

Title	現代医療・医学における希望問題：デス・エデュケーション,ターミナル・ケア,精神神経免疫学
Sub Title	Problem concerning hopes in medicine and medical care in the modern Japan
Author	西村, 義人(Nishimura, Yoshihito)
Publisher	三田哲學會
Publication year	1994
Jtitle	哲學 No.97 (1994. 7) ,p.13- 40
JaLC DOI	
Abstract	In this paper, the author review comments concerning hopes which are described in the literature (including Japanese-translated foreign literature) about the medicine and medical care in the modern Japan, and make it clear in the following two parts that hopes play a major role at every stage of diseases. (1) On the basis of the psychoneuroimmunological finding that hope has immunological effects, there is a therapy incorporating invoking patient's hopes. For example, in Simonton-approach, a therapist tries to share with a patient with cancer a hope that hoping recovery enhances recovery. In this approach, a mental imagery to visualize recovery plays an important role as a method for invoking hopes. However, of course, there is a slight possibility of disappointment, therefore mental care based on the following philosophy of hope is necessary. "An hope having no possibility of disappointment is not a true hope." (2) Elisabeth Kibler-Ross says that when a patient's hope changes into a hope of life after death, those around the patients do their best to listen to and strengthen the patient's hope. Considering a hope for eternal life in heaven to be one of the subjects of death education, Alfons Deeken says 'that we can visualize heaven by means of imagination, as Jesus Christ did. Therefore, visualization would be one of the methods for strengthening patient's hopes. As seen from the two considerations above-mentioned, hopes accompanied by imagination prove their true merits on medical care work.
Notes	
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00150430-00000097-0013

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the Keio Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

現代医療・医学における希望問題

——デス・エデュケーション，ターミナル・
ケア，精神神経免疫学——

——西 村 義 人*——

Problem Concerning Hopes in Medicine and Medical Care in the Modern Japan

Yoshihito Nishimura

In this paper, the author review comments concerning hopes which are described in the literature (including Japanese-translated foreign literature) about the medicine and medical care in the modern Japan, and make it clear in the following two parts that hopes play a major role at every stage of diseases.

(1) On the basis of the psychoneuroimmunological finding that hope has immunological effects, there is a therapy incorporating invoking patient's hopes. For example, in Simonton-approach, a therapist tries to share with a patient with cancer a hope that hoping recovery enhances recovery. In this approach, a mental imagery to visualize recovery plays an important role as a method for invoking hopes. However, of course, there is a slight possibility of disappointment, therefore mental care based on the following philosophy of hope is necessary. "An hope having no possibility of disappointment is not a true hope."

(2) Elisabeth Kübler-Ross says that when a patient's hope changes into a hope of life after death, those around the patients do their best to listen to and strengthen the patient's hope. Considering a hope for eternal life in heaven to be one of the subjects of death education, Alfons Deeken says that we can visualize heaven by means of imagination, as Jesus Christ did. Therefore, visualization would be one of the methods for strengthening patient's hopes.

As seen from the two considerations above-mentioned, hopes accompanied by imagination prove their true merits on medical care work.

* 慶應義塾大学文学部助教授 (倫理学)

序

本稿は希望の本質に関する倫理的、宗教哲学的、神学的な論究を行なうものではない。そのような論究を既に私は、1930年代以降の欧米における思想家達の「希望をめぐる思索と対論」(以下、これを「希望論議」と呼ぶ)の分析を通じて行ってきた。本稿はその過程で析出された希望をめぐる諸問題を、最近の約二十年間の我が国の医療・医学関係文献(外国文献の邦訳を含む)に現われた希望をめぐる言説の中に確認することを目的としている。それが可能であるのは、そもそも上記の「希望論議」が医療と医学の領域で登場する希望問題を内包していたからである。ガブリエル・マルセルは『希望の現象学と形而上学に関する草案』において患者心理を例に想定して希望を論じていたし、ヘルベルト・プリュッゲの『希望について』は患者心理の臨床的研究としてはかなり早期のものであり、そのようなものとして希望をとり挙げた研究の嚆矢であった。また、1960年代からキリスト教神学者が主題化してきた希望は、キリスト教精神に基づくターミナル・ケア、ホスピス・ケアの核心となりうる可能性を有していた。更にフランクルの著作に散見される希望についての言葉は、最近二十年余りの間に台頭してきた精神神経免疫学により確認されつつある、希望と免疫力の関係に対する洞察を既に含んでいた。本稿で行なう確認の作業とは、第一に、希望を問題にした医療・医学関係文献に〈希望論議〉の直接・間接の影響がみられる場合にはそれを明示することであり、第二に、影響はない場合でも、医療・医学関係文献の中で論じられた希望問題が〈希望論議〉の中で先取りされていた場合にはその事実を明示することである。そのため、既発表の拙稿と重複する部分が出るのはやむを得ないが、重複は可能な限り少なくするように努めた。クロード・ベルナールの有名な言葉に「生理学者と詩人と哲学者とが、みな同じ言葉で語る日の来ることを私は確信する」というのがあるが、その言葉の一つが「希望」であることを、

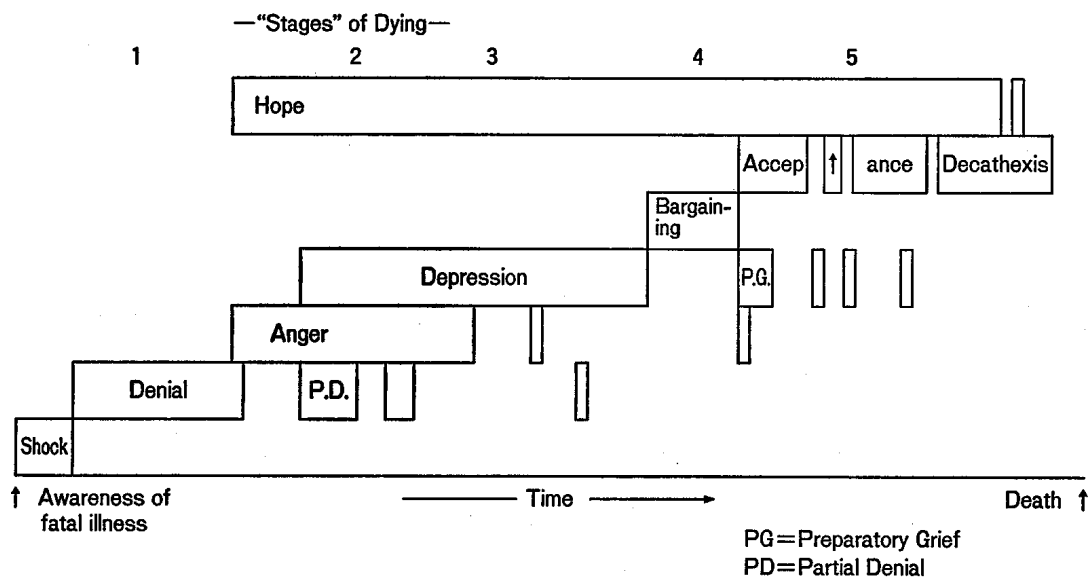
本稿を通じて示したいと思う。

I. ターミナル・ケアとデス・エデュケーション における希望

I-1. 患者の希望の段階

本稿の主題の範囲を、最近の約二十年間の我が国における医療・医学関係文献に登場した希望問題と画定したのは、キリザベス・キューブラー・ロスの『死と死にゆく過程について』(“On Death and Dying” 1969⁽¹⁾ 引用略号: ODD) が邦訳された 1971 年を、この問題そのものの出発点と解するからである。周知のように同書の邦訳によって、不治の病を告知された患者の死に至るまでの心理変化に対する関心が大きく喚起された。特にキューブラー・ロスがその心理変化を段階論として提出し、簡略に図式化したために、〈死にゆく人々の心理過程の 5 段階説の図式〉(図①)⁽²⁾ として多くの人々に知られ、影響を与え、また論議の対象とされることになった。本稿の主題は「希望」であるので、図①に示された「否認」「怒り」「抑鬱」「取り引き」「(死の) 受容」の 5 段階についてのキューブラー・ロスの

図① (ODD 235)



説明は省略し、同書で彼女がこの図式の提示後、「希望」の部分について付言した箇所を引用しておきたい。「病気のどの段階であれ、どのような対処機制が用いられるにせよ、我々の患者は最後の瞬間まで何らかの形の希望を持ち続けていた。チャンスをほのめかさることなく、希望を感じさせられることなく **without a sense of hope**, 致命的診断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はなかった。我々の患者に関する限り、どの人も何らかの形の希望を持ち続けた。我々はこれをよく銘記しておかねばならない。」(ODD236)

この〈キューブラー-ロスの五段階説の図式〉を踏まえた上で、独自の経験や調査によりこれを修正する試みも既にかなりの数に上っている。河野博臣(医師 サイコオンコロジー)は C. G. ユングの分析心理学的立場からアプローチし、日本人は欧米人とは相当異った精神構造をもっているため臨死過程も異っているとした⁽³⁾。また、上野郁子(医師 精神神経科)と大原健士郎(医師 精神神経科)は癌告知率 90% 以上というアメリカでなされたキューブラー-ロスの研究は、告知率の遙かに低い我が国ではそのまま妥当しないという視点から調査研究を行ない、癌と知っていた群と癌とはまったく知らなかった群とでは異った過程をめぐること、更に前者の場合でも、直接的な方法により知らされた場合と間接的な方法により知った場合とではかなり異なることを明らかにした⁽⁴⁾。しかしながら河野、上野、大原らの研究は、キューブラー-ロスが患者が終始一貫持ち続けるとした「希望」については殆ど変更を認めておらず、修正はそれ以外の部分についてのみ施されている⁽⁵⁾。これに対して「希望」の部分の問題にした者としてアルフォンス・デーケン(倫理学・人間学)と寺本松野(看護婦 看護学)がいる。

ここでは先にデーケンの主張を採り挙げてみよう。デーケンはアメリカやドイツにおいて盛んになっているデス・エデュケーション(デーケンの訳では「死の準備教育」)が我が国では大変立ち遅れているとの認識から、

デス・エデュケーションを日本に根付かせるべく、その指導的役割を担ってきた。1986 年に出版された『死を教える』⁽⁶⁾ 所収の巻頭論文「死への準備教育の意義」は、そのデーケンの構想の総説というべきものである。その中でデーケンは 15 項目から成る「死への準備教育の目標」を掲げた。その第一の目標は「死へのプロセス、ならびに死にゆく患者の抱える様々な問題とニーズについての理解を促すこと」(同書 6 頁) であり、その目的は「人生最後の段階にある患者に対し、よりよい援助を提供できるようになる」(同書 6 頁) ことである。これに続いてデーケンは、キューブラー・ロスが『死と死にゆく過程について』で提出した〈死にゆく人々の心理過程の 5 段階説〉を紹介し、その 5 段階については受け入れた上で、独自の 6 段階説を提出する。すなわち、「(死の) 受容」の段階の次に第 6 段階として「期待と希望 expectation and hope」を付加する(同書 9 頁)。その理由は、デーケン自身の主にアメリカとドイツにおける多くの人の臨終の看取りの実践活動から、「死後の永遠の生命を信ずる人の場合、しばしば『受容』の段階に止まらずに、永遠の未来を積極的に待ち望んで、希望に満ちた明るい態度をとるようになる」(同書 9 頁) という経験を多くしたからである。デーケンはこれを一般に「死後の生命への期待」と呼んでいるが、具体的には「死後の世界で愛する人に再会するという期待」(同書 9 頁) が最も多かったという。デーケンによれば、この段階に到達した人々は「死に近づく」ことを通り越して、「死後の永遠の生命に近づく」ようになる。そこでデス・エデュケーションの 15 番目の目標(最終目標)として、「死後の生命の可能性について積極的に考察するように促すこと」(同書 45 頁) が掲げられる。この考察を通じて「根源的希望が現在の生活に占める重要な役割を理解する」(同書 45 頁 傍点筆者) ことが目的とされる。

ではデーケンのいう「根源的希望」の内実は何であろうか？ デーケンは希望には二つの形態があるとする。すなわち、「日常生活の具体的目標に向けられる」ところの「日常的希望」と、「私たちの人格それ自体に結ば

れている」ところの「根源的希望」である（同書 47 頁）。デーケンによれば、根源的希望において問われているのは、「人が未来に対して常に肯定的態度で臨んでいるか」というそのこと、死を直視した時に「度重なる失敗にもかかわらず人生全体を意義あるものとして捉え、未来を肯定的に望むことができるか」ということである（同書 47 頁）。デーケンは「多くのささやかな日常的希望を超越して、大いなる根源的希望へ到ること」を「人生における根本的な課題の一つ」（同書 47 頁）であると捉えている。

「根源的希望」の特性とこの名称そのものについて更に問題とすべき事は幾つかあるが、それは後に譲り、「根源的希望」の基本的意味は一通り明らかになったので、ここでは「死にゆく人々の心理過程の第 6 段階」としての位置づけそれ自体の問題を考察してみよう。位置づけそれ自体の問題とは、キューブラー-ロスが不治の病を告知された患者も終始一貫希望を持ち続けると述べ、それを〈図式〉においても明示しているにもかかわらず、デーケンが「希望」を独立した第 6 の段階として設定するのは何故かということである。ここで初めてキューブラー-ロスのいう「希望」の内実が問題となってくる。キューブラー-ロスが『死と死にゆく過程について』において挙げている「希望の諸形態」は、「研究室における新しい発見」「新しい薬や血清」、「神がもたらす奇蹟」、「X 線写真や病理スライドが実は他人のものであることが発覚すること」、「自然治癒」等 (ODD236) であって、いずれも「治癒への希望」であり、しかも現在受けている治療法以外のものが希望内容となっており、デーケンの言う「根源的希望」に類するものは殆ど挙げられていない。従ってデーケンが独自の経験から「根源的希望」を第 6 段階として設定するのも、ここから或る程度は納得できよう。但し、キューブラー-ロスがその続編というべき 1974 年の『死と死にゆく過程についての質疑応答』(“Questions and Answers on Death and Dying”⁽⁷⁾ 引用略号: QADD) においては、「治癒への希望」以外の希望について報告していることも見逃されてはならない。そこで彼女は次のように述べてい

る。「希望には二つの基本的類型 type があります。これを区別すべきです。重篤な病の初期では、希望は殆ど専ら、治癒、治療法、延命と関連しています。(中略) しかしこれら三つの蓋然性がもはやなくなってくると——私は〈可能性〉とは言いません。なぜなら常に例外はあるからです——末期患者の希望はもはや治癒、治療法、延命とは関連していない別のものへ変容します。彼らの希望はもっとタイムスパンの短いものや、死後の生に関するものになります」(QADD 158)。後者の宗教的希望の例としては、「神が死後の自分をその楽園に受け入れて下さるように」という希望、「神がまもなくこの苦しみから解放下さる」という希望が挙げられている(QADD 160-161)。しかも彼女は同書において、5年前に提示した〈5段階説の図式〉の訂正の必要を認めていないのである。そこで翻って〈5段階説の図式〉を改めて眺めてみると、「希望」の線が「(死の) 受容」から「デカセクシス(解脱)」にまで及び、しかも「デカセクシス」の途中で一旦断絶がある点が注目を引く。この図示法が意味するところは、キューブラー-ロスが『死と死にゆく過程について』以後の5年間の面接調査によって別の類型の希望を発見したのではなく、同書においても「治癒以外のものへの希望」としての宗教的希望を、「希望」の線の末尾に考えていたということである。このように考えると、「死後の生への希望」を内実とする「根源的希望」を第6段階として付加する意味はどこにあるのかという問が生じてくる。換言すれば、「死後の生」に対する宗教的希望の間に質的差異は存在するかという問題である⁽⁸⁾。キューブラー-ロスの報告する宗教的希望とデーケンのいう根源的希望の間に差異がもしあるとすれば、そしてそれを一語で言い表わしうるものがあるとすれば、後者が「喜望」に近いものだという点にあらう。それは「死を超えた未来に向けての希望と期待に胸をふくらませている」という心の状態である⁽⁹⁾。そして「喜望」とは、ドイツ語の *hoffen* の語源である *hüpfen* の語義の「(喜んで) 躍り上がる」に最も近い邦語なのである。しかしこのような「喜望」を抱くことはキリ

スト教徒でさえなかなか困難な事であり、従って、デーケンにおいても「根源的希望」は経験的事実であると同時に課題でもあり、従ってまた修得されるべき徳性と考えられているといつてよい。そしてこの課題を援助することが、ホスピス・ケアにおける宗教家(チャプレン)の役割であろう⁽¹⁰⁾。

さて、このようにキューブラー-ロスの〈5段階説の図式〉に第6段階として「期待と希望」を付加することの意義は確認されたが、キューブラー-ロスの「治癒への希望」から「治癒以外のものへの希望」へという2段階論、デーケンの「日常的希望」から「根源的希望」へという2段階論は、それ自体誤りではないが、やや単純に過ぎはしないであろうか? 「希望論議」においても、ヨゼフ・ピーパーの「自然的希望」と「超自然的希望」の2段階論に対して、オットー・フリードリッヒ・ボルノーはその中間領域に「道徳的希望」の存在を主張し、マルセルは「相対的希望」と「絶対的希望」の2段階論を採りつつも、前者のうちに諸段階を区別し、エルンスト・ブロッホも単純な2段階論は採らなかったことを顧みれば⁽¹¹⁾ このような疑問は出て来て然るべきものであろう。このような疑問に答えているのが寺本松野の「死に向かい合っている人々の希望」(1990『いのちの終末——死の準備と希望』⁽¹²⁾ 所収)である。寺本は同論考を、「看護婦はターミナル・ケアの中で「希望」というものを大きく採り挙げて来なかった」(同書 135 頁)という反省から始めている。すなわち、キューブラー-ロスの〈5段階説の図式〉は広く知られているにもかかわらず、「否認」「抑鬱」「怒り」などの表面に現れる症状だけに目を奪われ、その間も持続する「希望」が目に入って来ないというのである(同書 137 頁)。そこで寺本は、患者が「今どんな希望の中でいきているのだろうか」(同書 137 頁)と探るべきではないかと提言している。寺本自身はこれを実践した臨床経験から、患者の心中で起こる希望の変容に或る程度の規則性を発見し、〈希望それ自体の5段階論〉を提出した(図②)。寺本自身の言葉により図②を補足すると次のようになる(同書 156-158 頁)。第1段階は、「欲望」

図② (『いのちの終末』156 頁)

第 一 段 階	現在のために、現実的に 100% を期待する。 生理的=肉体の安楽，生活面の充足 医療=知識，技術
第 二 段 階	医療への期待・診断・治療
第 三 段 階	予測される事態への対処方法 他者の援助に期待する。
第 四 段 階	整理，死の受容への歩みより
第 五 段 階	解放・自由・救い・満たされることに希望

とも呼んでよいような「現実的願い」であり、患者は本当によい方に向っていくと期待している。第2段階は、そう思えなくなり、診断や治療に関して専門的に追求してくる段階である。第3段階は、「少しはよくなっている」等の医師や看護婦の言葉とは裏腹に自分の体調が悪くなっていると感じる時期であって、この時期の「他者の援助への期待」とは、医師、看護婦、宗教、その他自分以外のもろもろのものへの期待を言う。第4段階では、「信じられるものは自分より他にないのだ」という形での自己認識が登場する。第5段階の「解放」「自由」「救い」は、その内容はその患者の状況や宗教により様々であるが、デーケンのいう「根源的希望」やキューブラー-ロスが報告している宗教的希望と同質のものであると言える。

以上から明らかなように、寺本の5段階論は「根源的希望」の手前の希望にも微妙な段階の推移があることを示した点に意義がある。これらは既述のように患者の希望に如何に[・]応答するかという視点から整理されたものであるが、最近のものであるため、患者の希望への[・]応答という点でも、やはりキューブラー-ロスの発言の影響が極めて大きかったと言わねばならない。

I-2. 患者の希望への応答

『死と死にゆく過程について』においてキューブラー-ロスが「治癒以外のものへの希望」について言及しなかったのは、「治癒への希望」を、たとえばそれが「一縷の希望」であったとしても、患者は捨てることがないという事実¹³⁾に注意を喚起し、特に医師と家族にそれへの応答の仕方を示唆することに狙いがあったと考えられる。例えば癌告知問題については、それは「医師の真の 内的葛藤とは決してなり得ない」(ODD 25) という考えを彼女は持っていた。この発言には既に告知率 90% であったアメリカという国情も関与していたことは疑いないが、しかし彼女はこれを医師の態度の原理的な問題と考えていたのである。患者が「治癒への希望」を持ち続けるという事実が明らかになった以上、医師は患者とその希望を「分かち持つ share」べきであると彼女は主張する。「分かち持つ」とは、「何か予測しない事が起こるかもしれない」「患者は予想より長生きするかもしれない」(ODD 123) 等という希望を医師自身が持つということである。患者と同じ希望を医師は持つべきだ¹⁴⁾というこの提言は、「医師は患者に嘘をつかなければならない訳ではない」(ODD 123) という見解を含んでいる。

『死と死にゆく過程について』という書物そのものが、病名告知の問題点の一つが「患者の希望」であることに関心を喚起した意義を有するが¹³⁾、特にこの部分が我が国における「病名及び予後の告知論議」に与えた直接・間接の影響として二つの例を挙げておきたい。種村健二郎(医師 婦人科腫瘍)は、『がん体験』¹⁴⁾ (1991) において、医師としての告知をめぐる葛藤をキューブラー-ロスの言葉に示唆を得て解決した経緯を述べている。すなわち、種村は自分を含め我が国の医師の多くが、「患者に希望を与える」とは「癌ではないという希望を与える」ことと考えて実行してきたが、それは「医師は患者に希望を与えることができる」という思いが生み出した「嘘も希望である」という思い上がりであった、と言う。しかし種村は「癌ではないという希望」と「生きる希望」は同一ではないということに

想到した (同書 85-88 頁). そしてキューブラー-ロスの先の言葉を引用しつつ次のように述べている. 「『癌を告げることが希望を打ち砕く』ことではなく, 私たちは『希望を与える何か』を持つことのできる存在でもないのです. ただ, 患者さんと希望を分け持つことができるだけなのです」 (同書 89 頁). この「医師は患者に希望を与える何かを持たない」という発言については異論を持つ医師もいるかもしれないが, 最も重要な事が「患者の希望を分かち持つ事」である点には誰しも異存はないであろう. 我が国における「告知是非論争」は, 「告知の仕方こそが問題である」という事に大体収斂していったようであるが, これこそキューブラー-ロスが最も強調したかった点であろう. 「重篤な病気であることを, あからさまにではなく, だが巧みにはっきりと自覚させ, 同時に希望の窓は必ず開いておく」 (ODD 25) という医師が彼女の考える理想の医師像であったと考えられる. 言うまでもなく, 「希望の窓を開いておく」とは, 患者が決して失うことのない類の希望を, 一歩先んじて仄めかしておくということである. また, 柏木哲夫 (ホスピス医師 精神神経科) は『生と死を考える』⁽¹⁵⁾ (1987) の中でホスピス・ケアの仕事の一つとして「患者の希望を支える努力」を挙げているが, 柏木の言う「支える」は, キューブラー-ロスの言う「分かち持つ」と実質的に同一である. 「支える」とは, 具体的には, 患者が治癒への希望を表明した時に「本当に治ったらいいですね」と応答することなのであるが, 柏木は自らの体験から, このように応答するのは容易ではなく, それが可能になるまでかなりの時間を要したと述懐している (同書 78-79 頁). そこで柏木が述べていることを一般的な言葉で言い換えれば次のようになる. すなわち, 科学者としての医師は過去の治癒率, 薬剤の有効率などの統計的蓋然性に従って思考しており, 従ってまた「蓋然性に従った希望 (期待)」を抱いているが, 患者の方は蓋然性の知識を持つことなく希望を抱くか, 或いは蓋然性の知識を持っていても「蓋然性に逆らう希望」を表明するため, 医師は「蓋然性に従う計算的知性」から「蓋然性に逆ら

う希望」への転換に当惑し、困難を覚えるということなのである。だが、希望についての思索家達の言葉は、こうした場合にその困惑を軽減させてくれるかもしれない。例えば マルセルの次の言葉である。「希望と計算的知性とは本質的に別個のものであり、この両者を同一視しようとすればすべては失われてしまう」⁽¹⁶⁾ (Homo Viator, 1944, p. 87 引用略号: HV).

「治癒への希望」から「治癒以外のものへの希望」への移行とは、「蓋然性に逆らう度合いの増大」と考えて差し支えない。キューブラー-ロスは、この時、患者周囲の医療関係者や近親者の希望が「治癒への希望」に留まっていたてはならない、自分達の希望を患者に投影してはならない、と警告している。変容した患者自身の希望を「傾聴し、強化し、支持すべきである」(QADD 158) と言う。特に「死後の生への希望」に向かい始めた時、それを傾聴し、強化し、支持することは宗教家の仕事となるが、特に「強化」に関しては、デーケンの言葉は示唆を与えてくれる。従ってここで再びデーケンのいう「根源的希望」に立ち戻って、その性格とこの名称そのものを検討してみよう。

I-3. 「死を超える希望」と想像力

「根源的希望」とは「死を前にして永遠の未来を希望すること」に他ならないが、デーケンは「死に勝る生命——人間の永遠の次元」(1981『未来の人間学』⁽¹⁷⁾ 所収) において、「天上での永遠の生命」とは何かについて、ナザレのイエスがそれを如何に語ったか、というところから説き起こしている。すなわち、まず、イエスが「語りかける相手に応じて様々なイメージを使い分け」、「効果的なイメージを選んで……聴き手に永遠の幸福を約束した」(同書 63 頁) という事実注意到を喚起する。次にこの事実を、「天国について考える時にも想像力を用うべし」とイエスは教えたのだと解釈する(同書 63 頁)。そこから、今日の我々にも「自分自身に最も効果的な方法で天国を思い描くことが許されるはずだ」(同書 63 頁) とデーケンは

言う。従って、「永遠の生命を指し示すイメージたり得るもの」（同書 65 頁）を探究することが「死の準備教育」の一環に含まれているのである。しかしながらデーケンは、イエスが「天国の幸福は神ならぬ人間の想像力が思い描く如何なるものをも越える」（同書 63 頁）ことも教えたと言言することを忘れない。すなわち、様々なものが永遠の生命を指し示すイメージたり得るが、しかしまた「永遠の生命は如何なるイメージを以てしても完全には表現し尽くせない」（同書 65 頁）ということなのである。この事はパウロの次の言葉によっても明言されているとデーケンは言う。「目がまだ見ず、耳がまだ聞かず、人の心に思い浮かびもしなかったことを、神はご自分を愛する者達のために備えられた」（第一コリント 2:9）。以上のような「永遠の生命に向けられた希望」=「根源的希望」についてのデーケンの理解を私の言葉で要約すれば次のようになる。「根源的希望」はその最終的形態においては想像力を超越しているが、想像力随伴的たることを許容する。

ところでデーケンは同書において、希望を「日常的希望」と「根源的希望」の二つの形態に大別するのは、ピーパーとマルセルに依拠してであると述べているが（同書 47 頁）、この発言はやや正確さを欠いているように思われる。ピーパーは希望を「自然的希望」と「超自然的希望」とに大別し⁽¹⁸⁾、マルセルは希望を「相対的希望」と「絶対的希望」とに大別しているからである（HV 61）。デーケンはピーパーの「自然的希望」とマルセルの「相対的希望」に対し「日常的希望」という名称を与え、ピーパーの「超自然的希望」とマルセルの「絶対的希望」に「根源的希望」という表現を与えていると思われる。しかしデーケンの同書は啓蒙書であるから、用語上の不正確さはこれ以上立ち入って論ずべきことではあるまい。問題はマルセルの「絶対的希望」とデーケンの「根源的希望」が内容的に全く同一であるかどうかである。

この問題を考えるために、マルセルが「絶対的希望」と「相対的希望」

の差異を患者心理の例を想定して述べている箇所を次に引用しておこう。

「たとえば病人の場合を考えてみよう。もし彼が自分はある一定期限後に治癒するというような考えに執着しているならば、指定された期日 *date* に突然治癒が訪れでもしない限り、絶望に陥る危険がある。この場合、たとえその期限が過ぎても治癒しないとしても、依然として希望の余地は残されているはずである。(中略) その際、希望が保持されるのは、ある種の超越の方法の使用と関係があるように思われる。すなわち当初において希望は様々な表象 *représentation* や定型表現にしがみつこうとする誘惑を受けるものなのであるが、ある種の超越の方法を使用することによって、思考 *pensee* はそれらの表象や定型表現の上に出るからである。とはいえ、今考察している例においては、おそらく期日の問題だけが問われているわけではない。治癒の観念自体も、少なくともある種の精神的音域においては、純化され、変容させられうるのである。『もし治癒しなければ、私にとってはすべては終わりだ』——無邪気に治癒と救済とを同一視する病人は、まず最初にこのように叫びたくなる。だが、たとえ治癒しないとしてもすべてが終わってしまうわけではない。彼がこのことを単に抽象的に認識するばかりでなく、自己の深みから理解したなら、すなわち見たなら、その瞬間から、治癒や非治癒に対する彼の内的態度は深く変容することは明らかである。我々が既に長々と引証したかの自由、かのゆとりの能力を彼は獲得したのだから」(HV 61-62 傍点イタリック)

大変長い引用となったが、この一節全体が患者の「治癒への希望」から「治癒以外のものへの希望」への変容の過程を叙述したものである。ここでは「治癒への希望」が様々な表象を随伴すること、そして「治癒以外の

ものへの希望」すなわち「救済への希望」への変容には、その表象を超越することが必要であると説かれている。この一節の直後でマルセルは、「絶対的希望」を「いかなる表象をも超越する」ものと規定していることから、次のように言い換えることができよう。マルセルにおいて、「治癒への希望」は「想像（力）随伴的な相対的希望」であり、それを越えた「救済への希望」は「想像力を超越した絶対的希望」である、と。従って、マルセルのいう「絶対的希望」はデーケンのいう「根源的希望」のうち、私が「最終的形態」と呼ぶところのものにのみ該当すると言える。つまり、マルセルのいう「絶対的希望」においては「想像力随伴的」たることは「許容」されていないのであるから、デーケンのいう「根源的希望」とマルセルのいう「絶対的希望」は全く同一ではないのである。差異は「根源的希望は想像力を随伴することを許容するか否か」という一点であるが、これは畢竟、想像力というものそれ自体を肯定的・積極的に評価するか、否定的・消極的に評価するかという問題に帰着する、と言えよう。マルセルには明らかに想像力それ自体に対する否定的姿勢がみられる。マルセルはカトリック信仰に立つ宗教哲学者として語っており、神学や聖書学に入り込んではいないにもかかわらず、想像力に対する否定的姿勢という点においては、同時代のプロテスタントの新約聖書（神）学者ルドルフ・ブルトマンの実存論的神学と共通するものがある。そしてデーケンのイエス像は、ブルトマンの実存論的神学に対する批判者のイエス像と共通するものを持っているのである。キリスト教倫理学者としてのデーケンが、聖書学上、神学上どのような立場をとるのかは明らかでない⁽¹⁹⁾。しかしデーケンのイエス像は、例えばポール・リクールの次のような解釈に近似している。リクールはイエスの「神の国（或は天国）は……のようである」という表現法を「境界上の隠喩」と呼ぶが、「境界上の隠喩」は「先ず我々の想像力に向かい、しかる後初めて我々の意志に向かう」⁽²⁰⁾と述べ、ブルトマン等の「聖書言語のいわゆる実存（論）的解釈」が、「あまりにも決断への訴えとして

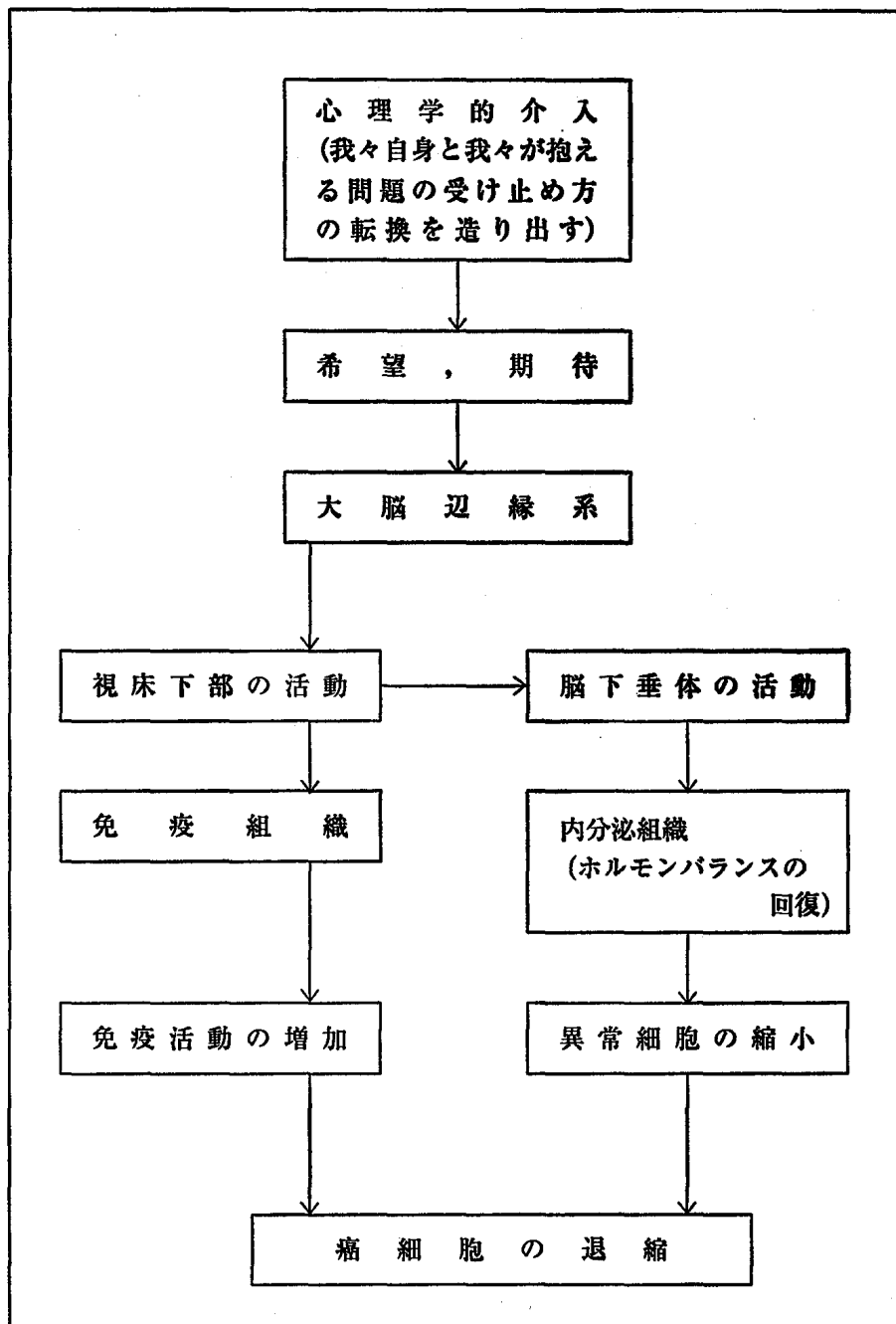
把えられ過ぎた」⁽²¹⁾と批判する。リクールの解釈によれば、「隠喩言語は我々の理想像の変化を非主意主義的な実存のレベルにおいて試みている」⁽²²⁾のである。ブルトマンの想像力に対する消極的な姿勢への批判は、ブロッホの影響を受けて『希望の神学』(1964)を著わしたユルゲン・モルトマンの立場でもあったことから⁽²³⁾、「死の準備教育」の目標の一つとしての「根源的希望」の問題を、欧米における聖書学的、神学的希望論議の延長線上に位置づけることが可能なわけである。つまり、この論争の一部成すのが、「キリスト教的希望はその最終的形態において、想像力を超越した〈全き新しきもの〉を志向するにもかかわらず、想像力を許容するのではないか」という問題だったのである⁽²⁴⁾。ここでは特に後半の「想像力を許容する」という側面を強調しておきたい。その理由は、そうすることによって「根源的希望」より手前の「もう一つの希望」との接点を見出しうるからである。

II. 希望と精神神経免疫学 (PNI)

II-1. キュアとしての「希望喚起」

根源的希望より手前の「もう一つの希望」とは、「精神神経免疫学的な作用を有する希望」のことである。これも患者心理としての希望問題に属するが、患者心理としての希望問題の研究は、これまで述べてきたように、我が国ではキューブラー-ロスの『死と死にゆく過程について』の邦訳を契機として始まったため、当初は専ら、デス・エデュケーション、ターミナル・ケア、ホスピス・ケアにおける問題として論じられてきた。しかしアメリカにおいてはキューブラー-ロスの同書出版とほぼ時を同じくして、「希望」の精神神経免疫学的作用に着目した治療(キュア)の試みが始まっていたのである。その代表例が、カール・サイモントンとステファニー・マッシュューズ-サイモントンによるサイモントン・アプローチである。彼らがジームズ・クレイトンと共に1978年に患者向けに著わした『健康の回復

図③ (GWA 97)



に向って』(“Getting Well Again”⁽²⁵⁾ 引用略号: GWA)が邦訳されたのは1982年であり, その時より新たな希望問題が我が国でも認識されるようになった. サイモントン・アプローチとは, 「癌細胞発生と増殖に関する心―身相関モデル」に基づき, それを逆転させた「癌細胞から正常細胞への

回復の心一身相関モデル」(図③)に則って治療を施す精神神経免疫学的治療法の一つであり、次のような段階を踏んで施される。(1) 多くの癌患者が持っている三つの「否定的な見直し negative expectancy」, すなわち「癌とは死と同義である」「癌は外部から襲って来るものであり、それをコントロールしうる希望はない」「癌の医学的治療は、過激で、効果に乏しく、しばしば多くの副作用を伴う」を改めさせ、次のような「積極的見直し positive expectancy」へと転換 change させる。「癌は必ずしも致命的病ではない」「癌細胞の発生原因が何であれ、身体自身の防衛組織が癌細胞に敵対することができる」「癌の医学的治療は身体の防衛組織を支えるための、重要な同盟者であり、『困った時の友人』である」(GWA 86). 図③における「心理学的介入 psychological intervention」とはこの転換のことを意味している。この転換の結果として、「自分に関する考え方を变えることにより、癌の発病前に体験した生活上の問題を解決できるという自信を持つようになり、その問題自体についての考えを改めることにより、その問題に対処できる自信を持つようになる」(GWA 95-96). (2) 「健康の回復の可能性を信じ、また患者が直面している問題についての再決断の結果として、希望 hope と期待 anticipation を含むところの人生へのアプローチが生じてくる」(GWA 96). (3) そして「このようにして変化した希望と期待の感情 feeling が大脳辺縁系に記録される」(GWA 96). (4) 更に、視床下部へこのメッセージが伝えられ、それが、一方で免疫組織に、他方で脳下垂体を介して内分泌組織に働きかけ、免疫系と内分泌系の相乗作用により、癌細胞の退縮をもたらす (GWA 96-98).

さて、サイモン・アプローチの特色は、「心理学的介入」において、リラクセーション、メディテーション、ヴィジュアライゼーション (イメージ法) を用いる点にある。とりわけイメージ法において、例えば「自分の体内の白血球が、癌細胞の巣食っているところへ入ってきて、異常な細胞を攻撃し、破壊しているところを思い描く」(GWA 144) 等々の技法を用

い、それが免疫力強化につながるという理論が人々の注目を集めた。そこからサイモントン・アプローチとはすなわちイメージ療法に他ならないという理解が広まっていった。確かにイメージ法はサイモントン・アプローチにおける不可欠の、重要な要素であり、正にその特色を成している。しかしながら私の理解するところによれば、サイモントン・アプローチはその本質において「患者の〈希望の喚起〉による〈心身療法〉」である⁽²⁶⁾。このように私が言う場合、それは hope と anticipation を狭義の希望とし、それに治療段階上先行する positive expectancy を広義の希望と解してのことである。イメージ法は「希望喚起」のための手段といえよう。これを別の言葉で言えば、サイモンソンのいう希望は「想像力随伴的」とあるということである。

サイモントン・アプローチのイメージ法の部分にのみ関心を持つという態度は、精神神経免疫学の発展に指導的役割を果たしてきた学者の中にも見られる。例えばスチーブン・ロックである。彼は 1986 年に精神神経免疫学の啓蒙書である『内なる治癒力』(“The Healer Within”⁽²⁷⁾ 引用略号: HW) においてサイモントン・アプローチに論評を加えているが、その「希望喚起」という性格には全く言及せず、イメージ法に関して、次のロバート・エイダーの言葉に同調している。「イメージ法が実際に免疫機能を変化させることを証明するデータが不足している」(HW 190)。しかしながら、サイモントン・アプローチの「希望喚起」の側面に全く関心を示していないにもかかわらず⁽²⁸⁾、ロックは同書においてわざわざ一章を割いて「新しい医学と希望の生命学Biology of Hope」⁽²⁹⁾ を書き、「希望」の精神神経免疫学的意義を肯定的に論じているのである。そこでは次のように言われている。「精神神経免疫学の目標の中には、希望を喚起する方法を発見するという仕事もある。人間の精神 spirit に潜む治癒力 healing power を正しく評価し、心 mind と身体 body をつなぐ神経やホルモンの密接な結びつきをより深く理解することによって、希望の生命学を確立すること

も、その探求の一部である。そうした探求によって、今世紀末から 21 世紀にかけての癒しの術 art と医の科学 science は大きく変わっていくことになるだろう」(HW 221)。従ってサイモン・アプローチを私のように「〈希望喚起〉による〈心身療法〉」と解するならば、ロックとサイモントンの志向するところに差異はないのである。ところでロックが「希望を喚起する方法」の探求の必要性を訴えるのは、既に希望が免疫力を強化するという経験的事実を入手しているからである。それは、ナチスの強制収容所から生還したユダヤ人に対する面接調査の結果である。ディムズデルの報告によれば、彼らに生きる力を与えた最大のものは「理屈ぬきのひたむきな希望 blind naked hope」であった (HW 220)。具体的には、「自分の目標を設定すること」「家族との再会の念」(HW 220) 等であって、「内容特定の希望」の力の大きさがうかがわれる。調査対象に生還者の著作が含まれ、その中にフランクルの著作が含まれていたならば、フランクルが一種のイメージ法を用いていた⁽³⁰⁾ ことから、イメージ法に対するロックの関心はもう少し強くなっていたかもしれない。同書でロックが挙げている希望喚起の方法の試みは、イメージ法ではなく、次のようなものである。(1) バーバラ・ピーヴィの試み：希望に絶大な免疫効果のあることを証明しようとしたバイオフィードバックトレーニングセッションにおいて、バイオフィードバック後の血液検査では、特殊な免疫細胞である食細胞が増大していることが判明した (HW 223)。(2) ブレッド・ヘンカーの試み：術前に患者とその家族を集め、手術の手順を説明すると同時に人間的触れ合いの機会を持ち、術後も医療スタッフは、患者が回復しつつある個人として自分を見られるように激励を続ける。すると、患者周囲の者の希望が患者に伝わり、患者自身の希望が増大し、遂には自分で自分を支えられるようになる (HW 222-223)。しかしながらサイモントンの『健康の回復へ向って』の中には、単に「希望喚起の方法」だけではなく、「希望の人生哲学」がある。

II-2. キュアの基礎としての、希望の人生哲学的ケア

この人生哲学的なものは、「希望」をキュアとして導入する時にはどうしても問題にならざるを得ないように私には思われる。なぜなら、希望喚起による治療法と雖も 100% 奏功するわけではなく、失望に転化する可能性を孕んでおり、これを如何に考えるかは人生哲学の問題だからである。私は医師でもなければ心理療法士でもないでサイモントン・アプローチの[・]効果について何かを言うことはできない。のみならず、サイモントン・アプローチの基礎となっている[・]癌の[・]発生と[・]増殖に関する心身相関モデルの適正性についてさえ、医学的な見地から何かを言うことはできない⁽³⁰⁾。にもかかわらず、それを逆転させたモデル（図③）に則る特殊な療法を採り挙げるのは、サイモントン・アプローチが広く知られているからだけではなく、それが人生哲学を含んでいるからであり、サイモントン・アプローチに対する疑念が、その効果に対する疑念ばかりではなく、「希望とは何か」についての理解の相違から来ているように思われるからである。では、サイモントン・アプローチに対して呈された疑問とは何か？ それは「非現実的な期待を掲げることによって、偽りの希望を与えている offer ではないか」(GWA 12) というものであった。「偽りの希望」を与えることに対する警戒心は、第一に失望のもたらす逆効果に対する懸念から生じてくるのであるが、それだけではなく、第二に「失望のありえない希望」こそ「真の希望」であるという考えが背景にあると考えられる。しかしこのように考える者は多くの場合、希望には「内容特定の希望」と「内容不特定の希望」の二種があるということ、そして夫々に特有の性質と機能があるということを認識していない。サイモントンらが与えようとする希望は、「病の治癒に対する希望が治癒を促進するという希望」であって、内容特定のであり、「内容特定の希望」の本質に従って「失望可能」なのである。しかしながら、「失望可能」であるが故に「内容特定の希望」を忌避し、失望のありえない「内容不特定の希望」を「真の希望」とする立場に対しても異

論は立てうるのである。「希望論議」の中では、マルセルは自らの主張する「絶対的希望」に対して、「考えられる限りのあらゆる失望の彼方に、形而上学的な、難攻不落の一つの安全保証地帯 *une zone d'invulnérabilité* を設ける」(HV 64) ことにならないかと自問せざるを得なかったものであり、ボルノーも自らの主張する「内容不定的、没表象的希望」=「真正の希望」に対して、「何事も願望しない者は、また失望させられることもありえない」⁽³¹⁾ が故に、そのような希望は「生における不成功と幻滅との真剣な対決から逃避するあまりにも安易な手段」⁽³²⁾ ではないかと自問せざるを得なかったのである。サイモントンは彼らのアプローチに疑問を呈する人々に対して、これと同様の論法をもって反論している。すなわち、まず最初に、このアプローチは回復を「保証」するものではないことを明言する (GWA 2)。次に、「失望する可能性が少しでもある場合には、人々は決して希望を持つべきでないという考え *belief*」については、二通りの反論を加えている。第一は、それはペシミズムであるというものである。その理由は、この考えがむしろ否定的結果を——それが不可避ではないにもかかわらず——招来するからである (GWA 13)。そうでなくむしろ、希望は「不確実な事柄に対してとるべき適切な構え *appropriate stance* である」(GWA 12)。従って、サイモントンは「我々は理にかなった希望 *reasonable hope* を与えている」(GWA 87) と言う。「失望する可能性が少しでもある場合には、人々は決して希望を持つべきではないという考え」は、第二に「充実した生をおくり、また生命の脅威に対処するためのいかなる基礎も提供しない」(GWA 87) とサイモントンは反論する。この言葉からサイモントンは「希望」を単にキュアとしてだけでなく、*Quality of Life (QOL)* を高めるケアとして捉えていることがわかる。そのことを最も良く示しているのは次の言葉である。「我々が分かち与え *impart* ようとしている希望は、本質的に、生に対する構え *a stance toward life* である」(GWA 88)。ここで「分かち与える *impart*」という語が用いられ

ていることが重要である。つまり、治療者自身が「生に対する構えとしての希望」を持っていない限り、患者に希望を与えることはできないので⁽³³⁾ある。

これは「希望によるケア」の先行要件であろう。このことは、看護学の立場から「希望の喚起」を看護ケアの特別の課題とみなすマドレーヌ・クレメンス・ヴァイロットの『希望：存在の回復』(1970)の骨子でもある。同論文においてヴァイロットは、危篤状態で入院し、既に医学的治療の限界を超えていたある患者が、医学的処置よりもむしろ看護婦の希望と信念により回復したと思われるケースを紹介している。すなわちそのケースでは、看護婦の希望が家族の希望を喚起し、家族の希望が患者本人の希望を喚起したのだ、と言う。「希望喚起」を看護の課題とした場合も、当然その技法等が問題になるが、ヴァイロットはそれは手段であるから、先ずもって次のマルセルの言葉を、精神の問題として銘記すべきであるとする。「あらゆる点から考えて、希望について語ることができるのは、与える者と受ける者との間の相互作用 interaction, あらゆる 精神生活のしるしとしてこの交換が存在する場合に限られることになる。」⁽³⁴⁾

しかしそれにもかかわらず「治癒への希望」は失望を免れえないことは論を俟たない。だからこそマルセルも本稿Ⅰ章3節で引用した一節において、患者はその失望に対処するために「病の治癒」と「救済」は同一ではないということを洞察し、「治癒と非治癒に対する内面的態度の変容」によって「自由、すなわち、ゆとりの能力」を獲得すべきことを主張していたのである。その際マルセルは「治癒のイメージ」への執着からの離脱を不可欠としたが、これは同時にイメージ界そのものを離脱することを意味していた。これに対してサイモントンは、「治癒への希望」が現実化しなかった患者に対しても、イメージ療法をもって死に対処するよう導く。但し、この段階では彼らはもはや新しい希望を与えようとしない。これは心理療法的ケアの限界でもある。ここより先は宗教家による霊的ケアの仕事

となろうが、既述のようにデーケンのいう「根源的希望」も「想像力随伴的たることを許容する」ものであった。とすれば「治癒への希望」と「治癒以外のものへの希望」とを想像力という一本の線で継ぐことも可能であろう。

結 語

以上の行論から明らかなように、希望は病の治癒・回復を促進する因子の一つとして認識されつつあり、たとえ完治しえないとしても QOL を高める重要な要素であることに間違いはない。更に、希望は死を超越する力にもなりうる。大切なことは、病のどの段階でどのような性質の希望がその機能を発揮するのかを正しく認識することである。本稿で私が現代医療・医学関係文献に現れた希望に関する言説を一つにまとめて考察しようとした動機もそこにある。そこで最後に確認しておきたいことは、病のどの段階であれ、希望を単に患者の「希望能力」の有無・高低のみの問題とみなすことはできない、ということである。患者の周囲の者（医師、看護婦、心理療法士、宗教家、家族）の希望が不可欠であり、周囲の者が患者と共に「希望の共同体」を形成してゆかねばならなのである。特に医師と患者の関係は重要である。「医師という薬」の中には「希望という成分」も含まれていると私は考えるが、患者の権利の過度の主張は、この成分の効力を減ずるという負の結果をもたらすこともある。そのような意味も含めて、「希望の生命学」は、「希望の共同体学」というべきものを指示していると言えよう。

註

本稿においては、2回以上引用する文献は題名と発行年を本文中に、その他はこの「註」で示すという形をとった。問題の意識化と深化の過程を本稿では重視するからである。外国語文献は邦訳されたものを「我が国における医療・医学邦語文献」とみなして論述の対象としたが、当然のことながら、可能な限り原書を用いて

いる。原書からの引用は、本文中に示した引用略号を用いて本文中に頁を示した。
また邦人による文献を挙げる場合、敬称は略させて頂くと共に、夫々の専門分野を本文中に示した。

- (1) Elisabeth Kübler-Ross, *On Death and Dying*, 1969, Macmillan. 邦訳『死ぬ瞬間』川口正吉訳 1971 読売新聞社。
- (2) 邦訳書において「死に行く過程のチャート」として示されているものとは異なる。キューブラーロスの本論では第3段階が「取り引き」、第4段階が「抑鬱」となっているが (ODD 72-98), 図式 (ODD 235) では第3段階が「抑鬱」で第4段階が「取り引き」となっていて逆である。邦訳書におけるチャートは、本論に従って図式を修正したものである。したがって、ここに、原著における図式を原語のまま掲げる必要があると考えた。
- (3) 河野博臣「がんの人間学」1984 弘文堂 117-128 頁。
- (4) 上野郁子「末期癌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』第86巻 1984 787-812 頁。
上野郁子, 大原健士郎「末期癌患者の心理と精神的援助」『臨床精神医学』12(8) 1983 949-958 頁。
- (5) 従って彼らの修正図式はここに提示しない。
- (6) 『叢書 死への準備教育』(メヂカルフレンド社) 第1巻。
- (7) Kübler-Ross, *Questions and Answers on Death and Dying*, 1974, Macmillan. 邦訳『死ぬ瞬間の対話』川口正吉訳 1975 読売新聞社。
- (8) プリュッケは「死を超える希望」としての「基礎的希望」の中に、キリスト教的希望の前形式とキリスト教的希望の二種を認めた。(Herbert Plügge, *Über die Hoffnung*, in: *Der Leidende Mensch*, hrsg. von Arie Sbrowitz, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 1979, Darmstadt, S. 44.)
- (9) アルフォンス・デーケン「死への恐怖とその理解」『総合援助としてのターミナル・ケア』(岡安大仁編 1983 (株)チーム医療) 81 頁。
- (10) 中島修平 (ホスピス・チャプレン) と中島美知子 (ホスピス医師 ペイン・コントロール) は、ホスピスを「希望の医療」として性格付けている。(中島修平・中島美知子『希望の医療 ホスピス』1991 家の光協会)。但し、同書では中島の調査結果として、「永遠のいのちへの希望」は約 30% の患者にしかみられないというデータが挙げられている。
- (11) 詳細は拙稿「〈倫理感としての希望〉の可能性」(三田哲学会発行『哲学』第90集 1990.6)。を参照して頂きたい。
- (12) 『医療と宗教を考える叢書』(同朋舎) の一冊。
- (13) 一例として、永田勝太郎 (医師 実存心身医学) 「一般病院におけるターミ

- ナル・ケア」(池見西次郎・永田勝太郎編『日本のターミナル・ケア』1984 誠信書房 第2章第1節)。
- (14) 種村健二郎ほか共著 春秋社発行。
- (15) 朝日新聞社発行。但し、柏木はキューブラー-ロスの〈5段階説の図式〉は日本人に当てはまらないという考えから、全く異った図式——修正図式ではない——を別の処で提示している。その最初のものは次のものに掲載されている。『日本精神腫瘍学会誌』Vol. 2, No. 1, 1990, 61頁。
- (16) Gabriel Marcel, *Homo Viator*, 1944, Aubier. 邦訳『マルセル著作集 第4巻 旅する人間』山崎康一郎訳 1968 春秋社。
- (17) 理想社発行。
- (18) Josef Pieper, *Über die Hoffnung* (7. Auflage), 1977, Kösel Verlag, S. 25-27.
- (19) ただマルセルが師であったことをデーケンが明言している (『死を考える』47頁)。
- (20) (21) (22) Paul Ricoeur, Eberhard Jüngel, *Metapher—Zur Hermeneutik religiöser Sprache*, 1974, Chr. Kaiser Verlag, S. 70. 邦訳『隠喩論』麻生健, 三浦國安訳 1987 ヨルダン社。
- (23) 詳細は拙稿「〈倫理の原動力としての希望〉の〈現在〉」(『実存のバトス』1987 以文社 所収)を参照して頂きたい。
- (24) 他に同様の考えを示すカトリック神学者の例を挙げればカール・ラーナーがいる。(Karl Rahner, *Zu einer Theologie des Todes*, in: *Shriften zur Theologie X*, 1972, Einsiedeln, S. 181-199. 邦訳 田淵文男編訳『日常と超越』第10章「死の神学をめぐって」1974 南窓社)。
- (25) O. Carl Simonton, Stephanie Matthews-Simonton, James L. Creighton, *Getting Well Again*, J. P. Tarcher edition, 1978, Bantam edition, 1980. 邦訳『がんのセルフコントロール』近藤裕監訳 笠原敏雄, 河野友信訳 1982 創元社。
- (26) 『健康の回復に向って』に続くステファニー・M・サイモントンの著作は, “The Healing Family” (1984) であるが, 同書では技法としてのイメージ法についての記述は後退し, 「希望」が前面に押し出され, 特に患者の家族が患者と希望を共有し, 希望を抱き続けることの重要性が強調されている。邦訳『がんを癒す家族』菅原はるみ他訳 1993 創元社。
- (27) Steven E. Locke and Douglas Colligan, *The Healer Within*, 1986, Dutton. 邦訳『内なる治癒力』堀雅明ほか訳 1990 創元社。共著者のコリガンは科学ジャーナリストであるが, 完全な共著であるから, 本書の内容は

すべて、学者としてのロックの見解とみなす。

- (28) 精神神経免疫学の総論というべきロバート・エイダーほか編になる『精神神経免疫学』でも、サイモントン・アプローチは「誘導イメージ法」としてのみ扱われている。(Robert Ader, David L. Felten, Nicholas Cohen, Psychoneuroimmunology (second edition), 1991, Academic Press, p. 1068-1070).
- (29) スチーブン・ロックやロバート・エイダー(「精神神経免疫学」の命名者)とは別に、ジョージ・ソロモン(「精神免疫学 Psychoimmunology」の命名者)を一員に加えた「UCLA PNI 研究チーム」は、肯定的感情(希望, 生きる意志, 信念, 愛, 目的意識, 決意, ユーモアなど)の生化学をテーマとした研究プログラムを遂行し, その報告書の中で, 肯定的感情は治療環境にプラスに作用する生理学的要素であるという結論を下した。その経緯と報告書内容を叙述したノーマン・カズンズ(このプログラムの提唱者)の『ヘッド・ファースト』は, 「肯定的感情」を「希望」に代表させて, 「希望の生命学 Biology of Hope」という副題が付されている。(Norman Cousins, Head First, 1991, Penguin. 邦訳 上野圭一ほか訳『ヘッド・ファースト——希望の生命学』1992 春秋社)。なお, カズンズは『内なる治癒力』に序文を寄せている。
- (30) 詳細は拙稿『〈責任負担力としての希望〉の〈原点〉』(三田哲学会発行『哲学』第91集 1990.12)を参照して頂きたい。
- (31) Otto Friedrich Bollnow, Das Verhältnis zur Zeit, 1972, Quelle & Meyer, S. 109. 邦訳『時へのかかわり』森田孝訳 1975 川島書店。
- (32) Bollnow, Neue Geborgenheit, 1960, Verlag W. Kohlhammer, S. 123. 邦訳『実存主義克服の問題』須田秀幸訳 1969 未来社。
- (33) トランスパーソナル心理学の立場から, イメージ療法の歴史と現状を綴った『癒しにおけるイメージ法』の中で, ジーン・アクターバークは次のように述べている。「民間治療家が成果を挙げられるのは, 希望を産み出し, 弱まった自信を強め, 共同体に適応できない人を助ける能力があるからである。まさにこうした特質こそ, 現在一般的に行われている医療の重大な欠陥であり, 民間治療家の方法を見習うべきところだ。」(Jeanne Achterberg, Imagery in Healing, 1985, Shambhala Publications, p. 154-155. 邦訳『自己治癒力』井上哲彰訳 1991 日本教文社)これは別の言い方をすれば, 標準医学が患者の希望を充分活用していないということであろう。サイモントンは自らのアプローチを標準医学的治療法の補助療法として用いるのであるから, 標準医学的治療法と民間療法を架橋しているわけである。

- (34) Madeleine Clemence Vaillot, Hope: The Restoration of Being, in: American Journal of Nursing 70, 1970, p. 273. 邦訳「希望：存在の回復」『看護学翻訳文集4—死の床にある患者たち』早坂泰次郎ほか訳 1982 現代社.

文 献

本文及び註において引用又は言及されていないが、本稿の内容と深く関わる文献は数多い。その中から特に下記のことを挙げておきたい。

- ① 厚生省・日本医師会編 末期医療のケア——その検討と報告——』 1989 中
大法規.
- ② ロバート・バックマン『死にゆく人と何を話すか』 上竹正躬訳 1990 メデ
カルフレンド社.
- ③ 佃 和男「ターミナル・ケアと宗教」(河野友信編『ターミナル・ケアのため
の心身医学』 1991 朝倉書店 121-125 頁).
- ④ 河野友信「がんの心身医学的療法」(『CRC—Cancer Research and Clinics—』
Vol. 1, No. 4, 1992, 特集：サイコオンコロジー, 158-165 頁).