

緩和ケアにおける心理療法 ～面接導入時の配慮と面接構造の工夫～

(地方独立行政法人京都市立病院機構京都市立病院 緩和ケア科)

清水亜紀子

要 旨

本研究では、緩和ケア領域での心理療法の先行研究、当院の緩和ケアの一貫として筆者が行った心理療法の検討をもとに、緩和ケア領域での心理療法導入に関する特殊性を抽出し、緩和ケア領域で心理療法を導入する際に必要な配慮や面接構造の工夫について考察した。その結果、心理療法導入の慎重な見極め、面接構造の柔軟性が求められる一方で、臨床心理士が自らの行っていることの意味を常に内省し、何故そうした特殊な面接構造がその患者には必要なのかという理由を常に意識しておくことの重要性が示唆された。

(京市病紀 2017 ; 37(1) : 34-37)

Key words : 緩和ケア, 心理療法, 面接構造

1. 問 題

心理職との関わりが歴史的に深い精神科や心療内科の領域では、患者自身も心理療法への動機づけが明確で、自発的に心理療法を受ける傾向にある¹⁾。そのため、一定かつ明確な面接構造(週1回50分、同一曜日の同一時間帯、同一担当者、同一の面接室)を築くことが可能であり、また、その構造を守ることが、患者が安心して自らの心理的課題に向き合うことを可能にする。しかし、緩和ケア領域では、患者の身体状況の重篤性、残された時間の少なさといった特殊な事情が加わり、一定かつ明確な面接構造の保持が困難になることが多い。そのため、心理療法を導入する際には、様々な配慮が必要であり、面接構造を築く上での工夫も求められるのではなかろうか。

2. 目的と方法

緩和ケア領域での心理療法の先行研究^{1), 2), 3), 4), 5), 6), 7), 8)}、当院の緩和ケアの一貫として筆者が行った心理療法の検討^{9), 10), 11)}をもとに、緩和ケア領域での心理療法導入に関する特殊性を整理し、導入時に必要な配慮や面接構造の工夫について検討する。

3. 結果(表1)

まず特徴的なのは、医療者主導で心理療法の依頼がなされる場合が多いことである。そのため、患者自身の意向とは別に、医療者側の要望への対応も求められる。その際、「一回のカウンセリングで、患者が心の奥底で思っていることを聞き出して欲しい」など、医療者が過度な期待を寄せる場合がある。その一方で、「この患者さんはきつそうにしている。身体の問題以外に何か抱えているのでは?」、「この患者さんの言動はちょっと気になる。そのところについて話を聞いて欲しい」など、漠然とし

た依頼も多い²⁾。また、看護師は患者の心理療法を求めているが、主治医はあまり気乗りしておらず、患者も拒否的である場合など、患者のニーズと周囲(家族や医療者など)のニーズが一致していないこともよく見受けられる。

患者の側に目を向けると、例えば、上野ら³⁾が、乳がん患者会に参加した患者72名を対象に行った調査では、心理療法を「受けたい」が74%、「受けたくない」が24%との結果が示されており、身体心理療法への潜在的ニーズの高さが窺える。しかし、治療のことで頭が一杯で、心のことまで考える余裕がない、臨床心理士に関する情報が患者や家族に十分に伝わっていないなどの状況から、実際的な希望にまで至らないことも多いのではないだろうか。また、患者が自発的に心理療法を希望する場合もあるが、「何となく話したいと思った」、「辛いけれど、

表1 緩和ケア領域での心理療法導入に関する特殊性

・医療者主導での依頼の多さ
医療者の過度な期待⇨漠然とした依頼
・患者側の明確な主訴のなさ、ニーズの低さ、動機づけの曖昧さ
・患者の心理的課題の見えにくさ
身体面と社会面の後景に見え隠れする心理的課題
・身体を持つ圧倒的なインパクト
心の問題を心の次元で扱いづらい
・患者と周囲(医療者や家族)のニーズのずれ
・心理的援助が必要との評価
患者の自己愛を傷つける危険性
心理的援助=身体医療の提供の終わりというイメージ
・臨床心理士に抱くイメージ
心の専門家としての認知不足→警戒心・抵抗・防衛・拒否感
心の専門家としての認識→安心感 or 怒り(背後に過剰な期待)
「死を予感させる存在」・「死の象徴」としてのイメージ
・ベッドサイドに「出かけていく」
侵入不安や恐怖を喚起させる危険性

どうしたい良いか分からない」など、主訴が明確でないことも多い²⁾。さらに、医療現場では、患者の身体面、続いて社会面がクローズアップされるため、患者の心理的課題が見え辛いことも多い²⁾。また、身体の持つ圧倒的なインパクトによって、臨床心理士自身も患者の身体に目を奪われ過ぎて、心の問題を心の次元で扱うことが困難になり易いのではなからうか。

また、がん治療を目的に病院に来ていることを考えれば、「なぜ自分が臨床心理士に会う必要があるのか?」、「なぜ自分の心について取り扱う必要があるのか?」といった患者の疑問もごく自然な反応といえる。とりわけ、緩和ケア領域では、生命そのものが危機に直面した状況に患者は晒されている。そのような状況下で、心理的援助が必要と評価されることは、時として、「自分がしっかりしなければ」、「不安が強いか、精神的におかしいと思われるのは遺憾」、「カウンセリングを受けるほど自分の心は弱ったり病んだりしていない」といった思いを喚起させる可能性がある。つまり、心理療法の導入は、何とか踏み留まろうとしている患者の必死の努力や自己愛を傷つける危険性を孕んでいるのである⁴⁾。そのため、心理療法への拒否を当然起こり得る事態として捉える視点も重要である。

さらに、患者や家族が臨床心理士に対して独特なイメージを抱いている場合もある。社会的認知度の低さが、「何をする人か分からない」、「カウンセリングって一体何をするの?」といった印象を与え、不必要な警戒心や抵抗、防衛、拒否感を喚起させることもある⁴⁾。そうした場合には、心の専門家としての立場や職務内容を明示することが、患者や家族に安心感をもたらす可能性がある。しかし、その一方で、過剰な期待への裏返しとして、「あなたに何ができるんだ!」といった怒りや不満を向けられることもある。また、心のケアの専門家の登場は、身体医療の提供の終わりと同義と受け取られる場合がある。そのため、医療者から見放された不安と怒りが、臨床心理士への怒りや心理療法に対する拒否として表現されることもある。また、「自分の余命が少ないから、心理士が来たんだ」といった思いを抱くように、臨床心理士が、「死を予感させる存在」や「死の象徴」⁴⁾として否定的に強く認識されることもある。さらに、精神科や心療内科の領域では、患者の意志での「来談を待つ」のに対して、緩和ケア領域では、臨床心理士が、ベッドサイドに「出かけていく」ことが多いため、「侵入不安」や「恐怖」も喚起させ易くなる⁴⁾。

4. 考 察

①心理療法導入の慎重な見極め

まず事前に、主治医や看護師などから、患者の身体状況だけでなく、性格や対人関係の持ち方などの情報を得て、患者像をイメージし、心理療法への適応を見極め(心理療法を導入しないという判断も含めて)、初回面接の設定の仕方を慎重に検討すべきである。その際、患者の疾患や治療に関する医学的知識を得るだけでなく、「診

断」、「治療開始・治療終了」、「再発・転移」、「積極的治療からの撤退」といった、患者が置かれた病期に特有の心理的危機⁵⁾を理解しておくことも必要と考えられる。また、患者のニーズと周囲のニーズが一致していない場合、心理療法の導入自体が難しくなることが多い。よって、心理療法導入前に、そうしたニーズの一致/不一致を把握し、患者のニーズに合わせて心理療法を展開しつつ、周囲のニーズにも対応していくことが重要となるだろう。

初回面接では、臨床心理士が患者本人にとっていかに認知されているかを把握することが重要である。ベッドサイドに「出かけていく」構造が、侵入不安や恐怖を強く喚起させる場合、あるいは、臨床心理士が「死を予感させる存在」や「死の象徴」として否定的に強く認識されている場合、心理療法の導入自体が恐怖や不安を増強させる危険性がある。そうした際には、直接的な関与を控える判断も必要であり、物理的・心理的距離を置きながら、医療者へのコンサルテーションや患者と医療者や家族、医療者間の「通訳役」⁴⁾を行うなど、患者を脅かさない形で心理的援助の模索が求められる。ただ、「一旦心理面接への誤解や抵抗が解けると、一気に内面が語られること」⁴⁾があるように、強い拒否の背景には、心理療法への潜在的ニーズが隠れている場合もある。よって、拒否された場合でも、なぜ拒否が起きているのかを見立て、そこから患者理解を深めていくことも重要である。また、医療者から依頼された場合には、医療者から心理療法についてどのような説明を受けたか、また、心理療法を受けることに対して患者自身はどのように思っているかを確認し、個々の状況に合わせて臨床心理士が自己紹介の仕方を変えることが、心理療法に対する不必要な拒否感や身構えた姿勢を和らげることにつながると思われる。さらに、内面を取り扱おうとすること自体が、患者の自己愛や必死に自らを保とうとしている努力を傷つける危険性があることは常に意識しておく必要がある。特に、日本古来の「気持ちを内にしまっておくことを美德とする風土」⁶⁾に留意し、気持ちを語らない在りようも尊重すべきである。

また、たとえ心理療法が1回で終わったとしても、1回の出会いが、「自分の身体だけでなく心に目を向ける動機付けの貴重な機会になる」⁶⁾場合もあり、その1回の出会いが、心理療法への先入観や構えを変化させ、後々の心理療法再開につながる可能性も十分にあり得る。さらに、拒否した時点で、患者は臨床心理士の存在を認知しており、心理療法へのレディネスが培われ始めているとも言えるだろう⁴⁾。

②面接構造の柔軟性

緩和ケア領域では、翌週には意識レベルが低下して話せなくなっている、既に亡くなられているなど、急激な状態変化が起こりやすい。そのため、「足で稼ぐ(毎日、ともかく顔を見に行き関係作りをする)ことが必要こともある」⁷⁾との指摘があるように、患者の心身の状況に合わせて、面接時間の短縮や面接頻度を増やすなど

の工夫を行うことが求められる。つまり、目の前の一人一人の患者の個別性を踏まえた上で、通常の面接構造を超えて柔軟に動いていくこと、すなわち、心理療法の枠を外すことも必要になってくる。実際、がん患者の多くは、「何らかの悩みがあるとしても基本的には普通に学生としてあるいは社会人として生活してこられた方⁷⁾」であり、面接構造もかなり柔軟に対応しても、大きな問題になることは少ない。ただし、「境界例的な心性が前面に出てきたり、統合失調症的な脆さがあるために、事態が紛糾したり円滑なコミュニケーションが妨げられる場合⁷⁾」には、通常の心理療法と同じように一定かつ明確な面接構造を保つことが、患者にとっても臨床心理士にとっても「守り」になると考えられる。このように、緩和ケア領域では、ある程度柔軟に対応しても良い患者と明確な面接構造による「守り」が必要な患者とを見分けることを含め、患者の状態像をしっかりと見立て、面接構造の在り方を検討していくことが大切なのではなかろうか。また、通常の面接構造を超えることは危険性を伴うため、「枠を熟知した上での枠外⁴⁾」の自覚化を常に意識しておく必要があると思われる。よって、岸本⁸⁾が「治療構造」が明確でない場合には、結論が出なくても適当なところで区切りを入れて終わることのできる強さを聞き手が持たねばならない」と指摘するように、面接構造に代わる「守り」をいかに築いていくかを慎重に検討することが求められる。

5. 結 論

緩和ケア領域では、その特殊性から、心理療法導入の慎重な見極めと面接構造を築く上での工夫が必要となる。そこでは、患者の個別的状态を踏まえて、たとえ心理的援助が必要と思われても、「無理をしない」、「相手のペースに合わせる」といったように、「タイミングを図りつつ積極的に待つ」姿勢を保つことも求められる⁴⁾。ただし、会話のままならないような状態に至ってからは、患者の心身の負担が大きく、「死を予感させる存在」や「死の象徴⁴⁾」として臨床心理士を認識しやすくさせる。そのため、ある程度早期から心理療法を導入できる体制を整える必要もあるだろう。

以上のように、緩和ケア領域では、患者の個別性を踏まえて、“レディメイド”の面接構造を当てはめるのではなく、個々の患者に合わせて面接構造を“ハンドメイド”していくことが大切と考えられる。ただし、通常の面接構造を超えて柔軟に動くためには、逆説的ではあるが、臨床心理士自身が心理療法の原則（一定の面接構造を守るなど）をしっかりと内在化しておくことが必須である。また、それこそが、心の専門家としての自らのアイデンティティを守ることにつながると考えられる⁴⁾。さらに、緩和ケア領域では、様々なことが曖昧なまま心理療法が始まることも多い。そのため、臨床心理士が、「自身の関

わりについての目的や意義を意識的に確認していかなければ非常にあいまいなままでの関わりが面接終了までずっと続く危険性を秘めている¹⁾。しかし、そこで問題なのは、曖昧な形で心理療法を開始すること自体ではなく、臨床心理士がその曖昧さを自覚せずにいることだと思われる。心理療法の目的の明示や明確な面接構造などが患者を傷つける危険性を考慮すると、それらを曖昧なままにしている実情に対して臨床心理士が常に自覚的であることが必要となるのではなかろうか。つまり、緩和ケア領域における心理療法では、臨床心理士が自らの行っていることの意味を常に内省し、その患者にとって何故そうした特殊な面接構造が必要になっているのかという理由について常に意識しておくことが重要と考えられる。

引用文献

- 1) 矢永由里子：身体医療と心理臨床。がんとエイズの心理臨床 医療にいかすところのケア, 矢永由里子・小池眞規子 編, 大阪, 創元社, 2013, p1-8
- 2) 矢永由里子：これからの心理臨床一本書をふりかえって－。がんとエイズの心理臨床 医療にいかすところのケア, 矢永由里子・小池眞規子 編, 創元社, 2013, p203-215
- 3) 上野徳美, 山本義史, 林 智一: 乳癌患者のストレスと QOL およびカウンセリングに対する要請に関する研究. 緩和医療学. 2001 ; 3(3) : 75-81.
- 4) 中原睦美：病体と居場所感－脳卒中・がんを抱える人を中心に. 心理臨床学モノグラフ 第2巻. 創元社, 2003, p115, 145-147, 169, 175, 177.
- 5) 栗原幸江：がん患者のこころのケア 心理療法士の立場から. 治療. 2005 ; 87 (4) : 1556-1560.
- 6) 牧野麻由子：身体疾患の患者さんへの心理臨床とは. がんとエイズの心理臨床 医療にいかすところのケア, 矢永由里子・小池眞規子 編, 創元社, 2013, p164-174.
- 7) 岸本寛史：がんと心理援助. 臨床心理学. 2008 ; 8(6) : 779-790.
- 8) 岸本寛史：緩和ケアという物語 正しい説明という暴力. 創元社, 2015, p52.
- 9) 清水亜紀子：緩和ケアにおける臨床心理士の取り組み. 京都市立病院紀要. 2015 ; 35(1) : 5-7.
- 10) 清水亜紀子：末期癌を生きるクライアントとの心理療法の終結. 京大心理臨床シリーズ 11 心理療法における終結と中断. 岡野憲一郎, 松下姫歌, 高橋靖恵 編, 創元社, 2016, p168-186.
- 11) 清水亜紀子：心理療法を支える器としてのイメージの機能－終末期における心理療法を手掛かりに－. 箱庭療法学研究. 2018 ; 30(3).

Abstract

Psychotherapy in Palliative Care
～ Considerations Required for Introduction of Psychotherapy Into Palliative Care,
and Ingenuities of Psychotherapy Structure ～

Akiko Shimizu

Department of Palliative Care, Kyoto City Hospital

In this study, the particularities in introducing psychotherapy into palliative care were extracted based on previous studies on psychotherapy in palliative care and the case studies of psychotherapies this author practiced as a part of palliative care in Kyoto City Hospital. The considerations necessary when a clinical psychologist starts psychotherapy in palliative care, and also ingenuities of the psychotherapy structure were discussed. This study showed that the clinical psychologist was expected to assess carefully the psychological state of the patient and to make the psychotherapy structure more flexible. This study also suggested that it was important for the clinical psychologist to reflect the meaning of what he/she does in psychotherapy and to consider the reason why the particular psychotherapy structure is needed in psychotherapy with the patient at all times.

(J Kyoto City Hosp 2017; 37(1):34-37)

Key words: Palliative Care, Psychotherapy, Psychotherapy Structure