

St. Luke's International University Repository

服薬心理教育に参加した精神分裂病患者の病いと服薬への構えに関する考察

メタデータ	言語: Japanese 出版者: 公開日: 2021-03-12 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 水野, 恵理子, 羽山, 由美子, Mizuno, Yumiko, Hayama, Yumiko メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.34414/00014887

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 International License.



— 報 告 —

服薬心理教育に参加した精神分裂病患者の病いと
服薬への構えに関する考察水 野 恵理子¹⁾、羽 山 由美子¹⁾

要 旨

本研究の目的は、服薬心理教育を通して、精神分裂病患者の病いおよび服薬への構えの変化を分析し、その意味について考察することである。

対象は、精神科急性期病棟入院中の精神分裂病患者29名であり、全4回の服薬心理教育グループ参加前後に半構成的面接を行った。面接では著者ら作成の服薬質問紙とDavid, ASの病識尺度を用いた。そして、病識尺度の3側面から病識と服薬に対する認識の特徴を類型化し、参加前後の面接とグループ・プロセスの記録内容を質的に分析した。

その結果、病気であることも服薬の必要性も認めていない患者は、納得いかない入院体験、病いであると認めることへの葛藤を抱えていた。また、病気であることは認めないが服薬の必要性を認めている患者は、服薬を抛りどころ的なものと意味付けたり、患者役割の受容が服薬への認識に関わっていると考えられた。

今後、患者がどのような病いや服薬への構えをとっているのかを理解した上で、患者自らの回復への意思を引き出していくための看護援助を考えていくことが課題となった。

キーワード

精神分裂病 病いと服薬への構え 心理教育 病識 精神科看護

I. はじめに

精神分裂病（以下、分裂病とする）患者にとって、薬物療法は環境療法や精神療法と並んで治療の柱である。精神科での治療が初めての者、入退院を繰り返している者、いずれの場合も長期にわたる服薬が必須となる。しかしながら、患者のもつ服薬への抵抗感、治療に対する不信感、精神病に対する偏見などが、服薬継続を困難にさせることが多い。服薬の中断は再発や再入院に至る要因のひとつである^{1) 2)}。入院回数が増えれば、患者や家族の負担は大きくなり、何よりも患者自身が生きづらさを感じるようになる。

そこで、患者が病いを抱えつつその人らしく生きていくことを支えるための治療的看護アプローチが必要になってくる。そのひとつとして、心理教育が挙げられる。これは、知識や情報の共有・対処技能の向上・参加者同士の情緒的サポートを基本構造とした教育的プログラムの総称である³⁾。病いをどう体験しているか、それにどう対処しているかに配慮しながら、患者の自律性を最大限

に生かす治療的行為である⁴⁾。心理教育への参加を通して、患者が本来もっている自己治癒力に気づき、病いからの回復に向けて主体的な構えをとれるようになることが期待される。

この回復過程において、患者は自らの病いと服薬をどのように受けとめているのだろうか。病いへの構え^{5) 6)}と服薬への構えは、決して固定したものではなく、病状や周囲の影響を受けつつ変化していくものである。

今回、精神科急性期病棟における服薬心理教育を通して、入院分裂病患者の病いおよび服薬への構えの変化を分析し、その意味について考察したので報告する。

II. 研究方法

1. 対 象

対象は、都内精神病院における急性期治療病棟（包括A、閉鎖60床、1999年度平均在院日数57.5日）に入院しており、治療の一貫として実施されている服薬心理教育に参加した41名のうち、精神分裂病（ICD-10による）と診断された29名（70.7%）である。

受付日2002年2月15日 受理日2002年5月23日

1) 聖路加看護大学

2. 方法と期間

① 服薬心理教育（以下、服薬グループとする）の内容

服薬グループは、1回30～60分、計4回を1クールとし、2～3週間の期間で行う。4回のセッションの内容は、A「病気と治療」（医師と看護者）、B「薬の作用・副作用」（薬剤師と看護者）、C「薬とのつきあい方」（看護者2名）、D「まとめと退院に向けて」（看護者と医師）から構成されている。A開始時に、参加者全員にA～Dの内容が記載されている教材を配布し、対話型での進行を主とし、部分的に内容に応じた講義形式をとっている。1グループは5～8名のクローズド・グループであり、参加者の選定は、受持ち看護者または主治医が行う。

② 期 間

2000年8月～2001年3月とした。

③ 方 法

著者2名が、A開始前とD終了後に、個別に約30～40分、服薬質問紙（12項目）と病識尺度（8項目）を用いて面接を行った。グループ運営と評価者を分けるために、面接は著者2名が行い、AとDのすべて、BとCの一部に2名のいずれかが参加観察という形で同席し、グループ・プロセスの記録をとった。面接は、半構造化面接であり、質問紙の項目以外に、気がかりなこと、入院生活について思うこと、退院後心配なことなどについても尋ね、入院、治療、病気に対する本人の認識と、日常生活や今後の見通しについて本人が自由に話すことができる方向で進めた。

服薬質問紙とは、入院理由、薬の役割、症状や副作用への対処法、精神症状等に関する理解の程度を正否判定するために著者らが作成したものである。また、病識尺度とは、David, AS⁷⁾作成（金吉晴訳、一部修正）の、病識を「治療と服薬の必要性」（3項目）、「自己の疾病についての意識」（3項目）、「精神病症状についての意識」（2項目）という3次元から定量的に評価するものであり、各項目はその程度に応じて2～0点で評価する。この尺度の妥当性はすでに報告されている⁸⁾。David, ASは、患者が病気であると認めるだけでなく、治療を受ける必要性を理解し、精神病症状の体験を認識することを含めた多側面にわたる病識概念を提唱している。

なお、本研究は、評価研究を行った際に得られた面接データを分析資料としている⁹⁾。

3. 倫理的配慮

病棟の主治医と受持ち看護者に文書と口頭で研究の趣旨を説明し、対象患者の選定に協力を依頼した。対象患者に対しては、面接実施前に本研究の目的、具体的方法、プライバシー保護の約束、参加できなかったり中断する場合にもその後の治療や看護に不利益を被ることがないことを口頭で説明し、その上で研究協力の依頼文書を渡し、同意書に署名をもらい参加の同意を得た。本文中では、ケース1、2と、個々の患者の特定ができない形で提示し分析するよう配慮した。

4. 分析方法

まず、事前・事後面接の病識尺度（前掲）の得点をもとに、病気と服薬に対する認識の特徴を類型化した。服薬グループ参加前（A開始前）と参加後（D終了後）の面接記録およびフィールドノートに記載したグループ・プロセスの内容を繰り返し読み、病いと服薬への構えを読みとり、著者2名で再考、検討を重ねた。分析方法は、特定の理論に基づかない、内容分析（content analysis）法である。

III. 結 果

1. 対象者の背景

対象者29名の属性は、男性15名（51.7%）、女性14名（48.3%）、平均年齢45.5±13.4歳、平均発症年齢24.4±7.5歳、平均総入院回数3.4±2.2回であった。入院形態は、任意10名（34.5%）、医療保護19名（65.5%）、またクロルプロマジン換算による平均抗精神病薬服用量は610.3±444.4mg/日であった。

2. 服薬グループ参加前後の面接内容とグループプロセス内容の分析結果

患者の特徴を、病識尺度の「治療と服薬の必要性」と「自己の疾病についての意識」の2側面の得点から分類した。すなわち、治療と服薬の必要性を認め、自己の疾病についての意識がある者を4点、治療と服薬の必要性を認めず自己の疾病についての意識もない者を0～3点として区分した（表1）。さらに患者のタイプを、A：服薬の必要性も病気であることも認識していない、B：服薬の必要性を受け入れているが病気であることを認識していない、C：服薬の必要性も病気であることも認識

表1 服薬心理教育グループ参加前後の治療および病気の認識得点分布

点数（点）	治療と服薬の必要性		自己の疾病についての意識	
	参加前（人）	参加後（人）	参加前（人）	参加後（人）
0～3	16	10	24	20
4	13	17	3	6

（n=29、ただし回答不明者は除く）

表2 服薬心理教育グループ参加前後の患者の類型別分布

	治療と服薬 の必要性	自己の疾病に ついての意識	参加前 (人)	参加後 (人)
A	ない	ない	14	9
B	ある	ない	10	11
C	ある	ある	3	5
D	ない	ある	0	1

(n=29、ただし回答不明者は除く)

A：服薬の必要性も、病気であることも認識していない。

B：服薬の必要性を受け入れているが、病気であることを認識していない。

C：服薬の必要性も、病気であることも認識している。

D：服薬の必要性は受け入れていないが、病気であることを認識している。

している、D：服薬の必要性は受け入れていないが病気であることを認識しているの4つに類型化した(表2)。

ここでは、特に服薬グループ参加前のタイプA、Bに絞って事例を挙げて示す。タイプAとBは、対象者29名のうち2/3強を占めており、また、治療・看護上も一考を要する患者群だからである。

タイプA(服薬の必要性も、病気であることも認識していない患者群)：

ケース1「病気であると認めることへ抵抗し、拒否的構えをとり続ける患者」

43歳、女性、発症14歳、入院3ヶ月前より通院中断し自宅閉居、医療保護による初回入院。

＜事前面接＞(やや拒否的な調子で)「無理矢理、連れてこられたんです。本当は入院なんかする必要はなかったんです。考え方の問題ですね。薬は飲まないほうがいいと思います。(副作用の便秘は)先生に相談します。」

グループでは「ノイローゼは治りましたから。忍耐強くなるために入院しています。どうしてこうやって皆で集まって話をしなきゃいけないんですか。私は治っているんだから帰してください。」と食ってかかるような怒気を含んだ口調で話す。

＜事後面接＞「入院の2～3日前に戸を開けて何か言っちゃった。下着をたたんではバックに詰めたり、おかしかった。自分では必ず良くなるって思っていました。あんな形での入院ってあるんでしょうかね。薬をやめたら元気になります。食べ物で工夫しますから。自分次第です。精一杯やっているんですよ。」

入院には一貫して納得せず、半強制的な入院体験に対する憤りを表出している。服薬への言葉上の拒否は変わらないが、副作用の対処は医療者に求めている。具合いの悪さの原因は「考え方の問題」とし、グループ参加後も自分なりの方法でやっていけると主張している。一方で、家に居た時の状態が尋常でなかったと冷静に振り返り、病気の存在を認めている部分もある。

ケース2「病気も服薬の必要性も認識していないが、表面上受容的な構えをとる患者」

75歳、女性、発症36歳、今回は通院・服薬中断し、独語と誇大妄想があり、7回目の医療保護入院。

＜事前面接＞(ニコニコとした表情で、どこか他人事のような印象)「私、入院に納得していませんよ。どうしてだかさっぱりわかりません。どこかおかしいところがあると思いますか？ 別にないでしょう？ どこも悪くないので、薬は飲まなくていいと思っています。眠るための薬、ハルシオンだけあれば大丈夫です。」

グループでは、薬について「あまりいい気持ちはしません。」と答える。

＜事後面接＞「私も年だから、身体が動きにくくなって、あちこち具合が悪いところがあっても仕方ないでしょう。薬が効くという話はわかりました。先生は病気だと診断して薬を出しているから飲まなきゃ仕様がいないね。また私が(妄想を)本当のことだって言うと、薬の量が増やされるでしょ、それは困るね。」

自分の病気を加齢による身体機能の低下とし、「あちこち具合が悪い」と身体的な問題に内包している。治療者の出方を本人なりに予測しながら、言葉上は服薬を受容している。グループでは服薬に対する不快な気持ちを表出するが、拒薬行為に至ることはなく従順な態度をとっている。

ケース3「入院治療に対する激しい拒否的構えから、受容的構えへ変わった患者」

60歳、女性、発症37歳、今回は妄想によるトラブルのため2回目の医療保護入院。服薬中断の経験あり。

＜事前面接＞(終始怒り口調と表情で)「外来で何人もの先生と看護婦さんたちに押さえられて強制的に入院させられた。当然今も納得していませんよ。絶対に訴えてやろうと毎日考えています。私は健康なんです。薬を飲んでると薬剤公害になります。入院前、飲むのをやめたら気分爽快になったので、必要性は全くありません！」。

グループでは、全員が順番に自分の具合について述べていると「私は病気ではないので、退院してもいいはずですよ。頭の回転が悪くなっていたのは認めるけど、それも良くなっています。」他患が薬で気持ちが落ち着いてきたとの発言に、「私もいくらかそう思いますよ。」と続ける。

＜事後面接＞「見ず知らずの人に大金を出すように言ったのはおかしかったと思います。被害妄想だったのかもしれない。昔、もう大丈夫だと思って飲むのをやめたらまた入院することになったので、やめることは危険だと思います。妄想があるのは病気の証拠なんじゃないかな。」

医療保護による入院を屈辱的なものとしてとらえ、事前面接では医療者への怒りを訴え、当初は薬を吐き出す行為もみられた。グループでは他患の発言を受けながら、入院前の自分の行動や服薬中断による再入院を振り返っている。事後面接では、妄想を精神症状の一つとしてとらえ、病気であることを少しずつ認識し始めている。

タイプB（服薬の必要性を受け入れているが、病気であることを認識していない患者群）：

ケース4「病気であることを認識していないが、服薬への依存的構えをもつ患者」

40歳、男性、発症21歳、今回は約2ヶ月間自宅閉居、奇異行動があり、4回目の医療保護入院。服薬中断の経験あり。

＜事前面接＞「落ち着いて食事ができなかったので入院しました。薬のおかげで気分の波が小さくなっています。薬を飲まなくなったら不安で仕方ないですね。強いストレスを受けると気分に出ちゃうんでしょうね。あと、疲れがたまるとダメです。」

グループでは、他患に初めの頃は独り言を言ったり暴れてたでしょと言われ、「えっ？ 僕がですか？」と、わけがわからないといった様子。

＜事後面接＞「最近はずっと気分が安定していて夜もぐっすりです。薬がなくなったら困りますね。薬があるから安心して過ごせと思っています。僕の場合は波の振れが大きいだけで、気分の波は誰にでもあることなので、特に精神的な病気だとは思わないですね。」

グループ参加前後とも、服薬による情緒面での効果を実感しているが、薬さえ飲んでいれば安心という認識から、服薬に依存する傾向が続いている。他患に入院初期の状態を指摘されるが、全く身に覚えがないという反応を示す。気分の波を病気によるものとは考えず、本人の病的体験の認識は極めて薄い。

ケース5「精神病であることを否認しながらも、服薬に従順的構えを示す患者」

48歳、女性、発症20歳、今回は家族とのトラブルと本人疲労感の訴えもあり、5回目の任意入院。妄想、服薬中断の経験あり。

＜事前面接＞「一睡もできない日が続いたので休息目的で入院しました。神経衰弱なので、精神の病気ではありません。薬はよく眠れるためのものですし、先生に飲んだほうがいいと言われていたのできちんと守ります。（幻聴は）私は耳がいいのでどんな音や声でも聞こえてしまいます。（妄想は）夫に女と子供がいるのは事実です。」

＜事後面接＞「何日も寝ないで仕事をしていたらハイテンションになってめっちゃくちゃでした。薬は気分を落ち着かせてくれます。友達には色々な人に気を配りすぎるから疲れるのよって言われますけど、性格なので仕方ないんです。神経疲れは病気とは違います。姉達には入院前と変わったところはないのにどうして入院しているのって聞かれるけど、私にとって入院はプラスになっています。いつも先生や看護婦さんに感謝しています。」

幻聴は優れた聴力によるものであり、妄想は事実であると確信し、神経の病気だが精神病ではないと主張している。薬は眠りと気分の安定に効果があると実感している。ただ、自ら治療の必要性を感じているのではなく、主治医の言われるままに従うという受身的な姿勢はグループ参加前後で変わっていない。

IV. 考 察

1. 患者の病いへの構え、服薬への構えについて

入院治療に拒否的な構えをとる患者は、「納得できない入院」に対する思いを抱いていた。病気でもないのに、しかも自分の意思を無視された形で、なぜ入院しなくてはならないのかと、本人にとっては理解しがたい体験だったといえる。「入院する必要はなかった」、「私は健康です」との発言から、自分は病気であると認識していない。しかしながら、「自分では必ず良くなると思っていた」との発言もあるように、自分は病気かもしれないという漠とした感じや何らかの病気があるという認識はもっていることが推測される。ただ、入院という現実を突然つきつけられたことにより、それまで本人なりになんとか生活できていたというささやかな自信が崩されたことへの反発や混乱、葛藤は非常に強いものになっていた。そして、入院治療を受けることは、自分が病気であることを認める、すなわち精神病患者であることを認めることに他ならないのである。

拒否的な構えとは精一杯の抵抗でもあり、無意識の葛藤を隠した防衛の意味をもっている¹⁰⁾。これは、ゆるがされている自己を安定させるために必要な心理反応であり、患者の意思表示のひとつとして受けとめることが重要である。また、薬によって自分を変えられるという恐怖¹¹⁾や不安から逃れることの表れともいえる。

ところで、抗精神病薬の服用は受け入れている患者でも、副作用の治療には応じていた。これは、副作用については、自我違和的な構えからその治療を積極的に求める¹²⁾といわれる求助行動と考えられる。また、「眠る

ための薬だけあれば大丈夫」という患者にとっての問題はまさに眠れないことであり、これさえ解決すればなんとかなるだろうと自分なりの見通しをもっていることがうかがえる。このように、治療に対して拒否的な構えをとっている患者が副作用による身体的な苦痛を訴えることは、その後の服薬への意識づけや主体性をもって治療へ参加するきっかけに発展する可能性があると考えられる。

一方、言葉や感情面での拒否もなく服薬を受け入れている患者がいる。病気の原因は性格やストレスに起因するものととらえており、病的体験の存在を認めていない。入院前は「落ち着かなかった」との自覚はあるが、これを病気の症状と結びつけてはいない。にもかかわらず、薬が気分効いている実感をもっているためか、服薬を受け入れている。このような患者は、「過ぎ去った病いへの病識」¹³⁾、すなわち、過去に体験したはずの病いをどう認識しているのだろうか。具合が悪かった頃の体験は記憶からすっかりぬけてしまった、あるいは封印しているとも考えられる。彼らは、「薬を飲まない不安」、「先生に言われていることは守る」と、服薬への構えは一見良いようにみえる。

このような依存的な構え、従順的な構えを示す患者の心理として2つのことが考えられる。1つは、分裂病患者のもつ自我同一性の脆弱さから、常に自己の存在不安に曝されているゆえ何かに頼らざるを得ない心性¹⁴⁾である。薬によって自分らしさが失われるという恐怖感から拒否的な構えをとる患者とは異なり、自己の存在を確かなものにするための拠りどころ的な意味をもつものとして服薬を受け入れている。

2つめは患者役割の受容¹⁵⁾である。これは医療者側の課題になるが、特に従順的な構えをとることは、先々の患者の自己決定に基づく治療継続が望ましいと考えると、決して好ましいことではないだろう。また、病棟内環境における消極的な治療遵守による影響も考えられる。医療者に、いわゆる良い患者とみなされることにより、自己評価の低下している患者はその価値を高めることを求めているようでもある。患者役割に徹することに安住しがちな患者が、回復への道のりを自ら閉ざしてしまうことがないように、その主体性を引き出していく働きかけが必要になってくる。

ところで、分裂病は対人関係の病ともいわれるように、他との関係の喪失¹⁶⁾や孤立性が問題となる。入院治療に対して拒否的な構えをとっていた患者が、患者どうしの相互作用を活用した集団の中で、少しずつ自らの病的体験に気づき、服薬の必要性を理解しながら受容的な構えへ変化していった。これはまさに、病識は患者一患者という内的相互関係の中で形成される¹⁶⁾ことを意味している。他患から自分の症状を指摘されて憤慨したり、否定したり、納得したりというやりとりを経験していく中で、自己の病気や入院体験の振り返りが促される。そして、患者なりに病いや服薬への構えに変化をもたらす

きっかけをつかんでいく。

また、自分が他者に影響を与えているという感覚をもつことは、自己の存在役割を見出すことにもなり、ひいては自己価値を高めることにつながっていく。精神分裂病の予後は、自尊心の回復が体験できたかに起因する可能性がある¹⁷⁾といわれている。服薬グループは、癒し癒されながら、自尊心の回復体験を積み重ねていく場として治療的な意味をもっていると考えられる。

2. 看護への示唆として

病いや服薬への構えをとらえることは、患者の主観的な病的体験の理解へつながる。病いからの回復とは、自らの生活の再構築、自己価値の再編成¹⁸⁾といえる。この過程において、患者が一人の意思ある人間としてみなされていると感じ、どう生きたいのかを表現できることに目を向けた関わりが求められる。患者に責任ある主体として治療に参加することを求めることは、患者にとっては自覚が問われることになる。これはすなわち、自分が病気が否かに向き合うことを意味し、このとき様々な形で生じるであろう患者の揺らぎを見守りつつ支えることを忘れてはならない。

患者の奥深くにある「治ろうとする意思」に本人が気づき、それを自ら生かしていくことができるような治療的役割をもった看護が重要であると考えられる。

V. おわりに

精神科急性期病棟に入院している分裂病患者の病いと服薬への構えを、服薬心理教育グループ参加前後における面接とグループ参加の様子から理解することを試みた。病気も服薬の必要性も認識していない患者は拒否的な構え、受容的な構えをとり、納得のいかない入院時体験や病いであると認めることの葛藤を抱えていた。また、病気であるとは認めないが服薬の必要性を認めている患者は、依存的な構え、従順的な構えをとり、服薬に拠りどころ的な意味合いをもたせたり、患者役割の受容に関わっていた。今後、分裂病患者の回復への意思を引き出していくための看護援助を考えていくことが課題である。

文 献

- 1) 内田修二：精神分裂病の「再発」について—再入院の調査を通して—, 日本社会精神医学会雑誌, 3 (1), 45—59, 1994.
- 2) 甲平一郎, 原田俊樹, 山本智之他：精神分裂病の再発および再入院について, 精神科治療学, 7 (7), 769—776, 1992.
- 3) 後藤雅博：心理教育の歴史と理論, 臨床精神医学, 30 (5), 445—450, 2001.
- 4) 前田正治：なぜ精神分裂病患者に対して心理教育を行う必要があるのか?, 臨床精神医学, 26 (4): 433—440, 1997.
- 5) 梶谷哲男：病識の在り方と抱え方について, 精神医学, 5 (2), 131—136, 1963.

- 6) Jaspers, K.: Allgemeine Psychopathologie, 5 Auflage, Springer-Verlag, Berlin, 1948, 内村祐之他訳：ヤスベルス精神病理学総論，中巻，岩波書店，169－189，東京，1955.
- 7) David AS: Insight and psychosis, British Journal of Psychiatry, 156, 798-808, 1990.
- 8) David AS, Buchanan A, Reed A, et al: The assessment of insight in psychosis. British Journal of Psychiatry, 161, 599-602, 1992.
- 9) 羽山由美子，水野恵理子，藤村尚宏他：精神科急性期病棟における服薬および治療への構えに関する患者心理教育の効果，臨床精神医学 (in press)
- 10) 土居健郎：病識の問題，精神神経学雑誌，63 (4)，430－431，1961.
- 11) 中井久夫，大西道生：精神分裂病の治療における薬物と精神療法，季刊精神療法，12，352－358，1986.
- 12) 藤原利勝：精神病患者にとっての向精神薬の副作用の意味－患者にとっての副作用とは何か－，精神科治療学，6 (1)：3－11，1991.
- 13) 笠原嘉：精神病（初版），51－56，岩波書店，東京，1998.
- 14) 早稲田隆：精神分裂病の維持療法における薬物コンプライアンスの臨床的研究，精神神経学雑誌，100 (5)，261－290，1998.
- 15) 林直樹，山科満，五十嵐禎人：精神病患者の病識と患者役割受容スケール－計量精神医学からのアプローチ－，臨床精神病理，18 (2)，113－121，1997.
- 16) 藤田聞吉：入院分裂病者の他患者との人間関係による病識発現について，精神医学，7 (5)，407－412，1965.
- 17) 白石弘巳：心理教育をエンパワーする－当事者の回復の視点から－，治療の聲，2 (1)，61－69，1999.
- 18) 村田信男：「分裂病のリハビリテーション過程」について－自己価値の再編を中心に－，藤縄昭編，分裂病の精神病理 10 (初版)，251－281，東京大学出版会，東京，1981.

なお、2002年8月の日本精神神経学会議会で承認をもって、「精神分裂病」は「統合失調症」に正式に変更される予定。

Illness Awareness, Symptom Recognition and Attitudes Toward Medication Among Patients with Schizophrenia attending Psycho-education Groups

Eriko Mizuno

Yumiko Hayama

(St. Luke's College of Nursing)

The aim of this study was to describe schizophrenic patients' attitude toward their illness and medication through the psycho-education.

The subjects were 29 schizophrenic patients on a psychiatric acute care unit. We conducted semi-structured interview before and after the four sessions of group psycho-education program. In the interview, we used a medication questionnaire developed by the authors and symptom recognition scale by A. S. David. The data from interviews and process records from the group psycho-education sessions were categorized according to David's three dimensions of insight.

As a result, we could categorized four types of patients, and described two patterns of them. First type is a group of patients who were not aware of their illness and needs for medication. Their admissions are against their will and they have conflicts to acknowledge their illness. Another pattern was seen in a group of patients who accepted need for medication, although they were not aware of their illness. They rely on medication for keeping themselves and/or have patient-role awareness.

It is necessary to understand patients' attitude toward their illness and medication in order to develop a therapeutic nursing care by which schizophrenic patients could bring out their will for recovery.

Key words

Schizophrenia, attitude toward illness and medication, psychoeducation, insight into illness, psychiatric nursing