

再発を繰り返すがん患者の アイデンティティの再確立について

江頭佳子¹⁾・糟谷知香江²⁾

Re-establishment of identity in repeat cancer patients

EGASHIRA Yoshiko・KASUYA Chikae

本研究では、がんの再発を経験した患者が、がん罹患という出来事をどう捉えて心理的適応を図っているのか、経験の意味づけに着目して検討することを目的とする。乳がん再発を体験した60歳代の女性に、2度（合計時間70分）の半構造化面接を実施した。患者の経験する心理的变化を分析するための枠組みとして、複数経路・等至性モデル（Trajectory Equifinality Model; TEM）を用いた。がん罹患によって生じる危機反応は、初発の時より再発の時の方が強いと先行研究で指摘されているが、本事例では逆に、初発の時よりも再発の時のほうが弱い危機反応という結果であった。アイデンティティの再確立に大きな影響を及ぼしていたのは、「信頼できる人への相談」と「ピアカウンセリング」であった。ピアカウンセリングは、「何よりも人づきあいが財産」という新しい価値を見出し、「人の為に役に立ちたい」と思い、「ありのままの今の自分でできること」を探し、行動し生きる意味を確認していくことにつながっていた。

キーワード：アイデンティティの再確立、複線経路・等至性モデル（TEM）

1. 研究背景と目的

日本人の主な死因別の死亡率年次推移をみると、がんは1981年以降死因順位の第1位となっている（国立がん研究センターがん情報サービス, 2016）。治療法が未確立であり死亡率が高かった時代は、がんへの罹患は死と直結するものとしてとらえられ、がんについて語ることは社会的にタブー視されてきた。しかし、近年、診断技術・治療技術向上の結果、がんを抱えながら生活する人、所謂「がんサバイバー」の数が増加している。米国がん患者団体は、がんを発病し診断されたときから、その人らしい生き抜き方を重視する「サバイバーシップ（Cancer Survivorship）」という概念を1986年に提唱している。これは、がんの治療成果ばかりに目を向けた医療ではなく、本人や家族ががんを経験し、その後も生きていく過程をも

考慮に入れることを重視した考え方である（山内, 2014）。医療技術向上の結果、がんは長年にわたって付き合っていく慢性疾患へと変化しており、がんを抱えながらどう生きていくかを理解する必要が出てきているといえる（Foxhall, 2014）。

国立がん研究センター（2016）によると、日本人女性の罹患率第1位は乳がんである。国内では主として閉経後の女性に増えている。乳がんは治療率の高いがんの1つで、5年生存率は83%に達するため、罹患後の生き方を理解する必要性がとりわけ高い。特に、外見的にも目視しやすい乳房の摘出手術を受けた場合、乳房という女性らしさを象徴する器官の喪失がライフサイクル全般にわたって生活の質（Quality of life; 以下 QOL）に影響を及ぼすと指摘されている（松岡, 2014）。

がん患者が抱える心理的問題

がんを宣告された患者（危機）にどのような援助が必要か考える上で、患者の心理的な状態を把握することが大切である。終末期にある患者について、キューブラー・ロス（1969）による、①否

¹⁾ 九州ルーテル学院大学人文学研究科障害心理学専攻 gankenkuu.egashira@gmail.com

²⁾ 九州ルーテル学院大学人文学部

認と隔離, ②怒り, ③取引, ④抑うつ, ⑤受容するという説や, また, がん同様に告知後に心的動揺を経験する外傷性脊髄損傷患者を対象として, 危機に遭遇しながら, 新たな事態に適応するまでの過程について, フィンク (1967) による, ①衝撃・ショック, ②防衛的退行, ③承認, ④適応, という4段階にとらえるという説があるが, 森・星 (2017) は, キューブラー・ロスやフィンクの危機モデルは告知後の心的過程への理解を促すが, 他方で, 安易に危機モデルを拡大活用し, 危機状態を理解したかのような錯覚を抱く危険性もあると指摘している。また, 患者の心は危機モデルのように段階的に変化するとは限らず, むしろ否認と受容の間を行きつ戻りつしながら受容の方向へと進むという理解の方が実態に近いという指摘もある (保坂・奥野・岩田, 2017)。

がん患者の心的過程に関する初期の研究は, 危機モデルのように告知後の精神的衝撃, 苦悩, 無力感などに焦点が当てられていた。その後, がん患者についてのコーピング研究が行われるようになり, 告知や治療の過程において患者がどのような対処を行い, 心理的適応を保つか, ということが主に論じられてきた。1990年代になって, 患者が罹患をどう意味づけ, どう生きようとするか, という研究が行われるようになっていく (塚本・船木, 2012)。日本でのこれまでのがん患者の心理に関する研究には, 心理的適応を促進する看護援助方法に関する研究 (赤石・石田・石田・植原・神田, 2005), 社会復帰の具体的支援に関する研究 (浅野・佐藤, 2008), がん体験記の分析を通して患者がたどる受容プロセスについて明らかにした研究 (岡本, 2007) などがある。岡本 (2007) は, これをなくしたらもはや自分でないという核になる部分を「中核的アイデンティティ」と定義している。死を意識するような事態の中で自分の身体の変化をどのように受け止めるかという課題に対し, ときに中核的アイデンティティの変容を伴いながら心の在り方も変化していくと考えられる。

従来の研究はがんの初発を扱っているものが多く, 再発後の患者の心理的变化はほとんど明らかにされていない (塚本・船木, 2012)。しかし, がんの再発は, 治癒を目指してきた患者にとって

は, 最初のがんの宣告を受けた時以上に大きなショックを感じるという指摘もある (国立がん研究センターがん対策情報センター, 2012)。がんの告知を患者がどう受け止めるかは, その時代の治療法や治療成績も影響する。治療法が確立されて生存率が改善するに伴って, 患者の心的過程の在り方も変化してきていると推測される。患者は, がんへの罹患によってそれまでの自己像や将来目標の変更を迫られることが少なくないが, こうした変更の内実が治療法などの変化と連動しているからである。本研究では, がんの再発を経験した患者ががん罹患という出来事をどう捉えて心理的適応を図っているのか, 経験の意味づけに着目して検討することを目的とする。

分析方法としての TEM

以上のように, がんの発生と治療を繰り返す患者は, 時間の経過に伴って様々な心的過程を経る。そこで本研究では, 患者の経験する心理的变化を分析するための枠組みとして, 複数経路・等至性モデル (Trajectory Equifinality Model; TEM) を用いる。TEM は, 人間の人生経路においては, 経路自体が多様であっても等しく到達するポイント (等至点) がある, という考えに基づく分析・思考の枠組みモデルであり, 人間の行動や思考, 感情などの変化を, 時間を捨象することなく扱うことを可能とする (荒川・安田・サトウ, 2012)。TEM を用いた心理学的研究としては, 韓国人ろう者が日本語を学ぶプロセスに関する研究 (若月, 2015), 知的障がいのある子どもを親元から離す際の母親の心理的プロセスを検討した研究 (山田, 2011), 児童自立支援施設を退所した高校生の高校進学後の社会適応のプロセスに関する研究 (河合・窪田・河野, 2016) などを挙げることができる。

TEM を用いた研究における対象者の選択は歴史的構造化サンプリング (Historically Structured Sampling; HSS) に依拠する。これは, 研究の目的に合わせて等至点を設定し, その等至点の経験者を研究の対象とする, というものである。サンプルサイズは「1・4・9の法則」が提唱されている。これは研究対象者数によって見いだされる内容の質が異なるというものであり, 1人の場合には個人の経路の深みを, 4人の場合には経

験の多様性を、9人の場合は径路の種類を把握できるとされている。対象者が多ければ経験の多様性や径路の種類を把握することに適しているが、がん患者の場合は初発以前の人生径路が長いことに伴い、初発後の経験の質や内容も多様であると考えられる。そこで今回は一事例に絞り、文化的・社会的な力ががん患者の人生径路に与える影響を描くことを目的とした。

2. 方法

対象者と調査方法

対象者は、①がんの再発経験者であること、②面接時間を治療スケジュール的に確保できること、③面接に身体的に耐えうる状態であること、④がん発症前からの信頼関係が取れていること、⑤主治医の許可を得られることを基準として選定した。

研究対象は60代の乳がん再発の体験者(以下A)である。Aは、初発時、乳房温存するがんの外科的摘出と放射線治療をしたが、1年後に再発が確認され、再び放射線治療、温熱療法が開始されることになった。

X年6月に2度の半構造化面接を実施した。合計時間は70分である。面接時間は身体的負担を考慮して調整した。場所は医療機関B(かかりつけ医)の談話室である。面接の項目は、①がん罹患以前の本人の価値観、②再発の危機をどう体験したか、それは再発の回数によって変わってきたのか、である。なお、面接は対象者の了承を得てICレコーダーに録音した。

倫理的配慮

対象者に心理的負担を生じさせる可能性を考慮し、まず事前に口頭にて研究目的と調査の主旨を説明した。次に、対象者の権利などについて説明を口頭および書面で行い、研究参加の同意書に署名を得た。なお、この研究計画は放送大学研究倫理委員会にて承認を得ている。また、本研究が論文として公開されるにあたり、対象者とその子どもに論文内容の確認を依頼し、対象者から代表で同意書に署名を得ている。事例記述に際しては、事例の特定ができないよう、表現上本質を損なわないような配慮を行った。

分析方法

まず、録音データを逐語録におこした。その際、沈黙の間の取り方などノンバーバルな情報も書き込んだ。これらは心理的なプロセスのうつし込みがあると考えたからである。次に、逐語録を、経験の意味のまとまりごとに切片化し、その内容を端的に表す見出しをつけた上で時系列順に並べ替えた。

分析で用いたTEMの主要概念について説明する。TEMにおいては、「等至点」、「必須通過点」、「分岐点」、「社会的助勢」、「社会的方向づけ」などの概念が用いられる。等至点(Equifinality Point; EFP)とは、自己を取り巻く社会的な状況に応じて異なる径路を選択しても、等しく到達する地点である。これは研究上の焦点となるポイントであり、研究者が設定する。なお、TEMにおいては等至点とは逆の現象を意識することが重要とされている。研究目的である等至点(EFP)への到達が良いことであると価値づけてしまいがちであるため、等至点を相対化することによってこうしたことを回避できるからである。等至点とは逆のポイントを「両極化した等至点」(Polarized-EFP; P-EFP)と呼ぶ。等至点までの径路は多様であるが、多くの人が共通に経験するポイントもある。これを必須通過点(Obligatory Passage Point; OPP)と呼ぶ。分岐点(Bifurcation Point; BFP)とは、複線径路が分かれるポイントである。分岐点から別れた複数の径路を経て、再び径路の収束するポイントも等至点(EFP)となる。なお、等至点への歩みを後押しする環境要因や文化的な力を「社会的助勢」(Social Guidance; SG)、逆に、等至点に向かうのを阻害する環境要因や文化的な力を「社会的方向づけ」(Social Direction; SD)と呼ぶ。

TEM図の表し方を説明する。等至点を二重線で、必須通過点を太線で、切片化した各経験を実線で、それぞれ囲んだ。点線の囲みは、論理的に考えられる「両極化した等至点」である。また、社会的助勢(SG)を上向きの矢印で、社会的方向づけ(SD)を下向きの矢印で表した。さらに、実際の語りに現れた径路を実線で、実際の語りに現れなかったが論理的に存在すると考えられる仮想径路を点線で示した。

表1 TEMの用語ならびに本研究における意味

用語	本研究における意味
等至点 (EFP)	EFP1 今後の生き方を描ける EFP2 ADL 拡大・自己肯定感回復 EFP3 アイデンティティ再確立
両極化した等至点 (P-EFP)	P-EFP1 今後の生き方を描けない P-EFP2 ADL 拡大せず・自己肯定感低下 P-EFP3 アイデンティティ拡散
分岐点 (BFP)	BFP1 信頼できる人への相談 BFP2 リハビリへの取り組み BFP3 ピアカウンセリング
必須通過点 (OPP)	OPP1 がん発症の告知 OPP2 危機反応 OPP3 治療 (手術) OPP4 がん再発の告知 OPP5 治療 (放射線・温熱)
社会的助勢 (SG)	SG1 家族の支え SG2 医療者との信頼関係 SG3 医療者からの丁寧な説明 SG4 同病者との共感 SG5 同病者に喜んでもらえる SG6 弱い自分を人に見せられる
社会的方向付け (SD)	SD1 自然災害

3. 結果

がん患者の心理的変容過程は多様であるが、等至点 (EFP)、必須通過点 (OPP)、分岐点 (BFP) などの概念を用いて、半構造化面接の内容を分析した。表1にTEMの用語ならびに本研究の意味を示す。

がん罹患による危機を乗り越えるためには、まず「今後の生き方を描ける」を第1の等至点(EFP1)として通過し、それを踏まえて、「ADL (Activities of daily living) 拡大・自己肯定感回復」を第2の等至点 (EFP2) として設定した。さらに、「アイデンティティ再確立」を第3の等至点 (EFP3) とした。また、第1の両極化した等至点 (P-EFP1) を「今後の生き方を描けない」、第2の両極化した等至点 (P-EFP2) を「ADL 拡大せず・自己肯定感低下」、第3の両極化した等至点 (P-EFP3) を「アイデンティティ拡散」とした。

分岐点(BFP)については、第1の分岐点(BFP1)を「信頼できる人への相談」、第2の分岐点(BFP2)を「リハビリへの取り組み」、第3の分岐点(BFP3)を「ピアカウンセリング」とした。

必須通過点 (OPP) については、第1の必須通

過点 (OPP1) を「がん発症の告知」、第2の必須通過点 (OPP2) を「危機反応」、第3の必須通過点 (OPP3) 「治療 (手術)」、第4の必須通過点 (OPP4) を「がん再発の告知」、第5の必須通過点 (OPP5) を「治療 (放射線・温熱)」とした。

図1はAのストーリー全体のTEM図である。以下では、Aのがん発症後のライフストーリーを第1期 (初発) と第2期 (再発) に分けて分析する。また、Aの経験の流れを理解する上では発症以前の生き方も重要であると考えられるため、これを第0期 (がん発症前) として記述する。なお、「」はAによる発言を示す。また、「」の後の () は筆者による注を示す。

第0期：がん発症前

Aは幼少期から活発で人に弱みを見せない性格であった。成人してからは、自営業を営み、独力で子どもを育ててきており、自分は強くあらねばならないという考えを持っていた。発症前に生きがいとしていたのは、①自営業にて生計を立てること、②家長として、実母の生活全般の面倒見つつ家を守ること、③子どもの母親兼父親としての役割を果たすことであった。

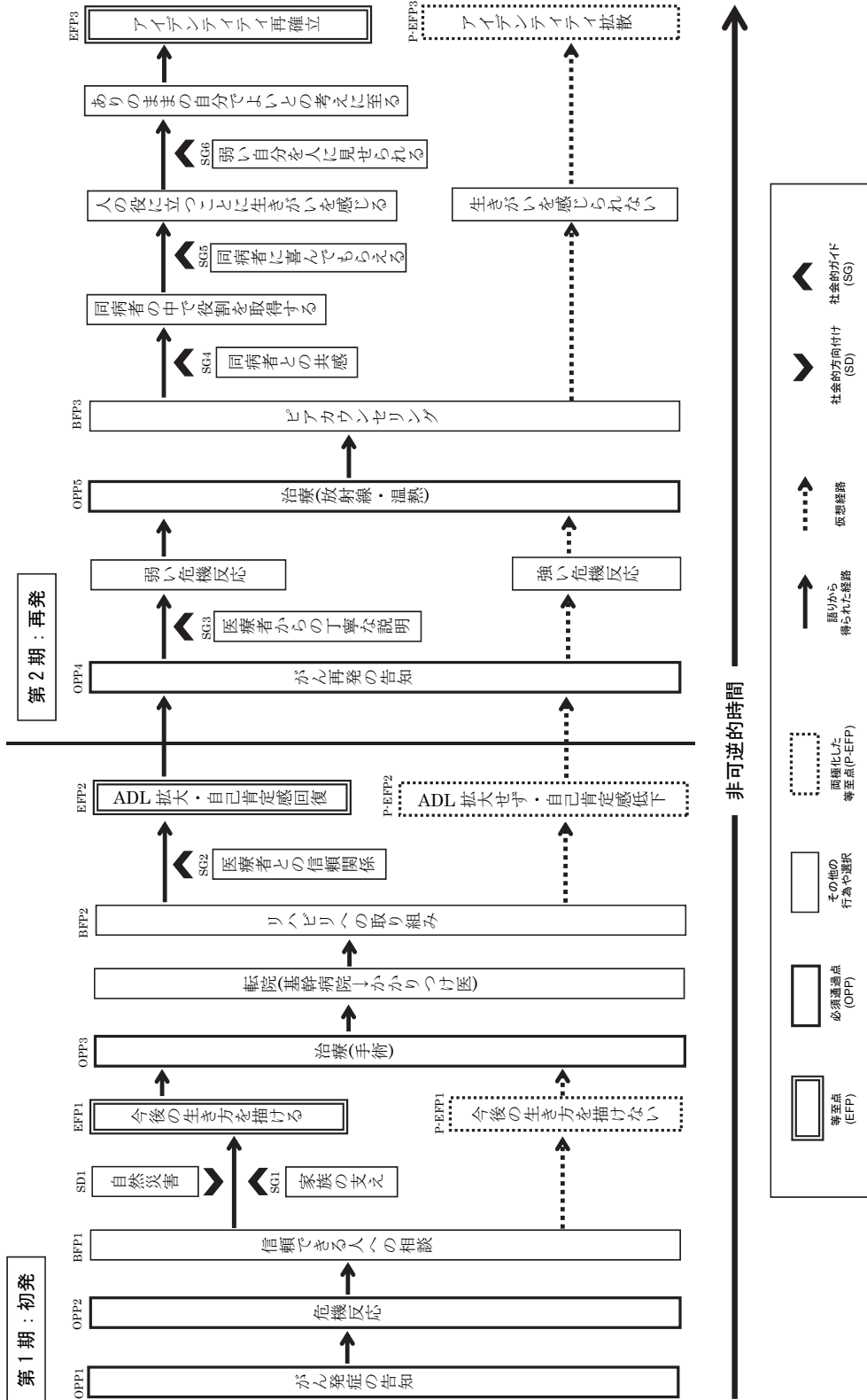


図1 Aの体験と心理的プロセスのTEM図

子どもは家庭を持ち自立、X-6年にがんを発症し、治療を全面拒否した状態であった。子どものがん発症を、本人は「代わってやりたい」と自分のことのように受け止めていた。そうした自分の悩みを、通院している医療機関B（かかりつけ医¹）に話すことでストレスフルな状況に対処していた。

がん発症前のAは、「家長としての役割遂行」、「母親としての役割遂行」に重きをおいていた。自分の意思で、生き方、職業、価値観などを選択し、こうした選択に対し自ら責任を持つよう努めていた。

第1期：がん初発

必須通過点（OPP1）：がん発症の告知

がんの告知を受けた後、以下のようにさまざまな感情が行きつ戻りつ混在した。①「頭の中が痛て言われてからパニックですね」（パニック時期）、②「わーどうしたらいいんだ」（混乱・動揺）、③「死ぬんじゃないかという不安」（死の恐怖・不安）、④「なんでこんな私たち親子がこんなになるのか」（ぶつけようのない怒り）、⑤「子どももがんなので、心配させるので相談できない」（一人で途方に暮れ落ち込み）、⑥「子どものことが心配（心配）。このように、母親役割が果たせない自分や、家長としての役割も果たせなくなる自分を役に立たない存在と思い、自己肯定感が持てない（自己肯定感と生きがいの喪失）という過程をたどった。

分岐点（BFP1）：信頼できる人への相談

子ども自身もがんであるため、心配をかけたくない思いから、Aの場合は、相談相手として以前から信頼していた医療機関B（かかりつけ医）を選んだ。相談し、自身の思いを言葉にするうちに「病気の子どもの世話をしたい思い」、「子どものことでやり残したことがある」と、思考を整理することができ、自分の死の恐怖より母親として「自分がしっかりしないといけない」と、子どもに対する母親役割遂行へと気持ちが切り替わった。自分の身体のことより、先のがんを発症している子どものことを心配し、母親としての役割を果たすことが生きがいと気が付いた。

社会的方向づけ（SD）：大規模自然災害による被災

Aは、告知後2日目に大規模自然災害に遭い、住む家と長年営んできた店を失った。がんの告知を受けて心理的に動揺した状態であるときに、生活基盤であり生きがいであった自宅と店舗を喪失し、さらに手術予定の病院の被災で治療のめどが立たないという焦燥感に襲われる、というように危機が重なった。その後、医療機関C（基幹病院）での手術の調整ができ、ようやく治療（手術）を受けることができた。その際、医療機関C（基幹病院）より丁寧なインフォームドコンセント（Informed Consent; 以下、IC）を受け、術式と手術後の過程と予測される問題を理解し、医師と相談したうえでイメージの変化の少ない乳房温存手術を自己選択した。

分岐点（BFP2）：リハビリへの取り組み

医療機関C（基幹病院）での手術治療終了後にAは、医療機関B（かかりつけ医）へ転院した。手術後の痛みなどで患側上肢の運動が自主的にはできなかったため、関節可動域もせまくなりリハビリ意欲の低下している状態での転院だった。幸い、以前から医療従事者との信頼関係ができており、その人々が親身にかかわることにより、その気持ちにこたえようと、主体的にリハビリに取り組むことができた。

等至点（EFP2）：ADL拡大・自己肯定感回復

リハビリの結果、目に見えて運動効果による関節可動域の広がり、日常生活での動作がスムーズになることで、自信の回復、QOLの向上につながった。リハビリのない時間も、散歩をしたり自主的な健康行動につながった。

社会的助勢（SG）

がん発症の告知を受けて心理的に危機状態にあったAが手術後の生き方を思い描くことを支えたのは、子ども夫婦から退院後の生活基盤の提供（同居）が約束されていたこと（SG1）である。また、手術後に意欲が低下した状態で始めたリハビリであったが、Aが信頼関係のある医療従事者の励ましにこたえようとしたこと（SG2）により、

¹：がん診療連携の中では、主的治療を基幹病院で行い、その後の患者を支える役目として、かかりつけ医は連携している。

次第に ADL が拡大していった。

両極化した等至点 (P-EFP2)：ADL 拡大せず・自己肯定感低下

手術後のリハビリは、患者にとって苦痛である。その痛みに立ち向かえる動機づけがない場合には、ADL・QOL の低下、自己肯定感の低下をきたすおそれがあったと考えられる。

第2期：がん再発

必須通過点 (OPP4) がん再発の告知

初発の時と比べがんが再発したと知った時は、「あまりショックとかはなかった」という。初発の時、医療機関 C (基幹病院) より丁寧な IC があり、がんの再発の可能性や問題点を理解していたことと、かかりつけ医から「がんとの共存についての心構え」などの情報を得て心の準備ができていたこと。それらのことより、初発より再発のほうがショックや混乱などあまりなく、受け入れられたようだ。A は、治療 (放射線・温熱治療) を受けながら、健康行動をとることも増えていった。

分岐点 (BFP3)：ピアカウンセリング

A の医療機関 B (かかりつけ) の特徴として、入院患者のほとんどががん患者であり、その中の告知率はほぼ 100% である点を挙げることができる。医師が、患者の状態を判断し、患者同意のもとピアカウンセリングの患者同士をつないでいくということをしている。これが同病者同士の共感や癒しにつながっているようである。ピアカウンセリングにおいて、A は、被災して自宅に住むことができなくなったため、仕方なく施設に預けていた母親に似た患者に出会った。彼女に自分の母親を投影し、実母に対して果たせなかった娘として家長としての役割を、母親に似た同病者をお世話することで生きがいを感じられるようになった。

等至点 (EFP3)：アイデンティティ再確立

ピアカウンセリングをきっかけに知り合った方々との心の交流や、医療従事者への信頼、また、医療従事者や同病者からの信頼を感じることで、「人の役に立ちたい」、「人づきあいが財産」という新しい価値形成と、以前よりもできなくなったことがあっても「ありのままの自分でよいという自己受容」によって最終的にアイデンティティの

再確立 (EFP3) に繋がっていった。もし、がんを抱えながらできることではなく、できなくなったことばかりに捕らわれていたら、アイデンティティ拡散 (P-EFP3) した状態が続いたのではないかと考えられる。

4. 考察

がんの再発は、治療を目指してきた患者にとっては、最初のがんの宣告を受けた時以上に大きなショックを感じると指摘されている (国立がん研究センターがん対策情報センター, 2012)。したがって、初発の時点よりも再発の時のほうが、告知を受けた衝撃が強く、アイデンティティの再確立に時間がかかり、その後の再々発時には、再確立までの時間はだんだん短くなり、成熟してくるのではないかと推考する (森・星, 2017)。

しかし、A の事例では、初発の時よりも再発の時のほうがショックは少なく、中核的アイデンティティは全期を通して変わることなく主軸にあり、さらに成熟した「社会のために役に立つ存在」であるということに重きを置く価値観へ変容してゆくことが明らかになった。以下では変容する過程に影響を与えた要因を各期に沿って述べる。

第0期：がん発症前、幼少期は活発な少女であった。青年期から成人初期に関しては、子どもを養育し、一家の家長としての役割と、母親役割の遂行に価値を見出していた。これが A の中核的アイデンティティであると考えられる。中年期の危機時は、生計を支える自分のつらさや弱さを外にださずに、家族に心配をかけることなく自己決定していくことで、家族を養い守ることができているという自己肯定感を得ていたようである。停年退職期の危機から老年期にかけては、子どものがん発症という困難に直面したが、信頼的確な情報や判断を提供する人に相談する、また、自己の考えを述べ聞いてもらうといった対処行動をとり、危機からの軌道修正をスムーズにしたと考えられる。

第1期：がん初発は、既存の危機理論のように、パニック・混乱・動揺・死の恐怖・ぶつけようのない怒り・落ち込みなどが現れた。そのような危機の混乱状態の時期は、信頼できる相手への相談行動をとるのが一般的である。その相手は、近親

の家族や親友が多いのだが、A は子どももがんの為、これ以上の心的負担をかけないように家族への相談をしなかった。これは、A の中核的アイデンティティが、母親としての理性的な行動をとらせたのだと思われる。次に信頼する相手が、A の場合には医療機関 B (かかりつけ医) であった。選択した理由は、普段から信頼関係ができていて A 自身の性格も社会背景も理解している安心感や、医学的にも適切なアドバイスや情報をくれるという信頼感であったと考えられる。その相談の中で自分を語ることで、A はやり残したことが徐々に明確になってきたのではないかと思われる。

そして、A は、告知後 2 日目に大規模自然災害を経験した。それが、母親役割の遂行を「やらねばならないこと」とはっきり認識するきっかけとなった。環境や状況が大きく変化したことで、自分のおかれた立場を俯瞰する視点に一度、強制的に切り替わったことにより、大規模自然災害という社会的方向づけ (SD) が、社会的助勢 (SG) になったのではないかと考える。それは、Weber (2006) による、心配の総量は有限だとする仮説 (心配総量有限仮説) が当てはまる。星・森 (2017) は、我々が心配できることには上限があり、莫大な被害と近々な生命に関する心配が大きくなると、必然的に別の事象についての心配が小さくなると述べている。つまり、年単位の生命の危機であろう自身のがんについての心配が、自然災害による近々の命の危険を体験したことで、一時的に、小さくなるという可能性が考えられる。このように、自分の意思とは無関係に目標の変更を迫られる機会というのは、実は成人にとってのアイデンティティの再確立の機会にもなり得るといえるのではないのだろうか。しかし、中年期女性の乳がん体験がアイデンティティ発達に多大な影響を及ぼすことを明らかにした貞丸・小早川 (2012) によると、人生の危機が必ずしもアイデンティティの発達を促すものだと断定されるものではないともいえる。そのことを鑑みると、A が老年期の女性であったため、子どもを産み育てることが既に終わり、そのうえ乳房温存手術ができボディイメージの変化が少なかったことも、心理的な受け入れを比較的早期にできた要因ではないかと思われる。

A の場合、大規模自然災害という近々の生命の危機があり、初発のショックからの立ち直り、切り替えが告知後 2 日後と早かったが、自然災害以外での同様な危機がある場合にもいえるのかはまだ明らかではない。

第 2 期:再発において、初発の時のようなショックはあまり見られなかった。その要因は、初発時に医療機関 C (基幹病院) での丁寧な IC で、治療経過と予測される問題についてきちんと説明を受け、医療従事者への信頼があったので、心の準備ができていたからだと思われる。今回の A は、再発のほうがショックが少ないケースではあったが、一般には、再発のケースのほうがショックが大きいといわれる。この分岐に医療者の役割が重要であることを示唆している。

A は、再発時には、同病者同士をつなぐピアカウンセリングを積極的に自発的に行っていた。ピアカウンセリングでは、ケアを受ける側だけでなくケアを与える側にもポジティブな人間性が発現し、両者が自己実現を遂げていくといわれている (岡本, 2007)。また、「関係性によるアイデンティティの発達」という言葉もあるように、他者の自己実現を援助することが、すなわち自分自身のアイデンティティの発達につながることもある (岡本, 2007)。A は、人をお世話することで役に立てている自分、弱いところも受け入れられる自分、という自己肯定感が生まれ、それが生きがいや自己実現になっていった。特に、家長として親を最後まで見られなかったという悔しい気持ちがあるがゆえに、自分の母親に近い年代の女性には母親への代償という気持ちがあったと推察される。その経験から、「何よりも人づきあいが財産」という新しい価値を見出し、「人の為に役に立ちたい」と思い、「ありのままの今の自分のできることを自ら探し、行動してゆくことで自己の存在価値を高め、生きる意味付けを確認しているようであった。このことは、完全な回復が期待できない場合、あるいは長い寿命が保証されない時、これまで生きてきた自分の最も大切な部分がどの程度維持できるのかという問題ばかりでなく、もっと別のことが自分にとって意味を持つことに気づき、アイデンティティが変容してゆくという岡本 (2007) の指摘と一致する。「発症前から持っ

ている価値づけされたこと」はベースに持ちつつ、さらに他者、つまり社会のために役立つ存在であるということに重きを置く価値観へと変容したと考えられる。このことから A のアイデンティティの再確立がなされているといえる。

今後の課題 以上のように、がん発症告知による心理的衝撃は、A の場合、初発の時に再発のときに比べて強いという結果であった。今後の検討課題としては、初発の時点よりも再発の方が衝撃が強く、アイデンティティの再確立に時間がかかるケースもあるのではないかと考えられる。また、再発2回目以降にはそのような衝撃を受けるのか、再発を1度経験したのみの A のケースからは明らかになっていない。再発回数を重ねるごとに、アイデンティティ再確立までの時間はだんだん短くなり、成熟してくるのではないかと予想される。また、ピアカウンセリングがどのように心理的に影響を与えるのかも、今後より多くの事例を踏まえて検討する必要がある。

注

本研究は、江頭佳子が2017年に放送大学へ提出した卒業論文を加筆・修正したものである。

謝辞

この研究を行うにあたり、自らの貴重なお話をしてくださった A 氏および入院施設のみなさまのご協力に深くお礼申し上げます。

引用文献

- 赤石美佐子・石田順子・石田和子・植原早苗・神田清子 (2005)：放射線治療経過に伴う乳がん患者の気持ちの変化 北関東医学会誌, 55, 105-113.
- 荒川 歩・安田裕子・サトウタツヤ (2012)：複線径路・等至性モデルの TEM 図の描き方の一例 立命館人間科学研究, 25, 95-107.
- Fink, S. L. (1967)：Crisis and motivation: A theoretical model. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 48(11), 592-597.
- Foxhall, L. E. (2014)：がんサバイバーシップの歴史と発展 日野原重明 (監修) 実践がんサバイバーシップ—患者の人生を共に考えるがん医療をめざして 医学書院, 2-6.
- 保坂 隆・奥野史子・岩田多加子 (2017)：がんリ

- ハビリテーション心理学に必要な知識 保坂隆 (編著) がんリハビリテーション心理学 医歯薬出版, 59-60.
- 河合直樹・窪田由紀・河野荘子 (2016)：児童自立支援施設退所者の高校進学後の社会適応過程—複線径路・等至性モデル (TEM) による分析— 犯罪心理学研究, 54(1), 1-12.
- 国立がん研究センターがん情報サービス (2016)：最新がん統計 http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html (2017年3月1日閲覧)
- 国立がん研究センターがん対策情報センター (編著) (2012)：もしも、がんが再発したら 英治出版株式会社
- Kübler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. NY: Macmillan. (鈴木 昌 (訳) (1998)：死ぬ瞬間—死とその過程について 読売新聞社)
- 松岡順治 (2014)：手術による後遺症—主に乳がん術後について 日野原重明 (監修) 実践がんサバイバーシップ：患者の人生を共に考えるがん医療をめざして 医学書院, 42-43.
- 森 津太子・星 薫 (2017)：危機の心理学 放送大学教育振興会
- 岡本祐子 (2007)：アイデンティティ生涯発達論の展開 ミネルヴァ書房
- 貞丸純加・小早川久美子 (2012)：中年期女性の乳がん体験による心理プロセス：修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチによる分析を通して 広島文教女子大学心理臨床研究, 2, 1-8.
- サトウタツヤ・安田裕子・木戸彩恵・高田沙織・ヤーン＝ヴァルシナー (2006)：複線径路・等至性モデル—人生経路の多様性を描く質的心理学の新しい方法論を目指して 質的心理学研究, 5, 255-275.
- 塚本尚子・船木由香 (2012)：がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望：コーピング研究から意味研究へ 日本看護研究学会雑誌, 35(1), 159-166.
- 若月祥子 (2015)：日本語を学ぶ韓国人ろう者のライフストーリー—複線径路等至性モデル (TEM) を用いて 日本學報, 104, 19-20.
- Weber, E. (2006)：Experience-based and description-based perceptions of long-term risk: Why global warming does not scare us (yet). *Climatic Change*, 77, 103-120.
- 山田哲子 (2011)．知的障がいのある子どもを親元から離す際の母親の心理的プロセス 東京大学大学院教育学研究科紀要, 51, 245-254.
- 山内英子 (2014)：序にかえて—がん医療の次の

ステージとしてのがんサバイバーシップ—
日野原重明（監修）実践がんサバイバーシッ
プ：患者の人生を共に考えるがん医療をめざ
して 医学書院, vii-xi.

（受稿：11月27日，受理：2月4日）

Re-establishment of identity in repeat cancer patients

EGASHIRA Yoshiko · KASUYA Chikae

The aim of this study is to examine how patients who experienced cancer recurrence perceive their cancer events and make psychological adjustments, focusing on finding or creating meaning within their own traumatic experience. Semi-structured interviews were conducted twice (total time 70 minutes) for women in their 60s with breast cancer recurrence. We applied the Trajectory Equality Model (TEM) as a framework for analyzing psychological changes in the patients after their cancer recurrence. Previous studies have indicated that the crisis responses to cancer diagnosis were stronger at the time of recurrence onset than at the time of first onset. In this case, however, the crisis responses were weaker at the time of recurrence than at the time of first onset. "Consultation with a trustworthy person" and "peer counseling" had a significant impact on the re-establishment of their identities. Through peer counseling, the recurrent patients found "friendship is the greatest asset" as a new value, felt "I want to help others", searched for "what I can do right now", and began to contemplate the meaning and purpose of life.

Key words: re-establishment of identity, trajectory equality model (TEM) cancer recurrence