

【研究論文】

心理臨床実践と臨床看護実践における被援助者に対する共感の再検討 —文献検討から—

人間環境大学 今井田貴裕
中京学院大学 今井田真実

要旨

共感は、他者の経験を観察することによって生じる認知的・感情的な反応であり対人援助に必要な能力である。本研究では、臨床看護実践で求められる共感について、心理臨床実践と比較することにより再考した。その結果、心理臨床実践領域では自己指向的な共感によりクライアントのパーソナリティの変化を志向することが、臨床看護実践領域では他者指向的な共感により患者の医療や看護に対する信頼感や積極性を促進することが必要と考えられた。今後、各領域で求められている共感に関するエビデンスの確立が必要である。

1. 問題

共感是他者の経験を観察することによって個人に生じる認知的・感情的な反応であり¹⁾、対人援助する上で必要な能力である。対人援助職の一種である看護師も、患者との信頼関係を築くために共感が必要とされており²⁾、看護師にとって基本的かつ不可欠な技術とされている^{3) 4)}。しかし、その一方で、患者に対する共感の要請が看護師自身のメンタルヘルスを悪化させる要因になりかねないこと⁵⁾も示されている。実際に、看護師の共感の文献レビュー⁶⁾では、多くの先行研究において共感疲労とバーンアウト症状の関連が報告されている。よって、看護師の患者に対するかかわりにおいて、共感が重要な位置を占めると考えられる。

また、看護師の養成課程においては、患者に対する共感の教育の必要性が指摘されている⁷⁾。しかし、その教育方法は確立しているわけではなく、探索的な教育の試みが行われているに過ぎない⁸⁾⁹⁾。これは、看護師の養成課程において、共感を教育する具体的方法が明示されていないことが原因の一つと考えられる。そのため、看護師の共感の教育方法について、改めて検討する必要があるだろう。

そこで本研究では、まず、臨床心理士や公認心理師の養成課程における共感の教育についてロジャーズの文献を中心に概観する。その後、臨床看護実践の共感を概観することにより、心理臨床実践と臨床看護実践における共感の異同について検討する。その後、基礎研究における共感に触れ、心理臨床実践や臨床看護実践で要請される共感を再考する。

2. 結果と考察

(1) 心理臨床実践における共感

臨床心理士や公認心理師といったセラピストは心理療法をクライアントに行うが、共感
 はこうした心理臨床実践における基本的な技術とされている¹⁰⁾。共感、クライアントの
 パーソナリティに肯定的な変化をもたらすとされており、「治療的な人格変容のための必要
 にして十分な条件¹¹⁾」により詳細が規定されている (Table 1)。それによると、第一条件
 は「セラピストとクライアントが心理的な接触を保っていること」、第二条件は「クライエ
 ントは自己不一致な状態にあつて、心理的に傷つきやすく不安な状態にあること」、第三条
 件は「セラピストは自己一致している状態で、安定し統合されており、ありのままの自分
 でいられること」、第四条件は「セラピストはクライアントに無条件の肯定的配慮を経験し
 ていること」、第五条件は「クライアントの内的照合枠を共感的に理解しており、クライエ
 ントに伝えようとしていること」、第六条件は「セラピストの共感的理解と無条件の肯定的
 配慮がクライアントに伝わっていること」である¹¹⁾。そのうち、第三条件の自己一致、第
 四条件の無条件の肯定的配慮、第五条件の共感的理解はセラピスト側に重要な姿勢や態度
 とされており、心理療法においてこれらの条件が特に重視されている。

まず、第三条件の自己一致とは「セラピストは自己一致している状態で、安定し統合さ
 れており、ありのままの自分でいられること」である (Figure 1)。Rogers¹²⁾によると自己一
 致した状態とは自己概念と体験が一致している状態であり、セラピストが心理臨床実践に
 おいて、クライアントに伝える言葉をセラピスト自身の態度と一致させる必要性を示して
 いる。また、クライアントは、自己概念と体験が不一致の状態にあるため不安が高い状態
 にあるとされており、セラピストから伝えられる共感を通してクライアントが自己一致し
 ていくと考えられている¹²⁾。なお、セラピストはクライアントとの関係においてのみ一致
 していれば十分とされており、セラピスト自身が日常生活においていつも一致しているこ
 とはそもそも不可能であると考えられている¹³⁾。このように、心理臨床実践においては、
 クライアントに対して、自己一致した上での共感がセラピストに求められているのである。

次に、第四条件の無条件の肯定的配慮とは「セラピストはクライアントに無条件の肯定
 的配慮を経験していること」であり、セラピストは条件付きではなくありのままのクライ
 エントを受容することが求められる¹²⁾。つまり、セラピストによる無条件の肯定的配慮が、
 クライアントの受容された感覚を強め、自由な感情表現を促すのであろう。

最後に、第五条件の共感的理解とは「セラピストはクライアントの内的照合枠を共感的
 に理解しており、クライアントに伝えようとしていること」であり、ここでの内的照合枠
 は個人の刺激に対する考え方や捉え方、感じ方を指す¹²⁾。つまり、共感的理解とは、セラ
 ピストがクライアントの見る世界をどのように考え、捉え、感じるかを自分が体験したか
 のように理解し、クライアントにその体験を伝えようとするものである。

Table 1 治療的な人格変容のための必要にして十分な条件 (Rogers, 1951)

第一条件	セラピストとクライアントが心理的な接触を保っていること
第二条件	クライアントは自己不一致な状態にあつて、心理的に傷つきやすく不安な状態にあること
第三条件	セラピストは自己一致している状態で、安定し統合されており、ありのままの自分でいられること
第四条件	セラピストはクライアントに無条件の肯定的配慮を経験していること
第五条件	セラピストはクライアントの内的照合枠を共感的に理解しており、クライアントに伝えようとしていること
第六条件	セラピストの共感的理解と無条件の肯定的配慮がクライアントに伝わっていること

このように、自己一致、無条件の肯定的配慮、共感的理解は、臨床心理士や公認心理師が共感的に心理療法を行う上で不可欠な技術である。しかし、これらはセラピストの技術

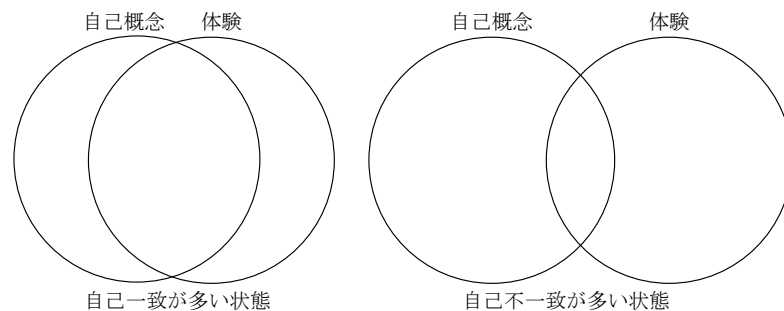


Figure 1 自己一致と自己不一致 (Rogers,1951)

や態度に関する教育であるため、ただ講義的に提示するのみでは習得が難しいとされている¹⁴⁾。そのため、臨床心理学においては、スーパーバイズや研修を通して共感の教育が長期にわたって実施されている¹⁵⁾¹⁶⁾。このように、心理臨床実践に関する共感はまだ技術を習得するのみでなく、セラピストの内的な自己一致などの態度を獲得する必要があるために、長期の養成課程が必要と考えられる。

(2) 臨床看護実践における共感

看護師の患者に対する共感とは、患者の感情の中に身を投じる能力とされており¹⁷⁾、患者に対する理解を深め、患者を孤独から解放し効果的な看護ケアを生み出し、患者の苦痛を軽減するために有効な態度¹⁸⁾とされている。このように、看護師の患者に対する共感とは、臨床心理士や公認心理師と同様に臨床実践の上で基本的かつ不可欠な技術とされている。

しかし、看護師の患者に対する共感について、独自の定義や教育方法のコンセンサスが得られているわけではない¹⁹⁾²⁰⁾。そのためか、看護師は臨床実践で患者に対して共感することに困難を感じることも少なくない²¹⁾。また、臨床看護実践における共感を心理臨床実践の共感と同様のものとみなす場合もある²²⁾。心理臨床実践における共感とはクライアントのパーソナリティに変化の促進することを意図するが¹²⁾、臨床看護実践における共感とは患者の心理的苦痛の低減や医療や看護に対する肯定的な姿勢の促進を意図する¹⁸⁾。このように、心理臨床実践と臨床看護実践の共感とは異なる意図で行われているにもかかわらず、看護師が共感を心理臨床実践のものと同じ視または混同することにより、疲弊する一因となっている可能性がある。

共感を心理臨床実践と臨床看護実践で混同することによる弊害は、各領域の構造を概観しても理解することができる。臨床心理士や公認心理師がセラピストとしてクライアントに行う心理臨床面接では、概ね1週間から1か月の間に50分～100分程度の面接を実施するのが一般的である。そのため、心理臨床実践におけるセラピストのクライアントに対するかかわりは極めて限定的であることから、セラピストが自己一致することは比較的容易であると考えられる。他方、看護師は、こうした限定的な構造は存在しない。そのため、

臨床看護実践における共感を、心理臨床実践における共感と同じとした場合、看護師は勤務時間の多くを自己一致しなければならない。その結果として、看護師は度重なる自己一致や共感によって心身が疲弊していくと考えられる。

以上から、心理臨床実践における共感をそのまま臨床看護実践における共感に当てはめることによって、看護師のメンタルヘルスを悪化させていると考えられる。さらに、近年の看護研究では、看護師の感情管理²³⁾²⁴⁾や感情規則²⁵⁾といった概念が注目されており、看護師の患者に対する共感の心的負担が看護師にとって大きな問題となっていると考えられる。そのため、臨床看護実践に即した共感を再定義し、共感の仕方を教育する方法を考案することが急務であろう。

(3) 臨床看護における共感の再定義

近年の共感性に関する基礎的な研究では、他者の感情を正確に理解する点に重きをおく認知的側面と、他者の感情に対する代理的な情動反応に重きを置く情動的側面が想定されている²⁶⁾²⁷⁾。Davis²⁸⁾は共感性を測定するために、共感の認知面と情動面を考慮した対人反応性指標 (Interpersonal Reactivity Index: IRI) を開発しており、日本版も開発されている²⁹⁾。IRIは、4下位尺度で構成され、「視点取得」が他者の心理的観点をとろうとする傾向を、「想像性」が他者の感情や行動に自身を投影して想像する傾向を、「共感的配慮」が他者に対して同情し配慮する傾向を、「個人的苦悩」が他者の苦しむ場面における不安や不快などの傾向を測定している³⁰⁾。同尺度³⁰⁾は、認知的側面の「視点取得」と「想像性」、情動的側面の「共感的配慮」と「個人的苦痛」に分類する方向性と、不安感を示す他者を見て自分も不安になる自己指向的側面の「想像性」と「個人的苦悩」、不安感を示す他者を見て憐れみや怒りを感じる他者指向的側面の「視点取得」と「共感的配慮」に分類する方向性がそれぞれ仮定されている。このように、共感は自己指向・他者指向的な共感に分類されるのである。

心理臨床実践における共感が治療的な人格変容のための必要にして十分な条件¹¹⁾の自己一致、無条件の肯定的配慮、共感的理解を重視する点を考慮すると、クライアントに対する自己指向的な共感が必要であろう。これは、セラピストにクライアントの体験を追体験するような共感が求められるためである。こうした自己指向的な共感がクライアントに「わかってもらえた」体験をもたらし、クライアントのパーソナリティに肯定的な変化を及ぼす³¹⁾。こうした自己指向的な共感の達成はセラピストの心的負担も大きいいため、上述した心理療法のような限定的な構造でなければ達成できないのであろう。

一方、臨床看護実践における共感では、「視点取得」や「共感的配慮」といった患者の立場に立った他者指向的な共感が適切であると考えられる。これは、臨床看護において患者に対して生活指導する場面があることから無条件の肯定的配慮が難しく、患者の病態によっては看護師が患者のそれを追体験するように共感することも難しく、長時間の自己一致自体がそもそも困難である¹³⁾ためである。また、臨床看護実践における共感の目的は、患者

の医療や看護ケアに対する積極性や信頼感を促進することであり、パーソナリティに肯定的な変化をもたらすことが目的ではない。以上から、他者指向的な共感が看護師に必要な共感と考えられる。

(4) 看護師に対する共感の教育

共感の教育にあたって、心理臨床実践と臨床看護実践とにおいて大きな違いがある。まず、心理臨床実践では、臨床心理士を養成する指定大学院においてロールプレイや実際の臨床実践におけるスーパーバイズの一環として行われる³²⁾。スーパーバイズでは、カウンセリングや心理療法の会話の記録である逐語録を使用するのが一般的である³³⁾。さらに、大学院を修了した心理臨床の初学者は、その後もスーパーバイズを継続したり、学会の研修に参加したりすることによって、共感をはじめとした心理臨床実践の技術を研鑽する³²⁾。そのため、臨床心理士や公認心理師は、養成機関に在籍している時から共感をトレーニングする機会が豊富であり、卒後の研鑽の機会も充実していると考えられる。

一方、看護師においても、患者に対する共感に焦点化したトレーニングも実践されているが、ほとんどが短期的に行われているのみである²⁰⁾。さらに、会話の逐語録からスーパーバイズもされているわけではない。そのため、看護師に対して共感を教育する機会自体が少ないと考えられる。また、看護師の養成課程において安直に共感の教育を奨励することも妥当ではないであろう。その理由として、看護師養成課程の場合、少数の教員が多数の学生に教育・実習するのに対し、臨床心理士の養成課程の場合、多数の教員が少数の大学院生の教育を担当するためである。このように、共感する技術を看護の養成課程において教育することは現時点では構造的に難しいと考えられる。

3. 結論

本研究では、心理臨床実践と臨床看護実践において求められる共感についての文献を概観した。その結果、臨床心理士や公認心理師がセラピストとしてクライアントにする共感とは、セラピスト自身が自己一致や無条件の肯定的配慮、共感的配慮といった自己指向的な共感によりクライアントのパーソナリティの変化を志向するものであった。一方、看護師の患者に対する共感とは、他者指向的な共感によって、患者の医療や看護に対する信頼感や積極性を促進するものであった。そのため、看護師の患者に対する共感の教育では、他者指向的な共感を教授し、自己指向的な共感によるメンタルヘルスへの弊害を教育する必要がある。

4. 限界と課題

本研究は、心理臨床実践と臨床看護実践における共感の先行研究を比較することにより、共感の再定義と教育について検討した。これらは文献的検討であるため空理空論である可

能性も否めない。そのため、今後は本研究から導出された各領域で求められる共感について、実証的な調査に基づいたエビデンスの確立が急務である。

引用文献

- 1) 櫻井 茂男・村上 達也「共感性と社会的行動の関係について—溝川・子安論文へのコメント—」『心理学評論(58-3)』、2015年、372-378頁
- 2) 福田 和美・井上 範江・分島 るり子「乳がん患者が認知した看護師の共感的な関わりと共感的関わりから生じた患者の変化」『日本看護科学会誌(30-4)』、2010年、46-55頁
- 3) 福田 正治「看護における共感と感情コミュニケーション」『富山大学看護学会誌(9-1)』、2009年、1-13頁
- 4) 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(23-1)』、2003年、14-25頁
- 5) 山本 智恵子・西村 夏代・出井 涼介・山口 三重子・中嶋 和夫「看護職者の共感ストレスと共感ストレス認知が精神的健康に与える影響」『社会医学研究=Bulletin of social medicine: 日本社会医学会機関誌(35-1)』、2018年、109-118頁
- 6) 岸本 久美子・瀬戸口 ひとみ・香月 毅史「看護師の共感疲労と共感満足に関する文献レビュー」『秀明大学看護学部紀要(1-1)』、2019年、1-9頁
- 7) 上野 恭子・小竹 久実子・熊谷 たまき「看護師の共感援助行動尺度における因子構造と妥当性の再検討」『医療看護研究(14-1)』、2017年、1-10頁
- 8) LaMonica, E. L. , Carew, D. K. , Winder, A. E. , Hassel, A. M. , & Blanchard. K. H.、 “Empathy Training as the Major Thrust of a Staff Development Program”、 *Nursing Research*(25-6)、1976、 pp. 447-451
- 9) Slade, S. , Dip, G. , & Musc, M.、 ”Communication skills training for health professionals : cancer care”、 *The Joanna Briggs Institute*、 2016
- 10) 葛西 真記子・大倉 江里奈「心理療法家を目指す学生の共感性の変容」『鳴門教育大学研究紀要(29)』、2014年、184-198頁
- 11) Rogers, C. R.、 “ The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change”、 *Journal of Consulting Psychology*(21)、 1957、 pp. 95-103
- 12) Rogers, C. R. 、 “Client- Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory”、 *Houghton Mifflin*、 1951
- 13) 山田 俊介「カウンセラーの一致についての考察：カール・ロジャーズのとらえ方の変化をもとにして」『香川大学教育学部研究報告(151)』、2019年、113-130頁
- 14) 斧原 藍・白崎 愛里・中西 達也・中田 行重「初学者が抱くパーソン・センタード・セラピーのイメージ—教育・訓練への示唆を求めて—」『関西大学臨床心理専門職大学院紀要(5)』、2015年、91-99頁

- 15) 木村 友馨・木村 優香「わが国の若手心理臨床家が抱える面接場面における困難の現状—質的研究論文の文献検討—」『お茶の水女子大学心理臨床相談センター紀要(19)』、2017年、71-80頁
- 16) 樽澤 百合「スーパービジョンを通してのカウンセラーの共有不全経験についての検討」『人間生活文化研究(25)』、2015年、236-240頁
- 17) Nightingale, F., “Notes on Nursing: What it is, and what it is not. new edition”, *Cambridge University Press*, 1860
- 18) 日高 優「看護学生における共感性の検討—看護大学2校の看護学生に対する共感性の調査から—」『日本看護科学会誌(36)』、2016年、198-203頁
- 19) 岡本 陽子「看護教育における共感の育成—その理論と実践—」『九州大学医療技術短期大学部紀要(13)』、1986年、21-30頁
- 20) 大熊 淳子「看護学生の共感性の育成—社会的スキルとの関連からの検討—」『太成学院大学紀要(19)』、2017年、77-86頁
- 21) 籠 玲子・太田 勝正「新人看護師の共感の理解の特徴と患者に共感的態度で接することに困難を感じた経験について」『看護科学研究(10-2)』、2012年、37-46頁
- 22) William J. R., “The Measurement and Development of Empathy in Nursing”, *Routledge*, 2000
- 23) 谷口 清弥「看護師の感情管理要因の現状に関する検討」『甲南女子大学研究紀要 看護学・リハビリテーション学編(2)』、2012年、77-88頁
- 24) 渡部 勇三・小西 由紀恵・石川 美奈「緩和ケア病棟看護師の感情労働における感情管理要因の変化」『松江市立病院医学雑誌(24-1)』、2020年、33-40頁
- 25) 崎山 治男「感情規則の相対化のプロセス」『年報社会学論集(15)』、2002年、129-140頁
- 26) Eisenberg, N., & Miller, P. A., “The relation of empathy to prosocial and related behaviors”, *Psychological Bulletin*(101), 1987, pp. 91-119
- 27) Eisenberg, N., & Strayer, J., “Critical issues in the study of empathy”, *Empathy and its development*, 1987, pp. 3-13
- 28) Davis, M. H., “Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach”, *Journal of Personality and Social Psychology*(44), 1983, pp. 113-126
- 29) 木野 和代・鈴木 有美・速水 敏彦「友人の不快感情調整に関わる要因の検討—女子青年を対象に—」『名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要(47)』、2000年、59-68頁
- 30) 鈴木 有美・木野 和代「多次元共感性尺度 (MES) の作成—自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて—」『教育心理学研究(56-4)』、2008年、487-497頁
- 31) Rogers, C. R., “Empathic: An Unappreciated. Way of Being”, *The counseling Psychologist*(5), 1975, pp. 2-10
- 32) 日本臨床心理士会「臨床心理士の基礎研修—ファーストステップ・ガイダンス—」『創元社』、2009年
- 33) 平木 典子「心理臨床スーパーヴィジョン」『金剛出版』、2012年