

## 「第35回北里腫瘍フォーラム: みんなで緩和ケア」

### 臨床心理士が出来ること

津崎 心也

北里大学病院臨床心理室

緩和ケアチームの中で臨床心理士は、患者に寄り添うbeingの姿勢を通じ、実存的苦痛の緩和を担当する。

精神分析的自我心理学の観点からは、臨床心理士が狙う「その人らしさ」の回復は「アイデンティティの再確立」や「世代継承性の確立」と言うことができる。がんに罹患し、自己価値感が低下している患者に対して、共感的理解を実現する関わりを通じ、患者の「自我」を支持するよう努めることで、患者自身が「自分らしさ」を再確認し、残りの人生の生き方を描いていけるようになることを目指している。

また、患者を幅広い視点から理解し、関わり方を検討していくコンサルテーション機能も、臨床心理士が担うことのできる大きな役割である。

**Key words:** 臨床心理士, 自己価値感, 緩和ケア

#### はじめに

2015年7月に、臨床心理部門が中央診療部の「臨床心理室」として位置付けられて以降、臨床心理士も緩和ケアチームの一員として活動してきた。

臨床心理士の存在は医療の中で知られつつあるが、その業務内容や方法、目的といったものは未だ十分にお伝えできていないのが現状である。

本稿では、当院緩和ケアチームにおける臨床心理士の役割や狙い、実際の業務について報告する。

なお、公認心理師法の施行により、2019年4月より国家資格としての「公認心理師」が誕生するとともに、既に診療報酬の規定上は「臨床心理技術者」が「公認心理師」へと書き換えられている。また、これまで緩和ケア領域では心理職が「医療心理に携わる者」として表記されてきた経緯がある。そのような中、本稿では、本稿執筆時点(2019年10月)で筆者が有している資格の「臨床心理士」を、「公認心理師」「臨床心理技術者」「医療心理に携わる者」と同義として用いることとする。

#### 当院緩和ケア領域における臨床心理士の役割

緩和ケアチームとして4領域の苦痛すべてに対応していくが、臨床心理士が主に扱うのは「精神的苦痛」と「実存的苦痛」の緩和であり、精神科医や看護師との連携が欠かせない。

当院における精神科医との役割分担として、臨床心理士は精神症状がそれほど強くない中で「実存的苦痛」が強い患者の対応をすることが多い。なぜならば、精神的苦痛に対しては薬物療法が検討できる一方、実存的苦痛に著効する薬剤はなく、いわゆるカウンセリング的な対応がメインとなるからである。言い換えれば、精神的苦痛には積極的な治療としてdoingの姿勢、実存的苦痛には患者に寄り添うbeingの姿勢と表現できるかもしれない。

また、当院では実存的苦痛に寄り添う職種として病棟および緩和ケアチーム等の看護師がおり、大部分の患者・家族は看護師によって支えられている。臨床心理士はマンパワーの問題があり、多くの患者に関わることができないため、看護師らに対応に苦慮する患者や希死念慮を訴える患者などに関わることが多い。

## 臨床心理士介入のねらい

緩和ケアチーム全体で、「その人らしさ」を取り戻すことを狙っている。その中で臨床心理だからこそ狙う「その人らしさ」の回復はなんであろうか。

いまだに「がん」という病気の衝撃は非常に強く、また「死」という人生の終焉を意識せざるを得ない状況にあって、患者の中には、実際には続くのであるが「自分の人生は終わった」という錯覚に陥る人は少なくない。そして、「がん」という病気は仕事や趣味、これまで担っていた役割など様々なものを奪っていく。つまり、がんに罹患したこと自体が大きな喪失体験という性質を持ち、死別反応ではなく喪失への反応に対するグリーフ・ケアが必要なのである。

その中で意識する「その人らしさ」とは、臨床心理学的に言えば「“アイデンティティ”<sup>1,2</sup>の再確立」や「来るのが早すぎた“世代継承性”<sup>1,2</sup>の確立」である。言い換えると、「自分らしさ」を“患者自らで再確認”し、「自分らしく」「残りの人生を生き切る」ことを目指してもらい、そして「自分らしい」「生き様・死に様」を描いて実現してもらうことである。

人生はしばしば「ものがたり」に喩えられることがある。その視点で言えば、がんに罹患したこと、あるいは積極的治療が中止となったことなどにより、その物語を書いていたペンが止まってしまう人や、混乱して殴り書きになってしまう人に対して、それまでのストーリーを確認しながら、あらためて物語を紡ぎだしていってもらえるよう関わっていく、とも表現できるだろう。

## 支持するということ

上述したことを実現していくための、臨床心理士が取る態度・方法として支持や傾聴がある。

筆者の個人的見解として、「自分らしさ」の喪失は、自己価値感(自分は一人の人間として十分に大切に重要な存在であると思うことができる感覚)の低下が大きく影響していると考えている。そのため筆者は実際の関わりにおいて「患者と“仲良くなる”」ことをイメージしている。なぜならば、臨床心理士が患者の存在そのものを尊重し、共に過ごす時間を大切にしながら関わり続けることで、患者自身が低く見積もってしまっている自己価値感を保障し、自分自身で自己価値感を再確認していけるようになると考えているからである。

筆者は精神分析的自我心理学をベースにしている。この立場からは“自分らしさ”を支えるとは、その人の“自我”を支えていくと換言できる。“自我”とはいろいろな要素を持ち、またいろいろな定義があるが、一つのイメージとしては「あなたは、あなた自身のことを何%くらい知っていますか？」と問われたときの

感覚がわかりやすい。その答えとして例えば「私は、私のことを△△%くらいは知っている。」とあったときの「私は」という主体感覚が“自我”であり、100%の自分(全体)のことを“自己”と呼ぶのである。厳密には“自我”にも無意識領域は含まれるので、この説明では足りないのであるが、緩和ケア領域においてはこの“自分”という主体感覚の取戻しをサポートすることが重要と筆者は考えている。そしてこの態度を、精神分析的自我心理学では「自我支持的」と呼ぶのである。

この態度を実現しようとする、必然的に患者自身のことをより知っていこうとするし、知りたくなっていくのである。つまり、「あなたはどのような人生を歩んでこられたのですか?」「どのようなことを大切に思っているのですか?」「いま、どのようなことで苦しんでいらっしゃるのですか?」ということに関心が向き、そしてそれが、いわゆる“共感”につながっていくのである。臨床心理学ではもともと共感とは「共感的理解empathic understanding」<sup>3</sup>と表現されていた。現実的には他者のことを真に理解することは不可能である。その絶対的事実をベースにしなが、それでも患者自身の心の在り様を知ろうと努め、その努力の結果「あたかも」その人であるかのように患者自身の心の体験を理解することが「共感的理解」である。ただ単に話をうかがう、とは体験を異にする、積極的な関心とやりとりを含む人間関係である。

そして、このような関係の中で患者による語りを重視する。なぜならば、真の意味での自己理解、つまり自分らしさの確認は本人にしか出来ないからである。本人に自分らしさを確認して取り戻してもらうため、また本人のことを少しでも知りたいと思うため、本人のペースでの語りを促進することが、支持的で共感的なかわりと、筆者は考えている。

たとえば、しばしば「死にたい」と訴える患者や、周囲から見ると必要以上に怒りっぽくなっている患者と相対することがある。その際にも、なぜこの人は死にたいと訴えるのか、なぜこの人はこのことで怒っているのか、その言動に隠された意味を共に見つけていき、そして言葉にしていくことを手助けするのである。これが「支持的」であり「共感的」な臨床心理士の関わりである。そのプロセスがともに歩めれば、必然的に患者は落ち着きを取り戻し、変化を見せていくのである。そのため、こちらからいわゆる病気の受容を促進しようとすることはなるべくしないよう努めていくのである。

## 関わりの実例

この数年の中で、臨床心理士が関わったケースの例としては「死にたい／早く楽にしてくれ」という患

者、病気のことを考えるといつも泣いてしまう患者、不安の強い患者、爆発的に怒りを表出する患者、「人生の意味を考えたい」という患者など、さらには不安を訴える配偶者や子どもに関わったこともある。

また、服薬や採血などを拒否し続ける患者にも介入をしたことがある。この場合、医療者側からの依頼の趣旨は「説得」であるが、上述したような考え方から、直接的な説得はせず、なぜ患者は、自分のためになる医療行為を拒否するのかを、語り合いながら患者自身から教えてもらうよう関わっていくのである。得てしてこういう際には背景として不安あるいは不満などが存在していることが多い。それらが本人の口から自覚的に語られるようになることで、いわゆる拒否的態度というものは存在する必要がなくなり、雪解けが生じていくのである。

### 臨床心理士が出来ること

以上のような態度に基づき、我々臨床心理士が緩和ケア領域で出来ることは以下のようなものである。

- ・精神的苦痛の評価と精神科医への繋ぎ
- ・患者に寄り添うことでの実存的苦痛および精神的苦

### 痛の低減

- ・患者の理解と対応についてのコンサルテーション
- これらのことは「臨床心理士にしかできない」というものではなく、特に実存的苦痛の低減は主治医や看護師らが担ってきた役割である。またコンサルテーション機能は緩和ケアチームや精神科医らも担ってきた。そのような中、臨床心理学的知見に基づいた患者理解や介入は、これまでの患者支援の幅を広げるものとなり得ると考えている。

今後も緩和ケアチームの一員として、患者の全人的苦痛の低減に努めていきたい。

### 利益相反

本論文内容に関する著者の利益相反: なし

## 文 献

1. Erikson EH. *Childhood and Society*. W. W. Norton & Company; New York: 1950.
2. Erikson EH, Erikson JM. *The Life Cycle Completed*. W. W. Norton & Company; New York: 1997.
3. Rogers CR. The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *J Consult Psychol* 1957; 21: 95-103.