、私は本を書くことにしました。

本のタイトルは『対話が治療する。なぜか？』この本を日本で出版する予備計画もすでにあります。今のところ、どのようなプロセスになっているかはわかりませんが……。しか

し、この本の中で私は、なぜ対話的な実践がそれほど効果的なのかという質問に対して7つの回答をしました。

最初の回答は、私の考えでは、オープンな対話のアプローチによって、人間に対する新しい見方が生まれるというものです。それは新しいものではありませんが、精神的な問題を抱えた人々に会うための、症状指向の医療型アプローチとしては非常に新しいものです。この新しい見方は心理学的なもので、人間のすべてを、自分自身と相手との対話の中にあると理解するものです。

質問に対する私の2つ目の答えは、対話的アプローチとオープンな対話です。私たちは、現代における間主観性の研究成果を活用することができました。間主観性の研究では、生まれたばかりの赤ちゃんはすでに両親や周りの人たちとの対話に積極的に参加しており、この協調的な同調はとてもリズムカルで音楽的であることが解りました。互いに同調することで、そしてお互いの調子を合わせることで、赤ちゃんは自分の成長の共著者となります。それと同じように、対話的アプローチで助けを必要としている人たちのことを考えると、その人たちは、もはや自分たちのために紹介される何かの受け手ではなく、自分たちの助けの共著者となります。そのため、彼らのためにいくつかの介入が導入されます。しかし、最初から、これはいったい何なのかを考えることになります。そして、自分の問題に対してどのようなステップを踏み、どのような方法を用いるのがベストなのかと。

3つ目の回答は、このようなオープンな対話と対話的アプローチで家族の方向性を考えるとき、ある意味で家族療法の応用だと考えられるというデータです。しかし、家族療法という考え方は、私がシステミック家族療法の研修を受けた80年代初頭以来、大きな発展がありました。その当時、家族は危機に瀕していました。私たちは一つのユニットとなり、そして、精神病の問題が家族システムにどのような機能をもたらすかを考え、それに基づいて家族への介入を計画しました。ただ、私たちが持っていたということです。そして、この考え方は、家族システムの問題というよりも、人々が持つ物語の問題であるという考えが導入され、言語論的転回によって覆されました。人生について、そして人生全体における問題について、私たちは人々にあらゆる物語について語り、他の物語と同じように大切にしようと呼びかける必要があるのです。そしてまたこの言語的転回も、対話的实践と開かれた対話の第一段階において大きな役割を果たしました。しかしその後、私たちは自分自身をも巻き込む必要があるという観察によって、この考えは覆されました。私たちが語り、物語を誘うプロセスの中に。つまり、私たちは現実を語りで描写するだけでなく、自分の身体で参加するのです。私たちが問題について語り、それを体現（身体化）するような状況すべてにおいて・・・最近、これが開かれた対話の一部となっています。そして、それが起こったとき、人々との出会いのスケールが大きく広がり、当初よりもずっと大きくなったことを意味しています。そう、今となっては、言葉や言語的な特別な能力、洞察力は必要ないということです。しかし、すでにあなたの感情を共有するミーティングに参加することは非常に癒しの経験です。そして、ひとつだけ・・・このことは、例えば、欧米の私のコンテキストでは、

多くの男性、家族の中の多くの父親が、対話的アプローチにおけるこの家族中心の視点によってより多くの利点を得ていることを意味しています。

私の回答の 4 つ目のポイントは、人間の心は私たちの身体との関わりの中で創造され、関係性の中で生きているということを理解するために、私たちは「関係性の心」と呼ぶ人間観を創造することができたと考えています。つまり、それは互いにシンクロするための非常に身体的な方法なのです。このプロジェクトでは、私たちの身体がどのように反応するかを研究しています。私たちは、セラピストとクライアントが 2 人という状況、つまりカップル・セラピーの状況に置かれたときに、自分の身体や他者に対してどのような反応を示すかを研究してきました。クライアントとセラピストの自律神経系の反応を測定しました。このようにして、私たちは（人間と）肉体と魂、あるいは感情と思考を分けるという二元論的な人間観を何とか乗り越え、今では私たちの出会いの中ですべてが統合された形で共有されていることを理解しています。そしてまた、感情の重要性についての理解も深まり、実践において感情の共有をしています。

私のリストの 5 番目の答えは、オープン・ダイアログの実践の中で、私たちは精神病的な問題を病的なものとしてとらえることを克服することができたということです。私たちは、精神病的な行動や精神病的と定義される行動は、人々が抱える極度の危機に対応するための 1 つの方法であり、1 つの正常な方法であると理解しています。それを精神病理学として病気と定義するのではなく、極度のストレス状況に陥ったとき、人は自分を守る方法を見つけ、たとえそれが非常に曖昧で建設的でない方法であったとしてもその方法を眺めることができるのです。この点で最大の問題は孤立であり、私たちがすべきことは、すぐに薬物療法を始めることではなく、それを孤立を避けるために、社会的なつながりを作る必要があるのです。

私の回答の 6 つ目のポイントは、対話的アプローチでは、人々が自分の経験や感情をもっと振り返り、自分が生きている危機とつながることができるように、全員の内省的能力を高めることに重点を置いているということです。この比喻を使うなら、彼らは自分の人生におけるすべての人になることができ、また自分の家の主人になることができます。どのような対話をすれば、人々は自分の問題に対する内省を深めることができるのか、もっと知ることができるのです。

最後に、オープン・ダイアログは完全にリサーチとの統合に基づくものです。実際、オープンダイアログほど体系的に研究され科学的に分析されたケアシステムを、私は世界で他に知りません。ミーティングのプロセスの特質を理解する力、私は人々が対話を通じて経験することを理解しますが、結果についてもかなり多くのことを理解しています。特に精神病の問題、人々が不安でうつ病を患っている時やその他のこの種の状況にある時に、私たちが見てきた結果について、非常に多くのことを理解する力です。そして、このような自然主義的な方法で臨床実践の発展に研究を統合することは、開かれた対話を発展させる上で非常に重要です。私たちは 80 年代半ばからこのような研究を始めており、研究は常に進行中

です。例えば、最新の研究では、フィンランドにおける医療利用の登録ベース情報統計の比較に重点を置いています。そして我々は、フィンランドの他の地域と比較して、ラップランド西部の違いがかなりあることを発見しました」。しかし、研究を克服するこのアイデア。私の考えでは、臨床診療の一環として、より人間的な診療を発展させることは非常に重要です。また、埋め込み型の臨床試験だけに頼っていると、学術的な植民地主義に陥りがちです。重要な知識を生み出すことはできますが、それは非常に薄いものです。日常診療の一環として研究を行うことで、外的妥当性が高まります。このように私たちが持っているものすべての外部妥当性を高めることができるのです。私が最近、この本を書きながら、また、要約するために文章を書きながら、取り組んできたアイデアは、このようなものでした。何が要素で、何がメインストリームとの違いなのか。

現在、世界で行われているオープンダイアログについて考えていますが、それは、20年、またはそれ以前と比較して非常に異なっています。現在は35カ国以上で体系的なトレーニングやプロセスを持っています。オープンダイアログやこのプロセスは主に特定のチームで組織され、フィンランドのウェスタンラップランドで起こったようなシステム全体を変えることはできませんが、私たちのサービスでは、このチームでのオープンダイアログのトレーニングを行い、オープンダイアログを適用し始めるという決定を下すことがほとんどです。限定的なアプローチとして、ある人は精神病の問題に対して、ある人は依存症の問題に対して、ある人は思春期の問題に対してなど、どのような現場でこの手法が広められるかを考えています。これは、私が利用していたところとは全く異なる方法です。チーム内でこのオープンダイアログのアプローチを適用する場合、常に他のサービスとのつながりを作る必要があることを理解することは、私にとって非常に重要なことでした。というのも、心理的な継続性を一緒に保証することは、最適な結果を得るために不可欠なことであり、チーム内で孤立して行うことはできません。つまり、これはオープンダイアログを発展させるためのアイデアなのです。そのためには、現地の状況に焦点を当てたトレーニングが不可欠です。現在行われている研修では、自分自身に焦点を当てることが非常に重要になっています。自分が成長したとき、あるいは今自分が生きていて働いているときに、どのような人間関係を経験してきたか。そして、それがいかに重要な部分であるかということに私は少し驚いていますが、実際、この人間主義的アプローチについて話すとき、助けを必要としている人たちとのミーティングに参加するとき、私たちは主にどのような解釈やどのような介入が必要かを考えるのではなく、自分がどう感じているかを考えるのだということを理解しています。そのため、このミーティングはとても感情的なものになり、オープンな対話の場になっていると思います。今のところ、私たちが対話的な仕事を始めたとき、言語的な方向性を持っていたときとは比べものにならないほど感情的になっています。危機に瀕している人の話に耳を傾け、他者を無条件に尊重し、自分の発言や提案は避け、その家族だけでなく他の同僚たちにもなじみのあるものへと調整し、彼らの考えを適応します。私の経験では、たとえばアジアや日本など世界の様々な文化の違いがありますが、そこでのオープンダイアロー

グのミーティングで実際にそれほど違いがなく見えるのは驚きでした。日本、アメリカ、南米、どのような状況であれ、人生における対話のペースは真実のようです。例えば、とてもおしゃべりな文化圏では、会議はもっと静かに行われることがありました。そこで人々は、相手が話し始める前に、相手が話し始めたことを止めることを期待しました。これは私が見てきたことであり、私が日本に関わってきた会議の一部です。例えば、どのように同僚を会議に招き、どのように協力の呼びかけを行い、どのようなトピックが会議で出てくるのか。人々が話したいことはもちろん、こうした文化特有の問題も出てきますが、私は、対話をしているときは、言語に関係なく、同じプロセスの中にいるという考えに立ち返りました。

私が未来に望むことは、危機的状況にある人々との関係において、このような身体化（具現化）された関わりを理解し、もっともっとアクセスできるようにすることです。私たちは、最も深刻な危機に対処するための、より多くの資源を持っていると思います。そして、もし私が日本の文化を正しく理解しているのであれば、このことをより実践的に適応させることは非常に簡単なことだと思います。そして、私は最近、大きな危機の中で、非常に特別な会議に参加し、一緒にいるということや安全な経験、感情がどのように役立つかというアイデアに非常に驚き、魅了されています。安全な方法で感情を（設定する）整えることができます。これで私の発表は終わります。コメントや質問がある場合は、喜んでお受けします。

向谷地：ありがとうございます。斎藤環さんが翻訳された『オープンダイアログと未来』という本にも深い関心を寄せていたので、今日のお話はとても参考になりました。

オープンダイアログの効果を実証的に説明したり、データを集めたりするのは難しいことですが、セックラ先生は研究と実践のバランスを非常にうまく保ちながら、データを集めて社会的にアピールされています。私たちは、あなた方のやり方から学ぶことがたくさんあります。私たちの選択が薬物療法に偏っている現実を踏まえて、この対話の実践をどのように社会で実践していくかというテーマでお聞きしたいと思います。

セックラ：

コメントありがとうございます。私の考えでは、研究と実践を統合し、発展させるという考え方は、本当に非常に重要なことであり、また、オープンダイアログが長い間存続してきたことを保証するものでもあります。この研究の一環として、私たちは 91 年から 92 年にかけて、精神病性危機をケアする神経遮断薬の役割とは何かを調べる国家プロジェクトを開始しました。そのプロジェクトの一環として、3つのセンター、そのうちの1つである西ラップランドが、最初のコンタクトで神経弛緩薬の服用を開始するのではなく、6週間くらいまでは薬物療法を行わずに、オープンダイアログという心理社会的介入を行うことで、どの程度の効果が期待できるか試してみるようアドバイスされました。そして驚いたことに、本当に薬物療法が必要な人はごくわずかで、最初のうちは 20%にも満たなかったのです。

私たちはそのことにとても驚きました。というのも、神経毒のプロセスを防ぐために、すべての精神病患者に薬物療法が必要だという考えが出始めた時期だったからです。しかし、私たちの経験はまったく正反対でした。また、私たちが追跡調査を始めたとき、薬物療法を受けなかった人たちのほうが、より良い結果を得ていることに気がつきました。2年後、5年後、そして現在では20年後と、より長い期間追跡調査をしています。私たちがこの研究に参加したことで、この新しい治療法が可能になったのだと思います。特にビルギッタ・アラカレ博士は、何年か前に東京で開催されたセミナーで、この神経遮断薬の選択的使用法を開発しました。最初のコンタクトで薬物療法を開始するのではなく、まず会って、どのように治療を進めていくか選択肢について話し合うことが本当に重要なようで、ビルギッタは、薬物療法を開始する前に少なくとも3回はミーティングをするようにと言っていました。もちろん、当時はとても画期的なことで、精神病は決して毒性はなく、すぐに薬物療法で進行を防ぐ必要があるという主流の考え方に反する、とても新しいことでした。しかし、私たちは研究を進めていたので、その新しい考え方に従うことができる枠もあったし、その後も3つの研究期間と2つの研究期間を設けて、この方法がまだ有効かどうかを調べました。神経弛緩薬を最初から投与するのではなく、ケアラインに従って投与し、すぐに投与を開始する場合は、どのように投与を中止するかを計画することにしていました。現在、このアプローチに対する関心が高まっているのは、例えば神経毒性仮説のような、研究上の裏付けがないような情報も増えてきているからだだと思います。主流の研究では、この神経毒性プロセスの証拠はほとんどない。また、薬物療法には有害な作用があるという証拠もあります。このことも相まって、薬物療法をあまり重視しないという考えに対する好奇心が高まっているのだと思います。神経弛緩薬を使わない覚悟、神経弛緩薬をやめる覚悟を持つことは、オープンダイアログで得られたような結果を精神病性危機にもたらすための前提条件のようなものだと思います。

向谷地です：

非常に実証的な蓄積の中で、薬と急性精神病状態の関係の可能性を一つの課題として示していただいたことは非常に参考になります。そういう意味で、蓄積された実証的なデータを積極的に読み込んで臨床に活かしていくことは非常に重要だと思います。

もうひとつお聞きしたいことがあります。オープンダイアログを日本の文化、社会に取り入れるためには、私たち自身が創意工夫をし、知恵を出していかなければならないというお話があったと思います。しかし、過去10年間のフィンランドから日本の精神科医療の現状を見たときに、このような工夫はどうだろうかという提案があればお聞きしたいのです。

セックラ

私自身、いくつかの考えや疑問があり、何がベストな方法なのか、あなたの方が私よりずっとよくご存知でしょうから、良いアドバイスはできません。しかし、私が日本の文化の中

で非常に特別なものを見てきた中で、おそらく2つの側面に注目してきました。そのひとつは、組織がどのように組織化されているかということで、組織内のヒエラルキーはどうなっているかということです。そして、ミーティングに参加する人々には、特定のルールがあるようですね。例えば、私は会議に参加することがあるのですが、その際、例えば危機の中心人物である看護師がどのように意見を述べるのかに関心がありました。時には、看護師が医師の意見に従おうとして、実際にその意見を共有することがない場合もありました。しかし、危機に瀕している本人や家族とつながりながら、自分のあらゆる経験を分かち合うことを人々にどう促すかは、とても重要なことのように思われるし、この点でもっとオープンになる可能性があれば、利用できるかもしれない良いリソースが沢山あります。実際、80年代前半の私たちの経験を思い起こすと、病院内の文化は非常にヒエラルキーが高く、一部の看護師は自分の意見をオープンにすることを恐れていました。

私が抱いた2つ目の疑問は、私は韓国や中国、香港、日本といったアジアの文化圏の方々と出会いましたが、感情をどのように共有するかということです。例えば、感情を分かち合い、他の人々の前で感動し、家族の中でも感動する。そして、私は何か助言ができるほど理解していないが、それは私に多くの好奇心を引き起こしました。例えば、悲しくなって泣き出すかもしれない。医師として、看護師として、心理学者として、家族のとても悲しい話を対処する場合、どのようなことが起こり、どのような意味があるのでしょうか。日本の文化では、どのように感情をオープンに分かち合うのか。もしそれができれば、とても役に立つし、癒しの経験にもなると思います。日本文化におけるオープンな対話とはどういうことなのでしょうか。

向谷地：

ありがとうございます。オープンダイアログのベーシックコースを終えて、アドバンスコースのトレーニングを受けているところです。気持ちを分かち合うということについて、とても勉強になっていると思います。最後にひとつ質問させてください。オープンダイアログが始まってから、医師や看護師、その他の専門職のトレーニングに具体的な影響はありましたか？

セックラ：

私が見てきたこと、そして私自身にも起こったことは、オープンなやり方で仕事をするようになったとき、おそらく多くの場合、私たちが助けを必要としている人々にとってより身近な存在になるということです。そして、私たちの視点をよりオープンに共有することで、助けを必要としている人々にとってより身近な存在になれるかもしれない。そして、この時間にコンタクトを取る必要があるとか、この特定の方法でコンタクトを取る必要があるといった拒絶反応をあまり起こさなくなります。その専門家たちは、たとえば親族がどんな質問をしてきても、それを理解することにオープンになっています。たとえ自分が扱っている専

専門知識が正確でなくても、好奇心を持って接し、人々が抱えるどんなジレンマや疑問にも役に立とうとすることがとても重要なのです。オープン・ダイアログ・トレーニングを受けている専門家についての私の基本的な知識は、彼らがお互いに、そして患者や家族と呼ばれる人たちの関心の中心となっている人たちに対して、より柔軟に、よりオープンに接することができるようになることでしょう。このような枠組みがあれば、協力しやすくなる。専門家のヒエラルキーを尊重することは、例えばフィンランドではよくあることですが、医師がヒエラルキーの立場を失うということでしょうか？という話になることがあります。しかし、それは人々は互いの専門性を尊重する必要があるということです。

向谷地：ありがとうございました。私も以前、ケロプタス病院を訪れたことがあります。オープンな雰囲気と、スタッフが平等であることを実感しました。最後に、このシンポジウムの目的は、東アジアのメンタルヘルスを改善することです。このシンポジウムの目的のひとつは、東アジアの国々がお互いの経験を交換することで、より双方向的で人道的なアプローチを促進することです。このテーマについて、何かメッセージがあればお聞かせください。

セックラ：

そうですね、私は何人かの関係者とお会いしたことがありますが、皆さんの熱意とインスピレーションにとっても魅了されました。また、オープンダイアログという考えを適用するための文化的に敏感な方法を見つけるという考えにもとても惹かれます。あなたはヒューマニスティックという言葉を使っていますが、私はこの言葉がとても好きです。それは、私たち全員が従っていることで、症状や病態ではなく、人間と向き合うことです。日本、韓国に行ったのですが、文化的な問題というのはとても重要で、とても興味深いものなのです。すべては家族の中で解決すべきことであり、オープンであるべきではないという考え方と、家族を招いてオープンに対話することは、その人にとって非常に重要であり、韓国と日本ではやり方が違うかもしれない。そしておそらく最後のアドバイスは、リサーチを始めてほしいということです。何が起きているのかを常に分析し、自分自身のため、そして外部の人のためにそれを記録するという実践を統合しなければ、永続的理論を書くことはできないと思います。

「自分自身で、共に」－当事者研究のインパクト－

北海道医療大学/浦河べてるの家
向谷地 生良

①当事者研究は、「自分自身で、ともに」を基本理念とした対話実践です。この活動は、自らの人生経験や抱える困りごと、生きにくさに関心を寄せ、その中から「研究課題」を取り上げ、常識や前例にとらわれずに前向きな試行錯誤を重ね、時には図（絵）や、アクションを用いて出来事や苦労のおきるパターンやしくみ、かかえる苦労や困難の背後にある意味や可能性と一緒に考え、意味を見出し、知の共有をめざす対話のプロセスとして 2001 年に北海道浦河町ではじまりました。

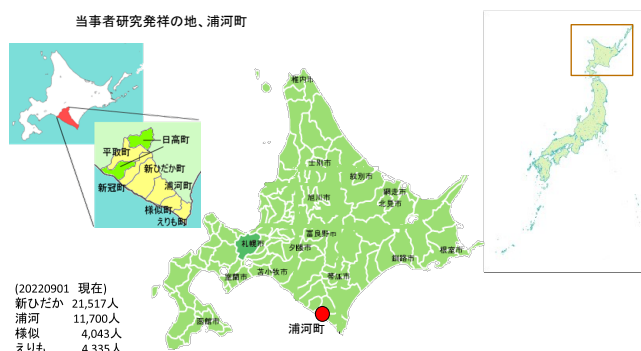
当事者研究がはじまるきっかけとなった浦河べてるの家は、現在は社会福祉法人として就労支援、健康管理の支援や生活支援（居住支援、食の支援、つながりの支援）や当事者研究の普及・啓発に努めています。

②大切にしていることは、誰もが「自分の苦労の主人公」になり、互いに知恵を出し合い、ともに生き合える場とつながりを創造することです。

その中から即興的（偶然性）に生まれるユニークな理解やアイデアが、重要な“自分の助け方”の発見につながります。この活動は、身近な日常生活の中に研究所を立ち上げるイメージで、研究者自身の相違工夫によって、時間や場所の制約を越えて（いつでも、どこでも、いつまでも）行うことができます。

これは、べてるの研究ミーティングの場面です。メンバーがそれぞれ自分の研究テーマをもって暮らしています。週一回のミーティングの場で、それを報告しあい、情報交換をします。テーマは「不安への対処の仕方」「親子関係」「悪口を言う”声”との付き合い方」など多岐にわたっています。

研究成果の共有の場として、研究交流会を地域ごとに、さらには全国規模で研究発表と交流の場を持っています。対面での発表とポスター発表をしています。



研究ミーティングの場面(べてる)



当事者研究全国交流会(浦河大会)



ポスター発表風景



④幻覚妄想大会の開催

このような当事者研究を生み出す場の力として、「幻覚妄想体験」をユニークで大切な出会いの経験として受け止めメンバーを表彰する「幻覚妄想大会」の開催があります。

バリバラとコラボ
幻覚妄想大会
グランプリ受賞場面



以上が、当事者研究の紹介です。次にこの当事者研究の源流を辿りたいと思います。

⑤私は 1978 年に北海道浦河町にある総合病院のソーシャルワーカーとして精神科で働く機会を得たのですが、最初に直面したのが、鉄格子で覆われた精神科病棟でした。それは精神医療の現場が社会的に負わされた「保護」と「管理」と「服従」の構造でした。

私は、これを、一種の「専門家の陥る病」だと考えました。もちろん、まもなく私も”感染”してしまいました。

浦河赤十字病院精神科病棟(1959-2014)



このパターンリスティックな「保護」と「管理」と「服従」の支配構造が強化され、維持される現状を解明するために私が取り組んだのは、精神科に入退院を繰り返すメンバー 2 人と同じ屋根の下で暮らす「居住実験」(1980～1982) でした。そこで経験したのは、再発によって地域とトラブルを起こし、一緒に住んでいた私もそれに巻き込まれ、結果として警察の力を借りて強制的な入院をさせざるを得ない現実でした。しかし、その経験から見出したのは、挫折ではなく「同じ人間」という実感と共感でした。

⑥この「社会実験」を可能にしたのが、学生時代の重度の脳性麻痺を持つ若者たちによる自立生活運動や難病患者運動に関わった経験、さらには浦河で出会ったアルコール依存症の人たちの自助グループ「断酒会」との出会いでした。

特に依存症領域の治療・援助観には、特に関心を持ちました。依存症領域の関係者は、メンバーとは一定の距離を保ちつつ連携し、「仲間の力」「語る力」と地域のネットワーク

(ネットワーク療法と呼ばれていた)を重んじ、毎週のようにミーティングを重ねることによって回復を目指す当事者と向き合い、私はそこに、依存症を越えた精神医療において大切にすべき「回復のモデル」を見たのです。



⑦もう一つの流れは、日本では1980年代後半に認知行動療法の一つであるSST (Social Skills Training)がリバーマンによって紹介され、そのプログラムの根底に流れる当事者主導の協同的実証主義 (collaborative empiricism) と、白板を用いてグループでミーティングを重ねることで共感や状況の把握が促進されること、主観重視、さらには、外在化の視点、問題と言われている事も、意味のある出来事としてアクションを交えた自由な方法で探索し、表現することで、時には薬に依存するしかなかった症状が好転したり、ギクシャクした人間関係が変わったりすることを見出すようになりました。

その経験をもとに、私たちはアレンジを重ね、これらのすべてが支流となり、後に合流して、どんなことに対しても「自分自身で、共に」研究する当事者研究 (2001) へと結実していきます。

「SST(社会生活スキルトレーニング)との出会い」

- ・認知行動療法(CBT)の一つであるSSTの持つ特徴を受容し、アレンジ
 - ①当事者主導—当事者自身の困りごと、実現したいことを仲間に相談してはじまる—「弱さの情報公開」
 - ②試行錯誤を重視—「失敗体験」「行き詰まりの体験」を、生きようとする試行錯誤のプロセスの「成果」と捉え、共同する—失敗重視
 - ③仲間の経験と力を活用—SSTという場で、仲間と一緒に練習のプランを立て、共有し、相談しながらすすめる
- 従来の専門家主導で展開されるSSTに変わって、精神医療の世界にあらたな当事者主導のモデルを生み出す契機としてSSTの持つ「素性」に着目しアレンジを重ねてきた。

⑧この取り組みによる一番の発見は「ともに研究する」という発想がもたらす「人と場の変化」です。

何よりも、すべてにおいて他者の保護や管理の下で、自らを表現することをためらっていた人たちが、自分自身の経験に前向きな関心を寄せ、自由に自らの主観的な経験を研究的に発信することで、自分と仲間の生きやすさや、そして社会の変革に貢献できることが可能となったのです。このスライドは「学校が嫌い」という小学生が、札幌市内で開かれている「とうけ

「勉強が嫌い」の研究

- ・小学校3年生のS君(不登校中)
- ・「学校へ行こうとすると“イライラ”する」現象の解明したい!
- ・それを、さまざまな苦勞の専門家が集まっているカフェで、研究をしました!
- ・アンケートをとったら参加している大人の9割が、こどもの頃、勉強が嫌いだったことが判明、驚きと安心!



んカフェ」に参加して発表している場面です。今の学校のカリキュラムは「イライラ」するカリキュラムだそうです。彼は独自にワクワクするカリキュラムを考えました。それは毎日がゲーム三昧のカリキュラムでした。会場は、笑いに包まれ、拍手が沸き上がりました。後日談があります。この発表の後、彼は自ら学校に行くようになったのです。そして、彼は学校を変え始めているように思います。

この経験から私たちが見出した大切な事柄は「主体性」のテーマです。私たちは、誰しものが「私」という固有の人生を生きる主体として存在しています。そして、生まれた瞬間から私たちは、生命的にも、社会的にも「試行錯誤」を繰り返しながら生きています。

そして、最後に私たちの45年の歩みでもっとも大切なことは、オープンダイアログ（2013）との出会いです。そこで私たちは、自らの歩みを「対話」の視点から見直し、あらたな可能性を見出すことができました。「対話」の領域は、生命的で、複雑な世界です。わかろうとすればするほど、わからないことが増えてきます。しかし、「わからなさが、わかる」ということは、とても大切なことがわかったことでもあるのです。

人が「生きる」という営み、この不確かさに満ちた世界への”冒険”を可能にするキーワードが「自分自身で、共に」なのです。 ご清聴ありがとうございました。