



自殺未遂による身体障害を合併した精神障害患者に対する作業療法の経験

山田, 大豪
牟田口, 文博
山田, 京子
山田, たみ子

(Citation)

神戸大学医療技術短期大学部紀要, 9:187-195

(Issue Date)

1993

(Resource Type)

departmental bulletin paper

(Version)

Version of Record

(JaLCD0I)

<https://doi.org/10.24546/80070251>

(URL)

<https://hdl.handle.net/20.500.14094/80070251>



自殺未遂による身体障害を合併した精神障害 患者に対する作業療法の経験

山田大豪¹, 牟田口文博²,
山田京子³, 山田たみ子⁴

諸言

精神科の臨床場面で、精神障害者が身体的障害を持つ場合は少なくない。しかも自殺企図を持つ患者が自らの手で身体的障害を被ることも稀ではない。しかし、こうした患者に対する作業療法についての報告は少なく¹⁾、自殺企図直後より心身両面の治療に作業療法士が関わった報告は皆無に近い。今回、自殺企図により身体障害を被った2症例を経験した。第1症例は自殺企図により左側手根部の屈筋腱完全断裂した分裂病の患者である。筆者が患者の機能障害に対する訴えを聞き、機能回復を目的とした作業療法を進めることによって、機能障害も回復し、退院後もデイケアから、アルバイトではあるが職業復帰を果たすまでに回復した。第2症例は自殺企図により右踵骨骨折となった退行期妄想症の患者である。「病室からでるのがこわい。」などの訴えを受け入れた支持的作業療法に平行して実施した骨折による機能障害への訓練過程で、機能回復に伴い情緒的に安定し、退院後単身生活が可能となった症例である。自殺企図の体験をもつ患者に対しての作業療法の経過を述べ、その意義について考察した。

症例 I

[生育歴] 21歳、未婚男性。小学五年時、交通事故で頭部外傷を負い、嘔吐、腹痛の主訴で40日間入院した。父親はこの患者の事故の示談書のことので「ヤクザから狙われている。」などと言い出し、分裂病との診断で精神科へ入院となった。患者は、中学三年時の高校進路決定の際、希望する高校があったが、母親、教師の勧めで不本意ながら工業高校へ入学した。高校三年頃、「進路を変更させられた。」「うるさく勉強させられた。」などと過去の出来事について母親を責め、たびたび暴力を振るうようになり、切傷、肋骨骨折を負わせた。

[現病歴] 高校卒業後、土木関係に就職したが、短期間にて退職し、専門学校へ入学した。専門学校は数日通っただけで、友人ができないなどの理由で中退した。患者、17歳～19歳まで、家で無為に生活をおくった。この間に「痩せないといけない。」と極端な食事療法をしたり、「会員制のスポーツクラブに入る。」と言って、母親にお金を用意させたことがあった。しかし、患者はその金で血統書付きの犬を買い、「犬が病気だ。」「死んだ。」と言ってはおおげさにさわいだ。このような現実離れた奇妙な言動、昼夜逆転などがみられた。患者、20歳の時、別

1. 神戸大学医療技術短期大学部
School of Allied Medical Sciences, Kobe University
2. 中多久病院
Nakatoku Hospital
3. 元国立肥前療養所
Hizen Hospital
4. 神野病院
Khono Hospital

の専門学校に入学したが、成績が悪いことや失恋を契機に自主退学し自閉的な生活を送るようになった。数カ月後、土木関係の仕事について、休みがちであった。この頃から走っては止まり、一点をじっと見つめて立っているなどの奇妙な行動が出現した。「いじめられた。」と泣いて仕事より帰ってくるなど、同僚との人間関係も思わしくなかったようである。この仕事も1ヶ月で辞めた。当時患者は21歳で、はじめて父親の入院する精神科を受診した。これが患者にとっては、精神科の初診である。この時、面変わりした父親に面会し、ショックを受けたとのことである。初診数日後、自ら左側手根骨をカッターで切り浴室で倒れていたところを母親に発見され、救急病院へ搬送された。左側手根骨の腱縫合術後、まもなく、筆者が以前勤務していた精神科の病院へ転入院となった。入院当初は病棟内でも落ち着かず徘徊はあったが、睡眠は良好で、その他には特に奇妙な行動はみられなかった。患者は、「帰りたい。」と繰り返し訴え、入院3日目に病院を飛び出したが、止められると抵抗せず帰棟した。入院2週間は左側手根骨の治療を前救急病院で受け、整形外科主治医より「無理をしない程度にリハビリを開始してよい。」との指示がだされた。精神科主治医の処方により、筆者が手根骨の機能障害および精神科的両面からの作業療法を、開始した。〔作業療法〕〔精神面〕面接場面での初期評価及び印象は次のようにまとめられる。

- (1) 患者は、聞き取れないような小声で押し出すようなしゃべり方で、「家に帰りたい。」とか、筆者の質問に答える程度であった。言語的コミュニケーションは、受身的ではあるが可能である。
- (2) 患者に「家に帰りたい。」という理由を問うと弱々しい声で「迷惑かけたから・・・。」と述べた。年令のわりに幼稚な受け答えであったが理解力、思考力は特に問題はないようであった。
- (3) 座っていても時々身体を揺らしたり、椅子から立ち上がったたりして、落ち着かず、漠然とした焦燥感をもっているようであった。

(4) 患者の表情は固く、目付きが鋭い。筆者は患者に分裂病特有の近寄りたがたい雰囲気を感じ、患者の心身の緊張が強く伝わってくるようで、“腫れ物に触るような”接し方にならざるを得なかった。

(5) 患者は手の障害について言語的に自分の気持ち表現することはないが、看護者の指示で、温水で手関節部を暖めながら、手関節の運動を自分でしていた。手の障害の回復についてそれなりの認識はあったと思われる。

〔身体面〕関節可動域検査では左手関節の制限（自動、他動運動で屈曲10度、伸展5度。）があり、徒手筋力検査は、屈曲 Fair レベル、伸展 Good レベルであった。他動運動による手関節伸展は、屈筋腱群の若干の短縮から「つっぱった感じ」があり、5度の可動域位で痛みがあった。感覚は左側掌側尺側に軽度の触覚、痛覚鈍麻があり、しびれ感の訴えがあった。手指の動きは mass grasp は可能だが、テニスボールのつかみ上げなど実用的動作はできなかった。第一指～第四指と母指の対立はできず、手指の分離はなかった。掌側背側共に軽度の腫脹が認められた。握力は右側45kg、左側0kgであった。

筆者は患者に週2回、作業療法を行なうことを告げると、患者は了解した。

〔経過〕患者は初回面接時の約束どおり、作業療法に来室した。訴えはなく顔面を赤くし緊張した様子で筆者の前にすわり、右手で左手を抱えかばうように筆者に差し出すので、筆者は「どんな感じですか。」と問いながら手関節の動きをみた。障害のある手を介しての患者とのやりとりがしばらく続いた。手関節を動かしながら「痛みますか。」と聞いたが、返事はなく沈黙が続く。しばらくして、また「痛くないですか?」と聞くが、患者はかすかにうなずくのみであった。開始から2週間は筆者は初回面接時同様、無意識的に腫れ物に触るような接し方をしていた。また患者の抑うつ状態を苦痛に感じ、独特の疲労感を感じた。筆者は患者の言葉による表現を強要せず、積極的に働きかけるのでは

なく、まず、患者の現状を受け容れることにした。このころになると手関節の痛みなど障害の程度については、患者の表情からも推察できたので、訓練に必要な指示は最小限にとどめた。

1ヶ月後、患者は「こうしたとき、つっぱる。」と、右手で左手関節を伸展させ言語的に訴えるようになってきた。また「病棟でもお湯の中で動かしている。それでよいのか？」と筆者に手の訓練について確認をするようになった。筆者は「無理しない程度に、していいですよ。」と告げ、患者の気持ちを受け止め、自主的な行動を尊重し評価した。病棟での生活の様子を聞くと「何もすることがない。時々病棟の回りの草取りの手伝いをする。」と答えた。少しずつ手関節の関節可動域が増し、テニスボールがつかめるようになった頃には、患者は「つかめた。」と何度も繰り返して言って、表情が随分穏やかになった。この頃から、筆者は、具体的な作業活動を主とする機能訓練重点をおいた。左手で、はさみを使い、厚紙を切ったり、タイルをベンチで割るなどの活動を取り入れた。またペグボードにより、tip pinch, lateral pinch の練習を繰り返した。患者はうまく動かなかった手が徐々に使えるようになり、ますます熱心に練習を繰り返した。筆者は、左手が実用的に使用できるほど改善してきているということを数値的に具体的に評価し、患者にフィードバックし「治ってきている。」と患者と喜びを共にした。この頃には患者は機能回復訓練により意欲的になり、自ら訓練と称して軟式ボールをいつも左手にもって生活するようになった。また筆者と共に和室を利用して四つ這い位、四つ這い移動、ストレッチ体操を実施した。筆者は患者と共に一緒に四つ這位で和室をぐるぐる回ったが、それを滑稽に感じたため、つい「なんか変やな。」と言うと、患者も「うん、うん。」とうなずき吹きだした。さらに外泊時の家での様子、同室の患者とのやりとりなどを明るく話すようになり、表情も豊かになっていった。

3ヶ月後、患者の動きが突然活発になってきた。同室の患者と共にふざけながら院内を歩い

たり、グラウンドで野球をし日焼けして帰棟するところを、筆者はよく見かけた。患者も筆者を見かけると声をかけてきた。この頃には患者は機能訓練中「いつごろ、完治するのか。」とか「はやく退院して働きたい。」と再三訴えるようになった。しかし筆者が就職先のあてはあるのかと聞くと、患者は答えられなかった。患者は社会復帰に対する漠然とした焦燥感を依然持っているようであった。患者はその後も「退院して働きたい。」と再三、訴えるようになった。筆者がこのような患者の様子を主治医に報告したところ、しばらくは筆者との作業療法を維持し、同時に院内からデイケアへ参加する方針になった。デイケアで他の患者との交流を親密なものとし、レクリエーション的、仕事の活動など多目的なプログラムにもつディケアで過ごすことが、仕事につく前段階の治療であることを説明し、さらに手のリハビリについては今まで通り実施すると保証をした。患者もこれを納得した。

患者は院内からデイケアへ参加するようになり、当初硬さが目立ち、スポーツの時間のときは一人ベンチに座り、他の患者の誘いにも応じなかった。しかし、2週間程たつと「このごろだるい。」といいながらも、喫茶活動の準備では結構細かいところまで気が付くようになったとのことであった。自ら職員や他の患者に、女性の友達のことや、将来のことなどを尋ねたりもしていた。患者は「仕事をしたかったが主治医から止められた。」と言いつつも、落胆した様子はなく平然としていた。デイケアの活動プログラムによっては、他の患者を誘ってサボったりし「いたずらっ子」のような幼稚な面も見せるようになってきた。患者の間に「仕事のこと」が話題となり、患者は、自ら他患者の家の漁業の手伝いを週2～3回行なうという手はずを整えた。患者は退院し、漁業の手伝いをするようになった。患者は退院後もデイケアへ参加し、筆者との作業療法も続いていた。患者の手の機能は、日常生活に支障ない程度に回復し、患者は「漁業の手伝いもなんとかできる。」と

嬉しそうに筆者に近況を伝えた。

症例Ⅱ

〔生育歴〕 58歳，既婚女性。31歳時，夫と離婚し，病院で付き添い婦などをして生計をたて3人の子供を育てた。35歳頃，物心両面より援助してくれる男性が現われるが，子供は彼を信頼できずその存在をも否定していた。真面目でよく気を使い，人に合わせる性格だったが，物事に執着しすぎる感があった。

〔現病歴〕 53歳時，睡眠剤の大量服用での自殺企図のため精神病院に入院した。退院後55歳頃，付き添い婦の仕事で，付き添っている患者に「殺される。」「ガス栓を開けられたりする。」「毒を入れられる。」などの被害念慮が出現した。愛人との関係は続いていた。その男性は強引さの目立つ人で，患者の長女が結婚した後も長女の家庭内のことに干渉していた。58歳頃，他県に住む長男を訪ねるつもりが行動がまとまらず，発作的に，高所より飛び降りて近医に搬送された。その後長女の家に近い総合病院に右踵骨折治療のため転院した。入院後，話にまとまりなく医療者側の指示にも従わない状態であった。骨折については術後ギプスによる固定が行なわれた。入院約10日後より「娘が事故で死んだ。国から殺される。」と被害的な言動が出現し，骨折の処置を拒否し，医療者が近づくると拒絶する状態となり整形外科での対応が困難となったため，筆者の元の職場である精神科へ転院となった。入院直後は拒絶状態であったが，まもなく処置に対してだけは協力的となってきた。しかし依然として話振りは奇妙でまとまりなく，一度始まると身の上ばなしが止まらない状態であった。

〔作業療法〕 精神科病院への入院3週間目，整形外科には週1回通院していたが，そこでは，ギプス固定はすでに不要であるとのことであった。しかし患者は傷に対する不安から，依然ギプスをはずせない状態で，かなり動揺もみられた。そのため精神科主治医より筆者に，精神科

的な作業療法の関与を含めた，骨折に対するアプローチを実施するよう処方された。作業療法での初回面接は次のようであった。

〔精神面〕 「私は夫と生き別れです。死に別れの方がふんぎりがつく。こういうのは，けじめがつかないですね。」「長男はコンピューター関係，次男は東京都の〇〇課に勤務，娘はもう嫁ぎました。みんな離れて行ってしまった。」などと初対面の筆者に，延々と身の上話を始めた。さらに筆者の個人的なことに対して「家族は何人ですか。」などと尋ねた。患者の息もつかず，急き立てるような話振りから，筆者は奇異な印象を受けた。話の内容は入院当初に比べると，まとまってきてはいるが，焦燥感，落ち着きの無さが感じられた。

〔身体面〕 左下肢の足関節の関節可動域の制限（自動運動で背屈10度，底屈10度，内反0度，外反0度）があり，徒手筋力検査は背屈底屈共にFairレベルであった。左下肢の感覚は左右差なく正常，左足関節を他動的に動かした時に，背屈位で「はれた感じ」があるのみで，拘縮による痛みはなかった。立位時は患者は「大丈夫かな」と恐怖感を訴えながらもベッドの手摺をもって積極的に立った。手摺を持たなくても，左下肢は体重負荷が十分にできない状態で，体重負荷をすると痛みを訴え要介助でも痛みのため歩行はできなかった。

〔日常生活動作〕 排泄は自室のポータブルにて自立していた。入浴，洗濯は要介助であった。食事動作は自立，下膳は看護者がしていた。自室から廊下，病棟内への移動は車椅子があるも，ほとんど使っていなかった。

〔経過〕 筆者は患者に受傷後3週間経過し，ギプス固定はもう不要であること，さらにギプス固定を続けることによる弊害（拘縮など）について，わかりやすく説明し，患者の納得を促した。さらに筆者は心配はないからと保証し，その場でギプス固定をはずした。足の具合を聞くと，患者は「こうしていると痛みはない。別になんともない。」と述べた。次いで筆者は足関節の可動域を確かめながら，自動運動を促す

と「動かしにくいですね。」と患者は感想を述べた。週3回訓練を実施すると告げると、患者は「わかりました。」と承諾した。

2回目の訓練時、筆者が自室のポータブルトイレを指差して「これは必要ですか。」と聞くと、患者は「ええ、やっぱり（必要です）」と答える。患者の足を動かしながら、筆者が「車椅子で便所に行けませんか？」と聞くと、「やっぱり（行けません）、知らないところは怖い。」と述べたが、訓練には協力的であった。

開始2週間後、車椅子を使用しないことについて、筆者「難しいので使用しないのですか？」、患者「油がさしてないので難しい。」というやりとりがあった。筆者が訓練中みはからって「一緒に車椅子を動かしましょうか？」と切り出した。「えー、よろしいんですか。でも怖いなー。でもー。」と言った患者の言葉に筆者は意欲を感じたので、時機をのがさず、すぐに車椅子に患者を乗せて、病棟内を押し回った。患者が「手がくたびれた。」と訴えるので、筆者は「自分でこがなくていいですよ。」と答えた。「外に出しましょうか。」と筆者が言うと、患者は「いいんですか。でも怖いなー。でもー。」と言う。またも機会をのがさないように、車椅子を押し屋外に散歩に出ることにした。その時患者は最近夢をよく見るといって話した。非現実的な内容なので、著者が「それは夢の話なんですよ。」と聞くと、患者は「いや、これは現実です。」と真顔で述べた。話し方、話の展開に問題があり、現実検討能力が十分でないようであった。したがって筆者はこのことをこれ以上話題にしなかった。

次の日、足の具合を聞くと「痛みはないが立って歩けば痛くなるような気がする。でもあそこまで（2～3m先の洗濯物入れのバケツのところを指差す。）伝い歩きが出来て、嬉しかった」と笑顔になった。回復を喜びながらも、さらに外へでようとは考えられない様子であった。

1ヶ月後、筆者が「支えますから少し歩いてみましょうか？」と誘うと「怖いなー。」と言いながら恐る恐る歩きだした。廊下に出て5m

程歩いて急いで自室へ戻った。患者は「やっぱりまだだめです。こんなに恐ろしいとは思わなかった。」さらに「何か変なんですよー。」と右足の関節を指さして訴える事が多くなった。訓練については積極的ではないが「怖い、怖い。」と言いつつも拒否するわけでもなかった。筆者は患者の訴えについてはよく聞くことに努めた。要介助ながら、廊下を往復20m程歩けるようになったが、患者は「やっぱり大変ですね。だめですね。こんなに大変だとは思わなかった。」と相変わらず自己評価は低かった。それどころか「左足より、右足が、“下ニ出テイル。”」とか、「じっとしてたら安心だけど、立って歩くと怖いし、足がズレルように感じる。」など細かく足のことで困っていると訴えた。筆者はその表現に奇妙な感じを受けた。しかしその後も訓練のたびに患者の訴えを受け入れ、機能改善については客観的評価にて、患者にフィードバックし、その喜びを共にするように努めた。

2ヶ月後、患者の訴え方に少し変化ができた。自室から浴室前まで一緒に歩いて休憩している時「最近だんだん勇気ができました。良くなってきていると思う。」と言う。筆者が「点数で言うとは何点ぐらいですか？」と聞くと、しばらく考えて患者は「70点くらいです。」とはっきり答えた。そのころから確実に患者の機能改善は認められ、それを自覚した患者の改善に対する認識や訓練に対する意欲が、依然恐怖感を持ちながらも、徐々に高まっていった。

3ヶ月後、患者が「訓練の時間だから待ってました。」と訓練への意欲を見せ始めたのを機会に、筆者が「外に出しましょうか？」と誘うと、「怖いなー。」と言いながらも抵抗なく外に出た。右膝を指して「でもここがつっぱります。右側が変ですね。」と訴えながらも、「1回外に出て安心しました。よかったです。」と嬉しそうに感想を述べた。続けて「男の人に会うとびっくりしますね。私は男の人は信用できないんです。主人に捨てられたせいでしょか。ね。（そう考えてしまって）ダメですね。」と言う。筆者がうなずいて聞いていると、患者は次から次へ自

分の今までの生活について語った。ついには「私は自殺しようとして高いところから飛び降りて、ここにいますよ。自殺したことは申し訳ないと思う。とても迷惑をかけたと思う。こんなことはもうしないつもりです。」と語った。この時初めて、患者は自ら別れた夫のことや自殺について筆者に話をしたのである。

4ヶ月後、右足関節はさらに回復し病院内での日常生活には支障がなくなってきた。このころから退院後の単身生活を想定した作業療法が始まり、ケースワーカーも関与するようになった。しかし具体的な退院準備についての住居、福祉制度などの資料を提示したとたん、患者は、長男嫁、長女婿など家族への気兼ねがあること、家族と愛人との折り合いが悪いこと、さらには、既借の住居と義務保護者である長女宅が離れていることなど経済面、物理面の現実的な問題が多々あることを強く主張し、退院を拒否した。そして病院生活は楽しい、独り暮らしは淋しいので、ここにおいてほしいなどと言っては、病院生活に執着を示すようになってきた。患者にとって退院に関する現実的な問題の解決、具体的な準備を進めることは、かなり精神的負荷の大きいものであり、再び混乱をまねきかねないであろうと思われた。そこで筆者は患者が思い付くままに訴える退院についての問題点、それに伴う不安に耳を傾け受け入れる態度をとりながら、本質的な問題はそう多くはないのではないかと指摘し、患者とともに本質的な問題点の解決が努力できるようにした。一方、ケースワーカーは具体的かつ事務的に退院の準備を整えていた。このような準備が整った時に主治医が最終的な退院日程を患者に伝え、退院を決定した。依然患者は強い不安があった。しかし主治医、ケースワーカー、筆者が、退院後の外来治療の継続、困難に陥ったときは、いつでも受け入れる準備をしているという保証を与えた。退院後1ヶ月に、患者は娘の家の近くにアパートをかり、月1回外来通院をし、病棟や作業療法室に顔を出し、筆者に近況を伝えている。

自殺企図を持つ患者に作業療法を実施することは、そうでない患者に実施する場合と比較すると、作業療法士にとって戸惑うことが多く、より一層の不安と緊張を伴うものである。それは、自殺や自殺企図が社会的、心理的、生物的要因がからみあった複雑な行為²⁾³⁾であり、その治療、予防となると⁴⁻⁸⁾、精神科の臨床場面に限ってみても、古荘⁹⁾が「至難のわざであるかの感をいだかしめるものがある。」と述べているように、非常に困難であるようである。しかも作業療法という狭い範囲に限ってみても、作業療法を実施することによる、一時的な患者の精神的な動揺が直接的、間接的な原因となり、患者を自殺へ追い込むのではないかという恐れから、不安と緊張が生じていると考えられる。反面、患者を自殺へ追いこむほど患者に影響を及ぼす力量が筆者自身にあるわけがないと正直に思うが、「もし自殺企図の再発があったら。」という危惧は筆者には捨てられない。

今回、経験した2つの症例は、いずれも重篤な精神病患者が自殺企図により身体的障害を被った症例であった。筆者が早期に身体的障害の機能回復訓練を直接行なう¹⁾¹⁰⁾ことを通して、同時に精神面にも関与したのである。このような関わりを通し、患者が安定し、短期間で退院、家庭内、職業復帰と治療が展開した。

症例Iは屈筋腱完全断裂という重篤な障害であったが、知覚神経はほぼ残っていたため、筆者は、患者のある程度の機能回復が予測¹¹⁾できた。患者は不安定な精神状態ではあったが、機能回復訓練には意欲を示したし、反面、機能障害が改善するだろうかと不安も持っていた。そこで筆者は患者に受け容れやすいかたちとして、患者が差し出す左手を『診る』、つまり機能訓練を優先させた。そうすれば、患者は困難な状況を改善するための援助をしてくれる人として筆者を受け容れやすいだろうと、筆者は考えた。実際、そのように対処したことで患者は安心し、導入は比較的容易となった¹⁾。また機能改善に

伴い、受傷したこと、さらにはそれに伴う将来に対する不安や漠然とした焦燥感は、徐々に軽減していった。このころから患者の幼稚で短絡的な思考から「就職します」という現実からかなり飛躍した言動がみられるようになったため、今度は具体的に退院を目標にした精神面へ重点をおいた作業療法へと展開した。

症例Ⅱもまた右踵骨骨折という重篤な障害だったが、術後の経過は良好であった。しかし精神的にかなり不安定な状態で自室にこもりがちであった。そこで筆者は痛みに対する強い不安を解消させ、傷の回復に見合った生活圏の拡大を目的に機能訓練を優先させることで、ある程度患者が安定の方向へ向かうと予測した。実際、ギプスを取り外し車椅子にて病棟内から病棟外へさらに屋外へ、そして自立歩行へと生活圏は徐々にではあるが拡大した。それに伴い、痛みへの不安も確実に軽減した。このころからは退院を想定した治療が始まったが、過去、現在、未来へと現実感を取り戻してきた患者が、諸問題を目のあたりにして、再び不安定になることが予測された。そこで筆者は患者の不安を受け容れ、支持的に関与すると同時に主治医、ケースワーカーと連携をとりながら精神面へ重点をおいた治療を展開した。

自殺未遂という体験からくる精神的ダメージは計り知れないものがあり、患者はかなり不安定であったため、作業療法の関与は困難であると考えられた。さらに2症例とも若干早すぎると考えられるほど早期に作業療法の処方がなされた。しかし重傷ではあったが、日常生活には支障がない程度に回復すると期待できる障害であり、段階的な機能面への治療プログラムは想定できた。精神科という場面であっても、重篤な機能障害をもつ患者を目の前にしたとき、作業療法士として何ができるかと考えたとき、やはりその機能障害にまず関与し始めることが、必然的だった。順調な機能改善に伴い、傷に対する不安は解消され、ある程度精神面での安定が認められた。しかし患者は退院を前提として具体的に物事を進めることができず、筆者はこ

の点に関わった。つまり症例Ⅰがやもすると現実からかなり飛躍した生活設定をしてしまうのに対し、客観的評価をフィードバックし、現実検討を促し、確実に段階をおった治療プログラムを実施した。症例Ⅱは自殺未遂時を基点とした、過去から現在においてあまりにも現実的になり、将来に対する強い不安が起こってきた際、症例Ⅰ同様、客観的評価をフィードバックし、問題点を共に模索し集約する方向へ操作し、段階的に治療を展開した。

結 語

結果的に、症例Ⅰ、症例Ⅱとも機能面からの関与に始まりその改善に加えて、精神面へのアプローチにより、家庭内復帰または職場復帰へと、予想以上の治療効果が得られたわけであるが、これについては以下の条件がそろっていたこともものがすわけにはいかない。一つには主治医の作業療法への処方が明確で早期であったこと、二つには前にも述べたように重篤な機能障害であったが、かなりの回復が期待できたとし、実際回復したこと、三つにはこれが最も重要なことであったが、患者をとりまく医療スタッフ間（主治医、看護婦、ケースワーカー、作業療法士）の連携がうまくなされたことである。

参考文献

1. 富岡詔子, 吉沢真理子: 身体障害をもつ分裂病患者に対する作業療法の一経験—障害受容の側面から—信州大医紀要, 14: 123-137, 1988.
2. 大原健士郎: 自殺の要因に関する研究—精神医学の立場から—精神経誌, 63: 102-882, 1961.
3. 平山正実: 分裂病と自殺 精神経誌, 82(12): 769-786, 1980.
4. 梶谷哲男: 精神分裂病者の自殺—病識のある病者の自殺 精神医学, 7(1): 37-41, 1964.
5. 吉川武彦, 矢野徹, 米沢昭夫他: 精神病者の自殺への力動的接近—治療者—患者関係を中心とした症例検討を通じて—精神医学, 10(1): 876-

882, 1968.

6. 山上皓：精神分裂病者の自殺 臨床精神医学. 8 (11) : 1269-1278, 1979.
7. 大原健士郎, 甘楽昌子, 佐々木三男他：精神病院における自殺について 精神医学. 3 (4) : 269-274, 1961.
8. 山田広美：精神病者の自殺行為—その予告徴候と動機について—精神医学. 4 (3) : 183-188, 1962.
9. 古荘和郎, 藤井久和, 金子仁郎他：臨床場面における自殺の予知について—精神科受診後の自殺企図症例の分析— 精神医学, 7 : 691-695, 1965.
10. 富岡詔子, 吉沢真理子, 鈴木孝治：青年期の分裂病患者に対する早期作業療法の一経験 信州大医短紀要. 13 : 35-46, 1987.
11. Mary SL, Kevin FH: Splint Modification for Flexor Tendon Repairs. Am J Occup Ther 38 : 398-403, 1984.
12. 服部隆夫, 竹谷一雄：総合病院における手首自傷を伴う症例の臨床的検討 精神医学35(3) : 257-264, 1993.
13. 柏田勉：Wrist Cutting Syndrome のイメージ論的考察—23症例の動機を構成する3要因の検討—精神経誌. 90(6) : 469-496, 1988.
14. 北村陽英, 清水将之, 和田慶治他：青年期自殺の未遂例と既遂例との比較 精神経誌82(2) : 121-131, 1980.
15. 稲村博：自殺防止創元社, 1978.
16. 富川俊彦：600万の自殺予備軍 誠文堂 新光社, 1987.
17. 稲村博：自殺学東京大学出版会, 1981.

Occupational Therapy for Psychiatric Patients Suffering from Physical Impairment Caused by Attempted Suicide

Taigo Yamada¹, Fumihiro Mutaguchi²,
Kyouko Yamada³ and Tamiko Yamada⁴

ABSTRACT: Occupational therapy for two psychiatric patients who attempted suicide was described and discussed in terms of therapeutic significance. Case I: The schizophrenic patient was a 21-year-old single male who consulted a psychiatrist for the first time because of symptoms including bizarre actions. His father had been admitted to this hospital for some time. When the patient first saw his father again and found that he had changed quite a lot, he was terribly shocked at the sight. Fearing that he might become like his father, he attempted to commit suicide by cutting his wrist a few days later. He was referred to an occupational therapist for treatment, when the author started the treatment of the physical impairment caused by cutting his wrist. The wrist joint could move voluntarily only very little because of pain. The patient was very depressed. The author strove to remedy his situation. His greatest concern was the recovery of movement in his wrist joint. The author indicated that he should do practice cutting paper and tiles with scissors and shears. The author also persuaded him into practicing tip and lateral pinch movements. He practiced hard and the recovery was satisfactory. As a result, he began to communicate with the author and others comfortably, and he recently got a part-time job. Case II: The involutionsparanoid patient, a 58-year-old mother of three children, had her calcaneal fractured when she attempted suicide by leaping from a high place. She was markedly hyperactive and agitated on her admission to the hospital. It was extremely difficult to follow any thought on the part of the patient because of her lack of responsiveness and frequent changing of the subject. She was referred to an occupational therapist for treatment. Treating her fracture, the author waited until she recovered her composure and carefully listened to her inexplicable anxiety. The author took her a walk three times a week for better communication with the patient. As her fracture recovered, she regained peace of mind and came to adjust herself to her family life again. From these two cases, we conclude that it is advisable to give treatment to patients in the early stage of their physical impairment.

Key words : Psychiatric occupational therapy,
Attempted suicide,
Therapeutic significance.

-
1. School of Allied Medical Sciences, Kobe University
 2. Nakataku Hospital
 3. Hizen Hospital
 4. Khono Hospital