

器質性精神障害をもつ者への  
心理療法的アプローチ

1997年

萱原道春



# 器質性精神障害をもつ者への

## 心理療法的アプローチ

第1章 器質性精神障害の概観	1
第2章 器質性精神障害と心理療法	4
第3章 器質性精神障害の分類	7
第4章 器質性精神障害の病態	20
第5章 器質性精神障害の診断	25
第6章 器質性精神障害の治療	28
第7章 器質性精神障害の予後	32
第8章 器質性精神障害の予防	35
第9章 器質性精神障害の社会的対応	38
第10章 器質性精神障害の家族対応	42
第11章 器質性精神障害の患者の権利	45
第12章 器質性精神障害の患者の生活	48
第13章 器質性精神障害の患者の死	52
第14章 器質性精神障害の患者の死後	55
第15章 器質性精神障害の患者の死後	58
第16章 器質性精神障害の患者の死後	62
第17章 器質性精神障害の患者の死後	65
第18章 器質性精神障害の患者の死後	68
第19章 器質性精神障害の患者の死後	72
第20章 器質性精神障害の患者の死後	75
第21章 器質性精神障害の患者の死後	78
第22章 器質性精神障害の患者の死後	82
第23章 器質性精神障害の患者の死後	85
第24章 器質性精神障害の患者の死後	88
第25章 器質性精神障害の患者の死後	92
第26章 器質性精神障害の患者の死後	95
第27章 器質性精神障害の患者の死後	98
第28章 器質性精神障害の患者の死後	102
第29章 器質性精神障害の患者の死後	105
第30章 器質性精神障害の患者の死後	108
第31章 器質性精神障害の患者の死後	112
第32章 器質性精神障害の患者の死後	115
第33章 器質性精神障害の患者の死後	118
第34章 器質性精神障害の患者の死後	122
第35章 器質性精神障害の患者の死後	125
第36章 器質性精神障害の患者の死後	128
第37章 器質性精神障害の患者の死後	132
第38章 器質性精神障害の患者の死後	135
第39章 器質性精神障害の患者の死後	138
第40章 器質性精神障害の患者の死後	142
第41章 器質性精神障害の患者の死後	145
第42章 器質性精神障害の患者の死後	148
第43章 器質性精神障害の患者の死後	152
第44章 器質性精神障害の患者の死後	155
第45章 器質性精神障害の患者の死後	158
第46章 器質性精神障害の患者の死後	162
第47章 器質性精神障害の患者の死後	165
第48章 器質性精神障害の患者の死後	168
第49章 器質性精神障害の患者の死後	172
第50章 器質性精神障害の患者の死後	175

1997年

萱原道春



## 目 次

序 論	1
1 問題提起	1
2 通常の心理療法の応答技術	1
第1章 老年期痴呆への心理療法的アプローチ	4
第1節 先行研究	4
第2節 研究目的および方法	7
第3節 事例	8
1 事例A	9
(1)プロフィール	9
(2)面接経過	10
(3)心理力動の考察	12
(4)効果についての考察	13
2 事例B	13
(1)プロフィール	13
(2)面接経過	14
(3)心理力動の考察	16
(4)効果についての考察	18
3 事例C	18
(1)プロフィール	18
(2)面接経過	19
(3)心理力動の考察	20
(4)効果についての考察	21
4 事例D	21
(1)プロフィール	21



(2)面接経過 .....	22
(3)心理力動の考察 .....	25
(4)効果についての考察 .....	26
5 事例E .....	27
(1)プロフィール .....	27
(2)面接経過 .....	27
(3)心理力動の考察 .....	31
(4)効果についての考察 .....	32
6 事例F .....	32
(1)プロフィール .....	32
(2)面接経過 .....	33
(3)心理力動の考察 .....	39
(4)効果についての考察 .....	40
7 事例G .....	41
(1)プロフィール .....	41
(2)面接経過 .....	42
(3)心理力動の考察 .....	45
(4)効果についての考察 .....	47
8 事例H .....	48
(1)プロフィール .....	48
(2)面接経過 .....	48
(3)心理力動の考察 .....	55
(4)効果についての考察 .....	57
第4節 考察 .....	58
1 心理療法的アプローチの有効性 .....	58
(1)効果 .....	58



(2) 了解可能性 .....	62
2 応答技術 .....	64
(1) Validation Therapy 等の原理 .....	64
(2) 洞察指向的心理療法の適否 .....	66
(3) モデル提出: PD (Psychotherapy for Dementia) 技法 .....	67
<b>第2章 純粋健忘症候群への心理療法的アプローチ .....</b>	<b>71</b>
第1節 先行研究 .....	71
第2節 研究目的および方法 .....	71
第3節 事例 I .....	72
(1) プロフィール .....	72
(2) 診断的考察 .....	76
(3) 面接経過 .....	78
(4) 心理力動の考察 .....	86
第4節 考察 .....	90
1 心理療法的アプローチの有効性 .....	90
2 応答技術 .....	91
<b>第3章 全体的考察 .....</b>	<b>93</b>
第1節 認知機能障害と心理力動性の統合的理解 .....	93
第2節 器質性精神障害者に対する洞察指向的心理療法の適否 .....	96
<b>引用文献 .....</b>	<b>100</b>



## 序 論

### 1 問題提起

器質性精神障害をもつ者への心理療法的アプローチ（以下、この語を心理療法と心理療法的ケアの両者を意味するものとして用いる）に関する研究は少ない。その理由は、このような対象に心理療法家の関わる機会が少なかったり、あるいは、この種の対象は脳精神医学や神経心理学が取り扱うべき対象で心理療法の対象外であるといった誤った先入見（Langer, K.G., 1992）に拠るものであろう。しかし、情緒的問題を取扱う心理療法がこの分野にも必要とされていることは論を待たない。なぜなら器質性精神障害をもつ者も対人関係の中で生きており、彼らに情緒が残されている限り、対人関係的な情緒問題の生じる可能性があるからである。

本研究の主な目的は、器質性精神障害をもつ者への心理療法的アプローチの有効性、およびその技法的問題について考察することである。

第1章および第2章では、それぞれ、老年期痴呆および純粋健忘症候群という二つの器質性精神障害に対する心理療法的アプローチを上記の視点から論じ、第3章ではその他の器質性精神障害も含めた全体的視点から、認知機能障害と心理力動性の統合的理解、および器質性精神障害者に対する洞察指向的心理療法の適否について論じたい。洞察指向的心理療法の適否については、サポータティブな心理療法は可能であっても洞察指向的心理療法は可能でない場合もあり得るから、その問題を検討したい。

### 2 通常心理療法の応答技術

本研究の目的の一つは技法的問題について明らかにすることである。そこで、まず通常心理療法の応答技術を鑑（1973・1977）を参照しながら



具体的に提示しておきたい。

応答は大きく分けると、1) 受容的なことばと、2) 能動的な介入のことば、に分類することができる。

受容的なことばは更に、a) 「うん」とか「あー」等の相槌、b) 語句の繰り返し、c) 「こんな感じかな」とか「それは悔しいね」等の代弁的なことば、d) 主題の要約、に細分類することができる。

面接者の応答の大半は「うん」とか「あー」等の相槌であり、これが応答の中心となる。不要なことを述べずに相槌を打ちながら被面接者の話に傾聴することが、応答技術の基本となる。相槌以外のことばは全て、受容的なことばにせよ能動的な介入のことばにせよ、不必要に用いると面接の流れを妨げてしまうので、その点留意が必要である。

語句の繰り返しは、被面接者のことばの重要な箇所にアンダーラインを引いて示し返す作業である。無闇におこなうと機械的なオウム返しになってしまう。代弁的なことばについては、これによって共感を積極的に示すことができる。主題の要約は内容の整理が必要なときにおこなう。

被面接者が自分自身の力で話を深めてゆける限りは、面接者は受容的なことばを発するだけでよい。被面接者がそれをするのが難しくなったとき、面接者は能動的な介入をおこなう必要がある。これには、a) 質問と、b) 解釈がある。

質問が有効に働いたら、解釈より質問をする方が一般的にはよい。なぜなら解釈は押しつけになり易いからである。しかしあっさりとは単刀直入に解釈をおこなった方がよい場合もある。そのタイミングを定式化するのは難しいが、イメージ的に述べると、腫れ上がったできものにスッとメスを入れる感じでおこなうとよいと思われる。できものの根が皮膚の奥深くに



あって、硬いしこりの状態にある時にはまだメスを入れない。根が柔らかくなり膿となって腫れ上がった状態になった時、膿の放出を助けるためにスッとメスを入れるかんじで解釈をおこなうのである。

技法的問題を論ずるには、このような具体的レベルでの検討をしないと、特に異なる名称の技法を比較する場合、議論が空転する恐れがある。従来  
の研究ではそのような傾向が多く見られる。



## 第1章 老年期痴呆への心理療法的アプローチ

### 第1節 先行研究

老年期痴呆への心理療法的アプローチとして、欧米においてもっとも先駆的かつ広く実践されているのは、ソーシャルワーカーである Feil, N. (1985・1992) が創始した Validation Therapy (肯定療法) であろう。Feil は当初、Reality Orientation (見当識訓練) 等の、誤った現実認識を矯正する方法を患者に試みた。しかしそれは患者に引き籠もりや敵意を生じさせる結果となった。そこで、患者が現実と異なることを話しても訂正せず、そこに含まれている情緒的意味を理解し、それを共感的に伝え返すよう努めた。つまり患者の言動を Validate した。この方法により患者は情緒的安定や満足感を得、尊厳を回復することを Feil は認識した。1982 年、Feil は Validation Training Institute を創設し、以降、米国やカナダを中心に施設職員や患者の家族を対象にワークショップを開催して Validation Therapy の普及に努めている。Morton, I. & Bleathman, C. (1991) によると、北米の 500 を越える施設で Validation Therapy は実践されている。そして 1987 年には、イギリスにおいてもこの療法が看護婦らによって実践されるようになった (Bleathman, C. & Morton, I. , 1992)。

上記のように、Validation Therapy は看護婦や介護者を中心に実践活動のレベルでは広く実施されているようであるが、研究論文は多くない。検索できたのは Feil 自身の論文を含めて 6 編である (Babins, L., 1988 ; Bleathman, C. & Morton, I. , 1988・1992 ; Feil, N., 1985・1992 ; Morton, I. & Bleathman, C. , 1991)。これらの論文から Validation Therapy の有効性および技法について考察すると、次のようにまとめることができる。



問題行動や精神症状などが消失した例は、少なくともこれらの論文には報告されていないが、Validation Therapyが患者と他者との情緒的交流を活性化し、患者に情緒的満足を与えることは疑い得ない。Bleathman, C. & Morton, I. (1992) は5人の患者に対してValidation Therapyグループを継続しておこなった結果を報告し、「痴呆の患者がこれほどまで深い感情を表現し、互いが強い結びつきで関わることは予想していなかった」と述べている。

Validation Therapyの技法については、患者が現実と異なることを話しても訂正せず、そこに含まれている情緒的意味を理解し、それを共感的に伝え返す、ということ以上に詳しいことは述べられていない。

精神分析的なオリエンテーションをもった治療者が痴呆患者に心理療法的アプローチをおこなった報告には、次のようなものがある。Miller, M.D. (1989) は痴呆の初期段階にあって病識を有するが故に不安状態にある痴呆患者3例に心理療法をおこない、不安を低減させることに成功している。なお、技法についての討論はおこなっていない。Hausman, C. (1992) は3例を報告し、そのうち2例については治療が患者にとって有益であったと述べている。技法については、患者の状態にもよるが、通常の力動的心理療法と同様に洞察指向的におこなうと述べている。しかし応答レベルでそれをどのようにおこなうのか、具体的な記述はない。

日本における先駆的研究としては、精神科医である室伏を中心とした国立療養所菊地病院における医療・看護スタッフの実践研究、聖マリアンナ医科大学病院で看護婦長を勤めた五島の実践研究をあげることができる。彼らが実践する技法はValidation Therapyとほぼ同様であると考えられる。

室伏 (1984) は痴呆老人を指して虚構の世界に生きていると形容し、そ



の世界を否定されると彼らの心はバラバラになってしまうので、虚構の世界を尊重することが大切であると述べている。福成（1981）は、痴呆老人の看護は理屈で事実を押しつけるのではなく、情感的、共感的に受容することが大切であると述べている。五島（1985）もまた看護の立場から心理療法的なオリエンテーションをもったデイ・ケアをおこない、痴呆老人がどのような言動をとっても誰も訂正したり叱ったりせず老人を受容した結果、老人は家庭にいる時よりもずっと生き生きとした表情を見せるようになったと報告している。

彼らに啓蒙された部分が大きいと推測するが、現在日本の多くの施設では、事実を押しつけることなく痴呆老人の言動を共感的に受容する方法が浸透してきている（北川他，1994）。そして、対人関係が原因となって問題行動や精神症状が生じる場合が多くあること（本間，1994）、またそれが心理療法的アプローチによって改善可能であること（室伏，1989；小山田特別養護老人ホーム，1994）は、現場ではほぼ周知の事実となりつつあるようである。しかしそれらの実践報告が不足している。詳細な報告としては、拒否的な痴呆患者に辛抱よく関わり激しい問題行動を劇的に改善させた上田・阿部（1994）の事例論文しかない。だが、彼らの論文も技法についての討論や心理力動的考察が不足している。

従来の研究をまとめてその不足点を指摘すると、次のように述べることができる。

1) 心理療法的アプローチの効果については、他者との情緒的交流を活性化し患者に情緒的満足を与えたり、あるいは問題行動や精神症状の改善も可能であることが示されている。しかし研究報告の量が少ないので、有効性を主張するには更に研究報告を積み重ねていく必要がある。



2) 事例報告の場合、心理力動的解釈の妥当性を裏づけるに十分なデータが記載されていない。

3) 技法についての詳細な討論が不足している。

## 第2節 研究目的および方法

**研究目的** 本研究の目的は、老年期痴呆に対する心理療法的アプローチの有効性と技法的問題について考察することである。

心理療法的アプローチの有効性については、効果と了解可能性の二つの観点から分析したい。なお、効果については、情緒的支持が与えられたか否かという点と、問題行動や精神症状がある場合にはそれが改善したか否かという点を分析したい。また、了解可能性については、患者の言動の全体を統一的・整合的に理解できるような心理力動を見出すことができるか否かを分析したい。

心理療法的アプローチの技法的問題については、序論の2「通常の心理療法の応答技術」でおこなった応答技術の分析を基に、具体的レベルでの考察をおこないたい。

### 研究方法

(1)研究対象 : 主に痴呆老人を専門とするK精神科の閉鎖病棟に入院している痴呆老人8名を研究対象とした。研究対象の選択基準は会話ができるポールがとれることであった。このような選択基準を設けた理由は、心理療法的アプローチを実施するには最低限この条件が必要と考えたからである。

(2)研究方法 : 週1回の割合で1セッション10~50分の個人面接を継続して実施した。



### 第3節 事例

研究対象とした8事例の一覧表を表1に示す。表1に示したように、8名のうち7名は中等度の痴呆、1名は軽度の痴呆であった（長谷川式痴呆診査得点：6.5～23.5）。このうち、心理療法的アプローチの効果が十分に認められたのは4事例（A, B, C, D）であった。2事例（E, F）では面接者は患者に特定の人物として認知されず、面接を重ねても面接者と患者間の情緒的交流は深化しなかった。しかし、その場限りの情緒的支持は与えることができた。1事例（G）は、自分の精神状態について反省的に観察する能力が高かったが、面接者が防衛の取り扱いに失敗して中断となった。1事例（H）は軽度の痴呆であったが、体感幻覚の取り扱いに面接者が失敗して中断となった。

なお、8事例すべてに対して脳代謝賦活剤と脳循環改善剤が常用投与されていた。

表1 対象事例一覧表

事例	年齢	性	診断名	面接回数	長谷川式痴呆診査得点	心理療法的アプローチの効果		心理力動の了解可能性
						情緒的支持	問題の改善	
A	80	女	脳血管性痴呆	22	6.5 → 4	効果あり		可能
B	82	女	老年痴呆	66	15.5 → 14	効果あり	抑鬱 (改善)	可能
C	84	女	脳血管性痴呆	62	実施できず	効果あり		可能
D	75	女	脳血管性痴呆	80	13 → 0	効果あり		可能
E	83	女	老年痴呆	28	9	その場限りの情緒的支持の効果あり		可能
F	79	女	老年痴呆	29	6.5	その場限りの情緒的支持の効果あり		可能
G	73	女	脳血管性痴呆	17	14	防衛の取り扱いに失敗		可能
H	83	女	脳血管性痴呆	27	23.5	幻覚の取り扱いに失敗	被害妄想 (不変)	可能



## 1 事例A

### (1)プロフィール

**年齢・性** 80歳（面接開始時の年齢，以下同様）・女性。

**診断名** 脳血管性痴呆。

**入院年月日** 1984年3月27日。

**面接期間・回数** 1984年10月31日～1985年2月28日（22回）。

**長谷川式痴呆診査結果** 6.5：1984年3月29日施行，4：1984年9月19日施行。

**痴呆の臨床像** 思考の障害は比較的軽く，筋のまとまった会話が可能であった。見当識についても，自分のいる場所が病院であることをはっきりと認識してはいなかったが，生活の面倒をみってくれる所であるという認識は一貫して持っていた。1週間前の面接で話をしたことは覚えていたが，内容についての記憶はなかった。

**性格的な臨床像** 礼儀正しい控えめな人であった。ふだんは痴呆老人同志の小グループにも入らず，一人でデイ・ルームの隅にひっそりと座っていることが多かった。性格は元来内向的であったという。

**生活歴・現病歴** H県の山村の農家に6人きょうだいの長女として生まれた。17歳で結婚し，しばらくして夫と共にフィリピンへ渡った。夫はそこで米国系の石油会社に勤めていた。40歳頃，終戦の直前に帰国し，その1年後夫は病死した。夫との間に子どもはいなかった。再婚をしたが，この夫とも54歳の時死別。以後，農業をしながら独り暮らしをしていた。

70歳のとき養子をもらう。そのうち寝たきりの状態になったため養子と同居を始めたが，そうすると「膳本をしっかりとしないと養子に土地を取られる」といった被害妄想を呈するようになった。76歳から1年半



老人ホームに入所。その間も「養子に土地をとられた」と言うことがあった。その後老人ホームから家へ帰り独り暮らしをしていたが、電気釜をガスコンロにかけたりして火元が危ないため、K精神科に入院してきた。

## (2)面接経過

初回、Aはまず次のように語った。「特に困っていることはない。息子はやさしい。稲刈りの時にはタイミングよく帰ってきて手伝ってくれる」。そして話の後半は夫と暮したフィリピンでの生活が熱心に語られた。語りながらAは「夫は死ぬ前、お前のことが心配だと言ってくれた」と言って涙ぐんだ。

初回以降も、Aはフィリピンでの夫との幸せな思い出を繰り返し語った。「夫は子ども好きだったので現地の子どもたちからパパ、パパと慕われた」、「私は近所づきあいはあまりしなかったけど、夫がやさしかったので寂しくはなかった」ということなどが語られた。時には「本当はフィリピンでずっと居たかったのに戦争のため日本へ帰って来なければならなかった。戦争のために財産も失い、夫も十分に病気の養生ができないまま死んでしまった。戦争が憎い」と、運命に対する恨みを述べることもあった。一方、Aのフィリピンに対するなつかしきの念は強かった。「フィリピンの人はみな情が厚かった。夫の会社の社長もアメリカ人けどとても親切だった。それに比べると日本人は親切じゃない。日本へ帰るときはフィリピンの人たちと泣き別れだった。私はそのままフィリピンに残って死んでもいいとさえ思った。今でも死んだらフィリピンに骨を埋めたい」。

このように面接ではフィリピンでの思い出が繰り返し語られ、日本に帰って来てからの話はあまり語られなかった。面接者が尋ねても2度目の夫と結婚したことをAは思い出せず、「夫が死んでからはずっと独り暮しだ



った」と言うのだった。養子に関する話は時々語られた。現病歴にあるような「養子に金をとられる」といった被害的な内容の話はなかった。しかし、次のような微妙な気持ちが語られたことがあった。「山を養子に譲ったけど、あの子はしっかりしているから財産を食い潰す心配はない。それに心配したからといって手も足も出ないし。この頃は家のことはあまり考えない。ここでは病気になっても困らないから何も考えずにのんびりしておれる」。

ひっそりと安定した状態で暮らしていたAであったが、14回目の面接の後、倒れかかってきた他の患者に押されて腰を打ち、歩けなくなってしまった。肺炎と脱水症状を併発し、意識水準も低下してしまった。面接者が話しかけると、Aは目を開き、「母の母は心臓を患って死んだ。私は死ぬときは周囲に面倒をかけずに死にたい」と言う。そして再び意識水準が低下した。面接者はAの体力に負担をかけてはいけないと思い、その場を離れようとしたが、Aはそれに気づき、「会いに来てくれてありがとうございますありがとうございました」と言って、会釈をしようと無理して起き上がろうとするのだった。

その後Aの体力は回復し、デイ・ルームに出られるようになったが活気がなく、面接者が話しかけても言葉少なだった。

そして腰を打って40日しか経たないうちに今度は自分で転倒して腰の骨を折ってしまった。その5日後の面接が最後の面接になった。この時、Aの意識は非常にはっきりとしており、口調も今までになくしっかりとしていた。そしてAはこう語った。「もう先は長くはないと思う。人から見たらどう思われるか知らんが、自分では幸せな人生だったと思う。ただ、夫に生きていてもらい一緒に暮らしたかった。考えるのはそのことだけで



す」。面接者は電球が切れる前に一瞬パッと輝くのに似た印象を受けた。その日の午後はもう意識水準が低下して、Aは独語を喋り続けていた。しかし面接者がその場を離れようとする時、Aはパッと目を開き、面接者の顔をまじまじと見つめて「長生きしなさいよ」と言った。なんとも表現しがたい寂しそうな表情だった。別れの言葉だったと思える。その数日後、Aは手術を受けた。その後は意識障害が顕著となり、その状態が2ヵ月間ほど続いた後、Aは永眠された。

### (3)心理力動の考察

Aは夫との幸せな日々の記憶の中で暮し、その中で死を迎えた。この記憶がAの孤独を癒していたであろうことは容易に了解できる。

また、養子に関する記憶では、「養子に土地をとられる」といった被害的な記憶は忘却されていた。忘却は単に器質因にのみよるものではなく、心理力動的要因も影響を与えていたと考えられる。それはAのつぎのことばから推測できる。「山を養子に譲ったけど、あの子はしっかりしているから財産を食い潰す心配はない。それに心配したからといって手も足も出ないし。この頃は家のことはあまり考えない。ここでは病気になっても困らないから何も考えずにのんびりしておれる」。このAのことばから推測できることは、Aの現在の心の平安を乱すような記憶は抑圧されたのではないかということである。

器質因にもとづく記憶の不鮮明さという素地の上で、抑圧という心理力動が働いたと考えることができる。つまり、記憶に障害があると「思い出すまい」とする動機は容易に達成されるのではないかと考えることができる。



#### (4)効果についての考察

Aは面接者に対して最後まで礼儀正しい控えめな人であった。そのため、面接者としてはAの直接的依存対象になったという印象は強くない。しかし、Aが語る夫との幸せな日々の思い出に耳を傾けるという行為を通して、面接者はAとの間で情緒的交流を深め、Aに情緒的支持を与えることができたと考えられる。

## 2 事例B

### (1)プロフィール

**年齢・性** 82歳・女性。

**診断名** 老年痴呆。

**入院年月日** 1984年6月27日。

**面接期間・回数** 1984年10月24日～1986年3月26日（66回）。

**長谷川式痴呆診査結果** 15.5：1984年6月28日施行，14：1986年3月21日施行。

**痴呆の臨床像** 思考の障害は比較的軽く、筋のまとまった会話が可能であった。場所の見当識については、自分のいる場所が病院であることを理解していた。しかし自分が何のためにそこに居るのかということについては、非現実的な理由づけがなされた。1週間前の面接で話をしたことは覚えていたが、内容についての記憶はなかった。

**性格的な臨床像** はきはきとした気丈な態度の人であった。病棟職員や他の患者との交流も多かった。家族によると性格は元来勝ち気であったという。

**生活歴・現病歴** H県の中都市に2人姉妹の長女として生れた。女学校卒業後海軍病院で看護婦免許を取得し、そのまま海軍病院に勤めていた。



24歳で結婚のため看護婦をやめ、その後は養護関係の仕事をしていた。

子どもができず、40歳の時夫の兄弟の子どもを養子にもらったのだが、その1年後に実子が生れた。B夫婦は実子を次男として2人の息子を育てることを決めた。次男が生れてしばらく後に終戦を迎える。その後は商業と農業の兼業で生計を立てていた。

Bが60歳の頃2人の息子が続いて大学に入学し、その後は夫と2人暮らしであった。長男は大学卒業後会社に就職し、しだいにB夫婦との交流が疎遠になっていった。次男は大学卒業後公務員になり、休日には農作業を手伝いによく帰って来ていた。

その次男がBが79歳の時公務員をやめてしまった。Bはなんとか次男が再び職につけるようにと県庁に再三頼みに行ったが、取り合ってくれなかった。この頃からBは近所の人が自分の悪口を言っているといった被害妄想を抱くようになった。やがて痴呆症状も出現し、家庭での世話が難しくなるとK精神科に入院してきた。

## (2) 面接経過

初回からBは次男についての心配事を面接者に打ち明けた。「次男は職をやめた後ふさぎこんでしまった。その様子を見てみると可哀相でならなかった。でも次男の心がわからなかったのでどうしようもなかった。誰か相談に乗ってくれる人がほしかった。私自身も次男のことを思うと死にたいとさえ思ったことがある」。面接者が「息子さんがよくなるにはまずあなたがしっかりしなければ」と言うと、Bはきっぱりと「息子のためなら頑張ります」と言った。

しかし運悪くその数日後にBは骨折してしまった。Bは「人に金棒で叩かれた」と被害的な作話を語り、「心配事はあるけど人に話してもどうに



もならない」と、面接者に対して拒否的になってしまった。そして抑鬱的になった。

それでも面接者は続けてBと会った。そのうち、表面的には拒否的であるが、Bは少しずつ自分の気持ちを語り始めた。「寂しい」とポツリと言ったり、またある時、Bが夕日を顔面にまともに受けているので面接者が車椅子を移動してあげた時には、「ありがとう」と言って表情を和らげることがあった。あるいは、面接者が他の患者にドテラを着せているのをBは傍らで見ていて、「先生ありがとう。年寄は若い人にはなかなか相手にしてもらえないのに」と言ったりすることもあった。

そして骨折をした4ヵ月後のこと、Bは再び面接者に心を開いた。その日のBは最初からいつもと様子が違ってすがるような表情だった。面接者がく足が重いのは、足を動かさないので血の流れが悪くなったから。だから少し痛くても我慢して歩く練習をすれば、足は必ずよくなるよ>と励ますと、Bはそれまでずっと床につけたままだった足を車椅子の足掛けまでそろりと上げた。そして「今日はじめて自分の足に血が通ったような気がする」と言い、続けて「朝方部屋の中をもう2、3周歩いたんですよ」とつけ加えた。後者の話は作話であるが、面接者に励まされて希望と意欲の涌いたことが示されていると考えることができた。そしてBは続けて次のように言った。「先生ごめんなさいね。私は今まで意地が悪かった。人に甘えてばかりだと人に馬鹿にされると思っていた」。

それから20日後のことである。Bは窓の外に見える遠くの家並みを指差しながら次のような作話を語った。「あそこまで歩いて行った。その時見知らぬ親切な人が家に呼び入れてくれて、ええ話をしてくれた。県庁から息子の就職を知らせる電話があったことを教えてくれた。この話を聞いて



て私も安心し、ご飯をおいしく食べれるようになった」。

Bの抑鬱は改善した。車椅子を自分で動かして病棟内を動き回り、現在自分はここで看護婦をしていると思っているBは、床の上に寝ている他の患者を見つけると毛布を掛けたりして、懸命に働くようになった。その後しばらくして、看護婦がBを2時間おきにポータブルトイレに誘導することを始めた。おしめを外すためである。Bはベッド横の手摺りをつかんで身体を起こす努力をし、最後には自力でポータブルトイレに腰を据えることができるようになった。Bは表情も温和になり、看護婦に対しても甘えるようになっていった。

しかし、抑えていた依存性が表出されるようになったためと考えられるが、Bは「息子が居ないから寂しい」と言うようになった。そして下痢で体調を崩しせん妄状態に陥った時には、「息子が今ここに来ている。声が聞こえる」と訴えた。この時は向精神薬が投与され、せん妄状態は間もなく消失した。

その後、Bの作話の内容は「息子は家から県庁へ車で送り迎えしてもらっている。私ももうすぐここでの看護婦の仕事を辞めて家へ帰り、そこで終身雇用の養護の仕事をすることに決まった」というものへと変化していった。面接者が「それじゃ先は明るいし、まあまあじゃね」と言うと、Bは「そう、まあまあですよ」と答える。このような内容の作話が、その後面接を終了するまでの約6ヵ月間保持された。

### (3) 心理力動の考察

79歳という晩年になって次男の退職という心痛な出来事がBに降りかかり、そして誰もBを支えてくれないという状況の中で、B自身も老年痴呆という病に冒されてしまった。そのようなBが面接者を依存対象にする



ことによって、心痛から解放されていった過程を上記の面接経過から読み取ることができる。そしてその心理力動が作話によく反映されている点が興味深い。

初回Bは「次男のことで誰か相談に乗ってくれる人がほしかった」と面接者に打ち明けるが、数日後骨折してしまう。その結果Bは「人に金棒で足を叩かれて骨を折られた」と被害的になり、「心配事はあるけど人には話せれん。人に話したってどうにもなるものでない」と拒否的になってしまった。なぜこのように被害的、拒否的になってしまったのであろうか。

現病歴をみると、県庁に何度も息子の就職を頼みに行ったが相手にされず、その頃から近所の人が悪口を言っていると被害妄想を抱くようになった経緯がある。この時の被害妄想はおそらく、県庁に助けを求めても相手にされなかった傷つきに由来するものであろう。

その時の心理状況、つまり人に頼っても助けてくれないという不信感と被害感が、骨折という不運に見まわれたことによって再現されたのではないかと考えられる。そしてその結果、抑鬱症状が出現したと考えられる。

4ヵ月後、Bは再び面接者に心を開いた。「先生ごめんなさいね。私は今まで意地が悪かった。人に甘えてばかりだと人に馬鹿にされると思っていた」とBは言った。この時、Bは面接者を真の依存対象にすることができたと考えられる。この20日後、「県庁から息子の就職を知らせる電話があったことを見知らぬ親切な人が教えてくれた」という作話が話された。見知らぬ親切な人とは面接者の象徴であろう。依存対象が内在化された結果、Bの心痛の素であった次男の就職問題が、このような形で解決することができたと解釈できる。そしてその結果抑鬱が消失したと考えられる。



#### (4) 効果についての考察

面接者はBの依存対象となってBを情緒的に支え、そして抑鬱症状を改善させることができたと考えられる。本事例は、症状が消失した理由を心理力動的に十分説明し得ている点で、老年期痴呆への心理療法的アプローチに関する研究上、重要な価値をもつと考えられる。

### 3 事例C

#### (1) プロフィール

**年齢・性** 84歳・女性。

**診断名** 脳血管性痴呆（卒中後遺症）。

**入院年月日** 1983年12月28日。

**面接期間・回数** 1984年9月20日～1986年3月25日（62回）。

**長谷川式痴呆診査結果** 難聴のため実施していない。

**痴呆の臨床像** 思考の障害は比較的軽く、筋のまとまった会話が可能であった。難聴のため面接者の言うことが十分に理解できず、ほとんどCからの一方的な会話しかできなかったが、面接者の表情などにはよく反応した。場所の見当識については、病院に入院しているという認識があり保たれていた。しかし作話がよく話され、記憶や現実検討の障害があることが明らかだった。

**性格的な臨床像** 面会に来た嫁に対してはやや高圧的な姑の態度をとっていた。家族によるとしっかり者であったということである。面接者に対して高圧的な態度をとることはなかったが、「肩をさすって欲しい」と面接者に要求する時などは臆する態度がなかった。面接者がそれに応えると礼儀正しく礼を述べた。対人関係の距離を見計らうための遠慮などはしない人であった。



**生活歴・現病歴** 家族が病院のスタッフであったため生活歴についての資料はない。現病歴については、1983年12月27日脳血栓により突然左片麻痺が出現し、翌日K精神科に入院してきた。病棟ではベッドで寝たきりのため他の患者との交流はなく、対人刺激の少ない状況に置かれていた。

## (2) 面接経過

初回、Cは「肩をさすってほしい。そしたら痛みが消える」と面接者に訴えてきた。面接者は患者の現実的な欲求には応えないという神経症モデルの治療原則が念頭にあったため、当初はCの要求に応えなかった。身体をさすることによって病的な依存が高まると面接にならない、という危惧をもっていたのである。しかし実際はその心配はなかった。数回目の面接で、面接者は試みにCの身体をさすってみた。するとCは「先生にこうしてさすってもらって治ったような気がする」と言い、それ以上要求がエスカレートすることはなかった。それ以後面接者はCの身体を時々さすようになった。それに対しCは、Cの方から面接者の身体をさすったり、「あなたにお茶でも出してあげたい」と気配りを示した。Cは面接者と会うことを非常に楽しみにしており、別れる時はいつも手を振って「また来てね」と言った。

Cはよく作話を話した。息子の面会を待ちわびる気持ちから発生したと了解できる作話がほとんどであった。

息子は実際は2ヵ月に1度くらいしか面会に来ていないのだが、「息子は昨日の晩3回くらい会いに来てくれた」とか「昨日の夜息子が来て側に寝てくれた」と、願望充足的な作話が語られることがあった。しかし、「やさしい息子も最近は会いに来てくれない」と現実的な認識をしている時もあり、その認識から生じる孤独が表現されたと理解できる次のような



作話もあった。「息子の足音がした。看護婦詰め所まで来ていたけど私の所までは来てくれなかった」、「隣のベッドのおばあさんが死んだ。孫や子どもに会いたがっていたが会えないまま死んでしまった。かわいそうなので私がその手を握ってやった」。

また、願望と現実認識を折り合わせたような、次のような作話が語られたこともあった。「息子は金を貯めたら来てあげるから、それまでに良くなりなさいよと言ってくれた」。

ところで、面接者は何度かCから夫や息子のイメージを転移された。面接者がCの身体をさすっている時、「こうして主人とよくちちくりあった。私の主人はどこへ行ったんでしょうか。あなた、私を可愛がってくださいね」とか、「あなたの嫁になりたい」とCは言うことがあった。あるいは、息子はやさしいという話をした後、「私にもあなたと同じ歳の息子がいる」と言うことがあった（実際は、Cの息子と面接者の間には30歳ほどの年齢の差がある）。

### (3) 心理力動の考察

本事例も作話に心理力動がよく反映されている。その解釈については上記の面接経過ですでに述べた。

ここでは痴呆老人における転移の現れかたについて考察したい。Cは夫や息子のイメージを面接者に転移しており、その転移の現れかたは直截であった。転移とは、面接者に他の人物の面影を重ねあわせることであるが、被面接者が認知機能障害をもたない場合には、被面接者は両者は別個の存在であるとの認識を確固として持っている。それは認知機能が正常に働き、現実検討をおこなうが故に、幻想化に歯止めが掛かるためと考えることができる。痴呆では現実検討をおこなうに必要な認知機能が障害されるため、



幻想化に歯止めがかかることが少なくなり、そのため、転移も本事例のように直裁な形で現れると考えることができる。これを精神分析の用語で説明すれば、二次過程思考よりも一次過程思考の優位な状態であると考えることができる。

以上のような、転移と認知機能障害を統合的に捉える視点に立つと、つぎのような推測が成り立つ。すなわち、Cの痴呆がもう少し重ければ面接者は完全に夫や息子に見られたのではないか、つまり人物の見当識障害と診断される状態になっていたのではないかと推測される。

#### (4) 効果についての考察

面接者はCの依存対象となることによりCを情緒的に支えることができたと考えられる。また、面接者が依存対象となった背後には上記のように転移の機制が働いていたと考えることができる。

### 4 事例D

#### (1) プロフィール

**年齢・性** 75歳・女性。

**診断名** 脳血管性痴呆。

**入院年月日** 1984年6月8日。

**面接期間・回数** 1984年10月4日～1986年3月25日（80回）。

**長谷川式痴呆診査結果** 13：1984年6月13日施行，9：1985年4月11日施行，0：1986年3月21日施行。

**痴呆の臨床像** 思考の断片化が強く、一回の面接の中で話題はめまぐるしく変わった。痴呆の進行と共にその傾向は強まっていった。記憶力については、当初は比較的良好で、数日前に誰が面会に来たかということ覚えていた。1週間前の面接で話をしたことは覚えていたが、内容について



の記憶はなかった。

**性格的な臨床像** ふっくらとして朗らかな愛想のいい人だった。

**生活歴・現病歴** 5人きょうだいの長女として生れる。幼少時に父親が死亡。Dは母親の仕事をよく手助けしていた。女学校卒業後18歳で結婚し、以後農業に従事していた。69歳の時夫が死亡。73歳の時白内障の手術を受ける。その後痴呆症状が出現し、74歳の時正常圧水頭症との診断で開頭手術を受けた。しかし良ならず、手術後も痴呆症状は悪化してゆき、家庭での世話が難しくなってK精神科に入院してきた。

## (2) 面接経過

最初の数回の面接では、話が途切れると面接室の花瓶を誉めたりして、Dは面接者に対して社交的に接した。話の内容は子育ての秘訣とか、「人は一所懸命勉強しなければいけない」、「家庭は円満なのが一番」といった人生訓的なものが多かった。しかし間もなく面接者に対する親密感も形成され、それにつれて心情も語られるようになった。

7回目。「弟が来たけど世間話をして帰した。姉弟だからといってややこしい話をして困らせるのはいや。でも会いに来てくれると涙が出るほど嬉しい」という話をした後、「この部屋へ来て心の中のものを話したら気が楽になる。先生だと私の言ったことが他の人に漏れるようなこともないから安心」と言う。

10回目。「やっぱり先生の時間をとることが気にかかる。最近は少しそうでもなくなったけど」。

11回目。「家族の者が私のことを段々馬鹿になっていくと話しているのを聞いたことがある。先生今日は何日でしたかね？こんなことが分からないと自分が馬鹿になったと辛く思うことがある」。



12 回目。「先生の貴重な時間をとってもらって済みません。私ばかり喋って先生を楽しませることができないので悪い気がする」という話の後、母親のことを話す。「母は私たちが薪を拾って来ても、そんなことをしなくてもいい、それより自分たちの勉強をなさいと言った。母は人にしてもらおうより、してあげるのが好きだった。人に頼るのは好きでなかった」。

13 回目。「先生今度いっしょに花見に行きましょう。私が弁当を作って行きます」。

15 回目。他の患者がテーブルの下で寝ているのをDは助け出し、頭を自分の胸に抱いてさすっている。ひじょうに暖かい態度であった。面接者が話しかけると、「困っている人がいると捨てておけない。特に年寄などは親切にしてあげると本当にうれしそうな顔をする」と答えた。その後、盆栽の話などを交えながら次の3つの話題が、本人にとっては全く関連のない話題として語られた。「私が死んだら家の中は暗闇になる」、「家の中は明るいのが一番。食事もみんなで食べた方がおいしい」、「昨日近所の奥さんが会いに来てくれた（日づけは間違っているが事実）。手を合わせて拝みたくなるほど嬉しかった。家の者はあまり来ないけど」。

16 回目。「先生と話すとき心が水に流したような感じになる。すごく気持ちいい」。

18 回目。「先生一人が頼り。私みたいなつまらん者でも先生のためになれたらいいのと思う」。

20 回目。面接が始まる前、Dは面接者が他の患者と話をしている様子を傍らで見ていた。面接者に話しかけたい様子であった。その後の面接でDはこう言った。「さっき先生を見かけて話しかけようと思ったけど思い



留めた。いくら先生が親しいからといって邪魔をしたら悪いと思う。家族の者に対しても礼儀というものはありますから」。

25 回目。面接者が他の患者と話しているのを遠くの方からじっと見ている。面接者が側へ行くと、「先生には某所（Dの住所）にずっと居てもらいたい。早く学校が終わって夕方には私の家へ来てくれないかと、そんなことばかり考えている」と言う。

26 回目。面接者の手を握って「手のぬくもりがあると身体にも伝わって安心する」と言う。その後、「私はもう長くは生きませんから、先生いつまでも元気でいてくださいね」と言った。

30 回目。「先生、街へ遊びに行きなさい。私が後を追うというようなことをしたらいけませんよね」。

31 回目。「先生、街へ行かずにここに居てください。年寄になったら寂しいですよ。先生が来てくれたらうれしい」。

32 回目。いつの間にかごく自然に親しげな様子をDが見せるようになったことに、面接者は改めて気づく。Dも、「私ももう遠慮しないですからね」と言う。

40 回目。「別にどこへ行きたいとも思わない。先生とこうやって話ができるのだけが楽しみ」。

42 回目。「先生のお母さんはどこか身体が悪いんでしょう。もう長くないのだから、十分に面倒をみてあげなさい」。

48 回目。「先生と話をしている時だけ頭が働く。それ以外では何も考えていない。何を食べてもおいしいと感じなくなった。楽しいことは何も無い」。

52 回目。「先生のお母さんを見舞いに行った」。



59回目。「家の者はね、私が帰ってもちっとも喜ばないんですよ」と、めずらしく怒りの感情を込めて語る。しかしそれも一時のことである。次の話題に変わると、もうそのことは念頭にない。

64回目。「先生、一目でいいからお母さんに会って行きなさい。そしたらすごく喜ぶよ」。

### (3) 心理力動の考察

毎回の面接は断片的な話の寄せ集めであったが、面接経過全体を見渡すとまとまった心理力動が浮かび上がってくる。以下の解釈が可能に思える。

15回目のエピソード（他の患者をテーブルの下から助けだす）が示すように、Dは他者に対して暖かい人であった。一方、「弟が来たけど世間話をして帰した。姉弟だからといってややこしい話をして困らせるのはいや。でも会いに来てくれると涙が出るほど嬉しい」（7回目）と言うように、自分が他者に依存する際にはやや禁欲的な面があった。それは面接者に対する親密感を徐々に形成していった経過の中にも見られた。

このような性格は母親の性格を受け継いだものと思える。12回目の面接でDは、「先生の貴重な時間をとってもらって済みません。私ばかり喋って先生を楽しませることができないので悪い気がする」と言った後、母親の性格をつぎのように語っている。「母は私たちが薪を拾って来ても、そんなことをしなくてもいい、それより自分たちの勉強をきなさいと言った。母は人にしてもらうよりしてあげるのが好きだった。人に頼るのは好きでなかった」。Dは女手ひとつで子どもを育て上げた母親を手助けしながら、愛情深さと自律性の厳しさを同化していったのだろうと思える。

ところで、Dは面接者に対してつぎのようなことを語っている。「先生のお母さんはどこか身体が悪いんでしょう。もう長くないのだから十分に



面倒をみてあげなさい」(42回目), 「先生のお母さんを見舞いに行った」(52回目), 「先生, 一目でいいからお母さんに会って行きなさい。そしてらすごく喜ぶよ」(64回目)。Dが語る面接者の病気の母親とはD自身のことであろう。息子家族に関しては, 「家の者はあまり来ない」(15回目), 「私が帰ってもちっとも喜ばない」(59回目)と, 否定的な気持ちしか語らなかったDの, 語られなかった気持ちがここに現わされているように思える。

15回目の面接でDは, 他の患者を助けて「年寄などは親切にしてあげると本当にうれしそうな顔をする」と言った後, わずかだが息子家族の話題に触れた。「昨日近所の奥さんが会いに来てくれた。手を合わせて拝みたくなるほど嬉しかった。家の者はあまり来ないけど」。Dは助けた患者に自分を投影したのではないかと思える。

断片的に述べられたDの言葉を秩序立てると, 以上のような心理力動を理解することができるが, 言葉の断片化が示すように感情も断片化していることは否めない。しかし, 断片化した感情であってもそれを他者に向かって表出することは患者にとって快い体験となることを, Dの次のことばは示している。「先生と話すとき心が水に流したような感じになる。すごく気持ちいい」(16回目)。

#### (4) 効果についての考察

面接者はDとの間でごく自然な暖かい人間関係を結ぶことができた。面接者はそのような形でDの依存対象になることができたと言えよう。そしてそれがDを情緒的に支えたと考えられる。

また, 「先生と話すとき心が水に流したような感じになる。すごく気持ちいい」(16回目)というDのことばから, 心理療法の応答技術が痴呆患



者に対しても自然な感情の表現を促し、その結果患者は情緒的な満足を得ることが明らかにされた。このことに加えて、会話をするることによって患者の精神機能が活性化されることが、Dの次のことばから明らかにされた。「先生と話をしている時だけ頭が働く。それ以外では何も考えていない」(48回目)。

## 5 事例E

### (1) プロフィール

**年齢・性** 83歳・女性。

**診断名** 老年痴呆。

**入院年月日** 1983年3月28日。

**面接期間・回数** 1984年11月10日～1985年6月20日(28回)。

**長谷川式痴呆診査結果** 9:1984年4月1日施行。

**痴呆の臨床像** 簡単な会話は可能であった。しかし、面接者のことばの意味を理解できない場合も多く、その時は支離滅裂な応答になることがよくあった。思考障害はかなり強かった。

**性格的な臨床像** 律義で穏やかな印象の人であった。他の患者が喧嘩しているのを見ると温和な口調で仲裁に入る、外向的な面ももっていた。

**生活歴・現病歴** 12人きょうだいの第3子として生まれる。22歳のとき結婚。夫は土木関係の仕事に従事し、Eは農業をしていた。47歳のとき眼の手術をし、片方の眼は義眼となる。夫は53歳で死亡。4人の子どもがいる。2年ほど前から痴呆症状が出現し、夜間徘徊や火元の不始末などの問題行動が生じたためK精神科に入院してきた。

### (2) 面接経過

「明日K病院(精神科)へ行こうと思います」という言葉が、ほぼ毎回



のように繰り返された。面接経過を記す前に、このことと関連があると思われるデータを病棟記録から抜粋しておきたい。

1983年3月28日入院。

3月29日。「家へ帰してくれ」と泣きながら訴える。

3月31日。家へ帰りたい一心で、朝食を拒否。

4月2日。夜「私は家へ帰ります。灯りを貸してください」と言って、部屋から廊下へ何度も出てくる。

8月13日から17日まで外泊。外泊より帰院後、しばらくの間家と病院を取り違えている様子。何度も看護婦詰所にやって来ては、近所のことなどを話す。

面接の開始は入院から19ヶ月後の、1984年11月10日である。

1回目。話したいことがあると言って面接者を呼び止める。「2、3日うちにK病院へ行こうかと思うけど、先生の意見を聞きたい。娘が、病院に入った方がええと言うて」。

2回目。「明日の朝K病院へ行くので、家族の者が『身体に気をつけなさいよ』と言ってくれて、胸がジーンとした。先生、よろしく願います」。

3回目。話に誘うが、「またの機会にしてくれ」と言う。

4回目。「明日、雨が降らなければ（外は雨の降りそうな気配だった）、K病院へ行くから、病院の人によろしくお伝え下さい。K病院のお金のこと、家の者は心配ないと言うてたが、その所、病院の人によろしくお伝え下さい。」

5回目。「明日K病院へ行こうと思います。よろしく願います」。  
<此処はどこですかね？>。「K病院」.<K病院からK病院へ行くの？>



ちょっと変だね>。「はい、はい。それで、明日K病院へ行こうと思ひますので、よろしくお願ひします」。<わかりました。ご安心下さい>。Eは納得した様子で、「どうも、お邪魔しました」と言うと、その場を去って行った。

6回目。「明日K病院へ行くから、よろしくお願ひします」。<入院するの？>。「いや、入院はしとうない」。<立ち話もなんですから、向こうで話をしましょうか>。「話いうても、この前話したようなことです。(中略) 盆に長男が面会に来てくれ、家に連れて行ってもらった(これは事実である)。明日も面会に来てくれるかもしれん」。<楽しみです>。Eは目に涙を浮かべて、嬉しそうな表情を見せた。

8回目。「明日K病院へ行くから、よろしくお願ひします」。そして、「昨日、長男が家へ帰ってきた」と言って涙ぐむ。面接者が「家族の話をするときはいつも涙が出るね」と言うと、「眼(Eは片方の眼が義眼である)を看護婦さんが毎日拭いてくれます」と応える。面接者のことばはEには理解できなかつたようである。

10回目。「明日K病院へ行きます。その後、あなたの所へ寄ります」。

13回目。「明日K病院へ行って、きれいになって帰ってきます」。<じゃあ、病院にはずっとは居ないんだね>。「そう」。<病院に居るより、家で居たほうがいいね>。「そりゃ、ずっとええですよ」。

14回目。「早く帰らなければならぬので、早くK病院へ行かなければならない。こっちから、あっちへ行かなければ」。<此処はどこかね？>。「病院か、会社か、どこかは知らん。家でもない。あっちのK病院へ行かなければ。家の者が今日じゅうに行けと言わないのなら、明日でもええ」。

17回目。「明日K病院へ行きます。雨が降っているから、今日は行か



ない」。〈じゃあ、今日はこれからどうしますか？〉。「先生と一緒に唄でも歌いましょうか」（面接者は音楽療法も担当していた）。その後、内緒話があるといった様子で、Eは面接者に身体を近づけて話をする。「ややこしいことがあった。みんなが私を怒った。（中略）先生を呼ぼうかと思っていた。（中略）私が悪かったんじゃないかと思う」。Eはその時の状況を説明するのだが、内容は面接者にはほとんど分からない。内容はよく分からないが、面接者は相づちを打ちながらEの話を聞いていた。

26 回目。他の女性患者Xと一緒にEはテーブルに座っている。その側に面接者も腰かけた。Eはテーブルの向かい側に座っているXに「先生がおられるから、話をしてごらん下さい。（中略）先生が唄を歌うてくれる」と話しかける。Xが「知っとるよ。いる時は使うよ」と応じると、Eは「使うじゃなしに、先生よ」と、注意する。

27 回目。「先生、今日も歌いましょうね」。

28 回目。ここまで面接を続けてきて、面接者はEにとってどこかなじみのある人物とはなったが、特定の人物としてはEに認知されていない様子であった。そこで試みにこの回、面接者はEの前に座っても話しかけないうでいた。するとEはまったく面接者に注意を払わない。そのうち他の患者が唄う軍歌が聞こえてきたので、Eはそれに合わせて指でテーブルを叩いて拍子をとりはじめた。

この回でEに対する定期的な面接は終了した。面接者は特定の人物として認知されてはいないようなので、定期的な面接の有用性は高くないと判断したからである。この後は音楽療法をはじめ、病棟の日常生活場面で適宜Eと接触を続けることにした。



### (3) 心理力動の考察

面接では「明日K病院へ行こうと思います」という言葉が繰り返し語られた。この言葉と関連ある話として、次のようなことも語られた。「娘が、病院に入った方がええと言うて」(1回目)、「家族の者が『身体に気をつけなさいよ』と言ってくれて、胸がジーンとした」(2回目)。これらの言葉を総合すると、K病院に入院、あるいは外泊から帰院する際の家族との別れの情景が浮かび上がってくる。これはおそらく現実の体験だったのではないかと思われる。そしてそれは、入院5ヶ月後にあった外泊時の体験であった可能性が考えられる。なぜなら病棟記録に「外泊より帰院したEはしばらくの間病院と家を取り違えている様子であった」と記されているからである。

さて、Eは入院した当初は何度か「家へ帰してくれ」と訴えているが、5ヶ月後にあった外泊の際には帰院してもそのような訴えはしていない。病棟はEにとって既になじみの場所になっていたからであろうと思われる。

また、「明日K病院へ行こうと思います」とEが言う時、とにかくそこへ行かなければならない、という気持ちはもっていても、入院しなければならぬとまでは思っていないことは、Eのつぎのことばから分かる。

「いや、入院はしとうない」(6回目)、「明日K病院へ行きます。その後、あなたの所へ寄ります」(10回目)、“「明日K病院へ行って、きれいになって帰ってきます」。<じゃあ、病院にはずっとは居ないんだね>。

「そう」”(13回目)、「早く帰らなければならぬので、早くK病院へ行かなければならない。こっちから、あっちへ行かなければ」(14回目)。したがって、「明日K病院へ行かなければならない」という状況は、Eに情緒的な不安を喚起させる状況ではないと理解できる。むしろ、「今



は家族と一緒にいる」という意味において、Eにとっては情緒的に安定した状況であろうと考えられる。

以上の考察をまとめると次のようになる。病棟がなじみの場所になったことに加えて、Eの主観的世界が「明日K病院へ行こうと思います」（つまり、いま自分は家族と一緒にいる）という主題をもったことにより、Eの情緒的安定はさらに促進されたのではないかと考えられる。

#### (4) 効果についての考察

面接者はEにとってどこかなじみのある人物とはなったが、特定の人物としては認知されなかった。そのため、面接者はEの恒常的な依存対象にはならなかった。この点では、面接者はEに対して十分な情緒的支持を与えることができなかった。

ただ、この結果から直ちに、Eのような患者に対する心理療法的アプローチの効果を否定すべきではない。その場限りの情緒的支持は与えることができるからである。つぎのデータがそれを示している。“「明日、K病院へ行こうと思います。よろしくお願ひします」。(中略) <わかりました。ご安心下さい>。Eは納得した様子で、「どうも、お邪魔しました」と言うと、その場を去って行った“(5回目)”，“「盆に長男が面会に来てくれ、家に連れて行ってもらった。明日も面会に来てくれるかもしれん」。<楽しみですね>。Eは目に涙を浮かべて、嬉しそうな表情を見せた“(6回目)。

## 6 事例F

### (1) プロフィール

年齢・性 79歳・女性。

診断名 老年痴呆。



**入院年月日** 1980年1月24日。

**面接期間・回数** 1984年11月11日～1985年7月19日（29回）。

**長谷川式痴呆診査結果** 6.5：1984年4月15日施行。

**痴呆の臨床像** かなり筋のまとまった会話が可能であった。しかし、トイレットペーパーを食べたり、中空に向かって話しかけることがあるなど、現実検討能力はかなり障害されていた。

**性格的な臨床像** 機嫌が悪い時は大きな声で文句を言ったりするが、機嫌が良い時は朗らかで、礼節も保たれていた。天真爛漫な印象なので、職員からも声をかけられることが多かった。病前の性格は、何でもてきぱきと処理していたという。

**生活歴・現病歴** 6歳のとき両親が離婚し、Fは父親の元に残った。その後父親は再婚し、継母が家に入る。Fは助産婦の学校を出た後、長年助産婦として働いていた。4人の子どもを産み、その内2人は幼少時に死亡している。夫はすでに癌で死亡している。

5、6年ほど前から痴呆症状が出現したが、日中は一人で生活することが可能であった。1980年1月6日、肩関節を脱臼して整形外科に入院する。退院後自宅に戻るが、「これは自分の家ではない。家へ連れて帰ってくれ」と言うようになり、同年1月24日、K精神科に入院する。

## (2) 面接経過

Fは病棟での生活を「仕事をしたり、説教を聞くために、家を離れてここへ来ている」と思っていた。Fはまた、心不全のためしばしば胸苦を感じている様子であった。

1回目。「おむつを替えてほしい」、「身体の調子が悪い」と泣きながら訴えて職員詰所にやって来る。面接者はFを別室に連れて行って、そこ



でFの話聞いた。「喋ると胸がしんどい。身体が良くなれば仕事にも出る。ここは会社。仕事はします。先生のおっしゃる通りに。毎日ここへ通うのはたいぎだから、かためてここで仕事をしている。(中略)下の者には負けんように、仕事については横着はせん。(中略)産婆の仕事をしてきた。ちゃんと助産の学校も出ている。勉強が好き。4, 5年生の本を読んだり、教えたりしている」。Fの話す口調はしっかりとしており、話すにしたがって人格が整ってくるような印象を面接者は受けた。

2回目。「毎日仕事をきちっとしている。編み物や、袋縫いや、薬の仕事」。

3回目。面接者が近づくと笑って迎えるが、話をしたい様子はない。

4回目。<こんにちわ。身体の調子はいかがですか？>。「調子は悪いことはない。今仕事を探している」。面接者が<仕事のことなどを詳しく聞きたいので、静かな部屋で話しませんか>と誘うと、Fは了承した。継母や実母、父親のことなどが話された。Fは半ば目を閉じて、夢の中の出来事を語るかの様子で語った。

5回目。職員詰所にいる面接者にFの方から話しかけて来る。「先生に弁当を預けたんですが、その弁当がない。どの先生に預けたのか忘れてしまった。〇〇(村の名)の学校の子どもが取ったんでしょう。これから探しに行きます」。病棟の廊下を歩きながら、Fは人のいない部屋に向かって「〇〇の人はおらんかね」と大声をあげている。面接者が<こちらで昼ご飯を用意しますから、食べていってください>と言うと、Fは「どうもすみません。〇〇の子どもがいたずらをしたんでしょう。私もお産でよその子の面倒をみてきたので、子どもは可愛いんです。だからあまり怒れません」と言う。



6 回目。「胸が苦しい。でも他の病気はないので、治るのは早い。（中略）お父さんがここに来ているのでさっきから探しているけど、見つからない」。

7 回目。面接者を見ると「お父さん」と呼びかける。面接者がくどうしたの>と応えると、次のようなことが話された。「お父さんが見つからない。一人じゃ恐くて家へ帰れない。男性に襲われたりするから。（でも）家でする仕事はないので、急ぐ必要はない。今からここで説教を聞く」。

8 回目。「身体の具合はいい。ここに来てみんなと話をして、けっこう楽しい。（中略）お父さんには迷惑をかけないために、働いて銭をかせぐ。結婚資金も自分でかせぐ。その金はお父さんに預かってもらっている。お母さんもよくしてくれるけど、ままお母さんだからやっぱり気兼ねです」。

9 回目。「先生、これを使って下さい」と言って、トイレットペーパー<sup>（註1）</sup>を包み状に畳んだものを懐から取り出して面接者に渡す。「仕事に使う。中には薬が入っている」と言う。しばらくすると、「これをあそこに置きましょう」と言って立ち上がるので、面接者もその後をついていった。Fは便所に入り、トイレットペーパーの上にその包みを置き、そして元の場所に戻った。歩いたのでしばらくの間「胸が苦しい」と言っていたが、最後に「先生、お世話をかけました」とFは言った。

（註1）Fはトイレットペーパーの切れ端をいつも懐に入れていた様子で、時々それをちぎって顔に貼りつけたり、また食べたりすることが観察されている。

9 回目の面接の4日後、Fは心不全との診断で点滴と酸素吸入を受け始めた。

10 回目。点滴と酸素吸入を受けながらベッドで寝ている。面接者が話



しかけると、Fは目を開いて「しんどいばかり。誰も親切にしてくれない。でも家は遠いのでなかなか帰れない」と言う。

11 回目。ベッドで静養している。面接者が呼びかけると、うっすらと目を開けて返事をするが、面接者が誰なのか見当がつかない様子である。〈先生ですよ〉と面接者が言うと、「ああ、先生ですか。学校の先生はありがたい。勉強は好きです。（中略）人は正直でなければいけません」と言う。〈それじゃ、さようなら〉と面接者が言うと、「どうもありがとうございました」とFは応えた。

12 回目。「先生<sup>(註2)</sup>、来て下さいやー」と、ベッドの上で大声を出している。他の患者の世話で忙しい看護婦はFの相手をする余裕がない。そこへ面接者が行った。面接者がFの手を握り、穏やかな口調で話しかけると、Fは次第に落ち着いてきた。そして「きつい。胸がきつい。家へ帰りたけれど、遠いのでなかなか帰れない」と言う。別れ際、それまでずっと閉じたままだった目をうっすらと開け、「先生、忙しいのにありがとうございます。親切にしてくれるのは先生だけです」と言った。

(註2) 特定の「先生」を意味してはいないと思われる。

13 回目。「ベッドから降ろしてくれ」と大声で叫んでいる。Fが自力でベッドから降りた所で看護婦がやって来た。両者はしばらくの間もめていたが、看護婦はFを別のベッドに寝かせた。だがFはすぐに「先生、来て下さいやー。しんどいけえ」と叫び始めた。面接者は他の患者と面接中であったが、その騒ぎを聞きつけFのもとへ行った。「胸が苦しい。先生がいたら親みたいで安心」とFは言う。面接者は他の患者との面接の途中であったので、その場を早く切り上げようとして〈20回背中を撫でてあげるからね。そしたら楽になるから〉と、暗示<sup>(註3)</sup>のようなことをFに



言った。面接者が側にいる間はFは安心していましたが、面接者が側を離れると「先生、どこにおるん。しんどい。助けてー」とFは叫んだ。

（註3）この回の面接者の対応は良くなかった。暗示のようなことを言う代わりに、「背中をさすってあげるから、楽になったら言って下さい。それまでここに居てあげます」と言えば、Fは間もなく安定したのではないかと思われる。面接者がこのように接すれば、Fは20回目の面接（後ほど記載）の時のように、「ありがとうございます。先生、休んでください」と間もなく言ったのではないかと思われる。このような、Fの人格に保たれている成熟した部分、を信じた接し方が有効ではないかと思われる。

14回目。ベッドでの静養が終わり、デイ・ルームに出て椅子に座っている。気分が苛立つのか、時々大声を出したり、他の患者につっかかっている。しかし面接者が話しかけるとFは穏やかに礼儀正しく対応した。

15回目。落ち着いている様子。「毎日ここへ通って来ている。みんな親切にしてくれる。仕事をするということのほどもないのだけど、昼からは先生のお話を聞かなければならないので、ここにいます。身体は悪いこともないし、これといった心配はない」。

16回目。机の上に切り裂いたガーゼをたくさん並べている。ガーゼを指して、「これは薬。これを飲めば2日ほどで良くなる。やっぱり胸が少ししんどい。でも、やれんというほどのものではない」と言う。

17回目。ここまで面接を重ねてきても、面接者が特定の人物としてFに認知されている印象は薄かった。そこで試みに、この回面接者は、Fの前に座っても話しかけないでいた。するとFはまったく面接者に注意を払わない。ポーとした表情でゼーゼーと息をしている。面接者が「胸がしんどそうじゃね」と言うと、「しんどいということもないが、軽いというこ



ともない」と応える。そのうち他の患者が大声を出しているのを聞いてFは笑い出した。面接者が黙ったままその場を立ち去ると、Fは面接者に注意を向けることはなかった。

19 回目。自分の着ている丹前を指差して「仕事でこれを作った」と言う。そして「先生、これを食べて下さい」と言って、タオルを差し出した。接待をしている様子であった。

20 回目。机をドンドン叩いて、目の前に座っている患者に何かを訴えている。その様子を見ていた他の患者は、「あのおばあさんはいつも机をドンドン叩いて、しんどい、しんどいと言う。よう言いますよ。活発すぎるんでしょう」と言った。面接者が<どうしたん>と話しかけると、「胸がしんどい。話にならん」とFはこたえる。面接者が背中をさすると、しだいにFは落ち着きを取り戻し、そして「ありがとうございます。先生、休んでください」と言った。

22 回目。面接者の方から話しかけないでいると、やはり今回もFは面接者に注意を向けなかった。そのうち、側を通りかかった男性患者に対してFは「父さん」と呼びかけた。

23 回目。Fの前を通りかかった面接者に「父さん」と呼びかけてくる。そして「お父さん、帰らんの？」と言う。この時のFの表情を見ると、視線が中空を漂っており、夢か幻想を見ているような印象であった。

26 回目。「家に帰ろうと思うんですが、道がわからん。」。<まだ午前中ですから、此处でゆっくりしてってください>。「そうですか。どうもお世話をかけました」。

28 回目。他の患者に対して一方的に文句を言っている。近くに人がいなくなると、誰もいない中空に向かって文句を言い続けている。



29 回目。他の患者に対して一方的に文句を言っている。その患者はFの頬を叩いて、その場を去っていった。面接者がFに話しかけると「あっちが悪い」と言い、そして「私はもう落ち着いた」と言う。相手を軽くいなしてやったと言いたげな口調であった。

Fにとって面接者は特定の人物として認知されていないため、定期的な面接の有用性は高くないと判断し、この回をもってFとの定期的な面接は終了した。

### (3) 心理力動の考察

Fの主観的世界は、胸苦という現実と、家を離れて仕事にやって来ているという虚構で構成されている。

主観的世界の主題を把握することができれば、一見不可解なトイレットペーパーに関するFの行動（トイレットペーパーの切れ端をいつも懐に入れており、時々それをちぎって顔に貼りつけたり、また食べたりするという行動）についても、その意味が理解できるようになる。以下の理解が可能に思える。

まずデータを列挙したい。「毎日、仕事をきちっとしている。編み物や、袋縫いや、薬の仕事」(2 回目)，“トイレットペーパーを包み状に畳んだものを懐から取り出して面接者に渡し、「仕事に使う。中には薬が入っている」と言う”(9 回目)，“机の上に切り裂いたガーゼをたくさん並べ、それを指して「これは薬。これを飲めば2日ほどで良くなる。やっぱり胸が少ししんどい」と言う”(16 回目)。

上記のデータを総合すると次のような考察ができる。すなわち、「薬の仕事」(2 回目)とは、トイレットペーパーを包み状に畳んだり(9 回目)、切り裂いたガーゼを机の上に並べたりする(16 回目)ことであり、



トイレットペーパーを食べるのは胸苦しさを治すための薬を飲むことである、と考えることができる。なお、トイレットペーパーを包み状に畳んだり、切り裂いたガーゼを机の上に並べたりする行為は仮性作業と呼ばれるが、仮性作業にも意味があることを、上記の考察は示している。

さて、Fは「家を離れて仕事にやって来ている」という虚構の世界に生きていることは既に指摘したが、この虚構の世界では父親が生きており、そしてその存在はFにとって重要である。この点に関して次のような理解ができる。

Fは6歳の時実母と別れており、父親が依存の主対象になっていたと考えられる。そしてそれは健康な依存であったことが、つぎのFのこぼれから分かる。「お父さんには迷惑をかけないために、働いて金をかせぐ。結婚資金も自分でかせぐ。その金はお父さんに預かってもらっている」

(8回目)。しかし、胸苦しさが激しい時など、一人で不安な時には、不安を支えてくれる依存対象としての父親の存在は大きい。それはFの次のこぼれが示している。「胸が苦しい。(中略)お父さんがここに来ているので、さっきから探しているけど見つからない」(6回目)、「お父さんが見つからない。一人じゃ恐くて家へ帰れない」(7回目)、「きつい。胸がきつい。家へ帰りたけれど、遠いのでなかなか帰れない」(12回目)、「胸が苦しい。先生がいたら親みたいで安心」(13回目)。

なお、Fは男性患者(22回目)や面接者(23回目)を父さんと呼んでおり、人物の見当識障害を呈している。Fが呈した人物の見当識障害には心理力動的な意味が含まれていることが、上記の考察から指摘できる。

#### (4) 効果についての考察

事例Eと同様、Fの場合も面接者は特定の人物として認知されず、Fの



恒常的な依存対象にはならなかった。この点においては、面接者はFに対して十分な情緒的支持を与えることができなかった。

しかし、その場限りの情緒的支持を与えることはできたと考えられる。つぎのデータがそれを示している。“「先生、来て下さいやー」と、ベッドの上で大声を出している。(中略)面接者がFの手を握り、穏やかな口調で話しかけると、Fは次第に落ち着いてきた。そして、「きつい。胸がきつい。家へ帰りたけれど、遠いのでなかなか帰れない」と言う。別れ際、それまでずっと目を閉じたままであったFはうっすらと目を開け、「先生、忙しいのにありがとうございます。親切にしてくれるのは先生だけです」と言った”(12回目)。

## 7 事例G

### (1) プロフィール

**年齢・性** 73歳・女性。

**診断名** 脳血管性痴呆(卒中後遺症)。

**入院年月日** 1977年1月17日。

**面接期間・回数** 1985年9月18日～1986年1月23日(17回)。

**長谷川式痴呆診査結果** 14:1985年4月11日施行。

**痴呆の臨床像** 記憶障害や時間の見当識障害などはあっても、自分の精神状態について反省的に観察する能力は高かった。自分の現在置かれている状況についても、「脳をやられて長い間ここに入院している。子どもたちは最初の頃はよく見舞いに来ていたけど、最近はあまり来ない」と、正確に認識していた。ただ、正しい現実認識は時々作話に置き換えられることがあり、正しい現実認識と虚構が混在していた。

**性格的な臨床像** よく笑い顔を見せるが、つくり笑いの印象が強かった。



口調はあっさりとしており、少し相手を突き放すような印象を受けた。

**生活歴・現病歴** 女子師範学校を卒業。結婚後は専業主婦をしていた。夫は 50 歳で死亡。子どもは息子と娘が一人づついる。卒中後遺症のため、1977 年 1 月 17 日 K 精神科に入院してきた。G が 65 歳の時である。面接開始時にはすでに 8 年 8 ヶ月の入院歴があった。

## (2) 面接経過

1 回目。少し話をすると、「先生、さようなら」と言う。〈帰れということかな〉。「そうじゃないの」。〈じゃ、本当は帰ったらいけないんかな〉。「そういう複雑なことは分からないの」。

2 回目。「半分くらい、何がなんだか分からなくなってしまっちゃった。ここがどこだかも、昔のことも。夫はもう亡くなった。脳溢血であっさりよね」。〈死んだ者はあっさり死んでも、後に残された者は心の整理が大変だったでしょう〉。「そう。でも、あんまりそういうことは、もう考えないの。考えないと一日一日が同じように過ぎてゆくからね」。〈子どもたちは面会に来てくれますか〉。「最初の頃はよく来ていたけど最近あまり来ないね。私の方が向こうの顔を忘れてしまったからでしょう。

(中略) 脳をやられてここに入れられた。もう何年も前のことだ。脳をやられたから、こんなふうにも何も分からないんだね」。

最後に G は自分の肌が色素沈着で黒いことについて触れ、こう言った。「小さい頃に病気にかかって色が黒くなっちゃった。母は卵で肌を磨いたりして白くしようと必死だったけど、もう白くならないと分かったら面倒臭くなっちゃった」。

3 回目。面接者が話しかけると、「先生、さようなら」と言う。そして「先生、何をしに来たん」と尋ねる。〈話をしに来たんだよ。迷惑かな〉。



「迷惑じゃないけどね。きょう朝の会の前にね、先生を見かけて声をかけようと思ったけど、邪魔したらいけないと思ってやめたんだよ」。続けてGはこう言う。「もう、おしまいだよ。こんな身体になったらね」。<何も楽しいことはない？>。「そうでもないんだよ。希望はあるんだよ。夢みたいなものだけどね。現実はこのんで、全然ちがうけどね」。<どんな希望なのかな？>。「それはね、教えれんのよ。心の中のことだからね」。

4 回目。「女学校を出る前に脳をやられてね。脳の病気になってから頭がボーとしている。(中略)気分が抑鬱的な時はね、ひとりでじーとしていて、話をしないの。(中略)何かを決めるのが難しくなっちゃった」。<判断がつきにくくなったのかな>。「そう。記憶もね、悪くなったんだよ。すぐ忘れてしまう」。

5 回目。少し話をすると「これで、おしまい」と言う。それでも面接者が話を続けると、会話は15分ほど続いた。「先生のお母さんは？」とGは尋ねる。<元気でやっているよ。四国で住んでる>と面接者が応えると、Gは一言「別居ね」と言った。

5 回目の面接の翌日。Gは面接者を呼び止め、「先生、ありがとう。それだけ」と言う。面接者も<うん、わかった>とだけ応えた。

6 回目。Gの方から面接者に声をかけてくる。「今日はね、5月5日なんですよ(実際は10月23日)。歌を知ってたら一緒に唄いましょう」。面接者はGと一緒に「背くらべ」を唄った。

7 回目。面接者を見ると素直に嬉しそうな表情を見せる。「今日はね、男の子の節句の祭りがある。午後からひとも沢山集まってくる。先生も来て下さいね」。<Gさんの子どもの節句なの？>と面接者が尋ねると、G



は肯定も否定もしなかった。Gが「背くらべ」を歌い出したので、面接者も一緒に歌詞を口ずさんだ。

8回目。面接者がGの隣の席に腰かけると、「先生、どうして私が見つかったの」と言う。〈遠くからでもすぐわかるよ〉と面接者が応えるとGは「嘘よ」と言い、続けて「これで、さよならしましょう。そしてまた明日会うの」と言った。その後Gは面接者に背を向けて歌を唄いはじめた。面接者はその歌を知らなかったが、でたらめな歌詞を作って一緒に唄った。Gは「そうじゃないのよ」と言いながらも、愉快そうであった。Gが「今日はこれでおしまい」と二度目に言ったときは、面接者はその言に従った。

9回目。Gの方から自発的に話をする様子はない。面接者が小声で歌を口ずさむと、Gもそれに合わせて唄い始めた。唄い終わるとGは「これでおしまい。またね」と言う。面接者はそこでGと別れた。

10回目。「私はね、色々と質問されるのが好きじゃないの。怖いだよ。それじゃね、また明日」。

11回目。Gはにこにここと笑いながら「さようなら」と言う。取り付く島がない印象を面接者はもつ。

12回目。面接者は歌を口ずさんで、Gと話をする糸口を作った。Gはこう言った。「夜ひとりでいると怖いだよ。(中略)ここはどこなのか分からない。ここは船の中。どこの港なのか分からない」。

13回目。「机の上に私がほしいものが見える。それが何なのか、先生、当ててみて」と言う。面接者は分からぬまま色々と言ってみた。その後Gはこう言った。「今日はここまでにしましょう。今度また当ててね。私もちゃんと覚えているから」。

14回目。「今日はね、〇〇の歌を教えてあげるの」と言って、その歌



を唄い始めた。唄い終わると「今日はこれでおしまい」と言う。

15 回目。Gの方から面接者を呼び止めたのだが、面接者が隣りの席に座ると、Gは二、三言喋ってから「さようなら」と言う。面接者は<それはないよ>とGに言った。しばらくするとGの方からまた面接者に話しかけてきた。「ここはね、お寺なのよ。ここが私のおうち。(中略)真っ暗になるのよ。出口がないから、わたしは探すの」。

16 回目。面接者が話しかけると、「あなたにね、向こうへ行ってほしいの」と言う。面接者が<この前はたしか〇〇の歌だったな>と、独り言のように呟くと、Gはその歌を唄いだした。。

17 回目。面接者がGの前に座ると、Gは「こんにちわ」と挨拶をする。そしてすぐ「さようなら」と言う。そして笑い出した。面接者はその笑いが人を食った笑いに感じられて、慄然としてしまった。容易に溶けぬ拒絶の態度に、とうとう面接者は怒ってしまったのだ。

面接者はこの回でGとの面接を終了してしまった。

### (3) 心理力動の考察

表面的にはよく笑い顔を作っていたGであるが、内心は抑鬱的であり、不安を抱いていたことは、Gのつぎのことばから分かる。「気分が抑鬱的な時はね、ひとりでじーとしていて、話をしないの」(4 回目)、「夜ひとりでいると怖いよ。(中略)ここはどこなのか分からない。ここは船の中。どこの港なのか分からない」(12 回目)、「ここはね、お寺なのよ。ここが私のおうち。(中略)真っ暗になるのよ。出口がないから、わたしは探すの」(15 回目)。

そのような抑鬱や不安を、Gは防衛していたと考えられる。それはGのつぎのことばから分かる。「でも、あんまりそういうことは、もう考えな



いの。考えないと一日一日が同じように過ぎてゆくからね」(2回目)、  
「私はね、色々と質問されるのが好きじゃないの。怖いよ。」(10回目)。  
なお、Gは自身の精神機能の低下について「半分くらい、何がなんだか分からなくなってしまっちゃった」(2回目)と言っているが、痴呆による精神機能の低下は、「考えない」という防衛の成立を容易にしたのではないかと考えられる。

さて、Gは2回目の面接で亡くなった夫のことに触れて「でも、あんまりそういうことは、もう考えないの」と言った後、肌の色素沈着の話をして「もう白くならないと分かったら、面倒臭くなっちゃった」と言っている。肌の色素沈着の話が有する意味は、「夫のこととか家族のこととか考えてみても、もうどうしようもないから、そういうことを考えるのは面倒臭くなっちゃった」ということであろうと思われる。Fはまた3回目の面接で「もう、おしまいだよ。こんな身体になったらね」とも言っている。これらのGのことばからは、現状に対する投げ遣りな気持ちが感じられる。このような投げ遣りは防衛を構成するひとつの要素であると考えることができる。

そして、防衛としての投げ遣りは、つぎに示すように面接者に対するGの態度にも見てとることができる。“Gはにこにこ笑いながら「さようなら」と言う。取り付く島がない印象を面接者はもつ”(11回目)、“面接者がGの前に座るとGは「こんにちわ」と挨拶をする。そしてすぐ「さようなら」と言う。そして笑い出した。その笑いが面接者には人を食った笑いに感じられて、面接者は憮然としてしまった”(17回目)。

しかし、投げ遣りな気持ちの背後には希望も存在している。3回目の面接で、「もう、おしまいだよ。こんな身体になったらね」と言った後「希



望はあるんだよ。夢みたいなものだけだね」と言っていることから、それが分かる。この時面接者は〈どんな希望なのかな?〉と尋ねたが、Gは「それはね、教えれんのよ。心の中のことだからね」と言って具体的なことは話さなかった。Gの希望とはどのようなことだったのだろうか。

推測すると、それは息子と一緒に暮すことだったのではないかと考えられる。つぎのデータからそのように推測し得る。“面接者を見ると素直に嬉しそうな表情を見せる。「今日はね、男の子の節句の祭りがある。午後からひとも沢山集まってくる。先生も来て下さいね」”(7回目)。2回目の面接で、〈子どもたちは面会に来てくれますか〉との面接者の問いに対して、Gは「最初の頃はよく来ていたけど、最近はあまり来ないね。私の方が向こうの顔を忘れてしまったからでしょう」と応えているが、面接者と接することによって、Gは忘れていた(あるいは忘れ去ろうとしていた)息子のことを思い出していったのではないかと推測される。Gが面接者に息子のイメージを投影していたと思われることは、つぎのデータが示している。“「先生のお母さんは?」とGは尋ねる。〈元気でやっているよ。四国で住んでる〉と面接者が応えると、Gは一言「別居ね」と言った”(5回目)。

このように考えると、面接者の存在自体が忘れていた(あるいは忘れ去ろうとしていた)息子をGに思い出させ、その結果、何も考えずに暮すというGの防衛を揺さぶったのではないかと考えられる。それが、面接者を受け入れようとしながら突き放すというアンビバレントな態度をGがとった、最大の理由ではないかと考えられる。

#### (4) 効果についての考察

本事例は防衛の取り扱いに面接者が失敗して、中断している。上記の心



理力動的理解を面接者が面接当時もっていたならば、十分な効果を上げ得た可能性はある。

## 8 事例H

### (1) プロフィール

**年齢・性** 83歳・女性。

**診断名** 脳血管性痴呆。

**入院年月日** 1983年10月17日。

**面接期間・回数** 1983年10月27日～1984年8月16日（27回）。

**長谷川式痴呆診査結果** 23.5：1983年12月16日施行。

**痴呆の臨床像** 場所や時間の見当識は保たれており、現在自分が置かれている状況については正確に認識していた。記銘力障害があるが、家族が面会に来たことなどは覚えていた。痴呆の程度は軽く、主な問題は妄想や幻覚であった。幻覚はせん妄状態時に出現している可能性が高かった。

**性格的な臨床像** 面接で語られたことは妄想や幻覚に関することが主だったので、その印象が強く、性格については把握しにくかった。

**生活歴・現病歴** 7人同胞の第3子として生まれる。独り娘として大事に育てられたという。尋常小学校を卒業。20歳で結婚。子どもができず、養女をもらって育てた。44歳のとき被爆。夫は即死した。養女には養子を取り、その家族と一緒に生活していた。1980年の夏ごろFは「人が来て、自分の首を締めて殺される」と言い出した。また、ガスコンロの上にプラスチック製品を置いて火をつけたりするので、K精神科に入院することになった。1年半の入院の後、症状が軽快して退院した。しかし1983年夏ごろから再び症状が悪化し「動物が布団の中に入って来る」などと言うため、再度K精神科に入院してきた。



## (2) 面接経過

1 回目。「昨日狐が2匹部屋の中に入って来て、他のひとの足をひっかいた。(中略)ここにいる皆がわたしの悪口を言っとるように思う。食事もくれんのじゃないかと思っていた。家では私のことを子どもや孫までが馬鹿じゃ馬鹿じゃ言うて、食事もくれん<sup>(註4)</sup>ことがあった」。

(註4) 家族によると、Hは食事時間以外でも食べ物をよく欲しがると言う。「食事もくれん」とは、そのような時のことであろうと思われる。

2 回目。「山を婿に、畑を娘にやったのに、自分を人間のようと思うとらん。娘は養女として大事に育ててやったのに。(中略)狐の子をもらうと筋が悪くなるからと親戚の者に言われた。うまい具合に狐が産んだ子どもは2匹とも死んだ」。

3 回目。「婿の声が玄関の方でするので、そっちへ行った。『金をやるから<sup>(註5)</sup>今すぐ来い。すぐに来んかったら人にやる』と言うので、そっちへ行ったけど、くれん。姿は見えん。5回もそうやって、ひとをおちよくる。(中略)家にいる時、わたしは狐が見えた。壁に狐がへばりついているので、そのことを婿に言うと、わたしの手を引っ張ってそこまで連れて行って『そこを撫でてみい』と言われた。撫でてみたら狐じゃなかった。娘は『変なことを言うたら、私がノイローゼになるから、殺すで』と言う。あの大きな手で首を絞められたら<sup>(註6)</sup>怖いので、『こらえてくれ』と私は言う」。

(註5) 13 回目の面接で次のようなことが話されている。「夜中になると餅の汁が食べたくなる。でも、ここでは金をもってないから買えない」。

(註6) 現病歴で記載したが、発症時の妄想は「人が来て、自分の首を



締めて殺される」である。

4 回目。「家の者が毎朝餅<sup>(註7)</sup>をついて、皆（患者）に配っているが、看護婦は私にだけはくれない。家の者が、私にはやらないようにと指図しているのだと思う。でも、今日は私にもくれた。餅いうても、爪の先ぐらいのものだけだ。（中略）娘は『こんなボケをもって、ふが悪い』と言う。でも、この先良くしてくれる日も来ようと思って、その日を待っている」。

この回はHの口調がしっかりしてきた印象を面接者は受けた。意識水準が上がってきたのであろうと思われる。

(註7) 餅とは、おそらく菓のことであろうと思われる。

5 回目。足の向う脛に直径3 cm ほどの赤い打撲の跡ができています。それを指してHは「痛くはないが、足を切らなければいけないんじゃないかと思っていた」と言う。そして、次のような話も語られた。「朝起きたら、部屋の外でがやがや言う声が聞こえた。私は耳が不自由だから、私が思っただけのことかもしれんですけど、娘が大声で私の悪口を言っていた」。

6 回目。「最近家の者が大きな声で私の悪口を言うのはなくなった。悪口は私が思っただけのことかもしれんですけど。でも、よく耳を傾けたら、やっぱりゴソゴソ言っとなりますよ。娘は小さい頃から育てた子なのに、情けないねえ。（中略）以前、家の者が私を寺にでも捨てようとヒソヒソ話をしとるのが聞こえたことがある。病院にいたらちゃんと眠れるから、ありがたいことです」。

7 回目。「今日はまだ家族の者の話し声は聞こえないが、声はまだ聞こえる」。

8 回目。「娘と婿が面会に来てくれた。手拭いも新しいのを持って来てくれて、良くしてくれた。『狐やヘビは見えんか？』と言うので、『見え



ん』と答えた。『ようになった、ようになった』と言ってくれた。やさしくしてくれた。あれらも心が溶けたんでしょう。私も気持ちがずっと晴れました」。<悪口の方はどうですか>。「悪口は聞こえんようになった。人を疑ったら、自分が苦しむだけだと思うし」。

この回は一段と口調や態度がしっかりしてきた印象を面接者は受けた。さらに意識水準が上がってきたのだろうと思われる。H自身も「この頃は他のひと（患者）のことがよく分かるようになった。おかしいことをしているのがよく分かるようになったから、私も良くなったんだと思います」と言う。

9回目。2日前に下痢、嘔吐があり、脱水症状のため点滴を受けている。「娘が隣の部屋に来ていないかと思うんですが。やっぱり、娘が頼りですけえ」。

10回目。「娘と婿が床下にいる。演説をしている。早く私を家に連れて帰ってほしい」。

この回の後、6日間の外泊があった。家族の者によると「食事時間に関係なくやたら食べたがって、聞き分けがなかった」ということであった。

11回目。外泊中の幻視体験を話す。「夜、二人の坊さんが来た。姿が見えた。用がないから、早く向こうへ行かないかと思っていた」。

12回目。「身体がしんどくてやれん。歩こうとすると目の奥が暗くなる。死にそうなかんじ（Hは心不全の持病がある）。吐き気がするので、ご飯も食べられない。（中略）正月に帰った時は、家の者は良くしてくれた。でも、『病院に連れて帰る』と言われて残念だった。『病気が良くならんと、あんたの面倒はようみんよ』と言われた。いまでも家の者は病院に来ているのに、私と会ってくれない。姿は見えないけど、声がある。何や



ら演説をしている。内容はわからない。私の悪口は言わなくなった」。

13 回目。「娘と婿が面会に来てくれた。私が『早く家へ帰りたい。変なもの見えんから』と言うと、『おしめをしとるようでは家ではみれんよ』と言われた。『家へ帰って来てすぐに死んだら、ええけど』<sup>(註8)</sup>とも言われた。(中略)夜中になると餅の汁が食べたくなる。でも、ここでは金をもってないから買えない。もう早く死んでしまったらいいと思う。悲しいです」。

(註8) 11 回目で語られた外泊中の幻視体験(坊さんが家にやって来た)を連想させる。

14 回目。「家へ帰りたい。病院ではおいしいものが食べれない。それに、しんどいのでゆっくり歩いていると、看護婦の中に癩癩をおこすのがいて、突き飛ばしていくから怖い。家にいたらこんなこともないのに」と、病院に対する不満や被害感が語られる。その後家族の話が語られた。「娘や婿は毎日病院に来ているのに、会ってくれない。床下からあれらの声がある。私はあれらを頼りにしている」。面接者が<家族の人は毎日来てないみたいだよ。でも、よく面会に来てくれているから、近いうちにまた来ると思うけど>と言うと、「4、5日前に来てくれました。だから、昨日、今日と、会いに来てくれるのを待っていた」とHは言う。

15 回目。看護婦に対する被害感がまず語られた。「手がベッドに結わえられている(点滴のため)ので、食べた後口が汚れる。それを看護婦に拭いてもらおうとすると、『あんたが汚すからいけんのよ』と怒られた。ひどいもんですよ」。その後、家族の話が語られた。「家族の者は1週間に一度来てやると言っていたので、今日は来てくれるかもしれん。家の者は4月まで養生せえと言っと思ったけど、それまで長いですのう」。



16回目。面接者の顔を見ると、「先生、死ぬようなんです」と訴える。そして「背中が冷たいんです。先生、起こして下さい。座らせて眠らせてください」と言う。点滴中なのでHの要望には沿えないことを伝えると、Hは残念そうな顔をして、涙を浮かべながら頷いた。そしてHは次のような話をした。「看護婦さんに用事を頼むと顔を叩かれる」。その後、家族に対する不信感が語られた。「なかなか連れて帰ってくれない。具合が悪いので、4月までの毎日が長く感じられる。婿はええが、娘に嫌われている。孫は一度も顔を見せん」。

この時期、Hは全身浮腫があり身体の状態は良くなかった。また、看護婦に対して「何々してほしい」と頻繁に要求するようにもなっていた。

17回目。「子どもと孫の声が聞こえる。(わたしは)4月までには死んでしまう」。

18回目。ほとんど話をする元気がない。

19回目。「少し身体が楽になった。ご飯もすこし食べれるようになった。もう何十日間も汁ばかり食べてきた」。<病院の者が意地悪で汁ばかり出してきたのでないことは分かるね>と面接者が言うと、「はい。隣りのおばあさんみたいに鼻にチューブをつけなければならんようになっては大変だと思い、辛抱してきました」と応える。だが、その後看護婦に対する被害感が語られた。「胸がきつい。看護婦に言ったら、辛抱しなさいと言って怒ったり、叩いたりする」。

20回目。顔の浮腫も消え、食事は普通食になる。「娘は病院に来て私に会ってくれない。看護婦の後ろをついて歩いて、大きな声でお母さんと呼ぶ。(註9)(中略)夜中に腹が減ったので看護婦にご飯を食べたいと言うと、『あんたにだけ食べさせることはできんよね』と言って、額を叩か



れた<sup>(註10)</sup>」。

(註9) 病棟には、いつも「お母さん」と大きな声を上げている男性患者が一人いる。

(註10) 看護婦が、Hをなだめるつもりで、指先で軽くHの額をつついた可能性が考えられる。

21回目。ベッドでの静養はおわり、車椅子でデイ・ルームに出ている。抑鬱的な表情である。「この前娘と婿が来てくれた。嬉しかったけど、20分くらいしか居てくれなかった」。また、「昨夜足が痙攣した」ということも語られた。

23回目。「昨日も家の者は来たけど、声だけして、会わずに帰った。淋しいですよ。」

24回目。足がひきつると言うので、面接者はHの足を揉んだ。「ありがとうございました。家族の者は揉んではくれませんよ」とHは言う。

25回目。切羽詰まった表情で「けさ背中を打った。先生、背中を見てください」と言う。面接者は「お医者さんに伝えておくから」と応えた。主治医が診察すると、背中に小さな傷ができていた。

26回目。肺炎になり、ベッドで静養している。「看護婦が私のことを悪く思っている。ご飯を食べさせてくれと言っても、すぐには食べさせてくれない」。

26回目の面接の後、2ヶ月間ほど意識水準低下の状態が続き、その間面接は中断した。

27回目。「蛙が足を引っぱったり、背中の方に上ってくる。<sup>(註11)</sup>先生、取ってください」と、必死な表情で面接者に訴える。体感幻覚である。面接者は幻覚が有する意味が分からなかったので、対処の仕方に戸惑ってし



まった。面接者は布団をはぐって<私には見えないけど>と応えた。しかしHはなおも「先生、取ってください」と必死で訴える。面接者がくでも、いないからどうしようもないよ>と言うと、Hは「みんな、ああ言うて逃げるんです」と嘆いた。

面接者はこの回でHとの面接を終了してしまった。

(註 11) この幻覚が有する意味はつぎのように考えられる。Hには心気的な傾向があり(5回目, 16回目, 25回目), 体感幻覚はその延長上に捉えることができる。つまり、「蛙が足をひっぱる」というのは「足の痙攣」(21回目)を意味し、「蛙が背中に上ってくる」というのは「背中の冷感」(16回)を意味するのではないかと考えられる。

なお、「足の痙攣」や「背中の冷感」があったのであれば、これは幻覚ではなく妄想的な錯覚であるとの考えも成り立つが、この時期は意識障害が十分に回復していない可能性が強く、Hは蛙の触感をありありと感じていたのではないかと考えられ、体感幻覚とした。

### (3) 心理力動の考察

Hの妄想や幻覚の一部は心理力動的な解釈が可能である。個々の解釈については既に面接経過で(註)として述べておいた。ここでは全体的な解釈をおこないたい。

まず妄想について考察したい。Hは看護婦に対しても被害妄想的になっているが、主な妄想は家族に関するものである。その内容は2種類に分類することができる。一つは、「何々して欲しいのに、してくれない」という内容の妄想であり、あと一つは、そこから発展したと考えられる迫害妄想である。

「何々して欲しいのに、してくれない」という内容の妄想にはつぎのよ



うなものがある。(1)食事をさせて欲しいのに、させてくれない(1回目)、(2)会いに来て欲しいのに、来ても会ってくれない(12回目、14回目、20回目)、(3)餅を持って来て欲しいのに、持って来ても、くれない(4回目)、(4)金(おそらく好きな餅を買うための)を持って来て欲しいのに、持って来ても、くれない(3回目)、である。

迫害妄想には、次のようなものがある。(1)自分を嫌っている(16回目)、(2)悪口を言う(5回目)、(3)自分の死を願っている(13回目)、(4)自分を捨てようとする(6回目)、(5)自分に対する殺意(3回目)、である。なお、本事例の発症時の妄想は「人が来て、自分の首を締めて殺される」であった。家族からの迫害妄想の一つが「娘に首を絞められて殺されるかもしれない」(3回目)であるから、発症時の妄想も家族をめぐる妄想であった可能性がある。

つぎにHの妄想の訂正可能性について述べたい。つぎのデータがその可能性を示している。“「娘と婿が面会に来てくれた。手拭いも新しいのを持って来てくれて、良くしてくれた。『狐やヘビは見えんか?』と言うので、『見えん』と答えた。『ようになった、ようになった』と言ってくれた。やさしくしてくれた。あれらも心が溶けたんでしょう。私も気持ちですうと晴れました」。<悪口の方はどうですか>。「悪口は聞こえんようになった。人を疑ったら、自分が苦しむだけだと思うし」”(8回目)。

以上、妄想について考察してきた。つぎに幻覚について考察したい。Hの訴えた幻覚には、幻聴、幻視、体感幻覚がある。このうち幻聴(家族の話し声)については、意識レベルが上がると妄想との区別がつきにくいので、その心理力動的意味については妄想を考察する際に一括して論じた。体感幻覚(27回目)については、心気的な訴えの発展として捉えることが



できることを、面接経過で述べておいた。背後には依存性の問題があると考えられる。幻視については、狐の幻視(3回目)と坊さんの幻視(11回目)がある。このうち坊さんの幻視については、次のような心理力動的解釈が可能である。坊さんから連想されるものは死であり、その死は「『家へ帰って来てすぐに死んだら、ええけど』とも言われた」(13回目)という妄想が示すように、家族から受ける迫害を意味しているのではないかと考えられる。

以上をまとめると、次のように述べることができる。心不全等の身体疾患をもつHは不安感から家族に対する依存傾向を強め、その結果、要求が叶えられない場合には容易に被害感を募らせるようになったと考えられる。そして、せん妄状態時のHの取り扱いに戸惑う家族の反応を見て、Hは家族から拒否されているとの思いをさらに強めていったと考えられる。Hの被害妄想はこのような情緒的葛藤を背景とし、そこに痴呆による現実検討能力の低下が加わって出現したのではないかと考えられる。

#### (4) 効果についての考察

本事例が中断した直接の原因は、Hの体感幻覚の取り扱いに面接者が失敗したことにある。体感幻覚が有する意味については既に面接経過(27回目)で考察したのでここでは繰り返さないが、面接者がその理解を面接当時もっていれば、中断には至らず、効果をあげ得た可能性がある。

では、体感幻覚の訴えに対して面接者はどのように対応すればよかったのであろうか。暖かい態度で、体感幻覚という虚構の世界につきあえばよかったのではないかと思われる。つまり、Hの足や背中にいるという蛙を「ここかな?」と問いかけながら手探りで探す。そうしながら「足が固くなっているので揉んであげるね」、「背中が冷たくなっているので擦って



あげるね」と言えば、Hは安心したのではないかと思われる。体感幻覚は心氣的傾向（5回目、16回目、25回目）の延長上に捉えることができ、心氣的傾向の背後にあるのは他者への依存欲求であると考えられるから、面接者が暖かい態度をとればHは安心したのではないかと思われる。

さて、本事例が中断に至った直接の契機は体感幻覚の取り扱いに失敗したことであるが、その前兆はそれ以前の面接経過の中にすでに現れている。「背中が冷たいので座らせて眠らせてほしい」（16回目）、「背中を打ったので背中を見てほしい」（25回目）というHの訴えに対して、面接者は適切な対応をしていないのである。これらの場合も、面接者はHの要求を受け入れ、暖かい態度で接すればよかったのではないかと考えられる。

#### 第4節 考察

##### 1 心理療法的アプローチの有効性

###### (1) 効果

8事例のうち、心理療法的アプローチの効果が十分に認められたのは4事例（A、B、C、D）であった。2事例（E、F）では面接者は患者に特定の人物として認知されず、面接を重ねても面接者と患者間の情緒的交流は深化しなかった。しかし、その場限りの情緒的支持は与えることができた。1事例（G）は、自分の精神状態について反省的に観察する能力が高かったが、面接者が防衛の取り扱いに失敗して中断となった。1事例（H）は軽度の痴呆であったが、心氣的様相をもつ体感幻覚の取り扱いに面接者が失敗して中断となった。

1) まず、心理療法的アプローチの効果が十分に認められた4事例（A、B、C、D）について考察したい。これらの事例では面接者は特定



の人物として認知され、面接を重ねることによって面接者と患者間の情緒的交流は深化した。それにより患者は情緒的支持を得ることができたと考えられる。心理療法の応答技術が痴呆患者に対しても自然な感情の表現を促し、患者に情緒的な満足を与えた結果、情緒的交流が深化したと考えることができる。「先生と話すとき心が水に流したような感じになる。すごく気持ちいい」という事例D（16回目）のことばがそれを示している。

また、事例Bでは抑鬱の消失という顕現的な効果も観察した。抑鬱症状が心理療法的アプローチによって改善した事例は Miller, M.D. (1989) も報告しているが、事例Bは症状が消失した理由を心理力動的に十分説明し得ている点で重要な価値をもつと言える。なお、大國他 (1986) は老年期痴呆の症状に関する統計的研究をおこない、抑鬱症状は妄想や幻覚、せん妄などに比べると治癒しにくいという結果を得ている。著者らはその理由について考察していないが、つぎのような理由が考えられる。すなわち、抑鬱症状は事例Bのように心因性によるものが多く、また抑鬱を生じさせるだけの心的葛藤の深さがあるので、適切な心理療法的アプローチが施されないと症状は治癒しにくいのではないかと考えられる。だとすれば、老年期痴呆の抑鬱症状に関して心理療法的アプローチにかけられる期待は大きい。

2) つぎに事例E, Fについて考察したい。事例E, Fではなぜ面接を重ねても面接者は、患者に特定の人物として認知されなかったのであろうか。これには情報の入力と保持の2側面の原因が考えられる。前者は外界の対象や事態がどのような意味をもつかを正しく認識する能力の問題であり、後者は記憶の問題である。事例E, Fの場合は、前者の外界に対する認識能力の障害が原因となっている可能性が高いと思われる。その理由の



第1は、事例Eでは家族が面会に来たことを覚えているなど、ある程度の記銘力が保持されていたからである。第2の理由は、つぎのようである。事例Eについては支離滅裂な会話になることが多く、思考障害が強いことが示されており、事例Fについては中空に向かって話し続けたりタオルを食べものと思ったりするなど、現実検討能力の障害が強いことが示されているからである。

3) なお、事例E、Fでは面接者と患者間の情緒的交流は深化しなかったが、その場限りの情緒的支持は与えることができた。痴呆老人を介護する現場では定期的面接をおこなうことは難しい場合が多いので、その場限りの情緒的支持の効果も軽視することはできないと思われる。

さて、心理療法的アプローチの効果があったと判断された上記の事例A、B、C、D、E、Fのうち、問題行動や症状などの顕現的な問題が改善されたのは事例Bだけである。その他の事例においては顕現的な問題はなかったため、その点に関する心理療法的アプローチの効果を検討することはできなかった。しかし、これらの事例においても、心理療法的アプローチが患者の情緒的表現を促し孤独を癒す効果をもつことが明らかにされた。

このような情緒的支持の効果も我々は積極的に評価すべきであると考えられる。治療というより介護が主となる福祉的側面が大きいこの分野では、患者の Quality of Life (生存の質) を支えることも心理療法的アプローチの一つの重要な目的であると考えられる。

室伏(1989)は痴呆老人のケアの目標を彼らの Quality of Life を支えることに置き、なじみの人間関係にこそ痴呆老人の生きがいがあると述べている。カルドマ(1991)は個人経営の小規模老人ホームで痴呆老人のケアをおこない、その実践記録を著書にまとめている。アメリカにおける実



践であるが、住環境をはじめ食事、芸術と、日本の一般的老人ホームと比べると数段の開きがある高い Quality of Life を実現させている。著書の最後にカルドマは次のように述べている。“彼らはいつも心理的なケアを必要としています。それをおろそかにしますと、彼らの病状はどんどん進行してしまうことを私は身をもって経験しました。彼らと一緒に散歩をしたり、愚痴を聞いたり、彼らの好きなことをともにして遊ぶ。このように彼らとともに生きる人々にも、どうぞ医療保険がおりるようにしてほしいと願っております (p.132)”。山中 (1991) もまた老年期痴呆の臨床においては心理的ケアを中心に置くべきであると述べ、心理的ケアの価値について次のように述べている。“ぼくらがやっていることなどは大したことではないわけです。(中略)(しかし)僕はこのことが、まだまだ日本のいまのほとんどの老人ホーム、ほとんどの精神病院、ほとんどのところで、まだそこまでなかなか行ってないと思うのです。(中略)そういう本当に些細なことなのだけでも、その些細さというのが、実は視点の転換であり、革命的な転換であると僕は思っているのです(p.249)”。

4) 最後に、心理療法的アプローチが効果を上げることができなかった2事例(G, H)について考察したい。この2事例は面接者の技術的未熟さから中断に至っている。事例Gは防衛の取り扱いの失敗、事例Hは体感幻覚の取り扱いの失敗である。防衛や体感幻覚の心理力動的意味についてはそれぞれの事例ですでに考察した通りである(45-47頁, 55頁)。面接当時面接者がそれらの心理力動的意味を理解していたならば、面接は中断に至らず効果をあげ得た可能性がある。基本的な応答技術に加え、防衛や幻覚の取扱いなど個々の問題についても対処できる技量が必要なことを、これらの失敗事例は示している。そのとき重要なことは心理力動を理解す



ることであり、基本的な応答技術そのものに変更を加える必要性はないと考える。

## (2) 了解可能性

効果的な応答をおこなうには患者の言動の意味を深く理解する必要がある。心理療法的アプローチをおこなう場合、了解可能性の追求は不可欠である。

本研究では分析対象とした8事例のすべてが心理力動的に了解可能であった。すなわち、作話や妄想、仮性作業などの心理力動的解釈をおこないながら、患者の主観的世界の全体像を描き出すことができた。そしてそれは了解可能な世界であることが示された。

1) まず、患者の主観的世界の中心的テーマについて考察したい。本研究では8事例すべてにおいて対人関係が中心的テーマとなっていた。対人関係の対象は配偶者、子ども、親などの家族と、面接者や看護婦であった。そしてそれらの対人関係におけるテーマは、孤独を救ってくれる他者の存在の希求であることが明らかにされた。以下に示す先行研究は本研究で得られたこの結果を支持するものと思われる。

室伏(1989)はなじみの人間関係にこそ痴呆老人の生きがいがあると述べており、痴呆老人のケアの中心をなじみの人間関係をつくることに置いている。なお、室伏がいうなじみの人間関係とは現在の人間関係であるが、Miesen, B. (1992)は過去の間関係の対象であった親のイメージが痴呆老人の孤独を癒すことについて述べている。彼は、痴呆老人の多くが彼らの親はまだ生きていていると思っていることに注目し、それをボウルビィの愛着理論に基づいて、不安状況に置かれたときの補償作用であると解釈している。本研究においては事例Fが彼の説に該当している。また、河合他



(1985) は人形の世話をする痴呆老人の行為を取り上げ、それをウィニコットの移行対象理論に基づいて、喪失体験に対する防衛であると解釈している。

本研究で得られた結果および先行研究をまとめて、つぎのように一般化することが可能であろうと思われる。すなわち、人間の情緒生活にとって対人関係がもっとも重要であることは痴呆老人においても同様であり、とくに孤独を救う他者の存在（必ずしも現在存在する他者を意味しない）が彼らには必要とされている。

2) つぎに作話について考察したい。作話とは現実とは異なる虚構の話であり、器質性精神障害においてみられる。記憶障害が症状形成の一次的な要因と考えられているが、必ずしもそれが唯一の要因であるとは考えられていない。その結果、作話は通常2種類に分けられることが多い。質問等を与えられたとき記憶の欠損を穴埋めするために生じる当惑作話と、より産出性の強い空想作話である。Mackinnon, R.A. & Michels, R. (1971)は、作話を当惑作話と空想作話に分けて捉えてはいないが、患者が記憶の隙間を埋めるために用いる材料は心理学的な意味を持っており、空想や夢と同じように理解することができると述べている。

本研究では事例B, C, D, E, F, Gにおいて作話が観察された。当惑作話と空想作話の二分類に従えば、これらは空想作話であったと考えることができる。そしてその内容は心理力動的に了解可能であり、痴呆老人の主観的世界を理解する上で作話は重要な資料となることが示された。

3) つぎに作話と妄想の区別について述べたい。ふつう妄想というのは、記憶や知能に障害がない場合の観念の虚構をいう。妄想様の観念が老年期痴呆をはじめ器質性精神障害において出現した場合には、作話との区別が



問題となる。本研究では事例Hがこの問題を有している。原田（1979）はこの問題を論じ、両者の区別は相対的なものであると結論している。事例Hの場合は一般的な被害妄想の様相が強いので、作話というより妄想と呼んでおきたいと思う。なお、Hの妄想は了解可能であり、また訂正可能性も有していたので、これは真性妄想ではなく妄想用観念であったと考えることができる。

4) 最後に仮性作業について述べたい。仮性作業とは小坂（1985）が提唱した用語である。彼は従来は単なる悪戯として片づけられていた痴呆老人の異常行動を取り上げ、それを痴呆老人が最後まで社会的存在であり続けようとする姿であると解釈した。本研究においては事例Fに仮性作業が観察された。Fにとってはそれは仕事の意味をもっており、小坂が言うように、Fの仮性作業は最後まで社会的存在であり続けようとしている姿である、と解釈することができる。そしてFの場合、その仕事の内容は、Fの持病である胸苦を治すための薬を取り扱うことでもあった。

## 2 応答技術

### (1) Validation Therapy 等の原理

Feil, N. (1985・1992) の Validation Therapy と室伏（1984・1989）や五島（1985・1994）の技法が類似していることは第1節の先行研究で既に述べた。これらの技法は次の二つの原理から構成されている、とまとめることができる。1) 事実を押しつけず虚構の世界を尊重する、2) 受容的に接する、である。

1) について筆者の見解を添えると次のようである。老年期痴呆では認知機能が障害されるため現実を正しく認識できなくなる。その障害は不可逆的であるから、正しい認識をさせようと事実を押しつけても効果は上が



らない。むしろ否定的な結果を招きやすい。なぜなら虚構の世界の話には患者の喜怒哀楽が含まれており、その世界を否定することは患者の情緒を否定することになってしまうからである。患者が抱く情緒そのものは、虚構ではなく真実である。尊重すべきは客観的事実ではなく、情緒的真実であると考えられる。

2) について、本研究から筆者が得た結果をまとめると次のようである。Feil, N. (1985・1992), 室伏 (1984・1989), 五島 (1985・1994) は、受容的に接するということを、応答技術としては詳細に論じていない。筆者は本論文の序論で、通常心理療法の応答技術を「受容的なことば」と「能動的な介入のことば」に二分し、それぞれに説明を加えた。このうちの「受容的なことば」(一部を除く。その点については後ほど説明を加えたい)をもって、受容的に接するということの具体的な説明とすることができると考える。「受容的なことば」とはどのようなものか、ここで繰り返し提示しておきたい。

受容的なことばは、a) 「うん」とか「あー」等の相槌、b) 語句の繰り返し、c) 「こんな感じかな」とか「それは悔しいね」等の代弁的なことば、d) 主題の要約、に分類することができる。

面接者の応答の大半は「うん」とか「あー」等の相槌であり、これが応答の中心となる。不要なことを述べずに相槌を打ちながら被面接者の話に傾聴することが、応答技術の基本となる。語句の繰り返しは、被面接者のことばの重要な箇所にアンダーラインを引いて示し返す作業である。代弁的なことばについては、これによって共感を積極的に示すことができる。主題の要約は内容の整理が必要なときにおこなう。

これら4種類の受容的なことばのうち、主題の要約については、老年期



痴呆対象の心理療法では使用しない方がよいと考える。本研究でおこなった面接では主題の要約が必要な場面はなかった。また、もしこれをおこなえば、痴呆老人は自分が語った話の内容を整理するのに必要な記銘力や抽象的思考能力をもたないため、混乱を引き起こすことになると考えられる。

## (2) 洞察指向的心理療法の適否

老年期痴呆に対する洞察指向的心理療法の適否については両方の意見があるが、否定的な意見の方が多い。なお、洞察指向的心理療法とは具体的にどのような応答技術を使用する技法なのか、各研究者はそれを明確にした上でこの用語を用いてはいないが、筆者の応答分類に基づくと、受容的なことばに加えて質問や解釈などの能動的な介入のことばも使用する技法、という意味でこの用語を用いていると推測できる。

否定的な意見としては次のようなものがある。Feil, N. (1992) は老年期痴呆に洞察指向的集団療法を試みたが、引きこもり等の否定的な結果しかもたらさなかったと言う。Bonder, B.R. (1994) は老年期痴呆に対する心理療法のレビューを行い、痴呆の初期では洞察的心理療法は有効であるという意見もあるが、ほとんどの研究者はその効果に懐疑的であると述べている。

これに対して Hausman, C. (1992) は、患者の状態にもよるが、通常の方動的な心理療法と同様に洞察指向的におこなうと言う。そして、痴呆患者は認知機能障害をもつが故にスプリティング等の原初的な防衛機制をしばしば用いて洞察的心理療法の遂行に抵抗することを、彼女は指摘する。痴呆患者が防衛機制を用いることは Feil, N. (1992) をはじめ他の研究者 (Mackinnon, R.A. & Michels, R., 1971; 五島, 1994) も指摘するが、防衛機制を認めることとこれに対して介入を行なうことは別である。防衛機制



に対してどのような介入を行なうのか、Hausman は具体的な記述をしていないが、次の記述をみると防衛解釈などはあまりしていないのではないかと推測される。彼女は言う。“面接場面を、障害が指摘されたりあるいは詳細にわたって誤りが訂正されたりしない場所にすることは、患者の安全感や保護感を強める (p.193) ”。

本研究の事例では洞察指向的な介入は試みなかったのがこれが可能であるか否かを検討することはできないが、少なくとも中等度以上の痴呆に関しては無理であろうとの感触を筆者はもっている。その理由は、洞察指向的な介入に対して情緒的に耐えられないというよりも、認知機能的に耐えられないと思うからである。

ただ、事例Bの語った次のことばをみると、場合によっては痴呆老人にもある程度の洞察が可能であることが分かる。「先生ごめんなさいね。私は今まで意地が悪かった。人に甘えてばかりだと人に馬鹿にされると思っていた」。この例が示すように、受容的技法のみでも洞察は可能である。したがって、洞察が可能か否かという議論と洞察指向的心理療法が可能か否かという議論は区別する必要がある。なお、ここでは洞察の定義を「自己の葛藤的感情に対する反省的気づき」としておきたい。

### (3) モデル提出 : PD (Psychotherapy for Dementia) 技法

以上の考察をもとに応答技術に関するモデルを提出したい。そして、これをPD (Psychotherapy for Dementia) 技法と称したい。この技法は以下の3つのポイントから成っている。

**ポイント1: 受容的に話を聴く** 現実とは異なる虚構の話、あるいは意味が十分理解できないことを痴呆老人が言っても、ともかく話を聞く。ただ黙って聞くのではなく「うん、うん」と頷きながら聞く。時には語句の繰り返



返しをしたり、「こんな感じかな」とか「それは悔しいね」等の代弁的なことばも述べるとよい。主題の要約はしない方がよいと思われる。なぜなら、痴呆老人は自分が語った話の内容を整理するのに必要な記銘力や抽象的思考能力をもたないため、混乱を引き起こすと考えられるからである。

これら受容的な応答は、好意的、暖かい態度でおこなわれなければならない。痴呆老人は治療者を心理療法者として認知していないため、人工的な中立的受容性は通用しない。彼らにとって治療者は「誰か親切な人」でなければならない。

このように我々が接することで、痴呆老人は、自分はやさしく理解されたという満足感と自分は独りぼっちではないという安心感を得ることができよう。

偽会話と呼ばれているものがある。痴呆老人同志の、一見会話をしているように見えるが話の内容は全くズレている会話のことである。偽会話を成り立たせているものは、話の内容は分からなくてもともかく話を聞こうとする態度、つまり人との円滑な接触を求めようとする態度である。病棟内では男性患者よりも女性患者の方になじみの仲間を作って偽会話をする機会が多いのは、女性の方が井戸端会議的な対人接触に慣れているからかもしれない。「うん、うん」という頷きと好意的な態度だけでも十分に受容的なのである。

**ポイント2:言動に含まれる心理力動的意味を理解する**　さまざまなデータ、すなわち現病歴、生活歴、面接経過、看護記録などのデータを整合的にまとめながら、患者の主観的世界の全体像を把握する。その際、作話や妄想、仮性作業など、一見すると意味のよく分からない患者の言動については、そこに含まれる心理力動的意味を追求することが重要となる。



なお、本研究の調査結果および先行研究にもとづいて、痴呆老人の主観的世界をつぎのように一般化することが可能であろうと思われる。すなわち、痴呆老人においても対人関係はもっとも重要な事柄であり、とくに孤独を救う他者の存在（必ずしも現在存在する他者を意味しない）を彼らは必要としている。この一般化が個々の事例を理解する際の先入見になってはいけないが、理解するときの視点として持っているとは有用であろうと思われる。

**ポイント3: 時には虚構の世界に積極的に入ってゆき不安要素を取り除く** あるとき筆者は病棟の看護婦から次のような質問を受けたことがある。「ある女性患者から、子どもが外に遊びに行ったまま帰ってこないでドアを開けて外へ出して欲しい、と頼まれたことがある。その時はとっさに先ほどお宅の子どもさんが家へ帰っているのを見ましたよ、と答えた。それで彼女は安心してもう外へ出してくれとは言わなくなったのだけど、あのような嘘を言ってもいいのでしょうか」と。このような質問は看護学生の実習を実施している病院では毎年のように繰り返される質問のようである（室伏、1989）。しかしこの種の対応はベテランの看護者ならみな実践していることなのである（室伏、1989；五島、1994）。それはその場しのぎの嘘をついたのではなく、患者の虚構の世界に積極的に入ってゆき不安要素を取り除いたと理解すべきであろう。

三好（1989）は老人ホームにおける次のようなエピソードを紹介している。痴呆のおばあさんが布団の中に男が忍び込んできたと言って大騒ぎしている。そこに駆けつけた寮母はあわてずこう言った。「まあ、それはうらやましい。私なんか殿方が忍び込んできたことなど何年もありませんわ」。それでおばあさんも思わず笑った。その後寮母はおばあさんと一緒



に箒をもって男を部屋から追い出しにかかった。「男が忍んでくるということは〇〇さんがベッピンだからですよ」などと言いながら、すっかりおばあさんを落ち着かせてしまった、という話である。言葉だけでなく行動をもって痴呆老人の虚構の世界につき合ったのである。

また、たとえば、非現実的な認識に基づく患者の外出要求に対して言葉による対処では効かない場合、介護者は患者と一緒に戸外を歩き回って患者を落ち着かせる場合がある（室伏，1989）。積極的に患者の世界に入ってゆく分、行動も含めた積極的な関与が治療者や看護者には要求される。

ポイント1，2は虚構の世界を受容するための方法であるが、ポイント3は虚構の世界に積極的に入ってゆき不安要素を取り除くための方法である。ポイント1，2は通常の心理療法の技術とほとんど異なる点はないが、ポイント3は老年期痴呆に独自の技術である。



## 第2章 純粋健忘症候群への心理療法的アプローチ

### 第1節 先行研究

記銘力障害を主とした記憶障害だけを呈し、その他の精神機能は正常に保たれている病態を純粋健忘症候群 (pure amnesic syndrome) という。この疾患に関する文献数は少なく、そのため出現頻度に関するデータを筆者は見出すことができなかつたが、文献数が少ないことから推測すると比較的稀な疾患ではないかと思われる。記憶研究の被験者とされる場合はあるが (深谷他, 1989; 山下, 1993), これに心理療法的アプローチを試みた研究はほとんどない。萱原 (1991) と中島 (1994) の事例報告があるのみである。両者とも心理療法的アプローチの有効性を報告している。技法についての考察はおこなっていない。

なお、心理療法の事例ではないが、中野 (1992) は完全に社会復帰できた純粋健忘症候群の事例を報告している。食事をしたことをはじめ、日常のすべてを忘れてしまうほどの強い記銘力障害を残しながらも、発症5ヵ月後には経理部長代理として職場復帰し、確定申告の書類作成も可能であったという。その後昇給もし、職場復帰後5年を経た時点でも停年を延長され、仕事を続けているという事例である。この事例は、記銘力障害があっても他の知的機能が正常ならば、現実適応に対するポテンシャルティはひじょうに高いことを示している。

### 第2節 研究目的および方法

**研究目的** 純粋健忘症候群では患者の障害は記銘力障害だけに限定されるので、心理療法を施行する際に記銘力障害が与える影響について純粋な



分析が可能となる。本研究ではこのような観点から、純粋健忘症候群に対する心理療法的アプローチの有効性と技法的問題について考察したい。

### 研究方法

(1) 研究対象 : 主に痴呆老人を専門とするK精神科に入院している純粋健忘症候群の事例1名を研究対象とした。

(2) 研究方法 : 週1回の割合で1セッション30～60分の個人面接を継続して実施した。途中、家族との合同面接も3回実施した。

### 第3節 事例 I

以下に、研究対象とした事例Iを提示する。

#### (1) プロフィール

**年齢・性** 73歳・女性。

**入院年月日** 1983年11月16日。

**主訴** 入院時息子によって述べられた主訴は、「食べたことを忘れて飯を食わせると暴れて手に負えない」ということであった。医師による問診の結果、記憶力障害に加えて時間の見当識障害があることもわかった（現在を昭和23年ごろでしようかと答え、自分の年齢も52歳と答えた）。しかし計算などは迅速かつ正確におこなうことができた。

**現病歴** 4年ほど前、Iの話し相手だった息子の嫁が死んで以来、Iは酒を多量に飲むようになり（多いときは1日1升）、息子に対して暴言を吐くようになった。駅で酔っ払っているところを保護されたりもしている。このため息子はそれまで勤めていた会社をやめ、比較的時間が自由になる職業に仕事を変えてIの世話をしてきた。1年ほど前からIは胃を悪くし、内科医院に2度入院した。飲酒はこれ以後していない。2度目の入院時に



は食べたことを忘れるようになり、所かまわず放尿をしたりもした。このため内科医院には入院しておれなくなり、息子はIの世話を自宅でつづけた。しかし息子が仕事に出かける頃の時刻になるとIは食事をしたことを忘れて「飯を食わせろ」と暴れるので、息子はIの世話をそれ以上つづけることができなくなった。内科医院退院後1週間ほど後、IはK精神科に入院してきた。

**生活歴** IはH県の山村に生まれた。8人同胞の第5子。4人の同胞は幼少時に死亡し、その他の同胞も戦争や病気で若いうちに死亡している。尋常高等小学校卒業後東京の洋裁学校に入学。23歳の時、つきあっていた男性の両親に結婚を許されないまま妊娠するが、出産前にその男性は病死した。

Iは生まれた息子をつれて実家にもどり、実家の農業や土木工事などをしながら生計を立ててきた。Iの他の同胞はみな死亡していたため両親の生計もIが支えていた。この両親もIが30歳になるまでに死亡。Iの飲酒歴は35歳頃から始まった。

息子は高校卒業後遠方地での就職が内定していたが、遠すぎるというIの反対でその職はあきらめた。やがて息子は嫁をもらい孫も2人生まれ、Iも息子家族といっしょに暮らしていた。Iは無口な息子とよりむしろ嫁との間でよく話をしてきた。その嫁が亡くなってからの経過は現病歴に記したとおりである。なお、Iは死亡した弟の娘もひきとって息子と一緒に育て、嫁に出している。

**精神医学的検査** CT所見では軽度の脳の萎縮と右尾状核頭部に高密度の固まりが見られた。後者に関してはその後数度のCT検査をおこなった結果、石灰化した良性の腫瘍であろうと診断された。理学的・神経学的検



査には異常所見なく、血液・生化学的検査にも異常所見は認められなかった。高血圧、糖尿病、卒中発作などの既往歴もない。

**心理検査** 4種類の心理検査を実施した。結果とその考察を以下に提示する。

(1)長谷川式痴呆診査：入院直後から3回実施した。結果は表2に示す。

まず、時間経過にそって得点が上昇していることが示されている。この結果については後ほど「診断的考察」の項で考察を加えたい。

つぎに、3回目の施行時に「物品名記銘」問題が満点となっていることについて考察したい。これについては、「物品名記銘」問題が記銘力検査よりも即時記憶検査の性格を帯びた可能性が考えられる。その理由を以下に述べたい。

記憶研究では記憶を感覚記憶、即時記憶、短期記憶、長期記憶に分類す

表2 長谷川式痴呆診査結果

	1回目 (入院直後)	2回目 (2ヶ月後)	3回目 (6ヶ月後)
何日か	0	0	0
どこか	0	2.5	2.5
年齢は	0	2	2
最近の出来事	0	* 2.5	* 2.5
出生地	2	2	2
戦争の年号	0	0	3.5
1年は何日か	2.5	2.5	2.5
総理大臣名	0	0	0
計算問題	4	4	4
数字の逆唱	4	4	4
物品名記銘	0.5	0.5	3.5
総得点(満点 32.5)	13	20	26.5

\* 「この前会ってからどれくらい経つか」という質問をしたが、適切な質問ではなかったと思う。



るのが一般的である。このうち即時記憶は数字復唱能力などの、注意力や意識の覚醒水準に影響を受ける記憶であり（浅井，1987），純粹健忘症候群では障害を受けない（深谷他，1989）。短期記憶はいったん意識から消えて再び想起される記憶であり，そのうち経過時間が短いものを従来から記銘力と読んでいます。純粹健忘症候群ではこの種の記憶が著しく障害を受ける。

さて，長谷川式痴呆診査の「物品名記銘」問題では，記銘力に障害があっても注意力が障害されていなければ，提示された物品の名称を復唱することによって正答することも可能であろうと考えられる。本事例の結果についてはその可能性が考えられる。

(2)三宅式記銘力検査：入院より6ヶ月後に実施した。結果はつぎのとおりである。有関係対語の正答率は1回目50%，2回目80%，3回目100%。無関係対語の正答率はすべて0%であった。

有関係対語と無関係対語の正答率に大きな違いが示されている。深谷他（1989）および中島（1994）も，純粹健忘症候群の患者に同検査を実施して同様の結果を得ている。このことより，純粹健忘症候群においては無意味な事柄の記銘は著しく困難であるが，有意味な事柄の記銘についてはある程度の能力が残されていると考えることができる。

(3)ベントン視覚記銘検査：入院より6ヶ月後に実施した。結果はつぎのとおりである。施行法Aでは正確数2，誤謬数16，施行法Dでは正確数2，誤謬数22であった。

この結果は明らかに記銘力の障害を示している。

(4)WAIS：入院より6ヶ月後に実施した。結果はつぎのとおりである。言語性IQ107，動作性IQ84，総合IQ98。



言語性 I Q と動作性 I Q の間に差があることが示されている。井上 (1984) は言語性 I Q と動作性 I Q に反映される加齢と痴呆の影響について文献レビューをおこない、つぎのように結論している。すなわち、加齢による知的低下をより反映するのは動作性 I Q であり、痴呆による知的低下をより反映するのは言語性 I Q である、と彼は結論している。この結論に従えば、本事例の知能はほぼ正常に保たれていると考えることができる。

**認知機能障害の臨床像** 記憶の障害としては記銘力障害が主であったが、数年前の記憶については思い出しにくい面があった。しかし遠い過去の記憶はよく保持されていた。記銘力障害の状態はつぎのようである。朝ご飯を食べたかどうかの記憶が定かでなく、特に日づけのような記憶に関してはまったく覚えられなかった。しかし、本人にとって重要な意味をもつ外泊や息子との面会等に関しては、内容は覚えていないが、記憶があった。1 週間前の面接の記憶はほとんどなく、話された内容についての記憶はまったくなかった。なお患者は、自身の記銘力障害について十分な病識をもっていた。

記憶以外の障害については、入院当初に見当識障害と作話が観察されたが、それ以降は観察されなかった。

**性格的な臨床像** 身体的に大柄な女性で、やや目つきがきつい、しっかりとした印象の内省的な人だった。病前は村で婦人会の役員などもやり、しっかり者で通っていたという。

## (2) 診断的考察

一般に器質性精神障害は病名の如何にかかわらず急性群と慢性群に分類することができる。前者は意識障害の系列に属し、意識障害が回復するにつれて精神症状は改善する。しかし脳実質の器質的な病変が生じている場



合には、意識障害が回復した後もいくつかの精神症状がそのまま永続的に残されることも多い。永続的な障害は慢性群に分類される。

本事例の場合、精神症状の発症は2度目の内科医院入院中にはじまる。この時は所かまわず放尿したりしているの、この時点で急性の意識障害が生じていたと推論して間違いなかろう。K精神科に入院した時は既に粗大な意識障害は観察されなかった。入院直後に実施した長谷川式痴呆診査においても、注意集中、つまり意識の覚醒を要する計算問題や数字の逆唱問題で満点をとっている。しかし入院後1ヶ月ほど経った時点で、Iは自身の意識状態についてつぎのように語っている。「最近は頭が良くなったような気がする。記憶力も一番悪い時と比べたらだいぶ良くなった。それと判断力が出てきた。入院した時は人のことはどうでもよかったけど、最近はその行動を批判的にみれるようになった。たとえば男の人が便器でない所に小便しているのを見ると、あそこでしたらいかんのになあと思う」。この内省報告より、入院当初はごく軽微な意識障害のあったことが推測される。

通過症候群 (transit syndrome) という概念がある。急性の意識障害が消失し、意識障害の存在を確定することが難しい状態において現われている症状で、時間経過と共に回復する。そのため、初期には不可逆的な痴呆と見誤られる場合もある。なお、原田 (1967) や室伏他 (1988) は通過症候群の背後に軽微な意識障害の存在を想定している。本事例の長谷川式痴呆診査得点が時間経過と共に上昇しているのは (表2参照)、本事例が通過症候群に該当することを示していると考えられる。

以上をまとめると、本事例は急性期の意識障害に引き続き通過症候群を経て、最終的には記銘力障害を主とする記憶障害のみが不可逆的に残され



たと考えられる。記銘力障害を主とする記憶障害以外の認知機能は永続的な障害を受けていないことは、臨床観察および心理検査結果が示している。よって、本事例は純粋健忘症候群と考えることができる。

ところで、記銘力障害の責任病巣の一つとして尾状核頭部を指摘する研究者がいる（石田他，1993）。本事例の記銘力障害の器質因はCT所見で得られた右尾状核頭部の高密度の固まりである可能性が考えられる。

### (3) 面接経過

つぎに、面接経過について記述したい。

**面接期間・回数** 1983年11月17日～1984年8月8月9日（36回）。

**面接の形態** 週1回で時間は30～60分。場所は一定しておらず、第3期の途中までは閉鎖病棟内あるいは面接室で、開放病棟に移ってからはそこであるいは面接室でおこなった。家族との合同面接も3回おこなった。

**薬物療法** 脳代謝賦活剤と脳循環改善剤が常用投与された（ホパテン酸カルシウム 1.5g，酒石酸イフェンプロジル 60mg，メシル酸ジヒドロエルゴトキシシン 3mg）。

#### 第1期（#1～9：治療関係の成立）

入院直後からほぼ2ヵ月間の経過である。

長谷川式痴呆診査をするためにIと会ったのが最初の出会いであった。入院の翌日である。質問に答えられないと、戸惑いながらも一生懸命答えようとする。粗大な意識障害は観察されなかった。

4回目までは世間話的な内容であった。Iの記憶に残っている面接者像も、この頃まではまだ「あなたに一度お会いしたようにも思えるんですが」という程度のものだった。

5回目。Iはつぎのように語った。「家には帰りたくない。家へ帰って



もわたしはご飯をうまく炊けないかもしれないし。ここに居れば何も気兼ねなくてすむから、ここに居るほうが気が楽です」。つづけて次のような作話を語った。「いとこがやって来て、いつまでもこんな所にいたら近所で息子さんの評判が悪くなるよと言った。嫁に出した娘も、お母さんをこんな所に置いていたら、恩を受けておいてあんなひどいことをして人から言われるから、わたしの家へ来ててくださいと言った」。この作話では、息子につれて帰ってもらいたい気持ちと、つれて帰らない息子への非難が間接的に述べられていると考えられた。なお作話が語られたのはこの回だけである。

6回目。「ここに入院してから息子はほとんど見舞いに来ないし、来てもほとんどわたしとは話さないから、家へ帰れるのかどうか分からない。養老院にでもやったのかと思うときがある。わたし自身は息子に面倒をみてもらうのは当然だと思っているんですがね」と、Iは本心を語った。なおIが見捨てられたんじゃないかと思うのは妄想的な思い込みではなくて、実際息子はIが退院しても家では面倒をみれないだろうと、退院後はIを養老院に入れるつもりでいたということであった。

正月になり家で外泊する。この時もIはご飯を食べさせないと言って暴れた。帰院したIに外泊中のことを尋ねたが、暴れたことは覚えていなかった。

9回目。ここで治療関係が成立した。Iは面接者に「どうか家に帰れるようにしてください。ひとつの家族をたすけるとして」と懇願してきた。そしてつづけて言う。「息子とは話しにくい。互いに腹をわって話したことがない。わたしが働きすぎたから、それがいけなかったのかもしれない。働いた後は酒を飲むのが楽しみだった。わたしは金の面で息子に不自由さ



せはしなかったけど、話をしたりしてじゅうぶんに面倒をみてやらなかった。いまは息子が金の面倒をみてくれるが、話をしてくれん。これまではがむしゃらに突っ走ってきたと思う。先生、いまからでも、こんなに年をとってからでも自分を変えることができるでしょうか」。これに対して面接者はつぎのように答えた。〈わたしはあなたが酒をたくさん飲んでいてこの是非についてとやかく言うつもりはありません。察するに、女手ひとつで子どもを育ててきて人並みならぬ苦労があったと思う。それで酒を飲まざるを得なくなったんじゃないでしょうか〉。するとIは「先生、これまで私の心にここまで入ってきて理解してくれた人はいません。先生のおっしゃることは何でも聞きますから、どうぞ助けてください」と、涙を流しながら語った。

#### 第2期( # 10 ~ 14 : 息子との和解 )

20 日間あまりの短期間の経過であるが、現実的に I と息子の関係が改善され始めた点で治療的に重要な時期である。

面接者は、I と息子の関係を改善させるには、I との個人面接だけでなく I と息子を同席させた合同面接をおこなう必要があると考えた。そこでまず息子との個人面接をおこなった。息子の話をじっくりと聞くことによって、息子とも信頼関係をつくっておきたかったからである。

この面接で息子はつぎのように語った。「家が貧乏だったので、小学生の頃から朝 3 時に起きて田圃や牛の世話、山仕事と働きづくめだった。でも母といっしょに仕事をしながら話をしたりして、寂しいことはなかった。高校卒業後遠方地での仕事が内定していたが、母が行ってくれるなというのであきらめた。そのことについて恨んではない。仕事に就いてからは仕事仲間とのつき合いで酒を飲んで帰りが遅くなったりして、母とあまり



話をしなくなった。妻が死んでからは、淋しかったのだろうが、母は酒をあびるように飲みだして手に負えなくなった。ここに入院する前は、家にいたら 30 分おきに飯をもって来いと言って暴れて、手がつけられない状態だった。わたしは母を見捨てたわけじゃない。ご飯をなんども食べたいと言って暴れたり酒を飲まなくなったら、家に引き取りたい。面会に来ない理由は、わたしの顔を見たらかならず連れて帰れというに決まっているから。それが辛い。給料を母に渡したら勝手に使ってしまうので全部を渡さないでいると、近所のひとに息子は金をくれんと言いつらされたことがある。あることないこと尾ヒレをつけて言うので、とてもじゃないけどこちらの思っていることをそのままでは言えない」。

息子の話を聞きながら、面接者は息子の実直な人柄を感じた。息子の話がひととおり終わった所で、面接者は I の食事要求の件に関してつぎのような解釈をした。〈病院では I さんは腹がすいたと食事を要求するようなことはありません。家で飯を食わせろと言って暴れたのは、あなたがちょうど仕事に出かける時間ですね。食事の要求はかまってほしいという気持ちの表現ではないでしょうか〉。「そうなんですね、そこが不思議なんです」と息子は答えた。

その後 1 回目の合同面接をおこなった。この時は I と息子は互いの顔を見ないで面接者に話しかけるという方法で、間接的に話し合った。I は世間話をしながらもチラリと本心を語った。「病院にいたほうがいいですよ。食事だってみんなといっしょに食べれるし。家ではひとりポツンと食べなければならん。けんか相手でもいた方がいい。嫁がいた時はけんかもできたのだが」。その後 I は「もう家へ帰ってもいいですか？」と面接者に尋ねた。面接者が〈まだ帰れない〉と答えると、息子が心配していたような



こともなく I は素直に応じた。この合同面接での I の態度は、息子が「もとのいい状態に戻っている」と言ったように、面接者から見ても母親らしい落ち着いた態度であった。面接者がふたりの間に入ったのでふたりは情緒的に安定した距離をとることができたのであろうと考えられる。この回の合同面接では I は表面的には面接者と話をしていたのだが、実際は息子との話し合いであったことは、1週間後の面接で語られたつぎの内容から明らかである。面接者が合同面接について尋ねてみると、I は「息子と会って話したのは覚えている。ほかに白衣を着た人がいたこともうっすらと覚えているが、先生であったかどうかは覚えていない」と答えたのである。

2 回目の合同面接では I と息子は率直な態度で話しあうことができた。息子は手づくりの海苔巻きやさしみ、ごはんを持ってきて、それを食べながら面接は進められた。I が「家へ帰ったら、わたしのよな気が違った者がいると孫たちが近所から変な目でみられはしないだろうか」と言うと、息子は「そんな心配はいらん。近所がなんと言おうが、家のことは家のことだから」ときっぱりと答えた。すると I は正面から息子の顔を見て「あなたにも今まで苦勞をかけました」と言い、つづけて「心から打ち解けた相手がいなかったので相談ごとなどを人にしたことはなかった。息子にもしなかった」と語った。面接終了後、息子は面接者に「この状態なら家でじゅうぶん面倒をみれます」と語った。

### 第3期( # 15 ~ 36 : 洞察が深まる)

自分の性格についての洞察が、過去の記憶想起をさかんに伴いながら深まっていった時期である。

15 回目。記銘力障害に由来する不安がまず語られた。「便所に行っておしっこをしようと思っていたら看護婦さんに怒られた。そのまま(おむ



つのまま)しなさいと。履いている靴下が左右ちがうので換えてくださいと看護婦さんに言ったら、あんたみたいな馬鹿にはどうでもいいじゃないかと言われた。最近頭がしっかりしてきたと思っていたんだけど、人から見たらやっぱり馬鹿なんですね」。<あなたの頭はよくなってきています。こうして私と話をしている間はお互いの話も、心も通じる。この事実を信じなさい>。「ええ先生のことだけは信じています。でも他の患者さんはみんな私より頭がいいように思えることがある。それは記憶がしっかりしているから。先生とこうして話をしているあいだは、私は自分では正常だと思っているんですが、先生が帰ったあとは先生と話したのは夢だったのか現実だったのかと考えてしまう。だから家へ帰ってもふつうの生活ができるかどうか心配です」。

その後つぎのような話題が話された。「今までは家のことに私が口出しをしすぎていたと思う。女の手で育てたからと人に言われなくなかったので色々と息子に口出しをしてきた」。面接者が<これからはすべてを息子さんに任せなさい>と言うと、Iは大きくなずいた。

17回目。嫁の死別と飲酒との関係を明確にしたいと思い、その頃(4年前)のことを尋ねてみたが、Iは思いだせなかった。ただ「もう絶対に酒は飲まない」とIは言った。

17回目の後、主治医の判断で開放病棟に移る。病棟では、以前から腰が悪いせいもあって、ほとんどベッドの上で休んでいた。

2回目の外泊があった。今回は食事のことで暴れるようなことはなかった。息子はつぎのように語った。「性格が変わった。ひとに感謝する気持ちが出てきた。家計のことについてもいっさい口出しをしなかった。こういう状態なら私もいとおしい気持ちになれる」。



24 回目。「私のわがままな性格のせいでこうなったと思う。これまでは自分のすることに間違いはないと思いきぎていた。家でも村でもワンマンだった。病気をしてはじめて自分はみんなの世話にならないと生きていけないことがわかった。この病気をしなければ一生ワンマンで過ごしていたと思う。わたしの母は腹をたてたら子どもを気遣いみたいに叱っていた。悪い血を私の代で断ち切らなければいけないと思う。ワンマンがヒステリーにつながり、ヒステリーが頭にきたのだと思う」。

25 回目。「本家のいところが私の山の木を勝手に切っていたことがある。そのことで不満を言うと関係がうまくいかなくなるので、私はいいなりになっていた。一番ちかい親類がこうだから、まわりの人は信じられなかった」。

28 回目。「だれか山師が私の山にはいって来たので、私は怒鳴り込んでやった。そういう夢<sup>(註 12)</sup>をみました」。その後、「ほんとうに今あったようにも思えるのですが」とつけ加えた。

(註 12) おそらく面接者がくる前に見たばかりの夢ではないかと思われる。「ほんとうに今あったようにも思えるのですが」と I が当惑しているのは、さっきまで自分は寝ていたという記憶が曖昧だからであろうと考えられる。

29 回目。「息子が高校を卒業して就職する時も、私の意見を通させて遠くへは行かさなかった。そんなことを思い出しました。こんなことはよく覚えていなかったんですがねえ。とにかく親子が断絶していた。息子は村の人とのつきあいや、どこへ仕事に行っているかということなど、わたしには話してくれなかった。でもこれらはすべて私に責任がある。自業自得です。これからは何をやるにしてもまず息子に相談してからにしよう



思う。こんな年になってはじめて気がつきました。今度のことは神様、仏様がわたしに教えてくれたのだと思う。もうじきあの世に行くのだから、心をなだらかにして来なさいよと」。

30 回目。「わたしは両親にはあまりかわいがられなかった。母は身体が弱くて家の仕事も女中にまかせて自分ではあまりしなかった。神経質でよく私たち子どもを叱りつけていた。おばが、お前の母親みたいに働かないひとはだめだと言うのをよく聞いていたので、私はよく働いた。父はひとが いいばかりの人だった。私は祖母にかわいがられた。祖母は後妻で本家に嫁に行き、夫が死んだ後は私の父親をつれて分家した。祖母はどういうわけか孫たちのなかでとくに私をかわいがってくれた。お前が大きくなったらわしの面倒をみてくれのうと、よく言っていた。家の実権は祖母が握っていたから、私は自分は家のなかで祖母に次いで偉いと思っていた。だから今でも人に与える印象がワンマンなところがあるんじゃないだろうか。祖母はわたしが尋常高等小学校を卒業した 15, 6 歳の頃亡くなった。それで私は、わしはこの家にはいらん子じゃと言って東京の洋裁学校へ行った。そこで主人と知り合ったけど、子どもが生まれる前に主人は病気で亡くなってしまった。息子をつれて東京から実家に帰ったとき、母がどないするつもりぞと怒ったのを今でもよく覚えている。再婚ばなしもあったけど、わしは一生この子を育ててみせると言って働いてきた。わたしの両親もわたしが 30 歳頃には亡くなった。とにかく女の手で育てたからと人に言われたくなかったので、子どもに対してはしつけを厳しくしてきた」。

この頃までには、息子に見捨てられるんじゃないかという I の不安は低減していたが、I の心ははやく家へ帰りたい思いでいつも占められていた。面接者は、退院の準備が遅れると I の見捨てられる不安が強くなるかもし



れないと考え、まず息子と会って退院準備について話し合った。息子によると水道やガスの元栓の始末が心配だということであった。この後面接者はIと会って、家へ帰ったときにはどのような生活を送ろうと思っているのか尋ねた。「あさ6時に起きて家族のご飯の用意をしてやり、昼間は近所のひとが遊びにくるだろうからお茶でも出してやろうと思う」とIは答えた。この後、3回目の合同面接をおこなった。面接者は水道やガスの取り扱いについて現実的なアドバイスを与えた。

この20日後、Iは退院していった。

#### その後の経過

退院後2回、40日後と7ヵ月後に電話でIの様子を息子に尋ねた。以前のように暴れることもなく、調子よくやっているとのことであった。2回目に尋ねた時には、記憶もすこしよくなり、昔のことを思い出してはよく家族に話しているとのことであった。

#### (4) 心理力動の考察

Iは9回目の面接で「いまからでも、こんなに年をとってからでも自分を変えることができるでしょうか」と面接者に尋ねたが、それをIはやり遂げたといえよう。Iのこれまでの生き方は、Iのつぎのことばが簡潔に表わしていると思われる。「これまではがむしゃらに突っ走ってきたと思う」(9回目)、「病気をしてはじめて自分はみんなの世話にならないと生きていけないことがわかった」(24回目)。人を頼まず、がむしゃらに苦境を乗り越えてきた人生がIの人生であったといえよう。このようなIの人生を自律性の観点から以下に考察したい。

考察に入る前に、まず自律性に関する筆者の見解を述べておきたい。自律的な生き方とは、自分の望む人生を自分の力で切り開いていく生き方で



あるといえる。そのとき、他者との関係を孤立無援にすることは健全な形であるとはいえない。なぜなら、人は本当に困ったときには他者の援助を必要とするからである。他者と互いに支え合いながら自分らしい生き方をすることが健全な自律性の姿であると考えられる。

では、Iの人生の考察に入りたい。Iは「わたしは両親にはあまりかわいがられなかった」(30回目)と言う。子どもをよく叱りつけ、家の仕事はあまりしなかったという母親や、人がいいばかりの父親との関係では、素直に甘えながら自律性を獲得していくことは難しかったと思える。その点、Iをかわいがった祖母が代理的役割を果たしたのではないかと思われる。そしてIはそのような祖母に同一化したものと思われる。そのように考えられる理由をつぎに述べたい。

祖母は後妻で嫁に行きそこでIの父親を産むが、夫が亡くなったあとは分家して家を出、その後は自分一人の力で息子を育てあげている。このように周囲に祝福された安心できる結婚の様態ではない点、また夫を亡くした後自分一人の力で息子を育てあげている点など、祖母とIの境遇は似ている。また、「家の実権は祖母が握っていた」(30回目)ということであるから、この点においても、「家でも村でもワンマンだった」(24回目)というIと祖母は似ていると思われる。両者とも困難な境遇を人に頼らず乗り越えてきたため、家族に対しても共に依存しながら協力して生きていくことが難しかったのではないかと思われる。

さて、祖母はIが尋常高等小学校を卒業した頃に亡くなった。祖母が亡くなったこともあって、Iは「わしはこの家にはいらん子じゃ」と言って家を出て東京の洋裁学校に入学した。しかし、Iが家を出た理由は、単に祖母が亡くなり家に居ずらくなったということだけではなかろう。これが



らの自分の人生を切り開いていく土地としての、東京への憧れもあったと思われる。憧れを現実の行動に移すという面では、Iは強い自律性をもっていたと考えることができる。

東京でIは男性と知り合い、男性の両親に結婚を許されないまま妊娠した。しかし子どもが産まれる前にその男性を病気で失い、私生児となった息子をつれてIは実家に帰った。それをみた母親は「どないするつもりぞ」と怒るが、Iはそれに対し「わしは一生この子を育ててみせる」と啖呵を切り、そして実際にそれをやり遂げた。母親あるいはその他周囲の人間に対して、Iは「自分でしたこと責任は自分でとる。援助はいらないし、またとやかくも言わせない」という気持ちでいたのであると思われる。「とにかく女の手で育てたからと人に言われなくなかったので、子どもに対してはしつづけを厳しくしてきた」（30回目）というIのことばの背後には、このような気持ちがあったのではないかと思われる。

息子は小学生の頃Iと一緒に働いた思い出をつぎのように語っている。「家が貧乏だったので、小学生の頃から朝3時に起きて田圃や牛の世話、山仕事と働きづくめだった。でも母といっしょに仕事をしながら話をしたりして、寂しいことはなかった」（息子との個人面接）。息子はIの自律して生きる厳しい姿を感じると同時に、Iの愛情も感じ取っていたと思われる。面接によってIと息子の関係が劇的に修復されたのは、元来は両者の間に深い信頼関係があったからであろうと考えられる。

Iと息子の関係に問題が生じるようになったのは、息子が成長しIから自立し始めたときからであろうと考えられる。その最初の重大な場面が息子の就職であったと思われる。息子は高校卒業後遠方地での就職が内定していたが、Iの要望でその就職を断念しIのもとに残った。その時のこと



をIは「わたしの意見を通させて遠くへは行かさなかった」と言う。Iは支配的な形で息子に依存したと考えることができる。地元就職した息子は、「仕事に就いてからは仕事仲間とのつき合いで酒を飲んで帰りが遅くなったりして、母とあまり話をしなくなった」（息子との個人面接）と言う。息子はIと距離を置くことによって、徐々にIから自立していったと考えられる。

Iと息子の関係が悪化したのは息子の嫁が亡くなってからである。それ以後Iは酒を多量に飲むようになり、酔って息子に暴言を吐いたり、駅で酔っ払っているところを保護されたりするなど問題行動を引き起こすようになった。息子の嫁が亡くなったことにより、Iと息子の関係は再び緊密な二者関係となり、その結果両者の間にあった葛藤が表面化したと考えられる。Iはこの時すでに69歳になっており、息子に対する依存心は高まっていたであろう。しかしその依存心を素直な形で息子に表現することができず、多量の飲酒という形でそれを表わし、その一方で家計を采配するなど息子に対する支配を続けたため、両者の関係は危機的な状態になったと考えられる。そして今回の記銘力障害が発症し、Iは食べたことを忘れて飯を食わせろと暴れるので、とうとう息子はIのことが手に負えなくなってしまった。この時点で、両者の関係は危機の頂点に達したと考えることができる。このような状況のもとで面接が開始され、Iは自律性の葛藤を解決することにより、この危機を乗り越えることができたと考えられることができる。

以上をまとめると次のようになろう。Aは、自分のことは自分で決め自分の力でやっていくという点では元来強い自律性をもっており、逆境に対しても気丈にそれを乗り越えてきたが、一方で依存性を抑圧して生きてき



た結果、老年に至り息子への依存度が高くなったときにその葛藤が表面化したと考えられる。そして、その葛藤を酩酊や記銘力障害のもとで増幅して表出した結果、危機的状況に陥ってしまったとすることができる。

#### 第4節 考察

##### 1 心理療法的アプローチの有効性

心理療法的アプローチによってIは洞察を深め態度を変容させたということができよう。記銘力障害があっても通常の心理療法と比べて全く遜色のない効果が得られることが、本事例によって明らかにされた。このことは心理療法の鍵概念である洞察について考えるとき、重要な示唆を与えてくれる。本事例によって明らかになったことは、1) 過去の面接の内容を記憶していなくても洞察は可能である、2) 洞察の内容は記憶されなくてもその効果は保持される、ということである。以下この2点についての考察を加えたい。

1) 過去の面接の内容を記憶していなくても洞察は可能である、ということについてまず考察したい。Bennett, T.L. (1989)は洞察指向的心理療法は相当な認知機能を要求するから脳障害者には適さないという。そして彼は認知機能の一つとして記銘力をあげ、セッション内での記憶やセッション間にわたる記憶がなければ洞察は期待できないと述べている。しかしこの指摘が誤りであることは本事例により証明された。通常の面接においても、過去の面接で語られたことが話題にされることはそれほど多くない。面接の本質は、患者のその時その場の意識にのぼった感情を、患者自身が十分認識できるよう治療者が援助することである、と筆者は考える。適切な援助ができるよう、過去の面接で得られたデータを秩序立てて記憶して



おくことは治療者にとって必要であるが、患者にとって必要なことではない。

2) つぎに、洞察の内容は記憶されなくてもその効果は保持される、ということについて考察したい。Moore, B.E. & Fine, B.D. (1990) 編集の精神分析用語事典では、洞察について次のように記述してある。“洞察の構成要素は二つある。感情と認知である。認知的な気づきは精神が再体制化される過程で再び抑圧されるが、新しく得られた情緒的自由さは維持される (p.99)”。この記述は、洞察が生じたその瞬間に情緒の再体制化がおこなわれることを意味していると考えることができる。ジェンドリン (1966) はこの考えを明確に提示している。本事例は、洞察が生じた瞬間に態度変容が生じるという仮説の妥当性を裏づける。

さて、洞察が生じればなぜ情緒の再体制化がなされるのか、そのメカニズムはどうなっているのかという問題が考えられるが、これに対する仮説を構築していくのはこれからの課題であると考えている。

## 2 応答技術

応答技術についての検討をつぎにおこないたい。

本事例で用いた応答は「受容的なことば」がほとんどであった。「能動的な介入のことば」は用いなくても患者は自分の力で洞察を進めていった。これは、本事例が有する面接に対する強い動機づけが影響を与えていると考えられる。9回目の面接でIはつぎのように語っている。「こんなに年をとってからでも自分を変えることができるでしょうか。(中略)先生のおっしゃることは何でも聞きますから、どうぞ助けてください」。息子に見捨てられるかもしれないという危機的な状況に立たされ、Iは背水の陣をひいて自分を変えようとしたと考えられる。



面接に対する動機づけが本事例のように強くない場合には、一般的な知見に基づいて推測すると、防衛や抵抗により洞察の進展が阻まれる可能性が高い。そのような時には「受容的なことば」だけでは面接は進展しない。「能動的な介入のことば」が必要となる。そのとき記銘力障害がどのような影響を与えるかを検討することは、今後の課題としたい。

ところで、本事例では通常の心理療法ではあまり用いられることのない面接者の応答があった。15回目の面接である。看護婦との会話からIは自己の精神機能についての自信をなくし、不安を増大させた。これに対して面接者は「あなたの頭はよくなってきています。こうして私と話をしている間はお互いの話も、心も通じる。この事実を信じなさい」と語っている。「心も通じる」と述べることによって、治療的中立性を越えた現実的な人間関係の側面を面接者の方から積極的に提示し、励ましたのである。面接者がそうした理由はつぎのとおりである。

Iは記銘力障害のため、つぎのIのことばが示すように、現実の出来事と虚構の出来事の区別をつけることが難しかった。「先生が帰ったあとは先生と話をしたのは夢だったのか現実だったのかと考えてしまう」(15回目)、「だれか山師が私の山にはいって来たので、私は怒鳴り込んでやった。そういう夢をみました。(中略)ほんとうに今あったようにも思えるのですが」(28回目)。このような状況に置かれると、ひとは自己の確実感を脅かされるであろうと考えられる。本事例で、面接者が患者と面接者間の現実的な人間関係の側面を積極的に提示し励ました理由は、患者の自己の確実感を支えるためであった。



### 第3章 全体的考察

第1章、第2章では老年期痴呆および純粋健忘症候群への心理療法的アプローチについて分析と考察を加えた。第3章ではその他の器質性精神障害も含めた全体的視点から、認知機能障害と心理力動性の統合的理解、および器質性精神障害者に対する洞察指向的心理療法の適否について考察したい。

#### 第1節 認知機能障害と心理力動性の統合的理解

Allen, J.G et al. (1986) は、器質性精神障害の患者が示す言動や症状に対して、その原因を、脳の器質因にもとづく認知機能障害あるいは心理力動的要因の、どちらか一方に還元してしまいがちな研究者の傾向を指摘している。そしてこのような傾向の背後には物質と精神の存在論的問題に関する各研究者の哲学的態度が関わっていると述べ、両者を統合的に理解することの必要性を説いている。しかし具体的な問題については論じていない。

この問題について、筆者は2種類の統合的理解が可能ではないかと考える。一つは器質的要因が一次的原因である認知機能障害に、心理力動的要因が影響を与えていると考えられる場合であり、あと一つは認知機能障害を背景的要因とし、そこに心理力動的要因が加わってある症状を形成していると考えられる場合である。以下に、この二つの点について考察を加えたい。

1) まず、器質的要因が一次的原因である認知機能障害に、心理力動的要因が影響を与えていると考えられる場合について考察したい。



はじめに Miesen, B. (1992) の論文から、ある痴呆患者の会話を引用したい。すこし長くなるが、認知機能障害に心理力動的要因が影響を与えている様子がよく分かり興味深い事例なので引用したい（会話部分については原文のままであるが、その他の部分については一部筆者のことばで要約してある。また傍点は筆者が加えた）。

“「私の両親は元気でやっています」とボス夫人は言った。続けて彼女はこう言った。「私の母が死んでからもう暫らく経ちます。父も死にました。父の方が先に亡くなったんです」。<そうですか。お母さんが亡くなる前にお父さんが亡くなられたんですね>という面接者の問いに、彼女はこう答えた。「いや、父はまだ生きています。母も元気です」。暫らく続いた会話の後、彼女は再びこう言った。「私の両親は二人とも亡くなりました」。そこで面接者は彼女に、両親のことをよく考えることがあるかどうか尋ねてみた。ボス夫人は答えた。「ええ、考えます。しょっちゅう彼らのことを考えています。毎日じゃないけどね。でも、いつだって私は彼らを身近に感じています。私は彼らに生きていてもらいたい。彼らをしつかりと抱き締めたい。彼らが居なくなると私は淋しいんです」。この会話の最後、ボス夫人は「それじゃ、私は今から家へ帰ります。私の両親が私を待っているんです」と言った。面接者は<ご両親はまだ生きておられるんですか>と慎重に尋ねた。「ええ、父も母もまだ生きています」と彼女は答えた (p.40-41)。” 以上のような事例である。認知機能障害に心理力動的要因が影響を与えている様子がよく示されていると思われる。

本研究の事例 A では、養子との関係に関する記憶のうち肯定的な記憶はあったが、否定的な記憶がなかった。このことに関して、記憶障害には抑圧という心理力動が影響を与えている可能性を指摘した。また事例 G では、



患者は「(家族のことを含め) 半分くらい何がなんだか分からなくなってしまった」と語っていたが、このような認知機能の低下した状態には、抑鬱を引き起こすようなことは「考えない」という、防衛も影響を与えている可能性を指摘した。

Cicerone, K.D. (1989) は、脳損傷者がしばしば自己の障害を認めないことを指摘しており、Stern, M.J. & Stern, B. (1990) と Leichtman, M. (1992) は、それぞれ、成人と少年の脳損傷者の詳細な事例を報告し、自己の障害を認めないという状態には否認の防衛機制が影響を与えている可能性を指摘している。

以上考察したように、器質性精神障害者の認知機能障害には心理力動的要因が影響を与えていると考えられる場合があり、この点に関してつぎのような考察を加えることができる。すなわち、器質性精神障害者は現実(過去の現実も含む)を把握するための認知機能に障害をもつので、その障害を利用して現実否認の防衛が容易に成立するのではないかと考えることができる。

さて、このような防衛は我々が積極的に心理力動を追求しない場合にはその存在は認められず、事態は単なる認知機能障害として取り扱われてしまうであろう。しかし一方、原因をすべて心理力動的要因に還元する立場をとると、患者の認知機能障害を考慮に入れない無理な防衛解釈をおこなってしまう危険性があるので、その点留意が必要であると思われる。

2) つぎに、認知機能障害を背景的要因とし、そこに心理力動的要因が加わってある症状が発現していると考えられる場合について考察したい。

一ノ渡他(1987)は脳血管性痴呆の患者にカプグラ症候群(替え玉妄想)が出現した事例を報告し、その発生機序を、痴呆による認識能力全般



の低下を二次的要因とし、それを背景として心理力動的要因によって引き起こされたのであろうと考察している。

妄想と作話の区別は相対的であることは第1章第4節(64頁)で述べたが、作話の発生機序についても同様の理解が可能である。作話は様々な器質性精神障害において見られる。作話の発生機序についての統一的理解はないが(Mercer, B. et al., 1977)、心理力動的要因が認められる場合のあることは本研究の事例B, C, D, E, F, G, Hで明らかであった。この場合、その発生機序は、認知機能障害を背景的要因としそこに心理力動的要因が加わって発現していると理解するのが最も妥当であろう。

つぎに、事例Cでは認知機能に障害がある場合には転移が直裁な形で現われることが明らかにされた。これは、認知機能に障害があるため転移という幻想化に歯止めが掛かりにくくなるためであろう、と考えることができた。これを精神分析の用語で説明すれば、二次過程思考よりも一次過程思考の優位な状態であると考えることができた。

このように転移と認知機能障害を統合的に理解する立場に立つと、人物の見当識障害をその延長上に置くことも可能であると思われる。すなわち、認知機能障害が重い場合には転移の対象は完全に幻想化されてしまい、その結果、人物の見当識障害を呈する場合もあり得るのではないかと考えられる。本研究では事例Fがそのような状態にあったと思われる。

## 第2節 器質性精神障害者に対する洞察指向的心理療法の適否

洞察指向的心理療法という用語には二つの意味が含まれている。一つは患者が洞察を得ることを目指した心理療法という意味、あと一つは洞察を促すために治療者が能動的な介入をおこなう心理療法という意味である。



従来の研究のほとんどはこの2点を区別して論じていない。したがって以下過去の研究に言及する際、その点を明確に区別して引用することはできないが、両者を区別して論ずることは必要であると考え。

老年期痴呆に対する洞察指向的心理療法の適否については第1章で示したように両方の意見があるが、否定的な意見の方が多い。本研究の事例では洞察を促すための能動的な介入は試みなかったため、これが可能であるか否かについては検討できないが、少なくとも中等度以上の痴呆に関しては無理であろうとの感触を筆者はもっている。その理由は、洞察指向的な介入に対して情緒的に耐えられないというよりも、認知機能的に耐えられないと思うからである。しかし受容的技法のみでも事例によってはある程度の洞察が可能であることが、事例Bによって示された。これは本研究によって明らかにされた新しい知見であると考え。

純粋健忘症候群に関しては、患者が洞察を得ることは十分可能であることが本研究の事例Iによって示された。事例Iで用いられた応答技術は「受容的なことば」がほとんどであった。「能動的な介入のことば」は用いなくても患者は自分の力で洞察を進めていった。ただ、事例Iの場合は面接に対する動機づけが高かったためこのような結果を得たが、動機づけが低い場合には、防衛や抵抗により洞察の進展が阻まれる可能性がある。そのような時には「受容的なことば」だけでは面接は進展しない。「能動的な介入のことば」が必要となる。そのとき記憶力障害がどのような影響を与えるかを検討することは、今後の課題としたい。

つぎに、老年期痴呆、純粋健忘症候群以外の器質性精神障害に対する洞察指向的心理療法の適否について考察をおこなっている文献を、以下にまとめたい。それらは4群に分類することができる。1) 洞察指向的心理療



法は適さない， 2) 洞察指向的心理療法は適する， 3) 洞察指向的心理療法は支持的になされるなら用いてもよい， 4) 支持的におこなう中でこそ洞察の契機は現われる， である。

1) 洞察指向的心理療法は適さない， と考察している文献には次のようなものがある。Bennett, T.L. (1989) は洞察・感情指向的心理療法は相当な認知能力を要求するから脳損傷者には適さず， 指示的・行動指向的な心理療法が使用されるべきであると述べている。加えて治療者と患者間の支持的な関係の必要性を強調している。

2) 洞察指向的心理療法は適する， と考察している文献には次のようなものがある。Lewis, L. & Rosenberg, S.J. (1990) は， 脳損傷者は運動， 感覚， 記憶に関する重度の障害をもっていると言語や抽象能力に関する障害が軽度ならば， 精神分析療法が有効であると述べている。Stern, M.J. & Stern, B. (1990) は交通事故による脳外傷者に本格的な夢分析をおこない成果をあげた事例を報告している。

3) 洞察指向的心理療法は支持的になされるなら用いてもよい， と考察している文献には次のようなものがある。Cicerone, K.D. (1989) は， 解釈的・洞察指向的な力動的な心理療法は支持的になされるなら用いてもよいが， 治療にとってもっとも重要なことは治療者の共感的理解であると述べている。Miller, L. (1993) は重要なのは共感的理解であり， 支持的要素は少なくとも面接の初期の段階では解釈的・洞察指向的要素を上回らなければならないと述べている。

4) 支持的におこなう中でこそ洞察の契機は現われる， と考察している文献には次のようなものがある。Minden, S.L. (1992) は多発性硬化症患者の心理療法をおこない， 認知機能障害があっても自己認識を深めること



は十分可能であることを示すと同時に、支持的、共感的におこなう中でこそ洞察の契機が現われることを認識したと述べている。彼女は多発性硬化症患者の心理療法に携わる以前には、多くの治療者と同様に、支持的心理療法と洞察指向的心理療法は根本的に異なる治療法だと思っていたという。器質性精神障害をもつ者への心理療法を考察する中で、彼女は広く心理療法全体に関わる重要な問題を我々に提起したと考えることができよう。

以上の結果をまとめると、その他の器質性精神障害では、認知機能障害の重症度にもよるが洞察可能性はかなりあると言ってよかろう。能動的な介入の適否については、その前提となる治療者、患者間の人間関係がじゅうぶんに支持的・受容的であるならばある程度まで可能であろう、と結論することができよう。

以上、器質性精神障害に対する洞察指向的心理療法の適否を、老年期痴呆、純粋健忘症候群、その他の器質性精神障害といった疾患名による分類のもとで考察し、一定の知見をまとめることができた。今後の課題としては、疾患名による分類ではなく、この問題を検討するにはより根本的な分類方法であろうと思われる、認知機能障害の分類にもとづいて考察を深める必要があると考える。そのためには各認知機能および認知機能間の構造的関連に関する精密な概念、そして精密な測定具が必要となる。認知心理学におけるこの種の基礎的研究の進展を待たねばならない。

なお、器質性精神障害をもつ者にとっては、感情を表現しそれを理解されるという支持的要素のみでも、大きな援助となることが本研究で明らかにされた。器質性精神障害に対する洞察指向的心理療法の適否を追求する際に、このことを等閑視することのないよう留意しておく必要があると考える。



## 引用文献

- Allen, J.G., Lewis, L., Peebles, M.J., & Pruyser, P.W. 1986 Neuropsychological assessment in a psychoanalytic setting. *Bulletin of Menninger Clinic*, **50**(1), 5-21.
- 浅井昌弘 1987 記憶障害とその分類 日本臨床, **45**(2), 395-407.
- Babins, L. 1988 Conceptual analysis of validation therapy. *International Journal of Aging and Human Development*, **26**(3), 161-168.
- Bennett, T.L. 1989 Individual psychotherapy and minor head injury. *Cognitive Rehabilitation*, **7**(5), 20-25.
- Bleathman, C., & Morton, I. 1988 Validation therapy with the demented elderly. *Journal of Advanced Nursing*, **13**(4), 511-514.
- Bleathman, C., & Morton, I. 1992 Validation therapy: extracts from 20 groups with dementia sufferers. *Journal of Advanced Nursing*, **17**(6), 658-666.
- Bonder, B.R. 1994 Psychotherapy for individuals with Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, **8**(Suppl. 3), 75-81.
- Cicerone, K.D. 1989 Psychotherapeutic interventions with traumatically brain-injured patients. *Rehabilitation Psychology*, **34**, 105-114.
- Feil, N. 1985 Resolution: the final life task. *Journal of Humanistic Psychology*, **25**(2), 91-106.
- Feil, N. 1992 Validation therapy with late-onset dementia populations. In Jones, G.M., & Misen, B.(Eds.), *Care giving in dementia*. New York : Routledge. Pp.199-218.



- 深谷仲秀・千田光一・高須俊明・野上芳美・後藤昇 1989 Pure amnesic syndrome 2 症例 精神医学, **31**(8), 887-890.
- 福成圭右 1981 老年期痴呆患者への接近：精神科的ケアをとおして 看護技術, **27**(3), 46-52.
- 五島シズ 1985 痴呆の老人を持つ家族への援助 Geriatric Medicine, **23**, 907-911.
- 五島シズ 1994 痴呆老人の理解と看護 関西看護出版
- 原田憲一 1967 症状精神病の症候学への一寄与：軽い意識混濁について 精神神経誌, **69**, 309-332.
- 原田憲一 1979 老人の妄想について：その2つの特徴，作話的傾向および共同体被害妄想 精神医学, **21**(2), 117-126.
- Hausman, C. 1992 Dynamic psychotherapy with elderly demented patients. In Jones, G.M., & Misen, B. (Eds. ), *Care giving in dementia*. New York: Routledge. Pp.181-198.
- 本間昭 1994 処遇上で大切なのは自信を持って行なうこと 季刊老人福祉, **103**, 23-24.
- 一ノ渡尚道・立花正一・辰沼利彦 1987 Capgras症候群を呈した脳血管性痴呆の1例 精神医学, **29**(11), 1195-1202.
- 井上勝也 1984 老年期痴呆の知能：健常者との比較において 老年精神医学, **1**(3), 312-321.
- 石田義則・吉村菜穂子・相馬芳明 1993 尾状核頭部損傷による一過性の記銘力障害について 神経内科, **38**(6), 587-591.
- ジェンドリンE. T. 村瀬孝雄（訳）1966 体験過程と心理療法 ナツメ社



- カルドマ木村哲子 1991 アルツハイマーよ, こんにちは 誠信書房
- 河合真・永富公太郎・宮本公夫 1985 人形遊びのみられた老年期痴呆の  
5 症例 老年精神医学, 2(4), 633-638.
- 萱原道春 1991 健忘症候群に属する一事例に試みた心理療法 心理臨床  
学研究, 8 (3), 4-16.
- 北川他 1994 施設実践に見る痴呆性老人のケア<特集> 季刊老人福祉,  
103, 11-24.
- 小坂憲司 1985 老化性痴呆患者における "Pseudobeschäftigung" につい  
て 老年精神医学, 2(1), 88-92.
- Langer, K.G. 1992 Psychotherapy with the neuropsychologically impaired  
adult. *American Journal of Psychotherapy*, 46(4), 620-639.
- Leichtman, M. 1992 Psychotherapeutic interventions with brain-injured  
children and their families. *Bulletin of Menninger Clinic*, 56(3), 321-337.
- Lewis L., & Rosenberg, S.J. 1990 Psychoanalytic Psychotherapy with brain-  
injured adult psychiatric patients. *Journal of Nervous and Mental  
Disease*, 178, 69-77.
- Mackinnon, R.A., & Michels, R. 1971 *The psychiatric interview in clinical  
practice*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Mercer, B., Wapner, W., Gardner, H., & Benson, F. 1977 A study of  
confabulation. *Archives of Neurology*, 34(7), 429-433.
- Miesen, B. 1992 Attachment theory and dementia. In Jones, G.M., &  
Miesen, B. (Eds.), *Care giving in dementia*. New York: Routledge.  
Pp.38-56.
- Miller, L. 1993 *Psychotherapy of the brain-injured patient*. New York:

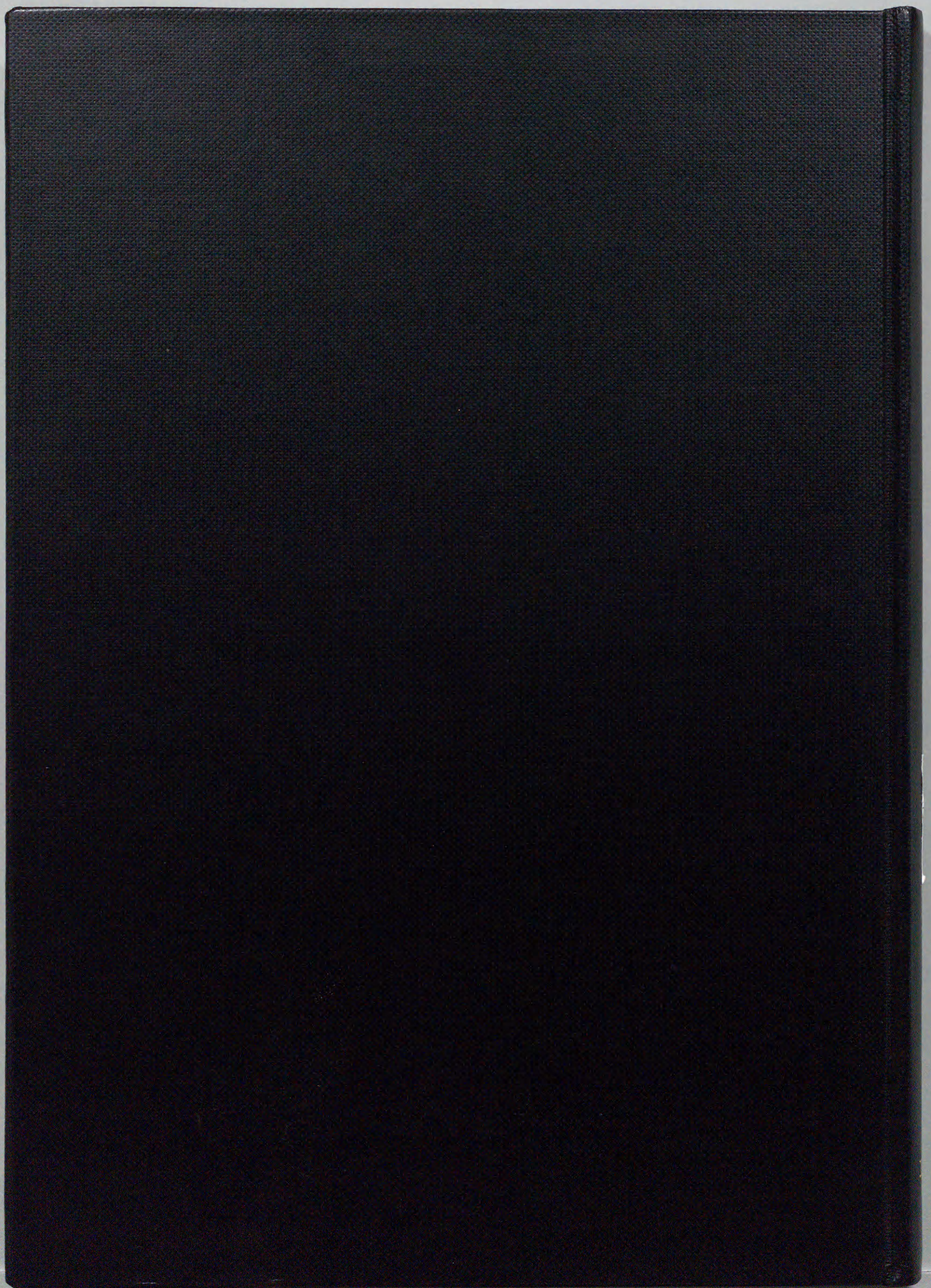


- W.W. Norton & Company.
- Miller, M.D. 1989 Opportunities for psychotherapy in the management of dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 2(1), 11-17.
- Minden, S.L. 1992 Psychotherapy for people with multiple sclerosis. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 4(2), 198-213.
- 三好春樹 1989 問題老人が人気者になるとき 作業療法ジャーナル, 23(6), 432-436.
- Moor, B.E., & Fine, B.D. (Eds.) 1990 *Psychoanalytic terms and concepts*. New Haven: Yale University Press.
- Morton, I., & Bleathman, C. 1991 The effectiveness of validation therapy in dementia: a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 327-330.
- 室伏君士 1984 老年期の精神科臨床 金剛出版
- 室伏君士・田中良憲・後藤基卿 1988 老年期痴呆の構造と臨床類型(2) 精神医学, 30(8), 848-855.
- 室伏君士 1989 痴呆性老人の心のケア 学苑社
- 中島恵子 1994 記憶障害患者への心理療法的アプローチ 日本心理臨床学会第13回大会発表論文集, 220-221.
- 中野光子 1992 ヘルペス脳炎後遺症による記憶障害がありながら知的職業に復帰した一例 日本心理学会第56回大会発表論文集, 333.
- 大國美智子・清水忠彦・水戸秀樹・早川和生・由良晶子 1986 老年期痴呆の発症や増悪に関与する危険因子についての研究 日本公衆衛生雑誌, 33(1), 17-27.
- 小山田特別養護老人ホーム 1994 コンタクトパーソンによる心理社会的



- アプローチ 季刊老人福祉, **103**, 17-19.
- Stern, M.J., & Stern, B. 1990 Psychotherapy in cases of brain damage.  
*Brain Injury*, **4**(3), 297-304.
- 鑪幹八郎 1973 カウンセリング実習 倉石精一(編) 臨床心理学実習  
誠信書房 Pp.204-246.
- 鑪幹八郎 1977 試行カウンセリング 誠信書房
- 上田房子・阿部学 1994 心が触れ合う介護への模索: 痴呆性老人の介護  
過程の分析を通して考える 四国大学紀要, **2**, 151-165.
- 山中康裕 1991 老いのソウロロギー 有斐閣
- 山下光 1993 純粹健忘症患者の言語性記憶の検討 日本心理学会第57  
回大会発表論文集, 549.







inches 1 2 3 4 5 6 7 8  
cm 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19

# Kodak Color Control Patches

© Kodak, 2007 TM: Kodak



Blue Cyan Green Yellow Red Magenta White 3/Color Black

# Kodak Gray Scale



© Kodak, 2007 TM: Kodak

A 1 2 3 4 5 6 M 8 9 10 11 12 13 14 15 B 17 18 19

