

## 「開かれた対話」と「人薬」

齋藤 環

"Open Dialogue" and "Hitogusuri"

筑波大学医学医療系社会精神保健学, Tamaki Saito: Social Psychiatry &amp; Mental Health, Faculty of Medicine, University of Tsukuba

## はじめに

## — 「人薬」とは何か —

そう遠くない将来において、精神科薬物療法をはじめとする身体療法はその進歩の限界を迎えて長い停滞期に入ることが予想されている。精神医療の中心は世界的な潮流として現在の収容中心主義からコミュニティケアへの移行を余儀なくされるであろう。

治療手段の停滞を破るものとして期待されるのは、「マインドフルネス」あるいは一連の「第三世代の認知行動療法」といった新たな精神療法の試みとなるであろう。いずれもPETやNIRS、あるいはfMRIなどによってその有効性が実証されつつあるが、こうした“生物学的に根拠づけられた精神療法”に関する研究が、今後いっそう盛んになるであろうことは想像に難くない。とはいえ、そうした高度な精神療法が一気に医療現場に普及するとは考えにくい。

精神障害の「軽症化」とともに、医療と福祉の境界、治療と支援の区別、リハビリテーションと就労支援の境目はいっそう曖昧化するであろう。すでにそうなりつつあるように、精神医療の主たる対象は、「うつ病」と「認知症」に移行し、その必然的帰結として、精神医療は緩和ケアに限りなく近い営みとなる可能性が高い。

ながらく内科モデルを志向してきた精神医学は、徐々にその限界を自覚するとともに、“つまるどころ人間は人間によってしか癒やされえない”

という単純な事実がくりかえし再確認され、現前性や身体性、関係性などの治療的意義が再評価されるであろう。本稿ではそうした要素の総称として「人薬<sup>ひとぐすり</sup>」を用いることにする。

「人薬」なる言葉の出典は、2009年に公開された想田和弘監督の映画『精神』である。本作に登場する「こらーる岡山診療所」の代表、山本昌知医師の談話から筆者が引用したものである。山本医師のモットーは、「病気ではなく人を見る」、「本人の話に耳を傾ける」、「人薬」とのことであり、「人薬」について詳しい定義や解説をしているわけではない。しかし、この映画で描かれる「こらーる岡山診療所」のたたくまいそのものが、治療における「人薬」の重要性を如実に物語っている。

その診療所は、民家を改造したつくりになっていて、通院患者は診療を待つ間、好きな場所に寝そべったり、お茶を飲んだりお喋りしたりして過ごしている。人と人の距離がおのずから近づくような空間になっていて、スタッフと患者も自然な対話を行いやすい。こうした緩やかな対人関係、あるいは対人空間のありようそのものが治療的な意義を持っている。「人薬」にはそうした含意がある。

著者の日常臨床においても、「人薬」は重要な意味を持っている。とりわけ「ひきこもり」や「うつ病」の診療においては、こうした視点は欠かせない。

いずれの場合も、とりわけその回復期において

は、良好な対人関係の有無が予後に大きく影響する。

まず重要なのは家族である。家族はいわば「最初の支援者」であり、疾患について理解し患者を支える立場である。家族が病状に理解がなく、家族関係が不安定なままでは、回復が著しく遅れることは避けられない。この点は疾患にかかわらず自明の前提であろう。家族関係が不安定である場合、患者は家庭内ストレスの対処にエネルギーを割くことになり、結果的に社会参加が著しく遅れることになる。たとえば「社会的ひきこもり」の長期化はこのようにして起こる。

家族関係はいわば「支援の土台」として重要であるが、回復期においては「家族以外の対人関係」がさらに重要な意味を持つ。さまざまな事情から知人や友人と疎遠になっている患者は、社会参加に先立って長い停滞期を経験することになりやすい。少ないながらも対人的なつながりが残っていて、時に会食したり愚痴をこぼしたりできる相手がいる場合は、社会参加に際しても比較的スムーズである。

おそらく軽症患者の多くに共通して言えることは、「良好な対人刺激には治療的な賦活効果を期待できる」ということである。ここには親密な対人関係のような特異的な対人刺激から、外出して雑踏の中を歩くといった非特異的な対人刺激までが含まれている。こうした場合の治療機序として、筆者は「患者の自己愛の修復」と「対人資源によるレジリエンスの補強」を考えている。

後述する「オープンダイアログ」の理論に関連して「ネットワークセラピー」なるものの存在を知ったが、これは家族に限らず、患者のさまざまな関係者を巻き込んだ治療を指す。ここでネットワークとは、「対人関係のネットワーク」を意味している。こうした治療技法もまた「人薬」の存在と無関係ではないであろう。

「人薬」のメリットとして、高度な専門性を必要とせず、低コスト（人によってはタダ）で利用できることが挙げられる。しかし反面、長い孤立やひきこもりを経てきた人にとっては、通常の治療以上に敷居が高くなる場合もある。つまり新たな人間関係を築くほうが、治療を受けるよりもは

るかに困難である場合が少なくないのである。

病むことはしばしば必然であるにもかかわらず、治癒には偶然の要因が数多く関わっている。とりわけ「人薬」の利用については“偶然頼み”になりやすい。これまでは治療の一環として、有意義な出会いが起こりやすい方向付けや環境設定を工夫するしかなかったが、最近、ここにまったく新しい可能性が加わってきた。それがフィンランド発の精神療法「オープンダイアログ（Open Dialogue）」である。

### 「オープンダイアログ」とは何か

オープンダイアログ（開かれた対話）とは、統合失調症患者への治療的介入の一手法である。フィンランド・西ラップランド地方のトルニオ市にあるケロプダス病院のスタッフたちを中心に、1980年代から開発と実践が続けられてきた。現在、この手法が国際的な注目を集めている。その主たる理由は、急性期の統合失調症患者に対する治療的介入として、ほとんど薬物治療や入院治療を行わずに、きわめて良好な治療成績を上げてきた実績ゆえである。

その手法の概略は以下の通りである。発症直後の急性期、依頼があってから24時間以内に、「専門家チーム」が結成され、クライアントの自宅に出向く。本人や家族、そのほか関係者が車座になって座り「開かれた対話」を行う。この対話は、クライアントの状態が改善するまで、ほぼ毎日のように続けられる。

オープンダイアログは、正式には「急性精神病における開かれた対話によるアプローチ Open Dialogues Approach in Acute Psychosis」（以下OD）と呼ばれるように、主たる治療対象は発症初期の統合失調症である。この手法による治療成績は下記の通りである。

ODの導入によって、西ラップランド地方においては、入院治療期間は平均19日間短縮された。薬物を含む通常の治療を受けた統合失調症患者群との比較において、ODによる治療では、服薬を必要とした患者は全体の35%（対照群では100%）、二年間の予後調査で82%は症状の再発がないか、ごく軽微なものに留まり（対照群では

50%)、障害者手当を受給していたのは23% (対照群では57%)、再発率は24%(対照群では71%)に抑えられていた。

もっとも、薬物療法に依存しないコミュニティケアの試みは、ODがはじめてではない。古くは1960年代のDavid Cooperの「ヴィラ21」やRonald David Laingの「キングズレイ・ホール」がよく知られている。こうした反精神医学の文脈とは別に、Loren Mosherによる「ソテリア・プロジェクト」も、世界各国で試みられている。

ODの成果は、とりわけその継続性や応用可能性という点において、これらの試みを上回るものである。筆者自身を含む、伝統的手法で統合失調症の治療にかかわってきた医師ほど、この治療成績に衝撃を受けるであろう。保護室も薬物もECTも用いず対話だけで統合失調症を治療するなどありえない、と考えるのが常識的な反応である。

しかしODには上述したとおりエヴィデンスがある。エヴィデンスレベルが低いという議論はあるが、いずれも家族療法の専門誌として定評のある“Family Process”に掲載された論文である。また、ケロブダス病院では現在も、電話によるすべての相談依頼に24時間以内に治療チームが対応する方針をとっている。限られたスタッフでこの体制を破綻させずに維持できている事実もまた、ODによる治療が奏功していることの傍証となるであろう。有効性の低い治療であれば、とっくに受け付け体制がパンクするか、ウェイティングリストが満杯になって、「予約はしたが半年待ち」といった状況になっているはずである。

この特異な治療であるODが最初に日本に紹介されたのは、2013年に公開されたドキュメンタリー映画、Daniel Mackler監督による“Open Dialogue—An Alternative, Finnish Approach to Healing Psychosis”が最初である。その後雑誌『精神看護』などに紹介記事が掲載され、2015年にはODの中心人物であるJaakko Seikkulaの論文の翻訳に筆者が解説を付けた『オープンダイアログとは何か』(医学書院)が出版された。

### 治療の実際

ODの中心人物であるJaakko Seikkulaは、そ

れが「治療プログラム」ではなく「哲学」であることを強調しているが、紙幅の関係でそちらには深く立ち入らない。ここではまず、ODの具体的な実践について述べる。

患者もしくはその家族から、オフィスに相談依頼の電話が入る。電話を受けたスタッフは、医師であれPSWであれ、責任を持って治療チームを招集しなければならない。かくして依頼から24時間以内に、初回ミーティングが行われる。

ODに参加するスタッフは、全員がセラピストであり、対等の立場で、つまり職位による上下関係抜きで対話に参加することになる。ODの源流は家族療法であるため、治療チームの全員が、ケロブダス病院内で3年間の家族療法の研修を受けている。

このほかODへの参加者には、患者本人とその家族、親戚、医師、看護師、心理士、現担当医、その他本人に関わる重要な人物などが含まれる。ミーティングは、しばしば本人の自宅で行われる。全員が一つの部屋に車座になって座り、やりとりが開始される。

そこでなされることは、まさに「開かれた対話」である。このミーティングは、患者や家族を孤立させないために、危機的状況が解消するまで毎日続けられる。こうしたシンプルな手法で重篤な統合失調症が回復し、再発率も薬物療法の場合よりはるかに低く抑えられるのである。

それではODにおける対話の実践とは、どのようなものなのだろうか。

クライアントやその関係者など、すべての参加者には、平等に発言の機会と権利が与えられる。ミーティングにはファシリテーターは存在するが、対話を先導したり結論を導いたりするような「議長」や「司会者」はいない。ファシリテーターの役割は、中立な立場を保ちながら折にふれて話し合いに介入し、議論がスムーズに進行するよう調整しながら、相互理解と合意形成に向けて、議論を広げたり深めたりすることである。

ODにおいては、原則としてスタッフとクライアントの間に明確な区別は設けない。これは「専門家」や「患者」の立場を否認する、という意味ではない。ODでも患者(patient)ないし専門家

(professional) という区別は存在する。重要なことは、ODにおいて「専門性」は必要とされるが、「専門家が指示し、患者が従う」といった上下関係は存在しない、ということである。ODにおいては、「専門家」と「患者」が、完全に相互性を保った状態で対話することが望ましいとされているためである。

最も重要な原則の一つは、「患者本人抜きではいかなる決定もなされない」ということである。薬物治療や入院を含む、治療に関するあらゆる重要な決定は、本人を含む全員が出席した場面でなされなければならない。言い換えれば、本人不在で治療方針が決められることはない。当事者を排除したスタッフだけのミーティングも開かれない。

ここで注意が必要なのは、ODが「反薬物治療」でも「反精神医学」でもないという点である。Seikkula自身は、診断基準や薬物治療に批判的な立場をとっているが、全否定ではなく、そうした治療は必要最小限度にとどめよう、という姿勢である。ODを急性期の統合失調症や重篤な精神疾患に適用する際に、ODが奏功しなかった場合のバックアップとしての薬物や入院病棟は、「保険」としても必須と考えられる。

ミーティングの最後に、ファシリテーターが結論をまとめる。対話の結果、薬物治療や入院が選択されることもありうるが、何も決まらないということもある。そういう場合は「何も決まらなかった」ことが確認される。ミーティングに要する時間はさまざまだが、Seikkulaは、およそ1時間半程度で十分と述べている。

仮に患者が入院した場合でも、同じ治療チームが関わりを持ち続ける。こうした心理的連続性はきわめて重要な要素である。緊急事態が去り、症状が改善するまで、同チームの関わりは、本人のみならず家族に対しても続けられる。発症直後のような緊急時に、密度の高い介入を行うという点で、ODは通常の家族療法とは大きく異なっている。

このようにODは、基本的には統合失調症の急性期に対する治療として発展してきた経緯があるのだが、Seikkulaによれば、治療の対象は必ずし

も統合失調症に限定はされない。著作や論文の中に提示されている事例も、うつ病、PTSD、家庭内暴力などさまざまで、小学校教育での応用例も紹介されている。

## 理論的背景

なぜ「開かれた対話」が治療的な意味を持ちうるのだろうか。以下、その理論的な背景について簡単にまとめておこう。

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・バフチンの「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。

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。

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、そのすべてに回答しなければならない。その回答は、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、あらゆる発話は回答を求めており、「言語にとって（すなわち人間にとって）回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回答は、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。

### 事例——ペッカとマイヤ

以下に、Seikkulaの論文から、ODの実践例を引用する。統合失調症を発症したと思われる男性事例の治療場面である。

事例は金物店に勤める30歳の既婚男性、ベッカ(仮名)である。ベッカの訴えによれば、彼はある組織的な陰謀に巻き込まれており、その組織の人間につけねらわれている、とのことだった。彼のかかりつけ医は精神科病院の入院担当チームに連絡を取り、ベッカの自宅で治療ミーティングの場が設けられた。出席者はベッカ、彼の妻のマイヤ、ホームドクター(D)、心理学者(or臨床心理士Psych)と3名の看護師だった。

ベッカの言動ははじめ病的で筋が通らず、混乱したものだった。しかし、看護師がベッカの妻に、なにが心配なのか尋ねたことで流れが変わった。この問いかけがベッカの病的な言動に変化をもたらした、そこから対話が始まったのである。

マイヤとベッカは発病につながった出来事について話しはじめた。ベッカによれば、もうすぐクリスマスだというのに、彼には仕事もなく、プレゼントを買うお金もなかった。彼の前の雇い主は、ベッカに支払われるはずのボーナスを、まだ払っていなかった。大きな不安をかかえながらも、ベッカは雇い主に電話し、ボーナスを請求してみた。しかし雇い主の対応はひどいもので、ベッカをゆすりたかりのようにあしらった。

このやりとりの最中、たまたまその地区で停電があり、灯りが消えて真っ暗になった。彼は停電という恐ろしい偶然を、彼をはめるための罠だと考えた。チームは一連の出来事について、さらにくわしい説明を夫妻に求めた。質問者は停電の時、どんなことを思ったのかをベッカに尋ねた。ベッカの恐怖を言語化するためである。

心理士：あなたは死ぬことを恐れていた？

ベッカ：うーん、そこまでではないけれど……でも、その場から離れたほうがいいなとは思いました。レイ(雇用主)がキレていろいろとまくし立てたので、何をされるかわかったもんじゃないなど。(中略)

医師：彼があなたを探しにやってくる。

ベッカ：そう、彼はやってくる。

医師：あなたを殺しに来るというわけですね？

ベッカ：うーんと、それは……それは、もちろん、最悪の場合なんですけど……。

質問者が用いた強い言葉、すなわち「彼があなたを殺しに来る」という言葉は、ベッカの恐怖に、明確かつ具体的な新たな表現をもたらした。この時点でミーティングへの安心感と信頼、そしてベッカとチームの信頼関係が十分に醸成されていたため、ベッカにとって最大の恐怖についてのやりとりが可能になっていた。

ここでチームは「リフレクティング」を行なった。これはTom Andersenによって開発された家族療法の技法で、簡単に言えば、患者や家族の目の前で治療チームが意見交換し、それについての感想を家族に話し合ってもらい、その話し合いについて治療チームが再び意見交換し……ということを繰り返す技法である。ODにおけるリフレクティングは、最悪の経験を語ったり、ひどい混乱に陥りそうな状況でなされることがよくある。治療チームは問題についての新たな理解を積極的に模索しつつ、病的経験を語るための言葉を創り出そうとする。かくして夫妻の声と主体性が再構築されるのである。

心理士：ちょっとこのまま、お待ちいただけますか？ 私たちの間でやりとりしたいので。さて、どんな感想を持ったかな？ 何か連想したことはある？

医師：うん、ちょっと思ったのは、ベッカの話聞いていて、この人は自分自身よりも他人の気持ちを忖度するタイプの人かなと。

ベッカ：少しそういうところがあるかも……。

心理士：自分自身よりも？

医師：そう、自分よりも仲間のことを。

心理士：年末のボーナスをレイに請求した時も、レイにどう思われるかで気をもんだりとか……。

医師：そうだね。

心理士：もらえるはずのボーナスを取りもどすことよりも、レイの気持ちのほうを心配してしまうんですね。

医師：そう、それで私も、そのときの彼がどんなに大変だったかを考えてみたんです。ベッカは、自分の権利を強く主張したり、もらえるものはもらおうと要求したりするのが苦手な

人なんじゃないかな、と。[……]あと、ベッカはいつも今みたいに、詳しい説明をする人なのかな、とも思いました。ひょっとしてこれは、彼独特の困惑や恐怖のサインではないのか？ でなければ私たちに、もっと詳しく伝えたいことがあるんじゃないでしょうか？ だから、彼は、わかりにくいこと、つかみどころがないことについて、あんなふうにとことん話してくれたんでしょ。(以下略)

ミーティングの終盤、質問者はもう一度、病のきっかけとなった一連の出来事に話を戻した。ベッカがまだ、停電と前の雇用主の反応について、妄想的な考えを持っているのかどうかはつきりさせるためである。心理士がそれらの出来事を偶然の一致と思うかどうか尋ねてみたところ、ベッカは、今はそう思えると答えた。チームは、ベッカがもう病的な状態ではないということで意見が一致した。

### 日本での応用可能性

ODは、フィンランドの「ニーズに合わせた治療 Need-Adapted Treatment」の一部をなしているため、治療の要請はすべて受け入れられ、治療費は基本的に全額無料である。こうした制度のもとでODの発展が進められてきた。

この実践モデルは、最重度の精神疾患にすらネットワークモデルが有効であることを示しており、現在はロシア、ラトビア、リトアニア、エストニア、スウェーデン、ノルウェーなどに国際ネットワークがある。また、イギリスやアメリカでも、ODの研修コースが整備され、ケロプダス病院のスタッフが講師として招聘されている。

日本においては、Seikkulaの翻訳書への反響などから考えても、ODに対する期待度はきわめて高い。しかしその一方で、統合失調症の治療に

ODを用いることへの専門家(主として精神科医)の不安や懐疑も強く、スムーズな導入は困難であろう。

筆者はさしあたり、ODの高い有効性が期待されるひきこもり事例や家庭内暴力の事例への応用を先行させることを検討中である。また、近年コミュニティケアのモデルとして評価されているACT(包括型地域生活支援 Assertive Community Treatment)の実践とODの組み合わせも実現可能性が高いと考えられる。

ODには、精神医療のあり方に大きなパラダイムシフトを迫る思想的・臨床的な可能性がある。それはある意味で、冒頭で述べた「人薬」の、現時点で最良の応用とも考えられる。家族療法に源流を持つこの手法の日本での発展に、少しでも多くの臨床家による賛同と参画を願ってやまない。

### オープンダイアログ参考文献

- 1) Arnkil, T. E., Seikkula, J. : Dialogical Meetings in Social Networks. Karnac Books, London, 2006.
- 2) Seikkula, J. : OPDs with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. Journal of Marital and Family Therapy, 28 (3) ; 263-74, 2002.
- 3) Seikkula, J., Olson, M. E. : The OPD approach to acute psychosis : Its poetics and micropolitics. Family Process, 42 (3) ; 403-18, 2003.
- 4) Seikkula, J., Trimble, D. : Healing Elements of Therapeutic Conversation: Dialogue as an Embodiment of Love. Family Process, 44 (4) ; 461-75, 2005.
- 5) Seikkula, J., Arnkil, T. E. : Open Dialogues and Anticipations : Respecting Otherness in the Present Moment. National Institute for Health and Welfare, Tampere, 2014.
- 6) Seikkula J. 著／斎藤環訳・解説：オープンダイアログとは何か。医学書院, 2015.