No. 54

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より (4) 「糖尿病エンパワーメントの実践手順、1つの原則と5つのステップ」

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏 井 耕 之

糖尿病エンパワーメントにおいて、具体的にどのような心理学的方法を用いるか、それは、自分が使いやすい方法なら、「どんな技法でもよい」のだそうです。フロイト流でもユング流でも、多理論統合モデルでも、認知行動理論でも。要は、それをどのように使うかという事が重要で、患者の「自律を援助」するような方法で使用されれば良いのです。と、いってもそれでは身も蓋もありませんから、まず、ひとつの原則を述べ、それから具体的な「5つのステップ」について今回は言及します。

1つの原則:エンパワーメントはストー リー(物語)を書き直す

「教科書的な糖尿病」、それは、例えば「インスリンの作用不足によって、慢性的な高血糖を始めとする種々の特徴的な代謝異常が起き、それによって特徴的な急性期症状や、特有の慢性合併症が起こる」云々、といえます。しかし、敢えて言うならば、個々の患者さんは、そのような「教科書的定義」を体験しているわけではありません。「現実の糖尿病」とは、個々の患者が体験している糖尿病、その患者の「物語」なのです。

石井先生は「ストーリー」という表現を使われていますが、私は、それを「Narrative」と捉えます。「Narrative (Based) Medicine」とは、1990年代後半から提唱され始め、当初いわゆる「Evidence Based Medicine」~自然科学的アプローチの対立概念のように「人間の

人生の物語を診る臨床」として発展してきましたが、2000年代にはいり、オックスフォード大学の Rita Charon らによって、さらに「患者中心の医療」「物語能力を用いて実践される医療」と語られ、「病の物語を認識し、吸収し、解釈し、それに心動かされて行動する能力」が物語能力であり、医療者が身につけるべき基本的能力であるとされてきました。この体系自体にまた膨大な理論背景や世界、具体的な技法があるので、すべてはとても解説できないのですが、Charon 教授の著書から、「医療の物語的特徴」というところを、私なりに噛み砕いて述べておきます。

世界と自分自身とを、物語という方法で理解 したり体験したりすることは、医療者と患者と で共有することが可能である、すなわち、

・「時間性」

その初診患者は、今日初めて(ある意味突然)、 我々の前に現れました。血糖が高くて痩せてき ていて、口渇多飲があって、ひどく良くない状態でした。今、非常に深刻な状態になってから ここに来ました…しかし、だからといって、彼にとっては「良くない状態」が今・ここに突如 出現したわけでないわけです。5年前の検診で「血糖が高め」になっているから食べものに注意するようにいわれ、それでも日々の生活にかまけているうちだんだんと値は悪くなり、それでもなにも意味ある行動を取れずにいて、「なかった事」にしていて、それでももはや、目をそむけていられない程に悪くなってここにい る。彼は不安であり、検査結果が知りたい、い や知りたくない、怖い、でもたいしたことない のでは、とジリジリしながら待合室で待ってい ます。「今・ここ」に至るまで過ごした時間の 流れ、そしてこれから彼が過ごすことになる、 制限と苦痛に満ちた、それでもより高い QOL を目指すための節制と禁欲、改善と満足の、時 間。

・「個別性」

上記のような時間をすごす、その患者さんの 病とともに生きる人生とは、個別なもの、取り 換え不能なもの、一回きりのもの、です。それ はいわゆる「再現され、検証可能 / 反証可能性 をもつ」科学的認識、すなわち、世界の誰でも どこでも「普遍的である=同じ手順を踏めば同 じ結果が得られる | ような世界観とは根本的に 異なる、一個の人生・生命の、一回きりのもの で、今、この診療室にいる、医師である私は、「他 ならぬこのひとりの患者」とともに「この部屋 にいる他ならぬひとりの医師」である。そして 我々は、他ならぬその患者さんの個別的な訴え や兆候を観察すると同時にそれを系統的な普遍 の科学的認識のなかに判読し診断しようとしま す。一種矛盾するこのせめぎあいのなか、我々 は自分自身が「個別の」存在であって、自身の 「体験を吟味し、人生を意味づける意欲と技能」 を持つ者であることを知って、よりよいケアを 提供できるでしょう。

· 「因果性/偶有性」

人間の心には、物事の間に関係を見出そう、 理解しようとする強い衝動があります。それが 科学的事実とか現実とかと相容れなくても、風 が吹けば桶屋はもうかると、我々は考える。「こ このところ、会議会議で忙しく、食事も不規則 で運動不足になった、だから、今回は血糖が高 かったのだ。」「昨日のまんじゅうが祟っている のだから、明日になれば血糖は下がるだろう。」 …患者の(口に出すか出さないかは別として)ストーリーには、彼が語り手となって構築された「プロット」があり、語り手なりに把握した「因果関係」と「付帯事実(偶有)」とが物語の筋書きとして展開していくものなのです。そして、我々もまた、医療者としての私が、語られる出来事やデータそのほかを私のプロットとして展開する、すなわち、父方に糖尿病の家系、最近多忙で食べ過ぎて、体重が増えてきて、やがて夜間尿、口渇が出現し、ゆえに…と。

・「間主観性」

これはやや難しげな言い方ですが、つまりは、 上記のような、個別の、語り手による、一回限 りのプロットをもつ物語でも、患者さんと我々 との間で、やはり共有する理解の基盤があり、 「だれにとってもそこにあり、対象物として誰 でもアクセスできるものとして体験」されるわ けで、もちろんそうでなければ医療は成立しま せんね。(もちろん精神医学の分野には例外は あるでしょうが)。

・「倫理性」

医療における物語には、書き手の視点、読み 手に対して一定の感じ方、受け止め方、対処の 仕方を求める倫理性というものがあります。そ の物語とその語り手に対して、リスペクトし、 尊重し、大事に想い、真摯に受け止め、そし て、こちらもまた「自分自身の知識を実践に移 し、患者の恐怖と孤独とを受け取るプロセスの 中で、ともに苦し」まなければなりません。

医療における「物語」というものは、このような特徴を持っています。時の流れの中、とあるひとりの、個別の人間が、特別な事態・関係性・構造(プロット)をもって語られる・経験されること、「それ(糖尿病)とともに生きる」人生そのものです。もしも糖尿病の療養がうまくいっていない(開始されていない、も含め)

とすれば、それはその患者さんの、このようなストーリー (物語)の中に意味がある。そこで、我々は、このストーリー (物語)を傾聴し、精密に捉え、共感した上で、より良く明るいものに「書き直す」ということを患者とともにやっていくことが、エンパワーメントの原則です。石井先生はこれを「糖尿病なんか大嫌い」が「そうでもない」に変わる、「できない、無理」が「なんとかなる、助けてもらえる」に変わってゆくことである、と述べられています。

以上のようなことを踏まえ、前の No.53で述べた、「D エンパワーメントの実際」のところを、新しい視点を交えて再構成していきます。

ステップその1:問題を特定する

複雑多岐にわたる糖尿病というストーリー (物語) のなかで、その療養になんらかの齟齬をきたしているとすれば、我々はまず「そもそも問題・障害はどこにあるのか/何なのか」を読み解く必要があるでしょう。「事件」の概要や被害者のことがあいまいでは、「犯人」は推理できません。そこでまず、

「糖尿病やその治療に関して、あなたが最も難 しいと感じていることはなんですか?」

という、一般的な質問からはじめましょう。表現の仕方はその場その場に応じてそれぞれでしょうが、要は「うまくいかない」「食事や運動の仕方がわからない」「つい食べてしまう」「運動は時間がない」「薬を飲み忘れる」といった、問題の表面ではなく、その根底にある問題 – 原因を明らかにする必要があります。それらを見つけていくには「時間と好奇心を必要として」います。つまり、「『あなたはなぜそうするのだろう』、『あなたはなぜそうするのだろう』、『あなたはなぜそうまるのだろう』、『あなたはなぜそうまるのだろう』、そのような質問を繰り返すことによって」しか、問題の根底には至れないのです。その患者さん

の物語にリスペクトを以て入り込むこと、たと えば、「薬を飲み忘れる」という問題は、単に 不注意なのか、病気を見てみぬふりをしたいと いう心理的な影を抱えているのか、あるいは仕 事で多忙で、あるいは他人に服薬を見られたく ない、と思っているのか、飲むと具合が悪くな るのか、…といった「個別の物語」、これを深 めていくことにより、介入する・すべき点や方 法が増えて、より本質的な解決に至るわけです。 「問題の発見というプロセスは、医療者と患者 との関わりの深さによって変わってくる」、す なわち物語のどこまで深い所までお互いが掘り 下げていけるか、ということであり、それは我々 が探るだけではなく、「本人が療養に対する責 任を認識するプロセスである」と石井先生は述 べられます。

ステップその2:感情を明らかにする

ステップ1で明らかになった問題が具体的に あるとすれば、そこには様々な感情や「プロット」が絡みついているでしょう。

「○○について、どのように感じていますか(考えていますか)?」

という問いかけが次のステップです。問題になる・なっている行動、変えたいと思っている事態に対し、どのように感じ、捉えている/考えているか、それが重要です。

「いや、嫌い、悲しい、こわい、不公平だ」 「どうして自分だけこんな目にあうのか」 「これは若い時に無理をしたからこうなった、 仕方がない」

といった患者さんのストーリー(物語)の通 奏低音となっている想いが、問題を作ってい るそもそもの元凶であり、それが明らかにな らなければ次のプロセスには進めない、と、 Anderson らは考えます。 ところが我々は、特に陰性の感情(悲しみや 怒りや不安、No.44~46参照)に直面するのが 不愉快で不得手であると思って、つい

「目標設定に走ってしまったり」→できない、 運動したくない、という不満気な患者に、それ じゃコレ飲んでね、と処方をしたり、インスリ ンしかないですね、と押し切ったり、

「話題をそらせたり」→とりあえず設定は何カロリーといわれたのと聞き返したり、しがちです。そうではなくて「食事療法が難しいと思っているようですが、そのお気持ちをもう少し聴かせてください。」と正面から感情を聴きだしていくのです。そうして、患者さんが、「なぜ自分はそんなふうに感じるようになったのか、そう感じることによって、行動がどうなっているのか、そう行動することで、結果血糖や健康状態はどうなっているのか」を考え始め、気づくことで、さらに次のステップへつながります。

ステップその3:行動目標を設定する

これは、現状をどう変えたいか、ということについて、具体的な「ゴール」を心に描くこととされます。これは患者さんが自分の責任において、目標を設定することになります。我々は、患者さんに「こうしてみたら」「これをめざそう」と指図するのが仕事ではなく、その目標の利益不利益を説明し、理解してもらい、患者さんが自分で決める力を支援するべきです。

「どんなことがしたいですか、どうなりたいで すか? |

我々は、患者さんが選んだ目標について、そのプロズ(利益)とコンズ(不利益)を説明します。例えば、「主食の量を減らす」という目標になったとして、プロズ(血糖が改善する)、コンズ(空腹・飢餓感が強くなる/同席する人に説明しなければならない)などを一緒になっ

て考え、患者さんが自分で決めることを支援します。もし、我々が考えている「すべきこと」と患者さんが立てる目標が食い違っている場合(主食を減らすより前に間食を止めるべき)、エンパワーメント法では患者の立てた目標を尊重します。目標を設定することは患者の「特権」であると考えるのです。

ステップその4:計画を立てる

目標が決まったら、それに向かう具体的な行動計画を立てるよう援助します。「長期的な目標」ならば、ゴールも遠大で「ずっと先の話」なのでなんとか出てくるものでしょうが、そこに至るための、すぐ目の前の、具体的な今日から実行すべき方法を特定するのはなかなかに困難なものです。

「効果がありそうな具体的方法について何かい い考えがありますか?」

たとえば「主食の量を減らす」という目標に対して、具体的に、一回何グラムを目指すのか、それが適当かどうかを吟味した上で、さて、それでは今日の夕食について、具体的に実行するため主食を計測してみる、など一日のうちでの具体的計画を立てます。できれば、上記目標についての行動計画一覧表をつくってみることも推奨されます。「とにかく思いつくことを全部書き出して、そのなかから、患者がやれる自信の大きいものを選択」するのです。一種のブレーンストーミングですね。

ここで心得ておくべきはエンパワーメントの大原則、「他人に言われた方法では、患者さんが行動を変化させてそれを維持する決意に至ることはほとんどない」という点です。計画するような場面で医療者側が助言や提言(指図)を続けていると、「その通りです、でも私は・・」という否定的態度(Yes but syndrome といい

ます)が見られるようになったり、また我々との論争や対立を避けるため、患者さんはやる気がなくても「はあ、わかりました」といってその場から撤退したりすることになります。石井先生は次のように表現されています。「『わかりました』が行動変化にほとんど結びつかないことを臨床家はしばしば経験している。」と。皆さんはいかがでしょうか。

ステップその5:結果を評価する

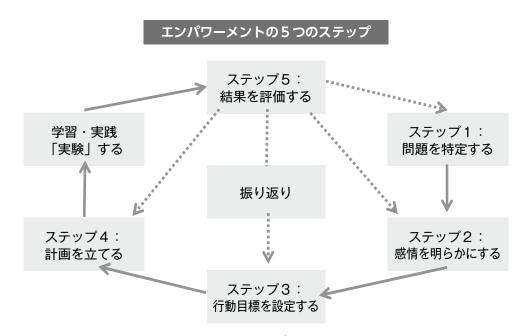
計画には必ず評価を伴わなければなりません。フィードバックすることで患者さんは自分自身の進歩の度合いをあらためて感得し、効果のある行動変化を良し、と評価するなら、それは維持されるでしょう。効果に結びつかない、あるいは当面不可能であったような計画は変更されるでしょう。

「この目標を達成しようとしたこと / 結果から、何を学びましたか? |

これはなかなか高度な質問ですね、日本語だとどうでしょう、もっとくだけた言い方のほうがよいでしょうか、例えば、「この間の計画、何割できましたか、自分自身に何点つけられますか、してみてどう思いましたか、計画することが良い結果にむすびつきましたか?」

ここでステップ 4 で重要な点があらためて出てきます。それは、「必ず具体的に評価(定量)が可能な目標計画にする」という点です。「ご飯を減らす」ではだめで、「主食を \bigcirc gにする」「間食を 2 回からまず 1 回にへらす」「一日にチョコレートを 2 箱食べていたが 1 箱にへらす」などです。

そうして、成功しているなら、継続するかさらに目標を上げますし、うまくいかなかった場合にはどこに無理があったのかを探索して、再び設定し直していくということになるでしょう、もちろん、これらも患者さん自身がリードすべきなのは言うまでもありません。そうして、評価を通じてまた、各ステップに戻っては、新たな行動変化を決意していくという「ループ」が、エンパワーメントの実際であると言えます。



糖尿病医療学入門~こころと行動のガイドブック~ 石井 均/医学書院2011 P221、 大橋 健(2009)「形」からはじめるエンパワーメント、糖尿病診療マスター7: 441-445

今回はごく実際的なエンパワーメントの技法について概説しました。もちろん、これを一歩一歩すべて精密になぞっていくのには実際の時間もマンパワーも足りない、とお感じかと存じます。かく言う私もそうです。しかし、ここに述べられている、ストーリー (物語)、それを書き換えていくこと、それをまず感情の面から明らかにすること、具体的な目標を患者さん自身の力で設定すること、結果を振り返り、改善

していくこと、といった「ループ」と発想は、 必ずや臨床の実際の現場のなかで、生きていく ものだと想っております。

そこで、次回は、我々医療者側が、うまくエンパワーメント法を使えているかどうかを振り返り自己評価する方法を概説し、石井先生のご本に登場するエンパワーメントの具体例を転載させていただきます。