

境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした 精神科看護師の自己形成

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2014-06-10 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 佐々木, 三和 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10470/30589

2013年度 東京女子医科大学大学院 看護学研究科

博士後期課程学位論文

境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成

学籍番号 055002 氏名 佐々木 三和

東京女子医科大学大学院看護学研究科

博士後期課程学位論文要旨

境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした

精神科看護師の自己形成

東京女子医科大学大学院

看護学研究科看護学専攻

佐々木三和

I. はじめに

境界性パーソナリティ障害は、不安定な対人関係や自己像、感情の不安定さや著しい衝動性を特徴とする精神障害である。対人関係では、見捨てられることを避けようと周囲の人を感情的に強く巻き込むことや他者を極端に理想化するかと思うと、逆に過小評価するといった極端な変化をみせる。また、激しい苛立ちや怒り、抑うつなどの気分の著しい変動をみせる。さらに衝動コントロールが困難な場合には、リストカットや薬物多量服薬などの自己破壊的行動や自殺企図などの行動化に及ぶことがある。

これまで境界性パーソナリティ障害患者への陰性感情や巻き込まれに関する報告は多くみられ、そのかかわりの困難さが指摘されてきた。しかし、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、精神科看護師にとって、自己とは何であるのか、精神科看護師としてどうあるべきなのかについて、問い直しが迫られる経験となる。そこで本研究では、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することを目的とした。

II. 方法

本研究は、解釈的アプローチに基づく質的帰納的研究デザインであり、方法論として解釈学的現象学を採用した。研究参加者は、精神科病院に5年以上勤務し、かつ境界性パーソナリティ障害患者への看護経験のある看護師15名とした。データ収集は、インタビューガイドを用いた半構成的面接法とした。データはBennerによる解釈学的現象学を基盤として解釈を行い、研究参加者ごとに独自のテーマを見出し、次にすべての研究参加者の自己形成を比較検討し、統合的に解釈することで、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成における共通の意味を見出した。なお、本研究は、東京女子医科大学の倫理委員会の承認を受けて実施した（受付番号：2296）。

III. 結果

境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成は、その人において生きられたものであり、それぞれ独自のものではあったが、同時にそこには共通した意味が見出せた。すなわち、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、初期の経験では研究参加者の誰にも、患者の病理に巻き込まれ陰性感情を抱くという状況が生じていた。そして、研究参加者は、状況に関与するなかで自己形成していた。研究参加者の自己形成は、「状況に吞まれる」、「状況から自己を守る」、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして、それぞれ「否定的な自己形成」、「両価的な自己形成」、「肯定的な自己形成」という3つの様相に変容していた。また、自己形成を促す原動力には、「自己洞察」と「サポート」の2つがあった。

否定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおいて、現在でも不安や恐怖を抱いており、「状況に吞まれ

る」という状況への関与の仕方をしていた。そのため、現実吟味には向かわず、「自己洞察」には至っていない。また、「サポート」が得られないという特徴をもっていた。両面的な自己形成の様相を示した研究参加者は、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおいて、「自己洞察」が促され、その経験から学ぶことがあり、自己への肯定的評価がなされていた。しかし、他者からの「サポート」が得られていないため、自らが傷つかないように、「状況から自己を守る」という状況への関与の仕方をしていた。肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方とおして「自己洞察」が深まり、他者からの「サポート」を得ることで、「自己理解」に至っていた。そして、「自己理解」を基盤として、「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」や、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という 2 つの仕方のいずれかを基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めていた。

IV. 考察

境界性パーソナリティ障害患者への看護の初期の経験には、研究参加者の誰にも共通して、患者の病理に巻き込まれ、陰性感情を抱くという状況が生じる。こうした状況は精神科看護師にとって、自己像を脅かされる強烈な経験となるため、状況に向き合うことを困難にしてしまう。しかし、肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、自分を含めた人間の多様さの理解に行き着き、自身の在り方を変容させて人間的に成長していた。それは境界性パーソナリティ障害患者への看護の状況に向き合い、自己を問い続けた結果としての人間に対する深い理解である。過去の経験に対する意味づけは常に書き換えられ、経験として内在化されつつ、それらへの意味付与が変化し続けることにおいて自己

形成の様相は変容するものと思われる。したがって、精神科看護師が肯定的な自己形成を獲得するためには、看護師が患者の病理に巻き込まれた状況にあるとき、自己洞察を促進するためのサポートとしての語りの場の提供が重要であることが示唆された。

V. 結論

1. 境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、初期には、研究参加者の誰にも共通して、境界性パーソナリティ障害患者の病理に巻き込まれ、陰性感情を抱くという状況が生じていた。
2. 研究参加の自己形成は、「状況に吞まれる」、「状況から自己を守る」、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして、それぞれ「否定的な自己形成」、「両価的な自己形成」、「肯定的な自己形成」という3つの様相に変容していた。
3. 自己形成を促す原動力には、「自己洞察」と「サポート」の2つがあった。肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして「自己洞察」が深まり、他者からの「サポート」を得ることで、「自己理解」に至っていた。
4. 肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、「自己理解」を基盤として、「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」や、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という2つの仕方のいずれかを基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めていた。
5. 境界性パーソナリティ障害患者への看護では、誰もが自己像を脅かされる経験をもつ。しかし、精神科看護師の経験の意味づけを重視することによって、肯定的な自己形成の様相へと変容する可能性が拓ける。

Graduate School of Tokyo Women's Medical University Graduate Course of Nursing
Doctoral Dissertation Abstract

Self-formation of psychiatric nurses through caring for patients with borderline
personality disorder

Miwa, Sasaki

The purpose of this study was to describe self-formation of psychiatric nurses through caring for patients with borderline personality disorder (BPD), and understand the meaning.

The data was obtained by semi-structured interviews with 15 nurses who had experience in nursing patients with BPD and who had worked for ≥ 5 years at a psychiatric hospital. Hermeneutic phenomenology as defined by Benner, P. was used as a basis for interpretation.

As a result of interpretation, although self-formation of psychiatric nurses was unique to each individual, there were some common factors. In other words, in the early stage where nurses met BPD patients, it arise the situation where nurses harbor negative feelings by getting caught up in the pathology of patients condition. This is common among psychiatric nurses and occurs regardless of whether the nurse is directly involved with the patient. Psychiatric nurses described the way in which they were involved in the situation as “were overwhelmed by the situation,” “had to protect themselves from the situation,” and “had to confront the situation and reexamine themselves.” In addition, they described how they developed one of the three aspects of self-formation: “negative self-formation,” “ambivalent self-formation,” and “positive self-formation.”

Caring for patients with BPD involved intense experiences that threatened the nurses' self-image. However, psychiatric nurses who showed positive self-formation enhanced “self-insight” by “confronting the situation and reexamining themselves” and simultaneously increased their “self-understanding” and “understanding of patients” by receiving “support” from others.

目次

第1章 序論	1
I. 研究の背景.....	1
II. 研究の目的.....	2
III. 本研究の意義.....	3
第2章 文献の検討	4
I. 境界性パーソナリティ障害概念の歴史の変遷.....	4
1. 「境界例」概念の創出.....	4
2. DSM-III以降.....	5
II. わが国の境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究の概観.....	7
1. 阿保による1983～2006年までの「パーソナリティ障害」の看護に関する文献検討.....	7
2. 2007～2013年までの境界性パーソナリティ障害の看護に関する文献検討.....	10
3. 境界性パーソナリティ障害患者を看護する際に生じる看護師の経験に関する文献検討.....	11
III. 自己形成に関する研究の概観.....	16
1. 心理学領域における自己形成に関する研究の概観.....	16
2. 「自己形成」と「アイデンティティ形成」.....	18
IV. わが国の看護師の自己形成に関する研究の概観.....	19
V. 自己形成の概念に関する検討.....	22
1. 「自己」の概念.....	22
2. 「経験」の概念.....	23
3. 「自己」と「経験」の関係.....	24
第3章 研究の方法と研究参加者	26
I. 研究デザイン.....	26
II. 方法論.....	26
1. 人間概念に関する Heidegger 現象学的見解.....	27
2. Benner, P.の解釈学的研究の前提と特徴.....	29
3. Benner & Wrubel の解釈学的現象学における共通性探究のための5つの道標.....	30
III. 具体的調査方法.....	30
1. 研究参加者.....	30
2. データ収集開始までの手続き.....	30
3. データ収集.....	31
4. データ収集期間.....	31
IV. データ解釈方法.....	31
1. Benner, P. による解釈学的現象学を基盤としたデータ解釈方法.....	31
2. 研究の厳密性の保証.....	32

V. 倫理的配慮.....	33
1. 研究参加の理解と同意.....	33
2. 予想される不利益とその対応.....	33
3. プライバシーおよび匿名性の確保.....	34
第4章 結果.....	35
I. 研究参加者の概要.....	35
II. 研究協力者の自己形成の記述と解釈.....	37
1. Aさんの語りの解釈.....	38
2. Bさんの語りの解釈.....	49
3. Cさんの語りの解釈.....	56
4. Dさんの語りの解釈.....	64
5. Eさんの語りの解釈.....	72
6. Fさんの語りの解釈.....	81
7. Gさんの語りの解釈.....	86
8. Hさんの語りの解釈.....	94
9. Iさんの語りの解釈.....	101
10. Jさんの語りの解釈.....	111
11. Kさんの語りの解釈.....	115
12. Lさんの語りの解釈.....	123
13. Mさんの語りの解釈.....	130
14. Nさんの語りの解釈.....	138
15. Oさんの語りの解釈.....	144
III. 境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成.....	156
1. 否定的な自己形成.....	156
2. 両価的な自己形成.....	157
3. 肯定的な自己形成.....	157
第5章 考察.....	164
I. 境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成の意味.....	164
1. 境界性パーソナリティ障害患者への看護の状況からもたらされる精神科看護師の自己形成.....	164
2. 自己形成を動的に捉え、感情に注目することの重要性.....	166
II. 看護への示唆.....	170
III. 本研究の限界と課題.....	171
第6章 結論.....	172

謝辞.....	173
引用文献.....	174-177
資料.....	i ~ x vii

表目次

表 1 研究参加者の背景、およびインタビュー時間.....	36
表 2 研究参加者の自己形成の本質を表すタイトル	37

図目次

図 1 境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師 の 3 つの自己形成の様相.....	156
図 2 境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師 の肯定的な自己形成.....	157

第 1 章 序論

I. 研究の背景

かつて「境界例」と呼ばれ、特別な疾患であった境界性パーソナリティ障害は、最近すっかり影を潜め、精神科外来で見かけることが少なくなったというのが、臨床家一般の一致した見解である(牛島,2010)。境界性パーソナリティ障害患者を入院で扱うことは世界的に少なくなっていることが指摘されており、多くの精神障害と同様に外来治療が主体であり、入院治療はあくまで外来治療では対応できない事態が出現してきた時の応急的対応に留まるとというのが治療の原則である(小野,2008)。

したがって入院が必要になるのは、自殺企図、自傷行為をはじめとした生命に危険が生じているときやそれに伴って生活が破綻し、家庭内の混乱が著しく、家族の疲労が深刻なときである。しかし、外来治療では、境界性パーソナリティ障害患者の対人関係上の特徴から、容易に心理的退行を起こしやすく、その結果として大量服薬や自傷行為などの行動化が生じ、入院治療が余儀なくされる場合も少なくない。

入院施設を持たないクリニックを対象とした調査では、境界性パーソナリティ障害患者の入院を引き受けてくれる病院は少なく、入院先探しは大変とされている(牛島,2008)。現在の医療保険制度では、人手と時間がかかる境界性パーソナリティ障害患者は、経営上採算のとれない患者であり、医療スタッフの心理的な負担となる迷惑な患者だという歪んだ想定も広がっている(林,2010a)。境界性パーソナリティ障害患者においては、その治療を嫌厭する空気さえあり、しばしば医療ネグレクトの対象になっているともいわれている(林,2010b)。

境界性パーソナリティ障害患者に対する看護は難しいという思いにかられることは、これまで異口同音に表現され(須藤,2006)、精神科看護師による境界性パーソナリティ障害患者への陰性感情や巻き込まれに関する報告は多くみられる(鎌井,2004;萱間,林 2005;八木,2003)。

境界性パーソナリティ障害患者を看護する際には、その病理ゆえに、患者自身の不安や怒りなど、さまざまな感情が看護師に投げ込まれるために、強烈な陰性感情が看護師の側に引き出され、未解決な葛藤が刺激されるなど、冷静に対応できなくなることがある。また、患者の激しい衝動性ゆえの自傷行為や暴力などの問題行動に直面するときには、看護師自身の感情が激しく揺さぶられ、自己の価値観や専門職としての判断に葛藤を覚えやすくなる。

境界性パーソナリティ障害患者に対し共感的に理解しようとするほど、自責的に自尊感情を低下させていく(野嶋ら,1995)との指摘は、熱意を持った看護実践が必ずしも治療的効果を生むことにつながるわけではないという精神科看護の特殊性を示すものともいえよう。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者への看護は、その困難さが指摘されているにもかかわらず、否定的なものばかりではない。

看護師がケア場面で体験する否定的感情の様相を明らかにした小宮(2005)の研究では、否定的感情の体験は、ケアの質を低下させる要因となっていたが、一方で患者との間で感情を共有して関係をダイナミックに転換する要因にもなっていたと報告している。否定的感情は、他者への救助行動や内省の過程を経ることで、質の高いケアの原動力となり、看護の質の保証にとって、重要な意味を持つと指摘している。

実際、筆者自身の精神科看護師としての自己は、境界性パーソナリティ障害患者との濃密なかかわりによって鍛えられ、形成されてきたといえる。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、精神科看護師にとって、人間存在そのものへの問いや、人間のこころの不思議さや深さを学ぶ機会となっているのではないだろうか。また、自己とは何であるのか、精神科看護師としてどうあるべきなのかについて、問い直しが迫られる場合もあると考えられる。

そこで本研究では、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解したいと考えた。

II. 研究の目的

本研究の目的は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することである。

本研究では、「境界性パーソナリティ障害患者」を、DSM-IV-TR¹の診断に基づく境界性パーソナリティ障害²と診断されている患者とする。

また、ここでいう「精神科看護師」とは、「精神科病院に勤務する看護師」とする。

さらに、ここでいう「自己形成」とは、「経験と意味づけの相互作用によって自己がもたらされること」として定義する。

¹ Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (アメリカ精神医学会の『精神障害の診断・統計マニュアル』)の第4版の略称。

² 境界性パーソナリティ障害と診断される際には、パーソナリティ障害の全般的基準を満たすことが前提となっている。その要点は、①自己や他者や出来事についての認知、②感情性、③対人関係機能、④衝動の制御、の4つの領域のうち2つ以上の領域で、内的体験および行動様式が持続的に明らかに偏っていること、その持続様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっていること、そのような体験や行動様式の偏りが強い苦痛を引き起こし、職業など社会における機能性を阻害していること、体験・行動様式の偏りは、少なくとも青年期または成人期早期から始まり、長期に渡っていること、こうした特徴が他の精神疾患によるものでなく、また薬物や身体疾患(頭部外傷)の直接的な生理学的作用によるものでもないことである。

境界性パーソナリティ障害の診断基準は9項目で、①見捨てられ不安、②不安定な対人関係、③同一性障害、④衝動性、⑤自己破壊的行動、⑥感情の不安定性、⑦空虚感、⑧怒り、⑨一過性認知障害である。これら9項目のうち、5項目以上に該当することが境界性パーソナリティ障害の診断の要件とされる。

Ⅲ. 本研究の意義

本研究は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することである。その結果として、以下の成果が期待できる。

境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述することは、普段の看護実践を深く理解することを導き、実践に根ざし、経験に裏打ちされた新たな知識や技能を発見することができる。また、そのことにより、看護師の優れた実践やそれを阻害するものが明らかとなり、看護の質の向上に貢献できる。

さらに、境界性パーソナリティ障害患者の看護実践への状況やその状況における看護師としての普遍的なものを把握することが可能になる。また、語り手である看護師自身が自らの実践の担う意義を積極的に意味づけられれば、精神看護の価値を高めることに貢献すると考えられる。

第2章 文献の検討

本章では、以下の項目にそって文献を検討し、本研究を進めていくうえでの課題について述べる。

- I. 境界性パーソナリティ障害概念の歴史的変遷
- II. わが国の境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究の概観
- III. 自己形成に関する研究の概観
- IV. わが国の看護師の自己形成に関する研究の概観

また、V. として本研究で使用する「自己形成」の概念に関する検討を行う。

なお、境界性パーソナリティ障害(borderline personality disorder)に関しては、境界例、境界性人格障害、ボーダー、ボーダーラインなどの呼称があるが、本論文では「境界性パーソナリティ障害」で統一して扱うことにする。ただし、引用文献や参考文献においては、それらの中で著者が記載しているとおりの用語を使用した。

I. 境界性パーソナリティ障害概念の歴史的変遷

境界性パーソナリティ障害の概念は、1980年に米国精神医学会による「精神障害の診断と手引き第3版」DSM-IIIに採用された。その後、現在のDSM-IV-TRにみられる境界性パーソナリティ障害の概念に結実するまでには、数十年にわたる議論の経緯がある。まずは、「境界例」概念の創出について述べる。次に、1980年に発表されたDSM-III以降の境界性パーソナリティ障害の概念について概観する。

1. 「境界例」概念の創出

概念としての「境界例(borderline case)」の創出は、1950年代にまで遡ることができる。はじめは、パーソナリティ構造のレベルが統合失調症と神経症の間、もしくはその境界上に位置するという意味から発したものであった。Stern(1938)の境界性神経症(borderline neurosis)、Hock & Pollatin(1949)の偽神経症性統合失調症(pseudoneurotic form of schizophrenia)、Bychowski(1953)の潜在性精神病(latent psychosis)などの概念は、神経症状の内実に精神病性の障害をもつ群を見出す考え方であるといえる。この考え方の背後には、統合失調症かそれとも神経症かというように、「境界例」を二分法的な見方で理解しようとする学問的姿勢があった(岡田,2008)。

こうした状況のなか、Knight(1953)は「境界状態(borderline personality state)」という論文を発表し、「境界例」の特徴について、はっきりとした精神病ではないが、比較的篤篤であるということを示すだけであると主張し、既存の疾病に位置

づける単純な二分法的診断を批判した。そして、自我機能の様相を多面的に評価する必要性を説いた。この論文は、詳しい病態把握の重要性を説き、精神分析療法の応用範囲の拡大に貢献したため、その後の「境界例」概念に関する議論が展開していく重要な契機となるものであったが、Knight がその診断名を使用するのに批判的だったのに対して、「境界例」という用語を定着させてしまった。

1960年代以降、「境界例」を既存の疾患の亜型としてではなく、まったく新しい観点によるものとして捉える研究があいついで発表された。

Kernberg(1967)は、精神分析的視点から、「境界例」の内面的なパーソナリティ構造の特異性に注目し、境界性パーソナリティ構造(borderline personality organization)という概念を発展させた。境界性パーソナリティ構造は、精神病的パーソナリティ構造とも神経症的パーソナリティ構造とも異なり、現実検討力は基本的に保たれているものの、分裂を中心とした未熟な防衛機制で自己同一性が拡散していると主張した。

次に、Grincker, Werble, and Drye(1968)は、51名の「境界例」のケースを対象に詳細な自我機能評価を行い、統計的解釈を行った。そしてこれらのケースを精神病的な境界例群、境界例症候群の中核群、神経症的な境界例群などのグループに分け、その後の過程において精神病へと移行していかないことを見出し、一つの臨床単位としての境界性症候群(borderline syndrome)という概念を発展させた。

さらに Kety, Rosenthal, Wender, and Schulsinger(1968)は、統合失調症を発症した養子の生物学的親族には重篤な性格病理や統合失調症様の認知様式を持つ人々がいることを見出し、境界例的統合失調症(borderline schizophrenia)という概念を発展させた。

1960年代後半に発表されたこれらの研究は、「境界例」を精神病の派生状態として捉えるのではなく、臨床単位として積極的にその特徴を記述したものであった。これらの流れを受けて発展し、今日の境界性パーソナリティ障害概念の基盤となったのが Gunderson & Singer(1975)の研究である。彼らは文献的検討から、「境界例」を合理的に判断するための特徴を抽出した。この障害における特徴としては、怒りや抑うつなどの不愉快な気分と感情、衝動的行為、不安定な対人関係、精神病様の思考、社会不適応がある。その後、これらの記述は、いくつかの研究をとおり洗練されることによって、他の精神障害から境界性パーソナリティ障害患者の診断基準を明確化するために使われるようになった(Gunderson & Hoffman, 2005)。

2. DSM-III以降

現在、わが国の境界性パーソナリティ障害の診断基準としては、2000年から米国精神医学会の DSM-IV-TR が使用されている。これは操作的な診断基準と呼ばれるものであり、病因や病理ということを抜きにして、チェックすべき症状のうちのいくつ以上が該当する場合には、その診断を下すと便宜的に決めたものであ

る。精神医学領域では、病因や病理の所見が客観的に得られにくいということや、症状のみによる診断の方が、誰もが容易にかつ同一の基準で診断を行えるという点で有用性をもつという理由から、広く使われている。

DSM-IV-TR において、境界性パーソナリティ障害と診断される際には、パーソナリティ障害の全般的診断基準を満たすことが前提となっている。

パーソナリティ障害全般の診断基準の要点は、①自己や他者や出来事についての認知、②感情性、③対人関係機能、④衝動の制御、の4つの領域のうち2つ以上の領域で、内的体験および行動様式が持続的に明らかに偏っていること、その持続様式は柔軟性がなく、個人的および社会的状況の幅広い範囲に広がっていること、そのような体験や行動様式の偏りが強い苦痛を引き起こし、職業など社会における機能性を阻害していること、体験・行動様式の偏りは、少なくとも青年期または成人期早期から始まり、長期に渡っていること、こうした特徴が他の精神疾患によるものでなく、また薬物や身体疾患(頭部外傷)の直接的な生理学的作用によるものでもないことである。

境界性パーソナリティ障害の診断基準は9項目で、①見捨てられ不安、②不安定な対人関係、③同一性障害、④衝動性、⑤自己破壊的行動、⑥感情の不安定性、⑦空虚感、⑧怒り、⑨一過性認知障害である。これら9項目のうち、5項目以上に該当することが境界性パーソナリティ障害の診断の要件とされる(American Psychiatric Association,2000)。

DSM-III以降、今日のDSM-IV-TRに移行するまでの間にも境界性パーソナリティ障害に関する議論は続いており、特に最近では、統合失調症以外の精神疾患と境界性パーソナリティ障害との関連に関する議論がある。これについては、白波瀬(2010)が「こころの科学 154」で境界性パーソナリティ障害を特別企画した「特別な疾患から普通の疾患へ—境界性パーソナリティ障害概念の変遷」に詳細に記しているため、参考にして要約する。

感情障害との関連では、境界性パーソナリティ障害と非定型うつ病との関連が示唆されてきたが、近年の研究で、現象学的研究や薬物反応性などのいくつかの点において、境界性パーソナリティ障害と大うつ病性障害との間の重要な差異が立証された。その結果、論点は双極性障害との関連へ、さらに最近では、境界性パーソナリティ障害は双極II型障害の変異型か否かという議論へと推移している。

心的外傷との関連では、心的外傷が病因として主要な役割を果たす境界性パーソナリティ障害症例が存在することは確かであるが、すべての境界性パーソナリティ障害は心的外傷体験が病因であると考えerには無理があるといえるだろうと説明している。

発達障害との関連では、境界性パーソナリティ障害患者は、自分自身や他者の心的状態を的確に把握する認知について障害があり、こうした流れから、発達障害との近接性や関連性に関する議論が生まれてくるとしている。

境界性パーソナリティ障害概念は現時点でも多様な観方があり、その治療も概念の歴史的変遷に伴って、様々に変遷してきた。もともと「境界例」という概念は力動的な研究から生まれてきたため、1970年代から1990年代にかけては、精神分析的治療が主流であった。1990年代になると診断はDSMなどの操作的診断基準によって定義されるようになり、治療内容もマニュアルベースで統一されるようになった。そのなかで、もっとも実証研究が行われてきたLinehan(1993)のDBT(Dialectical Behavior Therapy;弁証法的行動療法)は、過去の問題よりも患者の現在の社会的能力に注目して、社会療法的な手法を取り入れた治療法で、自殺関連行動の頻度や向精神病薬の使用量、社会的機能の状況で有効性が示されている。しかし、長期的に治療を行った場合の治療効果はまだ解明されておらず、今後の実証研究の成果が待たれる。

したがって、現在のように境界性パーソナリティ障害の絶対的な治療方法が確立していない状況では、患者の状態に応じて有効であると考えられる治療を組み合わせ、複数の臨床家がかかわるチーム医療が有効であると考えられている(白波瀬,2010)。とりわけ、境界性パーソナリティ障害は他の複数の精神疾患と併発することが多く、病像が多様性に富んでいるため、患者への看護は個別の状況に応じた看護師の判断に委ねられているのが現状であるといえよう。

II. わが国の境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究の概観

境界性パーソナリティ障害患者の看護に関しては、阿保,粕田(2008)の「境界性人格障害患者の理解と看護」に詳細に記されている。

ここではまず、阿保がまとめた1983～2006年までの「パーソナリティ障害」の看護に関する文献検討を参考にしてその動向を要約する。続いて2007～2013年までの境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する文献を検討する。

さらに本研究に関連が強いと考えられる、境界性パーソナリティ障害患者を看護する看護師個人の経験に焦点があてられた文献を検討する。

1. 阿保による1983～2006年までの「パーソナリティ障害」の看護に関する文献検討

阿保は、「人格障害にしる境界性人格障害にしる、病気であるのかないのか、あるいは概念的にどれが正しいのかなど、多くの議論が現在も続いていることだけはたしかである」(阿保,2008,p.10)とし、精神科医療の不明瞭さを指摘している。そして「精神科看護は、常にそういった観念的な問題に首をつっこむ前に、すでに目前にいる苦悩する人々と向きあってきた」(阿保,2008,p.11)と述べ、そういった人々に対して、医療者が現実的にどのように対応しているのか、あるいは看護しているのかをさまざまな研究報告から整理している。

したがって阿保による文献の検討は、「パーソナリティ障害」、「境界性パーソナリティ障害」の両方が含まれるが、入院という形式をとる患者には「境界性パ

パーソナリティ障害」の診断が多いこと、「境界性パーソナリティ障害」は「パーソナリティ障害」の典型とあってよいほど、彼らが実際に引き起こす臨床上的問題が大きいことから、「境界性パーソナリティ障害」の文献として扱うことにする。

阿保は、医中誌 Web 版を用いて、実質 24 年間(1983-2006 年)の看護における「パーソナリティ障害」、さらに「境界性パーソナリティ障害」をキーワードにもつ原著論文を検討し、その研究の動向を、5 年毎に以下のように整理している。

1983～1987 年は、「境界例」という新しい概念に触れ、その看護を模索しはじめた時期である。1985 年には、現在においてもなおパーソナリティ障害患者の対象理解の基礎となっている精神力動理論をもとにした、セルフケアモデルの創成期の粕田らの「Orem/Underwood theory による Dr.Underwood による境界例のケーススタディ」が発表された時期であるとしている。

1988～1992 年は、1989 年ごろピークを迎えた医師たちによるパーソナリティ障害研究に端を発し、看護師による発表件数が増加しはじめる時期である。この間のレポートでは、看護師の中立性や行動制限、病棟規則などが、患者への看護的対応の経験との関係で報告されているとしている。

1993～1997 年は、特に 1994 年には十数件の看護師によるパーソナリティ障害の原著論文が発表されている。内容としては、精神力動理論や発達理論などを用いて対象理解を深めようとするものや、患者との治療・看護契約や心理的距離の置き方、看護師の意識のもち方に言及するものが目立つ。1995 年には、野嶋らが「精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度」を発表し、看護師自身が経験している患者に対して抱く感情や対処行動とその根拠などを量的に分析している。その結果、看護者は彼らの示す「逸脱行動への巻き込み」、「自殺の脅かし」、「自暴自棄な行動」、「治療方針や治療行為に関する質問・苦情」、「権利の主張、規則違反」、「回復意欲の欠如」などへの対応に困難を感じていることが明らかにされている。また、境界性パーソナリティ障害に対する看護師の感情と看護師自身に対する感情、その関係に関する結果から、「共感的に理解しようとするほど自責的に自尊感情を低下させていくという現象が浮かび上がる。患者の行動に圧倒された時に、看護者は自己の力にある種のあきらめ的感情をもって」と結論づけている。これに対し阿保は、患者の問題を看護師自身の責任として引き受けてしまう当時の傾向がよく反映されていると述べている。つまり、当時は信頼関係や安心できる環境を提供したり、看護師自身の自己洞察、あるいは患者の生育史に目を向けることから患者とかかわろうとしているとし、医学的治療への積極的な協力や薬物への期待など、精神科看護の方法をできるだけ多様に活用していたとしている。また、この時期の境界性パーソナリティ障害の病理に対する看護師の見解については、「親のしつけが不十分である」、「社会性が未発達である」といった見解のほか、社会的風潮の乱れを含む社会的因子や性格上の問題、精神的修養不足、反抗などからなる性格的因子をとらえる傾向があり、器

質的因子としてとらえる傾向が最も少なかったとしている。病気としてとらえる傾向が低い一方で、医学的治療には高い期待を寄せるという矛盾した結果は、当時の看護師の混乱と戸惑いを表しているとも述べている。

1998～2002年は、境界性パーソナリティ障害患者が引き起こす問題行動への看護経験に焦点をあてた報告がみられるようになる。依然として問題行動をとりあげる傾向は続くものの、境界性パーソナリティ障害の病理を理解してのかかわりや、具体的な援助の方法に関する報告もみられる。これらには、「見捨てられ不安」や、看護師間での「統一した対応」、「治療チーム」としてのかかわり、「父性的口調での生活指導」といった表現がみられ、精神力動的な理解が少し取り入れられてきていることがわかると述べている。しかし、同時に傾聴を基本とする支持的援助の効果を述べた報告もみられるとしている。

2003～2006年は、2000年以降に見られはじめた傾向で、境界性パーソナリティ障害患者に対峙したときに看護師が抱く感情や、患者と看護チームとの間に生じる葛藤に焦点をあてた報告が多くみられる。また、他職種と連携をとりながら境界性パーソナリティ障害患者を地域でサポートしようとする試みや、外来、訪問看護、保健所など、病棟以外での看護実践の報告があるのも特徴的である。

その中で特筆すべきものとして、2003年の鈴木「境界性人格障害に関するわが国の最近6年間の文献的研究—看護上の問題行動に焦点を当てて」をあげている。これは、1995～2000年までの境界性パーソナリティ障害に関する既出文献を総覧し、患者の問題行動に対する研究を整理、分析したもので、有効と考えられる看護実践を導き出したものである。結論としては、まず、患者の問題行動をアセスメントし、①中心的症状（対人関係、感情の不安定さ、衝動性）、具体的な問題行動を把握する、②主な問題行動である衝動行為、操作性、依存性は単一なものではなく、関連づけて捉え、患者の発達過程や力動的視点から捉えるとしている。次に、患者の問題行動への対応として、構造化された治療的環境を提供するために、①生命の危険を守るため、自身をコントロールするといった限界設定（Limits Setting）の必要性を事前に説明し、同意を得る、②規則は厳守するように促し、必要以上の要求に対して受け入れられないと伝える、③違反した場合の現実的具体的な対応、約束事を決めておく、④医師の治療、方針を知り、連携を図りながら一貫した対応、看護を実施するとしている。また、自殺企図、自傷行為に対しては、①操作的であっても積極的に介入していく、②制限設定の確認、振り返り、枠組みの変更を行い、カンファレンスを通じ、情報交換するとしている。最後に、支持的療法を取り入れ、①健康な自我（現実原則に添った反省的な機能を持つ自我）を支持していく、②健康な自我に働きかけ、セルフケア能力を高め、自立、成長を促す援助を行うとしている。

これについて阿保は、2003年までの境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究の、一応の総括とみることができると述べている。しかし、「よくまとまった看護援助の方法であると評価できる一方で、実際には、こういった援助を支

えるための学習や他の医療職との連携、看護師自身の精神的・感情的修練、マンパワーや援助のための環境づくりなど、どれ1つをとっても困難な問題が立ちまわっているといえるだろう」(阿保,2008,p.36)と指摘している。また阿保は、現在は2000年以前のように医学的治療に期待するということはなくなってきているとし、患者の病理や心理の精神力動的な理解が一步前進してきたように思える」と述べている。しかし、精神力動的な理解が逆に看護師の感情をも説明してしまうため、報告には看護師自身の感情の処理については触れられることが少なくなっているとも述べ、まだまだ研究の蓄積は少ないと指摘している。

2. 2007～2013年までの境界性パーソナリティ障害の看護に関する文献検討

看護における「パーソナリティ障害」の原著論文を医中誌Web版を用いて2007～2013年で検索すると、67件の投稿があるが、さらに「境界性パーソナリティ障害」をキーワードにもつ論文を抽出すると、33件となり、その大多数を事例報告が占める。それらの文献の内容を整理すると、やはりここでも、境界性パーソナリティ障害の病理を理解してのかかわりと具体的な援助の方法に関する報告が多数を占める。

これには、患者－看護師関係を考察するとともに看護の役割について明らかにした報告(石部,2008;夏堀,2007;吉田ら,2009)や医療チームでかかわることの重要性を述べた報告(夏堀,2010;島田,2010)が含まれる。また、受け持ちナースの役割からチームのあり方について検討したものや(佐々木,2008)、重要他者とのかかわりに焦点をあて、そのかかわりの内容と変遷を分析し、パーソナリティ障害患者の対人理解の視点を検討した研究(那須,2007,2008,2009)がみられる。さらに、家族という視点が加わって、特に母親を中心とした家族支援の必要性を述べた報告(阿部,2008;知識,2008)がみられるようになってきていることも特徴としてあげられる。

また、これまでにみられなかった新たな研究としては、「境界例」の入院治療体験を持つ成人の男性のアイデンティティ確立過程における体験の構造を、当事者の視点から明らかにした報告(石橋,2010)がみられる。これは、境界例の入院治療体験を持つ成人の男性を対象に、アイデンティティ確立過程における「体験」の構造を、退院後20年を経た後の自らの語りをとおして明らかにしたものである。対象者は、幼少期から母親との離別、父親との死別、希薄な親戚関係から「見捨てられ体験」を繰り返し、それがトラウマになって感情の爆発や突然の卒倒などの行動化を起こしていた。そして入院体験をターニングポイントに、職場の同僚や妻の支えによって対象者のレジリエンスは高まり、仕事上の成功体験、守るべき家族の存在によって、こころの傷は癒され、自己の再構成を遂げていったという。石橋は、看護実践への示唆として、境界例患者の持つ病理は、看護役割を自覚しつつも患者の自己中心的な行動に否定的感情を抱き、看護者自身の傷つき体験につながる特徴をもつとし、こうした悪循環を止めるためには、看護者自身の内面的洞察と自己理解を通じて、患者の生育歴の十分な分析に基づいて関わり

の糸口を探り、自立生活を送れるよう自らが自覚する方向で支援する必要性があると述べている。

この時期の境界性パーソナリティ障害患者への看護に関する研究では、「看護師としてどのように患者とかかわるか」、「チームはどうあるべきか」など、患者への看護実践に向けての問題解決志向性の強い視点で行われたものが中心として行われてきたことが示された。

3. 境界性パーソナリティ障害患者を看護する際に生じる看護師の経験に関する文献検討

ここでは、本研究のテーマである「自己形成」に深く関連すると考えられる境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした看護師の経験に注目して、特に主要な4つの文献について詳述する。

野嶋ら(1995)は、精神科看護者にとって看護が難しいとされている境界性パーソナリティ障害患者に対する経験や見解を、7病院の精神科看護者278名を対象として質問紙調査を行い、データを量的に分析している。

その結果、看護者は彼らの示す「逸脱行動への巻き込み」、「自殺の脅かし」、「自暴・自棄な行動」、「治療方針や治療法に関する質問・苦情」、「権利の主張、規則違反」、「回復意欲の欠如」などの問題行動への対応に困難を感じているとしている。

また、看護師の患者に対する感情としては、「わかるような気がする」、「痛ましい」、「気の毒」「心配」という肯定的な感情が含まれており、否定的な感情には「怒り」、「嫌悪感」、「苛立ち」「迷惑」が含まれていたとしている。その両者を比較し、看護者は、患者に対して肯定的な感情で捉える傾向が高いとしている。しかし、看護者が患者を否定的に理解しようと肯定的に理解しようと、結局は自己に対して、否定的な思いを経験することになり、自己の力に対してあきらめ的な感情を持ち、回避的な対処をとる傾向がみられるとしている。

さらに、看護者は、境界性パーソナリティ障害患者に対し共感的に理解しようとすればするほど自責的に自尊感情を低下させていくという現象があるとしている。また、このことが、境界性パーソナリティ障害患者の看護が難しいとされる理由であると指摘している。

そして、境界性パーソナリティ障害患者の看護の困難さは、自己への脅かしをもたらすとして、1988年の南の看護師の燃えつき現象に関する仮説にたち、「看護者の機能に関する葛藤」、「看護婦の地位に関する葛藤」、「看護婦の意思決定に関する葛藤」、「患者に対するパラドックス的な葛藤」の4つが深く関与していると考察している。

最後に、境界性パーソナリティ障害患者に対して肯定的な感情を持ち、看護にやりがいを感じている看護者の特徴は、積極的な対処をとることのほかにも、経験年数が長く、病気を性格的なものではなく、器質的なものとしてとらえ、生活

モデルを重視している傾向があることを明らかにしている。

この論文では、看護者は、患者に対して肯定的な感情で捉える傾向が高いとしているが、いずれにせよ、結局は自己に対して、否定的な思いを経験し、回避的に対処せざるをえない難しい状況となっていること明らかにしている。また、看護者は、境界性パーソナリティ障害患者に対し共感的に理解しようとするほど自責的に自尊感情を低下させていくという現象があることから、多くの葛藤を抱えていることが明らかとなった。しかし、境界性パーソナリティ障害患者の看護の経験を看護師自身がどのように意味づけているのかについては示されておらず、その理解を深めることが求められる。

次に、看護チームで境界性パーソナリティ障害患者（「ボーダー」）とかかわる際に生じる感情について詳しく述べられた八木(2003)の論文がある。ここでは、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした看護師個人の経験についても触れられているため、みていくことにする。

八木は、境界性パーソナリティ障害患者と呼ばれる人々がひとたび入院した以上、看護者はその病理を秘めている人々を抱える煩わしさから逃げることはできないとし、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりを振り返ることは、看護師としての自分の中にあつた感情に葛藤をおぼえ、つらい作業になると述べている。

境界性パーソナリティ障害患者を看護師が受け入れられない理由の一つとして、「ボーダー性」の神出鬼没さをあげ、その診断名が付されている患者であれば、どんな問題が出てくるのかと構えざるを得ないという。なぜなら境界性パーソナリティ障害患者の最も厄介な病理とは集団に投げかける強い影響力や感化力であり、衝動性であれ操作性であれ、一人の境界性パーソナリティ障害患者が持つ強い感染力は確実に看護師間や他の患者たちに影響を与えていくと述べている。

また、境界性パーソナリティ障害患者の感情爆発という影響力は、患者集団に不穏のドミノ倒しを引き起こし、さらに病棟単位で看護集団にマイナス感情を充満させるとしている。

特に、境界性パーソナリティ障害患者を受け入れはじめたころには、看護師が患者によって操作されやすい好条件があつたという。それは、これまでの看護チームは長い間統合失調症患者中心に看護をしてきたのであり、親身になって世話をする距離の近い看護であつたため、境界性パーソナリティ障害患者の操作を受けやすいのであるという。

境界性パーソナリティ障害患者の看護はとにかくしんどいものであり、それを説明するのがまたしんどい作業であるとし、その理由として、集団を巻き込む「操作」による影響力が、看護師たちの無意識領域を揺り動かす不気味さを秘めているからだとして述べている。

八木はまた、多くの境界性パーソナリティ障害患者を抱える病棟の看護師であれば、その巻き込まれ方はみな違つても「巻き込まれる」ことを経験しない人はいないのではないだろうかとして述べ、巻き込まれのパターンを記述している。

入院経過と共に境界性パーソナリティ障害患者と特別な関係ができる「継続的な巻き込まれ」や、攻撃性の強い境界性パーソナリティ障害患者の場合に多い、嫌な感情をぶつけられて自分の陰性感情をひっぱりだされるという「場面的な巻き込まれ」、巻き込まれて過度に理解的、保護的な看護師と化していく「求心性の巻き込まれ」もあれば、そんな同僚をひややかに見て傍観者となって退いていく「遠心性の巻き込まれ」もあるとしている。トラブルが生じ感情的にしんどくなるまでには、たいていこのような自分で自分の感情をコントロールできなくなる経験をしており、巻き込まれた自分の問題なのか、相手の問題なのかをわからなくしてしまい、普段看護師が意識していない赤裸々な自分をさらすことになり、悶々とした葛藤をもたらすことになると述べている。

この文献からは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりが、精神科看護師に多くの葛藤を生じさせることがわかる。それは、精神科看護師にとって、自己とは何であるのか、精神科看護師としてどうあるべきなのかについての問い直しが迫られることとなり、自己形成に資するのではないかと考えられる。

大河内,粕田(2003)は、パーソナリティ障害を持つ患者を理解しようとするこゝによって生じる感情と、多くの看護師が経験するであろう患者との「とも揺れ」についてプライマリーナースとしてかかわった一事例をとおし報告している。この論文には、看護師個人のリアルな葛藤が表現されているため、詳述することにする。

大河内は、プライマリーナースとしての方針を「自分自身が患者に対して健康な女性のモデルになること」、「一定の距離を持ちながらも共感的態度で接し安定した対人関係の練習をしてもらうこと」としていた。

入院当初、患者は彼女との間に秘密を持ちたがり独占したがる態度をとり、彼女を過剰に理想の大人と評価する発言を繰り返したという。このことに、一時は得意気な気持ちになったものの、次第に期待に応えていけなくなり、徐々に、繰り返される好意的な態度をうっとうしく、急速に密着してくる激しさに怖さを感じたという。その後、彼女は患者との間に距離をおこうとする。すると次第に患者の態度に変化がみられるようになり、こき下ろしがはじまったという。患者は、看護師たちを試すような発言や他患者との間でトラブルになると自責的になり、リストカットをしてしまう。大河内の所属する病棟では、トラブルなどのルール違反を起こした患者に振り返りを行っていたが、その最中に感情が揺さぶられることが多かったと述べている。

また、患者とのやりとりで発生する怒りの感情やむなしい感情をプロとしての処理の仕方がわからず、とても共感的な態度など取れそうになかったと述べている。そして、患者はこの後いったん退院となったが、2回目の入院から行動化が激しくなり、自傷行為により生命の危険があり一時も目を離せない状態になり、隔離拘束が必要になったという。このときの拘束解除についての「先生が、拘束はナースが目を離せないから外せないって」という患者の発言により、これまで抑えていた主治医に対する怒りを感じ、チーム間の分裂が起きてしまったという。

患者の度重なる激しい行動化に対し、病棟スタッフは嫌悪感をおぼえるようになり、プライマリーナースとしての大河内は被害的な気持ちにおびえたとしている。またその反面、患者に対しては、期待に応えようと親身になりすぎて離れられなくなることもあったという。そして、健康な体を持って生まれた自分には所詮患者に共感することが無理なのだと申し訳ない気持ちにもなり、行動化が止められなかったときには思わず患者の目の前で泣き出したこともあったという。患者は、そんな彼女の姿を見て、「私の為に泣いてくれるなんて」といい、一緒に泣き出す。大河内は、自分の激しい気持ちの揺れは、患者の病気の症状である衝動的で不安定な感情の投影だったかもしれないと振り返り、自分自身の看護師としての鍛錬の足りなさを感じ落ち込んだと述べている。

この事例をとおり大河内は、境界性パーソナリティ障害の患者に対する看護師の感情はネガティブなものではないとし「病と闘う人々に寄り添う」という本来の看護師の役割について考察している。

「看護師は患者の最も身近な人としてとも揺れしながらも、一線を越えない客観性を持って、どんなことがあってもみていてくれるいわば離れない観客のような存在として機能するものと感じた」と述べている。また、「感情の揺れがある中で客観性を持ち続けるには、看護師自身のトレーニングが必要であるとし、患者との関わりの中で起きた感情を処理してゆくことも看護師の仕事のひとつであると認識した」としている。さらに治療チームの連携を創っていくことの大切さや、ひとりで感情を抱えることなく話していくことは、治療構造の維持には不可欠であると指摘している。

最後に、「とも揺れ」について大河内は、いかに多くの文献を読み、勉強し経験を積んでも避けられないとし、「とも揺れ」に積極的な意味を与えている。「一緒に悩み、迷い、揺れ動き、泣いたり笑ったりする、一見ごく普通のことに寄り添うことができる対象は、入院中の患者にとって看護師である」としている。そして、安全な「とも揺れ」は、看護師自身がそれに気づいていくことであると報告している。

この文献からは、境界性パーソナリティ障害患者との濃密なかかわり合いの経験で得られた精神科看護師の「学び」と「成長」が感じられ、境界性パーソナリティ障害患者の看護を、決して否定的なものとして終始するのではなく、看護師がその経験をどのように意味づけられるかによって、自己形成の様相が大きく異なるものになる可能性が示されたといえる。

鎌井(2004)は、看護師が持った陰性感情がどのような形で顕在化し、それを看護チームとして治療的に活用するためにどのようなサポートが必要であるかを明らかにすることを目的に2年目以上の経験を持つ6名の精神科看護師にインタビュー調査を行った。ここでは、看護師が陰性感情を抱いた10事例の場面とその経過を分析しているが、そのうち本研究に関連する境界性パーソナリティ障害と診断された患者とのかかわりの場面が4事例あるため、みていくことにする。

看護師の陰性感情が生じる場面には、「罵声を浴びせられる」という場面があ

り、次から次へ浴びせられる攻撃や苦情に耐えられず「攻撃から逃れられない」との感情を抱いていたという。またこの場面では、患者からのさらなる攻撃を「恐怖」と感じ、患者のことを怒らせないような行動をとろうとしていたことやそれまで築いてきた信頼関係が崩れてしまったように感じ「落胆」した感情を抱いていたとしている。

「看護師としての能力を否定される」という場面でも、同様に「攻撃から逃れられない」と不快な思いを抱く一方で、いつもは自分の知識のなさを攻撃し、知識や経験の豊富な他の看護師を尊敬している患者から面接を申し込まれたことに、認められたような心地よさを感じて「両価的な気持ち」を抱いていたという。

また、「離れさせてくれない」という場面では、提案や助言を聞き入れず同じ話にぐるぐる行きついてしまう状況が終わらないことに、「うんざり感」を抱いていたとしている。

次に、看護師の抱いた陰性感情の行方は、4つのパターンで経過すると説明している。

「関係性が発展する」というパターンは、看護師または看護師患者双方にとり成長となる体験であり、肯定的な意味づけを行うまでの過程であるとしている。

「患者への積極的な関心を持ち続ける」パターンは、よい体験だったわけではないが、患者のケアをまたしたいとの思いを持ち続ける過程としている。

「対処方法を会得する」パターンは、積極的ケアは望まないが、かかわることは可能であると感じられるようになる過程であるとしている。そして、これらのパターンは、何らかの形で看護チームからのサポートを受けていることが経過の過程で影響する要因の中から示唆されたとしている。

「陰性感情のまま心に残る」パターンでは、患者とのかかわりを終えても、その陰性感情が看護師の心の中に残存していく過程を示している。このパターンにおいては、看護内チーム内でサポートが得られないことから、様々な要素の悪循環の過程が作られていたと報告している。

最後に鎌井は、看護チームが、看護師個人の“傷”に直接サポートするには限界があるとし、看護師が適宜コンサルテーションやスーパービジョンを受けられるような体制を持つことが看護チームに必要とされると考察している。

この論文では、精神科看護師が仕事をするなかで生じる陰性感情は、患者一看護師関係の発展にも、その障害にもなるものとして示されている。そして、それを分かつのは、看護師がその体験をどのように意味づけられるかによるものであり、また、看護チームから何らかのサポートを受けられることが影響すると考えられる。

以上、わが国の境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究を概観してきた。ある程度の基本的な境界性パーソナリティ障害患者の看護援助方法が確立されているとはいえ、それは患者の問題行動へのチームとしての統一した対応であり、先に述べた阿保の論が言い表すように、看護師自身の精神的・感情的な修練に関しては深刻な問題が潜んでいるといえよう。

境界性パーソナリティ障害患者を看護する際には、その病理ゆえに、患者自身の不安や怒りなど、さまざまな感情が看護師に投げ込まれるため、強烈な陰性感情が看護師の側に引き出され、未解決な葛藤が刺激されるなど、冷静に対応できなくなることがある。また、患者の激しい衝動性ゆえの自傷行為や暴力などの問題行動に直面するときには、看護師自身の感情が激しく揺さぶられ、自己の価値観や専門職としての判断に葛藤を覚えやすくなる。

前述した精神科看護師が境界性パーソナリティ障害患者に対峙したときの経験を明らかにした研究(野嶋ら,1995)では、患者の問題行動に焦点をあてて、「看護師がそれをどのように認知しているのか」や、「看護師は患者に対してまた自分自身に対してどのような感情を経験しているのか」等を量的に分析したものとどまっていた。このような特性の抽出は、「なぜ境界性パーソナリティ障害患者の看護が難しいのか」を示しても、現実にもられる多様な境界性パーソナリティ障害患者に対峙するときの看護師の精神的・感情的な修練につながるものではない。境界性パーソナリティ障害は、対人関係のなかで症状を表す疾患であり、患者はそのなかで悪循環的に混乱を引き起こしていく。したがって、境界性パーソナリティ障害患者への看護の困難さから脱却するためには、これまでのように問題解決志向性の強い視座からの議論ではなく、実際の臨床状況における境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師個々の経験に焦点をあてる必要があると考えられる(佐々木,2013)。そこでの経験を記述し、さまざまなバリエーションから意味を理解すること、すなわち「自己形成」を探究することにより、埋もれていた新たな発見がもたらされる可能性があるといえよう。

Ⅲ. 自己形成に関する研究の概観

「自己形成」はこれまで、哲学や社会学、あるいは心理学の分野で、議論されてきた人間にとって重要なテーマであり、それは、領域を超えて扱われるべき普遍的なテーマである。しかし、自己形成に関する研究はそれほど多くはなく、自己形成を支える理論的基盤をもたない。ここでは、看護の領域における現象に、より近い考えが得られるのではないかとの期待から、心理学の分野における自己形成に関する研究を概観する。

1. 心理学領域における自己形成に関する研究の概観

山田(2004)は、博士論文で、「青年期固有の文脈を考慮した自己形成の構造とプロセスに関する研究」を行っている。この論文は、青年期に着目した研究であるが、心理学領域における自己形成に関する研究を概観していることから、参考にして、要約する。また、文脈を考慮した自己形成の構造とプロセスに関しても本研究の参考になるため、みていくことにする。

山田は、日本語の「自己形成」をタイトルに含む論文について、2004年11月時点で国立情報学研究所の雑誌論文データベース NACSI-ELS に基づき年代ごと

の文献の推移状況を調査し、1980年代に1件、1990年代に1件、2000年代に2件のわずか4件とし、いかに少ないかを示している。

また、英語の「self-development」をタイトルに含む論文について、アメリカ心理学会(APA)の雑誌論文データベース PsycINFO に基づいた年代ごとの文献の推移状況を調査し、1930年代に1件、1950年代に2件、1960年代に1件、1970年代に4件、1980年代に15件、1990年代に21件、2000年代に4件であり、それほど多くはない状況を示している。

日本語の論文には、自己形成ないし自己実現に関する態度や意欲を「自己成長性」という概念によって概括した研究や、現在の自分に対する認知(自己像)に基づく、自分のこれからの身体的成長や精神的成長についての課題意識を「自己形成要求」として捉えた研究があり、いずれも尺度を用いた量的研究が行われているとしている。

また、自己形成を「自分自身で価値があると考える目標を決定して、それを自分自身の力で追及しようとする動機づけ(自律的動機づけ)」として捉えた研究や、この視点を受け、自律的動機づけの形成を自己形成として規定し、面接調査による研究も行われているとしている。さらに、自己形成に対する積極的な意識を「自己形成意識」として概念化した研究や、理想自己志向性と理想自己への変化という視点から自己形成を捉えた研究、自己嫌悪感という自己の否定的感情とその否定性変容志向という視点から自己形成を捉え、それら一連の研究を自己形成意識の構造としてまとめた研究があるとしている。

そして、これらの「自己形成」に関する研究を概観し、以下のように共通項(問題点・限界)がみられるとしている。

それは、①自己形成の対象が全体性からではなく、局域的・領域固有的などころから出発しているということ、②自己形成をある目標・目的・理想への到達・達成といったように目的論的な概念として捉えているということ、③自己形成を志向性といった認知的側面(内的側面)からのみ捉えており、環境や経験といった外的側面が考慮されていないということ、④自己形成がどのような文脈や(他者との)関係性のなかでされていくのかといった視点が組み込まれていないということ、⑤自己形成を(個人の)発達現象として捉えていない、つまり時間性や過程性ひいてはそこで生じている力動性が考慮されていないということなどである。

山田は、この問題を踏まえ、自己形成の人間(現象)理解を目指すためには、全体性を考慮する必要性をあげている。そして、その全体性には、「経験性」、「文脈性」、「関係性」、「時間性」、「過程性」、「力動性」の各性質が相互関連的・不可分離的に内包されているとし、これらの視点と、認識論・方法論を基に、トライアングレーションを行っている。ここでは、どのような文脈によって支えられたどのような活動が自己形成的な活動として機能しているのかといった次元で検討を行っている。

その結果として、「自己形成」を、「日常場面における行為や経験といった外的環境とのかかわりをベースとして、その外的活動とそれに付随する内的活動(諸感覚や評価)との相互作用によってもたらされる自己の発達およびその過程」と定義

づけている。

また、現代青年の自己形成のより肯定的な自己形成の在り方について、「過去経験が現在において有意味なものとして再構成され、未来に対する理想像が現在の活動と結びついており、現在の自己が受容され、充実感も得られている」としている。そして、否定的な自己形成の在り方として、「過去の否定的体験が有意味なものとして再構成されず、未来に対する理想像を有しながらもその実現のための方略を見出せず、現在の活動が停滞し、現在の自己が受容されず、充実感も得られていない」と指摘している。

さらに、青年の自己形成は多様であるとし、「自己形成」の包括的定義を、「経験と意味づけの相互作用によってもたらされる自己の発達」としている。

最後に山田は、これまでもさまざまな研究において自己の形成過程といったプロセスに関する課題意識・問題提起はなされてきたが、客観主義的認識論に依存することによってそれが具体的研究のなかで試みられることはあまりないとし、その意味づけのあり方によってまったく異なる側面をもつ自己形成プロセスを検討するためには、ナラティブ・アプローチは有効であると述べている。また、面接調査の対象者である学生の多くから、面接後に「色々聞いてもらえて良かった、すっきりした」「何が問題なのかが見えた、がんばろうと思う」といったコメントを聞き、この方法のもつ重要な実践的意義の一つを見出している。

2. 「自己形成」と「アイデンティティ形成」

次に、「自己形成」に特に関連が深い用語として、「アイデンティティ形成」をあげ、最小限の整理をすることにする。

アイデンティティ概念は、基本的には Erikson 理論に依拠しているが、その定義の重要な点のひとつとして、アイデンティティは一種の「感覚(sense)」であるということがあげられる。

これまでその感覚を捉えるための尺度開発が行われてきたが、それらの研究では、「その感覚が一体何によってもたらされているのか」についての問いには答えることができないでいる(谷,2001)という。

山田(2004)は、自己形成とアイデンティティとの因果性に関して、いずれかが先行要因として機能するというよりは、自己形成の過程においてアイデンティティの感覚が培われ、そうしたアイデンティティの感覚によって自己形成の様相が規定されるといった相互依存的因果関係(循環的因果関係)として両者の関係は位置づけられるとしている。そして、アイデンティティ形成と自己形成とは異なる部分をもちつつも区別される必要があると述べている。

また、溝上(2008)は、アイデンティティそれ自体には、一般にいわれるような「私とは何者か」、「私な何のために生きているのか」といった自己探求の意などないとし、青年期アイデンティティ形成の本質作業は自己形成であると指摘している。そして、自己形成はアイデンティティ形成を包含する、より大きな概念であるとし、次のふたつの理由を述べている。

一つは、アイデンティティ形成はその形成の方向性が「同一」という文脈、すなわち斉一性と連続性に縛られるが、自己形成は、自己 A から自己 B に自己の姿が少しでも変化・成長していれば、同一性の感覚に至るものでなくても、それは自己形成のテーマとなるとしている。もう一つは、アイデンティティ形成は課題達成的な文脈に縛られるが、自己形成はそういう文脈に縛られないからであると説明している。

本研究で扱う「自己形成」は「形成」という変化を内在した現象を含むが、「精神科看護師の自己形成」はまだ十分明らかにされておらず、現段階では、ある方向性を持った変化のプロセスとしての「自己形成」とは必ずしもいえない。この点においても課題達成的な文脈に縛られる「アイデンティティ形成」とは異なる。そのため、本研究では「自己形成」を、「経験と意味づけの相互作用によって自己をもたらされること」として包括的に捉えている。

いずれにしても現実に生活する人間の「自己形成」という現象を説明している研究はそれほど多くはなく、それは、領域を超えて扱われるべき普遍的なテーマである。

「自己形成」という現象は、それを扱う文脈によって概念が大きく異なってくると考えられるため、精神科看護師が身をおき、経験を重ねている特殊な背景を文脈として、「自己形成」を記述し、その理解に迫ることが課題といえよう。

IV. わが国の看護師の自己形成に関する研究の概観

ここでは、「自己形成」は、その国の社会的背景や文化的要因による影響を受けることから、わが国の看護師を対象とした研究について概観する。

2013年12月に医中誌 Web 版で、「自己形成」をキーワードにもつ論文を検索すると 49 件の文献を抽出した。さらに「看護」をキーワードにもつ論文を検索すると、12 件の文献を抽出した。そのうち、原著論文に絞ると 6 件が該当した。しかし、いずれの研究も看護師の「自己形成」を主要概念として、どのように定義しているのかを説明してはいない。

続いて、CiNii を用いて、「自己形成」「看護」をキーワードとして用い、検索した結果 15 件が該当した。その中で、本研究のテーマに関連するものとして 5 つの論文を概観する。

臨床看護師の「看護を生きる自己」の形成過程とその過程に影響する臨床体験について明らかにした(鷺田,鈴木,2006)研究がある。文中では、「臨床体験」を「看護師が、病院などの医療施設内における組織化された看護職集団の一員として患者と関わる中で得られること的一切」とし、『看護を生きる自己』の形成過程を、「臨床における他者との関わりの中で、看護する存在としての自分自身の核心(あり方)が変化し、『私』と『看護師』が区別しがたく密接に絡み合い、統合された形で存在していく過程」として用語を定義している。

ここでは、卒後 3～4 年目の看護師 30 名の臨床体験を関心と状況への関与の仕方に着目して、質的に分析している。その結果、「看護を生きる自己」の形成過程は、看護師集団への帰属感を土台とし、臨床の中に身を置いて、知識のみでなく患者との間で交わされる数々の体験を自分自身の中で悩み味わい、看護師としての自分に取り込んで成長していく過程であるとしている。

また、「看護を生きる自己」の核となっているものは、自己に向かっていた関心が次第に他者や他者と自己との関係に変化することであり、患者や多職種とのかかわりの中で得られた本質的自己肯定感であるとしている。

次に「看護を生きる自己」形成過程の進行は、自己を問われる体験と、その状況における心構えや取り組み方に関連するとし、「看護を生きる自己」形成には、自己を問い直す体験が必要であると述べている。このとき、「状況から自分を守る」、または、「呑み込まれる」という関与の仕方では、自己を問い直す体験に結びつかず、「看護を生きる」自己が滞ると指摘している。

しかし、看護師にとって自己を問われる状況は非常に苦しい体験であるとし、「看護を生きる自己」形成過程を促進させるためには、患者をめぐる出来事において自己を問われる状況に遭遇した時、その状況に向き合い、自分自身を問い直す取り組みを重ねていくことが重要であると述べている。

この論文からは、とりわけ、自己形成するためにはその土台として、自己保証や帰属感を抱く体験が得られることで、看護師は安心して患者と向き合うことができることがわかる。

本研究においても、精神科看護師が所属する場が本人にとってどのような場であるのかを考慮する必要があると考える。また、境界性パーソナリティ患者の看護をとおして精神科看護師の自己形成を理解するには、自己を問われる経験について問うことが重要な鍵となる。

次に、千々岩(2010)の 4 つの論文「精神科看護師の自己形成に関する研究(1)～(4)」がある。この論文は、わが国の精神科看護師の自己形成に関して、唯一、本研究に関連の深い研究であると考えられるため、みていくことにする。

千々岩は、精神科看護師の自己形成が何であるのか、どのような状況で見られ、その状況が可能になるのは、何によるのかを明らかにすることを目的として研究を行っている。

以下に、千々岩の研究から得られた知見についてまとめることにする。

第 1 の研究方法として、千々岩は、自己および形成を教育学、哲学、心理学、精神医学、文学の文献を解釈し、そこから精神科看護師の自己形成の解明に迫っている。

そこでは、精神科の看護師の状況を次のように説明している。

精神の治療の曖昧さは、患者にかかわる看護の状況も確定し難くさせており、その成果も定まらないため、看護師は、自分で判断をしなければならないことが多くなる。このことは、精神の看護師を不安に陥れたり、気苦労を生じさせ、と

きには、自分自身が生気を取られ、消え入りそうになることもある。それは、精神の患者が住まう世界の闇、異日常性、陰、理不尽さに自己が吸収されるからであり、それゆえ、しなやかでゆるぎない自己の成熟が求められると指摘している。また、成熟が求められるということは、それが可能な状況が精神の看護にあるということであり、他の病棟に比して、精神の看護は、人間が何であるかを学ばせ、自己の生き方、自己自身であること、自己形成に資すると指摘している。

つまり、人間の自己形成には、偉大な人格との出会いにおいてばかりではなく、精神の病のような、いわば、精神の負の面においても、顕在化すると指摘している。精神の看護師においては、一般の人びと、あるいは、他の領域の看護師よりもはるかに、ゆるぎなく、開かれた、たくましく、しかも、しなやかな自己が求められるとも述べている。そして、精神科看護師の自己形成の特徴について、自己形成の過程としては、一般の人びとと同じであるが、その状況は、医療の領域であって、しかも、自己形成にとって、最も危険にもなりうる領域であるとしている。

また、千々岩によると、自己形成は、幼児期や学童期だけにあるのではなく、終生の課題であるとし、次のように説明している。

大人である者は、子どもを教育することができるのみならず、自分についても、何らかの教育的働きをすることができる。そして、教育を子どもである者に向けられる働きであるとするならば、大人である者には、自己教育ではなく、自己形成の可能性があるとするべきであるとしている。大人であるとは、たえず、自己形成の選択道を歩んでいる者であると述べている。

そして、「自己形成とは、自己が自己を形成するのではなく、他者が形成するのでもない。ある状況のなかで、日々の経験、生活のなかで、学ばれていくうちに、自ずから、自己という形になり、形が成って、自己が形成されることである。すなわち、自己形成とは、状況の求めに応答すること、つまり判断が成ることである」（千々岩,2010c,p.9）としている。

次に、千々岩は、精神科看護師の実践の記述し、それを解説することから自己形成を明らかにしている。

ここでは、1人の精神科看護師の8年以上にわたる覚書きの記述と解説を通観し、判断が成立したかどうかを問うことで、それを状況の要求に応答した、すなわち、自己が開かれたとし、自己形成の発現を明らかにしている。

精神科看護師の記述から明らかにされたのは、状況への応答、すなわち、自己形成が発現したのは、反省によるものであり、この意味で、反省それ自体が、自己形成の発現であると説明している。また、反省について千々岩は、自分ひとりで生じるのではなく、他者の評価によって、喚起され、生じるのであると述べている。そして現実の他者だけに尽きず、自己の内に理想化され、定位した他者も含まれるとしている。反省は、気づき、気にし、すまないと思い、後悔することなどを契機にして、過去をよりどころにしながら、未来へ向かう働きであると述べている。

対象である精神科看護師は、他人のことを気づかい、その評価を気にしながら、自分のやったことへの反省へと導かれており、経験から学んでいたという。どれほどのことを、どれほど長く行っても、反省を伴わないかぎり、経験にはならず、経験から学ぶことにはならないと述べている。さらに、ここでは、「ある状況において、反省があったかどうか、すなわち、他者を気づかい、他者が生きる状況に応答できたか否かを、つまり、状況からの問いかけを、自分のこととして受けとめたか否かが問われるのである」（千々岩,2010d,p.44）と述べている。

この研究は、自己形成が発現する精神科の看護の状況を広い視点から考察している点において大いに参考となる。また、精神科看護師に注目し、その自己形成が実践のうちに現れることを明らかにした点でも本研究に大いに役立てられるものである。

しかし、この研究の研究的関心は、「自己形成」そのもののもつ意味に焦点をあてたものではなく、また、ここで示された結果は、あくまでもひとりの精神科看護師の覚書を解説したものである。そのため、精神科看護師の自己形成に含まれると推察される多様な意味については言及されておらず、今後は、その意味について、さらに深めうるものが課題といえよう。

以上、「境界性パーソナリティ障害概念の歴史的変遷」、「わが国の境界性パーソナリティ障害患者の看護に関する研究」、「自己形成に関する研究」、「わが国の看護師の自己形成に関する研究」に関する文献検討をとおして、本研究における課題を検討してきた。

これらの考えをもとに、「境界性パーソナリティ障害患者の看護をとおした精神科看護師の自己形成」を探求することは、まだ行われておらず、これまで解明されてきたものを乗り越えるという意味では、現時点において独創的なテーマであるといえる。

V. 自己形成の概念に関する検討

「自己形成」という用語を定義するにあたり、本論文で扱う「自己形成」という文脈下において鍵概念となる「自己」について、必要と思われる最小限の概念の整理を行い、位置づける。また、「経験」についても主要な概念となるため、位置づけることにする。さらに、本研究における「自己」と「経験」の概念について、その関係を整理する。

1. 「自己」の概念

これまで「自己」の概念に関しては、心理学ではもちろん社会学や哲学の分野で、多種多様な事象が取り扱われ、議論されてきた。

心理学の分野で「自己」に関する研究の原点といわれる James は、自我および自己を「知る自己(self as knower あるいは I)」「知られる自己(self as known あ

るいは me)」として位置づけている。そして、「知られる自己」には大きく 3 つの構成要素があるとし、「物質的自己」、「社会的自己」、「精神的自己」に分類している。「物質的自己」には、自分自身の身体をはじめ衣服や家族、財産などが含まれる。「社会的自己」は、他者や社会との相互作用をとおして形成される自己のことで、他者からの賞賛、社会的地位、名誉・不名誉などが含まれる。「精神的自己」には、自身の意識状態、能力、性格的な傾向などが含まれる (James, 1892/1993)。

社会哲学者の Mead は、「自己」を、社会的経験・社会的活動の過程のなかに生じる他者とのかかわりによって形成されるものであるとし、me を他者の態度の組織化された組み合わせであり、この態度には他者の態度が内在化された「一般化された他者」も含まれるとしている。そして、I とは、この me を受けて応答する行為主体であるとしている (Mead, 1934/1995)。

哲学者であり、精神病理学者でもある木村は、「『自分』とか『自己』とかは、個人の経験においてはたとえそれがあくまで内部的・内面的に経験されるものであっても、それが『ある』といわれる存在の根拠は、つねに私個人の『外部』に、『世界』の側に、あるいは、私個人と『もの』の総体としての『世界』との『あいだ』にある」(木村, 2008, pp.81-82)。そして、「私がいで立っている場所としての『あいだ』は、とりもなおさず『人とひとのあいだ』ということになる」(木村, 2008, p.82)と説明している。

木村(2006)は、「自己」を、恒常的な実体もしくは持続的な状態として自己自身であり続けるのではなく、私が自己に目を向けていないときには、自己は自己として存在しないと説明している。つまり、自己は元来存在するものではなく、絶えず繰り返し生成されるものであり、自覚されるたびにそのつど自己になるという。また、自己は自分ひとりで自己完結的に自己自身であることはできないとし、自己が自己として自覚されるのは、つねに自己ならざるものとの出会いの場においてであると説明している。そして、自己ならざるものとは、現実の他者であっても他者以外の事物であってもよく、自分の心に浮かんだなんらかの表象であってもよいとしている。

本研究では、「自己」を、木村の「自己」の理解に基づき、「自己は、自己ならざるものとの出会いの場において自覚されるものであり、絶えず繰り返し生成されるものである」と位置づけることにする。

2. 「経験」の概念

広辞苑では、「経験」を、「experience、人間が外界との相互作用の過程を意識化し自分のものとする。人間のあらゆる個人的・社会的実践を含むが、人間が外界を変革するとともに自己自身を変化させる活動が基本的なもの」(新村出, 2008)と説明されている。

また哲学辞典では、「人間と環境との関連の仕方やその成果の総体を意味するもの」(下中, 1993)とされている。

「経験」という用語の定義は曖昧であり、明確には定義されていない。

Dewey(1938/2004)は、『経験』は、単に個人の内面だけで進行するものではない。『経験』を引き起こす源は、個人の外にある。経験はこれらの源泉によって、絶えず養い育てられている」とし、「経験」を、「個人と個人を取り巻く環境との相互作用」と定義している。

Gadamer(1960/1986)は、「経験」とは、「先入観を修正していく過程、つまり新しいことを学んでいく、あるいは以前の観方に新しい陰影を付け加えていく過程である」としている。

Benner(1984/2010)は、「経験」を、「理論にニュアンスや微妙な違いを加える数多くの現実の具体的な状況に遭遇することで、先入観や理論を改良することである」と説明している。

中村(1992)は、「経験」を「活動する身体を備えた主体がおこなう他者（対象）との間の相互行為を介して成立するもの」としている。

本研究では、これらのさまざまな定義から中村の定義を採用し、位置づけることにする。

3. 「自己」と「経験」の関係

新臨床看護学大系では、「自己概念」の定義を、「個々の自分についての知識と、他の人々との関係に及ぼす影響に関する観念、信条および確信として表される。人の自己概念は、生まれながらに存在するのではなく、自分自身や、重要他者や、世界の現実性について、その人独自の経験を通して学ばれる」(樋口, 稲岡, 南, 1986)としている。ここでも、「自己」が説明される場合には、「経験」という概念が必ず含まれる。

日本の哲学者でフランス文学者でもある森有正は、次のように述懐している。「ある時期まで来たときに、経験というものが私自身の意味である。また、一人一人が自分の経験を持っていて、その経験はほかのひとの経験と置きかえることができない。ある一人の人間ということと、ある一つの経験ということとは全く同じことであり、そのある一つの経験というものは、一人の人間というものを定義するもので、それ以外に人間というものは考えられない。それ以外にあるのは、ただ人間の形をした一つの肉体の固まりであって、それはそれだけでは人間といえない。ある一つの『経験』というものが内面的に与えられたときに、それがそこに一人の人間がいるということの事実を定義するのだ。そういうことになってきたわけです」(森, 1970, pp. 49-50)。

森は、「ある一人の人間」と「ある一つの経験」ということを全く同じと述べているが、一人の人間がいるということ、つまり、一個人としての存在という人間は、本研究で用いる「自己」の定義に非常に近いものであり、そこには、「経験」という概念がおのずと含まれるのである。

本研究における、「自己形成」は「形成」という変化を内在した現象を含む。人は、たとえ同じ状況であっても、その意味づけのあり方によって、まったく異なる経験をすることになると考えられるため、それは肯定的な側面のみならず否

定的側面、また中間的なものや、両者を併せもつ両価的なものも含まれることになると考える。

したがって、本研究では「自己形成」を、「経験と意味づけの相互作用によって自己がもたらされること」として包括的にとらえることにする。

第3章 研究の方法と研究参加者

本章では、本研究のデザインと方法論、具体的調査方法、研究参加者への倫理的配慮について述べる。

I. 研究デザイン

本研究は、解釈的アプローチに基づいた質的帰納的デザインを用いる。

II. 方法論

本研究では、Benner, P. の解釈学的現象学を方法論として採用する。

解釈学的現象学は、デカルトが「世界は客観的に存在する」という大前提のもと、認識論的に人間理解を進めようとしたのを批判し、Heidegger に依拠し、存在論的に人間を理解しようとする研究方法である。それは Heidegger の人間観と矛盾することなく結びついており、人間であるとは何を意味するのかを問うことによって、私たちがどのように世界を知るのかということをもより明瞭にしてくれる。

解釈学的現象学に基づく研究方法は、存在論的立場から、テキスト解釈を通して、日常的な営みや人間的経験の意味をとらえ、理解に到達することを目標とする方法論と定義できる(田中,2007)。解釈学的現象学に基づく解釈的アプローチは、現象学的還元を基本的態度としながらも、実存と状況の相互作用から生まれる「意味」を問うことに関わり、本質は、世界一内一存在である他者と自分、そして世界の関係性の中で解釈されたものにあるとする。そして、人はその解釈の中に生きる意味を見いだすという基本的態度を前提としており、解釈学的現象学の関心の中心は、実存によって世界がどのように解釈され、意味を付与されたのか、ということにある。

本研究の目的は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することなので、境界性パーソナリティ障害患者に看護という仕方でかかわる精神科看護師が身を置く状況を、その人にとってそれが持つ意味という観点から把握し、現象の底にある深い意味を捉えることを目指す。したがって、人間の経験の意味を捉えようとする解釈学的現象学を方法論として採用することが有用であると考えた。

以下に、Benner (1994/2006)の解釈学的現象学の哲学的基盤となっている人間概念に関する Heidegger の現象学的見解について述べる。そして、Benner,P.の解釈学的研究の前提と特徴、さらに解釈学的現象学における共通性探究のための5つの道標について述べる。

1. 人間概念に関する Heidegger の現象学的見解

人間概念に関する Heidegger の現象学的な見解を、Dreyfus(1991/2000)と Leonard(1994/2006)の解釈を援用して以下にまとめる。

1) 人間は世界を持つ

Heidegger は実存するという活動を「世界内存在」と呼ぶ(Dreyfus,1991/2000 p.43)。世界とは、私たちが文化のうちに生まれつくことによって持つ関係性、実践、言語からなる意味のある統合体で、私たちの文化的、言語的実践や歴史のうちにすでに与えられているものである。また、人間を常にすでに状況のうちにおかれているもの、つまり世界内存在として捉える。その世界は自己によって構成されるとともに、自己を構成する契機でもある。世界によって構成されるものとしての自己の概念は、自己を所有物として捉えるデカルトの自己概念とは根本的に異なり、自己が世界のうちで立ち上げられ、世界によって具体的に形作られるということの意味する。そして世界のうちで自己が形成されるプロセスは、自己と対象としての世界との間で働く因果的な相互作用とは異なり、むしろ意味連関、言語的スキル、文化的実践、民族の伝統を反省によらずに集め上げることであって、それによって私たちは人間になり、どの程度であれ物事を私たちに現させることができる。世界とは、人がそれになることができたり、できなかつたりする諸可能性を提供するものであり、世界が私たちの意識にはっきりと表れてくるのは、ただそれが損なわれる時に限られるとしている(Leonard,1994/2006)。

2) 諸事物が意義や価値を持つのは人間のためである

諸事物が意義や価値を持つのは人間に対してであり、人間とはそのような目的的存在である。Heidegger は、「現存在（その存在に存在了解が属しているような存在者：そこに現に存在する）はまずもってそして絶えず諸事物のうちに自分自身を見出す」とし、私たちは自分自身とその経験を、私たちが追求する活動や、私たちが気遣う諸事物をとおして理解するとしている。そして、人間は、そのうちで諸事物が意味と価値とを持つことになる場所として世界を持つだけでなく、文化、言語、個人的状況に基づいて質的に異なった関心を有しているとし、ある一人の人間の行動や表現を理解するためには、その人間を文脈のうちに研究しなければならない。ある人間が何を評価し、何に意義を見出すかがはっきりするようになるのは、ただ文脈のうちにのみであるとし、人間とはその人のために諸事物が意義を持つようになる存在であり、かつその意義は文脈によって変化するという事実を正しく認識することで、いかにさまざまな理解があらわになり得るかを知ることができるとしている(Leonard,1994/2006)。

3) 人間は自らを解釈する

Heidegger は、人間とは自らを解釈するものであり、しかも非理論的で非熟考的な仕方自己解釈を行っており、解釈的な理解によって構成される存在である

とする。そして、解釈とは、客観に相関する主観としての個別的意識のうちに生み出されるものではなく、むしろ私たちの言語的で文化的な伝統のうちで与えられ、意義連関を背景にしてのみ意味を持つものであるとする。Heideggerは、このような自己解釈的な存在の仕方を「実存」と呼び(Dreyfus,1991/2000,p.16)、人は決して世界の中では「生のままの事実」を把握することはできず、背景的な知に依存せずには、私たちは何ものにも出会うことはできない。すべての出会いは背景に基づいた解釈であるとしている(Leonard,1994/2006)。

4) 人間は身体として具現する

身体を所有の対象として捉えるデカルト的身体概念とは異なり、Heideggerは、身体を、世界において自己が具体的に行為するための可能性を提供するものとして捉え、「生きられた身体」というパラダイムを導入した。そこでは、私たちは身体を所有するというより、むしろ身体であり、身体として具現する。私たちの公共的な実践は、身体に埋め込まれた共同の知覚能力に基づいていると捉えられる。そして、身体は単なる外的な機械などではなく、私たちの生きる中心であり、そこからすべての実存的な可能性が生み出されてくるとし、このことが痛感されるのは、病気や苦難に陥ったり無力になったりするときであるとしている(Leonard,1994/2006)。

5) 人間は時間のうちに存在する

伝統的に有している直線的な時間のイメージが、今は無限に継起するという見方であるのに対し、Heideggerは、「時間性」という術語を用い、「時間性は存在の構成素である」として、根源的な時間の概念を示した。そこでは、過去とは文字通り過ぎ去ってしまい跡形もなく消えるものではなく、所属する社会の伝統やこれまで歩んできた経歴などとして今現在を形作っているとともに、今現在において過去として意識されるものでもあるとし、現在において生きられている過去のことを「既存性」と記述している。Heideggerによれば、時間性は、方位性を持ち、関係性を有し、物理的対象にではなく、ひとえに存在にのみ適合する。それゆえ、今現在はそれ自身のうちに推移の性格を有するのであると述べている。Heideggerの時間性の概念に関連しているのは、「気づかい(care)」と呼ばれる人間存在の本質的構造である。気づかいとは、人間が世界に向けている関心ともいえるものであり、私たちの存在が私たちにとって関心の的となるようにし続けるものである。また、時間性の概念に関連するもうひとつの構造は、「被投性(世界のうちに投げ込まれていること)」の概念である。私たちは常にすでに文化的、民族的、状況的な実践と意味の特殊な連鎖のうちに自らを見いだすのであり、こうした被投性から自分たちの立場を主張しなければならず、それが気づかいの構造でもあるとしている(Leonard,1994/2006)。人間はこのように過去から影響を受け、未来へと己を「企投」しながら現在のうちに実存して物語を紡ぎつつ生きる存在なのである。

本研究では、以上のような解釈学的現象学が有する人間概念に対する Heidegger の現象学的見解を前提として、文化的背景を共有し同じ状況の内に身を置く人間が、自分の特定の関心をどのように生き抜いているか、状況にどのように巻き込まれ関与しているかを探究していく。

2. Benner, P. の解釈学的研究の前提と特徴

Benner(1985)は、解釈学的研究の前提と特徴のポイントを以下のように述べている。

- 1) 解釈学は、状況のなかにいる人間の研究を可能とし、健康と病という現象的な諸領域を研究する方法を提供し、極端な主観性または客観性という問題を克服する。
- 2) 解釈学は、技能、ストレス、コーピングのなかに埋め込まれている日常の営み、意味、知識を理解するために用いられてきた。
- 3) その目標は、日常の営みや、健康と病の経験を理解することである。
- 4) この方法は、特に健康と病の現象世界の理解にとって有効である。この方法は、健康と病の経験によって切り取られるがままの疾患の理解を増大させる。
- 5) 解釈学的現象学は包括的であり、人や状況を変数に分割し、それをまた元に戻して一緒にするというよりは、状況の中にいる人間を探求しようとする。
- 6) 言葉や文化をとおして伝えられる前もって理解されるところの「背景」が、日常の営みや自己解釈を基礎づける。背景は、個々人に可能性の条件を与え、知覚や行為やその他諸々の事のための条件を与える。この背景こそが、人間存在と、そのストーリーを要素要素の積み重ねで作り上げねばならないコンピュータのような人工知能を分かちつものである。人間存在はつねに状況にストーリー、前もっての理解とともにやってくる。
- 7) この立場は次のことを仮定する。すなわち、背景の意味、技能、営みは、完全に合理化されるものではない(完全に明瞭にすることはできない)。
- 8) 背景は可能性の条件を形づくる。背景は伝えられるものであり、個人によって引き出されるものではない。
- 9) 意味は単に個人に住むものでもなく、状況に住むものでもない。意味はこの2つのものの間に起こる。その結果、個人は構成し、また状況によって構成される。したがって、分析の単位は、2つのものの間に起こること(transaction)である。

3. Benner & Wrubel の解釈学的現象学における共通性探究のための 5 つの道標

Benner & Wrubel(1989/1999) は、Heidegger の現象学的人間観に基づき、「人間は関心を持つことで状況に巻き込まれ、環境のうちに生息するというより自分の世界に住まう存在である。身体に根差した知性と背景的意味と関心を通じて人間は状況を己にとってそれが持つ意味という観点から直接つかむ」(p.56) と述べる。

本研究では、決定論的な法則やメカニズム的観点から共通性を探すのではなく、むしろ文化的な基盤をなす意味における共通性を探究する。その指標として、以下の 5 つを用いた(Benner,1994/2006)。

- 1) 状況：歴史的・文化的に、どのように人が状況に根ざしているかについての理解。
- 2) 身体性：熟練したふるまいと知覚的で感情豊かな反応とを包含する。身体に染みついた知識という理解を含む。身体に染みついた状況理解の探究。
- 3) 時間性：人が自身を未来に投影したり、過去から自身を理解するといった、生きられた時間経験の理解。
- 4) 関心事：状況においてその人が意味深く方向付けられる、その方向付けられ方のことで、何がその人にとって重要かを理解すること。
- 5) 共通する意味：人々の間で何か気づかれ、何が起こり得る問題、同意、不賛成なのかを形成する、言語的・文化的かつ当たり前すぎて意識されないような意味の理解。

Ⅲ. 具体的調査方法

1. 研究参加者

「精神科病院に 5 年以上勤務し、かつ境界性パーソナリティ障害患者への看護経験のある看護師」で研究参加に同意が得られた者を「研究参加者」とした。以下「研究参加者」と表現することとした。

2. データ収集開始までの手続き

データ収集施設は、精神科病院とし、その施設の病院長および看護部長、倫理委員会のメンバーに、施設用説明文書(資料 1-1)を用いて研究の趣旨および研究の方法、倫理的配慮等について説明し協力の依頼をし、研究倫理委員会での承認を得た。

研究倫理委員会からの承認が得られたら、病棟の看護管理者に説明文書(資料 1-2)を用いて研究の趣旨を説明し、研究協力候補者の推薦をお願いした。その際、

研究協力候補者に研究協力者への説明文書(資料 2-1)を渡すとともに、研究協力の依頼があることを伝えていただいた。そして、研究協力候補者が研究の説明を受けることを了承されたならば、研究者宛に返信用封筒でお知らせくださるようお願いをしていただいた。

研究者は、研究協力候補者から返信を受け、研究協力者への説明文書(資料 2-1)をもとに再度、研究の趣旨および研究の方法、倫理的配慮等について説明を行った。そして研究参加への同意文書(資料 2-2)と返信用封筒を渡し、研究参加に同意する場合は、署名の上、郵送にて返信してもらえるよう依頼した。

なお、その場で研究同意が得られた場合には、参加者の希望があれば同日のインタビューを実施した。

3. データ収集

データ収集は、インタビューガイド(資料 3)を用いて、原則として 60～90 分程度の半構成的面接を 1 回実施した。必要に応じて、さらに 1 回の追加面接を行った。

面接では、「特に印象に残っている境界性パーソナリティ障害患者さんへの看護のエピソード」についてあげてもらい、「それを振り返ってどのように感じるか」を中心に、自由に語ってもらった。面接は、研究参加者から指定された連絡方法で、日時とプライバシーの保たれる場所を研究参加者の希望に合わせて決定した。

なお、面接内容は、研究参加者の了解を得て筆記記録・IC レコーダに記録し、面接終了後できるだけ早い段階で録音された内容を逐語録に起こしデータとした。

4. データ収集期間

本研究のデータ収集期間は、2012 年 1 月～2013 年 3 月であった。

IV. データ解釈方法

本研究では、Benner(1994/2006)の解釈学的現象学を基盤として、以下のような手順で、データの分析・解釈を行った。

1. Benner, P.による解釈学的現象学を基盤としたデータ解釈方法

- 1) 研究参加者から得られた「特に印象に残っている境界性パーソナリティ障害患者への看護のエピソード」の自由な語りと記録した内容すべての逐語録を作成した。
- 2) 逐語録を熟読し、研究参加者の語りの全体像を把握し、データに繰り返し現れる関心事、出来事、トピックスなどの現象を抽出し、自己形成に関連する、あるいは自己形成において重要な意味があると思われる文脈を、

研究参加者から発せられた生のデータを意味の成立を損なわないよう、そのまま「有意な陳述」として抜き出した。

- 3) もともとの言葉と意味に忠実に、データに繰り返し立ち戻りながら、抽出した有意な陳述に対して意味を定式化した。
- 4) 個々のデータにこの手順を繰り返し、定式化された意味から、元の意味を損なわないよう、できるだけ参加者の言葉を用いて、それぞれにテーマをつけた。分類に際しては、もとの逐語録、有意な陳述、定式化された意味に絶えず戻って参照し、つながりの適切性を確認した。
- 5) テーマ抽出をとおして、研究参加者ごとに自己形成の解釈を行い、自己形成の本質をあらわすと思われるテーマにタイトルをつけた。
- 6) すべての研究参加者の自己形成を比較検討し、統合的に解釈することで、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成における共通の意味を見出した。

2. 研究の厳密性の保証

質的研究における厳密性の基準は真実性(trustworthiness)に相当する。真実性とは、方法論の堅実性(soundness)と適切性(adequacy)を意味し、これらは、明解性(dependability)、信用可能性(credibility)、移転可能性(transferability)、確認可能性(conformability)という 4 つの基準によって判定される(Holloway & Wheeler,2002/2006)。

解釈学的現象学を方法論として採用する本研究では、人間存在を単なる特性や普遍的な性質などに還元することはないものであると捉えるため、一般化可能性と同義である移転可能性を除き、明解性と信用可能性、確認可能性の 3 つの基準を満たすことでその厳密性は保証されると考えた。以下に本研究における厳密性を高める方略を述べる。

1) 明解性

明解性は、信頼性と同義であり、研究の知見が明解であるならば、知見は首尾一貫して正確でなければならない(Holloway & Wheeler,2002/2006)。これは、研究者の研究過程を追体験することができるかどうかに関連している。

本研究では、研究計画書作成の段階から論文作成完了までの研究の全過程において、精神看護学の専門家であり、解釈学的現象学に精通している質的研究者から定期的にスーパーバイズを受けることで、研究者がどのようにして結論に達したか、また、研究の文脈を詳細に論じることで立証した。

2) 信用可能性

信用可能性は、内的妥当性と同義であり、研究成果がどの程度まで正しいのか、また、研究目的や研究参加者の社会的現実をどの程度正確に反映しているのかということに関連している(Holloway & Wheeler,2002/2006)。

本研究を実施するにあたっては、研究参加者や状況と十分に対話することによって、データを理解するよう努めた。研究者が研究参加者を正確に記述できるように、面接の最中には語りの方向性を遮らないこと、語られた内容を評価的・批判的に捉えることのないよう研究者の姿勢に留意し、研究参加者の世界を解明するようにした。また、調査および分析の全過程において質的研究者によるスーパーバイズを受け、信用可能性を高める努力を行った。

3) 確認可能性

確認可能性は、客観性に代わる用語であり、実質的には明解性と重なる。Holloway & Wheeler(2002/2006)は、研究の知見や結論が研究の目的を達成した段階でその方法が判定されるとき、あるいは研究者のもっていた調査前の仮説や予想の結果ではないとき、「確認可能性」があるといえ、「監査のためのあしあと」や「決定に至るあしあと」が必要であると述べている。

本研究においては、研究者の解釈や結論がデータから直接導かれていることを読者が確認できるよう詳細に記した。

V. 倫理的配慮

本研究は、本学倫理委員会の承認を受けた(受付番号:2296,資料 4)。研究にあたっては、以下の倫理的配慮を行った。

1. 研究参加の理解と同意

研究参加者へは、研究参加者への説明文書(資料 2-1)をもとに、本研究の趣旨および研究の方法、倫理的配慮等について説明を行った。研究への参加については、あくまでも参加者の自由意志であり、拒否した場合でも、途中で研究への参加を撤回した場合でも、いかなる不利益も生じないこと等を説明した。また、面接内容の筆記記録・ICレコーダーによる記録については、研究参加者に丁寧な説明を行うとともに、面接途中で記録して欲しくないときには、いつでも記録を中止できる旨を説明した。

同意文書(資料 2-2)への署名をもって同意を得た。なお、同意文書は 2 部作成し、研究参加者と研究者がそれぞれ保管した。また、研究参加の同意はいつでも撤回できることを説明し、同意撤回書(資料 2-3)を保存用として事前に手渡した。

2. 予想される不利益とその対応

本研究は、研究参加者にとっては、境界性パーソナリティ障害患者の看護実践の状況やその状況における看護師としての自分を振り返ることで、学びを得る可能性がある。しかし、面接時はこれまで経験した出来事や心情について想起するため、心理的な負担が生じる可能性も否定できない。その対応としては、参加者

の権利を最大限に尊重し、面接が苦痛である様子が窺がえる場合は速やかに中止するなど、好ましくない状況が生じるのを最小限にとどめる配慮を行った。

一連の研究過程については、指導教官からスーパービジョンを受け、調査過程で研究参加者の心理状態についての示唆や接し方などのアドバイスを受け、心理的な脅かしを防ぐことに細心の注意を払った。なお、1回の面接に要する時間は60分から90分とするが、状況に合わせて調整した。

3. プライバシーおよび匿名性の確保

プライバシーの保護として、対象者の氏名など個人を特定する情報は、すべて連結可能匿名化の方法で扱った。収集したデータは、研究以外の目的には使用せず、個人認証システムのある USB メモリーなどの電子媒体に記録し、鍵のある場所に保管した。研究結果を公表する際には、研究参加者の匿名性を厳守する。研究で得られたデータは、研究終了3年後には、すべて連結不可能匿名化として研究者が責任を持って破棄する。

第4章 結果

本章では、まず研究参加者の概要について述べ、15名の研究参加者それぞれの語りの解釈を記述する。次に、すべての研究参加者の総括から、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成における共通の意味について記述する。

文中の研究参加者の語りについては、ゴシック体で記述した。

なお、論文中では個人の特定を避けるため、固有名詞の使用は避け、意味内容に影響がない範囲で具体的事実や語り言葉の特徴などに手を加えたり、若干の改変を行った。また、研究参加者の言葉でわかりづらいところは、()の中に研究者が補った言葉を入れた。

I. 研究参加者の概要

研究参加に承諾の得られた方は19名であった。このうちの4名は、自己の経験について十分に意識化されておらず、語ることが困難であったため除外した。したがって、最終的には15名の精神科看護師が語った内容をデータとして採用することにした。

研究参加者15名の概要は表1に示したとおりである。

研究参加者の年齢は、27歳から43歳で、15名中、10名が女性、5名が男性であった。看護師としての経験年数は、5年から18年であり、平均9.7年であった。また、精神科看護師としての経験年数は、5年から18年であり、平均8.1年であった。研究参加者が看護基礎教育を受けた機関やその背景、最終学歴等には様々な経過があるため、それぞれ文中に示した。

インタビューはひとりの研究参加者に対して1回行い、1回目の解釈では十分でないと考えられた場合には2回目のインタビューをさせていただいた。インタビューには、46分から140分、ひとり平均69分をかけ、合計で1042分(7時間37分)の時間を要した。

表 1 研究参加者の背景、およびインタビュー時間

研究参加者	年齢	性別	看護経験年数	精神科看護経験年数	総インタビュー時間・面接回数
Aさん	34歳	女性	11年	6年	69分・1回
Bさん	29歳	女性	8年	8年	63分・1回
Cさん	30歳	男性	5年	5年	53分・1回
Dさん	38歳	男性	10年	10年	74分・2回
Eさん	43歳	女性	18年	18年	63分・2回
Fさん	30歳	男性	9年	9年	59分・1回
Gさん	32歳	女性	10年	10年	49分・1回
Hさん	27歳	女性	5年	5年	49分・1回
Iさん	30歳	女性	6年	6年	100分・1回
Jさん	40歳	女性	16年	16年	46分・1回
Kさん	35歳	女性	14年	12年	90分・1回
Lさん	28歳	女性	6年	6年	68分・1回
Mさん	30歳	女性	10年	10年	54分・1回
Nさん	30歳	男性	8年	8年	65分・2回
Oさん	33歳	男性	10年	8年	140分・2回

II. 研究協力者の自己形成の記述と解釈

研究参加者ごとに自己形成に関するいくつかのテーマ名を示し、それに対する解釈を記述した。また、研究参加者ごとに自己形成の本質を表すと思われるテーマにタイトルをつけたものの一覧を表 2 に示した。

表 2 研究参加者の自己形成の本質を表すタイトル

研究参加者	自己形成の本質を表すタイトル
A さん	他人事じゃなく、お互い様
B さん	境界性パーソナリティ障害患者と自分を比べる
C さん	どうしても拭い去れないネガティブなイメージ
D さん	いくら病理とわかっているけど付き合いたくない
E さん	煙たがらずに見ていけたらいい
F さん	できる範囲のことをどういうふうに行っていくか
G さん	わかったつもりにならない
H さん	看護師として患者に伝えている言葉はそのまま自分への言葉としてあてはまる
I さん	境界性パーソナリティ障害の人たちにはかなわない
J さん	患者には看護師としてちゃんと接しなければならない
K さん	自分自身の感情を手がかりにする
L さん	境界性パーソナリティ障害患者の立場に身を置く
M さん	反省を重ねる
N さん	無力感と闘う
O さん	楽になってはいけない

1. Aさんの語りの解釈

「他人事じゃなく、お互い様」

Aさんは34歳の女性である。看護師として11年の経験があり、そのうちの6年間は精神科看護師としての経験である。境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に勤めて6年となる。

高校卒業後、専門学校に進学し、看護師免許を取得した。最初は、内科と外科の混合病棟で2年間勤務し、その後、透析室へ移動して3年間勤めた。その頃に結婚して、糖尿病の外来でパートをしていたこともあったという。

Aさんの自宅から精神科病院が近いということもあり、ひとり目の子どもが生まれて1歳になった時に精神科病院に再就職した。もともと作業療法士に興味があり、いずれ精神科の領域で働きたいという希望があり、看護学校卒業後に作業療法士を目指して大学に進学していたことがある。しかし、在学中に結婚して妊娠したこともあり、作業療法士になるための実習が続けられなくなり、あきらめて3年目で退学をしたのだという。

透析の看護師をしている時には、忙しくて患者の話を聴けなかったため、今度はじっくりと患者の話を聴きたいと考えて精神科に再就職したという。そのことについてAさんは、「今はちょっともう、話を聴きたくないなって思うときもあるんですけども。もう話いっぱい聴いたなーって」と微笑んだ。

1) 境界性パーソナリティ障害患者と普通に心が通った

Aさんが精神科に再就職をして1年が過ぎた頃、病棟に入院している境界性パーソナリティ障害患者同士のトラブルや暴言・暴力、自傷する姿などを見て徐々に恐怖を感じるようになっていったという。また、初めての子育ての大変さも重なって精神的にとっても不安定であった29歳の時に、同じ29歳という年齢で入院してきた境界性パーソナリティ障害患者と心が通ったエピソードについてしみじみと語ってくれた。患者は、入院する前には他国の要職にある政治家と結婚して、離婚するといった経験をしており、語学力や対人関係を築く能力に長けた人であったという。

仕事に来るのも精一杯だったんですけども。・・・29歳の時に29歳の方となんかちょっと感情的なつながりができたような気がした時があって。

・・・なんか、普通に心が通ったような気がした人がひとりだけいて。その人はちょっと今でも覚えているんですけども。でも、やっぱりすごい生きにくい人なんだろうなみたいなの。・・・患者さん同士で暴力もあったし。口も悪くって、怖くって、いろんなこと・・・自傷もしてたと思うんですけども。

退院のときに・・・なんかちょっとわかり合えた。退院しちゃうんだなって思えたときに（淋しかった）・・・その人はちょっと覚えてます。

普段は、自分の感情を全く表出せず、いつも攻撃的であった患者と、退院する

時に「29って不思議な年だよな」という話になり、「30になっちゃうと楽なんだろうね」といった普通の会話をして共感し合えたのだという。その瞬間、同じことを感じるのだと思ったら自分も少し楽になった気がしたという。

この1年の間、精神科の患者を怖いとさえ感じ、張り詰めて仕事をしてきたAさんにとって、境界性パーソナリティ障害のある患者も自分たちと同じように感じることでできる存在なのだという気づきは、Aさんを緊張から解放したのであろう。

またそのときに、「境界性の人って人間臭くて面白い」と感じたのだという。

なんででしょう？言ってることが、まともだったりもするし。そのやっぱり精神病とその性格の境界？なんででしょう？あんなふうに叫んだりとか、あんなふうに泣いたりとか、あんなふうに怒ったりとか、自分の人生のなかでないから。

ちょっと・・・ちよっとうらやましかったりとかしちゃう自分もいて。なんか人間らしいんじゃないかとか逆に思って。それがゆえに生きにくいんでしょし、自分も傷つくこともあるんだけど。

あの不穏な状況とかも、ちよっと傍目で冷静に見ると、ああすごい、あれすっきりするのかなとか？日本じゃちよっと難しいかもとか？

Aさんは、境界性パーソナリティ障害患者が激しく感情を表出する姿を目の当たりにして、自分の感情をそのまま表現できることに人間らしさを感じたという。それは、これまで何事も我慢して一生懸命に取り組んできたAさんにとって正直な気持ちなのであろう。しかし一方では、それゆえに生きにくく、傷ついて自己嫌悪に陥ることもあるだろうと患者の心情を察している。

なんか惹かれちゃったんですよね。なんか覚えてて。退院の前の日に、「連絡先とか教えられないよね？」なんて言われて。

「そうだよな」って言って。それはね、私も精神科は初めてだし、よくわからなくて。

だけど・・・でも、「とりあえず、あなたは同じ29歳だけど、結婚して子どももいるし、よくやってるよ」なんて言われて。なんか、その・・・あーちよっとう涙が出そうな、なんででしょう？・・・自分も大変な一年だったから・・・再就職して、子ども慣れなくて・・・素直にそれがすごい嬉しくて。あーこういうふうに心通える瞬間があるんだって。・・・なんかちよっとジンときちゃった。

Aさんは、精神科の病院に再就職して初めての子育てでつらい時期に、自分も大変な状況にある境界性パーソナリティ障害患者にねぎらわれ、わかり合えたことに心が震えるほど感動し、仕事を続けてきてよかったと感じたという。

その後にも、様々な激しい症状のある境界性パーソナリティ障害の患者との出会いは多くあったというが、その人のことを今でもいちばんいいイメージで覚えているのだと語った。

2) 振り回されないとわからないこともある

次に A さんは、境界性パーソナリティ障害に摂食障害も併存していた前代未聞の逸脱の激しい患者にプライマリーナースとしてかかわったエピソードについて話してくれた。

患者は、高学歴で誰もがうらやむような仕事をしていた 20 台半ばの女性で、交通事故に遭い、嗅覚や味覚を失った頃から症状が出現したという。体重を測定するときには、自ら作ったおもりを股に入れたり、水をはがぶ飲みしたりして真実の体重をごまかしていた。しかし実際には、体重を増やさないように、処方されていた栄養剤を飲まずに窓の隙間から吹いて捨てたり、天井を外してものを隠したりしていたという。

A さんの勤めている境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟では、プライマリー制にすると患者に巻き込まれやすくなるため、プライマリーナースをつけないことが多いが、この患者のように表面的なことしか話さず、なかなか治療関係を築けない難治ケースにはプライマリーナースをつけることがあるのだという。

全然しゃべらないから、何考えてんだろうって。本当に素直にちょっと。あまりのギャップっていうんですか？この・・・〇〇大学、△△会社にまで行って、ここ（精神病院）まで来てしまっ。どういうふうに思ってるんだろうって。

大丈夫なわけがないのに、いつも「大丈夫です」っていうんですよ。どうしてもちよっとしゃべってみたいなって。何考えてるんだろうって。ちょっところ、「じゃあ、（プライマリーナースを）やってみます」って言ったものの、けっこう大変で・・・。

患者は A さんに、小さい頃から転校が多く孤独でつらい思いをしてきたこと、もともと不仲であった両親が自分の入院を理由に離婚を持ち出し、それを自分のせいにはしないで欲しいと話したりした。患者は徐々に自身の気持ちを本音で話してくれるようにはなっていたという。

しかし患者の逸脱行動は変わらず、裏切られた気持ちばかりが強くなっていった。ときにナース室で患者に関する愚痴を言い、それをユーモアに変えたりして何とかやり過ごしてきた A さんだが、やはり患者との関係はつらいものになっていたという。

普通に嘘つくし・・・本当にさらっと嘘つく、まあ嘘じゃないのかもしれないですけど、本当に思ったのかもしれないですけど、「やってない」、「やってない」っていう。裏切られた感みたいなものがすごく強くて。

「あーまたか」、「またか」って。ナース室でみんなに愚痴を話し、「ちょっとありえないんだけど」、「天井に隠してるんだけど」みたいな。

そんなとき A さんは、臨床心理士に後押しされ、「自分も、今もうつらくなっ

ている。あなたとの付き合いは」と患者に率直に本音を伝えたことがあるという。

そして患者も、「Aさんと会うのがつらい」と本音で言ってくれたりもしていた。摂食障害を併存している患者にとっては、どうしても体重を増やすことへの抵抗が強くあるため、結果としてAさんを欺くこととなり、信頼関係を築くのが困難になっていたのであろう。

なんとなく、こう・・・「なんで先生は！」とか思っけきちゃったりする自分がいて、そうするとチームとして壊れちゃうっていうか。

それをこう客観的に保っていくのが（難しくなる）。なんか、（患者が）もっともらしいことも言うから。ずっと話を聴きすぎちゃうと、プライマリーなんてやっちゃうと、けっこう（患者に）会えちゃうので、だんだんなんかこう洗脳じゃないですけど？

「あー、この人が言ってることって、もっともかもしれないなって」思っけきちゃって。振り回されちゃったりとかして、疲れちゃいましたけど。

Aさんはプライマリーナースになってから、毎日のように患者を夢に見るようになっていた。家に帰宅してからも、患者のことが頭から離れない状況があったという。それほど患者に巻き込まれていたAさんは、カンファレンスで「私はこういうふうにしてみたいなって思うけれど」と、患者の治療枠を緩める方向で皆に申し出をしたことがあったという。

ある程度の経験を積んだ看護師であれば、治療枠の絞めどころと広げどころがわかるようになってくるが、スタッフの中には2～3年目の看護師もおり、経験が浅いと枠を守ることに一生懸命になりがちで患者に厳しくなることがあるため、治療枠を外すことを皆がどう思うのか、かなり勇気がいる申し出をしたのだという。

「私、巻き込まれていますよね？今、完全にね」って言って。「でも、わかる気がするんだよね」みたいな。「全部間違ってるとは思えないんだけど」って。ちょっと年数いってきたので、2～3年目よりは楽になりました。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・・・

でも振り回されないとわかんないこともあって・・・振り回されてみたからちょっと疲れたけど、そっち（患者）側になったから。あの（看護師の集団）中でやっぱり、個別性を出すためには、やっぱりプライマリーという形になって、ある程度、巻き込まれる人もいつつの方が（いいと思う）・・・やっぱりちょっと疲れました。

なんか、今思うと、最終的には、早くもう退院しないかなみたいな？もう・・・1回帰らないと、本当もうダメじゃないかなみたいな？

最終的には、早く退院して欲しいという気持ちになるほど患者との関係に疲れ果てていたというAさんだが、それでも看護師の集団の中で個別性を出すために

はプライマリーという形をとって、患者にある程度巻き込まれる人も必要なのではないかと感じている。そうすることで A さんは、本当の患者理解に辿り着けるのだと信じているのであろう。

次の A さんの言葉には、葛藤を繰り返しながら境界性パーソナリティ障害患者とかかわってきた状況がよく表現されている。

本当に強烈な操作っていうものに振り回された。天井を外してとか、吹き矢のようにエンシュア（栄養剤）を外に捨てるっていう。

でも（嗅覚を失った患者には）匂いがないので、わかんなかったんですよね・・・腐ってるのが。そこはまた、こんなことしやがってっていう反面、ああこの臭さが、彼女にはわからなかったんだって思ったら（涙ぐむ）。また今度そこで、なんかこう、あー（何とかしてあげたい）って思っちゃったりとか？

なんか、すごくいろいろな感情？ 普段あんまり感情をアップダウンさせることがないので、印象に残ってるんだと思います。

A さんは、看護師には一生懸命やってあげようという習性があるため、それが裏目に出てしまい、結局は患者に操作されてしまっていたことが多々あったと振り返った。それでも A さんは、つい最近になって再び入院してきた患者について、本当はとても気になっているが治療枠を外さず、「担当になるまでは待とうと思って」と会いに行くのを我慢しているのだと話してくれた。

強い葛藤を伴いながらも、患者のことを決して見放さないでいるという A さんの一貫した姿勢が窺い知れる。

3) 適当にやってもいいことを示すモデルになろう

A さんは、前述した患者が再入院してきたことについて、「あれだけ治療したのになんか思っちゃったりするんですけども。でもね、良くなれないかもしれないって・・・でも死ななかつたから」と語り、休職期間の終了により傷病手当が切れることで経済的に困窮してしまうのではないかと心配し、兄弟が誰一人お見舞いに来ないことを哀れんでもいた。そして自分にできるのは、適当にやってもいいことを示すモデルになることなのだと次のように話してくれた。

だから、私にできることは、もう、完璧じゃなくていい感じのモデルになればいいかなとか思ったりして。適当な？ 目標がここってないと、決まっていないと、居ても立っても居られないっていう。その、なんか曖昧さが苦手な人たちじゃないですか？ だから、適当なモデルになろうって思って。「あーちょっとわかんないな？ それ」って。「どうでしょうね？」って。きちっとしゃべる患者なんです。

A さんは、完璧じゃなく、適当にやってもいいことを示すモデルの方が患者の心を開いてもらえる気がしていると語った。状況により使い分けは必要であるが、

そのことでAさん自身も柔軟な対応ができるようになり、楽になれたのだという。

これまで何事も精一杯がんばってきたAさんにとって境界性パーソナリティ障害患者との出会いは、適当モデルを見出すことにもつながったのである。

外枠はそんなになくても、自分のなかにある程度の枠があれば・・・なんかダメなことはダメだって言うし、「あーそれー私はダメだと思うんだけど」って。

「こうなってるからダメです！」とか、病棟の（治療）枠はすごく大事だと思うんですけど、それを徹底するっていう姿勢だとやっぱり患者さんの心はなかなか開けないから。ちょっとずつ隠れてこそこそと崩してる気がします。一応お約束もするじゃないですか？ボーダー契約も。一応きちんと読むんですけど、「まあ、ね、書いてあるけど、相談してよ」みたいな。「死にたくなったら言って、とりあえず」みたいな。

淡々と「やってはいけません！」、「それは知りません！」みたいに言うときも大事だけれど、今は「ありあーやっちゃたんだあ？」って。「何がしたかったかねえ？」みたいな？なんかそれはちょっと自分も楽になった気がします。でも、この人たちのおかげです。

Aさんは、「自分が今、いっぱい、いっぱいなので、がんばりきれないなっていうのもあって。ボーダーの人たちが言う白黒っていうのが、絶対無理だし」と思うようになったのだという。また、境界性パーソナリティ障害患者は入院して治療すれば治るというものではないため、看護師も患者と一緒に付き合っていくしかないのだと次のように語った。

やっぱりただケアするだけじゃないし、日に日によくなっていくものじゃないじゃないですか？だから、一緒に付き合っていくしかないような感じですよ？戻って、行って、戻って？一緒に落ち込んで、「あー」ってなって。

ああいう人たちってすごい自尊心も低いし、なんかこう適当な私くらいな「もうさあー疲れちゃったよお」みたいな？「ここでひと休みさしてさあー」くらいの人の方が楽なのかなと思っちゃいます。

境界性パーソナリティ障害のように自尊心が低い患者は、あまり接遇のようにきちんと対応されると、看護師に上から目線で見られているような気がするということを患者から聞くことがあるのだという。そのため、Aさんは自分のようにあえて適当なかかわりをするくらいの方が、患者にとっても看護師にとっても楽なのではないかという考えに至ったのであろう。

4) 境界性パーソナリティ障害患者は私たちと変わらない

Aさんは、自分は親からの愛情をいっぱい感じて育ってきたため、皆も同じように感じるものだろうとこれまでは漠然と思っていたという。しかし、境界性パーソナリティ障害患者として入院している娘が、母親に対して抱くあまりにもリ

アルな激しい感情を垣間見て、驚嘆するとともに、自分にも女の子がいるため、娘がもし境界性パーソナリティ障害になってしまったらどうしようと常に感じ、適度な距離についてすごく考えさせられるのだと語った。そのため、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、どうしても気持ちが重くなってしまうことがあるという。しかし一方で、それは自分のためにもなっているのだと次のように話してくれた。

えーそんなふうに思っただけなの！！みたいどころが。それずっと思ってたんだ！！なんか患者さんの話を最初に聞くのはすごく（しんどい）・・・あー・・・同じ話ばかりするので、「もう、わかったよ」って感じにはなるんですけど。

最初の生のパーッと打ち明けてくれるような感じっていうのは、なんか本当な気がしちゃって・・・どっちの立場（母と娘）でも聞いちゃいます。その時点でちょっと巻き込まれたりしてるのかなって思うんですけど。

（インタビュアー：どうなんですか？）

でも、聞いちゃうんですよね、それは。だから■病棟に行ってよかったのかもって思いました。現実が・・・本当これ家でも考えたら持たないなって思って。適度な距離とかすごく考えます。まだ（娘は）小学生なんですけれども。

Aさんは自分が親となってからは、どうしても母と娘という両方の立場で、患者の話を聞いてしまうため、巻き込まれるのだろうと感じている。

それぞれ親も、親の気持ちもすごく・・・この人たちも一生懸命育てた結果で・・・だから責めないでって思ったりとか（涙ぐむ）・・・だから両方に確執がある人が多いので、どっちの対場にも入り込んでしまうんですよ。

Aさんは、「思うところが多い病棟ですよ。なんか・・・感じるところの多い病棟です。人としてとか、人間としてとか、本当に考えます。掻き乱されるし」と振り返った。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおいては、「淡々としていても入ってくるし、マニュアルもない」ため、あまり自分が抱え込みすぎないことが大切なのではないかと思うとも語った。

また、Aさんは、境界性パーソナリティ障害患者の抱えている病理は、社会でやれるかどうかの違いはあっても、自分たちと変わらないと思うところがあるという。

看護、看護側になりすぎないように・・・精神病ってなんでしょう？精神病っていうかやっぱ境界性じゃないですか？だから、健康とボーダーの人の、社会でやれないかやれるかの違いはもちろんあるとは思いますが、病気と病気じゃないっていうところがそんなになんか（曖昧）・・・そんな気がして、そこは統合失調症の人とのやっぱり違いですね。

私たちと変わらないと思うところもある。「私もそう思うけど、どうしよう？」みたいな？そこ病名じゃなくて、対人関係だよな？とか。

Aさんは、自分が子どものことであまりにもイライラしたりするときには、自分の心に平静さを取り戻すためにマインドフローという境界性パーソナリティ障害患者に実施しているスキルを自分自身でも行うことがあるという。

「あぁーもう（子どもを）蹴っ飛ばしてやりたい」とか思うけど、とりあえず風船を蹴ったりとか。そういうところは程度の差が・・・いくつ身についてるとか？それも患者さんにオープンに言っちゃいます。

「いつもそうやって穏やかで」って（患者に言われるけれど）、「いや、もう家帰ったらひどいから」みたいな？「私もマインドフローしないと」って。本当に、一緒です患者さんと！

Aさんは、境界性パーソナリティ障害患者と自分は、感情の程度やそのコントロール方法がどれだけ身についているかの差こそあれ、一緒だと思うと語った。そして、インタビュアーの「看護師の自分と普段の自分って分けていますか？」との問いに次のように応えてくれた。

分けてないです。分けてないです。看護師？あの病棟・・・看護師である必要はあんまりないと思ったりもして。・・・その一医療行為がもちろんあるんですけども、ボーダーの人に関しては、本当に練習相手っていうか、なんかそんな感じ？

ときにお母さんのようになり、友達のようになり、怒らないといけないときもあるけど。だからある程度、年がいったから楽になったのかもしれないですし・・・22～23の子が27歳くらいの年季の入ったボーダーの人に言うのは、さぞつらいであろうっていうのがあるんですよ。・・・こっちもオープンにしないと、もちろん患者さんも、患者さんていうか、あちらの人の心も開けないし・・・看護って実はこれなんでしょう？

Aさんは、ある程度自分が年齢を重ねたことで、看護師である自分と普段の自分を分けなくてもよくなり、楽になったのだという。それはAさんが前述したように経験の浅い2～3年目では、看護師として枠を守ることに一生懸命になってしまう傾向があるからであり、経験を積み、自分が親となったことも含めて、患者とその親の両方の気持ちを理解できるようになったからであろう。

人の人生だけれど、そういうのを見せて学ばせてもらえるっていうのは・・・それこそ他人事じゃないって思いますよ。本当に他人事じゃないって。

基本一緒だと思いますもん。お互い様って思います。「今は、一応ナースとしてだけど、あなたはあなたで本当に私はすごいと思って」っていう感じ。

Aさんは、境界性パーソナリティ障害の患者とその親の人生から多くを学ばせてもらっているのだと振り返った。患者自身やその周辺で起こっていることは、Aさんにとって決して他人事とは感じられないために、自分たちと変わらない存在として理解するようになっていったのであろう。

5) いろんな感情との付き合い方を教えてもらい楽になった

Aさんは、境界性パーソナリティ障害患者の激しい生の声は、子育てや家族との付き合い、親との付き合い方などに生きているという。

また、外科や内科で看護師として勤めているときには全く見当もつかなかった患者の言動の意味を今では理解でき、どう患者に向き合えばいいのかわかるようになったという。

付き合い方は確かに（生きてる）。あと子育てです。家族との付き合い、親との付き合いとか、すごい生きていると思います。子育て・・・親・・・親業とかって習わないじゃないですか？親ってなんだろう？親になるってどういうことなんだろう？とかっていう自分の悶々した感じ？なんかその辺にも、ボーダーの人たちの激しい生の声って、すごく子育てに生きてる気がする。いろんな人との人付き合いにも生きてる気がします。これで一般科に行ったとしても、お話しするとかに関しては困らない気がします。うん。

今思えば、あぁーこうやって（手の平にもう片方の手のこぶしをぶつけて叩く）ナースコールずっと握って押してたおじさんとか、おねえさんとか。なんかすごい、あぁー（どうしたらいいんだろう）って思うような、そのときはどうしてあげたらいいかわからなかったけど。

・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）・・・・・・・・・・・・・・・・

いろんな感情との付き合い方を教えてもらってる。「すごく怒ってる人がいる！！」って。こんなに怒ってる人を目の当たりにしたことがないから、子どもが少々泣いても、あっ感情を今発散してるから、「泣け、泣け」みたいな。

前は私、泣いちゃダメな人だったんです。子どもが泣くと焦っちゃって、泣かしたらいけないっていうような、泣かさないようにがんばっちゃう育児をしてたような気がして。今は、「よし泣け、泣け」って。「お外じゃないし、いいよ、泣いてください」っていう・・・自分が楽になったような気がします。

感情の揺れ幅の大きい境界性パーソナリティ障害患者の人間らしい姿は、Aさんの心を揺り動かし、これまであまりあらわしてこなかった感情を表出させた。

また、境界性パーソナリティ障害患者の激しい感情に真摯に向き合うことで、いろんな感情との付き合い方を学び、自身の器が広がったように感じて楽になったという。

器が広がりました。すごい幅が・・・ちょっと泣くとか、ちょっと怒るくらいしか、そういう仕方しかなかったんで。

一回くらいおぼあちゃん亡くなったとき激しく泣いたときありましたけど・・・なんかそんなにこうなかったのが、あーいう人間臭い人たちを見ていて「わあーすうーごい、すごい、すごい！！」って（自分も感情を出せるようになった）。

さらに A さんは、精神科では客観的に判断できる指標はないため、自分の内側を成長させるしかないのだと次のように語った。

精神で、ものさしが自分になるじゃないですか？だから内側を成長させるしかわかりやすい目安はないから。出血量が 100ml 超えたらドクターコールとか、そういう世界じゃないから。自分の中で養っていくしかないから、これは。

「まだいいかなー」とか、「ちょっとあれかな？」とか。その辺、お互い歩み寄って、折り合いをつける？折り合いをつけることを学びました。いろんなことに折り合いをつけるっていうのは、難しい力なんだなーって思っ

・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）・・・・・・・・・・・・・・・・

患者さん折り合いをつけられないから、大変だなって思っ。ずーっと葛藤したままだから、つらいなーって。

A さんは、境界性パーソナリティ障害患者が様々なことに折り合いをつけられずに葛藤する姿から、患者のつらさを感じとってきたのであろう。それは患者の人生だが、看護師である自分にも同じことが言えるのだと感じている。

A さんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおしていろいろな人と付き合っていける力を身につけ成長してきたのだといえよう。

最後に A さんは「あんまり嫌いじゃないんだなーってやっぱり思います。ボーダーの人たちのこと。自傷とかされると本当に、あー（嫌な気持ち）とか思うんだけど、なんか惹かれるところがあっ。まあ、まあい見捨てないよっと思っちゃうところがあっ」と、境界性パーソナリティ障害患者への愛着について語った。

6) A さんの自己形成

いずれは精神科の患者とかかわりたいという希望を持っていた A さんであったが、実際に精神科に再就職して目の当たりにしたのは恐怖心を煽る患者の姿であった。ちょうどその頃、初めての子育ての大変さも重なり精神的にとても不安定であった時期に、同じ 29 歳という年齢で入院してきた境界性パーソナリティ障害患者と心が通うという経験をしている。境界性パーソナリティ障害のある患者は自分たちと同じように感じるができる存在なのだという気づきや、患者が感情を激しく表現する姿に人間らしさを感じ、心惹かれる存在として刻まれていった。それゆえ、A さんは患者に強い葛藤を伴い巻き込まれることがあっても決して見放さないでいるのだろう。

さらに、境界性パーソナリティ障害患者との出会いは、適当にやってもいいこ

とを示すモデルを見出すことや、いろんな感情との付き合い方の学びにつながり、Aさんに柔軟性をもたらしたといえよう。

Aさんは、自分たちと変わらない存在として境界性パーソナリティ障害患者とその親の人生から多くを学び、人としても成長してきたのだといえよう。

2. Bさんの語りの解釈

「境界性パーソナリティ障害患者と自分を比べる」

Bさんは、29歳の女性である。精神科看護師として8年の経験がある。境界性パーソナリティ障害患者と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に約6年、スーパー救急病棟に移動して2年となる。

高校卒業後に看護学校に進学して、看護師の資格を取得した後、精神科病院へ就職している。Bさんが精神科で働くことを選択した理由のひとつは、就職先である病院で行った精神看護学実習で、実習指導者に実習の目標を質問され、書いてあった目標をただそのまま読んだだけで、「よく言えたね」と褒められ、認められたことへの驚きや嬉しさからであった。また、看護学校に精神看護学の講師として教えに来てくれていた就職先の病院の精神科看護師の飾らない人柄に魅力を感じたからでもあるという。もともと対人関係を築くことが得意ではないというBさんは、精神科で働くことを希望したというよりは、自分にとって居心地の良さを一番に考えて、働きやすそうな病院を就職先に選択している。

Bさんは、「このまま、もし看護をずっと続けていくのであれば、それなりに学歴が必要になるだろうと思って」と大学院に進学することを念頭におき、看護師6年目の時に通信課程の大学に入学している。

1) 境界性パーソナリティ障害患者の行動の裏にはちゃんと意味がある

Bさんが1年目の夜勤の時、入退院を繰り返していた境界性パーソナリティ障害患者が入院初日にナースルームの前で縫合してきたばかりの手首をボールペンでエグり血だらけになっていたことがあったという。その患者には、直ぐに医師から身体拘束の指示が出されたが、先輩看護師に急かされ、患者の拘束を焦ってしまい余計にできずにいたところ、看護補助に「私がここはひとりでするから、あんたもうあっち(他の仕事)に行きなさい！」と言われ、ホッとして嬉しかったことを今でもよく覚えているのだと語った。

焦っちゃって。やらなきゃ、やらなきゃっていう感じで。(血だらけな患者の姿を見て)ビックリはしたんだと思うんですけど・・・だけど、それより看護補助さんにかばってもらったことの方が記憶としては残っている。

すごく嬉しかったですね。「あー(ホッとしたような)」みたいな・・・「助かったあー」じゃないですけど。怒られて焦って・・・だから患者さんのことっていう記憶じゃないですね。

Bさんは、血だらけになっている患者の姿を見て驚きはしたものの、それよりも早く患者を拘束しなければならないという自身の役割を果たすことに必死になっていたのであろう。

そのときの自分の感情的な反応についての記憶はほとんどなく、患者が自分と同じ21歳で、今思うと拘束をして欲しかったから自傷をしたのではないかと

うことくらいしか覚えていないという。

場面であんまり覚えていないんですよね。場面で覚えていないくらい（自傷する患者は）日常だったんです。・・・たぶんそうだと思います。・・・たぶん、それが普通のなかで生きてて。・・・生きてっていうか、仕事はそういうものだと思っていて。

Bさんは、日常的に自傷する患者が多く入院する病棟に最初から配属されたため、患者が自傷して血だらけになっている姿を目前にしても、「それが普通、精神科に入院する人はこういうもの。仕事とはこういうものという認識だった」と振り返った。

まだ1年目の新人看護師であったBさんには、自分の感情的な反応を抑えなければ、看護師としての役割を果たすことができない状況があったのであろう。

しかし看護師としての経験を積み重ねていくなかで、境界性パーソナリティ障害患者の自傷にアピル的な要素を感じとっていったBさんは、より陰性感情が湧きやすくなっていた時期があったという。

だけど、すごいなんかこう・・・なんでしょう？「まあなあ？またやって！！」みたいな？だけど、うんざりしちゃいけないんだよな？みたいな。無理やり思おうと思っただけです。

だからすごくつらくて・・・。だけど、看護師としてそれを否定しちゃいけないし、ちゃんとならさを汲んであげなきゃいけない。本当いけないって感じだったんですね。だって患者さんはつらいんだからみたいな？

Bさんは、境界性パーソナリティ障害患者が自傷するのはつらいからであり、看護師の役割として、そのつらさを汲まなければならないと考えていた。しかし、本心ではそのように感じられず、葛藤していたのであろう。

だけど、本当には思えてなかったと思うんです。・・・だけど、それがDBT（弁証法的行動療法）を導入したときに、まあ自分でそういうふうに勉強というか、患者さんとDBTをやっていたりすることで、たぶん本当に患者さんの感情を汲みとれた？汲みとれたっていうか？なんていうんですかね？ちゃんと患者さんの感情に向き合えたじゃないですけど・・・だけど、本当はこの人は救って欲しいんだとか、助けて欲しいんだ、なんかこの行動の裏にはちゃんと意味があるんだって。それまでは知識だけで、頭だけでやってたっていうんですか？心をのせないでっていう感じですね。

Bさんが看護師となって4年目くらいの時に、感情や衝動のコントロールがうまくいかず、対人関係の悩みや困難を感じているなどの問題を抱える人がその問題に対処するためのスキルを身につけることで、より安定した自分を目指すため

に DBT³ (Dialectical Behavior Therapy、以下 DBT) が導入されたという。

DBT はマイナスの出来事にもプラスの意味を見いだそうとする認証戦略であるため、自傷するという行為は間違っているとしても、患者にとってはつらさから逃れるための対処方法のひとつであると捉えられる。

Bさんは、DBTを自ら学び、患者と実践していくなかで、これまで向き合ってきた患者の本当の思いに心を寄せ、行動の裏には患者の助けて欲しいという思いが込められており、自傷にも意味があるのだと実感したのであろう。

2) 境界性パーソナリティ障害患者を肯定的に評価できるようになった

Bさんは DBT が導入され 4 年目の看護師となるまでは、本心では患者が自傷する度に「ハイハイ、どうせ死ぬ気もないのに!!」、「でもつらいんだよね?」、「そんなことやって本当に迷惑!!」と、うんざりして患者を全否定したい気持ちがあったという。

「またやって!!」って。どっかで、だけど否定しちゃいけない?なんかこう・・・なんていうんですかね?教科書的じゃないけど。

本当に・・・本当は全部否定したかったんです!!「そんなことやって本当迷惑!!」みたいに。

しかし DBT を導入してからは、患者のできている部分が見えやすくなり、肯定的に評価することができるようになったという。

自傷を・・・つらいから?今まではつらいから自傷するんだって思ってたんですけど、DBTをやることによって、まず「つらいついてわかってることがすごいんだよ」って。患者さんがまず「つらいついてわかってることを評価しましょう」って。それに対して、患者さんは「ちゃんとつらい気持ちから逃げるっていう行動をとれたんです」って。「そこを評価しましょう」って。「あっそっかー」って思ってた。

確かに患者さんには不利益が大きかったかもしれないけど、患者さんがまず気づけて、そっから逃げられてって。この人 2 コもできてるんだって思ったら、すごいなんか、「あっすごいことできたんだ!この患者さんは!」って。すごく肯定的に思えたんですよ。

これまでの Bさんは、境界性パーソナリティ障害患者はただつらいという理由から自傷しているのだらうと思っていた。しかし DBT では、自傷をすることさえも患者が自分のつらい気持ちから逃れるための手段であるとして評価していく。患者にとっては不利益が大きいかもかもしれないが、まず自分でつらいと気づいて、自傷することでそのつらさから逃れられたという 2 つの対処ができているのだと

³ Dialectical Behavior Therapy (弁証法的行動療法) の略称。Marsha M. Linehan によって体系化された心理療法であり、弁証法的哲学を前提とした認知行動療法。

患者を肯定的に思えたのだという。

Bさんが心からそのように納得できた理由について問うと、「自分もたぶんそういうふうに言われたみたいなのはもちろんあったと思うんですよ。やっぱりそこが一番リンクした」と話してくれた。

3) 境界性パーソナリティ障害患者の姿をとおして自己洞察を繰り返す

これまで境界性パーソナリティ障害患者が自傷することにうんざりして、全否定したい気持ちを抱いてきたBさんだが、DBTを導入してからは患者を肯定的に見られるようになり、かかわるのがとても楽になったという。

このことについてインタビュアーは、「なぜあなたが楽になったのだろうか？」とBさんに問いかけた。そのことについてBさんは、「私もどちらかというところ人格障害的な要素が多いので、ある意味すごく共感ができる？すごく距離が近くなりそうな怖さもあるし、だけど私は看護師っていう立場もあるし、まあそういう心の動きとかもあって」と当時の複雑な心境について語ってくれた。

患者さんにうんざりしてたっていうよりも、それでも仕事をしなきゃいけない自分にうんざりしてたのかもしれないです。

・・・もう嫌なのに・・・もうなんか自傷して、意味わかんないし。意味わかんないけど、話を聴きに行かなきゃならないし。受けとめるところは受けとめなきゃ・・・患者さんのつらい気持ちは受けとめなきゃいけない。「いけない」っていう自分で(患者のところへ)行かなきゃ行けない自分がつらかった。

Bさんは、患者が自傷することに対してうんざりしていたのではなく、本当は自分もつらいのに、それでも看護師として仕事をしなければならない自分にうんざりしていたのかもしれないと振り返った。

「よくわかる！その行動（自傷）しちゃうのわかる！私もすごい（自傷を）したい、けどしない」

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）・・・・・・・・・・・・・・・・

だけど、「違うよね」っていうふうになんか言いやすいし、すごく（自分と患者を）置き換えられやすいし・・・だから、すごい、なんだろう？ある意味自分の嫌な部分を掻き立てられるっていうことがあるんだと思うんですけど。

Bさんは、境界性パーソナリティ障害患者が自傷する気持ちを自分自身の気持ちと照らし合わせるとよくわかるのだという。それは患者の病理のなかに自分と同じような傾向を感じとっていたからであろう。それゆえ境界性パーソナリティ障害患者に共感できる場所が多くあるという。しかし、看護師として自傷することを認めるわけにはいかず、その葛藤のなかでつらさを抱えていたのである。

Bさんにとって、境界性パーソナリティ障害の患者を見るのは、自分自身を見ているようでもあるため、患者が自傷するのを全否定したい気持ちが生じていた

のだろう。

患者さんをとおして、自分を振り返るじゃないですけど・・・つらいですねー。やっぱり・・・今になってやっと認められるじゃないですけど？たぶん最初はすごくつらかったのかな？わかんないですけど・・・そんなことすら否認してたのかもしれない。

Bさんは、境界性パーソナリティ障害患者へのかかわりをとおして自己洞察をするようになったという。境界性パーソナリティ障害患者の心の動きが自分にもともと備わっているパーソナリティのベースとよく似ている傾向があり、必然的に患者を看護することで生きにくさを抱える自分自身を感じることに繋がったのであろう。

■病棟に配属されてボーダーの患者さんを見てきたから、自分がこれだけ自己洞察をするようになったのかもしれないです。患者さんの心の動きとか、もともとベースに似ているなっていう部分はあって・・・けど、やっぱりあんまり生きにくい自分っていうのは、あんまり見たくなかったと思うんですけど・・・必然と患者さんを看護することによって見なきゃいけないって、自分の心の動きだったりとかも？

境界性パーソナリティ障害患者の看護の経験を重ねてきたBさんは、今では自己洞察をすることがとても好きになったのだという。自分が自己洞察を繰り返すのは、とても揺れやすく、生きにくさを感じるため、それゆえ、境界性パーソナリティ障害の患者にすんなり入りやすいのだと振り返った。そしてBさんは、「ボーダーの患者さんだとなんか顕著に一緒にできて・・・だから、なんかすごくやりがいがあるのかもしれないです」と微笑んだ。

4) 境界性パーソナリティ障害患者のおかげで保障された

Bさんは、DBTのスキルである「自分より苦しい立場にいる人と比較する」という危機を乗り越えるための戦略を無意識的に使い、境界性パーソナリティ障害患者と比べることで自分を保ってきたという。

すごくたぶん・・・なんだろう？こんな自分でも働けてるし・・・なんか、すごくやっぱ患者さんと比べたんだと思うんです。

自分と患者さんを比べて・・・DBTのスキルにもあるんですけど、自分よりつらい人と比べるっていうスキルがあって・・・この人に比べたら、あー自分はまだましかないっていうふうに思うっていうスキル。そんなこと外から言われたらダメじゃないですか？自分で思うっていうスキルもあって、どのスキルを選ぶかはその人が選んでいいっていう感じなんですけど、それをもしかしたら無意識的に使ってるのかもしれないです。

Bさんが、患者と自分を重ね混乱しながらも苦しいときを乗り越え、看護師を続けてこられたのは、境界性パーソナリティ障害患者のよくなるという姿であり、患者からプラスのフィードバックをもらうなかで、Bさんにもできることがあるのだと気がつかせてくれたからであろう。

だから、すごく患者さんのおかげで保障されたじゃないですけど・・・なんかこう、自分でもできることがあるんだなーとか。患者さんがよくなっていつてんことを見たことによって、自分自身の自己評価もあげてるんだとは思ってます。・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

入院時すごく拒否して暴れてる患者さんを見て、もうすぐ退院の患者さんが「入院したとき私もああったよね？」みたいな。だけど「本当にあのときはそれしか考えられなくてさー」みたいな感じで言われたときに、すごく変化したなーみたいな？

・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

自傷のプラス面を見つけてあげるとか、そういうことをすると患者さんて、すごく自分を認めてもらったって感じがあって。すごい「ありがとうございます」とか、「そんなふうに言ってもらえて楽になりました」とか、そういうこと言ってもらったことで、たぶん自分の評価もすごく上がった。

Bさんが、境界性パーソナリティ障害患者に伝えている言葉はそのまま自分にもあてはまることがあり、そのことで自己評価をあげることにつながったのであろう。

Bさんは境界性パーソナリティ障害患者の看護を5年半ほど経験したときに、やっと自信がつき、精神科看護師としてやっていこうと思えたのだという。

そして、今後に備えて大学の通信課程に進学をし、境界性パーソナリティ障害と摂食障害以外の精神疾患の患者も看られるように自らの希望で病棟を移動している。

新しい職場にいて、すごく関係性を作らなきゃいけないってなると、すごく負担なんですね。表面的だけじゃやっていけなくなるじゃないですか？だんだん。それがつらいから、すごくストレスに思ってる。

まあすごく、なかなか本当に思えなくて・・・けどまあその5年半くらいやったときに、やっとなんですかね？たぶんボーダーの患者さんをとおして、自分っていうものの評価も上がって、これでやっていこうっていうふうに思えて・・・だから、そこで初めて動けるようになったというか。

もともと対人関係を築くことが苦手に変化に弱いBさんにとって、新しい病棟に移ることは、とても大きな決断であるといえる。しかし、その一步を境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして自己評価を上げて踏み出したのだといえよう。

Bさんは最後に「ボーダーって、本当に面倒くさいなともフツと思うときあるんですけど、こうやって話しているとやっぱ自分ボーダー好きだなーって思うんですよね。すごい愛着ももてるし・・・結局、患者さんのいいところ探しをして、それで自分の価値？自分は自分でいってわかった」と振り返った。

5) Bさんの自己形成

Bさんは、もともと精神科で働くことを希望したというよりは、自分にとって居心地の良さを一番に考えて、働きやすそうな病院を就職先を選択している。

そんなBさんが最初に配属された病棟には、自分と似たパーソナリティの傾向を持つ境界性パーソナリティ障害患者が多く入院していた。そこでは日常的に患者の自傷を目にすることになり、自分の嫌な部分を搔き立てられ、必然的に生きにくい自分に直面することになった。そんななかDBTが導入されたことにより、これまで向き合えなかった患者の本当の思いに心を寄せ、自傷するという行為にも意味があるのだとわかり、患者を肯定的に見られるようになっていった。

Bさんが、患者と自分を重ねて葛藤しながら苦しいときを乗り越え、看護師を続けてこられたのは、境界性パーソナリティ障害患者のよくなる姿であり、患者からプラスのフィードバックをもらうなかで、Bさんにもできることがあるのだと自信につながったからであろう。

Bさんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、自己洞察を繰り返し行い、自分を肯定的に評価できるようになり、精神科看護師として新たな一歩を踏み出したのだといえよう。

3. Cさんの語りの解釈

「どうしても拭い去れないネガティブなイメージ」

Cさんは30歳の男性である。精神科の看護師として5年の経験がある。男女混合亜急性期閉鎖病棟に3年間、男女混合回復期閉鎖病棟に2年間勤めている。

高校卒業後に看護師になることを前提に看護補助として精神科病院へ勤めた。その後、准看護学校へ進学して資格を取得して働きながら看護学校へ進学した。この間の3年を准看護師として精神科に勤めている。

看護師の資格を取得した後に2年の就業契約期間はあったものの、その期間を過ぎて3年経った現在でもそのまま精神科の病院で働き続けている。このことについてCさんは、本音では身体的な介入のできる外科や内科を花形であると格好よく感じているが、ずっと精神科で勤めてきた自分には、身体科の看護はできないだろうという思いがあり、それがコンプレックスにもなっているという。しかし、Cさんは最近、精神疾患が5大疾病になったことが大きな自信となり、今後は精神看護の専門性を勉強できたらいいと考えるようになったという。

現在では、学士の資格を取れば選択肢が増えるのではないかと考え、自らの意志で大学の通信教育課程を始めている。

1) 境界性パーソナリティ障害患者にはすべてルールで対応して自分を守る

Cさんがまだ准看護師となって2年目が過ぎた頃、日勤の時に男性の先輩看護師が女性の境界性パーソナリティ障害患者3人くらいに囲まれ、ルールに関する事で、言っていることが違うと患者に罵倒され、後からナースルームに戻ってきて目頭を押さえ泣いていたという場面に出くわしたという。

そのときのことを一番ショックだったエピソードとして語ってくれた。

ボーダーの人が攻撃対象をつくることはよくあることだと思うんですけども、先輩・・・一番ショックだったのは、自分が攻撃されたというよりは、先輩が、ボーダー3人ぐらいに囲まれて、泣いてたことがあって・・・あれはちょっと衝撃的・・・男の先輩で・・・ルールのこととか、言ってることが違うじゃないとか（境界性パーソナリティ障害患者から罵倒されて）。

そういうところでなんか・・・お互い？というか、引くに引けないというか？・・・見てもわかる。後ろで見ていたんですけど・・・どうしようもないですからね。（先輩の男性看護師は）目頭を押さえて、うん・・・でも患者の前ではたぶん泣かなかった・・・（ナースルームに）戻って来て（泣いていた）。声かけられないですよ・・・うーん。（自分には）声かけられない。

Cさんは、その様子を見ていたのだが、先輩看護師も患者もお互いに引くに引けない修羅場であり、自分にはどうすることもできなかったのだという。

この場面に強い恐怖を感じたCさんは、それ以降、境界性パーソナリティ障害の患者には間違ったことは言わないようにすべてルールで対応している。この出

来事から 5 年以上経過した現在でも、上司や先輩看護師から言われることだが、ルーラー辺倒のところがあり、そこが患者の反応をより引き起こしてしまい、自分でも柔軟性がないと感じている。

もう怖いですよ。間違っことは言えない・・・怖いですよ。あそこから始まってますね・・・覚えているのは・・・ショックだった覚えがあるのはそうですね。もちろんすごい患者さんいっぱいいますけど。ボーダーの人で病棟振り回すような・・・でもまあ・・・なんか先輩が・・・しかも男性で・・・。

おそらく・・・ずっと今でも（上司や先輩に）言われるんですけど・・・なんでもルール、ルールみたいな？まあそこが（患者に）反応されるところでもあったりして・・・柔軟性がないというか？「できません！！」とかね。

だから・・・ルールに守られてるんで・・・自分は・・・治療構造とかに守られてるから・・・それはそれで安心・・・最悪、間違っことは言っていないので。病棟のルールにのってれば・・・。

しかし一方で、Cさんは境界性パーソナリティ障害患者にはすべてルールで対応していれば、間違っことにはならないため、治療構造に守られていれば安心だとも感じている。

男性の先輩看護師が境界性パーソナリティ障害患者に 3 人に囲まれ、泣いていた場面は、Cさんにとってそれほど衝撃が強い出来事であったのといえよう。

2) 境界性パーソナリティ障害患者への対応の違いをめぐる周囲との摩擦

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者に攻撃されるよりはましであるため、たとえ嫌悪感があったとしても笑顔をつくり対応している。Cさんはこうした対応をすることで患者に好意をもたれやすいが、それを先輩看護師や上司に指摘され、ときには言い返すこともあるという。

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者同士もそうだが、患者にかかわるスタッフ同士も患者への対応を人と比べて攻撃し合い、ギスギスしていてそのことが嫌だと感じている。

気持ちでは嫌だなんて思っても、笑顔をつくってみたりとか・・・攻撃されるよりは、たぶんいいと思いますよ。それは、もうそうです。だから、患者さんに好かれて・・・好かれたりするっていうのは・・・まあそれは先輩というか上司に言われたんですけど・・・あの一僕も言い返したんですけどね。人ってあんまり嫌われたくないじゃないですか？

（先輩看護師から）「嫌われたくないんでしょ？」って言われて、「いやーそうなんです」とか。こういうボーダーの患者さんの対応を外で見ると、なんかボーダー同士もギスギスだけど、それを看ているスタッフ間もちょっとこう攻撃し合うなって？

（先輩看護師から）「対応間違っんじゃない」とか？・・・いつもあれが嫌

だなーと思う。

Cさんは、先輩看護師が「嫌われたくないでしょ？」と言ってくることで自分が巻き込まれてはいないかと感じ、同時に皆はそのことに気づいているのかと疑問に思っているという。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者への対応は、結果的には良かったと思うことはあっても、正しい対応は実際のところわからないままている。

ボーダーはもちろん嫌なんですけど、「私はこの対応できる」、「あなたは巻き込まれてるんじゃないの？」とか。

皆でも、なんか言葉は違っても、結局、そこが巻き込まれなのかなど思ったりする。皆そこにど上手くできるとか思ってる人とかいると思うんです。正しい対応はわからないんですけどね。結果的によかったってことはあると思うんですけど・・・うーん。

Cさんは実際に怖い思いをしたし、自分は治療構造に守られていれば安心とも感じているため、境界性パーソナリティ障害患者にはこれまですべてルール一辺倒で対応してきた。しかし、本当にそれでいいのかという疑問も生じている。

もう間違ったこと言っちゃいけない？いけないんですかね？とか思うんですけど。決められちゃってる空気が・・・。

(インタビュアー：私は、間違ったこと言っちゃいけないなんて思ったことがない。)

それが逆によかったりするとか？

Cさん自身も、これまで境界性パーソナリティ障害患者への対応には、すべてルールで対応してきたものの、患者への対応が適切でないスタッフを見ると、腹立たしさを感じると次のように語った。

今ではね、わりと意識して。例えば、「じゃあ、特別に今の時間だけ話聴くよ」とか？昔は全くしなかったんです。「夜だから話聴きません！！」って、どうしても語尾が強くなっちゃうんです。そう言うと・・・ルールで言うと。

(インタビュアー：本音はそういうじゃない？)

うーん、と思うんですけど・・・。今はできてるんで、そんなに・・・うーん。

(インタビュアー：ずいぶん、変わったんですか？それは意識してるってことですか？)

まあ、意識してますかね。特にスタッフの対応が悪いの見てると、そのあと特に思います。

今では、患者にルールで厳しく対応している看護師を見ていると、それほど境界性パーソナリティ障害の患者の話をきちんと聴いているようには思えず、ルールありきで看護していることに対して疑問を感じるという。

また、しっかりと治療構造に守られた病棟では、自分で考えて判断することができていないのではないかと、矛盾に満ちた思いを次のように表現した。

いや、もっとなんか・・・ちゃんとしてないんですよ。実際（ルール）に厳しい人ってそんなにちゃんとしてないんですよ。聴いてもいないし。いつも思います。守られてるなって・・・だから自分の考えがなくて・・・そこで判断してないんじゃないかと思って。

（インタビュアー：考えて行動できてないんじゃないかってこと？）

そうです。そうです。だから聴かなくてもいいし、ルールと言えばいいから。

（インタビュアー：だけど、本当にそうなかったという疑問を感じたり？）

だからよく思いますね。それは。

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護という視点でみたとき、ルール一辺倒で対応し、きちんとかかわれていない看護師にとっても腹立たしさを感じている。それは、Cさんが本心では患者にはきちんと向き合いたいという思いがあるからであろう。

一方で、そう思わせるのが境界性パーソナリティ障害患者に特有の巻き込まれなのではないかとも感じている。

僕、やっぱ遠くでボーダーの看護ってところで見るとなんかこうすごくやっぱ腹立つっていうか？やっぱ、ここがボーダーのあれなんだなって思ったり？

そう思わせるのが・・・結局は、誰がいい対応してるとか、そういうところに目が行っちゃうのかなって思って。

境界性パーソナリティ障害患者への対応の違いをめぐって、周囲の看護師との感情的な摩擦が起こっている。それはCさんをよりネガティブな気持ちにさせており、境界性パーソナリティ障害患者との積極的なかかわりから遠ざかる要因にもなっているのだといえよう。

3) 境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは安心できない

Cさんはショックだった出来事以来、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわり自体に安心感を得られずにいる。他の看護師に自分と同じような思いをさせたくないという気持ちはあるが、看護師として自分にできる具体的な方法を見出すことができずにいる。また、それを認めることもできないために言語化することさえ困難になっているのであろう。

自分の気持ちが違うかもしれないですね。安心できないというか・・・うーん。

まあ、それこそ間違っただけでできないとか・・・。他のスタッフ（看護師）を守らなくちゃいけないとか？なんていうかな・・・。

Cさんは、グループ単位でのかわりでは自分の個性を出しながら運営することができるが、境界性パーソナリティ障害患者と一対一で行う面談ではまだ構えてしまうのだという。そのため、保険の意味を込めて、保証人の役割をしてくれる看護師のいるナースルームで必ず面談を行っているのだと小声で語った。

僕は、妙にボーダーの面談するときにはナースルームで必ずやるんですけれども・・・。皆がやってるわけじゃないじゃないですか？ただ、見てて欲しいんですよ、皆に。

（インタビュアー：何か起こったらって？）

そうです、そうです。聞いてくれてたりするんですよ、△さんとか。うん、そうそう。保証人みたいな人がいると、後で・・・それも保険なんですけど・・・。

（インタビュアー：そのくらい構えてる？）

構えてますね。

（インタビュアー：境界性パーソナリティ障害の患者さんに対しては自分らしさっていうのはなかなか発揮しづらい？）

そんなことはないですけどね。まあ、グループでもやれば自分のキャラも出しながらの運営もできるので、そういう患者さんがいても。一対一だと、まだちょっと・・・。

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者に対して安心感が得られないばかりか、ある意味、外傷体験といえるほど境界性パーソナリティ障害患者に対する警戒心が強い状況にあるといえるだろう。

4) 境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験をプラスに捉えることはない

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験をプラスに捉えることはなく、また、そこから学んだことはないと次のように語った。

いやーたぶんプラスに捉えることはあんまないと思うんですけど。本当そうですね。学んだなって後々思ったことは・・・ないんじゃないですかね。あのーなんか成功した体験っていう感じがしないので・・・すべてにおいて。どの（境界性パーソナリティ障害）患者さんに対しても・・・結局は・・・答えがない？

（インタビュアー：Cさんの言う成功って何を指しますか？）

僕の成功は、要は反応されなかったとか？あと患者が、そのおー「言った。言わない」とか？スプリッティング（分裂）っていうのかな？そういうのが起きなければいいかなって。

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者が退院に向かっているにもかかわらず、成功した体験として感じられないのだという。そのことについて、「いつも患者の攻撃の対象にされないようにそんなことばっか、気がまわってるから」と言い、話を続けた。

いやーもちろん言いたいことは言うし・・・うん、だから・・・いい経験だったなとか、学びだなとか思ったことはそんなに・・・やっぱ数こなすというのか？ いっぱいそういう人としゃべることがまあ・・・経験になるんで、勉強になったのかもしれないですけど・・・やっぱ患者さんの入院してきた背景とか考えるところとかかわり方は変わるでしょうけど・・・そこまで・・・。

(インタビュアー：できればかかわりたくない感じですか？)

そうですね。何とも微妙な感じですね。

Cさんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりを数多く経験していけば勉強になるかもしれないと頭では理解していると言うものの、感情的にはやはりかかわりを避けたいのであろう。また、最近では入院してくる境界性パーソナリティ障害患者は少なくなってしまう、もともとの苦手意識も手伝って、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりをさらに難しく感じてしまうのだという。

すごくあの一病棟全体を巻き込むようなエネルギーがあるような患者さんだと、もうここ数年見てないですけど、そういう人だとやっぱ嫌ですけど。

なんか最近はずごく未熟な人が多いっていうか？なんかボーダーのイメージだと頭がよくて、操作性があってって。だけど、最近そんな操作してるのみたいな？だからどんどん接する機会が少なくなってきたから、それでパッと来ると苦手意識はあるから、そのこう差ってすごく・・・数は少ないけどなんかこう・・・難しいなってイメージは持ってるから。

Cさんは、治療構造で守られている病棟では、境界性パーソナリティ障害患者の話をきちんと聴いておらず、すべてルールで対応し、自分で考えて判断していないのではないかと腹立たしさを感じる一方、それでも患者の看護を適切に行うには、スタッフ全員がルールで対応できる治療構造が整えられた病棟で行う必要があるという、相反する思いを次のように語った。

(インタビュアー：今のこと聞くと克服するチャンスを欲しいみたいな？)

どうなんですかね？僕はもうさっき■(治療構造で守られている)病棟批判みたいなことをしてたけど、ああいうところに入れば少しできると思うけど、ポツとこういう老人がいるような病棟に1人来ても見るのに限界があるって自分でわかっているの。ある程度の融通を効かすし。

(インタビュアー：きちっと治療枠組みが全員でできればいいけれど？)

そうそう。そういう考えに今なってるんで、そこまで大きな反応もないし。や

っぱ、治療構造・・・かなってみるなら。専門性で言えば、そういう■（治療構造が整えられた）病棟みたいな病棟はすごくいいのかなとは・・・。

境界性パーソナリティ障害患者への看護について語ることは、Cさんの中にあつた葛藤を想起させてしまうため、精神科で看護の仕事をする事自体についても「ネガティブな気持ちになる」と次のように表現させてしまうのであろう。

先輩が泣いてたのが衝撃だったんですけども、まあ一あとなんかこの仕事自体？ねえ。感謝されたくてやってないですけど、どっかでそういうのがあるけど、ここ精神で、患者の物を制限して・・・制限する分、反発があつてって。

・・・なんなんだろうって・・・よく感じましたね。そういう・・・なんか、前向きじゃないというか？お互い？すごいネガティブな・・・あの・・・気持ちになりますね。

（インタビュアー：今ですか？）

今もだから、少しそういうイメージが残っているかもしれない。

Cさんは、逸脱の多い境界性パーソナリティ障害患者には、特にマイナスの感情ばかりが生じてしまうのだという。

Cさんの言うとおりに、境界性パーソナリティ障害患者の病状の改善は見えにくく、治療計画を立て、限界設定をしても、予想通りにいくことはほとんどないのが現状といえる。そのため、Cさんには境界性パーソナリティ障害患者の未来が見えてこないと感じられるのであろう。

（インタビュアー：特に境界性パーソナリティ障害の患者さんに対してって意味ですか？）

うーん、そうですね。1～2年目に起きた気持ちとか、やっぱ嫌なイメージのまま来てるのかな？うん、特に。

もちろんボーダー自体は逸脱も多いんで、やっぱワーツ（嫌な気持ち）て思いますけど、なんかそういうのを見ると・・・だから小っちゃい子どもって未来があつていいなつて。みんな先あるんですけど、患者さんも・・・あのーマイナスばかりで・・・。見えにくいですからね。たいてい思いどおりになることはないとか、治療計画をみんな立てると思うんですけども医療チームで話し合いとかして・・・。

（インタビュアー：良くなる実感みたいな？）

うん。だから、必ず限界設定っていう言葉がでると思うんですけど、限界を決めないとズルズルと治療が続くというか？

（インタビュアー：良くなって退院するわけではない？）

うん。だから、うちではここまでやって退院ですみたいな？

Cさんがネガティブな思いを抱えつつも精神科で看護の仕事の続けてこられた

のは、境界性パーソナリティ障害以外の精神疾患をもった患者の良くなる姿をやりがいに感じ、自分なりにバランスをとってきたからだと言ったように話してくれた。

まあ治療利益得られない、ボーダーを受け入れない方が本当に労力考えたらいいのかもしれないとか？

(インタビュアー：統合失調症の人は？)

いやもう見るからに良くなるんで、やりがいに感じるなっていうのは、やっぱ見た目で良くなるから。最初汚かった人がどんどんきれいになって、疎通とれてとか。

(インタビュアー：統合失調症みたいに、良くなる人を見るとちょっとネガティブな思いも？)

そうですね。バランス？全員じゃないですからね。ボーダーが全員いるわけではない。だからやって来れた。

境界性パーソナリティ障害患者への看護にどうしても意味を見出せないCさんにとっては、治療スタッフの労力を考えると、利益の得られない患者として映ってしまうのであろう。

5) Cさんの自己形成

Cさんは、男性の先輩看護師が境界性パーソナリティ障害患者3人くらいに囲まれて罵倒され、目頭を押さえ泣いていた衝撃的な場面を忘れられずにいる。先輩看護師が一步も引けなかった気持ちは痛いほどわかったが、Cさんはどうすることもできずにいた。それ以来、境界性パーソナリティ障害患者には、決して間違ったことを言わないようにすべてルールで対応している。

ショックだった出来事から5年以上経過した現在でも、Cさんの行動に大きな影響を与えているのは、その出来事を目撃しながらどうすることもできなかった無益な自分に落胆しているからではないだろうか。境界性パーソナリティ障害患者に対する警戒心が強く、どうしても安心してかわりがもてないのは、この時の経験がトラウマティックなものとして現実の危険が去った後でも長期間持続しているためであると考えられる。また、日々の境界性パーソナリティ障害患者への対応の違いをめぐる周囲のスタッフとの摩擦や葛藤が、さらにCさんにネガティブな気持ちを引き起こさせてしまっている。

Cさんにとって境界性パーソナリティ障害患者への看護は、どうしても拭い去れないネガティブなイメージとして記憶に刻まれてしまったのであろう。

4. Dさんの語りの解釈

「いくら病理とわかっていても付き合いたくない」

Dさんは38歳の男性である。精神科の看護師として10年の経験があり、そのうちの4年間は管理職である。男女混合回復期閉鎖病棟に6年、男女混合亜急性期閉鎖病棟に4年間勤めている。

大学生の時に精神科病院で看護補助としてアルバイトを始めたことがきっかけとなり、看護師を目指すようになった。看護補助を始めた時には、精神科自体がどういう世界であるのか全くわからなかったが、そこで働くうちに、慢性期の統合失調症患者との家族のような付き合いを好きになったのだという。また、そこでの温かな雰囲気の中かで、同僚と切磋琢磨して、自分がどう成長していけるかということにやりがいを感じたからだという。

Dさんは、精神科病院で看護補助として7年間働きながら准看護師の資格を取り、看護学校に進学して看護師の資格をとってから、同じ精神科で働く道を選択した。その時には、すでに29歳であったことや、奨学金の就業契約期間を3年終えると32歳という年齢になっていたこともあり、他の分野に行く魅力は感じていたものの、そのまま精神科看護師としての道を歩み続けた。さらに、その頃には精神科一本でやっていく決意をし、精神看護学を専攻して大学院への進学を果たしている。このことについてDさんは、「好きで始めたことだから、そのまま進んだことに違和感はない」と表現している。

1) これまでのやり方が通用しない

Dさんがまだ新人看護師の頃、どんな内容であったか詳細は覚えていないというが、境界性パーソナリティ障害患者に相談事を持ちかけられたときのことである。相談話の中かで、「人間は差別をする生き物なんだ」ということを、誰の話であったかは覚えていないが、その言葉を引用して患者と話していた。

「人間はどうしても人と比べる生き物」だし、「必ずしも人間は平等で生きていけるわけではない」という文脈の中かで、Dさんは「自分もどっか無意識で差別してるかもしれないし」と患者に話したという。すると後から、「Dさんは、患者を差別するって明言しました」、「訴えます」と患者とその夫のふたりから責められ、とても傷ついたのでという。そのときのことを、自分にとって一番ショックだったエピソードとして静かに語ってくれた。

まがりなりにも真剣に相談に応じてたつもりだったのに、その患者が「訴える」って言ったじゃない？なんで差別の話になったのか、そこまでは覚えてないんだけど・・・うん。ショックだったし・・・今だったら笑って過ごせるけど、当時としては・・・ね。それまで精神では、ずっとほぼ統合失調症の人ばかり（との付き合い）だったから・・・全然違う。

この出来事の前後での患者とのかかわりについて質問すると、Dさんは、「いやー全然・・・そんなにかかわりをもった人じゃなかった」と述べたように、その患者に相談を受けた場面で、ほんの少し交わした会話のなかでの一部分のみがとりあげられ、責め立てられたものであったという。

経験を積んだ今なら、それが境界性パーソナリティ障害患者の病理であるため笑い過ごせるとしても、これまで精神科の患者とは家族のような付き合いをしてきたDさんにとって、患者から「訴える」と言われたことへのショックは計り知れないほど深いものであったに違いない。Dさんはそれ以来、境界性パーソナリティ障害患者と話をするときには、自分の言動に気をつけるようになったという。

傷ついたし・・・一見知的レベルは問題ないかなーと思ってたけど、全然こっちが言ってる意図がまったく通じない。それがまあ病理なのか？意外と見た目よりレベル低いっていうか？そういうふうに捉えちゃってたっていうのが・・・。それ以来・・・何をしゃべるかは気をつけるように・・・なったような気がする。

それは医師や看護管理者、ケアワーカーの第三者を巻き込んでの話し合いにまでに発展した。看護補助としての経験は7年間あったものの、まだ看護師として1年目であったDさんは、知的レベルがそれほど低いようには見えなかった境界性パーソナリティ障害患者とまったく話がかみ合わないことを、当時はまだ病理として理解できずにいたという。

言ったことに対して、こういう理解？なんでこんな捻じ曲がった理解をする？当時は「本当にこの人、頭悪いんだ実は！」って思ったくらい。

第三者を交えて話し合いの場を設けても、結局、患者は最後まで納得してくれることはなかったという。Dさんは、傷ついたつらさを抱えながらも、これまで誰にも相談してこなかったのだということポツポツと話してくれた。

やっぱ、吊るしあげをくらったっていうのが初めてっていうか・・・うん。まあ、そのあと何回かはあったけど・・・まあ一番は・・・あれかな・・・。

でも、7年間、慢性期でやってきたっていう自負もあったから、まあ自分からあんまり相談できるっていうほど器用じゃなかったし・・・。

看護管理者が、Dさんに対して、患者の言動は境界性パーソナリティ障害の病理からくるものであることを説明してくれたというが、たとえそれが病理であったとしても、傷ついた思いは今日まで癒されないままになっている。

2) 病名を意識してかかわる

Dさんは看護補助の時は、慢性期の統合失調症患者が入院する病棟に勤めていた。このときは、まだ統合失調症の病理について理解していたわけではなかったた

め、患者とどう付き合うかは看護補助の仲間同士で切磋琢磨しながら、いろいろと考えて行ってきたという。

まあガチ（本気）にけんかしたりとか。まだ資格とる前にガチにけんかしたりとか。補助のときはさー。「風呂入る、入らない」で一日中、「殴るなら殴れ！」とか、そんなやりとりしててさー。・・・かといえ、ゴミ捨てに行くのに「(患者が)一緒に行く」っていうから、外でさあーアメ食べてさあー、「内緒だよ」とか。散歩行って一緒にタバコ吸ったりとかさあー。夜に眠れない患者さんが・・・当時はあんまり寝ろとかなかったから、患者さんが相談しにきたりするのが楽しかった。「10分だけだよ」みたいな。そういうことばっか慢性期でやってきたから。

インタビューの中でDさんは、患者とのかかわりを「付き合い」と頻繁に表現している。Dさんにとって精神科の患者は、正直に体当たりで向き合ってきた、いわば、人対人の付き合いなのであろう。

正直に・・・ちょっと・・・今まで自分の心情とか、考えとかはそれなりに素直に患者さんと話してきたつもりだけど、やっぱりボーダー圏の人は、それはできないのかなーって。やっぱり、正直に向き合うのは。

一見この人すごい頭よさそうだったし、話を理解してくれる人だったと思ったから、そういう話をしたんだけど、正直、人格障害の人はあーこういう理解しできないんだって、なんかある意味興奮めしたっていうか？裏切られたっていうふうに・・・なんていうのかな？・・・本当に興奮めしたし、あーなんか、こっちの考えてることそのまま伝えるっていうのは、ダメなんだなーって、理解してないし。

統合失調症の患者とはこれまで家族のように付き合ってきたDさんは、境界性パーソナリティ障害患者とも変わらない付き合いができるものと思っていた。

「興奮めした」との表現は、その期待を「裏切られた」ことへの落胆が大きかったことを示すものであろう。

やっぱり統合失調症の患者とは全然違う。病気という点でもかかわりという点でも違う。ずっと日々の生活のかかわりだとそんな違いはないかなと思ってたけど、やっぱり細かい点でもだんだん気をつけるように・・・気をつけるようになった・・・。人格ということ（病名）を意識するように徐々になっていた。それは大きなきっかけだったと思う。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりで深く傷ついたDさんは、それが大きなきっかけとなり、精神科患者への日々の生活へのかかわりの細かい点でも気をつけるようになっていった。経験を積むにつれ、病名を見ずとも、ある程度

パーソナリティに問題のある人を判別できるようになった Dさんは、徐々に病名を意識したかわりをするようになっていったという。それはもうこれ以上、「傷つきたくない」との思いからなのであろう。

3) よく言えば患者や自分自身を客観的に捉える能力につながった

Dさんは、以前にはどうしたらいいかわからなかった境界性パーソナリティ障害患者の話の矛盾点を、会話を冷静に聞くことで見分けているという。

それは、患者から攻撃されないよう自分自身を守るために、Dさんが身につけてきた能力ともいえるだろう。

その人の会話の中での矛盾点とかなんとかってというのはすごい見えてくる。

昔は、まあ一句一句、一言一言にどうしたらいいかわからなかったんで・・・今はそういうのはなくなったんで。冷静に患者さんの話を聞いて・・・。会話を聞いて、おかしな矛盾点とか、揚げ足をとられないようにっていうのは（気をつけている）。

境界性パーソナリティ障害患者から一步距離をとるようになった Dさんは、前向きに捉えれば、患者や自分自身を客観的に捉える能力にはつながっているという。

まあ、患者さんを客観的に見るっていう能力にはつながったかなーって。逆にその・・・一步距離とるっていう意味では、よく言えば客観的に捉える能力は（身についた）・・・うん。

自分の感情をあまり入れないで、客観的に・・・自分の感情が揺らぐときがあっても、その自分を引き受ける手助けにはなってるって思うけど・・・。

また、自分の感情が揺らぐときがあっても、自分自身を客観的に見られるようになったことで、自分の感情をコントロールする助けにもなっているのだと振り返った。

のめり込みすぎて、わけがわからない、患者さんとごっちゃになって。

だから別に統合失調症でも躁鬱病でも、のめりこみ過ぎて、補助の時代はもう家族みたいになって、やっぱりガチでけんかしたりとかいろいろやってた。ある意味のめりこみ過ぎかなって。

やっぱりすごい感情揺らぐとき、今もあるけど、それで上手くいくときもあるけど、いい影響だけじゃないじゃない？自分が何やってるかわからないっていうのは・・・うん。そういう能力にはつながったかなって。

Dさんが補助の時は、患者と本気でけんかをしたりするなど家族のように付き合い、距離が近くなりすぎて自分の立場がわからなくなってしまうようなことが

あったという。患者に巻き込まれることで、患者理解に役立てられることもあるが、決していい影響だけとはいえないため、患者には看護師としての態度でかわる必要性を学んだのだと話してくれた。

ある意味、その患者さんに対して看護師の態度として接しなきゃいけないんだっていうものだったり、やっぱちょっと自分が客観的な立場に立って、ある程度、対応しなきゃいけないっていう学びにはなったけど、ある意味、信用できないとか。

Dさんが「よく言えば客観的に捉える能力は身についた」と表現するのは、最初にかかわった境界性パーソナリティ障害患者に関するエピソードが決定的な思い出とは言えず、今でも納得のいかない、つらい出来事であるからこそであろう。しかし、深く傷ついた経験からDさんが学びを得られたのもまた事実といえよう。

4) 部下に自分と同じような思いをさせたくない

Dさんは、自分が管理職となった今、部下である看護師が境界性パーソナリティ障害患者に巻き込まれるのはいい経験になるのかもしれないという思いもあるが、ただ巻き込まれているのを見るのはあまりいい気分ではないと語った。

距離とっても、感情的に・・・揺らされる。自分の部下が巻き込まれているのを見て、良い悪いは今だったらあれだけど（良い経験にはなるのかもしれないけど）、ただ巻き込まれているのを見てるのは、あまり良い気分はしないし・・・。まあでも、要はそれに気づける能力にはつながっているのかなーと思うし・・・。

もちろん、Dさんには実際に患者に巻き込まれたことで、客観的に患者や自分自身の気持ちに気づく能力につながっているとの思いはある。しかし、それでもなお境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりを前向きに捉えられないDさんにとっては、管理者として複雑な思いが残るのであろう。

やっぱり、訴えられるって言われて、外部の部署の人まで入ってきて、まさにここ（の場所）だったと思うんだよね。先生も来て、ケースワーカーも来たと思うんだよな。で、副師長と本人と旦那さんがいたんだよ。

（インタビュアー：新人ですごくその状況ってきついわね）

そういう（自分と同じ）思いはしてもらいたくないよなーっていうのはあるし、今は当時の副師長と同じ立場だから、そんな面相臭い処理したくないよなっていうことはどっかにあるとは思いますが・・・やっぱ部下が攻撃されると・・・。

（インタビュアー：良い思いはしない？）

うん。良い巻き込まれ方ならいいけど、変な巻き込まれ方されてると・・・その対応もイライラしてくるけどっていうのもあるけど。

(インタビュアー：やっぱり自分が管理職となったら、今度は自分の部下のことに目が行く？)

うん。良い意味でやり合うならいいけど、変なところで・・・うん。まあ良い経験にはなるのかもしれないけど・・・わりとちょっと避けたいよね。

Dさんは、境界性パーソナリティ障害患者を「信用できない」患者として怖れている。いくら学びはあるとしても、自分のように決して良い経験にはならないことがあるため、管理者として、部下である看護師に同じようなつらい思いをさせたくないという気持ちがあるのだろう。しかし、その具体的な方法は見出せず、葛藤を抱えたままとなっている。そして、どうしても境界性パーソナリティ障害患者を「避けたい」思いが先行してしまうのである。

5) 一歩引いてしまう自分

Dさんは、境界性パーソナリティ障害患者に相談された会話のなかのほんの一部をとりあげられ、患者とその夫のふたりから「訴えます」と吊し上げられたことについて、自分の発言が今でも決して間違っていたとは思っていない。

そのときに患者の病理をアセスメントできなかったことは事実として認めているものの、それでもなお釈然としない思いが残るのである。

まあちょっと軽率だったかなーっていうのはあるけど・・・発言としては間違ったこと、変なこと言ってない・・・そういうアセスメントが（当時はできなかった）・・・まあやっぱり・・・どうだろう？

Dさんは、境界性パーソナリティ障害患者の病理を統合失調症患者と比べて、自分がどのように感じているのかを次のように本音で話してくれた。

ぶっちゃけるとちょっと共感しづらい。特に・・・統合失調症患者の幻覚・妄想と違って、なんとなくわかるし、病気だから病態を理解するっていう。なぜ幻覚・妄想になるのか、なんか病理として理解できるし・・・まあ、そういう気分？妄想をひらく？それはなんとなく共感できたりとか・・・。けど・・・ちょっとやっぱり・・・人格障害の人はやっぱり一線を・・・ちょっとやっぱり引いちゃう・・・。

(インタビュアー：どんなところが共感しづらいっていう？)

まさに病理なんだけど、やっぱり・・・やっぱり、避けてる？社会から・・・避けてるっていうか？まあ本人は真剣で一生懸命なんだけど・・・どうしても逃げてるとしか思えないところもあるから。それをしかも他者のせいにするでしょ？

Dさんは、自分の病気の原因を他者のせいにして、社会から逃げているように感じられる境界性パーソナリティ障害患者の病理にどうしても共感できないのだという。

(統合失調症患者の)病態によっては、幻覚・妄想にとことん付き合っただけでいいけど、人格障害の人と付き合っただけでいいことが難しいって言うか・・・。

(インタビュアー：なんでそう思うのかって言うことがわからないからって言うこと？)

うーん。難しい・・・。こっちが結局、引いちゃってるような気がするし・・・。まあ、自分が(攻撃の)対象にならないようにって言う。まあ避けるわけではないけど・・・。

Dさんは、境界性パーソナリティ障害患者から攻撃の対象にされないよう一歩引いている。それほど最初にかかわった境界性パーソナリティ障害患者は、Dさんを脅かす存在であったことが窺えよう。そのため、Dさんと境界性パーソナリティ障害患者との溝は埋まることはなく、付き合うこと自体を難しくさせてしまっている。

看護をしたっていうのは、どうなのかなあ・・・あれだけど・・・まあちょっとあれだけど・・・うーん。

看護自体っていうより、でもまあ人格障害の人に言わすと、看護師として立ち向かえてるのかなって言う？ふと疑問に思うときがある。一歩引いてる自分がいる。ケアをちゃんとしてるのかなって、逆に自分が・・・。

(インタビュアー：最初のところであまりにも？)

怖いから逆に突き放しちゃうのかなって・・・あらためて言われると・・・やっぱりそんなにのめり込めないし・・・。

境界性パーソナリティ障害患者のエピソードについて訊かれたDさんは、長い沈黙の後に自分自身が看護師として境界性パーソナリティ障害患者に立ち向かえていないということを振り返った。

Dさんにとって境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、最初に出会った境界性パーソナリティ障害患者から「訴える」と言われたときの「怖さ」や「傷つき」の体験を想起させるものであるため、どうしても一歩踏み込めないものとなっているのであろう。

人格障害者に関しては、やっぱり傷ついたら・・・傷つきたくないって言うところもあるのかもしれないし・・・だから未だに、人格障害者に関しては、なんていうのかな？

もしかして他の疾患の患者よりはちょっと一歩引きすぎてるっていう感覚になる。やっぱりそんなに嫌な気持ちにはなりたくない。プレッシャーにも・・・病理だってわかってても、そんな良い気分ではない。

(インタビュアー：いくら病理とわかっていても？)

やっぱり・・・まあできたら付き合いたくない。

Dさんにとって精神科患者とのかかわりは、Dさんが「付き合い」と何度も表現することからわかるように、人対人の温かな家族のような付き合いなのである。このような付き合いを大事にしてきたDさんにとって、最初に出会った境界性パーソナリティ障害患者の「訴える」という言動は、脅威に満ちたものとして記憶に刻まれたのであろう。

患者とは温かな付き合いをしていきたいDさんにとって、それがいくら病理であろうとも境界性パーソナリティ障害患者は現在もできれば付き合いたくない患者なのである。

6) Dさんの自己形成

これまで精神科患者との人対人の温かな家族のような付き合いを大事にしてきたDさんにとって、最初に出会った境界性パーソナリティ障害患者の「訴える」という言動はある意味トラウマティックな経験として記憶に刻まれてしまったのであろう。そのことは管理者となった今でもDさんに影響を及ぼしている。

実際に境界性パーソナリティ障害患者に巻き込まれることで得られる学びがあるのはわかっているが、自分のように決して良い経験にはならないこともあるため、部下である看護師に同じようなつらい思いをさせたくないという気持ちが生じ、葛藤を抱えたままとなっている。また、自分自身も看護師として境界性パーソナリティ障害患者から一步引いていることを自覚しているが、最初に出会った境界性パーソナリティ障害患者から「訴える」と言われたときの「怖さ」や「傷つき」の体験を想起させるものであるため、どうしても一步踏み込めないでいるのであろう。

しかし、深く傷ついた経験からDさんは、患者とは看護師としての態度でかわらなければならないのだと学んでいる。また、そのことは同時に患者や自分自身を客観的に捉える能力や自分自身の感情をコントロールする能力をもたらすことにつながっているのだといえよう。

5. Eさんの語りの解釈

「煙たがらずに見ていけたらいい」

Eさんは43歳の女性である。精神科の看護師として18年の経験があり、そのうちの17年間は管理職である。慢性期の女子閉鎖病棟に2年半勤めた以外は、すべて境界性パーソナリティ障害患者と摂食障害患者中心の女性閉鎖病棟に勤めている。

高校卒業後に准看護学校へ入学して准看護師の資格を取ってからの2年間は身体科で勤めた。いずれは精神科で働いてみたいという気持ちがあり、精神科病院付属の進学コースの看護学校へ2年間通いながら准看護師として精神科病院に勤めている。看護師の資格を取得してからも精神科病院から奨学金をもらっていたことがあり働いたが、その就業契約期間を過ぎても、そのまま同じ精神科病院で働き続けている。そのことについてEさんは「嫌じゃないから」と控えめに表現した。

1) 治療枠は最低限の決まりを守り臨機応変に使いこなすことが大事

Eさんがまだ准看護師の頃、同じ看護学校に通う同級生と看護補助の3人で夜勤をしていた時に、ひとりの境界性パーソナリティ障害患者が病棟中の患者を巻き込んで暴動を起し、大変な思いをしたというエピソードについて語ってくれた。それは20年くらい前のことなのであるが、今でもそのときの患者の顔や名前を覚えているという。

(患者が)「髪の毛が便座に付いちゃったから髪の毛を洗わして欲しい」って来たんですね。そのとき、まだそんなこと許しちゃいけないっていうボーダー枠ガチガチだったんで、「ダメだ」って返したら、その患者様がすごく周りの患者を巻き込んで、「何で洗わしてあげないんだ！」みたいな、病棟中が暴動になっちゃって。

当時のEさんは、まだ看護学生で経験も浅く、境界性パーソナリティ障害患者の治療枠をきっちり守ることに精一杯であった。そのため、患者からの申し出を断り治療枠を優先させたのだという。

今考えれば、たぶん、ちょろっと洗わしちゃったほうが早いな一とか判断がつくんですけど、「そんな夜なんか髪の毛洗わせるなんてとんでもない」、「ドライヤーも使わせられないし」っていうことで・・・なんか何人も隔離しなきゃいけないことになっちゃったり？何人かが行動制限にならなきゃいけないぐらいすごい騒ぎになっちゃいましたね。

Eさんは、臨床での経験を積んだ今ならば、患者にさっと髪の毛を洗ってもらった方が、大きな騒ぎにならずに済んだのではないかと判断できる。しかし、治

療枠を外すことなど思いもつかなかった Eさんは、当直の看護管理者に電話で相談したのだという。

その時の師長の境界性パーソナリティ障害患者の治療枠を超えた状況判断にとっても驚いたことを鮮明に記憶していると次のように語った。

師長さんはまあ采配がきくから、「そんな洗わしちゃだめなの？」みたいな。その一言に、「ええ！！」って。「今洗わせるんですか？」みたいな？

「洗わしちゃったほうがいいじゃん」って。師長さんは経験豊富だから、「なんで？洗わしちゃだめなの？」って軽く言われたのをすごく覚えてて。

「いや～もう人格障害の患者さんて大変だなー」みたいな経験を、学生の時に体験し・・・。

Eさんには、ひとりの境界性パーソナリティ障害患者が病棟中を巻き込んで引き起こした暴動やそのパワーに圧倒され、またそれをどう判断したらいいのか分からず、大騒ぎになってしまい大変だった印象だけが今でも残っているという。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験を積んできた今では、境界性パーソナリティ障害患者の治療枠は最低限の決まりを守り、自分なりに臨機応変に使いこなすことが大切だとわかったのだという。

やっぱり、治療の枠をどのように自分なりに使いこなすかだと思って。最低限の決まりはあるけど、それを臨機応変に使うっていうのは経験積んでいくうちにわかってきたのかなと思うので、それこそ、頭をちょろっと洗わしちゃったほうがよかった。

Eさんは、治療枠を臨機応変に使いこなす場合も、最低限の決まりは守らなければならないという。そのことを身をもって学んだ「これぞまさしく治療枠のない、すごい構図がみえた」というエピソードを次のように話してくれた。

私が、(境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が中心に入院している)急性期女子閉鎖病棟から(統合失調症の患者が中心に入院している)慢性期女子閉鎖病棟に行ったときに、ボーダーの枠とかはなくて、けっこう激しいスペシャルな人格障害が入院してきてたんです。いろんな大暴れをして、拘束になってというのを繰り返してたんですけど、先生が「短時間でいいから暴れたら、2時間拘束を繰り返せばいいんだよ」って。「まあそういうふうに患者に学習させよう」みたいな、それほど大変なケースがいて。

担当のスタッフは「ダメじゃない」とか、なんかこう一生懸命(患者に)対応していて。そのときピッって通りすぎたスタッフに、その患者が「ああなんとかさん」って甘えたら。そのスタッフは「(優しく)どうしたの？」みたいになっちゃって。良い看護婦さんができあがっちゃって。

Eさんが境界性パーソナリティ障害の治療枠のあった病棟から、その枠のない病棟に移動したとき、かなり激しい行動化をする境界性パーソナリティ障害患者が入院してきた。患者が大暴れしたら拘束を繰り返し行い、衝動性コントロールのための学習ができるように試みていたが、看護スタッフの側に一貫した対応ができていなかったという。

それは、これまで長い間統合失調症患者を中心として看護が行われてきた病棟では、患者に親身になってかかわる距離の近い看護であるため、境界性パーソナリティ障害患者の対人操作を容易に受けやすい環境にあったからであろう。

このとき通りすがったスタッフは「良い」看護師、拘束する担当スタッフは「悪い」看護師という治療チームの分裂が生じてしまったという。Eさんは、治療枠のない環境で、境界性パーソナリティ障害患者をケアしていくことは、患者の病理に巻き込まれてしまい困難であることを、治療枠のない病棟に行き、目の当りにしたのだと語った。

Eさんのいう治療枠の最低限の決まりとは、境界性パーソナリティ障害患者へのケアの基本姿勢である「一貫した対応」や「統一したケア」を指す。Eさんは、この最低限の決まりを守ったうえで、自分なりに治療枠を臨機応変に使いこなすことが大切であるのだと次のように話してくれた。

経験積むと、いろいろな患者さんへの対応へのバリエーションが生まれて・・・こう言われたときにどう返すっていうバリエーションがたくさん生まれると思うんですね。経験積むと。だから、だんだん楽になっていく自分が。

少し枠は枠であるんだけど、ちょっと外しても大丈夫かなっていうその加減ができるようになると思うんですね。私の新人の、その時の髪の毛洗わせるじゃないですけど、「ちょろっとじゃあ洗わしちゃおうか？」っていうバリエーションが生まれてくる。だんだんね。そうすると楽になってきますよね。

それを周りも認める？バリエーションさせているのを。それが大事かなーと思って。「あの人あんなことやらせちゃって。ダメよね」っていうチームじゃあ、やっぱ、ダメなんですよ。スタッフがそこで約束して（患者に）やらせてるんだから、それも認めるっていうことができるチームだったらいいですよ。

Eさんは、経験を積むことで、いろいろな患者への対応のバリエーションが生まれ、自分である程度の判断ができるようになってくるし、より看護が楽になるのだと語った。

そして、Eさんが何よりも大切にしていることは、「ちょっと違っても、それを認め合える柔軟な治療チームであること、そういう安心できるチームのなかで看護ができること」なのだという。それは、ひとりの境界性パーソナリティ障害患者が病棟中の患者を巻き込んで、大騒ぎになったエピソードから約20年間、精神科で境界性パーソナリティ障害患者の看護の経験を積んできたからこそ見えてくる成熟した自己からもたらされた判断といえよう。

2) 言って良いことと悪いことの区別がつく

Eさんがまだ管理者になる数年前、頻回に自傷行為を繰り返すため、精神科 CNS も付いて、長期に行動制限を実施してかかわっていた境界性パーソナリティ障害患者がいた。その患者は、親に対する執着心が強く、「私が死んで復讐する」という印象が強くあり、自傷を繰り返すことで、怒りを表現しているかのようであったという。看護師が懸命にかかわってきたにもかかわらず、結局、患者は退院した後、自殺してしまったのだと語った。

すごく自傷行為を繰り返す患者さんをずっと行動制限で見ていたんですね。CNS⁴も付きながら。その患者さんにはずいぶん自傷行為を繰り返されたので、すごく私の中には陰性感情があったと思うんですけど、なんか、けっこう会話ができたんです。

だからついポロっと本音で私が、「そうだよねえ。病気に頼ってると楽だよね」みたいなことを言っちゃったら、すごく患者が反応して。

特に患者の敵意は医療者に向いているわけではなかったが、頻繁に自傷行為を繰り返されていた Eさんは患者に陰性感情を抱くようになっていた。そのこともあり、つい本音で言葉を発してしまい、患者に激しく反応されてしまったのだという。

行動化も、ありとあらゆることを。電池を飲んでみたり、いろいろなものを飲んで、当てつけのように。で、しょっちゅう家族は病院に呼び出されるみたいな。

(インタビュアー：親は怒りを感じてたんですか？)

親は、どうなんですかね。まあ、本心？本音はもうみれない感じだったんじゃないですかね。

(インタビュアー：そうすると親が本来感じるべき感情みたいなものを看護師が？)

ですよ。看護師が(感じていて)・・・なんか、失敗体験みたいな感じですね。

患者は激しい怒りを親に向けていたが、親はすでに患者のことをあきらめてしまっているかのようであった。そのため、患者が親に向けていた怒りの感情を看護師が代わりに受けとってしまったのだろう。

「言いたいこと言っちゃったけど、これは言っちゃいけないことだったんだなってことを身をもって体験した」と Eさんが語ったように、おそらく Eさんの言った一言は、患者を直面化させてしまったのであろう。結局、患者が自殺してしまったことで、Eさんには今でも失敗体験として記憶に残っている。

⁴ Certified Nurse Specialist (専門看護師) の略称。日本看護協会専門看護師認定試験に合格し、より困難で複雑な健康問題を抱えた人、家族、地域等に対してより質の高い看護を提供するための知識や技術を備えた特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有する看護師のことをいう。

(管理者となってからは患者と)話す機会は増えたりしたんで、こうなったら特に助言みたいな感じなので逆に経験も増えた。

患者さんに「なんで入院してるんでしょうあたし？」みたいなことを聞かれたりするんで、「まあそれは、お互いに(家族と)距離をとることだとか」、「あなたが入院してるだけで、家族はすごく休めてるんだよ」っていうことが、結構、素直に患者さんに言えたりだとか。

管理者となった Eさんは、今では、自分の素直な気持ちを境界性パーソナリティ障害患者にストレートに伝えても反応されることはほとんどなくなったという。それは、Eさんが失敗した体験を含めて、繰り返し反省し、経験を積み重ねるなかで、より慎重に言葉を選ぶようになったからなのであろう。

言っただけだと悪いことと良いことの区別がつくんで、言葉をずいぶん選んでは言っただけですけど。そのキーワードは、ちょっと言っちゃあいけないんだっていうのは難しいんで。もうちょっと、問いかけのように言えばよかったのかもしれないですけどね。

「病気でいるあなたって、どんななんだろうね？」って、こうこっちが決めつけたように言ったのが、また反応された一因だったんでしょうけど。本当にちょっとしたところを見つけて(患者は)反応しますからね。

Eさんは、境界性パーソナリティ障害患者は本当にちょっとしたところに反応してくるため、決めつけた言い方をするのではなく、患者に問いかけるように伝えることが反応されないコツであると教えてくれた。

3) 境界性パーソナリティ障害患者からの見返りはいっぱいある

Eさんは、インタビュアーの「看護師にも境界性パーソナリティ患者が嫌いで、できればかわりたくないって言う人がいれば、私は好きだって言う人がいたりしますが？」との問いに次のように応えてくれた。

でも、なんかしら見返りがないと続けられないと思います。人格障害を看るのって。

(インタビュアー：見返りってあるんですか?)

いっぱいありますよ。たまに、すごく良くなって退院していくと、なんかこう周りの患者さんがワーワー言う、「私も入院してきた時は、あーだったんですよ？」みたいな話ができたり。「お世話になりました。入院して良かったです」って言うてくれたりとかして、退院していってもらえると、すごく報われますよね。それが、一番かな。

Eさんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護は、「なんかしら見返りがないと続けられない」と語った。それはある意味、境界性パーソナリティ障害患者

への看護が苦痛を伴う経験にもなるからであろう。だからこそ、患者が退院するときに、具合の悪い他の患者を見て入院時の自分自身の振り返りができたり、「入院して良かったです」と言ってくれたりすることが、看護師にとってより報われた経験として感じられるのであろう。

今、「Eさんと話せ良かったです」って言ってくれたりとか。あとは今、私自身、患者と直接的なかかわりは少ないんで、スタッフの褒められてる場面だとかを見るのが嬉しいですね。大変な思いして・・・あの急性期の時は大変だったけど、退院が近づくにつれて、だんだん良くなって、最後お礼を言って帰っていきみたいなところを体験してると思うんですよ。スタッフも。

また、Eさんは患者に直接、自分と話せて良かったと言われると嬉しいが、スタッフが褒められている場面を見るのはもっと嬉しいのだと管理者としての立場で話してくれた。それは、Eさん自身が境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして得られた嬉しさと重なり、二重の喜びに変わるからであろう。

Eさんにとって、急性期の大変さを乗り越えて良くなっていく患者の姿は、何にも勝る「見返り」なのだといえよう。

さらにEさんは、境界性パーソナリティ障害患者と面接で話すことによって、コミュニケーション技術が身についたのだと振り返った。

面接でいろいろ話すことによって、やっぱりその一なんていうかな？経験年数積みばできるのかもしれないけど、アドバイスの仕方は上手くなったと思いますよね。そういう自負みたいなものはあります。

あと、コミュニケーション技術だとか。こう・・・ちょっとした話ができるっていうか。もともと私、ベッドサイドで話せるスタッフになりたかったんですよ。なかなか、内科や外科にいとルチン業務するだけで終わっちゃうじゃないですか？そうじゃなくて、ちょっとベッドサイドで座って話せる人になりたいなっていうので、精神科に興味があったんですけど・・・それは、少しできるようにはなったかなとは思いますがね。

Eさんは、もともとベッドサイドで座って話せるようなコミュニケーション技術の身についた看護師になりたくて精神科に勤めたという経緯がある。境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、Eさんを思い描いた看護師像に近づけたのだといえるであろう。

またEさんは、境界性パーソナリティ障害患者から、精神科看護師にとってとても大切なことを思い出させてくれたというエピソードを次のように話してくれた。

病棟で盗難がけっこう相次いだときに、大事にしてた本がなくなった患者さんがいて、「管理職の人と話したい」っていうから、話したんです。

「盗難あったときには、警察とかにね。個人的に通報するのは構わないですよ」って言ったら、その患者さんが面接の後に「もっとねぎらって欲しかった」って言うんですよ。

(インタビュアー：ねぎらう?)

「盗られて大変でしたね」とか、「つらいですね」とか。それを言って欲しかったらしいんですよ。「あっそれでいいんだ」って。

(インタビュアー：対処して欲しかったのではなくて、盗られた気持ちをわかってもらいたい?)

管理者に会いたいっていうから、クレームか何かだと思って。私はそんな制度のことばかり言ってたんだけど、実はそうじゃないんだなってことが後からわかったり・・・ですね。「どうして欲しい?」っていうのを聞けばいいんですね、きっとね。患者さんに。本当に基本の基本だなーと思って。

精神科に実習に来る看護学生は、反応されないか不安を感じて構えてしまうため、「これは聞いてもいいですか?」、「これは言ってもいいですか?」と、直接患者に聞かずによく指導者に聞いてくることがあるという。そんなとき Eさんは、「まず患者さんに聞いたらどう?」と指導しているが、このときの Eさんは看護学生と同様に管理者としてはまだ経験が浅く、身構えていたために、役割を先行してしまい、患者の思いを確認していなかったのだという。そのことに直接気づかせてくれたのは他ならぬ患者であり、それが Eさんのいう「見返り」のひとつでもある。

他にも、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして得られる「見返り」について話してくれた。

自己洞察されるんですよ。人格障害の患者さんとか見てると。そこがまあちょっとつらいところなんでしょうけど。それがこうなんていうか、克服というか? ちょっといいフィードバックもらえたら、喜びに変わったりだとか、そういう繰り返しが長く続けられる秘訣かなー。

Eさんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりには自己洞察が伴うのだという。それは、たいてい患者から嫌な感情をぶつけられ、引っ張り出される看護師の怒りや敵意、恐怖といった強い陰性感情によるものであり、普段はそれほど意識しないでいる感情といえる。そのため、それに気づくことは自分の嫌な感情に向き合わねばならず、苦痛を伴うことにつながる。しかしその苦痛に向き合い、患者から良いフィードバックが得られたときには喜びに変わるのだという。つまり、それも Eさんの言う「見返り」である。こうした繰り返しが、境界性パーソナリティ障害患者の看護を長く続ける秘訣であると Eさんは語った。

Eさんにとって境界性パーソナリティ障害患者は、ケア提供者として看護師が一方的に支える存在ではなく、相互に支え合える他者として映っているのであろう。

4) 境界性パーソナリティ障害患者をあまり病人としてみちゃいけない

Eさんは、境界性パーソナリティ障害患者は健康な面が多いので、今では話し相手になるようにして、病人として扱わない方がいいのではないかとさえ考えるようになったという。

人格障害といっても、常識的なところもあるし、健康な面をたくさん持つてる人たちなので・・・なんですかね？あんまりこう、病人というか？病人、病人としてみちゃいけないんだろうなっていうところだったり。

あと、自傷行為とかそっちに目を向けないために、健康な面をたくさん引き出すために会話したりだとか。それは昔とはちょっと違ってきたかな。なんか、問題点とか病気の部分にばかり目がいったと思うんですよね、若い時って。そうじゃなくて、私はもう、全然違う世間話してみたりとか。そういう面をみるようになってきたかな。

Eさんはまだ自分が若い時は、境界性パーソナリティ障害患者の問題点とか病気の部分にばかり目が向いていたが、年齢を重ねるにつれて患者の見方が変化してきたと次のように語った。

年をとって（プライベートの自分と）分けなくてよくなりましたよね。本当に人格障害って、かなり探ってきたり、いろいろするので、本当になんていうのかな・・・あんまり素を見せちゃいけないみたいにずっと習ってきたんですよね。

だけど、まあ年とったせいもあると思うんですけど、なんかこう、自分にまだ小っちゃい子がいて、「私もこう見えても、まだ小っちゃいのがいんのよ」って言えたりだとか、少し私生活を見せても別にいいんじゃないかなと思えるようになったんですよね。なんか、若い時ってきつと、すごい防衛してると思うんですよ。

以前は、境界性パーソナリティ障害患者は看護師のことをいろいろと探り、操作するという病理があるため、私的な情報は伝えてはいけないと教わってきた。またEさんが、ひとりの境界性パーソナリティ障害患者が病棟中を巻き込んで起こした暴動に圧倒されたことも影響して、若い時は、自分でもずいぶん境界性パーソナリティ障害患者を防衛してきたのだと語った。しかし、年を重ね、経験を積んだ今では、私生活を少し見せてもいいのではないかと考えるようになったという。

自分が結婚して子どもを持った経験を患者に話すことができるようになって、そのバリエーションはちょっと増えたなみたいな？

患者の思いがわかったり、親の思いがわかったり、親子の関係の思いがわかったりだとか、「他人にはない親子ってこうだよ」みたいなアドバイスができたりだとか・・・そういうのはちょっと増えたのかなということだったり。

さらに Eさんは、自分が子どもを産んで親となったことで、相手の身になり、いろんな立場で患者にアドバイスができるようになったのだという。それは一般の人間関係において普通に見受けられることであり、経験を積んできた Eさんにとって境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは決して特別なことではないことを意味しているのであろう。

治療枠がないところで看護ケアしていくのは、すごく大変なんだろうなって思うんですけども、ある程度そういう治療枠がつかれるのなら、そんな大変じゃないよっていう。なんか、どこでも煙たがられるじゃないですか？けど、ある程度、家族と距離おくだとか、生活環境を変えるっていうときも患者にとっては必要なので、煙たがらずに看ていけたらいいですよ。どこの病院でもね。

Eさんは、境界性パーソナリティ障害患者は、健康的な面が多く、ある程度の治療枠さえつかれるならば、その病理に対応するのはそれほど大変ではないという。そして患者を、病人として扱うのではなく、健康的な部分をたくさん引き出しながら、「煙たがらずに看ていけたらいい」と語った。

それは長期にわたり、境界性パーソナリティ障害患者の「良いことも悪いことも含めて」すべてを見つめてきた Eさんから紡ぎ出された言葉であるといえよう。

5) Eさんの自己形成

Eさんの精神科での経験は准看護師として働いた2年間を合わせると20年になる。そして、そのほとんどの期間を境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女性閉鎖病棟で管理者として過ごしてきた。

Eさんの語りは、境界性パーソナリティ障害患者の治療枠をきっちり守ることに精一杯であった経験の浅い看護学生時代にまで遡った。それ以来今日に至るまで、さまざまな失敗をしながら何度も反省を繰り返し、実感として学びを得てきたことが窺える。

そのなかで Eさんは年齢を重ね、経験を積みながら、境界性パーソナリティ障害患者の問題点や病気の部分から、健康的な部分へと視点が移り、患者をあまり病人として扱わない方がいいとの考えに至っている。それを可能にしたのは、境界性パーソナリティ障害患者の看護をとおした経験から「良いことも悪いことも含めて」たくさん見返りを感じてこられたからであろう。

長年経験を積んできた Eさんにとって、境界性パーソナリティ障害患者は、今やそれほど特別ではなく、煙たがらずに看ていけたらいい存在であるといえるだろう。

6. Fさんの語りの解釈

「できる範囲のことをどういうふうにやっていくか」

Fさんは30歳の男性である。精神科の看護師として9年の経験がある。急性期病棟で7年間勤めた後、患者の社会復帰に携わりたいと自ら希望し、回復期病棟へ移動して2年目となる。その理由についてFさんは、「スーパー救急で働いて退院していく方は多くいるんですけど、結局こう・・・薬で良くなっていくという感じの方が多くなってきて、よりこう患者さんから離れていってきている感じもあったり。あと、自分たちが看されてない感もあって。・・・転床になって長期化していく人たちっていて、なんかそのなかで結局、自分は何ができるんだろうなって。やっぱ入院期間がどんどん短くなっていったりして。こう移っていく人たちに何もできないのかなーって。ずっと急性期だったので、社会復帰だったり、その後の患者さんを追いたいなっていうのもあって移ってきたんですね」と話してくれた。

看護短期大学を卒業したFさんは、看護師の資格を取得した後、精神科の病院へ就職した。精神科で働くことを選択したのは、看護学生の時の精神看護学実習で、教科書だけを読んでも患者理解ができずに難しかったからなのだという。また、業務や処置に追われるだけでなく、患者との直接のかかわりがより求められているところに魅力を感じたという。

Fさんは、自分は「わからないことをやりたい人」なのだと語り、看護師として9年経った今でも患者を理解する「難しさ」や、精神の病気に対する「不思議さ」にやりがいや楽しさを感じているという。そのことについてFさんは、「病気を忘れて穏やかに過ごしている患者さんの姿を見ると、一般の健康的な生活ができてるなーって。そういうのを見ていると病気って何かなーって思ったりします」と微笑んだ。

1) 構えずに率直にかかわる

Fさんが精神科病院に就職して3年目くらいの頃に、男性患者ばかりの急性期病棟が男女混合の急性期病棟になり、女性の境界性パーソナリティ障害患者も入院してくるようになったという。

男性メインでずっと見てたのが、女性が入ってきて。その一BPDの人とか入ってくるなかで、まあ対応がわからないとか？教科書とか見たりとかしても、実際かかってみると難しいところもあって。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

女性の患者さんだと、どう接したらいいのかわからなかった。たとえば話してて、泣かれたりとかすると困っちゃうんですね。急に怒り出したりとか、あとは、要は巻き込んだり？「あの人が嫌いだ。こういうこと言われた」とか。上手く人間関係とかやっていきたいんだけど、上手くいかなくて、爆発性が出てきたり、興奮したりとか、ムツとしてたり。スタッフには「バカヤロー」とか。

初めて接する女性の境界性パーソナリティ障害患者にどのようにかかわればよいのかわからなかったFさんは、事前に教科書を開いて看護についての勉強を行ったのだと話してくれた。しかし実際には、境界性パーソナリティ障害患者の激しい感情を目の当たりして困惑してしまい、どうかかわればよいのか全くわからなかったという。

そんななかFさんは、自分と同じ年頃で入院してきた男性の境界性パーソナリティ障害患者を初めてプライマリー看護師として担当することになったという。

患者は、両親から土地の権利書や銀行カードを奪い取り、自分名義の銀行の金庫に預けてしまい、自宅に両親を監禁して暴力を振るっていた。手に負えなくなった両親が騙して連れてきて患者を入院させたため、当初は食事をする以外は薬も飲まず、誰とも話さずに何週間もベッドで臥床したまま過ごしていたという。

先輩看護師から、「患者には年齢相応の対人関係がなく、健康的なモデルがないからモデルとなるようなかかわりをしなさい」と言われていたこともあり、Fさんはその年代に合わせた遊びやユーモアを取り入れ、友達関係を意識した健康的な男性モデルとなれるようにかかわっていった。

小さい頃とかの葛藤があったりとかしてた人なので、その辺を振り返りながら。あと、人間関係っていうところが、なんていうのかな？その・・・その年齢に対しての人間関係が全くない。感情はもうなんかこう空いている感じの人だったんで。話し合いながら・・・こう・・・やっぱりできないことってあるじゃないですか？いろいろとどういふふうに説明して、できる範囲のことをどういふふうにやっていくかとか？

Fさんはまず面接のなかで患者と関係性を築くことから始めていったという。

次に患者が落ち着きを取り戻して外出できるようになってから、親から奪ったものを返すという手続きを患者とその両親と一緒に行っていった。そのなかで、患者の要求に答えられない場合には、そのことをどのように説明して、できる範囲のことをやっていくのか、患者と両親の意見を突き合わせて決めていくのが大変だったという。その際には、Fさん自身の思いを患者にストレートに伝えるようにしていたのだと次のように話してくれた。

自分の傾向で、構えると感情を隠したりとか。あとは、あまり聞きたいことを聞けなくなったりとか、他のことも考えたりとかしてしまうので。

基本的に話をするときには、何を話しに来たのか本人に直接伝えて。「こういうことを話したいとか」。あと、「こういうことも考えていけないといけない」とか、直接言いながらやってました。本人に言えない情報とかないように。

(インタビュアー：言えない情報？)

これ言っちゃあ、本人が怒ったりとか、調子崩したりとかしたりしないかなーとか、そういうのがあったりとかすると、なんか、聞かない方がいいのかなーとかあったりすると思うんですけど、でも聞かないとわかんなかったりとかするの

で、自分のことを話したりしてましたね。うん。

「これ聞いたら怒ると思うけど」とか、「つらいことを聞いて、ごめんなさいね」とか。「でも、そこ知りたかったんだ」とか。

Fさんは境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、「嫌だなーと思ったりとか？そんなにこう・・・思わないって言ったらウソですけど、前情報があると構えちゃうかな？」と語り、男性患者のプライマリー看護師をしていた時には健康的なモデルとなれるよう構えずにできる範囲のことをしていったのだという。

患者は、Fさんの丁寧なかかわりにより、それまで全く表出することがなかった自分の気持ちを言語化し、笑顔を見せるようにもなっていた。そして退院するときには、「Fさんが受け持ちでよかった」と言ってくれたという。

なんか、嫌な気分が残って次の日に持ち越したりとかなるんで・・・こう、持ち越さないように、そこでどういうふうにもた本人に伝えていたりとか？

あの・・・本人が全部悪いわけじゃあないとは思うんで、「自分もこういうところは悪かった。次こういうふうにするから、患者さんもこうしてみたらどうかなとか？」っていうふうにも話したりとか。そうすると次の日にまた日勤だったりすると、こう一嫌な気分であうんじゃなくて、いつもの気分であうという感じ。

Fさんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、「話せば話すほど、その人を理解できるとか。かかわればかかわるほど理解していく」と語り、病名から判断して構えるのではなく、聞くべきことは聞き、自分の思いを患者に率直に伝えてかかわっていくことが大切なのだという気づきを得たのであろう。

2) ネガティブな感情を認めたくえで看護実践に役立てる

Fさんは、精神科で境界性パーソナリティ障害患者とのかかわり、自己を振り返るなかで、自分の気持ちがよくわかるようになっていったのだと語った。

自分の気持ちってよくわかった。あとは、感じてることっていうのが・・・たとえ嫌な気持ちを感じたりとかするのって、悪いことじゃなくて、他の人も感じたりすることなんだっていうこと。うん。

(インタビュアー：自分だけがこんなふうに思ってるんじゃないかなって？)

最初思いますよね。これは・・・言っちゃいけないのかなって。でもみんな同じだったりするんですよね。あとは、先輩と、経験のある人と話したりするなかで感じたりとか。なんていうのかな？・・・こう、どっかで病状からくるところなんだとか、そういうふうにも考えていたりとか。

Fさんは、一番初めに見た女性の境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおいて、実際には、「面倒くさいなーとか、この人の担当になって話したりするの嫌だな」という気持ちになったのだという。そのことを境界性パーソナリティ

障害患者の看護の経験がある先輩看護師に話すと、同じような気持ちを抱いているのだとわかり、決して自分だけではないのだと気がついたという。また、自分が患者に対して抱く陰性感情は境界性パーソナリティ障害の病理から引き起こされるものでもあるという考えに至っている。

さらに経験を積んだ今では、境界性パーソナリティ障害患者からの激しい攻撃や自傷などの行動化に対しても余裕を持ってかかわれるようになったという。

経験があったからこそ、たとえば人格障害の人が入って来ても、特にこう気持ちが揺れたりとかしないで、かかわれるっていうのかな？うん。

あとは、イライラしないで働ける。ゆっくり。イライラっていうか、なんかこう・・・ありますよね。その一忙しいときに行動化したりとかすると、やっぱり「こんな忙しい時間に！」とか。今でも、まあゼロじゃないですけどね。ゆっくり対応できるようにはなったかな。

(インタビューア：それはどうしてですか？)

どうしてだろう？・・・焦っても、イライラしても・・・なんかしょうがないなあって。うん。「イライラしてるのって誰？」って思って。「自分だ」って。あつ何でイライラしてるんだらう？とか。忙しいときに、イライラしてやってもこうなんていうのかなー？もっとゆっくりやれば、ゆっくりもできるし・・・。「自分のペースが崩されるから、イライラしてるのかな？」とか。でも、「入院してるのは誰？」って思えば・・・。

Fさんは、境界性パーソナリティ障害患者によって自分の気持ちが揺らされ、イライラしたとしても、「それはなぜだろう」と自問し、そこから発展して、「入院して助けを必要としているのは誰なのか」を考えることで、自分のやるべきことを冷静に見つめてきたのであろう。

たぶん精神科に来なかったら、あの一そんなに自分の気持ちなんて考えなかったりとかしてたところもあると思うんですけども・・・。

一歩下がって、自分が今どういうふう感じてるかとか、どう考えてるのかとかいうところを、たとえばここだとプロセスレコードで書いたりしてるんですよ。実習のときとかでやったりとか。あと、よく考えるようになったのは、今、実習指導やってるんですけども、学生のを見たりしてるなかで、すごく前よりも考えるようにはなった気はします。

Fさんは、精神科に勤めたことで自分の気持ちについて深く考えるようになったのだという。「自分のこともわかってないのに相手のことわからないのはあたりまえだって感じですけど。100%わかっているわけではないですけども、0から始まって、10%とか20%とか、きっとその程度だとは思いますがね」と控えめに語り、自己に向き合い、自身のネガティブな感情を認めたくえで、患者理解や看護実践に役立ててきたのだといえよう。

3) Fさんの自己形成

Fさんは、最初に出会った女性の境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、自分が患者に対して抱くネガティブな感情に初めて気がついたのであろう。その後にかかわった男性の境界性パーソナリティ障害患者とは、自分自身が男性ということもあり、健康的なモデルとなれるよう本来のFさんらしくかかわった結果、病名を見て構えるのではなく、その人自身と向き合うことが何よりも大切なのだという気づきを得ている。また、自己のネガティブな感情を認め、向き合うことで患者理解や看護実践に役立てられるということを学んでいる。

知的な好奇心から始まったFさんの精神看護に対する興味や関心は、精神科看護師として自分ができる範囲のことをどういうふうにやっていくのか探求していた結果、患者に対する人間的な視点へと大きく変化していったのだといえよう。

7. Gさんの語りの解釈

「わかったつもりにならない」

Gさんは32歳の女性である。精神科の看護師として10年の経験があり、そのうちの4年間は管理職である。そのすべての期間を境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に勤めている。

高校卒業後に看護大学に進学したGさんは、精神看護学の実習で「精神科看護はその人の存在だけでも看護になり得る分野である」と教わり、「それはどういうことなのだろう」と興味を持ったという。身体科の看護ができる病院での就職も考えたが、とりあえず興味のあるところからはじめてみようと考えて、精神科病院へ就職した。

精神科看護師になって3～4年目の時に、身体に関する看護ができないことにコンプレックスを感じたGさんは、身体科での看護を経験した方がいいかとも考えたが、「今は精神科でそのまま進むのもありかなと思っています」と言葉少なに語ってくれた。

1) すべてを理解できると思うのはおこがましい

Gさんは、自分がまだ1～2年目の看護師の時に出会った同じくらいの年齢で手術室の看護師をしていた境界性パーソナリティ障害患者のことを衝撃的なエピソードとして語ってくれた。

その患者は自傷して身体拘束をされていたが、抑制されていたにもかかわらず、さらに自傷を重ね血だらけになっていたという。後日、患者の荷物の中から隠し持っていたカッターの刃が見つかったのだが、拘束されていたにもかかわらず、どうやってそれを取り出して自傷したのか、今でも謎なのだという。

もうなんかそれがすごく衝撃的で。その人のエピソードとしても、あの一白衣では見えないような大腿部とかを切って、自分で縫っていたりとかしてたとか。手術室勤務だから。すごい衝撃で。

でも、何でこの人、ナースになろうと思ったんだろうとかいうのがあって。うーん。・・・その人を、なんかやっぱりわかることができなかつたなーっていうので・・・ケース発表にもしたりしたんですけど。・・・なんかあんまり理解できなかつたなーっていうのが残ってる人がいますね。なんか、エピソードとしてはそれが・・・うーん。

Gさんがプライマリー看護師として担当していたわけではなかったが、同じくらいの年齢で看護師を目指し、働いていたということもあり、なんとかして力になりたいという思いが生じていたのであろう。Gさんは、その患者の理解を深めるために院外での事例検討会にケースとして発表したこともあったという。

(その患者は)感情がないんですね。うーん。すごくつらくてとかいうのも

なくて。「ただ切りたくて」って・・・淡々と言われるんです。うーん。

しかし、結局、患者は最後まで自分の気持ちを表出することはなかったという。Gさんは、事例検討会にケースを提出して多くの視点から患者理解について学んだものの、患者の本当の思いを理解するまでには至らなかったのだと語った。

ケースを理解するって、すごく難しいことなんだなーって思って。それもあってケース検討に出して、すごくいろんな視点からっていうところを学べたなーっていうのと、なんかこう自分が理解しようっていうのが・・・なんかこう・・・何て言ったらいいんだろう？・・・おこがましいじゃないけれど、理解されてたまるかぐらいの感じもちょっと・・・。

Gさんは、自分にはとても了解しがたい患者の思いを、決して否定することなく、わかろうと関心を寄せ続けてきたのであろう。しかし、同じくらいの年齢で同じ看護師を目指し、看護師として働いていた、その境界性パーソナリティ障害患者と自分との差異を深く思い知らされることになった。Gさんは、自分の理解の枠におさまらない他者の存在に初めて出会い、葛藤をもたらされたのだろう。

他にも、Gさんが4年目くらいの中堅看護師の時に、20代後半の境界性パーソナリティ障害患者が自分の思いもよらなかった反応をしたというエピソードについて話してくれた。

患者は、イライラすると喫煙所の灰皿を倒したり、すぐに暴力が出そうになり、感情をどうしてもコントロールできなかったのだという。そのため、看護師は医師の指示を受けて、患者が暴れるとすぐに身体拘束して行動制限をするということを繰り返していた。

拘束を外すときに、1日1回感情を振り返るために夕方にどういう感情があったっていうところをナースと一緒に振り返りましょうって。それを経て退院していった患者さんがいたんですけれど。

(拘束は)絶対に嫌なことだと私は思ってるし、なんかちょっと罰的な感じだなみたいに思っちゃうところがどうしてもあったので、私はもう本当に嫌いだったんです。拘束するのが。

Gさんは、患者が暴れると身体拘束をするということに罰を与えている感じがしてとても嫌だったという。そのため、罰を与えられる患者からしても、身体拘束をされることは嫌に違いないと思っていた。しかし患者から発せられた言葉は、Gさんの抱いていた感覚とは全く違ったものであった。

やられる方も嫌だろうって思ったけど、なんか拘束になったときに初めて、「拘束されて気持ちが楽になりホッとした」とか、「安心した」とか言った患者さんで。それだけコントロールが効かない患者さんで、自分でも苦しかったんだなー

って。

なんかこう、手当たりしだいに暴れやがってぐらいの感じだったんだけど、あーそんなに苦しかったんだなーって思った。うーん。あーそういうのも必要なこともあるんだなーって。拘束に対する思いは、ちょっと変わったりしました。

Gさんは、衝動的に暴れては拘束される患者を目の前にして嫌悪感を抱いていた。しかし、患者は自らの感情をコントロールできないために、身体を拘束され、行動を制限されることで安心感を得ていたという。

「(暴れるのを)止めてもらいたかった」んですって。「どうしてもイラっとしたら行動に出ちゃうから、止めて欲しかったし、これで自分がそういう行動に出ないことでホッとした」って。あーそうなんだーって。そっか、抑えられないんだって。

言葉では「もう抑えられないんだよ！」っていうことはよく聞くんですけど、なんかこう・・・響いたというか？こういうことかって。これぐらい苦しいんだなって。本人たちも思っているんだなって。

Gさんならば、絶対にされたくない拘束でも、患者にとっては、自らの感情や行動をコントロールする道具であり、それほど深い苦悩を抱えているのだということが心に響いたという。

Gさんは、自分には理解し難い拘束という行為でも、「必要な人もいるし、こっちで抑えてあげるっていうのが必要なときがあるんだなって」と、自分と患者の思いは決して同じではなく、それが治療につながる場合もあることを知った。そして、すべてが自分の理解の枠に収まるとは思わないほうがいいのだと学んだのであろう。

2) ある程度は自分の感情を出してもいい

Gさんの心には、境界性パーソナリティ障害患者とは距離をとらなければならないということが病棟の方針として刻まれていた。そのため、巻き込まれてはいけないとの思いがある一方で、どうしても感情を揺さぶられる部分があるのだという。

同じくらいの年齢で看護師であった境界性パーソナリティ障害患者の衝撃的なエピソードから5年以上が経過した今になって、「ある程度は自分の感情っていうのを出していってもいいのかなって、やっと思えるようになった」と振り返った。

自分のこう、不全感とかですかね。なんか、あー何もできなかったなーって。まだ経験が浅かったし、何かできるとも思わないんだけども。

・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

もっというろいろ話したかったなーっていう思いはあって。ちょっと話したりは

してたんです。プリセプターがどうのとか、同じ看護師というところもあったので。うーん。・・・でも、その時はどこまで自分のプライバシーとかを話していかかわかんないですし、どこまで話したらいいんだろうってやっぱり迷うところもあったんで、もっとこっちも（心を）開いて話してもよかったかなーって。

それがケアにつながるとか、看護につながるとかではないかもしれないけど。うーん。人対人として、同じぐらいの同年代のナースとしてっていうところで、もうちょっと話せたらよかったなーっていう思いがあります。

Gさんは、どうしても理解できなかつた同じぐらいの年齢で看護師であった境界性パーソナリティ障害患者のことをずっと思い続けてきたのであろう。

当時は、どこまで自分の気持ちをあらわしたらいいのかわからなかったが、たとえそれがケアや看護につながらなくても、もっと自分の感情をオープンにして話せたらよかったと後悔の念が残っているという。

しかし看護師としての経験を重ねてきた Gさんは、今では患者の話を聴いて、その場でもらい泣きをしてしまうことがあるのだと語った。

私、結構、患者さんの話を聴いて泣いちゃう方なんですよ。もう本当にもらい泣きとかしちゃうって。でもなんかそれで、「嬉しかった」って言うってくれる人もいたし・・・うーん。そうなんです。

Gさんがストレートに感情を表出する姿は、自分の言葉をそのまま受けとってくれたという感触となって境界性パーソナリティ障害患者に伝わるのであろう。そのため、患者から「わかってもらえて嬉しかった」という反応を引き出したのだといえよう。

思いを聴いたところで、何かアドバイスとかそういうレベルじゃない話とかもあるし。でもそのときに、あー本当につらかったんだなーっていうのって（感じたとしても）、なんか我慢しなきゃって思ってたんですよね。やっぱり1～2年目とかは、患者さんの前で泣くななんてみたいなところはあったし。

でも、なんかこう経験を経て、あーそれもありなのかなーって思えるようになりました。

Gさんは、たとえ患者の思いを聴いて看護師として何もアドバイスできなかったとしても、患者の思いを真剣に受けとめることがケアとして成立するのだということを実感として学んでいる。そして、それには自分の感情をありのままに表出することも大切なのだと感じているのであろう。

3) ちょっとやそっとじゃあ動じなくなった

Gさんが新人の看護師であった頃、境界性パーソナリティ障害患者から攻撃を受けてよく泣かされていたという。しかし今、冷静に考えると、あの頃の自分の

対応もよくなかったのだと次のように振り返った。

日勤でナースルームで残業をしていたときに、患者さんが来て、「えー私でも日勤だし」っていう思いもあって、ちょっと待たせちゃったんです。

「ちょっとお待ちください」って。自分はナースルームにいるくせに、窓口の対応も全然しない。それに対してすごい攻撃を受けちゃって。

勤務時間が終了していた Gさんは、勤務中の看護師が戻るまでの間、窓口に来た境界性パーソナリティ障害患者を待たせていたという。それに対して患者は、激しく Gさんを罵倒し、攻撃した。そのときの Gさんは、「なぜ患者にそこまで言われなければならないのか」と腹立たしさを覚えたという。

もうその患者さんとかかわるのが、すごくつらくて、その人とかかわるのが。カンファレンスでなんか話題が出てても何も自分は話せないし・・・なんか・・・こう・・・その後、担当になることになって、数日後に。

まあね、師長とかそんなこと知らないから・・・「担当ちょっと持ちたくないです」とかも言えなくって。

攻撃を受けた数日後、Gさんはその患者を担当しなければならなくなったという。しかし、その患者を怖いと感じていても、まだ1～2年目の看護師であった Gさんには、担当するのが嫌だとは言い出せなかった。そんなときに先輩の看護師が声をかけてくれたという。

「今日、担当だけど、大丈夫？」って・・・言ってくれて・・・もうカンファレンスでボロボロ泣いちゃって。でも「何とか行ってみます」って言って。

むこうはその数日間、他のナースにも愚痴ってみたりとか、言い過ぎたっていう反省を試みたりとかして。まあ謝ってきたんですよ。

でも、なかなか感情が受け入れられなくって、「いやーあなたは謝ってすっきりするかもしれないけど、私は怖かったし」みたいな？

患者は、Gさんの事情を知らずに言い過ぎてしまったことを反省し、謝ってきたという。しかし、傷つき怖い思いをした Gさんには、患者の思いをそのまま受け入れることはできなかった。それでも Gさんは看護師として、患者の謝罪を受けられないわけにはいかず、自分の落ち度を詫びたという。

その出来事の後退院した患者が2～3年した後に再び入院してきた時、Gさんにはまだ患者に対して陰性感情が残っていた。しかし患者は「あんなこともあったけど」と、自分がGさんに悪いことをしたということ覚えており、それでも昔から知っている看護師が話しやすいと言い、頼りにしてくれたという。

しんどいときに頼ってくれたりとか。そうなんです。「すごいしんどいから、

どうしても話を聴いて欲しい」みたいなので。

ちょっとした操作性だったりとか、ナース選比的なのもあるんですけど・・・それは自分のなかで・・・もういいやあれはって自分のなかで流せて。そういう存在になり得たならいいかなーって。なんかちょっと感情ぶつけたことで、なんか思いはありつつも、話せるようになったのなら、それはありなのかなーと思って。

Gさんは、看護師である自分に、患者がつらい感情をぶつけたことで話をすることができるまでになったのであれば、それで良いのだと患者を許せたという。

もともと、「精神科看護ってというのは、その人の存在だけでも看護になり得る分野である」と教えられ、精神科の看護師になる選択をしたGさんにとって、自分の存在が何かしら患者の助けとなり、意味があると感じられたことで、患者に傷つけられたという怒りや悲しみは解消されたのであろう。

感情のままにぶつかられても、やっぱりすごい嫌な気持ちとか、ムツとしたりするんですけど、でもなんか、一瞬抑えられるようになってたりして。なんかちょっとやそっとじゃあ動じなくなった気がします。

Gさんは、境界性パーソナリティ障害患者から感情のままぶつかってこられるという経験を幾度か重ねている。

そのことについて尋ねると、「成功体験じゃないですけど、傷ついたところから、なんかでも良かったって。自分が強くなったと思います」と微笑んだ。

4) 巻き込まれている自分を客観的に見ることで成長できる

入職当時、境界性パーソナリティ障害患者に対しては、病棟にボーダーマニュアルがあり、他の疾患とは違って特別である印象を受けて、「ボーダー」と聞くとGさんも構えていた時期があったという。しかし今では、境界性パーソナリティ障害患者にはある程度の治療枠は必要であると思うが、他の精神疾患患者との違いは感じられないという。

「ボーダー無理」って（言われると）、「なんで？」って。「疾患名がついてるだけじゃん」って思ったりするんですよ、私としては。その疾患名がついてるだけだし、どうしてもそのボーダーラインがつくのって、ちょっとしたこうレツテルじゃないですけど、そういうふうを感じる患者さんも多いと思うので。なんかその一激しさの一方のつらさだったりとか、悲しみだったりとかにも目を向けて、こう彼女たちの健康的なところにも、なんか目を向けられるといいのになーって。

どうしてもボーダーっていう言葉だけが先走りしてるというか？うん。印象的にグッと入ってきちゃう疾患名なんだろうなと思います。

境界性パーソナリティ障害という病名には、負の印象を伴ったレッテルが貼られ、それが先走りしているように感じるという。しかし G さんは、激しさを抱えた境界性パーソナリティ障害患者の裏側のつらさや悲しみ、健康的な部分にも目を向けられると、その印象を変えられるのではないかと感じている。

また、境界性パーソナリティ障害患者に関する看護ケアの内容にもどうしても否定的なニュアンスが含まれているように感じると次のように語った。

巻き込まれちゃいけないとか、距離はとらなきゃいけないとか？なんかこう看護のなかでも言われるのってちょっと否定的じゃないですか？自分が引かなきゃいけないみたいなところなので。でも、そうじゃないだろうなーとは思ってるんですよね。

（インタビューア：一緒にぶつかってあげられる人がいる方が？）

そうですね。でも、煮詰まったらちょっとリングを降りてみたいな感じで。巻き込まれつつ、でも客観的に見ることでちょっと自分が成長できたりとかするのもあるのかなーとは思って。

境界性パーソナリティ障害患者には、医療者を巻き込み、操作するという病理がある。しかし、患者から一步引いてしまい、最初からリングに上らないということ、患者に向き合うことにはならないと G さんは捉えているのであろう。

G さんは、患者との関係がづらくなったら、しばらくリングを降りて、巻き込まれている自分自身を客観的に見つめることで成長できると考えている。そのように感じられる G さんにとっての成長のひとつは、感情をある程度表出できるようになったことだといえるだろう。

ちょっとうらやましい部分もあるんですよね。なんかすごい感情的で。自由で。sonだけ自分の感情をなんかこう露わにできたら、なんかちょっといいなっていうところだったり。なんかちょっと人間臭いっていうか。ちょっと人間らしさを、喜怒哀楽がはっきりしていて、おもしろいなーっていうか。

（インタビューア：ご自分は抑える方ですか？）

怒りとかはある程度ちょっと抑えつつ、でも基本はもう感情的に。

G さんは境界性パーソナリティ障害患者が感情を自由に表現することに羨望を感じるという。これまで境界性パーソナリティ障害患者とかかわってくるなかでの反応から、G さんは自分もありのままに感情を表現してもいいと思えるようになったのであろう。また、そのことが患者の心を開くにはとても大切であると学んでいる。

さらに、病院の研修で境界性パーソナリティ障害の講義を担当している G さんは、患者のつらさを実感として得られたことで疾患を理解するときの仕方が変わってきたと次のように語った。

その一疾患を理解するっていうところで、また、ちょっと思いが変わってきた
というか？そういうのもあるかもしれない。あー苦しみも抱えてるんだなーって
いうのも知識として得て。経験のなかで、こう体験してきたこと、経験してきた
ことが文字と一緒にあって、あーそうだよな。つらかったんだよなーって。

Gさんは、これまでに学んできた境界性パーソナリティ障害に関する教科書的
な知識と、実際に看護の経験を重ねるなかで心に響いた患者の生の声がつながっ
て、患者理解を深めてきたのであろう。Gさんにとっての成長とは、自分自身も
悲しみや苦しみを負った生身の人間として、患者の苦しみをありのままに受けと
められる存在となり得たことだといえよう。

5) Gさんの自己形成

自分と同じような思いを抱いていると感じていた同世代の看護師をしている
境界性パーソナリティ障害患者との大きな差異や、拘束されることに対する自分
と患者との感じ方の違いは、Gさんに大きな葛藤をもたらした。しかし、境界性
パーソナリティ障害患者の看護の経験を重ねるなかで、「すべてを理解できると
思うのはおこがましい」、すなわち、「わかったつもりにならない」ということを
実感として学んでいる。

本来とても感情豊かなGさんであるが、たとえ境界性パーソナリティ障害患者
のつらさが伝わったとしても、看護師として患者の前で自分の感情は表出せず、
距離をとらなければならないと感じてきた。しかし、精神科看護師の経験を重ね、
自分の感情をある程度は患者に表現してもよいのだと思えるようになった現在で
は、たとえ患者のすべてを理解できなくても、少なくとも患者の苦しみを理解す
ることはできるという実感を深めている。さらに、患者の思いを真剣に受けとめ、
理解しようとし続けることがケアとして成立するのだという考えに至っている。

これらのことは、「精神科看護っていうのはその人の存在だけでも看護になり
得る分野である」と、最初にGさんが精神科看護を選択した理由そのものにつな
がっている。境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験を重ね成長してきた
Gさん自身が、今では患者のつらさを理解する存在として生かされているのだと
いえよう。

8. Hさんの語りの解釈

「看護師として患者に伝えている言葉はそのまま自分への言葉としてあてはまる」

Hさんは27歳の女性である。看護大学を卒業した後、精神科の病院に看護師として就職して5年の経験がある。

Hさんは、自分自身がコミュニケーションを苦手としていたことや、なぜ人は精神を病むのかに興味があり、看護師という職業を選択する以前に、精神に関連のある職業に就き働きたいという思いがあった。心理に関する職か、看護師を選び精神科で働くのかを選択するときに、経済的なことを考えて看護師に決めたのだという。

看護大学に入学してからは、コミュニケーションの授業で「言葉によるケアができるのが精神科だ」という内容に強い衝撃と感動を覚え、コミュニケーションをより勉強したいと考えたのだという。また、精神看護学の実習で自己洞察が上手くいかず、それをなんとかしたいと考えたことから、看護師の資格を取得した後に精神科病院へ就職した。そこでは、急性期の女子閉鎖病棟で主に境界性パーソナリティ障害や摂食障害の患者の看護を行ってきた。

1) 境界性パーソナリティ障害患者へのかかわりは最初が肝心

Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者と他の精神疾患の患者とのかかわりを比較し、「配慮の違いがある」として次のように語った。

一番は、配慮の違いみたいなものがあると思う。自分の感覚では、とりあえず一番最初に会うときには、下から丁寧にどれくらいこの人いけるのかなっていろいろ距離感みたいなものはかりながら、「はじめましてー今日担当Hです。どうですかー」（下出に）みたいな感じで。（患者さんが）いろいろしゃべってくれたりとか、なんか、くだけた感じでもいいのかなーとかって感じたら、ぐいぐいと（距離を近づけていく）。

統合失調症とか他の患者さんとかは、人間的な距離感っていうよりは、精神症状を見て、なんだろう？「この人は混乱しているのか？」、「落ち着いてるのか？」みたいな。症状を見ながら近づいていく感じかな？

距離感をはかる理由についてHさんに尋ねると、「反応されることへの恐怖感だと思います」と、境界性パーソナリティ障害患者との初対面のかかわりで、幾度となく失敗してきたという経験を話してくれた。

反応されたら、その時点でケアができないじゃないですか？もう最初がだめっていう経験がいっぱいあったんですね。最初で失敗して、もうそのあと何のかかわりもさせてくれなかった人が・・・結構トラウマ的な、トラウマまではいかないですけど、引っかかっているとこがあつて。

そんなになんかきついことは言っていないけど、何も考えずにさらっと言った言葉が、彼女には相当傷ついたみたいで、もうそれからノータッチで。その人が再入院してきたときも、私も怖かったからノータッチになっちゃう感じが、なんかその最初が肝心なんだよなって。なんかこう恐怖感っていうか、恐る恐る感みたいな。

Hさんの何気なく発した言葉が、境界性パーソナリティ障害患者を傷つけてしまったことがあったという。Hさんはその出来事の後から、その患者が再入院してきても、近づくことさえ怖くなってしまい、かかわりがもてなくなってしまった。それ以来、初対面の境界性パーソナリティ障害患者の元へはどういう状況であるのか、カルテを入念にチェックしてから行くようになったのだという。

また、Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者との日々のかかわりにおいても、「患者の立場も考えつつ」配慮しているのだという。

患者が結構無理な要求するから、医師が「これはダメ」、「あれはダメ」っていう感じで。

「じゃあどうやって先生に言おうか（患者と一緒に考える）」っていうかかわりだったから、こっちに反応することはなかった。先生に反応することはあっても。ただ、私が強く言いすぎないかかわりだったから、反応もしなかったんだと思うんですけど。強く言ったりしたらけっこう反応とかもしてたかなっていうところで、きっと配慮はしてたんだろうなって思うんですけど、自分が。

他にも、Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者との面接は、自分の仕事を終えてから勤務時間外に行っていた。

今日、面接をさらっと終わらせちゃうといいのかなとか。本人がやる気なくって「もういいよ」とかだったら別にいいけど、自分の方から言う（面接を終わらせる）恐怖感とかたぶんあったから。だから、予定のない日とかを選んだりとか、いろいろこう患者主導で考えてたところもあったから。まあ熱心っちゃあ熱心だし。

Hさんは、「最初はすごく構えるけど、少し緩くなりつつも構えて、恐る恐るって感じ」と話し、患者と関係が築けるようになったとしても、Hさんなりの配慮を続けてきた。

それは、境界性パーソナリティ障害患者に反応されるのではないかという不安感を抱えながらも、かかわりをもち続けるために積極的に行っているHさんの前向きな対処の仕方であるといえよう。

2) 自分なりの方法が見つかるとう看護しやすくなる

Hさんが所属する病棟では、境界性パーソナリティ障害患者が多く入院するこ

とから、患者の病理である対人操作や分裂などに対応して、医療者が病棟の方針や態度を統一するための規則がある。それは、患者が公平に尊重される感覚や患者自身の分裂や投影性同一視に振り回されずに、衝動と常識の調整が行えるように学習するためである。また、医療者が確固とした態度で境界性パーソナリティ障害患者に対応することで、患者の不安定な対人関係のもち方に影響を与え、治療関係を築くためでもある。

1年目の時はもう（病棟の規則が）決まっているから、「これはダメ」、「これは良い」みたいな感じで動くけど、ちょっと危なかったんですね。

統合失調症の患者さんに規則のなかでやんなきゃいけないことをちょっとやろうとしたら、殴られそうに「キャー」みたいになって。

まだ1年目のHさんには、規則が何を意味するのか本当のところはわからなかったのであろう。そのため、統合失調症の患者にも境界性パーソナリティ障害患者と同じように病棟の規則を当てはめてしまい、殴られそうになったのだという。

境界性パーソナリティ障害患者の病理に対応した複雑なかかわりについての理解は、経験の浅いHさんには難しく、どうしても規則に頼った対応をしてしまう傾向にあったのだといえる。

（意味は）わからないけど、ただ行動はしやすかったんですね。良い、悪いとかがわかるから。それを覚えてしまえば、それで患者さんとかかわりを構成しちゃえばいいので。だからそれはわかりやすくて、その構成のなかでわからない部分とかが出たら、どうすればいいのかって聞けばすぐ答えがわかるみたいな。

しかしHさんは、経験を積むうちに、規則に縛られた看護の仕方を窮屈に感じるようになっていったのだという。

（行動レベルでは）わかりやすくてよかったんですけど。それはそれで、きつちりなっちゃうとまた、窮屈になっちゃうし自分が。

（インタビュアー：だんだん自分の考えが出てきちゃう？）

そうなんですよ。本当にこれでいいのかわかんないけど、でもこういう規則だからこうやったら暴力振るいそうになった。どうしたらいいんだ？みたいな。

（インタビュアー：そのときに自分なりに考える？）

そうなんですよ。自分のなかのルールみたいなものを病棟の中で使えるようになってきたから。言葉の意味とか。で、それができるようになってきたら、なんかやりやすくなって。

規則一辺倒で対応して統合失調症の患者に暴力を振るわれそうになるという危機的状況に遭遇したHさんは、いろいろな精神疾患の患者とかかわるなかで、

徐々に疾患による対応の違いや境界性パーソナリティ障害患者に規則で対応する意味が理解できるようになっていった。

今では、境界性パーソナリティ障害患者に対しても、患者が発した言葉の意味を考えて、心情を察し、病棟の治療規則のなかで、自分なりの方法を見つけ、応用できるようになったという。それは H さんの視点が経験を積むにつれて、規則に縛られた一方的なものから、患者を理解し、それぞれの個性に合わせた双方向的なかかわりへと視点が広がったことを意味するものといえよう。

3) 自分にもできることがあるんだ

H さんは、特に印象に残っているエピソードとして、自分が一番密にかかわった境界性パーソナリティ障害患者との間で嬉しかったという出来事について話してくれた。

患者は 20 歳で、16 歳から何度も入退院を繰り返していたという。入院するとすぐに退院請求を出してしまう患者であったため、看護師との治療関係も築けないままであった。病棟では、スタッフと関係を築けない患者にはプライマリーナースをつけて密にかかわりをもつ方針をとっているため、3 回目の入院の時には、退院する場所がなかったこともあり、グループホームでのひとり暮らしに向けて、H さんがプライマリーナースとして密にかかわっていったという。

一緒にグループホームまでの行き方を歩いてみたりとか、グループホームでの説明会を聞きに行ってみたりとか。そういう感じで密にいろいろ話し合っ

「ひとり暮らしするためにはこれが必要だけど、生活保護だから、この家具はお金が（足りない）」とか。「これは申請おりののかな？」とか。「これは先生許可出してくれるのかな？」とかいうのを 2 人で話しながらやっていったのは、楽しかったですね。一緒に一みたいな。

患者は気分のムラが激しく、話せる日と話せない日があったりしたが、H さんがプライマリーナースとしてかかわるようになってからは、少し甘えてくる印象があり、かわいらしいとも感じていた。

なんか嬉しいじゃないですか。そのときは、まだ 2 年目の最初とかそんなんで。なんかちょっと自分でもできることあるんだ、みたいなところで、良かったなって。

一番関係を築いた。築いたって言っても、なんかこうサラッとしたものだったと思うけど。なんかこう、（自分を）好んでくれる人がいるんだなっていう、お弟子さんみたいな感じなのかな？頼りになるお姉さんみたいな感じでいろいろ相談してくれて。

H さんは、まだ看護師として 2 年目の時に、いろいろと自分に相談し、姉のように慕ってくれた患者とのかかわりを嬉しく感じていた。これまで入院するとす

ぐに退院請求を出ししてしまい、治療関係が築けなかった患者と、プライマリナースとして信頼関係を築けたことは、Hさんの大きな自信となったのであろう。

私は楽しかったんですよ。自分の話をするよりは、人の話を聞いて突っ込むっていうか、「ああじゃない？こうじゃない？」って言って、「あ、そっかあ」って言うてくれるかかわりがすごい好きだから。それは心地よくって。

まあ大変だなんてところもきっとあったから、逃げたくって、プライマリーの面接とか。他の人に話してるのを寂しくもありつつ、ちょっとホッと荷が下りたような感じもあったのかなーって思うから。きっと大変だったんでしょね、週に1回1時間とか時間とって。

Hさんがまだ2年目で「いっぱい、いっぱいだった」時期に、新人看護師のプリセプターの役割が回ってきたのだという。Hさんはそのことについて、「結構きつかったですよ。受けとめきれなかったんですよ、結局。受けとめきれずにもう無理って逃げちゃったんです」と話してくれた。

プリセプターとして、新人看護師を育てる役割を途中で投げ出したのだという。そんな状況にあったHさんにとって、自分を姉のように慕い、受け入れてくれた境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは心地の良いものであったのだろう。

Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者に反応されることへの恐怖を抱えながらも、懸命に治療関係を築いてきた。そして、最終的に患者が円満退院できたことに一役を担えた自分を認めて、「よくやったなっていう感じです」と微笑んだ。

4) 人との距離感を上手くはかれるようになった

Hさんは、自分自身がもともとコミュニケーションを苦手としていたことがあり、それをなんとかしたいと考えて、精神科で看護師として働くことを選択した。看護大学に入学して学びを深めてからは、コミュニケーションをさらに勉強したいとの思いが膨らんでいったという。そんなHさんにとって精神科で働くこと自体が学びの場となってきたのだろう。

やっぱり人間関係を学ぶっていったら、ここの病棟がちょうどよかったのかなっていうのは感じていて、けっこう距離感が下手じゃないですか？患者さんみんな。私も下手なんですよ。………すごい構えちゃうんですよ。だから、怖くなっちゃうんです。「何話せばいいんだ？」みたいなことになるから……その距離感が。

でも誘われたら、「断っていいのかな？」、「断っちゃあダメなのかな？」、「どうしよう？」みたいな。1回は断ってみるけど、もう1回言われたら断れないみたいな。そういうところで、すごい結構、戸惑っちゃう。でも、行くと何話していいかわかんないから話せない。でも疲れてくる。疲れてくるとムツとなってくる。ムツとなってくると、もう嫌だ。もう出て、ここから去りたくなるみたいな。

ボーダーみたいなことやってるんです。……一緒に居たいけど、でも何をし

ていいかわかんないし、ひとりでは居られないしみたいなのをずーっと繰り返して。

Hさんは、自分は境界性パーソナリティ障害患者と同じように人との距離感をはかるのが下手なのだという。たとえば、友人から誘いがあっても、雑談が苦手なHさんは何を話したらいいのかわからないために、まず断るという選択をしている。しかし、本当は人との距離を縮めたいという思いもあり、次の誘いは受けてみるが、結局は適切な距離をはかれずに疲弊してしまうのだという。

Hさんは、境界性パーソナリティ障害の病理である見捨てられ不安による対人関係の敏感さを、自分のなかにも感じて、前述のように表現したのであろう。

結構、ミスを犯してるんです。人間関係で、職場でも。そのミスを犯しながら距離感をつかむようにしてきて。

今の距離感が私のなかでは、今までの人生の中で一番上手く人との距離をとれてるなっていう気持ちがあつて。そういうところもあつて、この距離感が私は居心地がいいんだとか。こういう距離感で保てば、私は人とかかわっていけるんだとか。そういうのが、自分の生きていくうえでは、とても役に立っていましたね。

まさか仕事を私は5年間同じ職場で居られるレベルではないと思っていたので。すごい心配してたんですけど、就職当時は。でもその距離感はずいぶん修正されていって、上手く修まったから。

Hさんは、人間関係で失敗を繰り返しながらも、人との距離感をつかめるよう努力してきた。そして、これまでの人生のなかで一番上手く人との距離感をとることができているとの思いに至っている。

Hさんが境界性パーソナリティ障害患者に恐怖感を抱きながらも、かかわりを前向きに続けてこられたのは、患者を5年間見てきたなかで得られた実感が大きく影響しているのであろう。そのことについてHさんは、「(患者は) 年を重ねたり、機会を重ねて、良くなるんだなって。いろんなことしつつも、がんばって生きてるところがなんか・・・すごいなって。すごい小さいことをくよくよ悩んでも、ウェーンて泣いてたりしても、悩んでるから泣けるし、がんばってるんだらうなって」と表現した。

これまでHさんが幾度となく、境界性パーソナリティ障害患者の姿に自分自身を重ねてきたであろうことが次の言葉からも窺い知ることができる。

それはもう患者さんをみでの距離感と、なんかこう患者さんに言う言葉と自分に返ってくる言葉を・・・こう言いながら、「あっこれ私のことだ」ってこととかあるから。

そこらへんが自分としての生き方に役に立ったなっていうところはありますね。仕事を始めてからかな？社会人になってからかな？・・・なんかちょっとは

人間関係が上手くやれるようになった。だから楽になりましたよ。生きていく分には。楽になりました。

Hさんが、境界性パーソナリティ障害患者に看護師として伝えている言葉は、そのまま自分への言葉としてあてはまることがあったのだという。距離感をはかることについても、境界性パーソナリティ障害患者を看護するなかで、修正を何度も重ねて身につけてきたものである。

Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりをとおして、少しずつ自分自身の傷つきが癒され、人間関係を上手くこなす術を身につけたのであろう。それはHさんに、生きやすさをもたらすことにつながったのだといえよう。

5) Hさんの自己形成

Hさんは、もともと自分自身がコミュニケーションを苦手としていたことや、なぜ人は精神を病むのかということに興味があり、精神科で看護師として働く選択している。そんなHさんにとって、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、コミュニケーションを学ぶのに絶好の機会であったといえよう。

Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者に反応されるのではないかという恐怖感を抱えながらも、かかわりをもち続けるためにHさんなりの配慮を続けてきた。そして経験を積み重ねるにつれて、病棟の治療規則のなかでも、患者に合わせて自分なりのかかわりの方法を見出すに至っている。それを支えたのは、境界性パーソナリティ障害患者が健気にごんばれる姿であり、どんなに経過が大変であったとしても良くなるという実感である。

Hさんが、治療関係を築くのが難しかった患者とのエピソードを嬉しかったこととして意味づけたのは、そのなかで自分自身を認め、自信が得られるという経験につながったからであろう。

Hさんが看護師として境界性パーソナリティ障害患者に伝えてきた言葉は、そのまま自分への言葉としてあてはまり、対人関係上の大きな学びを得て、生きやすさがもたらされたのだといえよう。

9. Iさんの語りの解釈

「境界性パーソナリティ障害の人たちにはかなわない」

Iさんは30歳の女性である。看護大学を卒業した後、精神科の病院に就職して6年の経験がある。その経験の全ての期間を境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に勤めている。

高校卒業後に看護大学に入学したものの、基礎看護に関する技術や身体に関する学習内容に全く興味が持てずにいたが、精神科の歴史や患者の人権に関する講義内容に惹かれて精神科看護師として働きたいと考えるようになったという。

精神科看護師として5年の経験をした後、Iさんは精神科CNSを目指して大学院へ進学した。そして、看護大学大学院修士課程を修了してから再び精神科病院へ戻り、看護師として勤めている。そのことについてIさんは、「わたしなんかCNS⁵になりたいなんてとんでもないなって思って。今ちょっとあの一」と言い、言葉を濁した。

1) 自分のニーズじゃなくて患者が何で困っているのかを考える

境界性パーソナリティ障害患者さんとのかかわりで印象に残っているエピソードについてIさんに尋ねると、「なんか本当にポイント、ポイントでしかかかわってなくて、あんまりこう継続的についでいう記憶が全然なくて」、「本当に場面、場面でしか浮かばないんですけど」、「本当に患者さんの入院から退院まで（患者さんと）一緒にやったね、みたいな感じが全然なくて。本当に刹那、刹那でしかかかわっていないから」と話した。

インタビュアーが「すごく嫌な思いしたとか、感情が揺り動かされたりとかは？」の質問には、「なんてことないエピソードなんですけど」と応え、思い出しながらポツポツと語り始めた。

患者は、何度も入退院を繰り返していた20代半ばの境界性パーソナリティ障害患者で、つい最近入院してきたばかりであったという。

（入院してきた時）けっこう大きい騒ぎだったんですけど、だけど全然覚えてないんですよ。それで入院してきて・・・えーともう落ち着いて隔離も解除されていて。それで、今後どう進めていくかなーっていう感じのところ。

何があったかちょっと忘れちゃったんですけど？なんかその日は落ち着いてなくて・・・なんだったっけな？トラブルがあったっけな？（思い出すように）・・・ちょっと全然覚えてないですね。ついこの間なのに・・・。

Iさんは、本来ならば看護師は夜間に患者の話を聴くことはしないのだが、その時の患者の様子から判断して話を聴いたという。

⁵ Certified Nurse Specialist（専門看護師）の略称。日本看護協会専門看護師認定試験に合格し、より困難で複雑な健康問題を抱えた人、家族、地域等に対してより質の高い看護を提供するための知識や技術を備えた特定の専門看護分野において卓越した看護実践能力を有する看護師のことをいう。

患者は入院時からの不満についてある程度話し終えると、「まあそんなこと I さんに言ってもしょうがないんだけどね。ごめんね」と話した。I さんはひととおり話を聴いた後も、患者に「寝なくて大丈夫？つらくなっちゃうよ」とずっと声をかけ続けたという。しかし患者は、夜中の 3 時を過ぎても、他の境界性パーソナリティ障害の患者 2 人としゃべったり、それぞれで雑誌を読んだりしており眠る気配がなかった。

なんか、その日も落ち着いてなくて。あれっ？特に何もなかったのかな？

「今日は寝れない。寝れないから、もういいんだ」ってずっと言っていて。

こっちも、寝れない人がいると、なんかヤキモキする感じがあって。しかも・・・なんかこうその人も大丈夫って言いながら、ちょっとイライラした感じにも見えるから、ここでなんか 1 個、導火線に火がついちゃったら、ちょっと何事かが起こりそうだなっていう感じがあって。すごい私のなかで・・・自分でもびっくりするくらいドキドキしちゃって。

I さんは、眠れずに起きている患者のイライラを察知し、何かが起こりそうな予感のなかで自分でも驚くほどドキドキしていた。また、夜勤で一緒にラウンドしていた看護補助に患者 3 人が起きていることを注意して欲しいという要請があったこともプレッシャーになっていたという。

しかし I さんは、それまでも患者に声を掛け続けていたため、どうしたものか考えていたのだと語った。

でも、なんかこうやってヤキモキしてるのって、すごい夜は寝て欲しいっていう私のニーズなのかなーっと思って。

そうじゃなくて、本人たちが「寝れなかったら、明日つらいよ」とか、そういうところで返さないよ。

・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）・・・・・・・・・・・・・・・・

とりあえず仕分けをしなきゃと思って・・・「今、困ってるのは何だっけ？」みたいな。「寝てくんなくちゃって思ってる私？私？この気持ちは？・・・私だ」。「でも、患者さんが困ってるのは？・・・こういうことだ」。それはでも、もう 5 年過ぎてからかもしれないですけども。

（インタビュアー：仕分け？）

なんかこう・・・なんか・・・自分のニーズじゃなくて・・・その人が何で困ってるのかを考えなきゃみたいな。

I さんは、患者が寝ないで起きていることにヤキモキしているのは、「夜は寝て欲しい」という自分の看護師としてのニーズなのではないかと考え、その気持ちはひとまず置いておき、まずは「寝られないと明日つらいのは患者自身なのだ」ということを患者に伝えていた。そして、患者が何で困っているのかを意識的に考えてから行動するようにしていた。

すごいドキドキして、今日なんか暴れるかもしれないみたいなの？何かこう・・・
なんとなくこう・・・その日は、すごい胸騒ぎがあったんですよね。

なんか、すごく彼女のなかに燃えそうな何かがある感じがして・・・なんか
こうちょっと・・・独特な気がするんですよね。

すごい統合失調症の人に怒られても、それぐらいの関係とかができてる人だっ
たら、あんまりそこまでドキドキしない気がして・・・すごい私ボーダーやっぱ
苦手だわと思っちゃった。すごい嫌だ、嫌だって。何かが起こるかもしれないっ
ていうドキドキが・・・ずっと・・・。

Iさんは、患者に爆発するような危うさを感じて、胸騒ぎが治まることはなか
った。それは、Iさんとその境界性パーソナリティ障害患者との信頼関係がたと
え築けていたとしても、決して拭うことはできない感情なのであろう。

患者は、結局、Iさんが休憩に入る午前4時頃には眠っており、その日は何事
も起こることはなかったという。

だから何にも起こらなかったし、患者も「大丈夫だよ。(心配させて)ごめん
ね」みたいに言ってたから、そんなにドキドキする必要はなかったんですけど。

(インタビュアー：何がそんなに怖かったんだろう？)

何ですかねー？いやーでもそんなに・・・その一何ですかねー？・・・うーん・・・
何が怖かったんだろう？わかんないですけど・・・。

何事もなく夜勤を終えたIさんであったが、その時にはなぜ自分がそれほど怖
い思いをしたのかはわからなかったのだと語った。

しばらく話し終えた後に、Iさんは看護師となって5年目を過ぎたあたりから
境界性パーソナリティ障害の患者が夜起きているとイライラするようになったの
だと振り返った。

境界性パーソナリティ障害患者の入院治療においては、自殺企図や自傷に必ず
と言ってよいほど遭遇する。インタビュアーが「看護師をしているときの夜勤で
は、懐中電灯を持って何事も起こらないように祈るようにラウンドしていた」と
の言葉に押されて、Iさんは次のように静かに語り始めた。

あるんですよ・・・私。しかもボーダーの人で。ふたりとも亡くなって。たぶ
んそれもあるんですよ。ボーダーにこだわっちゃうっていうのは。

なんか・・・そのときに、その亡くなったのもひとりは夜勤で本当に朝方3時
とかで、もうひとりは日勤の本当に真昼間の1時半だったので。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

私のなかで、夜勤は今でもボーダーの人が「死にたい」って言ってたら、すご
い怖いし、なんかヤキモキしてる人がいたら、この人死ぬんじゃないかと思っ
ちゃうし、すごい過剰に反応しちゃうんですよね。

Iさんは、自分が最後に話をした境界性パーソナリティ障害患者がふたりとも亡くなってしまったという経験をしており、「ボーダーにこだわってしまうのかもしれない」と小さな声で語った。

ひとり目の境界性パーソナリティ障害患者が亡くなったのは、Iさんが2年目の看護師をしていた日勤の時間帯であった。患者は当時、自分と同じくらいの年齢でとても弱々しく、「もうつらいんです。何とかしてください」と、毎日何度もナースルームに訴えに来ていたという。その患者の担当になると、一日中後ろについて歩かれるので看護師は皆とてもイライラし、本当にうっとうしく感じていたのだと話してくれた。

そんなある日の午後、Iさんは患者の担当看護師がお昼休憩に行っていたため、自分が交代でその患者の対応をしていた。患者はその日も、「もう死にたくなっちゃったんです」とナースルームに頻繁に訴えに来ていたという。

「いや、もうちょっとだから、交代が1時半なので1時半に担当さんが来るから、もうちょっと待ってて。1時半に来たときは言っておくから」って言っている。

でもなんか、その時に私のなかでなんか、あしらっちゃった感があって、「またいつものだよ」って思っちゃった感じがちょっとあって。まあ、それはね、たぶん、後々亡くなっちゃったからそう思ったのかもしれないですけど……。

それで、その後に担当さんが行ったら……なんかこう……青い顔で倒れてたっていう状況で……。

患者は、担当看護師が休憩から戻って病室に訪れた時には、すでに青い顔で倒れて亡くなっていた。Iさんはこの時、何が起きているのかさっぱりわからなかったという。

Iさんは、「またいつものだよ」と患者をあしらってしまった感じがあり、自分を許せず責めていた。

最後に話したのが私だから……「私だ……私のせいだ」って思って……。すごくそれは残っていますね。……今でもそれは全然処理し切れてないです。

もうひとりの境界性パーソナリティ障害患者が亡くなったのは、Iさんが5年目で、1年目の看護師と夜勤をしていた時であった。患者はずっと「死にたい」と話していたが、入院してそれほど日が経っていないため、看護師との関係はまだほとんど築けていなかったという。

「死にたい」と聞いたIさんは、再び2年目の看護師であった時に亡くなった境界性パーソナリティ障害患者が思い出され、怖れを抱いていた。

その時も最後にしゃべったのが私なんですよね。なんだっけな？（頭を抱えてひとつひとつ思い出すように）そのときは……（患者が）「浮かんじゃうんです

よね。(死ぬ)方法とかが浮かんじやう」って。

怖いなと思って・・・30分ラウンドしてたんですけど・・・それでも・・・しかも、その時は廊下で(縊首を)やってて。

廊下でやったのを見逃しちゃったっていう自分が・・・また・・・「私、何やってんだらうなー」みたいなの。

・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

本当になんか・・・あつふたり・・・ふたりだな・・・みたいな・・・なんか・・・そうなんですよね。ふたり・・・死なせちゃったなーっていうか・・・うーん(涙声で)・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・

(長い沈黙の後)・・・だから、そういうのもあって、「私は人より足りないんじゃないか」っていうのがずっとある気がするんですよねー。なんか・・・「私のかかわりがなんか足りないんじゃないか」っていうのがずっと・・・「私はなんか薄くしかかかわってないんじゃないか」とか・・・っていうのもずっと・・・うーん(頭を抱えて涙声で)。

Iさんには強烈な怖れとともに、2年目の時と同じように「患者を死なせてはならない」という使命感や焦燥感が生じていたのであろう。しかし、Iさんが5年目の看護師の時に亡くなってしまった患者も最後に話をしたのはIさんであった。それ以来、Iさんは、自分のかかわりが表面的であるために患者の死を抑止できなかったのだと自分を責め、無力感を抱いてきたのであろう。

怖さみたいのはボーダーが一番感じます。すごいドキドキします。

(インタビュアー：それは最初のドキドキするっていうことにつながる?)

そう言われてみればそうですね。本当ですね。全然気づかなかったけど。

(インタビュアー：だから動悸が?)

そうですね。なんか思い出しちゃうんでしょうね・・・きっと。

Iさんが、境界性パーソナリティ障害患者が夜勤帯で眠れずに起きていると怖れを感じて動悸がするのは、ふたりの境界性パーソナリティ障害患者と最後に言葉を交わしたのに命を救えなかった、すなわち、自分の行動が無益であったことから生じる外傷的反応によるものではないだろうか。そのため、Iさんには強烈な感情の自覚があるが、出来事の記憶はほとんどなく、「全然覚えていない」と繰り返したのであろう。

Iさんは、「自分のニーズじゃなくて患者が何で困っているのかを考える」ことで看護師として働き続けてきたのだといえよう。

2) 境界性パーソナリティ障害患者には人間的な魅力を感じる

境界性パーソナリティ障害患者の2度の自殺を経験したIさんは、「私は人として何か足りないんじゃないか」という思いを強めてきた。しかし、最近ではそのことを前向きに捉えるようにしているという。

Iさんがそのように考えるきっかけとなったのが、看護師として5年目の時に1年間継続して参加していたDBT⁶（Dialectical Behavior Therapy、以下DBT）であるという。

DBTは、マインドフルネス⁷の達成や対人関係の技能取得を目指す治療であり、そこでは境界性パーソナリティ障害患者に教育的訓練が実施されていた。

あるとき、ひとりの境界性パーソナリティ障害患者が、「私はこれだけつらい思いをしたから。ここで気持ちの整理をつけて楽になるのがわかったから、今後は他の人の役に立てればいいな」というような発言をしていたという。それはごく普通のことであったのかもしれないが、患者の言葉はIさんの心に染み入るように伝わった。

人として、人の役に立ちたいっていう気持ちが、あの人たちって、なんかこう・・・すごく自分自身が人を求めているからこそ、すごい人の役に立ちたいって。ちょっと落ち着いたときにそういうのがすごく出るような気がして。

本当にずっと落ち着かなくて、何年も入院していて、本当に暴れ倒すみたいなボーダーの人が、新しい入院の人が来たときに、私たちよりもすごく詳しくオリエンテーションしてくれるっていう人がいたりして。本当にこの人たちにはかなわないなって。そういうなんか人の役に立ちたいみたいなのところ。

私は、それを仕事にしているはずなんだけれども、本当の本当の最後の最後のところでは、この人たちにはかなわないと思って・・・。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・
なんかこうすごく人間的に魅力がある気がしちゃうんですね。

Iさんは、境界性パーソナリティ障害患者は、自分自身が人を求めているからこそ、人の役に立ちたいという思いが強いのではないかと語った。

入院期間が長く、激しい症状があった境界性パーソナリティ障害患者が、新しく入院してきた同じ障害の患者に自らの経験を伝え、役に立ちたいと頑張っている姿を見ると、「本当にこの人たちにはかなわないな」と感じるという。自分は、それを仕事にしているはずなのだが、最終的には境界性パーソナリティ障害の人たちにはかなわないと感じ、人間的にとっても魅力を感じるのだと語った。

たぶん憧れがすごいあるんだと思う。私はあーはなれなから。

なんか、それっぽいところも自分にもあるんだけど。芸術的なセンスとか、感情のすごいところとか、詩的な能力とか、絵がすごいとか、そういう表現力とかは、ああもう本当にはかなわないな一と思って。文章力とか、すごい気持ちを豊かにしゃべれるみたいなのところとかは、あーもうぜんぜんかなわない一と思って。なんか、人として私はあの人たちより劣ってるな一と思って。

⁶ Dialectical Behavior Therapy（弁証法的行動療法）の略称。Marsha M. Linehanによって体系化された心理療法であり、弁証法的哲学を前提とした認知行動療法。

⁷ 禅仏教などが目指す自分や物事を冷静にありのままに観る心境。

Iさんは、境界性パーソナリティ障害患者と自分を比べて、人として自分は劣るのだという。しかし、境界性パーソナリティ障害の人に憧れる一方で、苦手だとも感じると、両価的な思いを語った。

だからすごい・・・いいなーって。でも苦手・・・みたいなの。なんかうらやましいなーとか。芸術のセンスとか、もっと私にもあったら、なんか楽しそうなのみたいなの。

(インタビュアー：楽しそう?)

っらいんだろうけど。すごい魅力的な人生を送っているように見えちゃうんですよね。

Iさんは、境界性パーソナリティ障害であることはつらいが、それでも患者を見ていると魅力的な人生を送っているように感じられるという。

あーいう人には私はなれないなーと思って。だからこそ、それは自覚して気をつけなきゃみたいなの。なんか・・・もう・・・なんだろう？私は決してあんな良い人じゃあないから、それが・・・それは自覚しないとヤバいなーと思って。

(インタビュアー：良い人?)

良い人というか？本当・・・うん・・・なんか・・・仕事だったらなんか困っている人がいたときになんかできるかもしれないけど、その瞬発力みたいのがすごく足りない感じがする。一步踏みとどまって、一步踏みとどまって、ちょっと頭で考えてからじゃないと行動できないみたいなのところがある。

Iさんは、自分は決して境界性パーソナリティ障害者のように困っている人を助けてあげたいと、気持ちから入って体が反応して動くというタイプではなく、一步踏みとどまり、頭でよく考えてから行動するタイプなため、援助者としての瞬発力が不足しているのではないかと感じるという。

しかし看護師をしていくには、どちらのタイプにもメリットとデメリットがあるため、「そこはもう自覚してやるしかないなっていう。良さは生かしつつ、やるしかないなって。人として、なんか足りない気はしちゃうんですよね」と顔を上げて語った。

3) 表面的なところだけでなく、その人の真の姿を見られるようになった

Iさんは、「就職する前の自分と、今の自分は本当に全然違う人だと思う」と次のように話してくれた。

本当に世の中、怖くて怖くてしょうがないみたいなの。もう本当に鎧を着て生きてた感じだったのが・・・本当にここに来た時は怖くてしょうがなくて。

でも、なんかちょっとこうなんか・・・なんだろう？人？・・・なんか人ってすごく良いところがいっぱいあるんだなって。

ボーダーってすごい嫌がられてるし・・・なんだろうな？私も「もう嫌だなー」って、本当看たくないときもいっぱいあるけど・・・でもなんか、すごいふとした時に「この人すごいなー」って。さっきのその「かなわないなー」って思った時とか、なんか「この人、人としてすごいなー」って思うので。

なんだろうなー？他人？ちっちゃい良いところがすごい探せるようになったのは、なんかそういう自分はちょっと良いなーって思えるので。すごい自分が嫌いだったのが、まあ良いところもあるんじゃないって。まあちょっとましになってきたんじゃないぐらいの・・・なんか。そんな嫌だっって言われている人たちの・・・なんだろう？

Iさんは、自分はこれまで世の中が怖くて鎧を着て生きてきたように感じてきたという。しかし、境界性パーソナリティ障害とかかわりを続けることによって、患者の表面上にあらわれている問題ばかりではなく、人としての真の姿を捉えられるようになった今の自分を少し良いと思えるようになってきている。また、とても自分が嫌いだったというIさんだが、自身の成長を嬉しく感じている。

人としてっていうところを自分がキャッチできるっていうところもなんか、自分もなんか、こう・・・そういうのをキャッチできるようになったんだなって。本当に怖くて、怖くて、自分はこう、こうしとけば、人からそんなに悪く思われないかなっていうところだったのが、ちょっと人をそのまま見られるようになったかな？

さらっと表面的にしかとらえられないタイプで、まあ今もそうなんですけど、なんかそういう「すごいなー」って思ったときに、じわじわ何かがある感じ？

なんていうんですか？なんかこう・・・ちょっとなんかこう、何だろう？なんかその人の表面に出てるだけじゃない奥のものがちょっと見れる（理解できる）ようになったのかな？まだまだだなーと思うんですけど。そういうのは人として・・・すごい、さらっと表面だけ見て、「この人ダメよ」って思っていたときとは違うなって。

「あの人ダメよ」とか、「この人頭いいから絶対かなわない」みたいな。さらっと見ただけで、「もうダメだ私」みたいな。

こういう良いところがあって、でもこういう足りないところがあって、そういうじわじわっとこの辺に来る感じが（胸のあたりを押さえて）・・・なんかこう・・・なんですかね。その辺が。上手く言葉に表せないんですけど。

これまで人に対して警戒心を抱いてきたIさんであったが、今では自分と人とを比べることなく、その人本来の姿を見て、人を理解することができるようになったのであろう。そのことで、人の良さや温かみがIさんに伝わり、胸のあたりがじわじわと温かくなるのを感じられるようになったのだといえよう。

4) 生きづらい境界性パーソナリティ障害患者の役に立ちたい

Iさんは、人に対してこれまで「すごいな」と素直に感じることはあっても、知らず知らずに自分のニーズばかりに注目していたところがあったのかもしれないと振り返った。

もちろん、なんか「すごいなー」って思うことはあったと思うんですけども、ひとりで東京に出てきて、なんか周りの人が怖いっていうのは、なんかやっぱり自分のニーズをすごく、知らず知らずのうちにそこばかり注目してたところがあったのかなって。それは・・・うーん。なんか上手く言葉にできないですけど。そうですね・・・。うーん。

Iさんは大学卒業後、地方からひとりで上京し周囲の人に警戒心を抱いてきたという。精神科看護師として勤めてからも、精神科患者の自傷や自殺に何度も遭遇して、傷つき、苦しんできた。しかし、境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、患者の生きづらさや人としての魅力にも気がつけるようになっていった。

こんな良い人がいるんだー。基本落ち着いたら良い人が多いなーみたいな。良い人だからこそ生きづらいんだーって。なんか、ちょっとそういう人の役に立ちたいなーって思えるようになったかな。

これまで自分自身の感情に縛られてきたIさんであったが、今では心から境界性パーソナリティ障害患者の役に立ちたいと思えるようになったという。そのことはIさんが鎧を脱いで解き放たれたことをあらわしているともいえよう。

Iさんは、境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、自分自身の生きづらさにも直面してきたという。それはIさんが語ったように、人から認められていない感覚でもあった。しかしそんなIさんに、境界性パーソナリティ障害患者はストレートに愛情を表現し、大きな力を与えてくれる存在となっている。

(インタビュアー：Iさん自身が生きづらかったりとかしてたんだろうか?)

生きづらかったのがわかったんだと思います。なんか、人から認められてない感じとかもあつたらうし。でもなんか、ここの患者さんわかりやすく、「Iナース大好き」みたいに、おべっかだけと言ってくれるじゃないですか？本当かなって思うけど、それがなかった修士の2年間で、結構つらくて。

帰ってきて、「しゃべりやすいから、早く担当になってください」とか言われると、「聴かなきゃあ」みたいな。おべっかなのかなーとは思いますが。なんか、すごい元気をもらっちゃうなーみたいな。私、騙されちゃうかもしれないけど、まあ騙されていいかみたいな。

Iさんは修士課程に進学するために病院を辞める時、境界性パーソナリティ障

害患者が亡くなった部屋に向かって、「ごめんね。本当にごめんね」と祈ったという。この時は、まだそこに患者の魂がいるように感じられた。そのため患者が亡くなった同じ病棟に戻り、自分がその魂を家に連れて帰らなければならないと考えて戻ってきたという。しかし、今、その部屋をラウンドしていてもドキドキしないし、今はもうそこにはいない感じがしているのだと話してくれた。

インタビュアーの「ここで、もう少しやっていかれるの？」という質問に対し、Iさんは、「そうですね。もうちょっとやりたいなと思ってます。もうちょっと整理できると思う。そうだと嬉しいんですけど。今、ちょっと楽しくなりかけてます」と微笑んだ。

5) Iさんの自己形成

ふたりの境界性パーソナリティ障害患者の自殺に自責感を抱き、生きづらく窮屈に感じられた世界は、少し安心できる温かなものへと変化したのではないだろうか。

深く傷ついたIさんに転機をもたらしたのは、回復途上にある境界性パーソナリティ障害患者が自分のつらい経験を、今度は人のために役立てたいとの純真な思いであった。Iさんは、患者と看護師の枠を超えた、いわば、同じ人間として境界性パーソナリティ障害患者には「かなわない」と真に心が震えるような経験をした。そのことが、自分もまた生きづらい境界性パーソナリティ障害患者の役に立ちたいと思えるようになっていった所以であろう。

また、これまでは「騙されないように」、「傷つかないように」と、世の中に対して怯えながら生きてきたIさんであったが、境界性パーソナリティ障害とかわり続けることによって、患者の表面上にあらわれている問題ばかりではなく、人としての真の姿を捉え、理解できるようになっていった。とても自分が嫌いだったというIさんだが、今では自身の成長を嬉しく感じている。

Iさんの心を凍てつかせたのも、温かくしたのもまた、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりによるものであるといえよう。

10. Jさんの語りの解釈

「患者には看護師としてちゃんと接しなければならない」

Jさんは、40歳の女性である。精神科の看護師として16年の経験があり、そのうちの9年間は管理職である。男子急性期の病棟に3年、境界性パーソナリティ障害患者と摂食障害患者中心の女子閉鎖病棟に6年、慢性期の統合失調症患者が主に入院している女子閉鎖病棟に4年半、男女混合亜急性期閉鎖病棟に1年、男女混合回復期閉鎖病棟に2年間勤めている。

高校卒業後に身体科に勤めながら准看護学校へ通学したJさんは、患者の状態が自身のコミュニケーションによって変化することを面白いと感じて、精神科病院付属の進学コースのある看護学校へ進学した。准看護師として精神科病院に勤めながら看護師の資格を取得した後も、そのまま精神科病院で働き続けている。

そのことについてJさんは、「患者さんがやっぱり、看護によって状態が変わっていったり、よくなって行って退院するのを見るのはすごくうれしいですね」と語った。

1) 境界性パーソナリティ障害患者とかかわるときには戦闘態勢で臨む

Jさんが看護師となって4年目の頃、過量服薬により入院してきた境界性パーソナリティ障害患者が、初対面であるにもかかわらず、とてもフレンドリーな感じで近づいてきた。しかし、患者は翌日には一転して人が変わったようにJさんを攻撃してきたという。

この時のことをJさんは、「自分の対応のせいで患者さんがそうなったのかもしれないですけど、それ以降は過去にも分裂させるとか、そういうひどい患者さんはいなかった」と、一番印象に残っているエピソードとして語ってくれた。

次の日の夜に、「胃が痛い」とか言って訴えてきたんですけど、私は夜勤だったんです。OD⁸なので、薬とかあげないで「様子を見るように」って説明したんですけど、それをすごくこう憤慨したというか。

前の日に、すごく感じよく話しかけてきたりとかしてて、そこで私が何もできないという対応をしたので、それですごくこう、「何もしてくれない看護師」っていうのを、患者さんとかすごくいろんな人に言って。

ナースルームの窓口に他の患者さんが来た時にも、「その看護師に言っても、何もしてくれないよ」とか。すごくこう・・・なんていうんですかね。そういうふうにすごく攻撃されてつらいな一っていう体験をしましたね。

Jさんは、境界性パーソナリティ障害患者と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に移動してくるまで、急性期の男子閉鎖病棟に勤めており、この時が境界性パーソナリティ障害の女性患者とのかかわりは初めてであったという。

⁸ Over Dose（過量服薬）の略称。向精神薬、つまり医薬品や薬物を、生体の恒常性がそこなわれる用量になるほど摂取すること、それによって起こる状態、症状、または概念をいう。

そのため、境界性パーソナリティ障害患者が他者との距離を図れずに近づいてきたとしても、その場の雰囲気呑まれてしまい患者とかかわってしまったのであろう。

過量服薬で入院した翌日に「胃が痛い」と訴えてきた患者に対して、決して間違った対応をしていないと確信していた Jさんは、「その看護師に言っても、何もしてくれないよ」と皆に言いふらされ、深く傷ついていた。

しかし、そんな Jさんを、「大変だね。あまり気にしちゃダメだよ」と励まし、救ってくれたもの別の境界性パーソナリティ障害患者であったという。

最初はたぶん、すごくフレンドリーな感じで距離がとれてなかったのかなって言うのはあります。その時の最初の対応が良くなかったのかなって。

だから、次にすごく見捨てられ感があって、すごく攻撃してきたのかなって言うのがありますし、本当にすごく胃が痛くて何とかして欲しいっていう気持ちもあったのかもしれないんですけども。まあオーバードーズっていうのもあるんで、やっぱりちょっとそういうところでは、患者さんにちょっと説明が足りなかったのかなーとか。そういうことを考えましたね。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・・・
すごくこう・・・つらい思いもしたけど、他のボーダーの患者さんに救われたっていうのもあったりしました。

Jさんは、自らが最初に患者に会ったときの対応で躓いてしまったために、境界性パーソナリティ障害に特有の見捨てられ感を余計に抱かせ、攻撃させてしまったのではないかと考えていた。また、患者は過量服薬による入院であったため、「薬による影響が考えられるので、今はちょっと我慢して薬を飲まずに様子を見るように」と丁寧に説明する必要があったと振り返った。

ちゃんと話を聴かなきゃなっていうのはあります。やっぱり、病気で症状を診たり、ボーダーの患者さんだからっていうような見方っていうよりは、ちゃんと症状とかそういうのを診ていかなきゃなーとか、話を聴いて行かなきゃなーっていうのはありますけれども。

看護師としてちゃんとかう、あんまりフレンドリーに接してこられても、こちらはちゃんと距離とかは、看護師として接さなきゃなーっていう心構えはできましたね。

同じ病棟の看護師から「ボーダーの患者さんだから気にしないでいいよ」と言われたものの、患者に激しく攻撃され傷ついた Jさんは、境界性パーソナリティ障害という病名から症状を捉えて決めつけるのではなく、患者の訴えをちゃんと聴いて、症状を判断しなければならないと再確認している。また、たとえ患者が友達のように接してきたとしても、自分は看護師としての立場をきちんと守り、患者とは一定の距離感を保って接しなければならないという心構えもできたとい

う。

あまり多くを語らないJさんだが、このときの出来事はそれほどJさんにとって油断ならないものとして認識されたのだといえよう。

気持ちはでも、なんていうか、構える。ボーダーの患者さんには構えるかな？
(インタビュアー：構えるとは？)

■(境界性パーソナリティ障害患者と摂食障害患者中心の女子閉鎖の)病棟から慢性期の●(統合失調症の患者が主に入院している女子閉鎖の)病棟に移動したときには、すごく慢性疾患の患者さんなので心が和むんですよ。

本当に、独語を言う人が歩いてくるとか。本当に、昔ながらの精神分裂病みたいな感じの患者さんで、一人で会話してたりとかして。そういう感じだとすごく安心したんですよ。あんまり構えなくてもいいなっていうのがあって。

■(境界性パーソナリティ障害患者と摂食障害患者中心の女子閉鎖の)病棟にいるときは、ナースステーションから出るときにはすごく戦闘態勢っていうか。

Jさんは、境界性パーソナリティ障害患者に対しては、やはり気持ちのうえで構えてしまうのだと語った。慢性期病棟に入院している昔ながらの統合失調症患者には心が和んで安心できるが、境界性パーソナリティ障害患者の入院している病棟では、ナースステーションから出るときには、戦闘態勢で臨むという。

Jさんは、今から10年くらい前には、もっと激しい衝動性や攻撃性の高い境界性パーソナリティ障害の患者が多く入院していたと語り、当時の状況について次のように話してくれた。

昔はすごく本当にひどかった。(境界性パーソナリティ障害患者数人が)部屋の奥で(境界性パーソナリティ障害)患者さんをリンチして袋叩きにしてたりとか。

過去に看護師も夜中にカギを奪われて、羽交い絞めにされてっていうことがあったりとか、なんか、ちょっと刺されちゃったとか。刺されたって言ったかな？なんだっけ？噛まれた？噛まれるのは普通か？ぶっ飛ばされたり、叩かれたりとか。そういうのはあります。怖い、恐怖っていうより、何かあるんじゃないかっていう。

Jさんは決して境界性パーソナリティ障害患者を嫌いであるとか、怖いという理由からではないが、何があるのかわからないため毅然とした態度でかかわらなければならないのだと語った。

境界性パーソナリティ障害患者に激しく攻撃され、つらい経験をしてから間もなくして管理者となったJさんには、管理者としての役割を果たさなければならないという責任感があるのであろう。多くの境界性パーソナリティ障害患者が示した衝動性や攻撃性のある行動は、今でもJさんに緊張感をもたらしているのだといえよう。

2) 境界性パーソナリティ障害患者には好かれたくも嫌われたくもない

Jさんは、普段から自分はアメとムチというスタイルで境界性パーソナリティ障害患者にかかわっているため、なかにはとても慕ってくる患者がいて困るといふ。

私、なんていうんですかね？叱るときは叱って、すごく褒めるときは褒めるみたいな？アメとムチみたいな感じなんですよ。だから、すごく患者さんには、「もう怖い」とかいろいろ言われても、「すごく優しいね」って言われたり。

すごくこう・・・そういう対応をしちゃいがちなんですよ。なので、結構まあ慕ってくる人もいたりして、寄って来られるんですけど、それがすごく困るんですよね。

Jさんは、境界性パーソナリティ障害患者に好かれても嫌われても、距離がとれなくなって困るため、その中間を目指して、ある程度は患者との距離を保ちたいと考えているという。それはJさんが、境界性パーソナリティ障害患者を褒めたり、叱ったりして、真剣に向き合っているからなのであろう。

距離がとれなくなる。そういうなんか、距離を保ちたいっていうのはすごくあって、あんまり好かれたくもないし、嫌われたくもなくていうのでいこうって思ってるんですよ。中間で、あんまり名前もあがらず。

よく看護師の中で、「すごくあのナースはかわいいな」とか、患者さんに話題が出たり、「あのナースは！（悪口を言われる感じ）」みたいな。そういう話題の上がないナースを目指そうと思って。

Jさんはそのように考えた理由を、「あんまり好かれると、きつく注意できなかつたり、ちゃんとした対応ができなかつたりするので」と話してくれた。

本来、人に合わせてしまう傾向があるというJさんは、境界性パーソナリティ障害患者との距離をきちんととることで、管理者としての立場で自らが患者や病棟の看護師を方向づけなければならないことを誠実に遂行できるようにしているのだといえよう。

3) Jさんの自己形成

Jさんの精神科での経験は准看護師として働いた4年間を合わせると20年になる。急性期から慢性期、そして回復期まで、さまざまな病棟を移動してきたJさんにとって、境界性パーソナリティ障害患者は、精神科看護師としての基本姿勢を学ばせてくれた存在なのであろう。

Jさんが境界性パーソナリティ障害患者との距離をあえて保っているのは、病棟看護師が、患者自身が自らの力で主体的な治癒のプロセスをたどれるようケアするのを陰で見守る存在として支えていきたいからなのであろう。それは、管理者としてのJさんの基本姿勢といえよう。

11. Kさんの語りの解釈

「自分自身の感情を手がかりにする」

Kさんは35歳の女性である。看護学校卒業後すぐに精神科で働きたいと希望していたが、担任の先生に「新人のうちから精神科へ行くのは早いんじゃないの？」と言われ、大学病院の脳神経外科病棟に2年間勤めた。しかし、やはり精神科で働きたいという思いが強くなり、他の大学病院の精神科へ転職した。そこで3年間勤めた後、大学に編入し、続けて精神看護学を専攻して大学院への進学を果たしている。その間、精神科でアルバイトをしていた期間も含めると、精神科看護師としては12年の経験となる。その経験の全ての期間を急性期の閉鎖病棟に勤めている。

修士課程を修了してからも精神科看護師として病院で働き続けているKさんは、「患者さんに興味があるんですよね。面白いなーと感じるのが続いているんだと思う」と語った。

1) 白黒はつきりつけるためじゃなく、患者のことをわかりたいから話を聴く

大学病院の脳外科から精神科に移ってきたばかりのKさんは、精神科の患者が示す多彩な症状を見て、最初の頃は未知の世界のように感じられて楽しかったという。しかし、看護師としては実際にどのようにかかわったらいいのか全くわからずにいた。

特に、統合失調症患者の幻覚妄想は、明らかに言っている内容に現実味がないため、病気による症状だと理解できても、境界性パーソナリティ障害患者が自傷することについては、自らの意志で行っているように感じられ、病気であるとはとても思えなかったのだと葛藤してきた様子を次のように語った。

傷の消毒はできるけれども、どんな声掛けをしたらいいかとかわかんなくて、主治医の先生に、「私はわかんないし、悪いけど（境界性パーソナリティ障害患者は）病気だとは思わない」って。なんかこう、自分の意志でやっちゃうんじゃないかと思ったんですよ。

統合失調症の人とかは、たぶん病気がそうさせているんだなっていうのは、まざまざとわかったんですよ。かかわってみてって言うか？理解できないことを言ってくるじゃないですか？幻覚妄想の世界だから。（現実と）つながってないから。

だけど、ボーダーの人とかっていうのは、自傷とかしないときは普通にかかわれることもあるじゃないですか？だから、本当に思ってなかったですね。「かかわりがわかんないし、病気だと思わないんだけど、どうしたらいいんですか？」って。

Kさんは、何度も自傷行為を繰り返していた境界性パーソナリティ障害患者は幼い頃から父親に身体的虐待を受けて育ち、他にも性的な暴行を受けたエピソード

ドがあるのだと主治医から説明されたという。

それが病気の背景だっということを知り、主治医が教えてくれたんです。けれど、本当にその人が言っていることが本当かわかんないじゃないですか？こっちは変な話。

(インタビュアー：患者さんの話している内容が？)

そうです。そうです。そうです。それで、いいように話を、嫌な言い方ですけど、話をすることもできるじゃないですか？自分のいいように。

そういうふうなエピソードがあって、こういうふうな精神症状があるんだよって言われて。でも、私は申し訳ないけど正直信じられない部分があって。本当に虐待されたのかっていうのは、わかんないじゃないですか？

Kさんは自分が脳外科で働いていた時には、教科書を見て、患者からどのような症状がいつからあったのかを聞けば、病気の原因や発症までの経過が明らかにわかったという。

しかし、精神科では何ひとつ客観的なデータはないのに、患者の話す内容をそのまま信じて治療の手立てとしていくことにとても驚いたという。Kさんは、精神科の患者は病気の体験のなかで話をしているのではないかという疑問が拭えず、どうしても100%信じることができなかつたのだと語った。

ここの科はそういうことを信じるんだなーと思ったんですよ。その一病的体験の中で話していることもあるじゃないですか？100%信じられるかって言ったら、なんかやっぱりちょっと、100%信じられないところもあるのかなって。

どこを信じて、どこが病気かっていうのって、わかんない境が。今まで白黒つけてた人だからわかんなくなっちゃって。私がわかんなくなっちゃったんですよ。

働き始めたけど本当に精神科でやっていけるかわかんなくて自分が・・・自分もこう揺れてるんですよ、たぶん、今思うと精神科に移ってきた時って。今まで白黒はっきりしてきたのがないじゃないですか？それで、なんか・・・不安になったんですよ、私・・・すごく。

Kさんは、自分がこれまで脳外科病棟で培ってきた看護の経験では、何を目標として精神科の患者にかかわっていけばいいのかわからなくなつたのであろう。自分が精神科の看護師として働いていけるのか不安になつたKさんは、医師にその答えを求めたという。

先生に聞いたらやっぱり、「精神科は白と黒がないから、もし白黒を求めるんだったら、たぶんやっていけない」っていうことをきっぱり言われたんですよ。ないじゃないですか？精神科って。わかんないから。教科書見てもわかんないじゃないですか？

あっそうなんだって。だからもともと白黒はっきりしない科だと思って、ケア

していけばいいんだと思ったんです。そうしたら楽になったわけじゃないけど、かかわりが違ってきたと思うんです。患者さんの見方とか。

(インタビュアー：どんなふうに?)

だから白黒はっきりしたいから、どうやって看護したらいいかわからないみたいな感じだったと思うんですよね。

だけど、なんだろう?どっちかっていうと、白黒はっきりつけるために聞くんじゃなくて、患者さんのことをわかりたいから話を聴くっていうふうになったんだと思うんですよ、スタンスが。

医師に精神科は白黒はっきりつけられない科であると告げられた Kさんは、患者の言っている内容を「本当かどうか」、「何が正しいのか」ということではなく、とにかくそのまま信じることにしたという。

半信半疑じゃないけれども、信じようかなーとは思ってたと思います、前に比べたら。「そうなんだ。この人は本当にそういうこと言ってるんだなー」っていうのは思ってきたんだと思うんですけど。

Kさんは、これまでのように正解を導き出して、それを看護に結びつけるのではなく、患者から伝えられる内容を、とにかくありのまま受けとめていった。

患者さんと話すなかで、そこって触れていいときと、触れちゃいけないときがあるんだなっていうのが感覚的になんかわかってきたんだと思うんですよね。感覚っていうか?

今、聴いていいとき?言っているとき?「違う対処方法でやった方がいいんじゃないの?」っていうような声かけがいいときと、なんていうんですか?何にも声をかけなくて、本当に傷だけ処置するだけがいいときと。なんか患者さんと全然違う話をしたりとか?

あとは、何回も自傷行為やってると、どういうタイミングでやるのか、つかめたと思うんですよね。タイミングっていうか?こういうきっかけがあるときにやるのかなっていう。

お母さんとかお父さんとか面会があった後にやるのかなとか?そういうのがだんだんだんだん自分でわかってきたら、たぶんなんかこう、その状況に応じたかかわりっていうのができたのかな?できたか、できないかはわかんないけど、工夫してできるようにはなったんだと思うんですよ、今思うと。

患者理解を深めるために話を聴くというスタンスをとり、患者の状況に合わせたかかわりを徐々につかめるようになった Kさんは、境界性パーソナリティ障害は病気であるのだと初めて受け入れることができたという。

医師から疾患やその背景に関する説明を受けて、生育歴や生活背景を含めた現病歴に関する情報を集めることがいかに大切であるかを実感した Kさんは、今度

はそれを医療や看護につなげていこうと考え、行動していった。

2) 当たって砕けた方がいい

Kさんは、自宅の窓ガラスを割り、近隣の住民による通報で措置入院となった境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりで、とてもイライラしたという出来事をつい最近のエピソードとして語ってくれた。

患者は 38 歳の女性で、過量服薬とリストカットを繰り返し、それまでに何度も入退院を繰り返していたという。Kさんは、患者が入院してきた途端に看護師に対して従順でいい子を演じているように感じていた。

裏があるだろうみたいな感じがして、それはなんか上手く説明できない。感覚ですよ。それで、私のなかである日すごい陰性感情が湧いてきたんですよ。なんかイライラしてきたんです。いろんな人に同じこと相談するんですよ。それで泣いたりして。もちろん看護師も人を代えて、他の患者さんにも同じようなことで相談してるんですよ。それで泣いてって。

別に私は看護師を代えて話すとかはいいと思うんですけど、患者さんに迷惑かける？それ話したことで不穏っていうか？落ち着かなくなっちゃう患者さんがいるのもちょうど病棟の雰囲気になんかこう巻き込んでる感じがしたんですよ、患者さんを、なんか、話すことで。

でも、本人は巻き込んでないと思ってるんですよ。聴いてもらってるっていう感覚があって。周りも確かに聴いてあげてるんですよ。傍から見ると。

だけど、その後に聴いてあげた患者さんの方が具合悪くなってるんですよ。それを見てなんかイライラしてきちゃって。あとは、なんか私自身がイライラしてきたんですよ。すっごく。

患者は、「どうしたらいいんですか？」、「でも、私にはできないんです」と、人を代えて同じ内容の相談を繰り返していたという。

リストカットや暴力という行動にまでは及ばなくとも、同じ話を繰り返すことで他者を巻き込み、自分自身の問題に向き合おうとしていないように感じられたKさんは、それを本人にわかってもらおうとしたのであろう。

なんかこの人、私がガンって言ったら、爆発するだろうなーって思ったんですよ。今まで看護師さんは、私も含めてですけど、話を聴いてたんですよ。

ただ、それでもよくなるじゃないですよ。「そうだよ。つらいよねー」って、みんなが優しく対応してたんですよ。でも、これをしてたらいけないと思ったんです。直面化しなきゃみたいな。

他のスタッフと話し終わって、いつもつるんでる患者さんのところに真っ先に行っちゃべってたんですよ。自分でイライラしてるなーと思ったんですけど、もう言っちゃったんです、私。「なんでそこで話してるの！！」みたいなこと言ったんですよ。

そしたら、「話を聴いてもらってるだけ！！」と言われて。私もその時にイライラしてたから、強い口調になってたんですよね。自分でわかってたんですけど、でも、ちょっと私も強く言いすぎたかなみたいなところはあったんですよ。

(患者が)「なんでそんな強く言うの！！」って、思いっきりナース室の扉をバンって叩いたんですよ。で、あっやっとなって思っただけ。こういうことでしょ？今まであなたがやってきたことって、入院する前って。

Kさんは、患者がKさんの言葉に反応してナースルームのドアを強く叩きはしたが、それ以上の行動は起こさずに自分と向き合ってくれるだろうと感覚的に思っていたという。それは、Kさんがこれまで時間をつくって患者の話を丁寧に聴き、関係性を築いてきたからこそその直感的な判断なのであろう。

「それはやめて。他の患者さんが驚くから」って言って。そしたら急にその患者さんが「すいません」みたいな感じになって。そのときに「別に謝ることじゃないし、私も強く言ったから」って。「でも、こういうことを今までやってきたから措置入院とか、そういうふうになったんじゃないの？」って。

個室の面接室みたいなところに行って、振り返りみたいな。

・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

「自分でこうなることはわからなかったの？」、「そういう自分が爆発しそうなときってわからなかったの？」って。

「気づくときもあるけど、気づかないときもある」って(患者が)言って。

「じゃあ気づくときはどういうときなの？」、「気づかないときはどういうときなの？」っていうのを夜中の時間にやったんですよ、私。

彼女は泣いて「すいません。すいません」みたいなことを。あとは自分の今までのエピソードとか、なんかこう自分のなかで振り返りみたいなのをして、泣いて。

「でも、別に泣くことは悪いことじゃないし」って。ちょっと泣くのが落ち着くまで泣いてもらって、「じゃあ、もうそろそろ寝ようか」って、追加のお薬を飲んでその日は寝たんですよ、朝まで。

これまで夜間は、ほとんど起きていた患者が朝まで眠り、翌日には「なんかちょっと楽になりました」と言ってくれたという。

確かに、彼女にとってみれば病棟は安心できる場所かもしれないけど、でもそのわりには夜も寝ない。まあいろんな話す人がいたっていうのもあったとは思いますが、相談してる内容は人を代えても同じで、泣いてだけどすっきり感みたいのがない印象があって、なんか煮え切らない部分が彼女のなかであるんだろうなって思っただけ。

これだから変わらないのかなと思ったんですよ。たぶんそういう破壊的なことをしないとだめなんじゃないのかなーと思っただけ、逆に。不消化な感じで終わって

たのかなって。

別にそしたら私は正直、彼女は入院する意味がないんじゃないのかなと思ってたのもあると思うんですよね。入院中だから本当の、もうちょっとこう自分自身を出してもらいたかったなっていうのがあったんだと思うんですよね。

・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

まあ、当たって砕けた方がいいんじゃないのって、私たちもそうだし、患者さんも。

Kさんは、問題の核心に触れなければ患者は入院している意味がないと感じて、あえてぶつかることで、衝動性を引き出したのだといえよう。

次に思い出すように語ってくれたエピソードは、おそらくKさんが「当たって砕けた方がいい」と考えるようになった大きな理由なのであろう。

Kさんが精神科の看護師として働き出して2年目の時に、リストカットをして両親が医療保護で入院させた未成年の境界性パーソナリティ患者がいたという。その患者は、入院してからはリストカット等の問題はなく、退院の予定が立っていた。しかし、2回目ぐらいの外泊に出た時に、飛び降りてそのまま亡くなったのだと話してくれた。

ちゃんとそれはご両親の許可も得たし、本人の許可も得たし、医師もOKを出して・・・外泊したんだけれども・・・自殺しちゃう人がいるって。初めての経験だと思うんです。働いて。

(インタビュアー：どんなことを思ったっていうか?)

やっぱりなんかできることはなかったのかなっていうのを思いましたよね。

(インタビュアー：外泊される時に、かかわったんですか?)

かかわってなかったんですよ。外泊に出したのは私じゃないんですけど、でも、それまでになんかこう、話しとかしてたんですけど、話をしていても普通の世間話？いわゆる表面的っていう表現があってるかどうかわかんないですけど、そんな感じでずっと話してて・・・うん。

Kさんは、未だに何がきっかけで患者が飛び降りて亡くなったのかはわからないと語った。その出来事が起こって10年以上が経過した現在でも、表面的なかわりをしては患者を決して理解することはできないという思いがKさんの行動に深く影響を及ぼしているのだといえよう。

(境界性パーソナリティ障害患者には)脅かされるんじゃないですかね。どっかに危機意識みたいなものはあるんじゃないですかね。死なれちゃう・・・本当になんかやるかもしれないみたいな？

Kさんは、「なんか自分のかかわりの差異はあれ、一言でも交わした人が、そういうなんか最後を辿るっていうのは残るんじゃないかなーって思いますよね」と

静かに語った。

Kさんが、表面的な言動に終始する境界性パーソナリティ障害患者に対して必要以上にイライラするのは、境界性パーソナリティ障害患者の病理によりイライラさせられるという性質もあるが、精神科看護師として患者の問題の核心に迫ることが重要であると感じているからではないだろうか。

Kさんは、看護師も患者もお互いに理解を深め合うためには、「当たって砕ける」というスタンスで本気で患者にかかわることが大切であると考えているのであろう。

3) 自分の感情と向き合い看護に活かす

Kさんは、境界性パーソナリティ障害患者が自傷を繰り返す度に、今でもイライラさせられるのだという。Kさんは、患者とのかかわりにおいては自らの感情を抑圧するのではなく、自分がどのような感情を抱いているのかを知っておくことが重要であると感じている。

実際に、自分が患者さんとかかわるときにはやっぱり、実際に自傷しそうだとか、した直後とか、何回も何回も同じことやるじゃないですか？悪いけど。言い方悪いですけど・・・「もう何で？」と思いましたよね。こっちが一生懸命にその都度声かけしてるのに、「何で同じことやるの！」みたいな？まあ今でもそう思いますけどね。今でも思いますよ。

私、そういう感情がないとダメなんじゃないかと思いますもん。なんか患者さんとかかわるなかで、自分の感情がどういう感情ってわかんないとダメなんだろうなって思ってた。なんか、やっぱりイライラしてくるんです。

Kさんは、境界性パーソナリティ障害患者と他の精神疾患患者とのかかわりの違いについて次のように語った。

自分の感情を絶えず、なんか感じなきやいけないから。今、自分が怒ってるとか・・・自己洞察ですね。自己洞察を一番させられる疾患だと思うんですよね。それも嫌な感情ですよね。どっちかっていうと自分の嫌な部分を実感させられるんだと思うんですよね。自分が直面化させられる疾患ですよね。

確かに、他の疾患の人とかかわってても、自分が今怒ってるなとか、ちょっと嫌だなーっていうのはありますけれど、強いですよね。それを感じさせられるのが・・・。

Kさんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりをするなかで、より自分の嫌な部分に直面し、感情を掻き乱されてきた。それゆえ、必然的に自分の感情に向き合わざるを得なかったのであろう。

その苦しみのなかで自己を客観的に見つめることの大切さを実感し、患者との関係において自分自身の感情を活かすという術を身につけてきたのであろう。

自分の感情と向き合うことの大切さを学んだなと思うんですよ。それが自分の看護に活かされるんだな—と思ったんですよ。

何だろうな？自分のことがわからないと看護はできないんだなっていうこととかもそうですし、自分と向き合うことの大切さを実感したから。なんか私・・・かかわりのなかでプロセスレコードみたいなことは絶えずやってきました。頭の中で。それが正しい身につけ方か、正しくないのかはわかんないですけど、そうしないとたぶんやっていけないんだと思ったんですよね。

ああ今ちょっとイライラしちゃったな—って。でも、何でこんな自分がイライラしたんだろうとか？実際にそのまま自分の性格上、結構、感情のままに動いちゃうので、イライラしちゃった、怒ったまま（患者に）言っちゃったとか。

あとから、対応はこれでよかったかなとか思って、「ちょっと、私も言い過ぎた」とか言って謝りに行ったり。そういうのはありますね。患者さんとの関係を大切にするようになったんだと思うんですよね。もともと大切にしていなかったわけではないんですけどね。より意識してやるようになったっていうか。

Kさんは、「自己洞察は学んだところでもあるし、看護のなかで必要なんだな—っていうのはありますね。それはパーソナリティ障害の人からだと思います」と、自己洞察をするようになってから、自分自身の気持ちの整理がついて、次のケアの方向性が見えるようになったのだと語った。

Kさんは、自らの性格の傾向を知り、それを看護に活かすべく、患者との関係をより大切にするようになったのだといえるだろう。

4) Kさんの自己形成

看護師となって初めに脳神経外科で勤めたKさんは、これまでは疑問が生じれば答えをみつける努力をして日々の仕事を行ってきた。しかし、希望により精神科へ移動して間もなくは未知の世界のように感じられて楽しかったが、自らが精神科の患者に対して実際にどのようにかかわればよいのかわからずに不安になった。

元来、わからないことを追求していくというKさんの姿勢は、境界性パーソナリティ患者との出会いにより、何が真実であるのか白黒はっきりさせるのではなく、患者を深く理解するという方向へと変化した。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、今でもKさんの陰性感情が引っ張り出される経験ではあるが、精神科看護師としての自分の感情を手がかりに本気で患者と向き合い、看護に活かしているのだといえよう。

12. Lさんの語りの解釈

「境界性パーソナリティ障害患者の立場に身を置く」

Lさんは28歳の女性である。精神科看護師として6年の経験がある。男女混合亜急性期閉鎖病棟に1年、境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に5年間勤めている。

Lさんが精神科看護師として働くようになったのは、高校の衛生看護科を卒業後、准看護師の資格で働きながら看護師の資格をとれる精神科病院付属の進学コースのある看護学校へ入学したことがきっかけであった。看護師の資格を取得した後も精神科病院から奨学金をもらっていたこともあったが、就業契約期間を過ぎても、そのまま同じ精神科病院で働き続けている。

そのことについてLさんは、「精神科って人間の根本的な部分だから、そこ看れるってすごいんじゃないかなって思って。やりがいはあるっていう感じで。つらい、つらい言ってる患者さんを看護で一瞬にしてじゃないですけど、少し落ち着かせることができるのか？それを考えるとなんかすごいなと思いますし、それをやってる自分はなんかすごいなとか、考えたりします」と微笑んだ。

1) 自分の感情に固執せず、患者の症状の背景にあるつらさに思いを馳せる

19歳で学生をしながら准看護師として働き始めたLさんは、ほとんどの入院患者は自分より年齢が高いため、プライドを傷つけないよう敬語を使わないといけない立場であると意識して言葉遣いには特に気をつけていた。それは、Lさんが学生の時に、自分より年上の統合失調症の患者に対して、「ダメだよ」と上からの目線で言ってしまったことから導かれた反省であるという。

Lさんは、境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に移ってきて1年目の時、自分より10歳以上も年齢が上の境界性パーソナリティ障害の女性患者に、「なんでそんなに上から目線なんですか？絶対、私より年下ですよね」、「なんかムカつくよね、そういう言い方。なんか上から目線ぼくてさ」と言われ、とても傷ついたというエピソードについて話してくれた。

いやーその時は、なんかちょっと焦って、「いや、そんなことはないですよ」みたいな感じだったんですけど。

あとあと考えて、「何でそんなこと言われなきゃいけないんだろう？」とか。「そんなつもり全然ないのに、もうそんなふうに見て！」とか、イラっと。

でも、「何がそう見えただろうなー？」とか、一瞬考えましたけど。いや別に何もたぶんしてないなーって。

(インタビュアー：身に覚えが？)

全くない。

(インタビュアー：なんだったんでしょうね？)

なんだろう？たぶん入りたて(就職したばかり)もあって。だけど、たぶん指示したのが気に食わなかったんでしょうね。指図されたみたいだったのかな？

Lさんは患者から、「薬ちょうだいよ」と訴えられたのに対して、必要性を感じられなかったため、「薬は出ないんじゃないんですか」と自分の考えを伝え、医師からの指示が出るまで「待ちましょう」と声をかけたという。

患者を常に自分より年上であると意識してかかわってきたLさんにとって、境界性パーソナリティ障害患者からの指摘は、看護師としての対応と同時に、自己を問われる機会ともなったのであろう。

でも、症状で待てなくて、自分でも思いどおりにならなくて怒ってるのか？本当に私の対応が悪かったのか？でも、私は悪くないからたぶん症状かなとか？

(インタビュアー：その辺りは？)

わかりづらかったです。最初の方は。でも、ある程度そういう病気の人とかかかわっていくと、なんとなくわかるというか？その人のたぶん人間性じゃないけど、症状とか病状がたぶん前のときよりは見えやすくなってる。この人はこういうときにこうなるとか。パターンじゃないですけど、こういう人なんだっていうのが、たぶん（わかってきた）。

最初は、がむしゃらに普通に仕事をするっていうだけだったんで。今だと、その人の症状にある背景とかを見ながらの看護はたぶんしてるつもりですけど。「あー症状だから、まあいっか」っていうふうに傷つかなくはなってきたかな？

Lさんは、新人の頃には覚えなければならないことが多く、自分のやらなければならない業務を優先させてきたという。このようなLさんの態度は、見捨てられ不安により感情のコントロールが効かず、依存心の強い境界性パーソナリティ障害患者にとっては冷たく映るため、患者の病理を刺激して余計に反発を招くことにつながったのであろう。

徐々に境界性パーソナリティ障害患者へのかかわりに慣れてきたLさんは、患者の訴えの背景にある思いに気づけるようになると、それが症状としてあらわれているのだとわかり、傷つかなくなっていくという。

特に境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験が浅い1~2年目の時には、患者に巻き込まれてしまい、どのように感情の処理をしたらいいのかわからずに悶々としたまま、後味悪く仕事を終えることが多くあったのだと次のように振り返った。

感情が揺さぶられるのが多かったような気がしますね。嫌な感じとか。

あとはなんだろうなー。焦らせるというか？新人さんをなんかこういういろんな方向に操作するのが得意じゃないですか？

さっきまでは普通に話をして、「ありがとうございます」って言ったのが、突然泣いて、「あの人、過呼吸になってるんで、行ってあげてください」とかで、(他の患者のところへ)行って話を聴いて、「じゃあもう行きますよ」って言ったら、「(患者の泣き真似をして) 待ってくださいよー」とかになっちゃって。

「えっでも、時間もないし、どうしよう」っていうので、あたふたしたって

う経験とか。

あとは、仕事5時に終わるので、「5時にはもう夜勤と交代だから、日勤さんとは話できません」って言うのに、窓口に「Lさん話をさせてよ」って、ワーってこう来てる患者さんがいるなかで、「私はどうしたらいいんだろう？」とか。

なんか、そういうのすごいわく悪い仕事の終わり方をしたとか、そういうのは、なんか最初はすごいわくあったような気がして。すごいわく引かずってました。悶々として次の仕事に来るっていう。で、次のときにも、「あー明日どうしよう。明日もし会ったらなんか言われんのかなー」とか、すごいわく嫌な感情で仕事に来て。

Lさんは患者に後ろ髪を引かれる思いで仕事を終えた後も、気持ちを切り替えることができずに憂鬱になっていた。しかし患者は、次の日には全く同じ内容の訴えをその日の担当看護師に繰り返しており、「あれっなんだったの!？」と拍子抜けした気分であったという。

学生の時から精神科で准看護師として働いてきたLさんは、先輩看護師から「頼りになる人が来た」と言われ、それがプレッシャーとなって弱音を吐けず、当初は誰にも相談することができなかつたのだと話してくれた。そのうち、同期の看護師に本音を言えるようになったことで、心が徐々に解放されていき、先輩看護師たちに交じって愚痴を言えるようになっていったという。

全然、楽になって。家には(嫌な感情を)持ち帰らなくなりました。そのときは確かに嫌な感情はあるのは今もありますけど、家に持ち帰らないのは結構、楽で。

あとは、なんだろう？患者さんの見方がたぶん変わったんでしょね。こう、本当に「この人はあーもうこうだから」って、割り切れるようになったっていうのかなんだか？

でも、この人こう言ってるけど、実際は、本当はただ話したいだけだったりとか、寂しいだけなんだろうとか。どっかで、その人のなんだろう？マイナスなところばかりじゃなくて、プラスの部分？こういうふうに思ってるなら、つらいなーとか。そういうのを考えるようになると、ちょっと、そしてまた、楽になるっていう。

(インタビュアー：こういうふうっていうのは？)

なんですかね？いつも常にイライラして怒ってるっていう人がいたとすると、怒る背景にも、たとえば私生活が本当にずさんだったりとか、家族背景が。たとえばお父さんが自殺しちゃってとか。お母さんがうつで自分はひとり身だとか。そういう人とかもいますし、そりゃあーこっちに話してくるよなーとか。

なんかこう・・・人生イライラしてるんだらうなーとか。そういう部分がわかると、接しにくさはちょっと軽減されるというか？「つらいですよね」、「つらかったですね」とか。

自らの感情を解放し、コントロールできるようになったLさんは、患者から受けるマイナスな影響ばかりではなく、そうなる理由や患者のつらさに思

いを馳せることで気持ちが楽になり、再び患者に向き合っていける余裕が生まれていったのであろう。

2) キチキチした治療枠にとらわれず、自分流に創作して患者とかかわる

Lさんが境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女子閉鎖病棟に移動してきた時、境界性パーソナリティ障害という病気のイメージがあまりにも強烈であったため、看護する際には病棟の境界性パーソナリティ障害患者のための治療枠を徹底して守らなければならないという印象を強く持っていたという。

なんか、こう・・・人格障害っていうか、BPDの人っていう概念が最初すごく強かったんで、(患者の訴えは) バッサリ切るものだとか。すごく枠がしっかりしてるんで。「これはダメだよ」とか、「これはいいんだよ」って、キチキチしてるかわり方しかしちやいけないのかなって思っていたんですよ、最初は。

ある程度は、「こういう病棟だよ」とか、聞いてはいましたけど、聞くのとやるのとでは全然違う。

境界性パーソナリティ障害患者に治療枠で対応することに関して、本心では患者を不憫に思い、不本意に感じていたLさんであったが、まずは看護師として病棟の境界性パーソナリティ障害患者への治療枠に慣れようと必死になっていたのだと話してくれた。

最初はなんかそのつらいんで、やんなきゃいけないのは仕方ないなっていう感じで、仕方ないかっていう感じでずっとやってたんで。やるしかないっていう。とりあえず病棟に慣れるために必死でやってたら、患者さんに生意気だとか、言われたりもしましたし。

治療枠で境界性パーソナリティ障害患者にかかわることは、普段のLさんの穏やかな性格からは全くかけ離れた行動といえる。Lさんは、そのつらさから逃れるために仮面をかぶり、本来の自分とは違う役割を演じてきたのであろう。

ここではシャッターというか、仮面を変えないと。あとで、「いやー怖かった」とか。もう人間なのに何で仮面をかぶってやんなきゃいけないんだろうな?とか。これ看護なのかな?とか、正直ちょっと思って。

なんか笑うのもいけないのかな?とかも。正直、厳しい顔で常にいなきゃいけないのかな?とか、最初は思ってて。

でも、先輩とか見ると普通に笑って話はしてるから、笑っていいんだーとか。そういう冗談言ってるいいんだーとかいうのがわかってはきて。ただ、その冗談を言うとか、ユーモアを持って接するとか。でも厳しくしなきゃいけない部分、なんですか?メリハリじゃないですけど、そういうのが最初全然できなかつたんで。

常にゆるーい感じでいたので自分が。きちっとする部分はなかったんで。

最初は仮面をかぶり、虚勢を張ることで境界性パーソナリティ障害患者に対応してきたLさんであったが、ある程度治療枠に慣れた頃には、周囲を見る余裕が生まれ、先輩看護師が笑顔で患者とかかわっていることに気づくようになっていったという。

3年目を過ぎて境界性パーソナリティ障害患者に対するアセスメントが深まった頃から、Lさん独自のかかわり方、すなわち、個別的な看護ができるようになったのだと次のように話してくれた。

今は、自分流にやってるのもあるから。でも、そのなかでもまあ枠は崩しちゃあいけないというのは常に頭の隅にはあるので、だからそこは侵害しないように。それは病棟のなかでの決まり事というか？ずっとやってきたことを守ってることだから、そこをやっぱ乱すといけないっていうのはあるんで、そこは害さないように自分なりに創作というか？頭で考えながら、選択しながら、接してるかな？・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

約束ごと自体を守れないのが、本当その人の病理の前面に出てる？待てないとか。待てないのも、待ってもらわないとやっぱその人達、それがよくなって入院してる人も多いわけだし。「待つことも必要だよ」って。「でも、待ってる間にこういうことはできるから」っていう、ちょっとこう「待つだけだから」じゃなくて、待つなかで、「じゃあ、私は今これができるから」っていう、ちょっとこう、きつくない待ち方というか？そういうのを提案したり。

1～2年目は病棟の業務を覚え、それを遂行するだけで精一杯であったというLさんだが、境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験を積むなかで、患者の病理に対応した治療枠の必要性についても理解を深めていった。今では、治療枠の意味をきちんと患者に伝えたいと、Lさんが患者のためにできることを考えて提案し、行うようにしているという。それは、患者の症状の背景にあるつらさに思いを馳せ、患者のつらさを汲んだLさんの行動の変化であるといえよう。

3) 境界性パーソナリティ障害患者は自分たちと変わらない存在

境界性パーソナリティ障害患者の衝動性に駆られた自傷行為や怒りの爆発、激しい暴力行為などは、新人看護師であったLさんの目にはとても受け入れ難い事実として映っていた。

その影響もあり、境界性パーソナリティ障害患者は自分と同じ人間ではなく、自分とはかけ離れた存在の患者として、あえて区別することで、看護師としての役割を演じてきたのだろう。

たぶんなんか、ちょっと偏見じゃないですけど、最初はなんか患者さん、本当に患者さんっていうか、まあ人間なんですけど、同じ人間だけど、なんかちょっ

と違う存在として思ってたんだと思うんですけど。

・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

人ってこんなふうになるんだとか？なんかちょっと、偏見というか？ちょっと変な考え方かもしれないですけど、ちょっとこう、違うだけでこんなふうになっちゃうんだとか？

なんだろう？たとえば、なんだろうなー。心がどんだけ弱いんだろうこの人っていう。ちっちゃい時にこういうことがあって、いろんな経験を経て、今こういう状態で、っていう人が多いから。なんか、もし自分だったら、自分もこうなっちゃうのかなとか？

境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験を重ねてきたLさんは、患者の症状の背景にあるつらさに思いを馳せ、患者の立場に身を置くことで、自分たちと変わらない同じ存在であると気づいていく。

やっぱ、生活してるのも一緒ですし、持つ感情も一緒だしっていう部分で、ちゃんとした人間として見るじゃないですけど？ひとりの人として見れるようになってるからかな？

あとはまあ尊敬じゃないですけど、こういうつらい思いをしてもちゃんと帰って（退院して）行くというか？この環境の中で過ごしている患者さんて、すごいなーっていうのも、やっぱ毎日思ってた。鍵かかっているし、何にも持ち込めないし。そこを毎日過ごしてるこの人たちってすごいなっていう尊敬もあるんで。

(インタビュアー：それは自分だったらっていう？)

そうです。自分だったら耐えられないと思って。でもどっかでは、こういう環境に入院しなきゃいけなくなっちゃったのは自分のせいだからっていうのもあって。

Lさんは、自分であればとても耐えられないであろう不自由な環境で過ごしながらも、退院していく境界性パーソナリティ障害患者を尊敬しているという。しかし同時に、自分の行動の責任は自分でとらなくてはならないとも感じている。このことはすなわち、Lさんが自分たちと変わらない責任をとれる存在として、境界性パーソナリティ障害患者を認めているからなのであろう。

Lさんは、同じ感情をもつ人として、境界性パーソナリティ障害患者の立場に身を置けば、自分も同じように感じるというエピソードもあるため、日々を落ち着いて過ごせる対処方法を身につけて欲しいと願っている。

でも、自分も多分こういうふうに思うなっていうエピソードとかもやっぱあるんで。なんかそれを考えると、同じ感情をもってる人だし、ただ対処の仕方がわからなかっただけなんだろうなって思って。それを考えると、私がしてることをもしかしたらできるんじゃないかなとか？そういうところでは同じ立場とは考えてて。

だから、何ですかね。何だろう？私たちはこういうふうにして日々をちゃんと、ちゃんとじゃないけど、落ち着いて過ごせてるんだよっていうのを教えてあげたいとか？やっぱ、私もこういう同じようなこともあるからなーっていう感じで接してるんで。

Lさん自身は、とてもストレスが溜まったときには感情が爆発する前にカラオケに行ったり、勤務後に長距離を歩いて帰ったりすることで発散しているという。

境界性パーソナリティ障害患者を同じ感情をもつ人として捉えているLさんにとって、感情を爆発させて苦しむ患者の姿は他人事ではないのであろう。一方でそれは、自分を律することもつながっている。

嫌なこととか、すごい頭に来たと思ったことは振り返るまでもなく、頭にずっとあって考えるじゃないですか？考えて、考えてってなって、どうしてるんだろう？何してるんだろう？

でもどっかで、この（境界性パーソナリティ障害）患者さんがたぶん出てくるんですよね。もしすごいカーっとなったら、この患者さんのなかには、やっぱ自傷に走ったりとか、薬飲んじゃうとか、なんかこう物に当たったりとかする人いるだろうなーとか。でも、私はそうなりたくないと思ってるし、あーならなくてよかったなーとか。

最後にLさんは、「へこたれなくなりました。免疫がついた。患者さんの感情がすごいからこっちもすごいエネルギーを使ってる。だけど、まだまだやれるんじゃないかって。やれることあると思う」と力強く語った。

4) Lさんの自己形成

境界性パーソナリティ障害患者がリストカットをして自分を傷つけ、暴言や暴力を振るい感情を爆発させる姿は、Lさんを脅威に陥れた。それは、本来のLさんの穏やかな性格からすると耐えられない現実であり、看護師としての役割を果たすには虚勢を張らずにはいられなかったのであろう。

新人の頃には、患者を自分たちとは違う存在と認識して仮面をかぶり看護師の役割を演じてきたLさんであったが、境界性パーソナリティ障害患者の看護の経験を重ねるうちに、感情的に揺さぶられることはあっても、それに固執せず、患者の症状の背景にあるつらさに気づいて思いを馳せるようになっていった。

今では、境界性パーソナリティ障害患者を自分たちと変わらない責任のとれる存在として尊重し、日頃Lさんが用いている対処方法を伝えたいと切に願い、人間対人間として自分らしく患者とかかわり、逞しく成長を遂げている。

Lさんに本来の自分らしさを取り戻させたのは、境界性パーソナリティ障害患者が健気に頑張る姿であり、自らを患者の立場に置き換える想像力によるものであろう。それはまた、自分の行動を律することにもつながっているのだといえよう。

13. Mさんの語りの解釈

「反省を重ねる」

Mさんは30歳の女性である。精神科の看護師として10年の経験がある。

18歳で准看護師として精神科病院へ就職して、慢性期の男子閉鎖病棟で働きながら看護師の資格を取得して20歳で看護師となった。看護師としては、慢性期の女子閉鎖病棟で8年間、回復期男女混合閉鎖病棟で2年間勤めている。

18歳の時に精神科病院で働くことを選択したのは、心の在り方など自分自身の内面に対する悩みがあり、純粋な興味があったからだという。

10年経った今でも精神科看護師として働き続けている理由についてMさんは、「やりがいを感じる部分が大いなのと、まあ他の経験がないから他に行く心配があるっていうところですかね」と淡々と語った。

1) 患者に合わせる柔軟性をもち得た

Mさんが看護師の資格を取得して慢性期の女子閉鎖病棟で業務にもやっと慣れ始めた2年目の20歳の時、境界性パーソナリティ障害患者のプライマリー看護師であることをとても負担に感じていたというエピソードについて話してくれた。

患者は自傷をするたびに入院を繰り返していた20代後半の女性で、入院中にもスクラッチ(引っかき傷)をつくったり、過呼吸発作を起こしたりするなど、摂食障害も併存していた重傷な境界性パーソナリティ障害であったという。

なんかこうかかわっていても、やっぱりプライマリーだからすごく感情的に話されて、他のスタッフと比べても自分に感情的に話されてたりだとか。

あとはなんかこう・・・自分で患者さんが自己決定して転床してきたはずなんですけど、もともと〇病棟(Mさんが所属する慢性期女子閉鎖病棟)に入院していて退院してっただ方で、具合が悪くなって違う病棟に入院して、また〇病棟に自分で転床するって決めてきたのに、そこでの扱いがたぶん嫌で、「こんなところに来なければよかった」って・・・たぶん責任を自分でとれなくて、私に全部言ってきたんですね。それを負担に感じてましたかね。

こっちに責任をなすりつけるような言動だとか、感情的な。その人、摂食的な問題もある方で、すごく食べたり吐いたりとか、食事のノート付れたりとか。

だからそういうのでかかわりは求めるんだけど、でもプライマリーとしてあたってくるっていう。泣いて、怒ってみたり。やつあたり。私のせいだって言ったり・・・そういうのが負担だったのかな？

かたや、すごく理想化してくる部分があったりして、誕生会でメッセージカード患者さんに書かなきゃいけなくて書いて渡してあげると、「すごい感動して泣きました」とかって言ってきたりとかするんですけど。でも、それはその場面だけのことで、またしばらくしたら反転したりするようなことをするので。だからそういうギャップに付き合わされてる感がある。

境界性パーソナリティ障害の基本病理である分裂によって、こき下ろされたり、理想化されたりして感情的に巻き込まれていた Mさんは、自分の感情をコントロールできなくなっていたのであろう。

もちろん病理として、知識として持ち始めた時期だったし、なんか自分のなかで昇華して整理しようとしてたんだけど、なんか目の当たりにするとやっぱり嫌だなみたいなのが負担だった。私、仕事はけっこう家に持って帰る方だから。

(インタビュアー：持って帰る方？)

持って帰る方。家でずっと考えて。集中してないと、違うことしてないと、そうするとそのこと考えて。あんどき、ああやって言えばよかったとか、こう言ったらあの人違ったのかな？とか、夢にも出てきたり。

Mさんは、自分の言動を繰り返し自問してきた。たとえそれが患者の不安定で激しい対人関係様式であると頭ではわかっているけど、実際にかかわってみると患者の問題なのか、それとも巻き込まれている自分自身の問題なのかがわからなくなってしまい、悶々とした葛藤を抱いていたのであろう。

やっぱり自分の経験が浅くて、もっとこうしたらよかったんじゃないとか、その一ポーターの人たちの感情の波に対応できてなかったなみたいな感覚もたぶんあると思うんですね。

あとは、その患者さんは、知的にも高い人で、学歴も高い大学だったので、ちゃんと言語的にフードバックもあるんですね。自傷もあるんですけど、言葉でもちゃんとやるんです。

そうそうなんか、一応カウンセラーも入っていて、食事のこととかノートにつけたりしてて、それを一緒に確認したりとか、できてることをフードバックしたりもしてたんですけど、一日をどう過ごしていくかっていうのができなくなっちゃって。体重をコントロールしなきゃいけないから、ずっとウォーキングだけになっちゃったりとか。どんどんこう本人もできなくなっていって苦しいんだけど、私は正論的に「じゃあ次こうしたら」っていうことしかかかわってなくて。

でも、少しまあ本人ができないなら、「できるレベルまで少し下げてもよいか」って、「一緒にスケジュールを考えようか」って調整したことがあったんです。そしたらなんか、その時は普通に終わったんですけど、あとで、「自分に合わせてレベルを下げてもらえてよかった」みたいなことを患者さんからフードバックされたんです。

そんな（レベルを）高く見てたつもりはないんだけど、でも患者さんからのできないっていうメッセージを確かに私も受け入れていなかった。ちゃんと明確な私がやったことへの反応があった患者さんなのですごく記憶に残ってる。

患者は、一日の過ごし方の計画を立てていたものの、どうしても行動のコントロールができずに苦しんでいたという。しかし、偏差値の高い大学を出て知的に

も高い能力を備えた患者であり、理解力があるはずだという考えが拭えなかった M さんは、あくまでも言葉を介してかかわっていった。

そんななか、患者のできないという気持ちを汲み、少しレベルを下げたことで思いがけずにプラスのフィードバックをされたという。患者からの反応をきっかけに M さんは、自分が境界性パーソナリティ障害患者の激しい感情の波に呑みこまれ、きちんと対応できていなかったのではないかという思いに至っている。

他にも M さんがどうしても患者のメッセージを受けいれられなかった理由について話してくれた。

その患者さんは、前にも病棟に入院してたことがあって、その時は私が担当じゃなくって。たぶん、私が入職する前だったのかな？

前任のプライマリーがいて、すごく保護されてたんです。病棟の中で特別に可愛がられて。ボーダー、摂食障害みたいな人なんだけれども、すごく大事にされて、育て直しじゃないけれど、保護されて、守られて、よしよしって本当にされて社会に戻ったから、たぶんそれを期待してきたんですよ、患者は。もう 1 回擁護を受けたいと思って転床してきたんですよ。

患者は、M さんが配属される前にも慢性期女子閉鎖病棟に入院したことがあり、保護されるのを期待して再び同じ病棟を希望して転床してきたという。

つらいときに戻るべき場所って、本人は思ってたんだろうけど、まあでもそういう認識は私にはなかったから、だから余計こう、なんかね、擁護してくれない人の代表なんですよ、私は。そういう感じはしました。

でも、その擁護するスタイルもあんまり好きじゃなくって。あの頃の自分を振り返ると、なんかちょっと付き離しすぎたかなっていうのも感じるんだけど、でもなんか、すごいよしよしってする側にも付けなくて。

もともと M さんが所属していた慢性期女子閉鎖病棟は、長期に渡って入院している統合失調症の患者が多く、いかに患者が自分自身で問題に向き合い、自己決定してセルフケアできるように援助していくという方向で看護が推進されていた。そのため、保護的な環境からは程遠かったのだという。

自分が 2 年ぐらいしか経験してなかった時だけど、いかに患者さんにやれるようにとか、責任を返していったりとか、そういうかかわりをしてるなかで、ボーダーの患者さんは、ひとり、ふたりしかいないんですよ。

それを受け持って、そういうこと（保護的なかかわりを）されると今までの自分の経験とは真逆だったりとか？そこは統合失調症の人ばかりだから。

ルールがガッチリあって、「乗れるならどうぞ」って感じなんです。「乗れるまでのお手伝いを一緒にしましょうね」はちょっと少なめなんです。

慢性期の女子閉鎖病棟で統合失調症患者に対して病棟の看護方針でかかわってきた Mさんは、病名が違うからといって、これまでとは正反対のかかわりをすることに抵抗を感じていたという。

ボーダーの人たちも大勢の統合失調症患者のなかにいると、埋もれてったり、エネルギーが弱かったりとか。あとは、ボーダー以外の問題もけっこう複数合併してる人もいたり、知的にもちょっと低い人もいたりとかするから、その視点でいかなきゃ。

(患者に巻き込まれてしまう)怖さとか、嫌がったりするだけじゃあダメなんだよっていうのは、元々病棟にあるボーダーのイメージ像で、だから保護してスペシャルにしてる人をつくってたんだと思うんですよね。

(インタビュー：教科書どおりにいかない特別な人がいるよっていうこと?)

そうです。だから本当はその一BPD マニュアルみたいなものも、もちろん知ってるし、私が入職した時の教育にも入ってたんだけど、でもそこでダメだった人が来るんだから、だから、ちょっと抱えてやる部分をつくってやったりしたらどうだ?っていう考え方だったんだと思うんですよ。

でも、統合失調症の人に厳しいのを見てきてたから、何でそんなボーダーの人だけにそんなに特別なので。だから全部に一律に私は厳しくしてたんだけど。

Mさんの勤める病院には、境界性パーソナリティ障害患者のために、きちんと準備された病棟が他に存在するという。そこでは、操作、行動化、逆転移など患者の病理に対応したボーダーラインシフトが生まれ、境界性パーソナリティ障害患者を取り巻く医療チームが統一された方針のもと一貫した対応をすることによって、患者の対人関係を構造化し、スタッフへの対人操作やその結果生じる逆転移を防ぎ、治療に混乱を生じないようにしている。

また、患者の病状や能力に合わせて、患者がとるべき行動や看護師の対応を具体的に示すことで、患者は自分に期待されている行動や看護師の反応を理解でき、安心して行動変容を目指した努力ができるようにリミットセッティングという治療枠が組まれている。

Mさんの病棟に転床してくる境界性パーソナリティ障害患者は、そこでの治療枠では問題行動に対処できずに入院が長引いてしまっていると考え、患者に少し保護的な環境を提供していこうという考えがあったのだという。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者だけを特別扱いすることに抵抗のあった Mさんは、どの患者にも一律に厳しくかかわっていた。

人が少ないときでワッと新人(看護師)が入れられた時期で。だから、もうすぐ夜勤でリーダーとかさせられて。違うボーダーですけど、舌噛んでみたりとか、ぶっ倒れたりとかするんで。でも、そこでやってかなきゃいけないから、すごい気を張って常に。だから、もうてんでこまいで。そういうなかでたぶん、こうあるべきだって、一生懸命なんだろう?その職場に属するために、一生懸命、視野

も狭くして、鎧着てみたいにしてやってたのが、まあ少し患者さんからのフィードバックがあることで、和らいだのかなと思って。一生懸命に鎧を着てたのを、別にもうちょっと下ろしてもいいんじゃないかなって。

ボーダーの患者さんとかかかわるときの基本姿勢みたいなのは、その方と接して学んだのかなと。教科書的には入れ込んではいけないとか、感情の起伏が大きい人たちだから同じようなスタイルで接してあげなきゃいけないとか、知識では入っていたんだけど、まあ自分の感情のコントロールが不十分だったり、私の。

実際は、その業務のなかでは実践するのが難しかったりとか、そういうなかでも自分を律するとか、患者さんのためにどうかかわるかみたいなのが・・・発想が出てきたというか、何だろう？・・・自分にレベル合わせて下げてくれたって言ってくれた患者さんも、乗れないなら乗れないんだなーっていうふうに少し患者に合わせて柔軟性をもたせるとか。役割意識が強いから、ガチガチ固くやってたけど、柔軟性は少しもち得たのかなと。

Mさんは、看護師が少ない時期に入職したため、新人であるにもかかわらず、すぐに夜勤でリーダーとして働かなければならなかったという。

もともと役割意識が強いというMさんは、いかに患者が自分自身で問題に向き合い、自己決定してセルフケアできるように援助していけるかを大事にしていた病棟の看護方針を守るべく、行動化する境界性パーソナリティ障害患者にも対応してきた。それは本来、境界性パーソナリティ障害患者への基本的な対応にも共通するものであったからなのであろう。

しかし、プライマリーをしていた境界性パーソナリティ障害の患者からプラスのフィードバックが得られたことでMさんは、役割意識やあるべき論ではなく、目の前のひとりの患者のためにどうかかわればよいのかという意識の変化、すなわち、患者に合わせる柔軟性を身につけられたのだといえよう。

2) 自分の感情のコントロールをどうつけていくかを学んだ

Mさんは、統合失調症の患者が泣いたりわめいたりしたら、「助けに来たよ」とすぐに駆けつけるが、境界性パーソナリティ障害患者は感情の起伏が激しいため、助けには行くのだが、自分の気持ちを少し意識してはなしておく必要があるのだと次のように語った。

距離をちょっとあけておく。だからまああけすぎないようにしなきゃなって思ったのは、今話した経験のなかのことだと思うんですけど。それを踏まえて考えると、ちょっとだけ距離をあける。どっちにしてもSOSだから駆けつけるんだけど、ちょっと距離をあけとくみたいな。

Mさんが境界性パーソナリティ障害患者から距離をあけておくのは、その患者の問題行動である情動の激しさや衝動性をさらに強化しないようにするためだという。

人との接触を求めているんだと思うんですよ、ボーダーの人たちは。でも、上手にそれができないから。

統合失調症の人もそれは一緒なんだけど、統合失調症の人がワーってなってるのと、ボーダーの人がワーってなってるのとは違うと思うんです。だから、その問題行動を強化しないためにちょっとだけ距離をあけておくけど、関心は向けてるっていうのを表明するために駆けつける。だけど、ちょっと気持ちをはなしておく。

境界性パーソナリティ障害の患者は人とのかかわりを求めているものの、距離が上手くはかれずにいるのだという。Mさんは、距離をあけすぎてしまっても患者を理解できないという思いはあるが、感情の波に吞まれないようにするためには、患者に関心は向けつつ、心的な距離を少しはなしておくことが大切だと考えている。

それは M さん自身が境界性パーソナリティ障害の患者に巻き込まれて自分の感情がコントロールできなくなってしまう、患者から距離をあけすぎてきちんと対応できなかったという苦い経験をしたからであろう。

それこそ自分自身の感情のコントロールが出来なくて、距離をあけすぎたりとか、まああんまり詰め過ぎたっていう経験はないような気もするけど、でも家に持って帰ってるので、心的距離は近いんでしょうけど、態度としては、たぶんはなしておく方だから。

だからそういうなんだろう？自分の感情のコントロールをどうつけていくかっていうのは、統合失調症の人とかよりは、人格障害系の患者さんから学んだ。

もともと患者との心的距離が近いという M さんだが、当時は境界性パーソナリティ障害患者に陰性感情を引っ張り出されて、自分自身の感情をコントロールできずにいた。そして、そのことが余計に患者に影響して問題行動を激化させているのだと気づき、患者に厳しくかかわり、距離をとってきたのであろう。

しかし M さんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおける自分自身を問い直して反省を重ね、自分の感情をコントロールする術を身につけてきたのだといえよう。

3) 許容量が増えた分、患者理解が進んだ

Mさんは、自分自身が境界性パーソナリティ障害患者に巻き込まれたからこそ、感情をコントロールする術が身についたと考えている。また、激しい症状を呈していた患者が社会に退院していく経過を見届けられたことで、精神科看護師としての経験値が増えた実感している。

なんかある程度、どっちにしても巻き込まれているような気がするんですけど・・・でもなんだろうな？いや・・・どうなんだろう？感情的な巻き込まれも

必要だと思うんですけど。自分の許容量が増えたというか、経験として。

だから、(感情の)コントロールももちろんついたんだと思うし、あの一なんて言うの？怖いものではないんだみたいな？

経験として、こう接してやって来れて、それで結局その人、退院したんです。退院したんだとか、そういうのを得ることで、なんていうか？・・・慣れたって言うんですかね。こんだけ(感情の)振り幅があっても、大丈夫だったじゃんっていう経験だったり。あんなときもあったなって思い出したり。同じことが起こっても、たぶんそんなに反応・・・もうしないのかもしれないですけど。あのときはああだったなみたいな経験として。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、Mさんにとって陰性感情を引っ張り出された忘れ難い出来事となっている。それは繰り返し自己の問い直しを迫られる経験であったからだといえよう。

許容量が増えた分、なんか患者さんの理解も進んだというか。「本当はそんなに淋しかったんだ」とか、「空虚でどうしたらいいかわかんなかったんだ」とか、なんかそういう本に出てたものではなくて。

経験として、あつあの人たちをこうやって表現してたんだなっていうのがわかったから。これはこういうことだったんだなーって、納得して許容量を増やしてきたみたいな感じ。

Mさんは、自分がまだ看護師の資格を取得して2年目の頃、役割を遂行することに精一杯であった。しかし経験を重ね、自分自身の感情をコントロールできるようになって許容量が増えたことで、患者の本当の思いに関心が向けられるようになり、問題行動は患者なりのつらさの表現であるのだと理解できるようになったのであろう。

経験をたぶんその知性化して、知識として、ボーダーの人も経験として持つから大丈夫みたいな感覚として持つてゐるのかな？

もちろん、患者はボーダーの性質を持ってたりするので、ボーダーの人だけに限らないような気もしちゃうんですけど、衝動性とかそういうのが表現されている言葉に、言葉だけじゃないその裏側にある部分が隠れてたりするから、かかわりが持ちやすいというか？あわてないというか？

患者の発する表面的な言葉に左右されるのではなく、その裏側にある気持ちに気づけるようになったMさんは、それを生きた知識として自分が備えられたことに自信が持つてゐるようになったのであろう。

なんかすごいボーダーの人って激しい自傷があったりとかして、みんなインパクトに残るじゃないですか？だから、なんかたぶん「恐怖」とか、「自分が脅か

される」とか、そういう疾患についてまとわるイメージが、経験したからだいぶ払拭されてるっていう感じがある。だから、ボーダーの人と次かかわるときに、その怖い感じはあんまりない。

さっき話した患者さんじゃないですけど、思いっきり臍まで切れるぐらい腕をリストカットしてトイレが血の海になった自傷とか、転床してきた患者さんが首吊っちゃったりとか、飛び降りたりとかあったんですけど……その時は怖かった？……まあでも怖いっていう自覚はしてなかったかもしれないですけど。たぶん怖さを自覚したら勤められないかなと思って、意識しないようにしてたんだと思う。……うん、そう。考えないようにしてたのかもしれない。

なんかそういう自傷とかが起こったときにも、あんまりだから大きなリアクションがないんです。

(インタビューア：それで、家に帰ってから考えるんですか？)

そうですね。考えて。こうしたらよかったかなーっていうのは、たぶんずっとある。

境界性パーソナリティ障害患者がもたらすイメージは決して肯定的なものであるとはいえないため、多くの看護師は身構えてしまう。Mさんが語ったように、境界性パーソナリティ障害患者の激しい自傷は、不安や恐怖を掻き立てられる体験となるため、無意識に現実を直視しないように防衛を働かせることになったのであろう。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりはMさんにとって、精神科看護師としての自分を問われる経験であったが、それはもはや怖いものではなく、自己理解と患者理解を深められた経験となっている。

4) Mさんの自己形成

Mさんは、プライマリー看護師をしていた境界性パーソナリティ障害の基本病理である「分裂」によって、こき下ろされたり、理想化されたりして感情的に巻き込まれ、自分の感情をコントロールできなくなるという苦い経験をしてきた。

しかし、そんなMさんに患者はプラスのフィードバックを与え、患者の激しい感情の波に巻き込まれてきちんと向き合えていなかったことを気づかせた。そして、患者からの反応をきっかけに、Mさんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおける自分自身を問い直して反省を重ね、感情をコントロールする術を身につけてきた。そのことで、役割意識やあるべき論に縛られがちであったMさんに余裕ができ柔軟性がもたらされたのであろう。

Mさんにとって境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、自己を問われる経験であったがゆえに、今でも精神科看護師としてのMさんの患者理解のベースとなっており、それが現在のケアに反映されているのだといえよう。

14. Nさんの語りの解釈

「無力感と闘う」

Nさんは30歳の男性である。精神科の看護師として8年の経験がある。男性の慢性期閉鎖病棟に4年、男女混合の回復期閉鎖病棟に4年間勤めている。

高校を卒業した後に精神科病院の看護補助として勤めながら准看護師の資格を取得した。その後、准看護師として働きながら看護師の資格を取得している。

最初は、看護師になりたかったという親の勧めで精神科病院へ看護補助として就職し、准看護学校へ進学したNさんであったが、様々な人々との出会いを重ねるなかで精神科看護師として働くことを自らの意志で選択してきたという。

そのことについてNさんは、「患者さんと付き合うっていう看護の面白みっていうのは、すごい学ばせてもらって。それがどんな形であろうと、楽しいっていう。仕事とかも楽しくないとちょっとできない。それを学ばせてもらったのが一番かなーと。だからそれがモチベーションになって勉強もできた」と、今では自分自身が精神看護の面白みを後輩の看護師に伝えようと学び続けている。

1) ただがむしゃらに患者のために行動するのではなく、看護にはアセスメントが必要

Nさんは、統合失調症で長期に入院する患者がほとんどを占める男性の慢性期閉鎖病棟から男女混合の回復期閉鎖病棟に移動したばかりの年で、看護師としては5年目の頃の境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりのエピソードについて、「印象の残り方がちょっとみんなと違うかもしれないんですけども」と、語り始めた。

患者は、女性で、患者同士のトラブルが生じてしまい、攻撃性が強く出ていると思いきや、すぐに泣き崩れてしまう等、感情が高ぶってしまいかなり調子を崩していたという。Nさんは夜勤帯ではあったが、頓服を与薬する時に混乱している患者の話を少し聴いて感情の整理を手伝ってあげたいという思いでかかわっていた。しかし患者は、自分が薬を飲むために汲んでおいたコップの水をいきなりバァーッとNさんに浴びせかけたという。

まあでも暴れそうっていうよりは、何かするだろうなとは思ったんですよね。衝動的には何か。こっちに攻撃が向くとは思ってなかったです。一応カーテンとかで仕切ったりはしてたんですけど、応援(の看護師)を他の病棟から呼んでて。

僕、その時メガネしてたんですけど、患者の両腕を抑えてたら、(応援の看護師が)来る前に僕のメガネがずれて見えなくなったんです。ぼやけちゃって。

応援が来た瞬間に、僕が、「メガネ直して！」って言ったんです。その人にメガネ直してもらったっていうエピソードをすごく覚えてるんです。

トラブルのあった患者に向いていたはずの境界性パーソナリティ障害患者の攻撃が、いつのまにか自分に向けられていたという。しかしNさんは、どのよう

なことがきっかけとなり、そうってしまったのか覚えてないと語った。

Nさんはこの出来事があった直後から、患者の衝動性や暴力等が生じたときに、メガネをしていては対処できない可能性があるため、コンタクトに変えたのだという。

当時、Nさんが所属していた病棟には、境界性パーソナリティ障害患者に対する治療枠はなく、患者へのかかわり方は個々の看護師に任されていた。Nさんは、不安定で激しい対人関係様式によって操作性を發揮していた患者に対しても、そのつらさに思いを寄せて、共感的に接していた。それには、以下のような理由があるのだと話してくれた。

僕以外にも、(境界性パーソナリティ障害患者から)もうかなりそれどころじゃない攻撃を受けてる人(病棟の看護師)とかたくさんいて、陰性感情がすごかったんですよ。

そういうなかで、陰性感情をずっと抱き続けても、みんなが同じことしていても、僕のなかでしょうがないかなと思ってて。なので、悪循環になっちゃうかなと思って、ちょっと違うかかわりをしたいというか？僕は(境界性パーソナリティ障害の患者に)寄り添う努力をしようかなとしてたんだと思うんです。当時は。

Nさんが所属する病棟では、多くの看護師が境界性パーソナリティ障害患者から激しい攻撃を受けて、患者に対する陰性感情が激しく渦巻いていたという。そういうなかでNさんは、あえて他の看護師とは違うかかわり方を選択していた。

患者に寄り添う努力をしてきた自分がまさか水を浴びせられるとは思っていなかったNさんは、瞬間的に患者に向けてイラ立ちを感じたものの、男女混合亜急性期閉鎖病棟に移動してきて1年目でもあったため、まずはその状況をどうにか収束させなければならないとの焦りの方が強くあったという。

Nさんは、「リーダーとかも任されていたんで、判断しなきゃいけなかった。そういうのもあって、余裕がなかった部分もあったんですけど、自分の感情には少し気づけなかった」と、その時の心境を次のように振り返った。

今考えると、当時はがむしゃらに、何かその患者さんのために(できることはしてあげたい)みたいな感じで行けたんですけど、もう少し何だろう？もっと何かいろいろアセスメントしながら、たぶん看護するんだらうなーって。

だから、その当時は、気持ちばかり行ってたなーっていうので。やっぱり結局、巻き込まれちゃうようなタイプの人だったのかなーっていうのは振り返って思うんですけど。やっぱり(患者との)距離も近かったですし。

だから CVPPP⁹的にも、やっぱりパーソナルスペース的にも近かったりとか？そういう部分でもやっぱり振り返りはできるかなとは思いますが。

⁹ Comprehensive Violence Prevention and Protection Programme (包括的暴力防止プログラム)の略称。暴力発生の予防から、事態が起こった後に生じるフォローまでの系統的かつ包括的なプログラムをいう。

これまで慢性期の統合失調症の男性患者を主に看護してきた Nさんは、患者とは家族のような一番身近な存在としてかかわり、患者の望むことが自分にできるならば積極的に引き受けてきた。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者から思いもかけず水をかけられたことによって、自分自身のかかわり方を振り返るきっかけとなり、ただがむしやりに患者のために行動するのではなく、看護にはその疾患に応じたアセスメントが必要なのだと気がついたのであろう。

人格障害の人のことを勉強しないといけないなっていうのはその時に思っただけ。それまでは、本当に統合失調症の人しか興味なくて、統合失調症の人の勉強ばかりしてたんで。

そのときから、やっぱりいろんな人を知らなきゃいけないっていうのと、状況判断の大事さっていうのを学んで、今は人格障害、発達障害、いろんなどころに興味が出てきて、視野が広がるきっかけにはなったかなーとは思いますがね。

それまで統合失調症の患者のことしか勉強してこなかったという Nさんは、この出来事をきっかけに自分のかかわりの限界に気がつき、いろんな疾患を知って、状況に対応した判断の大事さを学んできたという。

今では、攻撃的な患者に対して、ケアとしていかに患者に寄り添い、怒りがおさまるように治療的に関わるかという視点から、安全で治療的な環境を守るという理念のもとに構成されたプログラムである CVPPP（包括的暴力防止プログラム：以下、CVPPP）のトレーナーの資格を取得して、後進の看護師への教育にも活かしている。

2) いろんな技法を身に着け余裕ができた

境界性パーソナリティ障害患者から、疾患に応じたアセスメントの必要性と状況判断の大切さを実感した Nさんは、その時の経験がきっかけとなり、認知行動療法や CVPPP の技法を学び、身につけてきた。そのことで、自分の気持ちに少し余裕ができて、境界性パーソナリティ障害患者に対して陰性感情をもつことはなくなったという。

そういう部分での余裕があって、まあイラッとはしないのかなーと思うんですけどね。僕はたぶん。どうなんですかねー？わかんないですけど。

その後も、こういう患者さんほどじゃないですけど、人格障害の方はよく入院していて。やっぱりそういう人にもイラッとか、そういう陰性感情はもたなかったの。その人のおかげだと思うんですけど・・・学んで自分に少し余裕ができたというか？距離のとり方も上手くなったのかもしれないですし、ちょっとそれわかんないですけど。あまり持たないですね。

行動療法では、認知や感情も行動の一部であると解釈される。Nさんは、看護

師が境界性パーソナリティ障害患者に巻き込まれ、陰性感情を抱いてしまうのは、その人自身もつ感情の問題ではなく、あくまでも経験であると考えている。

ここでNさんが言う「経験」とは、境界性パーソナリティ障害患者への対応の仕方、すなわち、認知行動療法の技法を身につけて実践に活かし、それを積み重ねて行動することを指すのであろう。

人格障害とかの人に、なんか、何だろう？巻き込まれたりとか、自分が陰性感情をもつ人って、なんかわかんないですけど、みんな、経験というよりかは、その自分の感情的な問題なのかなーって感じるんだと思うんです。

僕のなかでは、感情とかの問題じゃなくて、経験なのかなーって思ってた。なので、経験があれば、もうちょっとその一上手くかかわれるんだと思うんです、僕なんかは。感情的なことよりかは、やっぱりかかわり方のリスクアセスメントのやり方を学んだのかなーと。

CVPPP は、医療の場で起こる暴力や攻撃性に対して適切に介入することはその場にいる全員を守るだけではなく、暴力が起こらないようにするために早期の介入が可能となることから、その発生を予防したり、あるいはそのような事態が起こった後に生じるストレスや不快な感情を軽減させる効果があるといわれ、単に身体的介入技術としてのものではないとされている。

NさんがCVPPPのプログラムの1つであるリスクアセスメントの方法を身につけたことは、患者への陰性感情を抱かずに済む方法にもつながっているのだといえよう。

(インタビュアー：でも、感情って動きませんか？)

感情動きますけど、なんかその一整理する癖がついちゃってるっていうか？なんていうか？認知行動療法をやってから、整理のつけ方みたいなのが上手くなったのかわからないんですけど、そういうのもあって、たぶんイラっとはしないんだと思うんですけど。

たぶん、もしかすると当時だと、そういう今の認知行動療法のような経験がないので、自分で整理がつかなくて、イライラのぶつけどころがわかんなくて、(患者に)言い返しちゃうかもしれないし、もしかすると、自分が悪いんだと思って自責的になっちゃうかもしれないし、それを患者に投影しちゃうかもしれないしっていうのはあるかもしれないんですけど。

Nさんは、認知行動療法の技法を身につけた今では、境界性パーソナリティ障害患者に感情を揺さぶられることはあっても、それを自分自身で整理することができているという。そのことについてNさんは、次のように語った。

(境界性パーソナリティ障害の患者は)行動のパターンってやつを学ぶ能力はあるじゃないですか？能力はあるけど、やっぱり、それをとれない自分の問題とか。

そこに気づけなかったりとか。あとは感情に巻き込まれちゃって衝動性につながってしまうとか。でも、その行動をとってしまうということは、やっぱりそれ以外の行動がやっぱり弱い？というか、移すことができないんだろうな一って僕は思っちゃって。

何回も何回も「殴っちゃダメ」とか、「自分傷つけちゃダメ」とか言われてきた人なので、絶対に嫌だと思うんですよ、自分でも。僕はそう思って。

本当は自分でも絶対やめたいとは思ってたけど、その状況になっちゃうとその行動しかとれなくなってしまうんだろうな一って思うと、やっぱりなんか上から目線になっちゃうんですけど、同情というか、かわいそうだな一って思っちゃうんで。なので、そのとき（ダメだと言ったことを患者にされてしまって）イラッとするかもしれないんですけど、すぐなんか、あーなんか「ごめんね」みたいな？「ごめんね」とは言わないかもしれないんですけど、他の行動のきっかけを与えられなくてっていうのはありますね。

看護の無力さみたいな？自分の無力さはあるかもしれないですけどね・・・弁証法的行動療法とか、マインドフルネスとか、ああいういろんな技術をいろんな人に、その場その場でやってあげたいなっていうのはありますね。

Nさんの抱いた無力感は、Nさんに水をかけた境界性パーソナリティ障害の患者が、他の病棟に転床した後に口腔内に物を詰めて、そのままとれなくなり窒息死したことと大きく関連しているのであろう。

最後はどんな状態だったのかも全然わかんないんで、あのときの元気な姿しか見てなくて。終日拘束されていて、一生懸命にただ自分をアピールしようとしたんでしょうけど、それでちょっと失敗しちゃったっていうのは・・・失敗したっていうのは、他の病棟の看護師さんの話だったんですけど。

そういうのを聞くと、本当なんか、もうショックというか、かわいそうというか・・・何かしてあげられなかったかな一って。いろいろ気をつければな一とか、いろいろ思いましたけど。うーん。

なんか、もう1回見たかったなとは思いますが。今の僕と当時の僕ではまた違うんで、今、来てくれればな一っていうのはすごい思いますね。

患者がただ他者の関心を引きたかったのであろうと思われる行動から、死に至ったことに対して強いショックを受けたNさんは、あの当時の自分は無力であったが、いろんな技法を身につけられた今ならば、患者に他の行動のきっかけを与えられるのではないかと振り返った。

他にも、Nさんが救ってあげられなかったという抗精神病薬の副作用である錐体外路症状によるアカシジアで苦しみ、自殺に至ってしまった統合失調症の患者がいるという。

看護師にとって、患者の自殺や事故死は自責感を刺激され、長期に渡って多大な傷つきやつらさをもたらされる体験となる。Nさんは、患者を救ってあげられ

なかったという後悔や無力感を同僚の精神科看護師にはさせたくないとの思いがあるのであろう。

パートとか、いろんな看護師さんがいて、暴力は受けたくないし、攻撃されたくない。でもちゃんと介入したいっていう人に対して、どうやってみんなで共通理解で看護としてやっていくのが一番つらくないかっていうと、なんか行動療法的アプローチだったりとかするのかな？

ずっと力動を勉強してきて、力動だと皆で共有するのが難しくて、アセスメントの仕方を説明するのもちょっと限界に来ていて。そういうところで何か違う方向からみられるものがないかなと思って。

患者を理解するという部分では力動的なものもすごい好きで伝えたいんですけど、じゃあそれをどう活かせばいいのかっていうので、認知行動療法に行きついた。弁証法的行動療法は、ずっとこの病院はやってるんで、そういうのを理解深めて、看護でも採り入れることができれば、もう少し楽なのかなと思って。幅は広がりましたよね。

Nさんは自分が一生懸命に仕事を覚えて、いろんな技法を身に着け余裕ができた後に、看護師が皆で共通理解ができて、精神看護の幅が広がることはないかを模索してきた。

「これまではいろいろな人の真似をしようという思いでやってきたけど、自分の看護って何かなって」と、無意識における心の動きに注目して人間を理解するという精神力動論を学び、認知行動療法を学習してきた過程は、無力感を抱えたNさんにとっての「自分探し」でもあったのだと語ってくれた。その根底には、少しでも患者の力になりたいという思いが込められている。そこにNさん自身は自分の存在価値を見出してきたのだといえよう。

3) Nさんの自己形成

それまで、ただがむしゃらに患者のためを思い行動してきたNさんに、境界性パーソナリティ障害患者が思いがけず水を浴びせたことによって、「看護には、その疾患に応じたアセスメントが必要であり、状況判断が何より大事なのだ」という気づきをもたらした。このことがきっかけとなり、Nさんは認知行動療法を学び、CVPPPのトレーナーの資格を取得するなど、自分の視野を広げて学び、必要な力を身につけて余裕が生まれたのであろう。

Nさんは、看護の無力さを認めつつ、それでもいろいろな方法を駆使して、後悔しないように、少しでも患者の助けになるための看護がしたいという、一貫した姿勢をもち続けている。そして今では、自分自身が学んだことを他の看護師にも伝えていきたいと願い行動を続けている。

15. Oさんの語りの解釈

「楽になってはいけない」

Oさんは33歳の男性である。看護師として10年の経験がある。そのうちの8年間は精神科看護師としての経験である。

看護短期大学を卒業して看護師の資格を取得した後、精神科以外への配属を希望して大学病院に就職した。しかし、一番行きたくなかったという精神科病棟に配属されてショックを受けたという。そのことについてOさんは、「精神に対して偏見の強い時期で、精神科に行くと仕事ができなくなるみたいな？男性だから、フィジカルを見て技術的などころを身につけて欲しいと刷り込みを教員にされてたところもあって」と語った。そのため、精神科に配属された当初は、看護部長に何度か直談判して配属先の変更を願い出ていたという。しかし、3か月たった頃には、患者の日々の変化と長い時間をかけた変化の2つのパターンが見えてきて面白いと感じ、もう少し続けてみようという考えに至っている。

大学病院の精神科では、亜急性期の病棟で身体合併症の患者と神経症圏の患者を主に見てきた。その後、血液内科に移動となって2年間勤めた。そこでOさんは、悪性リンパ腫の再発を繰り返し精神的に不安定な患者や、死に至った白血病の患者にもっと精神的なケアができるようになりたいと考えて、大学病院を退職して、単科の精神科病院で臨床経験を積むために転職している。

精神科病院に移ってからは、最初の4年間で亜急性期病棟で統合失調症の患者を主に見て、次の2年間で慢性期病棟で退院促進にかかわってきた。どの病棟でも境界性パーソナリティ障害の患者とのかかわりはあったという。

Oさんは、修士課程を修了した後も精神科の看護師として働き続けている理由について、「結局は一番自分のためになるというか？自分の成長が人として人間として、看護師としてもそうだと思うんですけど、それができるのは精神科だと思っていて。それが面白いというか？自分のこう、なかなか普段の生活だと見つけられない自分の特徴を感じられるというか？そしたら精神科にはまっちゃたんですよね」と話してくれた。

1) 大丈夫と思っても油断しちゃいけない

Oさんには、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりを語るうえで欠かせないエピソードがある。それは、Oさんが大学病院の精神科に勤めて2年目の時に、同僚の女性看護師に起こったある出来事が発端となって生じていた。

同僚女性看護師の育児休暇明けとOさんの就職した年が同じで、年齢的にも近く、他に4人の同期の看護師も加わって皆で仲間として親しく付き合っていたという。その同僚女性看護師は、これまでの生活歴や心理検査等を受けた結果等から、限りなく境界性パーソナリティ障害の傾向があったのだという。

最近、妙にテンション高いなーと思って、工作中。午前中に「何か良いことあったのー？」みたいな。「全然良いことないよー」って。「今日、給料日なのに給

料日になって記帳するといつも残高0円になるんだよ」っていう話から始まって、「何でそんなことになってんの？」って。他のおばちゃん（看護師）たちも「それ何なの？」って。旦那さんが結構あちこちで借金をして仕事しない人で、サラ金の返済がかなりたまっているらしくて大変なことになって手に負えない状況みたいで。「大丈夫なのかね？」って。しばらく1~2か月ほっておいたんですけど。

ある日、その人から電話がかかってきて夜7時ぐらい。よくわからないことを言っていて、「家を出た」みたいなこと言っていて。それで、「どうするの？」って。「わからないけど家を出た」っていう感じになっていて。

仲の良かった他の同僚（女性の看護師）に、「こんな電話がかかってきたんだけど、どうしよう？」って。とりあえず、「私ん家につれてきな」って。「じゃあ連れてくね」って。

電話で、「今どこにいるの？」って聞いて、ちょっと今思えば解離¹⁰気味だったんですよね。今思えば。遁走¹¹みたいな感じで、とりあえず、傍から見ると誘拐みたいな感じだったんですけど、車に乗せて。とりあえずその子に乗せていった先も結婚していて、旦那さんがまだ仕事でいなかったんで、3人で話をして「どうしたの？」って聞いたら、「旦那さんの暴力とか、金遣いとかいろいろ大変で、もうどうしようもなくなった。今日はもう殺されるかもしれないと思って逃げてきた」って。

連れてった先の人も、実は旦那さんのDVで一杯いっぱいになっていて。この子をどうしていいのかわかんなくて。で、ホテルとかもないから1週間ぐらい家に泊めて。

Oさんは、どこにも行くあてのない同僚の女性看護師を自宅に泊めたという。するとその同僚は、Oさんが面倒を見ている間にどんどん退行が進んで依存状態となり、対応することが難しくなっていたという。

なんか仕事してるときって、アンテナ張ってるというか、ある程度の警戒してるところがあったと思う。まだ新人だし、緊張しているし・・・なんですけど、プライベートだと油断してどうしてもこう気を許すというか？こう・・・してあげたくなっちゃう。

ほっとけないみたいな？家族とかすごく近い人、まあ親しい友達ではあったんですけど、やっぱりそこでほっとけないと、どんどんどんどん退行してくるし、どんどんどんどん依存してくるし、解離もしてくし。家で面倒見たときには、本当に座ったまま動かなくなっちゃって。ご飯は食べないわ、水は飲まないわで、もうどうしよう、どうしようってなって。

¹⁰ 解決困難な葛藤に曝された場合、それにまつわる観念や感情を関与しない精神の部分から切り離して、過去の記憶、同一性と直接的感覚の統制に関する統合が全面的あるいは部分的に失われることを解離反応という。

¹¹ 突然に家庭、学校、職場などの日常生活を放棄し、ある期間失踪すること。しばしばその間に健忘を伴う。

自分ではどうしようもなくなった O さんは、職場の上司に同僚女性看護師に関する相談をしたという。そして最終的に同僚女性看護師は、休職して母親と実家へ帰ることになり、O さんはホッとして肩の荷が下りたのだと語った。

自分が見てる間って、本当に悪くなる一方で、なんかあんまり面倒見すぎる、介入しすぎるっていうのは、なんかお互いによくないなって思って。

距離がどんどん近まっていってる感じで。それどうしていいかわかんないし、近くなればなるほど、どんどん手放せなくなっていくというか？ポイって、知らないって、無責任にできないなって。よく言えば責任感、悪く言えば共依存で、まあその半々みたいな経験はすごく大きくて。

同僚の女性看護師の面倒をみていた経験は、それまで味わったことのない苦勞であったという。そのことについて O さんは次のように振り返った。

けっこう大変だったんですよね。女性だったから、その子が好きなんじゃないかとか？でも違うなって思って。その子がもともと少しボーダー気味だったんですよね。性的逸脱みたいな経緯があったりした。まあ自傷行為はなかったんですけど。なんか冷静でいられなくなる？自分の感情をコントロールできなくなる感じ。

なんか人によってはそういうもんだっていう人もいると思うんですけども、自分はずっと冷静に生きてきたっていうか？自分で自分をコントロールできないのがすごく不安で。そこまで冷静に自分をコントロールできなくなるのは、すごくこう抵抗があったっていうか？

同僚女性看護師が少し落ち着きを取り戻した後に性的な関係を持つことを要求された O さんは、その時に、女性としてではなく、同僚としてほっとけないだけであったのだと確信して、自らの気持ちに整理がついたという。

そこでわかったことは、自分がそういう依存されやすいってことと、依存されるのが好きだっていうことがわかって。手間かけたいんですよね。お節介したいみたいな？でも看護師ってみんなそうなんですよ、きっと。お節介されることより、することの方が好きなんですよ。喜ばれると嬉しくなっちゃう。面倒くさいより、嬉しいのほうの方が勝っちゃう。そのループがよくないなって思って。

それから患者さんでも気をつけるようになりました。すごく意識しました。すごく自分と人との距離？患者とだけじゃなくて、職員もそうだし。相手を見てから距離を縮めるようになりました。近づいても、そういう依存関係にならないところまでは近づくけど、それ以上になりそうだったら距離をおく、一線引く、ギリギリのラインを責めるようになりました。

Oさんはこの出来事から普段の生活では気づけなかった自分の傾向を知り、臨床の場においても患者との距離を意識するようになっていったという。

次にOさんは、境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験で特に印象に残ったエピソードとして、生命の危機を感じたという出来事について語ってくれた。

それは2007年に都内の精神科病院で看護師が腹部を刺され、出血多量で亡くなった事件があった年で、Oさんが精神科病院に転職して間もない頃であったという。先輩看護師が、亡くなった男性看護師とは家族ぐるみの付き合いをしていたこともあり、Oさんはその事件をととても身近なこととして認識していた。

〇〇病院の事件があったじゃないですか？看護師メッタ刺し。そんなのがあった頃だったんです。ちょうどボーダーの患者さんがいて、お金持ちのお嬢様で、わりと好き嫌いのある人で、スタッフに対して。なんですけど、僕はわりと好かれてる側だったんですね。でもそういう（同僚女性看護師の面倒を見て自分の感情をコントロールできなくなるという）経験もあるんで、あんまり近寄らないように、そこそこの距離をとりつつって思っていたら、何か夜勤の時に気に食わないことを言ったみたいで、すごく腹を立てて豹変したんですよね。

ボーダーの人って豹変するじゃないですか？統合失調症みたいな豹変するときあるじゃないですか？そのときにこう「後ろに気をつけろ！」みたいなことを、「いつでもやれるんだ！」みたいなことを夜勤の時にずっと言われていて。薬を配ったり、ご飯を配ったりしている時とかに言ってきたりとか。

夜勤をしていた時に、境界性パーソナリティ障害患者がOさんの言葉に反応して突然目つきが鋭くなり、人が変わったように豹変してしまったという。

その時のことについてOさんは、「今でも覚えてないんですけど、でもそんな・・・防衛として忘れていたわけではなくて、本当にたいしたことじゃなかったと思うんですよね。たぶん、夜中でそろそろ寝てくださいとか」と、患者からの攻撃は自分には全く身に覚えがないのだと語った。

最終的に患者は、Oさんが夜勤を終えて帰ったその日のうちに、男性看護師が何人も怪我をするほど大暴れして隔離され、拘束になっていた。しかし患者は、任意入院であったために、数日で退院していったという。

もう怖かったです、正直。閉鎖病棟っていっても家族も来てるし、面会も来てるし、外出もしてるし、持ち込もうと思えば何でも持ち込めるし。そこまで鋭い目つきになってたんで、何を持ってても不思議じゃないな一と思ってて。

しかも退院したら、そこらへんにいようと思えばいくらでもいれるじゃないですか？そもそも任意入院だし、車の駐車場が病院の中なんで、ナンバーだって車乗ってるところ見ればわかるじゃないですか？ナンバーわれたら住所もわかるし。そこらへん歩いている時とか思うと、ちょっと怖いな一って一晩中思っています。

その境界性パーソナリティ障害患者の入院が 2～3 回目であったこともあり、付き合いは長くなっていたという。しかし O さんは、操作性が高い患者であったため、これまで攻撃性を向けられたことはなかったものの、特に難しい人だと感じて警戒していた。

その時になんかボーダーの人ってここまで豹変するんだって。それまである程度の距離を保って振り回されなければ大丈夫みたいな？ちょっと甘く見てたところがあって。

なんていうか、直面化させたりとか？いたずらに。まあ意図的にはあると思うんですけども、いたずらに感情に任せて直面化させたりとか、感情をぶついたりとかしなくて、ある程度受けとめていけば大丈夫なつもりでいたんですけど、それじゃあダメだということを知って。なんか付き合い方が難しいなって。

やっぱ統合失調症の人と違うところって、対応に関してはどんな病気でも一緒だと思うんですけど、そういう内面の距離のとり方って、統合失調症の人ってどんどん近づいて行っても危なくないイメージがあるんですけど、やっぱボーダーの人ってそれがそうとも限らないことがあるな、近づかなくても相手から突然踏み込んでくるなって。一方的に理由なく踏み込んでくることあるんだなっていうのを感じて。

同僚の女性看護師との間で苦い思いをした経験のある O さんは、境界性パーソナリティ障害患者に対しては、警戒して依存されない距離をとってきた。しかし、自分がある程度の距離を保ち、振り回されないようにしていたとしても、境界性パーソナリティ障害患者の方から突然踏み込んでくることあるため、それでは通用しないのだと感じている。

その殺人予告みたいな人の時は、最終的に自分がちょっとなんか油断してたんです。何回目かの入院である程度難しい人だけど、もう付き合いも慣れてきて。今まで上手くいってるからって、自分が面倒くさいとか、今は手が回らないとか、そういうなんか手抜きっていうか？油断して手を抜いた結果って思って。

やっぱりこう・・・この人、大丈夫って思っても油断しちゃあいけないんだなーって思いました。

O さんはインタビューされるまで、自分が境界性パーソナリティ障害患者に対してそれほど苦手意識を持っているとは感じていなかったのだと次のように話してくれた。

それ（同僚の女性看護師との間で苦い思いをした経験）が今でも影響しているので、今日、今考えるまでボーダーの人ってそんなに苦手意識がなくて、そんな苦手じゃないって思ってたんですけど、何で苦手じゃないかっていうと、苦手だと思うまで近寄らないようにしてたっていうか？避けてたところがあって、それ

で、苦手っていうほど揺さぶられないようにしてた。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・(中略)・・・・・・・・・・・・・・・・

だからなんかそれじゃいけないなって思いながらも、でもその後はどうしていいかわからなくなるから、甘えさせた後にどうやって・・・こう・・・依存されると、どうやって離れていっていいのかわからないっていうか？なんか見捨てられ感を与えない離れ方みたいなのができない。結局は、自己防衛じゃないですけど・・・自分の感情を揺さぶられないための距離を保とうとしているところが強くて。距離をとる傾向が強い。

今でもたぶん（距離を）とってて。距離を縮めるのが苦手。皆できるのに、自分はできないなって思って。その一患者さんの近くにおいて世界観を共有じゃないですけど？そういうふうにするのが苦手。でも、やっぱできた方がいいなって思って。そうなりたいとは思う。

Oさんは、油断してはならないと感じて境界性パーソナリティ障害患者との距離を保つ一方で、患者の内面にまで深く入り込み、気持ちを共有し理解して、助けになりたいとの願いもあり、葛藤を抱いているのだといえよう。

2) 自分の行動の意味づけをすることで自信がつく

Oさんが夜勤明けで仕事に戻って見たら、自分の言葉に反応して豹変し殺人予告をしてきた境界性パーソナリティ障害患者が退院していたことにホッとしたのだと語った。それと同時に、同僚の女性看護師が自らの手を離れて休職して実家へ戻り、ホッとして肩の荷が下りたことを思い出したという。

あっホッとしたって思った時に、同僚（の女性看護師）の時のことを思い出して。こう上手くいかなかった人が目の前からいなくなったときにホッとするのってよくないなって思って。

（インタビュアー：よくないなって？）

いや、根本的に解決にならないからですかね？統合失調症の人と決定的に違ってボーダーの人が影響を受けるのって、統合失調症の人って何の理由もなく妄想が始まったりしますが、だけどその人は明らかに自分に向いてるんですよ、敵意が・・・っていうことは・・・自分は失敗したんです。

（インタビュアー：失敗？）

失敗かはわかんないですけど、自分の何らかの行動によって・・・そこに気づけないっていうのは問題だなーと思って。とりあえずその人がいなくなれば、今この場は平和になるけど、また同じことがあったときに、前回、自分がこういうふうにしたことで、こういう人のこういうときに、こういうふうになっちゃったっていう引き出しが増えないじゃないですか？その人とのことが、何でああいうふうになったのか理解しておかないと、次のときに変われないというか？なんか上手くいかなかったことがあったときに、問題が目の前からなくなるとホッとするんです。いつも。なんか楽になるのがいけないような気がして。

〇さんは、ホッとするということは、何か問題が片付いたときにホッとするため、その問題が何であったのかをはっきりさせておけば、次に同じ問題が起きたときにある程度予測が立てられるため、それを明確にしておかなければならないと考えている。

〇さんがこのように考えるようになったのは、境界性パーソナリティ障害患者が豹変して自分に殺人予告までしてきたことを、かかわりの失敗と捉え、繰り返し自らに問うてきたからであろう。

最終的に何を考えたかっていうと、具体的な内容は覚えてないですけど、（殺人予告をしてきた境界性パーソナリティ障害患者に）文句を言われ始めた時に、上手く説明できなかつたのがいけないんだって思ったんですよね、最終的に。

その時は何でこういうふうにして、今は何でこういうふうにしなかったかっていう説明をきちんとできなかつたから（患者が）イライラしたのかなって思ったんで。

それから一つひとつの自分の一挙手一投足じゃないですけど、基本的には何でここでもうこうしてこうするけど、こういうときはこうしないのかって、説明ができるように準備するようになりました。何かをしてるときも、何のためにそれをしてるのか？何の必要があってそれをしてるのか？何でこれをしてないのか？とか。意味づけを意識するようになりました。

それまでは感覚でやってこられたけど、意味づけしておけば、いざというとき説明ができるし、毅然とした態度をとれるっていうか？自分の行動の意味づけをするようになりました。それはボーダーの患者さんだけじゃなくて、すごく全部に影響します。

〇さんは、最終的に、自分の行動をきちんと患者に説明できなかつたことが、境界性パーソナリティ障害患者に殺人予告をさせてしまうまでに発展したのではないかという考えに至っている。

これまでは感覚で患者とかかわってこられたという〇さんだが、いざというときにきちんと説明できるように、自らのひとつひとつの動作や行動に意味づけを意識して行うようになったという。そして、それは境界性パーソナリティ障害患者にだけではなく、他の疾患の患者や医療者に対しても影響しているのだと次のように語った。

常に意識しながら意味づけをすることで、すごくこう楽になるし。その後、自分がやってることにも自信もついていくようになりました。それはボーダーの人だけじゃなくて、後輩にもそうだし、誰に対しても同じことが言えるっていうことになるんで、誰に対しても同じ説明で通じるっていうのは、すごくやっていて気持ちいい。

昔で言えば、統合失調症の人の味噌汁に（説明もせずに）リスパダール¹²入れたりとかっていうのって後ろめたいじゃないですか？でも、そういう後ろめたさなく、誰に対しても、「あなたにはこれが必要です」って、「この人にはこれが必要なんです」って両者に言えるし、本人にも同じことが言える。

告知じゃないですけど、診断名がグレーであったりとかすると伏せてたり、たとえば癌とかだったらやっぱ伏せなきゃいけないけど、精神科ってそうじゃないじゃないですか？ほとんど告知されてるんで。告知されたうえで本人にもきちんと説明して、同じ説明が医療者にもできるっていうのは、すごく気持ちがいいな一って思いました。

境界性パーソナリティ障害患者に殺人予告をされてOさんがたどり着いたのは、常に意味づけを意識するようになったことだという。誰に対しても同じ説明ができることは、真面目で几帳面だというOさんを楽にして、自信をもたらしたのだといえよう。

3) どんなときでもある程度対応できる

総合病院の精神科では、Oさんの視線の先には常に女性の看護師がいたため、自分自身もどこか女性のような気がしていたという。しかし精神科の病院では、患者が性を意識して行動できることを健康的な部分として尊重するため、看護師の性別によって役割に違いが生じる場合があるのだと次のように話してくれた。

（男性看護師が）女性の入浴介助をしないことにびっくりしました。内科ですっごいしてましたもん。それこそ、鎖骨や鼠径にIVH¹³入れたり、バルン（カテーテル）も入れてたし。ビックリしました。あっ男だったんだ俺って。仕事するときには性別ってないと思ってたんですよね。

それに気づいたのはこっち（精神科病院に）来てからです。だから最初の（総合病院の精神科に勤めていた）時にわからなかったんですよ、きっと。普段はそういう意識をしてないから、なんかモヤモヤで、男性女性っていう意識をしなきゃいけないってどっかで思いながらも、でも自分が男性っていう気もしてなかったから。総合病院の精神科ってあんまり性を意識しない。

総合病院では、性別に関係なく看護師としての役割を遂行することが優先される。そのためOさんは、当時入院していた境界性パーソナリティ障害患者に対しても同様にかかわっていたという。しかし、患者の反応は明らかにOさんを男性として意識したものであったため、戸惑ってしまったのであろう。

それこそ（境界性パーソナリティ障害に摂食障害が併存している患者で痩せて）

¹² 中枢神経系に作用する非定型抗精神病薬。

¹³ Intravenous Hyperalimentation（中心静脈栄養法）の略称。

ガリガリで、夜トイレまで行けないってナースコールがあって手を取って支えながらトイレに行くのに、「なんで昼間は手をつないでくれないんですか？」って。

当時は困るんですよね。「確かに、この間、夜勤の時に手をつないでけど、でもそれって誰にでもしてるしなー。じゃあ、他の人も昼間手をつなぐか？」って思うと、「何が違うんだ？」とか。

なんか、論の展開が上手いんですよね。話題のすり替えっていうか？そこに対応できるだけの技術がなかったんです。

「確かになー」って思って、さあ手をつないでみると、「いや？これは何か違うな」って思ったり。でも、「これはちょっと違わない？」っていうことも言えなくて、なんかされるがまま。

「最終的にノーって言うんだったら、最初からノーって言わなきゃいけないのかなって思ってて。新人看護師の頃は、自分で線引けなかった。自分の役割を当時は見失ってた」とOさんが語ったように、ときに理不尽な要求を突きつけ、無理難題をふっかけてくる境界性パーソナリティ障害患者に対して、何かおかしいと感じながらも、患者の要求に応えるしかなかったのであろう。

ボーダーって女性が多いじゃないですか？男性もたまにいるけど、めったにいないし。女性ってなると、一番アイデンティティを揺るがせられるのって、男性と女性で意識しないようにするのが大変っていうか？絶対に向こうはそう（自分に好意を寄せる）なるんですよね。それはわかってるんですよね。いつも。

（インタビュアー：ちょっと疑似恋愛みたいになってるの？）

なるんです。その同僚（女性看護師）もそうだったし、患者さんもそうなんですよ。そうすると他の患者さんとのかかわりも妨害されるんですよね、ちょいちょい、少しずつなんですけど。こっちも気にし出すとやりにくくなるから、できればそういうふうに陽性転移させたくない。どっちみちするんだけど、なるべくさせたくない。転移されるのありきなんで、最初から距離を置かなきゃいけないし、そういうふうに陽性転移されるってわかっている以上、自分が逆転移しない前提で行かなきゃいけないじゃないですか？

あんまり転移されると、依存された後に離脱するのが大変、どうしていいかわからないっていうのはそういうことだと思うんですよね。男性として見られたときに、かかわりもしにくくなるし、そういうもの（恋愛関係）を求めるじゃないですか？遠慮なく向こうは。捨てるものないっていうか？失うものないっていうか？捨て身で来られるとなんか本当にどう断っていいっていうか？なんか下手に言えないし、「何でこれはしてくれるのに、これはしてくれないの？」って。少しずつ切り崩すじゃないですか？なんで、どこまでしてよくて、どこまでしちゃいけないのか？何ならできるのか？っていうのを、まだ自分で作れてなかったんですよね。

境界性パーソナリティ障害で入院してくる患者は圧倒的に女性が多いという。

職業的関係ではなく、生身の人間関係を要求してくる境界性パーソナリティ障害患者へのかかわりは、Oさん自身が男性であることを強く意識させられるため、看護師としてのアイデンティティが強く揺さぶられるのであろう。

しかし、自分の言動の意味づけを意識して経験を積んできた今では、患者の顔をつぶさないような断り方ができるようになったという。

冗談でごまかせるようになりました。なんか、相手の逃げ道を作りつつの断り方ができるようになったというか？

それまでは、なんかこうたとえば内科にいたときも、患者さんだったりとか、患者さんの面会に来てる家族とかに、「うちの娘はどう？」みたいな感じで言われると、こうなんていうの？患者さんは冗談で言ってるのに、僕は真面目に応えると、「全く、冗談なのに」みたいに言われて。「そんなん、やめてくださいよ」みたいだったのが、こっち（精神科病院）に来て、他の人（男性看護師）が上手いことやってるの見て、手とか握られたら、「ちょっとお金とるよ」とか、「有料だよ」とか、できるようになりました。それから楽になりました。

Oさんは、境界性パーソナリティ障害患者との距離が近くなったときの弊害は、同性よりも男女だと特に大きいと感じている。それには、自らが傷つきたくないという思いもあるが、精神科看護師としての役割を誠実に果たそうとするときに解決困難な葛藤が生じることがあるからであろう。

Oさんにとって、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりはそれほど心を掻き乱されるものであったのだといえよう。

最終的に、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、Oさんを大学院への進学に導いたのだと次のように話してくれた。

最終的に大学院まで進学しちゃいました。意味づけをして仕事するようになったら、なんかもっと頭を使って仕事をするようになったんですよね。それまでって感覚だったり、知識で勉強してたんですけど、頭をこうめぐらすっていうか？知識でこういうときは、こうするっていう手技的なことだけでなく、臨機応変に仕事をするっていうのはどういうことかっていうことを考えるようになって。

そうなると、今度はいろんな引き出しがなきゃいけないし、考えるっていうのもこうやったらいいと思うとか、こういうふうにやったらこの間上手くいったとか、そういう経験則だと限界が来て。

でもそれをどう増やしていいのかわからないし、どうやって考えて仕事をしていいのか、それこそ倫理的な感受性を磨きたいっていうか？どういうふうに考えればいいのか、考え方がわからない。頭の使い方がわからないなって、最終的に進学に至った。

意味づけをして仕事をするようになったOさんは、自信もついて自らの成長を実感できるようになっていた。しかし、この先どう成長していったらいいのかわ

からず、特に倫理的な感受性を磨きたいと考えて大学院へ進学したという。

それはもうボーダーの患者さんの影響が一番大きいと思います。考えさせられるっていうか？考えを強要されるっていうか？悪く言えば揚げ足をとってくるんですけど、すごく真理を突いてくるんですよ。結構、ドキッとすることがあって。最初はそれに抵抗してたんですけど、そのうち「確かになー」っていうのが、「確かにねー」っていうようになって、「ちょっとそれ宿題にして」っていうようになったんですよ。「明日までに考えてくるから」って。

Oさんは、「ボーダーの患者が、どういう気持ちでやってるのかわからないけど、自分が精神科の看護師であるかどうか？みたいなことをすごく試されてる感じがします」と語り、精神科看護師としての自らを問われ続けることによって、どんなときでもある程度対応できるようになり、ストレス耐性も上がってきたのだと次のように振り返った。

自分を試されて、どうすればいいか考えることによって、いろいろ対応の引き出しが増えていって。あの手、この手が使えるようになると、どんなときでもある程度対応できるというか？こう・・・ある程度出し尽くせば、もう無理なときは「無理」って言えるんですよ。でも出し尽くさないと、何も知らないと、「無理」って言っていいかもわからない。

・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（中略）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

なんか、「わかりません」って最終的に言える段階って、ある程度の耐性がつかないと、言えないと思うんですよ。わからないことをわからないって言う勇氣じゃないですけど？

しかも統合失調症の人じゃなくて、ボーダーの人に「わからない」って言うのってリスクっていうか？

「そんなんでいいのか！？」って、「お前は本当にそんなんのか！？」って（境界性パーソナリティ障害患者に）問われたときに、「そうなんです！」って答えるのってけっこう勇氣がいることで。でも、それに正直になれるってことは、ある程度の自信がないと言えないことなので。

Oさんは、精神科看護師としてある程度年数を重ねてくると、頼っていい人が減ってしまい、いざというときに責任を持ち対処しなければならないのは自分で、上手く立ち回る方法がどんどん必要になってくるという。

続けてOさんは、「精神に来てよかったと思います。それで離れられないんだと思います。自分はすごくそういう意味で楽になって、その楽さは決していい加減になった楽さじゃなくて、こう・・・生きる力、生きていく力を学んだみたいな？ストレスにすごく弱かったんですけど、そういう意味で耐性がついた気がします」と自分のさらなる成長を実感して微笑んだ。

4) Oさんの自己形成

境界性パーソナリティ障害の傾向がある同僚女性看護師とのかかわりで、自分の感情をコントロールできずに不安になるという苦い経験をしたOさんは、依存関係に陥らないよう人との距離をはかってきた。しかし、自分がある程度の距離を保っていたとしても、境界性パーソナリティ障害患者の方から突然踏み込んでくることもあるため、大丈夫だと思っても油断してはならないという学びを得ている。

それ以来、Oさんは、いざというときにきちんと説明できるように、自らのひとつ一つの動作や行動に意味づけを意識して行うようになった。そのことは、真面目で几帳面だというOさんを楽にして、自信をもたらした。

Oさんは、境界性パーソナリティ障害患者に自分を試されてどうすればいいか誠実に考え続けることによって、いろいろな対応の引き出しが増え、どんなときでもある程度対応できるような力を身につけてきたのだといえよう。

Ⅲ．境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成

本研究結果より、研究参加者の境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を解釈すると図1のように3つの様相に分けられた。

すべての研究参加者の自己形成は、その人において生きられたものであり、それぞれ独自のものであったが、同時に境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成には共通の意味が見出せた。すなわち、研究参加者らは、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、初期の経験では誰にも共通して、患者との直接的なかわりを持つか否かにかかわらず、患者の病理に巻き込まれ、恐怖や怒り、苛立ちや嫌悪感などの様々な陰性感情を抱いくという状況が生じていた。そして、研究参加者は状況に関与するなかで自己形成していた。

研究参加者の自己形成は、「状況に吞まれる」、「状況から自己を守る」、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして、それぞれ「否定的な自己形成」、「両価的な自己形成」、「肯定的な自己形成」という3つの様相に変容していた。

また、本研究の結果が示した自己形成を促す原動力には、「自己洞察」と「サポート」の2つがあった。自己形成を促す最も重要な原動力としては、「自己洞察」があげられる。これは「状況」を契機として促されるものであったが、他者からの「サポート」が得られれば、「自己洞察」はさらに深まるものと思われた。

本研究結果より見出された研究参加者の自己形成を、それぞれの特徴にしたがって図の中に配置した。

以下にその特徴を記述していく。

1. 否定的な自己形成

否定的な自己形成とは、過去に体験した陰性感情が、境界性パーソナリティ障害患者へのかかわりのなかで、「状況に吞まれる」という状況への関与の仕方をとおして、否定的な様相のまま滞ったものを示す。

Cさんが語ったのは、まだ准看護師となって2年目が過ぎた頃に、男性の先輩看護師が境界性パーソナリティ障害患者3人くらいに囲まれて罵倒され、目頭を押さえ泣いていた衝撃的な場面を忘れられずにいるというエピソードであった。この出来事は、Cさん自身が境界性パーソナリティ障害患者と直接かかわったものではなかったが、5年以上経過した現在でもトラウマティックなものとして持続しており、Cさんに与える負荷は非常に高いものとなっていた。

Cさんにとって、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは現在でも恐怖や不安を想起されるもので、「状況に吞まれる」という関与の仕方をするために、現実吟味には向かわず、「自己洞察」には至っていない。また、「サポート」が得られないばかりか、日々の境界性パーソナリティ障害患者への対応の違いをめぐる周囲のスタッフとの摩擦や葛藤が、さらにCさんにネガティブな気持ちを引き

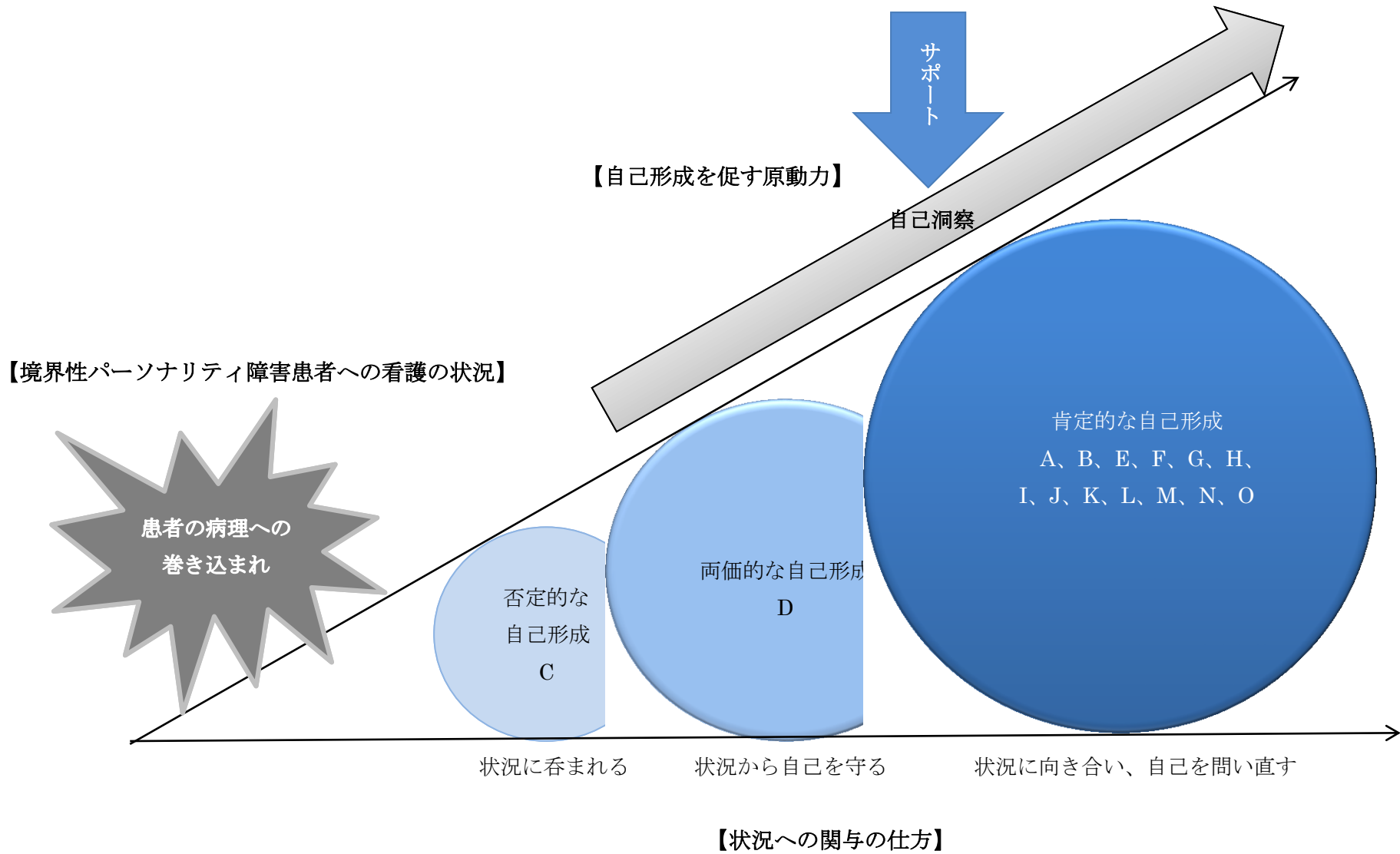


図1 境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成の3つの様相

起こさせていた。

そのため、境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験自体に付与された絶対的な否定性は変容することはなく、「どうしても拭い去れないネガティブなイメージ」として患者との関係は滞り、ケアとして成立することはなかった。

2. 両価的な自己形成

両価的な自己形成とは、過去に体験した陰性感情が、境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、「状況から自己を守る」という状況への関与の仕方をおして、否定と肯定を併せもった両価的な様相へと変容されたものを示す。

Dさんは、自分がまだ新人看護師の頃に境界性パーソナリティ障害患者から相談を持ちかけられたほんの少しの会話のなかでの一部分のみがとりあげられ、患者とその夫のふたりから訴えると責め立てられ、とても傷つきショックを受けたというエピソードを語った。それは医師や看護管理者、ケアワーカーの第三者を巻き込んでの話し合いにまでに発展したが、結局、患者は最後まで納得せず、Dさんは傷ついたつらさを抱えながらも、これまで誰にも相談せず、「サポート」を受けてこなかったというものであった。

このエピソードを振り返ることで、「自己洞察」が促され、患者からの学びが得られたことに対する自己への肯定的評価がなされたが、他者からの「サポート」が得られず、傷ついた気持ちが癒されないままであるため、その経験自体に付与された否定性は拭い去ることができずにいた。

そのため、境界性パーソナリティ障害患者を、「いくら病理とわかっているでも付き合いたくない」患者として捉え、積極的なかかわりを避けていた。

3. 肯定的な自己形成

肯定的な自己形成とは、過去に体験した陰性感情が、境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をおして、過去のある時点や現在において肯定的な様相へと変容されたものを示す。

図2は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の肯定的な自己形成を示したものである。

肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をおして「自己洞察」が深まり、他者からの「サポート」を得ることで、「自己理解」に至っていた。そして、「自己理解」を基盤として、「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」や、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という2つの仕方のいずれかを基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めていた。

ここでは共通した仕方を示した研究参加者を○枠で囲い、図の中に配置した。以下に、それぞれの特徴を述べていく。

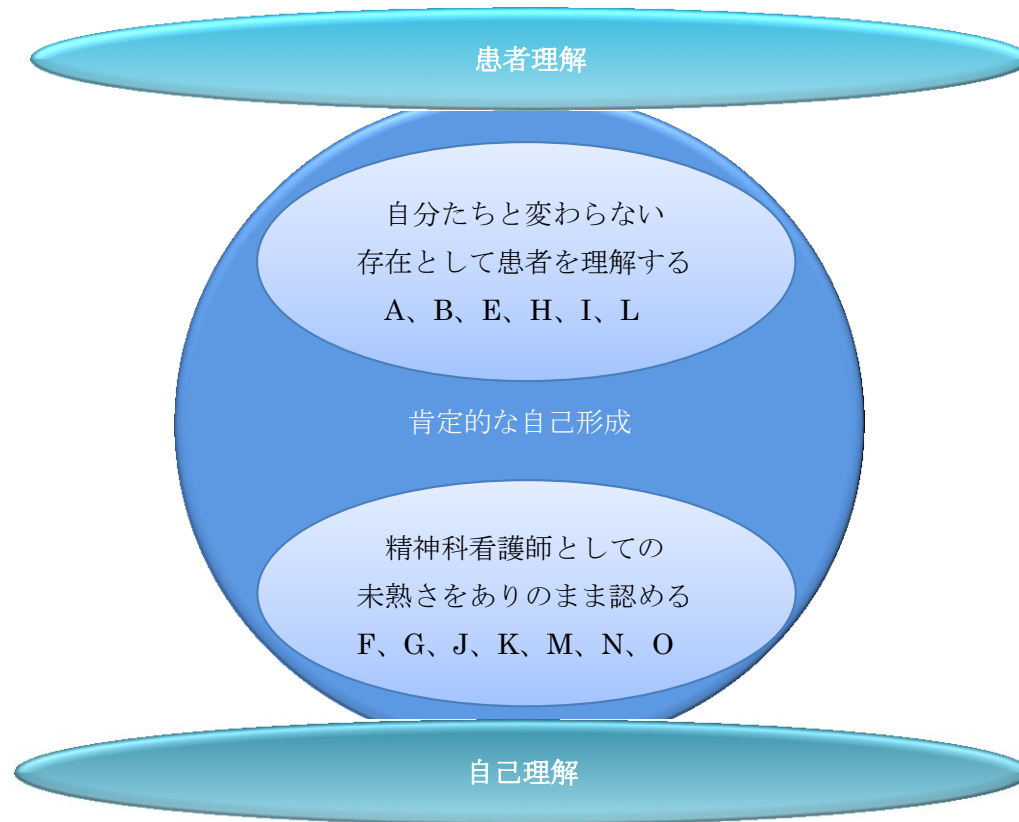


図2 境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の肯定的な自己形成の様相

1) 自分たちと変わらない存在として患者を理解する

Aさん、Bさん、Eさん、Hさん、Iさん、Lさんは、「状況に向き合い、自己を問い直す」なかで、「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」という仕方を基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めるという肯定的な自己形成の様相を示した。

いずれは精神科で働き、患者とかかわりたいと希望していたAさんが精神科に再就職をして目の当たりにしたのは、境界性パーソナリティ障害患者同士のトラブルや暴力、自傷する姿であり、患者に対して徐々に恐怖を感じていくという否定性を帯びた経験であった。

しかし、初めての子育ての大変さも重なり精神的にとっても不安定な時期に、同じ29歳という年齢で入院してきた境界性パーソナリティ障害患者と心が通うという経験をしている。境界性パーソナリティ障害のある患者は自分たちと同じように感じるができる存在なのだという気づきや、患者が感情を激しく表現する姿に人間らしさを感じ、心惹かれる存在として刻まれていった。さらに、境界性パーソナリティ障害患者との出会いは、適当にやってもいいことを示すモデルを見出すことやいろんな感情との付き合い方の学びにつながり、Aさんに柔軟性をもたらしている。

Aさんは、「他人事じゃなく、お互い様」、すなわち、自分たちと変わらない存在として患者を理解し、患者とその親の人生から多くを学び、人として成長するという、肯定的な自己形成の様相を示した。

Bさんは、境界性パーソナリティ障害患者の心の動きが自分にもともと備わっているパーソナリティのベースとよく似ている傾向があり、必然的に患者とかかわるなかで、生きにくい自分に直面して葛藤するという否定性の帯びた経験をしていた。

しかしBさんが、患者と自分を重ねて混乱しながら苦しいときを乗り越え、看護師を続けてこられたのは、境界性パーソナリティ障害患者のよくなる姿であり、患者からプラスのフィードバックをもらうなかで自信を得てきたからである。

Bさんは、「境界性パーソナリティ障害患者と自分を比べる」ことによって、自分を肯定的に評価し、精神科看護師として新たな一歩を踏み出すという、肯定的な自己形成の様相を示した。

Eさんは、看護学生時代の夜勤で、ひとりの境界性パーソナリティ障害患者が病棟中を巻き込んで引き起こした暴動やそのパワーに圧倒され、大騒ぎになって大変な思いをしたという否定性の帯びた経験をしていた。

Eさんは、境界性パーソナリティ障害と摂食障害の患者が主に入院する女性閉鎖病棟で管理者として過ごすなかで年齢を重ね、さまざまな失敗をしながら何度も反省を繰り返し、実感として学びを得てきた。また、境界性パーソナリティ障害患者と面接で話すことは、Eさんが当初抱いていたコミュニケーション技術の

身について理想の看護師像へと近づけた。今では、境界性パーソナリティ障害患者の問題点や病気の部分から、健康的な部分へと視点が移り、患者をあまり病人として扱わない方がいいとの考えに至っている。

Eさんは、良いことも悪いことも含めて、境界性パーソナリティ障害患者からたくさん見返りを感じており、患者を自分たちと変わらない、支え合える存在として認め、どこの病院でも「煙たがらずに見ていけたらいい」という、肯定的な自己形成の様相を示した。

Hさんは、境界性パーソナリティ障害患者との初対面のかかわりで、幾度となく失敗し、患者に近づくことさえ怖くなってしまい、かかわりがもてなくなるという否定性に帯びた経験をしていた。

しかし経験を積み重ねるにつれて、境界性パーソナリティ障害患者が発した言葉の意味を考えて、その心情を察し、自分なりの方法で病棟の治療規則を応用できるようになっていった。それを支えたのは、境界性パーソナリティ障害患者が健気にがんばる姿であり、どんなに経過が大変であったとしても必ず良くなるという実感であった。

境界性パーソナリティ障害の病理である見捨てられ不安による対人関係の敏感さを抱えたHさんが、「看護師として患者に伝えている言葉はそのまま自分への言葉としてあてはまり」、対人関係上の大きな学びを得て、自信が得られ、生きやすさがもたらされるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

Iさんは、自分が最後に言葉を交わしたふたりの境界性パーソナリティ障害患者の自殺に自責感や無力感を抱くという経験をしてきた。この出来事自体が絶対的な否定性を帯びていたため、Iさんに与える負荷は非常に高いものであった。

しかし、深く傷ついたIさんに転機をもたらしたのは、回復途上にある境界性パーソナリティ障害患者が自分のつらい経験を今度は人のために役立てたいとの純真な思いであった。Iさんは、患者と看護師の枠を超えた、いわば、同じ人間として「境界性パーソナリティ障害の人たちにはかなわない」と真に心が震えるような経験をしたことで、自分もまた生きづらい境界性パーソナリティ障害患者の役に立ちたいと思えるようになっていった。さらに、これまで世の中に対して怯えながら生きてきたIさんであったが、境界性パーソナリティ障害患者とかかわり続けることによって、患者の表面上にあらわれている問題ばかりではなく、人としての真の姿を捉え、理解できるようになっていった。とても自分が嫌いであったというIさんだが、今では自身の成長を嬉しく感じられるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

Lさんは、境界性パーソナリティ障害患者がリストカットをして自分を傷つけ、暴言や暴力を振るい、感情を爆発させる姿を脅威に感じていた。それは、本来のLさんの穏やかな性格では耐えられない現実であったため、看護師としての役割を果たそうと虚勢を張り、仮面をかぶって防衛するという否定性を帯びた経験と

なっていた。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者の看護の経験を重ねるうちに、感情的に揺さぶられることはあっても、それに固執せず、患者の症状の背景にあるつらさに思いを馳せ、「境界性パーソナリティ障害患者の立場に身を置く」ことで、自分たちと変わらない同じ人間であると気づいていく。今では、境界性パーソナリティ障害患者を自分たちと変わらない責任のとれる存在として尊重し、人間対人間として自分らしくかかわり、逞しく成長を遂げるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」という仕方を基軸として「自己理解」と「患者理解」を同時に深めてきた研究参加者においても、初期の経験では、境界性パーソナリティ障害患者の病理に巻き込まれ、恐怖や怒り、苛立ちや嫌悪感などの様々な陰性感情を抱いていた。そして、看護師である自分と境界性パーソナリティ障害のある患者を、どこか違う存在と認識し、一步距離をおくことで、感情が揺さぶられないよう自分自身を守っていた。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者と深くかかわり、その人間性に触れるなかで、患者は自分たちと同じように感じられる存在であると気づき（Aさん）、健康的な部分もあり、自分たちと変わらない、支え合える存在として認めるようになっていった（Eさん）。また、回復途上にある境界性パーソナリティ障害患者が自分のつらい経験を人のために役立てたいとの純真な思いに触れ、同じ人間としてかなわないと感じたり（Iさん）、患者の症状の背景にあるつらさに思いを馳せて、患者の立場に身を置くことで自分たちと変わらない責任をとれる存在として尊重していた（Lさん）。さらに、境界性パーソナリティ障害患者と自分自身を照らし合わせて、患者が回復する姿に自信を得て（Bさん、Hさん）、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めていた。

2) 精神科看護師としての未熟さをありのまま認める

Fさん、Gさん、Jさん、Kさん、Mさん、Nさん、Oさんは、「状況に向き合い、自己を問い直す」なかで、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という仕方を基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めるという肯定的な自己形成の様相を示した。

Fさんは、最初に出会った女性の境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、自分が患者に対して抱くネガティブな感情に初めて気がつくという否定性に帯びた経験をしていた。

しかし、その後にかかわった男性の境界性パーソナリティ障害患者とは、自分自身が男性ということもあり、健康的なモデルとなれるよう本来のFさんらしくかかわった結果、病名を見て構えるのではなく、その人自身と向き合うことが何よりも大切なのだという気づきを得ている。また、自己のネガティブな感情を認め、それに向き合うことで患者理解や看護実践に役立てられるということを学ん

でいる。

知的な好奇心から始まった F さんの精神看護に対する興味や関心は、「できる範囲のことをどういうふうにやっていくか」探求していった結果、患者に対する人間的な視点へと大きく変化し、精神科看護師として有効なかかわりを見出すという、肯定的な自己形成の様相を示した。

G さんは、自分と同じような思いを抱いていると感じていた同世代の看護師である境界性パーソナリティ障害患者との大きな差異や、拘束されることに対する自分との感じ方の違いに葛藤するという否定性を帯びた経験をしていた。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者の看護の経験を重ねていくなかで、すべてを理解できると思うのはおこがましい、すなわち、「わかったつもりにならない」ということを実感として学んでいる。また、G さんは、境界性パーソナリティ障害患者から感情のままぶつかってこられても動じない強さを身につけている。そして、たとえ患者のすべてを理解できなくても、少なくとも患者の苦しみを理解することはできるという実感を深めている。さらに、患者の思いを真剣に受けとめ、理解しようとし続けることがケアとして成立するのだという考えに至っている。

境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験を重ね成長してきた G さん自身が、今では精神科看護師として患者のつらさを理解する存在となり、生かされるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

J さんは、最初に出会った境界性パーソナリティ障害患者が初対面であるにもかかわらず、とてもフレンドリーな感じで近づき、翌日には一転して人が変わったように激しく攻撃してくるという否定性に帯びた経験をしていた。

しかし、看護師としての自らのかかわりを振り返ることによって、境界性パーソナリティ障害という病名で症状を捉えて決めつけるのではなく、患者の訴えを聴いて、きちんと判断しなければならないと再確認している。また、たとえ患者が友達のように接してきたとしても、「患者には看護師としてちゃんと接しなければならない」という心構えを学んでいる。

准看護師として働いた 4 年間を合わせると 20 年という長きに渡り、さまざまな病棟を移動し、自らを駆使しながら働いてきた J さんにとって、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、自己を問われる苦い経験ではあったものの、精神科看護師としての基本姿勢を身につけられるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

K さんが、看護師となって初めに勤めた脳神経外科では、疑問が生じれば答えをみつける努力をして日々の仕事を行ってきた。しかし、希望により精神科へ移動して間もなくは未知の世界のように感じられて楽しかったが、自らが精神科の患者に対して実際にどのようにかかわればよいのかわからずに不安になるという否定性を帯びた経験をしていた。

元来、わからないことを追求していくという K さんの姿勢は、境界性パーソナリティ患者との出会いにより、何が真実であるのか白黒はっきりさせるのではなく、患者を深く理解するという方向へと変化していった。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、今でも K さんの陰性感情が引っ張り出される経験ではあるが、精神科看護師として「自分自身の感情を手がかりにする」ことで、本気で患者に向き合い、看護に活かすという、肯定的な自己形成の様相を示した。

M さんは、プライマリー看護師をしていた境界性パーソナリティ障害にこき下ろされたり、理想化されたりして感情的に巻き込まれ、自分の感情をコントロールできなくなるという苦い経験をしていた。

しかし、そんな M さんに患者はプラスのフィードバックを与え、患者の激しい感情の波に巻き込まれてきちんと向き合えていなかったことを気づかせた。そうした患者からの反応をきっかけに、M さんは、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおける自分自身を問い直して「反省を重ねる」ことで、感情をコントロールする術を身につけてきた。それは、役割意識やあるべき論に縛られがちであった M さんに、柔軟性をもたらすこととなった。

M さんにとって境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、自己を問われる経験であったがゆえに、今でも精神科看護師としての患者理解のベースとなっており、それが現在のケアにも反映されるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

N さんは、ただがむしゃらに患者のためを思い行動してきたが、境界性パーソナリティ障害患者にコップの水をいきなり浴びせかけられ、苛立ちを感じさせられるという否定性を帯びた経験をしていた。

しかし、このことを契機に N さんには、「看護には、その疾患に応じたアセスメントが必要であり、状況判断が何より大事なのだ」という気づきをもたらされた。そして、認知行動療法を学び、CVPPP のトレーナーの資格を取得するなど、自分の視野を広げて学んできた。さらに、必要な力を身につけ、余裕が生まれたことで、境界性パーソナリティ障害患者に感情を揺さぶられても、それを自分自身で整理する術を得てきた。

N さんは、いろいろな方法を駆使して、精神科看護師として少しでも患者の助けになるための看護ケアをしたいという、一貫した姿勢をもち続けている。それは N さん自身にとって、「無力感と闘う」ことでもあったが、今では、学んだことを他の看護師にも伝えていきたいと願い行動を続けるという、肯定的な自己形成の様相を示していた。

O さんは、境界性パーソナリティ障害の傾向がある同僚女性看護師とのかかわりで、自分の感情をコントロールできずに不安になるという否定性に帯びた経験をしていた。

それ以来 O さんは、依存関係にならないよう人との距離をはかってきた。しかし、たとえ自分がある程度の距離を保っていたとしても、境界性パーソナリティ障害患者の方から突然踏み込んでくることがあるため、大丈夫だと思っても油断してはならないという学びを得ている。そして、このことを契機に O さんは、いざというときにきちんと説明できるように、自らのひとつ一つの動作や行動に意味づけを意識して行うようになった。そのことは、自らに「楽になってはいけない」ということを課してきた真面目で几帳面な O さんに自信をもたらしている。

O さんは、境界性パーソナリティ障害患者に自分を試されてどうすればいいか誠実に考え続けることによっていろいろな対応の引き出しが増え、精神科看護師として、どんなときでもある程度対応できるような力を身につけられるという、肯定的な自己形成の様相を示した。

「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という仕方を基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めてきた研究参加者においても、初期の経験では、境界性パーソナリティ障害患者の病理に巻き込まれ、恐怖や怒り、苛立ちや嫌悪感などの様々な陰性感情を抱いていた。そして、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわるなかで、感情が揺さぶられ、自己の価値観や専門職としての判断に関する精神科看護師としての自分の未熟さを痛感させられ、それをありのまま認めていた。

そうして、研究参加者は、「できる範囲のことをどういうふうにやっていくか」を探求したり (F さん)、「わかったつもりにならない」ように自分を戒めたり (G さん)、「自分自身の感情を手がかりにする」ことで、患者理解を深めていた (K さん)。また、「患者には看護師としてちゃんと接しなければならない」(J さん)、自分が「楽になってはいけない」(O さん) という信念を抱き、「反省を重ねる」(M さん) ことや「無力感と闘う」(N さん) ことをとおして、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めていた。

本研究の結果から、境界性パーソナリティ障害患者への看護における初期の経験では、研究参加者の誰にも共通してある一定の状況が生じ、その状況に関与するなかで、精神科看護師が自己形成していくことが明らかになった。しかしながら、たとえ初期の経験で共通した状況にあっても、多様な要因により状況への関与の仕方に違いが生じ、そのことによって、自己形成には 3 つの質的な違いが生じていた。

本研究では、自己形成の 3 つの質的な違いがどのように時間経過のなかで発展していくのかを系統的に探究することに主眼を置いていたわけではないため、それらを明らかにすることはできない。しかしながら、心理的な負担が大きいと言われる境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりにおいて、肯定的な自己形成の様相を示した精神科看護師が多数存在することが見出せた。また一方で、長い経過を経てもなお、存在そのものが脅かされていると思われた深刻な否定的な自己形成の様相を示した精神科看護師がいることも見出された。

第5章 考察

本研究では、研究参加者の境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成は、その人において生きられたものであり、それぞれ独自のものであったが、同時にそこには共通した意味が見出せた。すなわち、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、初期の経験では研究参加者の誰にも共通して、患者との直接的なかかわりを持つか否かにかかわらず、境界性パーソナリティ障害患者の病理に巻き込まれ、恐怖や怒り、苛立ちや嫌悪感などの様々な陰性感情を抱くという状況が生じていた。研究参加者の自己形成は、「状況に吞まれる」、「状況から自己を守る」、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして、それぞれ「否定的な自己形成」、「両価的な自己形成」、「肯定的な自己形成」という3つの様相に変容していた。また、自己形成を促す原動力には、「自己洞察」と「サポート」の2つが関与していた。

本章では、本研究結果で見出された共通の意味にそって、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成の意味について考察する。さらに、看護への示唆、本研究の限界と今後の課題について述べる。

I. 境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成の意味

1. 境界性パーソナリティ障害患者への看護の状況からもたらされる精神科看護師の自己形成

精神科看護の臨床は、患者と看護師双方の感情や思考が交錯し、互いに大きな影響を受けやすい場といえる。とりわけ、境界性パーソナリティ障害患者が頻繁に用いる投影性同一視によって、研究参加者には自他の逆転が起こり、患者のなかにある激しい苛立ちや怒り、むなしさや不安などの感情が、自分自身を感じているものとして経験されていた。

境界性パーソナリティ障害患者は、研究参加者に理不尽な要求を突きつけ、その要求が受け容れられないと、人が変わったように豹変し、激しく敵意を向けて攻撃していた。また、境界性パーソナリティ障害患者は、自分自身の不安を解消するため、あるいは依存欲求を満たすために、異性の研究参加者に対し、性的に誘惑したり、接触を求めたりしていた。さらに、衝動コントロールが困難な場合には、リストカットや異物を飲むなどの自己破壊的行動や自殺企図を繰り返し、研究参加者を強烈な不安に陥れて脅かしていた。このことによって、研究参加者は「患者を死なせてはならない」という焦燥感や使命感とともに、希死念慮の深刻さへの疑問や、操作されているのではないかという疑念にもとらわれていた。なかでも、自らがかわりをもった患者の自殺に遭遇した研究参加者は、長期に渡って自責感や無力感を抱き、苦しんでいた。

こうした状態の変動性と多様さが境界性パーソナリティ障害患者の病理の特

徴であり、研究参加者にとっては、自己像を脅かされる強烈な経験となるため、状況に向き合うこと自体が困難となっていた。

「状況に呑まれる」、「状況から自己を守る」という状況への関与の仕方をおして、否定的な自己形成と両価的な自己形成の様相を示した研究参加者は、心に長く刻まれていたトラウマティックな経験に伴う不安や怖れ、傷つきなどの感情を抑圧した結果、境界性パーソナリティ障害患者に対して警戒心を強く抱き、どうしても安心してかかわることができずにいた。

したがって、境界性パーソナリティ障害患者への看護の初期の経験には、精神科看護師の誰にも、このような状況が生じることを、ある一定の普遍性を有するものとして理解する必要がある。人が状況に巻き込まれ関与する仕方に応じて、その状況の下でのその人の可能なあり方は変わってくる。そのため、人がどういう状況に身を置いているかを考慮に入れられない限り、その人の関与のあり方は理解できないと考える(Benner & Wrubel,1989/1999,p.93)。

しかし一方で、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をおして肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、自らの感情を抑圧するのではなく、むしろそれを手がかりとしながら、患者とのかかわりのなかで何が起こっていたのかを現実に基づいて捉えなおす、つまり、「自己洞察」を繰り返し行ってきたことが共通点としてあげられた。

また、否定的な自己形成と両価的な自己形成の様相を示した研究参加者が語ることのなかった他者からの「サポート」を得て、陰性感情が癒され、様々な葛藤が整理されて、「自己理解」へと至っていたことも共通していた。このサポートには、研究参加者が評価されずに安心して自由に語れる関係性をもった同僚や先輩など、他者の存在が関与していた。

「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」という仕方を基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めてきた研究参加者には、境界性パーソナリティ障害患者と深くかかわり、その人間性に触れるなかで、新たな認識や実感としての学び（振り回されないとわからないこともある：Aさん、境界性パーソナリティ障害患者の行動の裏にはちゃんと意味がある：Bさん、境界性パーソナリティ障害患者をあまり病人としてみちゃいけない：Eさん、境界性パーソナリティ障害患者へのかかわりは最初が肝心：Hさん、境界性パーソナリティ障害患者には人間的な魅力を感じる：Iさん、キチキチした治療枠にとらわれず、自分流に創作して患者とかかわる：Lさん）が生み出され、それぞれの看護ケアの質が高まっていた。

また、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という仕方を基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めてきた研究参加者にも、境界性パーソナリティ障害患者とかかわるなかで、自己の価値観や専門職としての判断に関して、新たな認識や実感としての学び（ネガティブな感情を認めたくえで看護実践に役立つ：Fさん、巻き込まれている自分を客観的に見ることで成長できる：Gさん、境界性パーソナリティ障害患者とかかわるときには戦闘態勢で臨む：Jさん、当たって砕けた方がいい：Kさん、自分の感情のコントロールをど

うつけていくかを学んだ：Mさん、ただがむしゃらに患者のために行動するのではなく、看護にはアセスメントが必要：Nさん、大丈夫と思っても油断しちゃいけない：Oさん）が生み出され、それぞれの看護ケアの質が高まっていた。

さらに、肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者にとって、それは看護の場面だけにとどまらず、「他者へ拓かれた自己」（いろんな感情との付き合い方を教えてもらい楽になった：Aさん、境界性パーソナリティ障害患者のおかげで保障された：Bさん、言って良いことと悪いことの区別がつく：Eさん、ちょっとやそっとじゃあ動じなくなった：Gさん、人との距離感を上手くはかれるようになった：Hさん、表面的なところだけでなく、その人の真の姿を見られるようになった：Iさん、患者に合わせる柔軟性をもち得た：Mさん、いろんな技法を身に付け余裕ができた：Nさん、自分の行動の意味づけをすることで自信がつく：Oさん）へとつながり、生きやすさがもたらされていたといえる。

境界性パーソナリティ障害患者の看護の状況は、研究参加者の前にいくつもの要素が複雑に絡み合い立ち現われることにおいて、自己像が脅かされる強烈な経験となっていた。この点については、野嶋ら(1995)による「精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度」の研究結果と一致していた。しかし、本研究によって、境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しく、精神科看護師の心理的な負担が大きいという観点だけでは説明のできない精神科看護師の経験の一部が見出されたといえるだろう。

自己を理解するプロセスは、患者を理解することと表裏一体であり、最終的に肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、自分を含めた人間の多様さの理解に行き着き、自身の在り方を変容させて人間的成長がもたらされていた。それは境界性パーソナリティ障害患者への看護の状況に向き合い、自己を問いつけた結果としての人間に対する深い理解であると示唆された。

2. 自己形成を動的に捉え、感情に注目することの重要性

本研究では、自己形成の3つの質的な違いがどのように時間経過のなかで発展していくのかを系統的に探究することに主眼を置いていたわけではないため、それらを明らかにすることはできない。しかし、それぞれの研究参加者にみられたように過去の経験に対する意味づけは多様であり、固定的・直線的なものではないといえる。

肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者においても、決して最初から「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方ができたわけではない。そこに至るまでには、看護師である自分と境界性パーソナリティ障害患者を、どこか違う存在として分けることで感情が揺さぶられないように自分自身を守り、距離をおいてかわりを避けるなどの紆余曲折を経た後に、「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」ようになっていた。また、自己の価値観や専門職としての判断に関して繰り返し自らを問われ、看護の限界を感じ、無力感を抱い

た後に、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」ようになっていったのである。このように境界性パーソナリティ障害患者との関係を非人格化したり、看護の限界や無力さに気づき、葛藤しながら患者とのかかわりを継続していくなかで、肯定的な自己形成の様相へと質的な変容を遂げていったのである。

小宮(2005)は、患者と看護師のかかわりのプロセスにおける感情体験の推移について、否定的感情優位の時期を経て、肯定的な感情が優位になった後に再び否定的感情が優位となり、否定と肯定を繰り返していたという境界性パーソナリティ障害患者の事例について報告している。

実際、否定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりが5年以上経った現在でも、恐怖や不安を想起される経験であるため、患者にはすべてルールで対応していた。しかし、インタビューでは、自分の対応が本当に今のままでいいのかという疑問や、ルール一辺倒で患者への対応が適切でないと感じられる看護師を見ると腹立たしい気持ちになるという矛盾した思いを語っていた。また、両価的な自己形成の様相を示した研究参加者においても、境界性パーソナリティ障害患者から訴えと言われた屈辱は耐え難く、悲しみや傷つきが深く心に刻まれているものの、患者に巻き込まれることで患者理解に役立てられることや、患者や自分自身を客観的に捉える能力が身についたことを語っていた。

Benner & Wrubel は、「人間は何か完全に規定される存在でもなければ、根源的に自由な存在でもない。人間は意味を自らつくり出すとともに、意味によって規定される存在である。ある人の過去の経験は、現在その人の持つ世界理解・自己理解を染め上げ、現在その人に可能なことをある範囲に限定しているけれども、そうした可能性のうちどれが選択されるかまでがそれで決まるわけではない。また現在の経験を通じて未来に新しい可能性が開かれることも見落とすべきではない」(Benner & Wrubel,1989/1999,pp.125-126)と述べている。

Benner & Wrubel に即して考えれば、自己形成は常に書き換えられるものであって、動的に捉えられるものであるといえよう。したがって、自己形成を理解する際には、人間存在の根幹をなすのは時間性であり、人間を、過去から影響を受け、未来へと己れを投企しながら現在の内に実存する(Benner & Wrubel,1989/1999,p.72)ものとして、動的に捉えることが重要であると考えられる。

では、否定的な自己形成と両価的な自己形成の様相を示した研究参加者は、どうすれば肯定的な自己形成の様相を獲得することができるのであろうか。ここでは、看護師への支援という観点から考察する。

まず、肯定的な自己形成を示した研究参加者が所属する病棟は、日頃から患者に対する看護が話し合われる場があった。これは単に、患者の問題だけをとりあげるだけではなく、患者一看護師関係、すなわち、看護師の感情やそれを取り巻く臨床状況についても自由に語る事ができる場であった。肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、他者に語ることによって、自己を問い直し、それに

よって患者への見方が変化し、継続して境界性パーソナリティ障害患者とかかわれるようになっていったのである。

しかし、否定的な自己形成と両価的な自己形成の様相を示した研究参加者は、本研究のインタビューによって、初めて自身の感情を想起し、語ることで再び患者への関心が立ち現われていた。現時点では、両者ともに、怖れや傷つきが深いために、その当時の出来事や感情の整理がなされないままであり、否定的・両価的な評価が付与されたままとなっている。しかし今後、自己の感情を語ることとおして、「自己洞察」が深められ、他者からの「サポート」が得られれば、「自己理解」へと至り、肯定的な自己形成の様相を獲得する可能性もあり得るであろう。

Benner & Wrubel は、「人間が状況に引きつけられ、あるいは巻き込まれ関与できるのは感情を通じてであるし、状況の構成要素それぞれについて正確な情報を手に入れなくても状況に機敏に反応できるのも感情のおかげである。さらに感情の動きによって、人間は今の自分が置かれている状況総体を、かつての状況と似たもの、または似ていないものとして包括的に認識できる。このように捉える限り、感情は人が状況にうまく対処していくために必要不可欠なものである」(Benner & Wrubel,1989/1999,p.111)と述べている。このことは、感情を無視したり、打ち消したりするのではなく、感情に注目し、それを生かすことが重要だと解釈できる。ある感情が湧くには、必ず意味があり、それに自覚的になることで、自分がこれからどうすればいいのか、その可能性を考えることができるからであるといえる。

Benner & Wrubel の言葉を借りると、「感情に注目すれば、状況に対する過去の解釈がありありと思いだされ、現在の立場から過去の経験を再解釈・再構成できる。感情の内容から絶えず眼をそらすより、感情の導きに従う方が自己変革のためには断然有利である。現在の立場から、現在持っている知識に照らして過去を再解釈すれば、人間として成長を遂げるとか、新しい理解を得るとか、対処の新しい選択肢を見出すといったことが可能になるからである」(Benner & Wrubel ,1989/1999,p.111)。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりを振り返ることは、看護師としての自分の中にあつた感情に葛藤をおぼえ、つらい作業になるため(八木,2003)、傷を再体験する怖れがある。その一方で、自らの感情が立ち現われ、「自己洞察」を促進させることにつながり、他者に感情を語ることで、傷ついた思いが癒され、「サポート」となれば、経験の意味づけが変容される可能性を秘めている。経験を語ることが内包する両義性を考えると、心理的な負担を問題にしてその話題を避けることがより良い選択だとはいえないであろう。

Kleinman(1988/1998)は、人は経験を自分自身や他人に語ることによって、経験の意味を理解すると述べている。過去の経験に対する意味づけは常に書き換えられ、経験として内在化されつつ、それらへの意味付与が変化し続けることにおいて自己形成の様相は変容する。そのために重要になるのは、感情が立ち現われてきた機会を逃さずに、他者へ語るということが重要であると考えられる。

「語る」ことは、自覚し難い自らの「経験」とその「意味」を更新させることにつながる。同時にそれは、「語る」ことが、精神科看護師にとって自らが実践した看護の理解の更新につながっていくものとなり、看護の質を高めることにつながると考えられる。

II. 看護への示唆

境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成は、自己像を脅かされる強烈な経験をとおして立ち現れるものであり、それは普遍的なものであった。しかし、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして、精神科看護師は、人間に対する深い理解に導かれていることが示唆された。

したがって、「肯定的な自己形成」を獲得するためには、「自己洞察」を促進させるための他者からの「サポート」が、いかにその人の可能性を開けさせたり、封じ込めたりするのかを理解することが重要である。

以下に、本研究で得られた知見に基づく看護への示唆を示す。

1. 「自己形成」を基礎教育の観点から考えると、学生にとって現実の厳しさに直面する経験は臨床実習の場であるといえるため、看護教育者には、学生の経験を重視し、学生の置かれている状況を丁寧に読み解いて理解し、学生が経験への意味づけを変容させるところを支援することが求められる。
2. 「自己形成」を看護師のキャリア形成の観点から考えると、看護管理者には、看護師の経験を重視し、その意味づけが変容されるような支援をすることが求められる。それには、自分を守るために身構える必要がなく、ありのままにその人自身でいられ、安心して語れる存在が必要となる。
3. 過去の経験は、その当時の感情や評価のまま存在するのではなく、過去のある時点や現在において変容するものであるため、「自己形成」を動的に捉えることが重要である。それには、感情に注目し、語られる機会を逃さずに支援することが求められる。

Ⅲ. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、15名の研究参加者から語られた境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験に関するエピソードを分析の対象として、自己形成の解釈を記述し、その理解を試みた。このようなインタビューに基づく調査研究では、実施から解釈の過程において、研究者自身の関心や問題意識、これまでの臨床経験が影響するために明らかにできることがある反面、視野が限局され解釈の偏りが生じることは避けられない。

しかし、境界性パーソナリティ障害患者への看護の経験そのものが持つある種絶対的な否定性を帯びた状況を引き受けながらも、一方でそれを糧に通常では得難い新たな認識や実感としての学びを深め、今後の自己の在り方につなげていこうとする肯定的な自己形成を示した精神科看護師が多数存在することは、これまで明らかにされてこなかった新たな知見である。今後は、この知見を生かし、語りをとおした精神科看護師への支援の実践的な方法を検討する必要があると考える。

また、今回インタビューに応じてくれた19名のうち、4名は、自己の経験について語るができなかった。本研究では、第2章V. 3. 「自己」と「経験」の関係で述べたように、「自己」の成立の前提には「経験」が含まれると考えている。換言すれば、経験が語られなければ、自己形成は見出すことはできないのである。インタビュアーとしての研究者の力不足は否めないが、研究参加者の経験はそれが言語化されることによってはじめて研究対象になるため、本研究のインタビューで明らかにできる現象は、あくまでも意識化された経験や行動であり、言語化することが困難な研究参加者の経験については研究対象になり得ない。

今後は、経験を言語化することが困難な看護師の支援についても考慮し、どのような状況が経験の言語化を阻んでいるのかを明らかにするとともに、表現力を育むための具体的な方法についても検討する必要があると考える。

第 6 章 結論

本研究は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することを目的として、精神科病院に 5 年以上勤務し、かつ境界性パーソナリティ障害患者への看護経験のある看護師 15 名に半構成的インタビューを行い、Benne, P.による解釈学的現象学を基盤として解釈した。その結果、以下のことが導き出された。

1. 研究参加者の境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成は、その人において生きられたものであり、それぞれ独自のものであったが、同時にそこには共通した意味が見出せた。すなわち、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおして、初期には、患者との直接的なかわりを持つか否かにかかわらず、研究参加者の誰にも境界性パーソナリティ障害患者の病理に巻き込まれ、陰性感情を抱くという状況が生じていた。そして、研究参加者は、状況に関与するなかで自己形成していた。
2. 研究参加の自己形成は、「状況に吞まれる」、「状況から自己を守る」、「状況に向き合い、自己を問い直す」という状況への関与の仕方をとおして、それぞれ「否定的な自己形成」、「両価的な自己形成」、「肯定的な自己形成」という 3 つの様相に変容していた。
3. 自己形成を促す原動力には、「自己洞察」と「サポート」の 2 つがあった。肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者では、「状況に向き合い、自己を問い直す」という関与の状況への仕方とおして「自己洞察」が深まり、他者からの「サポート」を得ることで、「自己理解」に至っていた。
4. 肯定的な自己形成の様相を示した研究参加者は、「自己理解」を基盤として、「自分たちと変わらない存在として患者を理解する」や、「精神科看護師としての未熟さをありのまま認める」という 2 つの仕方のいずれかを基軸として、「自己理解」と「患者理解」を同時に深めていた。
5. 境界性パーソナリティ障害患者への看護では、誰もが自己像を脅かされる強烈な経験をもつ。しかし、自己形成は肯定的な自己形成の様相へと変容する可能性をもつものであるため、精神科看護師の経験の意味づけを重視するような支援が求められる。

謝辞

本研究を行うにあたり、多くの方々にお世話になりました。ここに深く感謝の意を表します。

貴重な経験をお話してくださいました研究参加者の皆様に、心からお礼を申し上げます。研究をとおして、「境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成」についての理解を創りなおす機会をいただきました。

また、この研究の趣旨をご理解いただき、研究参加者の方々にお会いできる機会を周到に準備してくださいました A 施設の看護部長はじめ、職員の皆様に厚くお礼を申し上げます。

最後に、本研究を遂行し学位論文をまとめるにあたり、多くのご支援とご指導を賜りました、東京女子医科大学大学院看護学研究科教授 田中美恵子先生に深く感謝いたします。時に応じて、厳しくご指導いただいたこと、また、温かく励ましてくださったことをとおして、研究者としての至らなさを実感することができたことは今後の努力の糧になるものです。最後まで辛抱強く見守ってください、誠にありがとうございました。

引用文献

- 阿部貴子(2008):思春期・青年期の初回入院における家族支援の必要性—境界性人格障害患者の母親に対する援助を通して,日本精神科看護学会誌,51(2),237-241.
- 阿保順子,粕田孝行(2008):境界性人格障害患者の理解と看護,精神看護出版.
- American Psychiatric Association (2000)/高橋三郎,大野裕,染矢俊幸訳(2003):DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引(新訂版第6刷),医学書院.
- Benner, P. (1985): Quality of life; A phenomenological perspective on explanation, prediction, and understanding in nursing science, *Advances Nursing Science*, 8(1): 1-14.
- Benner, P., Wruble, J. (1989): *The Primacy of Caring; Stress and Coping in Health and Illness* (Menlo Park, CA: Addison Wesley).
- Benner, P., Wrubel, J. (1989)/難波卓志訳(1999):ベナー/ルーベル現象学的人間論と看護(第1版),医学書院.
- Benner, P. (1984)/井部俊子監訳(2010):ベナー看護論(新訳版)—初心者から達人へ,医学書院.
- Benner, P. (1994)/相良-ローゼマイヤーみはる監訳,田中美恵子,丹木博一訳(2006):ベナー解釈的現象学—健康と病気における身体性・ケアリング・倫理,医歯薬出版.
- Bychowski, G. (1953): The problems of latent psychosis. *Journal of American Psychoanalytic Association* 1(3), 484-503.
- 千々岩友子(2010a):精神科看護師の自己形成に関する研究(1),福岡大学大学院論集,42(1),43-59.
- 千々岩友子(2010b):精神科看護師の自己形成に関する研究(2),福岡大学大学院論集,42(1),61-71.
- 千々岩友子(2010c):精神科看護師の自己形成に関する研究(3),福岡大学大学院論集,42(2),9-30.
- 千々岩友子(2010d):精神科看護師の自己形成に関する研究(4),福岡大学大学院論集,42(2),31-46.
- 知識裕子(2008):医療チームにおける家族看護の実践—家族を中心にすえた看護・文章化することで見えてきたもの,日本精神科看護学会誌,51(2),91-95.
- Dewey, J. (1938)/市村尚久訳(2004):経験と教育,講談社学術文庫.
- Dreyfus, Hubert L. (1991)/門脇俊介監訳(2000):世界内存在『存在と時間』における日常性の解釈学,産業図書.
- Gadamer, H. (1960)/轡田収,麻生健,三島健一ら訳(1986):真理と方法 I・哲学的解釈学の要綱 1,法政大学出版局.
- Grinker, R., Werble, B., Drye, R. (1968): *The Borderline Syndrome*, Basic Books, New York.
- Gunderson, J.G., Singer, M.T. (1975): Defining Borderline Patients; An overview. *American Journal of Psychiatry* 132(1), 1-10.

- Gunderson, J. G., Hoffman, P. D. (2005)/ 林直樹,佐藤美奈子訳(2006):境界性パーソナリティ障害最新ガイド(初版第1刷),星和書店.
- 林直樹(2010a):治療スタッフのかかわり方についての疑問—境界性パーソナリティ障害の場合,こころの科学(152),37-42.
- 林直樹(2010b):緊急提言・境界性パーソナリティ障害治療に変革を!,こころの科学(154),102-104.
- 樋口康子,稲岡文昭,南裕子監(1986):新臨床看護学大系 精神看護学 I (第1版),医学書院.
- Hock, P.H., Pollatin, P. (1949): Pseudoneurotic form of schizophrenia, *Psychoanalytic Quarterly* 23, 248-276.
- Holloway, Immy., Wheeler, Stephanie. (2002)/野口美和子監訳(2006):ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで(第2版),医学書院.
- 石橋通江(2010):境界例治療経験をもつ成人のライフヒストリー—退院から20年経過した体験のふり返り,日本赤十字九州国際看護大学 *Intramural Research Report*, 8, 15-22.
- 石部弘美(2008):青年期における境界性人格障害患者への援助—患者-看護師関係から考える看護の役割,日本精神科看護学会誌,51(2),232-236.
- James, W. (1892)/ 今田寛訳(1993):心理学(上・下),岩波文庫.
- 鎌井みゆき(2004):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,33-42.
- 萱間真美,林亜希子(2005):ケースから学ぶ精神科訪問看護(3)境界性パーソナリティ障害を持つ利用者への「巻き込まれ」—浪費拒食、スタッフの操作に介入困難を感じたケース,コミュニティケア,7(10),72-76.
- Kernberg, O.F.(1967):Borderline Personality Organization,*Journal of American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kety, S.S., Rosenthal, D., Wender, P. H., Schulsinger, F. (1968) : The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics, In Rosenthal, D., Kety, S.S. (eds.). *The transmission of schizophrenia*. Pergamon Press, Oxford, pp.345-362.
- 木村敏(2006):自己・あいだ・時間—現象学的精神病理学,筑摩書房.
- 木村敏(2008) :自分ということ,筑摩書房.
- Kleinman, A. (1988)/ 江口重幸,五木田紳,上野豪志訳(1996):病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学,誠信書房.
- Knight, R. P. (1953): Borderline states, *Bulletin of Menninger Clinic* 17(1), 1-12.
- 小宮敬子(2005):看護師がケア場面で体験した否定的感情の様相に関する研究,お茶の水医学雑誌,53(4),77-96.
- Leonard, V. W. (1994)/ 相良 - ローゼマイヤーみはる,田中美恵子,丹木博一訳(2006):人間概念に関するハイデッガーの現象学的な見方,pp.41-59,ベナー解釈的現象学—健康と病気における身体性・ケアリング・倫理,医歯薬出版.

- Linehan, M. N. (1993) / 小野和哉監訳(2007):弁証法的行動療法実践マニュアル, 金剛出版.
- Mead, G. H. (1934)/ 河村望訳(1995):精神・自我・社会,人間の科学社.
- 溝上慎一(2008):自己形成の心理学—他者の森をかけ抜けて自己になる,世界思想社.
- 森有正(1970):生きることと考えること,講談社現代新書.
- 中村雄二郎(1992):臨床の知とは何か,岩波新書.
- 那須典政(2007):人格障害における他者とのかかわりとその変遷 A 氏の場合,北海道医療大学看護福祉学部学会誌,4(1),115-117.
- 那須典政(2008):人格障害における他者とのかかわりとその変遷(第 2 報)B 氏の場合,北海道医療大学看護福祉学部学会誌,5(1),63-67.
- 那須典政(2009):人格障害における他者とのかかわりとその変遷(第 3 報)C 氏の場合,北海道医療大学看護福祉学部学会誌,5(1),63-67.
- 夏堀響子(2007):境界性パーソナリティ障がい患者に対する看護の役割—回復過程を振り返った一事例から,日本精神科看護学会誌,50(2),63-67.
- 夏堀響子(2010):青年期における境界性人格障害患者への看護カンファレンスを柱とした医療チームとしてのアプローチを考える,日本精神科看護学会誌,53(1),284-285.
- 新村出編(2008):広辞苑(第六版),岩波書店.
- 野嶋佐由美,蛙池博子,森岡三重子ら(1995):精神科看護者の境界性人格障害に対するとらえ方と態度,看護研究,28(6),2-11.
- 岡田暁宣(2008):境界例と治療文化,愛知教育大学研究報告,57(人文・社会科学編),123-129.
- 小野和哉(2008):境界性パーソナリティ障害の入院治療(1),牛島定信編,境界性パーソナリティ障害<日本版治療ガイドライン>,pp.185-198,金剛出版.
- 大河内敦子,粕田孝行(2003):人格障害論の現状と問題—精神看護から,精神医療,29,62-70.
- 佐々木弘子(2008):人格障害患者の怒りのコントロール能力を高めるかかわり受け持ちナースの役割とチームのあり方,大阪府立精神医療センター紀要,18,27-29.
- 佐々木三和(2013):境界性パーソナリティ障害患者への看護の現状と今後の課題,東京女子医科大学看護学会誌,8(1),1-6.
- 島田都(2010):境界性人格障害患者に対するチーム・ビルディングの有効性,日本精神科看護学会誌,53(1),282-283.
- 白波瀬 丈一郎(2010):特別な疾患から普通の疾患へ—境界性パーソナリティ障害概念の変遷,こころの科学(154),12-18.
- 下中弘編(1993):哲学辞典(初版第 2 刷),p.391,平凡社.
- Stern, A. (1938): Psychoanalytic investigation of therapy in borderline neuroses, *Psychoanalytic Quarterly* 7, 467-489.

- 須藤葵(2006):「境界性パーソナリティ障害患者の看護は難しい」という概念が看護者に生じる過程について,新潟青陵大学紀要,6,141-150.
- 田中美恵子(2007):解釈学的現象学が開く臨床看護研究の地平,『山内典子,看護をとおしてみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験』(初版第1刷)所収,pp.183-206,すびか書房.
- 谷冬彦(2001):青年期における同一性の感覚の構造—多次元自我同一性尺度(MEIS)の作成,教育心理学研究,49,265-273.
- 牛島定信(2008):境界性パーソナリティ障害の日本版治療ガイドライン,牛島定信編,境界性パーソナリティ障害<日本版治療ガイドライン>,pp.25-52,金剛出版.
- 牛島定信(2010):境界性パーソナリティ障害の収納型精神療法,こころの科学(154),94-95.
- 鷺田万帆,鈴木正子(2006):臨床看護師の「看護を生きる自己」の形成過程に関する研究—臨床体験での看護師の関心と状況への関与の仕方を通して,日本看護学会誌,16(1),152-159.
- 八木こずえ(2003):ボーダーと呼ばれる人々を抱える看護チームの痛み,精神医療,30,57-65.
- 山田剛史(2004):青年期に固有の文脈を考慮した自己形成の構造とプロセスに関する研究(博士論文), http://www.lib.kobe-u.ac.jp/handle_gakui/D1003326.
- 吉田貴子,佐藤文子,前田正幸ら(2009):リストカットと対人関係の関連性—リストカットを患者とともに乗り越えるために,日本精神科看護学会誌,52(2),117-121.

●●病院長先生、看護部長様

「境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成」
の研究についてご説明とご協力をお願い

貴施設において表記テーマについての研究をさせていただきたく、下記の研究内容をご覧いただき、ご協力いただける場合は、別紙の同意書にご署名をお願い申し上げます。

1. 研究の背景

境界性パーソナリティ障害患者は、現在の医療保険制度では、人手と時間がかかり、経営上採算のとれない患者であり、医療スタッフの心理的な負担となる迷惑な患者だという歪んだ想定が広がっています。

看護においても、とりわけ精神科に携わる看護師が、境界性パーソナリティ障害患者に対する看護は難しいという声は、これまで異口同音に表現され、境界性パーソナリティ障害患者への陰性感情や巻き込まれに関する報告は多くみられるのが現状です。

しかし、そのような状況にもかかわらず、境界性パーソナリティ障害患者に対する感情は否定的なものばかりではないとの意見もあります。看護師がケア場面で体験する否定的感情は、ケアの質の低下をもたらす要因ともなりますが、その一方で患者との間で感情を共有して関係をダイナミックに転換する要因になることも明らかにされています。そこでは、他者への救助行動や内省の過程を経ることで、質の高いケアの原動力となっていることも明らかにされ、看護の質の保証にとって、否定的感情は重要な意味を持つことが報告されています。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、精神科看護師にとって、自己とは何であるのか、精神科看護師としてどうあるべきなのか、実存についての問い直しが迫られる場合もあるのではないかと考えます。

そこで本研究では、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解し、看護実践や教育に貢献できないかと考えました。

2. 研究の目的

本研究の目的は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することです。

なお、本研究では、「自己形成」を、「経験と意味づけの相互作用によって自己がもたらされること」と定義しています。

3. 研究期間

倫理委員会承認後～平成 25 年 3 月 31 日

4. 研究対象者

精神科病院に 5 年以上勤務し、かつ境界性パーソナリティ障害患者への看護経験のある看護師 15 名程度を対象とします。

5. 研究の方法

この研究は、研究者による看護師の方々へのインタビューをとおして行う質的な研究です。具体的には以下のように実施させていただきたいと考えております。

1) データ収集の方法

面接の場所は、対象者の希望するプライバシーの保たれる場所とします。対象者の属性を調査するため、以下の項目を、この研究のデータとして活用します。

- ① 看護師の背景情報：年齢、性別、教育的背景、精神科看護師としての経験年数など
- ② 精神科で看護師として働くことは、自らの意志による選択かどうか
- ③ 精神科看護師としての主要な経験

面接では、境界性パーソナリティ障害患者への看護の場面で印象深かったエピソードについてお聞きします。

2) この面接で予想される利益と不利益

予想される利益としては、境界性パーソナリティ障害患者の看護実践の状況やその状況における看護師としての自分を振り返ることで、学びが得られる可能性があります。

予想される不利益としては、本研究は侵襲性がないため、対象への健康被害は発生しません。しかし、面接では経験した出来事や心情について想起するため、精神的苦痛が生じる可能性は否定できません。また、面接に要する時間的拘束があります。

3) 研究への参加期間

それぞれの看護師さんにご参加いただく期間は、原則として 1 回で、60～90 分程度です。必要に応じて、さらに 1 回の追加面接を予定しています。

6. 倫理的配慮

1) 研究へのご協力について

本研究へのご協力は、看護師の方々の自由意志に基づくものです。もし、お断りになられたとしても、看護師の方々が研究者から不利益を被ることは一切ございません。

もし、お答えになりたくない質問がある場合は、お答えにならなくても構いません。また、いつでも途中でやめることができますので、その際にはご遠慮なく研究分担者にお申し出ください。

2) 個人情報の保護および研究結果の開示

この研究にご協力いただける場合には、プライバシーを固く守ることをお約束いたします。

データは、二重連結可能匿名化とし、個人を特定できないように、記号による匿名化を行い、対応表を作成します。対応表は、研究責任者の部屋にある鍵のかかる場所で管理されますので、個人情報が外部に漏れることは一切ありません。

また、研究対象者のインタビューで話題となる患者さんについても匿名性を確保し、個人情報の保護に努めます。

この研究の結果を論文・学会発表等にて公表する際にも、匿名性を厳守いたします。また、この研究で知り得たデータは、研究以外の目的に用いることはありません。

なお、研究終了3年後には、すべてのデータは裁断処分とし、ICレコーダーのデータは消去いたします。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

研究の進み具合やその結果、学術的な意義については、希望に応じてご説明させていただきます。

*この調査に関しまして、ご質問やご不明な点等がありましたら、ご遠慮なく研究者までお問い合わせください。

研究責任者：田中 美恵子

所属：東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授

連絡先：住所 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

電話 03-3357-4898 (直通)

研究分担者：佐々木三和

所属：東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程3年

連絡先：住所 〒223-XXXX 神奈川県横浜市 XX 区 XXX

電話 XXX-XXXX-XXXX (携帯)

平成 年 月 日
東京女子医科大学大学院
看護学研究科 教授
研究責任者：田中美恵子

「境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成」
の研究についてのご説明とご協力をお願い

わたしは東京女子医科大学大学院博士後期課程に在籍しています佐々木三和と申します。
貴院において、表記テーマについての研究にご協力くださいますようよろしくお願い申し上げます。

1. 研究の背景と目的

境界性パーソナリティ障害患者に対する看護は難しいという声は、これまで異口同音に表現され、境界性パーソナリティ障害患者への陰性感情や巻き込まれに関する報告は多くみられるのが現状です。

しかし、そのような状況にもかかわらず、境界性パーソナリティ障害患者に対する感情は否定的なものばかりではないとの意見もあります。看護師がケア場面で体験する否定的感情は、ケアの質の低下をもたらす要因ともなりますが、その一方で患者との間で感情を共有して関係をダイナミックに転換する要因になることも明らかにされています。そこでは、他者への救助行動や内省の過程を経ることで、質の高いケアの原動力となっていることも明らかにされ、看護の質の保証にとって、否定的感情は重要な意味を持つことが報告されています。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、精神科看護師にとって、自己とは何であるのか、精神科看護師としてどうあるべきなのかについて、問い直しが迫られる場合もあるのではないかと考えます。

そこで本研究では、境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解し、看護実践や教育に貢献できないかと考えました。

2. 研究の方法

この研究は、研究者による看護師の方々へのインタビューをとおして行う質的な研究です。具体的には以下のように実施させていただきたいと考えております。

1) データ収集の方法

面接の場所は、対象者の希望するプライバシーの保たれる場所とします。対象者の属性を調査するため、以下の項目を、この研究のデータとして活用します。

- ① 看護師の背景情報：年齢、性別、教育的背景、精神科看護師としての経験年数など
- ② 精神科で看護師として働くことは、自らの意志による選択かどうか
- ③ 精神科看護師としての主要な経験

面接では、境界性パーソナリティ障害患者への看護の場面で印象深かったエピソードについてお聞きします。

2) 研究への参加期間

それぞれの看護師さんにご参加いただく期間は、原則として1回で、60～90分程度です。必要に応じて、さらに1回の追加面接を予定しています。

3. ご協力いただきたい内容

1) 研究に協力していただける方をご紹介します。

研究協力者になっていただける方は、精神科病院に5年以上勤務し、かつ境界性パーソナリティ障害患者への看護経験のある看護師さん（15名程度）です。

2) 研究協力候補者の方へ以下のことをお伝えください。

研究協力候補者の方に本研究についての説明をしていただき、研究協力の依頼があることをお伝えください。研究に関する説明書と研究協力に関する意志確認書をお渡しいただき、もし、研究者から本研究の説明を受けることを了承していただける場合には、返信用封筒でお知らせくださるようお願いしてください。そして、お返事をいただいた後、研究者からご本人に連絡する旨をお伝えください。研究について文書で説明し、書面で同意が得られた方のみ、研究にご協力いただきます。以上のような手続で研究協力者になっていただくことをご了承くださいますようお願いいたします。

3) この研究は、貴院の研究倫理審査委員会と研究者が所属する東京女子医科大学倫理委員会の承認を受けて実施するものです。しかし、もし、研究についての相談や苦情を受けられたときには、研究協力者の権利の保護の観点からご判断いただき、研究者へお知らせください。

ご多忙の中、誠に恐縮ですが、研究にご協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、この調査に関しまして、ご質問やご不明な点等がありましたら、ご遠慮なく研究者までお問い合わせください。

平成 年 月 日

研究責任者：田中 美恵子

所属：東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授

連絡先：住所 〒162-8666 東京都新宿区河田町 8-1

電話 03-3357-4898（直通）

研究分担者：佐々木三和

所属：東京女子医科大学大学院 看護学研究科博士後期課程3年

連絡先：住所 〒223-XXXX 神奈川県横浜市 XX 区 XXX

電話 XXX-XXXX-XXXX（携帯）

看護師さんへ

「境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成」

についてのご説明

第 1 版
作成日：2011年9月7日
東京女子医科大学

はじめに

この冊子は、東京女子医科大学大学院看護学研究科において行われている「境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成」という看護研究について説明したものです。研究担当者からこの研究についての説明をお聞きになり、研究の内容を十分にご理解いただいたうえで、あなたの自由意志でこの研究に参加していただけるかどうか、お決めください。

1. 看護研究について

東京女子医科大学大学院では、その使命である看護の発展に貢献するため、大学院生が積極的に看護研究に取り組んでいます。しかし、これらの研究を実施するにあたっては、看護師さんの人権や安全への配慮が最も大切です。東京女子医科大学では「倫理委員会」を設置し、それぞれの臨床研究について厳密な審査を行っています。この看護研究は、倫理委員会の承認を受けて実施するものです。

2. 研究の背景

境界性パーソナリティ障害患者は、現在の医療保険制度では、人手と時間がかかり、経営上採算のとれない患者であり、医療スタッフの心理的な負担となる迷惑な患者だという歪んだ想定が広がっています。

看護においても、とりわけ精神科に携わる看護師が、境界性パーソナリティ障害患者に対する看護は難しいという声は、これまで異口同音に表現され、境界性パーソナリティ障害患者への陰性感情や巻き込まれに関する報告は多くみられるのが現状です。

しかし、そのような状況にもかかわらず、境界性パーソナリティ障害患者に対する感情は否定的なものばかりではないとの意見もあります。

看護師がケア場面で体験する否定的感情は、ケアの質の低下をもたらす要因ともなりますが、その一方で患者との間で感情を共有して関係をダイナミックに転換する要因になることも明らかにされています。そこでは、他者への救助行動や内省の過程を経ることで、質の高いケアの原動力となっていることも明らかにされ、看護の質の保障にとって、否定的感情は重要な意味を持つことが報告されています。

境界性パーソナリティ障害患者とのかかわりは、精神科看護師にとって、自己とは何であるのか、精神科看護師としてどうあるべきなのかについて、問い直しが迫られる場合もあるのではないかと考えます。

そこで本研究では、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解して看護実践や教育に貢献できないかと考えました。

3. 研究の目的

本研究の目的は、境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を記述し、その意味を理解することです。

なお、本研究では、「自己形成」を、「経験と意味づけの相互作用によって自己をもたらされること」と定義しています。

4. 研究の方法

(1) 対象となる看護師さん

精神科病院に5年以上勤務し、かつ境界性パーソナリティ障害患者への看護経験のある看護師さんを対象とします。

(2) この研究で行う調査方法

研究参加の同意が得られた看護師さんに対して、面接法によるインタビュー調査を行います。面接は、あなたから指定された連絡方法で、日時とプライバシーの保たれる場所を希望に合わせて調整します。面接内容は承諾をいただいた場合は、筆記記録・ICレコーダーに記録させていただきます。

(3) 観察項目

面接の中で話された内容を、この研究のデータとして活用します。

なお、面接では、特に印象に残っている境界性パーソナリティ障害患者さんへの看護のエピソードについてお尋ねします。

(4) この調査方法で予想される副作用（不快な状況）

この研究は侵襲性がないため、看護師さんへの健康被害は発生しません。

(5) 研究への参加期間

それぞれの看護師さんにご参加いただく期間は、原則として1回で、60～90分程度です。必要に応じて、さらに1回の追加面接を予定しています。

5. 予想される利益と不利益

(1) 予想される利益

境界性パーソナリティ障害患者の看護実践の状況やその状況における看護師としての自分を振り返ることで、学びが得られる可能性があります。

(2) 予想される不利益

この研究で実施するインタビュー調査による侵襲性がないため、看護師さんへの健康被害は発生しません。しかし、面接時は経験した出来事や心情について想起するため、心理的負担が生じる可能性は否定できません。また、面接に要する時間的拘束があります。

6. 研究実施予定期間と参加予定者数

(1) 実施予定期間

この研究は、平成25年3月31日まで行われます。

(2) 参加予定者数

この研究では、15名程度の看護師さんの参加を予定しております。

7. 研究への参加とその撤回について

あなたがこの研究に参加されるかどうかは、あなたご自身の自由な意志でお決めください。たとえ参加に同意されない場合でも、あなたは一切不利益を受けることはありません。また、あなたが研究の参加に同意した場合であっても、いつでも研究への参加をとりやめることができます。

8. 研究への参加を中止する場合について

あなたがこの研究へ参加されても、次の場合は参加を中止していただくこととなります。あなたの意志に反して中止せざるをえない場合もありますが、あらかじめご了承ください。中止する場合は、その理由およびそれまでのデータの活用方法などを研究担当者からご説明いたします。また、中止後も研究担当者が誠意をもってあなたが不利益とならないように対応いたしますので、ご安心ください。

- ① あなたが研究への参加の中止を希望された場合
- ② あなたの心理状態などから、研究担当者が研究を中止したほうがよいと判断した場合
- ③ この看護研究全体が中止となった場合

- ④ その他、研究担当者が中止したほうがよいと判断した場合

9. この研究に関する情報の提供について

この研究の実施中に、あなたの安全性や研究への参加の意志に影響を与えるような新たな情報が得られた場合には、すみやかにお伝えします。

また、この研究に関して、研究計画や関係する資料をお知りになりたい場合は、他の看護師さんの個人情報や研究全体に支障となる事項以外はお知らせすることができます。研究全体の成果につきましては、ご希望があればお知らせいたします。いずれの場合も研究担当者にお申し出ください。

10. 個人情報の取扱いについて

この研究にご参加いただいた場合、あなたから提供されたこの研究に関するデータは、個人を特定できない形式に記号化した番号により管理されますので、あなたの個人情報が外部に漏れることは一切ありません。

また、この研究が正しく行われているかどうかを確認するために、倫理委員会などが、あなたに関する研究の記録などを見ることがあります。このような場合でも、これらの関係者には、記録内容を外部に漏らさないことが法律などで義務付けられているため、あなたの個人情報は守られます。

この研究から得られた結果が、学会や医学雑誌などで公表されることはあります。このような場合にも、あなたのお名前やインタビュー中に話題となる患者さんなど個人情報に関することが外部に漏れることは一切ありません。この研究で得られたデータは、他の目的で使用することはありません。

なお、この研究で得られたデータは、研究終了3年後にはすべて廃棄いたします。その際も、個人情報が外部に漏れないよう十分に配慮いたします。

11. 健康被害が発生した場合の対応と補償について

この臨床研究は、科学的に計画され慎重に行われますが、この研究への参加中にいつもと違う症状または身体の不調がありましたら、すぐに研究担当者にお知らせください。ただちに適切な処置等を行います。その際、検査や治療などが必要となった場合の費用は、通常の診療と同様に、あなたにお支払いいただくこととなります。この研究による特別な補償はありません。この点をご理解の上、この研究への参加についてご検討ください。

12. 費用負担、研究資金などについて

この研究に関する経費は、研究担当者の自己資金で賄われます。また、この研究にご参加いただくことによる、あなたの費用負担はありません。

13. 知的財産権の帰属について

この研究から成果が得られ、知的財産権などが生じる可能性があります、その権利は東京女子医科大学に帰属します。

14. 研究担当者と連絡先（相談窓口）

この研究について、何か聞きたいことやわからないこと、心配なことがありましたら、以下の研究担当者におたずねください。

【研究担当者】

- ◎ 田中 美恵子 東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授
- 佐々木 三和 東京女子医科大学大学院 博士後期課程
- (◎ 研究責任者)

【連絡先】

東京女子医科大学 看護学部

住 所：東京都新宿区河田町 8-1

電 話：03-3357 -4898（直通）

平成 年 月
東京女子医科大学大学院
看護学研究科 教授
田中 美恵子

保存用、(写) 看護師さん用

同意文書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中 美恵子 殿

臨床研究課題名：「境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成」

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| 1. 看護研究について | 10. 個人情報の取扱いについて |
| 2. 研究の背景
について | 11. 健康被害が発生した場合の対応と補償に
ついて |
| 3. 研究の目的 | 12. 費用負担、研究資金などについて |
| 4. 研究の方法 | 13. 知的財産権の帰属について |
| 5. 予想される利益と不利益 | 14. 研究担当者と連絡先 |
| 6. 研究実施予定期間と参加予定者数 | |
| 7. 研究への参加とその撤回について | |
| 8. 研究への参加を中止する場合について | |
| 9. この研究に関する情報の提供について | |

【看護師さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書「看護師さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：平成 年 月 日

看護師さん氏名： _____ (自署)

【研究担当者の署名欄】

私は、上記の看護師さんに本研究について十分に説明したうえで同意を得ました。

説明日：平成 年 月 日

説明者氏名： _____ (自署)

保存用、(写) 研究者用

同意文書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中 美恵子 殿

臨床研究課題名：「境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成」

1. 看護研究について
2. 研究の背景
3. 研究の目的
4. 研究の方法
5. 予想される利益と不利益
6. 研究実施予定期間と参加予定者数
7. 研究への参加とその撤回について
8. 研究への参加を中止する場合について
9. この研究に関する情報の提供について
10. 個人情報の取扱いについて
11. 健康被害が発生した場合の対応と補償について
12. 費用負担、研究資金などについて
13. 知的財産権の帰属について
14. 研究担当者と連絡先

【看護師さんの署名欄】

私はこの研究に参加するにあたり、以上の内容について十分な説明を受けました。研究の内容を理解いたしましたので、この研究に参加することについて同意します。また、説明文書「看護師さんへ」と本同意文書の写しを受け取ります。

同意日：平成 年 月 日

看護師さん氏名： _____ (自署)

【研究担当者の署名欄】

私は、上記の看護師さんに本研究について十分に説明したうえで同意を得ました。

説明日：平成 年 月 日

説明者氏名： _____ (自署)

同 意 撤 回 書

東京女子医科大学大学院 看護学研究科 教授 田中 美恵子 殿

臨床研究課題名：「境界性パーソナリティ障害患者への看護をととした精神科看護師の自己形成」

【看護師さんの署名欄】

私は、上記看護研究について研究担当者より説明を受け、この研究に参加することについて同意をいたしました。が、これを撤回します。

同意撤回日：平成 年 月 日

看護師さん氏名： _____ (自署)

【研究担当者の署名欄】

私は、上記の看護師さんが、同意を撤回されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

説明者氏名： _____ (自署)

インタビューガイド

ID : _____

日 付 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____)

面接回数 : _____ 回目

面接時間 : _____ : _____ ~ _____ : _____

所要時間 : _____ 分

面接場所 : _____

[研究参加者の基礎情報]

本研究にご協力いただきまして、ありがとうございます。これから、あなたご自身のことについて、いくつかお伺いさせていただきたいと思います。お答えになってもよいと思うことについて、お答えください。

1. 年齢 : _____ 歳

2. 性別 : 男性・女性

3. あなたの最終学歴はどこですか。

4. 看護師としての臨床経験年数

5. 精神科看護師としての臨床経験年数

6. 精神科で働くことはあなたの意志によるものですか。

7. 精神科看護師として働くことを選択する理由は何ですか。

8. 精神科看護師としての主要な経験（所属病棟や対象患者の特徴）

[インタビュー内容]

思い出されることで、お話しても差し支えないと思われることを、ご自由にお話してください。

1. これまでの境界性パーソナリティ障害患者さんへの看護の経験で、特に印象に残っているエピソードについてお話してください。
2. 患者さんは、どのような方でしたか？
(患者さんの性別・年齢・症状・入院回数・入院目的等、患者さんとの関係や距離のとり方を含めて)
3. その状況の患者さんの状態（認識や感情）をどのように感じましたか？
なぜそのように感じましたか？
4. その状況をどのように感じましたか（自分自身の認識や感情）？
なぜそのように感じましたか？
5. お話くださったエピソード（経験されてから）の後、あなた自身の考え方や行動に変化はありましたか？それはどんな変化ですか？
6. 今、お話くださったエピソードは、なぜ印象に残っているのでしょうか？
7. エピソードを振り返って、どのようなことを感じますか？
なぜそのように感じますか？
8. 境界性パーソナリティ障害患者さんへの看護は、他の精神疾患の患者さんへの看護とは、違いがあると思われますか？それはどんなことで、なぜそのように思われますか？
9. 境界性パーソナリティ障害患者さんへの看護から、特に学んだと思われることはありますか？あればお話ください。なぜそのように感じますか？
10. 境界性パーソナリティ障害患者さんへの看護の経験は、現在の看護師としての自分とどのようにつながっていますか？（あなたの看護への考え方に影響を与えていますか？もし与えているようでしたら、どのような影響を与えているとお考えですか？）
11. 最後に何か言い足しておきたいことはありますか？

(学長→研究責任者)

管理番号: _____

様式 4

平成 23 年 9 月 14 日

臨床研究等審査結果通知書

(臨床研究 ・ 疫学研究)

看護学研究科

田中 美恵子 教授 殿

東京女子医科大学 学長 宮崎俊一

平成 23 年 9 月 7 日に貴殿から申請のあった臨床研究等 (臨床研究 ・ 疫学研究) について、下記のとおり決定したので通知します。

記

研究課題名	境界性パーソナリティ障害患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成	
研究責任者	所属・職名・氏名： 看護学研究科 教授 田中 美恵子	
研究分担者	所属・職名・氏名 看護学研究科 博士後期課程 3 年 佐々木 三和	所属・職名・氏名
	所属・職名・氏名	所属・職名・氏名
	所属・職名・氏名	所属・職名・氏名
審査事項	<input checked="" type="checkbox"/> 臨床研究等の実施の可否 <input type="checkbox"/> 新たな安全性に関する情報の入手 <input type="checkbox"/> 臨床研究等の継続の可否 <input type="checkbox"/> 実施計画の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()	
審査結果	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 承認【承認番号： 2296】 <input type="checkbox"/> 2. 修正の上承認 (再提出) <input type="checkbox"/> 3. 保留 (再審査) <input type="checkbox"/> 4. 却下 <input type="checkbox"/> 5. 既承認事項取り消し	
上記の 2～5 の場合、その理由		