

〈鍵概念〉

ディグニティセラピー

小森康永

愛知県がんセンター 精神腫瘍科部

Dignity Therapy

Yasunaga Komori

Department of Psycho-Oncology, Aichi Cancer Center Hospital

はじめに

ディグニティセラピー（以下、DT）は、カナダの精神腫瘍学者ハーヴェイ・チョチノフによって開発された終末期患者に対する心理療法的アプローチである。多くの心理療法が心理療法家の試行錯誤的臨床経験から生まれるのに対し、本法は、チョチノフの「尊厳」に関する精神腫瘍学的研究を基に組み立てられたことが、特筆に値する。

DTは、クライアントのリクルートに「あなたの大切な人に最後のメッセージを残そう」と記されるように、終末期患者に、これまでの人生を振り返り、自分にとって最も大切なことをあきらかにしたり、家族や周りの人々に一番憶えておいて欲しいものについて話したりする。その際、その対話を文書にすることが、第二の特徴である。

また、インタビュー時、質問事項（表1）を渡して、回答をイメージしておくよう依頼した上で、数日後に録音面接を行う。DTは、その逐語録を文書にまとめ、クライアントに手渡すことで、完了となる。最少3回の面接、五日間で終了する短期間のプログラムであることも大きな特徴である。

さらに、DTは、その治療効果について、ランダム化試験によるエビデンスまで揃っているところが、第四の特徴であろう。

ここで、DTによって残される文書の一部を例示しておこう。

（家族、職業、地域活動などにおいて）あなたが

人生において果たした役割のうち、最も大切なものは、何でしょう？ なぜそれはあなたにとって重要なのでしょうか？ あなたはなぜそれを成し遂げたのだと思いますか？

一番大切って言うと、家庭だねえ。唯、自分なりに一生懸命ただけでえ。毎日、忙しくこなしてきただけ。子どもに勉強みてやるでもないしね。みんなと比べると、平々凡々で、それが幸せやったかもしれんけど。子育ても、家庭がしっかりしてないとね、基本だと思うんです。行き着く所はね。

唯、主人は8人きょうだいの長男だから、盆と正月、5月の連休になると、みんな家へ来るのね。そうだ、うちの次男がね、まだ保育園のときにね、お風呂一緒に入っとったらね、「ぼうは、大きくなったら、どこ行こうかな？」って言うんやね、そんな深い意味はないと思って、「おまえ、どうして、どこへ行くつもりなんや？」と言ったら、「ぼうは、大きくなったら、このうちにはおれんで、どこ行こうかな、東京行こうかな、名古屋行こうかな？」って言ったんです。そのときに、「ああ！」と思って、このうちにおって、姉弟衆が帰ってくるのを見とって、自分が弟だからこのうちにおれんということを感じたんだと思うんです。それで、ああ可愛いなと思ったときに、ああ、この可愛さは、お父さんもお母さんも同じように感じたんだろうなと思って、そのときに、きょうだい衆が帰ってきたときは、あんばようしてやらないかなあと、そのとき思っ

表1 デイグニティセラピーの質問 (Chochinov, 2005)

あなたの人生において、特に記憶に残っていることや最も大切だと考えていることは、どんなことでしょうか？ あなたが一番生き生きしていたのは、いつ頃ですか？
あなた自身について、大切な人に知っておいてほしいこととか、憶えておいてもらいたいことが、何か特別にありますか？
(家族、職業、地域活動などにおいて) あなたが人生において果たした役割のうち、最も大切なものは、何でしょうか？ なぜそれはあなたにとって重要なのでしょうか？ あなたはなぜそれを成し遂げたのだと思いますか？
あなたにとって、最も重要な達成は何でしょうか？ 何に一番誇りを感じていますか？
大切な人に言っておかなければならないと未だに感じていることとか、もう一度話しておきたいことが、ありますか？
大切な人に対するあなたの希望や夢は、どんなことでしょうか？
あなたが人生から学んだことで、他の人たちに伝えておきたいことは、どんなことですか？ 残しておきたいアドバイスないし導きの言葉は、どんなものでしょうか？
将来、大切な人の役に立つように、残しておきたい言葉ないし指示などはありますか？
この永久記録を作るにあたって、含めておきたいものが他にありますか？

たもんです。盆や正月は、楽しく過ごして帰っても
らえるようにと思ったんです。

会社に行ってもね、12日から休みとって来るのを待ってあげて。お正月でもね、手作りのごちそう作って待っているとね、弟の嫁、「ああ、この料理見ると、待ってってくれたんだなって、感ずるねー」って、そう言ってくれたのが嬉しかったね。長男だから、みんなのいろんなことが、私たちの生活に入ってくるしね。8人兄弟の長男のところに嫁いだことは、私の人生で大きな意味を持っていますね。32人で食べたこともあるしね、赤飯も4升ね。

この頃またね、甥や姪がね、今度は自分たちが子どもたちを連れてね、実家へ来たがるの。小さい頃、楽しかったのかなって思う。お花を贈ってくれたりするから、ありがたいなって思って。懐かしく思ってくれるんだなって。(63歳女性、悪性リンパ腫)

I. 背景

1. 定義：デイグニティセラピーは、生命予後が限られた人々の実存的および心理的苦悩に対処するよう計画された、患者を肯定する心理療法的介入である¹⁾。
2. 特徴：1) 終末期患者に大切な、ないし思い出に残る出来事を振り返るよう励ますことによって、人々のQOLを改善することを目的とする点が、ユニークである。2) 患者の尊厳の意味を明確化し、

死にゆく患者の尊厳感覚を侵害する苦痛の源を記述するよう計画されたチョチノフの質的研究^{2, 3)}に、その出自がある。3) 死にゆく患者本人にとっては、霊的および心理的健康を促進し、苦悩を軽減し、意味や目的を生み出すことができる。時に、人々に死の準備をさせたり、残り時間におけるやすらぎを提供したりする。遺族にとっては、DTは、この世から去っていかうとしている大切な人の気持ちや考えを表現する文書を提示し、悲嘆反応をやわらげる上で役立つ。4) セラピストが注意深く編集した逐語録を創造することによって、生成継承性を支持する。

II. デイグニティセラピーの実施⁴⁾

1. 参加の適応基準：1) 生命を脅かすか生命予後を限定する状況に直面し、2) 参加に関心があり、動機付けられていて、3) 治療者および逐語録作成者と同じ言語を話す人。
2. 適応除外基準：1) 病状がかなり進行しており、二週間以上の生命維持が期待されないか、2) せん妄、意識混濁ないし認知障害のように認知能力に欠損がある場合。
3. DT の実際：インテーク実施時には、DTの質問一覧も持参し、後日のインタビューで話すことのイメージアップを依頼する。第2回面接（1時間ほど）は録音され、速やかに逐語録にされ、生成継承性文書としてまとめられる。第3回面接では、それ

を読み合わせ、事実確認、ニュアンスの異同等を
整えた後、手渡される。

4. デイグニティセラピー質問 (表1)

- ① あなたの人生についてすこし話してほしいのですが、まずは、特に記憶に残っていること、あるいは最も大切だと考えていることは、どんなことでしょうか？
- ② あなたが一番生き生きしていたのは、いつ頃ですか？
- ③ あなた自身について、大切な人に知っておいてほしいこととか、憶えておいてもらいたいことが、何か特別にありますか？
- ④ (家族、職業、地域活動などにおいて) あなたが人生において果たした役割のうち、最も大切なものは、何でしょう？ なぜそれはあなたにとって重要なのでしょうか？ あなたはなぜそれを成し遂げたのだと思いますか？
- ⑤ あなたにとって、最も重要な達成は何でしょうか？ 何が一番誇りを感じていますか？
- ⑥ 大切な人に言っておかなければならないと未だに感じていることとか、もう一度話しておきたいことが、ありますか？
- ⑦ 大切な人に対するあなたの希望や夢は、どんなことでしょうか？
- ⑧ あなたが人生から学んだことで、他の人たちに伝えておきたいことは、どんなことですか？
あなたの (息子、娘、夫、妻、両親やその他の人 (たち) に) 残しておきたいアドバイスないし導きの言葉は、どんなものでしょう？

Ⅲ. 有効性の根拠

1. 最初の臨床試験は、2001年から2003年にかけて実施され、100名の患者が集積された¹⁾。参加者の大多数は、終末期がん患者であった。インタビュー面接から死までの平均的生き残り時間は、51日間であった。DTの有効性を評価するために、参加者は、身体的、心理学的、そして実存的な問題や心配に関する広範な領域を網羅する質問に答えなければならなかった。この臨床試験において、苦悩と抑うつ²⁾の程度は大幅に改善した。尊厳、絶望、死の願望、不安、生きる意思と自殺に関する測定はすべて好ま

しい変化を示し、開始時に深い絶望を示した患者は、より大きな恩恵を被ることが判明した。DTが役立つとした患者は、人生に意味があり、高い目的意識と生きる意思を持ち、苦悩が低いことを報告する傾向にあった。

2. 2011年には、「終末期患者の苦痛と人生の終わりの経験に対するデイグニティセラピーの効果」としてランダム化試験の結果が発表された⁵⁾。チョチノフらは、カナダ、米国、オーストラリアの病院または地域施設で緩和ケアを受けていた18歳以上の終末期患者326例をDT(108例)、患者中心療法(107例)、標準緩和ケア(111例)のいずれかにランダムに割り付けた。結果は以下のとおりである。1) DT群では、治療が有効、QOLが改善、尊厳感が増大、家族の見方が変化し、家族にも恩恵があったと報告する割合が他よりも有意に高かった。2) 精神的豊かさの向上(患者中心療法と比べ)、悲しみとうつの軽減(標準緩和より)において優れていた。3) 苦痛レベルは群間差なし。

3. 国内では、有効性の検証が不十分であり、海外との文化的な相違も注意しながら対応を検討する必要がある⁶⁾。

Ⅳ. 治療者の役割

1) 治療者は、どんな患者であれ、いかなる状況であれ、いつでも尊厳を肯定するスタンスを維持しなければならない。

2) 治療者は相手の話に没頭できる積極的な聴き手でなければならない。

3) 治療者は、患者に関わり導く準備ができていなければならない。

4) 治療者と患者は、メタフォリカルなアルバムを通してものごとを見ることができる。

5) 治療者は、患者がさまざまな種類の話を開示していることを忘れてはならない。

6) 治療者は、話の細部を明確化するよう患者を援助しなければならない。

7) 治療者は、患者の気持ちに付いていかなければならない。

8) 治療者は、患者が思い出すべてを語らなくてよいことを保証しなければならない。

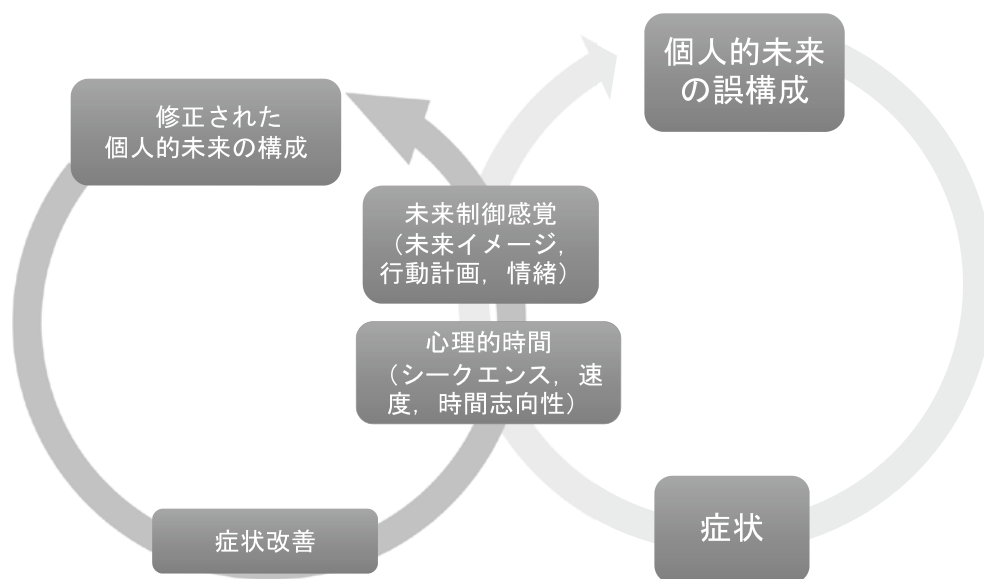


図1 症状の悪循環と症状改善（筆者作成）

9) 治療者は、セラピーが患者の能力に最もマッチするようペースを合わせなければならない。

10) 治療者は、患者とのデブリーフィング（振り返り）の時間を確保しなければならない。

V. 動機づけとしての時間感覚

前節第3項の3で述べたように日本での再現性が低い理由は、医療体制の違い、文化社会的状況などさまざまな議論があるが、本節では、それを考える上で有効と思われる、終末期患者の時間感覚について、時間精神医学、文化人類学、そして哲学からの知見を簡単に紹介する。終末期とは、未来が限定されるが故に、過去を現在に持ち込むことで代償する時間感覚にあると考えられ、当人の行動に大きく影響することは必須だからである。

1. 時間精神医学:これは、1982年にフレデリック・タウン・メルゲスが『時間と内的未来』“Time and the inner future”⁷⁾において提唱したものの、その後忘れ去られた精神医学的アプローチである。タイトルにある「内的未来」とは、未来を時間的に展開していく際のその人の内面にある見方を指す。

1) 一般的仮定:①人間は本質的に目標に向かって進む生き物である。②人は、未来イメージ、行動計画、そして情緒の相互作用を通して、自らの未来を制御しようとする。③心理的時間の歪みは、その人の未来制御感覚を阻害し、それによって心理的悪循環(ら

せん)が生まれる。④時間の歪みの訂正や、未来イメージと行動計画、そして情緒の調和を得ることによって、その人の未来に対する制御感覚は修復される。

以上を図1に示してみたが、そこには症状形成上の悪循環と時間感覚修正による良循環への誘導という仮説があきらかであろう。ちなみに、西洋社会の直線的時間枠組みでは、時間の基本的構成要素は速度（持続時間）、シークエンス（継続）、そして一定の時間を過去および未来に振り当てる時間志向性からなる。これらの仮定を統合する基本的な理論枠組みはサイバネティクス理論であり、上記仮定によって（特に、さまざまな程度の未来制御喪失とさまざまなタイプの精神疾患におけるらせんの理解と治療を誘導することにより）、この研究が臨床精神医学上、適切なものとなることが、意図されている。

2) 異なる未来展望による精神医学カテゴリーの再分類:①精神病においては、未来制御の大きな喪失が認められる。精神病が未来を侵すことによって、未来イメージ、行動計画、そして情緒は混乱し、無秩序化する。②うつ病では、未来は停止するようだ。うつ状態になった人は、自分の行動計画が未来イメージや目標に到達する上でもはや有効ではないと信じるに至る。③神経症においては、未来は不確かで不吉なものになる。神経症患者は、未来において何か破滅的なことが起こると感じている。

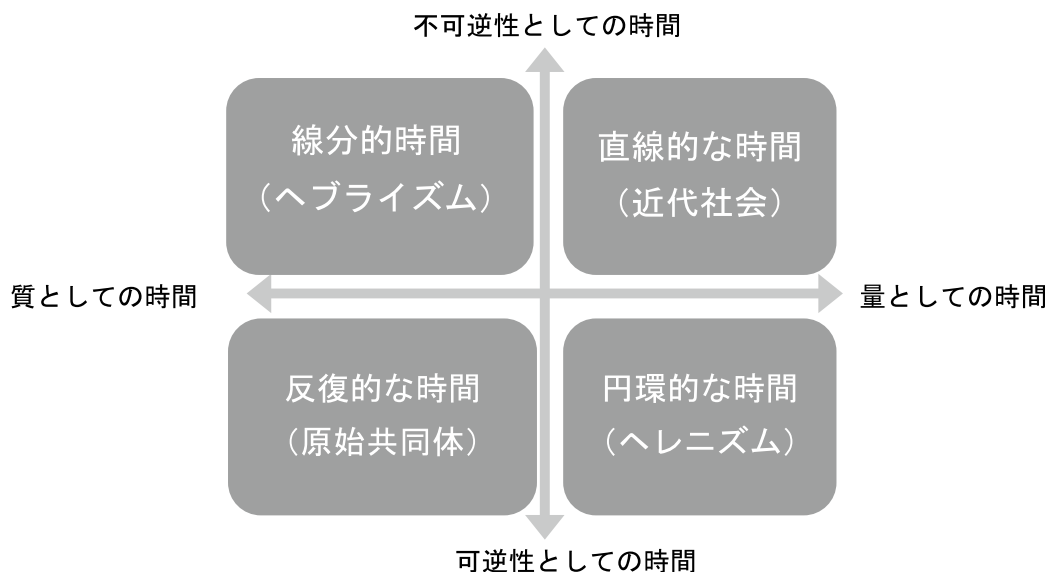


図2 4つの基本的時間形態 (真木, 1981)

2. 文化人類学 (真木の時間分類): 上記のような時間精神医学で, 終末期患者の時間感覚を捉えるには齟齬があるように感じられるのは, 終末期が「疾患」ではないからだろうか。それでも, 終末期という時間を経験している人々が, その先にある死に対する恐怖をどのように克服するかは, 当人の時間感覚と分けては考えられないはずだ。真木 (1981)⁸⁾によれば, 時間は可逆的か否か, 量的か質的かにより4つの基本的時間形態に分類される (図2)。これに基づくなら, 素朴に以下のような仮定が導かれる。死後の世界を想定する線分的時間が共有されているのであれば宗教的援助が, そして円環的時間が共有されていれば輪廻転生が救いとなるかもしれない。また, 現代人の常としての直線的时间を共有する人々には, 実存主義的アプローチが (死の直面化を代償に) 安らぎを提供するかもしれない。最後に残る反復的時間とは, 臨死場面での医学的環境下で際立つ, 呼吸, 脈拍 (心臓の収縮・拡張リズム), 睡眠リズム, そして痛みの出現消失などに寄り添うことと関連するものであろう。

岸本⁹⁾によれば, 終末期を生きる患者のなかには, 「今」が突出した時間を体験している者がいる。「一瞬一瞬がかけがえのないものとして痛切に感じられるようになり, 「今日1日」, 「今現在」がその強度を増してとても鮮明なものとなる。と同時に, それと反比例するかのようになり, 過去と未来は色あせてし

まう (p.172)。これでは, 過去を振り返るDTに気乗りしないのも頷けよう。そして, 緩和ケア病棟には特有の時間が流れているとして, 「緩和時間」と呼んだ。「機械式時計が発明され, 分刻みで人間の生活や労働が管理されるようになった後の時間というよりもむしろ, 自然の周期的な流れのなかに身を置くような, さらに遡れば, 時間という概念すらないような時代に連なる時間であるということが見えてくる (p.181)」。

3. 哲学 (クロノスとアイオン): ヘツキとウィンスレイド¹⁰⁾は, 上記の分類とも異なる哲学的時間概念を緩和ケア領域に導入した。ドゥルーズ¹¹⁾が抽出した時間についての二つの思考方法である。ドゥルーズは, 古代ストア派を引いて, ひとつはクロノス *chronos* と呼び, もう片方をアイオン *aion* と呼んだ。クロノスは, 時間を秒, 時, そして日と同様, 過去, 現在, そして未来に分割されたものとして考える慣習的方法であるが, アイオンでは, 過去, 現在, そして未来は, 狭く分割された範疇に区別されず, 流動的で, 互いに逆流し, 順流する。しかし, ドゥルーズは, 時間についてのこの二つの「読み」は互いに葛藤ないし競合するものとしてではなく, 夫々の時間感覚が可能にするものを両方とも受け入れるよう誘う。終末期に関して, 人は, 死の入り口を経験する時, クロノスという時間の中で, 存在の外側に踏み出すと言われている。つ

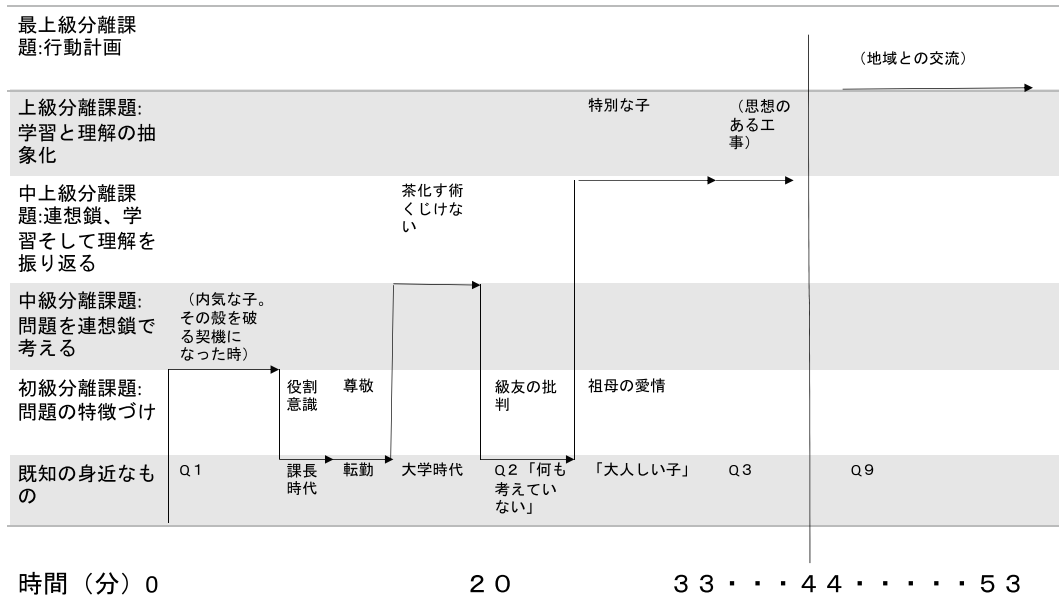


図3 足場作り会話（胃がん，65歳男性）

まり、死という出来事は、クロノスの今において起きるのであるが、今はすみやかに歴史となり、その人の死という感覚は、アイオーンの論理の中で形を成し始める。DTに必要な過去の想起は、アイオンの中でこそ存分に展開されるということになる。治療的に言うなら、アイオンの時間の中にある人の方がDTに対してより動機付けられているということにもなるわけだが、その評価は、実際には、面接者との対話の中でしか行われにくいと同時に、アイオン自体がそこで誘導されるということにもなる。

VI. 足場作りとしてのディグニティセラピー

実際の面接では、どんな対話がなされるのか。DTでは、あらかじめ質問事項が手渡されているものの、この対話によって、思いもしなかった内容が想起されることも多い。通常の心理療法面接では、問題に対する何らかの認知ないし行動の変化が目標とされるわけだが、DTでは、それとは異なり、過去の出来事に関する想起が主たる目的となる。例えば、「生き生きとしていた時期」を問われれば、それを具体的に描写するエピソードを想起することが目指される。気がつく、こんなことまで喋っていたという、従来、対話の名手とされる人々の話芸のような技術が要求されるわけだ。つまり、治療的な

認知誘導を目指す会話のメタレベルにあるような会話の技術である。

これについては、ナラティヴ・セラピーの「足場作り会話」¹²⁾が有益な情報を提供する。ホワイトは、ヴィゴツキーの「発達最近接領域」¹³⁾を援用し、人々が既知の身近なものから漸増的に距離を置き、未知ではあるが知ったりやったりできそうな物事へ向かうことを援助する¹²⁾。例えば、胃がんの65歳男性は、幼少時からの「内気さ」を乗り越えるべく格闘していた時期こそが自分が最も生き生きしていたと誇らしげに語った(図3)。しかし、その契機が、少年期における「何も考えていない」という同級生からの非難にあったと語ると、その直後に、自分を「おとなしい」と肯定的に評価した祖母との関わりを突然想起する。その対話の中で、これまでの努力が、いわゆる内気さの克服というより、自らの浅はかさを克服しようとする自己表現だったことが理解される。「内気さ」という言葉では、それを克服したサクセスストーリーとしかならなかったものが、同級生の非難や祖母の愛情というエピソードと共振することで、対話が、忘れられていた自らの内面を再発見する旅に向かったと示唆される。「内気さ」に関して「足場作り会話」がなされたのである。

最後に、対話を記録した逐語録がどの程度、編集されるかについて補足しておきたい。編集の幅は治

療者の裁量に任されているのだが、最終確認の段階でクライアントから却下されるようなものであってはならない。また、原法では、逐語録がそのまま文書にされているが（舞台脚本が一般的に読みづらいことから）モノローグへの改変も許容されるのではないかと思われる。

おわりに

ディグニティセラピーは、終末期という医療者にとって不全感を残しやすい領域において、エビデンスの高い数少ない治療である。そのため、ユーザーよりも医療者の方が色めき立つことにもなる。ここでこそ、私たちは、ソンダースの言葉を想起すべきである。「あなたは患者に何を言わせたいのか？」¹⁴⁾

文献

- 1) Chochinov, HM et al. Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life. *Journal of Clinical Oncology* 23: 5520-5525, 2005 (小森康永+チヨチノフ, HM『ディグニティセラピーのすすめ 大切な人に手紙を書こう』金剛出版, 2011 に所収)
- 2) Chochinov, HM et al. Dignity-Conserving Care: A New Model for Palliative Care. *Journal of the American Medical Association*. 287: 2253-2260, 2002 (小森康永+チヨチノフ, HM『ディグニティセラピーのすすめ 大切な人に手紙を書こう』金剛出版, 2011 に所収)
- 3) Chochinov, HM. Dignity and the Eye of the Beholder. *Journal of Clinical Oncology* 22: 1336-1340, 2004 (小森康永+チヨチノフ, HM『ディグニティセラピーのすすめ 大切な人に手紙を書こう』金剛出版, 2011 に所収)
- 4) Chochinov, HM: Dignity Therapy: Final words for final days. Oxford University Press. 2012 (小森康永, 奥野光訳: ディグニティセラピー: 最後の言葉, 最後の日々, 北大路書房, 2013)
- 5) Chochinov, HM et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomized controlled trial. *Lancet Oncology* 12: 753-762, 2011
- 6) Akechi, T., Akazawa, T., Komori, Y. et al. Dignity therapy: Preliminary cross-cultural findings regarding implementation among Japanese advanced cancer patients. *Palliat Med* 2012 26: 768 DOI: 10.1177/0269216312437214
- 7) Melges, FT. Time and the inner future: A temporal approach to Psychiatric disorders. Wiley-Interscience, New York, 1982
- 8) 真木悠介: 時間の比較社会学, 岩波書店, 1981
- 9) 岸本寛史: 緩和ケアという物語—正しい説明という暴力, 創元社, 2015
- 10) Hedtke, L and Winslade, J. The Crafting of Grief: Constructing Aesthetic Response to Loss, Routledge, New York, 2017 (小森康永, 奥野光, ヘミ和香訳: 手作りの悲嘆, 北大路書房, 近刊)
- 11) Deleuze, G. The logic of sense (M. Lester, Trans.) New York, NY: Columbia University Press (小泉義之訳: 意味の論理学, 河出文庫, 2007)
- 12) White, M. The Maps of Narrative Practice. WW. Norton, New York, 2007 (小森康永, 奥野光訳, ナラティブ実践地図, 金剛出版, 2009)
- 13) Vygotsky, L. Thought and Language. MIT Press, Cambridge. 1986 (柴田義松訳: 思考と言語, 新読書社, 1962/2001)
- 14) Saunders, C. Telling patients. *District Nursing*, September: 149-54, 1965. (小森康永編訳: シシリャー・ソンダース初期論文集 1958-1966, 北大路書房所収)