

IV—10 アプローチに困難を来した頭部外傷後遺症の1例

○猪股 裕子¹⁾ 渡辺 三郎²⁾ 青木 勉³⁾ 渡辺美智子⁴⁾
 三村 将⁵⁾ 加藤元一郎⁵⁾

頭部外傷による後遺症は、様々な病像を呈する。今回頭部外傷後に認知障害及び心理的な問題を抱え、認知リハビリ的アプローチを試みたもののうまくいかず、治療を中断せざるを得なかった患者さんを経験したので、アプローチ内容の検証を含め報告する。

【患者さんについて】 14歳，右利き，中学生の男性。生育歴・既往歴・家族歴に特記すべきことはなく，受傷前は成績良好で，クラス委員も務めていた。

【現病歴】 平成8年6月4日，柔道の部活中に受傷し某病院へ搬入された。搬入時のGCSは4点，治療により6月6日には14点迄回復したが，その後レベルダウンしGCS 3点，CTにて脳浮腫がみられ，瞳孔散大傾向となり，6月11日昏睡状態で当院に搬入され，保存的治療が行われた。

【画像所見】 入院時CTでは全般的な脳浮腫が認められ，MRI T2強調画像では，右優位に両側の挫傷を示す高信号域がみられた。慢性期CTでは全般的な脳萎縮が認められた。[神経学的所見] 左上下肢不全マヒ，左側空間無視傾向がみられたが，これらは比較的早期に改善を示した。

【リハビリ経過】 平成8年6月27日よりOT・ST開始。初日から数日間はやや傾眠傾向にあったが，覚醒レベルは次第に改善，しかし見当識障害がありオーダーも入りにくいなど，軽い意識障害は残存している様子であった。長谷川式痴呆診査スケールは5点，7語記銘検査：即時再生最大5；3分後再生0，コース立方体組合せテスト：

IQ38，脱抑制が強く，車椅子で入室するも，じっと座っていられず，すぐに立ち上がろうとしたりと落ち着かない状態であった。また，家族・他人に対しては所謂お行儀の良さがあり，言葉遣いなども年令の割には大人びたものであった。病識欠如により早期から「僕はどこも悪くありません，早く帰りたい」という訴えがあったが，一度「どうしても退院したい」と病棟で大騒ぎをし，7月16日止むなく退院となり，以後外来フォローとなった。

退院後，自宅にても「家に帰りたい」など見当識障害は続いていたが，徐々に精神機能の改善がみられたため，7月31日より評価を開始した。神経心理学的検査結果は，WISC-R全IQ61，三宅式記銘力検査・ベントン視覚記銘検査他より，知的機能，記憶力の低下及び，見当識障害・注意障害がみられた。訓練目標としては，OTでは生活リズムや活動性・ADLの改善，集中力のアップ，及び学校での適応能力評価を，STでは見当識・間違い探し・単語の記銘始め，主に精神活動の賦活・注意・記憶障害に対するアプローチを考えた。知的機能低下が著しく，集中力欠如や脱抑制症状に加え，8月中旬頃より訓練場面で児童的になることも多く，復学困難が予想されたので，学校側との連携を試みた。しかし，学校側ではそれ程問題視していないなど，セラピスト側との認識のズレがあり，本人の状態があまり理解されていないという中での復学となった。

夏休み明けの数日間は何んとか登校していたが，授業についていられない，運動禁止であったが「体育祭に参加したい」とパニックを起こして手がつけられない，など徐々に問題が顕在化，結

1) 旭中央病院脳外科言語室，2) 同脳神経外科，
 3) 同神経精神科，4) 同リハビリ科作業療法士
 5) 東京歯科大学市川総合病院精神神経科

局学校には適応できず、2学期途中より半ば登校拒否的になってきた。病院には週三回通院していたが、学校での反動が出ているのか、多弁で抑制が効かず、病識低下やモチベーション低下により訓練にはのらず、著変はみられなかった。

平成8年11月より2度目の評価を開始、WISC-R 動作性IQで改善がみられたが、注意障害・問題解決能力低下など認知機能の障害は残存していた。この時点でも現実検討能力は低く、強くなるために学校を辞めて修業に行くと言い、実際に飛び出しかねない状況になったこともあった。評価半ば頃より、腹痛・頭痛による不登校や遅刻は増加、登校しても保健室に行くことが度々あった。STに於いても友人らの授業態度を‘元委員長’ということで注意したが却ってからかわれた、など学校に対する不満、スキーの許可を出さない病院などに関する訴えが多く出現、多弁で中々抑制が効かず、学校の話の最中、腹痛を訴えることも時々あり、検査及びその後の訓練は難行し、カウンセリング中心のフォローに切り替えた。またこの頃不眠もあり、12月9日精神科へコンサルトとなった。その後も訴えは続いたが、ST場面では、やや深刻味に欠ける面や、見当識になりふざけだしてしまうというアンバランスさもみられた。しかし、主治医・学校及び家人に対しては殆ど訴えもなく良い面しか見せず、状況による態度の使い分けがあり、STとの治療関係を維持していくことに困難を感じたため、精神科医と相談の上平成9年4月をもってリハビリは一旦中止となった。尚、母親は入院当初はかなり過干渉な面があった。しかしその後の経過では、本人や周囲の状況に対してあまり感情を見せないタイプであったが、中止の時点で「見捨てられるんですね」と一言訴えがみられた。現在2年生に進学したが、依然として不適應の状態は続き、注意障害・問題解決能力の低下を中心とする認知障害も残存している状態である。

【考察】本患者さんの問題点を以下に示す。

1. 注意障害、問題解決能力・病識の低下を中心とする認知障害があること
2. 認知障害に加え、心理的な問題を含んでいた

3. セラピストに対し、甘え・依存的であった
4. 現実検討能力に欠けるものの、優等生というプライドが残っていた

受傷前までは優等生であったが、今回外傷後に知的機能の低下や認知障害を来し、元委員長というプライドは残っているものの、現実検討能力に欠けるため、言動の不一致から級友にからかわれるなどし、却って被害的な訴えも出現してきている。自分の状態を認識できないのは、病識や現実検討能力の低下によるものか、或いは年令的なものかの判別は困難であるが、現状は自分の障害が受け入れられず、漠然とおかしいと感じられるようにはなったものの、きちんと問題を捉えることが困難な状況にあり、自分で解消できなくなっているような状態である。

一方セラピスト側の問題点としては、

1. 患者さんの依存や甘えを受け入れすぎたかと思われること
2. それにより結果的に患者さんに振り回された形になってしまった
3. カウンセリング技術が不足していた
4. 社会復帰（復学）に対し、セラピストと学校側の間に認識のズレがあり、なおかつ学校側との連携がうまくいっていなかった

恐らく家庭・学校に於いて‘良い子でいなくてはいけない’という抑圧が、OT・ST場面で経過と共に外れてきたのではないかと思われ、それに気付かず、訓練に載せるために、相手に合わせすぎたところもあり、訓練場面において過度の退行を引き起こしたのではないかということも考えられる。また、学校側とは連絡を取っていたが、認識のズレや問題点の感じ方の相違により連携をはかっていたとは言い難く、社会復帰に際しどこまで介入するべきかかなり考えさせられた。

【まとめ】

1. 頭部外傷後の認知障害に心理的な問題が加わり、障害像が複雑化した患者さんに、認知リハビリ的アプローチを試みたが、困難であった例を報告した。
2. 本例に対するアプローチ内容を検証し、若干の考察を加えた。