



Title	投影の働きと病名告知
Author(s)	柏木, 哲夫; 平井, 啓
Citation	大阪大学人間科学部紀要. 1996, 22, p. 205-229
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/5508
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

The University of Osaka

投影の働きと病名告知

柏木哲夫・平井啓

目次

- I. はじめに
- II. 方法
- III. 結果
- IV. 考察
- V. 総合論議

投影の働きと病名告知

柏木 哲夫・平井 啓

I. はじめに

本論の目的

これまで延命のみを目的にしていた日本の医療の現場が少しずつ変わりつつある。人生の総決算の場においては、まず苦痛の緩和を第一に考えるべきであるという思想がここ10年ほど前から重視されるようになってきた。

末期の患者の自己決定権の重要性も指摘されるようになってきた。ここで問題となるのが病名の告知である。自分で自分のことを決めるためにはまず真実を知る必要があるのは当然である。このような流れの中で、現在の日本の医療場面、特にターミナルケアの場面において病名告知の問題は非常に大きな問題として注目されている。この病名告知に関する問題は1つの社会問題として調査され、倫理的側面など様々に議論されている。その中で、厚生省の行った調査によると不治の病の病名告知に対して肯定的な意見を持つ人が大半を占めるのに対して、実際には18.2%の患者しか正確な病名告知を受けていないという（厚生省 1994）。またKaiらの調査によると、患者は病気に関する適切な情報を望んでいるのに対して、医師は患者が情報を望んでいない、あるいは分からないと推定するというような、患者と医師の病名告知に対する認識の異なりを指摘している（Kai, I., Yano, E., Kobayasi, Y. and et al 1993）。このような病名告知に対する患者と医師の認識の異なる傾向は日本のみならず、アングロサクソン民族以外の民族、国家において見られることもまた指摘されている（Centeno-Cortes, C., Nunez-Olarte, JM. 1994）。

このようにさまざまに議論されている病名告知の問題は患者一人の生命に関わる問題のみならず、家族、医療従事者を含む周囲の複雑な人間関係の問題であると考えられる。この人間関係においては、患者の意志、希望といったものよりも、周囲の家族、医師といった人々の個人

的な感情、思感が大きくなっているのではないかと思われる。

そこでこのような人間関係における感情をも含む複雑な力動の観点から、ここでは「投影」という概念、そしてこの言葉の用いられる文脈を通じて、考え、解釈をおこなっていき、何か臨牀的に還元できるものを探していくつもりである。この「投影」という概念を用い、解釈を行っていくためには、それが一体どのような概念であるのかをはっきりさせておく必要がある。実際、この「投影」という概念を用いるにあたり、理論的立場の違いによりその意味、使われ方に差異が生じ、概念そのものが多義的になっている感じをうける。そこでまずこの「投影」という概念そのものと、それが用いられる文脈についての学問的な検討を行うつもりである。

本論の目的を整理すると、理論的には、精神分析学により用いられてきた投影の概念の意義について、この概念の歴史を振り返り、各立場からの批判や検討を加えて論議することであり、臨牀的、応用的には、この概念を用いることにより病名告知の問題に関しての理解の手がかりを提供することである。

概念の歴史

精神分析学における投影

そもそもこの投影という概念は、Freud, S. がパラノイア患者の自伝の分析を行った論文「自伝的に記述されたパラノイア（妄想性痴呆）の一症例に関する精神分析的考察」において、パラノイアの症状形成を説明する際の一つの概念として提示したものである（Freud, S 1911/1969）。ここでは投影は自己の内的な欲動や感情の中で意識が受け入れがたいものを自己に属するものとして認めることを避けたり拒否したりし、この種の欲動や感情を外界または他者に属するもの、それらから自己に向かってくるものとして知覚する心理機制である（小此木、馬場 1972）。つまり「私は愛されたい」から「彼の方が私を愛している」というような主体と客体の逆転、さらに「私は愛されたい」が「彼は私を憎んでいる」に転換されるような感情の性質の逆転として機能するものであるとされている。さらに投影は精神生活におけるどのような場面においても起こりうること、正常な人々の外界とのかかわりの中で重要な役割を果たしていることも指摘されている。

乳幼児の内的幻想世界を重視するKlein, M. の理論においても、この投影の概念は非常に重要な役割を演じている。彼女の理論においては乳幼児が自我を成長させていく過程において、取り入れと投影の機制の活発な相互作用が重視されている。そして彼女はこの投影の概念を同一化identificationと結びつけ、精神分析学における新たな発展をもたらした（Seagal, H. 1973）。この同一化と結びついた投影は投影同一化あるいは投影同一視などと呼ばれ、自己のある部分を外界の対象に投影し、その投影を受けた対象が自己と同一視される機制であり、共感の能力の最も初期の形態ともされている（岩崎 1993）。Freud, S. の概念を整理したFreud, A. も攻撃者との同一視（identification with aggressor）と愛他主義（altruism）において、複数の防衛機制の複合的働きとして、投影同一化と共通するような概念を取り上げている（Freud, A. 1936/

1958)。このような投影同一化の概念の発達は、後に対象関係論などを中心に発達している。さらにBion, W. R. に始まる精神分析的集団心理学において、現在この概念は、個人間の精神力動、すなわちコミュニケーションを説明する中心的概念の1つとして大きな役割を演じている (Aschbach, C. and Schermer, V. 1987/1994)。

しかし、このような精神分析学の流れにおける投影の概念は、各理論家、臨床家の経験のみを元に発展してきたために、概念の使われ方、概念そのものの意味に、学派の違いやさらに個人により多少とも異なるものとなっている。その上で精神分析の理論において投影の存在はあたかも自明であるかのように扱われ、投影の存在そのものに対する検証やその試みはほとんど行われていない。よって概念自体の存在も明らかではないし、一義的に定義され運用されているものでもない。ある意味では、言葉が一人歩きしていると言えるであろう。

John Bowlbyによる批判

興味深いことに、精神分析学者であるBowlby, J. は、独自の立場から従来の精神分析により用いられてきた投影の概念について批判を加えている (以下、Bowlby, J. 1973/1991, p. 204-210)。

まず彼は、従来の伝統的精神分析学において、投影がさまざまな恐怖を説明するために過度に用いられ、そのために理論を混乱させてきたとしている。彼は投影の用いられ方について2種のものをあげている。第一には、投影の、知覚以前に持っている概念に照合して対象を知覚しようとするわれわれの傾向、すなわち対象にわれわれが所有しているであろうと仮定するところの性格を投影する傾向を示す使われ方である。第二には、投影のある人物が彼自身の好ましくない、あるいは恐れている特性を他の人物に起因するものとする過程を示すものとしての使われ方である。この2つの投影の使われ方のうち、Bowlbyは、2番目を採用するとし、1番目は、人が過去の経験から得たモデルに対象を当てはめて知覚するという意味で投影の概念よりもむしろ、既に広まっている同化assimilationの概念により説明されうるとしている。さらに2番目は、精神分析の伝統において最も頻繁に用いられてきたものであるとしながら、過度に投影の概念が用いられた例としてKlein, M. の場合を引き合いに出して、それを批判している。彼は、クラインの乳幼児期の内的世界における死の本能の投影に基づく理論を、「今日の生物学に何の関連も与えない非発展的なパラダイムに根ざすのみならず、臨床研究においても、個人本来の存在、過去、現在から注意をそらし、あたかも個人を環境から何の影響も受けられないような閉システムであるかのように扱い、有効な臨床の實踐に有害な影響を持つものである」と批判している。そして現在のアプローチに通ずるものを考える必要と、投影の概念そのものについて再考を指摘している。

そこで彼は、ある人物が他人から傷つけられるのではないかという恐れを抱いていて、傍観者の目にはそのような恐れは間違っているように見える状況を想定し、その解釈について検討している。従来の精神分析家の立場では、この状況を彼の存在が否定された攻撃性が他人に

投影されていると解釈しがちである。しかしこの状況には以下の4通りの説明が存在することを指摘している。

1. 彼は正確にその他者に攻撃的意図を突き止めており、傍観者以上に状況に対してより敏感になっている。
2. 彼は子どもの頃、重要な人物が友好を求めてくるときにはしばしば攻撃的であったことを学習してしまっており、そのため同化の過程を通して、後の人生で会った人を攻撃的でないにも関わらず攻撃的であると考えがちになっている。
3. 彼は、彼が他人に対して友好的でない、そしてその人物を傷つけようとする傾向すらあることに気付いているため、自然と彼の好ましくない意図が報いられると期待している。
4. 彼は、彼の好ましくない意図に気付いておらず、彼が他人に対して友好的であるところでは、他人は彼に敵意があると思っている。

さらにこの状況については、この4つのうちのどれか、あるいは複数の組み合わせがよくあてはまるものかについてそれぞれのケースについて証拠を検証する必要があるとしている。

彼は、これら4つの説明の中で、第4番目の説明されている過程のみが厳密な意味での防衛機制としての投影であるとしている。そしてこの場合の投影が、自己の好ましくない特性を他人のせいにする、すなわち他人の特性に帰属するというプロセスの意味に用いられていて、誤った帰属misattributionの起源となるものであるとしている。しかし彼は投影と誤った帰属の問題についてこれ以上の言及をしていない。

ここで言えることは、彼が指摘しているように投影の問題は原因帰属、帰属過程、誤った帰属の問題と密接に関連しているということである。つまり帰属過程に関する研究が、投影のメカニズムについてなんらかの知見をもたらす可能性を示唆するものである。また彼の従来の精神分析の概念、用語、理論に対する批判的姿勢は非常に評価できるものであると思われる。

Holmesの投影の心理学的検討

Holmes, D. S. は過去の心理学的研究を概観して、防衛機制としての投影について検討している（以下、Holmes, D. S. 1978）。

まず彼は、投影の働きにより人は自らが自らにとって好ましくない特性を持っているということに気づかないでいられるということに関しては何の証拠も見られないとしている。次に、投影の用いられ方は予測される数種類のパターンに従っているとしている。つまり、好ましくない特性は、好ましい人物、あるいは好ましくない人物に投影されるというパターンが存在するというものである。しかし精神分析的防衛理論から予測される好ましくない特性を好ましい人物に投影するという結果は必ずしも得られないとし、さらにこのような過程は般化の概念により説明しようとしている。このことは先のBowlbyの同化の概念により説明しようという指摘と一致するものであると考えられる。

3番目に、好ましくない特性が投影の働きにより再評価され以前よりは好ましいものとなることに関して、根拠を提供する研究はなかったとしている。すなわち防衛理論によって予測さ

れる、自分にとって好ましくない特性を尊敬する他者に投影し、その他者と自分が同一であることからその特性を肯定的に再評価するといういわば投影同一化のような投影の機能に関しての根拠が見つからなかったとしている。

最後に、HolmesとHoustonらの結果に見られるように(Holmes, D. S. & Houston, K. 1975)、投影のストレスを減らす働きがあるということに関して、自己報告、生理学的、行動測定などによる信頼できる証拠が見られないということを指摘している。つまり、防衛機制として投影の心理的ストレスを減らすという中心的機能を客観的に示すものがないということである。

概観された研究に関して彼は、今までの研究は、特性の投影に関するものであり、衝動の投影に関する実証的研究はほとんどなく、衝動の投影の研究に関する結果が防衛理論に沿うものとなる可能性を否定していない。そして投影の働きに関するパーソナリティ要因の関与が見逃され、あるいは無視されてきたとしている。

このHolmesが指摘していることから言える最も大きなことは、心理学的には投影の存在そのものを実証するデータは現時点では存在しないということである。彼が概観した研究についても投影の機能を仮定した状況で、投影の働きにより予測される結果が起こるのかどうかを検討したもの(Bramel, D. 1963, Stevens, H. A. & Rwitz, W. A. 1970など)がほとんどである。こうしたことから、Holmesは、投影は防衛的に機能しないという対立仮説も同様に証明され得ないとした上で、実証的支持のない理論を信奉し、このような理論に対する実証的支持がほとんど存在しないということは無視しつづけることを批判し、理論を支持するデータが現れるまでは、人間の行動を理解し、説明するために理論に頼り続けることは正当化されないとしている。

投影の問題点

これまで見てきた投影の概念の歴史と2人による批判を振り返ってみて、投影の概念の問題点を整理してみる。

まず最も大きな問題点は、Holmesが指摘しているように投影の概念そのものが実証されていないということである。このことは防衛機制としての投影の働き的前提である無意識の力動の存在を実証しようとするという根本的問題から派生していると考えられる。人間の心の中に無意識の力動、すなわち精神力動を仮定するというのは精神分析学の示す1つのモデルであり、ここでの投影の概念が実証されていない、支持する客観的データが存在しないからといって、防衛理論や精神力動を全く根拠のないむだなものであるといえるのであろうか。

次に、実証されていないということから来る概念の多義性、曖昧性であり、特にBowlbyは、概念の乱用とそのために起こる理論の混乱を危惧し、概念の使用に際する慎重な姿勢を強調している。このことは先に指摘したように言葉の一人歩きに対する警告であると理解することができる。このような精神分析学における他の概念にも見られるような言葉の一人歩きは、理論を他の理論、学説と相互交流の上に成り立つ開放システムたらしむことを妨害し、Bowlbyも

指摘するように他との交流を持たない閉システムとしてしまう(Bowlby, J. 1973/1991, p. 205)。このような意味で、投影という概念を用いる際には、その言葉に対する慎重な姿勢が必要とされると思われる。

概念の仮定

これまで見てきたような問題点を踏まえながら、本論では、以下のような理由から、投影の概念を仮定することにする。

まず、無意識の概念はもはや否定できない概念であり、そこでの力動を仮定することにより、人間の行動における動機に関して、より広い理解とさまざまな説明が可能となり、この無意識の領域の実証を待たずともこの概念を使用することには十分な価値があると考えられるからである。そしてこのような問題点を踏まえた上で、慎重な姿勢で概念を運用し、さらに投影の概念を一つのモデルと仮定し、その現象への適合を考え、再びモデルについて考え直す方がより概念の明確化にもつながるのではないかと考えられるからである。

これらのことをふまえ、ここでは投影の概念の定義について一つの仮定を提示したい。

まず、投影が一連の心理的プロセスであるとする、次のような問題が考えられる。(1)何を投影するのか、(2)どこ、あるいは誰に投影するのか、(3)投影の働きの結果、投影の主体にどのようなことが起こるのか、ということである。

この3点についてまず、何を投影するのかについては、今まで見てきた資料から明らかなように、自らが所持していたくない意図、願望、認めたくない自分の性格などといった、自己にとって好ましくない特性である。そしてそれを自分以外の他者、あるいは物質の対象に投影する。さらにこの際、防衛理論の仮説ではこのような好ましくない特性は無意識に置かれたままとなっている。そして一連の投影の働きの結果、投影の主体は自ら認めたくない特性を他人に帰属し、それに自ら気づかなくなり、自己の内的整合性が保たれる。つまり投影の働きは、①自らが所有していたくない意図、願望、認めたくない自分の性格などといった、自己にとって好ましくない特性を、②自分以外の他人、対象に、③無意識のままで投影し、④その結果として、自ら好ましくない特性を持つことによって起こされる心的苦痛の回避、内的整合性の保持を可能とするプロセスであると仮定される。これは先にBowlbyが最も厳密な意味とするところの投影の定義を踏襲したものである。

調査の目的

それではここで仮定された投影の概念を用いて、本論のテーマである病名告知の問題について調査を通じて考えてみることにする。この調査では、質問紙により患者、家族、医師という3つの立場を設定し、それぞれの立場での病名告知に対する被験者の自由記述の回答から投影の働きを検討することを目的としている。

Ⅱ. 方法

対象

対象は、医学部学生89人、心理学系学部学生77人、医師：内科、整形外科、歯科口腔科、産科婦人科の医師41人、看護婦とホームヘルパーなど看護に携わる人6人、教員、教官8人、会社員、事務員、5人、主婦55人、以上合計281人であった。質問紙を1994年4月から6月の期間に2学生群と主婦群の場合それぞれ一斉に実施、医師の群の場合は個別に配布して、後で回収するという方法により実施した。

質問紙

文章完成式の質問紙を作成した。Appendixに示されるような仮想の末期のガン患者像を示す文章を提示した。なおこの仮想患者像の文章を作成するにあたっては、元淀川キリスト教病院ホスピス医師の意見に従い、なるべく平均的な患者像になるような像を設定した。例えば年齢は淀川キリスト教病院の過去10年間の入院患者の平均年齢である63歳に近いものになるようにした。この文章によって示された状況について、以下の3つの立場を表す3つの質問項目から病名の告知について自由に回答するようにした。ここでは回答を具体的に引き出すために、最初の刺激文に続けて、「なぜなら」という刺激文も設けた。

Q1：「もし私がこの患者であったなら～、なぜなら～」・患者の立場

Q2：「もし私がこの患者の子どもであったなら～、なぜなら～」・家族の立場

Q3：「もし私がこの患者の主治医であったなら～、なぜなら～」・医師の立場

内容分析

分析にはまず内容分析 (Krippendorff, K. 1980/1989) が用いられた。この調査から得られたすべての自由記述の回答は、筆者により定義された肯定-否定に関するカテゴリー尺度と帰属に関するカテゴリー尺度に従って分類された。判定に際しては、前述の3つの質問項目をそれぞれ一つの単位として判定した。

肯定-否定

否定、肯定の次元に関するカテゴリー尺度で、文章完成テストに一般に用いられる分類のカテゴリーである。肯定 (Positive)、否定 (Negative)、中立 (Neutral) の3種類のカテゴリーがある。肯定 (Positive) は、回答全体としてガンの病名告知に対して肯定的態度の回答に対するカテゴリーである。否定 (Negative) は、回答全体としてガンの病名告知に対して否定的態度の回答に対するカテゴリーである。中立 (Neutral) は、回答全体としてガンの病名告知に対して肯定的、否定的どちらの態度も見られない中立的態度の回答に対するカテゴリーである。全ての反応はこれらいずれかのカテゴリーに判別された。

帰属

このカテゴリー尺度は、病名告知をする、しない等の態度に関して、その原因、理由がどこに帰属されているのかを判定するために作成された。この反応の帰属のカテゴリー尺度は、帰属理論における行為の内的属性への帰属と外的状況への帰属の2つの要素を参考にし (Shaver, K. G. 1975)、この質問紙の内容に適合するように、特性 (character) への帰属と状況 (situation) への帰属という2つ方向性を持つカテゴリー尺度を定義した。これらのカテゴリーには、それぞれ質問項目の主語に対して自己selfと他者otherという2つの下位カテゴリーを設けた。さらに理由として表面的概念や他人の言葉など、特性と状況に判別できないような回答のために概念に対する帰属のカテゴリーを設けた。

特性

各質問項目において、告知に関する理由として、個人的要因、性格、内的特性に対して帰属していると考えられる回答に対するカテゴリーである。つまり自分自身の性格、内的要因、他人 (家族の立場であれば患者) の性格や特性に対してその理由が帰属されているものである。このような点から、自己に対する帰属 (Character-Self) と他人 (対象) (Character-Other) に対する帰属の下位カテゴリーにも判別された。

状況

各質問項目において、告知に関する理由として、環境的要因、状況などに対して帰属していると考えられる回答に対するカテゴリーである。すなわち今後予測される事態、過去の状況、現在の状況等に対してその理由が帰属されている。このカテゴリーにおいても、自己に対する帰属 (Situation-Self) と他人 (対象) (Situation-Other) に対する帰属の下位カテゴリーにも判別された。

概念

一般的な概念、通念、社会的規範、他人の発言に対する帰属や質問紙により示された状況場面以外への帰属を示していると考えられるような回答に対するカテゴリーとして概念に対する帰属 (Notion) のカテゴリーを設けた。

以上のように自己の属性に対する帰属か、他者の属性に対する帰属か、また自己の置かれている状況に対する帰属、他者の置かれている状況に対する帰属の4つのカテゴリーが考えられることになる。そしてこれらいずれのカテゴリーにも分類できないとして、帰属の次元に関する分類不能 (NA- No Attribution) のカテゴリーを設けた。

手続き

テキストデータのコード化に関してはHorowitzらの手続きを参考にした (Horowitz et al. 1994)。ここでは全ての被験者の回答の反応に対して、定義されたカテゴリー尺度に基づいて、男女2人からなるコーダーがそれぞれ独立して判定を行った。2種のカテゴリー尺度の信頼性は、この2人のコーダーの間的一致率からLightの標準化されたKappa係数に基づいて算出された (Light 1971)。この結果、肯定-否定のカテゴリー尺度のKappa係数は、0.85 (一致率91%)、反応の帰属のカテゴリー尺度のKappa係数は、0.69 (一致率76%) となった。これらのことから肯定-否定のカテゴリー尺度に関しては十分な信頼性が、反応の帰属のカテゴリー尺度についても信頼性が得られたと言える。さらに統計解析のため2人のコーダー間で不一致となった回答に関しては全て、コーダー間の話し合いによる合意に基づき最終的な判別を行った。先の手続きの結果得られた被験者の回答のうち、空欄のない被験者の回答のみ採用し、分析の対象とした。

統計解析

統計解析は、まず、肯定-否定のカテゴリー尺度のカテゴリーと帰属のカテゴリー尺度のカテゴリーをそれぞれを従属変数として、質問項目の違いの及ぼす効果と各質問項目内での所属集団の違いによる効果、性別の効果、年齢の効果、癌で亡くなった近親者の有無についての効果、間近で人の死を看取ったことがあるかないか、すなわち看取り経験の効果の5つの説明変数の効果をLog-Linear Modelにより検討し、さらにCorrespondence Analysisにより2軸を生成し、質問項目と回答カテゴリーの関係を分析した。そして最終的に肯定-否定と帰属のカテゴリーの関係をCorrespondence Analysisにより分析した。なお以上の分析はJMP2.0を用いて行った (SAS Institute Inc. 1989)。

Ⅲ. 結果

肯定-否定のカテゴリー尺度

質問項目の違いの及ぼす効果が0.1%水準以下で有意となった (Table 1)。つまり質問項目の違いによりその質問項目における回答のされかたに変化が生ずることが統計的に示された。さらにCorrespondence Analysisにより、Figure 1に示されるような質問項目と肯定-否定のカテゴリー群との関係の布置が得られた。ここでこの図とQ1~Q3の各質問項目における各カテゴリーの頻度 (Table 2) を検討したところ、以下のような傾向が見出された。

Table1. Effects for Positive-Negative Categories

Effects	DF	ChiSquare	Prob>ChiSq
Questions	4	69.91494	< 0.001
Group	36	41.08668	0.25748
Age	24	16.2138	0.88020
sex	6	6.76188	0.34343
Death-Experience	6	11.92492	0.06366
Loss-Experience	6	8.68762	0.19192

Table2. Contingency Table for Positive-Negative Categories

Q.NO	Positive	Negative	Neutral	Total
Q1	182	56	19	257
Q2	123	103	31	257
Q3	118	64	75	257
Total	423	140	125	771

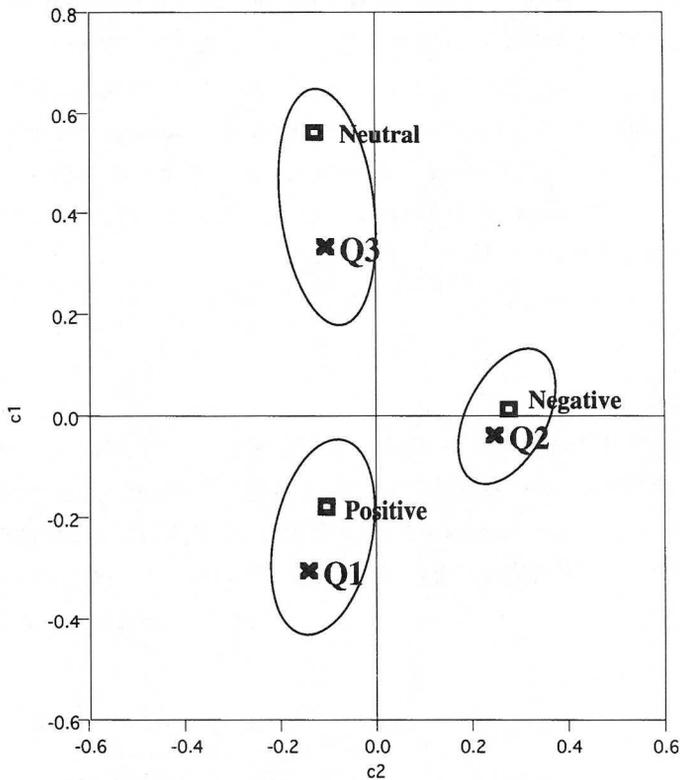


Figure1. Relation between Questions and Positive-Negative Categories

(1)全体としては肯定 (positive)の回答が多くなった (頻度423/771)。このことから病名告知に対しての肯定的傾向がうかがえる。さらに患者の立場の質問項目 (Q1) においては肯定の回答の割合が非常に高くなった (頻度182/257)。つまり患者の立場であれば病名告知に対して強い肯定的傾向があると言える。

(2)しかしながら家族の立場の質問項目 (Q2) においては、他の質問項目に比べ否定 (negative)の回答の多くなる傾向が見られる (頻度103/140)。このことから家族の立場であれば、病名告知に対して否定的傾向になると言える。

(3)医師の立場の質問項目 (Q3) においては、他の質問項目に比べて中性 (neutral)の回答が多くなる傾向が見られる (頻度75/125)。このことから医師の立場であれば、病名告知に対して中立的傾向すなわち肯定-否定の態度決定を保留するような傾向を持つようになると言える。

以上のような傾向をFigure 1 にも読みとることができる。つまり病名告知に対して、家族の立場であれば肯定的に、家族の立場であれば否定的、医師の立場では中立的な態度を持つという傾向が示されたと言える。

帰属のカテゴリー尺度

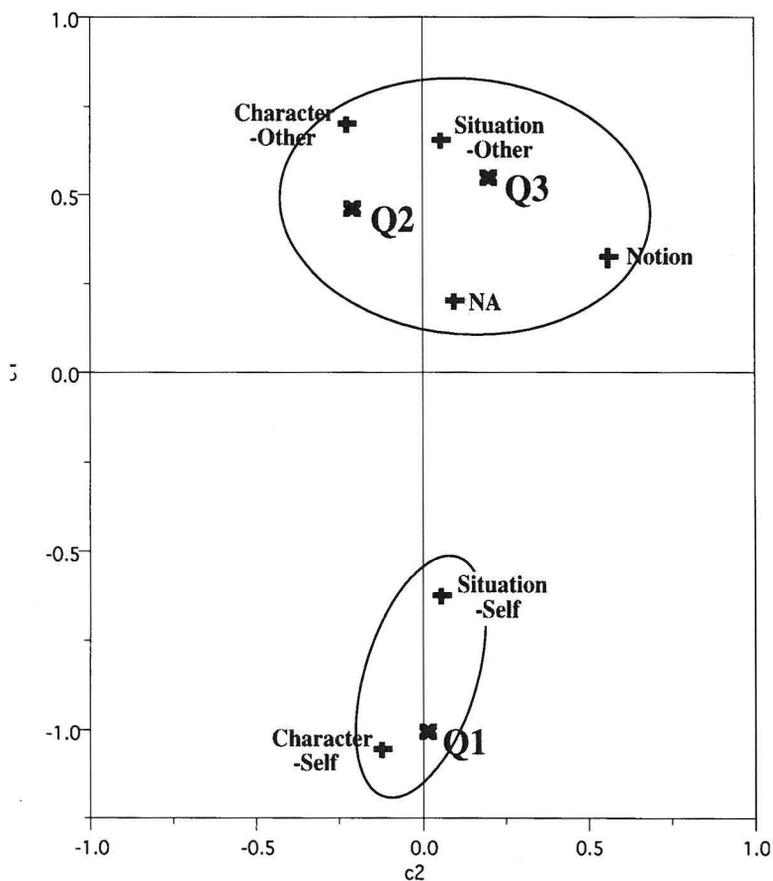
ここでも質問項目の違いの及ぼす効果が0.1%水準以下で有意となった (Table 3)。つまり質問項目の違いによりその質問項目における回答のされかたに変化が生ずることが統計的に示された。さらにCorrespondence Analysisにより、Figure 2 に示されるような質問項目と肯定-否定のカテゴリー群との関係の布置が得られた。ここでもまたこの図とQ1~Q3の各質問項目における各カテゴリーの頻度 (Table 4) を検討したところ、以下のような傾向が見出された。

Table3. Effects for Attribution Categories

Effects	DF	ChiSquare	Prob>ChiSq
Questions	10	451.6392	< 0.001
Group	90	62.2086	0.98878
Age	60	58.0298	0.54807
sex	15	17.6854	0.27957
Death-Experience	15	8.5574	0.89950
Loss-Experience	15	26.7792	0.03059

Table4. Contingency Table for Attribution Categories

Q.NO	Character -Self	Character -Other	Situation -Other	Situation -Self	Notion	NA	Total
Q1	100	0	6	136	7	8	257
Q2	19	81	102	38	6	11	257
Q3	2	59	117	42	23	14	257
Total	121	140	225	216	36	33	771

**Figure2.** Relation between Questions and Attribution Categories

(1)患者の立場の質問項目 (Q1) においては、病名告知に対する態度を決定するものとして患者自身の置かれている状況 (Situation-Self、頻度100/257) と患者自身の性格などの内的特性 (Character-Self、頻度136/257) に帰属される傾向が見られた。

(2)家族の立場の質問項目 (Q2) においては、病名告知に対する態度を決定するものとして

患者の置かれている状況（Situation-Other、頻度102/257）と患者の性格などの内的特性（Character-Other、頻度81/257）に帰属される傾向が見られた。特に患者の性格など内的特性に対する帰属は他の質問項目と比べて多く回答される傾向（頻度81/140）が見られた。

(3)医師の立場の質問項目（Q3）においては、病名告知に対する態度を決定するものとして患者の置かれている状況（Situation-Other、頻度102/257）に帰属する傾向が最も高かった。そして患者の性格などの内的特性（Character-Other、頻度81/257）や医師としての自らの状況（Situation-Self、頻度42/257）に帰属される傾向も見られた。また他の質問項目に比べて概念に対する帰属（Notion、頻度23/36）が多い傾向も見られた。

これらの傾向とFigure 2の布置から、患者の立場の質問項目に対して、家族、医師の立場の質問項目が一つとしてグループ化されることが見出された。すなわち告知される立場と告知する側の立場のグループであり、告知される立場であれば、病名告知に対して患者である自分の性格など内的特性を基準にして態度を決め、告知する家族、医師の立場であれば患者の性格などの内的特性や患者の置かれている状況を告知に対する態度の根拠とする傾向が示された。さらに家族の立場では、患者の性格を参照する傾向が高く、医師の立場では概念などを参照する傾向が見られた。

肯定-否定のカテゴリー尺度と帰属のカテゴリー尺度の関係

最後に肯定-否定のカテゴリーと帰属のカテゴリーの関係をCorrespondence Analysisにより検討した（Figure 3）。この図のそれぞれの次元に属するカテゴリーの布置から以下のような3つのグループを考え、それぞれの関連を考えた。

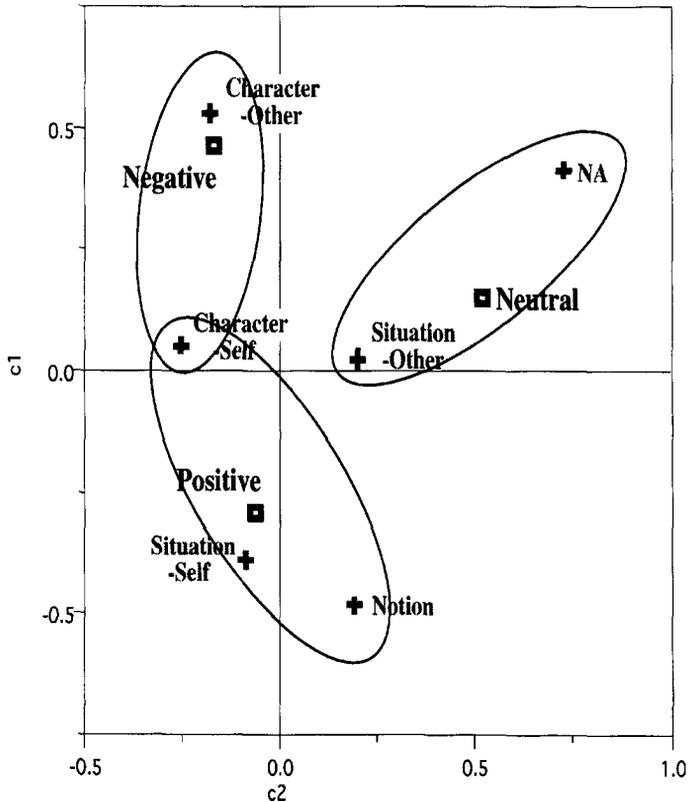


Figure3. Relation between Positive-Negative Categories and Attribution Categories

(1)肯定 (Positive)と自身の状況 (Situation-Self)、概念 (Notion)、自己の内的特性 (Character-Self)に対する帰属のグループである。つまり病名告知に対する肯定性は、回答する立場における自己の問題や一般的な概念と関連していると考えられる。

(2)否定 (Negative)と他人の内的特性 (Character-Other)と自己の内的特性 (Character-Self)に対する帰属のグループである。これは病名告知に対する否定性は、それに関与する者の性格など内的特性と関連すると考えられる。

(3)中立 (Neutral)と他者、対象の状況に対する帰属、また分類不能のカテゴリーのグループである。これは他人の状況を考慮することが病名告知に対して中立的態度をもたらすことを示すものであると考えられる。

結果のまとめ

以上のような結果は以下のようにまとめることができる。

(1)患者の立場であれば、病名告知に対して、自らの性格、状況などから肯定的な態度を持つ傾向が示された。

(2)家族の立場であれば、病名告知に対して、患者の性格（この質問紙の状況では神経質な性格）や置かれている状況（余命など）を根拠として告知に対して否定的な態度をとる傾向が示された。

(3)医師の立場でも、病名告知に対して、患者の性格や置かれている状況を根拠として告知に対して否定的な態度をとる傾向があるが、より患者の状況を考えることにより告知に対して中立的になる、あるいは概念で病名告知の問題に対処しようとする傾向が示された。

(4)全体的な傾向としては、告知をされる立場からする立場への変化に伴い、告知に対しての肯定的態度から否定的態度に変化し、その理由として神経質な性格というような否定的な内的特性に対する帰属が行われることが示された。

Ⅳ. 考察

この調査の結果は、病名告知に対する立場の変化に伴い、肯定-否定と原因の帰属という2つの次元において被験者の回答傾向に変化が生ずるというものである。その中で患者の立場であれば病名告知に対して肯定的であり、家族、医師の立場となると否定的になるという傾向は、冒頭に上げた厚生省の調査の結果と一致するものである。ではこのようなメカニズムについて投影の働きという観点から考察してみたい。

まず本論のはじめに仮定した投影の働きは、(1)自らが所有してたくない意図、願望、認めたくない自分の性格などといった、自己にとって好ましくない特性を、自分以外の他人、対象に、(2)無意識のままに投影し、(3)その結果として、自ら好ましくない特性を持つことによって起こされる心的苦痛の回避、内的整合性の保持を可能とするということであった。そこでこの調査における病名告知に対する傾向についてこれら4つの点から明らかにしてみる。

自己にとって好ましくない特性

病名告知をする立場のうち特に家族の立場になると告知に対して否定的な態度を示す傾向が見られた。さらに病名告知に対する否定的態度の理由として、患者の性格などの他者の内的特性を帰属する傾向が見られた。例えば「患者が神経質であるので告知はしたくない」というような回答が見られた。このような回答から、ここで見られた否定すべき内的特性は神経質なので病名告知に対してとても耐えうることでできないであろうというような自己の姿である。つまり家族の立場では、患者の否定的な内的特性が自己にとって好ましくない特性として存在すると考えられる。

対象

家族の立場における自己にとって好ましくない特性は、患者の持つ特性として認識されると考えられる。つまり好ましくない特性を投影する対象は、患者像であると言える。

無意識

もちろんこのような解釈は、家族の立場では、自己にとって好ましくない特性を、意識的に認めていないということが前提となる。この結果では、家族の立場であれば、患者は否定的特性を持つものとして評価されている一方で、患者の立場では病名告知の態度が非常に肯定的であるということが1つの質問紙の枠組みに併存して現れている。患者の立場では、患者という自己は肯定的に評価され、家族の立場であれば、家族自身という意味での自己は否定的には評価されていない。つまり意識的には各立場における自己（患者の立場では、患者自身、家族の立場ではその人自身という意味での自己）はその好ましくない特性の存在を認めていないと言える。このことから家族の立場において、自己にとって好ましくない特性は意識下におかれたままであると考えられる。

心的苦痛の回避、内的整合性の保持

投影の結果、病名告知により死に直面するという事態を自らのこととして心的苦痛を感じることから自らを回避し、神経質でとても耐えられないような自己像が存在することによって起こる不協和を解消し、内的整合性を保つことができると考えられる。

誤った帰属としての投影のプロセス

すなわち、ここでの病名告知場面における投影の働きは、病名告知に関して家族、医師という告知する側の立場にある人は、告知に耐えられないのではないかという自己の弱く好ましくない側面や、自らには告知してほしくない自己にとって好ましくない意図に気づいておらず、それを患者像に投影して、その患者には告知したくないと思うような一連のプロセスであると解釈される。このようなプロセスでは患者が実際どのように思っているのかということは告知に対する判断の材料には入っていないと考えられる。まず自らが持つ否定的要素に基づいて告知に対する判断がなされた後、その原因、根拠を与えるために、患者の性格といった対象の内的属性に誤って帰属されていると考えられる。この意味でこの一連のプロセスは、属性に原因力を与えようとする傾向（Shaver, K. G. 1975/1981, p. 183）の表れであり、この結果生み出されるものは行為（ここでは病名を告知する）に対する帰属の誤りであると考えられる。このように病名告知の問題の背景には、Bowlbyの指摘するような投影の働きを基本とする誤った帰属（Bowlby, J. 1973/1991, p. 206）が存在しているのではないかと考えられる。

もちろん病名告知の問題に関する決定すべてがこのような帰属誤りに基づいているものであるとは考えられない。非常に神経質な末期のガンの患者の受容能力を正しく評価し、病名を告知しなかったという場合には、それは誤った帰属というよりは正しい帰属であるとも考えることもできる。しかし問題は、患者の状況を正しく把握する努力をせずに、こうした結論を下してしまった場合、例えば患者はきっと病名を知りたがっているに違いないという主観だけで、十

分に事実を受けとめることのできない患者に告知をする場合は、これも誤った帰属であると考えられる。

ここでは、現在の日本における病名告知に関する一つの傾向である「自分がガンになったら告知してほしいが、家族の誰かがガンだとしたら告知したくない」ということメカニズムとして、告知という状況に対する自分の不安を投影し、その結果として患者に対する誤った帰属が引き起こされると考えられる。しかしここでの推定される投影の働きとそれに伴う誤った帰属に関しては、この調査およびここに取り上げただけの証拠から断定的に結論づけることはできない。

V. 総合論議

概念の運用、探求

ここでは投影の概念の実証的研究の不備、精神分析学における運用の混乱をふまえて、あえて投影の概念の定義を仮定し、調査の結果の解釈に運用したわけであるが、その理由と問題点、今後の展望についてまとめてみる。

まず、あくまでもこの投影の概念にこだわる理由の最大のもは、人間の社会的行動、コミュニケーションや一般的な社会概念の形成においても、感情、情緒、死生観などの観念という個人の主観が大きく関与しているので、無意識や精神力動というような精神内界システム (intrapsychic system) (Aschbach, C. and Schermer, V. 1987/1994) に対する視点が、現象として現れる人間の行動、コミュニケーションを理解するにはどうしても必要になるということである。そこでこのような個人の精神内界システムの次元が追加することは、精神内界、コミュニケーション、実際の行動の連続的な理解を可能とすることであるように思われる。すなわちここでは投影の概念を用いることによって、告知をする側の立場の人物の不安とその不安が投影された患者像とを結びつけて理解することが可能となる。このような病名告知の問題については、ここで示したように投影の概念によってそれに関わる人すべて、そしてそれを考える人すべての精神内界の感情、情緒、死生観などの観念の問題を考慮することができると考えられる。

しかしこのように概念を用いるレベルを拡張することは、先に見てきたような概念の運用の混乱をもたらすことになりかねない。これを避けるには、概念に関するさまざまな議論に関して耳を傾け、自らが用いようとする概念の内容とそれを用いる文脈についてはっきりと示す必要があると考えられる。

投影に関しては、Holmesが指摘するような、理論を支持するデータが現れるまでは行動を理解し、説明するために理論に頼り続けることは正当化されないということももつともであるとしても、一つの行動、現象を説明する際に、このような姿勢を示すことによって運用することは、許されることであるし、現実の問題により近づくことができるのではないかと思われる。

しかしながら投影の概念そのものに対する実証的研究の必要性や共通の場でのさらなる議論が必要とされる。このようなことは一般心理学と精神分析学さらには他の学問領域との対話を通して可能となるものである。もちろん現在、こうした流れは、社会的認知の領域における精神力動を扱おうとする動向 (Kihlstrom, J. F. 1994, Strauman, T. J. 1994) にも現れているものであり、Bowlbyもまた防衛理論の情報处理的な研究を提唱している (Bowlby, J. 1980/1991)。このようなことから、投影をはじめ精神分析学における防衛理論いくつかの概念が共通の学問的場において明らかになっていくことが期待できる。

病名告知における投影の概念の運用上の問題

先に触れたように病名告知の問題の理解に投影の概念を用いることにより、この問題をわれわれ自身の精神内界と連続して捉えることができるとしたが、ここで注意すべきことは、「病名告知の問題の根底には、投影が働いている、誤った帰属が行われている」と一元的に決めつけることは、問題を大きく見誤る恐れを生じさせる。つまりここで扱っている投影、誤った帰属という言葉は、病名告知の問題を語る文脈のためのものであり、その内容のためのものではない。つまりこれらの言葉によって表現されるような原因や要因が存在し、その結果として病名告知の問題が起こっているということではない。あくまでも病名告知の問題を精神内界の問題と連続性を持たせて理解するための一つの道具のようなものであると考えてしまった方がいいと思われる。

多変量的なシステム

そこで現実的問題として病名告知の問題を考える際には、患者の状況、性格といった要因の変数だけでなく、少なくともこれに家族、医師の立場での状況、性格という変数を加える必要があると考えられる。それにはそれぞれの立場の自らが死に向き合ったときに想定される行動、感情、願望という変数も含まれる。この問題にはさらにいつという時間の変数や場所の変数、病名告知によって直接もたらされる影響の変数、長期的な影響の変数、さらには医療行政や財政、経済に関する変数など考慮すべき変数は、多数上げることが可能である。つまりここで言えることは、病名告知の問題に関しては、一つの倫理的原理を考え、基準を作るということよりはむしろ、多変量的なシステムの理論 (Lazarus, R. S. 1988/1992) を考える必要性があるということである。ここでの多変量的なシステムの理論とは、投影の概念を用いることによって死に対する不安、恐怖といった自らの感情などの内的特性を考慮する、個人の精神内界の次元を拡張したものであると言える。しかしよりこの問題をより忠実に把握するためには、前述したようなさらに多くの変数を考慮した多変量的なシステムを考えていく必要がある。

中川はインフォームドコンセントとか医療を開くなどという議論では、医師たちはまずその困難性を上げて自己を防衛するので、死とか否定的な側面を克服する方法を研究することが望ましい態度であるとしている (中川 1992, P. 30)。このことから病名告知に関する多変量

的なシステムに基づく研究の必要性が考えられる。

こうした多変量的なアプローチは、病名告知の問題にのみにとどまらず、チームアプローチといった、ターミナルケアさらには心身医学全般にわたる臨床と研究の方法論的問題として存在していると思われる。

結語

投影という概念を通じて病名告知の問題を理解しようとする試みから、研究、臨床の2つの方面での多変量的、多次元的方法論的アプローチの必要性を提示したつもりである。このような多変量的なシステムを考えるアプローチによる研究や臨床への応用は、今後ますます必要になってくるものであり、今後こうしたパラダイムに基づいたさらなる議論、研究が必要とされるであろう。その上で、実際の臨床場面においてはより患者の個別性を理解するために、歴史を持った患者の人間理解という観点も必要になってくるものと思われる（柏木 1994, P. 114）。病名告知の問題は人間理解の問題である。それはまた国民性の理解にもつながる。投影という概念は古くから多くの研究者によって人間の行動を理解する一つの鍵として用いられてきた。本論文はこの投影という概念を病名告知という医療現場での非常に重要な問題の理解に適用しようと試みたものである。今後さらに洞察を深め、病名告知という複雑な問題に挑戦したいと願っている。

Appendix. ガン患者の仮想状況例

患者は、A氏で、年齢は61歳の男性。2年前に肺癌が見つかり、大学病院で手術を受けた。その時、本人には主治医から「肺にカビが生えている」という病状の説明を受けている。現在、他の病院で治療を受けている。肝臓と骨に広範囲に転移して、今の主治医は、余命は3カ月くらいと考えている。本人は現在、鎮痛剤によって癌性の疼痛（痛み）をうまくコントロールしているので、比較的落ちついている。ときどき肺癌のための咳の発作がおこる。食欲が減ってきて、やせが目立ってきているので、本人は自分の病気を疑って、少しイライラしているようだが、家族にはそのことに関しては何も話さない。

家族は4人で、59歳の妻と、36歳の長男、30歳の長女がいる。子どもは2人とも現在は結婚して、独立している。患者の父親は、3年前に同じく肺癌で他界、母親は健在であるが病气入院中である。患者は某一流企業の部長職を一年前に定年退職し、現在、主だった趣味はなく、家庭の雑用などに時間を使っている。経済的には特に問題はない。

患者の性格は、やや神経質、いろいろ気にするほうで、まじめで、あまり感情を表にださない。仕事上、他人からいろいろ当てにされて、それをすべて一人でこなしてきた。

宗教は特にない。

引用文献

- Aschobach, C., Schermer, V. L. (1987) *Object relations, the self, and the Group*, Routledge. (1994) reprinted
- Bowlby, J. (1973) *Separation: Anxiety and Anger: Attachment and loss. Vol 2*. Hogarth Press, London . (1991) Reprinted in Penguin Books
- Bowlby, J. (1980) *Loss: Sadness and Depression: Attachment and loss. Vol 3*. Hogarth Press, London. (1991) Reprinted in Penguin Books
- Bramel, D. (1963) Selection of target for defensive projection. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 66, P. 318-324
- Centeno-Cortes, C., Nunez-Olarte, JM. (1994) Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prospective study evaluating patients' responses: *Palliative Medicine*. Vol. 8, No. 1, P. 39-44
- Freud, A. (1936) *The Ego and the Mechanisms of Defence*. Int. Univ. Press, New York. (1958) 外林大作訳「自我と防衛」、誠信書房
- Freud, S. (1911) *Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographisch beschriebenen Fall von Paranoia (Dementia Paranoides)*. (1969) 小此木啓吾訳「自伝的に記述されたパラノイア(妄想性痴呆)の一症例に関する精神分析的考察、選集16、日本教文社
- Holmes, D. S. & Houston, K. (1975) The defensive function of projection. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 20, P. 218-213
- Holmes, D. S. (1978) Projection as a Defense Mechanism. *Psychological Bulletin*, Vol. 85, No. 4, P. 677-688
- Horowitz, M. J., Milbrath, C. and et al. (1994) Expressive and Defensive Behavior during Discourse on Unresolved Topics: A Single Case Study of Pathological Grief. *Journal of personality*, Vol. 62, No. 4, P. 525-563
- 岩崎徹也 (1993) 「投影」、加藤正明他編、精神医学事典、弘文堂
- Kai, I., Yano, E., Kobayasi, Y. and et al (1993) Communication between patients and physicians about terminal care: A survey in Japan. *Social Science and Medicine* Vol. 36, No. 9, p1151-9
- 柏木哲夫 (1994) ターミナルケアと人間理解その1、*Molecular Medicine*. 31 (1) : p114-118
- Kihlstrom, J. F. (1994) Commentary: Psychodynamics and Social Cognition-Note on the Fusion of Psychoanalysis and psychology. *Journal of personality*, Vol. 62, No. 4, P. 681-696
- 厚生省 (1994) がん死亡者の告知、末期医療、インフォームド・コンセント、「平成4年度人口動態社会経済面調査(悪性新生物)」結果から、末期医療を考える、第一法規
- Krippendorff, K. (1980) *Content Analysis*. Sage Publication. (1989) 三上他訳「メッセージ分析の技法」、勁草書房
- Lazarus, R. S. (1988) *Measuring stress to predict health outcome: a lecture* (1992) 林峻一郎(編、訳) ストレスとコーピング、ラザルス理論への招待、星和書店
- Light, R. J. (1971) Measures of response agreement for qualitative data: Some generalizations and alternatives. *Psychological Bulletin*, Vol. 76, No. 5, P. 365-377
- 中川米造 (1992) 患者と医師の関係 *メディカル・ヒューマニティ* Vol. 6, No. 2, P. 27-31

- 小此木啓吾、馬場禮子 (1972) 精神力動論、医学書院
- SAS Institute Inc. (1989) JMP User's Guide, SAS Institute Inc.
- Segal, H. (1973) Introduction to the Work of Melanie Klein. Hogarth Press, London. (1975) 岩崎徹也
 訳、メラニー・クライン入門、岩崎学術出版
- Shaver, K. G. (1975) An introduction to attribution process. Winthrop Publishers, Inc. (1981) 稻松信雄
 ・生熊譲二訳、帰属理論入門 誠信書房
- Stevens, H. A. & Rwitz, W. A (1970) An experimental investigation of projection of projection as a
 defense mechanism. Journal of Clinical Psychology, Vol. 26, P. 152-154
- Strauman, T. J. (1994) Introduction: Social Cognition, Psychodynamic Psychology, and Processing of
 Emotionally Significant Information. Journal of personality, Vol. 62, No. 4, P. 451-458

Function of projection and cancer disclosure

Tetsuo KASHIWAGI and Kei HIRAI

The problem of cancer disclosure attracts attention as a very big problem in current Japanese terminal care scene. Function of projection as defense mechanism is thought to have something to do with this problem. But projection seems to be an ambiguous concept. Therefore this paper discusses significance of projection with some arguments and then is attempted to give clarification for function of projection in attitude or behavior for cancer disclosure in Japan with an investigation which was carried out by a questionnaire.

Looking back on arguments of Bowlby, J. and Holmes, D. S. , a supposition for function of projection is postulated here: projection is a process that people attribute unconsciously undesirable traits for themselves to others and can avoid psychological pain or maintain their internal consistency.

In this research, sentence completion test for cancer disclosure was made. It had three questions standing for three standpoints; patient, family, and doctor. Content analysis was used for the analysis of this test. Two trained judges made judgements independently on all responses by definitions of response categories; Positive-Negative categories and Attribution categories. Analysis of Log-Linear Model and Correspondence Analysis was used for nominal data.

As the result of this research, 1) If the subjects were in patient's position, they had positive attitude in consideration of patient's situation or patient's character. 2) If the subjects were in family's position, they had negative attitude in consideration of patient's character or patient's situation. 3) If the subjects were in doctor's position, they had negative or neutral attitude reflecting patient's situation. 4) As the whole tendency, positive attitude for cancer disclosure changed to negative in proportion to the change from disclosed position to disclosing position. As the reason for this change, attribution of negative traits (e. g. 'nervous character') was indicated.

Followed by the former supposition, function of projection is considered as follows: people who are in disclosing position (family and doctor) attribute unconsciously to patients their unfavorable traits; their inability to bear the truth, i. e. they project their weakness to patient and they don't want to disclose the truth to patients. As the result of this process, misattribution of emotions of family or doctor to patient.

Therefore the concept of projection seemed to be useful as a tool to explain the problem of cancer disclosure related to intrapsychic system of human beings. It is thought that mul-

tidimensional approach is needed for understanding of this problem including dynamic interaction in patient, family, and doctor.