

精神科デイホスピタルにおける役割啓発的接近法の効果

— 集団療法と個人精神療法の併用 —

池 淵 恵 美

「精神科デイホスピタルにおける 役割啓発的接近法の効果」

— 集団療法と個人精神療法の併用

池淵 恵美

(1) はじめに

精神分裂病の治療は抗精神病薬の導入によって大きく発展し、外来で維持が可能な例が広がっている。これは分裂病のリハビリテーションの可能性が広がったと言うことであるが、一方で再発防止や社会的な機能水準の改善の面で、薬物療法の限界も明らかになってきている。これまでの経験からは、薬物療法を含む包括的な治療が重要であることが指摘されるが、デイケアやデイホスピタルではそれまでの外来や入院での治療に比べ、リハビリテーションの面でいくつかの利点を持っている。つまり家庭や地域での生活の中で、入院に劣らない密度の濃い治療が受けられ、また分裂病患者にとって困難な課題である対人関係改善のための、より社会に近い集団を提供することが可能な点などである。今後の分裂病の治療やリハビリテーションを考える上で、デイケアやデイホスピタルはますます重要性を増すものと思われる。

東大病院精神神経科デイホスピタル(DH)においては、1973年の開設以来現在までに327名の精神分裂病圏の患者を受入れてきた。DHの治療では集団を治療共同体の理念に基づいて運営して社会生活の練習の場となるよう工夫している¹⁰⁾。そして、そこでの集団参加の仕方や対人関係の持ち方を個人精神療法でとりあつかい、対人関係の改善や修正を試みることになる。従って集団場面と個人精神療法とが補完的な役割を持っている。そうした集団場面と個人精神療法の双方を重視するなかで、集団場面においても個人面接においても特徴的な病理を示す患者群の存在に気づかれた。DHでは個人精神療法は主に生活臨床⁵⁾、¹⁷⁾に基づいた働きかけをしているが、この患者群においては生活臨床にそった働きかけが効を奏さなかった。宮内はこの一群の患者を自己啓発型と呼び、対人関係や臨床症状、治療関係の特徴について整理し¹¹⁾、また集団場面と個人精神療法双方にわたる治療技法を役割啓発的接近法としてまとめている¹²⁾。つまり自己啓発型患者群では治療の働きかけへの反応や社会的学習のスタイルに特徴があることが判明し、この患者群を社会参加が可能な状態へともちこんで行くための治療技法の体系として工夫されたのが役割啓発的接近法である。

自己啓発型患者群は薬物療法で精神症状の改善を試みるのみでは社会生活が改善しにくく、なかなか安定した治療関係が結ばず、デイケアなどの社会復帰のための諸治療についても参加の継続が困難な例がほとんどである。外来治療や入院を経てある程度の改善をみたうえで、社会復帰を目指してDHに紹介されてくる患者のなかに、この患者群はかなりの割合で含まれていた。一見障害が軽そうに見えながら従来の治療で対応の困難な患者群であり、役割啓発的接近法の臨床的な意義は大きいと考えられる。そこでこれまでの治療成績を整理・検証し、その意義を考察したいと考える。

(2) 自己啓発型とDHでの治療

①DHでの治療の特徴

東大病院デイホスピタルでの治療は、いくつかの特徴をもっている。

DHでは、実行委員会方式と呼ばれる運営方式をとっており、治療の場がメンバーによって主体的に運営されている。したがって集団が苦手な患者でも様々な集団内の役割がとれるよう工夫されており、患者の自信と主体性の回復と、さまざまな生活技能の獲得・回復を促すことができる。また実際の社会生活に近い集団に参加する中で、社会生活上の破綻のパターンをつかんで、個別の治療的働きかけや、デイホスピタル卒業後の社会生活の指針を得る手がかりとすることができる¹⁾。また不適応や再発にいたる行動の改善を試みる場を、患者・治療者双方に提供することになる。

さらにDHでは、薬物療法を始めとして、家族への援助、就労援助、職場との連携、卒業後のメンバーの継続治療など包括的な治療のプログラムを組んでいる。なかでも集団療法と個人精神療法の併用を重視していることが特徴である。分裂病患者が苦手な集団の中でのびのびと過せるようになって、新たな適応的な行動パターンを学習することはなかなか困難である。そこで個人面接での働きかけが重要になってくるわけであるが、そこでは主に生活臨床が活用されている。

Lieberman, R. P. は包括的なリハビリテーションモデルを提唱している⁷⁾が、リハビリテーションの主要な軸は、①障害の型や段階に応じた対応を可能とするための診断、②薬物療法、生活技能訓練、家族療法、職業リハビリテーション、支持的な精神療法など、機能障害や生活障害を減少させるための技術、③住居問題、保護的雇用など社会的不利を最小限にするための対策であると述べている。西園が述べる良い分裂病治療のための4つの条件¹⁴⁾も、同じ観点にたっていると考えられる。DHはこうしたモデルにそった治療プログラムであると考えられる。

包括的なリハビリテーションの理論的な裏付けとなるのは、ストレス—脆弱性モデル¹⁵⁾である。このモデルによって、胎生期から始まる様々な環境因子と生物学的脆弱性との相互作用、両者を媒介する生理学的・生化学的過程についての理解が容易となった。そして薬物療法と共に、環境からのストレスに対処する対人技能の獲得や改善の重要性についても改めて認識されている。また社会・心理的な働きかけがどのような生理学的な過程を媒介して機能障害の改善に働くかについての研究も、このモデルに沿って行われ、リハビリテーションの作用機序についても徐々に解明されることが期待されている。

DHでの治療は以上の様な特徴を持っているが、集団内での対人関係の学習を援助するための治療技法として発展してきたのが、先に触れた役割啓発的接近法であると言ってよい。

②自己啓発型の判定

自己啓発型の定義については詳しくは他の文献¹¹⁾を参照されたいが、自己啓発型かど

うかは、治療的接近への患者の反応によって判定するものである。つまり生活臨床による具体的・断定的な働きかけがむしろ禁忌である分裂病圏の患者群を、自己啓発型と呼んでいる(図表1)。精神症状としては、現実逃避的・誇大的空想や身体的愁訴が多く、短期間におこる気分変動などに特徴があり、対人関係では表面的でよそよそしいか、または他罰的・両価的であり、周囲と安定した対人関係を結ぶことが困難である。また治療経過の中で陽性症状によるのではない自殺企図、家庭内暴力、性的逸脱などのいわゆる問題行動が出現することが多い。

自己啓発型と判定された者は役割啓発的接近法により治療を進めることになる。自己啓発型の社会生活における基本障害は、自分の判断への自信のなさ、自分で経験していく事によって初めて社会的判断基準が体得されて行く所にあると考えられるために、治療目標は社会生活においても妥当な集団参加ができる所まで本人の成長を図る事にある。集団場面での行動に合せて個人面接を組立てていくこと、集団場面と個人面接とで職員の結果が異なること、個人精神療法では指示的な働きかけは避け、集団への治療的な参加を促しながら本人の社会的な学習を援助していくことなどが役割啓発的接近法の特徴である。

自己啓発型患者群は診断上はいわゆる寡症状型ないしは単純型精神分裂病と、境界例の患者が大部分を占めている。宮内が自己啓発型を定義した際には、E. Bleulerにしたがって精神分裂病概念を広くとり、K. Schneiderが述べた一級症状を欠く単純型や潜伏分裂病もその対象に含めている。したがって DSM-III の分類にしたがえば境界性人格障害や分裂病型人格障害と診断される群もここに含まれてくることになる。分裂病の一連のスペクトラムのなかに何を含めるべきかは、DSM-III で人格障害の操作的な定義を決める際の議論や北欧圏の遺伝的な研究など様々であり、議論の余地がまだあると思われる。しかしここで問題にしたいのは診断論議ではない。自己啓発型の概念はもとより分裂病の亜型分類でも疾患単位でもなく、デイホスピタルでの臨床経験の中から従来の分裂病の治療技法では治療が困難な一群が気付かれたことによる。そこでここでは診断論議には触れず、対象の項で述べる特徴をもつ患者群すなわち自己啓発型について論を進めて行きたいと考える。

外来治療や入院を経てある程度の改善をみたうえで、社会復帰を目指してDHに紹介されてくる患者のなかに、この患者群はかなりの割合で含まれていた。一見障害が軽そうに見えるながら従来の治療で対応の困難な患者群であり、役割啓発的接近法の臨床的な意義は大きいと考えられる。

図表1 定義

生活臨床の働きかけ→有効→**他者依存型精神分裂病群**

→禁忌→**自己啓発型精神分裂病群**

(役割啓発的接近法が有用)

基本的な特徴:

自分の判断に自信がないが、自分で
経験していくことによって始めて
社会的判断基準を会得していく

臨床的な特徴:

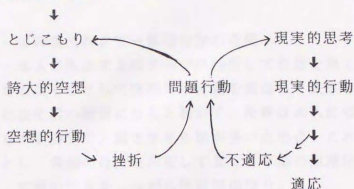
誇大的な空想や心気的な身体愁訴
気分の変遷性、両価的な対人態度、
社会的逸脱行動

③役割啓発的接近法

自己啓発型の病態は図表2に示すとおりであり、生活史上の挫折体験から不適応にいたると、しばしば世界一のプロボクサーになるといった空想に基づく行動を起こしては失敗することを繰り返し、その際には自殺企図を含むさまざまな社会的逸脱行動が頻発してくる。症例によっては一時的に幻覚妄想状態にいたることもある。一方地道に社会生活を送ろうと試みることもあるが、その際には身体症状が出現し、重圧に耐えられずに衝動的に問題行動を起こしたりし、再び不適応にいたる空想的な行動に走ることも多い。こうした病態に介入して、現実的な行動を支持していくための技法が役割啓発的接近法^{1,2)}である。

図表2 病態模式図

生活史上の挫折



役割啓発的接近法は、図表2の病態のどの段階にあるかにより用いる技法は異なってくるが、図表3に一般的な原則と、段階の違いによる技法についてまとめた。この研究においては集団場面と個人精神療法との相補的な治療の進め方に焦点を当てているために、特に現実的な集団参加の時期について、具体的な技法を図表4にまとめた。

図表3 役割啓発的接近法

一般的原則：個人面接で集団場面の対人関係を扱う

不即不離で患者にふりまわされない

判断や決定は本人に委ねる

本人に対する評価やサポートは簡潔に

患者の段階に応じた技法：

閉じこもりの時期

空想的行動の時期

現実的な集団参加の時期

逸脱行動の直後

図表4 現実的な集団参加の時期の治療技法
(ダイケアにおける治療)

①DH受入れまで一集団参加の準備

・本人の生活上のテーマが挫折して自信を無くしてとじこもっているか、その遅れを取戻そうとして空想的な行動を繰返して失敗した直後が開始のタイミングである。社会生活の練習になると勧めて、決断は本人に委ねる。集団参加当初からうまくやる事を期待して、動きすぎる例が多いために、これまでの失敗をふりかえったり一般論として参加の仕方を示唆しておくで早期の脱落防止に役立つ。

・病歴の聴取をしながら治療関係作り。

自己啓発型の診断や問題行動のパターン、社会生活上のゴールの把握。



②参加初期一集団に成員として定着するまで

集団場面

- ・ 気負って緊張し身体症状を理由に休む
→ 場面に参加しやすいよう援助
- ・ 初めから一人前にふるまおうとしてやりすぎる
→ 「見学」を強調するなどして

個人面接

- ・ 様々な症状の訴え
→ 不安や辛い気持ちに共感

行動に一定の枠をはめる

* 緊張して孤立するか、初めから優位な立場で振舞おうとする傾向



③集団の成員としてのびのびふるまう時期

集団場面

- ・ 実行委員などのまとめ役に取組み、
うまくいくと周囲への気配りなど、
意見を述べるようになる。
長所がみられるようになる
→ 役割がうまく遂行できるように援助
→ 軽く同意

個人面接

- ・ 対人関係のもちかたなどに妥当な
自分の行動パターンへの洞察でる

- ・自己中心的などの不適応行動パターン
→率直な指摘

- ・治療者や集団に攻撃的であったり、
問題に直面しようとし
ない
→辛い事には共感するが、言動は
受入れない事で再考を促す

* 集団場面では受持以外の治療者が具体的な助言や援助をし、時には直接的な指摘も行う。反対に患者が操作的であったり、一方的に周囲を攻撃し、時には集団参加が一時的にできなくなる事もあるが、治療者は直接には批判せず、言動を受入れない事で再考を促していく。この二つの状態を繰返しながら対人関係を学習していく。



④卒業の準備

集団場面

- ・卒業を意識するが、不安も高く、
集団内での役割に固執するなどの動揺
→役割をサポートしない

個人面接

- ・卒業への希望と不安
→卒業後の具体的な情報提供
→目標設定はなるべく本人に委ねる

妥当でない目標の時には、実際の
体験の中で修正を図る

*先輩の体験談、集団アルバイト、職安訪問などの実体験を提供

(3) 対象と方法

これまで、自己啓発型患者群について役割啓発的接近法によるDHでの治療を述べてきた。次にこの治療法の効果について、対象群を選択して調査、分析を行ったので報告する。

①対象

これまでにDHに通院したことのある者で、以下の基準を満たす42名を対象とした。

- ・少なくとも1ヵ月以上DHに在籍
- ・主治医と担当看護婦によって、治療場面での反応のしかたに基づいて自己啓発型と判定された。
- ・DHでの治療終了後少なくとも1年間の経過追跡が可能であった者。

対象の一覧を図表5に掲げた。対象の内訳は男性25例、女性17例で、DHでの治療開始時

図表5

No (DHNo)	性別	DH開始時年齢	(1歳)	江 熊 の 社 会 適 応 尺 度		
				DH終了時	1年 半 後	5年 後
1 (52)	M	20		B	B	C
2 (59)	M	25		D	B	B
3 (63)	F	25		E	E	D
4 (80)	F	27		D	D	D
5 (82)	M	23		C	C	B
6 (87)	M	31		C	B	D
7 (96)	M	25		D	C	C
8 (102)	M	17		E	E	E
9 (104)	M	27		B	B	C
10 (110)	M	24		C	B	D
11 (113)	M	22		D	D	?
12 (118)	F	22		B	B	?
13 (121)	M	21		E	E	E
14 (126)	M	18		C	D	D
15 (129)	F	27		D	B	?
16 (133)	F	32		B	A	D
17 (138)	M	18		D	E	D
18 (145)	M	22		B	C	D
19 (156)	M	19		B	B	B
20 (160)	F	22		C	D	C
21 (168)	M	21		E	E	D
22 (171)	F	16		C	B	A
23 (178)	M	23		C	C	C
24 (182)	F	24		C	D	suicide
25 (184)	F	23		C	C	C
26 (186)	M	18		C	B	B
27 (188)	F	25		C	C	B
28 (193)	F	17		B	B	A
29 (200)	M	27		C	E	D
30 (204)	M	20		C	D	C
31 (212)	F	27		C	D	**
32 (217)	M	16		B	B	A
33 (219)	F	27		B	B	
34 (223)	M	25		D	B	D
35 (230)	M	20		E	E	
36 (233)	F	26		B	B	
37 (234)	M	20		A	**	
38 (240)	F	25		D	D	
39 (256)	F	32		D	C	
40 (273)	M	22		C		
41 (283)	F	33		D		
42 (288)	M	19		C		

*: S

図表5

対 象 患 者 一 覧 表 (D

No (DHNo)	性別	DH開始時年齢	(DSM-III) 診 断 *	DH治療 開始前学歴	DH治療 開始前職歴	病前社会適応	病後社会適応	通算の入院 (月 日)
1 (52)	M	20	SPD	大学休学中	なし	やや悪い	やや悪い	0
2 (59)	M	25	BPD	大 卒	あり	良 い	やや悪い	0
3 (63)	F	25	SPD	高 卒	あり	やや悪い	やや悪い	1 (?)
4 (80)	F	27	SPD	短大卒	あり	やや悪い	悪 い	1 (6)
5 (82)	M	23	S	大 中 退	なし	良 い	悪 い	1 (13)
6 (87)	M	31	S	大 卒	あり	良 い	やや悪い	0
7 (96)	M	25	SPD	高 中 退	あり	やや悪い	悪 い	0
8 (102)	M	17	S	高 中 退	あり	やや悪い	悪 い	2 (6)
9 (104)	M	27	BPD	大 中 退	なし	やや悪い	悪 い	1 (6)
10 (110)	M	24	S	高 中 退	なし	良 い	やや悪い	1 (1)
11 (113)	M	22	SPD	高 卒	不 明	不 明	悪 い	1 (?)
12 (118)	F	22	O	高 卒	あり	やや悪い	やや悪い	0
13 (121)	M	21	BPD	専門校中退	なし	悪 い	やや悪い	2 (16)
14 (126)	M	18	O	高 休 学	なし	良 い	悪 い	1 (4)
15 (129)	F	27	O	大 卒	あり	良 い	悪 い	0
16 (133)	F	32	BPD	高 卒	なし	良 い	やや悪い	1 (3)
17 (138)	M	18	S	高 中 退	なし	悪 い	悪 い	2 (11)
18 (145)	M	22	S	大 中 退	あり	良 い	やや悪い	0
19 (156)	M	19	S	高 中 退	なし	良 い	良 い	4 (5)
20 (160)	F	22	BPD	短大卒	あり	良 い	悪 い	0
21 (168)	M	21	S	高 卒	あり	良 い	やや悪い	1 (3)
22 (171)	F	16	BPD	高 休 学	なし	やや悪い	悪 い	0
23 (178)	M	23	S	大 中 退	なし	やや悪い	悪 い	2 (?)
24 (182)	F	24	BPD	高 卒	あり	やや悪い	悪 い	0
25 (184)	F	23	S	短大卒	あり	やや悪い	悪 い	2 (5)
26 (186)	M	18	BPD	高 休 学	なし	やや悪い	やや悪い	0
27 (188)	F	25	SPD	専門校中退	あり	良 い	やや悪い	1 (8)
28 (193)	F	17	S	高 中 退	なし	良 い	悪 い	0
29 (200)	M	27	S	大 卒	あり	良 い	悪 い	1 (2)
30 (204)	M	20	BPD	高 卒	なし	良 い	やや悪い	0
31 (212)	F	27	BPD	大 卒	なし	悪 い	悪 い	0
32 (217)	M	16	BPD	高 休 学	なし	やや悪い	やや悪い	0
33 (219)	F	27	SPD	大 卒	あり	良 い	悪 い	0
34 (223)	M	25	BPD	大 卒	あり	やや悪い	やや悪い	0
35 (230)	M	20	S	高 卒	あり	悪 い	悪 い	1 (1)
36 (233)	F	26	S	高 卒	あり	良 い	やや悪い	0
37 (234)	M	20	S	高 卒	なし	やや悪い	悪 い	0
38 (240)	F	25	S	高 卒	なし	悪 い	悪 い	3 (6)
39 (256)	F	32	SPD	専門校卒	あり	やや悪い	やや悪い	2 (7)
40 (273)	M	22	S	高 卒	あり	やや悪い	やや悪い	1 (?)
41 (283)	F	33	BPD	短大中退	あり	やや悪い	やや悪い	1 (3)
42 (288)	M	19	O	高 卒	なし	良 い	やや悪い	0

* : SPD ; 分裂型人格障害、BPD : 境界型人格障害、S : 分裂性障害、O : その他

** :

(D H 治 療 開 始 順)

氏名	通算の入院回数 (月 数)	DH通院期間 (月 数)	DHでの 集団適応度	終了形 態	江 熊 の 社 会 適 応 尺 度		
					D H 終 了 時	1 年 半 後	5 年 後
	0	6	3	卒	B	B	C
	0	5	2	卒	D	B	B
	1 (?)	7	4	中	E	E	D
	1 (6)	8	1	中	D	D	D
	1 (13)	2	3	中	C	C	B
	0	13	5	卒	C	B	D
	0	6	5	中	D	C	C
	2 (6)	5	2	中	E	E	E
	1 (6)	18	5	卒	B	B	C
	1 (1)	9	3	中	C	B	D
	1 (?)	12	?	中	D	D	?
	0	8	3	卒	B	B	?
	2 (16)	3	2	中	E	E	E
	1 (4)	2	1	中	C	D	D
	0	2	1	中	D	B	?
	1 (3)	7	5	卒	B	A	D
	2 (11)	17	3	卒	D	E	D
	0	11	3	中	B	C	D
	4 (5)	9	4	卒	B	B	B
	0	13	4	卒	C	D	C
	1 (3)	21	3	中	E	E	D
	0	9	3	卒	C	B	A
	2 (?)	31	3	卒	C	C	C
	0	16	3	卒	C	D	suicide
	2 (5)	4	3	中	C	C	C
	0	15	3	卒	C	B	B
	1 (8)	31	3	卒	C	C	B
	0	10	4	卒	B	B	A
	1 (2)	9	3	卒	C	E	D
	0	11	3	中	C	D	C
	0	24	3	卒	C	D	**
	0	9	3	中	B	B	A
	0	26	3	卒	B	B	
	0	14	3	卒	D	B	D
	1 (1)	35	3	中	E	E	
	0	12	4	卒	B	B	
	0	52	2	卒	A	**	
	3 (6)	32	1	中	D	D	
	2 (7)	1	1	中	D	C	
	1 (?)	3	2	中	C		
	1 (3)	5	1	中	D		
	0	8	1	中	C		

その他 ** : / ; 経過年数が5年(1.5年)未満

? : 不明

の年齢は平均 23 ± 0.67 才、DSM-IIIによる診断は精神分裂性障害17例、境界型人格障害13例、分裂型人格障害8例、その他4例であった。

②方法

・対象の諸属性の評価を行った。

治療開始前の社会生活の適応状況を把握するために、以下の点について評価を行った。

学歴

職歴（アルバイトを含む1ヵ月以上の就労経験のあるものを職歴ありとした。）

病前社会適応と発病後の社会適応（いずれも主治医の社会生活状況についての記載をもとに、良い、やや悪い、悪いの3段階評価を行った）

DH治療を開始する以前の入院回数と通算入院月数

DHに通院した期間

集団適応度（DHでの治療の間約2ヵ月毎の症例検討会で5段階評価される適応度のうち、最高のものを採用。5点は集団全体のリーダーとして振舞える状態であり、1点は集団に参加できない状態である。）

終了形態（卒業か中断かの区別。DHでは終了時点において所定の治療目標を達成したものを卒業とし、DHに適応できないなどの理由で脱落したものや復職・進学などの理由で途中でDHの治療を中止したものを合せて中断としている。卒業か中断かは終了時点のDHのスタッフ会議で判定されるが、卒業の基準としては①本人に社会生活していく自信が生まれ、②スタッフも就労、就学などなんらかの社会生活のみとおしをもって、③両者の合意がある、④DHでの治療目標がほぼ達成されている、の4点があげられる。終了形態は必ずしも終了後の経過を含んだ概念ではない。たとえば卒業に至る前に復学期限がきて高校に復帰した例では、判定は中断（なぜなら卒業基準の4項目を満たさない）であるが、その後順調に経過し、社会適応度も高水準である場合がある。また卒業して就労しても、職場が適当でなかったり本人側の理由でまもなく退職し、しばらく自宅で過す（したがって社会適応度は低い）ことも起こってくる。）

・治療転帰の評価を行った。

DHでは全例についてDH終了後も年2回その経過を追跡しており、治療転帰の評価にあたっては外来主治医が江熊の社会適応尺度を用いて、社会適応水準を判定している。評価基準は、A：自立、B：半自立、C：強力な支えによって社会生活、D：非生産的生活、デイクアや作業所への通所も含む E：入院である。今回の転帰調査はこの集計結果によった。なおDH終了後の治療も原則としてDHでの治療を担当した医者が継続して行い、薬物療法、

精神療法などの面で DHでの治療が反映されるように工夫されている。またDHでの受持スタッフも医者とのチームで継続して関わっており、社会生活全般の相談や治療的な関与、就労援助などを行っている。こうした継続的な治療が転帰の改善に直接的な影響をもつと考えられ、また転帰調査の質の向上に役立っている。

・転帰にかかわる要因の解析を行った。

これまでのDH通院患者の研究で、終了後の転帰に影響を及ぼす要因が指摘されている¹⁾ため、終了後の転帰とそれらの要因の関連について解析した。

DHでの治療開始前の要因：性別、治療開始時の年齢、開始前の職歴の有無、学歴、発病前の社会適応、精神科受診後の社会適応。

自己啓発型において転帰に関わる要因⁴⁾とされた診断 (DSM-III)、入院歴の有無。

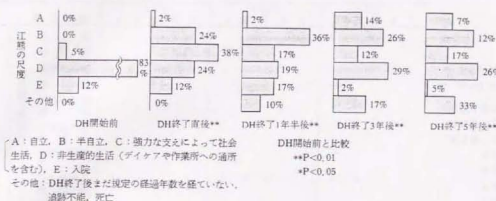
DHでの治療にかかわる要因：DH通院期間、DHでの集団適応度、終了形態。

(4) 結果

①治療転帰

DH開始前、終了直後、1年半後、3年後、5年後の社会適応度の推移を示した (図表6)。社会適応度は、方法の項で述べた江熊の基準によっている。開始前は95%が非生産的な生活または入院 (DまたはE) していたが、終了後は何らかの生産的な社会生活を送る者 (AまたはBまたはC) が64%、55%、52%、36% (それぞれ終了直後、1年半後、3年後、5年後) となっている。開始前と比較しての社会適応度の改善を、AからEの分布の差異をウィルコクソンの符号順位検定を用いて統計的に検定することで検証したところ、終了5年後まで統計的に有意 (いずれも $P<0.01$) であり、DHを経過することで社会適応度が改善することが示された。

図表 6 DH前後の社会適応度の変化



②転帰にかかわる要因

終了後5年までの転帰の指標として、AB%（江熊の尺度のAおよびBの合計期間が1年間に占める割合。治療者の支えがあるにしろ、就学、就労、主婦業などをかなり安定してこなしており、ほぼ自立の状態である）、DE%（江熊の尺度のDおよびEの合計期間が占める割合。入院中ないし自宅で閉居の状態）、E%（入院期間が1年間に占める割合）を1年ごとに算出した。そしてAB%、DE%、E%を従属変数とし、治療開始前及びDH治療中の要因を独立変数として一元配置分散分析を行った（図表7）。主としてDH前の入院回数と終了形態とが転帰と有意な影響を及ぼしており、しかも5年後までその影響は持続していた。障害の重症度と治療の成否とが転帰に影響していると考えられる。

図表7 5年間の転帰に及ぼす要因

		AB%					DE%					E%				
経過年数		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
一元配置分散分析	性別															
	年齢															
	職歴の有無															
	学歴															
	「DH開始前の諸要因」															
	病前の社会適応						*					*				
	初診後の社会適応															
	DSM-III診断															
	DH前の入院回数	***					*	*	*			**	*			*
	通算の入院期間															
「治療に諸要因か」	通院期間															
	集団適応度											*		*		**
終了形態		** *					**	*	*	*	*	**	*	*	*	**

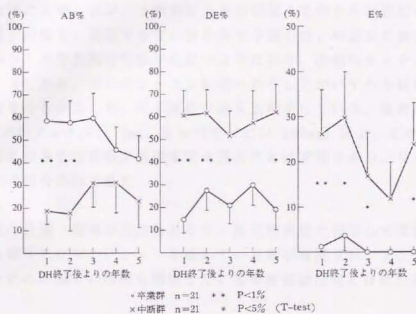
* P<0.05
** P<0.01
・経過年数により
対象数は異なる。
終了後1年 n=42
2年 n=38
3年 n=35
4年 n=31
5年 n=29

③ 終了形態と転帰

転帰に関わる要因の分析結果により、対象例をDHを卒業したもの（卒業群＝21名）と、中断したもの（中断群＝21名）の2群にわけた。両群においては、性別、年齢、診断分布、学歴、職歴の有無などDH治療前の要因は有意な差を認めず、入院回数や通算入院期間についても両群で有意な差はなかった。したがってDHでの治療開始時には両群はこれらの要因において異なるものではなかった。両群の治療転帰を比較したのが図表8である。図表8は終了直後からの治療転帰を群別に示したもので、終了後2年までは全ての指標において卒業群が中断群よりも有意に優れている。AB%については3年目は卒業群が有意に高い傾向にあるが、4年目以降は両群に有意な差は認めない。DE%については3年目と5年目で卒業群が有意に高い成績である。入院期間についてもDE%と同様の結果であった。したがって卒業群では終了2年まで社会適応水準の高いものが有意に多く、入院など明らかに転帰不良のものはほぼ終了5年後まで有意に少ないことになる。卒業群では治療前に比較してもまた中断群と比較しても有意に社会適応度が改善していた。5年後においてはまだ終

了後5年を経過しない例や、転院などにより追跡不能の例が増えているが、追跡可能な卒業群17例と中断群13例を比較すると、卒業群で転帰が優れている傾向は持続している。

図表8 卒業群と中断群とのDH終了後の社会適応度の比較



④ 症例

症例1: Borderline Personality Disorder (DSM-Ⅲ) の27才男性。 卒業群。

著者が主治医としてDHでの治療を担当した症例である。

生育歴 特記すべき著患なし。高校までは成績も良く友人にもめぐまれ、順調に経過した。

高校3年の時、たまたま自転車にのって歩行者とぶつかり、相手が外傷を負った事から警察で事情聴取を受けた。「すぐくショックで一生忘れられない。3年間の皆勤賞をとるつもりで頑張っていたのが駄目になった。あれがつまづきのはじまりですよ」と、本人は述べている。父親が技術者として相当の地位にある人であり、患者にも同じ技術者としての道を期待していた。高校まではアマチュア無縁に凝る等、父親の期待にそっていたが、大学受験に失敗して文科系に進まざるをえなくなった。こうした生活史上の挫折が発症のきっかけになった可能性がある。

現病歴 大学に入学したが、「教室に入るのが恐くてほとんど登校せず、ジャズに凝ってばかり居る」状態で、適応できずに数か月で中退した。中退した後は、ジャズマンとして成功したいなどの空想的な言動が目立つようになり、高価なサックスを購入しようとしてアルバイトをしたり、プロのレッスンに通ったりしたがいずれも長続きせず、行き詰まって自殺企図をくりかえした。8年間に5回入退院をしている。薬物療法（クロロプロマジン 75mg、フルフェナジン 3mg、カルバマゼピン 200mg）によってかなり精神症状が安定したが、そのみでは社会生活の安定を図ることは困難であり、リハビリテーションを目的にしてDHに紹介されてきた。

DHでの治療の経過 著者が主治医となり、自己啓発型と判定して役割啓発的接近法を採用した。本人がリハビリテーションを望んでいる事が確認され、また外来での治療も軌道にのってきたためにDHでの治療を開始した。薬物療法は以前とほぼ同様の内容で継続して行った。

DH開始後しばらくは集団に参加する事自体が辛いようすで、何ごとによらず気負って緊張し、身体症状を理由に休み、一方集団場面では横柄で指示的なところが目立った。個人面接では辛い気持ちに共感しながら本人の努力を支持し、またこれまでの集団参加の体験と一緒に振り返って、妥当な過し方を模索した。「やりすぎちゃうと駄目ですよ」というのが、本人の気づいた事であり、以後も気負って動きすぎる度に、この確認が役にたった。

1ヵ月もする内に「通うのが楽しくてしかたがない」状態となった。DHの集団に受入れられまとめ役などもこなせるようになり、次第に周囲に気配りする良い面が表れてきた。メンバーからも、まとも役として次第に信頼されるようになり、自他ともにリーダーとして認められるようになった。しかし課題にぶつかったり対人関係上の困難に当たると、主治医や周囲を攻撃したり、抑うつ的になったり身体症状のためにDHを欠席することは、何回も繰返され、社会生活上の問題も明瞭になってきた。この間集団場面では職員が直接的、間接的な援助を繰返して、患者が集団で過す事をサポートしていった。また個人面接では身体症状などを受け止めながら対人関係のもちかたや集団参加についての学習を促していた。そのうちに身体症状についてもおぼろげながら洞察できるようになった。徐々に、

ある程度現実的な事が述べられるようになり、欠席が減少して対人関係が少しづつ安定し、周囲への攻撃も減少した。

ひととおりDHでの課題をこなす内に、社会参加への意欲も生れ、「自分にもいろいろなことができるんですね」、「仕事をしてお金をかせがない」と述べるようになった。通院開始1年半後に、始めて実際の社会生活に取組む事になった。当初は生活史上の課題を乗り越えようとして、技術系の専門校への進学にこだわったため、治療者としては困難であろうとの予測であったが、体験学習して貰う方針で、進学を援助した。実際、通学を開始してみると、不安と緊張のためもあるが疲労し、身体症状で登校できなくなった。その後しばらくはDHで過し、状態が安定し、自信が回復するのを待って、今度は自ら就職を希望した。相談の上、病気をきちんと明した上で、職安で適職をあっせんしてもらうこととなった。

DH終了後の経過 DH卒業後は病気をあかしてアルバイトしており、高校卒業以来10年ぶりに、社会生活が軌道にのったことになる。気疲れなどで疲労しやすいために、はじめは一日3時間の労働から始めて、次第に時間が延長できるようになった。家族内でも、母親や妹にあたるものがなくなって家族関係が安定し、ごく限られた人数ではあるが友人とも交流できるようになった。まだ困難に当たると身体症状が出現したり他罰的になる傾向は持続している。したがって週1回の面接の他、適宜電話で支える必要がある状態は続いている。その際には「DHではどうでした?」と、集団の中での困難を乗り越えた体験を思い起させるのが有用と思われた。職場での過し方や仕事のこなしかたも徐々に上達し、大分一人前の社会人に近づいてきたと思われる。他の症例と同様に、本例についてもDH終了後も社会での行動の改善を標的とした役割啓発的接近法が個人面接の場面で続けられることになる。また主治医と受持スタッフ（看護婦、PSWなど）がチームで関わり、就労援助など生活全般の相談にのっていく体制が取られている。

役割啓発的接近法の効果 この症例は数回の入院歴があり外来での維持が困難であったが、DH卒業後は就労が可能となり、精神症状も改善している。図表9に、DH治療前後の比較をまとめているが、社会適応水準の改善が、精神症状や対人関係の改善にともなっておこってきており、標準的な精神症状の評価尺度であるBPRSや、GASでも改善を認めた。経過のところで述べたように、ささいな困難で容易に気分が変動して希死念慮を述べたり、他罰的になったりと、境界例の特徴は残存しているものの、一方で治療者に相談しながら対処することができるようになり、何よりも本人が集団内での振舞い方を学習して言語化できるようになったことが大きな変化である。たとえば「気負ってしまうとからだの調子が悪くなるみたいですね」と述べ、当初から張切りすぎないように戒めるようになり、また身体症状のために欠勤することも減少している。また陽性感情と陰性感情とが同じ相手でも

異変する不安定な対人関係に一部洞察がでて、余り最初から接近していい関係を結ぼうとしない、いい関係ばかりではないことが当たり前と行ったことを少しづつ学習してきたように思われる。こうしたことは治療者が言葉で指摘しても本人には受入れられないことが殆どであり、治療的な集団の中で成功体験を積み、その中で学習していくことが不可欠であった。この症例においても、「他人の言葉にしたがおうとすると、かえって混乱してしまふんですね」と述べている。DHはそうした治療的な集団を提供し、役割啓発的接近法によって、社会的な学習が促進されていったものと思われる。

図表9 治療前後の比較

	(DH開始前)	→ (DH終了後)
社会生活	自宅に閉じこもりの状態	→ 就労
精神症状	他罰的、両価的	→ 改善
	気分の易変性	治療者とも安定した関係
対人関係	交友関係は殆どなし	→ 複数の友人と安定して交際
BPRS	23	→ 11
GAS	55	→ 65

症例2： Schizophrenic Disorder (DSM-III) の18才男性。卒業群。

著者は主治医ではないが、DHの集団治療場面（生活技能訓練）を担当した症例である。

生育歴 3歳から9歳まで父の仕事の関係で米国に在住し、帰国当初は言葉の関係などで学校でいじめられたりすることがあったというが、大きな問題には至らず経過した。中学校までは努力家で正義感が強く、成績も良かったが友人は少なかったという。

現病歴 高校1年の2学期から周囲が気になり始め、まもなく幻覚妄想状態となって精神科を受診した。その後幻覚妄想状態は改善したものの、1年から2年にかけて学校を欠席がちとなり2回留年した。進路をめぐって親と対立して家庭内暴力、服薬中断となったために精神科入院となり、入院先からの紹介でDHでの治療を開始した。

DHでの治療の経過 幻覚妄想状態が再燃しやすく、また衝動性の亢進が見られたために薬物療法は重要であり、ハロペリドール 6mg、クロルプロマジン 175mg、バルプロ酸 800mg 主体の治療が継続された。DHでの治療開始後まもなくより、年齢の近い若者集団に接近で

きるようになり、集団での振舞い方の学習を試みることができるようになった。この間、目立ちたがりやと思うようにいかないと欠席したり他罰的になることを繰返しながらも、徐々に安定した対人関係がもてるようになり、DH開始後1年で定時制高校への編入学を果たした。入学当初しばらくは昼間はDHで過していたが、生活技能訓練で家族や級友とのつきあいかたを課題とするなどの努力が見られた。

DH終了後の経過 昼間はアルバイト、夜は学校という生活が続けており、ガールフレンドもできたとのことである。高卒後の進路が今後の課題である。

役割啓発的接近法の効果 同年齢の集団での振舞いかたの学習が、DHで効果的になされた例であるが、集団での状況をにらみながら洞察や行動の修正を促したり、また適応的な行動の強化をタイムリーに行っていた個人面接での治療が重要であったと考えられる。役割啓発的接近法を用いることで、集団場面と個人面接との連携や役割分担など、治療全体の理論的な枠組みがあきらかとなり、復学に成功した症例と考えられる。

症例3: Borderline Personality Disorder(DSM-III)の20才男性。 中断群。

著者が治療の前半は主治医としてDHでの治療を担当した症例である。

生育歴 幼少時より孤立しがちであったが、学校での成績は良く大きな問題はなかった。

現病歴 高校2年のころから欠席がふえたが何とか卒業。その後は自宅に閉じこもりの状態となり、19歳で自ら望んで精神科を受診した。その際明らかな精神病症状は認めず、本人の苦悩感が主体であった。その後主治医からDHを勧めると、大学受験を始めたり通院を中断してしまうなど、治療者の指示的な対応が禁忌である自己啓発型の特徴が見られた。しばらく通院を中断した後に、自ら決心してDHでの通院を開始した。薬物療法はフルフェナジン 1.5mgを中心に行った。

DHでの治療の経過 集団になじんでくるとまとめ役を積極的にやろうとし、思うように集団を動かそうとするなど自己中心的で他罰的な態度が目立つために、集団で受入れられず、結局DHでの治療を試みては中断するというのを2回繰返した。1回目の中断後は入院をしたことで、治療の建直しに成功している。2回目の中断後は自宅に閉居していたが、DHの家族会が設立した共同作業所に始めてのメンバーとして参加したことからやっと集団で安定し、作業所を卒業して就労に至っている。

役割啓発的接近法の効果 この例は治療的な集団で安定して振舞えるように繰返し援助したにもかかわらず、DHでは結局2回の通院とも中断にいたり社会生活の改善に結びつかな

かったが、作業所という別な集団で「卒業」にいたった。卒業群の中にも、DHを一度中断した後に再度、再年度の通院で卒業に至ったものが含まれている。集団での適応を援助することと社会的な学習を促進する役割啓発的接近法とがかみ合うと、対人関係の改善や内面的な洞察が促進され、就労や就学といった形でその後の社会生活に結びつけることができる例と考えられる。

(5) 考察

①本報告の方法上の限界と意義について

今回役割啓発的接近法の効果を検証するための研究を行ったが、方法上の限界があることについてまず述べたい。まず今回の調査はあらかじめ効果を検証するために実験的に計画されたものではないことがあげられる。したがって一定の治療法とその比較対象となる治療法とにあらかじめランダムに対象を振り分けるということには行っていない。しかし対象を、役割啓発的接近法を活用して治療上所定の目標を達成することができた群とそうでない群とにふりわけ、両群を比較することで、臨床上困難なランダムアサインメントの問題を克服しようと試みた。両群で、諸属性や転帰に影響を及ぼす要因に有意な差がなく、結果的に群間の転帰の比較が可能であった。また転帰の調査がDHでの治療例では全例プロスペクティブに行われており、そのことが今回の調査で、転帰の判定にバイアスがかかることをふせいでいると思われる。

さらに、ディケアでの治療効果は包括的多角的なものであるために、特定の治療法の効果を示すことが難しく、また治療法の特異的な効果と非特異的な効果とを明確に判別することに困難があることも、方法上の限界としてあげられよう。こうした問題は、薬物の効果の判定にプラセボを用いて二重盲検法で判定し、また特異的な効果も比較的明らかであるのと事情を異にする。集団療法と個人精神療法との連携が重要である役割啓発的接近法においては薬物療法のモデルがそのまま当てはまらないことは明らかであろう。今回効果の目安として社会的な治療転帰を指標として用いており、その根拠としてはそもそも社会転帰の改善が精神科リハビリテーションの目標のひとつである他に、症例1で転帰の改善が精神症状の改善とも平行していることを示すことができたと思われる。役割啓発的接近法の特異的な効果を明確に示すことは今後の課題と考える。

以上述べてきたように、今回方法上の限界はあるものの、治療効果について一定の実証的な研究が行われたことは意義があるものと考えられる。つまり従来の外来や入院治療では社会転帰が改善せず、また薬物療法だけでは不十分である例へのアプローチが体系化されたこと、その効果について実証的な研究が試みられたことに、まず本報告の意義があるといつて良いであろう。今後は臨床上支障の少ない、心理・社会的な治療法の効果判定に

ついでの方法論の整備が望まれる。

②役割啓発的接近法の意義

役割啓発的接近法の意義についてはすでに他で詳しく論じられているので^{11,12)}、ここでは簡単に触れるだけにとどめる。当初は分裂病の再発防止のために、引き続いて社会生活の改善を目指して工夫された治療法が生活臨床であるが⁸⁾、生活臨床は薬物療法と、精神療法、生活療法を多角的に活用していくための視点を提供することとなった。生活臨床の発展によって、分裂病患者の社会転帰の改善に一定の道がつけられたわけであるが、一方でいわば定型的な分裂病へのアプローチが効をそうさない一群の患者が認められたのが、役割啓発的接近法を工夫する糸口となった。社会生活（治療的な集団を含む）を視野に置きながら個人面接で行動の修正を試みるころは生活臨床と共通の視点であり、集団での適応的な行動を具体的に援助していくことも共通している。しかし集団場面では、受持スタッフは直接的・指示的な援助を行わずに、間接的にほかのスタッフやメンバーを通して援助や問題点の直面化を行う。これは直接的な指示に対して逆の行動を取ったり、したがおうとしすぎて混乱するなど、指示的な対応によってはむしろ社会的な学習が妨げられる自己啓発型の特徴によっている。個人面接でも基本は非指示的な対応が中心となるが、集団場面での成功体験を言語化して適応行動の学習を促進したり、問題行動や破壊的な行動パターンについての学習を促すことが目標である。そして結果的に再発や精神症状の憎悪をふせぐことを狙っている。したがって治療者が具体的・断定的な行動上の指示を行い、それによって再発をふせごうとする生活臨床とは、技法上大きな違いが存在する。DHで治療する患者の約3割（一般の精神科外来での頻度はもっと低いであろう）が役割啓発的接近法の適応となっており、それによってデイホスピタル全体の治療成績の改善を見ることができたと考えている。

③これまでの転帰調査との比較

McGlashanら^{8,9)}は Chestnut Lodgeに入院した患者について大規模な追跡研究を行っているが、その一部として精神分裂性障害や単極型感情病と境界型人格障害、分裂病型人格障害との予後と比較している（平均追跡期間15年）。それによれば、退院後の住環境、入院回数、就労状況、対人関係、精神症状、全般的な機能水準など複数の指標のいずれにおいても、単極型感情病と境界型人格障害は精神分裂性障害よりもよい結果であり、分裂病型人格障害は精神分裂性障害とほぼ同等であった。原田⁴⁾はDHを終了した自己啓発型の患者について、診断による就労期間の差異を5年間にわたって調査しているが、やはり境界型人格障害は精神分裂性障害よりもよく、分裂病型人格障害は精神分裂性障害とほぼ同等であった。

しかしこれまでの追跡調査でも、境界型人格障害の予後は必ずしも良好ではない。たと

えばPope¹⁵⁾は27例の4から7年の追跡によって、社会生活、職業、全般的な機能水準のいずれも分裂病と同程度の低いままで、改善を見なかったとしている。またGunderson³⁾は、24例の2年間の追跡で、社会生活や職業の面で依然として分裂病と同程度に障害されたままであったという。川谷ら⁸⁾は福岡大学精神科外来を受診した境界例195例を調査し、調査時点で就業していたものは5%にすぎないとしている(初診時より数年から10数年の経過)。また守屋ら¹³⁾も慶応大学精神科を受診した境界パーソナリティーの患者24例を調べ、分裂病群に比べ交友関係では優れるものの仕事への適応はむしろ悪く、入院率もより高かったと述べている(初診時より平均3年の経過)。

今回の転帰調査を他の文献とそのまま比較することはできないが、今回の対象は精神分裂症障害と境界型人格障害、分裂病型人格障害が主であり、これまでの報告を見る限りでは従来の治療や自然経過では社会生活の改善はなかなか困難で、低い適応水準にとどまるものが多いと考えられる。したがって今回の対象の社会適応度の有意な改善は、DHでの集団治療と役割啓発的接近法の併用の有用性を裏付けるものと考えられる。今回治療転帰の指標として社会適応度を用い、精神症状の評価などは行っていないが、症例においても示したように、社会的な機能水準と、精神症状や対人関係、家族との関係などは密接に関連しているものと思われる。

④卒業群の治療転帰について

卒業群、中断群ともにDHという共通の集団場面で治療を受け、個人精神療法としては役割啓発的接近法が用いられたが、転帰に関しては明らかに卒業群が優れていた。卒業群ではDHでの治療終了後、ほぼ自立生活が可能になったものは約60%あり、何らかの形で社会生活を送れているものは70%をこえる。また終了後5年間の入院はほぼゼロである。DH前は全例が家庭外での生活を安定して維持できなかったことを思うと大きな変化である。卒業群はDHという治療集団での体験が活用され、社会適応水準の改善と共に適応のための社会的行動が学習されたものと考えられるのに対し、中断群では治療集団からの脱落などにより集団内の体験の活用が充分でなかったために終了後の転帰の改善が不十分であると考えられる。症例に示したように、卒業群においてはDHでの精神症状の改善や自信の回復、成功体験によって学習した社会的な状況への対処の仕方がその後の社会生活に有用である事がうかがわれ、役割啓発的接近法はこうした学習を促進するものと考えられる。なお中断例でも経過を見る内に少しずつ社会生活が可能になっていく例があり、これは適応できる集団(例えば作業所)があり、そこでの学習を治療者が援助したためと思われた。また卒業群の中には一度DHを中断した後に再利用して卒業になったものが5例(24%)含まれており、中断群は必ずしも治療困難例ではなく集団療法と役割啓発的接近法の併用により転帰の改善が可能と思われた。

以上のように、DHという集団の活用と役割啓発的接近法により、これまでなかなか治療の困難であった一群のデイホスピタル通院患者の転帰の改善を見ることができた。始めに述べたように、今後ますます分裂病のリハビリテーションの重要性は高まると思われるが、そこでこうした治療技法の開発や体系化、および効果の実証的研究が要請されるものと思われる。

[文献]

- 1) 安西信雄、宮内勝、平松謙一ら：大学病院におけるデイホスピタル—その役割と可能性— 臨床精神医学 10:285-293,1981
- 2) 浅井歳之、小沢道雄、土井永史ほか：精神分裂病の社会適応に対する Day Hospitalの治療的役割—治療効果とその持続。精神医学：26:841-849,1984
- 3) Gunderson, J.V., Carpenter, W.T., Strauss, J.S.: Borderline and schizophrenic patients: A comparative study. Am J Psychiatry 132:1257-1264, 1975
- 4) 原田誠一、宮内勝、安西信雄ほか：自己啓発型精神分裂病患者群ならびに境界例患者の予後調査—東大病院デイホスピタルでの治療経験より。精神病理懇話会・日光 '86 抄録集、1986
- 5) 加藤友之、田島昭、湯浅修一ほか：精神分裂病者の社会生活における特性。精神神経学雑誌 68:1076-1088, 1966
- 6) 川谷大治、牛島定信、鈴木智美ほか：福岡大学病院における境界例診断の変遷と治療について。精神神経誌 92:830-837, 1990
- 7) Liberman, R.P., DeRisi, W.J., Mueser, K.T.: Social skills training for psychiatric patients. Pergamon Press, New York, 1989.
- 8) McGlashan, T.H.: The Chestnut Lodge follow-up study. III. Long-term outcome of Borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 43:20-30, 1986
- 9) McGlashan, T.H.: Schizotypal personality Disorder- Chestnut Lodge follow-up study: IV. Long-term Follow-up Perspectives. Arch Gen Psychiatry 43:329-334, 1986
- 10) 宮内勝、太田敏男、安西信雄ら：病院におけるデイケア—「実行委員会方式」による Day Hospital 運営の工夫について。医学評論 65(7) 1980
- 11) 宮内勝、安西信雄、太田敏男ほか：治療的働きかけへの反応の仕方にもとづく精神分裂病圏患者の臨床的類型化の試み—「自己啓発型精神分裂病患者群」と「役割啓発的接近法」の提唱（第1報）。精神医学 29:1297-1307, 1987
- 12) 宮内勝、安西信雄、太田敏男ほか：精神分裂病患者に対する役割啓発的接近法の試み—「自己啓発型精神分裂病患者群」と「役割啓発的接近法」の提唱（第2報）。精神医学 30:149-159, 1988
- 13) 守屋直樹、皆川邦直、三宅由子ほか：境界パーソナリティーの経過と予後。精神神経誌 92:860, 1990
- 14) 西園昌久、皿田洋子：分裂病治療における Social Skills Training の意義と役割。臨床精神医学 19:1331-1335, 1990
- 15) Pope, H.G., Jonas, J.M., Hudson, J.I. et al: The validity of DSM-III borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 40:23-30, 1983

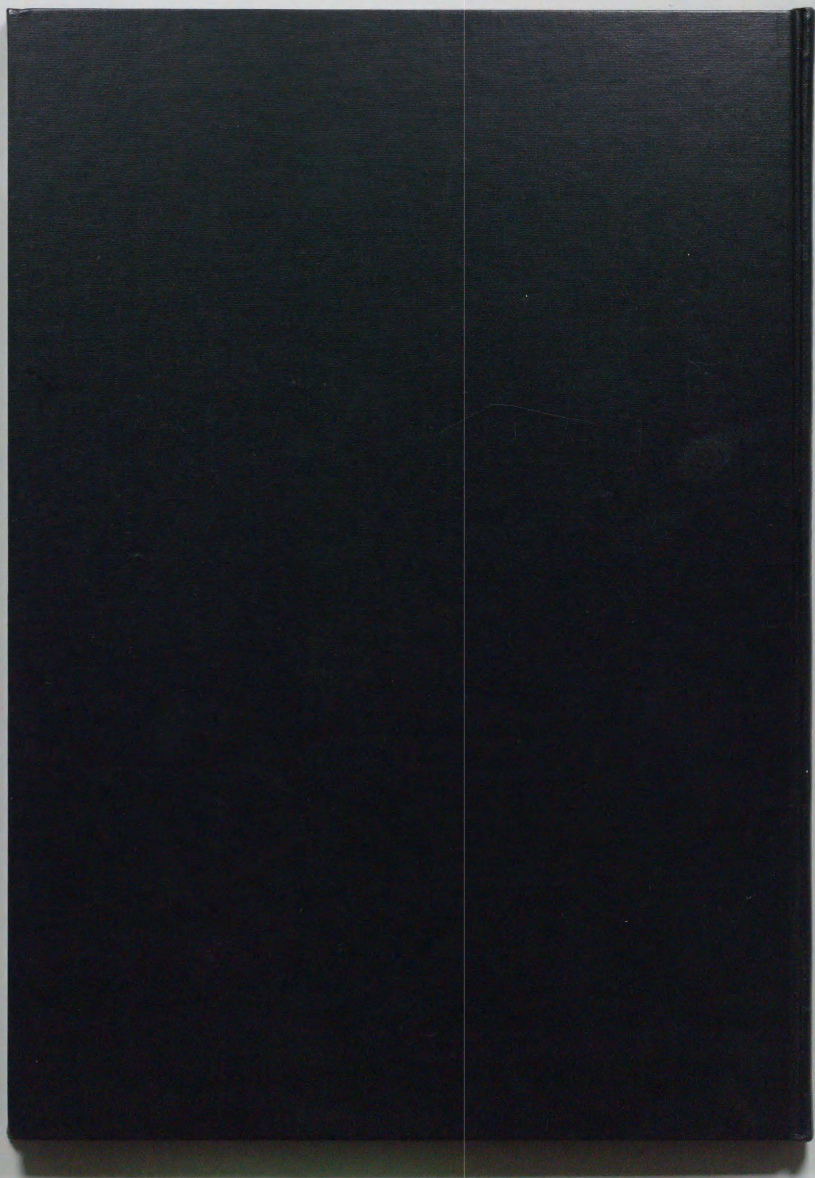
16) 染矢俊幸、安西信雄、池淵恵美ほか：精神分裂病の陰性症状と社会適応経過。精神医学 28:1229-1236, 1986

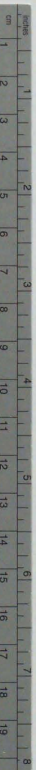
17) 田島昭、加藤友之、湯浅修一ほか：社会生活の中での分裂病者に対する働きかけ。精神神経学雑誌 69:323-351, 1967

18) Zubin, J., Spring, B.: Vulnerability- A new view of schizophrenia. Journal of Abnormal Psychology 86:103-126, 1977.

抄録

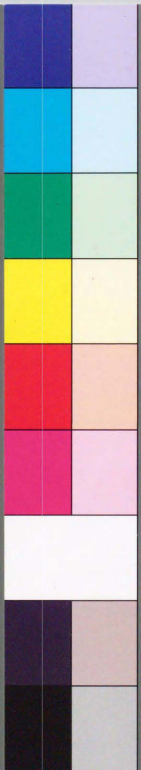
宮内の述べる自己啓発型患者群で、東大病院精神神経科デイホスピタルに通院歴のある患者を対象に、転帰調査と転帰に影響する要因についての検討を行った。この患者群ではいわゆる寡症状型分裂病と境界例が主であり、従来の薬物療法や外来治療ではなかなか社会復帰が困難と考えられる。今回の対象例でもほぼ全例が社会生活を送れていなかったが、デイホスピタルでの集団の活用と役割啓発的接近法により、約60%が何らかの社会生活が可能となり、社会適応度の有意な改善はデイホスピタル治療終了5年後まで観察された。転帰に影響すると考えられた要因（性別、治療開始時年齢、診断、学歴、職歴、初病前後での社会適応度、治療開始前入院回数、DHでの通院期間、DHでの集団適応度、DHの終了形態）について統計的な検討を加えたところ、主にこれまでの入院回数と、終了形態（デイホスピタルを卒業または中断）が有意な影響をもっていた。そこで治療に関わる要因である終了形態を取上げ、役割啓発的接近法が十分に効果を上げたと考えられる卒業群（ $n=21$ ）を中断群（ $n=21$ ）と比較したところ、両群で転帰に影響すると考えられた要因はいずれも有意な差がなかったものの、卒業群ではDHでの治療終了後、ほぼ自立生活が可能になったものは3年後まで約60%と有意に多く、終了後5年間の入院を含む転帰不良者は有意に少なかった。卒業群はDHという治療集団での体験が活用され、社会適応水準の改善と共に適応のための社会的行動が学習されたものと考えられるのに対し、中断群では治療集団からの脱落などにより集団内の体験の活用が充分でなかったために終了後の転帰の改善が不十分であったと考えられる。





Kodak Color Control Patches

Blue Cyan Green Yellow Red Magenta White 3/Color Black



Kodak Gray Scale



© Kodak, 2007 TMA Kodak

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

