

事例報告

幻覚・妄想にもとづいた身体異常感を呈する患者へのかかわり における看護者の認識の構造および看護実践上の指針

川村 道子

【抄 録】

本研究は、妄想や幻覚にもとづいた身体の異常感や痛みを呈している患者への看護の実践上の指針を抽出することを目的とする。「不安」や「恐怖」という感情を土台に作り上げられた像により、身体に異常感や痛みを感じているときは、患者は最も生命力の幅が狭まっていると考えられる。従って、精神科での看護を行う上で、このような状況における看護実践上の指針を抽出することは重要な課題である。研究対象は、某精神科に入院中の患者とのかかわり、6事例7場面での看護者の認識である。看護過程を再構成したのち、状況の流れに沿って看護者の認識の特徴を取り出していった。取り出された特徴を概括し、以下の5つの看護実践上の指針を抽出した。

- 1) かかわりの開始時は、患者の全身の感覚受容器が現実の刺激を受け取れるようにする。そのために、患者を脅威にさらさずに関心を寄せ続けることが大切である。
- 2) かかわりを継続している間は、患者から発信されるあらゆる情報をキャッチしながら、患者の認識がどれほど現実的であるかの予測を継続する。
- 3) 患者の身体的苦痛の感覚と、苦痛に伴って生活がうまく営めない状況を汲み取り、それを代弁する。
- 4) 患者の精神活動に規定された生活様式が身体にどのような影響を及ぼしているかを見抜いた上で、身体ケアを施す。
- 5) 患者の持てる力の発現を確認しながら、社会性を拡大させる。

【キーワード】 看護者の認識、実践上の指針、統合失調症、幻覚・妄想、身体異常感

I 序論

A. はじめに

筆者は1999年から精神看護領域での臨床実習指導に携わりながら、日々自己の精神科における看護実践能力の研鑽に努めている。単科の精神病院の開放病棟・閉鎖病棟・デイケア・グループホーム等、健康障害のあらゆる段階の人々を対象に看護を実践していく中で、幻覚や妄想の内的体験にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている対象に出会い『明

らかに生命力の消耗を来している状態である。』と見て取れた瞬間から、看護者として放っておけない感情が激しく揺さぶられ、積極的にかかわりを持つ場面がしばしばある。しかし、他者には理解しがたい言動を目の当たりにすると、その場での判断が揺らぐこともある。精神科看護の教科書では、妄想体験にもとづく身体の異常感あるいは痛みを感じている患者への看護については、『幻覚や妄想出現時の看護』として包括されており、「すぐに否定することは避け、相手が訴えやすい状況をつくり、安心して自分の気

持ちや感情を表現できるように支援する。」¹⁾や「肯定も否定もせず受容的な態度で接する。現実認識できるようにレクリエーション活動や作業療法への参加を促す。」²⁾と記載されているのが一般的である。

国内外の研究の領域においては、興奮性・攻撃性あるいは衝動行為のある患者に対する看護について検討された研究報告がみられる³⁾⁴⁾。しかし、幻覚・妄想にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている患者の看護について、実際に行われた看護現象をデータとして、看護実践上の指針を検討した研究はこの領域ではこれまで行われていない。

妄想体験にもとづく身体の異常感や痛みは、これまでの生活過程の中で積み上げられてきた「不安」や「恐怖」といった感情が土台にあると言われている。「不安」や「恐怖」を土台として自己流の像を作り出し、身体の異常感や痛みを感じている状態は、最も生命力の消耗をきたしていると言える。従って、先に紹介した『幻覚や妄想出現時の看護』として包括されている事項ではなく、身体の痛みや苦しみを感じている対象に即した看護実践上の指針を探ることは欠かせない課題である。また、この実践上の指針を明確に持ち得ることは、看護者が安定感をもって対象にかかわり続けていくことを可能にすると考えた。

B. 研究目的

幻覚や妄想の内的体験にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている統合失調症患者に対する看護場面から、看護者の認識の構造を明らかにし、看護実践上の指針を抽出する。

C. 主な用語の定義

◎認識：人間の身体に備わっている五感器官を通して得られた感覚が、脳細胞で合成されることによって創られた像⁵⁾

◎看護過程：看護するという目的を持つ看護者とその看護の対象である患者との間の関係が、対象－認識－表現の繰り返しを重ねな

がら変化発展していく過程

D. 理論枠組み

本研究は、看護場面における看護者の認識そのものを研究対象とするため、科学的認識論を土台に据えた薄井の科学的看護論⁶⁾を理論枠組みとする。また、分析方法は薄井の学的方法論⁷⁾を用いた。

II 対象と方法

A. 研究対象

某精神医療施設（単科の精神病院）の男女混合開放病棟及び男子閉鎖病棟、女子閉鎖病棟に入院中の精神疾患患者で幻覚や妄想にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている患者に対して、1999年5月から2002年9月の期間に筆者が看護者としてかかわりを持った6事例7場面における筆者自身の認識。

B. 倫理的配慮

6事例の概要を表1に示す。事例の提示に際しては個人が特定できないよう充分配慮した。また、研究結果の公表については施設看護部門の長より許可を得た。

C. 研究方法

1. 研究素材の作成

1) 幻覚や妄想の内的体験にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている患者への看護場面で、看護者のかかわりにより、患者が健康的な認識に変化し、持てる力を発揮できるに至ったと思われた場面を選定する。

2) 1) で選定した場面をプロセスレコードに再構成する。

2. 分析方法

1) プロセスレコードの中で、患者と看護者の看護実践における原基形態のプロセスに沿って

表 1 研究対象事例一覧表

| 事例 | プロセス レコード番号 | 事例の概要 |
|----|----------------|---|
| A | 1 | 60 才代、女性、統合失調症 20 才で発症。被害的な妄想が強く、40 年間近く入院生活を継続している。 |
| B | 2・3 | 50 才代、女性、統合失調症 20 才で発症。被害妄想・誇大妄想・幻聴が活発で閉鎖病棟に 30 年間の入院生活を継続している。 |
| C | 4 | 30 才代、女性、統合失調症 被害妄想・幻聴が活発で数回の入退院を繰り返した後、20 年余り閉鎖病棟での入院生活を継続している。 |
| D | 5 | 50 才代、男性、統合失調症 30 才の頃発症。約 10 年間の就職経験がある。40 才後半より被害妄想活発になり、閉鎖病棟での入院生活を継続している。 |
| E | 6 | 50 才代、女性、統合失調症 20 才代前半に発症。10 数回にもわたる入退院を繰り返し、現在は開放病棟に入院して 5 年が経過している。加齢にともない、身体を支える機能の衰えが進んできており、歩行には装具を要する。 |
| F | 7 | 50 才代、女性、統合失調症 20 才代前半に発症。暴力行為などが見られていたが、現在は妄想をとまなう精神活動が活発で単独行動が目立つ。開放病棟に入院中である。 |

患者の変化が認められるまでを一つの局面として区切り、局面毎の看護者の認識を浮き彫りにし、その特徴を取り出す。

- 2) 1) にもとづき、全場面の看護者の認識の特徴を浮き彫りにした後、事例毎に時系列に沿って認識の特徴を概括する。
 - 3) 2) から看護者の認識の構造を取り出し、看護実践上の指針を導き出す。
- 尚、分析に際しては、この研究手法に卓越している研究者にスーパーバイズを受けた。

Ⅲ 結果

A. 素材の選定

幻覚や妄想の内的体験にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている患者への看護場面で、看護者のかかわりにより身体の異常感や痛みが消失し、また健康的な認識に変化して、持てる力を発揮できるに至ったと思われた場面を 7 場面選定した。選定した場面の概要を患者の変化を中心に表 2 に示した。

B. 分析

次に全 7 場面の分析を行った。以下、事例 D（プロセスレコード番号 5）を例に「看護者の認識の特徴」

表2 7場面の概要

| プロセス レコード番号 | 患者の変化を中心とした場面の概要 |
|----------------|---|
| 1 | <p>「背中が痛い」「腰が痛い」「腕も痛い」「足も痛い」「何も出来ない」という認識で、うずくまったままで一人で苦しんでいる患者に対し看護者がかわりを開始したところ、身体各所の痛みに対する手だてが患者自身から提案され、自ら身体の痛みを最小にする行動をとった。さらにそうすることで血液循環が良くなったという具合に体内が変化していくイメージを抱いた。患者の関心が看護者自身に注がれ、身体の痛みは消失し、小社会に身を投じることができた。</p> |
| 2 | <p>朝の申し送りで、「妄想が活発で十分な睡眠がとれていない」という情報をつかんでいた看護者が患者の病室を訪問すると、患者は空を見つめていた。看護者がかわりを開始すると着用していたTシャツの襟を触りながら、険しい表情で「胸をいためている。」発言した。看護者はかわりを継続すると、患者から過去の苦しい感情が表現され、その後患者の認識が看護者自身に向けられた。看護者が患者の身体に直接「快」の刺激を送り込むと、患者は看護者のケアを求め、看護者とのかわりの感覚を「身体が暖まってお風呂に入っているみたい。」と表現した。胸の痛みは表現されなくなった。</p> |
| 3 | <p>看護者が偶然「痛い。痛い。」と一人で七転八倒している患者を発見して、かわりを開始した。はじめは看護者の働きかけに反応しなかったが、かわりを継続していくと徐々に看護者とやりとりが出来るようになり、痛みが消失した。清潔ケアを提供しようとする看護者がケアに必要な道具を探していることを察し、患者はそれを探して看護者に提供した。看護者のケアに対し「快」を表現した。</p> |
| 4 | <p>看護者に「顔が病気になってきつい。」と表情険しくしきりに訴えてくる患者に対して看護者がかわりを進めていくと、患者の関心が看護実習という看護者に関連した現実的なものに移行していき、患者から「去年の学生さんが卒業して仕事をしていると言うことは先生達も嬉しいですね。それがたのしみですね。」と表現した。</p> |
| 5 | <p>ベッド上で空を見つめて行動停止している患者に対して、看護者がかわりを開始したところ、「親が死んだときに棺桶に自分の足を入れて死体にエネルギーを送り込んで復活させた。そのために自分は足が弱っている。」という発言をした。看護者はかわりを継続していくと、患者は弱っている足がだんだん丈夫になっていく感覚を抱き、「今日のお風呂は安心して入れる。」という発言があった。</p> |
| 6 | <p>ベッド上に座っている患者に看護者があいさつをすると、突然「男が自分を縄で縛って襲った。その男が遠くから念じて自分の足を引っ張っている。」と発言してきた。看護者は足をさすりながら、足の感覚を確認するやりとりを進めていると、「死んだらどうなるの?」「私には心がないのではないか。」と泣きながら表現した。看護者が患者と関係を持てることが嬉しいと伝えたところ、笑顔になり「足が軽くなった。」「また会いましょう。」と握手を交わした。</p> |
| 7 | <p>ベッドに座っていた患者が、通りかかった看護者に「頭の先から足の先まで全身傷だらけ。背中も切られて、骨もポキポキ折られている。」と苦痛の表情で訴えた。看護者は患者の表現に沿って、場所を確認するように全身を触りながらかわりを進めていく内に、「今日はシーツ交換の日。自分でやります。」と言い、交換を行った。看護者が体の心配を表現すると、その後続けて運動靴に履き替えてウォーキングを行った。</p> |

を取り出すまでの分析過程を述べる。

筆者がD氏と関わりを持つようになり3年余り経過する。D氏は幻聴や妄想が活発で、「壁の中から〇〇さんの手が出てきて首を絞められた。」や「〇〇さんが使っている歩行杖は実は機関銃だ。」「湯船につかると〇〇が襲ってくる。」等、その内容は被害的なものが中心である。日中はほとんどベッド上で過ごしている。取り上げた場面も、D氏はベッドに座っており、動きは無く空を見つめている状態であった。看護者は「明らかに生命力の消耗をきたしている状態」

と見て取り、何とかしたい感情が大きく動きかわりを開始した場面である。その場面のプロセスレコードを表3に示した。このプロセスレコードを原基形態に沿って見ていくと、患者が少しずつ変化を起こしながら、結果的に健康的な認識に導かれた言動に変化したことがわかる。その微細な変化に着目しながら、患者が変化を起こしたところを一つの局面として区切り、場面を抽象化した。更にそこに潜む看護者の認識の特徴を取り出していった。

表3 プロセスレコード(事例D, プロセスレコード番号5)

| 対象の言動 | 看護者の感じ・思い | 看護者の言動 |
|--|--|---|
| 1. 「親が死んで棺桶に入っているとき、自分の両足をその棺桶に入れて、足からエネルギーを送ったから親は生き返った。だから自分の足は弱っている。」と足を指しながら訴える。 | 2. そうか、なるほど。そんな風に考えているんだ。そう考えるしか無いんだな。 | 3. 「そう。足を入れて…弱っているんだ。」 |
| 4. 「そうそう。膝の上くらいまで。それ以上入れたら自分がだめになるからね。」 | 5. 私と話しているけど頭の中の世界だ。今はどうなんだろう？ | 6. 「今は足はどんな感じですか？」 |
| 7. 「弱いね。棺桶に入れてエネルギーを入れたからね。」 | 8. 弱いつて？どんな感じ？ | 9. 「弱っているって？」 |
| 10. 「ふわふわして力が無い。」 | 11. そうか。足の感覚が分かった。だから体操の時もしゃがみ込むんだ。 | 12. 「あーそうか。ふわふわするのですね。だから今日の体操の時もしゃがんでいたのですね。」 |
| 13. 「うん。」 | 14. 棺桶は出てこなくなった。すこし接近できるかな。 | 15. 「足、ここ少し触っていいですか？」患者の前に周り、左のふくらはぎを揉む。 |
| 16. じっとして看護者のされるがままにしている。「柔らかいやろ？」と言う。 | 17. 触られるのは良いみたい。大丈夫。柔らかい？確かに柔らかい。足の状態が良くなったようにイメージしてもらいたい。 | 18. 「私もきのう膝から下がとても痛くて、冷たくて。どうしようかと考えて足の循環が良くなるツボを調べて、指圧してみたんですよ。」 |

| 対象の言動 | 看護者の感じ・思い | 看護者の言動 |
|---|---|--|
| 19. 「ほー。」看護者の顔を見る。 | 20. 私の話を聞けそうだ。 | 21. 患者が持っているツボ押しのスティックを借り、足の裏のツボを押す。「このところって本に書いてあったんですよ。ここです。」 |
| 22. 「そこは腎臓のツボだ。」看護者を見て言う。 | 23. すごい良く知っているな。本にも腎経の出発点と書いてあった。 | 24. 「そうそう。ここを押すと体の循環が良くなって足への血の巡りも良くなるんですって。そうするときっと筋肉も丈夫に作り替えられますよ。」ツボを押しながら言う。 |
| 25. 目を丸くして「ほー。横紋筋融解症が溶けていくような感じがする。新しく筋肉が作られる。」と言う。 | 26. 頭の中に体の中がプラスに変化しているようなイメージが作られているな。もう少し続けよう。 | 27. 「そうですか。反対の足もやってみましょうか?」と言って右足も同様に実施する。しばらくして「どうですか?」と尋ねる。 |
| 28. 「良いね。前はふくらはぎに水だけが入っていたようなぶよぶよした感じだったけど、しっかりしてきた。」と言って、自分でふくらはぎを摘んでみている。 | 29. よかった。 | 30. 「よかった。しっかりなって。」 |
| 31. 「今日のお風呂は安心して入れる。」と言う。 | 32. わーすごい。お風呂もいつも不安に思いながら入っていたんだ。足が弱いからいろいろ大変だったんだ。 | 33. 「よかった。お風呂安心して入れってください。少し歩いてみましょうか?どのくらい丈夫になったか。」 |
| 34. 「うん。」と言って、靴を履き、廊下まで歩く。 | 35. どんな感覚かな? | 36. 「どんなですか?」心配そうに聞く。 |
| 37. 「あっ。いいわ。」確かめるように歩く。「でももう少し、膝の裏がもう少しだ。もうちょっとかな。僕の足は膝とふくらはぎの接合部がくっつきにくいんだ。」と言ってベッドにもどる。 | 38. そうか。でも現実的なやりとりになっているから、この調子で進めてみよう。 | 39. 「あとは内果の下も良いツボですよ。」と言って押してみる。「後は膝の裏にもあります。」と言う。 |
| 40. 「膝の裏、そんなのがあるんだ。それがいい。」と言う。 | 41. 膝の裏を押してみよう。本人の気持ちに乗っている。 | 42. 膝の裏を指で押す。 |

| | | |
|---|---|---------------------|
| 43. 「あんたはツボを知っているから、ばっちり治った。」と、にこにこして言う。更に自分で太股などを「ここもやっておこう。」と言って指圧する。 | 44. 自分でツボ押しをしている。現実的な頭になっている。少し皆のいるところまで歩いてみよう。 | 45. 「歩いてみませんか？」と言う。 |
| 46. 「うん。」と言って、大広間まで歩き、その場所に留まっていた。 | 47. よかった。みんなのところにまで来られた。 | |

〈第1の局面：1～10〉

患者の親の死について、患者がエネルギーを再び送り込むことで生き返った代わりに、自分の足のエネルギーが無くなり、足が弱くなったと訴えたのに対して、そう考えて自分を慰めるしか無かったのだなと感じとった。その時に患者の脳に描かれた像は現実離れした自己流の像であることを予測しつつ、現在の足の状況を問うと、「ふわふわして力が無い。」と語った場面である。現実離れした自己流の認識から、「ふわふわして力がない。」と現実的な返答をするような変化を起こしていると判断したため、これを一区切りの局面とした。この局面の看護師の認識の特徴は、[看護師は患者の認識がどれほど現実的で社会性を帯びているかを判断しながら、現在の患者の身体的苦痛の感覚を近似的に重ねようとした。]とした。

〈第2の局面：11～13〉

「ふわふわして力が無い。」と言う患者の表現から看護師は毎日の体操が出来ない理由がここにあったのかと気づき、「ふわふわするから体操も出来なかったのですね。」と思わず発言したところ、「はい。」と返答があった場面である。ここでは、看護師とのやりとりの中で、患者は妄想にもとづいた発言が消失しているので一区切りの局面とした。この局面の看護師の認識の特徴は、[患者が感じている身体的苦痛と近似的に重なったと感じた看護師は、もう一人の自分を駆使しながら患者の生活の有様と重ねて、体の感覚と生活の困難さを代弁した。]とした。

〈第3の局面：14～16〉

患者の返答から「エネルギーを送り込んで復活させた。」などという現実離れした像が消失していると判断した看護師は、患者が気がかりにしている足への接触を試みたところ、患者はそれを拒否せず「柔らかいでしょう？」と発言した場面である。この局面の看護師の認識の特徴は、[患者の認識がどれほど現実性を帯びているかを推測しながら、患者が苦痛を感じている部分に直接関心を注いだ。]とした。

〈第4の局面：18～22〉

患者が苦痛を感じている部分へ看護師が接触した時の様子を充分観察しながら、足が良くなっていくイメージを抱かせたいと考え、自分自身の体験談を交えながら直接足に働きかけを行うと、患者はそれに関連して知っていることを表現した。この局面の看護師の認識の特徴は、[患者の反応から看護師の行為が患者にとって脅かしになっていないかを判断しながら、苦痛からの解放を、直接その部分に働きかけることで試みた。]とした。

〈第5の局面：23～31〉

看護師の行為に対して、患者は自分が知っていることを表現してきたので、看護師はその行為によって体の内部がプラスに変化してく様子を伝えた。すると患者は自分なりのイメージで体の内部がプラスに変化する様子を看護師に伝えた。さらに現実の生活の場面で自分自身がよりよい状態で過ごせること

を観念的に作り出した場面である。この局面の看護者の認識は、[患者の反応からより現実的なやりとりが可能となったと判断した看護者は、体の内部のイメージがプラスに変化するように患者の認識に働きかけた。]とした。

〈第6の局面：32～47〉

患者が「お風呂に安心して入れる。」と発言したので、看護者は患者の生活の困難さを改めて追体験した。更に現実的な社会関係を広げようと思い、室内から誘い出した看護者は、患者の認識がどれほど現実性を帯びているかを推測しながら、かかわりを継続した。すると、患者は体の内部が良い方向に変化するよう

に自分自身で看護者と同様の行動を行い、さらに小社会へ身を投じた場面である。この局面の看護者の認識の特徴は、[看護者は、患者の身体的苦痛の感覚を近似的にイメージし、生活の様子と重ねることにより「生命力の消耗したあり方」を追体験した。更に、患者の反応から患者の認識がどれほど現実性を帯びているか判断しながら、社会性の拡大を図った。]とした。

C. 各事例の看護者の認識の特徴

以上のような分析過程を経て、表4に示すごとく事例毎に時系列に沿って看護者の認識の特徴を取り出した。

表4 7場面の看護者の認識の特徴

| プロセス レコード番号 | 局面 番号 | 看護者の認識の特徴 |
|----------------|----------|---|
| 1 | 1 | 他者との関わりが出来る状態かを推測しながら、生命力の消耗をきたしている状態であると判断し、患者自身に感心を注ぎ続けた。 |
| | 2 | 他者との交流が出来る状態か推測しながら、患者の体調に関心を注いだ。 |
| | 3 | 患者の身体の痛みの表現と過去の患者の様子が重なり、何とかしたい感情が大きく動いた。患者の反応を手がかりに、かかわりを継続しても患者の脅かしにはならないと判断し、同情を示しながら対処方法を患者とともに考えた。 |
| | 4 | 患者の発言が現実的な社会性を帯びていると判断し、直接苦痛が示された部分へ働き掛けた。 |
| | 5 | 患者が苦痛を感じている部分に焦点を当てて関心を寄せ続けたことによる患者の反応から、看護者の頭が患者の頭と近似的に重なり生活の困難さを追体験し、それを代弁した。 |
| | 6 | 現実の中で関係が進展していると判断した看護者は、実体面での生命力の消耗を見出し、患者は表現しなかった身体各所へのケアを実施した。 |
| | 7 | 患者の発言から認識内部に対立が発生している状況と読みとれた看護者は、患者の感情を追体験できそれを代弁した。 |
| | 8 | 患者の行動が、自分自身で身体の苦痛を最小にするために持てる力を発揮したと判断した看護者は、社会性を広げる働きかけを行った。 |

| | | |
|---|---|---|
| 1 | 9 | 患者とのやりとりで、プラスの認識が広がっていると判断できた看護者は、患者の認識に沿いながら小社会へ身を投じるよう働き掛けた。 |
| 2 | 1 | 患者の認識がどれほど現実に向けられているか予測しながら患者に関心を寄せ続けた。 |
| | 2 | 患者の反応を手がかりに、患者が感じている身体的苦痛を予測して代弁した。 |
| | 3 | 患者の発言から看護者の認識が、患者の身体感覚に近似的に重なるとともに、それを現実の他者に伝えられるように促した。 |
| | 4 | 患者の内的世界の膨らみを和らげるため、現実世界を描けるよう促した。 |
| | 5 | 患者の関心が看護者自身に向けられたときに、身体接触を図った。更に実体面での生命力の消耗を見出し、ケアを実施した。 |
| | 6 | 患者の行動決定の判断が揺らいでいるとき、患者の揺れに沿いながら、行動決定できるよう支援した。 |
| | 7 | 患者の反応から現実状況に向かい合っていると判断した看護者は、社会性を広げるよう促した。 |
| | 8 | 患者が小社会に身を投じることが出来た後も、看護者は患者との関係を密に保とうとした。 |
| | 9 | 実体面の生命力の消耗に対するケアを継続しているときの患者の発言から、看護者の認識が患者の生命力を消耗している有様を迫体験した。 |
| 3 | 1 | 看護者の存在が脅かしになっていないかを患者の様子から判断しつつ、患者の身体の痛み焦点を当てて関心を寄せた。 |
| | 2 | 患者の知覚する身体の痛みの部分に清潔ケアの必要性を見出し、ケアの実施を提案した。 |
| | 3 | 患者が看護者の提案を受け入れ、ケアを実施する上で看護者を手助けする行為から立場の変換を上手に行っていると判断し、痛みを知覚している部分へのケアを行った。患者が清潔行為を怠るのは、不快を通り越して痛みという感覚であるためだと汲み取った。 |
| | 4 | 患者から、身体の不快感が消失して快の感覚に転換していることが表現され、自ら小社会へ身を投じ、日常の生活行動を開始し始めたので、患者の認識は現実性を帯びてきていると予測して、患者の行動を見守った。 |
| 4 | 1 | 患者が他者とのかわりを脅威と感ずる状態なのかを判断しながら、患者に関心を注いだ。 |

| プロセス レコード番号 | 局面 番号 | 看護者の認識の特徴 |
|----------------|----------|--|
| 4 | 2 | 患者が前日労働をしたと言うことに加えて、身体の一部に異常感を覚えていることを表現してきたため、タッチングしながら、身体の異常感が存在する中で労働を行った事を評価をした。さらに、タッチングを意図的に‘快’の刺激に変えかわりを継続していると、身体の異常感の表現は消失し、患者の関心が看護者に関連する内容に移った。 |
| | 3 | 患者の認識は現実味を帯びておりプラスに膨らんでいると予測し、その話題でかわりを進めた。すると、患者が看護者に上手に立場の変換を行っている表現があり、その認識の膨らみを支えるようにかかわりを継続した。 |
| | 4 | 患者は看護者が送り続けていた‘快’の刺激に対して感謝の気持ちを表現した。身体異常感消失していると判断した。 |
| 5 | 1 | 患者の認識がどれほど現実的で社会性を帯びているかを判断しながら、現在の患者の身体的苦痛の感覚を近似的に重ねようとした。 |
| | 2 | 患者の感覚している身体的苦痛が近似的に重なったと感じた看護者は、もう一人の自分を駆使しながら患者の生活の有様と重ねて、体の感覚と生活の困難さを代弁した。 |
| | 3 | 患者の認識の中がどれほど現実性を帯びているかを推測しながら、患者が苦痛を感じている部分に直接関心を注いだ。 |
| | 4 | 患者の反応から看護者の行為が患者にとって脅かしになっていないかを判断しつつ、苦痛からの開放を、直接その部分に働きかけながら試みた。 |
| | 5 | 患者の反応から、より現実的なやりとりが可能になったと判断した看護者は、体の内部がプラスに変化するように患者の認識に働きかけた。 |
| | 6 | 看護者は、患者の身体的苦痛の感覚に近似的に近づき、生活の様子と重ねると「認識と実体の対立が生じ、生命力の消耗したあり方」を追体験した。更に、患者の反応から患者の頭がどれほど現実性を帯びているか判断しながら、社会性を広げようとした。 |
| 6 | 1 | 患者の認識が現実性を帯びているか観察しながら、患者の表現に同意していった。 |
| | 2 | 身体異常感の表現から、現実社会での対人関係がうまくいっていない様子を予測した。身体異常感の表現に沿ってかわりを進め、身体に直接ケアを施しながら、身体の異常感や痛みの表現を促した。 |
| | 3 | 患者の認識の現実感を予測しながら身体ケアを継続し、患者の身体の感覚に看護者の認識を近似的に重ねようとした。 |
| | 4 | 患者の認識内部の現実感を予測しつつ、現在の身体感覚の表現を促した。患者の認識内 |

| | | |
|---|---|--|
| 6 | 4 | 部に現実性を帯びていると判断し、活動を促したところ患者がそれを受け入れ、一緒に実施した。 |
| | 5 | 患者の表現から、患者の認識内部は現実感を持っていないと判断したため、現実感を持たせるために身体ケアを施し、活動に対してプラス評価を与えた。 |
| | 6 | 身体ケアを継続していると、患者から現実的な将来に向かった心配事が表現され、身体の異常感ではなく、患者の心の苦しみを追体験した。 |
| | 7 | 患者の表現に同意しながら、看護者自身が患者を必要としていることを伝えた。患者との再会を希望する表現を行うと、患者からも再会の意思が表現された。 |
| 7 | 1 | 患者の身体各部の感覚が現実の他人に向かって表現されたことから、患者の認識内部の現実感を予測し、患者の身体の異常感に焦点を当てて関心を寄せた。 |
| | 2 | 患者の身体異常感の表現に沿いながら身体各部に触れ、患者の表現をさらに促した。その上で、そのことが生活上の規制を余儀なくされていることを汲み取り、表現した。 |
| | 3 | 患者が看護者の身体接触を受け入れていることを見て取り、意図的に身体各部に‘快’の刺激を送り続けた。 |
| | 4 | 患者が感じている身体の異常感を推し計る形で、環境を整える行為を手伝う準備があることを伝え、自らその行為を行おうとした。 |
| | 5 | 清潔行為の実施によって足に負担がかかったのではないかと表現すると、患者が足を鍛える活動を行う準備に取りかかった為、患者の認識がプラス方向に転換しつつあることを予測し、社会性が広がるよう働き掛けた。 |

D. 7 場面における看護者の認識の構造の分析結果

7 場面の看護者の認識の特徴を概括してみると、全プロセスレコードの局面 1 において、看護者の認識の特徴の共通性が次のように浮き彫りにされた。看護者が患者とかかわりを開始する出発点では、患者の脳に結ばれている像がどれほど現実性を帯びているか、あるいは現実の他者との関わりにどれほど脅威を覚える状態なのかを、患者から発信されるあらゆる表現を手がかりに予想しようとしていた。その上で、看護者は患者自身に関心を寄せ続けたという共通の特徴が認められた。

つづいて、患者とかかわりを継続している間は、

看護者は常に患者から発信される手がかりをもとに、患者の脳に結ばれた像がどれほど現実性を帯びているのかを判断しながらかかわりを進めていた、という共通の認識が読みとれた。

かかわりが少し進展すると、看護者の認識は患者の身体の感覚に移行していた。看護者は患者が感じている身体苦痛の感覚と近似的に感覚が重ねられるようにコミュニケーションを進めていた。さらに患者の身体の感覚に看護者の感覚が近似的に重ねられたときには、その感覚を代弁していた。さらに看護者は、患者がその感覚を持っているが故に日々の生活を健康的に営めない状況が生じることを追体験でき、

追体験された生活の困難さも代弁していた。

かかわりの進展の方向は、患者が、身体の苦痛を感じている部分に直接痛みを緩和する方法で働き掛けたり、あるいは、患者の意識には昇っていないが、看護者が、生命力の消耗をきたしている生活のあり方を見出した時にはそれらを整えるといったように、患者の身体に直接ケアを行う方向に向かっていった。また、患者の関心が直接看護者自身に向けられたときには、身体の接触を図っていた。即ち、看護者は何らかの形で身体へ直接働き掛けを行っていた。

また、看護者は、患者と看護者自身の社会関係の発展が見られ、患者の持てる力が発揮されたと判断した時には、さらに社会性を発展させるよう働き掛けを行っていた。

以上7場面を概括し共通性・相異性を検討することにより、看護者の認識の特徴が5つ導き出された。また、5項目の特徴はほぼ時系列を成しており、1から5という流れで看護者の認識が発展するという構造が描き出せた。

1. かかわりの開始時は、患者の脳に結ばれた像が現実との歪みをどれほど生じているかを予測しつつ、患者が現実の他者に対して脅威を覚えないうような細心の注意を払いながら患者自身に関心を寄せ続けていた。
2. かかわりを継続している間は、患者が描いている像が現実との歪みをどれほど生じているかを、あらゆる手掛かりから予測しようとしていた。
3. 看護者の認識が患者の身体の異常感や痛みと近似的に重なるようにコミュニケーションを進め、その感覚を代弁していた。さらに身体の異常感や痛みを患者と近似的に重ねられると、生活そのものの困難さが追体験でき、それを代弁していた。
4. 患者の脳に結ばれている像の現実性を予測しながら、何らかの形で身体に直接働きかけるケアを行っていた。
5. 患者の持てる力の発現を確認しつつ、社会性を

拡大する方向でかかわりを発展させていた。

IV 考察

以上の結果を踏まえて、幻覚や妄想の内的体験にもとづいた身体の異常感や痛みを感じている患者への看護実践上の指針について、項目毎に考察する。

A. かかわりの開始時は、患者の全身の感覚受容器が現実の刺激を受け取れるよう、患者を脅威にさらさずに関心を寄せ続ける。

看護者が身体的苦痛を感じている患者を察知して「明らかに生命力の消耗をきたしている状態」と見て取れた瞬間から、何とかしたい感情が揺さぶられ、看護者は患者とのかかわりを開始する。しかし、看護者の何とかしたいという善意の気持ちや行為が患者に対しては善意と伝わるとは限らず、看護者の存在そのものが脅威と感じられるかもしれない。従ってこのような患者とのかかわりの開始時は、患者から発せられるあらゆる手掛かりをもとに、患者がどのくらい自分以外の現実の他者に安心して眼が向けられるかを判断しながら静かに患者に関心を寄せ続けることが重要となる。スイスの看護婦であるシュヴィングは、『精神病者の魂への道』で、症例アリスへのかかわりの開始時について次の様に記述している。「私は数日間いつも同じ時刻に30分ほどベッドの傍らに静かに座ることにしていた。三、四日は部屋の中は静かなままだった。そしてある日のこと毛布がほんの少し持ち上げられた。二つの黒い瞳が用心深く周りを見まわした。…中略…『あなたは私のお姉さんなの？』と彼女が尋ねた。」⁸⁾ シュヴィングが行ったアリスとのかかわりの開始は、ここで得られた看護者の認識の特徴1と重なる。即ち、全身の感覚受容器がまともに現実の刺激を受け止めることができず、「不安」や「恐怖」といった感情を根底とした自己流の合成像を結んで身体の異常感や痛みを感じ

ている状態の時、現実との歪みが少なくなるような像を描くことが出来るような、つまり患者にとって「不安」や「恐怖」を感じないよう関心を寄せ続けることが重要となる。

B. かかわりを継続している間は、患者の認識がどれほど現実性を帯びているかの予測を継続する。

患者が自分以外の現実の他者に対して安心して関係を結ぼうと関わりを開始できても、向かい合う他者の言葉・表情・仕草・間の取り方・物理的な距離・声のトーン等々あらゆる変化は患者の認識を揺さぶり続けることになる。統合失調症の患者の場合、外部からの刺激を元にして自己の認識を整えたり、あるいはその認識を自己流に歪ませたりして安定感を得ている。このことを前提にして、看護者の存在そのもの、あるいは患者の前で繰り広げられる小さなあらゆる変化が、患者の脳に自己流の歪んだ像を発展させていっていないかを察知すること、また患者を脅威にさらしていないかを判断することを継続していなければならない。ナイチンゲールが「看護婦のまさにABCとは、患者の表情に表れるあらゆる変化を、患者にどんなことを感じているのかを言わせたりしないで読みとれることなのである。」⁹⁾と述べているように、患者から表現されるあらゆる手掛かりを繊細にキャッチし、患者の認識の揺れを推し計ることを、かかわりを継続している間は求められることになる。

C. 患者の身体的苦痛の感覚と苦痛に伴って生活がうまく営めない状況を汲み取り、それを代弁する。

幻覚や妄想という内的体験での身体の異常感や痛み、あるいは、その精神活動に基づいた生活行動は、直接手でつかみ取ってこれるものではないので、とか

く看護者の勝手な想像で相手を理解した気持ちになる危険性がある。しかし、ナイチンゲールが「自分の決して感じたことのない他人への感情のただ中へ自己を投入する能力をこれほど必要とする仕事は他には存在しない。」¹⁰⁾とすでに述べており、薄井は患者を本当に「分かる」とは統合失調症の患者の内的世界の感覚に自己をいったん投入して、さらにその自分を観念的に対置させることであることを指摘している。¹¹⁾ また、「分かり合う」ことについて、薄井は、「関係者に描かれたイメージが近似的に重なりあう過程的構造もつこと。」¹²⁾と述べている。患者の抱く妄想や幻覚という内的経験での痛みや苦しみのイメージを、その像に出来るだけ近いものとして重なるように看護者は努力し、更にそれを代弁することは、人間誰しもが持つ「自分の苦しみが分かってもらえた」という感覚を呼び起こすことになる。これが患者の感情に「分かってもらえた」あるいは「分かり合えた」という安心につながり、その後の関係を発展させる機動力になったと言える。

D. 患者の精神活動に規定された生活様式が身体にどのような影響を及ぼしているかを見抜いて、身体ケアを施す。

患者の幻覚や妄想の内的経験での感覚に看護者のイメージが近似的に重ねられた時、看護者の頭脳にその痛みや苦しみを最小にしたいという認識が喚起される。看護者は、看護の定義を呼び起こしながら患者を見つめているはずであるから、患者自身の認識に導かれた生活様式によって生じる身体各部の生命力の消耗したあり方が見えてくるであろう。それは患者が異常感や痛みを感じている部分と一致しない場合があるかもしれない。いずれにせよ、看護者は患者の意識に昇っていようがまいが、生命力の消耗をきたしていると判断すれば、身体に直接ケアを施すであろう。そこで考えなければならないことは、幻覚・妄想を持つ患者にとっての身体ケアの意味で

ある。出口は、「精神科看護における実践研究」¹³⁾の中で、精神科看護における身体的ケアの意味について、援助するものと患者との間に非言語的な無意識レベルの交流が起こると述べており、寺沼は、精神科における身体的ケアは、患者との言語的なコミュニケーションを越えた、半ば意図的な非言語的コミュニケーションである、といった見解を示している。¹⁴⁾

このように現在のところ、精神科における身体的なケアについて、「意志の相互交流」といった抽象的な意味づけが成されている。脳は精神機能の統括、全身の生理機能の統括という働きに加え、その2つの機能を統括するという多重構造を成している。脳をよく働かせるとは、生理機能と精神機能の働き両者がよりよく機能することであると言える。従って、精神科における身体ケアの意味は、「従来人間が備えている脳の働きが出来るように整えること」と位置付けることも出来る。薄井は、「身体のあり方に精神が影響を及ぼしたり、逆に精神のあり方が身体に影響をおよぼしたりする。」¹⁵⁾という考え方の重要性を指摘している。従って身体の正常なあり方、すなわち生命力の消耗を最小にするように生活過程を整えることが、精神のあり方を整えることに他ならないと言える。それ故、看護者は幻覚や妄想での内的世界で身体の異常感や痛みを感じている患者に対して、その痛みの部分に眼を奪われるのではなく、患者の歪んだ像で作り上げた生活様式が、身体をどのように消耗させているかを見抜いて整えることが必要となってくる。それは即ち、脳をよく働かせるための身体の整えということが出来る。

E. 患者の持てる力の発現を確認しながら、社会性を拡大させる。

統合失調症の患者は、外界からの刺激を正しく反映できず、自分の脳だけでその像を発展させた合成像を作り、社会生活に適応出来なくなった状態である。

またそれは、人間が生まれながらにして備え持つ観念的迫体験を行う能力が、社会生活の中で上手に発達させられなかったためと言える。しかし、どんな形であれ、社会の中で現在まで生活してきた事実はあり、そこで作られた健康的な認識をかかわりの中で見つけて、その像を発展させ強化することが看護の方向性になる。従って、患者が持てる力を発揮したと思われたときには、健康的なプラスの認識が膨らんでいることを見抜き、この時こそ、看護者が一緒になって社会生活に適応できるような像が合成できるよう手助けすることが求められる。

今回、筆者の看護実践から取り出された5項目の指針は、すでに看護職者が臨床の中で経験的に掴んでおり、知らず知らずのうちに実践されていることかもしれない。しかし、精神病者への看護の体系を構築していくためには、このような臨床の中に埋もれている経験知‘臨床の宝’を発掘し続けていく必要があると考える。

V おわりに

幻覚や妄想の内的経験での身体の異常感や痛みを感じている患者は、最も生命力の消耗をきたしていると考えられる。そのようなときに看護者がいかなる実践上の指針を持つことが、患者の生命力の幅を拡大することになるのかを実践例から抽出した。そこで、『看護者がかかわりを開始するときには、患者の全身の感覚受容器が現実の刺激を受け取れるように、患者を脅威にさらさず関心を寄せ続ける。かかわりを継続している間、看護者は患者の認識がどれほど現実性を帯びているのかを予測する。看護者は患者の身体の苦痛の感覚をより近似的にイメージできるような像を結び、言語化して患者に返す。さらに患者の精神活動に規定された生活様式がどれほど身体に影響を及ぼしているかを見抜き、身体に直接働きかけるケアを施す。患者の持てる力の発現を見極めながら、社会性を拡大する。』という方向性が得られた。

ここで得られた実践上の指針を持つことで、看護者はより安定感をもって患者にかかわることが出来る
と考える。

謝 辞

研究にあたり、研究結果の公表を許可してくださいました関係機関の看護総師長に感謝申し上げます。
また、論文作成にあたりアドバイスをくださいました赤星誠教授に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 吉田時子他：標準看護学講座 第27巻精神看護学・神経系，金原出版株式会社，48，1993.
- 2) 川野雅資：精神看護学Ⅱ，廣川書店，189，1997.
- 3) Blanchard D, Aswell L, Goghlan G, et al.: A student Developed tool for assessing safety in schizophrenia patients. Nursing Connections 12(2), 37-41, 1999.
- 4) Robinson I, Littrell SH, Litrell K: Managing aggression in schizophrenia. Journal of the American Psychiatric nurses Association 5(2), 9-16, 1999.
- 5) 南郷継正：武道講義入門 弁証法・認識論への道，三一書房，118，1994.
- 6) 薄井坦子：科学的看護論，第三版，日本看護協会出版会，1997.
- 7) 薄井坦子：実践方法論の仮説検証を経て学的方法論の提示へ — ナイチンゲール看護論とその発展 —，日本看護科学会誌，4(1)，1-15，1984.
- 8) G・シュヴィング，小川信男，船渡川佐知子訳：精神病者の魂への道，みすず書房，12-13，1996.
- 9) ナイチンゲール・F，湯楨ます監修，薄井坦子他訳：ナイチンゲール著作集第二巻，病人の看護と健康を守る看護，現代社，140，1974.
- 10) ナイチンゲール・F，湯楨ます監修，薄井坦子他訳：看護覚え書き，現代社，217，1968.
- 11) 前掲書6)：148.
- 12) 前掲書6)：146.
- 13) 出口禎子：精神科看護における実践研究，文憲堂，1999.
- 14) 寺沼古都：精神科看護婦が体験する身体的ケアの意味，日本赤十字看護大学紀要，No13，32-42，1999.
- 15) 前掲書6)：152.

Guidelines for Nursing Practice : Recognition of Abnormal Pain Sensations of the Body in Patients Suffering from Hallucinations and Delusions

Michiko Kawamura