

精神障害者のストレス脆弱性について*

—デイケアにおける生活体験を通しての考察—

黒田浩司

【I. はじめに】

カウンセリング（精神療法）においては言葉が非常に重要な機能を果たす。なんらかの問題をかかえてセラピスト（治療者）のもとを訪れたクライアント（来談者）は、面接場面において言葉をもちいて、自分がかかえている問題や、それにまつわる事情や心境を言葉を介して語る。セラピストはクライアントの話すことを傾聴し、問題の根底や背景にあるものを時間をかけて幅広く理解し、明確化し、それを言葉を介してクライアントに返す（解釈・直面化する）。もちろん、セラピストが感じとるものはクライアントの言葉だけではなく、面接室におけるクライアントの様子や雰囲気も感じとっており、クライアントがセラピストからなにかを聞いたり、感じとったりする場合にも同様なことが言えるであろう。しかし、それでも言葉はかなり重要な役割を果たしており、セラピスト—クライアント間で言葉が共有されないと治療はうまくすまないであろう。クライアントはセラピストから与えられるものを観察自我（補助自我）として、自分自身を見つめ直し、自分がかかえている問題においてなにがうまくいっていないかに少しずつ気がつきはじめ、より自分らしく、無理なく生きてゆけるようになってゆくの、心理療法の過程ではないかと考えられる。

しかし、一方で言葉に主眼をおいた個別カウンセリングがあまり有効でない場合もある。それは主に、言葉を介することが難しいタイプのクライアントである。この言葉を介することが難しいクライアントというのは、年齢の若いクライアントの場合と、いわゆる『精神障害者』といわれる精神分裂病や人格障害のクライアントの場合である。

年齢の若いクライアントというのは、言葉によって自分を表現するのが難し

い。どのくらいの年齢から言葉を介した精神療法が有効かは一概に定義できないが、中学生、高校生ぐらいの年齢でも難しい場合がしばしばある。そのようなクライアントの場合には、言語以外の自己表現による箱庭療法、芸術療法、遊戯療法、集団療法が有効である。クライアントは観念的な操作をあまり通さず、箱庭や絵画、遊びの中で自分自身をありのままに表現する。そしてセラピストは、クライアントの示す表現から問題の所在を模索し、理解し、明確化し、クライアントが受け入れやすい形で言葉あるいは共有している遊びや表現の中で解釈や介入を与えることができる。集団精神療法も、集団の力動（ダイナミクス）の中にクライアントのその人らしさが現れやすいし、メンバーが相互に刺激し合うことで、個別の精神療法では簡単に達成しえないようなグループゆへの効果もたらされる場合も多い（Wong 1985, Wong 1986, Yalom 1983, 小谷 1987 などにまとめられている）。筆者は個別では言語表現能力の乏しい登校拒否児のグループ療法を行ったことがあるが、その体験よりグループのダイナミズムをもちいることによってクライアントの観察自我がはたらい、自己洞察が進む場合も多いのではないかと推測している（山本・黒田・土屋ほか 1986）。また、集団療法と個人療法を併用することによって治療の効果は高まると思われ、両者をどのようにうまく組み合わせるかが重要であると感じている。

分裂病などの『精神障害者』の場合も週に1回程度の継続面接が困難な場合がある。『精神障害者』は治療初期においてラポールがつきにくいという要因もあるが、面接の中で言葉によって自己洞察をすすめるようなことが少し起こると、面接の後に混乱し、状態が悪くなり、欠席が続いたり、治療を中断することに至ることも少なくない。こういった場合はセラピストが先を急ぎ過ぎて、クライアントとの間に充分な関係の土台をつくった上でのかわりになっていないことが多い。『精神障害者』には精神分析などの個別療法があまり有効でないからとデイケアなどの集団精神療法をもちいる場合もある。登校拒否児のグループというのが治療の幅を広げる要素が強いのにに対して、『精神障害者』のグループというのは集団場面での体験として出てきたものを材料をもちいることによってはじめてクライアントの自己にかかわることができることも多いような気がしている。

この違いというのは簡単には語れない。そこには、正常や適応をどのように定義するかということも深く関わっている。グループにおける登校拒否児と

『精神障害者』の違いそのものが、いわゆる神経症レベルとか精神病レベルといった病理の深さとも言えるであろう。『精神障害者』あるいは精神病レベルのクライアントは自我が弱く、言葉を介して、観察自我をもちいて、自己洞察をすすめてゆくような自我の強さを有していない。ゆえに、セラピストからの性急な言葉はクライアントの自我を脅かすだけのものになってしまう、この自我の脆弱さがいわゆる『精神障害者』であるか、そうでないかの違いであるとも言える。

筆者は、ここで精神病の病因論を論じるつもりはない。しかし、『精神障害者』と言われる人達の有している特徴のひとつは、ストレス脆弱性（ストレスに対する傷つきやすさ）ではないかと考えている。『精神障害者』の人々は、さまざまなストレスに相対するといっぺんにひ弱になってしまう。それは言葉を介した個別の精神療法によって自分自身を育ててゆくことができにくいこととつながっているのではないかと考えられる。そして、そのようなストレス脆弱性を有したクライアントには、デイケアなどの生活体験をベースとした集団精神療法を通して、自分自身を見るような土壌を作った上でないと精神療法的なかわりが有効になって来ないのではないかと考える。

本論文ではいわゆる『精神障害者』がどのようにストレスに対して脆弱であるのか、そして、デイケアの体験によってストレス耐性がどのように育ってゆくのかを、筆者が2年間にわたってグループ・ワーカーとしてかかわった地域のデイケア活動を紹介しながら論じてみたい。

【Ⅱ. ストレスに対して強靱な人、脆弱な人】

近年の心理的ストレス研究においては、外的なストレス事象と精神的健康の間には直接の強い関係はなく、同じようなストレス事象を経験していても、その人の健康さがどれくらい損なわれるかということは、その人が置かれている状況や、その人の備えている属性によって、様々な様相を示してることが明らかになってきている。これらの媒介変数によって、その人がストレスに対して強靱であるのか、それとも脆弱であるのかが、ある程度論じることができる。過去のストレス研究で論じられているストレス脆弱性に関する変数としては大きく分けると次の3つのものがあり、『精神障害者』はいずれの側面において

もストレスに対して脆弱であると考えられる。

①ストレス状況やその原因の認知の仕方

同じストレス状況におかれても、そのストレスを非常に重大な状況と考える人と、あまり深刻に感じない人がいる。そこに作用する要因としては、その人が人生においてどんなことを経験してきており、そのストレス状況がどのように認知されるかということが大きい。例えば、「引越しをする」というストレス状況についても、父親の仕事の都合で小さい頃から何度も引越しを経験している人と、ずっと親元で暮らして、20歳を過ぎて就職してはじめて引越しを経験する人では後者の方が主観的なストレス度が高いであろう。過去に経験をしていることによって、ストレス状況の今後の展開の予測がたち、具体的にどのような行動をとればいいのか分かる。状況が見通せることによって不安感は大きく低減すると言える。

ダイケアに参加してくる『精神障害者』は、とにかく経験が少ない。入院生活が長く社会生活から長い間遠ざかっていたり、学生時代に発症して、学校を卒業したあとゆく場がなく、家の中で閉じこもって社会から隔離されて過ごしている者が少なくない。また家族が過保護・過干渉であって、なんでもかんでも先を見越して本人が悩む前にやってしまう場合も生活体験が乏しくなる。病気が発病してこのような態度が顕著になる親も多いのではないと思われる。例えば、ダイケアで宿泊旅行に行くにしても、多くのメンバーがここ数年の間に旅行をしたことがなく、どんなものを用意すればいいのか全然わからなく、そのことでものすごく不安になってしまうメンバーもいる。もし旅先で夜眠れなくなったとしたらどうしようと考えてだけで（これは実際に体験してみるとたいしたことではないことがわかるのであるが）ものすごく不安になってしまうのである。ちょっとした生活変化が大きな不安を喚起することとなり、それが彼等をますます家の中での、体験の少ないこもった生活を送らせることになるのである。Lazarus & Folkman (1984) によれば、人生における変化すべてがストレスになりうるものであって、その変化がストレスフルと認知されたときに、脅威 (threat) と挑戦 (challenge) の2つの側面から評価がおこなわれる。脅威というのはストレス事象の否定的な側面に焦点をあてた評価であるのに対して、挑戦というのはストレス事象の利得や成長の可能性にも焦点をあてたものである。ストレスが挑戦という評価がされるのは、そのストレスを乗り

越えることによって、能力的に、人間的に、自分が成長できるのではないかと
思える場合であり、その場合にはストレスによってそれほど大きく混乱しない。
しかし、『精神障害者』は経験の少なさゆえに、変化がほとんど脅威とだけ評
価されてしまう場合が多い。彼らには、経験をしたことによってストレスを克
服したと感じ、次の機会にもう少しやってみようかという気持ちを体験してゆ
くことが難しいようである。

ストレスののりこえ方のうまくない人の認知の特性としてもう一つ言われて
いるのが状況の原因帰属様式である。有名なのはうつ病者の認知スタイルであ
り、うつ病者は事柄の原因を内的なもの（自らの能力や努力）よりは外的なも
の（状況の困難さや運のよさわるさ）に帰属しやすく、このような認知様式が
うつ病者の無力感を高めているとも言われる（Seligman 1975）。デイケアに
参加してくるメンバーも、当初のうちはストレス状況に対する認識が非常に偏っ
ている。例えば、以前に就職して仕事が一週間しか続かなかったあるメンバー
はそのことを過度に状況のせいにして（自分の能力の問題ではなく、ただ運が
悪かった）、失敗から自分自身の問題を認めることができずに同じ失敗を繰り
返す。別のあるメンバーは何か心的な変化が起きると（デイケアの中でなにか
役割をとり、その役割がこなせるかどうか不安になると）、それを病気が悪く
なったと思って自己破壊的な対処行動（家にこもって、自分のだめなところば
かり注目して考えてしまう）をとって、結果として再入院してしまうこととな
る。このようなストレス状況の認知の仕方は変えてゆくのがなかなか難しいと
いわれ、近年は少しでも効果的おこなえるようにと、認知行動療法がもちいら
れるようになっている。

②ストレスへの対処の仕方（防衛機制、対処行動）

ストレスと人間の関係には相互作用があり、ストレス時にどのような行動を
とり、その行動の結果（効果）をどのように認知するかによってストレス度は
異なってくる。ストレスに強い人というのは、ストレス状況でとる行動のレパ
トリーが豊富である（黒田 1991）。こういった行動には、ストレス状況を直接
変化させたり、ストレス状況の見方を変えたり、ストレス状況からくる苦痛を
軽減させたり、ストレスによって鬱積した感情を発散させたりするものがある。
ストレスに強い人は、ストレスの程度やその発生した状況によって柔軟な行動
をとる。例えば、当該のストレス事象が、自分の対応能力を越えたとすぐに変化

しえないものであれば、やみくもに行動せず、状況が好変するのを待ったり、苦痛が内面にこもらないような工夫をする。しかし、自らに余力があって、ストレス事象が自分にとって重要な事柄であり、自らの対処努力によってその状況を変化させてゆくことが可能と感じられる場合にはストレスに積極的にかわってゆく。

デイケアに通ってくるメンバーがとる対処行動というのは、あまり柔軟性がなく、状況に積極的に働きかけてゆくような対処行動は少ないようである。代表的な投影法心理検査であるロールシャッハ・テストにおいても、精神分裂病や重度の人格障害の患者は固定的で、自閉的で、合理的ではない、変化を拒むような防衛機制（原始的な防衛機制）をもちいていることが指摘されている（片口1987, 馬場1983など）。

③その人が有している社会的資源（ソーシャル・サポート）

ストレス研究においてはソーシャル・サポート（社会的支援）がストレスの精神衛生への悪影響を緩和する効果があることが示されている。ソーシャル・サポートとは『ある人を取り巻く重要な他者（家族、友人、同僚、専門家など）から得られるさまざまな形の援助』と定義され、ソーシャル・サポートが量的、質的に豊かであることが精神的な健康の増進維持に重要な役割を果たしていることが示されている（Russel, Altmaier & Velzen 1987, Dalkof & Taylor 1990）。ソーシャル・サポートにはいろいろな側面があり、House (1981) はソーシャル・サポートを、a. 情緒的サポート（世話をすること、信ずること、共感することなど）、b. 道具的サポート（仕事を手伝ったり、お金を貸したり、身体の移動を手伝ったりなどの、直接的な手助けを含む）、c. 情報的サポート（課題解決を生むような技術や情報を与える）、d. 評価的サポート（仕事がよくやれた、どこがよくないといったように、適切に評価を与えること）、といった4つに分類している。

デイケアのメンバーは上記の分類のいずれのサポートも乏しい。入院生活が長く社会的なネットワークから孤立してしまっていて、ほとんど家の中だけで生活している人も多い。このような社会的鞆帯の崩壊は疾病への感受性を高め、疾病からの回復を阻害する。また、デイケアに通ってくるメンバー自身だけでなく家族もサポートが乏しい。家族に障害者がいることをひけめに思っている家族も多く、そのようなうしろめたさが利用可能なソーシャル・サポートを著し

く制限してしまうのである。メンバーがいろいろと変化することがサポートの乏しい家族のストレスとなることもある。また、メンバーが家族のサポート機能を果たしている場合もあり、メンバーが自立してしまうことが結果として他の家族メンバーのサポート機能をうばい、家族全体のストレス脆弱性を高めてしまう場合もある。

これらのストレス脆弱性に関連する変数は相互に関連しあっている。例えば、ソーシャル・サポートの欠損はその人の生活経験を狭くし、その結果、ストレス状況の認知を歪めたものとするし、とることのできる対処行動は偏ったものになるとも言える。こういったストレスとの関わり方というのは、その人の自我の強さや柔軟性、パーソナリティの統合の程度（客観的な判断力や自らを歪曲しないでありのままに見る能力、感情や思考をコントロールして、注意を集中させたり、論理的に考えたりすることなど）がどの位の程度であるかを示しているとも言える。**

デイケア活動というのは生活体験を通して、メンバーのストレス耐性を高める効果があると思われる。デイケアに参加し、ある程度の時間をかけて卒業してゆくメンバーは、入所当時に比べてストレスに対して明らかに強くなっており、自我の強さを備えてきている。それは前述の、①ストレスの認知、②ストレスへの対応、③ソーシャル・サポート、のいずれの側面においても変化が見られていると思われる。

【Ⅲ. デイケアの活動***】

ここで紹介するのは筆者が平成4年1月より、平成6年3月までの2年あまり在職していた東京都北区のデイケアである。このデイケアは施設、人的環境、活動内容とも特徴がある。

<1. デイケアの発足と専用施設への移転>

東京都北区のデイケアは1983年10月に区内に3ヶ所にある保健所の一つにおいて、精神障害者社会復帰促進事業として発足した。このデイケアは他の2ヶ所の保健所管内のケースも、地区担当保健婦を経由して受け入れ、運営されてきている。そして、1988年6月に区立障害者福祉センターの開設にともない、

デイケアは保健所からこの施設内に事業移転をしている。

北区におけるデイケアは、専用施設（フレンドリールーム、調理実習室、創作室の3室、198㎡）を有していること、デイケア専任保健婦が2名いることという物理的特性に加え、期限があること（おおむね1年6ヶ月～2年）、メンバーの自己選択を重視するなど、他でおこなわれているデイケアに比較すると特殊な形態を有している。

＜2. デイケア実施の形態＞

北区デイケアは週3回、月、木、金曜日の週3日間、9:30～12:00の間、実施されているほか、午後の時間帯や火、水曜日にも部屋がメンバーに解放されている。この解放されている時間帯では何人かのメンバーが集まって談笑したり、自分なりの時間の使い方ができるようになっている。スタッフはデイケア専任保健婦2名、非常勤保健婦1名（デイケア開催日に勤務）、グループ・ワーカー2名（交代で週3日を分担して勤務）の他に、体操、音楽、創作（籐細工、美術、書道）には専門の講師を依頼しており、人的資源にはかなり恵まれた組織である。

メンバーは原則として定員20名であり、平成4年度の参加メンバーの性比、年齢構成、診断名は表1、表2に示す通りである。近年は10～20代の若い世代のメンバーが増加している。また、メンバーの約80%が分裂病の診断を受けている。平成4年度のデイケア開催日数は145日であり、のべ参加人数は1436名、1回あたりの平均参加メンバー数は9.9人（見学者を含む）であった。

図1はメンバーがデイケアに参加するまでの流れを図式化したものである。北区のデイケアは本人や家族から申し込みがあっても、入所までにはかなり敷居の高いデイケアと言える。入所までにはだいたい2ヶ月間の見学期間があり、その間に地区担当保健婦、デイケア担当保健婦と、本人、家族、主治医の間で面談がなされ、本人や家族の意向が確認され、その意向にデイケアが合うかどうか確かめられる。そして月に1回の受け入れ会議において、本人、家族、主治医、地区担当保健婦、デイケア担当保健婦、デイケア専門医、グループ・ワーカーの意見が一致してはじめてデイケアへ正式参加となる。また、メンバーになっても、6ヶ月ごとに受け入れ会議にかかり、そのメンバーにとってデイケアが適しているかどうか、現時点でのそのメンバーのデイケアにおける目標はなにかが再確認される。また、メンバーの在籍期間は最大限2年間としてい

る。これは、それ以上在籍期間を延ばしてもデイケアへの過剰な適応（一種のデイケアリズム）を招くだけではないかと考えているからである。

＜3. デイケアの目標とスタッフのかかわり方＞

デイケアにおいて何を目的とするかは議論の分かれるところである。大きく分けると、社会復帰を目指す治療的なデイケアをおこなうか、メンバーの居場所を確保することを第一の目標とするソーシャルクラブ的なデイケアをおこなうかに分けられる。社会復帰という概念についても、「就労」や「生活の自立」を社会復帰と定義するのか、もう少し緩やかな社会復帰を想定するのか、さまざまな考え方が存在する。

北区のデイケアにおいては、社会復帰を本人が人間らしく生きられることと考える。『精神障害者』とラベリングされるメンバーは、自己を出すことを否定して、社会や他者にあわせることでロボットのように生きていることが多い。こういった行動は彼らの防衛でもあり、そのような防衛をとることによって自らと社会の間の生ずる軋轢を回避しているとも言える。メンバーはデイケアに参加する目標として、「社会復帰したい」、「働けるようになって、家から自立したい」といった事柄をあげてくる。しかし、よくよく聞いてみると、それは自分の考えではなく、「親にそうしろと言われたから」、「主治医がそうすることが望ましいと言ったから」、仕方なくそう思っている（あわせている）ことがわかってくる。

スタッフが考える人間らしく生きるというのは、「自分で選択して、自分でこれでいいと思えること生き方」である。この選択の中には「病気のままでいること」も含まれる。スタッフのかかわり方としてはメンバーが自分で行動を選択し、その結果や意味をふりかえることができるようなかかわり方をしている。スタッフが「〇〇すべきである」というかかわりはなるべく避け、本人が「どうしたいのか」を大切にす。メンバーは往々にして「〇〇したい」という発言をすると、失敗した場合にその責任を追及されることを恐れたり、一度口にしたことは完璧にやらなければいけないと思いきこんでしまう。大切なのは自分で選択して試してみることであって、たとえ失敗したとしてもその失敗からわかることもあること、いろいろ寄り道しながら、トライしながら、自分の考える生き方を体験を通して作り上げてゆくことが大切であることをメンバーに伝えるようにしている。このようなかかわり方は尾形（1992）や越智（1989）

と通じるものがある。

デイケアの目標というのはともするとスタッフの治療的な万能感や不安への防衛によって、「かくあるべき」といったものに置き換えられやすい。北区のデイケアではメンバーの現状を把握し、そのメンバーがどうしたいのであろうか、どのようなかかわりが可能であるか、デイケアをどのように運営してゆくかを検討するために毎回かなりの時間をかけてスタッフミーティングをおこなっている。筆者もこのミーティングを通して、「かくあるべき」になりがちな自分の姿勢を再考する機会をしばしば得ることができた。

＜4. プログラムとその位置づけ＞

平成4年度にデイケアにおいて実施されたプログラム内容とその回数は表3に示されている。デイケアのプログラムは、体操（月2回）、音楽（月1回）は毎月決まっているが、そのほかのプログラムは前の月の話し合いで決める。プログラム内容は基本的なんでもよく、メンバーの意見が重視される。以下にいくつかのプログラムを紹介する。

1) 話し合い

話し合いでは翌月のプログラムが決定される。ここでは自分の意見を述べ、人の意見を聞いて、それを調整してプログラムを決定しなければならない。メンバーはこのような自分を主張することになれておらず、苦手である。話し合いでは毎回、司会と書記が選ばれて、その2人が議事を進行させるのであるが、シーンと重苦しい雰囲気になることが多い。しかし、なんとか苦勞しながら、協力して、知恵を絞って、プログラムを決定してゆく。話し合いが終わると、メンバーの間にほっとした空気が流れる。

この話し合いの場面では、人間関係を広げていく重要な体験の場面となっている。参加して日が浅いメンバーは話し合いの場面での緊張感が一段と高く、ほとんど黙っていることも多い。メンバーは司会者や書記を経験するうちに、意見を言うってもらうために他のメンバーのどのように声をかけたらいいか工夫するようになってくる。人がうまく議事を進めたり、あるいは逆に失敗することを見ることによって、『次回、もし自分が司会をすることになったら、こういうふうにやってみよう』という気持ちも出てくる。そして、参加の長いメンバーは、『自分は先輩なんだから、後輩の面倒をみなければ』という意識も生れてくるのである。

2) 音楽

音楽は自分の好きな歌を講師のピアノにあわせて歌う。講師は音楽の教師ではなくプロの音楽家（芸術家）であり、一緒に楽しく歌い、歌うことで知的な操作を加えずに情動発散することを心がける。メンバーは毎回リクエスト曲を出し、次回に講師がその楽譜を用意し、その楽譜はデイケアの歌集に綴じ込まれる。平成6年3月の時点で、この歌集には300曲以上の楽譜がストックされている。曲のジャンルも歌謡曲、ニュー・ミュージック、演歌、シャンソン、ポップス、と多岐にわたっている。メンバーは自分の好きな歌をリクエストし、それをみんなで歌ったり、一人で講師のピアノに合わせて歌ったりする。この人前で歌うということは非常に緊張することではあるが、注目をあびて歌うことの満足感、達成感は格別のものである。

3) 散歩

これはメンバーが行ってみたい場所へでかける。行き先は、春先の花見であったり、博物館であったり、動物園であったり、さまざまである。この散歩では行き先への交通機関を調べたり、昼食をどうするか、かかる費用を各自の1ヶ月の小遣いの中からどうやって出すかを考えたりする。メンバーは慣れない場所に行くことは不得手であるが、一人ではしりごみしてしまうことも、みんなと一緒にやってみようかと思えることもあるようである。このような経験はメンバーの生活技術や社会性を高める経験となる。

これらのプログラムというのは一見遊びのようであっても、メンバーがいろいろな体験をする機会となる。そして、メンバーはいろいろな活動の中で自分の得意なことや不得手なことに気がついてゆきやすくなるといえ、プログラムはそういった自己認識を深めるためのひとつの道具であるといえるであろう。

＜5. 年間イベントとその位置づけ＞

通常のプログラムとは別に、年間イベントとして、スポーツ大会、文化祭、宿泊旅行、バスハイキング、がある。これらの活動には普段のプログラムとはまた異なった意味がある。

1) スポーツ大会

これは東京都が毎年開催しているもので、東京都北部・西部の30あまりの保健所、病院のデイケアが参加するソフトバレーボール大会である。デイケアではこの大会にむけて約2ヶ月前から体操の時間にソフトバレーボールを集中的

に練習する。当日は大きな体育館を借り切ったの行事であり、メンバーにとってはなれない場所で大勢の人々と過ごすという社会的な場面であり、かなりの不安感や緊張感を体験する。ソフトバレーボールにはチームプレーが必要であり、勝つという目的のもとに、メンバー同士お互いに協力をして、信頼して戦うことになる。それゆえに、ともに戦った後の連帯感や達成感是非常に大きいものと思われる。

2) 文化祭

文化祭は日頃のデイケア活動を地域に紹介する場として、毎年11月あるいは12月に行なわれる。内容は、メンバーの発表（演劇あるいは歌物語）、バザー（籐細工作品、クッキーの販売）、作業所対抗歌合戦、写真展示（1年の行事の紹介）、書道・絵画などの展示などであり、家族会の活動として昼食を手頃な価格で用意することになっている。文化祭の準備は約3ヶ月前から始まり、メンバーの発表をどのようなものにするかを決め、練習し、バザーの作品を作成する。デイケアの施設が入っている障害者福祉センターや区内の作業所などに貼ってもらうためのポスターもメンバーが作成して各施設に届けるし、案内状もメンバーが作成して発送する。

3) 宿泊旅行

これは毎年7月の下旬に鎌倉にある北区の研修施設を利用して一泊二日の旅行にでかけるものである。内容は、海水浴、夜のレクリエーション（歌、花火など）、鎌倉散策、などである。デイケアのメンバーは発症してからは旅行した経験も少なく、家族もメンバーとともに旅行すること、メンバー自身が旅行することに不安を訴えることが多い。その心配は旅行先で夜眠れなかったらどうしようとか、みんなに迷惑をかけるのではないかと、さまざまである。親から離れて生活したことがないメンバーは、家から離れることに非常に大きな脅威を感じるのである。この脅威というのは体験が乏しいゆえのものであり、多くの場合は取り越し苦勞であることが多い。宿泊旅行の準備は2～3ヶ月前から始まり、準備をしてゆく中で、メンバーの不安を受け止めたり、試しにやってみることの大切さを伝えてゆく。そして、宿泊旅行を経験し、家族がいなくてもなんとか自分でできたという体験はメンバーにとって非常に大きな自信となる。また、家を離れて、よく知らない土地で、寝食を共にするという体験は、普段はあまり見せることのないおたがいの姿を見せる機会となり、メンバー・スタッフ間、メンバー同士間の凝縮性を高める。

＜6. 家族会とその機能＞

デイケアでは月に1回（毎月第一金曜日）に家族会を開いている。家族会には現在所属しているメンバーの家族の他に、OBの家族も含まれている。メンバーには卒業があるが、家族会には卒業は必ずしも必要ではないと考えている。ここではおのおのの家族がメンバーの現況を語り合い、家族として困ったことがあれば情報を交換したり、おたがいに支えあう場になっている。最近OBの家族が新しいメンバーの家族に助言することも多くなっており、家族会自体がソーシャル・サポートとして機能しているといえる。

＜7. メンバーの変化＞

参加当初のメンバーはまだ緊張も強く、話し合いなどの場面ではほとんど発言することもできず、センターに通ってくるのが精一杯である。この時期は場合によってはデイケア活動中も担当の保健婦がずっととなりになりすわり、参加しやすいように、言いたいことを少しでも言いやすいようにすることも多い。そして、グループ・ワーカーから働きかけることはほとんどない（ただし、日々のカンファレンスの中で各メンバーの状況は担当保健婦からグループワーカーにかなり綿密に伝えられている。スタッフにとってはメンバーにかかわってゆくための情報を収集する時期でもある）。メンバーにとってまずデイケアにおける居場所を確保し、所属感が得られることが一番重要となる。そのために、多少の欠席や遅刻が許される場合もあるし、先輩メンバーからの配慮も受ける。

メンバーとなって数ヶ月がたつとデイケアに慣れてきて、いろいろとそのメンバーらしい行動があらわれてくる。それは、そのメンバーの問題というか、病的なところがあらわれてくるといってもよい。あるメンバーは、デイケアで集団で活動している場面をなにかと被害的にとって、担当の保健婦に訴えてくることもある。あるいは、話し合いの場面で他のメンバーに対する配慮がないまま、自分勝手に議事をすすめてゆこうとしたりする。このような場合にはデイケアでの担当保健婦が個別に面接をし、少しずつ本人に問題を返し、本人の問題への気づきを促してゆく。そして、場合によっては本人の言い分をある程度聞いたり、本人がその時にどのように行動すればいいかを助言したり、デイケアにおける約束を再確認したりする。この時期においても本人の問題をグループ場面をもちいてあつかってゆくというのは簡単ではなく、グループ・ワーカーはメンバーからの動きがあればそれをグループ活動にとりいれてゆくぐらいで

ある。また、時として、過度に周囲に依存的というか、自分の人生をひとまかせにしているメンバーもあり、そのようなメンバーには半年間スタッフの方から意図して強くかかわらない場合もある。そして半年後の受け入れ会議において、メンバー自らがデイケアの継続を希望するかどうかの場面で、継続を希望して、社会復帰をしたいという意向を申込書に書いてきた時点で、社会復帰をしたいと言っていることと、普段の行動が一致しないことを本人に伝えて、考えるきっかけとしてもらう。

自分とる行動を通して、自分自身を見るが増えるにしたがって、メンバーは次第に自分自身について認識し、考えるようになってくる。その頃になると自発的にデイケア活動の中での役割（例えば、話し合いの司会や書記、文化祭や宿泊旅行の幹事、副幹事、など）をとることも多くなり、自分の行動についてのフィードバックも多く与えられるようになるし、本人のフィードバックを受け入れる度量も広くなっていく。この頃になると、グループ場面をもちいてメンバーに働きかけることが有効になる。例えば、お互いの気持ちを表現してもらうことや、意見交換（場合によっては口論）を促進する場合である。メンバーは自分の行動を通して、自分自身を知ることになり、今まで自分は社会復帰をしたい、世の中に出て働きたいと言ってきたが、本当にそうしたいのであろうかということをお問自答することになる。そして、自分が考える社会復帰をするためにはなにをしなければならぬか、それができそうかどうか、本当に自分が望んでいるのかどうかを考えるのである。この頃になると、グループ・ワーカーや、卒業した先輩に個別に相談をもちかけてくるメンバーも多くなっていく。

そして、最後の時期には、この世の中で自分はこんなふう生きてゆきたいということが、実感をもって感じることができるようになり（言葉が板についてきて）、そうなるためにはどうしたらよいかということをお試錯誤する。デイケア活動の中で中心的役割を取り、後輩の世話をしたり、デイケアと作業所やアルバイトを併用して自信をつけたりする時期である。

もちろんこのような変化というのかならずしも普遍的なものといえないかもしれないし、通所を中断してしまうメンバーもいる。中断になる場合にも、必ず受け入れ会議が開かれ、本人、家族の意向を確認し、スタッフ間で意見を交わし、次につながる中断になるように、もしそのメンバーがもう一度やってみようと思った時に一旦中断していることが意味をもつようにすることを心がけ

ている。

【Ⅳ. デイケア体験を通して高まるストレス耐性】

デイケアの体験を通してメンバーのストレス耐性は確実に高まっていると思われる。最初のうちはささいなストレス状況にも脅威を感じていて、脅かされていたメンバーが力強く振る舞うようになっている。これは、ストレス脆弱性にかかわる3つの側面からも明らかにみられる。

①ストレスの認知について

デイケアにおいては、メンバーはさまざまなことを体験する。散歩に出かけることでは交通機関の利用の仕方、行き方の調べ方、時間の見通しの立て方などを体験する。料理では、作り方の調べ方、材料の量の計算、買い物の仕方、会計計算などを体験する。このようなさまざまな体験というのはメンバーが地域で生きてゆく場合に、類似した事柄に相対した時の不安を低減する。参加当初にはなにをするにも（ほんのささいなことをするにも）臆病であったメンバーが、デイケアでの経験をもとにその生活範囲を広げてゆけるようになる。

経験というのはいろいろな情報を得るだけではない。例えば、話し合いで司会をした時に、誰も意見を言ってくれなかったら、どのようにして意見をひきだすか、意見が対立した時にどのように折り合いをつけるかというのも貴重な体験である。メンバーは自分の気持ちを伝えるのが苦手であり、メンバー同志で口論することは非常に苦手である。そういったメンバーが人に文句を言ったり、自分の気持ちを伝えることができたという体験は社会で人とかかわって行く際に、非常に重要な体験になると思われる。

また、デイケアにおける体験を通して、メンバーのかたよった認知もずいぶんと変わってくる場合がある。あるメンバーは話し合いの時に、見学者は司会者から配慮を受けて個別に意見を聞いてもらえるのに、自分にはそういった配慮をしてくれないと被害的になる。このメンバーには自己主張をすることの罪悪感（強大な超自我の処罰感）があって、その罪悪感が自分の中にかかえられず相手に投影されている（いわゆる投影性同一視:projective identification）とも言える。このようなメンバーには、担当保健婦が個別面接を通して、「言いたいことは自己主張すればよいこと」、「言われなければ相手はあなたの気持

ちが分からないこと」, 「参加して間もないメンバーが配慮されるのは当然であるが, あなたはメンバーになってもうだいぶたっているのだから, 自分で発言するのが当然の時期に来ていること」, などを繰り返しフィードバックする。そして, もしこのメンバーがグループ場面で自己主張できたならば, 個別面接やグループでそれを認める。このような体験を通して, このメンバーは『ああ, 言いたいことを言えればいいんだ』という気持ちになってきて, 被害的になることは少しずつ減ってゆくのである。

②ストレスへの対処の仕方について

デイケアの経験を通してメンバーのストレスへの対処の仕方もずいぶんと変わってくる。先に述べた被害的になりやすいメンバーは当初のうちは, デイケア場面ではなにも文句を言わず, 家に帰ると母親に不平・不満を訴えたり, 地区担当保健婦に訴えたりすることが多かった(それによって家族がデイケアのスタッフのところにとり込みに来たこともある)。メンバーの特徴として, ことが起こったその場で不平を言って解決するのではなく, 無意識のうちに家やほかの場面に持ち越すということが少なくない。いわゆる分裂 (splitting) おきているのであろう。自己表現をすることへの無意識の罪悪感がそのような行動をもたらすのであろうが, 『精神障害者』を週1回程度の外来通院精神療法で支えてゆくことの困難さと関連しているとも考えられる。

デイケアにおいては, 週3日以上メンバーとスタッフが接する機会があること, 専任スタッフがいてメンバーの問題にすぐに対応することができることによって, ストレスを他の場面に持ちこむことを少なくし, こじれないうちに対応することができる。この対応の速さはメンバーが好ましい対処行動をとることを促進し, メンバーの無意識にうちにとっている『病的』な防衛機制への気づきを促す効果があるのではないと思われる。また, デイケアのスタッフや他のメンバーからの評価を受けることによって, 自己知覚も修正され, 『こうすればいいのか』, 『これでいいんだ』, といった自己肯定感覚も養われてゆくのであろう。

③ソーシャル・サポートについて

デイケアの体験を通して, メンバーのサポート・システムはかなり広がってゆく。参加以前は家族以外のサポートをほとんどもたなかったメンバーが, デイケアにおいてスタッフや他のメンバーといったサポートを得る。そこでは, なにか困ったことがあった時に必要な情報や物理的な手助けを受ける情動的サ

ポート、道具的サポートだけではなく、他者から信頼される、共感されるといった情緒的サポートや、うまく達成できたことを評価してもらったり、次にどのようなことを気をつければいいかを示唆してもらうような評価的サポートも受ける。そして、最初のうちはサポート・システムに対して受け身的でしかないメンバーが、デイケアでの体験を通してサポート資源を自ら求め、必要に応じて使い分ける（例えば、相談の内容によって異なった、その問題にみあったスタッフに相談をする）ことができるようになってくる。

このような、ストレスの認知の仕方の変化、ストレスへの対処の仕方の変化、利用可能なサポート・システムの変化はメンバーのストレス脆弱性を低減し、ストレス耐性を高めている。メンバーは、ストレスを脅威と感ずる程度が低まり、ストレスを乗り越えることによって自分を高めることができる挑戦として感じられることが多くなっているようである。

【V. デイケアを支えるものと今後の課題】

東京都北区のデイケアは社会復帰を、「自分で選択をして、自分でこれだいたいと思う生き方をすること」としてとらえ、デイケアでの活動を通して自己洞察をすすめるようなかわりをしていく。そして参加メンバーはデイケアの体験によってストレスに対する耐性を高め、主体的な生き方ができるようになっているようである。このようなデイケアの活動は、

- a. 活動日数が週3日と多く、占有スペースが充分にあり、専任スタッフがいること。
- b. 多様なスタッフがおり、その役割分担が機能していること。
- c. メンバーへの関わり方がスタッフミーティングや受け入れ会議でスタッフ共有のものとなっていること。

といった要因によって支えられているのではないと思われる。デイケアにおいてはその目標をどこにおくのかについていろいろな議論がある。参加者が所属感を得られることを最優先とするソーシャル・クラブ的なものにするのか、自己洞察をすすめるようなグループにするのか、これはどちらがよりよいのかということではなく、参加を求めている人のニーズによって両方必要である。このことは尾形（1992）も指摘しており、参加希望者の意向とデイケアの特性

が一致することが重要であると思われる。北区のデイケアは自己洞察をすすめる後者のタイプのデイケアである。われわれはソーシャル・クラブ的なデイケアを否定するつもりはないし、近隣地域にソーシャル・クラブの機能を果たしているデイケアがあり、参加希望者のニーズによっていずれを利用するのが適当かが判断されればよいと思っている。われわれのおこなっているデイケアが適当であるかどうかの判断は見学期間においてなされている。

今後の課題としては、現在経験的になされているメンバーへの介入の仕方が、本当にそれでよかったのか、今現在の当該メンバーに必要な関わりはなにか、そして、そのメンバーにとってデイケア参加が本当に適切なのかどうか、どんな関わりをして、どのような変化がメンバーに見られたのかを自己点検することであろうと思われる。表4に平成4年度の退所者の状況を示す。ここに示したような分類の仕方はデイケアの効果を検討する際にはもっとも一般的な方法であろうが、日々の経験ではデイケアには効果があると確信していても、このような表になるとデイケアの有効性はいまひとつ了解しづらい。デイケアの効果を、『精神障害者』の社会適応スケールを作成して評定することも考えられるが、なかなかメンバーの変化を的確にとらえられるものがないのが現実である。日頃の臨床活動の意義をどのように明らかにし、それを自己点検し、改善してゆく際の材料とするかが今後の大きな課題であろうと思われる。

*本論文をまとめるにあたって、東京都北区デイケア在職中に貴重な助言をいただいた先輩グループワーカーである岩田泉氏に深謝いたします。

**ここではもうひとつ疾病利益ということにも注目しておかねばならない。つまり、『精神障害者』がストレスと一見不合理な関わり方をするのには、そのような行動をとることによってなんらかの危機を回避（防衛）している場合がある。それは、例えば、そのような状態にることによって家族の庇護をひき出し続けることであるとか、家族をつなぎとめる（例えば、仲の悪い両親の離婚を引き止める）、自分のある真理（気がつきたくない自分の中にある無意識のうちの欲求の存在）を認めないことができることなどである。個別の心理療法でも同様であるが、集団精神療法においてもこの無意識のうちにおこっている防衛の意味に気がついていないとメンバーの心理をただむやみに揺さぶるだけで、かえって状態を悪くすることにもなりうる。

***デイケアの活動をまとめるにあたっては、統計資料などもふくめて東京都北区保

健衛生課社会復帰援助係の事業報告（1989年～1994年）などを参考にさせていただいた。資料の利用を快諾してくださった鳥海房江氏，長島いづみ氏，滝沢美苗氏に心より感謝いたします。

表1. 参加メンバーの性別、年齢（平成4年度）

	年 齢						計
	19歳以下	20～24歳	25～29歳	30～39歳	40～49歳	50歳以上	
男	2	3	4	3	2	1	15
女	0	1	3	2	1	0	7
計	2	4	7	5	3	1	22

表2. 参加メンバーの病名（平成4年度）

	病 名		計
	分 裂 病	そ の 他	
男	12	3	15
女	6	1	7
計	18	4	22

図1. デイケア参加の流れ

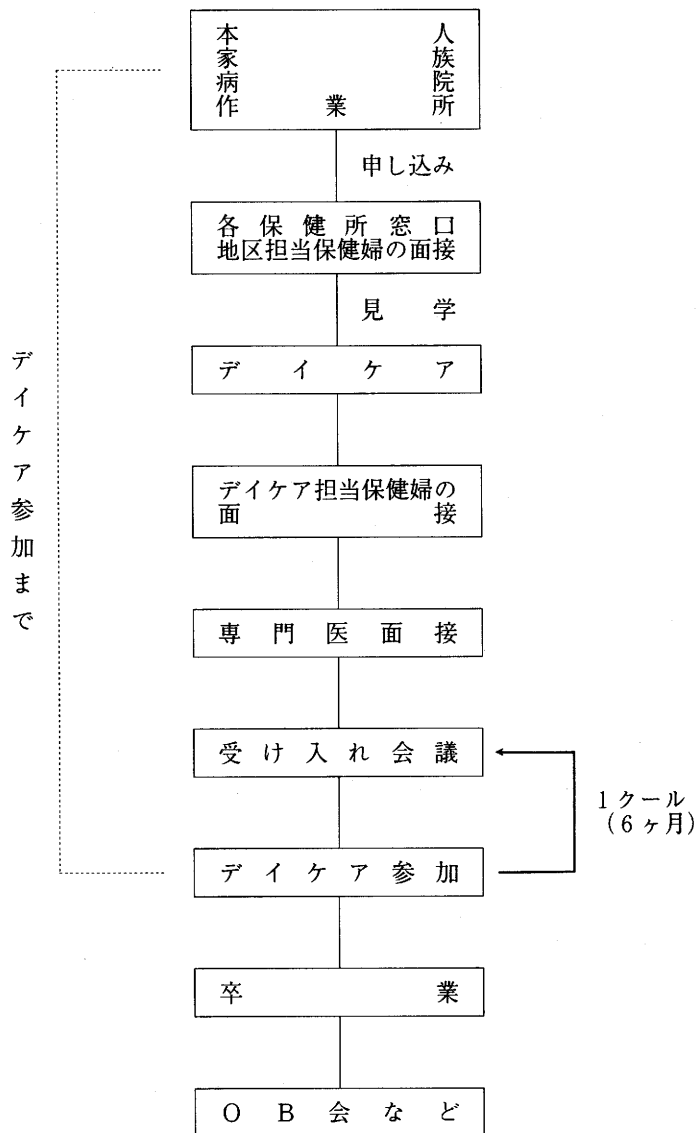


表3. プログラムの内訳（平成4年度）

プログラム	回数	備 考
話し合い	12	次月のプログラムを決める
体 操	36	バレーボール, バスケットボール, バドミントン, 卓球, 水泳など
音 楽	14	歌謡曲, 演歌, ニューミュージック
創 作	18	籐細工（月1回）, 油絵, 水彩画など
書 道	6	1月には書き初め
料 理	11	クリスマス会, 新年会（餅つき）含む
茶 道	5	盆立て, 作法, コミュニケーションゲーム
作 業	4	キャップ詰め, 缶キャップづくり
自 由	7	散歩, 室内ゲーム, ボーリング
施設見学	3	NHK放送センター, 都庁, プラネタリウム
芸術鑑賞	4	ビデオ, 映画, 美術館
語り合い	4	友達同志の語り合い
文化祭	8	事前準備, 反省会を含む
電車ハイク	4	小石川植物園, 上野公園, 浅草寺, 新宿御苑など
バスハイク	2	5月：若洲海浜公園, 2月：ディズニーランド
宿泊旅行	6	7月：鎌倉, 事前準備, 反省会を含む
合 計	145	

のべ参加人数 1436名（うち見学者247名）

1回あたりの参加人数 9.9名（うち見学者1.7名）

表4. 参加者退所時の状況（平成4年度）

	退所時状況					計
	就 労	作業所	自 宅	入 院	その他	
入 所 者	1	2	6	3	0	12
見 学 者	0	0	5	0	0	5
計	1	2	11	3	0	17

*入所者の自宅6名のうち2名は主婦，3名は就職活動で終了している。
1名は3ヶ月後にデイケアを再利用している。

【文 献】

- (1) 馬場禮子：境界例 岩崎学術出版 1983.
- (2) 鳥海房江：デイケアの可能性とその展開方法 公衆衛生看護研究会編：地域の中の保健婦活動事例集第3集 公衆衛生看護研究会 1993, p144-154.
- (4) Dakof, G. A. & Taylor, S. E. : Victims' perception of social support: What is help from whom? Journal of Personality and Social Psychology, 1990, 58, p80-89.
- (3) House, J. S. : Work stress and social support. Reading, Addison Wesley, Massachuset, 1981
- (5) 片口安史：改訂 新・心理診断法 金子書房 1987.
- (6) 小谷英文：集団精神療法の技法 山口隆・増野肇・中川賢幸編：やさしい集団精神療法入門 星和書店 1987,p95-110.
- (7) 黒田浩司：職場ストレスと対処行動 産能短期大学紀要 1991, 24, p145-153.
- (8) Lazarus, R. S. & Folkman, S. : Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing, New York, 1984 (本明寛・春木豊・織田正美監訳：ストレスの心理学 実務教育出版 1991)
- (9) 長島いづみ：デイケアの機能と保健婦の役割 公衆衛生看護研究会編：地域の中の保健婦活動事例集第3集 公衆衛生看護研究会 1993, p128-143.
- (10) 越智浩二郎：働きかけとかわりつきあいと 精研デイ・ケア研究会編：精神科デイケア 岩崎学術出版社 1989, p95-109.
- (11) 尾形新：臨床・デイケア論 岩崎学術出版社 1992.
- (12) Russell, D. W., Altmaier, E. & Velzen, V. D. :Job-related stress, social support, and burnout among classroom teachers. Journal of Applied Psychology, 1987, 72, p269-274.
- (13) Seligman, M. E. P. :Helplessness. On Depression, Development and Death. Freeman and Company, New York, 1975.
- (14) 東京都北区保健衛生課社会復帰援助係：事業報告（平成元年3月）1989.
- (15) 東京都北区保健衛生課社会復帰援助係：事業報告（平成2年3月）1990.
- (16) 東京都北区保健衛生課社会復帰援助係：事業報告（平成3年3月）1991.
- (17) 東京都北区保健衛生課社会復帰援助係：事業報告（平成4年3月）1992.
- (18) 東京都北区保健衛生課社会復帰援助係：事業報告（平成5年3月）1993.

- (19) 東京都北区保健衛生課社会復帰援助係：事業報告（平成6年3月）1994.
- (20) Vinogradov, S. & Yalom, I. D. : Concise Guide to Group Psychotherapy. American Psychiatric Press, Washington, 1989（川室優訳：グループサイコセラピー 金剛出版 1991）
- (21) Wong, N. : ウォン教授の集団精神療法セミナー 山口隆・松原太郎監修 星和書店 1985.
- (22) Wong, N. : グループリーダーのあり方 秋山剛訳 星和書店 1986.
- (23) Yalom, I. D. : Inpatient Group Psychotherapy. Basic Books, New York, 1983（山口隆・小谷英文監訳：入院精神療法 へるす出版 1987）
- (24) 山本和郎・黒田浩司・土屋満明ほか：登校拒否児童の総合的発達促進のためのグループ指導の実践とその治療効果 安田生命社会事業団研究助成論文集 1986, 22, p168-183.