

〈研究ノート〉

自傷行為を繰り返す解離・転換症状のある患者の感情活用

加藤隆子

千葉県立保健医療大学

Emotional Literacy of a Patient with Dissociation and Conversion Symptoms which Repeat Self-injury

Ryuko Kato

Chiba Prefectural University of Health Sciences

〈要旨〉

本研究の目的は、自傷行為を繰り返す解離・転換症状のある患者の感情活用の特徴を明らかにし、看護支援について検討することである。20歳代女性の患者を対象にした事例研究である。インタビューにより得られたデータを質的に分析した結果、8つのカテゴリーが明らかになった。患者は【病状に戸惑いながらもその意味を考える】ようになっていたが、対人関係上の出来事に伴う感情体験については【感情察知のあいまいさ】や【感情識別のあいまいさ】があり、【表現することへの戸惑い】がみられた。しかし、【受け止めてもらえる安心感】や【感情の察知・識別が進む】ことで、【感情活用の兆し】がみられるようになった。【居場所のない不安感】は常に存在しており、患者の感情や行動に影響を与えていたが自分を肯定的に評価し、自信につながる場面もみられた。

患者は症状について、その意味を考え、助けてほしい何かがあり、精神的なものに影響していることを感じるようになってきた。感情察知や識別のあいまいさによりその場に適した感情表現を阻んでいたが、受け止めてもらえる安心感のもと自己の感情を吟味することで、感情活用の兆しが見られることがわかった。居場所のない不安感を克服するために他者との関係性の再構築が重要である。そして、患者が自分の欲求と向き合うために、安全で、安心できる環境のもと感情活用能力を養うこと、否定的感情を受け止め、表現していくための教育的支援が必要である。

キーワード

解離・転換症状	dissociation, conversion
感情活用	emotional literacy
異和感	sense of incongruity
心的外傷	psychological trauma

I. 研究の背景と目的

解離性障害や転換性障害は古典的にはヒステリーと呼ばれ、両者とも共通の基盤を持った病態と想定される¹⁾。解決しがたい心的外傷、耐え難い問題、心的な葛藤にさらされた際に、それらと関連した情動記憶、観念を無意識に切り離して自らの精神を防衛する機序のための生じる現象を解離といい、そのような不快な感情から逃避する際に、その感情が身体症状に置き換わることを転換という²⁾。ヒステリー患者の訴えは演技的で詐病的要素が含まれてお

り、治療者は症状について詳しく聞くべきではないという表象はいまだに残っており³⁾、このような症状を示す患者理解の不十分さから、治療や看護への取り組みが進まなかった。しかし、DSM III以降、PTSDとともに解離性障害に対する関心が急速に高まり、スティグマ性のあったヒステリーから解離性障害への命名の変更は、臨床家により受け入れられる素地を広げた⁴⁾。DSM Vでは「身体表現性障害」から「身体症状症」と呼称が変わったものの引き続きその下位に「変換症/転換性障害」を位置付け、

身体疾患との鑑別診断の重要性を示唆する目的で解離性障害とは別の分類をしている。一方、ICD10では解離性障害と転換性障害を同一の疾患と位置づけ「解離性（転換性）障害」としている。一人の患者が、同時にもしくは別の時にさまざまな解離症状や転換症状を示し、多くの特徴を共有することがある⁵⁾。解離性障害と転換性障害の診断における統一した見解は途上であるが、臨床では精神面での症状として現れたもの（解離）と身体面の症状として現れたもの（転換）に分けるという考え方が受け入れやすい⁶⁾。

解離性障害は、両親の「放任・干渉傾向」の両極端な養育態度、「虐待的生育環境」、本人の「いい子」な性格特徴、外傷体験などがあること、自傷行為と密接に関係しあうことなどの特徴があり⁷⁾、精神療法を中心とした治療や看護が重要である。日本においては解離性障害、転換性障害に関する明確な疫学データはないが、虐待件数の増加や高い自殺リスクなどを考えると注目すべき疾患である⁸⁾。

解離や転換症状を呈する患者の研究では、解決志向アプローチの効果性⁹⁾、感情表出を促すことや肯定的なフィードバックの効果¹⁰⁾について報告されており、患者は自分の気持ちを伝えること、表現することの難しさから対人関係上でも様々な困難があることが分かってきている。

患者が望ましい対人関係を構築するためには自他の感情に着目し、態度や言動を適切に方向付ける能力、すなわち感情知性が重要である。感情知性は感情活用能力ともいわれ、感情を察知・識別、理解し適切に表現する能力である¹¹⁻¹²⁾。この感情活用能力は看護場面の援助関係の形成のために必要であるが¹³⁾、医療者だけではなく、感情表現や対人関係に困難を感じている患者自身にとっても必要な力である。しかし、解離・転換症状のある患者がどのような感情を体験し、感情活用はされているのかに着目した理論的、方法論的な報告は蓄積されていない。感情活用の様相をふまえ、どのような課題があるのか検討することは、患者が効果的な対処行動をとるために必要なことであると考えられる。

そこで本研究では、自傷行為を繰り返す解離・転換症状のある患者の感情活用の特徴を明らかにする

ことを目的とし、看護への示唆を検討したい。

II. 研究方法

1. 研究対象者とリクルートの方法

①精神科に通院中の解離・転換症状を呈する患者、②主治医の許可が得られた患者、③成人に達している患者を対象に、研究参加者を公募していることを伝えたくて、研究協力を依頼した。研究対象者（以下 A さん）は症例の報告が少ない解離・転換症状の両方の症状を持ち合わせていること、そこに双極性障害が合併しているという複雑な病状だけでなく、家庭環境や対人関係の問題が重複し、様々な困難さを体験している現状があった。このように複雑な状況である本事例を詳細に探求することに意味があると考えた。尚、研究者は A さんが入院中、病棟看護師としてかかわっていた経緯がある。

2. 研究デザイン

1 事例の患者の体験を深く理解するために事例研究とした。質的な事例研究であると同時に、本研究に参加し感情を内省することが A さんにも影響を与えるため実践研究的な要素が含まれている。

3. データの収集方法

データの収集期間は 20 × × 年 3 月から 9 月である。A さんの体調に合わせて 1 回 30 ～ 90 分程度の半構造化インタビューを 9 回行った。インタビューでは、①病気に対する思い、②日常生活でうまくいかないとかしっくりいかないと感じる場面とその時の感情や行動について自由に語ってもらった。

また、患者の体験を語ってもらう際には、異和感の対自化¹⁴⁾を参考に、相手のどのような言動に異和感を覚えたのか、その時の異和感を吟味すること、その時の感情と相手への批判的な思いを言語化することを中心にインタビューを進めた。異和感の対自化とは、対人関係の場面で相手との間で生じた否定的感情、しっくりしない感情に着目し内省を深める技法であり、感情活用の 4 つの段階のうちで、感情の察知、識別、理解に該当する。

インタビューは、プライバシーが守れる静かな個室で行い、A さんの了解を得て IC レコーダーに録音した。インタビューは精神的・身体的負担を生じる可能性があるため A さんの状況を確認しながら

進め、またフォロー体制が整った環境を考慮し、主治医が在院している時や外来診察の前に行った。

4. 分析方法

Aさんの感情体験に着目しながら、テーマに関連のある言動や体験を抜き出しコード化した。コード化したデータを類似性と相違性を検討しながら抽象度のレベルを上げ分類しサブカテゴリー化、さらに生成されたサブカテゴリーを分類しAさんの体験を表すカテゴリー化を進め、カテゴリー間の関連性を検討した。

分析の妥当性と信頼性は、定期的に質的研究や精神看護学に精通した研究者らのスーパーバイズを受けながら進めたこと、またAさんにも分析の過程で解釈に相違はないか、可能な範囲で確認することで確保をした。

5. 倫理的配慮

本研究は、調査対象施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した。研究対象者には研究の目的と方法、研究への参加は自由意思であり拒否する権利があること、途中辞退も可能であること、参加の有無によって不利益がこうむらないこと、個人情報確保と管理、研究結果の公表について文書と口頭で説明し同意を得た。

6. 用語の定義

感情活用とは、対人関係上の出来事で生じる感情を察知・識別し、なぜそのような感情が生じるのか理解し、対人関係構築のために適切に表現できることである。尚、感情を察知するとは、生じている感情への気づきであり、感情を識別するとは、生じている感情を正しく見極めること、例えば生じている感情が怒りなのか悲しみなのか、またはその両方を持ち合わせているのかを理解することである。

Ⅲ. 結果

1. 研究対象者の概要

Aさんは、20歳代女性である。高校生までは優等生であり「いわゆるいい子」であったが、仲間と言える友人はなく一人で過ごしていることが多かったという。両親は離婚したが、Aさんは父親や他の家族と生活していた。母親とのすれ違いが一つのきっかけになり、自殺企図がありその後から失立や

失声、上肢の脱力などの転換症状が頻発するようになった。過量服薬や首を絞める自傷行為をしていた。双極性障害も併発しており、気分の浮き沈みがあったが、インタビュー時の精神症状はうつ相の症状であることが多かった。また、時折幻聴があった。日常生活のことであっても、記憶があいまいな部分もあり「憶えていない」という言動もしばしば聞かれたことから解離症状が疑われた。解離・転換症状の出現により日常生活に影響を及ぼす時や希死念慮が強まる時には入院による治療を行っていた。

2. 分析結果

Aさんの語りを分析した結果、8つのカテゴリーとその関係性が明らかになった(図1)。

Aさんは、【病状に戸惑いながらもその意味を考える】ようになっていたが、対人関係上の出来事に伴う感情体験については、【感情察知のあいまいさ】や【感情識別のあいまいさ】があり、【表現することへの戸惑い】がみられた。インタビューを進めていくなかで【受け止めてもらえる安心感】や【感情の察知・識別がすすむ】ことにより、【感情活用の兆し】がみられるようになった。常に存在していた【居場所のない不安感】は、Aさんの感情や行動に影響を与えていたものの自分を肯定的に評価し、自信につながる場面もみられた。図1は上から下へ時間経過を、逆台形と配色の濃淡は、【居場所のない不安感】の変化を示す。

本論文では【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、特徴的な語りの要約を「 」で示す。以下、カテゴリーごとに結果を記述する。

1) 【病状に戸惑いながらもその意味を考える】

このカテゴリーは、〈解離・転換症状の原因がわからず対処のしようがない〉〈関心を持ってほしい〉〈助けてほしい〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんは失立や失声などの症状などが出現するようになって1年以上経過していた。その症状は何か動揺する出来事があった時や身体的に疲れている時だけではなく、突然起こることも多かった。Aさんによると「あっと思ったら身体の一部が動かなくなる」ことがあり、〈解離・転換症状の原因がわからず対処のしようがない〉と語っていた。これらの症状を身体疾患からのものと疑い一般科を受診し

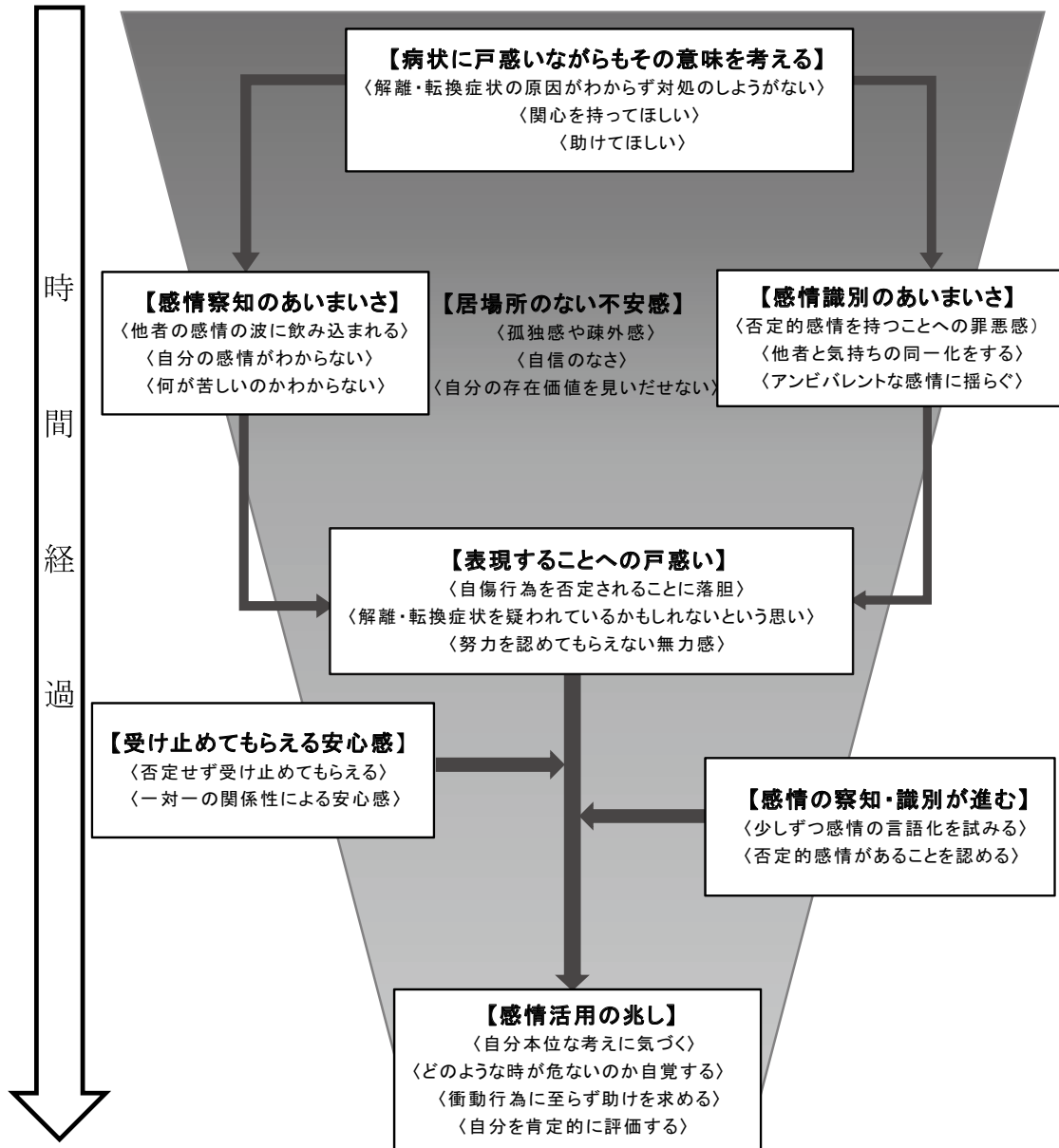


図1 自傷行為を繰り返す解離・転換症状のある患者の感情活用

たが、神経学的な異常は認められず、精神科を受診して精神的なものに影響されていると認識するようになった。そして、その症状の意味を自分に〈関心を持ってほしい〉からなのかもしれない、それだけではなく何か〈助けてほしい〉と思っている現れかもしれないと語っていた。

2) 【感情察知のあいまいさ】

このカテゴリーは、〈他者の感情の波にのみ込まれる〉〈自分の感情がわからない〉〈何が苦しいのかわからない〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんは他の患者から調子の悪さを訴えられたり、友人とのいき違いから一方的に責められたり、親か

ら今の病状や生活状況に関して咎められることなど、相手の負の感情に圧倒され〈他者の感情の波にのみ込まれ〉調子を崩し、時には失言や失声の症状に至ることもあった。そして、日常生活のなかの対人関係上のことで本来であれば感情を生じる場面であっても、何を感じているのか〈自分の感情がわからない〉という状況になっていた。Aさんは、今まで感情について自覚的に感じることに、振り返る経験が少なかった。このように自分の感情と向き合うことも少なく、「何を助けてほしいのかわからない」と語り〈何が苦しいのかわからない〉状況になっていた。

3) 【感情識別のあいまいさ】

このカテゴリーは、〈否定的感情を持つことへの罪悪感〉〈他者と気持ちの同一化をする〉〈アンビバレントな感情に揺らぐ〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんは、特に母親との関係性から生じる出来事を語ることが多かった。母親が家を出た原因の一つに異性関係があり、母親はしばしばそのパートナーのことをAさんに話してくることがあったという。そのような母親に「怒りや苛立ちを感じているのかもしれないが、それを表現すると気持ちの收拾がつかなくなる恐れを感じているため気づかないふりをしているのかもしれない」と語っていた。「否定的感情を持っていてもその感情は、相互に繰り返され影響しあうこと」、「他者に対して否定的感情を持つ自分が嫌」と語り〈否定的感情を持つことへの罪悪感〉を持っていた。また、Aさん自身がこれは自分の特殊なところであると語っていたのは〈他者と気持ちの同一化をする〉ことであった。Aさんは、特に家族の場合、相手の体験している心の動きが自分と重なってしまうところがあり、相手に落ち度がありそうな場面であっても、「相手を責めるより自分も悪くしてしまう」心理的特徴があること、それを同一化という言葉で表現していた。

そして、一番相談相手になってもらいたい母親、つながりを求めたい母親に対して心理的にも物理的にも距離を感じていた。自傷行為をしてしまう気持ちは友人や知人には話せないが、母親であればすべて話すことができるほど、信頼したい気持ちがある一方、母親の一方的な言動や離婚の状況に不信感を持っており、その気持ちが一気に生じるため〈アンビバレントな感情に揺らぐ〉こともあった。

4) 【表現することへの戸惑い】

このカテゴリーは、〈自傷行為を否定されることに落胆〉〈解離・転換症状を疑われているのかもしれないという思い〉〈努力を認めてもらえない無力感〉というサブカテゴリーからなっていた。医療者に自傷行為の話をして頭ごなしに否定されること、母親に自傷行為に至る気持ちを一緒に考えてほしくても、そのような雰囲気にはならず、自傷行為は絶対やめると言われるだけで〈自傷行為を否定され

ることに落胆〉していた。そして、医療者や家族の前で、たびたび失立や失声等の症状が出ると、相手にわざとそのような症状を出しているのではないかと、症状によって周囲から関心を引こうとしているのではないかと〈解離・転換症状を疑われているかもしれないという思い〉を抱いていた。Aさんは、「注目してもらいたくてわざとやっているとされるのだけは避けたい」と述べていた。また、過量服薬などの衝動行為をしたい気持ちが強まった時、病院に連絡し受診を急いだ際も、父親になぜ家族に相談しなかったのか、病院に行って何になるのかと責められたという経験をしていた。以前、Aさんは過量服薬により救急搬送された経緯もあったため、助けを求めるという自分なりの対処行動であったにも関わらず〈努力を認められない無力感〉を抱いていた。

5) 【受け止めてもらえる安心感】

このカテゴリーは、〈否定せず受け止めてもらえる〉〈一対一の関係性による安心感〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんは、気分が低迷し、不安定になっている時、看護師からその時の気持ちやどうしてそう考えるのか丁寧に問いかけることで、自分なりに考え、返答をしようと心がけていた。Aさん自身、このように対応してくれる看護師を信頼していた。また、研究者との関係性においても自分の体験を否定せず関心をもって聞いてくれることに〈否定せず受け止めてもらえる〉という安心感を抱いていた。さらにAさんは複数人である時は疎外感を感じやすいこと、「一対一の関係性でやっと本音がいえること、自分だけを見てほしい気持ちもある」ため〈一対一の関係性による安心感〉を望んでいた。〈否定せず受け止めてもらえる〉こと、〈一対一の関係性による安心感〉が【受け止めてもらえる安心感】という体験になっていた。

6) 【感情察知・識別が進む】

このカテゴリーは、〈少しずつ感情の言語化を試みる〉〈否定的感情があることを認める〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんに感情が動かされる場面について自由に語ってもらおうとしても初めのうちは、感情の言語化は困難であった。その時々でどのような感情が浮かんだかと尋ねても「よくわからない」と返ってくるが多かった。

しかし、インタビューを進めていくなかで【受け止めてもらえる安心感】と共に、体験した出来事と感情を丁寧に確認していく作業やどのような感情にも意味があることであり、感じてよいし、感じている自分自身を認めることが大事なのではないかとサポートすることで〈少しずつ感情の言語化を試みる〉ことができるようになってきた。具体的には、両親に対する不信、落胆、悔しさや情けなさを、病状を理解してもらえない医療者の対応に不信、落胆、怒りや苛立ちなどを表現していた。そして、それでも親なのか、医療者なのかと自己の他罰的感情を自覚し、〈否定的感情があることを認める〉ことができるようになっていた。このように【感情察知・識別が進む】ことで次のステップへとつながっていった。

7) 【感情活用の兆し】

このカテゴリーは、〈自分本位な考えに気づく〉〈どのような時が危ないのか自覚する〉〈衝動行為に至らず助けを求める〉〈自分を肯定的に評価する〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんは、母親とパートナーが外出先に迎えに来てもらった時に、いつもならパートナーにも挨拶をするのだが、挨拶をするタイミングを逃したときに、挨拶しないことを母親に咎められた場面について語ってくれた。なぜすぐ挨拶をできなかったのか、自分の状況を確認することもなく咎められたことに非常に苛立ちを感じ批判していた。しかし、母親を批判する一方、その場面を振り返ることで、自分の立場だけでなく母親やパートナーの状況も理解し〈自分本位な考えに気づく〉ことができていた。そして、「自分本位なところに気づくことは悔しいことだが、直したいところ」と素直に語っていた。また、調子を崩しているときの体験を振り返るなかで、Aさんは「気分が完全に落ち切っているわけでもなく、超ハイテンションになっている時でもない中途半端なところをふわふわした感じにいるときに危ない」と自覚していた。何かにとりつかれたように「死ななきゃ」と思い過量服薬に至ることもあったという。しかし、危ないときの状況を自覚することで過量服薬などの〈衝動行為に至らず助けを求める〉ことができるようになっていた。Aさんは、過去の過量服薬により救急搬送された反省を生かし、同じ失敗はしない

よう〈どのような時が危ないのか自覚〉し、急いで病院を受診し助けを求めていた。このことをAさんは自分なりの変化と認識し〈自分を肯定的に評価する〉ことができていた。

8) 【居場所のない不安感】

このカテゴリーは、〈孤独感や疎外感〉〈自信のなさ〉〈自分の存在価値を見いだせない〉というサブカテゴリーからなっていた。Aさんは「同世代の友達とは周波数が合わない」と語り、「友達同士が一緒になって楽しそうにしている様子を見て、何をやっているのかと冷めた目で批判的にみる一方でうらやましくもあった」とその時の状況を語っていた。友達と群れることは好まなかったが、「友達といえる人がほとんどいない寂しさはあった」という。また、「家族といっても特に複数にいるときは疎外感がある」と語っており、つねに〈孤独感や疎外感〉があった。また、家族や他者についても「自分はどう思われているのだろうか」、「嫌われたくない」、「いい子でいなきゃ」など人目を気にするところがあり、自己肯定感が低く〈自信のなさ〉があった。そして、様々な精神症状があり生きていても家族や周囲の者に迷惑が掛かっているだけであること、将来の見通しもたたず今の自分にできることは「何とか生きていくことだけ」と語るように〈自分の存在価値を見いだせない〉状況になっていた。Aさんにとって家族や医療者を含めた対人関係上の問題が、傷つき体験となっており、「自分は今までも努力してきたほうだと思うが、それを認めてもらうことが大事でそういうことがないと自己否定につながる」と語っていた。

【居場所のない不安感】はAさんの心に常に存在していた。その不安感は【感情察知のあいまいさ】や【感情識別のあいまいさ】というように自己の感情に向き合うことを妨げており、その結果【表現することへの戸惑い】につながっていた。しかし、他者との関係で【受け止めてもらえる安心感】を持つこと、【感情の察知・識別が進む】ことで自己の感情に向き合い【感情活用の兆し】が見られてきた。そして、自己を肯定的に評価する部分も出てきた。

IV. 考察

本研究は、自傷行為を繰り返す解離・転換症状のある患者の感情活用に着目して分析したものである。Aさんの体験に沿って、感情活用の特徴とその困難さ、援助の方向性について考察していきたい。

1. 感情活用の困難さ

Aさんは、自分の症状が身体的疾患からくる可能性は少なく、精神的なものからくることを感じていた。そして、症状の意味をわざとではなく、自分に〈関心を持ってほしい〉からではないかと語っており、その意味は孤独感からの解放であり、それが充足されないためのサインと捉えることができる。求助行動には至っていないものの〈助けてほしい〉と感じており、【病状に戸惑いながらもその意味を考える】ということは、欲求が満たされていない何かがあることを病状と重ね合わせて考えようとしていることがわかった。

Aさんの感情活用の特徴は、【感情察知のあいまいさ】と【感情識別のあいまいさ】とこれらことからくる【表現することへの戸惑い】であった。これらのカテゴリーは、感情活用でいうと、感情の察知・識別し理解する、そして状況に相応しい表現をする段階¹⁴⁾であり、それぞれの段階で困難さを抱えていることがわかった。Aさんは容易に〈他者の感情の波に飲み込まれる〉状況から、他者の感情に敏感で影響されやすい傾向にあったと考える。日常生活のなかでも〈何が苦しいのかわからない〉のは、感情を自覚的に振り返る経験の少なさだけでなく、〈否定的感情を持つことへの罪悪感〉があり、感じないように心がけていたことが影響していたと考える。その結果、〈何が苦しいのかわからない〉、何をどう助けてほしいのか自分の中で整理できなかつたと考える。感情には個人の欲求が反映されているが、【感情察知のあいまいさ】や【感情識別のあいまいさ】という状況はAさんにとって効率的な感情活用を妨げていたと言える。

また、Aさんは〈他者と気持ちの同一化〉をしていたが、これは柴山のいう過剰同調性¹⁵⁾と類似した傾向である。過剰同調性には、人に対する怯えの意識、同一性の意識、自他混乱の意識などの特徴が見出される。相手に嫌われるのではないかと、見捨

てられるのではないかなどといった人に対する根強い不安や怯えに由来した、強いられた同調性であると言われている。そのことが一層感情活用を困難にしているため、自他の感情を区別する能力を養う必要がある。

さらにAさんの体験していた【表現することへの戸惑い】は、感情の察知や識別のあいまいさに影響されていた。それまで感情を吟味する経験が乏しかったこと、背景にある【居場所のない不安感】と共に何とか生き延びてきたAさんにとってやむをえないことだったかもしれない。しかし、Aさん自身が自分の欲求と向き合い、生きにくさを克服するためには感情を持つ意味を考え、表現する方法を身につける必要があると考える。

感情を表現するためには、【受け止めてもらえる安心感】が重要である。【受け止めてもらえる安心感】すなわち、Aさんが脅かされない安全で安心な環境があつてこそ、〈少しずつ感情の言語化を試みる〉ことや〈否定的感情があることを認める〉ことが可能になり【感情察知・識別が進む】。特にAさんの場合は、他者に対して否定的感情を持つことに罪悪感があり、感情活用を阻害していたと考えられたため、どのような感情にも意味があることを理解してもらうための教育的支援が必要である。インタビューを繰り返して、Aさんの感情を動かされる場面とその感情について、【受け止めてもらえる安心感】のなかで、ともに考えることを通して【感情活用の兆し】がみられてきたと考える。Aさんは〈他者と気持ちの同一化〉をする傾向にあり、他者を批判することを苦手としていたが、〈否定的感情があることを認める〉ようになり健全な批判精神への気づきがみられていた。宮本は他者を徹底的に批判できることで、自分も言い過ぎたかもしれないという思いが重なり、相手の視点や立場を考えることができようになると述べている¹⁴⁾。Aさんの場合も同様であり、その結果〈自分本位な考えに気づく〉ようになったと考える。

Aさんは自己の感情を内省し、【感情活用の兆し】の一つとして〈自分を肯定的に評価できる〉ことで自信につながることはあつたものの【居場所のない不安感】の消失は困難であつた。Aさんにとって

対人関係上の問題、特に母親との関係性が、心的外傷体験となっており、安心していられる場所を実感することが困難になっていたと考える。安心していられる場所とは、自分の全体が他者との関係のなかで存在することが許容され、他者に受け入れられ、そのうえで自分を表現することができるような場所である¹⁵⁾。Aさんにとって、家族や周囲との人間関係のなかで安心できる場所を獲得することができず、【居場所のない不安感】につながっていると考える。本研究の結果から、【居場所のない不安感】を緩和するためには【受け止めてもらえる安心感】を基盤として、【感情の察知・識別が進む】という経験が重要であったと考える。そして、そのような経験がAさんの変化として【感情活用の兆し】、すなわち肯定的に自己を評価できることが、自分を認めることにつながり【居場所のない不安感】の緩和に影響していたと考える。また、他者との関係性は【居場所のない不安感】影響を及ぼしているが、自分自身の居場所を作るためには、他者との関係性の再構築が必要である。Aさんは特に母親との関係性において、母親に何をどこまで期待できるのか、期待できないのかを受け止めながら、母親との関係性を再構築する必要があると考える。

2. 看護への示唆

感情活用能力を育むために、患者個人の感情活用を困難にさせている状況を理解する必要がある。Aさんの場合は日常生活のなかで自分の感情に向き合うこと、否定的感情を認めること、否定的感情の意味を理解すること、そしてその感情を表現することが困難であった。これら一つ一つを解決していくための教育的支援が不可欠である。

そして、Aさん自身の体験と感情を振り返るためには、安心した関係性のもとでのかかわりが重要である。患者にとって、自分の心の全体を読んで、理解し、包み込む、受け入れてくれる媒介者との関係を通じて、患者自身が自分を受け容れていく過程が回復には不可欠である¹⁶⁾。そのためには医療者自身も感情活用能力を向上させ、相互作用に基づいた援助的な関係性が重要である。そして、患者自身が自分を守り、自分を冷静に観察し、安心できる空間や場所を獲得していかなくてはならないが、その

橋渡しの機能を果たすのは医療者の役割である¹⁷⁾。日頃、患者と関わる機会の多い看護師だけではなく、医療者はこのことを認識し、患者の家族や支援者にもその重要性を伝えていく必要がある。

V. 結論

1. 患者の感情活用の特徴として、【感情察知のあいまいさ】と【感情識別のあいまいさ】とそれにより【表現することへの戸惑い】がみられた。
2. 【受け止めてもらえる安心感】のある関係のなかで【感情察知・識別が進む】ことで、【感情活用の兆し】がみられた。
3. 【居場所のない不安感】を克服し、自ら居場所を獲得するためには安心できる他者との関係性の再構築が重要である。
4. 患者が自分の欲求と向き合うために、安全で、安心できる環境のもと感情活用能力を養うこと、すなわち否定的感情を意味あることとして受け止め、表現していくための教育的支援が必要である。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は一事例の体験を分析したものであり、一般化するには限界がある。データを積み重ね普遍性を見出すことによって、看護支援の枠組みを構築することが課題である。

謝辞

本研究は、Aさんとの共同作業のように進めてまいりました。Aさんのご協力に心からの敬意と感謝の意を表します。

引用文献

- 1) 岡野憲一郎：専門医のための精神科臨床リユミエール 20 解離性障害, 85, 中山書店, 東京, 2009
- 2) 朝枝清子, 柏瀬宏隆：特集 神経症圏障害のすべて Ⅲ各論 g. 解離性(転換性)障害 1. 概念・診断・心理社会的研究, 臨床精神医学, 35 (6) : 871-876, 2006
- 3) 柴山雅俊：解離の舞台 解離症状と治療, 141-146, 金剛出版, 東京, 2017

- 4) 前掲書 1), 3
- 5) 西村良二：特集 意識障害の初期治療 意識障害をきたす疾患への対応 解離性（転換性）障害, 臨床と研究, 84 (2) : 62-64, 2007
- 6) 岡野憲一郎：新解離時代—脳科学, 愛着, 精神分析との融合—, 岩崎学術出版, 東京, 120, 2015
- 7) 緒川和代：子どもの解離性障害に関する研究展望—事例論文を中心に—, Bulletin of the Graduate School of Education and Human Development, Nagoya University (Psychology and Human Development Sciences) 61:123-136, 2014
- 8) 杉下和行, 岡村毅, 柴山雅俊：特集 解離性障害の疫学と最近の動向, 臨床精神医学, 38 (10) : 1433-1441, 2009
- 9) 重安良恵, 岡田あゆみ, 梶原彰子, 赤木朋子, 藤井智香子, 島内彩, 細木瑞穂, 宗盛絵里子, 森島恒雄：多彩な身体症状を呈した小学6年生男児の治療経過—解決思考アプローチが有効だった1例—心身誌, 22 (1) : 95-99, 2013
- 10) 山本美佐江, 柏原祐太, 安齋美穂, 岩坂亜紀子, 木村あゆみ, 土井美希子, 菊池信示郎, 周敏敏, 森ますみ, 野崎章子：コーピングスキルの向上に継続看護が果たした役割—離性障害の患者の事例を通して, 日本精神科看護学術集会誌, 56 (1) : 364-365, 2013
- 11) Ciarrochi J, Forgas JP, Mayer JD : Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry, Psychology Press, Philadelphia, 2001 (中里浩明, 島井哲志, 大竹恵子他 訳: エモーションナル・インテリジェンス—日常生活における情動知能の科学的研究, ナカニシヤ出版, 京都, 2005)
- 12) Cruso DR, Salovey P : The emotional intelligent manager : How to Develop and Use the Four Key Emotional Skills of Leadership, Jossey Bass, San Francisco, 2004 (渡辺徹 訳: EQ マネージャーリーダーに必要な4つの感情能力, 東洋経済新報社, 東京, 2004)
- 13) 加藤隆子：回復期にある頸髄損傷患者の苦悩と看護師の揺らぎからみた援助関係の構造—患者と看護師の感情に焦点をあてて, お茶の水医学雑誌, 60 : 305-334, 2012
- 14) 宮本真巳：感性を磨く技法としての異和感の対自化, 日本保健医療行動科学会雑誌, 31 (2) 31-39, 2016
- 15) 前掲書 3) 141-146
- 16) 前掲書 3) 140
- 17) 前掲書 3) 274-275