


心理面接より ～社会復帰への直面化～

社会復帰施設見学について、
「どういうところかなと興味はある。」「たたくさん本が読めるか心配」

見学 

- 「居心地よさそうじゃなかった。狭いし」
- 「説明会での説明が『社会復帰しよう』という空気で、僕は社会復帰する気ないし、合わない感じだった」
- 「お父さんと暮らせると一番いいけど、そういうわけにも行かないし、この病院に何年かいらればいいけど…」

(S34)

社会復帰への直面化後 ～他患に事件のことを話すことについて～

他患から退院後のことをきかれる場面

落ち着かない気持ちになった

話すんじやなかった、と思う

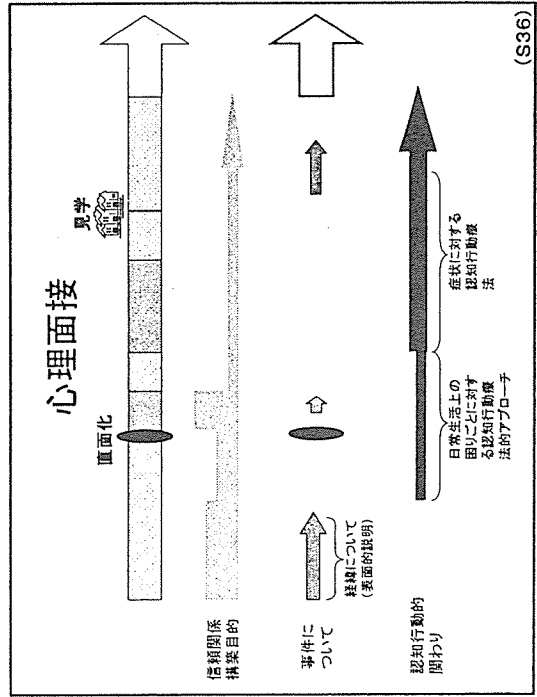
驚かれたり、引かれたりする

⇨

- ① 自分は社会復帰する気はないこと
- ② 事件のこと(「話しちゃった」)

- 入院はまだ続き、社会復帰については強制しないし、ゆっくりと考えていけばよい(多職種共通のメッセージ)
- 施設や制度等については、引き続きPSWから情報をもらって参考にしてみればよい
- 事件について、話してもいい人と話したくない人の区別をする。話したくない場合の断り方を相談

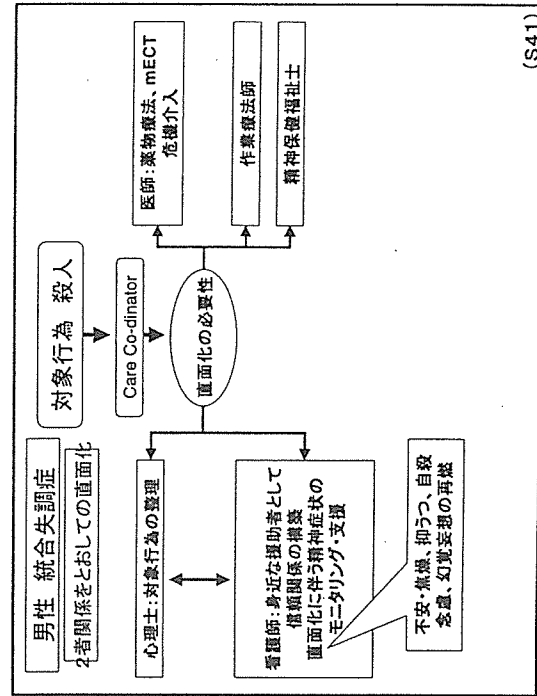
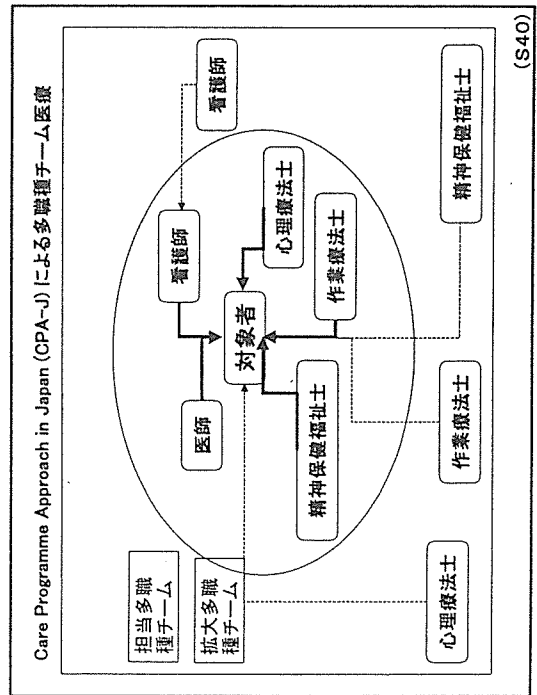
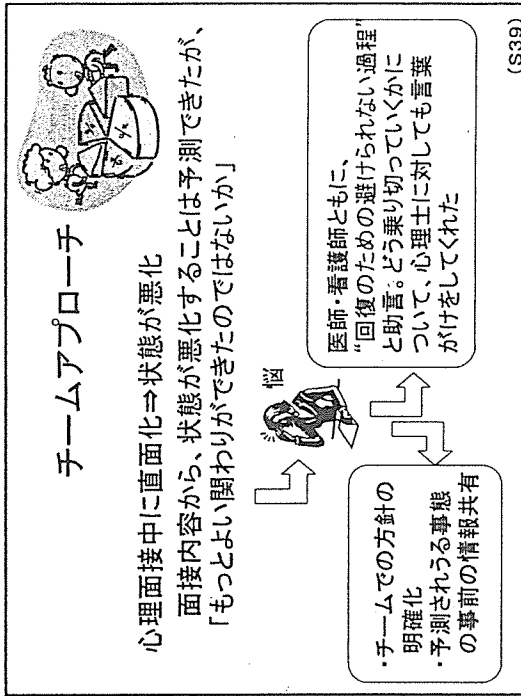
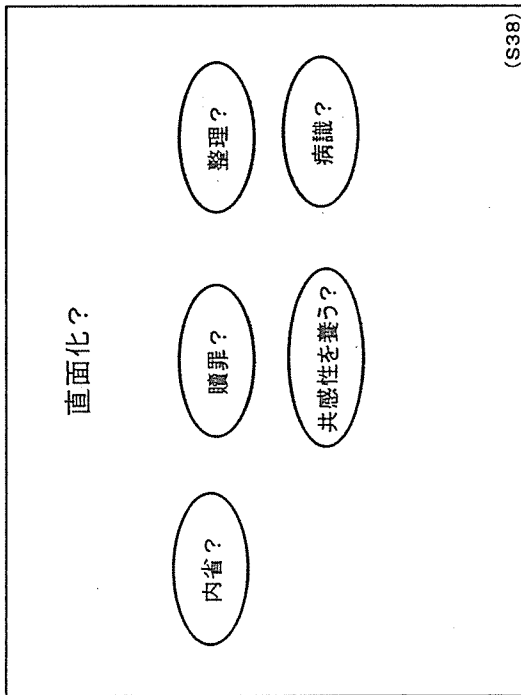
(S35)

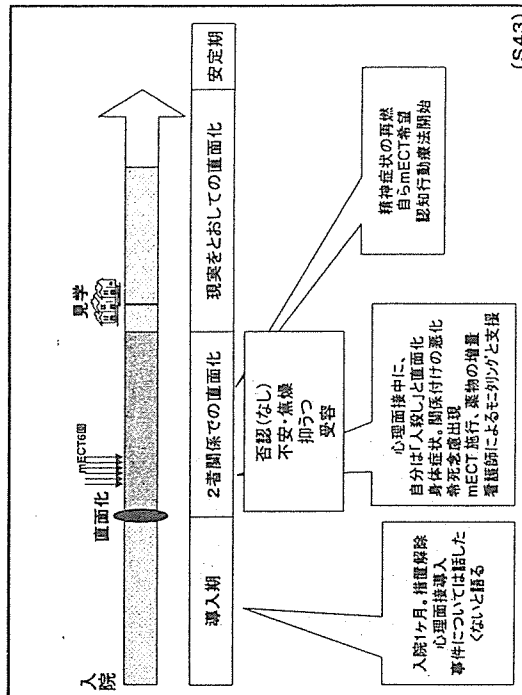
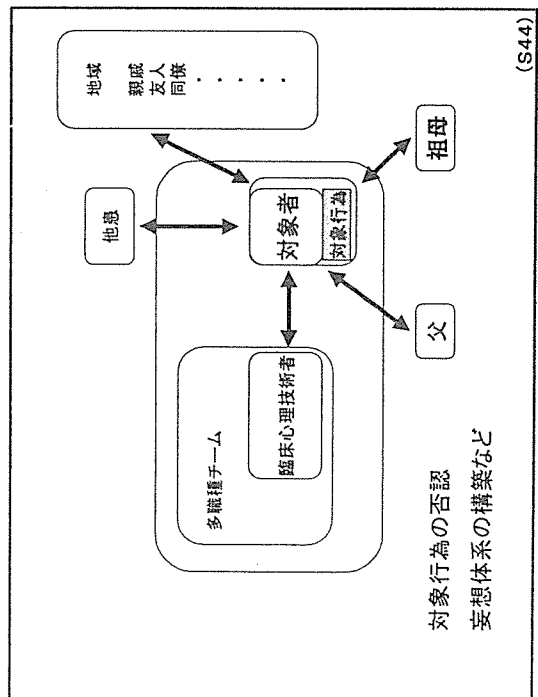
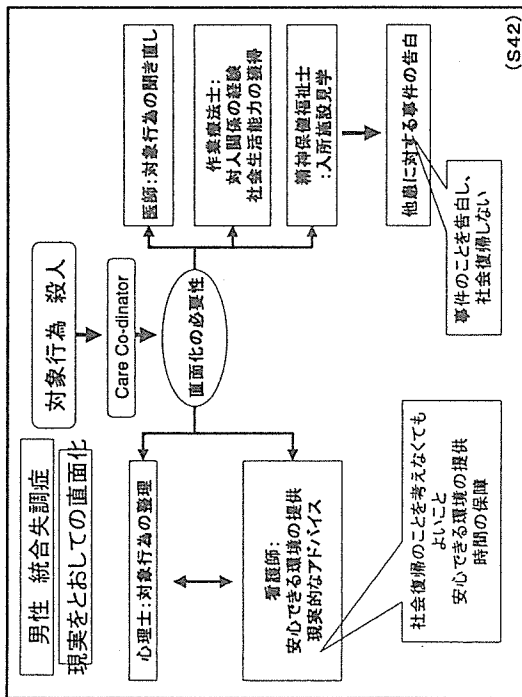


これからの関わり ～事件について話すこと目的～

- ① 病気の部分と病気で無い部分を整理して、病気のことを知って、今後同じことがおこらない様に対処する方法を一緒に考えていくため
- ② そのことを考えたと辛く、調子が悪くなってしまふ。そのことを考えても、調子が悪くなるほど辛すぎないようになるぐらいに一緒に整理しましょう

(S37)





まとめ

- 本症例を通して、対象行為に焦点を当てた、多職種チーム医療について検討した
- 対象者と心理技術者との2者関係を核とした直面化から、現実を通しての直面化まで様々な直面化の段階が考えられた
- これらの過程を通して、対象行為に対する受け入れが可能となると予想された

(S45)

Ⅲ. スーパービジョンその2

スーパーバイザー：医師2，看護師2（Y病院）

スーパーバイザー：石垣琢磨

司会：佐藤浩司、斉藤慶子

司会（佐藤）：事例の2題目に入りたいと思います。群馬県立精神医療センターの佐藤と申します。よろしくお願いいたします。

司会（斉藤）：同じく司会をお手伝いいたします戸田病院の心理士の斉藤でございます。よろしくお願いいたします。この事例に関しましては、発表はY病院の医師2先生がして下さいます。コメンテーターは横浜国立大学の石垣先生にお願いをして下さいます。どうぞよろしくお願いいたします。

司会（佐藤）：前置きですが、事例1題目、2題目とも呈示者が、苦勞しながら真摯に実際に取り組んでいる内容であるため、資料等は後ほど回収させていただきますので、ご了承下さい。それでは医師2先生、よろしくお願いいたします。

（1）事例呈示（Y病院事例レポート参照）

医師2：よろしくお願いいたします。事例呈示に入る前に、その前提として、私は現在、Y病院の長期男性閉鎖病棟に勤務しております。この事例は、その病棟の患者さんです。先ほどX病院の方々から呈示があった事例は、入院した直後から非常に積極的に社会復帰に向けた治療が行われた統合失調症の方なのですが、私が今、勤務している病棟にいらっしゃる患者様たちは、全くそうではなくて、平均的に非常に長期に入院している触法の患者さんたちです。したがって、10年あるいはそれ以上前からの入院で、基本的に入院してきた当初は、もう長く病院にいたことが前提で、社会復帰を目指した治療をするという発想がなかった時代からいらっしゃる患者さんであります。ですから、医師1先生たちの事例のように、刺激的な治療的介入がなされなかった時期が非常に長い方であるということ。これは恐らく全国の精神病院に、医療観察法が施行されても、そういう方たちが今後長くいらっしゃると思うのですが、そういう人たちに対して、やはり前に進むための治療を少しでもしていこうではないかというふうに考え始めて、看護スタッフ、作業療法士、薬剤師などと協力して始めたことなのですが、その中で非常に苦慮していることがあります。我々のぶつかっている壁を超えるためにどうしたらいいかということをおアドバイスしていただきたいという理由で呈示しております。ですから、システムティックな考察ということはほとんどしておりませんので、ある意味、未熟なプレゼンテーションになりますが、ご了承下さい。

それでは、お手元の資料を御覧になってお聞きください。事例は40代男性、統

合失調症です。生活歴。某県にて生育、3人同胞の第2子。幼少時に両親が離婚して、母親に養育されています。高校入学後すぐに中退してアルバイトとして3年間働き、その後も定時制高校に通学しながら、働いていました。

現病歴、指標他害行為ですが、定時制高校を22歳で卒業した頃に「周りの人が自分のことを笑っている」などの被害妄想、幻聴が出現し、B病院に入院、統合失調症と診断されました。その後、家族や職場の人に対する暴力が原因で複数の病院に入院を5回繰り返しました。詳細不明なのですが、措置入院が多かったようです。本人によれば、いずれも短期の入院だったということです。30歳の時、母の入院を機に通院が不規則となり、服薬しなくなりました。X年4月、アルバイト先の会社社長に暴言を吐くなどして110番通報されました。24条通報にて当院救急外来を受診し、医療保護入院となって、翌日C病院に転送されました。X年8月に自宅により近いということでD病院に転院しましたが、その年の11月12日無断離院し、知人宅に身を寄せていました。何度か本人よりD病院に電話があり、その電話の様子から、日に日に幻覚妄想状態が増悪していたということでした。離院から3日目、11月15日、ある男性の声で「包丁で刺す」「刺さないで刺されるぞ」と聞こえてきたため、包丁を持ってその男性を待ち伏せしていたところ、通りすがりの女性に刃物を持っているのを見られたために、警察に通報されるのを恐れて、やるしかないと思いその女性を刺すという傷害事件を起こしました。刺した時にも、「やれ。やれ」という声に命じられたと本人は言っています。逮捕されましたけれども不起訴、25条通報となりまして、X年12月6日、当院に措置入院となりました。

入院後の経過ですが、「ここに入院させられるのは納得がいかない、自分の病気はもう治っているのだから刑務所の方がいい」と不満を述べ、過去の入院についても「毎度毎度措置入院になってしまうのは何故か。男だから口で言ってわからなければかっとして手が出ることもある。ちょっとしたことで警察に捕まるとすぐ措置入院になる」と内省がなく、今回の離院については「このままでは一生病院暮らしになってしまうのではないかという焦りがあって、今回勝手に退院しようと思った」と説明していました。このように処遇に関する不満ばかりを述べていて、事件については「相手の方には申し訳ないことをした」とは言うものの深刻味がなく、反省している様子はありませんでした。「こんちくしょう」とか「ばかやろう」といった断片的な幻聴が残存していますが、入院後は幻聴に左右されて行動することはありませんでした。入院当初より措置解除や退院の要求が多く、精神医療審査会に10回以上退院請求を繰り返しています。毎回それは受け入れられていません。X+1年1月、長期慢性病棟に転棟し、以後、X+9年の現在まで同じ病棟に入院

中です。通常は穏やかに病棟生活を送っていますが、X+1年9月、看護師との同伴外出中に急に走り出して逃げようとする離院未遂がありました。そしてまたX+4年3月、やはり看護師との同伴外出中に入った店内から看護師の目を盗んで逃げ出し、同胞宅へ行き、連絡を受けた警察官に伴われて帰院したというエピソードがありました。このように離院の可能性が高く、そして離院すると症状が再燃して前回と同様の他害行為を犯すリスクが高いために、措置解除ができない状況が10年来続いております。

家族の状況としては、連絡がとれるのは同胞の一人のみで、母とその他の同胞は消息不明です。連絡があり関わりのある同胞も一見してわかるような分裂病質の方で、実際面会にも来て下さるのですが、金の無心をするのが目的で来ているようなところがあります。この方は、事件を起こしたことを非常に重大視していて、そういうことがまた起これば、社会に対して非常に大きな問題であると言って、常識的な認識の上でご本人の退院を拒否しています。なお、事件については被害者が病院に対して損害賠償訴訟を起こしたということです。

本人の病識、内省についてです。統合失調症という病名告知がなされておりまして、本人も自分は幻聴が出る病気であるという認識をして服薬をしています。服薬によって幻聴が改善しているということも一応は理解しています。穏やかな時には疎通良好で、他患との交流も見られるものの、些細なことでかっとなりやすく、他患とトラブルを起こすことが多くあります。退院ができない状況について何度も説明を求められるのですが、本人が落ち着いている時には、こちらの説明を受け入れることができ基本的には理解はしていますが、病識という部分では乏しくて、事件に対する内省もないために、医療者側に対しての不満が強く、「何年もこんな所に入院させて、措置解除もしないで、ひどいじゃないですか」「薬を飲ませるだけなら、通院でいいじゃないか」と食って掛かったり、日常的なことで自己の要求が通らない時などにも、医療者を威嚇したりすることがあります。また「いつか逃げてやる」と離院を仄めかすこともあります。統合失調症による人格水準の低下もあると思われませんが、それだけではなく、元々性格的に短気で耐性に乏しい面があると思われれます。本人自身もそのように語っています。易刺激的で興奮しやすい点について、医師や看護師がそれを指摘すると、「それは環境の問題でしょう。こんな所に何年もいたら、誰だっていらいらするに決まっている」「精神病の奴らは口で言ってもわからない時があるのだから、手が出ても仕方がないでしょう」と他罰的となりやすく、なかなか自己の問題として捉えることができません。

直面化ということが出ましたので、そのことについて申し上げますと、入院後、何回か過去の担当医や私自身と本人の行った他害行為について話し合いをしていま

す。幻聴に支配された上での行為であったということを認識しては、「被害者に対して申し訳ないことをしたと思っています。自分の家族が同じ目に遭ったら自分も絶対に許せないと思う。退院したらその方を探し出して謝罪に行きたい。謝罪しても許してもらえなかったら、男として指を詰めます」と反省しているようなことを語るのですけれども、それは非常に表面的なものとしか感じられなくて、罪責感といったものは乏しい。それについて苦しんでいるという様子は、先ほどの患者さんと違って見受けられないところがありまして、言葉上でそういうふうに言っているだけという印象が拭い切れません。

服薬についてですが、服薬して現状がよくなって病気がよくなるという認識があることもあって、拒薬はほとんどありません。ただ、「薬を飲むと性欲がなくなる。自分はまだ結婚したいから、これでは困る」「生命力がなくなる気がするから、できるだけ薬は飲みたくない」。この方は生命力によって病気が治るのだという精神論をよく口にして、基本的には薬に依存するのはよくないことだという思いがあるようで、拒薬はしないのだけれども、できるだけ薬は飲みたくないと述べています。とにかく薬を減らしてほしいという要求が非常に強くて、服薬コンプライアンスが確立しているとは言えません。現在の処方ですけれども、参考までに申し上げますと、リスペリドン1日12mg、ゾテピン250mg、（他フルニトラゼパム、ゾピクロン等使用）で、決して大量ではないと思っております。さらには、現実検討能力の問題もあると感じているのですが、非常に非現実的な退院願望が先行しやすく、例えば、自分は何年も前に働いていたところで雇ってもらえる、また来ていいと言われているから、そこに行けば働けるから仕事は大丈夫だ、住むところも何とかなる、とおっしゃいます。また、措置解除がされていないのに、例えば年末に同胞宅に外泊に行くのだとか、そういう退院や外泊願望が先行しやすく、ではそれを実現するために、現実的に段階的にどのように行動していったらよいのかという思考プロセスは欠落しています。ですから、それではあなたの要望が実現するような方向で、こういうふうのリハビリテーションをやっていきましょと、こちらが治療方針を提示しても、それに対してはあまり関心を示しません。プライドが高い方なので、院内の作業療法については「あんなことをやってもしょうがない」と言って参加しようとしませんし、リハビリテーションプログラムにもなかなか乗れずにいるという状況です。

まとめとして、現在の治療状況ですが、自己の問題への内省の欠如、そのために長期化する入院処遇への不満、いつか離院しようと窺っている様子が見えることがあるということで、スタッフとの信頼関係も構築されない。そして措置解除ができないために社会復帰に向けた治療も進まない。そういった状況で入院後約10年が

経過している患者様です。

直面化ということについては、言語的な直面化はされているわけなのですが、この人だけでの問題ではなく、多くの統合失調症患者さんがそうなのではないかという気がしているのですが、それが本人の内面に深まっていかない。深めていくには、どうしたらよいかということがわからないことが問題です。どうしたら、自分のした行為の重大性に関する認識や罪悪感、贖罪意識などが、この方の気持ちの中に切実に落ちていくのだろうか、というところがわからないです。それについて話せば彼は話すし、反省して「もう二度としないと思う、薬もちゃんと飲むし」、ということは言うわけで、優等生的回答なのですが、先ほども言ったように、深い感情が伴ってこないということがあるわけです。指標行為についてもそうですし、本人の人格的な問題、行動上の問題、さらには疾患告知などについて、全ての面で同じことが問題になっているように感じております。

医療スタッフは、攻撃的になりやすい本人との間でデ・エスカレーションを心がけて関係づくりをしながら、日々の出来事の中で易刺激性、攻撃性に対する本人の自覚を促すための働きかけを忍耐強く続けています。特に担当看護師の方では、治療的な信頼関係を構築するために、可能な限り本人の希望、要求に答えており、現在では自分の考え、思いを担当看護師に率直に話してくれる場面が増えていると感じているということです。例えば、院内の売店に担当看護師同伴で外出している時や外来受診などの同伴の時に、自ら「病院から逃げたい」という気持ちを率直に言うことができたために、離院のリスクを察知して未然に防いだという場面もありました。今後、この信頼関係を基に心理的に介入して、本人とともに評価してステップアップしていきたいと考えているということです。

担当医の私自身も、本人の不満に耳を傾けつつ、また受け入れられる限りの要望には答えつつ、自己の問題認識を深めていけるように個人精神療法の機会を増やしてはいるのですが、その場では非常にうまくいったのかなと思っても、別の場面で、頑として自分の要求を通そうとする時には、それまで話し続けてきて決めたことについても、「そんなことは聞いていない」「そんなことはどうでもいい」というようなことを言い始めて、結局、そういったことが全く無になってしまう。そういう意味で、信頼関係の構築に苦慮する場面が多い状況です。

リハビリテーションですが、閉鎖の病棟で措置の患者さんも多いということで、なかなか外出がままならない部分もあるので、病棟内でSSTを毎週1回やっています。自己の病状悪化の注意サインについてとか、症状コントロールについてというSSTに、この方も時々参加しています。ただ、自発的な発言はなく、頻回に離席したり、隅の方で読書や書き物をしていることが多いということです。

最近ですけれども、本人からの希望がありまして、作業療法士によるパソコンの個人指導を始めています。作業療法士さんに病棟に出張していただいて、週1～2回やっているのですけれども、作業療法士の方の話によれば、途中で作業を投げ出すなど集中力に欠ける様子はなく、意欲的に楽しんで実施しているとのこと。さらには、病棟では主に措置入院患者を対象にした作業療法をやっていまして、病棟ではスペシャルOTと言っているのですが、レクリエーション系のプログラムについては参加しています。このように心理社会的介入プログラム中に、他の患者さんやスタッフとのトラブル、事故は発生していないのですけれども、棟内生活において、SSTで得たものを活用するとか、認知の修正といったことを感じさせる場面はほとんどない状況です。病識を確立して、薬物療法に対する理解を深めさせるという目的で、現在、病棟内で行われている看護師、薬剤師との共同の服薬教室には不定期ながら参加しており、また個別の薬剤管理指導も導入しています。薬物に対しての関心は高いのですけれども、そういった指導の中で得た知識が、服薬の必要性の認識を深めるという方向に行くのではなくて、逆にそれを元にして、こういう効き目の薬なら自分には必要ないとか、これは減らせるとか、自己調節の方向に利用するという傾向が強くなっていて、主治医としてはやりにくくなったなという感じを受けています。

この10月から、さらに病棟にて看護師によるアンガー・マネージメントのSSTを実施する予定になっています。この患者さんも参加を希望されていまして、経過と評価が注目されるところです。看護師サイドで、今後モチベーション・インタビューやリーディネス・トゥ・チェンジなど、動機付けを高める認知行動療法を実施して治療コンプライアンスを高め、認知面での広がり期待するという方法も視野に入れて介入していく必要があると考えているということです。ただし、こういったことを実施するに当たって、スーパーバイザーがいないという点が問題になっています。私からは以上です。

(2) 議論

司会 (佐藤) : ありがとうございます。後にフロアの皆さんからのご意見、ご質問をいただきたいと思いますが、この時点で石垣先生の方からご質問や確認事項は如何でしょうか。

石垣 : 質問というよりも、率直に大変だなと、またそれに対してコメントを加えなくてはならないという自分のつらさを実感しております。医師2先生並びにスタッフの方が苦勞されるのは当然だなと思います。もちろんこういう患者さんを私も診たことはありますけれども、とにかく嫌な気持ちを起こさせる患者で、後でまたお

話をしたいと思うのですが、統合失調症に対する認知行動療法は、私は厳密な意味では認知行動療法ではないと思っています。今日、その認知行動療法という話をするにも関わらず、こんなことを言うと申しわけないのですが、一つのしっかりした枠組みがある認知行動療法などは使えないと思った方がいいし、もう一つは、最近の認知行動療法の学会に行けば必ず出てくる話でして「マインドフルネス」というのをどう使うかというのが、もしその枠組みで考えたら、恐らくこういう患者さんには必要なのかなと思って聞いておりました。

恐らくこの人は悲惨な生育歴なのだと思うのですが、生活歴のところがよくわからないので、少し詳しくお話をしていただきたいし、情報が欲しいと思います。高校入学後すぐに中退して働き始めたのに定時制高校にまた入学されましたね。これはどういう理由なのか、お母さんに養育されてということですが、家族との関係（同胞も含めて）、知的な部分も知りたい。それと先生方の対応として私が聞きたいのは、最後のページの1行目（Y病院事例レポート）、それまで話し合っていて決めていたことを「そんなことは聞いていない」「どうでもいいだろう」と言い始めた時に、先生方はどうされているのかということと、一連のトラブルが最終的にはどうなっているのかということを知りたいと思います。その2点をお願いします。

医師2：これは私自身もいつも問題なのではと思う部分ではあるのですが、この方はとにかく興奮すると手が付けられないというか、もう説得も聞かないので、興奮し出すとおさめるという部分が主体になってきてしまいます。話にしても、結局本人が話したい時に話すことを聞く、こちらが聞きたいことを話してもらうのは非常に難しいのです。私がこのプレゼンテーションのこともあったので生育歴を聞きたいと思っていたのですが、ちょっと昔の話を聞かせてほしいのだけど、と話を持っていくと「そんなことを今聞いてどうするのですか」で終わってしまうのです。「そんなことは別に話したくないし、プライバシーの侵害だ、あなたにそういう話はしたくない」と言われてしまうので、また機嫌のいい時に伺って話の流れで聞くしかないと思うのですが、今までの病棟での本人への対応も、やはり本人主導というところがどうしてもありまして、さっき石垣先生がおっしゃいましたように、本人が興奮して要求を通そうとするときには、可能な限りで本人の要求を聞いて折れる、それで事なきを得るという対応をしてきたことが多い気がします。

例えば、これは本当にいいのだろうかと思ったのですが、本人はお経を唱えるのが好きで、狭い病棟で一人になれるスペースがないので、保護室に入ってお経をあげさせてくれとおっしゃるわけなのです。たまたまその時に具合の悪い方がいて、保護室が埋まっていた時に、それでも自分は保護室に入りたいたから保護室を空けろとおっしゃって、それはできないと言うと、保護室がたくさんある別の病棟

に自分を移せということをおっしゃるのです。それは病状が悪いわけでもないのに、そういうことはできないと言っているうちに本人が不穏になって、結果的には保護室を使った方が無難だということになりまして、保護室に2人入っていたうち、出しても危険性がより少ないであろうと考える人を敢えて出して、この方を保護室に入れるという対応をして収拾をつける。私はこういう保護室の使い方はまずいだらうと思ったのですけれども、看護師さんに聞いたところ、この方はこんなに易怒的であるにも関わらず、今まで強制的に保護室に入れたことはない。本人が希望する時に保護室を使っているのに、保護室とはそういうものだというふうにインプットされていて、看護師が本人の意思に反して保護室に入れるという使い方をこの人にはしたことがないということでした。それを聞いて、すごくびっくりしたのですけれども、そういう状況にならざるを得ないときは、先ほど言ったもっと設備面でハードな病棟に転棟させることは可能かもしれませんが、それが一つのいい例で、病棟スタッフが本人の言いなりとは言いませんが、かなり要求を聞いている。そのことで本人の興奮をエスカレートさせないことが一番大事というようなところがありまして、それしかやむを得ないという部分が確かにあると思いつつ、どうなのかなと自分は思っています。

そういう状況で、実は生活歴についてはあまり情報がありません。本人は親に対してそんなにネガティブなことをおっしゃったりはしないのですが、入院して以降、家族というのは同胞の方が一人しかみえませんし、その方が非常に疎通困難な方なので、言い訳がましいのですけれども、生活歴の聴取は難しいところです。

石垣：本人がアンガー・マネージメントに参加を希望されて実施ということですね。

司会（佐藤）：この事例の担当看護師さんがいらっしゃいましたら、是非ご参加下さい。

看護師2：アンガー・マネージメントに対して本人が参加をとということなのですから、まずアンガー・マネージメントを、何故うちの病棟でやるのかということから言いますけど、まずうちの病棟が病院の中で一番暴力件数が多い病棟で、そういう事故の件数を減らすためにも何かしないといけない。でも、患者数を減らしてくれとか、あまりにも多いので部屋を1つ精神療法の部屋にしてくれとか、いろいろなことを言ってもできないので、それでも何かしなくてはならないということがあって、最近、司法病棟でも言われているアンガーということがあったので、うちの病棟でもいろいろ考えてやっていかなければいけないということで、病棟なりに考えてやってみました。ノバクとかウィリアムスとかのプログラムのレベルまでは全然いかない、うちの病棟に合わせたものをプログラムしたのですけれども、それをやるからということで本人にもお話をしたら、私が受け持ちということもあ

と思うのですが、簡単な感じで、「参加します」ということでした。

私がこの患者さんを今年の4月から受け持っているのですけれども、受け持った時からずっと治療的な環境を整えて、それを中心に関係構築をまず第一番に考えて関わってきました。事例紹介で報告されたとおり、一応私個人は関係ができています。実際のところは誰もわからないと思うのですけれども、言葉は悪いのですが「裏切られた出来事があったとしても、俺は信じるからあなたも私を信じてくれ、そういうスタンスで行くから頼むよ、だから何でも言ってくれ」という感じで、ずっと関わってきました。ちょっと違う話になってしまってすみません。

司会（佐藤）：アンガー・マネジメント参加に関して担当看護師さんから話がありました。では吉川先生よりご意見をお願いします。

吉川（会場）：この方PCLRの得点高そうですね。操作性とかどうでしょうか。かなりサイコパシクな人ですか。

医師2：情性欠如というところまではいかないと思います。表面的な感じはあります。ただ、恋愛小説を読んで涙したりとか、美しい愛の話だと言ってすごく感動したとか、そういう部分もあるので…。

吉川（会場）：アンガー・マネジメントで気をつけなくてはいけないのは、サイコパスの人にアンガー・マネジメントは効果がないと言われているのです。効果がないとはどういうことかという、アンガー・マネジメントの治療方略を逆に利用して、相手の暴力を喚起するような働きをする。そういうことで禁忌とされているのですけれども、その辺の配慮を今後されていった方がいいのかもしれない。むしろこの方は、枠組をきちんと決め、オペラント条件付けとか、トークン・エコノミーなど、良いことには良い報酬を与え、悪いことにはペナルティを負荷するなど、基本的なルールを守らせることが重要ではないかと思います。そのような意味で保護室の使い方にも問題があるような気がしまして、基本的なルールを守るような治療方略を使った方がいいのかなと感じました。また、薬物療法に関しても、経口での服用には地域でフォローしていく上では限界があるようなので、デポ剤などで、ある程度条件付けをして、コントロールしていく形にしていく方がよいかと思います。認知的な介入だけでは限界があるように思えます。

医師2：この方は、信頼関係をつくっていきながら、そういう条件付けをすることがすごく難しい人なのです。結局、自分にとって嫌な行動をしたり制限を加えたりすることになれば、すぐ攻撃的になって、そのことで信頼関係が崩れるということがあるので。実は看護師と私は、この人はもう措置解除する方向でやろうじゃないかと思っていて、無謀かもしれないけれども、それによっていろいろな介入、例えば外出がもうちょっとできるとか、いろいろな制限を緩めていくことで信頼関係を

つくる、そして展望が開けているのだということを感じさせられるようにして、プラスのインプットをすることで何か展開を求めていくしかないのではないかと思います。アンガー・マネジメントのSSTに参加したりとか、そういうことをやってくれば、あるいは暴力がこの1年なければ、とか、少し条件を付けていて、措置解除を来年度から検討する。そんなふうにも今、ニンジンをぶら下げているのです。だから、セルフコントロールを何とかしてくれないかということで、攻撃的になるようなことがあればあなた自身が一番不利をこうむる、10年間措置入院でいって、これからもそういうことがあれば、措置解除を私たちはしたくてもできないですから、ということで、措置解除を前向きに考えるから、そういうことをコントロールしてくれというふうに、鞭ではなくてむしろ飴を与えることで信頼関係をつくっていく。例えば、今もし彼が離院しないでやっていこうと思っているとすれば、看護師との「男と男の約束」、みたいな変な部分で信頼関係ができていないのではないのかとか。一方で私は、いけないことをしたら制限されるということやっていかなければいけないのではないのかと思いつつも、一体どうなのだろうと考えてしまうのは、この人の場合、それをやったら信頼関係をつくれぬというところなのです。その辺をどうしたらいいのかと思うのですけれども・・・もちろんやりたい放題をさせているわけではないのですが。

看護師2：関係づくりをしないと評価できないというか、何事も向こうに乗ってこないのです。いろいろな対応を試してみても、その時だけであって、実際のところはどうか分からない、それで信頼関係をとれといっても、分からない部分もあると思うのですけれども、ないよりはあった方がいいと思うのです。

吉川（会場）：信頼関係というのはそれとは別のことで、条件付けをしたからといって、信頼関係を築けないという訳ではないと思うのですね。

医師2：この人の場合には、敵意となってしまうと、それがなかなか難しいのです。

司会（佐藤）：石垣先生から何かございますか。

石垣：吉川先生のおっしゃったことはよく分かるというか、限界設定はしなければいけないだろうと僕は思いますし、保護室の使用に関しても、SSTの参加に関しても薬物の教室についても、出たり出なかつたりということですし、SST中に書き物をしているということは僕には想像がつかないのだけれども、とにかくそのような緩い形でやらざるを得ない環境なのだろうし、これは別に先生方が悪いという話ではないと思うのですが、取り敢えず明確に基準を決めた方がいいと思います。

ただ、今お話になったような信頼関係がない、またそれがすぐにつくれぬ、ということもよくわかるけれども、やはりどこで退院するかということは『男と男で何処までぶつかって対決できるか』次第だと思いますし、男だったらどうだという

ことがこの人は案外多いですね。それで「アクセプタンス」ができるのかな。かなり覚悟が要ると思うのですけれども。それは条件付けどうこうという話ではなくて、人間と人間とで、どこまで対決できるかというところでやるしかないのかなという気がしてしまいますね。ただ、この人は非常に表面的にはうまく使い分けができる人で、相談会等でもそうだったですし、入院中は他の人達とうまくやっていくこと、それからプライバシーの問題だから喋りたくないというような言い方をされているということで、うまくその辺を使い分けられる人なのでしょうけれども、だからうまくやれているところをどの位今まで評価されてきたのかなというところをちょっと感じるのです。やはり問題行動や問題発言が多い人なのですから、ネガティブなところにどうしても目が行きますから、ネガティブなところをポジティブに捉える目が必要になってきて、その評価を十分しているのかどうか、それはちょっとわかりません。

それからもう一つ、先程ちょっと言いましたけれども、「マインドフルネス」とか「アクセプタンス」は新しい概念で、西洋人は東洋の辞典から引っ張ってきたというのですけれども、我々が見ると全然そうじゃない感じがするのですが、もちろん一部入っています。しかし、彼らが言いたいのは何かというと「文脈から離れなさい」ということなのです。トリガーを見つけて、それに対する認知を明確にして、もう少し認知的なバリエーションを増やしていくのは同じですが、100%これしかないということではなくて、中間、灰色がいっぱいあっていいし、もしくは行ったり来たりしてもいいよ、というようなところを言っていくわけです。1つの同じ文脈の中で、例えばこの人の場合は怒りとか攻撃性でずっとやっている、結局堂々周りになってしまっ、悪循環が直らないという例がたくさんあるということなのです。ですから、文脈から一回離れて、もう暴力や攻撃的な発言というのはいいから、別のところからもう少し見てみよう。あるいは別のところに着手する。欧米の臨床家は瞑想とかマントラとかが好きなのですから、ヨガもやりますしダンスをして身体感覚に注意を向けるとか、そういうことをやっていく。すなわち患者さんたちは過去と未来、あり得そうもない未来とか、過去の非常に辛い体験などに囚われてしまって、現在の身体感覚や意識に集中できなくなっている、とにかく体を動かしたり、あるいは時計の音に注目させるとか、意識を「今の現象」に集中させる練習をするというようなことを言っているのです。

こうした方法はボーダーラインの人達にどのようにC B Tを進めていくかということから発生してきた部分も案外大きいのですけれども、最近は幻聴とか妄想に関しても、一種のカウンター・コンディショニングというのですが、別の点に注目することでリラクゼーションを行う。幻聴は聞かないように別のところでコンディショ

ニングする、そういう方法をつくっていく。そういう方法が、もしかするとこの人には使えるのかなという気がします。もちろん私はこれをやったことがないので、一応そういう情報をお示ししたということです。

司会（佐藤）：はい。斉藤先生は如何でしょうか。

司会（斉藤）：1つだけ教えていただきたいのですが、医師2先生は男と男の関係みたいな変なものとおっしゃったのですが、やはりそこですごく人間としての自分を感じ取ったのではないかなと感じたのですね。それと、アングラー・マネジメントを仕掛けていったらば、それなりに自分で易怒性と思っている部分があって、それを直線的に指摘されると駄目なようで、そういう意味ですぐに本人は効果を期待してしまうから相互のペースがつかめなくなるのだらうと思います。もう一つは、OTとパソコンをやり始めた時の状態に注目してみます。やはり自分の支配できる機械、パソコンは間違いなく答えてくれますから組しやすく、より安定した相互関係を味わうきっかけになるのかなと勝手に想像したのですけれども、如何でしょうか。

石垣：まさに直線的に言われると抵抗がある。そしてそれが信頼関係、男として信頼できたということは十分あり得る。先程言い忘れましたが、オールド・スタイルの認知行動療法で、こういう場合はスキーマ・レベルまで落としていかないとちょっと難しいだらうと思います。ただ、スキーマに触れるのは非常に怖い部分があります。スキーマというのは、その人の人生観、あるいは人間観ですから、この人の場合、形成されていない、あるいは非常に不安定です。妄想を生み出すスキーマがあると言われてはいますが、僕はそういうものがあるというよりは、スキーマそのものが非常に不安定で、それを何とか解消するために具体的な方略を考え出さざるを得ないのかなという気がしています。

この人がそうだとすると、男とは、と表面的に言っているけれども、本当はわかっていなくて、実際ここで入院中に、もしがっちりとした人間関係が進展すれば、やっとそこで何らかの人間観というものが形成されてくるのではないかという気がするのです。そうなった時に初めて表面的な認知的歪みというのが見えてくるのかもかもしれません。それは推測に過ぎませんが、やはり人間関係の部分が非常に大切だらうと思っています。

司会（佐藤）：ありがとうございます。この事例に関して、先程の「男と男の関係」では、医師2先生は「変な」という言葉を使いましたが、これは群馬県では以前、『仁侠療法』といって「これで、落ちたな」というような患者との関わりで、少し流行した治療法でした。そんなことも思い出しました。事例2を終了したいと思います。

Y病院事例レポート

事例 40歳男性 統合失調症

【生活歴】〇〇県にて生育。3人同胞の第2子。幼少時に両親が離婚し、母親に養育される。高校入学後すぐに中退してアルバイトとして働きながら、19歳時、定時制高校に入学。通学しながら、職を転々とした。

【現病歴・指標他害行為】22歳の頃に「周りの人が自分のことを笑っている」などの被害妄想、幻聴が出現し、B病院に入院し統合失調症と診断された。その後、家族や職場の人に対する暴力が原因で複数の病院に入院を5回繰り返した（措置入院が多かったようである）。本人によれば、いずれも1~2ヶ月の短期の入院だったという。30歳の時、母が入院したことを機に通院が不規則となり、服薬しなくなった。X年4月、アルバイト先の社長に対して暴言を吐くなどして110番通報された。24条通報にてY病院救急外来を受診し、医療保護入院となって翌日C病院に転院した。X年8月に自宅により近いD病院に転院したが、同年11月12日無断離院し、知人宅に身を寄せた。何度か本人よりD病院に電話があり、日に日に幻覚妄想状態が増悪していったという。11月15日、ある男性の声で「包丁で刺す」「刺さないで刺されるぞ」と聴こえてきたため、包丁を持ってその男性を待ち伏せしていたところ、通りすがりの女性に見られたため、警察に通報されるのを恐れ、やるしかないと思ってその女性を刺すという傷害事件を起こした。逮捕されたが不起訴、25条通報となり、X年12月6日、Y病院に措置入院となった。

【入院後の経過】入院後、「ここに入院させられるのは納得がいかない、自分の病気はもう治っているのだから刑務所の方がいい」「毎度毎度措置入院になってしまうのは何故か？男だから口で言ってわからなければかっとして手が出ることもある。ちょっとしたことでも、警察に捕まるとすぐ措置入院になる。このままでは一生病院暮らしになってしまうのではないかという焦りがあって、今回勝手に退院しようと思った」などと処遇に関する不満ばかり述べ、事件については「相手の方には申し訳ないことをした」とは言うものの深刻味がなく、反省している様子はない。「こんちくしょう」「ばかやろう」といった断片的な幻聴が残存しているが、入院後は幻聴に左右されて行動することはなかった。入院当初より措置解除や退院の要求が多く、精神医療審査会に10回以上退院請求を繰り返している。X+1年1月、長期慢性病棟に転棟し、以後X+9年9月現在まで同じ病棟に入院中である。

通常は穏やかに病棟生活を送っているが、X+1年9月、看護師との同伴外出中に急に走り出して逃げようとして離院未遂、X+4年3月、やはり看護師との同伴外出中に入った店内から看護師の目を盗んで逃げ出し、弟宅へ行き、連絡を受けた警察官に伴われて帰院、というエピソードがあった。離院の可能性が高く、そして離院すれば症状再燃して同様の他害行為を犯すリスクが高いため、措置解除ができない状況が続いている。

家族の中で連絡が取れるのは1人の同胞のみで、母と他の同胞は消息不明である。関わ

りのある同胞も分裂病質と思われる人物であり、本人に金の無心をすることが目的で面会に来ているようなところがあり、本人の退院は頑なに拒否している。なお、事件については被害者がD病院に対して損害賠償訴訟を起こしている。

【病識・内省について】

穏やかな時には疎通良好で、他患との交流も見られるものの、ささいなことでかっとなりやすく、他患とトラブルを起こすことが多い。退院ができない状況について、落ち着いている時には医師の説明を受け入れることができるが、基本的に病識に乏しく事件に対する内省もないため、医療者側に対して不満が強く、「何年もこんなところ入院させて、措置解除もしないで、ひどいじゃないですか」「薬を飲ませるだけなら、通院でいいじゃないか」と食って掛かったり、日常的なことで自己の要求が通らない時などにも、医療者を威嚇したりすることがある。「いつか逃げてやる」と離院をほのめかすこともある。統合失調症による人格水準の低下だけではなく、もともと性格的に短気で耐性に乏しい面があると思われる。易刺激的で興奮しやすい点について、医師や看護師が指摘すると、「それは環境の問題でしょう、こんなところに何年もいたら、誰だっていらいらするに決まっている」「精神病の奴らは口で言ってもわからない時があるんだから、(手が出ても)しかたないでしょう」と他責的となりやすく、なかなか自己の問題としてとらえることができない。

服薬については、拒薬はないものの「薬をのむと性欲がなくなる。自分はまだ結婚したいから、これでは困る」「生命力がなくなる気がするから、できるだけ薬はのみたくない」と述べ、コンプライアンスが確立しているとは言えない。現実検討力の低下もあり、非現実的な退院願望が先行しやすく、プライドが高いために院内の作業療法には「あんなことやってもしょうがない」と言って参加しようせず、リハビリテーション・プログラムにもなかなか乗れずにいる。

【現在の治療状況】

自己の問題への内省欠如 → 長期化する入院処遇への不満 → いつか離院しようと窺っている → スタッフとの信頼関係が構築されない → 措置解除もできず治療が進まない、という状況で入院後約10年が経過している患者である。

医療スタッフは、攻撃的になりやすい本人との間で de-escalation を心がけて関係作りをしながら、日々の出来事の中で易刺激性・攻撃性に対する本人の自覚を促すための働きかけを忍耐強く続けている。特に担当看護師は、治療的な信頼関係を構築するため、可能な限り本人の希望・要求に答えており、現在では、自分の考え・思いを率直に話してくれる場面が増えていると感じている。例えば、院内の売店に担当看護師同伴で外出する時や外来受診時など、自ら「病院から逃げたい」という気持ちを表現することができたために、離院を未然に防いだ場面もある。今後、この信頼関係を基に心理的に介入して、本人とともに評価しステップアップしていきたいと考えている。担当医も、本人の不満に耳を傾けつつ、また受け入れられる要望には答えつつ、自己の問題認識を深めていけるよう個人精神療法の機会を増やしているが、頑として自分の要求を通そうとする時には、それまで話

し合って決めたことも「そんなことは聞いていない」「どうでもいいだろう」などと言い始め、依然信頼関係の構築には苦慮する場面が多い。

リハビリテーションの面では、時折看護師の声かけにて「(自己の病状悪化の) 注意サイン」や「症状コントロール」に関する SST へ参加しているが、自発的な発言はなく、隅の方で読書や書き物をしていることが多い。また本人の希望があり、最近 OT によるパソコンの個人指導を始めている。作業療法士の話によれば、途中で作業を投げ出すなど集中力に欠ける様子はなく、意欲的に楽しんで実施しているとのことである。さらに病棟では、主に措置入院患者を対象にした作業療法(病棟ではスペシャル OT と呼んでいる)を実施しているが、レクレーション系のプログラムにのみ参加している。このように、心理社会的介入プログラム中、他患者やスタッフとのトラブル・事故は発生していないが、棟内生活において、それらで得たものを活用する、さらに認知の修正などを見ることはほとんどない状況である。病識を確立し薬物療法に対する理解を深めさせるため、現在病棟内で行われている看護師・薬剤師と共同の服薬教室には不定期ながら参加しており、個別の薬剤管理指導も導入している。薬物について関心は高いものの、服薬の必要性の認識を深めるとののではなく、むしろ、得た知識を基にして「こういう効き目の薬なら自分には必要ない」と自己調節したがる傾向が強くなっている。

この 10 月より、病棟にて、看護師による Anger Management を実施する予定であるが、本患者も参加を希望されており、経過と評価が注目されるところである。さらに今後、Motivational interviewing や Readiness to change など、動機付けを高める CBT を実施し治療コンプライアンスを高め、認知面での広がり期待するという方法も視野に入れ介入していく必要があると考える。しかし、スーパーバイザーがいない点が問題である。

IV. 講演その1

講演：石垣琢磨

司会：黒田治

司会（黒田）：司会を務めさせていただきます都立松沢病院の黒田と申します。よろしくお願ひいたします。このセッションでは、先程のY病院医師2先生のケースでコメンテーターとしていろいろとご指導いただきました石垣琢磨先生のご講演となります。

石垣先生の御略歴を簡単にご説明させていただきます。石垣琢磨先生は、現在、横浜国立大学教育人間科学部の助教授でいらっしゃいます。ご出身は愛知県名古屋市です。1987年に東京大学の心理学専攻を卒業されまして、1993年には浜松医科大学医学部を卒業されました。1999年に東京大学の大学院総合文化研究科博士課程を修了されたということで、心理と医学、2つのバックグラウンドを持っておられます。ご専門が統合失調症の認知障害や認知行動療法です。著書がたくさんあるわけですが、全てをご紹介できませんが、主なものとしては、「幻聴と妄想と認知臨床心理学」（東京大学出版）「実証にもとづく臨床心理学」（東京大学出版）その他にもたくさんありますが、ご紹介は割愛させていただきます。それでは、石垣先生よろしくお願ひいたします。

（1）講演

「病識と認知行動療法」（スライド資料参照）

石垣：ご紹介ありがとうございます。それでは早速、今日の大きなテーマは直面化なのですが、私は直面化ということよりも病識に焦点を当ててお話をしたいと思っております。

まず、簡単に統合失調症の包括的治療の観点から見た認知行動療法の主な標的ですが（2）。池淵先生が挙げられているものをざっとおさらいしたいと思います。認知行動療法は何が標的になるかというと、まずは温かで安定した人間関係を持つスキルを身につけるということで、こういう観点から言えば、先程の事例においても同じかなとは思いますが、広い意味においては認知行動療法と言ってもいいでしょう。2番目に当面のストレス状況に対処するためのスキルということで、その状況に対処する。3番目に、これがよく行われていますけれども服薬自己管理などを含む疾患そのものに対するセルフ・マネジメントです。次に、症状に対する対処方法ということで、ここに認知的な部分はかなり介入してくるところでもあります。次に、ご家族ですが、入院環境であれば、当然その病棟の患者さんやスタッフとの相互作用にも介入してくることになります。最後に、この認知機能というのはかなり狭義

の認知機能です。例えば注意であるとか記憶であるとか、遂行機能などの問題、そこにも焦点を当てることがあるだろうということです。

次に、キングドンとターキングトンの統合失調症の認知行動療法という本が出版されていますが、その中で挙げられている回復過程についての例をここに挙げておきました(3)。まず、サックスらの妄想状態⇒二重見当識状態⇒非妄想状態。というリニアモデルですけれども、また後でお話したいと思うのですが、私はここがすごく大切だと思うのです。これはどんな治療法においても恐らく同じだと思うのです。先程の、林先生のお話の中にもありましたが、やはり100%正しいとは認められない、部分的には認められるけれども、ちょっとしたきっかけがあると病的な思考に戻ってしまうという状態がある。これを後でお話しする臨床実践の中で、非常に大切にしたい、そしてそれを否定しない、元に戻ってしまうことを全く否定しないという方法でアプローチをしていく。非妄想状態とは一体何なのかというのは、患者さんと話していると何だかよくわからなくなってしまう。100%妄想でない状態になるのかということですね。また、ノーマライゼーションというのも使えるかもしれませんが。ノーマライゼーションというのは精神科にかかっていない人、あるいは治療を受けていない人でも現状回避があるということや、あるいは妄想的な観念と言われてきたものも一般的に存在するんだということを患者さんに伝えることです。

そういう意味でリニアモデルというのは、私にはちょっと賛成しかねるところがあって、それはラクフェルドとストラウスの相別分類したモデルに対しても全く同じです。第三相になると生活再建の時期になって、生活のテーマに以前よりも柔軟に取り組み、内省や対人関係が可能になると書いてありますが、こんな確固とした相があるかというと思えない。大体患者さんたちはこういうところを行ったり来たりしているというのが実際のところだと思いますし、また外来通院されている方であっても、やはり同じだと私は考えています。ですから、こういうパターン化された過程というのは賛成しかねるということで挙げさせていただきました。先程もシーリング・オーバーというお話が出ましたが、妄想の生じるような環境から切り離してしまうという方法もあるかと思えます。やはり私は、これはこれで意味があると思っています。ただ、認知行動療法的手法ということから考えると、インテグレーションのほうに考え方が近いであろうし、またそれが目標だと思います。内省によって自分の生活の一部として異常体験を取り入れられるようにする、これは確かに大切なことだと思うし、それを目指したいわけです(4)。

病識ということに関しても、さまざまな考え方があると思いますが、一応ここではデビッドの3つの指標ということでお話をしたいと思えます(5)。これは皆さ