認知症高齢者に対する力動的個人心理療法の試み

―母親への心理的葛藤を有するアルツハイマー型認知症の高齢期女性との面接過程から―

A Trial of Psycho-dynamic Individual Psychotherapy for the Aged with Dementia: An Interview Process with an Elderly Person with Alzheimer's Disease Who Had Psychological Conflicts with Her Mother

林　　智　一[1]

Hayashi Tomokazu

Ⅰ　はじめに

高齢期のメンタルヘルス上、認知症はうつ病と並んでもっとも重要な問題のひとつである（Woods, 1999a）。DSM-5（APA, 2013）によれば、認知症の診断基準は次の４つである。①１つ以上の認知領域（複雑性注意、実行機能、学習および記憶、言語、知覚－運動、社会的認知）が以前の機能レベルから低下している。②認知機能の低下が日常生活に支障を与える。③認知機能の低下はせん妄のときのみに現れるものではない。④他の精神疾患（うつ病や統合失調症等）が否定できる。

認知症の出現率は年齢が上がるにつれて上昇する。日本における65歳以上の認知症の人の数は約600万人（2020年現在）と推計され、2025年には約700万人（高齢者の約５人に１人）が認知症になると予測されており、超高齢社会の日本では認知症に向けた取組が今後ますます重要になる（厚生労働省，2021）。したがって、その対応と対策が喫緊の課題となっている。

しかし、認知症の根本的治療薬はいまだ開発されておらず、薬物療法の効果は進行を遅らせることにとどまる。しかも85歳以上の高齢者への薬物療法は、メリットである進行遅延効果が限定的で、食欲低下などのデメリットがメリットを上回ることが多いという指摘もあり、非薬物療法がファーストチョイスである（山口，2016）。そのため、認知症の行動・心理症状（BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）に対しては、認知症高齢者の心理面の安定を図る「メンタルケア」の重要性が指摘されており（厚生省，1994）、「キュアCureよりケアCare」（長谷川・本間，1981）ということばに代表されるように、「痴呆（認知症の旧疾患名）というハンディキャップをもった老人の、生き方の理解とそれに基づく対応や援助」（室伏，1998）を旨とするケアや介護が重視される。

このように、1980～90年代より、すでに認知症におけるケアの重要性が指摘され続けてきている。さらに海外からの潮流として、認知症高齢者の経験を否定せず、それが本人にとって現実であることを受け入れ、認めようとする「バリデーション」（Feil, 1993）や、認知症の病状や障害ばかりではなく、人間としてのその人らしさを重視し、理解しようとする「パーソンセンタードケア」（Kitwood, 1997）、障害や病気、暴力的環境などのため、自分のことをもはや人の名に値しないと感じる人に対して、介護者が自分たちにとってはいつも変わることなくひとりの人間であるということを伝えようとする「ユマニチュード」（Gineste, & Marescotti, 2007）などが我が国に紹介されている。ただし、いずれも認知症ケアの現場に普及、定着するまでには至っていない。

実際、認知症高齢者をとりまく介護環境を考えるとき、身体的ニーズに比べて心理的・情緒的ニーズは看過されがちである。Kitwood（1996）は、そのような認知症高齢者の成人としての個性や尊厳、自尊心、自己決定権、自立性を否定する介護者の態度や実践のあり方を「悪しき社会心理

1　医学部・教育学部

学 malignant social psychology」と呼び、それが認知症高齢者の機能低下を招くのみならず、加齢による衰退や神経障害さえも増悪させるかもしれないことを指摘している。ただし、そこでは介護者の多くに悪意があるわけではなく、認知症という疾患やそのケアにまつわるコモンセンスや、ケアの方針などの意図性がじゅうぶんではないこと、すなわち認知症高齢者の視点から世界を見るための洞察力に必要な理解力や共感、想像力の欠如が問題なのである（Woods, 1999b）。

そこで、認知症高齢者へのケアにおいて不足しがちな洞察力を補完するものとして、認知症高齢者個人の心理内界への接近・理解をめざして、さまざまな心理現象のメカニズムや意味を心理・社会的なさまざまな要因のもつ諸力との関連のなかで捉えようとするアプローチ、すなわち力動的個人心理療法の視点が有用であると考えられる。

認知症高齢者への力動的個人心理療法研究の嚆矢となった萱原（1987；1991；1998）は、精神分析における心的構造論をベースとして認知症高齢者の「こころの構造」（萱原，1987）を明らかにすると同時に、①事実を押しつけず虚構の世界を尊重すること、②受容的に接すること、という２つの原理をもとにした「PD（Psychotherapy for Dementia）法」（萱原，1998）を提唱している。さらに、より重度で言語的コミュニケーションも困難な認知症高齢者に対しては、「抱える環境としてのプレバーバルな関わり」を通じて認知症高齢者の体験を共有しようとした岩橋・大崎（1998）、岩橋・岩橋（1999）の間主観的アプローチも見られる。

しかし、その重要性に比して認知症高齢者に対する力動的個人心理療法の事例研究は、いまだ少ない。Jones（1995）によれば、心理療法の先進国であるアメリカにおいても「近年まで脳器質障害、とりわけ認知症高齢者に対する個人心理療法には比較的、注意が払われなかった」という。また、日本における高齢者への心理療法に見られる傾向として「個人的よりは集団的」、「言語的よりは行動的」、「長期的よりは短期的」なアプローチの好まれることが指摘されている（新福，1997）。

このように、認知症高齢者に対する力動的個人心理療法が看過されてきた背景には、心理臨床家の有する高齢者への心理療法に関する悲観主義というかたちの逆転移やエイジズム（ageism: 年齢差別）が影響している可能性も潜在しており、より多様なアプローチからの事例の集積が求められるところである（林，2000）。

そこで本研究では、継続的面接の過程で母親に対する心理的葛藤が明らかとなった高齢期認知症の女性との心理療法事例を呈示し、葛藤的であった母親像が統合されていくプロセスから、認知症高齢者に対する力動的個人心理療法の意義と、認知症高齢者において力動的個人心理療法が効果的に機能するためのポイントについて検討することを目的とした。本事例の一部は林（2003）にて発表しており、今回はそれをもとにあらたな考察を加えた。

Ⅱ　事例の概要

１．研究協力者

アルツハイマー型認知症のため、認知症疾患専門病棟に入院中の60歳代後半の女性、Aさん。家族によると、病前性格は「几帳面。プライドが高い。負けず嫌い」であったという。

２．主訴

入院時の家族による主訴は「攻撃的言動、物盗られ妄想、記銘力低下」であった。病棟内では、後述するように「他の患者に対する暴力」がスタッフより問題視され、主治医より病棟の臨床心理士であった筆者に紹介された。面接契約時のAさん自身の主訴は「物がなくなって困ること」、「ここでの人間関係」であるという。

３．生育歴および問題歴

父親が早くに亡くなったため、家業を継いだ母親をきょうだいとともに助けた。この年代の女性としては高学歴である。夫とは見合い結婚であったが、入院の約10年前に夫が病死した。夫の死亡までの約半年間、Aさんはつききりで看病したが、その治療費で貯金が底をつき、以後、異常なまでに金銭に執着するようになった。

入院の数年前より物忘れが顕著となり、問題行動も出現しはじめた。記銘力低下、物盗られ妄想があり、家族、とくに同居している娘を叩いたりののしったりする。他人に接する態度は保たれていたが、家族の悪口を近所に言いふらし、近所の噂になってしまうこともあった。このままでは同居している孫の受験勉強にも支障をきたす状態のため、当院を受診した。このころには、娘に暴力を振るい、常に衝突している状態であったという。Aさんは火の始末も困難となっていたため、家族が入院を希望した。

入院後も、病室（大部屋）を自分の私室と思いこみ、新しく入院した他の患者を追い出したり、殴ったりしていた。そのため、入院から１年を経て、主治医より筆者に心理面接の依頼があった。なお、薬物療法として、精神安定剤および睡眠導入剤を服用している。

４．心理査定・面接方針

面接開始時の認知症の程度は中等度（長谷川式簡易知的評価スケール：32.5点満点中15.0点）であった。攻撃的言動には見当識障害による存在不安、物盗られ妄想など、疾病自体の性質の影響と同時に、Aさんがもともと有する几帳面さも関係するものと理解された。さらに、攻撃する対象が家族、それも娘に限定され、病棟内では特定の患者の“礼儀”や“行儀”に反した行動が許せずにストレスを生じているようであったことから、Aさんの暴言・暴力は、心理的・状況的要因にも左右されているものと推察された。

そこで、面接ではAさんの心理的安定をはかるため、A

さんの語る話題に傾聴することをこころがけ、まずは筆者との間に安定的な対人関係を形成することを目指した。また、母親や娘、父親、亡夫など、家族の話題が当初より語られていたが、それはAさんの心理内界における家族関係であり、また現実の家族関係、さらには病棟への適応ともかかわるであろう、Aさんの基本的な対人関係のパターンが描出された話題として、重視した。

5．倫理的配慮

すでにカルテの保管期間も過ぎて、ご本人およびご家族との連絡がつかない状態である。ただし、すでに一部が公刊された事例（林，2003）でもあるため、今回はプライバシー保護に最大限に配慮したうえで発表することとした。ご本人が特定されることがないように、固有名詞はすべて伏せ、本研究の考察のテーマと関わる、事例の中核的内容のみを記述する。

Ⅲ　面接経過

約１年５ヶ月、59回の面接経過を、面接内容を中心に４期にわけて報告する。面接は週１回、14時からデイルームのすみの静かな場所で対面法により行った。他の患者からは見えにくく、徘徊する患者もあまりやって来ない場所であった。面接時間はAさんの心身状態や集中力に鑑み、ときに短時間でうち切ることもあった。特に第１期にはそれが多く見られた。だが、原則としてほぼ30分～50分の面接を行った。経過中のAさんの発言を「」、面接者である筆者の発言を＜＞、筆者による補足を（ ）で示す。

第１期（＃１～＃13：X年５月～８月）
―厳しく几帳面な母親像―

面接当初、Aさんは、挨拶などはしっかりと返してくれるが、表情が硬く、社交辞令的、表面的な対応が多かった。終始、落ち着かないようすで、面接中に席をはずしてしまうこともあった。そのようななか、この期には筆者からおもに生育史に関する質問を行った。Aさんの母親は「躾の厳しい人」で、「がんばれ、がんばれ」と背中を叩かれて、大学まで進学した。母親の几帳面さは、Aさんのやった掃除や洗濯が気に入らないと、自分でやり直すほどであったという。一方、「母親が死んだときの衝撃は、夫の死の比ではない」とAさんが語るほど、母親の存在はAさんのなかで大きな位置を占めるもののようであった。

夫とは見合い結婚だが、自分には見る目がないので、母の言うなりに決めた、ともいう。夫はやさしい人で、結婚生活は「まあ幸せだった」が、夫は「だいぶ前に亡くなった」という（実際には約10年前に病死している）。父親は「やさしい人」で、商売上手だったが、Aさんが学生時代に死亡した。なお、夫の話をしているうちに、父親の話になってしまうことがたびたびあった。

父親の死後、母親が家業を継いで、Aさんら子どもたちも「勉強をする間もないくらい」手伝って、苦労した。性格的には、Aさんも「どちらかと言えば口うるさいほう」だと言う。「それがたまって爆発することもある」といって珍しく笑顔を見せた。＜具体的にはどんなことで？＞と尋ねると、夫の死後はAさんが同居している娘に生活上のことなどで注意をするが、「女同士は難しいですから」と言う。「男の子なら一言ですむことが、女の子には二、三言…」と小言が増えて、お互いにけんかになってしまうらしい。

なお、さすがに口うるさい母親も初孫が生まれてうれしかったのか、ひな人形を買ったり、お七夜をしたりと、娘にはやさしかった。Aさんも母親に倣って、自分に孫ができたときには同じようにした。娘も見合い結婚だが、Aさんが相手の男性を気に入って結婚させたようなものだという。＜Aさんは母親のやってきたことを引き継いでいるようですね＞というと、「娘は要領がいいので、娘には引き継がれない」といって、また笑顔を見せた。

第１期の筆者の印象：似たような男性像であると思われる父と夫の混同、母とAさんの類似が顕著になった。家族関係がAさんにとって特別な意味を有するようであった。

第２期（＃14～＃29：X年９月～12月）
―信頼関係の形成と他の患者攻撃の意味―

病室がかわり、Aさんと認知症の程度がほぼ同じ患者と同室になる。面接では、徐々に表情が柔和となり、毎回ほぼ50分の面接を行うようになっていった。面接のなかで、Aさんに対して嫌な態度をとる人がいると言う。夫が亡くなったから、（後ろ盾のない）Aさんを見下して、ばかにするのだろうとAさんは考えていた。いろいろ言う人もいるが、「ネコが鳴いている」と思ってやり過ごすと言う。

夫は子どもができるのを楽しみにし、「出産前からなまえより先にニックネームを考えていたような人」で、一人娘ばかりかわいがり「鼻の下、三尺」（鼻の下を伸ばしてでれでれしている、という意）だった。それで、Aさんのほうが「歯がゆい感じだった」と笑う。また、「ここで友達が２人できた」という一方で、「最近、昔の友人によく会う」と言い、病棟でできた友人と、昔の友人が混同されているようだった（人物誤認）。

夫の死後、兄嫁や友人が支えになってくれたのでやってこられた、とも語るようになる。「先生（筆者）には、本当にいいところに入れていただいたと感謝しています」と言うのだが、自分のいる場所をときにより「会社」、「学校」などと答え、必ずしも入院しているという自覚はない（場所の見当識の障害）。ここでは習字の時間が楽しみで、母親あてに手紙を２回、書いたという。その一方、＃24には、「人のやっていることが気になり、気を使いすぎて疲れてしまう」といって、「気を使いすぎて神経衰弱になるのが私の病気」だと洞察的に語る場面もあった。

「姉は父親似で美人。私は母親に似て不美人で、ギャーギャー言うところまでそっくり」と言って笑う。大学卒業後、外で働きたいという思いもあったが、母親が女は家にいるべきだという考えを押しつけるのであきらめたと言う。お正月の話題から、Aさんは娘や孫にお年玉をあげ、着物などを買うように言うが、買った物は自分に見せるように釘をさしておいて、変な物を買わないように「影で操縦」する、と語る。母親によるAさんに対してのコントロールが、母親としてのAさんと娘のあいだに反復されているようであった。なお＃29に筆者より面接に関する感想を問うと、「気分転換になり、すっきりします」と言う。

第２期の筆者の印象：人のやっていることが気になり、気を使いすぎるというのは、Aさんの現在の状況をよく表しており、洞察的な発言であった。「昔の友人」などの話題は、人物誤認に基づく作話的内容が交錯している。また、母とAさん、Aさんと娘に反復される、母－娘間のコントロールのテーマも繰り返し語られた。

第３期（＃30～＃40：X＋１年１月～４月）
―他の患者への態度の変化―

お正月は自宅に外泊をした。病院に戻って最初のセッションでは、「家ではのんびりできるが、ここ（病棟）でもみなさんのおかげで安心して暮らしている」と言い、はじめて落涙する。ただし、ここは「会社」だとAさんは考えていた。＃31にも、「先生（筆者）の顔を見ると気がすっとします」、「女の先生と先生（筆者）だけが私の話をしっかり聞いてくださるので、お二人が頼りです」としみじみ語る。ここに来た当初は慣れないことが多かったが、今では人と話すようになり、よくしてもらっている、とも言う。

この頃より、Aさんがデイルームでいつも同席している、男性や女性の患者の背中をさすっている姿を目にするようになる。他の患者への攻撃について、筆者から＜ときどき、他のおじいさんやおばあさんを叱っておられるようですが＞とたずねると、「よけいなことをする人がいるので。でも、叱ったときはやめているが、私が離れるとまた同じことをする」と言って笑う。「ここの人は私のこころの許せないことをするので腹が立つが、直接は言えず、布団をかぶって寝てしまう」とも言う。娘に対しても口うるさく言ってしまうことがあると、家庭でのエピソードがそれに関連して語られた。

また、母親が几帳面な厳しい人だったためか、Aさん自身、「自分の欠点は、きちんとしていないと気がすまないこと」であると思っている。母親の影響を受けて自分も几帳面になったのだという。母親の機嫌はころころ変わるので、「母親のお天気をいつもうかがっていた」と言う。「母親が亡くなったときは正直なところ、肩の荷が下りた気がしました」とも語る。このような母親への不満、攻撃が繰り返し語られるが、そこにはかなり感情がこもっていた点が印象的であった。なお、この期は、ときによって母親が存命であるといったり、亡くなったと言ったりと、母親の生死に変動が見られた。

第３期の筆者の印象：面接者である筆者が身近な存在として、Aさんのイメージの中に定着してきたように感じられた。また、主治医は女性であったため、「女の先生」は主治医か女性の看護師であると推察された。居室、デイルームではほぼ安定し、なじみの仲間（病棟などで頻繁に顔を合わせて顔なじみになっている人を、既知の誰かと人物誤認する現象）も形成されている。Aさん自身、他の患者への攻撃の意味を自覚し、それは自分の几帳面さから来ると認識している点は、洞察的であると感じられた。

第４期（＃41～＃59：X＋１年５月～９月）
―内的母親像の統合―

「みなさんよく仕事をされるが、自分はあまりできない。それでなにか、うしろ髪を引かれるような気持ちです」と訴える。また、最近、友達とかみ合わないことが多い、とも言う。長谷川式簡易知的機能検査上は14～15点（満点32.5点）と依然、中等度であり、大きな低下は見られないが、筆者が病棟内でAさんのようすを見ていると、それまで属していた比較的、軽度の認知症グループでの作業療法についていけない場面が生じて、疎外感を感じているものと推察された。

しかし、やがて＃47では、「以前はまわりの人とうまく行かなくて帰ろうかと思ったこともあったが、先生方がみなよくしてくださる。ここにいなさい、と言ってくださる方がいるので、ここにいることにしました」と言う。今まではだらだらするのが嫌いだったが、最近は「疲れたときは１時間くらい横になるようにした」とも語る。作業療法などで自分の能力の限界を感じる局面も増えているようだが、極端に劣等感や疎外感を感じることはなく、それはそれでしょうがないこと、として受けとめるようになったようであった。

また、作話的ではあるが、「毎朝、起きると先生たちの顔が浮かびます」と、筆者や病棟スタッフに対して肯定的感情を示すことばもたびたび聞かれるようになった。筆者のイメージについて、＜私（筆者）のことはごぞんじですか？＞と問うと、「先生（筆者）は娘が１年生のときから知っていますよ」と答え、筆者は既知化されたなじみの仲間となっているようであった。＃41には、母親について腹の立つことが多いが、母親は亡くなる前に素直になり、「迷惑をかけてごめんね」と言ってくれたという。そして、「気むずかしい母親だったが、私たち子どもを思っての厳しさだった。子ども思いのよい母親だった」と言って、落涙した。

その後も母親の厳しさ、几帳面さは語られるが、つねに

「子ども思いのところもあり、今ではよい母親だと思う」ということばで締めくくられるようになった。やがて、「最近は母親と冗談を言いながら、うまくやっています」と語り、母親と一緒に暮らしていて、この病院には通院しているのだと語ることが多くなった。以前のような攻撃性や、面接中もじっとしていられないような焦燥感は影をひそめた。

第４期の筆者の印象：心理的には安定し、病棟に適応しながら生活しているようすに思われた。その後も２年半のフォローアップを続けたが、以前のように焦燥感や他の患者への攻撃が問題となることはなかった。

Ⅳ　考察

１．面接経過と母親像の統合のプロセス

（１）超自我としての母親像

面接経過を通じて繰り返し語られたのは、母親に関するエピソードである。当初は「几帳面で厳格な母親」であることが強調されていたが、それはAさん自身の厳格な超自我を象徴しているかのようであった。このような厳しい超自我は、主治医や筆者に対しては外面的に礼儀正しく、社交性を保持するなど、ある面でAさんの人格水準の低下に歯止めをかける働きを有していたものと推察される。

しかし、一方では自分よりも重度の患者のまとまりのない行動、とりわけAさんにとって「礼儀や行儀に反する」と思われるような行動に対しての暴力をともなった厳しい叱責など、攻撃的言動を生じる原因ともなっていたものと理解された。すなわち、それはAさんなりの他の患者への「躾」であったものと推察されるのである。

（２）否定的母親像と肯定的母親像の統合

面接経過を通じて、筆者や主治医、病棟スタッフがAさんにとってなじみの仲間となり、肯定的な対人関係が形成されていくにつれ、第４期に見られたように、母親像が「几帳面で厳格」なだけでなく、その厳しさは自分たち子どものことを思ってであり、「子ども思いのよい母親」であったというように、否定的側面と肯定的側面をふまえて統合されていくプロセスが生じた。その結果、第４期では「最近は母親と冗談を言いながら、うまくやっています」という言葉に見られるように、良い母親像を抱きながら、心理的に安定して過ごせるようになったのである。

中等度のアルツハイマー型認知症であっても、このような母親像の変化がもたらされるという事実は、認知症高齢者に対する力動的個人心理療法の適用可能性を示唆しており、きわめて重要な成果である。さらに、Aさんからは、各期に洞察的発言が見られていたことも特記しておくべきであろう。

Butler（1963）は、高齢者の人生の回顧にセラピューティックな意義を見いだし、それをライフレビューと名付けた。ライフレビューのプロセスを通じて、否定的側面の中に肯定的側面もあることが発見され、両者が統合されていくという（Webster, & Young, 1988）。Aさんの面接過程では、まさにこのようなライフレビューのプロセスが展開していたものと思われる。

心理内界において、母親像の否定的側面と肯定的側面を統合していく過程は、認知症によって障害される部分の認知機能とは異なる次元での心理作用であると推察される。また、いったん得られた新たな、統合された母親像が保持されていたことも、アルツハイマー型認知症の主症状が記憶障害であることを思うと、興味深い。

認知症高齢者は、認知機能が低下しても、感情や衝動の部分は比較的、重度になっても保たれている（萱原，1987）。面接過程を経て統合された母親像のような感情・情緒的次元での記憶は、通常の記憶とは異なる保持のされ方がなされているのだろうか。この点は、記憶研究の観点から、今後、明らかにされるべき問題であろう。

なお、このような心理療法的効果が見られたベースとして、面接過程のなかで肯定的な対人関係を経験したことがあげられよう。みずからの存在が面接場面という“いま、ここで”認められ、受け入れられているという感覚、すなわちあらゆる心理療法の基盤としての受容的、共感的、安定的、肯定的人間関係があってこそ、上記のような統合が見られたのだと考えられる。

（３）自身の依存性を甘受すること

第３期では、「女の先生と先生だけが私の話をしっかり聞いてくださるので、お二人が頼りです」と言い、第４期では「先生方がみなよくしてくださる」、「毎朝、起きると先生たちの顔が浮かびます」と、筆者や主治医、スタッフを肯定的に捉える発言が見られるようになった。

そこには、病棟への適応感の象徴的表現という意味合いが感じられた。また、厳格な母親に育てられたAさんにはなかなか経験できなかったと思われる、母親に甘えるという依存性の充足も、面接を通じて、また退行促進的な入院生活を通じて、可能となっていったものと思われる。

そのように甘えることが可能となるのと並行して、第４期に見られたように、作業療法について行けなくなっても、劣等感や疎外感を感じず、しょうがないこととして受け止められるようになった。すなわち、依存性が満たされることで、自分自身にも寛容な態度へと変化しているのである

（４）物盗られ妄想の心理力動

小澤（1998）は、最初期から初期の物盗られ妄想について、「妄想者は喪失感と攻撃性の狭間で揺れ動いており、この『狭間にある』という事態が彼らを抜き差しならない窮地に追いやっている」と述べている。そして、ここで言われる攻撃性とは、「なんということをするのだ」、「負けてたまるか」といった、被害者が加害者に向けるような攻撃性であると言う。

Aさんの場合、夫の病死という喪失、病気治療のために貯金が尽きたという喪失、さらに認知症発症に伴う記憶やアイデンティティの喪失という、多重の喪失が推察される。もう一方の攻撃性の極は、主に娘に対しての攻撃的言動や家族についての悪口、病棟内では他の患者への攻撃的言動として顕現していた。その狭間にAさんの物盗られ妄想があったものと考えられる。

２．認知症高齢者に対する力動的心理療法の基本姿勢

（１）断片化された記憶の受け皿としての面接

記憶障害により記憶の一部が損なわれ、断片化していたとしても、面接者がジグソーパズルを組み立てるかのように断片化された記憶を物語として紡いでいくことができれば、クライエントの語る物語の意味が理解でき、クライエントと面接者の間でその物語と意味が共有される可能性が開かれる。Aさんの母親像の統合には、面接者が受け皿となってバラバラに存在した母親の否定的側面と肯定的側面を受け取り、紡いでいく機能が奏功したように推察される。

記憶障害があるということは、ジクソーパズルで言えば、いくつかの記憶のピースがあらかじめ欠落しているようなものである。それでも、欠落部分にこだわりすぎず、全体の図柄を想像しながらピースを紡いでいくことで、漠然とながらもクライエントが語ろうとする物語の全体像が見えてくることもあるだろう。認知症高齢者に対しては、そのような聴き方、理解の仕方が有用である。

（２）繰り返し語られることの意味

認知症高齢者との会話の中では、同じ話題が繰り返し語られることが知られている。繰り返し語られることには、繰り返し語るだけの、なんらかの意味が認知症高齢者自身にはあると考えて聴いていると、その反復に「聞き飽きた」というような辟易する感じが生じにくいように思う。

Butler（1963）は、人生上の未解決の話題ほど、その解決を求めて想起されやすいと述べている。ある話題が１回の面接の中で、さらに連続する何回かの面接の中で繰り返し語られるとすれば、それはクライエントにとっての未解決のテーマと関連した話題なのかも知れない。たとえばAさんの場合には、母親の厳格さが繰り返し語られていたが、それはAさんにとって未解決の葛藤であり、その解決を求めて、繰り返し語らざるを得なかったのだろう。

また、同じ話題でも、繰り返し語られるうちに変容していくことも見られる。語る中で想起が進み、詳細が明らかになることもある。さらに、クライエントの物語が解決に向かって、いままさに“推敲”のプロセスの途上にあるということなのかも知れない。

残念なことに、ご家族や他のスタッフは、認知症高齢者の話題の反復に辟易としてしまうことが多く、場合によっては拒否的な態度をとってしまうことすらある。したがって、心理臨床家が認知症高齢者から繰り返し語られる話題に傾聴することは、それ自体がクライエントにとって自分が受け止められた、理解されたと感じられる、重要な聴き方のポイントなのである。

（３）象徴的理解の重要性

象徴的理解という観点は、精神分析や力動的心理療法に固有のものである。精神分析における夢分析で、夢の象徴的意味を理解しようとするように、認知症高齢者の現実とは異なる発言を象徴的に理解しようとする姿勢は、認知症高齢者の心理内界への接近法として、有用である。

Aさんの場合にも、第３期では母親が存命であると言ったり、亡くなったと言ったりするなどその生死が変動していたが、これは母親への愛憎をめぐる葛藤を象徴するような発言と思われる。そして第４期に見られた「最近は母親と冗談を言いながら、うまくやっています」という表現は、母親との内的和解や病棟での適応的生活を示唆する象徴的表現と受け取れるのである。

認知症高齢者の心理内界の理解や内的適応の様相を知るためにも、象徴的理解は有用である。このような独自の観点を有する心理臨床家が高齢者ケア、認知症ケアのチーム内にいることで、より認知症高齢者の主体性を尊重した、人間性豊かな全人的ケアとなることに資するだろう。

Ⅴ　おわりに

本研究では、アルツハイマー型認知症の高齢者に対しての力動的個人心理療法の可能性を示した。ただし、すべての認知症高齢者に力動的個人心理療法を行うべきであると主張するものではない。その適用となる条件についても、エビデンスや事例の集積を基にしてさらなる詳細な検討が求められよう。

たとえば、対人関係論の立場から認知症高齢者への個人心理療法について論じたJones（1995）は、認知症高齢者への個人心理療法を実施するうえでの必要条件として、次の３点をあげている。①外来、入院といった心理療法の文脈は、心理療法関係の質ほど重要ではない。②一般的に心理療法に良い結果をもたらすと思われる特徴（たとえば病前の言語能力、社会経済状況の高さ、高学歴）を有する患者は、たとえ認知症になっても対人関係論的個人心理療法から得るものが大きい。③認知症高齢者への対人関係論的心理療法は、長い時間を必要とする。Aさんの場合、この必要条件を満たしたクライエントであったと思われる。

なお、心理療法そのものに限らず、力動的な観点自体が認知症ケアに役立ちうることは、前述したとおりである。高齢者ケア、認知症ケアの現場に、心理臨床家が不可欠のスタッフとして雇用される時代が来ることが望ましい。心理臨床家の側にも、そのようなニーズに応えられるだけの知識と技能について研究、修得していく努力が求められよう。

引用文献

APA 2013 *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. American Psychiatric Publishing.（日本精神神経学会　2014 認知症　DSM-5 精神疾患の分類と診断の手引　医学書院 pp.282-283）.

Butler, R. N. 1963 The life review: An interpretation reminiscence in the aged. *Psychiatry*, **26**, 65-75.

Feil, N. 1993 *The Validation Breakthrough: Simple Techniques for Communicating with Peaple with "Alzheimer's-Type Dementia"*. Open University Press.（藤沢嘉勝（監訳）　2001　認知症の人との超コミュニケーション法 バリデーション　筒井書房）.

Gineste, Y., & Marescotti, R. 2007 *Humanitude*. Armand Colin.（本田美和子（監修）　2014　ユマニチュード―老いと介護の画期的な書―　トライアリスト東京）.

長谷川和夫・本間　昭　1981　老年期の精神障害　新興医学出版社.

林　智一　2000　高齢者のケアと心理療法的接近　岡田康伸・鑪　幹八郎・鶴光代（編）　臨床心理学大系第18巻 心理療法の展開　金子書房　pp.141-162.

林　智一　2003　高齢者を対象とした力動的心理療法におけるライフレビューの臨床的利用　広島大学大学院博士論文. ＜https://ir.lib.hiroshima-u.ac.jp/ja/list/doctoral_thesis/%E5%8D%9A%E5%A3%AB（%E5%BF%83%E7%90%86%E5%AD%A6）/p/5/item/17152＞（2021年11月29日取得）

岩橋宗哉・大崎知子　1998　間主観的な場における体験の具体化とそれへの主観的妥当性確認について―痴呆性老人への心理療法的アプローチの事例から　心理臨床学研究　16（2），117-128.

岩橋知子・岩橋宗哉　1999　重度痴呆性老人の体験を共有しようとする試み　心理臨床学研究　17（1），55-66.

Jones, S. N. 1995 An interpersonal approach to psychotherapy with older persons with dementia. *Professional Psychology: Research and Practice*, **26**, 602-607.

萱原道春　1987　老年期痴呆への心理療法的アプローチ　心理臨床学研究　**5**（1），4-13.

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.

萱原道春　1998　痴呆老人の心理臨床　山中康裕・馬場禮子（編）　病院の心理臨床　金子書房　pp.249-256.

厚生省　1994　我が国の痴呆疾患対策の現状と展望　中央法規.

厚生労働省　2021　みんなのメンタルヘルス認知症＜https://www.mhlw.go.jp/kokoro/know/disease_recog.html ＞（2021 年11月29日取得）

Kitwood, T. 1996 A dialectical framework for dementia. In R. T. Woods（Ed.）, *Handbook of the Clinical Psychology of Aging*. Wiley. pp.267-282.

Kitwood, T. 1997 *Dementia Reconsidered*. Open University Press.（高橋誠一（監修）　2005　認知症のパーソンセンタードケア　筒井書房）.

室伏君士　1998　痴呆老人への対応と介護　金剛出版.

小澤　勲　1998　痴呆老人からみた世界―老年期痴呆の精神病理―　岩崎学術出版社.

新福尚武　1997　老年期の精神療法―その特殊性と基本問題―　精神療法　**23**（6），535-541.

Webster, J. D., & Young, R. A. 1988 Process variables of the life review: Counseling implication. *International Aging and Human Development*, **26**, 315-323.

Woods, R. T. 1999a Mental health problems in late life. In R. T. Woods（Ed.）*Psychological Problems of Ageing*. Wiley. pp.73-110.

Woods, R. T. 1999b Psychological "therapies" in dementia. In R. T. Woods（Ed.）*Psychological Problems of Ageing*. Wiley. pp.311-344.

山口晴保　2016　非薬物療法　日本看護協会（編）　認知症ケアガイドブック　照林社　pp.40-42.

【科研費基盤研究（C）17K04424『高齢者のライフレビューが生起するとき―奏功機序の解明と技法論の構築に向けて―』（研究代表：林　智一）による】