

■事例報告

思春期の精神分裂病患者の 入院治療チームに与えられた心理テストの影響について

The Influence of Psychological Testing on the Treatment Team
for an Adolescent Schizophrenic Patient

和田多佳子・野村祐子

(長谷川病院)

Takako Wada, Yuko Nomura
(Hasegawa Hospital)

要 旨

思春期の精神分裂病の入院治療は、事例の問題が重篤であるほど長い期間を要するが、学校・親子関係といった側面を考えた場合、親や治療者ら患者の周囲に、長期に患者を病院にとどめることに迷いや抵抗が起こるのはよく経験されることである。

この事例の青年は3歳時検診で既に問題を指摘されており、その後も周囲と調和できない苦痛に満ちた生活史をもっている。治療チームはこの患者の重篤な問題を理解していたが、この患者が思春期にあることや病棟の成人集団の中で患者が非常に努力をして生活していたことなどから、陽性症状が軽快した時点で患者・親が自宅での生活を希望した際、入院治療の継続について迷いを生じさせた。おそらく治療チームは患者の絶望感に巻き込まれており、自分たちの果たす役割を客観的に判断しにくい状況におかれていたと思われる。この時行われた心理テストはその報告により、患者の社会的な成長の助けとなるその後の入院治療に向けて、治療チームが現実的な課題に取り組む手助けとなったと思われる。

この患者の治療経過において心理テストの果たした意味は大きかったと思われるのでここに報告したい。

Abstract

The length of hospitalization generally depends on the severity of the problems of the patient. However, in the case of adolescent schizophrenic patients, the therapists as well as the family frequently hesitate or even resist lengthy hospitalization due to its impact on their schooling and family relationship. A case was presented to illustrate an effect psychological testing had in facilitating the treatment team to overcome this dilemma.

The patient's problems were identified at his three-year-old checkup. He had thereafter painful developmental history of not being adjusted to his environment. Though the treatment team understood the severity of the patient's problems, they hesitated to take a firm position for treatment when the patient and his family requested a discharge. The discharge was considered due to the fact that the patient's positive symptoms had been ameliorated and that it had required extra efforts on the part of the patient to adapt to the adult inpatient unit with much older patients. Since the treatment team may have been influenced by the sense of desperation of the patient, they had difficulties in objectively determining their role as therapists. The psychological testing conducted in these circumstances provided information to help the team continue inpatient treatment so that they could deal with realistic issues that later assisted the patient develop social maturity. Psychological testing had a pivotal role in the treatment team process.

キー・ワード：思春期の精神分裂病、治療チーム、ロールシャッハ・テスト

Key Words : adolescent schizophrenia, treatment team, Rorschach Test

はじめに

精神分裂病という病気はあえてここに言うまでもなく簡単な病気ではない。「分裂病の発症機序について」(小倉 1992)でも述べられているように、「簡単ではない」という言葉の中には症状が発現するまでの長い時間的な経過があり、子供が生まれながらにしてもって来た生物学的な特徴・傾向・気質・性向、そしてその子供が生活している場の社会文化的要素や人間関係をもとにした複雑で多様な諸条件がある。症状発現後は患者本人が自覚する強い心理的な苦痛があり、周囲の家族の混乱や怒り・絶望があり、ともすれば数カ月以上になる長い治療期間の重さがある。特に患者が陽性症状に支配されて自分を失った状態にあるときには、患者自身を守り、回復への希望につなげるためにも、患者自身の意志に反して入院・投薬などの治療が必要となる。上記の場合、患者は年余にわたる苦痛や不調和の歴史で疲れ切っていて自分自身についても絶望的になっており、回復するイメージなど全くもてずにいることが多いが、このような時、患者を見守る家族は患者のことを心配すればするほど、治療の必要な現実を理解していても、感情的には不安を抑えることができず、「本当にこの治療は必要なのか」「他に方法はないのか」と患者の気持ちと現実の間で大きく揺れてしまうこともまた多く見受けられることである。患者が思春期であるとき、患者の学校をはじめとした社会生活や家庭生活の重みを考えると、両親はこういった感情を味わわぬほうがまれであり、時には治療者もこの感情に巻き込まれてしまう。

当院での14歳の精神分裂病患者の約1年にわたる入院治療において、包括システムによるロールシャッハ・テストの検査報告が、治療という課題に患者が今後も取り組む必要性に迷いのあった治療チームに影響を与え、治療経過に大きな役割を果たしたと思われるので、ここに報告したい。

事例

事例概要

14歳男性。家族構成は一流大学卒で一流企業に勤務するまじめで心配症の父、専業主婦で自分に自信がもてず、父や患者の姉に頼りがちな母、そして明るく活発な姉の4人家族である。3歳時検診の時に情緒がなかなか表現されにくい子だと言われている。トイレトレーニングが難しく、幼稚園入園間際までおむつが取れなかった。幼稚園では人にとけこめず、集中力がないと先生に言われていた。公立小学校入学後も周囲になじみにくい子供だった。小学校3年生の時はよくほめてくれる担任の先生の下で勉強も一生懸命やり、周囲にもとけこめていたようだったが、4年生になると遅刻が増え、学校での楽しそうな様子が見えなくなり、成績が落ち始めた。5年生頃より「人に会るのが嫌だ」とほぼ毎日遅刻をするようになり、この頃から玄関の植木を蹴飛ばしたり学校内のガラスを割ったりする行動が見られるようになった。6年生になっても遅刻は続き、自宅にいても机に向かって何もしていないことが多かった。3年生から6年生までリトルリーグでの野球はずっと続けており本人も好きだと言っていたが、その中で他の子供との交流は見られなかった。それも進学した公立中学には野球部がなく、続けることができなかった。中学1年時、「心が破けた」「体がとけていく」と言い出して夏休み明けから学校に行きたがらなくなり、やっと月に2~3回登校するのみであとは自室に閉じこもる状態となった。初めのうちは学校へ行けば授業にもでていたが、そのうち保健室に顔を出すのみとなった。ほとんど自宅を出たがらず、近くのコンビニへ行くのが精一杯のようだった。「自分は病気だから病院へ連れて行ってほしい」と自分から言い出し、総合病院の精神科外来通院を開始、服薬を始めた。中学3年になってからはカッとしたりやすくなり、父母の体や頭を殴ったり、皿など

を投げ付ける暴力的な行動が見られるようになった。幻聴に支配されるような様子も見られ、状況が改善せず、閉鎖病棟での入院治療を勧められて当院を紹介された。入院診察時もいらいらして落ち着かず、診察室の電話機を投げたりする状態で、閉鎖病棟へ医療保護入院となった。

治療経過—1

入院当初は食事も取れず、「考えがテレビと通じてしまう」「『悪くなれ。死ぬ。ウンコを食べる。窓ガラスを割れ』と声が聞こえてくる」と思考伝播や幻聴などの症状の訴えが見られ、ほとんど隠れるようにして個室から出て来ようとしなかった。また不安が高まると患者が「数え病」と称する掛け算の九九などの数を反唱する行為、「今自分は何をしたらいいか」と何回も繰り返して確認する行為などが見られた。入院治療に対しては両面的であり、度々「自宅へ帰りたい」と感情的に訴えるものの治療スタッフへは自分から甘えたり、近づこうとしたりする傾向が見られて、「自分は小学校6年生ぐらいから病気だと思う」と話し、「どうせあと2年しか生きられない」「こんなに辛いと死んだ方がましだ」と繰り返しスタッフに大変さを訴えた。薬物療法・個人精神療法のほか家族療法を開始、患者は徐々に落ち着きを見せて2ヶ月目には準開放病棟へ転床した。幻聴・させられ体験は消褪し、「新しい環境は苦手だが、他人と話せるようになったことはうれしい」と自分自身を評価できるようにもなってきたが、表情は硬く「心が破れていて苦しい」といった訴えは依然続いていて病棟の中では孤立気味の生活であった。

父母は不安が高く罪悪感に悩まされていて、患者の病気をなかなか受け入れられなかった。初期には自分の苦しさを理解せず干渉がちで高い期待を示す両親に対して患者が怒りを爆発させる場面が見られ、そこから父母が患者

に対するお互いの関わり方を非難し合うこともよく見られた。家族療法の中で父母は徐々にではあるが今ある患者自身を理解しようとする姿勢が見られはじめて、本人の態度の落ち着いてきた変化などを認めることができるようになった。また自分たちの源家族の問題や夫婦関係も冷静に見直そうとする傾向を見せ始め、父母と患者の間の緊張は少しずつ下がっていった。

入院後4ヶ月目には患者は「掛け算の九九を反唱しなくてすむようになった」と話し、病棟の生活も安定して来たため家族同伴での外出を開始した。6ヶ月目には「以前と比べて50%ぐらい良くなってきた」「まだ心は苦しいが、家族とうまくいくようになったので家で生活したい」と患者が訴え、父母も外来治療への期待が高まり、今後の治療方針の参考のために心理検査が依頼された。

包括システムによるロールシャッハテストの検査結果 (表1, 表2)

検査結果考察

総反応数は17。分裂病指標が6ポイント。うつ病指標が6ポイント。CDIが4ポイントで、3つの指標が陽性である。

自殺指標は15歳以上の被検者を対象としている。この患者は検査時に15歳を間近にしており、15歳と仮定して構造一覧表を作成、自殺指標を計算している。これによると自殺指標は7ポイントであった。

特殊スコアの合計は14で、レベル2の反応が5個ある。IIカードをWで「くもが血を流して飛んでいる」・IVカードをWで「黒い戦車が立って歩いている。太陽が乗り移ったのでこんなに大きくなった」・VIカードをWで「戦車の先がちょうちょになってつながっている」といったように重篤な思考障害の可能性が認められるが、空想への逃避傾向や知性化の強い傾向がこのひどい思考の障害を周囲の

表1 構造一覽表

EST DATE: GRP: CAT: ID: FILE:WADA.SCZ
 NAME: AGE: 15 SEX:M RACE:A MS:Single ED:

STRUCTURAL SUMMARY

LOCATION FEATURES	DETERMINANTS	SINGLE	CONTENTS	S-CONSTELLATION
	BLEND			NO..FV+VF+V+FD>2
f = 11	FC'.FM	M = 1	H = 0, 0	YES..Col-Shd B1>0
Sum = 32.0	FC'.FM	FM = 1	(H) = 0, 1	YES..Ego<.31,>.44
Est = 34.5	FM.CF	m = 1	Hd = 1, 0	NO..MOR > 3
	C'F,CF	FC = 0	(Hd) = 0, 0	NO..Zd > +- 3.5
	m.CF.M	CF = 0	Hx = 0, 1	YES..es > EA
(Wv = 1)	C'F,M	C = 0	A = 7, 2	YES..CF+C > FC
	CF.YF.M	Cn = 0	(A) = 1, 0	YES..X+% < .70
	CF,FC'	FC' = 1	Ad = 1; 1	NO..S > 3
		C'F = 0	(Ad) = 0, 0	YES..P < 3 or > 8
		C' = 0	An = 0, 0	YES..Pure H < 2
DQ		Art = 4, 0	Ay = 0, 0	NO..R < 17
.....(FQ-)		FT = 0	B1 = 1, 1	7.....TOTAL
+ = 2 (2)		TF = 0	Bt = 0, 0	SPECIAL SCORINGS
D = 13 (9)		T = 0	Cg = 0, 0	Lv1 Lv2
/+ = 0 (0)		FV = 0	Cl = 0, 1	DV = 0x1 0x2
y = 2 (1)		VF = 0	Ex = 0, 0	INC = 5x2 1x4
		V = 0	Fd = 0, 0	DR = 3x3 1x6
		FY = 0	Fi = 0, 0	FAB = 1x4 3x7
		YF = 0	Ge = 0, 0	ALOG = 0x5
		Y = 0	Hh = 0, 0	CON = 0x7
FORM QUALITY		Fr = 0	Ls = 0, 0	SUM6 = 14
FQx FQf MQual SQx		rF = 0	Na = 0, 0	WSUM6 = 54
+ = 0 0 0 0		FD = 0	Sc = 2, 1	AB = 1 CP = 0
D = 3 1 0 0		F = 5	Sx = 0, 0	AG = 0 MOR = 3
1 = 2 0 0 0			Xy = 0, 0	CFB = 0 PER = 1
- = 12 4 4 1			Id = 0, 2	COP = 0 PSV = 0
one = 0 -- 0 0		(2) = 3		

RATIOS, PERCENTAGES, AND DERIVATIONS

= 17	L = 0.42	FC:CF+C = 0: 5	COP = 0	AG = 0
B = 4: 5.0	EA = 9.0	Pure C = 0	Food = 0	
D = 6: 7	es = 13	Afr = 0.21	Isolate/R = 0.12	
	Adj es = 12	S = 1	H:(H)Hd(Hd) = 0: 2	
		Blends:R= 8:17	(HHd):(AAd) = 1: 1	
		CP = 0	H+A:Hd+Ad = 11: 3	
1 = 4 : C' = 6	T = 0			
= 2 : V = 0	Y = 1			
p = 4: 6	Sum6 = 14	P = 2	Zf = 11	3r+(2)/R=0.18
a:Mp = 0: 4	Lv2 = 5	X+% = 0.18	Zd = -2.5	Pr+rF = 0
AB+Art+Ay= 6	WSum6 = 54	F+% = 0.20	W:D:Dd = 12: 3: 2	FD = 0
= 4	Mnone = 0	X-% = 0.71	W:M = 12: 4	An+Xy = 0
		S-% = 0.08	DQ+ = 2	MOR = 3
		Xu% = 0.12	DQv = 2	

SCZI = 6* DEPI = 6* CDI = 4* S-CON = 7 HVI = No OBS = No

copyright (c) 1976, 1985, 1990 by John E. Exner, Jr.

表2 特殊指標の布置記録表

NAME: AGE: 15 SEX:M RACE:A MS:Single ED:

=====

CONSTELLATIONS TABLE

=====

SCZI (SCHIZOPHRENIA INDEX):

Positive if 4 or more conditions are true:

- YES...EITHER: (X+% < .61) AND (S-% < .41)
- OR...: (X+% < .50)
- YES...(X-% > .29)
- YES...EITHER: (FQ- >= FQu)
- OR...: (FQ- > FQo + FQ+)
- YES...(Sum Level 2 Sp. Sc. > 1) AND (FAB2 > 0)
- YES...EITHER: (Raw Sum of 6 Spec. Scores > 6)
- OR...: (Weighted Sum of 6 Sp. Sc. > 17)
- YES...EITHER: (M- > 1)
- OR...: (X-% > .40)

DEPI (DEPRESSION INDEX):

Positive if 5 or more conditions are true:

- No...(FV+VF+V > 0) OR (FD > 2)
- YES...(Col-Shd Blends > 0) OR (S > 2)
- YES...(3r+(2)/R > .53* and Fr+rF=0)
- OR (3r+(2)/R < .34)---
- YES...(Afr < .46) OR (Blends < 4)
- YES...(SumShading > FM+m) OR (SumC' > 2)
- YES...(MOR > 2) OR (2AB+(Art+Ay) > 3)
- YES...(COP < 2) OR (Isolate/R > .24)

CDI (COPING DEFICIT INDEX):

Positive if 4 or 5 conditions are true:

- YES...(EA < 6) OR (AdjD < 0)
- YES...(COP < 2) AND (AG < 2)
- YES...(Weighted Sum C < 2.5) OR (Afr < .46)
- YES...(Passive > Active+1) OR (Pure H < 2)
- No...(Sum T > 1) OR (Isolate/R > .24) OR (Food > 0)

HV (HYPERVIGILANCE INDEX):

Positive if Condition 1 is true and at least 4 of the others are true.

- YES...(1) FT+TF+T = 0
-
- No...(2) Zf > 12
- No...(3) Zd > +3.5
- No...(4) S > 3
- No...(5) H+(H)+Hd+(Hd) > 6
- No...(6) (H)+(A)+(Hd)+(Ad) > 3
- YES...(7) H+A:Hd+Ad < 4:1
- No...(8) Cg > 3

OBS (OBSESSIVE STYLE INDEX):

- No...(1) Dd > 3
- No...(2) Zf > 12
- No...(3) Zd > +3.0
- No...(4) Populars > 7
- No...(5) FQ+ > 1

Positive if one or more is true:

- No...Conditions 1 to 5 Are All True
- No...2 or more of 1 to 4 are true AND FQ+ > 3
- No...3 or more of 1 to 5 are true AND X+% > .89
- No...FQ+ > 3 AND X+% > .89

*--Corrected for age norms

人間からは分かりにくくしていると思われた。

統制の面では、Dは-1、AdjDは-1であり、慢性的に刺激に圧倒されており統制力やストレス耐性は低い、構造化され安定した状況の中では十分機能できることを示している。苦痛感があふれていて、特に強い抑うつ感その原因となっている。

感情の面では、感情の萎縮が見られ感情刺激を避けようとする傾向が強いが、感情放出を調節することは難しく感情表現は激しい傾向にあり、しばしば感情によって強い混乱を体験している可能性が認められた。

このように重篤な思考障害が認められること、また自殺指標は7ポイントと辛うじて陰性であるが、R=17であり、MOR=3であるところからみて、患者のストレスが少しでも高まれば簡単に自殺指標は陽性に転ずるほど患者の苦痛感はまだ高いこと、抑うつ感も顕著なこと(C=6)などが特徴的であった。そこから少しでも抑うつ感が下げられれば、患者の機能の改善が期待できる可能性が示され、また慢性的に刺激に圧倒されている患者自身に構造化された環境はプラスに働いていると考えられることから、退院は慎重に検討される必要があること、CDIは陽性であり社会生活に対処する能力に限界があると考えられることからゆっくりとしたペースでこの患者の成長を支えることができれば、将来に変化を期待できる治療の可能性があることを示した。

治療経過-2

心理検査の報告により、治療チームでは入院を継続する方針を固め、薬物療法に抗うつ剤が加剤され、患者・父母へは「もう少し時間をかけて今の苦しみを軽くしていく入院治療を試みる」という説得が行われた。アートセラピーや活動療法(スポーツグループ)への参加、個人散歩などを開始し、入院7ヶ月目患者は「いろいろなことで迷わなくなった」

「ひとりでいろんなことができるようになった」「病棟で友達ができた」と話すようになり、それまで無表情で硬い印象であったが時に明るい表情を見せるようになってきた。8ヶ月目から自宅外泊を開始し、9ヶ月目には退院後の受け皿としてデイケアに試験参加を始めた。学校と卒業のことを話し合うため面接に行ったり、自宅外泊の泊数を延ばしても大きな揺れもなく、12ヶ月目に退院となった。

退院後患者は中学を卒業。外来通院とデイケア以外は家で過ごす生活を続けた。退院後半年を過ぎたころに焦りから不安定さを見せたが、上手に治療者に助けを求めて大きく崩れる事なく自分のペースを回復した。「今は負担になるのでデイケアは一時休み」と自分で決め、外来以外の日はCDを聞いたり母と買い物に出たりして過ごしている。月に一回継続している家族療法の場面では、父母が患者の現状を認めることができるようになったため安心して生活している患者の姿があり、家庭内の不安や緊張はだいぶ下がっていると言える。

考察

治療チームのメンバーら(Dr.Nrs.PSW.OT)は、患者の問題はかなり早期から出現しており病状も重篤であるという認識はもっていた。しかし、日ごろ自分たちが対象としているよりもかなり若いこの患者の年齢から、この入院治療が長期にわたることへの抵抗を感じており、また患者自身が年齢の離れた成人の集団の中で患者なりに非常に努力して入院治療を継続していると理解していたために、入院6ヶ月目に患者・父母が退院を希望した際には、患者の状態に不安を持ちながらも入院治療の継続について「かえって患者に負担をかけるのではないか」「父母が患者を家庭で見て行く決心をしたことが重要ではないか」との迷いを生じさせた。この時治療チームは情報不足から明確な方針を持たず、患者と父母の

退院希望に対して、入院治療の継続が必要だということ自信を持って打ち出せなかった。しかし、患者の病状の重さからは退院させることへの不安も強く感じており、治療チームは揺れ動いた。この患者のことを真剣に考えようとするにつれ、治療チームは患者との心理的な距離が狭まり、この患者の持つ非常な空虚さや絶望感にさらされ、その影響で治療計画を検討するうえでの客観性が揺らいでいたのではなからうか。この患者はこの心理検査の報告をもとにして継続するよう判断された後半の入院治療によって、病院という場や周囲との人間関係の中に楽しみや安心感を見つけることができ、「どうせ自分は近いうちに死ぬ」といった絶望的な見通しではない将来の自分の姿を、治療者と話し合うことが可能となった。つまり患者を社会的に成長させる治療を入院の後半に持つことができ、その体験がその後の外来治療を支えているということができらるだろう。この後半の入院治療を継続するかどうかという際の判断の資料として依頼された心理検査の報告が、治療チームに今後の入院治療の可能性と具体的な方向を示すことができ、結果として治療チームを励ますことができた点で大きな役割を果たしたと考えられる。特にこのケースの場合、大変困難な症例であり、それを反映した検査結果ではあるが、その重篤な問題を入院治療が支えているという肯定的な側面が治療者たちの心理的な余裕を回復させる助けになった点に大きな意味があった、と考えられる。

ここでは治療的展開に有効であった要素として、入院治療の転機に立った治療チームが情報不足のため判断を下せず揺れ動いている状況に、その結果不安となり明確な治療方針を打ち出せずにいる状況で、「心理検査」という外からの情報を求めたこと、そしてその心理検査報告がこの状況に、別の角度から具体的な情報を提示し得たことの2点があげられよう。

治療チームが日頃から、「治療的に対等な立場で機能分化し、気がねない情報交換を密にすることで機能を統合する」(長谷川他, 1995)ことを尊重するよう努めていたことは、以上の点を生かすうえで重要な前提であったと考えられる。

結 論

思春期の入院治療は、人格の成長に必要な社会との交流を制限してしまう点では、明らかに否定的な側面を持っている。しかし重症の症例や陽性症状以外にも大きな問題のある症例では、それを上回る入院治療の必要性が認められることも少なくない。症状の改善以外に通常よりも複雑な要素の絡み合う思春期の患者の入院治療において、患者に必要な治療目標、患者の耐えられる治療構造を明確化する情報は、治療チームが自信を持って治療方針を決定して行くうえで重要な要素となる。この症例では陽性症状が軽減した患者に対し、1. 重篤な思考障害 2. 強い抑うつ感 3. 強い自殺念慮、の具体的なポイントから、現状で患者に望ましい治療構造が入院治療であることを明確にする情報を検査報告が示し得た。このことが、この患者にとっての「入院治療」と「外来治療」の治療的意義を明確にし、治療チームが客観的に治療計画を検討するうえで大きな役割を果たしたと思われる。

このように心理検査では患者について通常の面接などでは得られにくい、認知的側面や感情・統制・自己知覚・対人知覚・自殺念慮の強さなど、多くの補足的情報を得ることができる。しかしその情報の価値は、その情報を患者の治療にどのように生かすことができるかで決まるのである。そのためにも、心理検査を行う者が治療チームの一員として機能しうるやり方について、今後も探索して行く必要があるだろうと思われる。

文 献

- 長谷川美紀子 村岡倫子 青島多津子 田中速
(1995): 力動的チーム医療の技法構成に向けて
集団精神療法 Vol.11 No.2 p.139-145
- 小倉清 (1992): 分裂病の発生機序について
思春期青年期精神医学 Vol.2 No.2 p.3-11

付記

この事例報告は包括システムによる日本ロールシャッハ学会第2回大会での口頭発表に加筆したものである。ここに、報告にあたってご指導をいただいた中村紀子先生(EJA)をはじめとする多くの先生方へ深く感謝の意を表したい。

1996年11月1日 受稿

1997年2月1日 受理