



症例報告:記憶障害に対する認知行動療法など多面的 アプローチの試み

メタデータ	言語: jpn 出版者: 室蘭工業大学 公開日: 2014-03-04 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 斎藤, 巖 メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/10258/576

症例報告：記憶障害に対する認知行動療法など 多面的アプローチの試み

斉 藤 巖 (室蘭工業大学保健管理センター)

CASE REPORT : A MULTIDISCIPLINARY INTERVEN- TIONS WITH COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT IN TWO PATIENTS WHO SUFFURED FROM ACUTE AND CHRO- NIC MEMORY DISTURBANCE

Iwao Saito

Medical Service Center Muroran Institute of Technology

Summary :

Two patients who suffered from acute and chronic memory disturbance were referred to multidisciplinary treatment of cognitive-behavioral approach, biofeedback training and other treatments.

The first case was 17 years old high school student who developed memory disturbance after familial problem of adoption and troubles in school.

Her major complaint was not to recognize the faces of family and friends. A modified above-mentioned interventions showed she could manage necessary informations through mother's aid and cope with problems.

The second case was 19 years old male who had syncope after head bruise in gymnastic exercise and developed refractory headache which resulted in school truancy and family violence. His memory and calculation ability became poor and was not improved for 5 years. EMG-biofeedback training was performed to treat headache and spasmodic torticollis which was not fruitful. Reexamination of his past history revealed that he had been suffered from memory disturbance. Above-mentioned approach was introduced to mitigate his suppressed anger against mother. When he was confident in his memory problems, the treatment had ebbed on him.

Our experience suggests that multidisciplinary interventions using cognitive-behavior method

and others might be helpful to the treatment of functional memory disturbance.

はじめに

交通事故などで怪我をした後に逆行性健忘や記憶障害になることがある。また、強い精神的衝撃を受けた場合にもおきる。多くは一過性であり、やがては回復するが出来るだけ早く改善させて苦痛を取り除き、日常業務や生活に戻してやることが望ましい。慢性化した場合には、本人の自覚も薄くなり、診察時にも障害として訴えない場合もある。従来 of 記憶障害の治療は薬物療法による不安の改善や脳代謝の改善を中心とする睡眠療法、連想法、イソミタールによる麻酔面接が用いられてきた。われわれが認知一行動療法的なアプローチを用いて対処した、急性の症例および慢性化した記憶障害の症例について紹介する。

症例一 1：17歳、女子高校生。

主 訴：記憶喪失、学校恐怖。

病 名：登校拒否症。

既往症：過敏性大腸症、筋緊張性頭痛。

現病歴：放送クラブ員のリーダーとして活躍していた。3年目の学校祭で特別番組をチーフで放送中に、無断で先生に中断されて効果が台無しになった。緊急放送であったが、予告なしだったので、激怒して直ちに職員室に行き大声で抗議した。このために先生達の頻縮をかった。学校祭の終了直後に興奮状態と過労で2日間入院した。退院して2日ほど通学したが、3日めの下校時に自宅近くの小川まで来た時に、急に川岸に行きたくなくなって立ち寄った。その後は自分が何をしているか判らなくなった。記憶喪失になってしまい、家族を含め先生や友人などの顔もすっかり忘れてしまった。以下の面接治療は、まだ記憶がほとんど戻らず、友人達に記憶を失っていると気づかれたくないために学校に行けない時期のものである。患者は身体症状や精神心理的愁訴も多いため、心療内科的な治療をおこなった。最初は系統的脱感作療法を試みたが、不安が

強すぎて失敗した。そのために認知療法を用いた。認知再構成法¹⁾の自己罰—自己報酬法をイメージを用いた変法として簡便な形で試みた。認知の障害を、A) 友人からの電話、B) 通学などに分けた。

認知再構成法（変法）による対処：

主として認知再構成法の自己罰—自己報酬法を変法し、イメージを用いて不安を減弱することを試みた。すなわち、緊張の強くなる学校の場面に、患者が安心できる人物を登場させ、不安を緩和させた。

A) 友人からの電話について：

友人たちから電話がきても、患者には相手が誰か判らず電話に出られなかった。動悸が激しくなって、体が震えだし母親に代わりに出てもらった。患者は自分で電話に出るように強要されると泣き出すので母親が出てしまう。第一段階として、病院での現実脱感作を試みた。診察室にある2mはなれた2台の電話を使った。まず、患者の目の前で受話器のボタンを押して電話をかけてベルの音を聞かせた。図—1の一番左側の棒線に示すようにベルの音がすると不安度(SUD 85)が急速に高まった。ついで母親の顔を思い浮かべさせ、ベルの音をきかせると不安度(SUD 15)は大きく低下した。この後は主治医が一方の電話から患者に電話をかけてその不安の強度を報告してもらった。結果は図—1の七対の棒線のごとくで、不安反応が減弱し変化することを患者に確認させた。

第二段階として、自宅での不安階層表を作るためにさまざまな場面での不安強度度を検査した。一部を順序不同に示すと下記のとおりである。

自分で電話に出る	SUD 80~90
(実際には動悸と混乱で出られない)	
母親が代わりに出る。	SUD 10~20
大好きなO先生からの電話	SUD 20~30
英語の先生からの電話	SUD 70~80
担任のS先生からの電話	SUD 80
仲のよいKさんやSさんからの電話	SUD 80

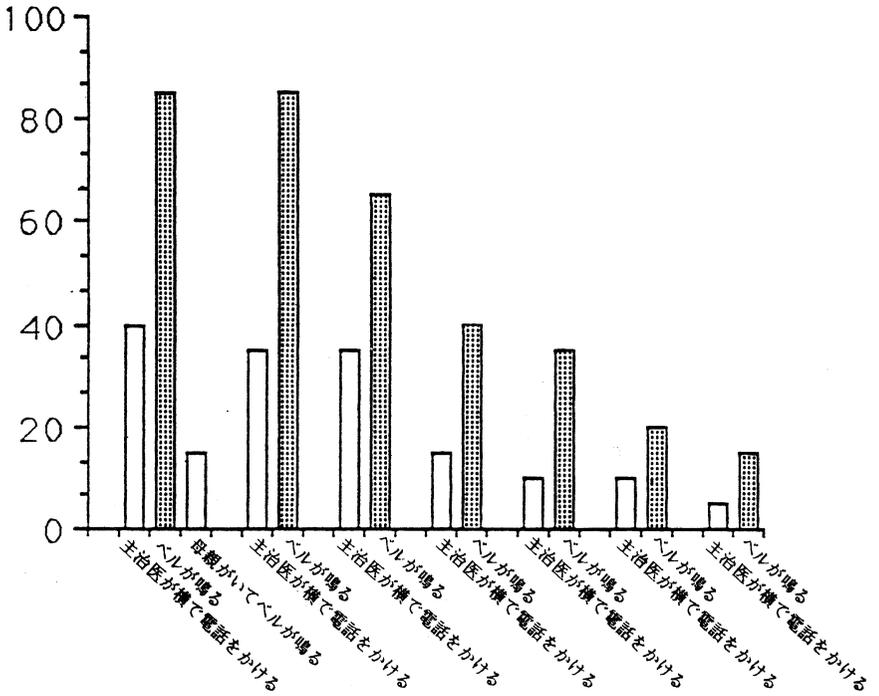


図-1

上記の階層表にもとづいて、まず自発的皮質抑制法を試みた。反撃用語は『電話がきたら、O先生』とした。この反撃用語を声にだして繰り返えし、かつ、O先生の顔を思い浮かべる練習をした。

母親からいつも電話のくる友人たちの名前、声や話し方の特徴を聞いて、誰であるか判別することや個々の友人に以前はどう対応していたかを教えてもらった。落ち着いてくるにつれて、母親に受話器で一緒に内容を聞いてもらい、答え方を教えてもらった。次第に支障なくなり、単独で電話に対応できるようになった。

B) 通学について：

友だち付き合いの多い患者なので、頻繁に心配する電話がかかってきた。そ

の都度、パニックとなり最初は泣きだしたりしていた。その理由は；

- ・登校したくない（先生や級友の顔、自分のクラスも判らないので行けない）。
- ・もし誰かに話し掛けられると、自分の記憶障害がわかってしまい困まる。
相手に対しても失礼になるためであった。

また、通学の際の不安による障害階層表 (SUD) は下記のごとくである。

1. 学校に行くために家を出る。	SUD 10
2. 校門に到着する。	SUD 20
3. 誰もいない保健室にいる。	SUD 30
4. 学校の玄関に入る。	SUD 40
5. 学校の玄関で靴をはきかえる。	SUD 50
6. 学校の玄関で級友に出会う。	SUD 60
7. 学校の廊下を歩く。	SUD 70
8. 学校の廊下で級友と出会う。	SUD 80
9. 廊下から教室に入る。	SUD 90
10. 教室で、級友と一緒にいる。	SUD 100

認知再構成法（変法）による対処：

認知再構成法の自己罰—自己報酬法を変法し、イメージを用いて不安を減弱することを試みた。すなわち、緊張の強くなる学校の場面に、患者が安心できる人物を登場させ、不安を緩和させた。

たとえば、イメージが「学校の玄関で級友に出会う」の場合は自覚的な苦痛度は SUD 60 である。しかし、「仲のよい S さんが一緒に玄関にいて、級友に出会う」場合では SUD は 30 と低下する。さらに、「大好きな O 先生と一緒に玄関にいて、級友に出会う」場合には SUD 20 となった。これらを手がかりとして、「級友だけのいる玄関」、「O 先生がいる玄関」および「級友も O 先生も一緒にいる玄関」のイメージを交互に繰り返して、それぞれの SUD 値の減少を試みた。

一方、3. の「保健室にいる」イメージの場合は以下のとおりであった。

- ① 嫌いな生徒がいる。 SUD 100

- | | |
|-----------------|-----------|
| ② ほかにも生徒がいる。 | SUD 80 |
| ③ 好きな生徒がいる。 | SUD 70 |
| ④ 保健の女の先生だけがいる。 | SUD 60 |
| ⑤ Kさんがいる。 | SUD 50～60 |
| ⑥ 仲のよいSさんがいる。 | SUD 20～30 |
| ⑦ O先生がいる。 | SUD 20 |

このため⑥、⑦の人物を、①、②、③、の場面や中に登場させてイメージを作らせ、①、②や③における恐怖の減弱を試みた。

また自発的皮質抑制法も一部に用いたが、不安状況に対する反撃（反発）用語として、「保健室にO先生が来る」も併用した。

上記の階層表の8.まで終了した段階で、「実際に学校に行き、教室にも入って友人と話しても大丈夫であった」と患者から報告があった。宿題も階層表のSUD 10まで実行できたと述べたので、その面接では治療テーマを患者の記憶喪失に切り替えた。

しかしこの治療セッションの終了後、保健室の先生から筆者に別の用件で偶然に電話があり、彼女はまだ登校していないことが判明した。ただし翌日は「今日は実際に登校して授業を受けました」と先生から再び知らせがあった。

それ以後、患者は今まで嫌悪していたさまざまな事柄に挑戦を始めて、1つ1つ解決できたことを報告するようになった。たとえば、

- イ) クラスの女番長で、患者が避け続けていたFさんと話げできた。
- ロ) 仲よしのKさんが「彼女の記憶喪失は演技ではないかしら？」と聞いて聞いて憤慨し大喧嘩したが、その後で自分から積極的に仲直りした（興味あることにイ）とロ）は前述の保健室でなされた）。
- ハ) 母親と昔どおりに話げできるようになった。口もきかなかった父親とも、折り合いが普通となった（3週間前に学校を辞めると言出して大喧嘩となり、父親に腰を蹴られて、歩行が不自由であった）。
- ニ) しばらく前には「どうしても高校を中退して準看護婦養成学校に転校する」と担任に相談し、強引に周囲の人々を説得していたのを翻意し、まず

高校を卒業することにした。これまでどおり（養）父母の保護を受けることに抵抗しなくなった。また、母親への同情がでてきた。好きな看護婦になるため、高校を卒業した後に看護大学を受験することにした。結局一年間の浪人生活を経て国立の看護短期大学に合格した。

症例— 2 : 19歳、男性

慢性筋収縮性頭痛と斜頸を主訴に紹介された患者であった。もともと寡黙なタイプであったために、外傷性の記憶障害が見逃されていた。受診後約6ヶ月頃より、記憶障害に対する対処を開始したところ、症状の改善がスムーズとなり社会復帰が可能となった。

主 訴：慢性頭痛、斜頸、家庭内暴力。

病 名：慢性筋収縮性頭痛、記憶障害。

現 病 歴：大学受験を目指す優秀な高校生であったが、二年目の時に体育で柔道の練習中に頭部を打撲して失神した。その後、頭痛がおきて各種の専門病院などでCTなどの検査を受けたが異常がないといわれた。しかし、頭痛は改善せず集中力も低下して成績は急落した。学校を休みがちになり、両親が登校を強制すると暴れた。卒業はできたが、進学は不可能で専門学校に入った。これも途中で退学した。

身体所見：とくに左側の側頭部、前額部、頸部の筋痛や目の奥の痛みを訴えた。また、顔を左右に動かす際に痛みがあり、痛みを緩和するために正面よりはやや右向き（15～20度）に保っていた。それ以外に特別の異常はみられなかった。しかし我慢すれば随意に動かせた。心・胸部、腹部の異常や四肢の神経学的異常もみられなかった。整形外科や脳神経外科での頸椎などのX線検査やCT検査でも異常はみられなかった。

検査所見：血液一般検査、肝機能などの心血管系や内臓機能には異常はみられなかった。

治 療：

薬物療法：

各種の鎮痛薬、抗うつ薬などの向精神薬や筋弛緩薬（詳細は略）。

筋電図バイオフィードバック；

筋緊張を弛緩し痛みを緩和する練習。

心拍（脈波）バイオフィードバック；

手指の震えに対する練習。

非指示的カウンセリング；

「賞賛」、「支持」、「非支持助言」を励行し、とくに賞賛と支持に努力した。

自律訓練法；

すでに前の病院で実施していたが、効果が不十分であった。

認知療法；

両親とくに母親との確執の改善を試みた。

(1) 家族との食事

母親は患者を叱る、怒鳴る、皮肉るなど攻撃的なので「母親と話をしたくない」あるいは「食事を家族としたくない」と述べている。

(T) 母親を含む家族との食事の苦痛度は？

(T) 家で食事する時は？ (P) SUD 90～95です。

(T) 外で食事する時は？ (P) 上と同じです。

(T) 友達も一緒に家族と食事する時は？

(P) ややいい。SUD 80です。

(T) 最も可愛がってくれた爺ちゃん（母の父親）を入れて家族と食事するときは？

(P) SUD 60です。

〈爺ちゃん〉も一緒に食事するイメージで SUD が低下するので、これを自宅で反復するように指示した。

(2) 父母を世話する練習（イメージ練習）

(T) 母親が病気の時の食事は誰が作るの？

(P)父親です。

(T)父親も病気の時はどうする？

(P)自分で作ります。

(T)作れる料理は？

(P)カレーライス、チャーハン、スパゲッティ。

(T)お父さんや母さんのために作るのはどの位面倒ですか？最も面倒な場合を100とすると何点？

(P)60点です。

(T)顔や肩の緊張を下げる練習（顔のストローク）をしましょう。

(T)それでは、またお父さんや母さんにご飯を作るイメージをして下さい。
何点？

(P)大した変わりません。ちょっといい位。

(T)そうですね。何点ですか？

(P)56点です。

(T)お父さんやお母さんに親切にした気分は？

(P)わるくない。

(T)もう、親の面倒をみてやれる程、成長しているのかも知れないね。これも帰ってから自宅で練習して下さい。

(3) 記憶障害

患者は当時の状況を把握しなおすために母校を訪問することにした。「高校の担任と話したことの記憶がない（卒業2年後である）」、「一年目、二年目、三年目の担任の名前も覚えていない」、「高校に入って担任の名前を聞き、先生に会って来る。柔道をやった相手の名前も聞いて来る」、「高校時代の友人にも会って話をする」ことを約一ヶ月かけておこなった。「3年目の担任が最も親近感が持てて楽しかった。もともと口数が少なくおとなしかったといわれた」という。

負傷時の状況を知るために幾つか質問した。

(T)自分を記憶障害にした人を憎いですか？

(P)いいえ。

(T)どうして？

(P)友達だから

(T)友達でも腹立つんじゃない？ 本当に？

(P)はい

(T)くやしくない？ 腹立つとか怒るほうが感情が出て直りやすくなるんだがなあ。でも、許してあげるK君は立派だね。いつか、報われる時がきっとありますよ。

そのほか以下の行動療法的なアプローチを試みた。

① 暗算の練習（5セッション）

当初は二桁と一桁の暗算は正解率が50%であり、二桁どおしの場合は10秒から20秒以上かかり間違いが多かった。普通のままで暗算を3回おこない、つづいて顔の筋肉の弛緩練習をおこない、再び暗算をおこなわせた。リラクゼーションの後の方が正解のことが多く、苦手な計算に対して少しずつ自信ができてきた。5セッション目には間違えることがなくなった。

② しりとりゲーム（連想の練習）（3回）

連想も最初は遅く、言葉や単語が出てこなかったが、前記のごとくリラクゼーションをはさんでおこなううちに次第に早くなり語彙も豊富になってきた。

③ イエス、ノーにこだわらず、話に積極的になる練習（5回）

「イヤ」であるとか「断る」ということを言語的に表現することに強い抵抗があった。患者の場合には態度で代償しているので、これを直さなければ病気の改善は遅れることを伝えて練習させた。

④ 名前を覚える練習（2回）

人の名前を5人づつ記憶させて3分後に反復することをおこなった。当初は間違いが1～2個あったが、2回目には自宅練習の甲斐あって総て正解できた。

⑤ 写真の顔を覚える練習（2回）

記憶のトレーニングとして人の顔写真を使ったが、2回の練習ではほとんど上達しなかったので延期した。

⑥ 失敗つづきの試験に挑戦

今まで失敗していたアマチュア無線の試験をもう一度受けてみた。治療開始後2回目と3回目の試験で合格し2種目に合格した。

経 過

記憶障害に対する介入後の経過は以下のごとくにまとめられた。

☆アルバイトを活発にやるようになった。

☆アマチュア無線の試験を記憶訓練後2回目の試験で合格。

☆父母にプレゼントできた（事前に練習）。

☆爺ちゃんからの遺産で3ヶ月あまり英国で語学の研修とアルバイトをして来た。

☆父親と相談して家業を継ぐことにした。

父親の紹介で某社に2年間の予定で研修に出かけた時点で治療を終結した。

1年間の観察では元気に働き、症状の再発はない。

考 察

記憶は過去の体験を保ち、かつ必要に応じて回想する精神機能であり、知能の予備条件といわれる。そして記銘、保持および想起の3つの過程に分けられる²⁾。

通常に記憶障害³⁾という場合には、記銘障害および想起障害に区別される。我々の症例は想起障害に属するものであり、これにも質的障害と量的な障害に分類される。後者は記憶減退といわれて、記憶痕跡の消耗や再生の障害に起因するという。いわゆる〈度忘れ〉はこの再生困難による。一般に不快や苦痛をともなう体験は愉快的体験よりも忘れやすいといわれる。

追想がある一定の事実について、また、ある期間内で脱落する場合には健忘といわれる。健忘は記憶の記銘、保持、追想の全構成要素の障害であり、心因が原因の場合には心因健忘とよばれ、全生活史が追想できない場合には全般健忘という。また、無意識の中に抑圧されて、ある特定の人物、場所や状況につ

いてのみ追想できない場合は選択健忘とよばれ、ヒステリー健忘や感情誘引性健忘に分けることもある⁴⁾。

本報告の症例も患者に精神的な負担を強いられる出来事をきっかけとして発症している。また、それ以前から第一の症例では親に聞けない戸籍上の心配、第二例では母親との激しいあつれきなどがベースにあり、さらに精神的苦悩が増強した時点での発症であった。

このために、治療の指針も発症にまつわる心的な負担を軽減するとともに、それ以前から継続する精神負担の緩和も試みた。

記憶障害になった直後では、危機介入としての処置が必要となる。薬物療法が中心であるが、心因性の場合にはイソミタール面接がよいといわれたこともある。また睡眠療法、連想法も使われる。われわれは危機介入として、認知療法—行動療法^{5),6),7)}を用いたが、最近の注目すべき治療法の一つである。患者の精神的困難や苦痛を生じやすい思考習慣、聞き取り方や感じ方のクセを修正することで、ストレスを軽減する方法である。まだ日本語による翻訳用語が定まっていないが、徐々に完備されていくものと思われる。

引用・参考文献

- 1) 岩本隆茂、斎藤巖、奥瀬 哲編訳：認知行動療法。川島書店、1990。
- 2) 平井富雄：記憶幻覚。Encyclopedia of Medical Sciences, Vol. 10: 40, 1982。
- 3) 佐藤時次郎：記憶と記憶障害。Encyclopedia of Medical Sciences, Vol. 10: 40-41, 1982。
- 4) 松本 啓：健忘。Encyclopedia of Medical Sciences, Vol. 14: 201-202, 1982。
- 5) Burns, D. D.: Feeling Good. The New American Library, INC., 1981。
- 6) 大野 裕(訳)：アーロン ベック著；認知療法 (Cognitive Therapy and the Emotional disorders, 1976)、岩崎学術出版、1990。
- 7) 斎藤 巖：ケース研究、心身症。特集；認知行動療法。精神療法、18：42-48, 1992。