

統合失調症者の障害受容過程の探求

後田 穰

新潟県立看護大学（精神看護学）

The Research of Schizophrenia Person's Obstacle Acceptance Process

Yutaka Ushiroda

Psychiatric Mental Health Nursing, Niigata College of Nursing

キーワード：統合失調症 (schizophrenia), 障害受容 (obstacle acceptance)

要旨

精神科リハビリテーションを進める上で精神障害者が回復へ向かう過程において「障害受容」が重要なキー・コンセプトになることは広く知られている。障害受容については、これまでに身体障害領域において、Grayson³⁾がボディイメージ障害者の障害受容論を唱えたのを始め、Wright^{1,2)}が価値転換論を唱えた。また、国内においては南雲³⁾が障害受容とは自己受容と社会受容をあわせ持たなければならないと主張している。精神科領域ではAnthony¹⁾の回復モデルがありおおむね価値転換論の立場をとっている。また、筆者自身の臨床での経験からみると、統合失調者の例では、認知障害が基底に存在するため、疾病認知や障害認知を得るまでにかなり時間を要する。当事者たちは現実と非現実の間を翻弄し、失敗を何度も繰り返して言葉では表現できないほどに苦しみあえぐのである。そして、ようやく自己の疾病や障害を認知したときは、挫折感やあきらめに満ちているのである。障害受容とはそのような状況を乗り越えたときに得られる感情的概念ではないかと思う。しかし、その感情的概念とはどういうものでどのように形成されるのか、今のところ明確には示すことができない。人生における価値の転換なのか、また自己受容と社会受容の相互作用についても、どのようなかかわり方をしているのか不明である。実際に精神障害者にとって自らの障害を受容するということがどういうことなのか、そしてどのような過程を経て受容していくのかを探ることは、今後の精神障害者のリハビリテーションに有益であると考えられる。

目的

1. 目的

精神障害者の障害受容について考察するとともに、その受容過程を明確にすることで、精神障害者の回復過程における看護を適切な時期に適切なケアを実施することが可能となり、より効果的な看護展開が期待される。今回の研究では精神障害者の障害受容過程を考察するものである。

2. 意義

近年、精神障害者を対象とした福祉施設の急増は著しいものがある。厚生労働省等行政からみた場合の精神障害者のリハビリテーションは始まったばかりといえる。精神障害者のノーマライゼーションを念頭にした取り組みは評価に値するが、ややもすれば援助者の一方的なケアの押し付けに当事者が振り回され、病状の悪化も危惧される。精神

障害者の回復過程においては、適切な時期に適切なケアが必要である。その適切な時期及び適切なケアを確立する上において、精神障害者の障害受容の過程を探ることは重要であると考えられる。

3. 位置づけ

これまでに「障害受容」は危機理論の中で多く論じられてきた。Fink²⁾が脊髄損傷患者を対象とした研究から適応理論を唱え、Kubler Ross⁴⁾は死を前にした人の心理プロセスから死の受容過程を理論化した。その他、上記の研究者を含め、多くの理論家たちが「障害受容」を概念化している。我国においても、これらの理論を参照し、南雲⁸⁾、上田¹¹⁾、松本⁶⁾らが論じ、精神障害者におけるものとしては、水島⁷⁾、中川⁹⁾、塚原¹⁰⁾らが臨床研究の中で論じている。しかし、FinkやKubler Rossなどの理論は精神障害者においては上記筆者の臨床経験の中では当てはまらないことも多々存在する。また、わが国の精神障害者を対象とした論文においても「障害受容」を概念化したものが多く、「障害受容過程」を論じたものも、筆者が臨床での経験で特に重要であると考えている「障害認知」までの過程についてはあまり論じられることはない。筆者はその障害認知の過程が重要な要素となることを感じ、本研究では精神障害者における「障害受容過程」の中で障害の認知過程に重点を置き、その認知から受容までの過程を具体化することは上記理論の概念に付加するものであると考える。

方法

研究参加者は統合失調症者で精神科外来に通院しながら地域で社会生活を送っている方3名である。データ産出方法は半構造化面接法を用い、面接には参加者の許可が得られた場合には録音し、逐語録を作成した。また、録音の許可の得られなかった場合は面接者がメモをとり、面接後、面接者の記憶に沿って面談の内容を文章化した。その他、倫理的配慮として面接実施前に文面で研究の趣旨と意義、ならびに秘密性などを説明し同意が得られた方のみ面接を実施した。分析方法は事例の比較による質的記述的方法を用いた。

面接では主に以下の内容について質問した。

1. 初めて精神科へ受診したときの気持ち
2. ご自分が心の病気であると理解するようになった経過
3. 心の病気を患って、困ったことや悩んだことなど
4. その困ったことや悩んだことは、現在どうのようになっているか
5. これからの希望
6. 何か心の支えになるようなもの

結果

1. 事例1

H氏：40歳代後半，男性，通院暦約25年，入院暦あり，大都市郊外在住，ピア・カウンセラー

1) インタビュー内容のカテゴリー化

(1) 病気であることの認知への参考となるもの

- ・ 受診前自分も何かおかしいと思った
- ・ 初診前，市販薬で自分なりに対処しようとした

(2) 不安

- ・ 入院するとき，自分はどうなるのかと不安だった

- ・ 入院するとき何をされるのかと不安だった
 - ・ 入院して周りの人の状況を見てショックだった
 - ・ 入院は今までの価値観では考えられないような感じだった
病気に対する不安
- (3) 将来への不安
- ・ 入院してこれでもうおしまいかと思った
- (4) 病気の否定
- ・ 自覚症状はなかった
 - ・ なぜ入院しなければならないのかと思った
 - ・ 自分はそれほど悪いとは思わなかった
 - ・ 自分は軽いノイローゼだと思っていた
 - ・ 実家へ帰ってからは薬を飲まなかった
 - ・ 自分には病識がなかった
 - ・ 病気ではないと思っていた
 - ・ 幻覚, 妄想があり暴れた
 - ・ 処置入院だった
- (5) 病気になったことでの絶望
- ・ 今まで築き上げてきたものがすべて無くなったという感じ
 - ・ 2回目の入院でもう社会復帰ができないのではないかと絶望感を持った
- (6) 病気を認知するきっかけ
- ・ 他の患者さんたちが自分と同じような症状だったので自分も病気だなと思った
- (7) 家族への思い
- ・ 家で症状がでているとき周りの家族は大変だったと思った
 - ・ 入院しているとき家族から見捨てられるのではないかと不安だった
 - ・ 暴れたがそれほど大事に至らなくて良かった
 - ・ 実家へ帰ることについて母親は悲しんだと思う
 - ・ 父親は帰ったとき暖かい目でみてくれていた
 - ・ 両親はずっと見守ってくれていた。それが何よりの救いだった
 - ・ 兄弟の助けで再度家を出て働いた
 - ・ 絶望も両親に癒された
 - ・ 自分が頑張れたのは家族の暖かさがあったから
 - ・ 家族が自分にやさしくしてくれたから自分もやさしくなれた
- (8) 地域に対する思い
- ・ 田舎でまわりから偏見の目でみられたことが一番つらかった
 - ・ 都会では偏見で困ることはなかった
 - ・ 都会では自分のことを探る人がいない, だれも自分が精神病だとは思っていない
 - ・ 自分も周囲に自分が病気であることは話さない
- (9) 病状のコントロール
- ・ 退院してからは幻聴も妄想も症状はまったくなかった
 - ・ 薬もちゃんと飲んでいたし, 自分に合っていた
 - ・ 病状も安定していた
 - ・ ちゃんと眠れていた
 - ・ 普通にしていたら別に何も無い
 - ・ 仕事もちゃんとできていた

- (10) 病者としてではなく生活者としての役割の遂行
- ・今はそれなりに信用を得ている
 - ・病者とか病者でないとかそんな区別もなく一人の人間として付き合っている
 - ・病気を意識して患者同士が話をすることはやめようとしている
- (11) ポジティブ志向
- ・新しい視野、分野を切り開くことをやってきた
 - ・あれから入院せずにやってこられたのか前向きな姿勢があったから
 - ・自分に接してくれているすべての人が心の支え

2. 事例2

K氏：30歳代後半，男性，通院暦約11年，入院暦あり，都市部在住，精神障害者授産施設に通所

1) インタビュー内容のカテゴリー化

- (1) 病気の否定
- ・初診のときは病気だとは思わなかった，ストレスが溜まったと思っていた
 - ・精神科は親戚に連れてこられた
 - ・仕事が忙しく薬も飲まなかった，受診もしなかった
- (2) 病気かもしれないという感情
- ・家で暴れたので納得して受診した
 - ・しんどかったから受診した
 - ・家から出られなかったし気力もなかった
- (3) 病気の認知
- ・勉強会とか本とか入院中のほかの患者さんが自分と同じ用なのでやはり病気なのだと思います
- (4) 病気に対する不安
- ・病気とわかったときはがっかりした
 - ・また，仕事ができるのか不安だった
 - ・普通に働くのは難しいのかなと思った
 - ・障害がもともと働くのに制限を受けるのではと思い悩んだ
- (5) 将来への不安
- ・結婚できるのかなど将来のことが不安だった
 - ・普通に暮らしていけるのか不安だった
 - ・長男として家を継げるのか心配
- (6) 障害の認知
- ・自分の障害は人と接することが下手，それから仕事でも断ることが出来ずに頼まれれば自分の力量以上にやってしまう
 - ・障害を克服できるようにしたい
- (7) ポジティブ志向
- ・先のことは考えられない．今できることからやっていきたい
- (8) 家族や信頼できる人の存在
- ・両親家族が心の支えです．それからデイケアのスタッフ
- (9) 将来への希望
- ・自分の力で普通に平凡に暮らしたい

3. 事例3

M氏：40歳代前半，男性，通院暦約20年，入院暦あり，都市部在住，デイケア及びアルバイト

1) インタビュー内容のカテゴリー化

(1) 病気かもしれないという感情

- ・ 妄想などそんなことあるわけないと思いながら，そう思っていた
- ・ 自分でも何かおかしいと思ったので受診した
- ・ 退院して仕事をしたがきつくて辞めた

(2) 病気を認知するきっかけ

- ・ 入院して他の患者さんの症状が自分と同じなので自分も病気だと思った

(3) 病気の認知

- ・ 仕事をしなくて障害者の制度を使って仕事をした
- ・ 再度障害者の制度を利用して働いた

(4) 障害の認知

- ・ 仕事は契約切れで辞め次の仕事を探し病気を隠して就職した
- ・ 仕事量が多く病状が悪化した

(5) ポジティブ志向

- ・ 今仕事を探しているが，自分の好きな仕事をするつもり，悪化を恐れているは自分の好きなことができない

(6) 信頼できる人々の存在

- ・ 心の支えは母親と主治医である。

考察

1. 事例1：H氏

H氏は発症当初，病気かもしれないと思いつつも病気を否定していた。他人から見れば症状だとわかっていても，本人には自覚できない状況であった。しかし，入院治療に関しては消極的ながらも受けていた。退院後は病気であるという自覚もなく，受診もしなくなり病状が悪化した。その悪化をきっかけに「自分は病気かもしれない」と思うようになり，2度目の入院で他の入院患者に自分と似た症状の人たちがいることに気づき，自分も病気であることを認知した。その疾病を認知すると同時に大きな不安と絶望をいだいた。「仕事をして普通に暮らせるのだろうか」「一生，入院していなければならないのではないか」という不安と絶望である。その不安と絶望からH氏を救ったのは，両親や家族の暖かさであった。そこから，新たな自分なりの人生を築こうとする力を生じたのである。その自分なりの人生を構築する過程においても家族の支えは続いた。そして，H氏は自分なりの病人ではない生き方を見つけることができた。しかし，障害受容という観点においては，H氏の場合，自己の障害を受容しているのかどうかは明確にすることができなかった。

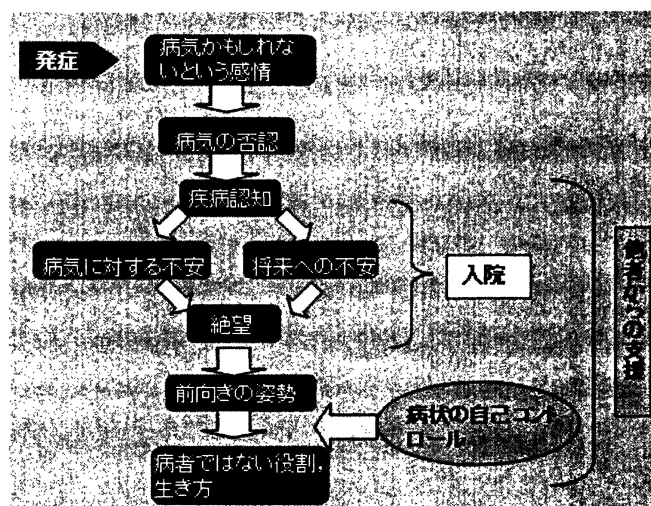


図1. H氏の障害受容過程

H氏にとっては障害の受容を認識することは社会活動の妨げになるのかもしれない。自己の疾病を認知しながら、障害者としてではなく一人の人間として、自分なりに人生を生きている。それがH氏なりの障害受容と考える。(図1)

2. 事例2：K氏

K氏もH氏同様に発症当初は病気かもしれないという感情をもちつつ、病気を否認していた。それは、診察した医師が家族に病気であることを告げただけで、本人には告げず、診察に来ることと、薬を飲むことだけを言われたことが大きな要因だと考える。その後、K氏は受診も拒絶し、薬も服用しなくなった。そして、再発し入院となる。そして、初めて主治医から病名を告知される。しかし、それでも半信半疑であったが、それでもH氏と同様に他の入院患者と自分の症状が似ていることで自己の疾病を認知した。疾病認知後は「仕事が普通にできるのか」「何か制限されるのではないか」という不安を抱く。この不安の強い時期にH氏と同様に家族の暖かい支援がK氏も得られている。そして、少しずつ回復し、いろんなことに取り組んでいく過程において、幾度となく失敗も繰り返す。その失敗の繰り返しが障害認知へと繋がったと考える。自己の障害を認知することで新たな不安が生まれた。「結婚できないのではないか」「長男として家を守れないのではないか」という将来への不安である。そこでも、家族の支援と病院スタッフのアドバイスが、K氏を前向きな姿勢へと繋げている。そして障害を持ちながら、それを理解しながら自分の力量に合った自分なりの人生設計を立て始めたのである。(図2)

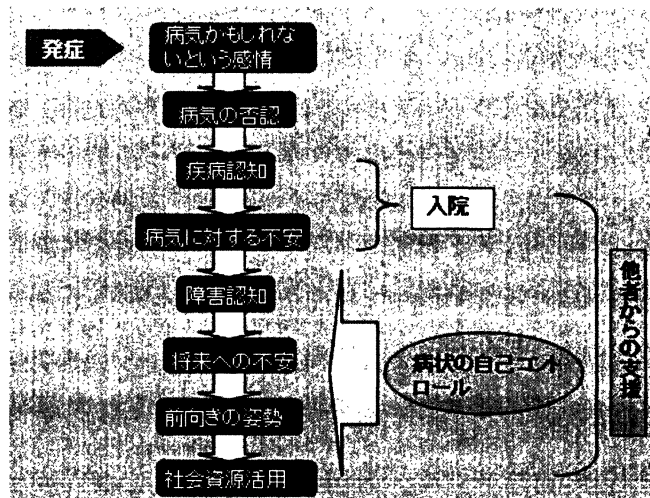


図2. K氏の障害受容過程

3. 事例3：M氏

M氏は発症当初から「自分でも病気かもしれない、何かおかしい」という気持ちがあり精神科を受診している。そして、M氏もH氏、K氏同様に入院している他の患者を見て、自分と同じような症状であることにより自己の疾病を認知した。しかし、M氏の場合は不安とか絶望感というものは面接では語られなかった。K氏と同様に失敗をくりかえすも、それが不安に繋がることはなく、理屈的に客観的な感じで自己の障害を理解していった様である。しかもM氏は障害の認知をしながらでも、あえて過酷な職場環境を求めるなど、再発の危険の恐れのある環境へと挑戦しつづけている。「仕事はかなりきつく大変で、自分の病気が悪くなる

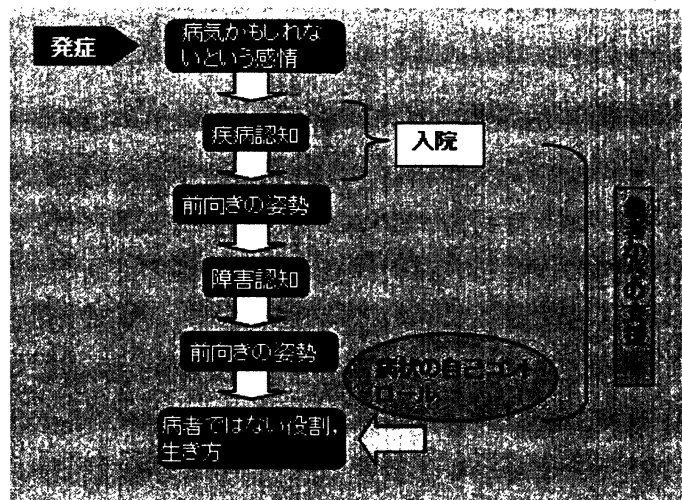


図3. M氏の障害受容過程

かもしれないが、自分がやりたいことをやるには、そうも言ってもらえないし・・・。」という感じである。それが、M氏の障害受容であり納得できる生き方なのかもしれない。そして、そのサポートとしての母親や主治医の存在も大きいと考える。(図3)

まとめ

3名の研究参加者に共通することは、疾病認知に関しては入院したときに他の患者の症状を見て自分の症状と同じであることに気づいたことである。病状の悪い時期に他の患者と比較できるということは、それなりに3名の認知レベルが比較的高かったことがいえる。また、3名とも良きサポーターに恵まれ挫折を繰り返しながらでも前向きな姿勢を維持できたことである。人生の生き方としては、H氏とM氏は障害者としてではなく、一人の人間として生きようとしているが、K氏は病気を持ちながらのK氏なりに生きようとしている。その点は相違するが、この3名統合失調症者にとって共通する障害受容に必要なものは、自己の「疾病認知」、「支えとなる者の存在」、「前向きな姿勢」の三要素だった。

文献

- 1) Anthony WA. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1980; 11(4): 183-187.
- 2) Fink, S. L. Crisis and motivation. A theoretical model. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 1967; 48(11): 592-597.
- 3) Grayson M. Concept of "acceptance" in physical rehabilitation. *JAMA* 1951; 145: 878-893.
- 4) Kubler Ross, E. *On Death and Dying*. Macmillan, 1969. / 川口正吉訳. 死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話. 東京: 読売新聞社; 1971.
- 5) 角谷慶子. 精神障害者におけるQOL測定の試み—生活満足度スケールの開発—, 京都府立医大誌 1995; 104: 1413-1424.
- 6) 松本 学. 「受容とは何か」—当事者である研究者の視点から—, 看護学雑誌 2001; 65(6): 12-16.
- 7) 水島繁美. 障害受容再考, *リハビリテーション医学* 2003; 40(2): 116-120.
- 8) 南雲直二. 障害受容再訪—社会受容の意義とコミュニティーに基づく援助—, *作業療法ジャーナル* 2004; 38(1): 12-16.
- 9) 中川正俊. 精神分裂病の「障害受容」再考, *精神科治療学* 2001; 16(4): 371-378.
- 10) 塚原達也. 精神分裂病患者の Quality of Life に関する臨床的研究, *慈恵医大誌* 1999; 114: 353-370.
- 11) 上田 敏. *リハビリテーションを考える*. 東京: 青木書店; 1996. p.205.
- 12) Wright BA. *Physical Disability-A Psychological Approach*. Harper & Brothers Publishers, New York, 1960.