

失語症者の社会適応

立石 雅子*

Key Words :慢性期失語症者, 社会適応, リハビリテーション, 病前性格, 活動性
chronic aphasic patients, adaptation, rehabilitation, premorbid personality, activity

慢性期失語症者の言語機能や生活状況に関する調査から、言語機能については平均値では維持されているが、個人差があること、生活状況については活動性の高い群と低い群に分類して検討すると、高活動群は低活動群に比べ、年齢が若い、日常的な行動であってもよく行う比率が高い、性格傾向として循環気質の比率が高いことなどが示された。一方、失語症者個人の側面に注目した社会適応に関する調査では言語機能の障害の程度と適応の良否には特定の関連は認められないこと、適応の良否に影響を及ぼす要因としては障害に対する本人の理解、病前性格、家族の理解、脳損傷による器質的人格変化の四つの要因が関与していることが示された。失語症者のよりよい社会適応を目指すには症例毎に早期からこれらの要因について検討を行い、失語症のリハビリテーションに組み込む必要性があると考えられる。

はじめに

失語症者に対するリハビリテーションでは発症後からの経過に応じて、さまざまな働きかけがなされる。かつては前景となっている言語機能の障害を改善させることが主であったが、今では障害の背景にある言語処理機能の解明を基に問題点を分析し、訓練の方略を考えるという方向性も出てきている。またQOLが重視されるようになった時代の流れに従い、実用的なコミュニケーション能力の改善、すなわち、日常生活でどれほどコミュニケーションがはかれるかという側面や患者の心理面に対する援助などにも注意が向けられるようになってきている。言語機能の障害は程度の差はある残存する。職業復帰が可能となる症例はわずかに10%から20%と限られている。病前、就業していても、その多くは職業に戻ることはできず、家庭生活を送ることになる。失語症者の言

語機能の改善をはかることは言語聴覚士の主たる業務であることはもちろんであるが、失語症者が言語機能の障害とつきあいながらよりよい生活を送れるよう補助手段、代償手段の活用を促し、行動半径を拡大するよう援助することもまた重要な業務の一部である。また言語機能の改善のみでは失語症者の抱える問題は解決しないことが多い。このような認識から、失語症者の社会適応を含む心理社会的な側面に関する研究については、ようやくその重要性が指摘されるようになった(M.T. Sarno 1993)。失語症が個人に及ぼす影響(Brumfitt, 1993; Hemsleyら, 1996), 病前の生活との変化から生じた抑鬱状態(Starksteinら, 1988; Irelandら, 1996), 失語症者と暮らす家族の適応の問題(Hermann, 1989; Kinsellaら, 1979; Zraickら, 1991), 家族と患者との評価の差異(Sorin-Peterら, 1995), あるいは家

*慶應義塾大学病院リハビリテーション科(〒160-8582 新宿区信濃町35) Masako Tateishi : Department of Rehabilitation, Keio University Hospital. Shinanomachi 35, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582
Adaptation of aphasic patients

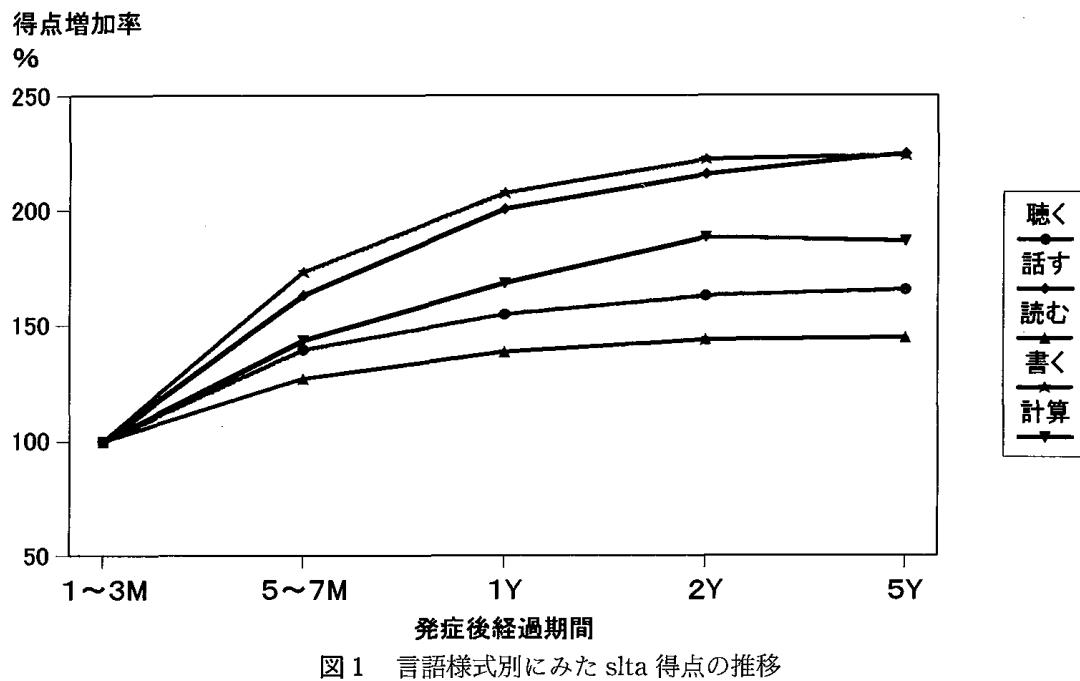


図1 言語様式別にみた slta 得点の推移

族と臨床家との評価の差異 (Oxenham ら, 1995)などの観点からの報告が散見されるが、認知神経心理学的な研究に比べ、その数はきわめて少ないと言わざるを得ない (Weniger ら, 1990)。それでも失語症に対するリハビリテーションは以前に比べ広がりのあるものとなっている。

本稿では、慢性期失語症者の生活状況、社会適応と言語機能との関係について述べ、良好な社会適応に影響を及ぼす要因について検討し、失語症のリハビリテーションについても触れる。

1. 慢性期失語症者の状況

a. 言語機能

失語症については言語機能の障害が全く残らない症例はむしろ稀で、何らかの形で言語機能の障害が残存する症例が多いのが実情である。障害が残っている状態であっても充実した生活を送るためにはどうするかという視点から失語症者が障害とともにどのように社会に適応していくかという側面について検討が必要である。そのためには、まず失語症者の生活について知る必要がある。ま

ず言語機能のレベルはどうであろうか。臨床では長期間にわたり言語機能を維持する症例にも、経過につれ言語機能の低下を示す症例にもしばしば遭遇する。発症から5年以上経過した慢性期失語症者について言語機能の変化を追った調査の一部を紹介する (立石, 2000 a)。「聴く」「話す」「読む」「書く」「計算」の各言語様式別に発症後1~3ヵ月時点のSLTAの得点を基準として得点増加率の推移をみると、全症例の平均値では「計算」を除く言語様式は発症5年経過後にお得点の増加傾向を認めた。特に増加傾向が著しかった様式は「書く」、および「話す」であった (図1)。

個々の症例では言語機能が維持されている症例と低下している症例があり、発症後5年経過時点に言語様式のいずれかにおいて、ピーク時の得点の10%以上の低下を示した症例を機能低下群、いずれの言語様式においても得点上昇が継続しているか、得点が低下していない症例を機能維持群として分類すると、性別、平均年齢だけでなく、自立歩行の比率や有職率についても両群間で統計的な有意差を認めなかった。一方で、統計的に有意ではないが、維持群では言語障害の重症度が軽度の比率が低下群に比して高い傾向を示した。ま

た機能低下群の正答率は言語機能のうち「聞く」「話す」「読む」では相対的に保たれているのに対し、特に「書く」で正答率の低下が著明であった。日常会話など話し言葉のやりとりに必要な「聞く」「話す」などに比べ、「書く」「計算」は意識していないと日常的な使用が少ない言語様式であることもこのような差が生じた一因であると推察される。

さて、日常生活の行動についてよく行うとの回答の比率を維持群、低下群別に見ると、「新聞を読む」「買い物」「家事」などの非常に日常的な活動について、いずれも低下群に比べ維持群でよく行うと答えた比率が高く、同居家族数についても低下群2.8人に比べ維持群では3.8人と維持群で有意に多い結果であった。これらの結果から、言語機能の維持には、発症時年齢や性別、言語機能の障害の程度より、行動の広がりや刺激の多さが影響を及ぼしていることが窺われる。

b. 活動性

慢性期失語症者71名、およびその家族を対象として失語症者の生活や活動性について調査(立石, 2000 b)を行った。日常生活における行動の内容、頻度などに関する15項目、日頃感じている問題点などに関する13項目からなる質問紙を作成し、失語症者に対しては対面でこの質問紙に対する回答を求めた。一方、家族については同じ日常生活に関する質問紙、および患者の言語機能をどのように評価しているかについて CADL 家族質問紙、社会経済的状況に関する質問の3種に対し、対面もしくは郵送により回答を求めた。種々の活動をどの程度行うかという活動性には症例ごとで差があるため、主体的な行為を含む「活動性」を指標として活動性の高い高活動群と活動性の低い低活動群に二分し、その属性を見ると、低活動群では60歳代以上の比率が75%に達し、高活動群に比べ高年齢層が多く、就業している症例の比率は低活動群に比べ高活動群で有意に高い傾向を示した。すなわち、活動性の高い群では就業率が有意に高く、年齢は有意に低くなっていた。活動性は加齢とともに低下することが推測された。一方、運動機能と活動性の間には運動機能

が良好であると活動性が高いというような特定の関係は認められなかった。両群の失語型についてみると、高活動群では失名詞失語が全体の44%と最も多く、次いで Broca 失語 29%，伝導失語 15%，Wernicke 失語 12%の順であった。一方、低活動群では Wernicke 失語が 49%と最も多く、次いで失名詞失語 30%，Broca 失語 22%であり、失語型の構成は両群で異なっていた。言語障害の重症度については高活動群では軽度が 56%，次いで中等度 29%，重度 15%の順となっている。低活動群の方は、重度が 38%と最も多く、次いで中等度 35%，軽度 27%で、低活動群は重度の症例が多い傾向を示した。日常的な活動をどの程度行うか尋ねた回答では、テレビを見る、家族との会話、新聞を読むといったごく日常的な項目について失語症者の頻度と健常者である家族の頻度に大きな差異は認められなかつたが、会合への参加、友人とのつきあい、趣味活動、買い物、家事、仕事、電話をかけるなどの項目を行う頻度は家族に比べ失語症者で低い傾向を示し、図2に見るよう、低活動群と高活動群ではテレビを見る、あるいは家族との会話など、きわめて日常的な家庭内の行動についても低活動群に比べ高活動群がよく行っていることが示された。

家族とともに過ごす時間についてみると、高活動群では5時間未満との回答が38%を占めるのに対し、低活動群では19%であり、逆に11時間以上一緒に過ごすとの回答の比率は高活動群では9%，低活動群では27%となっている。高活動群では就業している比率が高いことは考慮するとしても、低活動群に比して家族とは別に行動する傾向を示した。

不安に感じる事柄の比率を両群で比較してみると、高活動群ではことば、患者の健康、家族の健康、身体機能、次いで経済的な事柄、意欲、仕事の順となっている。一方低活動群では、患者の健康が最も高比率で、23%を占めている。次いでことば、家族の健康、身体機能、さらに意欲、日々の生活の順であった。このようにことば、身体機能など機能面、また本人および家族の健康、さらに本人の意欲が比率の高い項目として挙げられている点は両群で同様であったが、低活動群で本人

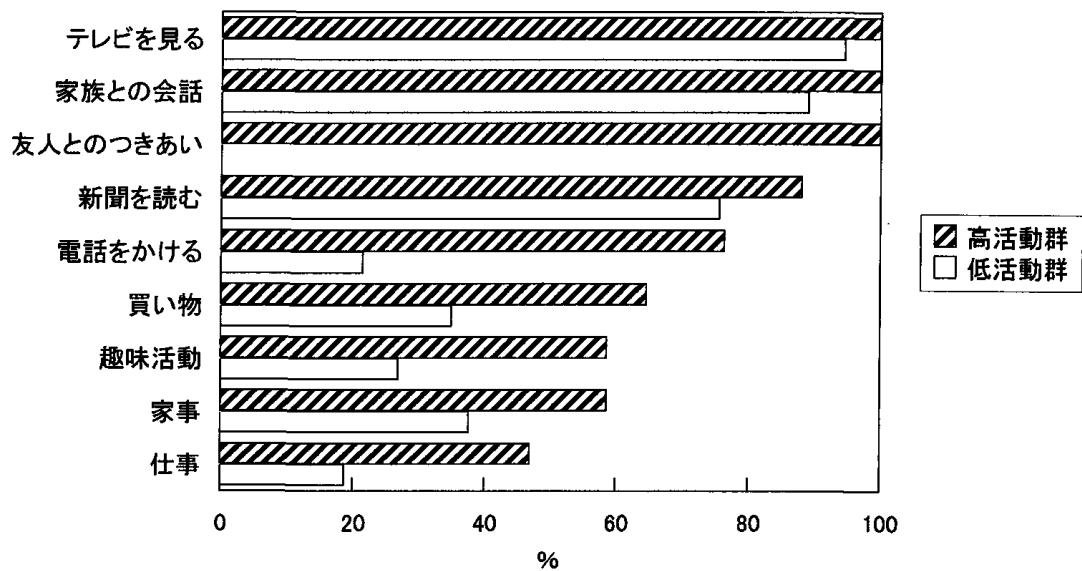


図2 日常生活における行動の頻度：よく行うとの回答比率
高活動群と低活動群との比較

の健康の比率が高活動群に比べ高いこと、また高活動群では経済的な事柄や仕事が、低活動群では日々の生活が不安に感じる事柄として挙げられているところが異なった。高活動群では種々の行動を行う上での不安を感じているのに対し、低活動群では日々の生活をどのように過ごすか、あるいは健康や機能など自己に注意が向いていることが窺われる。低活動群では現状を病前とは異なったものとして認識しているにも拘わらず、現実には活動範囲を拡大できない、あるいは主体的な行為を行えず、その状況に満足はしていないと推察された。

さて「外向的で細かいことにはこだわらない」から「几帳面、完全主義」までの4段階で、失語症者本人が性格傾向の自己評価を行っている。「外向的で細かいことにはこだわらない」は循環気質に、「几帳面、完全主義」は執着気質に対応している。高活動群では循環気質の比率が高く、低活動群では執着気質の比率が高い傾向を示した(図3)。

以上のように、慢性期失語症者の日常生活について、相対的には言語機能レベルの維持がはかれているが、個人差のあること、言語機能が維持されている場合には家族数が多い、活動が多方面

にわたっているなど生活上での刺激が大きいことが示唆された。一方、日常生活の活動性については高活動群は低活動群に比べ年齢が若いこと、言語機能の障害の程度は軽度が多いこと、性格特性として高活動群には循環気質の比率が高い傾向を認め、活動性と性格傾向との間には関連があることが示唆された。

2. 社会適応

リハビリテーションの領域では、coping、すなわち障害への対処の仕方という考え方がある(Broida, 1979; Rey, 1982)。このcopingの意味での社会適応という観点から筆者らが行った調査(立石, 1989)を一部、紹介する。ここでいう社会適応とは職場復帰か家庭復帰かというような外的基準によるものではない。本人が自己の状況をどのように考え、対処しているか、という失語症者個人の要因に注目し、本人が自己の状況をどのように考え、対処しているか、という失語症者個人の要因に注目し、患者および家族がともに困っていない状態を適応良好と定義している。

発症後3年以上経過した失語症者150名につい

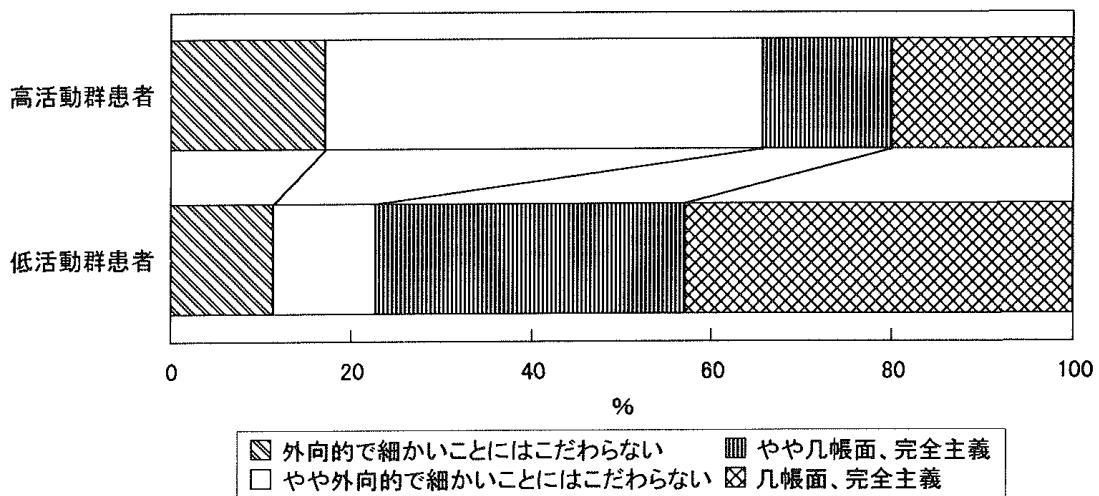


図3 性格傾向の評価
高活動群と低活動群との比較

表1 失語症の重症度と社会適応

	適応良好	適応不良 (人)
軽 度	42	20
中・重度	38	50

$\chi^2 = 8.82 \quad p < 0.01$

てみると、適応良好例は言語機能の障害の程度が軽度の者では 68%（表1），言語機能の障害の程度が中等度もしくは重度の症例では 34% であった。 χ^2 検定の結果 1 % の危険率で有意であり、言語機能の障害の程度が重くなるにつれ適応良好例が減少する傾向が認められた。失語型別、性別、年齢別と適応の良否との間に特別な関連は認められなかった。

一方、失語型別の中・重度の症例についてみると失名詞失語で 50%，Broca 失語では 53%，Wernicke 失語では 56% といずれの失語型においても 50% 以上は適応良好例であった（表2）。すなわち障害の程度が中・重度であっても適応良好例は存在することが示されている。

1990 年に行った慢性期の失語症者 55 名についての調査（立石，1990）では、適応の良否と、言語障害の程度を表す SLTA（標準失語症検査）得点およびコミュニケーション能力を反映するとされる CADL（実用コミュニケーション能力検査）得点との関係について、グラフのような結果が示された（図4）。SLTA 総得点は中央値 167

表2 失語症と社会適応

	適応良好	適応不良 (人)
失名詞失語	8	8
伝導失語	1	0
Broca 失語	9	8
Wernicke 失語	18	14
全失語	1	17
その他	1	3

点で軽度と重度に分類してあるが、言語機能の障害が重度であっても適応良好な例が存在した。また適応良好例では CADL 得点が SLTA 得点より高い、言語機能の程度より実際のコミュニケーション能力の方が高い、すなわち回帰直線より上方に適応良好例が分布することが予想されたが、回帰直線より下方にも適応良好例が認められた。

これらの結果は、言語機能の障害が重度であっても社会適応が良好である、あるいは逆に障害は軽いにもかかわらず病前の言語機能との落差のみを問題として社会適応が良好でない、など言語機能の障害の程度と実際の社会生活の状況とが解離している失語症者がかなりの割合でいることが明らかとなった。ここで定義した失語症者の適応の良否には臨床的に言語機能の評価に用いられる SLTA や、いわゆるコミュニケーション能力を評価するとされる CADL で測られる側面以外の要因が関与していることが窺われる。社会適応の

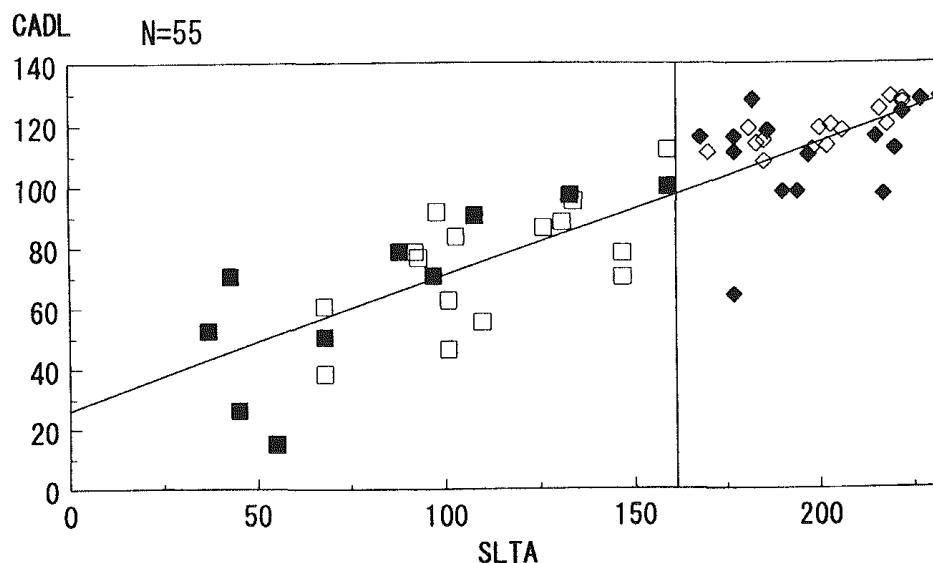
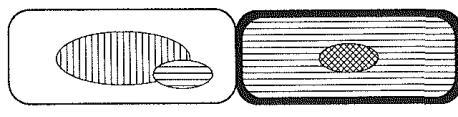


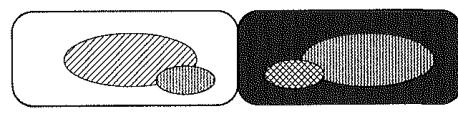
図4 適応の良否とSLTAおよびCADLとの関係

適応良好・軽度 ◇ それ以外・軽度 ◆
適応良好・重度 □ それ以外・重度 ■

適応良好例



それ以外の例



*障害に対する本人の理解
十分 □ 不十分 ■

*家族の理解
十分 ▨ 不十分 ■■■

*病前性格
循環気質 ▨▨▨▨

*執着気質 ▨▨▨▨

*器質的人格変化
あり ▨▨▨▨

図5 適応の良否にかかる要因

良否は言語機能の障害の程度のみでは予測できない側面があることが推測された。

このことは臨床の場面において、言語障害を残しながらも意欲的に生活している患者もいれば、障害の程度は軽度であっても、喪失感が強く現状を受け入れられない患者もいることとよく合致しているといえる。

3. 社会適応に影響をおよぼす要因の検討

このような違いは何によって生じているのか、適応の良否や活動性に関わる要因としてはどのようなものが考えられるのか、55名の慢性期失語症者を対象として、影響を及ぼしている要因について検討した。家族が患者の言語機能をどのように捉えているかに関する質問紙、社会・経済・家族状況に関する調査、また患者の病前、病後の性格などに関する精神科医による面接を行い、適応良好例についてその要因の検討を行った（立石、1997）。その結果、適応良好な症例を特徴づける四つの要因が抽出された。

1. 障害に対する本人の理解

2. 病前性格

3. 家族の理解

4. 脳損傷による器質的人格変化

の四つである。その要因がどのように適応の良否と関連するかを模式的に示したもののが図5である。

失語症者はまず自己の障害を理解しているか否かで大別される。Broca失語、失名詞失語や障害の程度が軽度なものは自己の障害を客観的に理

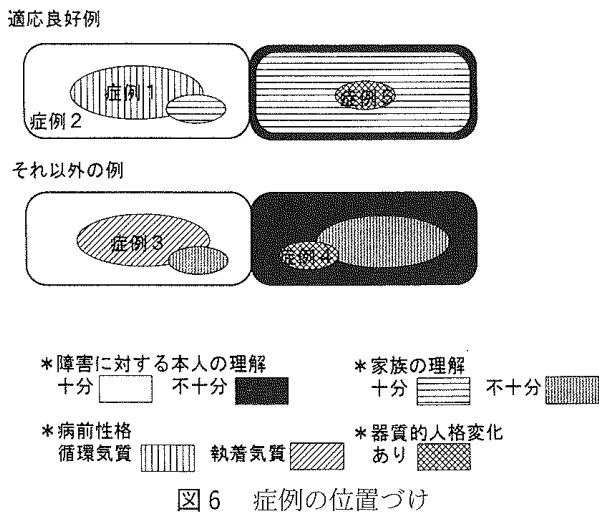


図 6 症例の位置づけ

解していることが多い傾向が認められた。自己の障害を理解した上で、訓練や社会生活の状況をそのまま受け入れるか否かという点については症例の病前性格が反映されるようである。すなわち、適応良好例には円滑、自然かつ柔軟性があり、外向的な循環気質と呼ばれる性格特性を示す例が多く、几帳面で完全主義的傾向のある執着気質の性格特性は適応良好以外の例に多いことがわかった。

一方、自己の障害の理解が十分でない症例は、Wernicke 失語や障害の程度が重度であるものに多く、このような例では適応の良否に関わる要因として家族の理解と脳損傷による器質的人格変化が重要であった。障害に対する本人の理解が十分でない場合には、家族が失語症者の状況を理解しているか否かが社会適応に大きく影響する。家族が失語症者の状況をよく理解していれば本人の行動をうまくリードすることができる。また多幸、暢気といった器質的人格変化の存在は、通常はリハビリテーション上の阻害因子と考えられるが、場合によってはかえって障害による抑鬱などの深刻な心理的反応を惹き起こさず、家族の理解があれば、社会的内向に陥らせないと考えられる。

以下に具体的な症例を示す。

症例 1 57歳の男性。脳梗塞。失名詞失語
初診時は喚語障害が著明で、自発話はほとんど認められなかった。聴覚的了解は簡単な会話では

良好であった。訓練には意欲的に取り組み、他院入院を経て、発症後約1年で閑職への配置転換という形でレコード会社に復職した。この時点では言語機能の障害の程度は軽度であったものの仮名書字の書き誤りや、まとまった内容の発話が困難という問題が残存していた。言語機能評価の正答率は94%，知的機能も良好であった。独歩は可能、右上肢は廃用手。自宅での自習課題を作成し、経過観察を継続した。旅行に出かけるなど徐々に行動半径を広げ、発症後5年目には講習を受けた後パソコンを購入し、本人の所蔵する膨大なレコードやCDの管理を開始した。さらに発症後約8年で自ら希望して資料室への配置転換を果たし、パソコンを用いた資料管理を行うに至った。模式図上に位置づけを示す(図6)。本症例は障害を客観的に理解し、循環気質という病前性格が反映され、訓練にも、仕事にも前向きに取り組み、行動半径を拡大した理想的な例であるといえる。

症例 2 63歳の男性。脳梗塞。Broca失語

複数の医療機関での訓練を経て、発症後約8年で当言語室を受診した。主訴はうまく話せないし書けないことであった。発話は非流暢であったが、短い単語を用いた意思伝達は可能であった。右片麻痺でプラスチック装具により独歩が可能であり、右手は廃用手で利き手交換により左手を使用していた。指示されたことは実行するが、自分で応用はせず、他者に依存的な状況であった。したがって訓練終了後はほとんど家に閉じこもっていたとのことであった。言語機能評価の正答率は82%であった。言語機能の訓練に加え、患者の会などの活動への参加を促した。訓練開始後約2年目から患者の会で知り合った友人と旅行に行く、趣味の将棋を再開し将棋道場に行くなど外出の機会も増えた。生活半径は徐々に、しかし確実に拡大し、依存性も減少した。本症例は言語障害を理解していたものの、病前性格が執着気質で、病前との比較にこだわり、行動半径の拡大までに長い期間を要した例で、図6のような位置づけと考えられる。

症例3 51歳の男性。脳梗塞。Broca失語

初診時、発話は非流暢で喚語障害が著明であった。聴覚的了解は文レベルで誤りが出現した。身体的な麻痺はほとんど認められず、発症後1年で言語訓練を継続しながら、地方公務員として復職した。この時点における言語機能評価の正答率は70%であり、障害の程度は中等度であった。手紙の仕分けや備品の管理など配置転換による仕事の内容は簡単なものが多く、その遂行は順調であったが、本人は喚語障害、書字障害の訴えを繰り返した。訓練には意欲的であったが、年齢が高くなっていることもあり焦りが強く、思うように成果が出せずにまた焦るという悪循環となつた。改善点を積極的に認める働きかけも行ったが、復職後1年を過ぎた頃から「訓練をやっても仕方がない」という意味の発言が目立ち始めた。訓練継続を希望する妻を交え、何度も話し合いを持ったが、翻意させるに到らず訓練終了となつた。妻からの情報によれば現状に満足してはいないが仕事は続いているとのことである。本症例は図6に示すように、自己の障害をよく認識していたが、執着気質であるために、病前の仕事に戻らなければという気持ちが先走り、訓練に適合できなかつた例である。このような症例では、本人、および家族に対し、仕事にかわる目的を見つける働きかけが早期から必要であったと考えられる。また本例は妻の意向をほとんど取り上げていない。障害の程度が軽度である場合、あるいは自己洞察ができる症例では、相対的には家族の意向より本人の意向が重視される傾向がある。したがつて適応の良否には本人の病前性格がかなり反映されるといえる。

症例4 53歳の男性。脳梗塞。超皮質性感覚失語

他院での入院を経て発症後約1年で当言語室初診。発話は流暢であったが喚語困難が著明で、聴覚的了解は簡単な日常会話においても不良であった。家族とのコミュニケーションも推測でようやく成り立つており、家族が本人の意図を誤って理解すると怒り出すこともあった。失語症状に加え、気分のムラが大きく、注意持続が短い、保続傾向が著明、易怒性などの症状が認められた。病

前は温厚な性格であったといい、器質的人格変化を認めた。障害に対する自覚に乏しく、課題の遂行はきわめて難しかつた。言語機能評価の正答率は20%と低い値であった。徐々に変化することを期待して、定期的な訓練を継続したが、本人は訓練継続を勧める家族の言に耳を貸さず、終了となつた。本症例は自己の状況を理解せず、病前性格は循環気質であったが脳損傷による器質的人格変化が著明であり、家族の理解は十分であつたにも拘わらず、訓練構造に適応することが困難であった例といえる(図6)。

症例5 61歳の男性。髄膜腫摘出術後。Wernicke失語

当言語室初診時には簡単な会話の了解も困難であり、発話は流暢で、著明な錯語を認めた。身体的な麻痺が認められなかつたこともあり、言語症状を含む自己の状況把握においてやや深刻味に欠ける印象があつた。発症後2ヵ月で退院となり、外来で言語訓練を継続した。言語機能評価の正答率は62%であった。病前は商店を経営していたが、退院後も本人は店のことが気になり、店に顔を出してはあれこれ指示をしようとした。妻は症例の言語機能の状況、刺激が必要なこと、店を切り回すことは難しいことなどをよく理解していた。そこで店の特売品を書き写せる、自動販売機の硬貨を毎日集計する、商品の陳列など、症例が無理なくできる仕事を常に見つけ、刺激を絶やすぬ努力を続けた。症例も徐々に店の運営については妻や息子に任せようになり、店の手伝いをしながら客との会話なども積極的に行つてゐる。また病前からの趣味である民謡や囲碁を再開している。現在も複雑な内容を聴いて理解することは難しく、また喚語障害も残存している。障害に対する理解の不十分な本症例において、中心になって店を経営していた病前と、手伝いをする状況の現在とを比較して落ち込むことなく、できることを徐々に増やすという姿勢で社会的内向に陥らずに済んだのは、家族の理解と器質的人格変化に依るところが大きく、器質的人格変化が肯定的に働いた症例といえる(図6)。

これらの症例から明らかなように重症であるか

ら社会適応が良好でないとは限らない。社会適応にはむしろ失語症者個人に関わる種々の要因が影響を及ぼしている。失語症者に対するリハビリテーションの目標が失語症者によりよい社会生活であるとすれば、このような視点で失語症者を捉えることが必要である。

4. 失語症者に対するリハビリテーション

失語症者の良好な社会適応をはかるために具体的な働きかけを行うことも言語聴覚士の重要な業務の一部である。

先に述べたように、言語機能の障害の程度が重篤である場合、障害に対する本人の理解が不十分である場合、また器質的人格変化がある場合には家族の理解が重要な要素となる。さまざまな局面で家族の協力が必要となるので、失語症者の行動半径を広くするのも狭くするのも患者の家族の理解に依るところが大きい。言語機能に対する集中的訓練期には家族同席で訓練の様子を実際に見せること、評価結果を家族と本人に話すことなどは失語症者の状況について、家族の理解を深めることにつながる。家族に本人の言語機能の状態とコミュニケーションの確実なとり方、接し方のポイントができるだけ正しく知っておいてもらうことが重要である。

職場復帰の難しさについては既に述べたが、症例の機能レベルが病前の職種に完全復帰が可能な程度に改善していない場合には、受け入れ側である職場の関係者との調整が必要となる。症例は何ができる何ができないかを明確に説明することが重要である。その上で、原職への復帰が可能か、あるいは配置転換が可能かを決定してもらうことが望ましい。実際に復職してみると、復職前には考え及ばなかった問題に直面する場合もあり、復職後一定期間は経過観察を行う必要がある。

中等度から重度の言語機能の障害が残存し、復職はかなわない失語症者の場合、あるいは既に退職年齢に達している場合には、よりよい社会適応という観点から、日常生活の中で趣味であれ、地域活動であれ何か生きがいとなる事柄を見つける

援助も重要である。福祉センターなど社会資源の活用や友の会活動の紹介なども新しい活動の契機として有効である。

上記のようなさまざまな働きかけ、リハビリテーションを、具体的にいつ、どのように行うべきであろうか。機能レベルの言語訓練、あるいは能力レベルへの働きかけが終了した後に社会適応を考えるのではなく、早期から、各々の症例について大まかなゴール設定を行い、良好な社会適応を可能にするために考慮すべき要因を的確に把握する必要がある。基本的には言語機能に対する訓練と並行して指導や情報提供が進められることが望ましいと考えられる。

文 献

- 1) Broida H et al : *Coping With Stroke*, College Hill Press, Huston, 1979, 100-122.
- 2) Brumfitt, S. : *Losing your sense of self : what aphasia can do.* (Clinical Forum) *Aphasiology*, 7 : 569-591, 1993.
- 3) Hemsley, G. and Code, C. : *Interactions between recovery in aphasia, emotional and psychosocial factors in subjects with aphasia, their significant others and speech pathologist.* *Disability and Rehabilitation*, 18 : 567-584, 1996.
- 4) Hermann, M. : *On the possible value of family therapy in aphasia rehabilitation.* *Aphasiology*, 3 : 491-492, 1989.
- 5) Ireland, C. and Wotton, G. : *Time to talk : counselling for the people with dysphasia.* *Disability and Rehabilitation*, 18 : 585-591, 1996.
- 6) Kinsella, G.J. and Duffy F.D. : *Psychosocial readjustment in the spouses of apasic patients.* *Scan. Rehab. Med.*, 11 : 129-132, 1979.
- 7) Oxenham, D., Sheard, C. and Adams, R. : *Comparison of clinician and spouse perceptions of the handicap of aphasia : everybody understands "understanding".* *Aphasiology*, 9 : 477-493, 1995.
- 8) Ray, C., Lindop, J. and Gibson, S. : *The concept of coping.* *Psychological Medicine*, 12 : 385-395, 1982.
- 9) Sorin-Peter, R. and Berhrmann, M. : *Change in perception of communication abilities of aphasic*

- patients and their families. *Aohasiology*, 9 : 565-575, 1995.
- 10) Starkstein, S.E. and Robinson, R.G. : Aphasia and depression. *Aphasiology*, 2 : 1-19, 1988.
- 11) 立石雅子, 鹿島晴雄 : 失語症 ; 治療と社会適応. 精神科治療学, 4 : 413-416, 1989.
- 12) 立石雅子, 鹿島晴雄, 千野直一, 加藤元一郎 : 良好的社会適応を示した失語症者について. 失語症研究, 10 : 251-258, 1990.
- 13) 立石雅子 : 社会適応に影響を及ぼす要因の検討. 失語症研究, 17 : 213-218, 1997.
- 14) 立石雅子, 大貫典子, 鹿島晴雄, 千野直一 : 慢性期失語症者の言語機能の維持について. 失語症研究, 20 : 71-72, 2000.
- 15) 立石雅子, 大貫典子, 千野直一, 鹿島晴雄 : 慢性期失語症者の活動性について. 失語症研究, 20 : 287-294, 2000.
- 16) Taylor Sarno, M. : Aphasia rehabilitation : psychosocial and ethical considerations. *Aphasiology*, 7 : 321-334, 1993.
- 17) Weniger, D. and Taylor Sarno, M. : The future of aphasic therapy : more than just new wine in old bottles? *Aphasiology*, 4 : 301-306, 1990.
- 18) Zraick, R.I. and Boone, D.R. : Spouse attitudes toward the person with aphasia. *JSHR*, 34 : 123-128, 1991.

■ ABSTRACT

Adaptation of aphasic patients

Masako Tateishi

Department of Rehabilitation, Keio University Hospital

The chronic aphasic patients were investigated as to their daily life, including language functions. The results were as follows :

1. The mean score of the language test was well maintained, but there were differences within the subjects.
2. Compared to the low-activity group, the mean age was significantly younger, engaged in more social activities, the ratio of extroverted character was higher in the high-activity group.

The results from the investigation as to adaptation showed that there was no distinct relation between language test score and favorable adaptation. There were at least four factors which were characteristic of favorable adaptation :

subjective understanding of one's situation, premorbid personality, support given by families, and change in character due to brain damage.

It was suggested that speech-language-hearing therapists must take into consideration not only language functions, but also patient's factors above.