

研究報告 2

日常生活における「自然な」心理療法 —食事拒否をしたアルツハイマー型痴呆入院患者への適用—

長谷川明弘 (三島病院)

付記1

本論文作成あたり、発表を快く許可して下さったクライアントの御家族に感謝します。また発表の機会ならびにアドバイスを頂いた三島病院の田中政春院長と森田昌宏副院長に対し謝意を表します。さらに私にとって最初の事例をもつきっかけを与えて下さった渡辺亮先生と近藤みつ子婦長をはじめ三島病院職員の皆さんに重ねて謝意を表します。

付記2

本論文の内容は、日本ブリーフサイコセラピー学会第7回東京大会にて発表した「私は入らない—食事拒否をしたアルツハイマー型痴呆入院患者の一事例—」を改題し修正・加筆したものである。当日、司会を担当され貴重なコメントを頂いた川崎市障害者厚生相談所の岡部健先生に感謝します。

今日心理療法はほとんど面接室でなされるのではなかろうか。クライアントがセラピストの面接室を訪ねてきて、そこで1時間程度の面接がされ、その後クライアントはその生活空間に戻っていく。このことは各種心理療法を行っている施設（児童相談所・精神保健センター・個人開業相談所）や病院などほとんどのところでいえよう。

本論文では、面接室という臨床場面を特別に設けずして患者の日常生活においてセラピストが介入をしたケースを提示する。ただし本ケースの患者は入院をしているため患者の日常生活とは病院内の生活状況となっている。

宮内 (1993) は、日本生まれの心理治療技法として「生活臨床」を紹介している。生活臨床は1961年に東京都立松沢病院の倉田克彦らが発想し、群馬大学精神科を中心に発展・体系化された。また1965年に生活臨床を定義した臺弘が後に東京大学精神科教授となったことで東京大学と群馬大学の精神科で生活臨床が発展していた。その特徴は、①個人面接場面でのみ行うのではなく集団生活場面も念頭に置いている。生活場面での成長を期待している。②また行動観察・分析をして方針を決めて働きかけをしている。③可能な限り自立した生活を送れることを目標としている。④特に分裂病についてのモデルをもっている。⑤集団生活場面での行動特性の把握や、個人面接場面での働きかけの方針を立てやすくしている。⑥個人へのアプローチを5つのタイプに分けて分かりやすくしている。⑦精神療法の専門家だけでなく、わずかな精神医学の知識があれば体得できる。

一方、上述のような特別なプログラムを設定せず患者やクライアントの日常生活へと介入した心理療法を Erickson はいくつか行っている。彼は患者の生活に積極的に入り込み責任を持って治療をしていた。彼は、必要となれば、患者の自宅や職場を訪れたり、彼ら

が恐がっている場所と一緒にいった。セラピストの責任は患者を変化させることにあると考えていた（ヘイリー, 1982）。

例えば Erickson (1966/1980) は患者の家を訪れ、末期癌の苦痛で苦しんでいる患者にほのめかし法 (Interspersal Technique) を用いて、患者を催眠誘導した。患者は催眠状態で無痛暗示が施され、患者の癌による痛みは和らいでいった。しかし患者やその家族はいつ Erickson によって催眠療法がなされたのか気づかなかった。彼らには Erickson が無駄話をしているように思っていたという (ザイク, 1985)。

事例の概要

アルツハイマー型痴呆と脳血管性痴呆

本論では多くの臨床家に馴染みの少ないであろう老年期の痴呆患者に心理療法を行っている。次に老年期痴呆について説明する。一般に老年期痴呆は脳血管性痴呆 (vascular dementia ;VD) とアルツハイマー型痴呆 (Alzheimer type dementia;ATD) の大きく2つに分けられる。前者のVDは脳卒中や脳梗塞や脳出血から生ずる血管障害を原因として生ずる痴呆である。これはもう一方のATDのように進行性ではなく、痴呆の状態を維持したままになることもある。本ケースでは後者のATDである入院患者に心理療法を適用している。

ATDは、60歳前後の高齢期以降に発症する脳の疾患で、進行性の痴呆を主な症状とする。その発症原因がわかっておらず脳萎縮によって起こる病気である。今のところATDの治療法は確立されておらず適用となる薬物もない。一般にATDの臨床経過は3期に分類されている。第1期は頭痛、めまい、うつ気分、不安感、不眠などの意欲障害がみられることがあり、さらに記憶力低下がこれらの症状に加わってくる。第1期ではATDと気づいて医師を訪れるまでに1～2年くらいかかることが多いが、時には医師を訪れないこともある。第2期になると上述の記憶障害や意欲障害がさらに悪化し、言語障害、行為障害、認知障害などの精神機能の障害が加わる。さらに高度の記憶障害による異常行動がでて介護者が巻き込まれることが多くなる。この時期は、挨拶など社会生活での表面的な行動は保たれているが本人と話を進めると内容に乏しく記憶障害や認識障害が明らかになってくる。第2期ではほとんどの患者が医師を訪れる。第3期になると精神機能はほとんど完全に失われた状態になる。意識は比較的保たれているが、時々意識水準も低下し傾眠状態となる。この時期には、寝たきり状態となっている (笠原, 1994)。

ATDの進行の度合いを評価する尺度はいろいろ考案されている。認知機能・記憶などを総合的に評価する知能評価スケールは、MMSE (Mini Mental State Examination)、HDS (長谷川式簡易知能評価スケール)、HDS R (改訂版長谷川式簡易知能評価スケール) が代表的である。他に認知機能に限って評価するテストとしてCAMDEX Recognition testがある。行動評価尺度では、例えばFAST (Functional assessment Staging) が対象者の日常生活機能を総合的に評価し、痴呆の重症度を判定するのに用いられている。FASTは進行段階を7段階に分類しており、正常から高度のATDまで病状の進行に応じて具体的な臨床例が示してある。

クライアントの背景

クライアントは59歳の夏頃から日頃見せない入れ歯を他人の前ではずしてみせたり、庭の水撒きに水を多量に撒きすぎたりするなどの行動異常が見られた。他に病院を受診するきっかけになったのは、時々車や芝刈り機の操作を忘れてしまったり、ネクタイを結ぶことを忘れてしまったり、車を運転してどこかに置いて自宅に帰ってきたり、頻尿になっていたからだという。62歳をすぎてクライアントはN病院を受診し、アルツハイマー型痴呆の診断をされた。その後1年間程N病院で通院治療を受けていた。診断を受けてまもなく、彼は乗用車で人身追突事故を起こした。診断を受けるまで彼は会社の自営をし、団体理事をいくつか任されていた。

妻によるとクライアントは道理の曲がったことや指図されることが嫌いで生真面目な人であったという。これらの情報はカルテにも記載されていたが、初回面接の前に看護スタッフから教えてもらっていた。またケース終結後に、これを直接妻からも聞いた。また彼は若い頃から卓球やボウリング、野球、バドミントンなど体を動かすことが好きで、さらに旅行、ドライブや庭いじり、写真撮影などが多くの趣味を持っていた。

診断を受けて1年半過ぎた頃になるとクライアントの調子がさらに悪くなった。このころ既に家族は彼が好きな自動車の運転をさせることを危険に思っていた。そこで家族は彼に自動車の運転を禁止していた。その代わり家族は彼を車に乗せて気晴らしにドライブに出かけていた。ドライブ中の車の中でクライアントは運転を切望した。だが家族に運転を禁止されるため彼は興奮し、運転中の家族の首を絞めるという暴力を加えることもあった。またクライアントは、空港の待合室の灰皿に排尿をしたり、自宅でもところ構わず放尿していた。家族は彼の行動への対処に困っていた。そこで64歳になる頃、痴呆の専門病院であるM病院に紹介をされた。病院を変更して1ヶ月過ぎた頃には家族が面倒をみることに限界がきていると判断され、クライアントは入院となった。

入院当初から、クライアントは病院の食事を口に入れてかみ砕くが、吐き出してしまい半分程度しかとらなかった。そこで入院より1ヶ月後から栄養剤を摂取していた。ただし、入院直後から家族の持ってくるデザートや果物、おにぎりなどの食物は摂取していた。なお、身体的な原因による食事困難は諸検査の結果から見いだされなかった。

クライアントの病棟での様子は、表情が陰しく、近づてきたりあるいはたまたま近くにいた他の入院患者を叩いていた。また排尿を不適切な場所（ごみ箱や廊下、テーブル、畳）でしたりしていた。彼は日頃病棟内を歩き続けていることが多く、閉鎖病棟の出入口のドアを開けようとしてガチャガチャ動かしていた。クライアントはあまり看護スタッフに話しかけることはなかった。だが彼は面会に来た家族とは時折笑顔を見せながら話をしていた。

入院前（199x/4/23）の心理検査結果

MMSE:10/30 HDS:2/32.5 HDS R:7/30

各種知能評価スケールの質問項目の中で出身地と3単語復唱は回答可能であった。場所見当識はやや低下しているものの郡と町の名前は回答でき、現在、病院にいることを理解していた。復唱した3単語を時間をずらして再生する遅延単語想起は2単語想起可能であった。検査者の指示に従って紙を折る3段階命令は達成できた。「目を閉じてください」

という文章が書いているのを理解して実行する音読理解は出来ずに「文字らしきものは見える」と言った。

CAMDEX Recognition test の中で写真（例えばサンダル、計量ばかり、腕時計）をみせ、写っている物の名前ならびに用途を尋ねた。すると名前は答えられないが用途の認識は理解可能であった。

コース立方体テストという知能検査を行ったら、積み木に手を付けることなく「わからない」と拒否的であった。

FAST では「5. やや高度の認知機能低下～6. 高度の認知機能低下」と判定された。

追加情報として妻の名前を尋ねると本人の名前を答えている。

治療過程

初回面接（199x/7/23）

病棟の婦長は、入院から2ヶ月過ぎてもクライアントが食事をあまり摂取せず体重が減少していることを心配していた。そこで彼女はセラピストに心理療法の依頼をしてきた。セラピストは主治医の許可を得られれば心理療法を開始する旨を彼女に伝えた。その直後に彼女は主治医に連絡をし、主治医、病棟婦長、セラピストの3人で現状などについて話し合った。話し合いの中で主治医は薬物治療で限界を感じていたと述べ心理療法の許可を出した。主治医はそのころ興奮状態をおさめる鎮静剤を中心に処方していた。

次にセラピストはすぐにカルテや病棟スタッフの記録を見て病棟内の情報を収集した。記録を見て情報を集めているときに、セラピストは家族が面会にきていることを知ったので、家族に会うことにした。

まずクライアント、その妻と次女、そしてセラピストの4人で面接をした。セラピストは、家族からこれまでのクライアントと家族のやりとりや病院内で家族や時には他の入院患者や看護スタッフと卓球をしていたことなどの情報を収集した。セラピストは家族に次のようなことを伝えた。クライアントの食事摂取量が減少し、体重も減少している。燕下反射など食事に関する身体的な異常は見いだされなかった。病院以外の家族が持ってきた食事は摂取していることから心理的なものと考えられる。そこでカウンセリング的にかかわる機会を設けることが必要だと先ほど主治医と病棟婦長と私の3人で話し合った。その次に家族の方はどのように考えていらっしゃるのか知りたいと思った。そこへ丁度、ご家族の方がいらっしゃるのと聞いたので、一度お会いして相談したかった。

すると家族もクライアントのことを心配しており、良くなるのならば心理療法をお願いしたいということを行った。それに対しセラピストは、彼が良くなるかどうかは始めてみないとわからないと言った。

初回面接では妻が主に話をして、次女は父であるクライアントを暖かいまなざしで見守り話しかけており、時折話をセラピストにした。クライアントは、ほとんど話すことはなく、目の焦点を遠くに合わせてボーッとしたり表情を見せたり、セラピストと家族とのやりとりを聞いて微笑んでいた。

面接の途中でセラピストはクライアントに話しかけセラピーに対する意欲を高めるため次のように話しかけた。「先ほどからYさん（クライアントのこと）の様子を見ています、

どこか体に緊張があるように思えます。リラックスの仕方をお教えしても良いですか？」と言った。ここで「体に緊張」、「リラックスの仕方」と言ったのは、臨床動作法（成瀬、1995）の導入をセラピストは考えていたからである。それに対しクライアントは「いいですね。」と微笑んだ。その後の家族との話し合いから家族のセラピーへ期待はさらに高まったとセラピストは感じた。面接の終わり頃、近くにいた看護婦がクライアントに話しかけてきた。その際、クライアントの表情がわずかに堅くなった。

面接の終わりになって、治療目標をクライアントを含めた家族と病棟婦長、そしてセラピストとの合意で次のように設定した。

治療目標

1) 食事をとること

食事摂取が流動食から固形食になること。および摂取量が増加し一定となること。これは低栄養状態の改善と体重の維持を狙いとした。

2) 排泄について

排泄をトイレで行うことができること。

第2回面接（199x/7/24）

セラピストは病棟婦長や家族からクライアントが卓球を病院内で楽しみにしているということを知っていた。そこでセラピストはまず卓球を彼と一緒にやりながらラポールを作り、臨床動作法を導入することにした。

卓球をしてみると、クライアントは上半身しか動かさず、下半身はほとんど動かさなかった。セラピストがボールを彼の左右に打ってみると手の届く範囲しか打ち返せない。また、体の近くにボールがいくと、彼はそのままの姿勢を維持しているため体にボールがあたっていた。

卓球を始めて最初のうちは失敗したボールをクライアントは自ら拾いに行くことはしなかった。転がったボールをクライアントが拾いに行かないのでセラピストがクライアントの失敗したボールを拾いに行っていた。セラピストは、クライアントの側で拾ったボールを彼に手渡ししていた。

上述のやりとりの中から次のようなことをセラピストはする事に決めた。卓球をしているセッションで、セラピストはタイミングを見計らって故意にボールをクライアントの打ち返しにくいと思われる箇所に打ち、ボールをクライアントがうまく打ち返せない場合、転がったボールを彼が拾いに行く頻度の増えることを狙った。セラピストはボールを拾いに行き始めるタイミングを僅かに遅らせてクライアントが拾いに行くように働きかけた。面接の終わり頃になると、彼のボールを拾いに行く頻度がセッションの最初より増していた。

セッション終了の時間が近づいたのでセラピストは彼に次のように話しかけた。「今日は卓球の後に話をするか、それとも、卓球を続けるかどちらがよいですか？」というところからクライアントは「続けたいですね。」といった。セッション終了の時間がきたので、セラピストがあと少しで卓球を終了することを伝えると彼は無言でラリーを続けた。「失敗した

ら中止にしましょう」とセラピストが言い、失敗したときも「・・・」とクライアントは無言のまま卓球を続けた。しばらく卓球を続けた後に切りの良いところでセッションを終了した。その後、卓球をクライアントと一緒にを行うように看護スタッフに依頼し、その時の様子や印象の報告を求めた。

その日のうちに看護スタッフはクライアントと卓球を行った。その報告は次の通りである。表情がおだやかで笑顔を交えて卓球をした。そして、ボールがクライアントの後方に行った場合はほとんど拾いに行くが、転がっているときにそのまま打ち返すことをしていたという。卓球終了後クライアントはラケットを部屋に持ち帰りたいという希望をしたのでその通りにしたと報告を受けた。

第3回面接 (199x/7/29)

セラピストは他に補助者を交えてセッションを持つことにした。補助者とはクライアントに卓球を誘うときにクライアントが拒否をした場合、同室しないで欲しいと面接前に打ち合わせをしておいた。その後クライアントを誘いに行き、次のようなやりとりがあった。セラピストは「この女性は、私の知り合いで、今日は卓球をやっているので一緒にどうかと誘いました。今日は対戦相手を代えて交代で3人で（卓球を）やりませんか?」と言った。するとクライアントは「いいです（首を振る；否定）」と言った。そして手をセラピストの方へ向けた。セラピストは「なら審判として（彼女に）見てもらうのはどうですか」と言うと、クライアントは「いいです（うなづく；肯定）」と言った。

卓球中、クライアントは終始言葉を出すことはほとんどなかったものの、時間とともにボールを自分で拾いに行く頻度が多くなっていった。サーブを打つときにクライアントから打ってもらうようにセラピストはボールを手で渡すのと同時に「どうぞ!」と言って奨めていた。そのうちクライアントはボールを持った後、いつものサーブと違った姿勢でボールを打ってくるが多くなった。また看護スタッフからの報告の通りに床にボールが転がっているのを打つことを確認した。だが次第にクライアントはボールを拾い、それを弱く打ってセラピストに渡るようにする行動の頻度が増した。クライアントのボールを打つ姿勢の変化からセラピストは、前回に看護スタッフの報告した内容についてクライアントが対戦相手からサーブを打つようにボールを渡しているのではないかと推測した。卓球中にセラピストは「あと一步速く動くと今の（ボール）はYさんなら返せますよ」と言ったり、「さすが！今の一步があったから打ち返せた」と言うと、クライアントは表情をやわらげた。

セッション終了に際してセラピストが「今日も次の（約束の）人がいるので、もうすぐやめになりますよ」というと、クライアントは「次の人がいるのですか?」と会話にのってきた。そこでセラピストは「そうです。すみません。」というクライアントは言葉が続いてこなかった。セッション終了後に卓球の感想を求めると「何を言えばいいの?」と言ったので、「例えば、どんな感じだったかとか・・・」とセラピストが言うと「ないね」と言った。

セッションを終えてセラピストは面接補助者にクライアントの様子について気づいたことを尋ねた。ボールを拾いに行くときクライアントは一度セラピストや補助者をみて、相

手が拾いに行かないようだと自分でボールを拾いに行っていたと報告を受けた。

第4回面接 (199x/8/2)

セッション前にセラピストが別の用件で病棟に行った時、やや遠くの場所からクライアントはセラピストに気づき、彼は手を挙げて微笑んだ。セラピストもそれに手を挙げて微笑んで応えた。

セッションを始める際、「卓球をしに来ました」とセラピストが言うとクライアントは微笑んだ。今回のセッションでは、卓球を行う時間が増すごとに、自らボールを拾いに行く頻度が多くなるだけでなく、その動作をする時の反応も速くなっていった。さらにこれまでよりも下半身を動かすことも多くなっていた。ただし、一步踏み込んでの返球は3、4回ほど見られたが、いずれも右側のみで左側では全く見られなかった。卓球でセラピストが失敗したとき、「私が失敗したからYさんから打ってください」といってセラピストはボールを手で渡していた。そのうちクライアントは失敗したとき、ボールをサービスの姿勢とは異なった姿勢で打つことが3回みられた。今回のセッションではクライアントの失敗した球を床で弾んでいる状態では打ち返すことはほとんど見られなかった。これまでの経過からボールがクライアントの後方に行った場合、時折そのまま打ち返すことをしていたという第2回面接後の看護スタッフからの報告は、クライアントは転がったボールを打って対戦相手からサーブを打ち始めるように薦めていたと判断できた。今回は30分くらい卓球を続けてからセッションを終了した。

セッション終了後、セラピストは看護スタッフに次のようなことをお願いした。クライアントの排便、排尿のシグナルが通路をウロウロと歩くこと以外にないのかを確かめることを依頼した。

第5回面接 (199x/8/5)

セラピストはクライアントに会いに来て、今回も卓球をすることになった。セラピストはクライアントに会いに来て卓球をいつもしているところまで彼が行くことができるか確かめることにした。そこでセラピストは歩くタイミングをクライアントよりも少し遅れさせた。だがクライアントは間違った方向に歩き続けた。

卓球中の様子はこれまでと変わらないやりとりや彼のサーブ時の体の動きの変化があった。また、いつもと同じくクライアントはほとんど会話をしなかった。

第6回面接 (199x/8/8)

昼食前に一度病棟に別の用件で来てみると妻と長女が面会に来ていた。最近、クライアントの表情が良くなったと妻はクライアントの前でセラピストに話した。また「先生(セラピスト)のことをあの人は気に入っているのでしょうか。」と妻は述べた。セラピストは一緒に卓球をして楽しんでいること、気にいられたと言われてうれしいということを家族に伝えた。そしてクライアントにセラピストは微笑んだ。クライアントはこれらの会話を無言で、しかし時には微笑んで聞いていた。家族はクライアントを散髪に連れ出すと言った。

午後になって面接に行ってみるとクライアントは病室のベッドで横になっていた。名前を呼ぶと目を開けて話もせず歩き始めた。セラピストがクライアントの横に並びながら話しかけると、クライアントは無言のまま歩き続け、患者たちが日中過ごしているホールの長椅子に腰掛けた。セラピストは彼の横に並んで座り話を続けた。「何処に行って来られたの?」という、「わからない」といったので「頭がすっきりしておられるので散髪に・・・」と続けると、クライアントは無言でうなずいた。クライアントはいつもと様子が違うので病棟内で働きかけることにした。そこでセラピストはわざとトイレがわからない演技をしてクライアントに聞いた。「トイレに行きたくなりました。トイレは何処ですか?」、するとクライアントは「わからない」と言った。そこでセラピストは「じゃあ、誰かに聞いてくる」と言いナースステーションに行って聞いてくるところをクライアントにみせた。その後、セラピストはトイレに行って来てクライアントと話を続けた。次に本セッションで卓球をやるかどうかをクライアントに聞くと首を振って拒否を示したため卓球は行わなかった。

3時のジュースとおやつが出たときに看護スタッフがテーブルをクライアントの前に動かした。テーブルに置かれたおやつとジュースをクライアントは無言で食べた。その間、セラピストは彼の横に座り、彼や他の入院患者の様子を見ていた。そしてクライアントは空になったコップをナースステーションに持っていった。クライアントが戻ってくるとセラピストは看護スタッフが移動したテーブルを一緒に元に戻そうと彼を誘った。彼は無言でテーブルに手をかけ一緒に動かす素振りを見せた。セラピストは「一人じゃできないので助かります。ありがとうございます。」と言った。すると彼は微笑みながら、一緒にテーブルを動かした。テーブルを動かして、今回のセッションを終了にした。

第7回面接 (199x/8/24)

第7回面接では、卓球台を都合により別の場所に移したということを見守りから聞いたので、本セッションもクライアントと病棟内でかかわった。セラピストが病室にいくとクライアントはニコリと笑ってあいさつをした。前回のセッションとは違い今回は表情もよく、動作も機敏になっているという印象を受けた。今回は卓球台を返却したため卓球ができないことを告げた。その後、セラピストはホールで話をしたいのでホールに向かうことを促し一緒に向かった。ホールに移ってから今後のセッションの進め方についてクライアントに聞いてみた。「卓球はやりたいですか?」と言うと、クライアントは「・・・やりたいですね・・・」と言った。そこでクライアントに選択してもらった質問をした。「今日しないのならば、次回にしましょうかね、どうしましょう」というと、クライアントは「今度で良いです」といった。セラピストはそれに同意した。その後、卓球をする場所のことを話し合うため続けて選択する質問をした。「卓球台はこちら(病棟)に持ってきてもらうか、それとも別のところに(私たちが)出向いていくかどちらにしましょう?」と言うと、クライアントは無言だった。そこでセラピストは「それじゃあ、卓球はしたいですか?」と言うと、「・・・そうですね」と言った。「それじゃあ、看護婦さんたちに(卓球を行いたいことを)伝えておきます」と話をしてセッションを終了にした。

第7回から第8回面接までの間に次のような出来事があった。真夜中にナースステーション

ヨンの周りをクライアントがウロウロと歩いており、看護婦が近づくとクライアントは「おしっこ」と言ってきた。そこでトイレに誘導すると排尿をしたと報告を受けた。

第8回面接（199x/8/26）

今回は卓球をした。卓球中は、これまでと比較してラリーも続くようになり、クライアントの左右にボールを打ってみても反応が良くなり打ち返してきた。時折、クライアントはスマッシュを打ち、セラピストが打ち返せないときに「すごいですね、難しくて打てなかった」というとクライアントはうれしそうに微笑んだ。卓球を25分くらいしてセッションを終えた。

第8回面接から第9回面接の間に、クライアントは固形食の摂取を始めていた。クライアントが帰宅したときに食事摂取量が増加したことや病院で他の患者の食事をもらったりして固形食を摂取できそうな様子であったためと報告を受けた。

第9回面接（199x/9/18）

面接にきてみるとクライアントはホールのイスに腰掛けていたので次のように話しかけた。「卓球を久しぶりにしますか？」とセラピストがいうと彼は「・・・いい・・・」と首を振った。その後セラピストは看護スタッフから情報を集め、治療目標をクライアントがおおむね達成できたことを確認した。そして病棟看護婦長と話し合っただけでセラピーを終結することにした。クライアントは、第9回面接の10日前から固形食と流動食を半分程度の割合で摂取を始め、徐々に固形食の割合を増加しているところであった。排泄では失禁をすることも時にはあるが、排泄のリズムを看護スタッフがつかんできており、看護スタッフがトイレに誘導するとクライアントは排泄をそこでしたり、これまでよりもクライアントはトイレで排泄をすることが増し、時には自分でトイレで排泄をしていた。

結果と補足情報

治療経過中の出来事で補足しておきたいのは次のようなことである。第2回面接からしばらくの期間、病棟の看護スタッフがお昼の休憩中にクライアントと卓球を一緒にしていたということを本ケースをまとめているときにセラピストは知った。このかわりには看護スタッフの休憩中にしていたため看護記録には残していなかったといわれた。そこで期間や頻度、クライアントの様子そして参加者などは報告できない。この期間に看護スタッフは病棟の他の入院患者との対戦も設定したが、他の患者よりもクライアントは卓球が上手なため看護スタッフに対戦相手を望んでいたようであったと後で報告を受けた。クライアントは第2回面接後、ラケットを自分の病室に持ち帰り、時折素振りをしながら病棟内を歩いていたという。

また当初導入を意図していた臨床動作法を第3セッションでクライアントに数分施行したが、セラピストの力量不足でうまくできなかった。

セラピストは毎回のセッションの前後に看護スタッフに何か変わってきていることを尋ねていた。その中で、第3回面接の頃から「最近表情が良くなり、話しかけてくれることが多くなった」と報告を受けていた。

セッションを終了して9ヶ月後における食事摂取量は、ほとんどの食事を摂取していると報告を受けている（資料1参照 食事量）。しかし食事摂取量の増加にも関わらず体重の増加は認められなかった。

排泄については、オムツ着用を時々していたそうだが、セッション終了後7ヶ月を過ぎた頃にはクライアントをトイレに誘導するよりも失禁をしている頻度が増したためオムツを常時着用することになった。

セラピー終結後（199x/9/25）の心理検査結果

MMSE:3/30 HDS:0/32.5 HDS R:1/30

知能評価スケールの場所見当識で何処にいるのかについて「わからない」と答え、「家、学校、病院のどれか？」とヒントを出すと「病院」と回答できた。3段階命令は達成できた。

CAMDEX Recognition test やコース立方体テストでは「わかりません」と言い、何度促してもできなかったため施行不能と判断された。

FAST では「6. 高度の認知機能低下」と判定された。

考 察

1) 「自然な」心理療法への導入について

妻から看護スタッフが集めていた情報でクライアントは指図されることが嫌いだとセラピストは聞いていた。クライアントは自営業を営み、団体の理事を任されるなど社会的にも地位が上であった。これらのことを踏まえてセラピストは、クライアントの対人パターンを「一段上 (One Up) 」ポジション (ゼイク, 1980) をとる人と推測した。

だが、病院で入院患者は看護婦などの看護スタッフから薬を与えられたり、食事の準備をしてもらうなど対人パターンでは「一段下」ポジション (ゼイク, 1980) を強いられると考えられる。さらにクライアントとセラピストの年齢差は大きく、セラピストはかなり年が若い。それ故セッションを持つためにクライアントを面接室に来よう呼ぶことはさらに彼の「一段下」ポジションを強めることになると思われた。またセラピストはクライアントと面接室に一緒に行くことや会話を主体としたセッションを持つことがクライアントの現状では難しいと判断した。

以上の理由から特定の面接室を設定せず、セラピストがクライアントの生活空間に向向いていきセッションを持つことにした。このようにセラピストがクライアントの生活空間を訪れることはセラピストの「一段下」ポジションを強化するものと考えられる。クライアントが卓球を楽しんでいたと聞いていたので会話が中心にならず体を動かしながら一緒に楽しめる卓球をすることにした。卓球を通じて関係がとれれば臨床動作法を導入しようと考えていた。

2) 面接場所について

第1回面接の場所は、クライアントの生活している病棟ホールにある食事用のテーブルで行われた。第2回面接から第5回面接までは病棟併設の多目的室に一緒に向向いていき

卓球を行った。また第6回面接ではセッション以外の時に家族とクライアントの病室で話をした。第6回面接と第7回面接は他の患者がいる病棟ホールで長椅子に腰掛けて話をした。第8回面接では卓球台を移動した病院内の別の多目的室まで一緒に出向いていき卓球をした。第9回面接では病棟のホールと廊下で話をした。

クライアントの特徴から対人パターンが「一段上」になるよう狙って基本的にセラピストがクライアントの生活空間へ出向いていた。

面接が進む中で卓球台が別のところに移動される事態がたまたま生じた。クライアントに事情を話して、卓球をするため一緒に病院内の別の部屋に出向いていき、そこで卓球を行った。このように環境の変化に応じて臨機応変に面接場所を変えた。

3) 面接補助者について

第3回面接では面接補助者が同席した。面接補助者を同席させたのは、クライアントの卓球中の様子をセラピストだけでは観察しきれないと判断し、またクライアントがどのように他者の存在を認識してどのような行動をとるのか知りたかったからである。

セラピストは、面接補助者を自然な形で同席させている。まず面接補助者を一緒に卓球をしないかと呼んできたクライアントに紹介した。しかし彼はそれを拒否した。そこでセラピストは臨機応変に「審判としてみてもらうことはどうか」と言うと彼は受け入れた。そのやりとりの中からセラピストはセラピスト自身をクライアントは受け入れていることを確認した。卓球を通じた面接を続けることが可能であると判断した。

また、面接補助者には、セッション終了後に気づいたことを聞いてクライアントがボールを拾いに行く際の行動を教えてもらった。

4) 介入について

本ケースでの介入は自然な流れの中でなされているため、わかりにくいと思われる。実際にはこれらの介入は、宮田（1996）のいう個人内の問題・内的枠組み、家族・社会的組織にわたるマルチレベル介入となっている。つまり一つの介入が主介入となったり他の介入と入れ替わって副次的になっていると考えられる。今回、マルチレベル介入の点からは検討しない。ここでは、どのようなことを狙って介入を行い、どのようなことが生じたのかを治療目標と介入様式に分けて説明ならびに検討する。

A) 卓球を通じての介入

食事拒否

a) 個人内で生じたこと

セラピストはクライアントの妻（1997）に入院直後に卓球を始めたわけをセラピー終了後になって尋ねた。妻は「本人が球技に対して忘れていないことを確かめたくてやりだした事です。球を追う事、反射神経がどこまで続くかと思ひまして。」と回答している。

セッションを開始して卓球を始めた頃は、クライアントの体の動きに緊張感がみられ、可動域も限られていた。だが、セッションを重ねるうちに返球のために動かす手の範囲も広がり、その際の反応も早くなっていった。ついに第8回面接ではスマッシュをクライエ

ントは打ったり、セラピストとラリーも長く続くようになっていった。これらの変容をセラピストは言葉で承認しながら確認をしてクライアントに伝えていた。

クライアントが病棟内でラケットを手に素振りしながら歩行している様子が観察された。これはクライアントが一時期低下した運動能力が再度向上するのを確認しながら卓球を楽しんでいたからだと思われる。

b) 対人間で生じたこと

後藤（1985）は不機嫌による拒食への対応について、その場対応では解決できないことが多い。日頃からの、良い人間関係の中での精神の安定化が必要であると述べている。

一般に人と一緒に食事をするということは、例えば家族や友人と楽しく食事をするという行為から「心を開いているうち解けた人と一緒に行く」という意味を持っていると考えられる。ここで親しい人と一緒に行く体験そのものが楽しい体験となっていると考える。

ところでブリーフセラピーの発展に影響を及ぼしたエリクソン（Erickson, M. H.）の弟子の一人であるオハンロン（O'Hanlon, W. H., 1992）は、エリクソンが治療の中でどのようなことをしていたのか説明するために問題のクラス/解決のクラス・モデルを提示している。彼の説明によると、セラピストは最初に特定の提示問題を一般化する。この行為は、問題のクラス（class of problem）、つまり一般のカテゴリーに含めることになる。次に解決のクラス（class of solutions）について考える。解決のクラスは、クライアントにとって助けになる技能や能力のまとめりであり、問題のクラスの対極にある体験のパターンあるいはクライアントの背景にある喚起しうる何かを指している。そこでセラピストであるエリクソンはセッション中に内的資源または体験のパターンが高まるような体験をクライアントに生じさせる。その後、クライアントはその生活状況の中で必要な内的資源、体験のパターンを体験することになる。

本ケースでセラピストが働きかけていたのは「クライアントと一緒にいること」であった。既に述べた介入を通じてクライアントは「一緒にいること」を楽しんでいたと思う。

c) 言語面

セラピストは卓球をする中でいくつか言語面で介入をしている。セラピストの言葉掛けは常に「一段下」ポジションとなる「一段下を保つ言葉（Keeping One Down Position Words）」となっている。ここでいう「一段下を保つ言葉」とは、相手に主導権を持ってもらうための質問形式であったり、賞賛や承認を伝える言葉を指す。この言葉掛けをされた相手は一段上ポジションが保たれることになる。これとは逆になる対人パターンを作る言葉を「一段上を保つ言葉（Keeping One Up Position Words）」と呼ぶ。

クライアントが卓球の中で示した動作や行動にもセラピストは一段下を保つ言葉で話しかけている。

また卓球の際だけでなく、テーブルを一緒に運ぶ時にも、セラピストは一段下を保つ言葉を用いていた。

言語面での介入に対してクライアントは言葉を出すことは少なかったが、笑顔でそれらに答えていた。

d) 行動面

ボールを拾いに行くのにセラピストが拾いに行くことを卓球を行ったセッション毎の中で初期になされていた。クライアントは失敗したボールを拾ってきてもらい、そのボール

を渡されるというやりとりが生じていた。この両者の対人パターンはボールを拾って手渡しする人が「一段上」となり手渡しされる人つまり与えられる人が「一段下」となっていると考える。

だが次第にセラピストは拾いに行くタイミングをずらして、自らの失敗の時には自分で拾いに行く関係を作り出していった。その結果、同一セッションの最後の方でクライアントは自ら失敗したボールを拾いに行き、時にはセラピストから打つようにボールを渡す動作が見られていた。この場合の対人パターンは対称的な (symmetrical) 関係 (ヘイリー, 1963) となっており、どちらかが「一段上」ポジションとなっていないといえよう。

B) 病棟のホールでのかかわりと看護スタッフを介して

排泄問題

A T Dの進行に伴い失禁が見られるということがF A S T (本間, 1990) に含まれている。排泄問題について個人内への介入には限界があると判断し対人間での変化によって解決を促すことにした。

セラピストは看護スタッフにクライアントの排泄行動を観察することを提案している。この提案は排泄を上手く行えないというクライアントの失敗した結果を報告するのみであった看護スタッフに対して、前もって積極的に観察するという働きがけをしてもらい肯定的にクライアントの行為をとらえてもらえるように狙っていた。またクライアントの行動観察の結果、クライアントの排泄前後の行動パターンを看護スタッフがつかめばその援助を促進することが看護スタッフには可能とセラピストは判断したからである。看護スタッフが捉えた行動パターンは排泄の前に廊下を何度もウロウロするということであった。その行動パターンがみられると看護スタッフはクライアントをトイレに誘導することが増えた。

入院直後から、クライアントは自ら意味のある会話を看護スタッフにしてくることが少なかった。だが第3回面接を過ぎた頃からクライアントが看護スタッフに話しかけることが増し、時には彼は意味のある会話を看護スタッフにしてくることも多く見られるようになっていた。そこでセラピストがクライアントの排泄問題に介入した第6回面接でトイレに行く演技をして看護婦に聞きに行く様子をクライアントにみせた。すると第7回面接までの時期にクライアントが廊下をウロウロしている際に看護スタッフが近づくと彼は「おしっこ」と意味のある発語をした。そこで看護スタッフは彼をトイレに誘導すると彼は排尿をしたという。

上述のような経過を経て看護スタッフとクライアントの間には新たな交流パターンが形成・強化された。だが、アルツハイマー型痴呆の進行によって場所見当識の低下、発語能力低下と失禁の増加を伴ってくることもあり、心理療法のみでは限界があった。

結 論

本論では、日常での「自然な」心理療法と称して、日頃の臨床の場では当たり前と見なしていることがある「やりとり」が実は「介入」となっていることを述べた。

心理臨床の報告を聞いたり読んだりするとき、私たちは奇抜な技法の適用や「重い」ケ

ースばかりに注意が向きがちである。だが実は本報告のような観点で自らの臨床実践を振り返ることが心理療法の効率化や短期化への視点に有効であると思われる。そこからあらたな技法が生まれてくるのかもしれない。

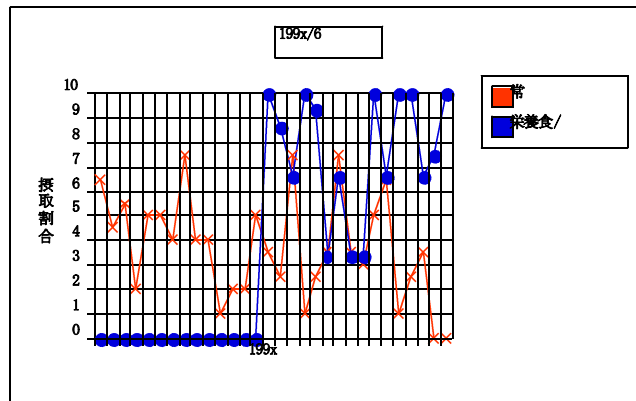
(97年9月30日受稿、98年1月30日受理)

引用文献

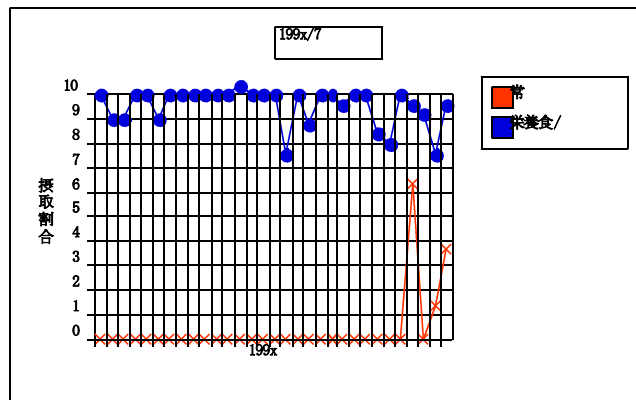
- 1) クライエントの妻 1997 私信
- 2) Erickson, M. H. 1966/1980 The Interspersal Hypnotic Technique for Symptom Correction and Pain Control Rossi E. L. (Ed) The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis Vol. IV Innovative Hypnotherapy, New York:Irvington, pp262 278.
- 3) 後藤基卿 1985 食事のケアについて 室伏君士(編) 痴呆老人の理解とケア 東京:金剛 出版 pp136 146.
- 4) Haley, J. 1963 Strategies of Psychotherapy, Orlando Florida:Grune & Stratton. (ヘイリー・J. 1986 高石昇 訳 戦略的心理療法 名古屋:黎明書房)
- 5) Haley, J. 1982 The contribution to therapy of Milton H. Erickson, M. D. In Zeig, J. K. (Ed) Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy. New York:Brunner /Mazel. pp5 35. (ヘイリー・J. 1992 森俊夫 訳 偉大なる心理療法家 ミルトン・H・エリクソンの功績 ブリーフサイコセラピーへの招待 日本エリクソン・クラブ pp5 50.)
- 6) 本間昭 1990 痴呆の行動評価 老年精神医学雑誌, 1, 4, pp403 424.
- 7) 笠原洋勇 1994 痴呆のお年寄り 三浦文夫, 柄澤昭秀(編) 1994 痴呆症を介護する 東京 :朝日文庫, pp15 54.
- 8) 宮田敬一 1996 ストラテジーックセラピーの治療的枠組み 日本ブリーフサイコセラピー学会 (編) ブリーフサイコセラピーの発展 東京:金剛出版, pp87 98.
- 9) 宮内勝 1993 生活臨床の展望 日本ブリーフサイコセラピー研究会 (編) ブリーフサイコセラピー研究Ⅱ 新潟:亀田ブックサービス, pp82 94.
- 10) 成瀬悟策 1995 臨床動作学基礎 東京:学苑社.
- 11) O'Hanlon, W. H. , Martin, M. 1992 Solution oriented hypnosis New York:Norton.
- 12) Zeig, J. K. 1985 Experiencing Erickson:An Introduction to the Man and His Work. (ザイク・J. K. 1993 中野善行・青木省三監訳 ミルトン・エリクソンの心理療法 大阪:二瓶社, p48.)
- 13) Zeig, J. K. (ed) 1980 Teaching Seminar with Milton H. Erickson New York:Brunner/Mazel. (ゼイク・J. K. 編 1984 成瀬悟策監訳 宮田敬一訳 ミルトン・エリクソンの心理療法セミナー 東京:星和書店, p36, p419)

資料 1

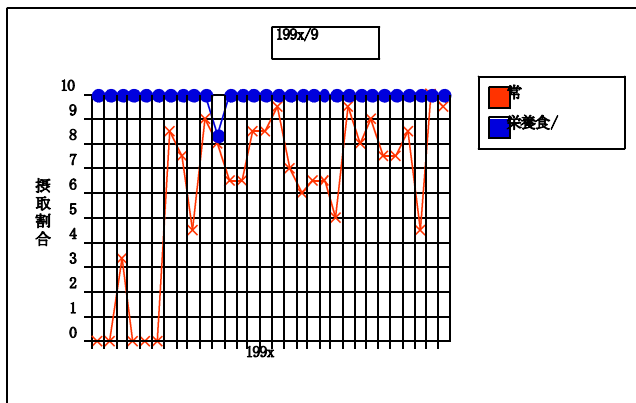
入院から1ヶ月後の食事摂取量



心理療法開始直後の食事摂取量



心理療法終了前後の食事摂取量



心理療法終了から9ヶ月後の食事摂取量

