

がん臨床における心理的介入技法についての検討

An Examination of the psychological interventions for cancer patients

塗 師 恵 子

要約

我が国のがん臨床で、心理士が臨床心理的介入を行ったという報告はまだ少ない。死の臨床へのかかわりが、心理臨床家自身の一人称の死になりかねないなどの樋口（1998）の観点を、面接者がクライアントに寄り添う第二者であることから、その死の巨大な渦の中で面接者にも死の危険が伴うと捉えた。そこで、本論では樋口の指摘をJung（1935）及び分析心理学による転移・逆転移（鈴木、2003）の観点から検討した。提案するがんクライアント対象の面接方法はその留意点を考慮したものであり、分析心理学及び精神分析的心理療法の理論を基本に据えている。しかし、それらの理論は、西欧の社会・文化に根ざしたものである。その国の社会・文化から生まれた対人様式が面接場面でも作用することから、我が国の対人様式を河合、鑑に基づき理論的に検討した。そして、面接者がクライアントを心理的にしっかりと受けとめ、クライアントの死に巻き込まれないために、自我構造論を捉えなおし、鑑（2003）のアモルファス自我構造モデルと河合（1976a、1976b、1992）の日本人の意識・無意識の構造を組み合わせた立体的自我構造を提案した。さらに、我が国の臨床心理面接で起こりやすい面接者－クライアント関係を検討し、クライアントが「いかに生きるか」（河合、1997）という固有の課題に取り組むためのがん臨床心理的介入技法の提案を試みた。

はじめに

現在、我が国においてがん罹患した人数は統計がとられていないため、正確にはわからないが概算で死去した人の2倍程度はいるのではないかとされる（武藤、2002）。したがって、年間約30万人の人ががんで亡くなっていることから（厚生労働省大臣官房統計情報部、2007）、毎年約60万人はがん新たに罹患していることになり、家族、友人そして仕事の同僚などの身近な人の中にがんになっている人が多いのではなかろうか。がんは不治の病と思われていた時もあったが、がん治療は年々進展している。日本人のがんでの死亡率が一位で難治がんの代表である肺がんにおいて、欧州で術前化学療法により非小細胞がんの5年生存率が5%上昇することが報告されている（Gilligan、2007）。

他方、米国で1980年代に乳がん患者対象に実施されたグループ療法によって、転移のある乳がん患者の不安、混乱や恐れなどの情緒状態が改善されたことやがんへの対処行動として積極的であることががん患者の生存率に対しても影響があることが示唆された。この報告でがん治療における心理的介入が注目を浴びた（Spiegel et al、1981、1989）。すなわち、がん治療において、身体のみならず心のケアをすることが大切なことと思われる。

我が国において、がん治療で臨床心理的介入の報告が見られるようになったのは1990年代半ばころからである（勝見、1996；岸本、1999；中原、2000；中根、2004）。筆者は1994年からがんの

臨床に携わってきたが、がん治療が進展したとは言え、病像などによってはがんイコール死のイメージがクライアントにはいまだ強くあることがある。それは生存することへの危機感であり、急に生きることを中断される、破滅感ともいえるものがクライアントの内面に生じていると思われる。このような状態にあるクライアントに対する臨床心理的介入では、面接者はクライアントを心理的にしっかりと抱える外的要因になる役割があると思われる。そして、河合（1997：334）は、『『死の受容』とは『いかに生きるか』』というのとほとんど変わらない」と述べていることから、面接者には、クライアントの自我の強さを確かめながらクライアントの内的要因へ介入する役割があると考えられる。

また、樋口（1998）は死の臨床にかかわる時は、心理臨床家はかかわる時と場所を吟味しなければならないと述べている。そして、この吟味なしで臨床心理的介入をすると後で面接者自身が大きな打撃を受けることがあるとしている。このことは、死の臨床に限らず、他の疾患を対象にした心理療法にも当てはまるが、「特にこの死の臨床においては注意する必要がある」と樋口（1998：262）は、さらに述べている。この指摘から、面接者が死への心身のおびえと表現できる状態にあるがんクライアントを心理的に抱える外的環境となることは、面接者の心の在り方が厳しく問われる事態である。そして、がんが進行あるいは再発したがんクライアントが治療を受けている場合は治療がつかなく、加えて社会・家庭の役割を喪失しつつある中で、死んだほうがいいのだろうか、いや生きていたいという気持ちは揺れ動くが、生きていたいという気持ちがより強いとがんクライアントとの面接から筆者は受けとめている。それは、宮本（1974）は死が、間近に迫っていると意識すればするほど、まなざしは生の方に向かい、激しく生を意識するようになると述べていること一致するがんクライアントの姿である。そのがんクライアントに、面接者は気持ちを寄り添わせ、河合（1997）が言うところの「死の受容」を目指して「いかに生きるか」ということが面接課題となると筆者は考える。

がん臨床心理的介入でクライアントの死が面接者自身の死に何故つながりかねず、そのことをいかに自覚したら良いのかを考察した文献は少ない。また、我が国の社会・文化から検討したがん臨床における面接構造を考察した文献はほとんどない。本論では、まずがん臨床心理的介入において、樋口の留意点が何故必要なのかを Jung（1935）及び分析心理学による転移・逆転移（鈴木、2003）の観点から検討する。その後、我が国の社会・文化を踏まえたがんクライアントともに死の瞬間まで、いかに生きるかを模索するための臨床心理的介入方法の提案を試みる。（尚、本論では身体的がん治療を受けている人を患者と表記し、臨床心理学的介入に関しての文脈ではクライアントと表記する。）

1. がん臨床の留意点

1) 樋口の死の臨床における観点

樋口（1998）は、「治療者自身が一般の人と同様に、心から死を恐れている現代人の一員であることである。自分自身も患者とともに、同時に死の問題に巻き込まれるという事実の認識の問題なのである。」と述べており（樋口、1998：262）、死の臨床に携わる場合、面接者が現代という死を否定的にのみ扱う生の文化に生きていることを心の底から理解しておく必要があるとしている。がん臨床における面接はクライアントが死を迎えることで終結となることがあるため、樋口の指摘はがん臨床心理的介入をおこなうものにとっては十分に心に留めておかなければならない。樋口の表現のままで、以下に示していく（樋口、1998：262）。

死にゆく人をただ臨床の対象として観察し、面接することが、この死に対してはとくに不可能だということである。死を取り扱っているうちに、いつしか自分の死の中に巻き込まれていく。相手も苦痛の中で死んでゆく存在であると同時に、自分も同様に遅かれ早かれそのような死に直面することを、意識的にま

た無意識的に否認なしに知れされるのである。したがって、第三人称の死が、突然一人称の死に変わるといふ自覚なしには、「こころ」の専門家としての死の臨床は成立しない。

そして、「臨床心理士自身」と小題が付けられた部分では下記のことが述べられている（樋口、1998：266-267）。

死の臨床を論ずる時に、どうしても考えなければならぬことは、第三者の死ではなくて、自分の死である。死体（death）ではなく、死（dying）にゆくことである。患者の死を客観的に取り扱っているつもりでも、いつしか気がついてみると、治療者自身が死に憑かれている場合がある。また、死は死んでいく本人ばかりでなく、家族もまたその死に怯え、それを看取る医療者自身も巻き込んだ「死」そのものを扱う場合も多いのである。

死が治療者を巻き込む力については述べたが、治療者側の職業的な疲労になってこれが現れることが多い。これは、すべての援助専門家といわれる心理療法家の固有の症状かもしれないが、とくに死の臨床に携わる人々にとっては強いようである。どのようにこの力ははたらくか、その処理をどうするか、日ごろから考えておく必要がある。

樋口（1998）が指摘するように、死が面接者を巻き込む力の強さは、巨大であると思われる。

2) 無意識の奥深くにあると仮定される元型と死の臨床

樋口（1998）の指摘は、無意識の力は測り知れないことを言わんとしていると筆者は捉えている。そこで、意識と無意識が統合される過程で生じる無意識の力の大きさを Jung（1963）の体験から垣間見てみよう。次に心の奥深くに存在すると仮定される元型について説明する。そして、Jung（1935）及び分析心理学による転移・逆転移（鈴

木、2003）の観点から樋口の留意点を検討する。

(1) Jung の無意識との対決

「無意識との対決」（Jung、1963：244-285）をすることで無意識を人格に統合し、自己実現していった Jung が、その自伝のなかで、無意識を統合することの困難さを語っている。Jung（1963）は単に無意識という表現だけでなく、日中の無意識の流れを空想、時には幻覚とし、寝ている時見たと思われるビジョンを夢という言葉を使用し、無意識状態を区分けして表現している。Jung と同じように、空想の流れが、意識界に押し寄せたニーチェ、ヘルダリーンや多くの人たちはこれに打ち砕かれたが、Jung（1963）にはこの空想を統合するだけの超人的な力があつたと述べている。その反面、Jung は自らのことについて、「無意識の内容は私の正気を失わすかもしれない。」とも書いている（Jung、1963：270）。このような体験を、Jung は一人で無意識の奥深くに存在しているとされる元型を体験しながらしているが、そのことがいかに危険で難しいかを示している。ところで、Jung の弟子達が影や無意識とは正確にはどういうものであるのかを知らずして、文字にあまりにも心を奪われ、彼の概念に固執したりなどしていた。そのことを Jung が嫌悪して、「This is all nonsense! The shadow is simply the whole unconscious.」と述べたという（von Franz、1974：3）。Jung は自らの経験から理論を構築したこともあるが、影や元型などの概念を人知でわかつた気になるのではなく、心の深いレベルから沸き起こる体験、すなわち意識と無意識の全体の中心の自己から生じる叡智と人間の意識の中心である自我が一体になったことでわかつたという深い理解でなくては、意味をなさない Jung は言いたかつたのではないのかと筆者は考える。

(2) 元型とは

元型という概念について、もう少し説明を加えておこう。Jung（1964：99）は元型とは明確な神話的なイメージとかモチーフを示すものではな

く、「神話的なモチーフの表象を形作る傾向である。その表象は、基本パターンを失うことなく、細部においては、よく変わり得るものである」と言う。さらに、「元型とは実際、本能的な傾向性」であると述べ、「我々が正確に本能と呼ぶものは、生理的な衝動であって、感覚によって認められる。しかし、同時に、それらはまた空想中にもあらわれ、しばしばその存在を象徴的なイメージによってのみ明らかにする。こういう表明が、私の呼んでいる元型である」と Jung は説明している (1964 : 100)。Jung が1935年に The Tavistock Lectures で語った内容が1968年に「分析心理学」として編集・発行されている。その中で Jung は「精神的感染」すなわち転移・逆転移現象について及び「救世主コンプレックス」ないしは、その「元型」について述べている。まず、「精神的感染」については、「一つの情動に動かされている群集の中にいると、必ず同じ情動に扇動される」ということや「患者の情動内容から完全に離れている医師でさえ、患者が情動をもつというまさにその事実によって影響されます」と述べている (Jung, 1968 : 224-225)。また、「患者の情動は常に僅かに伝播しており、アナリストに投影している内容がアナリスト自身の無意識内容と一致するときに極めて伝播しやすい状態になります。」と指摘し、この両者が同じ無意識の淵に落ち込んだ状態を Jung は「関与の状態」と述べている (Jung, 1968 : 227)。次に「救世主コンプレックス」ないしはその「元型」に関してであるが、「ある患者があなたに救世主コンプレックスを投影したとします。あなたはそれが何を意味しようとも、救世主と同じものを患者に送り返さねばなりません。しかし、あなたが救世主ではありません！絶対にそうではないのです。元型的な特質を持つ内容の投影は、独特の困難な状況へとアナリストを巻き込みます。」「分析の危険性は、転移性の投影によって感染させられることであり、それも、元型的な内容に感染させられることです。」と Jung は語った (1968 : 247)。さらに、患者がアナリストを「霊的な英雄であり、救世主のような人であると思込んでいる」ことが起きた場合、アナリスト

も同じ元型を自分の内に持っているため、自分が救世主かもしれないと感じはじめ、最初は躊躇しながらも救世主の元型に同一化していく様を示し、その危険性を指摘している

ここでコンプレックスと元型の違いは何かと思えるが、Jung 自身が使用する用語をまだすっきりと定義付けてきていない時期だったのではないかと考えられる。先に述べた von Franz (1974) の話から、影と無意識はどう違うのかなどと Jung の弟子達が戸惑うことがあったことが窺われる。また、河合は自我の統制を妨害する作用をする感情によって色づけられた心的内容の集合体をコンプレックスと Jung が名づけたと述べた後、Jung がまだ影の概念を確立していない頃の1912年に書いた論文を河合が読んで、この頃「コンプレックス、無意識、心の影の側面などの用語が、Jung の心の中では同一のものを表すような感じで存在していたのではなかろうか。」と述べている (1976a : 30-31)。これは Jung が無意識内容をコンプレックス、影、元型そして自己などという概念を我々に提示する経過の中では、明確に区分けして表現しきれない時期があったことを示唆していると思われる。ここで、Jung (1916, 1964, 1968) の自己と自我などについての考えをまとめてみよう。自己とは個人の意識と無意識すべてを含み、それと同時に個人及び個人を越えた全体を中心である。自我とは個人の意識の統合性の中で、自我は個人の心の動きをすべて統御しているものではない。そして、無意識の奥深くに仮説概念として元型が存在し、それに動かされて行動し、後で後悔しても、自らの破壊を防ぎきれないようなことが生じうることを Jung は我々に示唆している。

ところで、Jung の分析心理学を我が国に紹介した河合 (1976a) はその無意識の心の動きを知る手がかりとしてイメージがあるとしている。そして、意識と無意識の領域はそれほど明確に区別されるものではなく、その境界領域の動きがイメージとして把握されると河合 (1976a) は説明している。また、人がまとまりを持って生きているということは、その人にとって相容れない傾向は抑

圧されるなどして無意識界に存在し、その抑圧された無意識界にある部分を「影」と Jung は考えた。河合 (1976a) は述べている。また、河合 (1976a) は英雄が英雄的な仕事をやり抜くには、その生命と意識の強さが必要不可欠なものであり、もしそれがなければ影は致命的なものになりかねないとも表現している。

さて、von Franz (1974) によれば Jung が影は無意識の全体と述べたときもあるが、その影に Jung は普遍的な影があると言う (河合、1976a : 36-37)。先に影の説明として「その人にとって生きられなかった半面」と述べたが、これは単純に個人的影とだけ考えることが出来ないことを示している。では、このことについて具体的な説明を試みよう。影は誰にでもあり、自分がどうしても気に入らない個人に投影 (心理機制としての用語) されることが多い。例えば、我が国では女性は大和撫子ふうにと調和的であることが美德とされることが多い。そんな中で、一見すると社交的であるが顕示性が強く、自己中心的で和を乱すような振る舞いをしているように思われる、あるいは感じられる女性に会ったと仮定しよう。控えめに他者を配慮した生きかたをしていると自分のことを思っている人たちにとってはその影として、顕示的で自己中心的で和を乱している姿は個人的影であり、それと同時に女性は大和撫子ふうにと調和的に生きるものと考えている日本人の普遍的影にもなりうると思われる。

ところで、樋口 (1998) は、死は自分のところに英雄主義を呼び出すと述べている。自分が死と戦う英雄であるかのような錯覚の自己イメージに魅入られ、その犠牲になりかねないとも言う。Henderson (1964) によると、英雄の元型も世界の種々の神話的イメージやモチーフになって現れており、英雄神話は細部では非常に異なるが構造的には非常に類似していると言う。その基本構造は、「英雄の奇蹟的な、しかも人に知られぬひっそりとした誕生、彼生涯の初期に見せる超人的な力の証明、そして卓越や偉力の急激な上昇、悪の力との戦いにおける勝利、高慢という罪に対する弱さ、そして、裏切らないしは『英雄的な』犠牲

行為によって没落し、彼の死となって終わりをとげるのである」。つまり、英雄の元型を示唆する英雄神話の結末は死ということになり、そのイメージに魅入られることは危険と言うことになる。先の樋口 (1998) の表現である、死は自分のところに英雄主義を呼び出し、自分が死と戦う英雄であるかのような錯覚の自己イメージに魅入られ、その犠牲になりかねないという内容をここで捉えなおすと、次のようになる。クライアントが死を目の前にしていると感じることが無意識の奥深くにあると仮定される英雄という元型を呼び覚え、面接者に転移し、それと同じ元型を面接者も無意識内に有しているため、面接者は死と戦う英雄の元型と同一化していき、そのように行動し、英雄神話の結末が暗示するように自らの死が待ち受けていることになりかねないのではないかと思われる。我々の心の動きについて、自我がすべてを統御しているものではない。また、英雄が英雄的な仕事をやり抜くには、その生命と意識の強さが必要不可欠なものであることが示唆される。

(3) 死の臨床における転移・逆転移

鈴木 (2003) によると、Jung (1935) の転移の考えを、古典的ユング派の人たちは、注意を払わなかった経緯があるが、鈴木 (2003) が分析心理学における転移・逆転移のとらえ方を紹介している。鈴木 (2003) の転移・逆転移の考えは、精神病理を有したクライアント対象の考え方であることをまず、述べておく。面接者にクライアントが例えば母性的役割を転移して、面接者の逆転移として、それに反応して母性的役割をとったとしよう。しかし、面接者がそれに完全に同一化することなく、その役割を引受けていると、しだいに無意識レベルで転移が浸食され、クライアントは面接者を現実に見ることができるようになる。また元型的イメージを象徴的に扱うことで、無意識から次々に象徴的イメージが生じ、人格の統合的方法の適応が可能になると言う (鈴木、2003)。また、「逆転移を引き受ける治療者の心的在り方が、治療的に重要である」とも鈴木 (2003 : 35)

は述べている。ここで、分析心理学での転移及び逆転移について説明すると、転移とは個人的無意識の転移だけではなく、集合的無意識にあるイメージが面接者に転移される元型的転移を想定している。逆転移は「概念的には治療者個人の病理に基づく神経症的逆転移とクライアントの転移への反応としての逆転移」がある（鈴木2003：36）。鈴木（2003）の転移・逆転移の考えを死の臨床に応用できるのかを捉えなおす必要がある。救世主や死と闘う英雄などの元型をクライアントから転移された面接者がその元型と同一化せずに、どのようにしたら引き受けていられるのであろうか。それは、面接者の死の受容に関する心の在り方に依存すると思われる。河合（1997：336）は、「いかに生きるか」と「いかに死ぬか」は表裏一体であり、その人その人にとっての固有の課題で「まさに自己実現の課題と言うことになる」と述べていることから、面接者の人格の全体性の確立、個性化を目指すありようが問われることになる。自己実現の過程とは「古い自我の体制が破壊され、新しい自我が再構成されていく」もので、それは象徴的に「死の体験」を必ず必要とすると言われる（河合、1976a：227）。象徴的に死と再生の過程を通過するわけであるが、「自我の死がそのまま、その人の肉体の死につながるときさえある」と河合（1976a、229）は述べている。従って、死の臨床において面接者は、がんクライアントをしっかりと受けとめる面接環境を形成する役割と内的に介入する役割をとる立場として、そのこの姿勢が厳しく問われることになる。

他方、「傷ついた癒し手」という観点は治療者の精神病理や傷つきやすさがもつ治療的意義のことであるが、「治療者が傷きやすく病理が大きかったら、患者から投げ込まれた不安や抑うつ、罪悪感、混乱で不安定」になったり、「ときには治療のストレスから精神的にブレイクダウンをおこしたり心身症状が激化したり、そうした結果死に至ることもある」と言う（鈴木、2003：36）。これは、クライアントの精神病理的レベルの不安や抑うつなどに影響されて、面接者が死に至る可能性があるということを示している。したがって、が

ん臨床では、クライアントの生存することへの危機感によるこころとからだの心身両レベルからくる破滅感あるいはおびえ、おののきを面接者は受けとめることや面接のストレスにより、心身の消耗感などが生じ、心身症状が出現・悪化し、その結果の死ということは生じうると思われる。

3）我が国のがん臨床における心理的介入の先行研究

先行研究から樋口（1998）のクライアントの死が面接者自身の第一人称の死に変わる自覚を持つての介入が必要という指摘を検討してみよう。まず、中原（2000）は外科領域での末期がん患者への心理療法への適応性を見立て、心理療法的接近法としてコラージュ・ボックス法を試みた。30歳半ばの胃がんの女性（日本語が不自由な日系人）そして、50歳後半の直腸がんの男性の2症例の報告をしている。その報告の中で面接経過中に中原自身が身体症状を示したことにふれている。その経験を踏まえて、死の臨床を行うことは対岸の火事とすることが出来ず、心理士が人間哲学を有することや医療スタッフとチーム内で患者の内的世界を共感できるような関係性を形成することが、末期がん患者の心理的介入をする上で大切であると述べている。

次に、血液内科医である岸本（1999）はがん患者に対して内科医として面接するに加えて、バウムテストとを中心とした描画法を用いて心理療法的アプローチをしている。がん患者に対して心身両面から深くかかわるといふ全人的かかわりを実践していた岸本（1999）は、がん患者と転移状況に巻き込まれないようにと精神的に距離を置いて接近するように意識的にはかかわっていた。しかし、担当していた患者が次から次に死去した時、病に倒れている。つまり、中原（2000）が外科領域で末期がん患者への心理療法的接近法としてコラージュという作業を介してがん患者とかかわっているが、面接経過のなかで身体化していることや岸本（1999）が意識的に患者の死の問題に巻き込まれないようにしていたにもかかわらず、病に倒れたことになる。これは、樋口（1998）が死の

面接者を巻き込む力は、面接者側の職業的な疲労になってこれが現れることが多いという指摘と一致する。面接者の内面に死の問題が無意識的に賦活され、その対処がいかに難しいかを示していると考えられる。

他方、中根（2004）は面接開始時病期Ⅲ期で面接途中に脳転移し、死去した50歳代前半の肺がん女性患者を面接した報告をしている。そして、がんクライアントにかかわる面接者に死の不安がおきるという視点から、面接中語られる患者の体験世界を「独自性と全体性のあるひとまとまりの物語世界」（中根 2004：495）として考えることで適切な面接関係を形成し、維持したとしている。また、物語が面接者とクライアントの両者に現実とは異なる世界での体験という安全性を提供し、死の不安に圧倒されすぎることなく心理的課題に取り組むことを促したと述べている。

死の臨床において、心理臨床家は介入を実施する時と場所を検討し、自分自身の足下を確認するように樋口（1998）が述べているが、この観点から3つの報告をもう一度検討してみよう。意識的にがんクライアントと距離を取っていても、無意識の力が動いて、身体症状が生じたと思われる中原（2000）と岸本（1999）の面接対象は、中原が末期がんクライアントであり、岸本が内科医として臨床心理的介入をした対象は進行の速い白血病のクライアントが多い。また、面接場所は二人とも病棟のがんクライアントのベッドサイドが多い。つまり、岸本は常勤で中原は非常勤ではあるが、二人とも死に直面している病棟の多数のクライアントに取り巻かれる時間がある。それは、意識的には生の領域にまだとどまり、死に対して時間的に余裕はあるが無意識的には死の問題が存在している面接者が、意識的には死が目の前に迫る多数のクライアントがいる中に、一人存在していることになる。この状態は Jung（1968）が言う「精神的感染」あるいは「関与の状態」が起こりやすい状態と考えられる。すなわち、患者の死の問題に対する情動は常に僅かに伝わり、患者が面接者に、例えば死と戦う英雄の元型を転移し、その内容が面接者自身の無意識内容と一致したとき

に極めて伝わりやすい状態であったと思われる。そして、面接者の無意識の奥深くにあると仮定される英雄という元型を呼び覚まし、それに動かされて、死と戦う英雄であるかのように行動し、英雄神話の結末が暗示するように自らの死が待ち受けていることになりかねない危険な状態であったのかもしれない。他方、岸本（2006：609）は面接者の発病と面接者にとっての患者体験の意義を論じている中で、面接者の発病や患者体験は「死とインフレーション（自我肥大）」という2つの危険に対するブレーキという意味合いがあると捉えている。したがって、岸本は病に倒れ、中原は身体症状化したが、逆にそのことが死にいたることを防いだと受け取れる。

他方、面接中語られる患者の体験世界を「物語世界」として考えることで適切な面接関係を形成し、維持したとしている中根（2004）の報告は一事例報告で、多数のがんクライアントに面接していたのか不明である。面接場所は、他の多数のがんクライアントに同時に会おう病棟のベッドサイドではなく、病棟のカンファレンスルーム及び精神科外来である。したがって、中原や岸本との違いとして、がんクライアントと比較的距離をとりやすい面接状況にあり、無意識的に死の問題が賦活されても身体症状化するまでに至らなかったのではないかと考えられる。

以上の先行研究の検討から、面接者は自らの感情、気持ち及び心理状態、そして身体感覚を含めた身体状態に注意を払う必要があると思われる。また、それだけではなく、面接の時と場所などを含めた面接構造の検討が必要であることを示している。しかし、クライアントの転移に注意をはらっていても、面接者が身体症状化していることは、クライアントの元型転移に対する面接者の逆転移への対処法を考慮した面接技法を検討する必要があることを示している。

2. 我が国の対人様式

臨床心理的介入は不適応を改善し、社会でよりよく生きていくためにおこなわれるものである。

提案するがんクライアント対象の臨床心理的介入は分析心理学および精神分析学的心理療法の理論を基本に据えている。しかし、それらの理論は西欧の社会・文化から生まれたものである。我々が社会で快適に生きていく社会とは、諸外国ではなく日本の社会である。そして、その社会・文化における対人様式が、面接場面においても作用することは明らかと思われる。そこで、まず我が国の社会・文化における対人様式について捉えなおす。では、我が国の社会あるいは文化の中での対人様式を心理療法家の立場から検討している人たちがいる。その代表的な人として Jung の理論を背景とする分析的心理療法家の河合 (1976b) と Freud の理論の流れを汲む精神分析的心理療法家の 鑑 (2003) の見方がある。では、その二人の見解を中心に我が国の対人様式をまとめてみよう。

1) 河合の母性社会論から捉えた対人様式

河合 (1976b) は西欧の文化がキリスト教という父性原理に基づく宗教を背景にしているのに対して、我が国の文化は母性原理に根ざしていると考えられると言う。そして、母性原理は肯定的な面は、生み育てることであり、否定的な面は呑み込み、しがみつきて、死に至らしめる面があると述べている。

(1) 文化的特徴

河合 (1976b) の戦前の我が国の文化に関する考えをまとめれば、母性原理に基づく文化を父性の確立という社会的構造によって補償し、その均衡を保ってきたということになる。その社会的構造とは、戦前の我が国に明確に存在していた父権制度により父親が家長としての強さを絶対的にもっていたことを指している。つまり、戦前の我が国は内的には母性原理が強く働き、外的には父性原理で枠組みが作られ、それによりバランスが取れていた社会であったわけである。しかし、戦後は外的枠組みが曖昧になっているが、河合 (1976b) は我が国の社会は父性原理と母性原理の中間的存在ではないかと考えている。

また、河合 (1992) は我が国のことをグレートマザー元型が強く作用している国という表現をし、

フィリピンとの比較をして、我が国は父性原理を相当上手に取り入れているとも述べている。日本神話を分析して、その構造は中心が無為の神がいて、その周囲にいろいろな神が配置されて、均衡をとりながら存在しているというものである。それが日本人の心のあり方のモデルになり、それを「中空型」と呼んだ (1992: 143)。さらに、我が国の社会構造などが中空構造であると述べている。

(2) 場の倫理

我が国の社会は母性原理に基づくものであるが、一度できあがった「場」の平衡状態の維持が倫理性維持の上で最重要事項となると河合 (1976b) は言う。場の中では、一体感があり、言語化されにくい感情的結合が存在し、すべての区別があいまいで、一樣になるのに対して、場の内と外では白黒を明確にし、場の外に敵対感情がおきると絶対的対立になるという特徴となって現れると、河合 (1976b) は述べている。場の平衡状態を保つために、場の構成員に順序づけをし、場の意思決定の時には、順序の上のものから意見を言うという方法が取られるとしている。

(3) タテ社会

場の均衡を保つために序列ができていて、これを社会構造から言えば、中根 (1967) がいうタテ社会の人間関係となると河合 (1976b) は言う。タテ社会においては、上のは場の均衡維持の責任のために「下位の構成員の個人的欲求や合理的判断を抑える形で」かわり、下のは上のもので意見に従わなければならないという状態がおきると河合 (1976b: 15) は述べている。

2) 鑑による精神分析的心理療法から見た日本人の対人様式の特徴

(1) 精神的・内的関心

我々の特徴は内的経験に対して歴史的・因果的ではなく、空間的・美的に把握する。つまり、内的状態に対して、表現したり、記述するより、曖昧なままにしておく、白黒をはっきりさせず、灰色状態にしておくことになじんでいる。したがって、なぜ問題が起きたのかの原因探索よりも早く問題や苦しみから逃れて、結果をもとめることに

なることが多い。我が国の文化パターンは「どうすればいいのか」(鑑、2003:277)である。また、我が国の対人関係様式で一般によく見られるものとして、結論やどうするかは自分で決定できることではないという受身的指示を待つという上下関係があり、それが面接場面においても見られやすい。このため、自分の内的状態を歴史的に観察し、表現するように心理療法で求めることは、クライアントにとっては普段の日常生活で行われていることと違うことを求めていることになり、面接によって余計つらさを増すことになりうる。

(2) ことば、言語化の能力

精神分析の心理療法は鑑(2003:278)によれば、「ことば療法」である。精神分析の発生の地の西欧では、ことばは内的な経験を記述することができるという確信があるのに対して、我が国ではことばは虚構・仮想であり、実質的で現実的なものは、描画、動作、音声、ものによる表現であるという信念のようなものがあると言う。さらに、鑑(2003:279)は「ことばは、表を語り、裏を隠し、外を語り、内を隠すものとしてつかわれているようにみえる。」と述べている。わが国の心理療法のクライアントは、ことばを使って自己表現することが得意でなく、内的世界の状態をそのまま表現することに慣れていない。非言語的手段による表現のほうが、本当のことや真実を語るのに、一般的には向いているように思えるとも言う。

(3) 外在化の傾向

精神的な問題や内面の問題の原因を外的なものに帰属させることが外在化の意味であるとしている。我が国の土俗的な信仰に、中国の占術思想や宗教思想が融合し、道教的・密教的な世界像が反映して形成されたものとしての外在的態度が基本に我が国にある。また、民衆宗教である浄土思想や浄土真宗の他力本願の思想は原因帰属を外に求める外在化の傾向に同調したものと考えられると鑑(2003)は述べている。したがって、日本人の基本的態度が内在的な探求を主題とし、方法論として使う精神分析の基本的態度とは相対するものであり、なじまないものとなる。鑑(2003:280)は我が国では、「内的な問題の追及は来談者の怒

りをかい、面談意欲を失わせることが少なくない。」と述べている。

(4) 受身性と甘え

土居(1997:115)は「甘え」という言葉で表現される情緒が面接場面以外の「日本人のあらゆる対人関係に滲みわたっている」と捉えている。鑑(2003)は「察し、察される」対人関係は面接関係の中でもみられるが、我が国のどの社会関係の中にも染み渡っていると言う。さらに、推察するという対人関係様式の基本態度は、土居(1971)の甘え理論に通じたものである。これを治療場面で言えば、甘えられないことでフラストレーションに陥り、問題を起こしているクライアントにとっては面接者への甘え体験によって、フラストレーションを解消し、癒される体験となるのかもしれないと鑑(2003)は言う。それが、心理療法の効果として示されているとしても、精神分析の心理療法とは違うものの効果であるとしている。

(5) 他人の意図や評価への過敏性

他者の意向を推察するとうことは、他者の意図や評価への過敏性とも表現でき、自分に対して他人がどう評価し、何を期待しているのかに基づいて行動するのが我が国のあたりまえの行動原理であると言う。これに対して、キリスト教圏の人たちは、第一が自分の求めているものを要求し、二次的に他者の期待や評価に対して鑑みるとしている。

我が国の基本的あり方は、他者からの支えや理解を待ち、それに身をゆだね甘え、他者との調和を図り日常を送るものであると述べている。これは、心理療法の中でも見られ、面接者がクライアントにその求めるものを確認するとクライアントは戸惑い、路頭に迷いかねない。そのような面接状況によりクライアントが無力を感じることを拒んだり、面接者を攻撃的で、理解のない不親切な人物として排除しようとしたりすると言う。

(6) 内と外、表と裏の行動

他者評価を中心に行動する原理があるとすれば、内的ないろいろな衝動や欲求、思考、感情などは自己評価を下げる可能性を有しているため、直接

表現することができなくなることが少なくないとしている。したがって、我が国の「常識」として、「内と外、表と裏について明確な区別が行動規範としてとられるようになっていく」（鑑、2003：282）。「精神分析的な精神療法は内的な混乱を整理し、内的な世界の理解を深め、内と外との関係を調和させ、内的なものが外的にも表現させやすくなることを求めている」（鑑、2003：283）ので、これは面接者が我が国の社会規範と反対の働きかけをすることになるとしている。したがって、外のものとの区別し、内側を隠し、変形して外の社会にあわせられるようになる技術をクライアントに育成することを面接者は求められると鑑（2003）は述べている。

3. 自我構造の特徴

対人関係は、個と個の関係性で形成されるものであり、ある人が対人関係でうまくいかないとする場合、臨床心理的立場では、個人の精神をまとめて考えると考えられる自我構造が考察の対象になる。そこで、我が国の社会・文化に根ざした自我構造というものがあるのか、欧米との比較で河合（1976a）と鑑（2003）が見解を述べているので紹介する。

1) 欧米に比べ他人に開かれている日本人の自我構造および無意識

河合（1976b：172）は、自我は文化や社会の影響を受けながら形成されていくことや「自我はある程度の統合と主体性をそなえた存在ではあるが、それは完全ということはない。」と述べている。また、「Jung は意識と無意識とは相補的にはたらき、人間の心はその両者を含むものとして全体性をもつと考えた」と言う（河合、1976b：174）。さらに、Jung は自我（ego）が意識の中心であるのに対して、自己（self）は意識及び無意識の全体を中心であると考えたと河合（1992）は述べている。

河合（1976b：176）は「日本人の自我は西洋人に比べてはるかに他人に対して開かれている。」

と述べ、西洋人は統合性をつくる自我が意識の中心に存在し、その自我が無意識及び意識の中心である自己とつながりをもつが、日本人は意識と無意識の境界が不鮮明で、意識の構造もむしろ無意識内にある自己を中心形につくられるので、自我という意識の中心が明確にあるのか疑わしいと河合（1976b）は考えている。また、西洋人と比較して、「日本人は強力なアイデンティティを必要としないわけです。無意識のままで完全に生きていられる」とも河合（1978：183）は言う。

2) アモルファス自我構造モデル

鑑（2003）によれば、アモルファスという用語は工学用語で、本来ガラスのように結晶をもたない非結晶の金属を指すと言う。この金属は原子配列が無秩序で結晶構造もたないが、耐腐食性や強度に優れていることから、自我構造内部が組織化されていないで外的順応に優れ、一定の現実対処の強さを有していると考えられる自我構造に喩えられ、鑑（2003）は述べている。

自我境界を形成する表層が、他者の意向や場の状況を敏感にとらえて、反応する自我境界以上の機能を有する皮膚の役割をしていると鑑（1994）は捉えている。そして、この自我境界を「皮膚自我」と呼んでいる（鑑、1994）。この皮膚自我の特徴は、他者の意向を取り入れ、状況に敏感に応じていくために柔軟性をもつが、自分の意向に関しては曖昧であるか、または隠されているような状態を示すと言う。そして、価値観、信念、行動基準、アイデア、判断などの自我内容は主体としての自己によって一定の方向付けや組織づけがなされていない曖昧な「アモルファス」のようなものであると鑑は考えている（1994）。この皮膚自我およびアモルファス自我構造のあり方は、一者世界での対人関係における行動をする上では、役立つものである。ところで、鑑（1991）が言う「自己」とは Jung の「自己」とは違い、精神分析家の Roland（1983、1988）が日本、インドそして米国の文化的違いから提唱している「自己」と同様の意味である。自己とは「心的世界を統合

する原理として働くものである」「また、これは精神分析という精神内容的な自我構造の概念のみならず、対人関係的経験も包含し、私的自己・公的自己というような側面も記述する文化人類学的な概念をも包含している」と鑑（1991：26）は述べている。

他方、西欧で見られると考えられる二者世界での対人関係の行動は他者の意向より自己の意向に敏感で鮮明であり、自己の意向をはっきりさせる特徴をもち、また一定の方向で組織化する自我の中核部分が明瞭であり、強固であると鑑（2003）は推論している。下記に皮膚自我と中核自我の対比の図を示す。

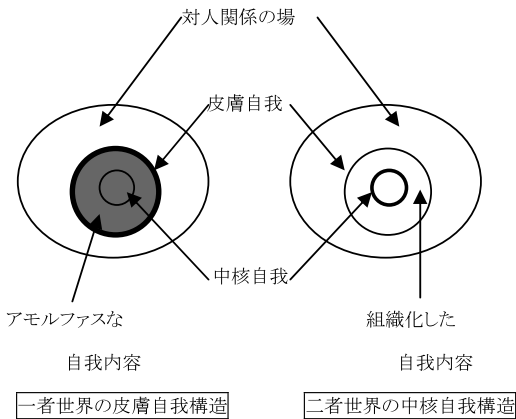


図1 皮膚自我と中核自我の対比（鑑、2003：330）

3) 立体的自我構造

そこで、河合（1976a、1976b、1992）と鑑（2003）の考えを参考に、アモルファス度が高いあるいは低い自我構造という概念を筆者は考えた。「アモルファス度が高い自我構造」とは対人関係で場依存性が高く、相手に合わせて、自分の意向が不鮮明である傾向が強い特徴をもち、無意識により開かれている。「アモルファス度が低い自我構造」とは、他者の意向より自分の意向に敏感ではっきりしていて、自分の意向を明確にさせる特徴をもち、また一定の方向で組織化し、無意識を意識に統合する力がより強い中核自我をもった自

我構造である。以上の内容を立体的自我構造として図2で示す。

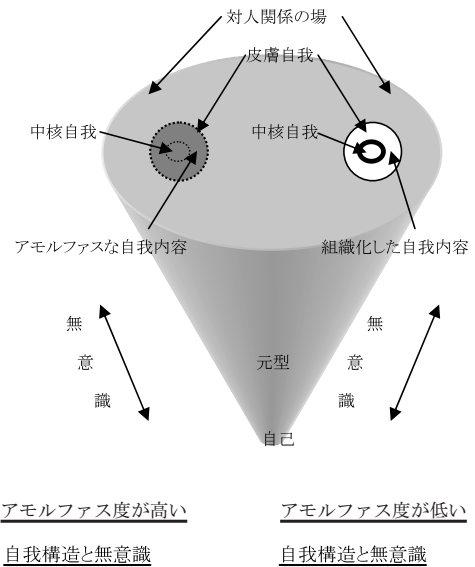


図2 立体的自我構造

4. 我が国の心理療法の技法的な特徴

心理療法として、我が国の社会・文化の中から生まれた森田療法や内観療法があるが、面接者の守りを有したがんクライアント対象の臨床心理的介入技法は、精神分析的な心理療法及び分析心理学を基本に据えて、提案する。しかし、精神分析的な心理療法及び分析心理学の成り立ちは西欧の文化に基づいていると言えよう。したがって、西欧から紹介された各技法において、我が国の社会・文化における対人様式が、面接場面において、どのように作用しているのか明確に捉えなおす必要があると思われる。

1) 河合（1976）の文化論からの面接場面における我が国の対人様式の作用について

「2. 我が国の対人様式」のところ河合（1976b）の日本の文化的あるいはそこから生まれる対人様式を簡潔に述べたが、この傾向が面接場面でも作用すると思われるが、それについてどのように作用し得るのか次のように考えてみた。

我が国の社会を母性原理に基づくものと考えるとき、面接場面では母性原理がどのように作用しているのか考える必要はあると思われる。肯定的な面として、クライアントを育てるのか、否定的な面が作用しクライアントを呑み込み、しがみつかせ、あるいは面接者がクライアントはもう面接を終了してよい状況なのにしがみついてはいないのかなど考えながら面接を内省することは大切でなかろうか。次に面接場面でも場の倫理が働き、一体感が形成され、クライアントが否定的な内面を言語化しにくいような治療者との感情的結合となっていないか、あるいは面接場の内と外では白黒を明確にし、場の外に敵対感情をもち、例えばクライアントの家族などと対立的になるような面接構造を形成していないかを十分注意を払う必要があると考える。最後に面接場面がタテ社会構造のようになっていないか、つまり面接の場の均衡維持のためにクライアントを下位の構成員とし、その個人的欲求や合理的判断を抑える形で面接者がかわり、クライアントは面接者の意見に従わなければならないという面接構造になっていないか、毎回の面接について面接者は検討を重ねることも重要と思われる。

2) 鱧 (2003) による我が国の心理療法の技法の特徴

鱧 (2003 : 283-292) が精神分析的心理療法による臨床経験をもとに、我が国の心理療法技法論の特徴を米国のと対比しながら述べているものを簡潔にまとめてみたい。

(1) 抱える機能と文化の機能

クライアントが面接を希望するのは、自分だけでは問題解決できず悩み苦しむなどの状態にあるからであり、面接開始時はその感情を受けとめ支えることから始める。しかし、欧米の精神分析的療法はことばの機能を中心とし自立的な援助を前提にしているため、悩み苦しんでいる感情よりも問題を話し合う面接が行われていたという。そこで登場したのが Winnicott (1965) の抱える機能の考えで、これは不可欠の治療要素に現在なっている。面接場面で抱える環境は、我が国の場合

は他者意向を察して行動し、可能な限り支える関係を維持することは文化的要因の中にすでに存在していたことは我が国の対人様式のところで述べた。Winnicott (1965) の抱える機能の概念が我が国の面接技法に取り入れられたことで (2003 : 285) は「柔らかな、やさしい保護的環境によって、相手を『とろかし』『母子一体感』の体験をすることによって、苦しみや辛さを克服し、解決しようとするのである。実際は内面的な経験は不問にされ曖昧にされてしまう」と言う。また、欧米では治療環境を形成するための抱える環境が、我が国では治療目的になったのではないのかとも言う。

(2) 依存の機能と自律の機能

土居の「甘え理論」は境界例の研究や Balint の研究及び Winnicott の研究などにより確認されていき、分析の基本に依存性の確認や充足が大切なテーマになったとしている。しかし、土居 (1971) の甘えの理論に関して、鱧 (2003 : 285-286) は「複雑で包括的な概念」であり、「甘えは依存性そのものなのか、それとも依存性の不充足が甘えの表現となるのかは技法論的に重要である。もし、甘えが依存そのものであれば、十分に満たすことが大事になるが、土居は反対に『甘えの断念』ということ述べている。これはむしろ、甘えが自律を阻害するものとして捉えていることを意味している。」と述べている。技法上の論点であるため土居の考えをここで示しておく。土居 (1997 : 120) は「甘えの観点から治療の問題を論じておこう。患者をして精神分析的治療を求めさせる意識的動機が何であるにせよ、最も基盤にある無意識的動機は甘えないしその派生物によるというのが私の考えである。」と述べ、面接者が甘えに焦点を当てて面接をする必要性なく、面接者は甘えを満足させるべく身構えるものでもないと言う。甘えが転移の核になるという考えから、「大事なことは、甘えがそこにあると心得て、それが治療関係の中で十分に展開するように待つことである。」と土居 (1997 : 120) は述べている。このように土居は表現しているが、小此木 (1978 : 175-176) は土居の「甘え理論」に関して、「甘えの理論は父性原理で西洋化していくのが日本人の

道だ」「われわれは、お母さん離れをしなくてはいけないと言うときに、Freud流に依存（甘え）を意識化して断念しろとしかと説かない。」と述べている。ともあれ、依存性は基本的欲求である点で、鑑と土居の考え方は一致する。さらに、鑑（2003）は依存性が充足されていれば自律性への心の準備ができたと考えている。

我が国において心理臨床をしていく上で、甘えを依存性の満たしの目的とするのか、次の心理・社会的発展をもたらせられるのかは、面接者の心の発達へのスキームが存在するかにかかっていると鑑（2003）は述べ、精神分析的自我心理学的見方が必要としている。

(3) 共感の機能と表現の機能

共感の機能の要素は、他者の思いを推察することであることから、我が国ではその対人関係様式にすでにあることは示した。しかし、推察が「抱えるように、守るようにふんわりと受身的に指示していく」のに対して、共感的理解は「クライアントの内的経験を受けとめるのと同時に『それは何処から来るのか』『なぜそうなのか』という前向きな積極的な問いをもちながらの聞き方である」と述べている（鑑、2003：288）。この推察的共感を鑑（2003：288）は「包む共感」と名づけた。

米国の臨床と比較して我が国の面接者は共感に強いが、クライアントの怒りの表現の対処に弱いといわれると鑑（2003）は言う。怒りが甘えられないことへの反動であることから、包む共感怒りを消失させるのに役立つが、怒りや攻撃行動が対人関係の重要な発達の危機に転機的契機としていかすことができない可能性がある。それについて、鑑（2003）は、怒りや攻撃を表現させ、それを共感的に受け止めることは、怒りや攻撃への恐怖感を鎮め、統合していけるかどうかは面接者の内的な状態にかかっていると述べている。

(4) 対象関係の機能 対 自己対象関係の機能

精神分析の対象関係論の立場では、人間的な精神的健康は安定した対象関係を形成することが基礎であると言う。そして、精神分析的な心理療法の目標は、一人でいても不安にならず、「個人の内的なアイデンティティの確立を目指す」ことと鑑

（2003：290）は言う。しかし、我が国の文化的対人様式は包む社会的環境であり、甘え行動が一般的であり、家庭環境でも、心理療法の面接環境でも、包む環境を提供することが多いとしている。面接場面のことを考えると面接者は保護的な環境をつくり、維持するが、クライアントにとっては外的な人物がすべて自己の延長となり、自分の手足のような存在とし、その人は外的な人物として存在していない状態になりかねないことがあると言う。このような状態は精神的な分離ができていない状態と鑑は述べている（2003）。我が国における精神分析的心理療法において、対人関係が二者関係形成の方向になるのではなく、自己対象関係つまり、一者関係形成の方向に動く結果として、上述したような治療者－クライアント関係が一体になり、その状態がみられるのではないかと思われると鑑（2003）は言う。

5. 我が国におけるがん臨床心理的介入技法への提案

がん臨床心理的介入方法の提案をする前に、がん治療が進展したとは言え、がんが初発でも遠隔転移があるなどがんの病期がすでにⅢないしはⅣ期であったり、がんの種類により進行のスピードが速かったり、再発あるいは再々発などであったりすると、がんイコール死のイメージがクライアントには強いことを述べておきたい。また、クライアントが初発で転移がなかったとしても、パーソナリティにより死へのおびえが存在することがある。それは、生存することの危機感であり、急に生きることを中断される、破滅感とも言うるのでなかろうかと思う。このような状態にあるクライアントに対して臨床心理的介入する際には、面接者は外的要因としてクライアントを支える環境をつくる役割と、クライアントが生存への危機的状态をどの程度自分で支えうるのかという内的要因を見極め、その状態によってはクライアントの自我の成熟度を高め、「いかに生きるか」（河合、1997）の課題にどのように取り組めるのかをクライアントとともに検討する役割があると考えている。

しかし、がんの進行状態によってはがんクライアントが心身ともに崩壊することへのおびえを強めるため、それを和らげ、クライアントが安心感を再び取り戻すように働きかけることは、容易なことではない。というのも、面接者がクライアントに寄り添う第二者であることから、その死の巨大な渦の中で、面接者自身も死の受容の課題と直面することになり、厳しい状態に立たされる。こうした点を踏まえて、がん臨床心理的介入において以下の4点を提案したい。

第一に、がんクライアント対象の臨床心理的介入においては、抱える機能は重要である。がんクライアントは死の不安・恐怖を感じているため、面接者により強く保護を求めるので臨床心理的介入をする上では大切な面接者の姿勢と思われる。土居（1997）が言うように面接者は甘えに焦点を当てて面接をする必要性はなく、面接者は甘えを満足させるべく身構えるものでもなく、甘えがそこにある前提で、それが治療関係の中で十分に展開するように待つことである。

第二に、鑑（2003）が日本人の自我構造を分析し、欧米との違いを述べているが、それによると欧米では中核自我と自我境界を鮮明にした自我構造は「個」を中心とした場から生まれ、二者世界であるのに対して、我々は一者的世界を形成する自我構造であるアモルファス自我構造を有していると述べている。一者世界では、場そのものが自我に強い影響をもち、中核自我が不鮮明である。また、鑑（2003）は我が国における精神分析的心理療法において、対人関係が二者関係形成の方向になるのではなく、自己対象関係つまり、一者関係形成の方向に動く結果として、日本的な治療者－クライアント関係が一体になる状態がみられるのではないかとと思われるという。この点をがん臨床の面接では要注意し、面接構造を考えなければならぬと思われる。何故なら、がん臨床において面接者－クライアント関係が一者関係、すなわち一体化方向に動くと、樋口（1998）が指摘しているようにクライアントの死が面接者の一人称の死に容易につながりかねないのではないかと考えられるからである。がん治療が進展したとは言え、

がんの進行度合いあるいはがんの種類などにより、がんイコール死のイメージがまだまだ拭い去れず、クライアントには死へのおびえが存在することが見られる。面接開始時は、面接者によって、家族および他の医療者より強い心の支えを求めため、クライアントの不安感を和らげようと面接者はクライアントの心に寄り添い、鑑が言うように一者関係形成の方向へと一時的に動く。それは、ある意味ではクライアントと一体化した状態を形成するが、そのことがクライアントの生存への危機感を軽減し、安堵感を与えることになる。その後、がん臨床心理面接では、面接者は二者関係の自我構造を再び取り戻す。クライアントに対しては、面接者の役割としてクライアントの自我の強さを確かめながら、二者関係を形成しないしは取り戻していくように働きかけることが重要と思われる。

第三に、ここで筆者が作成した図2に立ち返りたい。図2の左の自我構造の状態に面接者とクライアントがある場合、つまり自我構造のアモルファス度が高ければ、お互いに心の動きを鋭敏に感じとるなどして、面接場面で一体化しやすい。しかし、面接者がアモルファス自我構造と欧米人と比べ無意識により開かれた自我構造を有していると、がん臨床において、面接する場所及び回数などの時を含めて、面接構造を考えていても、面接者はクライアントからの元型的転移に対する逆転移への対処が難しいのではないかとと思われる。例えば救世主の元型をクライアントから転移されて、面接者が逆転移として、元型に同一化しやすく、一身にクライアントを死から救うように面接で技法を駆使するなどの行動をとり、意識が足場を失い無意識の力の方が大きくなる可能性があると考えられる。救世主の元型に同一化することの危険性に対して、Jung（1968）が警告を発していることを忘れてはならないと思う。したがって、たとえクライアントから面接者が救世主ないしは死と戦う英雄などの元型を転移されたとしても、面接者は図2の右の中核自我を確固として持ち、それに動かされないことが必要である。

第四にがん臨床心理的介入していく上で、たと

え症状が進行していたとしても依存性を満たすことを面接目的にするのではなく、クライアントが死へ立ち向かえる自我の力を強めるため、より自律を目指し、生ある限りどのように生きていくかを面接の目的にすることである。つまり、具体的な事柄、例えば今まで改善しえなかった家族関係の改善、あるいは仕事を一区切りつけ、まとめあげる、または自分が長年ほしかったものが手に入る可能性があるのならそれを自分のものにできる方法を考えるなどなどの事柄を達成する方向性をもたせることが大切と思われる。このように面接目的を具体的な心理社会的な事柄の達成を模索するように焦点化し、現実的対応をとることが、クライアントをしっかりと守りながら、死への準備を進める面接構造を提供することになると考えられる。クライアントがより自律していくことを実現していくには、自我心理学的見方などによる発達スキームが存在するかどうかを鍵になるとと思われる。

6. まとめ

本論の構成内容を簡潔に示すと次の通り。

1) 樋口 (1998) による死の臨床にかかわる時の留意点を Jung (1935) 及び分析心理学による転移・逆転移 (鈴木, 2003) の観点から検討した。樋口 (1998) の指摘はクライアントからの死と闘う英雄あるいは救世主などの元型を転移された、面接者の逆転移現象として考えた。この点を留意して面接を行うことが、クライアントの死が面接者の一人称の死に変わらないための自覚と捉えた。面接者の逆転移として、それに反応してその役割をとったとしても、それに完全に同一化することなく、引受けているとクライアントは現実の面接者を認識していく。それには面接者の心のありようが問われる。

2) 提案するがん臨床における臨床心理的介入は精神分析的な心理療法及び分析心理学の理論を基本に据えて提案するが、それらの理論の成り立ちは西欧の文化に基づいている。そこで、まず我が国の社会・文化における対人様式を捉えなおした。というのは、社会・文化における対人様式が、面

接場面においても作用することは明らかと考えられるからである。分析的な心理療法家の河合 (1976b) によると我が国の対人様式は母性原理が大きく作用していると述べており、Freud の理論の流れを汲む精神分析的な心理療法家の鑑 (2003) は、我々は「察し、察される」対人関係様式があり、他者の意図や評価への敏感性が強いなどの特徴があると言う。

3) 臨床心理的介入をする場合、個人の精神をまとめていると考えられる自我構造が考察の対象になる。そこで、我が国の文化・社会に根ざした自我構造について、欧米との比較で河合 (1976a) と鑑 (2003) の見解を示した。両者の視点をもとに筆者は立体的な自我構造の図案の図2を提示した。それは河合 (1976a) が言うところの「欧米に比べ他者に開かれている日本人の自我構造および無意識」と鑑 (2003) の「アモルファス自我構造モデル」を参考にしたものである。

4) 面接場面において、我が国の対人様式がどのように作用しているのかを鑑 (2003) の見解を中心に捉えなおした。我が国の臨床をしていく上で、依存性を満たすことを面接目的とするのか、次のステップとしての心の自律を得て、心理・社会的な発展をもたらすことを面接目的にするのか問われるところである。クライアントの心の自律を目指すのなら、面接者は心の発達へのスキームとして精神分析的な自我心理学的見方を有していることが必要であると鑑 (2003) は述べていることなどを示した。

5) がん臨床における面接方法を提案した。がんクライアント対象の面接においても、クライアントの甘えないしは依存を充足させることではなく、自らの死へ旅立つ心の準備としての自我強化及び、より自律を確立することであると筆者は考えた。面接開始時は、クライアントの存在の消失という測り知れないおびえとでもいえる不安感を和らげようと面接者はクライアントの心に寄り添い、その依存性を充足させる。そのため、面接者—クライアント関係は一者関係形成の方向へと一時的に動く。その後、クライアントが自らの死へのおびえに、立ち向かえるための自我強化を図るた

め、面接者は二者関係の自我構造を再び取り戻し、クライアントに対しても、二者関係を形成しないしは取り戻していくように働きかけることが重要と思われる。また、がん臨床心理的介入していく上で、たとえクライアントから面接者は救世主ないしは死と戦う英雄の元型を転移されたとしても、それに動かされないために、面接者は図2の右の中核自我を確固としてもち、面接目的は具体的な心理社会的事柄の達成を模索するように焦点化し、現実的対応をとるようにすることが、クライアントの死の受容につながると思われる。

〈付記〉本論文の作成にあたり、ご指導いただきました今川民雄先生に心から感謝いたします。

文献

- 土居健郎 (1971) : 甘えの構造 弘文社
- 土居健郎 (1997) : 「甘え」理論と精神分析療法 金剛出版
- Gillian D, Nicolson M, Smith I, Groen H, Dalesio O, Goldstraw P, Hatton M, Manegold C, Schramel F, Smit H, van Meerbeeck J, Nankivell M, Parmar M, Pugh C, StePhens R, (2007) : Preoperative chemotherapy in patients with respectable non-small cell lung cancer : results of the MRC LU22/NVALT 2/EORTC 08012 multicentre randomized trial and update of systematic review. *Lancet*, 369(9577), 1929-1937.
- 樋口和彦 (1998) : 死の心理臨床 河合隼雄・山中康裕・小川捷之 (総監修) 病院の心理臨床 金子書房
- Jung CG (1916) : *Über die Psychologie des Unbewussten*. Zürich. 高橋義之 (訳) (1977) : 無意識の心理学 人文書院
- Jung CG (1963) : *Memories, Dreams, Reflections*. Pantheon Books, New York. 河合隼雄・藤縄昭・出井淑子 (訳) (1972) : ユング自伝1 みすず書房
- Jung CG, von Franz M.-L, Henderson JL, Jacobi J, Jaffé A (1964) : *Man and His Symbols*. Aldus Books Limited, London. 河合隼雄 (監訳) (1975) : 人間と象徴 上巻 河出書房新社
- Jung CG (1968) : *Analytical Psychology : Its Theory and Practice ; The Tavistock Lectures*, 1935. Routledge & Kegan Paul, London. 小川捷之 (訳) (1976) : 分析心理学 みすず書房
- 勝見吉影 (1996) : 末期がん患者の内的的体験に関する一考察 心理臨床学研究, 14(3), 299-309.
- 河合隼雄 (1976a) : 影の現象学 思索社
- 河合隼雄 (1976b) : 母性社会日本の病理 中公叢書
- 河合隼雄 (1992) : 心理療法序説 岩波書店
- 河合隼雄 (1997) : 「私の死」と現代 河合隼雄・柳田邦男 (編著) 死の変容 岩波書店 pp313-336.
- 岸本寛史 (1999) : がんと心理療法 誠心書房
- 岸本寛史 (2006) : セラピストの発病と患者体験の意義 臨床心理学, 6(5), 606-611.
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2007) : 人口動態調査結果の概要 平成17年人口動態統計上巻 pp68-70.
- 宮本忠雄 (1974) : 死の精神病理 大原健士郎 (編) 自殺の精神病理 至文堂 pp35-52.
- 武藤徹一郎 (2002) : がん治療の現状 垣添忠生 (総監修) がんの情報, がん治療 日本放送出版協会 pp14-17.
- 中原陸美 (2000) : 外科領域での末期癌患者への心理療法的接近の試み 心理臨床学研究, 18(5), 433-444.
- 中根千枝 (1967) : タテ社会の人間関係 講談社
- 中根千景 (2004) : 中間領域としての物語 心理臨床学研究, 22(5), 488-498.
- 小此木啓吾・河合隼雄 (1978) : フロイトとユング 思索社
- Roland A (1983) : Psychoanalysis without interpretation. *Cntemporary psychoanalysis*, 19, 499-505.
- Roland A (1988) : *In Search of Self in India and Japan*. Princeton University Press, New Jersey.
- Spiegel D, Bloom JR, Yalom I (1981) : Group support for patients with metastatic cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 38, 527-533.
- Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E (1989) : Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, 14, 888-891.
- 鈴木 龍 (2003) : 分析心理学における転移/逆転移 精神療法, 29(1), 33-40.
- 鑑幹八郎 (1991) : 自己の構造と心理療法 季刊 精神療法, 17(4), 309-316.
- 鑑幹八郎 (1994) : 日本の自我のアモルファス構造と対人関係 広島大学教育学部紀要 第一部 (心理学), 43, 175-181.
- 鑑幹八郎 (2003) : 心理臨床と精神分析 ナカニシヤ出版
- von Franz M.-L (1974) : *Shadow and Evil in Fairytales*. Spring Publications.
- Winnicott DW (1965) : *Maturational Processes and Facilitating Environment*. Hogarth Pres, London : 牛島定信 (訳) (1977) : 情緒発達 of 精神分析理論 岩崎学術出版