

特集 外傷性脳損傷 (TBI) に対する心理的アプローチ～認知行動療法等のスキルを活かして

後天性脳損傷患者における激しい怒りの制御困難が、 修飾型認知行動療法により消退した6症例： “脳損傷後の怒り＝器質因”はどこまで本当なのか？

Six cases of cognitive behavioural therapy for anger burst among individuals with acquired brain injury : case report

宗 未来¹⁾, 三村 将²⁾

要旨：本稿では、ABIの怒りの制御困難の現状について概説後、激しい怒りの制御困難を有する6名のABI患者に対して修飾型CBTが奏功した自経例の治療成績を報告するとともに、特に激しい怒りの爆発(anger burst)を呈していた2症例を提示する中で、筆者なりの考察を加えた。今後、無作為化比較試験(RCT)での効果検証や脳画像等を含めた病態解明など、一層の医科学研究が望まれる。

Key Words：TBI, アンガーマネージメント, Anger Burst, 認知行動療法, CBT

はじめに

外傷性脳損傷 (traumatic brain injury: TBI) に加えて、脳血管障害、脳外科手術、無酸素症などの脳損傷を含む後天性脳損傷 (acquired brain injury: ABI) では、抑うつや不安、怒りといった感情制御障害 (感情障害) を有するリスクが上昇する。その結果、機能障害、障害回復の遅れ、認知機能の低下、対人関係や就労・家事への悪影響につながることも報告されている (Bryantら, 2010; Satzら, 1998)。逆に、感情制御障害の改善はそれらの問題を改善するだけでなく、痛みやQuality of Life (QOL) の回復につながることも示されている (Hibbardら, 2004)。しかし現状では、脳損傷後の感情制御障害は、脳損傷の後遺症としての高次脳機能障害による器質因とみなされ、身体的リハビリテーション (以下、リハ) や認知リハに比べると、心理学的なリハには意味がない、高次脳機能障害を有するために効果が期待できないとの認識から、十分に介入が確立されているとは言えない (O'Haraら, 1991)。特に、思うようにいかない場合に生じる激しい怒りの爆発 (anger burst) を含む怒りの制御困難に関しては、抑うつや不安と比較しても、その対応は急務であるにも関わらず、介入開発は遅れをとっていると言わざるを

得ない (三村, 2009)。

筆者らは、TBIも含む激しい怒りの制御困難を呈する6名のABI患者に対して行った修飾型認知行動療法 (cognitive behavioural therapy: CBT) によって、そのすべてにおいて怒りが消退した症例を経験する中で、「脳損傷後の怒り＝器質因」という専門家による現状認識は、果たしてどこまで本当なのだろうか？という強い問題意識を有するに至った。本稿では、その中でも特にanger burstを呈するABIにおいてCBTが奏功した2症例の提示を通じて、筆者なりの考察を加えたい。

1. ABIにおける感情障害の現状

深刻な頭部外傷後、TBIの25～33%は精神医学的に問題となる水準で激しい怒りが認められ (Kimら, 2007)、受傷5年後でも精神的および身体的暴力を認める割合は上昇し続け、受傷10年後以降にまで遷延することも少なくない (Hoofienら, 2001)。怒りの場合、特に家族との関係性悪化や職業上のキャリアの躓きを含んだ社会復帰上の行き詰まりなどにつながる事が多く、思うようにいかないとき

【受稿日 2019年7月19日】

1) 東京歯科大学市川総合病院精神科 Mirai So : Department of psychiatry, Tokyo Dental Collage Ichikawa General Hospital
2) 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室 Masaru Mimura : Department of neuropsychiatry, Keio University, School of Medicine

に生じる激しい怒りの爆発 (anger burst) は、その対応が特に問題となる (三村, 2009)。

ABIの感情制御障害の機序については、生物心理社会モデルが提唱されている。しかし、脳損傷だけですべてが説明されるのではなく、脳損傷前から存在していた直接および間接的な先行因子との関与の重要性が強調されている。直接的先行因子とは、医学的、神経学のおよび神経心理学的要因のことであり、間接的先行因子とは、患者個人の生い立ちやパーソナリティも含めた個性、それに環境要因を指す (Lishman, 1973)。さらに、そこに先行因子の影響を受けた個人の認知的判断、対処法、そして状況への適応スタイルなどが因果関係を説明する潜在的要因 (mediator) として重視されている (Kendall, 1996)。しかし、現実には感情制御障害の多くは脳損傷による器質因とみなされがちな傾向は否めない。

このように疫学的にはさまざまな研究が示される一方で、ABIの感情障害に対する対応法は十分に確立しているとは言えない。薬物療法は、その柱のひとつとして期待されるが、その効果は限定的であるとされる (Silverら, 2005)。たとえば、TBIの抑うつに対する薬物療法として、SSRIや三環系といった抗うつ薬はプラセボと比較し有意な効果が示されていない (Salterら, 2016)。また、攻撃性に対してはメチルフェニデートやアマンタジンといったドパミン作動系薬剤の効果が報告されている一方で、否定する結果も多く認め、その見解は一致していない (Wheatonら, 2011)。さらに、TBIでは、薬物療法における副作用のリスク上昇も懸念されている (Wheatonら, 2011)。そのため、心理社会的なアプローチが欠かせないと考えられている (Blockら, 2013)。

2. ABIの怒りの制御に対する精神療法

ABIに対する精神療法による怒りの制御については、主にTBIも含んだ対象へのCBTによる2つの単一群研究 (Hartら, 2012; Meddら, 2000) と2つの無作為化比較試験 (RCT) (Aboulaflia-Brakhaら, 2013; Walkerら, 2010) を用いた、介入群だけの前後比較によるメタ解析 (Iruthayarajahら, 2018) が存在する。そこでは怒りの標準的自記式尺度である

STAXI (State-Trait-Anger-Expression-Inventory) またはSTAXI-2における特性怒り、怒りの表出、怒りの制御が有意に改善するとの結果を認めている。しかし、対照群を考慮しないメタ解析でありバイアスが大きく、結果の解釈には慎重を要する。特に、ふたつのRCTではどちらもCBT群が対照群に対して有意差が示されておらず、怒りではCBTが効果的という信頼できるエビデンスはほとんど確認できていない。うつや不安に対しては一定程度の効果が報告されるのに対して、特にCBTを含む精神療法的な怒りの制御については、脳損傷者でのエビデンスは脆弱と言える。

ABIのCBTでは、工夫が必要である。Gallagherら (2019) のTBIに対するレビューでは、記憶の助けとなる工夫やCBTモデルに慣れ親しんでもらえるような工夫がもっとも多かった反面、それぞれの工夫に研究間で一貫性がなく、そしてそのことが効果的で再現性を有する治療の開発のバリアーとなっていることを報告している。Waldronら (2013) は、TBI以外にABIに対する24のCBTでの介入研究の結果から、うつや不安の併存が多いために診断横断的なデザインが必要だという考えがある一方で、逆に疾患特異的もしくは対象者に合わせたCBTでなければ効果が得られないという見解を示している。

Blockら (2013) は、系統的レビューからTBIへのCBTについての注意点を喚起している。まず、重症者よりは相対的軽症者に対しての効果が期待できる。また、学習や記憶の障害のある対象者の助けになる方法としてホームワークの有効利用や、体験型で記憶に残りやすいタスクや、できるだけ書くことを取り入れた介入を提言している。さらに、忘れた時に思い出しやすくなるような配慮や、重要度やリストアップのカードを作り、記憶だけに頼って患者が空回りしないような工夫を示している。注意の低下に対しては、タスクの短時間化、次のタスクを扱う時には区切りをわかりやすくするための合図を行う、治療初期は集中が必要な時間を最小限にし、治療が進むにつれてその時間を徐々に延長していく、といったことも提案している。言語能の問題がある場合は、質問を促したり、逆にどこまで理解できたかを何回も尋ねたり、会話速度が適切かの確認、必要なことはメモなどで記録を取るよう促す、などを挙げている。その他、遂行機能、気づきや洞察についての対応も示している。

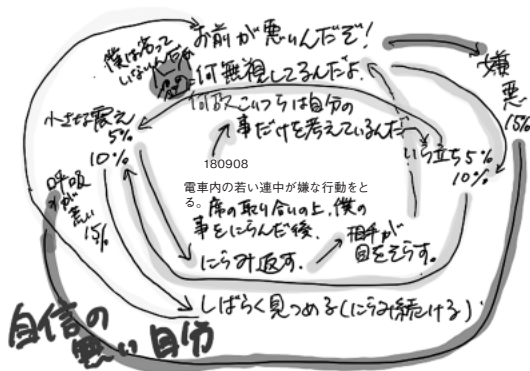


図1 感情地図すごろく (感情体験の経時的視覚化記録)

怒っている人は、困っている人

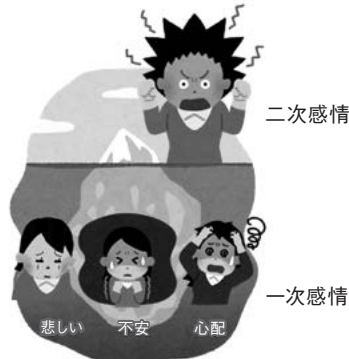


図2 怒りの心理メカニズムについての解説図 (著者作成の心理教育教材より)

筆者がTBI向けに開発した怒りの制御を目的としたCBTプログラムは、対象者が高次脳機能障害を有するために、以下の(1)～(3)で構成されている。

- (1) 短時間&短期間化 (30分/セッションを8セッション) による負担軽減：実際には、3セッションだけのマニュアル・ベースでのメタ認知 (俯瞰視) の心理教育
- (2) ドリル形式でタスクが可能になるまで反復され、達成度毎の進捗設定による個人差への配慮
- (3) 併行して1回/週形式で紙芝居型に視覚化した全6回グループCBT型心理教育【1)メタ認知, 2)呼吸法, 3)行動活性, 4)対人関係, 5)問題解決法, 6)自動思考と信念, といった一般的CBTのテーマで30分/回】

本グループCBTの内容は、筆者が自作した完全自動型のiCBT(インターネット認知行動療法)における試聴動画教材を用いたうつ状態の会社員に対するRCTで、待機群に対して有意な効果が既に示された内容を紙ベースにしたものである (d=0.6, p<0.005)。

本ABIプログラムは、感情体験 (認知・感情・行動・身体反応) を“すごろく”様に経時の変化を図解化したモニタリング (感情地図すごろく, 図1参照) を反復練習することが必修事項となっており、より効率的な①メタ認知 (俯瞰視) の獲得, さらにその中で②怒りという表面的な二次感情の深層に潜在する一次感情への気づきを得て感じることで、怒りを無効化するスキル習得 (図2参照), の2点を目指す。

①と②のスキルがある程度可能となった後半の段階で、その習熟度との兼ね合いで、追加オプション

として③グループCBT心理教育の中で習う呼吸法やタイムアウトといった通常アンガーマネジメントのスキルや、決定分析 (損得勘定分析)、認知的信念の同定、ロールプレイといった役立ちそうなスキルの習得を目指した介入が適宜取り扱われる。

上記のプログラムを実施した anger burst の2症例を以下、提示する。

3. 症 例

【症例1】 40歳男性 脳血管性障害

20代から30代後半にかけて、5回の小脳梗塞および両側椎骨動脈閉塞を経験しており、36歳時に右浅側頭動脈-上小脳動脈吻合術を施行。失調性四肢麻痺あり、屋外歩行には歩行器 (松葉杖) が必要で、自宅中心の生活を送っていた。作動記憶が低下し、情報量が多いと漏れることが増えていた。また、要点抽出や切り替え (特に、自分の価値観から) の能力にも低下がみられた。普段は穏やかな性格だが、情動制御が不良で、怒りが暴力に発展しやすく、37歳時には妻に包丁をつきつけるエピソードを認めていた。リハ施設でも自身のささいなミスから他利用者に腕をあげて大声で威嚇するなどの行動が頻回に見られ、問題化していた。来院時は、妻が働き、本人は主夫業に従事していた。

幼馴染からの聴取では、幼少期からゲームでうまくいかないとき道具で壁を壊したり、小学生時には友人を何人か殴って学校で問題化したりといった経緯

を有していた。母親からの聴取では、ネットゲームで多額の借金を抱えたりするなど、感情や衝動が制御できない性格との認識であった。さらに妹の話では、自身が10代の頃より、患者から殴る蹴るといった身体的暴力を激しく受けていたとのことであった。そのため、A病院精神科に紹介となり、CBTを行うこととなった。

処方：なし

症状評価尺度

来院時：STAXI(状態：32, 特性：27, 表出：33, 抑制：20, 制御：11), PHQ-9：1, GAD-7：7→
終了時：STAXI(状態：10, 特性：18, 表出：12, 抑制：17, 制御：21), PHQ-9：0, GAD-7：1

介入経過

#1

診療中は落ち着いている。困っている問題は、とにかく怒りの制御がきかないこと。一度、キレると頭が真っ白になり、もう訳がわからなくなる。数日前に、妻に用意した食事を今日は不要と言われたことに激昂し、壁を蹴飛ばして穴を開けてしまった。一人でいてもささいなきっかけで頭に血がのぼってしまい、先日は電車の時刻表を見てただけで、いきなりカーッとなり大声で叫んでしまった。妻からはもう一緒にいるのが耐えられないと言われ、離婚することになり実家の九州に戻る予定である、とうなだれながら話される。また加えて、自責の反芻思考が多くて苦しんでいるとも訴えられる。

#2 心理教育1回目

感情的になることは正常だが、強過ぎると問題となることを確認。怒りや衝動、反芻は深層にある一次感情の回避のための二次的反応であり、一次感情をしっかりと感じれば、怒りや衝動、反芻は意味を失い消退することを説明。短期集中なので、宿題はしっかりとやりましょうねと言うと、「まあ、やってみないとわからないですね…」との慎重気味の感想。

#3 心理教育2回目

感情にはそれぞれ意味があることについての心理教育。感情体験を出来事、思考、感情、行動、身体反応の5領域に分けて書き込んでみて、「自分は悲しいという感情を感じるのが苦手で、逆に、恐怖は思っていた以上に多く感じていたことに気づいた」との感想を話される。セッション中、自身の感情と向き合う作業をすることで一時的に不安が高まった

が、終えた後は少しだけ楽な気持ちになったと話される。

#4 心理教育3回目

感情体験をすごろく方式で経時的に記録する作業(感情地図すごろく)を行う(図1参照)。訳がわからないと混乱していたのが、書くことで整理される感じが得られたと感想。比較的、落ち着いて過ごせた1週間だったが、一度だけ、ゲームをしている最中に、気づいたらソファを殴っていたと妻から指摘されたとのこと。しかし、自分では指摘されるまで気づかず、何が起こったか尋ねられてもきっかけも含めてははっきり思い出せないと話される。その出来事も感情地図すごろくの作成作業を行うが、どうしても“感情”がうまく書けない、その時の適切な感情が浮かばないと気づきを話される。意識して、深層感情を感じていくことの意味を伝え、支持的に対応する。

#5

職業安定所に行った際に、「何ができるかわからないね」と担当者に言われて、いつもなら激怒するはずが、怒りではなく、「今までの人生経験はなんだったのか…」と普段とは異なり、悲しい気持ちが生じたとの感想を話される。深い感情を感じられたことは、とてもよいとフィードバック。

#6

深い感情を感じると、漠然とした不安が減り、またいつも悶々として苦しんでいた自責の反芻思考も減ったと話される。グループ心理教育で興味を持ったという呼吸法とタイムアウトを再度指導すると、以前別のところで教えてもらったことがあったが、いざとなるとあまり役に立たなかったとの発言を認めるが、メタ認知を習得した後ではより効果を感じられるようになると説明し、意識して生活の中で取り入れるように助言。

#7

今週は、強い怒りを感じる事がなかった。感情地図すごろくを書くことで、俯瞰的に感情を制御できる感覚が出てきた。妻から、「前よりも怒りの激しさと頻度が減ったね」と言ってもらえた。怒りは、CBT開始前の10～20%に制御できていると思う。「以前習った呼吸法やタイムアウトだが、感情地図すごろくを連日書くことで頭の中で自然に俯瞰する目が持てると、効き方が違う」と気づきを得られる。感情地図すごろくの中で、包丁でリストカットを

行ったことが記録。前は怒りを感じていたのが、痛みを感じながら怒りではなく障害を負っている自分の悲しさを感じ、流涙したことを話され、深い一次感情を感じられたことを肯定的にフィードバックを行う。

8

呼吸法とタイムアウトが、今はとても効果を感じる。俯瞰視をマスターした上でのこれらの技法は威力が違う。一步ひいて俯瞰できている感覚がより強まっている。怒りは感じるが、以前のように2周、3周と膨れあがるのが今はなくなった。イラッとすることも減ってきた。逆に、ちょっとイラッとすることがあると、いいトレーニングのネタが見つかったと思うようになった。

怒りの感情は、自覚的な強さはCBT開始前の2割、頻度はCBT開始前の3割程度に減った。精神的にはかなりいい状態。

9

ほとんど怒らなくなった。怒りの感情は、強さも頻度も、CBT開始前の1割未満に減った。

終結後、変化した本人の態度を見て、妻との離婚の話はなくなり、1年経過したフォローアップ面接でも怒りについてはほとんど感じなくなったとのことであった。

【症例2】 48歳男性 髄膜腫術後

もともと感情の起伏が激しかった。会社員をしながら、劇団で役者としても活動していた。その後、劇団退団時にも、激しい口論の末、暴力沙汰になったけんかを起こしている。38歳で双極性障害と診断され精神科での通院を開始。46歳で髄膜腫と診断され腫瘍摘出術を施行した。47歳で不登校の長男との口論を契機に暴れ、臨場した警察官に暴力をふるい措置入院となるが、その後は穏やかに過ごされ躁状態というよりは衝動性の高い性格に起因するものであろうと評価され、速やかに措置解除となっていた。しかし、退院直前で看護師の理不尽な対応への不満から激昂したため、本人の希望で自主退院となった。髄膜腫で体が思うように動かない上に、頭がぼーっとしてスッキリせず苛つきが続き妻への八つ当たりと暴力を認め、術後、一次低下していた知能指数は徐々に改善して日常生活は穏やかに過ごせるようになったが、ささいなことで苛立ち、一度火がつくと感情の制御がきかず、妻への暴力が止ま

らなかったため、来院5ヵ月前には妻と離婚が成立していた。すでに、生活保護でB型作業所に通所中であったがそちらでも職員や参加者と激しい口論や器物破損等のエピソードを認めており、CBT外来に紹介となった。

処方：抑肝散 7.5mg, ラモトリギン 200mg, スボレキサント 20mg

症状評価尺度

来院時：STAXI(状態：31, 特性：32, 表出：31, 抑制：20, 制御：7), PHQ-9：25, GAD-7：19→
終了時：STAXI(状態：12, 特性：23, 表出：22, 抑制：20, 制御：23), PHQ-9：5, GAD-7：5

介入経過

症例1と同じ心理教育を#1～3で施行。

1 心理教育1回目

とにかく、頭を冷やすのに時間がかかるのが困っている。また、過去の後悔で反芻が続いていて不眠にもなっているとの訴えであった。また、術後の傷がうずくような気がして不安が収まらず、救急外来を受診してはなんでもないとと言われて少し安心するといったことが何度も繰り返されていた。

2 心理教育2回目

術後の傷が気になり救急外来を受診した際に、「大丈夫です、気にしすぎです」と言われ、いつものように消毒もしてくれなかったと救急担当医に怒りが向いた話をされ、感情地図すごろくに記載してくる。以前、術後にうずいて受診した際に、大丈夫だと救急担当医に言われたが、結局、感染から骨除去手術にまで至ったことがあったので、対応によっては不安を覚えるとの振り返りが書かれている。怒りの一枚下の感情である不安が書かれていることを評価する。

3 心理教育3回目

“傷の違和感→不安”のパターンを、感情地図すごろくを何枚も書いていく中で二次反応として膨らんでいる不安がどうでもいいことにこだわりすぎているということに気づきを得て、同時に本件に関する怒りの感情も起こりにくくなる感覚に気づかれる。「何度も書くことで、小さな感情が、いつも大きく膨らみすぎていく感覚が実感できる」との感想。

4

同じ内容でその日、その日に感情地図すごろくを書いている中で、怒りの下にある自身の深い痛みを

伴う感情として、強い劣等感と悲しさの感情が大きいと気づきを得る。そして、つらい考え方の癖にあだなをつけるという外在化の提案をしたところ、「僕の考え方の癖の“あだな”は、“劣等(レッター)・パンダ”ですね」と笑いながら話される。

#5

マンガ喫茶で、大声で電話している人がおり、腹が立って、思わず自身のブースを出て大きな声で「うるさいよ、シー！」とやったら静まった経緯について感情地図すごろくに書かれている。リスクについて考えたか？という質問に対して、「え、何か問題ありますか？」という反応のため、決定分析を行う。これは2×2でそれぞれの行動のプラスとマイナスを書く、いわゆる損得感情の表を完成する作業だが、そこで大きな声でうるさいよと言うリスクについて話し合う。リスクの価値があるかないかを検討しては？と問うと、「考えもしなかったけど、僕は、殺されていたかもしれないですよ…怖いことしてたなあ…」とのこと。

#6

怒りは、開始前より強さは2～3割、頻度は5～6割まで制御可能になってきた。

熱くなって戻れないということがなくなった。感情地図すごろくを振り返ると、不確定要因が多い時に先走り決めつけが目立つことが話し合われる。

借金を父に返すために実家へ行った時、「今、どうしている？ちゃんとしろよ」と父に言われて強い嫌悪感、怒りが沸き起こった。その数日後、父と電話中にやはり腹がたち、携帯を投げつけ壊してしまつたと話される。そんな父への怒りや嫌悪感の背後には、悲しみや寂しさがあると流涙し、激しく悲嘆される。自分はダメだという信念が強く、それが他の人間関係にも必要以上に影響していると自覚を得る。

そこで、円グラフ法を行う中で、「自分はダメだ」と100%自分の価値観だと信じていたものが、父親の影響が大きく、純粋には自分では20%くらいしか確信していないと気づかされる。

#7

これまでできなかった自分の気持ちや傷つきを、父親に率直に話してみたらある程度聞いてもらえて気持ちが楽になった。感情地図すごろくを書き込む中で、不確定要因が多い時に先走り決めつけていることに、日常生活の中でも自然に気づけるように

なり感情が大きく揺れることがなくなってきた。怒りは、開始前より強さ、頻度ともに2～3割まで制御可能。怒りもそうだが、不安もやわらぐ感じが出てきた。感情地図すごろくをたくさん書いていると、感情反応の俯瞰視が体に染み付いていく感覚が得られるとのこと。

最後に卒業ロールプレイで、自身で他人に言われたくないこととして、「おい、ちゃんとやっているのか？いい年なんだから、しっかりしろ！」という言葉も挙げてもらいそれを治療者が患者に投げかける。初回は、わかっているけど最初、怒りが沸き上がりつつも、へこんでうなだれてしまい、何も言えなくなったが、3回目頃に、悲しんでいるという自分の一次感情に気づき、そう言われるととても淋しい、悲しいので言い方を変えて欲しい、と相手に伝えるといった適切な反応が可能になる。

4. 考 察

本稿では、RCTでの効果がほとんど示されていないABIの怒りの制御を念頭において筆者が考案した修飾型CBTプログラムを、特に社会復帰の妨げとなるような激しいanger burstに対して行い、その怒りが消退した2症例を報告した。

本介入では、すごろくのように思考、感情、行動、身体反応といった感情体験の流れの図解的な経時記録(感情地図すごろく)によるモニタリングを、まずはじめに反復練習することで効率的なメタ認知の習得を目指した。メタ認知は、軽症であればマインドフルネスだけで多くの症状が改善するのと同じ理屈で脱中心化(熱くなった思考や感情、身体反応や行動と距離を置く)を通じた感情制御のアプローチで、CBTではパソコンでいうOSのような基本的な位置づけである。高次脳機能障害がより重度の場合は、この作業だけで全セッションを終えざるを得ない場合もあるが、それでも一定程度の怒りの制御は可能となる。メタ認知スキルの取得なしに他のCBTスキル学習を先行すると、特にABIでは不都合が生じやすい。例えば、実生活では感情に圧倒されている時には余裕がなく学んだスキルを使用すること自体に意識が向かない、もしくは、スキルを使っても不完全燃焼で十分に効果が発揮されない、など非効率性が目立つことが多いからである。

感情地図すごろくの作成は、ホームワークとして1～3枚/週以上のペースで求められ、毎回、1～2枚はセッションの中で取り扱い治療者とともディスカッションを行う。症状や病理がある程度重くなると、メタ認知への働きかけだけでは感情制御は不十分のため、感情地図すごろくの作成に慣れた段階で、次ステップの深層感情へ曝露の段階に入る。

これは、表層的な二次感情であり苦悩の原因となる怒りや衝動、反芻の、さらに深層に潜在する一次基本感情を同定し、深く感じる作業である(図2参照)。これは、PTSDに対する効果が示されている

認知処理療法(CPT)(Resickら, 1993)と同等の効果がRCTで示された(Sloanら, 2018)自記式の感情開示(emotional expression)(Pennebaker, 2004)に、さらに最上の提案する方法論をヒントに取り入れ(最上, 2018), TBIで高次脳機能障害を有する者にも使用可能なように工夫されたものである。怒りや衝動、反芻は、苦痛の強い深層の一次感情の回避として生じる二次反応であり、一次感情を同定し深く感じることで、回避としての機能を失った怒りや衝動、反芻といった二次反応や関連する苦悩が無意味化・無効化するために、たとえば“怒りを抑えて減

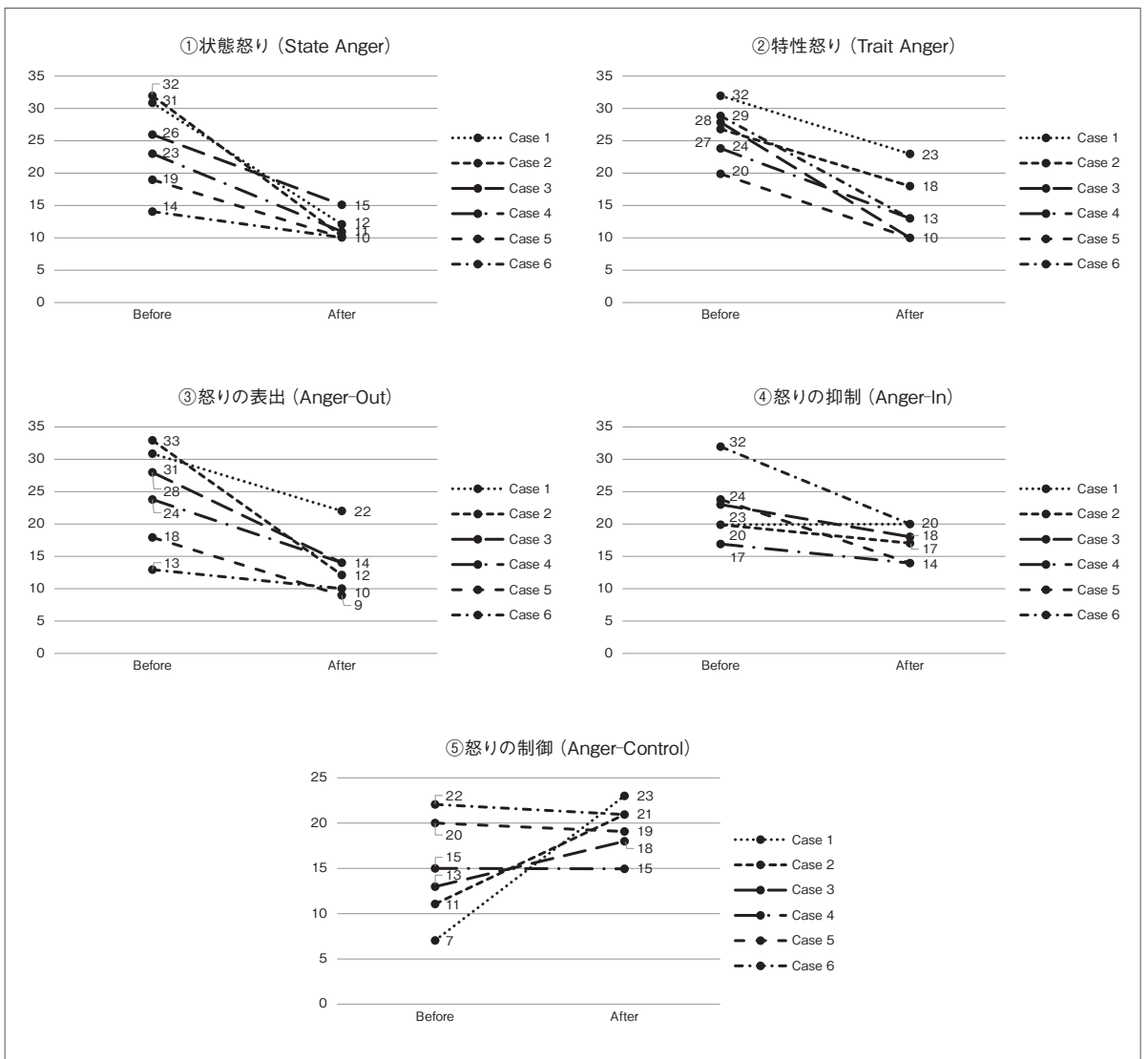


図3 他のTBI 4症例を含めたCBT-ABI自験例のSTAXI変化

らす”というよりは、“気づいた時には、怒りはどうでもよくなって消退している”という回復を辿る。

本稿で紹介した2症例においても、怒りの大きな制御効果が得られた。また、怒り以外の抑うつや不安、強い反芻についても改善を自覚しており、メタ認知の獲得および深層感情への曝露といった、介入の中核スキルが診断横断的に機能した可能性が示唆された。

また、視覚化された教材や課題を多用し、直感的理解を可能とすることでABIであっても効率的学習を可能にし、作動記憶や近時記憶が低下した場合でも無理なく行えることを狙いとしていたことは有用であった。障害の程度も含めた個別の能力に応じて治療の進捗を考慮する方式は、機能障害の程度が多様なABIには役立った。治療に関する最低限の解説は、紙芝居様の資料で可能な限り視覚化し、とにかく手を動かす作業指向型の介入であったことが、従来型の心理的介入に比べ陳述的記憶（頭で覚える）よりも手続き記憶（体で覚える）の比重を高め、より受け入れやすかった可能性が示唆された。

限界としては、怒りの制御はある程度達成できた一方で、その後の人生の課題などをどう対応していくかといったアフターケアが不十分な点が挙げられる。特に、怒りの制御困難を伴うようなABIでは、家族も疲弊し、家族関係は著しく毀損しているケースが多く、筆者もわが国での普及を進めている現在の統合失調症や双極性障害に対する標準的家族介入の源流の流れを汲む英国NHSのメリデン版行動家族療法（The Meriden Family Programme, 2019）のような信頼性の高い家族支援の役割も期待される。怒り制御が可能となったことで、他者と相談できる素地は作られており、家族に加え、その後の効果的な社会的支援体制の構築も課題である。

本稿で紹介した2症例以外に、4名のTBI患者に本プログラムを実施して効果が認められたことから、TBIへの汎用も可能と我々は考えている（図3に本症例1, 2を含めた計6症例のSTAXI変化を示す）。わが国での医療福祉現場でも、anger burstを含めたABIの怒り制御障害は、脳損傷により生じた高次脳機能障害そのものに直接起因すると考えられがちであった。しかし、本症例のように怒りが消退するケースが、他のTBIに対する怒り制御への介入経験からも確認されたことから、そもそもABIの怒

りの制御困難は器質因以上に心理社会的側面が大きいケースも決して少なくはないと我々は仮説を有するに至っている。今後、これらを確認するためには無作為化比較試験（RCT）での効果検証に加えて、神経心理検査や脳画像検査などを通じた病態解明の再検討も含めた、本領域でのさらなる研究の蓄積が強く望まれる。

結 語

本稿では、ABIの怒りの制御困難の現状について概説後、anger burstに修飾型CBTが奏功した2症例を提示し、筆者なりの考察を加えた。現在、TBIの4名も含めた6名のABI患者に本プログラムを施行して効果が得られている。今後、無作為化比較試験（RCT）での効果検証や脳画像などによる病態解明など、一層の研究が望まれる。

文 献

- 1) Aboulafia-Brakha, T., Greber Buschbeck, C., Rochat, L., et al. : Feasibility and initial efficacy of a cognitive-behavioural group programme for managing anger and aggressiveness after traumatic brain injury. *Neuropsychol Rehabil*, 23 (2) : 216-233, 2013.
- 2) Block, C.K., West, S.E. : Psychotherapeutic treatment of survivors of traumatic brain injury : review of the literature and special considerations. *Brain Inj*, 27 (7-8) : 775-788, 2013.
- 3) Bryant, R.A., O'Donnell, M.L., Creamer, M., et al. : The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*, 167 (3) : 312-320, 2010.
- 4) Gallagher, M., McLeod, H.J., McMillan, T.M. : A systematic review of recommended modifications of CBT for people with cognitive impairments following brain injury. *Neuropsychol Rehabil*, 29 (1) : 1-21, 2019.
- 5) Hart, T., Vaccaro, M.J., Hays, C., et al. : Anger self-management training for people with traumatic brain injury : a preliminary investigation. *J Head Trauma Rehabil*, 27 (2) : 113-122, 2012.
- 6) Hibbard, M.R., Ashman, T.A., Spielman, L.A., et al. : Relationship between depression and psychosocial functioning after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil*, 85 (4) : S43-53, 2004.
- 7) Hoofien, D., Gilboa, A., Vakil, E., et al. : Traumatic brain injury (TBI) 10-20 years later : a comprehensive outcome study of psychiatric symptomatology, cognitive abilities and psychosocial functioning. *Brain Inj*, 15 (3) : 189-209, 2001.
- 8) Iruthayarajah, J., Alibrahim, F., Mehta, S., et al. : Cognitive behavioural therapy for aggression among individu-

- als with moderate to severe acquired brain injury : a systematic review and meta-analysis. *Brain Inj*, 32 (12) : 1443-1449, 2018.
- 9) Kendall, E. : Psychosocial Adjustment Following Closed Head Injury : A Model for Understanding Individual Differences and Predicting Outcome. *Neuropsychological Rehabilitation*, 6 (2) : 101-132, 1996.
- 10) Kim, E., Lauterbach, E.C., Reeve, A., et al. : Neuropsychiatric complications of traumatic brain injury : a critical review of the literature (a report by the ANPA Committee on Research). *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*, 19 (2) : 106-127, 2007.
- 11) Lishman, W.A. : The psychiatric sequelae of head injury : a review. *Psychol Med*, 3 (3) : 304-318, 1973.
- 12) Medd, J., Tate, R.L. : Evaluation of an anger management therapy programme following acquired brain injury : A preliminary study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 10 (2) : 185-201, 2000.
- 13) 三村 将 : 社会的行動障害とその心理社会的介入 社会的行動障害への介入法 精神医学的観点からの整理. *高次脳機能研究*, 29 (1) : 26-33, 2009.
- 14) 最上 悠 : 日記を書くときと血圧が下がる : 体と心が健康になる「感情日記」のつけ方. CCCメディアハウス, 2018.
- 15) O'Hara, C.C., Harrell, M. : *Rehabilitation with Brain Injury Survivors : An Empowerment Approach*. Aspen Publishers, 1991.
- 16) Pennebaker, J.W. : *Writing to Heal : A Guided Journal for Recovering from Trauma & Emotional Upheaval*. New Harbinger Publications, 2004.
- 17) Resick, P.A., Schnicke, M. : *Cognitive Processing Therapy for Rape Victims : A Treatment Manual*. SAGE Publications, 1993.
- 18) Salter, K.L., McClure, J.A., Foley, N.C., et al. : Pharmacotherapy for Depression Posttraumatic Brain Injury : A Meta-analysis. *J Head Trauma Rehabil*, 31 (4) : E21-32, 2016.
- 19) Satz, P., Forney, D.L., Zaucha, K., et al. : Depression, cognition, and functional correlates of recovery outcome after traumatic brain injury. *Brain Inj*, 12 (7) : 537-553, 1998.
- 20) Silver, J.M., McAllister, T.W., Yudofsky, S.C. : *Textbook of Traumatic Brain Injury*. American Psychiatric Publishing, 2005.
- 21) Sloan, D.M., Marx, B.P., Lee, D.J., et al. : A Brief Exposure-Based Treatment vs Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder : A Randomized Non-inferiority Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75 (3) : 233-239, 2018.
- 22) The Meriden Family Programme [cited 2019 29th/Mar] ; Available from : <https://www.meridenfamilyprogramme.com/>.
- 23) Waldron, B., Casserly, L.M., O'Sullivan, C. : Cognitive behavioural therapy for depression and anxiety in adults with acquired brain injury : what works for whom? *Neuropsychol Rehabil*, 23 (1) : 64-101, 2013.
- 24) Walker, A.J., Nott, M.T., Doyle, M., et al. : Effectiveness of a group anger management programme after severe traumatic brain injury. *Brain Inj*, 24 (3) : 517-524, 2010.
- 25) Wheaton, P., Mathias, J.L., Vink, R. : Impact of pharmacological treatments on cognitive and behavioral outcome in the postacute stages of adult traumatic brain injury : a meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*, 31 (6) : 745-757, 2011.