

痺状態に陥る。あまり長くこの段階にとどまっていることは、精神医学的に好ましいことではない。危機的働きかけ、すなわち情緒不安定な状態にある患者が心のバランスを回復できるように、短期的な問題解決を行うことが必要となる場合もある³⁾。一方、富野⁴⁾も指摘しているように、現実では患者としての役割を受け入れることが期待される。とくに入院したときにはこれが明瞭になり、プライバシーは失われ、それまでの生活歴や価値観などはほとんど考慮されることがなく、個性を阻害された無名の患者として取り扱われる。それにもかかわらず、患者はさらに疾患に立ち向かう主体性と責任を要求される⁴⁾。

2) 否 認

透析は絶対に嫌だ、あるいは自分が透析しなければいけないことを断じて認めたくないという気持ち、すなわち否認が生じる³⁾。この時期、医療者の気づかないような微妙な治療関係の歪みを契機に、医療者への依存欲求とそれが満たされないことへの不満や、透析への否定的感情が顕在化することがある⁴⁾。

3) パニック

透析をどんなに拒否しようとも、事実として透析が開始される。患者によってはこの時期、恐怖感から混乱し、取り乱すこともある。当然、物事に対する集中力を失う³⁾。

4) 怒 り

そしてついに怒りの時期が訪れる。この感情は「否認」に続いて生じる大事な感情である。怒りは悲嘆の感情の重要な一部でもある。日本人ではこの感情が隠されていることが多い。イライラや焦燥感となって表現されることも多い³⁾。

5) 敵意・恨み・攻撃

怒りよりも一歩進んで、患者が医療者に対して明確な敵意や恨み、攻撃的



ワンポイント

アドバイス①



喪失感の、事象の深さやその時間的な経過との関連などを教えてください

喪失感の深さについては、透析導入からどれくらい経っているかがある程度指標になるかもしれません。喪失感の程度や質を知るには、評価尺度を用いることも有効な方法です。ただし、患者の心理状態を“喪失感”と抽象化するよりも、具体的に患者がどの状況を、どのように捉え、それによってどのような感情や行動につながっているのか？ という一連のつながりを丁寧に見ていくことが重要です。(筒井順子)