

脳外傷者の引きこもりとのつきあい方

阿部 順子

(名古屋市総合リハビリテーションセンター 高次脳機能障害支援科)

1. はじめに

交通事故などで頭を強く打って、脳を損傷（脳外傷）すると、様々な後遺症が生じる。意識が戻った後に、身体の障害が非常によく回復したにもかかわらず、高次脳機能障害のために社会生活がうまく送れなくなる場合が多々あることが、近年、分かってきた。

このことが社会問題となり、平成13年度から厚生労働省において、高次脳機能障害支援モデル事業が取り組まれ、18年度から一般施策となる。モデル事業の中では、今まで医療や福祉のサービスから漏れており、社会生活がうまく送れなかった人たちにサービスを提供するために、全国から登録された症例に共通で認められる症状を取り上げて、高次脳機能障害の診断基準を作り、その人たちを支援するための訓練プログラムと支援プログラムが作成された。

行政的に「高次脳機能障害とは、頭部外傷、脳血管障害等による脳の損傷の後遺症として、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害などの認知障害が生じ、これに起因して、日常生活・社会生活への適応が困難となる障害である。」と定義されたが、これは学問的な定義に比べて、限定されている。また、モデル事業の中で、感情コントロールの低下や、依存性・退行、固執性、意欲・発動性低下等を、脳の器質的な損傷がベースになって起きてくる症状だと捉え、社会的行動障害という用語が使用されるようになったのも特筆すべきことだといえよう。障害として定義されることで、従来、ともすると本人の性格や親の育て方に原因があるかのように見られがちであった問題に対して、必要な支援が検討され、支援のノウハウが議論され、その一部が施策として社会化されることになったのである。

2. ドロップアウトは何故起きるのか

脳外傷になると、まず、病院に入院し、救急救命の措置が講じられる。そこで身体の麻痺がほとんどなければ、軽快退院ということですぐ家に戻り、元の職場や学校に行くことになる。しかし元の生活に戻った途端、いろいろなトラブルが起きて、結局は辞めてしまうことになる。また、救急救命病院から退院した後で、その後の認知訓練、生活訓練、職能訓練などを継続できる場がなく、社会生活に戻れない。地域に戻っても、参加できる場がない。または、地域の作業所等に通っても、合わずに辞めてしまうなど。医療から福祉サービスへ移行や福祉サービスの利用がうまくできずに、社会からドロップアウトしてしまうということが大きな問題としてあった。

この解消こそ、モデル事業が目指してきたことである。すなわち医療から生活や就労の訓練へ、さらに地域での支援へと一貫してケアが連続するということがモデル事業のテーマだったわけである。

私は、たまたまこのモデル事業が始まる経過にかかわった。引きこもりの家族会も、私たちとさほど変わらない時期から活動を始めているようだが、現在の到達点はずいぶん違っているようだ。

名古屋リハでは、平成3年から脳外傷リハビリテーション研究会を立ち上げて、実践と研究を積み重ね、平成9年4月に、日本で初めて脳外傷友の会「みずほ」という当事者団体を立ち上げた。心理で事務局を3年間引き受けていたが、本来の業務に支障が出るほど全国からの相談電話がひっきりなしに入るといった状況が続いた。名古屋リハに電話をして相談したからといって問題が解決するわけではない。各地で支援する専門家を育てたい、各地に友の会をつくってもらいたい、という思いから、平成12年2月に専門家養成講習会と、当事者団体を含めた脳外傷リハビリテーション交流セミナーを開催した。全国から多くの方々に参加し、マスコミにも大きく取り上げられた。会場に来ていた当時の厚生労働省の担当補佐が、ご家族の方たちの非常に熱い思いを聞いて、厚生労働省がこの問題に取り組むとの決意表明をしたのがモデル事業の始まりである。

広島も初年度はモデル事業に参加していなかったが、翌年から参加した。広島の友の会の活動の影響が非常に大きいと思う。平成12月4日に、名古屋、神奈川、北海道の3つの団体で日本脳外傷友の会という全国の連合体を組織した。1年後にはモデル事業が始まり、現在、当事者団体およびそれに類する団体がない都道府県は47のうち10カ所のみとなった。37県に友の会や支援する会ができてきたわけである。

この5年間に、なぜこのような急激な広がりを示し、行政を動かすことができたのかということについてはいろいろな要因があると思うが、第1に当事者団体の力であろう。友の会の中心となったのは20代の子どもを抱える親たちである。交通事故は20代が最も多く、交通事故の後遺症の子どもを抱える親たちは非常にパワフルであった。それは多分、子どもが障害を負った原因が、親でも子でもなく、外の加害者であったことがプラスに作用している。うまくいかないのは親が事故後甘やかしたせいだと言われていたのが、専門家がそうではなくて後遺症であるとはっきり言ったのを契機に、後遺症なのだから、当然専門家や国が支援してくれるべきだという強い信念が、親の中に芽生えたからではないか。

モデル事業で診断基準ができ、訓練プログラムができ、支援コーディネートマニュアルはできたが、支援のレベルは全国的にみると非常に格差がある。名古屋は十数年にわたりノウハウを積み上げてきて、当事者団体も長く活動しているが、友の会ができたばかりだったり、専門家が取り組みを始めたばかりという地域では、病院から退院した後で、社会に出られず家の中に引きこもっているという例はまだ多々あると思う。さらに支援のノウハウを蓄積してきた名古屋においてさえも、社会からのドロップアウトは起こるのである。これは脳外傷の障害特性によると考えられる。

3. 脳外傷の社会的行動障害、精神症状の様相

脳を損傷した後、記憶や注意や遂行機能という認知障害だけではなく、さまざまな社会的行動障害も認知障害に伴って表れてくる。先崎（2003）は受傷からの時期に応じて起きる様々な問題を以下のように整理している。

◇社会的行動障害・精神症状の様相

先崎章：メデイカルリハNo25, 2003

◇急性期に見られる興奮

◇意識回復直後の混乱に由来する情動の不安定さ、あるいは焦燥（通過症候群）

◇回復期以降の易怒、衝動性・情動抑制困難

①背外側前頭前野：保続、頑固さ、脱抑制

②眼窩前頭野：不注意、多幸性、衝動性、無責任

③前帯状回：無言、無為、無感情、自発性喪失

④側頭葉内側部：突然の激しい興奮・破壊行動

◇自己認識力の低下、あるいは適切な情動が喚起されないことによる行動障害

◇社会参加時に見られる抑うつ、引きこもり、自暴自棄、焦燥

自己認識の低下は「病識欠落」とも言われ、高次脳機能障害に特有な症状である。「自分の障害が分からない」、「以前と同じようにできると言い張る」、「サポートなど必要ない」などと自分の障害を認識することができない。しかし、実際に社会に戻ると、以前のようにはできないという現実と直面し、抑うつ、引きこもり、自暴自棄、焦燥といった精神症状が表れ、社会からのドロップアウトが生じる。

このような症状を「破局反応」と言うが、よく起きる小パニックに対して、回復不能なほどに大きなパニックという意味で、我々は「大パニック」と呼んでいる。

Goldstein (1934) は、脳損傷患者が自らの能力を超えた負荷に直面したときに急性発症する不安、悲嘆、攻撃的行動を破局反応と名付けた。

記憶障害、注意障害、遂行機能障害のような高次脳機能障害は、手足の麻痺と違って、外から見えない障害と言われている。しかし、実際に現実に戻って何かをしようとした時に、うまくいかないという事実がはっきり突き付けられることになる。Prigatano (1986) は、残酷な現実に対して目を向けまいとする欲求が動機となり、障害が自明となったときに破局的な行動が起こるのだと説明している。

脳外傷の後に発症する神経症を「外傷後神経症」という。気分の変動が激しく、感情コントロールが不良になったり、強迫的なこだわりや一方的な正義感を抱く傾向が見られる。薬物依存、アルコール依存、リストカット、自殺願望なども起きてくる。情報処理に関しては、黒か白かという、絶対的二分法思考に凝り固まっていく。障害を受け入れることが難しく、周囲の人との信頼関係がささいなことで崩れやすいという特徴がある。しかし、外傷後神経症の発症は外傷の重篤と逆比例するというデータがある。すなわち軽症の脳外傷の方がむしろ神経症を発症しやすいのである。

4. 事例紹介

大パニック（破局反応）を起こして、社会生活からドロップアウトをした後、心理的な立ち直りを支援し、再度社会に復帰した2事例を紹介する。

(1) 受傷から長期の30代女性

受傷から長い時間が経過した30代の女性である。認知障害は、記憶障害、注意障害、遂行機能障害のすべてにおいて中等度であった。身体にも軽い麻痺が残った。仕事をしていた20歳の頃に、車の助手席に乗っていて交通事故にあい、受傷した。4年後に障害者の職業訓練校に入校したが、その後も就職できなかった。事故から8年経過し、名古屋リハを受診し、1年後に更生施設に入所して生活訓練を受けた。1年間、生活訓練や職能訓練を行った後に、身体障害者の授産施設に入所した。ちょうど1年後、大パニックを起こして退所となった。在宅生活となって1年後、当事者の作業所に通えるようになり、その後、地元の授産施設に移行し、現在まで3年間、安定して授産施設に通所している。

—混乱期—

心理で面接を開始した時には、授産施設から帰宅したまま、施設に戻れなくなっていた。授産施設側からは、仕事もできていて問題もなかったのに、なぜ戻ってこないのか分からない、説得してほしいと依頼された。本人は、寮生活で人間関係がうまくいかなくて、煮詰まってしまい、もう施設に戻れないと話した。心理士も家族も、無理やり帰すとさらに症状が悪化すると考え、本人の意向を受けて、すぐに退所の手続きを取ってもらった。

ところが、それから1カ月後には、ささいなことにキレてヒステリックに泣きわめく毎日が続き、両親は、本人を刺激しないように仏間にこもって過ごしている状況となっていた。誰かが部屋に入ってくるという理由で雨戸を全部閉め、部屋の入り口にバリケードを築いたとのエピソードが語られたので、すぐに精神科に投薬治療を依頼した。

家族には、これは大パニックであり、本人は非常に煮詰まって、疲れ果てている状態であると伝えた。家族は、施設が嫌だったから、施設が大変だったから、家に戻ってきたとしか思っていない、家に帰ってきたら元通りになると考えていた。いったん崩れたものがいきなり元通りになるはずはないのだが、家族には最初のうち、そのことが理解できなかった。本人は疲れ果てているのだから、何かをするようにと家族がプレッシャーをかけてはいけない、引きこもることがこの時期にはとても大事なことなので、本人が寝たいと言えば寝かしておいていいと話した。家族はしぶしぶではあったが、心理士のアドバイスに従ってくれた。

—回復期前期—

しばらくすると自分から、自分の部屋の中で、以前やっていた趣味の縫い物や、字を書くこと、軽い運動などを始めた。母親に誘われて家事も少し手伝うようになった。

しかし、こだわりが非常に強くなって、盗まれてはいけないと大切なものの保管場所を移し替えてしまい、今度は以前しまった場所がないので、誰かが部屋に入って取ったと言って大騒ぎすることが頻繁にみられた。親が何か言うたびに感情が激高して、最後は「この家に火を付けて燃やしてやる」といきまいて、親を不安に陥れた。症状は投薬治療が始まると間もなく沈静化し、別の所を探してみようかと言う親のアドバイスを聞き入れるように変化していった。

ひとつできるようになると、親は、また次のことができるようにならないかと焦り始める。例えば買い物に連れて行きたいと言うのだが、本人は、外へ出るとすごく疲れるとのこと。心理士はそこで無理に引っ張り出さない方がいい、そのうちに本人が少し行ってみようかという気持ちになるので、その時に誘ってほしいとアドバイスした。

本人に対しては、このような事態が何故起きたのかについて少しずつ話題にし始めた。

—回復期後期—

母親と一緒に外出できるようになったので、当事者の作業所に通所してもらった。最初は、母親と一緒に行って、母親も横に座って一緒に作業をする。次に母親は別の部屋にいて、本人だけで作業をする。さらに、母親は入り口まで送って帰る。最後は一人で通うというステップを踏んで、一人で通えるようになった。

—安定期—

1年半後、地元の授産施設に移ったが、環境が変わった時にまた小さなパニックを起こして、どうしていいかわからないという状態になった。心理士が施設に出向いて、講習会とケース会議を実施した。施設の職員に障害特性や、対応について説明し、環境の設定の仕方（席が変わると混乱するので場所を固定する、本人が困ったときに誰に相談すればいいか担当者をはっきり決めるなど）をアドバイスした。その後、施設でトラブルが起きたとの報告はない。

—まとめ—

① 家族関係の修復

当初は、親に非常に不信感を抱いていた。受傷以降、親が良かれと思って先回りをして配慮したことをすべてあげつらって、親を責め立てた。心理士が第三者の立場で、親は本人のことを思ってやったのではないかと本人が納得できるように話していくと、次第に親が自分のことを思ってしてくれたのだと受けとめられるようになった。妹に対しても、以前は嫉妬心が高じて、母親に「私なんかどうでもいいのでしょうか、孫の方がかわいいのでしょうか」と言い、妹家族と一緒に食事をするのができなかった。回復後は、妹の家族と一緒に食事ができるようになり、さらには妹に携帯電話の使い方やパソコンの使い方を教わるなど、妹のサポートを素直に受け入れるように変化した。

② 障害の理解と対処

自分の障害について、状況の変化に対応できなくて、すぐパニックになるが、そのときに周囲に支援を求めていけば、そのまま追い詰められることはなく、パニックは解消されるのだということ

が理解できるようになった。以前は、物がなくなると盗まれたと言って大騒ぎをしていたが、どこか違う所にしまったのかもしれないと思えるようになった。

本人は、「家を出て一人でやってみたいと思って、入所の授産施設に行ったが、無理だったということが納得できた。今は家から授産施設に週3～4回通所するのが一番無理なく続けられる生活だ」と話すようになった。

(2) 軽症脳外傷の30代男性

受傷前より知的に高く、受傷後もテスト上では健常者の平均値を超えてしまうようなレベルの軽症の脳外傷で、受傷から7年経過した30代の男性である。

名古屋リハで職能訓練をして、本人の希望する販売店に就職をしたが、3カ月で離職して以降、1年半、引きこもりをした。離職して半年経過した頃から、心理面接が開始となった。しかし、心理面接だけでは次のステップに移行できなかったため、モデル事業の中で様々なスタッフが関わり、生活訓練、職能訓練を経て再度一般就労に移行した。2年経過したが、安定して就労を続けている。

—混乱期—

脳外傷セミナーで本人が発表した体験談から、この時期の状況を紹介する。

『第一希望だった会社にパートとして就労した。ここまでは順調だったのだが、実際に働いてみると、以前とは何かが違う。以前の自分なら楽にこなせたようなことをするだけで、もういっぱいいっぱい。自分では、まだおれはやればできるのだと置いていただけにショックだった。周りからも何とかやっているように見えたようだし、自分にもプライドみたいなものがあって、泣き言なんて言いたくなかった。結果、3カ月で押しつぶされてしまい、退職した。そして、あんなこともじゅうぶんにこなせなくなってしまった自分は人として価値がないと思うようになり、拒食症、過食症、薬物乱用、自傷行為（リストカット）などをするようになり、精神科に入院することになった。

精神科に入院したのだが、自分が思うような治療をしてくれないと言い、こんなまずい飯が食えるかと言って食事全部ひっくり返して、1週間で病院を飛び出して行った。』

引きこもっている間に、事故の加害者への憎悪が強まり、これはみんな加害者のせいだ、加害者の家を燃やしてやりたいと思うようになった。反面、自分は生きていてもしょうがないとリストカットや、薬物を乱用する等、激しく揺れ動いていた。「おまえが死んだら加害者は喜ぶ」と言った父親の一言で、「そうか、リストカットなんかして死んでは駄目だ」と思い、やっとリストカットが止まった。そこから心理面接が始まった。

—回復期前期—

うつ症状と昼夜逆転の生活が続いていた。多彩な趣味の持ち主だったので、本人が以前やっていた絵を描くなど、心理士の薦めに応じていろいろやってみるが、少しやると、「前はこういうふうにできたのに今はこんなふうにはできない」と言っては落ち込む。飛び立とうとはするのだが、そのたびに失敗しては低迷するというのを1年間繰り返した。以前の自分と受傷後の自分の間で葛藤し続けた。

—回復期後期—

心理面接だけでこの状況を変えることは困難だと判断し、モデル事業のケースに上げてもらい、

様々なスタッフが関与するようになって、更生施設に入所することになった。生活訓練では、生活リズムを立て直すこと、昼夜逆転の引きこもり生活の中で陥った生活習慣病の改善、体力の回復などを目的としたメニューを実施した。施設に入所して他の障害のある人たちと交流する中で、対人関係や自分の障害を見直すことができ、障害を受け入れる好機となった。その後、就労の準備訓練をして就職に至った。

—安定期—

1回目の就労と、2回目の就労における大きな違いは、困った時にはすぐ他者に相談して、その意見を参考にしてやってみる、自分のできる仕事を選択するなど、周囲のサポートを素直に受け入れるようになったことである。以前の趣味はできなくなったが、以前とは違う趣味にいろいろ挑戦をするようになった。

—まとめ—

①障害の受け入れ

以前はスタッフの介入も拒否をしていたが、スタッフのアドバイスに耳を傾けるように変化した。さらに、職場においても、自分から周囲に苦手なことを説明して、理解と支援を求めるようになった。

②行動障害の管理

感情のコントロールが低下し、いらいらしやすかったが、自分なりに対処法を身に付けていった。彼は、3日我慢してみるという言葉をよく使った。「ぱっと思って、いらいらして、もうこんなことはやっていられるかと思ったら、待てよ、3日間待とう。3日間待って同じ気持ちだったら行動に移そう。と自分で自分に言い聞かせる。」のだという。時間をおくとクールダウンして落ち着いてきて、感情のままに行動することが減った。

また、何か新しい行動をしようとする不安になり、しばしば文句をつけていたが、スタッフから「だまされたと思ってやっごらん」と言われたのが良かったという。

③ 自尊心の回復

体験談を語る中で、事故から7年たって自分が成長したことや、自分の経験を話すことがほかの人の役に立つということがとてもうれしいと話した。また、支援してくれる周囲の人たちに感謝する気持ちが生まれ、7年たって生きていて良かったと思える日が来たと語った。

5. つきあい方のポイント

(1) 回復期に応じた援助

①混乱期

混乱している時期には、自分の部屋が一番安心できる居場所になる。そこに居ていいと認めてやると、本人も安心するし、家族も安心する。

家族には、どうしてこういうことが起きたのかを専門家の立場で説明し、この時期の関わり方をアドバイスする。本人の感情を認め、少しずつ整理していく。必要に応じて精神科につなぐ。

②回復期前期

一通り混乱が収まったら、なぜパニックを起こしたのかについて、高次脳機能障害の説明をしながら、高次脳機能障害を理解するようにアプローチしていく。

行動範囲を少しずつ広げていく。まずは家の中で自分の趣味が何かできれば、もうそれでじゅうぶんだとする。それができたら、次に家族と一緒に外へ出てみよう。一緒に外へ出ることができたら、ここまで行ってみようと、本人の状況に合わせてながら具体的に提案していく。

③回復期後期

社会参加のステップとして同じような障害者の集団の中に入る機会を作る。

体験を整理して高次脳機能障害とうまくつき合っているように対処法をコーチする。

葛藤を処理して、回復や成長に目を向けるようにする。

④安定期

障害を受け入れて、折り合いのいい生活のスタイルを模索する。

社会復帰後に、環境の変化でつまづいているようなときには、スタッフが現場に出向いて、講習会をやったり、対応方法をアドバイスしたりして周囲の人たちが理解して支援できよう働きかける。

(2) 社会資源の活用

社会に戻す段階に至ると、心理士が部屋の中で面接しているだけでは難しい。保護された環境で、社会に戻るための慣らし運転をする必要がある。その場が入所の更生施設であったり、当事者の作業所であったりした。

また、作業所の指導員や更生施設の支援員など、心理士以外の様々なスタッフの関与も必要だった。さらに、社会に戻った後も、必要に応じて職場や施設に行き支援することで、再度ドロップアウトしないように支援することが大切である。

6. おわりに

脳外傷者は社会に復帰した時に、大パニック（破局反応）が引き金となってドロップアウトすることが往々にしてある。高次脳機能障害は、自分の障害を認識することが難しい障害である。したがって、破局することを本人が予測するのは難しいし、そこから立ち直って問題を解決していく方法を自ら考えるのも難しい。いわゆる途中で障害になった身体障害の人たちの障害受容とは異なる点である。

破局反応が生じたときには速やかに支援者が介入して、引きこもりを長期化させないことが大切である。何よりも支援者は、破局を失敗ととらえるのではなく、学びの機会、成長の機会ととらえて関わっていくという姿勢が大切である。

また、積極的に事態に介入し、具体的なアドバイスをすることも必要である。受容的な面接は、脳外傷者にとっては混乱の元となる。遂行機能障害をはじめ様々な認知障害によって、こうするとどうなるかを考えるのが苦手になっているので、先の見通しを具体的に示して、選択をしてもらったり、考えてもらうのである。

回復の初期には家族同席で面接を行い、本人の状況を理解してもらうとともに、家族にも高次脳機能障害を理解してもらうようにアプローチをする。本人のみならず、家族も、障害によって起きてきたことだと理解することで、その後の安定した生活が築きやすくなる。

最終段階では、本人の状況に応じて具体的な復帰計画を立て、環境を調整するなどのマネジメントが必要になる。マネジメントは心理士でなくてもよいが、一貫して関わっているスタッフの方が、どの時期にどういう環境を用意したらよいかを提案しやすい。

参考文献

- 阿部順子 (2003) : 大パニックの修復 阿部順子・蒲澤秀洋編 : 脳外傷者の社会生活を支援するリハビリテーション 実践編 事例で学ぶ支援のノウハウ 中央法規出版 pp140-143.
- 大東祥孝 (1997) : 頭部外傷 松下正明編 : 臨床精神医学講座第 10 巻 器質・症状性精神障害 中山書店 pp385-406.
- George P. Prigatano et al (1986) : 脳損傷が及ぼす心理社会的影響とパーソナリティ *Neuropsychological Rehabilitation after Brain Injury*. The Jonsons Hopkins University Press. 八田武志ら (訳) (1988) : 脳損傷のリハビリテーションー神経心理学的療法ー 医歯薬出版 pp26-46.
- Goldstein K (1934) : *Der Aufbau des Organismus*. Nijhoff Haag. 村上仁・黒丸正四郎 (訳) (1957) : 生体の機能 みすず書房
- 先崎章・加藤元一郎 (2001) : 器質性脳損傷後の情動障害 大橋正洋ら編 リハビリテーション MOOK 4 高次脳機能障害とリハビリテーション 金原出版 pp55-63.
- 先崎章 (2003) : 外傷性脳損傷後の精神症状, 心理的問題の特徴と対応 メディカル・リハビリテーション 25 pp24-34.
- 渡邊修・米本恭三 (2004) : 病識の低下 江藤文夫ら編 *Clinical Rehabilitation* 別冊 高次脳機能障害のリハビリテーション Ver 2 医歯薬出版 pp88-94.