

論 文

終末期におけるがん患者の心理的反応と心理的支援

— 『Psychotherapy and Treatment of Cancer Patients : Bearing Cancer in Mind 1st edition』 (Goldie, L. & Desmarais, J.,2005)

を軸とした文献的レビューを手掛かりに —

清 水 亜紀子

I. 問題と目的

「診断を告知されるという出来事は、まさしく『破局』をもたらすのです。物事の秩序や体制が、患者の内的世界観が劇的に変化していきます。」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)

これは、がんの告知を受けた人の衝撃の大きさを描写した文章である。このような告知の衝撃から始まり、がん患者は、終末期に至るまで、以下のような過程を辿ることになる(西村・大森・正岡、2015、下舞ら、2001)。告知後は、治療を前にして、治療への不安が高まり、治療が開始されると、治療や副作用による苦しみに苛まれつつも、治療効果に期待し、回復への希望を抱く。その後、治療が終わると、胸をなでおろすものの、今度は、再発の不安に怯えることになる。そして、再発が確定すると、告知以上の衝撃を受け、病状悪化に伴って身体機能を喪失することへの不安を抱く。治療に対する期待や明日への希望を何とかつなぎつつも、治療や副作用による苦しみが生じ、期待するような治療効果が得られないことに意気消沈する。その中で、自分の身体であって自分の身体ではない感覚となり、今まで自分と共にあった感覚が失われ、今までの自分を喪失する恐怖を抱き、死が間近に迫っていることをひしひしと感じるようになる。

このように、終末期にあるがん患者は、告知から長く続く苦しい過程の中で、何度も希望を踏みにじ

られ、喪失を繰り返し、それでも必死に生きようとし、それにもかかわらず、死に直面せざる得ない状況に置かれることになる。そうした状況において、不安や恐怖、怒り、かなしみなどが生じることは当然であろう。少しでもそうした思いを受け止めるという意味においても、終末期におけるがん患者への心理的支援は重要と考えられる。

では、終末期におけるがん患者への心理的支援を行うにあたって、心理専門職にはどのようなことが求められるのだろうか。まず必要なのは、患者の「見立て」(土井、1992)である。その際、清水(2022)が指摘しているように、患者の個別性を理解するうえでも、終末期において、がん患者がどのような心理的反応を示すのかという一般的傾向を把握しておくことは有用と考えられる。そこで、本稿では、終末期におけるがん患者を対象とした実証的研究と終末期におけるがん患者への臨床実践に基づいた書籍を中心に取り上げ、まず、急性期総合病院が持つ構造、終末期におけるがん患者の心理についてまとめる。また、そこで得られた知見を踏まえて、終末期におけるがん患者への心理的支援に対する示唆を得ることを目的とする。

II. 急性期総合病院が持つ構造

終末期におけるがん患者の心理について理解する前提として、まず、がんとの診断を受け入院した場合、そこでどのようなことが起こるのかについて、

Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) を参考にまとめる。Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) は、精神科医かつ精神分析家であり、1970年代から90年代にかけての英国で、がん医療の現場で精神分析的な心理療法を行い、そこで得られた知見を的確にまとめている。病名告知が一般的でなかった当時の医療場面が垣間見られ、病名告知が一般的となった現在とは状況が異なるが、がん医療の現場の本質的な部分は決して色褪せていない。むしろ、病名告知が一般的でなかったからこそ浮き彫りにされる、がん患者の心理についても学ぶことができる著作である。

以下では、がんとの診断を受け入院した場合に起こってくる事態について、①がん患者の体験と②医療者の体験に大別して述べる。

①がん患者の体験

がんとの診断を受け入院すると、多くの断絶が眼の前に立ち現われてくる。平井 (2022) は、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) が描写する「健康な一般世界」と「病院世界」との断絶の大きさを強調し、「がんと診断されることで、私たちは、「患者」という別人種になり、世間から隔絶され、病院の中に影のように住むようになる」と述べる。その点について、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) も、「人間性を奪われる過程、つまり、個性が奪われる過程」とし、「ドレスやスーツは、簡素な入院着に取って代わり、ガウンを着ることによって個人が、特徴のない人になり、個人の名前よりも大事な番号を割り振られた「患者」になります。そして、無力にさせられ、「患者でない人」の世話になります。」と巧みに表現する。そこには、「患者」と「患者でない人」という断絶があり、さらに、「がんを持つ人」と「がんを持たない人」、すなわち「傍観する「向こう側」の人」という断絶も生じてくる (Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。つまり、がんとの診断を受け入院すると、その人は、「がん患者」として、「病院世界」の中の断絶された場所に押し込められ、診

断だけでなく、様々な断絶によっても苦しみ、孤立感・疎外感を強めることになる。また、終末期におけるがん患者によって、医療者は、できるだけこのころの中で直視せず、脇へ追いやりたい“死の問題”を意識的・無意識的に突きつけられる。そのため、医療者は、物理的にも心理的にも、患者から足が遠のきがちになり、その結果、がん患者はより一層孤立感・疎外感を募らせることになる。

さらに、孤立・疎外と並行して、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) は、「がんと診断された人は、コミュニティの中でその人が築き上げてきた自己の感覚を失ってしまい、病院内で取るに足りない存在になってしまいがちです。」という重要な指摘を行っている。こうした自己感覚の喪失・存在の無価値化は、「病院世界」がとてつもなく強い力に支配されており、それに対して患者たちは何も変える力を持っていないような感覚を抱かせられることによって生じてくると考えられる。例えば、多くの患者は、自由に質問することが難しく、ましてや抗議したり逃げ出したりすることもできないのがほとんどである。その結果、がんによって、その人は受動的な存在にされてしまい、「死を待つだけの無力な存在へと引きずり落とされます。こうした患者に最初に浮かび挙がる選択肢には、受け身になること、そして人生を停止させてしまうネガティブな考えを受け入れることがあります」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。そして、その人は、自らを「取るに足りない存在」と感じ、「従順な患者」として振る舞わざるを得なくなるのである。

②医療者側の体験

孤立感・疎外感を強め従順にならざるを得ないがん患者の一方で、医療者側は、「病院世界」をどのように体験しているのだろうか。当然のことながら、急性期総合病院では、傷病から回復して退院する患者がいる一方で、治療の甲斐なく亡くなる患者もいる。そして、「治療中のがん患者に関しては、見た目がひどく醜くなること、能力の喪失（たとえば話

すことなど)、孤立、そして死など、『想像もできないようなこと』を、病院スタッフは自分のこころの中で扱わなければならない」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。特に、「患者の死は無力感を味わわせる、こころの深層レベルのダメージとなりえます。このダメージを回避するために、医療スタッフは唯一無二の存在としての患者その人ではなく、疾患や病態、検査データや確立、治療や看護の詳細な手順に注視するようになります。」(鈴木、2022)。これらのことから、医療者は、死・無力感・敗北感などを直視したり巻き込まれずに済むように、患者を傷病から回復して退院する患者と亡くなる患者に二分化し、死にゆく患者その人に向き合うことをやめ、否認 (Pattison, E.M., 1977)、あるいは、身体的な痛みを目を向けることで、こころの痛みから目を逸らそうとする。また、医療者は、自らを「まったくの健康体であるスタッフ」として捉え、あちら側に「ケアを必要としている無力な患者がいる」というスプリットさせた認識 (鈴木、2022) を働かせることで、自らを死から遠ざけようとすることもある。

さらに、心理療法において、患者がこころの痛みと向き合う過程は、職務をまっとうするために必死で否認している自らのこころの痛みを医療者が向き合うことを誘発する場合がある (鈴木、2022)。また、医療者自身も、がんと死についての空想を持っており、それを実演していくことで、患者が訳も分からずに苦しむことも生じてくる (Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。つまり、がんと死が人を巻き込む力は強烈で、患者だけでなく、医療者も、その渦に翻弄されざるを得なくなると考えられる。

一方で、医療者側の防衛が、患者や家族からの投影によって強化される点についても注意をしておくなければならない。例えば、がん治療においては、患者や家族の情緒やこころの世界、患者と家族の関係が、医療者個人や医療者グループに投影されることがある (Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。また、患者が、病院や医療者に、自身の病気につい

ての真実に向き合えないことを無意識的に投影し、結果として、患者と医療者の双方が、意図せずに共謀し、もはや患者を援助することはできないと、諦めてしまう可能性すらある (Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。さらに、患者からの投影によって、医師が自らにパワフルさを感じる場合があるが、そうした投影は、患者と医師の関係を妨げ、適切な治療の土台を崩していく危険性を孕むことになる (Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)。しかも、患者と家族の間の率直なコミュニケーションが絶たれた中で、家族の情緒が投影されると、同じ「生き残るもの同士」として、医療者は家族に同化しやすくなり (Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022)、患者は孤立や疎外を感じやすくなってしまう。これらの指摘は、投影自体が悪いのではなく、その投影によって、患者・家族・医療者の関係が崩れてしまうことの問題を示唆している。そのため、医療者側は、患者・家族・医療者の間で、現在どのような投影が生じているかを見立てておくことが必要不可欠である。

先程、がんと死が人を巻き込む力の強烈さを述べたが、そもそも、終末期の心理療法においては、死と向き合うことが医療者には求められ、「死にどこまでも巻き込まれていき、主観的にならざるを得ない場面が必ずある」(樋口、2002)。その際、医療者の側が死の不安に圧倒され、適切な関係の形成・保持が困難になる場合も生じてくる (中根、2004)。このように、医療者自身が死を恐れたり巻き込まれたりするのは、一人の人間として避け得ない事態と考えられる。しかし、「無力な患者」-「パワフルな医療者」という分割によって、死への恐れを防衛することなく、心理専門職は、自らの死と向き合っていくことが求められる。

Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) を参考に、がんと診断を受け入院した場合、そこでどのようなことが起こるのかについて、①がん患者の体験と②医療者の体験からまとめた。そこで得られた知見

からは、がんという病気が持つ特性に加えて、病院、特に急性期総合病院が持つ構造が、がん患者と医療者にもたらす影響の大きさが明らかになったと思われる。こうした前提を踏まえながら、次節では、終末期におけるがん患者の心理についてまとめている。

Ⅲ. 終末期におけるがん患者の心理

①精神症状

終末期がん患者は、痛みをはじめとした身体症状に加え、精神症状も多く併発する。精神症状は、病期に関わらず、約半数に認められ、そのうち最も多いのは、適応障害である (Alexander, P.J., Dinesh, N., Vidyasagar, M.S., 1993; Derogatts, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., et al., 1983)。また、終末期になると、器質性精神疾患やうつ病の割合が増加する (Massie, M. J. & Holland, J. C., 1990/1993; 内富・皆川・岡村ほか, 1995; Delgado-Guay, M., Parsons, H., Li, Z., et al., 2009)。特に増加が著しいのは、せん妄であり、術後患者の30～40%、高齢者入院患者の10～40%、終末期患者の30～90%に認められる (American Psychiatric Association, 1999)。

せん妄は、病因論的には非特定の、様々な原因により引き起こされる脳の全般的な機能不全であり、その原因は、代謝障害、感染、心血管系の疾患、頭部外傷、脳腫瘍などの身体的要因や、抗不整脈薬、抗生剤、抗コリン性薬物、抗けいれん剤、降圧剤、抗パーキンソン薬などの薬剤性の要因がある (Lipowski, Z. J. 1990)。治療においては、これらの数多くの要因の中から原因をつきとめ、その補正を行うことが重要とされている (Lipowski, Z. J. 1990)。ただ、終末期におけるせん妄の主要因としては、薬剤性のものが最も多かったことが明らかにされている (Stiefel, F., Fainsinger, R. & Bruera, E., 1992) 一方で、全体の56～75%が原因不明であるとの報告もなされている (Stiefel, F., Fainsinger,

R. & Bruera, E., 1992)。ここから、終末期以前の身体状態が良い時期には、一つの要因のみでせん妄発症に至っていることが多いが、終末期には多くの軽度の異常が複数積み重なって発症に至っていることが想定される (Stiefel, F., Fainsinger, R. & Bruera, E., 1992; Massie, M. J. & Holland, J. C., 1990/1993; 内富・皆川・岡村ほか, 1995)。つまり、終末期におけるせん妄に関しては、原因探索と治療に困難さが生じる可能性が高いと考えられる。また、終末期がん患者にせん妄が増加する背景には、がんの進行に伴う身体症状の悪化があり、それに伴う治療内容の変化、身体症状への対処・緩和としての薬物療法が、せん妄を引き起こし、がん患者に新たな苦悩をもたらすという事態が浮かび上がってくる。

②心理

前項では、終末期におけるがん患者の精神症状についてまとめたが、ここでは、終末期におけるがん患者の心理全般について、いくつかの観点から述べていく。

②-1. 対象喪失

終末期には、孤独、身体機能を失うこと、自制を失うこと、愛する全ての人を失うことなど多くの喪失が待ち受けている (Rando, T., 1984)。そうした状況について、Schoenberg, B. (1974) は、「通常は自分ががんと知ってからがんに対する心理反応である対象喪失とそれに続く悲哀の仕事 (mourning work) が始まる」と的確に描写している。また、小此木 (1991) も、死に向かう過程を、予期される死による対象喪失 (自己という対象の喪失を含む) に対する予期による悲哀 (anticipatory mourning) と位置付けている。このように、終末期においては、自己を含めた対象喪失が大きなテーマとなるが、同時に、「死にゆく過程において冷遇されること」 (Brescia, F. J., 1987) も、がん患者を脅かすことになる。

②—2. 見捨てられ不安

心身の様々な症状に悩まされ、数々の喪失体験を重ねる中で、患者は、治療できなくなったら、家族や医療者から見捨てられるのではないかという不安に苛まれることがある。特に、病状悪化の説明、緩和ケアへの移行の説明、DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) の確認といったバッドニュースを聞く場面で、見捨てられ不安や孤立感が強まることが推測される。その一方で、見捨てられ不安を強化する要因は、医療機関側にも存在する。医療機関の多くは、急性期の傷病の治療を効果的に行えるように作られている。そのため、治療できる急性期の患者が大半を占める病棟では、治療できないことは敗北に等しいと、患者側にも医療者側にも捉えられてしまう場合がある。結果として、死にゆく患者は何かしら特別なものであるといった医療者側の感情を患者は敏感に察し、孤立感を募らせることになる。

②-3. 医学的因子による不安と実存的不安

終末期のがん患者は、見捨てられ不安に加えて、さまざまな不安を抱くことになる。五十嵐 (2016) によれば、その不安は、状況的不安、医学的因子に関する不安、精神医学的不安、実存的不安に大別される。なかでも、注目すべきは、医学的因子に関する不安と実存的不安である。医学的因子に関する不安とは、「身体症状に対する心理的反応として生じる不安」であり、「特にコントロール不良な疼痛は最も大きな問題になる」(五十嵐, 2016) ことが指摘されている。終末期になると、疼痛は60～90%の患者に認められるとされており (Foley, K. M., 1985)、疼痛は心理的苦痛と互いに影響し合い、説明のできないイライラや落ち着きのなさにつながる (平井, 2002)。また、急性疼痛は不安、慢性疼痛は抑うつ状態と関連し、コントロール不可能な疼痛は抑うつ状態の最大の原因の一つになり得る。そして、耐え難い疼痛は、ADL (Activities of Daily Living : 日常生活動作) を急速に低下させ、自信の喪失や不安につながることも示されている (平井, 2002)。これ

らのことから、疼痛は、患者の心の状態と切っても切り離せない関係にあることが分かる。しかも、終末期におけるがん患者の心の移り変わりは病状の進行に関係し、予後を受け入れているか否かに関わらず、病状進行に伴う不安が常に存在している (小山・河・笠原, 2000)。したがって、心理専門職としては、医学的因子に関する不安を常に見立てておく必要があり、そのためには、ある程度の医学的知識・薬学的知識が求められる。

一方、実存的不安としては、「個人としての患者の過去、現在、未来にわたる生き方や生や死にかかわる不安 (悔恨 (過去))」、「無意味感、無価値感、無力感 (現在)」、「目標の喪失 (未来)」、「自律性を喪失した、または自己コントロールできないと感じること」(五十嵐, 2016) が挙げられている。また、死や治療困難に対する思考はいつでも浮かんできて苦痛の原因ともなりえる可能性があり (Moorey, S. & Greer, S., 2012)、実存的苦痛へとつながると考えられる。さらに、我が国においては、宗教的な観点が実存的不安に与える影響はそれほど大きくなく (Hirai, K., Miyashita, M., Moritani, et al., 2006)、日本人における実存的苦痛は、「自己の存在や意味の消滅による苦痛」(Murata, H. & Morita, T., 2006) とみなされている。

②-4. 否認

続いて、終末期におけるがん患者と関わる上で問題となりやすい否認について検討する。がん患者の否認に対する心理学的考察は、Eissler, K.R. (1955) に遡る。彼は、がん患者における否認には、身体的治療への動機づけを阻害する一方で、死にゆくことを楽にする働きがあることを指摘している。その後、Geleed, E.R. (1965) が、終末期における否認を、痛ましい現実を生き残ることに貢献する点で評価し、関係破壊的な神経症の否認と区別している。我が国でも、勝見 (1996) が、終末期におけるがん患者の否認の意義として、適応のための努力であるという視点を欠くことができないと指摘している。

このように、否認のポジティブな面が注目される一方で、Bleeker, J.A.C. (1978) は、否認が悲嘆のプロセスを阻害することについて言及している。さらに、Massie, M.J., Holland, J. C. & Straker, N. (1990/1993) は、二通りの否認の比較を通して、以下のことを明らかにしている。ポジティブな否認をする人が、がんである現状は認めつつも、今後の状態悪化の可能性については架空であるという理由で否定し将来に希望を持っていたのに対して、ネガティブな否認をする人では、がんである現状を否認し、それに基づく行為によって身体を危険に陥らせたり良好な治療関係を阻害している。これらのことから、がんにおける否認には、ポジティブな面とネガティブな面があることが示唆される。そのため、明確に区別できるものではないが、その患者にとって、否認がどのような働きをしているのかを見立てることが重要と考えられる。

②-5. 個別の心理的課題への取り組みと心理的成長

川崎・金子・福岡ほか (2005) は、終末期患者を観察し、患者のスピリチュアルペインを分析する中で、患者が対人関係における人生の後悔・反省を語り、死ぬ前に許されたいと望んでいることを明らかにしている。また、安藤 (2005) は、終末期のがん患者に回想法を行い、その語りの中に、家族関係のしこりに不満があるといった家族への憂いの存在を報告している。これらの研究からは、死へと向かう過程の中で、人生の未解決課題が浮上してくることが窺える。そして、その人生の未解決課題への取り組みを通して、患者が自らと向き合うことができることも示唆されている (西村・大森・正岡, 2015)。これらのことから、人生の未解決課題の浮上は必ずしもネガティブな意味だけを持っているわけではなく、患者自身がその課題にどう関わるかということが重要であると考えられる。

また、木村・石原・南 (2006) は、がんとの戦いは、いわば内乱を侵す自分自身との戦いでもあるために、その人は心の深みに改めて対峙することになる

可能性を指摘している。さらに、田中 (2012) は、再発・転移後のがん患者は、危機的状況による苦悩の中で、今までの生き方を振り返ることで人生の再評価をしたり、周囲に感謝でき、心から生きていることが素晴らしいと思えるようになるといった自己成長がみられることを明らかにしている。

これらのことから、終末期のがん患者は多くの不安を抱える一方で、その苦悩の中で、“死”のテーマだけでなく、個別の心理的課題への取り組みを通して、最期の最期まで心理的成長を手にする可能性を持つことが示唆される (樋口, 1998, 河合俊雄, 2014, 2017a, 2017b, 2020, Mindell, A., 2002, 森崎, 2018)。また、その取り組みがたとえ上手くいかなかったとしても、患者が最期まで心理的成長を遂げていく可能性があることが、心理専門職にとっては大きな希望になるのではないかとと思われる。

②-6. 希望

終末期のがん患者の心理を考えるうえでは、Kubler-Ross (1969/1998) がその重要性を強調するように、希望という概念も大切である。Dufault, K. & Martocchio, B.C. (1985) は、35人のがん患者のインタビューを通して、6次元を有する2側面で構成される概念として、希望を捉えている。また、Hinds, P.S. & Martin, J. (1998) は、グランデッドセオリーを使用し、がんに罹患している青年が希望を達成する過程を探求している。これらの研究では、希望はいくつかの側面を持つ複雑な概念であること、希望には過程があることが強調されている。さらに、希望の概念に共通する特徴として、未来志向であり、未来の明るさを感じることに、個人にとっての重要な目標を設定したり達成すること、そして、その人にとって力となることが挙げられている。

我が国においても、1990年代に入ると、終末期がん患者の希望に関する研究が盛んになされるようになり、その希望の内容や、希望に影響を及ぼす要因などが検討されている (片岡・佐藤, 1997; 川端愛, 2015; 久野, 2002; 的場・小松, 1997; 中, 1998;

鳴井・佐藤、1999)。その中で、田中（2012）は、再発もしくは再発後のがん患者は、生きられる時間を意識し、生きる気力が持てない程の気持ちの落ち込みを経験するが、患者自身の方略を使い、希望を見出していることを明らかにしている。また、鳴井・佐藤（1999）は、生きる意味を学ぶ機会を意識的に作り出すことの必要性を指摘し、終末期のがん患者が生きる意味を見出し、持ち続けられるように関わることは希望を支えていくことにつながると述べている。さらに、注目すべきは、的場・小松（1997）や鳴井・佐藤（1999）、久野（2002）が、大切な人との関わりの維持・強化が、心の拠り所を強め、希望を支えていくことにつながると述べている。これらのことから、生への指向性と希望が密接につながっていることが理解されるとともに、家族をはじめとした大切な他者との関係が、患者の孤立感を和らげ、希望を維持させる大きな要因になることが窺える。

IV. 終末期におけるがん患者への心理的支援

前節まで、終末期におけるがん患者の心理について述べてきた。ここでは、それらを踏まえて、終末期におけるがん患者への心理的支援について検討する。その際、先達である Holland, J. C. (1990/1993) や Cassem (1997/1999)、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) らの著作を軸にしながら、がん患者に接する心理専門職に求められる姿勢について述べていく。

①約束を守ること・時間を差し出すこと

「侵入されたと感じやすいので、はっきりと境界が区切られたパーソナリティースペースが必要です。」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022) と指摘されるように、終末期におけるがん患者は、病院という場につきものの“侵入的な日常”から“守られた時空間”を必要としている。実際、病院内では、医療者側によって一方的に会話が終了させられること

もある。しかも、話をするために、どれ位の時間が与えられているか分からないと、話そうと思うことも制限されてしまいかねない。そうした状況の本質を、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) は、次のように的確に描写している。「医師または看護師と患者の普段のやりとりは、絶えず中断される可能性があり、これがコミュニケーションの質に深刻な影響を及ぼしています。医療従事者と患者さんの会話は慌ただしく、この関係は本質に不平等なのです。」。ここから、患者が自身の考えや思いを話すことができるような自由で開かれた時空間を提供することが、心理専門職としてはまず重要になってくることが分かる。その際、他の医療者とは異なり、心理専門職の来訪が予測でき、一貫していることが大切であり、その恒常性が、患者の安心感へとつながっていく(岸本、2023)。また、同時に、「病院の喧騒の中、心理療法士だけが唯一変わらず、患者の精神状態がどうであれ、その人とともにいるという約束を守る」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022) ことが必要不可欠である。決まった時間に患者に会いに行くという約束を守るとは、「その人自身とその人の時間への敬意」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022) の表現になるのである。入院患者は、予定時間に診察や検査を受けられることはほぼなく、事前に時間を知らされていたとしても、それが守られることはほぼない。そのため、患者は、時間通りになることを期待することを諦めていく。それ故、心理専門職が、患者と面接の約束を交わし、それを守ることは、非常に重要な責務と考えられる。そして、こうした枠組みを創造していく中で、何よりも必要なのは、「私はあなたにこの時間を指し上げます」(Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022) という心からの思いが伝わることでありと思われる。また、次の約束を交わすことは、その時まで生きていたいという患者さんの願いとともに、その時まで患者さんに生き続けて欲しいという心理専門職の祈りが込められている。その意味で、次の約束は、患者と心理専門職のいずれにとっても、希望として結実

する可能性がある。

②患者を孤立させない“ひとりの人”としての患者の尊厳と自由

前項では、終末期におけるがん患者への心理的支援の枠組みについて述べた。ここからは、心理専門職に求められる姿勢について、さらに詳しく検討していく。

既に述べたように、終末期におけるがん患者は見捨てられ不安や孤立感を募らせることが多いため、まず重要なのは、患者を孤立させないことである(Holland, J. C., 1990/1993; Saunders, C., 1969; 柏木, 1984)。Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022)が述べるように、がん患者は容易にステレオタイプ化されてしまうため、心理療法においては、患者を分類することなく、一人ひとりの個人に合わせていくことが求められる。つまり、患者の個別性と尊厳を重視し、理解することが重要と考えられる。そのための糸口として、患者の生活歴などを丁寧に聴くことが挙げられる。これまでの仕事や趣味、家族、友人、大事にしてきたことや頑張ってきたことなどを聴いていく中で、個人の歴史性を踏まえた上での関わりを始めることが可能となる。そうした関わりを通して、患者は、“無力な患者”ではなく、“社会的存在としての個人”として自由を得て、上下の関係なく、心理専門職と接することができるようになる。また、Cohen, S.T. & Block, S. (2004)は、「意思決定をエンパワーメントし、コントロールの感覚を維持し、関係を強め、存在の意味を形作る」ことの重要性を説いているが、患者が自由を再び手にして初めて、意思決定ができるようになることも忘れてはならないだろう。

さらに、緩和ケアの技術が進歩しつつある現在においても、患者の苦痛の全てを取り除くことは不可能である。そのため、十分な症状緩和が達成できていない場合などに、医療者としては、患者から足が遠のいてしまう、あるいは、患者と自然に接することできないことが生じてくる。その際、忘れてはな

らないのは、自らの足でその場を離れることができるといふ点で、患者と医療者の間には、決定的な違いが存在するという点である。そのような場合には、その患者の個人としての過去・現在を医療者間で共有することで、その患者を終末期のがん患者として特別視することが少なくなり、「未来への関係が作りやすく」(内富・皆川・岡村ほか, 1995)なり、医療チームとして患者を孤立させないことにつながると考えられる。

③患者と共に在る

Cassem (1997/1999)は、「耳を傾けることに優るものはない」と述べ、「われわれが正しいと信じていることを患者に伝え、患者にも同意を求めていることは、終末期の患者をケアする者の好意から出たものとはいえ、身勝手な心得違いである」と痛烈に批判する。こうした論からは、耳を傾けるとは、心理専門職から価値判断を押し付けることなく、患者に関心を抱き、患者の語るままを受け取ろうと努めることだと考えられる。しかし、耳を傾け続けることはそれほど容易ではない。例えば、「私はもうだめかもしれない」と患者が繰り返し語った際に、『そんなこと言わずに頑張りましょう』と声をかけ、せつなく患者が言葉にしようとした死を巡る語りをそのまま中断させてしまう場合は往々にしてあるのではないだろうか。こうした事態が生じる背景の一つとして、身体を中心とした医療では、患者に対して何かをしようとする、いわば、「動く行動様式」(服巻・石坂・三木ほか, 2003)というパラダイムが中心的事であることが考えられる。医療者側に、患者に対して何かしてあげなければならないという思いがあり、それができない現実に耐えきれず、患者との対話を終わらせようとしてしまうのである。しかし、Cassem (1997/1999)は、「適当な答えがない時には、われわれは沈黙を守るべきである」と記している。つまり、そこでは、何かをする(doing)ことではなく、何もしないで共にある(being)という姿勢が求められる。終末期におけるがん患者の中には、がん

によって内的世界が大きく揺さぶられ、自分の気持ちを表現できず、気持ちを包容するための余地やその可能性すらない患者もいる。そのような場合であっても、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022)は、医療者との関係の中で、「包容されている」感覚を抱くことが出来ると、患者は、自分にも未来があると感じることができると指摘している。そして、最も大切なのは、「患者の傍らにいて共有する時間を持つこと」(佐伯・下田、2006)を重ね、最期まで共に居てくれるという実感を患者の中に醸成していくことであると思われる。また、IV - ①で述べたように、他者との関係そのものが、患者が希望を持ち続ける原動力になることから、心理専門職もその関わりの一担を担う可能性があることを自覚しておく必要があるだろう。

④その人を知る

前項から、患者と共に在ることが、終末期のがん患者と関わる際の基本姿勢であることが理解される。しかし、患者からやり場のない怒りの感情をぶつけられたり、答えようのない質問を投げかけられることなどから、この基本姿勢を保つことが難しい場合も生じてくる。その際の一助となるのはやはり、患者及び患者の周囲の背景を把握すること、つまり、その人を知るといことだと思われる。Cassam (1997/1999)では、よい聴き役となり、患者がどのような足跡を歩んできたかを知るための質問をすることで、医療者は患者を新しい視点で見られるようになることが示されている。その結果、“終末期のがん患者”ではなく、“一人の個別の存在”として患者を認識し、更なる関心を患者に寄せ、その話に耳を傾ける契機を得ることができるようになる。また、患者の側としても、こうした対話を通して、気持ちが和らぎ、自分自身が病気になる前と同一であることを認識する契機がもたらされる可能性がある。また、心理専門職が、患者に関心を抱き、患者に会いに行くという姿勢を体現し続けることによって、患者は、自身が必要とされている感覚を抱き、社会的

に生きているという実感を確かめることができると思われる。そして、こうした過程は、IV - ②で指摘した患者の尊厳を守ることにもつながる。さらに、患者と共にあるという姿勢を保つ上で、IV - ①で述べた面接枠は、患者だけでなく、心理専門職にとっても守りとしての機能を果たすと考えられる。つまり、面接枠によって、患者との時間が物理的に制限されていることが、逆説的に、心理専門職が傷つきや恐れ、無力感を抱きつつも、それでも患者の前に留まり続けることを可能にするのではなからうか(清水、2018)。

⑤急ぐことのない関係の構築

ここまで、耳を傾けることや共にあることの重要性を指摘してきたが、そのためには、たとえ短時間の訪室であっても、静かで急がない態度が必要になってくる(Holland, J. C., 1990/1993)。こうした態度を、Coggan (1977)は、「死という事実に驚かずに旅立ちの時まで一緒に歩んでくれる人と急ぐことなく関係を持つべきである」と、的確に示している。残された時間に限りがあることから、心理専門職の側も機を逸することへの不安が当然生じてくるが、それでも、急ぐことのない関係の中で、その瞬間瞬間を大切に共有していくことが重要と考えられる。また、急がない態度は、心理専門職側にゆとりをもたらし、ユーモアや笑いが生じる余地が生まれてくる。例えば、樋口(2002)は、ユーモアを通して、「生のどうしようもない現実を、少し離れたところから見目」を持てると、思わず笑いが生じてくることを指摘している。実証的研究でも、終末期のユーモアは、治療関係を含めた人間関係の構築、状況への対処、感受性の表現という3つの包括的機能を持ち、緊張を和らげ、尊厳と価値観を守るために最も役立つことが示されている(Dean, R.A.K. & Gregory, D.M., 2004)。これらのことから、終末期のように、多くの限界を突きつけられ変えようのない現実を前にした際、ユーモアや笑いは、現実とは異なる次元を開き、治療的資源になりうることが示唆される。

また、頻回に訪室し「足で稼ぐ」(岸本, 2008) ことによって、患者にとって負担のないタイミングを図るとともに、安心して話せるように、患者の気分に対する鋭敏な感覚も求められる。特に、終末期となると、劇的な変化が多く、そちらに目を奪われがちになりやすいが、患者の微細な変化に対しても意識的に注意を向ける必要がある。何故なら、がん患者は、「兆候空間」(中井, 1982) が優位となり、些細な変化にも敏感に反応するため、患者と心理専門職の感覚に大きなズレが生じる可能性があるためである。そうしたズレは時に、患者を傷つけることにつながるため、心理専門職は、感覚を鋭敏に研ぎ澄ませ、患者の感覚にチューニングを合わせていくことが求められる。

⑥日常的ケアとの統合、調整・つなぎ役

ここまで、心理的支援を中心に述べてきたが、心理的支援は、チーム医療と切り離して考えることはできない。その点に関して、Saunders, C. M. (2004) は、全人的苦痛の4つの要素である身体的・社会的・精神的・スピリチュアル的苦痛は、個別に取り扱うことはできないと述べている。また、「自己の存在や意味の消滅による苦痛」を軽減するための方法は、日常的なケアと統合されなければならないとの指摘もある (Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., et al., 2008)。これらは、チーム医療の必要性を裏付ける根拠の一つと考えることができるだろう。また、支援の方法も1つに限られるわけではなく、患者の意向に沿いながらどのような支援ができるのか、他の医療者とその都度よく相談し、多職種それぞれの持つさまざまな技術を柔軟に用いて協働することが重要になってくる。その意味で、心理的支援を、チーム医療の中にしっかりと位置づけておくことが不可欠と考えられる。また、日常的なケアとの統合を考えるうえで、もう一つ大事な視点がある。それは、終末期におけるがん患者は、死を受け止めていく過程だけでなく、日々の病状の変化に衝撃や動揺を抱きながら、目の前にある現実を受け止めていく過程

も生きており、その両方の過程にアプローチしていくことが求められるという点である (平子・野島, 2003)。

また、患者が苦悩を抱えるように、患者の家族も家族を失うことへの予期不安や悲しみ、混乱、喪失感を体験することになる。そして、心理専門職も、患者と向き合う中でさまざまな感情を抱くことになる。そのため、患者と患者を取り巻く人々は、それぞれの立場でそれぞれの思いを抱え、意向が異なることや葛藤が生じてくる場合がある。本来は、患者の意思決定支援が最も重要と考えられるが、状态的にそれを患者本人に求めることが難しかったり、死の問題を患者と直接共有したくないという思いや躊躇、葛藤が生じることもある。このような場合、心理専門職は、臨床心理学の知識を背景とした客観的な視点を持ちながら、患者や家族、医療者間の人間関係を見立て、その見立てを医療者と共有することによって、現状を整理していくことが求められる。どうしてもない状況に置かれた場合、その認識が共有されることだけで、医療者への負荷の軽減につながることもある。このように、患者や家族に直接関わるだけでなく、患者や家族、医療者間を調整しつなぐ役割を担うことも必要になってくる。そのためには、チーム医療の内側と外側の両方の視点を、心理専門職は持つておくことが求められる。

⑦知識・技術の研鑽

ここまでの文脈を踏まえると、終末期におけるがん患者に関わる心理専門職に求められる姿勢として、“関係”、そして、それを築くための何らかの“情”や“人柄”が最も必要なものと想定されるかもしれない。しかし、驚くべきことに、Cassem (1997/1999) は、「人柄は二次的な問題に過ぎない」とし、心理専門職にまず求められる素質として「医療者としての有能さ」を挙げている。これは、非常に重要な指摘である。既に述べたように、終末期におけるがん患者と関わっていると、心理専門職も死に巻き込まれる事態が生じることがある。その際、良い意味で

も悪い意味でも、患者との融合状態が生まれることがあるが、安易な融合は混乱のような危険な状態を招く可能性がある（河合、2003）。死に巻き込まれる恐れから、距離を取る一方で、心理専門職が自らが「死と戦う英雄」（樋口、2002）であるというイメージに囚われ、日常の全てを犠牲にして患者に関わろうとする形で死に巻き込まれる場合もある。そのような際に、重要なのは、融合的な関係を客観視する「相当な「冷たい」目」を持ち、しっかりと「意識化」することである（河合、2003）。心理専門職の逆転移の利用も重要であるが、そのためにも、まずは意識化できることが必要になってくる。なぜなら、意識化できなければ、その逆転移が、患者由来のものなのか、心理専門職自身のものなのか、その両者が重なり合ったものなのかを、区別することはできないからである。こうした意識化のために必要なのが、知識と技術の自己研鑽を積み続けることであり、そのことによってこそ、安定した態度を保つことができ、最後まで患者と共にあることが可能になると考えられる。また、Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) が、「がん患者を対象に集中して仕事をするには、病のないプライベートな世界に戻れること必須」と述べるように、心理専門職が自らの日常をしっかりと生き、日常と行き来できることも大切になってくる。

V. まとめ

本稿では、終末期におけるがん患者を対象とした実証的研究と終末期におけるがん患者への臨床実践に基づいた書籍を中心に取り上げ、そこで得られた知見を踏まえて、終末期におけるがん患者への心理的支援に対する示唆を得た。ここでは、まとめにかえて、終末期におけるがん患者との心理療法の特徴について述べる。

Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) は、「患者の生命が深刻であることで、心理療法はこころの深みにまっすぐ進みます。」と述べる。それは、限りある時間の中で、日常の心理療法で生じるような防

衛などからは速やかに解放され、もっとも重要な生と死の問題を巡って展開していくためであると思われる。そして、「短期間のうちに、生きる力を与えるきわめて重要な介入となり、濃密な質の高いやりとり」（Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022）が生じ、患者の内的世界に劇的な変化が生み出されることになる。その過程の中で、最も重要なのは、「多くの場合、患者は自分の力で何かを、ときに他の誰かにもできない何かをする必要がある」（Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022）という点であると思われる。患者は、家族との和解など、人生でやり残してきた課題に取り組み、個々人の具体的な課題に向き合い、「潜在的可能性を生き抜く」（Goldie, L & Desmarais, J., 2005/2022）ことで、この世を生き切ることができるのではなからうか。Goldie, L & Desmarais, J. (2005/2022) は、がん患者を含む身体疾患の心理療法においては、「存在することの核心そのものが熟慮の対象となる」と指摘するが、終末期におけるがん患者との心理療法においては、まさに“存在すること”の次元での関わりが求められると考えられる。また、心理専門職は、Holland, J. C. (1990/1993) が、患者が自身の死について語る相手について述べたことを重く受け止める必要があるだろう。「その選ばれた人は聖職者であったり、家族の一員であったり、治療チームのメンバーであったりする。死に対する患者の感じ方についてプライバシーを尊重するのは、治療について自由で十分なコミュニケーションを行うのと同じくらい重要である。」つまり、患者の思いを聴くのは、必ずしも心理専門職である必要はなく、患者自身がその相手を選べる自由を保証する姿勢が求められるのである。

また、本稿では、終末期におけるがん患者との心理療法を扱った事例研究についてはあまり触れることができなかった。今後は、実証的研究と事例研究をどのように織り合わせながら、終末期におけるがん患者への心理的支援につなげていくことができるかが課題である。

文献

- Akechi, T., Okuyama, T., Onishi, J., Morita, T., & Furukawa, T. A. (2008). Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Conchrane Detabase Systematic Reviews*, 1-36.
- Alexander, P.J., Dinesh, N., Vidyasagar, M.S. (1993). Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncologica*, **32**, 623-626.
- American Psychiatric Association (1999). Practice guideline for the treatment of patients with delirium. *American Journal of Psychiatry*, **156**, 1-20.
- 安藤満代 (2005). がん患者の回想法におけるテーマとプログラムの検討. *がん看護*, **10** (6), 535-540.
- Bleeker, J.A.C. (1978). Brief psychotherapy with lung cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **29**, 282-287.
- Brescia, F. J. (1987). An overview of pain and symptom management in advanced cancer. *Journal of Pain Symptom Manage2*, 巻号?, 7-11.
- Cassem, N. H. (1997). *Massachusetts General Handbook of General Psychiatry Fourth Edition*, Mosby-Year Book, Inc., U.S.A. 黒澤尚・保坂隆 (監訳) (1999). *MGH 総合病院精神医学マニュアル*. メディ浮かす・サイエンスインターナショナル. 東京. 545-580.
- Coggan, D. (1977). On dying and dying well: extracts from the Edwin Stevens lecture. *Journal of Medical Ethics*, **3** (2), 57-60.
- Cohen, S.T. & Block, S. (2004). Issues in psychotherapy with terminally ill patients. *Palliative & Supportive Care*, **2**, 181-189.
- Dean, R.A.K. & Gregory, D.M. (2004). Humor and laughter in palliative care : An ethnographic investigation. *Palliative & Supportive Care*, **2** (2), 139-148.
- Delgado-Guay, M., Parsons, H., Li, Z., Palmer, J., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in a palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*, **17**, 573-579.
- Derogatts, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorder among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, **249**, 751- 757.
- 土居健朗 (1992). 新訂 方法としての面接. 医学書院.
- Dufault, K., & Martocchino, B.C. (1983). Hope : Its Spheres and Dimesion. *The Nursing Clinics od North America*, **20** (2), 379-391.
- Eissler, K.R. (1955). *The psychiatrist and the dying patient*. New York. International Universities Press.
- 服巻豊・石坂昌子・三木浩司・平田聖子 (2003). 緩和ケア病棟における傾聴・共感的態度の用いられ方についての検討. *死の臨床研*, **26** (2), 195
- Foley, K. M. (1985). The treatment of cancer pain. *N. Engl. Journal of Medicinal Chemistry.*, **313**, 84-95.
- Goldie, L. & Desmarais, J. (2005). *Psychotherapy and Treatment of Cancer Patients : Bearing Cancer in Mind 1st edition*. Routledge, a member of the Taylor & Francis Group. 平井正三・鈴木誠 (監訳) (2022). *がん患者の語りを聴くということ 病棟での心理療法の実践から*. 誠信書房.
- Geleed, E.R. (1965). Two kinds of denial : Neurotic denial and denial in the service of the need to survive. in M. Schur (Ed). *Drives, affects, behavior*. Vol.2. New York : International Universities Press, pp118-127.
- 樋口和彦 (2002). 聖なる患者. 創元社.
- Hinds, P.S. & Martin, J. (1998). Hopefulness and the Self-Sustaining Process in Adolescents with cancer. *Nursing Research*, **37** (6), 336-340.
- 久野裕子 (2002). 終末期がん患者の希望. *高知女子大学看護学会誌*, **29** (1), 59-67.
- 平井啓 (2002). 末期がん患者の心理的適応に関する研究. *人間科学研究*, **4**, 29-43.
- Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., & Sanio, M. et al. (2006). Good death in Japanese cancer care : A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, **31**, 140-147.
- 平井正三 (2022). 監訳者まえがき. Goldie, L. & Desmarais, J. (2005). *Psychotherapy and Treatment of Cancer Patients : Bearing Cancer in Mind 1st edition*. Routledge, a member of the Taylor & Francis Group. 平井正三・鈴木誠 (監訳) (2022). *がん患者の語りを聴くということ 病棟での心理療法の実践から*. 誠信書房. pp.x vii - x xii.
- 平田聖子・野島一彦 (2003). 緩和ケア病棟に入院する末期がん患者の心理過程. *九州大学心理学研究*, **4**, 335-342.

- Holland, J. C. (1990). Fears and abnormal reactions to cancer in physically healthy individuals. *Handbook of psychooncology* (edited by Holland, J.C. and Rowland, J. H.), 1st Ed, Oxford University Press, New York, 13-21. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). 身体的に健康な人々のがんに対する恐怖と異常反応. サイコオンコロジー① がん患者のための総合医療. メディエンス社. 12-19.
- Holland, J. C. (1990). Overview of normal reactions and prevalence of psychiatric disorders. In Holland, J. C. and Rowland, J. H. ed. *Handbook of psychooncology*, 1st Ed, Oxford University Press, New York, 273-282. 河野博臣・濃沼信夫・神代尚芳 (監訳) (1993). 6章 がんの臨床経過. サイコオンコロジー① がん患者のための総合医療. メディエンス社. 69-93.
- 服巻豊・石坂昌子・三木浩司・平田聖子 (2003). 緩和ケア病棟における傾聴・共感的態度の用いられ方についての検討. 日本死の臨床研究会. 第27回日本死の臨床研究会年次大会, 2003.
- 五十嵐友里 (2016). 第12章 終末期患者のケア緩和ケアチームの日々の関わりから-. 鈴木伸一 (編著). からだの病気のこころのケアチーム医療に活かす心理職の専門性-. 北大路書房. 142-152.
- 柏木哲夫 (1984). 安らかな死を支える—ホスピスの現場から. いのちのことは社.
- 柏木哲夫 (1999). 日本における死にゆく患者の心理プロセスと精神的ケア. 松下正明 (監修)・福西勇夫 (編集). 先端医療とリエゾン精神医学. 金原出版株式会社. 東京. 42-49.
- 片岡純・佐藤禮子 (1997). 終末期がん患者のケアリングに関する研究. 日本看護科学会誌, 17 (3), 424-425.
- 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.
- 川端愛 (2015). がんの集合的治療を断念した患者を支える希望の意味. 日本がん看護学会誌, 29 (2), 62-70.
- 河合俊雄 (2003). 「物語」としての事例研究. Bosnak, R. (1989). *Christopher's Dreams: Dreaming and Living with Aids*. Shambhala. 岸本寛史 (訳) (2003). クリストファーの夢: 生と死を見つめた HIV 者の夢分析. 創元社. pp.1-6.
- 河合俊雄 (2014). 身体疾患の心理療法における語りとイメージ. 日本ユング心理学研究所セミナー. 東京. 2014. 4.20.
- 河合俊雄 (2017a). ワークショップ「ユング派心理療法の見立て」におけるレクチャー. 日本ユング心理学会第6回大会. 米子. 2017.6.17.
- 河合俊雄 (2017b). ワークショップ「身体疾患と箱庭療法・イメージ」. 日本箱庭療法学会第31回大会. 上智大学. 2017.10.7.
- 河合俊雄 (2020). 心理療法家が見た日本のこころ—いま、「こころの古層」を探る—. ミネルヴァ書房.
- 川崎雅子・金子久美子・福岡幸子・佐々木美奈子 (2005). 終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア—患者との会話場面を通して—. 県立がんセンター新潟病院医誌, 44 (1), 27-31.
- 木村哲也・石原美知恵・南美奈子 (2006). 終末期患者への精神療法的接近について. 心療内科, 10 (6), 413-417.
- 岸本寛史 (2008). がんと心理援助. 臨床心理学, 8 (6), 779-790.
- 岸本寛史 (2023). 書評 がん患者の語りを聴くということ 病棟での心理療法の実践から. 心理臨床学研究, 40 (6), 542-543.
- 小山千加代・河正子・笠原嘉子 (2000). がん末期患者の病状進行と心理の移り変わり 緩和ケア病棟における看護記録の分析から. 臨床死生学, 5 (2), 85-91.
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. 鈴木晶 (1998). 死ぬ瞬間—死とその過程について—. 読売新聞社.
- 久野裕子 (2002). 終末期がん患者の希望. 奈良女子大学看護学会誌, 27 (1), 59-67.
- Lipowski, Z. J. (1983). *Delirium: acute confusional states*. Oxford University Press.
- Massie, M.J., Holland, J. C. & Straker, N. (1990/1993). Psychological care of the patient with cancer. In Holland, J. C. & Roeland, J.H. (Eds). *Handbook of psychooncology*. New York: Oxford University Press. 成田善弘 (訳) (1993). 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, pp.165-178.
- 的場典子・小松浩子 (1997). ターミナルステージにあるがん患者の希望に関する分析. 看護科学会誌, 17 (3), 252-253.
- Mindell, A. (1989). *COMA: Key to Awakening*. Shambhala. 藤見幸雄・伊藤雄二郎 (2002). 昏睡状態の人と対話するプロセス指向心理学の新たな試み. 日本放送出版協会.
- 森崎志麻 (2018). 日本ユング心理学会第6回大会印象記. ユング心理学研究, 10, 199-202.
- Moorey, S. & Greer, S. (2012). *CBT for people with*

- cancer. Oxford University Press.
- Murata, H. & Morita, T. (2006). Conceptualization of psycho-existential suffering by the Japanese Task Force : The first step of nationwide project. *Palliative Support Care*, **4**, 279-285.
- 中恵美子 (1998). 末期がん患者の希望に関する研究－希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点を当てて－. *死の臨床*, **21** (1), 76-79.
- 中井久夫 (1982). 分裂病と人類. 東京大学出版会.
- 中根千景 (2004). 中間領域としての物語り－癌患者と関わる治療者の課題. *心理臨床学研究*, **22** (5), 488-498.
- 鳴井ひろみ・佐藤禮子 (1999). 一般病院の入院患者がターミナル期に抱く希望. *日本がん看護学会誌*, **13**, 80.
- 西村美穂・大森美津子・正岡敦子 (2015). 死の直前にわだかまりが融けた悪性腫瘍患者の心理過程. *香川大学看護学雑誌*, **19** (1), 53-67.
- 小此木啓吾 (1991). 対象喪失と悲哀の仕事. *精神分析研究*, **34** (5), 294-322.
- Pattison, E.M. (1977). *The experience of dying*. New Jersey. Prentice-Hall.
- Rando, T. (1984). *Grief, dying and death*. Chicago, Research Press.
- 佐伯吉規・下田和孝 (2006). がん患者の心理的ケア. *Dokkyo Journal of Medical Science*, **33** (3), 213-217.
- Saunders, C. (1969). *The moment of truth : Care of dying person*. In Person L (eds.): *Death and dying*. Case Western Reserve University Press. Cleveland, 49-78.
- Saunders, C. M. (2004). *Cicely Saunders – Founder of the Hospice Movement : Selected Letters 1959-1999*. 416, Oxford : Oxford University.
- Schoenberg, B. (1974). *Anticipatory Grief*. Columbia University Press, Columbia.
- 清水亜紀子 (2018). 日本心理臨床学会奨励賞受賞講演 終末期臨床において心理臨床家が生き抜くこと. 日本心理臨床学会第37大会, 神戸国際会議場.
- 清水亜紀子 (2022). 告知前後におけるがん患者の心理的反応と心理的支援－実証的研究を中心とした文献レビューを手掛かりに－. **14**, 111-127.
- 下舞紀美代・山口哲朗・小田正枝 (2011). がん患者の病名告知から終焉までの心理的変化とその要因. *日本がん看護学会誌*, **25** (3), 30-38.
- 鈴木誠 (2022). 監訳者まえがき. Goldie, L. & Desmarais, J. (2005). *Psychotherapy and Treatment of Cancer Patients : Bearing Cancer in Mind 1st edition*. Routledge, a member of the Taylor & Francis Group.
- 平井正三・鈴木誠 (監訳) (2022). がん患者の語りを聴くということ 病棟での心理療法の実践から. 誠信書房. pp.213-220.
- Stiefel, F., Fainsinger, R. & Bruera, E. (1992). Acute confusional states in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, **7** (2), 94-98.
- 田中いづみ (2012). 再発・転移後のがん患者が見いだす希望とその希望を見いだすための要因. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, **8** (1), 39-47.
- 内富庸介・皆川英明・岡村仁ほか (1995). 終末期がん患者のコンサルテーション・リエゾン精神医学. *臨床精神医学*, **24**, 149-159.
- 内富庸介・福江真由美・皆川英明 (2000). 第一章 がんに対する反応 2. がんに対する通常反応. 山脇成人 (監). *新精神科選書① サイコオンコロジー がん医療における心の医学*. 診療新社. 8-19.

Abstract

Psychological Reactions and Psychological Support of
Cancer Patients in Terminal Stage
-Using a Literature Review Centered on 『Psychotherapy
and Treatment of Cancer Patients : Bearing Cancer in
Mind 1st Edition』 (Goldie, L. & Desmarais, J.,2005)

Akiko SHIMIZU

This study reviewed mainly empirical studies and books based on clinical practice on terminal stage cancer patients. First, the structure of an acute care general hospital and the psychology of terminal stage cancer patients was summarized. Next, the psychological supports for terminal stage cancer patients were implicated, as a framework for psychological support, the following seven attitudes were required: (1) Keeping a promise to see the patient at a set time and offering time was considered to help the patient feel secure; (2) It is necessary not to isolate patients. As a suggestion to this, it is important to understand the patient as a “single person” by carefully listening to the patient’s life history and other information, emphasizing the patient’s individuality and dignity; (3) The basic attitude is not to “do” something, but to “be” with the patient without doing anything, and it is necessary to spend a lot of time with the patient to foster the feeling that the counselor will be with them until the end of their life; (4) By getting to know the patient, the psychologist will have an opportunity to pay more attention to the patient, and listen to the patient’s story. In addition, by continuing to embody the psychologists’ interest in the patient, and their willingness to visit the patient, the patient can have a sense of being needed and feel that he or she is socially alive; (5) Through the establishment of a relationship that is not rushed, there is room for humor and laughter, which open up dimensions different from reality and can become therapeutic resources; (6) Psychological support must be part of the medical team and integrated with routine care. Psychologists also need to play a coordinating and connecting role among patients, families, and health care providers; (7) To maintain a stable attitude and to enable them to be with the patient until the end, psychologists need to continue to improve themselves in knowledge and skills.

Key words : cancer patients in terminal stage, psychological support, being with