

## □第55回日本作業療法学会教育講演

## ホリスティックアプローチとしての精神障害作業療法

薬瀬 誠\*<sup>1</sup>

**要旨：**作業療法によって患者の主体的で多様な生き方を追求していく能力を引き出すには、対象である患者の適切な理解が必要である。しかし、同じ統合失調症の診断を受けた患者でもその在り方はさまざまであり、患者の抱える問題はバラエティに富んでいる。バラエティに富んだ問題を抱える患者を介入対象とするには、全体的に把握するホリスティック（全人的）な理解とアプローチが必要である。本論では、「精神症状および認知機能障害」「これまでの生活で形成された心理的傾向」「現在の状況に対する心理的反応」「生活技能の未習得あるいは喪失」「知識・情報の不足」「環境の未整備」の6つの観点から理解し、アプローチすることの有用性を述べた。

作業療法 41：160～165, 2022

**Key Words：**精神障害, (ホリスティック), (対象者理解)

## はじめに

本論は、二十数年前の臨床実習を終えた後の学生による症例報告を端緒としている。学生は精神障害作業療法（作業療法）の臨床実習から帰ると、担当した症例についてレジュメにまとめ症例報告を行うのであるが、その内容が大変わかりにくかったのである。そして、詳しく見ていくと、そのわかりにくさには3つの原因があるように思われた。その一つは、対象となる患者を理解する観点が定まっておらずバラバラであること。次に、選定された介入方法と患者についての理解の内容とのつながりに整合性がないこと。さらに、選定された介入方法で問題が解決することを説明する理論または考え方が読み取れない、すなわち選んだ介入法で問題が解決するという作業仮説がどのような理論、考え方に基づいて立てられているかがわかりにくいことであった。

これらは作業療法を行ううえで重要な問題である。これらの問題をいくらかでも解決するために試行錯誤

を繰り返すし、まとめたものが本論の内容である。

## 患者を理解するのは難しい

作業療法の主な対象である統合失調症は、種々の原因により患者の生活全体にさまざまな制限を生じさせる。その原因は、統合失調症という疾患自体が直接もたらす場合や、長期の入院や自宅での療養により社会から長期間離れたことによる場合、疾患に対する偏見が残る社会の中での差別により精神的に傷ついた場合などさまざまである。

また生じる日常生活上の制限も多岐にわたる。洗面や入浴、整容などの基本的な生活習慣、調理や掃除、買い物などの家事、対人交流、交通機関の利用、趣味、修学・就労など生活全体に制限を生じさせる。このように患者の抱える問題はバラエティに富んでいるが、作業療法は、患者個々のさまざまな問題の在り方に合わせて実施される必要がある。

ところが、患者全体を理解し、さらに生活全体に関わることは容易なことではない。そのため、限られた側面のみに着目してしまうこともまれではない。限られた側面のみに着目して患者を理解しようとすれば、その理解の内容が偏った貧弱なものになる。また理解が偏れば、作業療法としての介入方法も限定的なものとなり、患者の真のニーズに対応できない可能性が生

Psychiatric occupational therapy as a holistic approach

\*<sup>1</sup> 鹿児島大学医学部保健学科臨床作業療法学講座

Makoto Yanase, OTR, PhD: Department of Clinical Occupational Therapy, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Kagoshima University



分析と総合を繰り返す

図1 患者をホリスティックに理解する

じる。では、このような状況に陥ることを防ぐには、どのような工夫が必要なのであろうか。

### 患者をホリスティックに理解する

患者を偏りなく理解するには、その前提としてホリスティック（全人的）に理解するという視点が必要になる。しかし、一人の患者そのものをひとまとめとして理解することは不可能である。そのため、基本的にホリスティックに理解するという立場に立ちながら、偏りないいくつかの理解の観点を設定する必要がある。いくつかの観点からの理解を合わせて、患者を全体的に理解し、患者の生活全体に関わるのである。

このような方法によって患者をホリスティックに理解するには、「分析」と「総合」という手続きが必要になる。分析は、一つの複雑なものを単純な要素へと分解する手続であり、総合はさまざまな要素を結合させて一つのものに再構成する手続である。いくつかの観点を設定し対象者を理解するという分析と、それらの観点から得られた情報を結合させるという総合を繰り返すことで、患者のホリスティックな理解へ迫ることができる（図1）。

この過程でまず問題となるのは、患者を理解する観点の設定である。試行錯誤のすえに用いた方法は、ある精神科病院で行われている作業療法で解決しようとしている患者の問題の要因を整理することであった。問題を生じさせる要因から患者を理解する観点を定めようという試みである。このことにより、以下の6つの観点で患者を理解し、アプローチしていることがわかった。言いかえると、患者の主体的で多様な生き方を阻むと思われる要因として、以下の6つが導き出された。「要因1：精神症状および認知機能障害」「要因2：これまでの生活で形成された心理的傾向」「要因3：現在の状況に対する心理的反応」「要因4：生活技能の未習得あるいは喪失」「要因5：知識・情報の不足」「要因6：環境の未整備」の6つである（図2）。

以下のそれぞれについて、要因（観点）として設定

した理由を簡潔に説明する。

#### 1. 要因1：精神症状および認知機能障害

妄想や幻覚などの陽性症状、情動の平板化や疎通性の障害などの陰性症状、思考障害、不安や抑うつ、心気症などの精神症状は、日常生活の制限を生じさせる。注意や記憶、実行機能、社会的認知などの認知機能障害は行動特性（例えば、「長い話の内容が覚えられない」「曖昧な状況が苦手」「相手の感情がわからない」など）として表れ、同様に日常生活に影響を与える。

#### 2. 要因2：これまでの生活で形成された心理的傾向

統合失調症の場合は、病前性格として人との接触がうまくいかず自閉的であるという傾向を有している場合もあり、さらにほとんどの患者は、これまでの生活で多くの失敗を体験し、この体験に基づき、否定的な自己や外界に対する認識（認知）（例えば、「自分は役に立たない人間である」「他人は自分のことを受け入れてくれない」「自分のことは理解してもらえない」など）を形成している。このような否定的な自己や外界に対する認識は、外界との関わりを消極的にし、日常生活の制限を生じさせる。

#### 3. 要因3：現在の状況に対する心理的反応

われわれが生きていくには、さまざまな生活上の課題への対応が必要になる。患者は、種々の生活上の課題へうまく対応できないことにより、さまざまな葛藤や苦悩、挫折などを体験する。もともと精神生物学的な脆弱性を有する患者は、葛藤や不安などが精神的な危機につながりやすく、時には反応として抑うつ症状や離人症状を生じさせたり、異常体験の表出を頻繁にさせ、場合によっては再燃に至ることもある。このような心理的反応は、日常生活の制限を生み出す原因になる。

#### 4. 要因4：生活技能の未習得あるいは喪失

統合失調症患者の多くは、思春期に発病する。発病による長期間の入院や自宅での療養は、生活体験を通しての生活技能の習得を困難にする。

また、生活の環境が極端に閉鎖的で職員による代理行為が繰り返されるなど、種々の生活技能を活用できない状況に置かれた場合には、すでに習得していた生活技能も喪失する可能性がある。このような生活技能の未習得や喪失によって、日常生活の制限が生じる。

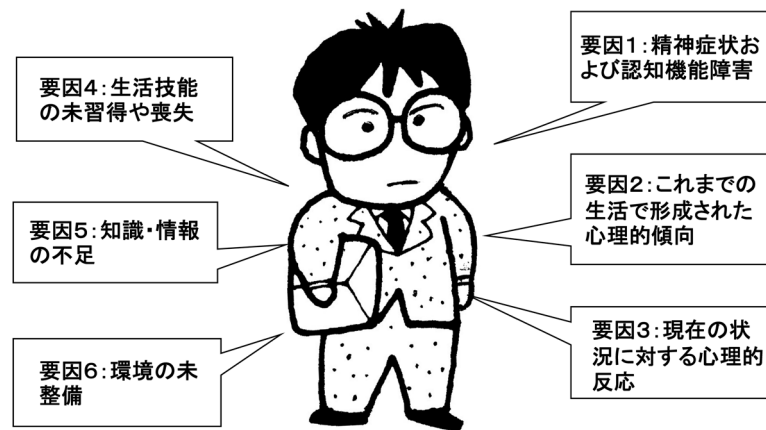


図2 対象者を理解・介入する6つの観点

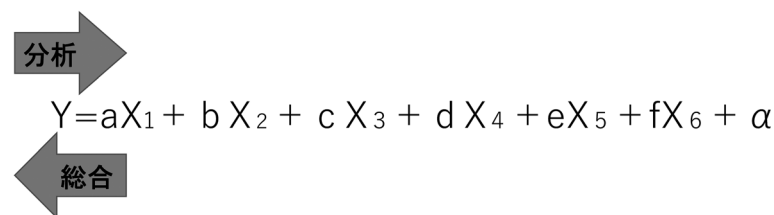


図3 重回帰式による日常生活の制限と6つの要因との関係のイメージ  
 $Y$ : 日常生活の制限,  $X_{1\sim6}$ : 日常生活の制限を生じさせる要因 (要因1から6に対応する),  $X_1$ : 精神症状および認知機能障害,  $X_2$ : これまでの生活で形成された心理的傾向,  $X_3$ : 現在の状況に対する心理的反応,  $X_4$ : 生活技能の未習得あるいは喪失,  $X_5$ : 知識・情報の不足,  $X_6$ : 環境の未整備,  $a\sim f$ : 日常生活の制限に及ぼす影響力の強さ,  $\alpha$ :  $X_{1\sim6}$ では説明しきれない日常生活の制限 (\* $X_{1\sim6}$ は重回帰式では独立を前提とするが, 実際は独立せず関連している)

### 5. 要因5: 知識・情報の不足

病気や治療, リハビリテーションなどについての知識や情報の不足は, 患者に将来に対する不安や悲観的な考えを生じさせる。また, 社会復帰施設などや制度についての知識がないことで, その利用機会を逸する。服薬の必要性についての情報不足は, 再発を招く原因にもなりうる。このように知識や情報の不足は, 生活上の制限を生じさせる。

### 6. 要因6: 環境の未整備

生活する場所や働く場所などの社会資源が十分でなく未整備であるなどの環境要因によっても日常生活の制限が生じる。地域により社会資源の整備状況には大きな差がある。出かける場がなく, 他者と会う機会が少なければ, ソーシャルサポートが得られにくい。また, 精神障害者に対する地域社会の偏見が強い場合や, 家族の受け入れが良好でない場合も同様である。地域での生活場所が確保できず, 長期の入院を続けている, いわゆる社会的入院は一つの典型例である。

上記の理由から6つの要因(観点)を定めたが, 次にこれら6つの要因と患者に生じる生活上の制限の関係を重回帰式の形を採用した図3を用いて説明する。

ここでは, 従属変数 $Y$ は日常生活の制限を, 独立変数 $X_{1\sim6}$ は日常生活の制限を生じさせる因子を表している。 $X_{1\sim6}$ の係数 $a\sim f$ はそれぞれの因子が日常生活の制限に及ぼす影響力の強さであり, 定数項 $\alpha$ は $X_{1\sim6}$ では説明しきれない日常生活の制限を示す。

さらに,  $X_1$ は「精神症状および認知機能障害」,  $X_2$ は「これまでの生活で形成された心理的傾向」,  $X_3$ 「現在の状況に対する心理的反応」,  $X_4$ 「生活技能の未習得あるいは喪失」,  $X_5$ 「知識・情報の不足」,  $X_6$ 「環境の未整備」である。したがって, この多変数関数モデルでは, 上述した6つの要因によって, 日常生活の制限が規定されることになる。さらに, 6つの因子の係数 $a\sim f$ の大きさの違いによって, 各要因の日常生活の制限に対する影響力の違いという視点から個々の患者の特徴を示すことができる。例えば, 長期の入院を同様に続けている患者であっても, その原因が活発

な精神症状であれば  $X_1$  の係数  $a$  が大きな患者であり、退院先の確保の困難であれば  $X_6$  の係数  $f$  の大きな患者であると考えることができる。

ここでは重回帰式の形を採用しているが、これはあくまでも全体像をイメージしやすくするためのものであり、独立変数  $X_{1-6}$  はそれぞれが独立しているわけではない。例えば、経済的な支援が得られず ( $X_6$ )、このことに悩み ( $X_3$ )、精神症状が悪化する ( $X_1$ ) ことがある。また認知機能障害 ( $X_1$ ) によって生活技能が身につけにくい ( $X_4$ ) ことなどはよく臨床場面で経験することである。このように各要因は互いに関連しており、この関連を理解することも重要である。

またこの図では、従属変数から独立変数に向かう思考は分析であり、逆が総合の手続きである。

さらに、6つの要因ごとに患者をホリスティックに理解するための具体的な問いの例を挙げると以下ようになる。①から⑥はそれぞれの要因に対応している。

- ①患者にはどのような精神症状や認知機能障害があるか。
- ②自分自身や環境に対するとらえ方、すなわち認知の在り方はどうか。
- ③現在抱えている問題はなにか、そのことで葛藤や不安は生じていないか。
- ④生活に必要な技術は獲得できているか。獲得できる環境にあるか。
- ⑤必要な知識を持っているか。必要な知識を得る機会はあるか。
- ⑥支えてくれる人はいるか、利用できる社会資源はあるか。家族や地域の受け入れはどうか。

これらの問いは、症例を担当する方式で行われる臨床実習では活用しやすい。ほぼ臨床経験のない学生は、患者をホリスティックに理解することはほとんど不可能であり、偏った理解に陥りがちである。例えば、いったん精神症状に着目すると、精神症状だけにとらわれた状態で担当患者の問題点と介入方法を探ろうとする。その結果、隘路に迷いこむことになる。このような状況に陥らないために、上述した質問を実習指導者は投げかけるとよい。もし、まだ着目していない要因があれば、その要因について情報を収集させる。その後、どの要因がもっとも患者の生活に影響を及ぼしているか、各要因間の関連はどうか、まず作業療法として介入できることは何か、考えさせる。こうすることで学生が隘路に迷い込むことなく、可能な限り患者をホリスティックに理解し、介入する経験を得ることがで

きる。

## ホリスティックに介入する

作業療法としてホリスティックに介入するには、6つの要因それぞれの影響力の強さや各要因の関連性、さらに作業療法での改善の可能性を考慮しながら、いくつかの方法を組み合わせる。また、同時にそれらの介入方法を採用した理由を説明する理論や考え方についても考慮する必要がある。これから6つの要因に対応する理論や考えとともに、介入の例を簡単に紹介する。

### 1. 要因1：精神症状および認知機能障害

この要因は、患者を神経化学や神経心理学などの生物学的なレベルでとらえ、脳機能の不調が精神症状や認知機能障害を生じさせるという考えに基づいている。介入としては、妄想や幻覚などの症状への対処力を増大させる方法や、認知機能障害を補う方法などを用いることができる。

### 2. 要因2：これまでの生活で形成された心理的傾向

この要因は、人間の感情や行動は、自分自身や自分を取り囲む環境のとらえ方、すなわち認知に影響を受けるという考えに基づいている。さまざまな体験などを通して認知の在り方を可能なかぎり肯定的なものへ変えるなどの介入方法を採用できる。

### 3. 要因3：現在の状況に対する心理的反応

精神現象や行動は、人間の内部に仮定された諸種の力の力学的相互作用の結果として理解できるという考えが基になっている要因である。悩みを受容し、情緒的に支持すること、感情を表出するさまざまな機会を提供するなどの方法を用いることができる。感情表出を目的として作成したマガジンプクチャーコラージュの作品を例示した(図4)。

### 4. 要因4：生活技能の未習得あるいは喪失

さまざまな不適応行動や問題行動は学習によるものであり、これらの行動の取り消しや、新たな適応的な行動も学習によるものであるという考えに基づく要因である。必要な生活技能を獲得するための機会を提供することが主な介入方法である。



図4 作業所の通所者が作成したマガジンピクチャーコラージュ  
自己表現と他者による受容の機会を作る。

表1 6要因と作業療法との関係

要 因	作業療法で扱う内容	作業療法の目的	作業療法の方法の例
要因1 精神症状および認知機能障害	精神症状・認知機能障害への対処	<ul style="list-style-type: none"> <li>病的体験の軽減</li> <li>病的体験への対処能力獲得</li> <li>認知機能障害の影響の軽減</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>活動に集中することによる病的観念の意識からの排除</li> <li>幻聴などへの対処方法の獲得</li> <li>手順の提示など遂行機能障害への対応</li> </ul>
要因2 これまでの生活で形成された心理的傾向	自己および外界に対する認知	<ul style="list-style-type: none"> <li>歪んだ自己および外界に対する認知の修正</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>成功体験の提供</li> <li>正のフィードバック</li> <li>認知の言語的修正</li> </ul>
要因3 現在の状況に対する心理的反応	葛藤、不快な感情（不安、悲しみと怒り、抑うつ、無感情、恐れ、など）の処理	<ul style="list-style-type: none"> <li>感情の安定</li> <li>健康な防衛機制の使用</li> <li>自我機能の強化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>傾聴、共感、支持</li> <li>言語的・非言語的手段を用いた感情表出の機会の提供</li> <li>洞察の機会の提供</li> <li>具体的な問題の解決</li> </ul>
要因4 生活技能の未習得あるいは喪失	適応的または不適応的行動・生活技能	<ul style="list-style-type: none"> <li>適応的な行動の獲得または適応的な行動への修正</li> <li>生活技能の獲得または適切な技能への修正</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>身辺処理活動能力の獲得機会の提供</li> <li>コミュニケーション技能の獲得機会の提供</li> <li>集団関係技能の獲得機会の提供</li> <li>社会活動能力の獲得機会の提供</li> </ul>
要因5 知識・情報の不足	生活するうえで必要な情報や知識、態度、習慣	<ul style="list-style-type: none"> <li>学習機会の提供</li> <li>新たな態度、習慣の形成の促進</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病気や治療、リハビリテーション、再発防止についての情報や知識の提供</li> <li>社会資源についての情報や知識の提供</li> </ul>
要因6 環境の未整備	社会とのつながり、生活環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>孤立の防止</li> <li>家族との関係改善</li> <li>社会への再統合</li> <li>貧困な環境による悪影響の予防</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会資源利用機会の提供</li> <li>仲間づくりの援助</li> <li>家族調整、家族支援</li> <li>居場所の提供</li> <li>訪問による支援</li> </ul>

### 5. 要因5：知識・情報の不足

この要因は、知識や情報は人の態度や習慣に影響を及ぼすという考えに基づくものである。介入としては、病気についての知識、利用できる社会資源など必要な知識を提供する方法を採用できる。心理教育としてすでに行われているところも少なくない。

### 6. 要因6：環境の未整備

環境（人的、物理的、社会・文化的）のあり方が患者の生活に影響を与えるという考えに基づく要因である。介入方法としては、社会資源の利用、家族との関係の改善、友達作りの支援などを挙げることができる。

#### 専門職連携の重要な担い手になる

作業療法の対象疾患は、患者の生活全体に影響を及ぼす。したがって、分析と総合を繰り返しながら、対象者をホリスティックに理解することは他の専門職の仕事について理解を深めることにもつながる。他の職種がどのような観点から患者を理解し、介入しているのかが理解できる。

さらに、これまで述べた6つの要因は、さまざまな

分野で用いられる理論や考えに対応している。例えば要因3は、精神分析理論に含まれる構造論と力動論に、また要因4は、学習理論に基づく介入であると説明できる。作業療法を他の職種にも通じるこれらの理論を用いて説明することは、よりよい専門職連携につながると考えられる。

最後に、ここで論述した内容の全体像を理解しやすくするために6要因と作業療法との関係を表1（p.164）にまとめて示した。

#### おわりに

作業療法の基本は、患者がよりよい生活体験を得るための援助を行うことであろう。現在の時点でよりよい生活体験を得ることが、否定的な過去を受容することにつながる。さらに、よりよい現在があり、過去を受容することで将来への希望が湧いてくる。決して安易なことではないが、このような過程を経て、作業療法士は患者がパーソナルリカバリーを得るための重要な援助者となりうるのだと考える。

なお、本稿に関連して開示すべき利益相反はない。