

〈巻頭言〉

コミュニケーション・ストラテジー

クルト・レビンの定義では、コミュニケーションとは“ある個人の領域の他への影響、これによってある変化を他の領域に対応する変化を結果させること”とある。あまりよい訳ではないが、要するに、コミュニケーションとは、単に情報を伝達するだけでなく、相手に変化を与えるものであり、それも意識的に一定の結果を想定して、相手がそのように変化することを期待しての行動であるということであろう。したがって、そこになんらかのストラテジーが必要になる。

通信機ならば、発信したメッセージができるだけそのままの形で正確に受信されればよい。科学の世界では、明白で単一の意味をもつ表現で、形式論理に従って、状況に左右されないように使用されなければならない。先日、ある病院職員の院内コミュニケーションの改善についてのワークショップを手伝った。その中で、あいさつをしようという提案が出された。科学的に言えば、“おはよう”とか、“こんにちは”というのは、明白で単一どころか意味さえもわからない言葉である。しかし、それを面と向かって交わしあうことが、相手に意思を伝えるためには重要なのである。ポケットベルがよくないとか、電話がよくないという意見も出された。診療録などの書類搬送機がコミュニケーションを妨げるという意見も出た。これらの機械はコミュニケーションの能率化のために工夫されたものであるはずであるのに、反対の結果を招いている。単一の明白な言葉や、形式論理というのは人間世界でのコミュニケーションを妨げる。それは正しさという脅迫を伴うために、相手の立場や理解を無視するからである。コミュニケーションとは、それぞれが主体であり、個性と独自世界をもつ

存在であるということ、つまり、言葉ひとつにしても必ずしも同一の定義をもっているとはいえないという前提から出発しなければならない。そのゆえに、コミュニケーションは、何よりも対話でなければならないのである。対話によって相違点が明らかになるにつれて、共通点も浮かびあがってくる。それは相互作用的な過程である。相手の理解は自己理解でもある。逆に自己理解が進むにつれて相手の理解も進むのである。

一般に、相手の変容をはかる働きかけとしては、命令、指図、警告、勧告、説教、懇願、忠告、提案、説得、説諭、批判、非難などがあるが、ストレートにこれを使って成功することは少ない。それが受け入れられなければ、むしろ逆効果にさえなる。これもやはりレビンの説だが、変化は解氷・変化・再氷結という順序で進むという。まずは氷を解かさなければならない。あいさつや笑顔は、その最初の戦略であろう。特に意味はなく、また反論する必要もないことなので警戒の構えを緩める効果があるだけでなく、特に笑顔となると、それは意識されない、おそらく系統発生的に古いコミュニケーション様式であるためであろうか、共感同調性が強い。笑いかけられると、ついそれにつられるというのがそれである。カウンセリングにおける技法として、質問に、中立型、閉じた質問、開いた質問というのがある。特に説明の必要はないだろうが、中立というのは、答えが1つで、しかも感情的には変化を与えない質問、たとえば「お名前は?」「お住まいは?」などをいい、閉じた質問とは、答えをイエスカノーの二者択一に追い込む、したがって態度を閉ざさせるもの、そして開いた質問とは、「いかがですか?」「どんな気持ちになりましたか?」など、答えの枠を広くとったもの、したがって自由に答えの言葉を選ぶことができるもので、このような質問に対しては、質問者に対し、さらに、これが特に重要なことだが、みずからに対する態度を開くことができるので、カウンセリングでは重要視されるのである。

社会学でエスノメソドロジーという分野がある。エスノというのは民族ということであるから民族誌の方法という意味であるが、民族学では対象地の人々の行動をまずはそのまま記録したうえで、それぞれの行動を、その人々の日常

生活の文脈にそって理解するのである。社会学でもその方法を採用して、特に対話をそのまま記録したうえで、それぞれの言葉の背景にある思い込み、つまり日常的リアリティあるいは社会的構造感を明らかにしようというアプローチがここ10年たらずの間に急速の関心を集めつつある。医療とのかかわりにおいても、病い体験についての社会的、文化的なリアリティを明らかにしようというもので、パーソンズの言ったような単純なモデルではなく、患者とその家族、あるいはそれらと医療者との関係の間に存在する変化する構造を明らかにする試みがいろいろと発表されている。

医療が高度に技術化されて、抽象化された情報でのコミュニケーションが主体となることによって起こってきたギャップを解消するためには、こうしたエスノグラフィ的なコミュニケーション研究が重要になる。

医療人類学者クラインマンは「説明モデル」という考え方を提出した。患者がみずからの病い体験を解釈し、説明できれば、それはみずからの行動を統御できるということである。もちろん医療者も説明モデルをもっているが、それは医療者自身を動かすものであり、患者を支配するためのものであって、患者を動かすものではない。特に患者の行動変容が必要な慢性病やリハビリテーション、さらにはターミナル状態において、そのことの重要性が明らかになっている。

このようなことは、理論的にはなかなか理解できない。そこで最近日本にも翻訳されている、オリバー・サックスの『妻を帽子と間違えた男』（晶文社）を読むことをすすめたい。彼は神経内科医で、この本に収められているのは、彼がかかわった20人ほどの神経疾患の患者の話である。症例報告ではなく、ストーリーなのである。神経科学的にも徹底していることのほかに、患者をして語らしめ、それを新しい意味づけや行動に導いているのが、すばらしい。病いをネガティブだけでなく、ポジティブなものでもあることを患者とともに発見しているのである。

中川 米 造（大阪大学名誉教授）