



室蘭工業大学

学術資源アーカイブ

Muroran Institute of Technology Academic Resources Archive



長期入退院統合失調症（精神分裂病）患者の心理療法：

総合病院における心理臨床：リエゾン事態としての事例研究（3）

メタデータ	言語: jpn 出版者: 室蘭工業大学 公開日: 2007-05-16 キーワード (Ja): キーワード (En): general hospital, schizophrenia, psychotherapy, liaison situation 作成者: 前田, 潤, 狩野, 陽 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10258/66

長期入退院統合失調症（精神分裂病）患者の心理療法：総合病院における心理臨床：リエゾン事態としての事例研究（3）

その他（別言語等）のタイトル	The Process of the Psychotherapy for the Schizophrenic Patient Who Has Been in and out of Hospitals for a Long Time : Psychological Clinic in General Hospitals: Case Study as Liaison Situation(3)
著者	前田 潤, 狩野 陽
雑誌名	室蘭工業大学紀要
巻	54
ページ	55-65
発行年	2004-11
URL	http://hdl.handle.net/10258/66

長期入退院統合失調症（精神分裂病）患者の心理療法

— 総合病院における心理臨床:リエゾン事態としての事例研究（3） —

前田 潤*¹, 狩野 陽*²

The Process of the Psychotherapy for the Schizophrenic Patient

Who Has Been in and out of Hospitals for a Long Time

— Psychological Clinic in General Hospitals : Case Study as Liaison Situation(3)—

Jun Maeda , Minami Kanoh

(原稿受付日 平成 16 年 5 月 17 日 論文受理日 平成 16 年 8 月 31 日)

Abstract

In this paper ,we discussed the process of clinical psychological approach with schizophrenic male patient. This patient has been in and out the psychiatric ward several times His condition was severe and resistance to the medical and other social therapy. After suicide behavior of him, behavioral therapy was attempted. Patient was gradually response to the attempt and was looked withdrawing positive symptom temporarily. When the attempt was changed to be needed more voluntarily, he became back to former state. We pointed out that schizophrenia was present issues in clinical psychology and the form of partnership between psychologist and medical workers was often important for the psychological attempt.

Keywords : general hospital, schizophrenia, psychotherapy, liaison situation

1. はじめに

心理臨床は、保健、福祉、医療、教育、産業、司法などの領域にまたがって、様々な年齢段階、身体状態、社会環境にある人の社会適応や病態適応、治癒、問題解決、成長や発達、幸福や健康などに関わる対人的活動である。その専門性は心理臨床の学に基づづけられ、対象とする事実は、心理臨床者が経験する対人的接触の場に現れる心理的事象である。つまり、心理臨床とは、人と人との関わりの中で有り得べき適応を模索し、その実現を援助しようとする専門的な営み

*1 共通講座

*2 札幌学院大学

なのである。しかし、固有の存在である個々の人それぞれ自身の内に実現する適応の様態、そして心理臨床として扱う事象である人との関わりを組織立て、調整していくあり方、対象となる人を巡って派生してくる動的な人間関係の様態、そしてこれらが対象となる人の内に有り得べき適応との関わりにおいて如何に実現されていくのか、は常に問われるべきものとなる。

人を巡る専門領域にはそれぞれの固有の論理と方法、人間観、世界観が存すると考えられる。心理臨床におけるその固有性を問うことが、心理臨床の学の一つの課題となる。

本研究はこの課題の中で、総合病院における心理臨床の特性を明らかにしようとするものであり、本論文は、一連の研究の一環として特に総合病院における精神科の心理臨床の活動を事例として取り上げるものである。

2. 目的と方法

2.1 目的

総合病院の場において心理臨床者は各科の専門家が行う治療方策や患者への対応と関連を持ちながら、総合病院が担うべき役割の一翼を担い、専門家の一人として職務を果たすことが課される。

医学的治療は、専門家や患者の個人的な個性を越えて一定の計画と方策に基づく病態への効果が期待される。しかし、当の患者が、自分自身の病態に対して為す認識や理解、また治療方策に対して示す態度は、各々の患者の背景や生活様式に対応した固有の様式を示すことになる。病態に対する対応としては相応しい処置も、本来の患者本人にとっては不適切な処置になる可能性がある⁽¹⁾。

心理学的治療は対人的接触を基本とする。そのため、広い意味で心理臨床者は患者のこの個性的な局面に関わりを持つ。それゆえに心理学的治療は、患者の現状に対する調整を通じて、患者を唯一の存在として、適応を模索する個人として捉え、患者の主体に向けられることになるのは当然である⁽²⁾。

総合病院に於いては大多数の患者は、各科において一定の治療効果を受けており、心理臨床者の関与するところは全体にとっては局所的な問題となる。しかし、心理臨床者が関与するところは、治療において不確定さを含まざるを得ない患者を巡る事態に対する心理学的局面となる。このとき、心理臨床者は、共通に探索すべき問題を巡って専門家との意志疎通や情報交換のあり方が問われる。そして患者が専門家を含む人間関係を自らのものとして活用し、統合していくことを援助することが心理臨床者の役割となるのである。

リエゾンの原意は、特定の連携や連絡のあり方を規定する用語ではなく、ある共通する問題を巡ってつながりや連携が生じる事態を指す。そういう意味で、心理臨床はリエゾン事態であると言える⁽³⁾。患者を巡って形成される人間関係の諸相を、病態や治療の経過及び心理臨床者との関わりにおいて捉え、その特性を解明することは心理臨床の学としての課題である。

今回扱うのは、精神医療においては一般的な病態である、妄想や強迫思考、強迫行為、幻覚等を主症状とする統合失調症（旧病名：精神分裂病）の患者との心理治療過程である。治療という観点からその有効性の検討はもちろんだが、さらに心理臨床の活動で見られた心理学的な接触の特徴、そして治療を巡って派生する専門家との連携のあり方、患者とのつながりの様態を検討し、心理臨床の特性を考察することが本論文の目的である。

2.2 方法

他の臨床研究と同様に、心理臨床では研究者の研究計画に基づく条件統制を許さぬ面がある。心理臨床における治療或いは心理臨床活動に関わる研究は、その導入に至る経過や背景要因、心理治療以外の医学的治療の効果や治療方策、専門医の方針、病態そのものの特性、患者の個性、などの幅広い要因を考慮せざるを得ないのである。

心理臨床の事象を規定する要因は多角的かつ多面的であり、規定要因の検討を必要とする⁽⁴⁾。この検討はしかも十分ということはない。

そこで今回は、病態特性、治療方策とこれを定める病因論、心理臨床活動の場となる総合病院精神科及び心理臨床者の現状と役割、患者の個人的特性、生活史および背景と、医学的治療の経過、心理治療の導入の経緯と経過の検討を行う。

心理治療に関わる資料は、診療カルテ、看護記録、心理臨床者の記録である。

3. 統合失調症の病態特性と総合病院精神医療

3.1 疾病群としての統合失調症

ここでは統合失調症を、Schizophrenia の訳語として 2002 年の日本精神神経学会の改名に従って用いる。

この疾患は若年より人格の荒廃に至るとして Kraepelin, E によって早発性痴呆（dementia praecox）と呼ばれ、Bleuler, E によって今日の Schizophrenia との名称が用いられている。

Kraepelin, E は、精神疾患の疾病分類と疾病単位の確立に勤しんだ。早期性痴呆として Kraepelin, E がまとめたのは、躁鬱病としての疾病単位のまとめよりも遅く、方々に散在していた疾病群がまとまったものであることが分かるという⁽⁵⁾。この疾病単位としての確立の困難さにこの疾患の特徴の一つが現れているとも言える。

現在、アメリカの精神疾患の診断基準である「精神障害のための診断及び統計マニュアル（DSM: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders）」シリーズの中で Schizophrenia は一つの疾病群として認められ、不十分ながら Kraepelin, E が提唱した下位分類が行われている。

いずれにしても疾病群として共通する症状形態を持ちながら、今日においても臨床形態、経過、転帰の個人に実現する様態は多様で、鑑別及び治療の不確定を含むのである。

3. 2 統合失調症の症状と診断

統合失調症とまとめられている疾患群の症状は、通常、陽性症状と陰性症状に分けられている。

陽性症状は、幻覚、妄想、奇妙な行動等過剰或いは余剰を指し、陰性症状は行動面の不足から成り、意欲喪失、無快感症、感情の平板化などがある。陽性症状や陰性症状には分けられない緊張病性不動、蠟屈症などの症状も統合失調症の症状として扱われ、状況に不適切な感情を示し、一つの情動から別の状態へ急速に移ることも診断上重要な指標とされる。

DSM は症状による操作的定義に基づく診断基準である。この中で統合失調症は、除外項目を設けながらも、陽性症状或いは緊張病性の行動、感情の平板化などの陰性症状の内、二つ以上の症状が一月以上認められ、加えて社会または職業的な機能を半年以上障害していることを基準とする⁽⁶⁾。

但し、症状は、患者の言語報告を含めた行動面から名付けられた症状であり、患者自身の内的な体験ではない。行動の平板化があっても、その際の体験報告では健常者と違いはなく生理的反応は健常者よりも大きい、という研究報告もある⁽⁷⁾。そして統合失調症に見られる症状は疾患特異的ではなく、統合失調症であるからといって全ての症状が見られるわけではない。

3. 3 統合失調症の病因論と治療

統合失調症の原因については身体及び心因論の議論があった。古くは Jung,C,G. は初期の著作において心因を発症の主要な役割とした⁽⁸⁾。しかし、その後 Jung,C,G. も発症の心因を否定するものではないが身体因としての化学物質関与の可能性を指摘し⁽⁹⁾、さらに先天的要因にまで言及を行っている⁽¹⁰⁾。

大規模家系調査や双生児研究等の遺伝疫学的研究は、統合失調症の遺伝的素因を支持するものであり、遺伝共有率と発症率の相関を明らかにしてきた。一方、病因の多元的成因も示唆されている⁽¹¹⁾。最近の分子遺伝学の研究は、遺伝的素因を介在する原因遺伝子の推定を可能にしたが、特定するまでは至っていない。⁽¹²⁾

脳解剖学的研究から脳の局在論が議論され⁽¹³⁾、また発達過程における異常が示唆されるようになった。その異常に関与する因子としては、遺伝子異常、胎生期におけるウィルス感染、胎盤不全などによる栄養問題、低酸素等の周産期障害、生後の随鞘化及びシナプス構築上の異常、性ホルモンなどが指摘されてきた⁽¹⁴⁾。

統合失調症の発症に関する家族を要因とした研究、代表的なものとして Bateson,G 及び Fromm-Reichmann,F など、も盛んに行われたが、1960 年

には衰退した。今日家族研究は発症よりも再発予防へと焦点が移っている⁽¹⁵⁾。

統合失調症患者の治療は、1950 年代からクロルプロマジン、ハロペリドールなどの抗精神病薬が導入され、統合失調症における基本障害と言われた幻覚・妄想などの陽性症状への有効性が知られるようになり、特に脳内神経伝達物質であるドーパミンと陽性症状との関連に関心が集中した⁽¹⁶⁾。しかし、薬剤抵抗性、錐体外路性の副作用、多剤併用、大量処方への傾向、また統合失調症の意欲の減退などの陰性症状が治療上の課題となった。

1990 年代にはセロトニン及びドーパミン受容体阻害作用を持つ薬剤であるクロザピンに代表される非定型性抗精神病薬が導入されるようになり、新しい抗精神病薬が次々と発売されている。

薬物治療上も統合失調症の治療は大きな転換期にある。しかしやはり薬剤抵抗性患者の存在、薬剤の切り替えと並行する従来の抗精神病薬減量に伴う症状の再燃、副作用などの新たな課題がある⁽¹⁷⁾。また有効性についても結論は慎重であるべきと指摘もある⁽¹⁸⁾。

統合失調症の治療は脳内神経伝達物質と神経細胞の受容体との相互作用を一つのターゲットとし、一定の成果と成功を収め主流となっている。しかし、神経伝達物質異常の発原因については不明である。現在では、素因的な脆弱性が既にあるとあって、そこに何らかのエピソードやライフイベントが加わることで統合失調症の発症に至る⁽¹⁹⁾、という生物学的並びに心理社会的な成因を包括した脆弱性-ストレスモデルが多くの示唆に富むとされる⁽²⁰⁾。ただやはり素因から発症成因の形成過程或いはライフイベントやエピソードの個別性による疾病特異性の特定困難さという問題がある。

疾病特異性や成因の多元性、疾病に相関する多様な因子とそこから生まれる仮説の検証、薬物治療による副次的症状の発生、薬物抵抗性、残遺状態等、ある程度の見通しと方向性を持ちながら、統合失調症の発原因や道程因及び治療の生物、心理、社会的な立場からの検討は、今なお精神医学の現在の課題である。この解明にはさらに多くの臨床知見の集積が求められる。

3. 4 総合病院における精神医療

日本の精神医療は、精神科病床数の 90%以上を単科精神科病院が提供し、全体の 1 割弱を総合病院精神科が担う。そういう点で総合病院は、精神医療全体の僅かの部分を担うに過ぎない。さらに総合病院はその半数弱が精神科を設置しているのみで⁽²¹⁾、その半数近くは外来診療である。そして、総合病院の精神科病床は減少傾向にある。総合病院における精神科医や

看護者の配置人数も、一般診療科の病床数に比して極端に貧困で、心理臨床者やケースワーカー、作業療法士も総合病院精神科の半数以下にほぼ一名体制でおかれているにすぎない。

一方、総合病院の精神科は、1970年代からコンサルテーションリエゾン精神医学の導入が図られるようになり、現在では救命救急センター、ICU、CCU、各種外科手術、熱傷ユニット、移植、疼痛、老人医療、終末期医療、慢性人工透析、各科の医療者への精神医学教育の普及、対人関係や社会問題の調整など、精神医学の対象領域は広がりを見せている。

但し、コンサルテーションリエゾン精神医学の医療業務としての診療報酬の請求は認められていない。そして日本では医療制度が出来高払い制度から、疾病分類に基づく包括支払い方式などの定額払い方式への比重が大きくなろうとしている。このような中で今後、コンサルテーションリエゾン業務の継続には、精神科医の介入が身体の予後、改善、及び在院日数の短縮などの具体的効果があることを示し、医療経済的基盤を確立することが課題となる⁽²²⁾。

近年、新たに SST（社会技能訓練）や入院集団精神療法が診療報酬算定項目として創設された。しかし、それは必要人員を確保出来るほど十分なものではない。

また精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（略称：精神保健福祉法）は、精神医療を精神病患者の社会的隔離から社会復帰の促進へと強く方向づけ、患者の処遇という点で大きな転換期を迎えた。

精神科入院病床の約 60%は統合失調症患者が占め、入院 5 年以上の長期になるとその割合は 8 割近くを占める。1 年以上入院している統合失調症患者の 6 割以上に退院希望がある⁽²¹⁾が、精神症状活発、自殺念慮・企図などの病状の不安定さがあるものの家族感情⁽²³⁾も入院の長期化要因となっている。退院の実現には社会の受け皿づくり⁽²⁴⁾及び社会資源の積極的活用に対する援助の必要性⁽²²⁾が指摘される。

一方、統合失調症患者の再発要因には服薬コンプライアンス及びライフイベントなどが挙げられている。

再発率は発症後或いは退院後の年数によって変動はあるものの 3 割から 7 割と高率である⁽²⁵⁾。

総合病院の精神科は、医療経済的に見て貧困な現状の中で、診療報酬の裏づけがないとしても一般診療科との間でコンサルテーションリエゾン機能を発揮することが求められ、さらに従来からの精神科外来及び病棟業務を行う。同時に、精神病患者に対しての社会福祉事業の充実と精神病患者の社会復帰の拡大を図る施策に連動しながら、精神医療が担うべき役割と機能の模索が課題となる。

患者の社会復帰には当然、その基本として病状の安定や病態適応の個々の在り方が問われてくる。これは最も基本的課題である。この課題に、医師を初めとする看護スタッフ、ケースワーカー、作業療法士等の医療者と共に、先進諸国としては異例だが、日本では医療法制度上の身分が現在も未確定な中で心理臨床者も専門家として加わっているのである。アメリカでは、1940 年代にすでに公衆衛生局などから資格化の要請が行われ、現在では高度の教育に裏打ちされた専門家としての位置づけられている。日本でも、心理職の教育水準は高いが、職業としての位置づけは低い⁽²⁶⁾。

3. 5 総合病院精神科における心理臨床業務

総合病院における心理臨床者の業務内容を表 1 に示した。

この表は、著者が病院勤務をしていたときの業務内容をまとめたものである。この業務がどこまで総合病院における心理臨床者の一般的な業務と言えるのかは明確ではない。しかし、以前筆者らが行った調査⁽²⁷⁾によれば、ほぼどの総合病院の心理臨床者も同じような業務内容になっている。心理検査、個人及び集団心理療養は心理臨床者の固有の職能と見なされ、これに地域社会における保健福祉業務への寄与、並びに専門学校等における講義や啓発講演などが加わるのである。さらにデイケアが加わる場合もある。

ただこの表 1 に示されている家庭訪問業務は心理臨床者の業務としては珍しいものであった。本来はケースワーカーの仕事であろう。しかし、日本の精神医療の地域社会での役割が強まるに連れて、医療現場から出て行う仕事が心理臨床者にも求められるのである。

表 1

<p>【総合病院精神科の心理臨床者の業務】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心理検査 個人心理療法 集団精神療法 2. 病棟行事 作業療法補助 3. 家庭訪問 4. 社会復帰施設への協力 5. 保健所事業への協力 <p>【総合病院に於けるその他の業務】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 心理相談室 2. 各診療科外来及び病棟 3. 看護学校などで講義及び学生相談 4. 地域への啓蒙事業（講演など）
--

4. 事例

心理治療を導入した事例は、X 年に中学校を休みがちなことから精神科を受診、X+4 年に精神科に入院したのを契機に、入退院を繰り返している統合失調症男性患者である。

4. 1 生活史及び病歴、入退院歴

患者は X-14 年に出産時早期破水あるも正常分娩で生まれた。父親が統合失調症であり遺伝負因がある。患者には兄弟が一人いるが、既往はない。生計はもっぱら母方の実家へ母が手伝いに行くことで賄われている。学童期は、恥ずかしがり屋で発言乏しいが、絵画書字に優れ、展覧会にも入選し、学校教諭や家人から将来を嘱望された。

中学に入り学校を休みがちとなり、起床が遅いので登校しても途中で教室に入って行けず草むらに座っていることが続き、母と学校教諭に勧められ X 年に精神科を受診した。このときは抑鬱状態と診断され、3 回の受診記録がある。

中学にはその後も不登校傾向が続き卒業式にも行かず、高校受験の話もなく、中学卒業後、自宅に閉居。たまに興奮して叫び 食物をばらまくなどあったが家人に暴力をふるうことはない。しかし、ほとんど外出することもなく、昼夜逆転の生活、独語空笑が見られ、食事も一日一回、風呂も数ヶ月入らない状態が続いた。

衰弱したため両親が内科に本人を受診させると精神科に回され、X+4 年即日入院となった。入院時、髪は長く、爪も全て数センチ伸び、異臭を放った状態であった。

入院後の心理検査は、知的水準は WAIS で IQ60 と精神遅滞域であり、人格検査でも質問紙である TPI で Paranoid、Hebephrenia、Anti-Social Scale がいずれも異常域にあり、ロールシャッハでは固執反応が認められ、反応内容も形式も貧困で、感情や思考内容の平板化や強迫傾向があり、精神病状態にあるとの所見で状態像と一致していた。

時に退院を希望するが、身辺整理が出来ず、学友の声の幻聴に行動が左右される状態が続いた。しかし、徐々に院内行事に参加するようになり、5 年の入院の後、X+9 年に退院となっている。

退院後、外出はほとんどないが、週に一回は通院し、保健所主催の社会復帰事業に一度だけ参加している。しかし、一年も経たないうちに通院もしなくなり、X+10 年家人の依頼にて往診。2 度目の入院となった。

2 度目の入院では幻聴や妄想に行動が左右され、攻

撃的となり器物も破壊したり主治医や婦長に暴力を振るうことがあった。これを契機に処方内容がブチロフェノン系からフェノチアジン系へ変更された。

「ドアの所で手を叩いて出たり入ったり」「手指洗淨強迫」「腕をぐるぐる回す」などの強迫行為が認められ、幻聴が疑われる言動、患者が「O 神」と述べるものによる迫害妄想などを主症状としていた。本人が希望する院内の売店での買い物以外、外に出ることもなく、院内の様々な行事やレクリエーションにも参加することはなかった。

しかし、作業療法が精神科に導入されるようになり、患者も促され作業療法士と一対一で作業療法を行うようになった。本人の退院の希望が強くなり、主治医に退院を主張しはじめ、両親と相談のうえで退院して様子を見ることになり、X+13 年 8 月に退院となった。

4. 2 心理療法の適用

4. 2. 1 心理療法開始の契機

X+13 年の退院の前には、手を叩いて部屋を出入りする患者の行動に注意が引かれ、いつの頃からか患者に話しかけるなどをしていたので心理臨床者と患者は既に顔なじみであった。しかし、多くの患者と同様の気ままな関わりに留まっていた。

X+13 年の退院時には精神科の中で家庭訪問を医師、作業療法士、心理臨床者も担当するようになっていた。この患者も心理臨床者の訪問対象となり、月に 2 度ほど家庭を訪問することとなった。

退院後一ヶ月もたたないうちに通院しなくなり、食事、睡眠、服薬も不規則となった。退院後 2 ヶ月して、「狼」「狐」についてわからないことを言い、独語空笑が認められると親から報告があり、「狐が（自分の中に）入ってくれば何でも出来るようになる」と心理臨床者にも狐が入ることを待ち望むことを述べるようになった。

退院後 3 ヶ月経過して何度目かになる訪問時に患者が入水自殺未遂を図り、両親に保護された所に心理臨床者が遭遇した。主治医に報告後、来院するよう勧めると本人はあっさりと応じ X+13 年 11 月、3 度目の入院となった。

再入院後、心理臨床者はしばしば患者の病室を訪ねるようになり、作業療法は作業療法士の転勤に伴って中止となっていたため、心理臨床者は心理学的援助の可能性を模索するようになったのである。

4. 2. 2 患者の妄想内容と心理学的課題

入水自殺の動機は「O 神」と「M」の幻聴または妄想による責めに耐えかねた為であった。3 度目の入院後の患者との対話から、「O 神」は精神的に患者を苦

しめ絶えず患者の邪魔をし、患者本人ばかりか家族をも迫害しかねず、さらに世界中にまで危害を加えるかもしれない危険な存在であることがわかった。退院してもほとんど閉居のままであり外出することも無いのは、この「O 神」に代表されるような妄想観念や幻聴に精神生活を奪われているためであることがわかっていった。それに対して患者は全く為す所がないのである。

しかし「狼」が患者を助ける存在として現れた。そして「狼が太鼓を叩いてくれること」が望みであると語るようになった。「狼」には名前も付き、一匹が二匹になったり、妄想も変化を見せた。あるとき、狼が太鼓を叩いてくれることになったとの託宣が患者にあり、患者はその日を待ち望むようになった。しかし、結局その日は何も起こらず「叩いてくれなかったわ」と残念そうに笑顔を見せるのであった。「狼」は3匹となり、「狼が入ってくると良い」と「狐」が入ることを望んでいたのと類似した態度を示すようになった。

患者の入院生活は食事と喫煙以外は病床上に座ったり寝っ転がったりすることがほとんどで、廊下をほとんど無目的に行ったり来たりして、時々立ち止まっては虚空に何かを書くような動作を見せていた。

この患者のおかれた現状に対してどのような心理学的援助があるかを模索することが、心理臨床者の課題であった。

4. 2. 3 心理療法の導入

心理臨床者は、患者の「O 神」の与える苦しみを主訴と捉えて、これをターゲットにアプローチをしようとしても、ほとんど為す所がなく、ただ患者の妄想を聞くばかりであった。妄想の苦しみによって患者の生活は病棟の病床上の生活となり、強迫行動に縛られ、行動範囲は狭まっている。

患者が再入院して一年が過ぎ、心理臨床者は妄想をターゲットとするのではなく、その結果として縮減した患者の日常の行動範囲と行動レパートリーを広げる方策をとった。患者の生活に幅が生まれれば、精神生活の内容を豊かにすることにつながり、それが妄想への囚われを軽減することになるのではないかと、そして患者はこれに応じてくれるのではないかとこの仮説を立てたのである。つまり行動療法的アプローチの導入である。

この適用を図るためにこれまでの不定期に患者の病室で会う形態をやめ、定期的に会うことにして、まず病棟を出ることから始めた。

それは患者の再入院2年目の X+14 年 12 月のことであった。

4. 2. 4 心理学的アプローチの経過

患者を作業療法室に誘い、コーヒーを飲んだり、音楽を聞いたり、本人が子供の頃得意としていたという絵画、書道と一緒にいたりを重ねた。加えて院内食堂と一緒に食事し、徐々に外に食事に行く為に外出

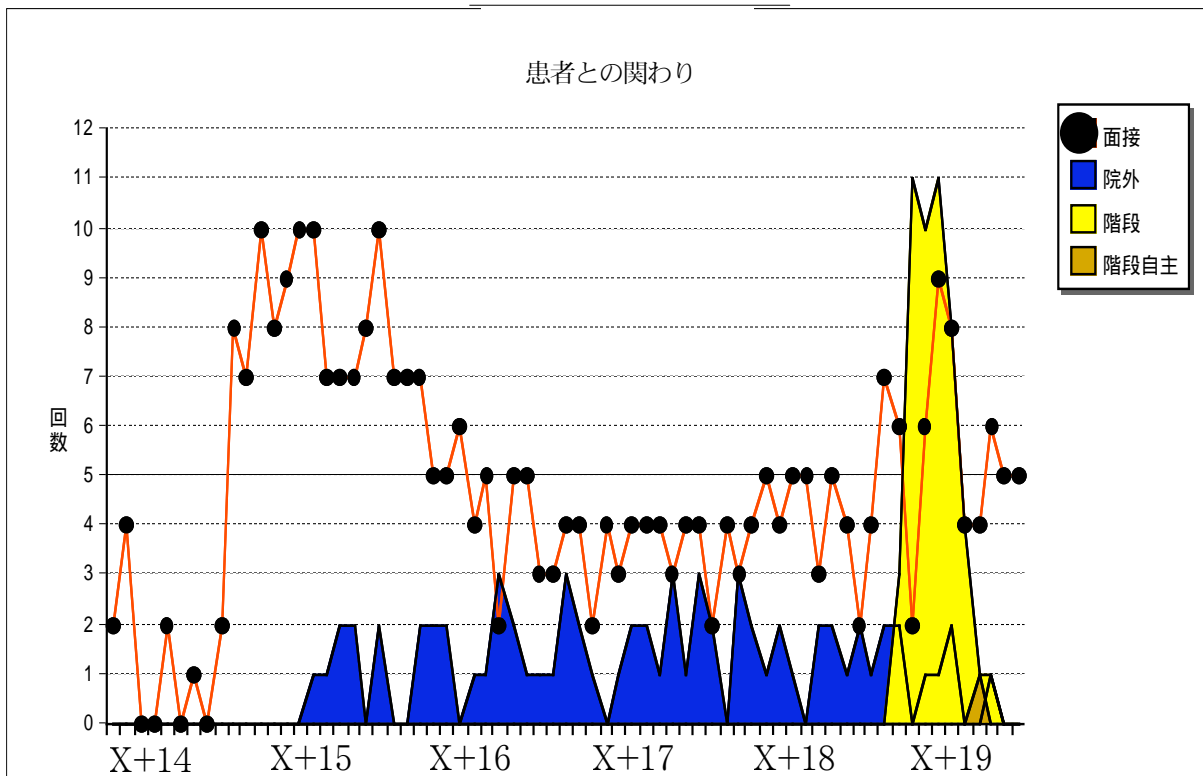


図1

しようとする動機づけを高める手続きを踏んだのである。

患者は外出すると苦痛が強まるとの恐れを抱いており、いざ外出するとなると直前になって取りやめてしまった。調子が悪くなるとの予期不安からであった。

心理臨床者は落胆したが、X+15年3月にとうとう外に行くことになった。初めての心理臨床者との外出では、食べ放題の焼き肉をたらふく食べ、食後に患者は少し散歩しようと言ひ、本屋によって書籍の購入もしている。そして「来て良かった。調子も悪くならなかった」と述べた。

外出は食事や買い物を目的としたものである。この外出は、月に1、2回実施され、患者との心理面接の会話も、妄想的内容は会話にあまり上らず、外出時の感想や外出の計画、患者の回顧的な話題、芸能、音楽などが中心になっていった。

この中で患者は、中学の頃、父親の病気のために家庭が生活保護となり、給食費を払わないことになったため給食を食べる気になれず、学校にも行き難くなったのだと述べている。発病の頃の回顧的エピソードである。

X+15年7月主治医及び作業療法士、看護師によるカンファレンスが持たれ、心理臨床者は患者との心理療法の経過を報告することとなった。この報告に対して、病棟管理の立場から、主治医は外出に伴う金銭について、看護師からは身体管理の立場から食事による肥満の助長への懸念が各々述べられた。

患者との外出や心理面接、作業療法室での音楽鑑賞などはさらに続けられ、患者の入院生活の日課となった。

X+16年2月に、看護師から心理臨床者に再び患者への心理療法の目的や方法についての説明を求められ、カンファレンスが持たれた。

この中で患者が喜んで買い物や食事のために外出する方法に対して身体管理、金銭管理の代理行為を担う看護師から疑念が表明された。心理臨床者も、行動範囲の拡大が妄想を主体とする精神生活に変更が加えられるのではないかと述べるが、それは仮説でしかなく、納得を与え得るものではなかった。しかし、一方で、各々の立場において、患者に対して有効と思われる確信の持てる方法はないのであった。どこか納得は出来ないが否定も出来ないという理解のもとで、この心理療法のやり方は継続することになった。

総合病院の中では、看護師は1年或いは数年単位で病棟の移動がある。病棟看護師の度重なる移動のもとで、いつしか患者とのこのような関わりは既定の事実となって時は経過していった。

継続して5年目のX+18年には地域の社会復帰学級にも、入院中ながら心理臨床者の勧めに従って、心理臨床者も同伴して出席し、病棟行事のバス遠足にも参加し、遠く離れた地に行きさえするようになったのである。

この間、父が亡くなるというエピソードがあった。

父が死んで患者は、兄弟に電話し、行かなくても良いかと尋ね、良いと言われたとのことで葬儀には出席していない。自分は変なことするし、迷惑を掛けるし恥ずかしいから、と葬儀に出席しない理由を心理臨床者に述べている。

患者に外出行動は定着し、次の外出を待ち望むようになった。しかし、強迫行動は続き、病棟での生活のスタイルに変化はなかった。

そしてX+19年1月のある日、いつものように作業療法室でコーヒーを飲みながら音楽を聴いていると患者は「先生といろんなところ行った」と突然語り、これまで一緒に行ったところを一つ一つ挙げ、「その方が思い出になる」と患者が言うのである。それは心理臨床者にとっては、当初患者の精神生活を支配していた妄想観念群を軽視する発言のように聞こえるものであり、5年以上にわたってある意味で医療者から積極的な支持のない、寄る辺のない中で継続してきたことの報酬とさえ感じるものであった。

X+19年4月に病院の週休完全二日制導入に伴って外出時間がなくなり、病院内の階段登りを持ちかけることとした。患者はこれにも良く応じ、半年に亘って階段上りも週に3回一緒に行ったのである。そして次に、自発的に階段上りに行くと看護師長から判をもらえる、という形で報酬を設定して自発行動を促すこととした。

この形式を患者は喜んで、チェックリストを一緒に作ったが、一人での階段登りには一回行っただけで、すぐに全く階段上りをしなくなってしまった。そればかりか心理臨床者が階段登りに誘っても断わるようになり、機会を見つけて外出しようとしても消極的な姿勢を示すようになったのである。

4. 2. 6 心理療法に対する患者の行動

心理療法として開始する以前は病室に心理臨床者が訪れていたが、定期的に面接を開始してからは、患者ともっぱら作業療法室を利用して面接を行った。院外への外出は全て心理臨床者同伴である。

ここでは、患者との関わりをグラフ化して、心理療法に対する患者の反応について検討する材料を示した。

図1は、患者と心理臨床者の関わりを、心理面接、院外への外出、階段登り、患者による自主的階段登りに分類し、一ヶ月の回数をプロットしたものである。

初めは患者の予期不安により実現が不確定だった外出にも、患者はよく応えている。病院の勤務時間の変更で、外出時間を作り出すことが困難となったために取り入れた階段登りにも、さらによく応じている。しかし、自主的な行動を強化しようとの働きかけには一旦は応じたものの、これを契機に、それまではよく応じていた階段登りも応じなくなり、外出も消極的となり、再び作業療法室での面接が中心となり、病棟内だけの生活となっている。

5. 考察

考察は次の三点から行う。

まず初めに、生活史、病態特性、総合病院精神科医療という観点から、患者の発症過程、行動、治療について検討する。第二は患者に対して行った心理治療及び心理療法的なアプローチの有効性、導入及び経過を考察し、心理治療の特性について考察を行う。そして第三は、患者と関わる上で派生してくる専門家同士の連携のあり方について検討する。

5. 1 患者の行動と病態および医療状況

患者には父親の遺伝負因がある。早期破水あるも正常分娩であるとのことから発達過程上の明らかな問題は認められない。児童期には、一般的態度として消極的ではあるが、才気を発揮して将来を嘱望されているほどであった。翳りが生じたのは中学期である。このとき、患者によると父親が発病し、経済的に困苦に陥るというエピソードを経験している。給食費も公費から賄われることとなり、これが苦になって患者は学校から遠ざかり、閉居がちの生活に入るのである。精神科の初診では、抑鬱状態との診断が下される状態像であった。その数年後、昼夜逆転、時に大声を出すが独語空笑が認められ、身辺自立は低下、衰弱し、精神科入院に至っている。

DSM の診断基準でも幻覚妄想状態の持続と社会生活の障害という点で統合失調症に分類される。

遺伝負因があり、発症の契機と思われる中学期に父親の発症、経済困苦というエピソードが重なっている。症状の形成は患者が回顧的に述べるエピソードから数年の時間経過があり、遺伝負因、エピソード、発症は相関しているものの具体的関連については不明である。

薬物治療が根気よく行われているが、患者の幻覚(幻聴)及び妄想(O 神の迫害など)、強迫行動、無為自閉的な生活状況はほとんど不変である。つまり陽性症状、陰性症状共に薬物にあまり反応していない。この点で、薬物抵抗性の病態である。服薬コンプライア

スは悪く、退院してもすぐに通院を遠ざかる。そして症状の悪化を来とし、再入院になっていることから、一見薬効はなく症状は不変だが、病状の安定に薬効を認めることができるだろう。病識欠如や治療意欲の低さという面の問題がある。

患者が5年入院後、1年退院し、再び3年入院して退院するが、3ヶ月でまた入院、そしてそれから事例報告した期間だけでも6年以上入院が持続していることは、精神病床の多くの傾向に一致している。

患者は、心理検査上、知的水準が精神遅滞域であった。知的水準と、患者の社会適応水準との関連が議論されるべきであろうが、これは小学校時代の学校教諭の印象や家人の評価と解離する。病理水準の深い人格検査所見と総合すると、知的機能に対する検査時における統合失調症の影響も考慮すべきであろう。

本邦での精神医療の基本的な枠組みが、法的に見直されるようになった時期と患者の入院は重なる。患者の入院する精神科病棟にも作業療法士が配属され、作業療法が導入され、この作業療法を通じて濃密な対人的接触による治療を患者は経験することになった。退院中の社会復帰学級への参加や、心理臨床者との通級も精神障害者の社会復帰の促進という精神医療の方向づけの中にあつたと言える。

医療経済的に見て貧困といわれる中で、作業療法士が配属され、心理臨床者も置かれていた本事例の精神科は人的には豊富だと言えるだろう。作業療法の導入を促し、患者からの退院への意欲の申し出を尊重する、また心理臨床者との接触を許容する、という主治医の治療方針や姿勢は大きい。

5. 2 心理療法の導入とその経過、有効性

事例の中で、心理臨床者として適用した技法は、行動療法的アプローチであった。構成度を高めた心理面接の開始前、一年近く患者の苦しみを作り上げている妄想としての「O 神」の迫害に関しては、患者同様心理臨床者は無力であり、それに対抗する妄想構成要素の働きに期待するばかりであった。

心理治療の転機は、行動範囲や行動レパートリーを拡大することで、精神生活の大半を占めているように見える、妄想観念の影響を軽減するのではないかと、行動療法的アプローチの導入を図った時点である。

結果的には、これに基づく患者への心理面接の継続、外出、階段登りなどの働きかけに対して、患者はよく反応している。患者と心理臨床者との会話内容は、妄想から離れ、現実的な楽しみや関心事が主体となつていった。病棟行事への参加は増え、同伴ではあるが社会復帰学級等の社会資源の利用もするようになった。

そして外出を楽しみにさえするようになり、長い経過の中で、妄想観念群を軽視するような発言もみられている。

しかし、心理臨床者との僅かな時間以外の大半を占める病棟生活では強迫行為および生活様式は変化が見られなかった。つまり、心理臨床者と過ごしている間の行動からは、陽性症状は背景に退いているように見える。ただ、そうした時間以外の陽性、陰性症状は共に不変であった。

そして病院の勤務日程の変化に伴い、患者に自発的行動を期待し、一度はこれに応じて自発的に階段登りに出かけている。しかし、それ以後、患者は自分一人で階段登りに出かけることもなく、心理臨床者からの誘いも断り、外出の働きかけにも消極的となった。自発的行動を求めた以外、患者の生活は他に大きな変化がなかったことから、この自発性を求めるとい試みが、患者の消極的姿勢を引き起こしたと推測される。

患者との関わりを増やせば、それに応じて行動範囲や行動レパートリーはそれなりに拡大し、妄想観念群も軽視するかのような態度も垣間見られるまでになった、という面では、確かに行動療法的アプローチは患者の行動範囲や行動レパートリーの拡大に寄与したと言える。しかし、その維持には他者からのかなりの濃密な関与と働きかけを必要とする。それは、薬物では効果が得にくいという、統合失調症の感情や行動の平板化という陰性症状の強さを示しているとも考えられる。

行動範囲の拡大や病棟行事、社会資源の利用は、統合失調症の症状の軽減というばかりでなく、退院後の社会資源を利用し再発を予防するための策でもあった。しかし、経過から見ると、患者の場合、退院後も濃密な他者からの関与と支持が継続的になれば、これらの社会資源を自発的に利用することはないことが予想される。逆に言うと、他者との濃厚な安定した関わりが、これらの社会資源の利用を可能にするとも言える。

薬物治療の中では、長い入院生活を患者は、ただ病棟の一室の病床の上で或いは廊下で一日を過ごしていた。患者の行動範囲と関心の幅の拡大は、患者の入院生活の質という点での寄与はあったと考えられる。

また、患者は外出すると苦痛が強まるとの不安感を持っており、実際に外出を計画してそれが実行されるまでに3ヶ月以上の時間が経過している。外出への予期不安、消極的な姿勢、統合失調症の症状の中で徐々に院内行動を広げるとい、一種の系統的な脱感作を繰り返す工夫を図りながらも、実際に外出行動を実行出来るかは不確定な中で行わねばならない。しかも、それが期待するような効果となって現れるか、は勿論、

外出不安が恐怖へと変わる可能性も孕んでいる。効果の不確定さはどのような治療法も有しているものであるが、治療の導入とその効果の発現までのプロセスに、患者自身の動機づけ、つまり協力姿勢が不可欠であるという点に心理治療の特徴の一つを見ることが出来る。

患者の協力の上に心理治療が成り立つがゆえに、治療そのものが継続し、そこに何らかの進展があったとき、感謝の念が患者に対して沸くということも起きやすい。心理臨床者が患者から、色々なところに行けて良かった、という言葉聞いたときに、まるで報酬のように感じ嬉しく思ったのは、治療者－患者という役割関係から、より共同或いは協力関係にあったことを示すものではなかったかと思われる。

5. 3 専門家同士の連携

専門家としての心理臨床者は、医療者の中では現在日本においては法的にも明確な位置づけを持たぬ無資格の職種である。これは先進諸国の中では異例である。

心理臨床にとっては導入や有効性について不確定さを含み、さらにそれ自体長期に亙るが、実際に実施を試みながら検討を行うことは意味のある試みである。このとき、医療の現場にあっては患者を囲む他の医療専門家との共同のあり方が問われる。

事例では二度のカンファレンスがあり、二度目は看護師からの依頼という形で持たれている。しかし、患者に対する心理療法のアプローチについて、医療者と十分共通の理解をもって患者に当たることは出来なかった。本事例では精神医学の言う意味でのリエゾン、つまり専門家同士の連携や協力関係の形成、という点で問題を含んでいる。互いの専門性への理解と尊重を基に、専門家同士が必要に基づいて、患者を巡って連携協力し合うことは、有り得べきリエゾンのあり方である。しかし、そのような理解がないままに、試みとして行わなければならない場合もある。その場合、誰がその試みを、何に基づいて主導するかが問われる。

本事例では、患者に対する有効な治療策を、代替策として医療者も持つわけではなかった。しかし、行動範囲の拡大のために採られた方法が、食事や買い物目的の外出であったため、医療者から見ると金銭管理、身体管理上問題あるものと見えたのである。心理臨床者もそれを覆すなにもも持つわけではなかった。ただ、心理臨床者も効果については不確定であり、医療者の理解も得られないが、現に患者の協力が得られ、応えてくれているこのやり方を止めてしまう理由にはならないように思えたのである。つまりこの場合、心理臨床者は、患者が応じてくれているというただその一点のみを頼りに、この試みを主導したのである。

このとき医療者には理解はせぬが、尊重はする、という態度があった。つまり、理解という協力は無いが、患者への心理臨床者のかかわりを阻害するような働きかけは、患者にも心理臨床者にも一度もなく、看護師は淡々と院内外出や院外外出の手続きを行ってくれ、心理臨床者の試みを専門的なアプローチとして、主治医や専門医は許容してくれたのである。

これは患者の側から見ると、精神科病棟の専門家は一致した態度を示したことになる。たとえ積極的な支持は無くとも全体として許容された中で、心理臨床者との外出などが実行されたのである。

互いに専門家が理解し合い、尊重し合う中で協力し合えるよう努力を払うことは必要なことである。しかし、そうした互いの理解と尊重のないままに事態そのものは経過し、不十分な協力関係であることを越えて、互いの専門性を発揮せざるを得ない場合がある。しかも、その経過の中でやはり専門家は患者を巡ってつながりを有しているのである。つまり、有り得べきリエゾン形成できぬままに、専門家は他の専門家とつながりを持ちながら、患者と関わらねばならない場合も出てくるのである。これもまた患者を巡って派生する専門家同士の関係様態であろう。

統合失調症の治療は、今日の精神医療にあつては薬物療法が主流であり、これが大きな成果を上げて精神医療における患者への処遇を一変させた。SST や生活臨床、入院集団精神療法の導入は、患者の社会復帰を支える重要な役割を担うものとして期待される。ここには、異なった学問的背景を持った専門家が関わってくる。このとき、異なった治療観や人間観を認め、許容できるか、が専門家同士に問われることがある。この事実は、たとえ心理臨床者が日本において法的に位置づけられても不変であろう。

理解は無くとも阻害しない、という医療者の態度は、専門家としての心理臨床者への尊重ある態度と見ることが出来る。この点で、本事例の心理臨床者は恵まれた環境にあったと言える。この尊重を背景に、患者への行動療法的な心理治療の試みは継続された。

本研究で扱ったような患者は、薬物抵抗性の病態にあり、他の心理治療のような働きかけにもなかなか応じようとせず、今も猶、精神医療にとって課題であり続けている。

心理臨床は患者との対人関係によって成立するばかりでなく、心理臨床を囲む医療者との共同のあり方によって左右される。専門家同士の連携は、異なる背景を許容しながら、それぞれが専門家として尊重するという、馴れ合いとは遠いつながり方の場合がある。それは時に専門家に孤独を経験させるが、それは誰も救

うことの出来ぬ、事態そのものの専門家としての主観的体験である。

6 まとめ

患者との比較的長い関わりの中で、心理臨床者とのかかわりの濃密さが、妄想や強迫行動という陽性症状の軽減に寄与したかは疑問である。患者の言動から、このような心理治療が、平板になりがちな病棟生活の中で、患者に「何処に行くか」「次に何をしようか」と考える材料を提供し、患者の生活に幅と彩りを確かに与えていた。患者の自主性を求めたアプローチを導入したことを契機に、患者は、数年継続してきた行動を後退させ、もとの病棟と病室を中心とした入院生活に戻った。その点は失敗であった。それは、薬物による効果が得にくい、と言われる統合失調症の陰性症状の現れかもしれない。ただ、心理臨床者との関わりの中で見られた、患者の行動の範囲のひとときの拡大を、患者は楽しみ、心理臨床者も楽しんだ。これは経験的事実である。

長く幻覚や妄想、強迫行為、強迫観念が持続する病態に対する治療は、医学的課題であると同様に臨床心理学においても学問的な課題である。この古くて新しい今日的な課題に向かおうとするとき、専門家は患者との関わりの中で他の専門家との連携という点で、困難を経験することがある。それは、それ自体が、患者を巡る対人現象の一面面なのである。

参考文献等

- (1) 前田 潤, 狩野 陽, 総合病院における心理臨床-リエゾン事態としての事例研究(1)-, 日本心理学会第60回大会発表論文集, (1996), p201.
- (2) 前田 潤, 狩野 陽, 総合病院における心理臨床-リエゾン事態としての事例研究(2)-, 日本心理学会第61回大会発表論文集, (1997), p182.
- (3) 前田 潤, 狩野 陽, 総合病院における心理臨床- 'Liaison' psychology の構築に向けて-, 日本心理学会第59回大会発表論文集, (1995), p244.
- (4) 前田 潤, 狩野 陽, 総合病院における心理臨床-治療者交代を要因とする影響効果の検討-, 日本心理学会第66回大会, (2002), p248.
- (5) エミール・クレペリン, 精神医学第8版I, 精神分裂病西丸四方・西丸甫夫訳, みすず書房, (1986).
- (6) American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition, (1994), p273-290.

- (7) デビソン,G.C.,ニール,J.M.,異常心理学,村瀬孝雄監訳,(1998),誠信書房.
- (8) C.G.ユング,分裂病の心理,安田一郎訳,青土社,(1979).
- (9) C.G.Jung,Über die Psychogenese der Schizophrenie,C.G.Jung Gesammelte Werke III Band,(1971),p261-282.
- (10) C.G.Jung,Der Inhalt der Psychose,C.G.Jung Gesammelte Werke III Band,(1971),p261-282.
- (11) 高橋 彰久,小島 卓也,分裂病の疫学研究が示唆するもの,精神科治療学第 12 巻 5 号,(1997),p467-471.
- (12) 姫井 昭男・米田 博,精神分裂病の分子遺伝学的解明のストラテジー,精神科治療学第 12 巻 5 号,(1997),p473-478.
- (13) ナンシー.C.アンドリアセン,精神分裂病は脳に局在するか?,武正健一,田島 治訳,中央洋書出版部,(1987).
- (14) 鈴木道雄,倉知正佳,精神分裂病の神経発達障害仮説の特徴と問題点,精神科治療学第 12 巻 5 号,(1997),p503-512.
- (15) 白石弘巳,中谷陽二,精神分裂病の脆弱性に影響を与える心理社会的要因,精神科治療学第 12 巻 5 号,(1997),p479-486.
- (16) 中込 和幸,新しい薬は認知機能に影響するか,精神科治療学,第 16 巻 11 号(2001),p1119-1129.
- (17) 高柴 哲次郎,精神分裂病に対する精神科薬物療法—従来型抗精神病薬から risperidone への切り替え—,精神科治療学 16 巻 12 号,(2001),p1253-1260.
- (18) Kennedy,E.,Song,F.,Hunter,R.,Gilbody,S.,Risperidone versus 'conventional' antipsychotic medication for schizophrenia, The Cochrane Library, Issue 1, 1999, Oxford: Update Software.(<http://www.update-software.com/abstracts/ab000440.htm>)
- (19) 金子 仁朗,総合病院における精神医療の過去と現状,総合病院精神医学第 1 巻 1 号,(1989),p1-8.
- (20) 佐藤光源,松岡洋夫,Zubin と Ciompi の脆弱性概念-有用性と限界-,精神科治療学第 12 巻 5 号,(1997),p487-494.
- (21) 平林 直次,堀川 直史,我が国におけるリエゾン精神医学の現状,精神科治療学第 17 巻 11 号,(2002),p1347-1351.
- (22) 大島 巖,吉住 昭,稲沢公一,猪俣好正,岡上和雄,精神病院長期入院者の退院に対する意識とその形成要因—自記式全国調査に基づく分析,精神医学第 38 巻 12 号,(1996),p1248-1256.
- (23) 樋口雅朗,林 直樹,長期入院後の精神分裂病患者の再入院についての検討,精神医学第 38 巻 3 号,(1996),p245-251.
- (24) 平成 10 年 7 月 21 日公衆衛生審議会精神保健福祉部会議事録
- (25) 緒方 明,坂本眞一,葉山清昭,多賀浩一,川上 恵,藤本敏雄,精神分裂病の再発についての検討,精神医学第 38 巻 3 号,(1996),p259-265.
- (26) 小谷英文,アメリカにおけるプロフェッショナルスクール運動,心理臨床学研究,第 11 巻 特別号,(1993),p58-62.
- (27) 前田 潤,水上 志子,アンケート調査による全国赤十字関連施設に在職する臨床心理技術者の実態調査,全国赤十字 CP ネットワーク通信 Vol.4,(1997).