

境界性パーソナリティ障害を持つ患者の怒りに対する看護介入
～精神看護専門看護師（CNS）への面接調査の分析から～

安永薫梨* 宇佐美しおり**

**The Nursing Care for Anger of Patients with Borderline Personality Disorder
～To Analyze Interviews Involving Certified Nurse Specialist in
Psychiatric Mental Health Nursing～**

Kaori YASUNAGA Shiori USAMI

Abstract

The purpose of this study is to clarify how a Certified Nurse Specialists in Psychiatric Mental Health Nursing assesses and intervenes in anger of patients with borderline personality disorder (BPD) in psychiatric mental health nursing. We conducted semi-structured interviews involving seven Certified Nurse Specialists and the grounded theory approach was used for data gathering and data analysis. The analysis revealed that the core category of the intervention of Certified Nurse Specialist on anger of BPD patients was of “being able to accept and cope with patient’s fear of abandonment and feeling of guilt” and there were following eight categories: “groping for a way to cope with patient’s dependency on others without failing to keep in mind the need to establish a stable relationship among them”, “encouraging verbalization of patient’s feelings in a relieved condition and exploring behavioral choices as an alternative to acting out”, “clarifying the direction of anger and assisting patients to express it toward the target safely”, “praising and supporting patients when they are able to deal with their own anger,” “helping patients to realize their hope”. Further, these three categories were extracted as an intervention in the health care team, nurse, family.

Key words: borderline personality disorder, anger, nursing care, certified nurse specialist in psychiatric mental health nursing

要 旨

本研究は、精神看護専門看護師（CNS）のBPD患者の怒りに対する看護介入を明らかにすることを目的とした。精神看護CNS7名を対象に半構成的面接調査を行い、グランデッド・セオリー・アプローチの手法に基づいて分析を行った。その結果、精神看護CNSが行ったBPD患者の怒りへの看護介入は【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】をコアカテゴリーとし、〈患者との関係作りを念頭に置き、患者の他者に対する依存への対処を模索〉〈患者の安心感に配慮した状況で患者の思いの言語化を促し、行動化に代わる行動の選択肢を探求〉〈患者の怒りの矛先を明確にし、安全にその対象に向けて表現するのを助ける〉〈患者が怒りに対処できた時は褒め、支持〉〈患者が希望を実現できるように支持〉という6つのカテゴリーで構成されていた。さらに、精神看護CNSがBPD患者の怒りに看護介入する際行った、医療チーム、看護師、家族への介入として3つのカテゴリーが抽出された。

キーワード：境界性パーソナリティ障害、怒り、看護介入、精神看護専門看護師

* 福岡県立大学看護学部
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University

** 熊本大学大学院生命科学研究部
Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Graduate
School of Life Science, Kumamoto University

連絡先：〒825-8585 福岡県田川市伊田4395番地
福岡県立大学看護学部臨床看護学系
安永薫梨
E-mail: yasunaga@fukuoka-pu.ac.jp

緒言

近年、パーソナリティ障害や気分障害、ストレス関連性障害の患者が増え¹⁾、患者の怒りは日常生活や社会に大きな影響を与えている。

過去の研究において看護師は、境界性パーソナリティ障害 (Borderline personality disorder: 以下 BPD) を持つ患者に対し、他の患者を逸脱行動に巻き込む、自暴自棄の行動、自殺の脅かしの素振り、治療方針や治療法への文句、回復意欲の欠如への対応に困難を感じていた²⁾。看護師の中には患者の怒りに対して、更なる攻撃を恐れ、怒らせないように行動している者もいた³⁾。また、看護師は時間とエネルギーをかけて戦略的に対応しても患者の要求と看護師の思惑が一致せず、ケアが成立しない経験をしていた⁴⁾。そこで、精神看護専門看護師 (Certified Nurse Specialist in Psychiatric Mental Health Nursing: 以下精神看護 CNS) は、行動化を繰り返す患者を抱える環境を作るために、看護師や医師と協働して構造化し、患者が行動化のコントロールができるよう患者と治療関係を展開したり、看護師に対しては患者に対応できるようコンサルテーションを行っていた⁵⁾。しかし、精神看護 CNS が BPD 患者の怒りに対して、具体的にどうアセスメントし、どのように看護介入を行っているのか、明らかにされていない。そこで、本研究では精神看護 CNS の BPD 患者の怒りに対する看護介入を明らかにすることを目的とした。本研究を行うことで、BPD 患者の怒りへの対応方法が明確になり、患者への安全感や安心感を提供できるケアを明らかにできると考えた。

用語の定義

1. 怒り

BPD 患者の怒りとは精神力動理論⁶⁾を参考に「衝動が満たされないことから出現する腹立ち」と定義した。

2. 看護介入

看護介入とは「患者-看護師関係を土台に、患者が日常生活の中でセルフケアを維持したり、その能力を再獲得できるように、看護師が患者理解を深め、支援すること」と定義した。

文献検討

ここでは、1. BPD の病理、2. BPD 患者への看護介入について、先行研究や著書を検討した。

1. BPD の病理

BPD は、Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th-ed (以下 DSM-5)⁷⁾において次のように定義されていた。対人関係、自己像、情動などの不安定性および著しい衝動性の広範な様式で、成人早期までに始まり、種々の状況で明らかになる⁸⁾。また、Kernberg⁹⁾によると、BPD 患者の自我の特徴として、①同一性拡散、②未熟な防衛機制、③現実検討能力の欠如がみられる。

2. BPD 患者への看護介入

海外の研究をみると、Holm¹⁰⁾は女性 BPD 患者 13 名を対象とした面接調査より、自殺企図の軽減を促す看護として、患者が持つ力を探求すること、患者を 1 人の人として理解すること、患者が安全と信頼を感じることができるように関わることを報告している。また、Kool¹¹⁾は BPD や解離性障害を持つ女性患者 12 名を対象とした面接調査より、自傷行為のコントロールを促す看護として、患者がポジティブに自己イメージを見出したり、代替行動を獲得できるように患者を後押しするような関係性を構築する必要性を示唆している。

一方、国内では事例研究より、行動化のコントロールを促す看護として、自傷行為は何の解決にもならないと繰り返し伝える¹²⁾、訪室時はゆっくりと話を聞く¹³⁾、看護師と患者が入院中の手紙や日記で心情や感情を振り返ることは自分自身の心の成長につながると確認する¹⁴⁾、が明らかにされている。また、弁証法的行動療法を用いた看護面接では、怒りの表出傾向を制御・抑制すると報告されている¹⁵⁾。見捨てられ不安への関わりについては、看護師が母親と共に患者に対し、見捨てない態度を一貫して取り続ける必要性が示唆されている¹⁶⁾。

以上より、BPD 患者の怒りに対して、精神科看護師がどのようにアセスメントし、どのような看護を行っているのか、あまり明らかにされていなかった。

方法

1. 研究デザイン

本研究は、精神看護 CNS を対象とした面接調査より、BPD 患者の怒りに対する看護介入を明らかにする記述的研究である。

2. 研究対象者

面接の対象は、怒りのコントロールが困難な BPD 患者への看護介入の経験を持つ精神看護 CNS のうち承諾の得られた7名とした。

3. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構成的面接調査を行った。インタビューは過去1-2年以内に行った怒りのコントロールができない BPD 患者への看護介入において効果的であった1症例と効果的でなかった1症例について、インタビューガイドをもとに語ってもらった。インタビューガイドの内容は、症例のアセスメント、介入の組み立て、介入の中味、介入の結果及び成果であった。面接調査は個別で1名に1回ずつ、7名に対して計7回実施し、1回の面接時間は平均55.7分であった。面接調査はプライバシーに配慮し、個室を確保した。インタビューの内容は研究対象者の承諾を得て IC レコーダーに録音した。

4. データ収集期間

データ収集は、平成26年1月～平成26年3月に行った。

5. データ分析方法

本研究はグランデッド・セオリー・アプローチ¹⁷⁾の手法に基づいて分析を行った。分析の手順は次の通りである。①インタビューの内容は逐語録を作成した、②逐語録を何度も読み返し、研究対象者の語りの全体像を把握した、③意味のまとまりごとに切片化した、④切片化したデータのプロパティとディメンションを検討し、ラベル名をつけた、⑤類似したラベル名を集め、サブカテゴリー名をつけた、⑥現象ごとに状況、行為／相互行為、帰結のパラダイムの枠組みを用いてサブカテゴリー間の関連付けを行った、⑦サブカテゴリーより、現象の中心になるカテゴリーを抽出し、ストーリーラインを検討した、⑧カテゴリーの関連付けを行い、コアカテゴリーを抽出し、ストーリーラインを検討した。なお、データ分析の信用性の確保を高めるために、質的研究の看護学研究者のスーパービジョンを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は、熊本大学倫理委員会で承認を得た後に開始した。研究の実施にあたって、研究への協力は任意であり、協力しなくても不利益を被らないこと、いつでも中止や回答の拒否ができること、対象

者の匿名性が保持されることを文書と口頭で説明した。プライバシーの保持についても慎重に行い、データ収集時、個人が特定されないように、患者の年齢、性別については、対象者に語ってもらわなかった。研究の結果はもちろんのこと、分析過程においても対象者の個人名や施設名が特定されないように配慮した。

結果

ここでは、1. 研究対象者の背景、2. 分析結果1) 精神看護 CNS による BPD 患者の怒りへの看護介入に関するストーリーライン、2) 精神看護 CNS による BPD 患者の怒りに対する看護介入について述べる。

1. 研究対象者の背景

研究参加者は7名の精神看護 CNS であった。精神看護 CNS としての経験は2～11年（平均5.5年）であった。

2. 分析結果

抽出されたカテゴリーとカテゴリー間の関連を図1に示す。コアカテゴリーは【 】, カテゴリーは< >, サブカテゴリーは< >, プロパティは“ ”, 斜体は具体的な語り、() は研究者が補った言葉を示す。以下ストーリーライン、コアカテゴリーと各カテゴリーを説明する。なお、主な症例の末尾には対象者の ID (A) ～ (G) を付記した。

1) 精神看護 CNS による BPD 患者の怒りへの看護介入に関するストーリーライン

精神看護 CNS は<医療チームが分裂し、一貫性のある関わりができない>状況において“医療チーム内の抵抗”が強い時、<医療チーム内の意志疎通を図って連携し医療チームが患者を受け入れられる環境を整える>支援をした。それから、“看護師の否定的な感情が強い”時、精神看護 CNS は<看護師が否定的な感情に対処できるようカタルシスを図り、支持>した。そして、“看護師の否定的な感情への対処能力”が高い時、精神看護 CNS は<患者との関係作りを念頭に置き、患者の他者に対する依存への対処を模索>した。それから、“患者の看護師との関係を構築する力”が強くと“患者の依存への対処方法”が多い時、精神看護 CNS は<患者の安心感に配慮した状況で患者の思いの言語化を促し、行動化に代わる行動の選択肢を探求>した。続いて“患者の言語化する能力”が高く“患者の行動化

に代わる行動の選択肢”が多い時、【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】よう支援した。それから、“患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止める力”が強く“患者の見捨てられ不安や罪悪感への対応方法”が多い時、＜患者の怒りの矛先を明確にし、安全にその対象に向けて表現するのを助ける＞支援をした。そうして“患者の怒りの矛先を明確にする力”、“患者の怒りを対象に向けて表現する力”が強い時、精神看護 CNS は＜患者が怒りに対処できた時は褒め、支持＞した。それから“患者の怒りに対処する力”が強い時、精神看護 CNS は＜患者が希望を実現できるように支持＞した。続いて、“患者の希望を実現する力”が強い時、精神看護 CNS は＜家族が患者を受け入れることができるように困った時の取り決めや助言、限界設定の仕方を家族に伝える＞関わりをした。その結果、“家族の患者を受け入れる力”が強い時、＜患者は地域へ退院できた＞。しかし、その一方で精神看護 CNS は＜家族が患者を受け入れることができるように困った時の取り決めや助言、限界設定の仕方を家族に伝える＞をしても“家族の患者を受け入れる力”が弱い時、＜患者が希望を実現できるように支持＞しても“患者の希望を実現する力”が弱い時、＜患者が怒りに対処できた時は褒め、支持＞しても“患者の怒りに対処する力”が弱い時、＜患者の怒りの矛先を明確にし、安全にその対象に向けて表現するのを助ける＞支援をしても“患者の怒りの矛先を明確にする力”、“患者の怒りを対象に向けて表現する力”が弱い時は、再度【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】支援に戻った。そして精神看護 CNS は【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】支援をしても“患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止める力”が弱く“患者の見捨てられ不安や罪悪感への対応方法”も少ない時、＜患者の安心感に配慮した状況で患者の思いの言語化を促し、行動化に代わる行動の選択肢を探求＞した。それから、精神看護 CNS は＜患者の安心感に配慮した状況で患者の思いの言語化を促し、行動化に代わる行動の選択肢を探求＞しても“患者の言語化する能力”が低く“患者の行動化に代わる行動の選択肢”も少ない時、＜患者との関係作りを念頭に置き、患者の他者に対する依存への対処を模索＞した。続いて精神看

護 CNS が＜患者との関係作りを念頭に置き、患者の他者に対する依存への対処を模索＞しても“患者の看護師との関係を構築する力”が弱く“患者の依存への対処方法”も少ない時、精神看護 CNS は＜看護師が否定的な感情に対処できるようカタルシスを図り、支持＞した。それから精神看護 CNS が＜看護師が否定的な感情に対処できるようカタルシスを図り、支持＞しても“看護師の否定的な感情への対処能力”が低い時、＜医療チーム内の意志疎通を図って連携し、医療チームが患者を受け入れられる環境を整える＞支援まで戻った。

2) 精神看護 CNS による BPD 患者の怒りに対する看護介入

精神看護 CNS は BPD 患者の怒りに看護介入する際、その患者だけでなく他の対象にも介入を行っていた。その介入を対象別にみたところ、「医療チーム」「看護師」「家族」の3つに分類された。「患者」への看護介入は6つのコアカテゴリー・カテゴリー、「医療チーム」「看護師」「家族」への介入は、それぞれ1つのカテゴリーが抽出された。

(1) BPD 患者のアセスメントと直接介入

BPD 患者への直接介入では、1つ目に精神看護 CNS が患者の＜気分の不安定さ＞に気づいた際“患者の集中力”が中位の時、【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】支援をした。そして、精神看護 CNS の“患者を現実的な問題に直面化させる力”が強い時、患者は＜調子や関係性が安定し、罪悪感に関する表現が可能になった＞。主な事例は、患者は離婚問題のため面会時に夫と言い争いをしていた。そこで、精神看護 CNS は患者が寂しく、しんどいのではないかと思い「あなたが希望してること（離婚したくない）とご主人の今の意向（離婚したい）は違う訳だけれども、冷静になって話さない限り、ご主人の方に結論が引っ張られていく可能性は高いよ。（中略）どうしたいの?」と何度も話し合った。その結果、患者は精神看護 CNS との話しを受け入れ、泣きながら頑張ることができた (E)。

2つ目に、精神看護 CNS は＜患者の対人関係の不安定さ＞に気づいた際“患者の他患者の巻き込み”が強い時、＜患者との関係作りを念頭に置き、患者の他者に対する依存への対処を模索＞した。それから、精神看護 CNS の患者と“一緒に取り決める姿勢”が強い時、患者は＜他者に依存しない

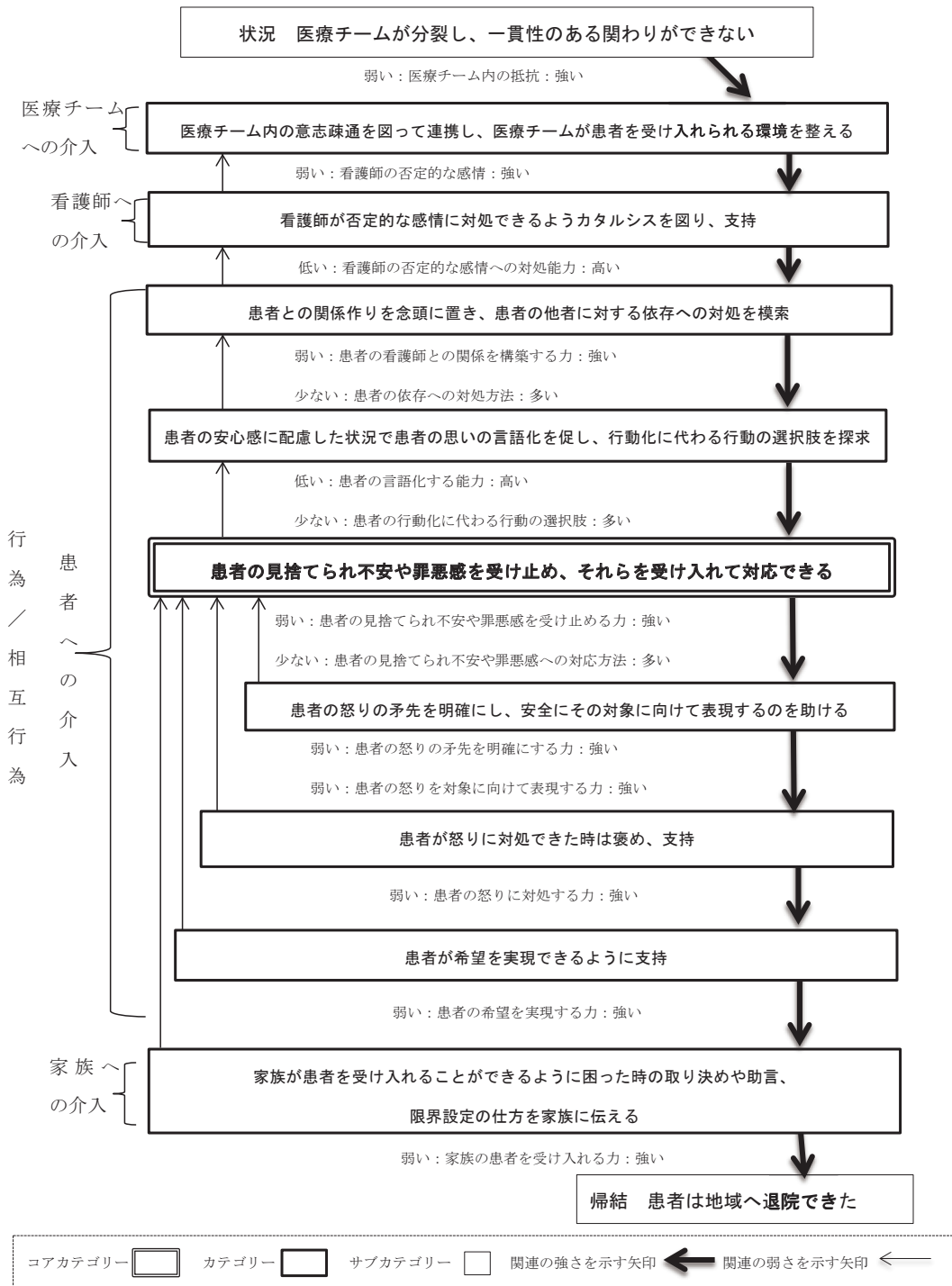


図1 BPD患者の怒りへの看護介入に関するカテゴリー関連図

安定した対人関係の構築>ができた。主な事例は、患者が他の患者を巻き込み落ち着かなくさせ、医療者には依存が非常に強かった。そこで、精神看護CNSは患者と会い、患者が「人との距離をどんな風にとっていけるのか」模索し、担当看護師と患者が朝夕と1回ずつ、15分間、人つきあいについて振り返ること、看護師が対応できる時間帯とできない時間帯を患者と決めた。その結果、患者はあま

り人を巻き込まず退院に向けて生活ができるようになった (A)。

3つ目には、精神看護CNSが患者の<行動化の激しさ>に気づいた際、患者の“リストカットが止まらない苦しさ”が強い時、精神看護CNSは<<患者の安心感に配慮した状況で患者の思いの言語化を促し、行動化に代わる行動の選択肢を探求>>した。そうして、精神看護CNSの“言語化を促したり探

求する力”が強い時、患者は<行動化が軽減し落ち着いた>。主な事例は、患者が仕事を頑張る反動で飲酒量が増え、異性関係が派手になり、それらを後悔しては繰り返しリストカットしていた。患者はリストカットを止められず苦しかった。そこで、精神看護 CNS はまず、患者のリストカットを完全に止められないと思ひ、仕事ができる服装に支障がない範囲へのリストカットのコントロールを目標として考えた。精神看護 CNS は初回の面接で、患者に「どうしたい？ どういうとこ手伝わらいいですか？」と話した際、患者と精神看護 CNS が考えていた目標が概ね同じと確認した。また、精神看護 CNS は患者に精神看護 CNS への不満を表出するように促したり、日常生活でのいらいらを問いかけ、リストカットしたくなる場面の特定や代替え案を探求した。その結果、患者はリストカットが続くものの検査データに貧血などが出なくなった (B)。

4つ目に精神看護 CNS は<投影された怒り>に気づいた際、患者の“怒りを抑圧する程度”が強い時、<患者の怒りの矛先を明確にし、安全にその対象に向けて表現するのを助ける>支援をした。続いて、精神看護 CNS の“怒りの矛先を明確にする力”が強い時、患者は<怒りの矛先を対象に向け、表現することができた>。主な事例は、精神看護 CNS は患者が母親への怒りを出せないために抑うつや怒りが強くなった。そのため、精神看護 CNS は日々の生活で患者が怒りに少しでも気づいて対応できるようにすることを考えた。そして精神看護 CNS は怒りを少しでも患者に認識してもらえるように「こういう時は、ちょっと頭にきまずよね」と一緒に話し、できるだけ怒りを安全に言葉で表現できるように助けた。また、精神看護 CNS は「患者さん本人が怒りや、怒りをちゃんとこうベクトルに向けて表現できるように」と心掛けた。その結果、患者は明確に別れた夫に対しては怒りを表出できた (A)。

5つ目に精神看護 CNS が患者の<混沌とした怒りの根深さ>に気づいた際、“患者が怒りの原因が分からない程度”が強い時、<怒りの背景や思いについて話し合い、怒りのコントロール方法をアセスメント>した。さらに、精神看護 CNS の“怒りに関して患者ができることとできないことの区別をする能力”が高い時、精神看護 CNS は<患者が怒りに対処できた時は褒め、支持>した。その後、精神看護 CNS の“患者自身が調子を掴むように関わ

る姿勢”が強い時、患者は<怒りを相手に言語化し、コントロールできた>。主な事例は、患者は幼少期より慢性的な怒りを抱え過ぎて怒りの原因が分からなかった。患者は怒りが内に向くと重症度の高いリストカットを行い、外に向くと精神看護 CNS が言った一言を攻撃していた。そこで、精神看護 CNS は患者と振り返る中で、患者が怒りを我慢できる時間帯とできない時間帯に気づいた。そして、患者が日常生活の中でどのような時にほっとしたり、いらいらしたりするのか、モニタリングし、患者自身が調子を掴めるように関わった。その結果、患者は面接中に精神看護 CNS の言葉や対応で気に入らない時は、精神看護 CNS に直接、言えるようになった (B)。

6つ目に精神看護 CNS が精神症状により患者が<生活行動が取れない>状況に気づいた際、患者の“問題解決に取り組む姿勢”が強い時、精神看護 CNS は<患者が希望を実現できるように支持>した。それから、精神看護 CNS の患者と“共に決める姿勢”が強い時、患者は<現実的な問題が解決し、生活行動が取れた>。主な事例は、精神看護 CNS が、患者が精神症状により昼夜逆転し、生活行動が取れない状況に気づいた際、精神看護 CNS は患者や看護師の話聞き、患者が「(家に) 帰りたいたいと言うので、どうやったら家に帰れるのか」患者が自宅退院するための見立を立てた。また、行動化のコントロールのためにも治療目標を明確にした。その結果、患者は昼夜逆転が減るにつれ、夜間眠れるようになり、日中の活動ができるようになった (A)。

(2) 医療チームへの介入

医療チームへの介入では、<医療チームが分裂し、一貫性のある関わりができない>状況に精神看護 CNS が気づいた際、医療チーム内の“患者に対する困難感”が強く、“連携”が弱い時、<医療チーム内の意志疎通を図って連携し、医療チームが患者を受け入れられる環境を整える>関わりをした。そうして、精神看護 CNS の“連携の心掛け・環境調整・医療チームの教育姿勢”が強い時、<医療チームが1つにまとまり、一貫性のある関わりができた>。主な事例は、医療チームは医師と看護師間で治療方針や家族の見立てが異なり分裂していた。また、医療チームは患者の行動化に対し、しんどさも感じていた。そこで、精神看護 CNS は医療

チームで患者の症状コントロールの目標を見定めること、医療チーム内の連携や協働のためのコンサルテーション、分裂の自覚のない医療チームに教育的介入、医療チーム内の分裂について話し合う場の設定、医療チームが患者を受け入れられる環境作り、医療チームに家族問題に関する情報を提供した。その結果、医療チームは患者を受け入れ、患者のために治療や看護を提供できた（D）。

（3）看護師への介入

看護師への介入では、精神看護 CNS が〈ケアを妨げる程の看護師の葛藤〉に気づいた際、看護師の“悔しさ”“辛さ”が強い時、〈看護師が否定的な感情に対処できるようカタルシスを図り、支持〉した。それから、精神看護 CNS の“看護師が次回、関われるようになる意識”“看護師の感情を浄化する意識”が高い時、看護師は〈葛藤が軽減し、ケアを展開できた〉。主な事例は、患者が上手に看護師の弱点をつくため、看護師は私が悪かったと自責感を過大評価していた。また、看護師は患者に言われて担当を代わる悔しさも感じていた。そこで、精神看護 CNS は看護師に対し、カタルシスを図り看護師が次回、患者に関われるよう意識して話した。その結果、看護師は落ち着き、受持ち患者との距離も取れるようになった。そして何より看護師は受持ち患者から「今回の入院は私自身も勉強になった、いい経験になった」と言われ、自責感が拭われた（E）。

（4）家族への介入

家族への介入では、精神看護 CNS が〈患者と適度な距離が取れず、患者を受け入れることができない家族〉に気づいた際、“家族の患者への恐怖感”が強い時、精神看護 CNS は〈家族が患者を受け入れることができるように困った時の取り決めや助言、限界設定の仕方を家族に伝える〉支援をした。そして“今後の見通し”が明瞭な時〈家族は患者と適度な距離が取れ、患者を受け入れることができた〉。主な事例は、患者は母親との2人暮らしだったが、関係は非常に悪かった。母親は患者に首を絞められたトラウマがあるため、患者が暴れた時に止められない恐怖感が強かった。そのため、母親は患者の自宅退院が「いや」と言っていた。母親は患者が自宅退院するためには「行動化をコントロールしてくれないと、（患者を）受け止めれない。」とも言っていた。そこで、精神看護 CNS は成育歴と

精神状態との関連より、患者と母親が行動化ではなくお互いに助け合えるように方向性を見立てた。また、精神看護 CNS は母親のうつ状態のアセスメントと精神的な支援のために定期的な面接を計画した。その面接の中で精神看護 CNS は、母親の患者への恐怖感や思いを傾聴したり、患者が暴れた際、警察をいつ呼ぶのか、家族と話し合った。その結果、母親は患者への恐怖感に残るものの、少し患者に対応でき、患者を受け入れる準備を整えることができた（A）。

考 察

精神看護 CNS が行った BPD 患者の怒りへの看護介入の中で【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】関わりに重点を置くことが明らかになった。ここでは BPD 患者の怒りへの精神看護 CNS のアセスメントや看護介入の特徴について検討した。

精神看護 CNS の気づきは患者の〈行動化の激しさ〉や〈生活行動が取れない〉といった目に見える行動レベルの現象だけでなく、その背景に潜む〈投影された怒り〉や〈混沌とした怒りの根深さ〉、そしてそれらの影響を受けた〈医療チームが分裂し、一貫性のある関わりができない〉、〈ケアを妨げる程の看護師の葛藤〉といった目に見えない現象にまで至っていた。宇佐美¹⁸⁾は精神看護 CNS がチームの力動を見抜き、患者の怒りの背景にある感情に気づき、それをコンサルテーションの中で看護師と共有し、知識理解を深め、具体的な関わりを検討していたと報告している。また、精神科看護師は〈行動化の激しさ〉や〈生活行動が取れない〉といった目に見える現象には気づくことができていた。これは森谷¹⁹⁾や袖山²⁰⁾の事例研究でも同様のことが報告されている。よって、精神看護 CNS の気づきが目に見える現象だけでなく、医療チームの力動や怒りの背景に潜む目に見えない現象にまで至っていたことが特徴の1つであると考えた。

精神看護 CNS は患者の怒りに対して【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】関わりに重点を置いていた。精神看護 CNS は患者が怒りを表現した際、なぜ、患者が怒りを表現したのか、その背景について精神力動理論を活用して理解し、そして、その怒りがセルフケアにどのような影響を与えているのか、アセスメ

ントし、看護介入していたことが明らかになった。宇佐美²¹⁾は精神看護 CNS が詳細な情報収集とアセスメントにより、患者の状況に合った関わりを選択を可能にしたと報告している。その一方、精神科看護師は患者が怒りを表現した際、「私が悪かったんじゃないか」と自分を責めるなど、様々な葛藤を抱え、どのように看護を展開したら良いのか、困っていたことが明らかになった。鎌井²²⁾も、看護師が患者の怒りに対して更なる攻撃を恐れ、患者を怒らせないように回避的な行動を取ってしまいがちであったと報告している。これより、精神看護 CNS の患者に向けられた怒りの特徴は、自己の振り返りだけに止まらず、詳細な情報収集と精神力動理論を活用したアセスメントにより、患者の状況に適した関わりを選択できることと考えた。

精神看護 CNS は詳細なデータと精神力動論に基づいて現実的な生活の中で患者の怒りの意味をアセスメントし、代替案を模索し、そのプロセスに基づき患者が生活を自分で整えられるよう支援していた。精神医学では精神症状の軽減を目的に精神療法などの治療が行われている²³⁾。支持的療法において、過剰な依存、強い怒りが起こらないよう治療者は患者に一定の距離を置き、怒りや見捨てられ、抑うつ、空虚感と付き合うよう励まし、助言する²⁴⁾。そして、治療者は必要に応じて環境調整し、患者の適応機能の改善を目指す²⁵⁾。ただし、面接時間や回数が多い時は一定の限界設定を設けるといふ²⁶⁾。また、Kernberg²⁷⁾は治療関係の中で生じた転移状況、特に治療者に対する患者の不信、怒り、攻撃性の出現に対し、治療者が患者に解釈を与えることの重要性を説いている。これより、精神看護 CNS の精神医学と比較した3つ目の特徴は、精神力動理論に基づき現実的な生活の中で解釈を与えず、怒りの意味をアセスメントし、代替案を模索し、そのプロセスに基づいて支援するという枠組みに捉われない柔軟性に富むことと考えた。

以上より、精神看護 CNS が BPD 患者の怒りのアセスメントや看護介入を実践するためには、看護実践能力が必要であり、その実践能力とは患者の状況や病理を包括的にアセスメントしながら患者理解を深め、且つ患者が自分で生活を整えられるように支援する力と考えた。

本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は研究対象者数が7名と少ないため、一般化するには限界がある。しかし、狭義の精神看護 CNS が元々少ないこともあるため、この貴重な結果をもとに、今後は看護師が BPD 患者の怒りに介入できるようになるために見捨てられ不安に重きを置いた看護介入を習得できる教育プログラムの開発が求められる。

結 論

本結果より、精神看護 CNS による BPD 患者の怒りへの看護介入は【患者の見捨てられ不安や罪悪感を受け止め、それらを受け入れて対応できる】支援をコアカテゴリーとして、《患者との関係作りを念頭に置き、患者の他者に対する依存への対処を模索》《患者の安心感に配慮した状況で患者の思いの言語化を促し、行動化に代わる行動の選択肢を探求》《患者の怒りの矛先を明確にし、安全にその対象に向けて表現するのを助ける》《患者が怒りに対処できた時は褒め、支持》《患者が希望を実現できるように支持》といった6つのカテゴリーで構成されていることが明らかとなった。さらに、精神看護 CNS が BPD 患者の怒りに看護介入する際、医療チームに行った介入として《医療チーム内の意志疎通を図って連携し、医療チームが患者を受け入れられる環境を整える》、看護師に行った介入として《看護師が否定的な感情に対処できるようカタルシスを図り、支持》、家族に行った介入として《家族が患者を受け入れることができるように困った時の取り決めや助言、限界設定の仕方を家族に伝える》といった3つのカテゴリーが抽出された。

謝 辞

本研究にご協力下さいました精神看護 CNS の皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究は熊本大学保健学教育部大学運営経費の助成を受けて行った。

文 献

- 1) 厚生労働統計協会. 国民衛生の動向・厚生指標 増刊. 2014; 61(9): 130-136.
- 2) 野嶋佐由美, 畦地博子, 森岡三重子他 (1995). 精神科看護師の境界性人格障害に対するとらえ方と態度. 看護研究 1995; 28(6): 432-441.
- 3) 鎌井みゆき. 精神科病棟において看護師が患者

- に抱く陰性感情と看護チームのサポートについての分析. 福島県立医科大学看護学部紀要 2004; 6: 33-42.
- 4) 須藤葵. 「境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しい」という観念が看護者に生じる過程について. 新潟青陵大学紀要 2006; 6: 141-150.
- 5) 宇佐美しおり, 福田紀子, 野末聖香他. 精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究. 看護 2003; 55(13): 76-81.
- 6) 小谷英文. ニューサイコセラピー. 東京: 風行社. 2008.
- 7) 日本精神神経学会監修. DSM-5 精神疾患の診断統計マニュアル. 東京: 医学書院. 2014.
- 8) 前掲書 7)
- 9) Kernberg, O, F. (1989). 松浪克文, 福本修訳. 境界例の力動的な精神療法. 東京: 金剛出版. 1993.
- 10) Holm, A, L., Severinsson, E. Struggling to recover by changing suicidal behaviour. Narratives from women with borderline personality disorder. International Journal of Mental Health Nursing 2011; 20(3): 165-173.
- 11) Kool N, Meijel B, Bosman M. Behavioral change in patients with severe self-injurious behavior: a patient's perspective. Archives of Psychiatric Nursing 2008; 23(1): 25-31.
- 12) 豊島甲史郎, 高橋絵里, 高倉普美子他. 10歳代境界性人格障害患者の自己決定への支援. 日本精神科看護学会誌 2009; 52(2): 57-60.
- 13) 山元康子, 中本佳世子, 福富祐治. 自傷行為を繰り返す女性患者への効果的なアプローチ: 接近のプロセスから. 日本精神科看護学会誌 2005; 48(1): 84-85.
- 14) 前掲書 12)
- 15) 井上奈弓, 中西由佳, 本城さやか. 境界性パーソナリティ障がい患者に対する弁証法的行動療法を用いた看護面接の実施とその効果. 日本看護学会論文集. 精神看護 2012; 42: 64-67.
- 16) 袖山二美代, 森淳子, 山本和恵. 見捨てられ不安の強い境界型人格障害患者の看護. 日本精神科看護学会誌 2002; 45(1): 255-258.
- 17) 戈木クレイグヒル滋子. グラウンデッド・セオリー・アプローチ分析ワークブック. 東京: 日本看護協会出版会. 2014.
- 18) 宇佐美しおり, 野末聖香, 片平好重他. 各分野での CNS の活動アウトカム. 臨床看護 2005; 31(11): 1622-1631.
- 19) 森谷奈美子, 深井浩二, 須藤真由他. 理不尽な言動のある境界性パーソナリティ障害患者の看護. 日本精神科看護学術集会誌 2014; 57(3): 265-269.
- 20) 前掲書 16)
- 21) 前掲書 18)
- 22) 前掲書 3)
- 23) 野村総一郎. 標準精神医学. 第4版 東京: 医学書院. 2010.
- 24) 前掲書 23)
- 25) 前掲書 23)
- 26) 前掲書 23)
- 27) 前掲書 9)
- 受付 2016. 7. 20
採用 2017. 1. 25

