The University of Osaka
Institutional Knowledge Archive

Title	中途障害者の障害受容過程
Author(s)	大和田, 攝子
Citation	大阪大学臨床老年行動学年報. 1996, 1, p. 23-27
Version Type	VoR
URL	https://doi.org/10.18910/4598
rights	
Note	

The University of Osaka Institutional Knowledge Archive : OUKA

https://ir.library.osaka-u.ac.jp/

The University of Osaka

中途障害者の障害受容過程

大和田　攝子

はじめに

医療技術が進歩すれば必然的に障害者が増えると言われている。なぜなら、医療技術がさらに発展すると、今までなら死んでいたはずの患者が先端医療技術によって死を免れ、一種の「障害者」となって生を送るケースが増加するからである。例えば、放置しておけば死に至っていたはずの脳血管障害の患者を集中的に治療した結果、植物状態にまで引き戻せたが完全に回復させることはできず、そのまま植物状態で何ヵ月もベッドの上で生き続けるといったことが少なからず起きている。同様の理由で、重い病気や事故の後遺症をかかえ、車椅子や身体的な介護に頼ってはじめて生きてゆけるような「身体障害者」の数も増えるに違いない。このように考えてみると、われわれは、将来自分が「障害者」となる可能性を大いに秘めていると言える。ところが、われわれは「障害者」となった自分を想像したことがあるだろうか。おそらく「障害者」の心理は、健常者が推察するに余りあるのではないだろうか。そういう意味で、「障害者」の心理過程を理解することは、彼らを身体的・精神的に支える上で意義あることだと思われる。これは、「障害者」を介護する家族や、医療スタッフにとっても大切な問題であると考えられる。

リハビリテーション医療において、身体障害後の心理的側面への対応が重要であることは周知のとおりである。そして、患者の心理を語る際、わが国においては障害の「受容過程」が臨床場面で広く用いられている。しかし、その意味している概念は必ずしも明確であるとは言い難く、単にその中の一段階に当てはめるだけでは対応困難なケースも少なくない。

以上の問題意識に立ち、本論文では、障害受容と「段階理論」を中心に研究の流れを検討した上でさまざまな概念の整理を試みたい。それと同時に、障害受容に影響を及ぼす要因についても考察を加えていきたい。

1．障害受容研究の概観

①「障害受容」理論の提唱

障害受容（acceptance of disability）の重要性を最初に主張したのはGrayson（1951）であろう。彼はそれまでに障害受容が単に一つの症状とみなされてきたことを批判し、身体、心理、社会の3つの側面から複合的に捉えなければならないと述べている。特に彼は次の2つの過程を強調している。一般に障害者は外からの現実の圧力、すなわち「障害者に対する社会の否定的態度」と内からの圧力、すなわち「自我が障害された身体像（body image）を再構成しようとする苦痛に満ちた無意識の欲求」を受けており、身体障害から立ち直るためにはそれぞれの圧力に打ち克たなければならない。すなわち、まず内からの圧力は身体像の再構成により克服され、次に外からの圧力は自分自身を社会に統合させることによって克服されるとし、この2つの過程を強調している。

さらに、障害受容における価値変換を重視したものとしてDemboら（1956）やWright（1960）の価値変換論がある。彼らの立場は、障害の主観的な意味（価値）を強調する点に特徴がある。Demboらは、身体障害による心理－社会的問題を調査するために、177名の「visible（目に見える）」障害者に面接調査を行った。159人は第二次世界大戦後の戦傷者で、切断が100名、顔面外傷が40名、四肢の外傷が22名、その他15名、年齢は19歳から58歳、受傷後期間は2か月から33年である。なお、中枢神経障害は横断性脊髄炎5名および多発性硬化症1名のみであった。この面接結果から、彼女らは身体的障害は「不幸（misfortune）」であり、不幸とは「価値ある（valuable）もの」の喪失または欠損であるとした。さらに彼女は喪失が本人の価値低下につながらない2つの価値－所有価値（possession value：本人固有の価値ではなく、所有しているだけとみなせる価値）と資産（または絶対的）価値（asset value：本人固有の価値のなかで他人との比較によらない価値）－を挙げた。そして、その上で喪失の受容とは主に3つの価値体系の変化過程であり、第一には価値範囲を拡張して失った価値を本質的でないと感じ

る、第二に他人との比較ではなく自分の資産価値を重視する、第三に喪失した価値を所有価値とみなす、としている。

一方、Wrightは、受容に至るためには4つの価値変換が重要であると考えた。すなわち、enlarging the scope of values(価値範囲を拡張すること：他にも価値があり、失った価値にとらわれないこと)、subordinating physique(身体的外見を従属させること：身体的外見や能力よりも人格的な価値の方が大切である)、transforming comparative values into asset values(相対的価値を資産価値にかえること：人と比べないで、自分の価値と考えること)、それにcontaining disability effects(障害に起因するさまざまな波及効果を抑制すること)である。彼女は、受容(self-acceptance)と適応(adjustment)の状態は一致する可能性があるものの、断言するためには実際のデータの蓄積が必要であることを強調している。

また、近年では、測定論の立場からこうした受容を再定義しようとする試みもなされている。Linkowski(1971)は上述の4つの価値変化の調査目的で、50項目からなるAcceptance of Disability Scaleを作成し、身体障害者55名での調査結果を分析した。 その結果、4つの価値の変化に関する設問は互いに独立していた。さらに、Attitudes toward Disabled Persons Scale(Yuker, Block & Campbell, 1960)を用いての妥当性の検討では有意な相関が認められた。

わが国では、中司(1975)が独自の受容理論から障害受容度診断調査を試作した。彼は、障害受容には障害に由来する心的緊張が存在し、受容がなされないと劣等感、不安感といった心的緊張が大で、逃避、愚痴、言い訳などの不適切な緊張解消行動がとられるとした。この定義による31問からなる検査表(障害受容度診断検査)は、妥当性や信頼性の検討にも十分耐え、肯定的な回答の合計が19以上ならば障害受容での問題が予想されるという。

②「段階理論(stage theory)」の興隆

1961年、Cohnにより初めて導入されて以来、身体障害後の心理に経時的な変化過程を仮定する段階理論は諸家によりさまざまなプロセスが提唱されてきた。この段階理論は背景とする理論の違いから次の2つに大別することができる。第1は、障害を喪失としてとらえ、その後の反応を心理的な回復過程とするものである。これは死別後の「悲哀の仕事(mourning work)」と呼ばれる回復過程を手本としたもので、もともとは死別後の悲嘆(mourning)と対比させてメランコリーを論じたFreud(1917)に端を発している。他方は障害を一つの危機としてとらえ、それに対処(coping)する過程に力点をおくものである。

Cohnの段階理論は前者の喪失後の悲嘆に類似した回復過程である。彼女によれば、障害後、①shock(ショック) ②expectancy of recovery(回復への期待) ③mourning(悲嘆) ④defense(防衛－健康的)あるいは④ defense(防衛－神経症的) ⑤adjustment(適応)といった一種の段階を経るとされる。

一方、Fink(1967)によって定式化された段階理論は、ストレス学説の影響を受け対処(coping)に重きを置くものである。彼は受傷後の反応を、①shock(stress) ②defensive retreat ③acknowledgement(renewed stress) ④adaptation and changeに分けている。ショック段階において、患者は何が起こったか分からない前危機段階を経て、自分に加えられた危険を認めるようになると、無力感、不安、恐怖に襲われ、まとまった思考ができなくなる。防衛的退行の段階(defensive retreat)では、そうした現実からの逃避、現実からの否認が起こり、希望的観測が支配的になる。情動的には、安堵か比較的現実的な幸福感を得るが、認知は硬化する。しかしながら、人は生来的な性質によって、やがて現実から逃避できないことを知り、現実を認めるようになる。これが自認段階(acknowledgement)で、この段階で深い抑うつ状態になる。こうした段階を経て、満足するような経験が徐々に増え、そして自己像の変容と新たな価値意識をもつ段階に至る。Brackenら(1981)の説も基本的には変わりないが、自認段階での抑うつ状態に先行して、怒りの感情を想定している。

これら2つの段階理論は、背景となる立場からいくつかの相違点が認められる。まず防衛機制の順序については、CohnがFreud(1917)の説に従って防衛機制を苦痛(悲嘆)への対処として位置づけているのに対し、Finkは対処できないstressに対して防衛機制を用いるとする伝統的なcoping behavior説を展開している。また、感情の落ち込み段階を両説とも想定しているものの、Cohnは悲嘆(mourning)を用い、Finkは抑うつ(depression)を用いていることにも注意する必要があるだろう。つまり、前者ではあくまで正常の反応で、時間経過とともに自然に癒えていくことを想定しているのに対して、後者は必ずしもそうではない。最終的な段階としてCohnは“adjustment”を唱え、Finkはより生物学的な意味合いの濃い“adaptation”を位置づけている。

しかしながら、1980年代になると、段階理論に対して多くの批判がなされるようになる。全般的な批判としては、例えばTrieschmann(1986)が指摘するように、段

階理論は単なる臨床的印象や逸話に基づいた仮説であるとするものや、Rohe(1988) のように、それぞれの段階での心的現象の有無に関するものである。批判の多くは段階理論におけるこうした画一性にあるように思われる。ところが、段階理論の問題点はそこにとどまるものではない。段階理論は正常心理に適用されるものであり、精神障害には禁忌であるにもかかわらず、段階理論を精神障害に適用して誤った理解や対応がなされることがあるからである。わが国においても、脊髄損傷患者の障害受容過程に段階理論を用いるのは適切でないという批判がなされている（南雲、1994)。

③行動理論の導入

1960年代後半から1970年にかけて、障害後の患者の行動に関する行動療法の立場からの理解が導入された。Fordyce(1971) によれば、障害体験はいわば「罰」、すなわち「負の強化子ー不快刺激（周囲の人々や自分自身の障害者への偏見に直面すること)」の出現と「正の強化子（仕事や娯楽など楽しい活動)」の消失と捉えられる。患者の反応は罰に対する回避としての訓練意欲低下、および逆の攻撃性の2つが挙げられる。これに対する回避として、適切な強化子をタイミングよく与えるといった随伴性マネージメントにより、次第に障害に不適切な行動が消去され、適応的な行動が強化されて障害への同化 (assimilation)に至る、としている。

2．「死の受容過程」との相違

内的世界における心の営みとしての対象喪失の心理過程は、外的な出来事としての死や別れが起こってから始まるというものではない。たいていの場合、このような対象喪失を予期する心理段階が先行する。これを、対象喪失の予期による悲哀 (anticipatory mourning)という（小此木, 1979)。人間にとって最愛の対象であり、もっともかけがえのない対象は自己自身であるだけに、すべての人にとって自己の死は、もっとも根源的な対象喪失である。しかも私たちは、近親者や同世代の人々の死を悼むとき、常に自らの死をあらためて予期し直さなければならない。事実、私たちは毎日の生の中で、常に自己の死というもっとも究極的な対象喪失の予期による悲哀の仕事を、心の片隅で営みつづけているのである。そして、自分の死ぬ時期を予期せざるをえないような不治の病気にかかった場合には、もっとも決定的な形で予期による悲哀の心理過程が生じる。アメリカの精神分析医Kübler-Ross(1971) は、シカゴ大学で、末期がんやその他の死期の迫った臨死患者にインタビューを行い、死を予期した患者の悲哀の仕事を、「第1段階、否認と隔離」「第2段階、怒り」「第3段階、取り引き」「第4段階、抑鬱」「第5段階、受容」というプロセスとしてあらわしている。そして、彼女によれば、臨死患者がその悲哀の仕事を達成し死を受容する最終段階は、終焉的ナルシシスムの状態であるという。

このように、臨死患者が平和と威厳のうちに死を迎えるまでの心理過程の段階区分は、対象喪失後の精神分析的心理過程の段階区分ときわめて類似している。つまり、一般の対象喪失に対する悲哀の心理過程と、自己の死に対する悲哀の心理過程とは、「対象喪失ー悲哀」という心理構造の発現という点で、同じプロセスをたどるということができる。

1977年、寺山は段階理論に新味を加え、中途障害者の経時的な心理の変化のモデルとして、Kübler-Rossの「死の受容過程」を紹介した。しかし、これから死に至る者の仮説をそのまま障害受容の過程に当てはめようとしても、実際には当てはまらない例が多くある。なぜなら、たとえその蓋然性を前提としても、本来徐々に衰弱していく身体に対応して自己の死を受け入れていく過程と、逆に「身体の局所的な死ー障害」への悲嘆から始まり、残存機能に希望を見出して社会へ復帰していく障害後の心理過程が同一とは考えにくいからである。

3．障害受容に影響を及ぼす要因

障害の持つ意味は、各々の患者で異なる。患者の個別性をなおざりにして既存の受容理論を当てはめていては、障害受容の理解にはつながらない。障害の受容過程は、まず障害者本人の年齢や性別、パーソナリティ、信仰している宗教などの個体要因に大きく影響を受けるとされている（本田ら、1994)。さらに、障害に至った原因や、失われた機能や部位などの障害状況、予後などを含めた障害要因も障害受容に影響を与えていると考えられる。切断患者の障害受容を取り上げたFishman(1959)が、われわれが最初に注意を向ける必要があるのは「切断という事態を患者がどのように認知しているかである」と述べていることからも容易に理解できる。

社会心理学の分野でも、ある事象の原因に関する推論、すなわち原因帰属 (causal attribution)とその後の対処行動との関係を扱った研究がなされている。ある事象に対していかなる原因帰属をするかは、その後の心理過程や行動に大きな影響を及ぼす (Antaki, 1982)。例えば、糖尿病 (Tennen, Affleck, Allen, McGrade, & Ratzen, 1984)、産業事故 (Brewin, 1984)、流産 (Major, Mueller, & Hildebrandt, 1985)、離別 (Hill, et al., 1976) に人がうまく対処できるかどうかは、本人がこうした外傷的な出来事をどのように説明するかに依存す

る。

そして、そこで帰せられる原因は、いくつかの異なった次元によって記述することができる。例えば、自分自身のパーソナリティや能力のように内的な要因と、周囲の環境や他者からの影響などの外的な要因とに分類することができる。また、事象の原因には、能力のように、安定し持続性の高いものもあるし、運のように、不安定で一時的なものもある。また、多くの場面に影響を与える比較的普遍性の高い要因もあるし、少数の場面にしか影響を及ぼさない要因もある。そして、自分が統制できる要因によって生じたと知覚されるものがある一方で、自分では統制できない要因によって生じたと知覚されるものもある。さらに、行動を意図して行ったのか、それとも意図せずに行ったのかという次元もある。すなわち、内在性（internality）、安定性（stability）、広範性（globality）、統制可能性（controllability）、そして意図性（intentionality）の５つの次元である。行動は、actionとoccurrenceに区別される（Kruglanski, 1975）が、意図性の次元はこれら２種類の行動の区別の基準となる。

例えば、Tennenら（1984）は、糖尿病の32人の子供を対象にインタビューを行い、自分自身の行動に病気の原因を帰す子供の方が、遺伝など外的な要因に原因を帰す子供よりもうまく対処している、ということを明らかにしている。

同様に、障害受容過程においても、障害体験の原因を何に帰すかによって、そこで引き起こされる情緒に違いが見られると考えることができる。

もう一つ障害受容に影響を及ぼす要因として、環境要因が挙げられる。そもそも障害受容とは患者の内面にだけに展開される個人的な体験ではなく、リハビリテーション・スタッフや家族との関係性の中で営まれていくきわめてダイナミックな体験である（渡辺、1994）。リハビリテーション・スタッフとの間の温かい治療関係が基盤となって、彼らは障害に伴う心理的葛藤を解決し、新しい自己の再建に向かって歩んでいけるのである。言い換えれば、医療スタッフとの関係を含む治療環境や、家族関係、職業などの環境要因が障害の受容に重要な役割を果たしているのである。

おわりに

中途障害者の障害受容を理解するために重要なことは、第一に対象とする障害者固有の心理を理解することであり（⇨個別性に焦点）、第二に受容理論の各段階に則して患者心理の経過を追うことであり（⇨経時性に焦点）、第三には治療関係が患者心理にどう影響しているかを理解することである（⇨関係性に焦点）。すなわち、最初は横断面的かつ近視眼的視点で障害者の心に近づき、次は縦断面的かつ遠視眼的視点で患者心理および治療関係に目をやることである。

障害受容とは患者心理を理解するための重要な鍵概念であるが、単に患者心理を対象化して理解すればよいというわけではない。医療スタッフや家族、そして社会との暖かい関係を通して、障害者は葛藤やさまざまな情緒を解決し、現実に折り合いをつけていくのである。障害者を取り巻くわれわれ一人一人が、障害受容を支える“関与者”となり得るということを心に留めておく必要があろう。

【参考・引用文献】

蘭　千壽・外山みどり（編）　1991　『帰属過程の心理学』　ナカニシヤ出版

Bowlby, J. 1961 'Processes of Mourning.' *International Journal of Psycho-Analysis*, 42, 317-340.

Bowlby, J. 1980 Attachment and Loss, vol. 3, Loss: Sadness and Depression. 黒田　実郎他（訳）1981　『母子関係の理論Ⅲ　対象喪失』　岩崎学術出版社

Bracken, M. B., Shepard, M. J., & Webb, S. B. 1981 Psychological response to acute spinal cord injury; An epidemiological study. *Paraplegia*, 19, 271-283.

Cohn, N. 1961 Understanding the process of adjustment to disability. *J Rehabil*, 27, 16-18.

Dembo, T., Leviton, G. L., & Wright, B. A. 1956 Adjustment to misfortune —— A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limb*, 3, 4-62.

Fink, S. L. 1967 Crisis and motivation: A theoritical model. *Arch Phys Med Rehabil*, 48, 592-597.

Fishmann, S. 1959 Amputee needs, frustrations, and behavior. *Rehabilitation Literature*, 20, 322-329.

Fordyce, W. E. 1982 Psychological assessment and management. Kottke FJ, et al(eds) : Krusen's Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, 3rd ed, Pp. 124-150, WB Saunders Co, Philadelphia.

Freud, S. 1917 'Mourning and Melancholia' Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Standard Edition, Volume14, 237-258. 井村　恒郎他（訳）1970　フロイト著作集・第６巻　人文書院

Gorer, G. 1965 Death, Grief, and Mourning in Contemporary Britain. London: Cresset Press. 宇都宮　輝夫（訳）1986　『死と悲しみの社会学』　ヨルダン社

Grayson, M. 1951 Concept of "acceptance" in physical re-

habilitation. *JAMA*, 145, 893-896.

本田　哲三・南雲　直二　1992　障害の「受容過程」について　総合リハ 20, 3, 195-200.

本田　哲三・南雲　直二・江端　広樹・渡辺　俊之　1994　障害受容の概念をめぐって　総合リハ　22, 10, 819-823.

Kruglanski, A. W. 1975 The endogenous-exogenous partition in attribution theory. *Psychological Review*, 82, 387-406.

Kübler-Ross, E. 1969 On Death and Dying. 川口　正吉（訳）1971　死ぬ瞬間　死にゆく人々との対話　読売新聞社

Leary. M. R., Miller. R. S. 1986 Social Psychology and Dysfunctional Behaviour.

安藤　清志他（訳）1992　『不適応と臨床の社会心理学』　誠信書房

Linkowski, D. C. 1971 A Scale to measure acceptance of disability. *Rehabilitati on Counseling Bulletin*, 14, 236-244.

森岡　正博（編著）　1994　『「ささえあい」の人間学』　法藏館

南雲　直二　1994　脊髄損傷患者の障害受容－stage theory再考　総合リハ 22, 10, 832-836.

中司　利一　1975　心理テスト③. 総合リハ 3，497-502.

小此木　啓吾　1979　『対象喪失　悲しむということ』　中公新書

小此木　啓吾　1980　愛する対象を失うとき　小此木　啓吾・小川　捷之（編）現代のエスプリ別冊　臨床社会心理学－成熟と喪失　至文堂　Pp. 92-113.

Rohe, D. E. 1988 Psychological aspect of rehabilitation, DeLisa JA (ed): Rehabilitation Medicine, 2nd ed. Pp. 66-82. J B Lippincot, Philadelphia.

Tennen, H., Affleck, G., Allen, D. A., McGrade, B. J., & Ratzen, S. 1984 Causal attributions and coping with insulin-dependent diabetes. *Basic and Applied Social Psychology*, 5, 131-142.

寺山久美子他　1977　障害受容と援助法　理・作・療法 11, 726-741.

外山みどり　1992　帰属過程　大坊　郁夫・安藤　清志（編）『社会の中の人間理解　社会心理学への招待』　ナカニシヤ出版　Pp. 50-66.

Trieschmann, R. B. 1986 The psychosocial adjustment to spinal cord injury, Bloch RF, Basbaum M: Management of Spinal Cord Injuries, 302-319. Williams & Wilkins, Baltimore.

渡辺　俊之　1994　切断患者の障害受容　総合リハ 22, 10, 837-841.

Wright, B. A. 1960 Physical Disability——A Psychological Approach. Harper & Row, New York.

Yuker, H. E., Block, J. R., & Campbell, D. A. 1960 A Scale to Measure Attitudes toward Disabled Persons: Human Resources Study, 5. Alberson. NY Human Resources Foundation.

（臨床老年行動学講座　博士前期課程1年）