

No. 44

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より

③ 糖尿病と共に生きることへの受容と感情 I

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

さて、前回まで、患者さんが糖尿病と共に生き、セルフケア行動を行っていくための基礎的・総論的な問題を論じてまいりました。それを踏まえ、今回からはより個別の問題を取り上げてみたいと考えております。

今回からしばらくお話しさせていただくのは、「感情」の問題です。

1、糖尿病療養における「感情」の問題

感情、とはなんでしょうか。医学的・生物学的のみならず、哲学的問題でもあると思います。従来、近代日本の医療においては、(精神科・臨床心理などの分野を除き)患者さんに「感情が在る」ことを、ことさらに取り上げてこなかったのではないのでしょうか。自分もまた、昭和の終わりごろに医学教育を受けた者ですが、一般の内科や外科の講義中に、「患者さんは生きていて感情を持った人間であるから…云々」という話を聞いた記憶はありません。

「感情」とはそもそも、進化論的な文脈において、おそらく「快」と「不快」との2極があって、生存生殖戦略が有利に運ぶよう動物が行動する・しようとする中で、「快」のほうに針が触れるという中枢の仕組みであろうと想像できます。食・性における「快」というものを考えれば、それが生理的な満足感とともに、深く情動-Emotion に結びついていることは明らかです。

もちろんヒトにおける感情は、他生物とは比較にならないほどの複雑さがあり、快-不快軸だけではとても包括しきれませんし、その多

様性によって文学・音楽・芸術というものも成立するわけです。ただし、その根幹のところは生命の維持増進という動物的なレベルに関係していることは、否定できないでしょう。

一方、ヒト特有といってもよい「合理的判断力」という高次精神機能が成立してくるのは、〈(経験→記憶)+情報知識〉≡学習→→予測、推論→行動選択、という時間軸にそっての思考が可能であるからでしょう。Memento Mori、自らの死、将来における自らの生命停止を思い描くのも、あるいは、眼前の快情動にさからって将来の有利のために行動を変えることができるのも(～美味しそうな食べ物をがまんして合併症を予防しよう～)、こういった「合理的」思考力の結果であるといえるのではないのでしょうか。

したがって、たとえば糖尿病などの慢性疾患の療養生活において、感情がどのように関わってくるか、ということは次のように考えられます。まず、病気であることを受容すること自体、非常に不快であることは間違いありません。そしてその上で、食事制限、決められた運動、自堕落で不規則な生活の制限、服薬・自己注射などを行うのですから、それは(少し考えただけでも)とても不愉快なことだと言わざるを得ないでしょう。すなわち、セルフケアには「将来のために今の快を犠牲にする」という面が厳然としてあるわけです。これら「感情」を扱う・対処することなしには、セルフケア行動は語れないのです。

病魔に襲われた患者さんの感情の問題は、従来は悪性疾患のターミナルケアについて研究されてきました。疾患と自分の運命とを、いずれは感情的に受容し、今ある「生」、残りの「未来」をより良く全うするためのサポートに焦点がありました。これら「感情的な受容の過程」という発想は、慢性疾患との付き合いにも当てはめられると考えられています。後述するように、否認、怒り、悲しみや、「病気のせいで他人と同じことができない」といった社会的孤立感などの、「Negative」な陰性感情は、セルフケアの程度、ひいては血糖コントロール状態、重症低血糖、慢性合併症の有無などと相関し、悪影響を与えていると言われています。また前回までに触れてきたように、セルフケア行動がうまくいかないことは、「自分は価値がある人間である」という感覚、すなわち「自尊感情」に悪影響を与えます(特に小児の場合では、自尊感情が持ちにくい子においてセルフケアの程度が低くなる)。反対に、セルフケア行動がうまくいくと、「人生に満足している」「楽しい」などの陽性感情が生まれ、それがまたセルフケアへの意欲を増すでしょう。これら感情を評価すること、すなわち陰性感情の悪影響に対する「気づき」と陽性感情への誘導、ということが大切になってきます。

2、糖尿病と共に生きることへの受容と感情

まず、患者さんは、糖尿病に限らずですが、あなたは病人だ、と告知され、病人として生きる人生を強いられ始めます。彼らは、これまで当然のようにあった「健康」や「自由」を突然奪い取られたように感じ、社会や家庭での自分という存在、役割、生きがいを脅かされます。これを「内的喪失体験」と称します。

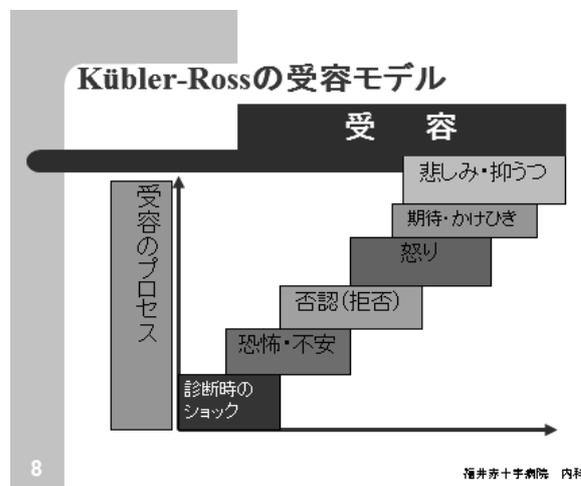
さらに、急性症状から慢性合併症の進行による失明や透析導入、壊疽による下肢切断などの実際の身体障害は、自他ともに目に見える形で襲ってきます。これを「外的喪失体験」と称し

ます。

これらの心理的「喪失体験」から、患者さんは、不安になり、混乱します。その「ショック」状態から徐々に、種々の対象喪失を受容し、「疾患と共に生きていこう」と再出発するまで、患者さんは様々な感情を経験します。

図に示すのは、「死ぬ瞬間」という著書で有名なエリザベス・キューブラー・ロスの「受容モデル」です。左下の「診断時」から、右向きに時間が経過して、上向きに受容過程が進行する様子を表しています。

ここで重要なことは、いずれの感情段階も、人としての自然なものであり、また、ショック・恐怖・不安から逃れるための心理的な防衛機制と呼べるものがある、ということです。あなたは病気になってしまったのだから、もう不安がらなくて、怒らないで、悲しまないで、冷静に前向きになりなさい、といったところで、それだけでは何の役にも立たないし、一度は克服した想いであっても、なにかのたびに「やっぱり腹が立つ」「やっぱり認めたくない」などと揺り戻すこともあるでしょう。また、病気そのものは受容しても、インスリン注射になることは受け入れられない、とか、注射や食事療法は元気にできていたのに、眼底出血が見つかったといわれて落ち込む、など、体験ひとつひとつについて、また同じような感情→受容、の過程を



経巡るのも人間です。

一方、いつまでも受容できずに感情に囚われていては当然セルフケアはおぼつきません。したがって、これら感情に揺れる患者さんに寄り添いつつ、その心の奥にも焦点をあて、(多くは隠されている)陰性感情に気づき、正視すること、そして、陽性感情へと誘導しつつ、患者さんが少しでも前向きになれるようサポートすることが重要です。

それは口で言うほど容易いものではないと思われるでしょう。しかし、我々はなにも、他人の感情を、その辛さを、ひとつひとつ解決してあげる必要はないのです(そんなことはできませんし)。我々「Care-Giver」は、患者さんがいろいろな気持ちを語りやすくし、それに寄り

添い耳を傾ける(傾聴する)ことで、患者さんが自らの想いに気づくようにしむけ、同時に、うまくいっていることについて、できるだけPositiveな反応をもって患者さんの心を明るくしていけるような診療の場を整えることが重要であろうと考えます。

〈本日のワンポイント〉

- 1、我々は、患者さんの否定的感情、怒りや悲しみをすべて解決し、患者さんを救ってあげることはできないし、その必要もないが、患者さんが自身でその感情に気づき、克服し、陽性な感じ方ができるようになるのを手助けすべく、それを診療の場で取り上げていくことが重要である。