

スピリチュアルな癒しに関するトランスパーソナル・パラダイムの 展望—癒し、医療、スピリチュアリティの相互関係

中村 雅彦 (愛媛大学大学院教育学研究科)

長瀬 雅子 (東海大学健康科学部)

Perspectives of transpersonal paradigm on the spiritual healing: Mutual relationships among healing, medicine, and spirituality.

Masahiko NAKAMURA and Masako NAGASE

はじめに

近年、我が国の医学、看護学領域において、患者や家族あるいは医療者のスピリチュアリティ（スピリチュアルペイン、スピリチュアルニーズ、及びスピリチュアルケアを含む）に関する研究が増えている。しかしながら、スピリチュアリティ概念の捉え方は多様であり、とりわけ医療現場では「人生の意味の探求」「納得のいく死」といった実存的意味（e.g., 広瀬・一鉄・梅内,2000; 鶴若・岡安,2000; 宗像,2001; 新木,2002; 赤澤・長瀬,2003; 村田,2003; 山本・八木・藤田・南・福島・松島・萬代,2003）と、「運命ともいふべき大いなるものの存在」といった宗教的な意味（e.g.,佐藤,2000）で議論されることが多い。その一例として、窪寺(2000)は、スピリチュアルケアの中で、心のケアを人間関係の軋轢、身体的不調、家庭不和が原因となって生じる不安、恐怖、怒り、落胆、落ち込み、無力感、失望、いらいらなどの患者の精神的・心理的苦痛に対処するケアで、その提供者は、家族、友人が中心となり、特別な場合にはカウンセラー、精神科医が専門的な治療を試みるものとしている。これに対し、宗教的ケアとは神仏がいて、それを礼拝し、祈ることで神仏との関係性を回復させ、信頼関係を構築し、超自然的な恩恵が流れてくる実感を持った救済体験をめざすケアと位置づけ、その提供者として宗教的教理や儀式に関する知識と経験を持つ宗教家やその信者を中心に取り上げている。

つまり、医療分野では、トランスパーソナル学で重視される「自己超越的な次元への気づき」が抜け落ちてし

まう傾向にあると言える。安藤・結城・佐々木(2001)によれば、スピリチュアリティ（霊性）とは、人間に本来的に備わった生の意味や目的を求める無意識的欲求やその自覚であり、自覚の中には宗教意識や死を超える希望を含み、個人性を超えた（トランスパーソナルな）特徴を持つ意識のことである。また、Elkins, Hedstrom, Leaf, & Saunders (1988) は、「ラテン語でSpiritus（いのちの息吹き）を意味するスピリチュアリティとは、超越的な次元への自覚を通じて生じ、自己、他者、自然、人生、そして究極のものとして考えられるあらゆる事に関して同定可能な価値によって特徴づけられる存在と経験の様態である」と述べている。ここで言う「自己超越的な次元への気づき」とは、無意識あるいは「より大いなる自己」の領域の中への、単に意識的な自己の自然な拡張である。このような気づきを得る人は、肉眼では見えない世界と、この不可視の次元への調和的な接触と適応が有益であると信じている（Elkins *et al.*,1988）。

このように、医療の世界では、スピリチュアリティを病や死の危機に直面した人間の生きる意味と目的といった実存性ないし個人性のレベルでの問題に焦点づけているのに対し、トランスパーソナル学では従来の宗教的な組織や制度、教義から切り離れた個人の自己超越的な次元に関する体験に根ざした信念や価値観という意味でとらえることが多く、医学よりも超越的で、本質的な個人の主観的体験そのものに焦点を合わせたアプローチに力点が置かれることになる。つまり、医学・看護学系では生命の危機的な状況に直面することによって喚起されるスピリチュアリティについて論じられるのに対して、ト

ランスパーソナル心理学／精神医学ではより高次の心やくたましいの成長や発達をもたらすような体験をもスピリチュアリティの範疇に取り入れて、「生きる力」を高めていくような心の準備状態を形成するアプローチについて論じていると言える。

この両者のアプローチの統合が、現代社会において、さらに新たな健康概念（WHO、1998）に基づいた医療システム、さらには現行の医療の枠組みを超えた癒し（ヒーリング）のパラダイム構築にとって重要であると筆者らは考えている。

ところが、長瀬・中村（2004）が看護職者を対象に、スピリチュアリティ概念に対する個人別態度構造分析（PAC分析）を行なったところ、必ずしも生活実感が伴わない概念として認識されていることが分かった。残念なことに、我が国ではスピリチュアリティが何を意味しているのか、観念的な認識はあっても、それが医療現場に携わっている人々、健康科学の領域で研究に従事している人々の間で共通認識が十分に構築できていない状況があるように思われる。それがひいてはスピリチュアリティ研究の障害になっているのではいかという懸念が生じる。特に、医療職者や医療現場をフィールドにしている研究者が、スピリチュアリティと呼んでいる言葉の中に、宗教意識や超越的次元の自覚を自らの問題として実感感を伴わずにとらえようとするのは、その本質を見落としてしまうことにもつながりかねない問題をはらんでくる。

本稿では、従来の医学の枠を超えて、スピリチュアルヒーリングという言葉で括られる＜ノンローカルな癒し＞に関する研究をレビューし、その依って立つ世界観を示すことにする。その上で、従来の医療のパラダイムの限界を指摘し、＜癒し＞に対する社会的需要と社会的受容の可能性、今後のヒーリング文化について展望することを目的とする。

スピリチュアリティという用語の多義性

従来、WHO（世界保健機関）は、その憲章前文のなかで、「健康」とは「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」と定義していた。それが、1998年の執行理事

会において、「完全な肉体的(physical)、精神的(mental)、Spiritual及び社会的(social)福祉のDynamicな状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない。」と改訂することについて総会の議題に上げることが決議され(WHO,1998)、その後事務局長預かりとなって、いまだに結論が出ていない。

しかし、この議論が発端となって、「スピリチュアル」、「スピリチュアリティ」という言葉が世界的に流行し始めている。それが近未来の健康概念の世界標準になる可能性も出てきて、研究者たちがいち早くスピリチュアリティという言葉に敏感に反応し、研究テーマとして飛びついている感さえもある。

それでは、日本ではスピリチュアリティに対して、どのような認識が形成されているのであろうか。代表的な研究として、田崎他(2001)はWHOの健康概念に関する改訂の動きに応じた国際比較調査の一環として、日本人のスピリチュアリティ観に関する検討を行っている。小集団によるフォーカス・グループインタビューの結果、日本人のスピリチュアリティ観には個人差が大きいものの、共通項として、①自然との対比における人の小ささ、②自然への畏敬の念、③祖先との関わり、④個人の内的強さ、⑤特定の宗教を持たないにしても、何か絶対的な力の存在を感じる、などがあげられたと述べている。

この研究は、現代の日本人が考えているスピリチュアリティ概念の文化依存的性質を表したものであり、WHOの健康概念を普遍的標準的な要素に集約することは、かなり困難な様相を呈していることが、うかがえるような結果となっている。

安藤(2003)は、スピリチュアリティという用語が英語圏、キリスト教文化圏においても一般社会で古くから用いられていた言葉ではないことを指摘している。安藤によれば、スピリチュアリティは少なくとも1960年代までは英語圏においても多用されていなかった言葉である。それが欧米社会において、従来から使われていた「宗教」という言葉から、その組織や制度としての側面を排除した意味で用いられるようになり、いわば現代社会からの要請によって新たに復活させられ、重要な意義を担わされるようになった用語だと言えるのである。

付言するならば、WHOの健康概念改訂問題の背後に

は、現代の思想状況の大きな変化や、世界中の文化や民族に受け継がれてきた伝統医療の復権といった側面があることを忘れてはならない。この問題に関連して、湯浅(2003)は、①伝統医療の宗教文化的な背景に、スピリチュアリティが関係していること、②スピリチュアリティに対する関心は、20世紀末になって急に浮上してきた問題ではなく、19世紀末から巻き起こった近代スピリチュアリズムの流れ、フロイト、ユングなどの深層心理学の系譜、そしてアメリカを中心に先進諸国に広がっていったニューエイジ運動などの流れにスピリチュアリティと現代医療の関係を再考するような問題が絡んできていることを指摘している。それは、従来の医療のパラダイムのらち外にあった相補・代替医療(Complementary and Alternative Medicine: CAM)による癒しが、一部の医療者にも価値のあるものとして見直されるようになっていくことと無関係ではない。

また、前出の田崎他(2001)も、WHOにおける健康概念の改訂に関する動きの背景に、キリスト教、イスラム教、ユダヤ教といった一神教を信仰する欧米、中東諸国や、シャーマンが医療場面で介在するアフリカ諸国で、宗教やそれに関連する慣習・儀式などが日常生活活動全般だけでなく、精神的な健康にも多大な影響を及ぼすものとして認識されている現状があることを認めている。

それゆえ、このテーマを研究する者には、スピリチュアリティという言葉に内包されている宗教文化的な意味について、まず自覚しておくことが求められるのである。

日本においては、「Spirituality」を「霊性」と訳すことがある。それは、古くは鈴木(1972)の「日本的霊性」に関する論考に見いだすことのできる用語法である。しかし、その反面、スピリチュアリティを霊性という言葉で括ってしまうことに対する困難も存在する。

鈴木の本張によれば、精神と霊性は区別して使われるべきであるとされる。精神とは意志や注意力であり、心、魂、物質の中核にある言葉だが、これまで物質に対抗するものとして精神というものを対比させてきた。これに対し、霊性は精神と物質の両者を包み込んで1つであり、1つでありながらも2つでもあるもので、精神と物質の背後に開けてくる世界を言い表す言葉である。

第2に、霊性は宗教意識と言い換えることができる。しかし、日本人は宗教と聞くと迷信や信仰といったもの

を連想し、宗教に対して誤解を生じさせやすいため、あえて霊性という言葉を使用すると鈴木は述べている。

第3に、宗教は霊性に目覚めることによってはじめでくわかるものである。宗教意識は霊性経験に基づいているためである。しかし、一般の宗教は制度化されたものであり、個人的な宗教経験を土台にして、その上に集団意識的仕事を加えたものである。宗教(団体)にも霊性は発現しうるが、多くの場合単なる形式だけに墮落してしまうと鈴木は言う。

第4に、霊性は精神の奥に潜在しているはたらきであり、これが目覚めると精神の物質に対する二元性は解消し、精神はその本体の上において感覚し、思惟し、意志し、行為することができるようになる。

鈴木の指摘する宗教意識としての霊性の用語法にまつわる誤解の可能性は、そのまま現代の日本のスピリチュアリティ研究にも持ち越されている。沼野(1996)は、看護学の観点から「スピリチュアル」を「宗教的」と訳すことから生じる問題点を次のようにまとめている。

- ①日本人の多くのものが、個人的な自分の宗教を持っていないし、日常生活の中で宗教との関わりがないので、冠婚葬祭のイメージがある。
- ②宗教といえば、ある特定の宗教団体を思い浮かべるものもいて印象がよくないことがある。
- ③宗教というと非科学的、神秘的というイメージがある。
- ④多くの日本人は健康な時、宗教に関心がなく、必要とは感じていない。むしろ宗教を気休め、意志の弱いものが逃避するところだと軽蔑的な思いでみている。
- ⑤宗教的ケアというと、ある特定の信仰心を持つ人のみを対象としたケアのような、疎外的なイメージをもつ。また特別な宗教をもたない者にとっては、強制的な宗教の押しつけをイメージ化させるものがある。

このような理由から、沼野(1996)は、「宗教」という言葉が日本人にとって悪いイメージがあるために、偏見を生じる危険性があると指摘している。

前述したように、医療分野におけるスピリチュアリティ研究は、終末期の患者に対する緩和ケアとの関連で取り組まれている。ここでも、欧米のスピリチュアルケアのアプローチと日本のそれとの差異は大きい。

鶴若・岡安(2001)は、医学系データベース(MEDLINE)と看護系データベース(CINAHL)を使用し、論文タイトルに「Spiritual」とあるものを検索した。その結果、前者では145件、後者では313件であった。特に看護の領域で研究は進んでおり、1994年以降増加傾向にある。

その結果、欧米では、医師、看護師、チャプレン、ソーシャルワーカーなど様々な立場から、スピリチュアルケア研究が行われており、その重要性が強調されていることが見いだされた。欧米のスピリチュアルケアに関する文献の多くは、Spiritualという概念をReligiousという意味で互換的に使用していることが認められた。すなわち、臨床現場では、患者のスピリチュアルニーズを宗教的ニーズと見なす傾向があり、そのために祈りや聖書を読むなどの宗教的ケアが広く行われていることが明らかであった。

このことから、欧米のSpiritualという概念を、ただ宗教性を排除した形で、わが国に取り入れればよいという安易な議論は危険であると鶴若・岡安は結んでいる。

中西・中川・吉岡・片岡・林・高植・石井(2001)は、ターミナル期の患者が抱くスピリチュアルペインに焦点を当て、その訳語と意味について検討した上で、実際の援助技術としてのスピリチュアルケアについて、欧米の研究を中心に文献研究を行った。その結果、スピリチュアルという言葉については、定訳があるわけではないが、自己の存在の根底をなすものと、自己を超越したものとに関わりという2つの要素が共通していることが明らかになった。スピリチュアルケアに際しては、まず医療職者自身がスピリチュアルな側面に対する意識を深め、死生観を確立することが重要であると、中西他(2001)は結論づけている。

看護学の領域では、臨床的なアセスメントの必要性から、スピリチュアリティ概念の評定尺度が開発されている。たとえば、比嘉(2002)は女子大学生385名を対象にスピリチュアリティ評定尺度の開発を行い、その信頼性及び妥当性の検証を行っている。比嘉はスピリチュアリティを「何かを求め、それに関係しようとする積極的な心の持ち様と自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」、すなわち「意気・観念」と定義し、窪寺(2000)などスピリチュアルケアの文脈から、スピリチュアルケ

アを行なうための査定道具としてSRS (spirituality rating scale)開発を行った。その際、看護教科書で使われているスピリチュアリティに関するキーワードを抽出し、WHO調査(田崎他、2001)を参考に、心の平穏、内的な強さ、他者への愛着、人生の意味、生きていく上での規範に注目した。その結果、一定の因子的妥当性や信頼性が見られたとしている。しかし、その尺度内容は心理学的には、自尊感情や自己実現、内的統制型の信念(Internal Locus of control)に関するものと考えられる項目が多く、スピリチュアリティ概念の中核的要素である超越的次元への気づきに関する項目が少ないことが問題点として指摘できる。また、調査対象者が女子大学生に限定されていることも、データの一般化可能性の限界として課題を残しているといえる。

また、今村他(2002)は終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討を行っている。その際、欧米の先行研究をCINAHL、CANCERLIT、MEDLINE等のデータベースから一定の基準で抽出し、そこに記述されているスピリチュアリティに関する内容分析の結果、①統合のレベル：神・自己・コミュニティとの結びつき、関係性、②探求の方向性：超越的なもの、他者や環境事象、内的自己との関係性の探求、の2つの軸が終末期がん患者のスピリチュアリティ概念に関連していることが見いだされた。しかし、この研究は依拠するものが欧米の専門誌に掲載された学術文献のレビューであり、そこから得られた概念構造が日本人の終末期がん患者の経験レベルでの報告に基づいてものではないという限界を指摘できる。

以上の議論をまとめる形で、スピリチュアリティ概念に関する整理をしておこう。西平(2003)は英語の「Spirituality」と日本語の「霊性」のずれの問題に着目して、Spiritualityを日本語に移しかえるときの困難を克服するための用語法の暫定的な整理を試みている。西平はスピリチュアリティという外来語の意味を、それに関連すると思われる日本語の「ルビ」として使用することを提案している。西平はスピリチュアリティの位相として、①宗教性；宗教組織に依存しない意味での宗教的意識、宗教的情操、②全人格性；身体、こころ、社会などをふくんだひとまとまりとしての個人全体、③実存性；感動をもって理解される、魂にふれるような主体的、主観的な

自覚、④大いなる受動性；何か聖なるものにふれ、「生かされている」と実感すること、の4つを区別している。

日本の医療分野におけるスピリチュアリティ研究は、「実存性」という意味合いで、この概念をとらえようとするものが多く、宗教性や超越性、神秘性といった文脈で認識しようとするものがきわめて少ない。現代医学の枠組みが科学的世界観を背景としている以上、個人の身体の中に押し込められたローカルな意識、他と分離した個人の身体といった「閉じた体系」として人間を見ようとする点があることは否めない。しかし、伝統的な宗教文化ないし、伝統医療の背後にある世界観は、人間を自然や宇宙の中で互いにつながりをもった開放的な情報＝エネルギー系と見なし、精神と身体を分離せずに全体的(holistic)な存在としてとらえようとする枠組みを持っている。そこには、個人を超えた他者、自然、宇宙、超越したものとのつながりを前提として、良い有り様(Well-being)に向かおうとする健康観がある。宗教性、超越性としてのスピリチュアルな健康を維持し、増進するための<癒しの伝統>から学び取ろうとする姿勢が日本の医療職者には求められている。

スピリチュアルな癒し（ヒーリング）

ところで、欧米の医療分野では、スピリチュアルな癒しについて、どのように認識されているのであろうか。Smith(2001)は、看護学の立場から慢性的な痛みの癒し(healing)について、その概念分析を試みている。その中で癒しの概念は、内的な知(inner knowing)と強さの源泉に直接関係するより包括的なスピリチュアリティの感覚に進化してきたと述べている。癒しとは、疾病や痛みをコントロールし、改善しようと企てる代わりに、人間がそれぞれにふさわしい自分自身のリズムやパターンになっていき、究極的には聖なるものや、宇宙とのつながり、一体感に至るものとしてとらえられている。癒しは、現代医学が見落とし、軽視してきたスピリチュアルな存在としての人間のよい有り様を探求するときの鍵概念となる。それはひいては、今後の医療のあり方にも影響力を持つ側面をはらんでいる。

渥美(2001)は、相補・代替医療(CAM)の現況と課題について、欧米の動向をふまえながら論じている。すな

わち、代替医療とは現代医学の体系以外のすべての医療理論・技法をさすものであり、それには中国医学、アーユルベータ医学、イスラム医学などの伝統医学、ホメオパシー、カイロプラクティック、オステオパシーなどの現代医学に対抗して生まれてきた比較的新しい医学体系がある。さらに、古くから世界各地に伝承されてきた気功などの生体エネルギーを利用するものや、ハーブ、薬草、温熱などを利用するもの民間療法も代替療法には含まれる。アメリカではもっぱら、これらを一括して代替医療と呼んでいるが、イギリスでは西洋医学を補うものという意味で相補医療と呼ばれている。最近では、この二つをまとめて相補・代替医療(CAM)と呼ばれるようになってきた。

現代医学は疾病の治療が目的であり、病因の削除を行なうために、薬剤、手術が中心となる。これに対し、CAMは、保健・予防を目的とし、人間の自然治癒力の向上をめざし、ライフスタイルの改善が主な狙いとなる。つまり、CAMは治療というよりも「癒し」(healing)を主目的とする医療的な体系と位置づけることができる。

CAMに分類されているものには、従来の科学的医療のらち外にあるものも含まれている。特に、生体エネルギーを利用する分野では、気功、手かざし療法、タッチ療法(therapeutic touch: TT)などのエネルギーヒーリングがあげられる。さらには祈り・祈禱やサイキックヒーリング、スピリチュアルヒーリングなど、宗教との境界領域、意識の超越的な次元への接触を含んだものまで、研究対象は拡がりを見せている(e.g.,Chandler,2000;木戸,2002;小竹・原口・Parhomtchouk・山本,2002;Chang,2003;Money,2001)。たとえば、木戸(2002)は、科学計測によりヒーリングの遠隔効果を調べる目的で、3名の異なる方式のヒーラーとその受け手の間で、東京と仙台、ニューヨークと仙台間の遠隔実験を、盲検法あるいは二重盲検法下で行っている。計測方法は単一矩形パルス法、近赤外線測光法、及びサーモグラフィーを用い、各々動的電気電導度、血流、自律神経機能、脳内酸素代謝、体表温度の変化を測定した。その結果、遠隔ヒーリングにおける驚異的な効果は、特に意識コンタクト様式ヒーリングで激しい体の動きや電気電導度と血流関連のパラメータBPの変化としてヒーリング中に起こる現象と同期して現われることが見いだされた。さらに、受け

手が光のヴィジョンを見ていた間には脳内の酸素供給状態であったのが計測された。また、ニューヨーク-仙台間の実験では受け手の顔の温度分布に変化が生じた。ヒーラーが受け手の特性や心理状態の状態を感知していたと思われる場合もあったと報告している。

スピリチュアルな癒しの世界観は、医療分野にも着実に浸透しつつある。アメリカのCAMの第一人者であるDossey(1993)によれば、医学そして広い意味での癒しには、歴史的に見て三つの形式がある。

①第一期の医学（1860年代～）＝機械論的、物質的医学は、人間の身体、肉体に、物理的な刺激を与えることで癒す方法である。すべての治療形態は物理的であり、人体は一種の精密機械と見なされる。この種のアプローチには、西洋医学が使っている医療技術のほとんどが含まれる。つまり、薬物、手術、放射線治療などの技術がそれである。また、ハリ治療、栄養物の摂取、ハーブの使用も含まれる。しかし、人間の精神は癒しの対象にはならない。

②第二期の医学（1950年代～）＝心身医学とは、人間の精神と肉体との間に、ある種の関連性を認める医学である。この医学では、意識のありようが自分自身の身体に影響をもたらすと考える。自分の思ったことが健康状態に影響するという考え方である。たとえば、心身症や自律神経失調症は、患者の心の状態、意識のありようが原因で身体に症状が現われると理解する。しかし、この医学では、心は依然として脳の物理化学的な働きが起こしている幻のようなものであり、脳の中に押し込められたローカルな働きにすぎないとされる。カウンセリング、催眠、バイオフィードバック、イメージ療法、リラクゼーションの技法などがこの種の医療に含まれる。

③第三期の医学（1990年代～現在）＝ノンローカル医学、トランスパーソナル医学では、精神は空間（脳や身体）や時間（現在の経験）には拘束されないとする。ノンローカルな心は、われわれ人間の身体の中だけでなく、人と人との間においても治療に影響を及ぼす。すなわち、ノンローカルな心をもってすれば、その場にいる

人同士はもちろん、離れている人同士の治療も可能になると考えるのである。ノンローカル・ヒーリングの中には、祈禱療法、シャーマンのヒーリング、非接触的な用手療法などが含まれる。

ここで重要なことは、欧米の医療職者は、それぞれの医療や治療法を相互排他的なものというよりは、他のアプローチと補完し合うものと認識していることである。また、渥美(2001)が述べているように、これらの医療は各々、完全に独立的であり、優劣を決めるものではないということも留意点としてあげられる。

Dosseyの言う第3期の医学＝ノンローカル医学には、シャーマニズムの文脈で伝承されてきたサイキックヒーリングやスピリチュアルヒーリングも含まれている(e.g.,Dossey,1989)。祈禱やシャーマニズムによる癒しというと、古代社会や未開社会の産物のように思われている部分があるが、Dosseyはこうした癒しが何千年もの時間を超えて受け継がれてきたのは、一定の妥当性と信頼性があるためだと考えている。それが時代遅れのものであれ、暗示や偽薬効果(placebo effect)の賜物であれ、何らの効果ももたらさないものであるならば、とっくの昔に廃れてしまったはずと考えられるからである。

さて、サイキックな癒しとは、ノンローカルな意識を介して、離れたところからある人の健康状態に好ましい影響を与えるヒーリング法である。このとき、「癒しを試みる」という目標をもち、患者の心または身体に向かって「精神的な努力」を行なう。相手の身体の悪い部分を見抜く判断力（診断）と、修行（教育・訓練）、経験と熟練が要求されるのは通常の医療行為と同じであるが、人の判断はともすれば誤りを起こすため、不適切な心霊的癒しは相手の心身の状態を不安定にし、意図とは裏腹にダメージを与える可能性もある。ただ、副作用や医療過誤があるのは、通常の医学的な治療や心理療法でも同じである。

次にスピリチュアルヒーリングであるが、これは病んでいる人の内なる自己治癒能力を高めるために、治療者が自分自身を媒体として「魂」(spirit)の為すがままにさせることによって自然治癒が生じることをいう。治療者は自我を放棄し、相手の病を治そうという計らいさえも捨てて、ノンローカルな意識のおもむくままに治療を

行なう。

スピリチュアルヒーリングを行なう人々の多くは、宇宙にはある種の神性 (deity)、あるいは高次の意識があると信じている。彼らは宇宙を合目的な存在と見なし、人間は拡張した高次の意識、あるいは霊的覚醒へ向かって進化していると認識している。

また、ノンローカルな治療を行なう治療家は、他人の目には見えず、物理的装置によっても検出することのできない、非物理的な存在を見たり感じたりすると報告されている。彼らの目には、生物を取り巻いているように見えるオーラ (光)、さまざまな霊的存在、生物の身体を通過し、そこから発せられているある種の「生命エネルギー」(気、プラーナ) が感じられる。

この種の生命エネルギーの波動や揺らぎは、健康の維持や回復にとって本質的なものと信じられており、治療家によって感知され、操作することのできるものとされる。こうした非物質的な現象は、物理的特徴が通常の感覚的知覚によって認識され、装置によって検出されるのと同じように、治療家にとっては現実感覚を伴う。

また、治療家たちは、死は人の心や意識の終焉ではないと考えている。肉体が減んでも、人間の魂は存続する。治療家に言わせれば、人間の脳神経システムが意識を生み出しているのではない。むしろ、人間の脳神経系は知覚の道具と見なされる。脳や神経系の働きを通じて、一なる心、集会的意識への気づきが可能となる。意識は人体の内にも外にも広がっている、という見方である。

すべての人間の意識はつながっているととらえる治療家は、人々を孤立した個人としてではなく、むしろ相互に結びつきをもった存在と見なす。このことから、治療家は距離や時間を超えて生じる、心と心の結びつきを自覚していると言える。

さらに、エネルギーヒーリングと呼ばれる癒しも CAM として認識されるようになってきている (Cf., Anderson, 2001; Starn, 2000)。エネルギーヒーリングには、レイキ、気功、手当療法 (therapeutic touch)、プラーナ・ヒーリングなどが含まれる。これらのセラピーの「生命力」に関する理論は、もしエネルギーを「意識の顕れ」としてみなすならば、スピリチュアルヒーリングと呼応する部分が多い。Starn (2000) は、エネルギーヒーリングをハイテクにより失われた生きる意味を人が探求することで輝きを取

り戻そうとする健康法の一つととらえ、その看護に対する意義について考察を行っている。

ここで、エネルギーヒーリングないしスピリチュアルヒーリングの依って立つ世界観に言及しておこう。エネルギーヒーリングにおいては、師弟、マスター (ティーチャー) と受講生の間のエネルギー (情報) の伝達、情報へのアクセスとその共有が生じる。ティーチャーはヒーリング能力またはエネルギーを生徒に送り、生徒のエネルギーセンター (チャクラ、丹田など) を開放し、波動レベルを向上させる。生徒はやがて膨大な量の普遍的生命エネルギーのチャンネルに接触できるようになる。

地球や宇宙を含むあらゆる生体系に行き渡り、これを活性化している「不可視の生命力」と言う概念は、エネルギーヒーリングにおいて中心的なものである。バイオプラズマ、気、マーナ、プラーナ、微細エネルギーなどの生命力は捕まえたり、測定したり、計量したり分解することのできないものであるが、その効果によってのみ存在を知ることができる。この生命力は身体の中の非物理的なチャンネルあるいはナディ (経絡) に沿って流れていると考えるのである。

理論的にはわれわれはある一定量の生命エネルギーをもって生まれ、一生を通して大地や日光、食物、飲み物からエネルギーを吸収し、他の生き物との好ましい相互作用を通じて補充し続ける。逆に言えば、われわれは過大な筋肉の活動、間違った呼吸によって「気」を使い果たしたり、自制されていない思考や意図によっても「気」が枯渇することがあり得る。

われわれの生命力は物理的、精神的、情緒的なトラウマを経験し、トラウマと結びついた情動の表出を意識的、無意識的に抑制するときに、身体のような部位にブロックされるようになる。群衆に取り囲まれたり、抑鬱的な人、病気の人の、怒ったり恐怖に駆られている人々のいる組織にいることも、同様に本質的な生命力の供給を使い切ることになると考えられるのである。

一方で、栄養物の補給、ハーブの使用、肉体的トレーニング、呼吸法、タッチとマッサージ、鍼療法、休息、瞑想、ヒーラーによるエネルギー場の操作と回復は、すべてわれわれの肉体における生命力の流れと供給に回復的な効果をもたらすと考えられている。

こうしたスピリチュアルな癒しの技法は、すでに欧米

の医療分野、特に看護実践に導入されるようになってきている。この健康法を看護者が実践する意義は、現代医療の高度技術化が医療器械に対する依存度を増し、ケアリングや手で触れることがヘルスケアの中で次第に行われなくなってきたことと無関係ではない。看護者が患者に対し全体的、包括的に接することが看護の伝統でもある。エネルギーヒーリングを看護実践に取り入れることは、こうしたホリスティックあるいはトランスパーソナルな看護の方法論の1つとしての潜在的可能性をもっている(Starn,2000)。また、Quinn(2000)が述べているように、CAMを看護に取り入れるときには、看護者がみずからを<ヒーラー>と見なし、全体論的なヘルスケアを担う役割を果たしていることを自覚することも重要な視点となる。

スピリチュアルな癒しの効果については、TTに関する批判的な文献レビュー(O'Mathúna,2000; O'Mathúna, Pryjmachuk, Spencer, Stanwick & Matthiesen,2002)、スピリチュアルヒーリングやエネルギーヒーリングに関する知見のメタ分析を試みた研究(Jonas & Crawford,2003)もある。しかし、CAMの本質は経験的な医療であり、懐疑論者からは科学的な根拠に乏しいと批判されている。CAMが医療者や患者に受容されるには、EBM(evidence based medicine)に沿った解明も必要であろうが、従来の科学的な方法論では解明されない分野が多く、新しい理論的枠組みの探求とその臨床への応用が期待される(渥美,2001)。

医療における古くて新しい癒しを見直そうとする動きは、アメリカでは国立相補・代替医療センター(NCCAM)がさまざまな種類の相補・代替的な癒しの実践を特定し、定義し、その効果についての実証的な研究データの収集を始めるようになった。日本においても今後の医療分野におけるスピリチュアリティ研究の重要な側面となっていくことであろう。

おわりに

ここまで、筆者らはスピリチュアリティと癒しに関する最近の研究の動向を眺めてきた。欧米ではスピリチュアリティを宗教性の文脈から捉え、スピリチュアルな癒しに関する理論的な枠組みや、その保健分野、看護分野

への応用を試みる積極的な動きが見られ、現代医学の枠の外にあった伝統的な癒し、文化に依存した医療の見直しがCAMという名称のもとに行われるようになってきている。

これに対し、わが国ではスピリチュアリティを実存性の次元でとらえようとする傾向が強く、ターミナルケア、緩和ケアといった限定された文脈において、病者の生きる意味と目的の探求を支援する「身体的、社会的、精神的ケア」という意味合いでスピリチュアルケアを位置づけようとしている。日本においては、欧米で取り組まれているようなスピリチュアルな癒しを「医療」として見直そうという動きは始まったばかりであり、Dosseyの提案するノンローカル医学は、まだ受け入れられる余地がないように見える。つまり、日本の医学は、いまだに第Ⅰ期医学と第Ⅱ期医学が中心であり、現代西洋医学の枠の外にある多様な癒しの文化の存在を認識さえもしていないような状況にあると言える。

癒しとは、治療や単なるケアを超えた目標志向性(intentionality)をもった「つながり意識」(consciousness of connectedness)に基づく行為である。トランスパーソナル看護の提唱者であるWatson(1985)は、ケアリングを目的的な寄り添いであり、生きているときに自分の心・体・魂(soul)を他の人の心・体・魂を連動させる人々の間で接触を確立することであると述べている。Rogers(1970)及びMalinski & Barrett(1994)の提唱する一体的人間存在(unitary human beings)の科学やNewman(1986)の意識の拡張に関する看護理論も、ケアリングやヒーリングの文脈におけるケア提供者の目標志向性を重視している(Zahoukrek,2002)。ここで言う目標志向性は、行為、期待、信念、決意、そして無意識にも向けられた目的と効能を伴う、ある精神的な対象に向かう意識と気づきを意味する(Watson,2002)。ただし、目標志向性が生じることは、心の中にある結果が生じることを念じ、他者や状況に向けられた特殊な目的を抱くことではない。むしろ、場や出現する秩序を変えようと試みる代わりに、それらと協調していこうとすることを意味している。トランスパーソナル看護の枠組みにおいては、看護者は意識の交流を通じて、患者にとっての「道具」や「聖なる癒しの環境」になりきることが求められるのである。

Carroll(2001)は、ソーシャルワークにおけるスピリチ

リアリティのトランスパーソナル学的な展望を行っている。その中でCarrollは、スピリチュアリティのテーマの1つとして、リアリティあるいは創造の超越的、究極的な源泉との関係性、体験的な知識があると明示している。スピリチュアリティにまつわる第2のテーマは、人間のもっとも深層にあるコアなもの（存在の地平、生命を付与する原理など）を起源にするものである。これらのテーマは相互に関連しており、補完的なものである。Carrollは、スピリチュアリティのトランスパーソナルな次元に注目し、全体論的（wholistic）モデルを提案している。それによれば、スピリチュアリティは、①水平軸：生物-心理-社会的次元であり、自己、他者、世界との関係性を反映する次元と、②垂直軸：トランスパーソナルな次元であり、超越者との関係性（伝統的、組織化された宗教的信条に沿っているかどうかには関係なく）を反映するものから座標化される。このモデルに従えば、人々のスピリチュアリティは、水平的なつながりと垂直的なつながりとの関連で、充実、有意義、平穏さといった肯定的な状態だけでなく、他者や超越的なものとの関係性が失われ、トラウマや問題となる生活事象を含んだ否定的な状態も経験する可能性を描写することができる。このように、人間のスピリチュアルな発達とは、自己や他者、社会との関係の良好性、神や高次の力といった超越的、トランスパーソナルなものとの関係の良好性の中で揺れ動きながら、ダイナミックに変化していくものとして説明できるのである。

湯浅(2003)は、スピリチュアリティに関する議論が近年、医療問題と連動して注目されるようになった原因の1つに、医療経済における世界の状況変化をあげている。WHOが伝統医療の復興に力を注いできたのは、1つには発展途上国では高価な現代医療を全面的に受け入れることが不可能であるためである。しかし、伝統医療の見直しが進むにつれて、それが西洋諸国にも流入するようになった。それがCAMという形で欧米諸国にも急速に導入が進んできている背景には、発展途上国と同様に医療自体が今や巨大ビジネスになっている上に、高度医療技術サービスを一般市民が受けるにはあまりにも「高額商品」になっていることがあげられる。このため、欧米諸国においても、比較的安価なCAMに頼らざるを得ない状況が生まれている、というのである。

ところが、伝統医療（CAM）の理論や方法論、その効用は現代医学と異なる点が多く、身体や生命をどのように見るかにおいても、CAMが依って立つ宗教文化的背景によって千差万別である。現代医療は心（魂）から身体だけを切り離して、身体のみを治療の対象にする方法論に基づいているために、民族、宗教、文化の違いを考慮することなく標準化が容易であるが、CAMの場合は、その医療の背景にある心身の本質、生命観、宇宙観すなわちスピリチュアリティに関する問題から目を背けることができなくなるのである。

医療経済の状況が大きく変化した背景には、1980年代以降進んできたグローバリゼーションが作用しているという。それが、所得の階層差、国際格差を生み出す原因となったためである。しかし、人々が現代医療だけでなく、CAMに対して一定のニーズを追求するようになることで、逆にスピリチュアリティという宗教文化というリージョナル、ローカルな問題に直面することを、医療者は果たして認識しているのであろうか。人間の生と死の現場に立ちあっている医療者には、以前にも増してスピリチュアリティに関する深い認識と洞察が求められる。スピリチュアリティに関する社会的な動きは、旧来の医療の枠を超えるものを人々が求めていることを示している。世界中に勃興してきた癒しの文化を現代医療に携わっている人々が無視、あるいは軽視するようなことは、もはやできない。まったく異なる宇宙観に根ざした癒しの伝統を1つの価値ある体系と見なして、そこから真摯に学び取ろうとする姿勢が医療者には求められているのではないだろうか。それを自覚することは、医療者自身がスピリチュアリティに関する生活実感を伴った価値を創造することに他ならないのである。

以上の議論から、スピリチュアリティを含めた全体性の理論に基づくヒーリング文化には、ケア提供者自身が自らの仕事をスピリチュアルなものであることを自覚し、自らの「感性」を磨く必要があると言えよう。

また、医療教育において、隣接する学問的な視野を既成の医療・健康科学のパラダイムに乗せようとしたり、教養科目として位置づけるのではなく、医療職者ではないが、医療的なことに関心を持つ専門家と連携していくことが、今後の研究の発展につながるのではないだろうか。

引用文献

- 赤澤輝和・長瀬牧子 2004 終末期がん患者における希死念慮とSpiritual pain 東海大学健康科学部紀要, 9, 97-105.
- Anderson EZ 2001 Energy therapies for physical and occupational therapists working with older adults. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 18(4), 35-49.
- 安藤治・結城麻奈・佐々木清志 2001 心理療法と霊性-その定義をめぐって. *トランスパーソナル心理学/精神医学*, 2, 1-9.
- 安藤治 2003 心理療法としての仏教 法蔵館
- 渥美和彦 2001 相補・代替医療 (CAM)の現況と課題 心と精神の関与する科学技術報告書 科学技術振興事業団 Pp. 88-102.
- Carroll, M.M. 2001 Conceptual models of spirituality. *Social Thought*, 20(1/2), 5-21.
- Chandler,E.N. 2000 Prayer and health outcomes in church lay leaders. *Western Journal of Nursing Research*, 22(6), 706-716.
- Chang,S.O. 2003 The nature of touch therapy related to Ki: Practioners' perspectives. *Nursing and Health Sciences*, 5, 103-114.
- Dossey, L. 1989 *Recovering the soul: A scientific and spiritual search*. New York: Bantam Books.
- Dossey, L. 1993 *Healing words: The power of prayer and the practice of medicine*. New York: Harper Paperbacks.
- Elkins, D.N., Hedstrom, L.J., Leaf, J.A., & Saunders, C. 1988 Toward a humanistic phenomenological spirituality; Definition, description, and measurement.. *Journal of Humanistic Psychology*, 28, 5-18.
- 比嘉勇人 2002 Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討 *日本看護科学会誌*, 22 (3) , 29-38.
- 今村由香・河正子・萱間真美・水野道代・大塚麻揚・村田久行 2002 終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討 *ターミナルケア*, 12 (5) , 425-434.
- Jonas, W.B. & Crawford, C.C. 2003 Science and spiritual healing: A critical review of spiritual healing "energy" medicine, and intentionality. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 9 (2), 56-61.
- 木戸真美 2002 遠隔ヒーリング効果の測定 (Measurements of Distant Healing Effects)(英語). *Journal of International Society of Life Information Science*, 20 (2) , 491-511.
- 小竹潤一郎・原口鈴恵・Parhomtchouk,D.V.・山本幹男 2002 意識集中による生物フォトン変化 (その2) 生物フォトン変化によるヒーリング効果検出の試み (Change of Biophoton Emission by Mental Concentration: Part II. : Trial Detection of Healing Effect by Biophoton Change)(英語). *Journal of International Society of Life Information Science*, 20 (1) , 132-147.
- 窪寺俊之 2000 スピリチュアルケア入門 三輪書店
- Malinski,V.M. & Barrett, E.A.M. 1994 *Martha E. Rogers: Her life and her work*. Davis Company. (手島恵(監訳) 1998 マーサ・ロジャースの思想: ユニタリ・ヒューマンビーイングズの探求 医学書院)
- Money,M. 2000 Sharmanism as a healing paradigm for complementary therapy. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 7, 126-131.
- 宗像恒次 2001 ヘルスカウンセリングにおけるスピリチュアリティ ヘルスカウンセリング学会年報, 7, 27-38.
- 村田久行 2003 終末期がん患者のスピリチュアルペインとそのケア アセスメントとケアのための概念的枠組みの構築 *緩和医療学*, 5(2) , 157-165.
- 長瀬雅子・中村雅彦 (2004) 個人別態度構造分析による看護師のスピリチュアリティ構成概念に関する事例研究 *トランスパーソナル心理学/精神医学*, 5, 52-58.
- 中西貴美子・中川雅子・吉岡一実・片岡智子・林智子・高植幸子・石井八恵子 2001 ターミナル期の患者に対する癒しの援助技術 スピリチュアルケアについての一考察 *三重看護学誌*, 4 (1) , 77-81.
- Newman, M.A.1986 *Health as expanding consciousness*. St.Louis,Mo: Mosby.
- 西平直 2003 スピリチュアリティ再考-ルビとしての「ス

- 「スピリチュアリティ」 トランスパーソナル心理学/精神医学, 4, 8-16.
- 沼野尚美 1996 スピリチュアルケアの意義 ターミナルケア, 10, 199-204.
- O'Mathúna, D.P. 2000 Evidence-based practice and reviews of therapeutic touch. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(3), 279-85.
- O'Mathúna, D.P., Pryjmachuk, S., Spencer, W., Stanwick, M., & Matthiesen, S. 2002 A critical evaluation of the theory and practice of therapeutic touch. *Nursing Philosophy*, 3(2), 163-76.
- Quinn, J.F. 2000 The self as healer: reflections from a nurse's journey. *AACN Clinical Issues: Advanced Practice in Acute and Critical Care*, 11(1), 17-26.
- Rogers, M.A. 1970 *An introduction the theoretical basis of nursing*. Davis Company. (樋口康子・中西睦子 (共訳) 1979 ロジャース看護論 医学書院)
- 佐藤智 2000 在宅の終末期における spiritual pain の癒しについて 死の臨床, 23 (1), 111-115.
- Smith, A.A. 2001 Concept analysis of healing in chronic pain. *Nursing Forum*, 36(4), 21-27.
- Starn, J.R. 2000 エネルギーヒーリングの理論的基礎 *Quality Nursing*, 6(9), 4-12.
- 鈴木大拙 1972 日本的靈性 岩波書店
- 田崎美弥子・松田正己・中根允文 2001 スピリチュアリティに関する質的調査の試み-健康およびQOL概念のからみの中で 日本醫事新報, 4036, 24-32.
- 鶴若麻理, 岡安大仁 2000 末期がん患者のスピリチュアルニーズについて 生命倫理, 10 (1), 58-63.
- 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.
- Watson J 1985 *Human science and human care: A theory of nursing*. Norwalk, CT: Appleton-Century.
- Watson J 2002 Intentionality and caring-healing consciousness: a practice of transpersonal nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12-9.
- World Health Organization 1998 *Executive Board 101st Session, Review of the Constitution of the World Health Organization: report of the Executive Board special group*, EB101.R2/ Agenda item 7.3.
- 山本正樹, 八木安生, 藤田晴康, 南吉一, 福島寿一, 松島たつ子, 萬代隆 2003 終末期医療における QOL 評価のあり方 *Quality of Life Journal*, 4(1), 69-75.
- 湯浅泰雄 2003 スピリチュアリティの現在-宗教・倫理・心理の観点 人文書院
- Zahourek RP 2002 Intentionality: a view through a Rogerian and a Newman lens - lightly. *International Journal for Human Caring*, 6(2), 29-37.

注1. 本稿でいう「スピリチュアルな癒し」とは、スピリチュアルヒーリング、エネルギーヒーリング、サイキックヒーリングを含んだものである。

注2. 本稿でレビューされた論文は、医中誌WEB版 Ver.3を用いて、「スピリチュアル」、「エネルギー医学」、「エネルギーヒーリング」、「祈り」をキーワードに、また看護系データベースCINAHLを用いて「spiritual healing」、「psychic healing」、「pray healing」、「energy healing」をキーワードに、2000年以降に公刊された査読付き研究論文の中から、筆者らがその要約を読んでふるいにかけ、さらに本文の内容を検討して選ばれたものを基本としている。ただし、本稿執筆の過程で重要と判断された著書や論文等を追加している。