

スピリチュアリティにどう向き合うか？

— 家族療法の視点から —

奥野 雅子

I はじめに

私がこれまで担当した心理臨床面接で大変印象深いクライアントがいた。それは中学生の娘の不登校で来談した母親との面接であった。私は当時、精神科の診療所に非常勤で勤務し精神科医と一緒に仕事をしていた。娘のうつ症状は続いて不登校はなかなか回復せず、母親はついに新興宗教に頼った。そして、臨床心理士である私に、娘の不登校を回復するための祈祷に多額の代金を支払う予定であることを打ち明けた。私は衝撃を受け、一瞬ではあるが入信をなんとか食い止めようと焦った。また、自分の支援が効果を上げていないことを不甲斐なく感じ、心理臨床家としての自分の無力さを思い知った。一方、母親が娘を助けたいと思うあまりに、ひたむきに拗りどころを求めその思いに私は心打たれ、母親の新興宗教にすがりたくなるその気持ちに丁寧によりそった。結果、母親は新興宗教に身を投じることを中止し、医療の支援を受け続け、娘は中学卒業後に高校に登校することができたという事例である(奥野・石川・滝沢・岡田, 2010)。この事例を鑑みるに、一見、宗教と心理的支援が競争的關係になっているように誤解されるかもしれない。しかし、実際は決してそうではない。

そもそも、人間は自身で解決ができない問題が自分にふりかかる時、超越した存在にすがること、気持ちをもつことは自然なことではないだろうか。ここで、超越した存在とはいったい何を指すのかという疑問が湧き上がる。人間という概念を超越した実体を人間が語ることは難しい。それを敢えて言語化に挑戦するならば、全知全能の力を持つ何かであり、神なのか、仏なのか、そういった宗教的なイメージが当てはまる。これまで宗教者は人間の生き方に対する指針を打ち出してきた。キリスト教、仏教や儒教などでは、それぞれ「十戒」「中庸」「知足安分」のように、具体的な文言で示されている。しかし、人間の苦悩や葛藤は継続して存在し続けている。よって、私たちは心理臨床家として人間の苦悩に対してソリューションを引き出すような支援を行うことがミッションである。

そこで、人間が人間に対して行う支援に向き合うときに、前述した事例において私が最初にしたように、人間を超越した存在に対して対立的あるいは競争的な態度を選択することで支援がうまくいくとは考えられない。なぜならば、多くの人間が意識するかしないかに関わらず、超越性とのつながりが本質的には存在するからである。超越的存在への畏怖や畏敬を大切にしつつ、それにどう向き合い、どのように折り合いをつけ、超越的存在が自分にとってどういう役割であるべきなのかを考えていく必要がある。

本稿では、超越した存在へのリンクとして「スピリチュアリティ」という概念を扱い、心理臨床ではどのように捉えていくかということに着目する。また、心理療法の中でも家族療法を

取り上げ、スピリチュアリティを心理臨床面接の中で大切に扱い、リソースとして活用するあり方について検討することを目的とする。

Ⅱ スピリチャリティとは何か — 宗教との差異 —

「スピリチュアリティ」の定義は難しい。英語では、Spiritualityであるが、1990年前後に日本に入り、訳語とし「霊性」や「精神性」などが当てられ、個人が霊性に目覚めるような現象として捉えられた。現在では、あえて日本語に訳さず、スピリチュアリティはカタカナ表記されるようになった。「スピリチュアリティ」と「宗教」はしばしば混同されて用いられることがあるが、その定義を明確にすることが必要である。Walsh (2009a) は、スピリチュアリティを“a dimension of human experience involving transcendent beliefs and practice”と定義している。つまり、「超越的な考え方や実践を含む人間の体験」ということになる。本稿ではこれを採用する。超越的とは、認知や経験の枠を超え、理解の外にあるということの意味する。一方、宗教は“an organized institutional belief system”と表現され、体系化され制度化された信念システムであるとされている (Walsh, 2009a)。また、釈 (2012) によれば、“宗教とは、聖なる領域をもち、人間の行為や思考に意味を与え、行動様式を形成する体系”と定義されている。よって、宗教はその背後にある信仰集団の存在があり、神や仏などの存在を前提とした実践活動がなされていることになる。一方、スピリチュアリティは宗教の宗派に限定されずにそれらを超え、また、明確な宗教が存在しない場合でも用いられる概念であるといえる。以上より、宗教はそれに属する集団が存在し、それに基づいた儀式などが行われるが、スピリチュアリティは個人的で主観的な経験であり超越的な存在に対する態度ということになる。

スピリチャリティという言葉のイメージは個人によっては捉え方が多岐にわたる。宗教学や心理学、あるいは看護学や社会福祉などの領域に従事する人々がそれぞれの立場でスピリチャリティを捉えている。その捉え方によっては医療や福祉の領域で患者やクライアントに対する行動が異なることが考えられる。さらに、一般の人々が宗教的儀式においてどうふるまうかといったことが個人のスピリチュアリティのあり方によって決定されることが予想される。小薮・白岩・竹田・太湯 (2009) は、スピリチャリティという言葉のイメージを明らかにするために質問紙調査を行った。その結果、「超越的」「内的自己」「人間存在」「死生観」「ビリーフ」「Well-Being と Pain」「他者と環境」という7つのカテゴリーが抽出されている (小薮・白岩・竹田・太湯, 2009)。よって、スピリチャリティにさまざまな側面が存在することが示されたといえる。これらの概念は、超越的な存在を認知しながら自分はどのような行動を選択していくのかといった、超越的なものと自己との関係性に関わる概念であることが考えられる。

前述したが、スピリチャリティは「自分の意志や思考を超えた存在」を前提としている。そういった前提をもち、“人間の知的理解や意識判断を超えるものを感じ、避けることなく理解しようとし続ける態度を「宗教性」という” (河合, 1997)。河合 (1997) は最愛の人を交通事故で亡くすという体験をした人が、なぜそのような悲劇が自分に降りかかったのかを問うことを宗教性の具体例として挙げている。これに答える科学的な基準はない。スピリチュアリティは宗教とは異なるが、河合 (1997) の提示した「宗教性」とはかなり近い意味であると考えられる。また、スピリチュアリティは、超越的な存在をどのように感じ、実際それに対してどのような行動するのかも含まれるといえる。

さらに、スピリチャリティには「アナロジー」という知的能力が必要であると考えられる。アナロジーとは類比であり、ある状況や事物を別の状況や事物に置き換えて理解することである。釈 (2017) はアナロジーを人間の高度な知的能力とし、その能力によって超自然的存在を実感できるとした。たとえば、火が消える様子に生命のはかなさを感じ、亡くなった人がいつも見ていてくれるなどといった抽象的・形而上的な思考である。また、雨乞いのために太鼓を叩くなどといった呪術的行為も含まれる。したがって、スピリチャリティは人間の知的能力によって産み出されたと考えられる。

Ⅲ スピリチュアルペインとスピリチュアルケア

前節ではスピリチャリティという概念について述べてきたが、本節では、それを支援という文脈で論じることにする。そこで、スピリチュアルケアという用語を扱うが、スピリチュアルケアはスピリチュアルペインに対する支援であるため、最初にスピリチュアルペインについて概説する必要がある。

「死」というのは自身が生きている間未経験であり続ける、という経験の枠を超えた超越的な事象である。しかし、人間には寿命というものがあり、必ず死が訪れることは科学的にも明確である。それでもなお、死を経験していない生前の人間にとって死は自分の意思や思考を超えたものであるといえる。この死というものに向き合う時、自分の存在はどうになってしまうのか、少なくとも身体は消失するのか、意識もなくなるのか、というように存在について考えることを突き付けられる。このような人間存在全体が揺れ動いた状態の中で生じる苦痛は「スピリチュアルペイン」と呼ばれている (窪寺, 2005)。特に、終末期がん患者が緩和医療の臨床で生の無意味、無価値、空虚などに苦しむことを「スピリチュアルペイン」とし、「自己の存在と意味の消失から生じる苦痛」と定義されている (村田, 2011)。中島 (2016a) は、人は死が近い未来に現実として訪れることを知った際、「過去の人生の意味」「罪責感」「死別の悲しみ」「逝く先の不安」「死の恐怖」などで複合的に苦しむことが不可避であると述べている。

がん患者に対する痛みには総合的全身的痛み (トータルペイン) があり、それは①宗教・霊的痛み、②心理・精神的痛み、③社会・経済的痛み、④神経・生理的痛み、といった4つの痛み要因を含んでいる (中島, 2016b)。中島 (2016b) はスピリチュアルペインを霊的痛みと捉えているが、スピリチュアルペインは心理社会的痛みをも抱合することが考えられる。よって、霊的痛みと心理的痛みを明確に区別することは難しいといえる。スピリチュアルペインは、心理社会的痛みより抽象度が高く、論理階型を一段上がったところに布置されるのではないかと考えられる。

一方、スピリチュアルペインが生起するには、その前に神経・生理的痛みが存在することが予想される。身体的苦痛は精神エネルギーを消耗させ、心理社会的な生活を著しく阻害する。痛みが死に直結していないとしても頭痛や歯痛があるだけで日常生活が困難になることは誰しもが理解できる。身体の痛みは身体の神経組織のメカニズムによって解明された自然科学的な現象であるにも関わらず、個人によってその程度が異なる主観的な体験でもある。スピリチュアルペインの前提として身体的苦痛があるが、医学の力でそれを取り去ったとしても、心理社会的痛みがあれば依然としてスピリチュアルペインを体験し続けることがあるかもしれない。逆に、スピリチュアルペインが回復すると、身体的苦痛が緩和されることも予想される。このように、トータルペインの中のさまざまな痛みの相互影響が考えられる。

このようなスピリチュアルペインからの回復を目的とした支援がスピリチュアルケアである。中島（2016b）によれば、死に逝くことなど、人生の危機の中にある人々へのケアであり、苦痛の軽減緩和とより高いQOL（生活の質）を目指しているという。スピリチュアルケアを行うためには、それぞれの人々のニーズを把握する必要がある。それが「スピリチュアルニーズ」という概念であり、「自己の存在価値、生きる意味を求めるような、個人の生を根底から支えることに関連したニーズ」と定義されている（小楠，2004）。これまでのスピリチュアルケアは、欧米の臨床現場ではチャプレン（病院付き牧師）などによって行われていることが報告されてきたため、宗教者によるケア、あるいは宗教的ケアとして捉えられてきた面がある（鶴若・岡安，2001）。しかし、近年では臨床心理士が緩和ケアのスタッフとして重要な役割を担うようになってきた。サイコオンコロジーの視点からも、病院臨床では心理の専門家がスピリチュアルケアを実質的には担当するようになってきている。一方、東日本大震災以降、心理の知識とトレーニングを積んだ臨床宗教師という資格が認定され、宗教の布教ではなく公的な場所において宗教者による支援が行われるようになってきている。

IV 家族療法におけるスピリチュアルな次元

これまで、スピリチャリティやスピリチュアルケアについて述べてきたが、本節から、家族療法における視点からスピリチャリティを捉え直し、家族療法の支援の文脈から論じていくことにする。

1. 家族療法

家族療法は1940年代にアメリカで始められた心理療法のひとつであり、精神分析に比べればその歴史は新しい。家族療法の特徴は、クライアントの問題解決を支援するために他者とのコミュニケーションの相互作用に着目し、それに介入することで解決を導くことである。家族療法は、「システム理論」（Hall & Fagen, 1956 ; Bertalanffy, 1968）や「コミュニケーション理論」（Watzlawick, Bavelas, & Jackson, 1967）を理論的基盤とし、現象をある原因がその結果を導くといった直線的な因果関係では捉えず、循環的な視座で見ていく「円環的認識論」（Hoffman, 1981）を採用する。つまり、二人以上の人間が存在する状況では、コミュニケーションのやり取りが循環していくため、あるパターンが出現することになる。その相互作用パターンをひとつのシステムと捉えるのである。よって、家族療法では、両親や夫婦、親子といった複数のクライアントと同時に面接することがしばしばあるが、たとえクライアントがひとりであっても、そのクライアントと関わる他者とのコミュニケーションを扱っていく。「家族」という名称のつく心理療法ではあるが、決して家族のみを対象としているわけではない。

奥野（2016）は、家族療法と個人療法の違いについて述べているが、家族療法は精神分析のように深層心理に焦点を当てるわけではない。また、認知行動療法のように、非合理的思考を合理的思考に変換することを目的にしているわけでもない。問題を抱えるシステム内のコミュニケーションの相互作用によって構築された「ルール」に着目している。そのルールは暗黙のルールであることが多い。つまり、システム内に存在するメンバーがそれをルールだと意識していないという状況でもある。たとえば、食卓で座る位置や入浴の順番、あるいは、仏壇にあるお水やお供えをもっていくのが子どもの役割となっていること、家族メンバーが抱える障害の話題は避けるなども挙げられる。

家族の中で生起する問題は、子どもの問題行動として表出する場合がある。そこで家族療法の視点では、親子関係や両親関係への介入という支援方法を実践していく。その際、介入していく親子関係において、親が子どもに伝えてきた価値観やモラルは、親が抱って立つスピリチュアリティの影響を受けていることが考えられる。もちろん、それらの家族は文化的宗教的な背景があるため、家族の背後にあるスピリチュアリティには多様性があることも考慮にいれなければならない。

2. 家族ライフサイクルにおけるスピリチュアリティの影響

Walsh (2009b) は、家族ライフサイクルを通してスピリチュアリティの影響が及ぶと述べている。まず、結婚することが宗教に関する気付きをもたらすという。そこでは、宗教的儀式を行うか否かという問題に向き合うことで葛藤が生じることもある。配偶者が同じ信仰であったとしても、宗教的实践に関して重きを置く程度は異なるかもしれない。結婚式に関する考え方もカップル両者それぞれの源家族で異なることが当然といえる。このように、儀式に対する考え方の差異が夫婦関係や義理の親子関係にネガティブに作用する可能性がある。

次に、夫婦に子どもが生まれて親となり養育に関わる際に、親が行うスピリチュアルな実践を子どもは内在化していくことが考えられる。たとえば、初詣に行く、お盆やお彼岸にお墓参りに行くなど、超越的な存在に手を合わせて祈る行為がある。親も子どもに対して自分たちが行ってきた宗教的実践を自分たちの死後も受け継いでいって欲しいと願っていることも多い。文学の世界では、親子間にある宗教的葛藤をテーマにしたものもあり、子どもは抵抗感を示しつつも親の宗教を受け入れていく様子が描かれている (今村, 2017)。しかし、子どもが青年期になれば、源家族が行って来た宗教的実践と距離を置き、自分の思想を選択していくこともある。時には、源家族との決別もあるかもしれない。多様性のある社会を認知したうえで折り合いをつけていくことが子どもの成長といえる。親子関係が移行行くプロセスの中で親は成長していく子どもとの葛藤を経験することが当然である。

中年期以降は、スピリチュアリティへの意識が促進されていく。人生の意味について考え、愛する人の死に向き合い、自身の生き方について疑問を投げかける時期となる。身体能力が下降していくにもかかわらず、親が認知症や慢性的病気になる、その介護の負担が増えていく。一方、介護に携わる家族メンバー間の親密性が向上し、スピリチュアルな絆が深まる時期でもある。老年期では、仕事を退職し、さらにスピリチュアルな生活を送ることが優先されるようになる。宗教的な儀式や実践に参加することが増え、祈りや瞑想なども生活に取り入れていく。自然に触れるような生活を好み、他者のために何かを行うことの重要性が増加していく。自分の人生を振り返り、人生の先輩との関わりや若い世代との絆に大きな価値観を見出すようになる。高齢者の英知はスピリチュアリティを促進させることで深まっていくと考えられる。

以上のように、家族ライフサイクルにおけるスピリチュアリティの影響を述べてきたが、このスピリチュアリティ自体も家族内の相互作用によって形成されて促進されるか、あるいは抑制されていくものと考えられる。

3. スピリチュアリティとレジリエンス

家族ライフサイクルのさまざまなステージにおいて家族メンバーのスピリチュアリティが家族の状態に変化を与え、家族の状態もスピリチュアリティに影響することを述べてきた。スピリチュアリティが共有されれば家族内ルールとなり、スピリチュアリティが異なると家族内に葛藤が生起する。家族内ルールが固定されれば、家族メンバーは息苦しくなるが、家族内の葛藤は

家族に成長をもたらす。このように、スピリチャリティと家族の状態は揺れ動くことが考えられる。しかし、スピリチュアリティは目に見えないものへの態度であることから、たとえ家族メンバーが物理的に離れたとしても、そのつながりを感じる態度もスピリチュアリティから導かれるのではないだろうか。子どもが巣立っていくことや家族メンバーとの死別があったとしても、変わらない深い絆を体験することは、スピリチュアルな成長によって伴われると考えられる。よって、家族の危機はスピリチュアリティによって回復できる可能性がある。

一方、レジリエンスとは精神的回復力のことを指すが、「困難で脅威的な状態にさらされることで一時的に心理的不健康の状態に陥っても、それを乗り越え、精神的病理を示さず、よく適応している状態」（小塩・中谷・金子・長峰, 2002）と定義されている。Frankl (1949) は、アウシュビッツ収容所で生き延びた経験をその著書『夜と霧』に記しているが、別の収容所に入っていて会うこともできず、生きているかどうかもわからない妻との絆を信じて、苦悩に耐えたことが表現されている。明日の生死をもわからない危機的な状況でスピリチュアリティを高めたことがレジリエンスの強化につながったことが推察される。このように、レジリエンスとスピリチュアリティには関連性があると考えられるため、家族メンバーとの死別や重篤な病いと向き合う時に、スピリチュアリティを高めるような支援がレジリエンスを向上させ、家族の問題解決につながっていくことが予測される。

これまでのレジリエンスに関する知見では、平野 (2010) が、レジリエンスを資質的な面と獲得的な面に分けて要因を抽出している。資質的レジリエンス要因として「楽観性」「統御力」「社交性」「行動力」、獲得的レジリエンス要因として「問題解決志向」「自己理解」「他者心理の理解」の7因子が提示された。レジリエンスを向上させるためには、自己と他者を理解して問題解決を行うといった対人関係の観点に着目する必要がある。さらに、Walsh (2003) がレジリエンスの考え方を家族に適用したことから、本邦でも「家族レジリエンス」という概念の研究がなされるようになった（得津・日下, 2006；高橋, 2013；大山・野末, 2013）。高橋 (2013) は、危機的状況にありながらも強さと問題解決能力を発揮している家族には、「家族の相互理解の促進」、「家族内・家族外の人々との関係性の再組織化」、「家族の対処行動の変化」、「家族内・家族外の資源の活用」「家族の日常の維持」が要因としてあることを示唆した。また、危機的状況においてレジリエンスを用いることで「家族機能の新しいパターンの確立」や「家族の成長」がなされることも示された。

以上のように、家族レジリエンスを高めて問題解決を支援することが家族療法の支援のあり方であるといえるが、その背景にあるスピリチュアリティにどのようにアクセスしていくかということが重要になってくる。

V 超越的なものに対してどのような立場を取るのか

家族療法におけるスピリチュアルな次元について述べ、クライアントやその家族を支援するためにスピリチュアリティに着目する可能性について論じてきた。そこで、家族療法家はスピリチュアリティに対してどのような立場を取るべきかという問いが浮上する。筆者が冒頭で紹介したクライアントは新興宗教に傾倒していったが、臨床家としてその是非を評価することはできない。そもそも、我々臨床家は超越的なものに対してどのような捉え方をすべきなのだろうか。

1. 聖跡 (サクラメント)

家族療法の認識論の祖を築いたといえるダブルバインド理論 (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1959) があるが、文化人類学者のグレゴリー・ベイトソン (Gregory Bateson) の家族療法への寄与は大きい。Bateson (1972; 1979) は、その著書『精神の生態学』と『精神と自然』の中で「聖跡 (sacrament)」について取り上げている。「聖跡」とは「内的で霊的な恩恵の外的で可視的なしるし」と定義されている (Bateson, 1972)。一般的には、キリスト教の用語として捉えられ、神の恩寵の印となる神聖と考えられる宗教的儀式のことを指す。家族療法の立場からは可視的な人間コミュニケーションを扱うが、その可視的なものの裏には霊的な恩恵があるという捉え方である。Bateson (1972; 1979) がなぜ「聖跡」にたびたび言及するのであろうか。それは、「マインド」(精神) とは何かを追求してやまなかった彼が、マインド自体を「聖跡」と捉えているからなのではないかと推察される。

家族療法家が「聖跡」という概念を通して臨床現場でいえることは、今見えている何かはただ脳内の視神経によって知覚されているという現象であり、本質とは限らないということである。そして、本質には決してアクセスできないということでもある。なぜなら、霊的な恩恵は目に見えないからである。こういった捉え方は近代哲学の「現象学」に近い。デカルトからヘーゲル、カントを経てフッサールに至り、現象学的アプローチが展開された。フッサールは目の前に何かが見えるからそれが存在していると考えた先入観を転換し、それが存在しないかもしれないが、それを成り立たせている人間の意識を主体として、世界や自分をどのように構成しているのかを明らかにしようとした。このように、現象学的に事態を捉えるという認識は、宗教的立場に近いのではないかと考えられる (奥野, 2017)。

2. 目に見えないもの

目に見えるものの背後にある目に見えないものに対して、どのように向き合うかがスピリチュアリティであるといえる。目に見えないという現象は人をさまざまな捉え方にいざなう。たとえば、ユングが提唱した「共時性 (シンクロニシティ)」は「意味のある偶然の一致」とされ、その因果関係には当事者にとっての意味が付与されている。内田 (2012) は「裏山のカラスが鳴いたこと」と「ある女性の死」を例に挙げ、そこに共時性を見出すという推論は当事者によって選択されたものであることを指摘している。

奥野 (2017) は、宗教者と心理臨床家が目に見えないものへのそれぞれのアプローチの仕方について整理している。宗教者は目に見えない超越的存在や超越的世界について記号 (サイン) や象徴 (シンボル) を通して表現するという役割がある。一方、心理臨床家はクライアントの感情や認知、あるいは他者との関係性など目に見えないものをクライアント自身が理解することを支援している。宗教者はキリスト教では十字架を、仏教では「仏」という象徴を表現することで聖性や非日常を可視化し、相手の枠組みを揺さぶることになる (積, 2017)。また、心理臨床家は目に見えないこころの状態を心理検査によって数値化し、科学的なデータとして提示している。このように、目に見えない世界の感知が目に見える世界でのふるまいに強く影響を及ぼすのである。

心理臨床家は、本稿では特に家族療法家を取り上げているが、人間を対象にした科学者でもある。河合 (2003) は臨床心理学を「人間に関する科学」と述べているが、人間が人間を対象とする科学は、それを科学と呼べるのだろうかという疑問が湧き上がる。それはやはり科学であって科学ではなく、時には科学を超えていくことも必要であると考えられる。科学は対象に関する客観的事実を元に法則を導き出すことが目的であり、その法則に従って現象を予測できると

いう普遍的な結論に辿り着くことができる。事実を客観的に観測するためには、対象を自分と切り離さなければならない。自分という存在がデータに誤差をもたらすことを許さないためである。しかし、家族療法家は自分というものを切り離して他者のところを査定することはできない。よって、100パーセントの客観的なデータにはなり得ないのである。俯瞰的視座に立ち、より客観的になるよう努めるしか科学へ近づく方法はない。人間のところについての法則や予測を100パーセントの信頼性や妥当性でもって示すことは不可能である。このように考えていくと、Bateson (1972; 1979) が示唆した通り、人間のところは人間にとって超越的なものということになる。

3. 超自然信仰 VS 科学的思考

Bateson & Bateson (1987) は、聖なるものとの関わり方について、超自然論でもなく、機械論でもない、どちらでもない立場を取るべきだと主張している。つまり、超越的なものを完全に信じることでなく、科学的なものにしか依拠しないというわけでもない、というスタンスである。どうしてこういう中途半端なスタンスになるかということ、超自然信仰と科学的論理的思考は相補い合う関係であり、この二つの競合する認識論は互いにもちつもたれつだからである (Bateson & Bateson, 1987)。科学が採用する直線的因果律という前提において「奇跡」が称賛される。たとえば、余命3か月と診断された末期がんの患者にがんの自然退縮が起こり、がんが自然治癒したという現象が起こる。しかし、この奇跡をすべての事態に起こると信じたら最後、自身の判断基準が無効化され、信じがたいことも信じないわけにはいかないということになる。いずれかに偏ると綻びが出る、あるいは綻びを求めるのである。

この二つの認識論についての説明は、Jung (1967) の著作『死者への語らい (Seven Sermons to the Dead)』において、“プレローマ”と“クレアトゥーラ”の区別についての議論から手がかりが得られる。Bateson (1972) は、これらの用語を採用し、プレローマは力と衝撃が物事の原因となる物理的世界とし、クレアトゥーラを情報によって支配される世界とした。さらに、情報に反応するところに精神過程があり、生命があると考えた (Bateson, 1972)。つまり、命あるものが対象となる場合は、それは物理的な力ではなく「情報」に反応することになる (Bateson & Bateson, 1987; 清水, 1999)。

そこで、ひとつの現象を提示して考えてみたい。ところや霊のような超自然的媒体が身体に働きかけ、部分的にその動きをコントロールするといった言説がある。これは迷信と呼ばれているものかもしれない。しかし、その場合には、非物質的なものであるところや霊がどのように物質的な影響を与えうるのかを実証できない。逆に、科学的に証明できないものなどなく、すべてを直線的因果律で説明しようとするのは、愛情や美しさといったような抽象的な情報は存在せず、人間をすべて機械論で捉えることになる。世界を一次元のどちらかの見方で捉える立場を取ろうとすると、窮屈になる。Bateson & Bateson (1987) は、“どちらの理論体系も、もう片方の虚偽からのがれるためのひとつの逃げに過ぎない”と述べている。我々は超越的なものと科学的なものという二つの世界の中で身動きが取れないか、あるいは、それらの世界を行ったり来たりと漂うしかないのだろうか。未だ超越的なものに対する向き合い方についての結論にはいたっていない。“結論が出ないことに耐える能力が知性である”と内田 (2014) は主張するが、“わからないままそこに居ること” (内田, 2014) は難しい。そこに、着地点を探索し続けることがスピリチュアリティのあり方なのではないかと考える。

Ⅵ スピリチュアルリソース

超越的なものに対していかなる態度を取るかに関して結論は出ず、先延ばしにしていくしかないにしても、人間に備わったスピリチャリティをリソース（資源）として活用していくことが家族療法家による支援であるといえる。家族療法では、クライアントの症状の改善や問題解決、コミュニケーションの変化を主訴として扱うが、Walsh (2009 b) は、家族療法にスピリチャリティを統合するべきだと述べている。クライアントは今ここにある苦悩を語り、その改善を願うが、そのことによって自身の存在の意味を明確にし、他者とのつながりを確認したいと考えている。そのためには、クライアントがもっているスピリチュアルリソースを探索するための質問が必要になる。それは宗教的なものであってもそうでなくてもよい。たとえば、信仰や宗教的实践、宗教者との関係、自然とどのように触れているのか、美術や音楽、文学についてはどうか、他者のための献身のあり方などである (Walsh, 2009 b)。

家族療法においてスピリチュアルリソースが必要とされる状況は、たとえば、終末期の患者とその家族への支援である。スピリチュアルペインを回復させるようなスピリチュアルケアについては多くの論議がなされてきた。また、終末期の患者を抱える家族に特化した支援のあり方も検討されてきたが (中川・小谷・笹川, 2008)、患者ではない家族メンバーに対する身体的・精神的サポートということが強調されているものの、家族をひとつのシステムと捉えた上で患者とその家族がどのような関係を構築したいのか、そのためにはどう行動したらいいのかについての課題は残る。

家族療法の立場でスピリチュアルリソースとして一つ提案できるのは、家族儀式に着目することである。つまり、スピリチュアルリソースは、家族メンバーの統一的な身体の動きということになる。家族療法ではしばしばクライアントに対して「儀式処方」を提示する。具体的には、次回面接までにクライアントに小さな宿題をってもらうよう依頼することがしばしばあるが、これを「介入課題」あるいは「行動処方」と呼ぶ。とりわけその中でも、家族メンバーでけじめの儀式を行うという課題を出すことがある。千葉・奥野 (2017) は、うつから回復した娘が実家を離れる際、家事に携わってこなかった父親が母親の手伝いを借りながら料理をつくって晩餐を行うことを儀式として依頼した。その事例では娘本人には一度も会わずに両親面接のみを行ったが、母子密着を改善し両親の関係性を修復することで間接的に娘の自立を援助した。再度娘と別れる両親の悲しみや寂しさに対し、儀式がもつ身体性を活用してその感情に区切りをつけることを意図していた。言い換えれば、不安定な両親関係に娘が巻き込まれていたとアセスメントし、そのコミュニケーションパターンの変更を目的とした。つまり、家族内暗黙のルールの変化がねらいであった。

このように、身体に働きかけることはスピリチュアルであると考えられる。宗教の実践では、宗教的儀礼が伴われることが多い。仏教ではお経をあげる、法事をするといった身体的行為がある。これらの宗教的儀礼は死者をかへ地に送る行為でありつつも、家族にとっては亡くなった家族メンバーがいない家族の新しいルールの構築のためでもある。卒業式、入学式、結婚式、告別式、儀式のすべてが家族に関するルールの変更に参加している。こういったコストがかさむ身体的行為を集団で遂行することの効果のメカニズムについての説明はスピリチュアルな領域になる。身体性を活用することがこころという超越的なものとのつながることになる。安田 (2014) によれば、それは「あわいの力」なのだという。「あわい」とは自己と他者、異界と現実世界、時間と空間をつなぐ媒介であるとされている。能楽師の安田 (2014) は能楽における

ワキを、両者をつなぐ象徴的な存在とし、人は身体という「あわい」を通して世界とつながると述べている。

Ⅶ スピリチュアリティについての科学

スピリチュアリティにどのように向き合うかという主題を通して、家族療法の支援におけるスピリチュアルリソースについて考察を行ってきた。しかし、超越的なものと科学的な思考についての決着はついていない。最後に、スピリチュアルな領域に脳科学を通してアプローチした研究について検討し、今後の方向性について考えたい。

永沢（2017）は、マインドフルネス瞑想をしたチベット仏教の修行者は脳の構造が変化することについて述べている。この修行者は一日8時間の瞑想を3年から15年続けた僧侶たちであり、対象者はかなり特異的である。ある特定の瞑想を行っていると、それに関連する神経のネットワークが強く働くようになり、さらに関連している神経細胞と神経細胞をつなぐシナプスの結合が強化される神経可塑性が出現し、脳の物理的構造も変化すると推測されている。こういった修行僧は、室温3度の室内で、裸の体に水に漬けた布を一晩のうちに何枚も乾かすことができることが報告されている。さらに、マイナス18度の戸外で裸で眠る動画も残されているという（永沢, 2017）。こういった事態は、人間の能力に対する科学的見解を超えている。つまり、科学的基準では予測することができない超越的現象として捉えられる。その超越的現象に対し、人間が脳波やMRIを通して計測したのである。これはスピリチュアリティに対する科学による挑戦であるといえよう。

さらに、高度の瞑想修行を続けた修行者は、「トックタム」という期間があり、死が訪れるとき、心臓も呼吸も止まっているが瞑想のポーズが保たれたままで死後硬直も起こらず、血色も保たれる状態が数日から数週間続くことが観察されている（永沢, 2017）。このような現象は現在の医学では決して説明がつかないのである。これまでの科学では決して解釈できない領域に人間は科学をもって進んでいくのであろうか。それは超越的なものと科学を行き来する中で、スピリチュアリティへの態度として永遠に継続されていくのかもしれない。しかし、それは決して超越的なものや自然を支配するためではなく、我々の憧憬であり、創造と知性を求めるものでありたいと考える。

Ⅷ おわりに

家族療法を用いることでより支援できるようにスピリチュアリティをテーマに論じてきた。当初は家族療法の進化を猛迫する勢いで始めた論考であった。しかし、我々は家族療法家として、超越的存在と人間の科学としての心理学のあわいにたたずみ、バランスを取りながら、どちらにも偏らないように意識し地道な支援を継続することが改めて課題となった。それはそんなに容易なことではなく、多くの努力を要することであることが自覚できた。スピリチュアリティは常に身近にあり、クライアントとの関わりの中で超越性と科学のどちらかに傾倒していきたくなくなるリスクが存在することを再認識したのである。さらに、スピリチュアルリソースに関する質問を行うことでスピリチュアリティに着目した支援を展開できる可能性は提示することができた。また、儀式処方の有効性も再確認したといえる。

人間であり限り、超越性へのアプローチは止まらないであろう。しかし、人間である限り、超越性は決して超えられない。超越性との距離の取り方が我々の専門性ともいえよう。

引用文献

- Bateson, G. (1972). *Step to an ecology of mind*. N Y : Brockman Inc. (佐藤良明訳 (2000). 精神の生態学 改訂第2版 新思索社)
- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*. N Y : Brockman Inc. (佐藤良明訳 (2001). 精神と自然—生きた世界の認識論— 新思索社)
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. H. Toward (1956). A theory of schizophrenia. *Behavioral Science*, 1, 251-264.
- Bateson, G. & Bateson, M. C. (1987). *Angels fear : Towards an epistemology of the sacred*. New York : John Brockman Associate Inc. (星川淳訳 (1992). 天使のおそれ—聖なるもののエビステモロジー— 青土社)
- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System Theory—Foundation, Development, Application*. New York: George Braziller. (長野敬・太田邦昌訳 (1973). 一般システム論—その基礎・発展・応用 みすず書房)
- Frankl, V. (1946). *Trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*, Kösel-Verlag, München (池田香代子訳 (2002). 夜と霧 みすず書房)
- Hall, A. D. & Fagen, R. E. (1956). Definition of system. *General Systems Yearbook*, 1, pp.18-28.
- 平野真理 (2010). レジリエンスの資質的要因・獲得的要因の分類の試み—二次元レジリエンス要因尺度 (BRS) の作成— *パーソナリティ研究*, 19 (2), 94-106.
- Hoffman, L. (1981). *Foundation of Family Therapy*. NY: Basic Books Inc. (亀口憲治訳 (2006). 家族療法の基礎理論—創始者と主要なアプローチ— 朝日出版社)
- 今村夏子 (2017). 星の子 朝日新聞出版
- Jung, C. G. (1967). *Septem sermons ad mortuos*. London: Stuart & Watkins.
- 河合隼雄 (1997). 宗教と宗教性 河合隼雄・村上陽一郎著 内なるものとしての宗教 pp.225-243.
- 河合隼雄 (2003). 臨床心理学ノート 金剛出版
- 小藪智子・白岩千恵子・竹田恵子・太湯好子 (2009). スピリチュアリティの認知の有無と言葉のイメージ—緩和ケア病棟の看護師, 一般病棟の看護師, 一般の人, 大学生の特徴—. *川崎医療福祉学会誌*, 19 (1), 59-71.
- 窪寺俊之 (2005). スピリチュアルケアとは何か—こころの臨床, 24 (2), 164-169.
- 黒田次次郎・岩崎優実・轟慶子・石黒理加・延藤麻子・松原芽衣・岡崎賀美・山田祐司・宮岡等 (2012). 緩和ケア病棟に対する意識調査—入院患者とその家族の視点の検討— *Palliative Care Research*, 7 (1), 306-313.
- 村田久行 (2011). 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア— *日本ペインクリニック学会誌*, 18 (1), 1-8.
- 永沢哲 (2017). 21世紀の瞑想する脳科学—自己変容のパラダイム— 鎌田東二 (編) 身心変容の科学—瞑想の科学— *サンガ* pp44-73.
- 中川雅子・小谷亜希・笹川寿美 (2008). 日本における終末期がん患者の家族のケアに関する文献的考察— *京都府立医科大学紀要*, 17, 11-21.
- 中島美知子 (2016a). がん在宅緩和医療における安らかな看取りのためのスピリチュアルケアの役割—ホスピス医師の立場から— *心身医学*, 56 (3), 223-230.
- 中島修平 (2016b). がん在宅緩和医療における安らかな看取りのためのスピリチュアルケアの役割—ホスピス病院付き牧師の立場から— *心身医学*, 56 (3), 231-242.
- 中村文則 (2014). 教団X 集英社
- 小楠範子 (2004). 語りにみる入院高齢者のスピリチュアルニーズ— *日本看護学会誌*, 24 (2), 71-79.
- 奥野雅子 (2016). 心理療法におけるジェンダーに関する配慮のあり方についての—考察—家族療法の面接場面に着目した検討— *アルテス リベラレス* (岩手大学人文社会科学部紀要), 99, 53-65.
- 奥野雅子 (2017). 宗教と心理臨床の関係性をめぐる—考察—仏教との重なりと差異に着目した検討— *アルテス リベラレス* (岩手大学人文社会科学部紀要), 101, 57-69.
- 奥野雅子・石川恵・滝沢晋也・岡田彩 (2010). 母子合同面接における娘の成長過程— *東北大学臨床心理相談室紀要*, 8, 18-35.

- 大山寧寧・野末武義 (2013). 家族レジリエンス測定尺度の作成および信頼性・妥当性の検討 家族心理学研究, 27 (1), 57-70.
- 小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治 (2002). ネガティブな出来事からの立ち直りを導く心理的特性 — 精神的回復力尺度の作成— カウンセリング研究, 35, 57-65.
- 釈轍宗 (2012). 仏教の基盤をひとまとめ 内田樹・釈轍宗著 いきなりはじめる仏教入門 角川ソフィア文庫 pp70-82.
- 釈轍宗 (2017). 落語に花咲く仏教：宗教と芸能は共振する 朝日新聞出版
- 清水博 (1999). 新版生命と場所—創造する生命の原理— NTT出版
- 高橋泉 (2013). 「家族レジリエンス」の概念分析—病気や障害を抱える子どもの家族支援における有用性— 日本小児看護学会誌, 22 (3), 1-8.
- 千葉崇弘・奥野雅子 (2017). 両親サブシステムへの介入により娘の自立を支援した事例 日本家族心理学会第34回大会発表論文集, 42-43.
- 得津慎子・日下菜穂子 (2006). 家族レジリエンス尺度 (FRI) 作成による家族レジリエンス概念の臨床的導入のための検討 20 (2), 99-108.
- 鶴若麻理・岡安大仁 (2001). スピリチュアルケアに関する欧米文献の動向 生命倫理, 11 (1), 91-96.
- 内田樹 (2004). 死者と身体—コミュニケーションの磁場 医学書院
- 内田樹 (2012). 「宿命」論 内田樹・釈轍宗著 いきなりはじめる仏教入門 角川ソフィア文庫 pp.57-69.
- Walsh, F. (2003). Family resilience : A framework for clinical practice. *Family Process*, 42, 1-18.
- Walsh, F. (2009a). Religion, Spirituality, and the Family. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual Resources in Family Therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press, pp3-30.
- Walsh, F. (2009b). Integrating Spirituality in Family Therapy. In F. Walsh (Ed.), *Spiritual Resources in Family Therapy* (2nd ed.). New York: Guilford Press, pp31-61.
- Watzlawick, P., Bavelas, B. J. & Jackson, D. D. (1967) . *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies, and paradoxes*. New York : W.W.Norton & Company. (山本和郎 (監訳) (1998) . 人間コミュニケーションの語用論 —相互作用パターン, 病理とパラドックスの研究— 二瓶社)
- 安田登 (2014). あわいの力 ミシマ社