

臨床心理士が喪失体験から回復するプロセスの研究

A study of the process that clinical psychologists recover from loss experiences

西垣 綾峰¹, 古田 雅明², 福島 哲夫²

¹大妻女子大学大学院人間文化研究科臨床心理学専攻

²大妻女子大学人間関係学部

Ayane Nishigaki¹, Masaaki Furuta², and Tetsuo Fukushima²

¹Studies in Clinical Psychology, Graduate School of Studies in Human Culture, Otsuma Women's University

2-7-1 Karakida, Tama City, Tokyo, Japan 206-8540

²Faculty of Human Relations, Otsuma Women's University

2-7-1 Karakida, Tama City, Tokyo, Japan 206-8540

キーワード：臨床心理士，喪失体験，回復プロセス，緩和ケア

Key words : Clinical psychologist, Loss experience, Recovery process, Palliative care

抄録

本研究では、臨床心理士が喪失体験から回復するプロセスの仮説モデルを生成することを目的とし、緩和ケア領域で活動する臨床心理士(4名)を対象に半構造化面接を行った。

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチに準じた分析の結果、17個のカテゴリーが抽出され、それらは担当患者との「出会いの段階」から「関わりの進展の段階」、「死別前の段階」、「死別後の段階」、「回復の段階」の5段階に沿って布置された。

喪失体験の初期にあたる「死別後の段階」において、臨床心理士は遺族と同様に【一般にみられる悲嘆反応】を示したが、その期間は短く、すぐに【セルフケア】を行い、職場内外のケース検討会や教育分析などの【サポート資源を活用する】ことによって、モーニングワークを積極的に行っていた。そして「回復の段階」では、【自分自身の未整理な部分を追求し続ける】内省的な姿勢を示し、【自分の関わりに対するリフレーミング】が行われ、亡くなった患者との心理面接に肯定的側面があったことを実感していた。

臨床心理士は喪失体験をすると、ケース検討と内省を中心とする積極的なモーニングワークを行う特徴があり、この2点が回復プロセスの中核となって職業的成長につながるという仮説モデルが見出された。今後はインタビューイの数を増やすことでモデルの精緻化を行う必要がある。

1. 問題

死別研究は Freud から始まり、彼の提唱したモーニングワークなどの概念は、現在の精神医学、心身医学、あるいは医療心理学の各臨床領域における様々な対象喪失体験とその反応に関する理解に基本的な枠組みを提供している^{[1][2]}。

対象喪失とは、愛情や依存対象をその死、あるいは行き別れによって失う体験を指しており、対象喪失に引き続いて、失った対象への思慕の情が募り、再会を願い、やがて悲嘆、絶望、怒り、相手に対するそれまでの自分の仕打ちをめぐって、悔やみや償いの気持ちをたどっていく。

このような対象喪失の後の心理過程をモーニ

ング(mourning)と言う^[2]。そして、この対象喪失後の心理過程を通して、亡くなった対象との関わりを整理し、心の中でその対象像をやすらかで穏やかな存在として受け入れられるようになっていくような心の営みを Freud は、モーニングワーク(mourning work)と命名した。モーニングワークは、どの人間にも共通する体験過程である。そのため、Freud の死後も様々な研究者によって、死を受容していくまでの段階モデルが挙げられてきた。

死、すなわち自分自身の喪失に臨む際の心理に関して、Ross^[3]は、末期がん患者にインタビューを行い、自身の死を受容していくまでの5段階モ

デル(①否認, ②怒り, ③取引, ④抑うつ, ⑤受容)を提唱した。このモデルは, 末期患者の心理過程の基本的な流れであるが, 現代の高度化した医療は, 末期治療を長期化し, Ross の段階には無い「新たな過程(New Grief)」がみられるようになった。このモデルは, 主に末期医療を受けている患者の家族のインタビューから, 新たな悲嘆の1つの指標として, 5段階モデル(①危機, ②結束, ③激変, ④決断, ⑤再生)を提唱したものである^[4]。

また, がんなどの死をめぐる喪失体験については, 回復促進要因や成長促進要因などが挙げられ, モデルの各段階を越えることで, 人間的成長の可能性^[5]も示唆されている。Gillies, et.al^[6]も, 死別への対処の中心的なプロセスは「意味再構成」であるとし, 死に直面した際に, 3つの意味構造(①意味理解, ②有益性発見, ③アイデンティティの変化)を新たに作り直すことによって, 死の苦痛を和らげ, 受け入れられるようになるとしている。

このように, 現在までに死にゆく人や遺族の喪失体験を対象に段階モデルが研究されてきた。しかしながら, 本邦においては医療スタッフが担当する患者を喪失した体験に関する研究は少なく, その殆どはターミナルケアでの患者の死に際した看護師の心理に関する研究である^[7]。

さらに, 本邦の臨床心理学においては, 臨床心理士自身が担当患者と死別した際の対象喪失に焦点を当てた研究は筆者の知るところ未見である。その理由として, 医師や看護師と比べ, 臨床心理士の多くは, 身体的ケアを行わないため, ターミナルケアにおいて患者を亡くす場面に直面する機会が少ないことが考えられる。

ところが, 2006年に厚生労働省が「がん診療連携拠点病院の整備について」^[8]を出しており, そこには医療心理に関わる責任者が1人以上関わることが望ましいと記されたことから, 緩和ケアの場において, 臨床心理士が患者の死と直面する機会が増えつつある。そのため緩和ケア領域では, 臨床心理士が常に自身の担当患者を亡くしながらも, 日々臨床に臨んでいると考えられる。それでは, 緩和ケア領域で働く臨床心理士は度重なる喪失体験をどう乗り越え回復し, 日常の臨床活動をしているのだろうか。

緩和ケアにおける臨床心理士に関する研究を概観すると, 全体的な傾向として, 臨床心理士の業務と研修に関する調査^[9]や臨床心理士養成大

学院間連携による緩和ケア卒前・卒後プログラム構築の試み^[10], 緩和ケアの臨床心理士の役割に関する事例論文^[11]などが多い。近年, 臨床心理士の活躍が期待される場であるからこそ, 活動報告や卒後教育など, まずは臨床心理士が緩和ケアで機能していくための土台作りになるような研究が注目されているようである。それに加えて, 長友^[12]や明智ら^[13]は, 患者へのサポートについても明示している。特に, 明智ら^[13]は, がん患者への心理療法の重要点として, 「治療者側に生じやすい逆転移に十分注意を払う」ことを挙げており, 「緩和ケア領域の臨床心理士は, 日々患者の痛みや死にゆく状態に直面するため, 治療者として患者を援助できない無力感によって大きな苦痛を経験する。そういった無力感に起因する逆転移の影響を理解しておく必要がある」と示唆している。

このように緩和ケア領域の臨床心理士の役割や心理療法上の支援技法が明確化されつつあるが, 実際の臨床は現場の特殊性もあり, 大変な困難が指摘されている^[14]。それにもかかわらず臨床心理士が喪失体験から回復するプロセスに関する知見は十分とは言えない。

臨床心理士として緩和ケアで活躍する山田^[15]は, 患者の悲嘆からの回復プロセスという一つの理解の枠組みがあることで, 患者のつらさに巻き込まれすぎずにいられたとしている。この点から, 臨床心理士自身も緩和ケアの場において, 自身の悲嘆からの回復プロセスを知ることによって, 山田^[15]のように精神的な支えを得ることができるのではないかと考える。

筆者らは, 臨床心理士が様々な喪失体験から回復するプロセスの検討を目指しているが, 本研究では, 緩和ケア領域で働く臨床心理士に焦点をあてることで, 当該回復プロセスの特徴を抽出できるのではないかと考える。

2. 目的

本研究では, 自身の患者を常に亡くすという体験が伴う緩和ケア領域の臨床心理士に焦点をあて, 死別前から死別後にかけてどのような心の対処のプロセスをたどっていくのかという点を探索的に検討し, 臨床心理士が喪失体験から回復するプロセスの仮説モデルを生成することを目的とする。

3. 方法

緩和ケアや病院臨床に携わる臨床心理士(4名・全員女性)を対象として、回復プロセスに関する半構造化面接法によるインタビューを約90分間行った。

インタビューは、①インタビューの周辺情報、②患者の情報、③患者との出会いから死別までのプロセス、④喪失後の対処法、⑤現在の状態、⑥職場内外でのサポート体制、⑦一般的な死別と職業的な死別の違い、に関して尋ねた。

なお、倫理的配慮として、Perks^[16]が提示した「遺族を対象とした調査で満たすべき倫理的基準のチェックリスト」をもとにインタビュー内容や方法を決定した。更に、インタビュー前に、筆者の所属する大学の倫理審査を受け、承認を得た上で調査依頼を行った。

分析は、木下^[17]の修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、M-GTA)を援用した。分析手順として、まず、研究テーマの設定を行い、4名の回復プロセスに関連する記述に繰り返し目を通し、分析ワークシートの作成を行った。分析ワークシートでは、発話例と、発話から得られる概念名、定義などを筆者の問題意識に沿って生成した。

また、喪失体験からの回復のプロセスについて、緩和ケア領域における臨床活動の時間軸を考慮して、「出会いの段階」「関わりの進展の段階」「死別前の段階」「死別後の段階」「回復の段階」と5つに分類し、どの時期にどういった出来事・関わりが生じ、臨床心理士の心理面に影響を与えているのかを明らかにした。

4. 結果と考察

M-GTAに準じた分析の結果、17個のカテゴリー(以下に【 】で示す)が生成され、それらは臨床心理士が喪失体験から回復するプロセスに沿って図示された(図1)。各カテゴリーを以下の各段階に沿って考察する。

出会いの段階

出会いの段階とは、臨床心理士が患者と出会う以前、すなわち心理的支援の依頼を受ける場面から、患者と対面して関わりを持ち始める段階を指している。

まず臨床心理士は、【患者の事前情報や関わった際の見立てを統合しながら方針を探る】、その

中で、患者のニーズの把握を行い、身体面も含め、予後を踏まえて一歩先を見通すこと^[12]で、患者が限られた時間を有効に過ごすための関わりができると考えられる。

関わりの進展の段階

関わりの進展の段階では、【患者との関係性ができあがる瞬間】や【患者の精神的な健康さによって臨床心理士が支えられる体験】といった肯定的な体験が見出された。特に【患者の精神的な健康さによって臨床心理士が支えられる体験】は、「(関わりの中で)ギフトをくれる人がいる。そういう人に支えられて仕事をしている気がする」の発言のように、患者に臨床心理士としての関わりを保障してもらい、患者に肯定的な感情を抱く体験が今後の原動力であり、回復促進要因となっていることが分かる。しかし、これらの回復促進要因は、患者への思い入れを強め、【職業役割を越えた個人的感情】が生じ、臨床心理士(役割)と個人(個人的感情)が揺れることによる葛藤が起こり【臨床心理士としての課題が生じる】。つまり、関わりの進展の段階から臨床心理士と患者との関係性の中では、回復促進要因と回復抑制要因の両者が生じることが示唆された。

死別前の段階

さらに、死別前の段階に至ると、緩和ケア特有の【枠のゆるさ(心理的距離の取りにくさ)による困難感】や【死別前の患者の状態を認知する】などの事態の悪化により、患者に対して「何とかして助けてあげたい」と【職業役割を越えた個人的感情】が強まる。しかし、死別前の段階において、臨床心理士は目に見える形で患者を支援することが難しく、【臨床心理士としての専門性の限界と無力感】を感じるようである。緩和ケアでの心理療法において、逆転移に留意する点は、明智ら^[13]も指摘しているが本研究においても、逆転移の個人的感情が喚起され、職業役割を越えた悲しみを感じているのではないかと考えられる。

このように、臨床心理士は常に精神的に揺さぶられながら、患者と関わることとなる。特にこの葛藤状態は、経験年数の多い者が経験年数の少ない者よりも多くみられるという、一見すると逆説的な結果であった。その理由として、臨床心理士として経験年数を積むことで、自分と患者の関係性を内省したり、枠を配慮に入れて行動すること

が増えるためと考えられる。つまり、経験の多い者ほど、臨床的な視点が増え、そのぶん役割葛藤が生じやすいと言える。

死別前までの段階では、患者との肯定的体験(【患者との関係性ができあがる瞬間】【患者の精神的な健康さによって臨床心理士が支えられる体験】)は一側面的にみれば、回復促進要因として考えられるものの、もう一方では個人的な思い入れを強めるため、回復抑制要因ともなりうると考えられる。

死別後の段階

死別後の段階において、臨床心理士は、遺族と同様に【一般にみられる悲嘆反応】を比較的短期間のうちに示し、モーニングワークを行っていた。そういった段階を踏み、ケース記録を書くといった【セルフケア】を行い、職場内外のケース検討会などの【サポート資源を活用する】。このように、臨床心理士は、モーニングワークや体験の整理など、自らのケアを積極的に行っていた。

回復の段階

回復の段階において、臨床心理士は、【自分自身の未整理な部分(未整理な感情)を追求し続ける】のような特長を示す。これは、患者との関わりの中で生じた個人的な感情の課題や臨床心理士として未整理な職業的課題を追求・内省する姿勢である。そこには、自己分析を深めていくことや自分自身の関わりでの課題解決に向けて動くことを行い、その結果として自己理解の深まりに至る様子がみられた。この一連の臨床心理士の取り組みにより、【自分の関わりに対するリフレーミング】が行われ、亡くなった患者との心理面接

に肯定的側面があったことを実感していた。これは、Gillies, et.al.^[6]の「意味再構成」にあたるものと考えられる。つまり、臨床心理士は、喪失体験を通じて、今までの臨床経験では越えられない課題に直面した際に、苦痛を感じつつも、課題を乗り越えようとして積極的に自身の体験を振り返り、意味の再構成を行っていると言えよう。

その結果、喪失体験からの回復のみならず【臨床心理士としての成長】に繋げ、次のケースに活かすことが分かった。つまり、臨床心理士は患者を支える経験のみならず、時には患者に支えられる経験をも原動力として、緩和ケアで日々の喪失体験に直面しながらも、臨床に励んでいるとまとめられる。

5. 問題点および今後の課題

今後はインタビューイーの数を増やすとともに、緩和領域における臨床経験の年数を考慮に入れ、より実際の臨床活動に根差したモデルを生成する必要があると考えられる。

謝辞

本研究を行うにあたって、ご助言をいただいた福島哲夫先生・古田雅明先生、インタビューにご協力くださった臨床心理士の皆様、本研究を行うにあたってお世話になった皆様に心よりお礼申し上げます。

付記

本研究は、人間生活文化研究所平成26年度大学院生研究助成(A)より研究助成を受けて行った(DA2614)。また、大妻女子大学生命科学研究倫理委員会の承認を得ている(受付番号26-006)。

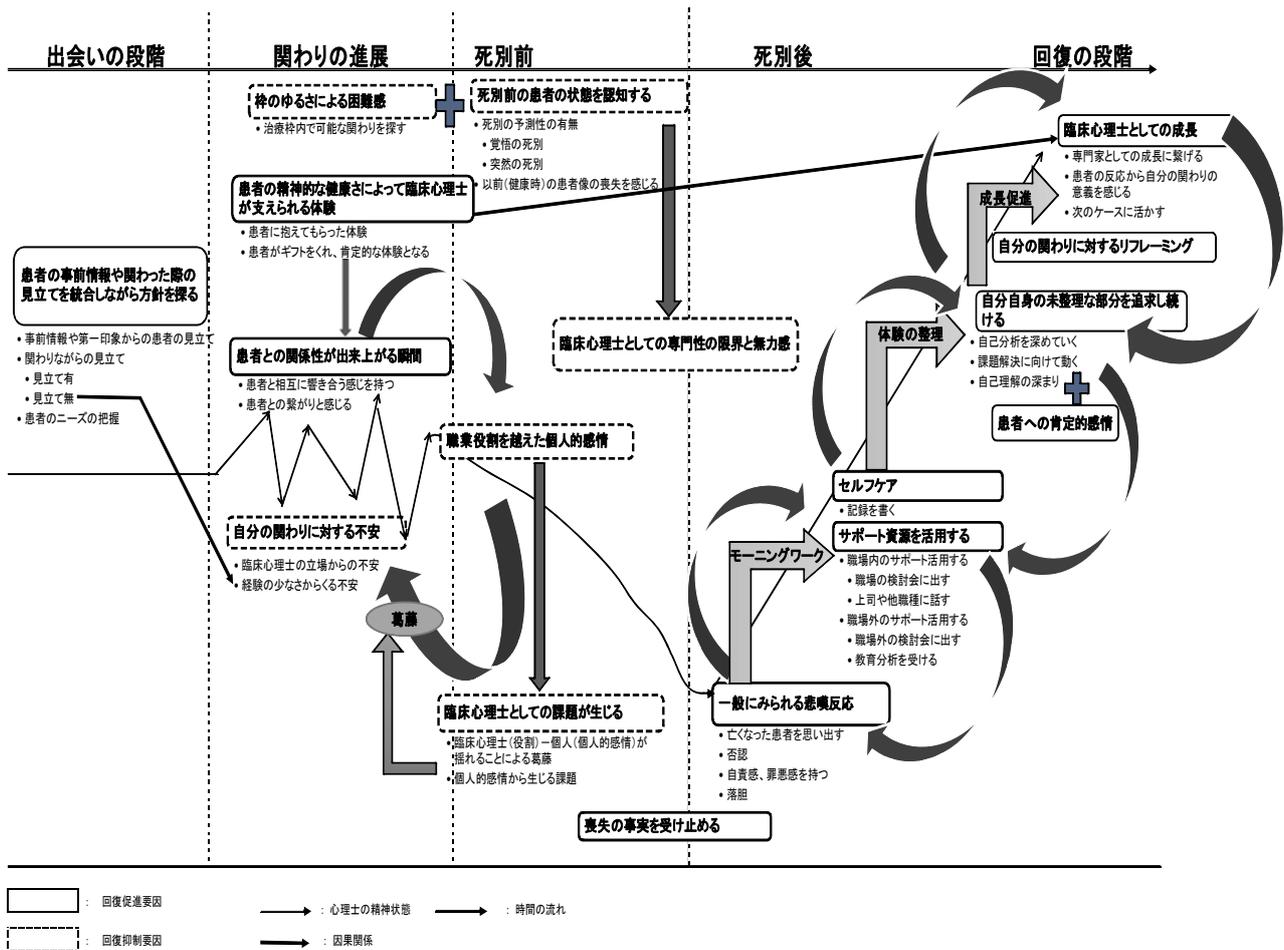


図1 臨床心理士が喪失体験から回復する心理プロセス

引用文献

[1]Sigmund Freud, “Trauer and Melancholie”. 1917 In Gesammelte Werke, chronologisch geordnet, Imago Publishing Co., Ltd 1940, 1946, 1950. (フロイト 人はなぜ戦争をするのか —エロスとタナトス 中山元(訳) 光文社古典新訳文庫. 2001)

[2]小此木啓吾. “対象喪失とモーニングワーク”. 松井豊編著. 悲嘆の心理. サイエンス社. 1997, p. 113-134.

[3]Kubler-Ross E. “On Death and Dying”. New York: Simon & Shuster, Inc. 1969. (キューブラー・ロス E. 死ぬ瞬間—死とその過程について 鈴木昌(監訳) 中央公論新社. 2001)

[4]Okun, B. et al. “Saying Goodbye: How families Can Find Renewal through Loss”. Berkley Books. 2011.

[5]Tedeschi, R. G. et al. “Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence”.

Psychological inquiry, 2004, 15, p. 1-18.

[6]Gillies, J. et al. “Loss, grief, and the search for significance: toward a model of meaning reconstruction in bereavement”. Journal of Constructivist Psychology, 2006, 19, p. 31-65.

[7]荒川まりえ. 看護師の抱く子どもの死に対する思い—ターミナルケアの経験から. 東京女医大看会誌. 2010, 5(1), p. 11-19.

[8]厚生労働省. “緩和ケア推進について” http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/kenkou/gan/gan_byoin.html, (参照 2015-1-15).

[9]兒玉憲一ほか. がん医療現場の心理士の業務と研修に関する調査(第一報). 広島大学大学院心理臨床教育センター紀要. 2007, 6, p. 129-137.

[10]兒玉憲一ほか. 臨床心理士養成大学院間連携による緩和ケア卒前・卒後教育プログラムの構築の試み. 広島大学大学院心理臨床教育センター

紀要. 2011, 10, p. 60-72.

[11]吉田三紀. 一般病棟で末期がん患者とともにあり続けた心理面接過程について. 心理臨床学研究. 2014, 32(4), p. 425-436.

[12]長友隆一郎. 現場で臨床心理士に求められていること. 広島大学大学院心理臨床教育センター紀要. 2008, 7, p. 8-11.

[13]明智龍男ほか. 進行・終末期がん患者の不安, 抑うつに対する精神療法の state of the art—系統的レビューによる検討. 精神科治療学. 2003, 18(5), p. 571-577.

[14] 遠藤麻美. 緩和ケア病棟へ参入した臨床心

理士が抱える困難さの質的研究——緩和ケア病棟への参入時点に着目して 日本心理学会第78回大会論文集. 2004, p. 388.

[15] 山田庸子. “ターミナルケアにおける「受容」モデルの利点と限界”. 臨床心理学. 金剛出版. 2008, p. 798-803.

[16] Perks, C, M. Guidelines for conducting ethical bereavement research. 1995.

[17] 木下康仁. ライブ講義 M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて 弘文堂. 2007.

Abstract

The purpose of this study is to create a hypothetic model of the recovery process of clinical psychologists with the loss experience. Semi-structured interview was carried out on four clinical psychologists in the palliative care field. The revised Grounded Theory Approach was selected for qualitative analysis. As a result of this analysis, 17 categories have been found.

First, the results revealed a transition in the recovery process of clinical psychologists with the loss experience; “Stage of encounter,” “Stage of deepening the relationship,” “Stage before bereavement,” “Stage after bereavement,” and “Stage of recovery,” phases.

During the first stage of the loss experience, clinical psychologists showed typical grief reactions as well as the bereaved family. But, this stage was shown in a short term. Then, for the purpose of the mourning work, they used the support resources by participating in the case study meeting.

During the “Stage of recovery”, clinical psychologists actively reflected both on their counseling process with the patients, and on their own minds. Consequently, they could find an affirmative side of their counseling process. Furthermore, they could recognize the way to develop their career.

It will be necessary to do the elaboration of the model by increasing the number of interviewee in the future.

(受付日：2015年7月6日，受理日：2015年7月15日)

西垣 綾峰（にしがき あやね）

現職：東京都健康長寿医療センター，町田市教育センター，大妻女子大学心理相談センター研究員

大妻女子大学大学院人間文化研究科臨床心理学専攻修士課程修了。

専門は臨床心理学。特に，喪失体験における回復過程に焦点をあてて研究をしている。

現在は老年期医療領域・児童期教育領域にて，幅広い年齢層を対象に心理臨床経験を積んでいる。