

第 2 章

神経難病患者における心理的援助

1. 神経難病患者の心理的サポート

1) 神経難病患者の心理とサポート

神経難病に共通する点は、発症が緩やかで、進行性の経過、機能不全に至るというもので、時に機能不全から致命的となる病気です。患者や家族は、不確かな安定と変化に特徴づけられる長丁場の闘病生活を余儀なくされますし、身体的コントロールや自我同一性、社会生活、人間関係を失う可能性の予期により心理的ストレスを受け、引き起こされる情緒的な問題や生活上の様々な問題への対処に多大なエネルギーを消費することになります。このような心理的様相が身体的状態や家族関係にマイナスの影響を与えることは言うまでもありません。身体的状態と心理的状態の相互作用のよい循環を目指すには、リハビリテーションにおける心理的援助が欠かせない機能であると考えています。

【苦しみの構造】

〈その人の客観的状況〉と〈その人の主観的な思い・願い・価値観〉のズレによってもたらされるのが苦しみです。援助は、このズレが小さくなるように支えることに具体的目標を置きます。即ち、その人の置かれている現実の状況を認め、それを受容すること、そしてその人に、新しい文脈（意味）がもたらされることです。

【共に語り合しましょう】

まず、心理的サポートのイメージを示します。図1-1は、通常 of 身体的疾患患者への援助を示し、図1-2は患者を含めて、家族、援助者が病気について各々の考えや思いそして知恵を出し合い、問題解決の対処を巡って話し合う関係です。心理的援助は、会話のための空間を広げ、絶えず変化している患者の経験の視点を理解しようとする援助関係と言えます。

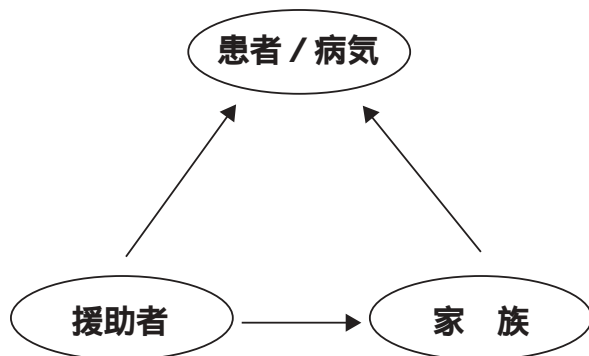


図 1-1

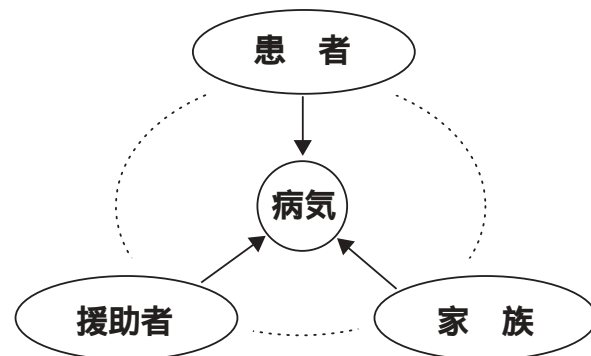


図 1-2

【病気を受け入れるということは？】

神経難病の患者さんを苦しめることがらには病気の進行を含めて、多くの内容があります。その中でも患者さんの心を不自由にさせ、さまざまな訴えをひきだす内容の根底には、病気の受容を巡るころの葛藤であるように思います。そこで、疾病受容に向かうためには何が必要かをDembo-Wright の障害受容論(1960)に学んで紹介します（表1）。

表1 立ち直るための〈価値観の4つの変化〉

1. 価値の範囲を拡げる
2. 身体的価値を従属させる
3. 比較において自己評価しない
4. 障害に起因する波及効果を抑制する

価値観は病気（障害）の受け入れに深く関係し、経験の意味づけや理解を支配します。自分に置き換えても大変な課題に取り組むことなど、ただでさえ困難な状況にある患者さんに強いられることでしょうか。疾病受容とはそれほどに難しい作業と理解しておくことです。

2. 個人に対する心理的援助

身体的コントロールの喪失を含む、苦痛な症状とそれに関連した情緒的な問題をもつ患者に、対話による交流を介して援助することです。まず、ここで言う〈症状〉とは患者が苦痛として訴える事柄を指します。援助者が規定する問題のことではないので注意しましょう。次に〈情緒的な問題〉とは症状に関係する心の中の悩み、葛藤のことです。自身や病気に対する患者の意味づけが土台となっている可能性を心に留めておく必要があります。〈対話による交流〉は、患者が中心で、援助者は脇役です。患者の話しに耳を傾け、理解に努めることで成り立つかわりです。

1) 援助者の姿勢・態度について

相手を変えようとするなど不遜なことと心得ましょう。心理的援助において大切なのは、自由に会話が広がる関係を作り、相手を理解しようと努めることです。その中で患者さん自身が自分に対する考えや意味づけを振り返ることもあり得るのです。そんな会話の実現には、援助者の姿勢・態度が重要です（表2）。

表2 援助者の姿勢・態度

1. 関心をもつこと
2. 聴くこと
3. 肯定的であること
4. 中立であること

ここに挙げた4点によって、会話のための自由な空間を作ることが可能となります。中でも②の「聴くこと」は最も大切です。単に“聞く”のではなく、“聴く”の文字は“耳”と“目”と“心”によってできています。患者さんの語ることに、耳を傾け心を寄せて、正確に把握（目）するという内容が含まれているのです。

2) 話しの理解のために

語られる言葉を正確に聴きとるために、話しの中の3つの要素を理解し、話しの内容を整理することが役に立ちます(表3)。

表3 話の理解

- | |
|-------|
| 1. 事実 |
| 2. 感情 |
| 3. 考え |

たとえば、「身体の具合が……で(事実)、どういことなのか……で(感情)、今度の診察の時にでも先生に聞いてみようかと……(考え)」という話しをしてくださいとします。この場合、順に「事実」「感情」「考え」を伝えてくれているということになります。

3) 応答のヒント

(1) 質問の仕方について

話しの中の「事実」の部分への質問は“閉ざされた質問”と言い、明確な事実について尋ねるときに有効です。メンバーの視野を狭くしやすく、援助者の価値観を反映しやすい質問の仕方です。一方、話しの中の「感情」の部分への質問は“開かれた質問”と言い、メンバーの態度、考え、感情について尋ねるときに有効です。メンバーの気持ちをほぐし、事実、考え、価値観も知ることができます。

(2) 会話のズレについて

会話には、情報の伝達のレベルと対人関係の確認のレベルがあり、患者さんがどちらのレベルでコミュニケーションしたかについての理解が重要となります。ズレが起こると患者さんは話しの通じなさを感じ、会話は中断する可能性があります。たとえば、「今朝、トイレで転びそうになった……」という患者さんの話しに、「トイレの手すりの位置が具合悪いのかなー……」と応じるか、「怖かったですよ……」と応じるかです。前者が情報の伝達のレベルで、後者が対人関係の確認のレベルです。レベル合わせが大切な鍵と言えます。

(3) リフレーミング(枠組み)について

援助者のものごとの捉え方の傾向に関係します。自分は、ものごとを肯定的にとらえがちか、否定的にとらえがちかを知っておくとよいでしょう。たとえば、コップに水が半分入っているとしましょう。“半分もある”をとらえるか、“半分しかない”をとらえるかで、相手に伝わる内容が異なります。前者は満足が、後者は不満が伝わってしまうのです。病いの中にあって、自分や置かれている状況に否定的となっている患者さんを援助するには、どちらのとらえ方が助けになるかは自明のことです。どんな小さなことでも、肯定的な側面の“見つけ上手”になりましょう。

3. 集団による心理的援助

集団による援助の始まりは1905年に遡ります。ボストンの内科医であったJoseph Prattが、当時、不治の病として偏見の対象であった肺結核を患う人々に、教育的治療グループによるサポートを実施したことに始まると言われています。彼は、「治療が必要であるのは疾患でなく、人間である」また「共通の疾患を持つことからくる仲間意識は大きな意味をもつ」という内容を述べ、現在においてなお通じる示唆を、約100年も以前に提示していたこととなります。

以下に示す内容は、集団による心理的援助（サポートグループ）といわゆる“集い”に代表されるソーシャルな会合との相違いを示すものです。問題を分かち合い、互いへのフィードバックがなされ、他者への思いやりと自分への肯定感が生じ得るように配慮された、すなわち援助的な相互作用を励ますに必要な項目です。

1) 集団の構成と運営

【メンバーについて】

グループを始めるにあたってまず最初の作業は、どのような患者さんに声をかけていくかです。最も大切なことは、Joseph Prattの指摘どおり、同疾患の難病患者さんで構成することです。症状やかかえる困難に共有性が高いことが仲間意識を強め、メンバーの相互作用を活発にし、お互いの経験や対処から学びあえるからです。もうひとつは、対象疾患の選定は各地域、各現場の実態と要請に添うことです。

ちなみに、国立療養所犀潟病院神経内科において、実施したサポートグループは入院、通院中の方々に、医師による心理的援助要請の高かった3疾患（脊髄小脳変性症、パーキンソン病の各患者さんと筋萎縮性側索硬化症の患者さんのご家族）でした。

【集団の大きさについて】

相互関係のダイナミクスが生じる最小の人数は3人です。また、メンバー全員にお互いが関心を持ち続け得る人数は7～8人位と考えます。この範囲でグループを作ろうとするならば、準備する人数は欠席を予想して5～8人位でしょう。

【時間・頻度・期間について】

時間は、患者さんの体力(疲労)、患者さんとスタッフの集中力、さらにコミュニケーションの相互作用の達成を考慮すると、60分から90分が適切と思われます。

頻度については、患者さんにとり無理のない設定であることを最優先し、また連続性の感覚を失わないために2週間に1回位の実施が適切です。

期間については、グループ目標の確認や再設定を行う必要と患者さんの病態の変化やグループのマンネリ化を防ぐことから3ヶ月から半年で区切ることが適切と考えています。

【協同スタッフを含む、スタッフについて】

スタッフはグループリーダーとして大切な役割を担っています。メンバーに関心を持ち、受容的で、誠実で、グループコミュニケーションの網目に身を置き、コミュニケーションの促進を助ける機能を持ちます。5～8人位の大きさのグループにふたりのスタッフ（リーダーとコ・リーダー）でかかわることができれば、グループの流れや個々のメンバーの動きや発言を見落とすことなくとらえることができますし、メンバー側からも話しやすいスタッフを選ぶことができます。しかし一方で、ふたりがお互いに依存的となって、互い

に発言を譲り合い、責任をとることを避けたり、また職場内の立場にからむ葛藤が持ち込まれる危険性もあります。ここにスタッフが、グループ内の自身の動きを検討する振り返りの作業が是非とも必要となるわけです。

【フォーミーティングとアフターミーティングについて】

グループの終了後、開始前に持つスタッフのミーティングのことで、15分から20分を要します。アフターミーティングは、終わったばかりのグループを振り返り、メンバー間の、スタッフとメンバー間の、スタッフ間のコミュニケーションを見直し、考察する時間です。それを踏まえて、当日のフォーミーティングは、その日のグループ課題とスタッフの各々の自己課題を確認し、メンバーに関するその日までの情報を共有する時間であり、この後にその日のサポートグループが開始されることとなります。従って、この2つのスタッフミーティングはサポートグループ実施を計画する段階から予定し、プログラムに組み込んでおく必要があると考えています。

2) 促進的会話の方法

一定の場所・時間・間隔で開催され、同一スタッフの参加のもと、同じ病気で苦しむ人々が集まり、語り合い、そのつながりによって自分らしさしと他者への関心をとりもどし、孤立感と鬱感情から開放されることを目指す援助のかたちを言います。以下に、グループの会話プロセスが促進的に展開されるための4点を示します(表4)。

表4 促進的会話プロセスには

1. 中立性、率直さ
2. go around
3. コミュニケーションのネットワーク
4. フィールドバックサイクル

中立性、率直さとは、グループでなされる話しや相互関係に掛値なしの関心を持つこと。メンバーの誰かに肩入れするのでなく、またあるメンバーの好ましい面だけに目を向けず、公平であることを言います。

go around とは、一人のメンバーから出る話題をみんなに回していくこと。これによってメンバー個人を尊重しながら、時には隠れていられる空間が保障されます。ポイントは次の点です。

【二者関係を三者関係にしていくように心がける】

コミュニケーションのネットワークとは、メンバーの発言や諸々の反応をメンバー間で相互に伝え合い、会話がチェーンのように連結して繋がっていくことです。そのためにはコミュニケーションの構造に変化が必要で、二者関係から三者関係への変換がこれにあたります。

二者関係とは“私とあなた”のコミュニケーション関係です。先に述べた個人に対する援助のコミュニケーションも一例で、患者さんは援助者との関係に埋没しており、自分の立場や体験の語りに集中し、援助者もその理解に集中します。また、患者さん同士、患者さんとご家族の二者関係コミュニケーションの場合もあります。“二人のやりとり”といっ

て良いと思います。

この二者関係に第三の人が加わって成立する関係が三者関係です。第三者の存在は二者の関係や自己を対象化させますので、二者関係コミュニケーションのいきずまりや閉鎖を解消でき、コミュニケーションを開かれた相互作用に変化させることを可能にします。グループの集団構造はこの三者関係過程を内包して、集団内相互作用を生じさせることができるのです。例えば、メンバーは他のメンバーの発言を受けて自分の体験を語り、さらに他のメンバーにかかわっていくようなコメントが語られるなど、メンバー相互に支持的な関係が成立してきます。こうして他のメンバーの枠組み（その人の主観的な思い・願い・価値観）を知り、自分の現実に新しい文脈を加える柔軟性を育むに有効なコミュニケーションが成立するのです。

さて、次に三者関係コミュニケーションの成立のポイントを示します。

【(発言を貫く筋を把握し、それを象徴する)

キーワードによって会話のネットワークを促進する】

キーワードとはメンバーの話しの核心のことで、短い言葉で、わかりやすくフィードバックすることで会話の焦点となって展開していきます。

例

メンバーA：「炊事も何もしないし、ただ待っているだけ、生きる屍だね・・・」

リーダー：「待つだけは生きる屍？」

メンバーB：「自分でできなくなって、やっってもらいしかなくなって、私も同じ。」

メンバーC：「普通のひとにはわからないだろうね、それこそ何言ってんだと言われてしまう。」

フィードバックサイクルとは、メンバーの発言が他のメンバーに伝わったか確認しながら進めることです。このプロセスを丁寧に行うことが、グループダイナミクスを活発に導くこととなります。

3) 学習のプロセス

援助者は、以下に述べるような学習を通して、グループコミュニケーション技術の習得を目指すと思います(表5)。

表5 学習のプロセス

ステップⅠ	メンバーの話しを遮らずに聴く
ステップⅡ	話しの中の3つの要素を聞き分ける (事実・感情・考え)
ステップⅢ	話しの中のキーワードを把握する
ステップⅣ	キーワードを使い、メンバー同士の会話を促進する
ステップⅤ	キーワードを使い、会話の混線を解決する
ステップⅥ	メンバーの努力や対処・工夫など肯定的側面に着目し、フィードバックする

ステップⅠ、Ⅱについては2)でも説明したように、援助のための会話における基本的な内容の学習です。ステップⅢは、集団の会話を進めるためにステップⅡを使って発言のどの領域にかかわり、会話を展開するかという学習です。ステップⅣ、Ⅴは始まった会話が、各々のメンバーの発言を引き出しながら、発言者が偏らないように巡回していく動きを作るための学習です。ステップⅥは会話の方向性と着目点についての学習で、前出、個人に対する援助の応答のヒントの③リフレーミングに通じる学習です。

4. 個人、集団による援助の相違点とまとめ

心理的援助において、慣れ、親しんでいるのは一対一のコミュニケーションで、患者さん個人や家族との会話です。謙虚に真摯に話しに耳を傾けることなどを説明しました。集団による心理的援助は、多数の患者さんの相互作用を賦活し、援助として構造化するアプローチです（表6）。

表6 個人・集団の相違点

	個人	集団
関係	二者関係	三者関係
姿勢	語り手に集中	コミュニケーションの連鎖
対象	問題を巡る事実、感情、考え	
応答	キーワードの把握・肯定的リフレーミング	メンバー同士のコミュニケーション

このような相違点に留意し、実践を積むことが大切です。援助者は案外に、集団のダイナミクスの有効さを見落とし、一対一のコミュニケーションに追われてしまいがちです。患者さん・ご家族の同席の場のコミュニケーションも集団による心理的援助を使うことでコミュニケーションが活発となり、それぞれの本意を引き出し、相互理解に繋がるのです。

まとめ

心理的援助は、〈希望を引き出すように〉、〈肯定的側面を見つけるように〉、〈小さな具体的な事柄に着目し〉、〈小さな変化を大切に〉していくという目に見えない作業によって、先に述べた患者さんの「いのちの求め」に添っていかうとするものです。患者さんに、病と共に歩む人生も捨てたものでないと思っただけのためには、かかわる側もかかわりから学び、そして出会いを喜ぶことです。こうして、かかわる側の人生にも、新しい文脈が加わることになると考えております。

最後に、これまで述べてきた内容を実際に研修する機会として、「神経難病におけるリハビリテーションと心理的サポート技術研修会」の開催が、平成13年にスタートしたことをご報告します。

神経難病施策にかかわる全国の県健康対策課や国立医療機関、保健所などに呼びかたところ、定員の枠を越える2倍以上の応募をいただき、講義と実習の5日間にわたる定員30名の宿泊研修を実施しました（国立療養所犀潟病院において、現在のところ年1回の実施）。この経験により、支援を支える方々が心理的援助の知識を学び、実習を重ねる機会をもつことで、神経難病のQOLの向上に資するケアに取り組む意欲と仲間の輪を広げ、ひいては患者さんたちへのケアが層を厚くして広まっていく図式を、あらためて実感することとなりました。

[参考文献]

- ・ 森岡正博 『生命学に何ができるか』 頸草書房,2001.
- ・ A・クラインマン、江口・五木田・上野訳 『病いの語り』 誠信書房,1996.
- ・ Wright BA Physical Disability A Pshchological Approach.New York,Harper Row,1960.
- ・ 木田孝太郎 『心を見守る人のために』 学習研究社,1998.
- ・ 池田由子 『集団精神療法の理論と実際』 医学書院,1974.

