

No.57

Practical Psychology for Diabetes Clinicians より

⑰ 「多理論統合モデル（変化ステージモデル）・前熟考期」

福井県糖尿病対策推進会議 幹事 夏井 耕之

前回より多理論統合モデル（変化ステージモデル）、すなわち「時間が経過するとともに患者自身に起こる／自身が行う「変化の過程（変化プロセス）」を順に抽出するとともに、それらが有機的に統合されて、「変化の時間軸」、すなわち時間とともに変化する人間が立つ達成段階・ステージを客観的に想定することで、それぞれのステージに立つ患者（人間性）に対してもっとも効果的な介入を行いつつ、次のステージへと導き共に進んでいく、という技法（11）Prochaska CO et al: American Psychologist 47: 1102-1114, 1992」について述べています。

さて、今回より各論となります。毎回「変化ステージ」の一覧表を参考に掲げますので、どのステージの話なのか、全体として捉えながらお読みください。

今回はまず最初の段階、である「前熟考期」（Precontemplation）について解説致します。

Prof. James O Prochaska（このモデルの提唱者）は語ります。

- ・「未だ」始めていない、始められないが、しかし将来次に進める可能性が秘められている。
- ・未だ何もできていない人は、「やるつもりがない人」でなく、変化のためのエネルギーが満ちてくる前の段階。
- ・とある提案に「No」といっても、それは経過の始まりであり、スタート地点であり、これから・だんだんとやっていく道のりがある。
- ・「変化ステージ」分類は、療養行動の一つ一つに、おのおの別個に当てはめる。

ステージ（原語）	定義1	定義2	より具体的な状況	日本語訳出語
Precontemplation	6ヶ月以内に行動変化を考えていない。	始めるつもりはない、できない。	・抵抗がある ・認識していない ・意欲がない ・意気阻喪 ・考えたくない	前熟考期
Contemplation	6ヶ月以内に行動変化を考えている。	始めるつもりだが、迷っている。	・遅らせる ・迷っている ・わかっているが準備ができていない	熟考期
Preparation	1ヶ月以内に行動変化を考えている。	すぐに始めるつもりがある。	・少し始めている ・始めるつもりがある ・基準に達していない	準備期
Action	行動変化を起こして6ヶ月以内。	始めている。ただし6ヶ月以内。	・基準とする行動が始まっている ・エネルギーを投入している ・後戻りが最も多い	行動期
Maintenance	行動変化を起こして6ヶ月を超える。	始めている。6ヶ月を超えている。	・新しい行動の安定化 ・自信大 ・再発を防ぐ	維持期

・変化ステージはあくまでも「患者の主観的評価による意思と行動の表現」

→たとえば「望ましい食事療法上の行動ができていない」かどうか、患者が自身で評価すべき…我々の見解との「ズレ」から、また気づきが促進される。

今回の「前熟考期」は、≪6ヶ月以内に行動変化を考えていない。(勧められている療養を)始めるつもりはない。できない。≫と定義されます。始めない、始めたくない?、なんで? 病気なのに、危険なのに、ほっといてはいけないのに。こらこら、キミね…とならないように。「始めない」には、理由があるのです。

症状がない、感じない、それなら療養など・治療など必要はない、と考えているかもしれません。いわゆる「病識のない患者」「提案拒否」の段階ですね。しかし…痛くも痒くもないのに、金と時間と努力を費やすでしょうか? (ProsとCons、後述)。

一方、認めたくない(否認)、知りたくない(知ると恐い)、考えたくない(回避)、抵抗がある、腹が立つ、悲しい、疲れている、意欲がない、諦めた、いろいろ試したがだめだった、など、様々な感情的問題にひっかかっている、「問題と向き合う心のエネルギー不足」があるのかもしれません。

そこで、この段階において、「してはいけない関わり方」と「こうした方がいい関わり方」を挙げていきましょう。そうすることで、この段階、ひいては変化ステージというもの、そして患者さんという「人間」への理解を深められると考えます。

1、Don't: このステージではしてはいけない関わり方

1) 患者が治療に取り組むのは当然だ、と思いつまむ/力で説得しよう(患者の態度を変えよう)としてはいけない。

→たとえば、今回の受診が、職場の健康管理

センターからの強制であったり、他科からの紹介だったり、不承不承来院した、という患者さんに、「糖尿病療養。たとえば食事療養や服薬はやって当然だ」という態度で接すれば、あるいは物別れになってしまうかもしれません。どうして考えないのか、どうしてやろうとしないのか、こんなに「あなたのためを思っているのに」という感情的態度は何ら解決を産まないということを、みなさん経験されておられるのではないのでしょうか。そうではなく、「この患者さん、療養を拒否するのはいったいどういう理由(わけ)なんだろうかな」という態度で反応してみることです。そのほうが明らかにうまくいくし、実はこちらも気持ちの楽なものですよ。

2) 知識や警告が自動的に行動変化を生むと思いつまむ/力ではいけない

→そもそもこの前熟考期というのは、糖尿病について考えたくもない、という段階ですから、知識や情報・警告は受け入れられない状態なのです。中には病気、身体、あるいは人生や仕事などについて、歪んだ先入観や信念をもつ患者さんもおられます。

3) 糖尿病への感情面での不適応を無視してはいけません

→提案を拒否するには(療養をしようとしていない患者さんには)、先に述べた陰性感情(つらい、腹が立つ、苦しい…)や燃え尽き(もういやだ、やったのに無理だ、疲れた…)もあり、取り組んできたができなかったという諦めもあり得ます。これを考慮しないで型に嵌った指導をしても、無効というもの。患者さんは、何を言われてもうつむき、受け流し、上辺は「はいはい」といって、疲れきって帰路に着くだけでしょ。

4) 問題への直面化を焦ってはいけません

→個々の理由を聞かないで、もう病気を認め

て、さっさと治療法を覚えたほうが身のためだ、などと、つい焦って警告してませんか？多くの場合、そんな言い方をしても、より心理的抵抗を強めるだけで、患者さんは心を閉ざしてしまうでしょう。批判・指摘されたことについて、それを認めるよりも否定しようとするのが普通です。さらに、より強い表現で言われた場合(だめじゃないの、なんでできないの、言うことを聞かない人だなあ…)、患者さんは、これを個人的な侮辱・不当介入と感じて攻撃的になるかもしれません。

私はいつも思うのです。皆様、子弟さんに「勉強しろ！」といったことはありませんか？皆様の子弟さんは優秀だから、言われたら勉強なさったかもしれませんが、普通子供というのは、勉強しろといっても全然言うことを聞かないか、却って逆らうものです。患者さんと、療養も、また同じことだろうと考えます。もし…もし自分が患者の立場だったら、ちゃんとしなさい、そうじゃないと悪くなるんだから、して当然でしょ、いつするんですか、今でしょ、などと、予備校の講師のような言われ方をしたら、相当、かちん、と来ると思いますね。では…どうすればいいのでしょうか、患者様に療養してもらう、というよりまずそれについて考え始めてもらうには。

2、Do: このステージで勧められる関わり方

1) 患者の考え方や感情を理解する

→このステージにおいては、最重要で、かつ、実は唯一展開の可能性を持つ考え方、接し方です。

まずはひたすらに耳を傾けることです。患者に尋ね、語ってもらう。ふんふんと頷く、なるほど、〇〇なのですね、と中立的に、あるいは相手の言葉を繰り返すような反応にとどめ、話をせき止めたり、非難したり批判しないで話を聞きます。

そうしてさらに、どう思いますか、どうお感じですか、など、患者がさらに語りだすような質問をはさんでみます。この段階では、言葉遣いや態度、表情、声色など、言語以外の表出(Nonverbal Communication)にも留意する必要があります。カウンセリング技法における「傾聴」の方法で、実はこれは非常に困難で高度な技術です。案外、医者というものは、特に精神科・心療科の先生以外はこれを苦手としているのではないのでしょうか。

なにはさておき、この「傾聴」の技術を磨き、問題の認識のしかた、関心や心配、知識・好み・理解、治療の有効性への認識、治療への抵抗、現状把握と変化への意思・決断(今の重大な事態についてとそれを変えていく意思があるかどうか)について、聴きこむことです。

2) 問題への気づきを援助し、関心を高める

→いくつかの適切な質問によって、医療者は患者の思いを知ることができるでしょう。一方、語ることで患者も無理なく意識せずに問題に気づいたり、関心を持ったりできます。そして、患者さんが問題と自分との関係を見直すことを促します。

- ・一般に糖尿病というのは〇〇といわれていますが、あなたは今口が乾いたり、夜中にトイレに起きたりしませんか？
- ・血糖が高いので治療がいる、といわれ、そのとき正直どう感じましたか？
- ・注意しろ、から受診しろ、に警告レベルがあがっていますね。

等々。こうして、一般概念(糖尿病というものがある、それはこれこれという病気)から「自分にとっての糖尿病とは」(これから自分はどうなるかもしれないのか、何が必要とされているのか、しないとどうなるか、すると何が改善するのか)という想いの誕生を促します。こうして、「考え始める」手助けをしていきます。考え始めたら、それは次のステージ(熟考期)

へとステップアップすることになります。

3) 感情的体験をした機会を見逃さない

→重症合併症患者の写真を見た、別の患者さんの体験談を聞いての「驚いた」「怖かった」などという感情体験は重要です。言葉で言われてもなかなか実感がわからないものですが、そういった感情の動きを伴うと、単なる知識ではなく生きた経験となるでしょう。

その一方、恐怖は回避の契機となることもあるので注意します。つまり、「こんなに恐ろしい病気、症状、未来、煩雑な治療なのか、なんてことが、もう見たくない聞きたくない、いやだ」となりうるわけです。そこで、「今変わればなんとかなる」という希望を常にもってもらえるような説明を心がけます。

4) 治療の必要性和有効性に関する情報を提供する

→こうして、少しでも患者さんの態度の変化が見られた場合に、必要な情報を提供することです。質問され、答える、という過程を続けていき、関係を築きつつ、そこから、さらにまた患者さんが療養を避けていた重要な考え方を理解し、患者さんの側は自分の考えに誤りがあったことに向き合いはじめるようになるでしょう。このタイミングで一般的な知識情報の伝達を試みます。

5) 特に重要な点

→気付き、感情的体験をしても、あるいはなかなか変わらない、じっとこの段階にとどまり続ける場合があります。何度受診しても、血糖は改善せず、間食もやめられない、止める気にならない、薬の服用も適当なまま、……、はっはっは、いやなに、ついね、美味しそうで、食べてしまうね…。

残念ながら、我々は宗教家ではありませんので、一匹の羊にかまけて、残り99匹の羊用の時間や労力を振り向けることはできません。我々自身が治療者として、どれくらい時間とエネルギーがあるか・方法や技術をもっているかを冷静に振り返りつつ、可能な範囲で時間をかける、待ってみる、という心構えが必要です。その場合、キーとなる人物の支援（多くは家族）を求めることも必要になるでしょう。

前熟考期は、最初の段階であり、ここから前へ進むことが実に困難であることは論を待ちません。糖尿病を始めとする慢性疾患では、我々と患者さんとの、強固な信頼関係が最重要であることはもちろんです。私にどれだけの力と時間があるか…常にそれをふりかえりつつ、しかし忘れてならないこと、それは「自分が止まれば患者も止まる」ということである、と石井先生は述べておられます。

では、次回は「熟考期」について解説致します。