

心理療法が始まるまで

- コミュニティと病院で -

藤 信子

以前小学校でスクール・カウンセリングをしていた時のこと、不登校傾向のA君への対応を先生たちと相談していた。朝起きられないなどがあり、先生が起こしに家まで行くこともあった。「どうにかなりませんかねえ」と言われても、保護者との面接を「仕事で忙しいから」と言われ、なかなか設定できずにいる私も、いい案は浮かばない。B先生から「Cちゃんの時は、元気に学校に来るようになりましたよね」と言われ、なるほどそういう風に期待されているのか、先生たちにとってはA君もCちゃんも同じような「不登校傾向」に見えることもあるのだろう、ということに思い至った。Cちゃんの場合は学校に行きたくないという状態を保護者が心配されて、学校の近くのD診療所に相談に来られた。そこで私が保護者の相談を受ける中で、Cちゃんは元気に登校を再開したことが、先生の印象に残っていて、それを期待されているらしかった。

このエピソードに関しては、いろんな見方があるだろうが、ここでは「来談」に関する「モチベーション」という観点から見るのが、コミュニティでの臨床の特徴とも言えるのではないかと、思う。こ

の点が、他の専門家（もしかしたら、他の臨床の場の心理職も含め、精神保健の分野でも）には伝わっていないような感じがする。

この時先生に、Cちゃんの保護者は、何故か学校に行きたがらなくなった娘について心配し、診療所に相談に来られたからカウンセリングができたし、その効果もあったと思う。A君の保護者は、相談にこられるようには心配しておられないようだ、カウンセリング(心理療法)は、自分が困っていること、心配なことを相談しよう、という気持があること(モチベーション)が必要だし、普通にはその気持が強いと効果が高いと言われている、ということをお話したような記憶がある。

学校の先生たちにとって(そしてともすれば、一緒に考えるスクールカウンセラーにとっても)学習権の保障、友達との関係の大切さを学ぶことなど、学校に行くことが成長にとって大切なことだというのが、まずあるのだと思う。しかしよく言われるように、このような価値観は、ここ40年~50年くらいに出来上がってきたものようである。その前は農繁期には子どもは畑や田んぼを手伝ったりす

ることが重要だったと聞く。日本における不登校（初めは「学校恐怖症」と言った）の調査の話をしてくださった精神科医の先生から聞いたのは、「学校恐怖症」ではない、不登校の生徒たちがいて、それは親の仕事を手伝っていた、ということだった。今でいうと「学習権の保障」がされていない、下手をすると abuse とも言われかねないことだけれど、当時はそんなことにはならなかった。そして多分、そんな生活が不幸だとは私たちには言えないだろう。

自分が困っていること、心配なこと（病気も含め）を自発的に相談する、ということは市民社会の成熟、個人としての意識と関連するものと考えられる。そのことを考えると、最近の子どもの「虐待」に関連するニュースに接する時に、この人（虐待をしたと言われる人）にとって、しんどさや不安を誰かに話すことに繋がらないのは、どんなことが起きていたのだろう、と思うのは、未だ「市民」の価値をどこかに信じている、中産階級（大体使っている言葉が古くて、若い人に伝わるかどうか）的個人主義と心理療法がどこかに結びついている発想なのか、とも思う。このあたりを心理学の個人主義化という人もいるが、個人と心理療法の問題を考えてもいい頃なのかと思う。そこで、「モチベーション」というか「動機付け」の観点を持ち出してみた。

この春から、うつ認知行動療法（CBT）が医師が行う場合は保険の請求ができるようになったことが新聞等で取り上げられたため、CBT に関する質問を統合失調症のご家族からされた。その時、印象に残っているのは「治せるんですね」ということばで、今回の CBT は統合失調症は対象ではないこと、また CBT はどっちかという、一緒に考えるものだと思います、と話した。病院に行く、というのは病気を治してもらう、という気持ち 依存

が大きいと思う。そこはどのような「モチベーション」となっているのだろう、と考える必要はあるだろう。そこがかみ合わないと CBT も心理療法も目標を共有できないままで始まりにくい。そのかみ合うまでが長い時間が必要な場合も多いような気がする。

保健所で難病と診断された方に、辛い気持ちをカウンセラーに聞いてもらいませんか、と勧めたところ、私は精神的な病気ではないので、カウンセリングはいらぬ、と断られたと保健師さんから聞いた。これは精神障害とカウンセリングに対する偏見だけれど、案外このような話は多い。自分の気持の辛さを他人にいうことは弱い人のすることだという雰囲気を感じることもある。

コミュニティや病院では、心理相談室などの場面と異なり、本人が必要だと感じていなくても、心理的な援助が必要な場合が生じてくる。必要な人が相談室まで来られないから、出かけていく、というスタンスが大事だけれど、そこで相談に関するモチベーションのないような人に対して、どのような援助の組み立てをしているのか、またできるのだろうか。

はじめに出した A 君の場合、今の私は保護者に学校に面談に来てください、とは言わないだろうと思う。A 君にとって学校が楽しいとはどういうことかを考えるかもしれない。

個人とそれを取りまく環境と、そして相談という名の援助と、モチベーションについて少し時間をかけながら考えていこうかと思う。

心理療法が始まるまで

- コミュニティと病院で -

(2)

藤 信子

私が単科精神病院に仕事を始めた頃、時々女子の閉鎖病棟で折り紙をしていた。思春期のS子さんが入院してきたけれど、チームとしてなかなか関係が作れないと思っていたところに、折り紙でもしてみようと思いつき始めたように記憶している。そのS子さんは折り紙が上手で、私は久しぶりに折る鶴以外にいくつかの花の折り方も教えてもらっている。と次第に他の患者さんたちが、加わるようになった。その病棟は畳の部屋だったので、何人かで座って折り方を教えたり、教えられたりした。それから長期入院のTさんは花が好きだということで、植木鉢と種など買いに行っ

て一緒に育てたこともある。朝顔の支柱をどうしようかと困っていたら、通りかかった他の病棟の看護スタッフから助けってもらったり、水遣りグループを作ったりした。30数年前で、かなり牧歌的だったのだけれど、一方で

言えば、他のスタッフは心理の人って心理テスト以外に何をするのかわからないので、患者さんの相手をしてくれるのなら、そうしてもらおう、ということだったのだろう。今から振り返るとグループワークの萌芽のようだった。

その頃単科精神病院への入院は本人が望んでという形は少なかったと思う。その頃一般的な精神医療の世界では、精神分裂病（現在の統合失調症）は「自分では病気とっていない」ことが特徴だと言われていた。自分が病気だと思えない、認められないという状態はいろんな状況があり、その人個人の思考、認識だけの問題ではないことも多いと今は思っているけれど、仕事を始めたばかりの私にとって、ここでは自発的に相談したい、治療したいと思っている人は多くはないんだ、ということ自分を言い聞かせることがまず第

一だった。

この病院でのグループワークの始まりのよ
うなことは、単調な病棟生活の中で楽しみを
探そうとかいうレクリエーションというだけ
ではなかったと思う。私が精神医療の世界に
入った 1970 年代後半は日本における精神病
(精神分裂病)の精神療法の理論が出始めた
頃だった：中井久夫の「精神分裂病状態から
の寛解過程」が 1974 年、辻悟「治療精神医
学」が 1980 年、神田橋條治の『『自閉』の利
用』が 1976 年など。ただ私がこのような理
論を学び始めるのは 80 年代になってからだ
ったので、この頃は手探りで S さんや T さん
が何をしたいのかを考えたいと思っていた。
関係を作り、話ができたらと思っていた。そ
ういえばコフォートが精神分裂病の治療の第一
段階の目標は「私は が欲しい」と言える
ことだと言っているのを知った時に、そうな
んだ治療のプロセスをそういう風に表現する
といいのだ、と納得したことがある。精神医
療で出会う人たちは、始めは自分が何に困っ
ているのか、何を相談したらよいのか、なか
なか表現できにくいことが多い。何を相談し
たいのか考えることに時間がかかるのが特徴か
もしれない。

心理療法の対象の病理水準や発達水準によ
って、クライアントとどのような位置関係に
座るかということを考える事は大事だと思う。
私は精神病院での仕事が長かったので、クラ
イアントと横に並んで、一緒に同じ方向を見

ながらというほうが馴染む。現実の椅子がそ
うでなくても、そんなイメージで聴きたいと
思っている。何かを一緒にしながら、という
ことは横に並ぶ位置にいることに似ているよ
うだ。横に並んで同じ方向をみて、クライエ
ントのしているものについて話してもらうこ
とで、共感したり理解したり考えたりするこ
とができる。活動を一緒にすることは、目の
前の活動についての話になり具体的で話しや
すくなる。自分の思っていることや考えなど
の内的体験を上手に話せるとは限らない。目
の前あるものについて話すことは、外的なこ
とだから、そのほうが話しやすい。そういう
手がかりを使って、クライアントと話すこと
で理解することが必要な人たちがいる。

このようなことを考えるのは、この頃精神
医療の話を知ると病床数は減少していないけ
れど、以前に比べ病院はきれいになり、入院
日数は短縮されてきており、各スタッフは専
門性に関して努力していることは伝わって
くる。30 年ほど前に経験していた医療と言え
るのか、と言われていた時とは違う。スタッ
フはとても忙しく仕事をしているようだ。コ
ストを考えるなど企業のような。薬物療法とい
くつかの療法を受けることが、はじめからプ
ログラムとなっている事を聞いて、病院だか
らそうなのかという思いと、ところで患者さ
んは何が分かってもらえたと思っているだろ
うと考えてしまった。収容所のような精神
病院が病院らしくなることは当たり前だけ

れど、病院らしいとは、身体疾患に対する治療モデルのプロセスで考えることなのだろうか、と一歩引いて考える。入院でも外来でも患者さんが悩みながら、どうにか問題に対処したり、できにくいことがあることを一緒に考えることを通して、どういう風に暮らすかをイメージすることが、病気を受け止めることになるのではないだろうか。主体的にその人なりの「問題」を考えることが必要だと思う。悩んでいること、そこからどのように考えるかについて相談できる糸口、相談への「動機」を一緒に探すことが、治療には必要だと思うが、忙しそうな医療の中でその人と一緒になって考える時間はどのようにとれるのだろうかと気になってはいる。

文献 神田橋條治・荒木富士夫(1976)「自閉」の利用 精神分裂病への助力の試みー精神神経学雑誌 78(1)、辻悟(1980)治療精神医学 ケースカンファレンスと理論 医学書院、中井久夫(1974)精神分裂病状態からの寛解過程、宮本忠雄編 分裂病の精神病理2 東京大学出版会



心理療法が始まるまで

—コミュニティと病院で—

(3)

藤 信子

私は時々、個人心理療法（カウンセリング）について考える場合、うさんくささともではないかなけれど、ちょっとためらいを感じないわけではない。目の前に悩んでいる CI がいる場合にそんなことを考える訳ではなく、あくまでも「個人心理療法」について考える時にである。それは、問題を個人の責任にしすぎているのではないか、という疑問を感じるときがあるからだ。ある意味で行き過ぎた「自己責任」論に眉をひそめる感じでもあるけれど、ずっと以前から感じていることではある。大分前の話だけれど、ニューヨークに留学していた臨床心理士の H さんが、勤務の前後に精神分析を受けに来る CI に対して、ここにくる時間に友人を作ったらよいのに、と思ったと言っていた。米国の競争の激しい社会では、友人ができにくくその分心理療法を受けることで、自分の問題を解決していこ

うとすることになるのだろうか、と半分よその文化のようにその時は聞いていた。

私はもちろん他の職業の人たちより、自分の悩みを心理学的に考えることは大事だと思っているし、心理学的に問題を考えることは好きである。そしてそうして考えたい人と一緒にその人の問題を考えることを大切な仕事だと思っている。心理療法ではないが、ずっと以前、夫から離婚したいと言われた妻が、理由が無いのにそんなことを言うなんて夫は病気に違いないと、病院の精神神経科へ夫を受診させた、ということを知った時には何が起きているのだろう、とふと思った。自分にとっては理解できない家族の行動や言動に出会った時に「病気ではないか」と直接病院を受診するという行為に驚く一方、家族やコミュニティで相談したり支えたりする機能が弱

っているのだろうと考えた。

AC (adult children)、PTSD(心的外傷性ストレス障害)やうつ等がメディアで取り上げられると精神神経科の診療所は「私は AC (あるいは PTSD あるいはうつ) なのですが」と受診する人が増える。自らにおきる不調を外在化(医療化)して、対処しようとするのは適切なことだと言えるだろう。しかしそこには家族や友人にあまり相談することなく、診療所等の専門機関を尋ねるということも多いように思える。周りの人に自分の悩みを相談することをしないのはなぜだろう、と考えている時に、支援者の二次的外傷の問題を連想した。災害や惨事の支援者に対する集団精神療法(以下グループ)のワークショップを時々行っているが、二次的外傷に特徴的なことの一つに、援助職であるために、自らの傷つきをことばにしにくくなっていることがある。消防士は「男らしい職業」のために弱音を吐きにくいし、看護師が患者から暴力を受けると、それはその看護師の専門家としての技能が足りないためだ、と言われることはよくあるようだ。「男らしい」という発想は随分ジェンダーにとらわれているような印象を受ける。こういうとらわれ方は自分を不自由にするだけではないだろうか、と考えてしまうけれどどうだろう。専門家であるから技能を高めることは当然のことだとしても、身体も心も傷ついていることを、突き放され

るような視点のように思える。こういう個人に対して極めて「強い人」であることを望む社会の風潮があると、当然「弱音」を吐くことは、自分を専門家として十分でないと思えることにつながる可能性がある。

二次的外傷の問題はまた別の機会に取り上げたいと思う。ここで思い出すのは、周りの人に悩みを打ち明けないということでは、1号にも書いた虐待(ということばは abuse の訳としては、適当ではないのではないかとと言われる、私もそう思うが一応ここではこうしておく)をしていたという親は、「この子を育てるのがしんどい、難しい、不安だ」とどうして身近な誰かに言わなかったのか、という思いに戻る。確かに近隣等の交流の希薄さもあると思うけれど、もしかしたら「弱音を吐けない」文化というものも関係しているのではないかと思う。「虐待」をしている親が「しつけ」だと言って叩いた、ということをよく聞く。これは全て嘘だとは言いきれないのではないだろうか。「良い母親でありたい」と思うあまりに、自分の子育てに対して人の意見を聞かずに、一生懸命になる人がいる。人の意見を聞くと自分のしていることに自信がもてなくなるのではないだろうか。しかし、そんなに初めから間違いのないような子育てができるのだろうか。人に教えてもらいながら、ちょっと失敗しながら育て方を学んでいくのだろう。

なぜこんなに初めから「強い人」や「よい親」でなければならないと思込んでしまうことが起きるのだろうかと考えてみたほうがいいかも知れない。ただ、「強い人」や「良い親」でなければならないと思込みすぎると、なかなか周りの人に相談できにくいかもしれない。強くないからと思い、直接に専門家のところに行って相談することを選ぶ人がいる一方、誰にも相談できずに親子とも追い詰められる場合もあるような気がする。私たち一人ひとりはそのように強くもないし、上手に子どもを育てているわけではない、介護も一人で上手に出来るわけではない、もう少し皆で相談したり話し合ったりできたら良いと思っている、というメッセージを伝える方法を考えることも必要だろうと思う。それは一人で頑張るためではなく、皆と相談しあう環境を見つけたいと思うからである。

心理療法が始まるまで

(4)

—コミュニティと病院で—

藤 信子

この連載の(1)に、保健師さんが難病の患者さんに、「病気で辛い気持ちをカウンセラーに聞いてもらいませんか」と、カウンセリングを進めたところ「私は精神的な病気ではないのだから、カウンセリングはいらない」と断られたということを書いた。先回に書いた「強い人」でなければならないから、他人に相談できない場合もあるけれど、このように「精神的な病気」ではない、と言う背後には精神病に対する偏見、そして恐れがあると思われる場合も多い。「病気」に対する偏見は、案外皆いろいろなものを持っているかもしれないけれど、「精神的な病気」に対する社会の偏見は、かなり強い。強いというのは、言い方を変えると人が「精神病になりたくない」

という言う時と、「癌になりたくない」と言うときは、聞く側の反応もちょっと違うような感じだからである。「癌になりたくない」と聞くとき、「そうよね、できるだけ食べ物とかにも気をつけたいけれど」と共感的なニュアンスで、それは自分もなるかも知れない可能性を感じながらの会話のように感じられる。しかし、「精神病になりたくない」と聞いた時には、聞き手はどうだろう。「そうよね、できるだけストレスを避けたいよね」ということになるだろうか。そうではなく、どちらかというと、自分が精神病になるという可能性はあまり考えずに、肯いていることが多くはないだろうか。精神病の中で、統合失調症は100人に8人という有病率であるに

も関わらず、自分とは遠い病気のように考えているように見える。

このような「精神病は自分とは関係ない病気」と考えたい気持はどこからくるのだろうか、ということを経験してみたいと思う。精神病への「偏見」「差別」とか言われることに対して、私たちの心の中で起きていることとして考えを進めないと、初めに書いた保健師さんに、カウンセリングの勧め方のアドバイスが十分できないような気がする。マスメディアが精神病に対する偏見を助長している、という批判がされたことがある。事件が起きた時に、精神病院への入院歴や通院歴が書かれたりした。これは批判されて今は少なくなっているが、批判されるまでは社会的にはおかしいと思われなかったようだった。事件を起こしたからといって、心臓病や糖尿病の通院歴は問われない。精神病だけがこのような扱いを受けるのは、どこかに社会に精神病に対して「何をするのかわからない」という不安を抱いている部分があるから、そのようなことが受け入れられるのではないだろうか。

ストレスと精神病の発病の関連に関して、例えば日本の社会ではどのくらいの人が、関連があると考えているのだろうか。精神医療従事者にしても、その関連を考えない人が結構多いのではないかと、思う時がある。患者さんに何が起きたか、それについてどのように考えているのかを十分に聞かずに、薬物療

法に頼りすぎているような話を聞くと、そうか・・・精神病は脳の病気だから、対人関係など関係なく自生的に病気が起こる、という考えなんだろうな、と思ってしまう（私は身体とか脳が無関係と思っているのではない、「ストレス脆弱性仮説」については、またいずれ触れることになるだろう）。そのように、人が日常の中で、疲れたり悩んだり苦しむことと統合失調症になることが関連している、症状もまわりの環境と無関係とは言えないと思えず、精神病は私とは遠い無関係な病気と思うのは、何がそうさせているのだろうか。

たとえば統合失調症になることへの不安や恐れは、短期では治癒しないことも少なくないので、経済的な問題が生じること等の不安はもちろんあるが、これは他の病気でも同様だろう。それより多いのは、「自分の思考、行動のコントロールができる」という気持を持ってなくなる怖れということも関係しているのではないだろうか。でもよく考えてみると、私たちはそんなにいつも自分の思考や行動をコントロールできているのだろうか。精神病への認知行動療法を構成する理論の中に、妄想を持つ患者は「結論への性急な飛躍」という推論バイアスがあることが示されている（ガレティ・ヘムズレイ、丹野監訳 2006）。これは辻(1980)の精神的な主だった病態は、自分の手にあまる状態に陥ると、合理的、主体的で自由な思考を失い、直線的になり複数の視点を持ちえなくなる、という治療精神医

学の視点に近い。ガレティ達は心理学者なので、実験的にこの推論を確かめていて、その実験（ビーズ玉課題）が、ほーと驚くような簡単だけど説得力のあるものなので、魅力的である。ここでの観点は、妄想とそうでない思考はそれほど違わない、妄想でない思考は慎重にいくつもの可能性を考えてみるが、妄想の場合はすばやく結論に飛びつく、ということである。なぜすぐ結論に飛びつくのかは、不安な状態にある時は十分に考えている時間がないような気分で、結論を急ぐ状態になっているからである。私はこの「結論への性急な飛躍」について話す時に、幽霊の正体見たり枯れ尾花や、蛇嫌いの人が道で小枝や紐を見るとはっとするという話をするが、分かってもらいやすいようだ。

このような、妄想など精神病の思考が「健常な」場合の思考と、同じようなメカニズムで考えられるということは、今まではあまり日本では、受け入れられてはいなかったようだ。このこともあって、心理療法（カウンセリング）という対話療法が精神医療の世界で広がらなかったのだらうと思う。そのあたりが、精神病の人は何を考えているのかわからない、話がわからないということになっていき、心理療法が十分広がらなかったことについて、もう少し次回も考えてみたい。

—文献—

P. ガレティ・D. ヘムズレイ共著 丹野義彦
監訳 2006 妄想はどのようにたちあがるか ミネルヴァ書房

辻 悟 (1980) 治療精神医学—ケースカンファレンスと理論— 医学書院

*最近、辻先生の新しい本がでています。辻 悟 2008 治療精神医学の実践
こころのホームとアウェイ 創元社

心理療法が始まるまで

(5)

—コミュニティと病院で—

藤 信子

3月11日の東日本大震災から2ヶ月間の報道や所属学会や知人などからの情報を見ると、災害に際しての支援を、非被災地の行政や団体が組織的に行っているという感じを持つ。被災された方々は、支援が遅い、足りないと思われると思うが、阪神・淡路大震災、中越地震とその後の経験から、そのような体制が作られているということを実感する。

阪神・淡路大震災のときからメンタル・ヘルスの領域では、「心的外傷性ストレス（以下PTSDとする）」という概念が広まったと言えるだろう。PTSD概念の特徴として、災害が起きた時にまず、PTSDの予防をまず考えようというのが、大きなポイントだと私は思う。生命を脅かされるような大きなストレス

に遭った時、身体的、心理的に不調が起きるのは普通のことだから、その経験を周りの人を話すことで分かち合ってみることを勧める。その不調が1ヶ月以上続くようなら、受診を勧める、という方針で阪神・淡路大震災の時は、24時間電話相談や避難所訪問を実施した。だから災害直後の「こころのケア」という予防という観点がでてきたのが、その頃は、防災とは、国土や財産を守ることはあっても、人を守るというのが入っていなかったところに、精神的な病気の予防ということが入ったことは、災害への対応の進歩（こういうことは自体が、今回の原発事故のあとではむなし感じがする）だと思っていた。それにストレスで精神的な病気になる、ということをや

っと日本の精神医療で多くの人が認めることになるのだと思うと、精神医療も変わるのではないかと期待を抱いた面もある。前号に書いたように、精神病は脳の病気だから対人関係やその他のストレスと関係なく、自生的に病気が起こる、と考えているのではないかという印象を、私が持ってしまう精神医療従事者を見かけることが多かったから、これからは、酷いストレスによって精神的な病気が起こるということを経験したので、もっと患者さんに起きたことに対して、関心を持って話を聞くようになるのではないかと、とかすかな期待を感じたのである。

その後地下鉄サリン事件が起き、また abuse の問題などから、トラウマということばを目にすることが多くなった。トラウマに関する治療が多く語られるようになったけれど、精神病に関しては私の期待するようにはなっていない。そして今回の災害である。被災地のこころのケアに出かけた精神医療チームの体験を聞いて考えた。話を聞いてくれることを待っていたように話す人もいれば、こころのケアというと「いらない」と言われる場合もあるという。こころのケアというのは、阪神・淡路大震災の時は、それだけでいくと「私は病気ではないから」と断られることがあるので、炊き出しや健康相談のイベントの中で、話せる雰囲気づくりをしたり、いろんな工夫をした。そういう中で、こころのケアという考えが定着していき、災害が発生する

と、心のケアについての要請があるようになったのだろう、と思う。しかし必ずしもどこにでも定着しているわけではないのだろうか。地域の事情などもあるのか、また訪れる側の準備や技術の問題だろうか。

そう考えながら、私が毅然としないことについて考えてみた。PTSD という観点から見られるようになった事態は、患者さんの受けたストレスと精神病の関係を見るようにはなっていないように感じる。心理療法をしている側からすると、もう少し患者さんの体験している状況や気持を、精神科医は聞いてもよいのではないだろうか、と首を傾げることが時々ある。診断基準 (DSM や ICD) に沿って考えるということが、その人の日常の具体的な事実を聞くことをかえってしなくさせているような気もする。辛い思いがどのような時に、なぜ起きるのかということへの関心は医学にはないのだろうか。PTSD やトラウマに関しても、診断や有効な治療法に関する知見は重ねられているようだ。しかし、やはり精神病に対しての自生的に起こるような、という考えはなかなか変わらないようだ。何かこのあたりに、私の考え方がずれている事態があるのかも知れない。医学は診断を厳密に行い、治療法を見つけることで、なんとなく精神病がストレスと関連している、などというような世間話には関係ない、と言われるかもしれない。PTSD の治療に携わっている人から、科学的に進めてきているのに、なんと

いう情緒的なことをいうのだろう、と思われるかも知れない。ただ私は人が病気について自分で考えたり、他の人のことも考えてみて、十分ではないにせよ、気持をわかるような感じを持つことは、自分も他の人についても病気なった場合も大事だと思う。「わからない病気」と遠ざけて差別につながる傾向を作ったりするより、そのような状況なら病気になるだろうと思う人が増えるほうが、生きやすい社会なのではないかと思う。

この震災に関しては、PTSD についての治療法で何が有効か、などマスメディアでもウェブ上でもいくつかの情報が流れた。確かに研究が進み、エビデンスに基づくと有効だと言えるのはこの治療法だと、現時点ではということになるのかも知れない。しかし話を聞き、対応するのは人である。そのケアをする人には十分安定した気持で、被災者に向きあえる情報が一番大事なのではないだろうか。相手の話を聞くこと、理解したいという気持を伝えること、その関係をどのように作れるのかを支援したいと私は思っている。

(注: 4号の記事に統合失調症は「100人に8人」としてありますが、これは「1000人に8人」の誤りです。訂正します。)

心理療法が始まるまで

(6)

— コミュニティと病院で —

藤 信子

英国の精神病圏（主として統合失調症）の認知行動療法（以下 CBT とする）のケースブック（Morrison ed. 2002）の抄読会を続けている。毎月 1 回夜の 2 時間を使っているし、メンバーもベテランから若手までと幅広いため、最近のアセスメントのことから古典的な診断についてなど、寄り道しながらゆっくりしたペースだけれど、この幻聴や妄想に対する CBT は、クライアントと問題を定式化して共有しながら進めるテラーメイドなものなので、ケースの特徴とセラピーの進め方はよく見えて面白い。ところで、さてこの方法を私たちのクライアントに適用できるか、という話になって、すぐにはできる、という話にならなかった。考えてみると、この本のケ

ースは、妄想で日常生活が制限されていたり、幻聴で困っていたりしている人たちである。私たちの読書会のメンバー（臨床心理士、精神保健福祉士、精神科医）のところに相談に来ている人（受診している人）は、「こんなことを言われるので困っている」とはあまり言わないので、その症状を取り上げる話にならないのだろうか。幻聴で「困っている」とは言わないから、取り上げにくいかなと話していた。

相談機関や医療機関での「主訴」は、来談者のその時の主な訴えで、complaint を辞書で引くと（ジーニアス英和大辞典）1. に「[・・・に対する/・・・についての/・・・という] 不平、不満、泣きごと、愚痴・・・」

とあり 2. に「不平 (不満) の種 ; [時に婉曲] (身体) の病気」とあり、3. は法律のことばで「不服申し立て ; 告訴・・・」とある。困ったことを訴えている、という感じ。ここで病気の主訴を引くと、法律用語と重なることを見た時に、以前若手の弁護士さんたちと話をした時、「電波で〇〇されている」と事務所に相談に来る人がいるが、それは実際の電波ではなく、訴える人がそのように感じたり、思ったりしているらしい、そういう時ほどのように対応したらよいだろう、ということだった。このような体験を弁護士さんは結構しているような話だった。

これは、困りごとを訴えることでも、相談する場所が違うことになってしまっていると、法律家も聞いた私もの感じるのは何故だろう。「妄想らしい」ということ思うのは、話されているような電波を出すことは、物理的には無理だろうというような話が多いからだけれど、何が起きているのだろうか。法律事務所に訴えていくのは、困ったことが起きているのは、それを引き起こす人がいて、そのために自分は困っているからどうにか対処したい、ということだろう。「相手に困らされている」と思っている状態である。ただ、話を聞いていくと、困らせる人や組織が某国のエージェントであったり、テレビで私に合図をしてきたりする、と言われると聞いたほうは「ちょっと話が飛躍している」とか「考えすぎのよう」とか思って、法律上の問題ではない、と

感じることになるのだろう。このあたりが「まさか」というような話と「隣の人が・・・」と言う話しになるとちょっと簡単にはわからないことだけれど、統合失調症の場合は、治療が始まっていない場合、「自分の外で」何か起きていて、と感じる人は多いようだ。これは簡単に言えば、自我境界が脆弱な状態になっていて、自分の不安が外に投影されている状態と言うことになるのだろう。病院や診療所では、自分が「困る」より、他の人に勧められて受診するのは、まだ本人が「困っている」という感じになっていない時に、家族や職場の人が心配して受診を勧めることになることが、多いのではないだろうか。

この自分の外に何か悪い状態になっているということであれば、当然周りをどうにかして欲しいという訴えになるのだけれど、はっきりそういう人は、統合失調症の場合、そんなに多くはなさそうでな印象がある。はっきり周りが悪いというように思う人（被害妄想など）もあるけれど、起きていることが良いことか悪いことか明確でなかったり、こんなことを言えば、普通と思われないので言わないでおこうと不安に思っている人もあるみたいなので、何が起きているのか、わかりにくい（これは多分本人も援助者も）ことがあるようなのである。推測で書いているのは、今まで私が話してきた人達の体験からそう考えているからである。

心理的な相談が始まるのは普通、「人と付き

合うのが苦手」「学校に行きたいけれど行けない」等、自分が困っているからそのことを解決したい、とうことから始まるけれど、精神病圏の場合、「自分がこのことで困っている」ということになりにくいようである。この点に関して、受診を勧められて来た人に、まず眠れているか、食事は食べられるかなどからだの状態を心配して話しかける、「身体化」して考え援助を始める方法（田原 1996）は、参考になる。急性期の方は、考えすぎて疲弊している印象があるから有効なのだと思う。

では、それから「幻聴」や「妄想」に対して、どのようなアプローチをしていくかと言う時に、それが自分を悩ませている、と考え相談するまでは、どんなステップがあるのだろうか。私の経験では入院患者さん同士が、自分の状態を話していると、「あのことは幻聴だったか」と思うことにいたった人があった。自分の経験を医療スタッフをはじめ周りの人に話せる場があることは重要なことだろう。そういうことを重ねていくことで、困っていることが自分中に起きていることだと気づきそのことを一緒に考えられるようになるのではないだろうか。

MORRISON, A.P. (ed.) (2002) *A Casebook of Cognitive Therapy for Psychosis*. Hove and New York, Brunner-Routledge

田原 明夫 (1996) *こころ病む人を支えるコツ*. 大阪、解放出版社

心理療法が始まるまで

(7)

—コミュニティと病院で—

藤 信子

先号で、「自分の経験を医療スタッフをはじめ周り人と話せる場があることは重要なこと」と書いたが、今回はこのことについて、もう少し考えてみようと思う。この連載の(2)に患者さんが主体的にその人なりの「問題」を考える必要があるけれど、忙しい病院でそのような時間はとれているのだろうかと書いた。心理療法は、対話をとおして自分で気付いていないことに、気付いていく過程である、私は私たちを取り巻く社会、環境などで私が束縛されていることに気付いたり、私の中に受け継いでいる対人関係について意識していく過程だとも言えるだろう(藤2011)。そういう心理療法が今は精神医療の中で、あまり大切だとは思われなくなってい

るようだ。

米国では精神分析療法に対しては、保険会社の保険はきかなくなった久しい。だから治療者は比較的短時間で有効な治療法を開発することになる。エビデンスベースドということは、効果のある治療を求めるという点から見ると当たり前だと思える。しかし、エビデンスの求めやすい治療法や研究と、時間がかかり結果のにくいものもあるのではないだろうか。現在の米国の精神医学の診断はDSMに基づいており、日本でもそれに基づくことが共通用語になっているようだ。現在示している症状、患者さんが訴える内容だけに基づいて話を聞いて診断が行われると、病気の特徴が見えにくくなり、どんな患者さん

がどんな体験をしているか分かりにくいようなことが、事例を聞いているときに感じることもある。DSM の診断は、ある症状があるかないかというように見ていくので、統合失調症の場合、陽性症状（シュナイダーの1級症状）を見ることになるらしい。1級症状の幻聴や妄想は、精神分裂病でなくとも存在するのだから、精神分裂病（統合失調症）の診断は、プロイラーの基本症状（連合弛緩、両価性、自閉、感情の平板化）で考えるのだと、昔（本当に昔になってしまった）教えられた私には、そんなに病気を見る観点がずれてしまったのかと驚いてしまう。連合弛緩をはじめ、基本症状は思考の問題だと言えるけれど、それは明確でないため、エビデンスと言う考え方に馴染まないのだとは、ある精神科医に聞いた話である。

精神科医は診断に際して、患者の話のどこにポイントを置いているのだろうかと思ふ余計なことを考えてみたくなる。思考に焦点を当てるとしたら、何故この人はそんな風に考えるのかと思ひ、聞いてみるのだろうかと思ふ。また昔の話だけれど、妄想は思考の内容ではなく「思路の問題」である、と教えられた、考える筋道としてどうなっているかを聞くようにといわれた。以前はこのような思考についての精神病理学が盛んだったが、今はもう見かけない。現在このような研究をしているのは、英国の認知行動療法を開発している、Garety たちだろうか。どうしてそのように考

えるかが問題でなく、妄想か幻聴があることさえわかればよいのなら、話の聞き方は変わってくるのだろう。そうすると、患者の思考について注意深く慎重に聞くことはあまり大事ではなくなり、聞き方に対する関心は減るのではないだろうか。聞き方は訓練がいることもなくなるのではないだろうか。

話の筋道を追うということ、この人はどうしてそのように考えるのだろう、という関心は、どこかに「私は普通このような筋道で考えるけれど、何故この人は、ここでそのように考えるのだろう」ということを含んでいると思う。この「私」が入ってくるところが、エビデンスから離れると思われることかもしれない。「私」が感じたり、考えたりすることを手がかりに相手(患者)を理解することは、人によって差があるので、そんなことは大きな集団で統計的に扱えないということだろうか？

統合失調症は脳内の生化学異常なので、それに効く薬物を出すのです、と言われるだろう。脳内ではそうだろうけれど、体験しているその人がいる。その人が自分に起きている体験を考えたり、まとめたりすることをせずにどうして自分の病気について考えられるのだろう。この主観的な側面については、現在はあまり大事にはされないのだろうか。ここでやっと先号に書いたことに戻る。患者さんが自分の体験を話したいという雰囲気の治療環境は、どのように作られているのだろうか、

考えている。〇〇療法と名のつく療法（この場合特定の療法をイメージしてほしい、心理療法というのは、普通名詞のようなイメージなのでこれには含まれない）は確かに増えているけれど、本人が自分の問題を話せるように、見つけ出せるまでが時間がかかることが多い場合、その〇〇療法の目標は何になるのだろう。誰にでも合いやすい目標から始めるとしても、それで解決するわけではないだろう。誰にでも合う治療目標ということを否定するわけではない。私たちは人と共通する問題をたくさん抱えているので、それは有効だと思う。一緒に考えながら、自分の問題を探していくことは、そう短時間にはできそうに無いと思うけれど、どうだろうか。〇〇療法の時間だけでなく、いろんな場で話せて、自分の考えること、話すことばを見つけだしていく場が大切なのだと思う。心配しているのは、今の精神医療が心理療法のような時間のかかる治療に、関心を示さないとしたら、患者さんの悩みは誰が聞くのかとってしまう。〇〇療法の対象は症状で（訴えている症状だけれど）、悩みではないところが難しいところなのだと思う。精神科病院は、病院なので病気を治すのであって、悩みを聞くのではない、そういう主観的な取り上げ方はしないといわれるのではないかと、ふと思ってしまった。でも悩みが問題というだけでなく、悩みを聞いていくことを重ねないと、問題にたどり着かないこともあると思う。

文献：藤 信子（2011）私の・外のグループ、内のグループ. 集団精神療法 27（2）

心理療法が始まるまで

(8)

—コミュニティと病院で—

藤 信子

この連載を始める時に、心理療法における「モチベーション」のことを考えたいと思っていた。連載(3)に、子どもへの abuse (虐待という用語は、意図を含むように聞こえるのでここでは使用しない) のニュースを聞く度に、この親が「子育てが辛い、難しい、不安だ」と相談しなかったことについて「弱音を吐けない」文化があるのではないかと触れている。自分が不安で辛いことについて相談したい、ということは、私たちはどんな時に思いつくだろうか。これは、子どものこと家

族のこと、職場での人間関係など、誰かによく話している人は、案外思いつかないかもしれない。では、何故この人たちは周りの人に相談するのだろうか？聞いてもらえるかもしれない、と思って話すのは、そんな悩みは自分だけではなくて、他の人にもあるので、わかってももらえるかもしれない、という気持があるかもしれない。問題の普遍性を何となく分かっている時。では、話さない人は、自分の不安や、辛さなどについて自分だけがしんどいと思っている人もいるのかもしれない。他の

人が目に入っていない、というしんどさもあるかもしれない。

これまで児童館や心理・教育相談センターで実施した「子育て相談」に積極的に申し込んでこられるのは、情報をキャッチでき、家族や友人・知人との日ごろの交流がある人が多い、という印象を持っている。こういう人たちは、心理学的志向があるということで心理療法の適用ができると言えるだろう。精神分析の先生からスーパーヴィジョンを受けた時、その患者（クライアント）が、心理療法に適用か否かを十分に考える必要があると言われ、単科精神病院で殆ど（現在の）統合失調圏の人への心理療法を行っていた私にとって、極めて新鮮な、私自身の経験と訓練の乏しさを自覚したものだった。ただ良く考えてみると米国での精神分析的な精神療法において、効果の見えにくい統合失調症圏の治療は、やはり精神科医にとってメリットが少ないという事情が、その心理療法の適用を考えるとところに大いに影響していたのだということがわかった。行動主義の人たちが精神分析を批判して、彼らが対象とするのは YAVIS (Young, Attractive, Verbalization, Intelligent, Smart—若くて魅力的で言語表現ができて、知的

で洗練されている) だけだと言ったのも無理はないだろう。ただこの「心理学的志向」について、私の経験によると「知的」「教育がある」ということと少しは違うようだと思う。それはセラピストとクライアントの関係性の中から生じてくるのかもしれないとも思っているが、このことはいつか他の機会に考えることにしたい。

コミュニティ心理学が起こってきた時には、その対象は、自ら心理的な問題を相談しようということ人たちというわけにはいかなかった。コミュニティモデルにおける心理的援助者は、来談者がサービスを求めてくるのを受動的に待つ—**waiting-mode** から、自分のほうから相手の生活の場に入れてもらい、そこで一緒に考え、そのなかで援助する—**seeking-mode** へと転換を図る必要（日本コミュニティ心理学会編 2007）があった。米国で精神病院などの収容施設が、施設症や人権の問題などから、脱施設化の施策へとなる中で、それまでは病院に入院していた人たちが、コミュニティで暮らすようになった時、その生活をサポートすることも、メンタル・ヘルスの専門家の仕事となった。精神保健センターが設立され、そこでの業務は従来トレーニングされた心理療法の範囲を超えるものだった。

その中でコミュニティ心理学が誕生したのだった。waiting-mode から seeking-mode への転換、オフィスを出て必要とされる人たちのところへ、というフレーズはとてもアクティブでいいけれど、考えようではおせっかいな感じがする。そうならないのは、このようなことの背景には、公民権運動やマイノリティの教育水準向上のためのヘッドスタートプログラム（「セサミストリート」で有名だけれど、今は「セサミストリート」は放送していない？）など、米国のある転換期と重なっていたことがあるだろう。おせっかいにならないためには、科学的な背景が必要なのかもしれない。

日本におけるコミュニティ心理学の具体的な事例の一つは、エイズ・カウンセリングだろう。10 数年前、精神科領域に勤務する心理職の研究会で、エイズ・カウンセリングの研修会を実施した時、その時の講師だったカウンセラーから、今まで心理職に研修をしてきたが、この会が一番抵抗なく受け入れてもらえた、というようなことを言われた。エイズ・カウンセリングは、その頃はエイズと告知された人に医師からすぐに紹介され、まず必要なサポート・情報は何か、そこに繋ぐことも役割としてあった。従来の心理療法家から見

ると、そんなセラピストがアクティブに動くなんて・・・、とか方法論的によく論争になったと聞いた。でもエイズ・カウンセラーの人たちは「火事で燃え盛っている時に、火事についての検討するのではなく、私は水をかける」ということだった。日本において、心理療法の対象とはあまりしていなかった精神病圏の人たちとの関わりの多い、精神科領域の心理職は、コミュニティ心理学的だったのだろうと思う。

文献：日本コミュニティ心理学会編
(2007) コミュニティ心理学ハンドブック. 東京大学出版会

心理療法が始まるまで

(9)

—コミュニティと病院で—

藤 信子

先日ある論文を読んでいて1つのパラグラフの中に、occupation, work, employment と出てきた (Martin-Baro 1994) ので job も加え、これはどのように訳すかと大学院生との話しになった。この論文 (エルサルヴァドルの内戦下における精神保健の問題) の文脈の中では順に、occupation は「職業、職」、work は「仕事、働き口」、employment は「雇用」、job は「仕事、賃仕事、役目、職務」かな・・・としながら、ではジョブ・コーチは職業訓練をしているわけではなく、職場のある仕事における役目を果たすことを援助している、

などと話していた。そこで思ったのは occupational therapist は作業療法士という日本語だけれど、どうして職業療法士ではないのだろう、と思った。今度知り合いの OT (作業療法士) にあったら聞いてみようと思う。これはこの論文だけでなく、work という単語が論文中に出てきた時に、仕事、労働、作業、任務、成果、研究、課題、職業、勤め、(ジーニアス英和大事典にはまだ作品、著作・・・と多くあるが) などからどの語がその文脈に適切かと、考えることが私の場合よくあるからだ。

この頃精神科の治療で、うつ病リワーク

(復職支援)ということをよく聞くようになった。横山ら(2010)によると、そのプログラムは治療目標として「再休職予防」をあげ、スポーツ、レクリエーション、職場場면을再現するような様々なプログラム、心理教育、集団認知行動療法などが実施されているという。Martin-Baro(1994)は、仕事は人間のパーソナリティの発達にとって基本的な根源であり、アイデンティティを形成する場合に最も関係する過程であり、人間にとっての実現や失敗の基本的な文脈だ、と言っている。これは内戦という状況で仕事がなく、毎日仕事を捜していることについて指摘しているからこそ、このように根源的なことばが出てくるのだが、今更ながら、仕事や職業、雇用などについて考えさせられた。そのような観点から考えると、リワークが単に身体の調子を復帰のために整えたり、作業や課題の遂行や達成度を見ることだけが主ではなく、対人関係などに焦点をあてる必要もでてくるのだろう。ただし、対人関係への洞察を求める心理療法は、復職という目標のプログラムに入れる時には、期間のある中でどのような目標を立てるのか、治療者とクライアントがどのように理解しているのか、個人の状況に合わせて治療を組み立てるのは、簡単なことではないだろう、と思う。

仕事、職業、雇用などについて身近な話

題を見ていくと、研究科での大学院生たちの研究テーマが浮かんでくる。先ほどのジョブ・コーチもそうだけれど、企業の「障害者雇用」についての研究もある。そしてこの障害者雇用というテーマを先ほどからの仕事と発達・アイデンティティ形成などの文脈から考えると、誰の問題なのかということが出てくる。「障害者雇用」というのは、雇用する企業側のことばで、雇われる人のことばではないだろう。このことばの背景には、法定雇用率ことがあるように、少なくとも聞く側の私は感じる。具体的な誰かについて、その雇用形態をどのように呼ぶのかは、その会社にとってその人が入社し一緒に働くことを、どのように考えるのかということに関わるのではないだろうか。そのように考える時、雇う会社としては、法的な名称などから離れ、自分の会社で何をしたいのかを考えてみることは、大事なことのように私には思える。事業や企画の名称は記号のようでも、やはり意味を託しているのだから、自分の会社はこうしたい、という気持ちを伝えるものを考えたらいいように思う。「障害者雇用」を「挑戦する能力のある人」「挑戦するチャンスを持っている人」「挑戦という使命、課題、チャンスを与えられた人」という意味で、「チャレンジド雇用」という名称変更した会社があるという(今野ら、2006)。このチャレンジドということばから、私は障がい児・者

の **challenged behavior** という用語を思い出した。「問題行動」をそのように呼ぶようになったのは、障がい児・者の行動が問題であるように見えるが、一緒にいる人が環境・対応を変えるように、という意味で **challenge** なのだという考え方である。この意味は大事にしたいと思っている。S 社は「一緒に働く喜びを持つ仲間」という意識を共有できていたからこそ名称を変更し、それはやはり会社の皆にとって **challenge** という意味があったのではないか。たかが企画、プログラムなどの名称で貴重な時間を使いたくないと思う人も、この効率化を優先する社会ではいると思う。会社の理念、目標があるのでそれに合わせて、仕事をしてください、ということなのだろうか。全てがそこで決まることではないだろう。日常の現場でどのように考えるかという周りの人と話すことから始まるのかもしれない。名称、ことばをあまり侮らないほうがいいと思う。ことばの問題は思考に行き着く。どう呼ぶかを大切にすることは、自分の考えを大事に暖めることだと思う。

—文献—

今野義孝・霜田浩信 (2006) 知的障害者の就労支援に関する研究—S 社の「チャレンジド雇用」. 『人間科学研究』文教大学人間科学部、第 28 号、69—78、

Martin-Baro, I. (tr.) Wallace, A. (1994) War and Mental Health. Aron & Corne (ed.) *Writings for a Liberation Psychology*. 108-121

横山太範・田中理香・北西憲二 (2010) うつ病リワーク (復職支援) プログラムの集団精神療法的検討— (2) 再休職予防を中心に—. 集団精神療法 26 (2) 134—139

心理療法が始まるまで

(10)

— コミュニティと病院で —

藤 信子

コロンビアのカルタヘナでの国際集団療法集団過程学会 (IAGP) の第 18 回大会 (2012) で、たまたま私が参加したプログラムでのことかもしれないが、言語的心理療法に対する関心薄れていっていることの不安が語られていた。確かに言語による内省的心理療法は、現代の成果をすぐに求める風潮、エビデンスを求める医療の中での短期で成果を示しにくい点などから見ると、魅力的とはいえないかもしれない。まして集団精神療法—グループで語る—方法は、若い学習者にとって、まだるっこしく何をしているのか奇妙でしかないのかもしれない。

実は集団精神療法の世界で考えると、日本の学会では病院、医療の分野の会員が多いという特徴がある。これは何より日本の精神医療が入院中心の医療であったことの影響は大きいと言える。そして現在も以前に比べるとコスト面での問題で少なくなっているとは言え、入院中の精神病圏に対する集団精神療法の報告がある。昨年ロンドンにおける 15th European Symposium in Group Analysis (2011) に参加した時の psychosis への Group の分科会は、その日本の特徴を感じた体験だった。ギリシアと英国から、精神病圏への治療 (もちろんグループアナリシスの) 有効性が論じられていた。ギリシャの報告は、

データを示しながら、躁鬱病にとってグループアナリシスは良い結果をもたらした。統合失調症にとっては、直接寛解に結びつくものではなかったが、いろんな有益なことがあった。というものだった。英国の報告は、リハビリテーション病棟での極めて慢性の患者とのグループの報告だった。ギリシアの報告は3箇所の都市でのデータで、そういう研究は私にとっては、珍しかった。そこに参加していたのは、発表者以外は日本、マレーシア、フィンランド、ノルウェイなどで。ノルウェイの人が精神病圏へのグループアナリシスなど、あまり大事じゃないといういようなことを言っていて、何故だろうなと思っていると、統合失調症は地域でネットワークで支えるものだったということだった。でも効果はあるのよ、と言う意見など……。その中で私たち日本人4名は皆精神病圏のグループは経験している、という他の人たちがすごく驚くので、どうしてだろうと最初思った。そして気付いたことが私たちが入院病棟での経験が多いのは、日本の精神科病院に未だ33万人が入院しているからだということだった。そのことを話すと他の国の人達は、とても驚いていた。日本が他の諸国と違って、入院病床が非常に多い、というのにまた驚かれた。

アメリカ集団精神療学会の実践ガイドラインを読んでいて、日本の事情をまた考えた。アメリカの場合、外来の神経症圏もしくは境

界例くらいまでが、治療の対象としてガイドラインは書かれている。これはずっと以前集団精神療法を始めた頃、日本語のテキストが少ないので、アメリカのものを読んでいて、その殆どが外来のグループのことだった、ことを思い出した。どうも日本の集団精神療法とアメリカは違うのだけれど、どうしてかその時はあまり考えなかった。私たちは精神病院の中で、「集団精神療法で(だけで、というべきか)」統合失調症が「治る」と思っているわけではない。ただ、グループという機会を持ち、他の人と一緒にいられる場、時間を持つこと、そして自分の思いをことばにすることを探していく場を持つことが、とても精神病の人にとって大事なことだということ、その経験が病棟を変えることにもつながることを体験しているのだった。

思い出してみると、アメリカの場合、効果の上らない治療は引き受けない、というのは精神分析(個人)の話聞いて理解していたが、そのことを考えると、なんとなく分かってくる。それと「治療効果」という点で言えば、その治療法だけ行うということが、条件らしい。随分前に、精神分析医から、国際基準では精神分析というのは服薬なしに週3-4日分析を行うことを言うので、日本の精神分析(当時)は、この基準に当てはまらない、ということを知ったことを思い出した。当たり前のようだけれど、これは精神病圏ではあ

り得ないと思っている。薬がある程度効果があるのに使用しないことはないのだから。精神病院に勤務していた時、統合失調症（当時は精神分裂病）の治療は薬物療法だけでなく、精神療法（個人も集団も含め）、治療的な病棟環境、活動を含めた社会療法的視点等、いろいろな方法論を統合することが大切だという経験をした。このようないろいろな方法の組み合わせ、というのは一つ一つの方法の治療効果を見えにくくするのだろうか。

東日本大震災後、日本集団精神療学会の「相互支援グループ」を実施してきて、私はその中で、これから何をしたらよいのか考え続けている（藤 2012）。時間をかけながら、自分を社会を考える機会があることを、大事にしたいと思っている。成果がどのように計測されるのか、ということは難しい。しかし、単一の治療法の効果を競うのは、少なくとも当てはまらない領域、対象があるのではないだろうか。チームやネットワークで統合した治療の良さをどのように表現するのか、ということは大事なことだろう。そうでないと、いろいろな意味で重症の人、障がいの重い人への治療効果を語りにくくするのではないか、と思う。そのためには日本の集団精神療法の経験をまとめていくことはかえって大事なことでないか、と考えた。

—文献—

藤 信子（2012）集団精神療法の立場から—相互支援グループを継続している経験から—精神療法 38（1）53—57

コミュニティを探して

(1)

藤 信子

先の連載は、個人が心理療法（カウンセリングも含む）などの心理的ケアへアプローチすることは、自分は精神的な病気ではないという抵抗も含め、誰もが簡単に思いつくことではないだろう、ということについて 10 回にわたって考えてみた。自分が心理的に悩んでいて（精神的な問題を抱えて）、それを誰かに相談するには、自分が問題を抱えていることを解決したいこととして、その方法を探すという行動が必要なのだと思う。ところが、自分の問題を客観的に把握するという習慣を、私たちは持っているとはいいがたい。むしろこの 20～30 年ほどの間、自分のことを考えるという習慣を身に着けるような、教育やしつけは私たちの周りから抜け落ちていって

るような気がする。誰かの作った価値観、良い大学や良い会社に入ることが良い人生につながると子どもたちを追い立て、そしてその背景はお金に関する価値のみを肥大化させていった体験だったのではないか。多様な価値を切捨ててひたすら走り続けることを自らにも子どもたちにも強いてきた結果は、自分について考える余裕はなくなるだろう。その中で傷ついた時、誰かに相談することを思いつくことは難しいだろう。

自分を見つめること、考えてみることはそのようにできる環境が必要なのだと思う。地域保健の問題で、公衆衛生の概念が無くなったということを、この頃聞く。私が 1998 年

保健所の難病の訪問カウンセラーを始めた時は、保健師は地域担当だった。それがしばらくして感染症、精神保健、母子、難病などの専門担当制になった。これは大阪府の場合だけれど、他の都道府県なども同じだと思う。私はそれまでの乏しい知識で、保健師が地域担当であることこそ、その地域・家庭との付き合いの中での、保健師が相談にのることのできる強みだと思っていた。赤ちゃんの相談にのりながら、家族の他の成員の問題なども念頭に置くこと、そういう環境を考えて予防を考える観点が大事なことだと思っていた。そこで保健師さんに聞くと、現場ではそう考えているが、政策を考える人達は違うようだとされた。その時は何故そんな不合理なことがあるのか、とわからないままだった。そしていつの間にか、保健所は統合され数が減っていった。この保健所から公衆衛生が消えたことは、予防医学などの観点の導入と関連しているようだとは、知人たちの話である。疾病予防は個人の努力の問題とされている。そこで疾病や障害は、個人の問題に限定されていく方向は、市場原理の考え方から誘導されているのではないかと思いついた。

私は公衆衛生を学んだわけではないので、その考え方は、若い頃に読んだクローニンの「城砦」で、主人公が下水道の問題に取り組んでいることくらいしか知らない。今回再度読もうと思って書店に行ったが、「城砦」は売

ってなかった。クローニンを読む人は今頃はないのかなと思った。疾病予防のために環境を整えるということが、公衆衛生の考え方のだろうと思う。以前に比べ、医療の進歩を考えると、個人がより早く自分の状態を把握し、予防と早期の治療を考えるほうが、環境を整備するよりコストの面からは良いような感じなのかもしれない。しかし、環境は設備だけの問題ではない、人間関係も環境である。ここで取り上げたいのは、自分の状態を把握し、予防や治療に訪れることの無い人たちのことである。それは心理的な問題だけではなく、身体の問題でも言えることだろうと思う。

他者と自分の問題について考え理解する傾向を育ててこなかったのは、私たちが人とのような関係性を築いているのかという面からも見る必要があるだろう。広井(2006)は、現代の日本人の「自分の知らない(なじみのない)他者に対しては殆ど全く顧慮せず、またコミュニケーションをとらない」そしてこれは「自分の良く知っている他者(あるいは同じ“集団”に属するも者)に対してはむしろ異様なほど気を使ったり、あるいは“水入らず”と呼ばれるような強い親和性が支配することと表裏の関係にある」と指摘している。ウチに向かう関係が濃い場合、自分についての理解を伝えることが起こりえない可能性がある。そしてソトに対してはコミュニケーシ

ヨンをとらないとしたら、ウチを持つことが無くなると、その人はどうなるのだろう。独り誰にも理解されずにいることになる。病気にもかからず、経済的にも不自由せず、独りで暮らせる人ばかりならいいのかもしれない（本当にいいのかと言われるとわからない）。しかし、子育てに困ってアブユースに至る人、働けなくなってどこに相談することのできない人、自分の思いで孤立した人など関係性から切れている人は存在する。関係性の中でないと自分のことを振り返ることは難しいと思うけれど、どうしたら関係性は作れるのだろうか。

自分が帰属意識を持ち、支えあえるようなコミュニティを人はどのように作っているのだろうか。これからはばらくコミュニティを探してみようと思う。モデルを求めるというより、身近な場面や文献の中からその関係性の作り方を見つけていきたいと思っている。あえて文献の中と書いたのは、コミュニティの諸側面を分析する中で、私たちができることを、考えていく必要があると思っているからである。正直どのような展開になるかは、予想していない。予想しないで進みながら考えるのが、この連載に向いているのではないかと思っている。

—文献—

広井良典（2006）持続可能な福祉社会.ちくま新書

コミュニティを探して

(2)

藤 信子

コミュニティとは何か、ということ考え始めると意外に難しい。はじめは「地域社会」「地域共同体」というような意味だったところから、現在では少なくとも私が主として考えるもとにしているコミュニティ心理学では「関係的コミュニティ」(機能的コミュニティとも呼ばれる)を扱っているようである。私が探しに行きたいコミュニティについては Klein,D の「コミュニティは、安定と身体的安全を手に入れ、ストレス状態にあるときには支持を引き出し、さらにライフサイクル全体を通じた個性と重要性を獲得するなどを目指す人々の間での様式化された相互作用である」(植村・高島・箕口・原・久田 2006)、という定義がしっくりくる。いろんな定義が

あるが、「帰属意識」「連帯ないし相互扶助」などがキーワードのようである。

コミュニティを地域社会と関連付けてしまうのは、もともとは住んでいる地域に帰属意識を持ちながら、相互扶助が行われていたという機能に注目しやすいという点にあると思う。しかし少なくとも日本では、太平洋戦争以後、都市の住民は会社の福利厚生に抱えられ、地域住民としての連帯は乏しくなった面があったのではないだろうか。私は今まで住んできた数か所で、町内会に入っていたが、そこでの活動は、回覧板、年に1回くらいの町内の掃除、火の用心くらいが、主な活動だった。どうしようもなく、役員が回ってくる時でも、半年に1度集金をしたりしていた。

当番だと言われ、役目を果たすだけで、今思うとシステムを何も知らずになんとなく過ごしていたのだと思う。町内会のメンバーはそれぞれが違うところで働いているため、拘束力が弱くないと、私たちのような住民の町内会は出来ないのだろう。そのようなところでは帰属意識はあまり持ちえないのは当たり前だと思う。そのような経過の中で、地域と共同体を結びつける意味は薄れていったようである。その代わりに「連帯・相互扶助」の関係をもちうることで「帰属意識」が生じるような、機能的コミュニティが生まれてきているのではないか。しかしこの機能的（关系的）コミュニティが、住民の相互扶助を十分に果たしているかと言えば、そこから外れる人が多くなっていることが、現在の問題なのだと思う。職場というある種の共同体に十分に抱えられない人が増え、町内会のような住民としての共同体は拘束力がないため、町内会に入らない人も多くなっていると聞く。一人暮らしの人にとって、町内の仕事をする余裕は十分には無いと想像できる。では、少なくとも町内での相互扶助を考える場合、会の在り方を「一人でも入れる町内会」などを目指して変えているかというところだろう。

昔の村や町の組織、町内会と少し雰囲気が違うのが、子ども会だろうか。うちの町内では、団地の棟と棟の間に鯉のぼりを下げることをして、バーベキューをするのが慣習のようである。これはイベントを行うということ

を通して关系的コミュニティができているのだと考えられる。ただこれは家族がいるからの話であるため、「一人でも入れる」とはならない。子ども会のような关系的（機能的）コミュニティがイベントを中心として集まるとすると、「場所」がありそこに立ち寄るといった形のコミュニティは考えられないだろうか。私はこの6年ほど、あるデイサービスセンターを月に1度大学院生と一緒に訪問している。この1時間ほどの交流だけれど、今まで地域のことをほとんど知らないこと、30-40年前の生活を忘れていたことに気付かされる経験をしている（藤 2012）。利用者の話から京都の町の中の伝統産業の実感や、町の移り変わりなどを体験している。続けて通う中で、生活のいろんな面に触れることができる豊かな時間だと感じている。若い大学院生が知らない歴史に自然に触れることができることも、貴重な経験だと考えられる。そのような経験を通じて、いろんな世代の人が交流できる場所（時間限定でもよい）があればよいと考えている。

広井（2009）によると「地域における拠点的な意味を持ち、人々が気軽に集まりそこで様々なコミュニケーションが生まれるような場所」としての、「コミュニティの中心」として重要な場所はどこかというアンケートに対して、学校、福祉・医療関係施設、自然関係、商店街、神社・お寺という結果だったという。この福祉・医療関係というのを見て、私の交

流の場所というイメージが進んでいく。高齢者・障がいのある人の施設・保育所などは鉄道などの駅のそば（あるいはその建物の中）に優先的には入れるようにすべきだ、と日頃から思っている私としては、よりイメージが膨らむのである。それは、交通の便利な所にあるという利便性と、他の人も立ち寄りやすいことで交流が進むことが、大事なことだろうと思うところからきている。高齢者や障害があったり、年少であるため移動に援助がいる人が多い場合、人が立ち寄れる場所にいることで、自らが出かけなくても人と出会えることは大事なことだと思う。高齢者の福祉施設を、地域の中心において、立ち寄って交流する場所にできないか、その中で若い人が教えてもらうことも多いだろう。そして、なんとなく一人である時、立ち寄れる場所ともならないかと思う。施設、責任、財政などどのようなところから考えても難しいようだけれど、しばらくイメージしていきたい。

文献

植村勝彦・高島克子・箕口雅博・原裕視・久田満
(2006) よくわかるコミュニティ心理学 ミネル
ヴァ書房

広井 良典 (2009) コミュニティを問いなおす一つ
ながり・都市・日本社会の未来 ちくま新書

藤 信子 (2012) 私の・外のグループ、内のグループ 集団精神療法 27 (2) 112-117

コミュニティを探して

(3)

藤 信子

「病気」と聞く時、多くを生物学的な問題だろうと思うのは、私たちにとっては、一般的だろうと思う。そしてそのような問題に対処するのは、発展途上国より先進国の医学が進歩しているので、病気は治りやすいだろうと考えることを、どこか当然のように思っている。だから、統合失調症の予後について、発展途上国のほうが良好である(クラインマン、1988/2012)と聞くと不思議な感じを持つ人も少なくないと思われる。このことを見ると、私たちの中に、いかに「病気」=個人の内部

の問題(多分、何らかの原因による器官の変化など)という文脈がしっかり存在しているか、を改めて考える。精神的な病気であるにもかかわらず、なんとなく生物学的な問題と考える文脈については、少し自覚的になる必要があるかもしれない。

この文脈に関連しているようだと私が連想するのは、医学における単一病因論、感染症モデルの急性期医療の考え方が、背後にあるのではないかと思う。それと、私たちが日常目にする製薬会社の広告は結構影響を与えて

いるのではないだろうか。なんとなく TV や町で見かける薬の広告量の多さは、私たちに病気→薬という図式を植え付けるのに効果的だろうと思う。私としては、莫大そうな広告費用を考えると、その分薬を安くできるのではないかと単純に考えるのだけれど、そのようなことでは通らないのだろう。最近、新聞紙上に何度も出ている、ある大手の製薬会社が、高血圧薬の効果を調べる大学の臨床研究に社員が関与していたことを明らかにしていなかった不適切な関与については、いくつかのことを考えてしまった。まず、医学部の研究者の倫理の問題を思いつく。患者の利益のために、薬の効果を研究するという大事な社会的責任が、一製薬会社という私的な経済的利益の関与で、不明瞭になってしまう。1960年代から70年代の大学闘争の後しばらくは、製薬会社から医師への寄付などについては、ある程度自制されていたように見えた。そしてあの時代の考え方がこの頃薄くなっていると思っていたところだった。国内年間売上が1億円を超えるというその薬が、さて本当に他の薬と比べてどれくらい効果があるのだろうか？効果があると誰が考えたのだろうか？と思いを抱いた。

この話から、製薬会社の過大な競争ということについて、考えてしまう。製薬会社にとって新薬の開発は極めて大事な問題で、そして作った薬を大量に売って、またそれで開発するということだろう。しかしこのような異

常なまでの売る努力を見ると、他社に負けられないという意識で、何をしているのか考える余地がなかったのではないかと、という思いが頭をかすめる。よく考えてみると、この「不適切な関与」が明らかになるかもしれない、とは関係者は誰も考えなかったのだろうか。そのあたりが良くわからない。もしひたすらわが社のため、という側面だけを考えていたとすると、それは製薬会社と云っていいのだろうかと思う。消費者のことを考えてこそその企業のはずだったのが、そこが抜けていくと資本主義の終末だろうとを感じる。

病気について考える時に、私たちがイメージする背景には、上記のようなことも意識しないうちに関連しているのではないかと思われる。ところで、話を発展途上国の方が、統合失調症の予後がいい、ということに戻ろう。これはクラインマンによると、統合失調症の慢性化は、患者への社会的メッセージや対人関係的な反応だという。そして次のようなことが良好な回復を妨げることに影響しているという；

- ・患者が自己統制できるという感覚を妨げる
 - ・障害の経済的側面
 - ・患者を長期にわたり患者という役割にしばりつけるような精神保健プログラムへの投資
 - ・産業化された社会が効果的な援助もなしに既往歴のある人に課する非常に高い要求
- (クラインマン、1988/2012)。

病院に勤務していた時に、「治る」ということ

は、発病前に戻ること—大学受験の頃に—という患者さん何人かに接したことがある。大学を卒業し、大きな会社に入り安定した生活を送ること（30年ほど前は、そう考えられていた）を本人だけでなく家族も期待し、それは社会的メッセージでもあったのだろう。しかしそれは農家の実家に帰って親と農作物を作る、という生活よりハードルが高いものだった。私たちの社会は、いつの間にか統合失調症が良くなることに対して、難しいメッセージを出すようになってきているのかもしれない。そうであるなら、複雑化した私たちの社会で、様々に出されている対人関係的反応やメッセージについて、考える必要はあるだろう。精神病の治療は、「やすらぎを得る」→「ゆとりを取り戻す」→「社会参加へ挑戦する」という3つの段階を沿って進む（田原 2007）、ということ意識しながら、臨床に臨んでいるが、「やすらぎを得る」ことは、十分な睡眠とそのあとの食欲など、どちらかというと身体の問題を指標としてクライアントと共有しやすい。ただ「ゆとりを取り戻す」ことは、身体ではなく気持の問題であり、どのようなことであれば「ゆとり」を持てるのか、対人関係や社会的環境を考えていかなければならない。そのような環境設定について考える時に、社会の持つメッセージを読み解きながら、居やすいコミュニティも考えていく必要があるだろう。

—文献—

- クラインマン, A. (1988、江口・下地・松澤・堀・五木田訳 2012) 精神医学を再考する疾患カテゴリーから個人的経験へ. みすず書房
- 田原 明夫 (2012) 新版こころ病む人を支えるコツ. 解放出版

コミュニティを探して

(4)

藤 信子

前号に「病氣→薬」という図式を植え付けるのに、TVや町で見かける広告量の多さも関連しているのではないかと書いた。個人の思考や行動に対してCMの影響が大きいということ、今更と思われるかも知れないが、少し考えてみても良いのではないかと思う。東日本大震災後、原子力発電所が稼働しないので電力不足になるという時に、私が不思議だったことの一つがTVの放送時間が短縮されなかったことだ。TVを付けているのはそんなに電力を使用しないのだろうか？それに

しても、ずっと昔のように昼間は放送しないと誰も考えなかったのか。それともTVというのは、極めて大事なメディアなので放送を短縮するわけにはいかない、と考えている人がいるのだろうか？新聞のTV欄を見る限り、そうだろうかと思うけれど。そこで、これは全くの邪推だけれど、もしかしたらCMのスポンサー企業との関連で、そう簡単には放送時間が短縮できないのではないのだろうか、と考えている。人の生活に必要なものを作って売らなければならないから、あ

んなに騒ぎ立てて、商品名を皆の記憶に植え付けようとしているのだろう。意識に登らない弱い刺激を提示して、見た人が気付かないうちにコーラを飲みたくさせた閾下知覚の実験の話を持ち出さなくても、あれだけの商品の連呼にさらされると、購買欲がでてくるのではないだろうか。

CMが悪いとかという話ではなく、量の問題だと思う。浴びせかけるような流し方というのは、考える暇を与えない。私にとって必要なものかどうか、他のものと比較して手に入れる価値があるのか、など考える暇はない。そんなオーバーなと思うかもしれないけれど、何度もきれいな映像を見たりしていると、それはいいもののように思えるのではないだろうか。例えば震災前オール電化のマンションをしきりに宣伝していた。私から見ると、ミレニアム問題を経験しているので、単一のエネルギー源での生活というのは、リスクが大きいと思うから、とても良いとは思えないけれど、立場を変えれば高齢になった時の火の管理など便利なものかもしれない。でも今から思うと、よくもまあ電気を沢山使えというばかりの発想には驚いてしまうけれど、電力会社は原子力発電で、沢山の電気がまかない続けられるからとっていたのだろう。

私がCMの押し付けるような方法に考え込んでしまうのは、そのような方法が教育にもつながっているのではないかと感じているからである。日本の1990年代の子どもたちが

1950年代の子どもたちに比べ、主体性や自発性、想像力が乏しくなっていること、そしてこれは、直線的な成長をイメージした価値観に沿ってより早く答えを出す社会を作ってきたからではないかと、私は考えている（藤2011）。個人の発達の問題だけでなく、現代の社会が持っている問題である直線的な成長を信じる価値観に対しては、対象に関わりながらいろんな見方に気づき、考えることを重ねることで、自らの価値観を考え続けることが必要なのではないかと考えている。ところでそのように考える時に大事なことは、何だろう。

価値観を押し付けられずに、上関原発に反対した祝島人たちは、自分たちの島の歴史と文化を誇りに思い、そして美しい大自然があったからこそ、平和に豊かに暮らしてきたという思いから、30年にわたって原発に反対し続けた（福島事故後準備工事は中断となっている）（山秋 2012）。自分の土地で、海で採れるものの豊かさを知っているからこそ、それを守りたい、子孫に伝える必要があると考える強さが、土地の自然や暮らしを離れ、大きな官庁や会社のデスクで数字を見て考えることと、対峙していったのだと思う。1971年以降、原発を作らせなかった地は30か所以上あり、現在運転している原発は1970年までに計画が浮上したものだけだという（山秋 2012）。現在の原発の立地は17か所（50基）だから、1971年以降各地の人々の凄まじ

い努力があったのだということが理解される。祝島のデモは 1982 年に始まり、2012 年 11 月で 1150 回になったという（山秋 2012）ことを少し考えてみても、各地でどんなだったと思う。そんなことを考えると、日本の各地には自分たちの自然や暮らしを大事にしたいと、工夫したり頑張る人たちがいるんだと、少し元気になれるような気がする。

私にとって大切な暮らしという時に、何を手掛かりに考えるのだろうか。大量消費を促す米国資本に対して怒っていた JICA でニカラグアに行った看護師の話思い出した。伝統的なニカラグアの食事をしていると健康に良いのに、マクドナルドが米国から入ってきたので、自分の家で鶏が産んだ卵を売って、マックとコーラを買うという、理不尽さを彼女は怒っていた。地元でとれた食材より、ファーストフードの方が美味しく、おしゃれなのだろうと思う。しかし、やっぱり変だと思った方がいい。ベトナム戦争の時、アメリカ軍は兵士の士気を保つために、ベトナムのジャングルの中にまで、ハンバーガーを届けたというが、これは中毒と言ってもいいんじゃないだろうか。目の前にある素材から、味を引き出すことを考えることも、直線的成長という価値観や押し付けに対して私らしい価値の模索だと考え、実行していこうと思っている。

—文献—

藤 信子 (2011) 多様な個性を受容する子どもを育む. 教育と医学 59 (3) 13-20

山秋 真 (2012) 原発をつくらせなかった人びとー祝島から未来へ. 岩波新書

コミュニティを探して

(5)

藤 信子

山崎亮という「コミュニティデザイナー」の「まちの幸福論」を読んだ。コミュニティを探し回っている私としては、この肩書きと本のタイトルを見るとやはり読んでみたくなる。注文していた本が届いてページを開くと、なんとなく読みづらいような違和感を持った。ページが薄いグレイの方眼紙のデザインになっているので、普通は白かアイボリーのページの色に慣れている身としては、活字とのコントラストの差が小さく読みづらく感じるようだ。読み進めいくうちに慣れてくるので、

まあそういうデザインです、ということなのだろうけれど、手に取ってもういいや、と思う人がいるかもしれない。装丁をした人の意図は何なのだろう。この感じは目の悪い私だから思うのかもしれない、読者はもっと若い世代を想定しているからかもしれない、と読後ちょっと考えた。

著者が「日本でただひとりコミュニティデザイナー」と紹介されたことがある、と書いているように、この仕事を知らないのは私だけではないようだ。「地域の課題を、地域の人

たちが解決するための場を作るデザイナー」と言われても、すぐにはわかりにくい。それは私の中にあるデザイナーという言葉に対するイメージが、服、車などの物を作るというところにあるのかもしれない。「場を作る」ということばが、この本を読み進んでいくうちに少し理解できるような気がしてくる。この本の著者は正確には、山崎亮+NHK「東北発☆未来塾」政策班（+から後ろは活字が小さい）となっている。それは「第3章 10年後の被災地の未来を考える ドキュメント東北発☆未来塾」が、NHK 番組制作班が2012年1月に始まった山崎亮が講師を務め、東日本大震災を経験した17名の大学生行った、10年後の東北を考える1ヶ月半にわたるワークショップのまとめを担当しているからだろう。この章で、コミュニティデザイナーとしての「場を作るデザイナー」の一端を、具体的にイメージしやすくなるように、この章を置いたのだろう。

このワークショップの始まりのアイスブレイクの手法やブレインストーミングなどは、研修会やプロジェクト型の授業のアクション志向で考えていくやり方と似ている。「エネルギー」「農業」「コミュニティ」と3チームに分かれた学生たちは、東北の10年後をこんなふうにしたと考え、アイデアを練り上げるため現地調査を行い、提案をまとめ上げていく。エネルギーチームの公園はグローブジャングルの回転を電気に変換することなどで、

発電の仕組みを遊びながら学ぶ「発電公園」などを提案している。コミュニティチームからは、シャッター商店街の活性化と若者と高齢者の交流の場としてのシェアハウス商店街等の提案。農業チームは「小学校×農」というテーマで、小学校の場に「農」を取り入れるという提案。校舎などのハードの面から、授業で例えば算数では育てる野菜の成長を計りグラフ化するなどして、数値や数量を「農」という経験から導くという提案などがされている。このような提案が、これからの東北の未来に実を結ぶことを祈りたい。

ところで、この3章はワークショップのイメージとしてはよくわかる例であるけれど、「地域の人たちが解決するための」場を作るということでは、もどかしい例だと思う。ここに集まった17名の学生たちは、多分とても熱心に問題について考えている学生なのだろうと思う。ところが、コミュニティの課題と言っても、皆で共有できる場を持つことは簡単にはできにくいだろう。第5章に、世代の異なる人は、多くの場合両者の意識がかなり隔たりがあるので、つながりをつける難しさがあると述べている。話し合いを呼び掛けると、高齢者は抵抗なく会場に来てくれるが、アイデアを実行に移すとなると、難しく若者の実行力が必要になる。しかし、ワークショップを呼び掛けてもなかなか関心を示さない。何度もお願いしてワークショップに来てもらうことも多いという。それでもワークショ

ップに参加した若者は興味を持ち始めるようだ。「まちの未来を考えていくことは、自分自身の生活に直結した問題でもある」からだという記述に接して、やっとコミュニティデザイナーが、普通の研修会などのワークショップと違うところが見えてきたような気がする。東北未来塾のワークショップの始まりの手法やブレインストーミングが似ていると思ったけれど、一般的に私たちが経験している研修会などで参加者の緊張を解きほぐすやり方は、人工的な場を作って体験することなので、私にとってはなんとなく嘘っぽいというか、恥ずかしいことも多く、私自身研修会の講師をする場合は、ほとんど行わない。その目的のために来たのだからすぐ入りましょう、と思っている。でも著者は、コミュニティの問題を、その人たちと考えなければならない。時間のある人だけとか世代の偏りなどは避けなければならないだろう。そのためには嫌々来てもらうことも日常茶飯事だという。そのためのいかにその場に引き付けるかの技法が大事になってくるのであり、この著者の人と出会うことが好きなことが発揮されているのだろうと思った。考え方として、どんな未来に生きてみたいのか、ゴールを設定し実現するために今できることを考える「バックキャストリングの思考法」も面白い、前例主義の発想の人たちにも参考にしてほしいとふと思った。

文献

山崎 亮 +NHK[東北☆未来塾]制作班(2012)まちの幸福論 コミュニティデザインから考える
NHK 出版

コミュニティを探して

(6)

藤 信子

以前合衆国の医療保険制度を少し調べることになった時に、医療費の支払いの方法などを読んで、そのややこしさに、私はこの国には住めないと思ったほどだった。とにかく保険会社に医療が振り回され、国民が振り回される感じである（保険に充分なお金が回せる人はあまり気にしないかもしれない）。その時から、時々TV で医療保険の宣伝を見ると、これは日本の国民皆保険が崩壊する前兆かも知れないという不安を抱く。保険会社が医療内容に介入することについては、私たちは精

神分析療法が衰退し、合衆国で保険が使えなくなったことから気づいた。医療費が無尽蔵にあるわけではない、しかし医療費を抑制する、効率的な治療法を研究するという流れの中で、病院の管理、運営上では見えにくいものが、切り捨てられているのではないかということが、私の周りでもここ数年話題になっている。

サンフランシスコにあるラグナ・ホンダ病院という救貧院で 20 年間医師として働いたビクトリア・スウィートの「神様のホテル」

という本に出合った。「妻を帽子とまちがえた男」などのオリバー・サックスが、是非書くようにと進めたというこの本は、中世の医療を研究している彼女がいろんな患者に会う中で、「心を傾けることを知った」というような、新しい視点へたどるストーリーである。それはまた、ラグナ・ホンダがアメリカの医療・福祉の変革に巻き込まれるのだけれど、これは国の違いを越えて、私の親しい看護師、医師、臨床心理士たちの日ごろの病院の変化への困惑を語ることを思い起こさせ興味深かった。

この「神様のホテル」とはフランス語で救貧院のことをそう呼ぶのだそうである。救貧院というのは、中世ヨーロッパで身の回りのことが自分でできなくなった人の世話をする施設が病院の一種として発展したものだそうだが、合衆国ではこの40年のうち殆どが閉鎖されたという。この40年というのは、1963年の「ケネディ教書」による脱施設化政策、そして人権擁護運動の広がりの影響の中でのことだろうと思われる。そしてこの合衆国で、また欧米の脱施設化、コミュニティ・ケアについては、私たちは評価してきたのだけれど、このラグナ・ホンダ病院の話は、脱施設化、短期入院などを推し進める中で、見すごしてきたものや発見したり、現代の医療について振り返ることを促してくれる。もっともラグナ・ホンダ病院は1963年に単なるシェルターではなくリハビリテーションセンターになっているので、存続してきたのだろうと思わ

れる。

ラグナ・ホンダ病院の敷地は25万平方メートルであると言われても、その広さは想像できにくい。38の病棟があり、温室、ウサギと鶏の檻があり、芝生が広がり、アヒルとガチョウの池があり、七面鳥とヤギのいる小さな丘があった・・・と読むと30年近く前に訪れたメリーランドの州立精神病院の芝生の中に点在していた病棟と比較すると、ラグナ・ホンダは、メリーランドの病院より病院らしくはないような気がする。むしろ日本のしばらく前までの公立の大きな精神病院は、体育館もプールもたくさんの畑や農場を持っていたところもあるので、そんな風景がもっと大きく広がっているのかも知れない。

このラグナ・ホンダにかさむ医療費の対策として医療専門のコンサルティング会社がある。そしてその会社の報告書で「患者のために編み物以外何もしていない看護師長」と言われた人が病棟からいなくなった後、暖かい人間関係が失われたことに作者は気が付き、コンサルタント会社の行った効率の追求について考えさせられる。このような変化からの避難先が、中世の修道女ヒルデガルドの医療の研究だった。そこで現代の医療が見失った「忍耐力、観察能力、患者や環境への洞察力」の大切さを学び、大事な「食事」「安静」「陽気さ」について考える。また、経営、管理の面からの病院の変革から巻き込まれるストレスから逃れるために作者はスペインのサン

チャゴ・デ・コンポステーラへ聖地巡礼に出かける。このヒルデガルドの医療の研究と巡礼が作者にとって、reflectionの機会を与え、そしてラグナ・ホンダで貴重な経験からものに出会えるようになったのだと思う。

第11章の薬物中毒で脳卒中で重体になったギルロイさんの話は、作者のその忍耐力、観察眼、洞察のすばらしさに感動を覚えた。診察することもできない彼女の部屋に行き「しばらく私はそばの椅子に座っていた・・・落ち着かない。私は自分が皮膚から這い出したいと思うような、なにか体の中にある毒素や毒物のような気持ちになった。その時私はふとギルロイさんは毒に冒され、それを排出しようと・・・」と考えセロトニン中毒に気が付くのである。

「ホスピタリティ」の意味について、古代ローマのホスピタリティは「平等なやり取りという意味」であり、旅行者や巡礼者の世話をすることだったが、それは「主人は別の場所では客である」ことを理解する。そして、患者同士の結婚式にラグナ・ホンダのほぼ全員が出席したことから「結婚式は私たちが共に分け合える贈り物であり、分け合うことで私たちはコミュニティになれた」と考える。また時にうさんくさを伴うために、全面的には出さないが「与える者と与えられる者、双方の幸福に寄与する、愛情故に生まれる個人の行動」であるチャリティ。このホスピタリティ、コミュニティ、チャリティがラグナ・

ホンダの大事な3つの原則である。施設型の精神病院の改革の途中まで精神科病院に勤務した私には、ラグナ・ホンダの人間関係も含めた環境は、懐かしいような、難しい課題を含んでいるように思える。作者は実践とヒルデガルド研究の中で、それを超えられたのだろう。そして私たちに医療やケアとは何かを再度考えるように促すのである。

文献

ビクトリア・スウィート、田内志文/大美賀馨訳
(2013) 神様のホテル。毎日新聞社

コミュニティを探して

(7)

藤 信子

1998年以來3万人を超えていた自殺者数が、2012年と2013年に続けて3万人を切ったとは言え、日本が世界の中で自殺が多いのは変わらない。この2年の自殺率の減少は、数年前から取り組まれていた、多重債務などへの相談の効果と、経済的な問題が影響しているらしい。経済的問題と病気を苦にして、ということが自殺に至る要因として多いと言われることを見る限りでは、その状況にある個人をどのように相談

につなげることができるか、という発想になる。ところが、「自殺はコミュニティ特性や住民気質と深いかかわりがある」と言われると、気質はともかく、そういうコミュニティはどうしたら出来るのだろうかと興味を持って「生き心地の良い町 この自殺率の低さにはわけがある」(岡檀 2013)を読んだ。徳島県の旧海部町は人口2602人(2000年時)の町だけれど、自殺率の低いトップテンの自治体の中で唯一島でない

町だったという。著者はその海部町で4年間のフィールドワークを行い、コミュニティに潜在する自殺の危険を緩和する要素、「自殺予防因子」を探した。この調査と分析の観点と綿密さは素晴らしいのだけれど、ここではそれには触れない、是非本書にあたって下さい。

ここでは著者が町で見つけた「5つの自殺予防因子」の中の、『病』は市に出せ」ということについて考えた。あとの4つの因子も、この町のユニークさを表しているのだから、自殺について考える時は、1つだけの因子を論じるのはあまり意味がないだろう。けれど、社会、地域など私をとりまく環境の問題を考える時に、このことばはとても響いた。私は援助職の人たちが、職場で弱音を吐けない、専門家は辛さを言わないようにと教育されてきたことについて、「病気」や「障がい」、「辛い」「避けたい」ことは、地域や世間という、「外のグループ」ができるだけ聞かない、見ないでおきたい気持なのではないかと考えた(藤 2011)。だから海部町のこの格言を見たとき、この町の人には、具合の悪いことを個人の中に閉じ込めなくて、皆で支えようという「外のグループ」がある、と思った。ここで「病」というのは、単なる病気のみ

ならず、家庭内のトラブルや事業の不振、生きていく上でのあらゆる問題を意味していて、「市」というのは、公開の場のことだそうである。早目に開示すると、周囲が何かしら、対処法を教えてくださいというような意味らしい。やせ我慢はしないよという意味があるようだ。このことを聞くと、今私たちが学校や職場で教育されてきたこととずいぶん違うなど感じる。世間的には「我慢強い」ことは良い事だと思われる。我慢せずに、怒ったり泣いたりすることは、子供っぽいと言われがちだ。そして組織の中では、その組織の枠に従うのが日本の会社人間の特徴だった。そういう特徴はうつになりやすい特徴にも通じているのだけれど。

自分の辛さや、不振を周囲の人に言えるのは、やはり周囲の人たちが、それを受け止めて一緒に考えてくれることを体験しているということがあるだろう。この町の援助を求めるのに心理的抵抗がないのは、そういうコミュニティが出来てきていると言う事だと思う。この町のうつの受診率が高いという意外な結果があるが、それは「軽症」の段階での受診が多い、早期発見と早期対応というメカニズムが働いている

らしいということである。そして、隣人がうつになったと聞くと、見舞いに行ってやらねば、と話し合うのである。これは、私たちが普通知人が病気になったと聞くと、よほど親しくはない限り、そっとしておいたほうが良いだろうと考えがちなのと違う、この違いはなんだろう。病気になったことを知人から聞かされると、普通はどう反応するだろうと考えてみた。いろんな病気に対する偏見ということとはさておき、そっと遠巻きにするのは、これはその病気についてよくわからず、どのような言葉をかけてよいか、どのような療養法があるのか教えることもできない、と思うからではないか。風邪を引いたと聞いた時には、自分なりの玉子酒とかいろんないいものがあると教えてくれる人は結構多い。しかし、がんとか難病、精神病などと聞くと、こういう対処法がいいのではないかと、とはなかなか言わない。その病気に対するイメージも持ちにくいためということもあるだろう。病気が治るかどうかに関しては、わからないとしても、どうしたら少しでも良い、楽な療養生活ができないかと、一緒に考えることはできるのではないかと。海部町に人たちは、病気になった人のところに出かけて、その人のために自分が何ができるか、

話しているのだろうかと考えた。

病気について、あまり人前では話さないことが我慢強い大人であると、思わされることは、社会が見たくないこと、無い事にしたいことを自分の中に取り入れてしまって、その中で自分も病気について考えることが出来なくなってしまうのではないかと考えた。自分と知人のことを考えるためには、もう少し自分の辛さを人と話し合っても良いのではないかしらと思う。

—文献—

藤 信子 (2011) 私の・外のグループ、内のグループ. 集団精神療法 27 (2) 112-118
岡 檀 (2013) 生き心地の良い町 この自殺率の低さには理由がある. 講談社

コミュニティを探して

(8)

藤 信子

7月の終わりから1週間ほど、集団精神療法の大きな学派の一つであるグループ・アナリシスの16th European Symposium in Group Analysis に参加するために、リスボンに行ってきた。

「7つの丘の街」とガイドブックに書いてあるリスボンを実感した日々だった。地図は平面図だけれど、「丘の街」を道路が走っているのだから、その道路と道路の間は坂道だったり、階段があったりして、地図で見ただけでは、

通りとその隣の通りとの関係がつかめないことに気が付いた。Symposium の会場は、2つに分かれていて、毎日その2会場の間を朝と夕方に往復したのだけれど、平面図では、通りを隔てて向かいの建物に見えるその2つの建物

(学校) は、坂を上り小さな広場に出て、そこから坂を下るという行き方しかできないのだった。1日目に抄録集をわたされた私たちは、「横から行くとかないものかしら」と思ったが無理だ

った。「3次元」で理解しないと難しい街なのだ。そこの細い道をタクシーで走る時は、まるでジェットコースターの乗っている感じがした。だから丘の上の要塞跡のサン・ジョルジョ城から見る、オレンジの屋根の連なりの向こうに広がるテージョ川（海に見える）の眺めは、素晴らしかった。

リスボンは、坂と石畳の有名だと聞いていたので、長崎生まれの私は、それならなんとなく似ているのだろうと思っていただけ、そう簡単ではなかった。私の知っている石畳というのは、大きな柔らかな（と言いたくなる）石で出来ているのだけれど、リスボンのそれは、何と言う石なのか黄白色のような・灰色のようなツルツルの小さな石が敷き詰められていて、硬いのだ。友人とヒールのある靴では歩けないねと話していたが、そういう靴とか、底の薄い靴で平気なような人が歩いていて、ずっと靴を履いている人たちと私たち日本人とは、足の形とか機能が違うのかなと考えたものだった。

長崎で育つと、ポルトガル伝来のお菓子や料理などがあり、親しみやすいところだろうと思っていたが、グループで一緒だった北欧のメンバーから、海（やはりテージョ川のことをこう言いたくなるらしい）がありそして坂に

囲まれているところは、リスボンは長崎に似ていると言われた。川（海）と街の風景については、私も感じていたことだったし、それに、その人は京都にも来たことがあるということで、私が道の迷った話を分かってくれた。そのグループ（90分のグループが4日間続くプログラム）は、イスラエル、イギリス、ドイツ、スウェーデン、ポルトガル、イタリア、アメリカ、スペイン・・・と19人のメンバーだったので、育った街と住んでいる街を両方知っている人に出会い、ほっとした。こういうことが話が伝わる感覚なのだろうと、後からその感じについて考えた。日本で日本語でグループで話している時には、この頃は「伝わる」感じについては、これほど敏感ではないような気がする。英語、米語が母語と言う人は、メンバーの中でも5人ほどだったので、却って話しやすいことはあるが、「言いたいけれど・・・」「上手くことばになるだろうか・・・」と、思いながら話すことは、初期のグループ体験の訓練の頃を思い出した。外国に行かないと、初心に戻れないという事がいいのかは別問題だとしても、良い体験だった。

私が長崎生まれだと聞いた時、原爆の時には生まれていたら（失礼な）、

生まれたのは後かと聞かれた。両親が被爆者だというと、多くのメンバーが、ショックを受けたみたいだった。このグループでも、全体のグループでも、ガザの問題、ウクライナの問題などが、話の底流にありいろんな感情が出ていたけれど、そういうことと第二次世界大戦中のことは無関係ではないんだという感じだった。これはメンバーがグループ・アナリシスという、精神療法の中でも、個人だけでなく個人と社会との関係を見ている学派だからなのだろう。グループであったアメリカ人から、原爆について“Sorry”と言われて返事は一応「戦争のせいだ」ということを言ったが、後からも何度か考えたが被爆2世の一人として、ことばにするのは難しいことだと思った。その人には後で、あなたは私が今まであった原爆について謝った数少ないアメリカ人だ」と伝えた。彼は知り合った長崎出身の私との間で、わだかまりを持ちたくなかったのかも知れない。私としては、幸い父や母は無事だったけれど、育つ過程で知った近所の方々の色々な不幸を思うと、原爆投下ということは、許せない気持ちになる。ではそれはアメリカ人を許せないのかというと、それは違うような感じがする。原爆投下という事態に至った戦争・・・を考えると、

戦争を許せないというのは、誰を許せないということなのだろうか。このことは、ガザへのイスラエルの攻撃について、非難する声、何かできるのかという無力感、怒りなどが表出された全体のグループと重なって見える。国がすることについて、個人がどこまで責任を感じるかということだろうか。その責任を国民が感じるのが、民主主義（主権が国民にあること）なのだろうと思っている。現在の状況の中で、このことを考える場を与えてくれた、Group Analysis Societyという、そして集団精神療法について学び、考えるコミュニティに出会えて良かったと思っている。

コミュニティを探して

(9)

藤 信子

京都の町中のAデイサービスセンターを、大学院の心理・教育相談センターの実習生と月1回の訪問を始めて、いつの間にか8年たった。ここでの活動の発端には、高齢者や介護者のケアを考える時には、できるだけその人たちが生活する場所の近くに行くことから始まるという思いがある。このようなコミュニティ心理学的アプローチを、実習生にも体験して欲しいと思ったことが一方にあった。そして、その頃の実習生が介護の研究をしていた縁で、このデイサー

ビスセンターに出かけることにした。デイサービスセンターは福祉法人の中の一施設なので、スタッフの交代があるため、訪問した当初からのスタッフはもうおられない。この間、施設のニュースレターに紹介記事を書くのだけれど、いつから来られてますか?と聞かれ数えてみて、今まで一緒に来た実習生のことも思い出しながら、そんなになるのかと思った。

ここでの体験について、これまでは、コミュニティにおいて訪問という形での関わ

りについでまとめ（藤・枝廣・松本・山下・山本 2007）（藤・後藤・前田 2010）、および訪問する時に一緒に行くレクリエーションについての考察（石川・藤 2008）、また継続して通う中で聞くことができた利用者の語りなどからうかがえる高齢者の生活者としての強さについて考えたこと（藤・石川・清水・小牟禮・後藤 2009）を報告してきた。数ヵ月前にスタッフから「（法人の）他の施設にも来てもらえるだろうか」と聞かれ、私たちの訪問が評価されていることに改めて気づき、また役割について考えた。

これまでも利用者の方々からは、顔を覚えてもらったり、帰る時には「またね」と言われ、訪問のやりがいを感じていたし、スタッフからも「ちょっと他ではないクイズをしている」という評価を受けている」ということは聞いていた。これは私たちが、持っていく「京都クイズ」や「漢字クイズ」は、利用者がよく知っていること、得意な事を材料にしているため喜ばれる、そして京都に関する知識の乏しい実習生と私に話すという交流のきっかけとなるという目的もあり、その工夫を評価してもらえることは嬉しかった。時間さえ許せば、他の施設も訪問したいが、現在のスケジュールでは、A デイサービスセンターを訪問するように定期的には行けない。そこで、このようなコミュニケーションツールとしての、クイ

ズの作成の仕方や、活用についてまとめた（藤・宮森・宮脇 2014）。まとめの報告を書きながら、これまで8年継続できたことについても、振り返ったほうが良いと考えた。コミュニティに出かけて実践し考察する時のポイントについて、今まではアクティビティの内容などの点からみてきたが、ここではそこでは触れなかった活動の準備等について振り返ろうと思う。面接室での相談などの状況で、サービス提供者がセッティングをしている中に、利用者が訪れるのではなく、利用者の生活の場に出かけて、こちらのできるセッティングを考えていきたい。

Goodman & Weiss が心的外傷の患者の集団精神療法と行う場合、コミュニティのリーダーとの良いコミュニケーションを持つ必要性を述べている（藤 2009）が、これは災害に限らずコミュニティでの介入・ケアについて大事なことだと考える。私が研究科の修了生に紹介されてA デイサービスセンターを訪れ、地域に住む高齢者と実習生の交流を望むことを伝えた時に、「念を押すようですが、利用者を傷つけるような質問とかはされませんか」と聞かれた。デイサービスセンターとしては、しばらく前にある大学からの学生の高齢者の意識調査の質問紙の内容が、ひどいという印象を持ったため、大学からの調査等については神経質になっているのです、ということだっ

た。そうして始まったのだが、数年経つと訪問する前に、施設のほうから「今週見えますが、紅葉狩りの半数が出かけるので、スタッフも少なくなります、宜しくお願いします」というように前もって電話がかかるような付き合いになっていき、そういうことの中で、施設のスタッフとコミュニケーションを良くするのは、付き合いの結果でもあることを実感した。性格やこれまでの臨床にもよるのだろうが、私は短期集中型の実践や研究にはあまり関心が無く、長い付き合いの中で見えるものを探すが合っているので、時間の限られた研究ではできないし、一般化は出来ないが、コミュニティ介入の一つのポイントではないかと思う。

二つ目は、クイズの準備について考えたことだが、高齢者との交流については、相手の豊富な知識に触れたいという関心を持つ中で、ツールを準備したことが、長続きしたことに繋がっていると考え。核家族の中で育った若い実習生に、デイサービスセンターの利用者が、クイズをしながら、自然に戦争中のことや以前の暮らしについて話すことを聞き、実習生は地域の生活の歴史に触れることもできた。そのような話が聞ける中で、関心を持って訪問していることが伝わるのだと思う。このためには1年を通じた実習で、修了後にレビューをして話されたことについて、分からないとこ

ろを話し合う事なども必要なことだったと思う。

そしてやはりケアには人手が必要だということ、関わりについてまとめると見えてくる。クイズを持って行っても、用紙を利用者の前に置くだけでは、関心を持ってもらえるとは限らない。一人で解く人、周りの人と相談しながら解く人は良いとして、あまり関心を持たないかのような人にも「どうですか?」「私は(答えは)〇〇だと思うのですけれど、どうでしょう? 答合わせをまちますか」など話しかけながら、いろんな人ができるだけ参加できるようにする工夫がいる。このためには、20人の利用者に対して、4-5人のスタッフがいたほうが皆の様子がわかり、参加する雰囲気を作りやすい。これは、この訪問を浅井(2006)のいう「居場所」としてのグループ・アプローチとして考えてきたからであり、グループであることに留意することで、クイズを解くと言う一見したくない人が多くなりそうな場を、楽しむ人の多い場に行っていると考えからである。クイズを解ける人も、解けずに不機嫌になる人が居たら、楽しめないかもしれない、楽しめる雰囲気を作ることには、いろんな人が加わりやすい方法を工夫する必要がある。そのために、利用者の反応を見ながら次へ生かすことを話し合うことが、大切なポイントとなったと思う。

高齢者との交流を振り返り、コミュニティでのケアの可能性を考える時に、アクティビティのような表に現れる課題のほかに、グループへの介入として意識したことについて上げた。このような観点は場所を共有する中で、言い換えればグループが形成される場におけるケアでは必要な観点だと考えられる。

文献

浅井 健史 (2006) 「居場所」としてのグループ・アプローチ. よくわかるコミュニティ心理学、ミネルヴァ書房、186-187

藤 信子・枝廣 和憲・松本 典子・山下 桂枝子・山本 美幸 (2007) コミュニティで学ぶー2つの「出張するグループ」. 立命館大学心理・教育相談センター年報第6号, 74-81

藤 信子・石川 順子・清水 芳美・小牟禮 尚子・後藤 佳子 (2009) 喪失と寄り沿ってーデイサービスセンターのエピソードー. 立命館大学心理・教育相談センター年報第8号, 56-60

藤 信子 (2009) 災害支援者のためのグループ. 臨床心理学9 (6) 735-739

藤 信子・後藤 佳子・前田 智志 (2010) デイサービスセンターで学ぶことーコミュニティでの実習ー. 立命館大学心理・教育相談センター年報第9号, 94-100

藤 信子・宮森 あさ子・宮脇 晃 (2014) 高齢者デイサービスセンターでの活動ーコミュニケーションツールとしてのクイズー. 立命館大学心理・教育相談センター年報第13号 (印刷中)

石川 順子・藤 信子 (2008) 生活の中で話を聞くことーデイサービスセンターでの体験からー. 立命館大学心理・教育相談センター年報第7号, 45-51

コミュニティを探して

(10)

藤 信子

バスの中や、保健所あるいは時々大学のキャンパスでまで見かける「ダメ、ゼッタイ」というドラッグ使用防止のポスターがある。もう長いこと 10 年以上見ているような気がするけれど、不思議なポスターだなと見ている。まだこんなこと言っているのか・・・こんなことで効果があると信じているのだろうか？と考えてしまう。ポスターを「ドラッグ使用防止」と書いたけれど、意図がそうだろうと考えているのであって、作成者の意図を知っているわけではない。この分からなさ加減は、私だけが持つ感じなのだろうか。

薬物依存の問題は、メディアで時々取り上げられるにも拘わらず、依存症の人たちのサポートをしている人から、病院が受け入れてくれないので、自助グループに相談するしか無いと聞く。確かに治療施設は全国にも数少ないということである。私は依存症の治療が

どのようなものかは知らないが、ある個人の問題と薬物を使用することに至るストーリーを理解しないと、止めることは難しいのではないかと思われる。それが数少ない医療機関でしかできにくいというのは、薬物を使用する文脈を考える治療関係を築くために時間がかかるためだろうか。そして自助グループにおいてしか理解される場面がないということになるのだろうか。

「ダメ、ゼッタイ」のポスターは、人がドラッグに手を出さないようにというためのものだろうけれど、なぜ人がそのような行為に至るのかということを考えることには、私には無関心なように感じられ、違和感を持ってしまう。しかしよく考えると、現代は「時間をかけて関係を築く」とか、自分についてもいろんな問題についても「グズグズ考えてみる」ということはないのかもしれない。ある

学生が、いろんなことを考えて切り替えができずに嫌になる、死んでしまいたいくらいで、自分は病んでいるという。私はロールシャッハ法の文献の中に「子どもは正常な分裂病(現在の統合失調症)、青年は正常な神経症」とあったことを話し、青年が悩むことは当たり前だと私たちは習った話をした。それから青年が悩むというのは、私たちの若い時の話であって、今の若者は悩まないのだろうか、と考えた。考えられるのは、今の若者は暗い話をするのは相手にもよくないと考えるらしい。とにかく明るくないといけないという事はよく聞く、だから友達同士悩みを話さないのではないかということ。それともやはり悩む若者が減っているのかもしれない。悩みについて考えるということは、もちろん、一人で悩むことが始まりだけれど、それを聞いてくれる人がいることで、いろいろな観点から考えることになるだろう。今の若者たちはそんな悠長な時間は持てないのかもしれない。

野間(2014)は記述精神医学的には、近年ボーダーラインが減ってきて解離が増えているという仮説を述べ、それは個人主義が進んでしまって、しんどさを訴えても誰も助けてくれない人間関係になっているからだと言う。この仮説は、この頃以前のような行動化の激しいボーダーラインの人とあまり会わなくなったような気がする、という話をつい最近していた私には、非常に納得のいくものだった。他人の話を受けないのは、若者だけでなく世

間一般だったと、再認識した次第である。相互作用の結果だったと、納得した。世間、個人の生きる社会の特徴によって、悩み、辛さ、あるいは病の表現が変化することを考えることは、大事な事だと思われるが、このような考え方をする精神科医は少なくなっているのではないだろうか、と心配している。相互作用、社会の特徴を見ることなく、個人の行動の表現を見て診断するという、個人にすべてを帰結する考え方が多いのだという感想を持つのは私だけだろうか。もちろん病気は個人に発生するから個人をみるのだ、と言われるかもしれない。個人は世間、いろんなコミュニティの中で生活している。そのコミュニティの文脈の中で、自分を表現している。病、辛さ、悩みをどのように表現されているかは、コミュニティの特徴を見ることから考えていかなければならないだろう。

ドラッグ使用防止の呼びかけポスターは、誰に向かってなのだろうか、どんな場面、文脈を想定しているのだろうか、と考えてもよくわからないので、私は違和感を抱くのだろう。行動には文脈がある、その中で見ることで意味が理解されるだろう。その文脈が成り立つコミュニティ、世間、社会の特徴を捉えることを忘れてはならないだろうと思う。

文献

塚本千秋、野間俊一、太田順一郎(2014) 座談会: ボーダーラインはどこへ. 精神医療, 76, 6-31

コミュニティと**集団精神療法**

(1)

藤 信子

ここ数年大学院生とエルサルヴァドルの1980年代の内戦時代に書かれた論文を読んで、「心理療法が始まるまで(9)」に私に、仕事と人の発達について考えさせてくれたことを書いた。30年以上も前の論文、そして言語はスペイン語だったものの英訳版を、今頃読んでいるのはいくつかの理由がある。始めに、この Martin-Baro の論文集 “Writings for Liberation Psychology” (1994) を手に取ったのは、私自身が近頃の PTSD に対する医療の世界の捉え方に充分納

得していない(「心理療法が始まるまで(5)」)ところからだった。Orford(2008)のラテンアメリカの解放の心理学について書かれた箇所に出会い、欧米の従来の PTSD を「医療化」「個人化」する考え方ではない方向に関心を持った。そして Martin-Baro の論文を少しずつ読む中で、エルサルヴァドルのそして多くのラテンアメリカ諸国の80年代の状況を考える時に、却って私たちの国、社会の特徴が見えてくるという体験をしている。

例えば先日読んでいたのは、当時のラテン

アメリカの労働の社会的配分は、現実の秩序を定義し、そして法制度を支配階級のニーズに合わせて作られていること、また雇用体系が社会階級の地位に結びついているということだった。社会階級という概念自体が、現代の日本人にとってなかなか分かりにくい上に、社会的階級と仕事が固定する、というのはどのようなイメージかと言う話になり、院生から江戸時代の「士農工商」みたいなものだろうか？とか資本家が生産手段を独占し、労働者を搾取して余剰を産むことを考えたら良いだろうか？という質問があった。私のイメージでは、「士農工商」は武家が作った社会制度を維持するためであり、武士が生産手段を管理はしていても、全てを所有していた訳ではない。そもそも武士階級もその制度の中で管理されていたのだと思う。西欧の資本家の出現・資本主義社会の成立と、ラテンアメリカがスペイン、ポルトガルによって植民地とされ、征服した宗主国の子孫が先住民を抑圧して経済手段、政治魔で独占していたような体制は、少し違うような感じに見える。論文を理解するために、そのような話をしていくうちに、それぞれの社会の特徴が少し見えて来るような気がする。社会体制を理解するとまでは言えないが、自分の住んでいる社会が私たちの行動に影響を与えているということを実感できるのはこのように社会制度の違う国のことを見る時に可能になることがあるのだと感じる。

私にとって、自分のいる社会を相対化して考える機会になっているから面白い。

私たちを取り巻く社会について考える方法については、いろんなやり方が考えられるかも知れないが、私はグループで話し合う（集団精神療法）方法を実施する中でも自分と（その意識と）社会との関係を考えている。個人は、自分の中で家族、地域、文化の中の対人関係の歴史を受け継いでいると同時に、現在の個人を取り巻く職場、仲間、地域社会、政治などと相互に関連し合っている。そして集団精神療法というのは、この対人関係の歴史（「内のグループ」）と取り巻く社会的環境（「外のグループ」）を語り合っていると私は考えている（藤 2011）。集団精神療法は精神療法であるから、自分が苦痛、悩みを感じていることについて話し合うのだけれど、私の場合はいろんな話をしながら、自分の社会的な環境との関係や、自分の中で受け継ぎ作ってきた関係の特徴を見ることで、自分の苦痛、悩みについて見ることができる。もちろん、そこには安心して話せるための構造が必要だけれど。

私たちの行動が、社会環境との相互作用との中で成立しているということ、どのように見ることができるかという方法論については、短いスパンで考えることができるのは、行動分析の三項随伴性を見ることができよう。しかし、行動のスパンの長い場合や広い場合は、実験をから考えるこの方法では難

しい。環境、制度と個人の行動、意識との関係を考えることは、PTSDの予防やケアにも通じると考えられるが、グループで話すというアプローチは、それを可能にすると考ええる。

Martin-Baroは、イエズス会の神父であり、ラテンアメリカにおける解放の神学の実践をする中で、労働者や農民の苦しい生活からの解放と言う視点から、心理学のあり方も見直した。論文を読むと、自分の見る視点は、社会のどの部分を見て考えているのかについても、考える必要があることを教えられる。コミュニティ心理学者は改革者であるように、と言われるが、誰と立場を共有しようとしているのか自覚することが大事なのだと思う。自分の研究や臨床が基づく理論が、どのような対象の在り方を基礎として見ているのかに

自覚的であるために、これから時々事例も見ながら、社会的相互作用をどのようにとらえているか、そしてそれはどのような立場から見ているのか、についてこの欄で考えていこうと思う。

文献

- 藤 信子 (2011) 私の・外のグループ、内のグループ. 集団精神療法 27 (2) 112-118
- Orford, J. (2008) Community Psychology, Challenges, Controversies and Emerging Consensus. Chchester, Wiley
- Martin-Baro, I., Aron, A. and Corne (ed.), Writings for Liberation Psychology. Cambridge, Harvard University Press.

コミュニティと**集団精神療法**

(2)

藤 信子

20年近く、メンタルヘルス従事者のためのグループ体験を続けている。月1回の開催で、1年間10回継続するクローズド（メンバー固定）のグループである。ちなみに、集団精神療法になじみの無い方のために、付け加えると、集団精神療法の教育は、文献を読み講義を聞く理論を学習することと、実際にグループのメンバーとなる体験を積み重ねること、そして自らが実践しているグループのスーパーヴィジョンを受けることによって成り立っている。このグループは、自らがグルー

プを体験するトレーニングの機会となっている。20年近く続けていると、10年以上継続して参加するメンバーも、初めての参加だというメンバーもいる。

このグループで、ここ数年時々話題になることが、所属機関（精神科等の病院が多い）から臨床心理士にカウンセリングの件数を増やすようにとか、精神科医や看護師に入院の病床数を減らさないようにというような、経営上の要請が目立つようになったことがある。もちろん、経営上の要請は以前からあったこ

とであるが、最近では病院の上司ではなく、経営コンサルタントとの面接の中で、そのようなことを言われることもあり、クライアントと大事に育てている関係を、どれも一律に数字として計算する考え方に馴染めず、困惑するということである。また、医師や看護師にしてみると、治療の結果、病気が良くなったので患者は退院したのに、病床数が減ったので、満たすようにと言われるのは、「患者さんが良くなってよかった」という自分の仕事への満足を認められていないという感じになる。ある総合病院で病床回転率が良い（入院期間が短い）病棟に対して、病院経営に貢献したという表彰があると聞いて、そこまでするたかと愕然としたことがある。疾病の種類によって、入院期間は様々だろう、よく言われるのが産科は短いという事実、そのような事情を考慮しない単純化する思考を、問題だと思ふ病院の責任者がいないことを心配してしまう。

このような病院の経営の問題は、国家予算に対して、社会保障費、特に医療や介護保険の占める割合が年々高くなっていることもあり、医療費が抑制され、病院経営が困難になっているためだということはある。しかし、現在の日本の医療体制をそのままにして、医療従事者の職業意欲を痛めつけるようなこととするのかという問題である。対人援助職にとって、いろんな知識や技法は大事だけれど、働く場で安心して自らの仕事に誇りを持てる

ことが、援助の当事者との関係を大事にできることにつながると私は考えているので、今の状況のままでは対人援助の場が貧困になっていくという問題を感じる。

私は民間の単科精神科病院に勤務していた時から、医療がその経営体だけで成り立たせようとするのは、行政の怠慢だと考えている。日本の民間の精神科病院は、他の診療科に比べて圧倒的に民間が多く（90%）、本来国が作るべきである病棟を作ってきている。そこから収容主義から脱しきれない状態も起きてきているが、病院の経営主体との意見の調整では、なかなか解決できていない。

日本の国民皆保険制度は、よくできていると言われるが、それは医療費の社会化はできているが、医療供給の社会化はできていないため、それぞれの病院がMRIや最新の医療器械を競って購入するため、医療費が高くなる（田原 2002）こととなっている。そしてこのような医療器械、薬剤の使用量は他の先進諸国よりも高くなっている。健康の為なら、それでよいのではないかとは言い難いところもあるようだ。例えば腎臓透析は、食事指導への丁寧な医師、栄養士などの取り組みがあると減らせるが、それでは病院としては一人当たりの患者の診療に時間を取られるし、透析をした方が医療費は高く病院に入ることになるために、透析を勧めることになるという話は、ずいぶん前から言われている。人々の健康的な生活の為に、作られている医療器械や

薬品が、市場競争の世界で無駄な量を消費することになってしまっている。医療費の抑制ということでは、その点には触れられない。政策に置いて、利用者や医療機関に雇用されている人には、いろんな我慢を強いるけれど、過剰に競争している医療器械の会社や薬品会社の無駄には触れられない。私たちが単に消費者だからだろうか。

確かに対人援助職は、何かを生産するわけではないために、利益を生み出さない。しかし、利益を生み出すことだけを追求する論理に、皆が巻き込まれるのはおかしいと思う。現在の新自由主義経済の中で、誰もが同じように利益を考えることが大事だという発想になりかねない現状は、市民の権利を弱めることになるのではないと思う、それよりまして、私は対人援助の成果を数だけで見るという貧しい発想は、対人援助の場だけでなく、他の場面も貧しくしていくと考えている。人は複数の観点から見ることを通して、理解が豊かになると思うからである。

対人援助の場を経済の問題として考える時に、「市民の基本的権利に重要な関わりを持つ」サービスを「社会的共通資本として、私的所有ないし管理を認めず、社会的に管理され、そこから生み出されるサービスは、社会的な観点から公正という基準によって配分される」（宇沢 1999）という考え方を、参考にして考えていけないかと思っている。

トレーニングのグループの1事例は、メンバーの悩みを一緒に考える時に、また私たちがとりまく社会の特徴も考える機会となっている。

文献

田原 明夫 (2002) コミュニティと対人援助—支えあいとは—, 学術フロンティア推進事業プロジェクト研究シリーズ2, 対人援助ための「人間環境デザイン」に関する総合プロジェクト, 立命館大学人間科学研究所, 60 - 88

宇沢 弘文 (199) 社会的共通資本と社会的費用、宇沢弘文著作集1、岩波書店

コミュニティと**集団精神療法**

(3)

— Rovinj でのスモール・グループ —

藤 信子

8月の終わりから9月の初めにかけて、第19回国際集団精神療法精神過程学会(IAGPP)に参加するためクロアチアのRovinj(ロヴィーニ)に行った。海に突き出た小さな半島が旧市街であり、その真ん中に高い鐘楼のある聖エウフェミア教会があるが、この教会が丘の上に建っているため、街の上に教会がひとときわそびえたっている。プレコングレスが終了した午後、この旧市街と聖エウフェミア教会に出かけた。教会へ上る狭い坂道はツルツルになった石畳で、その坂道の両側にところどころテーブルを出して食事やお酒を楽しんでいる人たちがいた。その狭い

坂道を登りきった丘の上の教会の庭から、夕方であるにもかかわらず、真昼のように輝く海と島の眺めが見下ろせるのだった。

2日間のプレコングレスは「ソーシャル・アンコンシャス」のワークショップに出た。昨年リスボンのGroup Analysis in Europa(GAS)のメディアン・グループでいっしょだったスウェーデンとイタリアの女性と一緒にだったので、懐かしくほっとした。グループの中では慣れるまで聞き取ることに苦労したけれど、日本から一緒に行った友人二人も同じグループだったので休み時間に補いあいながら参加した。

3日目から4日間の kongress 中に、毎日90分の継続するグループがある。これはサイコドラマ(PD)、グループ・アナリシス(GA)、グループダイナミクス(GD)などのオリエンテーションと、グループサイズのスモール・グループかメディアン・グループ等が明記されたものに、kongressのサイトで申し込むようになっていた。一応kongressの公用語は英語だけれど、グループによっては、英語以外にスペイン語、イタリア語、クロアチア語なども併用することが書かれている。このグループを申し込む時に、3年前のカルタヘナ(コロンビア)でのIAGPPの時のスモール・グループや昨年リスボンでのメディアン・グループの体験がとてもよかったと感じていたので、自分の英語力を顧みず、GAオリエンテーションのスモール・グループに申し込んでいた。一日目の基調講演の後、グループの場所に行くとき私たちのグループの場所は、部屋というには仕切れ方が不十分な一角だったので、ちょっと驚いた。コンダクターと、メンバーはA、B、C、D、E、FとG=私で英語が母語であるメンバーは一人もいなくて、皆女性というグループ構成だった。ちなみに、B、Cはヨーロッパの同国人、E、Fはアジアの同国人である。始まって間もなく一人のメンバーが私に日本のグループとヨーロッパのグループとの違いはあるかと聞いてきたので、欧米のグループを体験した人から、日本のグループは始まった時の沈黙が長いと

聞いていると答えた。帰ってきてトレーニング・グループの文献を読んでいたら、同じような質問をみつけた(Horwitz 2014)。グループが始まった時の沈黙に対して、よそから来た脅威的なメンバーに対して出される質問の一つのパタンのようなものである。確かにヨーロッパの人にとって、遠い日本から来ているけれど、どんなことをしているのかという興味と、話が通じるのだろうかという不安を持つことは、珍しいことではないだろう。そう考える一方、グループの始まりの沈黙に対して、コンダクターへの不満から、自らが質問を始めるといったことになったのだとも解釈できるということである。このセッションは、日本の引きこもりとイタリアのマンマバンビーノは同じようなものかとか、難民、ボスニアの戦争の話などがでた。

2日目はE、F二人が欠席、6名のグループとなった。AがDの論文を読んだことを話す、戦争の結果、名前等を書き替えさせられた、という話。名前やアイデンティティを変えさせられるということに私は少しショックを受けていた。日本はホモジェニアスかと聞かれ、そうではないという話をする。現在の日本の問題は、日本の軍隊は防衛のためだけ、それを変えようとする政治家がいると言うと、名前を変えさせられたDは、とても穏やかな印象の人だけれど、「守るだけの軍隊なんて信じられない」と驚く。私の気持ちとしては、中立国はいくつもあって、それなりに国民皆

兵のスイスとか、いくつかの形態があると思っただけで、20年前に戦争が終わった国から見るとそうなのか、とそれ以上言わなかった。

3日目にBがコンダクターはもっと強いリーダーシップを発揮するべきだと言い出し、Cも沈黙が多く時間ももったいないと言う。コンダクターのスタイルはそれぞれだし、Aと私は沈黙は嫌いではないと言った。私が沈黙しがちで何を考えているのかというCの問いに、私は戦争の加害者であることを忘れていたと思っている日本人について連想していると答えた。何故戦争のことを忘れてはいけないと思うの？とAに聞かれ、私は、当たり前だと思っていた事を改めて聞かれ戸惑い、グループの終わりまで考えることにした。コンダクターに対する攻撃がさらにこのカンファレンスの企画も及び、グループプロセスへの不安が高まった。B、Cは明日はもう来ない、と言い出して、このセッションが終わった時にはヘトヘトという感じだった。

4日目に来ないと言っていたCが来て、Aと私が、3人になるかと思っていたとCに言う、嫌になったら途中で帰るからと言って席に着く。私はコンダクターへの不満は、この部屋の壁が十分でないため、不安になったからではないかと感じたことを話した。何故戦争が怖いとか、忘れてはいけないと戦争の話をするのかは、日本はこの70年戦争したことがない、ヨーロッパに来るといろんな戦争の話が出るので、怖くなったのだと思う。

昨日の夕方は疲れきっていたということを見ると、Cもそうだった、けれどとても良い本を見つけて読んだと言う話をする。私が疲れきっていたということにCが同じ感じをもっていたと感じられたことが、一つの展開のきっかけになったと、今プロセスを振り返って思う。Cにとってあまり話さず、話すと暗いことを言う東洋人に、不安をかき立てられていた時に同じ感じだったということでCは私が理解できると感じたのだろう。昨日の怒りや不安が治まり、皆で外国に行った時に、いろいろなシステムの違いに困惑する話になり終了した。

国や地域が違うところで感じ方、考えが違うのは当たり前とはいえ、同じような職業や関心領域に従事していても、育ち暮らすコミュニティという背景の違いを感じる事ができたグループだった。そして私は戦争についてかなり観念的な捉え方をしているようだ、このグループは教えてくれた。ただそれが悪い事かどうかは難しい問題だと思う。

文献

Horwitz, L. (2014) Listening with The Fourth Ear, Unconscious Dynamics in Analytic Group Psychotherapy. Karnac

コミュニティと**集団精神療法**

(4)

— デイサービスセンターで —

藤 信子

A デイサービスセンターにクイズを持って訪問していることは、「コミュニティを探して(9)」に書いている。そこでは、デイサービスセンターを「居場所」としてのグループと考える時に、クイズを介して話し関係の作り方について考えた。この頃、訪問を始めた時と比べ、デイサービスセンターの利用者の変化を感じているので、そのことを考えてみたい。

このデイサービスセンターは、京都の町中にあり、以前は友禅などの絵を描いたり、染めの仕事や、着物関連のお店をしていた利用者が目立った。そんな中で話を聞くと、友禅染めの工程が、幾つにも分かれていることを知り、着物のお店が映画やTVの衣装を用意した話を聞き、京都の町中の産業に触れる思いがしたものだ。ところが最近、利用者話を聞いていると、九州弁だったり、標準語だったりという人が増えてきたように感じ

る。クイズをしながら聞いた話では、子どもと同居、あるいは近くに住もうということで、京都に転居して来た方が増えてきているようである。住んでいたところは、九州だったり、関東だったり、また京都府下の町ということもある。この地域は、ここしばらくマンションが増えたが、利用者の方はそこに住んでいる方も多いようである。他所の土地から転居してきた人だけでなく、京都市育ちの人も近所のマンションに住んでいると話されていた。

私が学生の頃は、堀川に水は流れていた記憶は無い。今のような親水公園ができたのは最近である。だから友禅染に堀川の水を使った頃というのを直接は知らないのだけれど、友禅染と堀川のことは知っていた。だからデイサービスセンターの人たちの話を聞いて、ここは友禅染の場所だったということを経験した思いだった。一緒に行っている大学院生は、そんなことは知らない。話をすると時代

が移っていくことを感じる。マンションが建っているところは、友禅染の家があったのだろうか。それはどこに行ったのだろうか？京都の織物の工場が海外に出て行ったということを知ったことがあるけれど、友禅染もそうなのだろうか。それとも、着物離れが進んでいるので、よほどの高級品でない限り、作っていないのだろうか。地域の産業の事にも拘わらず、何も知らないことに気が付いた。産業の変化の結果がマンションなのだろうと見ると、この町の30-40年ほどの間の急激な変化を感じる。

府下のB市から転居してきたというCさんは、一人になって畑をするのも大変になったし、子どもと一緒に住もうというので、市内に來たと言われた。以前親が亡くなって住む人が居なくなったので、家と土地を農地付きで売るといふ話を知り合いから聞いたのは、そのB市のことだったことを思い出した。若い人が仕事を求めて都会にでる以外にも、こうして地方の農村は人口が減っていくのかと思った。Cさんは穏やかで、「京都のクイズ」をわたした時に、「京都で暮らしていないから、よく知らない」と言われ、最近転居してきたことを話された。知らないと言われながらもクイズには参加し、答を聞いておられた。そして「漢字クイズ」では、解き方を理解すると答を探して考えて正答すると嬉しそうである。Dさんは関東で暮らしていたが、やはり子どもが京都と一緒に住もうというので、転

居されてきた。「京都のことは知らないから・・・」と言われるので、「私も知らないことが多いから、少し知るようになりましょうか」と言いながら、京都育ちのメンバーの話を聞きながら考えて回答される。この方も漢字クイズの方が得意である。

「京都のクイズ」は、京都の人に教えてもらおうということもあって、持って行くことにしたけれど、京都以外で生活してきた利用者が増えてきた時に、どうしようかと考えた。今のところ、CさんやDさんのように、京都には最近來たということから、自分のことを話されることもあるので、コミュニケーションツールとしては利用できると考えている。ご当地ものとして話題づくりになり、また他所から來た人には、自分の暮らす近所のことだということを知る機会になればと思っている。時には他のクイズも考えようかと思う時もあるけれど、なかなか替わるものが見つからない。

デイサービスで行うクイズから、京都の町、産業の変化に気が付いていった。京都の産業の問題だけでなく、高齢化社会、地方の人口減少なども関連しているようなことが、この小さなグループから見えてくるようだ。そのような社会の変化やなども考えさせられるグループの中で、メンバーの話を少しずつでも聞きながら大事なことは何かを考えていきたい。

コミュニティと**集団精神療法**

(5)

— 災害とメンタルヘルスケア —

藤 信子

5月22日が日本集団精神療法学会(JAGP)の「第38回東日本大震災関係者の相互支援グループ」の日だったので、21日午後仙台空港に着いた。仙台駅で人が多いなと思っていたら、G7の財務相・中央銀行総裁会議が仙台で20-21日に開催されたとのことだった。「復興の状況を主要国の要人、メディアに見てもらえることが出来た」という財務大臣のことばに、違和感を感じ、それから自分が少し怒っているとも思った。三陸沿岸の土地の盛り土に家を建てられるのは、まだ2-3年かか

るようだし、福島から避難している人のことはどのように考えているのだろう。日本の復興する力を各国にアピールしたかったのだろうけれど、G7に参加している人たちやメディアはそんなにのんきなのだろうか。もし素晴らしい復興の様子だと言ったのなら、それはリップサービスではないだろうかと思った。

G7財務相・中央銀行総裁の会議に集まる人たちは、災害で傷ついた人たちのメンタルヘルスと、災害後の不安で不自由な生活の中

で、被災者の精神的な負担は大きく、様々な困難が今起きてきていることは、関心の他なのかもしれない。経済や社会の機能の方が大で、人の精神的な問題は次だという考えの人は多いのかも知れない。個人のメンタルヘルスというものを、個人の中で完結させる考えかたでは、そうなるのだろう。

熊本地震が発生したので、JAGPの相互支援委員会として「被災地に行く前に一支援者のメンタルヘルスのために一」という記事をホームページにアップした。これは相互支援グループを継続する中で、支援に行く前に知っておいたほうが良いのではないかと感じたことがあったためである。A4一枚にプリントアウトできるようにしているので、支援に出かける人には読んで欲しいと思っている。職場で被災地への派遣の要請があった時、またヴォランティアで出かける時、家族や職場に理解をしてもらってれば、被災地から戻ってきた時に感じる心理的な溝が大きくならずに済むのではないかと思ひ、職場や家族との関係に配慮することが、自分自身のメンタルヘルスに影響を与えるという良い例になると私は思っている。

この文章を作成しながら、仕事の業務で派遣されるのに、家族に気を使う習慣は、日本には少ないのかも知れないと考えた。職場に関しても同じで、「仕事」なのだから、留守で欠員が生じることは仕方が無いということになるのだろうか。仕事に関しては、しなけれ

ばならないことだから、そこで生じる負担は仕方が無いということなのだろうか。このように考えるのは、やはり日本の職場では組織の決定は大事で、それを伝える上司の命令は守らなければならないという制度が、まだ人々の精神にあるからではないかと考えてしまう。明治憲法の前で家父長制の中で決められることは、そこには個人が関係性を考える必要は無かったと思われる。そんなことは意識的にはもう関係ないように暮らしているけれど、そこを十分に違う制度として、今の自分たちの人間関係を見ているとは言い切れないのではないか。

職場の人間関係と言っても、日本の会社はつい最近まで家族そのものだったと言える。社員とその家族を丸抱えにして面倒を見るといような組織なのだから、社員は上司（そして結局は会社の父親である雇用主）の言うことを聞くことが当たり前だったらしい。らしいというのは私は会社勤めをしたことが無いから、その辺りはわかりにくいことがある。そのような組織では、仕事をする中で生じる相手の負担に気遣うことが人間関係を円滑にする真も知れない、ということにはなりにくいかもしれない。

「被災地に行く前に、家族や職場の理解を得る」ということを考える時に、それは人間関係というものは、やはり自ら主体として引き受けて考えることではないかと思う。個人のメンタルヘルスを、個人という有機体の中

だけで考えるのは、日本人の家制度の影響と、もう一つの視点は、病気は人という器官の中で起きる、という生物学主義的な考え方だと思う。しかし、宮城県では震災の2-3年後に、DV、虐待の件数増加し、2012年、2013年の中学生の不登校率が全国1位である（足立2015）など、子どもの育つ環境は不安定であることが推測される。災害後の生活の困窮は、災害から年を重ねるごとに、格差が広がっていている。そのような環境が改善されずに続き、不安は解消されずにいるとしたら、人間関係への気遣いに割く余裕はなくなるだろう。人間関係をサポートする中で、環境が整えられると言う面はあると思う。

財務大臣ではないが、復興というと建物、道路等の設備のことしか未だに頭に浮かばないと言う人は多いのかもしれない。そして災害との関連のメンタルヘルスといえ、PTSDの発生率の問題になり、個人のカウンセリングなどが受けられるなど、個人単位の対応になるだろう。しかしそろそろ個人の病理としてではなく、コミュニティでの人間関係をサポートするという中で、メンタルヘルスを考えるという視点に立つ必要があるのではないだろうか。

文献: 足立智昭(2015)不測の事態に 대응する—3年間のPTSDの予防活動を通して—。発達障害研究 37(1) 44-52.

コミュニティ心理学を考える

— Martin-Baro (1) —

藤 信子

7月下旬に横浜で開催された第31回 ICP (International Congress of Psychology) に参加した。そこでのラテンアメリカの心理学に関するシンポジウムに出てみた。ラテンアメリカの心理学に関しては、解放の心理学の創始者である Martin-Baro のことしか知らないけれど、ラテンアメリカの心理学のことがもう少し知りたいと思っていた。そうすると、最初の話題提供から、Martin-Baro の写真が出てきた。Columbia から2名、

Argentina から1名、Spain から1名の話題提供があったが、その中の3名までが、Martin-Baro に触れたことに驚いたのだけれど、私がおのれくらいラテンアメリカの心理学事情についてわかっていないということなのだろう。

ここまで前提無く Martin-Baro と書いてきたけれど、このマガジンでは、彼の唯一の英語版である “Liberation for Psychology” をここ数年大学院で読んでいることに触れている。ここで

Portillo(2012)を参照して、まとめてみたいと思う。Martin-Baro は 1942 年スペイン生まれで、イエズス会 (カトリックの修道会、日本人によく知られているのは、フランシスコザビエルの名前だろうか) に入りエルサルバドルに派遣される。イエズス会での修練の教育の修了後、彼はエクアドルの大学で古典人文科学を 2 年間学んだ後、コロンビアの大学で哲学を学ぶ。そしてそこで心理学と出会う。最初の論文は、心理学的治療への Carl Rogers の非指示的アプローチの再検討だった。人間性心理学に加え、彼は実存心理学や精神分析精神療法にも関心を持った。特に Viktor Frankl に強い影響を受けた。その当時 EL Choco のジャングルの中でアフロコロンビアン地域社会で聖職者として働いていた彼は、ロゴセラピーや実存主義の観点から、権利を奪われた人々の中にある運命論の社会的原因を理解しようとしていた。Frankl の助言で USA でまず実験心理学を学ぼうとしたが、修道会の慣行ではそれは許されなかった。そして 24 歳の時にエルサルバドルに帰り、イエズス会の学校で働いた。その後イエズス会の教育で要求される神学を学ぶためにフランクフルトに行く。ここでは彼は解放の神学の主な人物である Jon Sobrino と同時期を過ごしている。

UCA(University of Central America、エルサルバドルのイエズス会と支持者のよって建てられた大学)で神学を学びながら、彼は心理学を再び正式に学んだ。その時のメンターが、インスブルックで応用心理学と精神分析を学び、熱烈なマルクス主義的社会心理学者の Jesus Arroyo Lasa だった。1972 年に彼は Central American Students の編集委員長になった時には、26 編の論文を書いていた。UCA における心理学の学部教育を卒業してすぐに、合衆国での大学院教育のために、Fulbright 奨学金を取った。1977 年に社会科学の修士、1979 年に社会組織心理学の博士の学位を Chicago 大学から授与された。ここまで Portillo の記述に従って Martin-Baro が学んだことを追ったのは、彼を解放の心理学へと導いた一方の教育について見たかったからである。

彼がエルサルバドルに帰国した翌年 1980 年にオスカル・ロメロ大司教がミサの最中に極右に殺された。反政府ゲリラ各派は FMNL (ファブランド・マルティ民族解放戦線) を結成し、政府軍と内戦状態になった。この時 USA (レーガン政権) は、50 人規模の軍事顧問団をエルサルバドルに送り込み、政府を支持した。この USA の中南米を自国の裏庭 (backyard) という考えで、キューバのように

社会主義国となることを防ぐために、いろんな干渉をすることに関しては、呆れるような感じを持つけれど、伊藤千尋の「反米大陸—中南米がアメリカにつぎつける NO!」(2007)を読むと、合衆国政府の背後にある大資本の勝手さというか、凄さに触れて、この執拗な介入が一応わかる。わかると書いたのは、理解できるという意味ではない、資本主義の怖い面を見ることができるということである。そして余談ながら今の日本も危ないなと言う感じを持つ。

内戦の中で、彼は夜中に爆弾の音で目が覚める体験などを通してサルバドルの人々の苦しみと闘いを共にした。イエズス会の神父たちは、殺害の脅しを受けており、彼らの生命の安全の為に、国を離れることを命令された。彼らはオスカル

・ロメロ大司教と数名の神父と修道女を殺害していた。Martin-Baro はエルサルバドルの社会的変化のために、彼の知識を活かそうと考えた。彼は大学のいくつかの仕事をこなし、一方で彼が神父として働く村の生活の中で幸せだった。彼は、貧しい人々を慰め、力づけ、彼らの物質的生活と精神的な状態を改善することを援助した。子どもたちは彼が毎週末来て甘いものを持ってきてくれるのを待っていた。

文 献

Portllo, N. (2012) The Life of Ignacio Martin-Baro: A narrative Account of a Personal BiographicJournay. *Jounel of Peace Psychology*. 18(1), 77-87.

伊藤 千尋 (2007) 反米大陸—中南米がアメリカにつぎつける NO!集英社新書.

コミュニティ心理学を考える

— Martin-Baro (2) —

藤 信子

前回からの続きで、Martin-Baroの仕事とその影響について見ていく。1980年代には彼の名声は高まった。国内でも国際的な行事においても、基調講演を依頼されたが、エルサルバドルでは、保守的な同僚からは、共産主義者あるいは破壊分子と非難された。変革の手段としての心理学の役割についての彼の見解や、「解放の心理学」は、市民のエンパワメントと不正義への闘いを強調した。そこには解放の神学とブラジルの教育学者のパオロ・フレイレの影響があった。その考え方の基本

には「貧しい人々に寄り添う選択」をしたこと、彼らが抑圧された歴史の中で、自分を見出していくことをエンパワーする方法は、当時の政府を含む支配階級にとっては、敵対的なものとうつつた。彼がきわだった悪評を得たのは、カラカス（ベネズエラ）での第20回アメリカ大陸心理学会大会においてであった。

一方、心理学によりコミットし批判する見解を同じくする友人 Martitza Montero はハバナ（キューバ）で開催されたアメリカ大陸

心理学会の中央アメリカおよびカリブ海諸国大会に、彼を招待した。

Martin-Baro にとって、旅行はアカデミックな知識人にとっての特典ではなかった。公開の目の中にいることで生き残る方策であり、戦争の残虐行為とサルバドル政府が合衆国の援助を受けて苦しめている人権侵害を弾劾できる証人として働く方法だった。彼は合衆国の国民に彼らの政府が「裏庭で」何をしているのかを知らせるために、頻繁に合衆国に行った。そして活動主義の心理学者の Adrienne Aron(“ Writings for Liberation Psychology” の英訳者の一人)と M. Brinton Lykes と親しくなり、2 人が彼が訪ね、話をするとところを準備した。

エルサルバドルの内戦が始まる前から、Martin-Baro の合衆国に対する気持は、愛と憎しみのアンビバレンツなものだった。北アメリカの外交問題について熟知していたため、そこからの来るもの殆どすべて、合衆国で作られた心理学も含め、疑っていた。合衆国で学んだことは、敵を内部から知ることになった。彼の 2 つの主な仕事 “Action and Ideology”(「行為と意識形態」) (1983) と “System, Group ,and Power”(「組織、集団そして権力」) (1989)、において、ラテンアメリカで得られる心理学についての理論的な本の中では、稀な北と南の対話を開いた。彼はアメリカの心理学へ鋭い批評を述べるだけでなく、そこから離れるための挑発的な方法も

提案している。その確固たる考えが表れた局面が、英語が流暢であるという事実にも拘わらず、スペイン語だけで書くという彼の決心であった。そのことが、不幸なことに彼の著作が、合衆国やその先の英語圏の研究者に知られないという危険が生じた。

彼と連帯感を持つ友人や同僚は、注意するように、そして可能なら国を離れるようにと忠告した。彼は一流の研究所からのいくつかの仕事の申し出を断り、その代わりに本の製作、旅行資金そして道徳的な支持を頼んだ。大学の生活の中でのコミュニケーションの他のチャンネル、El Salvador Journal of Psychology などのような専門の機関紙、グループで編集する本、そして編集委員会などを始めた。ベネズエラ、プエルトリコ、スペイン、コスタリカの大学への短い訪問の任務は引き受けた。

経歴の最後までに、彼は 1 ダースほど本と 100 あまりの論文を編集し、書いた。彼は解放の心理学 (1986) と名付けたことの開拓者としてよく知られることとなった。政治的で批判的社会心理学が切望されるべきものというのが彼の提案である。

1987 年の初め、エルサルバドルの状況は非常に困難になったので、彼は短い期間隠れなければならなかった。同じ年にキューバで英国の心理学者の Arison Harris にキューバの国営 TV に出ることを断っている。TV に出ることによって、エルサルバドルにおける報

復を招く可能性があるためだった。

1989年にスペインに行った時、彼の兄弟の Carlos は彼が非常に神経質で疲れていることを知った。47歳の誕生日の2週間前の1989年11月16日の早朝、政府軍の精鋭部隊が5日前から始まった FMNL (ファブランド・マルチ民族解放戦線) のゲリラによって始まった大きな作戦を口実に、大学のキャンパスと、イエズス会士の住居に押し入った時には、彼はすでに起きて原稿を書いていた。政府軍部隊は、UCA(University of Central America) の総長であり神学校の校長である Ignacio Ellscuria を殺し、目撃者を誰一人残さないように命令されていた。6人のイエズス会神父と彼らの料理人とその娘が殺された。

1990年彼の同僚や友人たちによって「精神保健と人権のための Ignacio Martin-Baro 基金」が設立された。以下の彼のことが、

この基金を説明している。

「個人の障害としてか、それとも (戦争による) 社会的相互作用の悪化によるか、どちらにしろ、それ自体重大な社会的障害で、我々の仕事や愛、我々自身の独自のアイデンティティを主張するような、人々の歴史の中で我々の個人的なそして共同の物語を語るための、そのような集団の能力の腐食である。このような理由で、問題は戦争によって生じた破壊や混乱に取り組むことに限定しない。問題は新しい社会の新しい人を構成することである」 (Ignacio Martin-Baro)。

文 献

Portllo, N. (2012) The Life of Ignacio Martin-Baro: A Narrative Account of a Personal Biographic Journey. *Journal of Peace Psychology*. 18(1), 77-87.

[Http://www.martinbarofund.org/](http://www.martinbarofund.org/)

コミュニティ心理学を考える

3

— Martin-Baro 基金 —

藤 信子

1989年11月 Martin-Baro 達がエルサルヴァドル政府軍によって惨殺されたが、翌年の1990年に彼の同僚や友人達によって、中断された彼の仕事を継続する授業として「精神保健と人権のための Ignacio Martin-Baro 基金」(以下、基金とする)が設立されたことは前回の最後に書いた。今回はこの基金について、成立から25年間の交付金の記録を見ることで、精神保健と人権に関する

Martin-Baro の解放の心理学の考え方と、それが引き継がれている例を紹介している文献 (Lykes, M. B. & Sibley, E. 2014) を概観することで、心的外傷(トラウマ)の問題は個人の治療というアプローチに終わるものではなく、コミュニティ全体と関連するものであるということを確認したい。

Martin-Baro の解放の心理学の考え方は、心的外傷の再概念化によく表れていると言え

るだろう。トラウマはひどい人権侵害の文脈において生じるという彼の再概念化は、戦闘から生じる状況にも寄与した。それまでの周辺化された人々の無力感を緩和する最も効果的な方法は「現実を変えるように人々に自信を持たせること」であると言う考えによく表れていると言える。なぜなら「権力の無い人々が常に犠牲者は生まれつきの欠陥があると指摘することによる結果として生じる精神病理学を説明する権力のある経済的な集団」というところの心理学を批判していたからである。そして市民権を剥奪され周辺化された人々の個人の責任にする論考の中で、彼らの抑圧に寄与している構造的要因を分析する中で、心理社会的な外傷への個人的アプローチに代わるプロセスを進めた。

基金は組織的暴力、圧制、そして社会的不正義によって影響を受けたコミュニティでの心理学的福利、社会的意識、そして積極的な抵抗を促進するプログラムを支援しようと努めている。特にコミュニティが彼らが周辺化された基礎にある構造的な原因を分析し、暴力の影響を癒やすことを目指すための蓄積された細心の計画が生じることを支援する。小規模の、草の根のコミュニティを基盤としたもので、その多くはアメリカ合衆国の外部のものを支援した。アメリカ合衆国はエルサルヴァドルの人々に対する野蛮な攻撃に加担し、Martin Baro とその同僚の神父達、家政婦屠その娘を暗殺したので、基金は合衆国の政治

的、軍事的政策とその実践と同じように悪影響を与えられている人たちのコミュニティを優先させている。この言及を見たときに、だとしたら沖縄でのプロジェクトを立ち上げて基金に応募できるのではないかと思った。少なくとも今までは、日本のプロジェクトが基金をもらったことはない。アジアで基金を多く受け取っている国はフィリピンである。25年間に23件のプロジェクトが支援を受けている。この数はグアテマラの29件、エルサルヴァドルの27件に続いている。あと目立つのはメキシコの18件、アメリカ合衆国の13件、ペルーの9件、パキスタン6件。アフリカ、アジア（フィリピン、韓国）、南アジア（インド、パキスタン）東南アジア（カンボジア、タイ）、ヨーロッパ、中東、北アメリカ、中央アメリカ、カリブ諸国、南アメリカの32カ国に広がっている。

供給者（調達者、プロバイダーをどういえばいいだろう）は訓練されたその地方のファシリテーターが多く、続くのはソーシャルワーカー、サイコロジストなどである。どのような人口統計上の集団が目標として設定されたかは、女性・少女、子どもあるいは青年、大人、囚人などとなっている。サバイバーの種類としては、戦争に関連する心的外傷、経済的抑圧と暴力、性的暴力、災害などによるもの。

問題は、武装闘争、極端な貧困、政治的問題、コミュニティの崩壊、自尊心の低さ、差

別、恐怖、レイプ、ドメスティック・バイオレンス、拷問、罪悪感/恥辱、アルコールあるいは物質依存、飢え、うつ、児童虐待、記憶/真実を語ること、などとなっている。活動の様式は、グループ活動、参加型のワークショップが 80%を超える率であり、個人を対象、政治的アドヴォカシーと組織化などが続く。援助や資源のタイプは、健康の推進者やコミュニティのファシリテーターのトレーニング、グループあるいは家族カウンセリング、精神保健のワークショップ、コミュニティの組織化、個人カウンセリング、教育・ヘルスケア・法律の援助へのアクセスを助ける、子どもあるいは青年の教育やレクリエーションの援助、アート（ドラマ、文化的催し物、音楽）、人権侵害の文書による証拠固め、政治的アドヴォカシー、農業のトレーニング、基本的な物質とニーズ、平和と和解のプログラム、少額融資（マイクロクレジット）プログラム、記念式/モニュメントなどがある。

期待される結果あるいは目標は、精神保健

の促進、エンパワメント/自尊心の改善、人権（女性）の問題への認識を高める、治癒、コミュニティの組織化、具体的なスキルの発達、リーダーシップのスキルの発展、歴史的/文化的な理解の発展、平和の文化の推進、健康な子どもの発達を助成する、正義を求める、自己理解の展開、過去を思い出す、真実を語る文書、モニュメントあるいは他の記念物（博物館など）。

こうして見ると、人々が自信を持ち、健康で、人権を守られて生きることは、個人を対象とする問題ではなく、コミュニティを基礎として、そこで生きる人、そのために働く人を育てるというイメージが見えてくる。

文献

Lykes, M. B. & Sibley, E. (2014) Liberation Psychology and Pragmatic Solidarity: North – South Collaboration Through The Ignacio Matin-Baro Fund. *Journal of Peace Psychology*. 20(3), 209-226.

コミュニティと**集団精神療法**

(6)

— グループで話すこと —

藤 信子

東日本大震災の後から継続している、日本
集団精神療法学会の「東日本大震災等の相互支援
グループ」(昨年の熊本地震も含め、災害の支援者支
援という広がりを持つグループにするため、下線部
の等を付けた。以下、相互支援グループ)について
は、このマガジンの25号に仙台でのグルー
プで感じたことを書いた。このグループは昨
年度までは学会大会中のワークショップも含
め、各地で年6回開催してきた。今年度から
は、学会の相互支援委員会の主催は年4回、
他の2回は各地の集団精神療法の研究会が主

催し、相互支援委員会が共催する形式になっ
た。災害支援を考える時には、各地域で支援
者をサポートする態勢を整えることは大切な
ことだと考えるので、その方向を定着したい
と思っている。ただ、災害の支援者支援に集
団精神療法(以下、グループ)の力を活かす
には、グループサイコセラピスト(以下、
GPT)として、グループに関心の無い人た
ちに働きかけることが必要ではないかという気
持もある。

京都集団療法研究会が阪神淡路大震災以来

実施する「災害とメンタルヘルスを語るグループ」や、「東日本大震災関係者の相互支援グループ」等のワークショップを会場で見かけて、「何か怖い感じがした」と言われたことは何度かある。「災害」「震災」など日常は忘れていたいことだということを知る。しかし、被災地の人たちの「もう忘れられているんじゃないか」という声を聞く時に、支援者のサポートを続けることが、被災地、被災者が忘れられ孤立化しないためのささやかな行動の一つだと思っている。

相互支援グループの構造は、75分あるいは90分のセッションを3回行う、1日を使う体験である。これはグループにあまり慣れない人にとっては、何を1日かけて話すことがあるのだろうと不思議に思ったり、技法とかを何も教えてくれないことに驚いたりされるかも知れない。相互支援グループ自体が、始まりが、日本集団精神療法学会の会員が被災地に支援に出かけて帰ってきた時の心理的な傷つきへのサポートとして始めたために、1日3セッションというグループに違和感はなかった。それが、学会員だけでなく、各地で一緒に考えたいと思った時に、この構造についても考えるようにもなった。今年の9月の盛岡の東北集団精神療法研究会主催の研修会では「災害とメンタルヘルス—災害支援者支援にグループを活用する—」というタイトルで、90分の講義と2セッションのグループを行う計画である。

グループという構造の心的外傷（PTSD）に対する有効性について私は、Phillips(2004)の「心的外傷の中心的な体験は、無力化されること、他者との断絶である。そのためトラウマからの回復は、自己、他者、人の信念体系や世界との新しい関係を創造することに基礎を置く」を引用し、Pines(1989)の「症状は自己の内部の、また自己と他者との間のコミュニケーションの阻害であり、治療過程はコミュニケーションの増大である」という考えを紹介している（藤 2012）。

グループを作りコミュニケーションの増大をはかると変化が起きてくると Pines は述べている。「すなわち、疑問を追求すること—物事はなぜそうなのか、分析—なにがそうさせているのか、理解—何が明らかにならなければならない隠れた意味なのか、共有すること—われわれは表面的には違うかもしれないが、深部には共通するものを持っている、変化を支持すること—変化することはたいへん困難であることを知っているが、それを実現することができるなどということを進める文化」を GPT は注入することで、変化を実現することができると考えられる（Pines 1989）。

グループで話すことが、個人の思考や理解に変化を生じさせることが出来るかということとは、「込み入った人間体験の相互作用を通して起きる、非常に複雑なプロセス」であるが、これを「療法的因子」と名付け、以下の11の因子が治療による主要な体験だと

Yalom(1995/2012)は指摘する。

1. 希望をもたらすこと
2. 普遍性
3. 情報の伝達
4. 初期家族関係の修正的な繰り返し
5. 社会適応技術（ソーシャルスキル）の発達
6. 模倣行動
7. 対人学習
8. グループの凝集性
9. カタルシス
10. 実存的因子

GPTはグループを形成し話し合う時に、このような体験が生まれるようにと考えながら進めることが大事になってくる。これは便宜的な概念であり、相互依存的に働いているものだとして Yalom は述べている。私は「普遍性」の因子は、相互支援グループを理解する時に見えやすい概念だと思っている。災害支援者の限らず援助職の場合、ストレスを感じる事がその人個人の弱さのせいだと考えられやすいため、傷ついていることを表現できにくくなっている可能性があり、そのような場合に GPT はグループの中で傷つく体験は誰にでも起こることだとして扱う必要があると考える事が支援者のグループで必要だと勸化している（藤 2009）。自らの傷ついた体験が、こうして扱われることによって、そのメンバー（参加者）は、「自分ひとりの体験ではない」ということに気づき、孤立感から救われる体

験をすることになる。また、災害とメンタルヘルスを語るグループを続けていると、「今まで誰にも言わなかった」という支援者としての無力感などの辛かった思いを語る人が参加し、その後はもう参加しないという例を何度も見てきた。これは話したことで「カタルシス」が生じたのだろうと思う。このような体験が生じるには、1セッションでは難しいし、体験しないで講義を聞いてるだけでは理解できにくい。1日かけてグループで話すということについてあれこれ考えながら、どのように理解してもらおうかと考えているこの頃である。

文献：

- 藤 信子（2009）災害支援者のためのグループ。臨床心理学 9（6）. 735-739.
- Pines, M. 式守晴子訳（1989）グループ状況の中での個の変化。集団精神療法 5（1）. 11-16.
- Yalom, I.D. (1995) The Theory and Practice of Group Psychotherapy. 4th.ed. Basic Books.(中久喜雅文、川室優監訳 2012、ヤーロム グループサイコセラピー 理論と実践. 西村書店)

コミュニティと**集団精神療法**

(7)

— グループで体験したこと —

藤 信子

そのグループの中で、ユーゴスラビア紛争の時に家を転々としなければならなかったことなど、避難民としての暮らしを思い出しながらの発言や、他のメンバーのいくつかの発言は、怒りを表現しているように私には聞こえた。学会のテーマが“Crossing Borders, Social, Cultural and Clinical Challenges”（「境界を超える、社会、文化と臨床的挑戦」）であり、連日朝の基調講演は、我々と他者、移民、グローバリゼーション、トランスナショナルリズム（一応、脱国家主義としておく）

等についての考え、実践が語られていた。そこで触発されてグループの中ではいろんな感情が湧き出ているようだった。スコットランドとイングランドの関係も出てくるなどもあり、この学会（International Symposium of the Group Analytic Society International、以下 GASi）や国際集団精神療法学会（IAGP）での話題でよく出てくる紛争や対立（イスラエルとパレスチナなども）の問題であるとはいえ、あまり居心地のよくない感じであった。その居心地の悪さは、「私にも不

安はある、怒りもあるのだと思うけれど、どう表現してよいかわからない」という感じだった。難民にならざるを得なかった（この場合紛争での国内避難民だと思う）体験の大変さとその思いを聞きながら、この人たちは怒りの対象があるけれど、福島の避難者の人は怒りをどこに向けるのか、対象が無いんじゃないだろうか、ということ連想していた。そして次第に「怒りを表出することができない」感じについて、考えていた。

「東日本大震災等の関係者の相互支援グループ」（以下、相互支援グループ）では、この1年くらい、福島の避難者への支援についての戸惑い、悩みが何度か語られていた。避難している共同住宅の集会所への訪問は、手芸をしている人傍にいて作品の話をしてきたことや、茶話会に来る人は決まっていて、あまり自分の事情を話される避難者は少ないなど、支援者としてはこれで良いのだろうか、という思いを持つという話を聞いていた。そんな支援者の戸惑いを聞くうちに、相互支援グループの中で、強制避難と自主避難という区別は、避難者にとって打ち解けにくいことになっているのではないだろうか、という推測が生まれた。もちろん相互支援グループに参加し、集会所へ支援に出かけながら気持ちを聞けない状況について、自分の援助者としての力不足を感じている状況に対して、支え一緒に考えたいという思いがある一方、相当難しい支援状況だということを感じていた。また、

自主避難の場合、出てきた地域から見ると、私たちは頑張って留まっているのに、地域を捨てて出て行った、というように受け止められていることもあるということを知ると、日本の地域共同体や「村」の習慣などに思いが巡り、災害の3年後あたりから、「再統合」の問題が話されていたことと重なっていった。

この75分のセッションを4日間継続するGasiのグループの中で、思いついたのは「放射能は見えない」ということだった。それが怒りの対象の見つけにくさを、表しているようにも感じた。3年前のLisbonの時より、また2年前のRovinjのIGPAのグループより話しにくいと感じたのは、メンバーの一人がいつもは90分のグループが、ここは75分なので皆が急いでいるように感じると言っていたが、確かに話すペースが速いように感じたのと、40人くらいのグループが部屋のせいかわりに2重のサークルだったのもあり（私の英語能力が原因である以外に）、なかなか感じたことが言えなかったけれど、最後に「3日間グループの中で感じていたことは、数人のメンバーは怒りの対象を持っているということだった。でも私は怒りの対象を持っていないと感じた時に、おそらく福島から避難している人たちは、怒りを向ける対象を持っていないと感じているんじゃないだろうか、と思った」と発言した。福島？と聞かれたので、「6年前に原子力発電所が爆発して、今でも多くの人々が避難している」と言うと、何人かがわかっ

たようだった。それから他の人たちは怒りの対象があると思っていたけれど、紛争であれ戦争であれ、何にどう怒るのか、簡単じゃなさそうに思えてきた。ユーゴ紛争の時の話をしていたメンバーが終了後、「セルビアからきたの」と握手しながら言った。その握手のことを、私は福島から避難している人への彼女の思いなのだろうかと思った。

あるグループに参加しメンバーの話を聞き、感じたことで、自分が継続している別のグループの中で感じている問題に気づいていく。これは今回の Gasi のグループが図だとすると、相互支援グループも私の日常の中にあり、地の一部のようである。グループで起きたことを考えることで、自らの日常を理解してい

くことである。また今回のグループで、テーマに触発されたこともあると思われるが、「よく怒りの感情をだすな・・・」と感心していたが、やはりこの会議という容器 (container) が、メンバーが怒りを出しても大丈夫なように機能しているのだと思う。怒りの表現が出た後は、いろいろな感情を呼び起こしやすくなるのだろうか。それとも、グループのはじまりの不安は、怒りとなって表現されることが多いのだろうか、と今までのグループを思い返している。この夏のグループに参加することで得たことを、これからどのように生かすか、図のメンバーと地のメンバーを思い浮かべながら考えている。