

知的機能低下をきたした高齢患者との心理療法 ——その基礎的問題の考察——

進 藤 貴 子

Psychotherapy with Intellectually Deteriorated Aged Patients :
Discussion on its Fundamental Topics

SHINDOU Takako

ぼけの周辺から

高齢化社会が言われるようになって久しい。老後生活への予期、また年とることの価値、といったことも、現在、それほど目新しい論でもない。

昨今のテレビコマーシャルには、長寿の双子姉妹が登場するものがある。その姉妹の姿は、人生の自由な主人公であるかのように、誇らし気であり、快活である。そして、世事に忙しく疲れた若者達を、笑いとばしているかのように、元気が良い。こういった老人像はたしかに、戯画化されたものであり、楽観的で現実離れしたものである。メッセージの受け手は、そのような予感もちつつ、一方では、明るい老年期という異文化が存在することを認めたがっているように思われる。既にそこが、メッセージの送り手の意図するターゲットである。また、この意図は効を奏したように思われる。先のコマーシャルに登場した姉妹は、短期間で、概ね好意や興味をもって人々に迎えらるる有名人となった。

上の例に見るように、明るい老年期が実現可能であるとの（希望的）観測が存在する。これは、現代という時代の性格を反映したものである、ということも可能かもしれない¹⁾。その一方で、独居、寝たきり、ぼけ、といったさまざまな老人問題も、人々にとっては既知のものである。明るい老年期の像が強調されればされるほど、排除され影に置かれた不安も、強くなってくる。

老死のとりこみ

—— 問題はボケた当人ではなく、その未来における必然的なボケを意識してしまった私たちにあるのである。（津田真一、老死への仏教学——「ボケもまた涅槃か」——）

年をとるということは、中年期、いや、もっと人生の早期から、考え、準備せねばならないものであるのだろう。死への準備が早くも中年期の発達課題である、という見方は、概ね定まった

ものになってきている (Knight, 1989)。平均寿命の伸びという現実を目の前にして、老死のあり方を含めて人生をプロデュースする必要性を感じている人は多いのではないだろうか。貯蓄や社会保障、住居、良い家族関係、など、怠りなく準備しておくことは、老後生活の質を向上させるだろう。また、人格発達の照準を、成人期の自己像のみに合わせるのではなく、むしろ、自分が目論み得る衰退（下降）のあり方も考えた上で、この照準を定めておくことは、老後の内的適応を容易にするだろう。このように、人生の前半期（上昇期）にも、いずれ来る老死に対して開かれた態度でいることは、意義深いことである。

そのとき、目を向けるにはあまりに不安なことがらを切り捨てたとすれば、ある「愚」を繰り返さねばならないことになる。生産性に価値をおくあまり、非生産性・衰退の側にある老死を切り捨て、そのことでかえって生の有限性に脅かされる、というのは、既に問題視されたパターンではなかったか。目を向けるにはあまりに不安なことがら、とは、貯蓄や社会システムの完備という砦があったとしても、また健康的で社交的な生活を心がけていたとしても、運命的に私たちに襲ってくる出来事である。例えば、苦痛の多い病であり、覚悟不十分なままの死であり、老いに関して言えば、寝たきりであり、難治性のほけである。

ほけの防ぎ方などについては、いろいろ言われている。しかし、これまでの研究では、痴呆をきたすいくつかの疾病については、それを防ぐ努力と罹患確率との相関は証明されていない。さらに、この病に罹患すれば自分の信念や理想や意志といったものが現在からの連続性を失うのではないか、といった不安（仮定）が、私たちの気持ちを塞がせる。さらに私たちは予測する。職業、家族、財産、健康、それらを失うことは、適応困難な事態である。その上、精神的機能を失っては、せめて現在の誇りを失わないで最期まで生きたい、という願いさえも、全うできそうにない。もちろん、ほけに至れば、喪失の事態すら自覚せず、苦悩もないかもしれず、そこに苦痛回避の希望を抱き得るかもしれない。しかし仮に、そのような将来の安楽があったとしても、現在の自分と同一性を保った意識がそれを感じ受けることはない。現在の自分が消失することを思えば、強い寂寥感が伴ってくる。しかも、筆者の臨床的体験を思い起こす限りでは、老人ほけの世界にも、それに特有の苦悩がある。

老死に開かれた態度ということを考えてとき、こういった深刻な（したがって抑圧もされ易い）予期不安を生じさせる将来の事態に対しても、開かれた態度をもつことが、いずれ、究極的、必然的課題として立ち現れてくる。この態度をもつことは真にむずかしい。「近年、私たちはにわかにかこのボケとか老の問題をやかましく論じるようになった。しかもそれを論ずれば論ずるほど、私たちの心には重苦しい不安がうっ積するのである」（津田、前出）と言われる通りである。

このむずかしさを超克する心の持ち方を教え、人々を少なからず救うものとしては、これまで宗教が中心的役割を演じてきた。同じように臨床学（医学、看護学、福祉学、臨床心理学など）も、老死を意識にとりこむための指針を、今後さらに示していかねばならない、と、筆者は考える。なぜなら、宗教家と同じく、臨床家は、老死や病に直接立ち会うことが多く、そのため、現実が、他の人にとっては不安を喚起するようなものであっても、それを見定める際に、ある種の強さを発揮すると思われるからである。と同時に、このような現実介入する具体的手法、また現実に変化を及ぼす具体的手法を、いくつか持ってもいるからである。

誤解を恐れずもう一言つけ加えるならば、宗教に援助を求める習慣のない人もあり、そのよう

な人が、まずは臨床家に具体的な援助を求めることは多いと思われる。これも現代の時代的性格と言えるかもしれないような、こういった事情を顧みるに、社会に対する臨床学の責任はなおさら重たいものになる。

本稿の主題について

老死の問題に関する臨床学の課題を考えるにあたって、筆者は、ほけ老人から始めようと思う。前段にも少し触れたが、人間の尊厳、自立性、生命の価値、ということを考えるとき、ほけ老人という存在は、最も深刻な困難を思わせる姿の一つである、と考えるからである²⁾。

「ほけ老人」という語は、輪郭が不明瞭であるので、本稿では、主題を、「知的機能低下をきたした高齢患者」に関する問題、と定めたいと思う。その2つの意図を明らかにしておく。

ひとつは、「臨床家」の視点から考察を始める、という意味を、「患者」の2文字に託して確認したつもりである。家族、ジャーナリスト、政策家、など、他にもほけ老人に関わる人々があるのだが、本稿では、これらの人々の観方とは異なる意見を述べる部分があるかもしれない。当然のことながら、これらの視点の間に軽重の差がある訳ではない。

もうひとつは、「知的機能低下」に関連する。

老年期痴呆患者³⁾を一方の極として、もう一方では、糖尿病他の内科疾患、様々な神経科疾患、外科疾患、精神病、といった疾患で、治療の場にある高齢患者においても、痴呆様症状や老年性の精神症状を示す者は、無視できない数にのぼると思われる。身体疾患の治療中に精神的機能の障害を伴うという事態は、とりわけ、高齢患者において頻繁に現れる。これは、理論的には、高齢者における予備力の低下による帰結と考えられ、また体験的には、多くの臨床家の印象と合致するところでもあろう。本稿の一部では、特に、老年期痴呆患者の臨床の実際を題材とする。ではあるが、そこで得られた方法論は、他の種類の高齢患者にも適用可能なものが多い、と、筆者は考えている。

「ほけ老人」と言う場合、狭義の老年期痴呆患者を指していることもあり、一方、性格の尖鋭化のみを見てこの語を当てはめているような日常的用法もある。このように「ほけ老人」の語の示す内容は流動的であるため、別の表現を用いて輪郭を明確にする必要があった。そこで、どのような高齢患者を視野に含むかについて、本稿の課題の性格上、次のように定めた。すなわち、基礎疾患を問わず、なおかつ、知的機能低下のあることを必要条件とした。「知的機能」は人格維持の中核を為すとも考えられ、高齢患者一般の治療において、精神的機能の障害の中でも特に、この低下への対処が考慮されねばならない場面は多いからである。

以上のような意図（理由）で、「知的機能低下をきたした高齢患者」に関する問題を、本稿の主題とした。以下、前節までの内容をふまえ、これらの患者の示す現実と、可能にしてのぞまれる援助のあり方について、述べていくことになる。その前に、上で述べた「臨床家」の視点について、若干の考察を加えておく。

臨床家のスタンス

先のとりにこみの問題をふまえて見ると、私たちの不安を喚起する類の高齢者は、私たちの先に行く人である（エリクソン、1971）。そして、そのような高齢者に関わる臨床家は、2つの存在である。ひとつは、彼らの背を見ながら後から行く者である。もうひとつは、彼らへの援助に当たる者である。

臨床家の職業的アイデンティティが成り立つ基盤は、他者に対して、状況を改善し苦痛を軽減する援助を行う、というところにある。しかし、その効果として生ずる援助関係は、ただ一方向性のものではない。老死の問題は何人にとっても、「重苦しい不安がうっ積する」類の、他人事でない問題である。高齢者の臨床に関わる臨床家は、高齢者への援助の可能性を拓げる努力を一步進める度に、臨床家自身の予期不安も軽減されるのである。臨床家は、どこかの時点で、このようなことに気づいていくと思われる。その上で、他者を益するために自らの労力を惜しまないという、職業的良心あるいは自覚が必要になると考える。

疾病の根治や状況の根本的改善に向けて努力することは、当然、医療の場で要請されることである。しかし、老死の問題においては、それが困難な場面に行き当たることも多い。病に対する狭義の治療を推進すると同時に、「ときに癒し、しばしば和らげ、つねに慰める」という臨床の基本を、銘じておかねばならない事例は多い。こういった高齢患者に対して、上に述べたようなスタンスをもつ臨床家が、その専門性においてどのような援助を為し得るか。まずその問題から、考えていきたい。

クオリティ・オブ・ライフ

知的機能低下をきたした高齢患者に関して、現在、医療の場で行われている援助を、筆者の思いつくままに並べてみると、次のようになる。

身体病の治療、身体病による苦痛の除去（腰痛に対する根治的ではない対症的鎮痛剤の使用など）、痴呆をきたす基礎疾患の治療（以上、狭義の医術）、患者が日々の生活を規則正しく清潔に送るための援助（狭義の看護、介護）、日々の社会生活・集団生活を葛藤が少なく喜びの多いものとする援助（生活療法）、脳の可塑性を賦活し知的機能を復活するための援助（見当識訓練、言語訓練）、社会内生活環境の調整（ソーシャルワーク、家族療法）、など。

これらへの需要は大きく、各領域の専門家の意欲的な努力も、なかなか追いつかぬ程であるように思われる。このようなさまざまな形の援助が、件の患者のクオリティ・オブ・ライフの維持向上に寄与しているであろうことに、今さら疑問を差し挟む余地はない。各領域における今日の課題は、重要なテーマである。しかしその考察は、別稿あるいはそれぞれの専門家にゆずる。そして、上に付加し得る別の形の援助、すなわち、心理療法家はその専門の範疇に加えることが可能と思われる、ある種の援助について、後段に述べることになる。

「クオリティ・オブ・ライフ」は、生活の質、生命の質、あるいは人生の質、とも訳されるが、多層的な意味を込めて、原語のまま、あるいはQOLという略語で、用いられることが多い。これの重要性が医療の領域でしばしば語られるようになったのは、1970年代後半のことである。こ

の概念をいち早く取り入れたのは、末期癌治療を始めとする、ターミナル・ケアの現場であった。

疾病の完全治癒を望めず、また、延命治療に積極的な意義を認めにくい場面で、患者の苦痛をいたずらに増すような治療行為を専らにするよりも、むしろ、患者が残された日々をより快適にまた充実して過ごせるための医療を行う。QOLを重視する医療では、こういった内容を具体的方向性とし、根治治療と同様（またはそれ以上）に緩和治療や対症治療を重んじ、最終的には患者の“subjective well-being”（主観的幸福感）や患者の人間性の回復を目標とする。

Duokasら（1989）は、患者自身が考えているQOLの内容として、14項目を挙げている。この中では、「3. 不必要な痛みや苦しみを避けたい」、「10. 死ぬときに苦しみたくない」、という2項目が、身体的苦痛に触れていると思われるものである。そして、残りの項目の大部は、「1. はっきりと思考する能力を保ちたい」、「4. 大切に扱われたい」、「5. 話す力がなくなっても人間としての尊敬をもって扱ってほしい」、「9. 自分のことは自分で決めたい」、など、亀山ら（1990）がまとめているように、「人間としての尊厳を保ちたい」という願いを表現している。QOLの内容には、医学的に評価される諸要因が一方の極にあり、もう一方の極には、患者の主観的な満足感がある。後者の内容を大きく取り上げた数少ない資料の一つが、この14項目であり、患者のための援助とは何かを考える上で、貴重な資料であると考えられる。

知的機能低下をきたした高齢患者と尊厳

ところで、上のような高度に自覚的な内容を、知的機能低下をきたした高齢患者に当てはめることは、果たして現実に即したことかどうか。そもそも、精神的な尊厳が守られていることによる満足感は、彼らにあるのか。特に知的機能の低下が著しい患者には、何よりも一次的欲求をしつかりと満たすことが、彼らの満足感につながるのではないか。このような疑念は、しばしば語られる。

しかし、実際の患者を、時間をかけて注意深く見てさえゆけば、「この人たちが、何もかも忘れて、呆然としていると見たのは、こちらの思い上がりであることが判って」くるものであるし、また、「一人一人が、それぞれの世界の中で、せいっぱい生きていることが見えて」くるものである（室伏、1985）⁴⁾。このような患者に対して、「相手を理解し尊重する情愛のあるやさしい心と、（中略）冷静な、ある意味できびしい心と」を、臨床家をもつことがのぞまれる、と室伏は述べ、この心を拠り所として、「理にかなったケア」を行っていくと、患者も「わが意を得たようにかくされていたよいものを表わし、思いもかけない身についた能力を自発的に発揮したりする」ことを、明言している。

こういったことがらを熟知し、無為徒食と見える患者が次第により面を発揮することを助ける、有能で慈愛深い臨床家は多いと思われる。それらの臨床家は、患者の能力を冷静に見きわめ、患者をよく導き、よく安心を与える（保護する）、大きな存在である。このような臨床家のあり方と、患者のひとつの傾向とは、互いに呼応している。高齢患者、特に身体疾患の治療下にある患者には、治療者に対する親転移、権威者転移が起こり易く、そこには、他者に庇護されたい、指示（よすが）を与えて欲しい、といった、依存への願いが現れている。（Knight, 1989）。

介護上の困難を引き起こすのは、患者の問題行動や、事実としては誤った固定観念などである。

患者の思いを尊重するという「説得より納得」の手法は、これらの問題を解決しようとする際にしばしば有効である。有能な臨床家は、これらの手段も駆使して、患者に余計なフラストレーションを強いることなく、安楽な生活を提供しようとする。ここで視点を変えて見てみると、「納得」するたびに患者が安心を得ると引き替えに、何か損なわれていくものがあるようである。それは、正に患者が「納得」したという事実があることによって、臨床家がその後は不問にしてしまいがちな、残りの部分である。じっくりと患者の話を聴いていくと、何かを不問に帰したことの痛みが訴えられるような場合も多い。問題行動や誤った固定観念は、基礎疾患の一症状であるのみならず、その患者の生活史や人格とも連動している。困難で固定した状況に置かれて、問題の改善のみが語られるとき、改善され得ない痛みも共に負って欲しい、と、臨床家につきつけてくる患者がある。臨床家が患者一人一人の世界に気づくとき、患者が見せるようになるのは、「よいもの」に限ったことではない。人間は全体的存在であり、よいものも悪いものも含んだ、その人の生き方がある。患者の苦痛を除こうと願って行われる援助にすら、抵抗する何かが、患者の中に見出されることがある。

ある臨床家が治療においてはいかに有能であっても、彼がその前では為すすべのないいくつかのことがらが存在する。大切な人を失った患者の心の傷の癒えなさ、あるいは、その患者を切り捨てる他には存続のしようがなかった家族の複雑な関係、患者が持てる資源を病気や老化によって急速に失っているという事実、患者がいずれ終息を迎えるという事実、などである。たとえば患者が、それらを知的に理解することはないとしても、不幸とすることが許されると思われるさまざまな事情、また、老化それ自体による悲哀と諦念、などは、患者の日常生活、また意識下の精神生活に、その影をおとしている。こういった地平からの問いかけは、非常に厳しいものであり、尊重すべき生命の営み、という言葉のぬくもりとは、いささかニュアンスを異にする。

ぬくもりにすら抵抗を示すような、患者の中にある「何か」は、臨床家が「上位者、知者、裁き人や助言者」(ユング, 1989)として治療したり取り除いたりできる類のものではない。むしろ、そのポテンシャルの高さは、臨床家はその内に留まりたがっている援助-被援助という構造を、揺さぶり、崩そうとする。おそらく、意欲や使命感をもった臨床家であればこそ、生の理論、有能さの理論を、日々の努力の個人的な拠り所としていると思われる。一方、上のような現実、多くの場合、生や有能さをすでに実現した後に、アンチテーゼとしてふりかかってくるものである。

患者の現実、もはや、臨床家の持つ既存の理論を越えた痛烈なものであると同時に、患者の個性を際立たせており、それは、ただ「輝き」(山中, 1991)としか言いようがないようなものである。このような地平において、患者に相対する臨床家にできること、といえば、「いのちの無常さという手強い法則」(ミュラー, 1976)に、勇気をもって好意を示し、目を射られることをおそれず、この「輝き」を手中に包むことである。そうする臨床家のみが、患者の悲哀や寂寥を共に知ることができる。寂しさのみならず、患者の人生における喜びや恵みも、このような地平から照射されて輝くものであろう。このような地平を知らず、患者の存在が抱えている痛みを放置しておくことは、臨床家であれば遺憾に思うのではないか。逆に、それを知る者が側に在ることが、患者をなぐさめるときもあるのではないか、とも期待される。こういった形の援助は、患者の置かれた外的状況や疾病状況を改善するためのさまざまな援助と並行して、心理療法家が

すすんでその役割をとることができると思う。

—— このところ筆者は、老人病棟をまわることを「星めぐり」と呼んでいる。病棟ごとに、星座のごとくたくさんの老人たちが、あるいは座を組み、あるいはそれぞれに寝ころんだり座ったりしておられるが、一人ひとりとは各々違う光を放つ星のごとくであり、筆者との交歓に、ときとして不思議な輝き、いわば「たましい」の輝きを見せて下さることもあるからである。(山中康裕、『老いのソウロロジー』)

尊厳と心理療法

かくのごとく、患者の生（生老病死）の問題には、共感的な肯定においてしか触れることができない（ミュラー、1976）領域がある。この、いわば「たましい」の領域に、他者の視点から修正を加えようとしたり、教え導こうとしたらすれば、早晚、何らかの限界を迎える。療法家が自分自身の枠（安定）を組上にのせる覚悟を持たぬままに、この領域に踏み込むと、ともすれば、療法家自身が喜べる形に患者の人生の意味を転導する、という事態にも陥らざるを得ない。この領域に踏み込むか否かに関わらず、また、特に知的機能の問題がある患者と出会うか否かに関わらず、心理療法家が、臨床経験の中で一度ならず抱く、ある悩みがあり、それは以上のようなことと共通していると思われる。すでにユングが、『心理療法論』の中で、患者の尊厳について述べている。

—— どんな事情が有ろうと弁証法的手続の最高の原則は、病人の個性が医師の個性と同じ尊厳や存在理由をもっているということ、それゆえ患者におけるあらゆる個性的発達は自分で訂正しない限り妥当なもののみならずべきであるということである。(Pp.14~15, 「臨床的心理療法の基本」)

—— そこ（弁証法的手続）では療法家は質問者や回答者として、他人の心的体系との関係の中に入り込んでゆき、もはや上位者、知者、裁き人や助言者ではなく、共に体験する者であり、今は患者と言われている人と同じ弁証法的過程の中にいるのである。(p.12, カッコ内は筆者)

ここでユングが言っている「弁証法的手続」とは、次のような臨床経験を経て、言及されるに至ったものである。「患者の人格が場合によっては医師の人格より知性、心情、広さと深さの点で優れているという可能性を、真剣に考慮に入れなければならない」ような事例がある。ことに、社会的に十分適応している、有能で精神的に高い患者の、人生後半の「個性化」が問題となってくる場面においては、療法家はあらゆる予見や技法を捨ててかからねばならない。ユングのこういった考察は、「非常に多くのはっきりした個性をもつ教養の高い知的な人々」の事例で、クローズアップしてきたものであるが、患者の年齢や知能を問わず、心理療法一般にも通用すると思われる。心理療法の過程は、微妙にして予断を許さないようなある転回点、ユングの上のような言

業を銘じておかねばならないような転回点を、顕在的にあるいは潜在的に、経てすすんでゆくものだからである。

知的機能の乏しい高齢患者であっても、その一部には、療法家自身よりも高い、知的・創造的・倫理的能力を一度は実現した者もあり、その遺産をとときにあらわす者もある。こういった患者の居る、老死や無力さの地平は、生産性の徳目を実現したその先にあるものである。前節でも触れたように、これは、現役の療法家の多くが自分自身では踏み込んだことのない地平である。またこれらの患者の、症状（記憶障害、現実誤認識など）の影響を受けて変形した世界観は、療法家が独善的に想像するものと、まったく異なるものである可能性もある。したがって、療法家は、自分の考え方や世界観が、知的機能低下をきたした高齢患者のそれよりも確実に優れている、と考えるのでなければ、注意深くまた謙虚であるべきであって、「弁証法的手続」の心構えをもつこと、また「医師はおそらく自然や患者の生きる意志ほどには、その目標をよく知ることはできない」と知っていることは、重要である。

—— 普遍的に妥当する生の処方箋など存在しない。一人一人がおそらく自分自身の中に自らの生の形式・非合理的な形式・をもっており、それよりも他の形式の方が優るなどということとはありえないのである。(p.41, 「心理療法の目標」)

知的機能低下をきたした高齢患者との心理療法の実際

尊厳が損われず、「自らの生の形式・非合理的な生の形式」もみとめられることが保証されると、これらの患者が自分のことを語り始め、「輝き」を見せ始める。

山中(1985)は、脳卒中後の70才前の患者との、2年余にわたる対話の記録を記している。信頼関係が築かれるにつれ、著者を心待ちにし、「痛いはずの腕をふりかざしふりまわし」ながら語る患者の自慢話に、著者も「おもわず微笑が漏れるのを」禁じ得ず、心から楽しんでじっと耳を傾ける。このような、「空想虚言と幻想の世界に遊ぶ」という形で空隙を埋めながら、「いいよのない寂寥と孤独と迫りくる死と内部の苦痛」との格闘が続いていたのである、と、山中は述べ、この両者を見据えた上で、患者と会っていくことの大切さを指摘している。

自分を語ることには、表題のような患者においても、それぞれの意味があるようである。現在は援助を受ける存在となっている患者が、過去の自分の姿、すなわち、他者を養い多くをつくり出していた自分本来の姿を、得々と語ったりする。これまで無我夢中でわたってきた人生を顧みるために、語り出してみている、という趣の人すらある。あるいは、理解が不全なままの現在の状況を訴え、語る中で心におさめていく人もあり、過去に退却し固着したままの世界で初めて生きた相手を見つけたように、真剣に言葉を手繰っていく人もある。

筆者の体験でも、こちらは話を聴くだけであるのに、患者は、語り終えて「ありがとうございました」と改めて頭を下げたり、「温うなった」と言ったりする。山中(1987)は、「ただ隣に坐わって話を聞くだけで、彼らの何とも言えぬ微笑を漏らすことに気付いた」と述べている。生の問題は確かに苦悩や厳しさも含みつつ、その上でやはり、患者の人生は肯定されなければならない、と、筆者は考える。患者の現実は無苦しく、患者も療法家もしばしばそれに押しつぶされそ

うになるが、ごく些細な喜びやユーモアが、そこにパッと小さな灯をともしてくれることがある。それは実に大きな解放の力をもっている。そしてこの大きな力は、痛みを分けてふたりで居る、というところに、根源をもっているのではないかと思われる。

言葉のほとんどない人に対しても、こちらが配慮を細やかにして、共感にかけける情熱とでも言えるようなものをもって接し、真摯に語りかけていると、視線の交わされ方や呼吸の乱れ—安らぎに、変化が現れることがある。ここで言う「共感」とは、通常心理療法で言う場合よりも若干広い意味となるかもしれない。それは、体感のレベルでのアンテナを働かせたり、現在の患者を透過して過去に集積されたものを見ようとするアンテナを働かせたりもして、行うものである。この、体感のレベルや、リズム・呼吸のレベルでの「交歓」(山中, 1991)が非常に大きな力をもつような、一群の患者がある、と、感じられる。こういったレベルでの共感とは、心理療法の訓練の中でも培われてゆく技法である(神田橋, 1990)。また、例えば手を握り合って寄り添うことでしか、患者の苦痛や不安を癒す手段、患者と交流する手段がないことがあるが、こうして実現される身体的同居性も、心理療法のひとつの価値であるところの「施無畏」(霜山, 1989)に結びついている。患者の生の証人として療法家が臨在する、という側面は、世代継承の意味合いにおいて重要である。言葉の非常に乏しい患者、また現実認知力の著しく低下している患者にも、心理療法家が関わっていく意味は大きいと考える。

援助の存在理由

以上述べてきたように、知的機能低下をきたした高齢患者にも、予想以上に豊かな心の世界があり、その人の人生の重みがある。また、そこに心理療法的に関与する者の役割もあると思われる。これらを知りながら損なうのは、非常にしのびないことであるし、倫理的にも問題視されることである。しかしながら、明示できる社会的役割に乏しいこれらの患者に対して、限りある資源を割いて援助を行うことに、結局どういった社会的意味があるか。その問題をもう一度確認せねばならない。

また、翻って個人を見れば、これらの患者の、昼夜を問わない問題行動や下の世話に追われる、多くの人々がある。神経症性的問題に由来する患者の言動、また、痴呆症状であるところの人格変化に由来する患者の言動で、いたずらに誇りを傷つけられた体験をもつ、多くの人々がある。介護に当たる人にも、その人の人生なり意味なりがあるのであり、すでに大きな犠牲を払ってきている人は多い。娈捨ててもやむなしという選択を一度は下さざるを得なかった歴史をもつ人類にとって、現在の福祉の理論は、極端に言えば、条件がある程度整ってきた社会の、暫定的選択に過ぎない。問題の患者ほどの障害をもたない者も、それぞれの生に忙しく、それぞれの荷物を抱えている。そういった人々が、なおすすんで苦勞を買って出て、患者の理論に忍従し、献身し、その尊厳を守ることに、いったいどういった意味を発見できるか。

これらの問いはしばしばタブーであるが、根本的な問いである。まず援助の意味の社会的側面については、次のようなことが考えられる。ひとつには、これらの患者への援助が質・量ともに充実すれば、私たちの社会は、「最大多数の最大幸福」に一步近づくとと思われる。2つめとして、援助が充実すれば、これらの患者の示す現実が、「目を向けるにはあまりに不安なことがら」(本

稿冒頭)の一群から席を外すようになる。抑圧・疎外する部分が少ない社会は、柔軟性があり長期的には安定する。筆者は今のところ、上のような2つの仮説をもっているが、これではまだ不十分かもしれない。一方、援助の個人的側面については、少なくとも、次のような意味があると信じるものである。

すべての人の心の中に老人が居り、この、心の中の老人には、自分がいずれ到達する姿、元型的老人像、自分が大切に思っている年輩の人々、などが連なっている。老人のおむつを替え、歩行を支え、老人の理論に耳を傾けるとき、その人は、自分の中の老人を喜ばせているのである。老人に対して、絶望感や怒りや不快を感じる時、その人の中の老人も、損なわれているのである。本稿の前半で、援助の両方向性について述べたように、目の前の高齢患者を通じて、私たちは、自分の中の老人に関わっている。

さらに、彼(彼女)を喜ばせる時、私たちは同時に、自分が彼(彼女)に愛されていることを、はっきりと知ることができる。彼らと共に居るとき、彼らも私たちと共に居てくれる。生老病死をわが身で知っている彼らが、私たちの側に居てくれることは、どれほど私たちをはげまし、かつ、私たちを護ってくれていることか。「共業性」(霜山, 1989)に気づいたとき、私たちは、彼らと支え合って在ることを知る。そして、彼らの生を私たちが身をもって感じたという事実が、彼らへの他ならぬ鎮魂となる。その日は、高齢患者と交わる臨床家にとって、常に間近にある。

おわりに

本稿では、知的機能低下をきたした高齢患者との心理療法に関して、その前提となる基礎的考察をおこなった。筆者の問題意識であったのは、こういった心理療法の存在理由である。「知的機能低下をきたした高齢患者と尊厳」、「尊厳と心理療法」の両項でも述べたように、これらの患者の尊厳を取り上げることは、援助の目標となり得、またこの援助は、心理療法の体系におさまるものであると思われる。今後、本稿の形態では論じ尽くせない部分について、これらの患者との心理臨床の事例研究を通じて、吟味、発見してゆきたい。その前段階として本稿を提出した。

文 献

- Duokas, D. al., 1989, Value history (Reichel, W. ed., Clinical Aspects of Aging, Williams and Wilkins, Baltimore)
- E.H. エリクソン著、鏑幹八郎訳, 1971, 洞察と責任, 精神分析の臨床と倫理, 誠信書房
- 亀山正邦ほか, 1990, 脳血管障害と Quality of Life (Therapeutic Research, Vol.11, No.8)
- 神田橋條治, 1990, 精神療法面接のコツ, 岩崎学術出版社
- Knight, B., 1989, Psychotherapy with Older Adults, Sage Publications, USA
- C.G. ユング著、林道義編訳, 1989, 心理療法論, みすず書房
- C. ミュラー著、市川潤・森莊祐訳, 1976, 臨床老年精神医学, 岩崎学術出版社
- 室伏君士編, 1985, 痴呆老人の理解とケア, 金剛出版
- 霜山徳爾, 1989, 素足の心理療法, みすず書房
- 津田真一, 1992, 老死への仏教学——「ボケもまた涅槃か」——(仏教, No.18, 特集=老いを生きる)
- 山中康裕, 1985, 老人の内的世界——老慢病棟の語り部(老いと死の深層, 有斐閣)
- 山中康裕, 1987, 老いと死の自己実現(老いの発見3 老いの思想, 岩波書店)

山中康裕, 1991, 老いのソウロロギー, 有斐閣

脚 注

- 1) この時代性格としては、次のものを挙げることができるであろう。①核家族化・生産効率重視などによる老人疎外についての反省、あるいはそこから揺り戻し、②平均寿命の伸びによる、“老人＝他者”構造の変化、③シルバー産業の発展、などである。ただし、他時代に、同様の実感がなかったのかどうか。姥捨てが近代以前の普遍的な老人問題である、といったような通念、また逆に、近代以前の社会構造は老人の威厳を実現し易いものにしてきた、という通念が、一部にあると思われる。筆者は十分な資料を持っていないが、これらの通念の是非について、あらためて検討する必要性を感じている。
- 2) 老年期寝たきりについて、この点、筆者は以前に考察したことがある（原地貴子, 1985, 寝たきり老人の内的世界へのアプローチ——臨床心理学的方法を用いて——, 本学卒業論文）。そこでは、寝たきり老人の体験的世界を分析し、自己の所有性についての考察を行った。そこで得た一つの結論は、奇しくも、宗教者が強調する「任せ」きることと同じ線上にあった。さらに、寝たきり老人の相手となる他者との関係性が重要であることを見出した。知的掌握や思いやりとしてのユーモア・連帯感・安心感、などは、この関係性の上に、生じてくるものである。
- 3) 本稿において、この内を含めるのは、次のものである。つまり、65才以上、生活維持が困難な程度の知能低下——知的機能の不可逆的低下——をきたすもの。アルツハイマー型老年痴呆、脳血管性痴呆、他。本稿では、DSM-III-Rに依り、脳変性疾患を基礎とするもの以外も含めている。
- 4) これらの引用文は、映画「痴呆老人の介護」——昭和57年度芸術選奨文部大臣賞授賞——の監督、羽田澄子氏の所感である。これについて室伏は、「私どもがこの本を書いたのも、実は読者にこのような心を期待しているからである」と述べ、これを、『痴呆老人の理解とケア』の最終章に挙げている。

(博士後期課程)