

[報告]

精神科デイケアにおける参加自由の集団精神療法的プログラムの意義 —「会話の部屋」の実践報告を通して—

武藤 翔太¹

要約

本報告では、精神科デイケア（以下、デイケア）において行った集団精神療法的プログラム「会話の部屋」の1年10か月（全77回）の経過を報告し、考察した。「会話の部屋」は週に1回45分、というスタッフは筆者のみの設定で、①話された内容の守秘義務、②参加者への攻撃的態度禁止、というルールを守ることによって誰でも参加可能で、自由に話ができて自由に退出もできるプログラムである。毎回1～7名（平均3.6名）が参加し、総計18名が参加した（男性5名、女性13名、年齢は20代～60代、診断名は統合失調症やうつ病、双極性障害が中心）。経過から①スタッフによって枠が守られる安全な“私的な交流場所”、②病院やデイケアに対する気持ちをポジティブ／ネガティブを問わず安全に表現できる空間、③参加者同士による自然な交流をうながすきっかけ、④デイケアにおける疎外感の緩和、⑤自発的な参加により陽性転移が実施者に向けられやすいため、転移を扱うことによるアプローチも可能、という考察が得られ、その有効性と限界について論じた。

キーワード：集団精神療法的プログラム、参加自由、精神科デイケア

1. はじめに

精神科デイケア（以下、デイケア）はメンバー（デイケア利用者）の地域生活移行やその後の支援を行う場であり、その人員配置基準として、福祉の手続きによるサポートを行う精神保健福祉士や食事指導を中心とした生活指導をする栄養士とともに臨床心理技術者が専従職として求められている。デイケアの意義として、例えば窪田（2004）はデイケアの役割は「治療の場と地域生活をつないでゆく、橋渡しの役割」であると述べ、その利

点として①医療的なサポート（急性期治療後のリハビリテーション時期のサポート）、②不安の強い人における参加しやすさ、③病状の重い患者を支えられること、④低コスト・ハイパフォーマンス（医療費の安さ）、を挙げている。同じく岩崎ら（2006）も先行研究をまとめた結果からデイケアの効果として①再発・再入院率の低下、②社会的機能の改善、③陰性症状の改善であると述べており、中島ら（1998）は事例からデイケアは「人の中での安心感」を体験できる場であり、そのグ

1 明治大学大学院 文学研究科臨床人間学専攻 博士後期課程

ループ凝集性を土台にした治療効果を追求できる可能性を述べている。以上のことから、デイケアにおいてもメンバーに対し精神疾患や対人関係に関した心理教育や同じような境遇を抱えたメンバー同士によるグループ・アプローチなど、臨床心理士独自のアプローチが必要とされており、そのため臨床心理技術者が人員配置基準の中に組み込まれていることがうかがわれる。

そもそも、デイケアはその構造からグループとしての様々な機能を備えている。メンバー個々人のニーズや利用の仕方、様々なメンバー同士の相互影響、デイケア全体の方針、個々のスタッフの姿勢などの諸条件により、自助グループのような機能を発揮するときもあれば、メンバーの生活の場そのものとしての機能など、様々な場としての機能が生じてくる。そのため、例えば浅野（1999）が「メンバーがデイケアに通うには勇気と努力がいるのである」と指摘しているように、時としてメンバーにおいてはデイケアという場になじめないことやデイケア・スタッフや他メンバーに脅威を感じ、二次的な傷つきや対人トラブルなどから継続利用・通院の意欲をなくしてしまう結果が生じてしまうこともある。そのような状況もありうるデイケアにおいて、三浦・田名場（2005）はデイケアとプログラムそれぞれのメンバーを惹き付ける要因として①家族から距離を取れること、②社会復帰（就労）の準備ができること、③他者との接点もてること、④家以外にいられる場であることの4点を、プログラムにおいては①役割を持てること、②自らの意志で自由に選択できること、③特定の人物と交流できること、④興味・関心が一致していることの4点を挙げている。

そこで筆者は以上の治療効果やデイケアへの継続参加の要因などを勘案し、気軽に所属でき“病

院でもデイケアでもない空間”として年齢や性別、診断名、所属グループなどの区別なく、「話された内容」の「守秘義務」と「参加者への攻撃的態度の禁止」という2つのルールを守るだけで誰でも自由に参加でき、自由に話ができ、退出も自由な集団精神療法的プログラム（以下、会話の部屋）をデイケアにて週に1回、1年10ヶ月実施した。

本報告ではその経過を報告し、会話の部屋が参加メンバーたちに与えた影響を中心に考察し、その意義と限界について述べていく。

2. グループの構造

2-1 A病院のデイケアについて

A病院のデイケアは一日平均の利用メンバー数（ショート、デイ、デイナー）が120名前後の大規模デイケアであり、メンバーの年齢は50代以上が多い。精神疾患としては神経症圏から精神病圏、器質性疾患までと幅広く、メンバーの状態に合わせて複数の所属グループ（デイケア利用開始直後のメンバー、高齢者のメンバー、うつ病リワーク、統合失調症者のメンバー、など）があり、各々のグループで特性に合わせたプログラムが実施されている。A病院での長期入院から地域移行支援で退院し、A病院近くのアパートなどで独居生活をしている高齢のメンバーも多い。デイケア内のスタッフルームもミーティング時を除いて開放されていることやスタッフのほとんどがスタッフルームに籠ることなくプログラム以外の時間もデイケア内でメンバーと共に時間を過ごしていること、食事もメンバーと一緒に配膳・下膳し同じフロアで同じものを食べることなどから、デイケア・スタッフとメンバー間のコミュニケーションはより自然なものとなっている。

デイケア・スタッフの職種は精神科医、看護師、

作業療法士，精神保健福祉士，管理栄養士，臨床心理士であり，看護師の数が最も多くデイケア師長をはじめ，デイケア・スタッフの中心となっている。一方でデイケア・スタッフの異動や退職がしばしばあり，そのたびに戸惑うメンバーもいればデイケア・スタッフの異動や退職に慣れたために特に動揺することもなく何事もないかのように過ぎ新しく入ってきたデイケア・スタッフを自然に迎え入れるメンバーもいた。中にはデイケア利用期間が長いメンバーもあり，新しく入ってきたデイケア・スタッフに仕事の仕方のアドバイスができるメンバーもいた。

2-2 会話の部屋の構造について

次に，会話の部屋の構造について説明していく。開始のきっかけ：会話の部屋はデイケア師長より，当時，固定のプログラムに従事せず様々なプログラムに必要とされたときに従事し，それ以外の時間は自由にメンバーと関わっていた臨床心理士である筆者に，心理職ならではのプログラムで何か新しいことをしてみることを勧められたことがきっかけである。「はじめに」で述べた諸理由からその実施目的，運営の仕方など全て筆者の発案で始めた。「会話の部屋」と名前がついたのは参加メンバーの合議で決まった#4以降であり，当初は「M（筆者の苗字）の部屋」，「お話の会」など各々（デイケア・スタッフ含め）が好きなように呼称していた（実質，終了するまで筆者への愛着を示すためか「M（筆者の苗字）の部屋」と呼ぶメンバーが多かった）。参加への強制性がないことを伝えるために，メンバー全体へのアナウンス（会話の部屋の概要）は一度だけ行い，以降は全体にアナウンスすることはなく，デイケア・スタッフからメンバーに対し強制的に参加を勧める

こともしないように依頼した。

場所・時間：会話の部屋はA病院のデイケアにおいて，X年5月～X+2年3月において週に1回45分，臨床心理士である筆者が通常の病棟・外来業務ではなく週に1日，デイケアに勤務している際に実施した（計77回）。場所はデイケア内のドアがあり，さらに静かであり参加メンバーの声が外に漏れない部屋で行った。大きなテーブル2つと15脚ほどの椅子があり，参加メンバーは自分の好きな場所に座ってもらい，会話の部屋が始まってからも座る位置を変えても良いという条件で行っていた。

参加条件：話された内容の守秘義務と参加者への攻撃的態度の禁止という2つのルールと，誰でも自由に参加でき，自由に話ができ，退出も自由である旨を伝えることは新規参加者がいる度に行った。野島（2012）が25年以上にわたり，デイケアにおいて一定の条件を満たした統合失調症者を対象にエンカウンター・グループ的運営（話題を設定せず，今・ここで話したいこと・話せることを自発的に話していくことで進んでいく）で心理ミーティングを行っており，会話の部屋もプログラムの進め方に着目すると似たような構造であるといえる。そのため，この参加条件が野島（2012）とは異なっている点であり，会話の部屋での大きな特徴の一つであるといえる。この参加条件を設けた理由は前述したようにメンバーの自由意志を何よりも大事にし，気軽に安全に所属でき，かつ他者と安心して関わられるようにすることによる治療要因やデイケア通所の中断を防ぐためであることを繰り返し述べておく。

各回の開始と終了の仕方：いずれの回も，筆者は鈴木（1999）が述べている①治療の場と時間の提供，②グループの中に生まれ育つネットワークに参加し，それをさらに育てる姿勢，③観察者（分

かりやすいテーマと非言語的に動作や声の抑揚などを通して表現されるテーマの両方を取り上げる), ④自身の中に湧いた感情をしっかりと感じ取り, それが適当であると感じたら短く伝え返すこと, の4つの治療者としての姿勢や太田(2010)が述べている①交通整理(メンバーの関わりを一定にすること), ②「いま・ここで」おこっていること明確にすること, の2つのセラピストの役割を意識していた。

始め方は, 開始時間になった段階で筆者から全員に「では, 会話の部屋を始めます。よろしくお願ひします」と伝え, 特にその後は筆者からうながすことはなくメンバーの自発性に任せた。筆者も参加者の一人として参加しているも積極的に話題は提供することなく, メンバーたちが出した話題を膨らますような問いかけや適度な自己開示, メンバー間の会話をうながす働きかけ(例えば, メンバーの一人が筆者にしか話しかけない場合は筆者から全体に同じ話題を振る, 話を切り出せないでいる素振りをみせるメンバーに対して筆者から話題を振る, など)を繰り返していた。時折, 終了時間になっても話が終わらない場合は筆者からうながすことがあったが, ほぼすべての回がメンバーの「ああ, もう時間ですね」などの発言がきっかけとなり終わりとなった。なお, 高齢者もいることや, 抗精神病薬の副作用の口渴があるメンバーもいることから飲料の持ち込みのみ許可しており, 後述するが年末年始などの際には参加メンバーの要望でデイケアの急須や湯飲みなどを持ち込み, 参加者同士でお茶を淹れ, お菓子を食べながら話をすることもあった。

その他の特記事項: A病院は筆者が常勤勤務していた単科精神科病院であり, デイケア勤務日以外にも病院の行事も含め, 外来や病棟などで診察や

知人のお見舞いに来ているメンバーと出会う機会は多数あった。会話の部屋への参加スタッフは筆者のみであり, 自然な会話の場を作るために記録者はつけておらず筆者も会話の部屋の実施中に記録はつけていない。そのため, 会話の部屋終了直後にその日の話の内容やメンバーなどの発言を筆者が記録しており, 後述する経過もそのときの記録に基づいている。

会話の部屋は所属グループに関係なくいつでも参加することができ, 前述したように会話の部屋の#1の開始より前に各グループのスタッフより簡単に会話の部屋のアナウンスをしてもらっただけであり, 以降, 目立ったアナウンスをせず参加はメンバーの自発性に任せることを続けた。筆者の退職と筆者退職後の会話の部屋の継続をメンバーたちが希望しなかったことから終結となった。

3. グループの経過

参加者数は毎回1~7名(平均3.6名)であり, 総計18名のメンバーが参加した(男性5名, 女性13名, 年齢は20代~60代, 診断名は統合失調症やうつ病, 双極性障害が中心)。途中, 就労継続支援への移行の関係で卒業をしたメンバーは2名であった。他プログラムなどの関係で参加が不定期になるメンバーもいたが, 参加者が0の回はなかった。なお, 「話の内容がいつも同じになるから」ということで参加を自発的に辞めた参加者が1名いた。

以下の経過においても触れるが, 特に参加数が多かったメンバーは「常連」とお互いに呼び合っていた。「常連」と呼ばれたメンバーの詳細は以下のとおりである。

①B子: 60代女性, 統合失調症(初発エピソード

は20代)、A病院近くのアパートで単身生活、病状は服薬で安定している、長期入院も含み計10年以上の精神科入院歴あり。デイケアには週4日ほど通っており、その穏やかな人柄からデイケア内でも中心のメンバーの一人。参加数：51回(＃1から参加)。

②C子：50代女性、うつ病、外来患者であり専業主婦。病状は服薬で安定しており入院歴なし。デイケアには週1・2回通っており、筆者勤務時には個別対応で毎回20分ほど家族に対する悩みを聞いていた。参加数：50回(＃1から参加)。

③D子：60代女性、統合失調症(初発エピソードは20代、妄想症状は重度なもの)、A病院近くのアパートで単身生活、時折妄想症状が再燃することがあるも病状は服薬で安定している、長期入院も含み計10年以上の精神科入院歴あり。筆者に対して好意を抱いており、手編みのマフラーをプレゼントしてくれることや「今は年齢の差が大きいからできないけど、今度生まれ変わったらMさん(筆者)と結婚したい」、「Mさん(筆者)にもっと早く会いたかった。カウンセリングも受けてみたかった(カウンセリングは主治医から禁止されているため)」などの態度・発言あり。参加数：51回(＃1から参加)。

④E子：60代女性、うつ病・適応障害(うつエピソードは10代から)、A病院内の共同住居で単身生活。短期間の精神科入院歴あり。周囲のメンバーに対して「〇〇さんは言葉がきつい、ひどい。もう嫌い。近寄らないでほしい」など極端な嫌悪感(特に男性や粗暴なふるまいをするメンバー、身なりが不潔なメンバーに対して)を示すことや肩の痛みなどの不定愁訴を訴えることが多かった。筆者勤務時に折に触れてその不平不満を聞く機会があった。参加数：27回(＃

16から参加)。

本論ではメンバー全員に触れることや、1回1回の詳細を述べることは紙幅の関係上できないため、「常連」メンバーを中心に、以下にその経過を述べていきたい。「」はメンバーの発言、<>は筆者の発言である。

なお、会話の部屋の経過の公開に関して、デイケア師長および参加者より口頭および書面にて許可を得ていることを述べておく。

＃1(X年6月)：B子、C子、D子、30代男性メンバー1名(＃11で就労継続支援への移行のためデイケア卒業)が参加。フランクな筆者への質問(出身地、異性の好みのタイプ、など)から始まり、笑う場面が多く温かな雰囲気が始まる。お互いの自己紹介に自然となり、家族の話やペットの話になる。アレルギーの話から持病の話になり、B子・D子の心疾患の話になり、D子が過去の心疾患の発作における内科医師の対応(態度が冷たい、診察が雑であった、など)への怒りを語るも「お医者さんはそういうときあるよね、私も…」などとB子・C子が自然とD子の怒りを受け止め自身の体験を話すと、D子も笑い「でも、こうやって今生きていて、こうやってお話しできているから良かった～。悪く言い過ぎたかな」と発言。終了間際、今後の会話の部屋のやり方について尋ねると「今日みたいな感じで自由にお話しできるほうがいい。楽しかった」というB子の意見が出てきて、全員同意する。

＃2～10(X年6月～同年8月)：毎回、4～6名参加。特にうながしやアナウンスをしなくても、自発的に参加メンバーが集まる。いずれの回も冒頭は最近あったニュースの話や最近食べたもの／好きなお菓子／今日のデイケアの昼食の話、気候

の話などの雑談から始まる。そして、たとえば食事の話があると「昔、水中毒になったことがあって」(#3, C子), 「寂しくなると間食しちゃうところはあります」(#3, D子), 「寂しい、というかむなしいうときに食べちゃいます」(#3, 30代男性メンバー)「今日のお昼ご飯の〇〇, 懐かしかった〜」(#4, D子), など雑談の話題から過去の話や気持ちに直結した話題につながり, 他メンバーがその内容に同意し, 語りを膨らませていく場面が多い。語りが膨らんでいく中で, 「Mさん(筆者)の仕事は満点ですよ」(#5, C子・D子)と言いつつも, 次の回では全員「病気じゃない人がうらやましい」気持ちがあることやそのような中, 筆者だけ違う存在であり「Mさん(筆者)は現実には普通になじめるけど, 私たちはね…」(#6, C子)という状況にあることについて全員でシェアすることがあり, 「この人といるとホッとする, とかが大切」とまとまることもあった。「Mさん(筆者)は辞めないでくださいね, この仕事」(#6, B子・C子・D子)。

雑談の内容から「C子さんのダイエットの話(お腹が空いたときはキシリトールガムを噛む)を聞いて, 痩せました」(#8, D子)のようにその後の生活で取り入れ, お互いに報告をすることもあった。一方で, 筆者に対して「スタッフの〇〇さんなんだけど…」, 「分かる分かる, お世話になってるけど, みんなスタッフさんにはいいことも悪いことも思うことがありますよ」などデイケア・スタッフの対応やデイケアの運営(ロッカーの鍵の管理や食事の配膳の仕方, 帰宅時の下駄箱での混雑など)に関する不平・不満を話し, 参加メンバー同士で語り合うことがよくあった。筆者より<それだけ, デイケアが大切な場所なんですね>(#7)と伝えると「そりゃ, そうですよ」(#7参

加者全員)とデイケアへの愛着を語る。#9以降は参加していた30代男性メンバーが就労継続支援に移行するため働くことへの不安を語るが増え, その都度, 自身の体験や精神疾患への対処法を通じたアドバイス(休み方, 人との接し方, など)をすることが続く。「こうやって, みんなでおしゃべりができるのが一番ですよ, ストレスには。(参加メンバーの多くがうなずく)」(#8, C子)と会話の部屋の継続を望む。他スタッフが参加メンバーに会話の部屋の内容を尋ねることがあった際には「秘密〜」(B子), 「話しちゃいけないですよ〜」(C子)などと楽しそうにはぐらかされた, との報告がデイケア・スタッフより筆者にあった。

#11~16(X年8月~同年10月): 毎回3~7名参加。変わらず, ニュースの話や気候の話, 他のメンバーと遊びに行った話のような雑談から始まる。筆者に対しても「(帰省した)Mさん(筆者), お土産はないんですか?」(#12, C子)などフランクに話しかけることもあった。デイケアでの宿泊行事があり, その話題で盛り上がることやその宿泊行事後に参加していなかった筆者に対してそれぞれのエピソードを話してくれる(#14・15)。エピソードを通して, 過去にデイケアにいたスタッフの話や, その過去のスタッフにしてもらってうれしかったことなど, 情緒的な思い出話に花が咲き「懐かしいね~, 今何してるんだろう」(#15, B子), 「〇〇さんは今, △△で働いているよ」(#15, D子)など語り合う。「Mさん(筆者)は分からないと思いますけど, 季節の変わり目は私たちみたいな病気の人たちにはきついんですよ」(#15, C子)など, 参加メンバーお互いの体調の崩す特徴のシェアから, 筆者にそれぞれの「患者の辛さ」について説明することもあった。「M

さん（筆者）はそのこのところも分かるスタッフになったださいね。Mさん（筆者）への不満はないですけど」（#15, B子, C子）。#16で今後、「常連」になるE子が参加する。

#17～26（X年10月～X+1年1月）：毎回2～6名参加。#17と#18の間に筆者が不測の事態で足を骨折し、2週間以上の間が空く。その間、外来や院内行事で参加メンバーに会うたびに「早く良くなったださいね。会話の部屋がないと寂しいから」（B子）、「ああ、痛そう。早く治してくださいね」（E子）などと言われる。「常連」のメンバーから会話の部屋の時間には「常連」で少し集まって筆者の話や日常会話をしていたことを聞く。#18で会話の部屋が再開となるが、特にアナウンスはしていないが自然と参加メンバーが集まり、何事もなかったかのように始まる。「よかったです。ケガには気を付けてください、プロなんですから」（#18, C子）。

この時期も話の内容としては日常会話やデイケアでのイベントの話などが中心であり、D子が趣味のための外出やダイエットなどに成功し、アドバイスを他メンバーから求められるようになる。#21で#5から頻回に参加していた50代女性メンバーが「私はもういいや。いつも同じ話だから」と会話の部屋開始前に直接筆者のところに言いに来る。そして、#22でも#11から頻回に参加していた50代女性メンバーがX+1年5月よりA病院から遠方の実家に帰ることが決まり「○○さんの笑顔好きだったのに…あら、やだ涙が…」（B子）、「○○さん（先に就労継続支援で卒業した男性メンバー）もこの前ががんばってましたよ」（C子）とメンバーの卒業や離れていく寂しさの話を共有する。「家族と（暮らす）、じゃなくてこっち（A病院・デイケア）にいればいいのに」（B子）。年末

年始の#25では職員の異動などの寂しさの話も出る。E子が身内や自身の不幸を話の流れに関係なく一方的に嘆くことが増えてくるも、参加メンバーは全員話を無視せず、自身の近い体験も交えて話をするようになる。この頃より、同時間帯にある他プログラムが休みの際に、会話の部屋に参加する、というメンバーが出始める。「いやあー、いつも気になってたんだけど、今日はプログラムがお休みだから、やっと出られた～」（#25,60代女性メンバー）。

#27～36（X+1年1月～同年3月）：毎回2～5名参加。この時期もいつものように日常会話や気候・季節毎のイベント、食べ物の話などが中心となる。一方で、デイケア内での特定のメンバーからの女性メンバーへの付きまといがあることをB子やE子が話し、筆者からデイケア・スタッフに報告をすることになる（#31）。#33に#21の前に参加をすることをやめる、と言っていた50代女性が「今日からまた参加していいですか」と参加してくるも、参加メンバーは動揺することなく自然に受け入れる。一方で、#33後にその日に出たバレンタインの話などで「すみません、イラッとしました。（男女関係の話は）条件反射ですね」とD子が笑顔で不快な思いをしていたことを筆者に相談に来て、筆者から配慮が足りなかった点を謝罪することもあった。「他のプログラムに参加したときはそっちに行きます」（D子）。以降、D子は体調が悪い時や気分がすぐれないとき、他のプログラムに参加したり、昼寝をして休んだり、遅れて会話の部屋に参加するようになる。#34～36では認知症の親の介護の話が出てきて、D子やE子、再参加するようになった50代女性メンバーが“親に忘れられる悲しさ”を時折涙を浮かべつつ語る。それに対してB子は「一人で何でも

しようとしてもダメよね。私たちの病気もそうだよね、話さない。一人だと寂しいもんね」(#34), C子も「心の支えになっている人が母や夫や息子といますけど、いなくなったら泣き崩れますね」(#35)と共感を示す。筆者が特に言葉を交えることはなく、メンバー同士で話をまとめる場面が多くなる。

#37～47 (X+1年4月～同年7月)：毎回2～6名参加。日常的な会話や季節の話、食事の話などは相変わらず。デイケア内での対人関係を中心にしたイラッとした話や過去の自死未遂の話なども出るが、筆者が介入することなくメンバーで解決することやお互いに共感し話が収まる場面が続く。「私たちも他のグループみたいに、みんなでカラオケとか行きましょよ～」(#40, C子)と、プログラムの枠を超えた“所属感”を参加メンバーが持っていることが明らかになる。そのためか「Mさん(筆者)に巡り合えてよかったですよ」(#40, B子・C子), 「具合悪い時にMさん(筆者)が好きって言ってた飴なめて、Mさん(筆者)の顔思い浮かべたらよくなった～」(#41, D子), 「Mさん(筆者)が精神科医になればいいのに」(#42, C子)など、筆者に対する賛辞の言葉が多く見受けられる。#44で会話の部屋が始まってから1周年の話を冒頭で筆者からした際は「今日で、って言うので今日で終わりなのかと思っちゃいました」(B子)などと、1周年経った喜びに加え、会話の部屋がなくなることへの不安の話も出る。「今日もよろしくお願いまーす。このまま2周年、3周年も」(#45, B子)。

5月に遠方の実家に引っ越す予定であった50代女性メンバーもA病院近辺で生活することになり、さらには就労継続支援に通うことが決まり、#44で卒業する。#45ではその寂しさについて「常

連」4人で扱って話をするのができていた。

#48～60 (X+1年7月～同年10月)：毎回1～4名。C子の病状が徐々に悪化し始め、「C子さん、調子悪いの?」(#48, D子), 「C子さんの様子がおかしくて、びっくりしちゃった～」(#50, B子), 主治医より会話の部屋への参加の禁止が言い渡される。「できるだけ早く戻れるように頑張ります」(#51開始前, C子) <会話の部屋はなくならいですから> 「はい(笑顔)」。話の中心となるC子が不在であることやデイケア自体を休んでしまう参加メンバーが多いことから、E子と1対1の回が4回ある(#52(参加者が1名になった初めての回)・53・55・58)。加えて、#49から発語がややおぼつかないものの豪快に話をする50代男性メンバーが頻回に参加するようになりE子が委縮することや、D子が嫌悪を示し参加しないこともあった。しかし、いずれのメンバーも出られるときに出る、というスタンスが確立されており会話の部屋自体は継続されていた。「一対一でもいいですよ。それで、ですね、気分転換に出かけたんですけど…」(#52, E子)。D子も参加するものの、途中で「具合悪いから抜けてもいいですか?」(#54, D子)と抜けることがあるが、参加は継続し続ける。参加者が少ないことや参加メンバーの変化などから、“会話の部屋がなくなるかも”という不安を筆者は覚える。しかし、参加メンバーが0の回はなく、時間になると誰かしらが自然に集まり、自然に始まっていた。話の内容は日常会話を中心にした、まったく変わらないものであった。

#61～70 (X+1年10月～X+2年1月)：毎回4～5名参加。C子が復帰したことと、他プログラムがないことから参加するメンバーが増え、人数が安定する。一方で、C子が物忘れや筆者に対し

て同じ質問を繰り返すこと、幻聴を聞いているようなそぶりが見えるため、B子・D子がC子を心配する場面が増えてくる。「なんか、昔の自分を見ているみたい」(#61終了後、B子・D子よりそれぞれ別々のタイミングで)。一方で、そのように病状が悪化しているC子であるも「Mさん(筆者)、せっかくなので今年(X+1年)の最後の回は茶話会をしましょうよ」(#61)などの提案をし、#66で茶話会を実施することになる。#64から物静かな40代男性メンバー、#66からその1週間前にデイケア通所が始まったばかりの物静かな20代男性メンバーがその男性メンバーに誘われ参加することになる。二人はあまり話すことはないものの、他メンバーの話に耳を傾けている。「私、韓国の俳優の〇〇が好きで」(#67, C子)「あ、僕も韓国のは映画もドラマもよく見ますね」(20代男性メンバー)と、他の「常連」が今まで話題に乗れなかった話題で盛り上がることも見受けられるようになった。一方で、筆者の進学のための退職の可能性が生じ#68で「**大事なことなので早めに伝えたいことがあります**」と、その旨を伝える。「うわあ、泣けてくる」(#68, D子)、「(試験の)応援したいけど、したくない。会話の部屋はMさん(筆者)だから来てたのに…」(#68, B子)。筆者がいなくなった場合は会話の部屋は継続したくない、との意見で一致する。「新しい人に引き継ぐのも、ねえ」(#68, C子)。お別れ会の話などから、D子が真顔で「Mさん(筆者)もいつか死ぬんでしょ」(#68)と尋ねてくるなど別れの可能性に際し動揺している様子を示す。#69以降はいつものように日常会話を中心とした話が続き、メンバー同士でスポーツの話で盛り上がることもあれば、筆者の退職の可能性の話や、雑談が広がらないことから沈黙になる場面が目立つよう

になる。

#71～76(X+2年2月～同年3月)：毎回1～5名参加。「(筆者の)受験も、寂しいけど受かってもらいたいです、頑張っ～」(B子, #71)、「Mさん(筆者)、A病院に来てよかったことは？」(D子, #71)などの発言があるものの、基本的には「恵方巻き、買います？ 作ります？」(#71, C子)などの日常会話を中心とした回が続き「いつも通りの会話の部屋」という雰囲気が続く。#74前に、C子が激しい動悸をきっかけに精神病圏に近いまとまりのない話を繰り返すことでA病院に入院となる。入院後も不穏な様子が続くものの、会話の部屋のことを気にすることがあった、とのこと。

#74では筆者の受験合格が決まり、同時に退職も決まり、会話の部屋も筆者の退職とともに一旦“全員卒業”ということになる。合格の旨を伝えた際は参加メンバーから祝福されこそはするものの、名残惜しさを示されることはなかった。「会話の部屋もあと2回ですか」(D子, #75)、「あと2回ですね。寂しいですね…来週はお茶会をしましょう」(B子, #76)、「今日はギター持ってきました、弾いていいですか？」(D子, #76)。#76ではD子のギターの演奏を全員で聞く。ただし、それ以外の会話がどこか話がつながらず、筆者に向けた一対一の質問などになる。

#77(X+2年3月)：D子・E子・40代男性メンバー・20代男性メンバーが参加。B子は持病の偏頭痛でデイケア自体を休んでしまっていたが、知人のメンバーに「行きたかった」という伝言を残してくれる。E子は開始前に筆者に駆け寄ってきて「今までお世話になりました、寂しいです」と語られる。D子・E子が最近の生活の話(100歳を迎えた母に会いに行ってお祝いをしたこと、ホットカーペットを買ったこと)をし、過去のデ

イケア・スタッフの話やこの1年間の思い出について筆者に向けて一人ひとり話をする。男性メンバーは二人とも黙って、時折笑みを浮かべながらD子とE子の話を聞いている。「Mさん（筆者）、本当にお世話になりました」（E子）という発言が出た直後に打ち消すようにD子から脈絡なく、弟の転職先の心配をしている話が出る。そして、「いつも通り」時間となり会話の部屋は終了となり、各々退出する。

終了後、D子より「もっと話したい」とその日の筆者のデイケア勤務時間中に個別に何度も話しかけに来ることがあり、20代男性メンバーもデイケアから帰る際にわざわざ筆者を探し、別れの挨拶をしに来てくれる。

4. 考察

以上の経過を踏まえ、会話の部屋が担っていた機能とその影響について考察を述べる。

4-1 スタッフによって枠が守られる安全な“私的な交流場所”

鈴木（2017）が統合失調症者の集団精神療法において、その場では病気の話ではなく日常生活の対話に対してポジティブに反応する参加者がいることの例を挙げているように、会話の部屋においても話の内容は日常生活のものが中心であった。そもそも、自由に話し合える雰囲気作りが必要であることは集団精神療法に限ったことではなく精神療法全般に共通していることである。会話の部屋においても自由に話し合える雰囲気により、日常生活の話を自由に行えたことが、参加メンバーの関係性や個人々の生活の充実など肯定的な影響を与えていたことが考えられる。中村（2007）もデイケアでのグループミーティングの実践から、

日常的な話から徐々に話が深まっていきそれぞれが抱える葛藤や病気のことなどに自然と話が及ぶことによる肯定的な影響を述べている。この点も今回の経過の内容から認められる。特に、B子・D子をはじめ、対人関係に敏感である統合失調症の参加者が継続参加し、安心して自己開示や病気の話などを穏やかな雰囲気でき共有でき、時には他の参加者にアドバイスもしていたことは注目し値する点である。例えば菊池（2008）はグループの中でメンバー同士によって“心の病”について語ることは困難さがあるものの、治療的なグループの中で語ることができた場合には肯定的に働くことがあることを指摘している。前述した鈴木（1999）も従来の集団精神療法研究をレビューし、集団精神療法の治療要因として、そのように自由にお互いのことを話すことや指摘し合うことによって「自分だけではない」という感覚や「他の人の役に立つという感覚を得られる」点を強調している。そのような状況が生じていたため、時間や場所、ルールなどの基本的な会話の部屋の構造を筆者だけでなく、参加者全員が守っていたことが考えられる。そして、そのようにメンバーたちが「常連」を中心に率先して会話の部屋の構造を守ろうとしていた背景として“デイケアでも病院でもない場所”として会話の部屋が機能していたことがあるのではないかと、グループの構造の観点から筆者はとらえている。

会話の部屋への参加メンバーは全員、A病院の通院・入院歴があり、A病院の中にあるデイケアにいる際もやはり「自分は患者である」という意識を持っていることは想像に難くない。デイケアがいくら「治療の場と地域生活をつないでゆく、橋渡しの役割」（窪田、2004）であるとしても、やはりそこは“地域生活”というよりもどちらか

という“A病院”により近い場所であることは明らかである。デイケア・スタッフも院内での人事異動が多く、自身が入院していたときに関わっていたスタッフが現在はデイケア・スタッフとして関わりを持つ機会があったB子・D子・E子にとっては建物が変わっただけであり、自身が入院していた時の環境を意識せざるをえない環境であったともいえる。特に、B子・D子は長期入院経験者でもあるため、その点は顕著であったことが推測される。そのような中、あくまでもA病院の院内スタッフである筆者がいるものの、会話の部屋は参加者以外には会話の部屋で起きていることが漏れない空間であり（参加メンバー了承のもと、おおまかに話されたテーマの内容は電子カルテ記録用にデイケア・スタッフにも共有）、メンバー全員でその構造を守り大切にしてくれていたことが経過よりうかがわれる。#17～18で筆者が足の骨折で不在になるという自他ともに不測の時期を挟んでも、自然と再開できたことからそのことは明らかである。

そのため詳しくは後述するが会話の部屋はA病院やデイケア、他メンバー、デイケア・スタッフ、プライベート、自身の病気にに関する話などを思いつくままに内容の軽重に関わらず自由に語れる場所であり、スタッフである筆者によって枠が守られる安全な“私的な交流場所”というある種の矛盾をはらみつつも、メンバーにとって侵襲性がない構造になっていたことが考えられる。そして、このような構造である場を参加したメンバーが求めていたことも経過の発言などから認められる。加えて、筆者へのフランクな質問や、時には教諭するような発言が多かったこととその内容を検討すると、「メンバー-スタッフ」という関係性だけでなく、「精神科受診者-非受診者」や「年配

者-若者」、「(出生地に関しての)出身者-県外から来た人」などの関係性も並行した、ある種の異文化交流を数多く果たしていたこともうかがわれる。「患者」である意識から離れられることがデイケアの理念に必要とされることは、殊更に述べる必要がないことである。一步踏み込んで考察すると、卒業生や散発的な参加者から、就労継続支援や他のプログラムなどがなければ参加し続けたい、などの発言もあったことはその居場所や所属感を与える場所としての機能だけでなく、この点からも生じていたのかもしれない。メンバーにとって必要な就労継続支援にしても他のプログラムであるとしても、参加している限り「患者」、「精神疾患を抱えた者」という前提の意識が生じるからである。

4-2 病院やデイケアに対する気持ちをポジティブ／ネガティブを問わず安全に表現できる空間

経過で度々話題になったように、会話の部屋ではA病院やデイケアそのもの、デイケア・スタッフ個人、時には目の前にいる筆者に対してポジティブ／ネガティブな気持ちや意見が交わされることが多かった。それは、統合失調症者特有のアンビバレンスなどの病理だけでは決してないと考えられる。そもそも特定のこと・もの・人物に対して評価が割れること自体は自然であり、自明なことである。しかし、長期入院経験者を筆頭に、特にネガティブな内容に関してはA病院やデイケアの中にいる限り、明言することは難しい。それは、例えば#1のD子のように過去の不平・不満が根強く残り、解消されていなかったことからうかがわれる。一方で、特定の医者やスタッフに対して、彼らに肯定的な印象を抱いているメン

パーもいる。特に、A病院のデイケアはスタッフの関わりが身近である分、その点は顕著であろう。そのため、下手にネガティブな内容を公言すると、メンバー同士のトラブルにつながりうることも考えられる。しかし、会話の部屋では2つのルールによって、安心して意見を交わすことができていたことがうかがわれる。さらには、#7中で示したように、ネガティブな感情の裏にはデイケアという場所を大切に思っているからこそである、という原則を明確にしたため、安心して意見を交わし続けることができたのではないかと筆者はとらえている。このように率直な意見を交わせることは前述した鈴木（1999）の「自分だけではない」という感覚につながるだけでなく、それらを同じ境遇の人たちと共有することによって“反対の見方もある”というような視野が広がる効果も考えられる。

さらに、筆者に対しデイケアに改善してもらいたい点を語り、筆者から密かにデイケア師長に伝えてもらいたい、というような言伝を参加メンバーがすることも度々あった。これはデイケアとメンバーの関係性がどちらか一方的が優勢な関係では決してなく、より対等な位置にある関係を参加メンバーが求めていたことを示している。いわば、安心してポジティブ/ネガティブな意見を主張できることにより、そのメンバーがより主体的にデイケアに関わり、参加し続けることを可能にしたのである。このことの意義は大きいものであり、デイケアにとって必要とされるメンバーとの関係性の一つである。何でも話して、あるいは何でも相談して、と言われたとしてもその人物への信頼感などだけでなく、前提として安心して話せる構造（防音、守秘義務、時間など）を備えた場所が必要となるのである。

4-3 参加者同士による自然な交流をうながすきっかけ

これまで、会話の部屋の中で生じていた影響について述べてきたが、会話の部屋の外でも生じていた影響があることも考えられる。それは、会話の部屋の参加メンバー同士が例えば、開始前の時間にお互い参加するかどうか、などの話をしてから参加していたことや、#8でのD子のように会話の部屋での日常会話やお互いの病気へのアドバイスで出た内容を参考に生活習慣を変えたり外出をしてみたり、食べ物を変えてみたりなどの変化が生じていたことから明らかである。つまり、会話の部屋の開始前ではそこまでつながりのなかったメンバー同士が、共通の話題や興味を“会話の部屋のメンバー”同士で共有することで会話の部屋以外の時間も自然と交流をするようになっていたのである。この点の詳細はつぶさにその他の時間での参加メンバーの様子を観察する機会がなかったため、推測の域を出ないのであるが、会話の部屋をデイケア生活での軸の一つとして「常連」をはじめ、参加したメンバーが利用していたことは経過の内容からいえるのではないだろうか。これは冒頭で述べた三浦・田名場（2005）が挙げているプログラムに惹きつける要因の内、「特定の人物と交流できること」、「興味・関心が一致していること」の2点をカバーしている。

4-4 デイケアにおける疎外感の緩和

次に、会話の部屋の外でも生じていた影響として、デイケアにおける疎外感の緩和が挙げられる。たとえば、中里（1999）はデイケア通所の中断者を減らすために必要なのは「居場所の確保」（中里，1999）であることを述べている。デイケアといえどもA病院のような大規模デイケアになると社会

の縮図、とまでは言い切れないもある程度のヒエラルキーが生じることが考えられる。重田ら(2014)がデイケアにおけるメンバー間で形成され、スタッフも気が付きにくい「裏グループ」が生じること、その集団病理について指摘しておりA病院のデイケア内においてもそのようなスタッフでは把握できないような関係性をもったグループが形成されていた可能性も否定できない。しかし、一方で表裏に関係なくグループに所属できないメンバーもいる。対人関係に煩わされないようにするため所属しないことで落ち着けるメンバーがいることも確かであるが、デイケア本来の目的や通所を継続させる要因に鑑みると、病理性のない何かしらのグループに所属できることは重要である。

その点でいうと、会話の部屋によって“会話の部屋のメンバー”という所属感が生じていることは経過からも見て取れる。#40のカラオケに行く提案はそのことを顕著に示している。会話の部屋が単なるプログラムではなく、ある種の所属感のあるグループ構造になっていたことがうかがわれる。加えて、新規参加者や長期の欠席を含んだ散発的な参加者であっても拒否することがなかったことや、#66から参加したデイケアの年齢層からすると若く、まだデイケアになじみ切れていない段階であった20代男性メンバーもその後継続して参加できていたことは注目すべき点である。会話の部屋のような参加自由な集団精神療法的プログラムをすることの意義はこの点にも見いだせると筆者は考えている。同じく#64から参加していた40代男性メンバーも発言はほとんどなかったものの、継続参加していたことにも注目したい。時折笑みを浮かべつつ、参加していたその意義は大きいといえる。それは例えば、黒田(2007)も言語

表出をしない人物であってもグループの中で他者の言葉を聞くことの意義の大きさを指摘していることから明らかである。彼が継続参加していた理由の一つにはやはり居心地の良さがあり、疎外感がなかったことの影響があると考えられる。

4-5 自発的な参加により陽性転移が実施者に向けられやすいため、転移を扱うことによるアプローチも可能。

最後に注目すべき点としては、全体的に生じていた筆者への陽性転移である。これは個人的な関わりがあったことの影響も考えられるが、それだけでは説明できないほど会話の部屋の中で筆者に向けられた好意や親密さがある。この状況はまず、Bionが集団に対して対象関係集団精神療法の観点から、その妄想不安や抑うつ不安を防衛するための部分的対象関係から生じるとした「基底的想定文化」の考えから説明ができる。つまり、その一つである依存文化(Bion, 1961/1973; 権, 2010; 高橋, 2010)からそれらの好意や親密さが生じていた可能性があるのである。依存文化とは「リーダーあるいはそれに代わる誰かが絶対的に協力で頼れるので、自分は何をしなくてもよいとする文化」(高橋, 2010)であるとされ、権(2010)はBion(1961/1973)の「基底的想定文化の仮説が、生硬な形式化と考えられてはならない」と述べていることから、基底的想定文化において重要な点は「そこで経験されるべき経験がされえない情緒の問題である」としている。

デイケアにおいて、プログラムなどのマンネリズムの問題(岩崎ら, 2006)は切っても切り離せない問題である。そのような中、“普段は白衣を着ている、A病院で働いている数少ない常勤職の臨床心理士”である筆者が週に1日デイケアで“個

別に時間を取って、しかも外来と違って料金も取らないでカウンセリングをしてくれる”という特殊な存在であり、そのような筆者が他のプログラムと比べ自由度が高いプログラムを実施していることはそれだけで「依存文化」を生じやすかったことが考えられる。筆者としては、精神疾患やその他の病気の話なども率直に話し合い、不安から逃げずにワークスルーすることを目指し、そのような陽性転移は「依存文化」であるととらえていた。そのため、常に筆者に何か頼るような質問や発言があった場合はグループ全体にも投げ返すこと（ワークスルー）をこころがけていた。さらには、自己開示も適切に交え、同じ一人の人間・参加者として参加することも心がけ、わからないことは興味を持って率直に尋ねるなどしていた。それらの繰り返しが結果として、筆者に頼り切るのではなく参加メンバー内で解決する姿勢（例えば、#37～47）を生んだのだと筆者はとらえている。

一方で、陽性転移を中心とした「依存文化」が部分的に肯定的に働いていた点が考えられる。例えば、黒澤・富樫（2007）がそのグループの失敗事例からグループで話した内容が漏れる不安やスタッフを人数に換算しない・病気でないからわからないだろうという迫害など、デイケアという上位構造から生じる不安感や迫害感を述べている。しかし、会話の部屋では内容が漏れる、という不安感が生じず、さらには#5・6・15のような“筆者には病気のことはわからない”というような発言はあったもののそれが筆者に対する迫害感につながることはなかった。話した内容が漏れる不安の解消に関しては、寛解状態のメンバーが多かったことやA病院のメンバーの健康度の高さ、デイケア・スタッフに対する信頼感の大きさ、という前提がもちろんある。それに加えて、前述したよ

うな特殊な存在である筆者からの2つのルール（「話された内容の守秘義務」と「参加者への攻撃的態度の禁止」）の徹底（参加メンバー全員による徹底も含む）や、会話の部屋以外の時間に個別にそれぞれの参加メンバーと個別に関わり関係を作っていたことなどの影響も考えられる。迫害感に関しても同様の姿勢により、解消されていたことが考えられる。“病気のことがわからない”参加者として、誰でも参加が可能である会話の部屋において、参加メンバーは筆者を受けいれてくれたのではないだろうか。この観点からも、前述した鈴木(1999)の治療者としての姿勢や太田(2010)のセラピストの役割を意識し徹底することの意義が認められる。

しかし、ここで注意しておきたい点がある。それは、そのようにして筆者に向けられた好意や親密さ自体が不快なものでは決してなかった点である。むしろ、それらは手放したくない心地よい感覚であった。筆者は週に1日だけデイケアに勤務するため、デイケア・スタッフの中においてあくまでも“部外者である”というような負い目や引け目を少なからず感じていた。そのような中、メンバーから向けられるそのような好意や親密さは筆者の負い目や引け目を解消することに繋がっていた。筆者の場合、デイケア・スタッフたちと関わる時間が多かったことから上述したような解釈（あるいはグループ・デイケア全体のアセスメント）ができたものの、もしそれができなかった場合、参加メンバーからのデイケアへの不満などを鵜呑みにし、そのグループに投げ込まれた情緒的感覚に巻き込まれスタッフへの抗議などの行動化や不信感につながっていた事態も十分に推察される。例えば、完全に週1日非常勤としてのみ勤務している臨床心理士が、普段そのスタッフた

ちと関わりを持つ時間に乏しく、どこか疎外感を感じながら会話の部屋のような構造のグループを行う場合は、特に巻き込まれる可能性が高くなると考えられる。そのような事態を避けるためには職場のスタッフたちと密に関わること（仕事の話だけでなく他愛のない雑談なども含め）は基より、複数人でグループを行うことや常に職場／グループ全体のアセスメントを行うこと、自身の感情や感覚がどこから生じているかなどのセルフチェックを続ける姿勢、スーパーヴィジョンなどの対策を行い続けていくことが求められる。実施者側が過度にそのグループ（あるいは参加メンバー）に愛着を示すことや、その枠（時間・場所）や活動に固執し、スタッフの話聞き入れない状況に陥った場合、そのグループはすでに機能的なグループではないと言える。

5. 課題および今後の展望

以上、会話の部屋の経過を通して、その機能や影響について考察を述べてきた。しかし、同様に課題も多く存在する。

まず、会話の部屋のようなプログラムを実施する際には運営スタッフや場所の確保が最も難しい課題となるといえる。そのためには、デイケア・スタッフに対する説明をし、理解を得ること、さらには自身のできること／できないことを意識し、運営スタッフを選定する必要がある。今回は、デイケア勤務中に自由にメンバーたちに個別の関わりを持たせた筆者だからこそできたフォローがある。事前・事後のフォローが難しい場合、会話の部屋のように単独スタッフで実施することには危険が付きまとう。さらには、デイケア自体とメンバー間の関係性をアセスメントすることも重要である。前述したが、デイケア自体への信頼感が、

守秘義務が守られるという安心感をメンバーに与えるからである。さらに、考察で述べた影響も浅野（1999）がデイケアプログラムの効果に関して「プログラムの直接的な効果ではなくデイケア外の対人的相互作用の反映である可能性」を指摘しているように、慎重に捉える必要がある。本論では1回1回毎の会話の変遷などの分析は行えておらず、さらには参加メンバーの会話の部屋外での事象についても把握しきれておらず、考察に組み込み切れていない。この点はデイケアにおける集団精神療法的プログラムの研究の限界であるともいえる。常にデイケアという上位構造に加え、さらにその上位構造であるメンバーの社会生活・人間関係の影響があることは明らかだからである。

今後もその現場ごとに構造を慎重に検討し、実践を通してそのアプローチ法を修正していくことが望まれる。さらには、1回1回毎の会話の内容の変遷に関する質的研究を行うことによって、グループの力動などがより明らかになっていくことが見込まれる。

付記

本報告は日本心理臨床学会第34回秋季大会において発表した内容から、事例の経過の箇所に重点を置き、再考察したものである。会話の部屋を行うことを温かく見守ってくださった当時のA病院のデイケア・スタッフの皆様、そして筆者に精神科デイケアにおけるグループの必要性を教え体感させてくれ、臨床心理士としての成長を見守ってくださったメンバー全員にこの場を借りて深く御礼申し上げます。

武藤 翔太：精神科デイケアにおける参加自由の集団精神療法的プログラムの意義—「会話の部屋」の実践報告を通して—

文献

浅野弘毅(1999). デイケアにおけるグループワークと集団精神療法. 近藤喬一・鈴木純一(編) 集団精神療法ハンドブック. 金剛出版, pp.193-202.

Bion, W. R. (1961). Experiences in Group and Other Papers. Tavistock Publications, London. (池田数好(訳)(1973). 集団精神療法の基礎. 岩崎学術出版.)

権成鉉(2010). 対象関係集団精神療法における「妄想—分裂ポジション」と「抑うつポジション」について. 高橋哲郎・野島一彦・権成鉉・太田裕一(編). 力動的集団精神療法——精神科慢性疾患へのアプローチ. 金剛出版, pp.58-76.

岩崎香・広沢正孝・中村恭子(2006). 精神科デイケアにおけるプログラムの現状と課題. 順天堂大学スポーツ健康科学研究, 10,9-20.

菊池義人・白石潔・連理貴司(2008). グループの中で“心の病”について語ることの意味——精神科病院での心理教育ミーティングの経験から. 集団精神療法, 24(2), 152-156.

窪田彰(2004). 精神科デイケアの始め方・進め方. 金剛出版.

黒田順子(2007). 13年間継続した精神科閉鎖病棟におけるコミュニティーミーティングの意味と成果. 集団精神療法, 23(2), 119-123.

黒澤亜紀子・富樫彩世(2007). デイケアグループの終了で学んだこと. 集団精神療法, 23(2), 149-152.

三浦貴代・田名場美雪(2005). 精神科デイケアの機能に関する一考察——参加観察をとおして. 弘前大学保健管理概要, 26,11-20.

中島香澄・木村淳子・芳川玲子・穂積登(1998).

デイケアにおける個人的なかかわり. 集団精神療法, 14(1), 57-61.

中村正利(2007). 精神障害者を支えるグループミーティングのメソッド——作業所・デイケアでスタッフのできることに. 金剛出版.

中里均(1990). 分裂病デイケア「中断者」の病理とデイケアの技法. 集団精神療法, 6(1), 19-25.

野島一彦(2012). 精神科デイケアにおける統合失調症者の心理ミーティング——25年にわたる長期継続グループ. 集団精神療法, 28(1), 56-61.

太田裕一(2010). 若い臨床家のためのガイド「統合失調症患者への力動的集団精神療法」. 高橋哲郎・野島一彦・権成鉉・太田裕一(編). 力動的集団精神療法——精神科慢性疾患へのアプローチ. 金剛出版, pp.97-119.

重田理佐・小針栄一郎・神宮京子(2014). デイケア「裏グループ」における個人病理と集団病理の混乱. 集団精神療法, 30(2), 228-232.

鈴木純一(1990). 集団精神療法の臨床的意義. 近藤喬一・鈴木純一(編) 集団精神療法ハンドブック. 金剛出版, pp.67-77.

鈴木純一(2017). 集団精神療法入門(1) 精神病圏内を対象に——集団精神療法を始める人のためのいくつかのアイデア. 精神療法, 43(5), 金剛出版.

高橋哲郎(2010). 対象関係集団精神療法——Bionの基底的理想定グループ概念. 高橋哲郎・野島一彦・権成鉉・太田裕一(編). 力動的集団精神療法——精神科慢性疾患へのアプローチ. 金剛出版, pp.33-57.

Meanings of an Open-group Psychotherapeutic Program at a Psychiatric Day Care : a Practice Report of “KAIWA NO HEYA” (the Talking Room)

Shota MUTO

ABSTRACT

This paper reported the progress of the group psychotherapeutic program “KAIWA NO HEYA” (the talking room) in a psychiatric day care (DC), and examined its effects and limitations. This program was conducted once a week (45 minutes) for one year and 10 months (77 rounds in total), and the author was the only staff. Qualifications for attending the program were I) duty of confidentiality and II) no aggressive attitudes toward other participants. Qualified participants could talk freely and leave the program at any time. There were one to seven participants in each round (mean 3.6; 5 men, 13 women; age 20 to 60 years; and almost all participants were patients with schizophrenia/major depression/bipolar disorder). As hypothesized, I) progress occurred in a safe, private place for cultural exchange sustained by staff; II) participants could safely talk about their positive/negative opinions and feelings about the hospital and DC; III) triggers encouraged participants to interact with each other naturally, IV) feelings of being out of place in DC were alleviated, and V) spontaneous participation led to positive transference to the staff, so the staff could approach with taking up this transference.

Keyword : group psychotherapeutic program, open-group, psychiatric day care