

【論文】

進行がん患者とその配偶者間における 葛藤をめぐるコミュニケーションに関する臨床心理学的研究

高橋 恵子 (みやぎ県南中核病院)

1. はじめに

(1) 「病」や「死」について話し合うことについて

近年、「人生会議」という言葉をメディアなどで耳にする機会が増えた。人生会議とはアドバンス・ケア・プランニング (ACP) の愛称であり、「人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族等や医療・ケアチームと事前に繰り返し話し合うプロセス」と定義される (厚生労働省, 2019)。「病」や「死」に関して話し合うことに対し抵抗感や難しさを感じる人は多いだろうが、患者とその家族による率直なコミュニケーションが精神的健康に寄与することを様々な研究者が示唆している。例えば、悲嘆カウンセリングでは「家族と患者がオープンなコミュニケーションを持てれば、この死を見つめる時間は関係者全員にとって非常に意味の深い時になる」(Worden,2008)としており、また、Kissane & Bloch (1994) による家族指向グリーフセラピーでは、家族がオープンにコミュニケーションをとれるか、意見の相違を克服できるか、互いに協力し合えるかを重視している。

一方、Cherny ら (1994) は、進行がん患者やその家族の苦痛に寄与する多様な因子を身体的側面・精神的側面・実存的側面・社会的側面といったカテゴリーに分類している。その中で、患者は「家族の苦痛に共感して苦悩」し、家族には「患者の苦痛を共感することから生じる苦難」、「死を予期しながら患者とともに生きるすべを見出すことと役割の変化」、「患者を慰めようとすることからくる不安」があることを示している。また、終末期がん患者は、家族関係や家族メンバー間の相互作用によって大きな影響を受けることや、また逆に患者が重症になってくるほど家族の生活や相互作用に大きな影響を及ぼすこと (Wellisch,2000)から、患者と家族の相互作用に着目したサポートを行っていくことが重要であると考えられる。

(2) コミュニケーションの相互作用モデル

コミュニケーションの相互作用については、Watzlawick ら (1967) の「人間コミュニケーションの語用論」の視点が役立つ。Watzlawick ら(1967)における“コミュニケーション”とは、言語および非言語を媒介とした情報のやりとり全般を指し、相互作用している状況においてすべての行動がメッセージとしての価値を持つと考える。例えば「沈黙」という行動も、「会話をしたくない」もしくは「何を話そうか考えている」といったように何かしらのメッセージが伝わることとなる。また、全てのコミュニケーションには内容と関係のレベルがある。「内容の側面」とはコミュニケーションの“データ”を伝達し、「関係の側面」とはコミュニケーションがどのように受け取られるかを伝達する。例えば、ある発言 (内容の側面) において、冗談なのか本気なのかという違い (関係の側面) は、多くの場合、声の抑揚、表情、笑いや溜め息のような非言語的に表現される。

これに関し、Coyne, J.C.(1976)による抑うつとの相互作用モデルでは、抑うつ者にとっての重要な他者は、言語レベルにおけるメッセージとしては安らぎ (reassurance) や援助 (support) を与え続けるが、その一方で、非言語レベルにおけるメッセージとしては、抑うつ者に否定的な感情を持ち、抑うつ者を拒絶するような行動をとるといような欺き (deception) を始めるようになると指摘されている。このような不一致は、例えば、本当は治る見込みがないとわかっていても「きっと治る」と患者へ伝える等のように、「病」や「死」といった葛藤場面に直面したがん患者とその家族の間でも生じるのではないだろうか。すなわち、高橋 (2014) でも述べた通り、患者とその家族のコミュニケーションは様々な論理階型から同時に異なる情報が伝達されるという点において多層的であり、なおかつ、内容レベルと関係レベルのメッセージに不一致が生じやすいと推察される。

そこで本研究は、患者と配偶者の間で「病气」や「余生」に関する葛藤的話題を巡り、どのようなコミュニケーションが行われるのかを検討する。患者と家族のコミュニケーションを理解することにより、今後のより良い支援の実践につなげたいと考える。

2. 方法

(1) 調査対象

東北地方の A 総合病院で終末期を過ごした患者の配偶者へ協力を依頼し、11 名(男性 4 名、女性 7 名) から調査協力が得られた (表 1)。対象者の選定にあたり、①調査時点で患者の死後 1 年以上が経過していること、②対象者の現況として、身体的に健康で心理的社会的にも問題がなく、他者と会話によるコミュニケーションが可能であること、③治療当時、患者本人が病名に告知を受けていたことを条件とした。

表 1. 調査協力者と対象患者の概要

	調査協力者 (患者の配偶者)		対象患者				
	年齢	性別	診断時 年齢	性別	診断名 (診断時)	主な治療	診断から死亡 までの期間
A	70 代	男	69 歳	女	胆管がん、膵臓がん	化学療法	3 年
B	50 代	女	55 歳	男	悪性リンパ腫	化学療法	8 年
C	60 代	女	54 歳	男	大腸がん、肝転移	手術、化学療法	4 年
D	80 代	男	80 歳	女	胆のうがん、肝転移	緩和治療	1 年 6 カ月
E	70 代	男	70 歳	女	胆管がん	化学療法	1 年 3 カ月
F	60 代	女	67 歳	男	直腸がん	化学療法	1 年 6 カ月
G	60 代	女	61 歳	男	胃がん	手術、化学療法	1 年
H	70 代	男	66 歳	女	胃がん、小脳梗塞	化学療法	1 年
I	60 代	女	63 歳	男	胆管癌	緩和治療	3 年
J	70 代	女	75 歳	男	食道がん、胃・肝転移	放射線治療	2 年
K	80 代	女	86 歳	男	胃がん、癌性腹膜炎	緩和治療	8 ヶ月

(2) 調査方法

2012年3月から7月に、1名につき約60～120分の半構造化面接を行った。まず、対象者の基本属性（年齢、職業、家族構成）と患者の属性（病名、発症時期、診断時の年齢、治療経過、亡くなった時期）について尋ねた。インタビューでは、①パートナーにがんがわかった時の配偶者の思い、②がんに関すること（治療や余生など）について夫婦間で話し合うことがあったか。あるとすればどのような話をしたか。話題を持ちかけるのはどちらだったか、③葛藤的な話題をするとき（もしくは葛藤的な話題を避けるとき）、どのようなことを考えたり感じたりしたか。また、パートナーは葛藤的な話題をすることに対しどのように考えたり感じたりしているようだったか、④夫婦間で、例えば「前は話せていたことが話せなくなった」と感じるなどの変化はあったか。また、変化があったとすればいつ、きっかけは何か、⑤病気以前はどのような夫婦関係だったか、の5つについて尋ねた。なお、話の流れや対象者との雰囲気や優先し、質問の順序は適宜変更して行った。

(3) 倫理的配慮

対象者に対し、研究の趣旨と方法、対象者の権利、個人情報への扱いに関する説明を行い、同意書に署名を求めた。面接内容は対象者の同意のもと IC レコーダーと面接記録用紙に記録した。録音の同意が得られない場合には、調査者が詳細なメモをとった。なお、調査は東北大学大学院教育学研究科および A 病院の倫理委員会の承認を受けて行われた。

(4) 分析方法

インタビューデータから逐語録を作成し以降の分析に用いた。分析は木下(2003)の修正版グラウンデッド・セオリーを参考に行った。本研究は、がん患者を看取った経験のある配偶者を分析焦点者として設定した上で、「がん直面した夫婦が、葛藤的な話題をめぐり互いにどのようなコミュニケーションを行うのか」という相互作用を含む現象を明らかにすることを目的としたものである。分析は、データの抽出（ステップ1）、概念の定義と名付け（ステップ2）、カテゴリーへの統合（ステップ3）、ストーリーラインと関係図の作成（ステップ4）という手続きにて行った。

3. 結果

(1) 生成された概念

ステップ1・2により、がん患者の配偶者から見た夫婦間コミュニケーションに関して35個の概念が生成された（表2-1）。また、がん患者の配偶者の感情・認知に関する概念として18個の概念が生成された（表2-2）。

表2-1. がん患者の配偶者から見た夫婦間コミュニケーションに関する概念とその定義

	概念	定義
1	客観的情報の介在によるコミュニケーション	検査結果や医師から受けた病状説明の内容について、夫婦で情報を共有し、話し合うこと。
2	共有する時間の増加	夫婦で一緒に過ごす時間を、なるべくもつようにすること。
3	療養における伴走のかかわり	夫婦で、「療養」を目的として出かけた時、行動を共にしたりすること。
4	体調回復後に関する話し合い	体調が回復したらやりたいことについて夫婦で話し合うこと。

5	相互的葛藤的話題の回避	お互いに、病気に関する話題を避け、触れないでいること。
6	会話の減少	患者の身体状況の悪化や抑うつ気分増加により、夫婦間の会話が減少すること。
7	患者による病状に関する話題の抑制	患者から配偶者に対して、病気に関する話題をださないことや、配偶者から患者へ病気に関する話題を尋ねても話さないこと。
8	患者による残される家族に対する心配	患者が、自分が亡くなった後に残される配偶者や家族のことを心配する発言や態度。
9	患者の「要求」に対する配偶者の「拒否」	患者からの度重なる頼みごとに対し配偶者が頼みごとを断ること。
10	患者の「強がり」に対する配偶者の「見守り」	これまで出来ていたことが出来なくなるなど、思うように過ごせない状況にある患者が、配偶者に対して「大丈夫だ」と強がる一方で、配偶者は患者を見守ること。
11	病気を持ちながらの「自分らしさ」の維持	病前からの行動様式を維持しようとする患者の態度や言動。
12	配偶者への家庭内役割の委任	患者がこれまで出来ていたことが出来なくなるに伴い、患者から配偶者へ家庭内の役割を託すという形で役割移行が生じること。
13	患者が配偶者に頼ることの増加	患者が病気になってから、配偶者に頼る（頼らざるを得ない）ことが増加すること。
14	患者から周囲への気遣い	患者自身が大変な状況にいるにもかかわらず、配偶者や周りの人に対する気遣いを行うこと。
15	配偶者による患者の内的リソースの活用	病気になっても障害されていない患者の能力を尊重し、力を発揮してもらうこと。また、それにより、病気のある生活へ適応すること。
16	配偶者による病気に関する患者の言動の抑制	患者が病気に関する話題を出そうとするとき、配偶者がそれを止めること。
17	配偶者による病気以外の話題の提示	配偶者から患者へ、病気と関係のない日常的な話題をふること。
18	余生の過ごし方についての探索的問いかけ	患者に後悔の少ない人生を送ってほしいという気持ちから、余生でやりたいことを尋ねること。
19	患者の「不安の表出」に対する「励まし」	患者が不安な気持ちでいるとき、配偶者は患者に対して、「大丈夫だよ」と安心感を与えるような声掛けを行うこと。
20	患者の「怒りの表出」に対する「見守り」	患者がイライラした気持ちでいるとき、配偶者は患者に対して、口出しせずにそっと見守ること。
21	患者の「遠慮」に対する「励まし」	患者が配偶者に対して遠慮する態度をとるとき、配偶者は患者に「気にしなくて良い」ということを伝えること。
22	配偶者の「提案・意見」に対する患者からの「退き」	配偶者からの提案や意見に対して、患者が配偶者の意見を退けること。
23	患者に対し言いたいことを言わない	配偶者から患者に対して、言いたいことがあっても言わずにいること。
24	配偶者による「ふつう」を意識したかかわり	配偶者は患者に対して、なるべく「ふつう（今までどおり）」を意識した振る舞いをする。
25	患者優先のかかわり	配偶者が一歩引き、患者を第一に優先して接すること。
26	患者の意志を尊重した見守り	患者本人がやりたいことを尊重して見守ること。
27	真実を伏せたコミュニケーション	実際の病状や生命予後についての情報を、患者に知らせずに接すること。
28	客観的視点の提示	配偶者が患者に対して、客観的な視点から意見を言うこと。
29	患者の「現実の受け入れ困難」に対する配偶者による「諭し」	ADL（日常生活動作）の低下や身体症状出現により、出来ていたことが出来なくなる等の生活スタイルの変化が迫られ心理社会的危機に面している患者に対して、なだめる・説明するなどして患者が現状へ適応するよう促すかかわり。
30	患者に一人の時間を持たせる	病気に直面し心理的な苦痛を感じている患者に対して、あえて患者が一人の時間をつくることのできるよう配慮したかかわり。
31	患者の心身に配慮した環境調整	患者の心身の状況を鑑み、見舞客の調整を行ったり、摂食困難な患者に家族の食事場面を見せないなど、患者のつらさを増幅させないようなかかわり。
32	道具的サポートの実施	家事や買い物、入院通院の手助け（送り迎え、洗濯物の交換）等、患者が出来ないことを代わりにに行いサポートすること。

33	身体的ケアを通した関わり	患者の痛みを確認したり、配偶者が患者の足をさすってあげるなどの身体的ケアを通したかかわり。
34	身辺整理の促し	患者の急変時など“万が一”の事態を想定し、配偶者から患者へ身辺整理を促すこと。
35	医療者との積極的コミュニケーションの促進	配偶者が患者に対して、治療に関する気がかりを医療者に積極的に尋ねるように促すこと。

表 2-2. がん患者の配偶者の感情・認知に関する概念とその定義

概念		定義
36	患者の死期を意識	配偶者や家族が、患者の状態を見て患者の身に死期が迫っていることを意識すること。
37	告知による不安と受け止め	病気についての告知を受け、驚きや不安を感じつつも、受け止めようとする心の動き。
38	在宅療養と入院の葛藤	在宅を希望する患者の気持ちに沿いたい、現実的な状況から入院せざるを得ないことによって生じる葛藤。
39	「病人」への接し方に関する信念	パートナーが「病人」であることを意識し、患者に負担をかけないよう大切に接しなくてはいけないと考えること。
40	苦痛が長引くことに対する苦しさや葛藤	延命のために苦しむ時間が延びるのは、患者本人にとっても、見ている側にとっても苦しいことであると感じ、特に終末期の積極的治療に対する抵抗感を感じる。
41	運命論的人生観	「病気」や「死」は避けられないものであるととらえ、受け入れようとする考え・態度。
42	死別を意識したかかわりを巡る葛藤	親族などが患者との残された時間を意識して患者に会いに来ることによって、患者が自分の死を意識してしまうことに対する葛藤。
43	家族看護の大変さ	入院の付添や、実質的な家事の担い手となる等、看護役割の不慣れ・大変さを感じる。
44	回復を期待する思い	患者が少しでも回復し、歩いたりできるようになることへの期待。
45	死にゆくことの暗黙裡の共有	明言しないながらも、互いに、患者の死期が迫っていることを理解していたと感じること。
46	1日1日を大切に生きる	残された時間を意識しながらも、目の前の時間を大切に生きようという気持ち・考え方。
47	病気のことを考えない	病気のことを考えないようにする。
48	配偶者としての使命感	配偶者として、パートナーの身の回りのケアをするのは当然であると考え、行動すること。
49	長生きを望む気持ち	少しでも長く生きていてほしいという気持ち。
50	がんに対する諦めと無力感	「がん」は治らないというイメージに加え、医師からの予後告知を受け絶望感を抱き、治療に対する諦めや無力感を持つこと。
51	患者が自ら命を絶たないかという不安	患者がつらさのあまり自ら命を絶たないか、という不安を抱えながら見守ること。
52	苦しむ患者をみることのつらさと憐み	疼痛や苦痛症状を訴える患者をそばでみていることのつらさと患者を可哀想に思う気持ち。
53	患者の心理的变化を感じての驚きとショック	強かった患者が弱い面を吐露するようになったことに対する、配偶者の驚きとショック。

(2) カテゴリーへの統合

『患者の配偶者から見た夫婦間コミュニケーション』について、ステップ3より、概念どうしの関連を検討し統合することによって15のカテゴリーが生成され、さらにそれらは7つのカテゴリー・グループへ統合された(表3-1)。また、『配偶者の「思い」』について、7つのカテゴリーが生成され、3つのカテゴリー・グループへ統合された(表3-2)。

表 3-1. 配偶者から見た夫婦間コミュニケーション

カテゴリー グループ	カテゴリー	カテゴリーに含まれる概念
葛藤的话题への接近	話し合う	1. 客観的情報の介在によるコミュニケーション 4. 体調回復後に関する話し合い
	現実を受容するよう促す	29. 患者の「現実の受け入れ困難」に対する論し 34. 身辺整理の促し
	悔いなく過ごすことの 後押し	35. 医療者との積極的コミュニケーションの促進 18. 余生に関する探索的問いかけ
葛藤的话题の回避	話し合わない	5. 相互的葛藤的话题の回避 6. 会話の減少
	一方による 葛藤的话题回避	7. 患者による病状に関する話題の抑制 16. 配偶者による病気に関する話題の抑制 17. 病気以外の話題の提示
	患者を葛藤的话题 から遠ざける	24. 「ふつう」を意識したかわり 27. 真実を伏せたコミュニケーション 31. 患者の心身に配慮した環境調整
患者への寄り添い	患者への励まし	19. 患者の「不安表出」時の励まし 21. 遠慮する患者への励まし 28. 客観的視点の提示
	見守り	10. 患者の「強がり」に対する見守り 20. 患者の「怒り表出」に対する見守り 26. 患者の意志を尊重する見守り 30. 患者に一人の時間を持たせる
	行動を共にする	2. 共有する時間をもつ 3. 療養における伴走的かわり
結びつきの強まり	ケア行動	32. 道具的サポートの実施 33. 身体的ケアを通じたかわり
	患者優位関係の 強まり	23. 患者に対し言いたいことを言わない 25. 患者優先のかわり
夫婦関係における 相補性の強まり	患者優位関係の一時的崩壊	22. 配偶者の「提案・意見」に対する患者の「退き」 9. 患者の「要求」に対する配偶者の「拒否」
	役割の維持と 変化	12. 役割の委任 13. 患者から頼られることの増加 11. 病気をもちながらも「自分らしさ」を維持 15. 配偶者による患者の内的リソースの活用
患者からの 気遣い	患者からの気遣い	8. 残される家族に対する心配 13. 患者から周囲への気遣い

表 3-2. 配偶者の「思い」に関する側面

カテゴリー グループ	カテゴリー	カテゴリーに含まれる概念
死にゆくことへの 不安と葛藤	迫りくる死を意識	36. 患者の状態から死期を意識
		37. 告知による不安と受け止め 45. 死にゆくことの暗黙裡の共有 50. がんに対するあきらめと無力感
	患者の苦しみへの 共鳴	52. 苦しむ患者をみることのつらさと憐み 51. 患者が自ら命を絶たないかという不安 53. 患者の心理的变化を感じての驚きとショック
		意決定を巡る葛藤
心理的苦痛への 認知的対処	病気との折り合い	41. 運命論的人生観 47. 病気のことを考えない
		回復を期待する思い
	生への希望	46. 一日一日を大切に生きる 49. 長生きを望む気持ち
		役割意識の強まり
家族として患者を 支える	家族看護の大変さ	43. 家族看護の大変さ

(3) ストーリーラインと関連図

ステップ3からさらに、患者と配偶者間の夫婦コミュニケーションには『葛藤との距離調節』と『関係性の側面』という2つの領域があると考えられた。また、コミュニケーションには『配偶者の「思い」』が強く影響していた。以下のストーリーラインでは、カテゴリー・グループを« »、カテゴリーを【 】、概念を「 」にて示す。ただし、文脈として理解しやすくするため概念名の語尾を変えている場合もある。関連図を図1に示す。

1) 『葛藤との距離調節』

病気や余生について【話し合う】場面にて、検査の結果データや医師からの説明内容を基にして「客観的情報を介在としたコミュニケーション」を行い、また、「体調回復後に関する話し合い」によって未来への希望やモチベーションの維持につなげる。特に治療期には、配偶者は患者へ「医療者との積極的コミュニケーションの促進」をし、時には、残された時間をどのように過ごしたいと患者は考えているのかを探るような「余生に関する探索的問いかけ」を行い、【悔いなく過ごすことの後押し】をする。終末期に近づく、患者は自分の身体的変化やこれまで出来ていたことが出来なくなるといった喪失に直面し現実を受け入れがたい気持ちを抱くことがあるが、配偶者は「患者の“現実の受け入れ困難”に対する論し」を行う。また、在宅療養中にいつ病状が急変するかわからないという状況で、万が一に備え「身辺整理の促し」を行うこともある。このように【現実を受容するよ

う促し】、配偶者は患者を「葛藤的话题へ接近」させる。

一方、「葛藤的话题の回避」は日常的によく行われる。「相互的葛藤的话题の回避」により自然と「会話の減少」が生じ、病気について【話し合わない】でいる。また、葛藤的话题になりそうな時には「患者による病状に関する话题の抑制」や「配偶者による病気に関する话题の抑制」が行われたり、配偶者があえて「病気以外の话题の提示」をしたりすることもあり、夫婦間で【一方による葛藤的话题回避】が行われる。配偶者は【患者を葛藤的话题から遠ざける】ために「ふつうを意識したかわり」や「真実を伏せたコミュニケーション」を行うほか、食事をとれない患者に家族の食事風景を見せないなど「患者の心身に配慮した環境調整」を行う。以上のことから、配偶者は療養の全期を通して、葛藤との距離の取り方をマネジメントするように働いていた。すなわち、配偶者は、葛藤的话题への接近／回避のかじ取りを行い、患者や配偶者自身の不安が高まらないように『葛藤との距離調節』の機能を担っていると考えられる。

2) 『関係性の側面』

どの時期においても配偶者は「患者への寄り添い」を基本的態度としている。行動面では、夫婦で「時間を共有」し「療養の伴走」を行い、【行動を共にする】ようになる。また、病院への付き添い等の「道具的サポート」や「身体的ケアを通したかわり」といった【ケア行動】を通したコミュニケーションが行われ、【結びつきが強まる】。情緒面では、患者が不安や怒りを表出したり、心身の苦痛があるにもかかわらず強がったりする時に、配偶者は患者が安心できる声掛けをし（「患者の不安表出時の励まし」）、患者が家族の負担を気にかけて遠慮する時には気にしなくていいと声を掛ける（「遠慮する患者への励まし」）。患者が落ち込んでいるときには「客観的視点を提示」することにより患者を励ますこともある。そして、「患者の強がりに対する見守り」「患者の怒り表出に対する見守り」をし、「患者の意志を尊重」して配偶者が口出ししないなど、患者に対する【見守り】を行う。また、患者に配慮して「患者に一人の時間を持たせる」こともある。さらに、配偶者は「患者に対して言いたいことを言わず」、様々な場面で「患者優先のかわり」を行うようになる。時には配偶者が提案や意見をしても患者に却下されるといった「配偶者の提案・意見に対する患者の退き」が生じ、【患者優位関係の強まり】が見られる。しかし、この関係がエスカレートすると配偶者は自分の思いを抑え込むことが続き、その結果「患者の要求に対する配偶者の拒否」といった逆転が生じ、【患者優位関係の一時的崩壊】につながることもある。ただし、患者優位関係が一時的に崩壊しても、また患者優位関係へ逆戻りする。患者を One-up position とする「夫婦関係における相補性の強まり」と言える。ただし、配偶者においては、潜在的レベル (Covert Level) では患者を One-up Position にしつつも、顕在的レベル (Overt Level) では、病前と変わらない接し方を意識して行い、対等な関係を維持しようとすることもある。従来の患者本人らしさや夫婦関係を維持する動きも含む。診断告知後の時期や治療期では、患者は趣味や仕事を続けたり、病状が進んでも最後まで女性らしくあろうと身なりに気を付けたりと「病気を持ちながらも自分らしさを維持」しようとし、配偶者からも“できることは自分でしてもらおう”というように「配偶者による患者の内的リソースの活用」が行われる。しかし、病状進行に伴い今まで出来ていたことができなくなり、家庭内役割の継続が難しくなる結果、患者から配偶者へ「役割の委任」が行われ、これまでは弱みを見せることのなかった人が家族に弱さを見せるなど「患者か

ら頼られることが増加」し、次第に【家庭内役割の変化】が行われていく。なお、患者は「残される家族を心配」し家族の負担を気にするなど【患者からの気遣い】もある。

3) 『配偶者の「思い」に関する側面』

《夫婦関係の相補性の強まり》の背景には、配偶者が「病人への接し方に関する信念」や「配偶者としての使命感」といった【役割意識の強まり】により《家族として患者を支える》。しかし、配偶者は【家族看護の大変さ】を感じることもあれば、患者をそばで見守る中で「告知による不安と受け止め」が生じたり、「患者の状態から死期を意識」して「がんに対するあきらめと無力感」を抱いたりするなど、気持ちの揺れ動きを経験する。【迫りくる死を意識】することは避けられず、患者と「死にゆくことを暗黙裡に共有」する中で、「患者の心理的变化を感じての驚きとショック」を感じることもあり、「患者が自ら命を絶たないかという不安」も湧き上がる。「苦しむ患者をみることのつらさと憐み」を抱き、総じて【患者の苦しみへの共鳴】が生じる。同時に、患者の意思を尊重したいが現実的に難しい場合もあり、「在宅療養と入院の葛藤」や「死別を意識したかわりをめぐる葛藤」、治療継続により結果的に患者の「苦痛が長引くことに対する苦しさ」と葛藤など、様々な【意思決定をめぐる葛藤】に直面する。

このように《死にゆくことへの不安と葛藤》が渦巻くが、《心理的苦痛への認知的対処》として「病気のことを考えない」ようにしたり、仕方がないことだと考えるなど「運命論的人生観」によって【病気との折り合い】をつけようとする。また、現実的には難しいと理解しながらも「回復を期待する思い」や「長生きを望む気持ち」を持ち、「一日一日を大切に生きる」ことにより、【生への希望】を失わないようにしている。

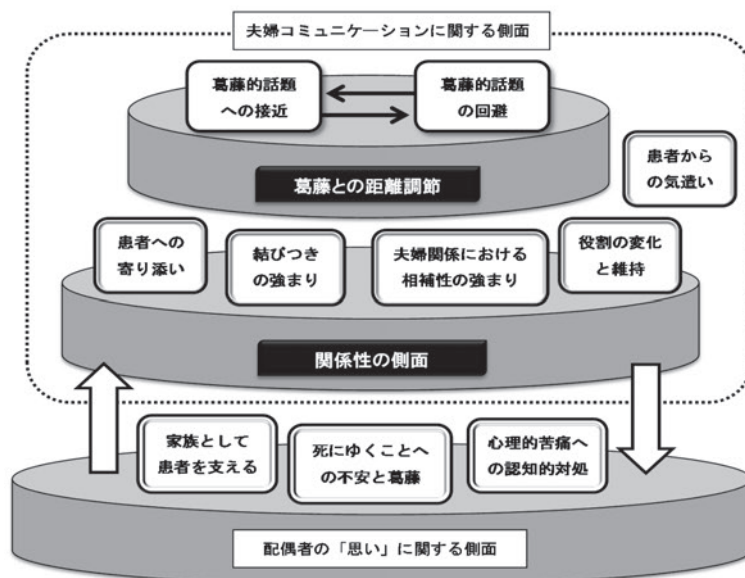


図1. がん患者とその配偶者における葛藤をめぐるコミュニケーションの関連図

4. おわりに

目を逸らしたくとも、死にゆくことが避けられない現実もある。患者の病状進行等の変化により患者も配偶者もその都度感情が大きく揺れ動くが、夫婦は凝集性を高めたり葛藤

への接近／回避を繰り返したりしながら、逆境をなんとか過ごしていることがうかがえた。配偶者においては、患者を思いやるからこそ本音とは異なる言葉で相手を励ますこともあるし、自身の感情を抑圧しケア役割に徹することもある。そこで支援者は、患者とその配偶者におけるコミュニケーションの多層性や揺れ動きを随時アセスメントしながら寄り添うとともに、夫婦の相補的コミュニケーションがエスカレートしすぎないようにサポートすることも大切であろう。ただし本研究は、対象者が限定的であったこと、遺族側の視点からのみの検討であったことが挙げられる。今後は患者側の視点からの検討も行いたい。

文献

- Cherny NI, Coyle N, Foley KM., 1994 “Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy”. *Journal of Palliative Care*. 10(2), 57-70.
- Coyne, J.C., 1976 “Depression and the response of others”. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193.
- 木下康仁, 2003 『グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践』, 弘文堂.
- Kissane, D. & Bloch, S., 2002 “Family Focused Grief Therapy”. Open University Press.
- 青木聡・新井信子 (訳), 2004 『家族指向グリーフセラピー；がん患者の家族をサポートする緩和ケア』, コスモス・ライブラリー.
- 厚生労働省, 2019 「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン 解説編」 厚生労働省ホームページ (2020年3月30日閲覧, <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000197722.pdf>)
- 高橋恵子, 2014 「「死に関する話題」をめぐる多層的コミュニケーションについての考察—進行性の疾患に直面した患者とその家族について—」 東北大学大学院教育学研究科『臨床心理相談室紀要』第12号, 15-23.
- Watzlawick, P., Bavelas, J.B. & Jackson, D.D., 1967 “*Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*”. W.W. Norton & Company, Inc. 山本和郎 (監訳), 1998 『人間コミュニケーションの語用論—相互作用パターン、病理とパラドックスの研究』二瓶社.
- Wellisch, D.K., 2000 “Family Issues and Palliative Care”. Chochinov, H.M. & Breitbart, W. *Handbook of Psychiatry in Palliative Medicine*. Oxford University Press. 内富庸介 (監訳), 2001 「家族の問題と緩和医療」『緩和医療における精神医学ハンドブック』, 297-314, 星和書店.
- Worden, J.W., 2008 “*Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook for the Mental Health Practitioner*”. Fourth Edition. Springer Publishing Company, LLC, New York. 山本力 (監訳), 2011 『悲嘆カウンセリング—臨床実践ハンドブック』, 誠信書房.
- 矢永 由里子・小池 眞規子 (編), 2013 『がんとエイズの心理臨床: 医療にいかすところのケア』, 創元社.