

医療の場からみた臨床心理学の現状

佐賀医科大学

坂井 誠

はじめに

心理臨床の場としての病院臨床に多少なりともかかわり合いを持つようになって5年が過ぎようとしている。思い起こせば、当初、臨床心理学に対する理想や期待は大きなものであったようだ。しかし、実際に自分が臨床の場でなま身の人間と密接に関係しあうようになるにつれ、臨床心理学への種々のあまい考えは次第に消失してゆき、逆に、疑問、苦悩といったものが浮かび上がってくることを制止できなくなりつつある。

これら全ての原因は、臨床経験の未熟さ、ひいては自己の精神的な未熟さゆえの当然の帰結であるのかも知れないが、臨床心理学そのものにも、遠くからながめれば魅力あるものと映りやすいが、深入りすればするほど人を混乱させてしまうといった不思議な魔力のようなものを宿しているように思われる。生きたなまの人間を対象とする性質上、臨床心理学にはさまざまな問題や解決されるべき課題が残されていることも事実であろう。

本稿では、短い臨床経験からではあるが、臨床心理学に関する個人的な感想を述べてみたいと思う。これから臨床家をめざそうとする人への問題提起となれば幸いであり、また、同僚諸氏の批判の対象となれることを願うが、病院という特殊な場から見た感想であり、実学としての心理臨床活動を中心としたものである。偏ったみかたをしていることをお許し願いたい。

I 理想と現実

臨床心理学とは何かとその定義を問われれば、一般的には宮城³⁾の文章を借りて、「人間の適応という問題に心理学的原則を応用する科学および技術をいう。いいかえるならば、精神を健康にさせ、異常者を治療して、個人がよく環境に適応できる心理学の一部分である。……診断、治療のほか、パーソナリティの理論的研究をふくむ……。」と答えられそうである。

しかし、臨床心理学の定義を限密にすればするほど非常に複雑な問題が浮かび上がってくることも否定できない。例えば、上記に引用した短い文章のなかにさえも、「人間の適応」とは何か、「科学」とは、「技術」とは、さらには「異常者」、「診断」、「治療」等々どのことばをとってみても改めて定義しなおそうとすればそれこそ議論百出となるのではなからうか。そもそも、心理学という学問自体の定義でさえ研究者の立場によって異なるという現状を考えると、学問体系そのものが未熟な臨床心理学の納得のいく定義づけをすることは容易なことではないように思われる。

しかし、病める人とかかわりをもつ1人の臨床家としては、やはり、学問としての臨床心理学についての理想論を思索するまえに、ひとりでもいいから現実のクライアントの力になりたいという気持であり、また、よりよい援助ができるような技量を身につけたいと願う。メサイア・コンプレックスという言葉があるが、そういった救世主ぶるつもりはないが、少なくとも、目のまえにいる1人の人間から目をそら

すわけにはゆかない現実が存在することも事実である。

世の中が増々複雑化してゆく現代社会において、例えば、いわゆる不適応者をまえにしたとき、彼の示す不適応行動の意味を理解するうえで、彼のおかれた環境条件、ひいては社会そのものに目を向けた場合、当然、環境や社会の歪みという視点からその不適応行動をとらえなおすことも可能であると思う。しかし、このようなクライアントに対して、「あなたの問題は世の中が悪いために生じたのですね。」とだけは言っておれない現実があることも事実である。環境という側面から不適応行動をとらえなおすと共に、行為者として環境を乗り越えることができなかった個人という側面も無視できないように思われてならない。

次に、心理学関係者の落ち入りやすい危険性として、人間を心理的、精神的次元でとらえすぎる傾向があげられるようだ。特に心理臨床活動に限って言えば、文化、社会的次元に加えて、生物、生理学的次元に関する最低限度の知識が要求される。特に困難なケース、例えば境界例や精神病を扱う場合は、心理的次元のみで対処することはかえってクライアントを混乱の中へ引きずりおとす結果にもなりかねないという危険性を秘めているし、目まいや嘔吐があるから転換ヒステリーではなからうかと考えたところが、重篤な器質性疾患であったなどということになれば、それこそ命とりになってしまう。医療機関に勤務しているせいもあるのだが、器質性疾患との鑑別は最も重要なことであると考えられる。しかし、ここに臨床心理士としての限界も生まれてくる。医療機関においては、たとえ臨床心理士の必要性がどんなに認識されていても、パラメディカルスタッフにすぎないのである。

一見スマートにみえる臨床心理学ではあるが、

現実是非常に地味で、困難な問題が山積みされている。理想と現実のちがいはいろんな意味で大きい。

II 理論と実際

心理臨床の領域において、人格理論は臨床的実践の基礎であることは言うまでもない。明確な理論を持たずに心理療法を行なうことは臨床家としては論外であろうと思う。河合²⁾の言うように、アマチュアリズムの段階で対処できるようなケースにめぐり合うことは滅多にないようだ。

さて、人間理解のための理論には、現在、精神分析理論、行動理論、人間学派の理論などに大別されるようだが、どの立場の理論に準拠するかによって異なった視点から人間をながめるようになるし、おのずと治療方法も異なったものとなってくる。ここで各学派の特徴を列挙することはさし控えるが、どの学派の理論が最もすぐれているかはいちがいには論じられないようだ。なぜなら、それぞれの学派が主張している理論と言われるものは、一個の完成された実体をもつものではなく、あくまでも、ある側面から人間に光をあて、そこに映し出されたものを突破口として人格理論の完成をめざそうとしている過程にある性質のものであると理解したいからである。なまの人間を理解しようとする志向性をもつべき性質のものであると思う。自己の準拠する理論の正統性を主張するためだけの理論、ひいては自己防衛のためだけの理論であってはならないと考える。

人間をそうやすやすと説明できるほど心理学は万能ではない。それぞれの理論には一長一短が認められる。臨床活動のなかで極端な例をあげてみれば、全てのケースに無意識を仮定することは不可能に近いし、また、条件づけや強化

因子をみつけだすことも困難である。ましてや、愛という美名に修飾されたものでクライアントをなぐさめ、治療者の自己満足に浸れるほどあまくもない。

実際の臨床活動は、理論どおりにはこぶことはそう多くはない。従って強力な理論武装をした人が必ずしも優秀な臨床家であるとは限らない。ここに臨床家の人間性、経験といったものが関与してくる。いわゆるその人の“もちあじ”と言われるものである。しばしば聞かれることであるが、エキスパートの臨床家は、自己の実践、経験を通して獲得された自己流の治療形式をもっていると言われる。ここまでくると、自己の属する学派の長所のみならず、限界をもみきわめた上での臨床活動を行なうといった、非常に柔軟な姿勢を想像させてくれる。

実践、応用という側面をもつ臨床活動では、自己の体験、臨床経験から学びとる過程が大きなウェイトをしめる。これは、既成の理論が不必要であると言うことではなく、理論を自分のものとして消化し、かつ、自己の活動に統合させなければならないことを意味していると理解したい。

臨床家がどの学派に傾倒し、共感するようになるかは、自分の興味もさることながら、専門教育の課程によっても影響を受けるであろうし、クライアントによっても影響を受けることになると思う。しかし、あたかもゾウの鼻や耳もしくは足のみをながめて、他者を非難し合うかのような非生産的なことだけはさけないものである。心理療法に限って言えば、その成否をにぎるカギは、必ずしも理論の正統性にはないように思う。基本的な要因は、クライアントの治療に対する動機づけの有無であり、治療者の治療に対する見透しと経験によって裏打ちされた自信にあるような気がする。

Ⅲ アンデンティティ

臨床心理士としてのアンデンティティ、役割などについて考えてみたい。

実際に臨床の現場に身を置いてみると、改めて臨床心理学とはいったい何なのか、臨床心理士の役割は、社会的立場は、等々考えさせられることが多いが、これらは私1人が悩まされているわけでもなさそうである。

“臨床心理士”としての職業性、専門性等は、社会的には公に認められていないのが現況ではなかろうか。例えば、その名称さえも、臨床心理士、心理療法士、心理判定員、セラピスト、サイコロジスト、カウンセラーなど所属機関によってまちまちであることを考えただけでも、職業的専門家としてのアイデンティティ拡散状態にあることが推察される。

さて、アイデンティティを論ずる時に常に話題にのぼり、しかも最も深刻な問題として、専門教育、資格問題がある。資格問題が各学会関係者の間で討議されて久しいが、現在もまだ暗礁に乗り上げた状態を脱しきれていないのは淋しい限りである。専門性、社会的な位置づけ等の不明確さゆえに、実際の臨床活動上において有形、無形のさまざまな問題にぶつかることも多い。

しかし、専門家としての資格問題がそう簡単に解決されそうにないことも現然たる事実である。また、現在の教育、訓練の問題を考えてみても、日本の大学において体系的な教育が行なわれている施設は非常に少ない。ナマの人間と人間が関係し合う領域であるということ念頭に置けば、やはり現在の大学教育では心もとない。たとえ活字を媒介とした知識がいくら豊富であっても、それを実際に使いこなせなければ絵に書いたもちと同じではなかろうか。もっとも、「資格の問題は、教育、訓練の問題と一緒に

に考えてゆかなければならない⁴⁾とは言うものの、大学教育を専門家養成所と同じように考えるのもおかしいし、かといって満足な訓練なくして資格を与えよと主張するのも不思議な気がする。頭の中であれこれ考えれば考えるほどよくわからなくなってしまうところに資格、教育問題のむずかしさがあるのであろうか。

次に、資格といった政治的色彩を持った問題から離れて、臨床心理士の役割について病院臨床という側面から少しふれてみたいと思う。

最近では、クライアント（患者）に対する身体的次元からのアプローチのみならず、心理、社会的次元、さらには実存的次元を含む総合科学的な医療の必要性が論じられつつあるが、こうした時代的背景のもとに、チーム医療をになう一員として臨床心理士が参加する機会も少しずつではあるが増加しつつあるように思う。ただし、パラメディカルスタッフとしての範囲は逸脱できないことも事実ではある。

一般に臨床心理士に期待されている仕事としては、心理テストと心理療法が主要なものであることは言うまでもないが、心理テストに関しては、何のために検査をするのかといった目的を明確に理解しておかなければならない。テスト結果は補助資料であるということ、むしろ補助資料でしかないということも理解しておく必要があるように思う。中途半端な心理テストに関する知識で、テスト結果を過信することは危険であるとはいつも言われていることであるが、付け加えておきたいことは、良識ある普通の医療機関であれば、そのような結果が通用するほど現実とはあまくはないということである。

心理療法に関しては、心理テスト以上に知識、経験が要求される。いわゆる診断的なかかわり合いから治療的なかかわりへと進むにつれて、興味も増大してゆくと共に、責任の度合も増し

てゆく。しかし、ナマ身の人間を扱っているということを忘れてはならない。

表1 心理テスト施行状況
(S. 56.10~S. 57.9)

検査名	回数	検査名	回数
WAIS	12	バウムテスト	29
WISC-R	5	MMPI	35
コース立方体テスト	6	CMI	31
ロールシャッハテスト	35	Y-G	8
P-Fスタディ	12	その他	21

計 194

表2 臨床科別にみた心理テスト施行状況
(S. 56.10~S. 57.9)

外来	回数	病棟	回数	病棟	回数
総合外来	71	小児科	15	消化器科	4
精神科専門外来	65	産婦人科	1	一般内科	2
神経・筋専門外来	3	耳鼻科	3	神経・筋	11
皮膚科専門外来	1	呼吸器科	1	脳外科	4
耳鼻科専門外来	1	循環器科	1	骨・関節	9

計 194

注：精神科病棟はS. 57.10より開床

IV 私の実践

自分の活動を少しふり返ってみたい。現在は、精神科医療チームの一員として勤務しているのだが、佐賀医科大学は福原ら¹⁾が報告しているように、外来部門は一次医療をになう総合外来と、二次、三次医療を担当する専門外来に分かれ、また、病棟においても機能別、臓器別の診療が行なわれるといった従来の診療システムとは異なった体系を持っているのが特徴である。

表1に附属病院開設から1年間に行なった心理テストの種類と施行回数を示すが、投影法では、ロールシャッハテストが一番多く、質問紙法ではMMPIが多いという状況であった。また、臨床科別の施行状況は表2にあるように、総合外来が一番多く、次いで精神科専門外来であった。病棟では小児科、神経・筋（神経内科）、骨・関節（整形外科）が比較的多かった。総合外来とは、従来のたて割の診療をやぶって、プライマリー・ケアの実践をめざす一次外来

であるが、心理テストの依頼はやはり精神科や小児科関係の患者が多かったように思う。なお、これらの資料は、病院開設から1年間のものであり、病院全体のベッド数も現在の半分（約300床）であったうえ、精神科病棟はまだ開床していなかった。現在の心理テスト依頼状況とは多少異なっている。もちろん精神科病棟での施行数が最も多い。

心理療法に関しては、同じく病院開設から1年間に個人心理療法を継続的に行なったクライアント数は24名であった。臨床診断名はほとんどが神経症、心身症であり、境界例が1名含まれていた。そのなかから一症例を簡単に例示したい。

症例；不安神経症、48才、男性、大学教授。

主訴；胸が苦しくなる。

病歴；昭和45年、胃かいようの手術を受けた経験があり、また、げりや頻尿に悩まされることが以前から多かった。

昭和51年頃から発汗をともなって胸がしめつけられるようで苦しくなるといった不安発作が出現。以来、軽度の発作は持続していたが、しだいに職場での仕事量の増加と、地位の向上に伴う対人関係上のトラブルが重なり、さらには家庭内もギクシャクしたものとなるに従って不安発作も頻ばつするようになり、昭和57年3月当院を受診した。

発作は、夜ねる前や、工作中に起こりやすかったが、最も多かったのは車の運転中であり、受診当初は車の運転は全くできず、助手席に乗ることさえほとんどできない状態であった。

治療は抗不安薬の投与のみでの改善がはかばかしくなかったため、まず自律訓練法（以下ATと略す）を導入すると共に、前額部のEMGバイオフィードバック法を併用した。また、性格的にはきちょう面であり、完全主義的なところ

があり、「こうあるべきだ」とか、「こうあらねばならない」といった態度が認められたので、彼のこれまでの生活態度をやわらげ、性格防衛をゆるめる方向での面接を進めていった。

さらに、ATの重温感練習を習得した3カ月目頃から、車の運転に関する不安系列を作成しATの重温感を利用して脱感作法を行なった。

治療開始から約6カ月間で不安発作も消失し、治療は終了した。

この症例にみられるように、私の個人心理療法の好みとしてATをよく用いるようになった。クライアントの主体性に留意するためであり、セルフ・コントロールに主眼を置いているためであるが、ATの特徴として、クライアントの状態に応じて行動療法的アプローチを行ったり、洞察療法的アプローチを行なうことが可能であることも私には魅力となっているように思う。このような個人療法に加えて、最近では、精神分裂病者に対して言語的アプローチを介した集団療法も行なっている。

心理療法を行なうための私の理論的な立場は、完全に折衷主義的なものであると思うが、いろいろなクライアントと接しているうちに、いつのまにか今のような形になった。必ずしも最良の立場、方法ではないと思う。時が経つにつれてまた少しずつ変化していくような気がする。

このほかの活動としては、精神科スタッフとのカンファレンスに加えて、臨床心理学に関する理解を少しでも深めてもらおうと、病棟実習に来る5年次の学生に対する教育らしきものを少しばかり行なっている。

V これから臨床家をめざそうとする人へ

これから心理臨床の道へ進もうと考えている人もおられると思う。しかし、まず最初に関

ていただきたいことは、心理臨床活動は善意のみで太刀打できるようなものではないということである。加えて、外見とはちがって非常に地味な活動であり、絶えざる自己訓練と経験を積み重ねるかくごが必要とされると共に、他者理解への努力、自己成長への努力を行なう必要性を認識しなければならないということである。

さて、具体的に専門家としての能力を養うためには、アカデミックな大学教育の場のみには安住し、その中で受動的な態度をとっているようでは先は見えていないと思う。ただしこれは心理学の基礎が必要ではないということではない。むしろ、基礎的な理論なり実験、さらには数理的な要素さえも不可決である。これは直接臨床とは関係なさそうにみえながら、実際に現場に出た時になってはじめて基礎力の必要性が理解されるといった性質のものである。望みたいことは、基礎力プラス・アルファである。

アメリカにおける臨床心理士としての資格基準は、一般には、大学院での理論、実習に加えて、学位取得後、スーパーバイザーのもとで規定の臨床経験を重ねた後にやっと受験資格が与えられるといった厳しさであるという。先進国アメリカと比較するまでもなく、教育、訓練システムにおいては相当のひらきのある我が国の現状では、大学教育以外の場でのプラス・アルファが必要であるということを理解していただきたい。

実際にはまず最初に、各学派の理論、技法の特徴、内容をはば広く理解する必要があるように思う。最初から一つの学派に傾倒しすぎれば、どうしても視野がせまくなってしまふような気がするからである。いろいろな理論、知識を吸収しながら、自分のはだにぴったり合ったものを選び、それにみがきをかけていくべきであると思う。

また、各地で行なわれている研究会やセミナーに積極的に参加してみることも自己の視野を広げるうえで役に立つと思う。理想を言えば、ケース研究会への参加やスーパービジョンを受けることが必要ではあろうが、なかなかその機会に恵まれないことも事実ではなかろうか。

心理臨床の専門家への道は、まずプラス・アルファをさがし出す努力からはじめなければならないということは皮肉な気もするが、努力への情熱さえ失わなければ必ず道は開けてくると信ずる。

最後に一言つけ加えるなら、もし自分がクライアントとして心理療法なり心理テストを受ける立場に立たされた時、どのような人になら自分の身をまかせられるか自問してみるべきである。自分の身をまかせられると思えるような、そのような臨床家をめざしていただきたい。

おわりに

思いつくままに臨床心理学、特に臨床心理活動について書き綴ってみたが、ほとんどは自分の経験のなかで感じたり、考えた、いわば独言のようなものであり、自分自身への問いかけでもある。そのためか、用語にしても、例えば、臨床心理学といたり心理臨床ということばを用いたり、文章に統一性がみあたらない。これらは私自身の混乱のためでもある。

実際に、京府医大精神科にはじまり、九大精神科、心療内科、そして佐賀医大といろんなクライアントに接しているうちに、人間の独自性、成長への可能性をはだで感じるようになるとともに、神秘的なこわさ、暗い陰の部分へも直面させられてしまう。このようなとき、臨床心理学そのものの無力さを知らされ、さらには、臨床家としての自分自身の弱さをも知らされてしまう。しかし、道は険しいほど歩きがいもある

と思う。

付記：関西大学村尾能成教授、佐賀医科大学
武市昌士教授に深謝いたします。

文 献

- 1) 福原毅文, 武市昌士, 大曲清, 他：一次医
療をになう総合診療科をもつ新設医科大学附
属病院における精神科的診療の現況（短報）.
九神精医, 28, 79-83, 1982.
- 2) 河合隼雄：心理臨床家の教育と訓練. 季刊
精神療法, 8, 220-226, 1982.
- 3) 宮城音弥編：岩波小辞典 心理学. 岩波書
店, 1956.
- 4) 小川捷之：心理臨床家の資格問題. 季刊精
神療法, 8, 210-219, 1982..