

# 腎臓病患者に対する心理学的アプローチ

——疾患ライフの受容段階を用いて——

## 藤本志乃

日本赤十字社医療センター腎臓内科心理判定士

key words : サイコネフロジー, 認知行動療法, アクセプタンス&コミットメントセラピー, 患者教育, 自己管理

## 要 旨

腎臓病患者の心理面への係わりは重要である。当院では、医療者が使用しやすい患者の心理アセスメントのスケールを考案し、適用している。受容段階が一番低い場合には、抑うつにも適用される手法を用い、行動が拡大するようサポートしていく。不安とうまくつきあえず、受容段階が低い場合には、価値（生きがい）を言語化し、それに向かって行動してもらうことで不安とうまくつきあうことができるようになる手法を適用する。受容段階は高いが習慣化した行動の変化が難しい患者には、行動変容を目的とした手法を用いる。しかし、それでも変化しにくい患者も存在する。それらの患者は幼い頃の経験などから自己基盤の脆弱さを持つことがほとんどである。これらの患者に対しては、医療者が愛情を持ち、繰り返し係わることが介入のキーとなる。

## はじめに

わが国での CKD Stage 1~5 の患者数は 1,330 万人、透析患者数は 32 万人と増加している<sup>※1)</sup>。生命予後は著しく伸びたものの、慢性疾患は根治することがない。そして、先進国を中心に疾病構造がこのような慢性疾患中心となり、自己管理こそ治療の要とする「治療的患者教育」が世界保健機関 (WHO) でも示されている。つまり、腎臓病患者においては、保存期、維持期だけでなく、移植前後においてさえも患者自身での食

事・水分管理および服薬管理が重要となる。この自己管理とは患者自身の行動そのものであるといえる。

人間の行動というのは、ストレス・不安などの心理面によって良い方向にも悪い方向にも変化する。すなわち、人間の行動の一つといえる自己管理には心理面が大きく関わっており、介入の必要性があることはいうまでもない。しかし、患者のどのような心理面に対し、どのようなアセスメントをし、どうアプローチをするべきなのかということは明確でなかった。また、透析医療に関わった経験のある心理士は 1.9%<sup>1)</sup>と非常に少ないため、心理士のみが患者と係わることを念頭におくのではなく、医師・看護師も係わることが現実的である。

したがって、心理士以外の医療者も簡単に使用でき、共有しやすいアセスメント・介入方法が必要である。また、腎臓病などの慢性疾患の場合、一時的なストレスや不安を解消したとしても、手術、合併症など新たな不安と再び遭遇するということを繰り返す。そのため、数日、数カ月といった一時点の心理を捉えるだけでは不十分であり、年余~一生という視点の長いスケールを用いた内面への介入方法が必要である。これらの観点から、我々は、疾患ライフの受容段階というスケールを取り入れてきた (図 1)。

本稿では、主に上記のスケールと介入方法、そしてうまくいかない場合の患者の見方について述べる。また、実際の臨床においては、患者本人だけでなく、それを支える家族の心理を扱うことも多くあるためそれ

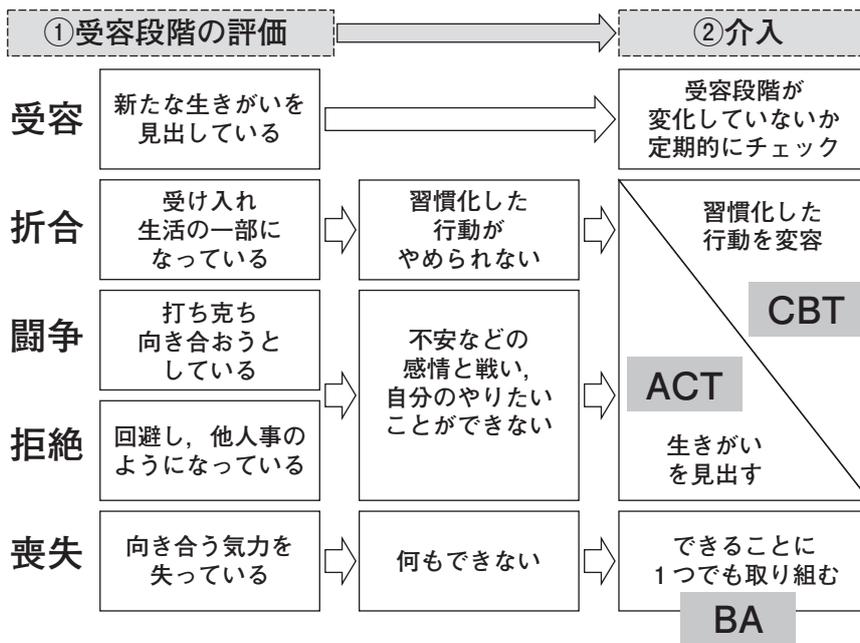


図1 疾患ライフの受容段階と心理学的介入

らについても言及したい。

1 患者本人に対する係わり

1-1 疾患ライフの受容段階

図1に5段階で示したのは疾患ライフの受容段階であり、患者の現在の心理状態をあらわしている。そして図1の右側に示したのは、それぞれの段階に効果的である心理学的介入である。我々が患者と出会ってまず一番に行うのが、図1の疾患ライフの受容段階のどの段階にいるかということの見極めである。この疾患ライフの受容段階というのは、疾患受容のみだけではなく、日常生活や過去の背景も含めて自分の人生をどのように受け止めているかという側面も総合して判断する。これが「喪失」に近いほど自己管理は難しく、「受容」に近いほど、自己管理を行いやすい心理状態といえる。この疾患ライフの受容段階は、自己管理を行い、「受容」の段階まで到達し、疾患と共にある人生を受け入れ自己実現が可能になることを目的としている。実際の臨床でも「受容」の段階まで到達した患者は、自己管理を自分の生活の一部として捉えて実践し、自分自身の人生も楽しんでいる。

この受容の段階は「喪失」→「受容」に向かって順番に進んでいくというわけではない。「喪失」から「闘争」まで上がったかと思えば、「拒絶」までまた落ち、そして、またしばらくすると「折合」まで上がっている、という形で行きつ戻りつする。そのため、「受

容」の段階まで到達したとしても、受容段階が変化していないかを時々確認する必要がある。

1-2 喪失段階の患者への係わり

(1) 喪失段階の見極め

喪失段階では、落胆する、集中力が低下する、無気力になるといったことが特徴としてあげられる。身体的合併症が起こる、治療変更を急に伝えられというような身体面に関することはもちろん、仕事で嫌なことがあった、家族内で問題が起こったなど、日常生活で辛い出来事があったときにも喪失段階に陥り、抑うつになることもある。「食事がとれない」、「眠れない」、「何をしても楽しくない」といった発言が見られたら、喪失段階と判断して良いだろう。この段階の患者は悲観的思考を繰り返し考えることで快事象が減少し不快事象が増加するため、さらに落ち込んでいく。

このような状態を打破するには、患者の気持ちが上向きになるような快事象をもたらす行動を促し、患者の気持ちが落ち込むような不快事象が起こる頻度を減少していくことが良いとされる。これは行動活性化 (behavioral activation; BA) という Lewinsohn らが考案したうつ病に効果があるとする心理療法に基づく考え方である。

(2) BAを用いた介入

まずは落ち込みやすい状況や行動を整理し、気分が

少しでも変化しそうな代替行動を思いつくだけあげ、実践してもらうよう促す。食事の前に箸を並べてみる、呼吸をしてみるなど簡単なことでよい。入院中で、「毎日天井ばかり見ていると、嫌なことばかり考えてしまって何もやる気がおきない」という患者にはよく出会う。そういう場合には「病棟内を歩いてみる」というように病室、もしくは病棟内でできそうなことを一緒に考え、実践してみるよう促すこともある。

また、BAでは、患者自身が自らの行動とその結果についてより意識できるようにサポートすることが重要であるとされている<sup>2)</sup>。したがって、「部屋で寝ているだけだと、気分が落ち込むばかりだったが、箸を並べてみたら、家族からありがとうと言われ、嬉しかった」というように、行動したときとしなかったときの気分の変化などを患者に語ってもらうこともキーとなる。

### 1-3 拒絶・闘争段階の患者への係わり

#### (1) 拒絶・闘争段階の見極め

拒絶段階では「病気のことにはなるべく考えないようにしています」というように、疾患を回避するような発言や行動があらわれる。したがって、病院で食事に気をつけるよう指導されても、病気のことを忘れてしまいたいと思うあまり、好きなものを食べてしまう。また、自分が苦痛・不安だと感じることを回避するような行動をとる。闘争段階では、疾患と闘うことに必死になり、ストイックに食事制限をするといったような行動があらわれる。毎回の検査では、検査結果に一喜一憂し、疾患以外のことが考えられず、頑張りにむらがみられる。そのため、本来やりたいことに集中できないこともある。このように、拒絶・闘争段階の患者は、疾患を忘れる、もしくは闘うことで必死になっている。

しかし、人間はある思考を忘れようとする、よりその思考が浮かぶようになるといわれている。つまり、不快な思考や感情が存在していることよりも、それを忘れようとすることで苦しむということである。したがって、このような不快な思考や感情を忘れよう、避けようとするのではなく、うまく付き合っていくことが重要である。それを可能とするのが acceptance and commitment therapy (以下 ACT<sup>3)</sup>) である。

ACTは、糖尿病、肥満、慢性疼痛などの慢性疾患の

分野において効果が示されている。ACTでは、不安や自己へのとらわれという不快な思考や感情に巻き込まれ(認知的フュージョン)、その不快な思考や感情を避けるためにあらゆる活動を回避してしまう状態(体験の回避)を問題とする。また、そのような場合には自分の大切にしていきたいこと(価値)が明確でない場合が多い。

#### (2) ACTを用いた介入

ACTには様々な介入方法があるが、医療現場で介入する場合には、価値を明確にすることが現実的、効果的である。「価値」とは人生において自分のやっていきたいこと、生きがいのようなものである。これは、「テストで良い点をとる」といったような達成したら終わってしまう目標とは異なる。幼い頃に心の奥底から充実感を得られたと感じたことなどに、この「価値」は含まれる。例えば、「人と関わっていきたい」とか、「孫の成長を見ていきたい」といったようなものがそうである。ACTはこの「価値」に沿う行動を行うことで、「体験の回避」は減少し、行動が拡大するという理論を持っている。「勉強は嫌いだから、勉強はしない」という子どもが、「人を助けるために医者になりたい」という価値が明確になることで、「勉強は嫌いだけど、勉強をする」という状態になることと同様である。

この「価値」を明確にし、それに向かって進んでいくことで、不安とうまく付き合えるようになるというのがACTの理論である。「価値」を引き出すポイントは、自分はどんなことをするのが好きだったのか、どんなことにやりがいを感じていたか、どんなことに感動したかなど、過去のエピソードを聞くということである。

腹膜透析導入後の拒絶段階の60代男性の例を紹介する。「指導なんか聞きたくない、早く帰らせてくれ」と怒って診察室を出ていき、指導がまったく入らない典型的な拒絶段階の患者である。ACTを念頭に、価値を引き出す介入を行った。その結果、「幼い頃に父が残した料理のレシピがあり、それに感動した。自分も何か生きて証を残したい」と価値を言語化することができ、その後指導が入るようになり、血圧も正常化した。

このように、ACTを行うことで不安があっても巻き

込まれることなくうまく付き合えるようになる。そして、症例のように心理面が変化すれば身体面への効果も後に得られることとなる。

#### 1-4 折り合い段階の患者への係わり

##### (1) 折り合い段階の患者の見極め

折合格段の患者は「不安はあるけど、大丈夫」といったように、不安との付き合い方は問題ない患者である。しかし、この段階になっても食行動に関する問題は残っていることが多い。例えば「若い頃仕事が忙しく、お昼は急いで食べられる麺類を食べることが多かった。だからお昼は今でも麺類になる」というように好んで食べているわけではなく、なんとなく習慣で続けてしまうという問題行動である。このなんとなく続く「行動」の変容を得意とするのが、認知行動療法(cognitive behavior therapy; CBT)である。CBTは精神疾患に加え、肥満など行動変容が必要な疾患に対する治療法としても効果があるとされている。

##### (2) CBTを用いた介入方法

①問題行動を具体的に明確化させる、②行動分析を行う、③介入しやすい部分から介入する、という流れで進む。

##### ① 問題行動を具体的にする

まず、患者とともにどの行動が問題なのかについて話し合う。「水分を取りすぎてしまう」という問題行動があったとする。これを「水分を飲む」=「緑茶を飲む」、「コーヒーを飲む」、「コーラを飲む」といったカウント可能な行動にすることがポイントとなる。

##### ② 行動分析

行動分析は、なぜその行動が維持しているのかを明

確にするため図2のように行動の前後の流れをつかみ、分析する方法である。図2では、「炭酸ジュースを飲む」というのが問題行動となっており、①その行動の直前に何が起こっていたか(きっかけ)、②その直後に何が起こったか(結果)を整理する。

##### ③ 介入しやすい部分から介入

「行動」を減らすには「きっかけ」か「結果」を取り去る、もしくは「行動」の代わりに代替行動を見つけることになる。例では、部屋が暑い→部屋を涼しくする、少量の水などで少し喉を潤しておくというように「きっかけ」を取り去ることが一つの方法となる。またすっきりする、という結果を得られる代替行動として「風呂に入る」など、代わりに行動になりそうなものを試してみることもよい。

#### 1-5 それでもうまくいかない患者への係わり

筆者はある患者に出会ったことがある。糖尿病性腎症により腹膜透析を導入したが、自己管理不良を認め、後に透析拒否となった患者である。喪失段階の症例であると判断し、上述の介入方法に従い、BAを行ったところ、血圧記録、食事記録を記載する、体重計に毎日のるなどの治療面、および、家族と出かける頻度が増えるなどの生活面の行動の拡大が見られた。しかし、3カ月後にはまた喪失段階へと戻りしてしまったのである。このような疾患受容が進まない患者はどのように理解し、関わるべきなのか。

このような患者は、発達過程において自己基盤の脆弱性が関与しているといわれている<sup>4)</sup>。人格形成期において、精神的虐待や愛情不足など他者に裏切られることが続いたため、このような患者はACTで不安とうまく付き合えるようにとこちらが関わっても変化に困

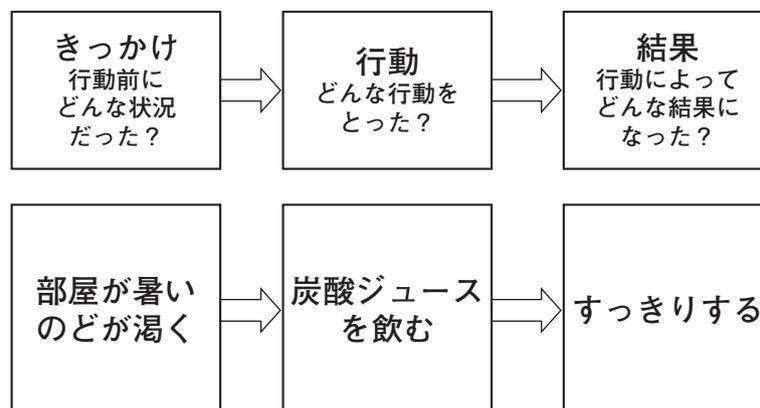


図2 行動分析

難を極める。これはACTでいう認知的フュージョンの中でも特に「自分は愛される人間ではない」「生きる価値がない」といった自己へのとらわれのフュージョンが強固であるからではないだろうか。上述の症例においても、幼い頃の背景に目を向け、再度話を聞いていくと、「幼い頃に母親からひどく叩かれることが多かった」という発言がみられた。

ACTの介入方法に従い価値を引き出そうと試みても、幼い頃からそのような経験をしていれば、自分が何に楽しいと感じてきたかを思い出すことさえ難しく、ACTでの介入も困難を極める。また、このような患者は、良好な人間関係が確立されようとする自分の育った環境とは異なるため、違和感を感じ、そこから逃げようとする。それが医療者に対する暴言、そして反抗としてあらわれることもある。しかしそれでも医療者は係わり続け、良いところを認めていくことが重要である。そうすることで患者はいつしか自己へのとらわれのフュージョンから脱していく。そして、これらの認知的フュージョンから脱したときに、改めて価値を引き出していくことで、これまで出てこなかった価値が語られ、受容段階が大きく変化することがある。

## 2 患者家族への係わり

患者が男性であり、食事を作るのがその妻ということとは多くあり、患者の自己管理に患者家族が大きく影響することもよくある。また、関わりすぎるあまり疲弊してしまったり、不安を抱いたりする様子もよく見受けられる。このような場合にも、1-1で紹介した疾患ライフの受容段階が使用できる。患者家族も患者同様に、疾患ライフを一緒に歩んでいるといっても過言ではない。患者の治療が変更になれば心配になり、拒絶段階になるかもしれない。そうなれば「あなた、病気のことは考えなくてもいいわよ。家に帰ったときくらい好きなものを食べましょうよ」というように、患者家族の不安が患者自身に悪い影響を与えてしまうこともある。したがって、疾患ライフの受容段階を患者家族にも適用し、その段階にあったアプローチを患者同様にしていけるとよい。

### おわりに

何度指導しても変わらない、指導が入らないということが続くと医療者自身も疲弊する。そして患者に係

わることをやめたいと思うこともあるかもしれない。しかし、上述のような受容段階というスケールで患者をとらえることで、「今は指導が入らない拒絶段階にいる」といったような認識が可能になる。患者が指導を聞いてくれない理由がわかるため、医療者の疲弊を防ぎ、患者へ係わり続けることができるようになる。そして、理論が確立している介入を行うことで患者自身の受容も進み、主体的な自己管理や自己実現などの未来につながっていく。そしてこれらの介入は患者家族にまで応用することが可能である。患者と一緒に疾患ライフを歩む家族に対するケアも忘れずにいたいものである。

そして、これらの介入を行っても、なお変化しない患者についての見解と介入についても述べた。自己管理というのは自分自身を大切にすることである。幼い頃から自分を大切にすることを知らないままに過ごしてきた患者に、突然自己管理をして自分を大切にするように告げても、実践できないのは当然のことともいえる。また、これらの患者は、良好な対人関係を作れずにおり、唯一のつながりが医療者となる場合もよくある。したがって、このような患者にこそ、医療者は匙を投げることなく、愛情をもって係わり続けていくことが彼らの変化のきっかけとなり、自己管理のみならず、身体面も良好にしていく。このようなあたたかい視点も腎臓病患者に対する心理学的アプローチの基礎ともいえるかもしれない。

### 文 献

- 1) 一般社団法人臨床心理士会第2期後期医療保険領域委員会：2014年度医療保険領域に関わる会員を対象としたウェブ調査結果報告書。一般社団法人臨床心理士会，2014。
- 2) Martell CR, Addis ME, Jacobson NS : Depression in context : Strategies for guided action. New York : Norton, 2001.
- 3) Hays SC, Strosahl KD, Wilson KG : Acceptance and Commitment Therapy : The Process and Practice of Mindful Change. New York : The Guilford Press, 2011.
- 4) 石橋由孝, 上條由佳, 藤本志乃 : 絶対成功する腎不全・PD診療TRC (Total Renal Care) —治療を通じて人生を形作る医療とは。東京：中外医学社，2016；76。

### 参考 URL

- ‡1) 日本透析医学会「慢性透析患者数の推移」<http://docs.jsdt.or.jp/overview/pdf2016/p003.pdf>