

Psychotherapeutic Support for Elderly Demented Person

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/705

老年期痴呆への心理療法的援助

— 事例研究 —

萱原道春

Psychotherapeutic Support for Elderly Demented Person : Case Study

Michiharu KAYAHARA

I はじめに

老年期痴呆は脳が損傷を受けた結果引き起こされる疾患であるから、それ自体は、心理的な原因から生じる問題を取り扱う心理療法の対象外である。しかし痴呆という障害を負って生きる個人の情緒生活を対象としたとき、心理療法的援助は不可欠となる。

この研究課題に対し、筆者は、心理療法的援助によって抑うつ症状を改善することができた事例等の報告と理論モデルの提出(萱原, 1987), より詳細な理論モデルの再提出(萱原, 1998)をおこなってきた。前者の論文を発表した当時、老年期痴呆への心理療法的援助は研究者の少ないごくマイナーな研究分野であったが、その状況は現在もあまり変わっていないように思える。研究を進めるのに不可欠な詳しい事例報告も未だ僅かの蓄積しかない。

このような事情を鑑み、本論文では筆者がかつて関わった事例のうち、未発表の4事例を報告したい。これらの事例は、防衛の取り扱いに失敗して中断した事例、面接を重ねても治療者が患者に特定の人物として認知されなかったため、その場限りの情緒的援助しか与えられなかった事例、思考の断片化が著しくまとまった心理力動を解釈することに躊躇を覚えた事例などである。どの事例も所謂心理療法の成功事例とは言い難いので発表せずにいたが、年月を経て再度分析を加えた結果、心理力動的理解を深めることができ、また援助の価値に対する筆者

の考え方も変化したため、発表することに意義を見出すことができたようになった事例たちである。

II 事例

1. 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、最近あまり来ない」と、正確に認識していた。ただ、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、やや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、「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うちゃった。ここがどこだかも、昔のことも。夫はもう亡くなった。脳溢血であっさりとね」。〈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。治療者(以下、Th. と略)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だね。現実はこのままで、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、「これで、おしまい」と言う。それでもTh. 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Th. 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Th. を呼び止め、「先生、ありがと。それだけ」と言う。Th. も〈うん、わかった〉とだけ応えた。

6回目。Gの方からTh. 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」。Th. はGと一緒に「背くらべ」を唄った。

7回目。Th. 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Th. 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、Th. も一緒に歌詞を口ずさんだ。

8回目。Th. がGの隣りの席に腰かけると、「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Th. 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Th. に背を向けて歌を唄いはじめた。Th. 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、Th. 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。Th. 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。Th. はそこでGと別れた。

10回目。「私はね、色々質問されるのが好きじゃないの。恐いのよ。それじゃね、また明日」。

11回目。Th. を見るとGはへらへらと笑いながら「さようなら」と言う。取り付く島がない印象をTh. はもつ。

12回目。Th. 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。「夜ひとりでいると恐いのよ。(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。Th. 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Th. を呼び止めたのだが、Th. が隣の席に座ると、Gは二、三言喋ってから「さようなら」と言う。Th. はくそれはないよ>とGに言った。しばらくするとGの方からまたTh. 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。Th. が話しかけると、「あなたにね、向こうへ行ってもいいの」と言う。Th. がく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。Th. がGの前に座ると、Gは「こんちわ」と挨拶をする。そしてすぐ「さよう

なら」と言う。そしてへらへらと笑い出した。Th. はその笑いが人を食った笑いに感じられて、慥然としてしまった。容易に溶けぬ拒絶の態度に、とうとうTh. は怒ってしまったのだ。

Th. はこの回でGとの面接を終了してしまっ

(3) 心理力動の考察

Gの拒絶的態度に腹を立て、あっさり面接を中断してしまったTh. の力量の未熟さは言うまでもないが、この事態は、Gが防衛機制を働かせその取り扱いにTh. が失敗したと理解することができる。痴呆患者も防衛機制を用いる場合のあることは数人の研究者が指摘しているが(Mackinnon, R.A. & Michels, R., 1971; Hausman, C., 1992; Feil, N., 1992; 五島, 1994)、本事例は具体的な面接経過を提示してそのことを示唆し得る点で価値をもつと思われる。以下、Gのとった防衛機制について考察したい。

表面的には作り笑いさばさばした態度のGであったが、内心は抑鬱的であったことが、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)、「夜ひとりでいると恐いのよ」

(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が防衛していたことは、G自身のつぎのことばから読み取れる。

2回目の面接で亡くなった夫のことに触れた際、「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」と言い、つづく肌の色素沈着の話では「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Gは述べている。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。そして3回目の面接では「もう、おしまいだよ。こんな身体になったらね」ともGは述べている。

「もう考えない」「面倒臭くなっちゃった」「もうおしまいだよ」というこれらの言葉からは現状に対するGの投げ遣りな気持ちを感じられる。「投げ遣り」は一種の防衛である。そして、それがTh.に対する防衛的態度として表現されたのがつぎの場面であると考えられる。「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Th. はもつ”(11回目)、「Th. 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Th. には人を食った笑いに感じられて、Th. は慥然としてしまった”(17回目)。

防衛は葛藤と直面することへの不安から生じる。「私はね、色々質問されるのが好きじゃないの。恐いのよ。」(10回目)というGのことばは、その不安を言明していると思われる。

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「もう考えない”(2回目)という防衛の成立を容易にしているのではないだろうか。つまり、痴呆のように現実(過去の現実も含む)を把握するための認知機能に障害がある場合には、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られる。

さて、Gの置かれている現実(運命の過酷さ、独りでそれに立ち向わなければならない孤独)を直視するならば、誰であろうと抑うつ的になって当然であろう。それを救えるのは他者との愛情関係しかないように筆者は思う。たとえば癌告知された人間を苦しめるものは、死そのものよりも、独りで死に立ち向わなければならない孤独であるように。

3回目の面接でGは「もう、おしまいだよ。こんな身体になったらね」と言った後で、「希

望はあるんだよ。夢みたいなものだけどね」と告げている。〈どんな希望なのかな?〉と尋ねたTh. に対し「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語らなかったが、Gの抱いた希望とは孤独(心許なさ)を支える他者の存在だったように思われる。そしてそれは、息子への想いと、Th. に向けられた息子転移に示されていたと考えられる。以下、説明を加えたい。

“Th. 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。午後からひとみ沢山集まってくる。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Th. 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、Th. 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しまったのではないかと推測される。GがTh. 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Th. が応えると、Gは一言「別居ね」と言った”(5回目)。

以上の考察をまとめるとつぎのようになる。頼れるかもしれないと感じられたTh. の存在が忘れていた(あるいは忘れ去ろうとしていた)息子をGに思い出させ、そうした希望をもつことと引き換えに、一方では自身の内奥に潜む孤独と直面せざるを得ない状況にGは置かれた。つまり「何も考えずに暮す」というGの防衛が揺さぶられた。それが、Th. 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) 心理療法的援助の効果についての考察

本事例は防衛の取り扱いに失敗して中断したが、上記の心理力動的な理解をTh. が面接当時

もっていたならば、Gの高い内省力を考慮すると、十分な効果を上げ得た可能性がある。

2. 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、Th. 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Th. 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、よろしくお願ひします」。

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病院のお金のことで、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。よろしくお願ひします」。<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病院へ行こうと思いますので、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、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」。<楽しみですね>。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

くお願いします」。そして、「昨日、長男が家へ帰ってきた」と言って涙ぐむ。Th. 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。Th. のことばはEには理解できなかったようである。

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ぬ。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」(Th. 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Th. 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Th. にはほとんど分からない。内容はよく分からないが、Th. は相づちを打ちながらEの話の聞いていた。

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Th. 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)先生が唄を歌ってくれる」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、Th. 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、Th. はEの前に座っても話しかけないでいた。するとEはまったくTh. 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。Th. は特定の人物として認知されていないようなので、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。これが現在のEの主観的世界を理解するキーワードになろう。以下、Eの主観的世界を解釈、構成したい。

「明日K病院へ行こうと思います」ということばの背後には、家族との別離の意識が含まれている。Eのつぎのことばがそれを示している。「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)。しかし、現在のEの主観的世界にあるのは淡い別離の意識であり、入院当初盛んに「家へ帰してくれ」と訴えていた時のそれとは異なる。「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ぬ。こっちから、あっちへ行かなければ」(14回目)と言うように、ともかく行かなければ、という意識はもっていても、もはやそれは入院という形の別離を意味しない。Eのつぎのことばがそれを示している。「いや、入院はしようない」(6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。」(13回目)。

以上をまとめると、現在Eが住んでいる主観的世界はつぎのようである。現在Eは自宅のような所に住んでいて、K病院へは行かねばならないが、それほど不安な用件ではない。

このように安定した主観的世界が築かれた理由は、Eにとって病院が、入院当初の見知らぬ場所から馴染みの場所が変わって行ったからであろう。入院5ヶ月後の外泊の際には帰院しても「家へ帰してくれ」とは訴えず、むしろ病院を家と取り違えている様子であったことが、そのことを示している。

(4) 心理療法的援助の効果についての考察

Th. はEにとってどこかなじみのある人物とはなつたが、特定の人物としては認知されなかった。そのため、Th. はEの恒常的な依存対象にはならなかった。この点では、Th. 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援助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)。

その場限りの情緒的支持の価値をどう捉えるかは論者により意見の分かれるところであろうが、この点に関しては「Ⅲ全体的考察」の項で改めて論じたい。

3. 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、トイレトペーパーを食べたり、空中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

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。Th. はFを別室に連れて行って、そこでFの話を聞いた。「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)産婆の仕事をしていた。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Th. 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、葉の仕事」。

3回目。Th. 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」。Th. 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Th. 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。Th. 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。Th. を見ると「お父さん」と呼びかける。Th. が<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^(註1)を包み状に畳んだものを懐から取り出してTh. 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、Th. 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。Th. 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。Th. が呼びかけると、うっすらと目を開けて返事をする。Th. が誰なのか見当がつかない様子である。<先生ですよ>とTh. 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Th. 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^(註2)、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Th. が行った。Th. 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。Th. 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。Th. 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^(註3)のようなことをFに言った。Th. が側にいる間はFは安心していましたが、Th. 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Th. 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と思われる。Th. 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と思われる。つまり患者の人格に残されている年長者的な徳を尊重した接し方が有効ではないと思われる。

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Th. 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、Th. 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Th. 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Th. 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。Th. 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。Th. が黙ったままその場を立ち去ると、FはTh. 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。Th. 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は応える。Th. 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。Th. の方から話しかけないでいると、やはり今回もFはTh. 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Th. 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、此処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。Th. 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。相手を軽くなしてやったと言いたげな口調であった。

FにとってTh. 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Th. 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解釈ができる。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(小坂, 1985)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。この点に関してつぎ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のことばから分かる。「お父さんには迷惑をかけるために、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」(8回目)。しかし、胸苦が激しい時など、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のつぎのことばが示している。「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。家へ帰りたいけど、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Th.(23回目)を父さんと呼ぶことがあり、とき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) 心理療法的援助の効果についての考察

事例Eと同様、Fの場合もTh.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、Th.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ができたことは、上記の面接経過に示されている。

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。しかし良くならず、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Th.に対して社会的に接した。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Th.に対する親密感形成され、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。

Th. 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」と応えた。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Th. が他の患者と話をしている様子を傍らで見ていた。Th. 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。「さつ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。Th. 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。Th. 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。Th. 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、Th. 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。楽しいことは何もない」。

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」。

その後Th. がK精神科での勤めを終えるまで面接は80回を重ねた。

(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Th. 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しなさいと言った。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Th. 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。そしたらすごく喜ぶよ」(64回目)。Dが語るTh. 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のつぎのことばは示している。「先生と話すと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) 心理療法的援助の効果についての考察

Th. 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。Th. 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)。

Ⅲ 全体的考察

老年期痴呆に対しておこなわれた心理療法的援助に関する事例論文の僅かであることは既にのべた。本論文の主要な目的も事例を報告すること自体に置いてあり、理論的一般化に関する筆者の考えについては、萱原(1987)や萱原(1998)を参照していただきたい。ここでは、老年期痴呆に対する心理療法的援助の効果を論ずる際に「情緒的支持の効果」をどのように位置づけるか、というテーマに絞って一般化を目指した考察をおこないたい。

一般に心理療法に内在する治療促進的要因には「情緒的支持」と「洞察」の2要因があると考えられている。どちらに重点を置くかによって、支持的療法あるいは洞察的療法と呼び名を変えるが、支持的要素を含まない洞察的療法は不可能なので(なぜなら、患者に自由に気持ちを表現してもらい、それを治療者が受けとめ理解すること自体が支持的である)、両者の関係は二者択一的ではない。両者を区別する確定された明確な定義は見当たらないが、治療者の用いる応答技術に即して両者を定義するならば、

「受容的なことば」のみを用いる心理療法を支持的療法と呼び、加えて「能動的介入のことば」を用いる心理療法を洞察的療法と呼びたいと筆者は考える。治療者から発せられる相槌、繰り返し、代弁のことば等の「受容的なことば」のみで患者がどんどん自分の気持ちを表現していくことができれば「能動的介入のことば」は不要だが、早晚「抵抗」という現象につきあたるため「能動的介入のことば」が必要となる。具体的には、質問(葛藤的な事柄に関わる質問)と解釈をおこなうことである。

さて、老年期痴呆に対する心理療法的援助は支持的療法と洞察的療法のどちらが適しているだろうか。Hausman, C. (1992) のように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言う研究者もいるが、老年期痴呆に対する心理療法のレビューをおこなった Bonder, B.R.

(1994) はつぎのように結論している。“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”。筆者も、少なくとも中等度以上の痴呆に関しては洞察的療法は適さないとの感触をもっている。そもそも思考の解体にともない「抵抗」という現象そのものが生起しているかどうか判別しにくくなるが、もしそれを判別できたとしても、洞察指向的な介入に対して患者は、情緒的に耐えられないというより認知機能的に耐えられないと思うのである。

ただ、萱原 (1987) に示されているように、受容的応答のみで関わった痴呆患者にも洞察(自己の葛藤的感情に対する反省的気づき)が生じる場合があるので、痴呆患者に洞察が可能か否かという議論と、洞察的療法が可能か否かという議論は区別する必要がある。

ともあれ、老年期痴呆に対する心理療法的援助では、洞察による効果よりも情緒的支持の効果が中心になると言ってよいだろう。

萱原 (1998) が指摘し、また本論文に挙げた4事例にも示されているように、痴呆患者が生きる主観的世界の中心テーマは、われわれと同

じく対人関係であり、その内容は孤独を救ってくれる他者(必ずしも現前する人間だけを意味しない)の希求である。情緒的支持の内容について論じるとき、この視点は重要であると考え

る。つぎに、情緒的支持がもたらす効果について述べたい。受容的な心理療法的援助(情緒的支持と同義)によって痴呆患者の示す問題行動や二次精神症状が改善可能であることは治療・介護施設の現場ではほぼ周知の事実であり(北川ほか, 1994), 萱原(1987)や上田・阿部(1994)の事例論文ではそのことが具体的に示されている。ただ、情緒的支持がもたらす効果をこのような顕現的な効果のみに限定すべきではないと考える。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援助の一つの重要な目的にならう。すなわち情緒的支持自体を援助の目的に置くことである。

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。著書の最後で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の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。

“ほ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いないのです。(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)”。

最後に付け加えるならば、事例EやFのようにその場限りの情緒的支持しか与えられない場合でも、その価値を軽んじるべきではないと思うのである。

文 献

- Bonder, B.R. 1994 Pshchotherapy for individuals with Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 8(Suppl.3),75-81.
- 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.
- 五島シズ 1994 痴呆老人の理解と看護 関西看護出版
- 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.
- 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
- 萱原道春 1987 老年期痴呆への心理療法的アプローチ：痴呆老人の心理力動的理解. 心理臨床学研究, 5 (1), 4-13.
- 萱原道春 1998 痴呆老人の心理臨床 山中康裕・馬場禮子(編)心理臨床の実際第4巻：病院の心理臨床 金子書房 Pp. 249-256.
- 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“Pseudo-beschäftigung”について 老年精神医学, 2 (1), 88-92.
- Mackinnon, R.A., & Michels, R. 1971 *The psychiatric interview in clinical practice*. Philadelphia : W.B. Saunders.
- 室伏君士 1989 痴呆性老人の心のケア 学苑社
- 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 老いのソウロロジー 有斐閣