

看護における共感と感情コミュニケーション

福田 正治

富山大学医学部行動科学

要 旨

看護分野において共感は、医療職者－患者関係を構築する上での基本的能力である。医療における共感の主として患者の苦しみを中心とした感情コミュニケーションの中で成り立っている。最近、感情はその特性により階層構造を持つことが知られ、また医療行為の中で患者が示す感情の特性は急性期と慢性期で異なる。それに対応して医療職者－患者間の感情コミュニケーションは感情開放期と感情管理期に分かれ、医療職者側の共感はそれぞれ情動的共感と認知的共感で特徴づけられる。情動的共感は無意識的な生理的反応で、認知的共感は状況依存的で対象依存的な感情コミュニケーションである。共感のオープン性や制御性、社会性が関与し、それぞれに異なる対処法が求められる。そして共感のめざすところは第二の共感を通した両者のポジティブな感情である。

はじめに

人が社会の中で生きていくためには、他人の心を読むマインド・リーディング(Mind-Reading)の能力が不可欠である¹⁾。特に医療職者は患者に対するこの能力が求められる。病気を伴った患者は、疾患に関しての専門的知識や治療法の知識を持たないために、医師や看護師などの医療職者に頼らざるを得ない。もっと直接的には当面の痛みを何とかしてほしいと強く望む。患者は病気で単に医学的な治療を求めるだけでなく、心の通った接遇を求め、それが患者のQOL (Quality of Life) や回復に大きく影響する。その中に当然のことながら、相手の心を理解する共感の機能がなければならない。

医療教育の分野では、患者の気持ちを察することや患者に対する共感の重要性が指摘されて久しい^{2,3)}。いかに患者の気持ちを理解するかを訓練するためにロールプレイ (Role-Play) や交流分析を取り入れた患者の立場に立った態度を教えている^{4,5)}。確かにこれらの教育によって感性豊か

な医師や看護師が養成されるが、教育での共感の学習は共感の何を強化しようとしているのか必ずしも明確でない。また医療の現場で日夜患者に接している医療職者において患者との感情の相互交流である感情コミュニケーションがどのように行われているかも明確でない⁶⁾。

近年、看護の分野では感情社会学の見方が取り入れられ、感情労働としての諸問題が議論されている⁷⁻¹⁰⁾。現場では3分間医療といわれる事務的な診療に対する不満、さらには苦しみや痛みをどうしようもなく避けることができない状況があり、患者と医療職者との葛藤が日夜繰り広げられている。また誕生から死まで、人が一生かかって経験することを医療職者は日常のこととして取り扱っている。そしてその現場は通常の世界よりも感情の発露や交流がもっとも先鋭に、また豊富に現われてくる社会である。極端には、日常性を超えた死をめぐるドラマは表面的繕いでは対処できないことを示している。このような厳しい医療の場で、患者の気持ちを察するという共感プロセスと感情コミュニケーションはどのように働いているかを

感情管理の視点から考える必要がある。

本論は看護と感情のかかわりを共感という場を通して議論したものである。患者の気持ちを理解するとはどのようなことなのか、新人看護師が流す涙と、ベテラン看護師が流す涙が同じなのかなどについて、人間に備わった他者の感情を読む共感という基本的能力を通して考えてみる。

1. 共感特性

共感については、ギリシア時代から2000年以上にわたって議論されてきており、そのことは共感が人間関係を構築する上で重要なこととして多くの人に関心を与えてきた¹¹⁾。しかしこれらの議論を眺めると、定義の難しさもあり、方向性が一定していない現状にある。その原因の一つはこれまでの共感に対する研究が哲学、心理学、応用科学の分野で研究され、人間の現象である実体がかまえていなかったことによる^{12, 13)}。しかし神経科学の進展に伴い共感が自然科学的な脳の現象として捉えられるようになり、共感に関する研究の見直しが行われている¹⁴⁻²⁰⁾。ここではまず基礎研究のいくつかについて概観し、ついで最近の共感に関する考え方について紹介する。

共感が発達、教育、医療の現場で感情コミュニケーションに大きく影響するために、早くから共感に関する研究が進められてきた²¹⁻²⁵⁾。基礎研究は、共感を直接の研究対象とするもので、共感の定義や共感の構造がどのような特性や概念枠組みから構成されているか、また共感は性格の一部なのか能力なのかなどの基本的特性の研究、そして共感と性格、記憶、認知などの心理機能との関係などが対象であった²⁶⁻²⁹⁾。共感の定義に関しては、立場によってさまざまであり、最近に限って見れば、簡潔な定義として、ホフマン (Hoffman) の“自分自身よりも他人の置かれた状況に適した感情的反応”があげられる²⁶⁾。共感概念の歴史については仲島¹¹⁾、定義についてはレイベルグ (Leiberg) ら¹⁵⁾を参照されたい。ここでは共感の構造、機能を中心に展開する。

共感の構造の研究は、共感がどのような下位概念や因子から成り立っているかを分析し、その特性を明らかにすることである。首藤は共感を特性共感と状態共感に分け、状態共感を一時的な情動反応としての共感として、特性共感を性格特性としての共感と捉えている³⁰⁾。これはあたかも不安が現在の状態としての不安と性格特性の不安に分けて捉える考え方と同じである³¹⁾。また福田は情動の働きから共生的共感と非共生的共感に区分している³²⁾。その他、並行的共感と応答的共感³³⁾、資質共感と場面共感³⁴⁾などが提案されているが、本質的には以下で議論する共感の情動と認知の側面を言い分けたものである。

これらの概念枠組みの結果として共感を評価する測定方法の開発が示唆される。その一つとして共感尺度は欧米を含めて約10種類程度が開発されている²³⁾。日本では多次元共感尺度^{35, 36)}、共感経験尺度³⁷⁾、情動的共感性尺度³⁸⁾がよく用いられている。多次元共感尺度は、下位概念として、視点取得、空想、個人的苦悩、共感的配慮から成り立っている³⁶⁾。視点取得は他者の立場に立つて物事を考えようとする程度で、空想は小説・映画など架空の世界への同一視や架空の状況に自分を移しこむ程度、個人的苦悩は他者の苦悩に反応して、自分の中に苦悩や不快を経験する程度、共感的配慮は他者を思いやり、同情や配慮する程度を測る下位概念である。これらから共感のプロセスの中に、他者の存在の認知、他者の立場に立つという能力、他者の考えや感情を知る能力、自己の想像力、そして自己の向社会的態度などが含まれていることがわかる。情動的共感性尺度³⁸⁾は共感の認知よりも情動面を取り扱い、感情的暖かさや感情的冷淡さ、感情的被影響性の3因子から成り立っている。共感経験尺度は共有経験と共有不全経験の2つの下位概念から成り立ち、自分とは異なる存在である他者の感情体験の区別をはっきりさせることを主体としている³⁷⁾。

さらに共感を単に感情の能力の一面として捉え、感情の知能指数の下位概念として捉えている場合がある^{39, 40)}。

共感能力を評価する方法として上の尺度法とは

別に記述式の場面設定法が用いられることがある⁴¹⁾。ある特定の場面を設定し、被験者がどのような行動をとるかを答えさせるもので、より実際の場面に近い共感能力が評価できるものと考えられる。たとえば患者が“胃潰瘍といわれ入院したのだけれども、胃がんかもしれない。先生に聞こうにもすぐに逃げられてしまう”という訴えの場面に対してあなたはどうか答えるかというような調査である⁴²⁾。この方法は多次元共感尺度の調査と比較すると共感に高い相関があることが示されている。しかしこれら共通の問題として、すべてが自己記入式の調査であることの限界が指摘されている²⁹⁾。これらの問題を解決する方法として、表情、姿勢、声の調子などの観察を主にした測定法や生理学的測定を併用した方法が使われている⁴³⁾。

共感の機能分析は、人間集団の中での共感の役割を特徴づける手法である。クンユク (Kunyk) はこれまでの共感の研究を概観し、共感機能を、人間特性としての共感、専門性としての共感、コミュニケーション・プロセスとしての共感、ケアとしての共感、関係性としての共感の5つに分類している⁴⁴⁾。

人間特性としての共感は、生物学的に特徴づけられる性質で、共感の本能的、自動的、無意識的に生じる相手の情報を読み取る能力であるとする。特性共感や資質的共感、並行的共感、この論文の後で区分しているところの情動的共感という言葉がこれに相当する。近年の神経科学の領域での共感に関する研究から、共感に関する神経科学的な実体が明らかになり、これに基づいた情動と共感、認知と共感などの特性が今後明らかになっていくものと思われる¹²⁻²⁰⁾。

専門性としての共感、看護者における共感の学習性についての指摘であり、共感能力が学習や訓練によって深まることができるのかという問題を含んでいる。若い人たちが看護師やコメディカル、介護師の専門職を目指そうとした場合に、援助の根底をなす共感能力の育成は教育の大きな目的になる^{21, 45)}。

コミュニケーション・プロセスとしての共感に関する中心課題は、看護者-患者関係の中での感

情交流の問題である。共感は当然のことながら一人では成立せず、必ず相手を必要とする。相手がいればそこに感情の相互交流が生じるはずで、ベレット・レナード (Berrett-Lennard) の相互交流モデルが知られている⁴⁶⁾。ある種の感情を表出している患者を前にして、第一ステップは患者の感情表出であり、第二ステップは援助者のそれに対する共感的共鳴で、第三ステップはそれに対する援助者の共感表出である。そして最後が患者のその表出に対する受け取り方の表出がある。実際の場ではこの繰り返しが起こり、共感の現象論的把握はその4ステップの把握となる。またオルソン (Olson) は看護の言葉で、共感コミュニケーションを看護師の知覚、共感表現、患者の共感受容の3段階と捉えている⁴⁷⁾。

ケアとしての共感、看護職の医学的な介入と患者の苦しみの緩和への直接的な介入という行為の中で起こるものとして捉えられている。共感をケアと同一のものとして捉え、患者に受け入れてもらえるかどうかに関わる機能で、患者の医療的ケアが十分行われた後の患者との関係に重きを置いている。

関係性としての共感、特に終末期医療の分野で指摘されているもので、死に往く人と医療職者との関係の中で、生存を前提とした医療ではなく、人間の一生として終わるのを迎える現場での感情コミュニケーションとして共感を捉えている。グリーフケア (grief care)、ターミナルケア (terminal care) では死に往く人の究極の不安に対する癒し、さらには人として生きてきた証とは何かなどのスピリチュアル (spiritual) な視点からの対応が求められる。そこには単なる回復可能な苦しみに対する共感とは異なった全人的な精神全体を含めた思いの受け止めが必要となるであろう。

応用研究として看護の分野では伊藤が患者-看護者関係の研究のレビューを試みている²¹⁾。そして看護学生の年次進行と共に共感能力の向上が一定していないこと、共感教育の難しさを指摘している。臨床面では、共感の構造化の必要性和患者に焦点を当てた研究の必要性を指摘している。

人間の脳の働きである共感の研究は、近年の神経科学の進歩と無関係ではありえず、神経生理学の新たな発見によって大きく進展した。それには、二つの大きな進展であるミラーニューロン (mirror neuron) の発見⁴⁸⁾と情動の新たな神経回路の発見が寄与している⁴⁹⁾。ミラーニューロンとは、サル⁵⁰⁾の行動生理学的研究から発見された神経細胞の特徴的な活動様式で、サルが物体を掴むとき、手指の運動を制御するニューロンと同一のニューロンが、他者が行っている同じ動作を見たときにも応答するニューロンである⁴⁸⁾。つまり、脳は自分の行動を制御するのと同じ神経回路を使って、他者の動作を認識していることを示唆している。この発見は動作の認知に関するものであるが、これを感情の認知に応用したのが共感のミラーニューロンといえる。他者の感情を認知するために、自分の感情を喚起するための神経回路の一部を使っていることを示唆している。事実、痛みに対して自分が感じた痛みに対応する脳の前部帯状回の領域が、他人が痛いときにも振舞っている姿を見たときにも反応することがヒトのニューロン活動記録の研究と画像解析の研究から報告されている⁵⁰⁾。この反応は従来、感情移入や情動伝播、情動模倣という言葉で表現されているが、その実体はミラーニューロンといえることができる。

情動の研究に関して、ルドー (LeDoux) は新たな恐怖情動の神経回路系を発見し、情動研究に大きな方向転換をもたらした⁴⁹⁾。扁桃体は損傷実験などから恐怖情動の発現や情動記憶の中核であることが明らかにされている。外部情報の扁桃体への入力を解剖学的に詳細に調べてみると、外部情報は大脳皮質経由だけではなく、途中の視床から扁桃体へのバイパス的な神経線維の入力がある

ことが明らかになった。すなわち情動の発現には正確な情報を処理して形や動きを認知する大脳皮質を介して扁桃体に入力する系と、大脳皮質に入力する系の途中にある視床から扁桃体に直接投射している発生学的に古い系の2系路が関与しており、前者は意識された正確な情動の発現に、後者は意識に上らないすばやいが漠然とした情動の発現に関与すると考えられている。

福田は多種多様な感情を分類するに当たって、進化論に基づいた感情階層説 (進化論的感情階層仮説) を提唱し、意識性、遺伝性、持続時間、空間的広がり、身体性、社会性などの多くの特性に従って感情を大きく情動と高等感情に分け、さらに情動を原始情動と基本情動に、高等感情を社会的感情と知的感情に分けている^{32, 51-53)}。原始情動は快・不快の2種類から、基本情動は喜び、受容・愛情、恐怖、怒り、嫌悪の5種類から成り立っている。社会的感情には、集団の関係性に関与した愛情、憎しみ、嫉妬などの感情が、知的感情には人類愛、恥、罪、甘えなど文化に依存した感情が含まれている。

原始情動と基本情動は無意識的で自動的な特性を持ち、遺伝的な要素が強い。一方の社会的感情と知的感情は自己意識が関係し、集団での自他の関係性に依存するために認知的要素を強く持っている。したがって感情に強く依存している共感とは、これら感情特性に影響され、大きく情動的共感と認知的共感に分けられる¹²⁾ (表1)。

情動的共感は無意識的かつ自動的に起こる感情に関連した共感で、認知的共感は認知成分を含む感情に関連する共感で状況依存的で視点取得や役割取得などの機能を必要とする (表1)。この見

表1 情動的共感と認知的共感の特性

| | 特性 | 理論 | 現象 | 学習法 |
|-------|--------------|--------------------------|------|-----------------------|
| 情動的共感 | 無意識的 自動的 | シミュレーション理論 (ミラーニューロン) | 情動伝播 | しつけ、愛着行動 家庭内早期教育など |
| 認知的共感 | 状況的 対象依存的 | 心の理論 役割取得、視点取得 | 感情管理 | 体験型実習 ロールプレイなど |

方から共感を見直すと、情動的共感が発達の初期で形成される能力で、おそらく家庭での早期発達の中で形成されてくるものである。言葉としては、いたわり、やさしさ、思いやりなどのしつけが対象となり、感情豊かな環境が重要となる。

一方、認知的共感は、学習性で、教育によって変わりうる認知の部分に相当する。さまざまな社会経験を経ることによって状況判断や他者の立場を理解する能力が向上していく。それによって他者が示す感情への気づき、いたわり、優しさなどの感性と行動が広がってくる。ロールプレイや現場での実習はこの点の強化に相当する。

これまでも情動的共感や認知的共感という言葉は用いられたが、そこでは単に“観察者に生じる情動反応”を情動的共感とし、認知能力の一つとして認知的共感を定義していた³⁰⁾。本論で用いられている情動的共感は、生理学的反応としてミラーニューロンに根ざした無意識の情動反応を含んでいる。このことは、他者の強い情動表出を感知すると、観察者の心拍数の増減や表情の微妙な変化などの自律神経反応が無意識的に表出される可能性のあることを意味し、医療現場での恐怖や嫌悪を抑制する事が難しいことを示している。ついでこのような情動反応が意識にのぼり、状況に照らして自分が感じた感情が合理的なのか、道徳的なのかなどを考慮した状況依存的な認知的共感がおこる。共感とは社会的に人間の社会的存在理由や存在価値などに強く影響するために、非常に高い感知能力が求められる。他者がどのように自分のことを考えているかは、自分がお人好しで騙されて損をしないための必須条件である。そのために脳はミラーニューロ的なシステムを作り出してきたと考えても過言でない。他者の微妙な変化、たとえば表情、視線、しぐさなどに対して人は高度の感受性を持っており、そのシステムの一部が共感機能である。

このように共感を機能面から情動的共感と認知的共感に分けると、教育の中での共感能力の向上はどの部分に相当しているかが明確になる。少なくとも、医療職教育では認知的共感の強化が最も

可能であることが示唆される。今後は明確にこの点を分離した教育訓練法が求められる⁵⁴⁾。

2. 第二の共感

これまでの共感の議論は、苦しみなどを発する対象者がいて、それを受け止める人における共感の受容のメカニズムについてであった。そして受容者のそれに対する対処が援助であれば向社会的行動であり、その一つとしての共感的配慮があった。

しかしこれらのプロセスを詳細に眺めると、ここに患者の援助者からのフィードバック、つまり援助者の情動表出や対処行動、または共感的配慮に対する患者の受け取り方の議論が欠けていた。コミュニケーションとしての共感とは一方通行ではなく困っている人と援助者との相互のやり取りがあって初めて機能するものである。

共感プロセスにおいて発信者である患者も援助者を同様に観察しており、援助者の対処を視線の動き、表情、しぐさ、声の調子などを通して理解し、またこれらを通して援助者の意図や感情を眺めている。患者は医師や看護師が共感し本当に自分のことをいたわっているのか、単にうわべだけの振る舞いなのか、怖がったり嫌がったりしているのではないのか、何も考えず義務的かつ機械的に振舞っているのかを鋭く見極めている。援助者の真摯な共感的配慮によって患者の苦しみは緩和され、癒され、それが援助職における共感的配慮の本来の目的である。その点から援助者は共感的配慮を通して、いたわりと思いやりの表現をはっきりと患者に伝えることが求められる。

ついで援助者は患者の理解や癒しを患者の感情の変化として捉えることになる。このマインド・リーディングは、援助者がプロフェッショナルとして自分の共感的配慮が患者に対して効果があったのかどうかを確かめるプロセスにあたり、もし患者にポジティブな感情が湧き上がってきたと判断されると、プロフェッショナルとしての満足感、達成感や充実感が発生する。ここに至って初めて患者と援助者間の信頼の正のスパイラルが起り共通の場が発生する。逆であると不信と不満の負の

スパイラルが起る。

これら心の相互交流のプロセスを考えると、苦しみを発している人の感情を最初に受け止める共感を第一の共感と呼び、患者のポジティブな反応を感知し、そこに満足感や充実感を素直に感じるプロセスを第二の共感と呼んでもよいであろう(図1)。

援助者から見ると第一の共感と第二の共感が共に重要であり、これまでの議論は第一の共感が中心であった。援助者にとっての第二の共感は、援助職をプロフェッショナルとしての達成感、自己効力感、充実感や満足感を醸成し、また援助職としてのモチベーションを維持する上で非常に重要なものである。もし自分の共感的配慮の効果が見られず不十分であれば、もう一度共感的配慮の修正を行い、ケアの効果が出るように努力するのが本来のケアである。共感的配慮が性格特性の報酬性と強い相関があることはこのことに関係しているのかもしれない²⁴⁾。

この第二の共感までを共感プロセスに含めると、ここに第一の共感での共感的配慮が単に技術の問題でなく、誠意のこもった真摯な対応である思いやりやいたわり、やさしさが求められる。苦しんでいる人に、手をさすり背中をさするといった行為が単に義務的に行われるのではなく、心を込めてどう対応するかが求められてくる。患者は看護者の心のこもったやさしさに感謝すると同時に、

より強い信頼関係が形成され患者の自然治癒力と生きる力が湧き上がってくる。

これは共感がヒトの基本的能力として進化し発生した理由とも同じである¹²⁾。共感とは社会の中で信頼し協力し合っていくことが得であると思う人間の本質的な感知・対処能力の一つである。対象者が本当に役立つ人であるのか、または協力すべき人であるのか、信頼できる人であるかの判断能力の一面が共感の場で鋭く喚起されている⁵⁵⁾。これはもしその判断を誤ると自分がより多くの苦しみにあうことになるからである。医療サービスとしての対処行動は、その医療的処置に心がこもっていようがいまいが効果はまったく同じである。注射を注意深く丁寧にしようが、機械的に注射しようが医学的には同じ効果しかないが、患者にとってはそのことを理解しつつも、そこにプラス何かのいたわりとやさしさ、思いやりを求め、これが信頼関係に裏付けられた良い医者であり良い看護師であると認められることになる。

このような感情コミュニケーションの二者間の相互作用は、上で述べたクンユクラも議論し、ベレット・レナードらも共感の4つのサイクルで指摘し、真の共感ではその繰り返しが重要であると示している⁴⁶⁾。しかしここでいう第二の共感については共感プロセスの中で明示的に言及されておらず、医療職者間の職業的暗黙の了解事項として

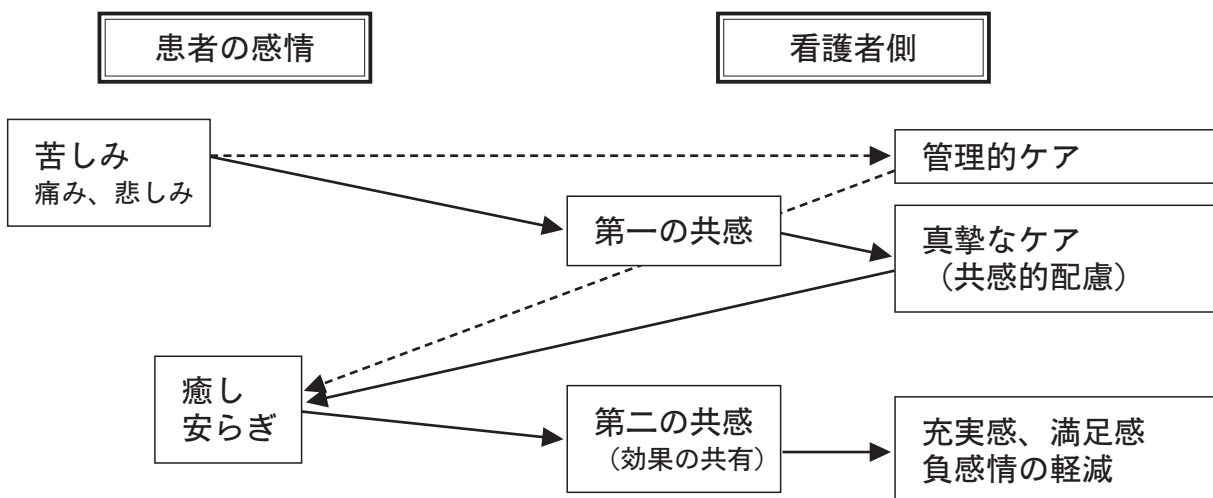


図1 第一の共感と第二の共感における患者—看護者感の関係。 実践：第二の共感を含めた感情の相互作用。点線：看護者の感情管理を主体とした共感の相互作用を示す。

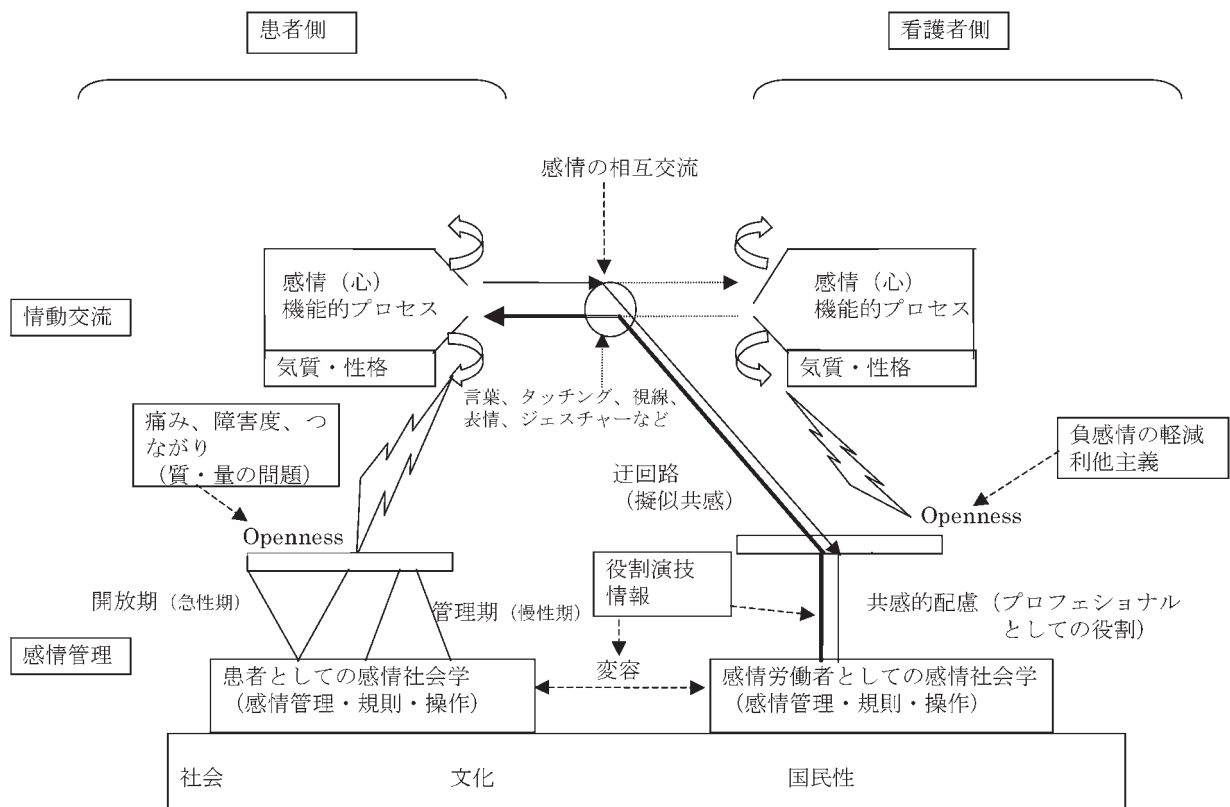


図2 急性期と慢性期における共感プロセス 太い実線：感情の管理期での影響因子の流れ、細い実線：感情の管理期および感情の開放期での影響因子の流れのフィードバック部分、点線：それぞれの影響因子。

理解されている傾向がある。患者と援助者の両方が信頼関係をもって長期間治療行為を持続していくためには、両者が満足する感情コミュニケーションを保っていく必要がある。

看護者が書いた多くの体験記では、援助したことに対する満足感や達成感の第二の共感の部分が強調されている⁵⁶⁾。そのことが多くの若者に援助職への希望と夢を与えている。しかしこれまでの共感の捉え方は、本来価値に束縛されない基本的能力を、暗黙の仮定として利他的な道德という視点から共感を強要していた部分があったように思える。人間の生理的特性と進化論的特性を含んだ共感本来の姿の中で安らぎ、安心と癒しを与える共感的配慮の難しさがある。

ここで述べた第一の共感や第二の共感看護の分野だけでなく、サービス産業の分野でも同じく重要である。その場合、第一の共感省かれ、対処行動はマニュアル化され、サービス労働者の笑顔が強調される^{7, 8)}。お客はそれに対して反射的

な頬笑みとして返し、それをサービス労働者は第二の共感として感じ取り、職業としての充実感や満足感を感じ取ることになる。またそこには共感だけではなく信頼ということも醸成されてくる。よくサービス産業の分野で“お客様の喜ぶ笑顔が何よりの励みである”と聞かれるのはこの第二の共感に相当している。

3. 職業としての共感

患者は病気を治療するために病院に来るが、病気は患者の心の状態によってその治療効果が大きく変わる。目標を持って病気にもめげず積極的に生きようとする人は、無気力な患者に比べて治療効果は大きく人間の自然治癒の力の違いを見せてくれる⁵⁷⁾。医療者は心の交流を通して、患者の不安を和らげ、人間の自然治癒力を強化し、安らぎと癒しの空間を与えることが求められる。このような心の交流は、患者の個性、信念、生き方だけでなく患者の心のオープン性 (openness) によ

て大きく影響される。

今日、病気は大きく急性期と慢性期に分けることができる。急性期は、事故、怪我、感染症、悪性腫瘍など命にかかわることが多く、患者はとにかく医療職者に身をまかせるという状態が多くなり、病院での生活を強いられる。一方、慢性期は、糖尿病、高血圧、高脂血症など生活習慣病として患者は日常生活を通して長期間継続的に治療することが求められる。

このような疾患の特長によって、患者が医療職者に対して開く心のオープン性には違いが見られる。痛みを侵されている人は、自分の痛みや苦しさをさらけ出し、自分の社会的地位やプライドなどを考えているほどの余裕は少ない。極端に言えば、患者は今この瞬間の苦しさ、不安や痛みに耐え切れず、これらを誰かに訴え、癒しと緩和を求めるだろう。しかし慢性期では、長期ケアを必要とし、たとえ病院にいても冷静さを保つことができ、社会的縮図の一翼を担っている。この場合の心のオープン性は明らかに一社会人としての対応になっている。

このように患者の心のオープン性を見た場合、苦痛と不安をさらけ出す状態と、社会人として有能感を示す状態の2種類の心の開放度の状態に分けられる。これら2種類の心の開放度によって共感的配慮も異なり、ここではこれらの状態を患者側の感情表現が制御されていない感情の開放期、感情表現が自己規制されている感情の管理期と名づけて、医療者との共感プロセスを考えていく必要がある⁶⁾(図2)。

感情の開放期とは主として急性期の患者に相当し、多くの場合は患者の命に関係するために患者の主体性があまり省みられない時期である。医師が主体であり看護師のケアが中心になる時期である。このような時期の患者の感情表出には限界や制限はない。通常なら人前で涙はその人の弱さを示すとして忌諱されるが、痛みによる涙は時と場所を選ばない。看護師は時に患者と共に泣き、悲しむこともあるだろう^{58, 59)}。このような時期は看護師の情動的共感が主役となる。

情動的共感とは相手の感情を受け止め、反射的に表出する受動的で無意識的な共感である¹²⁾。こ

こで出てくる情動は個体の生存に関係するものが主であり、その苦しみから逃れることを求める代償作用である。そこでは自己の生存を担保するために強い情動表出を示し、患者は誰からの援助も受け入れる状態になる。看護師はそれに対して患者から受ける同様の苦しみ、不安、痛みなどの負の負荷を軽減するために、もらい泣きなどの感情を表出する傾向がある。そして看護師は言葉の持つ力、タッチングが持つ癒しの力を利用して患者の援助に携わることになる。一般にこの技術が低いと患者は不安の増大と不満足に至る。ただし看護師の情動的共感には脳内基礎過程を反映しているために、患者の強い情動に囚われてもらい泣きや悲しみなどのパニックに至ると、共感機能はそこで働きを止めて、次の段階に進めないことに注意を要する。ここに無意識的に発生する感情に対してプロフェッショナルとしての感情の制御を訓練などで学習することが必要である。

一方慢性期に至ると、直接的な死に対する不安や痛みに対する不安は弱まり、自己の社会的立場を病院という限られた空間ではあるが、取り戻すことができる。ここでの患者は一般社会とは異なるという制約はあるものの、限られた人間関係の中で、より自己の存在を主張することに費やされる。これを患者側の感情の管理期と名づけた。その時の看護師が示す共感も急性期と異なって社会一般で見られるような状況依存性な認知的共感になる。そこでは両者にとって他者の存在、自己の立場も取り入れた感情交流が起こり、相手が誰であるか、どのような状態での苦しみか、何で起きている不安かなど視点取得、役割取得を考慮したものになる。これには自己や他者のおかれた環境、社会や文化が影響し、大きくは国民性も影響してくる。おまかせ⁶⁰⁾や恥の文化⁶¹⁾は日本で顕著に現れ、自己を表現する文化の違いを示す。甘えの文化もまた国民性に依存する⁶²⁾。そこでは感情表現は管理され、日本では“ガマン”という言葉、また世話をしてもらうことに対する死語でなければ“気の毒”という気持ちが現れ、自由な感情は自己統制される。

一方これに対して看護者は常に心をオープンにし、共感の窓を開けておかなければいけないのだろうか。感情社会学の中で共感疲労や共感麻痺という現象があることを考えると^{10, 63)}、看護者もまた感情の開放期や感情の管理期に分けて対処していることになる。

プロフェッショナルな職業としての看護は、あらゆる場面、あらゆる患者に対して一定のケアや思いやりが求められる。しかしその前に人間は他者の感情を理解する過程で、自己の感情処理系を兼用しているとすると¹²⁾、他者の苦しみに対して、それを苦しみと感じ、その負の感情負担を軽減しようとして援助という行為が自然発生してくる。プロフェッショナルとしては、共感がなくてもケアは行わなければならない。これをプロ意識とし、冷静な状況判断と行動が求められる。しかしそこに共感に対する役割演技が無意識の内に入ってくる¹⁰⁾。日常の看護行為はルーチン化され患者に対する共感的配慮は自己の中でマニュアル化され、患者に会えば、誰かまわず笑顔を振りまき、優しい顔となり、感情社会学でいうところの看護の自動モードになってくる。共感もまた自動モードになり、マニュアル化された笑顔やまなざし、タッチングなどを通して患者に看護者としてのマニュアル化された関心の強さを伝えることになる。ここでは看護者の心の窓は開放されなくてもよく、これを看護師側の感情の管理期と捉えることができる。

このように発信者である患者と受信者である医療者の間の心の交流は、両者の心の開放度、および共感プロセスが複雑にからみ合って進行している。四十竹らは患者における共感の質的研究から、患者における感情の開放期と管理期、看護者における感情の開放期と管理期とが複雑に関係し、必ずしも共感の理論どおりではなく社会の縮図としての感情コミュニケーションが行われていることを示している⁶⁾。

しかしプロフェッショナルとしての共感の中で感情社会学やケア論では論じられない部分のあることを指摘しておきたい。これまで議論してきた共感とは、対象者が何らかの情報を発していることが

前提になっていた。コミュニケーションの60%以上が非言語的コミュニケーションにより伝達され、その半分以上が表情の変化を通して伝えられる⁶⁴⁾。しかしここに外国にはない日本文化としての沈黙のコミュニケーションが指摘されている。日本には“沈黙”や“間”の中に自分の意思や感情を表現する文化がある。そこでは表情変化も少なく、沈黙の中から“察する”ことや“気づく”ことを要求する。したがって人は黙っているから納得している、満足していると見ると社会生活では大きな誤解を引き起こす。そこに言葉で意思を伝えなければならない欧米文化との違いが見られる。

この沈黙とそれからくる“察する”ということを通じた共感とは何か。ここに沈黙の中に潜む他者の無意識の微妙な変化を察知する高度の共感能力が問われてくる。おそらくこれは若い医療職者にとって非常に困難な技能で、教育では学ぶことが難しいものに相当する。ここにプロフェッショナルとしての経験と感性が重要になる。またこのことは看護の分野に外国人の参入が行われようとしているときに、異文化としての感情交流にすれ違いが現われてくることを示唆している。

まとめ

ここでは共感が、生理学的現象に基づいた自動的かつ無意識的な情動的共感と、状況依存的な認知的共感の二つの構造から成り立っていることを示した。そしてその具体例として看護の現場での患者と医療職者との間の感情コミュニケーションを分析した。

感情コミュニケーションは何も言葉だけによるものではない。表情、しぐさ、視線や服装、極端には沈黙までもが感情表現になっている。突き詰めていけば人間の存在自体が感情表現になっている。しかし人は必ずしも自分をさらけ出す動物ではない。社会の中でさまざまな鎧を着て自分と家族の安心と安全、幸福を追求している。人は普段誠実さを信条とするが、時には人を騙すさを持ち合わせている。そして自分にとって最大限の

有利な状況をつくろうと努力している。

医療の現場もまた社会の縮図であり、その中に本音と建前の世界が広がっている。しかし患者と言われる人々は健康な人と比べて特別な状態にある。命の岐路に立たされた人はもはや自分を着飾る余裕はなく、裸の姿をさらけ出し救いを求める存在である。一方、病気から回復すると苦しみはすぐに忘れられ、断末魔の苦しみはなかったかのようにふるまい、それに触れられたくないと人は思う。そんな人間の姿に心の交流である共感もまた影響され、患者の本音と建前の二面性に医療職者の対応も分かれてくる。そこに演技として舞台の上に立つプロフェッショナルな職業人としての医療職者の姿が垣間見られることをここで議論し、擬似的共感のような機能の有効性を指摘した。

しかし問題はその中に含まれる非人間性の影が忍び寄ることの弊害である。感情労働の行き先は感情管理のシステム化とマニュアル化である。高度医療が進む中、最高の医療技術と環境の提供という中間媒体と多忙が医療職者に満足感を与えないという人間疎外を引き起こしている。さらには日常性に埋没した繰り返しのうちに感性が疎外される職場がある。真に患者の癒しと治癒を求めるためには、援助提供者側の満足感や達成感を醸成する第二の共感の重要性をここでは指摘した。そしてこの中に患者と看護者両方の真の共感が存在する。共感を実感できる場が少なくなっている昨今、医療は残された数少ない真の感情コミュニケーションの場ではなからうか。

共感の育成には、患者の側に責任を持たせることができないとしたら医療職者の側のその能力とそれを行える環境を整える必要がある。現場での感情コミュニケーションの実態の解明と共感特性に基づいた共感の医療者教育の改善が求められる。

文 献

- 1) Baron-Cohen S: The mindreading system: new directions for research. *Curr Psychol Cog*, 13:724-750, 1994.
- 2) Rogers CR: Empathic: An unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 2:2-10, 1975.
- 3) Travelbee J: *Interpersonal aspects of nursing*. (2nd ed). Davis Company, Philadelphia, 1971.
- 4) 川野雅資: 患者一看護婦関係とロールプレイング. 日本看護協会出版会, 東京, 1997.
- 5) Alberto PA, Troutman AC: *Applied Behavior Analysis for Teachers*. Bell & Howell Co, 1986 (佐久間徹, 谷晋二: はじめての応用行動分析, 二瓶社, 大阪, 1992).
- 6) 四十竹美千代: 患者一看護者間における共感相互交流の認知に関する研究—患者の視点から—. 富山大学看護学専攻修士論文, 2006.
- 7) 崎山治男: 「心の時代」と自己. 感情社会学の視座. 勁草書房, 東京, 2005.
- 8) 船津衛編: 感情社会学の展開. 北樹出版, 東京, 2006.
- 9) Smith P: *The Emotional Labour of Nursing*. Palgrave Macmillan, New York, 1992 (武井麻子, 前田泰樹: 感情労働としての看護. ゆるみ出版, 東京, 2000).
- 10) 武井麻子: 感情と看護. 医学書院, 東京, 2001.
- 11) 仲島陽一: 共感の思想史. 創風社, 東京, 2006.
- 12) 福田正治: 共感と感情コミュニケーション (I) —共感の基礎—. 富山大学杉谷キャンパス一般教育紀要, 36:45-58, 2008.
- 13) 福田正治: 共感と感情コミュニケーション (II) —共感の現象論—. 富山大学杉谷キャンパス一般教育紀要, 36:59-71, 2008.
- 14) Hein G, Singer T: I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr Opin in Neurobiol*, 18:153-158, 2008.
- 15) Leiberg S, Anders S: The multiple facets of empathy: a survey of theory and evidence. *Progr Brain Res*, 156:419-440, 2006.
- 16) Baron-Cohen S: The empathizing system: a revision of the model of the mindreading system. In: Ellis B, Bjorkund D (Eds), *Origins of the Social Mind*. Guilford, New

- York, 2005.
- 17) Chakrabarti B, Baron-Cohen S: Empathizing: neurocognitive developmental mechanisms and individual differences. *Progr Brain Res*, 156:403-417, 2006.
 - 18) Morse JM, Bottorff J, Anderson G, O'Brien B, Solberg S: Beyond empathy: expanding expressions of caring. *J Advanced Nursing*, 53:75-90, 2006.
 - 19) Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G: A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in Cog Sci*, 8:396-403, 2004.
 - 20) Singer T: The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neurosci Biobehav Rev*, 30:855-863, 2006.
 - 21) 伊藤祐紀子: 共感に関する研究の動向と課題. 国内の看護研究に焦点を当てて. *看護研究*, 37:75-88, 2004.
 - 22) 伊藤祐紀子: 患者—看護者関係における共感のプロセス. *日本看護科学会誌*, 23:14-25, 2003.
 - 23) Yu J, Kirk M: Measurements of empathy in nursing researching: systematic review. *J Advanced Nursing*, 64:440-454, 2008.
 - 24) 樋口香織: パーソナリティ構成要素における共感性の位置づけ—看護学生を対象とした分析から—. 富山医科薬科大学看護学専攻修士論文, 2000.
 - 25) 畠山寛子: 共感特性における自他意識・情動・性格因子の役割. 富山医科薬科大学看護学専攻修士論文, 2001.
 - 26) Hoffman M: *Empathy and Moral Development*. Cambridge University Press, Cambridge, 2000 (菊池章夫, 二宮克美: 共感と道徳性の発達心理学. 川島書店, 東京, 2001).
 - 27) Davis MH: *Empathy: A social Psychological Approach*. Westview Press, New York, 1994 (菊池章夫, 共感の社会心理学: 人間関係の基礎. 川島書店, 東京, 1999).
 - 28) 澤田瑞也: 共感の心理学. 世界思想社, 京都, 1992.
 - 29) 松井豊: 援助行動と感情. 高橋雅延, 谷口高士編: 感情と心理学, 北大路書房, 京都, 2002.
 - 30) 首藤敏元: 幼児・児童の愛他行動を規定する共感と感情予期の役割. 風間書房, 東京, 1994.
 - 31) 中里克治, 水口公信: 新しい不安尺度 S T A I 日本版の作成. *心身医学*, 22:107-112, 1989.
 - 32) 福田正治: 感情を知る—感情学入門—. ナカニシヤ出版, 京都, 2003.
 - 33) Staub E: Commentary on Part I. In: Eisenberg N, Strayer J (Eds), *Empathy and its development*. Cambridge University Press, Cambridge, 1987.
 - 34) Eisenberg N: Emotion, regulation, and moral development. *Ann Rev Psychol*, 51:665-697, 2000.
 - 35) Davis MH: Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *J Personal Soc Psychol*, 44:113-126, 1983.
 - 36) 桜井茂男: 大学生における共感と援助行動の関係—多次元共感尺度を用いて—. 奈良教育大学紀要, 37:149-154, 1988.
 - 37) 角田豊: 共感経験尺度改訂版 (EESR) の作成と共感の類型化の試み. *教育心理学研究*, 42:193-200, 1994.
 - 38) 加藤隆勝, 加藤秀明: 青年期における情緒的共感性の特質. *筑波大学心理学研究*, 2:33-42, 1980.
 - 39) 田辺康広他: 職場のEQ活用法. 人事マネジメント, 東京, 2004.
 - 40) 大竹恵子他: 情動知能尺度 (EQS: エクス) の開発と因子的妥当性の検討. *産業ストレス研究*, 8:153-161, 2001.
 - 41) Carkhuff RR: *Helping and Human Relations: A primer for lay and professional helpers*. Holt, Rinehart &

- Winston, New York, 1969.
- 42) 安東英理子： 看護職の共感性に影響する要因の追求—場面設定式共感測定指標を用いて—。富山医科薬科大学看護学修士論文，2000。
- 43) Buckley N, Siegel LS, Ness S: Egocentrism, empathy, and altruistic behavior in young children. *Develop Psychol*, 3:329-330, 1979.
- 44) Kunyk D, Olson JK: Clarification of conceptualizations of empathy. *J Advanced Nursing*, 35:317-325, 2001.
- 45) Stepien KA, Bernstein A: Educating for empathy: A review. *J Gen Intern Med*, 21: 524-530, 2006.
- 46) Berret-Lenard, G.T. The phases and focus of empathy. *British J Med Psychol*, 66:3-14, 1993.
- 47) Olson JK: Relationships between nurse-expressed empathy, patient-perceived empathy and patient distress. : *J Nursing Scholarship*, 27:317-322, 1995.
- 48) Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G: A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cog Sci*, 8:396-403, 2004.
- 49) LeDoux J: *The Emotional Brain*, Simon & Schuster, New York, 1996 (松本元他: エモーションナル・ブレイン, 東京大学出版会, 東京, 2003) .
- 50) Hutchison WD, Davis KD, Lozano AM, Tasker RR, Dostrovsky JO: Pain-related neurons in the human cingulate cortex. *Nature: Neuroscience*, 2:403-405, 1999.
- 51) 福田正治： 感じる情動・学ぶ感情—感情学序説—。ナカニシヤ出版, 京都, 2006。
- 52) 福田正治： 感情の階層性と脳の進化—社会的感情の進化的位置づけ。感情心理学研究, 16: 25-35, 2008。
- 53) 福田正治： 情動・感情のメカニズム —進化論的感情階層仮説の視点から—。現代思想 34-11: 150-162, 2006。
- 54) 白石裕子： 看護学生と教育系学生における共感性の比較—共感尺度を使用して。看護教育, 37: 734-738, 1996。
- 55) 山岸俊男： 信頼の構造。東京大学出版会, 東京, 1998。
- 56) 川島みどり： キラリ看護。医学書院, 東京, 1993。
- 57) Moyers B: *Healing and the Mind*. Bantam Doubleday Dell Publishing, New York, 1993 (小野善邦: こころと治癒力。草思社, 東京, 1994)。
- 58) Campbell-Yeo M, Latimer M, Johnston C: The empathetic response in nurses who treat pain: concept analysis. *J Advanced Nursing*, 61:711-719, 2008.
- 59) Goubert L, Craig KD, Vervoot T, Morle, S, Sullivan MJL, Williams ACde C, Can A, Crombez G: Facing others in pain: the effects of empathy. *Pain*, 118:285-288, 2005.
- 60) 宗像恒次： 健康科学からみた健康と病気。メジカルフレンド社, 東京, 1996。
- 61) Benedict R: *The chrysanthemum and the sward*. Houghton Mifflin, Boston, 1946 (長谷川松治: 菊と刀—日本文化の型。社会思想社, 京都, 1972)。
- 62) 土居健郎： 「甘え」の構造。弘文堂, 東京, 1951。
- 63) Hochschild AR: *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Univerisity of California Press, Berkeley, 1983 (石川准, 室伏亜希: 管理される心。感情が商品になるとき。世界思想社, 京都, 2000) .
- 64) 大島布巴江： 日本の笑いと世界のユーモア。世界思想社, 京都, 2006。

Empathy and Feeling Communication in Nursing

Masaji FUKUDA

Department of Behavioral Sciences, Faculty of Medicine,
University of Toyama, 2630 Sugitani Toyama 930-0194, Japan

Abstract

Empathy is a basic ability to conform a relationship between patients and nurses in nursing. The empathy includes a process of feeling communication to coping to the pain of the patients. The feeling composed of a hierarchy structure of basic and cognitive components, so that the empathy may divide into two components of emotional and cognitive empathy. The emotional empathy is an automatic and unconscious process based on mirror neuron. The cognitive empathy is situation- and object-dependence in feeling communication. These suggest two different copings between acute and chronic care stage, related to emotional openness and emotional control. This paper discusses about feeling communication in emotional and cognitive empathy.