

掲載誌：作業療法ジャーナル 42(8), 825-830, 2008
特集「集団を活用する」

統合失調症の回復過程に沿った集団の活用

山根 寛
Hiroshi YAMANE

京都大学大学院医学研究科

Key Questions : ①統合失調症者の対人特性について説明する
②統合失調症者の回復過程を説明する
③回復過程に沿った集団プログラムを説明する

はじめに

統合失調症という病いとそれにとまなう障害がある人たちは、幼少期より自己主張の少ない受け身的な対人特性があり、認知機構にも独特な歪みがみられる。そのため、なじみのない場や人の集まりに加わる、他者と協同して役割を果たすといったことで、不安やときには被害感に苛まれることがある。

しかし彼らが、「ああそうかこれで（も）いいのだ」と安心したり、「自分だけじゃないのか」（普遍的体験）と安堵を感じるのも、なじみの仲間（他者）との関わり（集団内体験）を通してのことである。

他者との関わりにおいて傷つき、他者との関わりによって癒される。人格的な病い、対人関係の障害といわれる統合失調症を患う人たちに対して、パラドキシカルな意味をもつ他者との関わり、集団をどのように活かすか、回復過程と他者との関わりという視点から集団の活用について考えてみることにしよう。

精神科作業療法でもちいる集団の形態

集団機能を利用する関わりは、さまざまな領域で、集団療法、集団精神療法、小集団、グループ、グループセラピー、グループワーク、グループ活動、集団活動等と称され、多様な使われ方がされている^{1~4)}。いずれも、何らかの形で集団の凝集性や集団力動を構造化して利用する集団療法に相当する。なかには、対象人数の費用対効果がおもな理由になっているものも含まれている。

精神科作業療法においては、このような構造化された集団療法という形態ももちいるが、より日常生活に近い状況で生じる人の集まりや他者との関わりを活かした集団プログラムをもちいる。また、障害を生活機能と背景因子との相互性としてとらえ(図 1)⁵⁾、日々の生活を構成する作業活動を手段とし、心身機能の改善から社会機能まで、対象者の回復過程に応じて、生活機能全般を視野に生活の自律と適応を援助することが、ほかの療法にはない作業療法の特性でもある。

集団そのものがパラドキシカルな意味をもつ統合失調症者に対しては、この作業療法の特性を活かし、表 1 に示すようなさまざまな集団形態のプログラムを回復の状態に応じて使い分けている。

1. パラレルという形態

パラレルな場は、場を共有しながら個々の状態や目的に応じた関わりをする個人作業療法の一つである。いわゆる集団療法とは治療構造も運営も異なるが、場を共有する人の集まりにおいて自然に生まれる相互の関わりには、凝集性や集団力動を構造化した集団療法では得がたいものがある⁶⁾。

特に急性期精神科作業療法においては、パラレルな場は欠くことのできない重要なプログラムである。パラレルな場が成り立つには、少なくとも 4～5 名の参加が必要で、治療的にもっともパラレルという形態が機能するのは 10～15 名、一つの場としての運営という意味では 20～30 名までならその機能を活かすことができる。

OT1 名が対象とする人数は 4～5 名が理想であるが、亜急性期から退院間近な者までいろいろな回復過程にある者が参加するようになれば、10 名位までなら対応することが

可能である。

2. 構造化された形態

構造化された集団療法は、その規模により小集団とか大集団等と呼ばれるが、もちいらる領域により対象人数は異なる。たとえば教育の場では、25名くらいを小集団と称するが、精神科作業療法等治療や相互援助プログラムとしてもちいる場合は、4～5名程度の並行集団、7～12名程度の課題志向集団^{註1}、10名程度までの力動的集団^{註1}が小集団にあたり、10～15名程度の集団志向集団^{註1}、10～20名以上の短期課題集団等が中規模から大規模集団にあたる。呼び方と集団の規模は明確に定義されたものはないが、プログラムとしての目的や行う活動、集団力動の活用の仕方によって集団の規模が決まり、期待される効果も異なるため、目的に応じて適切な人数を決めることがセラピストの重要な役割の一つになる。

回復過程に沿った課題と集団の活用

統合失調症者の回復過程に沿った各種集団プログラム、その目的と実施時期の基本的なものを表2に示す。急性期の早期介入、早期退院、退院後の通院治療、社会内維持期に自立支援、長期在院者に対する関わりという、回復過程に沿った統合失調症者に対する集団プログラムの一例を示したものであるが、これらは統合失調症に限ったものではない。

基本的にこのようなプログラムが提供できていれば、それぞれの病理特性と集団との関係を考慮してプログラムを選択すれば、他の疾患に対しても適用となる。

1. 早期介入と集団プログラム：亜急性期

要安静期を離脱した亜急性期状態にある統合失調症者に対する作業療法は、病的状態からの離脱、もしくは活動性の低下による遅延・慢性化等の二次的障害の防止を目的として行う。いずれにしても不安定な状態にあり、個々の病態の差も大きく、日々の変動も大きい。いかに安心・安全感を保障しながら、身体感覚を取り戻し、人のいる場に慣れるかということが関わりの中心となる。したがって、対象者の状態に応じて、1対1の個人作業療法、身体運動プログラム、パラレルな場、並行集団プログラム等を適宜組み合わせ対応する。

1) 身体運動プログラム

要安静状態を脱してしばらくは、自分の身体が思うように動かない、自分がしているのに実感がない、疲弊状態にあるのに疲れが自覚されない等、個人差はあるが自己と身体とのずれがみられる。このような状態に対しては、呼吸と合わせた粗大な運動やストレッチ等、身体感覚レベルからの働きかけ⁸⁾を通して、身体に意識を向けながら、心身の緊張の緩和、身体を動かすことの違和感を心地よさへと変えていくようにするとよい。集団の用い方としては並行集団⁷⁾から短期課題集団⁷⁾レベルの対応が中心になる。生活機能(図1)⁵⁾からすれば、心身機能の調整にあたる。

2) パラレルな場

急性期の精神症状が治まったあとの亜急性期、もしくは寛解過程初期にあたる状態では、他者の視線やわずかな言動、共に何かすると他者との比較が気になる。そのため、病的状

態から抜け出し、他者がいる場で過剰な気遣いをすることなく過ごすことができるようにするには、パラレルな場が有用である。

人の中において他者と同じことをしなくてもよいパラレルな場は、見物効果として機能し、緊張を和らげ、現実との関わりを取り戻す場となる。通常の集団療法プログラムに比べてゆるやかで柔らかな構造を活かすには、社会規範に沿った最低限のルールを決め、場の利用があいまいにならないようにする⁶⁾。

3) 並行集団プログラム

これは対人緊張や場面緊張が高く、パラレルのような場であっても参加できない状態、もしくは自閉傾向がかなり強い状態にある者に対し、1対1の個人作業療法と併用しながらパラレルな場への移行プログラムとしてもちいる。侵襲性の少ない保護的な場で、少しずつ他者に対して関心を抱き、共に過ごすといったことを目的とした4～5名のクローズドプログラムである。

4) 心理教育プログラム

入院早期には、入院治療をより有効に機能させるために、医師や病棟と連携して、入院治療に対する不安を軽減し、よい形で入院生活を送ることができるよう、安心と安全感の保障を目的とした心理教育プログラム⁹⁾を1～2回で行うとよい。

2. 早期退院と集団プログラム：回復期前期

現実感の回復がみられるようになれば、退院に向け基本的な心身機能の回復を図ることになる。病気のためにできなかった遊びや楽しむ、作業を介して人と過ごすといったことで、基本的な心身機能や生活リズムの回復を図る。

1) 身体運動プログラム

少しずつ現実感が回復してくると、散歩や軽いスポーツ、ヨガやエアロビクス等、回復に応じた身体機能レベルからの働きかけを通して、身体感覚の回復にあわせて基礎体力の回復、人と共に楽しむ体験等が、身体運動プログラム⁸⁾をもちいる狙い所になる。集団の使い方としては、短期課題集団を中心に長期課題集団⁷⁾レベルの対応が中心になる。

2) パラレルな場

この時期になれば、パラレルな場は自分の選んだ活動をしながら周囲に対して関心も向くようになり、共に場を過ごす者同士の自然な交流も生まれる。この自然に生まれる関わりの中で、自閉されていた活動性が適度に刺激され、人と共に楽しむ体験がなされ、主体的な行動が回復する機会となる。

3) 課題プログラム

この時期における唯一訓練的なプログラムとして、食事や入浴、更衣、身のまわりの整理等身辺処理の自立（自律）がある。生活機能(図 1)⁵⁾のうち、生活を維持するために必要な身辺処理機能と生活管理機能の回復にあたる。

これは代理行為等による他者の介入を少なくすることでプライバシーと自由を取り戻すことを目的としたもので、普遍的体験や情報の伝達、模倣等の集団機能を活かす少人数の課題志向集団で行う。主体性の回復に向けた現実的対処の準備にあたるもので、本格的な生活技能習得のプログラムは回復期後期に行う。

4) 心理教育プログラム

この時期になれば、退院後の生活における不安の軽減を目的に、困ったときの対処、通院治療や社会資源の利用の仕方等を2～3回のプログラムで行う。いざというときに一人で行き詰まることがないようにすることが狙いである。

3. 通院治療と集団プログラム：回復期後期

基本的な心身の基本機能が回復し、社会生活、社会参加に向けた指導・訓練を行うことが可能になれば退院し、必要であれば外来精神科作業療法やデイケア等で治療継続が行われる。生活の自律と適応、社会参加に向けた生活技能の習得等が、回復期後期の通院リハビリテーションのおもな目的になる。

1) 身体運動プログラム

この時期の身体運動プログラムは、早期退院後の身体機能の維持と身体的なものだけでなく、精神的な抵抗力を含めた生活体力の改善がおもな目的となる。軽スポーツ等、他者と楽しみながら連携して定期的に行うものを提供するとよい。

2) 課題プログラム

生活技能を習得する重要な時期にあり、認知行動療法や社会的学習理論に基づき、生活に関連した活動を通して習得するプログラムを組むことになる。具体的には、時間や金銭、物品、健康等の自己管理、日常的な近隣とのつきあい方等、社会生活に必要な技能習得、社会資源の利用、対人交流技能やコミュニケーション技能等が課題となる。心理教育やSST等ロールプレイをもちいる働きかけに対して、生活につながる具体的な体験をもちいることが作業療法プログラムの特性である。

3) 就労プログラム

通院医療における就労プログラムは、就労に向けた準備プログラムとして、働くということに対する自己イメージや個々のワークパーソリナティの確認といったことが目的で、直接の就労体験を通じた指導は福祉の関わりで行う。

4) 力動的集団プログラム

社会参加にあたり、受容される体験や普遍的体験、他者との関わりにおける感情表現、気づき等により、自己認識を深めるとともに自分の病気や障害との折り合いをつける、具体的な体験を通して新しい適応行動を身につける行動変容といったことを目的としたものである。

厳密には、集団精神療法における言語の補助、もしくは言語の代わりに作業の非言語的コミュニケーション機能をもちいる集団プログラムである。しかし、作業活動をもちいるプログラムは、具体的な体験が、学習や訓練的側面が必要となる慢性化した行動や態度の異常に対して有効である。

5) 心理教育プログラム

具体的な活動を介した課題プログラムと併用して、社会生活における対処技能を高めるために、正しい知識や情報を提供する。この時期には、人的環境としての家族の理解と協力が必要であり、本人だけでなく家族に対しても、疾患や治療に対する知識や利用可能な制度、社会資源の情報等、総合的な心理教育プログラムにより、再燃・再発の予防と生活技能の習得を図ることが必要になる。

4. 自立支援と集団プログラム：社会内維持期

疾病や障害が安定し固定した状態においては、再燃・再発を予防しながら生活の支援をする。可能なら、就労等社会参加を促進する援助を行うが、保健・福祉領域での対応が中心となる。生活支援に関しては、援護寮やグループホーム等、具体的な生活の場を通して生活技能の習得を援助し、就労に対しては、具体的な就労支援事業を通して就労に必要な基本能力を評価したり、就労に向けた援助を行う。

また人的環境や物理的環境の整備・調整が重要で、地域社会との交流を支援したり、支援ネットワークを整備する等、精神障害に対する社会のバリアフリー化にあたる支援を直接的・間接的に行う。こうした維持期の関わりも、作業療法単独で行うことは少なく、保健・福祉関連のスタッフと連携する。構造化された集団プログラムというより、社会生活における他者との交流や連携という自然な形で集団機能を活かすことになる。

5. 長期在院と集団プログラム：施設内維持期

病的状態からの離脱、早期退院を目的とした治療介入では病状が治まりきらない状態やなんらかの理由で在院が長期化しそうな、あるいは長期化した者に対しては、長期化による生活機能の低下を防ぎながら社会復帰・社会参加を目指すことが目的となる。このような治療や訓練の効果が顕著に現れる3～6か月を経過したあとは、1日のリズム、1週間のリズムを保つことができるよう、生活に視点をおいた週間プログラムを提供することになる。

生活感を失わないという意味では、生活を構成する現実的で具体的な作業活動の体験を通じた関わりが有効である。しかし安易なプログラムは、逆に作業への安住による在院長期化の原因ともなる危険性があるため、目標や達成時期等、限界設定を明確に示し、生活の自己管理を図りながら、家族との連携、退院後の生活に向けた環境の整備等もあわせて行うことが必要になる。

おわりに

障害を生活機能と背景因子との相互性としてとらえ、日々の生活を構成する作業活動を介した人との関わりを手段とする作業療法の立場から、統合失調症の回復過程に沿った集団の活用の概要を紹介した。限られた誌面なので、個々のプログラムの詳細は成書に譲るが、入院医療中心から地域生活中心へ、統合失調症者の支援は人との関わりがありようが重要な鍵となる。

ひとは ひとの中に生まれ
ひとの中でそだち
ひとは ひととの関わりに傷つき
ひととの関わりで癒される

(山根 寛：『作業療法の詩』、青海社、2007)

文 献

- 1) 水島恵一, 他 : 集団療法の基礎. 水島恵一, 他 (編) : 集団心理療法. 金子 書房, pp 3-28, 1969
- 2) Scheidlinger S : Focus on Group Psychotherapy; Clinical essays. International Universities Press, 1982
- 3) 前田ケイ : ソーシャルワークにおける集団の治療的活用ーその理論と実際. 集団精神療法 1 : 17-21, 1985
- 4) 近藤喬一 : 日常実践としての集団精神療法. 集団精神療法 10 : 10-17, 1994
- 5) 山根 寛. 社会機能のいくつかの аспекト. 精神科治療学 18 : 1015-1021, 2003
- 6) 山根 寛 : パラレルな場とその利用. 鎌倉矩子, 他 (編) : ひとと集団・場, 第2版. 三輪書店, pp73-88, 2007
- 7) 山根 寛 : 集団をもちいる作業療法の種類. 鎌倉矩子, 他 (編) : ひとと集団・場, 第2版. 三輪書店, pp104-112, 2007
- 8) 日本作業療法士協会学術部 (編) : 精神障害 ; 身体に働きかける作業療法アプローチ. 日本作業療法士協会, 2006
- 9) 香山明美 : 急性期の心理教育. 香山明美, 他 (編) : 生活を支援する精神障害作業療法. 医歯薬出版, pp101-103, 2007

注 1

課題志向集団は、生活技能の修得や心身機能の改善等共通の自己課題に対して、参加者が協同して取り組む集まり、力動的集団は、他者との関わりを通し個々の参加者が自己認識を深め行動変容や自己変容に至ることを目的とした人の集まり、集団志向集団は、作業を通して集い、交わり、憩うといった他者との関わりを目的とする人の集まりをいう⁷⁾。

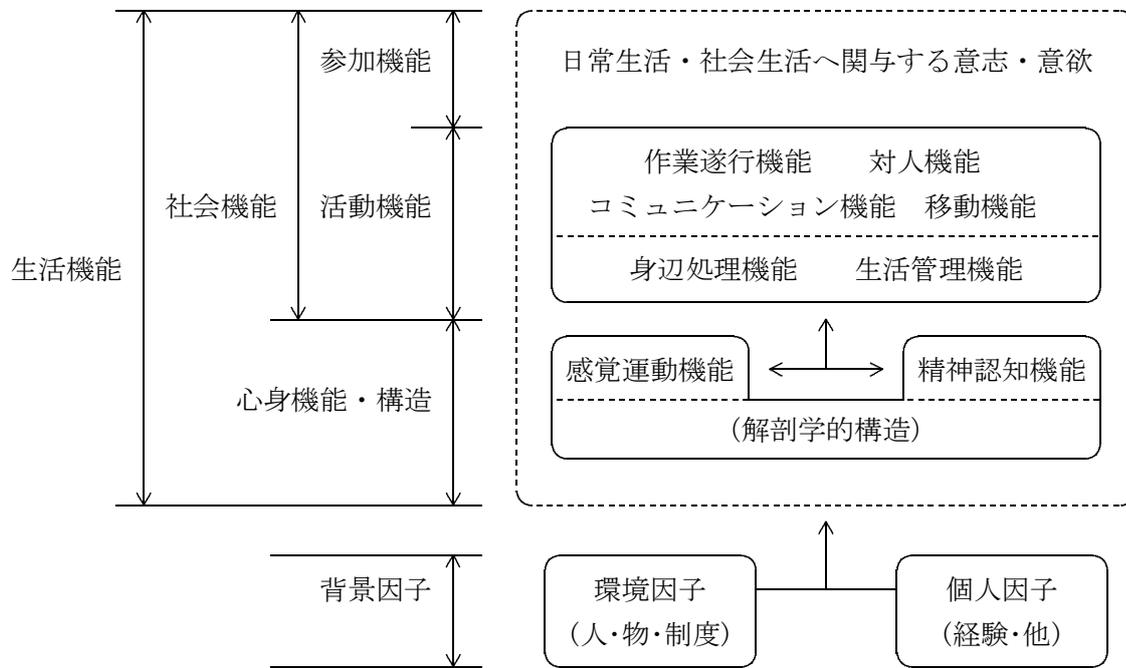


図1 生活機能の構成要素・背景因子の関係

表1 精神科作業療法で用いる集団（人の集まり）の形態

形態		対象人数	特性
パラレル（1対複数）		≤10	場の共有を利用した個人作業療法
小集団	並行集団	4～5	緊張，自閉傾向，認知機能低下に対する集団力動を積極的に用いない小規模集団
	課題志向集団	7～12	共同して自己課題に取り組む
	力動的集団	≤10	集団力動を活かした自己洞察・自己変容が目的
中～大集団	集団志向集団	10～15	集まることの効果の利用
	短期課題集団	10～20≤	多くの人数が集まることが必要な活動

*パラレルな場の対象人数はOT1名が対応するおおよその人数。その他はプログラムの対象数。中～大集団においては、10～12名を超えれば、その人数やプログラム内容に応じてOTを複数にする。

表2 統合失調症者の回復課程に沿った集団プログラムの例：目的と実施時期

プログラムの種類(対象人数)	急性期		回復期		維持期
	要安静期	亜急性期	回復期前期	回復期後期	
	1～2週	～1か月	～3か月	～1, 2年	
身体運動プログラム (≤10)		身体感覚 現実感	基礎体力	生活体力	健康維持
パラレルな場 (10～20)		導入 病状軽減			
並行集団プログラム (4～ 5)		導入 場の共有体験			
課題プログラム (7～12)			身辺処理	生活技能	役割遂行
就労プログラム (7～12)				現実検討 就労準備	就労援助
力動集団プログラム (≤10)				自己認識 自己変容	
集団志向プログラム (10～15)				受容体験	交流
心理教育プログラム (5～10)		不安軽減	退院準備	対処技能	自己管理
作業療法の主目標	安心・安全感の保障 症状の軽減 身体感覚の回復 二次的障害の防止		現実感の回復 心身機能の回復	生活技能の習得 社会参加の促進	再燃・再発の予防 生活機能の維持 社会参加の支援

要安静期 : 初発もしくは再発後, 医療保護下で安静, 休養が必要な時期

亜急性期 : 安静, 休養を要する急性状態離脱後の不安定状態もしくは疲弊状態

回復期前期: 現実感が回復し, 生活技能習得に向け基本的な心身の機能回復を必要とする時期

回復期後期: 退院や社会生活に向けて現実検討や生活適応技能の指導, 訓練をおこなう時期

*各期は時系列的なものではなく, あくまでも状態を表す目安. 対象数も通常の見込みとする人数.

————— : 通常の実施時期

----- : 必要に応じて実施