

原著論文

統合失調症患者の障害受容の過程における 「再発」という体験の意味についての考察

小林 信¹⁾

The Meaning of “Recurrence” of Schizophrenia in the Process of Disability Acceptance in Patients

Nobu KOBAYASHI¹⁾

要 旨

現代の統合失調症に対する精神医療の大きな目標の一つは、薬物療法を中心とする再発防止である。神経生理学的なパラダイムでは、「再発」は治療からの脱落であり、支援の失敗であると考えられる傾向が強い。しかし一方で、「再発」が障害受容を促進する契機となっている場合も観察される。本研究の目的は、統合失調症患者の障害受容における「再発」という体験の意味を明らかにすることであり、統合失調症患者の再発という体験をより深く理解し、今後のケアへの示唆を得るものである。

再発を体験し、現在デイケアに主体的かつ能動的に参加している3名の研究協力者に、生活歴および発病から再発、そして現在に至る過程についてインタビューを行い、得られたデータを現象学的アプローチを用いて質的帰納的に分析した。その結果、主に①発病だけでは形成しにくい障害に対するイメージ、②再発は既存の価値観を打ち壊し、新たな価値観を形成する契機となりうる、③再発は良好な対人関係を構築する契機となりうる、という3点の意味が抽出された。

キーワード：統合失調症、再発、障害受容

I. はじめに

統合失調症は、生来の素質、遺伝的要因、脳の器質的病変、環境から来るストレスなどが関与すると指摘されているものの、いまだ原因不明の慢性疾患であり、現代の統合失調症に対する精神医療の目標は、二次予防（早期発見と早期治療）と三次予防（社会復帰と再発予防）に重点が置かれていると言える（中井，2007）。

統合失調症の再発予防は精神医療の重要な目標であるが、現代の精神医療のパラダイムが神経生理学的課題へとシフトし、薬物療法の重要性がことさら強調される中では（宮岡，2010）、「再発」は服薬中断の結果であり、服薬を継続すること、そして再発しないこと

が医療・看護の最大の目的であるかのようにとらえられる傾向がある。筆者の経験では、治療者は「再発」は治療や看護が失敗した結果であり、再発予防に腐心してきた援助者は再発してしまった者を落伍者、脱落者と考えてしまったり、繰り返される再発に絶望や無力感に陥ることも少なくないという印象がある。

しかし、筆者は精神科病院の臨床での看護師としての経験やその後精神看護学の教員として学生の臨地実習指導やデイケア、自助グループなどで当事者と関わる体験の中で、当事者自身が「再発したことで、ようやく統合失調症という病気を認めることできた。」という趣旨の言葉を耳にする機会が少なからずあった。つまり「再発」は障害受容のプロセスに何らかの影響を

1) 群馬パース大学保健科学部看護学科

及ぼしており、当事者にとって「再発」を体験したことは、主観的には必ずしも否定的な意味だけではなく、肯定的な意味を持つ可能性があるのではないかと考えた。しかし、再発予防の重要性および再発防止のプログラム開発やその効果を検証する研究は数多くあるが、統合失調症の「再発」という体験そのものの意味を検証した研究は少ない。

II. 研究の意義と目的

統合失調症の「再発」という体験の意味を明らかにすることは、当事者自身とそこにかかわる医療者が、統合失調症の疾病受容プロセスをより深く理解することにつながる。またそのことは「再発」という体験の構造を明らかにし、単に治療の失敗や脱落というとらえ方ではなく、「再発」をより肯定的に捉えなおし、精神看護のリハビリテーション過程における再発の扱い方や再発した者への看護支援のあり方について示唆を得ることができると考えられる。この研究の目的は、統合失調症患者にとって、「再発」という体験が当事者の中でどのような意味があるのかを当事者へのインタビューを通して明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究協力者

A県のB病院のデイケアを利用中の統合失調症患者で、1回以上再発を体験した人のうち、現在リハビリテーションプログラムに主体的に参加し、ある程度再発時の状況を回想して言語化できる方の中から、施設の運営責任者より推薦して頂き、研究の主旨を理解し協力への賛同を得られた方とし、条件を満たした3名を対象とした。(以下、研究協力者とする。)

2. データ収集の方法およびデータ収集期間

1名に対して1回(60~90分程度)のインタビューを行う。研究協力者の了解を得てICレコーダーに録音した。また、インタビューは、静かでプライバシーが十分に確保できるデイケアの面接室を使用して行った。データ収集期間は、2012年3月1日~4月7日であった。

3. データ分析の方法および信頼性の確保

統合失調症の「再発」という体験の意味を、既成の

前提や先入見を持たずに、研究協力者の生きられた体験として統合的に記述することで、その人のあるがままの体験の意味として理解する現象学的アプローチを用いて質的帰納的に分析した(Flick, U., 1995; 舟島なをみ, 2007; 木田元, 1970)。データの分析には、コレツツイ Colaizzi, P の分析方法を使用した(Holloway, S., 2002; Tomas, S.P., 2002)。また、データの信頼性を高めるために、データ収集、分析の過程において精神看護学および看護社会学の専門家のスーパービジョンを受けた。

4. 研究協力者への倫理的配慮

研究協力者の参加する施設の運営責任者へは、研究の趣旨および目的を文章と口頭で十分に説明した後、「再発」の体験を語ることが心理的に大きな負担とならない、あるいは研究に協力することが心的外傷を呼び起こすことがないと判断される協力者をリクルートして頂いた。まず、推薦のあった協力者への依頼は、心理的負担とならないよう、また、プライバシーの保護を徹底するための倫理的配慮を口頭および文章で行い、賛同が得られた場合のみに承諾を得るものとした。また、この研究は群馬パース大学研究倫理部会の承認を得て行った。(承認番号 PAZ12-15)

インタビューを行うにあたっては、支持的・受容的態度で臨み、協力者の心理・情緒状態に最新の注意を払いながら、協力者の語りのペースを尊重した。

IV. 結 果

1. Aさんの体験

1) Aさんのプロフィール

Aさんは58歳の独身男性。高校を卒業後、エンジニアとして会社勤めをしていた。44歳の時、急に疲れやすい、仕事が辛いと感じるようになり、会社を休むようになる。40代後半には会社も辞めざるを得なくなってしまい、妻とも離婚した。日雇い労働者となったが、だんだん病状も進み、ホームレスに近い状態となってしまった。

生活に困窮したAさんは、仕事もなく泊まる場所もない状態で徘徊しているところを行政の人に発見され、言動がおかしかったため現在の通院先の前身となる病院を受診することになった。平成15年、「統合失調症」の診断を受け、精神病院へ初めて4年間入院した。退院後はデイケアに通いながら通院し、2年間の援護

寮生活を経て、現在はアパートでの単身生活をしている。初回の退院1年後に、「再発」を経験し1ヶ月間再入院している。

2) Aさんの体験の構造

Aさんは、40歳代後半で全く予期せず統合失調症を発病して、失職・離婚に追いやられ、ついにはホームレス寸前にまで身を落として精神病院に入院させられるという体験をする。しかしこの辛く苦しい体験であっても、Aさんは発病が比較的遅く、長年職人としての社会生活で培った「自由気ままな生活」を送ることが重要であるというAさんの価値観に大きく影響を及ぼすには至らなかった。Aさんにとって、退院して援護寮で再び自由な環境を取り戻したことは、もう自分の病気は治ったのではないか、またかつてのように仕事をして何にも束縛されない生活が出来るのではないか、という病気の否認と自分への期待を膨らませる体験であった。また、「自由気ままな生活」を取り戻すには、医療者や病院はそれを阻むもの、束縛するものとしてしか捉えられず、Aさんはいつも心のどこかでは、そこから逃れたいと感じていた。しかしそれは、服薬の中断、援護寮からの脱走、統合失調症の再発へとつながってしまう。

再発によってAさんは、病気はけっして治ったわけではなく服薬・治療を怠ると再び自分はまともでなくなることを痛感する。それまでの「自由気ままな生活」をしたいという価値観と「働いて気ままな生活を送る」自信は崩れ落ち、障害を抱えた自分には継続した治療や他者からの支援が必要なのだと認めざるをえなくなる。しかし、その不安と混乱の中で、医療者や家族がAさんのことを本気で心配してくれているということを実感できたことは、その人たちとのあいだに信頼関係を形作る体験であった。それまであまり人と接することが得意でなかったAさんだが、ふたたび調子を崩してそれらの人に迷惑をかけてはならないという気持ちが、再発を予防する規則正しい生活や治療や服薬の継続への強い動機付けとなっている。

再発を体験する前までは、誰にも縛られない「自由気ままな生活」をもっとも重要と捉えており、病気であることを受け入れられなかったAさんだった。再発は、Aさんにとって障害を抱えさまざまな生活上の制約がある中で、他者の支援をうけながら生活することも「自立」の一つの形であるという新たな価値感を形成するきっかけとなった体験であった。そして、不安

がありながらも、すでに2年間そのような単身生活を維持出来ていることは、Aさんの新たな「自信」であり満足感を感じる充実した生き方である。

2. Bさんの体験

1) Bさんのプロフィール

Bさんは49歳の独身男性。高校を卒業後、就職するが仕事内容が過酷で数ヶ月で辞めてしまう。警備会社の社員として働いていた24歳の時、通勤の途中で現場に足を運べない、帰宅に際しても自宅近くまで来ているにもかかわらずどうしても家にたどり着けないといった状態に陥ってしまう。心配した家族が保健所に問い合わせた精神科病院を紹介され受診、統合失調症（当時の精神分裂病）と診断されて1回目の入院となった。退院後、再び警備会社に再就職し働き始めるが、29歳の時に外来通院も服薬も中断してしまつて再発、2回目の入院となる。退院後再び警備会社で働き始め14年間継続して働いていた。しかし、44歳の時に再び再発、3回目の入院となっている。その後は失職し、無職のまま障害者年金を受給しながら現在に至っている。

Bさんは、19歳の頃よりキリスト教系の宗教を信心するようになり、2回目の入院のあとには布教や伝道などの教会活動を熱心に行っていたが、3回目の入院を機にこの宗教とは縁を切っている。

Bさんの父親は身体障害者であり、アルコール依存症を持っていた。母親とBさんは父親と別居して生活するようになるが、妹の結婚を機に再び夫婦は同居、Bさんも2回目の入院のあと両親と一緒に暮らすようになる。父親は13年前に胃がんで逝去。Bさんにとって、この家族は父親が亡くなるまで心安らぐ場所では無かった。

2) Bさんの体験の構造

Bさんは24歳の時に統合失調症を発病したが、この体験はBさんにとって精神障害が自分の生活に深刻な影響を及ぼすものだという自覚を与えなかった。発病後もBさんの長男として家族を支える責任感の強さから、生活の中心は警備員としての「仕事」であり以前から深く「信仰」していた宗教であることに変わりはなかった。薬だけに頼る精神医療と信仰のあいだに葛藤が生じ、医療者や病院が自分の支えになっているという実感のないBさんは、薬物療法に疑問を感じて服薬を自己中断してしまい、これが1回目の再発および

再入院につながる。

1回目の再発はBさんにとって、自分が再発のリスクを伴う障害を抱えている人間であり、服薬やストレスが大きく影響するのだという自覚を得た体験であった。しかしその自覚は、あくまで「仕事」や「信仰」に影響を及ぼさないように病気を抑え込むためには何が必要かという自覚であった。

真面目で几帳面な性格のBさんは、自分の障害を熟知し万全の予防対策を行って生活していたつもりであったが、2度目の再発が起きてしまい、「仕事」と「信仰」というそれまでの自分の生活の中心であったものを同時に失う。2度目の再発は、なるべく自分のかかえる障害によって影響が出ないように大切に守る努力を怠らなかった「仕事」をあきらめ失い、苦難を救ってくれるはずの「信仰」が全く救いにならないことを知る体験であると同時に、自分でも気がつかないうちに「仕事」や「信仰」そのものが再発の誘因になっていたことに気づく体験でもあった。Bさんは、それまでの仕事や信仰を遂行するためには障害を抑え込むことが大切だという価値観を大きく変えざるを得なくなった。

2度の再発を体験したBさんは、仕事を継続することを諦め信仰を捨てる決断をし、職場や教会に代って自分と同じ障害を抱えた者、あるいはその障害を理解し支えてくれるスタッフのいるデイケアという場所に自分の新たな居場所を見いだす。また、再発はどうやっても完全に防ぐことは出来ないものであり、その障害は無理に抑え込んだりするのではなく、自分の一部としてうまく付き合っていくものとして受け入れ、音楽を聴いたり絵を描いたり、仲間や家族と散歩に出かけることに満足を見いだしている。

3. Cさんの体験

1) Cさんのプロフィール

Cさんは45歳の既婚の女性。大学3年生の終わりに幻覚を体験して発病した。精神科のクリニックに通いながら、大学は1年休学して卒業し就職する。しかし、ストレスがたまって自殺未遂を起こし、11ヶ月で退職している。その後、老人ホームのデイサービスに勤めるが、そこも人間関係のストレスで半年足らずで退職している。

外来通院をしながらカルチャーセンターで習い事をしていたりして過ごしていたが、Cさんが29歳の時に母親の大病がきっかけで自殺念慮が強まり、自分から入院

を希望して精神科病院に初めての入院となる。そこで医師から「精神異常者が普通の人と話せると思っているのか」と言われるなどの差別的な扱いを受けて以後、Cさんはその怒りから「病気を隠さずに生きる」と決心し、30歳代後半になるとあちこちの当事者活動に進んで参加するようになる。

39歳の時に当事者活動を通して現在の夫と出会い交際を始める。しかし、その交際は家族の猛反対にあったため家出、期せずして妊娠が発覚する。妊娠がストレスとなり、再び具合が悪くなり家族が強制的に病院に入院させる。妊娠を継続するか否かで意見が対立したが、Cさんは産むことを決意し入籍、無事に女児を出産する。子供は乳児院に預けられてしまうが、子供が2歳3ヶ月の時に同居を始め、現在は親子3人で暮らしながら、夫婦で積極的にピアサポートや講演会の講師などの当事者活動を行っている。

2) Cさんの体験の構造

Cさんは21歳で統合失調症を発病したが、入院もせずに済み大学も卒業できたので、障害が自分に深刻な影響を及ぼすとは考えたくなく、無意識的に自分が精神障害者であることを否認していた。そのため、あまり対外的な活動もせずに障害を意識させられるような状況を避けて、障害に対して受動的な姿勢で生活を送っていた。

母親の看病をきっかけに調子を崩して入院したCさんは、医療者の精神障害者に対する差別と偏見に遭遇し、否応なく自分が障害者であるということを意識せざるを得ない状況に直面させられる。この入院はCさんに、それまでの受動的・消極的な障害の受け止めから、障害を隠さずにそれを抱えていることも含めて自分らしく生きるということはどういうことを考えて生きる、障害に対して能動的・積極的な姿勢を選択する契機となった体験であった。

当事者活動を熱心に行うようになったCさんは、そこで現在の夫と知り合い、周囲の猛反対を押し切って二人での生活を始めるが、妊娠をきっかけに再び調子を崩し入院を経験する。この入院では、夫となる男性以外、肉親や医療者がすべて自分の味方ではないという孤立無援の状態に陥るが、それはかえって二人が互いに支え合っていくというパートナーとしての信頼関係や障害を抱えながらも親となることへの責任が強く自覚される体験であった。また、それまで障害に理解のないものに対しては敵対的で理解してもらわなくて

もかまわないという態度であったCさん夫妻は、妊娠・出産というどうやっても二人だけでは解決できない一大事を控えて、障害者自らが周囲に心を開き自分たちを理解してもらおうとする態度をとったところ、それまで好意的でなかった看護師の態度が変わり、自分たちを支えてくれる関係へと変化することを体験した。

生まれた子供はすぐに乳児院に引き取られてしまうが、2度目の入院から培われた夫婦の信頼関係と障害者が親となることへの責任と自信に支えられて、たとえ一緒に生活できなくても娘の成長を見守っていけることがCさんの新たな生き甲斐となる。2歳3ヶ月のときに娘を引き取ったCさんは、娘の世話をするためにも再び調子を崩して入院するようなことが無いように、症状を擬人化してその様態でレベルを表し、そのレベルに応じた対処を行うなど、Cさん夫婦独自の工夫で症状コントロールをしており、それは再発を体験するなかで築いた信頼関係から編み出した技能である。また、こうして両親が二人とも精神障害者であるにもかかわらず、何とか周囲に支えられながら子育てをこなすことが出来るというCさん夫妻の自信は、再発を体験したことで獲得した自らの心を開いていくことが周囲との信頼関係を築く基本であるという信条と融合して、障害があっても子育てが出来ると自分たちの体験を他者にも知って欲しいという想いとなり、夫婦そろって熱心に当事者活動を行う動機となっている。

V. 考 察

中川(2003)は障害受容の過程を「自己実現と疾病・生活の安定の方法が矛盾することなく相補的に達成される過程」とした。3名の研究協力者は、この概念に当てはめると現時点でおおむね障害を自分なりに受容する過程の途にあると言える。しかし、3名とも現在の心理的・社会的状況に至るまでには「再発」という体験がそれまでの価値観を打ち壊し、新たな関係や居場所を獲得する節目として存在し、その障害受容の過程に大きく影響を及ぼしているという共通点があった。

1. 発病だけでは形成しにくい障害に対するイメージ

3名の協力者は、いずれも統合失調症の発病の最初のエピソードでは、全く予期しないうちに何が原因で

あるかも分からず、それまでの人生では経験したことのない統合失調症の症状やそれに伴う苦痛を体験した。しかし、その忘れがたい最初の体験のあとでも、疾患とその障害についてはあくまで表面的・保守的で受動的なイメージしか形成していない。

Aさんは、薬を飲むと症状が確かに好転する感覚や周囲の「良くなった」という評価に、自分は病気であり治療によって回復したのだという自覚が生じているが、同時にその回復していく感覚は「自分はもう病気ではなく、薬を飲まなくても大丈夫。また元のように働ける」という心の底に保持していた障害を否定したい気持ちを増長させていく。Bさんは、入院し薬物療法中心に治療したことで「正常な心の働き」を取り戻した実感は確かにあったが、劣悪な入院環境や「薬を飲ませる」以外医療者からの説明やサポートはほとんど無かったこともあり、自分の障害について深く考えたりする機会もなく、今までのように社会人として懸命に働き家族を支え、信仰も厚かった自分に戻れることを信じ、自分の生活にさして大きな影響を与える障害を残したとは考えなかった。Cさんは、この中では唯一発病当時入院治療に至らずに済んでおり、休学はしたものの大学も卒業出来ていることから、「私の頭は壊れなかった」という自負があり、もともとといじめを受けていた経験やストレス性の身体的問題をかかえていたこともあって、発病後仕事や対人関係がうまくいかないのも統合失調症による障害が原因だとは考えていなかった。

統合失調症は一般的に、現実を正しく認識したりその場の状況を的確に把握したりする認知の能力が低下するといわれている(山下, 2000)。くわえて、精神疾患、特に統合失調症に対する社会的偏見や誤解などが存在し、否定的なイメージが先行する社会においては、自分が精神障害者であることを「否認」しがちである(坂田, 2000)。また、2002年に精神分裂病という名称が「統合失調症」に改称されたのを契機に、現在では本人への病名告知は当たり前になっているが、以前は発病した患者に正確な病名を伝えることや病気の経過や治療について患者本人に詳しく説明するのは極めて稀であったという精神医療特有の歴史的背景もある。そのため、20年以上前の発病であるBさん、Cさんの2名への発病当初の治療的介入は、ほとんど薬物を処方されるだけであり、当事者にとって障害がどのように自覚されどう受け止められていくのかに関する働きかけはほとんど行われていなかった。この2名は、自

分の疾患や障害に対する極めて乏しい情報の中で、「精神障害をかかえた自己」について深く考える機会も無いまま、自分に都合のいいようにそのイメージを形成せざるを得なかったと推測される。したがって、発病以前の自分と変わらない、あるいは変わっているということ認めたくないという思いから、障害を深刻に受け止めず、今までの自分の生活様式に大きく影響を及ぼすものではないというイメージにとどまっていたと考えられる。発症は約13年前であるが、入院して治療を受けたのは8年前という比較的最近の発病であるAさんは、前述の2名とは異なり、主治医の交代を機に入院中に疾患や治療の説明を受けている。しかし、発病が40代後半と遅く、未治療期間が長く症状の重かったAさんにとって、それらの介入はそれまでの生活体験に基づいた価値観を変化させるには至らず、「自分は病気ではない」という否認を保持する結果となっている。

この3名が揃って発病当初、障害に直面するのを避け、深刻に考えなかったり、否認したのはけっして偶然ではなく、統合失調症患者の多くは身体障害のように物理的にはっきりとした形のない自分の障害を初期の段階から客観的に捉えることが大変難しいとされていることによる(奥村ら, 2005)。Bさん、Cさんのように「患者の知る権利」が軽んじられてきたかつての精神医療のあり方にも大いにその原因がある。しかし現在の精神医療においても、病名告知を行い、急性期から心理教育やSSTなど、障害の自覚や受容を促すような働きかけが活発に行われている現状であっても、病初期に自分の精神障害をありのままに受け入れることは容易なことではない。3名の語りが示すように、障害に対する受け止めはそれまでのその人の生きられた体験や価値観、生活様式などから複雑に影響を受ける。生涯自分の生活に深刻な影響を及ぼす障害を背負ってしまった自分を自覚するのと引き替えに、それまで人生において大切にしてきたもの、重きを置いていたものを捨てたり諦めたりしなくてはならないのだとすれば、身体障害と違って目に見えず実感しにくい精神障害の場合、その過程はことさら困難なことであると推測できる。これらのことは、医療者は障害受容は疾患による認知や思考能力の低下、あるいは情報不足によって阻まれると考えるだけではなく、当事者のそれまでの人生や価値観が密接に関連した「障害を背負ったことを自覚できない(したくない)」という思いが背景に存在することを十分に理解することが重要

なことを示唆している。

2. 再発は既存の価値観を打ち壊し、新たな価値観を形成する契機となりうる。

上田(1980)は、「障害受容とは障害に対する価値観の転換であり、障害を持つことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、積極的な生活態度に転ずることである」とした。3名の研究協力者にとっての再発は、既存の価値観を打ち壊し新たな価値観を形成する契機になっていることが見いだされる。

Aさんは、発病しても自分の身体ひとつを資本にして自由気ままに何にも束縛されない生活を送りたいという価値観を崩さなかった。しかし、それまではAさんの自由を阻むものとしか捉えられなかった人間関係も、再発を契機に自分を気遣ってくれたり信頼してくれる人が周囲にたくさん居ることに気づかされる。再発はそれらの人に多大な迷惑をかけることであり、自分に期待や信頼を寄せてくれる人々に迷惑をかけたくない、期待を裏切つてはいけないという思いから、今まで自分にとって大切であった「自由気ままな生活」はむしろ再発のリスクを高めてしまう危険な生活態度であることを自覚し、規則正しい生活や積極的な服薬行動を実践することに新たな価値を見いだしている。Bさんは、2度目の再発によって、それまで多くの努力を費やしもっとも大切にしてきた仕事や信仰にあっさりで見捨てられた。そればかりか仕事や信仰そのものが再発の誘因となっていたことに気づくことで、自分の障害を抑え込んで他の健常者と同じような社会生活を送るのではなく、障害も自分の一部であり一生上手く付き合っていくような生活が大切だと考えるようになった。その結果、Bさんは仕事と信仰を諦め、デイケアのプログラムや散歩など、同じ障害を持つ仲間や家族と過ごす時間に生活の軸を置くことに価値を見いだしている。Cさんは、2度目の入院時は、妊娠・出産という重大なライフイベントに際して、同じ障害を抱える夫しか頼る者がいないという危機的な状況に陥った。そのときそれまでの熱心な当事者活動家として自分たちの障害を理解してくれない者とは闘うという姿勢から、理解してもらおうという自らの態度が周囲の理解を広げるのだという体験をした。そしてその体験は無理解を非難し敵対する価値観から、他者の援助を必要とする障害を持つ自分自身が心を開くことが大切だという価値観に変化するきっかけとなった。

前項でも述べたように、精神障害を受容するのは容易なことではないが、統合失調症は慢性疾患であり個人差はあるがその障害は一生抱えねばならないのは事実であり、再発のリスクをゼロにすることも出来ない。障害に対する不十分な自覚、あるいは否認は、自分の状態を客観的に見ることを妨げ、再発のリスクを高めてしまうが、皮肉なことに再発したことが結果として障害に対する自覚を深める契機となっている。再発は、障害がないあるいは障害に左右されないことを理想として障害を否認したり否定的に捉えるのではなく、障害を抱えている自分の可能性に気づき新たな価値を見出す契機となっていることが3名に共通していることが分かる。しかし、Bさん、Cさんのように「障害を持つことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、積極的な生活態度に転ずる」ような価値観は、1度の再発では形成されない場合が多い。それどころか、度重なる再発を経験してもそれが障害受容や新たな価値観の形成に結びつかない当事者も少なくない。これは、「再発したこと」自体が価値観の転換を引き起こしたのではなく、再発をしたときの状況とそのとき周囲がどのように対応したかによるところが大きいことを示唆している。約20年前のBさんの1回目の再発時に、看護師を含む医療者がBさんの障害のとらえ方や退院後の生活のあり方に関わる介入をしたという語りはない。また、16年前のCさんの1回目の再発においては、医療者はむしろ「障害をもつことで人の価値は低くなる」という態度で接している。Cさんはこれに反発して結果的には自分の障害と向き合う契機にはいるが、疾患や障害に対する十分な情報も得られない状況のなかで、周囲の対応がこのようものでは再発が当事者の障害受容を促すような新しい価値観を形成する契機となることはまずあり得ないであろう。Aさんにとっては、再発したときに「こっぴどく叱られ」はしたが親身になってくれた医師や前と変わらず受け入れてくれた援護寮のスタッフの対応が、Bさんにとっては、2度目の再発後に仕事や信仰を失って深い喪失感を抱えているBさんを暖かく受け入れたデイケアの仲間やスタッフの対応が、Cさんにとっては、家族や医療者からも孤立した状態のときに自ら挨拶をして回り、相談を持ちかけ看護師の態度を変えていった夫の姿勢が、再発を体験して大切なものを喪失した失意や不安の中で新たな希望や支えとなって、価値観を転換させる契機となり得たと考えられる。

3. 再発は良好な対人関係を構築する契機となりうる。

障害受容を促進する要素として、伊東(2004)は「良好な関係」をあげ、「良好な関係とは、自分の能力障害を認めても自尊心を失わずに済み、かつ親身な配慮と適切な助言が身近に得られるような人間関係である。」としている。3名の研究協力者にとって再発は、このような良好な関係を築く契機となっていたことが見いだされた。

Aさんは、元来人付き合いが苦手に対人関係はどちらかという自分の自由を束縛するものという感覚を持っていた。しかし、再発を契機に自分が障害をもって生活するには、生活保護などの経済的な支援や薬物療法などの医療を含む他者からの支援が不可欠であるということに気づき、その支援者との間に信頼関係を構築していった。現在のAさんの自立した生活の自信は、この信頼関係を維持するという動機付けに支えられている。Bさんは、苦労と努力を積み重ねて維持してきた仕事と信仰における対人関係が再発によってあっけなく崩壊し、またそこからは何の救いも得られなかったことに深い失意をおぼえた。そのような中、Bさんを障害を抱えた人として同等の立場で受け入れてくれる同じ障害を持った仲間やデイケアのスタッフに出会い、仲間やスタッフと一緒に散歩に出かけたり音楽を聴いたりすることがBさんの生活の張り合いとなっている。Cさんは、それまで自分の障害を理解してくれていると信じていた家族が、実はCさんの自立を阻む難敵であったということを知ったうえに、妊娠に伴って医療者からも理解してもらえない孤立無援の状況で、再発を体験した。その体験から、ずっとCさんを支え続けてくれた同じ障害者の男性と家庭を作り、家族を形成していくという決意を固めていく。

3名に共通するのは、能力に限界があること、他者からの支援を必要としていることなど、障害から生じる自分の弱い部分を再発以前には素直に開示できない対人関係の中に身を置いていたということがいえる。しかし、再発を契機にそういった弱い部分もひっくめて「ありのままの自分」を受け入れてくれる関係を構築出来ているという共通点が見いだせる。このような環境のなかでは、具体的な体験の一つ一つが他者と共有、共感されるにしたがって、自分の当面の課題や現実的な目標を自覚することが可能になる。そして、このような「良好な関係」が保障され、居心地のよい環境が「居場所」と呼ばれ、障害を抱える当事者

たちが障害受容、すなわち「自己実現と疾病、生活の安定の方法が矛盾することなく相補的に達成される過程」を辿るのには必要不可欠の場所なのであろう。

VI. ま と め

今回は、現在デイケアに主体的かつ能動的に参加し、統合失調症という疾患とそれに伴う精神障害とうまく付き合っておられる当事者3名を研究協力者として、障害受容における「再発」という体験の肯定的意味を探索した。

精神障害の場合、これまで人生において価値を見いだしていたものを捨てたり諦めたりしなくてはならないのと引き替えに、生涯自分の生活に深刻な影響を及ぼす障害を背負ってしまったことを初発のエピソードのみで受容するのは困難なことであることがあらためて浮き彫りとなった。それに対して「再発」は、単なる治療の失敗や支援からの脱落ではなく、障害を抱えている自分の可能性に気づき新たな価値を見いだす契機となり得るという特徴も明らかとなった。しかしこれは、「再発したこと」自体が価値観の転換を引き起こしたのではなく、再発をしたときの状況とそのとき周囲がどのように対応したかによるところが大きいことも明らかとなった。また再発は、障害を背負った弱い部分もひっくり返して「ありのままの自分」を受け入れてくれる良好な関係を築く契機となり得るのであり、そのような関係性が保障される場所が統合失調症患者にとって居心地のいい「居場所」なることも示唆された。このような環境のなかで、統合失調症という精神障害を背負った当事者たちは、具体的な体験の一つ一つが他者と共有・共感されるにしたがって、自分の当面の課題や現実的な目標を自覚すること、すなわち障害受容のプロセスを踏み出すことが可能になると思われる。看護師を含む、精神医療にたずさわる専門職者は、「再発」を単なる治療の失敗や脱落としてとらえるのではなく、こうした個々人の複雑で個別な背景のもとに、喪失や苦悩を伴うが、そこからまた「新たな自分」の可能性を見いだしていく契機ともなり得るのだということを念頭に置いて、患者の心に寄り添いながら再発予防プログラムや再発した患者のケアを実践していくことが求められる。

謝辞

インタビューに快く応じて下さった研究協力者の

方々に、ならびに研究協力者を支え体験を語ることにご協力下さったB病院デイケアのスタッフの皆さまに深く感謝致します。また、本研究に関して終始ご指導いただきました聖路加看護大学 伊藤 和弘 教授に心より感謝致します。

本研究は、平成24年度群馬パース大学特定研究費の助成を受けた研究である。

文 献

- Amenson, C.S. (1998). 再発予防のためのサイコエデュケーション. 松島義博, 荒井良直訳(2003). 星和書店. 9-10.
- 蟻塚亮二 (2007). 統合失調症との付き合い方. 大月書店. 35.
- Dreyfus, H.L. (1991). 世界内存在 『存在と時間』における日常性の解釈学. 門脇俊介監訳(2000). 産業図書.
- 遠藤淑美 (2000). 精神科看護とりハビリテーション. 坂田三允, 遠藤淑美編. 医学書院. 28-34.
- Flick, U. (1995). 質的研究入門〈人間科学〉のための方法論. 小田博志, 山本則子, 春日日常他訳 (2002). 春秋社.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 第2版. 医学書院.
- 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.
- 平井孝男 (1986). 再発の治療的利用 一分裂病圏精神障害の治療経験から. 精神科治療学, 1(4), 557-566.
- Holloway, S. & Wheeler, S. (2002). ナースのための質的研究入門. 野口美和子監訳(2006). 医学書院. 167-184, 176-179, 252-256.
- 本多哲三, 南雲直二 (1992). 障害の「受容過程」について. 総合リハビリテーション, 20(3), 195-200.
- 伊東嘉弘 (2004). メンタルヘルスにおける最近のトピックス: 統合失調症のリハビリテーション. 北海道医報, 1034, 6-9.
- Kaplan, H.I. (1970). 予防精神医学. 新福尚武監訳. 朝倉書店.
- 萱間真美 (2007). 質的研究実践ノート. 医学書院.
- 風祭 元 (1994). 精神医学レビューNo.12 精神分裂病の再発. 太田龍朗編. ライフ・サイエンス. 50.

- 木田 元 (1970). 現象学. 岩波書店.
- 厚生労働省. 精神医療福祉の改革ビジョン (概要).
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> [2012-3-24]
- 丸山 晋, 岡上和雄, 田中英樹他 (2002). 精神科リハビリテーション学. 中央法規. 25-26.
- 宮岡 等 (2010). なぜ薬物療法偏重となるか. 精神科治療学, 25(3), 303-308.
- 中井久夫 (2007). 看護のための精神医学 第2版. 医学書院. 110, 127-128.
- 中川正俊 (2003). 統合失調症における「障害受容」構造化の試み. 人間福祉研究, 6, 1-9.
- 奥村太志, 河合洋子, 渋谷菜穂子他 (2005). 統合失調症の障害認識・受容と社会復帰後の生活についての検討—デイケア通所者の面接を通して—. 名古屋市立大学看護学部紀要, 5, 1-10.
- 坂田三允 (2000). 精神科看護とリハビリテーション. 坂田三允, 遠藤淑美編. 医学書院. 183-184.
- 佐久川肇, 植田嘉好子 (2009). 質的研究のための現象学入門. 医学書院. 42-45.
- 竹田青嗣 (1989). 現象学入門. 日本放送出版協会.
- 竹田青嗣 (1995). ハイデガー入門. 講談社選書メチエ. 22-26.
- 田島明子 (2009). 障害受容再考「障害受容」から「障害との自由」へ. 三輪書店.
- Tomas, S.P. & Polio, H.R. (2002). 患者の声を聞く現象学的アプローチによる看護の研究と実践. 川原由佳里監修 (2006). エゼルビア・ジャパン.
- Toombs, S.K. (1992). 病いの意味 看護と患者理解のための現象学. 永見 勇訳(2001). 日本看護協会出版.
- 上田 敏 (1980). 障害受容 —その本質と諸段階について—. 総合リハビリテーション, 8(7), 515-521.
- 山下 格 (2000). 精神医学ハンドブック 第3版. 日本評論社. 99-100.

Summary

One of the main purposes of modern psychiatric treatment for schizophrenia is the prevention of recurrence, primarily by pharmacotherapy. Recurrence occurs because of the discontinuation of treatment or failure of supporting care, which are common in psychiatric practice. However, recurrence is an opportunity to promote disability acceptance. The aims of this study were to determine the meaning of recurrence in disability acceptance among patients with schizophrenia, understand the experience of recurrence, and obtain suggestions for improving nursing care of such patients.

Three schizophrenia patients who experienced recurrence were interviewed regarding their life history, disease progression from its onset to recurrence, and their present condition. Qualitative and inductive analyses of the data were performed using a phenomenological approach. The primary results obtained from this study were as follows: (1) disability acceptance is difficult at schizophrenia onset; (2) recurrence destroys the existing sense of values, thereby leading to an opportunity to establish new sense of values; and (3) recurrence is an opportunity to build good personal relationships.

Key words : schizophrenia, recurrence, disability acceptance,