

精神障害者のための同席面談

Interview with Mentally Handcapped Person

竹 原 利 榮*

要旨

精神に障害を持っている人は、おしなべて強い不安感を抱いて生きている。特に日本人の場合、対人関係でつまづいて孤立することが多い。このために不安や孤立から逃れようとして誰かに訴えようとしている。これを満たすのが、いわゆる面談であり、現場では毎日のように求められる。この面談に際して複数の障害者を同席させたほうが一層効率を高められるのではないかと考えて試みている。現場実践の中から考察したい。

キーワード：精神障害者／面談／不安孤立の回避

1、はじめに

『ぜんかれん』⁽¹⁾ (現在は『みんなねっと』と改称) は精神障害者全国家族会連合会 (現在は全国精神保健福祉連合会) が出版している月刊誌であるが、精神保健福祉関係の最新情報と同時に、当事者と保護者たちの生の声も多数収録されている。それらの中から、「訴える」または「受け止める」ことに関する手記を抜き出して、彼らがどのような面談を求めているかについて眺めてみたい。

東京都 金子さか恵

「精神障害を抱えながら生きる私たちにとって自分のことをきいてもらうというのは大切な作業です。自分のことを人に話すことによって、自分自身を振り返るきっかけになります。私の状態の悪いとき、家族との問題、アルバイトの相談など、さまざまな話をスタッフや知人に話してきました。また、辛いとき、その辛さを少しでも理解してくれる周りの人がいて、痛みが和らいだこともありました。それはやはりどんな些細なことでもスタッフや知人の方が、皆さん、真面目に話を聞いてくれたからだと思います。」(2001年8月号)

東京都 粕谷嘉子

「これまで私たちはいつも上下関係 (指導してもらう) が多かったわけですが、この横並びの同じ体験者同士の関係 (ピア) では、会を重ねるごとに大きな安心と心強さを共有でき、密度の濃い時間を持てるようになりました。何をしゃべっても (たくさんの失敗・心配)、そのまま仲間は泣いて笑ってしっかり受け止めてくれます。そして固くなっている心はふーっととけて、長く厳しい条件下にあっても、前向きに歩いていこうと元気・勇気が湧いて来ます。」(2001年8月号)

奈良県 菊井俊行

「清原の打った弾丸ライナーが、テレビの前のあなたを襲うことはないし、モンスターがテレビから出てきて、あなたを襲うことはありません。そういうことも仲間だと語れるわけです。孤立しているなら、仲間が多いところへ出かけ、語り合う勇気をもってほしい。」(2003年6月号)

宮城県 おゆき

「授産施設に通うようになってから一年半になります。以前は家にいてもただベッドに横になっていることが多く、なんとなく一日を過ごしているような生活でした。不安に襲われたときや眠れないときなどは、布団をかぶって時間が過ぎるのを待ったり、母に不安な気持ちを打ち明けることぐらいしかしていませんでした。しかし、授産施設

* TAKEHARA, Toshie
北陸学院大学 人間総合学部 社会福祉学科
精神保健福祉論

に通うようになってからは、不安なことがあるとメンバーのみなさんや職員の方々に話すようにしています。特に、担当の保健師さんとは一ヶ月に一度面談しています。自分の日常を話すことで、心配になりそうなことや不安に思っていることが解消されることが多々あります。私の周りにいる人々が少しでも私のことを理解しようとしてくれていることが痛いほど私に伝わっているのです、そのことに感謝しています。」(2002年2月号)

沖縄県 濱川久美子

「私は現在、去年同様、沖福連（沖縄県精神障害者福祉会連合会）のピアカウンセラーとして、作業所「なは倶楽部」で活動しています。（略）ピアカウンセラーの「ピア」というのは「対等、同じ」という意味があります。（略）家族や職員にできない話や、同じ立場だからこそ分かり合えることが、ピアカウンセラーにはそれができるのです。ただ、聴いてあげることで、その人の悩みが解消したりスッキリしたりすることだってあるのです。（略）ピアカウンセラーの仕事を通して、人の役に立つのかどうか分かりませんが、『一人ではないこと』『誰かが話を聞いてくれること』『安心』したり『生きる力』に繋がる人がいることを信じて活動していきたい。」(2005年3月号)

向谷地(2006)⁽²⁾は「リストカットが止まらないとか、被害妄想を抱えて精神科の病院を訪れる人たちに共通しているのが『孤立感』です。そこには、人とつながりたいという過剰なまでの欲求があります。しかし、精神障害を抱える当事者が引き起こすさまざまなエピソードは、全く正反対の様相を呈します。それは、いかにも人を遠ざけ、嫌悪し、無関心を装っているように見えるからです。しかし、実は過剰なまでの孤立感が、そうさせているのだということもできます。つまり、当事者は人を拒絶しているのではなく、人とつながり、社会の中での役割を望みながら、それが適わない絶望感の中で『ひきこもる』という方法や、自傷的な行為による『自己対処』を余儀なくされている人たちといってよいでしょう。」と述べている。

現場では、このような利用者の訴えを傾聴した

り、何らかの対策を話し合ったりする行為を「面接」とか「カウンセリング」とは呼んでいないことが多く、一般に「面談」と呼び習わしている。普通はこれを、伝統的なカウンセリングの方法に則って、ワーカー1対利用者1で行っているし、それを否定するわけではないが、筆者はさまざまな試行錯誤の後に1対2または、1対3という形で試みている。個人情報保護などの問題はあるものの、精神障害者の場合この方が不安感、孤立感などの緩和に有効であると思われるからである。その概要を以下に陳述してみたい。

2、「面談」という言葉遣いについて

「岩波国語辞典」によれば、「面接」とは「(能力や人柄などを調べるために)直接その人に会うこと、面接試験」とあり、「面談」は「直接会って話をする 委細面談」とある。

その他の辞書をまとめると、「面接」とは「直接に会うこと。特に応募者や対象者に直接会って試問・助言などを行うこと、役員が面接する、面接試験、面接指導」などと書かれている。「面接」の目的は、書類や筆記テストでは分からない人物像や能力等を実際に会って見極めることにある。そのため大抵の場合には、氏名や住所、経歴などについて事前に書類やアンケートで調べ、ある程度情報を仕入れた上で行うのが一般的である。事務所や会議室、応接室などの仕切られた空間で行われることが多いが、喫茶店などの飲食店で行う場合もある。実技能力を見極める場合には、実技ができる環境が用意されることが多い。「面接試験」とは、学校や企業が受験者に直接会って質問する試験方法のひとつ。質問に対する答えの内容、受け答えのしかたや態度について評価をする。形式は個人面接や集団面接、グループディスカッションなどがある。

要するに、「面接」と言う言葉には、対象に対する評価が含まれている。精神障害者福祉の現場では、アセスメントを実施するときなどにはこの言葉がふさわしいと思われるが、言葉に対する微妙なニュアンスにも敏感に反応する利用者が多いので、何かのために「自分を評価」しようとしていると感じ取られるのは好ましくないし、実際現場では彼らを評価しようとしているわけではない。

例えば東豊（2010）⁽³⁾ はよいセラピストの条件を以下のように述べている。

「良いセラピストの条件として、利他主義・精神主義、肯定的意味づけの生き方が徹底していること（筆者はこれをP要素＝ポジティブと呼んでいる）。Pは、個人システムと対人関係システムの間で橋を架けるように相互作用的に広がりを見せる。異なる階層のシステムが相互作用することはきわめて重要なポイント。P感情によって接すれば、循環的にセラピストの方に返ってくる。システムズアプローチとは、セラピストと対象者（クライアント・家族および関係者）間の循環作用を用いて、P優位型（やがてはP強化型）対人関係システムを形成し、結果的に個人個人のP要素を強める。P要素の非常に強い状態にあるセラピストならば、特別な技術を一切使わなくても、自然体で話を聴いているだけでクライアントを回復させることもできる。（略）セラピストの一番重要な技法は『肯定的意味づけ』であり、これにより、クライアントの自己肯定感を高めることが最大の目標となります。コミュニケーションを通して『あるがままのクライアントでよい』と絶対肯定することです。言い換えれば『肯定的意味づけ』は全技法の土台であり、また、これだけで十分である場合も実に多いのです。（略）クライアントの話をじっくりと聴こうとするときには『面談』という言葉をつかっている。」

精神保健福祉の現場では、相手の訴えをじっくりと聴いて「肯定的意味づけ」をすることに重点を置くので、例えば、不登校に陥っている生徒と話すときなどにも「面接」と言わないごとく、「面談」「面談室」という言葉を使っている場合が多い。

このため、本論考では引用文などをのぞいて、原則的に「面談」と言う言葉を使いたい。

3、面談・面接の意義

精神障害者の保健福祉分野で面談・面接が重視され、それに携わる人の心構えが大切であることはいうまでもないし、福祉の現場ではここに最大の重点がおかれている。

岩間伸之（2008）⁽⁴⁾ は相談面接の目的を① 援助関係の形成、② 情報収集 ③ 問題解決 として整理しているが、筆者は、これに「利用者の

不安感を払拭する」ことも付け加えたい。

土居健郎（1977）⁽⁵⁾ は「とにかく今日では、精神科ないし精神衛生の領域において面接は最も基本的な方法である。それは相手が神経症者、精神病患者、心身症の患者、あるいは非行少年である与否とを問わない。またそれを行う者が医者、心理学者、ソーシャル・ワーカー、あるいは家庭裁判所の調査官であろうと変わらない」と述べている。また「面接者の基本的な心構えは empathy である。『患者の気持ちを汲む』『相手のことを理解しようとする』『察する』ということ。ふつう日本語の訳としては『共感』である」とも述べている。

佐治守夫（1983）⁽⁶⁾ はロジャーズの提唱する治療者の3条件「治療の純粋性または自己一致、無条件の肯定的配慮、感情移入的な理解」を挙げて説明している。

飯島喜一郎（1998）⁽⁷⁾ は、ロジャーズの「無条件の肯定的関心（興味を持ちながら感心してきく）」を引用しながら「共感的理解とは、相手の思っていることを感じていることを、あたかも自分のことのように感じ、しかもそのあたかもという性質を失わないこと」であるという。

蟻塚亮二（2007）⁽⁸⁾ は自分のうつ病体験から「スタッフは巻き込まれるべし」として「精神科治療がそもそも患者さんの行動に対する過剰反応であり巻き込まれだ。家族療法の世界では『治療者が家族に巻き込まれないように』強調される。巻き込まれることは最高のサービスだ。巻き込まれていると知っていて巻き込まれることが必要だと思う。『見てみぬふり』や『たらいまわし』では、精神科医療は成り立たない。」と述べている。河合隼雄（1995）⁽⁹⁾ は精神障害者は「『何か違う。この人は違う。そして、ここで何かある』ということが、これはもう直感的にわかるんです」と述べてクライアントとのラポール形成の大切さを強調している。

ところで、1人のスタッフが何人の利用者を相手にすべきかと言うことに関しては、一般的に1人というのが定説のようである。

岩間伸之（2008）⁽¹⁰⁾ は、「面接で取り扱う内容は個人的な事情にかかわることであるから、実際には聞こえていなくても、自分の声が外にもれているかも知れない（聞いている人がいるかもしれ

ない)とクライアントが気にかけるだけで、自分の話す内容に制限をもたらしことになる。また、プライバシー保護の観点からも十分な配慮が必要となることはいうまでもない。」という。また遠藤雅之(1994)⁽¹¹⁾も、「精神療法(ときには心理療法ともいいます)は、通常、医師やほかの治療者が患者さんと1対1の関係で行うものです。精神療法という場合、普通はきちんと仕切られた静かな面接室の中で、一定の時間、病気や悩み、人生の体験などを話し合う中で、進められていく治療です。厳密に言えばこれを個人精神療法と言います。」と述べている。金沢吉展(2007)⁽¹²⁾は、カウンセリングや心理療法の形態としては、個人93%、小集団(親子、夫婦、家族)68%、集団37%になっているという。

但し、金沢は「カウンセラーの役割は、病気に対する理解を促しつつ、精神的に安定した状態で日常生活を送り続けることを目標に、クライアントを支えることである。援助の形は、1対1でのカウンセリングだけではない。生活のリズムを整えるために統合失調症のクライアントが日中を同じ病気の仲間と過ごす『精神科デイケア』のスタッフとして携わることもある。」と述べている。

複数の利用者を対象に面談を行うことを述べているのは現場の実践家に多い。寺谷隆子(1999)⁽¹³⁾は、「他の人が努力しようとしている姿勢を理解し、協力し、それに対して援助、支援する手法として、共通の経験と関心を基盤としたピアカウンセリングを用いることは、自分のそれまでのすべての経験が生かされること、つまり自己肯定感を得ることに也有利于です。その過程では支えるつもりだった自分が支えられ、支えあうという関係になっていくことに気づかされることになります。いわば癒しと支援の力の相互作用が生まれてくるのです。『しなければよかった』『消し去りたい』と考えてさえいた自分の経験が、他の人たちに必要とされ生かされていくことをつうじて、共感を伴った援助や支援となり、力づけ合うというエンパワメントの交換に発展していきます。」といい、横川和夫(2003)⁽¹⁴⁾によればSST中心に「三度の飯よりミーティング」と公言しているべてるの家でも時に複雑な問題の場合には、似た症状の者同士、複数の利用者を対象にしているという。

遠藤雅之(1994)⁽¹¹⁾は、1対1の個人精神療法に對して、7～8人程度のグループにスタッフ2名ほどが入り、グループでの話し合いで進める精神療法もあると述べている(これは、いわゆるSSTに酷似している)。そのグループ精神療法を体験した患者の意見を次のようにまとめている。「①自分では気づかなかったものを教えてもらえた ②自分の悩みを話して、聞いてもらえた ③他のメンバーが自分をどう思ったか、正直に話してくれた ④人前でも自己主張できた ⑤安心していられた ⑥職員の人とじっくり話すので、分かってもらえた気がする ⑦知らなかった社会生活のことが聞ける ⑧病気と治療のことが前よりわかるようになった ⑨みんな同じ悩みがあると感じた。」

筆者も長い間、面談における個人情報保護ということに敏感で、セオリーといわれている方法を尊重して個別の面談室を用意し、他の利用者との接触を避けるように努力してきたが、よくよく尋ねてみると、どうも事情は違うように思われる。特に精神障害者の場合、様々な不安の訴えがあり、自分のことを聞いてほしいというニーズが極めて高い。慢性の妄想になると、同じ内容がしつこく繰り返され、反復される。このため、大概の家族は「丁寧に、優しく接するべきだ」という心理教育を受けて、当初はその気になっているが、しだいに限界に達してしまう。家族だけではない、施設などの職員ですら、日ごと夜ごと同じような不安心理を訴え続けられているので、まともに対応できなくなってしまうことが珍しくない。よほど理解ある家族でも、聞き流してしまったりして、真正面から相手にならない。かくして障害者たちの孤立感は一層高まるのである。このため地域活動支援センター等では、利用者各人が相談担当者を1人ずつ確保していきたいというニーズが強い。強い不安が絶えず彼らを襲い続けているので、誰かに訴えたいのである。べてるの家の清水里香さんは7年間の引きこもりの後で、精神科医やSWやプロデューサーとの話し合いの席で2時間話し続けて「私引きこもりだと思っていたけど違った、出たがりだったんだ」⁽¹⁵⁾と述べている。

例えば、自分の妄想を事実と誤認したままで長年月推移してきた人でも他者との同席面談を拒否

しなかった。授産施設等の現場では、筆者の場合、毎週ミーティングや筆者自身による「講話」などを実施して、妄想や幻聴について解説してきたが、多数の利用者の前で発表させることをタブーとしていた。しかし、これでいいのか。

個人の情報を保護する事が大切であることは論を俟たない。特に精神保健福祉の現場においては、いまなお強いスティグマのもとに置かれている精神障害者を対象としているものにとって守秘義務は欠かせないことである。保護者においては社会に向って秘匿したいという思いが強い場合があるので簡単に踏み込むわけにはいかない。しかし、このことに過剰反応することでマイナスになることも少なくはない。つよく秘匿したい保護者は家族会にも入らないが、家族会のような場では秘匿しようとする人は殆ど見かけない。当事者の場合、ごく一部の人を除いては就労支援事業所、地域活動支援センター、デイケアの場面において、積極的に多数の前で語るようなことはめったにないが、秘匿そのものは次第にしなくなっている。筆者は、グループワーク、デイケア、家族会、保健所、民生委員全国大会などで、当事者に体験発表を要請してきたが、表現力に自信がないために遠慮されることはあっても拒否されたことは殆どない。むしろ逆に、自分の症状を知ってもらえるならば、喜んで語りたい人のほうが多かった。同席面談も今のところ拒否されたことはない。

4、精神疾患に対する2つの考え方

精神科医の講演を聴くと、「精神疾患は脳の病気だ」と断定されることが多い。

向谷地生良(2003)⁽¹⁶⁾は「昔は精神医学は、哲学や思想の近接領域にあって、人間とはなにかとか、生きるとはなにか、といったことを問う世界だったはずなんです。ところが、医学や医療技術の発達により、これまで立ち入れなかった部分にも入り込むことが可能となってきました。(略)統合失調症などの病気を、ある種の脳内物質の不足とか不具合なんだととらえて、薬物治療で治療が可能だという見方が出てくる。その最も先進的な研究が進んだアメリカでは、幻聴そのものも脳の純然たる不具合、脳の機能障害から発生している症状だと考えることが主流になった」と述べて

いる。

しかし、菊山裕貴(2011)⁽¹⁷⁾は、最先端医療の光トポグラフィ検査(NIRS)を紹介しながら、これはあくまでひとつの指標であり、補助手段に過ぎないと主張している。NIRSは前頭葉の血流を調べるもので、「精神疾患患者ではどの疾患であってもヘモグロビン量は少なく」「大うつ病の気分反応性が消失している時、双極性障害患者はうつ病相の時、統合失調症は陰性症状がある時」に脳の血流量が少ないので「何の病気であるかは別問題として、病気なのかそうじゃないのかを判別することができるのではないか」という程度であるという。MRIの場合には「個々の患者さんに対してはMRIだけで病気を鑑別するのは非常に難しい」、線条体のドーパミン量に関しては「ドーパミンを測ったとしてもそれだけで病気を鑑別するのは非常に難しい」という。また、精神疾患患者の場合に脳の体積が多少減少するものの、それだけで客観的な証拠にはならないと述べている。

森山公夫(2002)⁽¹⁸⁾は分裂病(統合失調症)の脳障害説は二つの理由により既に破綻していると言う。

「こうした二つの根本的矛盾により、分裂病の脳障害説は実は内からも外からも危機に曝されていたのです。にもかかわらず今でも、分裂病の原因を脳内物質の異常に求めようとする動向は盛んです。わたしたちはもう少し、歴史的教訓に学び、『分裂病』の病像に潜む人間的な意味に正面から向かっていくべきです。分裂病・統合失調症は決して単純な脳障害などではなく、身心相関的な『身み』の病であり、人間的意味に憑かれています。脳の異変は、この『身』の異変のひとつの表現なのです。」と述べている。

筆者は医師ではないので、この論争に参加することはできないが、福祉現場では僅かなストレスが厳しく病状に響いていることが多く、かつ面談によって回復していく場合も少なくないので、生物学的な疾患と見て薬物治療だけで対処できるとは到底思えない。

では、これをどう考えたらいいか。向谷地(2003)⁽¹⁹⁾は「ある村では幻聴のある人は、予言者のように大切にされてきた」ことをあげて、ヨーロッパ医学では「脳の機能障害というより、幻

聴をひとつの人間の個性、文化としてとらえようとする動き」があると述べている。森山公夫(2002)⁽²⁰⁾は「汎精神疾患」と言うことをのべている。すなわち、「すべての精神疾患、精神的危機のきわみ、孤立という人間的苦悩の極北で、社会的疎外とその身体化である生のリズム障害との悪循環が生じることに始まります。そこに連続的な飛躍があり、共同性(自明性)のゆらぎが構造化されます。その悪循環が進行することで神経症状から精神病状態へ、そしてさらに夢幻様状態への道行きが示されることになります」。

この説明は、現場感覚としては分かりやすい。福祉の現場では、「人と人との間」(木村敏)をスムーズにし、精神的危機、孤立、不安、過労などの環境を緩和していく営みは何よりも肝要であると思われるのである。

しかし、意見の対立があるとはいえ、今日薬物だけで精神疾患を治療しようという動きは、諸外国と比べて極端に後れているわが国でも聞かれないようになった。わが国ではまだ批准されていないが「障害者の権利条約」(2006年)では「合理的配慮」という表現で障害者の環境整備が謳われている。「精神保健福祉法」(1995年)では精神障害者の定義を「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者」としていて、一見医学モデルのように聞こえるが、それに先行する「障害者基本法」(1993年)の障害者の定義「身体障害、知的障害又は精神障害(以下「障害」と総称する)があるため、継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受ける者」と重ね合わせると、社会モデルも平行して施行するべきことが明らかにされている。

今日、認知行動療法などが診療の対象とされたこともあって、小さなクリニックにもデイケアが取り入れられて、心理療法や生活支援が重要視されていることは言うまでもない。

八幡洋(2002)⁽²¹⁾は、「心の病気の治し方は生活習慣病の治し方に似ている」という。

- ① 心の病気の原因を一つに絞り込むことは不可能。本人自身が生活習慣を改善するためにいろいろなことをやって見るのが大切
- ② 完全治癒を目標にせず、「病との共存」ぐら

いを目的としたほうが、かえって良い結果をうむものだ。

「心の傷を数えるよりも、あなたが持っている生きるための武器の数を数えてみよう」と述べている。

2つの説は鋭く対立しているごとく見えるが、現場では、医療モデルと生活モデルをうまく併用する事が既に定着している。

5、幻聴の実態

統合失調症に限らず、精神障害者の何割かは必ず幻聴、幻覚、幻視を訴える。長い闘病生活の中で、さまざまな人の体験談に触発されて、自分の耳に聞こえているのが「幻聴」というもので、実は自分の心の中の声そのまま聞こえているらしいということに気づく人もいる。しかし、自分を罵ってくる厳しい「声」について反応したり、怯えたりしてしまう人も多い。また、半分だけ幻聴であることを認める人も多い。神田橋條治のような研究者によっては1%だけでも幻聴であると、本人が認めれば、もうそれで寛解だという言い方をする人もいる。声は全く聴こえないが、言葉が頭の中に浮かんでいるという人、言葉でなくとも非難されていることは確実だという訴えをする人もいる。

いわゆる幻聴についての丁寧な考察と、それに対するコーピングについては原田誠一(2002)⁽²²⁾の説明が分かりやすい。原田は幻聴が起こってくるメカニズムを4つに分類して見せている。

「正体不明の声が聞こえる体験は、そう稀なことではありません。『①不安 ② 孤立 ③ 過労 ④ 不眠の4つの条件』が重なって、しばらくの間続くとときにしばしば見られる現象です。例えば『遭難』したときや『無菌室での治療』を受けている際に、正体不明の声が聞こえることがあります」と述べている。

その内容はa、まわりに人がいないのに聞こえてくる「声」①何を言っているかはっきりわかる声が外から聞こえる ② 外から声が聞こえてくるが、内容ははっきり聞き取れない ③ 耳元や頭の中で声が聞こえる ④ のどやお腹の方から聞こえる B、まわりにいる人から聞こえてくる「声」 C、返事をすると言えが返ってくる「声」 D、

決まった場所や場面で聞こえてくる「声」 E、他の音と一緒に聞こえてくる「声」 F、イメージを伴う「声」。

原田はこれらの「声」もすべて幻聴の中に含めればいいという。「自分の場合には幻聴はない」といいながら、上記の①～④を訴える利用者が殆どなので、この説明は分かりやすい。「べてるの家」の利用者たちは、これを幻聴と区別する意味で「お客さん」と呼んでいる。

この原田説の4つの説明を利用者たちに伝えると一様に肯定する。しかし「過労」については、就労している者が直ちに賛同するのに対して、実際に働いていない人の場合には賛成しがたいと述べる人が多い。就労しているものは生活障害と薬剤の副作用などのために、普通4時間程度しか働かなくても極端に疲れてしまい、つねに過労状態であることを意識しているので、それがストレスになっていることは認められやすい。しかし、実は就労していない場合こそ「疲れて」いるということについては一般には理解されがたい。精神障害者の場合、外見的には健常者と区別がつかないために、家族でさえ彼が働けるのに働かない、単なる怠惰であるという偏見を持ちやすく、働きたいという意欲と偏見に対する萎縮などのため、また、絶えず心中において不安や孤立と闘っているために相当な疲労の中にいることが珍しくない。

また、森山（2002年）⁽²³⁾ は迫害妄想者について「あらゆる感覚が『迫害』に対して動員され、過敏になります。彼の身体はこうして、つねに過敏で、緊張し、怯えていて、硬くぎこちない身体になっています。またこの絶えざる緊張の中で心身は、休むことも眠ることもできず、いつも『過労』の中にあります。（略）この過労と、過敏・緊張・不眠とが悪循環をなして生のリズムは崩壊し、迫害妄想の身体化を引き起こすのです」という。

とくに不安心理は、どの疾患であれ彼らを強く支配している。個々の不安の内容を意識している場合は勿論のこと、意識しなくても、絶えず襲い続ける「幻聴」との闘いに疲れて、これを誰かに訴えたいという心理が働く。個々の不安の内容を言葉で意識している人は、その打開を目指して極端な場合、時の総理大臣にまで電話してしまうと

いうような信じられない行動に出たりする。地域活動支援センターの職員などに対しては、一旦聴いてくれるということが分かったと、夜間であっても休日であっても電話で訴え続ける。

また、原田は「幻聴がもたらす4種類の悪影響」として以下のものをあげている。

幻聴の悪影響(1) 直接の悪影響いろいろ テレパシー、神や霊からのお告げ、超常現象、電波、催眠術、などと思ひ違い

幻聴の悪影響(2) 個人情報漏洩体験の出現

幻聴の悪影響(3) 思考伝播の出現（自分の気持ちが筒抜け）

幻聴の悪影響(4)「妄想」の出現

いやがらせをされる 噂される 調べられる 追跡され尾行される 盗聴される
じろじろ見られる あてつけをされる

これらの幻聴、幻声、妄想に絶えず襲われて、極端になると眠ることも入浴することもできない。毒物が入っていると勘違いして食事が出来ない。これをどの程度病気と関連付けられるかで、個人によってかなり対応が異なるが、いずれも非常な不安感に襲われ、誰かに訴えたいというニーズが高い。近くにいる家族は大概巻き込まれてしまう。家族の方が辟易して「包丁で刺してやりたい」などと思う場合さえある。地域活動支援センターに来て、絶えず誰かに訴えたいために、職員を独占したがる。ただし、他の同病者とは訴えたい中身が違っていると考えてしまうのが普通で、自分から積極的に開示することはあまりない。地域活動支援センターなどで、グループワークとして「日常的な悩み」をテーマに取り上げてみても、① 自分の体験は特殊なもので他人には通用しないと思っているか、② 内容が複雑すぎて簡単に説明できないと思っているらしい。実際にはほぼ上記の4つに収斂されてしまうのだが、全員で解決に向けて動き出すまでは至らないことが多い。

この苦しみを吐き出して、他人との間に連帯感を掴ませたい、これが同席面談の主たる狙いである。

6、精神疾患の日本人的特性

精神疾患を生物学的側面からだけ捉えると、民

族によって内容が異なることはないであろうが、社会的、心理的、文化的側面から捉えると、全く違った相貌を呈することがあるのではないか。日本人独自のケアといえ、森田理論とべてるの家の実践があるのみで、殆どは主にアメリカからの直輸入が多く、違和感をもつことがしばしばある。

坪上宏(1995)⁽²⁴⁾は「バイスティックのあたりを読むと、日本にアメリカのソーシャルワークを持ち込むときに、大事なところを落として翻訳し、日本に紹介している。大事なことというのはまさにキリスト教の信仰と一体になっている、そのところをそれと切り離して、いわば技術の側面だけで入れてしまっている」と述べている。

また、木村敏(1972)⁽²⁵⁾は、西洋人における最高律法者は神であるのに対して、日本人においては「人と人との間」とであるという。

「私は、精神病というものを、人間であるかぎり誰にでも可能性のある、人間の生き方、あり方の一つであると考えている。したがって、日本人には日本人特有の精神病的な生き方があるものと思っている。」「仏教の輪廻思想に触れるずっと以前から、稲作農業に生きる日本人にとって動物はまず第一に貴重な協力者であり、同僚であった。これらすべての一番の底には、もちろん日本の風土の特性からくる、人と自然との一体融和の感情が、強く作用しているだろう。(略)日本人には元来、自分自身を(「仏教徒」としても「人間」としても、さらには個人的な「我」としてすら)絶対的独立不羈のアイデンティティーとして立てるとか、他との、自分たち以外のものたちとの絶対的区別において自分自身を見る、とかいう心の動きが希薄だったのではないか」「心理学や精神医学は、好むと好まざるとにかかわらず、人間の『ところ』の客観的対象化を要求する学問である。自然を対象化することすら不得手であった日本人が、元来このような『ところ』を対象視する見方を身につけていなかったことは当たり前であった。」「精神病とか神経症とか言われる人間の『ところ』の病が、決して単なる生物学的な『ヒト』を冒す病変ではなく、また、人間仲間から切離されて孤立的に考えられた個人心理の異常でもなくてつねに人と人との間に生じる出来事である以上(略)西洋とは風土が違い、したがって人と

人との間柄の様相をまったく異にする日本人において、西洋人とは違った精神病理学的現象が見られるのは、当然のことと言わなくてはならない」。

「例えば『対人恐怖症』は単一の症状名あるいは病名ではなく、いくつかの、類似の構造をもった病型を一まとめにして称する総称で、この名称自体が、日本人の手になる数少ない独創のひとつで、これに相当する西洋語は元来存在しない。日本人の人間性の構造をよく反映した症状である。対人恐怖症というのは要するに『相手に見られている自己について悩むという心理構造を持っている』それは『日本人にあっては、自己は自己自身の存立の根拠を自己自身の内部に持っていない』からだ。」「それは西洋人は『神との対決』において自己を捉えるのに対して、日本人は『人と人との間』における自己として捉えるから。」と述べている。

「人と人との間」に最高価値を置く日本人が精神を病んだ場合、終始つまづくのが対人関係なのである。そこに重点をおかなければ、回復が覚束ないのは当然であろう。

「面接」といい、「カウンセリング」にしても、1対1での会話においても、日本人に対して西洋流のやり方がそのまま通用するとは思いがたい。西洋人においては、対面して視線を合わさなければ特に不安感情が増してしまうが、日本人の場合には、視線を合わせることはむしろタブーである。利用者の横に坐るとか90度の位置に坐するという配慮が求められる。筆者の経験によれば、例えば何かの用事で筆者が運転をし、利用者を助手席において、長時間話し合ったときこそ本音を引き出すことが出来た。よく親しんでいる筆者に対してさえも、「対人恐怖」が働いていたのではないか。

S君は自分で「対人恐怖症」とであると名乗っている。彼は二重の同心円を描いてみせる。つまり相手を3段階に分けるのである。同心円の最も中心部分に位置する人、つまりよく慣れ親しんでいる人(家族や筆者)に対しては少しも恐怖を感じない。また、同心円の完全に外側に位置する人、つまり全く未知の人に関しても少しも恐怖感情を持たない。だからスーパーやコンビニに入るのも平気だ。その中間に位置する人、つまり少しだけ知っている人には強い恐怖心を抱くのだという。

全く未知の人の中に入るのにも強い恐怖心を抱く人ももちろん存在するが、よく尋ねてみると「半分既知である人」として感じ取っていることが多い。「人と人との間」に位置する自己が辛いようである。

木村敏（2010）⁽²⁶⁾ は別の著書でも述べている。

「私はそれまでの数年間の臨床経験から、分裂病というのは、自己がほかならぬ自己として『個別化』することを可能にするような原理、いわば『個別化の原理』そのものが危機に瀕している状態であると見ていた。（略）個々の人間は、自他の区別のまだ生じていない『種』の一員としての存在から、ほかならぬ自己自身の死を内に含んだ歴史的な存在としての自己を自覚することによって、その個別化を達成している。そして分裂病では、この種的存在としての人間が個的存在としての自己にまで個別化する過程それ自体に危機的な問題が生じているのではないかと考えた。（略）個別化の原理を脅かされて、自己が自己としての十分な自覚に達し得ないでいる分裂病者は、他者との自然な人間関係に安住することができず、日常の世界との交わりにおいて『自然な自明性の喪失』を感じている」。

田島治（2008）⁽²⁷⁾ は「外国人にも内気な人はいますが、やはり日本人のほうが内気な人が多いようです。わが国では謙譲の美德ということで、人前で目立とうとせず恥ずかしがる態度はむしろ美德とみなされてきました。実際日本や台湾では思春期における内気な若者の割合がイスラエル人や、メキシコ、ドイツ、インド、ニュージーランド、アメリカに比べ著しく多いことが示されています。」という。

「人と人との間」に悩む日本の精神障害者に対しては、やはりそれなりの特別の配慮が必要で、西欧流における「個人面接」だけでなく、さまざまな工夫が求められていると、筆者は感じ取っている。

7、「おのずからしかる」力の重視

古来、東洋思想の中では、人間の生きるべき本来の姿として、ことさらな人為を排して「自然（おのずからしかる＝ひとりでにそのような状態になる）」であるべきことが説かれている。あら

ゆるものとの調和を重視し、対立を好まない。例えば「老子」⁽²⁸⁾ は「無為自然」たることが「道」にのっとる行為であることを述べている。「道」とは天地創世に先立って、この宇宙を支配する原理のことである。すべての生き物がその原理の中でこそ生かされていると考えるのである。

親鸞⁽²⁹⁾ も最終的には「自然法爾」というところに至りついている。ことさらな人為を排し、あるがままの姿を尊重する事が東洋的精神の発露であり、それこそが絶対者による救済の道であることを述べている。

カール・ロジャーズ（1984）⁽³⁰⁾ もまた、このことには気づいていたようだ。老子を援用して次のように述べている。「完全な人間は、（中略）存在者の人生に干渉しない、他者に自己を押しつけない。しかし、彼はあらゆる存在の自由を援助する。」という。

神田橋條治（1995）⁽³¹⁾ はあらゆる疾患における「自然治癒力」というものを重視し、ついで環境が大切であり、すべての医療を含むケアは補足的なものであることを繰り返し述べている。

「いのちは、よくない状態から回復するためのいろいろな方法を、自然にもっているのです。これが自然治癒力です。病気のときには、必ず自然治癒力が働きます。いのちが病気をなんとかしようとするからです。ですから、病気の症状はすべて、いのちがよくない状態になっていることを教える働きと、回復しようとする自然治癒力の働きとをどこかに含んでいるのです。そこに注目すると、症状や病状の中から自然治癒力の働きの部分が見つかります。」。

また神田橋條治（1984）⁽³²⁾ は精神療法状況の構成要素の序列として① 主体（患者本人の主体的取り組み）② 抱え環境（本人を取り囲んでいる環境）③ 異物としての精神療法操作、を挙げている。ことさらな精神療法は、本来「異物」なので、序列としては最後であることを強調している。神田橋は薬物の処方さえも、場合によっては患者本人の主体的選択を促そうとしている。

蟻塚亮二（2007）⁽³³⁾ は精神障害者の環境として大切なものを8つ挙げているが、医療は第8位であり、神田橋と同じく、薬の処方さえも本人が選択する事が望ましいと言う。

さまざまな薬物や療法が開発されて、今日は明るい時代を迎えているような印象を与えているが、基本的には、人間のいきる力に依拠してそれを側面援助するものであるということを強調しておかねばなるまい。同席による面談にしても、利用者たちが求める自然な成り行きによる面、彼ら自身の弱い紐帯であっても、それを助長する事が何よりも肝要なことであると筆者は自覚している。

8、同席面談の意義

実際に実施してみて、利用者たちから聞いた同席面談の意義は、簡単に整理すると以下のごとくである。セルフヘルプグループと比べるとワーカーが介在する点に特色がある。

- ① 他者援助——自分のようなものでも他人の役に立てるという充足感。
- ② 共感的に聞いてもらえた—— 相場幸子 (2006)⁽³⁴⁾ は「その行動は無理もない。私もそうするかも知れない。」と受け取ることだと説明している。ロジャーズは「傾聴と共感」と呼んでいる、
- ③ 緊張感なく面談ができた——中井久夫 (1976)⁽³⁵⁾ は、サリヴァンの訳書のあとがきで「サリヴァンは、もう1人の治療者を立ち合わせると患者の緊張がぐっとゆるむことを知る。」と述べている。
- ④ 孤立化を防ぐ——同じ不安感を抱いている人がいることがわかって安堵した——苦しみを分かち合ったような気分になった。(岡知史 1999)⁽³⁶⁾。
- ⑤ 自分の症状に気づく——疑っていたが、自分も精神障害者であることを少し理解した
- ⑥ 病気とどう向かい合っていくべきなのかが解った
- ⑦ 障害の外在化——野口裕二 (2002)⁽³⁷⁾ は、ホワイトとエプストンの説を引用して「問題そのもの」を外在化することが大切であるとする。そしてその分かりやすい身近な例として「べてるの家」の実践を挙げている。伊藤絵美 (2011)⁽³⁸⁾ も『『ストレスを感じている自分』を『自分を観察するもう1人の自分』が距離を置いて観察するわけである。』

と述べている。

- ⑧ 相手が真剣に聴いてくれるので安心感がある。
- ⑨ ワーカーが介在することで、うまく表現できない気持ちを整理してくれる。
- ⑩ 弱い紐帯から、しだいに連帯感を持てるようになった。—谷中輝雄 (1996)⁽³⁹⁾ は、「依存から独立へと階段をかけ登ることではなく、仲間と手を結びつつ、スクラムを組んで、自分の足で立つという意味が籠められているのである。すなわち、依存という言葉信頼と置き換えて、頼りになる人、甘えられる人の存在が重要であり、安心できる拠りどころを土台にして、ゆとりのある時にははばたき、疲れた時には憩いの場に戻って充電すればよいのである。」と述べている。

9、事例

筆者が取り組んできた事例のごく一部をあげる。登場する本人については了解をえているし、適当なフィクションを加えているので、本人を特定することは不可能である。

事例1

SS君とSMさん

SS君は現在57歳。統合失調症。障害基礎年金2級。両親と同居。14歳で発病。入院は20回以上。非常な努力家で、病気をかかえたまま国立大学を卒業。3年間の一般就労も経験している。病気を克服しようとして東京で森田療法を受けたりしている。2度の結婚生活が破綻。発病以来、警官が付けねらっているという妄想から抜けられない。家に居ても天井裏には常に2人ほどの警官がいて見張っている、外へでてでもつけてくる、作業所や地域活動支援センターへ行ってもつけ狙っているとして、身の置き所がない。また、旧家の跡取り息子として生まれたために、父親が自分を廃嫡して養子に跡目を継がせるべく毒殺しようとしているという妄想から自由になれない。父親が毒を用意するだけでなく、警官を密かに導入しているとして、突然父親に暴力を振るったりしていた。ここ数年は自宅に引きこもっていたが、筆者とは大学の同窓生であることが判明して、何度も面談を繰り返した結果、週3回ほど作業所や地域活動支

援センターへ通えるようになった。ラポールが形成されると、その人は怖くないという。自分の不安が妄想であることを半分認めることもあるが、状態が悪くなると昔に戻ってしまう。今は、筆者が他市の相談事業所へ赴くときに「ピアカウンセラー」としてついてこられるようになった。

SMさんは現在40歳。統合失調症。両親と同居。14歳で発病。高校中退。定時制高校に移って卒業。そのときのクラスメイトで10歳年上の男性と結婚。被害妄想が著しかったが、結婚後は男性の家族と同居。服薬をやめていたために再発、入退院の繰り返し。夫婦別居状態で実家に戻る。実父に対して激しい被害妄想。「喉から血が出るまで叫び続け」実父が身の危険を感じるほどの状態。地域生活支援センターから授産施設に入るも、基礎障害年金2級の支給が始まると自宅に引きこもってしまう。今度は支援センターの職員がターゲットになって、激しい敵意をもつに至る。非常にプライドが高く、また逆に強い劣等感も併せ持っている。施設の職員が面談に応じることが分かったと、毎日2通ほども手紙を書き、面談にも通いだす。

筆者は了解を取って、この2人の同席面談に踏み切ってみた。はじめはSS君の訴えを聴いていたが、急にSMさんが「自分と酷似している」として話の中に入ってきた。誰にも理解されないと思っていた辛い胸のうちを、そのまま相手が聴いてくれることがわかり、2人ともきわめて安堵し、被害の実情を語り合い、その克服について検討し始めた。

その後は、一方の症状が悪化したときの面談の時には同席してもらうことにしている。

事例2 SS君とNAさん

NAさんは68歳。統合失調症。独身のまま独居。障害基礎年金と生活保護で生活。ヘルパーや地域活動支援センターを利用して生活している。「生活のしづらさ」と言う生活障害も強く、作業はできない。大学卒業後1年間ほど働いたが、23歳ごろに発病。強い幻視と幻聴に悩まされ続けて数度、長期入院を繰り返してきた。母親との確執にも悩まされてきた。疾患や障害を隠す気持ちは全くなく、誰の前でも堂々としている。市の障害者支援も受けるし、市が障害福祉計画を作成したりするときには積極的に応じている。

NAさんとは既に10回以上の面談を重ねているが、第1回目からSS君と同席で行った。相手が年上なので、SS君も初めは傾聴に徹していたが、徐々に自分の体験も交えて談話できるようになった。SS君は以前森田療法を受けていたこともあって、その「ありのまま」という受容の仕方について何度か話した。同席面談のおかげで続けて通うことができるとNAさんは述べている。

事例3、SH君（後述）とYJ君

YJ君は48歳。統合失調症。自衛隊に入ったり、そこで調理師の免許を取ったりしてきた。年金は事後重症と言う認定を受けて厚生障害年金2級（月額10万円ほど）。母親と2人暮らし。25歳ごろに発病。作業はかなり要領よくやれるが、大体2年ぐらい経つと、強い不安感が芽生えて辞めてしまう。授産施設で作業をしても、突然休みだす。作業室のみんなが「来るな」と言っている、自分の名札が少し傾いているのが証拠だという。「そんなことはありえない」と強く言うと、しばらく通うがまた休んでしまう。

SH君のところへ不安を訴えにいくと、SH君は面談を求めて2人でやってくる。SH君自身もさまざまな不安が心の中に湧きあがっているのも、2人でかわるがわる訴える。お互いに訴えあっているうちに、症状が似ていると言うことを自覚し始め、語っているうちに少し落ち着いてくる。それでまた何日か無事に働くことができる。ただし、YJ君はパチンコをやめることができない。

10、同席面談からセルフヘルプグループへ

同席面談を続けてきても、目に見える形での成果はなかなかあがらないが、障害者同士の連帯感とともに、彼ら同士がセルフヘルプグループを立ち上げてくれたことは一つの成果であるといえるかも知れない。このグループを立ち上げるには様々な困難が立ちはだかり、発足できなかったが、利用者同士の紐帯ができたところで、踏み切ることができた。

平野かよ子（1997）⁽⁴⁰⁾は、セルフヘルプグループを「同じような問題を抱える個人が自分自身の問題を自分自身で解決するために、意図的かつ自主的に結成」し、「しかも専門家から独立した活動を展開している持続的な小集団」と定義してい

る。

また、岩田泰夫(1994)⁽⁴¹⁾は、カットとベンダーの理論を踏まえて以下のように定義する。

セルフヘルプグループとは「病気や障害などによる生活上の変更を強いられるよう問題を持つメンバー同士のセルフヘルプを生み出し、形成し、推進させるために組織された自立性を有する継続的な活動体である」。

保健、医療、福祉のいずれの領域においても、サービスに対して、その受け手が積極的に発信し、その内容を選択し決定するといった「消費者側の権利」が主張されるようになり、さらにそこからサービスを受けるだけでなく、利用者のニーズにあったものを利用者自身も加わり創り出していくといった動きも出てきている。支援方法としても、援助専門職が一方的にサービスを「与える」のではなく、生活上の困難な課題を抱えた人々が主体となり、援助者を活用して問題を解決していく力をつける「共働する」支援方法の確立が課題となっている。アメリカのクブハウスは有名だが、わが国では未だ緒に就いたばかりである。

岡知史(1999)⁽⁴²⁾は、セルフヘルプグループという言葉そのものに抵抗があるとして「本人の会」という名称を当てながら、3つの目的を挙げている。「わかちあい」が基礎にあって、それを通じて「ひとりだち」と「ときはなち」が目指されるという。

アメリカのA.A等では、本人以外の人には運営に参加しないが、岡は、専門職にもボランティアにも側面からの援助を求めたほうが实际的であるという。わが国でも近年になってセルフヘルプグループを結成しているところが出てきているが、筆者の管見によれば、専門職を完全に排除しているところはなさそうで、後ろで糸を引いている様子が伺われる。

事例

SH君(別項参照)は現在47歳、統合失調症。障害基礎年金1級。他県から当地の精神科病院に入って20年経過した。親は暴力とスティグマに耐えかねて退院させなかったと思われる。父親が死亡し義母だけになった。新薬ジプレキサの薬効のために回復するも、義母は養子縁組もないとして受け入れを拒否。典型的な社会的入院患者に

なっていた。病院からの懇請で筆者が空家を借りて、あと2人の障害者と一緒に共同生活を営ませた。グループホームとしては認められないので、3人は授産施設に通所しながら、約2年間、生活全般を協力によって行った。この間、筆者は金銭管理を含めて雑用のために訪問し続け、3人をまとめて「同席面談」を試みてきた。3人とも症状は多少違っていたが、「不安、孤立、過労、不眠」という基本的な不安要因を抱えていたために、よく協力し、SH君は町内の祭礼ではお神輿を担いだり、体育会に参加したり、納涼大会では綿菓子を作って販売するなど、周囲ともよく溶け込んでいた。

3年前にようやく懸案のグループホームが完成し、1人は症状が悪化して再入院したが、2人はそのままホームに入居した。グループホームは2人をかなり安定させたかに見えて、一日5時間の一般就労を果たしている。SH君はその後、さまざまな障害者たちを誘って筆者の許を訪問し、同席面談の主役を務めてくれている。

昨年、筆者はSH君と相談してセルフヘルプグループを結成しようとした。筆者は、過去何度も施設の利用者たちに働きかけて、このグループを作ろうとして失敗している。就労者たちに呼びかけてみても、休日とはとにかく休みたいからというので全く応じてくれなかったのである。SH君は電話魔である。つねに不安心理が昂じてくるので、知り合いに向かって電話をかけまくる。筆者宅には1日、4回かかることもある。それを逆に利用することでグループ結成が出来ないかと考えたのである。同時にSH君に「セルフヘルプグループ主宰者」という名刺をつくって渡した。驚いたことに、SH君は1回目に15名の障害者を集めてきた。のみならず、病院の訪問看護師、家族会の副会長、ボランティアグループの会長、地域活動支援センター所長も一緒に集めてきた。1年間に5回会合を開いたが、増減はあるものの大抵10名以上が参加している。SH君は生まれつきそうなのか、障害の故なのか、とにかく軽々に語ったり行動したりするために、周囲からやや軽く見られる傾向があるのだが、筆者はいろいろなところで大いに彼を持ち上げて褒め称えている。ただし、20名ほどもいる会では、こみいった相談は出来ない。

普遍的な不安心理などについて、いわば問題解決技法に類することしかやれていない。

向谷地生良（2009）⁽⁴³⁾ は、セルフヘルプグループという言葉を使わずに、当事者スタッフを含めたチームによる取り組みを「認知行動療法的な生活支援」と表現しているが、統合失調症を抱える利用者の相談支援においては、考慮されなければならない基本的な要素として以下の点を挙げている。生きづらさの基盤には、認知機能の障害（注意の障害、記憶の体制化の障害、情報の文脈的処理の障害）と、行動機能の障害（自発的な枠組みづくりの障害、セルフ・モニタリングの障害、行動の組織化の遅さ）と、エンパワメントの視点。具体的には次の4点である。

- ① 人間関係への参加が自尊心を促進すること
- ② 適切なカミング・アウトが他者へ援助を求めていくことを可能にし、孤独を取り除くこと、③ 当事者自身が、他者の回復（癒し）に貢献する力を持っていることの経験をうながすこと、④ そのためには、日常的に病気・薬物療法・対処技法・社会貢献に関する情報に触れる場が用意されていること。

ここで②「カミングアウト」については、向谷地（2006）⁽⁴⁴⁾ は「世は『個人情報保護』の時代です。しかし、個人の持つ情報の中で秘匿すべき情報はごく一部で、ほとんどが地域で暮らす一人の市民の有用な生活体験として共有すべき大切な情報なのです。ですから、早くから浦河ではそこに着目して『弱さの情報公開——困った体験、失敗の体験、苦労の体験の公開』を提唱してきました。『弱さ』という情報公開は、公開されることによって、人をつなぎ、助け合いをその場にもたらしめます。その意味で『弱さの情報公開』は、連携やネットワークの基本となるものなのです。それをプライバシーとして秘匿してしまうことによって、人はつながることを止め、孤立し、反面、生きづらさが増すのです」という。同感である。

SH 君は執拗な勧誘によって人をあつめることは出来たが、いざグループワークを始めてみると、自分で原稿まで用意しているのに、一つには吃音のせいもあって殆ど理解不能なことを話してしまう。やむなく最初のうちは筆者が司会を行ったが、次回あたりから MN 君が取り仕切るようになって

てかなり順調に推移している。

MN 君は、一人ひとりに向かって① 最近身のまわりで起こった楽しいこと、② 今困っている小さなこと、を出してくれるように言い、その中から話題を選んで話し合うことを始めた。野口裕二（2002 年）⁽⁴⁵⁾ によれば、諸外国のセルフヘルプグループ運動では「言っぱなし、聞きっぱなし」という方式のほうが定着していると言われている（「誰かの発言に対して、意見を述べたり、感想を述べたりすることはできない。もちろん、誰かに向かつて質問することもできない。つまり、通常の会話やディスカッションをはかることが禁じられている」）が、MN 君は、当面する問題の解決を選んだのである。

一例を挙げる。

ST 君は、就労継続支援事業 A 型で働いているが、課長が自分を見ながら監視しているような気がしてとても辛い、という。それに対して、全員が自分の経験を基にしてさまざまな解決方法を提案した。そんな辛いときには「誰かに訴えること」を ST 君が選んだが、誰に訴えるかでまた、さまざまな意見が出る。最後には、全員の携帯電話の番号を知らせて、そこに向かつて訴えてもよいということになった。

11、残されている課題

筆者にとって残されている課題はあまりに多いが、紙幅がつきるのでひとつの課題だけを挙げておきたい。どんな方法を駆使しても自分の妄想を片時も認めない（病識がない）場合である。

YS 君は現在 58 歳。統合失調症。23 歳ごろに発症したと思われる。母親と 2 人ぐらし。現在は障害年金 2 級を受給中。非常な努力家で、定時制の高校を卒業した後、鉄工所で働きながら、不眠不休でいくつかの国家試験に挑戦しているうちに発症。奇妙な妄想に悩まされるようになった。近隣に住んでいる数名の人が彼を迫害し続けているというので、そのことを大学ノートに克明に書き綴っている。いざ裁判になったときの証拠になるという。強い男尊女卑の家庭に育ったと見えて、女性の職員にはノートを見せないし、面談にも応じない。宗教団体に入っていたことがあるが、その団体が自分を迫害したので村役場が仲介して

70億円を抛出させて、近隣の「迫害者」たちに渡してある。その証拠にかれらは働いていないのに新車を買ったりしている。その「迫害者」たちは、県立病院からある器械を借りて、無線電波で彼の肛門を勝手に開閉するので、とんでもないときに便がでてしまう。また、これも県立病院から器械を借りて、彼に喫煙をさせる。本当は禁煙したいのにさせてくれない。家にも入り込んで、土地の権利書などを盗んだ。飯の中に毒を入れるので、食べられない、などなど。ついにはその「迫害者」の家に外から石を投げて逮捕されたことがある。そのために、数回の入院歴がある。統合失調症の薬物は服用しているが、「母親が悲しむから」服用していると言う。病気であることや妄想であることは絶対に認めないだけでなく、きわめて温和な性格だが「妄想」という言葉を使っただけでも怒り出す。長期間にわたって迫害し続けている人を「場合によっては殺したい」ともいう。やむなく、その主張を認めるわけではないが「君の勘違いもあるのでは」と言ってみても確信を崩すことができない。主治医と示し合わせて、その妄想にノル形で「迫害者たちの挑発にのるな」というに留めるしかないのだが、それが彼を一層苦しめていることはよく理解している。もちろん、事業所においても孤立している。

男性である筆者にだけにはノートも見せるし、しきりに面談を求めて訴える。精神障害者の多数がそうだが医師にはありのままを訴えない。訴えると薬物が増えて、身体が辛くなり、入院させられることを繰り返してきたからだ。医師は3ヶ月入院してくれれば妄想をとれるかも知れないというが、これまでの経験もあって全く応じない。障害年金は3級を受給していたが、他の利用者と比べて症状がずっと重いので、医師に頼んで2級にしてもらった。その事で病気たることを認めるかと思ったが「その年金は生活補助だと思っている」という。現在は身体が臭くて恥ずかしいと言うので、就労支援事業所にもかよえず、引きこもっている。

彼とは長く単独面談をして来た。「自分は障害者ではないし、他人の幻聴などとは違う」と主張するからである。しかし、誰かに訴えて理解して欲しいことは確かなので、男性で、しかも年上の

人なら同席面談でもいいというので、数回試みたが、現在のところ全く病識がない。何度も一緒に登山したり、バーベキューをしたり、本を貸したりして、筆者との間にはいわゆるラポールを形成していると思っているのだが、この問題になると厚い壁に突き当たっている。「妄想は妄想のままでもいい」というのは各種の先進的な事例なのだが、彼の場合は毎日が熱い鉄板の上でのた打ち回っているようなものなので、何とか楽にさせたい。彼は筆者及び同席の人に少し理解されたとおもうと、訴えた暫くだけは少し緩和されるようなので、それでもいいのかどうか、筆者にとっては大きな課題だ。

<引用・参考文献>

- 1) 『ぜんかれん』⁽¹⁾ (現在は『みんなねっと』と改称) 精神障害者全国家族会連合会 (現在は全国精神保健福祉連合会)
- 2) 向谷地生良『安心して絶望できる人生』NHK出版
- 3) 東豊『セラピスト誕生——面接上手になる方法』日本評論社 2010年
- 4) 岩間伸之『対人援助のための相談面接技術』中央法規出版 2008
- 5) 土居健郎『新訂 方法としての面接』医学書院 1977年
- 6) 佐治守夫・飯長喜一郎『ロジャーズ クライエント中心療法』有斐閣 1983
- 7) 飯島喜一郎『実践カウンセリング』垣内出版 1998年
- 8) 蟻塚亮二『統合失調症とのつきあい方』大月書店 2007年
- 9) 河合隼雄『カウンセリングを考える』上 創元社 1995年
- 10) 岩間伸之『対人援助のための相談面接技術』中央法規出版 2008年
- 11) 遠藤雅之『心病む人への理解 家族のための分裂病講座』星和書店 1994年
- 12) 金沢吉展編『カウンセリング・心理療法の基礎』有斐閣 2007年
- 13) 寺谷隆子『ピアカウンセリングガイドブック 経験は人生の知恵袋』エンパワメント研究所 1999年
- 14) 横川和夫『降りていくいき方「べてるの家」が歩む、もうひとつの道』太郎次郎社 2003年
- 15) 向谷地生良『統合失調症を持つ人への援助論』金剛出版 2009年
- 16) 横川和夫『降りていく生き方「べてるの家」が歩む、もうひとつの道』太郎次郎社 2003年
- 17) 『みんなねっと』2011.7 及び 8月号 公益法人 全国精神保健福祉連合会
- 18) 森山公夫『統合失調症 精神分裂病を解く』ちくま新書 2002年

- 19) 横川和夫『降りていく生き方「べてるの家が歩む、もうひとつの道」』太郎次郎社 2003 年
- 20) 森山公夫『統合失調症 精神分裂病を解く』ちくま新書 2002 年
- 21) 八幡洋『立ち直るための心理療法』ちくま新書 2002 年
- 22) 原田誠一『正体不明の声 対処するための 10 のエッセンス』アルタ出版 2002 年
- 23) 森山公夫『統合失調症 精神分裂病を解く』ちくま新書 2002 年
- 24) 坪上宏『当たり前前の生活 P S Wの哲学的基礎 早川進の世界』やどかり出版 1995 年
- 25) 木村敏『人と人との間』弘文堂 1972 年
- 26) 木村敏『精神医学から臨床哲学へ』ミネルヴァ書房 2010 年
- 27) 田島治『社会不安障害』ちくま新書 2008 年
- 28) 『老子』中国古典選 10 福永光司 朝日文庫 1978 年
- 29) 「末燈鈔」日本古典文学大系 82『親鸞集・日蓮集』岩波書店 昭和 39 年
- 30) カール・ロジャーズ 島瀬直子訳『人間尊重の心理学』創元社 1984 年
- 31) 神田橋條治『改訂 精神科養生のコツ』岩崎学術出版社 1995 年
- 32) 神田橋條治『精神科診断面接のコツ』岩崎学術出版 1984 年
- 33) 蟻塚亮二『統合失調症とのつきあい方』大月書店 2007 年
- 34) 相場幸子・龍島秀広編『対人援助のための面接法 解決志向アプローチへの招待』金剛出版 2006 年
- 35) サリヴァン『現代精神医学の概念』中井久夫訳 みすず書房 1976 年
- 36) 岡知史『セルフヘルプグループ』星和書店 1999 年
- 37) 野口裕二『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院 2002 年
- 38) 伊東絵美『ケアする人も楽になる 認知行動療法入門 BOOK1』医学書院 2011 年
- 39) 谷中輝雄『生活支援 精神障害者生活支援の理念と方法』やどかり出版 1996 年
- 40) 平野かよ子『セルフヘルプグループによる回復』川島書店 1997 年
- 41) 岩田泰夫『セルフヘルプ運動とソーシャルワーク実践』やどかり出版 1994 年
- 42) 岡知史『セルフヘルプグループ』星和書店 1999 年
- 43) 向谷地生良『統合失調症を持つ人への援助論 人とのつながりを取り戻すために』金剛出版 2009 年
- 44) 向谷地『安心して絶望できる人生』NHK出版 2006 年
- 45) 野口裕二『物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ』医学書院 2002 年