第3章

多職種による心臓リハビリテーション

06

臨床心理士の立場から

羽坂雄介

地域医療機能推進機構 湯布院病院心理相談室

[1]

心臓疾患と心理的問題

心臓リハビリテーション(以下,心臓リハビリ)を行う際の視点として,身体面の廃用からの回復や歩行・運動能力の再獲得はもちろんであるが,心臓疾患に関する心理的問題を正しく把握,治療することにより再発のリスクを軽減していくことも,心臓リハビリプログラムの重要な要素である.

心疾患にまつわる心理的問題は、患者のストレス感受性の問題や発症による不安、抑うつ、あるいは逆に病識の低さなどさまざまなものが存在するが、筆者は3つの因子に分けて考えている.

1つ目は予測因子であり、種々のストレスに対する不安や怒りなどの心理因子が自律神経を介して起こす血圧や脈拍の上昇、あるいはストレス解消のために行う飲酒や喫煙による動脈硬化の進行などが挙げられる。心理的問題を有すること自体が、冠動脈疾患の危険因子とする報告¹⁾もある。

2つ目は発症後の反応としてリハビリテーション(以下, リハビリ)を妨げる心理因子である. 発症後の精神的落ち込みや, ときには病態否認がリハビリへの積極的な参加を妨げ, 身体機能の回復や運動能力の再獲得の機会を妨げてしまう場合などである.

3つ目は再発因子としての心理である。ストレス自体が危険因子であることは先述した通りであるが、発症誘因や再発防止策に対する理解や認識不足により生活習慣の改善や適切な運動が行われないこと、または、再発への不安が高じて活動不足に陥ることなど、再発につながる心理要因も多々経験する。

本項では心疾患に関連する心理的問題について概観し、当院での心臓リハビリプログラムにおける臨床心理士の役割について述べたい.

2

タイプAとタイプD

心疾患、とくに虚血性心疾患の発症と心理的因子との関係についてはこれまでさまざまな報告がなされている。代表的なものとしてFriedman と Rosenman によって提唱されたタイプ A 行動パターンがあり、虚血性心疾患の危険因子として周知されている² . 本行動パターンの

特徴としては、過活動や時間的切迫感、競争心、敵意・攻撃性などが挙げられ、ストレス負荷 によって循環器に負担がかかる性格特性と報告されている³⁾.

従来, このタイプ A 行動パターンが代表的な危険因子として喧伝されてきたが, 近年, 欧 米ではそれに替わり、タイプ D(distress) パーソナリティが提唱されている 4 . タイプ D(distress) は、 自己に対する消極的な考えをもつ傾向を示す「ネガティブ感情(negative affectivity)」と, 他者 からの反感を避けるために社会的な場面においての感情表現を抑制する傾向である「社会的抑 制(social inhibition)」から構成されるという5). この性格特性と冠動脈性心疾患との関連が有 意に強いとする報告が近年増加しているのである.

従来、「敵意」、「怒り」など、日本人に当てはめるにはやや疑問を感じるケースも少なくな かったタイプ A だけでなく,周囲に迎合して自己主張を控えがちなタイプ D を適切に評価し, 行動変容へのかかわりを進めることはわが国の虚血性心疾患の予防や再発防止にとって重要 であると考える.

発症後の心理的問題

心疾患を発症して急性期のさまざまな処置を行うなかで、患者は絶対安静臥床の状態を強い られる、そのため、急性期病棟から回復期の心臓リハビリ病棟へ移動した時点での大きな課題 として、運動耐用能、スピード、バランスなど身体機能の低下、不安、抑うつなど精神機能の 低下、人間関係や社会的役割の喪失など社会的機能の低下、などの状態からの早期離脱が挙げ られる。臨床心理士が担当するのはそのうち精神機能の低下からの脱却であり、多様な問題へ の対処が迫られる.

1. 発症後の落ち込み、うつ

患者は発症当時の回想として、「死んだかと思った」、「死を覚悟した」などとよく語る、生命 の危機に直面した時, 死の意識が不安を増大させ, 「落ち着かない」などという焦燥感や, 「な ぜ自分が?」といった戸惑いや他者への羨望,「こんな身体になってしまった」という落ち込み や絶望感、そして孤独感を伴った諦めなどの感情を惹起する。急性期を経て回復期に至ると、 多くの患者はこのショック期を脱け出て心理的に安定してくるが,なかには上記のさまざまな 想いがうつ状態に移行し,リハビリへの治療動機に悪影響を及ぼすケースも出てくる.そこで うつ状態やうつ病に対する早期の評価や治療が重要となる.

2. 病識不足

上記患者とは対照的に、発症後の現状を否認する患者もしばしばみられる。例としては、治 療により発症時の疼痛、死への不安が軽減・消失すると「もう元気になった」と思い込みたい者、 社会的地位が高い者によくみられるように、自分がいないと職場が停滞する、あるいは他者に 迷惑をかけると確信し、一刻も早く社会復帰したいと焦るケース、患者が高齢であれば認知面 の問題で現状が自覚できない者まで、さまざまである. 患者は「手術したからもう大丈夫」,「痛 みはないから何でもできる」といった認識をもっているため、リハビリや生活習慣の改善の必 要性を理解することが難しくなっている.この現象は、心筋梗塞だけではなく慢性心不全の患 者にもあてはまり、後藤らは、慢性心不全患者に共通する問題点として「急性増悪に対する認 識不足と対処の遅れ」と「過剰な運動に対する認識不足」を挙げている⁶. 病識不足の患者にも 心疾患に関する教育は当然必要であるが、それが受動的なものにとどまらず、自ら自分の疾患 について考える機会になっているか否かが問われよう。

3. 退院後の不安

心臓リハビリに参加するなかで、患者が退院後の生活を想像できるようになると新たな問題が生じてくる。それは疾患再発への不安、生活統制(生活上の種々の制限)に対するストレス、社会復帰への不安などである。

再発の不安は、当然、多くの患者がもっているものであり、基礎疾患の治療など身体管理や発症に影響する生活習慣の改善、適切な運動指導などにより対応することが多い、生活統制によるストレスとは、心疾患発症により健常時に行っていた仕事や趣味などを、程度の差はあれ、発症後に制限しなければならないことから生じる。その制限が多ければ多いほど、患者はより大きなストレスを感じ、それが生活習慣の乱れや生活不活発化につながり、再発への悪循環因子となる。職場復帰を目指す患者にとっては、復帰後の職場で上司や同僚に受け入れてもらえるかという不安も出てくる。虚血性心疾患は、ステント留置やバイパス手術などで治療すれば外見ではそれとわからない状態に戻るがゆえに、仕事量を制限しなくてはならない状況を周囲から理解されるか、怠けていると思われはしないか、不安に思う患者は多いといえる。

以上で述べたように、心疾患をかかえる患者にはさまざまな心理的問題が存在する. そのため、専門職を交えたチームとして、心理的問題の評価、対応、治療や行動変容の取り組みは心臓リハビリプログラムには欠かせない要素になってくる.

4 心臓リハビリテーションプログラムにおける臨床心理士の役割

このような心理的問題をかかえる患者に対して、臨床心理士の果たす役割とは何だろうか. 長谷川らは心理職の役割として、①疾患の受け入れを支援するためのクライシスマネジメント、②ストレスのコントロールスキル向上を目的とした教育プログラムの実践、③危険因子や心身の健康に関する健康教育やグループ学習プログラムの実施、④生活習慣改善のための動機づけサポート、などを挙げている⁷⁾. つまり、発症による精神的落ち込みに対するサポートを行うと同時に、再発予防へ向けた動機づけを援助する役割を担っているという.

ここで当院の回復期心臓リハビリプログラムで実際に臨床心理士が行っている業務について紹介したい.

1. 心理検査

当院では、入院してきた患者に対して、初めに心理検査のテストバッテリーを組んで実施している(表 1). その内容は、先述したタイプ A 行動パターンを評価するための簡易質問紙「A 型傾向判別法」、おもに抑うつを測定する簡易検査「self-rating depression;SDS」(Zung, 1965)⁸、広く気分状態を知る手段として①不安・緊張、②抑うつ、③怒り・敵意、④活気、⑤疲労感、⑥思考の混乱の6つの下位項目を問う「profile of mood state;POMS」、ストレス度とストレス耐性低下度を測定する質問紙(山本、2005)⁹などである。最後のストレスに関する質問紙には、身体化障害、他者との軋轢、他者との離反、人生への絶望感、イライラ・焦燥

表 1 心理検査の評価

タイプ A	SDS	POMS	ストレス度	ストレス耐性低下度
30 点満点中 17 点以上で タイプ A 傾向	50 点以上で 抑うつ傾向, 60 点以上で 抑うつ状態	T 得点に換算後, 60〜74点で中等度, 75 点以上で重度	80 点満点中 10 ~ 19 点で ストレスあり, 20 ~ 39 点で やや強いストレス, 40 点以上で 強いストレス	40 点満点中 10~19点で耐性低下, 20 点以上で 耐性非常に低下

(筆者作成)

感などの項目があり、ストレス耐性低下度に関してはソーシャルサポートの有無や生活時間の 自己決定性などの項目から推定する内容になっている.

このバッテリーは、患者の状態をみて必要があれば退院前にも実施し、その変化を患者と共 有することができる.

2. アセスメント

上記のテストバッテリーを実施したのち、患者のもとを訪れ、検査結果をフィードバックす ると同時に、以下に示すいくつかの質問を行い、さらに詳細な心理アセスメントを行う(表2).

まず、現病歴や生活歴について尋ねることで、発症前の生活の情報を知ると同時に、患者自 身に発症までの経緯をしっかりと再確認してもらえる。ほとんどの患者は突然発症したと感じ ており、普段の生活習慣と発症を関連づけて考えたことはないため、発症の原因を尋ねること で, 因果関係への認識をさらに深めてもらうことが重要である. 医療関係者から一方的に列挙 される発症誘因に対しては患者がピンとこない場合も多いが、患者自ら気づいた具体的な因子 であれば、改善の動機を高めることになる.

次に、発症からの気持ちを尋ねることで、検査には表れない患者の心理変化を知ることがで きる. 発症当初の感想としては「もうだめかと思った」という死への強い不安や「やっぱり来た

表 2 心疾患患者に対するアセスメント

- 現病歴・生活歴にはどのような特徴があるか?
- 自分なりに振り返る発症の原因は?
- 発症から今までどのような気持ちで過ごしたか?
- 当院に何を期待しているか?
- 退院後, どのような生活を思い描いているか?
- どのようなサポーター、コーピングスタイルをもっているか?

(筆者作成)

今, 気がかりなことは?

第3章 多職種による心臓リハビリテーション

なって感じ」とやや予感がある場合、「真っ暗になりました」と衝撃や落ち込みを語る場合などさまざまである。「急性期ではショックで落ち込んでいたが、周りの支えで力が出てきた」と肯定的変化を述べる場合もあれば、一方、「手術直後はもう治ったと楽観的だったが、思ったより体力が落ちているとわかって落ち込んだ」という悲観的な変化を語る患者も存在する。患者の心理を一点で捉えず、急性期から回復期、そして退院後の生活へ向けた一連の流れとして捉えていくことの重要さが指摘できる。

心臓リハビリはいまだ一般の人に周知されているとはいえず、聞いたことはあるが詳細は知らないと答える患者がほとんどである。そこで、当院でのリハビリへの期待や目標を尋ねることで、患者の理解度や意識を捉えることができるのである。

また、目標となる退院後の生活に関しても、漠然と「元の生活に戻りたい」と考える患者が多いため、詳細に退院後の暮らしのイメージを聴取する必要がある。このプロセスのなかで十分にイメージしてもらった状態と現実を比較検討させ、気がかりなこと、自信がないことなどを自ら医療者に尋ねてもらう。患者が主体的に自己の疾患・生活を考えられるようにする工夫である。コーピングスタイルやサポート源を尋ねることの意味も同様である。自己の再生資源を再確認してもらうことで、自分で問題を乗り越えていけるよう動機づけを図るのである。

上記のアセスメントはすべてのケースに対してルーチンに施行しているプログラムであるが、個々の患者の状況によっては、心理面接を継続し、専門的なメンタルケアを行っていくことになる.

なお、冒頭で述べたタイプ D に関しては、おもに患者との面接のなかでこの性格特性を見落とさないよう留意している。質問紙に関しても、作成が進められてきているため¹⁰⁾、今後アセスメントツールとしての使用を検討していく必要がある。

3. チームでのかかわり

心臓リハビリは、多職種で構成されるチーム医療の代表である。当院の「心リハチーム」は医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、臨床検査技師、健康運動指導士、臨床心理士で構成されており、週1回のカンファレンスで患者の情報を共有している。臨床心理士はカンファレンスで他職種の現状評価を知るとともに、患者の精神状態の評価や病識、患者それぞれに対応した指導の工夫などをチームに還元している。

当院ではチームを構成する個々の職種がその専門性を生かし、1日1時間、患者に講義を行っている。 臨床心理士は「加齢とストレスへの対処」をテーマとして、加齢によるさまざまな精神的問題、ストレスとその対処法、今後の生活に対する考え方のヒントなどを講演している。

症例提示(個人情報に配慮して内容を一部改変)

【症 例】 30 歳代, 男性. 工場勤務. 妻子あり.

【病 名】 急性心筋梗塞.

【経 過】 自宅で発症し、救急搬送される. 即座に血栓吸引、バルーン拡張、ステント留置などの処置が行われ、合併症なく経過した. 回復期心臓リハビリのため当院に転院した. 入・退院時の心理検査の結果は表3の通りであった.

表3 本症例の心理検査結果 (*は高値を示す)

	入院時(点)	退院時(点)
タイプ A 傾向	10	10
POMS:緊張・不安	64*	49
POMS: 抑うつ	71*	66*
POMS:怒り・敵意	50	45
POMS:活気	41	46
POMS:疲労感	52	41
POMS:思考の混乱	60	58
SDS	66.25*	51.25*
ストレス度	33*	26*
ストレス耐性低下度	6	3

【初回アセスメント】「最初は楽観的で,手術をしたから大丈夫だろうと思ったが,いろいろ 説明を受けてきてこれはただごとじゃないと認識するようになった」と徐々に現状を認識して 不安が増大している状況が語られた、入院時の心理検査からは強い抑うつが示唆されたため、 面接を継続することにした.

【その後の経過】 リハビリに物足りなさを表明しつつも、真面目に取り組んでいた. しかし、 表情もさえず,抑うつや焦燥感など,うつ病を疑わせる所見を呈してきた.本人の状況に応じ て妻の精神的負担も増大したため、別の臨床心理士を妻に対応させ、逐次、患者の状況を説明 しつつ、妻が本人の支援としてできることをともに考えていく作業を行った。患者担当の臨床 心理士はその後も頻回に本人と面接を行い、主治医と相談して抗うつ薬を投与してもらい、経 過に沿って新たなコーピングスタイルの獲得を模索したり、復職に対する不安を明確化したり するなどの作業を行った. その経過のなかで. 漠然としていた不安が, 「仕事では 20kg の物を 持たなくてはいけない」、「農作業でも重いものを持つことが多い」、「子どもを抱くことができ るのだろうか」など、具体的な内容に変化していった、これらの機会を捉えて、リハビリで動 作シミュレーションを行ったり、主治医とも面談を行ったりすることで自分の不安を直接主治 医に尋ね, 負担を軽減する工夫を話し合う機会をもつことができた. 退院時の心理検査では, 依然数値的には高めであるものの、入院時と比較して抑うつやストレスの程度には大きな改善 がみられた。患者は退院時に経過を振り返って、「今後の不安は大きいが、病気の怖さを認識し たことで、そのまま急性期から退院しなくてよかったと思えた、この入院は徐々に病気を受け 入れる準備ができた期間. ここに来なかったら滅茶苦茶に動いて悪くなるか、引きこもりにな るかどちらかだったと思う」と語った.

【症例のまとめ】 若年発症であり、病気の深刻さへの心理的ショック、将来の復職の可能性へ の不安により、抑うつ状態に陥ったケースである. 心理検査により早期に本人の精神状態を評

第3章 多職種による心臓リハビリテーション

価できたことにより抗うつ薬の投与も開始され、面接によるメンタルケアにも導入することができた。その場で復職や今後の生活への不安を詳細に尋ねていくことにより、本人が知りたいことを浮き彫りにできた。そこで得られた情報をチームに伝達することによって、それぞれの職種が本人の不安や疑問に真摯に対応することができたのではないかと思う。



まとめ

これまで述べてきたように、心臓リハビリの現場において臨床心理士には、心疾患発症後の 思者やその家族に対する精神面の評価・対応を行い、再発予防のために患者の病識を高め、生活習慣の改善のために行動変容を促すなど、さまざまな役割が求められている。一方、これら の作業のなかで得られた情報をチーム内の他職種に還元することによって、チーム全体で患者 に寄り添ったケアが可能になる.

心疾患における心理的問題の存在は、より多くの治療現場で共有される必要があり、簡潔で効果的な評価・対策プロトコルの作成など、普遍化の試みも重要になろう.

■ References

- 1) 渡辺俊之,本田哲三編:心筋梗塞患者. リハビリテーション患者の心理とケア. 医学書院,東京,2000,p106-115
- Friedman M, Rosenman RH: Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senillis, and clinical coronary artery disease. JAm Med Assoc 169: 1286-1296, 1959
- 3) 前田 聡:タイプ A 行動パターン. 心身医学 29:517-524, 1989
- 4) Denollet J, Vaes J, Brutsaert DL: Inadequate response to treatment in coronary heart disease: adverse effects of type D personality and younger age on 5-year prognosis and quality of life. *Circulation* **102**: 630–635, 2000
- 5) 右原俊一, 牧田 茂: 心疾患患者における新たな心理的特性とその行動変容. 心臓リハビリテーション **18**, 31-33, 2013
- 6) 後藤秀世,長井裕介,長沼文雄 ほか:慢性心不全患者における在宅療養上の問題点の抽出および患者教育に関する検討.心臓リハビリテーション 10:130-135,2005
- 7) 長谷川恵美子,長山雅俊:臨床心理士の立場から心臓リハビリテーション参加者のエンパワーメントを考える. 心臓 リハビリテーション **14**:56-58, 2009
- 8) Zung WW: A Self-rating Depression Scale. Arch Gen Psychiatry 12:63-70, 1965
- 9) 山本和彦:心理社会的ズトレス度とストレス耐性低下度を評価する調査票の開発. 日本生理人類学会誌 **10**, 67-77, 2005
- 10) 今井有里紗,石原俊一:日本語版 Type D Scale 14(DS14) の作成と信頼性・妥当性の検討.日本健康心理学会大会発表論文集 **23**:68, 2010

Recommended Readings

- 長谷川恵美子,石井典子,笠田 舞 ほか:心臓リハビリテーションにおける心身医学的アプローチ(臨床心理士の視点から).心臓リハビリテーション 18:27-30,2013
- 2) 加藤真樹子: はじめてみよう 包括的心臓リハビリテーション (6) 精神的援助. ハートナーシング **19**: 373-378, 2006

-37-