

脳損傷後のリハビリテーションにおける心理士の役割

Role of the clinical psychologist in the rehabilitation of patients with acquired brain injury

山口 加代子¹⁾

Yamaguchi Kayoko

1. はじめに

リハビリテーションにおける心理士の役割は、人生の途上で障害をもった当事者やその家族の心理面に対応することである。すなわち障害をもったことに伴う心理的負荷に対応するとともに、障害を受けとめて新たな人生を歩んでいく過程を心理的にサポートすること、そして同時に他職種によって行われるリハビリテーションの進行をチームの一員として心理的にサポートすることである¹⁾。

はたして、身体障害に対するリハビリテーションと、脳損傷後のリハビリテーションにおける心理士の役割は同一であるのか。もし同一でないとすれば、脳損傷後のリハビリテーションにおける心理士の役割の特異性とは何であろうか。本稿では、欧米および日本における先駆者達の仕事から、脳損傷後のリハビリテーションにおける心理士の役割を整理し、心理士に求められている役割について論じる。

2. 脳損傷が起こると

脳血管障害等の脳内の病気、もしくは交通事故等の事故によって生じた脳損傷の結果、運動機能障害や感覚障害、言語障害が生じることは広く知られている。しかし、同時に高次脳機能障害が生じることはあまり知られておらず、日本においてその問題が大きく取り上げられたのは平成13年である。

厚生労働省は平成13年から5年間「高次脳機能障害支援モデル事業」を行い、実態調査や定義作成、

適切なサービス提供のあり方について検討した。

このモデル事業報告によると、全国の拠点病院における職種別訓練関与時間を調査した結果、高次脳機能障害者の訓練に最も多く関与していたのが心理士であり、心理士の業務内容別関与時間はカウンセリング40.9%、訓練36.4%、評価22.7%であった²⁾。

このように、カウンセリングに最も多くの時間が割かれていたということは、高次脳機能障害者に対する心理的サポートが必要であるということに他ならない。すなわち心理的サポートは、脳損後のリハビリテーションにおける心理士の役割の一つと言える。

では、カウンセリングに次いで行われている訓練・評価における心理士の役割は、作業療法士や言語聴覚士のそれと何が異なるのであろうか。

3. 神経心理学的評価

高次脳機能障害者が自らの高次脳機能障害に気づき、評価や介入を求めてくることは極めて稀であり、家族や支援者に「脳損傷の後、なんかおかしい」と連れられて我々の前に現れることがほとんどである。時には家族ですら障害が生じている事に気づかないまま、前院や地域の支援者の勧めのもとに半信半疑で来室することも少なくない。

心理士の仕事はこのような「主訴がない」当事者・家族に対し、「何か異変が起こっているかもしれないので評価を受けてみよう」という気持ちになるよう支援するところから始まる。

評価の際には、障害に気づいていないがゆえに評価へのモチベーションが低いことだけでなく、「組織だった考え方ができず、志気を失い、将来に不安

1) 横浜市総合リハビリテーションセンター
医療部 言語聴覚・心理課

を感じ、自尊心が低くなっている」³⁾ という可能性も視野に入れ、丁寧に信頼関係を築き評価に対する同意と協力を求める必要がある。

欧米では高次脳機能障害という言葉は使われず、脳損傷者の脳機能に対する学問を神経心理学と呼んでいる。神経心理学的評価についてLezakは「神経病理学・神経解剖学と神経生理学の基本知識を含む」と臨床心理学(精神疾患や検査の理論と実践についての知識を含む)に関して、しっかりした基礎知識がなければ、いかなる問いを立てるべきか、いかなる仮説を検証するべきか、あるいはいかなる手がかりや直感を追及していくべきかを知ることはできない⁴⁾ と述べ、神経心理学的評価には神経病理学、臨床心理学双方の習得が必要であるとしている。

これらの学問的背景に立ち、神経心理学的評価を進める際には、まず第三者から得られた情報を中心に基本的な評価を進めた上で、実施可能と思われる検査の選択へと移行していくのが現実的である。すなわち1)他の専門分野、第三者からの情報 2)面接 3)行動観察法 4)心理検査 という手順で取り進めていく。

神経心理学的評価は、標準化された検査の得点として得られる「定量的評価」と、結果に至るまでの過程や遂行の形式に見られる特徴、誤りの内容など数値化が困難で、主に現象記述として表される「定性的評価」に分けられる。

Walshが「定量化はそれが可能な場合は有用であるが、神経心理学における有用な情報の大部分は定量化には向かないのである」⁵⁾ というように、神経心理学的評価は定量化に向かない現象をいかに客観的に評価するかという難題を抱えていることを忘れてはならない。

定量的評価を補う方法論として、宮森は「症状発現の状況依存性と誤りのパターンと気づきに留意し、標準化された検査の構造を損なわないように配慮しながら定性的な情報を引きだせるような工夫をすることが有用」⁶⁾ と述べ、行動と環境、行動と認知特性の双方に留意することの重要性を述べている。

また、これは最近の心理学の流れでもあるが、神経心理学的リハビリテーションの偉大な先駆者の一人であるB.Wilsonは「できなくなったことだけで

はななくできること・強みに対しても 評価する」⁷⁾ ことを主張しており、できることやその人の強みも見つけることが、その後のリハビリテーションにとって重要である。

さらにJ.Evanceが示しているように、脳損傷の結果が認知面だけでなく情動や喪失、身体面でも生じ、それらが環境要因と複雑に絡み合っている事を忘れてはならない⁸⁾。

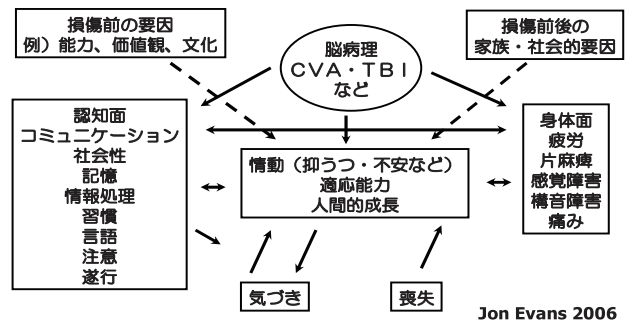


図1 脳損傷の結果「生物・心理社会的モデル」

すなわち、神経心理学的評価は神経心理学だけではなく臨床心理学・認知心理学・社会心理学・性格心理学・発達心理学など心理学が解明してきた様々な知見があつてこそ可能になる評価であると言える。言い換えれば、神経心理学的評価はこれらの学問を自らの基盤とする心理士に大きな期待がかかっているのである。

4. 神経心理学的リハビリテーション

わが国においては、高次脳機能障害に対するリハビリテーションに対して認知リハビリテーションという用語が広く定着しており、認知リハビリテーションと神経心理学的リハビリテーションの2つの用語の境はほとんどないのが現状である⁹⁾。

しかし、欧米においては、認知リハビリテーションと神経心理学的リハビリテーションは厳密には異なるとされており、認知リハビリテーションが認知機能障害を中心に扱うのに対して、神経心理学的リハビリテーションは、感情や人格、身体的障害までをその対象として含むとしている¹⁰⁾。

B.Willsonが、2004年ごろからcognitive rehabilitation という言葉よりも、neuropsychological rehabilitation という言葉を多用するようになった

のは、心理社会的な背景に配慮したリハビリテーションの重要性にその関心が移行したからだと推察される。

日本においてはまだ認知リハビリテーションという用語の方がよく用いられるが、個人的には神経心理学的リハビリテーションという用語の方が、心理士が対応すべきことがより明確になるのではないかと考えている。

日本における認知リハビリテーションの先駆者の一人である阿部順子は、図2のように心理士が行う認知リハビリテーションを認知的アプローチ・心理的アプローチ・環境への心理教育的アプローチの3つ¹¹⁾に分けて整理している。

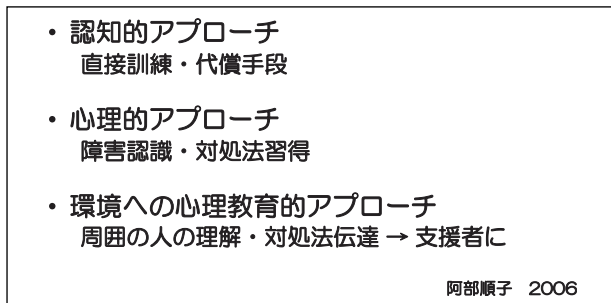


図2 心理士が行う認知リハ

阿部は心理士が行う認知リハビリテーションは当事者の認知面へのアプローチだけではなく、障害認識や障害に対する対処法の習得に関する心理的アプローチとともに、当事者が安定して生活していかなるために周囲の理解と適切な対処法が不可欠であることを明確にし、その二つに心理学的な知識や技術が必要であるとしている。

障害認識へのアプローチは、評価結果と障害のメカニズムをつきあわせて当事者が理解できるように説明されることで、知的に気づけるようになることが多い。その際、説明する側は当事者の心理状態と認知特性に配慮した上で、態度と言葉を選んで対応することが必要である。

障害の気づきはCrosssonらにより図3のような階層性があるとされている¹²⁾、当事者は評価後に行われる神経心理学的リハビリテーションにおいて、体験的気づきや予測的気づきを深めていく。しかし、前頭葉機能障害や右脳損傷がある場合は、自己意識性の低下、病識欠如といった症状も生じるため、体

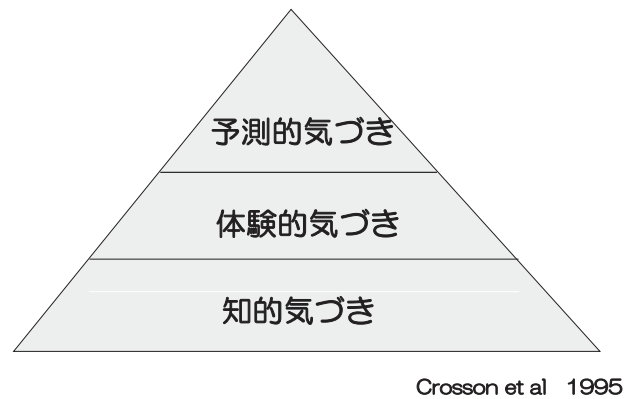


図3 自己認識の階層

験的気づきを得られにくい。

先崎・三村も「気づきはリハビリテーションの入り口であり、最大の難関である」¹³⁾と述べているように、気づきはリハビリテーションにおいて極めて重要であるが、同時に気づきを深めていくことは極めて難しいことでもある。

先崎は「高次脳機能障害者は病前の能力や社会的高状況にとらわれ、現在の自己を受け入れることができない。病前のレベルの就労や処遇を希求し、外部に攻撃的になり怒り出す。代償手段を身につけ適応的に行動する練習の場所が必要である」¹⁴⁾、「気づきの低下を治療するためには、信頼された治療関係を作り、支持的な雰囲気の中で、直面したことや失敗を取り扱うことが必要である」¹⁵⁾と述べている。

すなわち気づきへの介入は、生じている問題や障害について、その場で伝えるリアルフィードバックや、どうすればできるかをセットで提供する¹⁶⁾ことが必要であり、当事者がそれを受け入れられるためには当事者との信頼関係の構築が不可欠である。このように気づきへの介入は当事者がどのような心理的状态にあるのかを常にモニターしながら慎重に行う必要があり、ここでも心理士の臨床技術が求められている。

対処法習得に関しても、気づきを深める際と同様、どのような対処法なら受け入れられるのか、活用可能なのか、当事者の動機と感情に配慮して対処法を選択し活用を勧めていく。

環境への心理教育的アプローチは、まずは家族、所属している会社や学校・地域に対し、高次脳機能障害に対する理解を進め、具体的な対応を助言する

ことで、当事者が生きやすくなるように支援していく。

一方、家族は身体障害ではなく高次脳機能障害に対し、より強く介護負担感を感じており、その負担感の要因は①気性の激しさ、②自己中心性、③攻撃性、④余暇を持たない、⑤易疲労性、⑥動作緩慢、⑦忘れやすさである¹⁷⁾。高次脳機能障害は家族に大きな心理的負担を与える一方で、環境からの刺激をうまく処理できない当事者は家族の心理状態によって大きく左右される。

したがって、まずは家族の精神衛生のために、そして本人の支援のためにも家族への心理的サポートが欠かせない。その上で、当事者が日々の生活に適応していくためには、どのような具体的な支援が必要なのかを分かりやすく伝えていくことが重要である。さらに、家族だけではなく所属している集団・地域に対する具体的な助言や啓発活動も心理士の役割である。

5. 二次障害

脳卒中後、多くの当事者が「元気が出ない」事が知られている。太田はその理由を7項目に分けて整理している¹⁸⁾。

- ・ 生活感覚の戸惑い
- ・ 孤立化と孤独感
- ・ 獲得された無力感
- ・ 役割の変化と混乱
- ・ 目標の変更ないしは喪失
- ・ 可能性がわからない
- ・ 障害の悪化や再発の不安

大田仁史 「脳卒中後の生活」 2005

図4 脳卒中 退院後元気が出ない7つの理由

- ・ 健常者の生涯有病率 0.9~12.7%
- ・ 脳卒中後 16~72%

発症しやすい2つの時期

- 発症後1年以内 有病率 30~40%
(自分のできなさに向き合う時期)
- 発症後2~3年 有病率 30%
(機能回復が困難なことを実感し
社会的、経済的対象喪失を体験する時期)

ADLの自立度とは関連なし

図5 脳卒中後のうつ

また、脳卒中後にうつの罹患率が高い(非脳卒中者の4~5倍)ことも知られている¹⁹⁾。

一方、脳外傷者では、その27~50%がPTSDに罹患することがわかっている²⁰⁾。

**命の危険にかかわる体験がきっかけで
発症した際には
心的外傷後ストレス障害 PTSD
(post-traumatic stress disorder)
を発症することもあり、
罹患率は脳外傷の27~50%と高率であり
情動機能に対するリハビリテーションが必須**

中村俊樹 2009

図6 PTSD

このように、脳損傷者は二次障害を起こしやすく、Prigatanoはその主なものとして、不安・抑うつ・過敏性・他者への不信・絶望感・無気力・怒り・恐怖心・社会的ひきこもりを挙げている²¹⁾。

これらの二次障害は心理的反応であり、日本においては国立リハビリテーションセンターで行っている感情交流法(FFGW)²²⁾や、世界的にはニューヨークのラスクプログラムなどがこの二次障害への対応を含めた神経心理学的リハビリテーションと言えるが、いずれもその主体は心理士が担っている。二次障害に対応していくのも心理士の重要な役割であると考えられる。

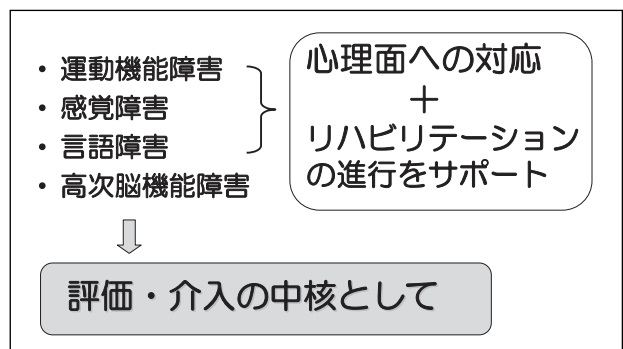


図7 心理職に求められる役割

6. まとめ

脳損傷後のリハビリテーションにおける心理士の役割は、これまで述べてきたように、神経心理学的評価とその後のリハビリテーションにおいて、当事者・家族を心理的にサポートしつつ障害認識を深め、

代償方法や環境調整を進めるという心理教育的アプローチを行うことである。

心理職は高次脳機能障害者のリハビリテーションには欠かせない職種になったとの指摘²³⁾もあるが、リハビリテーションチームに心理職が含まれていることが少ないのが現状である。

しかし、脳外傷受傷後10年以上経った方たちも社会認知に問題を抱えている割合が多く、本人・家族に対する心のケアが必要と叫ばれている²⁴⁾。

心理士は当事者・家族に直接支援するだけでなく、チームで関わるスタッフや、地域で関わっているスタッフに対し、心理学的な視点や知見を提供することで、より適切な支援が提供できるようバックアップすることもその役割である。

本稿では、高次脳機能障害がある脳損傷者に対するリハビリテーションにおいて、心理士が評価・介入の中核として機能することが求められていることを示した。今後、多くの心理士が脳損傷後のリハビリテーションに関与できること、それが可能になるための条件としての国家資格化が強く望まれる。

[第31回日本心理臨床学会

(2011年9月2日～4日、福岡市)にて発表]

参考文献

- 1) 山口加代子: 心理的サポート. 鈴木孝治他編 高次脳機能障害マエストロシリーズ(4)リハビリテーション介入. 医歯薬出版, pp91, 2006
- 2) 長岡正範: 高次脳機能障害標準的訓練プログラム 医学的リハビリテーションプログラム(概要版) 高次脳機能障害支援モデル事業報告書—平成13年度～15年度まとめ—. pp57, 2004
- 3) Ben-Yishay et al, 大橋正弘訳: 米国における神経心理学的リハビリテーション. リハビリテーションMOOK4高次脳機能障害とリハビリテーション. 金原出版, pp2, 2001
- 4) Lezak: レザック神経心理学的検査集成. 創造出版, pp78, 2005
- 5) Walsh: 脳損傷の理解—神経心理学的アプローチ. メディカルサイエンスインターナショナル, pp7, 1993
- 6) 宮森孝史: 神経心理学的検査のすすめ方, リハビリテーションMOOK4高次脳機能障害とリハビリテーション. 金原出版, pp77-88, 2001
- 7) B.A.Wilson et al: Neuropsychological Rehabilitation. Cambridge, pp1, 2009
- 8) J.Evans: Neuropsychological Rehabilitation. Cambridge, pp15, 2009
- 9) 橋本優花里: 高次脳機能障害に対する心理学的支援の展望. 福山大学こころの健康相談室紀要 1:59-67, 2007
- 10) Prigatano: Learning from our successes and failures: reflections and comments on “Cognitive Rehabilitation: How it is and how it might be”. Journal of the International Neuropsychological Society. 3(5):497-499, 1997
- 11) 阿部順子: 心理士が行う認知リハー名古屋リハの実践から. 高次脳機能研究26(3): 283-289, 2006
- 12) Crosson, B.C. et al: Awareness and compensation in postacute head injury rehabilitation, Journal of Head trauma Rehabilitation 4(3), pp46-54, 1989
- 13) 先崎 章: 高次脳機能障害に対する認知リハビリテーション. 精神認知とOT2(3): 189-195, 2005
- 14) 先崎 章: 「リハビリテーション」の、これが適切な方法です—統合失調症の認知障害との比較から—. 精神看護11(6):32-47, 2008
- 15) 先崎 章: 高次脳機能障害精神医学・心理学的対応ポケットマニュアル. 医歯薬出版, pp23, 2009
- 16) 山口加代子: 高次脳機能障害治療・支援最前線. 心理学的アプローチ. 地域リハビリテーション6(10):767-772, 2011
- 17) Hall KM et al: Family stressors in traumatic brain injury: a two-year follow up. Arch Phys Med Rehabil 75(8):876-

884, 1994

- 18) 大田仁史: 脳卒中後の生活 元気が出る暮らしのヒント. 創元社, pp28-31, 2005
- 19) 先崎 章: 精神医学・心理学的対応リハビリテーション. 医歯薬出版株式会社, pp20, 2011
- 20) 中村俊規: プロセス指向の人間性認知行動リハビリテーション 社会精神行動学的視点から. 総合リハビリテーション37(1):23-28, 2009
- 21) Prigatano: 神経心理学的リハビリテーションの原理. 医歯薬出版, pp2, 2002
- 22) 尾崎聡子ら: 高次脳機能障害を有する患者に対するグループ指導—FFGW(感情交流法)の実施と効果—国立身体障害者リハビリテーションセンター紀要24:1-9, 2003
- 23) 高岡 徹: チームに加えたいリハビリテーション関連職種 臨床心理士. 総合リハビリテーション34(3):285, 2006
- 24) 東京医科歯科大学難治疾患研究所被害行動学研究部門: 脳外傷後遺症実態調査報告書, 2004