

〔論 文〕

精神保健福祉におけるスピリチュアリティへのアプローチ

—欧米の文献からの—考察—

橋 本 直 子*

1. はじめに

1998年 WHO の「健康の定義」にスピリチュアル概念の導入が検討されてから15年余りが過ぎた。この間、日本の医療や保健福祉の領域を見渡すと緩和ケアや高齢期でのスピリチュアリティの研究や議論が進み、実践レベルの報告も見られるようになった。

しかし、精神保健福祉領域においてはようやく「スピリチュアリティ」「スピリチュアル」という語が文献に確認されるようになったという状況であり、スピリチュアリティについて正面から言及された文献は数えるほどしかない。

むろん領域の問題としてではなく、日本における宗教軽視の風潮、また、宗教そのものへの警戒が根底にあるといえるが、宗教や宗教性を感じさせるものに対して慎重に距離をとる、もしくは否定的・拒否的であるというのが精神保健福祉領域の専門家一般的な態度であるといえる。精神医学領域では、1994年の DSM-Ⅲ から DSM-Ⅳ の改訂でスピリチュアリティを含む診断カテゴリーが議論をへて「religious or spiritual problem (宗教または神の問題)」臨床的関与の対象となることのある状態」(Code V62.89)として記載されたものの (Lukoff.D 1998)、それは1980年代からの北アメリカにおけるトランスパーソナル心理学の台頭や宗教/スピリチュアリティの潮流においてであり、日本において話題とされることはなかった。しかし、一方で、我々は援助の場において疾患の苦しみや生活の困難さの中で「死ぬるなら死んでしまいたい」「いつ死んでもかまわない」「生

きている意味が分からない」といった「生」への極めて根源的な問題を患者や利用者にも問われること、また言葉として表出されないがその人のこのころのうちにそれを感じることは誰しもが経験している。

現在、スピリチュアリティ自体は多義多様でありその定義も一致しないということが、一定のコンセンサスであるともいえる (安藤 2007)。しかし、「これまでの研究で共通していわれているのは、スピリチュアリティは人間存在に意味を与える根源的領域であり、スピリチュアリティが生きる意味や人生に意味を見いだす根拠となるものである」(藤井 2010) のであれば、スピリチュアリティは精神保健福祉の領域においては極めて重要な概念であるといえる。

そこで、本稿では欧米の精神保健におけるスピリチュアリティに関する文献をレビューし、日本の精神保健福祉におけるスピリチュアリティへのアプローチについて考察することを目的とする。

尚、本稿では spirituality の語を用いている文献をとりあげレビューしているが、欧米の文化の中では宗教 (religion) とスピリチュアリティ (spirituality) は同義で用いられていることが多く、文中においても文献で「religion and spirituality」「spirituality and religion」と表現されている内容は宗教/スピリチュアリティと表記する。

キーワード：スピリチュアリティ、リカバリー、精神障害者

* 福井県立大学看護福祉学部講師

2. 欧米の精神保健領域におけるスピリチュアリティ

(1) スピリチュアリティの捉え方

1990年代になり、欧米では精神保健分野におけるスピリチュアリティに言及する論文が散見されるようになったが、専門家はどのようにスピリチュアリティを捉えているのだろうか。歴史的に精神保健の研究者や実践者は一般的にスピリチュアリティを無視しがちであり (Sullivan 1993; Miller 1990; Longo & Peterson 2002)、Longoら (2002) は専門家が治療道具としてスピリチュアリティを受入れる妨げとなっている理由を次のように指摘している。まず、1つ目は治療の歴史である。医学の出発点は宗教にあるといえるが、中世ヨーロッパでは、キリスト教が勢力をえていく中、17世紀には精神病が「悪魔の仕業、神の罰」と考えられるようになり、精神障害のある者は社会から迫害され、監獄への幽閉や魔女狩りと称して処刑されるに至った負の歴史を負っている。その後、18世紀には、ピネル (Pinel, P.) から始まった道徳療法の広がり、精神科医療の進歩と共に、精神病は身体疾患の病気となり、19世紀終わりには、医療者は精神病の医学モデルへの関心を高め、宗教モデルと完全に分離した (Longo & Peterson 2002)。そして、現在まで他の医学と同様に20世紀の科学的パラダイムの中で精神科医療も発展を続け、宗教的な事柄は軽視されてきた。2つ目は専門家のもつステレオタイプである。20世紀にはフロイトの「宗教は神経症の一種であり、患者を治療するには (宗教を) 払拭する必要がある」という考えや、報酬と罰則の原則によって宗教的实践がどのように心理学的に機能するのかを説明した行動主義のスキナーが知られるようになった。さらに、カール・ロジャースに次いで20世紀において最も影響力のあった心理療法家に選ばれたアルバート・エリス (1980) が宗教を神経症的葛藤であるとみなし、どのような宗教的切望もない状態が最適な情緒的健康状態であるとしたことで (Longo & Peterson 2002)、宗教は病理としてラベリングされた。3つ目は、宗教とスピリチュアリティの意味の混乱にある。アメリカ社会が多民族社会となり多くの異なる文化がもたらされ、その結果、様々

なスピリチュアルな実践が存在するようになり、スピリチュアルな信念や実践を構成するものが、その人の文化的背景や個人的信念によって違った意味をもつようになった。そして、かつては宗教とスピリチュアリティは同義であったが、今や同じものとは想定されず、異なる意味をもつものと考えられている (Longo & Peterson 2002)。

実際、Shafuranske (2000) が実施した調査では65%の精神科医がクライアントとスピリチュアルな会話をするのはまれであると回答している。上述した精神保健医療の治療の歴史、専門家のもつステレオタイプ、スピリチュアリティと宗教の意味の混乱などの背景から、アメリカの精神保健領域の専門家においても治療上スピリチュアリティへの接近は一般的には慎重であるといえよう。

(2) 精神症状の病理としての宗教 / スピリチュアリティとこころの苦悩としての宗教 / スピリチュアリティ

治療現場において宗教的な事柄を避けるというこうした現実の中で、スピリチュアリティの重要性を述べる論者たちは、精神症状の病理としての宗教 / スピリチュアリティとこころの苦悩としての宗教 / スピリチュアリティがあること、そして、それらを区別しアプローチすることが建設的であって、それが患者やクライアントにとって役立つことであると主張する (Fallot 2001; Hogg 2004; Longo & Peterson 2002; Lukoff 1998)。

Fallot (1998) は、精神保健におけるスピリチュアルな体験には、宗教的体験や行為が問題とみなされる精神障害から起因するもの (障害が一次的、宗教的関心は二次的である) と宗教的関心は臨床上注目すべき課題であって精神障害に帰因しないものがあり、精神障害のある多くの人にとっての宗教的問題は苦悩から引き起こされるものであり、精神病の現れではないということを認識することが重要であると述べる。つまり、それは一般の人々が宗教にもつ関心の範囲のこと (例えば宗教に対する個人や家族の葛藤をどう扱えばよいのか、スピリチュアルな信念や実践にどう対処すればよいか) や自身の精神症状の問題や社会的スティグマ (信仰のコミュニティから排除される、

宗教とのつながりを失っていたことを恥じる、急性期における宗教的体験を分別する困難さ)であると述べる。さらに、Fallot (1998b) や Hogg (2004) は DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) がその2つの判断のガイドラインになると示唆する。DSM-IVでは「スピリチュアルな問題」が取り入れられ (DSM-IVのV code (V62.89) に含まれている)^{注1)}、そこでは、個々人の文化的文脈の中で宗教的体験は理解され、その人が全体として機能しているかに照らされて、その体験を評価するべきである (Fallot 2001) というのである。

また、一方では、現在、宗教/スピリチュアリティは身体疾患、メンタルヘルス、障害、寿命といった医療とのあらゆる関連について科学的研究 (Koenig, H.G. の著書『スピリチュアリティは健康をもたらすか 科学的研究にもとづく医療と宗教の関係』を参照) が行われ検証が進められている。精神保健領域においても様々な研究が実施され、宗教/スピリチュアリティが概してメンタルヘルスにプラスの効果を与えることが示されてきている (Koenig=2009)。

近年、精神保健領域で論じられているスピリチュアリティは上述したような「精神障害には帰因しない」宗教/スピリチュアリティ、つまりこころの苦悩である宗教/スピリチュアリティであり、人の健康やQOLとの関連、そして90年代に欧米での精神科リハビリテーションの新たな目標概念として広まったリカバリー概念の観点から改めて注視されるようになったといえる。

3. リカバリーにおけるスピリチュアリティ

(1) リカバリーとスピリチュアリティ

精神障害からのリカバリーという概念自体は1937年に設立された最初の精神保健のセルフヘルプグループ組織である「リカバリー」の設立者の1人である精神科の Abraham Low によって最初に用いられている。そして、今日のリカバリー概念は、1980年代後半に精神障害者当事者らの手記から生まれでてきたものである (野中 2005)。リカバリーの定義は様々であるが、当事者でもある Antony と Deegan の説明がよく知られている。

Deegan (1988) は「過程であり、生き方であり、構えであり、日々の挑戦の仕方である。それは完全に直線的ではない。ときにわれわれの道はきまぐれで、たじろぎ、後ずさりし、立て直し、そして再出発することもある。…求められることは課題に立ち向かうことであり、障害による困難に対処し、障害による限界の中で、あるいはそれを乗り越えて、新たな価値ある誠実さと目的を再構築することである。願ひは、意味ある貢献ができる地域で、生活し、仕事をし、人を愛することである」とリカバリーを表現し、Antony (1993) は「精神疾患などの破局的影響を乗り越えて、人生の新しい意味と目的を作り出すことを目的に、病気によりもたらされた制限付きではあるが、満足感のある、希望に満ちた、人の役に立つ人生を生きる道である」と定義した。また、2006年にアメリカ合衆国保健福祉省の薬物乱用精神保健管理庁 (SAMHSA) は「精神保健リカバリーとは、癒しの旅であり、精神保健上の問題をもった人が自分の可能性を実現しようと努力する中で、意味のある人生を送ることができるように変化することである」と定義した。当事者達の多くはしばしばリカバリーを“旅”と表現しているが、こうした定義はリカバリーがプロセス (過程) でもあり、結果でもあることを表しているといえる。

リカバリー概念が広がり、様々な当事者の体験が語られ、そしてその構成要素が探索される中で、その人の精神的苦悩、実存的な意味の探求に視点がむけられると、1990年代に入り、欧米では宗教/スピリチュアリティがリカバリーとの関連で論じられるようになった (Sullivan 1993, 1998; Fallot 1998, 2001, 2007; Hoge 2004; Lindgren & Coursey 1995; Longo & Peterson 2002)。Fallot (1998a) はコンシューマーのナラティブに着目し、重篤な精神病のある多くの人々にとって、スピリチュアリティがリカバリーのための中心的な要素であるとして、宗教/スピリチュアリティが鍵となるであろうテーマを7つあげている。そのテーマとは1: 全体としての人である、2: 真のリカバリーは長期間のものであり、忍耐を要する旅である、3: 希望はリカバリーを続けるための本質的に重要な要素である、4: リカバリーは愛する関係の体験である、5: 平安の祈りはリカバリー

のキーププロセスを表現する、6:リカバリーは存在の純粋性と真正にむかう旅である、7:リカバリーは信念 (conviction) であると同様に行動であり現実主義 (pragmatism) である、というものである。

(2) リカバリーにおけるスピリチュアリティの実証的研究

リカバリーとスピリチュアリティについて探索的におこなわれた調査として重要なものに Sullivan (1993) の研究が挙げられる。この研究では一定の適応生活を送れている精神障害をもつ40名に面接をおこない、彼らがうまくいっていることの要因をどのように認識しているかについてエスノグラフィーで分析をおこなった。対象者は40名で、持続的に障害がある者、大部分の者は統合失調症で5回以上の入院歴があった。うまくいっている社会適応の基準は2年以上入院していない、半ば独立した自立的な生活がおこなわれている、学校やボランティア活動、家や家族で主な責任を担えているといった状態を設定した。ここでスピリチュアリティの定義は「スピリチュアリティは神への信仰を含めていたり、含めなかったりする。それは個人的な体験で、価値、意味、生命力、他者や宇宙との結びつきの感覚に関連するアイデンティティである」とされた。

その結果、面接者の48%がスピリチュアルな信念 (belief) や実践が中心的な要因であったと回答し、スピリチュアリティのポジティブな役割を明らかにした。1つは精神病という疾患の予測不可能な過程や疾患の病因に対する理解不能さという状況の中でコーピング機能としてのスピリチュアリティであり、2つ目は他者やより偉大な力 (higher power) の支持、そして3つ目はコミュニティへの帰属意識といった社会的サポートとしてのスピリチュアリティであった。また、スピリチュアルな枠組みを持つことは人生が改善されるという望みと確信を強化することや、自分の人生の中心にスピリチュアルな信念システムを維持することは、より大きな幸福感と、ストレス時により効果的なコーピング戦略を用いることに関連していることを見つけ、彼はリカバリープロセスにおいて宗教やスピリチュアリティが重要な構成要

素であることを示した。

Lindgren & Coursey (1995) はリハビリテーションセンターに所属しスピリチュアリティに関心をもつ30名を対象者にした調査を実施している。この研究はスピリチュアリティが個人の考えや、疾患、生活に影響を及ぼしたかについて調査をし、スピリチュアリティに関する話し合いが自尊心、抑うつ、絶望、人生における目的とスピリチュアルなサポートに関して治療的な利点があるかを明らかにすることを目的としておこなわれた。ここではその人自身の信念や実践 (宗教も含む) をスピリチュアリティと扱って調査が行われた。方法は①個人がスピリチュアルな信念についてと、それらが彼らの生活と疾患にどのように影響をおよぼしたとを感じるかについてインタビュー調査②4回のスピリチュアリティグループセッションを設定し、プレ・ポストテストを検証するという2方法でおこなわれた。調査質問紙は①ローゼンバーク自尊心スケール②ベックうつ病スケール③ベック絶望スケール④人生の目的スケール⑤スピリチュアルサポートスケールであった。結果は「スピリチュアルな信念は疾患に対しポジティブな影響を与えたと評価」したものが83%であり、「スピリチュアリティは自らに快適さをもたらしたと評価」した人の半数は、自分は一人でなかったという実感からそれが生じたと報告していた。「スピリチュアルな経験」については47%が神秘的な体験を報告したが、そのうちの21%は専門家によってそれは妄想か幻覚と判断されていた。セッションをとおしての介入の効果は「スピリチュアルなサポート」で有意な変化を示した。この変化が大きかったのはスピリチュアルや神についてあまり考えていなかった人であった。これは自分の信念について考え述べる機会があることによって、新しいポジティブな経験と変化がもたらされたといえ、スピリチュアルなサポートの感覚は発展させる可能性があることを示していると考えられた。また、スピリチュアリティについて関心をもっていても関わらず、治療上スピリチュアルについて述べることを37%は望んでいなかった。この結果については、宗教/スピリチュアリティについて治療者の理解や態度が関連していることが指摘され、クライアントのスピリチュアルな体験を妄

想的症状と評価してしまわず、クライアントの信念に敬意を払うことが重要であり、セラピストとスピリチュアルな体験を話す、もしくは聖職者等につなげることの必要性が示唆された。スピリチュアルな話題を取り上げることは症状を表出させるのではないかという恐れをセラピストは持つが、この調査ではクライアント自身がスピリチュアリティと病気の症状を混同してはならないということを理解していたと報告されていた。

Bussema, K. E. (2000) は宗教とスピリチュアリティを J. ファウラーの信仰 (faith) ^{注2)} と理解し、信仰の発達とその信仰が障害へのコーピングに果たす役割について、リハビリテーションサービスを利用している消費者 17名を対象に標準化面接を実施した。結果からは、17人中12名が自分の人生に一貫性と目的があるというスピリチュアルなものを感じそれが精神障害に直面する際に意味や希望を与えていたこと、また、対象者は宗教的なコミュニティからは疎外感を感じ、主にピアサポートネットワークが彼らの信仰 (faith) の分かち合いができる場であると感じられていたことが報告された。精神障害のある人のリカバリーには心理社会的介入と宗教的なスピリチュアルなサポートが必要であり、地域のシステムレベルにおいてその関係性の構築の必要性を指摘している。さらに、彼らは2007年にも58名への調査をおこない、71%が自分のリカバリーにおいてスピリチュアリティが重要な役割を果たしていたと感じており、女性の方がよりリカバリーにおいてスピリチュアリティが重要であったことを報告している (Bussema & Bussema 2007)。

また、近年では Corrigan (2003) らや Bellamy (2007) の量的調査の報告がある。Corrigan (2003) らは、統合失調症や気分障害のある消費者サービスを利用する1824名の人々に宗教/スピリチュアリティと健康や Well-being との関連について調査をおこなった。この調査では宗教は教条をもつ組織への参加、スピリチュアリティは直接経験の世界をこえた個人の意味への探求と定義づけられている。この調査の Well-being は The Recovery Scale (RAS)、Lehman's Quality of Life Interview (QOLI)、Herth Hope Index、The Empowerment scale、症状と障害は

Hopkins Symptom Checklist、Addiction Severity Index、Metal Health Statistical Improvement Program (MHSIP) Consumer Survey を測定道具として用いた。結果は、まず対象者の自己認識としては、自分は「宗教的でありスピリチュアルである」が63.5%、「宗教的ではないがスピリチュアルである」が21.6%、「宗教的でもスピリチュアルでもない」が10.8%、「宗教的だがスピリチュアルでない」が4.1% というものであった。そして、スピリチュアルで宗教的である人はより良好な Well-being な状態と症状の減少に関連していた。

Bellamy (2007) らのコンシューマーサービスセンターを利用する1835名に対する調査ではメンバーの3分の2が彼らの人生にとってスピリチュアリティは重要なものであると回答し、重回帰分析からは年齢、性別、精神症状や抑うつ症状をもっていること、そしてより高い QOL や希望、コミュニティへの感覚がスピリチュアリティと関連していたことが報告されている。

これらの研究からは、精神障害者のリカバリーにおいて宗教やスピリチュアリティがコーピング機能として、人生の一貫性や目的、希望との関連においてポジティブな役割があるということ、コミュニティとのつながりといった社会的サポートとの関連において重要なものであるということが示されている。

(3) 宗教やスピリチュアルへのアプローチ

Fallot (2001) は宗教/スピリチュアリティを精神科リハビリテーションにサービスを取り入れる方法として、スピリチュアルなアセスメント、宗教やスピリチュアルな話題を扱うグループ介入、スピリチュアリティを精神療法に取り入れること、スピリチュアルなサポートのためにコミュニティ資源との関係を促進させることの4方法が最も一般的であると述べる。

スピリチュアルな評価は、領域や職種において多くのアセスメントモデルが作られているが、ここでは Fitchett (1993)、Fallot (1998) と Koenig (=2009) をとりあげる。

多くの学問領域からなるチームの研究業績を反映し、包括的であることが特徴とされる Fitchett (1993) の7つの特性を含むスピリチュアルアセス

メント・モデルは以下である。1. 信念と意味（どのように人生の意味、目的を発達させる）、2. 権威と導き（どこに、誰に信頼を置き、導きを求めるか）、3. 経験と感情（その人のスピリチュアルな体験から現れ出る情調）、4. コミュニティ（スピリチュアルな信念や慣習を共有できる公式・非公式のコミュニティでの交わり）、5. 儀式と慣例（人生に意味をもたらす活動はどういったものか）、6. 勇気と成長（疑念と内面の変化にどのように向き合うのだろうか）7. 使命と達成（どのように与えられた使命とその結果を理解するのか）。

Fallot (1998) はこの Fitchett のアプローチを簡略化した精神障害のある人へのアセスメントを提示した。それは、1. まず信念と意味、経験と感情、儀式と慣例、コミュニティについて対話し、2. 次にコンシューマーがそれぞれの経験をどのように宗教的言語を用いて表現しているのかを確かめ、3. それが、その人にとって全体の well-being への役割を果たしているのか（その人のリカバリーにおいてポジティブかそれともネガティブに機能するのか）を考え、4. そして、集められた情報に基づいて、スピリチュアルな問題がサービスプランに含まれるべきかなのか、含まれるとすればそれはどのように—コンシューマーの資源、問題、または目的の一部としてなのか、コンシューマーと話し合う、というステップである。

また、Koenig (=2009: 152) は極めて短時間で医療関係者がアセスメントできるスクリーニング用のスピリチュアル・ヒストリーを開発した。それは1. あなたの宗教的/スピリチュアル信念は救い (comfort) を与えますか、あるいはストレス (Stress) の原因になっていますか 2. あなたの医療上の決定に影響を与える (influence) 可能性のあるスピリチュアルな信念をもっていますか 3. あなたは宗教あるいはスピリチュアルな団体のメンバーですかそして、そのことはあなたの支えになっていますか 4. 誰かに取り組んでもらいたい他のスピリチュアルニーズがありますか、の4つで構成されている。Koenig (=2009) はスピリチュアル・ヒストリーは患者のケアに必要とされる重要な情報を集めるだけでなく、必要であれば医療者との話し合いが可能な話題であることを患者に知らせるためのものであると考え

ている。そして、医療関係者が患者の信念や実践を尊重し、支持し、価値を認めることが重要で、スピリチュアル・ヒストリーが患者の宗教的信念（あるいは信念の欠如）を変えようとする機会ではないし、そうした宗教的問題について患者と論じる機会でもない」と説明している (Koenig = 2009: 153)。

宗教やスピリチュアルな課題を扱うグループ介入に関しては、Kehoe(1998) の重篤な精神病の人々が宗教/スピリチュアルな信念を探索する “religious-issues group therapy”、O'Rourke.C. (1997) による週1回のデイトリートメントプログラムとして実施される精神病の人々への “spiritual Issues group”、Revheim (2007) らのグループの中でスピリチュアルな信念やコーピングに焦点を当てたエクササイズをおこなう “Supiritual matter Group”、Revheimら (2010) による入院中の統合失調症患者への “Spirituality Therapeutic Group” といった報告がみられる。また、Fallotら (2000) は精神障害と物質使用障害である女性虐待サバイバーへのサービスプログラムとして “nine- session spirituality group” としてそれぞれのセッションに特定のテーマと目標をもったグループの開発をおこなった。これらの報告は宗教/スピリチュアリティを扱っている実践のごく一部ではあろうが、精神保健の場で回避される傾向にある宗教/スピリチュアルな問題を扱い、役立つスピリチュアルな資源を見だし、他者とわかちあひながら自らのスピリチュアリティを探索し、表出することを支持している。

スピリチュアリティのコミュニティとの関係の促進においては、Shifrin (1998) や Waltersら (1995) によって、医療スタッフと信仰コミュニティとの精神障害の人々のための共同サポートプログラムの開発が試みられている。Fallot (2001) は、細心の注意をはらいながら行えば、こうした共同はコンシューマーにとってより有益であること、リハビリテーションスタッフにとっては地域の宗教/スピリチュアルなコミュニティがはっきりと包括的に理解できること、コミュニティが新たに必要であったり、再び関係を取り戻したいというコンシューマーのニーズにあったコミュニティを見つけることができるようになるという

ことを挙げている。信仰コミュニティや他のスピリチュアルなコミュニティは、精神障害の人々に、帰属意識を育てること、共有する意味を持ち続けること、その人にとって大変な時期に形ある情緒的なサポートを提供すること、そして、そこでの実践や儀式をとおして人生の目的を与えることなどを提供しうる (Fallot 2001)。

4. 日本におけるスピリチュアリティへのアプローチに向けて

以上、主にアメリカにおける精神保健領域でのスピリチュアリティの研究について概観した。以下では、リハビリにおけるスピリチュアリティに焦点をあて、日本の精神保健福祉でスピリチュアリティへのアプローチについて考察をすすめる。

(1) 宗教とスピリチュアリティの観点から

欧米においても宗教とスピリチュアリティの混乱があることは、精神保健福祉分野に限ったことではない。医療や保健福祉の臨床や研究では、宗教は主に制度や組織、教義によって特徴づけられるものであり (宗教とスピリチュアリティは決して無関係ではないが)、スピリチュアリティは個人的な意味探求として区別するという前提のもとにスピリチュアリティ論じられることが一般的になっている。しかし、もともと英語圏での spirituality という語は religiousness (ないしは religiosity) という語とほとんど同じ意味のものとして用いられてきており (安藤 2006)、多くの論文でも、宗教とスピリチュアリティとの区別は、定義を踏まえながらも、その曖昧さが残る。さらに、日本人である筆者が、前述の前提にそって文献を読みすすめても、そこでスピリチュアリティと表現されている内容は一般的日本人の感覚でイメージする宗教そのものを示しているとしか感じられないことも多い。これは、とりわけ、欧米の研究においては現場での介入の方法において「聖書を読む」や「祈る」、「宗教的儀式への参加を促す」「宗教コミュニティにつなげる」など、鶴若・岡安 (2001) が明らかにしているようにスピリチュアルニーズを宗教的ニーズとみなし介入する傾向が顕著であることからそうした混乱を生じさせる。つまり、こうした医療等の専門職にお

る実践的なスピリチュアリティ理解に多く見られる、「宗教」と「スピリチュアリティ」とは重なる部分があるがとりあえずは区別できるといった捉え方は、その重なりあいをどの程度に見るかということに関して、欧米のキリスト教圏 (特に英語圏) と日本との間には大きな差があるということである (安東 2006)。こうしたことを踏まえると、欧米での臨床におけるスピリチュアリティの研究は宗教的なバックグラウンドが異なる日本では慎重に取り扱うべきものであろう。現在、スピリチュアリティは宗教との重なりあいはより小さなものとして捉える傾向にある日本において、スピリチュアリティへの関心や態度、そして実践において、そもそも宗教的バックボーンのある欧米の実践者や研究者と同様であるとは考え難い。臨床においては精神障害のある人、援助者の両者にとって、日本人の宗教観や文化にあったより現実的なアプローチを考えていくことが望まれる。

一方で、スピリチュアリティを「人生の根源的な意味や目的」への探求に関連するもので、ホリスティックな人間理解にもとづく志向とみるならば、たとえ宗教的文化的背景が異なっても、援助者のスピリチュアリティへの理解、関心や態度が、精神障害者のスピリチュアリティに影響を及ぼす重要な一要素であることに変わりはないであろう。

(2) 存在の危機としてのスピリチュアルペインとスピリチュアリティへの視点

終末期医療や緩和ケアでは患者の QOL の観点からスピリチュアリティの重要性が指摘され、日本でもスピリチュアリティやスピリチュアルケアの研究や実践が積み重ねられている。そして、こうした領域では、とりわけスピリチュアルペインに目が向けられてきた。それは、がんという死の危機に直面して、人は人生の意味や、苦難の意味、死後の問題などが問われ、つまり全存在的苦痛がたちあられ、それが身体的、精神的、社会的苦痛の緩和と並んでケアされるべきものとして認識されたからである。スピリチュアルペインとは“生きる意味や目的の喪失” “関係性の喪失” “希望の喪失” などであり、その人の人生を支えていたものが脅かされて経験している全存在的

苦痛なのである。

窪寺 (2004) はスピリチュアリティを「人生の危機に直面して「人間らしく」「自分らしく」生きるための「存在の枠組み」「自己同一性」が失われたときに、それらのものを自分の外の超越的なものに求めたり、あるいは自分の内面の究極的なものに求める機能である」と定義している。この定義をふまえ、玄ら (2005) は精神疾患を患う経験を「それまで自分の人生を支え、構築してきた価値観が危機的状況にさらされ、懐疑や虚無などに襲われる。場合によってはこれまでの価値観が無意味に感じられることもある。このような状況は、まさに人生がこれまでの「この世」と今後永久に続くであろう (と患者は考える) 「これからの世」に断絶される死の危機を迎えた状況と類似していないだろうか」と説明し、さらに、「内的自己は「これからの世」に存在しながら、「この世」が目の前に広がるという存在の枠組みの混乱によるスピリチュアルペインが患者を苦しめているように思われる。そして、人生の土台、根拠が崩れ、内的自己が混乱し新たな合理的解決を求めて葛藤する。この矛盾から逃れるための方法として、自ら命を絶つという形を選択してしまうのではないかと」と日常の臨床の中で遭遇する自殺願望の根底にこれらの心理規制が働いているのではないかとこのことを指摘している。

10数年前と比較しても精神障害への認識が変化してきているとはいえ、それでも歴然と残る社会の偏見、「不治の病」という世間の考え、さらには医療従事者の悲観的な予後の捉え方といった状況の中で、翻り自らが「精神病である」ということに直面する時、彼らの内的意識には多くの場合既に「精神病患者」に対する自らの偏見が存在する。そのレッテルを自らに貼ることは、社会での人としての存在を危ういものとする。それはまさに存在の危機的状況であり、そこには自らの存在の枠組みの混乱によるスピリチュアルペインがあり、その葛藤の中で「死」が意識されるのである。

このように考えていくと、欧米で主張されていた「精神障害には帰因しない」こころの苦悩である宗教/スピリチュアリティとは、スピリチュアルペインであると理解できよう。援助者がリカバリーにおけるスピリチュアリティを理解する

ということは、その (リカバリーの) 出発というべき絶望とともにあるその人を、終末期医療や緩和ケアと同様にスピリチュアルペインを抱えている人であると認識することに始まるといえる。Spaniol (2002) は「つながり (connectedness)」という点を強調し、「スピリチュアルな道としてのリカバリーは精神の病をもつ人々が、自分自身、他者、住むこと、学ぶこと、環境に働きかけること、大きな意味や目的といったもの、とのつながりを再構築し、さらに発展させることのできる旅」であると表現している。精神疾患を患うことで、人生における自己の連続や、社会の関係性の断絶の中で顕著にあらわるスピリチュアルな痛み、そして「生きる目的や意味」への問い、その深みから発するリカバリープロセスの始まりがあることを援助者は改めて認識することが求められている。

日本の精神保健領域においてもスピリチュアリティへの懸念は、欧米と同様であり、さらにいえば、援助者や施設内でしばしばおこる宗教勧誘でのトラブル、宗教といえばカルトといった宗教そのものにマイナスのイメージをもつ者も多い。従って多くの現場では宗教にからむ事柄を扱うことはタブー視されているのが現状である。こうした欧米以上に宗教に距離をおく状況においても、まずはその人のスピリチュアルペインに目を向け、耳を傾けることが現場においては必要とされること、援助者にできることだといえる。

(3) セルフヘルプグループでのアプローチの可能性

では、日本の精神保健福祉領域の現状と文化を鑑みてスピリチュアリティへのアプローチの方法とはどのようなものが考えられるだろうか。

Hodge (2004) はソーシャルワーカーはクライアントのスピリチュアルな世界観から引き出されるリカバリー志向のナラティブを積極的に強調することでクライアントを援助することができるとし、また、Fallot (1998) は援助者がスピリチュアルな信念や活動の表現に対し礼儀正しくオープンでいることが、多くのコンシューマーのリカバリー物語の語りと人生を促進するという。リカバリーそのものが個別的な語りや物語を取り戻すという自己の物語であるが、その中に、つまり、リ

カバリーの要素といえるスピリチュアリティは語りのなかで、はたらき、意味をなすといえる。そういった実践は日本ではべてるにその姿をみることができる。後藤（2010）は「べてるでは、「人生の回復」「失われた夢の回復」いわゆるくりカバリー概念の spiritual、実存的な部分が、「苦労を取り戻す」「なおさないでください」「病気になるってよかった」あるいは幻覚妄想大賞など、個人的でオリジナルな言葉により表現され、それがさらに共同体の中で公共化されるというプロセスがある」と指摘している。べてるのこのプロセスの基本は、仲間の中で、仲間と共に、弱さを語ることにある。また、精神障害者サバイバーの Mary Hemingway Rees は自分と他者の不完全さや弱さを受け入れるためのスペースを創ることがスピリチュアリティであり、そこで自分自身の弱さと他者の弱さを受け入れることが出来て、お互いをコントロールするのではなく、お互いにつながるときこそが最高に人としての存在である、そして、スピリチュアリティと精神の健康さは情報ではなく、自己洞察をとおして理解されるものであると語っている（Leibrich 2002）。必要とされるのは語りを可能にする場、スピリチュアリティを拓く語りの空間を開けることなのである。しかし、日本においては宗教やスピリチュアリティを語るといっても、これまで論じてきたように多くの専門家や機関はそれを正面から受入れる土壌はほとんどなく（もちろん、スピリチュアリティとあえて表現せずにそれを深く理解し現場で向き合っている専門家もいる）、ましてやチャプレンや聖職者、宗教コミュニティへの紹介も難しいというのが現状である。

こうした状況において、筆者は語りの場として本来最も相応しくそして最も可能性をもっている場がセルフヘルプグループではないかと考えるのである。欧米でも治療グループの効果が報告されていたが、治療やリハビリテーションの場ではリカバリーやスピリチュアリティへのアプローチには自ずから限界がある。野口（2002）は AA や NA といったセルフヘルプグループの場が「言いつばなしの聞きつばなし」のルールによって「自由な語り」「いまだ語られなかった物語」が語られることができるようになってきていることを示し、

それは実質的にナラティブ・アプローチであると指摘する。また、セルフヘルプグループは「語りの共同体」でもあり、「物語の共同体」であるという「ナラティブ・コミュニティ」であるとも述べ、「物語の共同体」という側面において、セルフヘルプグループには「回復」という物語があり、そうした物語が参加者それぞれの個別的な語り（注3）にゆるやかな共同性を与えていると説明する。

同じ病気や悩みをもつ仲間の語りを聞き、そして「特定の、その人ではない、誰か」に「私が」語り続ける、語り直せるという場は語りの無限の可能性に開かれながら、そのコミュニティの物語のゆるやかな共同性に支えられる。そこにスピリチュアルな語りとその物語が共有されていく…精神障害者のリカバリーにおけるスピリチュアリティへのアプローチの1つとして、筆者はセルフヘルプグループにその可能性をみる。

5. おわりに

セルフヘルプグループの回復という物語の中には、それが AA をはじめとする12ステップグループであれば、そこにスピリチュアルな成長という回復の物語がある。Koenig（=2009：15）は心の平安、他者とのつながり、目的と意味、信念と価値、驚きや畏敬、あるいは愛という感情、許し、感謝、救い、そして良好なメンタルヘルス（心の健康）はスピリチュアリティそのものではなく、熱心にスピリチュアリティを実践した結果であるという。しかし、AA や12ステップグループ、断酒会の回復者の語りや、行動、姿の中にこうしたものをみたととき、Koenig が指摘するようにスピリチュアリティそのものではないかもしれないが、そこに筆者はスピリチュアリティを感じるのである。

疾患の違いをこえて、実存的危機にある統合失調症をはじめとする精神障害のある人々にとっての、スピリチュアルな成長という回復の物語が紡ぎ出される場ができるよう支援していきたいと筆者は考えている。

【注】

注1) DSM- IV V-Code (v62.89)「臨床的関与となることのある状態」[Religious or Spiritual problem]は以下のように記述されている。 This category can be used when the focus of clinical attention is a religious or spiritual problem.Examples include distressing experiences that involve loss or questioning of faith, problems associated with conversion to a new faith, or questioning of spiritual values that may not necessarily be related to an organized church or religious institution

注2) J. ファウラー (J.Fowler) は宗教心理学者であり、信仰を「我々人間より大きく超越したものへの応答である…意味の発見と意味の想像を人間普遍の課題としている」と述べて、特定の宗教に限定せずに、すべての宗教に共通する意味で信仰を定義した。J. ファウラーは、信仰の発達心理学的視点から理解し、人間の普遍的課題として、生きる意味の発展をとりあげた。

注3) 野口はナラティブ・コミュニティとして「セルフヘルプグループ」「フェミニスト・セラピー」「べてるの家」の3つの実践をあげている。また、「語りの共同体」においては「新たな語りを生み出す共同体」「語りによって維持される共同体」の2つの側面、「物語の共同体」には参加者それぞれの語りに共同性を与える共通な「物語」、グループの来歴と存在意義を明らかにしてくれる「物語」の2つがあると説明している。

【引用文献】

Anthony, W. A. (1993) Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health system in the 1990's. *Innovation and Research*,2 (3),17-23.

安藤治 (2007) 現代のスピリチュアリティ その定義をめぐって. 安藤治/湯浅泰三編「スピリチュアリティの心理学」. せせらぎ出版, p11-34.

Bellamy, C. D., Jarrett,N.C., Mowbray ,O., Macfarlane, P., Mowbray C.T., &Holter,M.C.(2007) Relevance of spirituality for people with mental illness attending consumer-centered service. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 287-294.

Bussema,K. & Bussema,E.(2000) Is there a balm in gilead: The implications of faith in coping with a psychiatric disability. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 117-125.

Bussema,K. & Bussema,E.(2007) Gilead Revisited: Faith and Recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*,30 (4), 301-305.

Corrigan,P., McCorkle,B.,Schell,B.& Kellmer,M. (2003) Religion and spirituality in the lives of people with serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 39(6), 487-499.

Deegan,P.E.(1988) Recovery; The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

後藤雅弘 (2010) <リカバリー>と<リカバリー概念>. *精神科臨床サービス*, 10, 440-445.

Fallot,R.D. (1988a) Spirituality and religion dimensions of mental illness recovery narratives. *New Directions for Mental Health Services*, 80, 35-44.

Fallot,R.D.(1998b) Assessment of spirituality and Implications for Service Planning. *New directions for Mental Health Services*,80,13-23.

Fallot,R.D.(2001) Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery form mental illness. *International Review of Psychiatry*, 12, 110-116.

Fallot,R.D.(2007) Spirituality and religion in : some current Issues. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(4), 261-270.

Fitchett,G.(1993) Assessing spiritual needs: a guide for caregiver. Minneapolis,MS:Augsburg.

玄東和, 張堅徳 (2005) スピリチュアリティと精神療法－希死念慮へのアプローチを中心に－. *こころの臨床 a・la・carute*. 24(2), 185-188.

Koenig,H.G.(2008) Medicine, Religion, and Health Where Science and Spirituality Meet. Templeton Foundation Press. (=2009 杉岡良彦訳. 『スピリチュアリティは健康をもたらすか 科学的研究にもとづく医療と宗教の関係』. 医学書院.)

Hodge, D.R.(2004) Spirituality and people with mental illness:Developing spiritual competency in assessment and intervention. *family in society*, 85

- (1), 36-44.
- 藤井美和 (2010) 生命倫理とスピリチュアリティ—死生学の視点から—。「生命倫理における宗教とスピリチュアリティ」藤井美和、濱野研三、大村英昭、窪寺俊之 (編).pp1-27. 晃洋書房.
- Kehoe,N.C.(1998) Religious-issues group therapy. In:R.D.Fallot (ED.), spirituality and religion in recovery from mental illness (vol.80,pp45-55). San Francisco,CA: Jossey-Bass Publishers.
- 窪寺俊之 (2004) 「スピリチュアルケア学序説」. 三輪書店.
- Leibrich,J.(2002) Making space:spirituality and mental health. *Mental Health, Religion & Culture*,5 (2),143-162.
- Lindgren,K. N., Coursey R. D.(1995) Spirituality and serious mental illness: A two-part study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 18(3), 93-111.
- Lukoff,D.(1998) From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal root of the new DSM- IV category. *Journal of Humanistic psychology*,38 (2), 21-50.
- Longo, D.A. & Peterson S.M.(2002) The Role of Spirituality in Psychosocial Rehabilitation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(4), 333-340.
- Miller,J. S.(1990) Mental illness and Spiritual Crises:Implications for Psychiatric Rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14(2), 29-47.
- 野口裕二 (2002) 「物語としてのケア ナラティブ・アプローチの世界へ」. 医学書院.
- 野中猛 (2005) リカバリー概念の意義. *精神医学* 47(9), 952-961.
- O'Rourke,C.(1997) Listening for the sacred: Addressing spiritual issues in the group treatment of adults with mental illness. *Smith college Studies in Social work*, 67(2), 181-196.
- Revheim,N & Greengerg,W.M.(2007) Spirituality Matters: Creating a Time and Place for Hope. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 30(4), 307-310.
- Revheim,N, Greenberg WM, Citorome,L.(2010) Spirituality, Schizophrenia, and State Hospitals: Program and Characteristics of Self-selected Attendees of a Spirituality Therapeutic Group. *Psychiatr Q*81, 285-292.
- Spaniol, L.(2002) Spirituality and connectedness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 321-322.
- Sullivan, W.P.(1993) It helps me to be a whole person : The role of spirituality among the mentally challenge. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(3), 125-134.
- Sullivan, W.P.(1998) Recoiling, regrouping and recovering :First-person Accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness. *New directions for mental Health Service*,80,25-33.
- Shifrin,J.(1998) The faith community as a support for people with mental illness. In:R.D.Fallot (ED.), spirituality and religion in recovery from mental illness(vol.80,pp69-80). San Francisco,CA: Jossey-Bass Publishers.
- The American Psychiatric Association.(1994) *Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fourth ed (DSM-IV)*. American Psychiatric Association, Washington,D.C.
- 鶴若麻里・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.
- Walters,J & Neugeboren,B.(1995) Collaboration between mental health organizations and religious institutions. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 19 (2), 51-57.

Approaches to spirituality in mental health care: A review of western literature

Naoko Hashimoto *

ABSTRACT

Historically, mental health researchers and practitioners in Western countries were generally apt to neglect spirituality. However, in the 1990s mental health professionals frequently expressed concerns about the spirituality of people diagnosed with serious mental illnesses including schizophrenia, major depression, bipolar, and schizoaffective disorders. As the role of spirituality in recovery from serious mental illnesses became a focus of attention in psychosocial rehabilitation, the results of qualitative and quantitative research in this area came to be reported.

The mental health service in Japan is more negative with respect to spirituality and religion than Western countries. However, experts in mental health have the option to engage these areas so as to support the recovery of persons with serious mental illnesses. The review served to deepen understanding of spirituality and indicate that we should think about approach methods in consideration of the context of religious and cultural values in Japan.

Key words: spirituality, recovery, people with serious mental illness

* Instructor, Faculty of Nursing and Social Welfare Science, Fukui Prefectural University