

第2章 高次脳機能障害者における感情コントロールの課題と支援

職業センターでは、高次脳機能障害者の感情コントロールの課題について、平成28年度から29年度にかけて、文献調査や国内外で実施している先駆的な取組についての情報収集を行いました。

1 高次脳機能障害者における感情コントロールの課題

平山ら(2013)¹⁾によるとHeilmanら(1998)は、「ほとんど全ての脳領域の損傷は何らかの情動体験の変化もしくは情動に対する認知の障害をもたらす」と述べており、脳損傷と情動の密接な関連が指摘されています。また、オーストラリアのSynapseに訪問した際に、脳損傷当事者であり、ピアサポートに従事しているAllan White氏は、「脳に損傷を負った人にとって感情の問題は特別なことではない。脳そのものの障害や脳損傷によって生じた変化が行動や情緒の問題を引き起こしている。」と述べています。すなわち、脳損傷者の感情コントロールの課題は、「脳損傷そのもの」と「脳損傷によって生じた変化」に起因し、特別な課題ではなく、多くの脳損傷者に生じることであると言えます。

脳損傷そのものの影響について、Mckay Moore Chohlbergら(2012)²⁾によるとLevinら(1991)は、「脳の眼窩前頭皮質や腹内側領域といった行動・感情の制御や活動性の低下、無気力に関連する部位の損傷によって生じるものがある。」と脳の損傷部位との関連について言及しています。また、三村(2016)³⁾は、「前頭前野の損傷に伴って生じる問題として、注意の障害、記憶の障害、問題解決・遂行機能の障害、社会的行動などの神経心理学的障害が挙げられる。感情・気分の障害、強迫症状、作話、脱抑制や情動制御の障害、判断や社会認知の障害といった精神症状が問題となる。」としています。これらのことから、前頭葉等の損傷によって感情コントロールの課題が発生しやすく、その症状は多岐にわたると考えられています。

一方、「脳損傷によって生じた変化」について、大田(2005)⁴⁾は、次の点を挙げています。

- 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

こうした脳損傷によって生じる変化は、対象者の心理面に影響を及ぼすことが推察できます。Prigatano (2002) ⁵⁾ によると脳損傷を受障することで生じる感情障害として、「怒り」、「不安」、「抑うつ」、「他者への不信」、「衝動的」、「情動容変（急速な気分の変化）」、「無関心」など感情的な反応が生じることを挙げています。また、P.W.Halligan (2011) ⁶⁾ は、「短気、欲求不満、うつ、不安感は、患者が直面する能力障害に対する反応として、よく認められる感情反応である。周囲との関係の崩壊や職場復帰困難など、頭部外傷の結果により生じた変化や失ったものに適応し、受け入れようとする大きな苦難が、将来への希望や志を遠ざけ、人格や自己感覚を変化させてしまう。」と問題を指摘しています。

こうした感情反応が継続すると、精神障害に発展するリスクが懸念されます。脳損傷者の二次障害について、先崎 (2011) ⁷⁾ は、「脳卒中後のうつ病罹患率は報告により様々であるが、25～79%である。」と示しており、脳損傷者が高い割合で二次障害を呈していることを述べています。また、内山ら (2013) ⁸⁾ による高次脳機能障害者の気分障害の発症に関する文献調査によると原疾患別での気分障害の発症率は、「外傷性脳損傷で 11%～42%」、「脳血管障害が 12.3%～63%」、「進行性認知症で 20.5%～51%」の間で報告されているとし、こちらも健常者と比較して、高い値を示しています。

また、二次障害として、高い割合で報告されている気分障害等と記憶や注意等、認知機能との関連について、Allan H. Young (2016) ⁹⁾ は「うつ病における認知機能の問題は多くのケースでみられ、患者の社会機能に重大な影響を与えている。」と述べています。また、長田ら (2007) ¹⁰⁾ は脳卒中後の二次障害の影響について、「うつの合併は、障害者の機能レベル、能力レベル、職業レベル全てに渡って阻害因子となる。」としており、感情コントロールに課題が生じることで、更に職業的困難性が高まることが懸念されます。

加えて、二次障害の発症時期について、Gould, K ら (2011) ¹¹⁾ の調査によると、受障前に不安障害や気分障害を伴わない者が受障した場合、受障後 6 か月から 1 年の時期に不安障害や気分障害を伴うようになる者が増加することが指摘されています。受障後 6 か月から 1 年という医療的リハビリテーションを経て、高次脳機能障害者が職場復帰を考え始める時期であり、職業リハビリテーション（以下「職リハ」という。）において、対象者と接点を持ち始める時期と重なります。対象者の職場復帰を支援する際には、認知機能、身体障害に加えて、心理的な側面にも注意する必要があります。

こうしたことから、高次脳機能障害者の感情コントロールの課題は、職場の人間関係や仕事のパフォーマンス、安定的な出勤等、職業場面で生じるリスクだけでなく、感情反応の継続による二次障害の発症リスクも考えられるため、感情コントロールの課題にしっかりと対処することが重要です。

2 国内の取組

平成 28 年度から 29 年度にかけて、国内の医療機関等、高次脳機能障害者支援の専門機関における先駆的な取組についてヒアリングするため、障害者職業総合センター研究部門に同行し、合計 8 か所の施設を訪問しました。詳しくは調査研究報告書「社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援に関する研究～医療機関での取組についての調査～」¹²⁾に譲りますが、訪問施設及び情報収集内容の概要は次のとおりです。

(1) なやクリニック

- ・社会的行動障害のある高次脳機能障害者への治療及び支援の考え方
- ・高次脳機能障害者を対象としたデイケア
- ・SCIT (Social Cognition and Interaction Training) を用いたグループ指導

(2) 広島県高次脳機能センター

- ・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
- ・「模擬的就労グループ」などの集団訓練の取組

(3) 神奈川リハビリテーション病院

- ・「通院プログラム」について

(4) 熊本大学医学部附属病院

- ・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
- ・アンガーマネジメント支援

(5) 専修大学人間科学部

- ・易怒性のある人への SST

(6) 京都大学医学部附属病院

- ・高次脳機能障害者の支援における（特に精神科）医療の役割及び地域連携
- ・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方

(7) 名古屋市総合リハビリテーションセンター

- ・就労支援課における取組
- ・センター内外の部署、機関と連携した就労支援

(8) 国立障害者リハビリテーションセンター病院

- ・社会的行動障害のある人への治療及び支援の考え方
- ・FFGW (feeling-focused group work)

研究では、国内の専門家ヒアリングをふまえて、医療機関等が行う社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援について、次のとおりまとめています。

- ・不適切な行動が起こる背景を個別の支援対象者について理解し、状態像に合致した対応を行うことが重要である。
- ・行動観察や周囲からの情報収集が重要である。
- ・介入を行う上でのグループ形式の活用は、相互観察による課題への気づきの促進や当事者同士の心理的支持などの効果が期待できる。

- ・ 慎重なグループ編成や十分な数の支援者の配置、前後の個別場面での丁寧なフォローが不可欠である。
- ・ 障害程度や個別の課題を考慮したグループ編成が難しい場合の工夫として、2～3人の少人数グループや、作業活動の一部を活用した対人交流場面を設定する場合もある。

これらの結果を踏まえて、職リハ機関での援用について、「2～3人の少人数のグループ形式での支援や、作業活動の一部を活用した対人交流場面の設定については、職リハ機関の支援においても取り入れやすく、実践の参考にしやすいと考えられる。」と考察を述べています。

3 海外の取組

職業センターでは、オーストラリアの Epworth Health Care（メルボルン）と Synapse（ブリスベン）を訪問し、高次脳機能障害者の感情コントロールの支援に関し、認知行動療法（以下「CBT」という）と Positive Behaviour Support（以下「PBS」という）について情報収集を行いました。

なお、海外では高次脳機能障害ではなく、疾病要因により後天的脳損傷（Acquired Brain Injury：ABI）や外傷性脳損傷（Traumatic Brain Injury：TBI）という用語が用いられます。訪問時には、両方の用語が用いられていましたが、本章では「脳損傷」と記載します。

なお、本項については、浅井（2018）を加筆・修正しています。

(1) 不安と抑うつへの CBT

脳損傷者の不安と抑うつへの CBT について、神経心理学を専門とする Monash 大学心理学部の Ponsford 教授にヒアリングを行いました。同教授は長年にわたり、脳損傷者の支援、研究に従事しており、その研究分野は、脳損傷者のリハビリ、特に疲労や睡眠、不安、抑うつに関連する介入効果、改善結果等多岐にわたります。また、Monash 大学において博士課程の指導や研究活動を行っているとともに、国際神経心理学会等の会長職を歴任した研究者でもあります。

日本国内においては、高次脳機能障害に対する CBT を用いた支援は報告されているものの、不安障害やうつ病患者に対する支援事例と比べると、高次脳機能障害者の支援事例の報告は限られており、多数の研究実績のある同教授のもとを訪問することにしました。

ア 背景

Ponsford 教授によると、脳損傷者における気分・感情の問題は、脳損傷そのものが原因となる場合もあれば、損傷によって生じた自己像の変化が行動や感情の問題を引き起こす場合もあるとしています。オーストラリア国内で行った調査では、脳損傷者は精神疾患など二次的障害の発症率が高く、非脳損傷者と比べて不安障害、気分障害の発症率が 2 倍程度高いという結果があります。また、受傷後 6～12 か月の罹患リスクが高いという調査結果もあり、脳損傷者の不安や抑うつへの支援が必要とされ、これまでも Montgomery (1995) や Scheutzwow ら (1999) など、多数の研究者により脳損傷者への CBT の効果検証結果が報告されています。

イ 実施方法と留意点

Ponsford 教授は、基本的な CBT モデル（ABC モデル）を使用し、単純化した認知再構成法（ものごとの捉え方を修正する）を実施しています。CBT の実施にあたっては、受傷によるトラウマ（心的外傷）を患者がどのように解釈・認知しているか、心理的な影響をアセスメントすることが重要であるということです。また、理解力や記憶の定着の課題から、問題の特定やゴールの設定、繰り返し教育を実施することが重要であると述べています。

ウ 効果

Ponsford 教授は、不安や抑うつ症状がある 75 名の脳損傷者を、①動機付け面接+CBT 実施群 (26 名)、②非指示的カウンセリング+CBT 実施群 (26 名)、③通常治療群 (23 名) に分類し、0 週目 (ベースライン)、12 週目 (CBT の最終セッション) と 21 週目、30 週目の計 4 回、質問紙法 (不安: HADS、抑うつ: DASS) により効果を測定しました。各群の得点を比較したところ、①②は 21 週目で症状の改善傾向があり、30 週目で大きな改善が認められたといえます。

このように、脳損傷者に対する CBT の効果が確認されたものの、「集中困難」、「情報処理と学習速度が遅い」、「セッションの情報を保持することが難しい」、「言葉の表現や理解が難しい」、「推論と問題解決が難しい」状態の場合には、適用に工夫が必要としています。

情報収集により、CBT は脳損傷者の不安と抑うつに対して、一定の効果があることが分かりました。ただし、記憶障害や失語症の影響を考慮すると対象者は限定されるため、事前のアセスメントが重要であると言えます。実施にあたっては、使用する資料の内容や表現、セッションの進め方等に相応の工夫が必要であると考えました。

(2) 疲労と睡眠の CBT

ア 背景

一般的に脳損傷者には易疲労性(疲れやすさ)があると言われており、Baumann ら(2007)などの研究者は、脳損傷者の約 8 割が疲労と(または)睡眠に課題があると指摘しています。また、Ormstad ら(2015)は「疲労が蓄積すると抑うつになりやすいため疲労に対処する必要がある」と指摘しています。加えて、Ponsford 教授によると脳損傷の重症度が高い場合は、認知的なアプローチよりも行動的なアプローチの方が効果的な場合があるといえます。そこで、疲労や睡眠を改善することで、気分や感情面の課題改善につながるという考えに基づき、疲労と睡眠の CBT が実践されるようになりました。

イ 実施方法と留意点

脳損傷者への疲労と睡眠の CBT は、慢性疲労症候群、不眠、不安と抑うつをターゲットとした CBT を参考に開発され、集団で実施しています。6 モジュール計 8 回のセッションで構成され、各セッションの内容は表 1 のとおりです。

表 1 「疲労と睡眠の CBT カリキュラム」

〈モジュール1〉	心理教育(睡眠と疲労)
	睡眠と疲労
	行動計画を立てる
〈モジュール2〉	毎日のスケジュールを再編成する

	タスクのペースを掴む
	休憩を組み込む(組み込み方の工夫、休憩の取り方)
	睡眠衛生
〈モジュール3〉 (2回)	活動量の段階的増減
	活動目標の統合
	認知再構成
〈モジュール4〉 (2回)	睡眠教育
	行動介入(刺激制御、就寝制限)
	リラクゼーション技術
〈モジュール5〉	肉体的疲労のための戦略
	精神的疲労のための戦略
〈モジュール6〉	セラピーのまとめ
	メンテナンス
	再発防止

実施にあたっては、脳損傷者の理解に配慮し、具体的な言葉遣いを心がけること、図・表などを用いて理解しやすくすること、同じ内容を反復すること、内容にゆとりを持たせることが重要としています。加えて、セッション実施中は外的補助具を活用して記憶を補完し、休憩時間終了をアラームで知らせるなどの工夫を取り入れています。

ウ 効果

効果を測定するため、39名の脳損傷者を22名のCBT群と17名の通常治療群(非CBT群)に無作為に分類し、0週目(ベースライン)、8週目(CBTの最終セッション)と16週目(セッション終了2か月後)の計3回、質問紙法(睡眠:PSQI、疲労:FSS、気分:HADS、QOL:SF-36など)を実施しました。その結果、0週目と8週目の得点を比べると非CBT群よりもCBT群の方が、「睡眠」、「疲労」、「気分」、「QOL」において改善が認められたといえます。また、より効果の高い対象者を精査すると、「記憶が保たれている」、「若年である」、「強い抑うつ症状が認められる」という特徴が認められました。

疲労と睡眠への働きかけは、感情コントロールの改善につながることを示唆されました。プログラムでは、受障により言語機能が低下している受講者がおり、疲労や睡眠といった具体的な行動的側面へのアプローチは、プログラム受講者に適用しやすい手法ではないかと考えました。

(3) Positive Behaviour Support

脳損傷者の問題行動への行動的アプローチの一つである Positive Behaviour Support（以下「PBS」という。）について、Synapse にヒアリングを行いました。Synapse は 1984 年に脳損傷者に関わる家族や関係者により設立された団体です。オーストラリアにおいて脳損傷者が、自らの決定・選択に基づき、生活の質を向上させられるように支援することを目的としています。当初は、「クイーンズランド州脳損傷協会」という名称でしたが、2010 年に Synapse に名称を変更しています。

ア PBS とは

PBS とは、脳損傷者の問題行動に効果的かつ実績のあるアプローチ方法です。応用行動分析のアプローチを使用し、先行事象や、問題行動の引き金となる刺激（トリガー）に対して、直接的に働きかけたり、刺激を回避することで可能な限り問題行動の発生を減らすことを目的としています。逆に良い行動は積極的に褒めることで、行動を強化する手法です。PBS の概念は図 1 のとおりです。

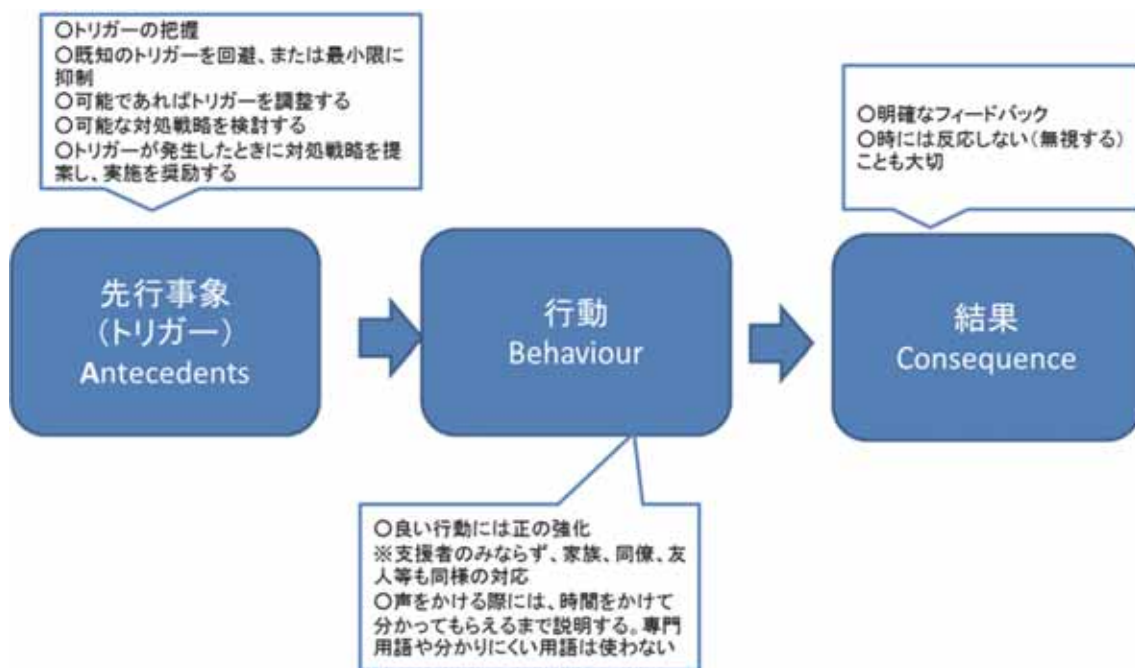


図 1 「PBS 概念図」

イ PBS の基本姿勢

PBS を実施するにあたり、支援者に求められる基本姿勢として、積極的な関係を築くこと、一貫したルーチンを確立すること（対象者の行動に対する支援者の反応）、静かにしっかりと反応すること、問題行動について議論できる人を関与させること、対象者がどのようなトリガー（例：音、光（明かり））で問題行動を繰り返すのか把握することが求められます。

ウ PBSの留意点

PBSを実施するにあたり、良い行動を見つけて褒めることが大切ですが、支援者だけが褒めても効果は少ないので、家族や職場の同僚等からも褒めてもらうことが求められます。褒める時には曖昧な反応ではなく、大げさに褒めることが重要です。また、支援者は、家族や職場の同僚等に対して具体的な声かけの仕方についてアドバイスし、声かけによってどのような効果が得られるのか説明することが重要としています。

エ 問題行動への対応について

脳損傷者の問題行動に対する具体的な対処の方法としては、問題行動に至る前の兆候を見極めることが重要となります。周囲の支援者や家族が兆候を把握することができれば、問題行動の発生を予測する手がかりとなります。

また、対象者の気持ちや欲求が満たされないことで問題行動に発展することがあります。衝動的な行動に繋がるメカニズムとして、フラストレーションが溜まっていても不満を言葉として表すことができないことが関係することがあります。そのため、非言語的な態度から読み取ることが必要となる場合があります。

もし、問題行動が発生した場合には、発生直後は極力関わらないようにし、行動が収まった時に声を掛けた方が状況理解は進みやすいと考えられています。加えて、問題行動を伴う脳損傷者の支援に携わるにあたり、問題行動は脳損傷の症状なのであって、支援者は個人的に攻撃を受けたと考えることが重要です。

感情コントロールの課題は、対象者自身の体調管理や認知面のみで対処できるものではなく、環境の調整や周囲の関わり方も重要になります。特に感情コントロールの課題につながる「トリガーを把握すること」は、就労場面でも情報収集として必要な項目であると考えました。

4 情報収集を踏まえた職リハにおける感情コントロールの支援

国内外における感情コントロールに関する先駆的な支援技法を情報収集した結果を踏まえて、職リハにおける感情コントロールの支援として、下記の内容を盛り込んだグループワークを開発することとしました。

①疲労・睡眠へのアプローチ

疲労・睡眠へのアプローチは、Ponsford らの報告に加えて、国内では上田（2017）¹³⁾が、「脳損傷による神経疲労とその疲労に気づけないことが感情コントロールを困難にしている原因であること、また抑うつや不安を引き起こす思考が一層感情コントロールを難しくしていること、そして自分をコントロールできなくなることから自尊感情の低下が生じている」という考えの下、感情コントロールの支援に取り入れています。また、ニューヨーク大学リハビリテーション医学ラスク研究所が開発した神経心理ピラミッド¹⁴⁾によると、高次脳機能障害ばかりに注目するのではなく、神経疲労から整える必要があることが示されています。人は誰も体調の良し悪しで、気持ちの持ち方が違うものです。まずは、生活・仕事の礎となるコンディションについて考えてもらう必要があると考えました。

②認知行動療法等の援用

障害者職業総合センター研究部門¹²⁾によると「認知行動療法に基づく介入が多く研究されており、肯定的な結果が得られている一方で、期待した効果が得られなかった報告もあり、効果が得られやすい条件や実施方法などについて更に研究が進められている。」と示されています。一方、上田（2017）¹³⁾は「感情障害の強い高次脳機能障害者には、脳損傷による器質的要因による影響を減らし、二次的反応として生じている抑うつや自尊感情の低下を認知行動療法によって抑えていくことが、リハビリテーションを効果的に進めるためには有効である。」としています。Ponsford らによると脳損傷者への認知行動療法の適用は工夫が必要としながらも一定の効果が立証されており、職リハ場面での効果が得られやすい資料作成や実施方法について検討を進めていくこととしました。また、対処手段を確立したとしても、対象者のみでは感情コントロールが上手くいかないことが考えられるため、PBS の考え方を参考に感情に影響を与える刺激について情報整理し、環境調整することが必要と考えます。そこで、グループワークでは、主として刺激となりやすい職場環境について整理することを内容として盛り込みました。

③グループワーク形式で実施

グループワーク形式で実施することのメリットとして立神（2011）¹⁴⁾は「機能欠損と戦略の学びがグループで行われることにはさまざまなメリットがある。仲間の訓練生の問題を見ることで、同様の問題をもつ自らに対して客観的な気づきが生まれる。また運命共同体の中で、訓練生は安心して戦略を実践できる。他人の存在は集中力を身につける訓練にもなる。同時に、論理的思考や情報処理の実践的訓練ができる。そして対人関係における、適切なふるまいや共感性の確立の練習になる。」と述べています。また、障害者職業総合センター研究部門¹²⁾においては、「2～3人の少人数のグループ形式での支援や、作業活動

の一部を活用した対人交流場面の設定については、職リハ機関の支援においても取り入れやすく、実践の参考にしやすいと考えられる。」と考察し、職リハにおける馴染みやすさに言及しています。これらのことから短期間で効果的な支援を実施するため、感情コントロールの支援をグループワーク形式で実施することとしました。

④グループワークの目的

感情コントロール支援を実施するにあたり、障害認識の促進に、Crossonら（1995）による「障害認識の階層モデル」（図2）を参考としています。長野（2009）¹⁵⁾によると、このモデルは、最下層の「知的気づき」（障害が何であるかを知っており、それについて述べることができる）から、「体験的気づき」（自分の障害により軽減される体験がその知識と結びつき、補償行動を取ろうとするなど、対処を試みる）段階、更に起こりそうな問題を予測し予防する「予測的気づき」段階へと進んでいくという考え方です。グループワークの目的として、感情コントロールの課題の発生を予測し、予防的に対処手段を講じることとします。

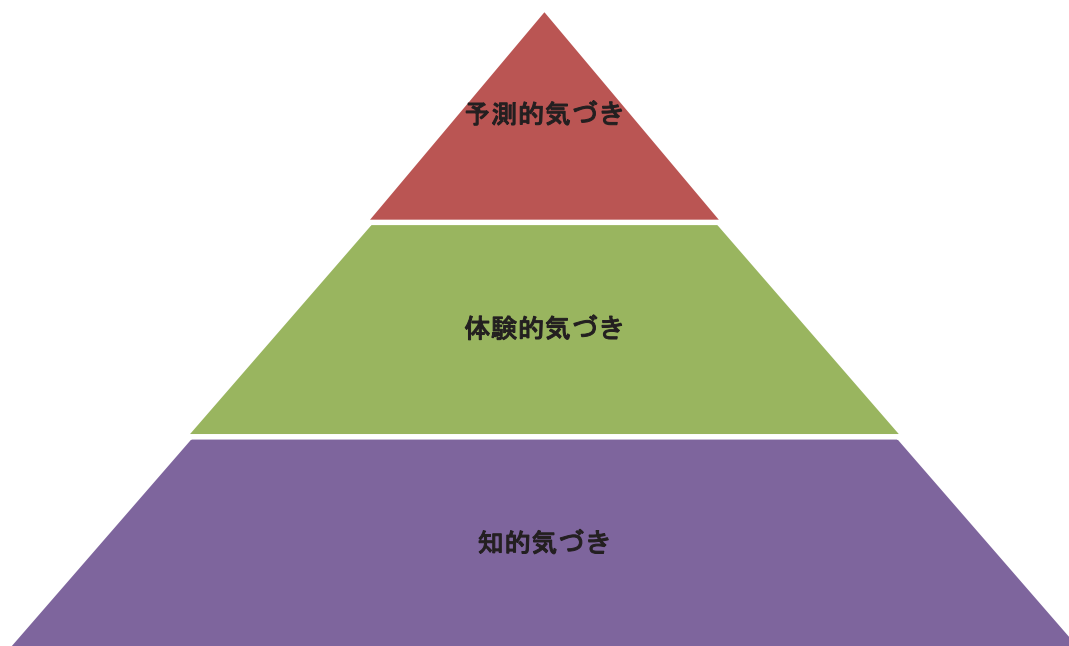


図2 障害認識の階層モデル

【引用文献】

- 1) 平山恵造、田川浩一編著：「脳血管障害と神経心理学」、医学書院、2013、p67
- 2) McKay Moore Sohlberg、Catherine A. Mateer 著、尾関誠、上田幸彦監訳：「高次脳機能障害のための認知リハビリテーション 統合的な神経心理学的アプローチ」、協同医書出版社、2012、p288

- 3) 三村將：前頭葉の臨床心理学、高次脳機能研究、p. 163-169、2016
- 4) 大田仁史：「脳卒中後の生活 元気になる暮らしのヒント」、創元社、2005
- 5) Prigatano:「神経心理学的リハビリテーションの原理」、医歯薬出版株式会社、p. 110-111、2002
- 6) P.W.Halligan U.Kischka J.C.Marshall 編：「臨床神経心理学ハンドブック」、西村書店、2011、P299-300
- 7) 先崎章：「精神医学・心理学的リハビリテーション」、医歯薬出版株式会社、2011
- 8) 内山愛子・岡村陽子：脳の機能障害と気分障害：原疾患による比較、専修人間科学論集、2013
- 9) Allan H.Young：Cognitive Dysfunction in Mood Disorder、第14回日本うつ病学会総会第17回日本認知療法・認知行動療法学会抄録、p.107、2016
- 10) 長田麻衣子、村岡香織、里宇明元：脳卒中後うつ病、リハ医学、44：177～188、2007
- 11) Gould, K. Ponsford, J., Schönberger, M, & Johnston, L. :Prospective study of psychiatric disorders following TBI、Psychological Medicine、41(10)、2099-2109、2011
- 12) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 障害者職業総合センター：調査研究報告書 No.139「社会的行動障害のある高次脳機能障害者の就労支援に関する研究～医療機関での取組についての調査～」、2018、p43-77
- 13) 上田幸彦：心理社会的行動障害を持つ高次脳機能障害者への認知行動療法－症例研究－、行動療法研究 43（1）、2017、p49-60
- 14) 立神粧子：「前頭葉機能不全その先の戦略 Rusk 通院プログラムと神経心理ピラミッド」、医学書院、2010、p77
- 15) 長野友里：「軽度脳外傷者の自己認識訓練」 中島恵子編著：「高次脳機能障害のグループ訓練」、三輪書店、2009、p77

【参考文献】

浅井孝一郎：「オーストラリアにおける感情コントロールに課題を抱える高次脳機能障害者への支援」、第26回職業リハビリテーション研究・実践発表会論文集、2018