

# 転移再発がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因

## Psychological factors that avoid the mental collapse of cancer patients with a metastasis or a relapse

市村操一・杉原一昭

(東京成徳大学)

小久保 正昭

(東京成徳大学大学院)

*Souichi ICHIMURA*    *Kazuaki SUGIHARA* (Tokyo Seitoku University)

*Masaaki KOKUBO* (Graduate School of Psychology, Tokyo Seitoku University)

### 要 約

本研究では転移再発したがん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因を明らかにすることを目的とした。分析対象は、がん患者のうち転移再発した患者3人(男性2人、女性1人、平均年齢54.7歳)とした。また、分析方法としてはStrauss & Corbin (1990)のGrounded Theory Approachを準用した。その結果、転移再発したがん患者の心理機制カテゴリーとして、「精神的崩壊の危機」、「精神的崩壊の回避」、「自己統合性の保持」が生成された。「精神的崩壊の危機」に関しては、予期型緊張高揚、疑念型緊張高揚、衝撃型緊張高揚、抑うつ型緊張高揚、絶望型緊張高揚という5つのサブカテゴリーが生成され、「精神的崩壊の回避」に関しては、感情吐露型緊張低減、受容型緊張低減、希望型緊張低減、経時型緊張低減という4つのサブカテゴリーが生成された。また、「自己統合性の保持」に関しては、感情吐露型緊張解放、総合性保持型緊張解放という2つのサブカテゴリーが生成された。

**キーワード:** 転移再発、がん患者、精神的崩壊、心理機制、Grounded Theory Approach

### 問題と目的

Kübler-Ross (1969)は「死にゆく人の心理過程」として、否認、怒り、取り引き、抑うつ、受容という5つの反応段階をあげ、末期患者が心理的にどのように変化し死を迎えるかのプロセスについて提唱した。それ以降、それをめぐるさまざまな批判や新たな見解がでてくる(Shneidman, 1973; Buckman, 1988; 柏木, 1990; 上野, 1984)。しかし、Kübler-Rossの理論にしても、また、

それに対する批判や新たな見解にしても、がん患者がどのような心理的反応を示し、どのような心理のプロセスをたどるかについては提唱しているが、転移再発して精神的な危機的状况に遭遇したときに機能する心理機制については明らかにしていない。

がん患者は自覚症状を認知したり告知を受けた場合、大きな衝撃を受けるのはもちろんのことであるが、それでも、まだ、適切な手術で罹患部位を摘出できれば完治する可能性は大であるのでは

ないかと希望を持ち続け、幾ばくかの不安を抱きつつも、自己の死に関して現実感覚を持って捉えない傾向にある。しかし、再発や転移を告知されたときは、それまでの状況とは大きく変わる。すなわち、再発や転移の告知により一縷の望みもことごとく打ち砕かれ、精神的崩壊の危機に直面することになる。再発の衝撃を受けて精神的崩壊を回避する機能が一時的に停止するため、赤裸々な葛藤や抑うつ、絶望などの心理的反応が表出されるものと考えられる。

そこで、本研究では、転移再発したがん患者の心理的反応や心理的プロセスの分析に基づき、「転移再発がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因」について明らかにすることを目的とし、また、「精神的崩壊の危機を回避するために、どのような心理機制が機能するのか」をリサーチ・クエスチョンとした。精神的崩壊とは衝撃的な出来事により、それまでの心的安定が保持できない状態であり心理学的背景を持った概念である。なお、転移 (metastasis) とは、がん細胞がリンパ液や血液の流れに乗って他の臓器に移動し、そこで成長したものをいう。がん組織を手術で全部切除できたように見えても、その時点ですでにがん細胞がほかの臓器に移動している可能性があり、手術した時点では見つけられなくても時間がたってから転移として見つかることがある。また、再発 (relapse) とは、手術や抗がん剤治療の効果で目に見える大きさのがんがなくなった後、再びがん組織が出現することをいう。再度手術できる場合はまれで、化学療法による治療が一般的である。

## 方 法

### 1. 研究協力者

がん患者のうち転移再発した患者3人(男性2人、女性1人、平均年齢54.7歳)を分析対象とした。なお、研究協力者の詳細は次のとおりである。

#### (1) データ1

- ・昭和34年生 男 発病時35歳 面接時45歳  
再手術後10年経過
- ・既婚 子ども2人
- ・がんの種別はセミノーマ(睾丸がん)である。比較的完治する確率の高いがんであるが、睾丸の摘出時には既に腹部の大動脈周囲及び頸動脈のリンパ節に転移していた。睾丸を摘出後、抗がん剤治療により腫瘍箇所を縮小化させ、その後、さらに腫瘍箇所を摘出した。

#### (2) データ2

- ・昭和14年生 女 発病時57歳 面接時66歳  
再手術後7年経過
- ・既婚 子ども1人
- ・がんの種別は卵巣がん・脾臓がんである。摘出手術し、その後、抗がん剤治療を受けた。しかし、抗がん剤により不眠症になったため抗がん剤治療を3回で打ち切った。その後、脾臓とリンパ節に転移したため再度、摘出手術をした。

#### (3) データ3

- ・昭和28年生 男 発病時25歳 面接時52歳  
再々手術後24年経過
- ・既婚 子ども3人
- ・がんの種別はセミノーマ(睾丸がん)である。睾丸の摘出手術したが、その後、リンパ節に転移していることが判明したため再手術によりリンパ節を清除した。しかし、リンパ節清除の手術が不調で再発したため抗がん剤治療により腫瘍箇所を縮小化させてからリンパ節を再度、清除した。その後、摘出手術が原因で腸閉塞を起こし再々度手術した。さらに、腸閉塞の手術後、再度、腸閉塞を起こしたが、針灸により奇跡的に回復した。

### 2. 実施期間及び実施場所

データを収集した期間は2005年6月から2005年12月までである。がん患者に対して1時間程度、

自宅やホテルのレストランなど話しやすい静かな場所でインタビューを実施した。なお、依拠すべき理論がない状況下で幅広いデータ収集を可能にし、かつ、がん患者自身の認識を重視するため、インタビューに際しては半構造化面接を採用した。また、インタビューの録音は研究協力者の了解を得て行った。

### 3. 分析方法

インタビュー・データをデータに即した形でまとめ上げていくのに適している点を考慮して Grounded Theory Approach を準用し、概念生成などについては木下（1999）のミニ版グラウンデッド・セオリーを参照した。転移再発がん患者の心理機制カテゴリーを生成する手順について具体的に示すと次のとおりとなる。

- ①収集したインタビュー・データの中から精神的崩壊の危機的状況における心理的反応が示されている箇所（主に段落）を抽出し、それらの心理的反応に概念のラベル付けをする。
- ②それらのラベル付けされた概念を比較分析しそれらの心理的反応を生み出す心理機制に関する仮のカテゴリーへ統合していく。
- ③①と②を繰り返す、得られたカテゴリーとデータを継続的に比較分析して、カテゴリーを修正・検証していく。
- ④③の手続きにより得られた最終的なカテゴリーを選択し、カテゴリー及びカテゴリー同士の関連から理論・モデルを生成する。

### カテゴリーの生成過程

#### 1. 概念のラベル付け

がん患者は自覚症状を認知したり医師から告知を受けると心的緊張が高まって精神的崩壊の危機に直面し、さまざまな心理的反応を示す。特に、転移再発を告知された場合には、より大きな衝撃を受け心的緊張も極限状態に達する。そこで、転

移再発したがん患者へのインタビュー逐語録の中から精神的崩壊という危機的状況における心理的反応が表現されている箇所（主に段落）を抽出し、それらに「概念」のラベル付けを行った。「概念のラベル付け」の過程の一部を示したのが Table 1（データ1の場合）である。他のデータについても、同様の方法で概念のラベル付けを行った。

#### 2. カテゴリーへの統合

上記の手続きにより転移再発がん患者の心理的反応から生成された概念をカテゴリーへと統合した。また、カテゴリーの作成にあたっては、本研究の目的である「転移再発がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因」という観点から、まず、暫定的に心理機制カテゴリーを作成した。「カテゴリーへの統合」の過程の一部を示すと、Table 2 のとおりとなる。なお、Table 2 に示した概念は、実際に生成された概念のごく一部である。実際に分析するに当たっては、数多くの概念を一つのカテゴリーにまとめた。

Table 2 に示した心理機制カテゴリー（A～C）を解説すると、以下のとおりとなる。

- A「精神的崩壊の危機」とは、衝撃的な出来事に遭遇して心的緊張が高まった状態のことである。がん患者は医師から告知を受けたり術後の経過が不調であったりするなど衝撃的な出来事に遭遇すると不安や恐怖を抱く。不安や恐怖の増大とともに心的緊張が高まり心的安定が保持できず、精神的崩壊の危機に直面することになる。
- B「精神的崩壊の回避」とは、精神的崩壊という危機的状況から脱して心的緊張が低減された状態のことである。がん患者は告知されて心的緊張が高まるとその現実を否認したり怒りの感情を医師や看護師、家族などにぶつけたり、予後に対して期待を抱くなど心的緊張を一時的に低減させ、精神的崩壊の危機を回避しようとする。

C「自己統合性の保持」とは、精神的崩壊の危機とその回避が螺旋的に発展する段階を経て最終的に心的緊張から解放された状態のことである。がん患者は、精神的に崩壊する危機

の状態とその危機を回避する状態を循環的に繰り返し螺旋的に発展する段階を経て、より高次の心的安定段階に至る。

Table 1 「概念のラベル付け」の例（データ1）

No	がん患者の心理的反応データ	概念
1	お風呂に入ったときに、下腹部、睾丸が重い感じがした。ボールが当たっちゃったときに、しばらくたってからの痛みみたいな、ちょっと重苦しいような感じがして、でかいんですよ、片方だけが。	症状自覚による動揺
2	『実はこれは細胞が悪化して腫瘍で、教科書的にもう直ぐに取るべきものなんですよ』って、言われたんですよ。そんなとき、『えっ』という感じですよ、やっぱりね。頭は真っ白になっちゃって。まずは、今日は仕事に行けないとか。『まあ、はっきり言って、がんの一種です』とか言われて。	告知による衝撃
3	ただ、『教科書的に治療すれば、かなりの確率で助かるものなんですよ。この病気はこの薬とこの治療法をやれば、ほぼ完治するんですよ。ただ、申し訳ないけれど、右の睾丸は取らせてもらいますよ』と。そういうふうに言われて。	完治への希望
4	『これ見て下さい。これは転移巣ですよ。ここは大動脈があって、大動脈の傍らにリンパ節がある。ちょうど足にいくやつですよ。そこが中心となっていて、そこに転移していて、こんだけでかくなっちゃったんですよ』と。	転移告知による動揺
5	初日、睾丸を取った翌日あたりに家族呼ばれて、治療スケジュールを聞いたんですよ。『これは教科書的にもここ数年、確立されたもので、それをやれば、ほぼ、あなたの場合だったら大丈夫でしょう』というふうに言われて。でもね、ほんとにかなり細かい説明だったんですよ。	予後への希望
6	お腹を切る話を自分で想像膨らませていくわけよ。膨らんじゃうわけよ、勝手に。腹切ったら痛いだろうとか。ほんとに小さくならなかったらどうしようとか、手術がうまくいかなかったらどうしようとか、他に転移したらどうしようとか。	増大する不安
7	最悪死んじゃった場合とか、ずっとこのまま、しばらく長く病院にいったときに、職場復帰もできなくて、女房子どもどうしようかっていう心配がありますよね。	死の意識化
8	結局、半年間入院してたんですけど、身近にいるのは看護婦さんじゃないですか。余命なんか告知された人なんか、一言一言が重いんですよ、やっぱり。なんで、あんなに腹立ってたんだか分かんなかったんですけどね—精神的に一番揺れてたときだったからかもしれないけど、その看護婦さんだけは絶対許せないと思ったんですよ。	看護婦への怒り
9	再発は気にはなりましたがね。その5年目ぐらいときも、『同じようにあるけど、別に大きくなってないんだから大丈夫だね』という話だったんですけどね。そうこうしているうちに5年以上経っちゃったんだけど。一番、気になったことで、取り残しがどっかにあって、違うところにまた再発するとかね。	再発の不安
10	治らないんじゃないかとか、死んじゃうんじゃないかというところまでは考えは及ばなかったですね。お陰様で、そんなには。絶対治るんだとは思ってました。信じきってました。	完治への信念
11	価値判断が変わり、吹っ切れたところもあるしね。別に、この人に嫌われても俺は思うほうをやると、というところとかね。	価値観の変化
12	サッカーの試合に行った時、髪の毛、まだ生えてなくて、毛糸の帽子かぶってきー、行ったんだよ。興奮してね、子どもまだ、ちっちゃいじゃないですか、点が入ったとき、上に万歳、持ち上げたらさ、手術したところがピリピリしてして、さけたかと思ってね。腹がさけたー、ハハハハ。あんときは、戻ってきたなと思ったかねー、実感として。	生還への感慨

Table 2 「カテゴリーへの統合」の例

No	概念の代表例	心理機制カテゴリー
1	発病の予期（データ2） がんの予期（データ3） 症状への疑念（データ2） 症状への不安（データ3） 転移告知による動揺（データ1） 再発の衝撃（データ3） 再発の不安（データ1） 転移への恐怖（データ3） 死の意識化（データ1）	A. 精神的崩壊の危機
2	看護婦への怒り（データ1） 医師への怒り（データ2） 転移に対する怒り（データ3） 死の受容（データ2） 死の覚悟（データ3） 完治への信念（データ1） 夫への感謝（データ2） 予後への希望（データ3） 不安の消滅（データ2） 手術の忘却（データ2）	B. 精神的崩壊の回避
3	価値観の変化（データ1） 生還への感慨（データ1） 生きる姿勢への影響（データ2） がん体験の自己開示（データ3）	C. 自己統合性の保持

### 3. カテゴリーの修正・検証

以上の分析では、データ1～3を用いた結果、3つの暫定的な心理機制カテゴリーが生成された（Table 2）。それらの心理機制カテゴリーを再度、データ1～3にあてはめ、それらのデータを適切に説明できるかどうか詳細に検討した。その結果、それらの心理機制カテゴリーに関しては妥当であるが、それぞれにサブカテゴリーの生成が必要であると判断された。サブカテゴリー生成の手順は、データとモデルの「絶えざる比較」（Strauss & Corbin, 1990）により行った。

#### 1) 「精神的崩壊の危機」に関するサブカテゴリーの生成

転移再発したがん患者は、告知による衝撃や再発への不安などにより心的緊張が高揚し、精神的崩壊の危機に直面することになる。そこで、転移再発がん患者の心理的反応を詳細に分析したとこ

ろ、「精神的崩壊の危機」に関しては、「予期型緊張高揚」「疑念型緊張高揚」「衝撃型緊張高揚」「抑うつ型緊張高揚」「絶望型緊張高揚」という5つのサブカテゴリーが生成された。

#### 2) 「精神的崩壊の回避」に関するサブカテゴリーの生成

心的緊張が高揚し精神的崩壊の危機に直面したがん患者は、事実を否認したり不安や恐れを家族や医師にぶつけて感情を吐露（Catharsis: Breuer, 1895）したりして心的緊張を低減させ、精神的崩壊の危機を回避し心的安定を回復しようとする。そこで、転移再発がん患者の心理的反応を詳細に分析したところ、「精神的崩壊の回避」に関しては、「感情吐露型緊張低減」「受容型緊張低減」「希望型緊張低減」「経時型緊張低減」という4つのサブカテゴリーが生成された。

#### 3) 「自己統合性の保持」に関するサブカテゴ

リーの生成

がん患者は精神的崩壊の危機的状態とその危機を回避する状態を循環的に繰り返し螺旋的に発展する段階を経て、自己統合性が保持されている高次の心的安定段階に至り、心的緊張から解放されていく。そこで、転移再発がん患者の心理的反応を詳細に分析したところ、「自己統合性の保持」に関しては、「感情吐露型緊張解放」と「統合性保持型緊張解放」という2つのサブカテゴリーが生成された。

カテゴリーがどのデータ（1～3）から生成されたものを示したのが Table 3 である。

Table 3 から明らかであるように、すべてのデータから生成されたサブカテゴリーは、②疑念型緊張高揚、④抑うつ型緊張高揚、⑥感情吐露型緊張低減、⑦受容型緊張低減、⑧希望型緊張低減、⑩感情吐露型緊張解放及び⑪統合性保持型緊張解放である。また、心理機制カテゴリーについては、すべてのデータからA精神的崩壊の危機、B精神的崩壊の回避、C自己統合性の保持が生成された。

以上の結果、心理機制カテゴリー及びサブカテゴリーを最終的にまとめたものが Table 4 である。

4. 最終的なカテゴリーの選択

以上の分析を通じて、3つの心理機制カテゴリーと11つのサブカテゴリーが生成された。これらの

Table 3 各データにおける心理機制カテゴリー及びサブカテゴリー

心理機制カテゴリー	サブカテゴリー	データ1	データ2	データ3
A. 精神的崩壊の危機	①予期型緊張高揚		○	○
	②疑念型緊張高揚	○	○	○
	③衝撃型緊張高揚	○		○
	④抑うつ型緊張高揚	○	○	○
	⑤絶望型緊張高揚	○		○
B. 精神的崩壊の回避	⑥感情吐露型緊張低減	○	○	○
	⑦受容型緊張低減	○	○	○
	⑧希望型緊張低減	○	○	○
	⑨経時型緊張低減		○	
C. 自己統合性の保持	⑩感情吐露型緊張解放	○	○	○
	⑪統合性保持型緊張解放	○	○	○

表中の○印は、当該データにおいて、その心理機制サブカテゴリーが生成されたことを表している。

Table 4 最終的な心理機制カテゴリー及びサブカテゴリー

心理機制カテゴリー	サブカテゴリー	サブカテゴリーの解説
A. 精神的崩壊の危機 衝撃的な出来事に遭遇して心的緊張が高まった状態	①予期型緊張高揚	がんの家系であるため自分もいずれがんになるのではないかと一抹の不安を抱いたり、病歴によりがんになる可能性が高いのではないかと危惧を抱くことにより、心的緊張が極めて漠然と高まりつつある状態で機能する
	②疑念型緊張高揚	発病の自覚症状や転移・再発の徴候などにより、「もしかしたら」と発病の可能性や予後に対する疑念や不安を抱き、心的緊張が漠然と高まった状態で機能する
	③衝撃型緊張高揚	医師からの告知や検査結果などにより衝撃を受け、心的緊張が明確に高まった状態で機能する
	④抑うつ型緊張高揚	自覚症状が明白で現実を否定できなかつたり、予後に対して希望を持たなかつたりして抑うつ感情や葛藤を抱き、心的緊張が一段と高まった状態で機能する
	⑤絶望型緊張高揚	死を意識することにより明確に危機感や絶望感を抱き、心的緊張が極度に高まった状態で機能する
B. 精神的崩壊の回避 精神的崩壊という危機的状况から脱して心的緊張が低減された状態	⑥感情吐露型緊張低減	怒りの感情を医師や看護師、家族にぶついたり予後を嘆き悲しむなど感情を吐露することにより心的緊張を低減させ、心的緊張を一時的に解放させるために機能する
	⑦受容型緊張低減	予後に対して不安や葛藤を抱きながらも現状をありのまま受け入れることにより心的緊張を低減させるために機能する
	⑧希望型緊張低減	症状が緩和したり医師の説明により安堵するなど予後に対して緩解の希望を抱くことにより心的緊張を低減させるために機能する
	⑨経時型緊張低減	時間の経過に伴い不安が漸進的に解消することにより心的緊張が低減した状態で機能する
C. 自己統合性の保持 精神的崩壊の危機とその回避が螺旋的に発展する段階を経て最終的に心的緊張から解放された状態	⑩感情吐露型緊張解放	怒りや悲嘆の感情を吐露することにより心的緊張から一時的に解放された状態で機能する
	⑪統合性保持型緊張解放	心的緊張の高揚や低減を繰り返す心理的プロセスを経て、心的緊張から解放され自己統合性が保持されている状態で機能する

## 考 察

### 1. 生成されたカテゴリーと先行研究との比較

以上の結果、本研究で生成された心理機制カテゴリー及びサブカテゴリーを先行研究（Kübler-Ross, 1969; Shneidman, 1973）と比較したものが Table 5 である。

Kübler-Ross は「死にゆく人の心理過程」として、「否認」、「怒り」、「取り引き」、「抑うつ」、「受容」という5つの反応段階をあげ、最後の瞬

間まで何らかの形で「希望」を持ち続けるとし、末期患者が心理的にどのように変化し死を迎えるかのプロセスについて提唱している。また、Shneidman は Kübler-Ross が提唱した5つの段階のうち、最初の4つの段階を「受容」の段階へと移行する「否定的感情」として特徴づけている。

本研究では、転移再発がん患者の心理的反応を分析した結果、心理機制カテゴリーとして「精神的崩壊の危機」が生成され、そのサブカテゴリーとして「予期型緊張高揚」「疑念型緊張高揚」「衝

Table 5 生成されたカテゴリーと先行研究との対応

心理機制カテゴリー及びサブカテゴリー		Kübler-Ross (1969)	Shneidman (1973)
カテゴリー	サブカテゴリー		
A. 精神的崩壊の危機	① 予期型緊張高揚		
	② 疑念型緊張高揚		
	③ 衝撃型緊張高揚	衝撃	
	④ 抑うつ型緊張高揚	抑うつ	否定的感情
	⑤ 絶望型緊張高揚		
B. 精神的崩壊の回避		否認	否定的感情
	⑥ 感情吐露型緊張低減	怒り	
		取り引き	
	⑦ 受容型緊張低減	受容	受容
	⑧ 希望型緊張低減	希望	
C. 自己統合性の保持	⑨ 経時型緊張低減		
	⑩ 感情吐露型緊張解放		
	⑪ 統合性保持型緊張解放		

撃型緊張高揚」「抑うつ型緊張高揚」「絶望型緊張高揚」が生成された。また、心理機制カテゴリー「精神的崩壊の回避」が生成され、そのサブカテゴリーとして「感情吐露型緊張低減」「受容型緊張低減」「希望型緊張低減」「経時型緊張低減」が生成された。さらに、心理機制カテゴリー「自己統合性の保持」が生成され、そのサブカテゴリーとして「感情吐露型緊張解放」「統合性保持型緊張解放」が生成された。

## 2. 転移再発がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因

本研究の結果を踏まえ、「転移再発がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因のモデル」をダイアグラムで表すと、Fig. 1のとおりとなる。

がんの家系であるため自分もいずれがんになるのではないかと一抹の不安を抱いたり、病歴のためがんになる可能性が高いのではないかと危惧を抱くことにより、心的緊張が極めて漠然と高まることある（予期型緊張高揚）。また、がんの自覚症状により、「もしかしたら」と発病の可能性

に対する疑念や不安を抱き、心的緊張が漠然と高まっていく（疑念型緊張高揚）。そして、細胞の検査時において、自覚症状が明白で現実を否定できなかったり将来に対して希望を持てなかったりすると、心的緊張がさらに高まり抑うつ感情や葛藤を抱くようになる（抑うつ型緊張高揚）。それでも、がんではないことを切望することにより希望を見出そうとする（希望型緊張低減）。

しかし、医師からがんであることを告知されると強い衝撃を受け心的緊張が急激に高まっていく（衝撃型緊張高揚）。その心的緊張は外科的手術や抗がん剤投与などの治療を前にして一段と高まり抑うつ感情や葛藤を抱くようになる（抑うつ型緊張高揚）。また、死を意識することにより明確に危機感や絶望感を抱き、心的緊張が極度に高まっていく（絶望型緊張高揚）。その抑うつ感情や不安を払拭するため、家族や医師、看護師に対して怒りの感情をぶつけて心的緊張を低減させる（感情吐露型緊張低減）。このように、強い抑うつ型緊張高揚や絶望型緊張高揚に対しては、その心的緊張を強く低減させる必要があるため心的緊張を



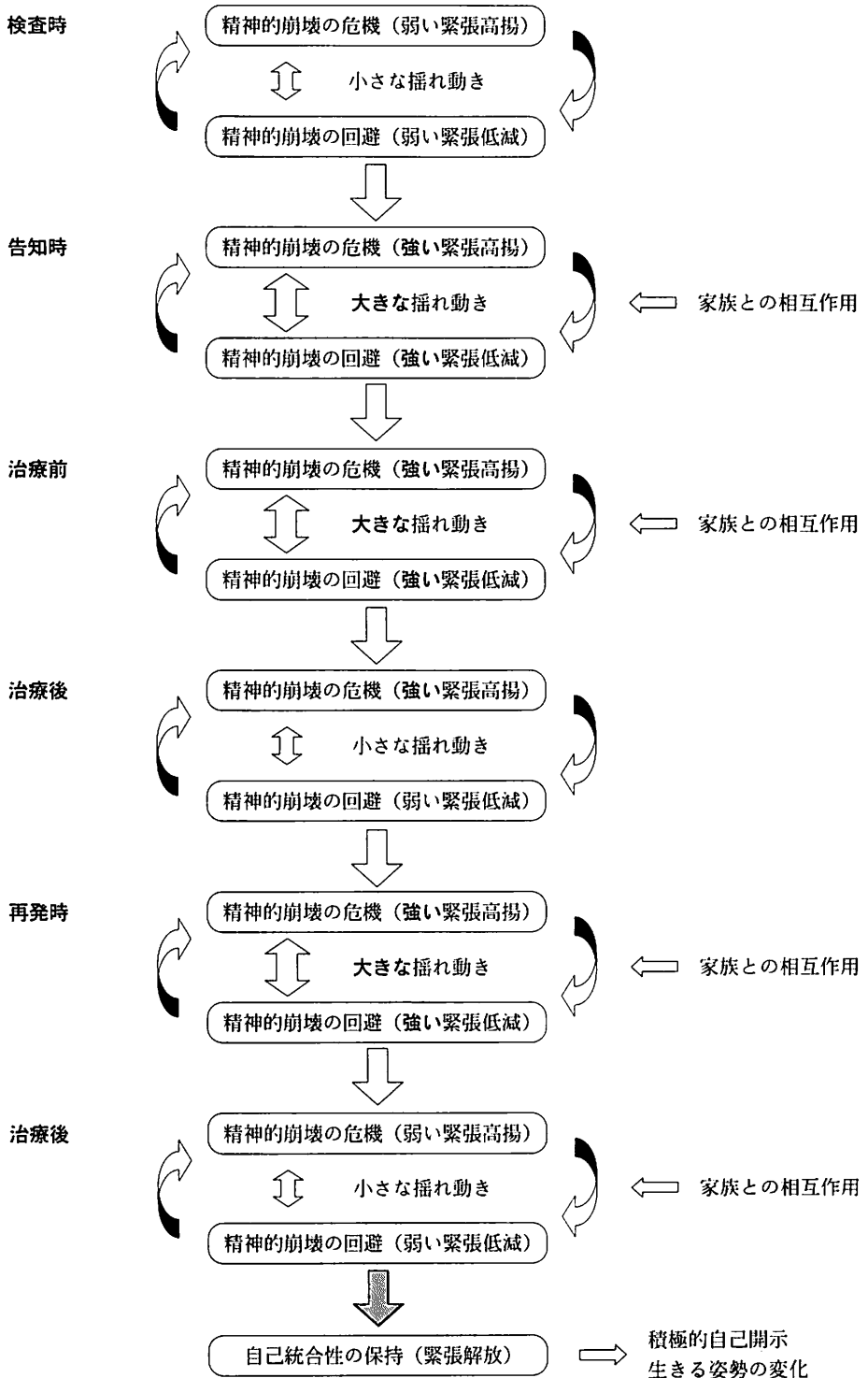


Fig. 1 転移再発がん患者の精神的崩壊を回避する心理的要因のモデル

強く低減させる感情吐露型緊張低減が機能するものと考えられる。

治療が一応の成果を収めたことにより治療直後においては、精神的崩壊の危機的状況を回避し心的緊張から一時的に解放される。しかし、医師からの告知により再発や転移の事実が明白になると心的緊張が再び高まり抑うつ感情や葛藤を抱く(抑うつ型緊張高揚)が、その心的緊張も再治療の成功とともに低減していく。

また、再治療後においても再発や転移など予後に対して不安を抱くと、心的緊張が再び高まり抑うつ感情や葛藤を抱くようになる(抑うつ型緊張高揚)。しかし、それまでの精神的崩壊の危機や回避の経験を踏まえ、予後に対する不安や葛藤を抱きながらも心的安定を保持して現状を受け入れ(受容型緊張低減)、予後に対して希望を抱くこと(希望型緊張低減)により、高まった心的緊張を低減させていく。このように、再治療後における抑うつ型緊張高揚に対して受容型緊張低減や希望型緊張低減が機能するのは、それまでの精神的崩壊の危機を乗り越えた経験の効果によるものと考えられる。

がん患者は治療が成功しても、5年が経過するまでは転移再発への不安や恐怖を抱えていることが多い。しかし、治療後5年が経過すると生存率が平坦化するため転移再発への不安や恐怖から比較的解放されやすくなる。時として予後への疑念や再々発への不安を抱くこともあるが、時間の経過に伴い不安が漸進的に解消し心的緊張から解放され(経時型緊張低減)、自己統合性が保持されていくものと考えられる(統合性保持型緊張解放)。

以上のことから明らかなように、精神的崩壊の危機と回避は直線的に移行するのではなく螺旋的に発展していく。すなわち、精神的崩壊の危機と回避は検査時以降、告知時や再発時などにおいて幾度となく繰り返されるが、各治療プロセスにおける危機と回避は質的に異なり高次元なものへと発展していく。また、治療前後を問わず、一度、

心的緊張を抱くとその心的緊張は次第に高まり、精神的崩壊の危機における心理機制は、予期型緊張高揚、疑念的緊張高揚、衝撃型緊張高揚、抑うつ型緊張高揚、絶望型緊張高揚へと推移していく。さらに、予期せぬ衝撃的な出来事に遭遇したがん患者の心理機制は精神的崩壊の危機と回避の間で揺れ動くのが特徴であり、特に、告知時以降、治療前や再発時では、その揺れ動きは大きなものとなっている。また、大きな揺れ動きとともに、家族との相互作用が頻繁に見出されている。

#### 引用文献

- Buckman, R. 1988 *I DON'T KNOW WHAT TO SAY*. Ontario: Lucinda Varder Literary Agency Ltd. (上竹正躬 訳 1990 死にゆく人と何を話すか メジカルフレンド社)
- 柏木哲夫 1990 求められる精神的援助の実際 日本臨床精神腫瘍学会誌, 2, 61-64
- 木下康仁 1999 グラウンデッド・セオリー・アプローチ 弘文堂
- Kübler-Ross, E. 1969 *On Death and Dying*. New York: Macmillan Company. (川口正吉 訳 1971 死ぬ瞬間 読売新聞社)
- Shneidman, E. S. 1973 *Death of Man*. New York: The New York Times Book Co., Inc. (白井徳満・白井幸子・本間修 訳 1980 死にゆく時そして残されるもの 誠信書房)
- Strauss, A. L., & Corbin, J. 1990 *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage. (南裕子 監訳 1999 質的研究の基礎: グラウンデッドセオリーの技法と手順 医学書院)
- 上野郁子 1984 末期癌患者の心理過程についての臨床精神医学的研究 精神神経学雑誌, 86, 787-812