

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: 2019-02-08 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	https://doi.org/10.20780/00032066

〔研究論文〕

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

佐々木三和*

SELF-FORMATION OF PSYCHIATRIC NURSES THROUGH CARING FOR PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Miwa SASAKI *

目的：境界性パーソナリティ障害（以下、BPD）患者への看護をととした精神科看護師の自己形成を明らかにすることである。

方法：精神科病院に5年以上勤務し、かつBPD患者への看護経験のある看護師15名を対象に半構成的インタビューを行い、Bennerの解釈学的現象学を基盤として解釈を行った。

結果：精神科看護師の自己形成は、それぞれ独自のものであったが、初期の経験では精神科看護師の誰にも共通して、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ていた。精神科看護師は、〈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として、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つの自己形成の様相に変容していた。

考察：BPD患者への看護では、誰もが自己像を脅かされる経験を持つ。しかし、〈肯定的な自己形成〉の様相を示した精神科看護師は、状況に向き合い〈自己洞察〉を繰り返し行い、他者からの〈サポート〉を得ることで、自己理解と患者理解を同時に深めていた。

キーワード：境界性パーソナリティ障害、精神科看護師、自己形成

Key words : borderline personality disorder, psychiatric nurses, self-formation

Purpose: The purpose of this study was to clarify self-formation of psychiatric nurses through caring for patients with borderline personality disorder (BPD).

Methods: We conducted semi-structured interviews with 15 nurses who had experience in nursing patients with BPD and who had worked for more than 5 years at a psychiatric hospital. Interpretive phenomenology as defined by Benner was used as a basis for interpretation.

Results: We observed that although self-formation of psychiatric nurses was unique to each individual, there were some common factors. In other words, situations arise in the early experience of nurses where they harbor negative feelings when they get caught up in the pathology of the patient's 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." They also described how they developed three aspects of self-formation: "negative self-formation," "ambivalent self-formation," and "positive self-formation."

Discussion: 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.

*日本赤十字秋田看護大学 (Japanese Red Cross Akita College Of Nursing)

I. 研究の背景

境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder: 以下、BPD とする) は、対人関係や自己像、情動などの不安定性および著しい衝動性を有する精神障害である (American Psychiatric Association, 2013/2014)。その最大の特徴は、気分の面でも、対人関係や行動の面でも、自己のアイデンティティの面でも、短い間に揺れ動き、別人のように状態や方向性がまったく正反対の方向に、両極端に揺れ動くことである (岡田, 2009)。BPD への対処を一層困難にしているのは、自傷や自殺企図をはじめ、周囲が冷静ではいられない激しい行動を伴いやすく、うつ状態や不安障害、摂食障害、薬物乱用などを合併していることも多く、一筋縄ではいかないケースも少なくない (岡田, 2009) ことである。現在の医療保険制度では、人手と時間がかかる BPD 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, 2010)。

BPD 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 BPD 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)。しかし BPD 患者とのかわり、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経験となる。

木村 (2008) 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」にあると説明している。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 (木村, 2006) と述べている。

青年期の自己形成論を研究する溝上 (2010) は、自己が他者を通して形成されることを強調し、自己形成は他者との出会いや出会い方に大きく依存する、良くも悪くもさまざまな他者と出会うことで人は自己世界を形成していくと述べている。そして、自己形成はアイデンティティを包含する、より大きな概念であり、

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とも、それは自己形成のテーマとなると説明している。

以上のことから、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。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、「自己形成」を、「経験と意味づけの相互作用によって自己もたらされること」として包括的に捉える。

BPD 患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を明らかにすることは、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、看護への示唆を得ることができると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、BPD 患者への看護をとおした精神科看護師の自己形成を明らかにすることである。

III. 研究方法

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 Benner, P. (1994 / 2006) の解釈学的現象学を採用した。この研究方法は、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である (田中, 2007)。

BPD 患者に看護という仕方でも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、人間の経験の意味を捉えようとする解釈学的現象学を採用することが有用であると考えた。

1. 研究参加者

精神科病院に 5 年以上勤務し、かつ BPD 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 15 名を研究参加者とした。募集は、精神科病院への依頼、および研究者のネットワークサンプリングにより行った。なお精神科病院に 5 年以上勤務の看護師とした理由は、経験に基づき状況を局面の視点ではなく全体として捉えることができる (Benner, 1989) と考えたためである。

2. データ収集方法および期間

インタビューガイドを用いて半構成的インタビューを行い、研究参加者に「特に印象に残っているBPD患者への看護のエピソード」をあげてもらい、「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決定して行った。データ収集期間は2012年1月～2013年3月であった。

3. データ解釈方法

データの解釈は、Benner (1994 / 2006) の解釈学的現象学を基盤として行った。

Benner は解釈の視点として5つの指標をあげているが、特に研究参加者の語りに繰り返し現れる状況、気がかり、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、そのまま文脈ごと抜き出し解釈のアウトラインを作成した。次に、定式化された材料をいくつかのテーマに整理し、各テーマの解釈を記述した。さらに、各テーマの解釈を統合して、ケースの統括的な解釈を記述した。パラダイムケースが見出されたらテキスト全体をよく読み、他のケースの解釈と照らし、比較検討した。解釈の更新を繰り返し行い統合的に解釈することで、BPD患者への看護をとと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。

4. 倫理的配慮

研究参加の依頼は書面と口頭で研究の趣旨および研究の方法、プライバシーの保護と守秘義務の遵守、研究参加は自由意志であり一度承諾しても途中で辞退できること、参加を拒否しても不利益が生じないこと、データ管理・データ破棄について説明を行い、書面で研究協力の承諾を得た。本研究は東京女子医科大学と研究施設の倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号2296)。

IV. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は15名(男性5名、女性10名)であり、年齢は27歳～43歳であった。精神科看護師としての経験は5～18年(平均8.1年)であった。

2. 面接の概要

インタビューは1人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行った。総インタビュー時間は1042分で、1人あたりの平均インタビュー時間は69分であった。

3. BPD患者への看護をととした精神科看護師の自己形成

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経験であり、それぞれ独自のものではあったが、同時にBPD患者への看護をとと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、BPD患者への看護をととして、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、患者の病気に巻き込まれ、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。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。

AさんからOさんまで15名のBPD患者への看護をととした精神科看護師の自己形成を解釈し、比較検討していくと、図1のようにCさんのみに見出された〈否定的な自己形成〉、Dさんのみに見出された〈両価的な自己形成〉、その他の13人から見出された〈肯定的な自己形成〉という3つの様相に分けられた。また、13名のデータの共通性を解釈した過程において、自己形成の深まりと自己形成の過程があることが見出された。

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として、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。〈自己洞察〉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捉えられた。

なお、本稿では3つの自己形成の様相を示した研究参加者の語りをパラダイムケースとして提示する。

1) 否定的な自己形成の様相

〈否定的な自己形成〉とは、過去に体験した陰性感情が、BPD患者へのかかわりのなかで、〈状

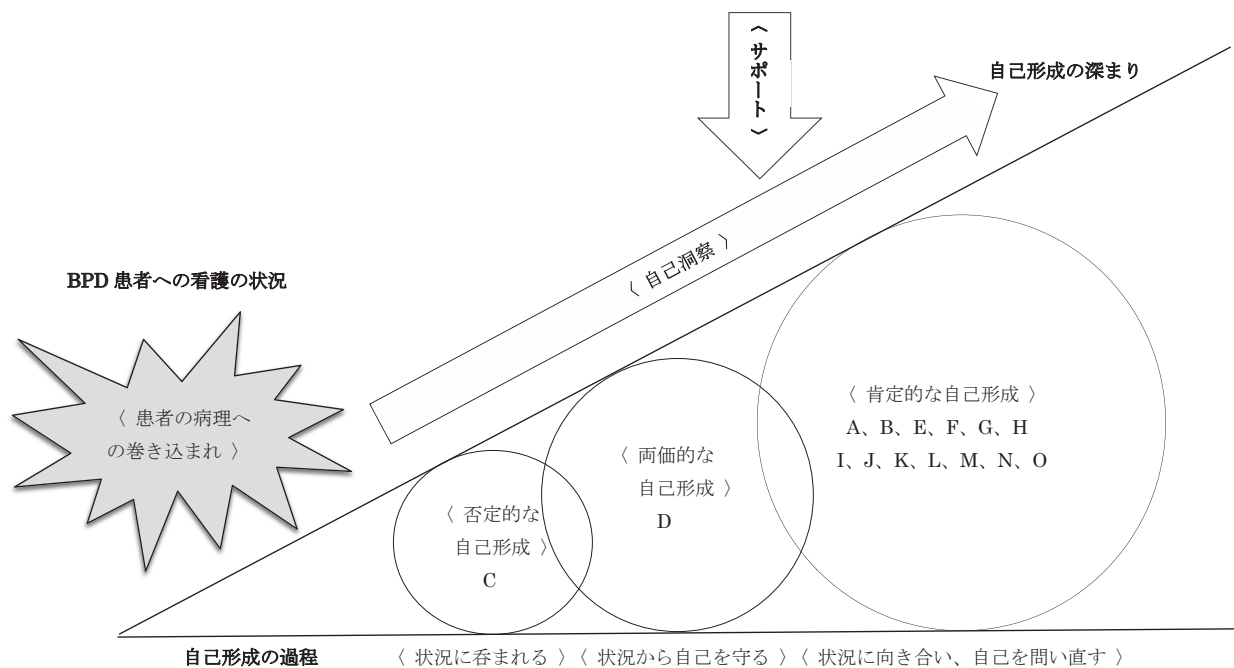


図1 BPD患者への看護をととした精神科看護師の自己形成の様相

況に吞まれる」という状況への関与の仕方をして、否定的な様相のまま滞ったものを示す。

Cさんは30歳の男性で、精神科の看護師として5年の経験がある。

Cさんが語ったのは、看護師となって2年目が過ぎた頃、男性の先輩看護師がBPD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。

“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。…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（BPD患者に）反応されるとこでもあったりして…柔軟性がないというか？「できません!!」とかね。だから…病棟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。”

CさんはBPD患者への対応について、自分でも柔軟性がないと感じる一方で、どうしても安心感

が得られないため、警戒感を解けずにいた。

“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（BPD）の患者さんの対応を外で見ると、なんかボーダー（BPD）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さんにとって、BPD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〉という状況への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BPD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いた。

“いやーたぶんプラスに捉えることはあんまり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。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。どの患者さんに対して…結局は答えがない？（中略）まあ治療利益得られない、ボーダー（BPD）を受けら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？”

この出来事は、Cさん自身がBPD患者と直接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であった。したがって、BPD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が残ってしまい、患者との関係は滞ったまま、ケアとして成立することはないものとして解釈された。

2) 両価的な自己形成の様相

〈両価的な自己形成〉とは、過去に体験した陰性感情が、BPD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とおして、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38歳の男性で、精神科の看護師として10年の経験がある。

Dさんが語ったのは、自分がまだ新人看護師の頃にBPD患者から相談事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であった。

“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。”

それは医師や看護管理者など、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せず、〈サポート〉を受けてこなかったのだとポツポツと語った。

“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1番は…あれかな…。でも、7年間慢性期で（看護補助として）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…”

後に看護管理者がDさんに対して、患者の言動はBPD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。

“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く。それは大きなきっかけだったと思う。（中略）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。”

Dさんが看護補助の時は、統合失調症の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、感情をコントロールし、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。そして長い沈黙の後、Dさんは、自分自身が看護師としてBPD患者に立ち向かえてい

ないということを振り返った。

“看護をしたっていうのは、どうなのかなあ…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ずと、看護師として立ち向かえてるのかなっていう？ふと疑問に思うときがある。一步引いてる自分がある。ケアをちゃんとしてるのかなって。逆に自分が…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…人格障害圏に関しては、やっぱり傷ついたり…傷つきたくないってい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の人に関しては、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步引き過ぎてるっていう感覚になる。…（中略）病理だっかわかってても、そんな良い気分ではない。やっぱり…まあできたら付き合いたくない。”

精神科患者とのかかわりは、インタビュー中にDさんが「付き合い」と繰り返し表現したように、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BPD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。

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。Dさんは、〈状況から自己を守る〉という状況への関与の仕方をするために、BPD患者を、いくら病理とわかっていても付き合いたくない患者として、積極的なかかわりを避けるものとして解釈された。

3) 肯定的な自己形成の様相

肯定的な自己形成とは、過去に体験した陰性感情が、BPD患者とかわるなかで、〈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。

Iさんは30歳の女性で、精神科の看護師として

6年の経験がある。

BPD患者の入院治療においては、自傷や自殺企図に必ずと言ってよいほど遭遇する。Iさんは、インタビューの発した「夜勤では、懐中電灯を持って何事も起こらないよう祈るようにラウンドしていた」という言葉に押され、長い沈黙の後、頭を抱えて涙交じりのか細い声で語り始めた。

“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…っていうか…うーん…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。”

Iさんは、看護師となって2年目と5年目の時に、自分が最後に話をしたふたりのBPD患者を自殺で亡くすという経験をしていた。それ以来、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、無力感を抱き、苦悩してきた。

しかしIさんは、最近、ひとりのBPD患者の言葉をきっかけに、前向きに考えられるようになったという。それは、「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」という発言で、Iさんの心に染み入るように伝わったという。

“なんか、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（BPD）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病棟の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。（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よね。”

Iさんは、自身がこのような心境に至った背景には、BPD患者を死なせてしまったのではないかと強い自責の念や不安を繰り返し聴き、〈サポート〉してくれた同僚や先輩看護師の存在が大きかったという。

Iさんは、BPD患者とかかわり続けることによって、患者と看護師の枠を超えた、いわば、同じ人間としてBPD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BPD患者の役に立ちたいと思えるようになったのだと語った。また、「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」と顔あげて言葉を続けた。

“ボーダー（BPD）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？他人の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…（中略）…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ようになったのかな？…（中略）…人としてっていうところを自分がキャッチできるようになったんだなって。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、そういうじわじわとこの辺に来る感じが（胸のあたりを押さえて）…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。

Iさんは、BPD患者の表面上にあらわれる問題ばかりでなく、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〉の様相を示すものとして解釈された。

V. 考 察

1. BPD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、BPD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は、自分自身が感じているものとして経験されていた。BPD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、激しく敵意を向け攻撃していた。また、衝動コントロールが困難な場合には、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脅かしていた。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、長期に渡り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BPD患者の病理の特徴であり（成田，2006）、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。

したがって、BPD患者への看護の初期の経験には、精神科看護師の誰にも、〈患者の病理への巻き込まれ〉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）。しかし、〈肯定的な自己形成〉の様相を示した研究参加者は、〈自己洞察〉を繰り返し行い、他者からの〈サポート〉を得ることで、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BPD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り、自己を治療的な道具として対人関係を中心に展開される精神看護の普遍的な本質につながるものと示唆された。

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BPD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。

Benner & Wrubel (1989 / 1999) は、「人間は何かに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」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) 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。Kleinman (1988 / 1998) は、人は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、精神科看護師にとつ

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。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、BPD 患者への看護をとおした精神科看護師の語りから見出されたという限界はあるが、〈肯定的な自己形成〉を獲得するためのキャリア形成等に活用できる可能性はある。しかし、精神科看護の多様な対象への看護のかかわりを考えるとその一部しか明らかにできていない。今後は、より多様な対象への看護をとおした精神科看護師の自己形成を探究することによって、その構造を更新していく必要があると考える。

謝辞：本研究を行うにあたり、貴重な経験をお話しくださいました研究参加者の皆様に心よりお礼申し上げます。また、ご指導いただきました東京女子医科大学田中美恵子教授に深謝いたします。本研究は、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の一部を加筆修正したもので、第34回日本看護科学学会学術集会にて一部を発表した。
利益相反：本研究における利益相反は存在しない。

文献

- American Psychiatric Association (2013) / 高橋三郎, 大野裕監訳 (2014). DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル (第1版). 医学書院, 東京.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子監訳 (2010). ベナー看護論 (新訳版) 一初心者から達人へ. 医学書院, 東京.
- 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 (第1版). 医歯薬出版, 東京.
- 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, 東京.
- 林直樹 (2010). 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.
- 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, 6, 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.
- 木村敏 (2006). 自己・あいだ・時間—現象学的精神病理学 (第1版). 筑摩書房, 東京.
- 木村敏 (2008). 自分ということ. 筑摩書房 (第1版), 東京.
- 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 (第1版). 誠信書房, 東京.
- 溝上慎一 (2010). 自己形成の心理学—他者の森を駆け抜けて自己になる (第1版). 世界思想社, 京都.
- 成田善弘 (2006). 境界性パーソナリティ障害の精神療法—日本語版治療ガイドラインを目指して (第1版). 金剛出版, 東京.
- 岡田尊司 (2009). 境界性パーソナリティ障害. 幻冬舎, 東京.
- 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 (第1版). 183-206, すぴか書房, 埼玉.
- 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.