

臨床場面における身体やモノの布置

統合失調症の人へのグループアプローチから

吉 村 夕 里

I はじめに

本論文の目的は、統合失調症の人たちを対象としたグループアプローチの場面に焦点をあてて、場面における身体やモノの布置と相互交渉との関連を関与観察に基づいて考察することである。

従来、臨床場面の力動は言語的相互交渉そのものに焦点をあてて分析されがちであった。しかし、臨床場面に参与する人々の中には意志表示や言語的な交渉に困難や問題を抱える人々も存在する。本論文で焦点をあてるのは、集団場面において孤立する統合失調症の人2例であり、スタッフらは彼らの言語的な相互交渉そのものに焦点をあてて介入を行ったのではなく、彼らが参与している集団場面の設定そのものを変化させる介入を行った。

以下には研究の背景として、最初に、家族療法やグループアプローチのなかに認められる身体やモノの布置への介入方法を紹介した後、以上2例の臨床場面での具体的なエピソードをとりあげて、臨床場面の構造の変化によって、彼らや参加メンバーの意識や行動がどのように影響されたのか、について考察していく。

なお、事例に関するエピソードの記述にあたっては、筆者が関与観察を行った統合失調症の人たちへのグループアプローチの場面の筆記記録の一部を使用した。筆記記録の作成と研究目的の使用にあたっては施設職員とグループアプローチの参加者から

了解を得ており、記録の管理責任、内容の匿名性の保障などについても口頭で説明済みである。しかし、使用するデータでは匿名性に配慮して、事例の背景、施設名、臨床場面でのやりとり、データ収集年月日などは詳述していない。

II 身体とモノの布置への介入

本章では、身体とモノの布置に対する介入方法として、家族療法のチェアーテクニックや認知行動主義的グループアプローチなどに認められる場面設定を紹介して、それらのアプローチのなかで臨床場面の構造がどのように扱われているのかについて検討する。

III-1 家族療法における チェアーテクニック

臨床場面の身体やモノの布置に介入するアプローチとしては家族療法があげられる。家族療法においては、家族システムのコミュニケーションをたんに情報の伝達ととらえるのではなく、言語メッセージが交換される家族システムのコンテクストと結びつけて、情報がもつ他者への影響力をとらえようとする（長谷川、2005）。

たとえば、人が会話をしている場合、言語はたんに情報伝達機能を担っているのではない。言語の受け手は送り手のメッセージの意味を自分のコンテクストに基づいて再構成しており、受け手の行動は受け手の

コンテキストに拘束され決定されていく。そして、集団内での会話では集団成員同士の定型的な相互拘束のパターンが認められるようになる。家族療法が介入の対象としているのは、家族成員の言語的な表示内容そのものよりも、言語的な表示内容を成り立たせている前後関係の文脈など、会話のコンテキストである。

家族の定型的な会話のパターンを支えているコンテキストに対して、家族療法で行われる代表的な介入方法としては、チェアーテクニックがあげられる。チェアーテクニックは、構造的家族療法などで主に使用される介入方法である。前半の家族面接において家族成員同士の普段の会話を再現した後、インターバルを挟んでセラピストによって実施されることが一般的であり、インターバルにおけるセラピストたちのアセスメントは、家族の会話のコンテキストを観察することにエネルギーが注がれる。この場合、アセスメントの中心となるのは会話の内容そのものよりも家族成員間の会話の円環である。つまり、誰が何を話したかということよりも、誰が誰の後に話すのかという会話の流れ、シークエンスなどが観察の焦点となるのである。そして、会話の流れ、シークエンスなどに関連しているのが、場面における身体の布置であり、身体の布置はいわば会話のコンテキストを支える舞台装置のような役割を果たしている。

チェアーテクニックとは要するに一種の「席替え」であるが、この席替えは時として家族成員同士の会話の円環を著しく変化させる。家族の食卓での着座位置が固定しているように、人は普段、家族の団欒における家族成員同士の身体の配置に特に気を配ることはない。家族成員が日常を共に過ごす場面においては、食卓での着座が固定していくように、家族成員同士の位置関係は自然に固定していき、生活習慣のなかで安定して築かれている以上のコンテキストは、普段は省みられることはない。家族の

食卓という舞台装置のなかで繰り広げられる会話のコンテキストは、習慣化された家族成員間の身体の布置の様態と結びついた拘束を受けており、それが人々の相互交渉を安定させているのである。もし、ある日、家族成員の誰かが夕飯の時の着座位置を変えた場合、他の家族成員は戸惑い、各々が場面を再構成する必要に迫られるのではないだろうか。このように、パターン化している場面における身体の位置関係の変化は、人々に場面の再構成を促して新たな相互交渉のパターンを構築することになる。

家族療法のチェアーテクニックにおいても家族は会話における身体の布置関係の変化に直面して、それまでに築いていた会話の定型的なパターンの変化が促されるとともに、家族の相互交渉の在り方の変容が促されることがある。家族成員の定型的な会話のパターンは場面における定型的な身体の布置のパターンと結びついており、身体の布置の変化は家族成員が家族全体の場面をとらえる方法、即ち家族成員個々のコンテキストに変化を及ぼして、家族間の会話による相互交渉が再構成されることを促すのである。

III-2 グループアプローチの設定

家族療法に比して、グループアプローチでは場面設定における明確な方法論は存在しないが、家族療法とグループアプローチの構造は対象が複数の人であることや、スタッフがチームを組んで対応していることに共通点がある。両者共に、場面設定が重要な役割をもっていることは、時にグループアプローチの実施者に明確に意識されていない場合があるものの、共通していると思われる。

たとえば、SST (social skills training) や集団療法の設定では図1のとおりホワイトボードを前面に位置させ、半円形に椅子が配置されてメンバーが座り、リー

ダー役とコリーダー役のスタッフがホワイトボードを挟んで立ち、観察者役のスタッフがメンバー間に配置される設定がとられる場合がある。また、コピーしたプログラム、レジメなどが資料として配られることもある。

以上の設定は、円形に配置される場合に比して、メンバー同士が、あるいはメンバーとスタッフが対面することによる圧迫感や緊張感を和らげる効果がある。スタッフは気弱な発言者に他のメンバーの視線が集中することを、ホワイトボードへの筆記や、自身の身体の動きや体の向きを活用して回避したり、メモやコピーを配ることによって、メンバーの視線を下に向けさせ、会話を内省的な方向に誘導したりできる。気分が沈み、俯きがちなメンバーの場合には、ホワイトボードに発言内容を筆記して、視線を上向きにさせ、会話を現実的な方向に誘導することも可能である。また、特定のメンバーの発言に対して他のメンバーの注意を促すために、スタッフが特定のメンバーの横に移動して、他のメンバーの視線をそのメンバーに集中させる場合もある。SSTの技法に組み込まれているポジティブフィードバックをメンバーが他メンバー

に行う際には、リーダー役のスタッフなどに視線や身体を向けて行なわれることが多いのだが、リーダーあるいはコリーダー役や観察者役のスタッフがメンバー間を移動することによって、視線と発話の方向性をポジティブフィードバックが行われるべきメンバーへと変換させることができる。

グループワークの自己紹介ゲームなどでは、メンバーにボールやマイクをもつように指示する場合もある。あるいは、会話の際にもてあそぶためのクラッシュボールと呼ばれる柔らかいボールも存在する。クラッシュボールとは、ボールを掌で転がしながら否定的な話をするのは難しい、意図的に身体を調整することによって感情が上向きに変化するとされる神経心理学の知見を応用した介入方法である。この他にもたとえば、抑うつ的な気分の時、視線は下向きとなり、現実的な話よりも内省的な会話になりやすい、視線を上向きにすると抑うつ的な気分が変化して現実的な会話がしやすくなるというように、身体と気分、会話との関連が認められる場合がある。

場面統制において重要な役割を果たすのは、身体やモノの布置だけではない。時間の統制も重要な役割を果たす。場面における身体やモノの統制者は時間の統制者ともなりえる。たとえば、クラッシュボールという「モノ」を場面に介在させるように指示する行為により、スタッフはメンバーの会話時間を統制することにもなる。メンバーは会話の間はクラッシュボールを所有できるが、次のメンバーに渡すという行動を意識することによって、時間を統制する必要があることと

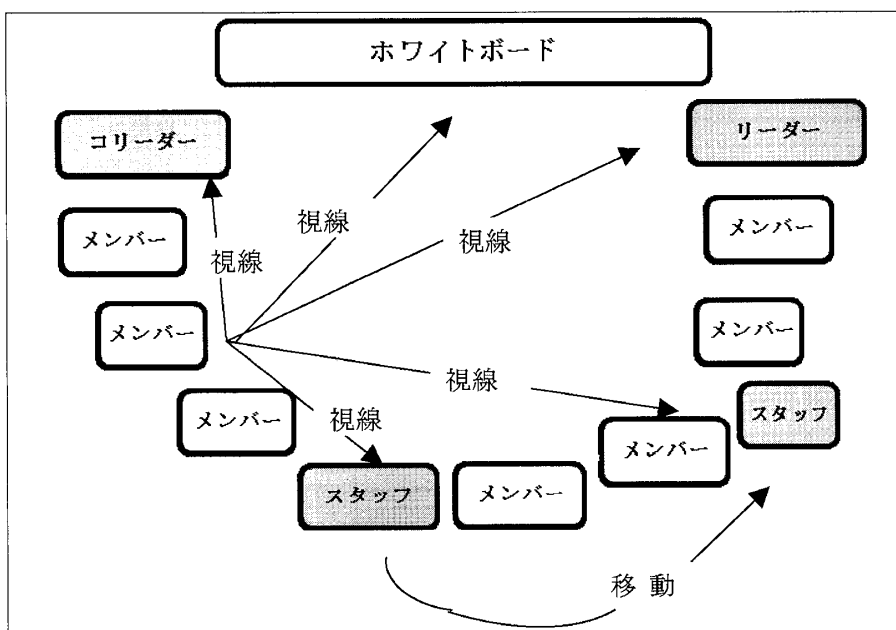


図1 グループアプローチの場面設定の例

なる。

さらに、グループアプローチにおいても家族療法と同じく、インターバルをとる効果は認められる。メンバー同士の会話の流れを変化させたり、新しい話題や提案を行ったりする場合はインターバルを挟んだ直後の介入として行うことにより、場面変換が容易になる。

以上の場面設定への介入によりメンバー間やメンバーとスタッフ間の言語的相互交渉への介入が可能となるのだが、この場合、メンバー自身が既に行っている場面や時間の統制を含んだ参与方法はどのように扱われるのだろうか。一般に、ある集団が形成され、反復してその場にメンバーが参加している場合、場を構成しているメンバーたちは場に対する各々の参与方法を既にとっている。しかし、スタッフ側にはその事実が認知されていない場合がある。参加メンバーたちが行っている場への参与方法はスタッフによってどのようにとりあげられたり、とりあげられなかったりするのだろうか。

以下にグループアプローチ場面の具体的なエピソードを2つとりあげて考察を行う。なお、以下に紹介する集団療法のリーダー役のスタッフは筆者である。

III 統合失調症の人を対象としたグループアプローチ

本章で焦点をあてるのは、統合失調症の人へのグループアプローチの場面において、席順の変化を促がしたり、グループの会話にモノを介在させたりする介入を行った際のA氏とB氏のエピソードである。A氏とB氏はA精神科デイケア施設に通所していた統合失調症のメンバーである。

同施設では、曜日ごとに異なったプログラムが複数用意されており、本人の希望にそってプログラムを選択することになっている。プログラムとしては、創作、華道、

演劇、音楽、クラフト、ヨガ、美術、スポーツ、ペン習字、ボディワークなどのプログラムや、SST、職業前訓練、生活自立訓練などが曜日ごとに構成されている。A氏とB氏が参加したグループワークの曜日には集団療法とSSTが2コマ実施されていたが、彼らはメンバー同士の交流を目的とした集団療法を選択した。

集団療法は参加を希望した7、8人の固定メンバーによって半年を1クールとして実施されていたものである。集団療法と一口に言ってもそのやり方は機関により種々様々である。A精神科デイケア施設においては集団療法と名づけられたプログラムの実施方法は参加メンバーや実施スタッフの希望によって半期ごとに内容を変化させていたが、大まかにはミーティング、構成的エンカウンター、心理劇、芸術療法、レクレーション的な要素を組み合わせたような折衷的な内容である。実施場所は大きな窓と、柱時計、ドアが2つある12畳程度の会議室であり、部屋の真ん中を中心としてロの字型に椅子と机を並べて行われていた。参加が固定していたスタッフはリーダー役とコリーダー役のスタッフとオブザーバー役のスタッフの計3名であり、集団療法に参加していたスタッフの職種は精神科医、看護師、作業療法士、心理職、PSWなどであり、構成メンバーは半期ごとに変化していた。

III-1 話を独占してしまう50代の統合失調症の男性（A氏）

1) A氏が参加したグループ

A氏のグループに参加していた固定メンバーは9名、スタッフは3名である。参加メンバーの大半は20代から30代の男女であり、A氏が参加したグループではA氏のみが50代であった。就労経験や結婚経験をもつA氏にとっては、他メンバーは子どものような存在なのか、「若いものは働

かないといけない」「さぼっていないで決めたことは続ける努力が必要だ」などという説教を普段から大きな声で繰り返しており、若いメンバーからは敬遠されがちであった。集団療法には「他のメンバーと親しくになりたい」との希望をもって参加していた。しかし、集団療法においても、特に若い男性メンバーが話をしだすと、「さぼっている」「気力がない」「人は〇〇しなければならない」などと説教を続けるために他メンバーから敬遠されていた。

A氏と若いメンバーとの会話の一例は以下のようなものである。

メンバー 8：ここに来るようになっていろんな人と話をするようになり、今が青春という感じがする。あまり何かを決めてやるのではなく（ゆっくりと話している）。決めるとそれに縛られるし。決めてしまうと何があってもやらないといけない気がする。決めると。

A氏：（大きな声で）なんや。情けない話や。決めたことを守らないと。若いのに聞いていたら情けなくなる。さっきは俺が話している時も割り込んできて女の子に話をしていたし、皆へらへらしてその日暮らしや。さぼっていても仕方がないし何のために来ているのかわからへん。（一層大きな声で）俺が働いていた頃はそんな余裕はなかった（A氏を見ていた他メンバーは俯いてしまう。ため息を漏らすメンバーもいる）。

スタッフ（コリーダー）：少し（メンバー 8）さんの話を聞きたいのですが。

メンバー 8：（黙っている）

A氏：もっと裸のつき合いをしないといけない。情けない。

メンバー 8：ちょっと休んできます（立ち上がり退席する）。

スタッフ（リーダー）：わかりました。

A氏さんの話を聞いて意見のある人はいますか。

メンバー 4：Aさんがいろいろ教えてくれるのはいいんだけど。（メンバー 8）さんの言うこともそうだなと思う。（メンバー 8）さんも前よりも落ち着いてきはったし。

A氏：落ち着くといっても来ると言ってこない日もある。何もしないのではなく、何かしないと。俺は（略）してきた。（略）してやってきた（話し続ける）

メンバー 4：（黙っている）

2) A氏をめぐるグループ内の会話の円環と位置関係

グループ内の会話では、他のメンバーが話しだすとA氏が遮って説教をし始め、参加者全員が眉を顰めた不快な表情となり、退出するメンバーも見られたため、リーダー役のスタッフである筆者やコリーダー役のスタッフがA氏の話を遮ったり、他メンバーに発言を促しては同じことが繰り返されたりする結果になっていた（図2）。

A氏は集団療法が行われる会議室では

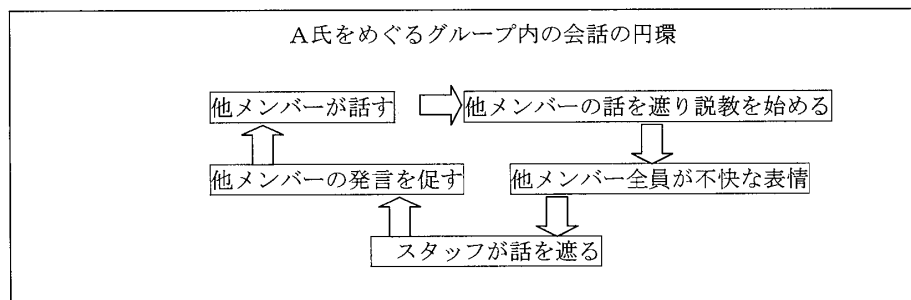


図2 A氏をめぐるグループ内の会話の円環

若い男性メンバーの間に座り、ドアに背を向けて椅子に背をもたせかけるように反り返って座っており、背後のドアの開閉を気にして振り返ったり、集団療法のリーダー役のスタッフである筆者や前方に位置する窓の外に視線を走らせたりしていた（図3）。話をする時も、A氏は他のメンバーを一瞥はするものの、持続して他メンバーに視線を向けることはなく、主に筆者の方を見ているか、窓の外を見ながら話すことが多かった。

3) A氏とグループへの介入

初回から3回目のセッションまで同じパターンのグループ内の会話の円環が認められた。集団療法では初回から3回目のセッションにかけて「集団療法のルールづくり」をメンバーとスタッフの意見をもとに行っている。たとえば、「集団療法で話されたことは他で話さない」「暴力を振るわない」などのルールが決められることがあるが、これらのルールは特に固定しているわけではなく、参加メンバーによってクール毎に変化するものである。A氏のグループでは、参加メンバーたちはA氏を意識するところがあったのか、「喧嘩しない」「話を一人占めしない」などのルールを定めることへの希望が出され、グループの雰囲気はスタッフにとっても息苦しいものとなった。

4回目のセッションにおいて、リーダー役のスタッフである筆者は参加メンバー全員に「今までに座ったことがない位置に座ってみましょう」と言い、今までと異なった様々な位置に座るように促し、そのうえで自由な位置を選択して座るように教示するという「席順のアセスメント」を行った。図3が「席順のアセスメント」を行う前のA氏のグループ内の位置関係であり、図4はその後の位置関係である。

A氏は、従来座っていた位置から机を挟んだ対角線上の反対側の位置に結果的に

座ることになった。従来のA氏の位置では前方に窓が、背後にドアが位置していたが、移動した位置では、2つのドアが前方の視界に入り、背後に窓が位置することとなった。また、それまでは若い男性メンバー（メンバー1と8）に左右を挟まれるような位置に座していたが、移動後は女性メンバー（メンバー2）と筆者に左右を挟まれる形となっている。グループ全体としては、男性メンバーはA氏以外は元の位置に戻り、正面の女性メンバー（メンバー2）とコリーダー役のスタッフ、対角線上の女性メンバー（メンバー4）とA氏の位置関係が逆転することとなった。

筆者が「今までの位置に比べ居心地が変わりましたか」とメンバー全員の感想を求めると、A氏の右側に居た男性メンバー（メンバー8）は「机の角に座る方がやはり落ち着く」と、A氏の対角線上の反対側の位置に居た女性メンバー（メンバー4）は「窓が見える方が視界が広がる」と述べる。他のメンバーからは「特にかわらない」（メンバー1、7）、「ドアの前が落ち着く」（メンバー3）、「後の空間が広いと落ち着かない」（メンバー5）などの感想が得られた。

他メンバーが感想を話す間、A氏は黙って聞いていたが、筆者がA氏にも感想を求めると、A氏は部屋全体をゆっくりと見渡すようにして視線を動かしてから、「ドアが見える位置は落ち着かない。窓が見える位置の方が気がまぎれる」「ドアが見えると誰が入ってくるかが気になる」と感想を述べた。

次いで筆者は、クラッシュボールのような位置づけで、会話をするメンバーは「ぬいぐるみ」をもつようにメンバーに指示した。以上のように場面構成を変化させた後のセッションでは、A氏は自らが「落ち着かない」と感想を述べたドアが見える位置を定位置として落ち着いて座るようになり、両脇の女性メンバーやスタッフからぬ

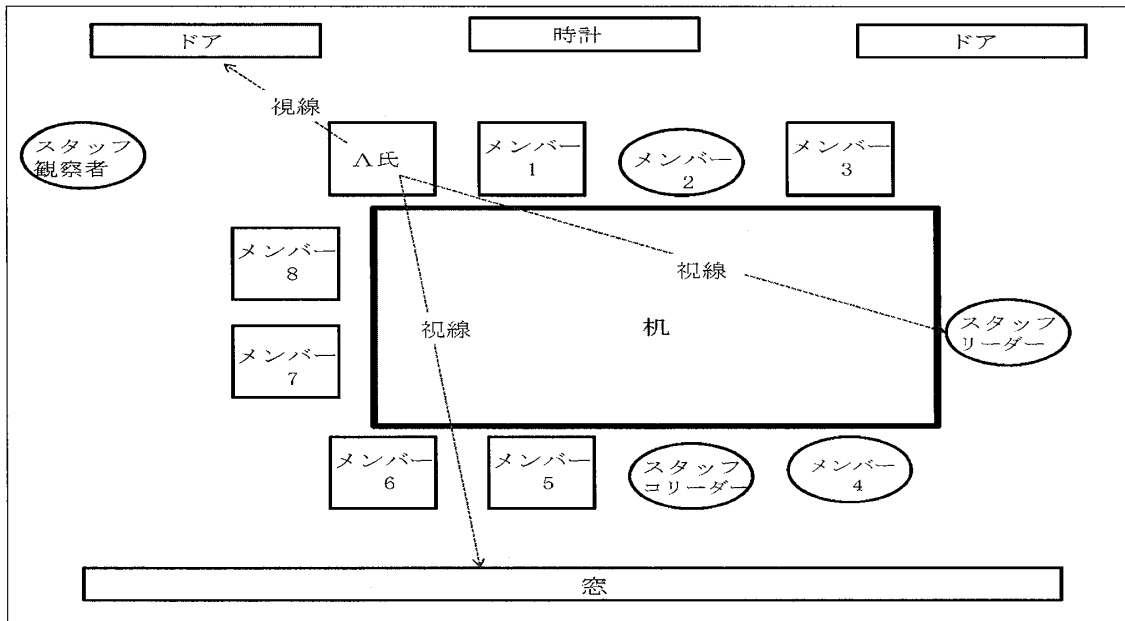


図3 A氏のグループ内の位置関係（□は男性、○は女性）

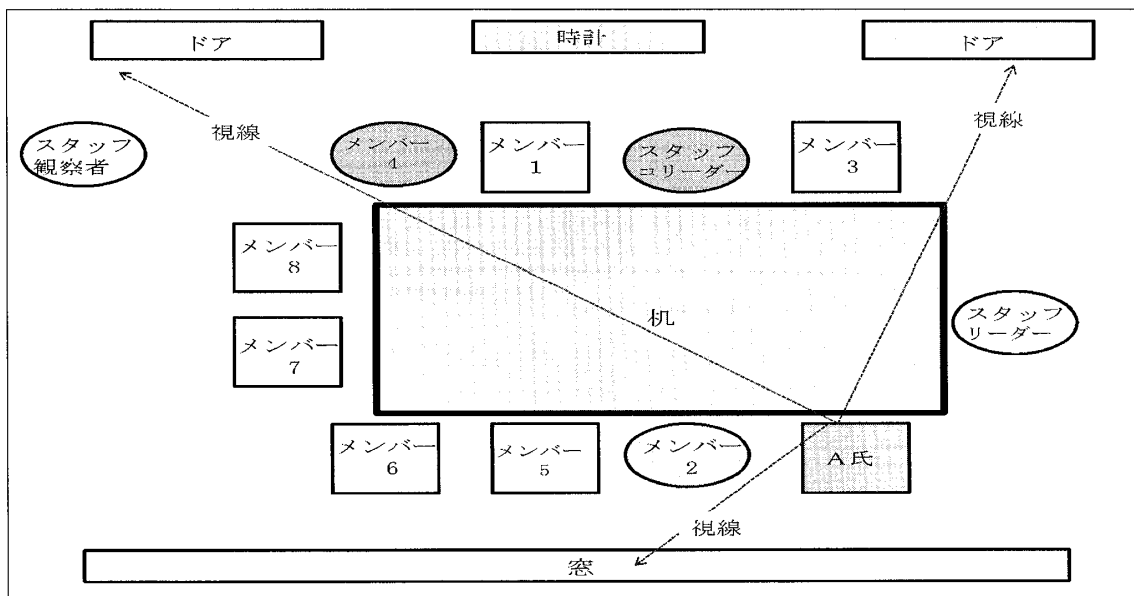


図4 席順の変化後のA氏の位置関係（グレー部は移動したメンバーとスタッフ）

いぐるみを笑顔で受け取り、他メンバーに渡すようになる。また、「話しすぎて嫌がられているように感じるが、率直な感想を聴かして欲しい」と自ら述べるような変化が生じ、若い男性メンバーから「時には厳しい注意を受けるのも悪くはない」という意見も出たりした。

4) 席順の変化がもたらしたA氏とグループへの影響

席順を変化させることによって、場面に

対するA氏の居心地が変化した様子が感じられた。席順の変化によって、メンバー全員がA氏の落ち着く場所を認知したこと、A氏の視界がドアや窓の外などに広がったことが居心地に変化を与えたと思われる。以前は後方のドアの開閉を気にする様子とともに、窓の外とリーダー役のスタッフである筆者にしか視界に入れていない様子であったが、視界が広がり、他メンバーの様子を見るように変化したことも居心地に影響したと思われる。さらに、会話を

する際にクラッシュボールのような位置づけの「ぬいぐるみ」をもつというルールの設定によって、「ぬいぐるみ」を見たり、もてあそんだりしながら、周囲に視線を向けて以前よりも落ち着いて話すようになり、会話を独占する時間が減ると同時に、「説教的」な口調も和らいだ。

席順のアセスメント以前のA氏は、話を独占していたにもかかわらず、人と人との「対峙感覚」においては、受動的な立場に身を置いていたと思われる。対峙感覚は、人が人と対面した際に生じる「受動／能動」的な双方向の感覚であるが、この感覚は単に視覚的な意味合いのものに限定されるわけではない。受動的な対峙感覚は「相手から見られている」という意識を伴う身体感覚であり、人が人に対面する際に体感する全般的な感覚である。対峙感覚は人が人に対して特権的に感じる感覚であり、人はモノに対しては「見られている」という感覚を普通は生じさせることはない。

A氏は集団内においては会話の独占という能動的な行為を行っているが、以上の行為を続けることによって、集団内では対峙感覚という身体感覚を含んだ意味合いでの「見られている」という受動的な立場に身を置いてしまっていたと思われる。逆に言えば、集団内での受動的な位置づけを、何とか能動的にとらえ返そう、統制しようとするA氏の試みが会話の独占であったとも考えられる。以上の試みは、参与場面において統制感を保持しようとする主体の営みであるが、集団規範を乱すものとして他メンバーとスタッフからはとらえられていた。A氏の試みは、席順の変動や「ぬいぐるみ」というモノが介在されることにより、再構成を促されたと思われる。場面の変換と「ぬいぐるみ」というモノの所有は、A氏の場面への統制感に影響を及ぼした、会話の時間の統制を促した、と思われた。

III-2 血統妄想の話が続ける30代の統合失調症の男性（B氏）

1) B氏が参加したグループ

B氏のグループに参加していた固定メンバーは8名、スタッフは3名である。参加メンバーの大半は30代の男女である。なお、集団療法の実施場所や方法などはA氏と同様であるが、B氏はA氏とは別時期の別のグループに所属していた。

B氏はA氏と同様、集団療法に「他のメンバーと話がしたい」との希望をもって参加していたが、「自分は〇〇の血筋をひく」「欧州の皇族の血筋である」「〇〇の皇族とも血がつながっている」との話をあらゆる話題に絡ませてしようとするために、他のメンバーの会話が妨げられ、特定の男性メンバーからは「いい加減にしてくれ」「お前は黙ってろ」と罵られることがあった。

B氏と特定の男性メンバーとの会話の一例は以下のようなものである。

(メンバー7)：(笑っている) そうやな。自転車で走っている時にすれちがって、その時は分らなかったけど。あの時すれちがったんか。

(メンバー6)：(笑っている) そうなんですよ。私も急いでたし。あっ(メンバー7) さんやと思ったらもうすれちがって。

B氏：(唐突に) 僕は〇〇家のことがあ
るんです。どこの国かという、ベル
ギーの方があって王室があるんです。
そこの出が僕の(チックが出現し始め
る。視線は窓の方に向いている)。

(メンバー7)：(目を吊り上げ、語気を
荒げて) 行ったことあるのか。この間
は別の国のことを言ってたやないか。

B氏：(顔を顰める) ベルギーがどこに
あるかと言うと、その(チックと体動

が激しくなりだす) (話し続ける)。
(メンバー 7) : 黙ってろお前は。喋ってんやないか。
B 氏 : (ふらっと立ち上がり) お茶を向こうで飲めます (退室する)

2) B氏をめぐるグループ内の会話の円環と位置関係

グループ内の会話では、B氏が血統妄想的な話をする度に、他メンバーはうんざりしたような表情を浮かべ、時にB氏が特定の男性メンバー (メンバー 7) から罵られる場面も見られた。B氏は、顔を顰めたり、体動や顔面のチックを起こしたりしながらも血統妄想的な話を続け、リーダー役のスタッフである筆者が介入するかどうかを逡巡している間に、「しんどい」と退席してしまうことが繰り返されていた (図 5)。

3回目のセッションから、B氏は集団療法が行われる会議室に再入室する際には辞書やノート、お茶を持ち込むようになり、窓が見える位置に座り、お茶を飲んだり、辞書をめくったりするようになった (図 6)。しかし、他のメンバーの話を遮る形で血統妄想的な話を始めることは依然として繰り返されていた。B氏は話をしている間、リーダー役のスタッフである筆者の方を見ており、筆者が視線をはずすと窓の外を見ながら話し続けていた。その間、特定の男性メンバー (メンバー 7) は陰しい表情となってB氏を睨みつけたりし始める。B氏は話しながらも他メンバーの苛立ちを感じるのか、体動や顔面のチックが目立ち

始める。しかし、特定メンバーが声を荒げようとする前に立ちあがって「お茶を飲めます」と会議室から退席できるようにはなっていた

3) B氏とグループへの介入

4回目のセッションでA氏が所属していたグループと同様、B氏が所属するグループに対しても席順のアセスメントを実施した。図 6 が「席順のアセスメント」を行う前のB氏のグループ内の位置関係であり、図 7 はその後の位置関係である。

B氏はいつもB氏を罵ることがあった特定の男性メンバー (メンバー 7) の左側の位置から正面の位置 (メンバー 4 の位置) に移動することとなった。移動前の位置からは正面に窓が見えたが、移動後の位置では窓に背を向けて座る形となり、前方の柱時計やドアが視界に入るようになった。

リーダー役のスタッフである筆者が感想を求めると、B氏はスタッフの顔を見ながら「ここからは窓が見えない。窓の外の間を見ないと気が晴れる。雲を見ていると落ち着く。話していると頭痛がして顔が動くが、変に思われなかと気になる。喉が渇いてお茶を飲むと話しやすくなるのでお茶を持ち込みたい。また、わからないことを調べたいので辞書も持ち込みたい」と落ち着いた様子で話す。筆者は参加メンバー全員に対して「Bさんがお茶を持ち込むのを私は構わないと思います。それで皆さんよろしいですね」と呼びかけて、お茶や辞書の持ち込みを集団のルールとして追認した。

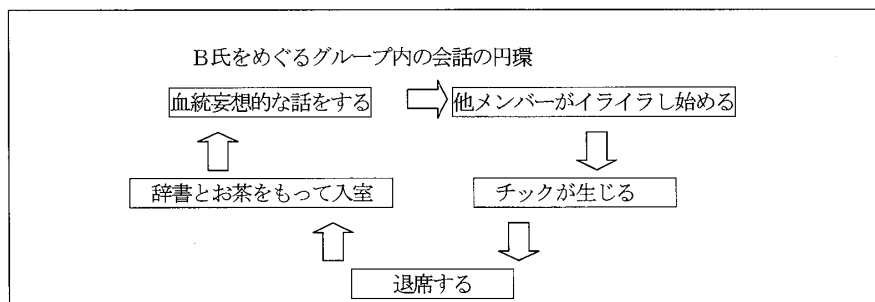


図 5 B氏をめぐるグループ内の会話の円環

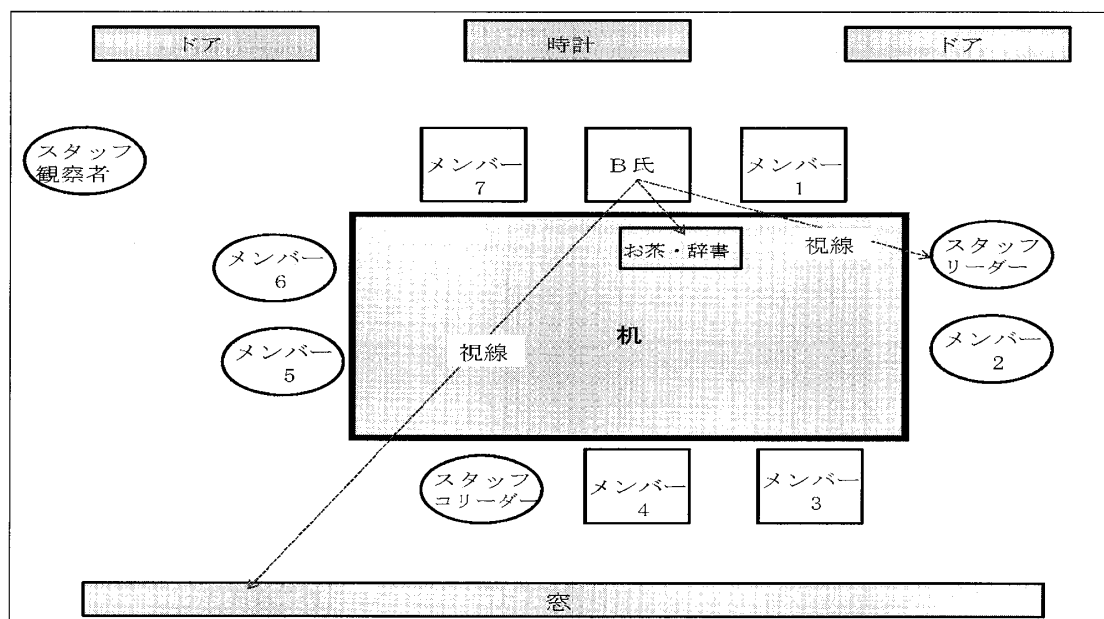


図6 B氏のグループ内の位置関係（□は男性、○は女性）

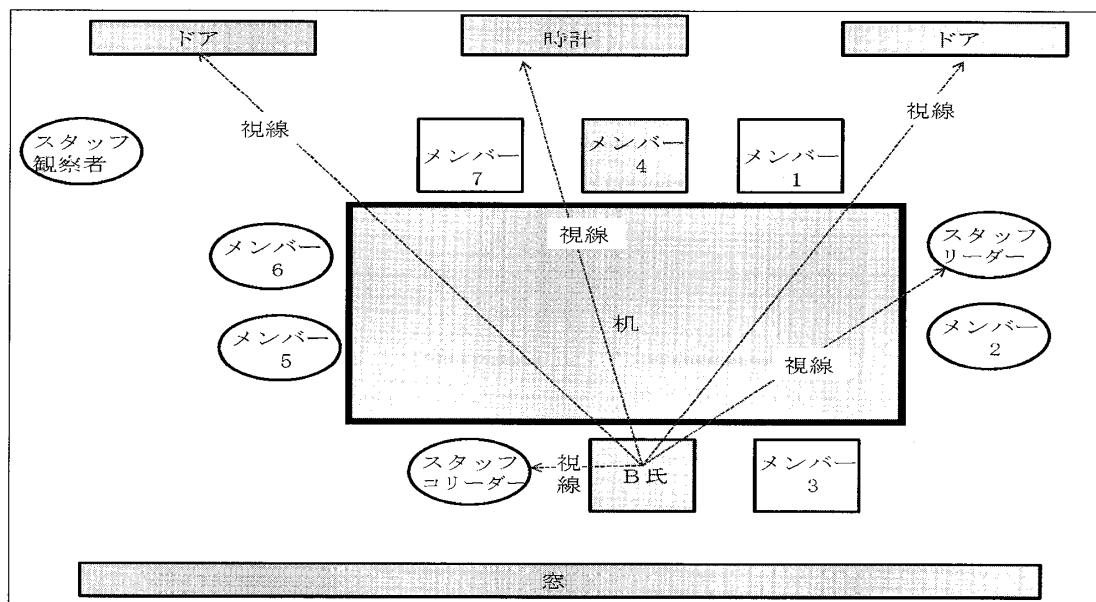


図7 席順の変化後のB氏の位置関係（グレー部は移動したメンバー）

5回目のセッションからB氏は、窓に背を向け、時計やドアが見える移動後の位置を定位置にして座るようになり、お茶や辞書の持ち込みをしなくなった。また、顔をあげて時計を見ながら話すようになり、チックが減り、他のメンバーの話を聴けるようになった。

6回目のセッションで筆者が「以前は窓の外が見える位置の方が気が晴れると言われましたが、この頃は窓の外が見えない位置に座っておられますね」と問うと、B氏

は前方の時計の方を見ながら「時計を見ながら終了時間を気にして話すようにしている」「以前はわからないことがあれば辞書で調べようと思っていたが、今は皇室の話をすると変に思われるので話を短くするように努力している」と答えた。B氏のこの発言は筆者を覚醒させるものであった。また、他メンバーもB氏の方にまっすぐに目を向けており、B氏の話を中心して聴いている感じが感じられた。B氏を罵ることもあった特定の男性メンバー（メンバー

7) も柔和な表情をしており、B 氏の話を聴いている印象であった。

それまで、B 氏は他のメンバーの話を遮って血統妄想的な話をしてしまうため、他のメンバーやスタッフからは会話が統制できない人間、場への参与方法が統制できない人間だとみなされていた。確かに B 氏は会話の統制という点においては困難さを抱えていたと思われるが、場への参与を全く統制していないわけではない。

B 氏は集団療法の会議室への入退室をとおして、あるいは「窓の外を見る」ことをとおして、血統妄想的な話をしている時に感じる周囲のメンバーの苛立ちを遮断し、自分の話に集中していたと思われる。その他にもお茶や辞書という「モノ」に自分の視線や関心を向けることによって周囲のメンバーの視線を遮断して、その場に居続けるような統制も試みていたと思われる。B 氏の視線はお茶やノート、辞書に向けられるか、リーダー役のスタッフである筆者もしくは窓の外を見ていることが多く、その他のメンバーはほとんど視界に入れていない。視線をそれらのモノに特異的に向けることは、メンバーの苛立ちを感じる B 氏が生み出した場への参与の方法でもあったと思われる。

4) 席順の変化がもたらした B 氏とグループへ影響

B 氏は席順のアセスメントの後は、「気が晴れる」と述べた窓の外が見える位置ではなく、窓に背を向けた時計の見える位置に移動しており、以後この席を定位置にするようになっている。また、時計やメンバーを視界に入れて話すようになり、視野が上向きになるとともに血統妄想的な話も自然に軽減していつている。席順のアセスメントにおいて B 氏がとった行動で重要と思われることは、B 氏が集団への自分なりの参与の方法を言語的に表示したこと、時計を能動的に見るようになったこと、それ

に伴い、メンバーを視野に入れるようになったことである。

統合失調症の人に限らず、多くの人は場への統制感を保つために、自分が参与している空間を常に再構成し続けていると思われるが、それは当人が環境に対して常に受け身の立場にいたのではなく、当人なりの統制方法を試みていることでもある。B 氏が当初とっていた場への参与方法は、他メンバーと対面して話し続ける際に生じる居心地の悪さを遮断するために、窓の外や手もとの「モノ」を見る、その場から退室するという統制方法であったと思われる。しかし、これらの方法は他メンバーやスタッフが暗黙にもっている「集団の会話の文脈を尊重するべきである」「会話を独占するべきではない」など、言語的な交渉に重点を置いた規範とは異なるものである。

B 氏の場合も、席順のアセスメントの後に、人との対峙感覚という身体的な意味合いを含めた「見られている」という受動的な位置から、「時計を見る」という能動的な位置への変化が見られる。B 氏にとって集団場面が再構成されるとともに、その変化を言語化することによって B 氏が話をする時間の統制を能動的に試みていることが全メンバーに認知されたのではないかと考える。

以下に今までにとりあげた、A 氏、B 氏の 2 事例のエピソードについて包括的な考察を行う。

IV 場面への参与方法の統制

2 事例のエピソードでは、スタッフが場面構成への介入を行っていることが共通している。この場合、言語的表示内容そのものに介入するのではなく、会話が生成している場の構造に介入することによって変化が生じたという点が重要と思われる。

2 事例とスタッフが含まれていた集団のなかで繰り返し生起されていた会話の円環

は、集団の権力関係の反映そのものである。A氏やB氏の場合は所属するグループの権力関係が、それぞれの集団における会話の定型的なパターンに反映されていたと思われる。会話の定型的なパターンのなかには、各々の集団の参与の枠組みに関わる暗黙のルールが存在している。

精神科デイケア施設には、「会話を独占するべきではない」「スタッフは特定メンバーの会話の独占を統制するべきだ」「和やかに話すべきだ」など、場における対称的な言語的交流を重要視する集団規範が存在しており、これらの規範からの逸脱行為は構成メンバーから統制を欠く行為として、A氏やB氏に対する大半のメンバーのように「見て見ぬふりをする」という形式で無視されたりする。また、A氏に対するスタッフの態度のように会話を制止されたり、B氏に対する特定男性メンバー（メンバー7）の態度のようにあからさまな非難の対象となったりする。

このように言語的な相互交渉の規範からの逸脱者は場への参与が統制できない人間だとみなされ、集団からの苛立ちや無視の対象となる。彼らが言語的に表示した内容は、ほとんど無視され、彼らは集団からは無視されながら、対峙感覚的な意味合いにおいては集団から「見られている」という受動的な立場に身を置くことになる。

ここで、席順のアセスメントが場面構成に与えた変化を、人と人との対面的な関係にモノが介在することの意味に関連させた考察を試みる。

精神病は、「意識の当事者としての主体的能動性」と「受け身の状態であっても“自分が受け身の形になっている”というとらえ返しをしている主体的能動性が希薄になる事態」（木村、1983）とされてきた。精神病の人の場面統制力は常に懐疑的に扱われ、当人たちが行っている主体能動的な場面統制の試みは周囲から省みられない傾向があった。しかし、集団からの対峙感覚

に対して受動的な立場に身を置く言語交渉の逸脱者たちも、場への参与方法を全く統制していないわけではない。彼らが反復して参与を図る環境への適応は、A氏やB氏がそうであるように、本人なりのやり方で試みられているのである。そのひとつが集団と対峙することによって生じる身体的な意味合いを含んだ「見られている」という受動的な感覚を遮断して、自らの感覚を能動的にとらえ返そうとする試みであり、A氏、B氏の場合は夫々、「窓の外を見る」「窓の外や手もとのモノを見る」「リーダー役のスタッフを見る」という行為であったと思われる。

席順のアセスメントでは、A氏、B氏は居心地が悪い位置の条件としてあげた位置、たとえばA氏はドアが見える位置へ、B氏は窓が見えない位置に両者共に移動して、以後、定位置にしている。したがって、席順のアセスメントは、彼らにとって居心地のよい位置を確認して移動させることに意味があるのではなく、場面構成が変化すること、場面構成の変化が与える「居心地の差異」を彼らが集団において表示したという行為自体にも意味があり、場面への参与の枠組みを彼らが再構成する方法に影響を与えたと思われる。

では、何故「ぬいぐるみ」「時計」など、場面におけるモノの布置の変化が、A氏、B氏の場面への統制感に影響を及ぼしたのであろうか。浜田は、「自己」と「所有関係」について発達心理学的観点から考察を行い、「“自我”というものがまずあってそのうえで所有意識が出てくるのではなく、むしろ所有的關係があって、これが他者関係のなかで相互に認知されるところから自我の一端があらわれてくるのではないか」「3項場面のなかでもものに他者から自己性（つまり“あなたに帰属する”ものとして伝えられた所有関係）が与えられ、そこにまず外なる“個別性”が生まれて、のちにそれが内的にとらえ返される」とする（浜

田、1991)。

席順のアセスメントにおいては、場面が転換するとともに、A氏の場合は他メンバーとの会話にクラッシュボールのような発話権の象徴物である「ぬいぐるみ」が所有されるようになり、B氏の場合は時間統制の象徴物である「時計」を見ることができるようになる（所有できる）位置に移動するような変化が生じている。この変化は、スタッフが場面統制力を行使した結果としての変化であり、スタッフが起こした変化であるが故に、集団からは追認されている。つまり、場面構成の転換によって、「ぬいぐるみ」や「時計」という場面統制を象徴する共有物の集団内での配分が公認されたのである。集団内におけるモノの再配分によって、A氏やB氏も「ぬいぐるみ」や「時計」という集団場面で共有されるモノを所有できる立場となる。集団場面に布置された共有物を見たり、操ったりすることは、集団から公認された形式で環境に能動的に働きかけることでもあり、そのこと自身がA氏やB氏の場面統制感を強めたと思われる。即ち、集団との対峙感覚に晒される逸脱者という「受動的」な立場から、集団場面に布置されたモノを公認された形式で所有できるという「能動的」な立場への移行である。その結果、それまでの逸脱者の立場とは異なった方法で場면을能動的に再構成できるようになり、会話に関しても統制感が確保できるようになったと思われる。場の構造における身体、モノの布置に変化を生じさせる介入によって、場面が再構成されて、対峙感覚的な意味合いにおける「受動的な立場」から、モノを所有する「能動的な立場」へ、即ち逸脱者として「統制される立場」から、環境に対して能動的に働きかけることが可能なものとして「統制する立場」への役割の転換が集団内で認められたと思われる。

以上に関係する事柄としては、アメリカのナショナルエンパワメントセンターの出版

物¹⁾のなかに、「回復者の当事者モデル」として紹介されているサンダーポッコン医師の「成功例」のエピソードがある（Ahern & Fisher, 2004）。同医師はオフィスで、彼と患者がドアから等距離になるように配置し、視線が常に患者と同じか、患者より下にくるようにしたという。以上のエピソードは治療者の「心構え」を述べているにすぎないように思われるが、「医師／患者」関係の反映とも言える場面設定を変化させる試みであると言える。また、同センターは、診察場面で医師がカルテを開けた瞬間に患者は「患者の権利」が記述された冊子を開けるようにと指示しているという。ちなみにこの冊子はわざわざカルテと意図的に同じ大きさに設計されているという。

臨床場面に参与する者同士のやりとりは、その場に居る「利用者／専門職」「利用者同士」の個別的な関係を反映しているだけではない。臨床場面の構造は、専門職という官僚組織の一員と、個別的な存在としての患者との非対称な力動関係や、臨床場面が暗黙にもっている集団的な規範を反映しており、この力動に臨床場面への参与者たちの相互交渉は常に拘束されるのである。そして、環境アセスメントとは、利用者から環境条件を聞き出すことそのものに意味があるのではなく、参与者同士の関係を反映している臨床場面の力動や権力関係そのものを変化させる試みを行うことに意味があると思われる。

臨床場面における専門職の介入方法の多くの部分は、専門職による身体やモノの布置への統制によって成り立っている。相互交渉は場の構造に依存しており、場の力動は言語的な相互交渉そのものよりも、相互交渉が行われる基盤、いわば面接の舞台装置の整備に関わっている。環境アセスメントとはシステムの規模を問わずに、場面構成そのものへの介入によって成り立つのである。

しかし、専門職の場面構成への介入を可能としているのは、逆説的ではあるが、臨床場面に「利用者／専門職」間に非対称な力関係が存在しているからでもある。臨床場面への利用者の参与の制限や逸脱の禁止は制度的な圧力によって、あるいは専門職が保有している言語的文化の圧力によっても行われる。2事例の場合、圧力となるのは、集団療法が行われているリハビリテーション現場に存在している集団療法の規範である。以上の圧力の手助けを得て、「利用者／専門職」が構成する臨床場面は保持されるとともに、専門職は場面構成に容易に介入できるのである。

ミクロの臨床場面という空間においては、専門職が身体やモノの布置を支配する。専門職は臨床場面の枠組み、時間、身体やモノの布置をデザインできる立場にあり、以上のデザインは利用者に対する介入を容易にする。臨床場面においては身体やモノの布置を統制するものが、臨床場面のやりとりを統制するのである。

しかし、利用者の側は常に統制を受けるだけの存在ではなく、利用者自身も自らの身体やモノの布置を統制しながら参与空間の再構成を既に試みている。ただ、利用者が統制可能な空間は、2事例で認められたように自分自身の身体の向きや視線の方向、手が届く範囲にあるモノに限られることになる。このようにミクロの臨床場面においては、専門職が空間を統制できる範囲と利用者が統制できる範囲には明らかな非対称が存在する。現に存在している非対称性を操作することなくしては、対称的な相互交渉は成立しないのである。

V 終わりに

精神保健福祉分野のグループアプローチに影響を与えている様々な制度的・文化的な規範としては、以下のものからの影響が考えられる。

第一に、利用者同士のミーティングを重んじる伝統の存在である。これには、①社会的諸目標モデルや交互作用モデルなどに基づくソーシャルグループワーク、②精神病院などで実施されていた力動精神医学的な集団療法、③第一次開放化運動のなかでの患者自治会などの試み（浅野、2000）、④精神障害リハビリテーション分野のSSTや家族心理教育（鈴木・伊藤、1997）、などからの影響が考えられる。しかし、現場で行われている方法論では以上は混在している。実際には、同じような方法がとられていても医療機関が行えば集団精神療法となり、社会復帰施設ではミーティングと呼ばれるなど、医療保険との関係での分類も混じっており、判然としない状態となっている。

第二に、「べてるの家」（浦河べてるの家、2005）のミーティングなど、ナラティブの実践とされる方法論への近年の注目である。幻覚妄想などの症状をグループ内で自由に語れる雰囲気を作ること、「幻覚妄想大会」に認められるように、病的症状を外在化してプラスの文脈を与えること、などがナラティブの実践として評価される一因であろう。利用者同士あるいは「利用者／専門職」間の対称的な言語的交渉から新たな意味づけが構成されることを重んじる立場であると言える。

第三に、利用者の体調や症状に対して「配慮」や「理解」を示す文化の存在である。社会復帰施設などでは、施設職員は利用者の症状に対して庇護的に関わる文化が存在している。以上の「配慮」や「理解」が示される文化的な背景として、精神障害をもつ人に対する「能動型」と「受動型」の我国の生活臨床の研究（臺、1983）や、ウィングとブラウン（Wing & Brown, 1970）のインスティテューショナルリズム（施設症）の研究などが現場に与えた影響などが考えられる。彼らは、①心理社会的に過剰な刺激は精神病の急性の産出性症状

を誘発する、②刺激の過小は陰性の非産出性の症状を強化することを指摘し、ソーシャルワーカーの実践に説明概念を与えた。

精神障害をもつ人に対するリハビリテーション従事者の指摘に「難しいのは陰性症状のある人でなく、過敏に反応する動揺しやすい逸脱行動の多い能動型の人で任せっきりのいわゆる受動型の人の方が障害受容やリハビリ効果が得易く支援が容易」というものがある（中村・早原、1993）。「能動型」の「支援環境からの離れやすさ」、「地域社会での逸脱行動」、「一念発起」が再発のきっかけになりやすいことは専門職の率直な実感ではあるが、他方、「受動型」の保護的環境での「訓練効果」が、実際の社会生活場面に般化されないこともよく聞かれる実感であり、「受動型」とされる利用者を保護的環境に長期に滞在させる結果となっている。どちらにしても利用者は専門職が設けた参与の枠組みからの逸脱を禁止されたうえで保護的に関わられるべき存在であるとされ、専門職の統制力が不可欠とされるのである。利用者の「症状」の産出を防止するために、専門職が外界から刺激を統制して、利用者の症状や体調管理を行うべきであるとされる。

以上の統制が、精神障害の特性に対する「配慮」や「理解」に変換されるような言語的文化に利用者は日常的に晒されており、統制が行われる場面や枠組みから利用者が逸脱することを禁止するのである。逸脱が禁止される場面に適応するために、利用者が採用せざるを得ない行動形式は、職員の指示をまって動く形の受け身の形式をとる、もしくは施設職員が使用する言語的枠組みに順応して自らもその用法を習得することである。そして、上記の順応形式をもつ利用者は「受け身」もしくは「我俣」と外部から認知される。しかし、それは閉ざされた状況と枠組みに適応するため、利用者が採用した対処方法であり、利用者が場面への参与方法を統制できている証拠でもある。

これらの状況での問題の核心は、専門職自身には統制力を行使している自覚が薄いこと、言語的な統制力に比重が置かれていること、言語的な統制については利用者の「症状」への「配慮」や「理解」に基づく実践を行っているにとらえていること、専門職がもつ言語的文化は利用者を拘束するための圧力として使用されるだけではなく、新参者に伝承されていくこと、などである。日常的なケアで繰り広げられている以上の統制と利用者の順応形式は、ソーシャルワークやカウンセリングというミクロの臨床場面での専門職の様々なテクノロジーの行使をより容易にさせている。そして、専門職は以上の制度的・文化的な現実をおさえたいという場面設定への統制を利用者の利益のために行うべきだと思われる。

本論文の作成にあたっては、平成18年度～20年度科学研究費補助（基盤研究C）「ヒューマンサービスを共通基盤とする援助専門職の現任者訓練に関わる研究」（研究代表者：吉村夕里）の研究成果の一部を掲載しています。

注

- 1) National Empowerment Center の出版物は、RAC 研究会から「自分らしく街で暮らす：当時者のやりかた」と題して翻訳されている（Ahern & Fisher, 2004）。

引用参考文献

- Ahern, L & Fisher, D. (2004). 自分らしく街で暮らす：当事者（わたしたち）のやり方 (p.27) (RAC 研究会、訳). 東京：絆社ニュース発行所. (Ahern, L & Fisher, D. (1999). A Recovery Guide: Personal Assistance in Community Existence.: Recovery at your own: Lawrence: National Empowerment Center, Inc.)
- 浅野弘毅. (2000). メンタルヘルスライブラリー ③：精神医療論争史：わが国における「社会復帰」論争批判. 東京：批評社.
- 浅野智彦. (2001). 自己への物語的接近：家族療法から社会学へ. 東京：勁草書房.

- 浜田寿美男. (1992). 私というもののなりたち. 東京：ミネルヴァ書房. 91.
- 長谷川啓三. (2005). 臨床の語用論とは？. 長谷川啓三（編）、臨床の語用論①：行為の方向を決めるもの（pp.1-17）、現代のエスプリ. 至文堂：東京.
- 木村敏. (1983). 自己・役割・他者. 木村敏・廣松渉・中川久定（鼎談）. 思想、704. 東京：岩波書店27-57.
- 中村光夫・早原俊之. (1993). 精神障害者における QOL（ADL と QOL 特集）総合リハビリテーション、21（11）、923-927.
- 鈴木丈・伊藤順一郎. (1997). SST と心理教育. 東京：中央法規出版.
- 浦河べてるの家. (2005). べてるの家の当事者研究. 東京：医学書院.
- 臺弘. (1983). 分裂病の生活臨床. 東京：創造出版.
- Wing, J. K. & Brown, G. W. (1970). Institutionalism and schizophrenia: a comparative study of three mental hospitals 1960-1968. With a chapter by the physician superintendents of the three hospitals. Cambridge: University Press.

ABSTRACT

Arrangement of people and objects in clinical settings
: Based on group approaches for people with schizophrenia

Yuri YOSHIMURA

Keywords: schizophrenia, group approach, structure of settings, arrangement of people and objects

The objective of the present study was to examine the ability of professionals to control the arrangement of people and objects in clinical settings by focusing on group approach settings for people with schizophrenia. We investigated two cases of men with schizophrenia who were isolated in group approach settings at psychiatric daycare facilities. Data were analyzed based on the participant observation records of the author. Staff conducted interventions on the setting of group approaches itself, rather than focusing on verbal interactions among participating members. The results showed improvements in mutual interactions among group members. Therefore, although both users and staff exercised control over participation methods in clinical settings, staff are in a position to control the structure of settings and must control the structure of settings in consideration of benefits to users.