

高齢者を対象とした力動的心理療法における  
ライフレビューの臨床的利用

林 智 一

## 目 次

第1章 高齢者を対象とした力動的心理療法におけるライフレビューの意義	1
第1節 高齢者を対象とした力動的心理療法の有用性と問題点	1
第2節 ライフレビューの視点と技法	13
第3節 本研究の目的	17
第2章 臨床事例の呈示と考察	18
第1節 感情障害を有する高齢期女性との面接過程（事例1）	18
第2節 「居場所がない」と訴える施設入所女性との面接過程（事例2）	32
第3節 母親像の統合が見られた痴呆女性との面接過程（事例3）	55
第4節 抑うつ状態の脳出血術後後遺症女性との面接過程（事例4）	70
第3章 総合考察	82
第1節 力動的心理療法におけるライフレビューの展開	82
第2節 ライフサイクルの連続性と対人関係における自己定位	89
第3節 力動的心理療法におけるライフレビュー導入の有効性	93
第4節 今後の研究の課題	99
引用文献	101

謝 辞

## 第1章 高齢者を対象とした力動的心理療法における

### ライフレビューの意義

#### 第1節 高齢者を対象とした力動的心理療法の有用性と問題点

##### 1. 高齢者を対象とした力動的心理療法の必要性

国立社会保障・人口問題研究所（2002）の「日本の将来推計人口」によれば、2014年にはわが国の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は25.3%、すなわち総人口の4人に1人が65歳以上の高齢者になるものと推計されている。しかも、わが国の人口高齢化は、欧米に比してきわめて急速に進行している。たとえば、人口の高齢化率が7%から14%に至るまでの所用年数によって比較すると、フランスで114年、スウェーデンで82年、イギリスで46年、ドイツで42年を要したのに対して、日本の場合は1974年に高齢化率7%を超えてからわずか24年後の1994年に14%に達している（総務庁，1997）。そのため、未曾有の高齢社会への対応が急務となっている。

一般に高齢者問題というと、高齢期特有の疾患に関する医学・医療や、看護・介護、高齢者への福祉政策、経済施策や保険制度の改革などが話題となりやすい。しかし、医学・医療がいかに進歩し、福祉・医療制度の改革が唱えられても、その利用主体たる高齢者自身の心理的側面がそこに反映されていなければ、そのような進歩や改革は無意味であろう。

また、高齢期は、他の年代に比べてもっとも個人差の大きな年

代である。すなわち、加齢にともなって同年齢集団の均質性は減少し、経済状態や幸福感、健康状態、知的側面など多くの次元で異質性が増大するのである（Maddox & Douglas, 1974）。これは、もともと有していた個人差に、さらに数十年という一人一人異なるさまざまな人生経験が重畳するからであるが、このような多様性の大きさは高齢期の特徴のひとつである。

したがって、高齢者を対象とした臨床心理学的援助においても、高齢者の多様性や個別性に配慮した接近法が不可欠になる。そのような、高齢者の心理内界への接近、理解を含めた個別的援助方法として、力動的心理療法が有用であるように思われる。

力動的心理療法とは、精神分析理論を中心に、さまざまな精神現象の成立のメカニズムや意味を縦断的かつ心理社会的な要因との関連のなかで力動的に理解しようとするものである。

ところが、欧米と比して、わが国における高齢期の心理学的研究や老年心理学者の養成は立ち遅れていると言われている（守屋, 1993）。とりわけ、高齢者に対する臨床心理学的援助、特に高齢者独自の心理特性に配慮した心理療法技法の開発といった分野は、臨床現場からは強く求められながらも、十分に研究されてこなかったことが指摘されている（新福, 1984）。

そこで、本研究の背景と位置づけを明らかにするために、まず欧米とわが国における力動的心理療法の発展過程について概観することとする。

## 2. 欧米における高齢者を対象とした力動的心理療法

高齢者を対象とした力動的心理療法の可能性に関しては、欧米

では長いあいだ否定的な見方がなされてきた。そこには、力動的  
心理療法におけるクライアントの年齢要因に最初に言及したと  
言われる Freud 以来の悲観論の影響が強いという (Knight,  
1996)。

Freud (1905) は、①50 歳前後の人々には精神分析に必要な  
精神過程の柔軟性が欠如していること、②高齢者の長い生育史を  
考えると、取り扱うべき材料が多すぎて終結の見通しが立たない  
こと、という 2 点から、精神分析を高齢者に適用することに関し  
て否定的だった。このような見解は、その後の心理療法全般に大  
きく影響した。

しかし、一方では Abraham (1919/1977) のように力動的心理  
療法の立場から高齢者への接近を模索した研究者もいた。その結  
果、「患者の年齢よりも（発達段階のどの時点に固着しているか  
という）神経症の年齢が重要である」(Abraham, 1919/1977) と  
主張されるに至ったのである。

1940 年代には、Alexander (1944) が精神分析的な方法に支  
持的要素を取り入れることによって、高齢者の自我を強化でき  
ると考えた。また、Kaufman (1940) は、高齢者を対象とした独  
自の力動的心理療法を行うためには、自我の強化に加えて高齢者  
独自の適応の問題を考えていくことが重要であると述べている。

このように、当初は否定的であった高齢者を対象とした力動的  
心理療法に関して、次第に高齢者の独自性に配慮した方法の必要  
性が唱えられるようになった。

一方、1950 年代に至っても、高齢者に対する力動的心理療法  
の適用に関しては慎重な立場の心理臨床家も依然として存在し

ていた。たとえば Meerloo (1955) は、高齢者の心理的援助には心理療法を適用するだけでなく、配偶者や子どもを含めた家族ぐるみの心理療法を行うことが必要であり、さらにクライアントが抵抗を示した場合には、精神分析療法を進めるのは高齢者に混乱を招くだけであると述べている。そして、むしろ高齢者に対しては現実で失われた愛をなんらかのかたちで取り戻してやることのほうが重要であると唱えた。

ただし、Meerloo (1955) が主張したような、現実で失われた愛を高齢者に取り戻すことに関しては、現在の力動的心理療法では疑問視されている。たとえば Götestam (1980) は、死別や退職による悲嘆には、高齢者になにか代わりとなるものを与える必要があることは認めながらも、面接者自身が「レンタフレンド rent-a-friend」として高齢者の悲嘆を埋める存在となっただけとはいけないと指摘した。なぜなら、力動的心理療法においては通常、転移－逆転移の観点からクライアントと面接者の関係を捉えようとするものであり、面接者が現実でクライアントの友人となってしまうことは、力動的心理療法からの逸脱と考えられるからである。

また、この時代、高齢者を対象とした心理療法において、支持的態度が強調される傾向にあったことに関して、Rechtschaffen (1959) は、あまり価値のない人には、あまり価値のないセラピーを与えるという傾向を示していないだろうかという問題提起を行っている。支持的心理療法が無価値であるというのは、現代では極論かもしれない。しかし、1950年代の力動的心理療法の立場から見れば、支持的心理療法は、無意識内容の解釈がもたら

す心的なストレスや不安に持ちこたえるほど自我機能が十分でないクライアントに対する次善的なアプローチとして、主として意識的で表層的な内容を扱う手法という、否定的な位置づけがなされる傾向にあったのである（岡野，2002）。

さらに、ライフサイクル上、もっとも多様な年代である高齢期のクライアントに対しては、その多様性に配慮すればさまざまなアプローチの心理療法が求められているはずである。にもかかわらず、なんら具体的に検証されることもなく、高齢者のすべてに支持的心理療法が適当であると決めつけてしまうことには問題があろう。そのような意味で、技法の選択に際し、高齢者に対する心理臨床家の誤解や偏見、逆転移が影響していないだろうかという Rechtschaffen（1959）の問題提起は、現代においてもその意義を失っていない。

やがて 1970 年代以降、高齢者人口の増加を反映して、米国を中心に高齢者を対象とした心理療法研究が急速に進展し始めた。そのような中で、Butler & Lewis（1977）は、覆いをとる心理療法（力動的心理療法）にせよ、支持的心理療法にせよ、あらゆる心理療法が高齢者に役立つのであり、必要なのは、ライフサイクルという観点を含んだ人格理論や心理療法実践の統合的・折衷的利用である、と唱えた。また、Yesavage & Karasu（1982）は、病気や身体機能の低下した高齢者には力動的・支持的心理療法が有効であり、外見の変化や理想と現実の揺れを経験しているクライアントには精神分析的・探索的心理療法が有効であると述べて、クライアントのタイプに応じて最適な心理療法が選択されるべきであると主張した。

この時代になって、ようやく、高齢者の多様性に鑑みて、それぞれの高齢者個々の人格特性や問題のタイプにマッチした心理療法を試みることの重要性が認識されるようになったのである。

現在では、暦年齢に関わらず、自我強度や言語化能力などの一定の条件を満たした、いわば選ばれた高齢者に対しては、精神分析療法や力動的心理療法が適用可能であると主張されており（Cath, 1983; Colarusso & Nemiroff, 1987）、高齢者を対象とした力動的心理療法に関する Freud（1905）の悲観論に対して、多くの反証が示されるようになった。

たとえば Sandler（1978）は、58歳から精神分析療法を開始し、66歳で終結に至った人格障害の男性の事例を報告している。また Colarusso & Nemiroff（1987）は、不安、抑うつ、自身の人生に対する不全感を主訴とする70歳の女性に対して精神分析療法を実施し、転移解釈によって高齢期のクライアントに見られたエディプス・コンプレックスについて言及している。これらの事例では、通常精神分析療法そのもののプロセスやテーマが高齢者との面接経過中に見られたのである。このような事例の集積から、現在では高齢者を対象とした力動的心理療法に対する悲観論は否定されるに至っている。

まず、Freud（1905）の悲観論の第1点である高齢者の精神過程の柔軟性の欠如に関しては、それが誤りであることが老年学の常識となっている（Palmore, 1977）。力動的心理療法の立場では、Berezin（1982）が、「青年期に硬い人格を有していた人は高齢期に至っても硬いというのが真実である」と述べている。すなわち、高齢期に見られる人格の硬直化は、決して一般的な加齢に伴うも



のではなく、その人がもともと有している人格構造によるのである。

また、Freud (1905) の悲観論の第 2 点である高齢者の長い生育史に関しては、すべての話題を扱うことは困難なので、クライアントの主訴や人格発達と密接に関連するような、生育史の中の重要な部分だけを選択して扱う心理療法が有用であることが示されている (Knight, 1996)。高齢期は、他の年代と比して残された時間が限られていることや、身体的、精神的な能力が虚弱化している高齢者も存在することなどからも (Götestam, 1980)、クライアントにとって重要な生育史上のテーマを的確に選択することの重要性は理解されよう。

しかし、高齢者の長い生育史を考えると、あるテーマがクライアントにとって重要であるのかどうかを判断し、取捨選択することは容易ではない。

したがって、高齢者の生育史上のどのようなエピソードが重要なのかを判断し、取捨選択する観点と、それを可能とするような技法の開発という問題が注目される。

### 3. 日本における高齢者を対象とした力動的心理療法

わが国では、1970年代より高齢者への心理療法に関する言及が散見されるようになった。たとえば金子 (1972) は、高齢期の入院患者に対して、施設や日常サービスへの不満をなくし、さらに精神的な不安とゆううつ、孤独をなくすよう、さらに身体病による苦痛や不快感をなくすように心理療法を実施すべきであるとして、病状や苦痛を聞き、なぐさめのことばを与えるだけでも有

効であると主張した。また、岩井（1975）は、高齢者は独自の存在様式を持つため、独自の心理療法を考えるべきであると述べている。

1980年代に、新福（1984）は、心理療法の本質はあらゆる年代に共通しているはずではあるが、実際には、高齢者の生理的・心理的特性および高齢者を取り巻く生活環境など、固有の問題を無視しては効果が期待できないであろうと主張した。しかしながら、この時代のわが国においては、高齢者を対象とした心理療法技法の開発などの研究はあまり見られていなかった（新福，1984）。すなわち、高齢者への心理療法の重要性は早くから認識されながらも、十分な研究の進展が見られない状態が続いていたのである。

しかし、1980年代の半ば以降、人口の高齢化を反映して、高齢期に多く見られる器質性脳障害に対する臨床心理学的援助に関心が集まるようになった。そして、脳障害者への心理療法（小山，1985）や、痴呆性高齢者への心理療法的アプローチ（萱原，1987）など、器質性脳障害に対する力動的心理療法の先駆的研究があらわれるようになった。特に痴呆性疾患は、その介護上の困難から高齢者ケアにおける重要な焦点となっており、心理療法においても新たな視点からの技法開発が求められている。

近年では、進藤（1997）の痴呆性高齢者への「対話療法」に関する研究や、重度の痴呆性高齢者に対する間主観的アプローチ（岩橋・岩橋，1999；岩橋・大崎，1998）など、痴呆性高齢者に対する力動的心理療法によるアプローチも徐々に増えつつある。

さらに、痴呆と並ぶ高齢期の精神保健上の問題である抑うつについては、仮面うつ病の高齢者に対する心理療法（出井，1985）

や、高齢期のうつ病者の夢分析に関する研究（山中, 1991）が見られる。

しかし、わが国における高齢者に対する心理療法の全般的傾向として、「個人的よりは集団的」、「言語的よりは行動的」、「分析的よりは問題中心的」、「長期的よりは短期的」、「トレーニング的よりは非トレーニング的」なアプローチが好まれることが新福（1997）によって指摘されている。

もちろん、支持的心理療法や集団療法は、あるタイプの高齢者には有効であろう。問題は、ライフサイクル上、もっとも集団としての異質性が大きな高齢者に対して（Maddox & Douglas, 1974）、特定のタイプの心理療法しか用意されておらず、他の心理療法はその適否も十分に省みられることがなかったということなのである。われわれはいま一度、Rechtschaffen(1959)による警告を振り返ってみるべきであろう。そして、理想的には、Yesavage & Karasu(1982)が言うように、クライアントのタイプに応じて最適な心理療法が選択されるような、多様な立場の心理療法からの高齢者への接近が望まれるところである。

#### 4. 高齢者を対象とした力動的心理療法の障害要因

「年を取っているという理由で高齢者を体系的にひとつの型にはめて差別すること」をエイジズム（ageism）と呼ぶ（Butler, 1969）。エイジズムは、人種差別、性差別と並ぶ第3のイズム（差別）として、現在、老年学および高齢者ケアの実践上、重要な問題と考えられている。

しかも、日常的に高齢者と接している家族、医療・福祉職の中

にもエイジズムの存在することが指摘されている (Kalish, 1979)。そして、精神保健の専門家や心理学者もその例外ではない (Gatz & Pearson, 1988; Ray, Raciti, & Ford, 1985; Shaie, 1993)。

たとえば「YAVIS 症候群」として知られるように、心理臨床家は、「若く魅力的で、言語能力が高く、知的な成功者 (clients who are youthful, attractive, verbal, intelligent and successful)」が心理療法に適すると考える傾向にあることが指摘されてきた (Schofield, 1964)。これは、心理臨床家の有する典型的なエイジズムのひとつである。

また、Jones (1995) によれば、心理療法の先進国であると考えられる米国においても、近年まで器質性脳障害、とりわけ痴呆性高齢者に対する個人心理療法には比較的、注意が払われなかったと言う。それは、痴呆性高齢者などの器質性脳障害者の場合、抽象的思考の障害から「対話を中心とするセラピー (talking therapy)」は無用であると考えられたためであり、その結果、介護家族への援助や、社会性または現実見当識改善を目的とした集団療法に関心が集中していたのだと言われている (Jones, 1995)。

ライフサイクル上、もっとも多様で個別性の高い年代である高齢者に対して、臨床心理学的援助に関する研究が長きに渡って停滞してきたこと、さらに日本における高齢者を対象とした心理療法においては、支持的集団療法が好まれる傾向にあることを述べてきたが、このような傾向には少なからず上述のような心理臨床家の有する高齢者に対する無知や誤解、偏見といった、広い意味でのエイジズムが関与していないだろうか。

エイジズムを生じる原因に関して、Butler (1987) は、①高齢者に対する認識不足や、広範な高齢者との接触の不十分さ、②加齢に対する深遠な恐れ of 感情、の 2 点をあげている。また、高齢者を対象とした心理療法に関して、Zevon, Karuza, & Brickman (1982) は、慢性的な成功体験の欠如が心理臨床家、高齢期のクライアントの双方にフラストレーションを増加させ、その結果、高齢者は心理療法にむかないのだと結論されてしまう危険性があることを指摘している。さらに、高齢者は心理療法にむかないという先入観を抱いていれば、心理臨床家は高齢者のケースを担当することを躊躇するかもしれない。

そして、高齢期のクライアントを対象とした心理療法を躊躇したり、コミットを避けている限り、高齢者への関心は高まらず、知識や経験が欠如した状態が続く。この悪循環が心理療法における悲観論の解消を阻んできたと考えられる。そのために、高齢者への心理療法に対する悲観論がますます強化・固定化されてエイジズムが形成されてしまうのである。

このプロセスを図式化したものが図 1-1 である。エイジズムを生じる原因となっている、高齢者に関する知識や接触経験の不足、さらに心理臨床家が高齢期のクライアントに対して有する逆転移が原因となって、高齢者の特性や個別性に配慮した対応が取れないと、結果的に心理療法は失敗に終わってしまう。すると、やはり高齢者は心理療法にむかないのだというエイジズムが強化され、固定化されることになる。

このようなエイジズムの問題は、わが国における高齢者を対象とした心理療法にも無縁ではない。したがって、高齢者を対象と

した力動的心理療法の有効性を、事例を通して示していくことが、心理臨床家の有するエイジズムの解消にとって不可欠である。

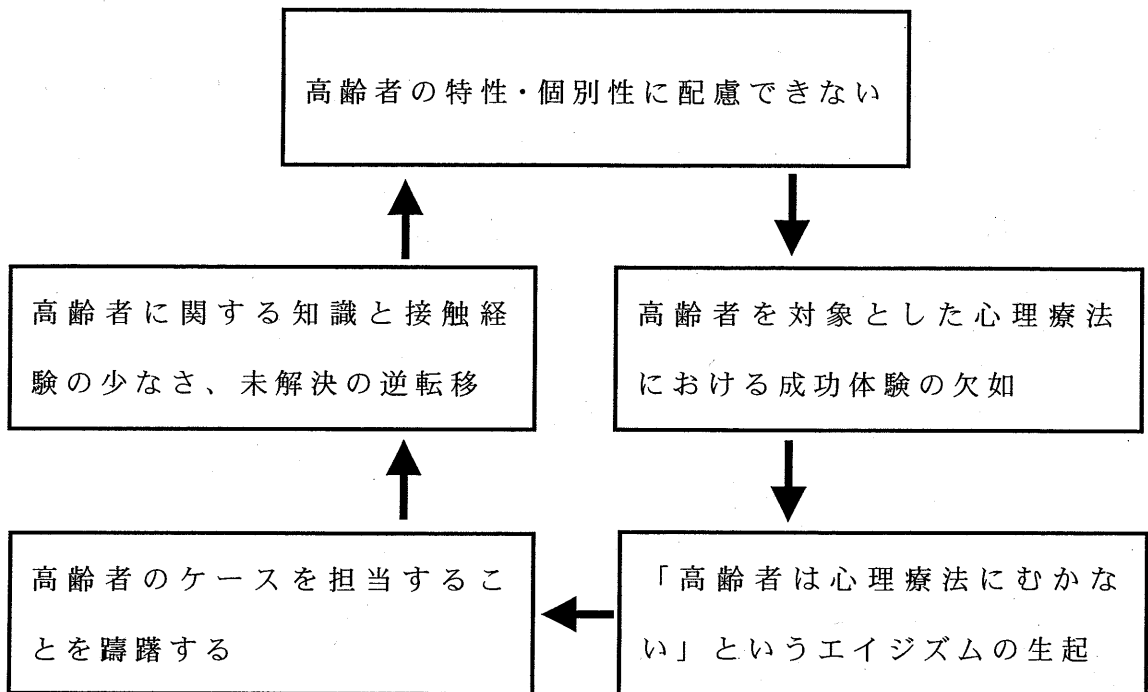


図 1-1 高齢者を対象とした心理臨床における阻害要因の悪循環

## 第2節 ライフレビューの視点と技法

### 1. 欧米におけるライフレビュー研究の動向

第1節で問題提起した、高齢者の長い生育史の中から重要なテーマを取捨選択する観点や技法として、本研究では Butler (1963) の提唱したライフレビュー (life review) に注目した。

Butler (1963) は、高齢者やターミナル期の患者が自発的に生育史を中心とした過去を回想することに着目し、このようなプロセスをライフレビュー (life review) と名付けた。そして、未解決の人生上の葛藤が激しいほど、人格の再統合に向けたライフレビューの作業がより多くなされなければならないと考えた。

そのため、ライフレビューにあらわれる生育史上のエピソードは、未解決の葛藤などを含んだ、クライアントの主訴や人格発達と密接に関連するテーマであると考えられる。そこに注目することで、力動的心理療法で扱うべきテーマが明瞭になるものと考えられる。

このような Butler (1963) のアイデアをもとにして、心理学的援助技法としてのライフレビュー法 (life-review therapy) が開発された (Lewis & Butler, 1974)。なお、ライフレビュー研究者の多くは、高齢者に見られる生育史の回顧プロセスとしての「ライフレビュー」と、ライフレビューを促進する技法・方法を、ともに「ライフレビュー」と呼んでいる。そのため、混乱を生じる危険性があるので、本研究ではプロセスを指すときには「ライフレビュー」という言葉を、技法を指すときには「ライフレビュー法」という言葉を用いて、区別する。

ライフレビュー法の具体的実施方法は、家族や仕事の思い出など特定のテーマを設定したり (Haight, 1988, 1992)、場合によっては写真、地図、家系図、音楽などを回想の材料として使用して (Butler, 1974)、おもに小グループで過去について語りあうというものである (Haight, Coleman, & Lord, 1995)。

それまではともすれば否定的にとらえられがちであった高齢者の回想に意義を見いだした独創性と、適用範囲の広さとが相まって、現在ではライフレビューは心理療法にとどまらず、作業療法や看護、ソーシャルワークの領域で利用され、その対象も高齢者の離婚 (Weingarten, 1988)、痴呆性高齢者 (Holland, 1987)、同性愛の高齢者 (Galassi, 1991) といったさまざまな高齢期の問題に加えて、ヤング・アダルト期の AIDS 患者 (Borden, 1989) など多岐に渡っている。

米国における 1960 年から 1990 年までの回想やライフレビューに関する文献を展望した Haight (1991) によれば、1960 年代にはわずか 3 編であったライフレビューに関する論文が、1970 年代には 20 編、そして 1980 年代には 71 編に達しているという。

## 2. わが国におけるライフレビュー研究の動向

わが国においては、野村 (1992) による施設入所高齢者を対象とした小グループでの実践報告や、黒川 (1994) による痴呆性高齢者を対象とした集団療法としてのライフレビュー研究が先駆である。黒川 (1994) は、老人病院に入院中の痴呆性高齢者 8 名の小グループに対して、ライフレビューの一種である「回想法グループ」を行った。毎回、「子ども時代」、「家族の思い出」、「ふ



るさとの思い出」、「戦争」などのテーマを設定して、メンバーで過去の思い出を語り合うことによって、痴呆性高齢者の心身の活性化度が有意に高まることが示された。

その後も、黒川（1995）、櫛木・下垣・小野寺（1998）、松田・黒川・斉藤・丸山（2002）など、痴呆性高齢者を対象とした集団療法の実践研究が続けられており、わが国におけるライフレビュー研究の主流をなしている。

### 3. 力動的心理療法とライフレビュー法の接点

すでに述べたように、ライフレビュー研究では、欧米、日本ともに、心理療法としての研究よりも、作業療法や看護、ソーシャルワークからの研究が多いことが特徴である。「ライフレビューはセラピーのひとつではあるが、心理療法的プロセスとはまったく別個のものである」（Haight, Coleman, & Lord, 1995）という見解に代表されるように、一般的な心理療法からは距離を置いて、「ライフレビュー法」そのものが独自の領域として学際的に発展してきたのである。

しかし、ライフレビューは個人の人格の再構成を目指して生起するものであり、究極的には Erikson（1963）の個体発達分化の図式における「自我の統合性 対 絶望」という危機の解決をもたらす。「自我の統合性 対 絶望」とは、Erikson(1963)のライフサイクル論において示された 8 つの心理社会的危機の中のひとつであり、高齢期に優位になるとされている。自分の人生に意義を見だし、自身の唯一のライフサイクルをそうあらねばならなかったものとして、またどうしても取り替えをゆるされないもの

として受け入れることが、高齢期の主要なテーマなのである。ライフサイクルの終焉を前にして、そのような統合性が得られないと、高齢者にとってはすでにやり直す時間もなく、残されるものは絶望や嫌悪感だけとなってしまう。

Butler (1963, 1974) 自身はあくまで心理療法という枠組みの中でライフレビューを考えていたことや、上述のように究極的には「統合性 対 絶望」(Erikson, 1963) の危機の解決をもたらすなど、力動的心理療法とは別個に、独自の発展を遂げてきたライフレビュー法であるが、その目指すところは力動的心理療法と接点を有していることがわかる。

したがって、力動的心理療法にライフレビューの観点と技法を導入することにより、高齢者の数十年におよぶ長い生育史の中から重要なテーマを浮かび上がらせ、高齢者の心理社会的危機の解決を援助することが可能となるものと推察される。

### 第3節 本研究の目的

高齢者を対象とした力動的心理療法にライフレビュー法を導入することによって、ライフサイクルや心理社会的危機という観点を踏まえた、高齢者の独自性に配慮した心理臨床が可能となるものと考えられる。

しかし、このような研究はこれまで見られなかった。なぜなら、あらかじめ質問項目を設定したり、小グループを対象とするなど、力動的心理療法とはまったく別個に、独自の発展を遂げてきた従来のライフレビュー法を、そのまま力動的心理療法に導入することはできないからである。

そこで本研究では、ライフレビュー法を力動的心理療法に違和感なく導入するために、特定のテーマを設定して質問していくという通常のライフレビュー法ではなく、クライアントが過去の体験を話題にした際に、筆者がライフレビューの観点から積極的に関与することで回想を促進するという、独自の方法を試みた。そして、ライフレビューに焦点をあてた高齢者の臨床事例の分析から、独自のライフレビュー法を力動的心理療法に導入することの意義や効果、奏功機序について考察する。

なお、筆者が高齢者施設などで担当した事例は女性クライアントが多かったため、本研究では高齢期女性の事例のみを分析の対象とする。臨床事例はいずれも高齢期に特有の問題を呈しており、ライフレビューのプロセスが典型的に見られたものである。

## 第 2 章 臨床事例の呈示と考察

### 第 1 節 感情障害を有する高齢期女性との面接過程(事例 1)

#### 1. 事例の概要

##### (1) はじめに

本事例は、筆者が所属していた大学の心理教育相談室における高齢期女性との力動的心理療法の過程である。大学の相談室に高齢者が来談すること自体まれであり、また筆者自身、高齢期のクライアントを相談室で担当するのは初めてであったため、面接当初はとまどうことも多かった。しかし、面接経過を通じて亡夫の喪の仕事、高齢期にあるクライアントの老いや死といった問題もテーマになっていった。

##### (2) クライアント

クライアントは、10 年前に夫を病気で亡くし、息子夫婦、孫と同居している来談時 69 歳の女性であった。臭気に敏感で、吐気を訴えたり、夜中に胸が苦しい、死にそうだと訴えて自分で救急車を呼ぶなどして、家族の生活が妨害されるため、某病院の精神科に入院したこともある。面接時も精神科医から抗躁剤が処方されていた。しかし、入院中は特に問題もなく、カウンセリングが有効ではないかという家族の判断で、筆者の所属する相談機関を紹介された。クライアント自身、話相手を求めているようで、来談には意欲的であった。

### (3) 主訴

医師には「双極性感情障害」と診断されているが、クライアント自身の主訴は「嫁－姑関係で悩んでいたが、耐えるのが美德と考えて、自分が我慢していた。しかし今は、本当に耐えることが美德なのだろうかと、耐え続けることに疑問を感じる」というものであった。また、「眠れない。臭いに敏感。吐き気がする」といった症状に悩まされていると言う。

一方、最初に相談室に連絡してきた 42 歳になる一人息子によると、家族が困っていることは、「クライアントが夜中に胸が苦しいと言って自分で救急車を呼ぶ。そのため、家族の生活が妨げられている。病院で診察を受けても身体に異常はないので、処置に困っている」というものであった。

### (4) 生育史および問題歴

クライアントは、インテイク時の生育史聴取の際にほとんど生育史について話してくれず、生育史を語ることに抵抗があるようであった。そのため、以下のクライアントの生育史には、面接経過を通じて明らかとなった内容も合わせて記述した。

クライアントは、6 人同胞の第 5 子として生まれたが、4 人の兄姉はみな 20 歳になる前に亡くなったと言う。生家は商店だったが、父親はクライアントが 20 歳頃に病気で亡くなった。母親は「気の小さい、躰に厳しい人」だった。そのためか、クライアント自身も一人息子の躰に際しては厳しかったと言う。

義務教育を終えたのち、会社に勤務したが、そこで 2 歳年長の

夫と知り合い、24歳のときに恋愛結婚をした。しかし、すぐに太平洋戦争がはじまり、夫は仕事で中国に渡ったため、クライアントは一人で留守宅を守っていた。27歳で息子を出産したが、以後も定年まで、会社勤めは続けていた。

戦後、帰国した夫は、自分で会社を起こした。夫は長男ではなかったが、長男夫婦と不仲だった母親を狭いアパートに引き取った。結局、クライアントが会社勤めを続けながら姑を看取ることになった。姑は最期には寝たきりとなり、オシメをあてる状態となったが、オシメを替えるときの悪臭は耐え難かったと言う。さらに、母親に対してはとてもやさしい夫だったが、妻であるクライアントにはねぎらいの言葉ひとつかけてくれることがなく、姑との同居生活はクライアントにとって辛いものであった。また、夫には「神経質」なところがあり、この年代の男性には珍しいことであるが、衣類の洗濯は自分で行っていた。さらに、時にはクライアントに対して暴力を振るうこともあったと言う。

クライアントが59歳のとき、夫が病死したが、その直後からクライアントは趣味の習い事をはじめて、ほとんど毎日のように外出する生活を送ってきた。現在も、趣味のひとつであるレーザークラフトでは、深夜まで作品づくりに熱中することがあると言う。

2年前の67歳のときに息子夫婦と同居をはじめたが、その1年後から、主訴に示した問題が現れはじめた。子どもは息子一人だが、時間が不規則な仕事に就いて多忙な生活を送っているため、あまり親子で話す時間もない。同居はしているが、クライアントの部屋に簡単な台所があるので、食事は別々に取っている。息子の性格は夫と同様に「神経質」であると言う。息子の嫁は大学卒

で、以前は英語学校で子どもに英語を教えていた。筆者から嫁の性格について尋ねると、「嫁は内気であまり感情を表現しない。だが勝ち気なところがあり、私をライバル視して困る」とクライアントは述べていた。孫は3人いるが、「みんな賢くてかわいい。隔世遺伝で私に似たんでしょう」と言うなど、かわいくてたまらないといった様子であった。

## 2. 面接経過

当初、面接は週1回の契約で行なわれたが、中断後は遠距離ということもあり、月1回の間隔に変更となった。途中で約1年の中断をはさみながらも約4年、31回の面接を行ない、主訴の一応の改善をみたため、終結となった。

### 第1期 - 「過去に生きたくない」と軽躁的に語る - (#1-#8)

面接開始当初から、多趣味なクライアントは趣味についてあれこれと話すが、ひとつの話題をじっくり語るということが困難であった。また、面接中に「十八番」だという歌をうたうこともあるなど、やや軽躁的な印象を受けた。また、インタビューで筆者から亡夫のことなどを尋ねると、「暴力を振るうような人でも、死人の悪口は言えない」、「夫のことは思い出したくない。私は過去に生きたくない。先のことだけ考えたい」と、生育史の聴取を拒否した。

だが、回を重ねるに連れて、「病死した主人のことを話すのはつらい」といいながら、亡夫とのなれそめや、夫は長男でもないのに姑と同居し、クライアントが姑を看取ったことも話題となる。

姑が亡くなる前の数か月は「下の世話」までしたそうであるが、し尿の臭いが耐え難かったと言う。「長生きしてあんなふうにはなりたくない」というクライアントの言葉が印象的であった。また、以前入院していた病院にはオシメをあてている高齢期患者が多く、し尿の臭いが病棟に漂っていていやだったとも言う。

趣味の習い事の関係で外出することが多いことや、以前に病院に入院していたときも、心電図をカルテに貼付する仕事を手伝ったり、医師にお茶を入れるなど、自ら仕事を進んで引き受けて、その結果、「やりすぎて疲れていた」ことも話題となった。会社勤めをしている頃から、働きすぎる傾向はあり、「(そのような過活動を)コントロールできない」ことが問題であると語るなど、面接におけるクライアントには洞察的な部分も見られた。

第2期 — 「がまんばかりしている人はストレスが溜まる」と言って、耐えてきたことを徐々に落ち着いて話せるようになる—  
(#9—#17)

嫁との関係では、活動的なクライアントに対して、「気が強く、負けず嫌いな嫁が競争心を燃やして困る」と訴えるが、筆者にはクライアント自身が嫁をライバル視しているように思われた。やがて面接中のクライアントの態度は徐々に落ち着いてきて、趣味で学んだことを孫に教えたり、「孫がかわいい」という祖母としての喜びも語られるようになった。

クライアントの状態および筆者との関係が安定してきたため、筆者が生育史をふたたび話題にすると、「教師」になりたかったが学費の面でかなわず進学できなかったことや、戦争で親戚など



を多く亡くしたことが語られた。しかし、その直後、クライアントは2回続けて面接をキャンセルした。

面接開始後6か月目に相談機関が移転し、さらにクライアントが抑うつ状態となって入院したため、#17の後、いったん中断となった。退院後、クライアントは面接の継続を自ら希望し、月1回の間隔で来談が再開された。なお、中断の期間は約1年半に及んだ。

### 第3期 - 「コントロール」はするが生活に張りがない - (#18 - #21)

再開後の最初のセッションでは、気分的には落ち着いているが、無理をしないように習い事も減らしたため、「生きがいがない」とクライアントは語っていた。なお、主治医からの紹介状を持参しており、それによると、「予防的なものとして」抗躁剤が処方されていた。

### 第4期 - 遷延されていた亡夫の喪の仕事と祖母として「家の役に立つ」こと - (#22 - #31)

面接再開後6か月目に、嫁の父が亡くなったが、クライアントは、「夫を亡くした嫁の母が寂しい思いをしているだろう」と心配していた。ちょうどクライアントの亡夫の十三回忌も迫っていた。それらを契機に亡夫に関する回想が繰り返し行なわれるようになり、ライフレビューが進展していった。筆者は、クライアントの語るエピソードについて、連想を問うたり、クライアントの回想に関心を示す応答をすることで、クライアントの回想に積極

的に関与し、回想を促進していった。

そして、クライアントの趣味の多くは夫の死後に始めたものであり、しかも夫の死後1か月も経たないうちに習い事を始めて外出がちになったことが回想を通じて初めて明らかになった。だが、「その頃は何を教えてもらっても頭に入らないし、旅行をしても、帰ってきてから何も思い出せない」状態であったことを告白し、「夫が亡くなって、心に空洞が出来たような感じだったのかも知れません」と、初めて夫の死がクライアントにとって大きな衝撃であったことがしみじみと語られた。クライアントに暴力を振るうこともあった夫であるが、「生きていたら一緒に旅行をしたり出来たのに…」と言うなど、夫に対する思いも変化したようであった。

また、息子は相変わらず多忙であり、長期出張で家を空けることが多いのだが、「息子がいないと寂しいです。私は息子が出張でいなくなる前にいつも病気をします。(中断の理由となった)前回の入院の時も、息子が外国に出張する前だった」と、切々と語るようになった。筆者から、「寂しさが病気や心の問題と関係しているんでしょうか？」と指摘すると、「そう。関連がありますね」と同意し、息子夫婦と同居していても、「いつも寂しい気がする」と洞察的に語った。

この時期、クライアント自身の死も話題にのぼるようになった。「オシメをしてまで長生きしたくない。75歳で死にたい。それくらいだと、ある程度は生きたし、少し早い死だといって人から惜しまれる」、「死ぬときは、苦しんで死ぬのはいや。安楽死がいい。朝、家族が起こしに来たら死んでいた、というのが理想」だ

と言う。

趣味の活動も再開したが、孫の学校のバザーに出品する作品づくりだけでも疲れるので、無理をせずに夜は早くに休むようにしていると語る。このようなエピソードから筆者には、クライアントなりに過活動とならないように留意している姿がうかがわれた。

さらに、嫁がパートタイムの仕事に就いて外出がちとなったため、クライアントが留守番をしたり、多忙な息子をいたわったりという家庭の中での役割が面接の中で肯定的に語られるようになった。孫の学校の担任教師が家庭訪問に来た時に、「お年寄りのいる家庭の子どもはやさしい」と言われたというエピソードは、特にうれしそうに報告された。「祖母」や「年老いた母親」という役割は、自らの老いを、さらにはその先にある死を否認することなく受け入れられるようになったことも意味していよう。家庭内での役割が明確になったためか、この頃には家庭でも落ち着いており、来談前のように家族を困らせるような行動は見られなくなった。このように主訴が一応の改善を見たため、終結となった。

### 3. 事例の考察

#### (1) 喪の仕事

本事例のクライアントの場合、面接を通じてこれまで遷延されてきた夫の死に対する感情や、自身の死や老いに対するイメージが面接の主要なテーマとなっていた。それらはいずれも、クライアントがこれまで趣味に過活動的に打ち込むことで抑圧してきた未整理のテーマであった。また、教師になるという夢が破れた

ことや戦争により親戚を亡くしたことなどの生育史を語った後、面接がキャンセルになるなど、クライアントは喪失体験に関わる回想を避けていることが推察された。特に亡夫の喪の仕事は、ライフレビューの中でも重要なテーマであった。

人が対象喪失を経験したとき、悲哀という感情を経験する。その悲哀を克服していくためには、喪の仕事（mourning work）が必要である。Freud（1917）の言う喪の仕事とは、失われた対象からリビドーを解放していく作業であり、それが完了すると自我は再び自由となり、外界に関心を向けて新たな愛の対象を見つけることが可能となる。ところがクライアントは、趣味に熱中することで夫の死に直面することを避け、喪の仕事を遷延してきた。それも、夫の死後1か月目から、約10年に及ぶ長きに渡ってである。小此木（1979）は、死別に対するこのような躁的防衛を「置き換えと耽溺による逃避」と呼んでいる。

しかし、嫁の父の死や亡夫の十三回忌という出来事を契機として、亡夫に関する回想が生じ、その中で夫への見方が変化していく。そして、今まで否認、抑圧してきた夫を亡くした寂しさや悔しさ、空虚感など、さまざまな思いが語られるようになった。

喪の仕事の機能は過去の対象との分離であるが、まず回想によって過去と再会すること抜きには、喪の仕事は始まりようがない。また、その回想には抑圧されることのない、生き生きとした感情体験が伴っている必要がある。ライフレビューはそのような回想を可能とし、再会した過去の対象や経験の再統合を促進したように思われた。

Worden（1991）は、初老の人の悲嘆に対する援助として、回

想の有用性を示唆している。回想は未解決の葛藤を再起させ、回想の過程を通じて過去が作り直されるが、それはとりわけ夫婦の死別に対する「サヨウナラ」効果を有すると言われている。ライフレビューは、まさにこのような喪の仕事を生起、促進するプロセスなのである。

また、クライアントの心理内界に接近する力動的心理療法という枠組み自体が、クライアントの喪の仕事をさらに促進する効果を有していたものと考えられる。これらのことから、高齢者を対象とした力動的心理療法にライフレビューを導入するという試みは、配偶者や知人の死別に遭遇する頻度の高い高齢者に対して、その喪の仕事を促進する技法として有効であると考えられる。

## (2) 回想の生起を可能とする条件

Singer (1970) によれば、クライアントが安全操作を捨て、情緒的想起によって自分をあらわにするためには、「自分自身の不安や防衛なしに自分をさらけ出しても、治療者が耐えるという患者の確信」が得られるような「完全な信頼」の存在が必要であるという。クライアントが亡夫に関する回想を面接で語れるようになり、さまざまな思いを言語化し、主訴の発症に関して洞察していくことが可能となった一因として、このようなクライアント－面接者間の信頼関係の形成が寄与したものである。

第2期において、教師になれなかったことなどネガティブなエピソードが想起されると、次のセッションではキャンセルが見られたように、クライアントにとってこの時期はまだライフレビューのプロセスが展開していく準備が整っていなかったものと推

察される。

そこで、急激に防衛を突き崩してしまうことのないように、回想を促進する際には、クライアントのペースに応じて行われることが肝要であろう。その点でも、あらかじめ設定した質問項目に沿って回想を促す従来のライフレビュー法に比べて、クライアントの自発的回想に面接者が関与することによって回想を促進するという、本研究で試みた独自のライフレビュー法は、明らかなメリットを有している。

### (3) クライアントの有する孤独感と依存性

クライアントには、体調不良を訴えることで家人の注目を引いている側面がうかがわれたが、その背景にはクライアントの有する孤独感や寂しさ、不安、依存性が潜在するものと推察された。そこには、遷延してきた亡夫の喪の仕事が関係しているものと思われた。夫を亡くした悲しみを、クライアントは過活動的となることで抑圧あるいは否認してきたが、それでは到底、防衛しきれるものではなく、主訴のような問題行動となってあらわれたものと理解される。

さらに、息子の出張のたびに体調不良を生じるというエピソードからは、クライアントが一人息子に対して強い依存性を有していることがうかがわれた。しかし、クライアントは、いわば息子を巡るライバルである嫁に気がねし、表面的には息子と距離を置いて、良い姑を演じていた。なぜなら、クライアントにとって苦勞の種であった、長男でもない夫が姑を引き取るほどの夫と姑の母子関係の結びつきの強さを、今度はクライアント自身が一人息

子との間に再演することになるからである。そのため、一人息子への依存性は、クライアントの中で認めがたい感情として、葛藤を生じていたものと思われる。

#### (4) 老いに対するネガティブなイメージ

クライアントは、姑のオシメの世話までして看取っていた。また、以前に入院した病院でもオシメをあてた高齢者のし尿の臭いがいやだったと述べていた。これらのエピソードから、クライアントは、他人に下の世話までしてもらうような老いの姿はみじめであると感じているようであった。さらに、「オシメをしてまで長生きしたくない」という言葉からも明らかなように、クライアントは老いに対してネガティブなイメージを抱いているようであった。

クライアントの主訴のひとつに、臭気に対する敏感さもあげられていたが、その臭気とはし尿の臭い、すなわち姑やオシメをあてた病院の高齢者たちの姿を思い起こさせる、みじめな老いの象徴であることが推察される。老いに対してこのように否定的なイメージを抱いているクライアントにとっては、自身の老いを、そしてその先にある自らの死を受け入れることは困難であろうと思われる。趣味に没頭し、活動的であることを強調したり、時に面接の中で自身の魅力や能力を自己顕示的に語る場面も見られたが、その背後には老いに逆らい、老いや死を否認する防衛という側面もあったのであろう。

#### (5) 家族との生き生きしたかかわりあいと祖父母的世代性

第4期には、息子の嫁がパートタイムで外出がちとなったことで、家庭内での自分の役割、特に孫に対する祖母としての、また息子に対する母親としての自己の存在を次第に肯定的にとらえられるようになった。それは、ライフレビューを通じて過去の経験を統合する中で、「現在の自分」を再度、位置づけ直し、そして自身の老いや、やがて訪れる自らの死を受け入れていく作業の結果のようにも感じられた。したがって、ライフレビューを導入した力動的心理療法を通じて得られた「祖母」という役割の持つ意味は大きい。

Erikson, Erikson & Kivnick (1986) によれば、年老いた親、祖父母、教師といった役割は、すべての年代の人との現在の関係の中で「祖父母的世代性」を経験するための社会的機会であり、これらの人間関係において、人は他者への外向きの世話と自己への内向きの関心とを統合しようとするという。Erikson (1982) は、このような祖父母的世代性の機能と関連する生きた関与の欠如は、高齢者が心理療法を求めてやってくる時の顕在的症状の下に隠された、郷愁的テーマであると示唆している。中断をはさみながらもクライアントが面接を継続してきた裏には、クライアントから見ればかなり年下の筆者に対して、クライアントが高齢者の心情を「教える」のだという思いを有しており、そこに家庭では得られなかった祖父母的世代性を求めている面もあったのであろう。

このように、高齢者にとってのライフレビューには、次の世代に自らの経験を伝え、教え導く、という形での祖父母的世代性を強化するという側面もまた、存在しうるようである。さらに、そ



れは世代継承や世代連続（Erikson, 1982）といった、ライフサイクルの連続性とも関連するテーマである。

（6）力動的心理療法にライフレビュー法を導入することの効果  
本事例より、力動的心理療法にライフレビューを導入することによって、遷延されてきた喪の仕事を開することが可能となることが示された。また、力動的心理療法は、ライフレビューによって活性化した喪の仕事をもさらに展開させる機能を果たしていた。

さらに、クライアントの心氣的訴えの背後にある孤独感や依存性に関する理解は、力動的心理療法によってもたらされたものである。そのような心理力動的な理解を背景に有することで、従来のライフレビュー法以上にライフレビューのプロセスを深化することが可能となった。

## 第2節 「居場所がない」と訴える施設入所女性との面接過程(事例2)

### 1. 事例の概要

#### (1) はじめに

本事例は、筆者が勤務していた老人保健施設に入所中の、高齢期女性との面接過程である。老人保健施設とは、1985年の老人保健審議会の答申を受けて1986年に本格実施に移された施設である。対象者は「病状安定期にあり、入院治療をする必要はないが、リハビリ、看護、介護を必要とする寝たきり老人等」であり、病院と特別養護老人ホームの長所を併せ持った、医療面のサービスと福祉面のサービスが一体として提供される、いわば中間施設であると位置づけられている(厚生省, 1991)。

しかし、特別養護老人ホームのような「ついのすみか」でもなく、病院のように治癒するまでの「仮の宿」とも割り切れない、「療養の場」という老人保健施設の理念は、入所者や家族にとって、さらにはスタッフにとってもあいまいで理解しづらいものである。加えて、老人保健施設は在宅復帰のための「通過型」施設であり、原則として90日ごとにスタッフによる退所判定がもたれる。実際には、長期滞在の必要性を求める声も多くの施設からあがっていたのだが、厚生省は長期滞在を警戒して、もっぱら「通過型」施設に徹することを強調していた(朝日, 1992)。

このような老人保健施設の有する性質上、そのケアは、生活介護からリハビリテーション、医療と多岐にわたるが、入所者の中には心理療法的援助が必要と思われる事例も当然、存在する。た

たとえば、老人保健施設入所者 160 名を対象に、精神科的需要に関して調査した小野（1993）によれば、その 8 割がなんらかの精神科領域の問題を有しており、入所者の 5 人に 1 人は心理療法的接近の必要性が認められたという。さらに小野は、病理現象を示さなくても、老いて身体的・精神的喪失を経て老人保健施設での生活を余儀なくされている高齢者に対して、広義の心理療法的接近が有用であり、老人保健施設における精神面へのケアの需要はいっそう大きなものになる、とも述べている。

心理療法そのものはもちろんであるが、特に小野（1993）の指摘する後者の側面、すなわち老いや施設利用に伴う高齢者の実存的問題や高齢期の発達課題に対する臨床心理学的援助は、臨床心理士の有する心理療法や生涯発達心理学に関する専門性をもっとも役立ちうる部分であると考えられる。さらに、いかに医療・保健・福祉などの制度が改革されようとも、ケアの利用主体たる高齢者自身の心理内界への個別的接近や理解なしには、真に利用者のニーズに応じたケアを提供することは困難であろう。

この点で示唆的な研究が存在する。アメリカのナーシングホーム入所中の高齢者とホームのスタッフ、家族それぞれにとってのクオリティ・オブ・ライフ（Quality of Life: QOL）概念を調査した Cohn & Sugar（1991）によれば、入所者にとっての QOL はまず「安心感」であり、ついで「社会情緒的環境」があげられていた。ところが、スタッフおよび家族がもっとも多く選択したのは「ケア」であった。筆者の知る限り、老人保健施設において同様の調査は実施されていないようであるが、少なくとも入所者とスタッフ、家族の間におけるギャップの存在や、入所者にとっ

での安心感の重要性といった Cohn & Sugar (1991) の調査結果をふまえば、入所者の心理面への個別的接近や理解の意義が理解されよう。

ところが、老人保健施設が実施に移されて十数年を経た現在でも、老人保健施設に関与する臨床心理士は、筆者の知る限りまれである。とりわけ臨床心理士の専門性がもっとも発揮されると思われる入所者への力動的心理療法に関して、ほとんど報告が見られていない現状である。そのような意味でも、本事例は貴重な資料である。

## (2) クライアント

クライアントは、某老人保健施設入所中の 90 歳の女性であった。面接開始時には、すでに入所から 1 年半が経過していた。クライアントには痴呆や精神症状は見られず、向精神薬などの処方はない。また、精神疾患の既往歴もない。身体的な問題としては、腰痛のための歩行困難があげられており、歩行訓練を中心としたリハビリテーションのプログラムが組まれていた。読書が趣味で、2 人部屋の居室において新聞や書籍を読んで過ごす毎日である。クライアント自身、自分の性格は「きちょうめん」であるという。

## (3) 主訴

クライアントの言葉によれば、「もし子どもが自分より先に亡くなったら、いったい自分はどうなるのだろうと不安になる。また、自分の居場所がない」ということであった。

#### (4) 生育史および問題歴

クライアントの実家は富裕な農家で、3人同胞の第2子として生まれた。義務教育終了後、家事を手伝っていたが、18歳で遠縁にあたる夫と見合い結婚し、5人の子どもをもうけた。戦前は自営業を営み、数名の従業員を雇うほど順調であったが、太平洋戦争時、必要な機械類を徴用されてしまい、以後、夫婦で農業に転じた。夫にとっては慣れない仕事でもあり、戦後の生活は決して楽ではなかった。しかし、そのような生活の中でも子どもらの教育費は惜しまず、みな高校卒業以上の学歴である。特に息子たちは大学まで進学させ、その学費や仕送りを捻出するために、クライアントは体力的に過酷な労働にも従事したことがあると言う。

面接開始の約20年前、家を新築して長男夫婦と同居を始めた。子どもは誰も農業をつがず、夫が75歳になるまで夫婦で畑仕事を続けていた。面接開始の約10年前に、遠方にいた二男が病気により急死した。さらに面接開始の約5年前には、夫と長男、三男が相次いで亡くなった。孫らはすでに成人して家を出ており、さらに面接開始の2年前には長男の嫁がクライアントを一人残して有料老人ホームに入所してしまったため、クライアントは自宅で独居となった。クライアントはすでに腰痛で歩行が困難であり、娘2人が交代でほぼ毎日、手伝いに来てくれていた。しかし、娘らもすでに高齢のため負担をかけてはいけなないと考え、老人保健施設の開設を新聞で知って、クライアント自ら1年半前に入所を決心したという。

入所後も 2 人の娘が毎週末、交代で面会に来てくれていたが、「この娘たちが亡くなったら、いったい自分はどうなるんだろう？」と、上述の主訴の不安を感じるようになった。ちょうどそのころ、週 1 日、非常勤の臨床心理士として勤務を始めた筆者の存在を事務系スタッフより聴き、面接を希望した。

## 2. 面接経過

2 年 9 カ月、62 回の面接過程を 7 期に分けて報告する。クライアントが移動困難なため、居室（2 人部屋）にて原則として週 1 回 50 分の面接を行った。クライアントの居室の配置および面接時の位置関係は図 2-1 のようであった。

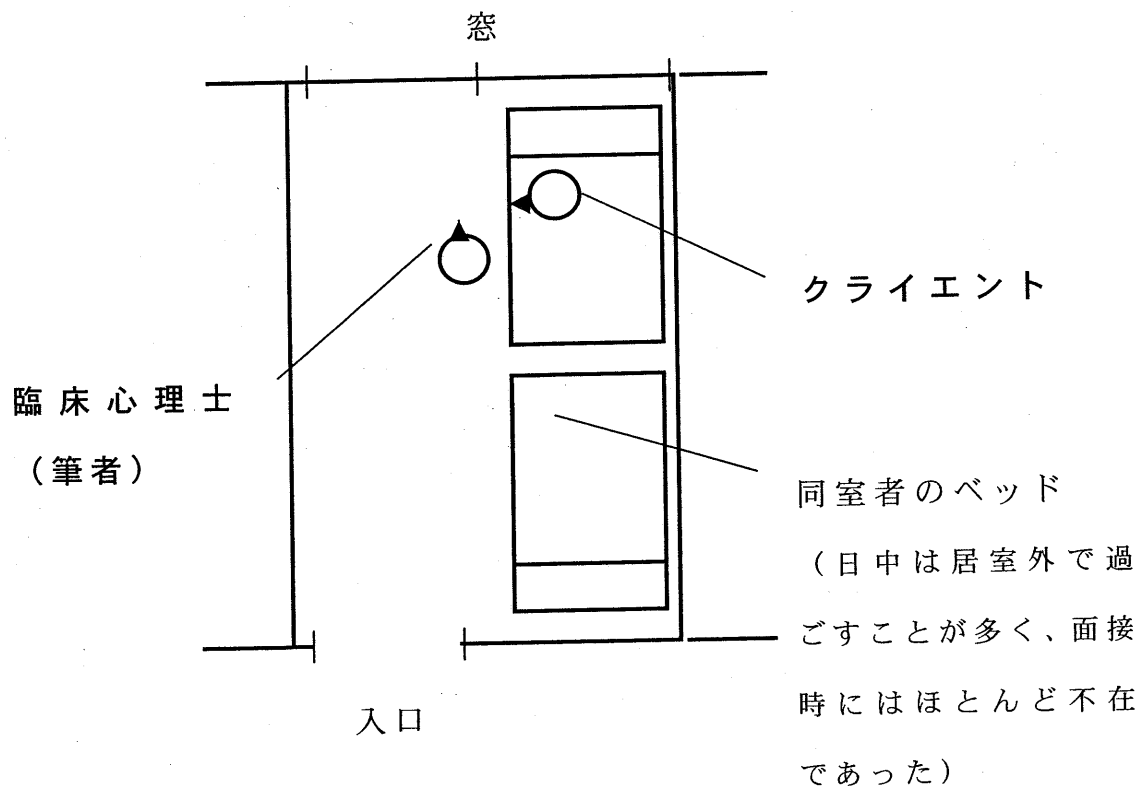


図 2-1 クライアントの居室の配置と面接時の位置関係

筆者は、ベッドに腰掛けているクライアントの横にイスを置き、ほぼ 90 度の位置関係で面接を実施していた。なお、面接経過の途中、クライアントの入院、体調不良、面会などで休みとなることも少なくなかった。

#### 第 1 期 一抑圧された怒りの受け場としての面接—（#1—#5）

クライアントは、「事務系スタッフより、入所者の悩みを聴いてくれる専門の先生が来ると聴いて、ぜひ話したいことがあるので申し込んだ」と、申し込みの経緯を自分から話し出した。筆者からは、「なんでも自由に話してもらってよい。話すことで、問題が整理されていくこともある。ここでの話は基本的に外部に漏れることはない」と、クライアントにもわかりやすい言葉で面接の機能と守秘義務に関して説明を行った。

クライアントの長男の嫁は「病気がちで勝ち気でわがまま」で、自分だけ「数千万円もかかる有料老人ホーム」に入所してしまった。その後、クライアントの主訴である不安が生じたと言う。「残った娘らがもし亡くなったら、誰が自分の面倒をみってくれるのだろうか、長男の嫁は自分の面倒をみしてくれないのだろうか、と不安になる」が、「家の恥」でもあるので、クライアントは誰にも相談できないでいた。

さらに、クライアントの信仰する「浄土真宗」の教義や、新聞で読んだニュースなどについて、熱心に話していた。たとえば政府の海外援助に関して、「国内にも困っている人がこんなにいるのに！（外国の援助をしている場合ではない）」と不平を漏らすのが、それはクライアントの面倒をみしてくれない嫁らに対する不満

の置き換えであるように筆者には理解された。

また、施設内で短歌の会がレクリエーションとして行われ、クライアントもその会に投稿していた。「住み慣れない場所ではあるが、しばらくのあいだここで過ごせるのはめぐみである」、「たまたま同室となって寝起きする同室者とは、なにかの縁があるに違いない」といった内容の短歌を作っているが、面接の中では施設の食事や管理に対する不満を語ったり、同室者を嘲笑したり攻撃するような発言も多く、短歌にうたわれた内容は建前のきれいごとにはすぎないように筆者には感じられた。しかし、「こんな話でも聞いて下さるのは先生しかいない」という言葉には、スタッフからも入所者からも孤立したクライアントの状況や心情がうかがわれた。

## 第2期 ー長男の嫁の死による抑うつ状態から喪の仕事へー（#6ー#10）

第1期に続き、長男の嫁に対する不満が語られた。長男の遺産は嫁が独り占めしていると言う。「私にはどうすることもできないことですが…」と言いながらも、承伏できない様子であった。また、娘らが面会に来たときには母娘でおしゃべりを楽しみ、その後2、3日は安心していられるが、すぐに「あの子たちが死んだら自分はどうなるのだろう」と不安になってしまう。「息子らはいずれも急死だったため、娘たちもいつ亡くなるか分からないという不安が消えないのだろう」と、クライアント自身、洞察していた。

ところが突然、長男の嫁の急死が伝えられた。クライアントは



驚愕し、リハビリテーションやレクリエーションに参加する意欲もなくしてしまった。嫁の身勝手さに対して怒りを抱き、それを面接の中で表出し始めた矢先の出来事であったため、クライアントの中に罪悪感が生じ、抑うつ状態を呈したものと推察された。この時期は危機的状況と思われたため、筆者から提案して、第2期、第3期は1回2時間のダブルセッションとした。

嫁の葬儀や法事の都合で、頻繁に自宅に外泊していたが、「家に帰るたび、嫁がお帰りなさいと言って迎えに出てくれるのではないかという気がする」と述べていた。また、墓を守るものが近くにいないため、嫁の遺骨は寺に分骨して「永代供養」をしてもらうことにしたと言う。葬儀や法事も含めて、費用はすべてクライアントが支払うことにしていた。このようにして罪悪感を補償しながら、嫁の死に対する喪の仕事が進展したようであった。

さらに、嫁の死に触発されたのか、夫や息子の死に関しても回想された。夫は92歳で亡くなったが、寝込むこともなく安らかに自宅で亡くなったそうである。「私もあんなふうな死に方がしたいです」とクライアントは語っていた。さらに、「子どもを亡くした悲しみは薄らぐことはないです」とも言う。しかし、このような死や死別にまつわる回顧過程が喪の仕事を進めたためか、やがてクライアントは抑うつ状態を脱し、「いつもくだらない話をしてすいません。この頃は自分でも、私はこんなに話し好きだったかしら、と思う」と言って笑顔を見せるようになった。嫁の法事に来た親類ともよく話をし、「いろいろと（クライアントから）教えてもらってうれしかった」という内容の感謝の手紙が親類から来たと言う。筆者からも、「私にもいろいろ教えてく

ださい。お話をうかがって得るところが大きいです」と伝え、クライアントが心の内面を表出することをサポートした。それに対してクライアントは、「話を聴いてもらおうと胸のつかえがとれますね」と、面接の効果を認識しているようであった。

### 第3期 — 「尻こそばゆい」：施設の特徴が与える影響とスタッフへのコンサルテーションの意義—（#11—#20）

クライアントは、意欲が低下していた時期のことを回想して、「頼りにしていた嫁が死んで以来、自分はうつ病になった」と言う。これまでの面接では、「私を一人残して、自分だけ有料老人ホームに入ってしまう嫁など頼りにならない」と述べていたクライアントであるが、内心は長男の嫁が自分の面倒をみるべきであるという思いを根強く有しており、いつか嫁が改心して施設から自宅に戻れる日が来ないだろうかと、一縷の望みをつないでいたようであった。

また、この時期、「リハビリテーションやレクリエーションに参加しないのなら、老人保健施設を退所しなければならない」とスタッフから注意され、特別養護老人ホームへの入所申請を促された。そのため、クライアントは「胸が苦しく、尻こそばゆい感じですよ。あっちこっちたらい回しにされるのは酷なことですよ。今まで世の中のためにがんばってきた年寄りが、どうしてこんな目にあわないといけないのかと思うと、情けないです」と語っていた。

一方、スタッフのほうからもこのクライアントに関して、筆者にコンサルテーションの依頼があった。「クライアントが同室者

を嘲笑したり、家族が食品を無断で持ち込む。クライアントはスタッフへの不平不満が多すぎる」という内容であった。筆者からは、「クライアントには、どうして子どもが自分の面倒を見てくれないのかという怒りが潜在し、それが同室者やスタッフへの不満、攻撃という形をとる。また、老人保健施設の持つ性質自体が老人ホームのようについすみかでもなく、病院のように治癒するまでの仮の宿でもないという曖昧なものであるため、入所者の適応を困難にしている。さらに、限度を越えた家族の差し入れは、クライアントを入所させていることへの家族の罪悪感の補償と考えられる」と筆者の理解を伝えて、コンサルテーションを行った。なお、クライアントのリハビリテーションは、この期の後半より再開された。

#### 第4期 - 浄土にしか居場所がない - (#21 - #30)

特別養護老人ホームへの申請を行って以来、「いまさらよそへ行けというのはあんまりひどい。せっかくここに慣れたのに、（特別養護老人ホームに移ると）また一からやり直さねばならない」と、クライアントは不満を語るようになった。そして、入所時にスタッフから、「老人保健施設は永続的に利用できる施設ではない」という説明を受けてはいたが、「こんなに長く生きるとは思わなかったから老人保健施設に入った。私は長生きしすぎたんでしょうか…」と、実は老人保健施設に死ににやってきたことが明かされた。筆者は、「そう思って生きるのも尻こそばゆいですね」と応えるしかなかった。

この時期にはふたたび、「人はみな浄土に成仏できる」という

「浄土真宗」の教義が繰り返し語られたが、それはクライアントが自分自身を納得させるために語られているようであった。現世に居場所がないクライアントにとっては、浄土だけが唯一の約束された安住の場であるのかもしれない。一方で、同じ境遇の入所者に関して、「みな苦勞してきたんだろうに、年を取ってみってくれる人がいないなんて気の毒ですよ」と言い、以前は嘲笑していた同室者にもいたわりを示すようになる。

#### 第5期　－ 老いのモデルの発見 －（#31－#40）

この期、クライアントは腹痛のため2週間、病院に入院した。その後、長命だった母の話題や、親鸞が「教行信証」を晩年まで書き続けたことが語られる。それらはクライアントにとっての老いのモデルとなっているようであった。

また、以前は長男が自分を遺して先に逝ったために自分はこんなに苦勞をしなければならないと語っていたクライアントであるが、「最近、長男はどんな気持ちで亡くなったんだろうかと思う」と、早逝した息子の心情にも思いを馳せるようになった。そして、「賽の河原というものがありますが、親より先に死ぬ子どもは、人生のつらさを親に教えるために仏様から遣わされたと言いますね」とも語り、息子らの早逝にクライアントなりの意味づけを行い、受容しようとしているようであった。

この期、筆者は面会に来た長女とも面接を行う機会があった。長女によると、クライアントは娘に遠慮して、寂しくても連絡してこないそうである。また、90日ごとの退所判定会議を気にしており、居心地が悪くてつらそうだと、娘の立場から見たクライ

エントの近況を筆者に語った。

第6期 ー一族の歴史の中の自分ー（#41ー#50）

この時期には、クライアントから自発的に過去の思い出が頻繁に語られるようになった。それは父母の思い出から子育ての苦勞、さらに父方と母方の一族のルーツや歴史に関する思い出であった。たとえば、両親ともに信心深く、子どもの頃、一緒に寺参りをした思い出や、クライアントも信心深く育ったこと。母は世話好きで貧しい人々にも親切に接していたが、クライアント自身も長じてのち、親戚や知人から世話好きだと言われてきたこと。先祖は源平合戦の頃に当地にやってきて、先祖の祭られた神社が近所に今もあることなどである。

筆者は、クライアントからあふれでるように語られる回顧に積極的関心を示し、それを要約、整理することでライフレビューを援助していた。その際、筆者のなかには、あたかも思い出という大切な宝物あるいは遺産をクライアントから分け与えられているような思いを生じていた。

それと並行して、父から譲り受けた家宝の「浄土真宗」の経典を甥に譲り渡したり、自宅の仏壇を孫の家に移すなど、クライアントが父母、さらには一族の祖先から受け継いだものを若い世代に譲り渡す、というエピソードが頻繁にあらわれた時期でもあった。また、親類や昔の従業員がクライアントを気遣って面会に来てくれることに対して、「私は恵まれていますね」と言って笑う。一方、同室者は面会も少なく可哀想だと、思いやりを示す発言も見られるようになった。

第7期 - 「浄土は気持ち次第」：家族との心理的きずなを得ること - (#50 - #62)

夫の命日にお供えをしたいと思い、スタッフから小菊を分けてもらったと言う。そのうれしさを「一枝の小菊を供えてお念仏を唱えただけで、そこが菊満開のお浄土となる」という歌にした。クライアントのうれしさが本当に詠みこまれている短歌のように筆者には感じられた。

また、長男の嫁は死ぬ間際、クライアントの世話をしなかったことを後悔していたと、嫁の見舞いに行った娘から聞き、「嫁の後悔の涙に、私は感謝の涙を流した」という。そして、「お互いに相手を思う気持ちの中にお浄土がある」、「仏様はどこにいても見ておられるので、ここで嫁を思って念仏を唱えることにします」と語った。クライアントにとって唯一の居場所であった「浄土」が、気持ち次第で今、ここに現出するのだという思いは、クライアントの心境の変化を感じさせ、心理的安寧に近づいているように思われた。さらに、面会に来た娘と時間を忘れて話すことで「こころが安まる」とも言う。家族との物理的交流自体は以前とかわりないが、その質、あるいは交流のとらえ方が変化したようである。

やがて筆者が老人保健施設を離れることとなり、面接経過の振り返りや今後の不安などについて話し合ったが、クライアントは「どこにでも行く覚悟はできています」と述べていた。以前、クライアントが訴えていたような「居場所のなさ」という不安は軽減し、主訴に一応の改善が見られたため、終結に至った。

なお、最終回には、終了と同時に孫夫婦が赤ちゃん（クライアントにとってはひ孫）を連れて面会に来ていた。筆者の役割はこれで終わり、このあとは家族に引き継がれていくかのような思いを筆者は抱きつつ、クライアントの居室をあとにした。

### 3. 事例の考察

#### (1) 主訴の心理力動的な理解と老人保健施設の特性の影響

本事例では、通過型施設であるという老人保健施設の場の特性が入所者の心理面に及ぼす影響や、面接構造自体に与える影響が顕著に見られた。さらに、クライアントの主訴の根底には高齢期のアイデンティティや自我の統合性、ライフサイクルの連続性、家族との心理的きずなどといったテーマも存在した。これらの多様かつ多層的なテーマはいずれも、本事例に限らず高齢期の心理特性や発達課題として注目され、高齢者との心理療法を特徴づける要因と思われる。

まず、クライアントの「居場所がない」という訴えには、クライアント自身が洞察していたように夫や息子たちの相次ぐ死の影響が大きいであろう。Moss, Leshner & Moss (1986-1987)によれば、親より早い子どもの死は、人生航路の自然なリズムを破り、世界は予測できないという感覚を助長させ、神の存在や人生についての疑問を生じさせるという。また、何十年にもわたって培われてきた子どもとのきずなは親が死ぬまで継続するが、子どもの死でソーシャル・サポートの源泉は失われ、子どもを通して未来へと繋がる不死性への望みが絶たれ、また亡くなった子どもが与えてくれるはずであった楽しみや未来の希望までも奪われ

てしまうのだと言われている。

実際、クライアントには、本来、自分の面倒をみるべき立場の長男の嫁がクライアントを残して有料老人ホームに入居してしまい、娘らも高齢であることから、自分の面倒をみってくれるはずの家族がいない、自分の居場所がないという不安や見捨てられ感、よるべなさが存在した。表面的には娘らの介護負担を気遣って、自ら老人保健施設入所を選択したと言うが、その裏にはなぜ娘は自分を引き取ってくれないのか、どうして自分が老人保健施設で暮らさないといけないのかといった抑圧された怒りもクライアントに潜在していたものと思われる。これらの怒りや恨みの感情が、スタッフや施設への不平不満、同室者への攻撃や嘲笑といったかたちをとって投射され、さらに現実適応を阻害していたようであった。

また、第3期には、リハビリテーションなどに参加しないことをとがめられたり、特別養護老人ホームへの申請を促されたことから、クライアントの主訴である「居場所がない」という不安が高まり、「あっちこっちたらい回しにされるのは酷なこと」だと、老人保健施設の制度や特性そのものがクライアントの心理的安寧を脅かすものであることが語られた。

なお、クライアントに対して特別養護老人ホームへの申請が促されたのは、入所の長期化が本施設でも問題となってきたからであった。このように、一方で施設への適応をしいられながらも絶対的依拠は許されないという通過型施設の特性そのものが、クライアントが述べていた「居場所がない」不安や「尻こそばゆい」思いを助長していた面もあろう。



## (2) 老人保健施設における力動的心理療法の面接構造

老人保健施設への不満や長男の嫁に対する怒りを抱きながら、それを適切に表出できる場を持たなかったクライアントにとって、面接開始当初の筆者は、施設内で唯一の話し相手であった。また、高齢のクライアントにとって、筆者は孫に近い年代であり、面接経過を通じて筆者には、クライアントの有する理想化された子ども、あるいは孫像が投げかけられていたようである。しかし、それはあくまでクライアントが現実の家族とのあいだに求めている関係であると筆者は理解していた。これは、第2期や第7期にみられた、家族との交流の変化からも裏付けられよう。

このようなクライアントと臨床心理士とのあいだの関係性の質の検討を怠ると、臨床心理士が意識的・無意識的にクライアントにとっての家族の代理物となり、心理療法から逸脱したり、終結できずにクライアントの自立を妨げる危険性をはらんでいる。

さいわい本事例では、単に話し相手にとどまることなく、クライアントが「話を聴いてもらおうと胸のつかえがとれる」と語っていたように、早期から心理療法の効果がクライアントに認識されるに至った。契約によって構造化された面接を行う臨床心理士は、老人保健施設のうちにありながらも、クライアントが施設やスタッフへの不満を漏らしても秘密が守られる存在として、クライアントから適切にその機能や専門性が認知され、利用されていたことがうかがわれるのである。

そこには、入所を自ら決めたことにも見られるようなクライアント自身の自己決定力や能動性、さらに筆者の存在を知り、自ら

面接を希望するといったモチベーションの高さが奏功していたものと思われる。

加えて、筆者からは面接構造に関してわかりやすい言葉で繰り返し説明と確認を行い、面接の場がクライアントのために確保された守られた時間と空間であることを強調していた。それがクライアントの心理療法への理解を促進した可能性もある。

面接の曜日や時間など基本的な面接構造が形成されていたことは、「居場所がない」ことを主訴とするクライアントにとっては特に重要であったと思われる。「その時間には必ず臨床心理士と出会い、話ができるのだ」という安心感と信頼感が面接を通じて体験されるからである。そして、そのような面接構造により守られた空間の中で、本来なら自分の面倒をみるべき長男の嫁がクライアントを残して有料老人ホームに入所したこと、財産を独り占めしていることなどへの怒りや不満を安心して表出できるようになっていった。

筆者は、クライアントが抑圧された怒りや不満を表出し、さらに表出された怒りのなかに込められたクライアントの真意を明確化するよう援助すること、そしてそれがクライアントと臨床心理士のあいだで共有されることが心理療法の役割であると考えていた。そのため、面接の中では安易に怒りを抑制したり沈静化させることなく、クライアントの抑圧された怒りの受け場を提供する役割を果たすことをこころがけた。

しかし、その矢先に嫁が死去するという危機的状況も生じた。第2、3期には、ダブルセッションとしてよりサポータティブな面接を行うなど、クライアントの置かれた状況に配慮した面接構造

をとっていたが、そのような構造も、クライアントが危機的状況を克服していく一助となったものと推察された。

ただ、筆者が老人保健施設を離れることで終結となってしまったことには、筆者自身こころを残している。前述のように息子あるいは孫のようなイメージを付与されていた筆者が、自身の都合で去ってしまうことは、あたかも息子の死を反復するかのような喪失体験としてクライアントに受け取られた危険性もあるからである。それに対して、果たして十分な別れの作業ができていたであろうか。また、少なくとも書簡などの通信手段を用いたフォローアップは試みる必要があったものと現時点では考えている。

なお、本事例ではクライアントが面接室に移動するには物理的負担が大きく、クライアントの居室のベッドサイドで面接を行った。施設内での心理療法における外的構造因として、面接場所の問題は大きい。ベッドサイドでの面接というセッティングは、同室者の存在や面接中にスタッフが入室する可能性などにより、クライアントのプライバシー保持に困難を生じる場合がある。さらには、日常性に呑みこまれてしまい、転移－逆転移の視点からの関係性の検討が困難となったり、面接の目的自体が曖昧化するなど、心理療法が十全に機能しなくなる危険性を潜在的に内包するのである。

しかし、クライアントの心身状態や施設の特性といった現実的制約の中にあって、心理療法を必要とするクライアントのニーズにこたえるためには、セッティング自体がはらむ危険性や限界性を臨床心理士が十分にわきまえたうえで、可能な限り面接構造の枠を明確にしながら心理療法的に接近していく姿勢が求められる

る。このように、外界の現実をふまえた上でクライアントの心理内界を扱うことは、面接構造に限らず、心理療法そのもののプロセスでもあり、そこに臨床心理士の専門性が存在するのではないだろうか。

### (3) ライフレビューによるライフサイクルの連続性と対人関係の中での自己定位

クライアントは、面接経過の中で繰り返し生育史に触れ、さまざまな思い出を回顧した。筆者は、そのようなプロセスに積極的に関与することで、ライフレビューを促進していった。

クライアントのライフレビューは、さらに両親や祖父母などの祖先との関係、および子どもや孫、ひ孫といった子孫との関係にも広がっていった。それは結果的に一族のルーツにまでさかのぼるものとなり、あたかも祖先から子孫に至る一族の歴史の中に自己のライフサイクルを定位しようとしているかのようであった。また、ライフレビューと並行して第6期にみられたように、クライアントが現実には家宝の「経典」や「仏壇」を次の世代に引き継いでいることも印象的である。Erikson (1964) は、ライフサイクルの連続性を「次代に引き継がれて終わる世代の循環」と呼んでいるが、クライアントにとってまさに「次世代に引き継ぐ」ことが主要なテーマとなっていたのであろう。

それと関連して、クライアントは家族や親類との関係を中心に、人間関係の肯定的側面に言及するようになった。たとえば第6期、第7期では、娘との会話を楽しみ、面会のあることを「自分は恵まれている」と語るようになっている。こうして、あらためて家

族との心理的きずなの再確認が可能となっていたのである。

このような心理的きずなの再確認は、早逝した息子や嫁との関係にも見られた。失われた対象からリビドーを解放し、自我が再び自由となり、新たに外界に関心を向けることが可能となっていくプロセスを喪の仕事（Freud, 1917）と呼ぶが、そのためにはまず死者と内的に再会することが不可欠であろう。クライアントは、嫁の死に触発されて亡き夫や息子らの思い出を回顧しはじめたが、このような回顧が内的に死者と再会する契機となっていたのである。そして、力動的心理療法という、面接場面の設定が強固な、守られた安心な場の中で自由に感情を表出することを保証され、喪の仕事が促進されたものと推察される。

それを裏付けるかのように、第5期には、「息子はどんな気持ちで亡くなったのだろうか」と、早逝した息子の心情にも思いをはせるようになり、自分だけが遺された寂しさと怒りから、互いに別れを悼む心境へと変化している。長男の嫁に対しても、第7期にみられたように、クライアントの世話をしなかったことを悔いて亡くなっていったことを知り、「嫁の後悔の涙に、私は感謝の涙を流した」と言う。これは、嫁に対する怒りや罪悪感が解消され、内的に嫁と和解したことを示す言葉であり、喪の仕事の完了を示すものととらえることができよう。

このようにしてクライアントは、祖先から子孫に至るライフサイクルの連続性の中の自己のライフサイクルの位置づけを縦軸に、息子や嫁の喪の仕事を含めて、家族との心理的きずなの再確認や強化など対人関係を横軸として、自己を定位することが可能となった。たとえどのような場にあっても、内的に自己が定位さ

れていれば、外的環境の変化を受容し、適応していくことが可能となるようである。このことはまた、高齢期のアイデンティティや自我の統合性とも関連すると思われ、生涯発達心理学的視点をふまえて高齢者との心理療法を考える際のひとつの視座ともなるろう。

そして、自己がより明確に内的に定位されることで、クライアントの「居場所がない」という不安は軽減し、怒りや抑うつ状態などが改善され、第7期に見られたような「どこにいてもお互いに思い合うところが浄土である」という spiritual な次元での癒しや、心理的安寧が得られたものと思われる。高齢者の信仰は基本的信頼の問題であり、人生のすべての心理社会的危機の再統合と関係すると言われるように (Erikson, Erikson, & Kivnick, 1986)、安心感や安寧感と密接に結びついているようである。

#### (4) 高齢者の施設適応に対する力動的心理療法による援助の可能性

施設への適応について論じられる場合、ともすれば環境への外的で表面的な適応ばかりが注目されがちであるが、むしろ入所者への心理療法的接近から、心理的安寧を促進するようなアプローチこそ、真の意味での施設への適応の援助となるのではないだろうか。

そして、クライアントの心理内界へ接近し、その理解をスタッフや家族に通じる言葉として伝えることも、老人保健施設における臨床心理士の重要な役割である。

一人の高齢者の有するケア・ニーズは多様であり、多様な専門

職からなるチーム・アプローチが基本となる。また、チーム・アプローチにおいて高齢者のこころのケアに携わるのは決して臨床心理士のみではない。ケアの連続性、一貫性という観点からもクライアントの心理内界に関するスタッフ間の共通理解が求められるところである。そのような意味で、高齢者への心理療法そのものに加えて、スタッフや家族へのコンサルテーションの意義は大きい。あくまで個人の心理内界を中心に発想する心理療法的接近という視点は、高齢者へのチーム・アプローチにおいて、今後ますますその重要性を増すものと思われる。

臨床心理士にとっていまだフロンティアである高齢者ケアの領域において、われわれ臨床心理士はいかに自らのアイデンティティを維持し育みながら、心理療法に関する専門性を発揮できるだろうか。これは臨床心理士にとってのチャレンジである。

#### (5) 力動的心理療法にライフレビュー法を導入することの効果

本事例の経過から、ライフレビューが祖先から子孫に至るライフサイクルの連続性と、家族との新たな心理的きずなを再確認させたものと思われた。ライフレビューには、いま現在の関係だけでなく、すでに亡くなった人との関係も含めて、対人関係を再度、見直し、修復する効果のあることが本事例より示唆される。

また、力動的心理療法は、ライフレビューによって活性化した夫や息子、長男の嫁に対する喪の仕事をさらに進展させる機能を果たしていた。力動的心理療法では、クライアントの心理内界に注目するため、クライアントのペースに沿った無理のない喪の仕事の展開が可能となる。

そして、祖先から子孫に至るライフサイクルの連続性と、家族との新たな心理的きずなの中で、クライアントは自己を定位することにより、心理的安寧に至ったものと推察される。



### 第3節 母親像の統合が見られた痴呆女性との面接過程(事例3)

#### 1. 事例の概要

##### (1) はじめに

本事例は、アルツハイマー型老年痴呆のために痴呆性疾患専門病棟に入院中の、67歳の女性との面接経過である。

これまでの痴呆性高齢者に対する心理療法に関する研究では、集団療法が中心であり、個人心理療法、とりわけ力動的心理学の事例研究は内外ともに少ない。Jones(1995)は、米国で近年まで器質性脳障害、とりわけ痴呆性高齢者に対する個人心理療法には比較的、注意が払われなかったことについて、器質性脳障害を有する患者の場合、記憶障害と注意力や集中力の障害、抽象的思考の障害から、対話を中心とするセラピーは無用であると考えられ、家族介護者への援助や、社会性または現実見当識改善を目的とした集団療法に関心が集中していたからである、と指摘している。このような傾向は、わが国にも見られるものと思われる。

わが国における力動的心理学をベースにした痴呆性高齢者に対する個人心理療法の数少ない先駆的研究としては、萱原(1987)があげられる。萱原(1987)は、痴呆性高齢者の非現実的な言動を受容し、その主観的な世界を尊重して、彼らの精神的安定を図ることによって、二次的症候である抑うつ状態や不眠、暴力、せん妄状態などが改善される可能性を明らかにした。

その具体的方法は、①たとえとんちんかんであっても、否定したりせずにまずは痴呆性高齢者の「話を聞く」こと、②痴呆性高齢者の現病歴や生活史、現在、置かれている環境などを参考に、

「話の意味を理解する」こと、③そして、そのような理解を踏まえて、「話の中に積極的に入って行き、自我をサポートする」こと、という3段階からなる「心理療法的アプローチ」である。

本事例において、筆者は、萱原（1987）の心理療法的アプローチをベースにした力動的心理療法に、ライフレビューの視点と技法を導入することを試みた。

## （2）クライアント

クライアントは、痴呆性疾患専門治療病棟に入院中の67歳の女性であった。病棟の主治医により、「アルツハイマー型老年痴呆」と診断されている。ただし、精神科的な薬物は安定剤のみであった。長谷川式簡易知能評価スケール（長谷川・井上・守屋，1974）の結果は16.0点（32.5点満点）で準痴呆の範囲であり、クライアントの痴呆の程度は「中等度」と主治医から診断されていた。なお、この痴呆性疾患専門病棟にクライアントのような中等度の痴呆の患者は少なく、他の患者の多くはみな、クライアントより重度の痴呆であった。

## （3）主訴

入院時の家族の主訴は、クライアントが同居している一人娘に暴言・暴力などの攻撃的言動をとったり、家族の悪口を近所に言いふらすので、家族の生活が妨げられているというものであった。病棟に勤務する臨床心理士であった筆者からの面接の提案に対しては、クライアント自身、病棟内で「物がなくなって困る」、「ここでの人間関係が難しい」と訴えて、積極的に応じていた。

#### (4) 生育史と問題歴

入院の4年前より物忘れが顕著となり、3年前頃から問題行動が出現した。記銘力低下、物盗られ妄想があり、家族を叩いたりものしったりしていた。他人に接する態度は保たれているが、家族の悪口を近所に言いふらし、近所の噂になってしまった。特に同居している娘に対して暴力を振るうので、娘とは常に衝突している状態であった。やがて火の始末も困難となり、入院することになった。しかし、入院後も病室（大部屋）を自分の私室と思いこみ、新しく入院して来た他の患者を病室から追い出したり、殴ったりしていた。そのため、入院から1年を経て、主治医より筆者に心理療法の依頼があった。

生育史に関する家族からの情報では、クライアントの父親は早くに亡くなったため、家業を継いだ母親をきょうだいとともに手伝っていたという。短期大学卒業後すぐに結婚して、専業主婦となった。子どもは娘一人で、その娘が結婚後は、娘夫婦および孫たちとともに同居していた。入院の9年前にはクライアントの夫が病死した。その際、クライアントは約半年間、つききりで看病したが、治療費で貯金が底をつき、以後、異常なまでに金銭に執着するようになった。

家族によるクライアントの病前性格は「きちょうめん、プライドが高い、負けず嫌い」とのことであった。

クライアントの攻撃的言動には見当識障害による存在不安、物盗られ妄想など、疾病自体の影響と同時に、クライアントがもともと有するきちょうめんさも関係するものと理解された。さらに、

攻撃する対象が家族に限定され、病棟内では特定の患者の行儀に反した行動が許せずストレスを生じているようであったことから、クライアントの暴言や暴力は、心理的、状況的要因にも左右されているものと推察された。

そこで、面接ではクライアントの精神的安定をはかるため、クライアントの語る話題に傾聴することをこころがけ、まずは筆者との間に安定的な対人関係を形成することを目指した。また、母や娘、父、夫など、家族の話題が当初より語られていたが、それはクライアントの心理内界における家族関係であり、また現実の家族関係、さらには病棟への適応ともかかわるであろう、クライアントの基本的な対人関係のパターンが描出された話題として、重視した。

## 2. 事例の経過

約1年5ヶ月、59回の経過を、面接内容、テーマ、クライアントの状態の変化によって4期に分けて報告する。なお、クライアントの有する痴呆という疾患の性質上、面接室など新奇な場所への移動自体が過重なストレスを与えることが想像されたため、面接は週1回、デイルームのすみの静かな場所で対面法により行った。第1期にはクライアントの心身状態や集中力に鑑み、ときに短時間でうち切ることもあったが、面接時間はおおむね30分から50分であった。

### 第1期 一厳しく几帳面な母親— (#1—#13)

面接当初、クライアントは挨拶などはしっかりと返してくれる

が、表情が硬く、筆者に対して社交辞令的な表面的対応が多かった。筆者との面接中にも落ち着かないようすで、途中で席をはずしてしまうこともあった。そのような面接の中で、クライアントの母は「躰の厳しい人」であり、「がんばれ、がんばれ」と背中を叩かれて短大まで進学したことや、母はきちょうめんで、クライアントの行った掃除や洗濯が気に入らないと、自分でやり直したりしていたと言う。「母が死んだときの衝撃は、夫の死の比ではない」ほどのショックであったそうである。たとえば、夫とは見合い結婚だが、自分には見る目がないので、母の言うなりに決めた。夫はやさしい人で、結婚生活は「まあ幸せだった」が、夫は「だいぶ前に亡くなった」と語った。ところが、夫の話をしているうちに、父の話になってしまうなど、話題が錯綜することがあった。

クライアントの父は「やさしい人」で、商売上手だったが、クライアントが学生時代に死亡した。そのため、母が家業を継いだので、クライアントたち子どもも「勉強をする間もないくらい」手伝って、苦勞した。性格的には、クライアントも母親と同じように「どちらかと言えば口うるさいほう」である。「それがたまに爆発することもある」と言ってクライアントは笑っていた。回想が生起しはじめたため、筆者から「具体的にはどんなことで爆発するんですか？」と回想をさらに促進するように尋ねると、「(クライアントの娘は)一人娘なので、夫の死後はクライアントが直接、娘に注意したりする。しかし、女同士は難しいですから」と言って、クライアントは笑ってごまかしていた。また、男の子なら一言ですむことが、女の子には二、三言、言わないとい

けないので娘を育てるのは大変だった、とも述べていた。

娘を出産する際には、実家に帰ったが、口うるさい母も孫にはやさしかった、と言ってクライアントは笑った。母は、雛壇を買ったり、お七夜のお祝いをしたりと、孫ができたことをたいへん喜んでいただようである。クライアントも母に倣って、娘が出産し、孫ができたときには同じようにした。娘も見合い結婚だが、クライアントが相手の男性を気に入って結婚させたようなものだという。筆者は、「あなた（クライアント）は、お母さんのやってきたことを引き継いでいるようですね」と指摘した。すると、うなずきながら、「娘は要領がいいので、娘には引き継がれない」と言って、クライアントはまた笑っていた。

## 第2期 —信頼関係の形成と他患攻撃の意味—（#14—#29）

クライアントの病室が変わり、クライアントと痴呆度がほぼ同じ患者と同室になった。面接の中では、徐々に表情が柔和となり、毎回ほぼ50分の面接を行うようになった。

筆者から病棟での生活について尋ねると、クライアントに対していやな態度をとる人がいると言う。「夫が亡くなったから、（後ろ盾のない）私を見下して、ばかにするのだろう」とクライアントは考えていた。しかし、いろいろ言う人もいるが、「ネコが鳴いている」と思ってやり過ごすのだと語った。

また、クライアントの夫は子どもができるのを楽しみにしていて、出産前から名前より先にニックネームを考えていたような人だったと言う。一人娘ばかりかわいがり「鼻の下、三尺」（娘に対して鼻の下を伸ばしてかわいがる、という意味）なので、クラ

イエントのほうが「歯がゆい感じだった」と笑う。

さらに、「ここで友達が2人できた」と言う一方で、「最近、昔の友人によく会う」と語り、病棟の友人と昔の友人が混同されているようだった。夫の死後に、兄嫁や友人が支えになってくれたのでこれまでやってこれたのだ、と友人による支援のありがたさには感謝しているようであった。そして、「先生（筆者）には、本当に良いところに入れていただいたと感謝しています」と、筆者にもお礼の言葉を述べた。（現実には、クライアントは自分のいる場所をときにより会社、学校などと答え、必ずしも入院しているという自覚はない）。

ここでは習字の時間が楽しみで、母に手紙を2回も書いたと話す。その一方、#24には、「人のやっていることが気になり、気を使いすぎて疲れてしまう」とも言う。「気を使いすぎて神経衰弱になるのが私の病気」だと、洞察的に語るようになった。

「姉は父親似で美人。私は母親に似て不美人で、ぎゃーぎゃー言うところまでそっくり」だと、クライアントは母親との類似性について再度、言及した。しかし、クライアント自身は短大卒業後、外で働きたいという希望もあったが、母が「女は家にいるべきだ」と言うので、しかたなくあきらめた、とも語る。筆者にはこの時期、母親の肯定的側面と、否定的側面の、両面が交互に語られているように感じられた。

お正月の話題から、クライアントは娘や孫にお年玉をあげ、着物などを買うように言うが、買った物は自分に見せるように釘をさしておいて、変な物を買わないように「影で操縦」するようにするのだと言う。このようなエピソードには、母親の厳格さや支

配性、子どもをコントロールする側面など、クライアントが否定的に受け取っていた母親の特徴を、クライアント自身が受け継いでいることに気づきだしているように筆者は感じていた。そこで、クライアントの洞察的発言は必ず要約して応答することをこころがけていた。

#29の面接で、筆者からクライアントに面接に関する感想を問うと、「気分転換になり、すっきりします」と答えており、面接の意味がクライアントの中に定着していることが推察された。また、定期的実施している長谷川式簡易知能評価スケールの得点は、面接開始から9ヶ月目の時点で15.0点（準痴呆）であり、痴呆の程度は中等度のままでほぼ保たれていた。

### 第3期 —他患への態度の変化—（#30—#40）

お正月は姉の家を外泊した。姉の家ではのんびりできたが、ここでも「みなさんのおかげで安心して暮らしている」と言い、落涙するクライアントであった。ただし、筆者から「ここは、どういふところですか」と問うと、「会社」だと答えた。#31の面接でも、「先生（筆者）の顔を見ると気分がすっとします」、「女の先生（クライアントの主治医は女性であった）と先生（筆者）だけが私の話をしっかり聞いてくださるので、お二人が頼りです」と、しみじみとした表情で話すようになった。クライアントがここに来た当初は慣れないことが多かったが、今では他の人とも話すようになり、良くしてもらっている、と言う。この頃より、クライアントがデイルームでいつも同席している他患の背中をさすっている姿を目にするようになっていく。



筆者がクライアントの他患への攻撃について言及し、「ときどき、他のおじいさんやおばあさんを叱っておられるようですが…」と尋ねると、「よけいなことをする人がいるので。でも、叱ったときはやめているが、私が離れるとまた同じことをする」と語った。「この人は私のところが許せないことをするので腹が立つが、直接は言えず、しょうがなく布団をかぶって寝てしまう」とも言う。また、娘に対しても同じように口うるさく言うてしまうことがあるとのことであった。母がきちょうめんな厳しい人だったためか、クライアント自身、「自分の欠点は、きちんとしていないと気がすまないこと」とであると語る。そこで筆者は、クライアントの他患に対する厳しさは、厳格な母親に由来するもののようにであると指摘した。

また、母の影響を受けて自分もきちょうめんになったのだと思うが、母の機嫌はころころ変わるので、「母のお天気（機嫌）をいつもうかがっていた」とも言う。母が亡くなったときは、「正直なところ、肩の荷が下りた気がしました」と語った。このような亡き母への不満、攻撃が繰り返し語られるが、そこにはこれまでになく感情がこもっており、ライフレビューの進展していることが筆者には感じられた。また、この期は、ときによって、「母は存命で仲良く暮らしている」と語ることもあれば、「母はすでに病気で亡くなった」と語ることもあるなど、その時々により母親の生死が変動していたことも印象的であった。

#### 第4期 一母親像の統合—（#41—#59）

クライアント自身から、作業療法について話題にするようにな

った。たとえば、「みなさんよく仕事をされるが、自分はあまりできない。それでなにか、うしろ髪を引かれるような気持ちです」と筆者に訴えた。また、「最近、友達とかみ合わないことが多い」とも言う。痴呆の進行に伴い、それまで属していた比較的軽度の痴呆グループでの作業療法などにおいて、疎外感を感じているように筆者には思われた。

しかし、#47 の面接では、「以前はまわりの人とうまく行かなくて帰ろうかと思ったこともあったが、先生方がみな良くしてくださるので（そのような気持ちはなくなった）。ここにいなさい、と言ってくださる方がいて、ここにすることにしました」と言う。今まではだらだらするのが嫌いだったが、最近「疲れたときは1時間くらい横になるようにした」とも語る。

また、作話的ではあるが、「毎朝、起きると先生たちの顔が浮かびます」と、筆者やスタッフに対して肯定的感情を示す言葉がたびたび聞かれるようになった。筆者のイメージについて、「私（筆者）のことはごぞんじですか」と問うと、「先生（筆者）は娘が1年生のときから知っていますよ」と答え、筆者は既知化されたなじみの仲間（病棟で初めて出会った患者同士でも、毎日、顔を合わせていると、「兄嫁」や「近所の茶飲み友達」など、すでに知っている親しい人に誤認されていく現象）となっていた。

#41 の面接では、「母について腹の立つことが多いが、母は亡くなる前に素直になり、『迷惑をかけてごめんね』と言ってくれた」と言う。そして、「気むずかしい母だったが、それは私たち子どもを思っただけの厳しさだった。子ども思いの良い母だった」と言って、落涙した。その後も母の厳しさ、几帳面さは語られるが、

つねに「良いところもあり、今では良い母だと思う」という言葉で締めくくられるようになる。やがて、「最近は何となく話を言いながらうまくやっています」と語り、母と一緒に暮らしていて、この病院に通院している、と言うことが多くなった。もちろん、母はすでになく、クライアントも入院しているので事実とは反することではあるが、クライアントが母親と和解し、病棟にも適応して、心理的安寧に至ったことが推察される言葉であった。さらに、以前のような攻撃性や、面接中もじっとしてられないような焦燥感も影をひそめていった。このように主訴の改善を見たため、終結となった。

### 3. 事例の考察

#### (1) 他患への攻撃の意味

クライアントの他患への暴言や暴力について、ひとつには痴呆の主症状である記憶力低下や見当識障害に伴うやり場のない不安や不満が攻撃的言動というかたちで表出されていたものと理解される。また、クライアント自身が語っていたように、同じ病棟の、クライアントよりも重度の痴呆患者のまとまりのない行動、とりわけ礼儀に反するとクライアントには感じられるような行動をとる患者に対して、きちょうめんなクライアントは過敏に反応し、さらに痴呆により抑制も低下した状態であるため、激しい攻撃というかたちをとっていたものと考えられる。すなわち、度を超してはいたが、クライアント自身は、あくまでわけのわからないことをする他患に対して、「睨」をしているつもりで叱責していたのである。それは、生育史の回顧を通じて語られる厳しい

母親がクライアントに移り移ったかのような、度を越した厳格な躰であった。

## (2) 超自我としての母親像

クライアントの他患への厳しさに関しては、面接の中で繰り返し語られていたような「きちょうめんで厳格な母親」という母親像の影響も大きい。面接の中で語られる母親像は、クライアントの厳しい超自我を象徴しているかのようであり、心理力動的に理解することも可能である。

厳しい母親像は、痴呆に伴うクライアントの人格水準の低下に歯止めをかけ、外面的な社交性などを保持する働きを有していたが、一方では、上述の他患に対する叱責など、攻撃的行動にもつながっていたのである。

また、自我が脆弱化する中、厳しい超自我が先鋭化し、その要求水準の高さが痴呆進行にともなう自分自身の衰退感や喪失感、無能力感をも増悪させ、不安や焦燥感を高めていたことも推察される。

## (3) ライフレビューによる母親像の統合

第3期に典型的に見られたように、クライアントの中で母親の生死はときによって変動していた。そこには母親が生き続けることを願う肯定的感情と、母親の死を望む否定的感情という、愛憎半ばする母親への神経症的葛藤が感じられる。

しかし、母親の厳しさへの不満や怒りが、第4期には、子どもを思っているの厳しさであり、「子ども思いのよい母親」であったと

語られるようになった。すなわち、否定的側面と、肯定的側面の、母親像の両面が統合されていったのである。それと並行して、第3期以降、クライアント自身も他患を叱責するだけでなく、病棟でなじみの仲間が形成され、他患にやさしい態度を示すようになっていった点が印象的である。

第4期には、「母と冗談を言いながらうまくやっている」と、もはや母親の生死が変動することなく、あたかも母親が生きているかのような作話がみられた。これは、痴呆の進行に伴う年齢逆行というだけでなく、クライアントが亡き母親と内的に和解したことと、精神的安定や心理的安寧を象徴するものとしても理解できよう。母親の生死の変動などの記憶の錯誤、作話は、クライアントの心理内界を反映する一面でもあるため、クライアントなりの内的適応様式として象徴的、力動的に理解することが有用となる。

力動的心理療法は、このような心理力動に関する詳細な理解をもたらし、母親に対する神経症的葛藤がクライアントの主訴と密接に関連する重要なテーマであることを浮かび上がらせた。同時にライフレビューをそこに導入することで、母親像の統合や和解も促進されたものと考えられる。

#### (4) 肯定的対人関係の意義

第2、第3期に語られたような、肯定的な対人関係の体験がクライアントの有する内的母親像との関係に取り込まれ、反映され、第4期にみられた母親の肯定的イメージを喚起、生成した可能性もあろう。もちろん、肯定的な対人関係の中には、力動的心理療

法における筆者との関係だけでなく、外泊や面会を通じての家族との関係、さらに病棟のスタッフ、他患との関係といった、多様な対人関係が含まれているが、ここでは力動的心理療法における筆者との関係を中心に検討することとする。

痴呆性高齢者は、ときに現実を無視した虚構の世界という、いわば「物語」の中に住まうのだが、本事例のクライアントの場合、それは完全に完結し、閉じた世界ではなく、「開かれた物語」であった。だからこそ、現実の対人関係、とりわけクライアントと筆者との関係、さらに筆者の面接における能動的介入が、クライアントが適応的な物語を生成していくプロセスを援助する効果を有していたものと推察される。

面接開始当初、厳格できちようめんなクライアントにとっては、たとえ痴呆状態となっても、他者に依存することは容易ではなかった。しかし、面接経過を通じて、筆者を「娘が小学校1年生の頃から知っている」人であるというふうに、既知の存在にしてみまうという作話が見られた。このようなクライアントの発言から、クライアント－面接者間に陽性関係が形成されていたことが理解される。クライアントの内的適応様式の反映としての物語の生成と理解のためには、クライアント－面接者関係の中で生じている現象、すなわち転移－逆転移という観点もまた、痴呆性高齢者との力動的心理療法において有用となるものと思われる。

そして、筆者との関係の中でクライアントの依存性が満たされ、受容される体験が、クライアントに精神的安定をもたらしたものと考えられる。受容的な面接関係や、ライフレビューの進展に伴う母親像の統合から得られた体験は、自分はこの世界に受け入れ

られている、自分を理解してくれる人がいるといった、基本的信頼感（Erikson, 1963）に通じるものとも言えよう。

第4期には、痴呆の進行とともにクライアントは、同じ病棟の作業療法グループに対して疎外感を感じ始めていた。しかし、筆者との肯定的対人関係や基本的信頼感が支えとなって、「ここ（入院中の痴呆専門病棟）にいることにしました」という境地に至ったものと思われる。

(5) 力動的心理療法にライフレビュー法を導入することの効果

痴呆の程度や病型、心身の状態によってそのターゲットやゴールは異なるが、少なくとも本事例のクライアントのように言語を媒介とした交流が可能な場合には、力動的心理療法が有用であることが示唆された。

また、力動的心理療法に独自に修正したライフレビュー法を導入することによって、クライアントの有する母親像の否定的側面と肯定的側面の、両面の統合が可能となった。それと並行して、クライアントの他患に対する攻撃や焦燥感は影をひそめていったことから、クライアントの問題には母親に対する神経症的葛藤が影響していたものと推察された。

このようなクライアントの暴言や暴力の意味と、上述のようなアンビバレントな母親像の意味を理解するためには、力動的心理療法の視点が有効であった。

## 第4節 抑うつ状態の脳出血術後後遺症女性との面接過程（事例4）

### 1. 事例の概要

#### (1) はじめに

本事例は、筆者が臨床心理士として勤務していた某病院精神科病棟における高齢期女性との力動的な心理療法の面接経過である。クライアントは、脳出血術後後遺症のため入院していた。抗うつ剤による薬物療法が行われていたが、意欲低下状態が続き、面接室への移動も困難なため、クライアントの居室のベッドサイドで面接した事例である。

#### (2) クライアント

クライアントは、面接開始時78歳の女性であった。「脳出血術後後遺症、せん妄状態」により精神科病棟に入院していた。抗うつ剤を用いた薬物療法が1年半に渡って行われていたが、1日中ベッドでうつらうつらしている意欲低下、抑うつ状態が続いたため、心理的要因の影響も考慮して、精神科の主治医より筆者に面接が依頼された。面接開始前の長谷川式簡易知能評価スケール（長谷川・井上・守屋, 1974）は、意欲低下状態のため回答がなく、実施不能であった。しかし、面接開始から29ヶ月後には24.5点となり、準正常範囲を示した。

#### (3) 主訴

上述のように、意欲低下、抑うつ状態が主治医からの主訴であ



ったが、クライアント自身は特に顕著な訴えは有していなかった。そこで筆者からは、①クライアントの病状を詳しく理解するためには毎週、面接をすることが必要であると筆者が考えていること、②クライアントの負担にならないように、状態の悪いときには面接を取りやめにしてもよいこと、③面接の中で話した内容については、クライアントのプライバシーに配慮し、無断で他のスタッフに面接の詳細を伝えることはないことの3点を、そのときどきのクライアントの病状や理解度に応じて繰り返し伝えることで、面接に関する同意を得ていた。

#### (4) 生育史と問題歴

クライアントは、4人同胞の長子として生まれた。父は開業医であり、母親は専業主婦であった。クライアントは女学校を卒業後、長年に渡り「なにかと人付き合いの多い寺の妻」として、婚家のきりもりをしてきた。住職だった夫は病弱だったため、檀家とのつきあいはもっぱらクライアントの役目だったと言う。さらに20年前に夫が死去すると、今度は住職をついだ息子の母親として寺のために働き、地域の婦人会活動などにも積極的に参加していた。現在、住職を務める長男夫婦と同居している。家族によれば、病前のクライアントの性格は、「我が強い」、「社交的」であった。

面接開始の数年前にクライアントは脳出血を起こして手術を受けた。いったんは回復して家庭に戻ったものの、たびたび転倒するなど状態が徐々に悪化し、一時は他院に入院していた。しかし、十分に回復する前に、クライアントは自らの意志でその病院

を退院してしまった。

さらに関節炎となり、身の自立がそこなわれ、夜間不眠、せん妄も出現するようになった。昼間はうとうとし、寝たきり状態となったため、精神科病棟に入院にいたった。

当院入院から1年半が過ぎても依然として意欲低下状態が続いていたため、抗うつ剤による薬物療法に加えて、あらたに心理面接が主治医より筆者に依頼された。

## 2. 面接経過

2年7ヶ月、123回の終結までの経過を、面接内容、テーマ、クライアントの状態の変化によって6期に分けて報告する。

第1期 一頻回の訪室という刺激により、長い眠りから目覚めていく—（#1—#19）

面接開始当初のクライアントは、昼間でも自分のベッドで眠っていることが多く、言葉を発するのめたいへんそうであった。また、歩行が困難なため、面接室への移動は過重な負担を強いるものと思われた。同時に、意識状態の低下しているクライアントにとって、面接室というなじみのない環境自体が混乱を生じさせる危険性もあると判断して、クライアントのベッドサイドで面接を行うこととした。具体的には、筆者は臥床するクライアントの足下側に丸イスを置き、クライアントの状態に応じて1回5分から15分程度の面接を1日に数回、行った。

このような面接時間と回数の設定は、Goldfarb（1955, 1956）のブリーフ・セラピーを参考にしたものである。Goldfarb（1955,

1956) は、高齢者との心理療法において、短時間の面接を毎日、行うことが有用であると提唱したが、筆者の場合は勤務日が週2日と限られていたこともあって、1日のうちに数回、訪室するというかたちに修正した方法を用いた。

はじめはベッドに臥床したままで、あいさつ程度の会話も難しかったクライアントであったが、面接開始後2ヶ月頃から徐々に発語も増え、筆者は主治医から、「薬と面接の効果のためか動きが見られる」との報告を受けるようになった。クライアントの表情は明るくなり、筆者の質問に対して1、2語で答えられるような会話は成り立つようになった。全体的に意欲が高まってきたため、面接開始後10ヶ月目からは、筋力低下に対してリハビリテーションも開始された。

## 第2期 ー現実との出会いー (#20ー#39)

クライアントに自発的な発言が増え、面接中はベッドに腰かけていられるようになった。ときにはクライアントの許可を得て、筆者もベッドに並んで腰掛けさせてもらったり、病室に置かれた丸イスに腰掛けて、クライアントと120度から180度の位置関係で面接を行った。面接のテーマとしては、病院の食事への不満や希望、リハビリテーション、子どもらのお見舞いのことなど、クライアントの入院生活をめぐる現実的な話題が中心となっていた時期である。

また、面接開始後14ヶ月目には、リハビリテーションでいつも顔を合わす他科の患者さんと友達になったというエピソードも報告された。クライアントは、その友達が作ってくれた千代紙の

人形を病室の壁に飾っていた。

しかし、お盆の外泊後の面接では、「家に夫がおりませんでした、どうしたんでしょう」と訴えており、クライアントは夫の死を忘れていたようであった。

### 第3期　－ライフレビューの芽生え－（#40－#64）

クライアントの心身の状態がよく、活気も出てきたために、面接時間を30分から50分程度とした。この期には、第2期のような身近な出来事の話に加え、クライアントの生育史を筆者から話題にした。また、子どもたちがかわるがわるお見舞いに来てくれることが楽しみであり、単調な入院生活の中でのよい刺激ともなっているようであった。

### 第4期　－人生における良いことと悪いこと－（#65－#86）

生育史が語られる中で、クライアントにとってもっとも楽しかった思い出は「旅行」であったと言う。海外も含めて、「婦人会」などでずいぶんあちこちを旅した、と語る。一方、もっとも悲しかったのは子どもを一人、病気で亡くしたことだと言う。そして、「(人生で) 良いことと悪いことは七三(7:3)ですよ」と、クライアントは、おおむね自己の人生を肯定的に評価しているようであった。

また、年頭にあたり、「今年もリハビリにがんばらにゃ」と決意のほどを示したり、「歩きたい。できれば走ってみたいです」と、リハビリテーションに意欲的な姿勢であった。そして、そう話した後、子ども時代を思い出したのか、「小学校のかけっこで

は、いつも上位でした」と、笑顔で語るクライアントの姿が印象的であった。

この時期のクライアントにとって、入院生活における一番の楽しみは、子どもたちのお見舞いと自宅や娘の婚家への外泊であり、「退院が待ち遠しい」という言葉も聞かれるようになっていた。

#### 第5期　－病室から外界へと広がっていく関心－（#87－#106）

クライアントが元気になったためか、子どもたち以外にも、友人や檀家のかたがたがお見舞いに来るようになった。お見舞いに来てもらうことはうれしいのだが、気を遣う人と気がねのいない人がいる、と言うので、筆者から「私（筆者）はどうですか？」と尋ねてみた。すると、「あなたはたびたび来て、こころやすくなったので気を遣いません」と笑うクライアントであった。

また、「一日が長いです」とクライアントは言い、長引く入院生活に退屈しているようであった。「週に1、2回お見舞いがあると（退屈しなくて）一番いいのに」とも語るが、子どもたちが多忙であるという事情は察し、納得しているようであった。外泊についても、「2日くらいがいいですね。それ以上は疲れる」とクライアントは述べており、今すぐに退院することや、長期の外泊は、現在の自分の状態では無理であることを認識していた。

この期には、子どもたちからお見舞いに贈られたテレビを見るようになっており、海外の戦争のニュースに触発されて、太平洋戦争の頃のクライアントの苦労などが語られた。また、子どもがお見舞いに持ってきてくれた花の値段を尋ねたら「1本1万5千円、2本で3万円」だったという。「まあ、ばかな話ですよ。3万円の花

をくれるなら、お金で1万円もらったほうがいいと言ってやりました」と冗談を言って笑いつつも、「私にきれいな花を見せてやろうと思ってのことでしょう」と、内心は子どもの気持ちがいそいそであった。これらの話題から、クライアントの関心はかなり現実的な内容に広がっていることを筆者は感じていた。

第6期 - 自らの置かれた状況を客観的にとらえ、受容していく  
- (#107 - #123)

年中行事への関心も高まり、季節の花や旬の食べ物の話題がたびたび語られるようになる。僧衣が僧の位によって決まっていることや、僧位が上がるには「勉強もいるが、冥加（お金）が大事です」と冗談めかして教えてくれた。一方、「私はこうして寝ているので、息子を手伝えないのが残念」と言い、「寺の妻」がいかに大変かを熱心に語るクライアントであった。このような話題には、住職の妻として寺を支えてきたというクライアントの自負が感じられ、クライアント自身の有能感の確認にもつながるテーマであると考えて、筆者は積極的に取り上げた。

なお、入院した当初のことを振り返ってどう思うかと筆者から尋ねてみたところ、クライアントはまったく覚えていないと言う。入院から5ヶ月ほど経った頃、看護スタッフから、入院した時には生命が危ない状態だったと聞かされて、クライアント自身が「他人事のように驚いた」とのことであった。

このように、クライアントが抑うつ状態を脱し、意欲を回復したために終結となった。

### 3. 事例の考察

#### (1) 脳障害者の抑うつ状態

脳卒中後の抑うつ状態に関しては、①脳損傷そのものによる器質的抑うつ、②リハビリテーション過程での反応性の抑うつ、③さらに脳卒中を契機とする内因性うつ病の3つの可能性を考慮する必要があると言われている（田中，1989）。

特にリハビリテーション過程における抑うつに関して、湯沢（1986）は次のように述べている。まず患者が深い昏睡から徐々に目覚めて自己の置かれた状況を認知し始めると、しだいに自己の障害に気づいていくが、それはおそらく、疑念と恐怖と絶望に満ちた過程であろうと考えられる。したがって、リハビリテーションの初期過程は、患者の無能力を決定的に思い知らせることとなり、その結果、患者は抑うつ的になる。そのため、この深刻な抑うつをうまく克服し、厳しい現実に向きかえる主体の側の心理学的構えが成立するかどうかという点が最も重要であると言う。

本事例のクライアントの場合、脳出血の術後、いったんは自宅に復帰するほど快復したものの、その後、状態が悪化したため、他院に入院している。その病院をクライアント自らの意志で退院してしまったことは、状態の悪化を否認するための防衛であったとも考えられる。

さらに、今回の入院後1年半以上も抑うつ状態が続いたことには、状態が悪化の一途をたどり再入院にいたったこと、それによって上述のような防衛が破綻し、自己の障害に直面せざるを得なくなったことが影響しているものと思われる。なぜなら、意識水

準が低下し、不活発な状態に陥ること自体、現実を直視することからの防衛として機能していた可能性があるからである。

このように、クライアントが呈した抑うつ状態には、脳器質的要因のみならず、反応性の抑うつという側面も無視し得ない。少なくとも心因がなんらかのかたちで影響したものと理解すべきであろう。

## (2) 脳障害者への心理療法的接近

脳障害者への心理療法に関する先駆的研究として、小山(1985)があげられる。小山は、脳障害者への心理療法過程に次の4段階を見られることを指摘した。

第1段階(胎内期): クライアントは面接者に、苦しくてたまらないと感情をぶつけてくる段階である。面接者は、可能な限りそれをありのままに受け取ることが必要である。さらに面接者は、クライアントの「主観」に話しかけることで、クライアントの心理的抵抗力の弱さをあえて容認する。クライアントの依存的態度を認めながらも、ひとり立ちに向けての心理的準備態勢への足固めのために、面接者は徐々に客観的応答をとるようにする。

第2段階(誕生期): クライアントの中に「客観」が誕生し、自身をふりかえる発言が目立ってくる。面接者は、クライアントの感情の動揺を可能な限りありのままに受け取ることが必要である。さらに面接者は、クライアントの「主観」に話しかけることでクライアントの心理的抵抗力の弱さを容認するが、クライアントの状態をみながら容認の度合いを減少させていく。

第3段階(胎外期): クライアントはもはや面接者に依存しよう



とはしない。面接者は、クライアントの感情の変化を知的に処理し、さらにクライアントの自己実現への方向性を探りながら、それに資するような応答を行う。

第4期（成熟期）：クライアントは、省察力を獲得し、自分の気持ちを内省することが可能となり、自分の感情を語れるようになる。面接者は、クライアントの感情の動きを知的に処理し、なおもクライアントの自己実現への方向性を探りながら、それに資するような応答を行う。

本事例のクライアントは、すでに脳出血から6年を経っていたが、面接開始当初の意識状態としては、小山（1985）のいう胎内期、誕生期にあたると思われた。この時期には、クライアントの心身の状態を考慮して時間と回数を修正したブリーフ・セラピー的面接を行ったが、クライアントの心理的抵抗力の弱さを受け入れて、無理なく「客観」を育てるためには有用であったものと思われる。

面接経過の第3期以降は、クライアントが心身ともに快復に向かい、ベッドサイドではあるが週1回、対面に近い位置での面接が可能となった。そこから、生育史の整理を中心としたライフレビューが進展していった。この時期のクライアントの意識状態は、小山（1985）のいう胎外期、成熟期に相当するものであったと思われる。すなわち、クライアントの中に自己を客観的に内省する力が育まれ、自らの生育史を見つめ直す作業が可能となったのである。

### (3) 自己意識の覚醒からアイデンティティの回復へ

入院当初から1年半は昼間でもうつらうつらするなど、ともす

れば意識が内界に沈潜し、現実世界とのかかわりの希薄であったクライアントにとって、力動的心理療法は自己意識を高め、情緒的サポートを得ながら自らが置かれた現状をはっきりと認識し、受容していく一助となったものと思われる。その中でクライアントは、抑うつ、意欲低下状態から脱し、病状の快復、退院を目指しての意欲的なりハビリテーションへの取り組みへと、前向きな姿勢を形成していった。

また、クライアントの関心が病棟での食事やリハビリテーションなど身近な話題から、第5期、第6期に見られたように海外の戦争のニュースやお見舞いの花の値段など、徐々に外界の現実へと広がっていった点は印象的であった。入院生活での数少ない楽しみ、生きがいであるお見舞いや外泊に対しても、子どもたちの事情やクライアント自身の体調を考慮するなど、現実的な対応が可能となっていた。

さらに、クライアントが抑うつ状態を脱して長時間の会話も可能になるにつれ、子どもや知人などの面会も増えていった。面会は、クライアントが家族や知人との対人関係や心理的きずなをあらためて実感する契機となっていた。このように、対人関係に恵まれ、その中で自分という存在が尊重されているのだと感じることは、いわば対人関係の中における自己定位と言えよう。そして、そのような自己定位は、クライアントの他者との積極的な交流を促進し、ますます意欲を向上させ、活動性を高めていくという好循環を生んだものと考えられる。

特に第3期以降のライフレビューは、自分がいかに生きてきたかを振り返り、そして今、ここにこうして存在しているのだとい

う実感をクライアントにもたらし、アイデンティティの回復に至る一助となっていた。

(4) 力動的心理療法にライフレビュー法を導入することの効果

本事例の経過から、面接初期には外界への関心が希薄であったクライアントに対して、筆者との面接は現実との接点となり、クライアントの心理内界と現実のあいだに橋を架ける機能を果たしたと思われる。その結果、脆弱化したクライアントの心理内界を否定したり、過度に侵襲的となることなく、徐々に現実と直面していく過程を支援したと思われる。

このような脆弱化したクライアントの自我強度に配慮した援助は、力動的心理療法による理解が背景にあることで可能となったものである。

さらに、ライフレビューは、自己の生育史を通じての自分らしさを回復し、また家族や知人などの対人関係の中で自己の存在を確認させる効果を有していた。そのような対人交流を通じて、クライアントの活動性はさらに高められていった。

## 第 3 章 総合考察

### 第 1 節 力動的心理療法におけるライフレビューの展開

#### 1. ライフレビューのプロセス

ライフレビューの効果や意義に言及した研究は多いが、ライフレビューの詳細なプロセスには不明の点が多く、先行研究も少ない。しかし、数少ない研究の中でも注目されるのは Webster & Young (1988) である。彼らは、「ライフレビューのプロセスの変数は想起 (recall)、評価 (evaluation)、総合 (synthesis) という相互に関係しあい、重なりあう 3 つの機能からなる」と主張している。

本研究の事例においても、Webster & Young (1988) の 3 段階モデルに適合するライフレビュー・プロセスが見られた。ここでは事例をもとに、さらに詳細に 3 つの段階を検討してみたい。

#### 2. 想起

ライフレビューはまず想起から始まる。しかし、第 2 章に呈示した事例 1、事例 2 では、当初は生育史を語ることに拒否的であった。事例 1 においては息子の嫁の父の死や、亡夫の十三回忌など、死にまつわる出来事を契機として、抑圧されていた悲哀の感情を伴った回想が生起した。自らの老いや死を否認して過活動的に振る舞っていたクライアントにとって、他者の死とは言え、自らの死を思わざるを得なくなる出来事である。事例 2 においては

クライアントを一人残していった長男の嫁に対して怒りを表出していたクライアントであったが、その矢先の嫁の病死は、クライアントに罪悪感や葛藤を引き起こしたものと推察される。その直後から、抑うつ状態ではありながらも、過去について話し始めた。

このような葛藤は、なんらかのかたちで解決される必要がある。そのために、葛藤の解決を求めてライフレビューが活性化していったものと考えられる。

クライアントにとって、想起の生じる契機は様々であるが、いずれにしても、外的に想起を求められたからといって、回想が始まるとは限らない。それは、事例1のようにインテイク時の生育史の聴取に抵抗を示す事例が見られることから明らかである。回想に抵抗が生じるのは、直面しづらい、自我に受け入れがたい出来事に対する否認、抑圧といった防衛機制によるものであると推察される。

一方、前述のようにライフレビューの中に現れるエピソードは、クライアントの未解決の葛藤や現在の主訴とも関連する、いわばクライアントの中心的テーマである。このことから、想起が生じるか否かは、防衛機制の強さとその解決を求める人格の統合への動機づけとのバランスによるものであると考えられる。

さらに、心理療法という状況自体が本来、過去の記憶を扱うものであり、またその状況の持つ安全で共感的環境のため、心理的葛藤を有して意識にあらわれにくいような出来事の想起が面接で促進されるという (Webster & Young, 1988)。Singer (1970) も、一般の心理療法における想起に関して、クライアントが安全

操作を捨て、情緒的想起によって自分をあらわにするのは、「クライアントが自分自身の不安や防衛なしに自分をさらけだしても、面接者が耐えうるというクライアントの確信」の上であると述べている。

つまり、力動的心理療法という安定した構造は、本来、ライフレビューの第一段階である想起を生じやすいセッティングなのである。そのため、そこにライフレビューを導入するという試みは、ライフレビューにおける想起を促進する機能を有しているものと考えられる。

また、事例 3、事例 4 は、痴呆性疾患や脳出血といった器質性脳障害を有したクライアントであったため、面接室という新奇な環境がクライアントを混乱させる危険が予想された。そこで、クライアントが一日の大半を過ごし、すでになじみの環境となっているデイルームやベッドサイドで面接を行った。

特定のテーマを設定して回想させるという従来のライフレビュー法では、事例 3、事例 4 のように新しい環境に対する適応能力が低下している高齢者に対して、かえって混乱を生じさせたかもしれない。

本研究のライフレビュー法では、あらかじめテーマを設定することなく、クライアントの回想が生起したときに、面接者が積極的に関心を示すといった方法をとっているため、個々のクライアントの病状やその時々的心身状態に、より細やかに配慮が可能となるというメリットを有していると言えよう。そして、そのような病状への配慮も奏功して、器質性脳障害者においてもライフレビューが進展していったものと推察される。

### 3. 評価

評価とは、文字通り想起された記憶に対して価値判断の生じる段階である。Webster & Young (1988) によると、想起された記憶が評価されると、洞察によって記憶に修正が生じ、新しく修正された記憶を否定したり正当化するために、さらにそれに関係した追加的記憶が呼び出されるという。Webster & Young (1988) は、この評価段階を繰り返すことで、否認、抑圧されていた記憶が、否定的性質と同様に肯定的性質を有することを受け入れられるようになることを述べている。

本研究の事例でも回想が繰り返し語られたが、繰り返し語られるうちに、それを話すことに対する抵抗が弱まっていくように思われた。たとえば事例 1 や事例 2 のように、当初は生育史を話すことを拒否したり、表面的に出来事の実事関係のみを語っていたクライアントが、回想が進むにつれその出来事に伴う感情を生き生きと再現して、やがて否認、抑圧されていた葛藤があらわにされていったのである。このような過程を経て、過去に経験した出来事に新たな意味が与えられていく。

ここで留意しておくべきことは、心理療法における想起とは、クライアントが失った「史的眞実 (historical truth)」としての記憶を取り戻すことではなく、生活史を受け入れ、改訂していくような「物語的眞実 (narrative truth)」を促すことであるという Geller (1987) の指摘である。ライフレビューの中で語られたエピソードが事実であるか否かよりも、クライアントが自らの人生をよりよく、意味あるものとして受け入れられるような物語

作りとしての回想が重要なのである。

したがって、たとえば面接者からの質問を例にとると、本研究で行ったような独自のライフレビュー法を実施する際には、事実を確認するための質問というよりは、クライアントにとってそれがどのような意味を持つのかといった、感想や連想を問う質問が中心となる。

ただし、痴呆性疾患などの疑いがあるクライアントに対して、アセスメントを意図した面接を行う場合には、クライアントの語る回想が、家族から得られた信頼できる情報と、どれくらいずれを生じているか、という視点が不可欠となることは言うまでもない。

#### 4. 総合

総合とは、想起と評価を通じて改訂され推敲された記憶の再統合を意味する。Webster & Young (1988) は、この過程を通じて、人は自己の肯定的側面と否定的側面の両面を取り入れるのだと述べている。そして、肯定的な力と否定的な力の相対的バランスが自我の統合性か、あるいは絶望かを決定するのである (Webster & Young, 1988)。さらに、自我の統合性や絶望は、あくまで流動的な状態であるとも言われている。つまり、いったん自我の統合性が得られれば、永遠にその状態が続くというようなことではない。ちょうど天秤のように、なんらかのきっかけでいずれの側にも傾きうるのである。

このような Webster & Young (1988) の述べた想起、評価、総合のプロセスを筆者が図式化したものが、図 3-1 である。



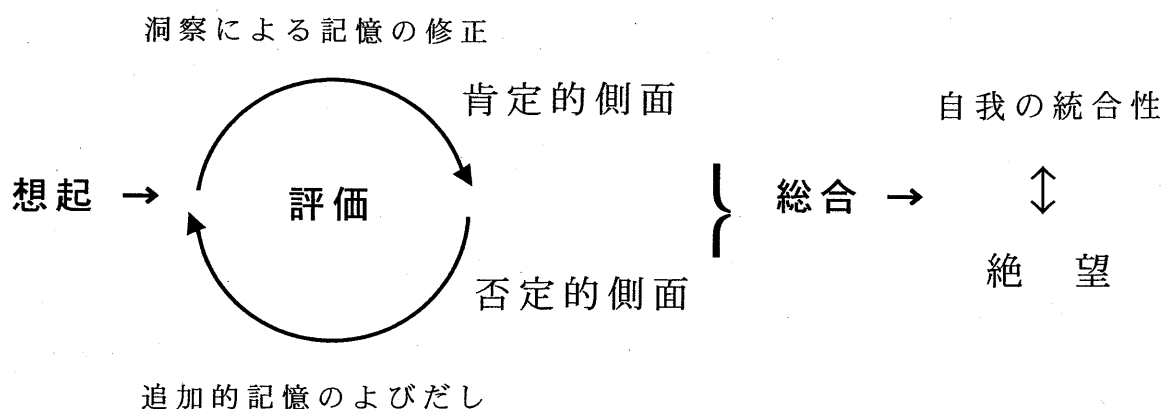


図 3-1 ライフレビューのプロセス (Webster & Young, 1988 をもとに  
図式化)

たとえば事例 3 では、母親に関する回想が想起されたが、当初は、クライアントの母親は厳格で、子どもであるクライアントはいつも母親の顔色をうかがっていた、というような否定的な側面ばかりであった。ところが、評価の段階で繰り返し母親について語るうちに、母親の厳格さは、実は子どもである自分たちが将来、苦勞しないようにと躑をしてくれていたのだ、という面にも目が向くようになる。すると、母親像の否定的側面だけでなく、子ども思いの良い母親だったという肯定的側面のエピソードが回想されるようになり、母親の厳格さに対する捉え方は変化していく。そして、そのようなプロセスを繰り返していくうちに、やがて否定的側面と、肯定的側面の、両面を統合した、クライアントにとってより受け入れやすい母親像が形成されていったのである。

## 5. 通常の回想と、ライフレビューとの識別

通常の力動的心理療法にも当然、回想は見られる。では、通常の回想とライフレビューとはどのように異なるのであろうか。

まず、ライフレビューにおける回顧プロセスの一番の特徴は、「自我の統合性 対 絶望」(Erikson, 1963) という心理社会的危機と大きく関連している点であろう。自我の統合性という危機は、それ自体、ライフレビューが究極的に志向するものであると同時に、高齢者にライフレビューを進展させるように動機づけるものでもある。

したがって、高齢者との面接において回想が見られたときには、自我の統合性という観点からそのエピソードを検討して見ることが必要である。さらに、抵抗として過去を冗舌に語る場合や、死の不安などに対する強迫的防衛としての過去への耽溺などとライフレビューを識別する上でも有益である。

また、Webster & Young (1988) の述べた想起、評価、総合という3段階モデルをもとにして、想起された回想が、単なる回想だけにとどまっていなかったか、回想が評価されているかどうか、さらに総合されているかどうかという、回想のプロセスを検討することも、通常の回想とライフレビューとの識別には有用である。なぜなら、想起されただけでは、ライフレビューとは言えないからである。

このような観点からクライアントの語る回想を検討していくことによって、力動的心理療法に導入した、独自のライフレビュー法においても、ライフレビューの萌芽を見逃すことなく、面接の中で取り扱っていくことが可能となる。

## 第2節 ライフサイクルの連続性と対人関係における自己定位

### 1. ライフサイクルの連続性における自己定位

ライフレビューの効果に関しては、自己の人生の受容による死の不安の軽減（Butler, 1963）など、死によって終焉を迎える個人のライフサイクルの完結性の面から論じられることが多い。しかし、自己のライフサイクルの中で生み、育て、育んだ世代は、また新たな世代を生み出していく。こうして、ライフサイクルは祖先から子孫へと連続していくのである。これを Erikson(1982) は世代継承や世代連鎖とも呼んだが、ここではライフサイクルの完結性に対比させて、ライフサイクルの連続性と言う語を用いることにする。

このライフサイクルの完結性と連続性という2つの側面を図示すると、図3-2のようになる。

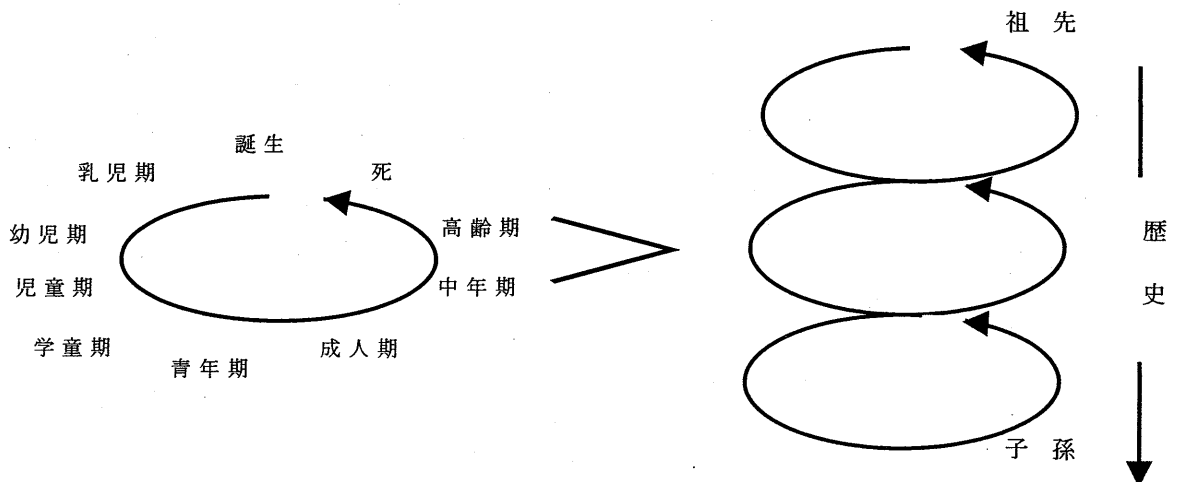


図3-2 ライフサイクルの完結性と連続性

図 3-2 の左側のサイクルは、誕生に始まり、死をもって終わる個人のライフサイクルの完結性を示している。図 3-2 の右側は、個人が生子、育てた世代が、さらに次の世代を生み、育てていくというライフサイクルの連続性を表している。このように個人と個人のライフサイクルが交差し、連鎖をなすことによるライフサイクルの連続性が、祖先から子孫に至る人類の歴史を形成しているのである。

ライフサイクルの連続性というテーマが見られた典型例は、事例 2 における一族のルーツから子孫の未来にまで及ぶライフレビューである。祖先から子孫へと続くライフサイクルの連続性の中に自分が存在し、そして自己の存在はこの連続性における欠くことのできない一部なのだと感じられること、すなわち無限の人類の歴史の中に自己のライフサイクルを定位することは、単に自己の人生を受け入れるといった個人的次元を超えて、Lifton (1976) の言う象徴的不死性にも通じるものとなる。

象徴的不死性とは、「人間とその生物学的な同胞たちとのきずな、それから人間とその歴史—つまり過去と未来—とのきずな、これら双方のきずなの人間による象徴化」(Lifton, 1976) と言われる。したがって、象徴的不死性が得られることによって、たとえば自分が死んでも、自分が生子、育て、育んだものは次の世代に受け継がれ、その中に自分が象徴的に生き続けるという確信や安心感が生まれるのである。

そして、自らが生子育てた子孫などの次世代、ひいては人類の未来の中に自己が象徴的に生き続けるという確信や安心感に裏打ちされることで、死と向かい合い、自らの死の準備を始めるこ

とが可能となるものと考えられる。実際、事例 2 のクライアントは、一族のルーツの話題や、家宝を次世代に引き継ぐ中で、「浄土は気持ち次第である」という心理的安寧を得た。

また、事例 1 のクライアントは当初、老いや死に対して否定的なイメージを抱いており、過活動的となることで老いや死を否認していた。しかし、ライフレビューが進展するにつれ、それまで語られなかった夫との死別などの生育史の否定的側面や自らの死の話題にもふれるようになっていった。その後、家庭内で「祖母」という役割を得たことが報告され、心理的安寧を得たようであった。「祖母」として子どもや孫と関わる中に、クライアントはライフサイクルの連続性を実感していたのかもしれない。

このように、個人的次元を超えたライフサイクルの連続性という観点から自らの生涯を捉え直すことは、高齢者を対象とした力動的心理療法における不可欠のテーマと言えよう。そして、力動的心理療法にライフレビューの視点と技法を導入することによって、ライフサイクルの連続性における自己定位が促進される。

## 2. 対人関係の中での自己定位

本研究の事例はいずれも、ライフレビューを通じて家族とのつながりを再確認していった。このこともまた、クライアントの心理的安寧につながっていたようである。

さまざまな対人関係の中で自己の存在をいかに位置付け、定位するかという問題は、社会的役割から離れ、また同年代の知人と死別したり、心身の老化のために移動が困難になるなど、対人関係が狭小化している高齢者の心理的安寧にとっては重要な要因

である。

事例 4 のクライアントは、心理療法の進展に伴い、発語が増え、意欲を取り戻していった。すると、家族や知人もクライアントと話ができるようになったことを喜んでのことか、面会の回数が増えていった。その結果、クライアントはさらに意欲を増して活動的になっていったのである。このように、対人交流による活性化の効果はめざましいものであった。

また、痴呆性疾患を有する事例 3 においても、心理療法を通じて筆者と肯定的な対人関係を持つことによって精神的安定が得られ、作業療法グループにおいて疎外感を感じるようになったときにも、「ここにいなさい、と言ってくくださる方がいて、ここにいることにしました」という安寧の心境に至った。

しかも、対人関係とは必ずしも現存する人との現実的關係だけにとどまらない。ライフレビューを通じて、事例 1 では亡き夫との遷延されてきた喪の仕事を開き、事例 2 ではすでに亡くなった嫁との関係が修復され、事例 3 では厳格なだけでなく、子ども思いのよい母親であったという母親像の統合が見られ、内的な和解が可能となった。そして、いずれも精神的に安定し、心理的安寧に至ったのである。

このように、死別した人も含めて、過去の対人関係の回顧による心理的きずなを再確認したり、心理的きずなを修復することも、ライフレビューの有する機能のひとつであることが本研究より示唆された。

### 第 3 節 力動的心理療法におけるライフレビュー導入の有効性

#### 1. 従来のライフレビュー法と力動的心理療法に導入した本研究独自のライフレビュー法、通常の方動的心理療法における回想の取り扱いとの比較

まず、従来のライフレビュー法と、本研究で力動的心理療法に導入した独自のライフレビュー法、さらに通常の方動的心理療法における回想の取り扱いとの相違について整理しておく必要がある。回想の捉え方など理論的な面と、回想を扱う方法、面接の設定などから整理すると、表 3-1 のようになる。

表 3-1 従来のライフレビュー法と力動的心理療法に導入した独自のライフレビュー法、力動的心理療法の相違

	従来のライフレビュー法	本研究独自のライフレビュー法	力動的心理療法における回想の取り扱い
テーマの捉え方	セラピストが特定のテーマをあらかじめ設定する。テーマの内容は、一般的に生育史の中で重要と思われるもの。	クライアントが回想したテーマを扱う。主にライフサイクルや心理社会的危機という観点から捉えようとする。	基本的にはクライアントが回想したテーマを扱うが、力動的心理療法の理論と照合して取捨選択する場合がある。
回想の扱い方	生育史に関して積極的に質問する。また、回想すること自体を重視する。	クライアントに回想が生じると、それを促進するような質問や応答を積極的に行う。ただし、回想を強いることはない。また、回想した内容に関する連想や印象を重視する。さらに、回想の象徴的意味にも注目する。ライフレビューの進展状況を想起、評価、総合という 3 段階のプロセス (Webster & Young,	回想した内容に関する連想や印象を重視する。さらに、回想の象徴的意味にも注目する。なお、面接者は通常、ライフレビューを意識していない。

		1988)と照合しながら、回想を検討する。	
回想の契機	写真、地図、家系図、音楽など回想のための多様な刺激を利用する。	特別な刺激は用いない。回想への抵抗と、葛藤の解決を求める心理的健康さの相対的バランスによって生起。	特別な刺激は用いない。不安や防衛なしに自分をさらけだせる関係 (Singer, 1970) が重視される。
人数	対象は小グループで、セラピストがリーダー、コ・リーダーとして参加。	クライアントと臨床心理士の1対1で実施。	クライアントと臨床心理士の1対1で実施。
面接の設定	場所、1回の実施時間、回数、期間はあらかじめ定められ、固定されている。	場所、1回の実施時間は原則的には定められているが、クライアントの自我強度、心身の状態に応じて部分的に修正する可能性あり。また回数、期間は心理療法の進展の度合いや心理療法の目標に応じてケースごとに異なる。	場所、1回の実施時間は原則的には定まっているが、クライアントの自我強度、心身の状態に応じて部分的に修正する可能性あり。また回数、期間は心理療法の進展の度合いや心理療法の目標に応じてケースごとに異なる。
対人関係の検討	グループメンバー間の関係を中心に検討する。セラピストとの関係について、転移-逆転移という観点から検討することはない。	クライアントと臨床心理士との関係を、転移-逆転移という観点から検討する。	クライアントと臨床心理士との関係を、転移-逆転移という観点から検討する。

このように整理してみると、従来のライフレビュー法と本研究独自のライフレビュー法の相違が、主に面接の設定と方法にあることがわかる。それに対して、本研究独自のライフレビュー法と力動的な心理療法における回想の取り扱いの間の相違は、独自のライフレビュー法では回想を促進するような質問と応答を意図的に用いることと、ライフレビューの3段階モデル (Webster & Young, 1988) と照合しながら回想を検討している点にある。また、理論的背景として、本研究独自のライフレビュー法ではライ



フサイクルや心理社会的危機を重視している点が特徴である。

## 2. 高齢者の独自性に配慮した実践的アプローチとして

本研究は、あらかじめテーマを設定して回想を問うような従来のライフレビュー法を修正し、クライアントの自発的回想に面接者が積極的に関与していくことでライフレビューを促進させるという、独自の方法を力動的心理療法に導入する試みであった。

力動的心理療法に限らず、高齢者以外の成人のクライアントに対しては主に言語を媒介とした面接という形態で臨床心理学的援助が行なわれる場面が多いことを思えば、力動的心理療法に独自のライフレビュー法を導入するという方法は、通常のリフレビュー法以上に実践的なアプローチであると考えられる。また、これから高齢者を対象とした心理療法に取り組もうとする臨床心理士にとっても、なじみやすい技法であろう。

通常面接場面では、過去の回想だけを扱うわけではなく、いま現在の現実適応に関する話題も無視しえない。したがって、クライアントのニーズに応じた援助を提供するためには、臨床心理士がライフレビューに固執し過ぎることはかえって問題ともなる。そのような意味でも、本研究で試みた力動的心理療法へのライフレビューの導入というアイデアは、有用なものであると考えられる。

## 3. ライフレビュー導入における留意点と、力動的心理療法との相互促進的關係

ライフレビューを導入する際には、クライアントの心理状態の

把握が重要である。たとえば抑うつ状態では、認知の障害のために記憶が否定的に色付けされ、抑うつを助長する可能性も否定はできない。Fry (1983) は、抑うつ者を、あらかじめ回想テーマを設定した回想群、テーマを設定しない回想群、回想を行わない統制群の3群に分けて、抑うつ改善度について比較した。その結果、テーマを設定しない回想も有効ではあるが、あらかじめテーマを設定した回想のほうがさらに有効であることが示唆された。したがって、力動的心理療法にライフレビューを導入する場合にも、抑うつ状態のクライアントに対しては、意図的に肯定的な回想を促進することが有用であると思われる。

さらに Shute (1986) は、ライフレビューによってクライアントの防衛機制を打ち破ってしまうことの危険性を指摘している。本研究でも事例1で生育史聴取後、クライアントは面接をキャンセルしたが、これは生育史の聴取を急ぐあまり、筆者が過度に侵入的な態度となってしまったために、防衛を破られまいとして、キャンセルというかたちでクライアントに抵抗が生じたものと考えられる。

一方、ダイルームやベッドサイドで面接を行った事例3や事例4から、クライアントの病状に配慮した心理療法の設定が重要であることも示唆された。

このように、ライフレビューの取り扱いに際しては、クライアントのペースや独自性に関する配慮が必要とされる。そのため、力動的心理療法にライフレビューを導入する場合には、他の技法同様にクライアントに対する心理学的理解や査定が重要であり、クライアントの心理状態に応じて、クライアントのペースを見な

がら進めることが不可欠となる。

さらに、ライフレビューの意義や一般的な経過を臨床心理士が適切に理解し、面接の中で生じたライフレビューのプロセスに対して促進的に接していくことで、心理社会的危機としての「自我の統合性 対 絶望」(Erikson, 1963) というテーマを有した高齢期のクライアントに対する力動的心理療法が、より有益なものとなるものと思われる。

これらのことより、適切にライフレビューを力動的心理療法に導入する限りにおいては、力動的心理療法とライフレビューの間には相互促進的な関係が見られる。すなわち、力動的心理療法に独自に修正したライフレビュー法を導入することによって、心理力動的な理解が進み、また心理力動的な理解や力動的な心理療法の枠組みそのものが、ライフレビューを円滑に展開させる基盤となりうるということが事例を通して示されたのである。

力動的な心理療法はもちろんのこと、一般的な心理療法とも距離を置いて発展してきたライフレビュー法であるが、そのエッセンスの部分で力動的な心理療法に導入することによって、高齢者の独自性に配慮した力動的な心理療法が可能となることが本研究から示唆される。

#### 4. 本研究のまとめ

本研究から、従来の方法を修正した、独自のライフレビュー法を力動的な心理療法に導入することにより、ライフサイクルの連続性と対人関係における自己定位をもたらし、高齢期の心理社会的危機の解決を促進することが示唆された。また、これまでのライ

プレビュー研究では論じられることの少なかった、ライフレビューのプロセスに関しても検討し、その結果、心理的安寧や死への準備がもたらされる機序も明らかとなった。

## 第 4 節 今後の研究の課題

### 1. 技法の開発と精緻化

本研究は、あくまでライフレビューという視点と技法を力動的心理療法に導入する試みであったため、独自のライフレビュー法の開発という点にはじめから焦点をあてていたわけではない。そのため、独自の技法という点では、いまだじゅうぶんに洗練されているとは言い難い面もある。

そこで、今後は力動的心理療法によりフィットする、さらなるライフレビュー法の開発と、その精緻化が必要である。

また、本研究で用いた独自のライフレビュー法は、本研究の事例を見た限りでは、一応の効果をもつものであると考えられる。しかし、技法をさらに精緻化していくためには、その効果を実証的に検証していくことも必要であろう。

### 2. さらなる事例の集積と検討

本研究では、女性クライアントの事例のみを検討対象としたが、筆者が高齢者施設などで出会うクライアントは、圧倒的に女性が多い。これは、高齢人口における性比を鑑みれば、当然のことであろう。

総務省統計局統計センター（2002）によれば、2002年9月14日現在（推計）の日本の65歳以上人口における女性人口は1367万人であり、男性人口は995万人である。したがって、65歳以上の女性人口は65歳以上の男性人口の約1.4倍を占めることになる。しかも、この傾向は年齢の上昇にともない顕著となり、75

歳以上人口では、女性が 640 万人、男性が 363 万人で女性が男性の約 1.8 倍、85 歳以上人口では、女性が 179 万人、男性が 72 万人で、女性が男性の約 2.5 倍を占めることになる。

本研究では 4 事例を分析したが、これだけの事例では高齢期女性の臨床心理学上の特徴を論じることはできない。今後も、高齢期女性に対するライフレビューを導入した力動的心理療法事例を積み重ねていくことが必要である。

また、男性高齢者にも当然ながら、臨床心理学的援助を必要とする人々が存在している。したがって、今後は男性高齢者の事例の集積とその分析が求められる。

さらに、女性高齢者の事例と男性高齢者の事例を比較、検討していくことによって、高齢期の女性、男性それぞれの力動的心理療法上の特徴が、さらには高齢期全体の力動的心理療法上の特徴が明らかとなり、より高齢者の独自性に配慮した力動的心理療法可能となるものと思われる。

## 引用文献

- Abraham, K. 1919 The applicability of psychoanalytic treatment to patients at an advanced age. In S. Steury & M. L. Blank (Eds.), *Readings in psychotherapy with older people*. Rockville: National Institute of Mental Health. Pp.18-20.
- Alexander, F. G. 1944 The indications for psychoanalytic therapy. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 20, 319-344.
- 朝日健二 1992 老人保健施設の現状と将来像 西岡幸泰・朝日健二・矢部広明・若月健一・真野潤・石山久(著) これからの老人保健施設 あけび書房 Pp. 25-159.
- Berezin, M. A. 1982 Psychoanalysis and psychotherapy of the older patient: Discussion. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 33-42.
- Borden, W. 1989 Life review as a therapeutic frame in the treatment of young adults with AIDS. *Health and Social Work*, 14, 253-259.
- Butler, R. N. 1963 The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26, 65-75.
- Butler, R. N. 1969 Ageism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Butler, R. N. 1974 Successful aging and the role of the life review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 22, 529-535.

- Butler, R. N. 1987 Ageism. In G. L. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of aging*. New York: Springer. 蔵持不三也 (訳)  
1990 エージズム エイジング大事典刊行委員会 (監訳) エイジング大事典 早稲田大学出版会 Pp.47-48.
- Butler, R. N., & Lewis, M. L. 1977 *Aging and mental health: Positive psychosocial approach*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Cath, S. H. 1983 Psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy of the older patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 144, 43-53.
- Cohn, J., & Sugar, J. A. 1991 Determinants of quality of life in institutions: Perception of frail older residents, staff, and families. In J. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe, & D. E. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press. Pp. 28-49.
- Colarusso, C. A., & Nemiroff, R. A. 1987 Clinical implications of adult development theory. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1263-1270.
- Erikson, E. H. 1963 *Childhood and society*. 2nd ed. New York: W. W. Norton. 仁科弥生 (訳) 1977 幼児期と社会 I みすず書房
- Erikson, E. H. 1964 *Insight and responsibility*. New York: W. W. Norton. 鑪 幹八郎 (訳) 1971 洞察と責任 誠信書房
- Erikson, E. H. 1982 *The life cycle completed*. New York: W. W. Norton. 村瀬孝雄・近藤邦夫 (訳) 1989 ライフサイクル、



その完結 みすず書房

Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. 1986 *Vital involvement in old age*. New York: W. W. Norton. 朝長正・朝長梨枝子（訳） 1990 老年期－生き生きしたかわりあい－  
みすず書房

Freud, S. 1905 Über Psychotherapie. 小此木啓吾（訳） 1983  
精神療法について（フロイト著作集 9: 技法・症例編） 人文  
書院 Pp.13-24.

Freud, S. 1917 Trauer und Melancholie. 井村恒郎・小此木啓  
吾（訳） 1970 悲哀とメランコリー（フロイト著作集 6: 自我  
論・不安本能論） 人文書院 Pp.137-149.

Fry, P. S. 1983 Structured and unstructured reminiscence  
training and depression among the elderly. *Clinical  
Gerontologist*, 1, 3, 15-37.

Galassi, F. S. 1991 A life review workshop for gay and lesbian  
elders. *Journal of Gerontological Social Work*, 16, 75-86.

Gatz, M., & Pearson, C. G. 1988 Ageism revised and the  
provision of psychological services. *American Psychologist*,  
43, 184-188.

Geller, J. D. 1987 The process of psychotherapy: Separation  
and complex interplay among empathy, insight and  
internalization. In J. Bloom-Feshbach & S. Bloom-  
Feshbach (Eds.), *The separation of personnel and loss*. San  
Francisco: Jossey-Bass.

Goldfarb, A. I. 1955 Psychotherapy of aged persons: IV. One

- aspect of the psychodynamics of the therapeutic situation with aged patients. *Psychoanalytic Review*, 42, 180-187.
- Goldfarb, A. I. 1956 Psychotherapy of the aged: The use and value of an adaptational frame of reference. *Psychoanalytic Review*, 43, 68-81.
- Götestam, K. G. 1980 Behavioral and dynamic psychotherapy with elderly. In J. E. Birren & R. B. Sloane (Eds.), *Handbook of mental health and aging*. New Jersey: Prentice-Hall. Pp.775-805.
- Haight, B. K. 1988 The therapeutic role of a structured life review process in homebound elderly subjects. *Journal of Gerontology*, 43, 40-44.
- Haight, B. K. 1991 Reminiscing: The state of the art as a basis for practice. *International Journal of Aging and Human Development*, 33, 1-32.
- Haight, B. K. 1992 Long-term effects of a structured life review process. *Journal of Gerontology*, 47, 312-315.
- Haight, B. K., Coleman, P., & Lord, K. 1995 The linchpins of a successful life review: Structure, evaluation, and individuality. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing*. Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- 長谷川和夫・井上勝也・守屋國光 1974 老人の痴呆診査スケールの一検討 精神医学, 16, 965-969.
- Holland, L. 1987 Life review and communication therapy for

- dementia patients. *Clinical Gerontologist*, 6, 3, 62-65.
- 出井淑子 1985 老年者との心理療法 馬場謙一・福島章・小川捷之・山中康裕 (編) 日本人の深層分析 11 老いと死の深層有斐閣 Pp.191-225.
- 岩橋知子・岩橋宗哉 1999 重度痴呆性老人の体験を共有しようとする試みー抱える環境としてのプレバーバルな関わり 心理臨床学研究, 17, 55-66.
- 岩橋宗哉・大崎知子 1998 間主観的な場における体験の具体化とそれへの主観的妥当性確認についてー痴呆性老人への心理療法的アプローチの事例から 心理臨床学研究, 16, 117-128.
- 岩井寛 1975 老年期の精神療法 長谷川和夫・那須宗一 (編) ハンドブック老年学 岩崎学術出版 Pp.227-236.
- Jones, S. N. 1995 An interpersonal approach to psychotherapy with older persons with dementia. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 602-607.
- Kalish, R. 1979 The new ageism and failure models. *Gerontologist*, 19, 398.
- 金子仁郎 1972 老人患者の心理と看護 金子仁郎・新福尚武 (編) 老人の精神医学と心理学 垣内出版 Pp.281-319.
- Kaufman, M. R. 1940 Old age and aging: The psychoanalytic point of view. *American Journal of Orthopsychiatry*, 10, 73-84.
- 萱原道春 1987 老年期痴呆への心理療法的アプローチ 心理臨床学研究, 5, 4-13.
- Knight, B. G. 1996 Psychodynamic therapy with older adults:

- Lessons from scientific gerontology. In R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of aging*. New York: John Wiley & Sons. Pp.545-560.
- 国立社会保障・人口問題研究所 2002 日本の将来推計人口（平成14年3月推計）—平成13（2001）年～平成112（2100）年— <http://www.ipss.go.jp>
- 厚生省 1991 平成8年版厚生白書 ぎょうせい
- 小山充道 1985 脳障害者の心理臨床—病める心のリハビリテーション 学苑社
- 黒川由紀子 1994 痴呆老人に対する回想法グループ 老年精神医学雑誌, 5, 73-81.
- 黒川由紀子 1995 痴呆老人に対する心理的アプローチ：老人病院における回想法グループ 心理臨床学研究, 13, 169-179.
- Lewis, M. I., & Butler, R. N. 1974 Life-review therapy: Putting memories to work in individual and group psychotherapy. *Geriatrics*, 29, 11, 165-173.
- Lifton, R. J. 1976 *The life of the self*. London: Deborah Rogers.
- 渡辺 牧・水野節夫（訳） 1989 現代、死にふれて生きる 有信堂
- Maddox, G., & Douglas, E. 1974 Aging and individual differences. *Journal of Gerontology*, 29, 555-563.
- 松田 修・黒川由紀子・斉藤正彦・丸山 香 2002 回想法を中心とした痴呆性高齢者に対する集団心理療法 心理臨床学研究, 19, 566-577.
- Meerlo, J. M. 1955 *Psychotherapy with elderly people*.

*Geriatrics*, 10, 583-587.

守屋國光 1993 老年期の自我発達心理学的研究 風間書房

Moss, M. S., Leshner, E. L., & Moss, S. Z. 1986-1987 Impact of the death of an adult child on elderly parents: Some observations. *Omega*, 17, 209-218.

野村豊子 1992 回想法グループの実際と展開－特別養護老人ホーム居住老人を対象として 社会老年学, 35, 32-46.

岡野憲一郎 2002 支持療法 小此木啓吾（編集代表） 精神分析事典 岩崎学術出版社 P.188.

小此木啓吾 1979 対象喪失－悲しむということ 中央公論社

小野成夫 1993 某老人保健施設における精神科的医療の需要について－入所者の提出する精神科領域の問題から 老年精神医学雑誌, 4, 1277-1283.

Palmore, E. 1977 Facts on aging. *Gerontologist*, 17, 315-320.

Ray, D. C., Raciti, M. A., & Ford, C. V. 1985 Ageism in psychiatrists: Associations with gender, certification, and theoretical orientation. *Gerontologist*, 25, 496-500.

Rechtschaffen, A. 1959. Psychotherapy with geriatric patients: A review of the literature. *Journal of Gerontology*, 14, 73-85.

Sandler, Anne-Marie 1978 Psychoanalysis in later life: Problems in the psychoanalysis of aging narcissistic patient. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 5-36.

Schofield, W. 1964 *Psychotherapy: The purchase of friendship*. New Jersey: Prentice-Hall.

- Shaie, W. K. 1993 Ageist language in psychological research. *American Psychologist*, 48, 49-51.
- 進藤貴子 1997 老年期痴呆患者との対話精神療法（個人精神療法） *精神療法*, 23, 563-567.
- 新福尚武 1984 老人の精神療法－総論的なこと *季刊精神療法*, 10, 2-5.
- 新福尚武 1997 老年期の精神療法－その特殊性と基本的問題 *精神療法*, 23, 535-541.
- Shute, G. E. 1986 Life review: A cautionary note. *Clinical Gerontologist*, 6, 1, 57-58.
- Singer, E. 1970 *Key concepts in psychotherapy*. New York: Basic Books. 鎌幹八郎・一丸藤太郎（訳編） 1976 心理療法の鍵概念 誠信書房
- 総務庁 1997 高齢社会白書－平成9年版 大蔵省印刷局
- 総務省統計局統計センター 2002 人口推計（平成14年9月15日） <http://www.stat.go.jp>
- 田中常孝 1989 脳卒中とうつ病 田中常孝（編著） 脳卒中の精神医学 金剛出版 Pp.99-127.
- 檜木てる子・下垣 光・小野寺敦志 1998 回想法を用いた痴呆性老人の集団療法 *心理臨床学研究*, 16, 487-496.
- Webster, J. D., & Young, R. A. 1988 Process variables of the life review: Counseling implications. *International Aging and Human Development*, 26, 315-323.
- Weingarten, H. R. 1988 Late life divorce and the life review. *Journal of Gerontological Social Work*, 12, 83-97.

- Worden, J. W. 1991 *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. 2nd ed. New York: Springer. 鳴澤 寛 (監訳) 1993 グリーフカウンセリング 川島書店
- 山中康裕 1991 老いのソウロロギー (魂学) 有斐閣
- Yesavage, J. A., & Karasu, T. B. 1982 Psychotherapy with elderly patients. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 41-55.
- 湯沢千尋 1986 リハビリテーション—その心理学的諸問題 原田憲一・小片 寛・湯沢千尋・巽 信夫 医心理学 浅倉書店 Pp.115-124.
- Zevon, M. A., Karuza, J., & Brickman, P. 1982. Responsibility and the elderly: Applications to psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 405-411.

## 謝 辞

博士論文作成にあたり、指導教官としてご指導いただきました、広島大学大学院教育学研究科附属心理臨床教育研究センター教授の一丸藤太郎先生に感謝いたします。一丸先生のあたたかいご指導と不断の激励のお陰で、筆の遅い私もようやく博士論文を完成することができました。一丸先生にはご迷惑ばかりおかけしてきましたが、それでも見捨てずに根気よくご指導いただき、ほんとうにありがとうございます。

また、広島大学名誉教授の鑪 幹八郎先生は、10年以上前、浅学の私に老人保健施設での高齢者を対象とした心理臨床の道を開いてくださいました。本研究のベースとなった投稿論文は、鑪先生にご校閲をいただいたものです。重ね重ね、お礼を申し上げます。

論文審査にあたっては、広島大学大学院教育学研究科社会心理学研究室教授の深田博巳先生、発達心理学研究室教授の前田健一先生、臨床心理学研究室助教授の菅野信夫先生に、研究のまとめ方、記述の仕方など、自らの研究を他者に伝えることの重要性を教えていただきました。ご多忙のなか、細やかなご指導をありがとうございます。

さらに、心理学講座の先生方、お一人お一人の名を示すと煩瑣になりますのでふれませんが、先生方から建設的なご助言を賜りましたことで、一面的となりがちな私の拙い研究に多様な視点を導入することが可能となりました。また事務的な面では、高田弘美さんをはじめ職員のみなさまのお手をわずらわせました。あらためて深謝する次第です。



最後になりましたが、本研究にご協力いただきましたクライアントのみなさまからは、さまざまなことを教えていただきました。本研究で得られた知見のほとんどは、クライアントのみなさまと私の共同作業の成果とも言えるものです。そのような貴重な成果を少しでも多くの研究者や臨床心理士と共有できるものにしていけるよう、今後も研鑽を積んでいく所存です。クライアントのみなさまに心から感謝しつつ、筆を置きたいと思います。

平成 15 (2003) 年 2 月 7 日 林 智 一