

認知症透析患者の臨床

——妄想を例に考える——

春木繁一

松江青葉クリニック

key words : 認知症, 透析患者, 妄想, 対人心理要因, 喪失

要 旨

認知症（そうであることを確定診断されていることが必須である）透析患者の「妄想」の背後に隠されている、患者の心、感情、情緒、社会心理的な面について、汲み取ることが大切なことである。いきおい、「認知機能」にのみに治療の目が行くが、臨床においては、意外にも患者の「人間的な面」への配慮、考慮、さらには働きかけが重要である。臨床ではこの仕事を中心になる。

1 透析患者の認知症についての筆者の考え

過去、40年近く、高齢の透析患者を一精神科医として診て来た。ことにここ10数年の高齢患者の増加は著しい。認知症患者の問題は避けて通れない。ただ、世間一般にも、身体医療現場でも、あげくには精神医療の現場でも、認知症の問題をマイナスの問題としてのみ受け止めようとする傾向がある。否定的にとらえることがしばしばである。たしかに、認知症は精神機能の低下、欠落ではあるが、よくその臨床を見てみると、認知症患者は「欠落」と「保持」を両方併せ持つ。この視点が臨床においては大切なことだと思う。

欠落症状にのみ目を奪われて、保持されている知能や人格、感情機能、精神機能についてプラスに評価することがより重要である。「ああ、ここは、まだ残っているぞ」とどれだけ思えるか、は臨床医の力であろう。障害の部分にのみ焦点をあてないで、ことに臨床

では「残っている部分」、「生きている部分」にむしろ焦点を当てたい。ことに感情面はずいぶんと残っていることに注意したいし、ここから治療ないケア、応対の機微を働かせることができる。こういう考えで、欲張らない、しかし、諦めない医療を行いたい。

2 高齢透析患者全員が「認知症」になるか

認知症は、いずれも「認知機能の低下、障害」が基礎にある。まずはこれが基本である。ただ、このことのみでは臨床的には大きな問題は生まれない。透析を受けて来た患者が歳を重ねて認知機能の低下を徐々に起こしても、そうは困らない。むしろ、「透析を受けつつも、ここまで長く生きて来てくれた」とまわりの人々は思うであろう。おそらく、困らないし困らせられるのは、いわゆる随伴症状、周辺症状と呼ばれる症状や状態で、本人にも周囲の人にもマイナスの影響が起きてくる時であろう。

高齢になっていけば「物忘れ、健忘」、「思い違い、誤解、錯覚」はつきものである。ここで目くじらたてることはない。ここまでは、みな了解していることである。さらに、高齢透析患者すべてが認知症になるわけではない。このことも、しっかりと押さえておきたい。80歳過ぎても、90歳過ぎても認知症ではない透析患者が相当いる事実も知っておきたい。

3 Kitwood の公式

随伴症状、周辺症状を最近では行動心理症状 (be-

表1 Kitwoodの公式

$$D = P \times B \times H \times NI \times SP$$

D; dementia (認知症症状)

P; personality (性格)

B; biography (生活史)

H; physical health (身体の状態)

NI; neurological impairment (神経学的障害)

SP; social psychology (対人心理要因)

havioral psychological symptoms of dementia; BPSD) と定義し、反応性症状とか周囲の人々との関係性とか呼び、臨床場面で強調する傾向が出ているが、実は「かけ声だけ」で、実際にはこの視点からの実のある精神科臨床はまだまだ行われていないように思う(ことに精神科臨床では)。むしろ、高齢者福祉、介護、ケアの実践面でこの基本は理解され、少しずつ実行されている。

Kitwood¹⁾, Woods²⁾, 上田²⁾によると、「Kitwoodの公式」(表1)は person-centered care (その人を中心としたケア)の提唱者 Kitwood による基本的な認知症ケアの指針で、きわめて常識的で重要な指針と評価されながら、精神科臨床の場ではほとんど浸透していなかったという。

上田²⁾の指摘には筆者も同感だが、「BPSDを含めた認知症症状の重篤度により関与するのは、身体状態、神経学的障害、対人心理の各要因と考えられる²⁾」という。その中でも「特に認知症臨床において最も忘れられやすいのは対人心理 (SP) である²⁾とされる。

そこで、対人関係が一番に重要と考えられる「妄想」について、その種類や具体的な例、特徴、大切な考え方、専門家でなくても参考になる理解などを、透析医療の枠内で思いつくままに述べていきたい。

4 妄想

——具体的に、臨床の場(ことに透析室)で見聞きすることを中心に

4-1 被害・迫害妄想ともの盗られ妄想

(1) 被害妄想・迫害妄想

次の、もの盗られ妄想とともに、これは最もポピュラーな妄想ではないか。というよりも、妄想一步手前においてもこの心理は多くの高齢透析患者が内心ではいだいていることに注意したい。すなわち妄想に発展する以前から、この心理は芽生えて、育っている。突然に出てくるものではない。

「警察や暴力団に見張られている」

「いのちを狙われている」

「モニターで監視されている」

「盗聴器を仕掛けられている」

「食事の中に毒を入れられた」

「あの薬には毒が入っていた」

「私(おれ)の時に限って穿刺をわざと失敗する」

「わざとへたくそ(なナース)を当てる」

「紹介してくれた医師がへたくそな医師だった。この先生がわざとそういう医師を紹介したに違いない」

「ここにいると殺される。他の(透析)施設に移りたい」

(2) もの盗られ妄想

この妄想は他の年代ではほとんど見られない。唯一、現れるのは統合失調症のケースでのみである。これも高齢者に多い。したがって、透析室で以下に述べる「訴え」をする高齢者は、まずはほとんどが(初期の)認知症患者であるとみてよいが、時に古い統合失調症をもっていた(潜在していてスタッフにはわからなかった、あるいは家族にも、時には本人すらも知らなかった)ということもあることは知っておいてよいだろう。

(3) 妄想の対人的側面

これらの妄想を認知障害のみのせいにして、いきなり薬で治療することには筆者は慎重である。それは Kitwood の公式にも記載されている通り、二つの妄想グループを通して、高齢透析患者の存在状況や人間関係が浮き彫りになって来るのであるから。すなわち、Kitwood のいう「対人心理要因」である。これらの妄想に少し立ち入って検討する。

- ① 記憶障害が関係していることが多い。でも、認知障害がないケースでもこれらの妄想は存在する。絶対的条件ではない。
- ② とられたと即断する。勘違いではないか、探そうとしたりする自分のことを点検する考えや行動はなしに、いきなり「被害を受けた」、「盗られた」と言い出す(訴える)。
- ③ 被害(とられたもの、とられたと思うこと)に対して訴えがあげさ、大仰である。いわば、“騒ぎ立てる”。普段着のセーターや、たいしたもの

ではないのと思う下着や靴下1足でも警察に届けようとする。ふつうあり得ないことのように思えるが「家に乗っ取られた」というびっくりの訴えのこともある。

- ④ これが一番の重要で「治療的な働きかけ」につながる点でもあるが、彼ら（男女ともに）には彼らが思いつく、あるいはそうだと思っている「犯人」がいることである。当初は言わない、口に出さないが、やがてにおわせるようになるし、もう少し時間がたつと（面接を続けていくと、心を開けばわりと早くに）はっきりと言う、口にする。こうなると、犯人は、あけてびっくり玉手箱ではないが、身近にいて、いつも自分の世話をしてくれている介護者の「だれか」であることが多い。不思議に、妄想の患者は筆者の経験では女性が多いが（これは社会的に、男性患者が透析生存中は配偶者（妻）がいてくれることが多いからとも理解している）、この「だれか」に該当する人は娘、嫁、自宅で世話に通って来てくれるヘルパー、透析室の特定の看護師、特定の透析医である。この順番で頻度が高いのも筆者の経験である。妄想が拡大していくとこういう順番で相手（犯人）が増えていく傾向がある。
- ⑤ 「犯人」に対する攻撃が大きい。だんだんとエスカレートしていく。「被害」を口実に特定の個人への攻撃、非難、時には悪態、ののしり、怒鳴る、暴力、これみよがしに透析をやめて帰っていくなどが起きてくる。
- ⑥ 訂正が不可能な確信であること。妄想ではこれが特徴である。勘違い、思い違い、錯覚なら、こういう一連の「騒ぎ」にはならない。
- ⑦ ところがである。「とられた」と言っていたものが出て来たり、「わざとそうしている」と言っていたこと（穿刺がうまくいきだす、薬の毒が一時期の副作用や自身の自律神経症状だったということ）が明らかになると、いわば自分の非がわかって、「自分が言い立てて騒いだから犯人（相手）はひそかに、もどした（非を改めた）のだ」と言い張る。決して、自分の誤りとは認めない。

(4) 社会心理的背景

なぜ、こうした特徴（社会心理的背景）が共通し

て存在するのか？ これも、筆者の経験からの感想、印象であるが（と、言いつつも、精神科医になって受けて来た教育や学習がうしろにある）、いくつかのことに思い至る。

- ① 自己（自身）の身体、所有物——いずれも透析患者になったからこそ、いわば「奴隷」のように「身ぐるみはがされて」、衣服を脱ぎ、他人には見せたことのない寝間着やパジャマ姿を他者の目にさらさねばならない。しかも時には肌をさらすこと——が、妄想的他者から侵害されていることに対する抗議とも考えられるのである。よく「もと通りに治してほしい」と透析拒否の患者は訴えるが、これもただ腎移植で透析から解放されたいという意味だけではないと思っている。権利回復の願い、祈りが根底にはあると考えたい。高齢透析患者にとっては、自己の身体や所有物は自分の存在の基礎であり、役割にせよ、立場にせよ、自己の存在基盤を脅かされる時に、不安が大きくなって「物化」する構造をもっているのであろう。
- ② こうして透析患者になって、配偶者を失って「守り」が弱くなって来た時に、心身の「衰え」を漠然とあるいははっきりと（合併症などで）感じる（自覚する）時には、高齢者であればなおのこと、きわめて近い将来に、自分が自分たりえない事態が起きるであろうという強い不安に直面しているのである。しかも、自分の力で回避、回復しえないだけに、心理的に重荷である。この心理的防衛の弱さは、ささいな現実——世話をする人が変わった、人間関係の変化、偶然のミス、エラーがあった、合併症が見つかった——を契機に破綻していく。これが妄想への発展という形態をとる。こういう気持ちでいるところに、自己の生活空間に入り込み、優位に支配しようとする介護者（娘、嫁、ヘルパー、透析スタッフなど）が自分を脅かす存在（者）と映る。「自分の力だけでは生きていけないこと」=「これまでの自分が自分ではなくなったこと」に関係している。

4-2 嫉妬妄想

「うちの夫が隣の奥さんと関係をもっている」

「裸で二人が寝ているところを見た」

「いつか私は二人に殺されるかもしれない」

この言葉には幻視も伴っているとも思われるほどリアルに生々しく語られたりすることもある。しかし、レビー小体病ではない。リアルも通り越して聞いていて不快に感じるほどに生々しい。根本は「自分の身体が弱くなった」ことに自身が困惑し、罪業のないし自責的に感じているのだが、そうは表現できずに、反動形成的（本音とは反対の態度）に、「相手（配偶者）は悪いことしている」となるのである。

- ① 背景には、見捨てられ不安がある。逃げられるのではないかという不安である。事実、こういうことが続くと、配偶者の方から別居、離婚、なかには本当に「隣の主婦」（実際にそうではなくても他の男性や女性（異性という意味）と親しい関係になってしまったという例もある。妄想が現実化する。
- ② 攻撃の対象は配偶者である。不倫の相手ではない。これも不思議であると一瞬は思うが、妄想の心理を考慮するとメカニズムは同種である。
- ③ ものすごく現実的、世俗的、性的である。この話を当の患者から聞いた看護師は一様に「気持ち悪い」と感情的に反応する。冷静に聞いていく訓練はできていない。医師と同様であろう。ここが拡大されて、精神科医に相談する時にはすでに「気違い」「色気違い」扱いになっていることも少なくない。このことが患者の自尊心を傷つけている。

4-3 家族否認症候群・人物誤認・カプグラ症候群

「今の夫は本当の夫ではない。夫と似ているがまったく違う人だ」

「夜中に目が覚めてみると、隣のベッドに夫とは違う人が寝ている」

「父親は実の父親ではない。本当はイギリスの王室につながる人物だった」（私はそういう血筋に生まれた人間だ）

- ① 身近な夫や子どもとの関係を否定する。
- ② 不思議と同胞は妄想には登場しない。
- ③ 嫁は否定（無視）される。孫までは正確に答えられるのに、嫁は抜かされる。見舞いにきてくれたのに「嫁は来ていない」と。
- ④ 患者にとって不快、気にそぐわないことは出て来ない。

- ⑤ 願望や夢、希望が「妄想」という形をとって表現される。

4-4 共同体被害妄想

「息子が災難に出会っている」

「孫が事故に遭った」

迎えや見舞い、面会に家族が来ないと、「交通事故に遭って病院に運ばれた」

「息子夫婦が不動産屋にだまされて、家をとられた。一家離散だ」

- ① うつ（状態）と関係が深い。うつ状態が隠れている。
- ② 透析治療で医療費、お金がかかりすぎている——貧困妄想、自責妄想——自分のために一家が迷惑しているという気持ち。
- ③ 「透析で困らせていて申し訳ない」という気持ち。

ものすごく日本的で「自分のために一家が不幸になる」といううつの心理に気づかないと自殺未遂や自殺にもつながる。

4-5 慢性体感幻覚症

「皮膚がムズムズする。虫が這っている」

「脳が溶けて流れる」

「口の中が痛い。痛くて食べられない」（口腔内幻覚症）

- ① 孤独、孤立の生活（同居であっても孤独、離れ暮らし）。
- ② 家族のむすびつきが弱く、もっと結びつきたい願望、希望。
- ③ のけ者にされている状況がある。
- ④ 家族の一体感のなさ（もともとから）。

この妄想には、やはり認知障害を器質的にも裏付ける脳の変化（脳梗塞、脳出血、軽い脳萎縮など）が必発である。すなわち心因と脳器質因との合併ということがある。

5 「喪失という状況」によるという理解も必要

- ① 社会、家庭でのそれまでの役割、地位の喪失。
- ② 人間関係の喪失、変化、不均衡。配偶者、同胞や親しい人との別離（透析の日には欠席、いっしょになれない）、お茶のみ仲間、ゲートボール仲間、

グランドボール仲間、趣味や習い事の仲間との別れなどさまざまな人々との関係性の喪失、その他自分が「大切にしてきた宝物・精神的財産（内緒にしていることが多い）」の喪失。

- ③ 孤独、孤立。もともと孤独を好んだ人である場合が多い（矛盾するが）。しかし、一人暮らしが長く、これを楽しみ、好んでいた。そして自立（心身ともに、経済的にも、社会的にも）できていた。いわば「お一人様の老後」をエンジョイしていた。そこに突然、腎不全から透析に、さらに介護、援助、強制的な医療に、これらが「侵入」と受け止められる。結局は自分が予想もしない、自ら選んだ老後の孤独の形ではない。「取り残された孤独」が大きいテーマである。
- ④ 生活様式の問題ではない——見えている形、姿ではない。患者の内心に問題はあることを知っておきたい。「共同生活の中での孤独」——家庭にあっても、施設にあっても。
- ⑤ どうしても老人の心身の衰えはそれだけでも依存の比重を大きくする。透析を受け、かつ合併症を背負うことはさらに依存を強める。
- ⑥ 死の現前化。自分自身の「死」について、否認できない。直面を迫られる。認知症とはいえ、そのことを危機と感じ取る能力はある。正しく、冷静に対処する能力は減っている。破綻が「妄想」という形をとって現われる。
- ⑦ 人格、性格の変化ないし強調。短気はますます怒りっぽくなる。強迫的な面はますますそうなる。几帳面過ぎに、完璧を目指す。慎重で用心深い点は猜疑的に、疑い深くなる。生真面目だった面がふしだらに、性的逸脱も時に生じる。

こういう対人関係の変化がいきなり、ないし徐々にできていくことにスタッフは気づいてほしい。こういうことをあらかじめ知っていると、精神科医療（リエゾン、コンサルテーションどちらでも）はやりやすい。いわば、精神科医の協力者に、共同治療者になってもらいやすい。

しかし透析患者の場合、キーパーソンは透析の主治医である。いつも同じ医師が診ることはどうしても必要である。データや数字のみで表される、器械のみでどうにかなる医療ではない。目には見えない人間関係が主題である。まして妄想患者にあっては「不信」が

患者のテーマである。「不信」をさらに拡大する医療は行いたくない。

最後に Kitwood のいう「悪性の対人心理（malignant social psychology）」²⁾を紹介して駄文を終えたい。

「だます、できることをさせない、子ども扱い、おびやかす、レッテルを貼る、汚名を着せる、急がせる、本人の主観的現実を認めない、仲間外れ、物扱い、無視する、無理強い、放っておく、非難する、中断する、からかう、軽蔑する」

これらの対応は、知らず知らずのうちにすでに家族や介護施設でも起きていて、それが透析室でも起きていることに気づいてほしい。最後に、筆者から「健康な者が譲る」という一言を記載しておきたい。子育てや、教育も同じことであろう。

[追記]

しつこいが、当日お話ししたアドリブから、どうしても臨床精神科医として、お伝えしておきたいことを、いくつか記す。

- ① 独身の娘が遠隔地で働いていた。見かねて患者である実母の世話を帰郷し滞り、精神科医との面接の結果（母親の面接に同席、あるいは娘一人が単独面接でも来ていた）仕事を辞めて、同居することにした。約半年同居したら、妄想が収まった。娘は今度は地元で働きだした。しかし、依存欲求が強くなった母親の妄想は活発になった。娘が昼間不在でも不安になってのことだったのと、半年の間に認知症が進行した結果であった。こうした心理的治療にも限界はある。もちろん、長男夫婦も同居を考慮したが、嫁が世話をすることになるので、精神科医としては勧めなかった。子ども達（孫たち）もいてまさに“乗っ取られる”妄想の出現を怖れたからである。
- ② 昔よりも、家族機能が低下した現在にあって、精神科医が参加するにしても、主治医である透析医の存在（常に同じ医師）はより重要である。看護師任せはいけない。
- ③ 透析患者では、脳血管性認知症の比率がアルツハイマー型認知症よりも高い印象がある。さらに、アルツハイマー型認知症の患者のほうが透析という一定のリズムによって行われる医療方式にうまく適応して、ここにあげたような問題がおきるこ

とは意外に少ない。脳血管性認知症のほうが脳機能が残っている部分が多いだけに、種々な反応性の症状や問題が多く出てくるのだろう。

- ④ 「認知症の進行した患者を無条件に透析に導入して良いかどうか？ 一般の単科精神病院の精神科医の共通の意見では、糖尿病で自己インシュリン注射ができない患者は、精神病院では看護師がインシュリン注射を代わりに打ってあげることにはしない。精神科医はそういう指示は出さない。あくまでも自己で行える患者が行うのが常識という意見が多かった。

その他、透析中止の是非、事前指示書の有効性（認知症になる以前の本人の意思がそのまま生きているのか？）、人はいったいどこまで生きたいのか？ どこまで生きる医療を行うべきか？ 家族一人一人の QOL

はどうか？ これらについても断片的に言及したが、筆者の非力もありここに活字にして残すレベルには至っていない。医療者、患者、国民全員の課題でもあろう。

文 献

- 1) Kitwood T: A dialectical framework for dementia. Handbook of Clinical Psychology of Ageing; Woods RT (ed.), John Wiley & Sons, London, pp. 267-282, 1996.
- 2) 上田 論, 大久保善明: 「Kitwood の公式」の有用性 対人心理要因への介入で BPSD が著明に改善した AD 症例. 精神医学, 53(9); 907-913, 2011.

参考 URL

- ‡1) Woods B 「Developing person-centered care」 www.bangor.ac.uk/dsdc (2011/12/30)