

死ぬ瞬間 1971年 読売新聞社

E・ギュブラー・ロス

チューリッヒ大学卒、医学博士、シカゴ大学医学部助教授
シカゴ大学付属病院団の精神医学コンサルテーションおよび、
リエーザン・サービスの部長補佐。
アメリカ精神医学会会員、アメリカ精神身体学会会員。

本著は病院での末期患者200名の絶望的な人々に直接面接して得た「死に至る」深層心理の記録である。

1965年にシカゴ神学校の神学生の調査プロジェクトが発端となって始まった。

インタビューの手続き

患者が承知し、医師が許可を与えると、準備をして、わたしたちは患者だけを面会室へ移すのである。歩ける人はごく少なく、たいてい車椅子、なかには患者運搬車で運ばれてくる人もいる。

浸剤点滴と輸血がいる場合はそれも持ってくる。近親は入れない。もっとも、患者との対話のあとで近親とインタビューすることはある。

出席者は患者の経験については、ほとんど予備知識をもたないことが原則である。面会室へ移る途中で、わたしたちはインタビューの目的をくり返し告げ、患者が自分の考えでいつインタビューをやめてもよい権利があることを強調する。

わたしたちは、部屋の仕切り壁にあるミラー(光線が一方だけに通過する特殊ガラス)の仕掛けを説明し、この装置で学生たちには患者とわたしたちの姿も見え、声も聞こえるからといってやる。これで患者は自分たちのコミュニケーションが学生たちにも役立ち、同時に面会室ではインタビュアと患者だけなのでプライバシーが保てると納得し、これがかれの末期の心配と恐怖とを和らげる場合が多い。

面会室へはいると、会話はスムーズに急速に流れだす。一般的な話題から始まり、しだいにごく個人的な関心事へ移っていく。

面会が終わると、患者を病室へ帰し、そのあとでセミナーが続けられる。廊下で患者を待たせるなどということは決してない。インタビュアがクラスルームへ帰ると、すぐさま彼あるいは彼女を中心に討論が始まる。わたしたち自身の、自然に発生した反応に、それが妥当な反応であろうと非合理なそれであろうと、徹底的に照明があたられる。情動的、知的のそれぞれの反応を論じ合う。

同じ患者の、異なるインタビュア、異なる質問あるいはアプローチについて、議論をたたかわし、最後に患者のコミュニケーション内容についての精神力学的理解を試みるのである。

わたしたちは患者の強みと弱みを研究し、この患者の取り扱いにおけるわたしたちの長所短所を反省し、患者の最後の幾日か幾週間かをもっと楽しくしてやれる若干のアプローチを勧告して、その日のセミナーを終わる。

インタビュー中に死亡した患者は一人もなかった。生存期間はインタビュー後12時間

から数か月とさまざまであった。インタビューした最近の患者の多くはまだ存命している。またひじょうに重い病人で、インタビューの後もう一度家へもどった患者も多い。そのうち幾人かは再発せず、現在元気になっている。この点を強調するのは、古典的な意味での臨死患者ではない患者と、死について語る場合もあるからである。わたしたちは、患者のほとんどとはいわないまでも、その多くと、まさに、死ぬことそのことについて語ったのだった。なぜなら、かれらの病気はすべて、通常ならば死に到る病であり、死にこそかれらがまさに直面しなければならなかつた最大の問題であったからである。

わたしたちのインタビューはいつも決まりはなく、診断から死の直前まで、都合のよいときに行なわれる。

討論は、経験でわかってきたように、多くの目的に役立つ。学生たちが、死が、他の人々のみならず彼ら自身にとっても現実の可能性であると見做さなければならぬと気づくことに、これはもっとも役立つ。これは死に対する過敏性を軽減する有意義な方法であることがわかった。これはゆっくりとしか達成されない、苦しみ多い過程である。

初めてインタビューに出席する学生で、インタビューの終わらないうちに部屋を出してしまうものが多い。最後までインタビューには耐えながらも、討論で発言できない学生もいた。なかには、自分の怒りや憤りを他の参加者あるいはインタビュアに、ときには患者にすら誤って向けるものもあった。

患者へ怒りを向けるというのは、患者が見るからに冷静に泰然と死に直面しているのに、その学生は臨死患者に会っただけで動顛しているというような場合である。

討論で明らかになったのだが、その学生は、患者が非現実的であるか、でなければ偽っているのだとさえ思ったのだ。この学生にとっては、いやだれにしろ、死というような危機をこれほどの威厳をもって耐えうるとは想像の外だったのである。

他の学生たちのあるものは患者との自己同一視を始めた。ことに患者と同年配だった場合がそうであった。そしてずっと後で、討論のとき、彼らはそれらの葛藤を自己処理しなければならなかつた。グループ全員がお互いをよく知るようになり、何をいってもタブーではないと悟ると、討論には、多くの率直な対決があり、相互支援があり、ときには痛ましい発見や洞察が得られ、討論は参加者にとって一種の集団精神療法ともなつた。

患者のコミュニケーションが多数の、いろいろの性格の学生たちにこれほどのインパクトと半永久的な影響を及ぼしたことは、当の患者はほとんど気づいていないのである。

4人の学生の非公式な集まりから始まり、セミナーは2年間で、あらゆる支援職業からのメンバーを含む55人の出席者までに成長した。最初は医師の許可を得てから患者にインタビューを頼むまで、1週間にわたって平均10時間かかった。現在では患者探しをしなければならないことはほとんどなくなった。

末期疾患の現実へ家族はいかに対処すべきか

家族もまた、いくつかの異なった適応段階を通過する。初めは、彼らはそれが本当とは信じることができない。家族のなかにそんな病気があるという事実を否認し、それが誤診であることを期待して(そして期待外れしながら)医師から医師へと渡りあるく。彼らはまた、占師や信仰治療師へ助けを求め、また病気が必ずしも真相ではないとの確証を求めることがある。彼らは有名な診療所、医師の診断をうけるために金のかかる長途旅行までもし、結果はただ徐々に、彼らの生活を根本的に変えさせてしまう冷酷な現実に真向かうようになるにすぎないかもしれない。家族はそのようにして次第にいくらかの重大変化をこうむっていく。

変化の態様は、患者の態度、自覚、コミュニケーション能力によることが大である。もし家族に共通の心配を分けもつ能力があるならば、彼らは早期に重要問題を処理でき、時間の切迫にあわてることもなく、情動の圧力に負えることもない。もし家族メンバーが互いに秘密を作るような性格だと、相互に人為的障壁を作り、患者あるいは家族のための準備的悲嘆が困難になり、その結果は、ときどきいっしょに話しあい、泣きあう家族と比べて、格段に悲劇のボルテージを大きくする。

患者の自己引き離しと家族の別離受容

患者が怒りの段階を通るように、近親者も同じ情動的反応を経験する。彼らは、最初に患者を調べて診断をくださなかった医師にも、診断して悲しい現実を告げた医師にも、ひとしく怒りを感じる。彼らは、病院従業員に怒りを投射する。看護スタッフがいかに能率的に看護しても、看護が十分でないといって憤懣をもらすのである。

この反応には、ねたみが多量に含まれている。すなわち、彼らは患者といっしょにいることができない、世話をできない、また許されないために、だまされている感じをいだくのである。またそこには、過去の逸した機会についての罪責感も多く含まれるし、それらを埋め合わせたい、という願望も含まれる。愛する肉親の死以前に、これらの感情を表白するようにわたしたちが家族を助けてやれば、彼らはよほど落ちついで気分が軽くなる。

怒り、憤り、罪責感を清算すると、家族はつぎに、死にゆく患者の経過と同様、準備的悲嘆の段階をとおる。死の前にこの悲嘆が表出されればされるだけ、あのそれは耐え難さが減る。

わたしたちはよく近親の人たちが誇らしげに、自分たちは患者と会うときいつも微笑を忘れないように努めてきたと語るのを聞く。だが彼らもある日、もはやそうした前面を維持することができなくなるのである。彼らは、家族メンバーとしては、偽りの仮面を帯びるよりも、純粋なまゝの情動を表出するほうがはるかに容易だということを、ほとんど知らないのである。偽りの仮面は、患者によってすぐに見透かされてしまう。そして患者にとって、それは偽装でしかなく、悲しい情況の分けもちは取られないのだ。

家族メンバーがこれら的情動を患者と分かち得るならば、彼らは迫りくる別離という現実へ徐々に直面してゆき、患者とともに別離の受容に達することができる。家族に

とっておそらくもっとも痛恨きわまりない一時期は、患者が家族をも含めた彼自身の世界からゆっくりと自分自身を引き離していく最後の段階であろう。自分自身の死に平安と受容をみいだした臨終の人は、一步また一步と、最愛の人々をも含めたわが環境から、みずからを引き離していかなければならない、それを家族の人たちは理解しないのである。

患者が、あともう数人の友人にしか訪ねて来てもらいたくないといい、つぎには子どもたちと会いたいといい、最後には妻にだけ来てもらいたいというようになる——これは患者が徐々にみずからを引き離していくやり方なのだと理解しなければならない。

この引き離しがしばしば、ごく近い家族に拒絶と解釈される。わたしたちは、この正常で健康的な引き離しにドラマチックに反応した夫や妻たち数人に出会っている。わたしは、この人たちにつぎのことを理解させることができれば非常な奉仕になるとと思っている。それは自分の死までの幾段階かを通過していくた患者だけが、このような平安の裡に静かに自分自身を引き離していくという事実をである。それがわかれば、引き離しは近親にとって安堵と慰藉の源泉となり、悲嘆と憤りとのそれではないはずである。

家族が最大の支援を必要とし、患者がもっとも支援が少なくてすむのはこの時点である。だが患者を放っておくべきだという意味ではない。わたしたちはいつでもすぐ駆けつけてやらねばならない。しかし受容とデカセクシス(精神エネルギーを対象物から引き離すこと)というこの段階に達した患者は、多くのケースでは、人間関係というものはほとんど要らないのだ。この引き離しの意味を家族に説明してやらないと、問題が発生てくる。

高齢者の死について

もっとも悲劇的な死はおそらく——きわめて若い人の死を別とすれば——家族の立場でそれを見た場合の高齢者の死であろう。数世代がともに住んでいる場合にしろ、別々に住んでいる場合にしろ、各世代はそれぞれの生活を営み、それぞれのプライバシーを持ち、それぞれの世代に適した欲求充足のされ方をする、必要と権利をもっている。

老人たちが、われわれの経済システムから見て、その有用性を超過して生きのびているものであることはたしかである。だが、それゆえにこそまた一方において、その余生を威厳と平和のうちに生き尽くす権利を獲得しているともいえるのである。そして、かれらが心身ともに健康であり、自立できる経済力があるならば、これはまったく可能であろう。

しかしながらわたしたちは、それが不可能なたくさんの男女の老人を見てきている。かれらは、肉体的、あるいは情動的に障害者となっており、しかも家族が老人たちに送ってもらいたいと望むような水準での品位ある老後生活を送るためには莫大な金が要り、それがないという氣の毒な状態にある。このとき家族はむづかしい決定を迫らせられる。老人の最後のために、借入れ金から、老人が隠退のためにしておいた貯金

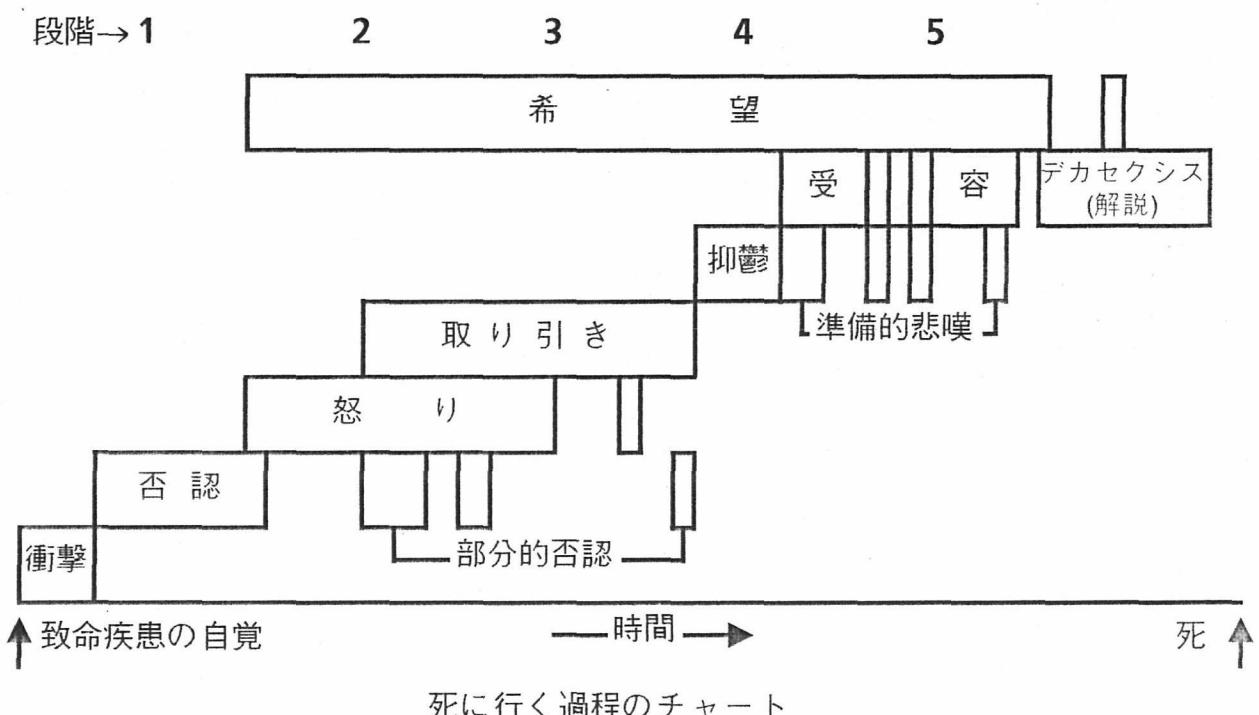
まで、利用できる金全部を動員すべきか否かということである。

老人の悲劇はおそらくつぎの点にある。持っている金を全部だし、それに金融上での犠牲までもして、生活条件の改善は望めず、たかだか最低生活レベルを維持できるにとどまるということだ。そこへもし医療を受けなければならなくなれば、その費用は莫大なものとなり、家族としてはしばしば、すみやかな苦痛のない死を願うということになる。(しかもそれをあからさまに口にだしていくことができない)。そしてそのような願望が罪責感を生むことは明らかである。

死にゆく過程チャート

わたしたちの患者のすべては、悪い報せに対しほとんど同じ反応のしかたをした。それは致命疾患のニュースを宣告されるときの典型的な反応であるばかりでなく、なにか大きな不測のストレスに遭遇するときの人間の典型的な反応ともみられる。すなわち、衝撃と不信という反応である。わたしたちの患者のほとんどは否認を使った。否認は短くは数秒から、長いときは数か月、数十か月にわたった。

この否認は全面的否認ではない。否認のあとは怒りと憤りが支配した。それはいろいろなかたちで現れた。動くことのできる人々への羨望もそのひとつの形式である。この怒りは、スタッフや家族の反応によって部分的に正当化され、また強化された。周囲の人たちがこの怒りを個人的に受けとらずに許してやれば、患者は大いに助けられ、一時的な取り引き段階に達し、ついで抑鬱(準備的悲嘆)が続く。抑鬱は最終的受容への踏み石である。



上の図が示すように、これらの段階は入れ代わることはできず、必ず隣りあい、ときには重なりあっている。こうして多くの患者は、なんら外部からの助けを受けることなく、最終的受容へ達していった。だがそうでない人々は、これらの各段階を通過し

て平安と威厳のうちに死んでいくためには、他からの助力が必要であった。病気の段階がどうであれ、対処機制がどの段階であれ、患者は最後の瞬間までなんらかのかたちで希望を持ち続けていた。チャンスをほのめかされることなく、希望を与えることなしに致命疾患を告げられた患者は、最悪の反応を示し、そうした残酷な告げ方をした人とは決して和解することがなかった。わたしたちの患者に関するかぎり、どの人もなんらかの希望を持っていた。わたしたちはこれを忘れるべきではない! 希望の形は、新発見、研究室、検査室における新しい知見、新薬、新血清などさまざまである。あるいは神による奇跡の期待とか、X線写真あるいは病理スライドがほんとうは他の人のものであるかもしれないという期待、あるいは自然治療に希望を託すこともある。わたしたちが同意するかたちの希望であるなしにかかわらず、とにかく希望はつねに持ち続けられなければならないということである。

患者はその悩みごとをわたしたちに打ち明け、死と死ぬことについて自由に話したけれども、かれらもまた、話題を変えたいとき、もっと陽気なことへ戻りたいとき、そのサインを送ってきた。またかれらはすべて、その感情を吐き出すことはよいことだと認めていた。そして対話の時期、継続時間については、すべての患者に自分で選択したいという欲求があった。

早い段階でわたしたちの知り得た患者の内的抗争と防衛機制とから、かれがその最終危機に際してどんな形の防衛機制を強力に使うかは、ある程度まで予測することができた。一般的にいって、教育程度が低く、知性の低い、社会的な絆と職業上の義務の少ない単純な人々のほうが、物質的な豊かさ、快適な生活環境、多くのつきあいと人間関係とを失うこととなる富裕階級の人々よりも、この最終危機に困難なく直面することができたようである。一生を苦労とはげしい労働のうちに過ごした人、子どもたちを育てあげた人、自分のなしとげた仕事に満足している人々のほうが、平安と威厳とをもって死を受容することがより容易であったようである。

これに対して、一生を野心的に周囲環境を支配してきた人、物質的な財を蓄積してきた人、社交的なつきあいは非常な多数にのぼりながらも、生の終わりにあたって助けとなるような有意味な人間関係の少ない人などは、死の受容が容易ではないようであった。

宗教的信念と死の難易

宗教心の篤い患者も、宗教を持たない患者とたいして違いはないようにみえた。宗教心の篤い人とは何か、この定義が明瞭でないため、その違いの識別がむずかしかったのかもしれない。ただしいえることは、心の底からの強い信仰をもった真に宗教心が篤い人は、わたしたちの見たかぎりではきわめて少なかったということである。この少ない人々はその信仰に助けられた。かれらは、これまたきわめて少数の真の意味の無神論者と、対照的であった。そして患者の大多数はこの中間にあった。なんらかの宗教的信念は持ちながらも、その信念は、内的抗争と恐怖から解放してくれるほど強くはなかつたのである。

患者が受容と最終的デカセクシスの段階に達したとき、外部からの干渉はもっとも深

刻な動搖をひき起こし、そのため数人の患者は平安と威厳のうちに死ぬことを妨げられた。この動搖は死が近づいていることの信号である。数人の患者の例では、わたしたちはこれを感知して死の近いことを予測することができた。医学的見地からは、まったくあるいはほとんどその徴候がないのにである。患者は、かれに死が近づいていることを告げる、深層部のある生得的な信号システムに反応するのである。わたしたちは、患者がどんな精神生理学的信号を認知するのかまったく知らないのだが、これらの徴候をキャッチすることはできる。わたしたちが患者に対話を求めるとき、患者はかれの自覚を認知することができる。そしてしばしば、その自覚を、わたしたちにいまそこへ腰かけてくれと頼むことによってコミュニケーションするのである。患者は明日ではおそすぎることを知っているからだ。わたしたちは、心を鋭敏に研ぎすまし、患者のこのような意志表示に気づかなければならない。それに気づかないようであれば、まだ間に合うあいだにかれらに耳を傾けるという、唯一無二の機会を失うことになるであろう。