

## 家族の死をどう受容するか

中川 晶\*

### Accepting a dying family

Akira NAKAGAWA: Nakagawa Nakanoshima Clinic

#### キーワード

罪責感 guilty feeling

ナラティブ・セラピー narrative therapy

傾聴 active listening

物語 story

### I はじめに

「家族の立場から」というテーマが昨年の大会において「ターミナルケアの行動科学」のシンポジウムで筆者に割り振られたのは、筆者が1年半前に父を亡くしたからに違いない。実はこのテーマを頂いたとき何をどう話してよいやら途方に暮れてしまった。いろいろ試行錯誤で話す内容を考えてはみたが、最後までとまらず、用意していたスライドが嘘臭く感じられた。結局、発表前夜ホテルの一室で夜中までかかって父のターミナルの頃の記憶をなぞりながら、OHP用のセロハンに直接マーカーで書いたものを発表に用いた。ずいぶん見苦しいものができてしまったが、当時「家族の立場から」というテーマで発表できるほど自分の頭は整理できてなかった。まだまだ混乱の渦のなかにおいて、

\*なかがわ中之島クリニック

父の死を受容できているとは言いがたい状況だった。そして筆者は自分の混乱を素直に出すことが誠実な態度だと開き直り、発表に臨んだ。

そしてやっとお役御免になったと思った頃に、この原稿依頼がやってきた。自分では今度こそ「家族の立場」で良いものを書こうと意気込んだのだが、一向に筆が進まない。もともと筆まめなほうではないが、これほど進まなかったことは初めての経験だった。最後には諦めてしまって、締め切りの催促もこないで、「書かなくてもいいのかな」などという希望的観測まで出る始末。

なぜこれほど筆が進まないのかというと、今度もテーマに問題があった。原稿のタイトルは「家族の死をどう受容するか」だった。どうも筆者にはまだうまく受容できたとは言いがたい状況らしい。

## II 個人的体験

1997年9月30日午後12時38分、父は息を引き取った。その時筆者は枕元にいることができなかった。診療の最中に母から電話がかかってきた。

「もう、呼吸が止まりそう。主治医にも連絡したから、あんたもできるだけ早く来て」

父は自宅で死ぬことを選び、家族に看取られることを選んだ。筆者は父に付き添うため、当時、実家に寝泊まりしていたが、疲労がたまっていた。父の呼吸が止まるのではないかと耳を澄まし、ハラハラしながら夜を過ごすのは神経が疲れる。疲労困憊になると自分の家に帰り眠った。筆者の見立てでは、その夜は大丈夫と判断できたので自宅に戻り、翌朝早くに電話すると、あまり変わりはないと弟が言うのでいつもどおり診療所に向かった。12時頃、上に述べた電話が鳴った。一瞬、頭の中が真っ白になった。診察中だったので筆者の目の前には患者さんが居た。そのとき何をどう患者さんに話したか記憶がない。急いで、緊急事態に備えて診療所に来てもらうことにしていた代診の友人に電話した。しかし、来てくれるまでには時間がかかる。筆者は診療を止めることができなかった。12時30分にもう一度電話が鳴った。母だった。

「いま息が止まったよ。安らかに逝ったよ」

筆者は「ウンウン、わかった。すぐ行くから」と言ったきり後は何も言葉が出なかった。

親の死にめに、飛んでいけなかったことは開業して一番辛かったことだった。このことが、あとあと筆者のトラウマとして尾を引くことになる。

開業などしなければよかったという後悔はずっと残った。勤務医ならば他の医師に交代してもらってすぐに飛んで行けたのに、という思いが長い間くすぶっていた。

一般に親の死について、自分に責任があると子供は考える傾向があることは心理学の常識だから、筆者も知っている。しかし、ここでは知識はあまり役に立たなかった。

筆者が様々な心配をかけたので、それがストレスになって癌になったのではという不合理な罪責感が頭から離れなかった。そして今でも不合理とはわかっているが、自分のなかに巣くっている。

それと6年前に、父は健康診断で1センチを越える大腸ポリープを発見されている。この時、周囲はこぞってポリープを取ることを勧めたが、父には変な信念があって、自分のポリープは癌にはならないと言い張った。癌になればそれはそれで仕方ないことだと言っていた。筆者は切除を勧めたけれど、父と喧嘩してまで勧めることはできなかった。父は筆者にとって先輩の医者だったことも遠慮の原因だったが、このことが筆者に強い罪責感を残した。不合理な罪責感だとはわかっているのだが。

父の死から1年8か月経過した。その間に筆者は数編の童話や論文を書いているが、ほとんどが死に関するもの、それも死の受容に関係するものばかりである。どうもいまだ受容には至らず葛藤を続けているように思う。

筆者は心療内科医として、この一年間に多くの「家族の死」を経験した人々の治療にあたってきた。そして、ますますわからなくなった。つまり「家族の死を受容」することがどういうことなのか？ どのように指導すればいいの

か？

それでも毎日患者さんは救いを求めて筆者のもとに来られる。そして様々な経験を話していかれる。筆者は自分自身、迷い人なので適当なアドバイスもできず、ただただ頷くことしかできなかった。

ストレスの原因が他のことであれば、治療は比較的スムーズに進むのに、家族の死というストレスを抱えた患者さんに対しては、とくにそれが家族の死が自分に責任があるという苦悩に対しては、こちらがオロオロするばかりだった。

ところが不思議な現象が起こった。どうも、こちらが自信をもって治療に臨んだ患者さんより、オロオロしながら治療を進めた患者さんのほうが良くなっていかれるような印象があるのだ。「良くなる」とは曖昧な表現だが要するに、「笑顔が出てくる」ことや「生活が規則正しくなる」こと、そして患者さんのほうから「先生、もう大丈夫です。ありがとうございます」と筆者のもとを去っていかれることを指す。

治療家になったころは逆だった。こちらが問題点を分析し、治療戦略を立て、強力に指導していくことで、治療効果というか手ごたえが感じられたものだった。

なぜこんな逆転現象が起こったのかわけがわからなかったが、最近何となく整理できてきたような気がする。

### III ナラティブ・セラピー

そのきっかけは、ナラティブ・セラピーと呼ばれる心理療法の新しい潮流だったように思う。ナラティブ・セラピーは、心理療法の世界では家族療法の流れから出ているが、ナラティブという言葉はもっと早い時期に医療人類学のA・クラインマン (A.Kleinman : 1988) が「病いの語り」(The Illness Narratives) という著書のなかで用いている。心理療法の世界では、1990年頃から家族療法家たちの間で、ナラティブという言葉が家族療法のキーワードとして使われるようになった。

ナラティブ(Narrative) とは何かというと「語ること」「物語ること」とでも訳せるだろうか。心理療法が語ることを抜きにしてほとんど成立しない分野であることは明白なので、わざわざナラティブ・セラピーと名乗るのは不思議な感じだが、この潮流は背景に大きなパラダイム・シフトの可能性を秘めている。

S.マクナミー (S. McNamee 1992) らは、次のように述べている。

「今世紀のサイコセラピーの多くは、〈認識主体としての個人〉という前提を指導原理に据えてきた。つまり、自分の住む世界を認識し、それに適応して行動するのが個人だという前提である。もしその人の能力や行動が、正常に機能していれば、その人は人生の問題に適切に対処するだろうし、もし適切に対処できないのなら、その人の能力や行動には何らかの機能不全があると判断される。こうして適切な対処の模範となりうる人が『科学者』ということになる。科学者こそ、もっとも鋭く体系的に観察し、厳密で合理的な方法で情報を評価し総合することが出来る人とされる」(ナラティブ・セラピー：金剛出版1997より)。

したがって、このパラダイムによれば正常・異常を決定するのは科学者としてのトレーニングを受けた専門家であり、心理的機能不全に陥った一般の人々を強力に指導するのは専門家である、という暗黙の了解事項があった。

しかし「問題」をつきとめ「治療」を施すといった直線的な科学的改善方法が万能でなかったことは、医療ばかりではなく現代の様々な分野で指摘されるようになってきた。

医療の分野では、慢性疾患や神経症・心身症といった病気に対しては現代医学的な方法論の切れ味が突然悪くなる。

心理療法の分野では心理療法自体が200とも400とも言われる流派に分派していて統一がとれていない。

文化人類学の分野では、観察者が当該文化を調査するため当該集団に参加することがその文化を変容してしまい、逆に参加しないでは調査ができないというジレンマが起こってきた。

数学の分野からカオス理論が出てきたのも、このような背景があつてのこと

である。この理論は単純な因果律で解決のつかない複雑な現象を説明するためによく用いられている。しかし、カオス理論、複雑系といった新しい科学理論は、いまだ医学や心理学で応用できるほど強力なものとはいえない。

因果律という強力な現代のパラダイムにひびが入りつつある。それに変わるものはいまだ十分ではないが、ナラティブというキーワードのもとに様々な分野で模索が始まっている。

再び心理療法に目を向けてみよう。現代心理学はこころというものを予定どおりに成長する植物というメタファーに固執していると、家族療法家のリン・ホフマン (L.Hoffman) は指摘している。彼女によれば、人間に関する我々の頑固な思い込みのひとつに、パーソナリティーは幼少期の障害によって傷つき歪められ、ある重要な段階に欠損があると成長が阻害されるというものがある。しかし本当にそうだろうか？ とホフマンは言う。

人は成長の過程において様々な経験をする。そして経験がつながって人は成長する。経験というのは、多くの要素のなかから、時間系列に従って個々人が種々選択して構成してできあがるものである。とすれば、経験とは様々な要素からストーリーを構成していく作業と考えてもよさそうである。したがって、成長というのは現代心理学の主張するような一本道ではなく、個人の数だけあることになる。

このような、多様性を多様性としてみる観点が、ナラティブ・セラピーにはある。

次に、筆者がかかわった症例のなかから、家族の死と関係の深い症例について述べてみる。もちろん、先に述べたように、筆者はオロオロしながら話を聞いただけである。しかし、その分筆者の専門家的な態度は少なかったと考えられるし、ナラティブ・セラピーに近いものであったと考えている。

## IV 「家族の死」症例

Aさん、30歳、女性。28歳のとき夫を肺癌で亡くした。結婚は彼女が25歳、彼が28歳だったというから、結婚生活は3年間ということになる。非常に相性が良かったらしく、二人の結びつきは結婚後ますます強固なものとなっていった。共稼ぎで二人とも会社勤めだったが、仕事が終わるや一目散で帰宅し二人だけの時間を大事にした。しかし、逆に周囲の友人や親との関係はどんどん希薄になっていった。結婚して2年半ほど経過した頃に夫がひどい咳をするようになり近所の内科にかかっているが、風邪だと言われた。しかし咳は一向に改善せず、高熱が出るようになり、市民病院を受診したら肺炎と言われて入院した。要するに近所の内科医が肺炎を見逃していたことになる。

そして市民病院で検査の結果、肺炎の原因が肺癌だとわかった。さらにこの肺癌はかなり広がっていて半年もたないことがわかった。もちろん、癌だという説明は主治医からAさんに行われた。主治医が「本人への告知はどうしましょう？」と言うと、Aさんは迷ったあげく、夫に肺癌であること、あと半年もたないことを、自分の口で夫に話すことを決心した。二人の結びつきが強かったので、医師でさえ二人の間に入ってほしくなかったと、Aさんは後になって述懐している。何でも二人で決めてきた夫婦だったので、本人に言わないという方針は考えられなかったとAさんは言う。肺癌であと半年もたないらしいとAさんが話したとき、夫はじっと聞いていた。そして「少しでも長く二人きりで過ごしたいから、親兄弟にももう少しこのことは黙っていよう」と言った。

しかし、病気はどんどん進行し、入院せざるを得ない状態になった。この時点で初めて二人で夫の両親に、肺癌のこと、あと半年もたないことを話したという。両親はびっくりして、なぜもっと早く知らせてくれなかったのかとAさんを責めた。

Aさんは謝ったが、この頃から夫の両親との溝が深まっていった。そして、夫の母親が病院に付き添うようになると、Aさんは強い疎外感を感じた。夫は

自分たち夫婦を二人にしてほしいと何度も頼んだが、病気が進むにつれて、夫の両親や兄弟がよく病院に来るようになり、Aさんはもうあまり時間がないことから、夫の家族と正面から対立するようになる。夫のほうでも、出ない力を振り絞って「二人にしてくれ、俺たちのことは放っておいてくれ！」と母親に叫んだりするようになった。

そして、Aさんと夫の両親とは対立関係のまま、夫は息を引き取った。幸い生命保険のおかげでAさんは経済的に困るようなことはなかったが、夫の両親はAさんを中傷し、あげくの果てに、生命保険の支払いを受けるに値しないから、自分たちに返せとまで言うようになった。取り合わないでいると、訴訟すると脅しまでかけて来るようになった。全くの孤立状態で（Aさんの実の両親は離婚しており、結婚まで同居していた母親とは折り合いが悪かった）、とうとうAさんは神経が参ってしまった。

Aさんが筆者のもとを訪れたときには、DSM-IV分類でいえば、全般性不安障害の状態であった。一日中不安感がつきまとい睡眠障害も顕著だった。

Aさんの問題の第一は罪責感だった。自分の夫に対する生活管理が悪くて夫は癌になってしまったのではないか、という思いにとらわれていた。そして、それを吐き出す相手をAさんはもっていなかった。行動科学の言葉でいえば、社会的支援のネットワーク（Social support network）をもっていなかった。全く孤立し、夫の居なくなったマンションに、一日中ぼうっとしている状態が続き、食欲もなく体重が10キロ近く減って、さすがにこれではいけないと筆者の診療所を訪れたという。

筆者は当時父を亡くしてすぐの頃で、Aさんの罪責感に強く共感した。そして理不尽な夫の両親の行動に対しては本気で腹が立ち、徹底的にAさんの肩をもった。筆者の怒りが強すぎてAさんのほうが驚いたと、後になってAさんが語っている。恐らく医者らしい冷静さを欠いていたのだろう。しかし、筆者の医者らしくない、素人的な態度に励まされて、Aさんは自分の話をする事ができたと後になって語っている。

あれから2年が経過した。Aさんは1年半かかってやっと社会復帰した。医



療事務の学校に通い、資格をとり今は耳鼻科医院で働いている。筆者の診療所には、最近では2か月に一度くらいの割合でふらりとやってくる。そしてとりとめもない話をしばらくすると帰っていく。前回、Aさんがやってきたとき思いきって聞いてみた。「ご主人の死をいまだどんなふうに感じていますか?」と。すると、Aさんは「まだ彼の死を完全に受け入れることはできていません。ただ、私のこころのなかの箱に彼をしまっておくことが、少しできるようになりました。」と答えてくれた。『こころの箱』と聞いて一瞬、分離機制（スプリティング）という専門用語が筆者の頭に浮かんだ。しかし、すぐに『こころの箱』でいいじゃないかと思い直した。解釈するのではなくて、聴くことのほうが大切だと考えさせられた症例であった。

## V 最後に

「家族の死をどう受容するか」というテーマはまだ筆者には答えが出そうもない。そこで自分の経験を書いてみた。また治療者として「家族の死」というストレスをもった患者さんに接したとき、専門家の鎧をはずして傾聴することが治療的効果をもつということが、この1年半の経験で得られたように思う。また最近の心理療法の新しい潮流、ナラティブ・セラピーが筆者の経験を裏づけているように思える。

## 文 献

- 1) シーラ・マクナミー、ケネス・J・ガーゲン著、野口祐二、野村直樹訳（1997）：ナラティブ・セラピー、金剛出版。
- 2) 山脇成人監（1997）：サイコオンコロジー；がん医療における心の医学（新精神科選書2）、診療新社。
- 3) 小森康永、他（1999）：ナラティブ・セラピーの世界、日本評論社。