

否認がみられたがん患者の心のケア

澤たか子（大垣市民病院）

Psychological care for the terminal cancer case having denial

SAWA Takako

I. はじめに

がんによる死亡率の増加により、WHO(World Health Organization)¹⁾はその対策として、1990年に「がんの痛みからの解放と積極的支援ケアに関するWHO専門委員会の報告書」を発表した。日本でもがんによる死亡率の増加に伴い、2006年に「がん対策基本法」²⁾が施行され、翌2007年に「がん対策推進基本計画」³⁾が策定された。これは、「がん患者を含む国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」を実現するため、放射線療法、化学療法、手術療法などの積極的治療とともに、「がんと診断された時からの緩和ケア」の実施を推進するものである。このうち、「緩和ケア」⁴⁾では、「がん患者およびその家族の苦痛の軽減と療養生活の質の向上」のために、「身体的な苦痛だけでなく、精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアの提供」が行われており、臨床心理士はこの面でがん医療に貢献することになる。

本稿では、がん医療における「心のケア」に焦点を当て、そのなかで特に問題となりやすい否認を有する患者のケアについて文献的な面からの考察と、事験例を用いた検討をしたい。

II. 予備的考察

1. がん罹患による心の変化

否認について検討する前に、がん罹患に伴う心理的变化のあり様について、文献を用いて予備的に考察したい。

がん罹患に伴う心の変化は、Kübler-Ross⁵⁾によって示された5段階説が有名である。それによると、死に直面した多くの患者は否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容の経過を順にたどるといふ。しかし、死への否認が強い場合には平和と威厳に満ちた受容の段階に到達しないことがあるといふ、過程の頓挫も示されている。それに対してBuckman⁶⁾は、否認、怒り、抑うつは全ての患者にみられるわけではなく、たとえみられたとしても経時的ではなく同時的であると示し、Kübler-Rossの経時的展開に異を唱えた。他にもBuckmanは死への恐怖、自責感、交互に現れる希望と絶望、ユーモアなどの反応もみられるとした上で、3段階モデルを示し、罹患した病気によって死ぬ可能性に初めて直面した「初期段階」では、ショックや恐怖、怒り、否認、希望と絶望などの激しい反応を示し、初期反応が解決された「慢性期段階」では、差し迫った死の危険はないものの、やがてはこの病気によって死ぬことになることを分かって抑うつのようになるとし、「最終段階」で受容に至るとした。ただし、Buckmanによると、初期段階の問題が解決されずに最後まで変わらない反応をし続ける患者もいるといふ、Kübler-Rossと意見を同じくする部分もある。同年、

Straker⁷⁾も独自の段階モデルを提示し、がん罹患に伴う心の変化を4段階に分けた。それによると、「1期：診断」では初期治療が功を奏するという希望のためにショックや不信感、不安、抑うつ感、罪悪感、つらさは驚くほど統制されているが、なかには死の恐怖に圧倒されてしまう人もおり、その人たちは否認や抑うつによって治療の提案に応じられなくなってしまふという。続く「2期：フォローアップ」では、厳しい治療を乗り切ったことを喜ぶが、将来の健康状態に確約がないことを理解しているため、両価的な感情状態が生じるという。「3期：再発」では、再発に伴って、1期にみられたような否認などの不適応な問題が再燃するという。そして「4期：終末段階」で、死を迎える段階になるという。

このように、Kübler-Rossの5段階説発表以降、がん罹患してから終末期を迎えるまでの過程における反応の反復性や重複性が指摘され、段階モデルの修正が行われてきた。しかし、反応の反復や重複が生じる理由を考えると、がんの経過のなかでは再発という事態があり、それはStrakerが指摘するように、患者に治療の見込みがないと思わせる状況になるため、初発の時と同等のあるいはそれ以上の衝撃体験となり、初発の時にみられたような驚愕反応が繰り返される可能性がある。また、がんの経過のなかでは、身体能力の制限や喪失が累積していくため、そのたびごとに新たな喪失反応が発生することになり、否認と受容、抑うつなどの諸反応が繰り返されることになりうる。とすると、がんの経過は一貫して度重なる喪失の事実あるいは喪失の可能性へ直面する過程であり、その都度、その事実に対する対応が問われることになると言える。ゆえに、Buckmanが言うように初期反応のままに留まり続けることや、Kübler-Rossが言うように強い否認によって受容へのプロセスが頓挫することが生じることになるのだろう。以下において、がんにおいて生じる否認の意味について検討する。

2. がんの経過のなかでみられる否認

がんの経過のなかでみられる否認について、Geleerd⁸⁾は神経症の否認とは対照的に生存に役立つ方向での機能をすると述べている。つまり、がん罹患したと判明した後も、生きる方向に自分を保つために否認の機制を用いているということである。ゆえに、神経症の場合に行うような防衛機制の解除は行う必要がないとした。明智ら⁹⁾も、がんの経過のなかで見られる否認は、多くの場合、状況から考えてより危機的な精神状態に至ることを回避する適応的な防衛機制であるといい、それに対して支持的な対応をすれば良いと述べている。このような姿勢は現在の緩和医療ではスタンダードとなっており、日本のがん治療における面接方法のガイドライン作成に関わった小川¹⁰⁾も、否認に対しては基本的に傾聴を行うように述べている。しかし、たとえそうではあっても、Roose¹¹⁾が述べるように「否認を扱う必要はないが、変化は見守るべき」姿勢は必要となるだろう。

一方、Strakerや明智らは適応的ではない否認にも言及している。その場合は直面化も考慮しなければならないと述べているが、では、どのような場合が「適応的な否認」となり、どのような場合が「非適応的な否認」となるのだろうか。この区分にはMassie et al.¹²⁾が示した事例が参考になる。それによると、「適応的な否認」は、がんである現状は認めているが、今後の悪くなる可能性は否認し、将来に希望を持っている状態と言える。この場合は支持的な対応が勧められている。他方、「非適応的な否認」は、がんによって生じている現状を否認し、それに基づく行為によって身体を危険に陥らせ、良好な治療関係を障害

する状態を示している。この場合には、患者がおかれている状況と心情を理解、共感した上で、患者が行っている行為が危険であることを理解してもらうべきだと述べている。

これをみると、「適応的な否認」を行う者は、不確かな未来に対する推測は採用しないようにしているが、現状は認めており、現在の事実に対する誤認は生じていないと言える。そのため援助者は、現状を認識したにことよって生じた感情を共感的、支持的に接すれば良いということになる。一方、「非適応的な否認」を行う者は、現状を否認しており、そのため、現在における誤った行動と未来に対する誤った認識をすることになっていると考えられる。そのため、そのような患者に対する介入としては、誤認している部分への修正が図られることになる。しかし、明智らや Cohen et al.¹³⁾によると、患者が不適応な否認をしている場合であっても、否認している内容には直接触れず、患者が現在遭遇している現実的な困難さや苦痛を話題にするべきだという。それは否認したい内容に直接触れることなく、現実的な視点を導入することになり、そこから問題の打開につなげていくことができるようである。

3. がんの経過のなかで「非適応的な否認」がみられる場合の援助のあり方

しかし、誤認に対する修正を図ったとしても、誤認をする素地が変わっていなければ、別の事実に対する誤認が生じ、事態に改善がみられない場合もあるだろう。がんの経過が一連の喪失体験であることを考えると、その素地には喪失を認めることへの困難感があると考えられ、それは喪失によって生じる悲嘆の失敗ということを意味していると考えられる。そこで、この場合の援助には喪失に伴う悲嘆の援助が必要になると考えられることになる。そこで、ここでは、悲嘆の失敗が生じる要因について理解したうえで、それに対する援助のあり方がどのようなべきなのかについて、検討したい。

悲嘆の失敗に関わる要因は、Bowlby¹⁴⁾によると、1. 傷つきやすいパーソナリティ、2. 愛着と保護に関する歪んだパターン、3. ストレス状況に対する両価的・強迫的・独立志向的な反応様式であるという。Worden¹⁵⁾もこれについて述べており、1. 関係性の要因—極めて強い愛憎葛藤的、自己愛的、依存的関係性、2. 状況要因—不確かな喪失、3. 過去経験の要因—過去の悲嘆反応の反復、および過去の喪失や離別、愛着形成パターンの反復、4. パーソナリティ要因—ストレス脆弱性、5. 社会的要因—喪失を共有できない孤独的環境があるという。そして、この要因によって生じる事態が、1. 喪失状況に対して誰かを責める、2. 気晴らしをする、3. 否認をする、4. 引きこもる、5. 薬やアルコールに頼るといった回避的な対処行動であるという。そのため、そのような人たちに対する援助方法としては、1. 喪失の現実感を増すこと、2. 情緒的な苦痛や行動上の困難さに対処するための援助をすること、3. 再び適応していく上での障害を克服できるようにすることであるという。

とすると、がんの経過のなかで「非適応的な否認」がみられる場合の介入も、現実生活の中で生じている様々な喪失と向き合うことを通して、1. 現状に対する現実感を増し、2. それに伴う情緒的な苦痛や行動上の困難さに対処するための援助をし、3. 再び適応していく上での障害を克服できるように援助することが求められるだろう。しかし、その際には、ストレスに脆弱であるというパーソナリティ特性や、過去の喪失反応の反復、および過去の喪失や離別、愛着形成パターンの反復が生じるという特性を考慮した援助が必

要となると言える。特にストレスに脆弱である場合は、励ましと見守りのもとで喪失と向き合うことを促し、それによって生じる無力感を理解、共感することが必要になるだろう。また、愛着形成が希薄であったり葛藤的である場合には、援助者と患者との間での信頼形成がまずなされる必要があると考えられる。しかし、この際に留意する点は、がんの経過のなかでは、援助者が患者に対して直接的に解釈することは勧められていないということである。援助者は両者の間で生じている転移-逆転移関係を認識し、痛みを耐え、見守ることによって、患者の自尊心の形成と対象関係の改善につなぎ、そこから喪失の耐性を高めていくことが行われている^{7,11,13,17)}。そして、それを可能にする根拠は、患者と援助者との同一化の作用によるようである^{7,11,13,17)}。つまり、患者と援助者との同一化を通して患者の自尊心の回復につなげるということである。

また、Lewis et al.¹⁶⁾によると、ライフレビューが患者の過去の葛藤や達成したことの再確認と再統合への可能性を有しているという。そのため、患者のパーソナリティ特性や対象関係のあり様、喪失への脆弱性に関しても、ライフレビューを通して評価、再統合できる可能性がある。

4. 受容の段階でみられる状態像

では、一連の喪失体験を経て至る受容の段階では、どのような心的状態となりえるのだろうか。Kübler-Rossによると、それは、感情のほとんどがなくなっているが、奉仕の精神を抱いた、平和と威厳に満ちた状態であるという。また、Imara¹⁸⁾はそれを、人間が存在することは誰か他の人にとっての何者かであることへの理解を得た状態であるという。しかし、Kübler-Rossが「このときわたしたちのコミュニケーションはことばではなく言外である。患者はちょっと手を動かし、しばらく掛けなさいと招くだけである」と言うように、この頃に患者から発せられる言葉は少ないため、患者の状態や考えについて行動と表情から推測することはできても、実際に内的体験がどのようなであったかについては、理解に限界があったのではないかと考えられる。実際に、その段階に関する記述は他の段階の記載に比べてどの文献においても極端に減っている。

しかし、Rooseが事例において提示した「私が彼と同一化するにしたがい、自分自身の死に対する不安が喚起されることになった」や、「彼がどう生きるかは私たちが直面すべき問題となった。それはいつも『私たち』であった」という記載は、患者と援助者との間で同一化が成り立っている状態では、援助者における内的体験は患者の内的体験を反映したものであると言えることになる。とすると、援助者において生じている内的体験をもとに患者の内的体験の理解に近づくことができる可能性が生じてくる。それは患者においては言葉が少なくなる受容の段階でも可能であり、患者の内的体験の理解につながる。

III. 事例

否認がみられた事例について、患者における受容の過程を、患者の発言および援助者において生じた内的体験をもとに検討を行う。

60歳代、男性 A^{注1)}。

がんの進行に伴って痛みが増悪したが、疼痛緩和に対する医療スタッフの助言に納得のいかない A は自分なりの工夫に固執したため、スタッフにおいては A に対する対応困難感が生じ、A においては納得のいく治療を提示してくれないスタッフに対して苛立ちが生じた。臨床心理士である筆者が話を聞くと、A はがんとは直接関わりがない部位の身体症状や対人関係における不満感や疎外感については言及するが、がんに関する言及はされなかった。言及される内容と言及されない内容が存在しているという二重構造が考えられたため、筆者はこの構造を理解し、言及されない内容に対しては、A の触れられないという心情を考慮して理解するに止めて言及することはせず、一方、言及されている内容に対しては、それが言及されていない内容を隠蔽する役割があると認識して、積極的に組みすることをせず、理解するに止めた。やがて A は筆者に対して自身の思いをしみじみと語るようになった。筆者は A が言及しない内容には触れず、A が言及した内容を用いて等身大の A に関する言及を行い、それによって生じた切なさを共有した。

A が疼痛緩和のために麻薬を使用すると決めた時、A は「2ヶ月前から使うかどうか迷っていた。もっと早く決断すればよかった。だが迷いも仕方がなかった」と述べた。そしてベッドから降り、窓から見える遠くの山並みをしばらく眺めた。そこは生家がある所だという。筆者にはその A の様子から、A はいずれ来るであろう自身の死を覚悟しているように思われ、その姿に人間の尊厳とはこういうものかと思われた。A は「つまらないことを言うことはなくなった。つまらないことで時間を埋めるより黙っている」と述べ、しばらく沈黙し、「自分も役に立った。・・立ってないか。自分はひねくれていた。今は無の境地だ」と述べた。そうなのだろうと思われた。このとき筆者には、筆者は情緒的に A と直にいるという感じがするとともに、A は筆者が何も言わなくても筆者から理解されているということを理解しているだろうと思われた。また、筆者に対して A から受容的な温かい眼差しを向けられているようにも思われた。そのとき、A が筆者に熟れた果物を差し出した。自身は小袋の洋菓子を食べるので、筆者には果物を勧めたという。A は筆者の見守りのもと菓子を食べて、普段は食が進まないのが思いのほか食が進み、驚いていた。筆者にはこれが「最後の晩餐」のように思われた。

その後、A の話す内容の脈絡が合わなくなり、面接を開始してからおよそ2ヵ月、親族に見守られての永眠となった。

IV. 考察

1. 心的構造の変化

否認がみられる状態では、A においては言及される内容と言及されない内容が存在しているという二重性が考えられた。がん患者におけるこのような二重性は Lederberg et al¹⁹⁾ も述べるところである。A においてはこの構造により、一方が他方を隠蔽することが可能となり、否認したい内容を意識しないで済むようになっていた。この時、筆者は隠蔽されているものを露わにすることはしないが、隠蔽工作に組みもしなかったため、A にとっては A の意に沿わない、共存関係にはない存在として認識されていたと言える。

注1) 発表の同意は家族から得た。

しかし、Aの意に沿わない不快な存在と認識された筆者は、Aにおいて生じていた膠着状態を弛める契機にはなったようであり、Aは筆者に対して自身のつらさを吐露するようになった。それに伴い、筆者にとってはAに対する理解が進み、Aにとっては自身のことを筆者に理解してもらっているという認識と、筆者への信頼感が増していったと言える。そして、Aが自身の状態を認め、麻薬の使用を受け容れた時、筆者にはAにおける二重性や、Aと筆者との間での疎隔を感じず、むしろ両者の間には相互受容を伴う共感が生じていると感じられた。Stern²⁰⁾によると、突然に生じる二人の心が相互に浸透しあうような関係性は、私たちの生活に変化をもたらすと同時に、親密な関係性の物語として記憶に残るような出来事になるという。事験例においても、筆者が初回面接時に感じたような、人格の独立性のなさや依存性による、一方が他方に対して奉仕をするような関係性から、Aと筆者とが独立した人格でありながら相互に受容し、相互に温かみを与え合うような関係性に変化した。しかし、それはその変化を生じさせる布石があつてのことであり、その布石とは、Aの自己受容を促すことによって他者に対する自律性を高め、その状態からあらためて自身と他者、双方の意味を発見できるようになったことと、与えることによる共有の体験的意義がAに認識されたことであつたと考えられる。

また、Sternによると、突然に生じる二人の心が相互に浸透しあうような経験は暗黙の了解のうちになされるため、言語で表現されることはないという。事験例においても、その時の体験が言語で表されたわけではない。しかし、それは表情と雰囲気から感じ取れるものであり、しかも、その時、筆者には相互受容的かつ情緒における相互浸透的な関係性のなかにいるという感覚があつた。それはAと筆者の同一化の結果であつたと言える。そして、それは死を受け容れることによる痛みを癒すほどの安寧が感じられるものであり、それはその時のAの穏やかで温かな表情から、Aにおいても同様の感情が生じているものと思われた。このように、互いに言葉を発しなくても理解しあい、互いに温かみを与えるという感覚が、その時に感じている死の痛みを癒すほどのものであるとすると、援助者の側に、このような暗黙の了解を察知し、応答できる能力と、同一化を恐れない心性が、この過程においては重要になると考えられた。藤土²¹⁾も、終末期の面接では単なる言葉のやりとりだけではなく両者間に豊かな心情交流が形成されることが重要になると述べており、非言語的などころでの交流の重要性を指摘している。

2. 受容の段階でみられた関係性の宗教的意義

Aが受容の段階において体験したであろう「独立した人格どうしによる相互受容的な関係性」について、キリスト教および仏教の側面から検討したい。まず、キリスト教について、森北²²⁾によると神は、「父と子と聖霊による三つの^{ペルソナ}位格において存在するが、それは固有に存在する位格が相互浸透する関係性にある」といい、その関係性は、固有性を失って他の位格と融合してしまうことなく、一つの位格が他の位格と区別されつつ、相互に内在しあう関係性であるという。Aと筆者との間で体験された「独立した人格どうしによる相互受容的な関係性」は、神の関係性と同一ではないにしても、これに類する関係性と言えるのではないかと思われる。また、Aとの間でみられた、二人の心が相互に浸透しあうことから生じる相互に温かみを与え合うような関係性は、中村²²⁾が言う仏教における慈

悲の関係性、つまり「われわれ自身の人格の中に他の人々の自我を入らしめることによって、われわれを他人から隔てる障壁を破ることができ、それはおのずから他人に対するあたたかい共感の心情となって現れる」という関係性に一致すると考えられる。このように、A が受容の段階で到達した関係性はキリスト教および仏教において描かれている関係性に類するものと言え、それは宗教的体験の一部を体験していたということであると考えられる。そして、筆者も A との関係性をもつことによってその体験を共有していたのであり、その成立過程に参加していたと言える。

文献

- 1) World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care: report of a WHO expert committee [meeting held in Geneva from 3 to 10 July 1989]. Geneva. 武田文和(訳) (1993). がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア—がん患者の生命へのよき支援のために—. 金原出版, 1990
- 2) 厚生労働省. がん対策基本法,
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000092918.pdf> (2015年8月13日取得)
- 4) 厚生労働省. がん対策推進基本計画, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku01.pdf (2015年8月13日取得)
- 5) 厚生労働省. 緩和ケア, http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_kanwa01.pdf (2015年8月13日取得)
- 6) Kübler-Ross, E.: On death and dying. Touchstone, New York, 1969. (川口正吉訳. 死ぬ瞬間—死にゆく人々との対話. 読売新聞社, 東京, 1971)
- 7) Buckman, R.: Communication in palliative care : a practical guide. Oxford Textbook of Palliative Medicine (ed. by Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonald, N.), Oxford University Press, New York, p.141-156, 1998
- 8) Straker, N.: Psychodynamic psychotherapy for cancer patients. J. Psychotherapy Practice and Research, 7; 1-9, 1998
- 9) Geleerd, E.: Two kinds of denial. Drive, Affects, Behavior (ed. by Schur, M.), Int. Univ. Press, New York, p. 118-127, 1965
- 10) 明智龍男, 森田達也, 内富庸介. 進行・終末期がん患者に対する精神療法. 精神神経誌, 106, 123-137, 2004.
- 11) 小川朝生, 内富庸介(編). 厚生労働省委託事業 精神腫瘍学ポケットガイド これだけは知っておきたいがん医療における心のケア. 創造出版, 2010
- 12) Roose, L. J.: The dying patient. International Journal of Psycho-Anal. 50, 385-395. 1969.
- 13) Massie, M. J., Holland, J. C. & Straker, N.: Psychological care of the patient with cancer. Holland, J. C. & Rowland, J. H. (Ed.). Handbook of Psychooncology. New York: Oxford University Press. 1990. (成田善弘訳. 心理療法的介入. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳(監訳), サイコオンコロジー 2 がん患者のための総合医療. メディアサイエンス社, pp165-178, 1993)
- 14) Cohen, S. T. & Block, S. Issues in psychotherapy with terminal ill patients. Palliative and Supportive Care. 2, 181-189, 2004
- 15) Bowlby, J.: Attachment and Loss, Vol.3 Loss: Sadness and Depression. Tavistock Publications, London, 1980. (Ⅲ対象喪失. 黒田実朗, 吉田恒子, 横浜恵三子訳. 母子関係の理論. 岩崎学区術出版社, 東京, 1981)

- 16) Worden, J.: *Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*. Fourth Edition. Springer Publishing Company, New York, 2008. (山本力監訳. 悲嘆カウンセリング—臨床実践ハンドブック. 誠信書房, 東京, 2011)
- 17) Lewis, M. I. & Butler, R. N.: Life review therapy. *Geriatrics*. 29, 165-173, 1974
- 18) Minerbo, V.: The patient without a couch: an analysis of a patient with terminal cancer. *International Journal of Psycho-Anal.* 79, 83-93, 1998
- 19) Imara, M.: Dying as the Last Stage of Growth. p.247-277, 1975 (In Kübler-Ross E. (Ed.). *Death the final stage of growth*. New York: Touchstone. 川口正吉訳. 続死ぬ瞬間—最期に人々が求めるものは. 読売新聞社, 1977)
- 20) Lederberg, M. S. & Holland, J. C.: Supportive Psychotherapy in Cancer Care: an Essential Ingredient of All Therapy. Watson, M. & Kissane, D. (Eds.). *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc., 2011 (土山璃沙・内富庸介訳. がん医療における支持的精神療法: すべてのセラピーに不可欠な要素. 内富庸介・大西秀樹・藤澤大介監訳. がん患者心理療法ハンドブック. 医学書院, p3-25, 2013)
- 21) Stern, D. N.: *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday Life*. W. W. Norton & Company, Inc., 2004 (奥寺崇監訳, 津島豊美訳. プレゼントモーメント—精神療法と日常生活における現在の瞬間. 岩崎学術出版. 東京. 2007)
- 22) 森北嘉蔵. 三位一体. 気賀重躬・熊野義孝・松村克己編. 現代キリスト教講座 第一巻 キリスト教の教義. 修道社, 東京, p151-168, 1956
- 23) 中村元. 仏教における人間論. 三枝充恵編. 講座仏教思想 第4巻 人間論・心理学. 理想社, 東京, p19-64, 1975