

対人支援点描 (13)

「勤務先のクリニックの心理面接の枠について」

小林 茂 (臨床心理士/牧師)

はじめに.

思うところがあり、社会福祉法人浦河べてるの家を退職してから、札幌の精神科クリニックの心理士として、主としてトラウマへの介入を託されて心理面接を行うようになった。そこでは地域の福祉事業所とは異なった経験を得させていただき、今さらながら振り返り考えさせる課題を教えていただいている。

今回ののは、その一つとして治療構造論 (theory of therapeutic structure) と呼ばれる心理面接の「枠」について考えてみたい。

1. 心理面接の「枠」についての基本的理解

そもそも治療構造の始まりについて、明確な起源といえるものはたどれない。どの要素を、どれくらい含めば治療構造と呼ばれるものが発生しているといえるのか、明確な線引きもない。

栗原(2004)によれば、フロイトが「セッティング、セラピストのとるべき態度、クライアントに課せられる要請などを、いわば一つのセットとしてそのクライアントに処方する、という発想のもとで、この方法を提唱したといえる。一そ

してこの、ある病態に応じて処方さえるべき手続きの全体を、治療構造 *therapeutic structure* とよび、各病態に応じた処方内容を検討するという観点から、治療構造は出発した。」とする。

さらに、治療構造には、外的な治療構造と内的な治療構造があり、外的な治療構造には面接室のあり様、セラピストの存在、セラピストとクライアントの位置どり、時間的要因、経済的要因、などが含まれ、内的な治療構造には面接の目的をはじめとした契約内容、クライアントに要請されること、秘密の保持のあり方、暗黙の了解事項があるとされる。

こうした外的、内的な構造化が図られることにより、治療的な環境や条件といった意味が生じる。これは、何もないなかで治療という作用が起こりうるのではなくて、目的をもって対人援助がなされるか、されるところには必ず治療構造もあるということである。医師の診察もある人が病にかかり患者となるなかで治療が成立する。その反対に、医師と患者がバスや電車で居合わせたとしても治療が成立するわけではない。

構造化され、「枠」づけられたところに

治療という目的と意味があるといえる。

2. 浦河の地域支援で感じた「枠」について

以前、浦河の地域支援について、浦河という地域での支援は、外的な枠というものが希薄で、内的な枠によって条件されているという主旨を述べたことがある。地域の福祉事業所の対人援助の場においては、決められた時間、場所、契約、料金といったものは求めようがない。選べるような医療機関もなく、福祉事業所もなく、利用者の多くが年金や生活保護暮らしで隣町に行くことも不自由する環境にある。

そのなかで、行動化(acting out)するにしても、ドクターショッピングするにしても、通所や通院拒否するにしても、しようがない。嫌な支援者や医師、利用者仲間を避けるにしても小さな街では避けようがない。田舎の人たちの目もあれば見えないところで何かするにしても、ほどなく知れ渡ったりする。そこで利用者は、自分と自分の病に向き合うしかないし、日常生活を密に共にする支援者や病気仲間と、その時々で相談する。

アメリカの映像人類学者の中村カレンさんが「浦河はホテルカリフォルニアみたいところ」と形容したが、行くのは簡単だけど、出ることが難しいところ、という意味である。

これが浦河という環境であり、「枠」となって治療構造としての機能を果たしていた。

3. クリニックで感じた心理面接の「枠」について

札幌のクリニックは、浦河べてるの家とは別法人、別団体であるが、当事者を

中心とした医療を行おうという目標を掲げ、浦河べてるの家の立ち上げにかかわった向谷地生良氏も理事となり立ち上げたクリニックである。そのこともあり、精神保健福祉士らによる心理支援が主で、心理職による支援の発想が希薄な面があった。現在は、常勤の心理士1名と嘱託で週2日勤務する私の2名体制で心理職による心理支援が行われている。先の事情ため、つい最近まで心理検査のキットもWAISが1セットあるのみであったり、面接室も、毎日、調整しながらこなしている。部屋がないときは、音響療法の部屋の待合やデイケア室の隅で心理面接をすることもある状態にある。

精神科クリニックという医療機関の割には、浦河の伝統を受け継ぎ“ゆるい”雰囲気が出所狭しと充満したところである。

こうしたこともあると汲み取っているが、デイケアの患者も飛び込みで「相談したいので時間ありますか？」とスタッフ室に駆け込んできたりする。

このような環境で私も心理面接を行っているのだが、環境面を考慮したとしても、心理面接の「枠」が安定しない患者の多い。その多くは、何かしらの不安症患者や、親兄弟・会社の同僚・デイケア仲間のひと言で不調になり寝込み動けなくなる患者、季節的（特に冬季期間）な不調を訴える方も多い。全般的に被影響性が高い方である。本人も何とか都合をつけたいという思いもあると思われるが、結果として心理面接予定日の直前や当日にキャンセル（無連絡も含む）になる方が多い。

また、その多くが生活保護を受給していることや、精神科通院歴が長いことも

共通している。

病態が重いから精神科の患者となり、働けないことから生活保護になってしまっているのか、経済的な枠組みが薄いからキャンセルが容易だからか、定期的な心理面接が成立しないでいる。そのため、持続的な心理面接ができないので、治療構造という「枠」が保てないで続けているケースが手元に残っている。

支援側の葛藤として、このような患者に対し、「病態が重い方なので、だからこそ根気強く支援が必要である」と受け止めるか、面接自体が不定期で心理面接の効果が得られないから中断するか、と判断に迷う。それなりに心理面接の待機者も抱えているなかで、予定していた面接時間の枠が空白になると、待機者や空いた時間にさえも給与を用意するクリニックに対し気の毒な気持ちになる。

このような状況が起こるのは、私の勤めているクリニックに限られたことなのか、通院だけの精神科医療機関であれば、どこでも抱えていることなのだろうか。同業者に尋ねてみたいところである。

4. まとめ

心理面接について「枠」というものが必要であることは間違いなく実感するところである。

しかし、実際のところ臨床という場にあっては、必ずしも構造化がうまく成立しないことがある。そのことは、援助者側の問題ばかりではなく、心理士と患者が心理面接を行う環境や、病態という患者側の課題、皆保険や生活保護による医療費の実費支給というような社会保障により成り立つ心理面接という条件という

ものが絡んでいる。また、うつや不安症に対する認知行動療法のエビデンスがあり、整ったテキストがあろうとも、実際に患者が面接に定期的に来院できなければ用を足さない。

さまざまな諸条件のなかで可能な限りの要望に応えようとしているが、心理面接自体が不定期にしか成立しないという出来事を通じて、改めて臨床現場での「枠」というものを確保することの難しさを考えさせられた。

参考文献

栗原和彦(2004)「治療構造論」『心理臨床大事典〔改訂版〕』培風館.