

共感性の持てない患者に接してみても

南1階病棟 発表者 中村 恵美

土屋 久美子・市川 直将・小林 泉・小林 勝江
樋口 とみ子・立沢 とくゑ・藤井 町子・高橋 真貴子
宮本 千恵子・佐藤 玲子・小林 千代美・鳥羽 保子
藤森 敬子

I はじめに

この症例は、自己中心的な行動が多く、1年近くの入院にもかかわらず、看護婦との内面的な関わりが持てなかったケースである。

時間がたつにつれ、看護婦のイライラ感、いやらしい人などの陰性感情が増していったが、繰り返されたカンファレンスとクリスマス会、正月外泊をきっかけにして、看護婦の感情が変化し、患者との接近が得られるようになったので、その経過を報告する。

II 患者紹介

○田○治氏 34才 男性（以後Aさんとする）

病名 精神分裂病

職業 建築大工

家族歴 父 患者中学3年の時離婚。現在に至るまで接触なし。

母 57才 夫との離婚後4人の子供育てる。

妹 30才 既婚

27才 嫁ぐも離婚

弟 23才 某精神病院に入院の経歴あり、現在就職している。

既応歴 昭和57年3月14日～同年3月23日、火傷の為、某病院入院。

昭和57年3月24日～昭和58年1月17日 植皮術の為、某病院皮膚科入院。

主訴 世の中に出る自信がない。

生きている意味がわからない。

現病歴 昭和56年7月までまじめに家から大工の仕事に通っていたが、2度の失恋と仕事での悩みを契機に飲酒量増加となる。飲酒により、人にからみ、家人に乱暴、ボヤ程度だが失火し1晩警察に保護される。警察から帰ると、車でとび出し、行方不明となる。以後ホテルで働くようになるが詳細は不明。昭和57年3月14日飲酒し、自分の車の中で、消毒用アルコールをかけて自殺を図る。救急車で近医入院。この時点で、家出後初めて家人に連絡が入る。3月24日某病院皮膚科へ転院。6回の植皮術を行なう。昭和57年10月には皮膚科治療終了し、退院のはこびとなり、皮膚科での主治医が職のあっせんをし見学にまで行っているが退院しない為、看護婦からの苦情も出始める。

昭和57年12月12日、皮膚科医の依頼にて当科受診。昭和58年1月17日入院となる。

Ⅲ 経過および看護の実際

第1期

Aさんは入院当初から、他の患者に気軽に話しかけ、ホールに出てきてピアノを弾いたり卓球をしたりと、病院慣れをしているという印象を受けた。

入院後間もなく廃物を利用して小物を作り始め、彼の楽しみならばとしばらく様子を見ていたが、作品は数を増し、床頭台の上にはおさまりきれず、ベッドの下、壁、さんの上等に置き又天井やブラインドのひもにぶらさげるようになった。他の人にも迷惑だし危険であることを伝えると「これ位いいではないか。ここは内科や外科と違うのだからもう少し患者のことを考えてほしい」と反発してくる。清掃時には「そうじなんかしなくていい。さわるな！」と拒否し、それではAさん自身にしてもらおうとすすめると何も言わずプイッと部屋を出ていってしまう。病棟生活全てが、このように自己中心的であり、看護婦が見るに見かねて注意すると、自分の要求を一方向的に述べるばかりで、入院生活では最低限守ってほしい規則があるという説明にも耳をかさない。しかし彼にもそれなりの理由があるのだろうしゆっくり話し合ってみようと看護婦が近づくとスッと逃げていってしまう。彼の内面をつかみきれない状態が続き、次第に自分勝手に反発ばかりしているイヤな患者として看護婦から嫌われる存在になってしまった。

このような中でAさんとの関係を改善しようとは何かカンファレンスを聞き、主治医より少年時から「いじめられ」「バカにされ」てきたAさんのもつ「嫌われの構造」が説明され加えて思考障害、対人障害のあることを知った。私たちはこれらの点をふまえ、Aさんの気持ちを理解するよう方向づけをこころみる。

第2期

12月のクリスマス会でAさんは医師と組んで寸劇をすることになった。自分の出し物が決った日から小道具の準備をはじめ、今まで看護婦を頼って来たことのない彼が相談に来るようになった。クリスマス会数日前より、看護婦に頼んだものはちゃんと間にあうかと何回も聞きに来、絶対に大丈夫と返事をして、自分の目の前に品物がそろうまで安心できない様子であった。当日は朝から緊張していたが、寸劇は大成功であり、皆を楽しませてくれた。そして私たちが出来るだけの援助をしたことで、Aさんと看護婦の間が少し近づいた様に思えた。

年末になり正月外泊について考える時期になったが、本人は明らかに外泊を避けておりその理由として「家はあってもないようなもの、親せきは風あたりが強い」と答えていた。しかし、私たちは、正月位は家族と一緒に迎えてほしいと思い、又外泊をすすめることによってクリスマス会でわずかではあるが揺れ動いたAさんと看護婦の間が一層深まるかもしれない。患者の内面に触れることができるかもしれない。入院生活あるいは社会復帰への歩みがあるかもしれない。そんな莫然とした期待を持つようになっており、Aさんに「逃げてばかりいては解決にならない。同じ事の繰り返しばかりでは進歩がないではないか。とにかく外泊してみましよう」とすすめて行く事になった。しかしAさんの場合、母親の面会、電話連絡がとだえており、その点にも問題があるように思われたので、ただ本人に外泊をすすめるだけでなく、母親の気持ちも聞いてみることになった。そして母親の話から8月に家へ外出した時、「こんな家があるからいけない。おれの事はあてにしないでくれ」と騒ぎ、ありったけ家を壊して来たことを知らされた。又母親も出来れば息子に帰ってきてほしい気持ちがあることを受けとめ、母親からAさんへ電話して外泊をすすめてほしいとお願いし

た。

Aさんは周囲の患者が外泊する状況と母親からの電話により外泊について迷い出し、時々時刻表を気にする姿がみられた。そして「どうすればいいか。外泊すれば何かが起こりそう。家に近づくとみんなおれのことを知っていて集まってくるかもしれない何か責められるかもしれない。家で何話していいかわからない。」と看護婦に自分の気持ちを口にするようになった。私たちは最終的には彼が自己決定するまで様子を見るようにしていたが、12月31日家へ電話を入れ、1泊の予定で外泊していった。

1月1日の夕刻、大きな荷物を持って帰院。Aさんは「お袋の漬物はうまいから」と看護婦にすすめたり、家へ電話をしたりする反面「何だかわからないけど家に帰った気がしない。落ちつかなくてじっとしていられなかった」と気持ちを訴えて来た。1泊の外泊ではあったがAさん自身の中に何か変化を感じた私たちは、今こそ彼に接近する機会ではないかと考え、積極的に接触をもつようにした。在院患者が少ない中で看護婦と食事をしたり、ゲームを楽しんだり、又今までの正月はどう過ごしていたか。家の様子はどうだったか。ゆっくりと話す時間を持った。しかしその後外泊時の緊張に対する反動と、私たちの接近により今まで守ってきた壁がくずれたかのように動揺をみせ、不眠が出現してきた。「何が何だかわからない。自分が自分でないみたい。前の自分とは何かが違う」といった思いが空まわりするだけで、どうしようもなく不安となり、今まで甘え方を知らずに生きて来た彼がその苦しさを大声をあげて泣きながら看護婦に訴えて来るようになった。この混乱状態は、一見昏迷を思わせ、Aさんのこの姿を目の前にして初めて何回か行われたカンファレンスが理解出来、私たちが今まで受け入れることの出来なかった彼のつらさが伝わって来て、イヤな患者というイメージが消えていった。そして彼と一緒に悩み、考える事が出来、眠れないAさんのベッドサイドに付添っていてあげたいという気持ちを持つようになって来た。

IV 考察

第1期 私共は「嫌われの構造」の学習会を行ったり、繰り返し行われたカンファレンスにおいて、毎日の関わりの中で彼の内面的な問題に触れ理解する一方、私共の気持ちもわかってもらう等、相互の人間関係を得る努力をしていこうという方針が出されており頭の中でも理解しているつもりであった。しかし彼と対面した時、こちらからの話かけに常に逃げの姿勢やぶっきらぼうな言動を示す事が多く、「いやらしい人」という感情が先にたっしまい、心から話を聞こうという姿勢が生まれなかった。その上「もっと何とかなるはず、何とかしなければ」というあせりもでてきていた。この様な状況の中では、内面的なつらさが伝わらず、共感を得る事ができなかった。

第2期に入り、クリスマス会が計画され、必要物品等の要求や準備の確認を求めて来た事は、目的の為の意志表現としてこの機会を逃さず大切に受けとめ、積極的に行動を共にし彼を受け入れる事で理解を深め様とした。クリスマス会時の緊張や外泊決定時のとまどいを通して、彼が新しい事へ取り組む時の精神的負担の大きさを知り、一見慣れた病院の中では何でもなく生活しているように見えるが、社会へ足を踏み出せない彼の最大の問題点が理解出来た。そして外泊後「自分はどうなってしまったのだろう」と泣いて訴えて来た時、私たちは心から彼のつらさや苦しさに対面する事が出来、彼の内面に入って行こうと関わりが持てるようになって来たのだと思う。

外泊を自己決定するまで、母親からの電話等の協力を得られた事は、彼の閉ざされた心を開くき

っかけにもなれたと考えられ、家を捨てたい、しかし離れられないという彼の場合、家族との関わりの機会をどうとらえるのか、難しさを知らされた。

過程を通して考えてみると、言語化できないAさんに対し、言葉で関わりを持つとした私共の態度は、ただ空まわりするだけであったが、物を介して、また一緒に行動することを接点として彼を理解することができたのであり、私共の心の持ち方自体が、患者との共感性を見出す上に、大きな障害となっていた事を改めて知らされた。

V おわりに

精神分裂病患者の多くは、対人関係の不得手から意志の疎通が成立するまで、長い時間を要し、その間治療者への依存攻撃性を示し私共は精神的葛藤がうっ積され、患者に対し陰性感情を持ち易い。特にAさんの場合、非常に難しい症例であった。彼は今もなお自己中心的な行動が目立ち、社会復帰にはほど遠いと思われるが、この経験を生かして今後も援助していきたいと思う。

最後に、この研究をすすめるにあたり御協力下さいました方々に深く感謝致します。

<参考文献>

- 薄井担子著 科学的看護論 日本看護協会出版会
- 吉松和哉著 精神分裂病者の入院治療医学書院
- 浜田晋他著 精神医学と看護一症例を通して一 日本看護協会出版会
- 精神科看護 第15号 日本精神科看護技術協会
- 第12回 日本看護学会集録
- 第13回 日本看護学会集録

<資料>

「嫌われの構造」について

「嫌われる」すなわち「手をかす気になれない」患者たちの持つ幾つの特徴

- ①客観的欠陥の程度と援助要求の水準とのアンバランス—客観的あるいは医学的に見て、ほとんど欠陥が認められないのに、その客観性を上回る要求をする場合。
- ②疾病克服への意志、態度の欠如—客観的欠陥が認められても、それを自ら克服しようとする構造を示さない場合。
- ③要求の伝達様式そのものの欠如—要求の反復、要求のタイミングの悪さ、ぶしつけで一方的な要求。
- ④我々の対応能力、あるいは処理規範を起した要求。