

高次脳機能障害の心理的問題を対象とした集団療法プログラムの開発

高次脳機能障害の心理的問題を対象とした集団療法プログラムの開発

—ピア・サポート・トレーニングと認知行動療法の観点から—

橋本優花里・澤田 梢

高次脳機能障害者の心理的問題や病識欠如に対する認知リハビリテーションでは、心理療法などの臨床心理学的支援が行われる。高次脳機能障害に見られる心理的問題の改善に心理療法を適用する場合には、心理的問題以外の記憶障害や注意障害などの認知機能の障害を考慮し、各個人の状況に柔軟に対応しなければならないが、現在までのところ高次脳機能障害のために最適化された心理療法は体系化されていない。しかしながら、これまでの研究から、特に認知行動療法を中心とした行動論的なアプローチやピア・サポート的観点からのアプローチは、高次脳機能障害者が抱える心理的問題への有効性が示唆されている。本研究では、認知行動療法とピア・サポート的観点を取り入れた、高次脳機能障害者の心理的問題のための集団療法プログラムを開発し、その効果を検討した。

[キーワード：高次脳機能障害，認知行動療法，ピア・サポート・トレーニング，集団療法]

はじめに

脳血管障害や脳外傷後に見られる高次脳機能障害では、記憶障害や注意障害など様々な認知機能の障害が見られるが、その現れ方は、損傷部位や損傷の程度、原因となる障害によって異なるため、多種多様なアプローチが必要である。また、脳の損傷後には、認知機能の障害のほかに、うつ、不安、イライラ感といった心理的問題を呈することも多く(Williams & Evans, 2003)、それ自体が患者や家族にとって大きな問題になるほか、患者のリハビリテーションに対する理解や進行を妨害することにもなる。そのため、認知リハビリテーションでは、心理的問題の改善が大きな課題の一つであるが、その多くが、記憶や注意、あるいは言語といった認知機能の改善や補完をねらいとしており、併発している心理的問題の改善までも含んだアプローチは少ない。

高次脳機能障害に見られる心理的問題の改善に心理療法を適用する場合には、心理的問題以外の記憶障害や注意障害などの認知機能の障害を考慮し、各個人の状況に柔軟に対応しなければならない。現在までのところ、高次脳機能障害患者の心理的ケアのために最適化された心理療法は体系化されていないものの、これまでの研究から、特に認知行動療法を中心とした行動論的なアプローチは、高次脳機能障害者が抱える心理的問題への有効性が示唆されている(橋本, 2006 ; 橋本・澤田・鈴木, 2006)。

ところで、心理療法の実施形態には、心理士と患者の一对一で行なわれる個人療法と、フ

ファシリテーターおよび数人以上のメンバーとで行なわれる集団療法があり、認知行動療法も様々な疾患に対して、個人と集団の2つの形態が取られている。集団療法では、実施者が一人当たりに割く時間が少なくなるため、より効率的で効果的な方法や手厚いアプローチを幅広く提供できる可能性がもたらされるだけでなく、他者の考えを知る、他者と問題を共有し解決するなど、個人療法では得られない、他者との相互作用の中で生まれる効果ももたらされる(Westbrook, Kennerley, & Kirk, 2007)。したがって、多忙な臨床現場において、効果的な集団療法を行なうことは、参加者と実施者双方への利点があり、実施者の利点は、結果として患者の利点に還元されることになる。しかしながら、これまで、高次脳機能障害の心理的問題に認知行動療法を適用した例は、そのほとんどが個人療法による報告であり、集団療法による報告はほとんどない。

高次脳機能障害者の心理的問題に集団療法を用いた取り組みでは、Anson & Ponsford (2006^a) が、認知行動療法に基づいたコーピングスキル習得のための集団療法(CBT-based Coping Skill Group, 以下CSGとする)を実施し、その効果を報告している。プログラムの内容は、問題解決のための方法をグループ内で話し合うこと、楽しいイベントを計画すること、リラクゼーション方法を身につけること、ストレス、不安、そしてうつに対するコーピングスキルをグループ内でロールプレイすることが中心であった。また、CSG内で話し合われたコーピングスキルを実践し、そのスキルの理解を深めるため、参加者にはホームワークやプリントが与えられた。CSG実施の結果、参加者のコーピングスキルは、プログラム終了直後に向上し、その後一時は低下を示すものの、長期間のフォローアップ期間においてはさらに向上することが明らかになった。また、参加者は自分の感情の問題を理解できるようになり、このことは長期間のフォローアップ期間においても継続することが認められた。しかし、コーピングスキルの向上は、気分や自己効力感、そして心理社会的適応の向上や改善につながるという結果は得られなかった。そこでAnson & Ponsford(2006^b)は、プログラムの結果について重回帰分析を行い、うつ傾向の改善には自分の障害への気づきが重要であること、そして、記憶力の低下はプログラムの効果を最小限にとどめてしまうことを明らかにした。

わが国において、高次脳機能障害者の心理的問題に対する集団療法を実施した例では、認知行動療法に基づいた報告はなく、それぞれが独自の視点による方法を用いている。例えば、国立身体障害者リハビリテーションセンターでは、感情交流法(Feeling-Focused Group work, 以下FFGWとする)と呼ばれる集団療法を開発しており、これは当事者の感情に焦点を当てたアプローチと記憶機能の訓練を同時に行う方法である(尾崎・土屋・乗越ら, 2003)。これまでの実施結果から、FFGWは、自己の感情の表出と気づき、他者の感情の読み取りと共感、対人関係能力の向上、障害認識の向上、復学・復職への動機づけ、記憶の補償手段の獲得、注意機能の改善に効果があることがわかっている。FFGWの特徴は、毎回のプログラム内容を同じにすることで、グループ全体のプログラムの開始時期と終了時期を決めなくても良い

という点にある(橋本, 2007)。このことにより, 参加者は, どの時点からでもプログラムを始めることができ, 個人の目標が達成されるべく個人の進捗状況に合わせてプログラムの終了を考えることができるということから, グループごとに開始時期と終了時期が決められているプログラムに比べて, 個人ごとの改善がより期待できる。また, 感情のみならず記憶機能の改善という点においても大きな効果を発揮していることから, 感情面での改善と認知機能面の改善を同時に促す包括的なアプローチであるといえる。しかしながら, プログラムの中の何が感情面の改善につながっているのかの理論的背景が明確ではない。

また, 中村・橋本・野路井(2006)は, 心的外傷を含む心理・社会問題に対して, プロセス指向認知リハビリテーション(以下, POCR とする)を行なっている。POCR は, 心的外傷治療の徹底, その予防, 個人の動機付けの分析と生活面でのニーズ分析と全体を通じてのプロセス指向にもとづき, 「遊び」の概念を取り入れながら, 肯定的なフィードバックを重視するものである。中村らは, 近年, この POCR と米国ニューヨーク大学ラスク研究所が開発したリンチピン(Lynch-pin)を集団療法に取り入れたプログラムを実施している。リンチピンは, 毎回1人の対象者を決め, その対象者から現在抱える問題を呈示してもらい, そしてその問題に対しての解決策と戦略を, 実施者とのやりとりや他の参加者の意見の中から見出していくというものである。リンチピンを中心とした POCR にもとづく集団療法は, 参加者が楽しみながらそれぞれが抱える問題について考えることができ, 肯定的な雰囲気の中でプログラムが進んでいくという点に大きな特徴がある。また, それぞれが抱える問題に対して参加者全体から解決策を提案するというプロセスを通じて, ピア・サポート的観点が導入されている点についてもその有用性が期待される。しかし, プログラムの進行には, 笑いを誘い, より良い雰囲気を作るための進行者の力量が問われる部分がある。また, その効果についても, 床現場からは, セッションを通じてもたらされる笑いによって, 当事者や家族の笑顔が増加し, 体調が改善されたとの報告があがっているとのことであるが, より客観的な指標によるエビデンスの蓄積が求められるところである。

以上のように, 高次脳機能障害者の心理的問題に対するアプローチの一形態としての集団療法は, そのアプローチ方法のいずれに限らず, 肯定的な結果を生み出しているようである。しかしながら, 認知行動療法そのものは, 高次脳機能障害の心理的問題に有効であるとの報告があるものの, 集団形態による報告数は十分とはいえない。また, Anson & Ponsford (2006)が示したように, 高次脳機能障害者特有の問題から認知行動療法が常に効果を発揮するとはいえない。さらに, わが国に見られるような集団療法の様々な形態は, 理論的根拠や効果のエビデンスに乏しいのが実際である。

これまでの研究より, 高次脳機能障害に限らず, 障害者全般が持つ心理的問題の改善においては, 地域での自助グループにおいて同じ体験をもつ患者同士のピア・サポートが有効であることも示されている(Hibbard, Canttor, Charatz, et al., 2002)。ピア・サポートを効果的に実

施するためには、サポーターとなる者が、傾聴、コミュニケーション、問題解決、対立解消などのスキルを身につける必要がある。このようなスキルを身につけるトレーニングはピア・サポート・トレーニングと呼ばれ、若者を対象に、主に学校現場などで広く取り入れられているが、その観点は、集団療法にも適用できると考えられる。

Hibbard, Cantor, Charatz, et al. (2002)は、発達障害を持つ親へのピア・サポート・プログラムを脳外傷者とその家族に適用し、その効果を検討している。このプログラムは、脳外傷者指導教育プログラム(TBI mentoring partnership program)と呼ばれ、情緒的支援、脳外傷やその情報資源に対する知識の提供、支持的なスキルの提供を目指して、短期および長期にわたるニーズに応えることができるよう、“ベテラン脳外傷者(ピア・サポーター)”が脳外傷者とその家族への支援を行なうものであった。プログラムは、ピア・サポーターとなる脳外傷者やその家族の採用とトレーニング、サポートを受ける脳外傷者や家族の募集、指導教育プログラムの開発、ピア・サポーターに対するスーパーバイズ、プログラムの評価という5つの要素から構成されていた。ピア・サポーターは、様々な基準によって選定され、コミュニケーションスキルや傾聴スキル、支持的スキルの向上のためのトレーニングと脳外傷と地域資源についての知識を身につける教育を受けた者であった。プログラムでは、ピア・サポーターと11人の脳外傷者と9人の家族のマッチングが行なわれ、ピア・サポーターは主に電話によって、マッチングされたパートナーへの支援を行なった。1年間のプログラムの結果、参加者の脳外傷に対する知識が向上し、全体的な生活の質や、脳外傷後のうつ症状が軽減される効果が認められた。

高次脳機能障害者の中には、障害のために他者や家族とのコミュニケーションがうまく取れず、様々なトラブルを引きこしている者がいる。したがって、Hibbard, Cantor, Charatz, et al. (2002)が示したように、集団療法のプログラムにピア・サポート・トレーニングを導入し、当事者同士のコミュニケーションを促進させることによって、当事者の人間関係を円滑にするだけでなく、当事者同士の自助的な活動をも向上させる可能性がある。また、先崎(2004)は、高次脳機能障害のリハビリテーションには、集団を利用することが効果的であるとしている。先崎(2004)によれば、治療者が一方的に障害にたいする戦略や代償手段を教示するよりも、集団内で同じ障害を持つ仲間が取り入れている戦略や代償手段、技能を見習うほうが効果的である。また、集団によるリハビリテーションでは、他者を見ることによって自分の問題に気づくことができ、お互いの戦略や努力について肯定的なフィードバックを行い励ましあうこともできるため、さらに効果が高まるとしている。

本研究では、高次脳機能障害の心理的問題に対する集団療法のプログラムを開発し、その効果を検討することを目的とする。プログラムには、まず、理論的背景が明確で、高次脳機能障害者を対象とした研究でもその効果が認められている、集団認知行動療法を取り入れた。また、上述のように、高次脳機能障害者の中には、障害のために他者や家族とのコミュニケ

ーションがうまく取れず、様々なトラブルを引きこしている者もいることから、傾聴やコミュニケーションスキルなどの向上を目指すピア・サポート・トレーニングをプログラムに導入することで、高次脳機能障害者の日常生活上のコミュニケーションスキルの改善を目指した。それぞれのプログラムの実施順序は、自己理解・自己支援、他者理解・他者支援の視点から、認知行動療法による内容を前期に行い、ピア・サポート・トレーニングによる内容を後期に行なうこととし、その効果を自尊感情、自己開示の受けやすさ、社会的スキル、自己効力感、怒りの状態特性の側面から検討した。本プログラム実施の対象者は、日常生活において感情のコントロールに問題があるとされる外来患者とした。

方法

参加者 感情コントロールに問題を示す男性外来患者 5 名。参加者特性は、表 1 に示した。感情コントロールの問題は、面接場面において、本人や家族から報告されたエピソードを元に、医師およびその他医療技術者によって総合的に判断された。

表 1 参加者特性

	年齢	損傷時の 年齢	損傷からの 期間 (日)	疾病	損傷部位	教育 年数	WAIS-R/WAIS-III		
							VIQ	PIQ	FIQ
1	48	11	13505	TBI	右側頭葉, 右前頭葉	12.0	101	86	94
2	40	38	402	TBI	両側前頭葉	12.0	83	92	86
3	61	58	131	TBI	両側前頭葉, 左側頭葉	12.0	107	109	109
4	53	50	628	CVA	左被殻	15.5	85	85	84
5	40	36	882	CVA	左側頭葉,	16.0	-	90	-

注 1：表中の TBI は外傷性脳損傷を、CVA は脳血管障害を示す。

プログラム プログラムは、前期と後期、それぞれ 3 ヶ月 12 回ずつ、計 6 ヶ月 24 回継続された。1 回のセッションは、1 週間に 1 回 80 分からなり、5 分間の呼吸法、20 分間の前回の振り返りと今回の目標設定、40 分間のその日の内容の実施、15 分間の感想を含む振り返りカードの記入から構成された。毎回のセッションでは、ワークシートを利用し、内容に沿ってホームワークを課した。ファシリテーターは、前期は心理士 2 名、後期は心理士 1 名であった。前期は認知行動療法に基づいた内容を、後期はピア・サポート・トレーニングに基づいた内容を実施した。前期および後期のプログラム内容は表 2 に示した。認知行動療法に基づいたプログラムは、感情と思考と行動の関係を学ぶ心理教育的内容を中心に構成し、ピア・

サポート・プログラムに基づいた内容は、山崎・三宅・橋本ら(2005)、コール(2002)、菱田(2002)、星野(2003)などをもとに、主に自己理解の促進や援助的コミュニケーション技法の習得を目指す内容で構成した。

効果測定 社会的スキルや感情のコントロールにかかわると考えられる、以下5つの質問紙を、プログラム開始前2007年4月と、前期プログラム終了時2007年7月と、後期プログラム終了時2007年10月に実施した；山本・松井・山城(1982)の自尊感情尺度(10項目、5件法)、自己開示の受けやすさを測定するための小口(1989)のオープナー・スケール(10項目、5件法)、社会的スキルの程度を測定するための菊池(2007)のKiSS-18、成田・下仲・中里・河合・佐藤・長田(1995)の特性的自己効力感尺度(23項目、5件法)、および怒り尺度のSTAXI(44項目、4件法)。

また、プログラム実施前にプログラムを通しての目標を設定し、各セッション終了後にその達成度とセッションの振り返りを「振り返りシート」に記述するよう求めた。振り返りシートは、目標の達成度を0-10点のアナログスケールで回答を求める項目、今回の体験で気づいたことやわかったことを記入する項目、今回の体験で心地よかったことや暖かい気持ちがあったことを尋ねる項目、その他感想や意見を求める項目の計4つの項目から構成された。

表2 プログラムの内容

前期プログラム(認知行動療法に基づいた内容)		後期プログラム(ピア・サポート・トレーニングに基づいた内容)	
1 プログラムの目標の説明・自己紹介	7 思考記録表から自動思考を同定する	1 プログラムの目標の説明・他者紹介	7 相手の考えを読み取る
2 感情を理解する	8 感情と思考の関係を再度理解する	2 ノンバーバルコミュニケーションを考える	8 反復技法を学ぶ
3 感情と思考の関係を理解する	9 認知の歪みについて知る	3 コミュニケーションの方向性を考える(1)	9 問題解決技法を学ぶ(1)
4 感情と思考を同定する	10 思考記録表から認知の歪みを同定する	4 コミュニケーションの方向性を考える(2)	10 問題解決技法を学ぶ(2)
5 気分転換を考える	11 新しい考え方を身につける	5 コミュニケーションの方向性を考える(3)	11 アサーション訓練
6 気分転換を実施する	12 前期のまとめ	6 傾聴について知る	12 後期のまとめ

結果

プログラムの効果の分析は、前期プログラム終了時、後期プログラム終了時、全プログラ

ムの終了時の3期に分けて行った。前期プログラムと後期プログラムのそれぞれおける効果について、各プログラムの前後に実施された各質問紙の平均スコアを求めた。また、各プログラム実施前後およびプログラム全体を通しての質問紙のスコアの変化量を、前期プログラムについては、 $[(前期プログラム開始前のスコア - 前期プログラム終了時のスコア) / 前期プログラム開始前のスコア] \times 100$ で、後期プログラムについては、 $[(前期プログラム終了時のスコア - 後期プログラム終了時のスコア) / 前期プログラム終了時のスコア] \times 100$ で、全プログラムについては、 $[(前期プログラム開始前のスコア - 後期プログラム終了時のスコア) / 前期プログラム開始前のスコア] \times 100$ によって算出した。それぞれの平均スコアと変化量を表3に示す。変化量は、少なくなるほど訓練後のスコアの上昇を示す。欠損値については、同じ質問紙内のほかの項目の平均値を当てはめて補った。なお、参加者のうち1名(表1中の5番目の参加者)は後期プログラムに参加していないため、そのデータは後期プログラムの効果の分析およびプログラム全体の効果の分析には含まれていない。

表3 それぞれの時期における質問紙の平均スコアと変化量

	各時期における質問紙の平均スコア						各時期における質問紙のスコアの変化量 (%)					
	前期開始前		前期終了後		後期終了後		前期了時		後期終了時		全終了時	
	\bar{X}	(SD)	\bar{X}	(SD)	\bar{X}	(SD)	\bar{X}	(SD)	\bar{X}	(SD)	\bar{X}	(SD)
自尊感情	27.3	(4.9)	33.0	(8.0)	33.3	(8.8)	-20.2	(11.0)	-5.8	(5.4)	-27.0	(11.5)
Opener Scale	30.8	(5.1)	33.6	(6.5)	31.3	(5.4)	-8.9	(11.7)	1.3	(9.2)	-3.6	(2.8)
Kiss18	54.8	(9.7)	57.6	(10.0)	59.3	(12.1)	-5.3	(8.1)	-6.4	(8.4)	-8.1	(3.2)
自己効力感	73.4	(5.3)	77.8	(10.1)	78.0	(15.2)	-5.7	(7.0)	0.1	(7.4)	-5.5	(13.2)
状態怒り	13.6	(5.3)	13.4	(3.2)	13.0	(3.1)	-5.2	(28.9)	5.1	(27.9)	-0.7	(30.3)
特性怒り	21.8	(3.8)	18.0	(6.0)	23.8	(2.9)	19.3	(17.7)	-62.7	(66.6)	-17.9	(31.1)
怒りの表出	19.4	(4.1)	17.0	(4.8)	19.5	(3.4)	11.7	(18.5)	-33.5	(38.9)	-11.9	(39.0)
怒りの抑制	17.6	(2.2)	18.6	(4.0)	17.3	(3.0)	-5.4	(18.1)	-0.2	(20.3)	3.3	(5.8)
怒りの制御	17.2	(2.2)	16.0	(4.6)	15.8	(2.4)	9.3	(18.7)	-19.4	(48.2)	4.7	(15.7)

質問紙のスコアの変化 前期プログラムの効果を検討するため、前期プログラム開始前と前期プログラム終了時のそれぞれの質問紙の平均スコアについて、対応のある t 検定を行なった。その結果、前期のプログラムの実施前後では、自尊感情のスコアが有意に上昇し ($t(4)=3.29, p=0.03$)、怒りの表出のスコアが低下傾向 ($t(4)=2.25, p=0.08$) であることが示された。opener-scale, Kiss18, 自己効力感および STAXI のそのほかの項目については、有意な変化は認められなかった ($p>0.05$)。

また、後期プログラムの効果を検討するため、前期プログラム終了時と後期プログラム終了時のそれぞれの質問紙の平均スコアについて、対応のある t 検定を行なった。その結果、後期プログラムの実施前後においては、いずれのスコアにおいても有意な変化は認められなかった($p>0.05$)。

さらに、プログラム全体の効果を検討するため、前期プログラム開始前と後期プログラム終了時のそれぞれの質問紙の平均スコアについて、対応のある t 検定を行なった。その結果、6ヶ月間の全プログラムの実施前後では、自尊感情と opener-scale のスコアが上昇傾向にあり($t(3)=2.91, p=0.06$; $t(3)=2.45, p=0.09$)、Kiss18 のスコアが有意に上昇していることが示された($t(3)=3.78, p=0.03$)。自己効力感および STAXI については、有意な変化は認められなかった($p>0.05$)。

目標の達成度の変化 前期プログラムと後期プログラムのそれぞれにおいて、各個人が立てた目標を表4に示した。表4より、前期では、参加者のうち、5名中3名が自己をより良く理解することを目標としており、残りの2名は他者とのかかわりを重視した目標を掲げていることがわかる。また、後期では、4人全員が、他者とコミュニケーションをとる中で、他者を尊重したり、自己表現をすることを目標としており、後期のプログラムの大きな目標である他者理解に沿った内容を示していることがわかる。それらの目標に対する達成度の変化をみるため、前期と後期のそれぞれに分けて、セッションごとの達成度を図1および図2にまとめた。なお、前期は第1セッションと第12セッションにおいて振り返りシートを記入していなかったため、それら2つのセッションにおける達成度は記していない。また、後期においても、参加者欠席のため達成度が記述されていなものについては、記していない。表4および図1と図2中の番号1~5は各個人を示しており、参加者特性を示した表1内の番号と対応する。

表4 前期および後期プログラムにおける個人の目標

	前期プログラムの目標	後期プログラムの目標
1	どんな時にストレスを感じたり、落ち込んだりするかをその場で的確に自己把握できるようになる。	自己主張の内容をまとめて発話できるようになる。
2	自分自身の能力を過大評価せず、他者と相談を密にして決める。	自分自身の能力を知る。 相手の意見を聴き、意見交換ができるようになる
3	自身の障害を理解し、自分の良いところを好きになるとともに、他者との良い人間関係を築けるようになる。	自分の意見を早くまとめる。コミュニケーションスキルを高める。
4	自分も他者も仲良く最後まで続ける。	新しい人間関係を築いていくにはどうすれば良いかを知る。
5	自己理解を深める、ストレス・感情のコントロールの対処法、気持ちの切替を学ぶ。	

図1より、前期プログラム開始時に比べて終了時に目標の達成度が上昇している者が4名、プログラムの後半から低下しているものが1名(図中番号2)いることが示された。また、図2より、後期プログラム開始時に比べて、終了時に目標の達成度が向上している者が3名、低下している者が1名(図中番号2)いることが示された。低下した1名について、振り返りシート感想を検討した結果、セッションが進むにつれて「相手の話を聴くのはなかなか難しい」、「自分は攻撃的などころがあったのではないかと今頃気づいた」などといった自分や障害の特徴についての気づきが多く記載されていることが明らかになった。

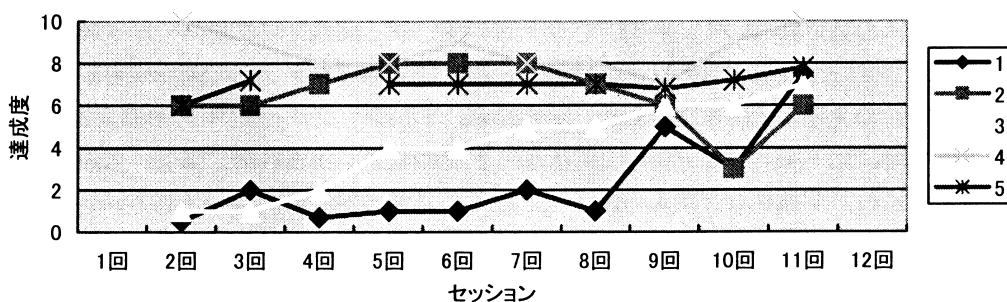


図1 前期プログラムの目標に対する、各セッションでの達成度

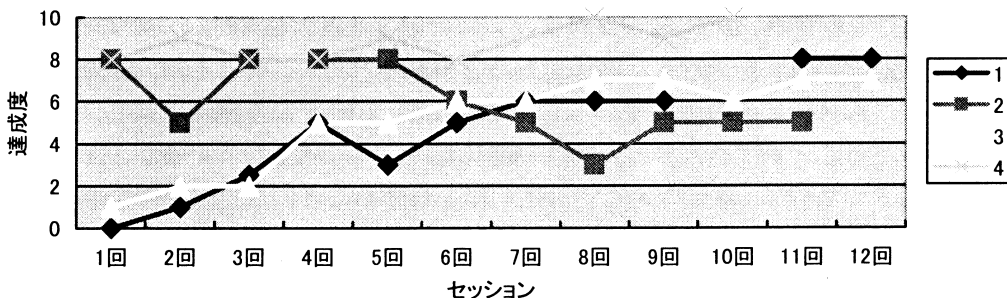


図2 後期プログラムの目標に対する、各セッションでの達成度

考察

本研究は、高次脳機能障害者の心理的問題に対する集団療法プログラムの開発を目的とし、認知行動療法とピア・サポート訓練に基づいた内容のプログラムを6か月間実施したうえで、それらのプログラムが、感情のコントロールに問題を持つとされる参加者の自尊感情、自己

開示の受けやすさ、社会的スキル、自己効力感および怒りの状態や特性にどのような効果をもたらすのかを検討した。前期プログラムでは、自分自身を知って、自分自身を支援する方法を身につけることを目的し、感情と思考と行動の関係を学び、自分自身の考え方のクセを見つけたうえで、新しい考え方を身につけるといった認知行動療法的な内容を取り入れた。また、後期プログラムでは、他者と自分の違いを知り、他者に積極的にしかかわるためのスキルを身につけるために、ピア・サポート訓練による内容を実施した。以下、本研究の結果を踏まえながら、高次脳機能障害者へのプログラムを開発および検討する際に留意すべき点を考察する。

プログラムの効果について、前期プログラムの開始前と前期プログラムの終了時、前期プログラムの終了時と後期プログラムの終了時、および前期プログラムの開始前と後期プログラムの終了時の3期に分けて比較した。その結果、前期プログラムの終了時には、前期プログラム開始時に比べて、自尊感情の上昇と怒り表出の低下が示された。また、後期プログラムの終了時には、前期プログラムの終了時と比べて、すべての質問紙のスコアに変化は認められなかったものの、前期プログラムの開始時と比べると、自己効力感と怒りの状態や特性以外のすべてのスコアについて上昇が認められた。

本研究で用いられた自尊感情尺度は、他者との比較において、優越感や劣等感を感じるのではなく、自分自身の価値を認め、尊重する程度を示している(山崎、三宅、橋本ら、2005)。全プログラムを通じての自尊感情の向上は、前期プログラムにおいて、感情と思考と行動の関係を学ぶことにより、自分自身の反応パターンを客観的かつ肯定的にとらえることができ、かつ、後期プログラムにおいて他者と積極的にしかかわるなかで、自分自身と他者の違いを理解した結果であると推察される。このことは、各個人が前期と後期に掲げた目標とその達成度からも見てとれる。自己をより深く理解し、それを肯定的にとらえることができた者は、目標の達成度が徐々に向上しているが、自分自身への理解が深まった故に、自己の欠点を否定的にとらえることになり、目標の達成度が低まったとも考えられる。本研究では、個人ごとの質問紙のスコアの変化については分析を行っていないが、このような気づきは、結果として効果測定に使用した質問紙のスコアにも反映されている可能性がある。

本研究で取り入れた認知行動療法は、基礎的研究に裏付けられた明確な理論的背景をもつ心理療法であり、精神疾患のみならず、身体疾患に伴う精神症状の改善や生活上のストレス管理などにおいても高い効果があることや、一対一の個人療法だけでなく、数人以上のグループによる集団療法においても、その効果が実証されている。これまで、高次脳機能障害に集団認知行動療法を実施した報告では、Anson & Ponsford(2006^a)がある。このプログラムでは、認知行動療法に基づいたコーピングスキルの習得を目指した内容を実施し、コーピングスキルの向上という効果がもたらされた一方で、気分や自己効力感、そして

心理社会的適応への効果は得られていない。本研究のプログラムは、コーピングスキルを身につけるというよりはむしろ、感情と思考と行動の関係を学ぶといった、より認知行動療法の鍵概念に対する心理教育に重点を置いた内容であった。つまり、同じ認知行動療法といっても、その中で用いられる技法には種々のものがあるため(橋本, 2006), どのような内容に重点を置いたプログラムをするのかによって、もたらされる効果が異なってくると考えられる。したがって、プログラムの内容を吟味する際には、参加者のニーズがどこにあり、どんな効果を期待するのかによって、具体的な内容を検討していく必要があるだろう。Gracey, Oldham, & Kirtzinger(2007)によれば、高次脳機能障害に対する認知行動療法的アプローチにおいて効果的な内容は、障害に対する心理教育である。本研究では、認知行動療法に重要な心理教育的内容は実施したものの、障害そのものに対する心理教育は行わなかった。今後は、プログラムの中に障害に対する心理教育も含めていくべきだろう。

プログラムの実施によって、どの程度感情コントロールの問題が改善されたかを評価するためにSTAXIを導入したが、この効果は、前期終了時にのみ、怒り表出の低下傾向という形で示されたものの、そのほかの項目では、いずれの時期においても大きな変化は認められなかった。前期終了時における怒り表出のスコアの低下は、感情と思考と行動の関係を理解するにあたり、日常生活で感じるストレスや怒りについてのエピソードを出し合い、それに基づいて内容の理解を深める作業を行ったことが影響している可能性が考えられる。このように、プログラムの効果を引き出すためには、参加者の具体的なエピソードを元に理解を深めようとする場合にも、どのような内容を出し合うのが重要になると考えられる。しかしながら、そのほかの側面の改善が認められなかったことから、STAXIでは、参加者の持つ感情コントロールの問題を正確に評価できていなかった可能性や、プログラムの内容が感情のコントロールの問題を改善するのに適切ではなかったなどの可能性が考えられる。

全プログラムの終了時に向上が認められた、Kiss18による社会的スキル尺度は、対人関係を円滑にするために役立つ技能をどの程度身につけているかを示すものであり、自己開示の受けやすさは、相手からの自己開示の受けやすさを示すものである(山崎, 三宅, 橋本, 2005)。これらの指標は、後期プログラムの前後のみを比較した際には向上が認められなかったものの、全プログラムの終了時に初めて上昇が示された。これには、6か月という長い期間、一定の他者と関わることによってグループ内に親和性が生まれたことや、ピア・サポート・トレーニングによって、他者と積極的にかかわりコミュニケーションしたことで、自分は「他者から自己開示を受けやすい」と感じたり、他者とうまくかかわれるという自信を持つことができたことが影響していると推察される。

全プログラムを通じて、参加者たちは熱心に取り組んでいたが、より講義的な内容が多か

った前期に比べて、ロールプレイやゲーム、話し合いなどの活動が含まれる後期のピア・サポート・トレーニングのほうがおおむね好評であった。プログラムを検討するにあたって、集団療法の利点をより活用するのであれば、他者とのかかわりをより多くする内容の工夫も必要であろう。また、各セッションにおいて、振り返りカードを記入し、それを次回に発表することは、記憶障害のために前回の内容を詳細に覚えていない参加者にとっても、内容を思い出す手がかりになったようであるし、実施者側にとっても、参加者がどのような点を理解しているのか、あるいはしていないのかの指標になり、次回の内容を再検討するための重要な資料となった。そして、毎回のワークシートの提供は、記憶障害や注意障害を持つ参加者にとって、毎回のセッションを定着させるために重要な役割を果たした。ワークシートの見やすさや内容の提示の仕方、参加者の障害に合わせて配慮されるべきであろう。

以上、本研究の結果を踏まえながら、高次脳機能障害者へのプログラムを検討する際に留意すべき点を考察した。本研究のプログラムの効果と、開発の際の留意点をまとめると、次のとおりである。まず、認知行動療法に基づいた内容を実施する際には、どのような内容に重点を置くのかについて、具体的にかつ明確に検討する必要があるということである。特に、障害に対する心理教育は不可欠と考えられるため、プログラムの導入部分で実施すべきであろう。また、プログラムによる効果を求める際には、その求める効果に合わせて、プログラム内容の進行や詳細を事前に吟味する必要があると考えられる。さらに、高次脳機能障害特有の問題から、プログラム内容を1回では理解しきれない場面も見られたことから、振り返りカードやワークシートなどを利用して、毎回のセッションで前回のセッションの復習を行うべきであろうし、それぞれの障害特性に合わせたプログラム内容をさらに検討し、ワークシート内で効果的に提示してだけでなく、個々の内容の実施回数を考慮していく必要がある。

本プログラムの参加者は4人と少なく、感情のコントロールの問題という共通の問題を持ちつつも、その特性も様々であったため、本研究で得られた結果や知見を高次脳機能障害者全般に適用できるとは限らない。Anson & Ponsford(2006^b)が示すように、集団療法の効果は、参加者の障害認識の程度や記憶障害の程度に依存する。また、目標の達成度の傾向にも見られるように、集団療法を通して自己や障害に対する理解が深まった場合には、結果として目標の達成や質問紙の得点は改善しない可能性も考えられる。したがって、今後は、参加者の特性をある程度統制した上でプログラムを実施し、効果的な対象者を見出していくことが重要となると同時に、効果測定の方法についての工夫が課題となるであろう。

引用文献

Anson, K. & Ponsford, J. (2006^b). Evaluation of a coping skills group following traumatic brain injury.

Brain Injury, 20(2), 167-178.

Anson, K. & Ponsford, J. (2006^b). Who benefits? Outcome following a coping skills group intervention for traumatically brain injured individuals. *Brain Injury*, 20(1), 1-13.

コール T. バーンズ 亀山静子・矢部 文(訳) (2002). ピア・サポート実践マニュアル 川島書店

(Cole. T. 1999 Kids Helping Kids. Victoria, B. C. Canada: Peer Resources.

Gracey, F. Oldham, P., & Kirtzinger, R. (2007). Find out if “the ‘me’ will shut down”: Successful cognitive-behavioural therapy of seizure-related panic symptoms following subarachnoid haemorrhage: A single case report. *Neuropsychological Rehabilitation*, 17(1), 106-119.

橋本優花里・澤田 梢・鈴木伸一 (2006). 高次脳機能障害における認知行動療法の適用について 福山大学人間文化学部紀要, 6, 23-30.

橋本優花里 (2006). 高次脳機能障害に対する心理学的支援の展望 福山大学こころの相談室紀要, 1, 59-67.

Hibbard, M., Cantor, J., Charatz, H., Rosentbal, R., Asbman, T., Gundersen, N., Ireland-Knight, L., Gordon, W., Avner, J., & Gartner, A. (2002). Peer support in the community: Initial findings of a mentoring program for individuals with traumatic brain injury and their families. *Journal of Head Traumatic Rehabilitation*. 17(2), 112-131.

星野欣生 (2003). 人間関係づくりトレーニング 金子書房

森川澄夫(監) (2002). すぐ始められるピア・サポート指導案&シート集 ほんの森出版

菊池章夫 (2007). 社会的スキルを測る: KiSS-18 ハンドブック 川島書店.

小口孝司 (1989). 自己開示の受け手に関する研究——オープナー・スケール, R-JSDQ と SMI を用いて—— 立教大学社会学部研究紀要応用社会学研究, 31, 49-64.

中村俊規・橋本圭司・野路井美穂 (2006). 頭部外傷者の認知機能予後——認知リハビリテーションにおける新たな潮流—— 脳神経外科ジャーナル, 15, 505-516.

尾崎聡子・土屋和子・乗越奈保子・田中大介・色井香織・四ノ宮美恵子・秋元由美子・嶋野麻里子・佐久間 肇 (2003). 高次脳機能障害を有する患者に対するグループ指導——FFGW(感情交流法)の実施と効果—— 国立身体障害者リハビリテーションセンター研究紀要, 24, 1-9.

先崎 章 (2004). 脳外傷の高次脳機能障害——リハビリテーション現場の臨床医の立場から—— 高次脳機能研究, 24(3), 38-43.

山崎理央・三宅幹子・橋本優花里・平 伸二・松田文子 (2005). 大学生へのピア・サポート訓練による自尊感情や自己開示, 社会的スキルへの効果の検討 福山大学人間文化学部紀要, 5, 19-30.

山本真理子・松井 豊・山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造 教育心理学

研究, 30, 64-68.

Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (2007). *An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications*. Sage Publication.

Group therapy for psychological problem in patients with brain injury
: From the viewpoints of cognitive behavioral therapy and peer support training

Yukari Hashimoto & Kozue Sawada

Cognitive rehabilitation includes not only the cognitive retraining and the acquisitions of compensation but also the improvement of self-awareness, social behavior and psychological disorder after brain injury. When psychotherapy technique is applied to psychological problem of patients with brain injury, it is important to consider the variety of cognitive deficits they have. Although there is no systemized psychotherapy especially for patients with brain injury, previous researches suggest that behavioral approach including cognitive behavioral therapy and peer support trainings are effective. This paper developed group therapy program for patients with brain injury in terms of cognitive behavioral therapy and peer support training, and evaluated the effect.

Keywords: patients with brain injury, cognitive behavioral therapy, peer support, group therapy