

脳損傷後の「主体性」の回復をどう支援することができるか ～第2回 回復期における対応～

主体性研究委員会 能智正博

前回「はじめに」では、本研究の背景と研究方法について簡単にまとめた上で、分析結果として浮かび上がってきた主要なカテゴリをリストアップしました。今回から、なるべくそのカテゴリに沿う形で、医療専門職がどのように脳損傷者における「主体性」の回復を支援できるのか、具体的に述べておきます。

今回のテーマは、急性期を過ぎて主に医療的なりハビリテーションが行われる、いわゆる回復期における対応です。「主体性」が低下しているように見える脳損傷者に対し、それを改善させ、あるいは回復させるために専門職としてはどのような対応が可能でしょうか。今回の研究で浮かび上がってきた様々な対応方法について、医療専門職や脳損傷当事者の方々の体験に基づく語りを適宜引用しながら解説していきます。第1回の最後に触れましたカテゴリのなかでは主に、「気持ちの安定をはかる／見守る」にあたります。

回復期における「主体性」の低下の背景

医療専門職の対応について述べる前に、準備作業を1つしておかなければなりません。脳損傷症状発症の比較的初期において「主体性」が低下しているように見えるとしたら、それは脳損傷後の状態のどういう背景から来ているのでしょうか。

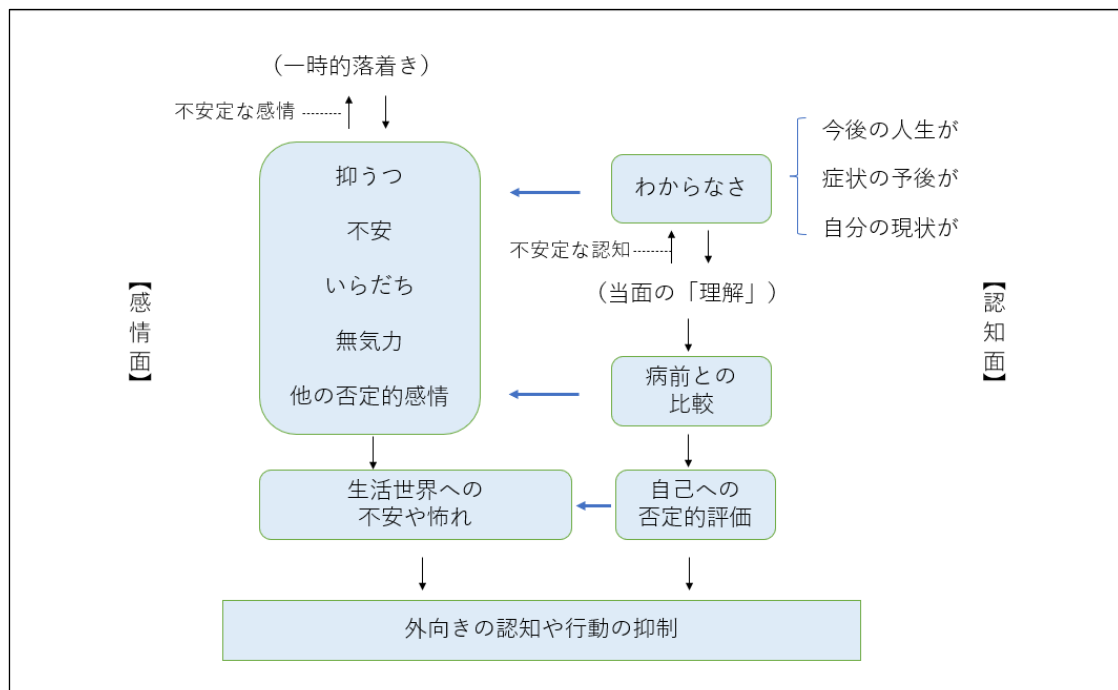
今回の結果からその特徴を簡潔に図にまとめたものが図1になります。図のいちばん下に位置づけられている「外向きの認知や行動の抑制」が、主体性の低下の行動的な現れです。自分のことや現在のことに絶えず目が向いて、周囲のことや将来のことに関心が向かわず、新たな目標志向的な行動も生じにくいという状態と言えるでしょう。図ではその上側に、そうした状態と関連する様々な条件が配置されています。左側には感情的な条件、右側には認知的な条件を並べておきました。とは言え、感情と認知はそれほど単純に分けられるものではありません。あくまで便宜的に分けたものとお考え下さい。以下では、それぞれの条件について解説していきます。

発病・発症直後の「わからなさ」

まず図1の右上をご覧ください。発病後や受傷後に入院が必要な場合など、脳損傷者は様々な「わからない」状態に置かれます。ご存じのように、脳損傷後に現れる、身体面・認知面・感情面の変化は多岐にわたります。とりわけ認知面・感情面の変化はただちに目に見

えるものではないため、ご自身の現状について「わかる」ことはそれほど簡単ではないでしょう。それがいつどのように現れて、日常生活の様々な行動を邪魔するのか、それがどれほど持続するのか、といったことです。また、一般的な病気であればそのうち健康な状態に戻ることが期待されますが、脳損傷の症状がどれほど持続するのかも想像がつかないかもしれません。さらに言えば、その症状や障害の結果としてじご自分の生活や人生がどのように変わるのかもわからなくなる可能性があります。

図1 脳損傷者における「主体性」の低下をもたらす諸要因



そうした場合、そのわからなさをどうにかして落ち着きたいという気持ちが強くなるのは、当然考えられます。結果的に脳損傷の初期においては、どうしても自分とその現状に注意が向きがちになります。今自分がどういう状態にあってそれがどう自分の生活に影響を与えているのか/今後与えるのかが関心の中心になるのです。自分の外や将来に向かう積極的な関心よりも、自分に向かう内向きの視線が優勢となるのは無理からぬところでしょう。

医療専門職の働きかけについて考えるときには、そうした「わからなさ」が誰にとってのどんな「わからなさ」なのかという点も、押さえておく必要があるかもしれません。いろいろなかたちの「わからなさ」があります。

まずは脳損傷者本人が、自分が変化したことをわかっておらず、問題ないとかすぐ治るとか信じている場合もあります。医療専門職であれば、各種の検査や行動観察などを通じて、現時点における本人の症状の特徴について「わかる」部分は少なくありません。この場合、周囲の人のわかっていることと本人のわかっていると思っていることにずれが生じている

ことになり、周囲の人の観点から言えば脳損傷者本人が「わからなさ」の状態、「わかっていない」状態にあると言えるでしょう。

また、何かが変化したことは本人もわかっている場合にも、具体的にどのような変化なのかわからないこともあるでしょう。おそらくこうした「わからなさ」の事例がけっこう多いと思われます。脳損傷者はその「わからなさ」に対して、そのうちわかるだろう、あるいはそのうちもとに戻るだろうと気楽に構えていられる時期もあるかもしれませんが、変化が長引くにつれていらいらしたり不安になったりことが多くなるでしょう。

さらに言えば、その症状の予後や長期的な影響については、脳損傷者本人のみならず、周りの人にも「わからない」ことが少なくありません。この最後の場合には、本人も周囲の人みんな「わからなさ」を抱え、その「わからなさ」にどう対処することができるのかという課題を背負わされていると言ってよいと思います。

「主体性」の発揮のむずかしさ

こうした「わからなさ」は「主体性」の発揮に対して、大きく2つの意味で障害となると考えられます。「主体性」が一般的な定義にあるように、自発的な目標設定に関わるものであるとしたら、「わからなさ」が目標設定という行為自体の難しさに結びつくことはあり得るでしょう。加えて、そうした行為には動機や意欲も必要になるわけですが、「わからなさ」が自分に対する自信のなさや落ち込みを引き起こして、動機や意欲が低下するという事態も考えられるでしょう。

まず、「わからなさ」が目標設定という行動を難しくするという点です。目標が現実的な目標であるためには、自らに今その目標達成のための力があるか、あるいは将来そういう力が持てるかということの見通しが、多かれ少なかれ必要と思われます。そうした見通しがあやふやな状態で、非現実的な目標を立てたとしても、また、その目標に対する意欲があったとしても、その行動は空回りするだけで、周りの人からも理解されないでしょう。認知障害などによって、目標が現実的かどうか判断しにくい場合を除き、脳損傷当事者は「わからなさ」の前で目標設定に慎重になり、それに向かう気持ちや行動も萎えてしまうことがあると思われます。

しかし「わからない」といっても「全く何もわからない」というのではなく、いろいろなレベルの「わからなさ」があります。逆に言えば、程度の差こそあれ少しはわかる（あるいは少しはわかった気がする）状態でもあるわけです。図1では「当面の『理解』」と書かれている箇所になります。例えば、上でも少し述べましたように、「わからなさ」を自分の現状として、「わからない」ことは少なくともわかっているというわかり方もありえるでしょう。

「わからない」自分を意識した場合、そのような自分は脳損傷の前の自分とは異なりますし、ほとんどの場合、以前と比べてしまうと今の自分は価値が下がったように見えます。図1にあります「自己の否定的評価」です。一般的な病気や怪我のように、しばらくすれば以

前のように戻ることが確信できればよいのですが、予後についても「わからない」状態です。結果的にはやはり、現在の自分を否定的に評価して、図にありますが不安や苛立ちや落ち込みなど負の感情が沸き上がってくることが多いと考えられます。主体性の要素である、何かをやろうとする意欲も動機も萎えてしまのです。

加えて、自分に対する否定的感情や自信のなさや、同時に自分の生きる環境の見え方にも影響すると考えられます。医療人類学者の A. クラインマン（1989）は、慢性腰痛の患者の語りをもとに、自分の身体の状態に対する不安が環境内での活動の不安に結びつき、環境自体を怖く恐ろしいものと考えようになるプロセスを鮮やかに示しました。それと同様のことが脳損傷当事者にも生じ得るでしょう。主体的に選択して行動する目標は、多かれ少なかれ自分を取り囲む物理的環境や社会的環境と関係しています。そうした環境が、自分の目標を許容してくれない酷薄なものに感じられると、この面においても、主体的な活動は抑制されてしまうことになります。

脳損傷の初期における「主体性」の低下に対する対応

脳損傷の比較的初期に主体性が低下しているように見える脳損傷者に対して、医療専門職がどのように対応することができるのでしょうか。図2は、今回の研究で得られた医療専門職や脳損傷当事者の語りをもとにそれをまとめたものです。

図2の中央に角の丸い四角で示されているのは、図1で描かれた主体性の低下の要素を裏返したものであり、主体性を回復の方向に近づけるための契機を大まかに示しています。といって、この段階で主体性が病前の状態に戻ると考えるとしたら、やや楽天的に過ぎるかもしれません。もちろん人によって、あるいは脳損傷の程度によって回復の程度は様々ですが、この図では、「関心が外に向かい始める」ことを「主体性」の回復の最初のステップとし、とりあえずの働きかけの目標としています。

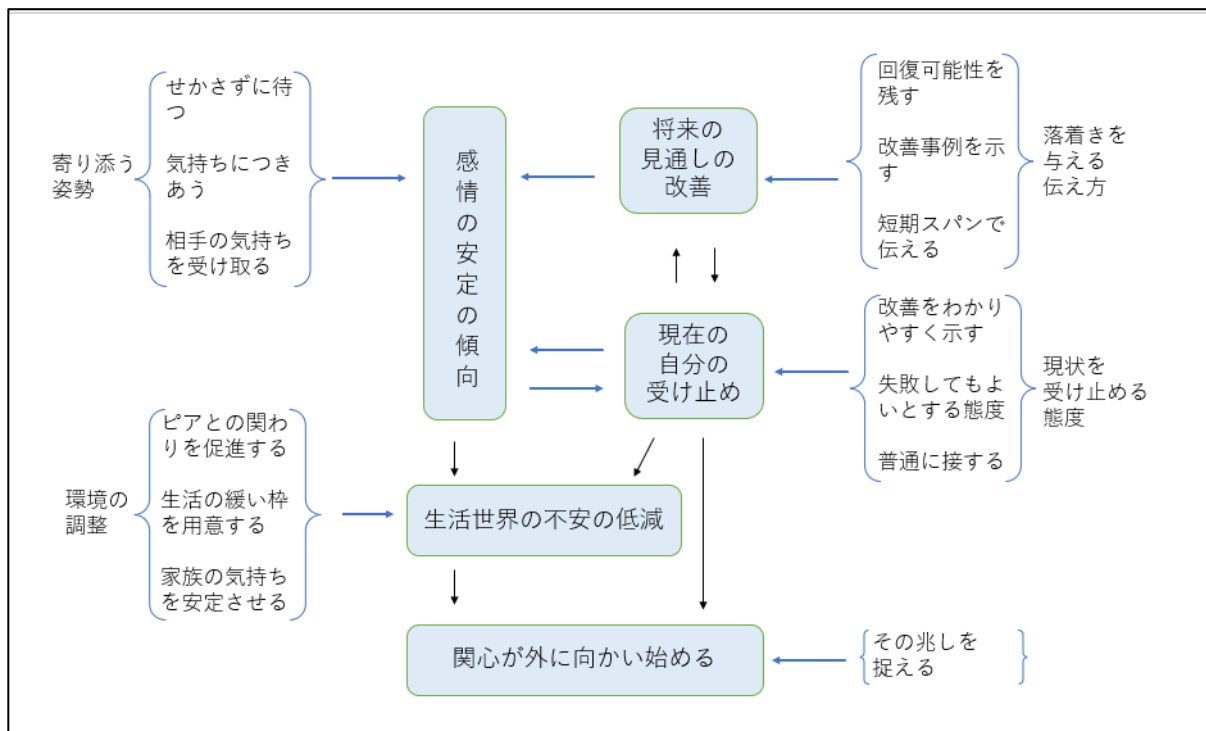
不安定な感情に向き合う

脳損傷を受けてそれほど時間が経っていない「回復期」の方々は、しばしば感情の状態が不安定になっています。そこには多かれ少なかれ、脳損傷の直接の帰結という面も含まれているかもしれませんが、脳損傷後の自分の現状や自分の将来展望に対する反応という面も否定できないでしょう。そこでの感情には、不安や恐れ、怒りや苛立ち、落ち込みなどが含まれます。そうした否定的な感情が生じている場合、現実的な目標設定とそれに向けた現実的な行動が難しくなりがちです。例えばある専門職は、「やっぱり何かアクションを起こすための前提としては、それなりに安心して行動できるための土台みたいなものがないといけないと思います。」と述べています。

そうした感情を安定させることは、脳損傷者の「主体性」の回復を目指そうとする医療専門職がまず注目しなければならないポイントの1つと言えるでしょう。そんな時にはもちろん、その不安定さの理由を分析しつつ、その理由に働きかけていくことが必要になります。

しかしそうした分析を行う前に、そうした感情ときちんと向き合うことが専門職には求められるのではないのでしょうか。実際、今回のデータには専門職の間での工夫なども紹介されています。図2で言えば、左上になります。

図2 初期の主体性の低下に対する対応



相手の感情を理解する 脳損傷者における不安定な感情に対応しようとするとき、その土台になるのは、支援対象である脳損傷者の感情に気づき、それを理解しようとすることでしょう。これは、カウンセリングの基礎の1つとして知られている「共感」と共通の部分を含んでいます。すぐに想像できると思いますが、私達は誰も、感情を頭ごなしに否定されるよりも、それを理解してくれる人の前で、気持ちを落ち着けることができます。

ただ、一般的なカウンセリングのクライアントと脳損傷者ではやはりいくらか違いがあると思われます。ある当事者の方は御自分の経験を回想しつつ、「強がってあまり感情を表に出さないこともある」と指摘していましたが、そういう「強がり」自体については、一般のカウンセリング状況においても認められます。ただ脳損傷者の場合には、「情動失禁」を極端な例として、本人の内的な感情状態とは無関係に、感情の表出が独り歩きしてしまうこともあるかもしれません。

一時の表情などわかりやすいところだけで脳損傷者の感情状態を理解したつもりになるべきではなく、より幅広い観察やご家族などの聞き取りといった情報収集をもとに、感情の揺れ動きのパターンも含めて理解する必要があると思われます。その上で、その脳損傷者の

感情を受け止めてそばに「いる」ことが大事なのではないでしょうか。それは、その方の現状をそれとして受け入れることを意味しています。

相手の感情とつきあっていく ここで忘れてはならないのは、脳損傷者の感情に気づいた上で、それを最初から望ましくない感情として性急に変えようとするのではなく、それを認めて、つきあっていくということです。それが医療専門職と脳損傷者のその後のコミュニケーションの前提になり、それが信頼関係の構築を促すことになるからです。例えばある医師は、次のように述べています。

不安や自信のなさにつきあうっていうのは、これ結構、僕の中では意識してやってきています。やっぱここで、つきあっていかないと、何となくこちらの言葉が本人の中になかなか入っていかないのかなと。要するに、あまり不安が強いような時に行っても、何だかせき立ててるような感覚で受け取られかねないと思ってますので、不安や自信がない時のつきあいが結構重要かなと思ってます。

ここで「こちらの言葉が本人の中に入る」というのは、医療専門職の指示やアドバイス等が言語的に理解してもらえするというだけのことでありません。それが上からの強圧的な命令のように聞こえたとしたら、たとえその意味が頭で理解されたとしても、言葉が体の中にはいつてくる感じはしないと思われまふ。それはいやいやながら従うだけの言葉、悪くすれば従うべき価値のない言葉になってしまうかもしれません。

否定的な感情や不安定な感情とつきあうのは、「主体性」が低下したり失われたりしているように見える脳損傷者の方の前で、その現状をとりあえず受け止めてその場にいるということです。それは回復を願う医療専門職にとって、決して楽しい時間ではないでしょう。例えば、回復期の病棟で働いていた作業療法士は、そうした場合、「何かそのセラピスト自身の問題なんですけれども、何でこう主体的になれないのかって、ちょっとイライラしたり、焦ったりする気持ちを持つ」ことになることがあると述べています。

回復のペースは脳損傷者ひとりひとり違っています。目の前にいる脳損傷の方のペースを探りつつ、ゆったり構えて変化するのをじっくり（ときには我慢して）待つ忍耐力が求められるかと思ひます。人の感情はしばしば、周囲の人の感情に影響されます。脳損傷をもつ方も、「イライラしたり焦ったり」する医療専門職を前にするよりも、ゆったりと落ち着いて構えている専門職を前にした方が落ち着くでしょう。同じ作業療法士の方も、先の言葉に続けて、「いつかは、もしかしたら、何か思い出して、響いてくるかもしれないって思ひながら、リハをやっていくのが大切なかなっていうふうに、今はすごく感じています。」と語っています。改善や肯定的変化への希望をもつことは、医療専門職においても重要と思ひられます。

「わからなさ」への対応

以上述べたような、脳損傷後の感情と主体性を改善していくために、その背景についていくつの側面に触れておきたいと思ひます。まず図2の右上には、「わからなさ」から来る当

事者の不安や落ち着かなさに対してどのように対応することができるかがまとめられています。特に急性期から回復期の脳損傷者にとって、「わからなさ」の中心にあるのは、今後症状がどうなるか、つまり予後についてでしょう。それを脳損傷者にどう伝えるかは、医療関係者がリハビリテーションの初期において気をつかうことの1つです。例えばひとりの医師は、「急性期の医者が（予後について）どういうふうに言うかによっては、立ち直り方が全然違って来る」と、初期の対応性の重要性に言及しています。予後のイメージがその人の希望を支えたり壊したりすることがあるからです。

予後の伝達のタイミングをはかる リハビリテーション病院に入院したばかりの脳損傷者の方が予後について質問してきた場合、「どのくらいあったらどうなるんだろうっていう、その予後をはっきり伝えるってことは難しい」と感じることも少なくありません。「わからない」を単なる情報の不足とみた場合には、不足している情報を与えれば済むようにも思えるかもしれませんが。しかし、「わからなさ」という認知的な面の問題の向こう側には、自信の有無にかかわる自己効力感や自尊心の問題、そして、不安や苛立ちなどの感情的な問題が絡まっています。必要な情報があると思われる場合であっても、その伝え方によっては動揺を与えたり、ショックをもたらしたりすることも考えられます。専門職がわかっていることをそのまま機械的にお伝えするのは、適切な対応とは言えません。

もちろん、現代の医学的な知見では改善が望めないにも関わらず、脳損傷の方がその改善に固執していることもあります。そういう場合には、少なくともある一定期間はあえて予後には触れず見守っていくという選択がなされるかもしれません。そこで重要になるのがいつ伝えるかです。ある理学療法士は次のように言います。

見通しを伝えるタイミングっていうのも、良くなりますとか、こうなりますとかは断言できなくても、こういうことができるかなとか、こういうことをやってみませんかとか、安心できる情報提供っていうのは、何かどっかに必要なのかな。

予後に関する情報提供は必要ですが、そのタイミングが重要と言えるかもしれません。タイミングによっては、「安心できる情報なり提案が、何か1つそこに主体的に動くきっかけになる」場合もあれば、逆の場合もありうるからです。

タイミングと言っても、「いつがいい」と単純に言うことはできないかもしれません。やはり対象になっている脳損傷者の様々な属性や特徴を考慮しながら判断する必要があるでしょう。別の理学療法士は次のように言っています。

重度の麻痺が残って、どんなにいろいろなことができるようになって、麻痺の回復は頭の中のどこかにあって、（そういう方については）そこに触れることは避け方がいかな。麻痺が治る・治らないの話になると追求が難しいので、本人との関係性の中では触れないような感じで、むしろ社会性や本人の意欲や役割の方に目を向けています。

ここでは、完全な治癒が難しい面よりも、改善や回復が可能である側面に注意を促すという対応がとられています。意欲や社会性は、麻痺が持続してもよい方向に変化する可能性がある

るからです。そうした注意の向け替えによって、リハビリへの意欲を維持し、麻痺自体の改善が見えてきた段階で、もう一度予後の伝達に戻ってくることは可能かもしれません。

回復可能性を残した伝え方 また、上でも述べましたように、専門職の方でも、何が「正しい」情報なのかをわかっているとは限りません。「正直」に「わかりません」と返すだけでは、専門職に対するご本人の期待を損なうことになり、不安や苛立ちが増してしまったり、信頼感が失われたりするかもしれません。と言って、不正確なことばで気休めを言ってごまかしてしまうのも違うように思われます。「わからなさ」に直面している脳損傷の方の気持ちを落ち着かせるような配慮を含む対応が求められることになるでしょう。

その工夫もいろいろあるかもしれませんが、ある医師は時期を区切って伝え、長期的な予後の伝達は先送りするという工夫を述べています。

例えば「3 カ月見た上で、経過の様子によって次を考えましょう」でもいいんですよね。(……) 回復期を経て退院するような人の急性期の段階は、まだ頭もぼやっとしている段階ですので、2 週間ぐらいだと。だから、ここはどういうふうに先を、あまり否定的じゃなくって、ものすごい明るいついていうことじゃないけども、時期を区切りながら考えていくんです。

このように未来の時間を区切ることによって、今のところその先についてはわからないということを正直に相手に伝えると同時に、区切られたその時期の間に改善・回復する可能性を残すことにもなるのだと思われます。

具体的にその患者さんの予後がどうなるかがわからない場合に、類似の改善事例について話をするという工夫もあります。ある作業療法士は、自分が病気になり入院したときの経験と関係づけながら、次のように述べている。

お医者さんはやっぱり、統計的に何%の人がこれでというエビデンスを教えていただくんですけども(……)、やっぱり一番良かったのは、 $n=1$ とか 2 の世界かもしれないんですけど、自分の知り合いのこう(……) っていう話をいろんな人がしてくれるんですけど、そういうのは割と具体的なピアみたいなもんですけども、そういった人のお話とか、そういうふうな事例に触れる時のほうが、何か気持ち的には楽な感じがしましたね。

臨床心理学者の河合(2013)は、心理職にとって事例をていねいに辿った記述を読むことは、一般法則を知るよりもはるかに役に立つものだ、という意味のことを述べていますが、それは心理職に限ったことでもないかもしれません。改善を示した具体的な事例について聞くことによって、脳損傷者はその回復事例に自らを重ねて、自分の今後をイメージすることができるのです。そしてその時間的な経過の物語を自分もまた生きられるのではないかという、可能性を感じられるようになるのではないのでしょうか。

現在の自己の受け止めを支える

将来の見通しがいくらかわかってきて、回復の可能性を多少なりとも信じられるようになったとしても、現在の自分の状態を目の当たりにし、脳損傷以前の自分との違いを意識するとき、不安や苛立ちや落ち込み、そんな現在の自分への怒りなどの感情の揺れが全くなくなるわけではありません。脳損傷者においては、特に急性期には意識レベルが低下していることがあり、病前と現在の自分の違いに無頓着に見えることもあります。しかし多くの人は程度の差こそあれ、何らかの気づきに至ります。典型的には、脳損傷前にはさして大きな困難もなくできたはずのことに失敗したり、特定の行為にかなり苦勞したりした時ですが、漠然と違いの感覚をもつこともあるかもしれません。そういった違いの感覚のもとで、現在の自分を否定的にとらえてしまい、自分を受け止めにくくなることは珍しくありません。そんな脳損傷者に対し、医療専門職はどういう対応ができるのでしょうか。

違いが自己否定に結びつく 医療専門職による対応の工夫について述べる前に、脳損傷前の自己像と現在の間の違いが、今の自分の否定的な評価に結びつく条件について少し考えておきたいと思います。

1つは現在の状態の時間的な持続の予想です。現在の状態が一時的であり、そのうちもとに戻ると信じるのができた場合には、なんとかその違いをやり過ごすことができるでしょう。例えば手や足の骨が折れたとき、現在はギブスをはめたりして不自由な状況になり、明らかに怪我をする前とは違っていますが、その違いはそれほど強い自己否定には結びつきません。私達は時間がかかっても骨折は直るものだという知識をもっているし、おそらく周りの人もそのように言ってくれるからです。それに対して脳損傷の場合、たいていの人はそうした治癒が可能であるという知識の持ち合わせはなく、日常のなかで失敗や苦勞が何度も繰り返されると、やはり楽天的な見通しは容易に揺らいでしまいます。不安や落ち込みのような感情のもと、過去と現在の違いが自己の否定的評価につながります。

そうした評価を強めたり弱めたりする条件の1つとして、周りの人の態度があります。私達が自分で「これが自分だ」と思っているイメージやそれに対する評価は、自分ひとりだけで自由に作り上げたものではありません。周りの人が私達にどのように接するか、その言動によって影響される部分が大きいことが知られています。例えば、「ピグマリオン効果」と言っていて、ある人に対して周りの人が高い期待をしている場合には、その人は期待を自分のなかに取り込んで期待通りのふるまいをするようになる、という現象が知られています。自分が自分であることには、他者の視線が含まれているという事実を私達は忘れるべきではありません。脳損傷前と比べてできなくなったこと難しくなったことに脳損傷者が直面したときにも同じような影響が生じます。であるとしたら、医療専門職の働きかけを通じて安定した自己像を脳損傷者が作り上げられるように工夫していくことが可能であり、必要であると言えるのではないのでしょうか。

普通に接する 回復期の脳損傷者が現在の自分を否定的にとらえてしまう傾向に対して、複数の専門職が述べている対応の1つとして、「普通に接する」ということがあります。こ

の「普通」という言葉のニュアンスはいろいろかもしれませんが、たとえば、ある医療専門職は、かつて担当した脳損傷者が自分の家族について、「障害を持った自分として接するんじゃないかって、普通に接してくれたのがすごい良かった」と言っていたのを報告してくれました。この例では、「障害者」や「病人」として腫れ物のように接するのではなく、自分でできるところは自分でやるように言われたり、残っている能力については「健常・健康」なときと同様に頼ってもらえたりすることなどが「普通」と感じられているようです。

もちろん病院環境などにおける医療専門職と回復期の脳損傷者の関係は、「ケアする一される」という関係が前面に出ることになりますので、病院外の日常場面における人間関係の「普通」をそのまま適用することはできないでしょう。しかしそこでも、脳損傷当事者が示している症状や障害にのみ注目するのではない態度が必要になるでしょう。つまり、たまたま障害をもつことになったユニークな個人として、その人の全体像をふまえた接し方を心掛けることが基本になります。ただこの点は、従来から「全人的医療」を掲げて実践に取り組んでこられている医療専門職の方々には、釈迦に説法でかもしれません。

また、脳損傷者が言ったり行ったりすることに対して、間違っていたり失敗したりしてもそれを過剰に反応しない「普通の」姿勢も強調されています。ご自身が脳損傷当事者でもある方はこんなふうに述べられています。

やっぱり安心していうのは、今のままでいい、失敗してもいい、できなくてもいいっていうのが根底にあるんじゃないかなというふうに思います。だから、発言も間違ってもいいっていうことで、間違った意見もどんどん出てくる。(……)少しでも前に進める方法がないのかっていうことを考えて、少しでも加点をしていくっていうところが自主性になるんじゃないかなと思います。

ここで言われているのは、脳損傷以前にできていたことが今できなくなっていたとしても、専門職が、「今の時期だとできなくても当然ですよ」くらいの鷹揚な態度を示すことで、脳損傷者の側の不安感が緩和される、ということです。また、うまくやれた場合に評価することも忘れてはいけません。上記引用で「加点をしていく」というのはそういうことです。こうした態度は、暗黙のうちに回復・改善の可能性を相手に伝えて気持ちを安定させ、それが最終的には「自主性」や「主体性」にもつながっていくものと考えられます。

回復の実感を支える ただ、回復期の脳損傷者にとっては、一回一回の課題における成功よりもむしろ、それが何を意味しているかの方が重要だという点は忘れるべきではないでしょう。損傷前の自分との違いを非常に気にしている方の場合、あまりに簡単に見えることができただけで褒められたりすると、かえって過去と現在の違いが際立って気持ちが不安定になってしまうこともありえます。たとえある課題に成功したとしても、「そんな簡単なことで褒められる自分」という意味づけがなされてしまうと、過去とは違った状態になってしまった自分の方が前景化してしまうのです。逆に言えば、課題の成功がその時までの改善・回復や今後の回復の可能性を意味していると感じられれば、「現在の自分の受け止め」に寄与して、気持ちの安定にも結び付くと思われれます。

改善や回復などの時間的変化が実感できるのは、課題に対する1回だけの結果よりも複数回の結果を見たときです。「少し前はこうだったが今はこうだ」、という形でよい方向に変化していることが伝わる時、脳損傷者は自分を回復の時間の流れのなかに自分を置くことができます。特に、その変化が数値や図で表されるなど、わかりやすく示されるときにはその傾向が強くなるでしょう。例えばある当事者は、自分の回復期を思い出しながら、次のように報告しています。

1カ月経って、2カ月経って同じテストをしたんですが、そのときに（課題を行う）時間がすごく短縮されていたんですね。最初はこうだったけど今はこうですよと数字で見せられると、良くなっているんだなと思いました。

脳損傷者はしばしば記憶力が低下していて、自分が同じような課題や作業を行ったかどうかということすら思い出せない人もいます。そうした場合には記憶を医療専門職が補い、しばらく前と今とを数値などを使って比較対照して示すことができます。それによって、現在の自分が脳損傷前よりも機能低下していたとしても、現状を一時的なものとして受け止めやすくなるのです。

生活世界の不安を宥める

自己への不安や自信のなさがその人が生活する世界の見え方に反映する可能性については上で説明した通りです。言い換えれば、生活する世界の側の見え方が変わってくるとき、脳損傷者の自分への評価も安定することになるのではないのでしょうか。脳損傷者が自分の周囲に対して感じる不安などの否定的感情が軽減されるよう環境を整えていけば、それが1つのきっかけになって主体性を回復させるための準備を少し先に進めていけるかもしれません。ここでは、図2の左下のところにある「環境の調整」という働きかけのグループについて解説を加えておくことにします。もちろん、ここまで述べてきた医療専門職の行動も、リハビリテーションを開始した脳損傷者にとっては周囲の環境であり世界ではあるのですが、ここではそれ以外の面に注目したいと思います。

環境面の枠を伝える 脳損傷後に初めて入院を余儀なくされた方の場合、自宅から病院へという環境変化は非常に大きいものです。当初は右も左もわからず、混沌としたなかに突然投げ込まれたような、不安な気持ちになるのではないかと思います。私達は誰も、ある程度の生活パターンの上にその日その日のスケジュールを載せて生きています。例えば毎朝起きた時、まず顔を洗うか食事の準備をするか選択に迷うことはまずありません。日常のルーティンをこなしつつ、「今日は何をしよう・あれをしなくては」と考えるわけです。脳損傷後の入院生活ではその生活パターンを続けることが難しくなります。意識障害があったり認知障害があったりする方の場合には特に、その混沌とした新たな状況を理解して生活パターンを再構築することは容易ではありません。

そこに秩序を回復し、日常のルーティンを見出していくことは、気持ちの安定にも結び付くでしょう。ある作業療法士は、自分の入院体験と重ねながら次のように語っています。

ある程度自由はあるけど、ある程度枠もあるみたいな。全くフリーで、何してもいいですよみたいなよりは、ちょっと最初はやっぱり、お風呂はこの時間に入ってくださいって言われたほうが楽っていうか、何かよく分かんないですけど。みたいなのはあったかなとは思いますが。

病院に入院した時点ですでに枠組みとなる毎日のスケジュールは用意されているはずなのですが、脳損傷者の場合にはそれをわかりやすい形で示していくことは重要です。また、時間的な枠組みだけではなく、空間的にどこに何があるのかなども、例えば図にして貼りだしておくなどの工夫もあってしかるべきでしょう。そうした枠組みは、主体性を縛ってしまうように感じる人もいるかもしれません。しかし、安定した枠組みがあってこそそのなかで自由な選択ができるということもあります。

家族という環境 脳損傷を受けた回復期の方にとって、もっとも直接的な対人的環境は、多くの場合その方のご家族です。ご家族がいない方も現代の社会では増えていますが、それでも親密なご友人など、医療関係者以外に何らかのサポートをしてくれる方がいることが多いと思います。そうした方々のお気持ちや態度は、いろいろな面から脳損傷者ご本人の言動にも影響するでしょう。例えば、ある言語聴覚士は、大事なのがご本人とご家族の気持ちのバランスであると述べています。

家族さんの不安が当事者の方の不安よりも大きければ、逆に何かお節介になっちゃったり、本人が望まないいろんなことをしてしまったりとか。逆に当事者さんの不安より家族さんの不安が小さい、過小であったりすると、何かまた逆に働いて、そこのアンバランスさが家族（によるリハビリの）の阻害要因になってるのじゃないかなと思います。

脳損傷後に本人に行動や認知の障害が現れてその特徴もその影響の広がりも十分わからないときに、本人と同様に家族も不安になるのは無理からぬところです。しかし、家族の不安が大きすぎると、ここで語られているように、何もできない者であるかのように脳損傷者を扱い、過剰に保護することになるかもしれません。あるいは、どうしてよいかわからず動きがとれなくなってしまうこともあるでしょう。反対に、それまでの家族関係など何らかの事情等により、家族が不安のような感情をあまり示さない場合には、脳損傷者本人は見捨てられたように思っ、不安や苛立ちが亢進することもあります。

ただ家族に対して医療専門職がどう介入をし、どのようにバランスをとるかということになると、こうするのがよいと結論づけるのはやや難しいかもしれません。リハビリテーション病院等で医療専門職が中心的に接するのは患者である脳損傷者であって、家族と面談できる機会は限られていることにも関係しているのでしょう。同じ言語聴覚士の方は、次のように続けています。

家族さんがやたらと、「頑張れ、頑張れ」言っちゃうと、今度は、あと、抑制そこにしたりとか。いろんなパターンがあって、毎回悩みながら、みんなで相談しながらが実際かなあ。

家族の方の感情状態とそれに伴う行動にできる限り注意を払っておくことは大切です。そして、脳損傷者ご本人の気持ちやリハビリテーションに対する意欲に悪い影響があると思える場合には、家族の方に御説明したりアドバイスしたりするなど調整を図るということが、ケースバイケースで求められると思われます。

他の患者との関係づくり 回復期に入院している脳損傷者の環境において、もう一つ忘れてはならないのは他の患者の方々です。リハビリテーション病院であれば、そこに少なくない数の脳損傷者が入院していることは珍しくありません。他の脳損傷者は、同じ病因をもっているという点で「ピア（仲間）」と呼ぶことができます。もちろん、一人ひとりの脳損傷者にとって、初めて出会う他の脳損傷者が「仲間」と感じられるわけではありませんし、周囲にいる他の入院患者に対して当初は関心がない人もいます。しかし、顔を合わせたときに自然に挨拶をしたり、同じリハビリ訓練の場を共有したりするうちに顔見知りになり、言葉を交わしたりするようになるかもしれません。

どれくらい親しくなるかは全く人によりますが、親しくなれば入院生活の不安が緩和されることになるのは想像できることです。ある脳損傷当事者は、「リハ病棟も1つの社会なんですけど、そういう患者同士のピアっていうのは、ところを開くハードルが低いんですね。要は、そういう小さな一歩からですね。」と述べています。「ところを開く」いて仲間感覚をもつことの意義は、自分ひとりではないという感覚を獲得することです。自分ひとりで苦しんでいるという感覚は、不安や落ち込みを亢進させます。しかし、苦しさを感じるときに誰かも同じように苦しんでいる、あるいは苦しんだことがあるという感覚は、否定的な感情を宥めるのに役立つでしょう。

回復期に関与している医療関係者であれば、できる範囲で脳損傷者間の交流が図られるような働きかけを行うことができます。その病院等のプログラムの制約はあるにしても、グループでリハビリの訓練をするような機会を作ったり、もしそういう訓練の場が既にあるとしたら、その場での交流を仲介したりするような働きかけを意識して行ったりすることが可能かと思います。ある作業療法士は、「作業療法だったらこういうアクティビティーとか、こういったような内容を使って集団で取り組みましょう、みたいな」取り組みを行っていると述べています。それが「ピア・サポート」と呼ばれる、当事者同士の相互の支援の土台を作ることになるからです。他の脳損傷者との交流の効果については、後の回において詳しく述べることになります。

おわりに

ここまで、脳損傷を受けて自分の体験に変化が生じ、「どうなっているのだろう、これからどうなるだろう」と気持ちが乱れて自己否定的態度をとってしまうことが多い回復期の脳損傷者に対して、医療専門職がどのように向き合い対処することができるかをまとめました。気持ちの不安定さは注目の方向を自分に限定してしまいがちですが、自己注目が高まるとうつ的な気分が高まることは心理学ではよく知られています（坂本，1997）。そうすると悪

循環の状態が生じてしまい、なかなかその状態から抜け出せず、「主体的」な態度や行動には結びつきにくいでしょう。そうした主体性が見えない状態の脳損傷者に対して、「自分はこれでよい」という気持ちで自分に向き合うようにするための土台となる態度や行動が、この連載第2回で述べられたポイントになります。

ただ、それは「主体性」を高め回復させていこうとする医療専門職にとって、最初の入口でしかありません。脳損傷者の気持ちが落ち着かせる対応と並行して、主体的な行動の兆しに気づき、次の対処を考えていく必要があるでしょう。その方法や視点については、第3回以降で解説したいと思います。

【引用文献】

ブルーナー, J. S. (田中一彦訳) (1986) 可能世界の心理. みすず書房.

河合隼雄 (2013) 新版 心理療法論考. 創元社.

クラインマン, A. (江口重幸・五木田紳・上野豪志訳) (1996) 病いの語り. 誠信書房.

坂本真士 (1997) 自己注目と抑うつ. 社会心理学. 東京大学出版会.