

精神分裂病患者の症状マネジメント －病状の読みとその対処方法

Symptom Management in Schizophrenia －Symptom Monitoring and Coping

畦 地 博 子

Hiroko AZECHI

(平成9年5月27日受理)

1. はじめに

精神分裂病は、「病識のなさ」をそのひとつの特徴とする精神疾患である。そのため、精神分裂病患者は自分の病気をコントロールできない、症状マネジメントは難しいとされてきた。しかし、地域ケアへ、そして患者参加型の治療へと移行しているなかで、患者の社会で生活する能力に注目し、その能力を育成・強化する援助が期待されるようになってきている。すなわち、病識がないというレッテルを貼るのではなく、患者自身の病いの体験に基づいて、患者と共に症状マネジメントにあたる、あるいは症状マネジメントを支える看護介入方法が必要となったのである。

現在、身体疾患を抱えた慢性疾患患者の症状マネジメントについては、医学的知識に基づいた客観的指標だけでなく、病者自身の主観的な体験に基づいた指標が明らかにされつつある¹⁾²⁾。しかしながら、精神分裂病患者に関しての研究は遅れており、「病識のなさ」の一言で片づけられる傾向にあった。しかし、体験を客観化することが困難な精神分裂病患者であるが故に、病者と共に主観的な指標づくりをしていくことは重要であると考えられる。

症状マネジメントに関する文献を整理することによって、研究自体がまだ充分になされていないのみならず、再発の前兆期に出現してくる前駆症状とは何なのか、また再発とは何なのか等これから研究を進めていく上で考えなければならない問題が残っていることが明らかになった。また、患者がより有効に症状をマネジメントできるよう支援していくためには、まず、看護婦が、患者自身が病気についてどのように捉えているか、病状の変化についてどのように捉えているか、また、病状の変化が生じたときどのような方法で対処しているかなどを把握することが求められる。

そこで、精神分裂病患者が行っている症状マネジメントの方法を明らかにし、患者教育へ生かかしていくことを目的として研究を行うこととした。今回はその第1段階として精神科病棟に勤務している看護者の状況把握に焦点を当てて研究に取り組んだ。すなわち、今後患者の症状マネジメントを支える看護を考えていくうえでのひとつの試みとして、精神科病棟に勤務している看護者が把握している精神分裂病患者の病気の捉え方や病状の変化の捉え方、さらに患者自身の病状の変化への対処方法についてきき、その傾向を明らかにしたいと考える。

2. 症状マネジメントに関する研究の動向

症状マネジメントに関する文献を整理していく上で、Nuechterlein, K. T. らの「包括的な仮説概念 (A tentative heuristic framework)」³⁾は精神分裂病患者の再発や病気の過程を捉える視点として注目されている。このモデルは、1977年に Zubin や Spring によって提唱された精神分裂病患者の「脆弱性モデル (the Vulnerability/stress model)」⁴⁾を基礎として開発されたモデルである。脆弱性モデルは、精神分裂病患者のストレスへの脆弱性に焦点をあて、その脆弱性を生まれながらにもつ生物学的な弱さと、危機的な状況や家族関係などの様々な経験からくる弱さの2つの因子によって説明している。それに対し、包括的な仮説概念は、脆弱性の因子と共に、患者自身のもつ防御力をもそのモデルの中に包括しているのが特徴である。またこのモデルは、病状の変化の過程を3つの時期、すなわち、緩解期 (Remission Period)、前兆期 (Prodromal Period)、発症期 (Episode) に分けて説明している。精神分裂病患者が脆弱性を抱えながらも、自らの対処能力や家族などのサポートシステムなどの防御力により、様々なストレスを調節し生活している時期を緩解期、患者自身のもつ防御力では自分自身が守れなくなり、前兆とも言える症状 (Prodromal Symptoms) が出現してきた時期を前兆期、様々な精神症状が出現した時期を発症期としている。そして、前兆期や発症期において、患者自身のもつ防御力が有効に働けば、また、緩解期に戻れることが示されている。

症状マネジメントを考える上で、このモデルは、前兆期において前駆症状が出現した時点で、患者の防御力が有効に働くような状況を整える必要性を示唆していると考えられる。そして、発症の前兆期において出現してくる前駆症状に焦点をあてた、症状マネジメントに関する研究を整理することが重要であると考えた。

そこで、Medline System を使用し、「再発防止」と「精神分裂病」の2つのキーワードを用いて検索した1980年から現在までの文献26件のうち、前駆症状に焦点をあてた文献6件と、さらに年度をさかのぼり検索した文献10件、計16文献⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾の整理を行うこととした。

(1) 文献探索の結果

表1にまとめたように、1980年、Herz と Melville⁵⁾が再発の前兆のサインを精神分裂病患者とその家族へのインタビューによって明らかにして以来、前駆症状に関する研究の焦点には2つのタイプがあると考えられる。ひとつは、服薬の方法を研究したもので、継続した服薬方法と、服薬を中断し前駆症状が出現した時点で服薬する方法を比較検討している。もう一つは、精神分裂病患者自身の前駆症状への気づきと、その対処方法を研究したものである。

表1 研究の焦点とデータ収集の方法

	著者名	研究の焦点	方法
1	Herz, M.I. & Melville, C. (1980)	再発のサインと再発に関連する情報について	遡及
2	Herz, M.I. et al. (1982)	服薬方法	追跡
3	Cohen, C.I. & Berk, L.A. (1985)	前駆症状への対処方法とその方法と対象者の特徴、社会的な能力、精神機能との関係	遡及
4	Heinnichs, D. W. & Carpenter, jr. W.T. (1985)	服薬中の患者と服薬を中断したの患者の前駆症状のタイプと頻度の比較	追跡
5	Heinnichs, D.W. et al. (1985)	精神分裂病患者の前駆症状への気づきとその対処方法	追跡

表1 研究の焦点とデータ収集の方法

	著者名	研究の焦点	方法
6	McCandless-Glimcher, L. et al. (1986)	精神分裂病患者的の前駆症状のモニタリングと前駆症状が出現したときの行動の変化	遡及
7	Carr, V. (1988)	精神症状への対応	遡及
8	Subotnik, K.L. & Nuechterlein, K.H. (1988)	精神分裂病患者的の再発の前駆症状	追跡
9	Birchwood, M. et al. (1989)	前駆モニタリングシステムの開発とその再発の予測の可能性	追跡
10	Carpenter, Jr.W.T. et al. (1990)	服薬方法	追跡
11	O'Connor, F.W. (1991)	前駆症状のモニタリングについての文献レビュー	追跡
12	Herz, M.I. et al. (1991)	服薬方法	追跡
13	Marder, S. R. et al (1991)	前駆症状を明らかにする方法	遡及
14	Hamera, E.K. et al. (1992)	再発の測定用具の特徴とその有効性	遡及
15	Gaedel, W. et al. (1993)	再発を予測する前駆症状の信頼性	追跡
16	Koreen, A.R. et al. (1993)	再発を予測する前駆症状の信頼性	追跡

本論文では、精神分裂病患者的の症状マネージメント方法に関して、特に、次の7つの点、①対象者の特徴、②再発の定義、③前駆症状の捉え方、④前駆症状の再発の予測性、⑤前駆症状の認識者、⑥前駆症状出現から再発までの期間、⑦前駆症状への対処方法に注目して行った。

①対象者の特徴

表2は対象者の特徴を、対象者の人数、現在の状況、平均年齢、発症からの期間、雇用状況、症状や社会的機能のスケールによる得点についてまとめたものである。

表2 対象者の特徴

	対象者数	現在の状況	平均年齢	発症からの年数	雇用状況	機能の測定
1	99	通院	38 38		15% 26%	
2	47	通院	29.3	5.5		
3	19	通院	? 43.5		? 29%	PAS, GAS
4	86	通院	29.8		23%	
5	39	通院	29.8	5.3		
6	62	通院	38.4	12.8	32% ※パートを含む	
7	200	通院	42	13.5		
8	50		23.4	>2		BPRS
9	42	通院	33			
10	116	通院	28	5.5 4.6		GAS等
11						
12	101		37.4 34.6		16% 20%	PAS, GAS
13	50					
14	51	通院	33.5		35% ※パートを含む	
15	364	通院	34.7	7.2		GAS, CGI
16	70		24.3	初発		SADS, CGI等

その結果、これらの文献の対象者はほとんどの場合通院中の精神分裂病患者であり、さらに6つの文献⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁰⁾では平均年齢20歳から30歳の若い患者を対象としていることが明らかになった。特に表中の文献番号8のSubotnikとNuechterlein(1988)¹²⁾の研究と文献番号16のKoreenら(1993)²⁰⁾の研究では、発症から2年以内の精神分裂病患者が対象とされている。また、Koreenら²⁰⁾の文献では、43%の対象者が短大レベルの教育を受けており、57%が中流家庭以上の家庭に属していることが示されている。このようなデータから、対象者となった精神分裂病患者は、社会的な機能の高い患者であることが予測される。しかし、9つの文献⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁸⁾⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾において、対象者の症状や社会的機能を明確にすることがなされておらず、その詳細は不明である。今後、患者の現在の症状や社会的な能力が考慮され、明記されていく必要があると考える。

②再発の定義

16の文献のうち、6文献⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾⁽¹⁷⁾⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾だけが再発の定義を明らかにしていた(表3)。そのうち、2文献⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾は再発を再入院として定義しており、3文献⁽¹²⁾⁽¹⁷⁾⁽²⁰⁾は精神症状の悪化、1文献⁽¹⁹⁾は精神症状の悪化と社会的な機能の障害を考慮していた。

表3 再発の定義

	再 発 の 定 義
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	精神症状が severe または extremely sever なレベルにまで悪化した状態 (BPRS スケールで 6~7 点)
9	再入院
10	再入院
11	
12	
13	精神症状の悪化 (BPRS スケールの思考障害と妄想の項目が 4 点より上, 他の項目が 3 点より上)
14	
15	1) BPRS スケールの精神症状の項目の合計が10点以上 2) GAS スケールの合計が20点以上 3) CGI スケールの合計が 4 点以上
16	精神症状の悪化 (SADS スケールで 4 点以上)

Falloon(1984)²¹⁾が、Outcome studyの文献レビューにおいて、再発の定義が様々であることを指摘しているように、前駆症状に関する研究においてもその傾向は明らかであると言える。今後、その定義を統一していくと共に、患者自身が主観的に何を再発と捉えるかを明らかにしていくことも、症状マネージメントを考える上で重要である。

③前駆症状の捉え方

16文献中10の文献⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹⁰⁾⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾において、前駆症状が明らかにされており(表4)、それは不安状態、うつ的な状態、そして、精神症状が出現した状態の3つに分類できた。これらの前駆症状の捉え方は、その観察者が誰であるか、また、どのような方法でデータが収集されたか、研究の目的は何であるかなどの事柄に関係なく、類似したものであった。

表4 前駆症状の捉え方

前 駆 症 状 の 捉 え 方	
1	緊張と神経質, 食欲低下 (精神症状ではなくストレスによる反応), 集中力の欠如, うつ, 交友量の低下, 精神症状の悪化 (感情失禁, 魔術的思考の増加)
2	
3	不安, うつや自閉, 精神分裂病に特有な精神症状, アルコールや薬物の乱用
4	妄想, 疑い深さ, 睡眠パターンの変化, 不安, 認知障害, 怒り/敵意, 身体的な症状, 思考障害, 不適切な行動, うつ
5	
6	非精神症状: 緊張と神経質, 睡眠の障害, 強い疲労感, うつ 精神症状: 思考の障害, 幻覚妄想
7	不安, うつ, 心理的な抑制, 思考障害, 幻覚, 妄想
8	不安とうつ, 思考障害, 敵意と疑い深さ
9	不安/イライラ, うつ/自閉, 心理的抑制の解除, 精神症状の悪化
10	
11	睡眠の障害, イライラ, 不安, 怒り, 自閉, 社会的な関係性の障害
12	
13	
14	不安状態, うつ, 精神症状
15	睡眠の障害, 休息感のなさ, 集中力の欠如, 緊張と神経質, 興味の欠如, うつ
16	

今後は、前述した再発の定義同様、前駆症状、または、前兆期をどのように捉えるかを明確にしていくと共に、患者自身が状態の悪化を自覚するときのサインとしている状態はどのようなものであるかを明らかにしていくことが、症状マネージメントを考える上で重要であると考えられる。

④前駆症状の再発の予測性

前駆症状は果たして再発を予測しうるものであるかという問題については、議論の余地があるといえる。

比較的初期の研究においては、前駆症状の再発の予測性について肯定的なものが多い。例えば、表中の文献番号1の Herz と Melville (1980)⁵⁾の研究においては、精神分裂病患者とその家族の66%が、再発の前に前駆症状を認識していると報告している。また、表中の文献番号4の H einrichs と Carpenter (1985)⁸⁾の研究では、前駆症状の測定用具を開発してその信頼性と妥当性について言及し、更に、表中の文献番号8の Subotnik と Nuechterlein (1988)¹²⁾の研究では、敵意と不適切な感情表出はかなり高い割合で前駆症状として観察されたことを報告している。

しかし、最近の研究では、前駆症状の再発の予測性について懐疑的な文献が多い。例えば、表中の文献番号15の Gaebel (1993)¹⁹⁾の研究では、様々な測定用具を使って前駆症状の再発の予測性を検証し、前駆症状によって再発を予測することは難しいと報告している。また、表中の文献番号16の Koreen (1993)²⁰⁾の研究では、特に前駆症状としてあげられるうつ状態に注目し、その症状によって再発を予測することは難しいと報告している。

これらの相反する研究結果は、前駆症状を測定用具を使って画一的に検証することの難しさを示唆していると考えられる。前駆症状は、患者個人によって違っており、今後、その患者個人に特徴的な前駆症状を明らかにしていくことができれば、それは再発を予測するのに有効であると考えられる。今後、症状マネージメントを考える上で、その患者の個別性を考慮しながら使用できるような指標を作っていくことが重要であると考えられる。

⑤前駆症状の認識者

前駆症状に関する既存の研究は、その観察者という視点から、患者、医師、患者と医師、の両者、患者とその家族の4つのタイプに分類することができた(表5)。

表5 前駆症状の観察者と前駆症状が出現してから再発までの期間

	前駆症状の観察者	前駆症状が出現してから再発までの期間
1	患者とその家族	1週間以上
2	医師	
3	患者	
4	医師	
5	医師と患者	
6	患者	6～8週間
7	患者	
8	医師	6週間
9	患者とその家族	4週間(精神症状の悪化から2週間)
10	医師	
11		4～6週間
12	医師	
13	医師	
14	患者	
15	医師と患者	
16	医師	

表中の文献番号5のHeinrichsら(1985)⁹⁾の患者の再発のサインの認知についての研究では、38人中24人の患者(63%)が再発のサインを認知していることを報告している。また、表中の文献番号6のMcCandless-Glimcherら(1986)¹⁰⁾は、62人中61人の患者が、病状の悪化しているときのことを話すことができたと報告している。更に、興味深い結果が、表中の文献番号9のBirchwoodら(1989)¹³⁾や文献番号14のHameraら(1992)¹⁸⁾から報告されている。Birchwoodら¹³⁾は、前駆症状のスケールを使った研究において、精神分裂病の患者はそのスケールを使って自分自身の症状の悪化を記録することができるが、その症状が悪化するに従って自分自身の症状に対する認識が失われていく患者もいたと報告している。またHameraら¹⁸⁾は、患者自身の前駆症状への認知に焦点をあて研究し、彼らにとって精神症状がもっとも再発を予測しうるサインであることを報告していた。

これらの結果から、従来いわれてきたような精神分裂病患者が自分自身の病状の悪化を認知できないという事実は実際には稀であると考えることができる。しかし、病状の悪化に伴い自分自身の症状の悪化の認識が失われていく患者もいるという結果から、症状をマネージする上で、家族などの第三者の介入が大きなサポートになるだろうと考えられた。

⑥前駆症状出現から再発までの期間

症状マネージメントを考える場合、果たして前駆症状が出現してから再発するまでの間に、介入するだけの余裕があるのかというのは大きな疑問である。表5に、前駆症状が出現してから再発までの期間について言及してある5つの文献⁵⁾¹⁰⁾¹²⁾¹³⁾¹⁵⁾の結果をまとめている。これらの結果によると、一般的に、前駆症状が出現してから再発までの期間は2～8週間であると考えられる。

表中の文献番号9のBirchwoodら(1989)¹³⁾は、最近再発を経験した42人の精神分裂病患者の家族にインタビューし、59%の家族は再発の1ヶ月以上前に、75%は2週間ほど前に症状の悪化に気づいており、7%だけが全く症状の悪化に気づかなかつたと話していることを報告している。また、彼らは、いくつかの事例を用いて、前駆症状があるパターンで出現することを示唆し

ている。この報告によると、再発の5～6週間前から不安状態やうつ状態などの状態の変化を経験し、1～2週間前になると精神症状が悪化し始めることがわかる。この報告はケース数が少ないために一般化することはできないが、個々の患者に前駆症状のパターンがあることは、実際の症状マネジメントを行うことを考える上で興味深い結果であると考えられる。

⑦前駆症状への対処方法

前駆症状が出現したときの再発防止の方法に関する研究では、薬の投薬方法についての研究と患者自身の対処方法についての研究がみられた。今回は、患者自身の対処方法について焦点をあてて報告する。

患者自身の前駆症状が出現したときの対処方法に関しては、表中の文献番号3のCohenとBerk(1985)⁷⁾と文献番号7のCarr(1988)¹¹⁾が報告しており、患者自身の対処方法は、‘症状に立ち向かう’‘行動の制限’‘行動の増加’‘アルコール等の使用’、‘服薬’の5つのカテゴリーに分類された。

また、CohenとBerkら⁷⁾の研究は、患者がこの症状にはこの方法で対処するという彼らにとって特別な方法のあることを示唆している。例えば、精神分裂病患者は不安状態になったときは‘行動の制限’を、精神症状の悪化を意識したときは‘服薬’をその対処の方法として選択していた。仕事を持つ患者は‘症状に立ち向かう’や‘行動の制限’といった対処方法を選択する傾向にあり、ひとりで生活している患者や女性患者は‘服薬’という方法を選択する傾向にあることを報告している。

症状マネジメントを考える上で、このような患者自身が自らの経験の中で獲得してきた方法を把握していくことは大変重要であると考えられる。しかし、それに注目した研究は大変限られているのが現実である。今後、このような研究が増え、さらに患者自身の力が最大限に発揮されるような介入方法を考慮していくことは看護者にとって重要な課題であると考えられる。

3. 研究方法

精神科病棟に勤務している看護者に、看護者が把握している患者の病気の捉え方、病状の悪化についての捉え方、患者独自の対処方法について記入してもらい、分析を行った。看護者は、研究の趣旨を説明し、研究への同意を得た4名で、全ての看護者が5年以上精神科病棟に勤務していた。P. Benner(1992)²²⁾によれば、類似の患者集団を対象に3～5年以上の臨床経験を持つ看護者は状況の捉え方において優れた能力を持っていることを言及している。今回研究への同意を得た看護者もまた、患者の主観的な捉えについての的確に把握し、患者の言葉を用いながらデータを記載してくれていた。

精神科病棟に勤務する看護者が記載してくれた精神分裂病の患者は、男性7名、女性6名の計13名であった。患者の年齢は26歳から54歳で平均年齢43.8歳で、発病からの年数も平均19.5年(6～28年)と、壮年期の患者で発病から10年以上の年月を経過している患者が多かった。

4. 結 果

(1) 患者の病気の捉え方

精神分裂病患者は、自分自身の病気を『症状』『原因』『経過』『感覚』『発病時の状況』『生活の変化』『病名』の7つの側面から捉える傾向にあった。ほとんどの患者がこの7つの側面のうち2つから3つの側面を捉え自分の病気を認識していた。

もっとも多かったのが『症状』としての病気の捉えである。この捉えには、「歴史上の人物になったという妄想が起こると、周りの人までそれに関わる人物のように思えて…それが病気」「わけの分からない幻聴が病気」「病気の出方は2つあって、ひとつはいろいろな人に私の思考がばんばん伝わるとき、ふたつめは何にも全くできなくなる状態」に代表されるような精神症状の捉えと、「病気というのはオシッコが近いこと」や「脇腹が切れ込むのが病気」「言葉がでなくなったり、突然片方の足が動かなくなったり、吐き気がしたり、息がしにくい感じがする」に代表されるような身体症状としての捉えの2つのタイプがあった。

次に多く見られたのが『原因』としての病気の捉えであった。これには、「病気の原因はよくわからないが素質だと思う」や「内部の自分というものが育っていないから…」等に代表されるように、患者自身が自分に原因を見出しているもの、また「家族が迎えに来ないせい」や「開放病棟で看護婦に小遣い帳をつけることなど生活のことでいろいろおしつけられてから幻聴が再燃した」などに代表されるように他者に原因を見出しているもの、「よい霊波と悪い霊波があって悪い霊波がでてると病気になる」や「ある物体から自分に向かって何らかの作用がある」に代表されるように外部からの何らかの力に原因を見出しているものがあった。

『経過』としての病気の捉えには、「自分の病気は一生もんだと思っている」のように治らないうだろうという捉え、「そのうちよい霊波がでて自分の病気も治るだろう」という楽観的な捉え、「この病気は半分がよくなって半分が治らない」という不確実性の捉えがあった。

『感覚』としての病気の捉えも比較的多くの患者にみられた病気の捉え方である。「とっても苦しい」などのように苦痛としての捉え、「夢のような病気」や「後では錯覚だったと思う」などの現実感のなさの感覚などが見られた。

『発病時の状況』での捉えは、「清少納言や紫式部の随筆を読んでいたら涙が止まらなくなった。それを家人が病気と思って病院へつれてきた」に代表されるように発病時の状況として病気を語っているものである。

『生活の変化』としての病気の捉えは、「何にもできなくなる時がある。それでも何とかやろうとしてがんばっていると、本当に何もできなくなる」のように多くの場合症状の捉えと共に語られていた。また、「自分の生活、人生がほとんど病気によって支配されており、自分を取り戻すのは眠っているときだけ」のように生活そのものをかえてしまったものとして捉えている対象者もいた。

『病名』としての捉えは、精神分裂病として自分の病名を認識しているもので、13名中2名が病名を認識していた。

(2) 病状の変化(悪化)の捉え方

精神分裂病患者は病状の変化を『症状の変化』『感情の変化』『きっかけ』『時期』『生活行動の変化』の5側面から捉えていた。13名中7名と比較的多くの患者が、病状の変化は突然で予測がつかないと捉える傾向にあった。

『症状の変化』は、もっとも多い病状の変化の捉えであった。これには、「幻聴が続くとき」や「幻聴がうんと多くなったり少なくなったりする」等に代表されるような精神症状の量的な変化の捉えや、「胃のむかつきがあるときは特に調子が悪くなっている」などのような身体的症状の出現の認知が見られた。

『感情の変化』の変化も比較的比較的多くきかれた。これは、「調子のよい感じ」などのように大変漠然としたものから、「周りで人が話していたら自分をじゃましているように感じたら…」「幻聴が怖くなってきたら…」のようにある程度焦点が絞られているものまで様々であった。

『きっかけ』は、病状の変化を何かのきっかけと結びつけて認識しているもので、「難しい小説

や随筆を読むと頭がこんがらがって涙が止まらなくなる」や「仕事のストレスが大きくなって、幻聴が激しくなって、その通り行動して異常な世界に入っていく」等に代表される。

『時期』は、病状の変化をある日時や季節などと結びつけて認識しているもので「4月23日24日という日はよく入院になる日。なんかそんなパターンがあるように思う。」などに代表される。

『生活行動の変化』は、「眠れなくなる」や「例えば出来合いのものなんかを買ってくるなどしたら調子が崩れる」などのように日常の生活行動の変化と病状の悪化を結びつけ捉えていた。

(3) 病状の変化への対処方法

精神分裂病患者の病状の変化に対する独自の対処方法には、『入院』『薬を飲む』『助けを求める』『自然に任せる』『我慢』『避ける』『休む』『生活を整える』『魔術的行動』『他のことに集中する』『立ち向かう』の11の行動が見られた。全ての患者が何らかの対処行動を使っていると話しており、多い患者では状況によって5種類の行動を使い分けていた。

その中でももっとも多かったのは『入院』、『休む』の行動であった。「幻聴や妄想が続いてしんどいと感じたときはその時点で入院を考える」や「幻聴・妄想でイライラしたときは人から離れて1人ベッドで休むようにしている」に代表されるように、『入院』、『休む』といった行動は精神症状の悪化への対応として使われる傾向にあった。『薬を飲む』行動も精神症状の悪化への対応として使われる傾向にあった。

また、「幻聴があってもそれを現実と区別し…」に代表されるような『立ち向かう』、「耳をふさいで過ごす」や「難しいことは考えないようにする」などに代表されるような『避ける』、「病状が悪化すると朝心が弱くなるが夕方だんだん心が強くなってくるのでそれまでじっと耐える」に代表されるような『我慢』、「夢を見るような病気でして…そんなときは姉に電話する」に代表されるような『助けを求める』、「(幻聴がおこっているときは)逆らわずに自然に任せている」に代表されるような『自然に任せる』、「料理など気ままに、例えば出来合いなんかを買ってくるようになる」と調子が崩れるのであまりよくないと思う」に代表されるような『生活を整える』、「幻聴が激しくなってきたときはウォークマンを聴く…幻聴に負けないくらいの」に代表されるような『他のことに集中する』対処方法が見られ、これらの行動は精神症状の変化や感情の変化などの対処方法として使われる傾向にあった。

さらに精神分裂病患者に特徴的であると考えられる対処方法に『魔術的行動』があった。これは、「ゆっくりゆっくり歩いていると病状は少しよくなっていく」や「芝生の上を裸足で歩く。すると足の裏から生命力か何かが入ってくる。」等に代表される。これらの行動はその患者自身にはかなり有効な対処方法として認識されていた。

5. 考 察

今回の研究において、精神分裂病患者の症状マネジメントを考える上で、Nuechterleinら³⁾の精神分裂病患者の病気の過程を示した「包括的仮説概念」を念頭に、精神分裂病患者の再発の前駆症状に焦点をあて、それに関する研究16文献を概観を行った。その結果、症状マネジメントを考える上で、<前駆症状の捉え方><前駆症状の再発の予測性><前駆症状の認識者><前駆症状への対処方法>などを考慮していくことが必要であることが判明した。患者教育として症状マネジメントを取り入れていく場合には、特に患者自身の主観的な病状の捉えや独自の対処方法に焦点を当てて、看護者も又把握していくことが重要であることがわかった。

(1) 病気の捉え

精神分裂病患者は、自分の病気を『症状』『原因』『経過』『感覚』『発病時の状況』『生活の変化』『病名』の7つの側面から捉えていることが明らかになった。また、患者は、病状の変化を、『症状の変化』『感情の変化』『きっかけ』『時期』『生活行動の変化』の5側面から捉えていた。

今回の研究において、病気の捉えや病状の変化の捉えについて、多くの患者が視点としていたものは精神症状であった。Nuechterleinら³⁾の精神分裂病患者の病気の過程を示した「包括的仮説概念」では、精神症状を前駆症状から除外し理解していたが、実際には前駆症状として精神症状の変化を含めその指標とする必要があると考えられた。このことを考えると、再発や前駆症状の捉え方を明確にしていくと同時に、精神症状の悪化が見られてから介入を展開するまでにどのくらいの猶予があるのかについてはもう一度考え直す必要があるであろう。特に実際に症状マネージメントを導入していくためには、Birchwoodら¹³⁾の研究で示されたようなその患者特有の再発のパターンについて時期的な変化を考慮しながら明らかにしていくことが望まれる。

(2) 対処方法

病状が変化したときの対処方法として、『入院』『薬を飲む』『助けを求める』『自然に任せる』『我慢』『避ける』『休む』『生活を整える』『魔術的行動』『他のことに集中する』『立ち向かう』の11の行動をとっていることが明らかになった。

文献探索で明らかにされた‘症状に立ち向かう’、‘行動の制限’、‘行動の増加’、‘アルコール等の使用’、‘服薬’のうち、今回の調査ではアルコール等の使用’は見られず、代わりに『入院』『助けを求める』のような救助行動、『自然に任せる』『我慢』のような消極的対処行動、『生活を整える』のような生活調整行動、『魔術的行動』のような独自の対処行動が見られた。今回はデータ不足で、これらの行動が文化や患者のレベルなど対象者の違いによるものなのかどうか等、その要因について考察することは困難である。しかし、今回の調査結果を見ていると、精神分裂病患者は、何らかの方法で必死に自分の病気に対処していこうと努力しているにもかかわらず、自分自身で病気をコントロールすることは無理であるとする強い無力感やあきらめを感じているような印象を受けた。アメリカ合衆国などの欧米諸国では、日本より早い時点で脱施設化の運動が起こり、患者自身が自分で自分の病気をコントロールしていこうとする姿勢は日本より強いように感じる。このようなことから考えて、日本で患者自身の症状マネージメントを確立していくためには、まず、看護者が日常の場面で患者自身が病気に対処していこうとする姿勢に対し肯定的な評価を返していくなどして、自分で病気をコントロールできるんだという感覚を育てていく必要があるのではないかと考えた。そのためには、前述したように、看護者自身が今までの精神分裂病患者には症状マネージメントは無理であるという認識を改める必要があるのではないかと考える。

(3) 認知の程度

精神分裂病は「病識のなさ」をその特徴とする精神疾患であるとされ、患者が自分自身で病状をコントロールすることは難しいとされてきた。しかし、今回の整理した文献の結果は、ほとんどの患者が自分自身の症状の悪化について認識できているという結果を報告していた。

また、今回の調査において、患者が自分の病気や病状の変化をどのような視点で捉えているかが明らかになり、多くの患者が病気や病状の変化の捉えに症状や症状の変化という視点を用いていることがわかった。このことは、今まで症状マネージメントは難しいとされてきた精神分裂病患者に十分にその能力があることを示唆していると考えられる。看護者は認識を新たに、患者と共に症状マネージメントを考えていく必要があると考える。

しかしながら、前駆症状の再発の予測性の問題や、症状マネージメントの妥当性と適切性には

多くの疑問が残ることは否定できない。今回の研究結果においても、比較的多くの患者が病状の変化は突然で予測することができないと考えていた。これらの結果を考慮すると、今後実際に症状マネジメントの取り入れるためには、前駆症状を見ていく上での指標を明らかにするなどその方法の洗練化が必要であるといえる。また、医療従事者のみならず、患者やその家族を対象とした組織的な教育が必要であると考ええる。

(4) 看護婦からの捉え

今回の調査で、数名の精神分裂病患者について、看護者の目から見た患者の病状の変化の読みが記載されていた。全ての看護者が記載してくれていたわけではなかったので今回は結果からはずしているが、看護者は患者の病状の変化を、「母親との関係によって病状が悪化する」や「自分の能力を少しでも超える仕事があると崩れてしまう」、「結婚願望が強く、恋愛感情が湧いてくると病状が悪化する」などの病状悪化の原因や、「霊的な話が多くなると病状悪化傾向」や「入院中に事故死した母親が話しに登場してくるようになると病状が悪化してきているサイン」など言動の変化として、更に、「不眠」「生活上の問題がでてきたらそれは幻聴によるもの」「家事をできなくなったら病状悪化しているサイン」など生活上の変化として捉えていた。これらの看護者の病状の読みは、患者の捉えに比べ、客観的で、ほとんどの場合患者の捉えでは語られていない内容が含まれていた。このような看護者による病状悪化の認識と患者自身の病状悪化の認識が時間的にどのような関係にあるのかも興味深い点である。また、この看護者のもつ客観的な指標と、患者自身の主観的な指標が有効に用いられることが症状マネジメントを考える上で重要であると考えられる。そのためには、患者と看護者がお互いに自分のもつ情報を交換しながら症状マネジメントの指標について考えていく必要があるだろう。

6. 終わりに

第1段階の研究として、精神科病棟に勤務している看護者を対象として、精神分裂病患者がみずからの病気や病状の変化をどのように捉え、病状の変化が生じたときどのように対処しているかを聞き、それを分析した。

今回の調査は、看護者が認識している患者の主観的捉えであり、病状への対処方法であること、そのため、患者の考えを看護者が認識できるくらい言語化できる患者がデータの対象になっているだろうこと、また、対象者数も非常に限られていることなど、様々な研究の限界がある。今後は、患者自身にインタビューし、また、対象者数を増やし、患者の社会的な機能や病状などの基礎データを明確にしながら、症状マネジメントに関する研究が進んでいくことが望まれる。

引用・参考文献

- 1) Jonson-Bjerklie, S. et al.; Clinical markers of asthma severity and risk: Importance of subjective as well as objective factors, HEART & LUNG, 21(3), 265-272, 1992
- 2) 阿部淳子等；慢性疾患を持つ人達の症状マネジメント，日本看護科学学会誌，15(3)，237，1995
- 3) Nuechterlein, K.H. et al.; Developmental Processes in Schizophrenic Disorder: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress, Schizophrenia Bulletin, 18(3), 1992
- 4) Zubin, J. & Spring, B.; Vulnerability - - A New View of Schizophrenia, J of Abnormal Psychology, 82(2), 103-126, 1977

- 5) Herz,M.I. & Melville,C.; Relapse in Schizophrenia, Am J Psychiatry, 137(7), 801-805, 1980
- 6) Herz,M.I et al.; Intermittent Medication for Schizophrenic Outpatients, Am J Psychiatry, 139(7), 918-922, 1982
- 7) Cohen,C.I. & Berk,L.A.; Personal coping Styles of Schizophrenic Outpatients, H6C Psychiatry, 36(4), 404-410, 1985
- 8) Heinrichs,D.W. & Carpenter,Jr.W.T.; Prospective Study of Prodromal Symptoms in Schizophrenia Relapse, Am J Psychiatry, 142(3), 371-373, 1985
- 9) Heinrichs,D.W. et al.; Early Insight and the Management of Schizophrenic Decompensation, Nervous and Mental Disease, 173(3), 371-373, 1985
- 10) MacCandless-Glimcher,L. et al.; Use of symptoms by schizophrenics to Monitor and Regulate Their Illness, H & C Psychiatry, 37(9), 929-933, 1986
- 11) Carr,V.; Patients' Techniques for Coping with Schizophrenia: An Exploratory Study, British J Medical Psychology, 61, 339-352, 1988
- 12) Subotnik,K.L. & Nuechterlein,K.H.; Prodromal Signs and Symptoms of Schizophrenic Relapse, J of Abnormal Psychology, 97(4), 405-412, 1988
- 13) Birchwood,M. et al.; Predicting Relapse in Schizophrenia: the Development and Implication of an Early Signs Monitoring System Using Patients and Families as Observers, a Preliminary Investigation, Psychological Medicine, 19, 649-656, 1989
- 14) Carpenter,Jr.W.T. et al.; Continuous Versus Targeted Medication in Schizophrenia: An Exploratory Study, British J Medical Psychology, 61, 339-352, 1988
- 15) O'connor,F.W.; Symptom Monitoring for Relapse Prevention in Schizophrenia, Arch of Psychiatric Nursing, 5(4), 193-201, 1991
- 16) Herz,M.I et al.; Intermittent vs Maintenance Medication in Schizophrenia, Arch Gen Psychiatry, (48), 333-339, 1991
- 17) Marder,S.R. et al.; Early Prediction of Relapse in Schizophrenia; An Application of Receiver Operating Characteristic Methods, Psychopharmacology Bulletin, 27(1), 79-82, 1991
- 18) Hamera,E.K. et al.; Symptom Monitoring in Schizophrenia: Potential for Enhancing Self-Care, Arch of Psychiatric Nursing, 6(6), 324-330, 1992
- 19) Gaebel,W. et al.; Early Neuroleptic Intervention in Schizophrenia: Are Prodromal Symptoms Valid Predictors of Relapse, British J Psychiatry, 162(suppl.21), 8-12, 1993
- 20) Koreen,A.R. et al.; Depression in First-Episode Schizophrenia, Am J Psychiatry, 150(11), 1643-1648, 1993
- 21) Falloon,L. et al.; Relapse: A Reappraisal of Assessment of Outcome in Schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 10(2), 293-299, 1984
- 22) Benner,P.; From Notice to Expert-Excellence and Power in Clinical Nursing Practice: 訳 井部俊子等; ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー-, 医学書院, 1992