

入院から外来退院後における統合失調症者の病気と服薬に対する認識の変化

Changes in Attitudes of Schizophrenic Patients towards the Illness and Antipsychotic Medication after Hospital Discharge

水野恵理子¹⁾, 佐藤 雅美²⁾, 岩崎みすず¹⁾, 津田 紫緒¹⁾
MIZUNO Eriko, SATO Masami, IWASAKI Misuzu, TSUDA Shio

要 旨

統合失調症者が自らの病気の体験や服薬治療をどのように受けとめているのかを入院から外来退院まで追って分析し、病いからの回復を支える援助について考察した。対象は、精神科急性期病棟入院中に服薬心理教育に参加した統合失調症患者11名であり、入院時(服薬心理教育参加前・参加後)および外来退院時に病識尺度と服薬治療の認識を質問項目とした半構成的面接を行った。その結果、自己理解につとめる姿勢や自分なりに周囲の人々と関係をつくっていき社会とのつながりを築いていこうとする意思をもち、試行錯誤しながらも少しずつさらなる回復段階へ向かっていることが明らかになった。看護師は、病者の内にある良くなるうとする意思に気づき、それらを真摯に受けとめ支えていくことが重要であると考えられた。

The purpose of this study was to analyze schizophrenic patients' attitudes toward their illness and their antipsychotic medication treatment from hospital admission to discharge as well as to describe the therapeutic nursing care for the recovery psychotic illnesses.

Semi-structured interviews with questionnaires about insights into the illness and awareness of antipsychotic medication were conducted with 11 schizophrenic patients before and after the psychoeducation program upon their admission to an acute care unit, and at discharge.

Results suggested that the patients had the will to recognize themselves and also that they made efforts to be part of their community. In addition, they gradually attempted to recover through a process of trial and error. It is important that mental health professionals focus on the will of individuals with psychotic illnesses and support their process of recovery.

キーワード 統合失調症, 病いからの回復, 病気の認識 服薬の認識

Key Words Schizophrenia, Recovery from Psychosis, Awareness of Illness, Awareness of Medication

はじめに

昨今の精神科医療の現場では、患者自身が治療を選択・決定できることを念頭においた治療やケアが行われつつある。また、社会復帰をめざした様々なプログラムの充実とともに、非定型抗精神病薬による陰性症状や認

知障害の改善, QOLや社会機能の向上が期待されている¹⁾²⁾。このような入院治療から地域ケアへという動きが主流となっている状況では病者が地域社会でどう生きたいのかが問われるとともに、医療の利用者としてのあり方への自覚を促されるといえる。

患者がどう生きるかは「回復への意思」³⁾と関係し、病者の主体性が問われ且つ尊重される概念でもある。ここでいう回復とは病気そのものの完全治癒ではなく精神病状態からの回復・立ち直りを意味する⁴⁾。つまり、患者自身の病いへの構えと治療に対する自覚が問われることにもなる。

一方、患者へ求めるばかりではなく、医療者に関しては病的体験に寄り添うことの重要性を再認識することが

受理日：2005年8月1日

1) 山梨大学大学院医学工学総合研究部：Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering (Mental Health & Psychiatric Nursing) University of Yamanashi

2) 財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院：
Tokyo Musashino Hospital

必要であり、現在の臨床の場で求められている患者と医療者双方の責任を分かち合いながら治療に関するコラボレーションを構築する⁵⁾ことにつながるであろう。

患者の自律性を最大限に生かし⁶⁾、治療への主体的参加を促す⁷⁾技法として心理教育がある。心理教育は症状管理のみならず社会的機能の改善をも含めた包括的プログラムとして様々な精神科臨床の場面で実践されている。その効果については、治療コンプライアンスや服薬知識、洞察力の向上⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾などが報告されているが、自らの病気や治療の受けとめについて質的に分析し論じているものは少ない。

患者本人の関与が不可欠な分野については本人の体験や病気観の把握が治療上必要¹¹⁾とされるように、自らの病いや治療の体験をどのように理解しているかを吟味することによって、病いからの回復に必要な援助を見出すことができるのではないかと考える。また、このような患者の主観的体験を記述的エビデンスとすることは、精神看護の実践が患者と看護者との関係のありように大きく関わっていることを鑑みてもより深いところでの患者理解につながるであろう。

以上より、本研究では、入院中に服薬心理教育に参加した統合失調症患者を外来退院後まで追ってゆき、自らの病気の体験や服薬治療の受けとめがどのように変化しているのかを分析し病いからの回復を支える援助について考察することを目的とする。

対象と方法

1. 対象

都内精神病院の急性期閉鎖病棟(包括A, 60床)入院中に服薬心理教育に参加し、退院後も同病院の外来へ通院している統合失調症患者 11名を対象とした。

2. 方法

1) 服薬心理教育の内容

服薬心理教育は、当該病棟で1998年より医師、薬剤師、看護師のチームで2名1組となり、計4回のセッションで終了するものであり、5~8名のクローズド・グループで全入院患者を対象に行われている。内容は、第1回「病気と治療」、第2回「精神科薬の作用と副作用」、第3回「自分の調子の変化と薬とのつきあい方」、第4回「退院後の生活で大事なこと」であり、各回40~60分でこれらを盛り込んだ著者ら作成の患者用冊子を用いて行った。

2) 調査期間と方法

データ収集は2002年10月から2004年8月にかけて行った。対象者に対して、入院時(服薬心理教育参加前・参加後)、外来退院時の時点で、David作成(金吉晴訳、一部修正)の病識尺度¹²⁾と服薬治療の認識¹³⁾を質問項目とした

半構成的面接を実施した。対象者の許可を得てメモをとりつつ、終了後にメモ内容と想起により面接記録を作成した。

3. データ分析

11名の面接記録から、服薬治療や病的体験、病気についての捉え方を表していると考えられるものを抽出し、入院時と外来退院時の時間経過に従って追った。なお分析の妥当性の検討に関しては、精神科臨床スタッフと質的研究の経験をもつ教員とともに内容の解釈・分類を繰り返した。

4. 倫理的配慮

対象者に、研究の目的と具体的方法、自由意思による協力、プライバシーの厳守、匿名性の確保について文書と口頭で説明した上で同意書に署名を得た。なお研究計画書については、フィールドとなった医療機関ならびに著者の所属機関(当時)における研究倫理審査委員会の承認を得た。

結果

1. 対象者の背景(表1)

対象者(男性9名、女性2名)の平均年齢は 32.0 ± 7.5 歳(平均値 \pm 標準偏差、以下同じ)、平均入院日数 66.8 ± 11.4 日、平均初発年齢 22.9 ± 5.6 歳、平均入院回数が 2.2 ± 1.5 回で初回入院者が6名であった。11名のうち2名は外来1回通院後、1名は外来2回通院後に他機関へ転院となった。面接回数は一人あたり3回~7回で平均 4.1 ± 1.5 回、面接時間は一人あたり30~70分で平均 45.7 ± 17.1 分であった。また、調査期間中に最終退院日より約1年6ヵ月後に再入院となった者が1名いた。

2. 面接記録から、服薬治療および病気に対する認識について共通内容のものを整理し、入院時と外来退院時にわけて表記した(表2, 表3)。表中および文中の《 》はカテゴリ、【 】はサブカテゴリを示す。

1) 服薬・通院に対する認識(表2)

入院時、外来退院時ともに、《自覚する服薬の効果》、《服薬・通院する理由》、《服薬に対する抵抗の理由》、《治療者とのつきあい方》の4つのカテゴリが抽出された。

《自覚する服薬の効果》については、どちらの時期においても【症状の改善】、【生活リズムの回復】、【薬の効果差の自覚】があった。服薬によって、幻聴や妄想の軽減、易刺激性の軽減、意欲や不眠の改善といった精神症状の改善、規則正しい生活リズムの習得を実感していた。また、薬の種類によって直に効果を感じるものとそうでないものがあると認識している患者もいた。

表1 対象者の背景(n=11)

ケース	年齢	性別	入院形態	発症年齢	在院日数	入院回数	面接回数
1	27	男性	医療保護	24	62	1	3
2	32	男性	措置	23	83	3	7
3	39	女性	医療保護	37	71	1	6
4	25	男性	医療保護	24	61	1	4
5	33	男性	医療保護	26	74	1	6
6	25	男性	医療保護	24	44	1	3
7	21	女性	任意	20	72	2	3
8	30	男性	任意	19	60	4	3
9	46	男性	任意	16	81	1	4
10	40	男性	任意	17	70	4	3
11	34	男性	医療保護	22	57	5	3

外来退院時のみにみられたのは、【生活に根ざした肯定的変化の自覚】であり、就職活動や人との交流、達成感を得られる体験など、症状の改善からさらに日常生活における自身の気持ちの変化とからめて薬の効果を感じていた。

《服薬・通院する理由》として、主治医の処方や治療にまかせるといった【医師の指示に従う】、【家族による勧め・支え】、同じ病棟に入院しているあるいは外来通院している他の患者の様子を観察した上での【他患者の状況からの判断】、自分なりの服薬期間の予測や減量に期待を寄せる【条件付きの受容】、過去の辛かった【服薬自己中断の体験からの学び】が、どちらの時期においてもみられた。

外来退院時のみには、【他の患者の存在による安心感と支え】、服薬による利得を考慮した【損得勘定による服薬】、【再燃・再入院の回避】、過去の体験から【他人への迷惑行為の回避】、同年代の友人らの思考や言動には遠い自分をみての【同年代のレベルに達する】、【普通の生活を維持する】、【補助手段として薬を利用する姿勢】、【本来の自分を保つ】、服薬によってもたらされる【安心感の獲得】、【効果を信じての服薬】、相性の良い薬との出会いともいべき【薬のフィット感の獲得】がみられた。

《服薬に対する抵抗の理由》としては、【家族や友人による飲まないすすめ】や【煩わしさと面倒くささ】、【副作用の辛さによる抵抗感】、服薬により確かに症状は改善しているが薬への依存性や身体への悪影響を心配する【長期服薬による身体影響の懸念と効果認識との葛藤】、【自己管理の自信のなさ】がその背景にあった。また、入院時には【過去の医師との関係のまずさ】という体験をもっている者がいた。外来退院時のみに挙げられたのは、【服薬を伴う生活の不自然さ】、退院イコール完治の図式

が基本となっている【退院による完治の自覚ゆえの拒否】、さらに【自己モニターによる調節の試み】や【積極的学習による自己コントロール感の芽生え】により日々の調子を自分なりにチェックした上でその日必要と思われる薬を選択して服用する患者もいた。

《治療者とのつきあい方》では、入院時も外来退院時も、薬の増量や種類の変更を恐れる気持ちもあるせいか、主治医には薬や具合のことを詳細に話さないよう心がけている【主治医との駆け引き】や、外来退院時となると最終的に判断するのは自分なので主治医との話は薬に限定し就職や家族の話題は控えるという【主治医との適度な距離の確保】をすることで患者 - 治療者関係を形成していた。

2) 病気に対する認識(表3)

入院時、外来退院時ともに、《入院体験のふりかえり》、《病的体験のうけとめ》、《病気のうけとめ》、《家族の精神疾患・精神障害者観》の4つのカテゴリが抽出された。

《入院体験のふりかえり》では、どちらの時期にも【自らの意志によらない入院】と【肯定的な入院のうけとめ】がみられた。

《病的体験のうけとめ》として、精神病症状があったときの状況を語り、特に幻聴や妄想の自覚と今考えるとありえないおかしなことだったという認識や、症状に左右されながら過ごしていたという【病的体験の自覚】があった。

《病気のうけとめ》には、入院時のみにみられたものとして、精神科入院が病気の証明となっている【入院体験による病気の自覚】、服薬心理教育への参加による【症状の確認による病気の自覚】、【主治医の指摘による病気の自覚】があった。これに対して、外来退院時には、自分にかかわっていた人々との間で起こった出来事を思い出

表2 服薬に対する認識

入院時	外来退院時
<p>《自覚する服薬の効果》</p> <p>【症状の改善】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安が減った。 ・妄想で辛くなるのが減った。 ・意欲が出てきた。 ・ぐっすり眠れるようになったのと寝つきが良くなった。 ・前みたいに些細なことにイライラしたり爆発したりすることがなくなった。 ・幻聴が聞こえなくなった。 <p>【生活リズムの回復】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活のリズムがついて調子いい。 ・夜はぐっすり寝て昼間それなりに活動できる。 <p>【薬の効果差の自覚】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・眠前薬を飲むと熟睡できるようになったのはわかるけど、他の薬はどこまで効いているのかわからない。 ・効き目を感じるものとそうでないものがある気がする。 	<p>《自覚する服薬の効果》</p> <p>【症状の改善】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・混乱しなくなってだいぶ落ち着きを取り戻した。 ・情緒的に安定していると思う。 ・幻聴があっても気にならなくなった。 <p>【生活リズムの回復】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体の重さがなくなったというか、体調がいい。 ・入院のおかげか規則正しい生活リズムがついてよかった。 ・規則正しい生活ができています。 <p>【薬の効果差の自覚】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・睡眠薬は必要だけど他の薬はあまり効き目を感じないので必要じゃないのかも。 ・日によって違うというか、効いているときと効いていないときがある。 <p>【生活に根ざした肯定的変化の自覚】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬を続けているおかげで全体的な調子が良く、アルバイトの面接もやってみようという気持ちが出てきて、入院した頃はとても嫌だった友達づきあいの苦痛がだいぶなくなった。 ・自営業仕事を週3日手伝っている。薬の副作用なのか朝の目覚めが悪いときや午前中ボーっとしているときもあるけどそれなりに達成感があり面白い。仕事内容は結構ハードだけど服薬していることで助けられていると感じる。
<p>《服薬・通院する理由》</p> <p>【医師の指示に従う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・精神科の薬については信用できないところはあるけど、今は出されているから飲む、理由はそれだけ。 ・本音はやめたい。でも先生の判断で処方されている間は続ける。 ・入院して出されているなら守るのが当然。 <p>【家族による勧め・支え】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・親にはしっかり飲んでおきなさいと言われてる。 <p>【他患者の状況からの判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周り(の患者)も僕と同じように薬を飲んでるので、飲んでいて害になるとか悪い影響があるとは思わない。 <p>【条件付きの受容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・永久に薬のお世話になるのは御免だけど、一定期間であれば飲む。 <p>【服薬自己中断の体験からの学び】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲むのをやめたらとても辛い思いをしたので飲み続けていたほうがいいのかと思う。 	<p>《服薬・通院する理由》</p> <p>【医師の指示に従う】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲まないで生活していけるのならそれにこしたことはないけど処方されているから仕方ないでしょう。 ・先生に退院は簡単だけどどれだけ再入院しないでやっていけるかが大事で、薬はそのために必要と言われたから。 <p>【家族による勧め・支え】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族に飲んだかどうか確認される。 ・飲みたくないと言うと、親が心配して飲み続けることが大事だからと言われてる。 ・もう通院はやめたほうがいいのかもと迷っていたら、夫に『迷うてことは自分の中で引かかっているものがある証拠だから行ってみたら』と背中をおされた。 <p>【他患者の状況からの判断】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ここ(外来)に来ている人を見ると、それなりに良くなっていることがわかる人もいるので僕に必要ななと思って。 <p>【条件付きの受容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲まないややっていけない身体になるのは嫌だなと思う。でも少しずつ量が減っていくならそれほど支障はないのかな。 <p>【服薬自己中断の体験からの学び】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・昔もう治ったと思ったのでやめたことがあってすごく怖かった。あんな体験は二度としたくないので飲んでる。 ・飲まなかったらすこぶる調子良くてスッキリ感大。でも飲まない前みたいに怖い体験をするんじゃないかって不安な気持ちになる。 <p>【他の患者の存在による安心感と支え】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ここに来ると(精神科外来)同じ病気の人がいるから安心、知り合いも増えた。 ・この前デイケアを見てきた。ずいぶん前に通っていたので知っている奴がまだいるかなと気になって。知っている人がいると安心するし、あいつも頑張ってるなって思う。 <p>【損得勘定による服薬】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・飲んでいて調子いいなら続けていたほうが賢いと思う。 ・困ることだとか支障はないので、自分に合っていて良いものなら飲み続けていたほうが得でしょう。

【再燃・再入院の回避】

- ・また入院になってしまったら何かと面倒だし、再入院を避けられるなら飲んでいたほうが絶対いい。
- ・前と同じ症状をぶり返さないためにも、薬と通院は必要だと感じる。

【他人への迷惑行為の回避】

- ・飲まないとテンションが上がりすぎて周りの人たちに迷惑かけることになるので、それだけは避けたい。

【同年代のレベルに達する】

- ・薬は飲みたくないし通院もしたくない。でも、もう少し飲み続けると同年代の人達と同じように考えたり行動したりすることができないから。

【普通の生活を維持する】

- ・服薬しているおかげでこうやって普通の暮らしができていますので薬は必要だと思っている。
- ・退院して普通の生活をしているのにまだ飲み続けるべきなのか疑問に思うが、飲んでいるからこそこうした生活ができていますのかとも思う。

【補助手段として薬を利用する姿勢】

- ・薬に頼りきるのではなく薬の力を借りているつもり。
- ・私にもプライドがあるので薬だけに頼るような奴にはなりたくない。薬はあくまでも自分の力ではどうしても足りないところを補うものとして考えたい。
- ・具合が悪くなるかどうかは自分自身の心の在り方も関係していると思う。薬だけに頼るのも心の在り方だけに頼るのも危険なので、どうしてもダメなところを薬で補うのがいいと思う。

【本来の自分を保つ】

- ・薬をのんでいることで本来の自分を保っているところがある。

【安心感の獲得】

- ・効いているかどうかは定かではないけど飲んでいるとなぜかほっとするので必要。

【効果を信じての服薬】

- ・今こんなに飲んで大丈夫かなと心配になることはあるけど良くなることを信じている。

【薬のフィット感の獲得】

- ・その薬が合う、合わないってあると思う。今飲んでいる薬はどれも自分に合っている。

【服薬に対する抵抗の理由】**【家族や友人による飲まないすすめ】**

- ・入院しているから飲んでいるけど前から弟にこんなもの飲まなくて言われている。

【煩わしさと面倒くささ】

- ・飲み忘れそうで、何かと面倒くさい。

【副作用の辛さによる抵抗感】

- ・だるさと眠気が辛いので飲みたくない。
- ・手に力が入らないので字が上手く書けないから嫌。

【長期服薬による身体影響の懸念と効果認識との葛藤】

- ・このまま飲み続けていたら身体に何か悪い影響が出てくるんじゃないかと心配になる。でも、気分が安定して怖い体験もないのでやっぱり薬が効いているという実感もあるのでどう考えればいいのかと思う。
- ・いつまでも薬を飲めばいいのか知りたい。あまり長いと身体に悪い気がする。

【自己管理に対する自信のなさ】

- ・自分で管理するのに自信ない。もし忘れてしまったら大変なことになるのかと思うとますます自信がなくなる。

【服薬に対する抵抗の理由】**【家族や友人による飲まないすすめ】**

- ・母や友達には飲み続けていると薬がないと生きていけない身体になるよと言われるので飲みたくないのが本音。
- ・母親は飲まないで大丈夫なら飲むのをやめなさいって言う。

【煩わしさと面倒くささ】

- ・面倒くさい。特に出かけているときには煩わしく感じる。

【副作用の辛さによる抵抗感】

- ・旅行中、朝のぶんを抜きました。飲むとだるいし眠気はあるし何も手につかなくなるので。
- ・薬を止めてみたら、眠気もないし呂律の悪さもなくなった。

【長期服薬による身体影響の懸念と効果認識との葛藤】

- ・幻聴がなくなるしぐっすり眠れるから飲んでいたほうがいいのかと思う反面、薬がないとダメになる身体にならないか依存症が心配。

【自己管理に対する自信のなさ】

- ・忘れそうなので自分できちんと管理する自信はない。

【服薬を伴う生活の不自然さ】

- ・本来の姿からすると、薬を飲まないで生活するのがごく自然なので服薬には抵抗がある。

<p>【過去の医師との関係のまずさ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・前がヤブ医者でやたら薬を変えられて実験台のようにされたから、医者も薬も信用できないところがある。 	<p>【退院による完治の自覚ゆえの拒否】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・服薬しているけど、退院して病気は治ったので本当は必要ないと思う。 <p>【自己モニターによる調節の試み】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全部一度にやめるのは心配なので調子をみながら半分にしたりにして飲んでいる。 ・調子が悪いときはちゃんと飲むけど良いときは飲まない。 <p>【積極的学習による自己コントロール感の芽生え】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・最近読んだアメリカのドクターが書いた食養生の本に、医者からみて良い患者とは服薬を守る、医者の言うことをよくきく患者だがそれは患者の具合を悪化させるので、病気が良くなるためには適当に守ることが大事と書いてあった。私も調子が良いと感じるときは抜いている。だんだん今日は調子良さそうだとかダメかになってわかるようになった。こういうことって大事だと思う。
<p>《治療者とのつきあい方》</p> <p>【主治医との駆け引き】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬をこれ以上増やさずにはまずいので、先生には尋ねられたことだけに返事をしている。 	<p>《治療者とのつきあい方》</p> <p>【主治医との駆け引き】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・先生には薬や調子のことはあまり話さないようにしている。話しすぎてこれ以上量を増やされたり種類を変えられたりするのは困るからね。薬については最小限のことであとは世間話。 <p>【主治医との適度な距離の確保】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・薬のことに限定している。最終的に決めるのは自分なので、就職とか家族のことで悩んでいるときも先生には言わない。

表3 病気に対する認識

入院時	外来退院時
<p>《入院体験のふりかえり》</p> <p>【自らの意思によらない入院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自分でどこもまずいところはなかったと思っていたけど親がみかねて入院させた。 <p>【肯定的な入院のうけとめ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院しているおかげで規則正しい生活ができるようになったのかもしれない。 ・ここには(病棟)色んな人がいて社会勉強になる。入院して良かった。 	<p>《入院体験のふりかえり》</p> <p>【自らの意志によらない入院】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あまり覚えてないけどわけのわからないことを言ったらしく警察と兄に連れて来られた。 ・冗談じゃない、どうして精神科なんか入院しなくちゃいけないんだって怒ってた。 <p>【肯定的な入院のうけとめ】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今こうして何とかやれているので入院はプラスと思う。
<p>《病的体験のうけとめ》</p> <p>【病的体験の自覚】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院の2週間位前は、幻聴、焦り、孤独感、イライラが強く何日も眠らないでいた。 ・気持ちの波が不安定で自分でなくなるような恐怖、いつもと違うことが起きていた感じはあった。 ・入院前は妄想があったので病気と思う。 ・意味不明な言動をとっていた気がする。 ・仕事中は以心伝心のように他人の声が入ってきておかしかった。 ・じっとしていられなくて家の中を何時間も歩いて、眠らないで、食べないでいた。 ・自分でなくなるような恐怖感はずっとあった。 	<p>《病的体験のうけとめ》</p> <p>【病的体験の自覚】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・思考伝播、パニック、全身のふるえがあったことは覚えている。 ・気分の波があったのでうつ病と思った。 ・変な格好をした蟹が見えたのと自分が鳥にされていると感じたことは病気だったと思う。 ・他人には聞こえていないのに自分だけに声が聞こえることがあった。 ・入院した頃の幻聴は聞こえてくる内容をすべて現実の出来事として受けとめていた。今はそんなことありえないと判断がつくのに何かにとらわれていた感じ。 ・妄想は実際にはありえないことだったんですね。入院していたときの自分はどこがおかしかった。 ・幻聴がひどいのと情緒不安定でまともな生活ができなかった。 ・何かにとり憑かれていたせいで幻聴があったのかな。 ・妄想があるときは修正できないし、おかしいときは誰だって自分ではそうは思わないもの。変と言われて自覚するのは容易なことではない。

- ・病気によるものなら絶対に自分は正しいと思うはずなので、幻聴や妄想についてどう言われようと動じないし傷つかなかったということは病気ですよね。
- ・今なら絶対に妄想や幻聴、盗聴はありえないことだと判断できるけど、そのときは区別がつかなかった。
- ・周りが自分のことを言っている気がしていた。自分だけの思い込みで勘違いだった。監視カメラで見張られているという観念、実際にはありえないですよね。
- ・こうやって話をしても自分の話が違う方向にいっていることに気づく。まとまりなく話しすぎる傾向もある。
- ・幻聴のことを親に話してそんなの聞こえないと言われると、『あれおかしいな～、どっちがおかしいのかな』って不思議な気持ちになった。
- ・妄想や幻聴があるってことはおかしいと思っていた。その症状をどうにかしたいという気持ちはあって自分なりに闘っていたつもりだったけどどうにもできなかった。

《病気のうけとめ》

【入院体験による病気の自覚】

- ・ここへ(精神科)入院したってことは精神病だからでしょう。

【症状の確認による病気の自覚】

- ・服薬教育で言っていた症状が全部自分にあったことと一致していたので精神病かな。

【主治医の指摘による病気の自覚】

- ・先生に幻聴や幻視があるでしょうと言われて、確かにそういうことがあったので精神病とわかった。

【曖昧な病感】

- ・精神病のような感じはします。
- ・妄想が少しと物事に集中できないことがあったから病気かなと。

【病気の否認】

- ・一時調子が悪くて病気だったけど今は普通に帰っている。
- ・入院はしているけど家にいたときと変わったところはないので病気とは思わない。
- ・ストレスに弱い体質と落ち込みやすく、色んなことを気にして考えすぎる性格の問題と思う。
- ・心の弱さとか環境の悪さ、頑張りすぎた結果の体調の悪さ。
- ・気分が落ち込んだり情緒不安定になったりすることはどんな人にもあることだから病気とはいえないんじゃないですか。

《病気のうけとめ》

【周囲への病的体験の影響による病気の自覚】

- ・入院前に盗聴騒ぎを起こしたから近所では精神病ということが知れ渡っている。
- ・幻聴、不眠、乱暴な態度で家族に迷惑をかけた。
- ・『アイツをいじめないとお前が痛い目にあうぞ』という怖い幻聴によって近所の人や夫に暴言を吐いたことを覚えている。
- ・自分のなかでは小さくまとまっていたはずのものが周りに大きな影響を与えたことを後になって知ってこれが病気なのかと改めて感じた。

【学習による病気の自覚】

- ・精神分析の本を読んで完治しない病気であることがわかったけど、良い状態を保っていくための自分の気のもちようと努力は必要だと思う。
- ・自分の症状について書かれている本があったので、それを読んで確認した。

【家族の指摘による病気の自覚】

- ・妹に、『入院する前のお姉ちゃんは大変だった』と言われたのでやっぱり病気だったと思う。
- ・母親に、『最近やっと前の　らしくなったわね。入院した時はわけのわからないことを言っておかしかったわよ』と言われて病気だったと思った。

【服薬行為による病気の自覚】

- ・薬を飲まないと落ち着いて過ごせないということは病気なんでしょうね。

【曖昧な病感】

- ・妄想があったのでもしかしたら精神病かなと思った。今は調子が良くなってきたので時々病気かなと思う程度。
- ・悪い考えが実際の声として聞こえてそれをずっと親にしゃべり続けていたけど、自分としては病気という自覚はなくて調子よくしゃべっているなという感じだった。
- ・今の状態を普通だと感じられるということは、以前は普通でなかったということですよ。

【病気の否認】

- ・誰でも嫌なことがあればうつや不眠、怒りを爆発することはあるし、対人関係の悩みは常なので調子崩してもおかしくないですよ。
- ・最悪の状態に陥れば聞こえるはずのないものも聞こえてくると思う。
- ・今こうして外来通院しているのは再発予防とアフターケアのためなので特に精神病だからとは思っていない。

《家族の精神疾患・精神障害者観》

【症状や精神病に対する家族の否定的態度】

- ・ 親からは人に幻聴の話はしないよう注意された。

- ・ 幻聴や妄想があるからといって病気と言い切っていいのでしょうか。
- ・ ちょっと変かなと感じることはあるがそれが病気だとは思わない。

《家族の精神疾患・精神障害者観》

【症状や精神病に対する家族の否定的態度】

- ・ 友達に電話しようとする時、親から『精神科に通院しているんだからおかしいと思われるからやめなさい』と言われる。
- ・ 親からは人に幻聴の話はしないよう注意された。
- ・ 他人に病気のことを話して理解してもらおうと思わないこと、そんなことしたら人が離れていってしまうからやめるよう家族に言われている。

《自らの精神障害者観》

【他の精神障害者との線引き】

- ・ ここ(精神科)に来ている人とのつきあいはしたくない。
- ・ 病気に対する偏見はないです。こういう病気は誰にでもあろうことなので。ただ自分はここの人たち(外来通院患者)とは一切関係ないし、ああいう人たちと一緒にされたくない。

【社会的不利益からの防衛】

- ・ 幻聴や妄想のことは親しい人にも絶対話さない。面倒なことになるのは避けたいし、あいつおかしいと思われたら厄介でしょう。

《精神疾患をもつことで実感する社会との壁》

【社会からの疎外感】

- ・ 就職面接を3回受けたけど全部ダメだった。雇用してもらうことはけっこう厳しい。
- ・ 実家を離れて一人暮らしをしたくて不動産めぐりをしているが、自分の中に精神科に通院していることがプレッシャーというか、ひけめに感じることもありなかなか思い切って次のステップへ進めない。

【理解されにくい自分】

- ・ 本来の自分の良さが相手に伝わっていないなあと感じるときがある。

《現在の状態の査定》

【退院から判断する完治】

- ・ 入院中は病気だったと思うけど退院したので病気は治っている。

【回復レベルの不確かさ】

- ・ 病気だったという感じはある。まだ本調子ではないのでどこまで治っているのかはわからない。
- ・ 今は最悪状態から脱しました。病気が治ったということではなく良い状態に戻ったということ。
- ・ 最近ようやく以前のペースで家事ができるようになったけど、完全に良くなったかというところわからない。

【周囲の人との比較】

- ・ 一般の人たちがやっていることをスムーズに出来るようになったら治ったといえると思う。僕はまだそこまでいけない。
- ・ 普通の人と比べてまだ落ち着きがない気がする。

【周囲の自分に対する見方や反応】

- ・ 人と会話しているとき、相手が自分をおかしい奴だと思っ
てみているんじゃないかと感じるときがある。
- ・ 他の人から見ると自分の話していることや行動のまとまりが
なかったり、変に見られたりしているんじゃないかな。

【症状との共存】

- ・多少幻聴があっても気にしないで過ごせる。あっ、何か聞こえるなど感じて他のことを考えたり手を動かしたりして対処できている。
- ・幻聴の徴候がわかるようになった。周りの音が気になりはじめてすべてのものが自分に向かってくるような感覚が出てきたら家族に頼んで傍にいてもらう。

【再発の不安をもちながらの生活】

- ・またいつか再発するんじゃないかという不安は常にもっているけど、なんとか生活できているので大丈夫かなとも思う。

しての【周囲への病的体験の影響による病気の自覚】、自らの【学習による病気の自覚】、【家族の指摘による病気の自覚】、服薬をしていること自体がそれと気づかせる【服薬行為による病気の自覚】があった。入院時・外来退院時ともにみられたのが、精神症状から病気と判断しきれないがもしかしたら病気だろうという【曖昧な病感】と、病気の原因はストレスに弱い体質や性格の問題、環境の悪さ、あるいは調子の悪さは誰にでもありうることをゆえに精神病とはいえないとする【病気の否認】であった。

《家族の精神疾患・精神障害者観》としては、【症状や精神病に対する家族の否定的態度】がみられ、患者は対人交流が限定されると同時に社会生活において不利益を受けないようにとの家族の配慮も感じられた。

さらに外来退院時には、《自らの精神障害者観》、《精神疾患をもつことで実感する社会との壁》、《現在の状態の査定》の3つのカテゴリが抽出された。

《自らの精神障害者観》では、外来通院している他の患者と自分は異なるという【他の精神障害者との線引き】や【社会的不利益からの防衛】をとっていることがわかった。

《精神疾患をもつことで実感する社会との壁》として、就労や住居探しを通して経験した【社会からの疎外感】や【理解されにくい自分】があった。

また《現在の状態の査定》では、【退院から判断する完治】、どこまで治っているのかわからないが回復に向かっているだろうと考える【回復レベルの不確かさ】、他者に目を向けての【周囲の人々との比較】や【周囲の自分に対する見方や反応】により査定していた。さらに、幻聴への対処方法を取りながら生活している【症状との共存】や、再発の不安はあるがなんとか今やれているという【再発の不安をもちながらの生活】レベルにあると査定していた。

・考察

以上の結果から、カテゴリ別に整理して考察をまとめ

ていく。

1. 服薬に対する認識について

1) 自覚する服薬の効果

今回の研究で対象となった患者は皆、心身両面において服薬の効果を体験していた。これは、処方されている薬を確実に内服していた結果といえるだろう。外来退院時になるとその効果はより広がりをもった日々の生活出来事を関係づけたものとなっており、社会交流につながるような服薬の効果を実感しているとともに、社会の中に身を置いていることを患者自身が少しずつ意識していることが考えられる。

2) 服薬・通院する理由

入院時・外来退院時には、実際の拒薬行動としてはあらわれていないが服薬している患者の内面には実に様々なものがあった。

まず、医師の指示に従っての服薬、家族の勧めによる服薬といった受動性や他の患者の服薬の様子をうかがっての服薬、他の外来患者やデイケア通所者の姿を励みとしていた。このことは、家族や主治医を含めての患者をとりまく様々な要因が相互に服薬・通院を支える生活空間を形成し、この空間内であれば病院を自らの生活の支えに利用し通院に対し完全に否定的にはならない¹⁴⁾ことを裏づけるものであるといえる。また、薬の減量や服薬期間の終了を見通して自分の中で服薬を了解させる努力や、過去の服薬自己中断の体験を回避したいという気持ちが今の服薬を支えていると考えられる。

入院中はみられなかったが、退院すると服薬による得の部分に目を向けること、再燃・再入院、他人への迷惑行為を回避するために服薬が必要であると認識していた。これは、現実社会との接触や実社会からの好ましい刺激により、疾病の社会的影響についての認識が生まれ再入院による不利益をおそれ治療を継続する意志が生じやすくなる¹⁵⁾ためと推測できる。また、実社会との接触の関連で、自分と同年代と肩を並べたいあるいは普通の生活を続けることを望み服薬への期待も抱いていることがわかる。統合失調症者にとって同年齢者は、共存や競争としてよりも比較や負い目の対象となりやすく不安・緊

張を招きやすい¹⁶⁾といわれるが、先の願望の他にも自分が社会のはみ出し者にならないよう必死になって薬の力を借り回復しようとする意思をもっているようである。薬の力を借りるとは、薬を決して万能なものとしてとらえるのではなく、あくまでも補助の一つとしてとらえることである。そして効果を信じ自分に合っている薬だと実感しながら服薬することは、自己治癒力を助けるものであり、患者が主体性をもって努力している回復過程において非常に大きな強みになると考えられる。

また、服薬により本来の自分を保っている者や安心感を得ている者がいたが、これはまさに統合失調症者がもつ自我の脆弱性を補強しているものに他ならない。

3) 服薬に対する抵抗の理由

入院時・外来退院時とも、家族の服薬への肯定的な見方が患者の服薬を支えている者もいれば、飲まないすすめを受けている者もいた。その他に、薬の作用よりも副作用への嫌悪感、決まった時間に服用することの煩わしさ、効果は感じているが果たして長期に飲み続けることで身体へ影響が出ないのだろうかという懸念、自己管理には自信がないことなどが服薬への抵抗の理由として挙げられた。この中でも後者の2つは、服薬心理教育を利用して薬についての的確な知識や情報を伝えることと患者とともに本人が最もやりやすい方法をあみだすことで解決できるのではないだろうか。

また、何年も前のことであっても過去の主治医との関係の残像をもっている患者が入院時にみられた。そのことが現在の薬のうけとめ方に何らかの影響を及ぼしていることは、精神医療に関わる専門家は心にとめておくべきであろう。過去のマイナス体験を少しでも修正していく働きかけも必要になってくる。

外来退院時の服薬を伴う生活の不自然さを感じることは、薬という不自然なものを使わず自分のあるがままにありたいという姿勢でいること¹⁷⁾と考えられる。

退院は病棟生活との決別であり社会への復帰を意味するものであるが、退院は完治の印ゆえに服薬も不要だととらえている者がいた。この患者は実際に服薬中断には至っていないが後々その可能性は十分あるので、退院と回復との関係、服薬継続が必要な理由をくりかえし説明していく関わりが大事である。また、実際に自己調節という行動に移している患者がいたが、彼らはもはや病身でないことを試みる自己主張¹⁸⁾の表れとも考えられる。自分の病状をモニターしながら処方された薬の調整をすることは、統合失調症の融通の利かなさによる生活のし辛さを考慮すると、「適当に」服薬することは日常的な可能性の一つとして拒薬を選択しうる自由がもてている¹⁹⁾と評価できるとの見方もある。さらに、専門家にとってよい患者であることは必ずしもよく回復していることを意味しないとノン・コンプライアンスの勧め²⁰⁾もあるが、

この真意は患者自らが飲んでいる薬の内容をチェックし調子の良し悪しを自己モニターすることは、医療者任せの治療から主体的な治療への構えの礎となるものを患者の中に生み出すことになると考えられる。もちろん、自己中断して具合が悪くなりそうであるいは悪くなったときには早急に外来を訪れること、つまり医療機関とのつながりを決して切らないことが重要であることは言うまでもない。

4) 治療者とのつきあい方

どちらの時期にも医師との駆け引きがみられ、薬の変更や増量に対しては抵抗があり、現状維持でやっていくことを望む患者なりの医師とのつきあい方を気遣っていることが推察される。

2. 病気に対する認識について

1) 入院体験のふりかえり

入院へ至る経緯については納得していない患者もいたが、入院したことについては肯定的に捉えられている者もいた。これは病棟の環境が患者どうしの関係も含めて治療的に作用していたためではないだろうか。

2) 病的体験のうけとめ

入院時・外来退院時とも精神病症状があったことを自覚しており、特に外来退院時になると、幻聴や妄想などは絶対にありえなかったことだと入院時に比べてより確信をもって否定していた。さらに、症状に支配されることによる自らが病気であることの気づきづらさについて冷静に捉えられている。

3) 病気のうけとめ

病気であることを自覚させるものとして、入院時では入院したという事実、服薬心理教育で示された症状との一致、主治医の指摘があった。外来退院時では症状がもたらした他者への影響のふりかえり、自発的な学習、家族の指摘、服薬行為があった。病識は医師の権威や家庭内の力関係、社会的な圧力、入院体験によって形成されている可能性がある²¹⁾といわれるが、今回の患者についても病気の自覚の背景にこれらがあると考えられる。

また、本人のなかではいまひとつはつきりはないが、症状から考えると精神病のような感じはもっているという者は多かった。一方で、調子の悪さは病気によるものではなく心の弱さ、神経質な性格やストレスに弱い体質、単に環境が悪かったからと、病気であることを認めきれない様子がうかがえる。さらにうつ気分や不眠、情緒不安定さは誰にでもあることと普遍的な枠組みの中に入れ込んでいる。自分が特別視されることを避けたいという気持ちがあるといえるだろう。

症状や精神病に対する家族の否定的な態度は、患者が社会から受ける不利益を最小限にしようとする家族の配慮としてとらえるが、同時に患者の社会とのつながりを

ますます弱いものにしていくデメリットとなる可能性もある。このことはスティグマの払拭とも関わるが家族が精神病とどう向き合うかということにつながる。地域社会のなかで精神障害者とともに生きる家族をいかに支援してゆくか、大きな課題である。

外来退院時には、他の患者との線引きや社会的不利益からの防衛策をとろうとする患者自身もつ精神障害者観が浮き彫りになった。これは、退院後の様々な人とのやりとりや日常の体験を通して、入院中はそれほど実感することはないであろう社会からの疎外感や理解されない自分というものを痛感したことと相乗していることが推測される。また、現在の状態については、退院という事実から判断する病気の完治、本来のペースを戻しつつあるが完全ではない、周囲との比較、反応の観察による回復途中レベル、症状と共存できるレベル、再発の不安を抱えながらもなんとかできている感覚をもてるレベルと様々であった。このような自己査定姿勢は、病状悪化の徴候を察知する上で重要なものと考えられる。

3. 病からの回復を支える援助について

入院から外来退院へ回復していくなかで、自分と他の人との関係性に注意を向けたり、客観的に自分の状態をみていたり、自分なりの考えで治療者との関係を構築していたりと、患者は回復に向けて自分はどうすべきかさらにはどう生きていくべきかについて、十分心に留めつつ回復への努力をしていることがうかがえた。また、個別面接が介入となっていることは否めないが、入院時に比べて外来退院時ではより豊かに自分の言葉で治療や病気について表現していた。

気づきを通じての自己の回復は治療上重要である²²⁾といわれているが、患者は他の患者、家族、医療者、日常接する人々との関係を積み重ねることによって、様々な場面で自分自身についての気づきが生まれ、それらが随所で影響をもたらし回復過程を形成していくと推測する。一見するとみえない患者の内面にある良くなるようとする意思に気づき、それを引き出していく働きかけが必要と考える。

. おわりに

統合失調症者の体験構造については、患者が病的体験をもっている場合これに圧倒されているようでありながら同時に他方で外界や自己に対する現実認識を失い切っていない²³⁾といわれている。本研究においても、自己理解につとめる姿勢、周囲の人々との関係や周囲の自分に対する反応、社会とのつながりをもととする力をもっていることが明らかになった。

精神病が本人を打ち負かすような勢いや力をもつかに受

けとられがちだが、我々はそろそろこのような見方をやめて、患者のなかに秘められている可能性を見極めそれにもっと直面していく勇気をもつべきではないだろうか。

謝辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆様に心より感謝申し上げます。なお本研究は、平成14～16年度文部科学省科学研究費(若手研究B)課題番号14771435)の補助を受けて行った研究の一部である。

文献

- 1) 池淵恵美(2001)非定型抗精神病薬は精神障害リハビリテーションにどんな影響を与えるか. 精神障害とリハビリテーション, 5(2): 133-141.
- 2) 藤井康男(1998)分裂病患者への抗精神病薬治療とQuality of Life. 臨床精神薬理, 1(2): 135-151.
- 3) 白石弘巳(1999)心理教育をエンパワーする 当事者の回復の視点から. 治療の聲, 2(1): 61-69.
- 4) Greenfeld D., Strauss JS., Bowrs MB., et al(1989) Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. Schizophrenia Bulletin, 15(2): 245-252.
- 5) 吉尾隆(2000)Question 82. こころの臨床 à la carte 精神分裂病の薬物療法100のQ&A 藤井康男. 星和書店, 東京, p.261-263.
- 6) 前田正治(1997)なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか?. 臨床精神医学, 2(4): 433-440.
- 7) 安西信雄, 池淵恵美(1997)サイコエデュケーションの概念と展開. 臨床精神医学, 2(4): 425-431.
- 8) Seltzer A., Roncari I., Garfinkel P(1980) Effect of patient education on medication compliance. Canadian Journal of Psychiatry, 25(8): 638-645.
- 9) 連理貴司(1995)精神分裂病患者に対する心理教育ミーティングの効果. 精神医学, 37(10): 1031-1039.
- 10) 鈴木啓子, 中川幸子(1996)精神分裂病患者への心理教育的援助の効果に関する研究. 千葉大学看護学部紀要, 18: 47-56.
- 11) 西園マール文(2000)心理教育. 臨床精神医学, 増刊号: 287-290.
- 12) 酒井佳永, 金吉晴, 秋山剛, 他(2000)病識評価尺度(The Schedule for Assessment of Insight)日本語版(S AI-J)の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学, 2(2): 177-183.
- 13) 羽山由美子, 水野恵理子, 藤村尚宏, 他(2002)精神科急性期病棟における服薬および治療への構えに関する患者心理教育の効果. 臨床精神医学, 31(6): 681-689.
- 14) 藤井洋一朗(1991)精神分裂病患者の外来通院継続の要件-対処空間(coping zone)について-. 分裂病の精神病理と治療1 吉松和哉. 星和書店, 東京, p.209-227.
- 15) 金吉晴, 池上研, 小石川比良来, 他(1998)精神分裂病の病識と臨床指標との関係. 厚生省精神・神経疾患研究委託費 精神分裂病の病態, 治療・リハビリテーションに関する研究総括研究報

水野恵理子, 他

告書, : 29-35 .

- 16) 和田慶治(1992)人間関係からみた分裂病からの回復. 臨床精神病理, 13(1): 39-46 .
- 17) 畑俊治, 橋本雅雄, 服部陽児, 他(1986)精神分裂病の「再発」と臨床的「関わり」. 社会精神医学, 9(2): 165-172 .
- 18) 早稲田隆, 川谷大治, 西園昌久(1990)外来通院中分裂病患者の薬物コンプライアンス. 精神薬療基金研究年報, 21: 270-277 .
- 19) 松尾正, 松野敏行, 梅末正裕, 他(1996)「適当」に服薬できない外来分裂病患者 外来分裂病の長期薬物療法における問題点 . 臨床精神医学, 25(10): 1141-1148 .
- 20) 荒井秀樹(2003)デイケア通所者本人に対する心理教育プログラムのあり方-自記式アンケートによる主観的満足度調査からの一考察-. 日本社会精神医学会雑誌, 11(3): 313-321 .
- 21) 金吉晴, 坂村雄, 角田京子, 他(1994)精神分裂病の主観体験と病識. 厚生省精神・神経疾患委託費 精神分裂病の病態解析に関する臨床的研究 平成5年度研究報告書, : 135-139 .
- 22) 金吉晴(1998)病識の諸相. 精神科治療学, 13(9): 1073-1078 .
- 23) 吉松和哉(1982)病的意識と現実認識について. 分裂病の精神病理 8 中井久夫. 東京大学出版会, 東京, p.2-4 .