

精神障害者に対して支援者側が抱く 新たなイメージの形成にむけて

荒木 郁緒

1. はじめに

精神疾患を抱える人々は様々なステレオタイプで捉えられることが多い。精神疾患を抱えるということは、Goffman(1963)の言うところのスティグマを抱えることでもあり、偏見や差別などが生じ不利益を被ることになる。よくある精神障害者のイメージとして、「何をするかわからず、突然暴れ出したりするので、怖い存在」というものが容易に想像されてしまう。そのため地域・社会の中での生活を目指すためには、病状や病態の安定を担う精神科医療という枠組みだけではなく、様々な支援が必要とされる。しかしそういった地域での生活を支援する者であっても、偏見なく精神疾患を抱える人々と接することができるのかといえれば必ずしもそうではない。それは精神障害者だからといって毛嫌いするという否定的な感情についてだけではなく、例えば、精神障害者は日常生活の中でできないことが多いから、何もかもやってあげないといけないという極端な保護的な関わりになってしまったりすることも考えられる。精神疾患を抱える人々に対しての理解として、「精神障害の部分」と「健康な部分」のどちらに着目するかという点が重要になってくる。特に支援者としてはどちらか一方の理解だけでは良い支援を提供することは難しくなると考えられる。状況に応じた両者のバランスが重要であると考えられるが、支援者として対応する場合においても「精神障害者」としてのステレオタイプのイメージから抜け出すことは容易ではない。そこで本論では Hermans & Kempen (1993/2006) が提唱した対話的自己論を用いて、精神障害者に対して支援者側が抱くイメージを流動的に保つことを試みることにする。そのためにまず、精神疾患や精神障害者がどのような流れで治療や支援の俎上にのせられることになったかを概観する。そして、支援者側からの視点を提示することの意義を確認することから始めることにする。

2. 精神医学として扱われるようになった精神疾患

現在では当然のように医学上の治療の対象とされている精神疾患も、過去を遡ると、悪魔憑きなどの「狂気」として扱われてきた。それは医療的な関わりではなく、地域や社会の中で、ある特異的な立ち位置を与えられていたり、もしくは地域や社会から疎外されたりしていた。例えば西洋で言えば魔女狩り、日本においても座敷牢などといった、社会的なコミュニティから疎外された形で捉えられてきた。世界的に見ても精神医学の治療の俎上にあがってくるのはフランス革命を待たねばならず、その精神医学も当初は「排除」や「隔離」という機能が前面に出されていた。そしてピネルによる精神障害者の解放という象徴的な出来事をもって、精神疾患は治療される対象・支援

の対象として見られることとなり、そこから精神分析などの様々な精神療法の積み上げられていった。さらに1950年代に神経遮断物質を用いた薬物療法などの開発が始まった結果、いかにして精神疾患の病理的な部分を解消するのかという部分が色濃くなっていった。しかし一方で、Foucault(1966)が指摘するように、精神医学として狂気の内実が解明されたことによって社会からの疎外が進んでしまったという面もまた浮き彫りになった。特に精神科での長期にわたる入院治療が隔離や排除の構図を代わりに担うこととなってしまった。そのことを踏まえて近年では症状と付き合いながらも精神障害者が地域で暮らすことに重きが置かれることとなった。その結果、精神障害者の地域での暮らしや社会適応は非常に大きな問題として関わってくることとなり、たとえばデイ・ナイトケアに通いながら、あるいは通院という形で医療に関わりながら、在宅やグループホームで地域に戻るケースも多く見られるようになった。その中で、いかに社会に適応していくかという重要性が認識され、その支援は地域精神科ソーシャルワークという形で展開された。また精神疾患がもたらす障害という部分において社会的な偏見や差別がいかに地域や社会に参加することの障壁となっているかという社会的な視点も論じられることとなった。障害者理解のモデルが、個人的要因の色合いが強かった国際障害分類¹から環境因子も取り入れられ相互モデルとしての生活機能と障害の分類²へと変更が加えられたことなどにもその流れが表われている。こういった流れは精神疾患という病理の部分だけではなく、精神疾患を抱える人そのものの生活や存在を理解することへとつながることであった。それは病理ではなく、患者自身がどのように自身の障害や疾患を経験しているのかを理解し代弁することへと繋がっていくことになっている。

3. 当事者の視点から精神障害を語ること

前節で見たように、精神疾患は「狂気」としての位置づけから医療の文脈としての精神疾患、社会的差別の問題等の社会の文脈で捉えられる精神障害、精神障害者自身の経験としての理解など、精神疾患を抱える人々を眼差す視点がますます多視点的になってきている。その中でも、精神障害者自身、当事者自身の経験としての精神障害理解の重要性が叫ばれ、様々な当事者研究や当事者の語りを検討した研究が出されている。たとえば江口(2000)は、当人や周囲の者にとって特別重大な個人的エピソードを臨床場面で〈語り-聴き取る〉という単純な相互行為のなかに、重要な要素が潜んでいると考え、自身の臨床経験の中で様々な当事者や当事者家族から語られるローカルな語りに注目し、「臨床民族誌」というアプローチを用いた。また稲沢(2006)は「本人による(自己)物語」という視点のもとで精神障害を抱える人がどのように自らの物語を語るようになってきたかという変化を「怒りの語り」「希望の語り」「笑いの語り」という三つの時代に分け、それぞれの切り口から論じた。「怒りの語り」では、精神障害を抱える人が一方的に語られる存在から自ら語る主体となっていく過程を、「希望の語り」では精神障害は辛いものであるがきっと先は開けるという希望を感じさせる語りが出てくることを描いた。そして、最後の「笑いの語り」では、当事者が自身の抱える障害を研究対象とすることが特徴である浦河べてるの家の「当事者研究」を取り上げている。

¹ WHO より 1980 年に提唱された障害者モデルである。ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicap)

² WHO より 2001 年に提唱された障害者モデルである。ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)

べてるの家の「当事者研究」とは精神障害を抱える人自身が自分の症状や障害を研究対象として扱うというものである。そのため、精神障害や精神症状と当事者との間に、ある程度の距離が生じるため、語りの中で「笑い」さえ起こるということを取りあげている。べてるの家の発起人であるソーシャルワーカーの向谷地（2009）は「精神障害をかかえるということは、浦河流にいうと「自分の苦労の主人公になる」チャンスを奪われるということである（p37）」と述べている。“精神障害者”は自身の障害のことについて周囲からのみ語られることが多く、自分で自分のことを引き受け、語るチャンスを失ってしまう可能性が高いといえる。その中でも、精神障害の当事者である小林（2011）のように、自身が筆者となり自身の統合失調症の闘病記を自伝的にまとめ出版する者も見受けられる。木原（2009）は、「語りや物語という文脈においても、援助する側の主張ではなく、当事者運動や当事者からの語りという視点が必要なのである（p162）」と述べるように、べてるの家をはじめとする、さまざまなアプローチにより、精神障害を抱える人が、自分自身が語り手となって、自身について語ることを目指していると考えられる。

4. 支援者の視点に立ち返る

以上のように精神疾患を抱える人々自身の語りは非常に重要なものであることは論を待たない。しかしその当事者自身の語りという知見を誰がどのように活用していくかということが問題となる。当事者自身の語りを異なる当事者が聴くことを通して同じ境遇の人々のあり方に触れ、症状の対処法を学び取ったり、また障害者自身のアイデンティティ形成の助けになったりということも、もちろん想像される一つの活用方法であろう。しかし、精神障害について研究され論文にされ学術的な知見として積み重ねられているものについては、支援者（少なくとも当事者でない、いわゆる健常者）の視点でどのように活用されるかということがその大半であると考えられる。精神障害についての論文は、支援者が当事者の利益を実現させるためには何をすべきであるかという、当事者以外の者に向けて書かれたものであることが非常に多いと考えられる。現に筆者も、支援者としてまた研究者として、いかにして精神障害を抱える人々の思いや経験を理解できるかということを目指している。いくら当事者の語りがそのまま用いられたとしても、その利用のされ方は支援者側の視点を通してまとめ編集されたものである。仮に当事者自身の語りがそのまま知見として届けられたとしても、当事者でない研究者・支援者がはたしてそれらを扱うことが出来るのかという問題も出てくる。なぜなら、精神障害者と支援者の間では少なからず認識のズレがあると考えられるからである。当事者について理解できたという実感をもったとしても、それは支援者側の感覚でしかないかもしれない。当事者が真に何を思っているかということは厳密に言えば想像するしかない。ただズレがあるから理解できないということではなく、ズレているからこそ見えてくるものもある。しかしそのズレを意味があるものとするためには、そのズレがどの程度大きなものであるかを理解することが必要となってくる。そのためには支援者・研究者という立場にある者が当事者を理解しようとしているという事実にも再度眼を向けることが重要であると考えられる。そして支援者・研究者の立ち位置や当事者に対して抱くイメージの構造を示していくことは実際に精神疾患を抱えるという経験を理解するための前提条件になると考えられる。鯨岡（2005）のエピソード記述や大倉（2011）の語り合い法などの現象学的アプローチの基本も、まずは自身の立ち位置について認識することである。従来の精神医学的視点のみでは、患う者の「経験」を精神医学のストーリーへと囲い込んで

しまい、「正常」から何らかのマイナスが生じている「他者」の状態として描いてしまうという危険性があると江口（1992）も述べている。そもそも精神疾患か否かであることを判断するための基準となっている精神障害の診断と統計マニュアル（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM）のような操作的診断基準を見ても、生活上の規範にどれだけ当てはまっているかという、見る側の主観が非常に大きく作用することとなっている。³当事者と関わる中で感じ取る、支援者の主観的経験に迫るためには支援者自身の立ち位置ないし、どのような視点をもっているかを考えなければならない。そうでなければ、無意識的に既成の枠組みで捉えることになり、当事者に真に寄り添うことから遠ざかってしまうと考えられる。そのため本論では一足飛びに当事者自身の語りに向かうのではなく、精神障害者に対して支援者が抱くイメージや立ち位置について焦点を当てることとする。

5. 支援者が抱く障害者イメージとは

支援者が抱く障害者のイメージとはどのようなものであろうか。教科書的にはWHOによって2001年に提唱された「生活機能と障害の分類(ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health)」という障害者モデルが支援者の中で最も共有されたものであると考えられる。以前まではマイナス面を分類するという考え方が中心であったが「生活機能と障害の分類」からは、生活機能という、何が出来るかというプラス面からも見るような視点が加えられた。また環境因子等の観点も付加し、直線モデルではなく、相互作用モデルにし因果的な捉え方からの転換が図られた。しかしいかに幅広く共有されていたとしても、実情としては、個人に原因を見出すイメージを持っている支援者もいるであろうし、単純に支援者と被支援者という関係から、障害者を支援されるべき存在と捉えている可能性もあるだろう。ただしここでは、具体的にどのようなイメージを持っているかということを確定することはしない。なぜならそれは三者三様であるとしか言えず、あるケーススタディを出した所でそれは個別的なものに過ぎず汎用性は低いからである。仮に理想的で望ましいである障害者イメージを述べる事が出来たとしてもあまり意味が無い。なぜなら支援者側の“正しい”障害者イメージという固定化されたものは、その時点で当事者に寄り添うことから遠ざかってしまっているとも言えるからである。支援者・研究者が抱いているイメージを、どこか“正しい”障害者イメージに近づけるということではなく、現状での自身の立ち位置を把握することが重要である。そのためには、支援者の障害者イメージを唯一のものとして確定してしまうのではなく、複数的で動的なものとして捉えることにすることが必要である。つまり、同一人物であってもどの立ち位置で物事を見るかによって、固定されたものではなく、複数であり流動的であるということを認識することが重要なのである。人それぞれが持つ考え方やイメージ自体は一見すると強固で変わらないように見えるが、実はその場その場の状況でさまざまな立場としての考え方や思いが個々人の中で揺れ動いていると捉えるのが实际的である。例えば今回のように、精神疾患を抱える人々を理解するにあたって、医療者の立場として、心理士の立

³ よりマクロな視点で行けば偏見や差別を社会構造上のようになくしていくことができるかについて考えることも可能である。Goffman(1963)のスティグマや、Gergen(1994/2004)の社会構成主義の立場などが挙げられる。しかし社会的構造的な視点を持ち込むとあまりに幅広くなってしまうため、ここでは支援者側と当事者との二者関係について考えるにとどめておく。

場として、地域のソーシャルワーカーの立場として、家族の立場として、当事者の立場として、近所の住人の立場としてなどさまざまあると考えられる。例えば最後に挙げた近所の人の立場としては、NIMBY(not in my back yard)という言葉が示すように、精神障害者をいかに理解したとしても自分の家の隣人になることは嫌うということは十分に想像される。理想を言えば、偏見なく共生していけることが望まれるが、疎ましく思う部分を簡単に消し去れるかと言われればそれは難しい。住む場所が違うだけであっても、そのイメージは急激に変化する可能性がある。精神障害者を疎ましく思うってしまうというイメージが良いか悪いかという評価的な議論はさておき、少なくともここで言えることは場面場面によって精神障害を疎ましく思うことがあったとしてもそれを自覚することが重要であるということである。そうでなければ当事者外のしかも支援者という立場の者が精神障害者の主観的理解を意味ある事柄にできるとは思えない。それは疎ましく思うか思わないかという差別的な価値判断につついてだけではなく、親身に相談に乗ってあげたいと思うかそうでないかという心情についても同様である。誤解を恐れず単純化すると、当事者の中の「精神障害の部分」に対してそれ以外の「健康な部分」をどのような割合でイメージをもっているかということである。特に支援者としては、どちらかに偏って固定化されてしまうと支援に支障がでることが予想されるので、障害者のイメージを固定化してしまうのではなく、常に流動的な状態として保つことが重要であると考えられる。しかしそのバランスを流動的に保つためには、自己の整合性の問題から従来の捉え方では難しい。ここで例として、エピソード的な架空ケースであるが、事例を挙げてみることにする。⁴

地域の障害者施設に通う A さんは、うつ病の診断を受けたが現在は寛解状態である。現在、服薬も継続中であるが、本人としてはもう問題はないと思っており、友人と一緒に遊びに行ったり、家のこともしっかりとこなしたりしているとのことであり、支援者としても A さんの現状は安定していると感じていた。ただ日常の会話の中で「もうすっかり良くなって大丈夫です」ということを何度も話される A さんに支援者として違和感を覚えていた。さらに A さん本人の施設の利用希望もあったこと、また予防的な観点からも当該施設の利用は続けられていた。数年後も A さんの状況は安定していたが、支援者としては、当初感じられた違和感が気になり、また状態が悪くなるのではないかと心配に思う部分もあり支援を継続していたし、A さん自身も当該施設の利用を希望し続けていた。しかし一方で、一見すると元気に見える A さんに対して支援は必要ないのではないかという気持ちが支援者の中に徐々に生じ始めて来た。さらには支援者としての必要以上の心配が A さんをうつ病患者としてまた精神障害者として留めているのではないかという疑念さえも浮かんできていたが、それでも支援を断つという選択肢に A さんと支援者の両者とも向かうことはなくもやもやしたまま現状が続いていた。

このエピソードで支援者は、A さんをどのように捉えたらいいのかということについてもやもやしたという葛藤を感じている。その葛藤は、支援者個人の中にさまざまな視点が交叉している状況であると考えられる。この例で言えば、精神障害者としての A さんに関わろうとする「支援者としての私」の思いと、日常生活を健康に送っている A さんに対して抱く、友達に接するときのような

⁴架空のケースであるが、筆者が日頃関わっている体験をベースにして作成した。

「一般的な市民としての私」の思いが交叉しているところに現れていると考えられる。こういった状況を整理するためには多視点的なあり方を流動的に保つことが必要であると考えられる。この条件に Hermans & Kempen (1993/2006) が提唱した対話的自己論という自己の多様性を認める考え方が有用であると考えられるので当該モデルの導入を試みることにする。まず前段階として対話的自己論とはどのようなものかを見ていくことにする。

6. 対話的自己論とは

対話的自己論 (Dialogical Self Theory) とは Hermans & Kempen (1993/2006) が提唱した自己の多様性を認める考え方である。溝上 (2008) によると、対話的自己論とは James の自己論に Bakhtin の「多声性」の概念を統合させてきた自己論である。James (1892) は自己を、主体としての (知者としての) 側面の自我である “I” と、客体としての (被知者としての) 側面の自我である “Me” という二側面に区分した。そしてその区別は Sarbin (1986) によって物語の構造に取り入れられ、自己物語における「著者としての自己 (James が言うところの “I”)」と「登場人物としての自己 (James が言うところの “Me”)」の二側面という考えが提出された。そしてその著者としての自己である “I” は、登場人物としての “Me” が主役となるようなストーリーを想像的に作り上げることができるのである。しかし、この考え方では、「著者としての自己 (“I”)」は一つの語り手の視点しかもつことができず、多数性をもつことができない。そこで Hermans & Kempen (1993/2006) は、Bakhtin (1973/1995) がポリフォニー小説という形式の中で提出した「多声性」を導入し、「著者としての自己 (“I”)」が、複数の視点 (I ポジション) の間を移動し、それぞれの立場から登場人物としての “Me” を語るのであると考えた。「I ポジション」とは様々な立場として振る舞うことのできる自己のポジションであり、「父親としての私」など “I as something” としてバリエーションをもって表現されるものである (溝上, 2008)。その様々な I ポジションの立場に立ち (ポジショニングし)、それぞれの視点から「著者としての自己 (“I”)」として自己物語を語っていくのである。そしてそのポジション間の移動は非常に流動的であると想定されており、ポジション間でのそれぞれの語りがあたかも対話しているように見せるとするのが対話的自己論の考え方である。つまりある一つの自己に固定されず、場面場面に合わせて自己を複数個内在させることが可能なモデルである。しかし複数の I ポジションは入れ替わりうる流動性を持っていながらも、もちろんそれらが必ずしも並列的に並んでいる訳ではない。その場面場面で中心となる I ポジションが存在することになるが、それもポジション間の対話における支配性という観点で述べられる。つまり実際に他者と会話するように、自身の中のポジション間でも対話が行われている。たとえば、「健康な部分としての私」や「精神障害としての私」の間での対話や、「研究者としての私」と「支援者としての私」、「趣味を楽しむ私」と「支援者としての私」などといった形で対話が繰り広げられそれぞれが自己の中での支配性を決定していくことになる。支配性は実際の対話と同じように、対話の中でどれだけ中心的な話題を提供するかということや、対話の中でどれだけ強い発言権をもっているかということによって決定される。そしてそのポジションは必ずしも「私」と感じられるものである必要はない。つまり自身の中にある亡き両親の声であったり、想像上の恋人の声であったりしても I ポジションを占める可能性があるということである。そしてこの対話の役割を交代できるというモデルの構造があるからこそ、自己の中のさまざまなポジションを流動的に捉えられるというメリットがあるモデルである。

7. 対話的自己のモデルで精神障害者を捉える

Iポジションの理解の下で精神疾患を抱える人々について見てみることにする。「精神障害の部分としての私」のポジションからの語りは支援者として容易に想像できる。たとえば日常関わる中で「仕事をしたいけど、医者から一日の勤務は4時間までと言われているから、なかなか求人が無く就職できない」「睡眠薬のせいで、朝が起きることができない」「人ごみではパニックになるから、電車には乗れない」「一人になると幻聴がひどいので一人暮らしができない」「精神疾患を患っているからもう結婚なんてできない」などなどさまざまな精神障害にまつわる困難や苦悩の語りが聞かれる。一方ではもちろん「精神障害の部分としての私」以外のポジションからの語りとして、「今は趣味の釣りにハマっていて30センチメートルのブラックバスを釣った」「かわいい洋服を見つけたから、思わず衝動買いした」「孫と久しぶりにあつてご飯を食べて来た」などのたわいもない世間話のような語りももちろんある。しかしそういった「健康な部分としての私」のポジションの語りもあることにはあるが、精神障害の困難が意識される場面（特に就労や、健常者との間との人間関係）においては、「障害を抱えながらも、仕事につくことが出来た」「今のところは、幻聴も落ち着いており1人でも過ごせる」「障害を抱えながらも結婚をすることが出来た」となどという語りになり、「精神障害の部分としての私」のポジションからの語りが顔をだしてくることになると予想される。Aさんの例でいくと、「もう大丈夫」と言いながらも障害者施設に通い続けている状態であると考えられる。そのため結果として、社会の中での対話のやりとりも「精神障害の部分としての私」としてのポジションが前面に出てしまうことになり、その人全体が精神障害者として捉えられてしまうと考えられる。Kleinman (1988) は「病い (illness)」を治療者側の問題である「疾患 (disease)」から明確に区別し、「病い」という言葉を使うことで「人間に本質的な経験である症状や患うことの経験」に目を向けさせた。しかし、精神疾患の領域においては、精神的な「疾患」それ自体と、その疾患を抱えることの経験としての「病い」という区別がどうしてもつきにくいことが考えられる。その区別のつきにくさの一つの理由として、精神疾患を患うことの経験がおしなべて「精神障害者」として名指されることになってしまっている状況が挙げられる。わが国の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」での精神障害者の定義は「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者（第5条）」ということであり「精神疾患を抱える者＝精神障害者」という構図になっている。他の慢性疾患の分野においては患者自身が生きる体験やその人自身について迫ろうとしているにも関わらず、精神疾患に関しては「病い」の部分について寄り添おうとしてもそこには「精神障害」というラベルが非常に色濃い形で現われて来ってしまう。そのために「精神障害の部分としての私」のポジションが大きな支配性を持つこととなる。以上にあげたような社会構造上の問題ももちろん考えられるが、対話的自己論を導入することで当事者を精神障害者としてのみ見るのではなく、あくまで「精神障害の部分としての私」の支配性が非常に強いだけのことであると考えられることになると考えられる。つまり現状では「精神疾患を抱えること＝精神障害」ということになっているが、いつかその支配性のバランスが変わりうるというその流動可能性を、対話的自己論のモデルは含ませることができると考えられる。精神保健の分野では、人がそれぞれに持っている強さ（ストレングス）に注目しようとするストレングスモデル（C.A. Rapp & R.J. Goscha, 2006）が用いられているが、対話的自己論のモデルとして説

明すると「健康な部分としての私」のポジションを強化し、精神障害の部分の支配性を是正しようとする一つの動きであると言える。また、べてるの家の「当事者研究」も、当事者自身の病いの体験から「精神疾患」を対象化することに成功した例であると考えられる。ただしここで論じたいのは「健康な部分としての私」のポジションの支配性をいかに強化すべきなのかということではなく、そのバランスと流動性の問題である。このようにすれば良くなるということを提案するのではなく、支援の中で固定しまいがちな部分をほぐす意味合いがこのモデルを導入する最大のメリットであるとする。

8. 支援者としての枠組みの中での対話的自己

以上に述べたモデルは当事者の精神障害の部分以外の側面に眼を向けることに役立つと考えられる。しかしこのモデルは支援者側から見たところによる（想像上の）当事者のポジション間の支配性を表わしたものである。あくまでこれらの理解は支援者としてのさまざまな内的対話であると考えられる。そこで本論で必要なのは対話的自己論のモデルを、精神疾患を抱える人々に対して使用するというのではなく、支援者自身のこととして適用してみることが必要になる。そのためにはまず前節で示したモデルの理解を支援者の視点から改めて考える必要がある。当事者の中の「精神障害の部分としての私」というポジションの支配性が大きいということは、支援者側の視点からすると、支援者の中にある「精神障害の部分としての当事者」というポジションの支配性が大きいということである。またさらに言えば、支援者が当事者の中の大部分を障害者と捉えてしまうことは、支援者自身が“支援者という枠組み”⁵でしか関わろうとしていないことであるとも捉えられる。なぜなら支援者として障害者のために何かを一生懸命行おうという姿勢は、ともすると「障害の部分としての当事者」のポジションの支配性を増すことに繋がるかもしれないと考えられるからである。つまり支配性がどのように傾いていくかは当事者と支援者の相互作用で成り立っており、「精神障害の部分としての当事者」のポジションが強まることと「支援者としての私」のポジションの支配性が強まることは比例の関係になっていると考えられる。たとえば、支援者が当事者のことを精神障害者として捉えようとすればする程、「精神障害者の支援者としての私」というポジションが強い支配性をもってしますのであり、また逆に、支援者が自身のことを支援者として捉えようとすればするほど、「精神障害の部分としての当事者」⁶というポジションも支配性を増していくと考えられる。つまり現状での「精神障害の部分としての当事者」のポジションの支配性を強める片棒を担いでいるのは支援者自身であるとも言える。Aさんの例でいけば、施設の利用および支援を継続しているという状況であると考えられる。しかし支援者の立場にある人も、その他のポジションをもっているはずである。支援者も一人の人であり、「支援者としての私」というポジションだけでなく、それ以外の「一般市民としての私」のような様々なポジションも持っているはずである。ストレングスモデルの視点では、精神障害者の健康な部分に眼を向けるということが言われているが、それは支援者自身の身に映し返してみれば、「支援者としての私」以外の「一般市民としての私」というポジ

⁵ “支援者という枠組み”とは、例えば、当事者が自分で出来るであろうことに対しても過保護的に関わってしまう（過保護的に関わらないといけなないと思ひ込む）状況や、一般常識では許されない行為も障害者だからと必要以上に許容してしまう状況などが考えられる。

⁶ 支援者から見える、当事者の中の「精神障害者としての私」のポジションのことである。

ションに眼を向けるということであるとも考えられる。ただしここでも、「支援者としての私」というポジションの支配性を弱めて、「一般市民としての私」というポジションの支配性を強めるべきだと述べたい訳ではない。「支援者としての私」以外のポジションに無意識のうちに立っているにも関わらず、それを見ない振りをしてしまうことがないように、また支援者としての整合性を保つため頑に「支援者としての私」という固定観念に取り付かれないようにするために、その他のポジションを提示しうる流動的なモデルを提示することに強調点をおいている。たとえ、よりよい支援者の状態になったとしても、ある一つのイメージを提示すると、いずれ精神障害者のイメージを固定化させることにつながってしまう危険性をもっているのである。

9. 事例を通した検討

最後に A さんの事例を対話的自己のモデルで考えてみることにする。当初は「一般市民としての私」としてのポジションから A さんは元気そうに見えても、「支援者としての私」のポジションとしての予感と予防的観点から A さんの支援を行っていた。この時は「支援者としての私」のポジションの方が「一般市民としての私」のポジションよりもより強い支配性を持っていたと考えられる。つまり「障害者の部分としての当事者」として A さんを捉えていた。しかし次第に、「一般市民としての私」のポジションの支配性が高まり、もう施設としての支援は要らないのではないかと思うように移行して行った。その結果、「一般市民としての私」のポジションの支配性が強まり、「健康な部分の当事者」として A さんを捉えるようにもなっていく。「支援者としての私」と「一般市民としての私」という両ポジションの間の支配性が均衡状態になり支援者は葛藤状態に陥ったと考えられる。対話的自己のモデルは葛藤を解決する実際的な手段を示すことは出来ないが、当該葛藤状態を対象化しモデル化することは可能である。そしてその葛藤状態を表現できるということ自体が流動性を確保していることを表わしていると考えられる。そしてその流動性を確保するということは、「支援者としての私」としてどのような支援をしてあげられるかだけでなく、「一般市民としての私」として感じる思いをそのまま持ち続けることを可能にする。「もう大丈夫」と言い遊びに出かけたり家のことをしっかりとやったりする「健康な部分としての当事者」としての A さんの強みを支援者が感じる部分を支援の枠組みにもいれることができると考えられる。

10. おわりに

本論では精神障害者に対して支援者が抱くイメージを対話的自己の考え方から検討した。その結果、対話的自己論のモデルを用いることで、支援者としてのありかたを流動的なものとして捉えることができる可能性が示された。また波及するメリットとして、一つには日頃の支援の中でのバランスを保つイメージとして、もう一つには当事者自身の語りを聴取する際にいかに支援者としての位置づけが重要であるかということ意識させる効果があると考えられる。ただし今後の課題としては三点挙げられる。一点目は、実際にこのモデルを用いることで、当事者への関わり方が整理された支援者自身が実感できるのかということ。二点目は当事者自身の語りを聴取する上で、では実際的な手続きとしてどのような方法が考えられるのかということである。三点目は今回のモデ

ルでは主に四つのポジション⁷という単純化された形で示したが、他に検討すべきポジションがないかという点である。特に三点目は重要であると考えられる。本論ではポジションの流動性を主張しているにも関わらず、ある意味で固定した四つのポジションを呈示してしまった。あくまで、四つのポジションは一例にしか過ぎず、他の可能性もある。ただし、ある固定したポジションということではないが、“支援者的なポジション”や“障害者的なポジション”ということをどのように表現するかということが重要になると考えられる。ユング派のグッゲンビュール・クレイグ(1986)は「障害者元型」という考え方を提唱したが、この元型という概念は“支援者的なポジション”や“障害者的なポジション”を、流動性を持たせたままモデル化するのに重要なヒントになると考えられる。対話的自己論に元型の概念を導入することを今後の課題としたい。

<引用文献>

- Bakhtin, M. (1973). *Problems of Dostoevsky's poetics*. 望月哲男・鈴木淳一(訳). (1995). ドストエフスキーの詩学. ちくま学芸文庫.
- 江口重幸(1992). 語られることと書きとめられること：精神医学における臨床的現実をめぐって. 波平恵美子(編). 人類学と医療. 弘文堂. pp.120-151.
- 江口重幸(2000). 病いの語りと人生の変容-「慢性分裂病」への臨床民族誌的アプローチ. やまだようこ(編). 人生を物語る-生成のライフストーリー. ミネルヴァ書房. pp.39-72.
- M. Foucault. (1966). *MALADIE MENTALE ET PSYCHOLOGIE*. Universitaires de France, Paris. 神谷美恵子(訳)(1970). 精神疾患と心理学. みすず書房.
- Kenneth J. Gergen. (1994). *Realities and Relationships Soundings in social construction*. Harvard University Press. 永田素彦・深尾誠(訳)(2004). 社会構成主義の理論と実践 関係性が現実をつくる. ナカニシヤ出版.
- Erving Goffman. (1963). *STIGMA; Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice-Hall, Inc. 石黒毅(訳)(1970). ステイグマの社会学-烙印を押されたアイデンティティ. せりか書房.
- A・グッゲンビュール・クレイグ. (1986). 「治療」の限界、あるいは障害者元型. 河合隼雄ら(編)(1986). ユング心理学 男性と女性. 新曜社.
- Hermans, H. J. M. & Kempen, H. J. G. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego, California, Academic Press. 溝上慎一・水間玲子・森岡正芳(訳)(2006). 対話的自己-デカルト/ジェームズ/ミードを超えて. 新曜社.
- 稲沢公一(2006). 物語としての精神障害者 本人の語りを中心に. 田垣正晋(編)(2006). 障害・病いと「ふつう」のはざままで. 明石書店. pp.97-125.
- James, W. (1892). *Psychology, Briefer Course*. 今田寛(訳)(1992). 心理学上. 岩波文庫.
- 木原活信(2009). 社会福祉領域におけるナラティブ論. 野口裕二(編). (2009). ナラティブ・アプローチ. 勁草書房. pp.153-175.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books. 江口重幸・五木田紳・上野豪志(訳)(1996). 病いの語り-慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房.

⁷ 四つポジションとは「支援者としての私」、「一般市民としての私」、「障害者の部分としての当事者」「健康な部分としての当事者」のことである。

- 小林和彦(2011). ボクには世界がこう見えていた 統合失調症闘病記. 新潮文庫.
- 鯨岡峻(2005). エピソード記述入門 実践と質的研究のために. 東京大学出版会
- 溝上慎一(2008). 自己形成の心理学他 者の森をかけ抜けて自己になる. 世界思想社.
- 向谷地生良(2009). 技法以前 べてるの家のつくりかた. 医学書院.
- 大倉得史(2011). 「語り合い」のアイデンティティ心理学. 京都大学学術出版.
- C. A. Rapp & R. J. Goscha(2006). *The Strengths Model-Case Management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition*. Oxford University Press. 田中英樹(2008). ストレングスモデル 精神障害者のためのケースマネジメント[第2版]. 金剛出版.
- Sarbin, T. R. (1986). *The Narrative as a Root Metaphor for Psychology*. 長田久雄(訳)(1991). 心理学の根元的メタファーとしての語り. 田中一彦(編). 現代エスプリ 286. 至文堂.

(臨床教育学講座 博士後期課程2回生)

(受稿2014年9月1日、改稿2014年11月20日、受理2014年12月26日)

精神障害者に対して支援者側が抱く 新たなイメージの形成にむけて

荒木郁緒

精神疾患を抱える者は、「精神障害者」という固定化されたステレオタイプで理解され、不利益を被ることが多い。支援者も例外ではなく、ステレオタイプのような固定化した理解に陥る可能性が十分考えられ、その結果必要以上に保護的な関わりになってしまったりする。そこで支援者が抱く当事者についてのイメージに対して、固定化されたものではなく動的なイメージを構築することを目指して、Hermans & Kempen (1993/2006) が提唱した対話的自己のモデルを用いて検討した。その結果、当該モデルを導入することで、「精神障害の部分としての私」や「支援者としての私」にのみに固執してしまうのではなく、「健康な部分としての私」や「一般市民としての私」にも眼を向けることができるようになり、流動性を確保することが可能となった。

Shaping New Images of Psychotic in Terms of Support Persons

ARAKI Ikuo

People with mental diseases are seen as a stereotype “psychotic” and often suffer disadvantages. Even support persons are at risk for stereotyping people with mental diseases and for supporting them beyond necessity. For shaping of dynamic rather than stereotypic images in terms of support persons, we discuss the concept of the dialogical theory of Hermans & Kempen (1993/2006). As a consequence of this concept, we are able to take account of not only “I as a person with a mental disability” and “I as a support person” but also “I as a healthy person” and “I as a general citizen.” Then we are able to see the images of psychosis dynamically.

キーワード：対話的自己、精神障害者、支援者

Keywords: The dialogical self, Psychotics, Support persons