HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	脳障害者の情動反応：臨床心理学的接近
Author(s)	小山, 充道
Citation	北海道大學教育學部紀要, 39, 237-264
Issue Date	1981-09
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/29249
Type	departmental bulletin paper
File Information	39_P237-264.pdf

Hokkaido University Collection of Scholarly and Academic Papers : HUSCAP

脳障害者の情動反応

—— 臨床心理学的接近 ——

小山充道

Emotional reactions in the patient with organic brain damage

—— Clinicalpsychological approach ——

Mitsuto Koyama

目　　次

緒言
Ⅰ　ＣＶＡと情動……239
Ⅱ　ＣＶＡ後遺症患者の情動におよぼす諸要因の分析……242
　1）方法……242
　　被験者……242
　　手続……242
　2）結果と考察……243
　　イ）神経心理学的要因の分析……244
　　ロ）運動障害の要因の分析……247
　　ハ）心理・発達的要因の分析……248
　　①　性差の要因……248
　　②　発病年齢と罹病期間の要因……250
　　③　知能の要因……251
　　④　性格の要因……252
Ⅲ　症例の検討……254
　1）心気症状を示した症例　Ｋ子……254
　2）抑うつ反応を示した症例　Ｍ男……255
　3）不安反応を示した症例　Ｈ男……257
　4）自発性低下を示した症例　Ｔ男……259
Ⅳ　まとめ……261
文　　献……263

緒　　言

所謂器質性脳障害のひとつとされる脳血管障害(cerebro-vascular accident：以下CVA)は日本に多発する病気であり，国民の死亡原因の第一位を占めている。第２位を占める癌などの場合は現在のところ比較的短期間で死亡するが，ＣＶＡの場合は１カ月以内の急性期に死亡するのはおよそ40～50％程度である。脳神経外科手術の発達，ＣＴスキャンの出現，早期リハビリテーションの実施促進などはこれに一層拍車をかけ，延命実現の方向へと展開を見せている。これらが進歩発展すればするほど後遺症をもちながら生活を営まなければならない人は多くなる。ここでいう後遺症というのは，単に身体的障害のみならず，心理的な障害をも意味し

ている。およそ臥床老人のほぼ半数は，ＣＶＡ後遺症患者（以下患者）であると推定される。上田（1980）によると，障害とは，疾患結果として患者の生活上にどれほどの困難，不自由，不利益が生じてきているかという見地からとらえた疾患の「すがた（現象形態）」であり，障害は次の３つの層から成立する複合体である。第１層は，生物体としての人間のレベルでとらえた障害であるところの機能障害層（impairment）であり，これには片麻痺などにみられるような，それ自体が生活上必要な運動・動作を不可能または困難にしているものが含まれる。第２層は，個人としての人間のレベルでとらえた障害としての能力障害層（disability）であり，これには基本的な日常生活動作（activities of daily living：以下ADL）を行なう能力の制限が含まれている。障害の受容を通した心理的な立直りも，この層で重要な意味をもつ。そして第３層は，社会的存在としての人間のレベルでとらえた障害である社会的障害層（handicap）があげられる。障害をもったことによる失職，経済的困難，社会的活動への参加の困難などが含まれるが，これには社会が障害者をどれだけ受入れ，回復（再獲得）した能力を有効に発揮する機会をどれだけ保障するかに因るところが大きい。三島ら（1979）は，患者の職業復帰や家庭復帰を妨げている因子として，運動障害は素より，知能，性格といった心理的要因の影響の大きさを臨床的体験から感受している。図１は患者の情動反応からみた患者をとりまく環境の

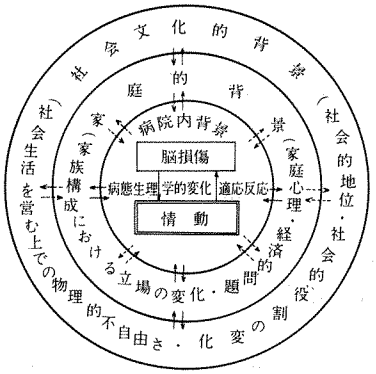


図１　ＣＶＡ後遺症患者をとりまく環境模式図。実線矢印は一方から一方へと情動が受け入れられることを示し，破線矢印はそれが困難であることを示している。

略図である。この図によると，脳障害に起因する病態生理学的変化の影響を受けた情動は何らかの変容を受け，さらに疾患に何らかの影響をおよぼしていき，つまるところ疾患との違和感のない状態での心理的適応反応を実現させてゆくことになる。患者は病院内にいて，絶えず快または不快な体験を受けている。入院時に受ける種々の臨床検査や手術に伴う苦痛，排便排尿の際介護を受けることによる屈辱感，リハビリ訓練に伴う疲労感，患者の心を傷つけるような他人の言動など，不快な体験は数多い。家に目をむけてみれば，患者が不在となった家庭においては，家庭経済的逼迫，患者の家族構成における立場の変化などが，入院期間が長くなれば長くなる程微妙に現われてくる。また患者は社会に生きる存在でもあり，運動障害による行動の制限によって受ける社会的地位，社会的役割の変化，また社会生活を営む上での物理的な不自由さは，患者の情動変化に少なからず影響を与えるものと考えられる。回復期にあっても何らかの後遺症を残す患者は，社会に，いや家庭ですら受け入れられず，人間的疎外感，孤独感をもつ場合が多々ある。患者は，このようにあらゆる側面において情動不安を余儀なくさせら

れる場合が多い。本研究では，患者をとりまく環境的要因を念頭に置き，患者の情動反応から臨床心理学的接近する方法をとり，具体的には情動反応におよぼす諸要因の分析を行ない，そののち若干の症例をとり上げ，情動反応に対する臨床心理学的方策を示してゆきたいと思う。

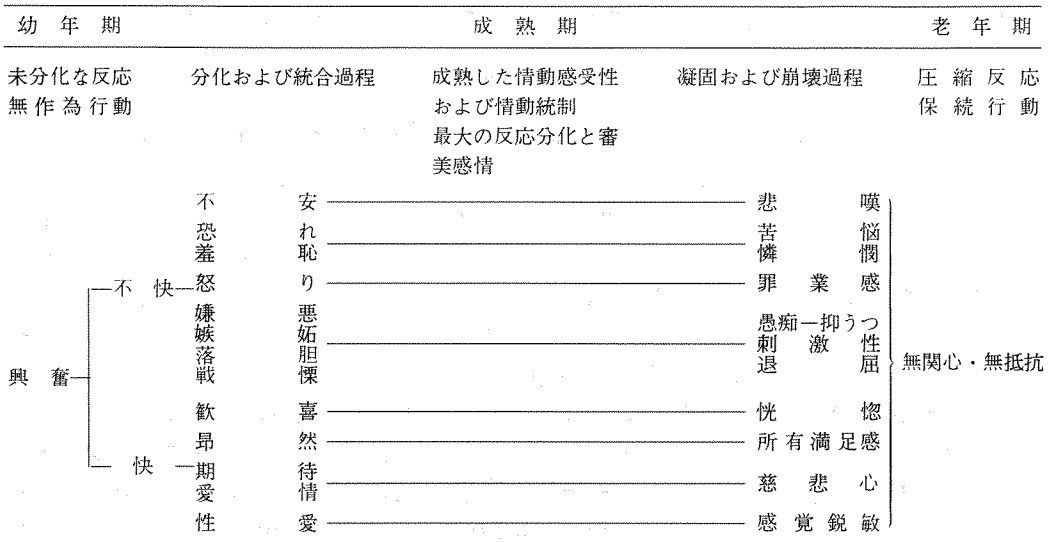
Ⅰ　CVAと情動

広義の器質性脳障害の範疇には，中枢神経系の既知の疾患または脳障害を起因とするすべての患者が含まれ，臨床的には脳器質症状群とよばれる程共通した症状が認められる。室伏（1975）によると，症状とは，意識，知能，人格が統合された個性的あり方と，生活体に強い影響をおよぼしている加因との全体的な攻防の中に表わす現象を言い，脳器質性疾患はこれら症状の根底要因にまで直接的に破壊的に切り込む加因であることから，知能，人格，情動の3側面に何らかの影響を与え得るとしている。性格変化としては，注意散慢になり，気分も不安定になる。知能変化としては，究極的には痴呆（dementia）への転帰をとることとなる。また了解障害が認められ，記銘力障害，時間と場所に対する見当識障害，健忘，作話を主としたコルサコフ症状群を合併することも稀ではない。松下ら（1976）によると，脳血管性痴呆に伴うコルサコフ症状群は，ほとんど痴呆を伴わず，その症状のみが際立っているのが特徴的である。

Goldstein, K.（1934）は，脳障害者における臨床観察から，脳皮質の障害はある孤立的な能力の脱落を来たすのではなく，一定の原則，即ち一定の態度様式が障害を受け，他は保存されるという原則によって能力の解体が生じていると考えた。そして全体的態度を正確に観察すると，その中に2つの客観的にも確証できる根本的態度が区別されるという。秩序ある態度“geordenetes Verhalten ”と破局的態度“katastrophales Verhalten”とである。前者では，生活体の能力は発達過程において著しい動揺を示すことはなく，生活体をとりまく環境にも適応している。この状態においては生き生きとした快感を覚え，歓喜の情を禁じ得ない。後者では，生活体の能力は一定せず，生活体が未だ解決できないような課題に直面しているという意味での無秩序，矛盾状態に陥り，身体的にも，心理的にも動揺を感ずる。生活体は不安状態に陥り，周囲の世界も，また自我自体も震駭されるような体験を伴う。生活体は，破局反応を回避するために，むしろ受動的な回避行動をとろうとする。このことは，生活体が自ら解決できるような状態を維持しようと努力しているからであって，彼のとる代償作用の内容は極めて無意味なものであり，有害なものでさえあるが，彼が回避しなかったならば置かれたであろうところの不利な状況におけるよりも無害である。回避行動の内容は単調で変化に乏しく，几帳面でさえある。また破局反応に対する不安こそ，いつも脳障害者に見る〝空白よりの回避〟という現象の原因であり，そうする中で，脳障害者は障害を有する時でも，再び秩序ある状態に到達することができると指摘している。ここで情動（emotion）を，一時的な激しい感情の動きで，身体的表出を伴うものと定義すれば，あらゆる生活体が経験するところのすべての感覚，感情をも包括した中にこれを見出すことができる。情動は，一定の対象をもたない持続する感情状態であるところの気分（mood）とは，時間的，空間的な差異を示している。脳障害者が発達的存在である限り，情動反応を考えるにあたって，一般的な情動発達を無視し得ない。Banham, K. M.（1951）によると，生活体の生涯において，情動は，未分化な反応および無作為行動から分化統合過程を経て，成熟期で最大の情動感受性，および情動統制がとれ，以降老年期へと進むにつれて，凝固（consolidation）および崩壊過程（disintegration）を経て，圧縮反応（constricted response），保続行動（perseverative behavior）へと展開してゆく（表1）。老化に伴い情動変化は多く

表1

生活体の生涯における情動変化の発生学的理論図式（Banham, K. M.;1951）



認められ，不安，恐れは悲嘆，苦悩となり，羞恥心は憐憫の情となり，怒り，嫌悪は罪業感となり，嫉妬，落胆，戦慄は愚痴—抑うつ，刺激性，退屈となり，快感情としての歓喜は恍惚に，昂然は所有満足感へと，期待，愛情は慈悲心へと変容の過程を辿る。そして，老年期の情動反応は究極的には，無関心（apathy），無抵抗（passivity）で結実するという。これらの情動変化は，健常老人の場合と同様，病前性格と深い関係をもち，広い意味での性格の尖鋭化として理解されている（白石; 1978）。一方金子ら（1976）は，老人は一般的に経験豊かで適応能力が発達しているため，容易に不適応状態に陥らず，従って神経症にまで発展することは少なく，老年期の神経症の発現は，以前からの神経症状態の継続または再発であるか，あるいは老年期における特に困難な条件によって誘発されたものであると指摘している。ＣＶＡ罹患は患者にとって回避不可能な事実であり，この時の患者の情動は，健常な情動発達を下部構造としてもち，この上に何らかの情動障害が出現し，双方が密接な関連をもつ輻輳的な構造を有していると考えられる。患者の示す情動反応について，新福ら（1975）は，不機嫌，イライラ，気むずかしさ，心気的，ブツブツ小言を言う者が多いが，その基本気分は多くは不快，憂うつである。頑固で，聞きわけがなく，しつこく，しかも怒りっぽい。抑うつ反応が最も多く認められ，興味喪失，気力低下，不安，絶望感，自殺企図などを特徴とすると述べ，長谷川（1978）は，涙脆い，怒りっぽい，めそめそとする，抑うつ気分，ぼんやりとしている，やる気がない，自発性および積極性がなくなる，周囲への興味や関心が乏しい，自己中心的になる，疑い深い，僻んだり邪推したりする，羞恥心が乏しくなる，粗暴になる，などが認められるという。白石(1978)も，抑うつ状態を呈する者が最も多く，これは疾病の予後を悲観し，不安を抱き，家人などに対して迷惑をかけて済まない気分から悲哀的，厭世的になるもので，心気，罪業，貧困妄想を抱くこともあると指摘している。さらにCharatan, F. B. and Fisk, A.（1978）は，患者の情動反応について次のように記述している。

……患者は誰も不安から逃れることはできない。恒久的に障害が残存することから無気力になり，ＡＤＬにおいても依存心を強めていく。運動障害は患者から独立心を奪ってしまう。

彼はもはや，自分自身ですら統制することができなくなり，着衣，食事，排泄といった基本的欲求でさえも他者に頼らねばならない。貧困への恐れが生じ，彼はしばしば自分にとっては自分自身が重荷となり，また家族にとっても彼が重荷となっていく。その上彼は，顔面麻痺，流涎，筋拘縮によって自分が醜いと感じ，人間らしさが減少した（diminished）と感じる。CVA後に生じる最も共通に認められる気分は抑うつ（depression）である。彼はしばしばどうすることもできない状態で，生きるより死んだ方がましだ，と腹蔵なく語る。といっても自殺にまでは至らず，せいぜい食事や飲物を拒むことによって彼の生命を絶やすことを試みる。看護スタッフの懸命な努力にもかかわらず，筋拘縮，褥瘡を好発させ，より受動的になり，無口となり，引籠り状態（withdrawal）の中で，退行の度を強めてゆく……

Charatan, F. B. ら（1978）の記述は，ほとんどの患者が示す情動の一側面を端的に指摘した抱括的な記述といえる。患者の一心理的側面を実験的にとりあげた研究を示すと，そのひとつにBrown, R. A. and Pool, D. A.（1974）の研究があげられる。彼らは，脳障害者28名（受傷後短期群11名，平均7.1カ月；受傷後長期群15名，平均75.6カ月）と統制群26名を被験者として，各30秒間，12試行で1桁のアラビア数字カードをペアにする課題を与えた。2回の練習試行後に，「あなたは次にはどの位できると思いますか（期待水準）」と尋ね，当該課題試行後に，「全部の課題が終わるまでに，あなたはどの位できると思いますか（抱負水準）」と尋ねた。各期待水準の評価と前試行得点間の差の平均，各抱負水準の評価と前試行得点間の差の平均，前評価とその後の期待および抱負評価の変化総数，試行失敗（前評価よりもより低い遂行をしたことを示す）後に増加した期待および抱負評価の変化総数，あるいは成功（前評価を超える遂行をしたことを示す）後の評価の減少の計4項目を指標として実験を行なった。その結果，すべての脳障害者群は統制群と比較して，より以上の情動不安を示しがちであったが，このうち，受傷後短期群は現実的な遂行における期待評価を示したが，高い非現実的な抱負を述べる傾向にあり，一方受傷後長期群は期待評価に用心深く，かつ現実的な遂行に無理のない抱負評価を述べた。このことは，受傷後短期群は概ね自己可能な能力水準を自覚しているが諦めることがなく，これに対して受傷後長期群は自己の能力に用心深く，評価も抑制気味で，かつ望みも現実的であり，Goldstein, K.（1934）のいう破局反応の終末像としての障害の消極的受容を示していると解釈された。またWang, P. L. and Smyers, P. L.（1977）は，異なる指位置が描かれた10枚の絵カードから構成されている投影法としてのHand Testを用いて，患者（受傷後短期，即ち3週間から5カ月以内の者）42名の情動特徴を検討した。その結果，患者により低い攻撃性，現実場面からの引籠りを認め，これらは認知機能の障害もしくは情動圧縮（emotional constriction）による退行過程によると解釈した。

以上のことから，患者の主たる情動反応の特徴は，抑うつ反応，現実場面からの引籠りであることが示され，かつこれらの情動反応は，性差，受傷後日数，態度様式などが影響をおよぼしていることが示唆された。ところで患者は心身両面にわたる自覚症状をもっていると予想され，心身の相互関係から患者の情動障害の検索を試みるためには，CMI健康調査表（The Cornell Medical Index—Health Questionaire：以下CMI）が有用である。CMIは，Brodman, K., Erdman, A. J., Jr., Lorge, I., Gershenson, C. and Wolff, H. G.（1952），Brodman, K., Erdman, A. J., Jr., Lorge, I.（1952）によって作成され，単に心身の自覚症の調査手段としてだけではなく，情動障害の評価の有力な手がかりとなることが示され，日本においては，金久ら（1972）がこれを標準化した。CMIは，身体的自覚項目（medical symptoms）

として，目と耳（eyes and ears），呼吸器系（respiratory system），心臓脈管系（cardiovascular system），消化器系（digestive tract），筋肉骨格系（musculoskeletal system），皮膚（skin），神経系（nervous system），泌尿生殖器系（genitourinary system），疲労度（fatigability），疾病頻度（frequency of illness），既往症（miscellaneous diseases），習慣（habits）の12項目，精神的自覚項目（psychological symptoms）として，不適応（inadequacy），抑うつ（depression），不安（anxiety），過敏（sensitivity），怒り（anger），緊張（tension）の6項目で構成され，全質問数は，男子211問，女子213問である。ＣＭＩが患者に有用である理由については，ＣＭＩより心身両面からの情報が得られること，難問はなく知能を問わず広範囲に施行可能なことから，患者にとって質問項目に違和感が生じにくいこと，さらに身体の詳細な質問から始まり心理面への質問へと配列されており，質問紙法に伴いがちな心理的抵抗が軽減され，データに信頼性が得られることなどがあげられる。ＣＭＩが情動障害の評価に有用であることは，精神科外来患者に施行したArnhoff, F. N., Strough, C. and Seymour, R. B.（1956）の研究，内科，精神科外来および入院患者を用いたMatarazzo, R. G., Matarazzo, J. D. and Saslow, G.（1961）の研究，さらにＣＶＡ後遺症患者に施行した松尾ら（1970）の研究からも知られるところである。これらの理由から，本研究において情動反応の指標としてＣＭＩを用いることとし，次に患者の情動反応におよぼす諸要因の分析を試みることにする。

Ⅱ　ＣＶＡ後遺症患者の情動におよぼす諸要因の分析

1）方　法

被験者：小樽市内札樽病院理学診療科入院患者90名（平均59.2歳，範囲18～85歳）である。内訳は，男子60名（平均57.1歳，範囲18～75歳），女子30名（平均63.4歳，範囲39～85歳）であった。疾患別に分類すると，脳血栓，脳塞栓を含む脳梗塞症による者が，男子34名，女子20名計54名で全体の60％を占め，次に高血圧性脳内出血，クモ膜下出血，硬膜下血腫，脳静脈洞・脳静脈血栓症を含む頭蓋内出血による者は，男子14名，女子７名計21名で全体の23％を占め，脳内血腫による者が，男子12名，女子３名計15名で全体の17％を占めた。このうち術後患者は29名であり，全体の31％を占めている。その内訳を示すと，脳梗塞症７名，脳出血症７名，脳内血腫症15名であった。この他に，統制群として同病院内に勤務する40歳以上の心身共に健常な職員42名（平均52.2歳，範囲44～63歳；男子８名，平均58.5歳，範囲51～63歳：女子34名，平均50.7歳，範囲44～60歳）であり，内訳は，看護婦９名，病棟婦11名，付添婦13名，訓練士９名であった。これらの者はいずれも日常的に患者を介護，訓練する機会をもっていた。両群の教育歴は，健常群（平均10.2年，範囲５～16年）と患者群（平均9.3年，範囲３～16年）間にほとんど差はなく，また地域環境においても，健常群，患者群含めて小樽近郊に居住する者が大部分であり，社会文化的背景には差がないと考えられた。被験者全員について，筆者が個別面接を行なった。

手続：データは1980年３月より1981年３月に亘って，ＣＭＩ，Taylor, J. A.（1953）によって作成されたManifest Anxiety Scale（以下ＭＡＳ），Ｙ－Ｇテスト，痴呆検出のための長谷川（1979）によって作成された長谷川式知的機能評価スケールの４種の検査バッテリーから得られ，これらは近日中に施行された。知能面において，長谷川式スケールで22点以上を得た患者で，通常痴呆状態の疑いが認められない者が被験者に選ばれた。また重度の失語症，視覚障害，聴覚障害を伴う者は除外された。被験者全員に，性別，年齢，左右片麻痺，発病年齢，罹病期間，

利き手が調査され，さらに理学療法士（physical therapist; 以下PT）によって，上肢，下肢の運動障害の程度および治療経過の評価がなされた。この他患者の疾患名が内科医によって確認された。

2） 結果と考察

最初に患者の情動反応傾向を把握する目的で，ＣＭＩの特殊項目の出現頻度が調査された（表２）。その結果，健常群，患者群に共通してみられるものに〝易怒性〟があげられる。健常群女子において23.5%，患者群の男子23.3%，女子の30.0%に認められ，およそ４名に１名は怒りっぽくなっていることを示している。この他，患者群において特徴的なものは，〝希望がない〟〝自殺傾向〟〝憂うつ〟があげられるが性差が認められる。全被験者を対象としたＣＭＩの項目別自覚症状百分率の比較は，図２に示されている。この結果，１項目（習慣）を除き，他のすべての項目において，患者群がより高い自覚症状を訴えていることが示された。両群に有意な差

表２
健常者とＣＶＡ後遺症患者のＣＭＩにおける特殊項目出現頻度

被験者 / 項目	健常群			患者群					
	男	女		男		女		全体	
	例数	例数	%	例数	%	例数	%	例数	%
憂うつ	反応なし	0	0	3	5.0	6	20.0	9	10.0
希望がない		0	0	12	20.0	10	33.3	22	24.4
自殺傾向		2	5.9	4	6.7	11	36.7	15	16.7
神経症の既往		1	2.9	3	5.0	0	0	3	3.3
易怒性		8	23.5	14	23.3	9	30.0	23	25.6
強迫観念		0	0	2	3.3	4	13.3	6	6.7
理由のないおびえ		0	0	1	1.7	4	13.3	5	5.6
総数	N=8	N=34		N=60		N=30		N=90	

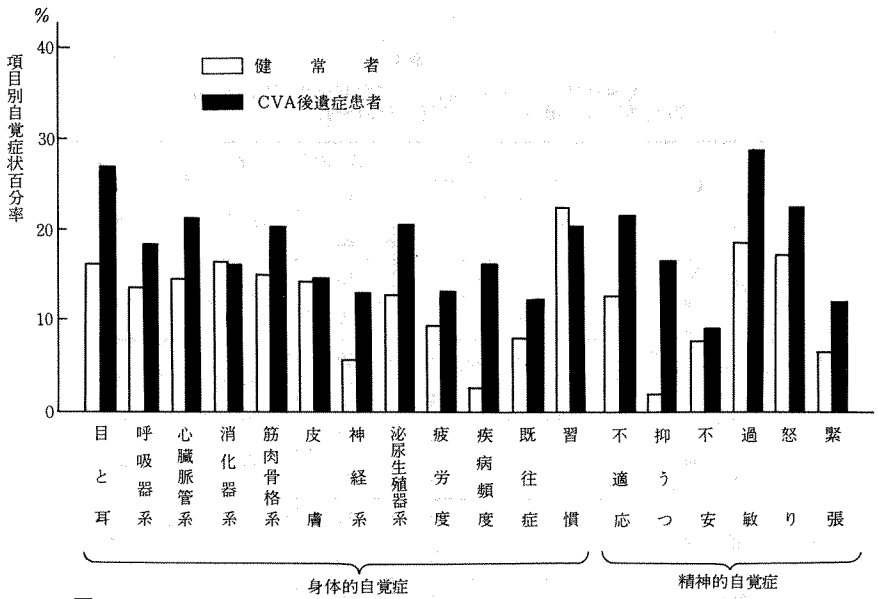


図２　ＣＭＩによる健常者とＣＶＡ後遺症患者間の項目別自覚症状百分率の比較

があるかどうかを確かめるために，これらのデータに基づいて，身体的自覚症および精神的自覚症百分率の関係を，非脳障害群と脳障害群別に角変換法による分散分析を行なって検討した。その結果，脳障害の有無に関して両群に５%水準で有意差が認められたが，ＣＭＩの身体的自覚と精神的自覚との間には何ら有意差は認められず，交互作用も有意でなかった（表３）。これ

は両群において身体的自覚と精神的自覚間には差がなく，脳障害の有無のみが全体的自覚に影響を与えていることを示唆している。

表 3
CMIにおける身体的自覚および精神的自覚の百分率と脳障害の有無間の角変換法による分散分析結果

変動因	SS	df	$\chi^2 = \frac{SS}{\sigma w^2}$	P
A（非脳損傷×脳損傷）	29.9209	1	4.175	< .05
B（身体的自覚×精神的自覚）	0.2209	1	0.031	> .05
A B の交互作用	0.6724	1	0.094	> .05
計	30.8142	3	4.300	

$\sigma w^2 = 7.1675$

次に，脳障害の受傷部位による影響についての検討をすすめたいと思う。

イ）神経心理学的要因の分析

患者群90名中，両側麻痺を随伴する者9名を除き，左右片麻痺が明確に区別される者81名（右片麻痺44名，左片麻痺37名）について，CMIの精神的項目において median test がなされた。術後患者については障害部位が確定されていたが，脳血栓症などの場合は障害部位が明らかでない者が多く，このため表4では〝片麻痺〟と記せられた。その結果有意差は，抑うつ（$P < .01$），不安（$P < .05$），怒り（$P < .02$）の3項目において認められ，左片麻痺患者と比較して，右片麻痺患者に精神的訴えが多く認められることが見出された。他の3項目については，いずれも有意差は認められなかった。次に術後患者29名を対象に分析をすすめた。内訳は，右半球障害15名，左半球障害13名，両側半球障害1名であり，後頭葉障害はみられなかった。これらの患者は，いずれもCTスキャンおよび脳波により病巣部位診断が確定した者ばかりであった。標本が小さいことから，差の検定にはUテストが用いられた。結果は表5に示されている。

表 4
CVA後遺症による右片麻痺、左片麻痺患者間のCMIの精神的自覚項目における反応数の比較

			右片麻痺	左片麻痺	χ^2	P
精神的自覚項目	M 不適応	+	25	15	2.13	> .05
		−	19	22		
	N 抑うつ	+	32	16	7.24	< .01
		−	12	21		
	O 不安	+	30	16	5.09	< .05
		−	14	21		
	P 過敏	+	25	15	2.13	> .05
		−	19	22		
	Q 怒り	+	29	14	6.36	< .02
		−	15	23		
	R 緊張	+	24	16	3.30	> .05
		−	20	21		

（注）median testによる。（＋）は各項目別自覚症状の Mdn. を上回る患者数であり、（−）はそれを下回る患者数を示している。df＝2−1＝1

表5
ＣＶＡ術後後遺症患者におけるUテストによるＣＭＩの精神的項目の神経心理学的分析

左半球障害（n_1=13）× 右半球障害（n_2=15）			左右前頭障害(n_1=16)×左右側頭・頭頂障害(n_2=13)		
項目	U 値	P	項目	U 値	P
M	U_2 = 90	> .05	M	U_1 = 61	> .05
N	U_2 = 68.5	> .05	N	U_1 = 74.5	> .05
O	U_2 = 77.5	> .05	O	U_1 = 82	> .05
P	U_2 = 29	<.001	P	U_1 = 73	> .05
Q	U_2 = 43.5	< .02	Q	U_1 = 68.5	> .05
R	U_2 = 78.5	> .05	R	U_1 = 43	< .01

右前頭障害（n_1=10）×右側頭・頭頂障害（n_2=5）			左前頭障害（n_1=5）×左側頭・頭頂障害（n_2=8）		
項目	U 値	P	項目	U 値	P
M	U_1 = 14.5	> .05	M	U_1 = 12	> .05
N	U_1 = 14	> .05	N	$U_{1,2}$ = 20	> .05
O	U_1 = 22.5	> .05	O	U_1 = 15	> .05
P	U_1 = 24	> .05	P	U_1 = 12	> .05
Q	U_1 = 16.5	> .05	Q	U_1 = 16.5	> .05
R	U_1 = 10	> .05	R	U_1 = 10	> .05

①左半球障害（N_1=13）×右半球障害（N_2=15）

有意差は，過敏（P<.001),怒り(P<.02)において認められ，いずれも右半球障害群において訴え率が大であった。その他の項目においては何ら有意差は認められなかった。

②左右前頭障害（N_1=16）×左右側頭・頭頂障害（N_2=13）

有意差は，緊張（P<.01)においてのみ認められ，左右前頭障害群に訴え率が高かった。また不適応（.10>P>.05）についても左右前頭障害群に訴え率が高くなる傾向がみられたが，他の項目については何ら有意な差は認められなかった。

③右前頭障害（N_1=10）×右側頭・頭頂障害（N_2=5）

緊張(.10>P>.05)において右前頭障害群に訴え率が高まる傾向がみられた他は，他の項目において何ら有意な差は認められなかった。

④左前頭障害（N_1=5）×左側頭・頭頂障害（N_2=8）

緊張（.10>P>.05）において左前頭障害群に訴え率が高まる傾向がみられた他は，他の項目において何ら有意な差は認められなかった。

以上の結果をまとめると，左半球障害群には，抑うつ，不安，怒りの訴え率が高まり，術後患者は右半球障害群において，過敏，怒りの訴え率が高まり，かつ前頭障害群は，側頭・頭頂障害群と比較して，緊張の訴え率が高かった。Charatan, F. B. ら（1978）は，左（優位）半球障害群に抑うつ反応が認められることが多く，とりわけ失語症を伴う左半球障害群にその傾向が強いこと，一方右(劣位)半球障害群の多くは，無関心，否認，多幸，不注意，病態失認などがみられることを指摘している。Gainotti, G.（1972）は，左半球障害群80名，右半球障害群80名計 160名を対象として，臨床的評価法によって患者の情動反応の内容を検討した。臨床的評価法は破局反応（不安，涙，攻撃行動，悪口，置き換え，拒否，放棄，代償的満足),抑う

つ反応（落胆，無能の予期，無能の訴え，合理化，過去の能力の自慢），無関心（無関心，冗談，病態失認，過小評価）といった3分類17下位項目から構成されており，それぞれの判定基準が示されている。例えば，置き換え……無関係な事象への不安や攻撃の置換え，無能の予期……検査に先立つ無能の訴え，無関心……失敗に対する明らかな無関心，家族に対する無関心，冗談……たわいのない多幸的な，あるいは皮肉な冗談，病態失認……疾患の否定，片麻痺や失語症の意識欠如，過小評価……片麻痺を認めても，それを疲労，注射，関節痛のせいにするが如きである。その結果，左半球障害群においては，不安，涙，悪口，拒否，放棄といった破局反応が有意に多く，無関心，冗談，病態失認，過小評価といった無関心反応が右半球障害群に有意に多かったと報告している。Dikmen, S. and Reitan, R. M.（1974）は脳障害者（脳腫瘍，ＣＶＡ，頭部外傷）59名を対象としてＭＭＰＩを実施し，障害部位の左右差と中心溝を境にした前後差が心理的障害にどのような影響を与えるかを検討した。結果は左右差，前後差いずれにおいても有意な差が認められず，原因となる疾患別にみても有意差は得られず，結論として問題としているＭＭＰＩの尺度上の要因が主たる影響をもつものではないことを示した。また雨宮ら（1976）はＣＶＡ後遺症患者100例を対象として，麻痺側により精神症状に差異があるか否かを検討した結果，抑うつ，幻覚，妄想などの狭義の精神症状を呈する症例は合計52例であり，このうち右片麻痺11例，左片麻痺36例，両側麻痺５例であった。各麻痺側別の精神症状の発現頻度は，右片麻痺群27.5%，左片麻痺群67.9%，両側麻痺群71.4%であり，この結果右片麻痺群に比べて，左片麻痺，両側麻痺群に狭義の精神症状の発現頻度が高かったと報告している。本研究結果からは左半球障害群に多く破局反応が認められる傾向にあり，Gainotti, G.（1972），Charatan, F. B. ら（1978）の結果と一致している。右半球障害が多く無関心と関係づけられるのに対して，本研究結果では，過敏，怒りの傾向が強調されている。これは当該研究の対象となった患者がすべて術後患者であったことと関係があるかもしれない。怒りは健常群，患者群を通じて訴え率が高いことから，患者に特徴的な情動反応とは言えないことを考慮すると，右半球術後患者の情動特徴は過敏であり，左半球のそれは，抑うつ，不安としてまとめられる。右半球術後患者が過敏傾向にあることは，右半球障害が多く無関心と関係をもつことと合致しない。唯一の差異は手術の有無であり，この点から推測をたてると，手術を受けたそのこと自体の意味が患者の心理に影響をおよぼしているのかもしれない。日頃臨床場面において，開頭経験のある患者から，〝オレ，頭ひらいたからバカになってしまったよ〟との発言が聞かれる機会は数多い。左半球障害群に失語症が多いことは，当該半球に言語中枢が偏在することから予想されることであるが，本研究においても被験者90名中８名に失語症が認められ（内訳は単純失語２名，感覚性失語２名，運動性失語４名で中度～軽度），いずれも左半球障害であった。運動性失語症者には音韻パターンの産出と，その聴覚および固有感覚を通じてのフィードバックの障害，特異な構音障害とプロソディーの異常などが認められた。患者は多く発語内容の誤謬を意識しており自己修正を試みるがうまく矯正できないことからイライラしたり，不安感をもったりしがちであった。これに対して感覚性失語症者には錯語が著明で，時にジャーゴンとなり，情報の伝達は著しく障害されるが，患者は障害を意識しておらず，情動障害を認めない傾向にあった。このことからも一概に失語症者を即情動障害者と対応づけるには無理があるように思える。Gainotti, G.（1972）も，運動性失語症者には激しい感情の表出が多く認められ，涙は突然に劇的に流れ出てすぐおさまる傾向があるのに対して，感覚性失語症者には言語障害を意識していない者が多く，言語障害があるにもかかわらず談話を楽しむ傾向があったと報告している。左

半球障害で出現する右片麻痺は，大多数の者が利き手として使用している右手に行動の制限を与える。廃用手から実用手に至るまで，すべて麻痺の程度によって影響を受けている。利き手に障害を受けたことによる心理的影響がどの程度のものであるか，これと関連して，下肢について歩行可能な者と不可能な者との間に生ずる心理的影響の差異などは以上の説明だけでは不充分であり，さらに運動障害の程度および治療経過と情動変化の関係について検討する必要がある。前頭障害群において，緊張の訴え率が高まる傾向については，雨宮ら（1976）の指摘する前頭障害群の情動特徴である発動性障害，無動無言症，眼球運動を除くすべての自動運動の欠如と関係しているように思える。すなわち意識低下した上での自発性減退ではなく，意識清明な上での自発性減退が緊張を生み出しているのかもしれない。また前頭障害群は情動失禁(emotional incontinence)とも関係づけられる。些細なことで，しかも悲しいことでではなく優しい言葉かけで即時に流涙し，患者自身には〝なぜこんなに涙脆くなったのでしょうか〟と感ぜられる。強迫泣，強迫笑と述べられるが如く，感情が顔貌に現われることを抑制し難い事態が出現する。多く認められるのは強迫泣であるが，恰も自己の中に一人歩きする情動が出現し，もう一人の自己がこれを冷静に見守っているかの様である。自己矛盾の中から緊張状態が出現してくると言えるかもしれない。本研究においては，16名の前頭障害者の中10名に情動失禁が認められた。

ロ）運動障害の要因の分析

患者の心理状態が手足を含めて片麻痺の回復程度に左右されるかもしれないといった疑問は，Charatan, F. B. ら（1978）の指摘を待つまでもなく，考えにのぼってくることである。上肢について言えば，利き手が実用手と廃用手の場合とでは，生活空間を操るという観点から心理状態は異なるであろうし，下肢が独歩可能な場合と臥床状態の場合とでは，移動（locomotion)という観点から心理状態が異なることが予想される。そこでＰＴにより全患者を対象として，以下の点について運動障害の評価がなされた。上肢については生活空間の操作可能性の観点から，利き手実用手（非利き手麻痺状態)，非利き手実用手（利き手麻痺状態)，補助手，廃用手の４段階に分類し，下肢については移動の観点から，独歩可能，用杖歩行可能，立位可能・坐位可能・臥床の３段階に分類した。この他に，治療経過について，回復見込みあり，回復見込み不明，回復見込みなし（plateau state）の３段階に分類し，計３項目について患者の運動機能評価がなされた。データ処理は，ＣＭＩにおける精神的自覚項目の肯定反応総数を百分率に換算し，精神的自覚症状と運動障害との関係を，上肢の状態と下肢の状態と治療経過別に角変換法による分散分析を行なって検討した。結果は表６に示されている。その結果，上肢，下

表６　上肢、下肢における運動障害の程度と治療経過間の角変換法による分散分析結果

変　動　因	ＳＳ	ｄｆ	$\chi^2=\frac{ss}{\sigma w^2}$	Ｐ
Ｐ（上　肢）	1246.40	3	3.548	＞ .05
Ｑ（下　肢）	74.68	2	0.213	＞ .05
Ｒ（治療経過）	544.88	2	1.551	＞ .05
Ｐ　×　Ｑ	1674.42	6	4.766	＞ .05
Ｐ　×　Ｒ	1128.85	6	3.213	＞ .05
Ｑ　×　Ｒ	121.40	4	0.346	＞ .05
Ｐ × Ｑ × Ｒ	3417.33	12	9.727	＜ .05
Ｔ	8207.96	35	σw^2=351.32	

肢，治療経過とも主効果は認められず，三者の交互作用にのみ5％水準で有意差が認められるにすぎなかった。このことは，患者の情動変化には上肢，下肢，治療経過のすべての要因がそれぞれ少なからず影響を与えていることを示唆している。運動障害を個々にではなく，ＡＤＬの観点から全体としてとらえようとする動きがある中で，この結果はひとつの証拠を与えるかもしれない。

ハ）心理・発達的要因の分析

①性差の要因

健常群と患者群の男女別ＣＭＩ項目別自覚症状百分率は，図3に示されている。さらに身

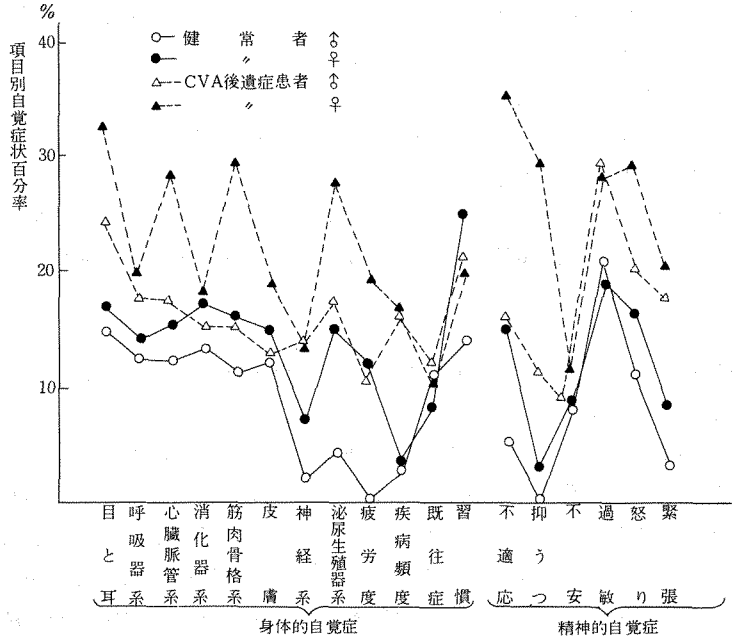


図3　健常者とＣＶＡ後遺症患者における男女別ＣＭＩ項目別自覚症状百分率の比較

体的自覚項目と精神的自覚項目間において，性差を，健常群，患者群別に角変換法による分散分析法で検討した結果が表7，表8に示されている。その結果，身体的自覚症においては性差は認められず，脳障害の有無だけが有意（Ｐ＜.05）であった。一方精神的自覚症においては，脳障害の有無（Ｐ＜.001）のみならず，性差（Ｐ＜.05）においても有意な差が認められた。また健常群，患者群のいずれにおいても，女子の方が男子よりも有意に訴え率が高かった。然るに両者には交互作用が認められなかった。このことは，性差と脳障害の有無の2要因は互いに

表7　ＣＭＩの身体的自覚項目における性差と脳障害の有無間の角変換法による分散分析結果

変動因	ＳＳ	ｄｆ	$\chi^2=\frac{ss}{\sigma w^2}$	Ｐ
Ａ（非脳損傷×脳損傷）	39.6900	1	5.537	<．05
Ｂ（性差）	12.8164	1	1.788	>．05
ＡＢの交互作用	0.1296	1	0.018	>．05
計	52.6360	3	7.343	

$\sigma w^2=7.1675$

表8
CMIの精神的自覚項目における性差と脳障害の有無間の角変換法による分散分析結果

変動因	SS	df	$\chi^2=\frac{ss}{\sigma w^2}$	P
A（非脳損傷×脳損傷）	79.9236	1	11.151	＜ .001
B（性差）	37.8225	1	5.277	＜ .05
AB の交互作用	0.2304	1	0.032	＞ .05
計	117.9765	3	16,460	

$\sigma w^2=7.1675$

独立しており，脳障害の有無の差は性差によって影響を受けていないことを示すであろう。このことから，脳障害の有無に基準をおき，男女を込にした各身体的自覚項目および精神的自覚項目間の検定の必要性を認め，各項目分析を実施した。非脳障害群と脳障害群間の各項目別平均肯定反応率と平均否定反応率間の有意差がX^2検定で分析された。その結果，身体的自覚項目では，目と耳（$X^2=3.27$ .10＞P＞.05），神経系（$X^2=3.00$ .10＞P＞.05）において脳障害群に訴えが高まる傾向を認め，有意差は疾病頻度（$X^2=10.17$ P＜.01）のみに認められ，脳障害群に訴えが高まることを認めた。精神的自覚項目では，不適応（$X^2=2.89$ .10＞P＞.05）に傾向が，抑うつ（$X^2=12.61$ P＜.001）に有意差が認められた。いずれも脳障害群に訴えが高まる傾向にあった。疾病頻度は種々の脳障害後遺症を考慮すれば，障害群に訴えが高まるのは必然であり，これを除外すれば，患者の情動反応特徴は抑うつであることが導き出された。この結果は，Charatan, F. B. ら（1978），Wang, P. L. ら（1977），新福ら（1975），白石（1978）らの研究結果と一致している。性差についてArnhoff, F. N. ら（1956）は，精神科外来患者101名（男子45名，女子56名）を対象にCMIを実施したところ，身体的項目である目と耳，心臓脈管系，泌尿生殖器系，既往症において，男子と比較して女子の方が有意に訴え率が高いことを認めた。一方精神的項目においてはいずれも有意差は認められなかった。男女ともに疲労の訴え率が高く，女子には何ら身体的所見が認められないのに，腫瘍または癌，腎臓，膀胱に関する疾病の訴えが高かったと報告している。またMatarazzo, R. G. ら（1961）は，40名の内科入院患者と42名の内科外来患者，40名の精神科入院患者，そして40名の精神科外来患者計 162名を対象としてCMIを施行した。その結果，内科患者においては入院，外来いずれの場合も性差を認めず，精神科入院患者では，身体的自覚項目，精神的自覚項目の両項目にも性差を認めなかったが，CMI全体としてみるときには有意差が認められ，女子の方が訴え率が高かった。これは精神的自覚において，男女とも身体的自覚項目と比較して訴え率が低いことに影響を受けているものと考えられた。一方精神科外来患者においては，身体的自覚項目とCMI全体において有意差が認められ，いずれにおいても女子の方が訴え率が高いことが示された。しかし精神的項目についてはほとんど差は認められなかった。女子精神科患者は男子精神科患者あるいは入院および外来の男女内科患者と比較して，身体的訴え率が高い。内科患者に性差が認められなかったことについて，彼らは，内科患者の平均年齢は男子内科患者と比較して10歳程年少であったことが影響したのかもしれないと指摘している。男女精神科患者において平均年齢に差がなかったことなどを考慮に入れると，一般に同世代であれば女子の方が訴え率が高まるとの推測が導かれる。因に対応する入院，外来患者間にほとんど差が認められなかったことから，入院によるホスピタリゼーションは否定された。本研究結果においては，患者群では

疾病頻度，抑うつの２項目においてのみ性差が認められたが，全般的傾向としては，心身両面からの訴え率は女子患者で最も高く，次に男子患者と女子健常者が同程度の訴え率を示し，最も訴え率の低い者が男子健常者であった。女子に訴え率が高くなるという点においてはArnhoff, F. N. ら（1956), Matarazzo, R. G. ら（1961）の結果を支持しているが，Matarazzo, R. G. ら（1961）の研究結果では，身体的自覚項目よりも精神的自覚項目の方が全般的に訴え率が低く，本研究結果と対比的である。精神科患者自身には自らの精神的訴えが少なく，反対にＣＶＡ後遺症患者には精神的訴えが高くなるということは，疾患の内容の差としてみるときは興味深いものがある。ＣＶＡ後遺症患者がlacunar dementiaで示されるのに対して，精神科患者は全般的な精神面での機能低下がみられるのではないかと推測し得る。

②発病年齢と罹病期間の要因

分析に先立って，金久ら（1972）による神経症判別基準に従って全被験者のＣＭＩ結果を判別図にプロットしたものが図４，図５に示されている。金久ら（1972）によれば，領域Ⅰでは神経症であるという仮定が５％の有意水準で棄却されるという意味において心理的正常と診断して妥当であり，領域Ⅳでは同様の意味で神経症と判定できるのである。領域ⅡとⅢは，２つの仮定のうちどちらも棄却するわけにはいかないが，領域Ⅱではどちらかといえば心理的正常である可能性が強く，領域Ⅲではどちらかといえば神経症である可能性が強いと定義されている。図６は発病年齢と罹病期間の関係をみるために，ＣＭＩ神経症判別図で神経症の疑いが強いとされる領域Ⅲと

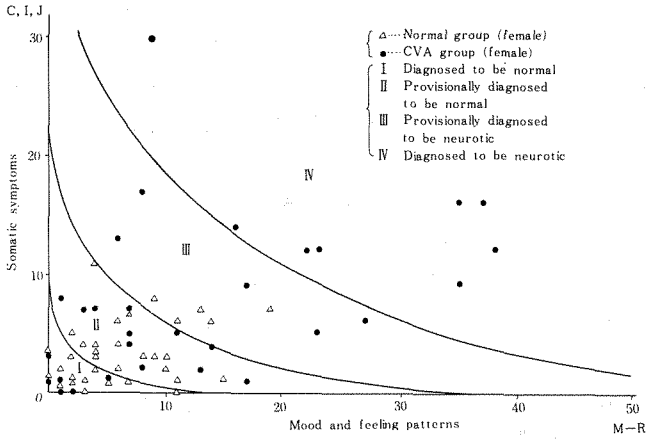


図４　神経症判別図における健常者，ＣＶＡ後遺症患者女子のＣＭＩ結果。横軸は精神的自覚項目における肯定総反応数であり，縦軸は身体的自覚項目のうち，心臓脈管系，疲労度，疾病頻度項目の肯定総反応数を示している。

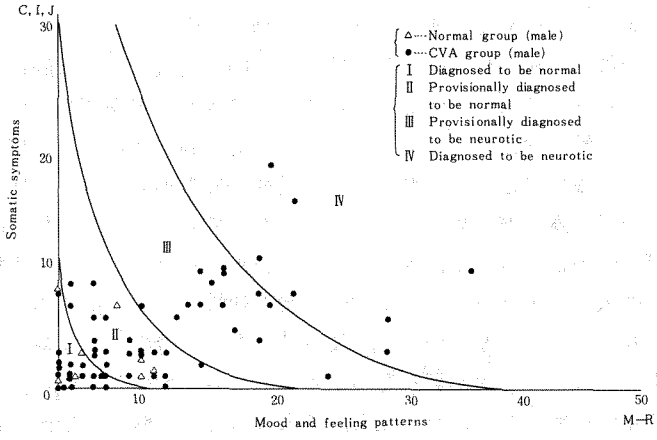


図５　神経症判別図における健常者，ＣＶＡ後遺症患者男子のＣＭＩ結果。横軸と縦軸の説明は図４のとおり。

Ⅳ群が全体に占める比率を指標として示したものである。結果は，患者群では全体の推移としては10歳台から60歳台に至るまで神経症的傾向は高まりをみせ，70歳台で急激に低下する。罹病期間との関係でみると，発症後6ヵ月未満のいわゆる通過症状群（Durchgangssyndrom）では発病年齢50，70歳台で神経症傾向が幾分高めにあらわれ，60歳台でやや低下傾向を示している。発症後6ヵ月以上1年未満では，データが得られた50，60歳台についてはほとんど差が認められず，情動は比較的安定している。発症後1年以上2年未満では，神経症傾向は発病年齢が40歳台から50，60歳台へ，さらに70歳台へと加齢に乗じて高まる傾向が認められる。発症後2年以上のいわゆる慢性期に入ると，40歳台で最も神経症傾向が高く，60歳台がこれに続く。50歳台，70歳台で神経症傾向は減少している。次に発病年齢を軸としてみると，40歳台では罹病期間が2年以上と長くなると神経症的傾向は急激に高まり，情動障害を示すケースが多くなる。同時に実施された個別面接の当該患者の内省から，働き盛りの身で働くことを阻害されたことから，いろいろな面において将来を憂うと答えた者が全体の90%にのぼった。50歳台では，罹病期間6ヵ月未満では若干の動揺が示されるが，6ヵ月以上になると動揺は消失し，心理的に安定した状態へと移行しがちであった。60歳台では罹病期間が慢性期に入ると神経症傾向が高まり，不安感情を抱く者が増える傾向にある。一方70歳では罹病期間を問わず最も情動の安定した状態に入る。これらのことから60歳台は疾患に対する心理的抵抗のピークと考えられ，70歳を過ぎると，疾患と違和感をもたずして順応していこうとする受動的適応傾向が生じることが見出された。これらの傾向はいずれも臨床場面から感受せられる傾向でもある。なお発病年齢を考慮せず，罹病期間のみをとり上げたとき，神経症的傾向は6ヵ月未満と2年以上の罹病期間時に最も高まり，6ヵ月以上1年未満において最も低くなる（図7）。このことは，通過症状群における心理的動揺は永続するという保証は得られず，6ヵ月以上1年未満で病態受容が行なわれ，こののち障害（後遺症）と共に歩むことに対する心理的葛藤が生じ，ついには諦め，もしくは納得の境地に至ると考えられる。

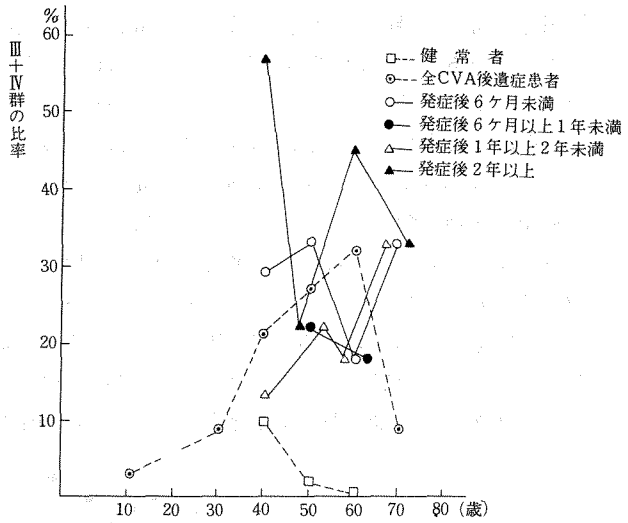


図6　神経症判別図の領域Ⅲ＋Ⅵ群（神経症群）の比率を指標としてみた発病年齢と罹病期間の関係

③知能の要因

知能が情動に影響をおよぼしているかどうかを検討するために，長谷川式知的機能診査スケールがＣＭＩと平行して実施された。長谷川（1979）によると，長谷川式スケールは痴呆評価のための簡易スケールであり，テスト内容は，見当識問題2題，記

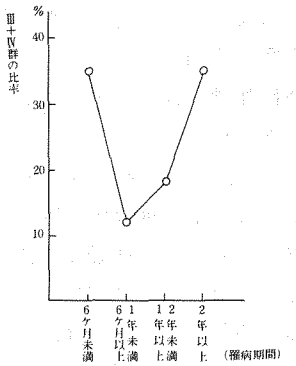


図7　罹病期間とＣＭＩ神経症判別図における領域Ⅲ＋Ⅳ群の比率との関係

憶想起4問，知識問題2問，計算問題1問，記憶記銘2問計11項目より構成されている。満点は32.5点であり，総得点で20.0点以下の場合は通常痴呆状態の疑いをもってもよく，10.0点以下であればかなり確実であるとされている。本研究における患者群は，すべて長谷川式スケールで22.0点以上の者であり，22.0点未満の者は除外された。従って22.0点から32.5点に至るまで，各個人の得点変化とCMIの身体的自覚項目数および精神的自覚項目数の相関を算出することで知能と情動の関係をとらえることとすると，その結果は，CMIの身体的項目と長谷川式スケール間ではr＝－.171，精神的項目と長谷川式スケール間ではr＝－.130であり，いずれも相関は認められなかった（表9）。またCMIとMASとの相関も算出された。その結果，MASとCMIの身体的自覚項目間の相関はr＝.594，精神的自覚項目とMASとの相関はr＝.679といずれも高い相関を示した。これらはCMI，MAS，長谷川式スケールの3検査バッテリーを施行された患者66例を標本として，ピアスンの相関係数で示されたものである。Matarazzo,

表9
CVA後遺症患者におけるCMIとMAS
および長谷川式スケールとの相関関係

	Taylor-MAS	長谷川式スケール
CMI（身体的自覚項目）	.594	－.171
CMI（精神的自覚項目）	.679	－.130
MAS	——	－.088

R. G. ら（1961）の研究結果も，内科患者を対象としてCMIとMAS間に高い相関（r＝.62～r＝.82）を得ている。この結果から患者の反応に一慣性のあることが示された。因にMASと長谷川式スケール間の相関も算出されたが，r＝.－088と相関関係を認め得なかった。これらの結果はいずれも知能が情動に直接的な影響をおよぼしていないことを示唆している。患者の知能特徴は，局所性の徴候を示すいわゆるlacunar dementiaであって，知能低下の程度も認識も比較的よく保たれているが，記憶，思考，感情などが障害を受ける，つまり，記銘力障害や情動失禁などが目立ち，症状の経過には動揺が認められるが，そのわりには人格，病識などが比較的よく保たれていることを特徴としている（長谷川：1978）。本研究結果はこのlacunar dementiaという痴呆発現の現象型と密接な関係をもっているように思われる。

④性格の要因

性格類型によって神経症的傾向が異なるかどうかを検討するために，患者群90名にY－Gテストが施行された。Y－Gテストによる性格類型は，D型（director type），A型（average type），C型（calm type），E型（eccentric type），B型（blacklist type）の5類型に分類されるが，CMIの神経症判別図における領域Ⅲ＋Ⅳ群の比率を指標とすると，B型を示す女子患者群が57%と最も神経症的傾向が高く，次にE型の男子患者群が33%，B型の男子患者群が28%と続いた。他はすべて19%以下であり，特に問題と考えられることもなかった。全患者における性格類型の出現率は，D型（32%），B型（28%），C型（16%），A型（14%），E型（10%）であった（図8）。辻岡（1967）によると，B型は情動不安定，不適応積極型と一括され，情動不安定，社会的不適応，活動的で外向的で性格の不均衡が直接外面に現れやすいタイプであり，

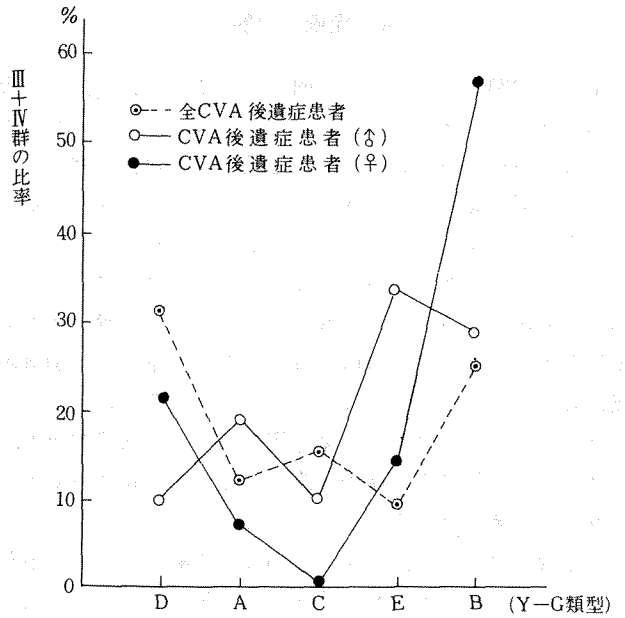


図8　Y－Gテストによる性格類型とCMIの神経症判別図における領域Ⅲ＋Ⅳ群の比率との関係。◉印は全CVA後遺症患者のY－Gテストによる各性格類型の総数が全体に占める割合であり，領域とは何ら関係をもたない。

一方E型は情動不安定，不適応消極型と一括され，情動不安定，社会的不適応，非活動的，消極的，内向的な性格で，性格の悪い面が内向するタイプとされている。いわゆる神経症型であり，情動的な問題をもつ者が多く，この傾向が強まると無気力，受動的で，絶えず何かに悩まされており，自我の弱さのために問題行動などを生ずるようになるという。E型を示す女子患者群が最も神経症的傾向が低く，Ⅲ＋Ⅳ群の比率は14%であり，B型では57%に増加すること，これと対象的にE型を示す男子患者群はⅢ＋Ⅵ群の比率は33%であり，B型では28%と幾分減少することは興味深いところである。女子患者群の情動不安は，いわゆる神経症タイプとは質的に異なり，深味に欠け表層的であることが多々あり，一方男子患者群の情動不安は，深く深層において時間をかけて形成されていく傾向にあるが，凡そ心理的崩壊に至ることは稀であり，抑圧状態が長期に亘って持続してゆく傾向にある。これらのことは図3でとり上げた性差の問題と密接な関連をもっているように思われる。

以上，患者の情動におよぼす諸側面からの要因分析を進めてきたが，本研究は前述の目的の他に，リハビリテーション場面におけるリスク管理（risk management）という意味合いももっている。平井（1975）によると，無関心，自発性低下，抑うつ，不安，焦燥，興奮，情動失禁などの情動反応は，リハビリテーション訓練における一次的阻害因子と考えられる。長谷川（1978）も指摘するように，これら情動反応の対応は非常に困難であり，機能回復へ導くためのリハビリテーションは著しく阻害される。これら情動反応のあり方を検討していくことは決して容易なことではないが，このように情動反応の形成過程を諸側面からとらえようとする試みは意味があると考えられる。次に実際の症例を示して，具体的に一人の患者がこれらの要因のどの側面に多く関与しているか，情動反応の形成過程，情動反応の対処の仕方など説明を加えていきたいと思う。

Ⅲ 症例の検討

1）心気症状を示した症例 K子：69歳，明治44年2月生まれ。小樽市在住。

家族歴：夫は10年前にＣＶＡにて死亡。子供は5人いるが，うち長男は2歳で病死，三男も5歳で病死している。現在次男（40歳）夫婦と孫4人と同居状態にある。

病歴および生活歴：昭和53年5月，朝自宅でトイレに行く途上，廊下で突然倒れた。意識はあったが身体が硬直状態になっており，なんとか自力で義歯をはずしたのち「吐き気がする，頭が痛い」と家人に訴えた。ただちに救急車にて救急センターに運ばれたが，処置不良にて点滴施行のまま当病院に転送となる。他覚症状として失禁が入院時に3回あった。発病年齢は67歳，罹病期間は2年である。病名は脳血栓後遺症。他に高血圧症，動脈硬化症，冠硬化，左上下肢関節硬着，慢性萎縮性胃炎，胃下垂などを併発している。これらはいずれもＣＶＡ罹患後の合併症状であった。神経学的には左片麻痺を認め，起床中常時左上下肢に不随意運動が認められた。脳波異常はない。ＰＴによる運動機能評価では，上肢は補助手，下肢は独歩可能，治療経過は回復見込みありであった。失語症および失認症は認められなかった。教育歴は尋常高等小学校高等科2年卒業。職業歴は，17歳から55歳まで某ゴム会社の事務をしていた。趣味は読書，嗜好は特になし。家族からみたK子の性格は，気が弱く，言いたいことも言えず，くよくよと考えるタイプの性格であった。

心理検査結果：長谷川式スケールで24点。Y-GテストでB′型。ＭＡＳの不安スコアが33。ＣＭＩ結果は，総身体的項目肯定反応率は71％であり，総精神的項目肯定反応率は38％であった。神経症判別図による領域はⅣ。不適応，抑うつ，怒り，過敏傾向が高く，特殊項目としては抑うつ，希望がない，自殺傾向，易怒性が示された。ベントン視覚記銘検査では，健側である右手を用いて模写で正確数9であった。

面接所見：体型は小柄で肥満型。始終笑顔を絶やさず，ハキハキと答える。歯がほとんどないので空気もれをおこし，言葉がおかしいと言うが別段問題なく聞こえる。見当識障害はない。涙がよくでるようになり，目にかぶさって前がよく見えないと言う。見舞いには息子の嫁が来る。あまり気は合わないが，さからわないで自分が嫁に合わせるようにしていると言う。体調は良くなったり悪くなったりできまらない。内臓悪いから訓練これ以上できないの，年も年だしすぐ心臓がこわくなると言う。性格面については，気が弱くて，いつもくよくよしている。ほんのちょっとしたことでも考えこむし，いつまでもしつこく考えてしまう。些細なことで怒りっぽくなることもあると答える。質問には誠実に答えようと努力し，心理検査場面においても積極的であるが一貫した態度を持続できない。

説明：知的側面については，見当識も正しく，記憶力低下も高齢のわりには目立っていない。日常生活を営む中で，特に知的側面において支障が生ずるとは思われない。性格的側面については，情動不安定，積極型を示している。不適応感，抑うつ感，易怒性，過敏傾向が認められるが，これらは多分に身体的要素によるところが大きいと考えられる。いわゆる心気症状の典型的ケースと考えられる。K子は病院内の俳句会の会員であり，お気に入りの句を紹介してくれた。――退院する人ふりかへり病舎閑―― 心理面での対策としては，独歩可能であることから身体を動かすことをすすめ，気晴しを目的とした散歩を励行させた。また注意を身体からそらす時間を多くするためにも作業療法がすすめられた。そして家族とも面談の機会を多くし，定期的な外泊をとらせる対策が練られた。患者との接し方としては，患者の訴えを

できるだけ聞く機会を多くもつこと，患者の愚痴を笑顔で受け入れることなどが当面の課題として提案された。

2）抑うつ反応を示した症例　M男：37歳，昭和19年1月生まれ，千葉県市川市在住。

家族歴：妻と子供2人（長女11歳，長男9歳）いて共に健康状態良好である。父は7年前，CVAにて死亡。以後母は一人で北海道蘭越町で農業に従事。5人兄弟の4男。

病歴および生活歴：CVAに罹患するまで特記事項なし。昭和55年8月，会社の夏休みを利用して父の七回忌に北海道の実家に最終便で千歳に向かう。某旅館にて同窓会に出席中，座布団に着坐のまま倒れた。意識はあり，自覚症状として左肩のしびれ感，口のもつれ感あり。近医受診。その後小樽市内O病院脳神経外科に搬送され，即ちに開頭手術がなされた。1カ月後，リハビリテーションを目的として当病院に入院の運びとなる。病名は脳動静脈奇形に基く脳内血腫。発病年齢は37歳，罹病期間2カ月。神経学的には左片麻痺を認める。術前CTスキャンの結果から右側頭・頭頂領域に low density area を認め，血腫の存在が確認された。術後の脳波所見では，左半球後頭部における基礎律動が9%前後であるのに対して，右半球全体に非対称な3～4%の高振幅徐波が出現している。発作波は認められない。開閉眼試験による α-blocking は，左後頭部では不明瞭，右後頭部では認められない（図9）。血腫の一部は手術不能部位にあり，手術後も残存している。また脳萎縮による右側脳室拡大も認められている。PT評価では，上肢は補助手，下肢は立位可能，治療経過は回復見込不明の段階である。失語症および失認症は認められない。教育歴は新制高校卒。職業歴は，北海道Y乳業会社に6年勤務した後，当時の脱サラブームに乗じ，東京にある新興商事会社に転職した。現在営業次長の地位にあり部下10名の指導にあたっている。趣味は釣，庭いじり，マージャン，嗜好は酒，タバコ。家族よりみた患者の性格は短気で，神経が細かく，自分よりも相手の立場をすぐ考えてしまうとのことであった。

心理検査結果：長谷川式スケールで28.5点。WAISでは，VIQ＝89（特に数唱問題が評価点6と低い），PIQ＝60（積木・絵画配列問題が評価点3と低い），TIQ＝75であった。Y－GテストではA″型であり，特に性格の偏りは認められない。P－Fスタディで GCR%＝43，攻撃方向であるが，抑うつの自覚が最も高く，過敏，は偏りなし，反応方向も同様であった。MASでは不安スコアが22。CMI結果は，身体的自覚が精神的自覚をやや上回る程度で

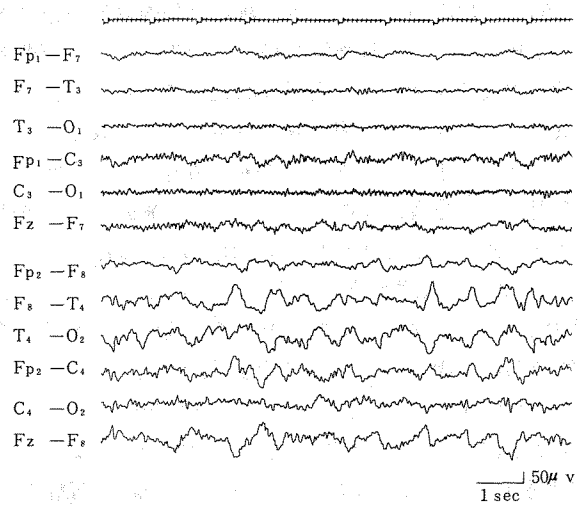


図9　患者M男の安静閉眼時の臨床脳波（双極誘導：ten-twenty法による）

あるが,抑うつの自覚が最も高く,過敏,不適応がこれに続く。神経症領域はⅢ。特殊項目の,希望がない,易怒性に反応している。ベントン視覚記銘検査では,健側右手を用いて模写で全問正解である。

面接所見：体型は中背でやや肥満型。下向きかげんにしゃべり，元気がない様子である。病前は仕事をバリバリやっていた，自分は妻と同じ位現在の会社を愛していると言う。父の七回忌に帰郷し，父の命日に息子である自分も父と同じ病気で倒れたとは何とも因果なものだと言っては頭を抱え込む。病後は大変涙もろくなった，わびしいからじゃないですかと答える。思うように手足が動かず，イライラする，しかし今日から歩く訓練が始められるということで少し希望がもてるようになったと言う。発話はゆっくりではあるが，よく考えてから自分の考えを言おうとする努力感が感ぜられた。なぜ自分は元気がないのか，そのために多くの人に迷惑をかけてきた，申し訳ないことだと言っては涙を流す。農業を休んでいる付添の実母の姿をみていると，体が弱いので心配でたまらなくなってくると言う。今，生命とか生だとか死について深く考えてみたい，今まで考えてもみなかったことを考える機会を与えてくれたのはこの病気だと思うと苦しそうに語る。家内とはうまくいっているがいつも叱られていると言って照れ笑いをする一面もある。暗闇の中で助けを求めるように，今何かにしがみつきたい思いだと言う。手術後てんかん発作がおきるようになった，体の震えだけならまだ我慢もできるが，顔まで震えがくると我慢できなくなって恐れを抱くと言う。今の気持ちを何でもいいですから，ひとつ書いていただけませんかとの面接者の依頼に対してしばらく黙想した後,“忍耐とは希望を持つ技術なり”と綴った。どういうお気持ちですかと問うと，今はじっと耐えることだけが私の仕事だときっぱり言う。

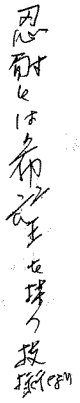


図10 患者M男の自筆

説明：初回面接時は知能の低下が若干認められたが，日がたつに従って記憶力，思考力などは明晰になってきている。言葉の内容は筋道立っており，論理的である。情動面からは抑うつ感情が支配的で，一貫して多く語ろうとしない。37歳という若さで発病したことに対して，いつかは直る，との確信をもっている。当初脳動静脈奇形であり，再発率が高いことは患者には知らされていなかった。初回評価において，臨床心理士（筆者）によるカウンセリングの必要性が提案され，実施の運びとなる。面接経過を概括すると,入院後3カ月位で用杖歩行可能な段階まで機能回復し，訓練意欲も高まり，心理的に絶頂の中にあった時，新たな脳内血腫が発見された。患者にはこのことは知らされず，脳神経外科へ再受診することが患者の中では“もうこれで大丈夫ですよ”との医師の保証を得るためだと理解された。自分の考えが誤りであることに気づいたのは，担当医の厳しい表情を見て取ったときであった。手術前，担当医に再手術をすれば発作は止められるが，今後視力低下と握力低下が生じる恐れがあるがどちらを選ぶか決断を促され，患者は発作を止めることを選択した。再度開頭術が施行された。手術後発作は止まったが,決して完治の状態ではなかった。患者は今度は自分の生命に対して脅えを抱くようになった。そんな状態が続く中で,こんな自分じゃだめだと自分に言い聞かせ,心理的に立直ろうと努力し始める。動揺は現在においても続いている状態である。術後の患者の言葉には明らかに心理的な葛藤が認められる。“ただ食うだけじゃ,おもしろくないんですよね。生きている実感しないしね。何かやっているときに生きがいを感じるんですよ…先生，人間に限界ってのはないんですか？(ないと思いますよ)ないんですか……また生き返ったから余計疲れるんですね,ヘタに生き返ったからこんなに疲れるんですよね …苦痛を背負っ

て始めて成果が上がって，やろうという気になっていたのに…”現在臨床心理士のすすめで患者は闘病記なるものに精魂を傾けている。頭の中で動めきまわっているものを吐き出す方が楽になれるのではないかと考えたからである。この後，M男の勤務する会社社長より，患者の身体的状態がどうであれ，その状態に応じた勤務につかせることで職場復帰を果たせたいとの連絡が入り，その旨M男に告げるとしばらくの間信じられないといった当惑状態が続いたが，現在症状に対する過度のこだわりもふっきれ，社会復帰に向けて真剣なリハビリ訓練に励んでいる。13回目のカウンセリングの終りに，患者は現在の心理状態を“再出発”と記した。この期に患者の心理的自立に向けて，実母の付添いがはずされた。

3）不安反応を示した症例　H男：37歳，昭和18年10月生まれ，苫小牧市在住。

家族歴：両親共に10年前にＣＶＡにて死亡。10人兄弟の末子として育つ。兄２人癌にて死亡。２人の姉はうつ病と精神分裂病にて精神病院入院加療中。婚姻経験なし。単身アパート住いをしている。

病歴および生活歴：ＣＶＡに罹患するまで特記事項なし。昭和56年１月，屋外での船舶荷役作業中，急に気分が悪くなり，会社の車の中で休息をとるが，そのうち右上下肢が動かなくなり友人の介護を受け帰宅。その後小樽市内Ｏ病院脳神経外科にて開頭術施行。20日後，リハビリテーション目的にて当病院入院となる。病名は左被殻血腫術後後遺症。内科的疾患認められず。発病年齢は37歳，罹病期間２カ月。神経学的には右片麻痺を認め，術前のＣＴスキャンの結果から左被殻領域にlow density areaが認められ，血腫の存在が確認された。また左側脳室の軽度拡大も認められた。術後の脳波所見では，右半球後頭部における基礎律動は８～９％のslow α activityが優勢であるのに対して，左半球全体に非対称な散在性θ波混入が認められ，稀に発作波が出現した。開閉眼試験によるα-blocking　は左後頭部では認められず，右後頭部においても不明瞭であった。失認症は認められなかった。ＰＴ評価では，上肢は補助手，下肢は用杖歩行可能，治療経過は回復見込ありの段階であった。失語症はSchuell, H., Jenkins, J. J., Jimenez-Pabon, E.（1964）による視覚過程の障害を伴う中等度失語症に分類された。これは視覚過程（文字記号の弁別，識別，想起）の障害を伴うタイプで，聞く，話すの言語様式と比べて読み書きの機能が著明に障害されており，形の似た文字の混同，写字や書字における上下左右の逆転などが認められる。予後は一般に，聞く話す機能の回復は良好ではあるが読み書きの回復は遅れるとされている。患者には，読む機能については音読は文章になると話す場合と同様，錯語，保続などの障害が認められる。例えば“男の子がバスに乗る”を音読させると，“オトコノコノ　ホンノ　オンナ　バスニノッテル”と答える。〰部分は前問の保続であることを示している。また書く機能については，当初“イヌ，ホン”が可能な他は困難であり，仮名単語は全く書けない状態にあったが，訓練後錯語は残すがかなりの改善が認められた(図12)。聞く機能はやや複雑な指示の理解に困難な面が認められ，話す機能は簡単な会話はできるが，長くなるに従って錯語，保続，文法障害，余分な語の付け足しが多くなり，患者の意志伝達が困難となる。復唱は２文節文がやっとであった。入院当初の患者の標準失語症検査成績が図11に示されている。教育歴は新制中学校卒。職業歴は，左管工，コックを経て現在の船舶荷役夫に至る。趣味は釣，嗜好は酒・タバコ。家族からみた患者の性格は，お人好し，優しい，明るい，人と争うのを好まないなどであった。

心理検査結果：長谷川式スケール21点。ＷＡＩＳではＶＩＱ不能，ＰＩＱ＝79（符号，積木問題がそれぞれ評価点４、５と低い)。Ｙ－Ｇテストではａｅ型。非攻撃性が特徴的である。

CMI結果では身体的自覚と精神的自覚が同等で，神経症判別図による領域Ⅲを示した。不安の自覚項目が最も高く，抑うつ，不適応がこれに続いている。ベントン視覚記銘検査では，健側非利き手で模写にて正確数8，目立った誤謬としてⅡⅡがⅡⅡⅡと再生されている。コース立方体組み合せテストではIQ59を示した。

面接所見：体型は長身で痩身型。物忘れはないがとにかく言葉がしゃべりにくいと訴える。うまくしゃべれる時と，混乱してしゃべれない時があると言う。(お仕事は？)と尋ねると，船の荷役人をトラコマイでしていましたと答えて，ハッと気づいた様子で，トマコマイですと言いなおした。顔面が紅潮している。(御自分の性格，どう思いますか？)と尋ねると，“ぼくはなんちゅうか……明るくなる……”とあとは意味不明のことばをしゃべり，ますます身体が硬張ってきているのがわかる。100－7を700，93－7を73と答えて首をかしげる。(心配事は？)と問うと“ことばです”と力をこめて言う。

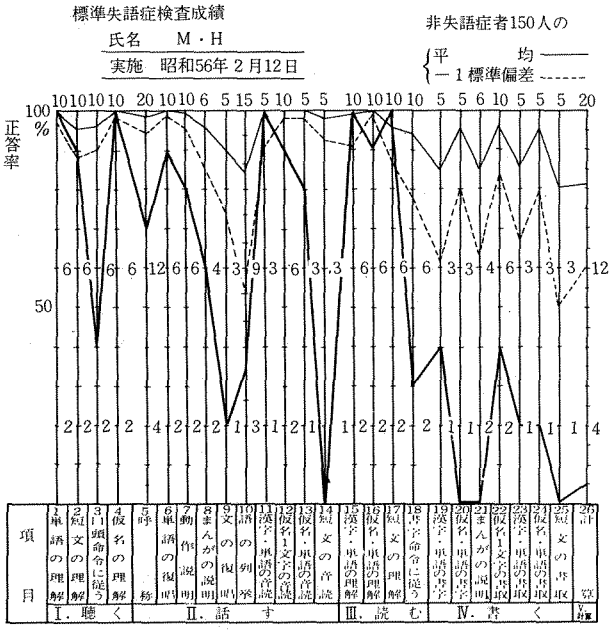


図11　患者H男の標準失語症検査成績

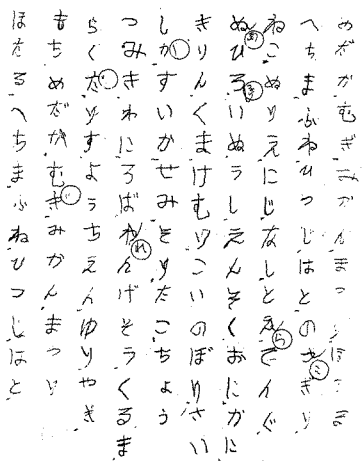


図12　患者H男の自筆。絵カードを見て事物の名称を書かせると，“のこぎり”が“のつぎり”となったり，“あひる”が“ぬひろ”となったり書字錯誤が認められる。○印内に訂正文字が示されている。言語訓練開始時より、3ヵ月後の書字である。

説明：知的側面については，場所に対する見当識障害，構成能力障害が目立つ。性格的側面については情動不安が前景にでており，劣等感は大きく内向的，非社会的傾向が認められる。周囲の人の言動および行動の変化に敏感になっており，構えると緊張しやすく，自分の能力を充分発揮できない状態にある。言わんとする言語内容を組み立てることの困難，およびそれに対する運動パターンが失なわれる，つまりspeech apraxia といった障害が認められる。今後不安と緊張状態を強めていく可能性を否定できず，患者は年齢的にも若く，罹病期間もいわゆる通過症状群にあることなどを考慮して，心理面の対策としては，言語療法の中でねばり強く不安感情を軽減させていく方向にもっていくこととし，日常の会話場面においては，決して言語応答を急がせないこと，言語の誤りは言語療法の中で訓練として行なうことから，心理的に緊張する時間を短くする意味においても，日常の生活場面では可能な限りにおいて誤りを訂正しない方向で接することが勧められた。

4）自発性低下を示した症例　T男：60歳，大正9年5月生まれ，小樽市在住。

家族歴：妻（58歳）と2人暮し。子供は3人（長女，次女，長男）いて全員独立しており共に健康状態にある。

病歴および生活歴：35歳頃，喘息にて通院したことがある他は，CVA罹患前，特に特記事項なし。昭和55年6月，午前11時頃，洋服仕立業の仕事中に眩暈あり。唇，左上下肢の痺れ感あり。救急車にて小樽市内O病院脳神経外科受診。CTスキャン結果から右視床から右頭頂にかけてlow density areaが認められ，また右側脳室の軽度拡大も認められた。その結果右側頭部脳内出血と診断され，即ちに開頭術が施行された。20日後H病院に転院し，電気療法を受けるが，家族の付添いができないために2カ月後リハビリテーション目的にて当院転院となる。発病年齢60歳，罹病期間3カ月。神経学的所見としては左片麻痺を認め，入院時脳波所見では，右側頭領域に散在性のθ波混入が認められ，いわゆる発作波は認められなかった。PT評価では上肢は廃用手，下肢は坐位可能，治療経過は回復見込不明であった。失語症は認められなかった。教育歴は尋常小学校高等科卒。職業歴は14歳頃から徒弟で裁縫を身につけ，兵役勤務2年を除き現在に至るまで洋服仕立業に従事。趣味は釣，ラジオを聞くこと，水泳である。嗜好は酒・タバコ。酒は大好きと言う。家族からみた患者の性格は，短気で自分の思うようにならないことに関してはすぐ暴力をふるうとのことである。

心理検査結果：長谷川式スケールで24点。WAISではVIQ＝93（算数，類似，数唱，単語問題が共に評価点6と低い）PIQはスコアが低すぎて該当数値なし，TIQ＝77である。Y－GテストはD型。抑うつ性小，協調的，思考的外向が強調されている。P－Fスタディではgcr％＝23で，攻撃方向としては外罰的方向，反応型として要求固執が示され，いわゆる解決依存傾向を示している。MASでは不安スコアが9と低い。CMI結果では，身体的，精神的両自覚項目とも相対的に自覚度が低い。神経症判別図による領域Ⅱ。ベントン視覚記銘検査では，健側右手で模写にて全問正解。失認検査結果，左半側空間失認，地誌的見当識障害が認められた。

面接所見：体型は小柄でやや肥満型。この病院に入ってからイライラするようになったと言う。表情のない顔貌，動作の鈍さ，口が重たく多くを語ろうとしない。初回面接ではほとんどしゃべらず，患者を病室へ戻して妻との個別面接を行なった。妻の話しでは，若い頃は短腹であり，殴る蹴るの乱暴者であったが子煩悩だった。仕事は真面目にやる方だったが，景気により浮き沈みの多い日が続き，貧乏したりもしたということである。患者の現在の心理状態については“今教えたことをすぐ忘れてしまう。例えば車イスのブレーキを掛けたことをすぐ忘れ，また掛けようとして逆にはずしてしまったり，その逆をやったりもする。昔の出来事や家人との約束などは比較的良く覚えている。何だか頭がボッとしている感じがする。自分の着ている服の後前がわからないで反対に着たりする。病気になる前は冗談言って笑わせたりもしたが，今はほとんど笑わなくなった。また泣きもしない。全般的に沈んだ感じがして，なんだか肝心なところが抜けているように感じて仕方がない”ということであった。

説明：患者の症状は，記憶障害（前向性健忘）を主として，失認症状を併発している。自発性減退（低下）が著しく，一時は無動無言症の疑いがかけられた。昭和56年3月，患者が奇妙なことを呟くとの情報が得られ，看護スタッフからの要請で臨床心理士によるカウンセリングが実施された。初回面接時より半年経過していたが，変化があったのは多言になったという点であった。“自分がおかしいのか他人がおかしいのかよくわからないけれども，1週間程前に

トイレから病室へ戻ると，夜遅くですが髪をふり乱したぬれネズミが顔を布団でうずめて寝ていたんです。私が来るとスルスルっとベッドの足元の方へすべり込んで，消えてしまったんですね。これはきっと私がトイレに時間がかかったことに対する罰だと思って，ぬれネズミが戻ってきたらあやまろうと思って，丁度ヨーグルトが5つあったのでそれをやろうと思って2時間位ベッドに座って待ってたんですね。いくらたってもぬれネズミは来ないので寝てしまいました”と言う。そして“15日程前から性が強くなって困る”と表情のない顔で語りかけた。そののち“夜寝る前うとうとしているとね，廊下で誰かが話しをしているんですよ。私ね，耳の方悪くないのでつつぬけになるんですね。息子だとか嫁だとか，會孫だとかが皆寄り集まって犬の会だとかに入ればいいことができるとか，オレは今晩いいのを抱くとか好きなことしゃべっているんですね。私もそういう会に入って権利を買いましょうとか言ってましたね。また家の母さんが，この人とこの人を味見するとか言ってましてね，これが我妻かと思ってガクンとしたことがあるんですよ”と淡々と語りかける。“テレビからは，犬坊様だとか言う声が聞こえますね。どうしてあんなに変なのばかりやるんでしょうね”と真顔で話しを続ける。妻の話によると，昭和55年12月初旬，“部屋の人が皆オレを監視しているから，オレは自由なことができない。お前を殺してオレも死ぬんだ。そこにナイフやハサミが入っているから”と毎晩のように繰り返したという。後に長男の結婚を転機として態度の変化が認められ，結婚式前2日目の第7回目のカウンセリング終了時に“エロ本ばかり読んでいた人が，今度はカタイ本読まねばならないという声が聞こえてきます”と語った。妻に，原因となる出来事で心あたりはないかと尋ねたところ，“3年前，私の母が80歳で亡くなった通夜の席で，私のことを嫁に欲しかったという従兄弟が2・3人いて，夫のいる前でその話しをしたんです。それ以後3年間，何事もなく過ごしてきましたが，この前夫がポツンと言うことには，お前を従兄弟が欲しいと言ってたなって……突然そう言ったんですね。私何のことかなあって考えてみて，ああのことだなって思い出したんですね。覚えていたんですね，あの人は……”と語った。患者の心理過程には幻聴というよりはむしろ性的なことを考えさせられるという作為思考，かつ誰かが性的なことを話すという作為体験を主として，作為思考が感覚性をもち作為的印象が減退したことによる思考の異常ではないかという解釈の妥当性が高い。患者の話しの内容パターンは，常時私ではない誰かがこう呟くという形態をとっている。心理的努力感の欠如した状態での自己客観化が計られているように思われる。患者の心理状態は，作話の観点から言えば前田ら(1978)の指摘する見当識錯誤に由来して，被害的内容の妄想発展を伴う妄想作話に分類されよう。脳器質障害による影響については，性的亢進，失認症，健忘などから心理面に与える影響の大きいことが示された。対策としては医師による薬物療法の実施と，臨床心理士によるカウンセリングの実施と，患者の妻に対する心理指導の他に，患者に対する接し方として，患者は充分な自己反省能力を有していることから，興味半分に患者から話しを聞き出そうとしないこと，この際秩序ある態度で接すること，患者が想起困難な出来事については即時にフィードバックを与えることなど一連の方向づけが提案された。カウンセリング実施については患者は積極的な意欲を示し，第2回カウンセリングにおいて“面接の場で本当の気持ちをしゃべるとスッとした気持ちになります”と述べ，「真実は有難く思います。自分の気持ちが楽しくなります」と文字に綴った。その後，茨城の原子力研究所に勤務している息子が故郷小樽で挙式することになったこと，新婦と顔を合わす機会を息子がもってくれたこと，患者の妻にＣＶＡ後遺症状のあり方についての認識が得られたこと，その後の2回目のＣＴスキャン受診の結果，患者には医師

より特に異常はないと告げられたこと（事実は右側頭部位に依然としてlow density areaが認められているが直接的に生命には危害がおよばないとの判断であった），ＰＴによる就寝時の姿勢矯正指導の結果，手を胸にあてないような就寝習慣がついたことなどから，孤独から仲間づくりへの態度変換，病院内での後輩から先輩への立場の変化などの環境要因も作用し，第９回カウンセリングで概ね情動安定が得られ，一応の終結をみた。各治療場面において表情は柔かくなり，言葉にはずみが出るようになった。“なぜ犬にとりつかれていたのか自分でもよくわかりません”という患者の言葉からも，作為思考がなりをひそめたことが了解される。カウンセリング終了時にあたって，自発的に患者は次のような文章を綴ってくれた。――良き友達が出来て我一人泣く（図13）――“これほど大切にされたのははじめてです”と声を震わせて感謝の意を述べた。“今後もみてて下さい。よくなってみせますから……あと１年か１年半くらいかけて，決して無理しないようにやっていきたいと思います”との患者の言葉からも，慎重な秩序ある態度がみられるようになったといえる。

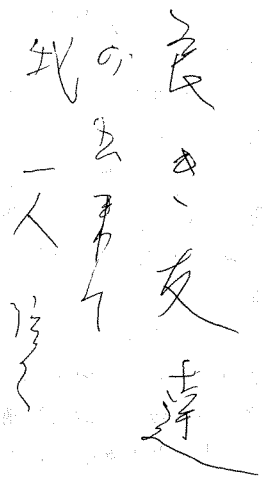


図13　患者Ｔ男の自筆

Ⅳ　まとめ

ＣＶＡが多発する更年期から向老期にかけては生活体の生物学的，心理学的な転換期であり，この時期に精神障害の発病頻度が高いことも事実であるが，新福（1967）は，老年性病呆および脳血管性痴呆に伴う精神障害の発生についての考え方として，症状と解剖学的変化に明らかな対応が認められないケースが多いこと，症状がすべて，あるいは部分的に可逆的であるという経験が多くなり，少なくともそのうちの一部分は機能的障害であるとの証拠が提出されるようになり，脳の退行的変化のみを一方的に重視強調する立場には同調しがたくなり，心理的，社会的因子を重視する態度がひろまってきたと指摘している。本研究は，ＣＶＡ後遺症患者の情動におよぼす心理的要因の分析を主とした。その結果，神経心理学的には，左半球障害群には抑うつ，不安などの破局反応が多く認められ，右半球障害群には過敏傾向がみられ，かつ前頭障害群は側頭・頭頂障害と比較して緊張傾向が高まることが見出され，怒りは健常群・患者群両群において認められた。また前頭障害群に多く強迫泣で示される情動失禁が認められた。生活空間を操るという観点からみた上肢の状態，移動という観点からみた下肢の状態および治療経過の状態からみた運動障害の要因は，それぞれが少なからず情動形成に関与していることが見出された。心理・発達的要因の中，性差については女子の方が男子よりも一般に情動反応が強調されることが指摘され，発病年齢の要因からは，10歳台から60歳台に至るまで神経症傾向は高まり，70歳台で急激に低下すること，罹病期間からみれば，６カ月未満と２年以上にあるとき神経症的傾向は高まり，６カ月以上１年未満において，最も低くなることが見出された。性格的側面からは，Ｙ－Ｇテストにおける Ｂ類型，Ｅ類型に多く情動障害が認められる傾向にあり，性格の尖鋭化も認められた。心因反応を呈する老年者は，その発病前の心理的状態として，未婚，孤独，配偶者の死といった性衡動構造の不安定や仕事や生活上の心労など，かなり長期に亘って自己実現が阻害されている状態にあり，それに元来の心理的柔軟性の乏しさも加わって慢性の欲求不満，心理的葛藤および不全状態におかれているといった情動的消耗が指摘され，これに内科的疾患が加わり，身体的疲憊という低エネルギー状態を生み出し，統合の弛緩した生活体はより過敏となり，種

々の刺激に対する反応閾値を下げている,すなわち反応準備性体質を作り上げている(茂田;1971)と考えられる。ＣＶＡ後遺症患者は，ＣＶＡ罹患という特に困難な条件下におかれ，心因反応は罹患の事実によって亢進され，健常老年者と比べて反応準備性体質を作り上げる可能性が高いといえる。情動的消耗の程度は，発症時患者が自己の障害について，どの時間空間をより強く意識しているかによるところが大きい。つまり，過去の良き日々を慈しみ追想にふける者，現在の身体的症状を強く意識し，生活上の不自由さを主訴とする者(症例１，症例３)，将来の社会復帰に向けて自己存在のあり方を自らに問う者(症例２)，意識がいずれの時間空間にも定まらず，心理的に浮動状態にある者（症例４）など種々指摘されるが，未来を自己の中に有利に展開しようと努力奮闘する者程情動統制がとれ，情動的消耗は小さく，過去へ意識が向けられる程，情動的消耗は大きいと言える。前者では昇華機制が働き，環境の中でいかに生きるかを問う態度が認められ，後者では，環境の中で生かせられる自己を見詰める心理的退行への態度が認められる。また患者の社会的責任および立場は心理的にも大きな影響をおよぼしていると考えられる。扶養義務がある壮年患者（症例２）では，以後生活してゆく手段を考えざるを得ない状態へと自らを追い込み，葛藤状態の中で苦悶する。同じ壮年患者であっても扶養義務のない者（症例３）は，将来の展望についていささか現実味に欠ける。養育の責務を果たした者（症例４）は，自己の中に何らかの満足感をつくり上げ，納得の境地に達する努力が認められる。患者にとっては，障害部位が前頭であろうと後頭であろうとたいした意味はもたず，心理的には障害を受けたという事実，すなわち自分は身体障害者であるという意識が意味をもつ場合が多い。身体障害者として，心理的存在としての自己を横たえる時間の長短が，情動的側面に与える影響は大きいと考えられる。通過症状群における疾病に対する当惑と不安感は若年になる程高まり（症例２・３)，高齢になると障害を随伴しての生活適応へ態度を変化させるが，罹病期間が長くなればなる程，身体に意識が集中するいわゆる心気症的傾向を示し始める（症例１)。病院内における心理面接の意義は，錯綜した患者の心理状態を患者自身にみつめなおす機会を与える(症例１)，病院内における種々の不満を吐露することにより心理的浄化を計る（症例４)，適切な心理面での情報を与えることによって,社会復帰に向けての心理的安定感をもたせる（症例２）など，その意義は大きいものと考えられる。症例２では長期的な心理面接が必要となってくるであろうし，症例４のように９回に亘る心理面接の結果，一応の情動安定を実現できるケースもあり，面接期間の長短も個々の患者の心理的状態に応じて適宜，変えてゆく必要がある。

これまでＣＶＡは多かれ少なかれ何らかの心理的障害を伴うものであったが，生命に対する予後とか運動障害に重点が置かれ，心理的障害そのものについては，よほど特殊な病像でない限り注意を引いていないことが多かったのは事実である。年々増加するＣＶＡ後遺症患者のリハビリテーションゴールを家庭復帰なり社会復帰なりに据えるのならば，心理面でのアプローチの必要性がひとつの鍵となってくることは言うまでもない。臨床心理学がリハビリテーション部門でひとつのフィールドを得るとき，第１に患者の心理面での，つまり知能，性格，情動についての評価を行なう必要性がある。その上で，ケースに応じた心理療法のフィールドを得ることが何よりも大切である。種々の疾病には必ず何らかの心理反応が生じるが，医療場面においては過去それは副次的なものとして扱われてきた観がある。然るに，リハビリテーション場面では心理反応は直接的に患者の行動に影響をおよぼしてくる。例えば患者の意欲の減退はリハビリテーション訓練そのものに大きな影響をおよぼし,多くリスク要因となり得る。また

フィードワークとしてリハビリチーム内での医療スタッフに，患者の心理状態を踏まえた上での接し方についての助言を行なうことも必要となってくる。互いに各訓練場面における患者の行動しか接する機会の少ない治療者にとっては，心理面での情報は特に心要とされる。すべての医療担当者が患者に接するその基本的態度として，患者について過去の良き日々にとらわれるのではなく，過去を体験した現在の患者自身に価値があることを認め，無理な目標よりも実現可能な目標を立て，その遂行に絶えず心理的支持を与えること，患者を部分的存在として把握するよりも，全体的存在として把握すること，患者の自己存在そのものに意味があることを感受すること，言うなれば一貫した心理的受容の態度が必要であると結論づけられる。

稿を終るにあたり，御指導いただいた臨床心理学教室教授狩野陽先生，同助教授北島象司先生に深く感謝いたします。また札樽病院理事長多田武夫先生他御協力を得た同病院の職員の皆様方に心から感謝の意を表します。

文　献

雨宮克彦・亀山正邦　1976　脳血管障害における巣症状的意義を有する精神症状について　臨床精神医学，5，355−366.

長谷川和夫　1979　精神的領域における痴呆　脳と神経，31，31−41.

長谷川恒雄　1978　リハビリテーションと阻害因子　総合臨床，27，123−128.

平井俊策　1975　リハビリテーションの阻害因子とその対策　内科，36，606−611.

金久卓也・深町建　1972　コーネル・メディカル・インデックス　三京房

金子仁郎・西村健　1976　老年期精神障害と性格　臨床精神医学，5，73−78.

前田進・大川匡子　1978　作話の臨床的研究　精神神経学雑誌，80，43−64.

松尾尚・金谷久司・山田潔武・桑原寛　1970　片麻痺患者の精神身体医学的観察——とくにＣＭＩを中心にして　第11回日本精神身体医学会口演

松下正明・小阪憲司・堀映・花輪昭太郎・町井洋子・竹崎治彦　1976　脳血管性痴呆と老年痴呆の合併例をめぐって——臨床的考察を中心に——　精神神経学雑誌，78，703−717

三島博信・窪田俊夫・兼松英夫・前田守・川真田温子　1979　精神障害とその評価　リハビリテーション医学，16，271−276.

室伏君士　1975　脳器質性精神症状について　臨床精神医学，4，525−537.

新福尚武　1967　老年期の異常心理；異常心理学講座，第4巻．みすず書房

新福尚武・新貝憲利　1975　脳卒中後遺症としての精神症状とその対策　内科，36，601−605.

茂田優　1971　初老期以後の心因反応——特にその内的準備性および症状発生の機制についての一考察——　精神神経学雑誌，73，717−734.

白石純三　1978　後遺症としての精神症状　総合臨床，27，89−94.

辻岡美延　1967　新性格検査法　竹井機器工業

上田敏　1980　リハビリテーションの理念とプライマリア　臨床医，6−9，8−9.

Arnhoff, F. N., Strough, C. and Seymour, R. B. 1956 The Cornell Medical Index in a psychiatric outpatient clinic. Journal of Clinical Psychology, 12, 263−268.

Banham, K. M. 1951 Senescence and the emotions : a genetic theory. The Journal of Genetic Psychology, 78, 175−183.

Brodman, K,, Erdman, A. J.,Jr., Lorge, I., Gershenson, C. and Wolff, H. G. 1952 The Cornell Medical Index−Health Questionnaire (Ⅲ) : The evaluation of emotional disturdances. Journal of Clinical Psychology, 8, 119−124.

Brodman, K., Erdman, A. J., Jr., Lorge, I. 1952 The Cornell Medical Index−Health Questionnaire (Ⅳ) : The recognition of emotional disturbances in a general hospial. Journal of Cli-

nical Psychology, 8, 289—293

Brown, R. A. and Pool, D. A. 1974 Levels of expectation and aspiration in the brain injured. Journal of Clinical Psychology, 30, 50—53.

Charatan, F. B. and Fisk, A. 1978 Mental and emotionl resultes of strokes. New York State Journal of Medicine, 78, 1403—1405.

Dikmen, S. and Reitan, R. M. 1974 MMPI correlates of localized cerebral lesions. Perceptual and Motor Skills, 39, 831—841.

Gainotti, G. 1972 Emotional behavior and hemispheric side of the lesion. Cortex, 8, 41—55.

Goldstein, K. 1934 Der Aufbau des Organismus. (村上仁・黒丸正四郎訳 1957 生体の機能 みすず書房)

Matarazzo, R. G., Matarazzo, J. D. and Saslow, G. 1961 The relationship between medical and psychiatric symptoms. Journal of Abnormal and Social Psychology, 62, 55—61.

Schuell, H., Jenkins, J. J., Jiménez—Pabón, E. 1964 Aphasia in adultes; Diagnosis, prognosis and treatment. Harper and Raw, New York.

Taylor, J. A. 1952 A personality of manifest anxiety. The Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 285—290.

Wang, P. L. and Smyers, P. L. 1977 Psychological stataus after stroke as measured by the Hand Test. Journal of Clinical Psychology, 33, 879—882.