

2014/5/10

The 23 Nagoya Society of Psychosocial Rehabilitation

統合失調症とリハビリ— 作業療法の視点より

*non-human
non-verbal
+
verbal*



*Hiroshi Yamane ; OTR, PhD
Human Health Science
Graduate School of Medicine, Kyoto University*

今日の話題

統合失調症と社会状況の変化

私がしてきたことを通して
診断基準では見えない

統合失調症の理解

障害をどうとらえるか

作業療法について

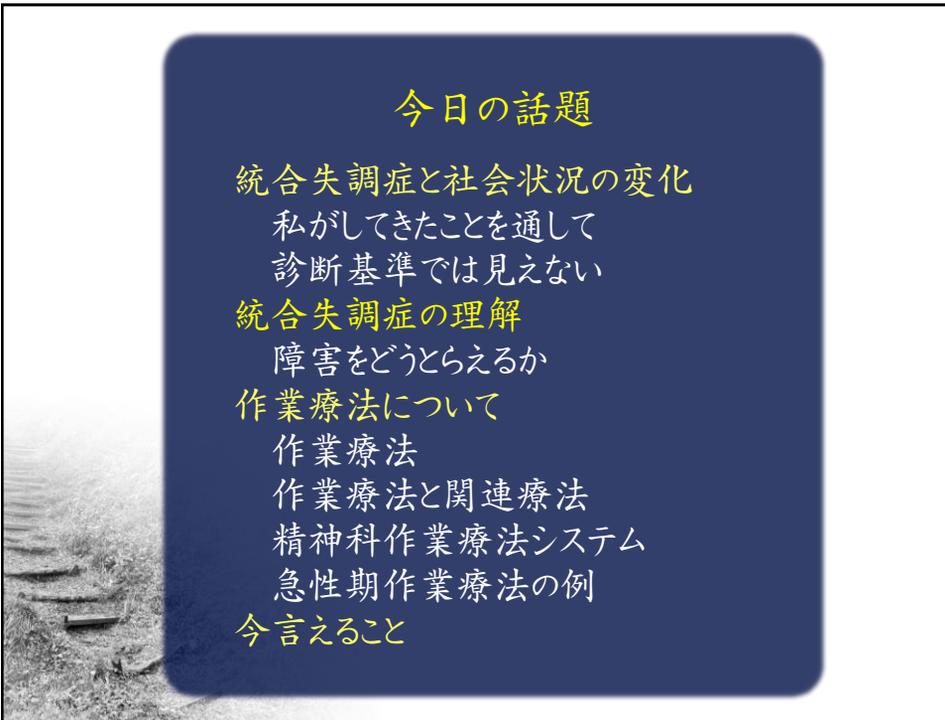
作業療法

作業療法と関連療法

精神科作業療法システム

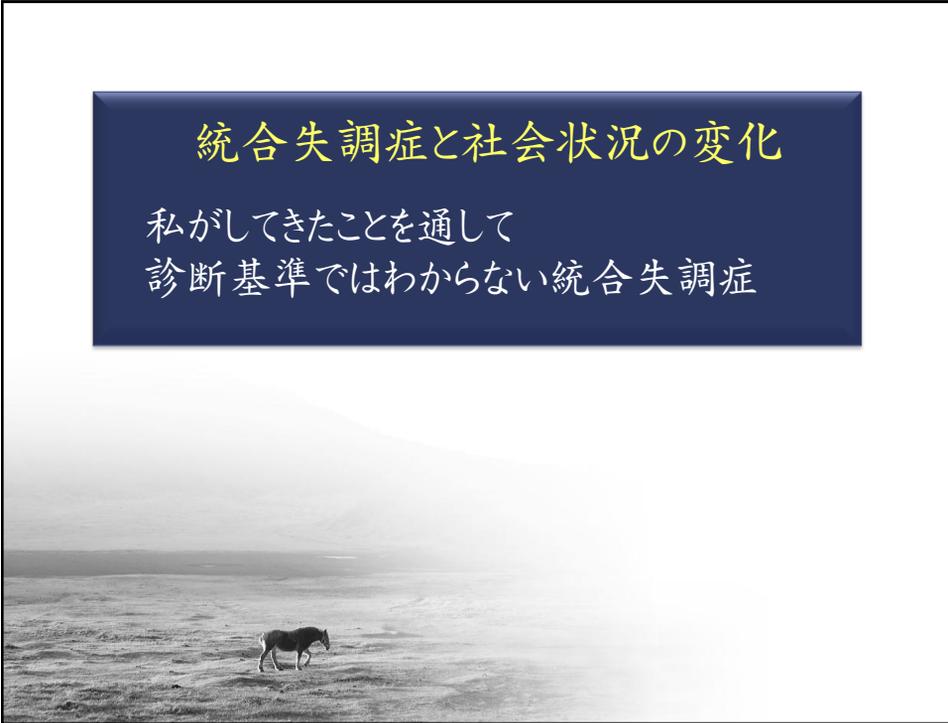
急性期作業療法の例

今言えること

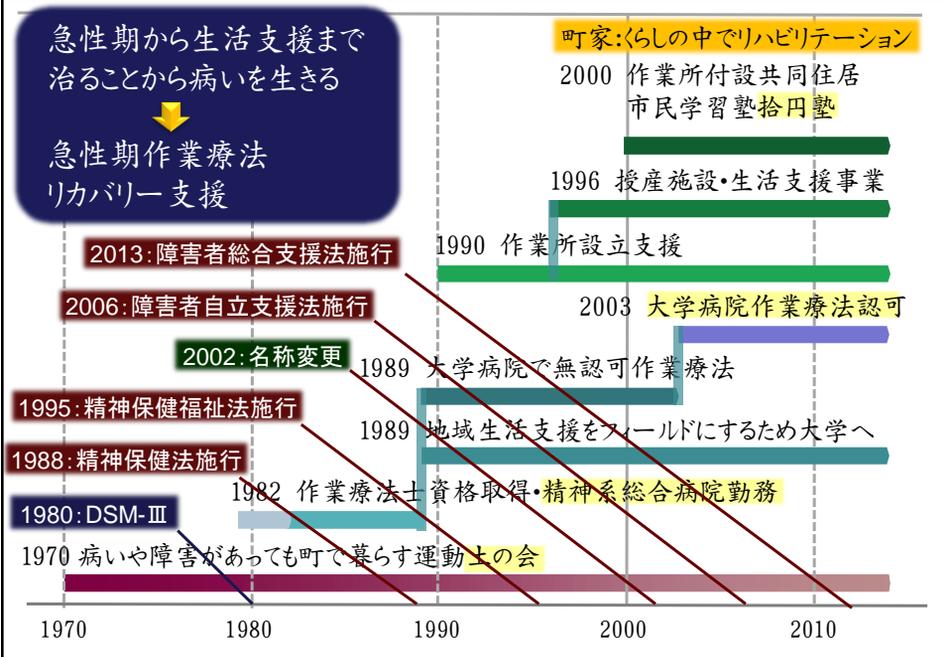


統合失調症と社会状況の変化

私がしてきたことを通して
診断基準ではわからない統合失調症



私がしてきたことを通して



何をしてきたか



精神科病院入職当時(1980年代)

院内の寛解とその維持に向けた処方の中で
保護観察室, ベッドサイド, 外来, 訪問, アパート退院の試み

大学に就任当時(1990年代)

作業療法は病気が落ち着いてからといわれる中で
急性期作業療法の試み

大学病院で作業療法開設後(2000年代)

急性期作業療法のシステム化
治る, 治すことから病いを生きる(リカバリー)
生活を通したリハビリテーション

DSM-I (1952)
DSM-II 統計調査用 (1968)
DSM-II 7th Edition (1968)

操作的診断基準

DSM-III 精神分裂性障害 Schizophrenic Disorders (1980)

- A. 病相期に, 以下のうち少なくとも1項目が存在すること:
- (1) 奇異な妄想(内容が明らかに不合理で, 実際に根拠があり得ないもの)。例えば被支配妄想, 思考伝播, 思考吹入, 思考奪取のようなもの
 - (2) 身体的, 誇大的, 宗教的, 虚無的, あるいはその他の妄想で, 被害的あるいは嫉妬的内容をもたないもの
 - (3) 被害的あるいは嫉妬的内容の妄想が, どのような型であれ幻覚を伴っている場合
 - (4) 幻聴で, ある声が患者の行動や考えを逐一説明するものや, 二つ以上の声が互いに会話しているもの
 - (5) 何度もおこる幻聴で, その内容は気分の抑うつや高揚とはっきりした関係がなく, 一, 二語より多いようなもの
 - (6) 減裂, 著しい連合弛緩, 著しい非論理的思考, あるいは極めて貧困な内容の会話が, 以下のうち少なくとも1項目に伴っている場合:
 - (a) 鈍麻した, 平板な, あるいは不適切な感情
 - (b) 妄想または幻覚
 - (c) 緊張病性の, あるいは他のひどくまとまらない行動
- B. 仕事, 人間関係, 身の回りの始末等の面で, 病前の機能水準から低下していること。
- C. 持続期間: 疾患の徴候が患者の人生のある期間で少なくとも6カ月間以上持続して存在し, 現在も疾患の徴候のいくつかを示す。この6カ月間には上記Aの症状を示す活動期が含まれねばならないが, 以下に定義する前駆期や残遺期は含むことも含まないこともある。

DSM-III-R

診断名はつが臨床上的個人の生活機能の障害への
アプローチは変わらなかった (1987)

DSM-IV 統合失調症 Schizophrenia

(1994)

- A. 以下のうち2つ(またはそれ以上)、1カ月の期間(治療成功時はより短い)ほとんどいつも存在:
 (1) 妄想、(2) 幻覚、(3) まとまりのない会話(例:頻繁な脱線または減裂)
 (4) ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動
 (5) 陰性症状、すなわち感情の平板化、思考の貧困、または意欲の欠如
- 注:妄想が奇異なものであったり、幻聴がその者の行動や思考を逐一説明するか、または2つ以上の声が互いに会話しているものであるときには、基準Aの症状を1つ満たすだけでよい
- B. 障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能が病前に獲得していた水準より著しく低下している(または、小児期や青年期の発症の場合、期待される対人的、学業的、職業的水準にまで達しない)
- C. 障害の持続的な徴候が少なくとも6カ月間存在する。この6カ月の期間には、基準Aを満たす各症状(活動期の症状)は少なくとも1カ月(治療成功時はより短い)存在しなければならないが、前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期または残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみか、もしくは基準Aにあげられた症状の2つまたはそれ以上が弱められた形(例:風変わりな信念、異常な知覚体験)で表されることがある
- D. 除外:失調感情障害と「気分障害、精神病性の特徴を伴うもの」が以下の理由で除外されていること
 (1) 活動期の症状と同時に、大うつ病、躁病、または混合性のエピソードが発症していない
 (2) 活動期の症状中に気分のエピソードが発症していた場合、その持続期間の合計は、活動期および残遺期の持続期間の合計に比べて短い
- E. 除外:障害は、物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用ではない
- F. 広汎性発達障害との関係:自閉性障害や他の広汎性発達障害の既往があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が少なくとも1カ月(治療成功時はより短い)存在する場合にのみ与えられる

DSM-IV-TR

(2000)

DSM-5 統合失調症 Schizophrenia

(2013)

- A. 以下のうち2つ以上、各々が1ヶ月間(治療成功時はより短い期間)ほとんどいつも存在する。これらのうち少なくともひとつは1か2か3である
 (1) 妄想、(2) 幻覚、(3) 解体した会話(例:頻繁な脱線または減裂)
 (4) ひどくまとまりのないまたは緊張病性の行動
 (5) 陰性症状(例:感情表出の減少や意欲欠如)
- B. 障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能の水準が病前に獲得していた水準より著しく低下している(あるいは、小児期や青年期の発症の場合、対人的、学業的または職業的な期待される水準に達することができずにいる)
- C. 障害の持続的な徴候が少なくとも6ヶ月間存在する。この6ヶ月間には、基準Aを満たす各症状(活動期の症状)は少なくとも1ヶ月(治療成功時はより短い)存在しなければならないが、前駆期または残遺期の症状の存在する期間を含んでもよい。これらの前駆期または残遺期の期間では、障害の徴候は陰性症状のみか、もしくは基準Aの症状の2またはそれ以上が弱められた形(例:風変わりな信念、異常な知覚体験)で表されることがある
- D. 統合失調感情障害と、うつ病または双極性障害の精神病性の特徴を伴うものが以下の理由で除外されていること
 (1) 活動期の症状と同時に、大うつ病または躁病のエピソードが発症していない
 (2) 活動期の症状中に気分のエピソードが発症していた場合、それらは疾患の活動期および残遺期の持続期間の半分以下しか存在しない
- E. 障害は、物質または他の医学的状態の直接的な生理学的作用の影響によるものではない
- F. 自閉症スペクトラム障害やコミュニケーション障害の小児期の既往があれば、統合失調症の追加診断は、統合失調症の必須症状に加えて顕著な幻覚や妄想が少なくとも1ヶ月(治療成功時はより短い)存在する場合のみ

操作的診断基準では見えない

リハビリテーションに必要な個人の生活機能の特性

作業療法を通して見えた統合失調症

コード化すると個々の現象は見えなくなる



- 生活に必要な体験の不足、歪みがある
- 集中力、記憶力、整理能力、計画能力、問題解決能力など社会機能(統合的な認知機能)の障害がある
- 状況や人への依存性が高い(限局された依存関係)
- 要素的な障害や問題への対処はあまり効果がない
- 個々の差が大きい(同じ疾病?)

作業療法を通して見えた統合失調症

コード化すると個々の現象は見えなくなる



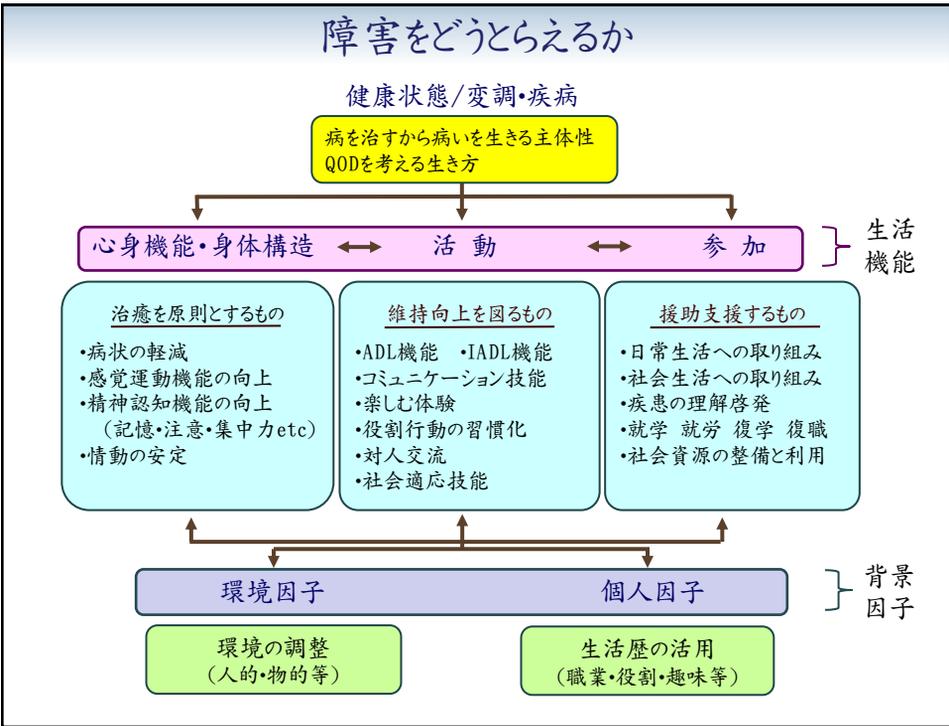
- 言語的指導より具体的な生活行為を通じた体験が有効
- (体験に際しても他者によるカテゴリー化が必要) 決能力など
- 同じことをいろいろな方法で提供することが必要
- 個別治療より小グループのほうが効果的(依存関係)
- それなりに体得されるが繰り返しが必要(効果がない)
- 社会機能の障害という視点が必要

?

原因(素因、環境?)と**対処**(薬、精神療法、学習、環境調整?)

統合失調症の理解

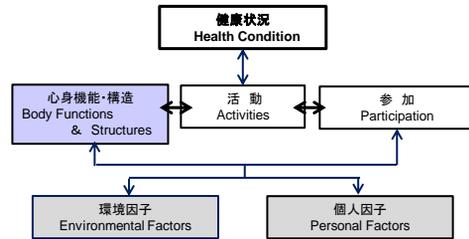
障害をどうとらえるか(ICFの視点)



心身機能の治療

薬物療法による病状の軽減

- 思考の障害(妄想)
- 知覚の障害(幻覚)
- 自我意識の障害
- 意志・欲望の障害
- 感情の障害
- 認知機能障害
- (社会機能障害の主要原因)



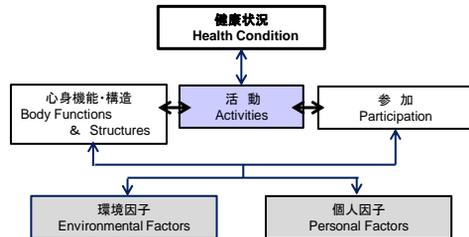
作業療法の役割

病的症状からの早期離脱
(服薬最少量による症状安定)
二次的障害(遷延)の防止

活動の支援

何ができないかより
どうすればできるか
できないことをできないままにしない

- 生活維持活動 [ADLの障害
IADLの障害
- コミュニケーション障害
- 対人関係技能障害
- 作業遂行技能障害
- 社会資源の利用制限
- その他の活動の制限

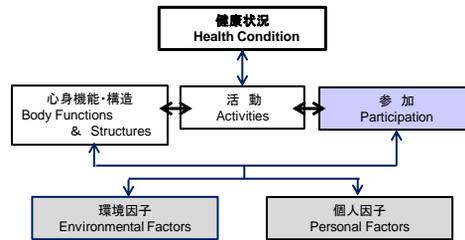


作業療法の役割

生活行為の再体験
生活技能習得
作業を介した認知行動修正

参加の支援

日常生活・社会生活への
関与に対する支援



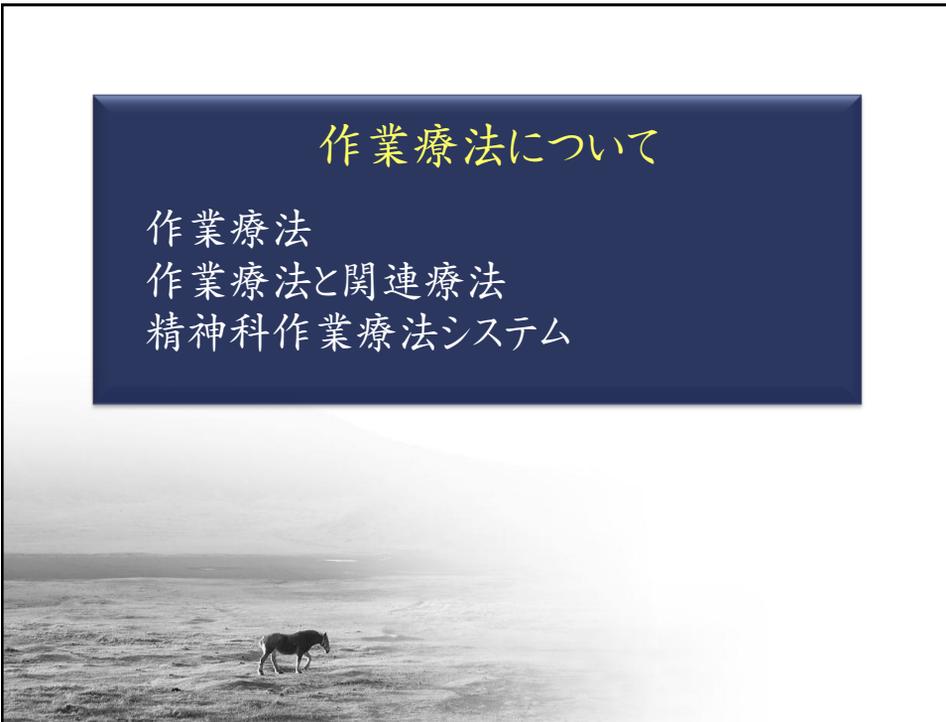
家庭生活
コミュニティライフ
市民生活
社会生活
就労・復職
修学・復学
その他社会活動

作業療法の役割

セルフコントロールの支援
習得技能の生活への汎化
リハビリ支援

作業療法について

作業療法
作業療法と関連療法
精神科作業療法システム



作業療法(リハビリ支援)

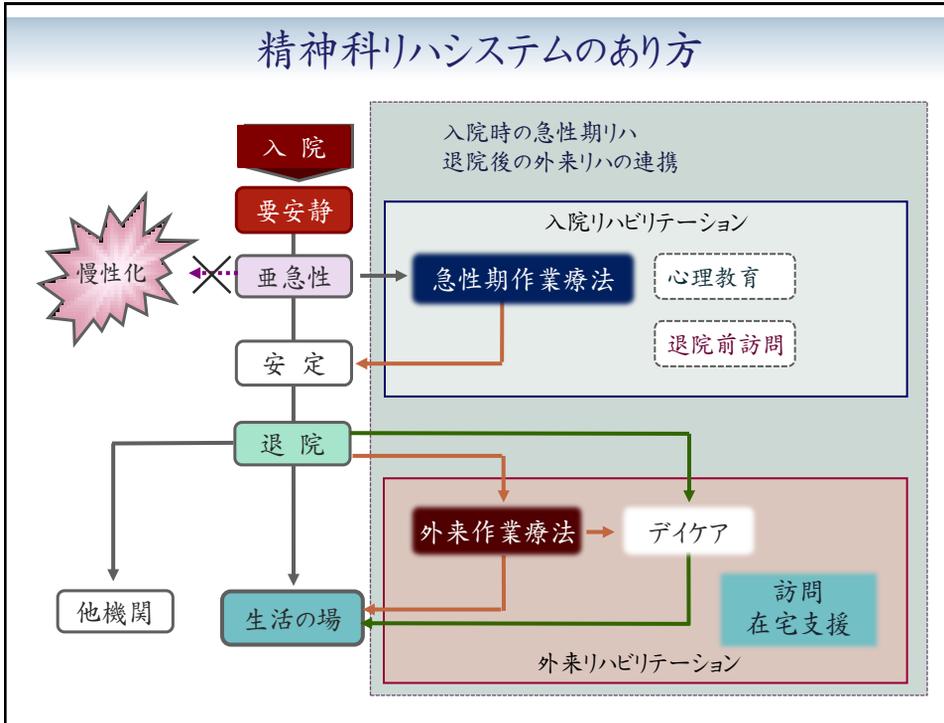
特性	対象の状態とニーズに応じて作業や構造を組み替える
役割	生活機能評価(心身機能, 活動状態, 生活環境, 他) 生活支援機能(機能障害の軽減, リハビリ, 生活技能の習得汎化, リハビリ支援, 他)
機能	ことばと作業により脳機能を糾す 具体的な目的行動・体験による自己認識と学習, 行動変容
手段	生活行為, 創作表現活動, 身体活動, 他
領域	医療, 保健, 福祉, 教育, 就労, 他

ストレングスモデルに基づき 具体的な生活行為を通して
個々の生活機能を評価し 急性期は病状の早期安定
回復期は社会機能としてとらえた生活とリハビリ支援

作業療法と関連療法

種類	介入手段	特性
薬物療法	薬物	<i>physial</i>
精神療法	言語	<i>human verbal</i>
作業療法	作業 + 言語	<i>non-human non-verbal + verbal</i>

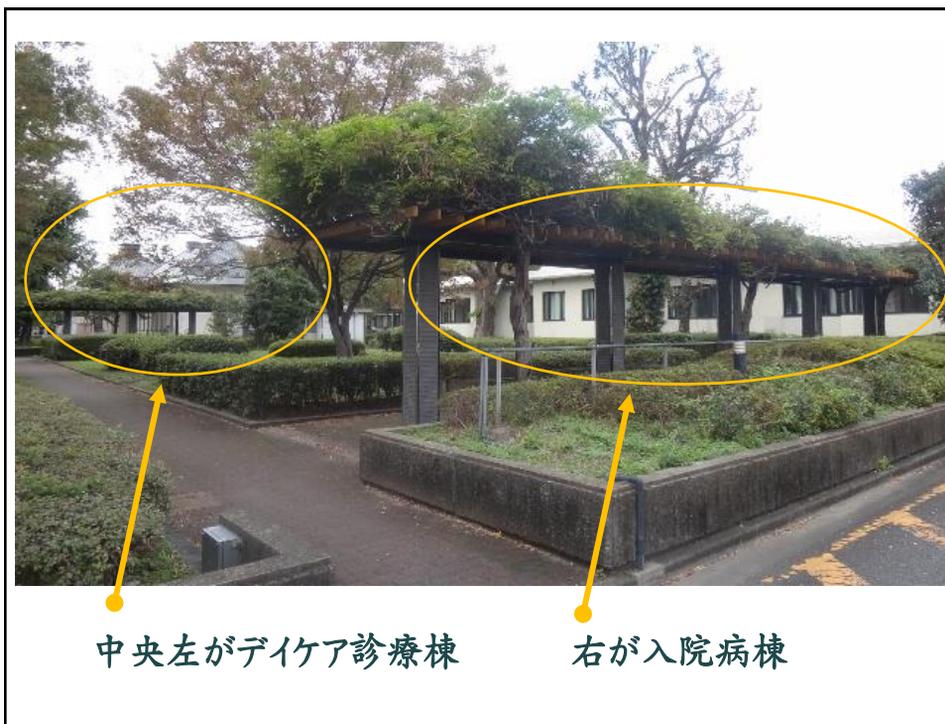
薬物療法など身体療法は症状の軽減
言語を主媒介とする対話型療法は情動の安定と自己認知
作業療法は
具体的な体験による基本機能の維持改善・社会脳の機能向上



作業療法について

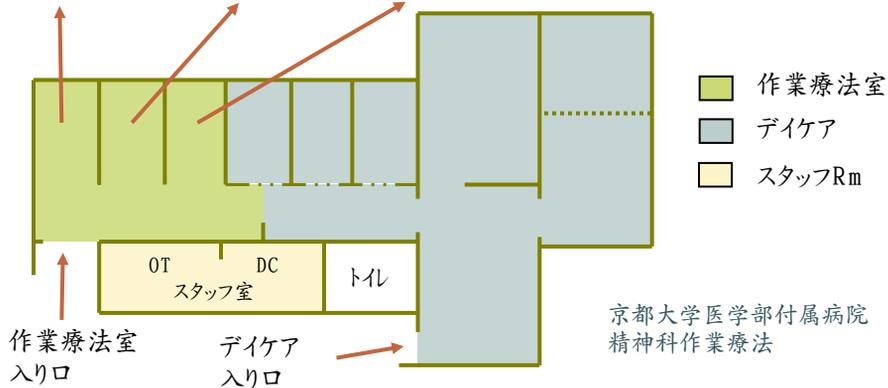
急性期作業療法の例







大学病院における試み



早期作業療法プログラムの例

		院庭	病棟内	作業療法室	
	月	火	水	木	金
午前	カンファレンス		(植物と環境)		
			(身体プログラムや入院心理教育など)		
午後		平行(作業療法室)			
		個別作業療法(病室、作業療法室、必要に応じて病院外)			

実施頻度：週5日

治療形態：マンツーマン 平行

小グループ(身体プログラム, 心理教育)

スタッフ：作業療法士2名(有期)

人間健康科学系脳機能リハ専攻教員2名

他職種の補助若干名



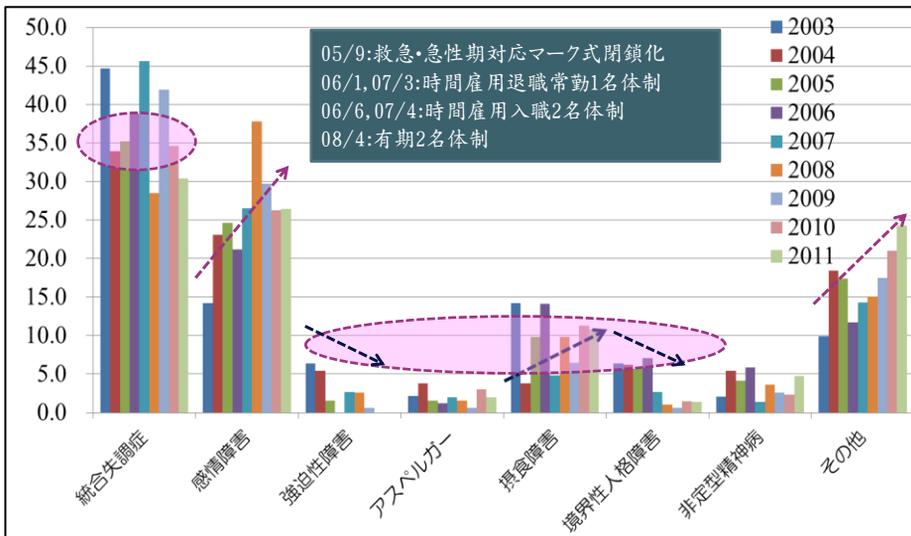
精神科作業療法の構造

- 個人セッション ———— マンツーマン
- グループセッション ———— パラレル

パラレル:急性期作業療法に必要な構造

場を共有しながら,人と同じことをしなくてもよい. 集団としての課題や制約を受けず,自分の状態や目的に応じた利用ができ,いつだれが訪れても,断続的な参加であっても,わけへだてなく受け容れられる場

処方疾患比率 (%)

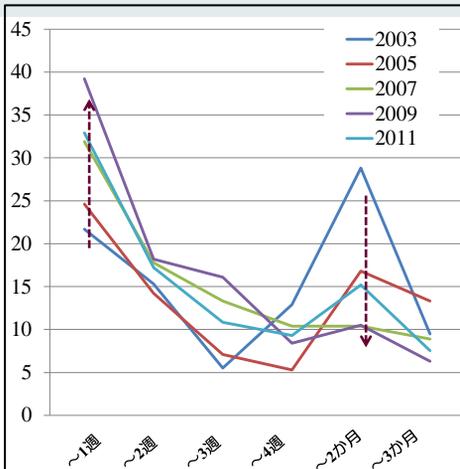


統合失調症を中心(40%弱)
思春期神経症圏20%弱、感情障害圏が増加し30%程度

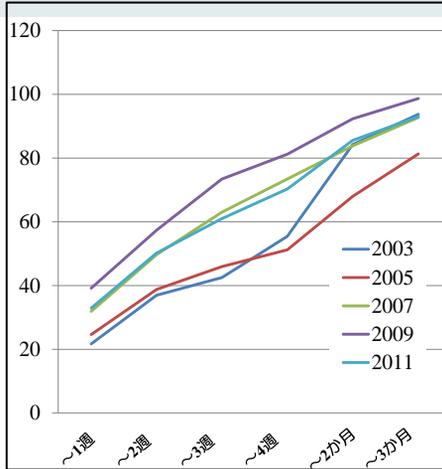


入院から処方までの期間

期間別比率(%)



累積比率(%)

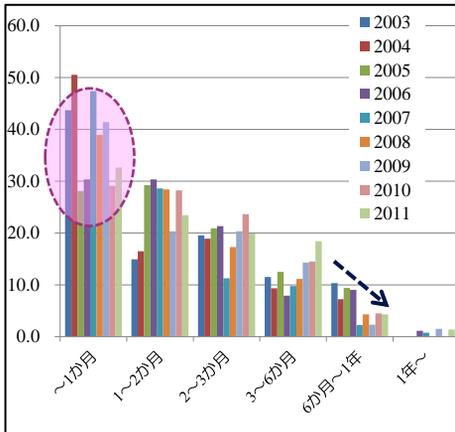


救急・急性期対応マーク式閉鎖化後、約4割が入院後1週間以内に
6割が2週間以内に、8割が4週間以内に処方

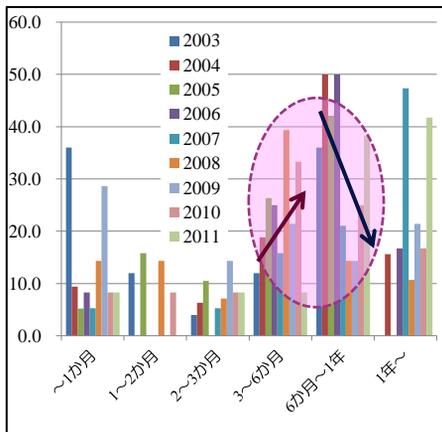


作業療法利用期間(%)

入院患者比率(%)



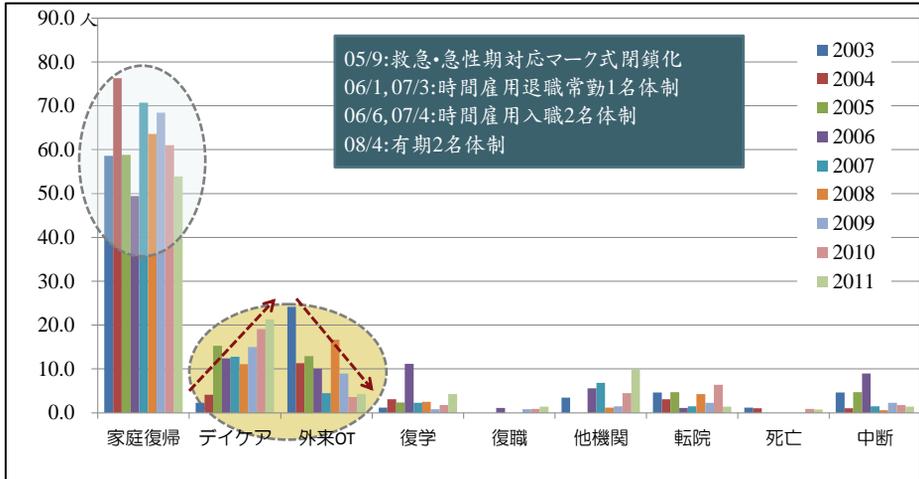
外来患者(%)



入院作業療法では、作業療法開始後の1か月以内に3~5割、2か月
以内に6~8割が退院
外来作業療法の利用は、3か月から1年以内が中心



退院後の転機



退院後の転帰は、家庭復帰が6~7割、デイケアと外来作業療法2割、デイケアと外来作業療法利用患者を含めて9割以上が元の住居に退院。早期退院では居住先の調整がほとんど不要。



たとえば「何もできない、でも何かしないと落ち着かない



ピンポン球大の粘土の塊

「何も作らなくていいので、この粘土をできるだけ薄くおなじ厚さになるようにしてみましょう」

特定の脳機能課題

- 新しい知識や技術、作業遂行時に判断を要さない
- 手順が明確
- 適度な繰り返しリズム



指先で粘土を摘むという単純な動作の繰り返し、粘土を薄くおなじ厚さにする(特定の脳機能課題)ための手指の屈伸にともなう深部覚、触覚からの感覚(身体の使用に伴う現実的感覚刺激)に意識が向けられます。



自分の身体から生じる現実的な感覚が脳にフィードバックされ、運動企画が見直され手指の動きが修正される。そのシンプルで感覚のフィードバックによる修正を繰り返すことだけが必要な脳機能課題が遂行されます。



ことばと作業により脳機能を乱す → 機能障害の軽減

「何も作らなくていいので、この粘土をできるだけ薄くおなじ厚さになるようにしてみましょう」という課題に、手指の屈伸にともなう深部覚、触覚からの感覚（身体の使用に伴う現実的感覚刺激）だけに意識が向けられます。単純ですが、常に感覚情報をフィードバックし運動企画を修正する繰り返し作業に脳が使われます。

作品を作るためではない作業の結果としてできたものを素焼きにし、釉をかけて焼く。



たとえば「何もする気が起きない、したくない」



手で一握りできるくらいの粘土を手渡し、粘土の片方が握った親指と人差し指から2~3cm頭が出るようにします



ギュッと握ってもらいます



握った粘土の底の部分をトントンたたいて据わりをよくします。そして、その粘土をゆっくりと回しながら正面を決め、決まったら、指でつまんだり押しつけて、耳や鼻を作り、目や口を竹串で描きます。



何もする気がないと見ていた人が、いつの間にか粘土を握っていた。そんな思わず手を出してみたくなる状況をつくるのも作業療法

粘土という素材
触覚刺激と深部覚
適度な退行
non-human non-verba
+
verbal




今言えること



- 社会機能という視点からとらえることが必要
- 基本病理は変わらないが生活障害の軽減は可能
- 作業により薬物量の適正化が可能
- 早期の治療が可能なら入院は調整程度で外来で可能
- 生活行為を通した認知行動修正が効果的



作業療法の知識技術はますます必要とされるが作業療法士は淘汰