

<b>Title</b>	QOLD 評価測定尺度に関する基礎的研究 (VI) : Spilitual Pain の測定可能性
<b>Author(s)</b>	丸山, 久美子
<b>Citation</b>	聖学院大学論叢, 14(1): 101-118
<b>URL</b>	<a href="http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=482">http://serve.seigakuin-univ.ac.jp/reps/modules/xoonips/detail.php?item_id=482</a>
<b>Rights</b>	

聖学院学術情報発信システム : SERVE

SEigakuin Repository for academic archiVE

# QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

—Spiritual Painの測定可能性—

丸 山 久美子

A Study of Scaling of Life and Death (IV)

—On the Measurement of Spirituality—

Kumiko MARUYAMA

The purpose of this paper is to consider the possibility of measuring spiritual pain (SP) in the religion and personal beliefs domain of the QOLD Scaling. We discuss what spiritual pain is and define the various aspects of SP as clearly as possible.

We compare a patient group with a group of normal university students on the syndrome of addiction and dependency on such substances as alcohol. Many different characteristics were between the two groups.

In the case of the addicted group, they not only had much spiritual pain, but they also had anger and guilt or aggressive feelings in their life. They were only superficially religious, whether Buddhist or Christian or of some other belief. The anger towards others was much stronger, and death and dying were never considered.

The medical patients have largely been exposed to a medical model in which doctors seek to treat patients by focusing on medicines and surgery, giving less importance in the doctor-patient relationship to beliefs and faith in healing.

Patients need faith, hope and compassion in the healing process. The value of such spiritual elements has led to research in this field in attempt to move towards a more holistic view of health that includes an non-material dimension emphasizing the interrelationship of mind and body.

Research in such areas as psycho-neuro immunology, for example, have shown that how we feel can have an on affect on our physical health—in this case the immune system.

---

**Key words;** SP, WHO, QOL, PNI, Addiction Syndrome

## はじめに

1951年にWHO（世界保健機構）はQOL測定尺度を構成するに際して、QOLの定義を「健康とは完全な肉体的、精神的、社会的に良い状態が保持されている事であり、単に疾病又は疾患が存在しないと言うことではない」としており、この定義にしたがって多くのQOL測定尺度が作成された。1999年になって、WHOは50年振りにこの定義の改定を行っている。それによれば、健康とは肉体的、精神的、社会的の3側面の外に霊的（spiritual well-being）次元が付加されなければならないというのである。この言葉は日本語では適当な訳語がない。spiritual well-beingはmental well-beingと何の様に異なるのか、更に、soul well-beingとの違いが良く吟味されていないのではないと思われる。広辞苑によればspiritual worldは死者の世界と訳される。

すると、現実の世界に存在する人間の[spiritual world]とは何を意味しているのか。霊的世界における痛みは実体験外のことであり、ましてやそれを実世界で測定すること等不可能である。だが、実際にターミナル・ケア、あるいは思春期になって青年が抱く「自己の存在の証明」に至るプロセスには確実にspiritual painは存在する。相対的に、生死について真摯に考えた時、自らが背負っている実存的苦悩の体験は少年が成長して青年になり、成人となるまでの間に意識的であれ、無意識的であれ、確実に一度は体現するものである。しかし、それは、騒がしい社会の中であって、時折心を掠めすぎ、現実の所作事を忘れさせる程強烈なものではない。生死の問題は現実の生活にあっては非常に非現実的である。「生と死の教育」は日本では春分の日、お盆、秋分の日、あるいは元旦等に先祖を思い出す為に墓参をする事や、新年を無事に健やかに過ごせるように神社に詣出て祈願する等の言わば日常的習慣として学習する事になっている。しかし、当節は春夏秋冬の季節の始めの節目に墓参や神社仏閣への祈願の儀式を「生と死の教育」の一貫として行うと考える人は稀であろう。

「死者の世界」とはどのような世界なのであろうか。高名な文学者や哲学者のイメージする死者の世界は多々あるが、とりわけ、仏教の浄土思想の本質を明確にした名僧源信の「往生要集」が良く知られている。学問僧であった源信は数多くの著書を上梓したが、その主著が「往生要集」で、此岸から彼岸の世界へ行って生きるために必要な知恵とも言うべき経文を集大成したものであり、源信の没後（1017）日本人の生と死の思想の根幹となった作品である。地獄の思想は源信以前は存在せず、全て極楽浄土の世界が死者の世界であった。源信より3世紀遅れて、西洋ではダンテの作品「神曲」が著されている（1265）。

源信とダンテを比較考察するのが本論文の目的ではない。

だが、概ね、ターミナルにある病人のspiritual pain（SP）とは死んだ後の世界、つまりあの世のことがどうなっているのかと言う不安から派生する痛みである。そこで、宗教が重要な役割を担う

#### QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

ことになるのだが、日本における宗教の役割は余り重要ではない。したがって、ターミナル患者がホスピスを指向するとは限らず、多くの患者は在宅看護を望む。在宅ターミナル・ケアにおけるSPについて考察するためには、在宅で病人を看護する家族やホーム・ヘルパー、在宅医療従事者、医者等がターミナル患者のSPについて如何なる認識を持っているのかを探る必要がある。通常、日本人は死について話す事を忌み嫌い、病人の側に宗教関係者を近づけることをしない。たとえ、敬虔なキリスト者の家族でも死について語ることを未だにタブー視する傾向にある。従って、ターミナル患者の家族は在宅死を出来るだけ回避するか、在宅ターミナル・ケアでもSPに関する問題は極力避けて通る傾向が見られる。又、日本の大都会では、大部分が病院で死亡し、在宅死は僅か10%程度で、ガンのターミナル患者は更に低く5%程度であると言われている。

「ライフケアシステム」(1980年に設立)、「東京を中心に在宅医療を行っている会員組織」では在宅死亡率が病院死亡率と比較して格段に高い。総在宅死亡率は51.1%、そのうちガン在宅死亡率は63.3%であるという(佐藤, 2000)。そこにおける患者のSPの内容は「私は死んだ後どうなるのか」と言う苦痛である。それに対する回答は大抵「そんなことを考えるのではない。不吉だ。生き抜くことだけを考えよ。死に至る迄、今ある生だけを考えることが肝心である」、あるいは「天国で祖父母と会える、親友と語り合う」等で、具体的に死後の世界のことを語り合うことを回避するような姿勢をとることが多い。しかし、上記の集団では在宅医療にかかわる人々は率直に患者とSPについて語り合うことを是としている。ターミナル患者のみにSPが顕著ではない。大した病気ではなくても、一人病床に伏せるとき、「生と死」の問題が脳裏を駆け巡る。その時、患者は誰かこの問題を話したいと願う。家族は大抵拒否するので、医者や看護婦と密かに話したいと望むかもしれない。その時医療従事者はSPに関わる問題の概要を掴み取っておかなければならない。真剣に生と死の問題を共に考えて、共に痛みを共有することの出来るシステムが確立していない日本の病院の現状、家族の意識構造の変革が必要とされる時代になったのではないか。

オーストラリアでは既に1994年、ホスピスにおいてspiritual pain therapistという職種を置いている。この職種は宗教家ではない。ターミナル患者の持っている宗教とは関係なく、患者のSPを真剣に聞き、その考えに共感する事ができ、患者と柔軟な対応の出来る訓練を積んだ職種である。オランダでは「安楽死」を法制化した。これも「生と死」を率直に語り合い、SPを克服し、心の安寧を得た患者の「癒し」が内包されているかに見える。脳死をやっと法制化してまだ間がない日本人には到底自分の生死(安楽死、尊厳死)を法制化するなど考えるだに不気味であろう。

いずれにしても、WHOが取り上げるSPはその宗教的雰囲気や個人の価値観、信念によって様々な色合いを帯びてくる故に、慎重に個人の特性を考慮しながら彼等の訴えるSPが癒され、「病人の健康」が保たれ心残りなく旅立つ事が出来れば、彼等を看取る家族や医療従事者も充足感に満たされるであろう。

## SPの測定可能性

WHOはSpiritualとは「人間として生きることに関連した経験的な1側面であり、身体感覚的な現象を超越して得た経験を表す言葉」であると定義している。身体感覚的現象を超越した経験概念を日本語で表すとすればそれは「霊的・霊性」という精神的、心理的側面を越えた「命、魂」の領域を示す。この領域は既に述べたように思春期特有の自己の実存的存在の意味を考えた時、人生の最終章に差し掛かり、自己実現 (Maslow, 1954) に至る過程で自己の何たるかを思い知る時、死や災難の危機的極限状態に直面したときに生ずる生死を超越した力、言わば魂の力ともいべき人間を超越した宇宙の力に目覚める時に自ずと展開される超現実的世界である。それは特定の宗教と関係なく、この人間界と広大な宇宙に存在する普遍的存在を意識する時にのみ人間だけに与えられた魂の疼きである。絶え間なく寄せては返す海辺の向こうに広がる地平線を眺めている時に、森林の奥深くに木霊する何物かの囁きが山の地肌から伝わってくる時に、繊細な人間が捉えた眩暈である。それは多くの不安を生む。何故、人間は衣食足り、人生の目的を達した時に不安に駆られ、ヘドニズムの様相を呈して、自己破壊を招くのか。それは、人間にだけ与えられたスピリチュアル・ペイン (靈魂の痛み) の故である。painは古来punishments (罰) の意味を含んでいた。人間が魂の痛みを病む事はそれ自体罪の意識であり、それに対する罰であると考えられることもできるだろう。そこに宗教が介在して、魂の痛みの救済を試みるのである。この様な魂の問題を「臨死体験」の問題に言及する場合がある (平山, 2000)。臨死体験は科学的見地からすれば、死ぬ間際に体内から分泌される脳内物質 (エンドルフィン) によって引き起こされる幻覚や妄想の類で、病的体験の一つである。しかし、この現象は必ずしも死ぬ間際に生ずる体験だけではない。思春期にも老年期にも突然訪れる精神的体験である。彼等は「自分の体内から魂が抜け出て、天井から自分の存在を眺めている」、或いは「自分の体が空中に浮遊して行く」体験をする。彼等はその時、魂の痛みを痛んでいる事が条件である。自己を超越する魂の存在が痛感され、多くの場合、普遍的存在の力、「神の領域」へと導かれる。ターミナル・ケアには死を媒介として、自己を超越する能力が研磨されている事が必要である。なぜなら、死は究極のものではなく、生と死を貫く超越的存在、或いは普遍的生命に近づくための手段であり、自己超越とはこの様な死の苦痛を通して霊的世界へと至る事を認識することから始まるからである。

では、死を考え、そこに生ずる様々な思いを言語化する事が可能な人間は彼等のスピリチュアル・ペインをどのように語り、かつ測定することができるのであろうか。

様々なQOL測定尺度が構築されている。測定尺度化 (scaling) とは本来測定不能な人間の能力や性格、価値観、思想、嗜好等をなんらかの方法で測定し、数量化する事である。人間の心理的過程を直接的に測定することは出来ないとしても、ある質問項目に対して2段階の回答選択肢「はい、

いいえ」, 3段階, 5段階などの幾つかの選択肢を持つカテゴリカル・データから個人の持っている潜在的意識のプロセスを数量として表現し現象や特性を操作的に定義して測定尺度を作成し, その測定値を解析することが可能である。様々なデータを解析する諸方法がデータの特性によって考案されている。従って, SPに関してもその定義を明確にしておけば, 測定可能である。これまでに述べたように個人の心理的潜在意識を表す個人内現象とは, 「生命飢餓状態の痛み」(岸本, 1973), 「実存的不安感による目眩」(キルケゴール, 1844), 「自己同一性の獲得と拡散」(エリクソン, 1953), 「生と死の探求を通して自己の人格的価値を引き上げる事」(M・シュワルツ, 1995) 等が総合的に個人の内部に渦巻いている気構えや観念である。それらが解決不能であれば, 個人は声にならない苦悶の叫びを叫ぶ。それを解決し, 救済するための人間の知恵が求めたものが宗教やイデオロギーである。キリスト教における「永遠の生命の保証」, 仏教における「極楽浄土への回帰」, 「輪廻転生」等が, それらに該当する。

WHOのSPは宗教と個人の信条が一体となっている。1999年のWHOの研究テーマ「Spirituality, religiousness, personal beliefs (SRPB)」によれば, HIV/AIDSのSRPBモデルにおいて7つの領域が提示された。

ガン等の終末期患者のケアよりも, 未来のある若者達が大勢をしめるHIV/AIDSによる終末期患者のSRPBはより深刻である。

- それらは, 1) Meaning of life (人生の目的, 存在意義等)  
 2) Forgiveness (許し, 忘却等)  
 3) Beliefs (信念, 価値観)  
 4) Spiritual connectedness (自己が宇宙の一部である事の認識)  
 5) Personal spiritual experience (霊的力の存在を実際に経験する)  
 6) Feeling in harmony with the past, present, and future (過去, 現在, 未来に亘って, 人生が調和に満ちていることを感得, 仏教の教えでは輪廻転生の思想, カルマの思想, 文化的差異が顕著)  
 7) Death and dying (死と死に逝くことのイメージ, 自己の死の質, 死後の生命等)

これらの側面には宗教的雰囲気濃厚であり, 日本人の感性に適合するか否かは不明である。しかし, 日本人の感性を通して, 測定尺度を作成するために自由に現在の個人的な状況を羅列すると大抵の記述が上記の7領域に含まれている。但し, 2領域のForgivenessはHIV/AIDSという特異な疾患のために「家族」, 「神」に許しを乞う, 許されて全てを忘れる (forgetting) と同義に解釈される。忘れることによって不安を解消するという楽天的な要素が含まれている。自己のこれまでの人生を快楽的に無謀に生きて得た結果がAIDSという性感染症で最早手遅れの状態のときに, 彼等の魂の痛みは罰としての痛みであり, それを神に許されるまでに自己超越するには生半可な苦悩ではあるまい。その結果, 許されて罪を忘れ, 残された人生を真摯に生き抜く事ができれば彼等の無残な

死という犠牲も宇宙における超越的実存的生命に至るプロセスと考えれば魂の癒しが得られるであろう。

このようなSRPBを考慮して作成した測定項目は50項目に及んでいる。

### SP測定の方法と結果の考察

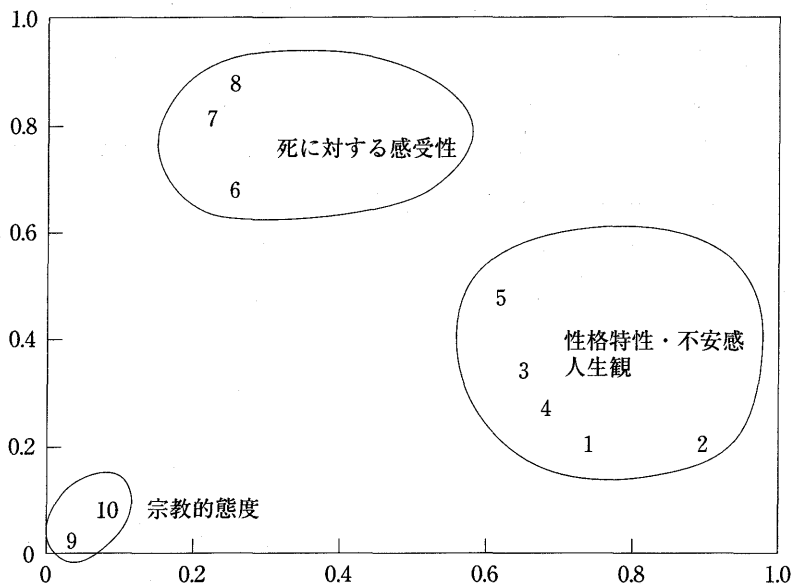
目的：人が極限状態に臨んだときに感じる心の痛みは個々の人間が置かれている状況（環境）とその人の性格特性によってその度合いが異なる。これは単に宗教的次元で問題にされることなく、個人の性格特性と宗教的感情との相互作用として、スピリチュアル・ペイン（SP）が存在する。この様にSPを定義することによってSP測定尺度を検討しSPに関わる諸問題を考察する。

測定項目：既に1997年後期に一般男女大学生285名（男子：182，女子：103）によって測定された50項目からなる「死に対する感情，イメージ」，「死生観」，「宗教的態度」，「現状における不安の強さ」，及び「現状認識」に関する項目を分析して得た23項目をSP測定尺度として用いる（付表1参照）。

調査日時：2001年3月～4月

被験者：東京都に設置されているアルコール依存症，拒食症，家族依存症等の患者が通院する診療所の患者108名（男子：28，女子：80）に23項目からなる測定尺度項目に回答してもらう。

図1 10項目からなるSPに関わる2次元空間付置図



QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

表1 3因子によって構成される10項目尺度の因子負荷量 (大学生)

項目	性格特性 不安感	死に対する 感受性	宗教的態度
	第1因子	第2因子	第3因子
1:今の自分の生き方が気に入らない	0.615	0.143	-0.008
2:いつも孤独であると感じる	0.826	0.096	0.002
3:自分自身と向き合うことに不安を感じる	0.512	0.221	0.037
4:自分には存在価値があるとは思わない	0.561	0.161	0.025
5:私の未来は絶望的である	0.493	0.347	0.059
6:死の恐怖に対して他者よりも強い	0.160	0.492	0.192
7:死を意識したのは他者より早い	0.145	0.651	0.034
8:自分の死について他者よりも多く考える	0.158	0.701	0.071
9:御守り御札を大切にする	-0.023	0.032	0.507
10:先祖の霊魂が見守っている	0.027	0.103	0.738
寄与率	0.355	0.286	0.264

結果と考察:23項目からなるSP測定項目について、健常者である一般男女大学生の結果は図1に示した通りである。23項目が10項目に収束している。これには3つのクラスターが存在していることが明白になった。即ち、第1クラスターは個々人の性格特性、不安感の強い性格、第2クラスターは死に対する感受性、第3クラスターは宗教的態度である。なお、表1に項目毎の因子負荷量を示す。第1の性格特性、不安の強さは相対的に「孤独感」、「絶望感」、「自己開示の不可能性」「否定的現状認識」等の項目によって形成されている。第2クラスターの死に対する感受性は「死の恐怖感」、「死について他の人よりも常に多く考えている」の項目から形成されている。第3クラスターの宗教的態度は「御守り御札の類を大切に持っている」、「先祖の霊魂が常に見守っている」という日本人の宗教観を根底に置いた態度である。既に述べたように、日本人は死ねば仏様になるという観念を持っている。死者の悪口は言わない、言えば罰が当たる、先祖の守護霊が常に自分の生活を支えている、神社で貰う御守り御札は自分の生活の吉凶を占う大切な品物であると考える習慣を持っている。

上記のような結果に対して神経を病む患者が同じような結果を示すかどうかを比較してみよう。

嗜癲行動障害(アルコール依存症、拒食症・過食症等で神経を患っている患者)に23項目の測定尺度で彼等の現状認識や死に対する態度、宗教的態度などを測定した。



QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

図 2

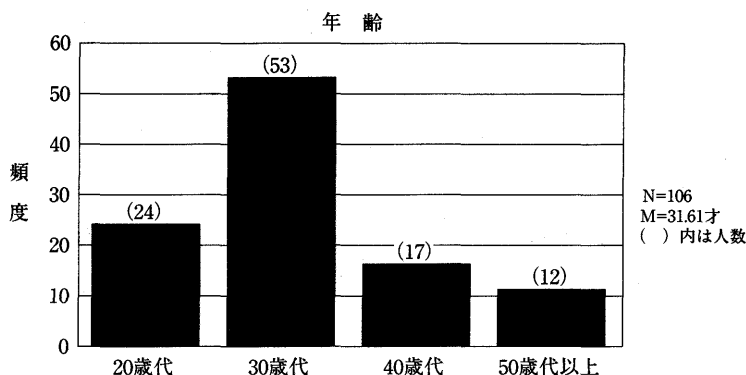


図 2 に彼等の年齢分布図を図示する。平均年齢は31.6歳である。又、彼等が帰属する既成の宗教は若干の仏教を除いて、どの宗教にも属していないと答えたのはほぼ73%で表 2 に示している。この結果は一般の日本人の宗教的意識と同じである。しかし、彼等是如何なる宗教集団に帰属することはないが、宗教的な心は重要であると思っている。重要とされている人と重要でないと思っている人に2分されるが、表 3 に示されるように「いずれでもない」という中間のカテゴリーに反応する人がもっとも多い。この結果は従来の日本人の反応と若干異なる。日本人の素朴な宗教的意識は

表 2 信仰している宗教

	N	%
キリスト教 (プロテスタント)	2	2.0
キリスト教 (カトリック)	2	2.0
仏教	13	12.0
神道	1	1.0
その他	8	7.4
どの宗教も信じてない	79	73.1
不明	3	3.0

表 3 宗教的心の重要性

尺度値	N	%
1 極めて重要	23	21.3
2 重要	25	23.2
3 どちらでもない	34	32.4
4 重要ではない	5	4.6
5 全く重要ではない	21	19.4

M=2.8 SD=1.37

表 4 死に対する意識、不安の時期

尺度値	N	%
幼稚園	34	31.5
小学校低学年 (1~3年)	34	31.5
小学校高学年 (4~6年)	17	15.7
中学生	5	4.6
高校生以上	15	13.9
不明	3	2.8

QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

特定の宗教を信仰するわけではないが、人間の心は宗教的感情を求め、それを重要な生活の糧と  
 ているというのが通例であった。このケースは唯物論に近い回答ではないと思われる。

表4に死を意識した時期を明記してあるが、死に対する感性は早い時期に行われている。23項目  
 からなる測定尺度毎の平均標準偏差、変動係数は表5に示されている。これらの項目の間の相関行  
 列から因子分析した結果は表5に3次元までの因子負荷量、図4はその2次元空間付置図を示す。  
 参考までに抽出された11の項目の度数分布図を図3に図示してある。それぞれの項目の位置関係か  
 ら割り出された3クラスターの状態を吟味してみよう。

表5 23項目の平均、標準偏差、変動係数

スケール	平均 (M)	標準偏差 (SD)	変動係数 (V)
①	2.67	1.29	48.3
2	3.36	1.39	41.4
③	2.73	1.64	44.7
4	3.42	1.36	39.8
⑤	2.79	1.45	52.0
⑥	3.64	1.23	33.8
⑦	2.56	1.36	50.8
⑧	3.22	1.65	51.1
9	3.29	1.37	41.6
10	2.58	1.40	54.3
⑪	2.45	1.31	53.5
12	2.73	1.13	41.4
⑬	3.46	1.45	41.9
14	3.10	1.26	40.6
⑮	2.85	1.31	46.0
16	2.70	1.43	53.0
17	2.66	1.39	52.3
18	2.37	1.37	57.8
19	3.42	1.47	43.0
20	3.48	1.36	39.1
⑳	3.51	1.29	36.8
㉑	3.57	1.29	36.1
23	2.60	1.38	53.1

注：○じるしは、抽出された項目。

QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

表6 SPスケールにおける因子負荷量

スケール	次 元			因子分散
	I	II	III	
1 :	0.5940	0.3208	0.0370	0.4571
2 :	0.2967	0.0978	0.6819	0.5626
3 :	0.6372	0.2477	0.0305	0.4684
4 :	0.6749	0.0601	0.0311	0.4601
5 :	0.6123	0.3104	0.0744	0.4767
6 :	0.0759	0.2160	0.8551	0.7836
7 :	0.4017	0.4916	0.0891	0.4110
8 :	0.1940	0.0073	0.6217	0.4242
9 :	0.6788	0.0267	0.0238	0.4621
10 :	0.1684	0.7173	0.0781	0.5489
11 :	0.1501	0.8981	0.1516	0.8521
$\lambda$ (因子寄与率)	0.4664	0.4138	0.3848	$\eta = 0.5370$

図3 SP項目の2次元空間布置図

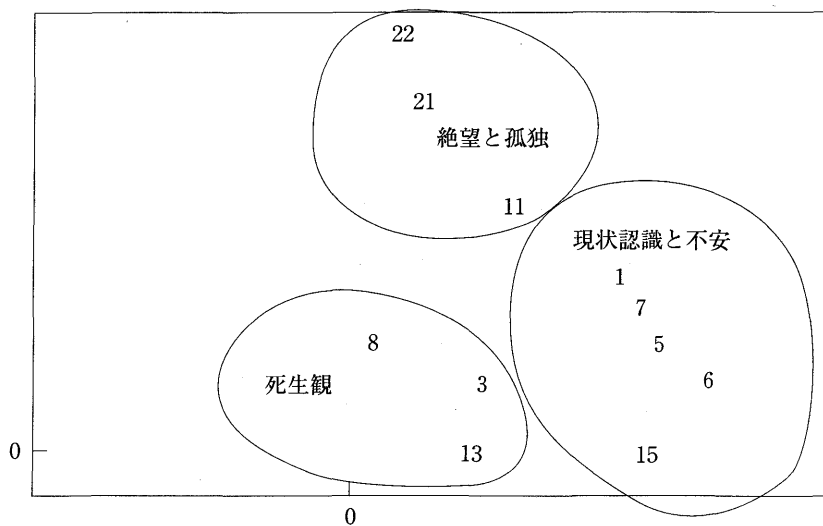
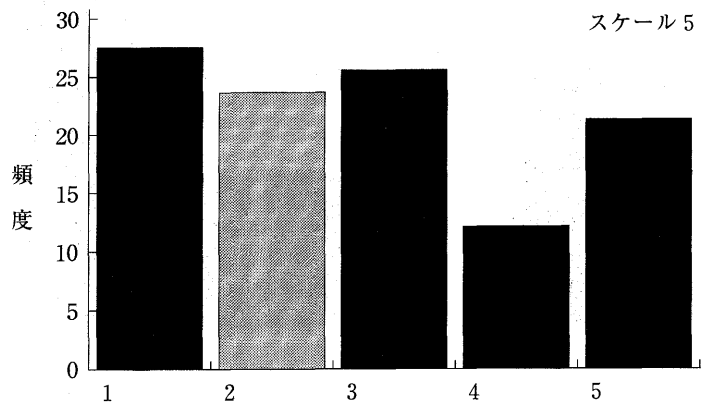
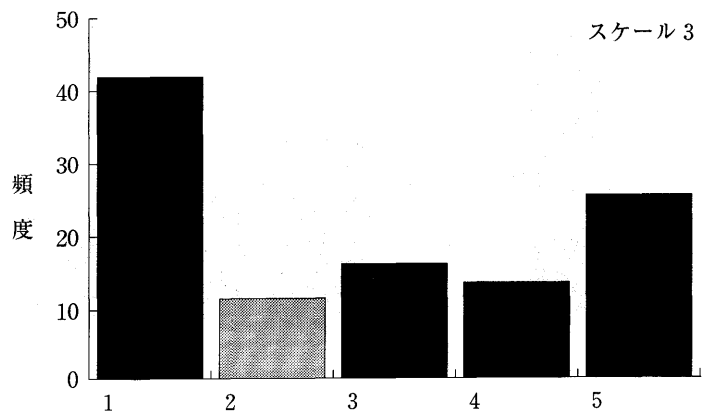
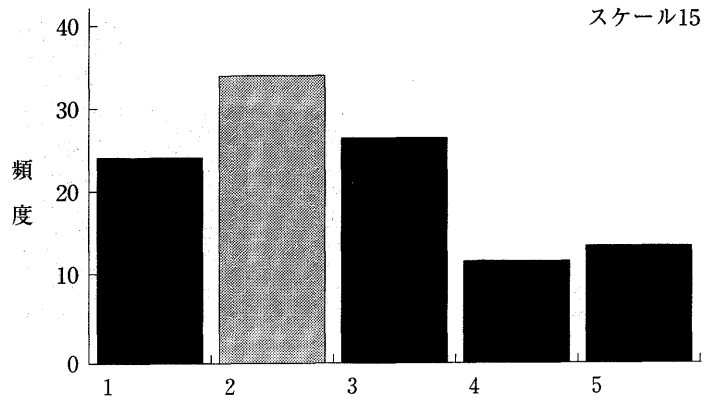
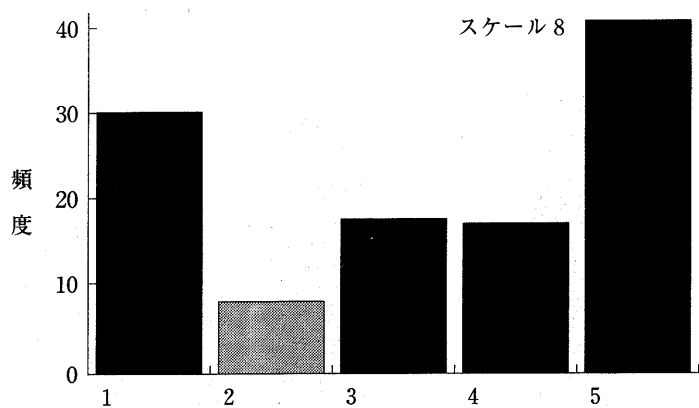
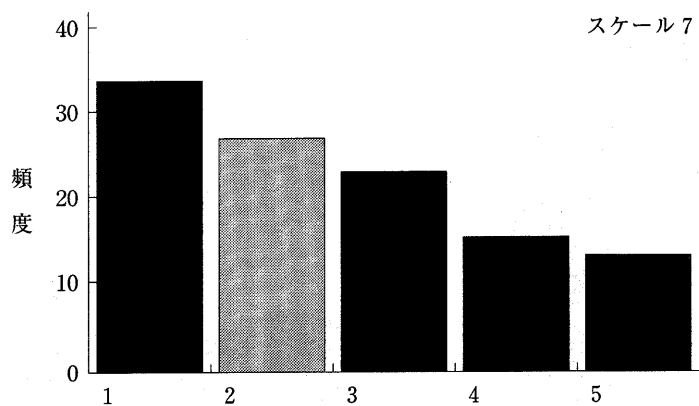
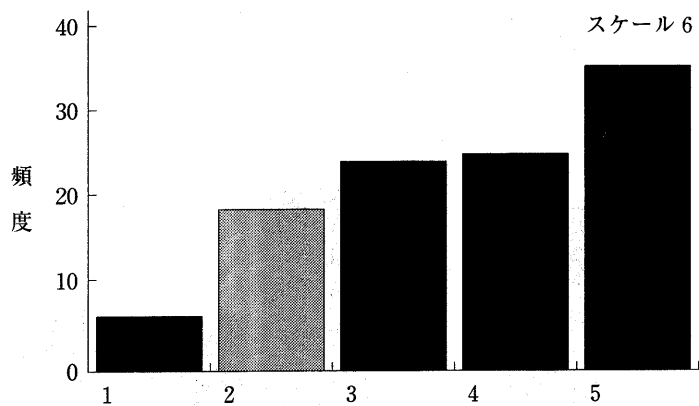


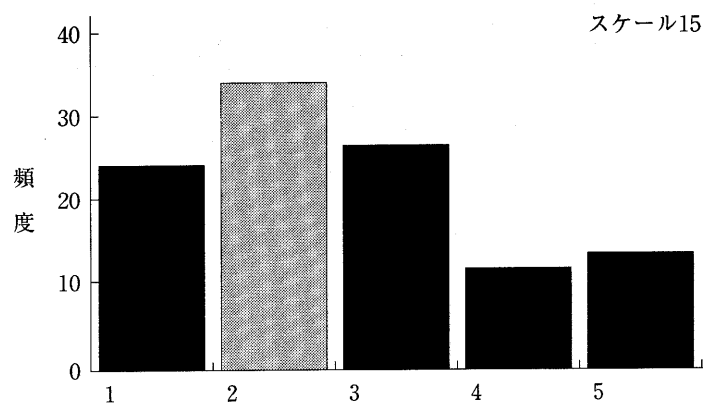
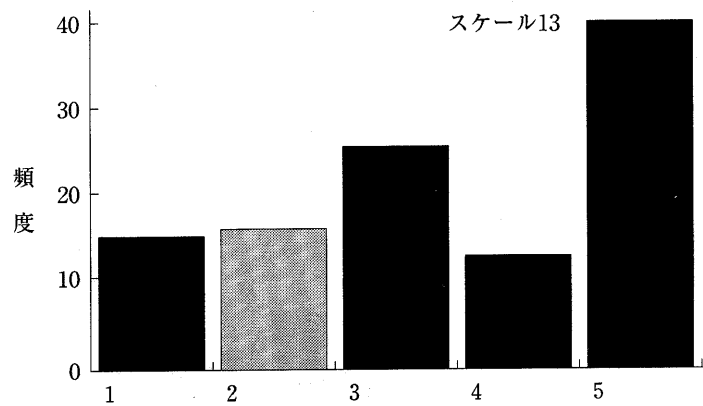
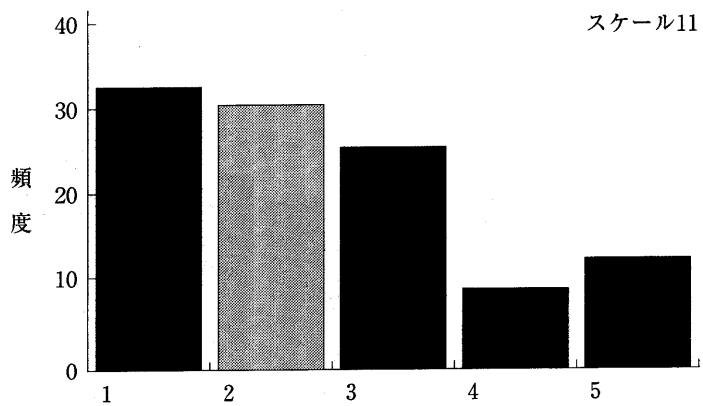
図4 11項目の度数分布



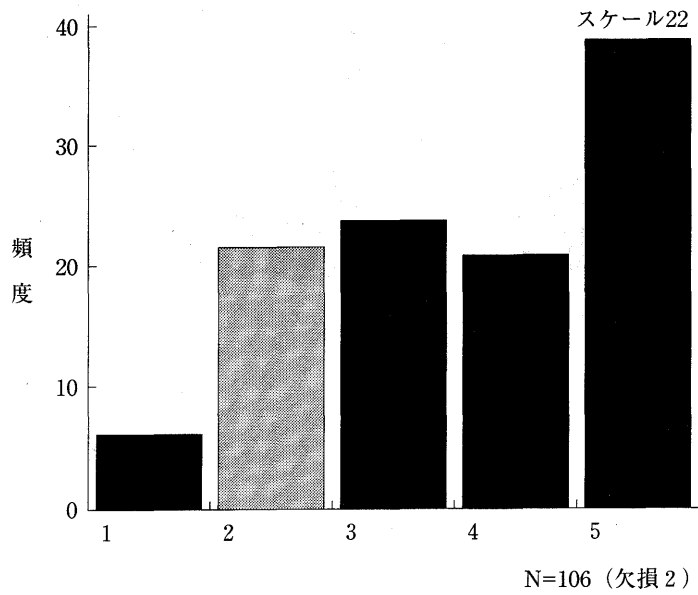
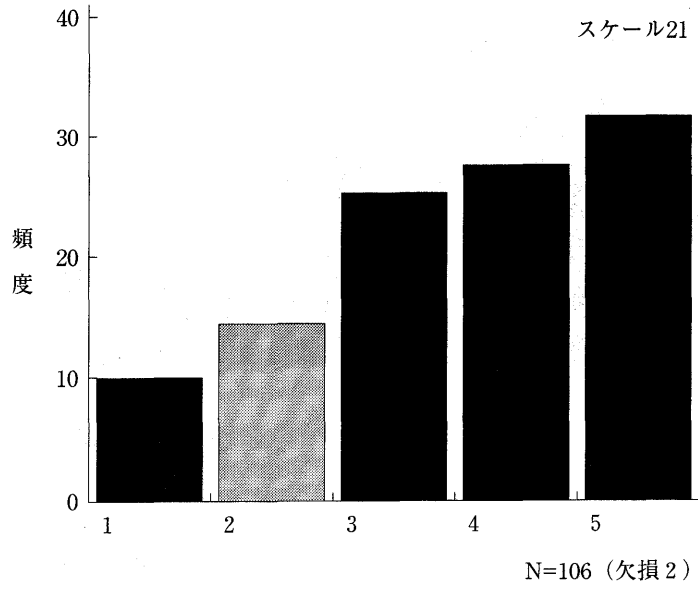
QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)



QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)



QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)



#### QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (Ⅳ)

第1クラスターは現状認識と不安感、第2クラスターは孤独感、第3クラスターは死生観である。なお、項目15は項目6の逆転項目で因子負荷量は負の値になっている。図示するときはこの項目の因子負荷量の値は逆転させている。これらの項目群を列挙すると次のようになる。第一因子：1. 年を取ることに嫌悪を感じる。5. 私はとかく年齢を気にするほうだ。6. 私は、地位や財産、名誉を生きて行くための心の支えとしている。7. 何か不幸なことが起こりはしないかといつも心配だ。15. 私は生きて行く上で、名誉や財産にこだわらない(逆転項目)。これらの項目群は彼等が常に年齢を気にし、社会的地位や名誉、財産にこだわりながら、自分の身辺に何か不幸な事が起こらないかと心配している状況を意味している。先に述べたように、これを「現状認識と不安」と解釈しよう。第二因子：11. 私はいつも孤独であると感じている。21. 自分には存在価値があるとは思わない。22. 私の未来は絶望的である。この3つの項目から解釈されることは、「孤独と絶望」である。本来的に孤独な性格で、将来に希望が見出せず、人生の目的も明確ではないし、存在する価値もないと思っているのだ。第三因子：3. 死は全ての活動の終わりである。8. 死んでしまったら、魂も含めて全てが消滅してしまうと思う。13. 人は死んでも繰り返生まれ変わるものだと信じている(逆転項目)。これらの項目群は「死生観」を表す。彼等の死生観は徹底的な消滅であり、死後の命に関する心配は全くないし、今度生まれ変わって今生では出来なかったことをしようなどという夢や希望などは微塵もない。

因に、嗜癮行動障害 (addiction syndrome) とは、1986年にシェフ (Schaefer, A. W) が共依存 (co-dependency) という社会病理現象を取り上げ、アルコール依存、薬物依存等の二次的嗜癮 (secondary addiction) の基礎となる基本的な嗜癮、つまり嗜癮の人間関係が現代社会の病理を加速すると予測し、そのような行動をとる人間を共依存症、嗜癮行動障害と考え、日本でも斉藤 (1988) がこうした病理を積極的に取り上げ、精神医学の見地から諸般の治療を行っている。詳細に述べれば、共依存症と嗜癮化した社会はアダルト・チルドレンの名称を生み出し、凄惨な犯罪を生み出す少年犯罪は家族の絆が薄れているが故に生み出される社会病理であると考えられる心理学的見解を覆す源となっている。家族の絆を強化するという問題解決は反動的に家族依存症という病理を生み出し、極端に言えば、現今の幼児虐待の潜在的要因ともなっている。即ち、他人に対するコントロールの要求が強くなり、コントロールしたい人と、人に依存しないと不安になる人との間の依存・被依存の関係が共依存症である。これが、家族の人間関係の中で行われており、アルコール中毒の配偶者や家族の面々が相互に引き起こす家族依存症 (仕事中毒、過食、拒食症) である。アルコールに溺れ、食べることから逃れ、仕事に没頭し、ふと訪れた自由な時間に戸惑い何をしてよいのか分からなくなり、パニックに陥るのである。そのような家族を救おうとして手を差し伸べる「愛の人」が実は「愛されていないけれどもすまない人」との間の共依存的人間関係者となる。

このように何かに依存していなければ生きて行けない人たちの治療施設に病者として通院する人達の反応がこれまでに述べたような結果を示している。彼等は何かに依存して行かなければならな



#### QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (Ⅳ)

い神経を病んでいる人たちである。彼等が徹底した唯物論者であり、地位、名誉、財産を優先してそれに依存する。因にどんな宗教にも帰属せず、宗教的心を大切に思わない人たちの理由を自由記述から抜き出してみると、カルト的戒律、物質指向、宗教に依存するのは反対であり、困ったときの神頼みは何か依存しなければ生きて行けない気持ちになるのではないかと考えている。極端に言えば、宗教(神)を求めるのは神依存症ではないか、自尊独立の精神に欠けるのではないかと恐れているのである。

共依存症の患者が強烈にSPを病んでいるのに表面に現れた反応がかくも攻撃的唯物思想、生き方であり、他者に対する攻撃的反応、怒り、憎しみであることは興味深い。これは、患者の体験した幼児虐待、いじめや対象喪失と深く結びつくと考えられる。今後、この様な測定尺度で神経を病む患者のSPを探り、医療従事者がそれを十分に認識して、治療対応に当たることが期待される。

#### 参考文献：

- Erikson, E. H.: 『Identity and the life cycle. Psychological Issues (No. 1)』, NY: International Universities Press (小此木敬吾訳編 1973『自我同一性—アイデンティティとライフサイクル—』, 誠信書房)
- 岸本英夫: 『死を見つめる心』 講談社文庫 1973
- 平山正実: 人はどう死の恐怖を克服してきたか—死生学の射程—, 『死生学がわかる』 AERA MOOK Asahi Shinbun Extra Report & Analysis No. 60, 2000, 57-67
- 丸山久美子: 緩和医学と臨床社会心理学 「社会心理学研究」 Vol. 9, No. 2, 1993, 123-130
- 丸山久美子: ターミナル・ケアにおける「癒し」の問題 「催眠と科学」第10号1995, 17-20
- 丸山久美子: QOLD評価測定尺度に関する基礎的併究 (Ⅰ), 「聖学院大学論叢」第9巻 第2号 1997, 139-156
- Maruyama, K.: A study of scaling of life and death (Ⅱ) - A comparative study on attitudes toward life and death - . J. Seigakuin University, Vol. 11, No. 4, 1999, 359-375
- 丸山久美子, 加藤淳: QOL測定における「死生観」の問題。第1回QOL学会大会発表論文集, 2000
- Maslow, A. H.: 『Motivation and personality』, Harper & Row, NY, 1986
- 小川 圭治: 『キルケゴール』 講談社 1996, 17-20
- 斉藤 学: 『嗜癖』, 土居健郎, 他編「異常心理学講座」第5巻, みすず書房 1988
- Shaef, A. W.: 『Co-dependency; misunderstood・mistreated』, Harper & Row, 1986
- モリス・シュワルツ (松田銑訳) 『モリー先生の最終講義』 飛鳥新社 1998
- 佐藤 智: 在宅の終末期におけるspiritual painの癒しについて, 「死の臨床」 35, Vol. 23, No. 1, 2000, 111-115.
- 山岡和枝, 林文, 他: 性格特性のQOL測定への影響, 「健康心理学研究」, Vol. 9, No. 2, 1996, 11-20.
- 山折哲雄: 『近代日本人の宗教意識』 岩波書店 1996
- WHO: WHOQOL and Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB), Special Report, Social Change and Mental Health. 1998.

QOLD評価測定尺度に関する基礎的研究 (IV)

付表 1 本調査用紙質問項目

(5段階評定法～1：はい, 2：どちらかと言えばはい, 3：どちらとも言えない,  
4：どちらかと言えばいいえ, 5：いいえ)

- 1) 年を取ることに嫌悪を感じる。
- 2) 私はお守りや魔よけを大切にしよう。
- 3) 死は全ての活動の終わりである。
- 4) 世界が滅亡するとしたら, どんな手段を使っても, 状況を良くしようと試みる。
- 5) 私は, とかく年齢を気にしよう。
- 6) 私は, 地位や財産, 名誉を生きて行くための心の支えとしている。
- 7) 何か不幸なことが起こりはしないかいつも心配だ。
- 8) 死んでしまったら, 魂も含めて全てが消滅してしまうと思う。
- 9) 日本人はもっと信仰心を持つべきだ。
- 10) 私は, 今の自分の生き方が気に入らない。
- 11) 私はいつも孤独であると感じている。
- 12) 何が起ころうとも, 私は私のしたいことをしつづける。
- 13) 人は死んでも, 繰り返し生まれ変わるものだということを, 信じている。
- 14) 私には人生に大きな目標があるので, 出来るだけ長生きしたい。
- 15) 私は年きて行くうえで, 名誉や財産にこだわらない。
- 16) 私は死の恐怖に対して, 他の人よりも敏感だと思う。
- 17) 自分自身と向き合うことに不安を感じる。
- 18) 私は, 死を意識しだしたのが, 周囲の人よりも早いと思う。
- 19) 死後, 私は自分の体を献体したい。
- 20) 先祖の霊魂が自分を見守っているような気がする。
- 21) 自分には存在価値があるとは思わない。
- 22) 私の未来は絶望的である。
- 23) 私は周囲の人よりも, 自分の死に関して考えることが多いと思う。

付表 2 集団別に抽出されたスケール

スケール (嗜癖行動障害・共依存症患者)

1. 年を取ることに嫌悪を感じる。
2. 死は全ての活動の終わりである。
3. 私はとかく年齢を気にするほうだ。
4. 私は、地位や財産、名誉を生きて行くための心の支えにしている。
5. 何か不幸なことが起こりはしないかいつも心配だ。
6. 死んでしまったら、魂も含めて全てが消滅してしまうと思う。
7. 私はいつも孤独であると感じている。
8. 人は死んでも、繰り返し生まれ変わるものだと言うことを、信じている。
9. 私は生きて行く上で、名誉や財産にこだわらない。
10. 自分には存在価値があるとは思わない。
11. 私の未来は絶望的である。

スケール (大学生)

1. 私は、今の自分の生き方が気に入らない。
2. 私はいつも孤独であると感じている。
3. 自分自身と向き合うことに不安を感じる。
4. 自分には存在価値があるとは思わない。
5. 私の未来は絶望的である。
6. 私は死の恐怖に対して、他の人より敏感だと思う。
7. 私は、死を意識しだしたのが、周囲の人よりも早いと思う。
8. 私は周囲の人よりも、自分の死に関して考えることが多いと思う。
9. 私は御守りや魔除けを大切にするほうだ。
10. 先祖の靈魂が自分を見守っているような気がする。