

原著

# Travelbeeの「共感」とRogersの「共感」 －看護教育における「共感」に関する再検討－

永島 聡<sup>1)</sup>

## Travelbee's "empathy" and Rogers's "empathy" －Reconsideration on "empathy" in nursing education－

Satoru NAGASHIMA<sup>1)</sup>

### 要 旨

我が国の看護教育において、「共感」は実践的な手法として扱われるのがしばしばである。しかしながら、そもそも共感とは何なのか、熟考するべきではないか。

拙稿では、J.Travelbeeの「共感」とC.R.Rogersの「共感」を比較検討し、次のような結論に達した。すなわち、Travelbeeにおける共感の概念は、看護学生が単にそれを実践的技法としてのみ捉えてしまうような性質を持っているのではないか、ということである。

「共感」という概念は、再考される必要があろう。

キーワード： Travelbee、Rogers、看護教育、共感、受容、同感、レポート、人間対人間の関係、一致、純粋

### ABSTRACT

It can be said that "empathy" is often used as the practical method in nursing education in our country. However, I think we should deliberate about the question "What is empathy?"

In this article, J.Travelbee's "empathy" is compared with C.R.Rogers's one. I have come to the conclusion that Travelbee's concept "empathy" misguide undergraduate nursing students to think it is merely one of those practical nursing techniques.

Now the concept "empathy" itself needs reconsideration.

Key Words : Travelbee, Rogers, nursing education, empathy, acceptance, sympathy, rapport, interpersonal relationship, congruence, genuineness

---

1) 保健科学部看護学科 (教育イノベーション機構)

## 1. はじめに

四年制大学の看護教育においては、対人援助の専門的技法や技術を超えて、それらを裏打ちする思想をも深く考察する必要があるであろうことについては、すでに述べた<sup>1)</sup>。ここでは、精神医学者・哲学者でありロゴセラピーの創始者である V. E. Frankl の思想に依拠しつつ看護師の立場から看護の根源的なあり方を考究した研究者である J. Travelbee を取り上げ、彼女の理論に立ち戻りその有用性を検討する、という形を取った。ところで看護教育場面において、「共感」という概念は、患者と接するにあたって極めて重要であることは言うまでもなく、患者への共感はあるべき基本姿勢として当たり前のように扱われている。しかしながら当たり前そのままではよいのであろうか。今回、前稿を踏まえ、特に共感およびそれをめぐる概念について、彼女の考え方を再考したい。論を進めるにあたっては、共感を一つの鍵概念として心理療法理論を打ち立てた代表的心理学者である C. R. Rogers の理論と比較検討することで、Travelbee にとっての共感への考察を深めたい。

## 2. Travelbee にとっての「共感」と「同感」「ラポート」

Travelbee にとって看護師とは本来的に、看護師とか患者とかいったものを「超越」した「人間対人間 (interpersonal)」の関係性において患者と接し、一般に否定的にとられそうな患者の体験の中に患者自ら意味を見つけ出すための援助をするべき存在なのである<sup>2)</sup>。看護業務一般を振り返ってみると、その援助のために、患者への共感是不可欠であろうと推測される。では Travelbee にとって、共感とはどのようなものなのであろうか。また共感をめぐる概念はいかなるものであるのか。本節においては、Travelbee 自身が『人間対人間の看護』第10章で述べている内容をまとめて説明してみる<sup>3)</sup>。

### 2.1 共感 (empathy)

看護師と患者との二者関係の成熟の過程は、5段階に分けられ、順番にステップを踏んでいく。まず最初に「初期の出会いの位相」、次に相手のアイデンティティの独自性を認め始める「同一性の出現の位相」があり、3段階目が「共感 (empathy) の位相」である<sup>4)</sup>。

共感とは、「所与の時点での他人の内的体験を、表面的行動をこえて悟り、正確に感ずる」<sup>5)</sup> ことであると定義される。共感する側は、共感の対象からは離れて立っているにも拘わらず、ともにあるという感覚を持ち、親密さを体験するのである<sup>6)</sup>。そして共感のプロセスを通して、他者の独自性や個性がより明確に知覚される<sup>7)</sup>。また、共感は一瞬的なプロセスであり、その時共感していることを両者ともに意識している<sup>8)</sup>。

共感することにより、他者の行動を予測することができる。共感しつつ「ああ、この人はこんな風な行動をとるのかなあ」と推測することができるが、共感の位相においては、その予測に基づき何かをしたい、というところには至っていない。他者の思考や感情を知的に理解し、行動を客観的に予測するが、それ以上のものでもそれ以下のものでもない、という点において、共感と言わば「中性」<sup>9)</sup> 的な特徴を持つ。さらに、必ずしも共感から他者との関係がより親密になって行くとは限らず、相手に対し否定的な感情を抱いていたとしても共感も成立する。例えば詐欺師が他者を共感し、その相手の行動を予測し、それを犯罪行為のために利用するというケースもあり得るのである<sup>10)</sup>。

その場に関与する二者が類似する出来事をそれぞれすでに体験している、ということが、共感が成立する必要条件となる。例えば、卒業式に出席したことのない聞き手が、卒業式の寂しさ、悲しさ、将来への期待感等が織り交ざった気持ちの話を聞かされても、話し手の内的世界を推察するのに困難を感じる。もし聞き手の側も、卒業式ではそれほどでもなかったにせよ、転校する時に同じように寂しさ、悲

しさ、将来への期待感等々を内的に経験していた場合、両者は類似の経験をjしていて、共感jはしやすくなる。よって、仕事上の体験の豊かな蓄積を持つベテラン看護師はより共感能力が高く、蓄積の少ない初学者はより共感能力が低いことになる<sup>11)</sup>。

看護学生の共感能力を育てるためには以下のことに留意する<sup>12)</sup>。まずは教員の側が、かつて自分が青年であったからといって、現在青年期にある人々を理解できると思うべきではない、という点である。時代は急速に変化し、青年期の生活は劇的に様変わりしていると言えるからである。時代背景の差異を考慮して、今の学生への理解に努めるところから看護教育は始まるのである。その上で、古典文学や詩、戯曲等々、一般教養科目の中で看護以外の様々な分野に幅広く触れることで、代替的に「疑似体験」的な方法ではあるが、学生の人間の背景を豊かにし、他者理解の糧とすることが必要となる<sup>13)</sup>。

さらに臨地実習においては、社会的階層、収入、年齢等々様々な異なる患者をできるだけ多く担当させるべきである。学生自身の生育歴や家族歴とは違ったものを持つ人々と数多く接しながら、その中で学生が自分と患者との類似性を探すように努めること、そして指導教員は学生が類似性を発見する手助けをすること、これらが重要となる。学生と教員がともにできるだけ多様な経験を少しでも積み上げていくことは、学生のみならず教員の糧ともなる。

この実習における学生への援助については、次の例が提示されている<sup>14)</sup>。

ひとりの学生が、スミス夫人と関係をつくろうと努力していた。スミス夫人は非常に抑うつ的な女性で、最近一人っ子の死亡で悲しみを体験していた。その病める夫人と学生とは、非常に違った社会階層の出身であったし、「同じ言葉を話す」のではなかった。学生が同一性出現の位相を越えていけなかったため、進行は停止していた。学生は、自分が経験した似たような喪失を思いおこすように、教師から援助されてはじめて、共感の位相に進み、そしてそれを越えていくことができた。学生は、親類、友人、知人などを失ったことはなかったが、愛犬の死のあ

との悲しみを思いおこすことによる類似性とおして、ついに共感ができたのであった。

犬の死と人の死とでは、その重みにおいて比較にならないであろうが、「悲しみ」という類似性は確かにあるわけであり、それを意識することができるようになることで、患者を共感することができるようになるのである<sup>15)</sup>。

共感をめぐる概念の一つに「受容 (acceptance)」があるが、これについては次のように説明できる。相手の中に自分とは異なるものが存在するからこそ、その相手を許すことができ、またそう認識したにも拘わらず相手を許すことが、すなわち受容である、ということである<sup>16)</sup>。

看護師にとって病気や無能力は、受容されるものではない。というのも、看護師は患者の状態の中に変化をもたらそうと努め、そのための目的的活動にあたっているからである。現在の病的な状態をそのまま受容してしまうということは、治らなくてもよい、ということになってしまうから、この状況での受容はあり得ないのである<sup>17)</sup>。

## 2.2 同感 (sympathy)

共感の位相の後に、4段階目として「同感 (sympathy) の位相」が来る<sup>18)</sup>。共感とは中立的に患者を理解するプロセスにすぎない。一方同感においては、看護師は患者の苦悩により心を動かされ、患者の感情に参加し、その苦悩を救済したいという願望を持つのである。共感の場合、その場の二者はそれぞれ離れて立ちつつなおかつともにある、といったあり方であるが、同感の場合、その距離はなくなる。客観的な分離や孤立のもとでは同感jは作用しないのである。この看護師における同感jは、言語だけでなく、むしろ一瞥、しぐさ、看護サービスのやり方等、非言語的に患者側に伝えられるものである。

ある人が他者から知られるためには、その人は何らかの行動を取らねばならず、その他者について心

の中で親切的な考えを抱くことだけでは理解され得ない。同感の段階において看護師は、患者に対するケアへの願望を持ち、直接的に「関与 (involvement)」するのである<sup>19)</sup>。巻き込まれつつ関与して初めてケアは成立する。

同感することは、「自己の一部を他人に与えること」であり、与えかつわかちあうなかで、傷つきやすくもなる<sup>20)</sup> 危険が伴う。「深く個人的にはいりこみ、わかちあい、自己を与えること<sup>21)</sup>」で看護師がダメージを受けることは十分あり得るのである。しかしながら、巻き込まれつつ関与することで看護師が力を失うということはない。むしろ危機的状況としての関与が、患者のみならず、看護師をも助け支える<sup>22)</sup>。そしてこの同感とそれに基づくケアの結果、患者は次のように思う。すなわち、看護師が自分を援助してくれているのは、看護師が「看護師」で自分が「患者」だからなのではなく、「独自の人間としての自分に関心をもってくれている」からなのだ、と患者がわかるのである。信頼関係はこの同感のプロセスから生まれるものである。

### 2.3 ラポート (rapport)

最終段階が「ラポート (rapport) の位相」である<sup>23)</sup>。ここへ来て看護師と患者は、先に述べた「人間対人間 (interpersonal)」の関係を体験する。「看護師」や「患者」といったステレオタイプは永久に打ち砕かれる<sup>24)</sup>。

この「人間対人間」の関係こそが真の関係なのである。看護師—患者関係を超越して、ひとりの人間とひとりの人間とが相対し、それぞれがそのように認識し合うことで、互いが相手をひとりの人間として認めあうようになり、互いに距離をとらずに触れ合えるようになる。ここに真の看護が成立するのである。これまでステレオタイプを維持し距離を取り続けるために使われてきたエネルギーは解放され、建設的な方向に用いることができるようになる<sup>25)</sup>。

看護師は、患者やその家族が看護師に対して抱くステレオタイプを打ち破り超越させることを意図し

なければならず、看護師自身も患者へのステレオタイプを打破し超越することを目指さなければならない<sup>26)</sup>。

一般的に看護場面において、患者に「巻き込まれる」ことはよくないこととされているが、むしろ巻き込まれるべきなのである<sup>27)</sup>。これについては2.2においても述べた。看護師が看護師の枠内に収まったまま看護業務を続けたい、「人間」として認められたくない、という思いが、ステレオタイプ化を助長し、あるべき人間対人間の関係から得られる建設的方向性を遠ざけるのである。

もちろん、看護師と患者とはそれぞれ別人格であり、異なる生育歴や家族歴を持っているので、レポートの位相にある時も、両者の内的世界ではそれぞれ違ったレポートが体験されている。しかしながらやはり、互いに同時に一連の体験を共有しており、これは両者にとって相互に大切に意味深いものである<sup>28)</sup>。

同感の位相までは、必ずしも看護師が援助的に機能するとは言えなかった。しかしレポートの位相においては、看護師はケアの場面において、それまで蓄積してきた理論的、実践的な知を的確に使い、体系的知的アプローチを十全に行うことが可能となる。さらにこの段階では、看護師自身の自己洞察も十分進んでいて、それを踏まえた適切な状況判断のもと、治療的な自己利用、すなわち自分自身のパーソナリティについての認識に基づきそれを自覚的に活用する、ということも可能となってくる。よって、患者の苦悩が増えるということはないのである<sup>29)</sup>。

この段階では、コミュニケーションに問題が発生するとしても最小限であり、すぐに解決される。レポートのもとで患者は、より一層自然に看護師と談話することができるようになっている。患者は、自分は看護師にどのような影響を与えてしまうかと気に病み言葉を吟味する、という必要もなくなる<sup>30)</sup>。そしてこの人間対人間の生き生きとした意味ある体験の中で、看護師と患者両者ともに人間として成長することができるのである。

### 3. Rogersにとっての「共感」と「一致」「受容」

Travelbeeの共感等を検討するための素材として、Rogersにおける共感およびそれをめぐる概念について、以下に考えてみる。

#### 3.1 セラピストの三条件を看護師－患者関係にあてはめて考える

Rogersは、建設的なパーソナリティ変化のための6つの条件を、次のように述べる<sup>31)</sup>。

- ① 二人の人間が、心理的接触を持っている。
- ② クライアントは不一致 (incongruence) で、傷つきやすい、不安の状態にある。
- ③ セラピストは一致 (congruent) した、純粋 (genuine) な、統合された (integrated) 状態にある。
- ④ セラピストはクライアントに対して無条件の肯定的配慮 (unconditional positive regard) を経験している。
- ⑤ セラピストはクライアントに共感的理解 (empathic understanding) を示している。
- ⑥ クライアントがセラピストの無条件の肯定的配慮と共感的理解を知覚している。

これらのうち、③④⑤については、「セラピストの三条件」すなわち「一致」「受容」「共感」としてよく知られている。

これらの条件が一定期間以上継続して整っていれば、人間が本来的に持つ成長の力が自然に発動し、パーソナリティは自ずと建設的な方向に展開していく、ということである<sup>32)</sup>。もちろんRogers自身は看護師ではなく臨床心理学者であるのだが、ここで特にセラピストの三条件に絞り、セラピスト－クライアント関係を看護師－患者関係に読み替えて検討していく。

まず一致について考える。一致とは、看護師の自己像ないし自己概念と看護師が実際に経験している

こととが一致する、ということである。例えばある看護師が「自分はどんな患者でも分け隔てなく優しく平等にケアする看護師である」との自己像を持っていて、現実には看護師の指示に素直に従う患者に対して無意識的に優しく接してしまい、そうでない患者には不快感を抱いていることを十分意識していないという経験を重ねている場合、これは不一致である。この不一致の度合いが高まるほど、患者の不安や緊張も高まる。一方で「どんな患者でも分け隔てなく接しないといけないことはわかっているが、どうしても素直に指示に従ってくれる患者に親近感を覚えてしまうし、そうでない患者にはイライラしてしまう。改めないといけない自分がある」という自己像を持ち、実際の経験においても、ついお気に入りの患者に肩入れしてしまいつつ、それを反省しつつ、あらゆる患者をいい感じでケアしていきたい、と苦闘しているとき、これは一致していると言える。この場合少なくとも、不一致の時よりも患者の不安や緊張は低くなる。

一致を別角度から見た概念として、「純粋」をあげることができる。純粋（あるいは「真率」）であることとは、心に浮かんできたあらゆるものに目を向けている、ということである。ある病棟看護師が「どんな患者でも分け隔てなく接したい」「この人はいい患者だなあ」「この人は指示を聞いてくれないし、やりにくいなあ」「患者にネガティブな気持ちを持ってしまうのはよくないのかもしれない」「でもどうしてもそう思ってしまう」等々、様々な気持ちに目を向けられていれば、純粋であると言える。純粋であるときは、一致もしている。一方、この看護師が「どの患者も分け隔てなく接する自分がある」「いい患者にいい看護ができています」等に対してしか目を向けず、自分の中の否定的な気持ちに無意識的である場合、純粋ではない。そして同時にこの時、不一致である。

次に受容である。ある患者が、どんな病気であろうと、どんな怪我であろうと、治療に対してモチベーションが高かろうと低かろうと、看護師の指示や指導に対して素直であろうと拒否的であろうと、看護

師への態度が礼儀正しかろうとなかろうと、その患者の存在を無条件に受け容れることが、Rogers 的な受容なのである。例えば、病気を治そうと頑張っている患者だったら受け容れる、というのは「条件付き」であり、これでは受容にはならない。

そして共感である。Rogers は共感について「クライアントの私的な世界を、あたかも自分自身のものであるかのように感じとり、しかもこの“あたかも・・・のように” (as if) という性格を失わない」<sup>33)</sup> と述べる。「内部的照合枠 (internal frame of reference)」という用語があるが、これは、患者の主観的世界であり、患者の「意識にはいつてくる可能性のある感覚、知覚、意味、記憶などのすべて」である<sup>34)</sup>。共感とは、この患者の内部的照合枠を、そこに伴って生じる情動的要素等も含めて正確に知覚することである、と Rogers は言う。共感とは、患者の立場に身を置いて患者の価値観のもと、患者の気持ちを思い巡らせること、と言い換えることもできよう。

Rogers 的には「あたかも自分自身のものであるかのように」を忘れてはならない。「あたかも」がなくなったら、その気持ちは援助者側すなわち看護師側のみの持ち物になってしまい、患者とは無関係のものになってしまう。この時の看護師には Rogers の言うところの「情動的同一化 (emotional identification)」が働いていると言える<sup>35)</sup>。つまり看護師自身の価値観のもと、看護師固有の感情を体験してしまっているのである。看護師が患者から話題を奪い、看護師が“主役”になってしまっている、ということもできよう。

また、もし看護師の主観的な価値観から、すなわち看護師側の内部的照合枠から患者を理解する場合、それは患者にとっての「外部的照合枠 (external frame of reference)」から知覚していることになる。この時患者は「客体 (object)」であり、看護師はこれを共感し得ない「石ころや木や抽象的概念」等と同じものとして扱っている、ということになってしまう<sup>36)</sup>。

看護師が患者を共感している時に働いているの

は、情動的同一化ではなく、「共感的 (感情移入的) 同一化 (empathic identification)」なのである<sup>37)</sup>。この時、看護師は患者の立場に身を置いて患者の感じていることを感じているのだが、それはあくまでも患者の体験であって、看護師固有の体験にはなっていない。看護師は患者から話題を奪っておらず、“主役”はあくまで患者である。

Rogers にとって内部的照合枠は、「個人の主観的世界であって、それを十分に知っているのは、彼だけ」なのであり、「他者は、それを感情移入的に推しはかる以外は、決して知ることができない」のである<sup>38)</sup>。看護師による患者についての 100% の共感はある得ない、ということである。

### 3.2 セラピストの三条件以外について

さらに条件⑥についてであるが、クライアントがセラピストに受容され共感されていることを知覚するのは、セラピストの「ふとしたはずみに表現する言葉のはしばしや、表情」によってであり、「セラピストがそのような伝達を“意図する”ことは本質的ではない」のである<sup>39)</sup>。

上述してきた条件は、それを教える立場の者から「知的な情報」として伝達されるものではなく、「経験的な訓練によって獲得されるべきもの」であると述べられている<sup>40)</sup>。さらに、「診断的知識が、サイコセラピーにとって必須のものではない」とも言う<sup>41)</sup>。セラピーには心理的診断は必須のものではなく、心理学的、医学的、精神医学的、または宗教的専門知識も要求されないということである<sup>42)</sup>。もしセラピストが診断や専門的知識を欲する場合、それは「このような診断的な知識をもたなければ、クライアントとの関係のなかに安心していることができない」からなのである<sup>43)</sup>。

加えて Rogers は、セラピーが効果的に働いている瞬間、セラピストは「検査者や科学者などといった者としてではなく、一人の人間として主体的に関係の中に入っている」と述べる<sup>44)</sup>。セラピストの生活の全てがその関係の中に入ってくるわけではな

いが、その関係の中に入ってきたものは「透明 (transparent)」になり、隠されたものは何もうなくなる、とのことである<sup>45)</sup>。そしてクライアントがその人としてありのままにあることに、セラピストは喜びを感じる。このような瞬間、受容や共感が成立し、人間と人間の本当の出会いが経験され、両者ともに変化する、と Rogers は語っているのである<sup>46)</sup>。

#### 4. TravelbeeとRogersの「共感」を比較検討する

以下に、Rogers の観点から Travelbee の共感等について検討したい。

##### 4.1 共感およびそれをめぐる概念についての検討

まず Travelbee にとって共感とは、二者関係の成熟過程の5段階中の3段階目に過ぎない。そしてこの段階においては、まだ他者を知的に理解しているだけであり、患者や看護師の成長を期待できるものでもない。

また、両者の間に類似する体験がないと共感とは成立しない、とも述べられている。必然的に、人生経験豊かなベテランは共感能力が高く、看護学生はそれが低い、ということになる。よって看護教育においては、看護教員は学生が一般教養において文学や芸術等をできるだけ幅広く学べるように導く必要がある、学生は代替物にはなってしまうが共感するための素材をたくさん身につけなければならない。また臨地実習においても、教員は学生がそれまで出会ってこなかった様々なタイプの患者を担当させ、多様なパーソナリティを理解させることで、共感のための素材をここでもたくさん身につけるように方向づける。そして教員は、学生が担当した患者の内的世界と、学生が持っている知識や経験の類似性を、学生が見いだせるように指導することが必要であると述べられている。

一方 Rogers においては、一致、受容、共感とは独立したステップではなく、それぞれが程度の差こそあれ調和を持って同時に生じるものである。そしてそれらが揃うことで、被援助者のパーソナリティが自ずから建設的に変化していくのである。よってこれらの概念は人間の成長にとって重要なものと感じられる。しかしながら Travelbee のそれは、Rogers のそれほど、あるいは現在の看護教育において見なされ扱われているほど、価値あるものではないように思われる。

Rogers にとっての共感とは、援助者が被援助者の内部的照合枠を被援助者の立場に身を置いて理解することである。もし Travelbee 的に看護学生が文学や芸術等々一般教養にたくさん触れ、様々なタイプの患者と接することで「引き出し」を充実させていったところで、これは学生にとってのみの内部的照合枠、つまり援助関係における外部的照合枠を充実させているに過ぎない、と考えられるのではないだろうか。Rogers 的には外部的照合枠は学生個人の経験の蓄積に過ぎず、被援助者のものに似ているからといってその内的世界の理解に大きく資するものではないからである。そもそも、犬の死をもって人の死を理解する、というところにはシンプルに疑問を感じざるを得ない。犬の死という外部的照合枠と、人の死という内部的照合枠とは、死という共通性こそあるが、別次元のこととして考える方が自然ではないだろうか。

Travelbee 的に、一般教養的な種々の知識を身につけ、あるいは様々なタイプの患者との関係を持ち、それらから得られたものに照らし合わせて患者を共感することを教授する、という行為は、共感の仕方を教育することができる、という大前提のもとで成立する。一方で Rogers 的には、共感以外の条件も含め、これらは本質的には意図して伝達できるものではなく、経験を蓄積していく中で徐々に得られていくものである。この点においても、両者には隔りがある。

受容に関してはどうか。Travelbee にとっては、患者の病気の部分は受容してはならない。なぜなら、

それを受容してしまう、ということは、病気のままでいいことになり、それでは病気の克服へと向かって行かないからである。Rogersにとっては、被援助者がどのような病気であろうと、その病状がどの程度であろうと、無条件に尊重することが受容なのである。そしてそうすることが共感と同様、パーソナリティの成長につながるという。ここにおいても、両者の見解はかなり異なると読み取ることができてしまいそうである。Travelbeeの受容は、Rogers的なものも含めてのものである、と解釈しようとすることもできるかもしれないが、いずれにせよ、議論の余地の残るところであろう。

さて、「同感 (sympathy)」である。Travelbee的にはこれは共感よりもより成熟した段階となる。患者の苦悩を目の前にした看護師が心を動かされ、その患者をどうにかケアしたいと思い、患者に「巻き込まれ」つつ直接的に関与することである。Travelbeeにとって、看護師が心の中で親切な気持ちになっているだけでは意味はなく、巻き込まれながら何らかの行動を取らなければならない。Rogers的共感だけでは、ただ心の中で親切になっているだけであるのかもしれない。

Rogersの影響を受けている心理臨床家にとって、援助者側が「何とかしてあげたい」「力になってあげないといけない」という思いにとらわれている場合、援助者の価値観に基づき援助者個人がそう思っているものであり、これは共感的ではなく、「同情」してしまっていると見なすことがある。「しんどい」のは被援助者なのに、被援助者の「しんどさ」に援助者が勝手にシンクロしてしまい、言わば「しんどさ」を援助者が奪い、援助者が主役になってしまったことになる。これでは建設的なパーソナリティ変化には繋がらない。援助者自身の感情がより高まることは、それだけ「巻き込まれている」ことになり、できるだけ避けなければならない。この巻き込まれに関しては少なくとも現在、看護師にとっても同様に望ましくないことであると見なされていると言える。しかしながら Travelbee にとっては、共感から一段階上昇したこの同感に達して初めてケアが成立

するのである。ここにおいても、両者は大きく異なっているように思われる。

ここで「純粹」の概念から同感を見た場合どうなるか。ある看護師が、「自分は看護師としてこの患者を何とかしてあげたい」「力になってあげないといけない。おこがましいかもしれないけど」「でもこの患者さんの問題は重過ぎる」「話を聞いてたら自分がしんどくなってしまふ」「やはりプロとして冷静に対応しなければならない」「でもどうしてもしんどい」等々、看護師の心に浮かぶあらゆる気持ちに目を向けていることができている時、看護師は純粹であると言える。一方で、「看護師として冷静に、患者の立場に身を置き、共感的にケアできている」ということはわかっているが、患者の心理的背景が重過ぎて看護師自身しんどさが本来否めないにもかかわらず、それを適切に自覚できていないとき、これは純粹ではない。ここで、前者の純粹である状態と同感のそれとに、共通性を見いだせるとも言えるかもしれない。看護師自身のしんどさや至らなさやケアへの欲求が意識できている、ということはすなわち、同感の段階にあるのかもしれない。しかし Travelbee 的には共感と同感異なるステップにあり、Rogers 的には共感と純粹は同時に存在する、あるいはそうあらねばならないものである、とも言える。これに関しては特に、相違性あるいは共通性を明確にするのは難しいように思う。

「ラポート (rapport)」についてはどうか。Travelbee にとってこれは二者関係の成熟過程の最高の段階である。ここでついに「看護師」とか「患者」とかいったステレオタイプが「永久」に打ち砕かれ、真の「人間対人間」の関係になる。ここにおいて、生き生きとした意味ある体験の中で、両者ともに人間として成長することができるのである。看護師はこのステレオタイプを打破し超越することを意図し目指さなければならない。

一方 Rogers も、心理療法が効果的に働いている瞬間、セラピストはセラピストとしての枠を超えて、人間として主体的に関係性の中に入っていき、クライアントもその人としてありのままになる、と述べ



ている。この人間と人間との本当の出会いにおいて、両者がともに変化するのである。互いに枠を超えた生身の関係に意味を置く、という点において両者は共通するように見える。しかし、Travelbee にとってはこの関係性は最終ステップであり、この段階において人間対人間の関係は完成するものであり、意識的に目標とするものであるが、Rogers においては、この人間と人間との真の出会いは、あくまでも心理療法がうまくいっている瞬間に生ずるものであり、その瞬間は意識して目指されるものではない。言わば「副産物」のようなものである。そして Rogers にとってこれは最上の段階として独立してはおらず、一致、受容、共感等とともに生ずるものである。枠を超えた生身の人間同士の関係に意味を持たせる、という点において両者は共通する。だが Travelbee にとってこの関係性は永続するものであり、意識的に目指すものであるが、Rogers にとっては、これは瞬間的なものであり、結果的に生じてしまうものであり、無意識的にそのようになるというものであると言えよう。

#### 4.2 共感を検討してみようこと

このように Travelbee と Rogers とを比較して検討してくると、共感について、あるいは共感をめぐる概念について、同じ名称でもとらえ方が異なることがわかる。

Travelbee における共感および看護師と患者との二者関係の成熟過程についての言及は、多分に技法論的であるように見える。看護学生への専門教育の実行に配慮して作られたものであろうし、当然であるのかもしれない。しかしながら、共感がテクニックの問題にのみ還元されてしまっている感は否めない。これでは共感が表層的、形式的なものとしてのみ看護学生に理解されてしまう可能性が高くなるのではないだろうか。そうすると、その後の臨床場面において、「マニュアル」どおりにいかないケースに遭遇したとき、そこでそのとき何が起きているか、十分に理解できないのではないだろうか。一方で

Rogers については、単なる技法論ではなく、援助者が持つておくべき態度を論じていると言える。また、援助者と被援助者の望ましい出会いの「結果」として生じ得るものについて語っている、と考えることもできる。いずれにせよ、表層的テクニック論に陥る可能性は、Travelbee の理論を用いるよりは低いのではないだろうか。しかしながら、現場ですぐに利用可能な理論、という点においては、Travelbee のそれは歓迎されやすいのだろう。

現在の看護教育において、Travelbee の理論は触れておくべきクラシックとして授業において扱われることが多いと言える。特に臨地実習場面においては、看護師－患者関係における共感を取り上げる場合、病棟であり得る具体的な援助場面をもとに実践的に考察することが主となる傾向があろう。そしてその場合、Travelbee の共感、同感、レポートをそれぞれ混ぜ合わせたものを、共感的理解として見なしているように考えられる。特に同感の概念は、それだけを際立たせて取り上げる場面は多くはない。三つの概念はすでに共感を中心に統合されていると言ってもいいのかもしれない。

ところで Travelbee は、同感の位相において看護師が患者に巻き込まれることを推奨している。彼女にとって共感とは、相手の内的世界を知的に理解しているがまだ巻き込まれていないような、より未成熟な段階なのである。彼女は巻き込まれるということ、どのように捉えているのであろうか。

例えばパーソナリティ障害的傾向にある患者が、担当看護師のみならず、病棟全体を巻き込んで、全体の構成員を GOOD と BAD の二つにスプリッティングしているような場合、看護師が巻き込まれることを Travelbee 的にどのように考えればいいのか。本当に巻き込まれていいのであろうか。また、看護師側の何らかのパーソナリティ特性により、担当看護師が自己愛的に巻き込まれていくような場合はどうであろうか。このような点に関して彼女は十分に議論していない。むしろ巻き込まれず適切な限界設定のもとにケアされることが望ましい場合は確実にあるのである。これを Travelbee 的に十全に

説明できたら興味深い。

同感の位相において、もしシンプルに看護学生が巻き込まれてケアをしてあげたくなることについて、共感、同感、レポートをまとめて大きく共感として捉え、その共感を一技法としてみなし、それを実行した場合、さらにその対象としての患者がパーソナリティ障害的傾向を持っていた場合、そこでの関係性がかなり疲弊する可能性は高い。ここで例えば、一定の病態水準を越える対象への共感とはどういったものなのか、そもそもそれは可能であるのか、といったことを看護教員とともにじっくり検討するのは、一技法としてのみ看護教員との間で共有されているのでは、結果は異なるものになるであろう。

## 5. おわりに——「共感」についての 今後の課題

Travelbeeの「共感」とRogersの「共感」は相当異なるものであった。そしてTravelbeeのそれは、シンプルな技法論としてみなされやすい表現になっていると言える。

はじめに述べたように、TravelbeeはFranklの影響を受けている。Franklはそもそも人間のありようから心理療法論まで考察する理論家であり臨床家である。よって、Travelbeeが単に共感についての技法論を語るだけだったり看護教育マニュアルを作ったに過ぎない、とは考えにくい。しかしやはり、技法論メインで捉えられているように判断できてしまう。一方でRogersについては、Travelbeeほどではないにせよ、読み方によってはむしろより簡単で取っつきやすい技法論として捉えることができなくはない。むしろかつてそのように捉えられたことと、Rogersの理論が全盛期より目立たなくなっていたこととは、関連している可能性があるとも言える。

Travelbeeは、共感、同感、レポートを含めたより大きな「共感」的なものについて、どのように思うだろうか。あるいは、巻き込まれることの大切さの向こう側にあるかもしれない彼女の真意は、どの

ようなものなのか。今後の検討課題としたい。

## 文献

- 1) 永島聡：「看護教育におけるトラベルビー理論の有用性に関する再検討—ロゴセラピー的観点から」、『神戸常盤大学紀要』、第7号、59～68頁、2014。
- 2) J. Travelbee：『人間対人間の看護』長谷川浩・藤枝知子共訳、18頁、医学書院、1974。
- 3) 同書、173～232頁。
- 4) 同書、191～209頁。
- 5) 同書、200頁。
- 6) 同書、200～201頁。
- 7) 同書、201頁。
- 8) 同書、200～201頁。
- 9) 同書、205頁。
- 10) 同書、204～205頁。
- 11) 同書、203～204頁。
- 12) 同書、309～316頁。
- 13) 同書、313～314頁。
- 14) 同書、315頁。
- 15) 同書、315頁。
- 16) 同書、208頁。
- 17) 同書、208頁。
- 18) 同書、209～223頁。
- 19) 同書、215頁。
- 20) 同書、217頁。
- 21) 同書、217頁。
- 22) 同書、217頁。
- 23) 同書、223～232頁。
- 24) 同書、226頁。
- 25) 同書、228頁。
- 26) 同書、64頁。
- 27) 同書、64頁。
- 28) 同書、224頁。
- 29) 同書、225頁。
- 30) 同書、229頁。
- 31) C.R.Rogers：「パーソナリティ変化のための必要にして十分な条件」伊藤博編訳、『ロージャ

- ズ全集』, 第4巻, 119～120頁, 岩崎学術出版社, 1966.
- 32) 永島聡: 学位論文『教育相談のあり方についての一考察——ロゴセラピー理論の応用をめぐって』, 9～10頁, 大阪府立大学, 2004.
- 33) 「パースナリティ変化のための必要にして十分な条件」, 前掲論文, 127頁.
- 34) C. R. Rogers: 「セラピィ・パースナリティ・対人関係の理論」伊藤博編訳, 『ロージャズ全集』, 第8巻, 207頁, 岩崎学術出版社, 1967.
- 35) C.R.Rogers: 「カウンセラーの態度とオリエンテーション」友田不二男編訳, 『ロージャズ全集』, 第3巻, 38～39頁, 岩崎学術出版社, 1966.
- 36) 「セラピィ・パースナリティ・対人関係の理論」, 前掲論文, 208頁.
- 37) 同論文, 38～39頁.
- 38) 同論文, 207頁.
- 39) 同論文, 211～212頁.
- 40) 「パースナリティ変化のための必要にして十分な条件」, 前掲論文, 134頁.
- 41) 同論文, 135頁.
- 42) 同論文, 134頁.
- 43) 同論文, 135頁.
- 44) C. R. Rogers: 『ブーバー—ロジャーズ 対話』山田邦男監訳, 今井伸和・永島聡訳, 60頁, 春秋社, 2007.
- 45) 同書, 60頁.
- 46) 同書, 60～63頁.

