

死別とグリーフに向き合う

——他者へのケアとセルフケア（二）

キャロル・ウオグリン

山崎 浩司 訳

一 死別者へのセラピー

グリーフの途上にある者と向き合うときに大切なのは、これまでの研究によれば、ノーマル・グリーフに対する専門家支援の効果は未知数であるのを忘れないことだ。専門家によるノーマル・グリーフに対する介入が、死別者に大きな利益をもたらすという確たる証拠はない。ただし、グリーフが複雑化したときの専門家による介入が、確かにプラスの変化をもたらすことは、最近つとに多くの文献で指摘されるようになってきている。複雑化したグリーフへの介入に認知行動療法やナラティブ・アプローチを活用したものは、よい結果を生み出しつつある。しかし、この領域については、まだわからないことが多い。

留意すべきは、これまで専門家の介入の効果を示している文献の多くは、うつ病、怒り、あるいは生活機能など、必ずしもグリーフと同義でない要素を測定した研究に基づいているということだ。長期にわたって、

もつと正確にグリーフの実際の過程を反映したかたちで測定している研究は少ない。そうした研究では、苦悩意味づけ (meaning making)、喪失後の成長、そして回復力^{レジリエンス}といった要素が測定されている。

グリーフと向き合うのはつねに困難なことだが、喪失のタイプによつては、しばしばさらなる難題をもたらすものがある。これらをここで挙げておきたいと思う。というのも、これらの喪失のタイプは、専門家による支援を要請することになる可能性が高いからだ。

● 精神病の病歴がある——以前からうつ病やほかの精神的問題を抱えている者は、援助なしで大きな喪失を受け止められるだけの内的資源をもっていないことが多い。たいていの場合、精神的な困難と向き合うだけで、すでに自分のもつエネルギーと対処能力のすべてがつき込まれてしまっている。大きな喪失による負荷は、彼らの対処能力を圧倒してしまう。

● 幼少時に愛着について困難な経験がある——幼少時に愛着にもとづく関係を十分に築けなかった場合、グリーフと向き合つてゆく過程でふつう以上に困難に直面する、という見方を支持する研究が増えている³。自分自身に、そして関係性のなかの自分に自信がもてなければ、人は自分に要求されていることをやりきるのは特に難しい。幼少時の人間関係に問題があつて愛着が不足している者が、その後の人生で誰かと強い関係を育んでそれを確実にしていき、最後にその人物を喪つてしまうとき、グリーフが複雑化するリスクは高い。

● 社会的孤立、社会的支援の不足——社会的支援がグリーフと向き合つていく過程で重要なことは、よく知られている。社会的支援が不十分だと、人の苦悩は大きくなる。さらに言えば、社会的支援のネットワークが不十分であるということは、往々にして他者と関係を築くのが下手であることを意味している。他者

と継続的・支援的な関係を築くのが不得手な者は、たいてい死別によるストレスの対処もうまくできない。

●公認されないグリーフ——死別後の社会的支援が不足しているもうひとつの集団は、公認されないグリーフに直面している者たちだ。理由が何であれ、ある喪失がその者の属する社会で重要視されない場合、それは公認されていないと言える。このタイプの喪失の例をいくつか挙げると、公にされていない親密な同性関係における相手の死、中心的な愛着の対象であったペットの死、または不倫関係における親密な相手の死などがある。公認されない喪失は、死別者が社会的支援なしで喪失と向き合うことを余儀なくする。また、彼らの苦悩体験は、誰にも気づかれることも認められることもない。

●トラウマ（心的外傷）——死亡の原因が自殺か、殺人か、事故死か、病気による突然死かにかかわらず、トラウマ的な死は、グリーフの過程に余分な要素を加えてしまう。トラウマは人の対処能力を圧倒する傾向がある。それは世界が安全であるという基本的な安心感を脅かし、世界は予測が成り立つ場所であるという根本的な前提を粉碎してしまう。さらに、過去にトラウマ体験のある者は、大きな喪失によって昔の体験を思い出し、トラウマ反応を再発させる可能性がある。

●度重なる喪失——われわれが築く人間関係は、それぞれが無類のものだ。そして、本稿の第一部で論じたように、ひとつひとつの喪失は、それぞれ別の仕方であれわれのアイデンティティーを変容させる。複数の死別が同時に間を置かずに起きるとき、必要とされる経験の意味づけや物語の再構成のレベルは劇的に高くなる。そうなると、死別者の対処能力は簡単に圧倒されてしまいかねない。

●予期しなかった死——子どもの死は、まちがいなく死別者に大きな困難をもたらす。というのも、それは自然の秩序に反するからだ。子どもは親よりも長生きするはずの存在である。親は子どもを守ってやれる存在のはずである。こうした基本的な関係性と想定された世界が、子どもの死によって劇的に破壊される

と、意味づけと物語の再構成はたいいとも難しいものになる。

● 若くして配偶者を亡くす——私自身の臨床実践でよく遭遇するのは、若くして未亡人や男やめとなった、幼い子どものいる親たちである。こうした死別者は、自分が非常に悲嘆しているにもかかわらず、子どもの世話をしなくてはならない。彼らは、日常的な家事や親としての責務を果たさねばならないだけでなく、亡くなった片親の死を子どもが悲しんで傷ついているのを見守り、それに耐えねばならない。子どもの生活をふつうに戻せない無力感に苛まれながら、自らの喪失の痛みに向き合うことは苛酷である。

グリーフに対するセラピーで必要なスキルの多くは、ほかのすべてのセラピーで必要とされるものと同じである。ただし、グリーフへの対処に特有な留意点はいくつかある。まず大切なのは、グリーフへの対処の場合、「われわれ」と「彼ら」という区別は通用しない。患者やクライアントが抱えている問題は、われわれの問題でもある。われわれ誰もが愛する者を失った経験があるか、これからそうした経験を知ることを知っており、さらに自分がいつか死ぬことも知っている。この知こそが、他者のグリーフに対して効果的かつ共感的にわれわれが力になる資格を与えてくれるのだ。

しかし同時に、この事実こそが、われわれが足をすくわれるリスクをもつとも高める。忘れてならないのは、われわれはクライアントがいま置かれている立場に、いつ自分が置かれても不思議ではないということだ。クライアントは、一本の電話、ドアのノック、医師の診断などによって、愛する者や想定された人生物語から、一挙に反対側の世界に投げ出されてしまった瞬間を経験している。そしてわれわれは、心のどこかで、それがいつか自分にも起きることを知っている。自分の子どもが突然死んでしまったり、心臓発作で配偶者が亡くなってしまうたり、親ががんと診断されてしまったりということは、われわれにも起こりうるのだ。この事

実につねに意識的であれば、当事者に対して親密かつ共感的でいられる。ただし、この意識が同時にセラピーをととても難しくしてしまう側面もある。なぜなら、自分自身の脆さや非力さ、また過去の辛い体験にまつわる感情などが、喚起されてしまう可能性があるからだ。

もうひとつグリーフ・セラピーで忘れてならないのは、強度の精神的苦痛とストレスが、その者が直面せざるを得ず、人生において避けて通れないものである状況では、セラピストとしてできることは多くない、ということだ。グリーフにおいては、単に我慢しなければならぬ部分は多い。しかし、ときに、グリーフによる痛みや苦悩と絡みあったほかの要素が、新しい自分と新しい世界をクライアアントが再構成するのを妨げてしまうことがある。セラピストは、そうした困難を彼らにもたらしめている部分——愛着にかんする問題、人格障害、うつ病やほかの精神疾患など——を探り出していくのに長けていなければならない。そして、クライアアントのグリーフ・プロセスと意味の再構成の発展を支援しながら、こうした問題を明確にしていく必要がある。

事例研究 (一)

ここで、私が何年間かセラピーでかわった女性の事例を紹介したい。彼女には、複雑化したグリーフが生じやすくなるようなリスク因子が多く認められた。

キャロラインは四三歳の女性で、夫のマイクが五年間のがん闘病のあとにホスピスに入ったとき、セラピーを開始した。マイクは、彼女がセラピーを開始してから八ヶ月で亡くなった。彼女は夫の死後二年半経って、州外へ引越すまでセラピーを続けた。はじめてキャロラインに会ったとき、彼女は夫の看護による疲労、彼が変わってしまったことや「もう彼を失ってしまった」ことへの嘆き、また一方で彼を喪うという考えに感情的に抗うことのくり返し、彼の死とその後の自分の人生に対する恐れ、さらに彼の病いに苛まれながら生きね

ばならない日々が終わることへの望みなどに、おもに悩みが焦点化されていた。

キャロラインは一人っ子で、子ども時代は非常に孤独だった。彼女によれば、両親は批判的な人間で、気持ちよくしてくれるタイプではなく、彼女を「感情的すぎる」、「要求が多すぎる」、「気性が激しすぎる」と見ていた。さらに、彼女は子ども時代に虐待を受けていた。十歳で飲酒を始め、高校時代から二十代半ばまでは大量のアルコール摂取と薬物使用、性的乱交、破滅的な交際関係が続いた。二五歳でアルコホーリック・アノニマス(AA)⁴に入り、すべての薬物とアルコールをやめた。キャロラインはその会でマイクと出会った。つきあい始めて最初の数年は困難に満ちたものだった。というのも、彼女がとにかく人を信頼できなかったためだ。しかし、マイクはキャロラインが彼を信じなかったり、わざと試したり突き放したりするのを耐え抜き、最後には彼女の愛を勝ちとった。彼らは一緒に大学に戻っただけでなく、キャロラインはマイクの支援と応援によつて大学院にまで進学した。

彼女が三六歳のとき、マイクはがんと診断された。その後の五年間はとても困難ながん治療の連続であり、彼は骨髄移植を受けたが多くの合併症を併発し、薬剤による精神病で暴力的になるなど治療に対する拒絶反応もあった。最終的に、マイクの死は非常に苦難に満ちたものになってしまった。何ヶ月ものホスピスケアにもかかわらず、彼の疼痛は抑制しがたく、最期の数週間は強度のストレス、見当識障害、そして錯乱が続いた。

こうしたすでに困難な状況をさらに複雑にする出来事があった。マイクが亡くなる二年ほど前から、キャロラインはヴァルという女性とともに親しくなった。彼女にとってヴァルは、はじめてできた親密な同性の友人だった。ヴァルはキャロラインの一番の支援者となり、特にマイクが末期となつて亡くなつていった数ヶ月間は大きな支えとなった。ところが、マイクの死から二ヶ月後、今度はヴァルが交通事故で亡くなつてしまった。ヴァルの死によつて、キャロラインは残された唯一の親密な存在を失つただけでなく、彼女とマイクの関係や、

彼女がマイクを最期まで看取ったという事実を記憶してくれていた存在を、失ってしまったのである。

キャロラインは多くの強さを兼ね備えた女性で、洞察力があり、賢く、明晰で、感性豊かで、機転が利き、とてもユーモアのある人だった。彼女の当初の自己認識は、マイクにしか愛されない人間というものだったが、彼女は十分に人と関係を築き、つながっていた。確かに人間不信な面があったが、人の気持ちをくむ資質をもっていた。

既述の死別への対処行動の二重過程モデル⁵は、キャロラインが直面した困難を体系的に理解する格好の枠組みを与えてくれる。マイクの死から二年以上ものあいだ、キャロラインのおもな指向は喪失のほうに向いていた。

●グリーフワーク——起きている時間のほとんど、そして寝ているときに見ている夢の多くが、悲しみ、怒り、ときには後悔を、幾度となくくり返すことに費やされていた。時間と労力の多くが、砕け散ってしまった世界の理解と、押し寄せてくる感情への対処を試みようとすることに費やされた。

●侵入的悲嘆（グリーフの襲撃）——キャロラインは休暇を取って仕事を休んだ。なぜなら、彼女のグリーフが、それ以外のことに気を向けさせることを片ときも許さなかったからだ。また彼女は、たとえ彼女を支えてくれる者たちとであつても、予定を立てることに戸惑いがちだった。というのも、彼女は押し寄せる感情に圧倒されてしまうことが多く、予期と一貫性をもつて、外の世界と関係をもつエネルギーも力もなかったからだ。

●再適応による変化の否認や回避——キャロラインは、昔のままの人生——「選んで欲した人生」——にしがみつこうと必死にものごいた。一歩前に踏み出し、心身ともにシフトして希望や楽しみを見いだしたか

と思えば、自分がそうせねばならないという事実には再び腹を立て始め、喪失前の人生以外何もいらないと言ったりした。彼女は何度もマイクとヴァルを裏切っていると感じて苦しんだが、それはいつも彼女が自分の将来について関心をもったり前向きになったりしたときだった。あるとき、彼女が自尊心、期待感、前向きさを自分のなかに認めることから後退してしまい、裏切りの感覚を抱えていたときに、どんな気持ちなのかを私が尋ねると、彼女は泣きながら、「彼ら「マイクとヴァル」なしでのうのうと人生を送るなんて、私はなんてひどい人間なのかしら」と答えたのだった。

再適応におけるストレス因子は、キャロラインにとって非常に厄介なものだった。

●新しい役割とアイデンティティーを築く——もともと中心的な問題は、キャロラインがマイクとの関係以外では統合的な自己感をもてないことだった。子ども時代の彼女の自己認識と自尊心は、親との問題を抱えた関係性のなかで形成されていき、その結果愛着は不安定なものとなった。その後に彼女が抱えた人間不信、そしてマイクに対する執拗なまでの依存は、不安定な愛着パターンの表れである。マイクの死がキャロラインにもたらしたのは、彼との関係以外で、正常な大人として自分自身または自分の世界を認識できない苦悩であった。彼女には自分をつなぎとめるものがほとんどなかった。彼の死後に仕事は変わり、もともと子どもはいず、両親との関係はとても疎遠で会っても衝突が絶えないうえ、兄弟もいなかった。さらに、おもにA Aを通じて人との幅広いつきあいがあったが、ヴァル以外に特に親しかった者もおらず、そのヴァルもマイクの死後すぐに喪ってしまった。

●新しいことを始める、グリーフから気をそらす、グリーフを回避する——これらすべてをキャロラインは

頑なに拒絶した。彼女は自分の人生を変えたがらなかった。新しいことを始めれば、それだけマイクからいま以上に引き離されてしまうことを、彼女は恐れたのだった。

キャロラインにはうつ病の病歴があり、私と出会う十年前にはそのために入院していた。しかし、マイクそしてときにヴァルに対する強烈な思慕、死の受容の回避、そして長期にわたりさまざまなレベルで社会的に機能する力を失ってしまったこと——こうしたキャロラインの症状は、複雑化したグリーフに分類されるものだったと言える。ただ、こうした症状に付随して、ときにうつ病がひどくなったことはあった。そうしたとき、彼女の絶望感は深まり、自尊心は貶められ、虚無感と無力感が広がり、人との交際によって安心感を得られることはほとんどなく、逆にそうした交際を避けようとさえした。マイクの死後約二年間、キャロラインは慢性的に自殺傾向が強く、ときには実際に行動に移そうとした。この間、何度か彼女を入院させる一歩手前までいったが、最終的にそのレベルの介入は必要なかった。

キャロラインのうつ病と絶望が強まるにつれ、ときに私自身の無力感や絶望感が強まるのを感じることもあった。私はときどき、頭のなかでチェックリストを上から順に読み上げながら、どんな選択肢があるのかを自分自身に対して確認せねばならなかった——

- そう、彼女の症状には複雑化したグリーフ以外にうつ病も見られる。
- そう、悪化している。われわれに何ができるのだろうか。
- 投薬——精神科医に確認すること。ただし、過去の病歴から、私も彼女自身も薬によってコントロールできることは限られているのはわかっている。

● 入院——彼女は自殺念慮があつて実行したいという意図も見られたが、自分の命の安全を守るとりきめを

私と交わすことはできた。私は、彼女が自殺を実行に移す危険性を感じたときには、私と交わしたとりきめを守る力が彼女にはあることを信じている。

●彼女がもっている支援の輪を活用する——彼女が必要なきにそばにいたい、そばにいられるとはつきりと思ひ表示できる友人がいれば、その人たちに助けを求めるよう彼女を促そうと思う。

●認知行動療法的なアプローチを活用し、彼女のうつ病を悪化させたはずんだ思考に対処する。しかし、彼女のうつ病がひどかったときは、このアプローチの積極的な活用に対して拒絶的だった。

この確認の結果残ったものは、私がもつとも大切と考える事柄だった。ただし、それらはときに意識的に思ひ出さねばならないものであった——彼女とともにいること、傾聴すること、そして聴いたことを大事にすること、である。

セラピীর課題

死別者の支援をする専門家には、いくつか取り組むべき課題がある。まず、クライアントのために希望を捨てないこと。ある者の世界が特にセラピ―が必要なほどに粉々に壊されてしまった場合、その者はたいいてい未來に對してどんな希望ももてないことが多い。一般的に、セラピストが希望を言葉にすることは不必要か、またはやめておいたほうがよいこととされていゐる。というの、そうするとクライアントに對する共感上、大きなブレーキになつてしまふ可能性があるからだ。しかし、希望はあるという認識を治療者が保つことは、助けになるし治療においてそれなりの役割を果たしてくれる。

キャロラインは、私に何度も本当に彼女がまた人生に對して前向きになれると信じているかどうかを尋ねた。

それに対して私は、正直に「ええ、信じているわ」と答えた。彼女は、明らかに親密で発展的かつ持続的な関係を築く力をもっていた。人はこうした能力をひとたび獲得すると、たとえときにそうした力を失ったように見えるときでも、決して失うことはない私は信じている。キャロラインの問いかけに対して私がはつきりと答えを口にしたのは、彼女が面と向かつて尋ねたからだ。しかし、彼女がもつとも暗く絶望していたときには、私は何度も自分の希望に対する信念、改善過程に対する信頼、そして彼女の強さと能力に対する信頼を自分に再確認せねばならなかった。彼女がこの厳しい状況から抜け出すことを私は信じていた。なぜなら、何人もの人びとがそうできたことを、私はこの目で目撃してきたからだ。多くの者が自ら苦況を乗り切れるということは、人間精神のなせる業であり強さである。この点を自覚することは、治療の過程を助け、希望を失わず、クライアント自身が希望を抱けないときにも支えとなる。

もうひとつ死別者に対するセラピーの課題として挙げられるのは、グリーフによる痛みを病的にとらえずに、クライアントが困難を覚える要素をきちんと割り出すことである。キャロラインが経験していたグリーフにまつわる感情の多くは、ノーマル・グリーフによるものだった。しかし、それらは彼女が抱えていたアイデンティティー上の困難、マイクとの関係以外における自尊心の欠如、うつ病などによって複雑化していたわけで、こうしたものは同定されねばならない。

治療的介入

人は誰でも、どのように自己認識を築くのか、自身の人生物語を構成するのかについて、主要なテーマをもっている。グリーフに対する治療的介入を実践するとき、クライアントにとって困難のもととなっている主要テーマに、耳を傾けるべきである。キャロラインにとっては、自分の性格が激しすぎて人びとを追いやって

しまうという自己観、それとマイクとの関係以外で自尊心がもてない、といったことが主要テーマだった。ときが経ち、自身の目から見ても良好な自己認識を彼女が築き始めたころ、まさにそのことが裏切りの気持ちをもたらし、彼女の立ち直ろうとする姿勢が影をひそめてしまうことがあった。私はこれを、何かが一步前進したときによく起こる反動ととらえた。だが、私はときどき確かに、彼女が元氣になったと喜んだのもつかの間、がっかりさせられた気分になったりもした。

こういうときはやはり、キャロラインの恐れと痛みを共有しようとすると同時に、心のなかで、ほんの少しだが彼女が垣間見せた新しい自分への期待を捨てないことが必要だった。ときが経ち、彼女が十分に安心かつ安定したとき、彼女は垣間見せた新しい考え方や感情をまた表出し、そのたびにどんどんとそれらに慣れていくはずだと私は信じていた。

キャロラインが、「能力があり、物事を完遂でき、親切な人間だ」という自己像は、マイクただひとりのなかにしかなかった」と、とても固く信じているのを見るのは、私にとつてときおり辛いものだった。彼女をそのように見てくれたのはマイクであり、彼との関係を通して彼女ははじめて、自分をそのような人間としてみることができたのだった。彼女はよく、「彼の目から見て私はあんなだったの。彼なしではああいいう私であることはできないのよ」と言っていた。

クライアントの語りを聴くにあたつて、その語りが特に問題を含んだものである場合に役立つのは、「昔の声」に耳を傾けることである。「昔の声」とは、その者が若いときに内面化した昔のメッセージで、ある行為を思いとどまらせたり、逆に足をすくつたりするものである。こうした昔のメッセージが語りのなかに認められるとき、それを考察し、それがどこから来たのか、そしてその者のいまの人生物語にそれが当てはまっているのかを理解しようと努め、必要ならばそれに挑むといい。たとえば、キャロラインは若いころ、彼女の「気

性の激しさ」が人を遠ざけ、彼女を孤独にしようとしたと教えられた。さらに、学業やキャリアの成功も孤独を招く——というのも、女性には自分の欲求、能力、才能を押し殺して男性と生きるか、あらゆる人間関係を代償に成功を目指すしかないから——とも、彼女は論された。彼女は、自分の成功とマイクの病氣や死のあいだに因果関係はないと頭では理解していたが、感情的にはそこに関連性がないことをなかなか信じられなかった。こうした感情的な経験は、ヴァルの死を境に色濃く表れ、未来に希望をもつ自分と自分は責められねばならないという念とのあいだを揺れ動くにつれ、何度も表出された。

「昔の声」に耳を傾けるにあたつては、「より静かな声」に耳を澄ますことも役立つ。「より静かな声」とは、その人の一部としてそこにあるのだが、気づきにくく活かしにくい側面のことである。この声は、クライアントが自分の人生を理解するためにそれを活かすようには、すんなりと人生物語の一部として組み込まれない。キャロラインはセラピーを通して、だんだんと自分もっている多くの強さに気づけるようになり、（私にもそれらを気づかせ）それらを活かしたがるようになった。自分の人生は逆境に満ちていたにもかかわらず、彼女はとても強い回復力をもっていた。また、彼女は両親が嫌っていたにもかかわらず、自分の気性の激しさを好きになった。彼女はそれが自分の一部としてつねにあり、マイクやヴァルとの関係を豊かなものにしていくことに気づいたのである。

私の目には、彼女は苦しんではいるが、多面的で多くの強さもった女性と映っていた。一方、彼女の目には、自分は統合的な自己像を完全に失つてしまい、なんとか自己と、自分が認知でき、信頼でき、何らかの体系を備えている世界を取り戻そうとものがあることを思い出さねばならなかった。これら二つを並べて把持することは重要で、いまだには、根本的な違いがあることを思い出さねばならなかった。これら二つを並べて把持することは重要で、それにより彼女の視点から乖離しすぎに済んだ。そして、必要に応じて、私のキャロライン像を彼女が活かす

ために提供することができた。彼女が（本当に自覚的に言ったのかどうかはともかく）私に話してくれて、私だけが知っている彼女の一面について私が言及すると、彼女はよく一瞬動きを止め、頷き、静かに「そうね」と言うのだった。それでも、彼女がこうした側面を自分のものとして認めるのは、容易なことではなかった。というのも、彼女はマイクとの関係のなかで存在する自己像をもっており、それに強い愛着を抱いていたからだ。彼女自身のこうした見方を打ち出そうとすることは、再編適応によつて新たなアイデンティティーを構築すること——それはキャロラインが欲していると同時に抗いたいこと——と衝突してしまっていた。

それから、クライアアントが苦悩に満ちた立場から脱却するのを拒絶するとき、考慮すべき重要な問いは、「何を失うと考えているのか」というものである。人が悲嘆に暮れているときに見られる変化への拒絶の裏には、喪つた愛する者を手放すことで、さらなる喪失が起きるという感覚が往々にしてある。キャロラインはまさにそのケースだった。しかし、ひとたびこの恐れが言語化されれば、それは検討できるし対処もできるようになる。

具体的手法

セラピストとしての役割のひとつは、クライアアントに自分の物語を違つた視点から見る機会を提供することだ。クライアアントがそうした機会を活かすとき、セラピストはクライアアントの新たな世界における彼自身の経験と、故人との関係を修正したいという彼らのニーズに対処することになる。以下の介入は、クライアアントの語りの再構成を促進するのに役立つテクニックの例である。

強調すべきは、クライアアントが何を素材に話しているかと、彼がその素材とどのように向き合っているかが、どういった介入戦略が選ばれ実践されるべきかを決めるうえで決定的に重要であるという点だ。何か万能の手

法があるわけではないし、あらゆる手段を特定の人に一定期間押しつけるような先入観をもつべきでもない。

キャララインに対するセラピーでは、私はときに認知行動療法的な課題を彼女に課し、自分が信じ込んでいることに対して挑んでみさせた。たとえば、あるとき彼女は自分のよさはマイクの目にしか映らないという考え方に強く傾いてしまったが、私はそのとき彼女に宿題を課し、もし彼女がマイクだったら彼女の長所として何を挙げるかを考えて、次のセッションまでに列挙してくるように指示した。

次のセッションでは、リストを上から順番に二人で確認していき、その過程で彼女は距離を置いてそれぞれの長所を読んでみて、自分の解釈について私と話し合った。さらに私は彼女に、これまでの話で分かち合ってくれたことで、彼女のもっている特質をプラスに評価したのももリストに加えるよう促した。

その翌週の宿題では、リストからいくつかの項目を選び、これらの資質を活用するか助けとなることを、少なくとも二つするように指示した。彼女がやろうと腹をくくったことには、とても些細で私的なことを、少なうのもあった。

その次のセッションでは、それをやってみて感じたことを話し合った。この訓練は、キャララインに異なる自己像を認知するよう促しただけでなく、以前はマイクだけが知っているとされた彼女のさまざまな側面を、自分ももっていたことに気づかせることができた。

事例研究 (二)

これまで挙げた以外の手法について論じるために、もうひとつ、複雑化したグリーフで苦しんだ女性の事例を紹介しよう。

マリリンは六〇歳の女性で、父親の死後一年半経ったときにセラピーを開始した。彼女は、日常的に機能で

きなくなるほど、感情のコントロールで困難をずっと抱えていた。彼女の父親は、亡くなる六年前からアルツハイマーを患い、最期の四年間は特に困難に満ちたものだった。

マリリンは一人っ子で、家族の結びつきは強かったが、どこか閉鎖的な感じのある家族だったと彼女は言う。彼女は父親をひとりで介護しようと、二時間かかる所に離れて住んでいたにもかかわらず、毎日父のもとに通っていた。亡くなる一年半前、父親の認知症はかなり進行し、ひとりで生活させるには危険なほどになった。彼は頑として彼女の家に移ることを拒否し、また、現実的に言っても彼女の家の物理的な構造上、一緒に住むことは難しかったので、マリリンは父親を二四時間介護つきの居住施設に入居させた。

父親は、もともと家での孤独な生活を決して楽しんではいなかったが、新しい住環境についてもやはり不満だった。マリリンは、父をそこに入居させたことについて、強い罪悪感に苦しんだ。居住施設での一年半の生活で、父親はいくつもの病気を発症し、結果的に何度も入院することになったうえ、一度は激しく転んで手術するはめになった。こうした医療的な問題が起こるたびに、マリリンは父親に対して積極的な治療がなされることにこたわった。それでも最期には、父もそれを望まないだろうと経管栄養を拒否した。しかし、その時点で彼女は彼の看護に疲れ切っていたため、自分の決断は父を思っただけではなく、自分のためにしてしまったのかもしれないという恐ろしい考えに苦しめられた。

マリリンはもともと、父親の死に対する悲しみと、彼を十分に看護できなかったという自責の念を抱えてセラピーを受けにきたのだが、セラピーを続けていくうちに、長期にわたって彼女に内在していた別の不安が絡んだ、複雑化したグリーフが露見し始めたのだった。セラピーの焦点となったのは、以下の項目である――

一．父親の死に対する自責感。

二、父娘関係を難しくしたことに関する父親への積年の怒り。彼女は父親を「難しい人」で「妄執的」と説明した。彼女の父親は、自分と関係を築こうとしたほとんどの者を遠ざけてしまったという。また、彼は自己中心的でほかの人の気持ちがわからない人だったとも、マリリンは言った。

三、語られることがなかった母親の死に対するグリーフ。彼女の母親は二〇年前、心臓手術のあとに亡くなった。母親の心臓切開手術に同意して署名したのはマリリンだった。彼女は、父親のケアのときのように、母親の医療ケアにおいてももつと積極的な治療を望んでいたなら、母親は死なずに済んだはずだという思いにとらわれていた。

四、放置されていた、世代を超えた家族のグリーフ。彼女の両親はともに若いときに孤児となり、年上の兄弟たちによつて非常に苦しい環境のなかで育てられた。両親はこの喪失を一度もきちんと受け止めておらず、その影響の大きさも認識していなかった。さらに、マリリンが八歳のとき、彼女の家族は残りの親族たちから何時間も離れた所に引越してしまった。親族たちは、マリリンと彼女の母親にとつても近しさを感じる対象だった。彼女に言わせれば、この転居が「母を殺したも同然」であり、「家族生活における喜びを奪ってしまった」という。それ以来、彼女の家族は「ぎこちなさで満ちた」ものになつてしまったとマリリンは説明した。このときから、母親を世話し支えるのは自分の仕事だとマリリンは思い始めた。

五、もし自分が大丈夫な状態に戻つてしまえば、とても親密だった母を裏切ることになるという考えにまつわる彼女の内的葛藤。

介入方法

●手記を書く——内的対話を促進するのに効果的である。

マリリンは手記を書くことをうまく活用し、自分の気持ち、反応、私的な語りを明らかにしていた。それにより、彼女は意味の再構成を積極的に行なうことができた。セラピー前は手記を書いたことがなかったにもかかわらず、彼女にとってこの手法はとても役立つものだった。マリリンは、多くの手記を手紙のかたちにして書いた。たとえば——

一、父親に対して彼女の怒りを記した一通の手紙——長いあいだ、彼女は罪悪感から自分の怒りを抑えてきた。自分の怒りを自覚し、書くことでそれと向き合ったことが、ほかの感情への扉を開いた。

二、怒りを記した手紙を書いたことで自覚することができた、多くの感情と経験についての何通もの手紙——たとえば、父へ許しを請う手紙。彼に対して彼女が感じた愛着の気持ちと、彼の資質のうち彼女が愛した部分に焦点化した手紙。そして、彼が彼女を支えてくれた点や、自分の資質で彼から受け継ぎ、価値を置いているものなどに照準した手紙が挙げられる。これらの手紙は、彼女が父親の欠点をより共感的にとらえるきつかけにもなった。これらによつて、彼女は父親と自分たちの関係を、以前よりも単純化せずに見るようになった。この変化により、マリリンは父親と自分自身に対して、前よりもポジティブに感じるようになった。

三、八歳の自分への手紙——この歳の彼女は、好きだった叔母やいところから離れることにとても傷ついていたにもかかわらず、すでに心臓を患っていた母親を自分が息を抜かずに支えなくてはならないという思いから、自分の感じていた恐れや悲しみを隠さねばならなかった。幼いころの自分に共感することで、マリリンは成人したい今の自分がどういった人間なのかを、これまで以上によく理解した。そして、こ

れまで気づいていなかった自分の強さに気づいただけでなく、こういったときに自分は相手の気持ちを優先させたいのか、あるいは自分の気持ちを優先させたいのかについて、意識的な判断ができるようになった。さらにマリリンは、両親に対するケアの責任について以前よりも深く理解したことで、どれだけ自分が彼らの死について責任があったのかをよりよく把握でき、以前自分が感じていた罪悪感のいくつか、どれだけ非現実的であったかを理解した。

●イメージの活用——クライアントが苦しい気持ちでもがいているとき、その気持ちをイメージで表現するよう勧めるのが役立つこともある。イメージがわかれば、それを比喻として扱える。

マリリンは彼女のグリーフと悲しみを、「いつも胸のなかにある重り」のようだと語った。彼女に目を閉じ、感じていることを絵にたとえるように言うと、外側は滑らかで汚れがないが、内側は暗くて無数の稲光がある大きな球を思い浮かべた。右上に排出弁があると言う。はじめ彼女はその球が彼女のなかにあると言ったが、そのイメージを抱いたまましばらく座っていたら、今度はそれが彼女の外にあり、目の前にあって、見ようとするものすべてを遮っていると述べた。マリリンは、その球に浮かびあがってどこかに行つてほしいが、そうはならず、それは「そこに留まりたいけれど、どこかへ去らねばならないということも知っている」と言った。

彼女は何ヶ月もかけてそのイメージと向き合った。内側の暗闇は晴れたが、ときおりそれは戻ってくることもあった。稲光は消えていった。ときが経ち、球は真つ白になったが、その背後に別の新しい小さな黒い球が出てきた。彼女はこの二つを混同せず、最終的に小さな黒い球はそこに残るが、それでも自分は構わないと語った。その球は正面から少し横に外れていて、いくらか上に浮かびあがっており、視界の邪

魔にはならないという。彼女によれば、それは悲しみであり、それはそこにあり続けるといふ。それが何も邪魔せず、正面から少し横にそれた位置にあるのは、彼女にとって適切に思えたようだ。

●椅子を使ったセラピー——誰も座っていない椅子を使う方法は、グリーフによく見られる裏切りの気持ちへの対処に特に有効である。

マリリンは、母親の死にまつわるさまざまな感情に苦しめられてきた。それは彼女への思慕であつたり、責任や罪の意識にまつわる感情であつたりした。彼女は自分の悲しみを考察する過程で、母親抜きでもう一度意味のある豊かな世界を再構築しようとする、自分は母親を裏切つて置き去りにするような気になつてしまうことに気づいた。この感情は、彼女をとらえて離そうとしなかった。

この感情に対してマリリンは、母親が空の椅子に座っていると想像し、彼女と話をすることで効果的に対処した。マリリンは母親にどれだけ彼女を愛していたか、会いたがつているかを語つただけでなく、あのときどうしてああいう決断をしたのか、そして彼女（母親）の行く末がどうあつてほしかったかを話した。

そして今度は母親の椅子のほうに移動して彼女に成り代わり、自分に対して返事をした。その過程でさまざまな混ざり合つた感情が吐露されたが、最終的にはマリリンのことをよく理解していると締めくくつた。

そしてマリリンはもとの椅子に戻り、「母親」が言つたすべてのことに対して答えたのだつた。マリリンは母を忘れるどころか、今後の人生のなかで、彼女が備えている母譲りの優れた資質のうちに母は生き続けることを伝えた。こうした対話を経て、彼女はこれまでにないかたちで、自身の声と「母親」の声を

聞くことができたのである。

ときが経つにつれ、マリリンは強い不安や悲しみを明らかに抱かなくなっていた。ただ、罪悪感はいまでもときどき頭をもたげるが、以前よりもずっとそれに対抗できるようになり、振り回されてしまうようなことも減った。彼女はまた友人とつきあうようになり、ボランティアをするか仕事に就くかして、いまの現実世界にもっとかわらうと考え始めている。

セラピー上の難しさ

グリーフ・セラピーにおいて、専門家は多くの難しさに直面する。ときに、クライアンの苦しみがとても強く、それが衰えずに長引くとき、またはいったん改善したように見えたのにもとに戻ってしまうとき、セラピストとしてどうしても、自分の無力感に苛まれることがある。こうしたとき、私は自分にかくクライアントと向き合い続けるよう、あえて言い聞かせねばならないように感じる。ときおり、私は本当に自分自身に、クライアントには強い痛みと絶望があり、その痛みから逃れることには曖昧さがあり、生前に故人と育んだ愛着を手放すのをクライアントが拒絶することがあるということを、はつきりと思い出させねばならないときがある。また、これらすべてに辛抱強く向き合い、変化を促そうと躍起にならず、これらすべてがグリーフにおける通常の苦しみやストレスであるということを、意識的に思い出さねばならないこともある。

たとえば、キャロラインの場合、極度のグリーフとうつ病に苦しんでいたわけだが、私は自分に何度も、彼女が感じている痛みや絶望感に対して受容的であるように努め、彼女が孤独感を覚えなないようにしなければならぬと言いつつ聞かせねばならなかった。私はこれを、自分自身が圧倒的な感情のうねりを感じるなかで実践せねばならなかった。ときどき、私は本当に椅子の肘かけにしがみつかなければ、クライアントとともにそこに

いて、嵐を切り抜けられないように感じた。自分にキャロラインのもつ多くの強さを信じるように、彼女自身がそれを感じられないとしても、私は信じるように言い聞かせねばならなかった。彼女は、逆境に立ち向かってきた長い歴史を、強い信仰を、親密な関係を築く力を、そして生きる意志を——それに本人がなかなか気づけなかったとしても——もっていたのだ。

二 専門家のセルフケア——燃え尽き、共感疲労、境界

グリーフ関連の教育、文献、研究では、多くの時間がケア対象者のニーズを理解することに費やされている。どのように死にゆく者のニーズを把握するのか。死別者のニーズはどう把握するのか。どう死にゆく者を支援するのか。ノーマル・グリーフとは何か。複雑化したグリーフとは何か……。一方で、われわれはケア対象者の逆側にいる人間「つまりセラピストなどのケア提供者」については、観察するのが困難なために、ケア対象者に対してほど時間を費やしていない。セラピストはセラピーにおける自分をどう理解しているのか。何が要求されていて、何を提供するのか。セラピストは治療実践から何を獲得し、なぜそれを実践するのか……。これらの問いに対する答えは、多くの場合個人的なものであるが、この領域の専門家に共通のものもいくつかある。

死生学領域における仕事は、得られるものも多いが応えねばならない要求も多い。死にゆく者や死別者とかかわる仕事は、単にほかに仕事が見つからないとか、簡単に収入が得られるからといった理由で始めるようなものではない。むしろ、われわれはこの領域の仕事を、さまざまな私的理由と専門職上の理由から意識的に選ぶ。そして、ふつうこれらの理由は、この仕事が意義深く、実りの多いものであるという信念と関連している。

この領域で働いている専門家は、クライアントが人生の困難かつ重要な局面にあるときに、彼らの人生にケ

アの専門家として招きいれられ、その人生においてもつとも意義深く親密である瞬間を彼らと分かち合わせてもらえることは、とても大きな褒賞だと理解している。死にゆく者と死別者に対するケア提供の専門家として、われわれは日々、生は移ろいやすいものだと思い知らされる。そしてその結果、生あるうちにそれに感謝し、それを最大限活かすことの重要さにも気づかされる。

しかし、どんなに長くこの仕事を続けていても、必ず自分にさまざまな困難が跳ね返ってくることはあり、その際に、最適とは言えないやり方で自分の内的経験に反応してしまうことはある。最適な専門的ケアからのそうした脱線は、ときにたいしたものではないが、またあるときにはもつと問題含みである。われわれは専門家として、自分のニーズ、反応、そして提供しているケアに、休むことなく気を配る義務がある。

最新の知識をつねに保つことに加えて、われわれはケア提供者として、自分の患者、クライアント、そして自分自身に対して責任があり、ケア関係における力学を理解し、注意を払い、この関係がクライアントとわれわれセラピスト自身にどういった影響をもちうるのかについても、責任をもつ必要がある。ケア提供の専門家が直面する課題の多くは、サービス業でのものと共通しているが、死にまつわるケアで特に重要なものや、死生学領域に特有なものも無論ある。

クライアントは、自分の世界が粉碎され、深い喪失を抱えてわれわれの所にやって来るので、もつとも脆弱な状態にある。われわれが忘れてならないのは、自分たちが専門家として力をもつ立場にあり、権限を与えられているという事実である。無論、これがあるからこそ大きな支援を提供できるのだが、それは同時に、もしつねにクライアントとの関係の力学とその関係における自分の役割を監視していないと、彼らを傷つけるリスクも背負っていることを意味する。

セラピー関係をどう理解するかは、専門家としてわれわれが自分自身を、そしてその関係に自分が何をもた

らすのかを、どう理解しているかにもかかっている。クライアアントにとっての死やグリーフと向き合うとき、セラピストは自身がどのように死との関係をとらえ、死、グリーフ、死別に対してどのような個人的な価値づけや信念をもっているのかに、意識的である必要がある。人の信念体系は、死と重大な喪失にまつわるその人個人の経験に影響される。したがって、セラピストは、自身のさまざまな経験がどのように自分の想定、評価、相互行為に影響しているのかについて、時間をとって考えるといいたいだろう。

理論や処方はいわゆる役に立つと同時に、何を聴き、その内容について何をするかの判断をするための拠り所となる。しかし、こうしたものがクライアアントに提供できるのは、セラピスト自身が提供できるものからすると、二次的であると言わざるを得ない。どのようにクライアアントの語りを聴き、理論を理解し、自分もつ方略を活用するかは、おおかた自分がどのような人物かで決まってくる。もつとも大切なことは、クライアアントがきちんと話を聴いてもらっている、理解してもらっている、自分の変化・発展が支援されていると感じられるかたちで、クライアアントとつながれる能力であり、それこそがセラピーの基盤である。共感的な関係を築くには、クライアアントが自分の経験をどのようにとらえているのかを理解する必要がある、それはセラピストがどういった人間なのかにすべてかわっている。言い換えれば、自分自身が臨床実践における第一のツールなのだ。

われわれはクライアアントが感情の渦のなかにあり、人生でもつとも脆弱なときに彼らと向き合う。したがって、人が死に際にあつたり愛する者の死を経験していたりする際に必要とされる支援、理解、共感を提供するためには、感情面で受容的で、激しく難しい感情にアプローチする覚悟がなくてはならない。セラピストが自分の感情と向き合うことは、クライアアントに対する共感の基礎となるのだが、相手と自分の感情を混同してしまう危険性ははらむ。しかも、自分でも対処困難な個人的感情や経験がかき回されると、本当に苦しんでいる

クライアントとともにあることが難しくなってしまう。そのため、つねに自身の感情に自覚的であり、きちんと把握していることが、自分のニーズとクライアントのそれとを混同しないためにも欠かせない。自分の感情に自覚的であることで、それをきちんと区別でき、クライアントとのやりとりにおいて、適切で責任ある選択ができる可能性が高まるのだ。

この領域で仕事をするうえで直面する苦悩は、ときに本心に圧倒的なものになる。われわれにはどうにもできない事柄も多い。われわれが何を言おうがしようが、クライアントは翌朝には、愛する人がもういない世界とまた向き合わねばならないのだ。この事実を変えることはできない。衝撃的な経験のおおもとを修復することとはできない。したがって、この領域で長く効果的に仕事をするには、われわれ一人ひとりが、自分なりにどうクライアントの苦しみと向き合うかを見定めねばならない。

例として、私が仕事を始めて間もないころに学んだレッスンを、ここで示そうと思う。一九七〇年代半ば、私はがん病棟の看護師をしていた。当時はいまよりも多くの子どもが末期がんを患っていた。二年ほど経ったころ、私は治療に携るのがだんだんと耐えられなくなってきた。というのも、私の目には安らかに逝かせてあげるべきと写る子どもたちに対して、しばしば実験的な治療が施されていたからだ。子どもがなるべく快適に人生の最期を過ごせるようにと、両親がケアの方向を転換してからかなり経ったあとも、医療スタッフは相変わらず積極的なケアを推し進めていた。私はもうそれを支援する気にはなれなかった。自分はケアの現場ではなく、増すばかりのストレスに身を置いている気がしてきていた。私は転科を願い出て、がん病棟を離れた。

ところが、転科後、前の病棟の同僚と話をしていた、以前私が受けもっていた子どもが悪化したり死につつあったりすること、新たにがんと診断された子どものこと、私の知っている家族が難しい決断を迫られてい

ることなどを聴くうちに、相変わらず同じことが起きているという、あたりまえの事実に気づかされた。唯一の違いは、いまの私ではもうどんな手も差し伸べられないということだけだった。この気づきは、完全に私を変えてしまった。私は心の深い所で、あらゆる種類の苦しみがつねにまわりにはあるのだということを了解した。そうした苦しみはどうあってもコントロールできない。コントロールできるのは、その苦しみを直視するのかどうか、苦悩する人びとの支援や疼痛緩和の努力をするのかどうか、という決断である。この自覚が私のすべてを変えてしまった。私は再びがん病棟に復帰し、以来三十年のほとんどにわたって、死にゆく者や死別者をケアし続けてきた。

どんな領域でも、腕を磨く過程で努力をすれば、そのうちやつていることに慣れてくるとふつうは考えるだろう。しかし、この領域で仕事をする場合、この点は少し違うふうに考えねばならない。目指すべきは慣れること、(comfort)ではなく、能力を高めること、(competence)なのだ。この区別は、グリーフを対象にしている場合、有効な枠組みの転換を可能にしてくれる。自分をセラピー上のツールとして役立てるのに慣れることはあるだろう。しかし、クライアアントのグリーフの痛みと向き合うのに慣れることは難しいだろうし、あつてはならない。もし目前のクライアアントが、自分の世界が粉碎されて強い痛みの中に苦しんでいるのに、セラピストがそれに慣れた、(comfortable)と感じるならば、そのセラピストはケアに集中していないのだ。しかし、自分はクライアアントの痛みと向き合う力がついたら、(competent)と考えることは問題ない。われわれセラピストは、クライアアントに耳を傾ける能力や、強度のストレスや自分の無力感と向き合う力を伸ばすことはできるのだ。死にゆく者や死別者へのセラピーはとても得るものが多いが、特にセラピスト自身がプライベートで強いストレスを抱えている場合や職場環境が支援的でない場合、大きな打撃を受けかねない。ストレスは、内的因子と外的因子の両方によって引き起こされる (Figley, 1995)。内的因子には、過去または現在の人生経験、死に

まつわる経験、十分に休みをとらず長期間患者に感情的に入れ込むこと、医療システムに対して無力さやコントロールのなさを感じること、などが含まれる。一方、外的因子は職業体制上のもので、過剰な要求、非現実的な仕事量、限られた資源、専門家による支援の不足、などが挙げられる。ときが経つにつれてストレスが増えると、次の二つの症状が出てきかねない——燃え尽きと共感疲労である。

燃え尽き

燃え尽きは、身体的・情緒的・心理的疲労、非人格化、個人的達成感の減少などの症状が、強度な感情的コミットメントを長期間続けたことにより表出した状態、と定義できる (Maslach, 1982)。職場における体制上の問題は、人を強いストレス状態に置くりリスクがあり、結果的に燃え尽きを起こしかねない。こうした問題として、過剰な要求、非現実的な仕事量、限られた資源、専門家による支援の不足が挙げられる。

燃え尽きは、セラピストが自分の提供しているケアについてコントロール感がもてないときに起こりやすい。コントロール感がもてない理由には、上司が権威的すぎる、仕事を方向づける指針に関する知識がない、または自分の能力以上に責任をもたされたり仕事を大量にまかされたりする、などがある。ヴァシオンは終末期ケアにおける職業上のストレスに関する研究で、予想に反して、ケア提供者は患者や家族とのやりとりによってストレスを感じるのではなく、職場環境や仕事上の役割に関することでストレスを覚えることを明らかにした (Vachon, 1987)。英米両国における複数の研究もこの知見を支持しており、ホスピス病棟の看護師のほうが他科の看護師よりも燃え尽き度が低いと報告されている (Ablett & Jones, 2007)。

共感疲労

仕事上のストレスによって表出しうるもうひとつの症状が、共感疲労である。フィグリーは共感疲労を、「重要な他者がしたトラウマ体験を知ることによって生じる、自然な反応行動および感情。トラウマに苦しむ者や傷ついた者を助けたり、助けたいと思ったりすることからくるストレス」と定義している (Figley, 1995)。したがって、体制的な問題が原因の燃え尽きと異なり、共感疲労は患者やクライアアントに対するケア自体が原因となる。これは、すでに特定されているほかの併存的なストレス因子があるとき、おもに起きる。共感疲労の別名には、共感ストレス、二次トラウマ的ストレス、代理トラウマ化といったものがある。

クライアアントの感情的な苦しみに対する専門家の仕事は、苦悩の中身を理解するだけでなく、苦悩そのものを理解することでもある。共感したりそれを表現したりする能力に優れた者ほど、共感ストレスを抱えてしまう危険性が高い傾向にある (Figley, 1995)。皮肉なことに、有能なセラピストであるほどこの鏡像効果・感化に弱い。言い換えれば、この手の仕事への適性が高い者ほど共感疲労に陥るリスクは高く、そうした事態を避けられるように気をつけるのが肝要だということだ。

共感疲労の兆候や症状は、典型的なストレス症状と同じである――

- 集中力が続かず、忘れっぽくなったり注意が散漫になったりする
- 疲労感を覚える
- 頻繁に頭痛、腹痛、そのほかの身体的不調が起こる
- 抵抗力が低下し、より頻繁に病気になる
- 状況的に頻繁かつ強すぎる怒りがこみ上げてくる

- 特定のクライアントとの逆転移が進行する
- 仕事とプライベートを切り離せなくなる
- 仕事に目的意識と楽しみが感じられなくなる
- 仕事以外の状況で機能的に振る舞えなくなる
- 希望を失う
- うつ病になる

自分の感情を自覚することは、クライアントとのやりとりにおいて、適切かつ責任ある判断を表現するのに役立つ。セラピストの個人的感情がかき乱され「それがクライアントに向けられ」ることを、精神保健の領域では逆転移と呼ぶ。これは、緊張、不安、怒りなど、さまざまなかたちで表れ、セラピストとクライアントを結びつける。しかし、特にセラピストが私生活で強いストレスを抱えている場合、苦しんでいた強い情緒的苦痛を覚えていたりするクライアントに、きちんと向き合うのはとても困難であろう。

セラピストは、感情面の安全地帯を作るか無力感に対処するために、「専門家」または「客観性」に徹すること、クライアントの苦しみから目を背けようとすることがある。そうすると、セラピストはたいいてい近づき難くなったり、よそよそしくなったりする。ケア提供の専門職者は、クライアントの苦しみに対するこうした逆転移の存在を、知っておくとよいだろう。われわれセラピストは、共感疲労を覚えていたりとき、こうした反応を起こしやすいリスクに曝されている。よく見られる問題の多い（苦悩にまつわる）逆転移反応として、アルボーらは次のようなものを挙げている (Arbore, Katz & Johnson, 2006) ——

- 無力感 (は過剰または過少に打ち込むことで遠のく可能性がある)
- 恥と困惑 (「顔を背けて」 苦悩を「見ない」)
- 否定と回避願望 (クライアアントがそれについて話をしたり見たりすれば、傷や苦悩は深まるに違いないという支援者側の断定)
- 怒りと敵意 (疾患そのものや変化をもたらすことができないことへの怒りに気づかなければ、支援者はそうした怒りを支援の実践に置き換えることができる)
- 悲哀 (深い悲しみは、支援者と対象者の関係継続を難しくする。なぜなら、支援者が自分の苦悩にあまりにもはまってしまうからである)
- 落ち着きのなさ (は、クライアアントのニーズよりも、自身の思惑を優先してしまう)

燃え尽きと共感疲労の回避・制御

前述のように、共感疲労と燃え尽きは異なる原因に基づいていて、私的な因子と職業的な因子とのあいだにかなりの相互作用が認められる。つまり、共感疲労と燃え尽きそれぞれについて対応策を考えるとき、ストレスの原因を注意深く同定する必要がある。有効な方略は、問題の原因を標的とすべきなのだ。共感疲労は、私的なストレス因子、職業的なストレス因子、それに逆転移にまつわる問題で起きるため、自覚されれば処置するのはたいへん難しい。一方、燃え尽きは、ひとりのセラピストには手に負えない組織的な問題が原因であつたりするので、ずっと処置が難しくなる。

ケアする側にとって、身体的・情緒的・精神的健康を支えてくれる活動や行動に、日頃からかわることが重要である (Becvar, 2003)。身体的健康を気づかうことには、定期的な運動、しっかりとした栄養摂取、そし

て十分な休息が含まれる。情緒的な健康は、瞑想、手記の執筆、自己心理療法 (personal psychotherapy)、よい社会的支援の輪を育てることなどで維持できる。精神的健康は、ひとりまたはほかの人と一緒に自然のなかで時間を過ごしたり、自分の好み宗教的または霊的活動をしたりして、増進することができる。これら以外のセルフケアの方法としては、短い休暇を取る、定期的にマッサージに通う、お気に入りの場所に引きこもる、映画を観るなどリラククスできることをする、子どもじみたことをする (たとえば遊び) などがある。それと、特に仕事と私生活をはっきり分けてくれるような、何らかの儀式を習慣化することは、かなり有効な方法である。

職業上の境界

共感疲労と燃え尽きを予防するうえで、もつとも大切なスキルのひとつが、職業上の境界をしつかりと設け、それを犯さないことだ。こうした境界には二種類ある——クライアントとの関係上の境界と、仕事と私生活を分ける境界である。死にゆく者と死別者のケアでは、両方とも非常に重要である。

この種の仕事では、ストレスが多いだけでなく、クライアントと長いあいだ親密な関係を築くわけだが、職業上の境界を保つのがいろいろな意味で難しい。セラピー関係における役割や状況にもよるが、セラピストにとって、患者やその家族と自分との関係がとても親密に思えることがある。そうした関係は、確かに友人関係と似ている所がある。相手に関心をもち、忠実である点などまさにそうだ。しかし、両者には大きな違いがある。それは特に相互関係の領域に表れている。セラピーでは、注目はつねにクライアントのニーズにあるべきであり、また自己開示はクライアント側に限定されるべきである。

ペティートらは、がん病棟のスタッフ・患者関係の問題を検討し、境界が曖昧になるとき、スタッフは数々

の難問を抱えることを発見した (Perec et al, 1992)。その難問とは、客観性が薄らぐこと、悪い知らせを伝えるのがさらに難しくなること、自分の感情をコントロールするのがより難しくなること、自分とクライアントのニーズを混同する可能性が高まり、クライアントやその家族のニーズに焦点化するのがもつと難しくなることなどである。職業上の境界を越えてしまうと、クライアントとケア提供者とのあいだの線引きが曖昧になり、多くの問題が起こり、特に感情面で大きな打撃を受ける。

長期間よい仕事をするために必要なスキルのひとつは、患者のニーズや苦悩を自分のものと混同してしまわないことだ。確かにセラピストはクライアントの苦悩に対して受容的であるべきで、それを追体験することは、彼らへのセラピーを効果的なものにするだろう。しかし、セッションが少なくともその日の終わりまでには、クライアントの苦悩から自分を切り離す必要がある。さらに、仕事と家庭とのあいだに明確な境界を維持することは、クライアントのニーズやストレスを私生活に持ち込まないために必要である。仕事外の時間は、ほかのことに目をやり、自身のニーズや家族や友人のニーズに注意を向ける時間であるべきだ。

しっかりとした境界は、セラピー関係において、クライアントだけでなくセラピストをも守ってくれる。以下の問いは、ケア提供の専門家が一考するとよいものである――

- クライアントの苦悩をどのくらい受けもつべきか／受けもつたのか。また、どのくらい自分をクライアントに提供できるのか。
- クライアントや家族の希望やニーズが設定した限界を超えているとき、たとえばセッションの終わりのほうで何か重要な点が持ち上がったとき、どのように時間の限界を設定すればよいのか。
- クライアントやその家族が、決められたセッションやケアを超えて面倒を見るように要求してきた場合、

どう対処すべきか。

●最終的に自分の負担になるようなかたちで、自分をクライアントに提供せざるを得なくなったことはあるか。

●セルフケアのために「嫌です」と断ることについて、自分はどう感じているか。特に、上司は助けにくれず、限りなく自分を働き手として働かせようとするような職場環境の場合、どう感じるのか。

境界が守られて、つねによいセルフケアが行なわれていれば、ケア提供者は、ときが経つほど自分の仕事に情熱を感じ、得られる実りを楽しめるようになる。

もうひとつ、社会的支援の輪の拡大は、共感疲労の予防としてとても重要である (Foley, 2002)。職場と私生活の双方で、しっかりとした支援の輪をもっておくことは大切だ。仕事仲間のうちでこそ、臨床家は臨床上の感情的経験を、そして仕事上の満足感や敗北感を、クライアントとの関係形成の価値をわかっている人びとと分かち合える。一方、仕事以外の領域の人びととのよい関係は、自分の幅を広げ、他者をケアしたり苦悩と向き合ったりするばかりではない自分のアイデンティティーを築くのに必要である。自分はケア提供者としてしか価値がないなどと、自分を定義したり見なしたりするのは、絶対に避けねばならない。

最後に、家族を描いた一枚の絵を分かち合いたいと思う。この絵は六歳の少女が、彼女の祖母が亡くなった一年ほどあとに描いたものだ。生前、祖母は少女と同居していて、二人はとても仲がよかった。

この絵には、クライアントがグリーフと向き合っていく過程で見られるとよいものと、われわれセラピストがグリーフを扱ううえで目指すべきものが、ともに表されている。絵のなかには、基本的に幸福な家族が描かれている——笑顔の母親、父親、犬。暖かな家。郵便受けには「お婆ちゃん愛してる」と書かれている。祖

■付記

本稿は、二〇〇八年二月二日に本学で開催された、東京大学グローバルCOE「死生学の展開と組織化」ワークショップ「死別とグリーフに向き合う——他者へのケアとセルフケア」で、キャロル・ウオグリン教授が講演された内容を、ご本人に書き下ろしていただいたものの和訳である。『死生学研究』第一〇号（八一—三一頁）では、その前半に当たる部分を訳出し、今号では後半部分の訳を掲載した。なお、この翻訳は、早稲田大学の石塚雅彦氏による講演原稿の透徹な翻訳



母は天使となって空から彼らを見下ろしている。少女によれば、祖母は「私たちを見られて嬉しいから微笑んでいるけれど、同時に会えなくて寂しいから泣いている」と言う。絵のなかの少女自身も、顔は笑いながらも、心からは涙がこぼれている。空には太陽が微笑んでいて、ハートも描かれている。これらと並んで、雲は涙をこぼしている。多くの喜びと悲しみが、隣りあわせて存在している。われわれのクライアントが、自分の抱えている喪失に適応していくことで到達したいのは、この絵に描かれているような状態なのだ。そしてこれは、セラピストとしてわれわれが目指したいものでもあるのだ。

と、グリーン・カウンセリング・センターの鈴木剛子氏および大東文化大学の近藤正臣氏による、専門用語・表現に対する適切な助言なくして完成しえなかった。また、二〇〇九年二月一四日に開催されたグリーン・カウンセリング・センター第一回定例勉強会の講師を務められた、国立精神・神経センター研究員の富田拓郎氏の講義から、国内外の悲嘆研究における最新の動向を余すところなく、教示いただいたお陰で、遅ればせながら、誤訳の修正や訳注の追加することができた。この場を借りて、この四人の方々に深甚の謝意を表したい。

■引用文献

- Ablett, J. & Jones, R. (2007). Resilience and well-being in palliative care staff: a qualitative study of hospice nurses' experience of work. *Psycho-Oncology*, 16, 733-744.
- Arbore, P., Katz, R.S. & Johnson, T.A. (2006). Suffering and the caring professional. In R.S. Katz & T.A. Johnson, *When Professionals Weep*. New York: Taylor & Francis, 13-26.
- Becvar, D.S. (2003). The impact of family therapist of a focus on death, dying, and bereavement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 469-477.
- Figley, C.R. (2002). *Treating Compassion Fatigue*. New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C.R. Figley, *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 1-20.
- Maslach, C. (1982). *Burnout—the Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Perec, J.R., Ross, D.M., Medeiros, C., Wash-Burke, K. and Kriker, P. (1992). Relationships with patients in oncology: can a clinician be a friend? *Psychiatry*, 55 (3): 223-229.
- Vachon, M.I.S. (1987). *Occupational Stress in the Care of the Critically Ill, the Dying, and the Bereaved*. Washington: Hemisphere Publishing.

■訳註

1 Complicated griefの訳語として、第一部でも「複雑化したグリーフ」を採用してきた。しかし、精神医学・心理学領域においては、「複雑性悲嘆」という訳が流通しているようである。ちなみに、国立精神・神経センターの富田拓郎氏によれば、ノーマル・グリーフ(正常悲嘆)と異なるとされるこの複雑性悲嘆は、トラウマ的悲嘆(traumatic grief)、病的悲嘆(pathological grief)といった呼び方を経て使われるようになったが、二〇〇八年には本稿の第一部で登場したブリガソンらが、「長期間悲嘆障害(prolonged grief disorder)」という名称を提示するに至っているという(二〇〇九年二月一四日、グリーフ・カウンセリング・センター第一回定例勉強会「これからのグリーフ・カウンセリングをめぐつて——新しい理論、視座、そして課題」)。

2 レジリエンスとは、「死別・犯罪被害など嫌悪的な出来事の後で、心理・生理的機能を比較的に健康で、安定的な状態に維持するための肯定的な認知的・情動的反応」(Bonanno & Mancini, 2008を前出の富田氏が訳出の上改変)と定義される。ボナンノとマンチーニによれば、死別などの喪失体験の直後に日常的な正常機能が著しく混乱し、それが一定期間を経て収束・軽減してくるのが「回復」だが、「レジリエンス」は反応として、喪失体験直後から混乱度は「回復」パターンより低く、その低い状態がその後も持続されるという違いがある (Bonanno GA & Mancini AD (2008) The human capacity to thrive in the face of potential trauma. *Pediatrics*, 121: 369-375)。

3 前出の富田氏によれば、近年、キャサリン・シアア(Katherine Shear)らの研究などが、「悲嘆の問題は故人とアンビバレントな関係にあった人に主として見られる」というのは誤った一般概念であり、実証的には「複雑性悲嘆は主として故人と肯定的な親しい関係にあった人に見られる」という結果が出ていると主張していると言う(二〇〇九年二月一四日、グリーフ・カウンセリング・センター第一回定例勉強会「これからのグリーフ・カウンセリングをめぐつて——新しい理論、視座、そして課題」)。

4 Alcoholics Anonymous (AA)。アルコール依存症者がアルコール依存から回復するための自助グループ。

5 シュトレーベとシャットによるグリーフの理論モデル。本稿の第一部では「シュトレーベ」を「ストローブ」、「死別への対処行動の二重過程モデル」を「死別と向き合うための二元的プロセスモデル」と訳していた。ここでは富田ら

に倣い、「二重過程モデル」という訳を採用した（ニーマイアー RA（二〇〇七）『喪失と悲嘆の心理療法——構成主義からみた意味の探求』、富田拓郎・菊池安希子監訳、東京：金剛出版）。シュトレーベらによれば、死別者がグリーフの過程で直面する困難は、喪失指向のプロセスと（人生・生活への）再適応指向のプロセスとに規定され、死別者は二つのプロセスのあいだを揺らぐことになる。（第一部では、「喪失指向」を「喪失志向」、「再適応指向」を「再編志向」と訳していた。これらも富田氏の和訳に準じて改変した。）本稿の第一部（『死生学研究』第一〇号所収）の一九―二四頁を参照。

6 グリーフとうつ病は区別される。詳しくは、本稿の第一部（『死生学研究』第一〇号所収）の二七―二九頁を参照。
7 おそらく、自殺念慮が強まったときには、セラピストに連絡することを指している。

（キャロル・ウオグリン マウント・アイダ大学教授・全米死の教育センター長）
（やまざき・ひろし 東京大学大学院人文社会科学系研究科特任講師）