

面接の陪席で何を学ぶか

小林 隆 児

I. はじめに

臨床心理士養成の教育に従事して3年近くが経過した。この養成課程でどのような教育が行われているか、およその全貌が掴めてきた。筆者は精神科医としての訓練を受けてきたため、どうしても医学教育、精神科医の臨床教育と比較してしまうが、仕事内容は重なることがとても多いので、双方の経験を持ったことで、臨床心理士プロパーとは異なった視点からこの養成課程について多々感じることもある。

ここでは、その中でも臨床に従事する者にとってもっとも重要な技術である「診断と治療のための面接」の方法について考えてみたいと思う。そこで最も重要な役割を担っているのは、陪席という教育方法である。もともとわが国の医学教育はドイツから取り入れられてきたが、戦後は急速にアメリカの医学が輸入され、今日に至っている。もちろん筆者は戦後の教育を受けたが、指導者はドイツ医学を学んでいたため、臨床現場ではドイツ語がよく使用されていた。陪席することはベシュライベン *beschreiben* (原義は「書く」ということで、指導医の面接に陪席して記録するという意味合いが強い) と称され、陪席する者はベシュライパー *Beschreiber* と呼ばれていた。医師になってどこかの医局に入ると、必ず最初に経験するのがこのベシュライベンであった。あこがれの有名教授の面接をベシュライパーとして傍で学ぶことができることは、何にも代えがたい貴重な体験であったと思う。

筆者が医学部を卒業して精神科の臨床医を目指して入局したのは福岡大学医学部精神医学教室であった。その数年前に新設された私立の医

学部であったが、教室の主任教授は西園昌久先生であった。精神分析の世界では東の小此木啓吾と並び称されるほどに当時から有名であった西園先生は力助精神医学を旗印にした患者主体の臨床教育を実践され、評判を聞いて全国から多くの若い精神科医がやって来た。

筆者は将来児童精神科医を目指していたが、この教室には助教授として村田豊久先生（その後、九州大学大学院教授を経て自宅で開業）も赴任されていた。まもなく英国留学から帰国されたばかりの牛島定信先生（後の東京慈恵会医科大学精神科教授）も在籍されることになり、当時の教室は、今から考えれば信じられないような恵まれた臨床精神医学教育と実践の場となった。筆者はこの恵まれた環境で13年間あまり教育を受けたが、その中でかなり長い間、陪席を経験することができた。

今現在、臨床心理士養成課程の教育に従事しながら、過去のこのような経験が財産になっていることを日々痛感している。日頃から陪席による臨床教育の重要性を強く感じているので、陪席で学生に何を学んでほしいか、あるいは指導者は陪席で学生に何をどのように指導したらよいか、自分の経験を振り返って考えてみたいと思う。

II. 陪席とは何か

精神科医の養成課程で陪席という教育は、必ず最初の年に経験するもので、そこで学ぶ内容は精神科医の生涯において殊の外重要なものである。臨床医になるためのいわば洗礼の儀式のようなものかもしれない。具体的には指導者（教授、助教授、講師など）の診察場面に同席

して、診察と面接の方法を直接観察しながら学ぶことである。

臨床家が身につけなくてはならない様々な技術は、けっして口伝えや書物などでは学ぶことのできないもので、徒弟制度のようなものでしか学べないと筆者は考えている。徒弟制度は、わが国では江戸時代に生まれた、職人や商人になろうとする者が親方の家に起居して修業することによって一人前になる制度である。そこでは、学びたい師匠に弟子入りして、師匠の身の回りの世話をしながら、師匠の職人技を見様見真似で盗みながら身につけていくのである。このような古い仕来りを今の若い人は前時代的なものとして毛嫌いするかもしれない。今では面接技法について多くの書物が出版されているし、研修会や講演会でも学ぶ機会が少なくないから、それらを通して独学している人も多いのであろう。しかし、筆者自身のこれまでの経験を踏まえた上で、多くのすぐれた臨床家を見ていると、必ずだれか師匠にあたる人に直接ついて学んでいるものである。なぜ徒弟制度のように直接師匠に接する中でしか面接の神髄は学べないかと言えば、その大半が言葉では表わせないものだからである。陪席を重ねるうちにいつの間にか身に付いたものが少なくない。身体を通して学んだものといってもよいかもしれない。芸術の世界であれ、文学の世界であれ、そこで身を立てようと思えば、最初に行うのは、自分の敬愛する先人達の作品や芸をとことん模倣することである。身体を通して取り入れることである。そのような学びを通して次第にその奥深さを少しずつ体感するようになるものである。そこで体験は、あまり言語化できないものであるし、ことさら性急に言語化しようとも思わない方がよい。なんとなく感じとるという体感水準の体験として大切にふ化していくように育てていくことがよいように思う。すぐに分かったような気になることは危険だということである。

Ⅲ. 病歴聴取と陪席

筆者が受けた陪席では、最初に新患の病歴聴

取（心理臨床の教育ではインテイク面接と称している）をひとりで行うことが義務として課せられていた。病歴はドイツ語でアナムネーゼ Anamnese と称されていたが、仲間同士では略してアナムネと言いつつ聞いていた。およそ30分から60分くらいかけて患者がなぜ受診したのか、今何に困っているのか、そんなことを聞きながら、どのような病気が考えられるかを想像し、アナムネを取っていくわけである。この病歴聴取は臨床家になるための初期教育としてとても大切なものではあるが、指導者として面接を行う側からいえば、病歴聴取を行う行為そのものに非常に重要な意味があるので、本来であれば新人にやらせるべきものではない。なぜなら、病歴聴取は単に病歴を聴くだけではなく、同時にそこで治療そのものも始まっているからである。病歴を聞きながら、どのような病気を考える（診断する）と同時に、患者の現在の状態を診る（診察する）し、病歴を聴くこと自体が治療面接としての意味も持っているのである。このように精神科面接では、診察、診断、治療という三つの次元の臨床行為が同時に進行していく。このことは初診時だけのことでなく、常にその繰り返しであるともいうことができるほどなのである。このことについては土居の名著「方法としての面接」（土居，1977）に詳しいので、よく知られていることとは思う。

よって、病歴聴取そのものを行う行為全体を陪席で学ぶことが望ましいのだが、多忙な臨床現場では時間の節約と称して病歴聴取を新人にやらせている。これは新人にとって意味ある体験ではあるが、できれば最初は病歴聴取そのものを含めた診断面接を陪席で学んでほしいものである。

Ⅳ. 陪席で何を学ぶか—具体的な陪席の例を通して

1. 実際の面接過程について

実際の陪席で筆者はどのようなことを実践しているか、ある事例を通して具体的に描き出してみることにして。

事例 50歳代の女性 専業主婦

来談者（以後 CI と略す）の相談内容：幼少時自閉症と診断された長男の今後について、どうしたらよいか相談したい。今現在、ある施設に入所中だが、他の某施設に移したいとも思っている。意見を聞きたいというセカンドオピニオンを求めての来所であった。母親のみの来所で、当事者である長男は来ていない。

子どもは二人で、20歳代前半の長男と2歳年下の次男。夫は研究畑の人だという。過去に、二人とも広汎性発達障害（PDD）と診断されている。長男は重度の自閉症だが、次男は知的障害がなく、アスペルガー障害だという。長男は小学生時代、当研究所に通っていた経歴があった。長男について、今どのようなことが大変かを尋ねると、「盛んに大声を出し、マンションの高層階から物を投げ落とすなど、目の離せない状態で、自宅にひきこもり、ほとんど外に出られない状態だ」というが、月の半分（2週間）は他県の入所施設に入っていて、あとの2週間は在宅で過ごしているという。

以上のような概略が面接の冒頭で明らかになったが、以下、面接の実際について、陪席者の記録をもとに再現してみよう。なお、面接者（筆者、以下 Th と略す）の話は〈 〉、CI は「 」で記す。ただし、傍点は筆者が付けた。面接の内容は明朝体、陪席者がその時感じた印象は斜体、その時 Th が感じ取っていたことについては四角の枠内にゴシック体で記述した。

（ ）内の記述は、後で筆者が説明として加筆したものである。なお事例の匿名性を考慮して、細部の変更を行ったが、事例の骨格は保つように心掛けた。面接の所要時間はおよそ1時間であった。

〈今日はこういったことで来られたんでしょうかね。以前にもこちらに来られていたんですよ。〉という言葉で始まる。CI が以前（10数年前）に来談していた当時の話が母親の口から語られ始めた。当時は次男の相談が主だったた

め、次男のことが中心に語られるが、〈今回の主役は？〉と尋ねると「上（長男）の方です」と言って、初めて長男について語り始めた。

〈（おさんの）お名前は〉「〇〇〇〇（長男のフルネーム）。重度の自閉症です。」〈お年は〉「もうすぐ23になります。」〈身長と体重はわかりますか〉「最近測ってないから正確には分からないですけど」〈一緒にいればおよそお分かりでしょう〉「えっと、身長は170～171cmで、75kgくらいですかね。」

この時、CI 自身の口から、長男は「重度の自閉症です」という説明がなされたが、その語り口はさらっとして、「こう表現すれば伝わりやすい」という思いで使っているように感じられた。身長と体重について Th から尋ねられると、最近では測っていないからとためらいを見せたが、さらに尋ねると、細かい数字まで把握していたことから、CI は普段から息子に対してとても気にかけていることが窺われた。

〈なるほど。では今回はどういったご相談で来られたでしょうか〉「どこから話しているのか・・・」と話したいことは沢山あるが、上手くまとめられない様子である。〈電話の内容では、施設に入れることについて相談したいということでしたが〉と助け船を出すと、「そんなんですけど・・・」と再びためらい、しばらく間が空いた後、おもむろに現在の状況について説明し始めた。

他県にある入所施設に2週間ショート・ステイで過ごし、後の2週間は自宅で過ごすという生活を交互に行っている。そんな状態が2年間ほど続いているという。〈他県の〇市とは、かなり遠いですよね。どうやってその施設を知ったのですか〉「友達が入所していて」、「田舎にあるから枠が空いていたので入所することができた」ということであった。

〈2年前からそこを利用しているということですが、それより前はどのようにしていたんですか〉

「中学入学前までは、普通に自宅から通っていたんですけど、中学校に入る時に障碍児学級（今でいう特別支援学級）に入れた。そしたらそこで不適応状態になったんです。」その後、近くの児童相談所に相談に行き、今とは違う入所施設に措置されて入所した。そこで高校を卒業するまで過ごし、その後、自宅近くの施設に通所してみたが、施設側の対応に対する親の不満からまもなくやめて、今の施設での生活となったという。

（お子さんは普段何しているのですか）と聞くと、「朝起きなくなってしまった。引きこもっていて、不登校みたい」で、「いつも眼を開けて寝ている。昼まで起きようとしなくて」という。

（今、最も困っているのは）「突然『わー』って大声を出す」、「マンションの高層階から物を落とす」、「水に強いこだわりがある」ことだという。水へのこだわりを具体的に尋ねると、「飲んだり、手で遊んだり。ずっと水場にいる」、「ヘルパーさんを頼んだんですけど、うまくいかなくて」、「前回ショートステイから帰ってきた時、ベランダから物を落したんです。わざわざ鍵を開けてから窓を開けて。」（自閉症の人たちにはよくみられる行動ですね。）「でも最近は無かったですよ！昔はあったけど。」「私がそれを強く制止したから、かえってこだわったのかな」との思いが語られる。さらに「何が原因なのですかね」「引越しも考えているんですけど。このような子どもが入れる施設はないし・・・」と語る。

CIは息子とどのように関わったらよいか分からない。でもヘルパーに頼ってもうまくいかない。環境を変えようと考えても良い場所が見つからないなど、ほとんど手詰まりな状態に陥って、限界に来ていることが窺われた。CIからは“どうにかしたい”という強い気持ちは伝わってくるものの、その一方では意外に冷静で客観的な言い方もみられ、どこかピンとこない（共通理解を得ることが難しい）

印象である。

施設側の対応に対する不満を抱きやすいのか、CIの発言には批判的なものが多い。しかし、傍点で記した発言にみられるように、自分の関わりも子どものこだわりと関係しているのではないかという自責的な思いも感じられる。他者にも頼れないが、自分でもどうしたらよいかかわからず、行き詰まっている状況にあることが見て取れる。

ここで特に注目したいのは、Thの語りかけに対するCIの反応である。CIが子どものことでどのようなことに困っているか尋ねていく中で、具体的な行動面の問題が明らかになっているが、それを聞きながらThが〈自閉症の人たちにはよくみられる行動ですね。〉と理解を示したところ、CIは「でも最近は無かったですよ！・・・」と、突然強い否定的な反応を示している。この反応にThは強い違和感を抱いた。なぜなら、子どもの行動上の問題について話した際にThが共感的な応答をしているのであるから、通常であればCIは多少なりとも救われた気持ちになるか、もっと理解してほしいという態度に出てもおかしくないと思われたからである。ではなぜこのような反応を示したかといえ、そこにこのCIの対人反応の特徴が示されると推測されるのである。それがその後の面接過程で幾度となく繰り返されていることで、確かなものとなっていった。

次男は中学時代から不登校で、現在高校のサポート校に通っているが、今は再び不登校状態にある。夫は不安障害で苦しんでいる。長男が小学生時代に夫の仕事の関係で海外生活を数年間経験したこともあるという。

次男のことについてはすらすらと語られたが、夫については、あまり多くを語りたがらない。最近、通っているクリニックの主治医

から、子ども二人と夫について、「みんな根っこは同じだ」と言われたことを、淋しげに語っているのが印象的であった。主治医を信頼していたがゆえに、CI 自分自身に子どもの問題を強く突きつけられた気持ちになっているのではないかと思われた。夫のことをあまり語りたがらないところから、夫との関係があまりうまくいっていない印象を受けた。

「みんな根っこは同じだ」と主治医に言われたとCIの口から聞いた時、筆者はCIの思いに「淋しさ」をさほど感じとれなかった。それよりも自分が主治医から見放された「怒り」に近い感情を感じ取っていた。なぜなら、主治医のこのような表現から、子どもの障碍は家族性のもので、父親に対してもPDD圏内のものではないかという思いを筆者は感じ取り、それがCIには突き放されたように感じられたのではないかと思われたからである。

(私(筆者)のことは誰かに紹介されたんですか)「〇〇市に紹介されて。」「病院も探したんだけど、大人の自閉症を診てもらえるところがないんですよ」という。その後治療歴として、精神科クリニックに通っていたこと、幼稚園年長の頃から水遊びが激しかったこと、幼稚園で放水して水浸しにしてしまったこともあったほどで、「靴を放り投げる」行動も見られていて、「奇異な、変わったことをする子」だと思っていたという。

療育や相談の現場を転々と変えてきたことの背景に何があるかを考えていくことがこのCIの理解に重要だと思われたので、そのことに話題を持って行った。

(いろいろな病院や施設に行かれているみたいですが、どこもあまり長く続いていませんね)と言うと、「分からないんですよ! どうすれば

いいか!」「情報が入ってこないから!」と、強く反発した答えが返ってきた。

Thが初めてCI自身の内面について触れた場面であったが、CIは実生活でかなり追いつめられている状態であったためか、Thの素朴な疑問に対して、過剰なほどの防衛的な反応を見せている。このCIの反応は、こちら(陪席者の方)に刺さってくるような(恐怖心さえ抱くような)鋭さを陪席者は感じた。

Thが素朴な疑問を投げかけた時のCIの発言「分からないんですよ! どうすればいいか!」は陪席者に恐怖心さえ抱かせるほどの鋭いものであった。療育の場を転々と変えてきた背景にあるCIの気持ちに近づこうとしたThの接近であるが、それに対して驚くほどに強い防衛的な反応を示している。いかに日頃から周囲に対して警戒的な構えが強いかを想像させる。そこにはCIの日頃の孤立した状況が見て取れるのである。

さらに、「情報が入ってこないから!」という反応に、CIの特徴がとてよく表れていると思う。なぜなら、どこかに相談に行ったり、治療を受けたりする場合、そこがどのような所なのかは、直接会ってしばらくつき合ってみないと分からないはずである。しかし、CIは情報がないから分からないという。情報を頼りにしてこれまでやってきたことがこのような反応にとてよく示されている。本当に大切なことは、他者と直接会うことによって初めて得られるようなものではないかと思うが、CIはそのようなものよりも情報の方が頼りになっていたのであろうか。CIはどんな施設に行っても、どんな所に相談に行っても、理想がとて高いので、すぐに現状に対して不満を抱き、相手に対して批判的になってしまうのではないか。そんな感じを受けたのである。

再び現在の長男の様子について話を戻し、Thが食生活などについて聞いていくと「偏食は無いけれど、作業所から帰ってくると具合が悪い」という。「行動の切り替えが悪い」、「最近はお外しづらくなったようだ」、「分かっているところなら行くけど、動きは悪い。」自分でも「行かない」などと口で言うこともあるらしい。

「〇〇市は入所を勧めるけれど、私としては、子どもに合った所がいいと思っている。でも、(私からみて)しっかりとやっているところが全然ない」ときっぱりと言う。最近では「行動療法も必要だと思う」ので、そのような実践をやっている施設に何回か見学に行き、すでにショートステイの契約もしてきた。他にも近市の入所施設も見学に行ったが、書類選考で落とされたという。CIに怒りの感情が出てきたのか、「TEACCHで環境を変えるというのは賛成ですけど、行動を規制するのはどうもイヤなんです!」と、すでにショートステイの契約を済ませている施設に対する批判を口にし始める。
 (でも、その施設には見学に行かれたんですね)と聞くと、「見に行ったけど、場所がいや。駅からも遠いし、周りに何もなくて、経営不振になった会社のビルを買ったようなところなんです」と、一方的な批判が出てくる。

この施設に頼りたいのか、頼りたくないのか、ひどく葛藤している印象を受ける。迷っていて、「どちらがいいかなあと揺れている」状態というより、「0か100か(全か無か)」というような激しさを感じた。

CIには高い理想を追い求めているところがある。障害をもった子ども二人をひとりで抱えこんでいて、日頃大変な思いを抱き続けていることは容易に想像できるのだが、そういった弱音は一切口に出さないし、態度にも示さない。いろいろな所に相談に行っては理想と現実とのギャップを見て取り、結局は批

判的な反応をしてしまっている。自分が弱い存在であること、他者に頼りたいこと、といった今の自分の素直な気持ちを表に出せない。療育に対しても、子どもに合った所がないという割には、子どもに合った療育とは何か具体的に浮かび上がってこない。CIの中に激しいまでの混乱が見て取れる。

ここで陪席者が“0か100か”という激しさを感じたというのはとても的を射た指摘だと思う。現実の世界は純粋な「白」もなければ純粋な「黒」もない。限りなく白に近い灰色もあれば、黒に近い灰色もあるが、「灰色」であることに変わりはない。「白」か「黒」か、というデジタル的思考になりがちになるのは、日頃から情動の世界に対して回避的な態度を取っていることと深く関係している。情動の世界に身を置いていけば、そこに必然的にアナログ的思考が身に付いていく。ここにもCIの日頃の対人関係のありようが反映しているように想像されるのである。

(お母さんは息子さんにどう関わっていけばよいか、迷っているように思えるんですけど)「私としては、その子の気持ちとかを大切にしたい、可愛がってきたつもりです。自閉症とかいう以前に。」「まあ、甘いといえば甘いんですけど。」「子どもは病気というところがあるから、行動療法も必要だと思う。」

ここでThはこれまでの母親の思いを汲みとって、それを取り上げたのであるが、CIはThの発言を自分が批判されたように感じ取っていることが「・・・してきたつもりです」という弁解めいた発言に見て取れるのではなからうか。Thの共感的な語りは、CIに対して心理的に接近することを示しているが、それに対して批判されたように受け止めているところに、CIの被害的な構えがよく反映されている。このようなCIの批判的言辞の

背景に、強い孤立感を見て取ることが重要になる。もしもこのようなCIに対して、治療者側が自己防衛的な反応を見せると、CIの激しい怒りを誘発してしまうことになるのではないか。

しかし、〈これまで振り返ってみて、どんなことを大切にして関わってこられたのですか〉と尋ねると、「うーん、特にこれといったことはないかも。しつけに関しては大雑把なんです。でも口はうるさいんですけど。」「心配性なんですよ。」「身体とか行動とか全てが心配で。」「事故でも起こすのではないかと考えて、子どもを自分から引き離すことができなかつたんです。」

先の発言「行動を規制するのはどうもイヤなんです！」と、ここで述べられている実際のCIの行動との間には非常に大きな隔たりが認められよう。頭では行動を規制することはいけないと思いつつも、実際には子どもの行動すべてにわたって規制しているとしか言えないような内容である。

ここでThが夫や次男のことにも触れながら〈それじゃ、お母さん一人で大変ですよねぇ。〉と伝えると、CIは堰を切ったように「そうなんです！主人はパニックを起こすし、下の子は不登校だし、まともなのは私だけなんです！（笑）」と勢いよく話し始める。最後には力が抜けたような、安心したような表情を浮かべながら「私はこういう性格だから何とかなっていますけれど。」

それまでは背筋を伸ばし、片手を机の上に乗せ、(イライラしているような感じで)トントンと手で机を軽く叩きながら話していたが、この瞬間には、その手が移動して、膝の上に置かれ、身体の方も抜けたようにして、「ほっ」とした空気が面接室に流れた。ただ

しこの姿勢はその瞬間だけで、すぐにまたもとの姿勢に戻ってしまった。

この時、ThはCIの身体の動きそのものには気付いていなかったで、この陪席者の観察はとても重要な指摘で、感心させられた。いつも身構えて警戒的な態度を示しているCIがThの共感的な働きかけに対して、一時的にでも緊張が緩んでいたことは、今後の治療の方法を考える上でとても重要な観察である。CIは身体レベルでそのような反応をしていることに、気付いていない。いかにしてそのことに気づいてもらうか、それが今後の治療の重要な柱のひとつになる。

夫の母親の話となり、「田舎の人なんだけど、よく口出しをするんです。」「学歴とかうるさい。」「地域によってはそういうところありますよねえ」と言葉をかけるも、聞こえていないかのように「息子が生まれたのは『あんたのせいよ』とまで言われたんです。」と先ほどの勢いが再び続き、ほそりと薄ら笑いのような表情を浮かべて「まあ、主人のせいだったんですけどね。」と言う。

〈息子さんはお母さんのことをどう思ってるんでしょうね〉と尋ねると、「しゃべれないから分からないですよ。」「子どもはことばをしゃべれなくても、親として接していたら少しは分かることもあるでしょう。」「でも周りの人にも子どもの意思が分かりにくいと言われます。緊張している時でもニコニコ笑っているから。」ある時、目を離した隙に、正面からきた乳母車(誰も乗ってはいなかったが)を急に押ししてしまうということがあったという。そんな話が出てきたので、〈それじゃあ、いつも子どもから目が離せないですよねぇ。〉と言うと、「そうなんです。急にそんなことをするんですよ。」と、再び安心したように姿勢を緩めた。

CIは自分のことに触れたThの言葉に、時

には拒絶反応を示すこともあるが、このように瞬間的にはほっとしたような反応を見せているのが感じられた。

施設での様子を尋ねると、「施設では大変とは言われていない。」「物を放ったりすることは少しみられる。大声も出すことはあるらしいけど。」CIは再び、先の契約を結んだ施設に話題を戻し、「主治医の先生はお子さんには合うんじゃないかって言うだけ。」「先生（筆者）はどう思います」とThに意見を求めてくる。（CIの真意がまだわからない状態にあったので、それまでは曖昧に返答をしてきたが、この時点では、少しこちらの考えも伝えた方がよいだろうと判断して）〈個人的な意見を言えば〉と前置きした上で、率直に施設に対する考えを伝えた。すると「そんなにひどいんですか!？」と驚きをみせながら、「でも力はあるところですよね・・・。」と擁護する。ThはそんなCIに対し、〈そういう力を必要としている人はいるでしょうね。〉〈でも貴方のお子さんは無理して入れなくてもいいでしょう。〉と伝えると、「理想を言えば土日は家にいて、いつもは施設がいいけれど、そんなところはなかなかないから・・・。」と答える。

面接の前半ではこの施設について非常に批判的なことを述べていたにもかかわらず、Thがこの施設についてかなり問題の多い所であることを説明した途端に、今度は以前とは逆に施設側を擁護する発言をしている。Thが施設に対して否定的な発言をしたことが、CI自身の肯定的な思いを引き出して、施設を擁護する側に立っている。「天の邪鬼」と言ってもよいCIの対人反応であるが、このような〈CI-Th〉関係を生み出しているものにあるのが、CI自身の強いアンビヴァレンスであることを見て取る必要がある。

ほとんど結論も得られなまま、時間が過ぎて

行ったので、〈残りの時間もないので〉とこちらから伝えて、面接を振り返ることにした。

「大変な時もあるけど、大変じゃない時もある。」「〇〇市の通所施設が駄目になったけど、周りの者は施設に入れろと言う。どうすればいいんでしょうか。」「引っ越しも考えているんですけど、下の子もいるし・・・。」と面接中に語られた悩みが再び語られ始める。

〈環境を変えるというのは年齢が進むと、どんどん難しくなるんじゃないですか?〉「そうですね。じゃあどういう方向にすればいいんですかね。」「〈お母さんは家で面倒を見ながら一緒に過ごすのがよいのか、施設に入れるのがよいのか、どちらを希望されているんですか。〉「今は家とショートステイの双方でやりたいと思う。でもそれが本当にいいのかどうか分からない。」「〈今ショートステイと在宅を交互にやっておられる。それがいいんじゃないですか。〉「じゃあ家ではどうすればいいんですかね」〈それは本人を連れてこないと言えないですね。〉「実物を見ないと分からないってことですか。」「〈実物見ないでこちらが何か言っても貴方も信用できないでしょ。〉「まあそうですね。」ということでその日の面接は終了となった。最後にCIは「次回息子を連れてきたい。」と希望を述べて帰った。

ずっと同じ話を繰り返している印象で、Thの言葉がなかなか頭に入っていかず、自分の思いでいっぱいになっているように感じられた。

このようなアンビヴァレンスの強いCIに対して、こちらの意見をストレートに述べたところで、それを素直に聞き入れられるような心的状態にはない。「ああ言えば、こう言う」という「天の邪鬼」を相手にするような負の循環が延々と繰り返されるのみである。したがって、ここで大切なことは、そのような負の循環が生まれていることを取り上げて

いくことなのだが、それはいつでも可能というわけではない。このCIのように、長年にわたり、ふたりのPDDと思われる子どもを育ててきた母親であれば、慢性的な疲労状態で、時には神経症性うつ病と判断した方がよい場合も少なくない。よって、まず取りかかるべきことは、CIの心身の疲労が少しでも軽減するための方策である。それを試みながら、頃合いを見計らって、先に述べたことを取り上げて行くことである。このような試みを行う際には、筆者は必ず母子同席で行うことにしている。母親に望ましい変化が認められると、必ずその場で母子関係そのものに変化が起こる。子どもの母親に対する態度に目立った変化が起こってくるものである。それを直接取り上げることで、初めて母親は自分の問題が子どもとの関係そのものと深く関係していることに気付くことが可能になる。それは母親にとっては非常に衝撃的な体験であることを、筆者はこれまでの経験から強く感じている（小林，2010，p.135-145）。

2. 面接過程を振り返って

今回の面接におけるポイントについて、陪席者（陪と略す）と以下の議論を行った。

Th：面接を振り返って印象に残ったことはどんなことですか。

陪：面接全体を通してCIのちぐはぐさが感じられます。子育てについて「大雑把」と言いながら「心配症で離せなかった」と言うところや、見学に行ったり書類を出していたりなど「施設に入れる」という思いは見られるが、その施設に対して批判するところ、「行動を規制するのは肌に合わない」といいながらCI自身が心配から息子の行動をずっと目を離さずに見ていたところなどで、そんなところにCIのちぐはぐさが端的に表現されているように思われます。

Th：このお母さんには一貫してそういう特徴が

見られますね。ThがCIの気持ちに同情の念を示して、共感的な語りかけをした際に、どんな反応をしていたと思いますか。

陪：二つのパターンが反応があったように思います。ThがCIのちぐはぐさの部分の気持ちに触れた際は、Thが取り上げて一緒に考えようとして語りかけると、その話題から逸れた方面に“ばーっ”と離れて行ってしまふような感じがしました。ちぐはぐさがあまりないような部分に触れた際には、「そうなんです」と、明らかに身体の緊張が緩み、安堵したような反応がみられました。ただし、その安堵した状態は瞬く間に消え失せ、いつもの緊張した構えに戻ってしまっていた。机の上に乗せていた手が膝の上に戻り身体全体の力が抜けるが、またすぐに元の姿勢に戻ってしまうという行動として、そのような特徴が端的に示されていたと思います。

Th：それがとても大切なところなんですね。このCIとの面接でもっとも注目しなければならないところはそこなんです。そこにこのCIの日頃の対人関係の特徴がもっともよく認められるんですね。口では（理想的には、理屈の上では）「子どもの気持ちを大切にしてきた」と言うものの、すぐに「本当はそうじゃなかった」と自分でそれを否定する。こういった特徴をまとめるとどうなりますか。

陪：CIは息子の気持ちに対して添いたい（Thのコメント：“添わねばならない”と表現した方がよいのではないかと思うが）気持ちはとても強い。しかし、実感として“出来ていないからこうなってしまっている”という思いがあるのではないのでしょうか。

Th：「理想的な施設」という言葉に端的に示されているように、このCIの思いには理想化がとても強く認められ、“こうあるべきだ”という思いに強く囚われている。しかしながら、自分自身には正直な人であるため現実と理想とのギャップに悩み、苦しん

でいる。実際に、ThがCIの気持ちに寄り添おうと、そこに焦点を当てて心理的距離を近づけると、CIはすぐに回避的な反応を見せ、話題を逸らしていく。この点をどう思いますか。

陪：苦しんでいる現実の自分を考えなくてはいけない、意識させられるということに対する恐怖があるのではないのでしょうか。

Th：CIは本当に困って来所しているが、表面は施設入所へのセカンドオピニオンを望んでいる。ThがCIの施設に対するネガティブな感情を直接取り上げると、CIは感情的に反発する。本当は困っていてどうしようもない状態にあるのでしょうか、そこにThが（共感的態度を示して）近づいていくと逃げてしまう。自分の弱みに触れられる恐れが強い。そのために回避的な反応を示すのではないのでしょうか。なぜそういったことが起きると思いますか。

陪：CIは自分の弱さを認めきれていないのではないのでしょうか。

Th：CIは「子どもの気持ちを大切に」と、頭では思っているけれど、現実にはそれとはまったくといっていいほど正反対のことをしてしまっている。理想と現実（実際の行動）との間の大きなギャップに多少なりとも気付いているのですが、それに気付くと強い自己嫌悪に陥りかねない。息子にしてみれば、そんな心理の状態にある母親には容易に近づけないでしょう。こちらが近づこうとすると、すぐに逃げて、ついにはダメ押しのように拒絶する。気持ちが触れ合うということに対する強い過敏さ（不快感といってもよいかもしれない）があるのでしょうか。

夫側の義母との関係も重要でしょう。義母からの受けた強いプレッシャーによって、高い自我理想を掲げて子育てをせざるを得なかった状況が垣間見えるのですね。このようにCIの内面には著しいアンビヴァレンスが認められます。乳幼児期の甘えの間

題が強く推測されます。CI自身の幼児期の問題を避けて通ることはできないでしょう。自閉症と診断されてきた息子自身のアンビヴァレンスと、面接で認められたCI自身のアンビヴァレンスが、二人で直接関わり合うことによって、さらに相互にアンビヴァレンスを強め合ってしまったのでしょう。そのため子どもはCIと直接関わるとジレンマが強まり、耐えられなくなり、衝動的な行動に走ってしまうことになるのではないのでしょうか。CIは、理想は高いが「自分のせいでこうなっている」という思いもとても強くて、自分に自信もない。常に双方の間で迷い続けて揺れている。その典型的な表れとして今回の受診にみられるドクターショッピングがあるでしょう。今回の相談の深い動機はそこにあるのではないのでしょうか。CI自身はずっと以前からある特定の人との深いつながりを持つことが難しかったことが推測されるのです。理想を抱え、いつも求めるものが大きいため、すぐに不満が出て現実から離れてしまう。子どもに対してもそうなのではないのでしょうか。子どもにこうしてやりたいと思いつつも、いざ関わると子どもから期待した反応が返ってこない。“こうなってほしい、こうあってほしい”（自我理想）という色眼鏡を通して子どもを見てしまうから、実際には子どもを自分の期待に嵌め込もうとしてきたのでしょうか。CI自身の気持ちの揺れにThが寄りそうようにと試みた今回の面接においても、同じような心の動きを見てとることができるのです。

今日の面接では肝心の息子は同伴していませんでしたが、母親のみの相談だけでもいろいろなことが明らかになってくる、そんなことを本日の相談事例で学んだように思います。

3. 事例の見立て

この事例は自分の子どもについて今後どうし

たらよいか、どんな施設に入れたらよいか、今通っている精神科医に助言を求めているが納得できず、筆者にセカンドオピニオンを求めている相談であった。したがって、このような事例に対して多くの場合、話を聞いてそれなりの意見を述べて終わることが一般的ではないかと思う。このような相談者との面接内容そのものを深く検討して考えることは通常は行っていないのではなかろうか。肝心要の当事者自身が来所していないわけであるから、当事者自身については想像の域を超えることはできない。そんなこともあって、このような場合は、相談内容そのもの以外に検討するとしても限界があると思われるのではないかと思う。

しかし、精神科（心理）臨床においては、いわば患者（当事者）だけを診ればよいわけではなく、少なくとも親子の中での患者、家族の中での患者という視点から捉えることが求められる。このこと自体は今ではほぼ常識的なこととして理解されているのではないかと思う。しかし、家族のみの相談においては、実際のところ現場ではどのように対処されているのであろうか。家族が語る子どもの状態を想像しながら理解して助言する程度のことで終わっているのが実態ではなかろうかと思うのである。

この相談事例では、当事者自身は来所していない。当事者は自閉症と言われているが、具体的にどのような子どもであるのか、実際に確かめることはできないゆえ、想像の域を超えることはできない。よって、子どもについてはほとんど見立てることはできないと思われるかもしれないし、確かにその通りだともいうことができる。

本稿で筆者がぜひ取り上げてみたいと思ったのは、そのような対応でよいのかという問題意識からである。相談者（以下、母親と述べる）との面接を、筆者がどのようなことを感じ取りながら進めていったか、およその流れを述べてきた。ここで筆者が取り上げてみたいのは、〈母親—子ども〉関係のありようを、〈母親—面接者（筆者）〉関係を通して理解することが

できるのではないかということである。心理療法においてとりあげられる転移現象は、患者の乳幼児期の親子間の体験が、現在の面接過程において、治療者との間でも再現されることを指しているが、このことは現在の〈母親—子ども〉関係と〈母親—面接者〉関係についても当てはまることである。ある意味では母親自身の乳幼児期の母親自身の母親との関係が、〈母親—面接者（筆者）〉関係において再現されているともいうことができる。

そこでこの面接過程を振り返ってみた時、もっとも顕著に認められたのは、母親自身の強いアンビヴァレンスであった。このアンビヴァレンスが母親自身の思考過程や面接者とのやり取りにおいて、具体的な形で露呈していることが如実に示されている。母親自身のある施設に対する批判的な思いと擁護しようとする思いが本人自身の中ではさほど葛藤することなく、面接者の対応如何によってその都度顔を出している。母親自身はその矛盾にまったくといていはいほど気づいていない。さらには、面接者の共感的な対応、つまりは母親の気持ちを汲んで、その思いを取り上げていくとそのことが露呈している。面接者との関係の中で、母親の態度や思いが激しく反応して動いているのである。そのような母親の特徴を筆者は「天の邪鬼」と称したが、これはまさに関係の病理として捉える必要があるということである。

これまで筆者は発達障碍、とりわけ乳幼児期早期の対人関係の問題を抱えた子どもとその養育者を、関係の問題として捉える中で、その基盤に「甘え」のアンビヴァレンスを指摘してきたが、その具体的な関係の病理のひとつとして「天の邪鬼」を取り上げたことがある（小林，2010，p.219）。

このような〈子ども—母親〉関係の病理の具体的な表現型としてとりあげた特徴が、このような相談事例、つまりは子ども自身ではなくその養育者にも顕著に認められていることをどう考えればよいのであろうか。これぞまさに関係臨床で初めて捉えることのできる重要な点だと

いってよいのではないか。日頃の〈子ども－母親〉関係がどのような内実を持ったものであるか、〈母親－面接者〉関係において捉えられた特徴から推し量ることができると思われるのである。面接者の前で捉えられた母親の対人反応パターンは、子どもとの間でも日頃認められるであろうことは容易に推測することができるのではなからうか。当事者が不在の面接においても、単に話を聞いて次回につなげるようなことをせず、その場で面接者との間で起こっていることは何かを感じ取ることの大切さを忘れてはならない。

V. おわりに

面接は interview の訳語として定着しているが、interview は “inter-” と “view” という二つの語が合成して生まれた用語であることからわかるように、本来的に、「間（あいだ）inter-」を「見る view」ことを意味している。ここでいう「あいだ」を、今日風に言い換えれば「間主観 intersubjectivity」ということである。面接では多くの場合、患者の語られたことばが主に取り上げられやすいが、面接が本来目指していることは、患者のことばのみに囚われるのではなく、「あいだ」つまりは患者・治療者間に流れているものをよく見て取ることである。Sullivan (1954) 流に言えば、ことばでのやり取り verbal communication ではなく、ことばの背後に動いている患者・治療者間の情動の動き、つまりは vocal communication を大切にせよということである。フロイトの言う「平等に漂う注意」も同じことを指摘しているのであろう。このように考えていくと、面接技術を学ぶために陪席という教育方法は不可欠なものであることがわかってこよう。なぜなら、ことばでもって表現できないところに感じ入ることが最も大切だと思うからである。

ただ、最後の強調しておきたいことがある。それは陪席者に求められることであるが、陪席者はけっして人畜無害な存在として面接場面に同席しているわけではないということを肝に銘

じておいてほしいということである。どのような者が陪席しているかによって、面接者の面接そのものの質がかなり左右されるほどに、その存在は無視できないからである。面接場面にもどのような空気が流れるか、そのひとつの要因として陪席者の存在はあるのであって、面接の流れそのものには無関係な存在と思ってはならない。患者自身にとっても陪席者は気になる存在であるし、場合によっては面接者にではなく、陪席者に同意を求めたり、気持ちを向けることさえ起こりうる。面接者も陪席者をどういう存在とみなしているか、そこに某かの思いが立ち上がっているものである。したがって、大切なことは、陪席者は面接場面の「いま、ここで」どのようなことが起こっているのかを感じ取りながら、場合によっては何かの判断と行動を求められることもあるということである。面接者や患者の思いがどのように動いているか、それを察知しながら面接の流れに身を置き、その場でどのように振る舞ったらよいか、常に心掛けておくことも必要であるということである。結局は人間関係全般にわたって通用するような思い遣るころが求められるということになるうか。

本稿では、診断、治療、患者など医療現場で用いられることばを使用した。これは筆者が精神医療現場に長く身を置いていた故である。御寛容に願いたい。本稿を纏めるにあたって陪席者として協力してくれた当大学院修士課程小野塚知也さんに感謝します。

文献

- 土居健郎 (1977) : 方法としての面接 医学書院 (新訂版は1992年発刊)
 小林隆児 (2010) : 関係からみた発達障碍 金剛出版
 Sullivan, H. S. (1954) : The psychiatric interview. New York : W. W. Norton. 中井久夫ら (訳) (1986) 精神医学的面接 みすず書房