

重病の体験後，社会復帰をめざす患者への心理的援助
—闘病の記述モデルにおけるナラティブを通して—

宮崎 厚子*¹

山本 真由美*²

**Psychological Care for Patient's Recovering from
Serious Illness and Re-entering Their Social Environment :
A Narrative Approach to the Experience of Illness**

Atsuko MIYAZAKI

Mayumi YAMAMOTO

Department of Psychology, The University of Tokushima

Abstract

There are increasing numbers of patients suffering from serious diseases who are getting well due to the progress of medicine today.

The aim of this paper is to explain the use of the narrative approach with these patients supporting their efforts to recover from sickness and to return to their social environment.

We used precise analysis on the narrative to understand what happened during the experience of illness.

We found that the patient's narrative contained details of various experiences during the period of receiving medical treatment. The narrative of experience of illness reproduced significant, meaningful story, and represented the personal life.

Narrative approach has the possibility of providing psychological care for patients, and can be used as an effective medical cure, as well.

key words: narrative approach to the experience of illness, representation and reproduction of life, patients re-entering their social environment, psychological care within medical treatment

*¹ 徳島大学大学院人間・自然環境研究科臨床心理相談室 Clinical Psychology Counseling Service at Graduate School of Human and Nature Environment Science, The University of Tokushima

*² 徳島大学総合科学部 Faculty of Integrated Arts and Science, The University of Tokushima

1. 問題の所在と目的

高齢社会のわが国では年を追うごとに患者数が増え続け、今や男性の2人に1人、女性の3人に1人は癌¹を経験すると言われ、2020年には年間約84万人が何らかの癌にかかる時代がくると予想されている(国立がんセンター, 2006. 9. 01)。

これまで、癌などの末期患者やその家族に対する「死の臨床」の必要性が強調されてきた。近代医学をもってしても治癒する見込みがもはやない患者やその家族に対しては、患者がふさわしい生を最後まで全うできるように医療が援助するターミナルケア²—終末期の看取り—が重要である(柏木, 1983)。積極的な延命治療を控え、患者の苦痛を取り除き、患者やその家族の望む人生の集大成が創出されるよう、患者1人ひとりの尊厳を重んじた終末期医療が緩和ケアの進歩とともに充実されてきている。また、末期患者に対しての心理的な支援の重要性や、その貢献に関する研究報告も多数ある(Deeken, 1996; 柏木, 1997; 佐々木, 1999; 上野・大原, 1983)。

しかし、現在、癌を取りまく状況は変化してきている。医療の進歩や検診受診者の増加から癌患者の長期生存率が高まり、さらに、インフォームド・コンセントの概念が医療現場に徐々に受け入れられつつある今日、癌と告知されたうえで闘病し、さまざまな治療を試みながら社会生活に復帰する患者も増えてきた(Armstrong, 2000/2000; 杉村, 2005; 柳原, 2006)。しかしながら、癌など生死にかかわる重大な病気が見つかり、治療を受け、社会復帰していく患者に対して、医療現場での心理的ケアの重要性はあまり語られていない。そのような患者に対しても、適切な心理的ケアの必要性があるのではないか。

筆者は、X年X月に脳腫瘍を発症、治癒し、社会復帰した。治療を担当した医療スタッフが示した誠実な対応や、家族など周囲の人々の配慮は筆者を支え続けた。それは、患者である筆者自身が治りたいと強く望み、医師とともに協力して病気を治そうとする意欲を生みだし、困難な状況のなかでも筆者を心理的に支える持久力となった。医療スタッフとの関係や周囲の人々との関係は、闘病する者の心理に大きな影響力を持ち、精神生活の安定が患者ケアにおいていかに重要であるかということを経験した。

治療中や社会復帰前後、重大な病気と闘いながら患者はどのような心理的体験をしているのだろうか。そこには「死の臨床」において理解されてきた末期患者の心理的プロセスの特徴とどのような違いがあるのだろうか。筆者の実体験を例として、生死に関わる病気を体験した後、社会復帰をめざす患者の心理的体験の過程について述べ、その特徴について考えてみたい。

勝見(1996)が述べているように、「癌患者への心理学的援助を考える場合、患者の心理プロセスの背後に共通して存在する心理力動をさらに詳細に検討していくことが必要」である。そのような患者の心理的体験として、患者のナラティブ(語り)を分析材料とする。

¹ 本研究では、便宜上漢字表記とする。それ以外の表記は原文からの引用である。

² 終末期患者(余命約6ヶ月以内と診断されたガンやエイズなどの患者)のQOLを尊重して、無理な延命処置をせず、緩和医療を中心とした医療のことで、終末期患者とその家族を対象に行われるチーム医療のことである(医療倫理Q&A刊行委員会, 1998)。

2. ナラティブとは

ナラティブは日本語では「物語り」や「語り」(以下ナラティブと表記)と訳されている。患者のナラティブは、病いの語りとして、「医学を人間化すること」の必要性が叫ばれるようになった1980年代の半ばに注目されはじめ(Good, 1994/2001)、医療の現場で広く行われている「根拠に基づく医療(Evidence Based Medicine、以後EBMと表記)」を補完する考え方として、近年特に重要視されてきている(Greenhalgh and Hurwitz, 1998/2001)。

GreenhalghやHurwitzはEBMを支持し、実践してきた英国の医師である。彼らによれば、EBMとは、「最新かつ最良の根拠を良心的に正しく明瞭に用いて、個々の患者についての決定をすること」である。「根拠とは、人間集団におけるリサーチ研究から得られたリスクや可能性のことで、EBMは、特に(例外がないわけではないが)コホート研究などの結果から導き出された根拠に基づく医療のことを指し、経験的報告よりも信頼が置けるものである」。

しかし、統計や科学性から理解される疾患を治療の対象とするEBMの臨床技法において、その方法論の客観性だけでは限界が感じられようになり、彼らは、「患者の病い体験のナラティブや臨床能力の主観的側面を吟味することもまた重要」との見解に至った。そして、患者の生きている文化や、まさに経験している世界が語られる病い体験のナラティブに注意を向け、1人ひとりの患者の個別性を尊重する姿勢を取り入れた医療(Narrative Based Medicine、以後NBMと表記)を実践するようになった。ここで注意しなければならないことは、どちらか一方が他方より治療上有益なのではない。「真の根拠に基づく医療は、その中で患者が病いを体験し、医師と患者の出会いが演じられる解釈の世界を前提にしている」のである(Greenhalgh and Hurwitz, 1998/2001)。

病い体験のナラティブに臨床上の意義を見出した、医療人類学者Kleinman(1988/1996)は、病い(illness; 以後病いはすべてillnessの意味とする)と疾患(disease; 以後疾患はすべてdiseaseの意味とする)は根本的に意味が異なり、「病いは経験である」と述べている。すなわち、病いは人間的に本質的な経験である症状や患うこと(suffering; 以後患うはすべてsufferingの意味とする)の経験であり、それは個々の患者の生きている文化や社会と密接な関係がある。従って、患者が病いの経験を整理するのに医師が立ちあい助力することは、治療的な意味をもち、病いの経験について患者と医師が語り合うためには、患者を臨床的およびethnographic(民族誌学的)に理解する視点が欠かせないというのである³。

医療人類学の立場から、江口(2001)は、「病いはこれまで非科学的で客観性に欠け、医学的範疇を曖昧にするものとして極力臨床教育から排除されてきた。日本の『医学』は、医療専門職が患者の主訴を専門的モデルに従って再構成する疾患を主な研究対象とする近代科学の方法論によって発展してきたし、今後も発展するであろうが、『医療』においては、

³ Kleinman(1988/1996)によれば、疾患とは、治療者が病いを、障害の理論を基に作り直す際に生み出される、生物学的な構造や機能におけるひとつの変化のことである。そして、病気(sickness)は、ある母集団全体にわたって当てはまるという包括的意味において理解される障害のことと定義している。また、患うこと(suffering)は病いの存在論的な側面である。疾患(疾病と同義)を持つことで本人に起きている状態を表す意味にて本研究では使用する。

それと異なる考え方、すなわち実際の患者や家族が経験する病いを区別して考えるべきであるという視点も必要」と考えている。

河合(2001)は、医学ではなく、医療という場合、そこに存在する人間関係が切り離せないことを指摘し、心理療法だけに限らず、近代科学の方法論によって発展した「医学」を補完するものとして、「物語を基礎とする医療」に注目した。「人はそれぞれ、自分の『物語』を生きており、『病気』もまた、その物語の一部」であり、「患者がどのような『物語』を生きようとするのか、それを助けることが医療のなかの重要な仕事になる」と述べている。

このように、医療現場で行われる患者のナラティブは、その治療関係全般に非常に重要な意味をもち、患者の生のあり方全体に深い関わりをもつものであることがわかる。患者のナラティブを重視することは、患者だけでなく医療スタッフにも治療上の示唆を与え患者の治療に貢献する。そして、それが患者の生きようとする力を支える。そうして臨床関係の向上をもたらし、結果的に患者をさらに力づけていくことにつながっていくという、大切な、循環的な役割を担っていると言えよう。

3. 患者のたどる心理的变化の特徴

癌などの疾患で死に直面した場合は、体験した人でなければわからないような特別の心理状態に置かれているものと推測される。癌患者の心理的プロセスの研究で第一に挙げられるのは、Kubler-Ross(1969/1998)による『死ぬ瞬間』であろう(Deeken, 1996; 柏木, 1983; 勝見, 1996; 佐々木, 1999)。回復の望みがない、死にゆく人々へのインタビューを通し、臨死患者の心理的プロセスについて初めて学問的に調査した研究である。

Kubler-Ross(1969/1998)によれば、人が生命の終焉を迎える心の過程は、①否認と孤立(denial isolation)、②怒り(anger)、③取引(bargaining)、④抑うつ(depression)、⑤受容(acceptance)という5つの段階をたどり、自分の病気と最終的な死をなんとか納得できるようになるまでに、多くの段階を通過しなくてはならないこと、そうして、徐々に感情の虚脱状態へ向かい、死に至ると述べている。

① 否認と孤立(denial isolation)

不治の病と診断された患者は、まず不安になってそれを「否認」し、診断が間違っていると考えたりする。また、重大な事実を突然突きつけられたために混乱し、他人との接触を避けて自分の殻に引きこもり「孤立」感を深めるようになる。この段階はほとんどの患者に見られ、不快で苦痛に満ちた状況に対する健康的な対処法である。予期しないショックな知らせに対し、その衝撃を和らげる自己防衛であり、必要な機能である。

② 怒り(anger)

次に、「どうして、私なのか」という疑問とともに、「怒り」がわき起こり、激情・妬み・憤慨といった感情がそれにとって代わると報告している。患者には自分が忘れられることに対する不安があり、それを医師や医療スタッフに怒りや激情としてぶつけ、ますます周囲から避けられ、さらに不安や怒りの感情を募らせる。

③ 取引 (bargaining)

その後、その避けられない結果を先に延ばすべくなんとか交渉しようとする段階に入る。医療スタッフや神に対して、自分がよい行いをすることで、少しでも長く生きたい（できれば死にたくない）と、「取引」をしようとの気持の段階である。

④ 抑うつ (depression)

ある程度病状が進行し、もはや自分の病気を否定できなくなると、末期患者が楽観的な態度をとり続けることはできず、どうしようもない現実と直面して抑うつ状態になる。

⑤ 受容 (acceptance)

この段階までくると、最期の時が近づくのを静観するようになる。積極的に自らの死を受け入れた、幸福な段階というのではなく、衰弱がひどくなり、周囲への関心も薄れ、静かに最期の時を生きる状態である。

Kübler-Ross (1969/1998) は、その病状の段階や、あるいは対処メカニズムの有無に関わりなく、多くの患者たちは最期まで何らかの希望（例えば、治るかもしれないという）を持ち続けたことを見出した。患者が何らかの希望をもてるようにすることが重要で、死に直面する患者の話を傾聴することは、尊厳ある人生の全うを支えると指摘している。

末期患者の感情の変化は、「死の過程の諸段階」（図1）のように表わされ、2つ、3つの段階が重なることもあるが、この5段階が順を追って現れると説明されている。後に、この順通りにならずに一旦前の段階に戻る場合もあり、それは、その前の段階が適切に経験されていないのが原因というわけではないと補足している（Kübler-Ross, 1974/2005）⁴。Deeken (1996) は、この分類に第6段階として「期待と希望」を加え、「受容」の段階以上に永遠の未来を積極的に待ち望み、人間の精神は最期まで成長し続けると述べている。

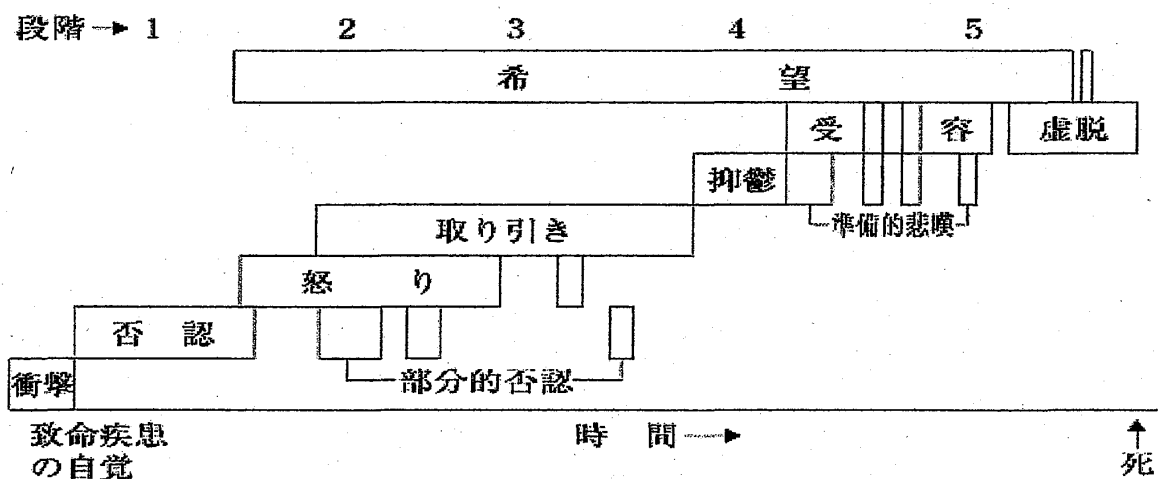


図1. 死の過程の諸段階 (Kübler-Ross, 1969/1998)

⁴ Kübler-Ross (1974/2005) によれば、最期の「受容」の段階における退行には、多くの場合、患者の扱いの不適切さ(患者にとってもはやありがたくない不必要な延命措置)が見られる。

これらはアメリカ人患者の心理の研究であり、柏木（1983）は、日本における終末期医療のあり方を探求し、日本の医療事情における、日本人としての国民感情を持つ日本人の患者を対象にした研究を行い、日本の末期患者の心理プロセスについて次のように報告している（図2）。

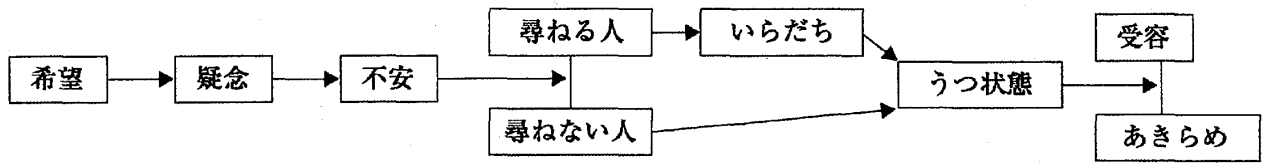


図2. 死にゆく患者の心理プロセス（柏木，1983）

回復へ「希望」をもって入院してきた患者は、病状が悪化するにつれて、治らないのではないかという「疑念」を抱くようになる。疑念は必然的に「不安」に結びつく。ここで患者は2つのグループに分かれる。すなわち「疑念」や「不安」を口に出して尋ねる人と、尋ねない人とに分かれる。尋ねる人は適切な回答が得られないと「いらい」をおぼえ、やがて「うつ状態」に陥る。尋ねない人は「いらい」を経ないで「うつ状態」になる。そして死を「受容」して亡くなる人と、「あきらめ」て亡くなる人に分かれる。必要なサポートは、患者の言葉に聴き入り、感情に焦点を当て、安易な励ましを避け理解的態度をとることであると、日本のターミナルケアの現場に提言している。

また、上野・大原（1983）は、心理変化のモデル（図3）を提示し、末期がん患者の心理は、必ずしも Kübler-Ross(1969/1998)のモデルどおりにはならないことを示した。それによれば、個人のパーソナリティや家族関係などの因子により、心理過程は重複・変遷を繰り返すこと、第2に、がんと知っていた群では、わが国の場合、衝撃が第一段階として多くの場合に見られること(a)、がんと知らされなかった群では不安の段階が長期に継

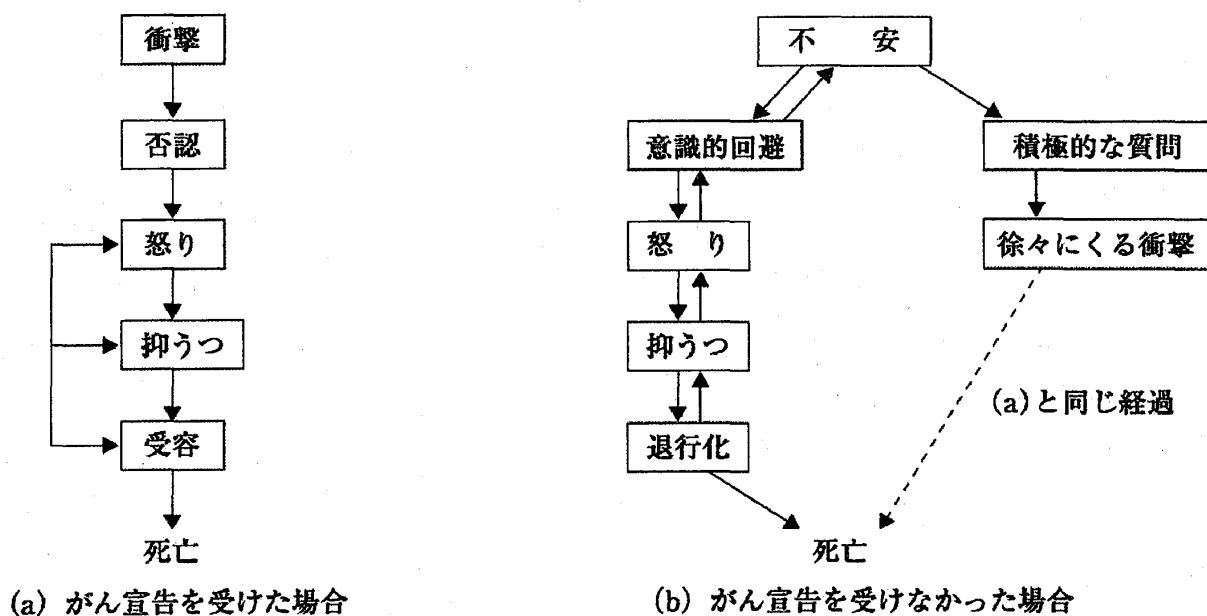


図3. 末期がん患者の心理過程のモデル（上野・大原，1983）

続すること (b)、第3に、その後の心理過程は個人のパーソナリティにより2つの経路に分かれる。なお、「希望」は、Kübler-Ross(1969/1998)の述べているように、常に存在していることが観察された。勝見(1996)の研究からも、患者の心理的プロセスに標準的な基準を求めるのは困難であることがわかってきた。

これらは、いずれ確実に訪れる死に直面した闘病生活を送っている末期患者の心理的プロセスを扱ったものであり、本研究で扱うのは、生死に関わる重大な病気を体験した後、「社会復帰」をめざす患者の心理的体験である。モデルになる先行研究⁵は心理臨床の立場からはほとんどなく、患者の心理的プロセスの特徴を鮮明にするために、Kübler-Ross(1969/1998)の提唱した理論を比較の対象とする。

4. 患者自らが自己分析する意義

本研究では、症状の自覚から社会復帰後までの過程を患者自らが克明に記録し、闘病の記述モデルを病いのナラティブとして自己分析する。

Kübler-Ross(1969/1998)の研究・調査の場合、インタビューは1人につき1時間前後で、1回～数回までであり、インタビューの記述が患者のナラティブであっても、その分析者は語り手とは違って、いずれも他者によって語られたナラティブをもとに分析・研究したものである。

患者のナラティブは、「患者の置かれている状況を意味づけ、文脈を明らかにし、展望をもたらす」ものであるが、「同時に私達は、患者が話してくれることの、ごくわずかし理解していないことも改めて認識させられる」(Greenhalgh and Hurwitz, 1998/2001)。患者の心理は短時間に語り尽くせるものではなく、時間や周囲の人間関係などにより常に変化していく。患者の心理を詳細かつ克明に、そして正確に記述し分析することは、患者でない観察者には限界がある。

本研究で分析の基礎になる記述モデルは、症状の自覚から闘病を経て社会復帰に至る約1年間の患者(筆者)の言動や心理体験を、行動描写法を用いて筆者が観察し、記録したものである。自身による観察が不可能な部分は、複数の家族や関係者の証言により補足され、筆者が確認し半日以内に記録された。ここでは要約して公表するが、心理的变化の全過程は原文をもとに記述し、闘病中の出来事や感情の変化は原文と同一である。

5. 闘病の記述モデルーナラティブの記録ー

患者である筆者の気分の浮き沈みの推移(図4)、および心理的プロセス(図5)を提示し、筆者の感情変化の過程や、心理的プロセスの諸段階を時系列に表した。続いて、病いのナラティブを要約し、闘病の記述モデルとした。

⁵ 患者のナラティブと心理的援助について、岸本(1996)、および高田(1995)による心理臨床学的な研究がある。また、川戸(2001)は、自らの癌の闘病について、その実体験を物語の形で報告している。

文中のさまざまな心理状態の記述は、Kübler-Ross(1969/1998)による死の過程の諸段階で示された用語に準じて行った。ただし、異変の自覚から何度も感じた感情である「不安」を新たに加えた。また、否認と孤立については、別々に感じられることがあり、個別の心理的プロセスとして捉えた。

なお、図5では、他の先行研究(図1、および図3)に準じ、疾患が特定されて患者に知らされた段階(「衝撃」)から図解した。

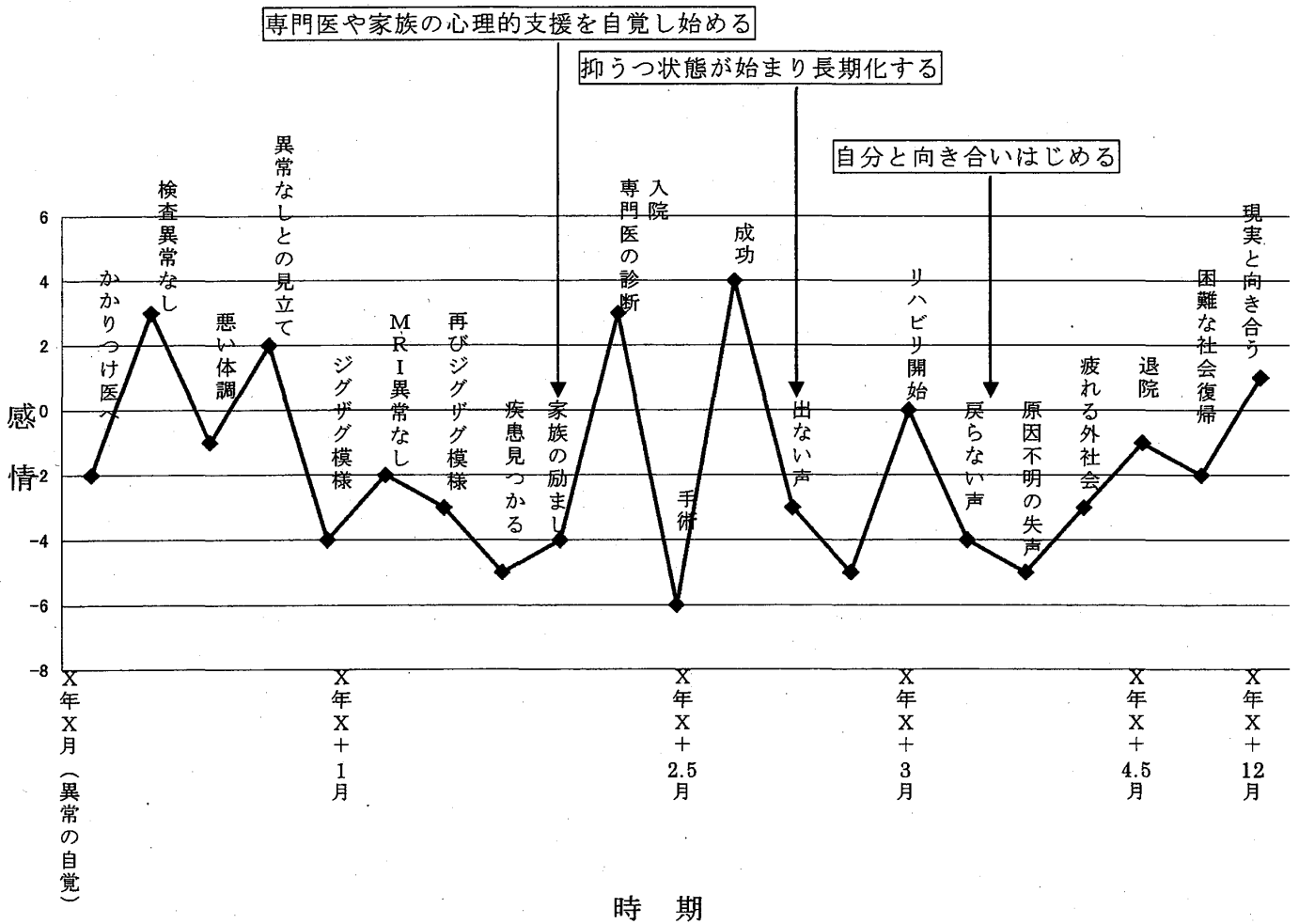


図4. 患者の気分の浮き沈み—推移の過程—

注) 図4の横軸の時期は、闘病に関するできごと数の関係で、等間隔ではない。

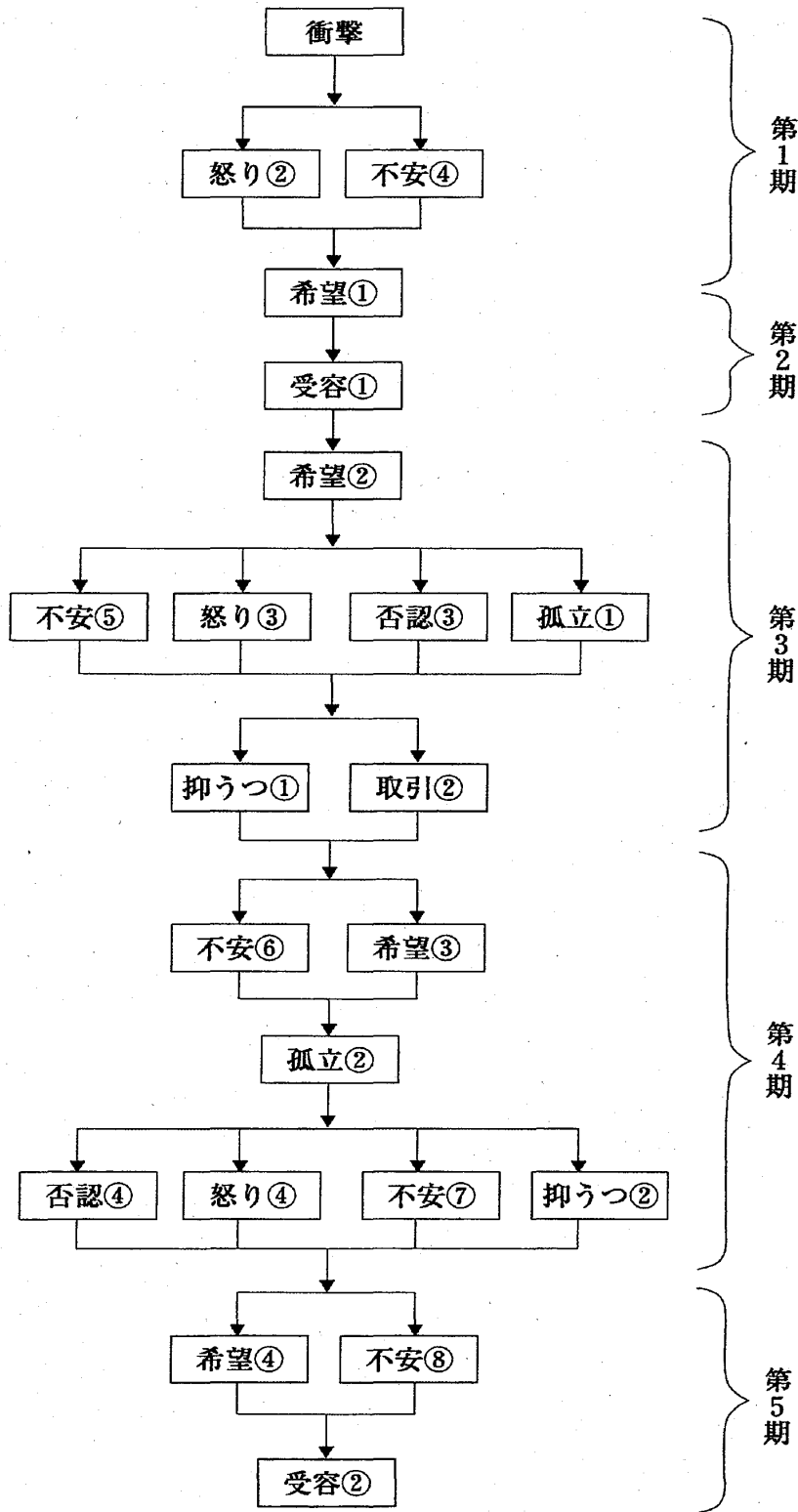


図5. 患者の心理的プロセス

注) 第1期において、衝撃の前に不安①、否認①、怒り①、否認②、取引①、不安②の諸段階があるが、図5は「衝撃」からの図解とする。

【闘病の記述（要約）】

第1期 [X年X月～X年X+2.5月]

自覚症状から病気の発見と入院までの不安な毎日

始めは軽いふらつき程度の自覚症状で、単に疲れだと放置していたが、次第にふらふら感が増して不安になったので（不安①）、かかりつけ医へ行った。検査の末、異常なしとのことで安心した。しかし、その後も体調は改善せず、MRIによる画像診断を部分的に受けた。それでも異常は発見されなかった。原因が分からず不安は続いたが、異常なしとの診断を根拠に、体調の悪化をただの疲れのせいと思いこむことにした（否認①）。

ある日突然黒いジグザグ模様が視野に現れ、不安のあまり動悸がした（不安②）。異常なしというのに何故こんなことが起きるのかと、腹立たしくもあった（怒り①）。しかし、その頃大きな行事を控え、仕事の重責を果たすまではと思い、それに、医者には異常なしと言われたのだから、MRIも受けたのだから大丈夫、それ以上は心配しないでおこうとした（否認②）。内心は大変な不安をかかえていたのだが、何とか体調を持たせてくれと念じ、誰でもなく、何かと取引するような気持で仕事を続けた（取引①）。

再び黒い模様が現れたときには、恐怖にも近い、強い不安を感じた（不安③）。このまま放置してはまずいと思い、すぐに受診した。再度の画像診断（全体）の結果、MRI写真には重大な危険信号が写っていた。写真を見ながら、硬い表情で医師が事実を話した。ことの成り行きに、強い衝撃と不安で頭のなかが真っ白になった（衝撃）。やがて我に戻り、何ヶ月も原因がわからなかった医師に怒りがわき、それまで放置していた自分にも怒りがわいた（怒り②）。事態の深刻さと重大さに感情は混乱と動揺を極めた。応急処置を受けながら、どうしようと思ったり、急に離人感に包まれたり、いろいろな思いが錯綜した（不安④）。

筆者からの知らせで病院まで迎えにきた家族は、「今は、まず落ち着いて考えよう。大丈夫、一番いい方法を一緒に考えよう」と、冷静な対応を心がけてくれ、その言葉が筆者を少し落ち着かせた。すぐに知り合いの専門医に相談すると、駆けつけてくれ、画像を見てコメントした。画像を見る限り疾患は手術による摘出の可能性は高いだろうが、少しでも早いほうがいいと言われた。治療の可能性有りとの言葉に何とか自分を取り戻すことができた（希望①）。不安の連続だった数ヶ月が、この日の夕方、ほんの数時間の間に、専門病院入院の手続きへと、事態は急展開した。

第2期 [X年X+2.5月]

入院・説明と同意・手術

翌日、入院先で再度詳しい診察が行われた。主治医から病気についての説明が行われ、放置すれば「死」に至ること、発症部位の特殊性による手術の難しさや複雑さなど衝撃的な内容が語られた。しかし、医師らは親身に対応し、「大丈夫、治りますよ」と、治療に積極的で、そのことに勇気づけられた。具体的な治療法、他の選択肢や不測の事態への対応などについて、内容の重さに動揺しながらも説明書を熟読した。診療行為の説明は、率直で具体的であり、生命の危険、機能障害の発生や後遺症の可能性の大きさなどを述べていた。医師らの自信に満ちた態度と、手術可能なこと、その最も適切と考えられる方法についての説明を聞き、『自分が決断しなければ何も始まらない』と、入院と手術を受ける覚悟

を決めた。医師達への信頼とある種の覚悟や諦観との間で動揺しながら、医療を信じるしかない、この現実を受け入れ、同意の署名をした（受容①）。

手術前夜、家族や友人らは病室で筆者を囲み、筆者がなるべくリラックスできるような話をした。病気のことも話題にし、「必ず治る」と何度も繰り返した。十分に身体を休め、「楽しかったことを思い浮かべるように」と言いながら帰宅した家族に、自分とともに病気と闘う姿勢を感じ、それが心強かった。

第3期 【X年X+2.5月～X年X+3月】

手術完了・ICUから一般病棟へ

手術は無事に済んだ。家族に呼ばれて目覚め、ICU（集中治療室）にいることがおぼろげながらわかった。意識とは無関係にバイタル（呼吸や血流などの生命維持機能）が回復していくので驚いた。生き返れたという実感が一気にあふれた。急患や医療スタッフが常時慌ただしく動くICUには半日のみいて、すぐに一般病棟に移った（希望②）。

その後、手術部位は回復していくのに、嚥下困難と、声が全く出ないことがわかり、それが予想外に長く続いた。水を飲むのにも非常な労力と時間がかかった。まだ動けない身体と声が出ない日々のなかで感情は急速に暗くなり、先の見通しが全く立たず、このままだったらどうしようと思ひ悩んだ（不安③）。

いったい医師達は何をしているのだという強い不満や、やり場のない怒り（怒り④）、こんなはずではなかった、何かの間違いなのではと、現状を否認したい気持ちが混ざり、今までの自分は何だったのか、どうして自分がこのような姿でここにいるのか、と自問し続けた（否認⑤）。『声が出ないことには何もかも諦めなくては。もう元の社会には戻れない』（孤立⑥）と思え、先の見えない事態に自分はもうだめかもしれないと絶望した。こうして自尊感情も自己肯定感も消え、その内すべて投げ出さなくなつて極度の抑うつ状態に陥つた（抑うつ⑦）。

その抑うつ状態はなかなか解消されなかった。どうしてこんなことになってしまったのかと、答えの出ない原因探しに終始してこれまでの生き方に懐疑的になっていった。その抑うつ状態は自分の存在自体を問うような実存的なレベルまで進み、どこまでも否定的にしか自分を見られなくなっていた。どうしてこのような目にあわなくてはならないのか、何が悪かったのか、それがわかればどんなことでも改めるから、とにかくこの病気を治してほしかった（取引⑧）。

第4期 【X年X+3月～X年X+4.5月】

ついに「リハビリ」始まる

相変わらず声に戻らない不安（不安⑨）がある一方で、他の部分の機能は順調に回復し、何とか自力で立てるようになった。そして、ついに理学療法士による生活機能回復訓練（リハビリテーション、以後リハビリと表記）が始まった。医師も筆者も、リハビリによって身体が全体的に活動することで、何らかの原因で一時的に失われた声帯の機能が戻ってくることを期待した（希望⑩）。

しかし、1～2週間が過ぎても声は戻らなかった。今後の経過観察の必要性和、専門外の「声」についてはわからないという主治医の率直な言葉に、この先も病気からは完全には

逃れられないのかと落ちこんだ。試験的に外出が許され、病院外に久しぶりに出ることができたが、非常に疲れて戻ってきた。外の社会では人々は当たり前のように活動しているのに、それに適応できない自分に失望し、一層気分が落ちこんだ（孤立②）。

そんな気分の中には、医師の何気ない言動が気になったり、見捨てられたように感じたり、看護師の無神経さに腹が立ったりするなど、ネガティブな感情が次々わきあがり、それらをコントロールすることができなかった（否認④、怒り④、不安⑦、抑うつ②）。

支えになってくれるもの

そのような時支えになったのは、病状の急性期に筆者を介護してくれた A さんだった。以前からの知人（筆者の母親ほどの年令）で、闘病生活の辛さや、この病気のせいで起きている現状への苦悩のすべてを A さんとは共有し合えた。声が不自由だった筆者に代わり、A さんが自身の半生を話すことが多かったが、A さんの存在は、辛い闘病に筆者とともに参加してくれる伴走者であった。そして、A さんの平坦でなかった半生について聴くことは、筆者にとって、闘病中の困難な境遇にある自分の姿をその話のなかに見るようだった。

同じような手術を受けた後社会復帰した、脳外科医の闘病記（堀江、2005）も支えになった。それは診療行為についての医学的な情報を具体的に提供しただけでなく、快復後、元の職場で医師として働く著者の姿に強く励まされた。

病院での医療は患者に対して概ね支援的だ。患者とともに病気と闘うという姿勢を持ち続け、スタッフは忍耐強く患者に接し、医師自ら毎日すべての患者と対話した。ただ、患者は、疾患について以外にも話を十分聴いてもらう必要があるようであった。夜間、病棟で患者の苦悩や家族との諍いの声がすると、看護師が見かねて病室を訪ねていた。患者の不安、焦り、孤立感や怒りなどのネガティブな感情は、1人ひとり複雑で深刻だった。

第5期 【X年X+4.5月～X年X+12月】

退院、そして困難な社会復帰と予後への不安

リハビリは順調に進み、食事も徐々に摂れるようになり退院した。数ヶ月後、経過は概ね良好で、声も少しずつ戻ってきた。身体の復調につれて未来に希望が持てるようになり、この時、初めて1歩前進したような気がした（希望④）。

しかし、退院後の実社会はまだまだ疲れる場所で、社会復帰は生易しくはなかった。完全復帰には、これからなお相当なエネルギーと時間を必要とするだろう。この病気になってから、自分の身体の支配者はもはや自分自身ではなく、私の中に潜んでいる疾患の素因が支配者に代わったという感じがある。そして、特定できない素因を抱えながら自分は今から生きていくことになるのかもしれない（不安⑧）。

今、自分は完璧に健康な人の集団には属さないであろう。だが、かといって近い将来の臨死状態でもない。健康な未来に続く「現在」ではなく、現実感をもった「死」との間に広がるグレーゾーン、先が見えない境界にいるような気がする。病いを抱えながら社会に復帰すること、そして、自分を取りまく現実のすべてや、これから起きるさまざまな変化を受け入れること、それらができるようになるまでにはまだ時間がかかるだろう（受容②）。

6. 考察

本研究は、重病の体験後、社会復帰をめざす患者の心理的プロセスを記述し、その特徴を考察することを目的とした。ここでは、患者の心理的变化の特徴、患者自らが病いを語る意義、NBMが医療の現場で果たす役割、最後に「イニシエーションとしての病い体験」と、「境界にいる苦悩」について考察する。なお、ここで記述している「病い(illness)」、「疾患(disease)」、「病気(sickness)」、および「患うこと(suffering)」の使い分けについては、Kleinman (1988/1996) の定義 (p. 43) に準ずる。

(1) 患者の心理的变化の特徴

終末期の患者との違い

本研究での患者の心理的プロセス(図5)は、Kübler-Ross(1969/1998)の、「死の過程の諸段階(図1)」とは、全体に異なっている。

この違いの背景には、命にかかわる病気の闘病後、社会復帰をめざす患者の場合と、Kübler-Ross(1969/1998)がインタビューした末期患者の場合とで、調査対象者の置かれている状況が異なっていることが関係している。前者は病気の治癒を目標に「死」と闘う場合で、回復の見込みがないと言われた人々が「死」に直面する後者とは、「死」に向きあう姿勢や心理状態が異なり、体験する心理状態の質やその変化は同じではない。

「受容」や「希望」の内容も両者では異なっている。前者の場合は「死」の可能性はあるものの「生」へ繋げるための医療行為に対する「受容」であり、また、病後の自分の変化への「受容」である。末期患者の「受容」は、死の過程の諸段階を通じて徐々に獲得される死への「受容」であり、それが実現することによって心理的安定が得られ、患者を尊厳ある「死」に向かわせる。「希望」についても、前者の場合は闘病を乗り越えて生き続けること、そして再び社会復帰することであるのに対して、後者の場合は「死」への諸段階を経ながら成長し続ける精神性を信じ、自分の尊厳や存在価値を再認識したいという「希望」であり、両者は異なっている。

感情の著しい変化

段階を経てほぼ一定の順序で変化していく末期患者の心理的プロセスとは違い、本研究の患者の場合は、図5や闘病の記述に見られるように、さまざまな心理状態が何回も繰り返し現れ、また同時にいくつか認められ、変化の過程に一定の順序や段階は見られない。

患者の気分の浮き沈みを見ると(図4)、第1期および第2期(X年X月~X+2.5月)、症状の自覚から疾患が発見されるまでは、長期の不安や否認などの段階であり、患者の気分の浮き沈みは激しい。その後、疾患の発見という「衝撃」が患者の感情を激しく動揺させ、気分の落ち込みは手術直前に最低点に達している。しかし、同時に、積極的な診療行為についての丁寧な説明や、患者や家族と医療スタッフの三者がともに闘おうとする共同作業の態勢が整ったことは、突然の衝撃と恐怖に耐えかねる患者を支える力となっている。第3期、手術成功に治癒への希望が現れたが、声が出ないという不測の事態に、さまざまな否定的な心理や抑うつ状態が生じ、それが長期化する。第4期、リハビリへの期待と声が出ない落胆との大きなギャップは、その後のさらなる気分の沈下に深く影響をおよぼし

ている。嚥下機能や声が長期にわたり回復しなかったことも影響し、患者の気分は急速にネガティブになって抑うつ状態が続き、一時的には自分が存在すること自体に価値を見出せなくなるなど実存的なレベルにまで到達している。

退院前後、患者の気分はなお浮き沈みしており、退院できる喜びと同時に、万全でない体調で社会復帰を控えた不安が依然として強いことが観察される。

このように、Kübler-Ross(1969/1998)の場合と比較して、本研究の患者の場合には、さまざまな心理的プロセスが、終始めまぐるしく変化し、いくつかの感情が同時に起きていることが大きな特徴である。

疾患から病いへ

患者は病気が特定された当初、重大な病気ではあるが適切な治療さえすれば以前の健康な自分に戻れると感じていた。EBM の考え方とほぼ同じ視点で、疾患の治療を目的として医療行為を受けている。

第3期および第4期、手術後の嚥下困難と発声できない状態が長期化したことから、疾患が取り除かれ生命の危険性は去っても病気は治っていないことを患者は認識しはじめ、気分は下降の一途をたどっている(図4)。この頃から、患うことのさまざまな苦悩や、それが日々の暮らしに生み出す実際上の問題が浮き上がり、声が出ないことによる不自由さや必要な行動が思うようにできない不全感、そこから深まる喪失感などが蓄積され、強い抑うつや自尊心の低下などが体験されている。そのようにして、「疾患」だけでなく、「疾患」を含む患者の体験全体である「病い」がこの時期あたりから意識され始める。第5期、声が少しずつ戻り日常生活に復帰できると、自信や近い将来への展望が生まれてくる。しかし、患者は病気になる以前の自分とはもはや違う自分を感じている。

病いを経験したことにより自分の中で何らかの心理的変化が起き、それが社会復帰後も続いていることが本研究の患者の特徴である。一時的な疾患の治療だけで完治し(例えば、腹痛が適切な治療で治ったなど)、健康が戻る場合、病いは経験されにくいだろう。

本研究の患者の場合、病気が生死にかかわる体験であるために、闘病中自分を実存的に見直すことが起き、さらに、疾患の除去後も患う状態(嚥下困難や発声の障害)が継続していることから病いが意識され始めている。体調不十分なままでの社会復帰は、自分の生についての根本的な再考を促し、新たな現実への直面とその受容に患者を導く。

(2) 患者自らが病いを語る意義

本研究では、病いの語りにインタビュアーという別の主観がフィルターとして入らなかった。その心理的変化について、異変の自覚直後から社会復帰後まで自らが観察したことにより、患者の心理を直接深いレベルまで継続的に記述し、分析できたと考えている。

また、自らが病いを語ることで、患者は自分を対象化し、客観視している。その語りは、ある時にはモノログとして記述され、ある時は聴き手に語られ、聴き手との間で対話されることでさらに客観化が加えられ、その過程の一部始終が原文に記述されている。

闘病の全過程の推移を、患者のナラティブという形で記述し資料とすること、そして、その資料を患者自身が、その心の動きを直接深いレベルまで継続的に自己分析することで、患者の微妙な心理について、詳細に、かつ正確にアプローチできる。中川(1994)の言う

ように、「(医療で)大事なものは『illness experience』であり、患者は「生物学的に考えられるよりも、もっともっと1人ひとり複雑な体験を病気の時にしている」。患者自らが病いを語ることでのみ明らかになる複雑な体験を知ることができ、そこに本研究の意義の1つがある。

(3) 自らが病いを語ることと NBM の果たす役割

病いの語りと客観化

病いのナラティブは、症状そのものの辛さの訴えを含み、患うことによって起きてくるさまざまな体験全体に拡大していく。近づく死や老いを契機に自らの生をふり返りはじめる高齢者のように (Butler, 1963)、本研究でも、切迫して感じられる死や、以前の健康な自分にはもう戻れないという苦悩や絶望を契機に、これまでの自分を振り返るライフ・レビュー (life review) が起きている (図4)。

患者は、声が不自由だった一定期間、Aさんのナラティブを聴いている。患者は、その語りの内容に自分の病い体験を映し出し、自分自身の姿をそこに見ている。それは、自己対象に自分を鏡転移 (mirror transference) させ、自己を完璧に受容される経験をしているような心理体験と見なすことができよう。患者には、Aさんのナラティブで語られる経験が、患っている自分の経験と相似するものとして解釈されている。そして、患者側に、病いの経験がAさんになら理解してもらえるとという信頼感が、そのナラティブをとおしての時間の共有において生まれてきている。

さらに、患者には時間的余裕とプライバシーが守られる環境がある。自分のペースで安心して語ることができる聴き手の存在と時間的空間的環境があること、聴き手との間に信頼関係があることが、絶望し心理的な危機にあった患者を根源的に支えていると言える。

そのような環境で十分に語られる病いのナラティブにおいて、患者は自分を対象化し客観視する。受容的な環境において、患者が満足するまで病いのナラティブが展開されることによって、病気そのものや病いにどう対処するのが最もよいのかについて、患者自身が考えようとする。また、それを語ることで更なる客観化が試みられ、必要以上の感情の暴走を食い止めている。聴き手との間で病いのナラティブが行われることで、孤立していないこと、必要な支援が得られることを患者に実感させ、前向きな闘病を支えている。

ナラティブがもたらすものは、単なる登場人物についての知識ではない。お話の登場人物をとおして聴き手が生きる体験 (Greenhalgh and Hurwitz, 1998/2001) をしている。Aさんは、結果的に、患者にとって心理的に最も辛い時期に病いのナラティブの最高の聴き手となり、その相手以外には、例えば家族にも話さないようなパーソナルなナラティブは語られなかった。ナラティブは聴き手という存在、そのものの見方でどう語られるかが変わってくるのである (Greenhalgh and Hurwitz, 1998/2001)。

NBM の意義

「病いのナラティブの文脈を理解することは患者が抱える問題に全人的にアプローチするための枠組みを提供する。また、治療上の可能な選択肢をも示してくれる」(Greenhalgh and Hurwitz, 1998/2001)。急性期以後、患者の病いのナラティブを聞き、その整理に助力していくことは、患者自身に自分の問題の対象化・客観視を促し、患者自身に考えさせ

ることを用意する。そしてそれを医療スタッフに語り、医療スタッフは患者にとって最も望ましいことを探そうとする。そのことを患者側が知っているということに非常に大きな意味があり、患者の全人的な回復の仕上げに大切な支援となる。

本研究の場合も、医療スタッフは、その時間的制約のなかで、患者の病いの語りを聞くとはしてくれた。しかし、医師は、疾患が問題ない段階まで改善すると、病いの話を聴く時間を、より急性期患者の治療に優先しなければならない。このことは、患者には理性的に理解されても、心理的には受け入れ難い。患者の怒りや見捨てられ感を誘発し、自分がとるに足らない存在としか思えないようにさせるなど、否定的感情を呼び起こしかねない。急性期以降のナラティブでは、近い将来の社会復帰という課題の検討が始まる。そこには重病後の不安を誰かに受けとめてもらう必要があり、NBMの継続が望まれる。特に予後に何らかの障害や苦悩が残る場合、疾患の治療だけでなく、改善後も患者に対して継続的に行われるNBMの意義の深さは計り知れない。

(3) イニシエーションとしての病い体験

－経験の再現＝表象(representation)と自己理解－

ひとたび語られたナラティブは、記述モデルとなり、客観的に利用できるデータとなる。また、病いのナラティブは、単に病いの体験を他者へ報告する手段ではない。物語ることは、経験に形を与え、そこに内在された不安・エネルギー・緊張・衝動・抵抗・願望などが再現＝表象(representation;以後、再現＝表象はすべてrepresentationの意味とする)される(Good, 1994/2001)。

本研究での患者は、人生のライフサイクルにおいて、突然の発病で、自分の予想していた人生から一時的に退却を余儀なくされ、生命に関わる重大な病気という、「間隙＝裂け目」を体験している。その病いの体験は、病気によって引き起こされる未知のもの・不可知なものに満ちており、苦悩・苦痛・悲慘を患者にもたらしている。

病いの語りは、病いの経験が語られることで再現＝表象される時、患者の経験全体に形を与え、ストーリー化する。そして、現実を形成し直す。すなわち、病いは患者に苦悩・痛み・悲慘を与えるが、病いがナラティブとして変形される時、患者は自分の体験を、語りの中で「言語と経験を活性化しながら、創造的な反応」(Good, 1994/2001)をし、患者自身の過去や現在、考えられる未来についての思索を深めていく。そして、それをまた語りながら、病いの体験をストーリー(story)化していく(Greenhalgh and Hurwitz, 1998)。患い苦しむ人は、ストーリーの語り手というだけでなく、その物語的時間の進展につれて、絶えず自分や経験についての解釈・判断・希望・期待を変更しているのである。

本研究の患者の病気は、慢性の生活習慣病ではなく、生活習慣を改めていけば病気にならなかったというものではない。原因が特定できないからこそ、病気になったことでそれまでの自分の人生を根本的に問い直すことが始まっていると言えよう。

闘病中のネガティブな感情は、患者にとっての「間隙＝裂け目」であり、退院後の不自由な生活もまた、未知のもの、不可知なものに満ち、患者に苦悩・苦痛をもたらし続ける。

社会復帰後も苦悩や苦痛を経験している語り手は、病気になった当初からの病い体験の続きとして自分を自分自身や家族に語り、そうすることで病い体験の整理と再認識を行い、経験についての解釈・判断・希望・期待の変更を絶えず行っている。そのことは、語り手

を主体としての自己理解に向かわせ、退院直後の自分がまだ社会に適応できず、突然戻ったところの現実を受容できないでいることを認識させる。そうして否定的な自己像を持つようになるが、それも病いのナラティブの創造的反応のひとつであろう。その後もナラティブは引き続き行われ、共感的な環境のなかで語り手は何とか自分の現実を徐々に受け入れていけるようになり、わずかながら希望が芽生えてくる(図4、図5)。

病いのナラティブは、語り手の社会復帰後も、それまでの病いから連続された体験として再現＝表象され続け、熟成され、さらに創造的な反応を引き出す。そのようにして出てきた反応が、本研究の患者が退院後長期間を経てようやくつかみかけている、「自らの病いを含めての現実への受容」や「社会復帰後の自分に合った、新しい日常の創出への希望」なのではないか。

このように考えると、病いは、ナラティブの継続を通じて自己理解を深め、洞察や現実の受容をもたらし、自己の変容を導く。病いは、病気を契機に、それまでの日常からその人を分離し、闘病生活という非日常において過渡期に移行させ、病いを含めての自分や新しい現実の受容をもたらすイニシエーション (initiation、通過儀礼)⁶ のような意味を持っていると言える。

本研究の場合、患者の生死に関わる病気の経験は、死の疑似体験でもある。差し迫った死への恐怖、社会から断絶された孤立感や絶望など、その経験の重大さや深刻さは言葉では表わし難い。突然の発病で患者は日常から余儀なく引き離され、闘病という厳しい試練を経て治癒し日常に戻るが、そこで新しい現実と直面して再び苦悩する。現実を受け入れ、新しい自分を獲得していくことが望まれるが、そのような、次なる段階への移行は、医療者や患者本人の思い通りにスムーズには行かない。患者は、そのライフサイクルに突然訪れた、身体的および精神的苦痛を伴い、次なる段階への出口が見えないイニシエーションを経験させられ、移行への途中の段階を果てしなく続けることになる。

(5) 境界にいることの苦悩

本研究での患者は、病気の治癒後、「自分の体の支配者はもはや自分自身ではない感じ」を抱いている。今後も病いと向き合いながら生きていく患者は、先の見えない未来をこれからも見据えていかなければならず、(4)で述べた「病いを含めての現実の受容」や「新しい自分の獲得」には時間がかかり、いろいろな困難が伴うと感じている。

「病を持つ自己とはどのような自己なのか、社会の中でどのように生きるのか、はっきりせず、発症前の自己と、今後病気を抱えながら生きていく自己との間の先の見えない曖昧な境界の状況」(簗持, 2000)に、患者は立たされている。突然、死を意識させる病気を体験した患者は、その治癒後、病気の素因をどこかに抱えながら生活を再開する。それは、

⁶ 未開社会において個人が一つの段階から他の段階へと移行する時、それを可能にするために行う儀式のこと(桑原, 2004)。20世紀初頭、民俗学的に研究され、「分離—過渡—統合」という3段階の外的様式や構造が共通して見られる。宗教学者 Eliade (1958/1971) は、儀礼の参加者の内的経験やそこに見られる共通のシンボリズムの観点からイニシエーションを研究した代表的人物で、それらの社会では、よりよい人間になるためには繰り返し死んで、「始め」に戻ることが必要と考えられていたと述べている。イニシエーションは、内的経験を重視する深層心理学の間で通過儀礼に相当する総括的な概念として用いられ、象徴的に“死と再生”を意味し、個々人がそれぞれの成長段階において一つの決定的な境界を越えねばならない時、内的体験としてのイニシエーションを必要とする(高石, 2004)。

「治療さえすれば、病気の恐怖から完全に解放される」ということを意味しない。どんなに自分が生活改善や健康維持のための努力をしても、不安や不可知な相手(病気)への恐怖が常につきまとう。

病いを患うことは、病いを背景にした自分の人生に向き合わざるを得なくなる。特に、「命の危機に直面すると同時に命を救われるという人生の意味を根本的に問われる様な体験」(篠持, 2000)をした患者は、その経験の重大さや深刻さに極度の動揺を体験し、治癒後も、発症前まで機能していた自分を簡単には取り戻すことができず、長く不安定な、「境界にいる苦悩」の体験をし続ける。

病いと向き合い、病いとともにとどのように生きていったらいいのか、それを探すことは苦痛を伴う。そのような、本研究で患者が感じている「境界にいることの苦悩」は、末期患者の4つの苦痛⁷のなかで、「霊的苦痛 (spiritual pain)」に近いと言えるのではないかと。「霊的苦痛」は、「生きている意味や価値、目的についての関心や懸念と関わって生じる苦痛」であり、本研究での患者が感じている「境界にいることの苦悩」とスピリチュアル (spiritual) なレベルで共通性がある。病気が治癒した後も「境界にいることの苦悩」が続く患者に対して、病いのナラティブは、患者本人を心理的に支え続けるという意味で、その果たす役割は非常に大きい。

さらに、このような「境界にいることの苦悩」は慢性の生活習慣病者の場合でも見られ、患者は、病気をきっかけに自分を見つめ直すことを始める。病気を起こすような生活習慣を続けた自分に罪悪感を持つようになり、今後の生き方を模索し始め、それまでの自分との葛藤を抱えながら長い不確実な過渡期を経験することになる(野並ら, 2005)。

また、生活習慣病の病状の変化と患者の語りの関係には何らかの相関が見られ、患者のナラティブを受けとめることが病状の改善に一定の効果を上げている(和田, 2001)。このように見てくると、慢性の生活習慣病者の場合も、急性の重篤な病気の患者の場合でも、患者のナラティブを継続的に聴くことの治療的效果には、疑問の余地はない。

7. まとめ

本研究では、自らの病いのナラティブを記述し、その心理的プロセスには、衝撃、不安、否認、孤立、怒り、取引、抑うつ、受容の諸段階が見られた。患者の心理的プロセスには、いくつかの段階が同時に存在したり、繰り返し何度も現れたりするなど、病状や環境に応じて著しい変化が見られるという特徴があった。重大な疾患の闘病を経て、社会復帰をめざす患者は、病いを自分の生の「間隙＝裂け目」として体験し、社会復帰以後も、「境界にいる苦悩」を抱き続ける。万全でない体調で社会復帰をめざす患者は、必要に応じて病いを語り続ける。病いを語ることは、患者が自分の病いを客観視し、病いを契機に人生の意味を問い直す作業でもある。患者の心理的プロセスは、闘病から社会復帰以後にかけて、現実に適応しようとする患者が様々な経験をし続けることを示している。従って、病いの

⁷ 末期患者にとって死に対する恐怖のなかでも苦痛 (pain) が増すことへの恐怖が最も大きい。末期患者は身体的 (physical)、心理的 (psychological)、社会的 (social)、および、霊的 (spiritual) な苦痛に直面し、それらを総合した全人的苦痛 (total pain) に苦しんでいる (医療倫理 Q&A 刊行委員会, 1998)。

ナラティブが継続的に行われることは、心理的に患者を支え続けるという治療的意味をもち、病気の急性期から快復期、そして予後を通じてNBIMはEBMを補完するものとしてその意義は非常に大きい。

医療の高度な情報化やインフォームド・コンセントの考え方は、患者側にも治療への参加や自己決定を求めている。情報を集め、生命の危険と向き合いながらも治療に励み、病気を抱えながら社会復帰をめざす患者が今後も増えていくであろう。

患者同士は劇的に理解しあえる。病いについて、共通の体験や認識をお互いのなかに見出すのであろう。医師や家族は話を聴いてくれ支えようとしてくれる。しかし、患者はもっと複雑な体験をしている。患者は、そのプライバシーが守られ、ひとりの個人として先入観なしに自分の話を聴いてもらう必要がある。ニュートラルな立場で病いのナラティブを聴いてくれる心理臨床的な専門家が、末期患者に対してだけでなく、より広域な医療の現場においても果たすべき役割があるのではないだろうか。

なお、患者の心理的プロセスは、患者を取りまくあらゆる状況によって異なり、また、患者自身のパーソナリティによっても違ってくる。病いのナラティブの客観的な分析は今後の課題である。

付記：上記は、2006年2月に徳島大学大学院人間・自然環境研究科（臨床心理学専攻）に提出した修士論文を一部加筆修正したものである。闘病中から社会復帰後にわたり、温かく見守り支えてくださった指導教授をはじめ、すべての関係者の皆様に深く感謝いたします。

【引用文献】

- Armstrong, L. 2000 *It's Not About the Bike. Putnam's Sons* [アームストロング, L. 安次嶺佳子 (訳) 2000 ただマイヨ・ジョーヌのためでなく 講談社]
- Butler, R. N. 1963 *The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged, Psychiatry*, 26(1), 65-76
- Deeken, A. (デーケン, A.) 1996 死とどう向き合うか 日本放送出版協会
- 江口重幸 2001 病いは物語である 精神療法 27(1) 30-37
- Eliade, M. 1958 *Birth and Rebirth* Harper & Brothers Publishers
[堀一郎 (訳) 1971 生と再生ーイニシエーションの宗教的意義ー 東京大学出版会]
- Good, B. J. 1994 *Medicine, Rationality and Experience: An Anthropological Perspective* Cambridge University Press [江口重幸・五木田紳・下地明友・大月康義・三脇康生 (訳) 2001 医療・合理性・経験ーバイロン・グッドの医療人類学講義ー 誠信書房]
- Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (Eds.) 1998 *Narrative Based Medicine: Dialogue and discourse in clinical practice* BMJ Books [グリーンハル, T. & ハーウィッツ, B. (編) 斎藤清二・山本和利・岸本寛史 (監訳) 2001 ナラティブ・ベリスト・メディスンー臨床における物語と対話ー 金剛出版]
- 旗持知恵子 2000 心筋梗塞を発症した成人病者の病の意味ー病者の説明モデルとしての語りから読み取れる意味ー 山梨県立看護大学短期大学部紀要 6(1) 13-24

- 医療倫理 Q&A 刊行委員会 (編) 1998 医療倫理 Q&A 太陽出版
- 柏木哲夫 1983 ターミナルケアとホスピス 臨床精神医学 12 (8) 959-965
- 柏木哲夫 1997 ターミナルケアにおける精神科的課題 高橋祥友 (編著) 精神医学から考える生と死-ターミナルケア・自殺・尊厳死- 金剛出版 20-32
- 勝見吉彰 1996 末期癌患者の内的体験に関する一考察 心理臨床学研究 14(3) 299-310
- 河合隼雄 2001 心理療法における「物語」の意義 精神療法 27 (1) 3-7
- 川戸圓 2000 実体験としてのイニシエーション 河合隼雄 (編) 心理療法とイニシエーション 岩波書店 151-190
- 岸本寛史 1996 悪性腫瘍患者の語り 心理臨床学研究 14(3) 269-278
- Kleinman, A. 1988 *Suffering, Healing and the Human Condition* Basic Books [江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) 1996 病いの語り-慢性の病いをめぐる臨床人類学- 誠信書房]
- 国立がんセンター がんの統計-西暦 2020 年の我が国のがん罹患に関する統計 <http://www.ncc.go.jp/jp/statistics/2005/index.html> 2006.09.01
- Kubler-Ross, E. 1969 *On Death and Dying*. Macmillan [キューブラー・ロス, E. 鈴木晶 (訳) 1998 死ぬ瞬間-死とその過程について- 読売新聞社]
- Kubler-Ross, E. 1974 *Question and Answers on Death and Dying*. Ross Medical Associates, S. C. [キューブラー・ロス, E. 鈴木晶 (訳) 2005 「死ぬ瞬間」をめぐる質疑応答 中央公論社]
- 桑原知子 2004 「ライフサイクルによる対象」氏原寛他 (編) 心理臨床大事典 培風館 760-763
- 中川米三 1994 医療のタテマエとホンネ かもがわ出版
- 野並葉子・米田昭子・田中和子 2005 2型糖尿病患者の病気の体験の自覚化-ライフヒストリー法を用いたナラティブアプローチ- 兵庫県立大学看護学部紀要 12 53-64
- 佐々木久長 1999 ターミナルケアと死の受容 志賀令明・岩崎洋一 (編著) 看護のこころ 患者のこころ 福村出版 211-221
- 杉村隆 2005 自らががん患者となって-私の胃全摘とその後:がん研究と臨床の明日に想いを致す- 哲学書房
- 高田知恵子 1995 障害受容に困難をきたした思春期患者への心理的援助-視覚障害により抑鬱、拒食、拒薬を呈した思春期脳腫瘍患者- 日本教育心理学会総会発表論文集 37 257
- 高石恭子 2004 「通過儀礼」氏原寛他 (編) 心理臨床大事典 培風館 1308-1310
- 上野郁子・大原健士郎 1983 末期がん患者の心理と精神的援助 臨床精神医学 12 (8) 949-958
- 和田聡子 2001 糖尿病患者に対する臨床心理学的アプローチ-ある2型糖尿病例への試み- 心身医学 41(8) 627-633
- 柳原和子 2006 百万回の永訣-がん再発日記 第3版 中央公論新社

(2006年10月6日受理)