

はじめに

本書は、主に中間期のがん患者を対象に、私たちが7年以上にわたり行ってきた精神療法に基づくグループワークの体験をもとに書かれている。ここで言う「中間期」とは、初期治療を終えて病態が安定している時期を指すが、完治を断言できないがんという病の性質上、この時期は再発や転移の不安が生じやすい。しかしながら日本において、そうした不安に対して十分な心理的サポートを受けられる機会は多いとは言いがたく、中間期のがん患者に対する精神療法は、終末医療とは異なり、経験も理解も不足しているのが現状である。

がん患者に対する精神療法についてはたくさんの書籍が刊行されているが、多くは欧米からの翻訳であり、その実践に関しても、欧米のやり方に準じている場合が少なくない。欧米モデルの導入が、医療従事者に、がん患者に対する精神療法の必要性を喚起した点は、大いに評価されるべきである。しかしそのようなモデルが、文化的背景の異なる日本においても実際に有効か否かは、批判的に考えてみる必要がある。がんと切り離すことのできない生と死の問題が、文化的・社会的影響を色濃く反映するのだとすれば、なおさらである。

本書では、あまり顧みられることのない中間期のがん患者に対する精神療法として、森田療法が有効であることを論じていくが、日本で誕生し、東洋の知恵を盛り込んだこの精神療法であれば、文化的背景に関する先の問題にも答えを見いだせるのではないかと考えている。

がんという病は、患者をつらい経験でゆさぶる。のちに詳しく述べるが、そうした経験は、不安、恐怖、抑うつなどの心理的なものに留まらない。対人的、社会的な経験を変質させることで、さらに患者を苦しめるのである。同時にがん患者は、医療従事者との関係にも苦慮し、時に傷つき、不安や恐怖を増大させることがある。多くの場合、医療従事者、とくに医師は、がんを臓器の病として捉えているため、患者の苦悩に対して関心が薄く、気づいたとしてもさほど注意を払わないからである。あるいは、患者の不安をどう理解して対応すべきかがわからないのかもしれない。同じことは、患者自身やその家族にも言えるであろう。

がんはまた、患者を自分の生き方そのものに直面させる病でもある。がん患者は否応なしに、今までの人生とは何だったのか、これまでの生き方はどうだったのか、という問題を考えざるをえなくなる。自己の存在に関わる問いかけは、がん患者の精神療法には必須の視点であり、こうした実存的な問題を患者と共に考えていく過程で、森田療法のもつ知恵がさらに引き出される可能性があると思われる。

がん患者に対する精神療法は、これまでいくつも提唱されてきたが、その多くがコントロールモデルである。すなわち、病がもたらす不安、抑うつなどをコントロールすることに焦点が当てられてきた。一方、本書で見える森田療法に基づくモデルでは、そうした方法論を捨て、まったく新しい発想を採用する。つまり、がんをたんなる臓器の病ではなく、患者の生き方の問題として捉える視点である。そこには、今までの生き方にはどこか無理があつて、より自然な生き方への転換が求められていると理解することも含まれる。こうした認識をすることによって、患者にやがて、がんと共に存し、苦悩をありのままに受け入れる態度が生まれ、自分もつ生きる欲望を素直に感じられるようになる。それと同時に、その人固有の生き方への転換が準備され、結果として、本来もつている自己治癒能力が引き出されるのではないかと考えられる。

このように本書では、中間期のがん患者に対する森田療法の有効性を見ていくが、実はもうひとつ重要なテーマがある。生と死をめぐる問題である。

がんは、再発、転移という言葉と切り離すことができない。私たちは、7年余のグループワークの間に3人の患者の生と死に深く関わった。うち1人は、死の2ヵ月前までグループワークに参加し、メンバーに支えられ、その絆のなかで亡くなっていった。他の2人には、グループワークに引き続き、個別の精神療法を行った。この過程で私たち治療者は、死に向かいつつある患者に寄り添い、ありのままにその存在を受け入れていった。

3人の患者は、ゆれながら生き、そして亡くなった。私たちは、その生と死に寄り添いながら、

「それでよいのだ」「それこそが大切だ」と考えた。それと同時に、こうした心理的サポートの過程においては、死に向かいつつある人たちのありようを、何の解釈もせずに、ただ寄り添いながら、ありのままに受け入れることが、治療者の姿勢として不可欠であろうと結論づけた。そしてそれを可能とするのが治療者の死生観であり、その死生観を支えてくれるものこそが森田療法の知恵であったのである。

ここで、本書の構成を紹介しておく。

1章ではまず、がん患者に対する精神療法として森田療法が有効だと考える理由を説明し、その後、実際に治療の場で実践され、効果を上げた事例をいくつか見ていく。また欧米で誕生したさまざまな精神療法の特徴を概観し、森田療法との違いを浮き彫りにする。

2章では、本書執筆のきっかけとなった精神療法に基づくグループワークについて述べる。前半は理論について、後半は実際にグループワークで語られたメンバーの苦悩と生き方の転換に焦点を絞って記述する。

3章では、11人のがんサバイバーに対する聞き取り調査の結果をまとめ、がんによって人生の危機を経験し、そこから新しい生き方をつかんでいったプロセスを報告する。この報告からは、病の意味を捉えなおし、生き方を転換していくことが、がん患者の援助に必要な視点であることが示されるであろう。

4章では、グループワークと個人面談を通して見つけた、3人のがん患者の生と死について述べる。本書は、生きる欲望が強ければ死への恐怖もまた強くなるという視点に立っているが、人間はそうした欲望と恐怖の間でゆれながら生き、死んでいく。3人の患者たちの生のあり方は、死を迎えるプロセスと直接つながり、連続的なものであると思われる。

5章では、がんの経験と切り離すことができない死生観について考察する。現代医療が臓器の病としてがんを捉え、病を抱える患者の苦悩に注意を向けられない点を論じ、その現状を乗り越えるには、森田療法に基づく自己のあり方を理解するのが有効であることを示そうと思う。また、森田正馬本人の生き様、死に様についても振り返る。

本書は、実際にがんを経験した人やその家族から、がん患者の治療に携わる医療従事者まで、幅広い読者を想定している。また生と死という問題を扱う以上、どうしても実存的内容に触れざるをえない。したがって死生観や実存的省察にも踏み込んでいるが、患者本人や家族など、まず実際的なことを知りたいと思われる読者は、2章と3章の事例から読まれた方が理解が深まることと思う。一人でも多くの読者に本書が役立つことを願ってやまない。

最後に、聞き取り調査に協力していただき、学会等でさまざまな有益なコメントをしていただいた伊丹仁朗先生に、この場を借りて感謝の意を捧げます。

また、がん患者のグループワークの実践について、その機会を与えていただき、協力していただいた帯津良一先生と帯津三敬塾クリニックのスタッフの皆さんにも、心から感謝いたします。

そして、聞き取り調査に協力してもらった人たち、またこのグループワークに参加してもらったメンバーにも感謝したいと思います。ここでは私たちがむしろ学ぶことが多かったように感じています。

北西憲二

1 がんと森田療法

森田療法の可能性

なぜそれが有効なのか

「がん」と「森田療法」という取り合わせを奇異に思われる方もいるかもしれない。なぜなら森田療法という精神療法は、これまで一般的に、神経症性障害（神経質）に対するものと理解されてきたからである。しかし私たちは、この精神療法が、がん患者に対しても有効ではないかと考えるに至った。それには以下の2つの理由がある。

ひとつには、心療内科医の伊丹仁朗いたんじんろうによる「生きがい療法」の存在が挙げられる。生きがい療法とは、森田療法をがん患者に適用した療法としては先駆的なもので、のちに詳しく見るが、「自分が自分の主治医のつもりでがんと闘う」「今日一日の生きる目標に打ち込む」など5つの生活指針を基本としている。また、生きがい療法を学ぶための自助グループもつくられ、「生きがい療法運動」とも言うべき大きな流れとなって、多くの成果を挙げてきた。

私たちは、がんをきっかけに「生きがい療法運動」に参加して、自分自身の生き方を変えていった人たちの聞き取り調査を行い、その結果として、森田療法に基づいたがん患者への心理的サポートの可能性を確信できた。がんサイバパーたちが示した苦悩のあり方と、そこからの回復プロセス、生き方の転換は、森田療法における苦悩からの回復にそのまま重なっていたからである。

もうひとつの理由は、がん患者への心理的サポートに、森田療法の治療原理がそのまま応用できると考えたことである。森田療法を創始した森田正馬（1874-1938）は、幼少の頃から死の恐怖にとらわれていた。その彼が自分の精神療法のテーマに置いたのは、まさにその死の恐怖をいかに乗り越えるかであり、最終的には「死の恐怖」と「生の欲望」という基本的な考え方にたどり着いた。「死が怖い」のは「生きたい」からであり、この2つは同じものの異なる表現である。

森田は晩年に、死の恐怖は受け入れざるをえない、生の欲望にはしがみつかざるをえない、という理解に達した。苦悩の解決には、死の恐怖をそのまま受け入れていくこと、生の欲望を発揮していくことが必要であると考えたのである。死の恐怖を受容するには、人生の苦難・苦悩は自分の思い通りにはならないこと、つまり「人間の限界」を受け入れることが必要になる。そして、そう認識したときに、私たちは生の欲望に気がつく。この苦難・苦悩とは、私たちの人生の苦悩＝生老病死なのである。

このような理解は、神経症性障害や人生のさまざまな苦難に対して森田療法が提示する解決法であるが、これはそのまま、苦悩するがん患者の援助に結びついていくと考えられる。

ニューヨークからの報告

ニューヨーク州にあるスローン・ケタリング記念病院は、がん治療で知られ、サイコオンコロジ（精神腫瘍学）が誕生した病院でもある。そこで、「オンコロジー・ソーシャルワーカー」として、重篤ながん患者に対し精神療法を行っているジーン・リーベンバーグは、32歳の進行性乳がん患者エイヴァについて報告している¹。

あるとき、エイヴァは主治医から免疫力を高めるためにイメージ療法を受けるよう勧められ、リーベンバーグと面会した。最初の面談で、エイヴァは涙を流して次のように訴えたという。

私はこれ以上何もできません。月曜日には腫瘍医に訪れ、火曜日にはヨガクラス、水曜日には乳がんのサポートグループに参加して、木曜日にはマッサージに通っているのです。鍼治療に週3回通い、そして1日3回ハーブを飲んでいきます。さらに1日2回瞑想をして、そのうえ1日2回リラクゼーションの練習もしているのですよ。なのに、イメージ療法までやれというのですか？ いったい私はいつ生きていけると言えるのでしょうか？

乳がん治療を始めてから3年間、エイヴァは症状の緩和に意識を集中させてきた。栄養士が勧めるものを食べ、医師のアドバイスに従い、楽観的であることが免疫力を高めるとセルフヘルプ本に

書いてあれば、その通りにしてきた。

エイヴァの怒りを目の当たりにしたリーベンバーグは、この患者は、真の生きる欲望や、いきいきとした感情との関係を失っているようだと感じた。そこで彼女は、エイヴァに対して緩やかな臥褥じよくを1週間だけ試みるよう伝えるとともに、森田療法を行うことにした。それまで続けていた心身のエクササイズから離れ、代わりに、本当の自己を見つけるヒントを探してもらうことにしたのだ。

エイヴァには、いつ疲れを感じるか、朝目覚めたときどのような考えが頭をよぎるか、そうした考えに身を委ねるとどうなるか、といったことを毎日電話で話してもらった。途中、従来の治療法を中断したことで安堵や不安を覚えながらも、彼女は次第に自身の自然な好奇心や素直な生の欲望に従って生活を送るようになった。

ある日、エイヴァは梨のケーキのレシピを見つけ、実際に焼いてみることにした。この出来事を彼女は「ここ数年で初めての気まぐれでした」と振り返っている。「〜したい」という素直な気持ちに従って行動したことだろうと思われる。「生きることの意味がわかってきたようです。うまく言葉にできないけれど、それは自発性のような何かです」

リーベンバーグのこの報告は、1990年代から現在までのアメリカにおけるサイコoncロジーの現状をよく示しているように思われる。治療技術の向上により、当時の患者は「がんによって死亡する」よりも、「がんと共に生きる」ことに直面するようになっていた。しかし現実には、大

半の人はがんと診断されたとき、治療が功を奏さずに死を迎えるか、完治して発病前の生活に戻るかの、いずれかの展望しかもてずにいたのである。そのため、がんと共に生きることに、つまり完全に健康ではないが末期病状にあるわけでもない、「あいまいさ」のなかで生きることに伴う不安は看過されていた。

リーベンバーグも批判的に紹介しているが、当時のアメリカにおけるサイコoncロジーのプログラムは、治療の焦点を「死の恐怖」のみに当て、洞察指向的精神療法あるいは認知行動療法を行っていた。しかし、実際にはあまり効果が見られなかったようだ。先に紹介したエイヴァの例からも、がん患者が躍起になってがんと闘い、自分を見失っている様子が見てとれる。

欧米モデルのサイコoncロジーとそれに基づく精神療法的介入は、あまりに「生の医学」に偏りすぎていたのである。ここでは、人間の生きる意味とは何か、あるいは病の意味とは何かという問いがなく、病との共存、病の受容という視点にも欠けていた。

リーベンバーグは、そうした療法よりも、森田療法に基づく治療の方が、がん患者に対して有効であろうと指摘する。また、完全に健康でもなく病気でもない両義的存在を生きることは、慢性のがんと共に生きる上でも重要だ、とも述べている。医師が診断する病の程度と患者が実際に経験している病の程度の間には、しばしば乖離かいりが存在する。森田療法に基づいた治療は、本当の意味で患者を健康的にしたとリーベンバーグは結んでいる。

がん患者に対する精神療法の現状

見放される中間期のがん患者

今や日本人の2人に1人ががんになり、4人に1人ががんで亡くなる時代である。その一方で、がん患者の生存率は、ひと昔前に比べてはるかに高くなっている。

これは現代医学の勝利であろうか。

がん治療は一筋縄ではいかず、その経過は波乱に富んだもので、また個人差も大きい。そのため、生存率が上がり病後の時間が長くなったことで、がんどのようなように共存していくかという課題が、患者とその家族、そして医療者に突きつけられることになった。先に紹介したエイヴァのエピソードは、そうした課題に森田療法的アプローチで取り組んだ例と言えよう。

生存率の上昇が現代医療の勝利だと単純に断じることができないのは、この領域である。

生きがい療法の提唱者である伊丹仁朗は、現在のがん治療が「キセル型」であると指摘している^③。キセルとは喫煙具の一種で、細長い竹筒の両端に短い金属がはめ込まれており、その先端にきざみタバコを詰めて、他方の吸い口で煙を吸うものである。

がんが発症した場合、まず初期治療として、外科手術、放射線治療、抗がん剤による化学療法などの集中治療が行われる。その後はたいいてい経過観察が中心となり、のちに再発や転移した人は、

いずれ緩和医療やホスピスケアなどの終末医療の対象となる。伊丹が警鐘を鳴らしているのは、初期治療と終末医療ばかりが注目され、その間をつなぐ竹筒、つまり「中間期」の治療が等閑視されている点である。

さらに伊丹は、このキセルは二段式になっている、すなわち、中間期の治療には「再発予防期」と「再発治療期」があると指摘する。再発予防期には、治療はほとんど行われない。一方、再発治療期には、多くの場合その治療効果に限界があり、症状は悪化していく。この時期には、痛みをはじめさまざまな全身症状があらわれるばかりでなく、精神症状、自分の存在や死、家族との関係などをめぐって苦悩することがよくある。がんの進行の程度、心身の状態、患者を囲む家族や社会的状況によっても異なるが、そのような苦悩は実際には再発予防期でも大なり小なり起こりうるものであり、そのとき患者の存在そのものがゆさぶられるのである。いわゆる「がん難民」とは、この再発予防期と再発治療期からなる、中間期の治療の途上にある患者を指す。

「はじめに」でも触れた通り、本書が主な対象としているのは、この中間期にあつて存在をゆさぶられているがん患者たちである。その苦悩のあり方については、次章以降で述べることにする。

欧米モデルとその問題点

改めて指摘するまでもなく、がんは第一に身体のある器官の病であるが、特定の器官、つまり「部分」に注目するばかりでは、病の本質を見落とすであろう。看護師、ソーシャルワーカー、医

師であり、ホスピス運動の中心的役割を果たしたシシリー・ソングラスによって、がん患者の苦痛は、たんに症状レベルであらわれる身体的なものに留まらず、心理的苦痛、社会的苦痛、スピリチュアルペイン（霊的／実存的苦痛）といった、さまざまな側面をもつと指摘されている。^① ソングラスは、がん患者を取り巻くこうした多様な苦痛を総称して、トータルペイン（全人的苦痛）と呼ぶのだ。

このソングラスの理解は、森田療法が問うものと深く関係している。森田療法では、自己の存在に対する自己の態度を問い、^⑤ そこでの生き方を探求する。それはがんという病をもった自己への態度として、どのような苦悩がもたらされ、どのような生き方が模索されていくのか、という問いでもある。

がん患者は、どのような実存的な苦悩を感じているのか。その苦悩に対して、患者自身はどう対処し、周囲はどうサポートしているのか。病がもたらす苦悩は、がん患者をどのような心理的境地にいざなうのか。このような問題に関しても、十分検討されているとは言い難い。

またスピリチュアルペインという概念は、キリスト教的思想から発生したものであるため、それがそのまま日本および東洋文化における実存的苦悩に当てはまるものであるかどうかとも検討する必要がある。

現在の医療では、検査をしてがんと診断されると、まず、がんそのものに対する初期治療と症状緩和が目標となり、その後、失われた機能の改善やQOL（生活の質）向上のためのリハビリテー

ションが行われる。それに加えて近年では、心身領域に対するさまざまな働きかけがなされるようになり、また検査、診断、治療の流れのなかでの心理学的評価やサポートの必要性が認識され始めている。

こうしたことはみな、1977年に誕生したサイコオンコロジーの領域である。サイコオンコロジーは、精神医学や心理学のみならず、免疫学、内分泌学、脳科学、社会学、倫理学などの多くの学問分野を含んでおり、心や行動ががんに及ぼす影響を明らかにすることで、QOLの向上、がんの罹患や生存率の改善を目指す。^⑥ いわゆる「欧米モデル」とは、このサイコオンコロジーのことであり、日本のがん治療の現場にも積極的に導入・実践されつつある。

欧米モデルに基づいて行われるがん患者の心のケアには、(1)心理学的ケア、(2)社会的支援・経済的支援・介護支援、(3)精神医学的ケア、(4)身体的ケアなどが挙げられる。心理学的ケアとしてはさらに、支持的精神療法、危機介入と共に、認知行動療法を中心とした精神療法があり、進行終末期の意味の喪失を標的に、ナラティブ療法、意味中心グループ療法、尊厳療法などが存在する。

しかし繰り返すように、潜在的、あるいは顕在的にも死の恐怖に圧倒され、自己の存在がゆさぶられているがん患者に、欧米モデルの精神療法的介入がどの程度有効なのかはいまだ不明瞭である。5章でも述べるが、それらは死生観や文化的状況にも深く関連しているからである。これと同じことは、言うまでもなく、終末期のスピリチュアルケアにも該当しよう。そこには固有な文化での死生観、宗教、個々人の生きてきた歴史、とりわけ喪失体験と深く関連する。