

精神病者の社会復帰に関する研究(第一報)*

—— 社会復帰病棟における集団精神療法をとおして ——

村上 英治 池田 博和¹⁾ 松田 惺²⁾
武田 徹³⁾ 市瀬 恵子¹⁾

I 問題の提起

病院精神医学の領域においては、近年「社会復帰」に関する問題の比重が、きわめて大きなものとなってきている。ことに、社会精神医学的観点の展開とあいまって精神病を自己完結的な閉じられた体系としてみるのではなく、生きた状況との関係においてとらえようとする最近の考え方は、ますます社会復帰の問題への関心を高めていくと同時に、治療の目的もまた、いわゆる「病院内寛解」といった、いわば静的な「状態」を超えて、めまぐるしく変化している具体的な現実の生活状況、さらに社会的役割へと積極的に再参画させていく、といった要請に重点がおかれるようになってきた。しかも、これらの方向性は、単に現実妥協的な社会適応の水準にとどまるものではなく、本来の人間実存の時熟的生成的な自己実現に根ざした動的展開でなければならないとされている。

この種の要請にもとずいて、従来から専門の社会復帰病棟制などの試みが、いろいろと行われているが、そこでは依然として理念的にも実践的にもその本来の趣旨からして、多くの困難と問題が存しているように思われる。私どもの臨床の場としての八事病院においても「9病」とよばれるナイト・ホスピタル形態の社会復帰病棟が設立されて以来、今日で3年になるが、ここでもその内在するさまざまな問題に決して眼をそらすわけにはいかない。それらの問題のひとつとして、短期退院傾向の層と長期継続在院の層とが極端にわかれ、退院するものはきわめて短期間で退院していくのに反し、継続在院者の大多数はこの病棟だけで在院期間がすでに2年以上と

いった長期にわたり、しかも「9病」の生活に安定し、むしろ積極的な在院希望すらみられるという事実がある。治療病棟や開放病棟からは出ることができたものの退院とまではいかない、いわゆる「病院内寛解」の人たちの安住の場として、ともすれば「9病」が性格づけられるという側面がみられるのである。この事態はむしろ「病院内充足」状況ともいべきで、こうした人たちにとって、「9病」はもはや、「社会復帰病棟」としてのその「本来の機能」を喪失してしまっているわけである。

この問題は、精神の疾患というものが「周期的、または反応的」、あるいは「慢性的」な様相をとる以上、彼らに対し特別な働きかけをおしすすめない限り、自然な姿としては、その当然の帰結であるともいわなければならない。しかし、私どもは慢性疾患者の安住の場として彼らを充足させ得る施設があるということだけでは、決して満足しているわけにはいかない。社会復帰訓練とは、すなわち「外勤」なのではないし、ナイト・ホスピタルとはすなわち「下宿」ではないはずである。要するに、この問題は、精神科医療に従事するほかならぬ私ども自身の問題として、その「本来の機能」の遂行を私どもに要求し、きびしく問いかけてきているのである。この機能遂行のためには、いわゆる「医療チーム」を構成する各層の中でも、その職能の故にとりわけ私どもクリニカル・サイコロジストが、より主体的にとりくんでいかなければならないとの観点にたち、一昨年来、私どもはこの主題にそっての具体的な検討を行い、多少なりとも、積極的な社会復帰促進をめざす方針の方向づけを模索しつつそれを実践にうつす努力をつみ重ねてきた。

それら実践への志向性にそって、私どもが具体的におしすすめていくべき課題は、あまりにも多く、そして、それらの課題のひとつひとつを解明していくにはまた、数多くの制約やら障壁やらがたちだかっている。それらを十分に承知した上で、以下、私どもが現段階において重点的にとりくんできた集団精神療法による接近を、具体的な状況の中で展開しながら、これらの課題を明らかにしていきたいと考える。

* 本研究の一部は、第20回東海心理学会大会(1971)および第21回東海心理学会大会(1972)において、それぞれ「ナイトホスピタルの研究——その理念と実態——」「社会復帰病棟の研究(第2報)——治療集団構成のための構造分析——」と題して報告された。

1) 八事病院
2) 名城大学
3) 中京大学

II 問題の具体的展開

1. 集団精神療法導入までの経過

以上の問題提起をうけて、私どもは、八事病院「9病」の患者を対象として、より積極的かつ本来的な社会復帰へのゆきぶりをかけることを目途として、次のような経過や手続きにしたがって、その促進のための具体的な方針を設定し、それにもとづいての実践にふみこむことを意図した。具体的に本論稿の主題であるところの集団精神療法を導入するまでの経過は、以下のとおりである。

まず私どもは、「9病」在院の全患者に対して、それぞれ担当の主治医のほか、看護婦、ソーシャル・ワーカーらとともに、数次にわたる話し合いを通じて、彼らが「病院内充足」状況にとどまる所以を検討することから、この問題に着手しようとした。

そうした話し合いを積み重ねるなかで、私どもは、それら患者にかかわる問題として、医学的な局面、パーソナリティに関連する局面、より社会的背景に関連する局面において実にさまざまな状態を患者が示していることに気づかされた。すなわち、あるものはなお、精神病患者としての前景的症状を残存しているし、またあるものはパーソナリティに関する、自我機能の低下がきわめて目立っていたし、さらにまたあるものは、それらの問題は何ら表面に出てなくて十分退院可能にみえながら、それを阻む社会的経済的要因、あるいは家族関係の要因がきびしくすぎる、といったことが知られたのである。

それらの要因を整理して、個々の患者が今現にどのような段階におかれているのかを位置づけようと試みた評

図1 社会復帰状況評定表（PRC*）

| | | |
|---|----------------------|---------------|
| M | I. ① 身体的症状 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | II. ② 精神的症状 | -2 +1 0 -1 -2 |
| P | ③ 日常生活での自律性 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | ④ 情緒的な豊かさ | -2 +1 0 -1 -2 |
| | III. 内的機能 ⑤ 柔軟性 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | ⑥ 自発的な行動への意欲 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | ⑦ 知的な水準 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | IV. 社会的技能 ⑧ 作業の能率 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | ⑨ 経済面での考え方 | -2 +1 0 -1 -2 |
| S | ⑩ 常識性 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | V. 対人関係 ⑪ 病棟での協調性 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | ⑫ 作業所での協調性 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | VI. 社会的背景 ⑬ 家族等の受け入れ | -2 +1 0 -1 -2 |
| | ⑭ 職場の可能性 | -2 +1 0 -1 -2 |
| | VII. ⑮ 社会復帰への意欲 | -2 +1 0 -1 -2 |

* Profile of Rehabilitative Condition.

定票が、次の図に示すものである。この図におけるMとは、医学的な要因を、Pとは、パーソナリティに関する要因を、Sとは、社会的な要因をそれぞれ示している。

ところで、これら評定表（PRC）にもとづいて主治医、クリニカル・サイコロジスト、看護婦、ソーシャル・ワーカーそれぞれ別々に全患者について独立に評定したものをもちよって、ふたたび4者での協義を重ねた上、最終的に、こうした社会復帰状況についての現在像を分析したが、これら分析の結果は、次の表1に示すところである。

表1 「問題の所在パターン」と「退院への見込み」「社会復帰への意欲」との関係

| A) パターン | 計 | % | B) 退院の見込み | | | C) 社会復帰への意欲 | |
|----------|----|------|-----------|------|-------|-------------|----|
| | | | 3カ月以内 | 1年以内 | 見込みなし | 高い | 低い |
| 1. MPS | 8 | 15.7 | 2 | 6 | | 7 | 1 |
| 2. MP s | 3 | | | 3 | | 2 | 1 |
| 3. Mp S | 3 | 21.6 | | 3 | | 3 | |
| 4. m P S | 5 | | 1 | 3 | 1 | 5 | |
| 5. Mps | 4 | | 1 | 3 | | 1 | 3 |
| 6. m P s | 2 | 37.3 | | 1 | 1 | | 2 |
| 7. mp S | 13 | | | 8 | 5 | 10 | 3 |
| 8. m p s | 13 | 25.4 | | | 13 | 7 | 6 |
| 計 | 51 | 100 | 4 | 27 | 20 | 35 | 16 |

この整理にあたっては、M・P・Sそれぞれの要因に関して下位の項目の平均が、+0.5以上のものを「問題なし」とし、それ以下を「問題あり」と考え、M・P・Sの大文字（問題なし）、小文字（問題あり）の組合せをもととして、表1の左のパターンに示される8つの類型が得られた。

表1・B)の「退院への見込み」は、このPRCとはまったく独立に主治医にその判断を求め、8つのパターンごとに比較したものであるが、パターンの上で問題が少ないほど「退院への見込み」も早く、また問題が多いほど「見込みはなし」が多いことがよみとられ、おおまかではあるが、両者はかなり対応しているものと考えられる。

次に、本人自身の現実の「社会復帰」に対する志向性を評価したPRCの最下欄Ⅶ項の「社会復帰への意欲」のあり方は、本研究の主題と関連してきわめて重大な意味をもつと思われるが、表1・C)の欄はそうした復帰志向の高低を示したものである。MPSパターンでの問題が少ないほど「意欲」も高いという傾向は、たしかにみられはしたが、問題が多くても「意欲」はかならずしも低くないケースも決して少なくないことが知られる。事実、患者自身の復帰意欲が高いとみられるといっても、それが直接には、かならずしも現実的、本来的な社会復帰と結びつくものではないことは、今さらいうまでもない。それゆえ私どもの働きかけは、それぞれの意欲のあり方に応じて、MPSそれぞれの局面で、より問題があるとみられる人たちに対して、強力におしすすめられるものでなければならない。こうして、私どもの以下のアプローチ、とくに集団精神療法による接近は、MPSパターンにおいて、問題をより多く示している表1の下半4パターンに属する人々を、その対象としたのである。

次にこれらの検討を手がかりにして、私どもは「9病」における社会復帰促進についての具体的方針を以下のように決定した。

1) 「社会復帰病棟運営委員会」の常置とその日常的機能化：これは主治医、看護婦、クリニカル・サイコロジスト、ソーシャル・ワーカーの4者によって成り、この協義の場で、患者の転入棟のたびごと、個々の患者に即して、その現状をPRCで把握し、それにもとづき、社会復帰促進の具体的方向づけを行う。

2) 集団精神療法：具体的人間関係状況における相互交渉をとおして、自己洞察を深め、本来的自己実現の途を発見し、それを可能にする自我機能の再統合をめざす。

3) ソシアル・ワークの強化：受け入れ側の家族や職場に存する問題を具体的に打解し、現実的に社会

復帰を促進していく。

4) ナイト・ケアの充実化： ナイト・ホスピタルである以上、生活療法としてのいわゆるナイト・ケアに、もっとも重点がおかれなくてはならない。このための医療チームによる夜間勤務の充実などが必要とされる。

以上のように設定された方針の中でも、私どもは、問題の提起にも示したように、精神病者の本来的な社会復帰を考えるにあたっては、単に現実妥協的な社会適応にとどまることなく、真の自己実現に根ざした動的な展開こそ、その究極のあり方として考えるがゆえに、私どもの具体的な働きかけを、まずその最初のステップとしてこの自己実現を志向する集団精神療法に位置づけようとするのである。

本論稿は、このような観点に立って、私どもが実践した集団療法を、ひとつの経過としてまとまりをもった時点で分析し、その実践的意義を確かめることにも、社会復帰病棟での治療的なかかわりの本来的なあり方を探り、あわせて次の治療的展開の方向性を見出していくことを意図するものである。

2. 集団精神療法の手続き

そもそも集団精神療法それ自体の目的は、すでに指摘されているとおり、「個人精神療法とまったく同様に、自我の再統合および人間関係能力を促進させること」であり、「グループにおける相互共感体験を通して、真の自己を発見すること」にはほかならないが、今回の具体的な目標は、さしあたって「9病」における「病院内充足」状態に刺激を与え、社会復帰への意欲を激励し、同時に要因Pに関する自我機能を社会復帰に必要とされる水準までひきあげることにあると考える。

具体的にそれらの接近をすすめるために、私どもが前項において抽出したMPSパターンのうち問題の多いとみられる表1での下半4つのパターンに属する患者群をまず二要因に問題のある群（パターン5～7）と三要因に問題のある群（パターン8）とに分け、さらに、それぞれを表1のC)にみられる「社会復帰への意欲」の高低によって2群に分け、結果的には計4グループが結成された。

それぞれのグループを私どものうち武田、市瀬、松田池田が治療者として担当し、これに共同治療者として伊藤（ソーシャル・ワーカー）、井戸（看護婦）、佐藤（同野口（同）が参与した。このようにして形成されたそれぞれのグループの構成およびメンバーの概略は次のとおりである。

グループの性質は、このようにPRCによるという意味で「同質集団」であり、性別、年齢、診断などに関し

精神病者の社会復帰に関する研究(第1報)

表 2 集団精神療法のグループとメンバー一覧

| グループ | メンバー | 性 | 年齢 | 診断 | 現在の問題 | 発病時症状 |
|--------------------------------------|------|---|----|---------|------------------------------|---------------------------|
| 第1のグループ 治療者 共 同伊藤(P S W) 武田 | S・T | 男 | 29 | 精神分裂病 | 時々焦燥感を訴える | 幻聴, 被害・妄想, 体感幻覚, 自閉 |
| | S・K | 女 | 31 | 精神分裂病 | 人格水準低下 | 幻聴, 被害・関係妄想, 自閉, 精神運動発作 |
| | T・S | 男 | 32 | 精神分裂病 | やや自閉的 | 幻聴, 関係妄想 |
| | N・S | 男 | 32 | 精神分裂病 | 幻聴, 人格水準低下 | 幻聴, 被害・関係妄想, 徘徊 |
| | H・S | 男 | 34 | 精神分裂病 | 心氣的愁訴が少し残っている | 自閉, 無為, 関係妄想 |
| | I・N | 女 | 37 | 精神分裂登 | 心氣的愁訴, やや人格水準低下 | 幻聴, 関係妄想 |
| | M・M | 女 | 39 | 精神分裂病 | 忘れやすい, 感情鈍麻, 現実認知の甘さ, 自閉, 幻聴 | 幻聴, 関係妄想, 興奮, 不安, 不穩被害妄想 |
| | S・J | 男 | 40 | 精神分裂病 | 被害妄想 | 幻聴, 被害・関係妄想, 自閉 |
| 第2のグループ 治療者 共 同井戸(看護婦) 市瀬 | N・J | 男 | 38 | 精神分裂病 | 思考化声 | 思考化声, 梅毒妄想, 自閉, 無為 |
| | S・S | 男 | 40 | 精神分裂病 | 人格変化(抑うつ, 自信欠乏) | 幻聴, 被害・関係妄想 |
| | K・K | 女 | 37 | 精神分裂病 | 自発性に乏しい, 対人関係障害, 自閉, 浪費 | 不安, 不穩, 自閉, 無為, 好癖 |
| | K・T | 女 | 39 | 精神分裂病 | 心気妄想 | 関係妄想, 自閉 |
| | T・M | 女 | 59 | 精神分裂病 | 妄想, 幻聴, 金銭に対する執着が強い | 妄想, 幻聴, 不安, 異常行動, 自殺企図 |
| | T・K | 女 | 38 | 精神分裂病 | 心氣的愁訴 | 関係妄想, 自閉 |
| | W・T | 女 | 49 | 精神分裂病 | 人格水準の低下, 受け入れの問題 | 幻聴, 自閉, 無為 |
| | I・U | 女 | 56 | 精神分裂病 | 自閉 | 幻聴, 自閉, 無為 |
| 第3のグループ 治療者 共 同佐藤(看護婦) 松田 | S・O | 男 | 44 | 脳器質性精神病 | 器質的障害による人格水準の低下, 急に興奮することもある | ジャクソン様てんかん |
| | K・T | 女 | 27 | 精神分裂病 | 幻聴, 被害妄想 | 幻聴, 被害妄想 |
| | K・A | 男 | 26 | 精神分裂病 | 対人関係の障害, 人格水準低下 | 幻聴, 被害妄想, 誇大妄想, 暴行 |
| | T・H | 男 | 39 | 精神分裂病 | 幻聴, 被害・心気妄想 | 幻聴, 被害・関係妄想, 心気妄想, 自閉, 無為 |
| | A・K | 男 | 30 | 精神分裂病 | 対人関係の障害, 社会復帰への不安 | 家族に対する暴行, 興奮, 不穩, 自閉, 好癖 |
| | Y・A | 女 | 34 | 精神分裂病 | 関係妄想, 対人関係の障害 | 幻聴, 被害・関係妄想, 自閉, 暴行 |
| 第4のグループ 治療者 共 同野口(看護婦) 池田 | M・R | 男 | 50 | 精神分裂病 | 対人関係の障害, 自閉, 自発性欠如奇異な行動 | 奇異な行動, 暴行, 不穩, 自傷行為 |
| | N・T | 男 | 20 | 精神分裂病 | 常同行為, 感情鈍麻 | 自閉, 無為 |
| | T・I | 男 | 41 | 精神分裂病 | 自発性の欠如, 自閉的, 対人関係の障害 | 自閉, 無為, 好癖, 緘黙, 妄想 |
| | M・D | 女 | 53 | 精神分裂病 | 妄想, 幻聴 | 妄想, 幻聴, 体感幻覚 |
| | K・K | 女 | 46 | 精神分裂病 | 人格水準低下, 受入れの問題 | 妄想, 幻聴, 徘徊 |
| | Y・O | 女 | 66 | 躁鬱病 | 人格水準低下, 受入れの問題 | 躁状態 |
| | H・K | 女 | 27 | 癲癇性精神病 | 対人関係の障害, 了解不能, てんかん発作 | てんかん大発作 |

| MPS 要因 にもとづく パターン | 社会復帰 への意欲 | 在院期間 (年・月) | 病棟期間 (年・月) |
|-------------------------|--------------|---------------|---------------|
| pmS | 高 | 2 ; 7 | 1 ; 3 |
| mpS | 高 | 10 ; 7 | 2 ; 10 |
| mpS | 高 | 1 ; 5 | 1 ; 0 |
| mpS | 高 | 3 ; 5 | 2 ; 3 |
| mpS | 高 | 2 ; 1 | 1 ; 3 |
| mpS | 高 | 8 ; 1 | 1 ; 1 |
| mpS | 高 | 8 ; 8 | 2 ; 7 |
| mpS | 高 | 4 ; 10 | 2 ; 5 |
| mpS | 低 | 8 ; 4 | 2 ; 3 |
| mpS | 低 | 2 ; 4 | 1 ; 9 |
| mpS | 低 | 3 ; 1 | 1 ; 10 |
| mPs | 低 | 4 ; 2 | 3 ; 0 |
| mPs | 低 | 5 ; 5 | 3 ; 0 |
| Mps | 低 | 5 ; 2 | 3 ; 0 |
| Mps | 低 | 2 ; 9 | 2 ; 7 |
| Mps | 低 | 11 ; 0 | 1 ; 6 |
| mps | 高 | 4 ; 1 | 1 ; 8 |
| mps | 高 | 1 ; 1 | 0 ; 6 |
| mps | 高 | 4 ; 6 | 1 ; 1 |
| mps | 高 | 7 ; 7 | 3 ; 0 |
| mps | 高 | 4 ; 6 | 2 ; 4 |
| mps | 高 | 2 ; 3 | 1 ; 10 |
| mps | 高 | 4 ; 8 | 1 ; 11 |
| mps | 低 | 5 ; 1 | 3 ; 0 |
| mps | 低 | 5 ; 8 | 1 ; 8 |
| mps | 低 | 8 ; 9 | 3 ; 0 |
| mps | 低 | 12 ; 0 | 3 ; 0 |
| mps | 低 | 8 ; 4 | 3 ; 0 |
| mps | 低 | 7 ; 7 | 2 ; 0 |

ては当然一様ではない。治療期間に関しては、この働きかけを常同化、形式化させないために、またメンバーを積極的に社会に押し出していくという点からも、一定の「期間」を設ける必要があると考えたが、「9病」転入時の社会復帰訓練期間の予定は3ヶ月をメドとしているものが多いこと、「9病」退院者の予後は在棟4カ月以内が最も良好であったことなどの事実から、一応それを「3カ月」と設定した。またこの期間中はひとつの治療集団という共存在意識をたかめるために、「閉鎖集団」の方が望ましいと考えられた。

以上のように構成され設定された治療グループを対象として、以降私どもは3カ月にわたり週1回1時間、計12回の集団精神療法を行ってきたが、これらの進行状況はすべてテープコーダーで録音され、これらをもとにして村上をまじえ、それぞれの治療状況に関する治療者相互の、集団精神療法そのものについての討論を重ね、治療的展開を深めることにつとめた。

なお、導入時の教示におけるグループの「約束事」は次のように一定にされた。1) これは3カ月にわたる集団の治療活動であること。2) 社会復帰にあたって、それぞれがぶつかっている問題や悩みを中心におたがいに語り合う場であること。3) その語りあいはメンバーが中心になってすすめていくこと。4) メンバーと治療者は一定で退院者や転出者があってもそのまま続けられ、そこで話されたことはおたがいにほかでは洩らさないこと、などである。

さらに、治療の終結時においてはAPGP-P*と名づけた「集団精神療法についての評価表」を治療に参加したグループのメンバー全員に個人ごとに記入させ、また、治療前に対象抽出のための評定されたPRCについては、治療後ふたたび病棟主任の看護婦に単独で参加者全員を対象として評定してもらった。

以上のような手続きにもとづいて集団精神療法は展開されたのであるが、この具体的状況については次節において、それぞれのグループごとにまとめられた。

Ⅲ 集団精神療法の状況

1. 第1のグループ

(1) 各期の経過と特徴

第1のグループでは構成メンバーのいろいろな話題に対する関与の仕方の特徴から、12回のセッションを次のような3つの時期に区分することができた。すなわち第Ⅰ期として個別期(第1回～第3回)第Ⅱ期として融

* Assessment of the Process in the Group Psychotherapy—Patient

和期（第4回～第8回）、第Ⅲ期として模索期（第9回～第12回）である。

個別期には治療者一患者間に個別的なつながりが強く融和期にはメンバー間の相互に交流があり、模索期には共通の問題に関して本質的な討議を試みる過程が生じたとみられた。

以下各期毎の特徴を、グループの動き、治療者や個々の患者の動きを中心に挙げてみよう。

〈第1期〉 個別期（第1回～第3回）

最初は参加者全員が新しい試みに対する興味と緊張を示した。各メンバーは相互に既知の間柄であったが当初ほとんど横の交流が見られず、主治医による個別的な診察の延長のように、本人の病気についての訴えや質問がめいめい独立に治療者に向けられるといった傾向が強い。特に発言頻度の多いI・Nなどは治療者の関心を惹こうという意図があるのではないかと思われるほど思いつきのままに話題を次々と出していた。逆に質問や意見が求められぬかぎり自分からは口を聞こうとせず、返答も「はい」「いいえ」の程度に過ぎない者が3名いた。

話題としては、毎日の変化に乏しい病棟と作業所の雰囲気に対して、何か改善を求め、あるいは仕事の忙がしさを訴えるなど生活の中の問題点が列挙されたようであった。

この第1のグループでは職員側の共同治療者としてシリアル・ワーカーの伊藤が同席していたが、治療者よりも作業所等の実状に詳しいため、たとえば「仕事の段取りと要領の良さ悪さについて」あるいは「指図をその都度受けなければ動こうとしない人」など事業所職員が見た患者の作業ぶりの評価が紹介されたりした。また現在ではこの病棟より退院してはいるが、その後ずっと伊藤との連絡が続いているケースについて話題となった。H・Sが「退院したら病院と私生活が遮断されてしまうのではないか」という漠然とした不安感を述べていたがこのようなつながりを持つことの可能性を知って非常に関心が寄せられていた。

この個別期の中で、第1回は治療者と個々の患者との会話形式が目立ち、第2回にはPSW伊藤との意見の交換が多く見られた。第3回には各人の勤める事業所について、仕事の内容や職員の態度に関し感想を述べ合った。このことで次第に総互の親近感が生じては来たが、まだ一つの話題を中心にした成員間の共感的な動きとしては形成されてきていない。

第1期に個別傾向の生じた原因としては、

i) 発言の多い者にとっては、所定の時間を「治療的色彩」の濃いものにせしめようと意識しすぎたこと。そのためには何か発言せねばならないような義務感のよう

な緊張が続いていたこと。

ii) 治療者の側から発言の少ない患者に対して直接に意見を求めたりしており、かなり誘導的な手法を用い、自発的な発言を待つ余裕がなかったこと。

iii) 患者は自由討議に慣れておらず、会の進行については治療者に任せたままで、その場への参加意欲や成員意識が低かったこと。などがあげられよう。

第3回の終了時近く、治療者がこれまでほとんど何の発言もしなかった女子患者(M・M, S・K)に「仕事は忙がしいですか」と問いかけた時、「実は私の仕事場はあそこの給食だが………」と急に元気な口調で詳細に実情を報告しだした。このため結局このセッションは約15分程の時間延長となったが、このできごとは彼等に話す自信を得させたようで、全経過の中では次のステップへのよい足掛りとなっていた。

〈第Ⅱ期〉 融和期（第4回～第8回）

この時期の特徴は成員間の会話が徐々に行なわれるようになり、前期のような硬さが除かれ、温かく和やかな雰囲気を作られたことである。

第6セッション頃からはちょうど夏の盛りにかかる季節であったため、日常生活の中でも、作業環境条件に関する問題と帰院後の余暇や休日の過しかたについての話題が比較的多く出ていた。第3回頃迄はセッションの大部分の時間うつむいて顔を上に見せなかった患者が、これらの話題の時には、快活になり表情豊かにほかのメンバーに語りかけるようになった。第5、第7、第8セッションでは皆が自由時間の使いかたについて、たとえば「休日にはきれいなウエイトレスのいる冷房の効いた店にコーヒーを飲みに行くのが一番楽しみだ」(T・S)とか「ショッピングセンターやデパートに出掛けて買う」(I・N)時の様子などのユーモラスな打明話とか冗談によって、雑談風な内容が主体となっていたが、明るいセッションとなっていた。

偶然第6と第7セッションの間には盆休みが挿入されていたため、この期間家族のもとで過して来た人達から、その外泊時の生活体験談を聞いた。「金遣いが荒いと父親から注意された」(N・S)「湯の山へドライブした」(S・J)「家へ帰って西瓜の食べづめだった」(M・M)「おばさんの所で掃除などして働いたらデパートで洋服を買ってもらった」(S・K)「内海海岸で泳いだ」(S・T)のように家族と一緒のレクリエーションを楽しんできた者が多い。

これをおして親や兄弟達が個人の療養生活にいかなる態度を示しているかが語られ、個々の成員のになう社会的背景がうかがわれた。この際家族内の事情についてそれほど抵抗なく話された理由のひとつとして、それぞ

れ類似の体験を持ち共感を生じ易かったこと、およびそれまでのセッションから作られてきた成員間の親密さの増大などがあげられよう。

余暇の過しかたが話題となった時、「自分は入院生活を己れに対する鍛練と考えているから、人と一緒に遊びに行ったりせず、読書したり、英語の勉強をしている」と自己に厳しい構えを示す患者(N・S)がいた。この発言についてはほかの者は「とてもN・Sさんの真似はできない」としてその勉強への熱意と信念に感心はしたものの、同調意見は生じなかった。

この患者のストイックな生活態度に接して「世の中にはいろいろの考えの持ち主がいるものだ」(H・S)という印象が残されたようである。参加者の大多数の生活感情と異なった意見や、これに類した特異な評価判断については、それが話題として取上げられるとしても軽く聞き流される傾向が強く、それ以上の進展は見られなかった。

融和期の話題では他の時期よりも身近な問題が多く出ている。たとえば精神症状と服用する薬物の関係、長期薬と習慣化の問題、「一生薬から離れることはできないのではないかという恐れ、「薬に頼ってしまうことの不安」など真剣に話し合われた。また個人的な診察の場ではおそらく表明されないであろうような治療法への批判や矛盾点が何回も指摘された。このことはそれだけ自由な発言を誘う空気がグループの中にかもし出されていたためと評価することができよう。

この期には意見の交換が活潑になされ、前期のような治療者からの働きかけがなくともある程度成員全体としてのまとまりが保たれていたと考えられる。

現実にはこれら治療に関する問題提起がなされても、具体的な解決策や見通しを臨床的・サイコジストとして確答することが困難な場合も多く、それだけに全員が熱心に討論しても結論が出せずに話題が移り、中途半端になる面も少なくなかった。

〈第Ⅲ期〉模索期 (第9回～第12回)

この時期では取上げられた話題を吟味し、問題の本質にまで掘り下げて考えようとする傾向がうかがわれた。自由な発言をする雰囲気はすでに融和期で作られているため、メンバー各員に緊張はないが、話題の内容がややもすると抽象的なことがらになりがちなため、考えこむ時間が長く発言量は前の時期よりも少なくなっている。

話題の種類としては、社会復帰後の生活指針、病気の原因などの追究、精神的な支柱として各人の持つ信条や宗教観、退院しても再度の入院などをしないよう注意すべきことがらなど患者・治療者が共に悩み考えて来た基本的な問題が掲げられた。

具体的には、対人関係について各作業所で生ずる職員との会話、それから派生してくる感情的な言葉のやりとりなど、いったん社会に出て働けば当然遭遇するようないろいろな出来事に対して心すべきことが取上げられたりした。

「もし会社に勤めたら、今のような、患者であることによる手心は加えられないから、はるかに厳しい義務と責任が要求されるだろう」(N・S)「世の中はそんな甘いものではない」(H・S)「自分は精一杯作業して来たが、職員は自分達をどの程度に評価しているのか」(T・S)。このような表現で病院生活と実社会の現実的な差について洞察を持つようと努力している経過が前半のセッションで示された。

第11回では人生に指針を持つことの意義が語られ、信念を持つことの大切さ、「本当に自分が何を求め、そして自分をどのように生かそうとしているのか、を知ることだ」(H・S)などの形で自己認知の方向にそってかなり深い次元にまで論及されている。「今までこのようなことを改めて考えたことはなかった」(T・S)といったように慢然と症状の軽快化と院外作業が可能ということで事足りると考えていた患者にとって、この種の内面的な課題が出されたことは、大きな刺激として受け取られたようである。

メンバーのすべてが同程度の理解を持っているとは思われないが、表面的な体験報告式の発言をしていたS・KやM・Mなども最終セッションの頃には自分の持つ長所・短所について言葉を探しながら表明し、彼等なりの自己認知を得ているようであった。ただ第12回には治療者もふくめ多数の者が最終回であることを過剰に意識していたと思われ、結論を出そうとする焦りのような感じがあった。

(2)全経過をとおしての考察

第1グループの場合、メンバーの年令が29才～40才と層の中が比較的狭いこと、大部分の者は入院前に実社会で就労経験を持っていること、かりに退院するとしても本人の家族なり職場などの受け入れ態勢の面で障害がそれほど大きくないと考えられること、これらの共通した要素があることにより、各人の志向性や基本的な生活に対する構えもある程度類似の傾向をはらんでいたと考えられる。

現在ナイトホスピタル形態の生活に従ってはいるが、この場を安住の地と考えるケースは一例もなく、全員が強い退院志向を示している。大部分、「今、ただちに社会復帰して働くことはむづかしいが、数か月以内にはきっとできる」(H・S)という意見に賛同している。最年長のS・Jだけは、「10年もかかって病気になったの

だから」，もとのように治るのにも10年かかるだろうと長期入院の理由と社会復帰意図の弱さを合理化して説明しているが，これは例外的な意見と思われた。彼は病気でなければ，すでに社会の中で生産活動をする一員として中堅層に近い役割をはたしている年齢であろう。それだけに，早く社会復帰して皆に追いつきたいという焦りの気持と，病気が完全に治るだろうかという不安との葛藤が，具体的な言葉では表現されなかったが沈黙や困惑の表情に読みとることができた。

全経過のうち，第Ⅱ期から第Ⅲ期にかけて話題の似たものが出されているが，それに対する各人の反応の仕方は徐々に変化しており，これは視点の質的な変容が生じたと解釈できるかもしれない。

発言の型式に関しては，すでに第Ⅰ期において各人の特徴的なものが見られ，全経過をとおしても特徴的なものが見られ，変容の度合はわずかなものであった。発言型式による参加のパターンを分けるとすれば，次の3種が考えられよう。

A：促進型（I・N，N・S，H・S，T・S）この型ではその場の話題を自分達と関係の深いことがらとしてまじめに取上げ，積極的に意見を述べ，ひとつの結論なり成果なりを得ようと討論を進めていく，問題によっては質疑を治療者に対して発し，回答を期待する。各セッションの雰囲気とか経過の進展は主として彼等によって作られている。

B：消極型（S・K，M・M，S・T）このメンバーは日常生活の具体的なことから，たとえば現場の作業や，家族の状況等については発言があるが，概して消極的な態度を示すものである。ほかのメンバーから勧められて話をする時もあるが，大部分の時間は聞き役にまわっている。いかにも義理があって出席しているだけの様子を示す者や，セッションの途中退屈そうにあくびを連発する者がいる。治療に対しては受動的な構えが目立つ。

C：傍観型（S・T）メンバーの話し合いの経過を閉眼したまま静かに聴いており，時々第三者の立場に立つような発言をするが，メンバーと意見を交換することはきわめて少ない。話題に応じて諺や処世訓を述べるものの，それらは言葉上の観念的なレベルで話題に加わっているのにとどまっている。真剣な表情で発言している割には，自分に関連したことからと受け取られていない。

これらの特徴はただこうした治療の場におけるのみならず，日常生活の場でもそれぞれ個人特有の事象接近のパターンとしての意味を持っているであろう。

次に一応この段階での治療が終了した後，参加成員に施行した評定票（APGP-P，表5）の結果と上記の

3つのタイプの関係を調べてみた。各評定票項目について内容面から見て治療の方法や成果に対して肯定的な回答を示す割合（％）は，促進型（94％），消極型（67％）傍観型（45％）の順で少くなり，集団内の発言頻度や参加型式による分類とはかなりの対応を示していることが分った。さらにメンバーの中でも中核的な存在であったI・N，H・Sなどは，治療状況の印象を高く評定している。なおこの評定表の中で「治療の場における治療者のやりかた」に関しては，賛否の比率がメンバーの中で分れており，これは治療者の施行方法の批判と解釈することも可能のように思われる。

グループ全体の動きとして，第Ⅰ期から第Ⅱ期の過程で，個人個人が抱いていた悩みや疑問が，共通の場に出されて話しあわれ，それをとおして相互間に情緒的な共感が持たれ，グループの凝集性が強められている。さらに第Ⅱ期から第Ⅲ期では，現実的な自己認知と，将来への生き方という大きな問題にも触れ，指針となるものを探し出そうとする努力の様子が彼等の討論の中にかがわれた。対象選定のため，この集団精神療法の始められる前に施行した患者個人についての評定表（PRC）を終了後にも施行した結果，P的機能のうち第Ⅲ項（内的機能）および第Ⅴ項（対人関係）に関して向上が見出されるケースが3例あった。

以上の経過や評定にもとづき，ここでの集団精神療法がいわゆるP的機能の水準を高める上での効果が認められたと考える。（武田 徹）

2. 第2のグループ

(1) 各期の経過と特徴

治療期間中の出席状況としては，第5回にS・S，第6回にT・M，第12回にN・Jが出席できなかったが，その他の回では全員出席である。なお，着席についてはいつもだいたい同じ場所に着席していた。12回にわたる経過を分析してみると，おおよそ治療者が主導権をとり各メンバーをグループの中へとけこませることを意図した第1回の〈導入期〉，メンバーの方で自発的に話を展開させていき，第5回には最高の盛り上りをみせている第2回～第5回にわたる〈展開期〉，ひきつづいて特に盛り上りのない，中だるみ的な第6回～第8回の〈沈滞期〉，治療者の方がメンバーに退院への志向を持たせようとゆきぶりをかけていく第9回～第12回といった〈終結期〉の4段階に分けることができる。以下，それぞれの時期ごとに経過を追って分析していくことにする。

〈第Ⅰ期〉 導入期（第1回）

集団精神療法の意味やグループとしての約束ごとの指示がなされた後，グループの成員としての意識を持った

めの自己紹介がなされ、引続いて、最初の導入の意味もあり、治療者が先に立って比較的話題にしやすい「今行っている職場ではどうか」といった質問を個々人に投げかけながら、このセッションは始まっていった。それ程緊張したような様子もなく、和やかな雰囲気がすぐにでき上り職場での対人関係、気力の問題、退院の問題など、かなり幅広い話題の下に話が進み、事業主に対する不満なども出され、お互いに共感し合っていたし、患者同志の相互の交流も見受けられた。グループの中ではN・Tがボスの存在であり発言量も一番多いが、問題を真剣に受け止めようとする態度には欠け表面的であった。その点、S・Sは、「こういう集団の中では話すことにも限界があるのではないか。結局あいまいなところで終わってしまうのではないかと述べていることから推察され得るようにグループの中で話し合っていくことをまじめに受け止めており態度にも真剣さがみられた。こうしたS・Sの言葉は、沈滞期に入ってから見せた沈黙し内省的にならざるを得なかった彼の動きを示唆しているようである。K・Tは自己中心的で自分自身の性格上の問題ばかり訴えていた。T・K、W・Tはともによくこの中へ入りこみ、ほかのメンバーに対する働きかけも示していた。T・Mはおとなしくつつましかで口数も少ないがグループの雰囲気の中には入っていたように見られる。K・K、I・Uはほとんど話さず、中でもI・Uはグループの中へとけこもうとする動きを一度も示さず、まったく異質の感じであった。このような第1日目に受けた個々のメンバーの印象は治療の終結まで続いた。

〈第Ⅱ期〉 展開期（第2回～第5回）

第2回目からは決ったテーマを治療者が提示することをなるべく避け、雑談的な話し合いの中からテーマを絞っていったり、メンバーの間で話しあいたいと希望することをテーマとして取り上げていった。2回目からは、治療者はかなり背後に退くことができ、患者同志で話題を展開させていき、おたがいにグループの成員としての意識を持つようになっていった。自分にとって一番問題になることは何であろうかという話になり、S・Sからの「皆は退院だろう。僕は面倒くさいけど」との発言に端を発して、家族の受け入れの悪いW・Tは「ここから住み込みで行くところがあればすぐに退院できる」と述べさらにN・Tが「住み込みでやるということは大変だぞ病院から行っているからいいが」と、それを受け、このようなやり取りの後、住み込みで働いた経験のあるT・K、N・J、K・Tは積極的に自分達の体験談を語り、さらに、お互いの身の上話までも発展し、受け入れの

悪さに対する不満が主にW・TやT・Kから出され、ほかのメンバーもこうした発言に共感的な反応を示していた。このようにして、おたがいの間でグループの成員としての意識が次第に高まり、そうした意識は第5回に、いつも比較的よく話すメンバーが、いつもほとんど話さないメンバーをグループの中へ引き入れ何か話させようとする努力を示し、最高の動きとなっている。たまたまS・Sが参加できず男性はN・J 1人。N・Jは自然とリーダー的役割をとり何とか話題を引き出し、皆をグループの中へ引き入れようと努力していた。T・K、W・T、T・Wもリーダー的役割のN・Jに非常に協力的で、N・Jを中心に固まろうとする動きを示していた。欠席していたS・SもW・TやN・Jによって「S・Sさんいないと淋しいな」「あれもおもしろい男だな」といった形で、グループの成員の1人として出席者仲間で意識されており、全体的に治療集団として一体化しようとする動きがあった。ところが、これまでいつも中心となって発言してきたK・Tは、そのように皆が協力し、グループとしてまとまろうとする雰囲気に対して、むしろ非協力的態度で距離をおいて眺め、「話す雰囲気がない」と沈黙がちで、治療者の問いかけによって始めて開口するといった具合であり、そこには、彼女がこうした雰囲気の中で中心になれなかった故に示した自己中心的態度をうかがうことが可能のように思われる。

さらに、この第5回においてグループにおけるダイナミックという点でひとつの大きな変化が現れた。それは次のようなK・Kの動きである。

リーダー的役割を執っていたN・Jは今まで、ほとんど話そうとしなかったK・Kに対して「K・Kさんも何か話しゃあ。お父さん何やるとるか、きょうだいがあるばようしてくれるとか、そういう話をしゃあよ」と働きかける。このような働きかけに対してもK・Kは最初拒否的・防衛的態度を見せていたが、同室のT・Kが何かと代弁しK・Kに承認を求めようとする雰囲気が生ずるにつれ、K・Kは次第に打ちつけてきたのか、家の職業のこと、きょうだいのこと、外泊した時のことなど少しずつ語りかけるようになり、この時を契機に、ほかのメンバーに対する関心の示し方にも変化が生じ、時には自ら発言するといった今までになかった新しい動きが出てきた。ちょうどこの頃から、主治医との個人面接においてもよく話すようになったとのことであるし、また、病棟主任の話では化粧品購入のための出費が急に多くなったとのことである。

グループになかなかとけこみにくかった今1人のI・Uに対しても、W・Tがきかんに働きかけるが、I・U自身は、どのように働きかけられてもまったく無関心で

グループの中へ参加しようとする態度はこの時でも見られなかった。

〈第Ⅲ期〉 沈滞期（第6回～第8回）

何となく盛り上りがなく、何かと治療者が主導権をとっていかないと話題が展開しなくなった時期である。治療者は「自分自身で認知する自分、他人が認知する自分それとともに退院の可能性についての問題、すなわち、なにゆえに、まだ退院できないでいるのか」といった問題を本人のみならずほかのメンバーもたがいに考えあうことができる雰囲気を持っていこうとするが、なかなかメンバーの間での自主的展開とはなり得ず、治療者の質問に答える程度の受動的態度が強く、おたがいの間でおたがいの問題を指摘しあい、それを自分のこととして真剣に受けとめていこうとする構えには欠けていた。退院できないでいる理由を、たとえば、妻がいて家族の受け入れの点では問題のないS・Sは自分の無気力さ故に社会に出てもやっつけだけの自信がないこと、K・Tは受け入れも悪いのであるが、それよりもむしろ、感情が鈍麻し対人関係の中でスムーズにいかないという性格上のことを、それじれ問題にしている。これに対し、W・T、T・K、T・Mは性格上のこともさることながら、それ以上に受け入れの悪さを問題にしている。しかしながら、それに対する受けとめ方においてはそれぞれ違いがあり、W・Tは家族が受け入れてくれないことを不満に思い、そのことに対する不平を頻繁に出してくる一方、T・K、T・M、I・Uは「置いて貰えるだけここに置いて貰えたら幸せ」といった態度でむしろ、積極的に在院を希望しているのである。N・Jは母親が健在で受け入れの方は問題ないが、「考えようによってはここはいいとこだぞ」と、安住してしまっているような発言、さらに「みんな病気がさせるんだ。病気さえなかったらだれだって……」と、自分で自分の病気に対する確な病識はまったく持たず、ただ、病気であるということに逃避し、問題をまじめに受けとめようとはしないこのような態度に対して治療者は「病気だからというのではなく、病気であってもどのように生きていきたいかを考えていかなければならないことを指摘していった。このような指摘にもかかわらず依然として盛り上りは少なく沈黙がちである。S・Sは腕組みしたまま緊張した表情で沈黙している状態を続けていたが、そのような態度をとったことに対し、「僕の場合こういうところでは喋れないことがあって」と述べていることから推察されるように、このるうな状況の中でも彼は自らの問題をただ内省的にのみ見つめていったようである。

〈第Ⅳ期〉 終結期（第9回～第12回）

沈黙がちになり、盛り上りがなくなったことに対して治療者はいく分焦りさえ感じ、その理由をグループの成員に対して問いかけていった。それに対し、「それぞれ自分たちの悩んでいる問題は結局共通のものとするのができないのではないか」(S・S)、「皆、深刻に悩んでいなく、のんびりしたそんな気分があるのではないか」(K・T)、「結局、行くとこの問題なのでは」(T・K)、「と、ふたたび少しずつ話が展開していき、さらにS・Sから「病棟にいても女の子達には悲愴感がない。ここで満足しているようだ」との発言があり、「本当にそうなのであろうか、ここに満足していることは幸せなのであろうか。一生ここにいてよいのであろうか」といった治療者の問いかけに対していろいろ意見が出され次第に沈滞した雰囲気は回復していったように思われる。その中でT・Kが「適齢期だとあせるけれど、それが過ぎると諦めてのんきになる。ここにいることを幸せとは思わないが仕方がない」と述べているのに対して、K・Tは「こんなところでのんびりしては幸せでない。何とか社会へ出て一回位結婚したい」と、社会復帰への志向を示している。K・Tのこうした発言は、それほど表面的なものでもないし、悲現実的なものでもない。K・T、S・S、W・T以外のメンバーは「社会へ出て再発のことが心配、ここに居れば安心」と病棟に安住してしまっている傾向にあり、退院への志向を持つどころか何の問題をも感じていないようにすら見受けられる。こうしたメンバーに対して治療者は、少しでも退院への志向を持ってくれるようにと「再発するのを恐れて退院しないでいた方がいいのか、退院し、苦しくても少しでも社会で頑張ってみた方がいいのか。ここで一生安住してしまっても良いものであろうか」と、ゆきぶりをかけながら社会復帰病棟の意味あいについて考えて貰おうと進めていった。最終段階においては、治療者の考えが、かなり多く出されていったようである。

(2) 全経過をとおしての考察

12回にわたる集団精神療法における各メンバーの特徴及びグループ内での動きは次のようである。

メンバーの中では、N・Jがボスの存在であり、リーダーの役割も行い、一見、治療者に協力的なようであるが、時には、真剣に考えようとする雰囲気を、表面的、逃避的態度にて壊そうとする破壊分子的要因ともなっていた。しかし、それにもかかわらず、全体が治療のグループとしてまとまっていくうちに大きな役割をはたしている。特に第5回に、それまで全然話そうとしなかったK・Kをグループの中へ引き入れ、それ以後、彼女に何らかの変化を生じせしめたきっかけを作ったことは、今

回のこのグループにおける集団精神療法状況での意味ある存在となっている。彼は社会復帰という問題については真剣に受けとめることなく、どちらかといえば安住のグループに入っているように思われる。S・Sはそれなりに問題意識を持っており、いつも、まじめに考えようとする真剣さがある。現在のところでは、気力のなさを悩み、退院への意欲もないが、決して安住しているわけではなく基本的には退院を志向している。K・Tはグループの中では一番退院志向的、自己中心的な面があるが社会へ出て生活できるようにとのあがきも見られる。T・Kは家族の受け入れが悪く病棟にのんびりと安住してしまい、それをあまり問題とも感じていない。T・Kはこの状況に入りこまないメンバーに対して何とかしてグループに引き入れようとする努力を示している。特に同室のK・Kに対して代弁者となりK・Kがグループの雰囲気にとけ込むことを助けている。T・Mはおとなしくあまり話さず受動的態度のままほかのメンバーに働きかける行為はないが、グループの中にはとけこんでいる。しかし家族の受け入れは悪く結果的に病棟に安住してしまわざるを得ない。W・Tも同様に家族の受け入れが悪いが、彼女は決して安住することなく「こんなところに入れておいて、私の人生メチャクチャだ」と退院させてくれない家族に対する不満を抱いている。彼女にはグループにとけこもうとしないI・Uをできるだけ引き入れようとする動きすらある。K・Kは第5回に、はじめてグループの中に入りこもうとする動きを示し、それ以後、次第に積極さが出てきている。N・JはT・Kの働きかけによりグループの雰囲気に慣れ親しむことができ、少しずつではあるが自分自身を表現し得るようになっていったという彼女のこうした動きが、集団のダイナミクスの中から生じてきたことは、集団精神療法の効果を考える上で意味のある側面といえるであろう。表面的ではあるが退院志向がみられる。I・Uは最初から最後までグループの中にまったく入りきれないで異質の存在とみられた。彼女は高齢でかなり痴呆化し、しかも身寄りの無い単身者であって、自分でもここにいることが幸せであるとしているし、T・Kも彼女について「I・Uさんは玄関掃除に行き食べさせて貰ってここは天国だね。満足しているね」と述べているが、治療者自身もI・Uに関しては同様の印象さえ受ける。彼女にとって、退院させること自体、本当に彼女の為になることであろうかといった疑問さえ抱かされるのである。もともと社会復帰への意欲の乏しかったこのグループのこうしたメンバーに対して、集団精神療法の中で意図するものは、退院への志向を持たせるということよりも、むしろ、病棟や職場で、如何に自己実現させていくかという点にあるよ

うに思われる。このことは、今後この種の接近をおしすすめていく際、グループの構成を考えていく上で、特に考慮していかなければならないことであろう。

社会復帰意欲が強いグループであるだけに多少なりとも退院への志向を持って欲しいと、特に後半では、メンバーの意識をその方向へ向けようとする問題提起が治療者自身にあまりにも強く意識され、結果として治療状況の中でかなり指示的傾向の強い治療がすすめられたものと考えられる。

全体的評価としては、おたがいがグループのメンバーとしての意識を持ち、いろいろな問題を考えあっているという雰囲気はみられた。話題が展開し盛り上がりがある時には、共感的な動きをも示していたし、また、集団のダイナミクスの上での意味のある変化も起っており、集団精神療法としては、ある程度の効果をもたらしたといえよう。ちなみに、APGP-Pにおいて、6名中(N・Jは最終会には参加していない。I・Uはすべて「いいえ」にチェックしており妥当性ないものとして除外する)「グループの雰囲気がどうもじっくりといていないようだ」の項目には全部「いいえ」と答え、「この話し合いを通して皆何らかの進歩をしているように思える」という項目では4名が「はい」と答えている。しかし、「自分と関係のない話題が多くおもしろくない」という項目についてW・Tのみが「はい」と答えている。これは特に後半には、退院志向を持たせる方向づけの展開があり、退院したくても受け入れてくれない家族に対して不満を持っている彼女にとっては、集団での話し合いが関係のない話題として受けとめられたためのように思われる。全体としては、APGP-Pではかなり積極的な評価がなされているとみてよい。(表4参照)

社会復帰を判断するPRCにおいては、全メンバーとも圧倒的に「一」への動きが強い。(表4)そのような結果を生じたことについて考えられる理由としては、少なくとも、退院への意欲がなく安住しているグループに対して、退院を意識させていくこうした治療の方向づけが、ある意味では彼らを不安な状況へおとし入れることになったためかもしれないし、あるいはまた、たとえばK・Kの化粧品購入額の増大などは看護婦からは否定的に受けとめられ、それが看護主任の評定したPRにもあらわれてきているためでもあろう。しかし自閉的であった彼女がこうした動きを示してきたことなどは、治療的にはむしろ肯定的なものとしてとらえていくべきではなからうか。いずれにせよ、こうした課題は個々のメンバーに対する治療的経過を迫ってさらに検討されていかなければならない点である。なお、「社会復帰への意欲」の項目では、K・TとK・Kが「0」から「+1」のプ

ラスの方向への動きを示しており、これは治療状況の中で見られた退院志向性と一致している。

以上のように、各メンバーの持つ特徴及びおかれている状況は、それぞれ違っており、それ故、おのずから、話題への関心の持ち方も異ってくる。そうした問題を十分加味し、それぞれのメンバーについて、どのような働きかけが主たるものとならなければならないか、すなわち、退院への志向をより強く持たせることが大切なのかそれとも、I・Uのように、むしろ現在のおかれている状況の中で、少しでも自己実現させていくことを目指していくことに援助を与えていくべきか、などの点についての検討を深め次の展開を意図していかなければならないと考える。（市瀬恵子）

3. 第3のグループ

(1) 各期の経過と特徴

グループの動きを全体的に眺めてみると、大きく4期に分けることが可能である。第Ⅰ期は、導入期あるいは混乱期とでもいうべきで、第1回から第3回までのセッションがこれにあたる。Y・Aの関係妄想が直接S・Oへの非難の形をとって示されたり、K・Tが次第に軽躁状態へ移行していき、そのため全体の動きが混乱した時期である。第Ⅱ期は第4回から第8回までの5回にわたるセッションで、展開期ということができ、グループとしての凝集性も高まり、流れとしても展開の見られた時期である。第Ⅲ期は、第9、10、11回の3セッションであり、停滞期といえる。表面的な話のやりとりが続き、話に加わらないメンバーは明らかに退屈の表情を示したりした。最終の第12回は、基本的には停滞期の延長ではあるが、いく分異なったニュアンスを持った時期であり、終結することへの不満のようなものが示されてきた時期である。この回を、一応第Ⅳ期、終結期として区分しておきたい。

以下、それぞれの時期について、経過を追いながら若干の検討を加えてみよう。

〈第Ⅰ期〉 導入・混乱期（第1回～第3回）

第1回目のセッションは、このグループ・セラピーへの導入的なコメントに続いて、それぞれのメンバーの簡単な自己紹介と、現在気にかかっていることについての発言を求めることから始まった。A・Kは「退院してもやっつけられる自信がない」と、その自信のなさが問題であることを述べるが、S・Oから「絶えず努力すれば成功する」、「一步前進して社会へ出ることが大事」といった発言があり、グループでの話し合いのひとつの焦点が提起された。そしてこのS・O自身、「（入院が）足かけ10年にもなるので焦り気味だ」というアンビバレン

トな感情を示してくることを契機として、グループとしての展開が始まったかに思われたのであるが、突然のY・Aの発言によって、その流れは乱されてしまう。「女子病棟に夜中に入ってきて、人が寝入っている時に悪さをする人がある。それはS・Oだ」という指摘が唐突に出されたのである。S・Oはそれを否定し、K・Tは、Y・Aにあわせて、「そんな事があれば病棟主任に話すべきだ」などの批難の発言をする。ほかの男子メンバーは黙って様子を見ている、といった緊張した状況が生ずる。このやりとりの中で、Y・Aの発言に非合理的なものが。あることと、治療の展開にとってかえってマイナスがあるとの判断から、治療者は、この話題を中断させる。その影響が残って、以後は動きの乏しい経過となる。

この問題は、第2回にふたたびY・Aから出てくる。しかし、今度は、「夜寝入っている時にいたずらをするのは、看護人の某だ」というように変形する。S・OやK・Tから、「そういうことは嚴重に注意を」といったY・Aを支持する発言が出される。治療者は、Y・Aのこれまでの妄想形成の経過からして、病的な体験であることを指摘することによって*、一応その問題に関しては打ち切り、他の話題へと転ずることを求めた。しかし、以後、その時点の混乱が持続することになった。

第3回には、K・Tが、「男の人が性的交渉を求めて話しかけてくる。どうしたらいいか」と述べ、異性関係の問題として、それ自体の展開は期待されたのであるが以後の新しい話題の展開の中でも、まったく前後の脈絡なしに同じ話題を繰返し、流れを混乱させてしまう。**

このように、二人の女性患者による、病的な体験にもとづく発言をとおして、まだ十分に現実吟味の機能を持たないグループ全体が、振りまわされ、混乱したのがこの第Ⅰ期だということができる。しかし、一方で、第1回にはあせりや不安の感情の露呈があり、第2回においては「自分が病院に入っておれば安心」する家族の構えについての問題が、A・K、K・Tなどから提出され、その問題をとおしての共通した体験の確認がなされる。あるいは、第3回での男女間の交際に関するグループ

* これまでにも、「侵入してきた」という男性の名前が次々と変化していること、同室の女性患者で、夜中にそうした事実のあったことを指摘する者は、これまで誰もいなかったこと、本人も、「仕事に疲れて眠っている間の出来事なので、その間は気づかずにいる。だから看護への連絡もできない」と言っていることなどである。

** K・Tはそれ以後軽躁状態が強まり、通勤作業も困難となって、病棟を変更されることになった。

全体の動きなどは、以後のセッションの展開にとって伏線とでもいうべきもので、それなりに重要な意味をもっていたと思われる。

ただ、メンバーの中で、K・A、T・H、M・Rの3人は、話題によっては興味を示している様子もうかがえたが、自発的な発言はまったくなく、問いかけにも最小限のことばで応答するのみであり、治療者にとって、いかに積極的な参加を引き出していくかが大きな課題であると思われた。

〈第Ⅱ期〉 展開期（第4回～第8回）

この期において興味のあることは、それぞれの回に、中心になる話題がかなり明確に示されてきており、その話題を中心にしてメンバー相互の間に共感的な感情の動きが認められたことである。しかも、その話題は「病院・治療体制」、「家族・受入れ体制」、「病院・作業所の状況」、「家族の構え」、「自己・意志の問題」という流れで回を追って展開している。この流れが、まったく患者の自発的な話題提起にもとづくものであるだけに意味のある動きだと思われる。

第4回には、S・Oから、「10年も入院しているのに治らないのは、（病院側に）誠意がないという風に思われる。治療方法に進歩がない」といった批判が出され退院の判断についての不満も出される。Y・Aも、「3か月と見込んでいたのに、退院させないのはおかしい」とする。一方、A・Kは「治療方法に進歩がないということではない」考え方に立ち、「ともかく退院という考え方もわかるけど、やはりしっかりしてからというつもりでいる」ことを述べる。

第5回には、前回の退院の問題と関連して、S・Oの「病院や家族が退院させる気がない」という発言にはじまり、家族の問題が出されてくる。K・Aは「（家族に）安心感というのがあった。病院に入っておれば、という気持」を感じている。Y・Aも「世話がないということで、すぐに入れてしまう」家族の構えを批判的に述べる。あるいは、T・Hのように、「（入院していることで）弟から下に見られていることが僕にはいかん。」「焦りがある」といった、家族内での緊張感について述べるなど、家族の問題をめぐる、メンバーがたがいに自己の恵まれない状況を訴えていく中で、相互に理解しあうといった関係が成立していったように思われる。

この関係は、第6、7回にも、幾分密度の差はありながら持続し、第8回では、S・Oの「我々は人生の敗北者だと、そう思っている」という発言から、それぞれの自己自身の生き方の問題として展開する。「値打のない人間になったの、S・Oさん？ そんなことを思わなくてもいい」といったY・Aの励まし。一方、自分の中に

「意志薄弱、でなくて弱さ」のあることを認めるA・Kであるが、経過の中で、「将来に向かって、希望と勇気を持って、一步前進しなければいかんと思う」ように変化してくるのである。

この第Ⅱ期においても、M・R、T・H、K・Aの発言は乏しいのであるが、S・O、A・Kのコミュニケーションを中心にして展開していく中で、積極的に耳を傾けている様子を感じられた。治療者も、そうしたグループの自発的な動きの中で、その動きを後から支える形で参加することが可能であったと判断された。

〈第Ⅲ期〉 停滞期（第9回～第11回）

何か単調な、表面的な話のやりとりに終始し、M・R、T・Hなどは、ほとんど話に参加する様子は見られず、むしろ倦怠をさえ感じている風であった。セラピストも第Ⅱ期までの展開がさらに発展することを期待する構えがあったために、とまどい、焦りをすら感じたのである。

たとえば、第9回には、病院のレクリエーションから個人の趣味の問題、薬の習慣性の問題、社会復帰病棟へ転出してくる人たちの病状について、「社会復帰病棟に居れることは幸せか」といった話題が、深まりもなく、表面的に持続していくのであった。

ただし、内容的に見てみると、第9回での話題に続いて、第10回にも社会復帰病棟の問題が話され、第11回には、金銭的な生活の問題や就職の問題が出てきていることは、何か事態が新しく展開することの予期、期待が背景に存在したと考えられもするのである。

〈第Ⅳ期〉 終結期（第12回）

今まで一度も欠席したことのないY・Aが、会社の早退を申し出ず、そのため病棟に帰り着いた時にはセッションが終了していたということ。そして、A・Kの「Y・Aが、今度の心理療法に何も言えへん、知らん、と言った」という情報は、この一応の最終回のセッションに対する象徴的な意味があると思われる。

A・Kからも、「心の拠りどころがなくなると不安になってくる。そのため退院を少しのばすことになった」旨の話があり、直接には集団精神療法の終結の故とは指摘されていないが、安定した治療関係から一步踏み出すことの不安が語られているように思われる。そのことに対するS・Oからの、「それは気が小さいということ」という批判的な発言などのやりとりをとおして、さらにA・Kからの不安や、S・Oのアンビバレントな感情、T・Hの「悩み事の多さ」などが示されてくるのである。

これらの動きは、今度のこの集団精神療法が、第12回で一応終結とされていることへの心理的な抵抗、あるいは不満の表明と見ることができるとであろう。この判断は

また、12回で終結することに対する治療者側の心理的な抵抗を伴っているものでもある。

そして、このセッションにおいては、全体として自発的な発言はA・KとS・Oに限られており、前期よりの継続としての停滞した感情が流れており、最後まで動きの乏しいものであったといえる。

（2）全経過をとおしての考察

全体をとおしては、全コミュニケーションのほとんどの部分をS・OとA・Kの発言が占め、それに、Y・Aが幾分かみあうといったものであった。

しかし、第Ⅱ期にみられたひとつのグループとしての凝集性の高い動きの中で、ともに動き感じあうといった関係の体験が可能であったことを認め、第Ⅳ期、終結期における抵抗的な動きの存在を考えあわせると、この集団精神療法的状況が、個々の患者にとって治療的な意味を持ち得たと同時に、いわば心理的安定感の基礎としての意味を持っていたのではないかとも思われる。社会復帰状況を判断した評定票（PRC）においては、全体としては顕著な変化はみられず、個人的には、A・Kのように社会的な状況の面で改善があったと判断されている場合と、M・R、T・Hのように全体的に低下の傾向が見られる場合とがあった。しかしAPGP-Pの評定において6人のメンバーのうち、5人の認知において、「グループの雰囲気」が否定的にとらえられておらず、「話し合いを通して、皆何らかの進歩をしているように思える」と判断しているのが4人いることから、こうしてグループに加わってきたことがそれ自体として意味を持っていたと自ら考えているようにとらえることができる。（表5）

個別的にみると、まずY・Aについては、その関係妄想が、完全に消失したとはいえないが、グループの中でチェックされたことにより、以後のセッションの中では見られなくなり、現実的な認知と、より積極的な動きが出てきたことをとおして、セッションの意味があったことが知られる。

A・Kは、ほかのメンバーによって提起されたいくつかの視点をとおして、「自分はこんな点で人とちがっているのだ」ということに気づかされ、あるいは、ほとんど自発的発言のみられないK・Aに対してその発言を引き出そうといった配慮を示すということをとおして、何らかの積極的な変化が期待されたのである。また、S・Oは、自分の発言がほかのメンバーによって積極的に取り上げられたということや、その中で自分のアンビバレントな感情を露呈していくことができたことによって、プラスの効果が期待できるものであった。

メンバーのうち、T・HやK・Aについては流れの中

での発言もあり、それなりにこの治療状況の意義を深めていることが考えられる。ところがM・Rの場合は、一応、評定表ではグループ活動をプラスに評価してはいるが、最終回における「（心配・不安が）あってもどうにもならないので、ここに居るかぎりは思わんようにしている」といった発言や、それぞれのセッションの中で動きからして、参加していることの意義はきわめて乏しかったものと判断される。

治療者に見られた、第9回以後の焦り、盛り上げなくてはという構えは、全経過をとおして再評価してみると、グループの流れからはいく分ずれた所での動きであり、12回までという時期的に限られた状況の中で、ひとつの必然性を持った流れとして受けとめた上で、より以上の展開を考えるべきであったと思われる。（松田惺）

4. 第4のグループ

（1）各期の経過と特徴

このグループにおいては、集団精神療法の経過としての目立った本質的「変化」はかならずしも明確ではない。各セッションはその都度微妙な動きを示し、まとまった「期間」としては扱にくいのが、一応考察の手続き上、現象的に区別してみると、「集団療法への期待の時期」「妄想をめぐって展開する時期」「現実の障害に直面する時期」「それぞれの立場をあらわにしていく時期」として考えることができる。

〈第1期〉 集団療法への期待の時期（第1回～第3回）

6名の患者は、沈黙状況を予期していた治療者にとっては意外な程スムーズに集団療法状況に導入された。そこには当惑や混乱はまったくみられず、多くはむしろ何らかの期待をもってのぞみ*、それも「集団療法」というものに対してかなりの確なうけとめをしているように思われた。治療者による導入の話しかけに続いて、T・Iが「どうも下宿屋みたいになっちゃっていかんと思うんですが、私の場合、受け入れが悪いもんですから——」と口火を切ったのを機に、かなり自発的にそれぞれの背景が語り出されたのである。

こうしてそれぞれの背景が語りあわれることは、それまでの病室ではほとんど無かったらしく、おたがいに控えめながら関心を示しあい、うなづいたり感心したりし

* そこには、むしろ、治療的働きかけへの飢えといったものさえ感じられた。

** この時期「閉鎖集団」ということもあり、また「秘密の共有の約束」ということから、治療集団としての仲間意識、帰属意識はかなりよく出来上っているように思われた。

ていた。**

この初期の間は、治療者は、まず主として個々のメンバーの発病状況に焦点をあて、それを集団の中で明らかにしようとした。それは、メンバー同志の相似性・相異性を明らかにすることによって、それぞれの自己洞察を深めるためと、治療者にとっては個々のメンバーの様態をグループの治療者として主体的に把握し、治療全体の見とおしを定めるためであった。そこで治療者にわかってきたことは、K・K、M・D、Y・Oがだいたい同じ範疇（妄想性うつ病）に属することであり*、この三者がそれぞれの体験や発病状況をどのようにうけとめあうかに関心をもたれた。

しかし、治療者は、このように明確な意図がある場合をのぞいて、原則として質問や介入をできるだけさげ、メンバー同志の相互交渉が展開するのを待つことを基本的態度とした。その結果、第2回、3回とセッションを追うにしたがって、集団における会話としての一定の水準での自発的な発言がひとつおこなわれてしまうと、次第に沈黙が多くなっていくように思われた。最初の積極的な会話は、強制的に集団化された者たちのいわば「強迫的交流」に近かったのであろう。また「治療」への期待は、受動的なまま何かを与えられるというようなものではなく、問いかけられ、語らなければならないものとして、そんなに気楽なものではないことがわかってくる。

この時期には、治療者ののぞむメンバー同志の相互交渉はなかなかみられず、やはり治療者に対する語りかけ・期待が多く、全体の流れとして話題は不連続になりやすかった。

個々のメンバーの語る内容、たとえば、発病状況にしても、多くはそれぞれの自己流の表面的解釈に安定していることが多く、治療者はそれに対しては真に「病識」をもたせようとする質問をくりかえして、1・2のメンバーには「個人精神療法」的に洞察を深めさせることができたと感じられたが、それがほかのメンバーにとって自分の問題との関連としてどのように影響したかはわからなかった。ただ、K・KとM・Dは相互に好意的な共感関係を形成していったのがみてとられた。

〈第2期〉 妄想をめぐる展開する時期（第4回～第6回）

第4回のセッションでは、メンバーの相互交渉として

* なお、T・Iは狭義の「精神衰弱」、N・Tは「真正分裂病」、H・Kは「てんかん性精神病」であると思われた。N・TとH・Kは事実的にいえばそれぞれの病いにおける欠陥状態を呈しており、グループにおいては内容的にそこに参加していくことはかなり困難であった。

十分展開しないので、ひとつの試みとして「司会者」をもとめ*、結局それまでいわゆる「治療者の補助者」といったあり方をもって事実的にかなり司会者的役割をしていたT・Iを指名した。T・Iはそれをうけて積極的に司会の役割をとり、全体としてははじめて相互交渉的なもりのあがりが見られた。T・Iはすべてのメンバーに語りかけ、語りかけられたものは、T・Iに答える。M・Dは病的体験をそのまま事実として語り、K・Kは共感的に同意し、類以の話しをのべ、Y・Oは失笑し、T・Iは批判的なまなざしでみているが、M・Dは本人があまりにも明快に語るのも誰も遠慮するのの口に出して批判はしない。N・Tは発言者のみでニコニコしたり、アクビをしたりしていることが多いが、H・Kがその笑いにかけに答えるといった態度の交渉がみられるようになる。H・Kがあまり逸脱的になると隣のK・Kが手で制止する。Y・Oは終始孤立的で、自発的には発言しない。次第にこうしたパターンができあがり、それは終結時までつづく。

第5回では、治療者はM・Dの「自分が病気になったのは神様のせいだ」という確信を全体の主題としてとり出したが、それは、M・Dを現実の壁にぶつけることによって、その確信を吟味させ、またほかのメンバーは、それをどううけとめ、現実的に処理するかという、集団療法状況にもっと適した主題であると思われたからである。

M・D「神様に鼻がガタガタふるえるようにさせられてあちへフラフラ、こっちへフラフラさせられ……」

治療者「Oさんは、今のお話しどう思いますか？ やはり神様が――？」

Y・O（治療者に対して遠慮がちに笑いながら）「私はそうは思いませんねえ……」

T・I（やはり治療者に、小声で）「あり得ないですね。」

M・D（それらの発言とはまったく関係なく、明るく）「神様がやったんです。石けんを飲んだらやったというんだわね。いやいや飲んだら鼻がガタガタになっちゃって…… おとがめだわね。」

T・I（治療者に同意を求めるように）「神様というものはあり得ないものですね。病気がそうさせた

* こうしたグループに限らず、「人の間」としてある人間が形づくるとんな共同世界においても、リーダーになれる人となれない人ができてしまう以上、無理矢理すべての人をリーダーにしようとするよりは、それぞれの得意的な側面をよりの確にのぼすことも大事ではないかと考えたのである。

と思うんですけど……」

M・D「神様って、イタズラするんだわね。ホ……」

K・K「身持ち*になると、神様を信ずるようになるんですわ。私も神様のせいだと思います。」

第6回もひきつづいてM・Dの神様をめぐる論議が展開する。共同治療者の誘導もあってすべてのメンバーからM・Dに質問が集中し、オトギ話的な答え**に笑いの渦が巻きおこる。共感的に神様のせいで病気になりうると考えているK・KもM・Dのような話しは聞いたことがないといいだし、T・Iは彼らしく地に足がついていない知性化の次元でマルクスやヘーゲルの名を引用して無神論をのべる。しかしM・Dはいつこ意に介するところなくますます楽しそうに神様について語り、K・Kは彼女の家の近所にある宗教団体の模様やその先達の様子について話す。

治療者の「現実吟味を深めさせる」という目論見は十分達成されず、ほかのメンバーが「現実の壁」になり得ないことから、治療者は、この回の終りぎわ、「宗教体験と病的体験のちがひ」についてのお説教をしてしまうことになる。皆真剣にうなずきながらきいてはいたが、そうした知的なお説教が決して本当の意味での理解となっていないことは、あとの経過からみても明らかである。この回は皆にぎやかに発言し、共感的体験とはいえないまでも情緒的な表出も十分で、雰囲気としては大きな盛りあがりを見せていたのであり、それを知的に打ちきったことには問題が残る。事実このころ、M・Dは病棟でも職場でも非常に明るくなり、主治医もはっきりと状態像の改善を認めている。K・Kも同様により活発に自然になってきていたのである。

〈第3期〉 現実の障碍に直面する時期（第7回～9回）

そうした前回の盛りあがりのあと、他への話題の展開を求めて、職場の待遇、賃金などの話しが出るが、雰囲気としては白々しさが訪れる。順番に個々の職場の様子語られるが共通の問題とはなっていない。治療者はそれを「共通の問題」にしようと考えすぎて、かえって深められず、結局第1期にみられた「個人精神療法」的意義すら得られない。3分から5分もの沈黙が続く、す

* K・Kは「妄想性うつ病」でも、いわゆる「産褥性精神病」といわれるもので、出産を機に発病しているが、この時、M・Dに近い体験をもったらしい。

** 「神様は人間の格好をした20cmくらいの身長で、私の家の縁の下に住みピストルをもっていて、通る人を殺してはひっぱりこみ、説教をしてまた生きかえらせる。何でもお見とおしで、悪いことはできない、云々。」

ると普段はほとんど無関心なN・Tが「ボクはね」と内容的には常同的で、あまり意味のない発言をする。彼は誰かにたずねられても、ただニコニコしているだけのことが多いが、こうした白々しい沈黙の事態に際してはむしろ「間」をつなごうとする。一見「痴呆化」した様相においてこうして対人状況への感受性を示す彼のあり方は、形成的には精神療法場面のなかできわめて重要な意味を有すると思われる。同じく低下した水準にあるH・Kには、しかしこういう動きはみられない。彼女は流れにそぐわない自己中心的な話題を一方的に迂遠に語る。T・Iはこんな時には余計観念的になって陳列棚にある本の背表紙の羅列のような話しになる。「ヘーゲルの〈精神現象学〉はむつかしいですが、おもしろいですよ」「四日市の公害訴訟は――」それはモノローグに終るしかなく、また間があく。治療者はこの間を問題にする。「どうしてこうみんなのもっている悩みが、うまく話しあえないんだろうか？」

第8回では、この問題提起に応じて、はじめにT・Iが「今日はテーマを持って来たんですけど」と積極的に「外泊」という話題を選び、司会者として話しを展開させようとする。皆がそれぞれ外泊について語るうちに「受け入れ状況」がそれぞれ鮮明になってくる。それは例外なく「外泊しなくていい」「困る」といった冷い、あるいは行き場のない否定的なものであり、病院は事実上「姥捨山」となっている。皆、次第に元気がなく沈黙がちとなってくるが、それはもはや単に、集団場面において会話が進展しないということだけではなく、この「受け入れが悪い」という決定的事実の深刻さの前に現実どうする術もないという重い事態をあらわにしている。この重さに治療者も沈黙せざるを得ない。

しかしほとんどのメンバーは、その否定的受け入れ状況をあいまいにしたまま、いのように解釈したり、知性化して観念レベルで考えているにすぎない。治療者はまず彼らをこの事実と直面させる必要があると考え、つっこんだ質問をして、その否定的現実をはっきり露呈させようとする。彼らにとってこの話題は決して楽しいものではない。Y・OやT・Iの顔は苦しさにゆがむ。さらに治療者は「そういう家族に対して、どうしたらいいのか？」「あなたはどうか？」を問い続ける。

それに応じた具体的な方向づけが出来ることはない。治療者は「もっと家族や身寄りと接触を深め理解してもらおうこと」*の必要性をとき、さらにそれらの否定的状況をこえて、社会復帰する別の途はないのかと問う。実際少くともY・O、K・K、M・Dの3人には意欲さえあれば、それなりに応じた働き場所は十分あるように

思われるのである。

次の第9回のセッションでは、前回の非常に緊迫した雰囲気の反動として、またしても沈黙が多くなり、話題が出されても表面的・お義理的で内的充実には欠ける。H・Kが「もうすこし賃金をあげてほしい」という常同的な話題を出したり、被害的・攻撃的に自分の扱われ方について迂遠に永々とべたりするが、皆うつむいたり横をむいたりして黙って聞いている。「そうされるのは本当はあなたが悪いからだ」と応えて、その話が終わってしまえば、次はまたあの重い沈黙の中で今度は自分がまないたにのせられることになるだけだから。その場の雰囲気はそう語っていた。

〈第4期〉 それぞれの立場をあらわにしていく時期
(第10回～第12回)

この期は本質的には前期と同質の状況が開かれていく。すなわち、「何とか退院しなければならない、ここに慣れてしまうのはよくない、下宿や住みこみでやっていくのもいいことだ」という当為的な意見水準では皆一致しているけれども、実際には現実の大きな障碍の前になんかどうしようもなく立止まり、一步もそこから出ることはできない。むしろその中で、それぞれの本音が明らかになっていく。

T・I「早く退院しないといけないと思うけど、Oさんはずっとここに居るつもり？」

Y・O（はにかみながら）「ええ、私はここにおいてもらうより仕方がないです。」

T・I「治っているのに居るのはよくないわねえ。早く退院した方がいいと思うけど、みんなどう思う？」（Y・Oをのぞく4人うなづく）

H・K「ここに入っとならば、外へも出れんし……」

M・D「私は早く退院させてほしいのに、どうして退院できんですか？」

治療者「Kさんは外に出ても十分働けそうですね。」

K・K「まだ、また病気になる気がして自信がないのでもう少しここにいたいと思います。」

T・I「私の場合、対人関係がむづかしいので実際問題としてどれだけやっていけるかですね。自信はあるんですけどねえ。」

このように、意見水準では同じ「退院してやっていかなければ」という次元から、次第にそれぞれの社会復帰志向のあり方が、言葉として明らかになってくる。すなわち、こうした場面では表面的に同調し、問われれば差

恥しながらもはっきりと「病院内充足」状況に居直ろうとするY・O、発言は的確だがどうしても実際の具体的な動因とはならず観念的になってしまうT・I、「自信がない」として安住しようとするK・K、退院への願望だけで現実的な自己認知ができないM・D、事実上、社会復帰は現段階では治療者にも不可能と考えられ、こうした話題に内容的に参加できないN・TとH・K、といった彼らの姿が明るみに出てくる。

これらの人たちが一緒に語りあうとき、混乱と停滞が支配するのはいわば当然であろう。しかし前半のスムーズな展開が、よそよそしい会話であるなら、この後半の停滞は普段着のつぶやきである。それらの赤裸々なあり方が、まず自らに意識されなくてはならない。現実への対処能力と社会復帰への意欲を高めようとする働きかけはここから始まるのである。

(2) 全経過をとおしての考察

これら12回のセッションをとおして眺めてみると、現象的には前半の方が割合活発で、後半の方が停滞している。しかし内容的に言えばその動きは治療状況の進展にともなって内的必然的変容の継起を示しているといえる。しかしそれは集団が集団として物理的に変化したのではない。その時々セッションに示された雰囲気は治療者とメンバーの「間」にかもしだされたものであり、その時々治療者の態度や方針と微妙に関連している。6回、8回に続く7回、9回が沈黙がちとなるのは、治療者の側でも前回あまりに指示的になりすぎたことへの反省にもよっているのであろう。しかしともあれ、治療者側の何とかしようとする方針や意気込みがその動きの揺れる大きさを決めることはたしかである。この点治療者は常にそのセッションに臨む意図や方針をその都度明確に把握していなければならない。

しかしまたその意図や方針は、表面に出ることなく、治療者としての洗練された技術的態度の背後にかくれていなくてはならないと思われる。とくにH・Kのたとえば、「いじめないようにしてほしい」というような全体の流れからはずれた迂遠な被害的・攻撃的発言を、治療者がほかのメンバーとともにうけとめられなかったことは、治療者の意識として意図的な方針達成の志向にとられすぎたためであろう。

ただ全般には、回を追うにしたがって治療者もメンバーもその態度がより自然になっていっている。はじめて集団精神療法を経験するものとして、治療者は前半における治療者としての反省的な役割意識へのこだわりを後半的においてはほとんど抱くことがなかった。T・Iなども最後までたしかに観念的水準から抜け出すことはなかったが、治療者の指摘に答えて少なくともマルクスや

* 実際、皆、家族との連絡はほとんどないのであり、逆に言えばそれ故にこそ、彼らは永らく9病の住人とならざるを得ないのである。

ヘーゲルの名をあげることはなくなっていった。こうして全般に次第に自然な関係が築かれていくなかで、メンバーは、より会話に加わろうとする人（T・I, K・K, M・D）と、よりはみだしていく人（Y・O, N・T, H・K）とにはっきりとわかれていく。そして前者の積極的メンバーには実際、臨床面にも積極的な変容をみることができた。M・D, K・Kは誰の目からも活発になったことは明らかであったし、T・Iも少くともPRCの上では、P要因の上昇をみることができた。また社会復帰への意欲に関してこの3人は社会復帰をしなくてはならないという意欲としてははっきり高まったということができる。これに反して、会話からはみだしていく消極的メンバーは、臨床面でも動きはいぜん少なかったし、またPRCの比較においても、治療の前後の評定値はまったく変らないままで、むしろ否定的な変化すらみせている。しかしY・Oは「ここにいるより他に……」といったときにも「羞恥」をともなっていたのであり、当初の目標のひとつ「病院内充足」を刺激するという点での意義は認められたと思われる。

APGP-Pにおいては、積極的メンバーは逆に割合否定的なそのままの評価をもしているのに対して、消極的メンバーでは、ほとんど皮相的に好意的な評価ばかりがなされていたのも興味深いところである。

最後に本グループのメンバー構成に関しても、ひとつの問題が提起される。PRCでの評定では、P要因に関して同じように低い6名であるが、T・I, K・K, M・D, Y・Oの4名とN・T, H・Kの2名との間には臨床的に、自我機能の度合における歴然とした差がみられ、集団精神療法をすすめるにあたっては、これらは別のグループにした方がより効果的であると思われる。前4者は厳密には「分裂病」とは考えられず、その点一定の自我機能の水準を保っているが、後2者はそのいちじるしい低下が感じられ、いわゆる「欠陥状態」を呈している。治療者は最初正直なところ、後2者に対して集団精神療法は無意味、あるいは不可能と考えていた。しか

し、2人がたがいに笑いあったりして態度的コミュニケーションがよくみられたこと、またあの沈黙状況において何かをいおうとしたこと、そしてそれらは十分うけとめる必要のあったこと、また何より集団精神療法の存続をもっとも強く望んでいたのは、この2人であったこと、などからこの2人に対する集団精神療法の意義も十分認められ、この人たちに適した働きかけが今度とも必要であると思われたのである。（池田博和）

5. それらの総括として

4つの状況それぞれについての治療の経過と、それらの状況における全体的考察は、それぞれのグループを担当した4人の治療者によってまとめられた。これらのまとめに当たって、記述の体裁などについては、一応の調整をしたものの、そこに内包する流れとしての治療経過の内実については、それぞれの担当者の自由にゆだねられた。したがって以上4つの状況は、グループの質の違いもさることながら、それらを担当した治療者の視点によってかなりのニュアンスをうみ出している。しかもそれは単に記述の上での差にとどまらず、それぞれのグループにおける集団精神療法の状況そのものの差としてうけとめるべきであろう。治療状況そのものが、どうしても治療者—患者関係の上に成りたつ場である以上、治療者自身のもつさまざまな特性の違いが、この状況に大きな影響をもたらすものであることは、たとえどのように、共通の問題認識に立ち、視点を定めた上での討論を積み重ねたところで、まぬがれることはできない。これら治療者のありかたの及ぼす影響についてはまた、後にも論ずることにして、ここでは先ず、これらの各グループごとのまとめが、以上のような趣旨にもとづいて、まったく自由に論述されたものであることをことわっておきたい。

その上で、私どもは以上4つの状況をとおしての総括として、問題となるべき次の諸点についての若干の論述をすすめることにしよう。

1) これら4つの状況は、表2に示された29名の患者

表 3 集団精神療法のグループ構成

| 社会復帰 の意欲 パターン | 高 | 低 |
|---------------------|---------------|--|
| mpS (N=11) | 第1のグループ (N=8) | 第2のグループ (N=8) (mpS=3 mPs=2 Mps=3) |
| mPs (N=2) | | |
| Mps (N=3) | | |
| mps (N=13) | 第3のグループ (N=7) | 第4のグループ (N=6) |

を、PRSのMPS要因の評定によって判別されたパターンと、同じくそれから得られた社会復帰への意欲とをからみあわせて、グループ構成をしたのにもとづく。それぞれのグループがどのような対象を包括しているかを今一度明確にするためには上の表3を準拠されたい。

この表からも明らかなように、第1、第3グループは社会復帰の意欲という点で、相当積極的な構えをもっているグループであり、第2、第4グループはその逆といえる。またMPS要因にもとづくパターンという点では第3、第4グループともに対象は、その3要因がすべて低い水準にある患者から成り、それぞれのアスペクトからの意図的かつ積極的な働きかけを必要とするグループであるし、第1、第2のグループは、それら3要因のうち、いずれか1つの要因についてある程度の水準に達してはいるものの、他の2つのアスペクトからの強力な働きかけを要する対象から成るグループである。さらにそのうち第1のグループは、いわゆるS要因には問題があまりみあたらないが、M、P両要因がともに問題であり

に立ってのまとめがすすめられている。混沌たる状況の中で、ある意味では成員各自ばらばらの動きで治療者とのかかわりを志向し、期待する段階から、次第にグループ成員間に自然の交流が生まれ、あるいは融和、あるいは展開といった形で深まりを志向する流れは、12回のセッションこの半ばを頂点として、かなり密度を濃くしていく。その半ばの頂点とみられるセッションを境にふたたび、動きの停滞する、開かれの乏しい現実の障壁にぶつかる。そのようにぶつかりながらしかもその中でまた展開を模索しつつ、すがたをあらわにしようとする方向性をはらんで、この治療状況は終結へと導かれる。こうした経過の流れにおける共通した動きは、グループによるニュアンスの差こそあれ、治療の本質的展開にとって避けがたい道のみであったことだけはたしかである。

2) その終結した段階において、病棟主任によって評定されたPRCの結果を、治療開始前、対象抽出のためになされた4者協議による評定結果とくらべて、その変化の様相を示したのが次の表4である。

表 4 集団精神療法前後におけるPRCの変化

| 第1のグループ | | | 第2のグループ | | | 第3のグループ | | | 第4のグループ | | |
|---------|---|----|---------|------|---|---------|---|------|---------|----|---|
| メンバー | + | ± | - | メンバー | + | ± | - | メンバー | + | ± | - |
| S・T | 0 | 15 | 0 | N・T | | | | S・D | 0 | 13 | 2 |
| S・K | 6 | 9 | 0 | S・S | 1 | 6 | 8 | K・T | | | |
| T・S | 7 | 8 | 0 | K・K | 1 | 6 | 8 | K・A | 0 | 13 | 2 |
| N・S | 0 | 15 | 0 | K・T | 1 | 7 | 7 | T・H | 2 | 7 | 6 |
| H・S | 2 | 13 | 0 | T・M | 0 | 9 | 6 | A・K | 5 | 9 | 1 |
| I・N | 0 | 15 | 0 | T・K | 0 | 10 | 5 | Y・A | 1 | 14 | 0 |
| M・N | 0 | 15 | 0 | W・T | 0 | 13 | 2 | M・R | 0 | 12 | 3 |
| S・T | 0 | 15 | 0 | I・U | 1 | 7 | 7 | | | | |

これらのアスペクトからの治療的働きかけが要請されるグループで、第2のグループは、その3要因のうち、問題となる要因が、そのすべてに2つづつまたがっているいわば混在グループといえる。

ところでこれら4つのグループの治療経過および考察をとおして、総括としてまとめられ得る共通点は決して多くはない。これらグループがもともと異質のグループであり、さらにそのグループを構成するメンバーひとりひとり、何よりもきびしい独自の世界の中に生きる精神病患者であるが故に、この等質性を求めること自体がもともと無理なのであろう。しかしそうした前提をはらみながらも、これら4つのグループのいずれも、一応12回の治療セッションはそれぞれ3期、もしくは4期に分けられ、その治療の流れに即しての、かなり共通する視点

項目ごとに評定値が明確にのぞましい方向へ移ったもの(+), 変化が認められなかったもの(±), 導に明確にのぞましくない方向へ動いたもの(-), これら3つのカテゴリーに分けた上、個々の患者についての15項目にわたる評定項目がどのように分布するかを明らかにしようとしたものであるが、表からも知られるとおり、第1のグループのS・K, T・S, 第3のグループのA・K, また第4のグループのK・Kといった計4名を除いては、ほとんど変化がない、いや第2のグループに到っては、その大部分がのぞましくないとみられる方向にさえ変動している。評定の手続きについてこの両者に違いがあって、治療終結後の評定が、病棟の看護主任によってなされた点に若干の問題があることは、第2のグループの治療者によっても報告されているところであるが

精神病者の社会復帰に関する研究（第1報）

、結果的には、集団精神療法の効果が、この段階では明らかでないことを示すものといえる。集団精神療法状況をとおして「病院内充足」の様態にゆきぶりをかけ社会復帰への意欲を上げましたことは、どのグループにおいても同様であり、それなりの効果としてとらえることはできるが、それがP要因に関連しての自我機能の水準の高揚にまでただちに連なるためにはなお多くの問題があることを示すものでもあろう。

しかしながら、それら集団精神療法に参加したそれぞれのグループの成員が、自分のその種の体験をとおして治療終了後チェックしたところのAPGP-Pにみられる自己評価については、各グループとも共通して、きわめてのぞましい形で、この集団精神療法状況をうけとめていることがよみとられる。表5は、それらの結果を総括したものであるが、10項目にわたる評価項目のうち、(2)(6)(7)の3項目を除いて、あとの7項目には、きわめて好意的な集団精神療法の受容のありかたが察知される。

めることはもとよりであるが、人間関係能力が促進されることにより重点がおかれるべきであり、集団内のダイナミックスの形成をとおして、より相互の共感性が高められることを目標とする限り、参加者によるところのこの種の自己評定は、かなりの満足を彼らにもたらしたものであるとみることができるし、その満足感、充足感をとおして、**障碍はなお現実的状况において山積されようとも、それをのりこえてのより具体的水準における社会復帰志向を期待しうるのである。**

なお、今ひとつ、第3、第4両グループに共通してみられる、折にふれての妄想にゆり動かされる1人の成員の反応と、それにまたふりまわされ、共ぶれていくほかのメンバーのそれに対応する感応現象についてもふれておきたい。これら妄想気分やら妄想体験やらを、いわゆる**個別の精神療法的接近**によって、ある程度軽減せしめようとすることは、従来も知られているように、きわめて**至難の業**である。むしろこれら妄想体験をこのよう

表 5 集団精神療法終結時におけるメンバーの自己評価（APGP-P）

| 項 目 | グループ | | 第1のグループ (N=8) | | 第2のグループ (N=6) | | 第3のグループ (N=6) | | 第4のグループ (N=6) | | 全 体 (N=26) | | | |
|----------------------------------|------|--|------------------|-----|------------------|-----|------------------|-----|------------------|-----|---------------|-----|-----|----|
| | 評 価 | | 好意的 ? | 否定的 | 好意的 ? | 否定的 | 好意的 ? | 否定的 | 好意的 ? | 否定的 | 好意的 ? | 否定的 | 否定的 | |
| ① グループの雰囲気はどうもしっくりといていないようだ。 | | | 1 | 7 | 6 | 0 | 5 | 1 | 3 | 1 | 2 | 21 | 2 | 3 |
| ② 別に自分から話したいと思うことがらはない。 | | | 5 | 3 | 3 | 3 | 1 | 5 | 4 | | 2 | 12 | 1 | 13 |
| ③ 自分と関係のない話題が多くおもしろくない。 | | | 6 | 2 | 5 | 1 | 4 | 2 | 4 | 1 | 1 | 19 | 1 | 6 |
| ④ もっと他の人の事情がきいてみたい。 | | | 6 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 5 | 1 | 17 | 2 | 7 |
| ⑤ 自分の深いところの気持があばかれるようでいやな感じがする。 | | | 8 | 0 | 3 | 3 | 3 | 3 | 5 | 1 | | 19 | 1 | 6 |
| ⑥ 治療者はもっとちがうやり方でやってくれるとよいと思う。 | | | 4 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 1 | 3 | 10 | 4 | 12 |
| ⑦ これからの生活に役立つことを学ぶことができた。 | | | 7 | 1 | 5 | 3 | 1 | 1 | 4 | 4 | 2 | 15 | 2 | 9 |
| ⑧ 自分はこの点で人とちがっているのだということがわかってきた。 | | | 7 | 1 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 19 | 1 | 6 |
| ⑨ 自分の発言が皆にうけとめてもらえないのが残念だ。 | | | 6 | 2 | 4 | 2 | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 19 | 1 | 6 |
| ⑩ この話しあいをとおして皆何らかの進歩をしているように思える。 | | | 5 | 3 | 5 | 1 | 4 | 1 | 1 | 5 | 1 | 19 | 1 | 6 |

第1のグループにおいては、これらのうけとめは、きわめて明確に好意的な形でなされているし、またどのグループでも共通して、「グループの雰囲気はしっくりといかないようなことはなかった」し、「自分と関係のない話題が多くって面白くないこともない」し、「自分の発言を皆にうけとめてもらえず、残念だと思っても少なく」、究極的にはほとんどが、「この話しあいをとおして皆何らかの進歩をしているように思っているようである。

集団精神療法自体の日ぎすところ、自我の再統合をす

な形で**集団の場**で提起させ、それにもとづいての話しあいを深めていくこと、これが出来るとしたら、それは成員相互の**現実吟味の機能**を相互に高めあっていく操作としてきわめて貴重な**集団のダイナミックス**であるともいえる。私どもの治療状況の中で、この第3、第4両グループにこれらの方向性の片鱗をうかがうことができたのは特筆すべきことのように思われる。

3) 治療の期間を一応、今回のように3ヶ月、12回のセッションと限ったのにも、この**集団精神療法状況**の経過を流れをおって考察していく上に、検討すべき多く

の問題を提起するものである。この期間設定にあたっては、始めの手続きにも述べたように、私どもにとっての一応の意義づけがある。始めから12回の流れを意識しているだけに治療者にとっても、またグループの成員である患者にとっても、その流れの中で、今が中間であること、今まさに終結期に近づきつつあることなどを、明確に位置づけざるを得なかった状況も決して少なくない。中盤における、各グループ一様にみられる、盛り上りの時期、治療過程でのヤマ場ともいえるものの形成もこれと無縁ではない。それが1つの治療形態の中で、ある方向づけとなる。あるいはまた治療過程が終りに近づけば、また近づいたで、治療者側では、これで終結になるといった焦りが、逃れることのかなわぬ無意識の構えとして、自らに強い規制を与えてくる。終結を意識すればする程私どもは、自由であり得なくなる。この自由性の喪失は当然ながら、またその治療状況におかれる患者の側への焦りと不安を強要するものとなる。多くのグループにおいて共通してみられた、終結時間近におけるこの種の混乱、さらには不満ともいべき状況の形成もまた、これらの過程と決して無縁ではあり得ない。

しかしながら、さらに一步ふみこんでこうした期間の限定がもつより積極的意味をも、あわせ考察することがここで要請されよう。期間を有限とすることによって、特に終結時にみられたこの種の混乱とか、不満とかいったものはたしかにまぬがれることはできないにしろ、有限であるが故に、その都度の治療セッションは彼らにとって意味あるものとして重味づけられ、開かれていくのである。ともすれば安定したぬるま湯的温床に無時間的に停滞しがちな彼らに、歴史的時間的に生きることの、本来性への目覚めを与えてくれるものともいえる。終局時近くにこの種の不安がよびさまされたとすれば、それはまさにこの目覚めの故ともいえないだろうか。この意味において3か月の期間のもつ意義が、それ以上でも、以下でも、あまりにも短かすぎたり、あるいは、常同化性化したりすることによって伴う不利を超えて、改めて有効かつ適切なものとして見なおされるように思われる。3か月ごとを一応の終結時と規定しながら、段階を設けて、また次のステップへと継続させていくことが、以上のようにして望ましい展開ととらえることができよう。

4) この節でも始めにふれたように、治療者の特性をめぐってさまざまな側面でのありかたのちがいはこれら集団精神療法状況にきわめて大きく影響するものとみられる。これら状況の中で、効果があったとみなされるか否かの判断も、多くは治療者にゆだねられるし、その意味においても、誰が治療者として、その集団との出会

いをもつかは、治療をうける側の患者にとっては、きわめて重要な意義をもつ。それらの危惧は危惧として十分に配慮されねばならないけれども、私どもはここでは、より積極的にそれら特性を異にする治療者が、その治療状況の中で、集団の成員の前に立つ意味をとりあげねばならない。第2の状況における治療者も、第4のグループに治療的役割をとった治療者も、ともにその対象が、社会復帰の意欲の低いグループであるだけに、そのありかたの対照さが、きわだって意味をもつものように考えられる。第2のグループでの治療者は、終結に近づくとつれてきわめて意図的に指示的な立場をとる。そして第4のグループでは、治療者はまた徹底した非指示的な立場をとろうと志向し、そこでの間やら沈黙やらを、あえて治療の流れとして積極的にうけとめる。この両グループのメンバー自身の構成もまた問題ではあるけれども、ここではそうした患者の前に立つ治療者自身の特性こそが問題となる。第2のグループの治療者は、ある意味ではその対象いかに拘らずこの種の治療的接近しかもてなかったかもしれない。第4のグループの治療者また然りである。そしてそのことが、結果としてはそれぞれのグループの成員によりよい影響を与えしめていることに気づくとき、まさしくこれら治療状況が、決して一方的な働きかけによって形成されるものでなく、治療者一患者のこれらの関係によってのみ成りたつものであることを思わせられる。たしかにその観点にしたがうとき、出会いの微妙さ、またその偶然性にうたれざるを得ない。APGPによる結果が、どのグループにも共通してのぞましい値を示したのは、それぞれの治療者特性をとおしての、治療者一患者関係ののぞましいありかたの形成をこの点においても示してくれたものともいえることができる。

治療者の問題を取りあげるとき、そこに共在する共同治療者の意味をも考えていかねばならない。治療場における第三者の介在は、ふつうの心理療法場面において常に問題とされる場所である。集団精神療法の場合においてもこのことは決して例外ではない。治療者とまったく不即不離、一心同体となって機能すべき共同治療者とはいったいいかなる役割を果たすべきなのだろうか。あいまいな形でその場にただ物理的にいることの意味の否定的意義は今さらいうまでもない。集団精神療法の対象となるグループの成員が、その人の所在によってごちちなさを感じ、発言を抑制されるようなことがあるときはいよいよその思いを強くする。第3のグループにおいて女子生徒での問題行動が、職員によって行われたとの提言がなされたとき、その場に看護者として日常生活でのつながりをももつ共同治療者が介在することの意味はど

うであろうか。「私がいると話しくいだろうから」と共同治療者である看護主任が参加を辞退したことも第4のグループでは見うけられたのである。そしてそのセッションの録音を後に聞かされて、「やはりいるといたないとは発言の量がちがう」との看護主任の述懐がなされている。たしかに生活全般に関して知悉している。これら看護者あるいはソーシャル・ワーカーの存在が、有益な情報をもたらす利点はあるにしても、時としてこのような治療水準においては否定的な役割をもつこともあることを、私どもは十分留意しておかなければならない。

5) 問題は決してこれだけにとどまらない。私どものこうした4つの状況のみに限っても、なおもっとも重要な視点として、何よりも集団精神療法という状況が、グループのダイナミックスをどのように助長せしめるかという問題がある。それぞれのグループのダイナミックスにおいて、その雰囲気をかもしだすにあたってはメンバー内のサブ・リーダーの動きとそのあり方が、治療者特性よりも大きな役割をはたしたことも見おとせない。たとえば第2グループのサブ・リーダー的なN・Jは、「考えようによっては、ここもいいところだぞ」といい、第4グループのサブ・リーダー的なT・Iは、「下宿みたいになっちゃってはいかん」という。ほかのメンバーは、そのサブ・リーダーの雰囲気にまきこまれていく。そしてそれに同調するもの、沈黙するもの、反撥するものがでてくる。そうした流れを、時に修正する治療者の意図にそって、関係ができあがっていくメンバー、孤立していくメンバー、それをまたとりこんでいこうとする動き、こうした治療的展開にとって必須のダイナミックスはどのグループでもみられたのであるが、この具体的なあり方については、それぞれの治療者によって、さらに詳しく分析されなければならない。こうしたダイナミックスの展開という視点からするならば、グループ編成にあたって、今回は社会復帰意欲の「高い」「低い」をその規準にしたのであるが、むしろ、それらが混在した形であることの方がかえって望ましいとも考えられる。

私どもの実践は今のところなお、きわめて不十分なものといわざるを得ない。しかしながら集団精神療法的状況を、以上のような集団のダイナミックスという点からも成員相互の現実的關係性の中での本来的成熟をめざすものとしてとらえるとき、これらの実践を今後どのような方向に展開せしめていくべきか、その志向性は次第に明らかになっていくものと思われる。（村上英治）

IV 討論と今後の展開

社会復帰病棟において、私どもは冒頭の問題認識に立ち、以上のような集団精神療法を具体的実践としてこ

ろみてきた。これらの実践状況にもとづく以上の総括をふまえて、私どもが折にふれ討議してきた視点をここで明らかにするとともに、こうした志向性にそっての実践を次のステップとして今後どのように展開すべきか、それらの問題点についての若干を指摘しておきたい。

1) 問題の所在として提起したように、私どものこの集団精神療法による接近のねらいは、社会復帰病棟におけるともすれば沈黙しがちな「病院内充足」として位置づけられる精神病者に対し、その復帰意欲をより現実的なものたらしめていくために、いわゆるP要因を中核としてのゆきぶりかけをすすめたいとの願いに他ならない。こうした実践を有効ならしめるための目標として設定した3ヶ月12回という比較的限られた期間内における接近という範囲にとどまったにしろ、そして第1のグループから第4のグループに到るまで、それぞれのニュアンスの差は見られたものの、こうした接近を積極的に推進することによって、個々の患者にとって治療の意味づけを付与したものであることはたしかだし、さらにこうした接近をとおして、ゆきぶられたことによる動揺を伴う反面、むしろそれゆえにこそ集団の中でのダイナミックスが展開し、心理的緊張の増大も認められたといえる。しかしながら、一面これらの変化が、ただちに、こうして集団精神療法をすすめたことの成果であると評価しうることになるのか、これはなお検討すべき課題である。私どものグループでは、その対象としていわゆるM要因において問題とされるものも、S要因において障害が認められるものも同時に加わっている。したがってこの3ヶ月という期間における変容が、P要因の水準を高める操作として意図された集団精神療法によって効果をもたらしたもののなか、あるいはこれと平行して、個人療法をも含め、持続的に投与されている薬物を主体としての医学的働きかけのもたらしたもののなか、あるいはまた、ワーカーなどからの強力な働きかけにもとづく事業体側、さらに家庭状況そのものの受け入れのありかたの変容によるもののなか、しかと定めがたいものがある。これらの問題点をふまえながらも、しかもなおこの期間の中で、M・S両要因の水準を高めようとする働きかけが特にみられなかったといえる状況内では、これら「病院内充足」の様態をとる精神病者たちに、こうした集団精神療法的接近がすすめられたことが、たとえわずかでも、これら変容をもたらした契機となるものであったと期待しうるのである。

2) しかしながら単に人格の内的機能やら対人関係の側面やらに強力なゆきぶりをかけ、自己実現への志向性を強化せしめるためのみであるならば、必ずしも、集団精神療法という形態をとる必然性はないであろう。個

別の精神療法をおしすすめることこそよりのぞましい接近様式であり、私どもの接近の中でもそれに近い形の展開が示されたこともある。集団精神療法が、ただにその簡便性・実用性の故にという視点でとりあげられるにとどまらず、それがこの時点におけるもっとも重要な接近法として提起されるものは、まさにこの集団という状況の中で、成員としての精神病者が相互に交流しあい共感性を高めていく過程がこれらの治療目標にもっとも叶う接近の様態であると断言できるものであるからにはほかならない。それは何よりも集団精神療法そのものの機能の意味と内実を、深くとらえることに連なるし、またそうした集団の中でのダイナミックスの展開が、個人的療法における水準を越えて、人と人との「間」で、展開され、形成されていく人格の重要な側面に対する何よりもの援助となるものであること、さらにそれが病院から出立しての社会復帰志向を強化する基盤であることを、私どもがかたく信ずるが故にである。

当然、したがって集団の中におけるそれらダイナミックスの展開は、治療状況としてのそれらのグループの中のみでの展開にとどまるものであってはならない。そこでの心理的安定、対人的共感を自らのものとして、受容していくことのできた精神病者たちが、そうした状況を越えて具体的日常生活の場の中に、しっかりと根をおろし、本来的実存の時熟のなかで、より現実度を獲得していくことを期待するものでありたいと考える。この社会復帰病棟における、日常生活状況の中において、あるいはまた現に作業に従事している職場の状況の中で、常に現実的な対人接触の好転、自我の現実水準での認知とその受容といった形に展開していくことこそが、まさしくこの方向性を裏付けるものとなるのである。

3) この種の展開はただちに、それこそ本来の社会復帰への道を、退院という形式で選びとっていく形へと向けられねばならない。ただ、これらの接近をとおして、精神病者たちにより強い社会復帰への意欲が形成され、その基盤としての自己実現への志向性もきわめて現実度の高いものとなり得たとして、しかし、現実の問題としてただちに退院、社会復帰へと短絡的につながり得るものとするのはまたあまりにも甘いといわざるを得ない。さまざまの障壁が、特に社会的経済的要因を中核としてあるいは受け入れる側の家族なり、職場なりの精神病者に対する従来の偏見やら疎外やらが、これらの状況をスムーズに展開させるのに何よりもの制約であることは、既にしばしば指摘されているところである。私どもの対象者の中に、集団精神療法に入る以前、第1段階での評定(PRC)において、意欲は高く、M、Pの要因がかなりの水準にあるにもかかわらず、S的要因の立ちは

だかりがあまりにも強く作用して、現実には自らの主体的意志に反して「病院内充足」の様態をとらざるを得ない精神病者が決して少なくなかったことはこれらの事実を何よりも明白にものがたるものであるといえよう。これら精神病者たちは、かくしていつ開かれるとも知らない永久沈澱の道を、自らの意図とは反して、選びとらざるを得ない状況においてまかれていくのである。

そのような状況のもとで、これら精神病者たちは現実の障壁と意欲との葛藤にうちひしがれ、結局は自らの自己像を、弱少にして無力な否定的なものとしてうけとめざるを得なくなる。こうした弱少化、無力化は、また逆に作用して、精神病院からの出立を抑制するのに拍車をかける。彼らは動きのとれない、かたくななまでに固まってしまった、生命力の乏しい自己像の中に凝結することを、かくして余儀なくされるのである。

こうして弱少化され、無力化された否定的な自己認知は、せつかくこの種の集団精神療法にもとづく働きかけ、ゆきぶりかけによって、あるがままの自己像を自己概念として認知し、受容し、その状況の中での可能性をせい一ぱいに発現せしめていこうとする自己実現への志向性の芽ばえが、生まれてきたとしても、それがそのまま結実していこうとする動きをみじめにも抑制し、ふたたび、マンネリの世界、「病院内充足」の形で安住せしめてしまう結果になる。出ていこうという気はあるしかし受けいれてもらえないし、誰も歓迎するとは限らない。それならばその葛藤に苦しむより、もうあきらめて、ここで一生終えればよい。ある意味では精神病院という閉ざされた社会の中にまったく適応しきった状態である。一般社会からきりはなされた、こうした隔離された特殊な状況の中での安住は、こうしてただ一途にホスピタリゼーションの方向に拍車をかける。

4) 集団精神療法の本来意図するところは、ともすればおちいりがちなこの状況からいま一步ぬき出るところを志向するものでなければならぬ。人間として、本来性の人間に立ちかえらしめること、しかもそれは、人と人との「間」において、他を認め、自己の位置づけを明らかにする方向の中でのみはじめて可能であり、意味をもつものであること、これらのふまえに立った上で、なお、ともすればゆらぎがちな、精神病者のパーソナリティの未熟性により積極的に働きかける操作として、この接近が位置づけられるとき、自己実現と社会適応との関連が改めて意義深いものとして問いなおされていかねばならない。

当然のことながら、今日自己実現と社会的適応とは、決して対立概念としてきりはなしてとらえられるべきものではない。自己実現は観念的概念的に真空内で行われ

るものでなく、現実の歴史的な社会の中で行われていくものであるとの見解に立つとき、単なる現実の社会体制への迎合やら、それらの規格への機械的順応やらを求める皮相な水準での社会的適応をとらえる視点は排除され、真に人間が、人間としての本質を最大限に発揮していこうとするとき、はじめて人間の価値が問いなおされ、その方向での、みずからの成長を希望する自己実現を基盤としての、本来性の社会的適応といった概念が浮かびあがってくる。こうした方向性にそって、ここで問題とされる自己実現的志向は、きわめて明確に、それを基本条件とする社会的適応へと直結するものであらねばならない。その意味では、私どもがこうして、社会復帰病棟の中にもすれば沈澱しがちな精神病者に、この種の集団精神療法をとおして、自己実現へのゆきぶりをかけるのみでは十分でないことは明らかである。

5) 冒頭に問題の提起としてかかげた、具体的現実の場での社会復帰促進を志向する方針の数々が、このときここでの問題と相関連して重要な意味づけをもつ。

第1に「社会復帰病棟運営委員会」の常置の問題はこの意味において、この病棟に移ってきた精神病者のひとりひとりについての具体的な資料を十二分に検討することのできる場として、改めて明確に要請されねばならない。

さらに集団精神療法と並行して、いわゆるソーシャル・ワークの強化、受け入れの対象となる職場及び家庭への働きかけの促進が期待されねばならないし、また身寄らない病者たちのためには、それこそ中間施設としてのハ

ーフ・ウェイ・ハウスの建設が、次の段階として考えられていくべきであろう。さらにまた、こうした動きとならんで、同様夜間における生活訓練、いわゆるナイト・ケアの問題が大きな主題となる。ただ前項でもふれたように当然のことながら、これらソーシャル・ワークの促進やら、ナイト・ケアの充実やらが、体制化された社会へ奉仕すること、その社会の規格に単に機械的に順応していくことをのみ目ざすものであってはならない。集団精神療法によって強化されることを意図する自己実現への志向性は、この迎合主義的な社会適応といったオリエンテーションをげしく拒否するものとなる。現実の社会の中で、こうした精神病者が社会復帰の道への歩みを着実に一歩ふみこむためには、この種の自己実現といった基本的ありかたを大前提とする上での社会適応でなければ、到底本来性のものとはなり得ないであろう。たとえ表面的に復帰可能にみえ、事実退院し、職場につくなり、家庭に戻るなりし得たとして、ふたたび日ならずして再入院といった運びに到るものは決して少くない。以上、真の意味での社会適応を考えなおさねばならない視点である。

社会復帰病棟における集団精神療法的接近の主眼は、このように精神病者の社会復帰を本来的なものたらしめたいとの願いにほかならない。ささやかな歩みながらもそれら精神病者たちの自己実現を支える手段として、私どもは今後なおこの志向性にそいつつ、これらの試みを今後の実践への礎石としながら、強力に集団精神療法による接近を模索していきたいと考える。

THE GROUP-PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACH IN THE NIGHT CARE HOSPITAL

Eiji MURAKAI, Hirokazu IKEDA, Sei MATSUDA, Toru TAKEDA and Keiko ICHISE

In this research we intended to support and actualize the orientation of the rehabilitation for the psychotic patients in the night care hospital. To encourage those patient's self-actualizing tendency we tried to push the group-psychotherapeutic approach powerfully for our subjects who were supposed to have more weak personality in the ego-functioning level through the result of the PRC (Profile of Rehabilitative Condition) rating schedule.

29 patients were thus selected as our subjects for the group-psychotherapy and they were divided into four groups according to their PRC level. The group-psychotherapy was then continued by four therapists during 12 sessions in three months since July '72. Each therapist reported

individually their experience with relation to those patients under these process of the group psychotherapy.

It is true that under those conditions many subjects were influenced by this powerful approach by the therapists and showed some motivation for the rehabilitation supported by the self-actualizing tendency, but as the present problem, it's too difficult for them to go back actually at once to the daily social life and their vocational field, because the barrier against the rehabilitation activity is very strong in our real social and economic situation in general.

In fact, we suffered from many severe problem to interfere the actual rehabilitation during those group-psychotherapeutic process. In the other hand, however, we too recongnized that the patient's self-actualizing ability was influenced by the each therapist's personality characteristics. The dynamics within these group was found to be important to form the empathic communication in the group member each other.

We believe that, for the time being, the social adjustment or rehabilitation should be based on such a real self-actualization. To step forward for the rehabilitation in the night care hospital actually, we have to search out how to approach these patients furthermore.