

「心理臨床」という仕事について考えること

私たちは、具合が悪いときには医師にかかります。出来れば「名医」に診てもらいたいのですが、とりあえずは近くの医師に見てもらいます。その医師に診てもらうのは全くの初めてという場合もあります。しかし、私たちはその医師に身を委ねます。それは必ずしもその医師の能力や人柄を信用してということではなく、その人が医師であるからです。つまり、医師であるからには現代医学を修め、医師免許を持っているわけで、私たちはその現代医学そのものの「専門性」を信頼して身を委ねているのだということが出来ます。

同様に、心を病んだり悩みや不安を持ったりした人が心理臨床家のところに相談に来ます。よく調べたうえで相談に来る人もいれば、「臨床心理士だから」、「心理カウンセラーだから」ということで、私たちが医師に診てもらう時と同じような感覚で来談される方も多くいます。つまり、その心理士のもつ「技術や知識、人柄を信用してではなく、臨床心理学の「専門性」に対する信頼があると考えられます。

ところが、臨床心理士の集まる研修会やケースカンファレンスに参加してみると、まず、理論や技法ありきで、ただそれを相談に来た方の訴えに当てはめて使っているという場合が多いことに気づかされます。一つ一つのケースの心理検査の結果は全く異なっているのに、どのケースに対しても、「子供だから」という理由でいつでも同じ技法で対応しているカウンセラーのケース報告を目にすることがあります。初めから援助技法が決まっているならば、来談者にとって負担になる心理検査など行う必要が無いと思わされます。また、そのケースに対しての一般的な理論の説明や解釈を語るだけの心理士もいます。例えば、不登校のケースについて「不登校は母子関係や、親子関係に問題があることが多いので、時間がかかります」などと始めます。そして結果としては何年にも渡って同じような対応を漫然と繰り返しているだけで、心理士自身はそれを「援助だ」と報告しているケースも見受けられます。

さらに、「不登校は時間がかかりますよ。焦らずに様子を見ましょう」等と一般的な理論にもとづく説明や解釈をしているだけの心理士の場合は、子どもになかなか変化が見られなくても「あの先生の言ったように、やはり時間がかかるのだな」とか「あの先生の見立て通りだね」と周りからは評価され、逆に、何かの拍子で子供が再登校しだすと「難しい不登校を直した」と評判になるというまるで落語のような展開になることもないわけではありません。

秋山(2013)は、臨床心理学的アセスメントについて仮説的アセスメント、除外的アセスメント、確定的アセスメントの3段階を挙げ、支援を行う者は適切な対応を行うために、その状態や症状にのみ目を奪われるのではなく、その背後にある原因や各要因の関係性を専門性のもとに慎重に見極めて、支援方針を決定していくことの重要性について述べています。さらに、杉山(2011)は、発達の偏りをベースとする不登校の場合、心理士によく見られる「登校刺激を与えないで、じっくりと待つ」という対応は意味が無いばかりか、有害でさえあることを指摘し、そうした対応に警鐘を鳴らしています。

的確な見立てができていれば、それぞれのケースに対して対応が異なることになります。人はそれぞれ個別の存在であり、個性があります。ならば、当然ケースの数だけ異なった見立てがあってもよいはずで、そこにはそれぞれのケースに応じた個別の対応があるべきです。また常に人は変化し、それに伴ってその人を取り巻く環境も変化していると考えられます。したがって、長期にわたって同じ対応をし続けることが良い結果にはつながらないと考えられます。

もちろん氏原(2003)が述べているように、医学的援助と臨床心理学的援助とは本質的に全く異なります。たとえば、医師の場合は盲腸と見立てれば、手術で切り取るか薬で散らすかといった対応に繋がります。つまり、

診断(見立て)と治療(支援)が連動しているのです。しかし、心理士の言う「不登校」は見立てではなく、状態像を表す言葉でしかありません。したがって A 君の「不登校」と B 君の「不登校」は同じ「不登校」でもその対応は全く異なることになります。

さらに、医師は話をすることで治療方針を決定しています。つまり、話をすることは治療方針を決定する為の手段であると考えられます。一方で、心理士は話をすることが支援つまり治療的な意味合いを帯びてきます。つまり、話をすることそのものが目的となると言えます。このように臨床心理学的援助では、相談者と支援者との関係性や相互作用性が非常に重要な支援の促進要因にもなるため(河合, 2001)、医師の診察を受けることと心理相談などを単純に同一視することには慎重でなければなりません。しかし、それは相談を受ける側の心理士などが常に意識しておかなければならないことであり、相談する側が分かっていることではありません。その相談者にとって的確な支援を提供するためには、理論や技法ありきではなく、また理論的解釈や説明に偏るのではなく、個人内(発達状況や知的・身体状況、自我状態等)、家族(夫婦関係、親子関係、虐待、経済状況、価値観等)、社会(友人関係、親せき関係、学校・職場、公的機関との関係性等)の3軸を考慮する(秋山, 2009)必要があるのではないかと思います。心理学はもちろんですが、近接領域の知識を学んでいくことが重要なのではないかと考えていましたが、特に最近になってこの思いがさらに強くなっている感じがします。

引用文献

秋山邦久 (2009). 臨床家族心理学 福村出版

秋山邦久 (2013). 状態・症状のアセスメント 小児内科 45(8), 1414-1419, 2013-8 小児内科

河合隼雄 (2001). 臨床心理学一見立てと援助, その考え方 臨床心理学, 1(1) 93 - 100

杉山登志郎 (2011). 発達障害のいま 講談社現代新書

氏原寛 (2003). 心理アセスメントと臨床心理行為 臨床心理学, 3(4) 439 - 446

南澤 甫 (ハロークリニック／臨床心理士)