

花と喪失

臨床文藝医学会理事長、内科医

年を重ねるごとに花の存在がいよいよ明瞭に意識されるのはなぜなのだろう。

ウメ、スイセン、ボケが咲くといよいよよだな、という気になる。

モクレン、コブシが咲くと、きたきた、と思う。

やがて、サクラ、ユキヤナギ、ヤマブキ、カナメモチ達のきらびやかな饗宴が始まる。

また彼らがやってきた。世界はかくも色彩豊かだったのか。

そうこうしている内に、ハナミズキ、ツツジ。アジサイも存在感を増していく。ユリの艶やかなこと。

現実にあったサクラは散った。しかし来年、また同じ場所に咲くだろう。

私はその可能性の中に生きている。それが季節のめぐりとともに必然的に繰り返されることも分かっている。

浄土を思わせるあのハクモクレンはたまたま咲いたのではない、昨年その前の年も、咲くべくしてそこで咲いた。だから来年も必然的に咲くであろう。

この冬、大学時代の親友が癌で永眠した。30代半ばで妻子を残して落命した彼はさぞ口惜しかろう。なんとも奇妙な縁だが、私が主治医として在宅で看取ることとなった。いろんな次元で過酷を極めた。公私混同は避けられるはずもなくぐらぐらと地盤が揺れた。

いま彼に会うことはできない。それは、あの美しいモクレンを見ることができないことと似ているが、やはり異なる。いま眼前にないと言う点では変わらない。しかし、草花には来年また会えるだろうが、彼にまた会えるという可能性は絶えて無い。

死もまた一つの可能性であり、現存在はこの存在可能性をそのつど、みずから引き受けなければならない。

(中略) 現存在にこの可能性がみずからの〈眼の前に差し迫ってくる〉ときに、現存在はその全身でみずからのもっとも固有な存在可能に直面しているのである。(中略) この可能性はこのようにして現存在にとってもっとも固有の、それでいて[他者との] 関係を喪失する可能性であ

るが、それは同時に、もっとも極端な可能性である。

(ハイデガー『存在と時間』)

真冬において、樹はあれど花はそこ
にない、しかし春が訪れると、枯れ
たとみえる桜の梢に花が微笑んでい
る(色即是空、空即是色)

(高神覚昇『般若心経』)

確かに、花の咲いて散る様は、存在が縁起している様ようである。二十歳の頃、真冬の川辺に咲くボケの赤に稲妻を受けたかのような衝撃を受け、世界の存在に驚愕した。以降、私にとって花の咲いて散る様は、世界の法を知らしめる象徴のように機能している。折々に咲くべき場所に咲くべきタイミングでその花が咲くことは、私の世界を安定させる。

彼の存在は今後、花が咲いては散るように様々な形をとって、私の前に現前するのであろうか。しかし、やはり眼前に現れることは絶えて無かる。

死別で経験する対象の喪失はこのように辛い。愛別離苦が縁起する様を理解したとして、やはり生身にはこたえる。しかし、私たちは喪失の中を歩まなければならない。

喪が生じるのは現実吟味の影響下においてである。もはや対象は存在しないのだから、対象からは別れなければならない、と断固として求める。

(フロイト『制止、症状、不安』)

医療者として患者とその家族に接するとき、患者と患者にまつわる可能性の喪失に、何ができるのだろうか。なすべき治療がないことに医療者は不全感に陥る。一方で、患者とその家族にとって医療者のそのような感情は価値をもたない。彼らは現状に対して何かをして欲しいと望んでいる。では何ができるのか？

私が携わっている終末期ケア、発達障害の外来診療、あるいは内科外来診療の一部(不安が症状の原因である場合)でもこのような状況は多々みられる。治療はできないが、ニーズを満たすようなケアを提供しなければならない。われわれはもろもろの条件を自ら選ぶことなくこの世に投げ入れられた。現状を変える魔法はない。置かれた場所で咲く他ない。

一切は相互依存しており、縁起している。しかし、そうは言っても生は嬉しく、死は悲しい。それでよい。ただし、大切なことは囚われないことだ。執着するな、諦めなさ

い。彼が再び眼前に現れるのだろうか、と執着してはいけない。大乘仏教の僧侶ならそのように法を説き、ケアを試みるだろうか。そもそもケアとは何か。

現存在は、その本質からして世界内存在であるから、世界にかかわるその存在のしかたは本質的に<配慮的な気遣い>なのである
(ハイデガー『存在と時間』)

ハイデガーは他の存在者と異なり、自己の意味を問う人間の存在様式を気遣いSorgeとした。このSorgeは英語ではCareやConcernと訳される。つまりは、ハイデガーによると、人間は根本的にケアする存在である。

一般には看護師のケア、医師のケアと対置して理解されることが多い。医師が治療を行い、日常的なケアは看護師が担う。ケアの研究もほとんどが看護学領域でなされている。

家庭医学ではケア無しのケアはありえないと注意されるが、裏を返せばそのように喚起しなければならない程度に医学（ケア）にケアは伴われない現状がある。

ケアは今やカタカナのまま頻用され、その他の抽象語同様、定義が問

われることは少なくとも日常的にはない。ケアという言葉のカバーする領域は広く、心と身体で分けた場合に、心のケアと身体のケアでニュアンスが異なってくる。あるいは身体と心を分けない、昨今流行りの全人的ケアであってもニュアンスが異なる。

褥瘡ケアや手術後のストマのケアなど身体のケアではその方法論はある程度明確である。より正確に言えば、方法を明確にしうる。一方で、心のケアや全人的ケアなどと言った場合、ケアの意味と方法は随分と漠然としてくる。

臨床の経験からは、このような心のケアは「寄り添うこと」と同様の文脈で使われることが多いように感じていた。ケースカンファレンスでも、患者と家族にどのように寄り添うかということが問題になり、漠然と（心の）ケアと同義だろうかと考えていた。しかし、長年地域医療、家庭医療に従事している古参の医師によると「ケア=寄り添うこと」という捉え方は、最近の流行であり、彼によるとケアとは「つかず離れず、そばで見ている」ことである。これは、今から述べる「保護的なまなざし」に近い。

ここで、「ただまなざすこと」をニュートラルな位置と仮定してみよ

う。すると、ケアはそのニュートラルからどこに位置するのだろう。私はLINE座談会での議論を通して、治療サイドへとギアを一切り替えた、「看護る（みまもる）こと」や、「保護的にまなざすこと」ではないかと考えをすすめた。

さらに積極的なケア論もある。一人の人格をケアするとは、最も深い意味で、その人が成長すること、自己実現することをたすけることである。

（ミルトン・メイヤロフ『ケアの本質』）

ケア論の研究は主に看護領域でなされるが、その理論的支柱はメイヤロフのようである。

なるほど、成長も自己実現も美しい。しかし、後述するように、このケア観は少なくとも私が携わる終末期ケアには必ずしも当てはまらない。お看取りの過程で、「ああ、この方は死と向き合って、私よりもはるか高みにおられるな」と感ずることはある。しかし、私の印象ではケアはもっと泥臭い。自分は微塵も役に立たなかったのではないかという無力感にさいなまされることもままある。

メイヤロフはその著書でわざわざ注釈をつけて、ハイデガーとは縁も

ゆかりもないと自身を定位しているが、高橋隆雄の指摘する通りハイデガーを意識していたのであろう。医学・看護領域でのケア論の源流はハイデガーである。

ケアについて考えるとき、指揮者だった高齢男性をいつも思い出す。終末期がん患者の彼に残された時間は数週間と予想された。診察時には終始沈黙を保ち、血圧測定にですら怪訝な表情をした。一切の寄り添いや理解を含めたあらゆる医療行為を望まないようだった。ましてや、我々医療者によって彼の自己実現を手伝うなどというのはありえない妄想でしかなかった。私は彼に寄り添う下心で、指揮者として知悉しているであろうモーツァルトについて問うてみた。「どうして41番の最後はあれほどに美しいのですか」。彼はすぐさま破顔して「分からない」と答えた。味をしめた私は、その次の訪問でも同様に問うた。「3歳の娘もモーツァルトを聴いていて、指揮者のふりして棒をふりまわすんですよ」と言った時点で、彼は手を振りながら不快な表情に顔を曇らせた。その後数日して家族が慌ただしく見守るなか、彼は動物がひっそりと死ぬように、静かに逝った。周囲からは頑なで、偏屈な老人というように映じたかもしれないが、私は彼が美

しいと思った。誰彼が私の理解の内
で生死する必要などさらさらない。

メイヤロフを擁護するわけではな
いが、この症例にはニーズがそもそ
も無かった。この症例をもって、ケ
アにおいて理解は不要であると一般
化することはできない。一般に病識
のない場合に、このようなまなざし
への拒否が生じると思う。彼は死の
過程を病的と認識していなかったで
あろう。従って、そこに医療へのニ
ーズは発生しなかった。

喪は通例、愛された人物や、そうし
た事物へと置き移された祖国、自
由、理想など`の抽象物を喪失した
ことに対する反応で`ある。

(フロイト『喪とメランコリ
ー』)

今度は喪失からケアを考えてみよ
う。私が関心を持つのは、すでに述
べたように可能性の喪失とそのケア
である。喪失に対してニーズがあっ
た場合に、ケアする私はどのような
他者か。

心的外傷とは権力を持たない者が苦
しむものである。外傷を受ける時点
においては、被害者は圧倒的な外力
によって無力化、孤立無援化されて
いる。外力が自然の力である時、こ
れは災害である。外力が自分以外の

人間の力である時、これを残虐行為
という。

(J・L・ハーマン『心的外傷と回
復』)

喪失を心的外傷ととらえて、
PTSDの治療を参考にしてみる。重
要なことは、医療者が治療をリード
しないことである。

「症状が抑えられるから薬を飲みな
さい」と命じられるだけであれば、
患者はまたしても力を抜き取られる
ことになる。

(J・L・ハーマン『心的外傷と回
復』)

一般内科において医師が日常的に
患者にかけているこれらの言葉は、
主体性を蹂躪された患者との面談に
おいては治療と正反対の効果をも
つ。

心的外傷の程度が強ければ、
PTSDの症状(過覚醒、侵入、狭
窄)が生じるであろう。そのPTSD
での治療においては、主体性の回復
を目指すことことが最重要となる。
心的外傷の程度と、主体性が損なわ
れる程度は比例関係にあると考えれ
ば、病態をスペクトラムとして捉え
やすくなる。PTSDを引き起こす程
度に心的外傷が大きければ、主体性
の尊重が治療においてより重要とな

る。患者にだけでなく、医師にも主体性はあるが、この時医師の主体性は可能な限り抑えられた方がよい。右を踏めば左が上がるシーソーを想起すればよい。治療者の<私>が肥大すれば、患者の<私>は萎縮する。治療者自身の主体性（患者からみた場合は治療者の他者性）の希釈というものが求められる。

治療者は、治療関係の導入にあたって、患者の自己決定権を尊重し、そのために個人的興味を持たず中立を守るということを誓約しなさい。
(J・L・ハーマン『心的外傷と回復』)

ラカン派において、分析家がスクリーン機能であることを目指して、自身の「人間」の消去を試みることを想起させ、大変興味深い。「人間」を消去しなければ、医師と患者で想像的に主体性を奪い合うこととなる。

Every individualizing feature of the analyst gets in the way of the analysand's projections. The less concrete and distinct the analyst seems to the analysand, the easier it is to use him or her as a blank screen.

(Bruce Fink "A Clinical Introduction to Lacanian Psychoanalysis")

(※ラカン派の **analyst** 分析家 -**analysand** 分析主体の関係は一般治療における治療者-患者に相当する。)

この時、スクリーンとして機能するために、分析主体に対して逆転移感情をあらわにすることはならない。ケアはもちろん、分析ではない。しかし、ハーマンもこの後、中立を守るべく治癒関係で必ず生じる困難として、転移・逆転移に言及しており、あながち遠くもない。

いずれにせよ、私が「ただまなざすこと」をニュートラルと定位したように、心的ポジションとしてニュートラルであろうとする試みは精神療法でもみられる。

必要なのは理解のある第三者である
二十歳の頃に受講した引きこもり支援サポーターの研修にて、斎藤環がそのように言っていた。

治癒を目指す上で、家族の力は望み難く、第三者がよい。しかし、ただの第三者でもいけない。

私は誰かのある種の他者でありたいと願い、考え医学を志した。それはどのような他者か。

斎藤によると、他者は他者でも、理解する他者かつ、第三者という他者であることが必要である。患者の主体性を保つために医療者の他者性

は希釈されなければならないが、だからと言って希釈された結果、他者が存在しなくてもよいということではない。医療者が他者性を希釈することにより、理解ある第三者として機能する、と私は考える。斎藤はひきこもりの治療に関して言及していたと思うが、心的外傷のある他者との関わり全般に用いても逸脱ではないだろう。

ハーマンもまた他者の必要性を指摘している。

心的外傷の体験の中核は何であろうか。それは、無力化と他者からの離断である。だからこそ、回復の基礎はその後を生きる者に有力化を行い、他者との新しい結びつきを創ることにある。

治療者の役割には知的、人間関係の両面があり、それにより洞察とエンパシー的なつながりが育つ。医師は患者に正しい知識を与え、保護的な親の態度で接する。

(J・L・ハーマン『心的外傷と回復』)

正しい知識をもち、主体性を奪わない保護的な親のような他者が、理解ある第三者として患者と新しい結びつきを創ることが回復に求められる。

私は、「ただまなざすこと」をニュートラルとし、「看護る(みまもる)こと」や、「保護的にまなざすこと」をニュートラルから一つギアを入れることと捉えていた。しかし、ハーマンらの考えを踏まえると、ニュートラルを維持しようと試みながら存在する他者は、ニュートラルであることによって、理解のある他者として機能する。つまり、「看護る(みまもる)こと」や、「保護的にまなざすこと」もニュートラルなケアである。

すでに述べたように心的外傷の程度と主体性が損なわれた程度をスペクトラムとして捉えると単にPTSDの治療として眠らせずに有効活用できる。保護的なまなざしは、心的外傷のスペクトラムにも及ぶ。外傷の程度に応じて、保護的なまなざしというニュートラルな位置から、神田橋が指摘するような治療的な営み(LINE座談会参照)へとギアを切り替えていく。hear, listen, askの順に、医師の主体性の濃度が高くなっていく。

ところで、治療者の主体性を希釈する具体的な工夫として、<声>を増やすこと、つまり多声性が想起される。

誰の声が正しく誰の声がまちがっているかを定めることはできない。〈全ての声〉が重要であり、新たな意味を生み出すことにかかわっているのだ。それらは等しく価値がある。モノログ的な語りでは、声にヒエラルキーがある。

(セイクラ、アーンキル『オープンダイアログ』)

これまでの文脈を踏まえれば、オープンダイアログでの注意点がPTSDの治療におけるそれとして正しく重なることに気がつく。

厄介な状況の中、不確実でコントロールの欠如した場で耐え忍ぶことは難しいことなのである。そのために、モノログ的な語りへの誘惑が大きくなるのである。しかし、それは相手の思考や行動を支配することになるのだ。

(セイクラ、アーンキル『オープンダイアログ』)

理解のある第三者。保護的にまなざすニュートラルな他者。他者として存在しながらも、その主体性を希釈する他者。終末期緩和ケアにせよ、発達障害でのケアにせよ、喪失や不安などにより心的外傷が強い病態において、そのような他者が共通

して求められている。今後、その方法論が整理されることとなるだろう。

心的外傷からの回復に、程度の差こそあれ他者の関与が必要であるということは、自力での回復に限界があるということを示唆している。ニュートラルを保つ他者として存在することは、他力のケアとも呼べる。また、喪失のケアというからには、服喪のケアとも呼べる。理解あるまなざしは未来を見通す力で服喪を支援する。

死に臨んでそれを隠しながら回避する態度は、日常生活をきわめて執念深く支配しているので、共同相互存在する「近親者」たちは「死にゆくひと」に語りかけて、〈あなたは死ぬようなことはない、あなたが死ぬようなことはない。(中略)〉と信じさせようとする。

(ハイデガー『存在と時間』)

医療者は、特に終末期がんにおいて、死期をある程度予想できる。ハイデガーが指摘するように慰めあって死をごまかすのではなく、遠くない未来に起こることへの準備を促すことができる。例えばいよいよ1週間程度で亡くなると思われる終末期においては、栄養がどれくらい必要

かを議論している場合ではない。医療者は適切な治療について議論を促す時期ではなく、「そろそろ、さよならを言うタイミングです」と示すことが必要となる。経験の乏しい患者家族にはその視点が欠けており、いよいよ死期が近づいてもそのギャップを埋められないことが医療者に焦燥感をもたらすことはよくある。さよならを言う服喪の支援については『「さよなら」を臨床医学に』を参照のこと。

伝統的な共同体が日々力を失い、個人が解放され続けている。しかし、コロナ禍の分断によって、私たちの共同体がそうは言っても無縁社会ではなかったことに私たちは気がついた。やはり、私たちは自力では生きられない。

不安は現存在のうちに、もっとも固有な存在可能に向かう存在をあらわにする。

(ハイデガー『存在と時間』)

「苦」という自覚が機縁になって、ここにはじめてしっかりした地上での生活がうちたてられてゆく。

(高神覚昇『般若心経』)

哲学、宗教、思想を押し並べて語ることは不可能だが、どれも人々に

死への準備を促す機能を持っている。その準備を自力で実践することは難しい。ここに出生後からの緩和ケアという考え方が無理なく生じる。

緩和ケアは終末期からではなく、診断時など早期から開始すべきとよく言われる。われわれはその適応を正しく捉え直し、あまねく人の出生後からの緩和ケアというものを想定する。終末期患者のケアもすれば、発達障害の診療も行う。健康カフェ、哲学カフェ、寺子屋、図書室、酒場などを通じた対話というものも試みるだろう。

われわれはこれらすべてを広義に緩和ケアとまなざす。

今後、具体的な地域において具体的に展開していこう。

素寒居士