

# 特異な人格変化と部分健忘を来したアルコール症の臨床ノート

辻 丸 秀 策

## Clinical note on alcoholism with peculiar personality changes and partial amnesia

Shusaku Tsujimaru

### 抄録

特異な人格変化と部分健忘を来したアルコール症を経験したので、その症例を呈示して、臨床的な解釈と若干の論究を加えた。人格は、①自我脆弱性の亢進、②刺激増幅性の亢進、③場依存性の亢進、④神経質の4つの因子が多少にかかわらず認められた。つまり攻撃性の強い外罰型と、少なからず小心内省的な内罰・依存的な性格傾向が同時に認められ、元来の性格が変化を来していた。健忘については、心理検査や画像検査及び経過から、コルサコフ症候群類似の部分的健忘があり、同時に、精神病理的側面から診た場合、解離性健忘を併発していると思われた。

**Key Word** : アルコール症、人格変化、健忘、コルサコフ症候群、解離性健忘

### はじめに

わが国の成人の飲酒行動に関する全国調査<sup>1)</sup>によると、ICD-10<sup>2)</sup>によるアルコール症の生涯経験者数は、男性の1.9% (94万人)、女性の0.2% (13万人)であり、推計数は男女合わせて107万人である。

アルコールと精神の関係では、アルコール症はうつ病との合併の頻度が高く、自殺と強い関係がある<sup>3)</sup>。また脳へのダメージも大きく、脳萎縮やアルコール性の認知機能低下が診られる。

今回、特異な人格変化と部分健忘を来したアルコール症を経験したので、その症例を呈示して、臨床的な解釈と若干の論究を加えてみたい。

但し、個人情報保護の観点から症例の匿名性を高めるために、論旨に影響のない範囲で変更を加えている (また、X年は著者がAを診察した年である)。

### 症例呈示

#### 家族歴及び生活歴

A氏 (以下A) は、50歳代の男性である。

Aは、地元の高校を成績上位で卒業し、大学では運動クラブで活躍した。交友関係も良好であった。また、性格は、温厚で、協調性があり大人しく優しい性格であった。

大学を卒業後は、有名企業に就職し、主に管理部門を担当していた。Aは30歳代で結婚し、子供が居る。

仕事上で、特に問題となるトラブルはなかったが、単身赴任が多い仕事であった。

## 現病歴

Aに精神科的遺伝負因はなく、大酒家もない。

飲酒は20歳過ぎからで、常飲するようになったのは、結婚してからである。Aは、これまで著患を知らなかったが、単身赴任が契機となって、飲酒量が増えたX-4年頃から、飲酒後酩酊状態となり妻との口論などで不和が始まった。X-3年からは、酩酊後、妻に手を出すことも始まった。また酩酊時の記憶がとぎれ、いわゆるブラックアウトが度々出現するようになっている。そのため、X-1年にアルコール治療専門病院である、B病院を受診し、入院加療を受けるようになった。

B病院を退院後は妻と別居し、アパートで一人暮らしを始めている。Aは、B病院のデイケアに通所しながら、抗酒剤を服用し外来治療を継続していたが、程なく再飲酒が始まっている。また、再飲酒後酩酊し、駅のホームから線路上に転落事故を起こしたこともある。

しかし、その後もAは飲酒を続け、街中で大声を挙げるなどしたため、警察に保護されている。

そのため、「入院して酒をやめたい」「離婚はしたくない」「以前のように妻子との生活に戻りたい」との主訴（希望）で、C病院を受診し、診察の結果、アルコール依存症の診断のもと、任意入院となっている。

尚、飲酒によるけいれん発作（アルコール性てんかん）はなく、また、断酒に伴うアルコール離脱症候群（特に振戦せん妄）の出現は経験していない。

## A氏の精神の状態

（C病院入院中の診察で実施した知能検査・心理テスト・画像検査を付表に示す）

### (1) 意識・疎通性

意識は清明であった。また、診察等への了解・理解の程度の如何に関わらず、疎通性は良好であった。

### (2) 記憶力

三宅式記銘力検査で、有関係対語、無関係対語とも認知症高齢者群レベルの成績であった。

### (3) 見当識

対人的見当識、場所的見当識、空間的見当識などは良く保たれていた。

### (4) 計算力

やや複雑な加減乗除についても計算力に問題は診られなかった。

(5) 理解・判断力

総じて理解力・判断力は保たれていると思われた。

(6) 性格の特徴と変化

元来、温厚で協調性があり、大人しい優しい循環性性格傾向であった。

この性格傾向が、駅や街中で大声を挙げるなど X- 1 年あたりから性格傾向が変化してきているようである。

(7) その他（気分・感情状態、幻覚・妄想、異常な行動等）

アルコール依存症の場合、アルコール幻覚症、アルコール性気分障害（主にアルコール二次性うつ病）およびアルコールせん妄などの出現がよく知られている。しかし、現在、Aには上記の疾患の出現は診られていないと思われる。また認知機能の低下に伴って出現する、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：行動・心理障害）も認められないようである。

## 臨床的解釈と論究

今回、特異な人格変化と部分健忘を来したアルコール症を経験したので、臨床的解釈と若干の論究を行ってみたい。

Aは、元来、温厚で、協調性があり、大人しい優しい循環性性格傾向であったが、単身赴任が契機となって、飲酒量が増えた X- 4 年頃から、飲酒後酩酊状態となり妻との口論などで不和が始まり、妻に手を出すこともあった。このことについて A は、「酒さえなければよいと思う。妻を叩いてからは、お酒は控えていた。そのため、妻も自分も元の生活に戻れると思っていた」と述べている。

その後、X- 1 年に B 病院で入院加療を受けるようになった。B 病院を退院後は妻と別居し、程なく再飲酒が始まり、アルコール依存症の診断のもと、現在、C 病院に入院中である。

そこでまず、C 病院を受診した時点での A の状態を、WHO の診断基準<sup>1)</sup>（全体の疾患概念を 5 桁で分類、項目は割愛）に照らしてみると、F10.25 となり、アルコール依存症と診断できる（F：精神および行動の障害、1：精神作用物質使用による精神および行動の障害、0：アルコール、2：依存症候群、5：持続的使用。ただし、小数点以下のコード（4 桁目、5 桁目）は、臨床症状が変化した場合、変更される）。

次に、B 病院入院後の臨床症状の様子を診ていく時、生活態度と病状観察の観察記録が大変参考になる。この観察記録によると、人間関係面や集団生活の適応性でやや改善があるものの、治療に対する態度は「無視・無理解」、「怒り易い」、「反抗刺激的」。活動性で「不活発」、「無為」と評価されている。特に、怒り易い（爆発的で、怒ったように語気を荒げる）という点は、診察中の問診や心理テスト施行時にも確認された。つまり、A の人格（性格）傾向に変化が起きていることが強く示唆された。

アルコール依存症者の人格（変化）の特徴<sup>5-6)</sup>としては、①自我脆弱性の亢進、②刺激増幅性の亢進、③場依存性の亢進、④神経質の4つの因子がよく知られている。Aに認められる人格の変化は、4因子が多少にかかわらず認められ、心理的葛藤の処理に困難を来している（看護評価では、「精神症状は妻との離婚話、仕事などの不安でいつもイライラ状態である。落ち着きがなく何事にも逆上しやすいとされている」。などからも支持される）。

また、今回施行した心理テスト（CMI）で、特徴的であったのは、質問内容の「ちょっとしたことが癪にさわって腹が立つか?」、「自分のおもうようにならないとカッとなって怒るか?」の質問にすべて「いいえ」と即答したことである。

結果は、領域Iであった。領域Iは、情緒的にはほぼ正常（神経症である可能性は低い）と判断される。またプロフィールに見られる自覚症状として、身体面は目と耳、消化器系、筋肉骨格系などが軽度。疲労度、習慣も軽度。精神面では、不適応（軽度）という結果であった。

この結果の解釈として、プロフィールを参照すると、身体面の自覚症状や精神面の自覚症状は、どれも軽度であった。しかし、「怒り」や「敏感」などの項目に当てはまるもの（感情を害しやすいか、すぐカッとなるかなど）は、検査実施中に時折態度に表れていたが、Aはそれらの項目のほとんどについて「いいえ」と回答していた。足の痛みなどの身体症状についても、Aは「いいえ」と回答した。

本検査は器質的異常の発見のためのものというよりは、あくまでAが心身機能の異常をどのように受け止めているかを測るためのものである。この結果が、そのまま現在のAの状態に当て嵌まっているとは言い難く、実際よりも好ましく見せようとする構えがあるのか、もしくは症状に対してほとんど無自覚となっていることが思慮された。いずれにしても、以前の性格傾向が変化をしてくれていることが窺えた。

そこで、絵画欲求不満テスト（P-F study）を施行した。

結果の解釈では、集団一致度 = 54%で、年齢の標準58%と比較してみると少し低い程度であるが、細部を見て行くと偏りがみられた。

プロフィール欄を見て行くと、i（自責固執反応）とe（他責固執反応）が高く、欲求不満の原因を自分に求め、自分の力でどうにかしようとする一方、他人に依存し、庇護してほしい、助けてほしいといった気持ちも同時に強く持っている。

超自我因子欄からは、素朴な攻撃傾向の低さや、自己非難の気持ちの強さが窺われた。反応転移分析欄を参照すると、検査の前半に多く診られていたi（自責固執反応）は、後半でm（無責固執反応）に転移しており、自己非難、罪償感は薄れ、欲求不満場面において率直な表明を避けたり、ただ不可避な事態であるから時の流れに解決を任せようという心構えに変化しているようである。

上記のことをまとめると、Aは、欲求不満場面において、率直に敵意や攻撃性を相手にぶつけたり、必要に応じて正しく主張することは困難で、他者に依存し、庇ってもらいたい、問題解決を図ってもらいたいと強く望み、それと同時に自分自身にも原因がある、罪滅ぼしをしようといった罪償感、自己非難の気持ちも強く感じるようである。社会に適應するために必要な主張性は乏しく、自分や他人への非難の気持ちを内に持っており、ストレスを溜め

込みやすいのではないと思われる。

これらのことから、Aには、アルコール依存症者によくみられる、攻撃性の強い外罰型（いわゆる理性の欠落、易怒性、攻撃性の亢進）と、少なからず小心内省的な内罰・依存的な性格傾向<sup>7-9)</sup>が同時に認められ、元来の性格の変化を来していると判断できると思われる（アルコールによる脳障害やアルコール依存症による心理変化としての性格変化であるため、断酒の継続、状況の変化や時間の経過などにより可逆性であるとも判断できる）。

さて、アルコール依存症者の認知障害<sup>10-14)</sup>については、特有な疾病否認、状況判断力の低下や記憶障害と相関しない自発性欠如や病識欠如との関連から前頭葉機能低下が示唆されている。脳形態学的変化として、前頭葉の両側対称性萎縮、側脳室と第3脳室の拡大などとの関連性が指摘されている。Aに、上記のような前頭葉機能低下による、認知障害（特有な疾病否認や自発性欠如など）が存在したかどうかについては、C病院の診察録・看護記録や検査から肯定的で、診察時の問診や検査などから、程度は不明であるが、現在も存在することは否定できないと思われる。

一般に、アルコール認知症は狭義にはコルサコフ症候群<sup>12,14)</sup>を、広義にはアルコール関連認知症を指すとされている<sup>1,13)</sup>（WHOの診断カテゴリーには、コルサコフ症候群やアルコール性認知症が含まれる。しかし、アルコール認知症は、従来よりその疾病学的な位置づけが議論され、独立した疾患としては認められていないとの見解が支配的である）。そこで、Aに、コルサコフ症候群が存在するかについて検討する必要があると思われる。

コルサコフ症候群とは、ウエルニッケ脳症<sup>10,13)</sup>（ビタミンB1欠乏）後に見られることが多く、その症候は健忘、失見当識、作話によって特徴づけられる。

健忘は、記憶障害のうち長期記憶に比べ短期記憶の障害が強いが、即時の想起能力は保たれている。時間、場所の見当識が障害され、しばしば荒唐無稽な作話が診られる。しかし、アルツハイマー型認知症のように知的機能全般が障害されるのではなく、遠い過去の記憶や読字、計算などのような記銘力以外の知的能力はほとんど障害されないために、ごく日常的な会話の範囲では周囲の者も気付かないことも多い。作話は長時間続くことはなく、軽症であれば記憶障害も回復することがある。

Aにおいては、まず、三宅式記銘力検査をみると、有関係対語、無関係対語とも、認知症高齢者群レベルの成績であった。学習効果はみられず、記銘力は年齢相応のものよりもかなり低かった。また、解らない問題があると、Aも違うと解っているながら、自身が思いついた単語を何かしら適当に回答し、そして3施行とも同じ誤答が続いてしまうことが頻繁に診られた。これらのことは、記銘力障害と作話様の症状とも考えられた。また、見当識としては、心理テストのMMSEやHDS-Rでは、日にちや曜日には誤答し、時間的見当識は不良であった（しかし、对人的見当識、場所的見当識、空間的見当識などは良く保たれていた）。

その他の問診や心理テストでは、知的能力は、ほぼ平均程度に保たれていた。

脳形態学的変化として、ウエルニッケ脳症では、CT像で第3脳室の拡大がみられ、その周囲には左右対称性の低吸収領域が特徴的であるが、コルサコフ症候群になると左右対称性の低吸収領域がなくなり、第3脳室の拡大像のみとなることが知られているが、今回の入院時のCT像では右側頭葉（右海馬を含む）の萎縮のみで、その他の所見はみられなかった（コ



ルサコフ症候群の診断には、MRI で、乳頭体や視床内側部に高信号域を認める必要があるが、今回は、MRI 検査は実施していない。また、側頭葉の萎縮の左右差については、前頭側頭葉型認知症<sup>15)</sup>、大脳皮質基底核変性症<sup>16)</sup>、嗜銀顆粒性認知症<sup>17)</sup>などが、鑑別診断として挙げられるが、いずれも症状や経過が異なっている)。

このように、症状の特徴がコルサコフ症候群に類似(特に、記銘力以外の知的能力はほとんど障害されないなどの点)しているようでもあるが、異なる所見もあり確定は出来ないと思われる。

最後に、精神病理的側面から診た場合、Aは、離婚はしたくないとの思いが強く、今回の入院も、アルコールを断ち、以前の妻子との生活に戻るため自分で決心したと述べている。しかし、妻からAに対して離縁請求訴訟が申し立てられていることは事実であり、Aは強い心理的葛藤と対峙している状態である。

このような心理状態に長期間曝され、解決の糸口が見えないとき、しばしば解離性障害、特に解離性健忘<sup>18)</sup>が出現することはよく知られている。解離性健忘は、エピソード記憶の古典的な機能障害であり、手続き記憶は障害されず、コルサコフ症候群のような健忘症候群における記憶保持に関する問題は認められず、新たなエピソードや情報を学習することに支障はない病態である。

さらにこの病像は、いわゆる物忘れや疲労では説明できない最近の重要な出来事の逆行性健忘であり、婚姻問題などのストレスの強い性質の出来事に関係したことの部分的あるいは完全な健忘であったが、日常生活(金銭管理を含む)には支障はなかった。このことは、「離婚訴訟など自分の都合の悪いことは記憶していない症状がある」という記載とも一致する。また、病院内で、Aと弁護士との間で、離縁請求訴訟などについて話し合いがもたれているが、後日の診察では、弁護士の名前や用件について覚えていないと発言していることから支持される。

以上の事から、Aは、アルコール依存症に罹患し、可逆性の可能性がある人格変化を来している。認知機能については、コルサコフ症候群類似の部分的健忘があり、同時に、解離性障害(健忘)を併発している可能性も考えられる。

ところで、Aの回復の可能性については、現在、完全な断酒のもと入院加療が継続されている。そのため、X-1年のコース立方体検査の結果が粗点80点から、X年の検査では、粗点91点、IQ = 94と平均水準まで回復している。また、HDS-Rは、X-1年21点から、X年の23点と回復している。

さらに、CT像では、平成X-1年の前頭葉の著明な萎縮は、X年の検査では診られていない等の根拠から、回復の可能性は残っていると思われる。

## 文献

- 1) World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders clinical descriptions and diagnostic guideline. 1992 (融道夫, 中根允文, 小宮 山実 (監訳): ICD-10 精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院, 東京, 1993)

- 2) アルコールの疫学—わが国の飲酒行動の実態とアルコール関連問題による社会的損失. 尾崎米厚：別冊・医学のあゆみ 43-47, 2016
- 3) 松下幸生, 樋口 進：アルコール依存における自殺防止. 臨床精神薬理 9 1569-1576, 2006
- 4) 松下幸生, 丸山勝也：アルコール依存と認知症. からだの科学 251 39-44, 2006
- 5) アルコール中毒患者と家族のための 50 章. 本間修：太陽出版, 愛知. 1983
- 6) アルコール中毒患者の人格特性に関する研究. 村山登, 福島正治：北海道教育大学紀要 21 (1) 44-53, 1970
- 7) THI からみたアルコール依存症入院患者の特徴. 佐々木裕子, 影山隆之, 山田耕一：こころの健康 Vol.7, No.1 62-66, 1992
- 8) アルコール依存症の内観心理療法, 堀井茂雄：岡山医学会雑誌 99 443-465, 1987
- 9) アルコール依存の社会病理 大橋薫 (編). 星和書店, 東京. 1980
- 10) アルコール依存症に併存する認知症, 松下幸生, 松井敏史, 樋口進：精神誌 112 (8) 774-779, 2010
- 11) アルコール関連脳神経障害：松井敏史, 神崎恒一：医学のあゆみ 254 913-918, 2015
- 12) アルコールと神経障害, 鈴木裕：日大医学雑誌 70 (3) 150-154, 2011
- 13) アルコールを中心として 栄養障害 (ビタミン B1 欠乏症等アルコール関連). 鈴木貴浩：日大医学雑誌 77 (5) 309-312, 2018
- 14) アルコール関連の諸問題, 松井敏史, 横山 顕, 松下幸生他 日老医誌 53 304-317, 2016
- 15) 前頭側頭葉変性症の病態生理学的メカニズム. 東晋二：東医大誌 78 (11) 16-21, 2020
- 16) 大脳皮質基底核変性症 (CBD) について. 森松光紀：59 (9) 455-460, 2005
- 17) 嗜銀顆粒性認知症の鑑別診断. 齊藤祐子：最新医学 68 (4) 820-826, 2013
- 18) 解離性健忘の神経基盤. 菊池大一：高次脳機能研究 31 (3) 319-327, 2011

## 付表

X 年、知能検査、心理学的検査及び画像検査を施行したものの一覧  
〔「」内に簡単な説明を加えておく〕

<p>1. Mimi-Mental State Examination (MMSE、MMS) で 25/30 点 「国際的認知症のスクリーニングテストであり、結果は 25 点で、A は認知症による認知障害の可能性は低い。ちなみにカットオフ値は 23/30 点である (23 点以下が認知症の疑い)。」</p> <p>2. HDS-R 結果 23/30 点 「日本で良く使用される認知機能検査。結果は 23 点であり、改訂長谷川式簡易知能評価スケールでは認知症の疑いは低い (20 点以下は認知症の疑い)。」 参考までに、X- 1 年、B 病院で施行の結果は 21 点であった。</p> <p>3. 三宅式記銘力検査 (言語性) 正当数は、第一回目 (有関係対語 3、無関係対語 0)、第二回目 (有関係対語 4、無関係対語 0)、第三回目 (有関係対語 4、無関係対語 0) 「三宅式の結果、有関係対語、無関係対語とも、認知症高齢者群レベルの成績であった。解らない問題があると、A の違うと解っていないながら、自身が思いついた単語を何かしら適当に回答し、そして 3 施行とも同じ誤答が続いてしまうことが頻繁に診られた。学習効果は観られず、記銘力は年齢相応のものよりもかなり低かった。」</p> <p>4. CMI 健康調査表 (コーネル・メディカル・インデックス) 「CMI は領域 I。領域 I は、情緒的にはほぼ正常 (神経症である可能性は低い) と判断される。またプロフィールに見られる自覚症状として、身体面は目と耳、消化器系、筋肉骨格系などが軽度。疲労度、習慣も軽度。精神面では、不適応 (軽度) という結果であった。」</p> <p>5. ウェクスラー成人知能検査 改訂版 (WAIS-III) IQ: 全 IQ = 95。 観察: 2 時間前後要することを伝えると「長い、何も聞いていない」と苛立った様子を見せる。検査に入ると、問題を覚えきらなかった際に「あ、何て」と声を荒げたり、終盤で「あと何分位ありますか」と怒ったように尋ねてくるのが何度かあったが、検査問題を提示するとスムーズに取り組むことが出来ていた。 結果: IQ: 全 IQ = 95、言語性 IQ = 96、動作性 IQ = 95 群指数は言語理解 = 93、知覚統合 = 101、動作記憶 = 98、処理速度 = 66。 各下位検査評価点 (平均 10、ISD=15) S、W は個人内の強み、弱み。 言語性: 知識 8、数唱 10、単語 8、計算 11、理解 9、類似 10、語音整列 8 動作性: 絵画完成 11、絵画配列 10、積木模様 8、符号 6、記号探し 2 (W)、行列推理 12 (S) 解釈: 全 IQ = 95 (91 ~ 100 の間と推察される) であり、DSM の基準では平均レベルに相当する。これは、100 人中、下から 37 番目に位置するくらいの成績である。4 月 22 日実施のコース立方体組み合わせテストの結果 (IQ = 94) とも矛盾しないものであった。 個人内の能力のディスクレパンシーは統計的に有意で、群指数間では知覚統合 &gt; 言語理解・動作記憶 &gt; 処理速度であった。 下位検査では、行列推理が有意に高く、視覚情報の処理力、抽象的な推理能力が A の中で比較的高いようで、同年齢群の平均よりも優れていた。一方、記号探しは有意に低く、素早い情報処理が苦手であることが示唆されたが、記号探しの実施中、細部へのこだわりがみられ粗点が 2 と低くなった。</p>
---



その他言語理解能力、計算力、状況理解力、一般的知識、注意集中力などは、同年齢群の平均程度の能力を有しているものと思われた。

6. コース立方体組み合わせテスト 粗点 91 点で、IQ = 94。

粗点 91 点「コース立方の結果 A は、粗点 91 点で、IQ = 94 である。DSM の基準では平均水準に相当する。精神年齢は 15 歳 1 ヶ月、修正生活年齢は 16 歳 0 ヶ月であった。高齢者に本検査を行った場合の粗点は、75 点以上は優れている、35 点以上は正常、20 点以下は認知症レベルである。

観察・所見：本検査実施前は、「早く帰らないといけない」、「後何分ですか」と声を荒げる様子が見られたが、問題に取り組んでいる時間は静かに集中していた。途中で時間切れになった問題もいくつかあったが、最後まで仕上げますかの声掛けに「やります」と頷き、続行された。

結果は平均水準であり、基本的な知的能力、特に視覚的な構成・統合力、吟味判断力は保たれているようである。

7. P-F study

「集団一致度 = 54% で、年齢の標準 58% と比較してみると少し低い程度であるが、細部を見て行くと偏りがある。」

8. 画像検査

X 年施行の頭部 CT 検査では、右側頭葉が明らかに左右差をもって萎縮していた（右海馬部の萎縮）。しかし、び慢性の脳萎縮（大脳皮質）、視床内側、小脳などの萎縮は認められなかった。また、明らかな脳梗塞・出血所見などは認められなかった。

(X-1 年時の検査で、CT 検査は次のような結果であった。前頭葉、側頭葉に萎縮著明。特に左側頭葉が著明。明らかな濃淡の差はない。両側海馬の萎縮、特に右が著明)。

(参考までに、X-1 年に施行された知的・心理検査を下記に示す)。

・ HDS-R は 21 点。

・ 内田クレペリン精神検査

(非健常群 (ものごとの処理能力や速度：いくらか不足、一方づいた特徴がつよく、特異な行動が出やすい))。

・ コース立方体組み合わせテストは粗点 80 点。