

Eriksonの自我発達理論を用いた退行の有用性についての検討
～意図的退行を促した患者の看護から～

2病棟2階

○稲田由美子 森初美 辻畑博子

1. はじめに

心の健康は幸福な社会生活を送る上で極めて強い関わりをもつ。

乳幼児期・学童期は子供の精神的発達の基礎が形成される時期と考えられ、その時期での精神的発達がその後の心の健康を規定するとまで言われている。

E. H. Eriksonは、人間の自我が成長発達していくにはライフサイクルの各発達段階に応じた発達課題を達成していくことが重要であると述べている。また、人はこうした発達課題をひとりで達成していくのではなく、社会的環境、とりわけ乳幼児期では家族環境、学童期では学校生活環境の影響を受けて達成していくと言っている。

今回、12歳の女性患者が食欲不振、嘔気、呼吸困難などを主訴に入院してきた。患者は中学進学後登校拒否となり、以後家庭内で母親と過度に密着した生活を送っていた。この患者は病歴や入院後の諸検査の結果、医師より身体症状は母親への依存要求の手段として出現していることが示唆された。また生活歴からこの患者は現時点での自我では同世代との集団生活に適応出来ないことが問題であると考えられた。その為、Eriksonの自我発達理論を用いて、この患者の自我発達段階を現段階より前の段階まで退行させ、その段階に応じた治療や看護介入を行えば患者は精神的安定を得て、身体症状が軽減出来るのではないかと考えた。

そこで入院時から担当医が交代するまでの期間をEriksonの自我の発達段階に照らし合わせて心理的側面、社会的側面の視点でアセスメントしながら看護介入を行ったので、その経過に若干の考察を加えて報告する。

2. 研究目的

自我の発達が未熟な患者に意図的に退行を促す看護介入を行い、退行前後の患者の心理社会的側面の変化を分析し、退行という看護介入の有用性を明らかにする。

3. 研究期間

平成10年1月12日～平成10年3月31日

4. 研究方法

1) 入院から担当医が交代するまでの期間を下期の4期に区分する。

1期：入院時から退行前の患者観察期間（平成10年1月12日～1月20日）

2期：退行を開始したが、母親の戸惑いにより十分な退行が行われなかった退行導入期（1月21日～1月30日）

3期：母親の協力により十分な退行が行われた退行促進期間（1月31日～2月16日）

4期：退行を終えてから担当医交代までの評価期間（2月17日～3月31日）

2) 各期における患者の言動、身体症状、表情、態度、時間の過ごし方、行動範囲、他者との交流状況を看護記録およびカンファレンス記録より抽出する。

3) 2) で得られた情報をEriksonの自我発達理論に基づいて、患者の心理的社会的側面に及ぼす変化を分析し、退行という看護介入の有用性を検討する。

5. 事例紹介

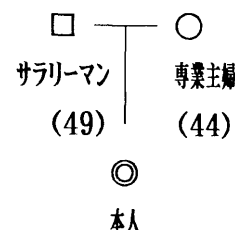
患者：T氏 12歳 女性

入院年月日：平成10年1月12日（任意入院）

診断名：身体表現性障害

性格（患者の表現）：人見知りが激しい いい子に見られたい

（母親の表現）：おとなしい 優しい



生活歴：市内にて出生。小学5年までは成長発達において他の子と大差なく過ごした。学校ではおとなしく目立たない存在だった。同級生に数人の友人はいたが、家に連れてくるような友人はいなかった。小学6年の時、友人と喧嘩したことを機に学校を欠席しがちとなり両親の意向により転校した。中学進学後も、友人より母親と遊ぶことが多かった。中学1年の7月虫垂炎の手術後、身体症状を多く訴え、学校も欠席が多くなり10月より休学し、現在に至る。

現病歴：平成9年夏頃より腹痛や息苦しさを自覚していた。同年7月中旬虫垂炎の為、某外科にて手術し1週間後退院した。しかし、その後も腹痛は持続し経口摂取も困難となり、いくつか診療所を受診するも症状は軽快しなかった。そのため9月にY大小児科を受診し、加療するも症状軽減せず、当科紹介され、平成10年1月12日精神神経科病棟に任意入院となる。

6. 看護の展開

1) 長期目標：母子分離不安が軽減し、年齢に応じた社会適応ができる。

2) 看護診断：

1 食事摂取が困難なことに関連した栄養状態の変調

2 身体症状による苦痛・依存に関連したセルフケア不足

3 母子分離に伴う不安・大人になることへの拒否に関連した成長発達の変調

3) 看護の実際

1期：退行前（観察期間）

(1) 看護方針

看護婦は患者の状態を把握するために患者の訴えや症状の観察・情報収集に努める。援助は患者の希望にそって保護的に対応する。

(2) 患者の反応

患者は終始手で口を覆い、眉間に皺を寄せ心窩部をさすり、吐物用のビニール袋を枕元に用意していた。そして嘔気や倦怠感などの身体症状を理由に、自分でAD

Lを行うことを拒否し、看護婦による全面介助を望んだ。看護婦は患者の訴えを心理的なものと決めつけずに対症療法に徹した。清潔・排泄介助において看護婦の対応は様々であったにも関わらず、患者に羞恥心は見られなかった。また、母親が帰宅するとナースコールを再三押して「息苦しい」「吐き気がする」と訴えて泣いた。そのため看護婦は頻回に訪室して患者の機嫌をとった。時間の過ごし方では、患者は一日中ベッドに臥床して過ごした。就寝時には母親の手作りのマスコットを枕元に置き「淋しい。ひとりで寝たことがないから怖い。」と訴えた。看護婦は患者が安心して眠れるように可能なかぎり付き添った。他者との交流では、同室者には興味を示さなかった。看護婦との会話でもよそよそしい態度でほとんど「はい」「いいえ」のみで、母親が代弁していた。

2期：退行導入期

12歳はEriksonの発達段階でいう第Ⅳ段階にあたるが、患者はADLにおいて自分で行うことがなく、他者にまかせきりで羞恥心が見られないことより、第Ⅱ段階の自律性の確立が不十分であると判断した。また、夜ひとりで眠れないこと、身体症状を母親への依存要求として考えると、第Ⅰ段階の基本的信頼の獲得も出来ていないと判断した。

(1)治療及び看護方針

治療としては発達段階の第Ⅰ段階から発達課題を達成し直すことにした。意図的に退行を促す道具として哺乳ビンを用いて1日3回エンシュアリキッドを飲用する方法をとった。その際、母親には可能な限り患者に添い寝やスキンシップを行うよう協力を依頼した。

看護婦は意図的退行が確実に行われるよう努めた。また、全面的にADLの充足を行うとともに、遊び相手・話し相手として関わった。

(2)患者の反応

患者は意図的退行について看護婦が「恥ずかしい？」と尋ねると「ううん。ただ飲みにくい。」と言うだけで、恥ずかしさや戸惑いはみせず、素直に受け入れた。母親は看護婦にスキンシップや添い寝の場面を見られることに躊躇し再三中断した。そして、治療そのものに疑問があると看護婦に打ち明けた。

患者の心窩部をさすったり、手で口を覆ったりする動作は減り、看護婦が問えば身体症状を訴えるが、自ら訴えることは少なくなった。身体症状を訴えたときでも、看護婦が患者の注意を身体症状からそらすような話題を提供したり一緒に遊ぶように努めると、患者は話に夢中になり、笑顔を見せるようになった。また就寝時、「淋しいけど大丈夫です。」と言い、一人で就寝するようになった。しかし、入浴に関しては相変わらず自分から入浴動作を行わず、羞恥心もみられなかった。時間の過ごし方はトイレ・洗面以外はベッド上で過ごし、漫画を読んだり書いたり、母親の手作りのマスコットでひとり遊びをしていた。行動範囲は付き添いがあればトイレや洗面所に出かけた。他者との交流では、同室者には興味を示さず会話もしなかった。しかし、看護婦には興味を示し、患者の方から話しかけてきた。その会話は患者が一方的に質問をし看護婦がそれに答えるというものであった。自分自身のことは聞かれたら答えるが、自分から話をするとはなかった。

3期：退行促進期間

患者は意図的な退行を拒否する事なく受け入れ、身体症状の増悪もみられないことから意図的退行を継続してよいと判断した。

(1)治療及び看護方針

治療方針は2期の方針を継続した。母親には治療に対する疑問を解消するために、医師・看護婦より再度退行の必要性について説明した。さらに看護婦は入室禁止の札を作成し、患者が母親にしっかり甘えられるための環境作りに努めた。

(2)患者の反応

母親が退行への理解を示し、退行が十分行われると、患者はしばらくの間哺乳ビンでの飲用を続けていたが、「見られたくない」と言ったり、哺乳ビンの使用を拒否するようになった。入浴や更衣に関して患者から「どうしたらいいですか」などの言葉がかけられた時には、患者の意思を尊重してかかわった。その結果、徐々にではあるが、声かけをすれば自分で行うようになった。時間の過ごし方に関しては看護婦の作成した入室禁止の札を使用して、自室で母親とベッド上で編み物やビーズ作りをして過ごした。母親と過ごす時間は7時間以上にも及んだ。行動範囲に関しては、患者は一人でトイレに行ったり、洗面所で歯磨きを行うようになった。他者との交流状況では、同室者と直接話をすることはないが興味を示し、看護婦に同室者のことを質問するようになった。そこで他患との交流をはかる為に、レクリエーションや談話室でのTVの視聴をすすめたが「きついから」と拒否し、自室から出ることを嫌がった。廊下では小走りし、他患に出会うと後退りなどして避けていた。他患が挨拶をすると挨拶を返したが、自分から声をかけたりはしなかった。患者は占いや性格判断の本を好み自分と看護婦との共通点を見つけて喜んだ。

4期：評価期間

患者は意図的退行に対して「見られたくない」と言ったり、哺乳ビンの使用を拒否するようになった。入浴や更衣の際、看護婦にどう行動すればよいか尋ねたり、自分の方法が間違っていないか確認するようになった。さらに、不十分ではあるが自分で身体を洗ったり、洗面や歯磨きをするようになった。これらのことより、患者はEriksonの発達段階でいう第2段階の自律性の獲得と恥・疑惑の克服につながりつつあると判断した。

(1)治療及び看護の方針

治療方針は意図的退行により獲得したことが患者に身についたかどうかを判断するために意図的退行を中止した。この時期、両親が患者の就学を心配したが、患者の発達段階ではまだ同世代集団の中で適応が困難だったため、段階を追った集団へのアプローチが検討された。具体的には院内学級の教師に関係作りのための患者訪問を依頼した。

看護婦は退行中止後の患者の変化を観察した。また、身についた行動が継続できるように患者の希望にそった形でADLの自立に努めた。

(2)患者の反応

患者は本を読んだりビーズ遊びをするなどして自分から気分転換をはかるようになった。患者は自分で作ったビーズの花を看護婦に見せたり、プレゼントをするこ

ともあった。患者は笑顔を多く見せるようになり、それに伴い身体症状の訴えは減った。入浴に関して患者は自分で身体を洗えるようになった。また、衣服の着脱の際に看護婦に背を向けるなどの羞恥心が見られるようになった。自分から整容し、自分の着ている服を自慢するなどそれまでにない行動が現れた。時間の過ごし方は、母親と一緒に過ごすよりも看護婦と話をしたり遊んだりすることを喜び、院内学級の教師の訪室をも心待ちにするようになった。入室禁止札の使用時間は減り、自室に母親と一緒にいてもそれぞれが別のことをして過ごすことが多くなった。行動範囲は変わらなかったが病棟内を普通に歩くことが出来るようになった。他者との交流では同世代患者に興味を示したが接触はなかった。限られた一部の患者とは自ら挨拶が出来るようになった。短時間だがレクリエーションの参加も出来るようになった。また、看護婦に自分のことを話してくれるようになった。担当医の交代を知ってからは泣いて過ごすことが多くなったが、ADLにおける行動面での変化は見られなかった。

7. 考察

医師より患者の身体症状は母親への依存要求の手段として出現していると示唆されたことや、現時点での自我では、患者は同世代との集団生活に適応できないことから発達課題の達成をし直すことが必要であると考えた。松尾は「子供を抱き締めて、甘えの感情を満たすことによって、学習をする能力の基礎が培われ、生活習慣などのしつけも可能になる」と述べていることから、意図的に退行を促すことにした。そのため患者の自我の発達段階を検討した。その結果、患者はADLを自分で行わず、他者にまかせきりで羞恥心が見られなかったこと、夜ひとりで眠れないことなどから、第Ⅱ段階の自律性の確得が不十分であると判断した。さらに身体症状を母親への依存要求として考えると、第Ⅰ段階の基本的信頼の獲得もできていないものと考えた。そこで我々はEriksonの理論により、前段階の発達課題が達成されなければ、次の発達課題の達成はあり得ないということから、患者を第Ⅰ段階の乳児期として介入した。池川は「母親とのスキンシップは、乳児に安らぎを与え、その後の情緒の発達にとって重要な役割を果たす」と述べ、また田中は「幼児は、対人認知や言語の発達を通して、外界とのかかわりを自分から求めていく時期にあたり、母親という「安全基地」は冒険に欠かせない」「十分に甘えを満喫することによって情緒的安定が得られ、子供の自立を促す」と述べていることから、母親を治療の枠に組み入れたことで患者はさらに情緒的安定を得た。そして看護婦が患者を乳児期として扱い、ADL全てを全面介助とし、時に患者から「どうしたらいいですか」などの言葉が聞かれたときには、患者の意思を尊重してかかわった結果、患者が母親以外の人に安心して頼ることを経験し、看護婦との信頼関係を育むことができたと考える。

また、遊びは子供にとって楽しみと満足とを与えてくれる自然な活動である。子供は、遊びの中で自分を主張し、表現することで、日常生活での不安や欲求不満を解消できることから、看護婦が遊び相手として患者に関わり、遊びを否定せず、干渉もしないで患者の自由にまかせた遊びを積極的に取り入れたことで、患者は他者と関わることの楽しみを習得したと考える。また、患者が自分で作ったビーズの花を看護婦に見せたり、プレゼント

するようになったことは、遊びを通して他者への関心が患者に芽生えた結果と考える。そして看護婦が患者の意思を尊重してかかわったことや、遊びを通して患者と楽しみを共感する態度で接したことで、患者は看護婦に心を開き、母親以外の人との間に信頼関係を築くことにもなり、それが新しい関係を求める動機付けにつながったと考える。

以上の経過から我々は患者は第Ⅰ段階の基本的信頼を獲得したと判断した。そして、退行という看護介入をすすめることで、患者は母親だけでなく、看護婦や教師との交流を望み、声掛けをすればレクリエーションにも参加できるようになった。また、特定の患者に限り自分から挨拶ができるようになったことより、患者の社会性も広がったと考える。

しかし、患者は同世代に興味を示したものの接触を求めることはなかった。このことから我々は患者が第Ⅱ段階の自律性の獲得がまだ不十分であると考え。戸塚は「退行への対応は、患者の退行レベルの正確な評価が重要であり、それに応じたアプローチが必要である」と述べているように、今後は患者が第Ⅱ段階の自律性の獲得をするためには高野が言うように、遊び仲間との相互交渉を通して、自己中心性の脱却、ルールの遵守、自己主張といったことを身につけ、社会性の本質的な部分が育成されるようなアプローチをしていくことが必要であると考え。

本症例ではEriksonの自我発達理論を用いて患者の判断と退行させるレベルを判断した。患者が意図的な退行によって獲得した発達課題が退行後も継続されていることから、退行のレベルの評価と介入は適切であったと考える。

以上のことから、現時点での自我では同世代の集団とは適応できず対人関係が希薄な患者においては意図的な退行という看護介入が有用であると考え。

8. おわりに

今回我々は思春期の患者に対して、初めて意図的な退行という看護介入を行った。精神科看護において、思春期の患者看護は患者個人の問題だけでなく、患者の家族やそれらを取り巻く社会の問題など複雑かつ多様な問題を含んでいることから、特に難しいといわれている。それ故今後も症例を積み重ねることにより、より効果的な看護介入の方法を模索していきたいと考えている。

引用・参考文献

- 1) 池川三郎：精神衛生C、改訂第7刷、佛教大学通信教育部、71、145.1996
- 2) 梶田正巳：成長への人間のかかわり、有斐閣、196.1995
- 3) 船島なをみ：看護のための人間発達学、医学書院、25-29.1995
- 4) 鎌幹八郎：アイデンティティの心理学、講談社現代新書、50-62.1990
- 5) 島藺安雄他：凶説臨床精神医学講座3 児童精神医学、メジカルビュー社、24-25.1987
- 6) 松尾恒子：「母子間のコミュニケーション」現代における母子関係の盲点、母子衛生38(3).137-138.1997
- 7) 田中泰行：保育内容★人間関係、建帛社、36-37.1989
- 8) 戸塚守他：受容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).1997