

## 脳外傷後遺症：関与しながら観察した5年間の成果と報告 —POCR (process oriented cognitive rehabilitation)への提言—

**Traumatic brain injury sequela : a report for 5-years outcome of the participant observation ; —The proposal for ‘process oriented cognitive rehabilitation’—**

中村 俊規<sup>1)</sup> 尾形 広行<sup>1)</sup> 吉本 武史<sup>2)</sup> 池上 敬一<sup>3)</sup> 好本 裕平<sup>4)</sup>  
永井 春美<sup>5)</sup> 熊田 孝恒<sup>6)</sup> 鞘糸奥淳子<sup>7)</sup> 小貫 貢<sup>8)</sup> 竹本 知裕<sup>8)</sup>

**要旨：**われわれは過去5年間、救命センター初療室から慢性期にかけて脳外傷患者を観察してきた。その結果、社会復帰に関する情動因子の重要性を見い出し、なかでも心的外傷の問題に注目してきた。本稿では、こうした観察に付随した関与による高い臨床成果の発見から、独自の認知リハビリテーション理念を提案したい。すなわち、脳外傷後遺症には情動への治療的介入によって汎化リソースを高めるといったプロセス指向の発想が重要である。社会参加・活動性を高めつつ認知機能の改善を見守るという従来からみれば逆転の発想であるが、ICF (WHO, 2001) の理念を実行概念としたものとなっている。われわれの一連のプロトコールを紹介したい。

**Key Words :**脳外傷後遺症、プロセス指向認知リハビリテーション (POCR)、汎化リソース、ICF、社会復帰

### はじめに

今日、認知リハの必要性が叫ばれて久しいが、未だその障害の社会医学的実体さえ明らかではなく、その加療プランについては厚生労働省が全国リハセンターに検討を呼び掛けているものの、多くは機械論的機能論に終始し、われわれの発想を除いて具体的な指針は現れていない。国外においても事情は同じで、数年前から米国 NIH も本格的に実体調査にのりだしたが、われわれの認知機能というものがある意味では人間活動のすべてを指すことからも、基盤とした検査バッテリーのあまりの煩雑さから、有意義な実効性は未だ認めら

れない。これは英、豪州についても事情を同じくする。そのようななかで、本分野の先端的研究者としては、全体論的行動主義に立脚した米国の Ben-Yishay ら、Prigatano らのグループの業績報告がわれわれにも記憶に新しいが、認知神経心理学的議論を前提とした英国の Humphreys らの検討や心的外傷に注目した豪州の Bryant らの検討が印象的である。わが国においては、鹿島ら慶應グループが本問題に先鞭をつけたが（鹿島ら, 1999），われわれもまた違った視点から新たな端緒をつけたと自負する。すなわち、詳細な認知神経心理学的議論から問題の本質に迫ろうとする慶

1) 獨協医科大学越谷病院精神科（現 東京医科歯科大学難治疾患研究所） Toshinori Nakamura (Prof., MD.PhD.), Hiroyuki Ogata : Department of psychiatry, Koshigaya Hosp., Dokkyo University school of medicine (Recently ; Department of neuro-traumatology, Medical research institute, Tokyo Medical and Dental University)

2) HGC 心理教育研究所 Takeshi Yoshimoto : Human Growth Center

3) 獨協医科大学越谷病院救急医療科 Keiichi Ikegami : Trauma & C.C.C., Koshigaya Hosp., D.U.S.M

4) 同脳神経外科 Yuhei Yoshimoto : Department of Brain Surgery, Koshigaya Hosp., D.U.S.M

5) 同医療相談室 Harumi Nagai : Social service room, Koshigaya Hosp., D.U.S.M

6) 産業技術総合研究所 Takatsune Kumada : A.I.S.T.

7) 獨協医科大学越谷病院看護部 Junko Tomohusa : Nursing staff room, Koshigaya Hosp., D.U.S.M

8) 同リハビリテーション部 Mitsugu Onuki, Tomohiro Takemoto : Department of Rehabilitation, Koshigaya Hosp., D.U.S.M

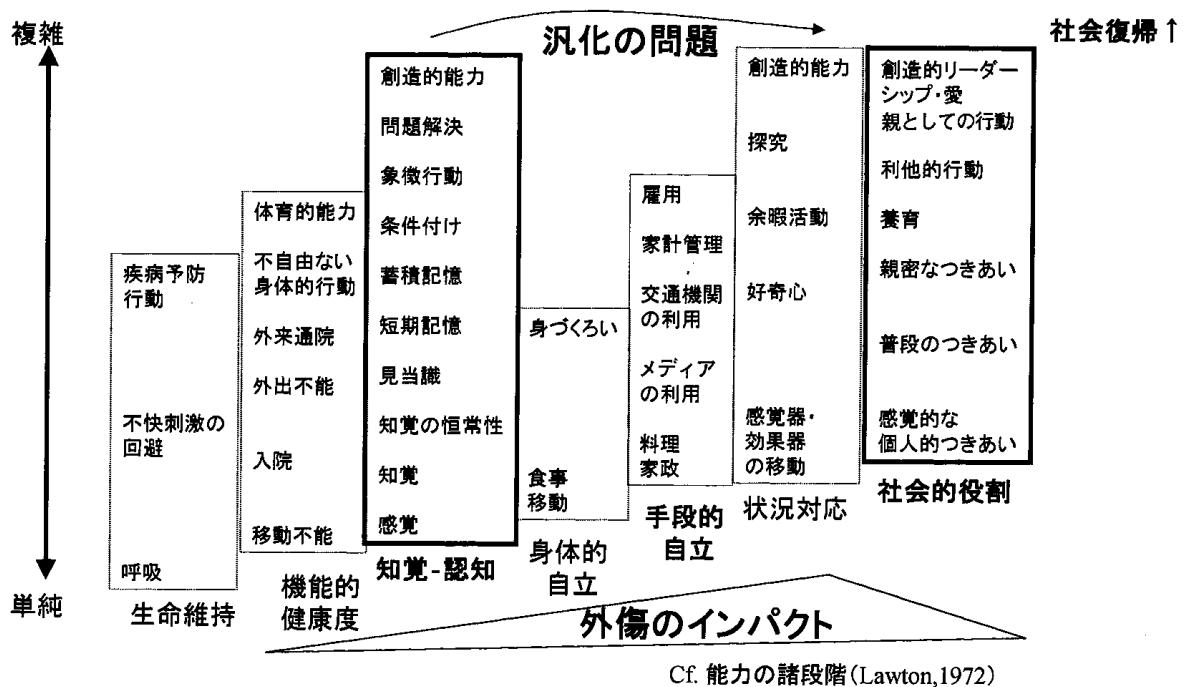


図1 認知リハビリテーションにおけるエコロジカル・モデル

應グループの活動は一步一步確実に本分野の礎を築いており、それは Humphreys らのアプローチにも一様の共通項をもった神經心理学の王道を行くが、一面やや微に入り細に入るきらいは拭いきれず、今、目の前にいるクライエントにどう応用してよいか分かりづらい。

一方、われわれは van der Kolk (1996), Herman (1992) などの打ち立てた外傷論の基盤に立ち、さらに救急精神医学の観点から Trauma nursing の理論 (McQuillan ら, 2002; Farrar, 2002 ほか) に立脚した認知リハ・モデルを提案した。これは広く救急医学、リハビリテーション科学の応用であるともいえ、また Bryant と同様、複雑性 PTSD と単純性 PTSD の臨床経験の応用でもある。すなわち、外傷を全人的観点からみたりハビリテーション医学・看護学の知恵をもって、外傷治療論で成果をアンカーし確実な改善を期待する。要素的脳機能を問題にする前に、その人そのものを何とかするわけである。これはいみじくも今日、WHO がノーマライゼーションの理想のもとに、リハ概念を ICIDH から ICF へと変更した理念の登場とも期を同じくするものである。

すなわち、脳外傷における認知リハの必要性が

呼ばれるが、従来の方法では未だ機械論的なものを超えず、効果の持続性・汎化性に問題がある。われわれは、この原因としてリハビリの前提としての汎化リソースを軽視する伝統に支障があると考え、M. Erickson によるコミュニケーション心理学の理念にその解決を求める、情動に注目することでこれを賦活する方策を検討してきた。ここでは、デカルトによる心身二元論の幻想に抗してわれわれは脳外傷を心身一体の衝撃連続体 (impact continuum) として捉え (中村, 2002), 次に Ben-Yishay, Prigatano ら (1991/1999) の全体論的観点や Perfetti. C の認知運動療法 (2000) に加え、Bryant らによる外傷論的観点 (1999/2000/2001) も取り入れつつ、これらを実行概念とした。さらに、遊び・イメージを中心に構成される在宅認知リハを指向しこれに統合した。以上によって、過去 5 年間でわれわれが POCR 過程指向認知リハと名づける一連の作業プロトコールを得たが、これによれば、実生活そのものがリハとして再構成され、持続性・汎化性などの問題がない。本論では、この POCR の概要を報告する。

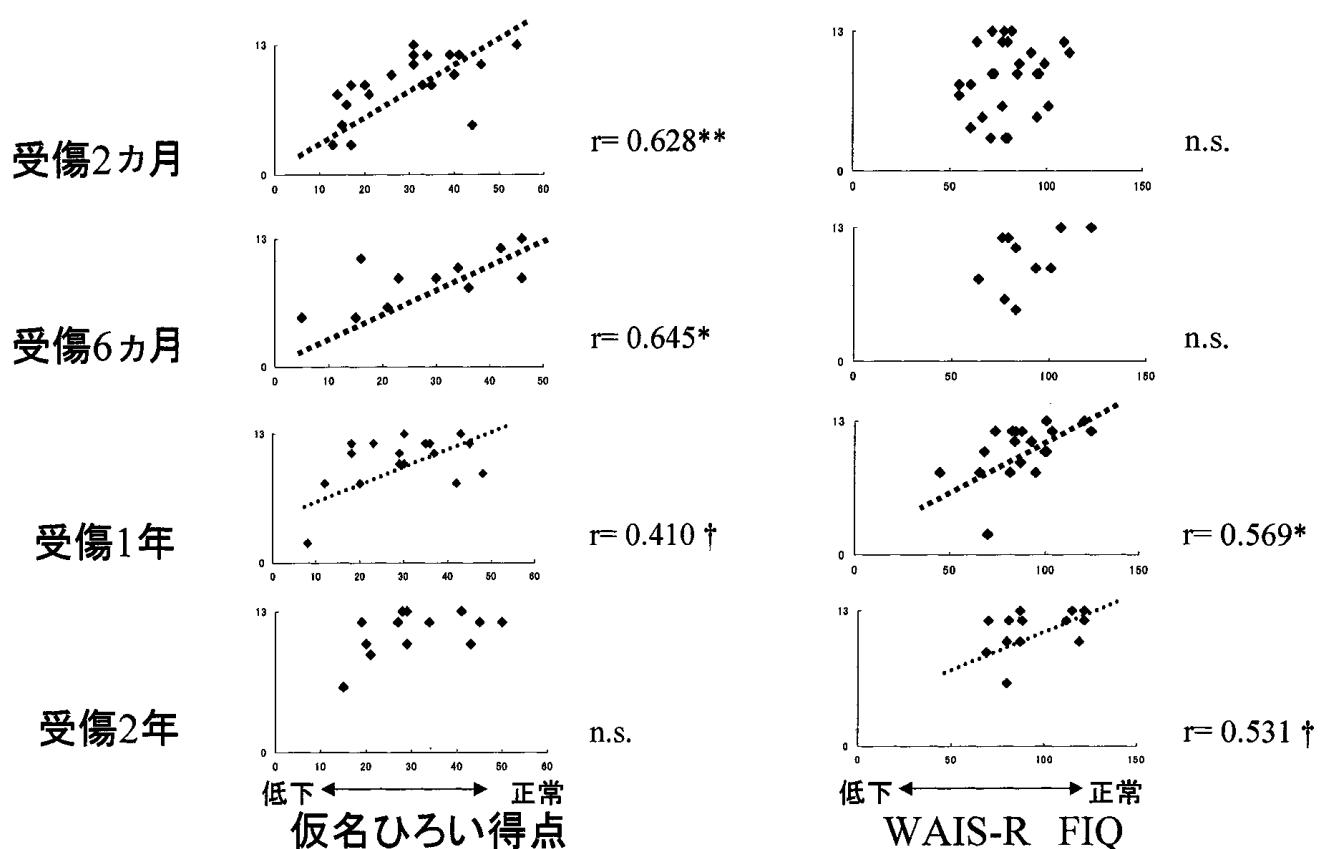


図 2 a 各時点における認知機能と手段的自立の関係  
(縦軸はいずれも D-APDL 得点)

### 1. 外傷論からみた認知リハのエコロジカル・モデルとは？

図1にわれわれが指向する認知リハの生態学モデルを示した。単純な機能から複雑な機能への縦軸に加え、生命維持から社会的役割にいたる横軸を想定しえる。さらにこれまでの認知リハでは知覚-認知に焦点があてられていたが、それをして社会的役割に汎化が困難であった。われわれは脳外傷における外傷のインパクトを図のようなスペクトラムで考え、むしろ社会的役割への直達的介入を行うものとした。

### 2. 過去 5 年間の経過観察（基礎的実証研究）

1) 目的：認知機能すなわち前部脳機能すなわち前頭前野機能と後部脳機能すなわち知能に加え、情動因子すなわち抑うつと心的外傷が手段的自立に関係して社会復帰を促すというモデルを採用し、脳外傷患者の経過を検討した。

2) 対象：対象 46 名の年齢は 17 歳から 74 歳、平均 29 歳。平均 2.7 年間の経過観察が可能であった。初診時の GCS 平均は  $10 \pm 3.6$ 、意識消失期間は平均  $8.6 \pm 8.1$  日であった。

3) 方法：認知機能すなわち前部脳機能すなわち前頭前野機能と、後部脳機能すなわち知能や、情動因子すなわち抑うつと心的外傷が、それぞれ手段的自立に関係して社会復帰を促すというモデルを採用した。ここでは手段的役割を社会復帰に

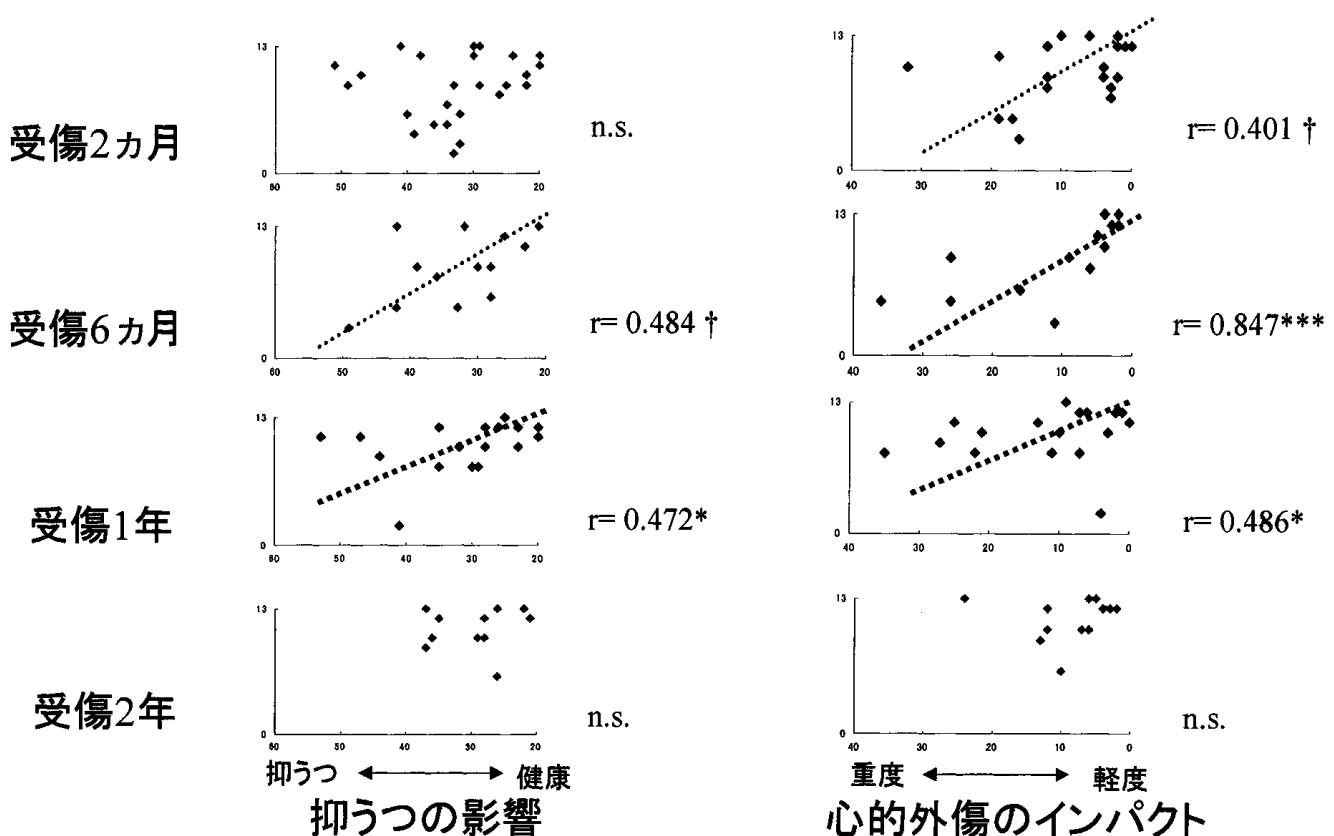


図 2 b 各時点における情動因子と手段的自立の関係  
(縦軸はいずれも D-APDL 得点)

向けての媒介変数として捉え、説明変数としてはいわゆる認知機能に加えて、心的外傷を含む情動因子に注目している。すなわち、認知機能として仮名ひろいテスト得点、WAIS-R 全 IQ、情動因子として SDS 抑うつ尺度得点、出来事インパクト尺度得点を説明変数とし、社会復帰への媒介変数と考えられる手段的自立度は獨協式 IADL 尺度：D-APDL（中村ら、2001）を用いた。ここでは、ひとりでの外出、買い物・食事の自立、お金の管理などの 13 項目のうち該当項目得点とした。外傷後各時点においてノンパラメトリック相関分析を行った。

4) 結果：図 2 ab は結果の散布図である。縦軸は手段的自立度（D-APDL 得点）を表わす。受傷 2 カ月、6 カ月、1 年、2 年の各時点における認知機能と手段的自立との関係を示した。受傷初期には特徴的に仮名ひろい得点のよいものほど手段的自立度が高い傾向を認めた。知能については受傷初期にははっきりせず、受傷 1 年後、2 年

後では知能のよいものほど高い手段的自立を示した。一方、今度は情動因子に注目すると、受傷 6 カ月後、1 年後では、抑うつの軽いものほど明らかに手段的自立が高く、2 年後でははっきりしなかった。また受傷 2 カ月後、1 年後、2 年後で心的外傷の軽度なほど手段的自立が高い関係が認められ、特に受傷 2 年後においても心的外傷が軽度なものでは手段的自立度も高く全例が社会復帰していた。情動因子は、認知機能よりも、より時期によらず社会復帰の律速因子として働いている可能性が示唆された。

5) 考察：図 3 は以上の結果をシェーマにしたものである。手段的自立度は 13 点満点だが、自験例では 9 点を超えた時点から確実に社会復帰を達成した。しかるに受傷 2 から 6 カ月後では前部脳機能が良く抑うつのないこと、心的外傷の軽いことが手段的自立を高め社会復帰を促した。1 年後では知能が高く心的外傷のないことがさらに重要であった。また 2 年後では未だ症例数に限りが

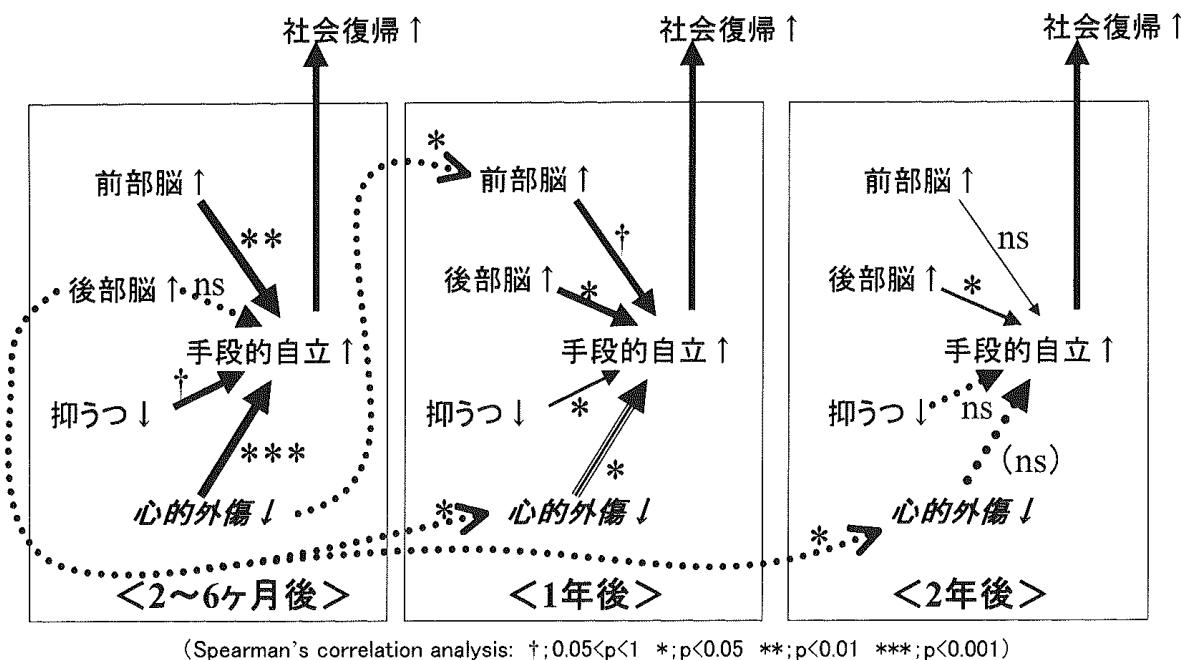


図3 分析結果のシェーマ

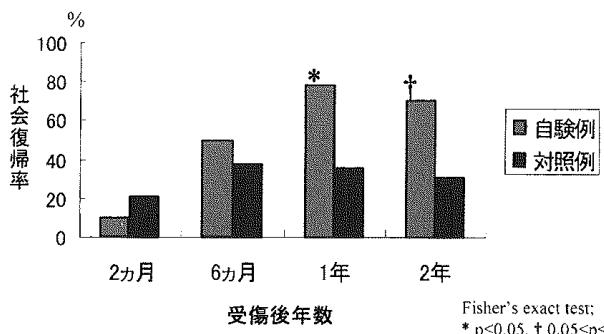


図4 性・年齢・重傷度をマッチさせた自験例と対照例の社会復帰率の比較

あり明確な結論はでないが、やはり前部脳・後部脳機能のよいことに加え、心的外傷のないこと、抑うつの軽いことが重要であった。また、縦断的には2から6ヵ月後の後部脳機能障害が1年後2年後の心的外傷と関係していた。これらは続発性の心的外傷と考えられた。一方、2から6ヵ月後の心的外傷が1年後の前部脳機能と関係していた。これらは事故に起因した原発性の心的外傷(ここではICUでの加療時点も含む)を示唆した。しかるに、2年後には要因の相関関係は不明瞭化しており、他の要因の影響(すなわち保障制度の見直し時期など)で、手段的自立、社会復帰に係わる要因の拡散が生じている可能性が示唆された。

6) 結語:これまでわれわれが報告した結果(中村ら, 2001)に再現性が認められた。以上により、総合的にみて社会復帰には心的外傷の観察とその癒しが前提となるといえよう。ちなみに、上記46名に対しては、当初より積極的に心的外傷に注目し関与しながらの観察(サリバン)を進めてきたが、多くの症例で時間体験の断片化に回復がみられ、通常問題とされる記憶力障害が寡少で、認知機能のほぼ完全な回復と社会復帰が可能であった。すなわち、従来いわれてきた脳外傷の経過とはかなり異なっていた。

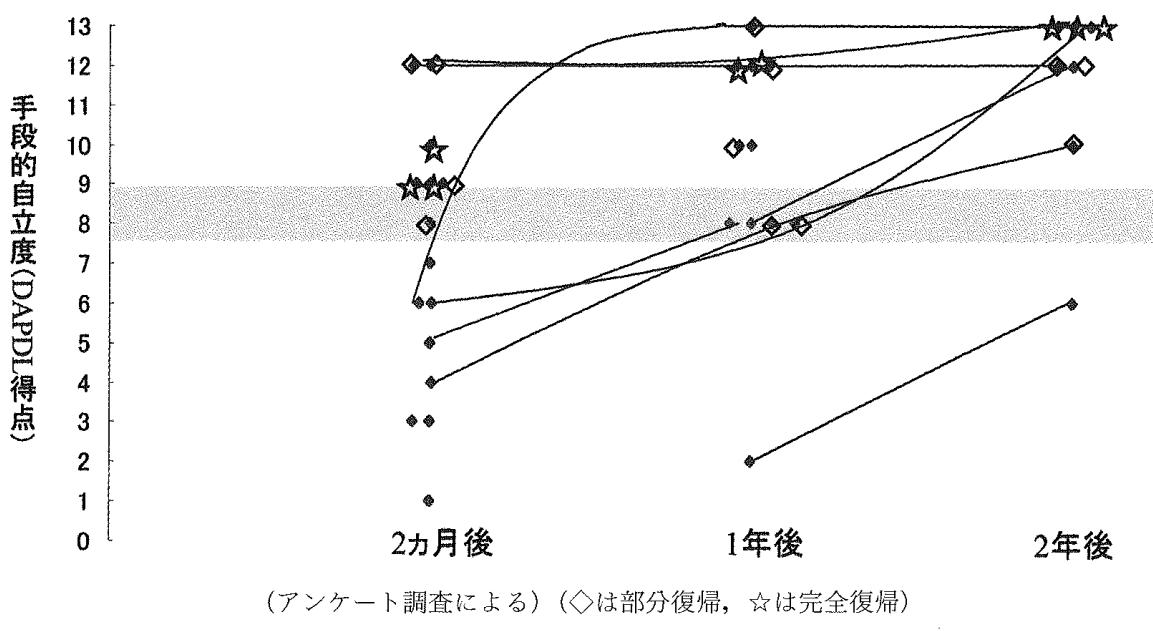
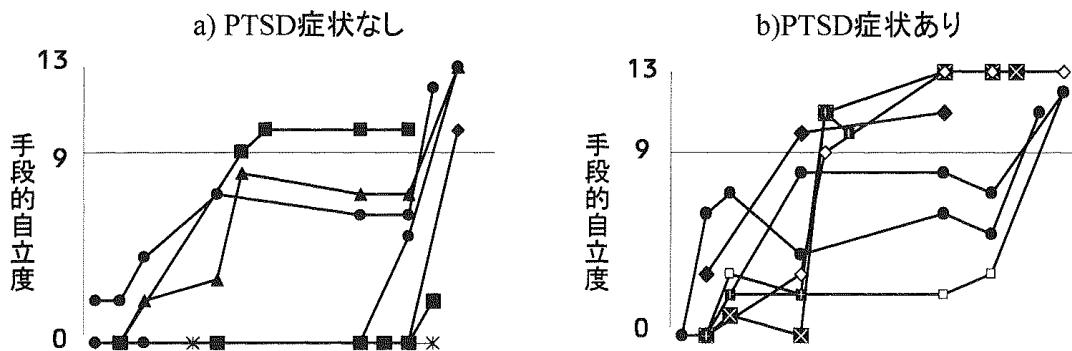


図 5-1 自験群における手段的自立度の変化

図 5-2 対照例における手段的自立度の変化  
(アンケート調査による)

### 3. アンケート調査からみたアウトカム、心的外傷とその影響（自験対対照の比較検討）

1) 目的：上記印象を実証的に確かめるために、アンケートを用いて自験対対照の比較、検討をした。

2) 対象：過去 5 年間、症例平均 2.7 年間にわれわれが経過観察した自験例と性・年齢・外傷重症度・世帯構成・基礎収入をマッチさせた対照例両群 20 組。

3) 方法：アンケートから得られた 2 カ月後

GOS は自験例で外傷後意識障害持続期間と関連し、ある程度の客観的妥当性が得られた。そこで、2 カ月後 GOS を外傷重症度とし、他の要因もマッチさせたマッチド・ペアにおける社会復帰率を比較した。

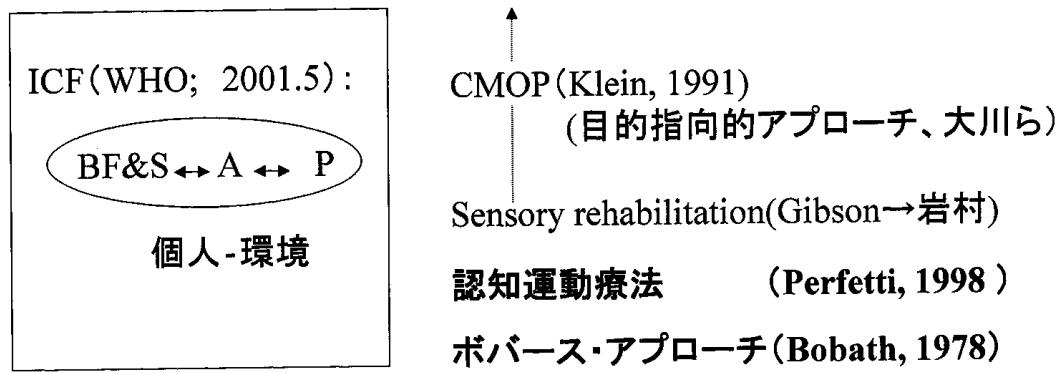
4) 結果：受傷 1 年後では対照群 35.7% に対して自験例 77.8%，2 年後では 30.8% に対して 70.6% と自験例の飛びぬけた社会復帰率の高さが示された。Ben-Yishay らのアウトカムが数回の治療クールを経てもなお約 50% ということなので、本成果は驚異的であった（図 4）。

5) 考察：そこで、社会復帰に向けての媒介変数として手段的自立度に注目して分析してみる

表1 POCRとは?

## POCR(process oriented cognitive rehabilitation)

認知リハ最大の課題である汎化の問題に対して;  
個人因子の変化のためPTSDの徹底治療と予防、動機づけ傾向の分析、  
さらに、環境との関係性の改善のため生活面でのニードの分析(COPM)。  
①問題指向→過程指向へ、②体性感覚の重視、③実生活の重視



と、われわれの自験例では経過により一意的にそれが改善しており、9点を超えると社会復帰が実現可能となるのに対して(図5-1), 対照例では、手段的自立度の回復が時に一旦後退するものが多く、さらにこれをPTSD症状(アンケート上の不眠・悪夢・フラッシュバック)の有無で分けて検討してみると、明らかにPTSD症状を呈したもので手段的自立度が後退する所見が目立っていた(図5-2 ab)。以上から、アンケート調査という限界はあるものの、自験例の予後は確かに良好であって、それが治療的関与の成果である可能性が充分示唆された。

6) 結語: 本検討は、われわれ独自の認知リハ・プロトコールの妥当性を示唆する。

### 4. 発見～プロセス指向認知リハビリテーション(POCR)への提言

すなわち、われわれが行ってきた神経外傷のケアおよび経過観察は、精神療法家の視点からこれをみればまさにサリバンのいう関与しながらの観察となっていた。以上により、われわれの関与しながらの観察は、結果として社会構成主義

(social constructionism)的な効果を生み、心的外傷の癒しを経て一意的な手段的自立の回復を保証することで、前述の驚異的な社会復帰率を実現したものと考察された。

そこで、われわれの作業プロトコールをさらにシェーマにしたものが、プロセス指向認知リハビリテーション process oriented cognitive rehabilitation (POCR) である。この根幹を成すのは、徹底的な心的外傷治療とその予防、そして個人の動機づけ傾向の分析さらに、COPM (Lawら, 1998/2001) を用いた生活面でのニードの分析と全体を貫くプロセス指向の理念である。これらは、心理療法の先端領域である身体性の重視という流れとともに、リハビリテーションの分野で体性感覚を重視する流れとの合流点である。さらに、body function & structure が activity や participation とは独立して相互作用を認めるとする WHO が 2001 年に提唱した ICF の理想が具現化されたものともいえる(表1)。

具体的にはチーム医療の中で、それぞれの職種がプロセス指向のコンセプトに基づき、全人的観点から患者さまの生活の評価改善を目指していくが、精神科医による薬物療法、心理士による心理面接・特殊心理療法のほか、SW による福祉介入、OT による通院作業療法、さらに必要に応じて、

表2 遊びを重視した課題とは？

**POCR(process oriented cognitive rehabilitation)の中で…**

①問題指向→過程指向へ、②体性感覚の重視、③実生活の重視

<u>遊び(play)</u>	<u>課題(work)</u>
ルールの決定と気づき	主体的発展
ルールによる拘束	最小限
作業原則	過程指向
情報処理	ボトムアップ(アフォーダンス)的
イメージの活性化	必須(感覚的)
前催眠的效果	弛緩・間接暗示的
環境(生活)との関係	同一の場
	強制的制限 最大限 問題指向 トップダウン的 不要(観念的) 緊張 隔離された場

Cf. 一人遊び                    内的集中と内的イメージの活性化  
         二人(以上)遊び            イメージ体験の共有と開放

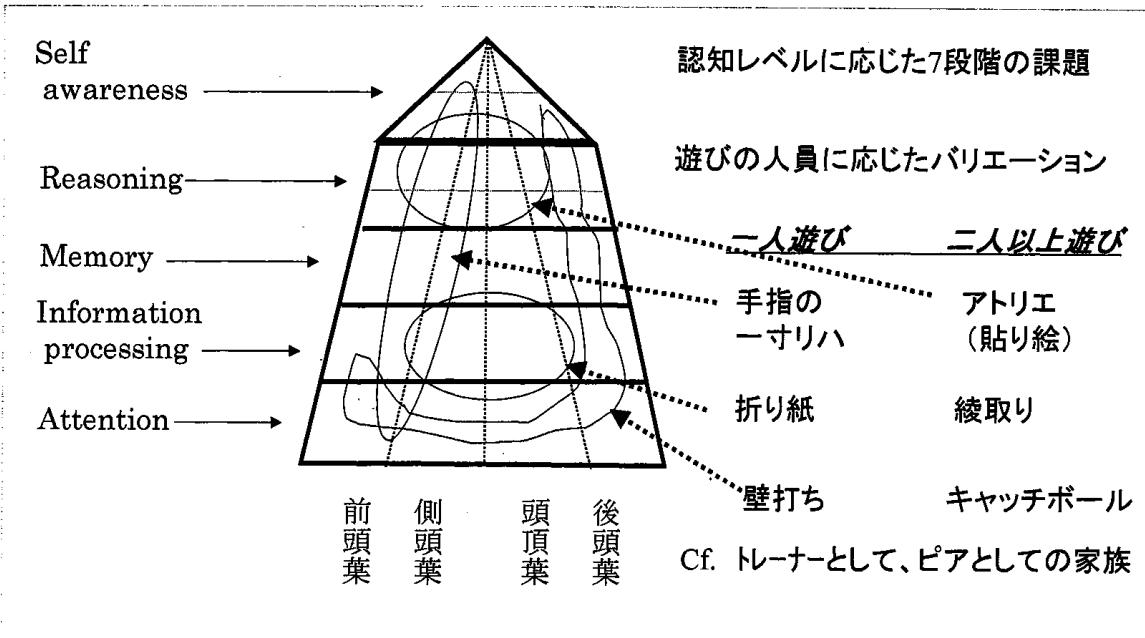


図6 在宅行動処方の実際

ST や PT が係わるものとなる。

さらに POCRにおいては「Play (遊び)」という概念が重視され、これは「Work (課題)」と対概念になっている。問題を課題のまま提示したのでは動機づけも低く、課題を施行してくれる可能性は低いので「遊び」という観点から課題提示することで、動機づけもあがり、楽しく継続して

実施可能である。患者さんのリソース、趣味や以前やっていた運動などの情報を集め、患者さん自身が少しでもやりたいと感じるような課題を選択するが、特に POCR では共感的観点からプロセスを重視し、体性感覚を重視する。実生活を重視しつつ、表に示すような遊びとしての特徴を満たす在宅行動処方を行っていく。リソースを開放し

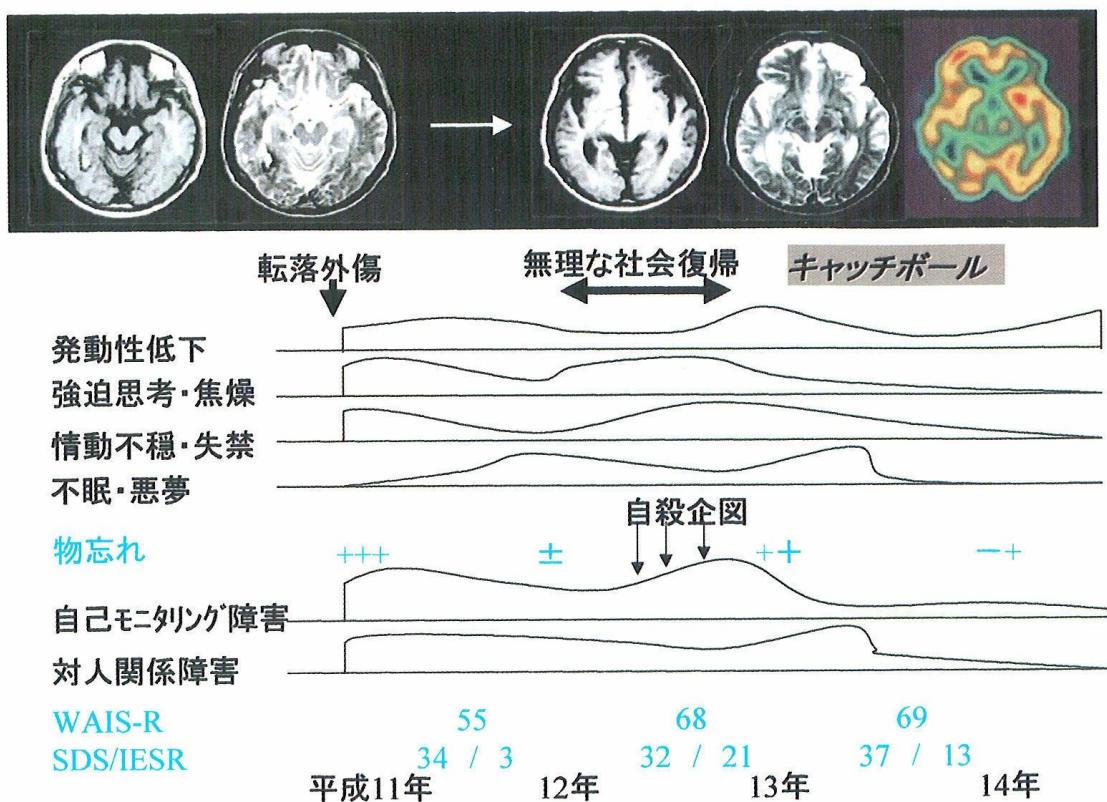


図7 症例1の臨床経過

余裕をもって取り組めるので、効果が高いのは必ずあり、そもそも主体的に発展し、また情報処理レベルでもアフォーダンス的である点が特徴的である（表2）。

POCRにおける在宅行動処方の実際については、図6に示したように縦軸として注意、情報処理、記憶、判断2段階、自己アウェアネス2段階と7段階の認知レベルを想定しつつ、また横軸として各皮質機能との関連から、それを遊びとして指導可能な課題を、時には一人遊びとして、また時には二人遊びとして、患者さんのナラティブをヒントに発想していく作業である。例えば、手指の一寸リハは前頭葉を含む左右脳を刺激してバランスをとる可能性をも考慮する。またキャッチボールはより視覚的注意を重視した発想であるがこれにはコミュニケーションレベルの共有といったテーマも想定している。そこではトレーナーとしてあるいはピア・カウンセラーとしての家族の存在も重視される。

症例を2例示す。

症例1は右側頭左前頭広範損傷の47歳男性。平成11年大型トラック荷台幌から転落外傷し、ISS:16, GCS:6, CT分類:III, 意識障害持続:7日, 退院時GOS:GR。受傷当初より2年目までの無理な社会復帰から不適応、数回の自殺未遂を経たが、疾病受容が可能になり強迫的構えが取れてきたころから児とのキャッチボールを指示。環境との緊張関係が徐々にほぐれるうち、生活技能の回復は父としての復権と並行した経過を示した。本例は外傷性痴呆のケースで心的外傷は寡少だが、平成15年現在はわれわれが折り紙ベース・アプローチ<sup>1</sup>と名づけたりハプランにて、認知機能のさらなる回復をみている（図7）。

症例2は両側前頭損傷・DAIの28歳女性。平成10年交通外傷受傷。ISS:21, GCS:8, CT分類:II, 意識障害持続:45日, 退院時GOS:MDであった。事故直前の婚約破談、事故後長期の意識変容、さらに賠償裁判の過程で加害者側からの監視調査が入るなどもあり、心的外傷の合併

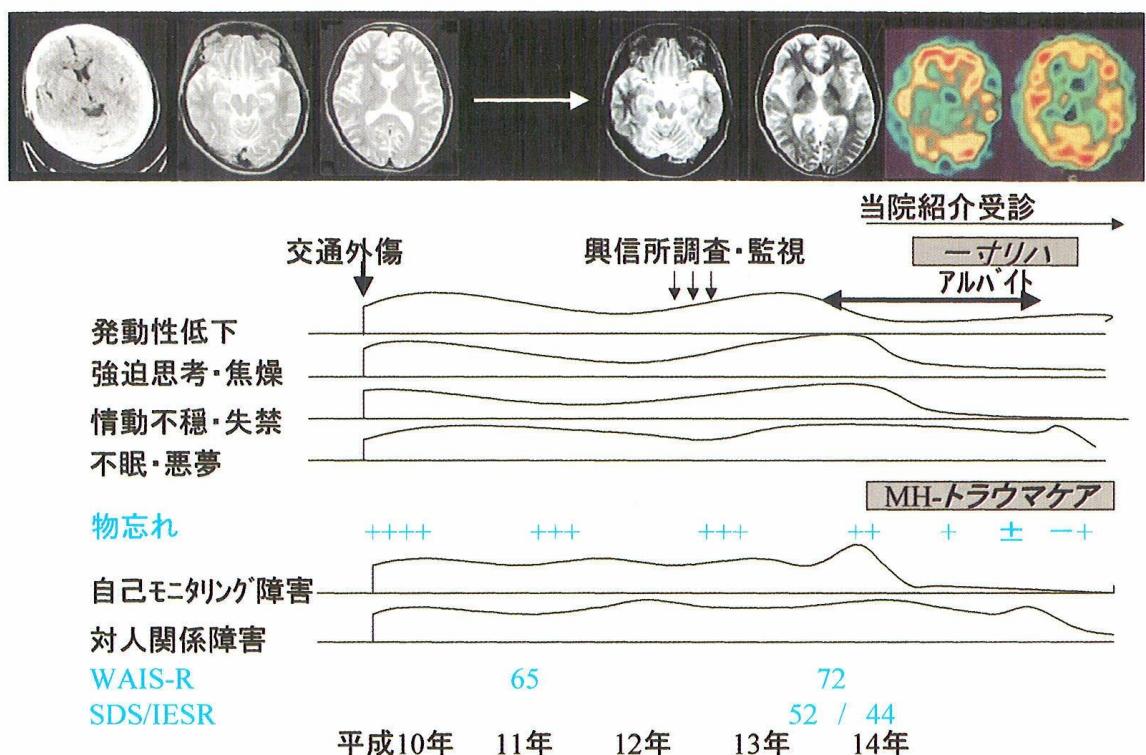


図8 症例2の臨床経過

が極度であったため平成13年暮れ本院認知リハ外来受診。左右手指の巧緻訓練（一寸リハ）<sup>\*2</sup>から開始。Modern hypnosisによるトラウマケアを併用して、時間の断片化が完全に回復。これを契機に、「死にたい」をリフレーム。豪華ブランド品をモチーフにさらに5年後の自己身体像をイメージさせたところ、「エルメスは男に買ってもらうもの。賠償金では全身脱毛することに決めました。私毛深いんです」と美容への意向を漏らした。平成14年、一時は知人の解体屋の手伝いをしていましたが、将来自信の持てる仕事につきたいと専門学校就学。その後、折り紙ボバース・アプローチにて跛行が改善、認知機能・対人関係能力にも著しい回復を認めている（図8）。

（注\*1：閉眼し手指の外的感覚と図形の内的イメージに集中することで臨床トランス状態を形成しつつ、姿勢すなわち環境との係わりのあり方をテーマとする、注\*2：手指の系列的屈曲-伸展を左右手を一指分ずらして施行してもらう。視覚で制御されたリズムの整合性をテーマとする。）

## 5. 認知リハにおけるPOCRの位置づけとは？

鹿島（1995）は、以下のように述べた。すなわち、「LuriaとTsvetkovaによれば、高次心理機能のリハにおいても中心的役割を果たすのは‘機能系の再編成’による機能回復であり、これは訓練を通して達成されるものである。……すなわち障害されている構成環を見い出し、障害されていない構成環と区別することである。これがリハの計画を立てるための出発点であり、障害されていない構成環を利用する事がリハの原則となる。」とする。

これは、われわれがボバースアプローチに求める環境適応的認知リハの理想とも一致している。つまり、患側から健側への視点の異動、環境との係わりの再構築である。しかるに、ここでいう訓練は単に、障害機能の単純な訓練や代行だけであってはならないというのが、われわれの主張で

ある。ワツラウイックは「変化の原理」(1974/2000)において、その事由を明らかにわれわれに示した。すなわち、群論の観点からみても、特定のクラス内部の要素間の対抗的働きかけは、結局むしろ悪循環を生むのみとされる。彼はこれを一次性変化と呼び、これでは大変な努力の反面、一過性の変化しかもたらさないとした。人間行動に持続性のある真の変化を生む働きかけとは、クラス間の跳躍を促す二次性変化であるという。つまり、内的ニードに勘案して確実に意表をつく必要があるわけだが、われわれ精神療法家に馴染みの深い用語におきかえれば、「リフレーミング」ということになる。いみじくも、鹿島はさらに Vygotsky (1960) の言葉を借り、「機能系の再編成」の過程（リハの過程）においても、……外的な支持や手掛けかりを含んだ展開的プログラムが必要とされる……」と述べた。これにより、われわれの認知リハのパラダイムは神経心理学的な合理性も保障されうる。すなわち、遊びをリフレームしつつアンカリングしていくその作業はあたかも重度神経症患者への短期精神療法（エリクソニアン・アプローチ）の作業にも似て極めて人間的なプロセスを前提とするが、ボトムアップに内的リソースを活性化しつつ、人としての主体性を保障し自己制限的でない神経認知行動学的变化を確実に保障する作業でもある。当然それだけではリハ完結しないことも多く、要素的認知機能は検査ベースで詳細に評価しつつ、これまでの認知リハは縦軸とする。一方、われわれが情動に注目しその一見の非論理性に隠された綿密な整合性のある論理性 (Vygotsky, 1997/2002) をその横軸におくマトリックスをわれわれのプロセス指向認知リハの旨とするのである。昨今の神経生理学的研究でもモノアミントランスポーターをノックアウトした過覚醒・情動不穏マウスでは神経栄養因子が働くなくなるなどの報告 (Fumagalli ら, 2002)もあり、情動に注目しそれを緩和していくアプローチは神経科学的にみても合理的である証拠が集まりつつある。言い換えれば、ヘーゲルの言になる「止揚（アウフヘーベン）」をさらに陽性感情のうえに置く作業でもあるが、さらに、個人の危機管理を国防や国家危機管理の観念を比喩につ

かえば以下のようなになる。ある危機問題に対応できただけでは事後のとなり他の危機には対応できない。いわば未来志向的に予測し、ある程度の広がりを持った段階的なプロセスをもった危機管理体制を持つのなら、彼はあらゆる危機に対応できるのである。

抽象論では分かりにくいので例をあげさらに説明しよう。ワツラウイックが例示した禅問答に答えてみる。……師匠は言った、「ここに杖がある。弟子よ、これを杖と呼ぶなら君は肯定している。杖と呼ばないなら君は否定している。肯定でも否定でもない立場から、君はこれを何と呼ぶか？」私はこういう。「私ならばこれを〈夢〉と呼ぼう。なぜなら、ステッキ！だから……」。論理的整合性という閉じた二項対立から、完全に抜け出して新たなプラスの意味を与えることが多少なりできていると自賛していた。おちもついて気が利いているが、この小咄を聴かせただけでも半身麻痺のある脳外傷後遺症の患者さまも、胆癌の統合失調症の患者さまも「先生、おっかしい……」と吹き出して身をよじらせてくださった。同時に生活苦から逼塞した彼らの固い表情も笑顔に変化し、彼らの中の何かも、また、彼らとわれわれの治療関係の何かもリフレームされたのである。しかるに、それでも未だこちらの構えが強すぎることを、児童虐待による PTSD・DID から完全回復したある不全脊損患者さまがなおも教えてくれた。彼女は主治医の答える前にニッコリ笑って「私だったら、ただ〈棒〉かな。」と言い放った。これこそがミンデルが「プロセス指向心理学 River's way」(Mindel, 1985) で述べつつも未だ一次性変化に拘泥していた痕跡から、「クォンタム・マインド Quantum mind」(Mindel, 2000) へと抜け出した二次性変化の神髄でもあって、われわれが POCR におけるコミュニケーション過程で目指すものそのものなのである。つまり、こうした働きかけを、動作を中心にリハビリテーションとして構築する。お分かりいただけない向きには上記の成書を参照されたい。

こうした事由により、われわれのプロセス指向認知リハは常にあるがままの自然な人間的コミュニケーションを前提とするため、通常の神経心理

の常識を離れて、まずありのままの情動に注目するのである。今日の神経生理学の言葉で言い換えれば、イントラ・プレイン・オペレーティングシステムの問題から、インター・プレイン・オペレーティングシステムの問題へのパラダイムの転換ともいえる。そして、まず通常の認知が閉じた二項関係に陥りがちな動因ともなる、いわば人心の強迫性に注目した人格の動機づけ分類を行い、また同様の理由で心的外傷にも積極的に介入していく。さらに、情動に調節された無意識の緊密な論理性から、患者自身の物語（すなわち人生の意味の連関と歴史、そして未来）をひも解いていく作業である。しかも、それが満足のいく身体リハともなる課題を患者自身の言説をリソースとして日常生活そのものを活用、リフレームしていくわけである。ミンデルの言い方を借りれば、語られるプロセス（一次プロセス）よりも、語られないプロセス（二次プロセス）にも注目しよう。そしてわれわれはプロセス指向の観点から、相互の問題のフィールドを共有しつつ、やがてミンデルのいうユニバーサル・フィールドを体現しようとする。これは先ほど述べたようなリフレームのことでもあるが、その結果得られたワーク（作業）はさらにプレイ（遊び）として、ボトムアップに構築される。例えばそれが、上記に示した知能低下とうつが問題のケースにおける児とのキャッチボールであるかもしれないし、下肢麻痺と自尊心低下が問題の事例における姿勢に注目して閉眼で行う折り紙（折り紙ボースアプローチ）であるかもしれない。機能論理的には無意味なそれぞれのトレーニングが問題を速やかに解決する。これは症状プロセス化した感覚チャンネルを統合的に扱いつつ、二次プロセスに注目し二次性変化を準備することで一次・二次プロセス間に生じた二項対立の悪循環に対抗パラドキシカルなインパクトを与えるからである。前者では父の復権に成功し順調な一次性変化・一次プロセスの訓練に乗れたし、後者では障害受容への強迫・否認の葛藤から解放され麻痺そのものの速やかな解消、および要素的認知機能の自然回復をみている。プロセスに注目し情動に注目することで、神経系は閉じた二項対立から開放され急速かつ展開的な自己組織化過程

の端緒につくようだ。リハの指示は内的に動機づけられるので、すでに外部からの繰り返しを必要としない。構成環は作動パラダイムがシフトすることにより明らかにリフレームされ、機能の回復・代償が実現されるのである。われわれはちょうどカオス理論が主張する初期値を与えればそれでよい。確実な分岐 bifurcation を促すのは情動コミュニケーションの質であって、どちらに分かれるかはわれわれ自身がこれを生きた関係性の中で見守ることだけで充分なのである。

### おわりに

過去5年間にわれわれが関与しながら観察した46症例のアウトカムを報告した。これにより、認知リハビリテーションには心的外傷の予防・治療と情動の緊密な論理性へのアプローチが不可欠であると結論でき、これを行えば大幅な社会復帰率の改善が期待できる。ただし、このためには特に問題指向から過程志向への変換が必要であった。すなわち、プロセス指向認知リハPOCRとその中核をなす人間的なコミュニケーション心理療法とは脳外傷の社会復帰に極めて有効であり、当然汎化の問題にも一石を投じうるものである。今後さらなる発展と客観的な検討が期待される。

<謝辞>本研究の発表にあたり、貴重なご助言を賜り、また研究の発展を勇気づけてくださった神奈川総合リハビリテーションセンターの大橋正洋先生に深謝いたします。なお本研究は、平成12年・13年度損害保険協会研究助成、平成13年・14年度厚生科学研究費助成、平成14年度エーザイ（株）寄付研究助成により行われました。西木良一様はじめ当該担当各位に謝意を表します。さらに、臨床の現場で常に真摯なテーマを教示してくださった、脳外傷後遺症のすべての患者さまに深甚なる謝意を表します。

### 文 献

- 1) Bobath B : Adult hemiparesia : evaluation and treatment. William Heinemann Medical Books : London, 1978 (訳書は紀伊国書：片麻痺患者の評価と治療第3版. 医師薬出版, 1994).
- 2) Bryant RA, Marosszky JE, Crooks J, et al. :

- Interaction of posttraumatic stress disorder and chronic pain following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*, 14 (6) : 588-94, 1999.
- 3) Bryant RA, Marosszky JE, Crooks J, et al. : Coping style and post-traumatic stress disorder following severe traumatic brain injury. *Brain Inj*, 14 (2) : 175-80, 2000.
- 4) Bryant RA, Marosszky JE, Crooks J, et al. : Posttraumatic stress disorder and psychosocial functioning after severe traumatic brain injury. *J Nerv Ment Dis*, 189 (2) : 109-13, 2001.
- 5) Farrar, J.A. : Psychological impact of trauma. In *Trauma Nursing : From Resuscitation through Rehabilitation*. WB Saunders : NY, pp : 366-392, 2002.
- 6) Fumagalli F, Colombo E, Bonetti P, et al. : BDNF expression is reduced during development and adulthood in the frontal cortex of dopamine transporter knock-out mice. SFN abstract, # 332.15, 2002.
- 7) Herman, J.L. : *Trauma and recovery*. Basic Books : NY, 1992.
- 8) Law M, Baptiste S, Carswell A, et al. (吉川ひろみ, 上村智子訳) : COPM カナダ作業遂行測定(第3版). 大学教育出版 : 岡山, 1998/2001.
- 9) McQuillan KA, Von Rueden KT, Hartsocks RL, et al. (eds) : *Trauma Nursing : From Resuscitation through Rehabilitation* 3rd edition. NY : W.B. Saunders Company, 2002.
- 10) Mindel A : *River's way*. Routledge & Kegan Paul : London & NY, 1985 (訳書はミンデル A : プロセス指向心理学. 春秋社 : 東京, 2003).
- 11) Mindel A. : *Quantum Mind : The Edge Between Physics & Psychology*. Lao Tse Press, 2000.
- 12) Perfetti C (宮本省三, 沖田一彦訳) : 認知運動療法 運動機能再教育の新しいパラダイム. 協同医書出版社 : 東京, 2000.
- 13) Prigatano GP : *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. Oxford Univ Pr : NY, 1999.
- 14) Prigatano GP, Schacter DL : Awareness of Deficit After Brain Injury : Clinical and Theoretical Issues. Oxford Univ Pr : NY, 1991.
- 15) van der Kolk BA : *Traumatic stress*. The Guilford Press : NY, 1996.
- 16) Vigotsky LS : *Razvitiye vysshikh psikhicheskikh funktsii-Psikhologija I uchniye o lokalizatsii psikhicheskikh funktsii*. Moskva, 1960.
- 17) Vigotsky LS (ヴィゴツキー, LS) : 子供の心はつくられる・ヴィゴツキー心理学講義. 新読書社 : 東京, 2002.
- 18) Watzlawick P, Weakland JH, Fish R : *CHANGE-Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. W.W. Norton & Company : NY, 1974 (訳書はワツラウイックほか : 変化の原理 一問題の形成と解決. 法政大学出版局 : 東京, 2000).
- 19) 鹿島晴雄, 加藤元一郎, 本田哲三 : 認知リハビリテーション. 医学書院 : 東京, 1999.
- 20) 鹿島晴雄 : 高次脳機能障害のリハビリテーションにおける“機能系の再編成” -Luriaとその学派の理論. *Journal of clinical rehabilitation* 別冊／高次脳機能障害のリハビリテーション : 14-19, 1995.
- 21) 中村俊規, 池上敬一, 尾崎玲子, ほか : 頭部外傷後の認知リハビリテーション 一長期予後に影響を与える情動因子の重要性-. 神經外傷, 24 : 88-94, 2001.
- 22) 中村俊規, 尾崎玲子, 池上敬一, ほか : 頭部外傷後遺症における‘衝撃連続体 (impact continuum)’- び慢性脳損傷と心的外傷後ストレス障害の臨床像の異同から-. 第25回日本神經外傷学会抄録集 2002.