

らえている方は、先入観からか「精神医学的な病気→身体の症状は出ない」と誤解している方が結構います。

- しかし、「精神医学的問題」のなかには、「脳や身体、薬から起きる病気や症状」があり、当然「身体の症状もある」のが普通です。

Point ▶精神医学的な病気は気持ちだけの問題ではありません。身体の症状も出ます。

- ここで、うつ病の症状を調べてみましょう。うつ病の診断基準をまとめているDSM-IVをみますと

大うつ病エピソード

- ①抑うつ気分
- ②興味、喜びの著しい減退
- ③食欲の減退
- ④不眠
- ⑤精神運動性焦燥、制止
- ⑥易疲労感、気力の減退
- ⑦無価値感、自責感
- ⑧集中力低下、思考力低下
- ⑨自殺念慮

(米国精神医学会, DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアルより)

と出ています(42~44ページ参照)。

- 患者さんを悩ませている症状と照らし合わせてみます。

症状

だるさ→ずっと続くうつ気分、しかも朝が強い
食欲がない→食欲不振、味覚異常
眠れない→不眠（中途覚醒といわれるタイプ）
何も考えられない→集中力低下
やる気になれない→意欲の低下
自分が悪いと感じてしまう→自責感
身もだえする苦しみ→倦怠感
息苦しさ→不安感・焦燥感

となります。

☉となりますと、かなりの症状がうつ病で出てくる症状（身体の症状と気持ちの症状）と重なることがわかってきました。

☉つまり、Aさんのだるさ、不眠はうつ病からくる症状であることが考えられます。となると、うつ病を治せば、Aさんはだるさもとれるし、眠れるようになる、食事も摂れるようになるし、化学療法も続けていけそうに見えます。

Point ▶うつ病からくる身体の症状は、うつ病を治療することで取ることができます。

治療を始める

☉Aさんの症状にはうつ病がからんでいることがわかりました。診察の結果を担当医の先生に伝えて、身体の治療にあわせてうつ病の治療も始めることになりました。

☉うつ病の治療も最近では格段に進んできています。

● うつ病の治療の基本は、

- ・ ゆっくりとした休養
- ・ 抗うつ薬による治療
- ・ 負担をかけないようにする生活指導
- ・ 支持的な支援と専門的な面接（認知行動療法など）

をあわせながら進めていきます。これはがんの患者さんであっても同じように効果的であることがわかってきています。

● Aさんの場合、不眠、とくに夜半の眠りが浅くなる中途覚醒、熟眠障害が強かったこと、不安感が強かったこと、食欲の低下がありました。そのため吐き気などの副作用が少ないタイプの薬が合っているのではないかと判断し、リフレックス[®]（一般名ミルタザピン）を寝る前に開始することにしました。

● 抗うつ薬を始めるときにはいくつか重要なケアのポイントがあります。まず、抗うつ薬はその効果が出てくるまでに数日時間がかかること、その間効果が出なくても飲み続けていただく必要があります。しかし一方、副作用はすぐに出てしまいます。患者さんは「薬を飲んだら副作用だけ出てきて余計悪くなった」と感じて、止めてしまうことがあります。ですので、効果が出るまでの見通しについてしっかりと説明をしなければなりません。

Q311 ▶ 抗うつ薬を始めるときには、

- ①薬の効果が出るまで（飲み続けていても）しばらく時間がかかること
 - ②最初に副作用が出て一見悪くなったように見えてもしばらく続ける必要があること
- をしっかりと伝えましょう。

◎ Aさんにも薬の効果の出方を説明し、まずしっかりと続けていただくことをお願いしました。さいわい Aさんは順調に経過し、薬を始めて3日後にはしっかりと休めるようになり、不安感・落ち着きのなさも5日くらいには消えてきました。食欲も徐々に回復してきて、無事に2回目の抗がん剤治療も進めることができました。

◎ まとめ

- ◎ うつ病は気持ちの問題だけではなく、身体症状も出るのに注意をしましょう。
- ◎ 効果的な治療方法があることを確認しましょう。
- ◎ 薬の飲み方などケアをしっかりと進めましょう。

(小川朝生)

「胸苦しさが治まりません…」

CASE 今日とは季節の変わり目に多い話です

- ◎ある日、外来の看護師さんから新患ですと声をかけられました。待合には、不本意そうに恨めしげな目を向けている患者さんが座っておられます。「私がどうしてメンタルに！何もおかしくないのに！」。目が訴えています。
- ◎あらあら、今日は手強そうです…
- ◎50歳代の女性の患者さんです。乳がんで手術を受けて、術後に補助化学療法を受けました。ホルモン療法を続けて1年半は順調に過ぎましたが、ある日腰に痛みを感じました。湿布を貼って様子を見ていましたがすっきりとしません。近くの整形外科にかかってみて、腰のMRIをとったところ、腰椎に転移をしていることがわかりました。
- ◎主治医の先生より「残念ながら再発です。完治はなくなりました。胸にもあやしい影があります。ひよっとしたら肺にも転移をしているのかもしれない。抗がん剤の点滴をしながら様子を見ていきましょう」との話です。患者さんはがっかりしながら点滴治療を始めました。
- ◎それから、腰だけではなく胸も押されるような感じがしたり、ズキッと痛みが走ったり、胸をかきむしりたくなるような苦しさが出てきました。
- ◎スーパーで買い物をしていたら、急に手足が冷たくなってきます。頭がぼーっとして、目の前もぼやけてきます。冷や汗がじとっと流れて、

手足が震えてきました。胸が押されて、息を吸っても空気が入ってこない。このまま死んでしまうかも、とものすごい恐怖が襲ってきます。

⑤「がんが肺に転移をしたからに違いない」「もう死んでしまう」。そのまま床に座り込んでしまいました。

⑥それから、同じような症状が家でも起こります。

⑦「回数がどんどん増えてくる。次はいつ発作が起こるのだろう？ どんどんがんが悪くなっている。もう手遅れになってしまったのかも」

⑧予約より前ですが、怖くなったので主治医の診察を受けに来ました。主治医は胸のX線をみます。「白い影はあるけれども、水もたまっていないし大丈夫。気のせいだよ」

⑨大丈夫と言われて、ちょっと安心します。でも息苦しさは止まりません。家でも落ち着きません。

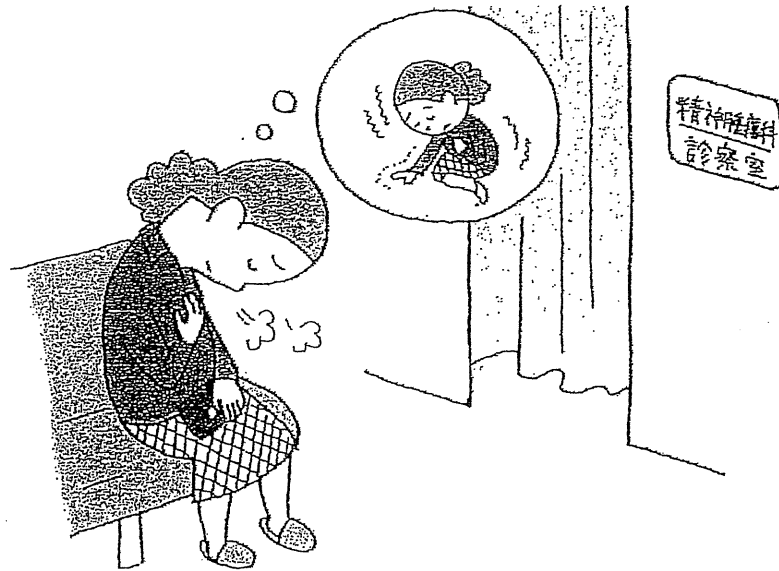
⑩「どうしていいかわからない」。また病院に電話をします。

⑪主治医の先生。「大丈夫です。気の持ちようです。がんばってください。いちいち心配しなくても大丈夫。どうにもならない？ じゃあ精神腫瘍科頼んでおくから。明日にでもかかって。もう切りますよ！」

⑫「どうしよう。主治医の先生におかしいと思われてしまった。もう治療してもらえない。精神腫瘍科ってなに？ 精神のがんを診るところ？ 精神にもがんができてしまったの？」

⑬まず、診察室にお入りいただきました。かなり表情が硬く、緊張されています。

⑭がん患者さんが不安を抱えておられるのはみなさんご存知のとおりです。



- ◎通常、不安と気分の落ち込み、抑うつ気分は関連して表れることが多いのです。そのときはうつ病あるいは適応障害の診断がつくことになります。
- ◎しかし、不安が強い患者さんのなかには、特徴的な不安の出方をする方がおられます。
- ◎この特徴的な不安は、パニック発作とか不安発作と言われたりします。
- ◎特徴をあげていきますと、
 - ・急に強い不安感、恐怖感が表れる
 - ・身体の症状を伴い、動悸や冷や汗、手足の震えが起こる
 - ・息苦しさ、喉のつまり、胸の圧迫感がありがんばっても空気が身体に入ってこないような感じがする
 - ・中には吐き気として感じる場合もある
 - ・めまいがする、頭がぼーっとする、そのまま意識が飛んでしまいそうな感じがする
 - ・「このまま死んでしまうのではないか」との恐怖がわき上がってくる

などがあります。

- ④また、このような症状や感覚は、急速に大きくなり、10数分から1時間程度で落ち着いてきます。
- ⑤また、パニック発作が続くと、患者さんは「自分でどうにもならない」とコントロール感を失い自信をなくしますし、「また発作が起きたらどうしよう」という不安（予期不安といいます）に支配されてしまいます。そうすると、「パニック障害」と診断がつく状態になります。
- ⑥パニック発作は、うつ病やアルコール依存でも生じますし、身体の疾患〔たとえば、呼吸器疾患（COPD）、甲状腺機能亢進症、心筋梗塞など〕に関連して出てくるとも知られています。
- ⑦がん患者さんの場合、がんの身体症状や治療に関連して最初のパニック発作が出現することが多いです。例えば、肺がんや肺転移、胸水にあわせて呼吸困難感を感じた場合や、放射線による肺臓炎にあわせて呼吸困難感を訴える患者さんがおられます。
- ⑧また、頭頸部がんで手術を受けられた方の場合、頸部の拘縮や術後の神経障害性疼痛、筋肉のバランスの崩れによる疼痛などが混じって独特のしぼられ感（頸部絞扼感）が生じます。その絞扼感から「息ができない」恐怖となって、パニック発作を生じる方もおられます。
- ⑨精神科の先生はよく、「パニック発作は若い女性の病気じゃないの？」と思われます。救急外来でおなじみの「過換気発作」ですよね。でも、がん患者さんの場合は、高齢の方でも同じようにパニック発作が生じます。驚くことはありません。
- ⑩パニック発作は、一般的に3つのパターンがあるとされています。それは、
 - ①きっかけのないパニック発作：発作は突然起こるように感じる

②きっかけのある（状況依存性という）パニック発作：ある状況になった場合に、あるいは状況が起こると思ったときにパニック発作が生じる

③起こる状態にある（状況準備性）パニック発作：きっかけがある場合に必ず起こるわけではないが、ちょっとしたきっかけが重なるとパニック発作を生じる

とあります。

●通常、パニック発作は、きっかけのない状態で起こることから始まります。発作を繰り返すにつれて、ある状況と関連して生じるようになっていきます。

●きっかけとしては、典型的には人混みや狭い部屋、場所と関係することが多いのです（こうなると広場恐怖といいます）が、なかには診察室とか、点滴で動けない状態でも感じる場合もあります。

●状況準備性もいろいろとあります。なかには、TV ニュースや健康番組で「がん」という文字を見るだけで、「私は死んでしまうかも」と不安がふくらむ方もおられます。また、「がん」という言葉には反応しなくても、「このまま治療が続いたらお金がなくなって生活できなくなる」とパニック発作を起こしてしまう方もいます。

●パニック発作を起こした患者さんはパニック発作の意味を非常に心配されます。発作が「がん」の進行した結果ではないかとひどく心配をしたりとか、自分は気持ちが弱いから発作が起こってしまうのだと自分を責める方もいます。

●とくに、胸水やがん性リンパ管症とからむ場合は複雑です。「もう酸素が手放せなくなった」と酸素療法にこだわり続ける方もおられます。本当に酸素療法が必要かどうか、身体の状態をふまえた判断が必要になります。

④ 診断と治療はこのようにします

- 身体の症状と関係してパニック発作が出てくることはわかりました。では、パニック発作と、肺や気管支からくる身体症状としての呼吸困難とはどのように見分けたらよいのでしょうか。
- まず押さえておかなければいけないことは、「パニック発作に特徴的な検査所見はない」ということです。つまり、「これがあるからあなたはパニック発作です」と言える検査は残念ながらない、ということです。
- 「となると、見分けるのは難しいんじゃないの」と心配されるかもしれませんが、いくつかのポイントを押さえていけば、見通しはたつてきます。
- まずどのような場合にも重要なのは、身体の状態はどうか、を確認することです。簡単に確認できるものには、呼吸数や呼吸状態がありますね。痰の具合、呼吸音もすぐに気がつきますね。また、いまではわりと簡単に SpO₂ も計ることができます。SpO₂ が 80 % とか下がっていれば、明らかに肺の問題とわかります。
- 同時に患者さんの自覚症状をたずねることも重要です。たとえば、身体からくる呼吸困難であれば、普通は動作時にひどくなるものです。また呼吸困難が生じれば、会話を続けるのも難しくなります。姿勢もいわゆる起坐位をとるのが楽です。一方、パニック発作の場合は、動作とは関係なく生じることが多いです。また、息苦しいという割に会話は普通にできますし、姿勢も変わりません。どちらかという横になったり、身体の緊張が解ける姿勢のほうが楽といいます。このあたりをたずねることで、おおよそのあたりをつけることができます。
- 次に考えるのは、胸の X 線写真などを確認します。これで呼吸器関

係の症状との区別はみえてきます。

- ④呼吸困難は、呼吸器疾患だけで生じるものではありません。ほかに、
 - ・甲状腺機能亢進症
 - ・心不全
 - ・けいれん、とくに脳転移に合併したものに注意をします。これらは、甲状腺ホルモン (TSH など)、胸部 X 線、頭部 MRI、脳波検査を追加します。
- ④ほかに、別の精神科の疾患でもパニック発作は生じます。例えば、
 - ・アルコールの離脱症状
 - ・抗不安薬の離脱症状でも生じることがあります。
- ④このあたりを頭に置いて、パニック発作かどうかを判断していきます。
- ④パニック発作と思われる場合には、どのように対応していきましょうか。
- ④症状が軽い場合には、身体の緊張を解くことでパニック発作を予防することができます。リラクセーションと呼ばれる方法です。でも実際に発作が出てしまった場合では、患者さん自身、コントロール感を失っていることが多いですから、まず薬を中心に使って症状をとってから、あわせて使うことが多いです。
- ④普通、まず発作を止めたり、発作をコントロールするために使うのは抗不安薬と呼ばれる薬です。皆さんおなじみかもしれませんが、ソラナックス[®]とかレキソタン[®]、デパス[®]、セルシン[®]などの薬です。いろいろとありますが、効き方は同じです。この薬は、身体の緊張を解き、不安を鎮めるように作用してパニック発作を止めることができます。まず頓用で渡して、「発作が起きそうな予兆があったら」すぐに

使っていただくようにします。

- ◎抗不安薬は即効性がありますので、まず発作を止めて患者さんに安心していただく上で非常に効果的な薬です。
- ◎抗不安薬で発作が止まればよいのですが、不安が強い場合に、抗不安薬だけでは十分ではない場合もあります。その場合には、抗うつ薬の中のSSRIやNaSSA、SNRIといわれる薬を使います。これもご存知でしょうか、ジェイゾロフト[®]やパキシル[®]、リフレックス[®]、サインバルタ[®]などです（一部保険適応外もあり）。こちらは即効性はありませんが、数週間内服を続けることで発作を予防するように働きます。
- ◎治療は薬だけではありません。患者さんの不安（これはパニック発作に関連することもあるでしょうし、がんという病気に関連することもあります）を十分にたずねつつ、患者さんの不安を軽くするために支持的に接しながら、「パニック発作は重篤な状態にはならないこと、安心してよいこと」を伝えていきます。精神保健の専門家が行う認知行動療法といわれる面接も効果があります。

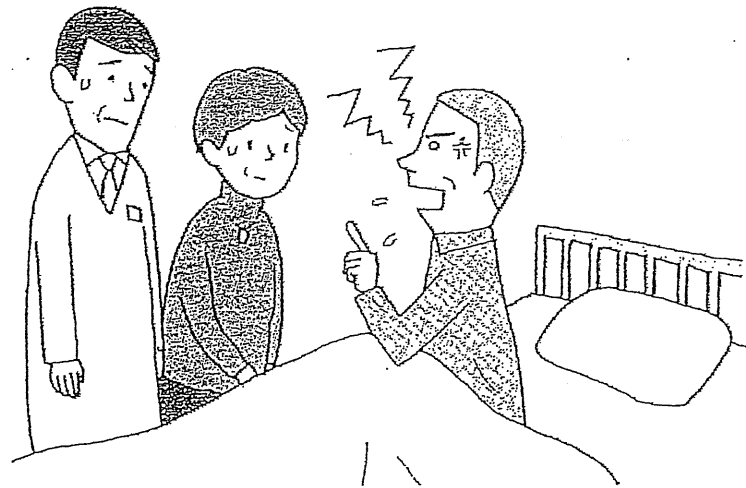
（小川朝生）

患者さんが怒っています。

CASE 患者さんも家族も

- ◎「がん」をめぐる悩みというものは、患者さんだけに留まりません。
- ◎患者さんが、涙を流したり、怒りを感じたりするのと同じように、家族も悩み苦しみます。時には、患者さんと家族の間で気持ちにすれ違いが生じることも決してまれではありません。
- ◎ある日、ナースステーションでカルテを書いていると、看護師さんから声をかけられました。どうも患者さんの奥様が廊下の片隅で泣いているのでどうしたらよいか、との相談です。
- ◎患者さんは60歳前の男性の方、肺がんで入院をされています。少し古い言葉になりますがいわゆる「モーレッツ」社員で、営業の第一線で活躍を続けている方です。酒もたばこも相当なようですが、いままで健康診断でもとくに言われたことはなく、健康であることに自信をもっておられていました。
- ◎半年ほど前から痰が増えてきて、時に赤く血も混じっていたようでしたが、仕事が忙しくてそのまま様子をみていました。2ヵ月ほど前から右手にしびれが走るようになり、力も入りづらくなりました。本人は病院嫌いで、家族が受診を勧めても全く受け入れなかったようです。
- ◎しびれはだんだん強くなり、右の肩から首の付け根のあたりに痛みが出て、右手が動かなくなりました。痛みにととう耐えられなくなり、家族に付き添われて病院に来たところ腫瘍が見つかりました。

- ④ 検査を進めたところ、腫瘍は右肺の上部にあり、一部は胸膜から右の腕神経叢に向かって浸潤をしていました。また縦隔にも進んでおり、胸椎にも破壊像があります。担当医は肺扁平上皮がん、胸膜、縦隔浸潤、リンパ節転移でⅣ期と診断しました。かなり病状は進行しています。痛みも相当で、よくここまで我慢したものです。
- ⑤ 担当医から患者さん・家族に、「肺がんの進行した状態、肺から肩や背骨に向かって入っていて手術は不可能、治療は抗がん剤になる。しかし、痛みが強いので、まず痛みを取って、そこから抗がん剤を考える」との説明があり、まず痛みを緩和するために入院することになりました。患者さんにとっては、不本意だったようで、しぶしぶ納得されたようです。
- ⑥ 2日後疼痛緩和を目的に入院となりました。痛みは相当強いようで、ベッドで寝返りをうつものにも顔をしかめながら、ゆっくりと向きを変えるのがせいぜいです。外来でもオピオイドが処方されていましたが、我慢して内服していませんでした。入院をして初めてオピオイドを内服しましたが、痛みは軽くなり、吐き気だけが出てしまいました。鎮痛補助薬も試しますが、眠気だけが強く出て、なかなか改善しませんでした。
- ⑦ 「しぶしぶ入院したのに、痛みは全然取れないし何も変わらない。治療も全然始まらないし先の見通しも立たない」。患者さんのいらいらはつづいてきます。担当医に「ちっともよくなりません、どうしてくれるんだ!」と怒鳴り、止めに入った奥様に「お前がこんな病院に連れてくるから、病人になったんだ。お前のせいだ」と怒りをぶつけました。奥様もどうしてよいかわからなくなり、病室にもいられなくなり廊下で泣いてしまったとのことでした。



● 「怒る」こととは？

- ◎ 「怒り」とか「怒る」ということを改めて考えてみます。あなたはどのようなときに「怒り」ますか？
- ◎ 改めて考えると難しく思えるかもしれません。おおざっぱに言えば、怒りとは「ある環境からかかるストレスや負荷が、本人が対応できる枠を越えてしまったときに、感情的に反応すること」です。あまり細かい定義をあれこれと考えても、本題とずれてしまいますので、ざっくりとこのようなものと思えば十分です。
- ◎ 「怒り」をどのように評価しましょうか？
- ◎ では、「怒り」が患者さんに出たときにどのように考えていきましょうか。
- ◎ いま、上で怒りとは本人の対応できる以上の負担がかかった場合と言いました。つまり、非常に重い（本人にとって）負担とはどのようなものなのか考えなければ始まりません。

Point ▶ 「怒り」を起こした負担を考えましょう。

◎となると、まず患者さんから話を聴き出さなければなりません。ん、怖いですか？ そうですね、怒りが自分たちに向けられてきたらどうしよう、とびくびくしたり、逆に話を聴いているとだんだんこちらが腹が立ってくることもありますよね。

◎大事なものは、感情に対して感情で向き合わないことです。どうしても「怒っている」人を見ると、「自分たちに怒っているのではないか」と不安になるものです。しかし、たいていの場合、個人に対して向かうとか特定の個人を攻撃しようとしていることは少ないものです。患者さんの側からみると、「自分を押しつぶそうとしているいろいろな要因」に対して漠然と感じていることが多いものです。

◎そう思うだけでも少し安心して向き合えるのではないのでしょうか？

Point ▶「怒り」や感情に巻き込まれないことが大事です。

④「怒り」を起こした原因は？

◎話を聞きながら、患者さんが「怒った」きっかけをうかがいます。

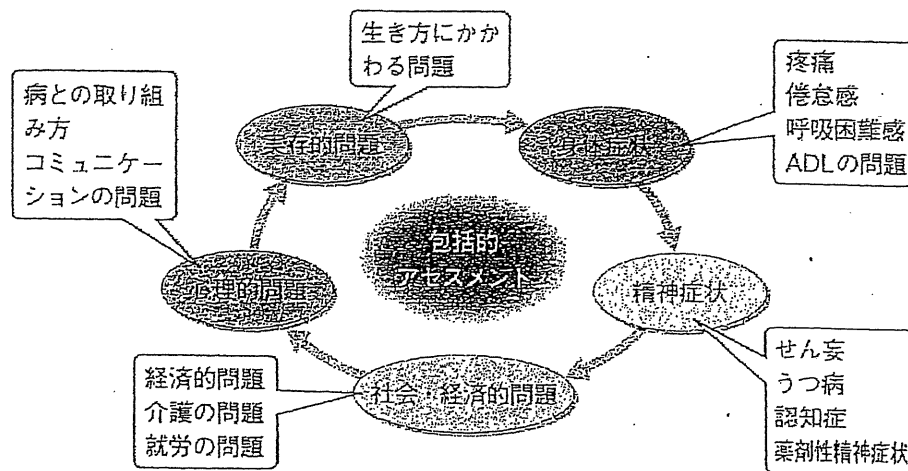
Point ▶患者さんが「怒った」きっかけをたずねます。

▶たずね方の例

「〇〇さんは、すごくつらそうで、強い不安や恐れを感じているように私にはみえます。よろしければ、どのようなことを心配されているのか教えていただけませんか？」

◎怒りのきっかけはいろいろとあります。たとえば

- ・身体症状：痛み、だるさ、呼吸困難感
- ・精神症状：抑うつ気分、不安、せん妄
- ・社会経済的問題：経済的な行き詰まり、介護の負担や負い目



・心理的問題：コミュニケーションがうまくとれないこと
などあります。

◎よくよくみると、包括的なアセスメントでふれたあらゆることが関連していることがわかります(29ページ、患者さんが「治療を受けたくない」と言っています。も参照してください)。

◎ 怒りをみたら

◎まず身体の症状を確認します。つまり、痛みが続いていないか、倦怠感や呼吸困難感など不快で患者さんの余裕を奪うような症状がないか、続いているかを確認します。

◎次に大事なのは精神症状の確認です。「怒り」は「怒り」でしょう？何を見るの？と不思議に思うかもしれませんが、ここは大事なところですよ。「怒り」とは感情ですが、「正常な」感情とはかぎりません。つまり、何らかの「余裕を失わせるような」精神科の病気があって、その結果「怒り」を感じていることもあるからです。

④「怒り」を出す精神科の病気とは？

④では、どのような精神科の病気で「怒り」が表れるのでしょうか？

④まず考えられるのは、「うつ病」で怒りを出す場合です。意外に思えますか？「うつ病は元気がなくなるから、怒ることはない」とよく誤解されています。うつ病は抑うつ気分や倦怠感が出ますが、同時に不安や興奮が高まることも普通にあることです。決してうつ病は元気がないから怒らない、ということではありません。

Point ▶うつ病では、不安や落ち着きのなさからいらいらしたり、怒ることがあります。

④まだまだあります。たとえばせん妄です。せん妄というと、場所がわからなくなったり、混乱しているイメージがありますが、同時に感情も揺れることが多いのです。病棟で勤められている看護師さんはよくお目にかかっているかと思います。「昼間はおだやかでやさしいお年寄りが、夕方になるとそわそわし始めたり、いらいらして周りに当たり始める」ことです。

Point ▶せん妄でも、注意力の障害のほかに、怒りや落ち着きのなさなど情動・気分の変化も出ます。

④ほかに薬がからんでいることもあります。たとえば副作用止めでよく使われるステロイドは、気分の変調を起こしやすく、患者さんがいらいらして怒りっぽくなることもよくあります。

Point ▶「怒り」がみなコミュニケーションの問題というわけではありません。薬の副作用で出ることもあります。

● お金と介護

◎どのような場合でも常に意識しなければならないのは、社会的な問題です。これは「怒り」でも同じで、単にコミュニケーションの問題と思われているものにも、介護の負担をめぐる問題やお金の問題がからんでいることが多いです。たとえすべてが解決できないにしても、負担が一部でも軽減される可能性は検討しなければなりません。

● そしてコミュニケーション

◎患者さんが「怒る」場合、医療者が何か悪いことをしたり、気に障ることをしたわけでもないのに、怒りを向けられる場合があります。例えば、患者さんががんの診断を告げられた場合に、担当医や病院に対して、「病院を信じていたのに裏切られた」とか「どうしてもっと早く見つけられなかったのか」と責めることがあります。このような患者さんの怒りのなかには、自分自身や自分の生活を守るために、圧倒されるような現実「怒って」いることが多く、特定の個人の行動や病院を責めているわけではないことも多いのです。医療者が気をつけなければならないことは、患者さんが怒った場合に、変に自分を守る姿勢に閉じこもったり、面談を断ったりと突き放すような対応をとらないようにすることです。

Point ▶患者さんの怒りは、自分を守るためであり、医療者を責めているわけではありません。

● どのように対応しますか

◎「怒り」を向けられると、ドキドキしてしまうのが普通です。しかし、上で見てきたように「怒り」といっても、身体の要因や精神的な要因

も含めて起きています。単に「怒り」を鎮めてもらおうと思って話を聴いたり、謝るのではなく、「どのようなことがきっかけで起きているのか」とか「身体や精神的に、悩ませている問題はないのか」をまず考えます。これを見落とすと、何も解決できなくなります。

- ④次に、背景の問題がないと確認できれば、「怒り」という感情を扱うことを考えていきます。大事なことは、
 - ・「怒り」という原始的な感情に巻き込まれない
 - ・その上で患者さんの話をまず聴いてみる
 ことです。
- ⑤たいてい、「怒り」を向けられると、医療者は反論したくなったり（例えば、「あなたの言っていることはここが違います」とか「誰もそのようなことを思っていない」とかついつい言いたくなりますよね）、話を止めたくなくなったりします。
- ⑥でも、ここで話をさえぎると、「怒る」患者さんは、「この人は私の気持ちを聴いてくれようとしなくて」と感じて、本来怒っていることとは別のこと（つまりいまの私の気持ちを聴こうとしない、ということ）に「怒り」始めてしまいます。
- ⑦まず、患者さんの話を聴くこと、そして患者さんが問題と感じていることは何かをはっきりとさせます。その上で、「その問題を、あなたと一緒に考えていきたいと思えます」と支える姿勢を伝えます。
- ⑧ここも、患者さんを支える＝傾聴する、と誤解されていることが多いです。大事なのは傾聴することではなくて、「私は患者さんを支えようと考えています」というメッセージを伝えることです。「患者さんが怒っているから傾聴したのに、患者さんはますます怒りだした」とかいう場合には、もう一度じっくり考えてみましょう。「傾聴＝オウム返し」では伝わりませんから。

(小川朝生)