

高次脳機能障害に対する心理学的支援の展望

橋本 優花里

福山大学人間文化学部心理学科

キーワード：高次脳機能障害，認知リハビリテーション，認知行動療法

はじめに

脳血管障害や頭部外傷などによる脳の器質的損傷は、当事者の日常生活や社会生活への再適応に深刻な後遺症をもたらす。このような後遺症は高次脳機能障害と呼ばれ、記憶障害、注意障害、遂行機能障害、社会的行動障害等の様々な認知機能障害に起因する（橋本，2006）。しかし、その現れ方は損傷部位や損傷の程度によって異なり、身体障害のように外見からはわかりにくいことから、他者からの理解を得にくいことが指摘されている。このような高次脳機能障害特有の問題は、専門家の間における十分な理解をも妨げ、高次脳機能に関する用語や概念の混乱や診断、訓練、生活支援などの手法確立の遅れを招いてきた。厚生労働省は、高次脳機能障害のこのような状況を改善すべく、平成13年度から「高次脳機能障害者支援事業モデル」を開始し、具体的な取り組みを行ってきた。3年にわたって高次脳機能障害の実態を調査した結果、医療福祉サービスの狭間に置かれている障害の現状が明らかになり、早急な対応が必要であることが示された。このことより、行政的に「高次脳機能障害」が定義され、その診断基準が提案された。ここでいう行政的とは、学術的な定義とは異なる意味を持つ。丸石（2006）によれば、モデル事業以前には「高次脳機能障害」という用語自体に明確な定義が存在しなかった。モデル事業内でもその学術的定義について議論がなされたものの、複数の分野にまたがる複雑な概念であることから一致した定義を結論することは見送られた。そして、このような学術的な論議を超えたところで、従来の医療福祉の狭間で十分救済できない脳障害者を明確にすることを目的として定義されたものが、行政的な高次脳機能障害の定義であり、診断基準である（丸石，2006）。

高次脳機能障害に対する支援には、障害された認知機能に対するリハビリテーション支援、心理的サポート、社会復帰・生活・介護支援、家族支援など様々なものがあり、医師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理技術士、支援コーディネーターなど多くの専門家がかかわる。モデル事業の成果によって、高次脳機能障害に対する支援が充実しつつあるが、社会への浸透はまだ始まったばかりであり、医療現場においても確立された支援が模索されている。本稿は、高次脳機能障害に対する支援の中でも、心理学的な立場からの支援としてリハビリテーション支援と心理的サポートに焦点をあて、その実際を概観するとともに、今後の高次脳機能障害者の支援のあり方を検討することを目的とする。心理的サポートは、広い意味でリハビリテーション支援の一環と考えられるが、ここでは、個々の認知機能障害に対するリハビリテーションと心理的サポートとを区別して記述したい。個々の認知機能障害に対するリハビリテーションに対する技法は近年、多くの専門書によって紹介されている。したがって、本稿では、個々の認知機能障害に対するリハビリテーション技法に言及するのではなく、体系的に取り上げられることの少ないコンピュータを利用した訓練を取り上げる。また、心理的サポートについては、現在、臨床研究における検討が不十分であると考えられる高次脳機能障害者の感情コントロールの問題と脳外傷者の心的外傷後ストレス障害（以下、PTSDとする）、そして抑うつを対象として、わが国と欧米での集団療法の実践例を紹介する。

本研究は、著者の平成18年度科学研究費補助金若手研究(B) (課題番号18730454)の一部として行われた。

リハビリテーション支援

高次脳機能障害に対するリハビリテーションは、認知リハビリテーションあるいは神経心理学的リハビリテーションと呼ばれる。欧米においては、認知リハビリテーションと神経心理学的リハビリテーションは厳密には異なるとされており、認知リハビリテーションが認知機能脳障害を中心に扱うのに対して、神経心理学的リハビリテーションは、感情や人格、身体的障害までをその対象として含むとする (Willson, 1996)。わが国においては、高次脳機能障害に対するリハビリテーションに対して認知リハビリテーションという用語が広く定着しており、2つの用語の境はほとんどないのが現状である。

近年、認知リハビリテーションの具体的な方法を記述した著書や専門雑誌が多数出版され、欧米の専門書の訳本も刊行されている (たとえば、中島・寺島, 2006; 鈴木・早川・種村・種村, 2006; 本田, 2005; Johnstone & Stonnington, 2001 松岡・藤田・藤井 訳 2004 など)。また、高次脳機能障害者支援モデル事業によって、高次脳機能障害標準的訓練プログラムも提案されている。このような状況から、臨床現場における高次脳機能障害のリハビリテーションへの関心は急速に高まり、その技法も発展しつつある。個々の認知機能に対する訓練の詳細は専門書に譲るとして、ここでは、専門書の中でも取り上げられることのないコンピュータを利用した認知リハビリテーションの例を述べる。

コンピュータを利用した認知リハビリテーション: インターネットによる訓練プログラムの配信

平成 18 年に診療報酬が改定され、脳血管疾患等に対するリハビリテーションの算定日数は 180 日の上限が設けられた。高次脳機能障害は、算定日数上限の対象除外疾患として扱われているが、それでも何年も病院に通い、リハビリテーションを継続することは難しいだけでなく、毎週のように病院に通いリハビリテーションを受けることは本人のみならず家族にも大きな負担となる。このような負担を軽減できる道具がコンピュータである。

認知リハビリテーションへのコンピュータの導入は 1980 年代から欧米において盛んに行われてきた。その結果、多くのソフトウェアプログラムが開発され、その有効性を問う研究が多くなされてきた。コンピュータを用いたリハビリテーションの多くは再訓練が中心となるが、Wilson (1997) は、再訓練によるリハビリテーションの有効性について、効果を示す証拠が欠乏していること、能力障害より機能障害に焦点が当てられていること、般化を示す証拠がないこと、脳損傷者の情緒的、社会的、行動的後遺症が無視されていること、そして理論的土台の欠乏を挙げている。しかしその一方で、Wilson (1996) は、コンピュータの利用について、時間の節約、フィードバック装置としての有効性、プロテーゼとしての有効性を認めている。また、利島・大塩 (1986) は、コンピュータは、外部記憶補助装置などのプロテーゼ (補綴) や動機づけを高めたゲーム感覚としての再訓練、そして様々なフィードバックや刺激提示装置として、リハビリテーション場面に適用可能であるとしている (橋本他, 2001)。

米国のインディアナポリス州で Neuroscience Center を運営する Bracy 博士は、これまで 10 数年にわたり cognitive rehabilitation という雑誌の刊行と共に様々な高次脳機能障害に対する訓練ソフトを開発してきた。そして、数年前からはインターネット上の NeuroPsycholine と呼ばれるサイトにおいて、様々な認知機能に対応した訓練ソフトを配信している (<http://www.neuropsychonline.com/>)。登録者は、このサイトを年間で有料契約することによって、インターネットを介しての自宅訓練が可能となる。訓練は、注意機能、実行機能、記憶機能、視空間認知機能、問題解決能力、コミュニケーション能力の 6 つのからなっており、それぞれが 4 段階からなる複数の課題によって構成されている。登録者は段階を追って、ある一定の基準を達することによってそれぞれの課題レベルをクリアしていくが、それぞれの経過はインターネット上に記録されているため、常に前回終了した次のレベルから始められるようになっている。課題中は、段階的なフィードバックが与えられ、正反応がある一定の試行連続して得られることによって、次の段階へとすすむ。表 1 に注意の訓練内容を示した。各課題とも参加者は楽しみなが

ら訓練をすることができるよう、色の使いかたやフィードバックの仕方などが工夫されており、ゲーム感覚で訓練に望めるようになっている。

表1 NeuroPsychonline における注意の訓練内容

課題	内容
視覚における単純注意反応課題：固定	コンピュータ画面中央にランダムな時間間隔で赤色の四角形が提示される。赤色の四角形が消える瞬間にボタンを押して反応する。
聴覚における単純注意反応課題：固定	コンピュータからランダムな時間間隔で音が提示される。音が提示された瞬間にボタンを押して反応する。
視覚における単純注意反応課題：ランダム	コンピュータの画面全体のどこかにランダムな時間間隔で赤色の四角形が提示される。赤色の四角形が提示された瞬間にボタンを押して反応する。
聴覚における単純注意反応課題：ランダム	コンピュータからランダムな時間間隔で、左右いずれかの方向から音が提示される。音が提示された瞬間にボタンを押して反応する。
視覚における選択的注意課題：固定	コンピュータ画面中央にランダムな時間間隔で黄色または青色の四角形が提示される。黄色の四角形のときのみボタンを押して反応する。
聴覚における選択的注意課題：固定	コンピュータからランダムな時間間隔で連続して提示される二つの音の高さが同じであれば、ボタンを押して反応する。
視覚における選択的注意課題：ランダム	コンピュータの画面全体のどこかにランダムな時間間隔で黄色または青色の四角形が提示される。黄色の四角形が提示された瞬間にボタンを押して反応する。
聴覚における選択的注意課題：ランダム	コンピュータからランダムな時間間隔で、左右いずれかの方向から音が連続して提示される。二つの音の高さが同じであれば、ボタンを押して反応する。
視覚における注意の分割課題Ⅰ	コンピュータ画面中央にランダムな時間間隔で数字が連続的に提示され、ある一定時間の後、コンピュータ画面のどこかに赤色の四角形が提示される。四角形に対してボタンを押して反応した後、四角形と同時に提示された数字を同定する。
聴覚における注意の分割課題Ⅱ	コンピュータからランダムな時間間隔で数字が聴覚的に連続して提示され、ある一定時間の後、別の音が提示される。音に対してボタンを押して反応した後、その音と同時に提示された数字を同定する。
視覚における注意の分割課題Ⅰ	コンピュータが面の中央にランダムな時間間隔で様々な色づけされた数字が連続的に提示され、ある一定時間の後、コンピュータ画面のどこかに四角形が提示される。四角形の色と数字が同じ色であれば、ボタンを押して反応する。
聴覚における注意の分割課題Ⅱ	コンピュータから音が提示され、その後ランダムな時間間隔で数字が聴覚的に連続して提示される。ある一定時間の後提示される別の音が、最初に聞いた音と同じかどうかを判断するとともに、2番目の音と同時に提示された数字を同定する。

Bracy 博士の開発した訓練プログラムは、現在、アメリカを始めとして、韓国、イギリス、インドなどでもインターネットを通じて利用されており、高次脳機能障害者のみならず学習障害児への適用にとおいても確実な成果をあげている。Bracy 博士によれば、コンピュータを利用した訓練にもやはり訓練者との直接的な関わりが必要である。訓練では、現在のレベルを確認するとともに、課題を解決の為の方略と一緒に話し合うことが重要とされている。したがって、各訓練には、訓練者が当事者と話し合うべき内容が記載されている。例えば、単純注意反応課題であれば、1) 認知機能における注意の役割について、2) 視覚的注意の集中について、3) 反応時間、反応の一貫性、および正確さの重要性について、4) 日常生活活動における注意の役割について、5) 反応の正確

さとスピードの改善におけるフィードバックの利用しかたについて、6) リラックスすることの重要性について、7) 妨害刺激の無視についてである。訓練者は、以上のような観点について当事者と話し合いながら、訓練を行うことが望ましいとされる。そして、当事者にそれらの方略を十分に理解してもらったうえで、自宅での訓練へとつなげていく (The neuroscience center of Indianapolis, 2006)。

心理的サポート

高次脳機能障害者が抱える問題は、認知機能の障害だけではない。高次脳機能障害者の社会復帰を考えたとき、個々の認知機能の改善のみならず、高次脳機能障害者が抱える心理的問題へのサポートもかかせない。高岡・山口・山崎・熊谷・湯田・宇田・大場 (2006) によると、高次脳機能障害者に対する心理的サポートには、自分の障害に対する理解を促進させる (障害認識をうながす)、脳損傷後に生じた、不安、抑うつ、過敏性、他者への不信、絶望感、無気力、怒り、ひきこもりや不信感などの心理的反応に対応し、リハビリテーションの進行や社会参加を支援するといった役割がある。したがって、心理的サポートも認知リハビリテーションの一環であるといえる。

高次脳機能障害に見られる心理症状の改善に心理療法を適用する場合には、心理症状以外の記憶障害や注意障害などの認知機能障害を考慮し、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、特に行動療法や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)。ここでは、心理的サポートの一形態として、その取り組みが期待されている集団療法に焦点をあて、感情コントロール障害、PTSD、およびうつや不安に対する実践例を概観する。

感情コントロール障害

国立身体障害者リハビリテーションセンターでは、数年にわたり高次脳機能障害者に対する集団療法プログラムを開発してきた。これは、感情交流法 (Feeling-Focused Group work, 以下 FFGW とする) と呼ばれ、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・田中・色井・四ノ宮・秋元・嶋野・佐久間, 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1セッションの流れの例は表2のとおりである。グループの人数は4~5人程度で、対象者は入院後約3週間~1ヶ月後の入院患者あるいは外来患者である。参加基準は、WAIS-Rの全IQが約70以上、重度の見当識障害や失語を有さないこと、初期の感情コントロールに大きな問題がないことが条件である。集団療法の継続期間は約3ヶ月であるが、開始の時期と終了の時期が決められているわけではなく、個人ごとに開始時期と終了時期が異なり、常に新しいメンバーが参加できる形態となっている。表2のようにフィーリングシートを中心として作業する方法もあれば、フィーリングシートに加えてスピーチ原稿を作成し、それに対して作業を行う方法もあるなど、グループの人数や進捗状況によって調整があるものの、プログラムは毎回ほぼ同じ流れで進み、テーマだけが変わる。表2中の4~7は、メンバーそれぞれが一人ずつ発表者となる。プログラムにはファシリテーターとコ・ファシリテーターの2名の心理士が参加し、それらはプログラムの進行、グループ内の雰囲気作り、参加者の反応へのフィードバックを行う役割を果たす (尾崎他, 2003)。

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であろう。どの時点でも参加することができ、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慮することができるということは、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であろう。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、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、病院における入院の期間や通院の期間は、それぞれの病院においてその形態が異なるため、全ての病院に同じ方法が適用できるとは限らない。FFGWの効果に対する理論的背景が明確になることによって、それぞれの病院に適したプログラムの改編ができるのではないだろうか。

表2 FFGWのプログラムの流れの例

課題	内容
1 個人の目標設定	前回の感想の中からファシリテーターが選択し、目標を書いたものを机の上に置く。
2 回想法	感情を喚起するような刺激を提示する(たとえば、トランプ)。
3 フィーリングシートの記入	刺激から思いついたことをフィーリングシートに記入する。
4 フィーリングシートの発表とメモ	個人が自分の書いたフィーリングシートを発表する。発表者以外はその発表内容に対するメモを取る。
6 聞き手から発表者への内容のフィードバック	聞き手が発表に対して作成したメモを読み上げる。話し手は、自分のフィーリングシートに、聞き手が読んだ内容部分をマーカーで線を引く。
7 聞き手から発表者へのメモに関するフィードバック	発表者は、マーカーで線を引いたシートを聞き手に示す。
8 感想とフィーリングシートのテーマ当て	聞き手は、発表に対する感想を述べ、発表内容のテーマを当てる。
9 振り返りと次回の課題設定	本日の目標の達成度を評価し、次回の課題を記入する。

PTSD

PTSDとは、自然災害、暴力、や交通事故などの重大事故などの強度の感情的ストレス刺激を体験した後に、覚醒時または夢でそれを再体験し、外傷と関連した刺激を持続的に避けたり、そのような刺激に対する麻痺が起こったりして、持続的な過覚醒状態に陥って機能が障害されるようなストレス障害をさす(千葉, 2000)。中村・橋本・野路井(2006)によれば、PTSDでは、海馬の浮腫、損傷や萎縮など、脳の器質的な変化も生じる。そして脳外傷後のPTSDは、外傷の程度や外傷当時の意識の程度、あるいはその後の記憶障害の程度に関わらず、子どもにおいても成人においても生じる可能性がある(McMillan, Williams & Bryant, 2003)。交通事故による脳外傷者の多くが、事故に遭う夢を見る、怖くて車に乗ることができない、あるいは車に乗ることができても非常に過敏になるなどのPTSD様の症状を訴えるにもかかわらず、脳外傷者のPTSDの実態や治療効果に関する研究は近年まであまり見られることがなかった。中村ら(2006)によれば、中村らは2004年に大規模な高次脳機能障害者の実態予後調査を行ない、痴呆症状やPTSDが当事者の予後や家族の心理状態にどのような影響を及ぼすのかを検討した。その結果、PTSD症状は、当事者の痴呆の程度とは独立して、当事者の社会復帰や家族のストレスに大きな影響を与えることが明らかになった。すなわち、PTSD症状が重篤なものは軽度のものに比べて1年後の社会復帰可能性が低く、その家族の苦悩も大きいことが示された。このことより、中村ら(2006)は、社会復帰には当事者と家族を含めたPTSDへの対応が重要であるとしている。

中村らは、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。中村らは、近年、このPOCRを集団療法に取り入れた週1回のプログラムを実施している。このプログラムの特徴は、当事者と家族の主体性の優先、家族の支援、ピア・カウンセラーの養成、そしてPTSDのケアを前提とした肯定的な支援にある(中村ら、2006)。対象は、慢性期後天性脳損傷者であり、プログラムは1週間に1回金曜日の午後3時間、5ヶ月間継続される。プログラムの構成は、1)オリエンテーション、2)個別認知プログラム/家族ミーティング、3)グループセッション、4)カウンセリングの4つの部分からなっており、医師と心理士の2名が中心となって進行する。2)の個別認知プログラム/家族ミーティングでは、当事者と家族に分かれる。当事者は個別に認知機能訓練を行うが、家族は家族同士でその日に決められたテーマについて話し合う。また、3)のグループセッションでは、当事者と家族が一緒に参加し、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)という集団セッションが実践されている。

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、セラピスト(医師)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。解決策と戦略が導き出された後には、参加者全員から肯定的なフィードバックが与えられるとともに、これまでその対象者が行ってきたリンチピンを振り返り、今回の内容と照らし合わせることによって、その対象者の前進について確認する。リンチピンでは、POCRが重視する「遊び」の概念が、対象者とセラピストの会話を通じての笑いと、参加者同士の和やかな雰囲気作りに生かされており、心地よい治療環境を作ることで参加者の学びや気づきを効果的に促す。リンチピンの認知機能に対する効果については、現在、生理学的指標にもとづいたエビデンスが蓄積中であるが(中村ら、2006)、臨床現場からは、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。

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・サポートの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、認知機能の改善については現在検討中であるということであるが、PTSDの改善のデータについてもそのエビデンスが待たれるところである。

うつや不安

Williams & Evans (2003)が指摘するように、認知リハビリテーションは、その多くの場面において、うつや不安を含めた患者の心理症状に直面しなくてはならない。認知リハビリテーションの研究を取り扱う学術雑誌*Neuropsychological Rehabilitation*は、2003年に脳損傷後の心理症状を特集し、それまで欧米においてもあまり直接的に扱われてこなかった脳損傷後の様々な心理症状の実際と対応について、多くの研究例を挙げている。そして、これまでの研究から、脳損傷後のうつ、不安、怒り、心理社会的機能、自己効力感、および問題解決能力の改善には、認知行動療法が効果的であることが示されている(Anson & Jennie, 2006)。

オーストラリアのメルボルンにあるEpworth Rehabilitation centerでは、認知行動療法にもとづいたコーピングスキル集団療法(CBT-based Coping Skill Group, 以下CSGとする)を開発した(Anson & Jennie, 2006)。CSGの対象は、集団療法に参加するのに十分な認知機能とコミュニケーションスキルを保持している17歳以上の外来患者で、後天性脳損傷者であった。プログラムは、思考と感情の関係と認知モデルについて学び、コーピングスキルの数々を身につけることを目的とし、2名の心理士によって1週間に2回金曜日の90分、10セッションが5週間行なわれた。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、コーピングスキルは、プログラム終了直後に向上が認められ、その後一度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も明らかになった。また参加者は自分の感情の問題を理解することができるようになり、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、そして心理社会的調節の向上につながるという結果は得られなかった。そこで Anson & Jennie (2006) はプログラムの結果について多重回帰分析を行い、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。

CSG の特徴は、認知行動療法を集団に適用し、様々なコーピングスキルを参加者間の相互作用によって習得させる点にあるであろう。認知行動療法そのものは、高次脳機能障害の心理症状に有効であるとの報告があるものの、その報告数は十分とはいえない。また、Anson & Jennie (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。今後は個々の事例研究はもちろんのこと、集団に対する効果測定を実施し、効果的な対象者を見出していくことが重要であろう。

結語

本稿では、高次脳機能障害者に対する心理学的な立場からの支援について、リハビリテーション支援については専門書では体系的に取り上げられることの少ないコンピュータ技術を用いた方法を、心理的サポートについては集団療法を取り上げ、その実践例を概観した。コンピュータを利用したリハビリテーション支援では、米国の Bracy 博士の取り組みから、わが国においても同様のシステムの構築が必要であると考えられた。また、集団療法は、臨床現場において作業訓練や言語訓練において多く取り入れられている手法であるが、心理学的な立場からの実践報告はあまりなく、高次脳機能障害後の様々な心理症状に対する集団療法のエビデンスの蓄積が必要であると考えられた。

高次脳機能障害者に対する支援では、心理学的支援が必要とされる場面が多くある。これらの支援を行なうにあたっては正確な評価が重要であることはいままでのまではない。鎌田 (2006) は、現在の高次脳機能障害に対するリハビリテーションを、個別アプローチの時代であるとしている。個々の認知障害に対する汎用性のある訓練プログラムを開発することはもちろんのこと、それだけにとどまらず、障害を抱えた個人のそれぞれの環境に応じた個々の対処の必要性を述べている。したがって、個別あるいは集団に関わらず、個人のニーズに柔軟に対応できる支援のあり方を検討する必要があるであろう。また本稿では触れなかったが、心理学的支援の重要な役割として、家族支援がある。臨床現場においては、個々の認知機能の改善のみならず、脳損傷後に見られるさまざまな心理症状の改善や家族支援を行い、より包括的な支援を目指さなければならない。

引用文献

- Anson, K. & Bryant, R. (2006). Who benefits? Outcome following a coping skills group intervention for traumatically brain injured individuals. *Brain Injury*, **20**, 1-13.
- Johnston, B. & Stonnington, H. H. (2001). *Rehabilitation of neuropsychological disorder: A practical guide for rehabilitation professionals*. Philadelphia, PA: Psychology press. (松岡恵子・藤田久美子・藤井正子 (訳) (2004). 高次脳機能障害

- のリハビリテーション——リハビリテーション専門家のための実践ガイド—— 新興医学出版社)
- 橋本優花里 (2006). 神経心理学的リハビリテーションとは 利島 保(編)朝倉心理学講座4脳神経心理学 朝倉書店 pp.173-186.
- 橋本優花里・近藤武夫・柴崎光世 (2001). 認知障害とリハビリテーション——認知リハビリテーションのコンピュータ活用研究の方向と将来性—— 心理学評論, **44**, 233-246.
- 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**, 23-29.
- 本田哲三(編)(2005). 高次脳機能障害のリハビリテーション——実践的アプローチ—— 医学書院
- 丸石正治 (2006). 高次脳機能障害診断基準 広島医学, **59**(9), 683-688.
- McMillan, T. M., Williams, W. H., & Bryant, R. (2003). Post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury: A review of causal mechanisms, assessment, and treatment. *Neuropsychological rehabilitation*, **13**, 149-164.
- The neuroscience center of Indianapolis (2006). *Administrator technical reference manual*(未公開).
- 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.
- 中島八十一・寺島 彰(編)(2006). 高次脳機能障害ハンドブック——診断・評価から自立支援まで—— 医学書院
- 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・鳴野麻里子・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.
- Pepin, M., Loranger, M., & Benoit, G (1995). Efficiency of cognitive training: Review and prospects. *The Journal of Cognitive Rehabilitation*, **13**, 8-14.
- 高橋矩子 (2006). 介入の視点および今後必要になること 鈴木孝治・早川裕子・種村留美・種村 純(編)高次脳機能障害マエストロシリーズ□リハビリテーション介入 医歯薬出版株式会社 pp.144-145.
- 高岡 徹・山口加代子・山崎文子・熊谷昌司・湯田京子・宇田智子・大場純一 (2006). 支援の方法 鈴木孝治・早川裕子・種村留美・種村 純(編)高次脳機能障害マエストロシリーズ□リハビリテーション介入 医歯薬出版株式会社 pp.88-103.
- 利島 保・大塩 俊 (1986) 脳機能障害者の身体的, 認知的リハビリテーションにおけるコンピュータ利用の可能性と限界 広島大学教育学部紀要第1部, **35**, 117-125.
- 千葉浩彦 (2006). 外傷後ストレス障害・急性ストレス障害 坂野雄二(編)臨床心理学キーワード 有斐閣双書 pp.112-113.
- Williams, W. H. & Evans, J. J. (2003). Brain injury and emotion: An overview to a special issue on biopsychosocial approaches in neurorehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, **13**, 1-11.
- Wilson, B. A. (1996). Rehabilitation. In J. G. Beaumont, P. M. Kenealy, and M. J. C. Rogers (Eds.) *The Blackwell dictionary of Neuropsychology*. Massachusetts: Blackwell. pp.618-626.
- Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, **3**, 487-496.

The over view of psychological interventions for patients with brain injury

Yukari Hashimoto

The previous studies on psychological intervention for patients with brain injury were overviewed to provide possibilities of their clinical use. Current psychological interventions in rehabilitation include supports for cognitive disorder, psychological disorder, and family problem. This paper focused on interventions for cognitive disorder and psychological disorder. For cognitive rehabilitation, the effect of computerized rehabilitation program was introduced. The rehabilitation for patients with brain injury takes long tract of years. The use of computer in cognitive rehabilitation may reduce burden for patients and their family. For intervention on psychological disorder, group intervention was introduced. Although the literature available suggests that psychotherapy techniques including cognitive behavioral therapy may improve outcomes following brain injury, there are few reports on group interventions. It is important accumulate clinical evidence on group intervention for psychological disorder on patients with brain injury. Clinical psychologist need to play integral role in improving functional, psychosocial, and health outcomes in chronic patients with brain injury.