

行動と感情の障害

【概念】

脳損傷の後に、感情や意欲、行動に障害が見られることがあります。人の感情については、情動、感情、気分といった用語が用いられますが、厳密な区別があるわけではありません。むしろこれらの定義の違いはあいまいです。一応の区別としては、「感情 affect」とは最も一般的に広く用いられる用語です。「情動 emotion」とは喜び・怒りのような、一時的で激しい感情を指します。一方、「気分 mood」とは持続的な長引く感情状態をいいます。感情の障害についても、うつ病やそううつ病は感情障害 affective disorderとも気分障害 mood disorderとも呼ばれています。

これら感情の障害は、純粹に感情だけが障害されるということはありません。すなわち、意欲や発動性、行動、不安などの障害が一緒に見られるのが普通です。例えば、最もよく目にする感情障害は「うつ depression」ですが、うつ病患者さんは憂うつな気分や悲哀感のみを呈するのではなく、多くは意欲や活動性の低下、不安感や焦燥感などを認めます。この点は脳損傷後にうつとなる場合でも同じです。一般に、「うつ depression」という時、(1)感情の症状として「抑うつ気分」を指す場合、(2)随伴す

る意欲や不安の症状を合わせた症状群として「うつ状態」を指す場合、(3)疾患単位として「うつ病」を指す場合がありますが、脳損傷後のうつは(2)の場合を意味しています。

この脳損傷後のうつが(3)うつ病のうつと区別できるか、というのは重要な問題です。大脳の器質的損傷では純粹な抑うつ気分が目立たず、むしろ反応性・発動性の低下や感情の平板化が前景に出ることが多いといわれています。しかし、関連症状だけからはむしろ完全には区別できないと考えたほうがいいのかもかもしれません。

感情障害が脳損傷後に認められたとしても、それが大脳に起きた病変そのもので引き起こされたとは言いきれません。もちろん大脳の病変とこれらの精神症状とは関連しますが、脳血管障害や頭部外傷といった病気になってしまったことや麻痺・失語といった障害に伴う自己不全感などの心の反応も当然生じてきます。また、もともとの性格が症状の形成に関係していることも多く見られます。従って、行動や感情の障害を持つ患者さんをみた場合、これら大脳病変、心の反応、性格などの要因を単独で説明しようとするのではなく、複合的に理解していこうとするほうが現実的です。

【病巣】

うつ状態は左大脳半球の損傷で生じることが右大脳半球の損傷で生じるより多いという説がありますが、一方でそのような半球による差は認めがたいという意見もあります。一般に、左の前頭葉に損傷があるとうつ状

態を呈することが多いようです。一方、右大脳半球の損傷では、多幸的となったり、深刻味を欠いたりする傾向にあります。

【日常生活での現れ方】

うつ状態：

抑うつ的、悲哀的、希望のない感じ、気落ちした、ふさぎ込んだ気分などが比較的持続する状態です。やる気がでない・横になっていた・仕事や家事が思うようにできない・趣味に興味がなくなったなどの意欲低下や、いらいら・不安・焦燥といった不安状態などもよく見られます。すぐに疲れやすく、体がだるいと倦怠感を訴えます。頭の回転が鈍り、一見ぼけのように見えます（仮性認知症）。食欲の減退と体重減少、不眠（入眠障害・熟睡感の低下・中途覚醒・早朝覚醒）、からだのことをくよくよと考える心気傾向なども生じてきます。自己を過小評価し、自信を失い、悲観的となり、自分を責める状態が続きます。重症になると、微小妄想（自分の能力、健康、財産、地位、境遇などを過小に評価する傾向）・貧困妄想・被害妄想などが出てきたり、自殺企図に及んだりする場合があります。

躁状態：

脳損傷では爽快気分を基盤とした躁状態は稀で、むしろ「多幸」と呼ぶべき空虚で上っ調子な機嫌のよさが見られることがあります。多幸感是一种の気分の昂揚状態であり、躁状態で見られる行動過多や観念の奔逸

(観念が過剰に現れて、思考目的から離れた観念や判断が表面的な結びつきで次々と現れるため思路がどんどんわき道へそれる状態)はありません。自分の置かれている状態に対して洞察・現実見当識を欠いています。類似の多幸・軽躁状態に「ふざけ症」や「モリア」と呼ばれる状態もあります。

無感情：

アパシーと呼ばれる状態で、自己の周囲の変化への感情の動きが乏しくなり、外界からの刺激に対して無関心になります。

過剰情動反応：

無感情とは反対に、情動反応が昂進し、極端に不正に潔癖になったりします。

情動不安定：

感情の変化が不安定で、簡単に泣いたり笑ったりします。感情の抑制がきかない場合、情動失禁と呼ばれます。情動失禁では感情変化を生じる外的要因（孫の顔を見て泣いた、など）がありますが、強迫泣き/笑いと呼ばれる症状ではきっかけと表情変化は一致しません。むしろ、強迫泣き/笑いは表情筋の異常と考えられます。

不安：

不安が増大し、落ち着かなくなることがあります。急激な強い不安発作をパニックと呼びます。

意欲低下：

発動性が低下して、能動的な行動がとれないことがあります。強い場合を無為と言います。さらに、発動性の減退が極限に達した状態を無言無動症と呼びます。

【診療場面での現れ方】

うつ状態の診断にはHamilton Depression Scaleという対面式で行う質問表や、Self-rating Depression Scaleという自記式の抑うつ評価尺度があります。簡単には、1本の線を引いて、現在の気分の状態がどこにあるかを示してもらってVisual analogue scaleが用いられたりします。

【鑑別診断】

うつ病や躁病、不安性障害などの精神科疾患が鑑別となりますが、上述のごとく、状態像で鑑別することは困難な場合もあります。

【リハビリテーションの方法】

概念の項でも述べたとおり、脳の損傷後の行動や感情の障害は、大脳の病変、心の反応、もともとの性格など様々な要因から起こってくるため、一つの障害として対応を図ることは大変困難です。

症状としてよく訴えられるものには、「感情の起伏が激しい」「自分から何かやろうとしない」「しばしば不安になる」「人への攻撃が激しくなる」などがあります。

これらは対人トラブルを起しやすく、本人はもとより、生活をともにする人にとっても大変精神的負担の大きいものです。その負担を一人で背負い込んで苦しんだり、孤立していたりすることの無いように、周囲の人が障害をよく理解し相談機関やデイサービスなどについてもよく知って活用できるようにすることが必要です。

医療領域におけるリハビリテーションを見ますと、高次脳機能障害者の行動と感情障害に関して具体的に取り組んでいる例はまだあまり見られません。感情の不安定さ、対人適応障害、リハビリテーションに対する意欲のなさ、さらに一人でいると何もしないなどの発動性の低下などがリハビリテーションを阻害する状態として記述されていますが、それに対する対応の多くは、一時的な心の反応と捉えて配慮が必要という程度です。その症状が永く続き、その後の生活に大きな問題となる障害であるとはあまり考えられてこなかったようです。

受身的で変化の少ない入院生活の中では、比較的軽くて目立たなかった障害の人でも家庭や職場に戻ると多様な生活の中で、この障害による生活適応の困難さが大きな落差をもって現れてくるようです。

退院時に、他の障害については説明され、訓練や指導の結果ある程度できるところできないところがわかったとしても、この問題に関しては障害としての説明はなく、指導も受けずあまり良く分からないまま戻ることが多いので家族の戸惑いは大きく、記憶障害・注意集中の障害等とともに家族にとっての深刻な症状となっているようです。

また、職業の領域でも、衝動性や発動性の低下、対人関係に於ける適応力の低下、意欲のなさや感情表出の不適切さ等、行動と感情の障害による問題が就労を阻害する要因となっています。

<医療の領域で行われるリハビリテーション>

医療領域における対応は、主として作業療法の中で行われています。

例えば、一人でおいておかれると何もしない人（発動性の低下が重い人）には、声かけや手を添えるなどしながら、半ば自動的にできる運動や作業がいろいろ工夫されています。活動性や意欲の低下に対しては、日課の自己管理、創作作業、余暇活動に結びつく活動を試すこと、職業前訓練など、退院後の生活を想定して、生活全体に対する本人の意欲を刺激するようなプログラムが工夫されています。感情の波が激しいとか落ち着きがない、怒りっぽいなどに対しては、時間が必要であることから、現在の医療の中でのリハビリテーションの期間内ではほとんど評価や記録にとどまっています。むしろ他の障害に対する様々な訓練を阻害するものとして対策を立てるべきであると考えられています。

①医師の役割

主治医の役割としてまず重要なのは、障害についての説明です。

行動と感情の障害については、本人の我儘や一般的な感情変化と捉えて本人を責めたり矯正しようとするのが起こりがちです。それは本人や家族等にストレスを与え、その人たちの負担が余計に重くなったり関係が悪くなったりするもとになります。

この症状は非常に曖昧で分りにくく、本人にとっても家族にとっても受け入れがたい状態ではありますが、「これは病気やケガから生じた障害である」ということをきちんと説明する必要があります。「その人の脳の障害からはこのような症状が出ること、基本的な障害は永く続くこと、さらにたくさんの重い障害をもったことで本人も家族も戸惑っている色々な反応が出ていること、大変だろうけれどできるだけ落ち着いて、困っていることは必ず誰かに相談すること」等を主治医から伝えてもらいます。

信頼する主治医から丁寧に説明された事実は、障害が重いほど重くのしかかってきますが、時間をかけて受け入れることができるようになれば、現実を見つめて立ち直る際の大きな支えになります。

主治医は、この問題について紹介できるコメディカルスタッフ(医療ソーシャルワーカー／作業療法士／理学療法士／言語聴覚士など医療関連専門職)を知っておくことが必要です。コメディカルスタッフとの情報交換や検討会などによってこの問題についての理解を深めると同時にコメディカルスタッフを育てることもできます。コメディカルスタッフは、近年、リハビリを行う医療機関、障害者(児)高齢者対象の福祉施設、公的な相談機関など様々なところに配置されるようになっていきます。

②コメディカルスタッフの役割

コメディカルによる具体的な実生活上の障害評価が必要です。

「行動と感情の障害」と一口に言っても一人ひとり違った形で症状が現れます。その人のもともとの性格も環境条件も違いますから、生活上に現れる困難状況も違ってきます。

「一番困っていること、解決したいこと」について、本人および家族からの訴えを時間をかけてじっくり聞くことから始めます。本人家族にとっては障害に対する戸惑いや受け入れ難さが一番の問題であり、この問題の大きさに向き合ってもらえないのが苦しいという思いもあります。じっくり耳を傾け解決したい問題を明らかにします。

そこで出された自発性の問題や対人技能の問題の多くは、机上のテストや、1対1の観察場面では現れにくいものなので、日常の様子をよく聞くと同時に、常に現場に出向く姿勢が求められます。さらに、その人の生活全体から問題を検討する必要があるため、その問題と関連する家族との生活、趣味や職業上の生活、更に地域社会等との付き合いまで情報を得る必要が生じます。医療、教育、福祉、労働などとの広く密接な連携を必要とすると同時にプライバシーへの配慮が欠かせません。

本人や家族に提供する情報として、①相談やリハビリテーションの流れについての説明（特に訓練や評価の意味、目的、見通し等について）②最寄りの相談機関の内容と利用方法、③同障者の様子、④緊急対応やレスパイト対応、地域のデイサービスの状況と利用方法なども相談内容に応じて提供できるようにしておきます。

【日常生活への援助】

家族への指導として、下記のようなことを伝えます。

①家族の心がけとして伝えたいこと

- ・一人で抱え込まないで主治医、リハビリスタッフ、ケースワーカー、福祉の相談窓口等に相談に行きましょう。
- ・諦めないで、困ったことをはっきり訴えましょう。
- ・治療や訓練については目的や期間をはっきり訊ねましょう。
- ・相談するところ、人を頼むところ、通所するところ、訓練を受けるところなど利用したい所や利用法を知っておきましょう。
- ・同じような障害を持った人との交流や、情報交換をしましょう。

②困った行動への対応

- ・感情の起伏が激しくコントロールできない

⇒感情が爆発している時はどうなだめても冷静に聴くことができません。周囲のものが席をはずしたり、話題を変えたりして、爆発が収まるのを待ちましょう。

感情のコントロールが悪いという自覚がない場合も多く、まず本人が自分で認識するようにすることが大切です。爆発が収まった後、状況をと
もに振り返り自己認識を促します。本人の認識が困難な場合は、なるべく爆発させないような周囲の配慮も必要です。

・自分から何かやろうとしない(意欲や発動性の低下)

⇒食事をする、作業を始めるなど生活上、職業上必須のことであれば、声掛けをするための体制(ヘルパーの導入など)を整えましょう。「無為に暮らしているのが気になる」程度であれば、見守りながら待つということも大切です。弱々しい表現であっても自分から何か始めた時は、もっと先へ進ませたい気持ちを抑え、今できること、今楽しんでいることをじっくりやらせてあげて、自信が出て自分から次のものに挑戦するのを待ちましょう。

・しばしば不安がり、時にはパニックを起こす

⇒不安状態にあるところに新しい事態や環境の変化が加わると緊張や不安が高まります。極度になったものがパニックです。よくなじんだ環境を整えるようにし、突然の変化に弱いことを周囲の人に説明して、安心できるように協力してもらいましょう。

・人への攻撃が激しくなる

⇒正義感と、いろいろ上手く行かないことからくる被害者意識から、人への攻撃が激しくなります。身体的攻撃や投書、訴訟なども起します。周囲の人が一致した態度で臨み、公平で一貫性のある対応を心掛けましょう。