

## 記憶療法の治療仮説

勝 俣 暎 史

### Therapeutic Hypothesis on Memory Therapy

Teruchika KATSUMATA

(Received May 24, 1993)

The systematic attempts to remedy memory problems for brain-injured patients by the use of mnemonic strategies originated in the studies by Luria, Patten, and Jones. After these pioneering studies, Lewinsohn et al., Glasgow et al., Katsumata, and Wilson conducted further tests on the efficacy of the use of mnemonic strategies for brain-injured patients. Katsumata also attempted to use of mnemonic strategies as a therapeutic technique for various persons with psychogenic problems: school refusal, underachievement, mutism, stuttering, tic, irritable colon syndrome, gastric ulcer, anthropophobia, and so on. Katsumata named these therapeutic techniques "memory therapy" and hypothesized that this technique could be used to enhance self-esteem in a variety of psychogenic patients by developing cognitive, social, physical, and vocational-economical competence and by reducing their threats. Memory therapy can be an effective technique not only for patients with memory problems but also for those with various psychogenic problems.

**Key words:** memory therapy, mnemonic strategy, hope, sense of competence

#### はじめに

記憶術ないし記憶技法 mnemonic techniques を心理的障害の治療に適用しようとする試みは、脳損傷後遺症患者における記憶障害の治療を目的にして開発された。Glasgow (1977) はこの分野における従来の研究について、次のように指摘している。

臨床神経心理学への関心が増しているにもかかわらず、脳損傷 brain damage に起因する心理的障害の治療はほとんど進んでいない。記憶障害は脳損傷を受けた人々には一般的に認められる問題であるとともに、脳損傷後の適応困難を伴いやすい (Lewinsohn & Graf, 1973)。脳損傷を受けた人々の記憶機能を修正するための系統的な試みとしては、組織化された、想起を回復するためのキューイング法 (手がかり付与法 cuing strategy) を使用したもの (Luria, 1963)、無関係な項目リストの記憶成績を改善するためにかけくぎ法 peg system を使用したもの (Patten, 1974) および対連合の語のリスト想起を改善するために視覚的イメージ法 visual imagery technique を用いたもの (Jones, 1974) などがある。

これらの先駆的研究に触発されて、1970年代の後半から、Glasgow (1977)、Lewinsohn (1977) および勝俣 (1977) などの研究が報告された。1980年代に入ってから、Wilson らの一連の研究が報告されるなど、研究者の数も増加するとともに、実験室的研究から臨床的・実証的研究への移行の兆しも認められる。Wilson (1987) は、数年間の彼らの研究成果を中心として、「記憶のリハビリテーション」 Rehabilitation of Memory を出版している。勝俣はこの期間に、記憶術の諸技法の訓練 memory training を媒介にした治療法が、頭部損傷後遺症患者などのように、脳の器質

的障害をもつ患者のみならず、登校拒否、場面緘黙、吃音、チック、抑うつ反応、心因性痙攣、心因性胃潰瘍などの心因性的の問題をもつクライアント（患者）に対しても効果があることを実証しており、その対象を、非行少年の再適応援助や学業不振の治療的援助などにも拡大し、記憶術あるいは記憶技法を媒介とした治療法を「記憶療法」memory therapyと命名している（1977, 1981, 1982, 1986, 1989）。その後、記憶療法の適用方法の改善によって、それまで適用が困難であった対人恐怖症の治療への適用の可能性を見出している（勝俣, 1992b）。

本論文は、筆者が開発しつつある「記憶療法」の諸経験を統合し、理論的基礎を明確にすることによって、「記憶療法」の治療仮説を提示することを意図したものである。

## 1. 記憶療法の定義

記憶療法 memory therapy ということばは、文字通りに解釈するならば、何らかの原因のために記憶障害をもつ患者（クライアント）の記憶を改善ないし修正する治療法であると定義することができるが、筆者が意図している記憶療法とは、「ギリシャ、ローマ時代からの古い歴史をもつ記憶術ないし記憶技法の訓練を媒介にして、記憶を含む認知的コンピタンスの開発を図るとともに、社会的コンピタンス、身体的コンピタンス、一般的自己評価などの諸コンピタンスを開発し、クライアント（患者）が自ら希望への通路を発見し、歩んで行けるように援助することに主眼を置いた心理療法である」と定義することができる。記憶の改善に主眼を置いた記憶療法を狭義の記憶療法とするならば、筆者が意図している記憶療法は広義の記憶療法として位置づけられる。

## 2. 記憶療法の背景的理論

記憶療法の背景的理論を支える概念として、筆者は「希望」hopeという概念を重視している。前述したように、記憶療法はクライアント（患者）の希望への通路を自らが発見し、歩んで行けるよに援助することに主眼を置いた心理療法として位置づけられるからである。したがって、記憶療法と希望との関係を明確にするために、希望の概念および希望の構成成分について論及することとする。

### 1) 希望の概念と希望の構成成分

希望とは、「将来ないし未来において、望ましい何かが実現ないし達成されることについてこいねがい、望むことであって、期望（期待して望むこと）、祈望（祈り願うこと）、企望（くわだてのぞむこと）、冀望（こいねがい、記すこと）を包含するものである」（勝俣, 1990；1992a）と定義することができるであろう。

### 2) 希望の構成概念

希望を構成する成分について最初に言及したのはFarber（1968）である。彼は、希望はパーソナリティ要因（有能感）と状況要因（脅威）の交互作用の結果であるとして、次のような関係式を示している。

$$H = f(C/T)$$

hope = 希望	sense of competence = 有能感
function = 関数	threat = 脅威（ストレス, 圧迫）

この式は、数学的には問題を含んでいるが、希望 (H) は有能感 (C) の水準と正比例し、脅威 (T) の水準と反比例することを示したものである。

3) 希望の公式からみた心理療法の対象と課題

Farber の希望の公式は、自殺の発現を規定する基本的成分を明確にするために提示されたものであって、カウンセリングや心理療法の理論として提示されたものではない。しかし、彼の提示した公式はカウンセリングや心理療法の理論的枠組みとしても、極めて重要な視点を示唆しているといえる。

彼の公式を筆者なりに敷衍すると、われわれが心理臨床の対象とするクライアント (患者) は、問題の如何にかかわらず、希望の水準が低下ないし萎縮した状態 (h) にあると解釈することができる。この希望の水準の低下ないし萎縮した状態とは、有能感の水準の低下ないし萎縮 (c) と脅威の水準の上昇ないし拡大 (T) に起因するといえる。しかし、希望の水準が極度に高い状態 (H) ないし有能感の水準が極度に高い状態 (C) や脅威が殆どない状態 (t≒0) も必ずしも健康な状態にあるとはいえないであろう。したがって、心理臨床の課題として次のような諸点を挙げることができる。

- (1) カウンセリングおよび心理臨床の根源的な目標は、個人ないし集団の希望の水準を適正な水準に回復できるように援助することにある。
- (2) 希望の水準を適正な水準に回復できるように援助するための一つの中核的な視点は、個人ないし集団の有能感を適正な水準に回復できるように援助することにある。
- (3) 希望の水準を適正な水準に回復できるように援助するための第2の中核的な視点は、個人ないし集団に及ぼしている脅威の水準を軽減できるように援助することである。

上記の関係を Farber の希望の公式によって図示すると図1のようになるであろう (図中 T 成分における T → t → T の記号は、他者からの人為的・一時的な保護的援助を含む脅威の軽減の程度を意味している)。

記憶療法は、上記の心理療法の課題を達成することにおいて有利な側面をもった心理療法の一つであると考えられる。

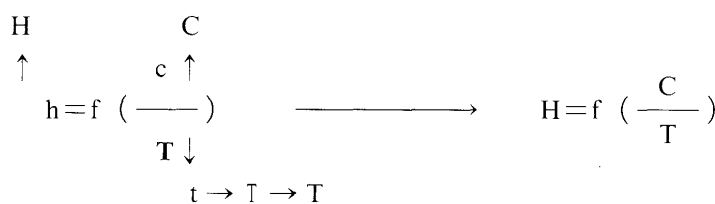


図1 心理臨床の目標

3. 記憶療法の治療仮説

記憶療法に限らず、心理臨床の基本的課題の一つは、上述したようにクライアント (患者) の萎縮した希望の水準を適正な水準にまで回復できるように援助することにある。換言すれば、有能感の水準を適正な水準に改善できるように援助すること、および脅威の水準を軽減できるように援助することである。そのためには、「有能感」および「脅威」の概念についてより明確に捉え

ておく必要がある。

### 1) 有能感を構成する5つの因子

Farber (1968) は、有能感を White (1959) が用いたものと同じ概念として採用した。White は有機体の主体的・能動的な適応行動を説明する概念としてコンピタンス competence (能力, 有能性, 有能さ) という概念を導入し, それを「環境と効果的に相互作用する有機体の能力」と定義づけた。したがって, 有能感とは「有機体の能力が, 環境との相互作用の中で有効に作用しているという実感」として捉えることができるであろう(勝俣, 1992a)。また, White が提示したコンピタンスの概念を測定可能にしたのは Harter (1982) である。彼女は「児童の認知された有能感尺度 Perceived Competence Scale for Children」に関する研究において, 児童の認知された有能感の下位因子として4因子(認知的コンピタンス, 社会的コンピタンス, 身体的コンピタンスおよび一般的自己評価)を抽出した。勝俣(1992a)は, 児童・生徒の場合には上記の4因子で十分であるが, 青年期以降の対象においては他の因子(職業・経済的コンピタンス)を加える必要があることを指摘している。表1は, 上記の5つのコンピタンス因子を筆者なりにまとめたものである。

表1. 有能感を構成する5つの因子

コンピタンス	内 容
認知的コンピタンス	知覚, 言語 (言語理解, 言語の使用), 思考 (判断, 決定, 推理, 課題の発見と解決), 注意, 記憶 (短期記憶, 長期記憶), 学習, 計画などの能力
社会的コンピタンス	対人関係における基本的能力: 自己開示性, 友好性, 協調性 対人関係の範囲: 父母, きょうだい, その他の家族, 友人(同性, 異性), 教師, 同僚・上司, 隣人, 知人など
身体的コンピタンス	身体的形態・器官, 運動能力, 身体的健康
職業・経済的 コンピタンス	進路選択 (進学・就職), 職業生活 (責任感, 勤勉性), 経済生活 (収入の確保, 金銭管理) 上の能力など
一般的自己評価	一般的自己評価における基本的能力: 愛情, 受容および承認体験を得られる能力 (他者からも, 他者に対しても, 自分自身に対しても) であり, 上記の4つのコンピタンスの統合されたもの

### 2) 脅威を構成する5つの因子

Farber は, 前述のように, 希望を構成する成分として有能感と脅威の2つの成分を挙げ, 「有能感」をパーソナリティ要因とし, 「脅威」を状況要因として位置づけている。彼によれば, 「脅威」は有能感との交互作用において希望の一因をなすものであり, 最小限に自分を受容して生き続けることを脅かすような脅威の程度である。愛する人の喪失や失恋, 財産や地位の喪失や病気による後遺症などは, みな最小限に受容できる存在を維持する能力を危機にさらすところの脅威である」としている (Farber, 1968)。「人が何を脅威と認知するかは, 部分的には人のもつ有能感の程度によって決定される故に, 脅威と有能感は重複する部分もあるが, 脅威の変数を一定の文化に対する社会心理学的脅威尺度によって定義づけるならば, 脅威と有能感の変数を独立しておくことができる」と述べている。したがって, 「脅威」の概念は, Lazarus の指摘した「ストレス」stress の認知説の概念とほぼ同義として捉えてもよいであろう。

表 2. 脅威を構成する 5 つの因子

脅威	内 容
認知的コンピタンスに対する脅威	知覚, 言語, 思考, 記憶, 学習, 注意などの能力や有能感を脅かすストレス (圧迫) や障害・疾病など
社会的コンピタンスに対する脅威	配偶者の死亡, 近親者の死亡, 親友の死亡, 結婚, 夫婦別居, 離婚, 失恋, 新しい家族メンバーの加入, 夫婦の口論回数の増加, 子どもの離家, 職場の上司とのトラブル, 家庭・学校での対人関係のトラブル (いじめなど), 転居・転校など
身体的コンピタンスに対する脅威	妊娠, 性生活の困難, 睡眠習慣の変化, 食生活の変化, 怪我や病気による後遺症, 身体的ハンディキャップなど
職業・経済的コンピタンスに対する脅威	失業, 退職, 引退, 合併・組織替えなど勤め先の変化, 転勤・配置換え, 仕事上の責任の増大, 借金など
一般的自己評価に対する脅威	刑務所などへの収容, 法律違反, 他者からの非難・叱責・過度の期待, 病気, 職業上の失敗・困難, 経済的困難, 進路の喪失など

(注) Holmes & Rahe (1967) の社会的再適応評価尺度 (SRRS) を参考にした。

筆者なりに「脅威」の概念を提示するならば、「脅威とは、適正な有能感の水準を維持することを脅かす作用をもたらす状況要因であり、有能感を構成する 5 つの因子と対応した 5 つの因子が想定され、ストレスの概念をもって置き換えることもできる」といえる。したがって、脅威を構成する因子としては、(1) 認知的コンピタンスに対する脅威、(2) 社会的コンピタンスに対する脅威、(3) 身体的コンピタンスに対する脅威、(4) 職業・経済的コンピタンスに対する脅威、(5) 一般的自己評価に対する脅威の 5 つを挙げることができる (表 2)。

### 3) 記憶療法の治療仮説

記憶療法の基本的な治療仮説は、記憶術ないし記憶技法の訓練を媒介にして、クライアント(患者)が自らの萎縮した希望の水準を拡大できるように援助することにある。そのためには、クライアント(患者)が萎縮した有能感を拡大し(有能感の拡大機能)、脅威の水準を軽減できるように援助すること(脅威の軽減機能)が必要条件である。より具体的に示すならば、以下のような治療仮説を設定することができる。

#### A. 有能感の拡大機能 (C 仮説)

- (1) クライアント(患者)は、記憶術ないし記憶技法の訓練を媒介にして、「認知的有能感」を拡大することができる(視覚的イメージ力の増進、記憶成績の向上、柔軟な認知様式の獲得、注意力の獲得、言語的表現力の獲得などを通して)。
- (2) クライアント(患者)は、セラピストとの交流を通して、「一般的自己評価」の一部を修正ないし改善することができる(他者に対する優越感の獲得、劣等感の軽減・解消、情緒的安定感<愛情, 受容, 承認の要求の充足>の獲得など)。
- (3) クライアント(患者)は、記憶術ないし記憶技法の訓練における体験(記憶における好成績を含めて)を家族や他の人々に披露することによって「社会的有能感」を獲得することができる(親子関係, きょうだい関係, 友人関係などの人間関係の改善)とともに、そのことによって「一般的自己評価」を高めることができる。
- (4) クライアント(患者)は、前述の「認知的有能感」の獲得、「一般的自己評価」の部分修正、「社会的有能感」の獲得を通して、「身体的有能感」を獲得できる(視覚的イメージ作成への注意集中による囚われからの解放, 自己評価の修正・改善, 対人関係の改善か

らくる緊張の軽減・除去<身体的リラクセーション機能>).

- (5) このような有能感の拡大の連鎖は、クライアント（患者）の有能感の一層の拡大連鎖を生み、クライアント（患者）のコンピタンスの総体としての「一般的自己評価」を高め、「希望への通路」における前進（時間的展望の拡大）を可能にするであろう。

#### B. 脅威の軽減機能（T仮説）

記憶療法によって「有能感」を構成している5つの因子が相補的に拡大ないし獲得されることが仮定されるが、有能感が拡大ないし獲得されることは、換言すれば、5つのコンピタンスに対する脅威が軽減されることを意味するとともに、新たに加えられる脅威に対する耐性が形成されているために、脅威の強さを最小限に食い止めることを可能にするであろう。このような意味で、記憶療法は脅威の軽減機能をもつといえるであろう。

### 4. 心理療法における記憶療法の位置づけ

現在のわが国において心理療法家が用いている心理臨床の技法には種々なものがあるが、それらの心理臨床の中で記憶療法はどのように位置づけられるであろうか。

河合隼雄（1977）は、「心理療法には実に多くの技法があるが、そのうち特定の学派と結びついているものと、一般的に多くの学派に共通するものとがある。また、個人療法と集団療法とがある」と述べている。また、河合（1989）は、心理療法における二律背反性に注目し、心理療法の技法の次元として、(1) 治る—治す、(2) 心—体、(3) 個—集団、(4) 言語—非言語、(5) 期限限定—無期限、(6) 病理の程度の6つを挙げ、それらに該当するいくつかの代表的な技法を提示している。鑑ら（1991）は、心理的援助技法の主なものとして、カウンセリング、行動療法、催眠療法、動作法、グループ技法、家族療法、遊戯療法、箱庭療法、芸術療法、内観療法、その他の技法（フォーカシング、夢分析）の12種類の技法を挙げ、「大別すれば、心理力動を中心とした立場とその技法および行動論を中心とした立場とその技法になるだろう」としている。しかし、具体的な分類は行ってはいない。福島章（1990）は治療機序の視点から心理療法を分類し、(1) 説得・指示療法（催眠療法、認知療法、論理療法、逆説療法など）、(2) 表現・創造療法（話すこと、芸術療法、箱庭療法、音楽療法など）、(3) 洞察・認知療法（精神分析療法、認知療法、創造療法など）、(4) 関係・体験療法（精神分析における転移性治療、人間学派など）、(5) 支持・成熟療法（クライアント中心療法など）の5つを挙げており（括弧内は筆者が記述の中からまとめたもの）、実際の心理療法ではこの内の複数のメカニズムが複雑に組み合わせられていたり、治療の過程の中で変化したりしながら機能しているものであると指摘している。勝俣（1990, 1992a）は、希望の概念およびコンピタンスの概念を中心にして、心理臨床の技法の位置づけを試みている。心理臨床の技法は、それぞれの拠所としている理論的背景をもっているが、より巨視的・根源的にみると、クライアント（患者）が今より少しでも「希望」をもって生きられるように、「希望の通路」を開けるように援助しようとする点では共通した目標をもっているとみなしている。また、いずれの心理臨床の技法も、人（クライアントないし患者）のもっているいずれかのコンピタンスを拠所にして、人のもつコンピタンスを可能な限り引き出し、最終的には、できるだけ多くのコンピタンスが均衡をもって活性化できるように援助することを目標としている点で共通の課題をもっているといえる。このような前提からみれば、心理臨床の技法の相違は人のコンピタンスのうち、どのコンピタンスに原初的な働きかけを行うかという相違にすぎないという見方

も可能であろう。このような視点から心理臨床において用いられている技法を区分すると以下のように分類できるであろう。ただし、福島も指摘しているように、「実際の心理療法では複数のメカニズムが複雑に組み合わさっていたり、治療の過程の中で変化したりしながら機能している」ので単純には区分できないが、あくまでも、筆者の視点からの試験的区分である（見方によっては、別の区分も可能である）。

- (1) 認知的コンピタンスに原初的な働きかけを行う心理療法の技法　精神分析、分析心理学、ゲシュタルト療法、イメージ療法、行動療法、森田療法など認知的機能の修正、学習および変容を治療の手掛かりとした技法である。記憶療法は記憶の改善やイメージ作成を通しての認知様式の修正、変容を手掛かりとしているので、この範疇の心理療法として位置づけられる。
- (2) 社会的コンピタンスに原初的な働きかけを行う心理療法の技法　グループ技法（心理劇、エンカウンター・グループなど）、家族療法、交流分析など、集団の機能ないし対人関係（出会いを含む）を活用した技法が含まれる。
- (3) 身体的コンピタンスに原初的な働きかけを行う心理療法の技法　動作療法、バイオフィードバック法、弛緩療法、ヨーガ法や太極拳など、身体的安定に手掛かりを求める技法が含まれる。
- (4) 職業・経済的コンピタンスに原初的な働きかけを行う心理療法の技法　進路相談（指導）、職業指導（相談）などの他、精神障害者の授産施設での職業訓練里親制度による職業定着指導や金銭管理指導、および管理者のリーダーシップ・トレーニングなどが考えられるが、現在のところ心理臨床の技法として必ずしも確立しているとは言い難い。
- (5) 一般的自己評価に原初的な働きかけを行う心理療法の技法　クライアント中心療法、遊戯療法、芸術療法（絵画療法、造形療法、箱庭療法、音楽療法など）など、主観的感情的な側面の受容、共感および否定的感情の表出や解放を重視する技法を挙げることができる。

以上のように、どのコンピタンスに原初的な働きかけを行うかという視点から心理臨床の技法を分類した場合には、記憶療法は認知的コンピタンスに原初的な働きかけを行う心理療法の一つとして位置づけることができる。換言すれば、認知的コンピタンスへの働きかけを手掛かりとして、その他のコンピタンス（社会的コンピタンス、身体的コンピタンス、職業・経済的コンピタンスおよび一般的自己評価）を活性化し、有能感の調和的拡大を図るとともに、脅威の水準を軽減できるように援助する心理療法であるといえる。

## 5. 記憶療法の特徴

記憶療法の基本的治療仮説や心理療法における位置づけなどについて記述した中で、すでに記憶療法のいくつかの特徴について触れてきた。ここでは、それらを含めて記憶療法の特徴を整理しておくことにする。

### 1) 記憶療法の特徴

- (1) 記憶療法は、クライアント（患者）の認知的コンピタンスに原初的な働きかけを行うことを手掛かりにした心理療法であり、有能感の調和的拡大を図ることによって、クライアントが自ら希望への通路を前進できるように援助することを目指した心理療法である。
- (2) 記憶療法は、明るく、楽しい心理療法である。記憶技法の訓練を媒介にして記憶能力が飛

躍的に促進されることによって、クライアント（患者）は非常な快感情を体験することができる。

- (3) 記憶療法は、クライアント（患者）のもつ健康な部分の開発を目指した心理療法であり、マイナス面を修正しようとするものではない。
- (4) 記憶療法は、クライアント（患者）の有能感の開発を目指しているために、クライアント（患者）は未来指向的な態度を獲得することができる。
- (5) 記憶療法を受けたクライアント（患者）は、セラピストをはじめ、家族や周囲の人々からのかつてない受容体験、承認体験を得ることができるために、情緒的安定が得られやすい。
- (6) 記憶療法は、頭部損傷のような器質的な疾患をもつ患者から種々な心因性の症状をもつクライアント（患者）まで適用可能であり、年齢的にも幼児期から老年期までの広い対象に適用することができる。
- (7) 記憶療法においては、クライアント（患者）の問題（否定的側面）を修正するための助言や忠告は、クライアント（患者）に対しても親などに対してもあまりなされない。記憶療法でのセラピストは、クライアント（患者）が自らの積極的側面（有能感）を引き出せるための援助者であり、助言や忠告によってクライアント（患者）の変化を期待する立場はとらないからである。ただし、肯定的な賞賛や助言はしばしば用いられる。
- (8) 記憶療法におけるセラピストは、クライアント（患者）の肯定的な側面に着目し、自己実現を図るための援助者であるので、両者の間には信頼感が形成されやすい。
- (9) 記憶療法を受けはじめたクライアント（患者）が、途中でセラピーを放棄ないし中断することは稀である。所期の問題が解消してもセラピーを継続したいと望むクライアント（患者）も少なくない。
- (10) 記憶療法を受けたクライアント（児童・生徒の場合）の学業成績は向上することが多い。

## 2) 記憶療法の問題点と今後の課題

すべての病気に効く薬が存在しないのと同様に、すべての問題に適用できる万能な心理療法は存在しない。記憶療法においても例外ではない。前述した十ヶ条の特徴は肯定的特徴を列挙したものであるが、記憶療法の問題点、限界あるいは未解決問題などについても明らかにしておく必要がある。以下に、現時点で指摘できる問題点、限界あるいは今後さらに検討を加えなければならない事項について触れておくことにしたい。

- (1) 記憶療法では、クライアント（患者）の否定的側面（問題点）の分析や修正に焦点を当てていないために、クライアント（患者）の問題の心理力動を解明するのには不向きである。
- (2) 記憶療法に興味をもてないクライアント（患者）ないし動機づけが困難なクライアント（患者）に対しては記憶療法を適用することが困難ことがある。記憶術ないし記憶技法を用いた治療の開拓者である Patten (1972) は、優性脳半球病変の後遺症として言語記憶障害の認められた患者 7 例に古代記憶術を適用したが、7 例中 3 例においては効果が認められなかったことを指摘している。効果が認められなかった 3 例は、アルツハイマー病 Alzheimer's disease, 第 3 脳室腫瘍 third ventricular tumor の患者と脳動脈瘤の手術後に新しい記憶が失われた患者であった。彼らは、いずれも生き生きとした視覚的イメージをつくることができず、自分の記憶障害に気づいておらず、また、その障害を改善したいという意欲をもたない患者であった。

筆者が記憶療法を適用したクライアント（患者）のうち、記憶療法の適用に困難を感じたケースは分裂病や境界例と診断された患者、情緒的混乱が著しい自殺念慮者および対人接触の困難を



訴える対人恐怖症患者であった。分裂病や境界例と診断された患者は、自己の症状への囚われが強く、記憶療法への関心が弱いために、動機づけがかなり難しい上に、記憶訓練を実施できたとしても、イメージが貧困であり、記憶成績も劣り、記憶訓練を継続することが難しかった。それらのうち、自殺念慮者および対人恐怖症の患者に関しては、記憶療法の実施方法を工夫することによって適用が可能であった。

クライアント（患者）のもつ一次的障害のために記憶療法の適用が困難な場合と二次的障害のために一時的に記憶療法の適用が困難なケースとを区別する必要があると考えられる。後者の場合（情緒的混乱が著しい自殺念慮者や対人恐怖症患者など）には、カウンセリングを先行し、情緒的安定がある程度得られた段階で、視覚的イメージのつくり方や内容に焦点を当てるなどの工夫をするとともに、記憶療法への動機づけの仕方を工夫することによって記憶療法の適用が可能であった。(3) 分裂病患者、境界例患者、アルツハイマー病をはじめとする痴呆患者、精神発達遅滞児、学習障害児などに対して記憶療法を適用することができるか否かについては、今後検討しなければならない課題である。

#### おわりに

記憶術ないし記憶技法を心理的障害の治療に適用しようとする一つの流れは、Luria (1963) や Patten (1974) などの先駆的研究に起源をもち、Wilson (1987) によって記憶のリハビリテーションの有力な治療法として体系化されつつある。この流れは、脳損傷に起因する記憶障害の治療に主眼を置いたものである。もう一つの流れは、記憶術ないし記憶技法を用いた記憶訓練を媒介にして、脳損傷に起因する記憶障害のみならず、種々な心因性の問題の改善をも意図したものである(勝俣, 1981)。筆者は、これらの記憶術ないし記憶技法を用いた治療法を総称して「記憶療法」memory therapy と命名した。

記憶療法とは、「記憶術ないし記憶技法の訓練を媒介にして、記憶を含む認知的コンピタンスの開発を図るとともに、社会的コンピタンス、身体的コンピタンスおよび一般的自己評価などの諸コンピタンスを開発し、クライアント（患者）が自ら希望への通路を発見し、歩んで行けるように援助することに主眼を置いた心理療法である」と定義づけ、記憶療法を認知的コンピタンスへの原初的働きかけを手掛かりとした心理療法として位置づけた。

心理療法の中には、精神分析のように過去を重視するものや、クライアント中心療法やゲシュタルト療法などのように「今、ここで」here and now（現在）を重視するものがあるが、記憶療法は現在から未来への変化をめざした（希望の概念、時間的展望の概念を重視した）心理療法として位置づけられることを指摘した。Luria にはじまる純粋に記憶障害の治療を主目的とした狭義の記憶療法は、30年の歴史をもつが、筆者が意図している広義の記憶療法は、十数年の経験をもつに過ぎない。したがって、記憶療法は未だ十分な体系化がなされているとはいえ、今後、システムの改善や新しいシステムの開発を必要とするとともに、適用可能な対象の範囲や適用法の検討を必要とする。

## 引用文献

- ファーバー M. L. 大原健士郎・勝俣暎史 (訳) 1977 自殺の理論 岩崎学術出版 (Farber, M. L. 1968 *Theory of suicide*. New York: Funk & Wagnalls.)
- 福島章 1990 心理療法の歴史と比較研究 小此木啓吾・成瀬悟策・福島章 (編) 臨床心理学大系第7巻 心理療法 (1) 金子書房 1-35.
- Glasgow, R. E., Zeiss, R. A., Barrera, M. JR., & Lewinsohn, P. M. 1977 Case studies on remediating memory deficits in brain-damaged individuals. *Journal of Clinical Psychology*, **33**, 1049-1054.
- Harter, S. 1982 The perceived competence scale for children. *Child Development*, **53**, 87-97.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. 1967 The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, **11**, 213-218.
- Jones, M. K. 1974 Imagery as a mnemonic aid after left temporal lobectomy: Contrast between material specific and generalized memory disorders. *Neuropsychologia*, **12**, 21-30.
- 勝俣暎史 1977 頭部外傷患者に対する記憶療法の試み 熊本大学教育学部紀要, **36**, 人文科学, 329-337.
- 勝俣暎史 1981 場面緘黙児に対する記憶療法(I) 小学校5年女児の治療例 熊本大学教育学部紀要, **30**, 人文科学, 313-325.
- 勝俣暎史 1982 場面緘黙児に対する記憶療法(II) 小学校2年女児の治療例 熊本大学教育学部紀要, **36**, 人文科学, 275-282.
- 勝俣暎史 1989 場面緘黙児に対する記憶療法(III) 中学2年女児の治療例 熊本大学教育学部紀要, **38**, 人文科学, 271-283.
- 勝俣暎史 1990 希望の心理学教育と医学, **38**, 309-314.
- 勝俣暎史 1992a 心理臨床における希望と有能感 熊本大学教育学部心理学科臨床心理学研究室未公開資料, 1-20.
- 勝俣暎史 1992b 対人恐怖を訴える女子新入社員の時間的展望テスト(TPT) 所見—治療初期と改善期の比較 日本教育心理学会第34回総会発表論文集, 428.
- 河合隼雄 1977 心理療法 依田新 (監修) 新・教育心理学事典, 金子書房, 444-445.
- 河合隼雄 1989 技法論 河合隼雄・水島恵一・村瀬孝雄 (編) 臨床心理学大系第9巻(3) 金子書房, 1-26.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. 1973 A follow-up study of persons referred for vocational rehabilitation who have suffered brain injury. *Journal of Community Psychology*, **1**, 57-62.
- Lewinsohn, P. M., Danaher, B. G., & Kikel, S. 1977 Visual imagery as a mnemonic aid for brain-injured persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **45**, 717-723.
- Luria, A. R. 1963 *Restoration of brain function after brain injury*. Translated from the Russian by Basil Haigh. O. C. Zangwill (Ed.). New York: Macmillan.
- Patten, B. M. 1972 The ancient art of memory — usefulness in treatment. *Archives of Neurology*, **26**, 25-31.
- 鎌幹八郎他 1991 心理臨床の技術のレベルと内容 心理臨床学研究, **9**, 特別号, 20-35.
- ウイルソン B. A. 江藤文夫 (監訳) 1990 記憶のリハビリテーション 医歯薬出版 (Wilson, B. A. 1987 *Rehabilitation of memory*. New York: Guilford Press.)
- White, R. 1959 Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, **66**, 297-333.