

高齢者の妄想

—ロールシャッハ法による理解—

坂本 佳織^{*1}・伊藤 宗親^{*2}

This study refers to the importance of understanding incomprehensible delusions in the elderly. Reviewing the researches on the Rorschach in the elderly, we discussed on an elderly patient with delusions who attempted to set fire. It was demonstrated that the Rorschach and the other psychological tests give us the helpful information about the elderly patient's psychological background and the differential diagnosis (psychotic disorder or dementia). And the ideas to support the patients with delusions were proposed including the way of dealing with theirs.

〈キーワード〉 高齢者 (the elderly) , 妄想 (delusion) , ロールシャッハ法 (the Rorschach)

はじめに

2016年に厚生労働省から公表された新オレンジプランによると、わが国では人口の高齢化に伴い、2025年には認知症に罹患する高齢者は約700万人、高齢者の約5人に一人が認知症に罹患すると推計されている。また高齢者の増加により、認知症以外にも高齢発症の統合失調症、妄想性障害、うつ病、不眠症など、精神科を受診する高齢者の増加も見込まれる。筆者らの勤務する医療機関でも、高齢者に対する心理検査依頼は増えており、認知症に対する検査を主とし、妄想症状を呈する患者に対する検査依頼も増えつつある。ただし、高齢者が幻覚・妄想を呈した場合、幻覚・妄想が出現しうる疾患が種々存在するため、身体的背景も含めて検討することが必要であり、鑑別には注意を要する(古茶, 2012)。今回、老年期以降になって妄想症状を呈した患者に対し、種々の心理検査を実施する機会を得た。この機会に高齢者の妄想について特徴を整理し、心理的援助についても検討を加えたい。

高齢者の幻覚・妄想

古茶(2012)は、高齢者の幻覚・妄想について、身体的背景が明らかである器質性群にせん妄、認知症、通過症候群、身体的背景が明らかではない広義の非器質性群に、気分障害群、狭義の非器質性幻覚妄想状態、合計5群に分類できるとし、鑑別のポイントを表にまとめ示している(表1)。

医師より心理検査依頼を受けた心理士は、妄想症状のある高齢者に対して“認知機能の低下があるかどうか”“認知症らしさがあるかどうか”を検討することがまず求められる。ただし、長谷川式簡易知能検査法(以下、HDS-R)、MMSEが高値であっても、認知機能障害が生じつつあるような認知症初期の可能性もあるため、Wechsler式知能検査やロールシャッハ法等の検査結果

表1 老年期幻覚妄想状態の精神症候学的な鑑別診断(古茶, 2012)

症候学的分類		意識障害	認知機能障害	感情の障害	全体的な状態像
器質性群(身体的背景が明らかなもの)	可逆性	+	++	-/+	せん妄
		-	+/-	-/+	通過症候群
	非可逆性	-	++	-/+	認知症(DLBは要配慮)
広義の非器質性群(身体的背景が明らかでないもの)	気分障害群	-	+/-	++	妄想性うつ病 躁病
	狭義の非器質性幻覚妄想状態	-	-	-	遅発性統合失調症(妄想性障害を含む), その他特殊なもの

*1 公益社団法人岐阜病院 *2 岐阜大学教育学部
Delusions in the elderly through the Rorschach

から、認知機能低下が疑われる場合は経過を見ていく必要があるといえよう。また、レビー小体型認知症（以下、DLB）の場合、症状全体に動揺性があり認知障害が目立たない場合もあるため、さらなる検討が必要である。例えば、時計描画テスト（以下、CDT）、ベンダーゲシュタルトテスト、バウムテストなど鉛筆を用いて描いてもらう課題は視空間認知の異常やパーキンソニズムの有無を見ることができ、認知症の鑑別に有用である。さらに、ノイズパレイドリア・テストは幻視につながる錯視の有無を検討することが可能である。

高齢者の幻覚・妄想の鑑別はこれら検査を用いることで検討を行うことが可能といえる。ここからさらに患者の支援を考えるにあたり、我々心理士は、個人のパーソナリティ特徴の理解に加え、一般的な高齢者の心理的特徴についても知っておく必要があるだろう。ロールシャッハ法は本来パーソナリティ検査であるため、パーソナリティと認知機能の両側面が評価できる検査である。そこで本論では、これまで高齢者を対象として行われてきたロールシャッハ法の研究を取り上げ、高齢者の心理的特徴について自験例を踏まえつつ理解を深めていきたい。

高齢者のロールシャッハ研究

高齢者のロールシャッハ反応の特徴については、これまでも多くの研究者により報告がなされてきた。下仲（1978）は、施設入居老人を対象とし（平均年齢 70 代）、HDS-R により、正常群、中間群、痴呆群に分け比較検討を行っている。その結果、正常群と比べ痴呆群では、R↓、M↓、ΣC↓、F%↑、P↓、F+↓、CR↓の結果が示されたこと、また、H の数は維持され、W と D に関しては一貫した傾向は認められなかったと述べている。中村（2002）は、健常高齢者（HDS-R で判断）111 名を対象とし（74.93 歳±6.25）、一般成人との比較検討を行っている（包括システムによる）。その結果、R、W、S、DQ+、Zf、ブレンド、FQXo、EA、Mp、CF、SumC、WsumC、Cg、Fi、GHR、これらすべて健常高齢者で有意に低い結果を示したこと、体験型の分布には変化がみられなかったことを報告している。またそのことから、心理的な構えや好みのアプローチの仕方は安定性が高く、年齢を重ねても変わりにくいのではな

いかと述べている。これらの研究からは、元々のその人らしさは維持しながらも、精神的に「縮小しながらも、効率よく安定した」（中村，2002）機能を示すようになるのが高齢者であると表現することができるだろう。

また、北原ら（2015）は、高齢者のロールシャッハ反応はそもそも反応数が少なかったり、明細化不足のためスコアリングが困難だったりして、数量的な検討に耐えられるデータであるか疑問であるとし、スコア比較以外のサインアプローチとして、Rorschach Index for Slips of Memory RISM を作成（16 項目）しそれらの検討を行っている。その結果、対象となった物忘れ外来を受診したすべての対象者（43 名）に「明細化の乏しさ・困難」が、65%に「再認困難・取り消し」が、60%に「課題遂行不安」「迂遠・逸脱・DR」「作話傾向」が認められたと述べている。また、非認知症群（10 名）では、認知症群に比べて「作話傾向」のみ多いという有意差が見られ、その背景として、知的な能力が損なわれていないほど、反応数も多く、説明のための言葉も多いことを指摘している。つまり、自分が適切に課題をこなせているのが不安で盛んに確認しようとする、沢山の反応を出そうと似たような反応を繰り返す、さらには、見たものに過剰な説明を加えることを指摘している。そして、これらは自分の能力の減退が懸念されることに対する防衛とも理解できるとまとめている。また、HDS-R だけでは認知症か判定しづらい人たちに RISM は有効であるとも述べている。さらに中原ら（2004）は、高齢期に妄想症状を呈した 4 事例のロールシャッハ反応を検討し（名大法による）、4 事例ともに、決定への躊躇や検査者への寄りかかりを示す hesitation in decision がスコアされ、A%が高く、content range が狭いなど、加齢や知的機能低下の影響が見られたと述べている。また、P 反応に伴って arbitrary belief がスコアされ、何らかの拠り所ができると確信的にすがるしてしまう、自信のなさや恣意性を指摘している。これら高齢者のロールシャッハ研究からは、妄想症状を呈した高齢者に対して、ロールシャッハ法を実施することにより得られる情報は非常に豊かであると言えるだろう。

以上のことを踏まえ、実際の臨床場面ではどうか、どうであったか、事例を示しながら検討を行いたい。なお、以下の事例概要は本論の趣旨を損ねぬ範囲で改変

がなされている。また、掲載にあたっては本人の同意を得ている。

事例と心理検査

被検者：A 60代後半 女性

診断名：妄想性障害

既往歴：高血圧での通院歴あり。持続的な耳鳴りあり。

現病歴：中学を卒業後、洋服店などで勤務。20代で見合い結婚。当初は義母と同居し子育てをしていたが、宗教に対する考えが合わず、数年で別居。今から3年前、義母死去後より「義母の霊に取り憑かれている」と考え始める。霊媒師等を頼るも霊の存在を感じることは続き、半年後「自宅に火をつければ霊と一緒に連れていける」との考えから火をつけようとして保護される。精神科にて薬物療法開始、以降、霊の存在は知覚されず経過していたが、「ポンポンと音がする」「左肩に霊が憑いている」と再度霊的体験の訴えがあり、DLBの可能性も考えた主治医より心理検査の依頼がなされた。

臨床像：中肉中背。滑舌がやや悪く、歩き方も前傾気味。斜視あり。表情は固く、緊張感が強い。

心理検査：

〔HDS-R〕29点

〔CDT〕中央不通。長短曖昧。（図1）

<10時10分を指している時計の絵を描いてください>との教示で右側の時計の絵を描く。<数字もすべて入れて、10時10分を指している時計の絵を描いてください>と再度伝えたと、左側の時計の絵となる。

〔WAIS-IV〕FIQ=70（VCI77, PRI73, WMI79, PSI75）

〔JART〕予測全検査IQ=79

〔バウムテスト〕二線幹に一線枝、完全開放型の「柿の木」（図2）

〔ノイズパレイドリア・テスト〕陰性

〔ロールシャッハ法（片口法）〕（表2、表3）

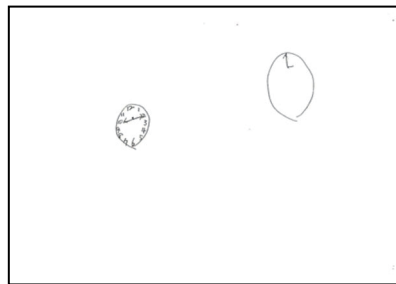


図1 CDT

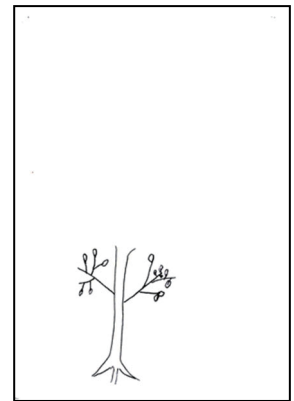


図2 バウムテスト

（図1、図2いずれもコントラストは調整）

表2 ロールシャッハ・プロトコル

I	all ^	（差し出すが受け取らず）<持ってもらっても>（受け取る）	コウモリはこの辺り（D3辺りをなぞる）。<この辺り？>頭として（d5）。で、真ん中がカブトムシ（D1）。<コウモリは、こう頭で？>こう羽（D3）。<他、説明できるところ>ないです。<コウモリに見えた特徴は？>羽っていうか、翼。<それは翼のどんなところ？>この長い。わかんないですよ。こういう感じじゃないですか。<ちなみに、コウモリは、こう（なぞる）>そう。	W F ± A P
	① 5"	コウモリ （置く）<もし他にも見えれば>		
	② 10"	カブトムシ <もう何も見えないと思ったら伏せて返してください>		
	15"	（伏せる）	<カブトムシ>触角ここにあって（d3）、あと、胴体（D4）。<触角で胴体>触角っていうかツノかな？ツノもっと長いかもしれないですけどね。というか、口ばしかもしれないですけどね。<口ばし？>昆虫よくわかんないから。でも、ここ（d3）曲がってるからそうかな一つ。<カブトムシらしさ>この辺（D4）。<この辺の？>丸み。	D F ± A
II ①	3"	ピエロ	ここ頭で（D3）、帽子をかぶってる感じ。顔はないんですけど、手で。手を合わせてる感じ。ここ足ですね。<（確認）><それ以外のところ>体がこの辺でしょう（D1）。<帽子を	W M + Hd og
	10"	ですね		

	14"	はい (伏せる)	かぶってる感じっていうのは>あくまでも想像ですよ。これ帽子。<これ帽子><顔はない?>顔は…ない。<ピエロらしさ>先がとんがった帽子をかぶった状態で、踊るような形。<踊るような形?>…。<踊るような姿勢をしてるということ?>そう。	
Ⅲ①	3" 17" 23"	これは、人間が餅つきしてます あとはなんだろう それしかないです (伏せる)	古代人が、なんか餅つきっていうか、ここ器として (D5)、手を突っ込んでいる状態。<古代人>らしき形。<それも姿勢?>そうですね。<どこがどこことか>ここが胴体で、足です (D4)。そばえた感じで、グッと前に。<胴体で足で、他は?>ないです。<顔とか?>でも、尖ってますよね。人間じゃないかも。<顔はここ (d1)?>そうですね。でも、顔は…尖ってますよね。<古代人らしき形っていうのはもう一回>よくある壁画?そんな感じ。<壁画に書かれてる絵の感じっていうこと?>そうそう。	D M+ H Obj P
Ⅳ Fail	3" 10" 33"	これですか… 何も見えないです (顔がこわばって見える)。<何も見えないならそれでもいいですよ>はい 見えないです (伏せる)	<今見てみて>うー……。いや、見えない。	
Ⅴ①	2" 7"	これは蝶々 です (伏せる)	これ多分、羽、足 (d3)、で、触角 (d1) かな。(曖昧に指すが、羽の端を入れていないような感じを受ける)<どこまで>これが羽。<ここ (d2) は入ってこない?>そうですね。<蝶々らしく見えた特徴>羽。本物はこうじゃないと思うんですけど、似てるかなあって。	Wcut F± A P
Ⅵ Fail	15" 17"	これですか… いや、これも分からない (伏せる)	<今見てみて>…わからないですねー。	
Ⅶ①	3" 13" 18"	人ですね 人の顔 それだけです (伏せる)	頭の飾りで (d2)、インドとかあっちの感じ。帽子かぶった感じの顔で (D1)。胴体が少しあって (D4)。胴体しかないですけど。<インドとかあっちの感じ>なんか、タイとかあの辺。民族衣装っぽい。<?>頭とか、飾りとか。あくまで想像すると。<顔とか説明できる?>これ鼻で、口、へこんでます。<胴体しかないっていうのは、足とかないってこと?>そう。	D F± Hd cg
Ⅷ①	20" 35"	これですか… 何かの動物。名前を出てこない。 (伏せる)	カメレオンかな。この感じがそうかな (D1)。動物的に見えたから。<どこがどこの部分>前足、後ろ足、尻尾。<(一度確認するが、前足は一箇所しか指してなかったかも、と思う) あー、これは違う?>違いますね。<カメレオンらしさ>なんとなく。	D F± A P
Ⅸ①	3" 9"	タツノオトシゴ それだけです (伏せる)	ヒゲ、目、口。<どこまで?>よくわかんないけど、ここまで (D3)。中間。お腹ら辺まで。よく足の方、わかんないです。<この辺はよくわからないんですね>そう。<タツノオトシゴらしさ>ヒゲとか、目とか。	D F± Ad
X Fail	8" 23"	これも分からない。なんでしよう。何にも見えない。 はい (伏せる)	<今、見てみて>わからない…ですね。	

表 3 Summary Scoring Table

R (total response)	8		W : D		3	5.0	M : FM		2	0
Rej (Rej / Fail)	0	3	W %		37.5		F % / Σ F%		75.0	100.0
TT (total tme)	194.0		Dd %		0.0		F + % / Σ F + %		100.0	75.0
RT (Av.)	19.4		S %		0.0		R + %		75.0	
R1T (Av.)	5.6		W : M		3	2.0	H %		37.5	
R1T (Av.N.C.)	3.3		E.B.	M : Σ C	2.0	0.0	A %		62.5	
R1T (Av.C.C.)	7.3			$\text{FM} + \text{m} : \text{Fc} + \text{c} + \text{C}'$	0	0.0	At %		0.0	
Most Delayed Card	VIII	20		VIII+IX+X/R	25.0		P (%)		4	50.0
Most Disliked Card	I · IV · VI		FC : CF + C		0	0.0	Content Range		2	
Most Liked Card	II	3	$\text{FC} + \text{CF} + \text{C} : \text{Fc} + \text{c} + \text{C}'$		0	0.0	Determinant Range		2	

総反応数は 8 個と少なく、反応失敗も 3 図版で見られ (IV・VI・X カード)、エネルギー水準は低い状態である。様々な角度から物事をみる、視点を切り替えるということができず、困った時に自ら何らかの対処をとることは難しい状態と考えられる (CR=2, DR=2 と狭いこともそれを支持する)。質疑の中でも、「わかんないですよ」「よくわかんないから」「よくわかんないけど」と、自信がない旨の発言が多々みられ、問われることに対しての不安は強く、検査に対して落ち着かない気持ちがあったことが推測される。

これは、Piotrowski (1937) の指摘した organic sign の一つ、Plx (当惑) であり、自分の能力に自信を持てず、検査者には是認を得ようとの発言であったと思われる。

把握型は D 型であり (W:D=3:5, W%=37.5)、図版全体を考慮した反応よりも、分かる部分だけに言及した反応がほとんどである。自発的に言及しているのは“部分”のみであり、部分的な特徴から反応を決定している。バラバラなものを統合する能力の低下、外界を十分に全体として把握する能力の低下が認められる。ただし、反応の質は悪くなく (ΣF+%=75)、基本的な形態は押さえることができている。

体験型はどちらかといえば内向型である (M:ΣC=2.0:0.0, FM+m:Fc+c+C'=0.0:0.0)。頭の中で、あれこれ空想をする傾向があると考えられるが、空想が働く現実から離れていきやすいことが考えられる (Mが出ている反応でのみ形態水準が+)。つまり、強い情動価に対しては空想が発動するが、その使用が適応的

ではなく、現実認知が歪んでしまう。これが A さんの語る霊的体験の素地となっている可能性が考えられる。先述したように、基本的な形態は押さえることができて、それを踏まえると、ベースには幻覚があり、それをどう解釈するかという過程で霊的体験という理解 (=妄想) に繋がっている可能性も考慮する必要がある。

また、常識的な認識ができ人への関心も保たれているが、人間は II 「顔がない」 III 「古代人」 VII 「インドの人」といずれもリアリティを弱化させた表現となっており、現実的な対人関係へと向き合える状態ではないことも推測される。また、V 「蝶々」や VIII 「カメレオン」など、部分をわざわざ切り取るような頑固な側面も見られる。

〔総合的所見〕

古茶 (2012) の分類 (表 1) を用いて考えると、A さんは妄想性障害に分類され得る。ただし、FIQ=70 であること、CDT が不正確であること、バウムが開放しており小さいこと、など知的機能の減退が見られる。ただし、MMSE はほぼ満点であり、“認知症”の状態ではない。DLB も現状では否定的である。加齢による認知機能低下と思われるが、年齢よりも減退の程度が大きい可能性がある。ロールシャッハ法からも、「社会との関わりを小さくしながら、余計なエネルギーを投与せず」、「現実吟味が緩むものの、現実を歪めない範囲のもの」(中村, 2002) で生活を送っていることが想像される。また、中原ら (2004) が取り上げた妄想症状を呈した高齢者の例と同様、自信のなさと思われる発言 (「あくま

で想像ですよ」, 「わかんないですよ」, 等々) の一方で, 領域を恣意的に区切る (V, VIII), 恣意性もみられ, 「日常生活では外界との関わりの中で常に自信のなさを感じさせられて」おり, そのことを背景に「何らかの拠り所ができると確信的にすがってしまうという心理的機制」(中原ら, 2004) が A さんにもあることが考えられる. 以上のことから, 環境の変化, 人間関係など心理的負荷に対して弱く, 動揺しやすいことが推測されよう.

支援にあたって-妄想をいかに理解するか-

各種の心理検査結果から, A さんの特徴について理解を深め, 特に妄想(霊的体験)については, 自信のなさを背景として生じてきている可能性があることが考えられた. では, 我々は A さんに対してどのような支援ができるだろうか, 関わる側が気をつけることは何かあるだろうか. そこで次は, 心理的援助について考えを深めたい. その際, “妄想”をいかに理解するかという視点から考察を始めることとする.

Jaspers (1913/1971) によれば妄想とは, ①病的に作られた誤った思考内容で(内容の誤り), ②根拠が薄弱なのに強く確信され(感情的確信), ③論理的に説得しても訂正不能なもの(訂正不能性)であり, 加えて「批判力が無くなっているのではなく, (批判力が) 妄想に隷属(奉仕)している」状態であると述べている. また, 福田ら(2006)は妄想に薬が効くということについて, 抗精神病薬によって「気分が巻き込まれず, 無関心となり, 行動に影響しなくなる」と述べ, 薬は思考面ではなく感情面に作用するとしている. つまり, 薬で“誤った考え”が変わるということではなく, 服薬によって不安や緊張が軽減し, 妄想にばかり関心が向いてしまうことが少なくなり, 日常の行動が妄想により左右されなくなるという効果が生じるのである. このことから, 支援にあたっては, 思考面よりむしろ感情面に目を向け, 不安や緊張の軽減へアプローチしていく方が奏功するのではないと思われる.

さらに, 丹野(2006)は, 妄想や妄想様観念の生じるメカニズムについて, 以下の三つを挙げ説明している. 一つ目は, 「投影的帰属バイアス」である. これは, 劣等感が強く自信がない状態の時に, 「自分の責任だ」と

考える(内的帰属)と抑うつ症状になるが, 「他人の責任だ」と投影(外的帰属)すると妄想症状になるというものである. 「私は劣っている, それは誰かが私に何かをしたからだ」と考えるのが妄想であり, そうすることで自尊心が傷つかずに済み, かつ, 自分は人から何かをされるほど重要なだと自分の価値を高めることができる. 二つ目は, 「自己標的バイアス」である. これは, 自分を他者からの標的として認知しやすい傾向のことであり, 自己標的バイアスが高い人は妄想的思考が強いと言える. 三つ目は, 「性急な結論バイアス」である. これは, 少ない情報から強い確信に至ってしまう判断傾向のことであり, 少ない情報量から結論に性急に飛躍する傾向が妄想を生み出す. A さんの場合も, 少ない情報から確信に至っているところは当てはまる. また, A さんの中には義母の死に対する何らかの罪悪感があり, それを義母の方も霊になりいたずらをしてきている, とすることで収めようとしたと考えることもできよう. さらに, 靈感のある自分は特別であると, 自分の価値を高める要素になっている面もあるように思われる. つまり, “妄想”の発生には背景があり, 妄想症状は A さんの中で何らかの役割を担っており, 本人にとっては必要なものであると考えることができるだろう. そのように考えると, ただ単に妄想を取り上げれば問題は解決するとは言えないだろう.

村上(2019)は, 強固な幻覚妄想を持つ方に対して行われた当事者研究について, 現象学の立場から分析を行い, 「妄想を改善したり病識を得ることは状況の改善には必ずしも関係がない」こと, 「当事者研究の効果は, 妄想を孤独なものから対人関係へ開き, 敵対的なものから融和的なものに変化させることであろう」と述べている. つまり, 医療者側には, 患者の語りを信じてそのまま受け止めようとする態度が求められ, (自分の)言うことを信じてくれない人のことなど信じることはできないだろうと強調している. A さんの世界を理解したいと考え, 状況を整理し, 霊的体験への対処方法を一緒に考えていくということが, 妄想を訂正するというよりも, 安心感を生み出すものであることは明らかである.

さらに, 小澤(1998)は「老いゆく過程とはまさに喪失の過程であり, 常に“ゆらぎ”が生じる可能性を心・身・生活世界の中に抱えこんでいる」, 「心的世界で生

じた事が身体に激しい影響を及ぼし、身体的な差し障りが心理的変調を招く」と述べている。つまり、高齢者においてはちょっとしたゆらぎが、心・身・生活世界に広がるほどの大きなゆらぎとなる。また、物盗られ妄想はこのゆらぎの中で生じる喪失感、不安、焦燥に対する苦闘の末、少なくとも一時的には混乱から救い出してくれるものとして獲得した「新たな生き方」と言って良いほどのものであると表現している。つまり、なんとか安定をつかもうともがいた結果いきついた安定が“妄想”であったということだろう。Aさんが訴えているのは、もの盗られ妄想ではないものの、なんとか安定をつかもうとした結果としての妄想という考え方は、Aさんを支援していく上で重要な視点ではないかと思われる。小澤（1998）はさらに、支援においては上記のことを理解した上で、妄想に至る「ストーリー」を読むことの必要性、喪失感や寄る辺ない不安と寂寥にどのように寄り添えるかを第一に考えると述べている。Aさんに関しても、知的機能の減退はまさしく喪失であろうし、めまいや耳鳴りといった身体的不調も、心理的な不安定感に繋がるものだろう。「霊が体を揺らしてくる」といった訴えもみられたが、それらもめまいや耳鳴りの感覚を自分なりに理解するなかで、生じてきた理解であることが想像できる。そのような視点で支援を考えていくと、ただ妄想を奪うことの危険性も感じる。妄想は妄想のままに、支援を考えていく視点も求められるのではないだろうか。

原田（2006）は妄想との上手な付き合い方として、「妄想と関係のない患者の生活」に視点を向け、生活の中での楽しみ、仲間、場があるかどうか、ゆとりを感じる背景が作られているかどうかの重要性を述べている。Aさんの場合でいえば、本人の焦り、窮屈な感じ、落ち着かなさなどに目を向けて話が聞けると、ゆとりが少しずつ生まれていく可能性があるのではないだろうか。また、それ以外の生活、趣味、家族との関わり、食生活などにも関心を寄せて話が聞けると、そちらが豊かになっていく可能性があると考えられた。これまでAさんに対しては、世界が狭くならないように、人との繋がりを維持、拡大することが大事と考え、デイケアなどへの通所を進める方向で支援が進められていた。しかし今回検査を実施し、今現在あるもう少し狭い人間関係の中で安定を図れるような援助をしていく方が、本人にとっては負

担が少なく、不安や緊張は軽減され、安定に繋がるのではないかと考えられた。

おわりに

本論ではまず、高齢者の妄想について状態像の把握と鑑別のために必要な情報、それを得るために必要な心理検査について言及した。さらに一事例を取り上げ、ロールシャッハ法が豊かな情報を与えてくれること、また、支援にあたってどのように妄想を理解することができるかということについても言及した。高齢者に対する理解、妄想に対する理解を深めることは、関わる支援者側の不安や緊張を下げることにともつながり、クライアント理解を深め、よりクライアントに添った支援を考えていくことを可能とするだろう。今後さらに高齢者支援にあたり有用な知見を積み重ねていきたい。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反関連事項はない。

【引用文献】

- 福田正人・竹吉秀記・米村公江（2006）. 妄想に薬が効くということ こころの科学, 126, 50-55.
- 原田誠一（2006）. 妄想とのじょうずな付き合い方 こころの科学, 126, 45-49.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine psychopathologie*. Berlin: Verlag von Julius Springer. (ヤスパース, K. 西丸四方(訳) (1971). 精神病理学原論 みすず書房)
- 北原静香・奥田涼子・柿田和代・西野希・八尋華那雄（2015）. 「物忘れ外来」患者のロールシャッハ指標 中京大学心理学研究科・心理学部紀要, 14(2), 1-12.
- 古茶大樹（2012）. 高齢者の幻覚・妄想 日本老年医学会雑誌, 49(5), 555-559.
- 村上靖彦（2019）. 医療観察法病棟で幻聴妄想を聞く 精神看護, 22(6), 556-568.
- 中原睦美・谷向知（2004）. 高齢期に妄想症状を呈した4事例のロールシャッハ反応 ロールシャッハ法研究, 8, 23-32.
- 中村紀子（2002）. 包括システムによる健常高齢者のロールシャッハ基礎研究 明治安田こころの健康財団 研究助成論文集, 38, 58-66.

小澤勲 (1998). 痴呆老人からみた世界 岩崎学術出版社
Piotrowski, Z. (1937). The Rorschach ink blot method
in organic disturbances of the central nervous
system. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 86,
525-537.

下仲順子 (1978). 加齢及び精神老化よりみた老人のロー
ルシャッハ反応 ロールシャッハ研究, XX, 69-83.
丹野義彦 (2006). 妄想の心理学的メカニズム こころの
科学, 126, 14-17.