

原 著 論 文

看護者の捉える精神疾患患者の退行

Nurses' View for Degradation of Psychiatric Patients

戸 田 由美子 (Yumiko Toda)*

要 約

本研究は、看護者が臨床の中で遭遇する精神疾患患者の退行を明らかにし、患者理解の仕方を提示することを目的とした。16名の熟練看護師の面接より得られたデータを質的に分析・整理した結果、『看護者の捉える精神疾患患者の退行現象』、『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』が抽出された。『看護者の捉える精神疾患患者の退行現象』は、看護者はセルフケアレベルを細かく観察することと、発達段階より退行現象を捉えていると考える。急性期の食事、排泄のセルフケアが急速に低下する場合と、慢性期の清潔面からセルフケアが低下してきた場合、退行と捉え直す必要があると考える。『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』は、病的退行と、Institutionalismによる退行、人的環境の影響による重症化した退行に分類されたと考える。両者を組み合わせて退行の捉え直しをすることが重要であると考ええる。

キーワード：精神看護、退行現象、退行の理解、精神疾患患者

I. は じ め に

今日精神科医療は、諸般の法制度が整備され、「社会復帰施設から地域社会へ」という新たな流れがつけられた。しかし、実態は、長期の入院から社会復帰施設にすら退院できない精神障害者がまだまだ多い¹⁾。また、第4次医療法改正に伴い^{2)~3)}、今後急性期と慢性期の2極分化の加速が予測される。そこで問題となるのは、慢性化し院内寛解患者をどう地域に結びつけるか、慢性期で重症の患者をどう安定させるかの2つではないかと考えられる。中でも慢性期で重症な患者に対するケアは、いまだ手探りの状況である。

精神科領域で、治療者にとって対応困難な患者の55.8%が統合失調症、55.1%が問題行動や暴力行為と言われる⁴⁾。そして、重症の精神疾患患者の場合退行が認められる^{5)~6)}。このような状況が長期化すると、看護者の陰性感情が引き起こされ、防衛的となりケアが膠着しやすくなる。しかし、いわゆる対応困難と言われる患者に対する研究の中で退行と

いう捉え方をして研究されているものは少ない^{7)~18)}。さらにこれら全ては、個別に回復した患者の看護を振り返り有効な看護介入について考察されているものである。そこで、今回は退行そのものに焦点を当て、看護者が臨床の中で遭遇する精神疾患患者の退行を明らかにし、患者理解の仕方を提示する目的で研究を行った。本研究では、「退行」を過去の未熟なレベルに逆戻りすること、として捉えている。

その結果、『看護者の捉える精神疾患患者の退行現象』と『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』が抽出され、看護者の捉える精神疾患患者の退行が明らかになったので報告する。

II. 研 究 方 法

今まで明らかになっていない現象を明らかにするため、質的因子探索型研究方法を用いた。

対象者：精神科看護歴5年以上の熟練看護師

*長野県看護大学

で、施設管理者に推薦され、本人の同意が得られた者16名であった。

データ収集期間：2003年5月～8月

データ収集方法：半構成面接ガイドを作成し1人につき1回1～2.5時間行った。面接内容は、臨床の中で退行と捉える現象について語って頂き、その現象を退行だと考えられた理由とその現象がどうして起こったか、その現象をどのように捉えたかについて、自由に語って頂いた。なお、面接内容は同意を得た後録音した。

データ分析：対象者が語った内容から看護師が捉えた患者の退行現象と理解の部分抽出し、ケース毎に類似したコードを分類しカテゴリー化を行い、他のケースと比較しながらコード、カテゴリーの特性を検討・分析した。データの妥当性を確保するため精神看護領域かつ質的研究の研究者によるスーパーバイズを分析の各段階で受けた。

倫理的配慮：対象者に対しては、口頭および文書にて、対象者自身のプライバシーの保護と権利を尊重することを説明した上で研究協力の同意を得て、同意書を交わした。得られたデータに対しては、データの取り扱いには研究者が自ら行い、保管も他者の目に触れないよう厳重に行った。また、インタビューで得られた対象者の言葉を本文に使用する際には、対象者の了承を得て、個人が特定されないよう配慮し、必要最小限のものとした。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の概要

対象者は、男性4名、女性12名の全16名であった。平均年齢は43.2歳、精神科看護師歴平均は13.8年であった。

2. 退行事例の概要

本研究において退行の現象として語られた場面で対象となった患者は、統合失調症30名、解離性障害1名、パニック障害1名で、急性期13名、慢性期19名の32名であった。その内、急性期で病状や薬物の影響だけでは説明のつかない退行13名、長期入院や長期間の引きこ

もりによる退行15名、長期間の保護室（1年以上）対応による退行4名であった。

3. 看護師の捉える精神疾患患者の退行現象（表1参照）

『看護師の捉える精神疾患患者の退行現象』とは、看護師が、現在の患者の状況を退行と捉えた現象である。【日常生活行動レベルの低下】【甘えや依存・幼児のような関係のとり方】【発語の消退】【衝動性のコントロール感の低下】の4つのカテゴリーと13のサブカテゴリーが抽出された。以下にカテゴリー、サブカテゴリーの説明を行う。

1) 日常生活行動レベルの低下

日常生活において、今まで自立していた行動ができなくなることと捉えていた。

(1) 急性期は食事・排泄面が急速に低下する

急性期の場合、急速に食事・排泄面の日常生活ができなくなる事が退行と捉えられていた。

例えば、「ご飯の方も、食べなくなっただすよねえ。途中から、介助が必要になって、当初は薬による燕下困難、咀嚼が十分に行えないような状態なんだろうと思ったけど、それも、減薬によっても改善されてないんですよね。」や、「排泄が、急にできんようになって、ちょっと症状からも考えにくいし、薬による副作用みたいなものではないし、精神的なものではないかと、精神的なものであれば、退行かなあ。」などが語られた。

(2) 慢性期は清潔面から徐々に低下し食欲は最後まで残る

慢性期の場合、日常生活行動の清潔面が徐々に低下し、食欲は最後まで残ることが退行と捉えられていた。

例えば、慢性期で長期入院の患者が「自分で、洗濯でも清拭でも洗髪でもできていた患者さんが、声かけないとやらなくなった、声かけてもやらなくなった、一部手伝ってもできなくなった。」や、「引きこもりの状態で安

表1 看護者の捉える精神疾患患者の退行現象

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
日常生活行動レベルの低下	急性期は食事・排泄面が急速に低下する	<p>病状や薬物調整が上手くいかず、食事、排泄が非常に低下しまともになくなる 減薬や薬物の副作用でなく食事が自力摂取できず全介助となる 病気や内服薬では説明のつかない失禁がある 食事ができなくなり、排泄ができないとだんだんレベル低下が広がってくる 段々食べられなくなり体力も低下し動けなくなる なにも言わずもらす 排泄の始末ができない、着脱ができない デイルームにて下着を脱いだまま放置している 失禁にておむつ使用になる 失禁した時おむつになるも羞恥心や違和感がない</p>
	慢性期は清潔面から徐々に低下し食欲は最後まで残る	<p>今までできていた人が洗濯、入浴、ひげ剃り、歯磨きなどで徐々に手が必要になる 引きこもりの患者が身の回りのことがだんだんできなくなる 自分の身辺、身なり全体をかまわなくなる 食事に時間がかかるが食欲は最後まで残る</p>
	活動性が低下し刺激への反応が鈍麻する	<p>ベッドから離れなくなる 全く動けなくなる 活動性が減少する 呼びかけなど刺激がないと自分で考えて行動できない 表情がなくなり刺激に反応が鈍くなる 時間感覚がなくなる</p>
	慢性期は人を避け籠もる	<p>人との交流を避け籠もる 周囲に無関心となる</p>
甘えや依存・幼児のような関係のとり方	依存的な介助要求をする	<p>依存的に食事介助を求める 全ての援助要求をする 排泄ではトイレ介助を求める できていたのに急に手を貸して欲しがる 依存したりできないと怒る できることをこちらに委ねる</p>
	スキンシップを求め傍に居て欲しがる	<p>べったり離れない いつもいつも寄り添って欲しがる 手をつないで欲しがる 添い寝をして欲しがる</p>
	注目を引く言動をする	<p>注目して欲しいという 大声を出して関わりを求める わざと高いところへ上がる</p>
	幼児のような甘えた口調で訴える	<p>甘えた口調になる 甘えにいく 言葉も態度も幼くなる 幼児語を使い看護師をちゃんづけで呼ぶ</p>
発語退の	発語がなくなる	<p>発語が段々なくなり無言になる 単語のみの発語になる 喃語になる</p>
衝動性のコントロール感の低下	自己破壊行為をする	<p>手づかみで落ちてる物を食べる 糞食する、身体中になすり付ける、弄便をする 服を破る、汚す 全裸で叫ぶ トイレで髪を洗う、飲む</p>
	暴力・自傷行為が常習化する	<p>物を投げる 血が出るほど物を蹴る 爪を剥ぐ 暴言を吐く 看護者へ暴力を振るう</p>
	欲求が我慢できず大声で叫ぶ	<p>希望を通したいときに大声を出す 物を我慢できず大声で叫ぶ</p>
	セクシャルな言動をする	<p>触るとか抱きつく セクシャルなことをすぐ言う</p>

定して、そういう身の回りのことくらいはできていた患者さんが段々できなくなっていく。・ ・ ・その1年でひどく患者さんが身体的に落ちたってということもないし、家族の環境が変わったかっていえばそういうことも考えられない。」とか、「最終的に食べる事は結構残っている。・ ・ ・一番最後まで残る。」などが語られた。

(3) 活動性が低下し刺激への反応が鈍麻する

急性期の場合、急速にセルフケアが低下しベッド臥床になることや、慢性期の場合、長期入院の経過の中で刺激に対する反応も鈍くなり活動性が減少し時間感覚もなくなっていくことが退行と捉えられていた。

例えば、急性期の患者の場合、最終的に「ベッド上から離れなくなって活動範囲が狭くなってくるっていう状況が・ ・ ・身体レベルもベッド上になってくる。・ ・ ・全介助ですね。」や、「入院時には、散歩にも行ってたけど、急にご飯も食べられなくなって、体力も落ちていったと、食べれなくなるってことがあって、動けなくなる。」とか、慢性期の長期入院の患者は「自分の力で行動を起こせなくなったっていうか、今は多分妄想の世界には入っていないんだけど全然動けないようになってしまっているみたい。呼びかけないと動かない、動けないとか。」などが語られた。

(4) 慢性期は人を避けて籠もる

慢性期の長期入院の場合、周囲に無関心になったり、人との交流を避けて籠もってしまうことが退行と捉えられていた。

例えば、慢性期の患者で「退行してる時は、内々に籠もりますからね。お布団被って過ごしてます。」や、「一般的に人がしていることに、関心を示さないで、自分の、やっぱり自分の世界にこもってしまうというか…。引きこもりがやっぱり一番そう思うかも。(他者との交流を)避けてしまうというかね。」などが語られた。

2) 甘えや依存・幼児のような関係のとり方
他者に対して、幼児のような甘えや依存欲求が全面にでることや、注目を引く言動で人に世話をしてもらいたいという関係のとり方をすることと捉えていた。

(1) 依存的な介助要求をする

甘えたいという依存欲求が全面にでて一方的に人との関係をとろうとすることが退行と捉えられていた。

例えば、「食事の時に、まあすぐ、食べさせて欲しいといってくるような、甘えたような感じですかねえ。」や、「介助して欲しい、手を出して欲しい、ご飯を食べさせて欲しい、全てに対して援助を求めてくるんですね。」とか、「トイレの移動にしても手を貸してもらいたがったり」「今まで、自分でやっていたのに、やってやってっていう風になっていく。」などが語られた。

(2) スキンシップを求め傍に居て欲しいがる

幼児のような母親との関係を他者に求め傍に居て欲しいがる、スキンシップを求めたがる事が退行と捉えられていた。

例えば、急性期の患者が看護者の傍に「離れなくて、べったりで、赤ちゃん返りした、幼児返りしたという感じですね。」や「いつも自分と一緒に寄り添って欲しいという、要求がすごくありましたね。」とか、急性期の患者が「寝るときも、側にいて欲しい、不安が強いからだと思うんだけど、側にいて欲しい、手をつないでいて欲しい、ちょっと添い寝をして欲しいとか言われる。」などが語られた。

(3) 注目を引く言動をする

自分に関心を向けさせたり、注目を引く言動で存在をアピールすることが退行と捉えられていた。

例えば、急性期で保護室に入室している患者が「幻聴、妄想が表にでてるような感じではなく、落ち着いておれないんですよ。そわそわして、看護師を（ドアを）叩いて呼ぶという感じだったので、症状が異常体験があっ

てしてるというよりは、自分のところへ人に来てもらいたいとか、そういう欲求からきてるように感じた。」や、急性期の患者が「高いところに上がって、困らせる雰囲気を作るというかなあ。」などが語られた。

（4） 幼児のような甘えた口調で訴える

幼児のような言動で甘え他者に母親に接するような関わりを求めようとすることが退行と捉えられていた。

例えば、「やっぱり甘えたような口調になることが多いんじゃないかなあ。言葉だけでなく、態度が、ちょっと幼いなあっていう印象ですね。」や、「関係がすごく甘えている。お話しして、看護師さんをからかって、おばさんとか、姉ちゃんとか言ってみたり、甘えにいく、会話が甘えてる感じですねえ。」とか、「入院時はそれほど目立たなかったんですけど、先生見かけたら走って行って『先生え』（甘えた口調）って言って寄り添うみたいな感じですね。」また、「言葉遣いから変わった。幼児語を使って、看護婦にも名前に、何々ちゃんとか言っていました。」などが語られた。

3） 発語の消退

言語による意思の疎通が図れていた患者が、発語が単語のみになったり、全く発語がなくなることと捉えていた。

（1） 発語がなくなる

発語が段々なくなり、単語のみや喃語、全く発語がなくなり言語的なコミュニケーションが取れなくなることが退行と捉えられていた。

例えば、「自分で一切しゃべらなくなる。会話がなくなってしまって・・・もう発語もしなくなってきてたと思うんですよ。」や、「コンタクトもすごく悪いし。言葉は単語。ポテトチップとかハンバーガーとか、そういう羅列でした。」とか、「当初は、ちょっと普通ではないんですけど、はっきりものをしゃべってたんですけど、それが、徐々に、喃語、喃語とも違うな。喃語のようなわかりにくいしゃべり方をするんですね。」などが語られた。

4） 衝動性のコントロール感の低下

暴力や自傷行為、自己破壊的な行動など衝動性が持続していることと捉えていた。

（1） 自己破壊行為をする

滅裂な行為をする状況が退行と捉えられていた。

例えば、「食事なんかも手づかみで食べて、そんなもんだけじゃなくて、落ちてる虫とか、コンクリートの破片なんかでも口に入れてしまうということもありました。」や、「便を食べる、頭の上に乗せる、なする、もう不潔行為ですよ。・・・服を破る、汚す。」とか、慢性期の長期保護室患者が「保護室内のトイレで髪を洗ったり、（トイレの）水を飲んだりする。」などが語られた。

（2） 暴力・自傷行為が常習化する

暴力や自傷行為が長期化し常習化した状況が退行と捉えられていた。

例えば、慢性期の長期保護室の患者が「お箸とかスプーンとか使って食べられないで、もう投げる、投げる。みそ汁を頭からかぶる。熱くてもかぶるっていうことですね。」とか、同様の患者が「こちらへの暴力も困るし、自傷、血が出るほどずっと蹴り続けたりするので、（抑制を）外すと暴力をふるう。」急性期の患者が「看護師が離れると、もうドアを蹴ったり、床頭台を蹴ったり、大声出して『こらあ殺すぞう』とか言う。」などが語られた。

（3） 欲求が我慢できず大声で叫ぶ

幼児のように自分の欲求を押さえられない事が退行と捉えられていた。

例えば、「物を、我慢ができないという、今何々が欲しい、我慢ができない、叫ぶ。」などが語られた。

（4） セクシャルな言動をする

抱きついたり、セクシャルなことを言ったりと、抑制を欠いた場にそぐわぬ行動をとることが退行と捉えられていた。

例えば、急性期の患者が「入院時は目立たなかったんですけど、主治医に対して、・・・抱きつくこともありますね。手にすがったり

とかもする。」や、慢性期の患者が「ストレートに卑猥なことを言われる時とかですね。」などが語られた。

4. 看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解（表2参照）

『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』とは、看護者が退行現象の意味づけを行い患者理解していることである。【言語化できないことを意思表示】【病状や患者の防衛・内的な問題】【社会との遮断】【人的環境の影響】の4つのカテゴリーと14のサブカテゴリーが抽出された。以下にカテゴリー、サブカテゴリーの説明を行う。

1) 言語化できないことを意思表示

患者が言語化できない自分自身の感情を退行という形で意思表示していると理解していた。

(1) 言語化できないことを身体を張って意思表示している

患者が自分自身の感情を言語化できず、自分の身体で思いを表現していると理解していた。

例えば、慢性期の患者で「病的体験にも左右されてるだろうけども、それが習慣的みたいな感じ、不安とかが、暴力とかの低下した形でしか表せないような感じになっている。言語化で体験を語るということが少なくなって、そういうセルフレベルの低下で表現している。」や、急性期の患者が「この人のいろんな人生というか、意思があって、言葉ではなくて、身体というか、そういう退行という形でね、言葉の代わりに退行が出てきてるかなと思ってるかな。言葉でいうよりは、身体を張って言ってる。」などが語られた。

(2) 依存したい・要求を通したい・注目されたい思いを意思表示している

依存したり、要求を通したり、注目を引く言動で自分の思いを意思表示していると理解していた。

例えば、「介助して欲しい、手を出して欲しい、ご飯を食べさせて欲しい、全てに対して援助を求めてくるんですね。」や、「実際に

病状的なこともあるけど、自分の思いを、行動で伝えてるというか、自分の好きなようにしてくれたらできるんだけど、自分の思い通りにさせてよと言ってるような気がしました。」とか、「人格的なものは保ってますので、自傷行為ですよ。アピール的に、タオルで首を絞めるとか、壁に頭を打ち付けるとかですね。」「わざとこぼしたり、こう威嚇したりとか、こちらに暴力をしたりして、こちらの反応を見ているっていうのは、ちょっと感じられたんですね。」などが語られた。

(3) 衝動行為で意思表示している

興味関心が自分の内側に向かい、言語化できないことが自傷行為や暴力、自己破壊行為になると理解していた。

例えば、「本当はお母さんに向かいたいところが向かえないから自分に（自傷行為）だろうと思うんですね。」や、「退行すると、興味関心が自分を滅茶苦茶にする以外にないのよね。遊べるっていうことがないんですよ。・・・うんこしっこに向かないようなね。」とか、「病状も当然悪いんだろうけども、今すごい体験があるから、聞こえてるから、今こんなに（暴力を）やってるんじゃない、言語的にはうまく、表現する能力はあったはずなのに、それが非常に落ちていて、そういうレベルでの行動でしか表せないみたいな感じに、固定化というか、そういうイメージがあるかなあ。」などが語られた。

2) 病状や患者の防衛・内的な問題

病状の影響や、防衛機制、患者の内的な問題として無意識に引き起こされると理解していた。

(1) 病状により起こる

急性期の病状や薬物調整の失敗による事や、長期の引きこもりのなかで退行が起こったと理解していた。

例えば、「入院して混乱されてたところに、お薬の調整がうまくいかなくて、食べたり飲んだり、排泄がだめになっていきました。」や、「10年近く引きこもりを・・・家の中で、一つの部屋で、糞便を垂れ流していて今の状

表2 看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
言語化できないことを意思表示	言語化できないことを身体を張って意思表示している	言語化で体験えお語れずセルフケアレベルの低下で表現する 言語化できないことを無言になり身体で表現する 言葉の変わりに退行がでている
	依存したい、要求を通したい・注目されたい思いを意思表示している	依存したいことを言語化できず退行することでやってもらう 今まで十分甘えることができなかった 退行することで自分の思い通りにさせて欲しいと言っている 関わりを求めている かまって欲しい 攻撃的に訴え要求を通そうとしている 相手の反応をみるためにしている 注目してほしいと気を引くために暴力・自傷行為をする わざと困らせるようなことをする
	衝動行為で意思表示している	自傷行為は他者に向かいたいことが自分に向かう 退行すると興味関心が自分を滅茶苦茶にする方向に向く 言語化できず衝動レベルでの行動で表現する 隔離の苦しさやストレス発散を言語化できず退行することで解消している
病状や患者の防衛・内的な問題	病状により起こる	病状や薬物調整がうまくいかず引き起こされる 長期間の引きこもり生活をしている
	発達課題・生育歴の問題として起こる	幼少時に両親に甘えられなかった 幼少時に母の乳房に触れた体験がなかった 家族の期待の大きさや家族内での役割葛藤がある 指示的で高圧的な親との関係の悪さがある 葛藤が大きく安心して治れない群がある
	防衛として起こる	大きなストレスや不安がある 現実との直面化をさける 現実を否認している 他患者の状態を取り入れ同一化をはかる 退行することでエネルギーの充電をする
	疾病利得として起こる	心地よい関わりを継続したい
	入院に不納得である	入院に対して納得していない
	低い自己評価がある	自信のなさがある 自分は価値のない人間である
	退行しやすいタイプがある	統合失調症の慢性化したタイプの人が急性増悪したときに起こりやすい
社会との遮断	長期間の隔離・入院により起こる	日々の単調で刺激のない生活で、無為・自閉的になりやすい 社会との関わりも少なく存在感が薄れる 患者にスポットライトが当たらないと退行は進行する 閉鎖空間での患者同士の影響がある 体験や幻聴でやっている暴力やセクシャルさではない 常習化したセクシャルさは欲求の歪んだ形である
人的環境の影響	受け身的な入院生活により起こる	長期隔離によりほとんどが看護者ペースで受身的になる 食事、内服も受け身的である 入院による代理行為や看護者へのおまかせになる 病院内のルールや対人関係で退行させている
	過保護な関わりがある	看護者の関わりが年齢相応の関わりをしていない 看護者が援助してしまう 長年の積み重ねで家族が患者にさせない
	退行を長期化させる 患者像とケアのずれがある	行動化を否定的に捉えているときはよい対応ができない ケアのワンパターン化が退行を長期化させる スタッフの何をしてもよくならないというあきらめが影響する 患者に対する看護者の陰性感情がありケアが上手くいかない ケアのタイミングがずれる 人手不足で十分な働きかけができない

態です。」などが語られた。

(2) 発達課題・生育歴の問題として起こる

幼少時に克服できなかった発達課題や、幼少時からの親との関係性などの問題により退行すると理解していた。

例えば、「自分の、親にすごく甘えるというその辺があまりなかったんじゃないだろうかと。だからこういうときに、無意識に甘えというか、そういう行動が出てる。」や、「統合失調症の患者さんで、薬物調整中に、薬物調整が上手くいかなくて、幼児返りして、夜寝るのに、看護者の添い寝がいった。添い寝をするときに、看護者の胸を触りだして、胸のところに手を置いてると安心して寝る。よく考えたら、赤ちゃんの時にお母さんのおっぱいに触った経験がなかったんじゃないかなと思った。」とか、「お父さんがすごく厳しい人だったみたいで。男性の看護師に度を越して甘えてくるんですよ。」また、「両親の期待というか、それに応えたかったけど応えられない自分というか、長男だから余計あったんじゃないかな。長男だから、甘えられなかったというのもある。」などが語られた。

(3) 防衛として起こる

防衛機制が働くことで退行し、退行することで患者はエネルギーを充電していると理解していた。

例えば、「ある程度自立できてる方が、ちょっとしたストレスとか不安、何かに遭遇したときに、そういうこと（退行）があるかなあと思います。」や、「この人の喪失体験というものを、どこかで本人が認めないようにするには、退行状態になるしかないのかなあ。」また、「悪い取り入れをして（同室患者の状況に）同一化を図ろうとしたのかなあ。」また、「退行するってことで、彼女の中でエネルギーをもう一回充電して、また、看護者とか、他の患者さんと、関わりを持つような気持ちになってきたのかな。」などが語られた。

(4) 疾病利得として起こる

患者が病気になることで世話してもらった心地よさを継続させたいためと理解していた。

例えば、「日中の長い時間点滴をしている間、入れ替わり立ち替わり、看護者が関わっていくと非常に満足をするわけですよ。（中略）またうちの病棟に帰って来るということに関しては、無言の抵抗で、顔立ちは暗くって、きつくって嫌だっていう表情をみせたんですね。」や、長期入院の患者が「洋服を買いたいという気持ちが出てきて、・・初めて、看護者と一緒に服を買に行きましたね。その買い物をしに行った後から、この人のレベルが、急に落ちてきました。」などが語られた。

(5) 入院に不納得である

患者が入院することに納得しておらず、それに対する抵抗が退行させていると理解していた。

例えば、「抵抗してるのかなという風にも見えましたね。・・何に抵抗してるかという、親にもあるだろうし、ここに入院したということもあるかもしれないです。」と語られた。

(6) 低い自己評価がある

自己評価の低さによると理解していた。

例えば、「私は嫌われてるとか自分の自己イメージは持ってるように思います。」や、「自分はこの世に存在する価値がないと思ってる。」などが語られた。

(7) 退行しやすいタイプがある

退行しやすいタイプがあると理解していた。

例えば、「（統合失調症の）もともと慢性化してるタイプの人が急性増悪したときの方が、急激に退行していきそうになるのかなって思う。」と語られた。

3) 社会との遮断

社会生活から遮断された状況の中で退行が起こったと理解していた。

(1) 長期間の隔離・入院により起こる

長期間社会から閉ざされた隔離や入院生活をしている中で退行が起こったと理解していた。

例えば、「患者さん自身にスポットライト

があたりなくては、それは（セルフケアレベルの低下）やっぱり拍車がかかるものかなあっているんですよ。」や、「退行っていう言葉を使うと、退行させてるという感じが出てくるのでいいと思うんですよ。特に若い人たちは、それが作られていった退行という見方はまだ出来なくて、その人の具合が悪いっていう風にね。すぐ衝動的になる。すぐセクシャルになる。それはやっぱり、こういう環境にずっとおいて、退行させてるっていう風になったときに、ちょっと、見方がね、変わると思うんですよ。」などが語られた。

4) 人的環境の影響

入院することによる受身的で保護的な生活環境や、ケアのずれの中で退行は起こったと理解していた。

(1) 受け身的な入院生活により起こる

入院生活の受け身的な生活が当たり前となり、本来持っていた能力をなくしたと理解していた。

例えば、「自分でできるのは、結局、排泄ぐらいですかねえ。食事にしても、それから、歯磨きだとかにしても、看護師がこないと、保護室の場合はなかなかできないので、結局そんなのでリズムも崩れますし、自分がしなくても済みますよね。だんだん自分で、してたのができないようになってきました。」や、「薬はこちら管理ですよ。食事もちろん出るし。ご飯の時には出てきて食べる。ADL的には自立という形だけでも、单身とか、家に帰って自分で何かをするところまでは至らない。準備されてあればそのことをする。好きなものを誘われればそのことだけはする、それ以外のことはいいって感じです。」また、「一見それなりの生活はできてるんだけど、社会からすごく離れてしまって、病院なりのルールとか、病院なりの対人関係しかわからなくなったときに、それが当たり前みたいな感じになる。」などが語られた。

(2) 過保護な関わりがある

看護者や家族が、保護的に関わり援助することで患者の能力を失わせたと理解していた。

例えば、「私達はその人の年齢に合わせた対応をしてなくて、退行させてるようなところがあるなということを感じます。言葉かけ一つにしてもあまり考えないで言ってることもあります。」や、「お風呂に入る時も自分で洗わずに、こちらで洗ってしまう、それがもう当たり前で、今までできてたのに、実際にはほんまに洗わなくなってしまうたりというものもあります。」また、「長年の積み重ねで、家族も本人にさせないし、しなくていいと、自然にそういう風になってしまっているというのがあるかな。」などが語られた。

(3) 退行を長期化させる患者像とケアのずれがある

患者の見方が固定化しケアのずれが生じたり、人手不足により退行が起こったと理解していた。

例えば、「同じパターンでずっとやってるので、極端に悪くはなってないけど同じ。先が見えないって感じがあって。ワンパターンでね、これやったからだめっていうやりかたではね、だめだなんて思う。」や、「器質的に、もどらない状況になっているのと違うかと（会議）にでてました。…だから、あきらめっていうか。所謂器質的にね、壊れてるところがあってその衝動行為がとまらない。」とか、「あまり良い印象ではなかったです。扱いにくい、人を不愉快にさせるとか、あまのじゃく、とか変なおばさんとかいう印象でした。」また、「個室に行けなかったという事が、时期的なことなのか、ちょっと遅れたなあっていうのが、私の判断の中にはあるんです。」さらに、「慢性期になったら、長期になればなるほど、私たちが働きかける、動かすあたりでは、追いつけない。」などが語られた。

V. 考 察

1. 退行事例の特徴

本研究で提供された事例は、統合失調症30事例、解離性障害、パニック障害各1事例の32事例であった。Duncanら¹⁹⁾は退行の精神医学的疾患として統合失調症、著しい不安障害をあげている。しかし、退行を取り扱った事

例報告^{7)~18)}では、統合失調症に加え、うつ病、摂食障害、知的障害があった。今回はDuncan¹⁹⁾の結果と同様で、主に統合失調症における退行であった。統合失調症の場合、自我の脆弱さのため人生早期のレベルまで退行する²⁰⁾と言われており、臨床の中で遭遇する退行を考えると、ケアの難しい統合失調症が一番印象に残るのではないかと考えられる。

また、退行には3つの現象があると考えられた。1つ目は急性期で病状や薬物の影響だけでは説明のつかない退行、2つ目は長期入院や長期間の引きこもりによる退行、3つ目は長期間の保護室対応による退行であった。事例報告^{7)~18)}では急性期を扱ったものがほとんどで、慢性期を扱ったものは1事例¹³⁾のみであった。しかし、精神科病床全体の入院患者の60%が3年以上、その内30%以上が10年以上の入院患者²¹⁾であることから考え合わせると、慢性期の退行も重要となる。さらに退行は長期保護室対応での不適切さによっても引き起こされる²²⁾とも言われる。慢性長期入院や長期保護室事例は、熟練看護者にとっても関わりの面で苦慮しているのではないかと考える。

2. 看護者の捉える精神疾患患者の退行現象の特徴

看護者の捉える精神疾患患者の退行は、【日常生活行動レベルの低下】【甘えや依存・幼児のような関係のとり方】【発語の消退】【衝動性のコントロール感の低下】の4つであった。これらは、セルフケアレベル低下の行動面と発達段階より退行現象を捉えていると考えられる。

急性期と慢性期の退行を評価する尺度として矢崎²³⁾の治療的退行を扱った『退行評価尺度』と豊田ら²⁴⁾の『精神的未熟・退行症状評価表』があげられる。『退行評価尺度』は「欲動のコントロール」「対象関係」「情動」「認知機能」「身体像のゆがみ」の5つに分類されている。【甘えや依存・幼児のような関係のとり方】【発語の消退】【衝動性のコントロール感の低下】は、その中の「欲動のコントロール」「対象関係」の内容に含まれると考えられる。また、『精神的未熟・退行症

状評価表』は、「未熟症状」「脱抑制症状」「退行症状」の項目があり、「退行症状」の中に〈社会生活行動能力低下〉〈日常生活行動能力低下〉がある。【日常生活行動レベルの低下】【甘えや依存・幼児のような関係のとり方】【衝動性のコントロール感の低下】は、〈社会生活行動能力低下〉〈日常生活行動能力低下〉に含まれると考えられる。退行を扱った事例報告^{7)~18)}においてもセルフケアの低下より退行を捉えており、看護者は「情動」「認知機能」「身体像のゆがみ」といった患者の内的変化よりも具体的な行動の変化により退行を捉えると考えられる。それは、患者との対人関係を基盤として常に患者の傍らにいて日常生活の援助を行っている看護の特性を考えると、細かい行動の変化にも敏感であるものと思われる。

特に特徴的であるのは、『急性期は食事・排泄面が急速に低下する』と、『慢性期は清潔面から徐々に低下し食欲は最後まで残る』である。急性期は食事・排泄の生命に関わるセルフケアが急速に低下し、全面介助となりその結果としてベッドから動けなくなる状態に陥ると言える。そして、慢性期は、特に生命維持に重要でない清潔面からセルフケアが低下し徐々に他のセルフケアに広がり食欲は最後まで残る。Underwood²⁵⁾は、「個人衛生あるいは体温は精神病患者にとっては最も欠如していると考えられるため、オレムのセルフケア理論を操作化するにあたり、これらを1つの項目とした」と述べている。この事は、前記した精神科病床全体の慢性期患者数²¹⁾と考え合わせる必要がある。病状や薬物の影響だけでは説明のつかない急性期の食事、排泄といったセルフケアが急速に低下する場合と、慢性期の清潔面からセルフケアが低下してきた場合、患者が退行したのではないかと捉え直しをしてアセスメントする必要があると考えられる。

次に発達段階より考えてみると、【甘えや依存・幼児のような関係のとり方】【発語の消退】【衝動性のコントロール感の低下】は、乳幼児期の発達段階であると言えよう。【発語の消退】することで自分の思いや欲望を言語で表現できなくなり幼児のような【甘えや

依存・幼児のような関係のとり方】で欲望や不安を解消する行動や自我レベルという乳幼児期の快感原則に沿い【衝動性のコントロール感の低下】の行動が出現するものと考えられる。Duncan¹⁹⁾らは、退行行動の特性として、攻撃や敵意の振る舞いが幼児期のより適応したパターンに戻ることで、無力感の増強、尿便失禁、自慰、ベッド上生活、無言症、破壊的振る舞いをあげている。また、事例報告^{7)~18)}においても、自傷行為、興奮し奇声を発し暴力を振るう、器物破損が認められた。【衝動性のコントロール感の低下】は看護者にとって非常に労力のいる関わりであり、患者に対して陰性感情が出現しケアの膠着となるものである^{26)~28)}。しかし、Winnicott²⁹⁾は、幼児という言葉には“話さない”infansという意味があり、幼児期を言葉の出る以前の、言語象徴を活用する以前の時期と述べており、退行することは、言語表現を失い身体を使って自己表現していると捉える必要があると考えられる。このことは、【言語化できないことを退行することで意思表示】という退行の理解とつながるものと思われる。外見は大人であるが、発達レベルでは乳幼児に逆戻りしていると理解して関わる必要があると考えられる。

3. 看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解の特徴

『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』は、【言語化できないことを退行することで意思表示】【病状や患者の防衛・内的な問題】【社会との遮断】【人的環境の影響】の4つであった。このことは、退行を身体的には大人であるが幼児のレベルに退行しているため自分の欲求や感情を言語化できず身体で表現しているという理解と、退行が患者の内的な変化によるものと、環境の影響により作られていくという理解であると言えよう。

病的退行とInstitutionalismによる退行、人的環境の影響による重症化した退行の特徴が考えられる。この点を考察する。

- 1) 病的退行とInstitutionalismによる退行、人的環境の影響による重症化した退行【病状や患者の防衛・内的な問題】は、病的

的退行と捉えていると考えられる。《発達課題・生育歴の問題として起こる》や《防衛として起こる》退行は、防衛機制やストレス脆弱性による防衛的退行と言える。Freudは、「欲求が退行現象を起こすようになるのは、欲求が満足を得るような目標に到達することが、より高い発達段階の形式において、強い外的障害につきあたる場合である。」²⁰⁾と述べており、それはつまり、《発達課題・生育歴の問題として起こる》ことと《防衛として起こる》ことが、相まっていることと考えられ、退行を理解する場合の一般的な意味づけであると言える。また、《疾病利得として起こる》《入院に不納得である》《低い自己評価がある》により退行は無意識に引き起こされ病的退行であるとする。さらに、統合失調症の長期間の引きこもりの生活の中でセルフケアが低下した退行や、《退行しやすいタイプがある》の統合失調症の慢性化したタイプの人が急性増悪したときに起こりやすいことは、統合失調症の病状に影響されて起こった退行と考えられ、病的退行に分類されるものであると言えよう。

次にInstitutionalismによる作られた退行という理解であるが、小木は刑務所における拘禁反応の特徴として情動麻痺と退行をあげている。「ものごとに対する視野や関心は狭められ、単調な生活に飽きることがない。さらに、子どもっぽい状態への退行が見られる。これは自主性の欠如と拘禁者への依存傾向に認められる。・・・幼児的退行は、この特殊状況への順応そのものである」³⁰⁾と拘禁反応として環境への順応が幼児的退行を起こしていると述べており、【社会との遮断】と【人的環境の影響】の中の《受け身的な入院生活により起こる》《過保護な関わりがある》は、この概念に当てはまると考えられる。精神疾患の場合、自我の脆弱さによる精神的混乱をきたしやすいことと、社会の精神障害に対する偏見に満ちたまなざしによっても退行は引き起こされるとも言われており³¹⁾、統合失調症のケアを考える場合、退行は表裏一体であることを常に認識して患者と関わる必要があると思われる。

最後に人的環境の影響による重症化した退

行という理解について、『退行を長期化させる患者像とケアのずれがある』は、暴力・自傷行為が持続し治療者との関係も取りにくく長期間保護室での療養を余儀なくされた患者や、深く退行し回復しない退行の長期化した患者に対して、患者像の固定化でケアがずれて上手くいかなかったと理解されるものである。七井³²⁾は、問題行動を起こしている患者に対する看護者の患者像とケアの固定化が長期化を引き起こしていると述べている。それは、看護者が患者の問題行動に囚われてしまうことで、患者そのものを見失ってしまい、看護者の態度は患者に伝わり患者との関係が希薄化し悪循環して、患者像の固定化とケアの固定化が生じるものと考えられる。このような場合、病棟内だけで考えるのではなく精神専門看護師など外部の人間のスーパーバイズを受け患者像の見直しをする必要があると考える。そして、患者一看護者関係を修復していけば退行から回復させられるのではないかと考えられる。

VI. 結 論

看護者の捉える精神疾患患者の退行は、『看護者の捉える精神疾患患者の退行現象』『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』の2つに分類された。退行事例は主に統合失調症であった。それは、自我が脆弱で深いレベルにまで退行しやすいためと考えられる。そして、退行には急性期で病状や薬物の影響だけでは説明のつかない退行、長期入院や長期間の引きこもりにより引き起こされた退行、長期間の保護室対応で引き起こされた退行の3つの現象があると考えられた。

また、『看護者の捉える精神疾患患者の退行現象』は、【日常生活行動レベルの低下】、【甘えや依存・幼児のような関係のとり方】、【発語の消退】、【衝動性のコントロール感の低下】で、看護者はセルフケアレベルを細かく観察する行動面と、発達段階より退行現象を捉えていると考える。病状や薬物の影響だけでは説明のつかない急性期の食事、排泄といったセルフケアが急速に低下する場合と、

慢性期の清潔面からセルフケアレベルが低下してきた場合、退行と捉え直す必要があると考える。

最後に『看護者の捉える精神疾患患者の退行の理解』は、病的退行と、Institutionalismによる退行、人的環境の影響による重症化した退行に分類され则认为る。これらを組み合わせて患者理解をし直すことの重要性が示唆された。

また、「退行」を語ることは非常にネガティブな体験であったが、熟練看護師は正面から患者と向き合い尽力を注いでいた。そのような看護者を支えるためにもスーパーバイズの必要性があると考えられる。

本研究は、看護者が臨床の中で遭遇する精神疾患患者の退行を明らかにすることであったが、「退行」概念そのものが包括的で多岐にわたったため、一つ一つの現象を深めるまでには至らなかった。また、熟練看護師とはいえ退行現象の捉えは大変困難であった。そのためにも今後は、退行の3つの現象の事例を増やすことと、本研究結果を臨床で活用することで、結果の妥当性を検証し発展させていきたいと考える。

謝 辞

お忙しい中、本研究に快くご協力いただきました看護師の皆様、その施設長の皆様、ご指導を賜りました元高知女子大学梶本市子教授に深く感謝致します。

本稿は、平成15年度高知女子大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。また、本研究結果は、第24回（2004年）日本看護科学学会学術集会で発表したものである。

<引用・参考文献>

- 1) 出口禎子：精神科看護における実践研究，初版，文憲堂，4-5，1999.
- 2) 末安民生：「医療費抑制」が，精神科病院に転換を迫っている，精神看護，5(3)，42-43，2002.
- 3) 石田昌宏：2002年診療報酬改定が誘導する明確な方向とは，ねらいは精神病床の機能分化，精神看護，5(3)，44-47，2002.
- 4) 前田護，前川依久恵，七井裕子，他：保

- 護室使用の長期化した分裂病への対応看護の主体性とチーム医療, 精神医学, 41 (6), 585-588, 1999.
- 5) 中西睦子監修: 対象理解のための基礎知識, 精神看護学, 初版, 45-52, 建帛社, 2000.
 - 6) 内村英幸, 吉住昭編: 精神科保護室の看護とチーム医療, 困難事例への対応と援助, 初版, 金剛出版, 4, 2000.
 - 7) 小高恵実: 退行した行動で自己表現する患者へのかかわり, こころの看護学, 1(4), 395-398, 1997.
 - 8) 戸塚守, 菅原小夜子, 松井三枝他: 受容的母性的かかわりで改善した高度の退行をきたしたうつ病の1例, 精神科看護, 63, 89-97, 1997.
 - 9) 森山秀子, 阿部真澄, 畑美香江他: 退行の著しいうつ病患者の看護, 依存から自立へ・支持的看護を通して, 日本精神科看護学会誌, 42(1), 533-535, 1999.
 - 10) 佐々木寛章, 末吉宗一, 内藤野恵子他: 退行した行動で自己アピールする知的障害患者への関わり, 日本精神科看護学会誌, 42(1), 243-245, 1999.
 - 11) 磯谷勝: 人間関係の破綻から退行状態を示した患者への看護援助, H. E. ペプロウの人間関係論を活用して, 日本精神科看護学会誌, 42(1), 281-283, 1999.
 - 12) 伊波逸子, 兼久富男, 伊佐田正文: 依存的で、自傷をくり返す分裂病者の院内適応をめぐる、二者関係成立への準備状況までの看護, 日本精神科看護学会誌, 37, 179-181, 1994.
 - 13) 片山聡子, 叶谷清行, 須藤美江子他: 依存的となった精神分裂病の老人患者への看護援助, 経過を振り返り依存傾向促進要因を探る, 日本精神科看護学会誌, 41 (1), 243-245, 1998.
 - 14) 奈良岡妙子, 鈴木紀江, 高田憲子他: 児的退行と願望充足的妄想を呈した再発性陳旧性分裂病, 中年危機の発達課題への援助の関わり, 日本精神科看護学会誌, 40(1), 213-215, 1997.
 - 15) 小平寛, 小関いく子, 工藤真弓他: 洗面・ひげそりの自立に音楽を取り入れた効果, 日本看護学会論文集30回精神看護Ⅱ, 173-175, 1999.
 - 16) 菅野英美, 福田幸子: 退行状態を呈した患者の看護, 母親の関わりを通して, 日本精神科看護学会誌, 41(1), 269-271, 1998.
 - 17) 大場せつ子, 広瀬正樹, 新村清子他: 退行の著しい分裂病患者への関わり, 高E E 家族に心理教育ミーティングを行って, 日本精神科看護学会誌, 41(1), 534-536, 1998.
 - 18) 宮坂秀子, 国生拓子, 関屋スミ子: 依存的な青年期神経性無食欲症患者のケアについて, 精神科看護, 62, 66-73, 1997.
 - 19) Katie Cospers Duncan, Melodie A. Lohr: Regressed Behavior, Psychiatric Mental Health Nursing, 1st edition, J.B. Lipponcott Company, 385-389, 1991.
 - 20) Freud, S: 精神分析学入門, フロイト, 世界の名著, 懸田克躬監訳, 初版, 中央公論社, 415-435, 1978.
 - 21) 山口良泰: 日本における精神科看護の問題点, 精神科看護, 62-66, 1993.
 - 22) 内村英幸, 吉住昭編: 精神科保護室の看護とチーム医療, 困難事例への対応と援助, 初版, 金剛出版, 185-194, 2000.
 - 23) 矢崎直人, 西園昌久: 精神分裂病過程における退行現象とその分類, 福岡大学医学紀要, 17(2), 149-157, 1990.
 - 24) 豊田純三, 平井利幸, 岡田宏基, 他: 精神的未熟・退行症状評価表 (IRRS) の作成, 厚生省精神・神経疾患研究平成3年度研究報告書, 精神分裂病の臨床像、長期経過及び治療に関する研究, 40-49, 1991.
 - 25) Underwood, P: オレム理論の概観, 看護研究, 18(19), 104, 1985.
 - 26) 荻野雅, 稲岡文昭, 上原淳子: 過度の依存を示す精神疾患患者の精神力動的理解と看護援助について, 精神保健看護学会誌, 7(1), 19, 1998.
 - 27) 内村英幸編: 看護者に激しい攻撃をむけるI氏, 慢性分裂病の臨床, 初版, 金剛出版, 95-105, 1983.
 - 28) 内村英幸編: 爆弾と言われた暴力行為の

激しい患者 J と看護者 I の5年間のかかわり，慢性分裂病の臨床，初版，金剛出版，105-118，1983.

- 29) Winnicott, D.W: The Maturation and the Facilitating Environment, 1965, 牛島定信訳，情緒発達 of 精神分析理論，初版，36，岩崎学術出版社，1977.

- 30) 小木貞孝：死刑囚と無期囚の心理，金剛出版，281，1974.

- 31) 新福尚隆：精神医学における Institutionalism の概念，臨床精神医学，8(1)，100，1979.

- 32) 内村英幸編：精神分裂病ハンドブック，治療と看護の指針，初版，148-156，金剛出版，1997.