川崎医療福祉学会誌　Vol. 13　No. 1　2003　117–121

短　報

一日を寝て過ごしていた強迫性障害患者との関わりについての一考察
— 行動変容モデルが有効であった経験 —

高　木　健　志[*1]

はじめに

強迫性障害に対する治療は1980年以降大きく進歩した．難治性から治療可能な精神障害にかわり，効果については十分な検討を受けた治療法がある．強迫性障害について現在の定説は１）クロミプラミンなどのセロトニン作動性の抗うつ薬が有効である，２）薬物の中止後に再発する，３）行動療法の技法のひとつである Exposure and Response Prevention（以下，暴露と反応妨害）が有効で長期にわたって効果が持続する，４）薬物療法と暴露と反応妨害の併用が最も有効であり患者の社会適応が顕著に改善されていることである[1)]．なかでも強迫性障害に対して試みられている行動療法・認知療法の技法としては，Thought Stopping（思考中断法），Exposure のみ，Image Exposure，認知再構成などがある[1)]．

また，ソーシャルワークは精神療法的アプローチを導入しながら，生活者としてのクライエントの援助，すなわちクライエントと社会の接点を作業の場としている[2)]．

今回筆者は，手洗いを主症状とする強迫性障害患者 M さんと関わる機会を得た．M さんは不潔に関する強迫観念と手洗いという強迫行為に加えて，全般的な日常生活動作に対する取りかかりが遅くさらに他者からの促しがなければ１日を寝て過ごす，という状態であった．担当医は M さんに対して薬物療法と行動療法を行ったところ不潔恐怖や強迫行為は改善したものの一日中寝て過ごすことは改善しなかった．

本稿では，M さんに治療と併せてソーシャルワーカーによるアプローチが有効であったと考えられる症例の経過について報告する．

なお，個人を特定できることがらについては意図的に実際とは変えてあることをあらかじめご了承いただきたい．

症　　例

M さん，17歳，女性．診断名は DSM–Ⅳ 診断分類によれば強迫性障害．家族は，会社員の父と専業主婦の母，大学生の兄と M さんの４人家族．

現　病　歴

中学校２年生の２学期に抑うつ気分があり不登校となった．A 病院精神科を受診し，約３ヶ月後に気分が改善し再び登校を始めた．中学校３年生頃は宿題や翌日の準備にかかる時間が長くなり，深夜２時までかかることもたびたびであった．このため学校を遅刻がちになっていった．

高校に入学してからは入浴時間が２時間かかるなど長くなりはじめ，またこのころから「汚い」などといったことを理由に床に落ちたものを触ることができなくなった．このため B 病院精神科を受診したが，何もしたくないなど気力低下の訴えが見られるようになり，高校は不登校の状態となった．このとき M さんは１ヶ月の半分以上は一日中着替えも洗顔もせず自室で寝て過ごしていた．入浴も１ヶ月に１回程度となりいったん入浴すると２時間以上かかっていた．B 病院精神科からの紹介で当院を受診となった．

治療は Serotonin Reuptake Inhibitor（SRI，セロトニン再取り込み阻害剤）を用いた薬物療法および行動療法（スケジューリング，セルフモニタリング，暴露と反応妨害法）で，治療目標は欠かさず外来受診ができること，日常生活動作の頻度が増えること，であった．

しかし，日常生活動作が行えるようになっても病院に通うだけでは M さんや家族にはあまり満足感が得られなかった．この状況のままでは病院への通院以外に M さん本人の生活が拡がっていくことが難しく，またいつまでも集中的な外来治療を続けること

*1 特定医療法人富尾会　桜が丘病院
（連絡先）高木健志　〒860-0082　熊本県熊本市池田３丁目44-1　特定医療法人富尾会桜が丘病院

は難しいという問題があった．そこで，スケジューリングがMさんの日常生活のなかでおこなわれるようにすれば受診回数を減らしながら，不活発さが再び強まることを避けられると考えられた．普段の生活のなかでスケジューリングをおこなう最も現実的な方法として学校に復学することが挙がり，担当医とMさんとで話し合ったところ，Mさんは「学校に行くよりも仕事がしたい」と希望を述べる．そこで担当医からの依頼により筆者がMさんと関わっていくこととなる．

経　　過

第1期（6月）

筆者との初回面接のなかでMさんは「アルバイトをして貯めたお金でスクーターを買いたい」と希望を述べる．この言葉をきっかけに筆者は面接のなかで「独立した移動手段の獲得」「アルバイトに就く」「スクーターを購入する」ということはMさんにとって十分な動機付けになることを確認した．

さらにMさんや家族と面接を進めていくなかで，スクーターに乗ることはMさんの以前からの希望であったこと，原付免許は学科試験に合格すると取得できることから短期目標を「独立した移動手段の獲得」とし，長期的な目標を「アルバイトに就く」こととした．

ひとまず短期目標を達成するには，原付免許の学科試験に合格することが必要である．そこで，学科試験受験に向けた学習として受診時にMさんと筆者とで原付免許取得のための学科テキストを用いながら，原付免許についての受験学習を進め，また受診日以外の日はMさんは自宅での学習を行うこととした．

第2期（7月）

Mさん本人に尋ねたところ，勉強する気はあるし，自分ひとりでやれるという．過去の病歴から考えると自分でスケジュールをつくり，勉強することは難しいことが予想されたが，Mさんの気持ちを尊重し，見守ることとした．そこで，最初は原付免許取得にむけた学習の量や時間の計画については，すべてMさん自身で取り組んだ．

しかし，2週間後の面接でチェックしてみたところ，計画をつくること自体ができていないこと，教科書を開くことができていないことが明らかになった．Mさんと筆者との面接のなかで，自宅での学習スケジュールをつくることができないということを課題として確認し，Mさんと共同で，次の方法でMさんの生活リズムに沿ったMさんが達成可能な行動目標を立てることに取り組んだ．

まず，セルフモニタリングの記録を用いて，Mさんの日常生活の行動分析を進めた．すると，21：00頃がMさんの日常生活のなかで自発行動が多いことが明らかになった．また，原付免許取得のための学科の学習という課題について課題分析を行った結果，「今週は2つの章を勉強する」といったような大きな課題を与えられた場合，Mさんはそれを自分自身で細かな行動にわけ，計画を立て，その計画に沿って実行に移す，という一連の流れで行動することが難しいことも明らかになった．例えば7月10日夜9時に問題集の55ページの1行目から25行目までを解く，というように細かな行動が明らかになっていれば，それに併せて行動を起こせることが確認できた．

次に，Mさんが1つの章を達成するのにかかる時間を割り出すために，面接時に筆者が同席するなか，Mさんは原付免許学科試験用のテキストの各章の練習問題に取り組んだ．Mさんはテキストの1つの章を平均1時間で終わらせることができ，平均的な高校生と比べて決して遅くなく，内容の理解も的確であることが明らかとなった．

これらの日常生活の行動分析と観察の結果，そしてこれまでのMさんの病歴から，Mさんは決して勉強能力がないわけではないが，計画を立てて実行することができないために，結果として勉強に取り組むことが難しかった．このために，教師や家族から横についていれば人並みにできるのに，Mさんひとりになると全然やらないでいる怠け者として叱られていた．また本人自身もそのように考えて自分を責めていた．

これらの日常生活の行動分析と観察の結果をふまえて，再度筆者は原付免許取得に向けた学習をやらなければならない気持ちはある一方で，学習をやれずに寝て過ごしてしまうということに苦しんでいる，というMさんの気持ちを聞き出した．筆者は，Mさんが今まで受けた叱責や自責感は的はずれであること，計画を立てられないことは本人の責任や怠慢ではなくそれ自体が強迫性障害の病気のひとつの症状であることを説明した．そして，MさんとMさんの生活リズムに沿った「Mさんが達成可能な行動目標」について話し合った．

Mさん自身の生活にあった学習方法を，Mさんと筆者とで一緒に考えていくことをMさんに保証し，話し合った結果，1日あたりの学習ページと学習時間を設定するという方法で原付免許学科試験学習に取り組んでみることとした．この面接後からは「○月○日には，P.10～P.15を，21：00～22：00」といったように，具体的な1日あたりのページ数と時

間をMさんと筆者とで設定し，Mさんはその設定に沿って学習を進めていくこととした．

そして，同時に母親にも現時点では本人には計画して行動することが困難であること，それに対してこまかな計画を立てて勉強が実際に進められるように確認したことを説明した．本人がスケジュールに沿って勉強することについて母親から強化が得られるように筆者から母親へMさんの学習とスケジュールについて伝えた．このことで，Mさんの原付免許取得への学習を母親が誉めるようになった．

第3期（8月）

具体的な1日あたりのページ数と時間を設定するようにして以後，その設定通りきちんと学習を進めることができた．さらに，それまで折り込みさえ入れようとしなかったテキストに，マーカーでアンダーラインなどチェックを入れだしていた．このことについて筆者はMさんに原付免許取得についての意欲の現れであると言語を用いて強化した．また，原付免許取得のための学習に対して，積極的になっていることを筆者から母親へも伝えた．このことで母親といったMさんの身近な人々からのMさんに対する評価が高まっていった．

7月に力試しとして解答した同じ練習問題を解いてみると，100点中95点とれた．その他の問題でも，100点中90点を確実にとることができるようになった．

そこで，Mさんとも話し合いながら，具体的な原付免許の試験を受ける日を目標として設定した．面接のなかで筆者にMさんは「もし合格できなかったら，格好悪くて恥ずかしい」と気持ちを述べた．筆者はMさんの気持ちを傾聴し，Mさんが試験に不合格の場合に「恥ずかしい」と思う気持ちは不合格の結果が友人などに知れ渡ってしまい，そのことでMさん自身が友人達からバカにされると考えると恥ずかしいという理由であったことが分かった．そこで，原付免許学科試験の結果については，Mさん本人が口にしない限り友人などに知られることはないということを伝えた．さらに，もしも学科試験に不合格であった場合，学科試験が終わった当日にMさんが希望するならば筆者との面接を予定できることを伝え，Mさんへのサポートを保証した．

第4期（9月）

初回の学科試験を受験するも不合格の結果であった．その結果を受けて，Mさん本人の希望から，面接を実施する．

この面接では，初回の学科試験に不合格であったことについて「次回受験のためのよい練習になった」とMさんは前向きな感想を述べる．そして，Mさんの自己採点結果から，学科試験の点数は合格ラインまでわずかに足りなかったことをあげ，間違えた分野の箇所を中心に復習をし，次回の学科試験についてはあまり間を空けず早めに受験することとした．

1回目の不合格から数日後に受験した次の2回目の受験では，学科試験に合格し，原付免許を取得した．

第5期（11月）

短期の目標であった原付免許の取得は達成したことから，次に長期目標であった就労に目標を移すこととした．

アルバイト就労について，採用されるまでのスケジューリングと並行して採用情報の集め方や，電話での面接のアポイントの取り方の練習，採用試験の面接場面においての模擬練習といったスキルトレーニングをMさんと筆者との面接場面で行った．

その後，Mさんは初めてのアルバイト（菓子店の店員）に2ヶ月間休むことなく通っている．

また，当院初診時には2時間ほど要していた入浴時間は，20分程度に短縮した．

そして，母が車で伴走しながら，Mさんはスクーターで受診し「スクーターの運転は怖かったけどうれしい」と話した．

考　　察

Mさんは中学校の頃発症し，そのまま不登校となった．当院初診時まで自宅に引きこもり，外出は病院に行くだけという生活が3年ほど続き，自宅と学校以外の場面における生活経験はなかった．自宅と病院を往復するだけの生活から脱却できる見通しはつかず，Mさんや家族らは将来の希望を失うと同時に治療意欲をも失っていくようになった．これは日常生活の刺激が乏しいことと外出する必要がないことが主な原因であると考えられたため，病院の受診回数を増やすなどしたが変わりはなかった．この状況を改善するためには，日常活動を増やす必要があると診察場面において考えられた．

ここから筆者がMさんと関わることとなったのであるが，Mさんはそれまでほとんどの時間を自宅で過ごし，家族ら以外との人間関係を持つことは中学時代以来以来のことであった．よってMさんにとって筆者と関わることが，すでに社会における人間関係構築のためのトレーニング場面の始まりとなっていた．つまり，筆者との関わりを通して，Mさんは他者との人間関係を形成していくために必要なスキルの再獲得に成功したと言える．例えば，互いに冗談が言いあえるなどといったようなMさんと筆者の関係性がこの土台にあったと考えられる．

さらに，援助関係を具体的なものとしていくにあたって，M さんと筆者とで目標を明らかにしていくこと，そして目標について常に共に確認していくことは，M さんと筆者との関係を良好に保ち続けることに有効であった．援助の初期段階において筆者と M さんとの間に築かれた関係は，その後の援助そのものであることが認識された．その中で以下の 2 点についてさらに考察を加えた．

「ソーシャルワーク援助のひとつである行動変容モデルを用いたこと」

ソーシャルワーク援助過程のなかで，M さんに対して常に動機付けを行い，課題分析を行う，という行動変容モデルを用いた関わりを行った．

具体的には，M さんと筆者とで目標を設定し（第 1 期），細かく学習時間や学習量の設定を行い，それを M さんと共に計画し（第 2 期），行動する（第 3 期），そしてその行動について M さんと共に振り返り（第 4 期），次の行動目標へ移る（第 5 期）という一連の流れで行っていった．

M さんが目標達成のために計画を立て，その計画に沿って行動すると，生活パターンに変化が起こり，それが M さんの希望が叶うという具体的な形で結果に反映された．自宅で寝て過ごすというこれまでの生活に変化が生じることで，M さん自身を取り巻く環境が変わっていったと考えられる．

「生活者としての視点に立った援助」

短期目標であった原付免許を取得すると，M さんは長期目標であったアルバイトに就き，自分自身の生活に対する興味関心・意欲に結びついた．このアルバイトという社会経験は，それまでの生活にはなかった M さん自身の社会的存在としての確認や，家族以外の他者との交流，社会生活を送っていく上での生活技能の獲得などを可能にする絶好の機会となっている．そして，もっとも大切な変化は，M さん本人をはじめ家族が生きることの自信を取り戻していったことである．

M さんの生活圏の拡大が，一日中寝て過ごすことへの影響について「アルバイトに行く」ということを例に挙げる．すると，M さん自らがアルバイトを探し，希望した職業に就くという強い動機付け→ 仕事の時間は決まっていて，アルバイトという社会的役割を維持するためには，その時間に合わせた生活を送らなければならない→ これまでの生活のように身支度だけに半日あまりも時間を費やす余裕はなく，身支度を短時間に切り上げる必要がある→ スケジュールの形成へとつながる，と考えることができる．具体的には，時間を気にかけながらの生活のなかで，毎朝 7：00頃に起きると 1 時間程度で身支度を済ませて遅刻せずにアルバイトに出掛けること，この生活リズムが M さんにとっての自然なスケジュールとなり，病院で行っていた週 3 回のデイケアへの通所が必要ではなくなった．

また，自宅から外出することがなかった生活から，原付免許を取得し，スクーターで受診やアルバイトへ出掛けるようになった時期と同じくして，入浴時間や身支度に要する時間が大幅に短縮されたなど，主な症状が軽減されていった．

M さんの希望に沿って社会資源を活用し，目に見える形で結果が M さんに反映されたことで M さん自身の生活の範囲が拡大し，症状の軽減へと結びついた症例であった．このことは M さんにとって自信と希望，つまり生きる力を取り戻すひとつのきっかけとなった．

ま と め

Takeuchi ら[3] は，治療抵抗性の強迫性障害の患者の中に Primary obsessional slowness が存在することを指摘している．本症例の M さんが通常の行動療法（暴露と儀式妨害法）や薬物療法に反応しにくかったのはこのためであると考えられる．

しかし，M さんに対して治療と併せてソーシャルワーク援助を行っていった結果，M さんに病院の中で治療として与えられていた環境刺激を，ごく自然に社会生活の中で与えられるようになったことをきっかけに，M さんは自身の生きる力を取り戻している．

本稿においては，行動変容モデルを用いたソーシャルワーク援助が強迫性障害患者について有効であった経験として報告できたが，この報告をまとめる過程において，クライエントと援助者との関係性ということについても，筆者自身が重要な示唆を受けることができた．

本稿をまとめるにあたっては国立療養所菊池病院臨床研究部原井宏明先生にご指導いただきました．ここに深謝いたします．また本研究について了承をくださった M さんに御礼申し上げます．

文　　献

1）原井宏明：広場恐怖を含む恐慌性障害と強迫性障害，恐怖症性障害，大塚俊男，風祭元，北村俊則他編，エビデンス精神科医療 I 気分・不安・人格の障害，日本評論社，東京，137–178，1998.
2）渋沢田鶴子：特集にあたって．精神療法，**25**(2)，95–96，1999.
3）Takeuchi T，Nakagawa A，Harai H，Nakatani E，Fujikawa S，Yoshizato C and Yamagami T：Primary obsessional slowness：long-term findings. Behav. Res Ther，**35**，445–449，1997.

（平成15年５月20日受理）

Consideration of the Approach in Obsessive-Compulsive Disorder Patients — Significance of Behavior Modification Model —

Takeshi TAKAKI

(Accepted May 20, 2003)

Key words : SOCIAL WORK, BEHAVIOR MODIFICATION MODEL, OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Correspondence to : Takeshi TAKAKI　Sakuragaoka Hospital
Kumamoto, 860-0082, Japan
(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.13, No.1, 2003 117–121)