

最終講義

精神看護学の視点

神 郡 博

富山医科薬科大学医学部看護学科精神看護学教室

精神看護学は狭義の精神疾患の看護から広義の心の問題までを扱う看護の領域である。この傾向は最近益々顕著になってきている。この背景には、現代の医療の中で、ICU症候群やがん告知、終末期医療や難治性疾患の医療をめぐる心のケアが問題になってきたこと、狭義の精神疾患と並んで薬物依存や登校拒否、摂食障害や適応障害など新しいタイプの病気が問題になってきたこと、人々の健康志向の高揚に伴って精神の健康問題が重視されてきたことなどがあげられる。

精神看護学は、こうした変化に呼応して、従来の病気の看護から病める人間の看護へ、さらには広く人々の精神の健康維持に寄与できる看護へと変化している。精神看護学の知識や技術はまた従来の精神科病棟ばかりでなく病院の他の領域、地域や職場、学校などでも求められている。

本稿ではこうした状況をふまえ精神看護学の視点はどこにあるのかについて述べてみたい。

精神看護学の動向

1. 病気の看護からの出発

精神看護学の出発が精神の病気の看護にあったことは他の領域の看護と同じである。その主眼は病気の回復を図る治療を援け、病気から受ける患者の苦しみをできるだけ緩和することに置かれてきた。

治療のあり方はこの半世紀に様々に変化した。変化の始まりは1950年代に導入された薬物療法¹⁾にあるといってもいい。それまでの治療方法に比べてその効果が顕著であったため、薬によって精神分裂病は治るとまで言われた。

確かに妄想や興奮等の陽性症状が消褪し病気が治ったかのように見えたことも事実であった。しかし、

陽性症状の消褪が必ずしも精神分裂病の治癒につながらないことがその後徐々に明らかになった。顕著な妄想や興奮などが改善し、精神の平静を取り戻したにもかかわらず、対人交流を持つでもなく、日常生活に積極的に取り組むでもなく、漫然と日々を過ごしてしまう患者が多く見られるようになったからである。

これらは陰性症状²⁾といわれ、感情の平板化、寡黙、無気力、快感喪失、注意の欠如等を主とするものである。臨床的には、自発的動作の減少、不適切な感情、談話およびその内容の貧しさ、身だしなみやセルフケアの乏しさ、仕事や学校での持続力のなさ、娯楽や性的興味、親密性や友人に対する信頼関係の低下、社会的注意の欠如などの形で現われる。

薬物療法導入後の新しい課題はこの陰性症状の改善にあった。このため、いろいろな方法が試みられてきた。最初に試みられたのは生活療法というアプローチであった。この方法は、生活指導、作業療法、レクリエーション療法を組み合わせることで患者の活動性を高揚させようとするものであった。当初の積極的な取り組みが効果を奏し、顕著な効果を挙げ、短期間の内に全国の病院に導入されるようになった。患者の陰性症状は生活療法によって著しく改善し、社会復帰可能なまでに回復した。

2. 一つの転換

しかし、精神分裂病の治癒がそんなに簡単でないことを思い知らされるエピソードがここでもいろいろ経験された。その一つは、症状が改善され、病院の中での適応が十分と判断された患者が退院するとすぐ再発して病院に戻ってきてしまうという現象であった。家族によると、家では何もしないで寝ているだけだという。患者は家では病院のように誰も何

もいわないからできないのだという。

自立した社会生活を送るためには、セルフケアを始め、日常生活に必要な事柄について患者が自分から行動できるまでに回復していることが必要である。この問題は、そうした意味で患者の本当の自立性を伸張する方法は何かを医療者側に投げ掛けた問題といえる。これを機会に治療の方法に幾つかの転換が図られるようになった。

一つは治療環境という点からの病院医療のあり方であり、第二は社会との関連を持たせた治療の推進であり、第三は他の専門職種を取り入れた治療のあり方である。この結果病院の開放化、外勤作業、作業療法士や心理療法士、ソーシャル・ワーカーを取り入れたチーム医療が行われるようになってきた。これと並行して病院の中に売店や自動販売機、庭園や憩いの場を設け、病院が患者にとっての治療の場であると同時に快適な生活の場でもあるような配慮がなされるようになってきた。

この背景には、患者の社会復帰を促進するためには、病院と病院を取り巻く地域社会とが一体になって、患者を見守り、励まし、自立に必要な能力の改善に寄与できる体制をつくるのが大切であるとする社会精神医学の考え方が反映していた。

3. 第二の転換—形から内容へ

わが国でこれらの考え方を取り入れて、大々的に病院の開放化が試みられたのは1960年のことである。この試みは国立肥前療養所で行われたものであるが、当時としては破天荒なことで冒険とさえいわれた。にもかかわらず、この考え方は全国に浸透し、今では病院の開放化は当たり前で、患者の経営する売店や喫茶部さえ珍しくなくなっている。

他方、地域医療や他の専門職種を取り入れたチームアプローチも予防精神医学や外国におけるその後の新しいリハビリテーションサービスの考え方と共に浸透し、今ではその必要性を認めない人はむしろ少ない。

しかし、これらの考え方や仕組みが本当に患者の社会復帰促進につながるためには、これらの仕組みもさることながら、それ以上に仕組みを効果的に機能させる職員の側の視点の転換が必要であった。この結果は集団よりも患者の個別性を尊重した医療へ、

病気の治療から精神を病む人間の治療への方向の転換を必要とした。いわば、これは形から内容への転換ともいうべきものであった。

このためには、患者と職員が人間的に平等な立場にたった関係を保ち、権威や脅威のない、自然発生的な対人交流を基盤にした患者支援の体制の確立が必須であった。渡辺³⁾はスタントンらのチェスナット・ロッジでの社会学的調査の結果を引用して、精神科医療では全ての診療時間をのぞく残りの23時間(The other twenty-three hours)の有効な活用が治療の効果に重要な影響を及ぼすことを指摘した。すなわち、彼らの研究によれば患者がこれらの23時間に、心的緊張を緩和され、激励、忠告、支持、教育、説明などの適度な心理的支援を受け、必要な保護や食事、睡眠、入浴、着替え、身だしなみ、日常の挨拶、対人交流などの面で適切な援助が受けられることが重要だということである。

4. 第三の転換—社会的諸情勢の変化への対応

第三の転換は人口構造、疾病構造、社会経済的变化、倫理・人権思想の高揚などから余儀なくされた対応である。

人口の高齢化、社会的環境の変化から起こる老人疾患の増加や新しいタイプの病気の出現がそれまでの精神医療体制に新しい局面を付与してきた。例えば、精神分裂病を主体としたそれまでの医療体制に老人病棟や思春期病棟、児童病棟、アルコール病棟などの専門治療病棟が設けられるようになった。あるいは倫理・人権思想の高揚から受療についての患者の意志が尊重され、その環境や処遇が特に配慮されるようになった。また、治療の面でも、これまでの方法に加えて心理療法や行動療法、音楽療法や絵画・陶芸療法などがいろいろな形で試みられ、その効果が評価されるようになってきた。

5. 看護の変化

こうした精神医療の変化と並行して看護の方法や考え方も変化した。

最初に起こった変化は集団から個への転換であった。これは薬物療法が導入され、その効果が賞揚されていた1955年代の中頃から既に指摘されてきた問題である。この切っ掛けは良くなって退院した患者

が再発してすぐまた入院してくるという回転ドア現象にあった。この原因として現在では患者の服薬の中断、減量、治療者－患者関係の安定度、アフターケアの充実度、家族内力動とりわけ感情表出が考えられているが、当時は患者と看護者の関係のありかたが重視され、それまでの集団的な関わりから一人一人の個別性を重んじた個の関わりが強調された。

しかし、患者との個の関わりは集団以上に難しいものである。精神分裂病の患者の閉ざされた心を開くには、時にシュヴィングのいう温かい関心を示しながらの、何もしないで、ただ側にいるだけの素朴な人間的接近が重要である⁴⁾が、普段患者のために何か役立つことをしなければならぬと思いつている看護者にとっては、これはなかなかできないことだからである。

第二の変化は、外からの働き掛けによって依存性を高めてしまうより、患者の内から自発性が生じるまで何もしないで待つのが良いとする考え方から出発したアプローチである。この背景には1965年代中頃に盛んになった精神医療に対する告発や不祥事を契機に起こった生活療法批判の影響があったことは否めない。つまり、それまで行われてきた生活療法が患者の個別性を尊重しない、熱心な働きかけに終始した結果患者の自発性を摘み取り、依存性を助長してしまったという批判的見方である。

この結果、いわゆる生活療法活動は全く行われず、患者が汚れた病棟内で漫然と過ごしているだけの時代が10年近く出現した。しかし、予想された筈の患者の自発性は一向に現われず、結局これらの批判を踏み越えた新しい視点の働きかけが行われるようになった⁵⁾。

この新しい視点の働きかけは1.清潔で快適な環境は患者の健康感を増大させる、2.自発性の喚起には適度な働きかけがむしろ必要である、3.規律的な生活やある程度の集団活動は精神の活動を高めるために必要であるという看護者側の発想から出発していることも興味ある点であった。

第三の変化は患者の病気の見方の転換であった。これは、精神分裂病に対する医学的な見方を否定するのではなく、むしろ病気をクールな目ではなく、患者に与えている苦痛の面から理解しようとするものである。この背景には、当時わが国に紹介された

力動精神医学を基礎にしたアメリカの精神看護学の考え方が影響していたことは確かであった。そして、この考え方は看護のアプローチを容易にする点で急速にわが国の精神看護学界に取り入れられていった。

第四の変化はこの頃から広まってきた患者の心理的理解を重視する傾向であった。この背景には1965年頃から増え始めてきた神経症や心身症患者に対する看護アプローチの必要性や精神医療の中に取り入れられつつあった心理療法からの影響があった。この傾向は精神科以外の患者の看護過程にも取り入れられ、今では看護の全域で重視される要素の一つになっている。

第五の変化は同じ頃紹介されたペプローの対人関係看護論が基になった、患者と看護者の相互作用を重視した看護の展開に目が向けられていったことである。看護は、患者と看護者の力動的関係の中で展開され、その関係や相互作用のありかたが看護の効果に密接に影響するというペプローのこの考え方⁶⁾は看護の全領域に共通する有用な理念でわが国でも精神科領域ばかりでなく広く看護界に取り入れられているものである。

第六の変化は精神医療の地域への傾斜や医療や社会のニーズの変化にともなって起こりつつある精神看護学の守備範囲の変化である。訪問看護や心の相談窓口、リエゾン精神看護相談などがその表れである。すでに外国では、地域精神保健看護や心理社会的看護、リエゾン精神看護などの領域が確立されていて、その活動分野も精神科施設、地域精神保健センター、総合病院の精神科病棟、私的診療所などの伝統的施設から在宅サービス、一時的な入院治療計画、デイケア・センター、養護あるいは集団住居施設、ホスピス、プライマリーケアクリニック、学校、刑務所、管理ケア施設、健康維持組織へと拡大されつつある⁷⁾。この傾向はやがてわが国にも見られるようになるであろう。

患者の求める精神看護学の資質と役割

1. 患者の求める人間性と専門性

ここで患者の求める心のケアに触れ、求められる精神看護学の役割について述べてみよう。

やさしい人、叱らない人、よく聞いてくれる人、

分かる人。これが患者が看護者に求める人間性と専門性についての素朴な要求である⁸⁾。精神の障害者は傷つきやすい、脆弱な心を持っている。それまでに人から傷つけられたり、人知れず不安に思って自信を失っている。したがって、やさしい人はそれだけ救いなのである。このやさしさは、看護者の中から全体的に感じ取られる雰囲気ないしは印象であるが、患者はこれを即座に感じ取るのであろう。不思議と恐い人には近寄らない。心の脆弱な人にとってはすぐ叱る人も苦手なのである。それより、ただ黙ってよく聞いてくれる人がいいのである。それでいて、自分の悩みや葛藤をよく分かってくれる人が一番なのである。実はこうなるためには、難しくいえば、患者の病気は勿論、患者の置かれた立場や心理的狀態もよく分かった上で、対応できる人でなければならぬから、これは大変な要求なのである。

2. 求められる聞く技術と聞くことの効用

患者が求める聞く技術があるとすれば、恐らく、自分が楽に話せるムードを創って黙って聞いていてくれる技術であろう。これは私たちが悩みを話したい時のことを想起すればよく分かる。先ず聞き手がいて、適時に相づちを打ち、話しやすい雰囲気を創り、余分なことをいわずに聞いていてくれればいいのである。

この典型的な一つの例⁹⁾をお話しましょう。これはある大学の看護学部の学生が自発的に研修にきた時の話である。病棟に行くといつも決まって後をつけてくる患者がいる。患者が学生に一生懸命話をするのだが、呂律や言葉がはつきりせず、さっぱり聞き取れない。ところが不思議なことにいつも側にいて上手に相づちを打ってその話を聞いている患者がいる。後でその患者に「あの患者がどんなことを話しているのか」聞いてみたところ彼女もさっぱり分からないということであった。しかし、この時、たとえ何も分からなくとも、あれだけ上手に聞き、相手に快く話させることができたらいいと思い、「聞く」ということの意味を改めて考えさせられたというのである。

患者の話をよく聞けば、また思いがけない効用を示すこともある¹⁰⁾。これは、物が盗られることを理由に、こんな病棟にはいられないから退院したい

と頻繁に要求しては看護者をしてこずらせていた血統妄想患者の例である。毎日の退院要求に閉口した看護者が筆者に「ああいう時の巧い対処法はないか」と迫るので「話をよく聞いてやる」ことだということ、そんなことをしたら一日かかるし、第一埒があかないというのである。その結果、結局筆者がその代行を務める羽目になった。患者の話は、くだんのように、兄に作ってもらった上等な茶羽織を盗まれたことから始まり、前田藩の末裔であること、子供達を立派に教育して嫁がせたことにおよび最高潮に達した。しかし、よく聞いていると、それなのに誰一人見舞いにきてくれない淋しさにおよびもう盗まれた茶羽織はどうでもいい心境になっていることが吐露された。自分の思いを十分話した満足感からか、患者はその後退院の要求もなく年余に亘って平静に過ごすようになった例である。しかも、この面接に要した時間は僅か23分であった。このように、患者の話をよく聞き、満足を与えることができればその効果には測り知れないものがあるのである。

3. 求められる病気の理解と援助

患者の病気をよく理解し、その上で患者に必要な援助を行うことが看護の常道とされる。しかし、このためには、患者に求められる病気の理解と援助とは何かをよく知らなければならない。ここに幾つかの例を挙げながらその本質をお話しましょう。

先に筆者は病気を患者の立場から理解し必要な援助を行うことが看護では大切だと述べた。これは明らかな妄想体験の場合でも同じである。ある時、暖かな陽射しの差し込むホールに一人の患者が倒れこむように走ってきて「苦しいから助けてくれ」と訴える。よく聞くと患者は光の子を100人程宿し、今お産が始まるころなのだという。それを聞いた看護者がそんな馬鹿なことはない、そこが妄想という「あなたの病気だ」といったものだから、押問答になり、興奮した患者から頭部を殴られたトラブルが起こったことがあった。この場合でも妄想によって引き起こされているとはいっても、患者の苦しみが「お産」にあることに理解を示し、先ずいたわってやれば、恐らく事態はこうはならなかったかもしれないと考えられる。

病気の理解では知識ではなく臨床体験に裏打ちさ

れた病態の理解が重要である。一つの例を用いて今度はその辺の事情をお話しましょう。

これは精神分裂病を病んだエリートサラリーマンの院外作業適用中の出来事であった。作業先の会社では、本人の経歴を配慮し現場の単純な作業ではなく、倉庫の事務的な仕事を患者に割り当ててくれた。ところがこれが裏目に出てしまったのである。数日すると会社から病院に電話があって、患者が電話の前に佇んだまま動かなくなってしまったというのである。行ってみると、硬い表情で下を向いたまま患者が立っている。筆者の顔をみると幾分ホットしたのか「助かった」と微かにいう。病院に帰ってよく聞くと倉庫では電話による仕事場からの部品の調達、人の対応、整理整頓など細々とした仕事が次々に起こり、一々その対応に迫られる。このため、どうしていいか分からなくなってしまったのだという。これは昏迷といわれる状態であるが、一般の人には見られない反応である。こうした状態の時は、一時外界の刺激を遠ざけ、心身の安静を図り、回復を助ける必要がある。

このように、患者の変化を見て、その意味や状態が的確に把握でき、すぐに適切な対応をとり、安らぎを与える能力が、求められる病気の理解と援助の中には含まれているのである。

4. 求められる患者支援のありかた

落ち着かない患者の要求に一々応え、患者のニーズを満たし、平静を取り戻させることも求められる看護の重要な役割であるが、これを満足させることはなかなか難しい。

ある時、発揚気味で落ち着かない妄想幻覚状態の患者を学生に受け持たせたことがあった。患者は、歌を口ずさんだかと思うと、廊下に走りだしては外に出ようとする。こんな具合だから、食事をするのも容易でなく、一口食べては周囲に気を散らし、人の動きに反応したり、持ち物を探したりする。かと思うと、割合に平静な時や甘えたりする時もある。学生は始め患者の状態に吃驚したが、それでも患者の要求に応じ、いわれる通りにした。果物を食べたいといえばその通りにし、顔を洗うといえば介助した。廊下を走っていけば、その後を追いつけ、危険なことがあれば患者をかばい、それを制止した。こ

のため、学生は精も根も尽き果て、実習を続けられないと訴える。傍目にも実によくやっていたのだから、これは偽りのない気持ちであろう。ところで、当の患者はさぞ満足だったに違いないと思ってきくと、答えは意外に反対であった。理由を聞くと「学生はいつも付きっきりだから嫌だ、疲れる」というのである。これは患者の援助で精根を使い果たした学生の述懐と妙に符合するから不思議である。

これは、患者が落ち着かない時でも、その中には本当に援助の必要な時とそうでない時があって、それをもっと見極めて、援助することが重要であるという、患者支援のあり方を逆説的に示している好例¹¹⁾といってもよい。

同じように、生活技能訓練など患者の自立訓練の過程では訓練と並行して温かい心遣いや言葉掛け、励ましや支持が不可欠である。また最近では、患者の自立に必要な家族の協力や社会の理解を得るための教育や啓蒙活動も看護の役割の一つに加えられている。

5. 求められる社会心理的面からの理解

社会心理的面からの理解も最近患者から求められている精神看護学の側面である。この背景には、従来の神経症に加え、すでに述べた登校拒否、神経性無食欲症のような摂食行動異常、アルコール依存を始めとする物質乱用障害、スチューデントアパシーなどのようなアイデンティティー障害など新しいタイプの病気が精神医療の領域で扱われるようになったことが挙げられる。これらの病気はどれをとっても、その発生の要因や経過の過程で社会心理的因子が深く関わり、それらの理解がなくては看護が困難なものである。このため、看護の過程でこれから益々こうした社会心理的面の理解が重視されていくと考えられる。

6. 求められるリエゾン精神看護の役割

病気をすると誰でも何らかの心理的影響を受けることは昔からよく知られている。したがって、身体の病気の患者の場合でも、心理的面からの理解を等閑にすることはできない。その好例¹²⁾を紹介してみよう。

この例はウエルナー症候群で、両眼の角膜変性手

術後、眼底に網膜剥離のあるのが見つかり、ラストアイを宣告され、医師の説明に一応納得したもののその後落ち込み、食事も取らず、看護者の援助にも反応しなくなってしまった患者である。要請を受けた筆者が患者のベッドサイドを訪れると、患者は嘔声に視力障害も加わり、洗面、食事、排泄、歩行などの日常生活行動やコミュニケーションにも支障がみられる状態であった。そして酷い嘔声で、先生から「失明」と「退院」を言い渡されたショックを訴えた。筆者にはこの状態は予期される喪失体験の心理的受容過程に起こる抑うつ状態と考えられたが、受け持ちの看護者には分からないようであった。むしろ、医師の説明の時はあんなにしっかりしていた患者がどうしてこうなるのかが理解できないようであった。恐らく、悲嘆の過程で心理的落ち込みが経験されることは知識として知っているのであろうが、その実態を知らないのであろう。とにかく、否認や拒絶に続いて起こる悲嘆過程の落ち込みには、話をよく聞き悲しみに浸る時間を与えることが重要で、看護者はそういう悲嘆の仕事が十分できる状況を整え、やさしく支えてやる必要があるのである。

このように、心理的側面から患者の病気を理解しその支援の方法を示唆する役割はリエゾン精神看護学といわれ、精神看護学の期待される重要な領域の一つである。

精神看護学の視点

1. 無理のない複眼的見方

これまで、精神看護学のいろいろな側面にふれてきた。そして、これまでの精神医療の歴史的経過に言及しながら、看護の立場では病気に悩む患者の人間の部分からの理解が重要であることを強調した。しかし、これは病気の側からの見方を軽視してよいといっているのでは決してない。このことは、それまでの精神医療の批判として生まれた反精神医学運動の考え方やその影響から、患者の病気を度外視し、人間的部分のみを強調して医療や看護を試みようとした結果起きた弊害をみれば明らかである。精神医療が進んだ、このような歴史の教訓をふまえて考えれば、精神看護学では、患者の状態を病気と人間的な悩みの双方から捉え、無理のない複眼的な見方が

できることが必要で、そこから患者に求められる援助が引き出せることが重要である。

2. 多様な視点からの理解

しかし、精神看護学の対象とする患者の問題はもっと多様な要因によって引き起こされる。これには狭義の精神疾患ばかりでなく、心理機制や発達課題、家族関係や社会文化的因子など様々なものが関係している。したがって、これらの要因が患者の問題とどう関連しているかを見極められる多様な見方ができなければならない。このためには、精神看護学の他に精神医学や心理学、発達論や家族関係論、行動科学やストレス理論などの様々な分野の幅広い理解が必要である。

最近のアメリカでは、看護の中に連続体という概念^{1,3)}が用いられている。たとえば健康と病気は別々の次元にあるものではなく、本来一つの連続体を成すもので、一つの極が健康であるとすれば、病気はその反対の極に位置し、その間に様々なレベルの健康状態が存在するという考え方である。

病気が健康かを二分しないこの考え方は、精神看護学のように時に健康と病気の間に一線を画することのできない状態に対する援助を必要とする領域では有用である。

3. 関係性を重視したともに歩く姿勢

このような多様な理解を駆使して患者の問題が分かたつたとしても、それだけではすぐ援助に結びつかないのが精神看護学の特徴である。何故なら、多くの患者が看護者の考える必要な援助を認めそれを進んで受け入れようとしないからである。これは、必要な援助をスムーズに患者に受け入れられる他の領域の看護と比べれば大変厄介なことである。したがって、必要な援助が患者に受け入れられるためには、患者の抵抗をなくし、必要な援助がスムーズに受け入れられるようにする努力が必要である。この努力の一つは患者との間の信頼関係の確立であり、もう一つは患者の求める形で援助を提供し、看護の過程で徐々にその気にさせながら最も望ましい形に変容していく努力である。

精神の病気の回復は一進一退を繰り返す直線的には進まない。この典型は精神分裂病によくみられる。

よい時があるかと思うと極端に悪い時もある。心の平衡がちょっとした環境の変化で瓦解してしまうこともある。したがって、精神を病む患者の看護ではウイルソン¹⁴⁾が指摘するように、具合のよい時には患者の自律的な活動を促し、具合の悪い時には患者を支え、保護し、回復を促すともに歩く姿勢が必要である。

文 献

- 1) 小林 司：新版 心にはたらく薬たち. 13, 人文書院, 1993.
- 2) カプラン, H.I., サドック, J.B., グレブ, J. A.著, 井上令一, 四宮滋子監訳：カペラン臨床精神医学テキスト. 229, 医学書院 MYW, 1996.
- 3) 渡辺栄市：生活療法の基礎. 96, 日本精神病院協会, 1967.
- 4) シュヴィング, G. 著, 小川信男, 船戸川佐智子訳：精神病患者魂への道. 32, みすず書房, 1966.
- 5) 神郡 博：反精神医学をこう考える. 臨床精神医学 5 : 741-746, 1976.
- 6) ペプロー, H. 著, 稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子他訳：人間関係の看護論. 2-4, 医学書院, 1994.
- 7) Stuart, G. W., Sundeen, S. J.: Pocket Guide Psychiatric Nursing. Third Ed. 114, 141, 169, 213, 234, Mosby, St. Louis, 1995.
- 8) 神郡 博：精神科看護の世界. 7, 看護の科学社, 1987.
- 9) 神郡 博：精神科看護の世界. 21, 看護の科学社, 1987.
- 10) 神郡 博：演習方式による精神科の看護計画と記録の書き方. 156-178, 日総研出版, 1984.
- 11) 神郡 博：精神科看護の世界. 14-16, 看護の科学社, 1987.
- 12) 神郡 博：メッセージの送り出しに関する“人間の反応パターン”. 高木永子, 松木光子編, 臨床に生かす看護診断, 157-158, 学研, 1998.
- 13) Stuart, G. W., Sundeen, S. J.: Pocket Guide Psychiatric Nursing. Third Ed. 114, 141, 169, 213, 234, Mosby, St. Louis, 1995.
- 14) ウイルソン, L. 著, 波多野勤子訳：トニーよ, ふたりして歩こう. 297-307, タイムライフインターナショナル, 1968.