

論 文

ボディーイメージの変化を伴う慢性皮膚疾患 患者の危機への援助の検討 —Aguilera と Messiek の問題解決モデルを使用して—

山口 玲子・黒羽 ヨツ・池上 愛子・城川奈津江

与野木悦代・中島 和子・石橋 晴美

(金沢大学医学部付属病院)

An Examination of a crisis intervention for a patient of
a chronic skin disease involving the change of "body image"
—Using the Problem-Solving model of Aguilera and Messiek—

Reiko Yamaguchi, Yotsu Kuroba, Aiko Ikegami, Natsue Shirokawa,
Etsuyo yonogi, Kazuko Nakajima and Harumi Isibashi
Kanazawa University Hospital

Abstract

A patient of a chronic skin disease involving the change of "body image" faced a crisis when he (she) received his (her) disease. For this case, the examiner used Aguilera and Messiek's Problem-Solving model, and gave an assistance to him (her). Analyzing the process, the examiner made two conclusions below.

- 1) To be a social helper for a nurse is effective for a patient to receive the disease.
- 2) To consider the condition of increasing a stress, appearing bodily as a crisis and to use the Problem-Solving model is effective to clear the process and the factor of increasing the crisis, and to draw a concrete assistance.

要 旨

ボディーイメージの変化を伴う慢性皮膚疾患患者が疾患を受容する時に危機に直面した。この1事例に対し Aguilera と Messiek の問題解決モデルを使用し援助をおこなった。その看護プロセスを分析し、以下の結論を得た。

- ①看護婦が社会的支持者になることは、患者が危機を回避し、疾患を受容するために有効であった。
- ②精神的ストレスが高まり何らかの身体的症状が出現した時を危機としてとらえ、問題解決モデルを使用したことは、危機に陥る過程と危機を促進している因子を明確にし、具体的援助を引き出すのに有効であった。

I. はじめに

慢性皮膚疾患はボディーイメージの変化を伴うため、羞恥心や劣等感により、常にストレスを持ち続けることが多い。ストレスによる心理的影響は、皮膚血管の拡張・充血・温

度の上昇などにより、皮膚疾患を悪化させると言われている。

今回、疾患を受容しきれず、逃避・諦めという防衛機制を持ち続け、心理的ストレスが身体症状に転換された慢性皮膚疾患の一事例

- (a) 乾痒により社会生活制限
- (b) 皮膚を見られることによる羞恥心、劣等感、遠慮、対人関係によるストレス。
- (c) 職業選択が狭められている。
- (d) 不規則な生活、睡眠不足
- (e) アルコール摂取
- (f) 治療継続の困難さ
(疲労などの身体的なもの、社会的都合の優先)
- (g) 原因不明の慢性疾患

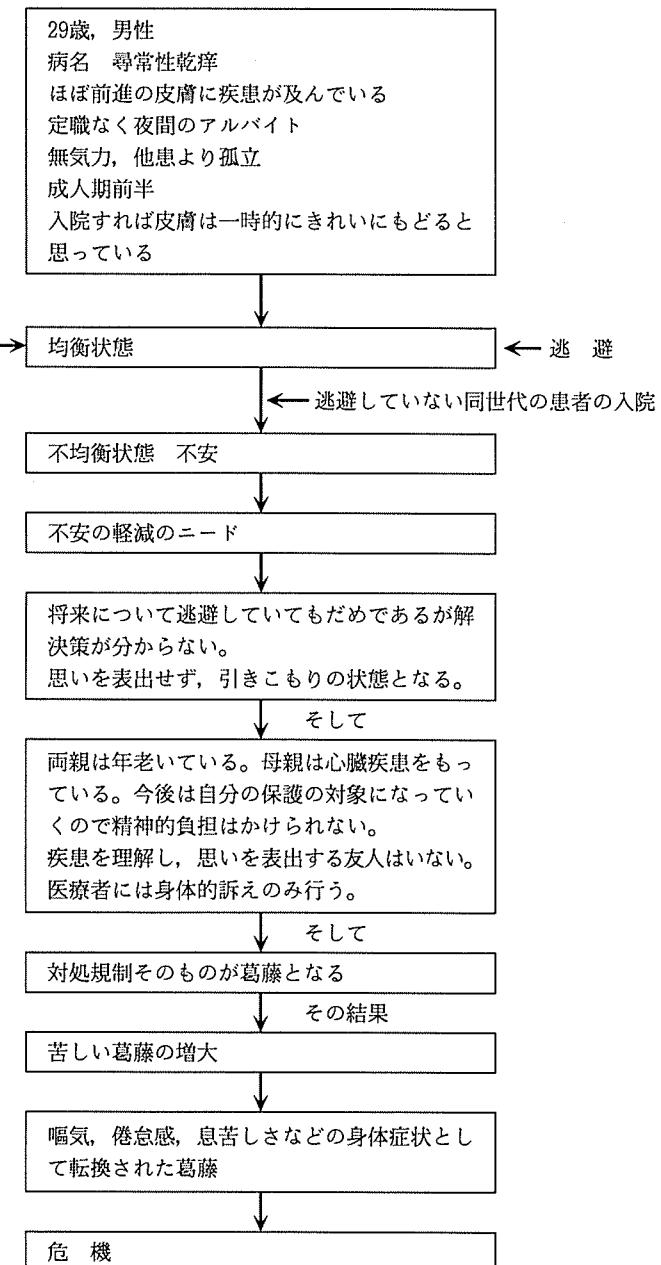


図1. F氏の危機

を体験した。我々はこれを危機と判断し危機あるいは危機回避に至る過程に重点の置かれた Aguilera と Messiek の問題解決モデルを使用することにより、危機を回避するための有効なケアが導き出されるのではないかと考え、使用した。その結果、有効な援助が導き出され、ボディーイメージの変化を伴う慢性皮膚疾患患者に、この危機理論は適応出来るという示唆を得たので報告する。

II. 研究方法

1. 対象

F 氏 29歳、男性 病名 尋常性乾癬

・入院期間 1992年4月22日～7月7日

・発病の様子と入院に至る過程

17歳で発病、19歳で初めて入院する。その後入退院を繰り返し、今回7回目の入院である。入院前は仕事が忙しいため通院、軟膏処置（以後 OT と略す）を自己判断で中止していた。4ヶ月前から入院をすすめられるが92年4月まで引き延ばしていた。入院時、皮膚は異臭がなかったがほぼ全身融合した紅斑と鱗屑で覆われ、正常皮膚はほとんど見られなかった。

2. 研究期間

1992年4月22日～9月6日

3. 方法

患者の内面の葛藤が身体症状として転換された状態を危機と判断し Aguilera と Messiek の問題解決モデルを使用し、危機に至る過程を危機の関連要因（バランス保持要因）を分析する。

情報の収集はケアを行ながら観察と面接によって把握した。

III. 結 果

1. 患者の危機状況の判断

1) 発達的危機と乾癬という状況的危機

発症までは健康で大学時代はロックバンドを組み積極的に明るい学生であった。しかし、

入退院を繰り返すため大学を中退している。現在定職はなくビリヤード場でアルバイトをしている。家族は両親と3人。兄が1人で、結婚し別所帯を持っている。

F 氏は29歳、成人期前半で、ライフサイクルの中でも就職・結婚・子育てなど、その後の人生を決定づける最も充実する時期である。さらに人間関係の大きな変化に適応していくねばならない充実の時期である反面、葛藤を生じやすい時期もある。この時期に羞恥心や劣等感を引き起こす皮膚疾患を繰り返すことにより、葛藤はかなり強いと思われた。

2) 入院前までの患者の対処行動

入院中のF氏は、看護婦との会話も少なく、TV、読書、ゲームで1日を過ごし、他患との交流はほとんどなかった。布団やシーツの汚染にも無頓着で、衣類も促さないと交換しなかった。自発性は乏しく、働きかけのない限り、毎朝の入浴、食事、OTを行う以外は無気力な状態であった。しかし、これまでの経過の中から、次のようなストレスが考えられ、それらからの逃避がF氏を無気力な状態にしていったのではないかとアセスメントした。

(a)疾患により社会生活（公衆浴場、温泉、プール、理容院、スポーツ）に制限が多かった。

(b)皮膚を見られることによる羞恥心。フケが落ちることによる遠慮。それからくる対人関係のストレス増大。

(c)治療継続のため不規則な仕事、アルバイトと職業が限定された。

(d)不規則な生活、睡眠不足になりがちだった。

(e)夜間の仕事のためアルコールが摂取しやすい状況であり、ストレスのはけ口としてアルコール摂取量が増大していた。

(f) OT の必要性は理解しているが、疲労増強時は入浴、OTは負担であり、OTより社会的都合を優先しがちであった。

(g)原因不明。完治せず繰り返すことが多いという疾患にかかってしまった。

3) 危機のきっかけとなった出来事

上記のような無気力な状態で、今回、7回目の入院を過ごしていたF氏を危機的状況に導いたひとつの出来事として、同世代の患者の入院があったと考えられる。彼は明るく積極的に友人も多く、同室者、医療者ともよいコミュニケーションを保ち、周囲は明るい雰囲気であった。F氏にとって逃避という形を取っていないと感じた患者と自分を比較することにより、現実を見つめざるを得なくなり葛藤が高まって行ったと考えられる。

2. 問題解決に影響を与えるバランス保持要因

1) 出来事の知覚

F氏の乾癬に対する思いは、「一生なおらんし、悪くなればまた入院するより仕方ない。」と「ずっとこのままの状態を一生繰り返すわけにはいかん。どうにかなるだろう、どうにかせんなん、という気持ちがあるが考えるとつらくなるし深く考えない。」であった。F氏は考えないわけではなく、いろいろ考えていくが現状では打開出来ず苦しんで逃避している。このような状況の中で葛藤だけが高まり精神の安定が保てず、自分の現在置かれている状況を分析し、あせらず解決策を見つけて行かなければならぬ現実を正しく知覚できない。解決策をみいだすため社会的支持者に思いを表出し、アドバイスを求めたりせず、ひきこもり状態となっている。

2) 社会的支持

①両親

7回目の入院であり、生命に直接影響がないので面会は少ない。「両親は大学中退時も何回かの入院時も、病気を治すことが大切やといってくれる。でも、母親には心臓病があるしあまり心配をかけれん。」と話す。温かく見守ってくれているが、年老いた両親には負担をかけたくないと思っていた。つまり、F氏にとって両親は依存の対象であると同様に、今後、自分が保護していかなければならない

対象でもあったと考えられる。

②友人

「皮膚が見られんように、フケが落ちんよう夏でも長袖で、ゴム付きパッチを着て、手の甲なんかの隠せんところはサポートを巻いて付き合っている。友達には“ねくら”と言われている。」と話す。友人は少ないほうではないが疾患を理解し、病気について気軽に話し合う友人はいなかったと思われる。

③医療者（医師・看護婦）

医療者には痒みなどの身体的訴えしかしない。医療者も長い疾患歴より、入院に慣れた患者というとらえかたをしている。入院の回数をおうごとに表情が暗くなっていることに気づいているが、原因不明の軽快・憎悪を繰り返す慢性疾患だからと同情的に見ているが、患者の内面の葛藤に踏み込んでいない。F氏にとって同情的な対応はむしろ自尊心を傷つけられ、身体的訴えだけに反応を示す医療者は、気持ちを打ち明け、救いを求める対象にならなかつたのではないだろうか。

3) 対処機制

F氏はこれまで逃避という形で精神の安定を保っていた。しかし、心の底で抑圧された欲求が無意識のうちに蓄積していた。

3. 危機と危機回避

F氏のバランス保持要因は均衡回復に向けてどれも効果なく、内面の葛藤は嘔気、倦怠感、息苦しさという身体症状として転換され、葛藤が極致に達したときに看護室前で真っ青な顔で倒れ込むいう形で現れた。症状出現時は内服薬の副作用と考えられたが、身体データ上異常なく、内服中止後も症状は持続していた。この時点で始めて看護婦は、患者の心理状態に目を向け、心理的サポートの必要性を認識した。この状態を危機と仮定し、危機回避に向け Aguilera と Messiek の解決モデルを使用して分析した。その結果、(a)～(g)のストレスが、疾患を認識し必要な行動を取ることを妨げ、逃避・諦めへと導いた。さらに

疾患を再認識するとき、社会的支持もなく、葛藤の高まりが身体症状に転換されたことが分かった。これらの分析結果から援助計画を立てた。第1段階の患者援助として、①患者とのコミュニケーションを密接にし、看護婦が社会的支持として対応できる。②患者に自分の思いを表出させる。を目標とした。検温時、治療時以外にロビーで患者に、指示的態度や詰問的質問を避け、くつろいで患者の話を十分聞く態度で接した。その結果、ポツリポツリと患者は思いを表し始めた。看護婦との話の中でも笑顔が見られ、このころより症状は軽快し始めた。第2段階の援助として①正しい疾患の理解②逃避という形を取らず、これまでの(a)~(g)を分析し悪循環を断ち切っていくことを目標とした。看護婦とのコミュニケーションも良くなり、疾患の説明にも自分の症状と比較しながら理解していった。その結果、疾患治癒に向けてOT、皮膚の清潔保持などに意欲を見せるようになり皮膚状態も改善していった。疾患を理解し受け入れることができると、これまでの悪循環にも目が向き、自分自身のおかれている状況にも視野が広がって行った。そして、退院時には「夜の仕事ではなく、乾癬には日光浴がよいから瓦屋に勤める。始めはバイトでも、その後、きちんとした仕事につくつもりや。仕事は生活の基盤やし、基盤ができると結婚とか考えられんやろ」と疾患についての理解と将来について前向きな姿勢を見せるようになった。

IV. 考 察

F氏は初回入院時に原因不明、一生完治せず繰り返す疾患と説明を受け、強い衝撃を受けた。この時点で、衝撃に対する援助が行われておらず、患者はこれまで逃避という形で精神の安定を保っていた。そのことが、疾患を受容することを妨げていた（この場合、受容とは疾患を理解し、受け入れ、疾患とともに生きることを言う）。しかし、逃避という形

をとることで表面的には安定を保っており、周囲に強い危機感を与えることもなく、患者は、心の底で葛藤を蓄積させていたと思われる。

今回、同室者の出現により葛藤が高まった。その原因是、29歳という年齢より考えて、定職がなく、就職・離職を繰り返すことでの将来の展望が描きにくいという状況を見つめ始めたためであったと考えた。看護婦はその様子を暗いと観察しているが、F氏の内面に生じているこの変化を知ろうとしなかった。ほとんど訴えのない、しかも暗く沈んだ表情の患者に対して具体的な援助を行っていないため、思いを表出できないという歪んだ知覚を引き出させてしまった。社会的支持はストレスに耐え、問題解決を行う能力を大いに高める¹⁾と言われている。しかし、その対象となる両親は依存の対象であり、かつ保護の対象であった。また、疾患を理解し思いを表出する友人もなく、医療者もその対象でなかった。強いストレス状況で情緒的安定を維持するための対処機制は、逃避という防衛機制そのものが葛藤を高めてしまった。その結果、さらに苦しい葛藤と抑うつか増大され不均衡が持続され、看護室前で倒れ込むという身体症状として出現するにいたったと考える。

AguileraとMessiekのモデルは、危機あるいは危機回避に至る過程に重点が置かれており、失明、下肢切断などの急激な衝撃を受けて起こるショック性危機より、消耗性危機の方が活用しやすい²⁾と言われている。この方法を用いて危機に対応したことで危機に陥る過程と危機を促進している因子が明確になり、次の二点の具体的な援助を引き出すのに有効であった。①医療従事者の受容と支持により、感情表出のニードを満たす、②現実的に自己評価し、積極的な対処行動がとれるよう援助する。

これらのことから、AguileraとMessiekの問題解決モデルを使用しての看護介入は危機回避に有効であった。

尚、慢性疾患は、一生疾患とともに生きていかなければならない。人間が一生を生きて行くには、信頼でき、悲しみや苦しみ、喜びをともに分かち合う肉親、友人の存在は大切なものである。退院後、ストレスの多い社会に出ていく患者に、障害者が障害を恥ずかしいと思う必要がないのと同じように、疾患を恥じる事なく、疾患も人格の一部として前向きに生きていくよう、社会に出てからのサポートの存在を意識した看護を展開することも必要であると考える。

V. まとめ

ボディーイメージの変化に伴う慢性皮膚疾患患者に Aguilera と Messiek の問題解決モデルを使用し、看護展開した結果、次のことことが明らかになった。

①看護婦が社会的支持者になることは患者が危機を回避し、疾患を受容するために有効であった。

②精神的ストレスが高まり何らかの身体的症状が出現したときを危機としてとらえ、問題解決モデルを使用したことは、危機に陥る過程と危機を促進している因子を明確にし具体的援助を引き出すのに有効であった。

引用文献

1) 2) 小島操子：危機理論発展の背景と危機モデル、看護研究, 21(5) : 2 ~ 9 1988.

参考文献

- 1) 佐藤禮子：Aguilera と Messiek の問題解決モデルによる分析、看護研究, 21(5) : 51 ~ 61 1988.
- 2) 小島操子：喪失と悲嘆²³危機のプロセスと看護の働きかけ、看護学雑誌, 50/10 : 1107 ~ 1113, 1986.
- 3) 安田秀美 他：尋常性乾癬、社会的、精神的対応、皮膚臨床, 33(8)特 : 31 ; 1065 ~ 1068, 1991.