

死の受容と最後の成長

—— キュブラー＝ロスの死にゆく過程論の変容 ——

奥 山 敏 雄

Abstract

Kübler-Ross's stage theory of the psychology of dying has had an important impact on terminal care. She argued that the psychological responses of patients with terminal cancer tend to follow five stages: the initial response of denial, which is followed by anger, inner bargaining, depression, and acceptance. The final stage of acceptance involves the return to a peaceful state, which is like an infant slumber. It is important to notice that acceptance does not indicate preparedness for death but rather a psychological state that arises when confronting the psychological reality of death. Patients are not so much happy as they are peaceful—quietly accepting death. She criticized modern medicine for being mechanical and dehumanizing due to doctors' denial of patients' death. Doctors avoid telling the truth to patients and communicating with them. The stage theory of dying offers an alternative to modern medicine. The construction of dying as a psychological process is an important symbolic system, which enables healthcare professionals to classify and organize disturbing experiences. They recognize the terminal patient's acceptance as an ideal state, which must be accomplished through psychological intervention. Terminal care is characterized by the idealization of acceptance. Later, Kübler-Ross gathered information on 20,000 near-death experiences and recast dying as a spiritual transition to afterlife. Acceptance was no longer conceptualized as an ideal accomplishment but only a starting point for a spiritual transition. What is death? What will happen when I die? These existential questions are inevitable for dying patients. Healthcare professionals cannot accept the notion of death as a spiritual transition because it is unscientific. This refusal generates limitations in approaches to terminal care.

Key words: stage theory of dying, acceptance of death, final stage of growth

はじめに

エリザベス・キューブラー＝ロスは、1960年代以降、死や死にゆく過程、悲嘆などを主題化し、ホスピスや緩和ケアなどの終末期医療や死の準備教育を世界的に拡大させていった死のアウェアネス運動のカリスマ的リーダーのひとりであり、メディアを通じての影響力が非常に大きい存在だ。とりわけ『死と死にゆくことについて』(Kubler-Ross 1969=2001)は、死にゆく患者へのインタビューに基づいて書かれたものとして世界に衝撃を与え、『死、それは成長の最終段階』

(Kubler-Ross 1975=2001)は死を成長と結びつけて肯定的に捉え、これらの著作は終末期医療の確立にとって大きな影響力を持つ。わが国の終末期医療においても、自らの死を受け入れ、やり残したことをやり終えて、その人らしい人生の締めくくりを援助すること、つまり死の受容と最後の成長にむけた援助が終末期医療では重視されている。だが、それはキューブラー＝ロスの主張のある一面のみが終末期医療のなかで受け入れられたものだ。1970年代半ば以降、キューブラー＝ロスは「死とはなにか」「死んだらどうなるのか」という問いに突き動かされ、2000件にも及ぶ臨死体験症例を収集し、死後生の実在を主張する。死とは死後生への移行であり、移行のためには内面の最奥部にある抑圧された否定性を解消するという意味で、やり残したことをやり終えなければならない。その意味で移行としての死そのものが成長なのだと言き、やり残しへの気づきとその解消のためのワークショップを主たる活動の場とし、制度化されたホスピスに対しては批判的な立場に立った。その一方でホスピスなど終末期医療の場では、死後生を説くキューブラー＝ロスの影響力は急速に失われた。終末期医療はキューブラー＝ロスから何を受け取り、キューブラー＝ロスは終末期医療のどこに限界を見たのか。本稿ではこの点を明らかにしたい。

1 『死と死にゆくことについて』

1969年に出版されたキューブラー＝ロスの『死と死にゆくことについて』(邦題『死ぬ瞬間』)は、ホスピスや緩和ケアなど終末期医療の確立にとって不可欠の寄与を果たした(Kubler-Ross 1969=2001)。生物医学的には、介入する価値ある対象は生の過程であって、介入に反応しなくなればもはや医学的には意味ある対象は存在しないに等しいことになる。それでも人は自らの死という現実を前に最期のその時が訪れるまで、そこに苦しみに喘ぎながら存在しつづけている。精神科医キューブラー＝ロスが発見したのは死にゆく人のこうした姿であり、200あまりの臨床事例をもとに、命にかかわる病いに気づかされてから死に至るまでにたどる心理状態の変化の過程を、「否認」「怒り」「取り引き」「抑うつ」「受容」という5段階として明らかにした。死と区別される「死にゆく過程」という固有のリアリティを、心理学の言葉によって構築したのであり、このような形で医学

的に介入する価値ある対象が構築されたことによって、はじめて終末期医療が確立されることが可能になった。

キューブラー＝ロスの問題関心は、人が無意識のうちに自らの死を否認することはこれまでも今後ともつねに変わらないのに対して、現代社会において死や死にゆく人へ対処する私たちの姿勢の方が大きく変化したことにあった。スイスで生まれ育ったキューブラー＝ロスが幼少期に経験したある農夫の死は、現代医療批判の準拠点として位置づけられている。木から落ちて助かりそうもないと感じた彼は、寝室に娘たちを呼んで身辺整理をし、農場の仕事を分担して続けるように指示した。別れを言うために友人たちをベッドサイドに呼び、幼いキューブラー＝ロスも呼ばれ最期の時を家族と共にした。この伝統的慣習について、キューブラー＝ロスは「死んでいく者が死を受け入れるのを助けるだけでなく、その家族が愛する者の死を受け入れる助けにもなる」と評価している (Kubler-Ross 1969=2001:20)。

だが、今日では死の過程はより孤独に、非人間的なものになりつつある。患者には感情があり「話を聞いてもらう権利がある」にもかかわらず、機械化が進んだ医療においては物のように扱われる (Kubler-Ross 1969=2001:24)。キューブラー＝ロスはこうした医療を、患者の切迫した死を認めまいとする医療者の防衛機制として理解している。その意味で「社会が死を否認する方向」に進んだのに対して、宗教は影響力を失い、死の否認の一形態である死後の生を信じる人はほとんどいないという意味で「死を認める方向」へと進んだ (Kubler-Ross 1969=2001:33-34)。これは死にゆく人にとって生の意味の喪失をもたらす「不幸な交替」にはかならない。宗教を共有する伝統的な共同体における死が失われた今日、死にゆく人を生の意味喪失から救い出すことはいかにして可能なのか。ここにキューブラー＝ロスの問題関心があった。医療の場においては死という現実について誰も語ることがない一方、「死んだらどうなるのか」という死にゆく人が直面せざるをえない切実な問いについて、もはや宗教が答えを提供することもできない。そこで、医療における死の否認を批判し、終末期医療の中核に心理学的パラダイムを導入し、宗教に替えて、死という現実と直面した患者の苦悩を心理的反応という点に還元し、心理学的介入によって不安や恐れといった反応を軽減させるという構想を立てたのである。「死の受容」はこの文脈に位置づけられるもののなのである。

2 死にゆく過程の5段階論

キューブラー＝ロスが構築した死にゆく過程は、死という現実が意識されるようになり、死という現実に対する反応として、第1段階から第5段階へと諸段階を経る心理状態の変化を指す。上記のキューブラー＝ロスの問題関心を背景に少しいねいに概観してみたい。

第1段階 否認

インタビューをしたほとんどの人は、不治の病であることを知ったときに、この事実を否認する。患者に心の準備ができていないか考えもせず告知が行われる場合には否認が顕著に現れるが、部分的な否認はほぼすべての場合に見られ、告知の後だけでなくその後も時折り見られる。

この否認は防衛機制なのであり、「不快で苦痛に満ちた状況に対する健康的な対処法」であって、「予期しないショッキングな知らせを受けたときにその衝撃をやわらげるもの」である（Kübler-Ross 1969=2001:69-70）。否認によって自分を落ち着かせると、時間の経過とともに部分的な受容へと移行し、第2段階以降の「もっと穏やかな自己防衛法」を用いるようになる（Kübler-Ross 1969=2001:70）。インタビューした200人のうち、最後まで否認しつづけた患者は3人しかいない。

医師が死を直視することができずに死を否認する態度を持つ場合、患者も死を否認するに違いないと医師は思い込み、患者とのコミュニケーションを避ける。だが、否認は防衛機制として健全なものであり患者に必要なものであることを理解し、患者が話す用意ができるまで待ち、患者の話に洞察力を持って耳を傾けるならば、部分的な受容へと移行していく。

第2段階 怒り

いくら不治の病であることを否認しようと試みても、やがて否認しきれなくなる。そこで、「なぜ自分なのか」という怒りや憤慨の感情が否認に取ってかわり、医師、看護師、家族へとあらゆる方向に怒りが向けられる。この怒りを医師、看護師や家族が自分に向けられたものとして自己防衛すると、患者に必要なケアは妨げられる。この怒り自体が防衛機制なのであり、「患者は怒りを表すことで安らぎを感じ、そうすることで最期の時をよりうまく受け入れられるようになる」として理解し、患者の怒りを受け止めることができればならない（Kübler-Ross 1969=2001:94-95）。それができるためには、ケアをする側が自らの持つ死を否認する態度、自己防衛についての自覚を持ち、患者の怒りがどこから来るのかを考えることができればならない。

医療者が死を否認し、患者とのコミュニケーションを避けるようになると、患者はますます孤独になり、「私は生きている、そのことを忘れないでくれ。私の声が聞こえるはずだ。まだ死んでいないのだ」という究極の叫びが怒りになるのだ（Kübler-Ross 1969=2001:91）。患者の声に耳を傾け、ありのままの自分をさらけ出すことを受け止めることによって、患者は自分が価値のある人間なのだと思うことができ、怒りは静まっていくのである。

第3段階 取り引き

厳しい事実を否認してみても、怒りを表出してみても、その事実から逃れることができないことがわかると、避けられない結果を先に延ばすべく交渉する段階に入る。ほとんどの取り引きの相手は神であり、よい行いをするのと引き替え

にほとんどの場合は延命を願う。なんでもしますから、せめて息子の結婚式に参列するまでは延命させてくださいと。

神との取り引きとはいえ、心理学的には約束は罪悪感と関連していることが多いため、医療者はこのような患者の言葉には注意を払う必要があり、病院付き牧師とともに専門分野を超えたケアが必要となる。

第4段階 抑うつ

厳しい事実が避けられないことがいつそうはつきりしてくると、楽観的な態度をとり続けることはできなくなり、「大きな喪失感」に取って代わられる。喪失感のひとつは「反応的な抑うつ」であり、乳がんによって乳房を切除したショックによる抑うつがそうだ。その場合には、励ましや元気づけに意味がある。

もうひとつは「準備的な抑うつ」であり、これから愛するものすべてを失っていくことへの準備としての抑うつである。この場合の励ましは、「自分がもうすぐ死ぬことについて考えるなど言っているようなもの」であり、やってはいけないことだ (Kübler-Ross 1969=2001:149)。ほとんど言葉をかけることは不要であり、黙ってそばにいただけで十分なこともある。これから迎える喪失を十分に嘆き悲しむことが重要なのであり、「悲しむことを許されれば、目前に迫った自分の死をもっと楽に受け入れることができる」のである (Kübler-Ross 1969=2001:149)¹¹⁾。医療者は、患者が死を受け入れることができるためこのタイプの抑うつが必要なのだというのを、きちんと理解していなければならない。

第5段階 受容

これまでの諸段階を何らかの助力を受けつつ通過し、これから迎える喪失を十分に嘆き悲しんできた患者は、「最期の時が近づくのを静観する」ようになる (Kübler-Ross 1969=2001:192)。患者は疲れ切り、まどろんだりするようになるが、それは抑うつのときに欲する眠りでも、苦痛を忘れるための眠りでもなく、「新生児の眠りにも似ているが、最期の時へと近づく眠り」である (Kübler-Ross 1969=2001:192)。ある患者の言葉を借りれば、「長い旅路の前の最後の休息」のときの訪れのように感じられ、患者は恐怖も絶望もなく「いくばくかの平安と受容を見出す」のである (Kübler-Ross 1969=2001:193)。

ここで注意が必要な点は、キューブラー＝ロスが明言するとおり、受容とは「感情がほとんど欠落した状態」なのであって、「幸福な段階と誤認してはなら」ないのである (Kübler-Ross 1969=2001:193)。「まわりに対する関心が薄れていく」のであり、「一人にしてほしい、せめて世間の出来事や問題に煩わされたくないと願う」、話をする気分ではなくなり、周りの人にも手を握り黙ってそばにいてほしいと願う。こうして「やがて双方向のコミュニケーションが成立しなくなる『エネルギー喪失』にいたる」のである (Kübler-Ross 1969=2001:202)¹²⁾。

受容段階では医療者や家族が患者の死という現実を受け入れ、受容という状態について理解したうえでケアすることがきわめて重要になる。「患者が受容と最終的な虚脱の段階に到達したとき、まわりからの干渉はもっとも混乱させるもの

であり、そのために尊厳のうちに穏やかな死を迎えられなかった患者もいた」のである（Kubler-Ross 1969=2001:432）。例えば、妻の死を直視できずに治療の可能性に執着する夫に対して憤りを感じ、夫に会うのも嫌がり一人でいたいと願う患者のケースが描かれている。患者はこの世からもう離れたいと思っているのだから、患者のそばに黙っているだけで、「何も話さなくてもひとりぼっちではないのだ」という確信を取り戻す」のであり、こうしたケアが重要なのである（Kubler-Ross 1969=2001:194）。

以上のような各段階を経て受容に至るのだが、これら各段階を通じてずっと存在し続けるものが「希望」である（Kubler-Ross 1969=2001:232）。現実を冷静に受け入れている人でも、新薬や新たな治療法が開発されるかもしれないといういくばくかの希望を持ち、それを支えに苦しみに耐える気力を維持している。たとえ希望が非現実的なものであっても、患者は希望を持たせてくれる医師を最も信頼するのである。

死にゆく過程の5段階のなかでも、理解が難しい概念が「受容」である。一般に、死を受容するとはどういうことなのか、難しい問題だ。近い将来に自らの死が避けられないことが単に十分な確からしきで予期されることではない。自分の死が意識されてリアルなものとして迫ってくると、自らの死を肉体の死、生物としての死という概念で納得できる人はまずいないだろう。「死とはなにか」「死んだらどうなるのか」という問いから逃れることはできず、自分という存在がこの世界から消滅することに関わる不安や恐怖に襲われる。死の受容とはこうした点に深くかかわるものに違いない。

しかし、キューブラー＝ロスの「受容」概念は、そうではないのだ。受容とは感情や関心が欠落している心理状態を意味するものであって、死を覚悟することによって世界の見え方が変わり、自分らしい人生を締めくくべく能動的な自己実現を果たすということなのではない。この時期のキューブラー＝ロスにとって死とは肉体の死でしかなく、死にゆく人が直面する「死とはなにか」という問題に関心はない。死が意識され、そうした心理的リアリティに対する反応として様々な葛藤を経由して、感情や関心が欠落し不安や怖れも消えた心理状態が「受容」である。「死とは何か」という形而上学的な問いを捨象し、すべてを心理状態に還元するのである。死という現実を否認し、怒り、憤り、せめてこれだけはと取り引きするが、死という現実が否応なしに迫ってきて、自らの死を十分に嘆き悲しんだ末に、疲れ果て、衰弱し、新生児のまどろみに入っていく状態、この世への執着を手放しすべてのものへの関心を失っていく状態が受容である。だから、受容は幸福な状態でもなく理想的な状態とも言えない。自らの死という現実を受け止めることができず、死の間際までもがき苦しむ場合であっても、やがて疲れ果て受容に至るのであり、ほぼすべての人が受容という状態に至るのである。つまりキューブラー＝ロスの関心にとって重要なのは受容という状態ではなく、受容に

至る過程であり、そこにおいて医療者自身が否認を解除して果たすべき役割なのである。

3 5段階論の性格

キューブラー＝ロスが明らかにしたことは、医療者、なかでも特に医師にとって衝撃的なことだった。医師自身が患者の死を否認する態度を持っていると、患者も死を否認するに違いと医師は予期し、だから告知も行わない。だが、このこと自体が医療者の防衛機制なのだという点こそ、キューブラー＝ロスの主張のポイントになっている。はじめ患者は否認を示すが、それは防衛機制であって健全な反応なのであり、しかも否認は一時的なものにすぎず、その後多段階の防衛機制を用いつつ死の受容へと至るのだ。

周囲からの助けなしに受容に到達する患者も多いが、これら諸段階を経るのに助けが必要な患者も多い。そこでは医療者が死の否認という防衛機制を捨てることが重要になるのであり、患者は「とりわけ怒りや憤り、羨望、罪悪感、孤独感といった感情を、理解ある人に話したいと思って」いるにもかかわらず、「医師や家族が否認を望むときは否認を使ったとはっきり述べた」のだ（Kübler-Ross 1969=2001:429）。つまり、医師自身が患者の死を怖れるから告知しないという現状は問題であり、患者が受け入れられるような告知を行い、同時に希望の扉は開けておき、医師は患者を見放すことはなく最後まで患者と共にあることを患者にわかってもらうことこそ重要なのである。そして、医療者がこれら諸段階について十分に理解し、患者の死を受容し、死にゆく患者の傍らにいて、患者の声に耳を傾け続けることが不可欠なのである。こうして、終末期医療の中核として〈語る―聴く〉という関係性が据えられることになったのである。

1969年にアメリカで最も影響力のある雑誌『ライフ』で、キューブラー＝ロスの死にゆく患者へのインタビューが特集として取り上げられて大きな反響を呼び、さらに同年、『死と死にゆくことについて』が出版されると、「国内外でベストセラーになり、事実上、アメリカのすべての医学校や看護学校が重要な本であることを認め」、「ふつうの人たちも、いつのまにか『死の五段階』について議論しはじめていた」という（Kübler-Ross 1997=2003:294）。

5段階論が影響力を持つとともに、以下のような批判も数多くなされてきた。5段階論では、死にゆく人のパーソナリティ、生活歴、病気の性質、とりまく社会的状況等について考察されていないが、死にゆく過程はパーソナリティ要因をはじめとする様々な要因によって影響されるものであり、その人ごとに多様なものではないか。多様な過程を5段階にモデル化し、段階を順に経由すると考えることはできないのではないか。例えば、キューブラー＝ロスがインタビューした患者の年齢については十分に情報提供されてはいないが、70歳、80歳という高齢の

ケースは少ない。対象者の年齢が比較的若い人であるから受容に至るまでの様々な葛藤の段階が顕著に現れたのであり、高齢者の場合には人生を回想してそこそこ良い人生だったと納得することが多いため、こうした葛藤は見られない (Walter 1994:72)。年齢、パーソナリティ、その時々 of 病状、他者との関係等の複雑な要因によって、その時々 of 心理状態は複雑に変化するものであり、5段階では捉えられないはずだ。

この点は後で触れるが、セミナーというセッティングで患者は自らの心理状態を的確に語ることができるのか難しい問題であるし、5段階がどのような科学的手続きで導出されたのか明らかにされておらず、各段階を特定するための診断基準も明らかにされていない。つまり、5段階はキューブラー＝ロスが能動的な聴き手となって引き出した語りから導出されたのであり、キューブラー＝ロスの主観的、直観的解釈が一般化されたものにすぎないのではないか。

そもそも、自らの死という喪失に直面して抑圧された感情をそのままにすると病理に陥るため、感情は表出されなければならないとする表出主義が5段階論の前提になっているが、それも経験的には妥当しない強い前提ではないか。

わが国でも、『死と死にゆくことについて』の翻訳が1971年に出版されると、直ちに注目を集めることになるとともに、日本にはあてはまらないのではないかと批判も出された。柏木は、5段階論はアメリカ人の国民性が反映されたものであるため、日本人にはあてはまらなとし、日本人の場合の心理プロセスを明らかにしている (柏木 1997:149-154)。その当時、日本の場合には告知が進んでいないので、患者は「希望」を持っているが、病状の悪化とともに「疑念」が生じ、それが「不安」に結びつく。そこで医者や家族に尋ねる人と尋ねない人に分かれる。尋ねる人は、的確な答えが返ってこないことが多いため「いらだち」を覚え、「うつ状態」になる。尋ねない人は「いらだち」を経由せずに直接に「うつ状態」になる。このプロセスを経て、死を「受容」して亡くなる人と、「あきらめ」て亡くなる人に分かれる。医師から見ると、「受容」の場合には、人生に対する積極的な感じを受け、患者と医療者との間に人間的なつながりがはっきり感じられ、看取った後に「これでよかったのだという、心が澄む感じ」がする。「あきらめ」の場合には、人生に対して消極的な感じを受け、「コミュニケーションがどこかでブツツと切れてしまった非連続な感じ」がし、看取った後に「心の濁りというか、もう少しでできることがあったのではないかという気持ち」が生じる。このように柏木の場合、「受容」はデカセクスという消極的な状態としてではなく、自分らしい人生を全うしようとする積極的な心理状態として理解されている点に注意が必要である。

5段階をめぐってはキューブラー＝ロス自身の記述にも揺れがあり、個々のケースにどれだけ適合的なのか疑問が残ることは確かだ。5つの段階は、ときには重なることもあるが「これらの段階の順序が入れかわったりせず必ず順を追ってあらわれる」と記述し、ある段階での危機的状況においてどのような防衛機制を用

いるかは、その前の段階での葛藤と防衛機制を見れば、ある程度予想できるとも述べている (Kübler-Ross 1969=2001:430-432)。つまり、ある段階での防衛機制で対処できなくなると、次の段階の防衛機制が用いられるという段階的な反応がなされるということである。

ところが別の箇所では、「各段階は、継続する期間もさまざまであり、順序を変えて現れることもあれば、同時に現れる場合もある」と述べている (Kübler-Ross 1969=2001:232)。また、別の著作では次のように述べている。「患者は必ずしも『否認』『怒り』『取り引き』『抑鬱』『受容』という標準的なコースをたどるとは限らないということを、しっかりと理解してください。私の患者の多くは二つないし三つの段階の状態を同時に示しましたし、その順番もいつも同じとは限りません。でもここで大事なことは、患者が真の『受容』の段階に到達したのに後戻りを始めたなら、それは私たちが患者を逝かせないようにしているためであることが多いということです」(Kübler-Ross 1974=2005:48)。「医療スタッフ、とくに医師たちの中に、患者の死を受容できない人がいなければ、きっと私たちの患者のほとんどは『受容』の段階に達するでしょう。私たち医師が不必要に延命したり、患者の死を先延ばしにしなければならないと思っていますと、たいてい、患者は『抑鬱』と『怒り』の段階へと退行してしまい、安らぎと『受容』のうちに死ぬことができません」(Kübler-Ross 1974=2005:67)。諸段階が順番を変えて現れることについては、この退行のケースが示されているのである。

さらに段階論批判では、段階論の規範性についても問題にされる。5つの段階が順を追って経過し、最終段階である受容へと到達するのだとすれば、受容が望ましい段階であり、ある段階から次の段階へと進ませることが医師をはじめとする医療者の役割であるということになる。つまり、「良い死」が規範化されているのではないかという問題である。じっさい、終末期医療の現場において5段階論を背景にしたケアが行われ、ある段階に留まっている患者を問題のある患者と見なし、次の段階へと引き上げようとする介入がなされることはよくあることである。

これに対してキューブラー＝ロスは、「受容」段階に到達できるのであればそれが「理想」ではあるが、「人びとをある段階から、次の段階に後押しすることが、私たちの目標ではありません」とはっきり述べている (Kübler-Ross 1974=2005:66)。患者が「否認」段階に留まっていたいなら、留まらせてあげることが患者のためになるのであり、「患者が次の段階に移る用意ができたときにはじめて、手助けをすべき」なのである (Kübler-Ross 1974=2005:66)。たしかに少なくとも、各段階が防衛機制として同定されている以上は、その段階に留まること自体は患者の不安や衝撃を和らげるという意味では患者のためになる。その一方では、「受容」段階に到達できるのであればそれが「理想」とされているのである。患者はもう疲れきりまどろみに入りたいのに、医師が延命のための手術を行おう

とすると、怒りを露わにし、精神的な錯乱を示すことで抵抗する患者もいる。このケースからもわかるように、安らかに静かに死を受け入れる「受容」という心理状態は、デカセクシスへと接続するものであり幸福な状態ではないのだとはいえ、よい状態として位置づけられている。このように、段階論の規範性は払拭できないのである。

5段階論を臨床に用いることの問題はこれだけにとどまらない。個々の患者の心理状態がどの段階にあるのかを特定するための診断基準が示されていないため臨床に適用することが困難なだけでなく、そもそも各段階がどのような科学的手続きで導出されたのかも示されていない。

死にゆく患者へのインタビューは、1965年秋にシカゴ神学校の学生4人が「人生における危機」についての論文執筆のための助力を求めて、シカゴ大学ビリングズ病院精神科に勤務していたキューブラー＝ロスを訪ねたことがきっかけとなった。学生たちは末期患者に接した経験がないため、インタビューはキューブラー＝ロスが行い、学生たちはベッドのまわりに立って観察し、インタビュー終了後にキューブラー＝ロスと学生たちが患者の応答について話し合うという、教育セミナーが開始された。スタートして2年後にセミナーは医学部と神学校の正式科目になり参加人数が増えると、学生たちは別室からマジックミラー越しに観察する方法に変更し、インタビューもキューブラー＝ロスと病院付き牧師が行うようになった。先人観なしにインタビューを行うために、この問題についての先行研究は読まず、前もってカルテを見ることもしなかった。インタビューの方法について明らかにされているのはこれだけである。

インタビューの対象とした末期患者の、インタビュー後の生存期間は12時間から数ヶ月に及び、最近インタビューを行った患者の多くは存命しており、「古典的な意味からすれば末期とはいえない患者」も対象としたが、そうした患者も死について語るからだとされている（Kübler-Ross 1969＝2001:49）。対象となった200人の、年齢、性別、エスニシティ、宗教などの基本的属性についての情報は部分的にしき示されていない。このように調査方法論も示されていないことから明かなように、キューブラー＝ロスが行ったインタビューは、臨床的研究として行われたのではなく、あくまで教育セミナーとして実施されたものであったと考えてよい。

また『死と死にゆくことについて』の中で、先行研究については参考文献リストとして挙げられているが、本文中で先行研究に言及する箇所はほとんどない。キューブラー＝ロス自身は、「死とその過程にかんする研究で、わたしがいちばん影響を受けた精神医学者はC・G・ユングだった」と述べているが、参考文献リストにはユングの文献はないのである（Kübler-Ross 1997＝2003:148）。とすると『死と死にゆくことについて』は、精神医学の研究書と言えるのだろうか。

この本は、育児と夫の世話、病院でのフルタイムの仕事、それ以外にも仕事を

かかえてきわめて多忙のなかを、わずか2ヶ月で書き上げられたという (Kübler-Ross 1997=2003:286)。キューブラー＝ロスがシカゴ大学ピリングズ病院に赴任したのは1965年であり、それ以前に死にゆく患者の心理についての研究を行った形跡はなく、教育セミナーを始めてからこの問題に本格的に取り組んだと推測され、短期間に5段階論が形成可能であったのは、がん患者の心理的適応についてのコップの研究を理論的起源にしていたという仮説が立てられている (青柳 2005, 2007)。臨床データから5段階論が導出されたとは必ずしも言えないわけだ。

これらの諸点からみても、また上記で概観したように5段階論の背後にある問題関心からしても、『死と死にゆくことについて』は研究書ではなく、教育セミナーに基づいて書かれた啓発書であり、とりわけ医師の否認という防衛機制を批判し、自己防衛をすることなく死にゆく患者と向きあえるようにする啓発に主眼がおかれたものののである。雑誌『ライフ』で一躍有名になった精神科医が書いた本であるからこそ、本書は広範な読者を獲得するとともに、医師による科学的発言として強い影響力を持ち得たのではないかと同時に、著者が医師であったからこそ、啓発書であったにもかかわらず研究書として読まれ、多くの批判を呼び起こすことにもなったと考えられる。

強い影響力を持つことになった理由はそれだけではない。男性的な合理主義が機械的で非人間的な医療を生み出したことを批判し、そのオールタナティブとして女性的な表出主義が提起されたことは、近代の合理主義批判へとむかう20世紀後半の動きと適合的であった。またその一方で、後述するように「成長の最終段階としての死」というテーゼがキューブラー＝ロス自身の主張から離れて医療者にとって理解可能な形で受容されたことにより、死にゆく生の意味喪失の危機に対してモダニティと適合的な解釈枠組を提供するものとなった点が、強い影響力の根底にある。こうして、5段階論は医学や看護学のテキストに取り入れられ、個々の臨床ケースへの適用には問題がありながらも、医学生や看護学生が患者の死に対して抱く様々な不安や怖れを整理分類する枠組として活用されるのである。

4 「成長の最終段階としての死」と「やり残したこと」

5段階論に対して様々な批判が寄せられたが、その後のキューブラー＝ロスは臨床研究に基づいて5段階論を理論的に精緻化することはなかった。1971年にシカゴ大学ピリングズ病院を辞め、世界各地で講演やワークショップを行い、1970年代には「成長の最終段階としての死」というテーマと、「やり残したこと unfinished business」というテーマが追求されていくことになる。

「成長」というテーマがはじめて明確に提示された著作は、『死、それは成長の最終段階』である (Kübler-Ross 1975=2001)。私たちは日常では「自分自身

のものではなく紋切り型の役割を期待され、また、その役割を果たすことで身動きが取れなくなっていて、自己実現の能力を生かせずにいる」のであり、「自分になりうるものになる可能性をすべて妨げている」のだ（Kübler-Ross 1975 = 2001:332）。自分自身のものではない虚しい人生を送ってしまう原因のひとつは死の否認であり、生の意味を考えることなく、やらねばならないことを先延ばしにしてしまうからにはかならない。死を直視し、死を人生の重要かつ貴重な一部分として受け入れ、自己の存在の有限性を受け入れることができれば、外から押しつけられた役割を拒絶する強さを持つことができる。その結果、自分というものを探し始めることができるようになり、「成長すること、すなわち、本当の自分になると同時に、より人間的になる」ことができる（Kübler-Ross 1975 = 2001:246）。そして「他の人びとと接触し、彼らとの対話に身を投じることによって、一人であることを超越して、自分自身と、そして他人と一体になる。このような生き方を貫けば、充実した人生だったと納得しながら、安らぎと喜びのなかで最期を迎えることができるのだ」と述べる（Kübler-Ross 1975 = 2001:301）。キューブラー＝ロスのこの言葉は如何なる意味なのか。

『死、それは成長の最終段階』のなかで、キューブラー＝ロスとともに「死と死にゆくこと」のセミナーを担当した盟友である牧師イマラが、「成長の最終段階としての死」と題する文章を寄せている。イマラは、自身が「人生の最終段階における成長の本当の意味を教わった」、ある老婦人の「奇跡」について書いている。セミナーにやってきた68歳の末期がん患者ミス・マーチンは、実業界で名を挙げるために仕事に没頭し、誰にも自分をさらけ出すことなく孤独な人生を送り、人には厳しくあたり、病棟一の問題患者とされていた。だが、イマラやキューブラー＝ロスははじめとするスタッフに心を開き、最期の数ヶ月で「心の広い物腰の柔らかな老婦人」に変貌した。イマラやキューブラー＝ロスとともに5段階をくぐり抜けていくうちに、愛情にあふれた信頼関係を形成し、彼女の「人生は広がり、彼女はひと回り大きくなって亡くなった」のであり、「成長の後に死を迎えた」のだという（Kübler-Ross 1975 = 2001:313）。

ここでイマラは、『自己拡張』に向けた衝動を「成長」と呼んでいる。5段階を経て「自分で自分の存在を『受け入れる』、つまり、ひとりの人間として存在意義があると感じ」、「受容という高み」に到達できるのは、「他の人に『受け入れられた』と感じているときだけ」であり、「自分というたったひとつの自己よりも大きな誰か、あるいは何かに受け入れられているということを知るかどうにかかっている」のである（Kübler-Ross 1975 = 2001:316）。つまり、他者に受け入れられるという自己拡張とともに受容に至り、受容によってさらなる成長が始まるのである。

日常世界において役割という型にはめられた自己を生きる私たちは、本当の自分がわからなくなっており、自分がどうありたいのか自分で気づく能力を失っている。役割としての自己という「借りもののアイデンティティから本物の自己へ

の「変身」を可能にするには、次の3つの点が重要だとイマラは指摘する⁹⁾。

第一に、死が切迫しているという新たな状況のなかで、役割としての自己を捨て、愛と憎しみ、他者の希求と孤独などの自らの感情に気づき、自分の存在の意味を考え、「心を開いて本当の自分を経験する」こと、「自分自身のアイデンティティの感覚を獲得すること」に全身全霊をあげて取り組むことが、変容の基本である (Kubler-Ross 1975=2001:320)。

第二に、「本当の自分というものの経験」について心を開いて大切な他者に話し、共有するとともに、その他者の「本当の自分の経験」に耳を傾け理解し、「奥の奥まで気持ちを理解しあえるような創造的なコミュニケーション」をすることによって、他者とともにあり、他者に受け入れられていると感ずることができる。

第三に、死に瀕して人生最期の生を意味あるものにするために、自分の生き方に一貫性を感じられるような、一貫した世界観を持つことが重要となる。その世界観は、きちんと言語化されている必要はないし、完全に意識している必要もないが、自分の行為を意味づける思考パターンとなるものだ。5段階を通り抜け受容に到達した人は、再び「自分があるまとまりをもったひとつの存在であるという感覚をもって生きている」のである (Kubler-Ross 1975=2001:324)。

ここでイマラが用いる「受容」概念は、『死と死にゆくことについて』における「受容」概念よりも、肯定的な意味が込められている点に注意が必要である。後にキューブラー＝ロス自身も「受容」の意味を肯定的なものとして捉えている。受容段階は、自分が有限な存在であるという事実と直面したということ、それぞれの人が異なった価値の、異なった質の人生を生きているのだと真に気づいたということ、今日の生を享受することを学んだということ、こうした生を享受する時間があればよいという希望を持っているということの意味し、受容はあきらめとは異なり、あきらめが敗北の感情であるとすれば、受容は勝利の感情であり、平和の感情、静謐の感情である (Kubler-Ross 1981=1982:87)。それに対して、『死と死にゆくことについて』において、死にゆく5段階の過程は、死の否認から受容へと至る心理的な葛藤の過程であり、防衛機制を多段階に用いることにより、死という現実への不安や怖れが薄れていく過程であり、まわりへの関心が薄れ、感情が欠落しているのが受容である。とすると、死にゆく過程を成長という点から捉え、受容を肯定的なものとして捉えるには、防衛機制とは別の論理が導入されているはずである。それが、「やり残したこと」という議論である。

「やり残したこと」という着想は、『死と死にゆくことについて』のなかでも、やり残したことがあるために「生にしがみついている」患者の例としてごくわずかではあるが現れている (Kubler-Ross 1969=2001:439)。例えば、知恵の発達が遅れたきょうだいがいて、自分の死後に面倒をみってくれる人がいないと心配する患者、子どもの世話をしてくれる人がいないと心配する患者、そして、罪の意識に苛まれていた患者。こうした患者たちは、世話をする人が見つかったり、牧

師に告白したりして、やり残したことの「ひきつぎが終わってまもなく亡くなるのがふつうである」とされる（Kübler-Ross 1969=2001:439）。

その後、「やり残したこと」は、死の受容へと至る過程を阻害する要因の核心部にあるもの、その意味で5段階の過程に通底する重要な概念として展開されることになる。5段階論の観点から見れば、やり残したことは、死を前にしてどうしてもやり終えておかなければならないことであり、やり終えないとそれが気がかりになって、この世への関心を手放すことができないものであると、ひとまずは言える。通例は、やり残したことをやり終えるために、取り引き段階においてしばらくの延命を希望する（Kübler-Ross 1981=1982:71）。例えば、一日だけでいいから病院から解放されてドレスアップして息子の結婚式に出席したいという取り引きである。怒りがおさまってきた取り引き段階は、やり残したことをやり終えようとする患者の援助にはいちばんよい時期であるとされている（Kübler-Ross 1997=2003:285）。

やり残したことが、否認や怒りを引き起こす背景になっている場合もある（Kübler-Ross 1981=1982:62）。看護師に憤りをぶつける55歳男性は、25年間連れ添ってきた妻のことについて、「わたしはまるで彼女のニーズを満たしてやっていませんでした。で、彼女の言うことを聞いています、まるでわたしなど明日にでも死ぬことができる、そしてわたしの人生には意味、価値、目的などはひとつもなかった、といったげなんです。こんな状態で死ぬってのはほんとうに悲しいです」と語り、キューブラー＝ロスは、この男性の人生になんらかの積極的な意味があったことをコミュニケーションしてやるのがどんなに大切か、それを妻に伝えなければならないと考えたケースである。さらに、やり残したことが抑うつ段階での準備的悲嘆を引き起こすこともある（Kübler-Ross 1981=1982:80-84）。このように死にゆく5段階の過程の底流には「やり残したこと」があるのであり、それを患者から引き出さなければならず、こうした最後のニーズを満足させることができないのであれば（Kübler-Ross 1981=1982:65）。

キューブラー＝ロスは、この「やり残したこと」をやり終えるための助けを提供する目的で、「生、死、移行」ワークショップを各地で開催し、1977年にはそのためのヒーリングセンター「シャンティ・ニラヤ（安らぎのついの住み処）」を設立した。後述するように、そこでは「やり残したこと」の意味は5段階論を大きく超えて行くことになるのであり、終末期医療において受け入れることは難しいものになる。自らの「最深部に長いこと抑圧されてきた苦悩、罪、恐怖そして恥」などの否定的側面が解消されないままだと十全に生きることができないのであり、こうした自らのやり残したことに触れさせ、それを終わらせることによって、安らぎと静穏のうちに、自己と他者に対する受容のうちに生きることがワークショップの目的として掲げているのである（Kübler-Ross 1982=1984:55）。心の奥底に抑圧されてきた否定性に気づかせ、その解消をはかるというセラピー的介入を通じて、死という現実と直面して問わざるをえなくなる生の意味を肯定

できるようにするのである。

ワークショップにおいて他者の前で心を開き、自己の最奥部にある抑圧された苦悩が表出され、それが他者に受け止められ、其体験され、そして抱擁されるという過程が、相互に繰り返されていくことによって、やり残したことをやり終え、他者に受け入れられ、「成長」がもたらされるのである。死にゆく過程は、「やり残したこと」の気づきとその解消としての「成長」の過程として捉え返され、死は生の一部であり生の意味を与えるものとして理解されるのである。

以上のように、死の受容の意味をめぐって異なる記述が見られる。一方では受容を、まわりのものへの関心や感情が欠落し、デカセクスヘと接続していくまどろみの状態、患者にとって幸福とはいえない状態として捉えている。他方では、5段階をなんとかくぐり抜けるなかで、やり残したことに気づき、それをやり終えて、自己実現を遂げる成長とともに受容に至るという捉え方が示されている。

この二つの異なる記述についてここで次のように考えておこう。キューブラー＝ロスが指摘するように、ほとんどすべての人が告知されていなくても自らの死に気づき、葛藤を経て、この世界への執着を手放して受容に至る。だが受容段階までにすべての人がやり残したことをやり終えているわけではなく、死んでも死にきれない思いを残したまま、闘いに疲れてまどろみの状態に入ることもある。つまり、最終的なデカセクスヘと至る前にやり残したことをやり終えて死を受容している状態と、思い残しがありながら死を受容している状態があるわけだ。受容を肯定的なものとして捉える場合は、前者の状態が念頭に置かれているのであり、成長の最終段階としての死とは、やり残したことをやり終えて自己実現を遂げて死の受容を迎えることを意味するのである。そして、やり残したことを気づかせ、やり終えることができるよう援助することが重要なのである。すくなくとも『死、それは成長の最終段階』までの著作からは、キューブラー＝ロスの主張についてこうした成長、自己実現という人間性心理学パラダイムに引きつけた理解が導き出される。キューブラー＝ロスの主張が終末期医療の場において受け入れられているのはここまでである。

5 「成長の最終段階としての死」の変容

『死、それは成長の最終段階』の結びの章において、「死とはこの世での成長の最終段階である。死によってすべてが減じるのではない。死ぬのは肉体だけである。自己、あるいは魂（どう呼んでもかまわない）は永遠である。気持ちの安らぐようなかたちで、人それぞれに自由に解釈すればいいのである」とキューブラー＝ロスは述べている（Kubler-Ross 1975=2001:335）。自己のうちに肉体の有限性を超越する根源的な力が備わっていることを信じることによって、つまり、永

遠の魂や根源的な力が実在するかどうかではなく、そうした意識されたりリアリティを受け入れることによって安らぎが得られるという発想は、人間性心理学を超えてトランスパーソナル心理学に大きく傾斜していることを示すものである。だが、キュブラー＝ロスはここからさらに踏み出して、「死んだらどうなるのか」という問いに突き動かされ、死後生の実在を語ることになる⁶⁵⁾。

それまでキュブラー＝ロスは死そのものに関心があったわけではなかった。医療の進歩とともに、臓器移植や将来の蘇生のために死体の冷凍保存会社までできるようになり、日常の医療の現場でも延命装置の使用をめぐって医療訴訟が増大したことについて、問題の根幹にあるものは「ほんとうの意味での死の定義」がないからだと考えるようになった。そこで、「死んだらどうなるのか」「いのちがなくなったとしたら、どこにいったのか」を問い、死の定義を試みたのである。このような問いを立てるに至った背景には、以下のようなキュブラー＝ロス自身の体験があった（Kübler-Ross 1997＝2003:297-308）。

怒り狂っていた患者でもどんなケースでも例外なく、死の直前には静謐な時間が訪れ、多くの患者が先に亡くなった愛する人たちと再会し、生き生きとした会話を交わしていた。もちろんキュブラー＝ロスには見えないのだが。そのあとはどうなるのかと問わざるをえなかった。

語りかけ、手をふれることができた患者が、翌朝にはいなくなってしまうと、そこには遺体はあったが、手をふれても木片にさわっているようなものだった。その人はもうそこには存在せず、いのちそのものが失われたことが感じ取られる。いのちはどこに行ってしまったのか、問わざるをえなかった。

臨死体験という言葉がまだなかった頃、シュワルツ夫人の臨死体験を聞き衝撃を受けた。内臓出血で倒れ病院に搬送された夫人は危篤と判定されたが、意識がからだから離れ、天井のほうから蘇生チームの働きの一部始終を見ていた。そして死亡が告げられてから3時間半後に蘇生した。これを夫人だけに起こった例外的な現象とはとうてい思えなかったキュブラー＝ロスは、後にアフリカ名イマラを名のるゲインズ牧師とともに、20000を超える臨死体験の症例を集め、そこに偶然とは思えない共通点を発見した。200人の末期患者へのインタビューから、死の5段階を抽出したように、4段階の臨死体験を抽出したのである。

そこには驚くべき「科学的結論、すなわち、従来のような意味での死は存在しないという結論」が導き出された（Kübler-Ross 1997＝2003:336）。新しい死の定義は「肉体の死を超越したところまで踏み込まなければならない」のであり、「肉体以外のたましいや靈魂といったもの、いのちにたいする高度な理解、詩に描かれたもの、たんなる存在や生存以上のなにか、死後も連続するなにかを吟味しなければならない」のである（Kübler-Ross 1997＝2003:336）。

面接データの分析から臨死体験には共通する4段階がある（Kübler-Ross 1997＝2003:337-343）。第一段階：死因のいかんによらず、全員が明瞭な意識をもち、自分が体外離脱をしている事実気づいていて、その場にいる人たちの会話も聞

こえる。第二段階：肉体を置き去りにして、霊とかエネルギーとしかいいようのない別の次元に入る。面接した全員が、守護天使、ガイドなどに出会い、つつむような愛でなくさめてくれ、先立った両親や友人などの姿を見せてくれ、よろこばしい再会などとして記憶されている。第三段階：守護天使に導かれて、トンネルや門の通過など、サイキックなエネルギーによってその人自身がつくりだすイメージが現れ、共通して最後にまぶしい光を目撃する。それは「無条件の愛」、「宇宙エネルギーの究極の本源」であり、神、ブッダと呼ぶ人もいたが、一致したのは「圧倒的な愛につつまれていた」ということだ。第四段階：愛の本源である「至上の本源」を面前にし、それまでまとっていたエーテル状の霊妙なからだも不要となり、「霊的エネルギーそのもの」に変化し、そこで「全体性、存在の完全性」を経験する。走馬燈のように生涯が回顧され、生前のすべての行動が他者に与えた影響が手に取るようにわかり、あらゆる人のいのちがつながりあっているさまを目の前に見せられるのだ。

こうした多くの面接をするうちに、キューブラー＝ロス自身が、シュワルツ夫人の幽霊に出会ったり、異世界とチャネリングをしたり、人工的な音声パルスで脳を刺激する実験装置で自身も体外離脱を体験し、サイキックなエネルギーそのものになる体験をした。実験をしたその夜に、ひとつの死が完了すると次の死がおとづれ、1000回の死が繰り返される悪夢を見た。そこで自らが見送ってきた患者のすべての死を再体験し、かれらの恐怖、痛み、嘆き、喪失を思い知らされた。1000回の死を死ぬ体験の後に、再生を体験する。自分が肉体から抜け出してエネルギーになっていることに気づき、ついに患者たちが見たというあの光を見た。その光とひとつに溶け合い、愛につつまれた至福の体験をしたのである。この至福の体験が「森羅万象に宿るいのちへの気づき、すなわち『宇宙意識』のおとづれ」なのであった (Kubler-Ross 1997=2003:397)。

肉体の死から死後の生への移行、そこにおける無条件の愛への包摂、そして自己を超越した至上の本源との一体化をキューブラー＝ロスは自ら体験することで、死後生を信じるのではなく、その実在を事実として認めるに至ったのである。肉体から抜け出て光とひとつに溶け合うという死から死後生への移行を、キューブラー＝ロスは繭から飛び立つ蝶のイメージとして捉えている。このイメージは、若きキューブラー＝ロスが見たマイダネク強制収容所の壁のいたるところに描かれた蝶から得ている。ガス室へ送られる直前の人びとが描いたものがなぜ蝶だったのか、長年の疑問がようやく解かれたのだ。繭から蝶が飛び立つように、たましいは肉体という軀から解き放たれ飛翔し、無条件の愛に包まれるのだ。死は生の終わりなのではなく死後生への移行にはかならず、無条件の愛に包まれ、そして至上の本源と一体化することこそが「成長」ということなのである。

このようにキューブラー＝ロスのたましいの遍歴とともに、「成長の最終段階としての死」の意味も変化している。いまや明らかなように、成長とともに死の受容がもたらされるという意味で、「死の受容が成長の最終段階なのだ」という意

味なのではない。受容そのものは肉体という軀のもとでのデカセクシスにすぎず、受容に至る過程は肉体の死という現実を受け入れる苦しいものだ。死の受容それ自体は肉体における心理状態にすぎず、キューブラー＝ロスにとってはもはや重要な意味を持たないことはさらにはっきりしたわけである。やり残しを解消したうえで死の受容が肯定的に語られるのは、やり残しの解消によって死後生への移行が可能になり、成長が可能になるからである。

生の終わりとしての死は存在しないのだから怖れる必要はなく、「死」とは死後生への移行であり、無条件の愛への包摂、至上の本源との一体化すなわち「成長」なのである。そして「いのちの唯一の目的は成長すること」にあり、そのための「究極の学びは、無条件に愛し、愛される方法を身につけることにある」

(Kübler-Ross 1997=2003:511)。様々な苦難を経験し十分な学びがなされたとき、肉体を脱ぎ捨てることがゆるされ、たましいは自由に飛翔し、至上の本源と合体するのであり、「あらゆる人はひとつの本源からやってきて、その本源に帰っていく」のである(Kübler-Ross 1997=2003:512)。その意味で、“The Wheel of Life”という書名が示すとおり、いのちは円環をなしているのである。

そして、「無条件の愛の実践による、おとなと子どもの心理的・身体的・霊的治癒の促進」をかかげた「生、死、移行」ワークショップの究極の目的は、この学びにあるのだ(Kübler-Ross 1997=2003:402)。無条件の愛への包摂、至上の本源との一体化は、特別な瞑想によってもたらされるのではなく、抑圧された否定性に気づき、それを表出し、本当の自己を経験するとともに、それを共体験することによって無条件の愛を感受することを通じてもたらされるのである。

6 終末期医療から抜け落ちるもの

キューブラー＝ロスが臨死体験や死後生について語るようになると、それまで彼女のもとに集まってきた多くの人びとが離れ、終末期医療の領域での影響力は急速に低下した。死そのものが成長であるという主張は、医療者には非科学的なものであるとして受け入れられるものではなかった。

終末期医療の場で理解され受け入れられた形のキューブラー＝ロスの主張とは、「死の受容」が成長の最終段階として肯定的なものであり、受容に至るためにはやり残したことに気づき、それをやり終えて自己実現を果たすことが重要であり、それを援助することが終末期医療の役割であるというものだ。柏木(1996)がいうように、ホスピスの目標は「その人がその人らしい生をまっとうできるように援助する」ことにある。その人らしさは「最期の望み」として現れてくるので、その実現を援助することがホスピスでは重視されている。多くの場合、最期の望みといってもそれほど大きいものではなく、幼少期に育った場所の景色が見たい、来月に予定されている子どもの結婚式に出たいといった具体的なものだという。長いタイムスパンでの大きな自己実現は断念されるが、そこで視点を今に向ける

ことで、短いタイムスパンでの小さな自己実現を果たすという希望を見いだすことができる。様々なコミュニケーションスキルを用いて最期まで希望を持ってやりたいことに気づかせ、それをやりきって思い残しがないように具体的な望みの実現を援助し、思い残しがなく安らかに死を受容することが目指されていくのである。終末期医療ではあくまで生の過程しか視界にはなく、生の最期の局面で自己実現を果たすことによって、生の意味をつかみ取らせるのである。

キューブラー＝ロスは、1970年代にホスピスが雨後の竹の子のように作られたことについて、政府からの助成金が条件となって経営体としてホスピスが作られるようになったのであり、その多くは無条件の愛の実践の場ではないため、好ましい状態ではないと批判的な立場に立っている（Kübler-Ross 1995=2001:120）。「生、死、移行」ワークショップには、医師、看護師、カウンセラーなど医療者が参加することも多い。多くのカウンセラーやセラピストは、最初の数日は自分たちの学派のやり方との比較対照を行い、ワークショップのやり方の単純さや粗暴さを批判するが、多くの見ず知らずの人々が、お互いを受け入れ、愛し合う仲間へと変わり、たましいの最奥部を打ち明け合う姿を目撃することで、やがて自身も感化されるに至るという（Kübler-Ross 1982=1984:79）。キューブラー＝ロス自身が正統な精神分析の訓練を通して表面化しなかった抑圧された苦悩が、このワークショップのなかで出現したのであり、5、6年の精神分析を受けて得られる体験と較べても10倍も深い体験が得られると述べている（Kübler-Ross 1982=1984:79）。

5日間にわたる合宿ワークショップの基本は表出と共体験である。参加者は一人ずつ、70人あまりの人びとの前で自らの苦悩や怒りについて語るのだが、聴き手はその人の抑圧された感情が表出するまで待つ。うまく表出できない場合にはキューブラー＝ロスがぎりぎりのところまで追い込んでいく。そして、ゴムホースの切れ端でマットレスを叩き、叫び、泣きわめき、自身の抑圧された怒りや苦しみを表出するようになり、自らの苦悩の最奥部に気づき、語り出す。それを聴いた参加者の多くが涙を流し、影の部分が表出されたあとで、参加者は互いに抱き合い、触り合い、慰め合う。こうした共体験の涙が参加者自身の抑圧された影の部分の探求を促し、それを表出することが促される。自分と同じような苦悩を抱いている仲間存在に気づきはじめ、無意識にそうした仲間を選んで隣に座り、共通の体験と苦悩を分かち合う。こうして苦悩を相互に表出しあうにつれて、参加者のあいだに解放感や安寧感が生まれ、喜び、自由、「無条件の愛」の感覚が増大し、それは「他者に対する全面的な寛容を伴う」のである（Kübler-Ross 1982=1984:57）。

キューブラー＝ロス、ホスピスの医療者すべてが、このワークショップでやっているような「試練の過程を通過してもらいたい」と明言する（Kübler-Ross 1982=1984:63）。死にゆく人を援助しようとする者は、「まず専門家としての立場を離れること、その後人間として手を差し延べる」ことが重要である。その

ためには、死にゆく人と「『共に』存在しなければならないし、また『全人格的』に関与しなければならない」のであり、援助する人自身がやり残したことをやり終えていることが求められるのである（Kübler-Ross 1982=1984:172）。ワークショップの場では、抑圧された苦悩の最奥部を他者の前で表出することによって、自身の苦悩を捨て去り大いなる解放感を体験するとともに、苦悩の表出が他者によって受け止められ、共体験され、そして抱擁されることによって、無条件の愛に包まれる体験をすることになる。こうした表出と受容をその場にいる多くの人々が相互に行うことによって、互いに深く受け入れ合うことで自己を超えた何ものかに受け入れられているという体験が生まれ、仮面を外した人どうしの一体感と共同性が出現することになる¹⁾。そこでは死にゆく人と援助する人という非対称性、両者を分かち縋は溶融するのであり、まさに「共に」存在することになるのである。抑圧された否定性が解消された存在であるからこそ己れの生を十全に生きることができ、他者が死に直面して「十全に生きるのを助け得る」のである（Kübler-Ross 1982=1984:174）。この表出と共体験によって生み出される共同性こそ、幼少期のキューブラー＝ロスが体験した失われた伝統的共同体の代替として創り出そうとしたものであり、そこでの無条件の愛への包摂、自己を超えた至上の本源との一体化という超越体験こそ、影響力を失った宗教の教義に替えて創り出そうとしたものにほかならないのである。それは制度化されたホスピスにおいて見失われたものなのである。

キューブラー＝ロスは、ホスピスの外部で制度化されたホスピスと批判的な距離をとりながら、死にゆく人と医療者との新たな共同性を模索したのに対し、近代ホスピスの創始者として知られるソンダースは、ホスピスの内部で新たな共同性の構築を模索した。ソンダースによれば、死に直面した人はそれまでの人生で身につけてきた仮面を脱ぎ捨て、共にいる人に対しても仮面を脱ぎ捨て、防衛のない存在となることを求める。死にゆく人を援助する人自身もやがて死すべき者として、〈いまここ〉の生から意味を問われた存在として、死にゆく人と「共に」存在しなければならないのであり、その意味で非対称な関係性が解体した共同性の構築をソンダースは求めた。しかし、バイオ・サイコ・ソーシャルモデルがホスピスにも浸透するとともに、スピリチュアルな苦痛を含む全人的苦痛という概念も、患者への観察介入モデルという位置づけになり、主客図式がホスピスでも強化され、こうした共同性の構築はますます困難になったのである（奥山 2018）。ホスピスや緩和ケアという終末期医療があらたな医療として形成される基礎を作ったカリスマ的リーダーであるキューブラー＝ロスとソンダースのいずれもが、ホスピスの限界を直視することになったのである。

〔注〕

- (1) 引用箇所においては準備的抑うつと悲嘆は区別なく書かれているが、別の箇

所では「抑うつ」と「準備的悲嘆」が同じ段階に位置づけられてはいるものの、「抑うつ」に後続するものとして「準備的悲嘆」が区別されている（Kübler-Ross 1969=2001:430）。

- (2) デカセクシスとは、精神分析学の力動的概念であり、対象に意識的、無意識的に精神エネルギーを備給することができないことを意味する。訳書では、「エネルギー喪失」（Kübler-Ross 1969=2001:202）、「虚脱」（Kübler-Ross 1969=2001:430, 432）と訳されている。
- (3) ここで述べられているように、キューブラー＝ロスは受容とデカセクシス（「虚脱」）を同じ段階として記述しつつも、受容に後続するものとしてデカセクシスを捉えている。
- (4) これら3点は、自己変容をもたらすための「帰依」という宗教の観点を、宗教の言葉ではなくキューブラー＝ロスや世俗の人びとにわかる言葉で表現したものであり、それを心理学の見方に変換し実践プログラム化したものが、キューブラー＝ロスの「生、死、移行」ワークショップではないかと考えられる。心理的領域を専門とするキューブラー＝ロスとスピリチュアルな領域を専門とするイマラは、セミナーを通じて意気投合し、「人の死にかたがその人の生きかたによっていかに大きく変わるものか」ということにキューブラー＝ロスは気づかされ、イマラの協力によって「宗教までもふくめられるほどに仕事の枠をひろげることができるようになった」とキューブラー＝ロスは回想している（Kübler-Ross 1997=2003:253-254）。
- (5) じっさい、シャンティ・ニラヤには「自己成長を希求する人たち」が世界中から集まり、「ワークショップで、思い残しのすべてを、うつ積した嘆きや怒りのすべてを解き放ち、いつ死んでもいいような生きかたを身につけ」、「全人的な存在になって帰っていった」という（Kübler-Ross 1997=2003:402）。後述するように、ワークショップには医師や看護師なども参加するが、ホスピスにおいて死にゆく人を援助する医療者自身がやり残したことをやり終えて、役割存在ではなく全人的存在になることが重要だとキューブラー＝ロスは考えている。
- (6) 堀江（2006）は、永遠の生を肯定する宗教的死生観、死によってすべてが消滅するとするニヒリズム的死生観と区別されるものとして、「死の現実性を前にして起こる、否定的な感情を直視し、それでいてなお生の意味や価値を肯定し、心的現実としての死と死後生を心理学的用語によって再記述するもの」として「心理学的死生観」を挙げている。堀江が指摘するように、『死、それは成長の最終段階』以降のキューブラー＝ロスは心理学的死生観を超えていくことになる。
- (7) 島蘭は、人間性心理学を基盤に1970年代のアメリカで大流行した、自己変容を追求するヒューマンポテンシャル運動の流れにある自己啓発セミナーを参与観察し、様々な技法を用いて仮面を脱ぎ捨てて裸の自己をさらけ出し合い、そ

して抱擁し合うことによって自己変容がもたらされるとともに、「カタルシス（自己浄化感）＝コミュニタス（共生感）を体験する」ことになると分析している（島蘭 1996:141-142）。キューブラー＝ロスのワークショップもヒューマンポテンシャル運動の流れにあり、エンカウンターグループを基盤に感情表出の技法と共同体験の技法が組み合わされたシンプルなものと考えられるが、こうした共同性を生み出すものなのである。

〔文献〕

- 青柳路子, 2005, 「E. キューブラー＝ロスの思想とその批判 ― シャパンによる批判を手がかりに（上）」『死生学研究』6:259-277.
- , 2006, 「E. キューブラー＝ロスの思想とその批判 ― シャパンによる批判を手がかりに（下）」『死生学研究』7:371-399.
- 堀江宗正, 2006, 「心理学的死生観の臨界点 ― キューブラー＝ロスをめぐって」『死生学研究』8:36-61.
- 柏木哲夫, 1996, 『死にゆく患者の心に聴く ― 末期医療と人間理解』中山書店.
- , 1997, 『死を看取る医学 ― ホスピスの現場から』日本放送出版協会.
- Kübler-Ross, E., 1969, *On Death and Dying*, Simon & Schuster. (=2001. 鈴木 晶訳『死ぬ瞬間 ― 死とその過程について』中公文庫.)
- , 1974, *Questions and Answers on Death and Dying*, Simon & Schuster. = (2005. 鈴木 晶訳『「死ぬ瞬間」をめぐる質疑応答』中公文庫.)
- , 1975, *Death: The Final Stage of Growth*, Simon & Schuster. (=2001. 鈴木 晶訳『死、それは成長の最終段階：続死ぬ瞬間』中公文庫.)
- , 1981, *Living with Death and Dying*, Macmillan. (=1982. 川口正吉訳『死ぬ瞬間の子供たち』読売新聞社.)
- , 1982, *Working It Through*, Simon & Schuster. (=1984. 霜山徳爾, 沼野元義訳『生命尽くして一生と死のワークショップ』産業図書.)
- , 1995, *Death is of Vital Importance*, Station Hill Press. (=2001. 鈴木 晶訳『「死ぬ瞬間」と死後の生』中公文庫.)
- , 1997, *The Wheel of Life: A Memory of Living and Dying*, Scribner. (=2003. 上野圭一訳『人生は廻る輪のように』角川文庫.)
- 奥山敏雄, 2018, 「近代ホスピスの形成とシシリ・ソングダースの位置」『社会学ジャーナル』第43号, 1-21.
- 島蘭進, 1996, 『精神世界のゆくえ ― 現代世界と新霊性運動』東京堂出版.
- Walter, T., 1994, *The Revival of Death*, Routledge.