

## コミュニティミーティングにおける二重の喪失体験をめぐる

-コンダクターの交代とメンバーの死-

山内 浩美\* 村山 賢一\*\* 阿部 裕\*\*\*

## Keywords

community meeting, experience of loss, anger, mourning work, schizophrenia

## I. はじめに

コミュニティミーティングは、デイケアや病棟というコミュニティを対象としたセミ・オープングループであるため、時折、参加メンバーの退院や死亡、スタッフの異動など、メンバーの喪失を経験することになる。そこで、コミュニティミーティングにおける喪失体験後のグループにおける喪の作業について考察する。

## II. グループ概要

病床270床の単科精神病院のなかで、病床44床の療養型的女子開放病棟で2週間に1回、50分間行われているコミュニティミーティングで起こった出来事について考察する。この病棟は、ほとんどが慢性の精神分裂病患者で構成されており、うつ病や癲癇の患者が少数混在している。平均年齢は56歳で、平均在院年数は13年である。ミーティングには毎回、20人程度の患者と、2~4人の看護スタッフが参加している。H11年7月の立ち上げより、M医師がコンダクター、Y心理士がコ・コンダクターという体制で行っていたが、H13年4月に、M医師が転出した2ヶ月後、参加メンバーの67歳、てんかん患者のAさんが急死し、喪失体験が重

なった。ちなみに、前コンダクターであったM医師はたまたまこの病棟の病棟医だったが、現在の病棟医はミーティングに参加していない。M医師とAさんの喪失に、グループが喪失をどのように体験したのかを検討したい。

## III. 経過

M医師の転勤については、2ヶ月前にミーティングの中で告知され、「M先生いなくなったら寂しいね」と話していた。M医師の転勤後、Y心理士がコンダクター、新しくS医師がコ・コンダクターとなった。最初のミーティングで、Aさんは、Y心理士に「M先生いなくなったんだね」と笑みを浮かべながら話しかけてきたが、Y心理士は「そうね。それで新しくS先生が入ったのよ」と返し、M医師の喪失についての話題をすぐ遠ざけてしまった。すると、Aさんは「S先生どこ?」とS医師に関心を移したが、その後、笑いながら話していた71歳の精神分裂病の患者Dさんに対して「笑わないで話してよ」と怒りをぶつけた。その後のミーティングでも、主にAさんが毎回違ったメンバーへさまざまな怒りをぶついたり、その逆にAさんが他人の怒りをかたりといった感じで、Aさんを中心に怒りの表出が続い

\* 猿島厚生病院 [〒306-0233 茨城県猿島郡総和町西牛谷737]

Hiromi Yamauchi: Sashima Kosei Hospital, 737, Nishiushigawa, Sowa-machi, Sashima-gun, Ibaraki, 306-0233 Japan

\*\* 新潟大学医学部精神医学教室 [〒951-8510 新潟県新潟市旭町通1-757]

Kenichi Murayama: Department of Psychiatry, Niigata University School of Medicine, 1-757, Asahi-cho, Niigata-city, Niigata, 951-8510 Japan

\*\*\* 順天堂大学スポーツ健康科学部 [〒270-1606 千葉県印旛郡印旛村平賀学園台1-1]

Yu Abe: School of Health and Sports Science, Juntendo University, 1-1, Hiraka-gakueidai, Inba-village, Inba-gun, Chiba, 270-1606 Japan

た。そうした中で、Aさんが怒っていると、Dさんがその怒りとは無関係な発言をして、その話題にAさんがつられ、怒りがおさまるといったパターンが何度か繰り返された。また妄想症状が持続している精神分裂病患者の38歳のGさんが、墓や凍死に関する妄想的な話をしたり、AさんとDさんが足が悪いために、以前男性の看護師に抱っこしてもらったことを嬉しそうに話したり、別の患者が看護師にもっと一緒に遊んでほしいと求めるなど、甘えたい気持ちが表明されることもあった。

コンダクターの交代後、4回目のミーティングの時、50歳で精神分裂病患者のBさんが手洗い場で上履きを洗うことについてAさんをひどく責めた。他患者の発言からAさんが最近洗っていないことを理解したBさんは、自分の誤解についてAさんに謝ったが、Aさんは興奮して「私、悪いの?」と叫びながらデイルームを出て行ってしまった。このできごとの2日後、Aさんがパンをのどにつまらせるという出来事があり、その場ですぐ病棟医と看護師が対応した。その後すぐAさんは転院し、Aさんの心配を口にする患者には、医師やスタッフが「Aさんは別の病院で手当を受けているから大丈夫」と個別に説明を行った。しかし、Aさんは、1週間後に転院先の病院で亡くなった。

Aさんの死については、患者たちには知らされていなかったが、Aさんの家族がナースステーションに挨拶に来たり、Aさんの荷物が全て片づけられたりしたため、気づいている患者もいた。Y心理士とS医師は、ミーティングの中心的存在であったAさんの死をメンバーたちに告げた方がよいかどうか迷ったが、M医師の後任で、この病棟の病棟医であり、Aさんの処置を行った医師から「死を告げることは病状の安定しない分裂病患者にとっては侵襲的になるので、言わない方がよい」とのアドバイスを受けた。死を告げることの重さに躊躇する気持ちがあったY心理士とS医師は、この助言を受け入れ、患者の方からその話題が出ればその時取り上げるということに決めた。

Aさんの死から3週間後のミーティング時、71歳

のうつ病患者であるCさんが「Aちゃんがいつも座っていた席に今日は私が代わりに座ろう」と言って腰を下ろした。Dさんが「F看護婦さんがいなくなったらどうしましょう」と見捨てられ不安を表明した。Bさんは「同室の人の退院後、誰が入ってくるのか心配。閉鎖病棟から来る人はおっかない」と発言したが、後から考えるとBさんの気持ちとしては、いなくなったAさんがよい人だったことを表明したかったのではないかと思う。続いてCさんが「Aちゃんとはよく喧嘩したけど、すぐ謝ってきたりして、心根のきれいな人だったね」などと話し、主任であるF看護師もAさんとの最後の会話について話し「人間はいつどうなるかわからないから、仲良く、楽しくつきあえるといいよね」と結んだ。グループは皆、CさんとF看護師の話に真剣に耳を傾けていた。深くうなずきながらふたりの話を聞いていたBさんは、「F看護婦さんの話を聞いていて心が安らぎました」と先ほどの不安そうな表情とは違って変わったにこやかな表情で話したが、その表情の変化は唐突な印象を受けた。69歳のてんかん患者のEさんは「Aさんのお兄さんかわいそうだね」と残された家族への同情を示した。

Aさんの死から半年後、病院全体のクリスマス会が行われた。Aさんは毎年コーラスの伴奏をしたり、ソロで歌ったりしていたため、クリスマス会が行われている間、看護スタッフは「Aさんを思い出すわね」と話し合っていた。またDさんは「Aさんの代わりに歌います」と言って、Aさんが毎日のように歌っていた歌を歌ったが、歌い終わって会場から病棟に戻ると号泣していた。1月のミーティングでDさんがクリスマス会でAさんの代わりに歌ったこと、Aさんが亡くなって寂しいことを話したが、他の患者はこの話題に乗ってこなかった。

#### IV. 考察

ミーティング開始以来、ずっとコンダクターを務めていたM医師の喪失によりショックを受けたグループは、これを乗り越えるためにM医師について語ろうとした。しかし、先輩であるM医師に依存してい

たY心理士が自分自身の喪失による感情の揺れを抑圧し、その話題を無意識的に遠ざけてしまったために、喪失によって引き起こされた怒り、不安、甘えなどの感情は、患者や看護スタッフに向けられたり、ある患者では妄想化されて墓や凍死の話が出てきた。

そして、グループでの喪の過程において怒りの表出の中心となっていたAさんの死が、グループにとって第二の喪失体験となった。Aさんの窒息とその後の転院については、病棟の多くの患者が実際に見聞していた。その後のAさんの死についてはある程度の患者は知っていたが、Y心理士とS医師は、ミーティングのなかではこのことを告げないことに決めた。

この決断の背景には、病棟の患者たちはAさんの死に実際には触れていなかったこと、そのためAさんの死を知らない患者もいたこと、患者の死についてはなるべく触れないというこれまでの病院全体の文化があったこと、Y心理士もS医師も病棟で最終責任を取れる立場にはおらず、病棟医がミーティングで死を告げることに反対したことなどが関係していると思う。さらに、コンダクターであるY心理士の個人的な要因として、頼りにしていたM医師が去った場でコンダクターという重い役割を初めて受け持ち始めたばかりであり、この「死」という重いテーマを扱う自信がなかったということもあった。しかし、対応を決めるにあたっては、患者たちの反応をいちばんよく見ている病棟の看護スタッフとも、十分話し合うべきだったと思う。

Aさんの死から3週間後のミーティングで、参加メンバーと看護スタッフは故人との思い出を語った。特徴的だったのは、この日Aさんの死に直接触れる発言をした人は、うつ病とてんかんの患者と看護スタッフだけであったことである。分裂病の患者は見捨てられ不安や、変化への怖れを語ったが、Aさんについては直接触れる発言はなかった。また、Aさんにゆかりの深いクリスマス会をきっかけに、看護スタッフの間でAさんをしのぶ会話がなされていたが、患者のなかではDさんだけが悲嘆を示し、

その後Dさんがミーティングの中で、そのことに触れた時も、他の患者は何の反応も示さなかった。残された病棟の患者たちのショックは故人との親密さと関係しているため、Aさんにより親密な感情を抱いていたDさんやCさんに比べて、他の患者たちが明らかな反応を示さなくても不思議はないかもしれない。しかし、以前のセッションの中で、見捨てられ不安や変化への怖れが語られていることを考えると、次に述べるような分裂病者特有の喪の過程も関連しているかもしれない。

ひとつは、武野<sup>2)</sup>が提唱した「選択的実感棚上げ現象」が起こっている可能性である。「選択的実感棚上げ現象」とは、分裂病者が喪失を体験したとき、その侵襲的な出来事に対してしかるべき感情反応を欠き、その喪失されていた実感はある一定の潜伏期間を経て唐突に回帰してくるというものである。Aさんと親しかったDさんが、この選択的棚上げ現象を起こしており、クリスマス会をきっかけにAさんの死の実感が戻ってきた可能性がある。Aさんの事件の直前のミーティングでAさんを責めたことで、Aさんの死に関していちばん罪悪感を感じているのではないかと思われるBさんも、3週間後のミーティングで多少感情を出していたが、その後また実感を棚上げにし、それが現在も続いているように思われる。ところで、この「実感棚上げ現象」という防衛機制には、突然のショックから脆い自我を守るという働きがある反面、問題を保留にしておくだけで真の解決には至らず、絶えず再燃の危機にさらされるという弱点がある。ミーティングの場で、他のメンバーやスタッフが、故人の話をしているのを、そばで聞いていることが、無意識的に事実の受け入れ作業を促進し、防衛機制をゆるめ、実感が回帰してきたときにそのショックを弱めているという可能性が考えられる。

また、広沢ら<sup>3)</sup>は、分裂気質者は、過去の「体験」を「経験」として現在に生かしづらいために、過去の喪失体験から内在的な「喪」のモデルを獲得することができず、対象喪失に関して喪の過程を経過しにくいと述べている。分裂病者は個人的な

歴史を持ちにくいと一般的に言われているので、ここで分裂気質者に言われていることも、分裂病者に適用できると推測される。このような分裂病者にとっては、他のメンバーたちが亡くなった人について語り合っている場面に共にいるということが、喪のモデルの学習の場となり、また間接的な体験として喪の過程が促進される可能性も考えられる。

広沢らはさらに、旧来日本において「喪の作業」は「家」「組」単位で行われる傾向があり、関係者がお互いに慰め合い、励まし合いながら喪の過程が進行していく「共同作業としての喪」が成立されてきたと述べている。そして、分裂気質者が対象喪失において深刻な抑うつや妄想を呈したケースにおいては、喪が妄想として病的な形で表れた際、その妄想を家族に訴えても耳を傾けてもらえなかったために「共同作業としての喪」が成立せず、喪が個人化されてしまっていたことが症状を深刻化させたとして述べている。コミュニティーミーティングでは、M医師の喪失後、分裂病者が墓や凍死の話をした時のように、喪失による葛藤が病的な形で表出してきた場合、コンダクターがグループのなかでそれをしっかり受け止めることができれば「共同作業としての喪」を促進できると推測される。

以上のように、特に長期入院患者が多い病棟では、主治医、看護スタッフ、コンダクターの退職、長年共に暮らした仲間の死など、喪失に直面する機会も多いため、コミュニティーミーティングは、喪の作業を共有する場としても重要な役割を担うことになるだろう。

もちろん喪の過程は、ミーティングの中だけでなく、病棟の日常の場面で様々な形で進められていく。そして、分裂病患者においては妄想や激しい敵意などの歪められた形で出て来る場合も多いので、それらが喪失体験によって引き起こされた心的過程の現れであることをコンダクターが理解していることが大切である<sup>1), 3), 4)</sup>。グループにおいては、それぞれの患者における喪の過程を把握し、配慮することも大切である。

また、病棟での患者の喪失体験が、コンダクターにとっても同様に喪失体験である場合、コンダクター自身の防衛がグループの中で現れてしまいやすいため、コンダクターがグループ全体の喪の現れをきちんと観察し、扱っていくことが難しくなる。そこで、コンダクターが自分自身の喪の過程と、自分がとっている防衛機制について、より自覚的になるよう努力したり、スーパービジョンを受けたりすることが重要である。この事例においても、その場では、Y心理士はグループでなぜ毎回怒りの爆発が続いているのかわからなかった。グループ・スーパービジョンにこの経過を提出し、そこで、自分自身がM医師の喪失による悲哀や怒りを抑圧していたために、グループから出てきたサインを扱えなかったことを指摘され、自分の感情によりやく気づくことができた。そして、このスーパービジョンのグループに支えられて、自分自身の喪の作業を行ったあとに、ようやくグループの経過を理解することができたのである。

以上、女子開放病棟で行われているコミュニティーミーティングにおいて起こった二重の喪失体験に対するグループの喪の過程を振り返り、そこには精神分裂病患者特有の喪の過程が表れていること、コンダクター自身の防衛がグループの喪の過程に影響すること、そして今後グループが喪の作業を進める重要な場となるに当たって、コンダクターが留意すべきことについて考察した。

## 文献

- 1) 荒井稔: 精神分裂病と喪失体験—親の喪失と喪—. 臨床精神病理, 9: 149-161, 1988.
- 2) 武野俊弥: 選択的実感棚上げ現象について—精神分裂病者の感情生活における特徴的一側面—. 精神神経学雑誌, 3: 182-203, 1987.
- 3) 広沢正孝, 永田俊彦, 荒井稔: 人生後半の分裂気質の女性にみられた病的喪について. 臨床精神医学, 21 (6): 1037-1044, 1992.
- 4) 吉松和哉: 対象喪失と精神分裂病—昭幻想同一化的自我(幻想的自我同一性)の破綻と発病—. 分裂病の精神病理10 (藤縄昭編) 75-104. 東京学術出版会, 東京, 1981.