

# 脊髄損傷者の障害受容と臨床心理学的援助の 動向と展望

小嶋由香

(2004年9月30日受理)

A review and some considerations of studies on acceptance process and clinical psychological support of persons for spinal cord injury

Yuka Kojima

This paper contained a review together with some considerations concerning studies on acceptance process and clinical psychological support of persons for spinal cord injury (SCI). A number of researches have been performed about the psychological issues after SCI. The concepts of acceptance of disability and value change have been suggested since 1950'S. Subsequently many psychologists suggested stage theories in 1960'S. Since 1980'S the stage theories have been criticized, and there was growing interests in depression after SCI had been given attentions. However, previous researches aimed for the adjustment of initial period after SCI. Recent researches suggested necessity of the studies from a long viewpoint of psychological issues of SCI. Useful references for future clinical psychological support for SCI were obtained from psychotherapy models of people with other chronic disease serves.

Key words : spinal cord injury, acceptance process of disability, depression, psychotherapy

キーワード：脊髄損傷，障害受容，障害受容過程，抑うつ，心理療法

## 1. はじめに

脊髄損傷者の心理に関する研究は、1950年代以降、米国から発展し、障害者全般の心理に注目したものや、リハビリテーション心理学の視点、社会学の視点など幅広い分野で行われてきた。またそれらについて、これまでに国内外を通して、いくつかのレビュー研究が掲載されている。Frank et al (1987) が脊髄損傷者の適応に関して、Kelly et al (1993) が障害者の価値転換論について、Elliott et al (1996) が脊髄損傷者の抑うつについてのレビューを行っている。また我が国においては本田ら (1992)、本田ら (1994) が障害受容の概念の整理とその問題点について、金 (1997) がリハビリテーション心理学における脊髄損傷者の心理的問題と適応に関してそれぞれ研究動向を示している。

また、近年、臨床心理学を専門とした援助が、精神

科領域だけでなく様々な領域において発展しつつある。本稿では、主に臨床心理学的観点から脊髄損傷者の心理面を検討した研究動向について概観し、さらに今後、脊髄損傷者に対し、臨床心理学的にどのような援助が必要とされているかについて、他の身体疾患への臨床心理学的援助の研究動向と合わせて考察した。

## 2. 障害受容と価値転換

1940年代後半、第二次世界大戦の戦傷者に多くの身体障害者が発生したことで、アメリカにおいて身体障害者の心理面に目が向けられるようになった。Guttmann (1945) は、脊髄損傷者は健常者から突然障害者になることで、ショックや反応性うつ病 reactive depressionが生じる傾向があるとし、患者が無気力な状態に至ることにつながる不安や憤りを防ぐため、注意深い配慮が必要であると述べた。

その後、1950年代に入り、リハビリテーションの分野で心理面の重要性が述べられるようになり、脊髄損傷者に対しても、Berger et al (1952) によって、心理面へのケアの重要性が指摘された。この頃から、障害受傷後の心理面を障害受容の概念でとらえる研究がみられるようになった。Grayson (1951) は初めて障害受容の重要性を指摘した。Graysonは障害受容の要因として、個人のパーソナリティ構造に関する要因、障害のために個人が社会から受ける圧力という要因の二つを挙げた。また、患者が障害を否認するのは、受傷によりbody imageの障害に直面した自我が無意識的に行う防衛であると述べた。そして障害の受容に至るには、body imageの結合と、社会との統合の二つのプロセスが含まれるとした。

その後、Dembo et al (1956), Wright (1960) によって、障害受容における価値転換の重要性が述べられた。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名の身体障害者に面接調査を行った。そして受容の本質を喪失の受容であると説明した。Wright (1960) はDemboらの説を拡張し、障害受容の本質を価値変換であるとし、価値変換を次の4つの側面で説明した。それは、①価値範囲の拡張 enlarging the scope of values, ②身体的価値の従属 subordinating physique, ③相対的価値から資産価値への転換 Transforming comparative values into asset values, ④障害に起因する波及効果の抑制 containing disability effectである。その後、我が国では上田 (1980) がWright (1960) の理論を紹介し障害受容を「あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転ずること」と定義した。そしてこの定義はその後の我が国における障害受容の基本的な概念となっている。

また、Linkowski (1971) は、Wrightらの価値転換

論をもとに、障害受容尺度 (Acceptance of Disability Scale) を作成した。しかし、この尺度に関しては、Kearny et al (1993) によって、Wrightの4価値変換論を体系的に測定していないと指摘されている。また、南雲 (1994) は、DemboやWrightらの理論は方法論上の問題があり、どのように抽出されたのかプロセスが明らかになっていないこと、また、調査対象が「visible」障害であったこと、その大部分が第二次世界大戦の戦傷者であり、慢性期-固定期の障害者であったため、リハビリテーション開始時に問題となる「回復の断念」に関知していない可能性があることを指摘している。

なお、障害受容の測定に関しては、我が国においては、中司 (1975) が独自に障害受容度診断検査を作成している。

### 3. 段階理論の提唱

さらに、1960年代から1980年代にかけては、障害受容の過程を一連の段階で示した段階理論が提唱されるようになる (表1)。

最初に段階理論を用いたのはCohn (1961) である。Cohnは障害を喪失ととらえ、喪失の適応adjustment過程として、①ショックShock-“これは私ではない”, ②回復への期待Expectancy of Recovery-“私は病気だが治るだろう”, ③悲嘆Mourning-“全てを失った”, ④防衛Defense-(健康的) “障害があるにしてもやっていけるだろう”・(神経症的) 障害の影響を否定するために防衛を著しく用いる, ⑤適応Adjustment-“違っているが悪くはない”の5段階を挙げた。

Fink (1967) は受傷から適応adaptationに至るまでを、①ショックShock (パニック, 不安, 無力感), ②防衛的退行Defensive retreat (無関心あるいは多幸感), ③自認Acknowledgment (無気力または混乱にともなう抑うつ), ④適応Adaptation (満足のいく体

表1 障害受容過程の諸説

Cohn (1961)	Shock→Expectancy of Recovery→ Mourning→ Defense→ Adjustment
Fink (1967)	Shock→Defensive retreat→Acknowledgment→Adaptation
Weller & Miller (1977)	Shock→Denial→Anger→Depression→Adjustment
上田 (1980)	ショック→否認→混乱→解決への努力→受容
橋倉 (1972)	ショック→回復への期待→混乱と苦悩の時期→最適への努力→障害の受容
古牧 (1977)	ショック→回復への期待→悲嘆→最適への努力→社会復帰
四ノ宮 (1996)	ショック→回復への期待→混乱→適応への努力→適応
小嶋 (2002)	ショック・完治への期待・不治の否認・不治の確信・努力・絶望・あきらめ・解放・模索・受容 (段階間の推移に関しては図1参照)

験が徐々に増す)の4段階で表した。また、Cohnが防衛機制を苦痛(悲嘆)への対処として位置づけているのに対して、Finkは対処できないstress(脊髄損傷)に対して防衛機制を用いるとする伝統的なcoping behavior説を展開しているように、それぞれの理論の背景に違いが見られた。また、Cohnが適応に“adjustment”という用語を用いたのに対し、Finkはより生物学的意味合いの強い“adaptation”(適応、または順応)という用語を用いた(本田ら、1992)。

この他にもMuller et al (1950), Siller (1969), Weller et al (1977), Hohmann (1975), Tucker (1980)らが受傷から障害に適應するまでの過程についてそれぞれ提唱している。

我が国では上田(1980)が障害受容過程として、ショック、否認、混乱、解決への努力、受容の5段階を挙げている他、橋倉(1972)、古牧(1977)、四ノ宮(1996)によってそれぞれ障害受容過程が提示されている。ここで橋倉、四ノ宮は共に、急性期から慢性期、リハビリテーション期といったように、治療経過と照らし合わせて障害受容過程を述べている。また、古牧の障害受容過程も社会復帰までをとらえたものといえる。さらに古牧(1977, 1986)は一連の報告の中で、障害受容過程に表れやすい防衛機制として、抑圧、退行、投影、反動形成、合理化、メサイヤコンプレックスを挙げている。また、障害受容に必要な条件として、①自分の障害の原因となる外傷や疾病への正確な知識と障害の程度に対する自己評価の客観的評価との一致、②障害の軽減への工夫、機能維持への努力、また再発防止への留意、③障害へのこだわりのない態度、障害について抵抗なく話し合えることを挙げている。

これまでになされてきた多くの障害受容過程の研究は、受傷からリハビリテーションの終了や社会復帰までを捉えたものといえる。しかし、退院後も障害を抱えて生きていく脊髄損傷者にとって、リハビリテー

ションの終了や社会復帰は一つの節目であり、通過点に過ぎない。そこで、脊髄損傷者の心理面を理解するためには、障害を負ってからの人生をより長い視点でとらえた新たな理論が必要になってくると考えられる(小嶋, 2002)。

小嶋(2002, 2004)は、脊髄損傷者の障害受容過程を、従来の障害受容論からさらに長期的な視点でとらえ、脊髄損傷者の障害受容過程を明らかにし、受傷時の発達段階との関連を検討した。その結果、脊髄損傷者の障害受容過程は、「ショック」、「完治への期待」、「不治の否認」、「不治の確信」、「努力」、「絶望」、「あきらめ」、「解放」、「受容」の10の局面からなるプロセスが見出された(図1)。また、「受容」に至るまでの期間に、受傷時の発達段階との関連が見られ、中年期以降での受傷の場合は、3年~6年という比較的短期間であったが、青年期・成人期前期での受傷の場合は、10年から30年という長期に亘る到達であった。このことから、脊髄損傷者の障害受容が非常に長期的な問題であることが明らかとなっている。

#### 4. 段階理論への批判と抑うつを対象とした研究

障害受容過程における段階理論が興隆する一方で1980年代以降、アメリカを中心に段階理論に対する批判が見られるようになる。それらは、段階理論が研究者の臨床経験に基づいた仮説にすぎないという方法論への批判や、段階理論への盲信により、臨床現場において患者の心理状態を段階理論に当てはめていくだけになっているのではないかという懸念、そして段階理論で述べられる抑うつに関するものであった。

当時の研究者の多くは、脊髄損傷者の抑うつは欠くことのできない反応であると主張していた(Frank et al, 1987)。そして、受傷後に抑うつ反応を示さない

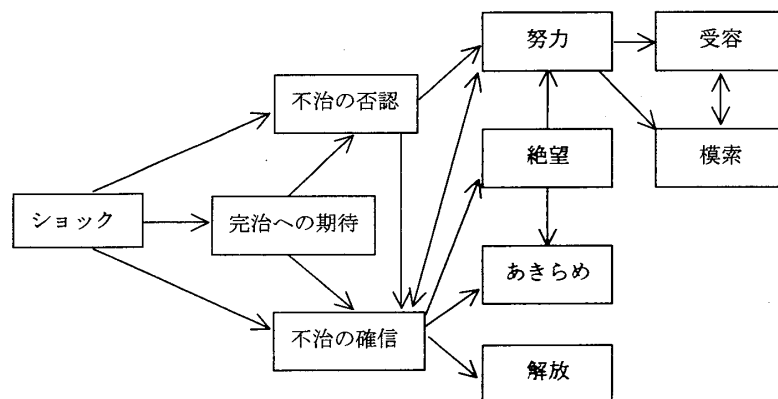


図1 脊髄損傷者の障害受容過程(小嶋, 2002)

のは、障害を否認する心理的なメカニズムが働くためであり、それらが障害の受容の弊害になるとされ、当時の研究者は抑うつ反応が、その後の適応のためには重要であると指摘した。しかし、その後の研究 (Howell et al, 1981; Judd et al, 1989) によって、抑うつ反応が全ての脊髄損傷者に共通に出現するのではなく、一部の者にしか見られないという報告もなされた。Judd et al (1989) は、急性期とリハビリテーション期の脊髄損傷患者71名を対象に、受傷後のうつ状態を評価した結果、DSM-IIIの大うつ病の診断基準を満たしたのは対象者のうち14名のみであったが、13名が一時的に抑うつ気分陥っており、過半数に兆候の明確でない抑うつが見られたと報告している。

また、MacDonald et al (1987) は、受傷後平均7.1年を経た地域社会で生活する脊髄損傷者53例のうつ状態を評価した。その結果、うつ状態は対象者の13%のみであったが、軽いうつ傾向は45%に見られ、受傷から数年を経た脊髄損傷者にも抑うつ状態が見られるという結果が得られている。さらに、Fuhrer et al (1993) の報告からも、地域で生活している脊髄損傷者140例のうち、31.4%にうつ状態がみられた。このことから、受傷後の抑うつは誰もが共通に体験するわけではないが慢性化する恐れがあると考えられる。

南雲 (1999) は、リハビリテーション医療期における外傷性脊髄損傷患者のうつ状態は痛みや人格と関連することを見出し、しかもそれらは慢性化する可能性があること示唆した。さらに、南雲 (2000) は、後年の慢性的なうつ状態が痛みや人格と有意な関連を示すかどうかを検討している。ここでは在宅外傷性脊髄損傷者122名を対象とし、うつ状態と痛み、知能検査・性格検査との関連を検討した。その結果、うつ状態の発現率は一般人口と差は見られなかったが、軽症慢性うつ状態の関連要因として、痛み、(Y-G性格検査における) B類、IQ91以下、福祉的就労が示された。そのため、軽症慢性うつ状態の要因は慢性疼痛や人格病理ともいえる対応困難な要因と関連するため、これらの人々には長期的な心理的援助が必要であり、段階理論に基づく安易な理解と対応は慎むべきであるとしている。

このように受傷後の抑うつについて、多くの研究がなされているが、問題点も抱えていることが指摘されている。Elliott et al (1996) は、脊髄損傷者の抑うつを対象とした研究の方法論的な問題として、診断基準や定義、測定の不明確さや曖昧さ、実験可能な理論的アプローチの不足、抑うつに関するこれまでの研究の統合モデルの欠如、抑うつの発生・過程・解決・治療に関する長期的研究の不足を挙げている。

## 5. 我が国における研究動向

南雲 (1998) は、欧米において、身体障害の心理学的な問題が、body imageの解体、価値や身体機能の喪失とそれに続く悲嘆などさまざまな角度から検討を加えているのに対し、日本には独自の障害受容理論はなく、欧米の諸理論が取り入れられて「理論化」が行われただけであることを指摘している。

また、欧米では近年、統計的な手法を用いた研究が多くみられるのに対し、日本では、受傷後の心理状態を面接調査を用いて質的に明らかにしようとする研究が多く見られるのも特徴的である。

脊髄損傷者を対象とした研究では、博田 (1973) が入院中の脊髄損傷患者の心理状態と社会復帰を阻害する原因についての調査を行っており、入院患者の持つ不安の原因としては身体的なものと経済的なものがほとんどであったと述べている。また、昨今ようやく社会のバリアフリー化が求められ、障害者が暮らしやすい社会が目指されているが、当時は脊髄損傷者は「身体障害者中、最も慢性的疾患経過をたどりかつ長期療養生活を必要とせざるを得ない」(永井ら, 1973) と述べられているように、脊髄損傷者の社会復帰が今以上に困難な時代であったと言える。永井ら (1973) は、戦傷者を含む93名の脊髄損傷者を対象に矢田部・ギルフォード検査とロールシャッハ・テストを実施し、彼らの精神・心理的特性の重度化を指摘した。このように当時は、脊髄損傷者の心理面に問題が生じていることを指摘することが主旨となる研究がなされている。

その後、先に述べた上田 (1980) らの報告もあり、リハビリテーション分野における、障害受容をはじめ、脊髄損傷者の心理が注目され始める。本田 (1988) は、脊髄損傷者がリハビリテーションの過程においてどのように障害を自覚していくのか、またその際に抑うつ状態の程度がどのように変化するかを検討した。対象は受傷期間平均43.3ヶ月(1ヶ月～14年6ヶ月)の脊髄損傷者43名であった。その結果、障害の自覚過程としては、以下のように述べられている。患者は当初麻痺の回復に執着している(否認の段階)が、主治医からの予後説明や他患者の観察を通じて次第に回復を断念し始める(身体的自覚開始)。そして、ADL動作が自立して初めて身体障害者としての社会生活に関心を持つようになる(社会的自覚開始)。また、抑うつ状態は身体的自覚開始の時期および実際に社会生活の困難に直面する退院前後に高まると述べられているが、両者の抑うつの質的な違いにつ

いてまでは述べられていない。

また最近では、坂本ら（2002）が看護者の立場から、脊髄損傷者の初期段階における受傷から「立ち直り」に向けて意識が変化した体験内容を明らかにし、その要因を検討している。その結果、①身のまわりの生活が整えられる、②生活機能が拡大する、③気持ちが満たされる、④自己の存在が大事にされる、⑤生活の見通しが描ける、⑥自己をみつめ直すことができるの6つの要因が見出された。またそのなかで、同じ障害を受けた脊髄損傷者の存在が、脊髄損傷に対する理解を深め回復への期待や否定的な意識を断念し障害を見つめていく過程に大きな影響を与えており、脊髄損傷者同士の相互支援が自己概念の安定化に有効であると述べている。また、南雲（2002）は、受傷後の「自己アイデンティティ」の再形成に対して、身体障害者にとって自助グループが、障害に起因する社会からの圧力から身を守る「避難所」として、また新たな社会参加への拠点となる「砦」としての役割を持つと述べている。このように、近年、同じ脊髄損傷者同士の関わりが心理面の安定に対して重要であることが注目されている。

前田（1985）は、脊髄損傷者の夢の中に現れる身体像の受傷後の推移と障害受容過程との関連について検討している。これによると、受傷からの期間が短い者ほど夢の中の身体像はより健常時の様相を示す。そして、受傷後1年半前後から身体像の主体者の内面に、現実が微妙に介入してくる葛藤状況が示され、この期を分岐点として身体像そのものに障害が出現するようになり、それと前後して現実的な生活状態が自然に出現してくる。また、1年半を分岐点に2年から3年の間に障害適応がなされるとしている。

ここでも障害受容過程の研究と同様、リハビリ期間中の脊髄損傷者の障害への適応を扱った研究が多く見られる。これは研究者が医療スタッフの一員である場合が多いことが大きな要因であると考えられるが、障害への適応は長期的な問題である。金（1999）はその重要性が言われていることとは反して、長期的追跡研究が少ないことを問題としている。

金（1999）は、中途障害者である脊髄損傷者の自己像の捉え方について、20名の脊髄損傷者を対象に面接調査を行った。その結果、脊髄損傷者の自己像は①障害のある人としての自分、②生きるための基盤、③障害のある人と社会、④障害者イメージの4つのカテゴリーが見出された。また、健常者として生きてきた自分が障害者となったということが自己像に影響を与えており、中途障害者には自分と同じ立場で理解し打ち解けやすい障害者社会と、自分が受傷前に属して

いて今も属している社会全体という2つの社会が存在し、前者は心の拠り所として、後者は目標達成の場として使い分けられていると述べている。金の研究は中途障害者が自己像を捉える際に、社会全体の中で障害のある自分を捉えていることを強調している。近年のバリアフリー化にともない、障害者の社会参加は以前より増してきている。そのため、今後、坂本ら（2002）や南雲（2002）が述べた同じ脊髄損傷者同士の関わり的重要性や、金（1999）にみられるように、社会の中で障害者として生きることの心理面への影響といった視点での研究がより求められるのではないだろうか。

## 6. 脊髄損傷者への臨床心理学的援助

脊髄損傷者への臨床心理学的援助に関しては、我が国では、蕪木ら（1980）、前田（1991）、高橋（2000）らの報告が見られる。蕪木らは、入院中の脊髄損傷者10名に対して交流分析的アプローチ、行動療法的な日常生活内の訓練、自律訓練法の指導などを含めた面接により、心理的アプローチを行った。蕪木らは、障害受容が「障害者が障害のあるがままの生き甲斐を受容することでもある」と述べ、動機付けの目標として価値観の転換や要求水準の引き下げを治療側が掲げても、治療抵抗の出現が見られるとしている。ここで治療者に向けられる攻撃性を、「治療者の強い対応力に体当たりしている間に患者は次第に自己の攻撃性を昇華」し、治療者という強力な対象に向かって抵抗、依存、攻撃をくりかえし行ううちに、患者の自我の中には自ら障害受容への展開が行われ、愁訴に対する固着も消えていくのではないかと述べられている。

また、前田（1991）は、脊髄損傷者への心理臨床の実際として、機能喪失の嘆きに対する聴き役、効果的カタルシスへの援助、自己状態に対する客観的視点の促進、治療環境に対する不満の代弁と調整を挙げている。また、最近の脊髄損傷者への医療的対応が、医療の進歩に伴い、3ヶ月から6ヶ月の短期間で終了することが可能になってきている。しかし、それによって障害を受けた脊髄損傷者の精神的自立の速度が、医療対応の速度に追いつけない実状があり、精神的対応の遅れが指摘されており、今後のカウンセリングの必要性とその充実が望まれるとしている。このことから、医療技術の進歩に伴い、医学的な治療の終了と脊髄損傷者が心理的に障害に適応するまでの期間に差が生じることが考えられ、これまでのように受傷早期である入院期のみ心理面へのケアだけでは不十分であると考えられる。今後、慢性期の脊髄損傷者にどのよ

うな臨床心理学的援助がなされるのかを明らかにすることも重要である。

## 7. 他の身体疾患患者への臨床心理学的援助

岸本(1999b)は癌治療において「心理療法は消極的に選択されており、心理学的な問題が生じない限り医学的な治療で十分とされてしまう」と述べているが、これは脊髄損傷者に対しても同様のことが言えるだろう。昨今、臨床心理士は活躍の場を広げ、精神科領域のみでなく、他の身体疾患患者への臨床心理学的援助も必要性が述べられている。こうした他の身体疾患患者に対する心理療法は、我が国においてもそれぞれの研究者により報告が積み重ねられている(例えば、小山, 1992; 中原, 1995, 1998, 2000, 2003; 阿部, 1995; 岸本, 1996, 1999a, 1999b)。こうした他の身体疾患患者への心理療法の研究は疾患や障害は異なるものの、脊髄損傷者同様、身体に起因する心理学的問題を抱えた者への心理療法として、脊髄損傷者への臨床心理学的援助を考える上でその差異や共通点を考えていくことは重要であると考えられる。

中原(1995, 1998, 2000, 2003)は、脳血管障害と悪性腫瘍という慢性身体疾患患者の「自己確認作業」について、「居場所感」のあり方を軸に明らかにしている。そのなかで、図2で示される慢性身体疾患患者の自己確認作業と心理的援助モデルを提示している。このモデルはおそらく、脊髄損傷者の臨床心理学的援助を考えた場合、特に入院期において有用な示唆が得られるのではないだろうか。そして、慢性身体疾患に罹患した人への心理的援助に関して、臨床心理学の専門家ができることは、not doing, but beingという人への扱い方の基本に立ち、治療者自身も「共にある」ことを自覚し、その個人にとって意味ある援助方策を腐心・模索することであり、そつと傍らに居続ける姿勢や、そのための関係性をつくることが重要であると述べている。さらに、「対岸の火事のような他者性で会うのではなく、自己の病として感じ、苦しむことも求められる」と、慢性身体疾患に向き合う治療者の姿勢そのものについて言及している。

また、岸本(1996, 1999a, 1999b)の一連の報告は癌患者への心理療法やその語りに注目したものであり、その見解には脊髄損傷者への心理療法に対する示唆を多々含んでいるように思われる。岸本は癌患者の語りには、現実的水準、物語的水準、創造的水準、無意識的身体心像の四層が区別されることを提唱した。そして、語り水準の背後には意識水準の変化

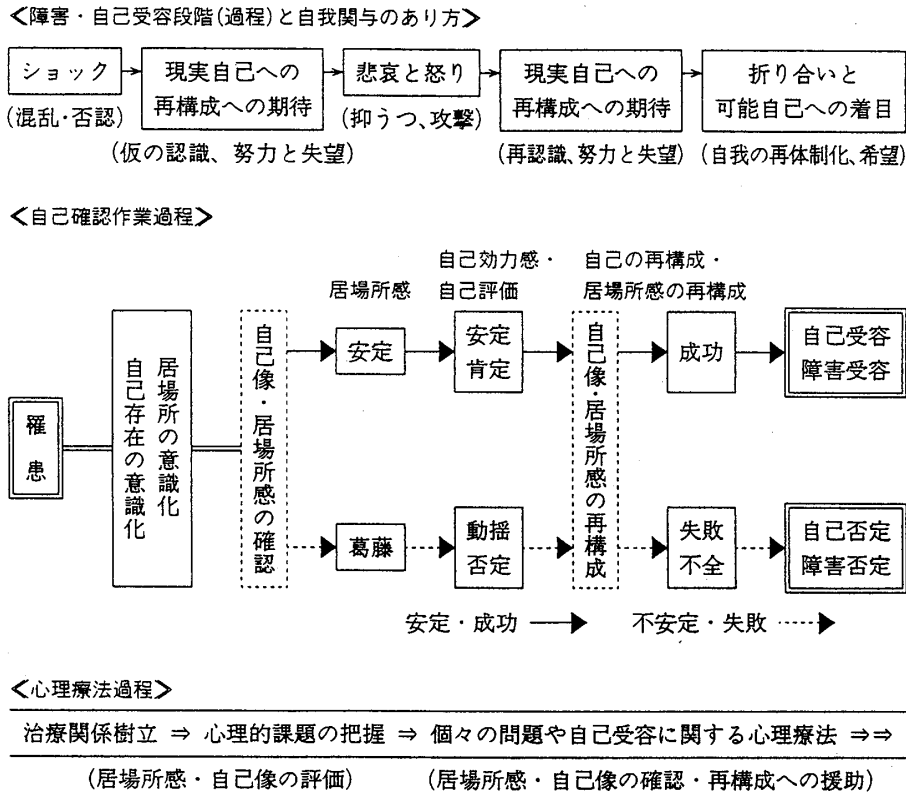
があるとし、無意識的身体心像は、患者の意識水準の変化を垣間見せてくれるのであり、治療者が無意識的身体心像の背後にある意識水準の変化を体験的に知ることが必要であると述べている。また、そのためには、治療者自身の意識の水準が問題とされており、このように岸本も中原と同様、癌患者と向き合う治療者自身の姿勢を問い直している。ここで岸本は、治療者の姿勢として、高所からの観察に終始してしまうのではなく、患者のいる世界に降りていくことの必要性に触れている。さらに、FreudやJungの心理学が心の深みを発見してきたものの、身体疾患が心に及ぼす影響については、依然として(表層)意識のレベルで捉えられているに過ぎないことを指摘している。

こうした治療者の姿勢への指摘は、今後の脊髄損傷者への臨床心理学的援助の方向性を示しているように思われる。これまでの研究が、どこか遠巻きに脊髄損傷者を観察しており、例えば段階理論に向けられた、患者を段階に当てはめていくだけになってしまおうという批判は、その後興隆している抑うつ研究に姿を変えただけであり、脊髄損傷者の心を同じように観察しているにすぎない。もちろん、こうした客観的研究はそれぞれ重要であり、その意義を否定しているわけではない。しかし臨床心理学的援助を考えた場合、これまでの研究は、質的な側面をとらえようとしているものでさえ、結局は表面的な理解にとどまっており、脊髄損傷者が抱える苦しみや悩みに十分には寄り添えていなかったのではないだろうか。今一度、脊髄損傷者と関わる者が自身の姿勢を問い直したうえで、今後、臨床心理学の専門家としての具体的な援助のあり方を提示し、脊髄損傷者への臨床心理学的援助のモデルを構築していくことが大切であると考えられる。

## 8. おわりに

これまで脊髄損傷者の心理面に関しては、障害受容という概念を中心に、価値変換論、段階理論、抑うつ研究と様々な研究が行われてきた。また、これまでの研究は主に、受傷から初期の段階である入院期やリハビリテーション期における心理的な適応を対象としたものであった。しかし、脊髄損傷者の障害受容は退院し、社会復帰をした後にも続く、長期的な問題である。また、現在の医療技術の進歩に伴い、治療期間が短縮される傾向があり、治療期間と心理的な適応に差が生じてくることが懸念される。今後、より長期的な視点で脊髄損傷者の障害受容を捉えていくことが重要であると考えられる。

また、脊髄損傷者への臨床心理学的援助には、他の



注) 障害・自己受容段階(過程)には反復もあり得る

図2 慢性身体疾患患者の自己確認作業と心理的援助モデル(中原, 2003)

身体疾患患者への心理療法のモデルが多くの示唆を含んでいると考えられる。これまでの研究は対象と距離を置き、客観的・観察的な姿勢でなされてきた。しかし、臨床心理学的援助を行う場合、こうした表面的な理解にとどまらず、脊髄損傷者の心にしっかりと寄り添っていくことが重要である。脊髄損傷者への臨床心理学的援助を行う者の姿勢そのものを問い直し、今後の援助モデルを作成することが望まれる。

### 引用文献

阿部順子(1995)ある脳外傷者の障害受容過程—自己イメージの変化を通して—心理臨床学研究, 13(3), 266-275.

Berger, S. & Garrett, J. (1952) Psychological Problems of the Paraplegic Patient. *Journal of Rehabilitation*, 18(5), 15-17.

Cohn, N. (1961) Understanding the process of adjustment to disability. *The Journal of Rehabilitation*, 27, 16-19.

Dembo, T. leviton, G. L. & Wright, BA. (1956) Adjustment to misfortune - A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, 3, 4-62.

Elliott, T. R. & Frank, R. G. (1996) Depression Following Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77, 816-823.

Fink, S. L. (1967) Crisis and Motivation: A Theoretical Model. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 48, 592-597.

Frank, R. G., Van Valin, P. H. & Elliott, T. R. (1987) Adjustment to Spinal Cord Injury: A Review of Empirical and Nonempirical Studies. *Journal of Rehabilitation*, 53(4), 43-48.

Fuhrer, M. J., Rintala, D. H., Hart, K. A., Clearman, R., & Young, M. E. (1993) Depressive symptomatology in persons with spinal cord injury who reside in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 255-560.

古牧節子(1977)障害受容の過程と援助法—理学療法と作業療法, 11(10), 721-726.

古牧節子(1986)リハビリテーション過程における心理的援助—総合リハビリテーション, 14(9), 719-723.

Guttmann, L. (1945) New hope for spinal cord sufferers. *Medical Times*, November, 318-326.

Grayson, M. (1951) Concepts of "acceptance" in physical rehabilitation. *The Journal of the American Medical Association*, 145, 893-896.

橋倉一裕(1972)脊髄損傷その他の対麻痺—今井銀四郎編—リハビリテーション医学全書16, 289.

博田節夫(1973)脊髄損傷患者の心理的社会的適応性手術, 27, 1112-1116.

Hohmann, G. W. (1975) Psychological aspects of treatment and rehabilitation of the spinal cord injured person. *Clinical Orthopedics and Related*

- Research*, 112, 81-88.
- 本田哲三 (1988) 脊髄損傷患者のリハビリテーションプログラムと障害の自覚過程について リハビリテーション医学, 25 (1), 43-49.
- 本田哲三・南雲直二 (1992) 障害の「受容過程」について 総合リハビリテーション, 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る総合リハビリテーション, 22 (10), 819-823.
- Howell, T., Fullerton, D. T., Harvey, R. F. & Klein, M. (1981) Depression in spinal cord injured patients. *Paraplegia*, 19, 284-288.
- Judd, F. K., Stone, J., Webber, J. E., Brown, D. J., & Burrows, G. D. (1989) Depression following spinal cord injury. : A prospective in-patient study. *British Journal of Psychiatry*, 154, 668-671.
- 蕪木初枝・満足駿一・柴崎啓一・大谷清・野町昭 (1980) 脊髄麻痺患者における障害受容の過程にみた精神身体症状について 総合リハビリテーション, 8 (5), 373-379.
- Keany, K. C. M-H, & Glueckauf, R. L. (1993) Disability and Value Changes : An Overview and Reanalysis of Acceptance of Loss Theory. *Rehabilitation Psychology*, 38 (3), 199-210.
- Kelly, K. C.M-H. & Glueckauf, R. L. (1993) Disability and Value Change: An Overview and Reanalysis if Acceptance of Loss Theory. *Rehabilitation Psychology*, 38 (3), 199-210.
- 金蘭姫 (1997) 脊髄損傷者の心理的問題と適応ーリハビリテーション心理学の展望ー 東京大学大学院教育学研究科紀要, 37, 177-183.
- 金蘭姫 (1999) 中途障害者の自己像 東京大学大学院教育学研究科紀要, 39, 265-273.
- 岸本寛史 (1996) 悪性腫瘍患者の語り 心理臨床学研究, 14 (3), 269-278.
- 岸本寛史 (1999a) 無意識の身体心像と意識の水準 心理臨床学研究, 17 (5), 466-476.
- 岸本寛史 (1999b) 癌と心理療法 誠信書房
- 小嶋由香 (2002) 脊髄損傷者の障害受容過程ー受傷時の発達段階との関連からー 広島大学教育学研究科修士論文, 未刊行.
- 小嶋由香 (2004) 脊髄損傷者の障害受容過程ー受傷時の発達段階との関連からー 心理臨床学研究, 22 (4), 417-428.
- 小山充道 (1992) 脳障害者の心理療法ー病識回復の試み 北海道大学図書刊行会
- Linkowski, D. C. (1971) A scale to measure of disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 14, 236-244.
- MacDonald, M. R., Nieison, W. R., & Cameron, M. G. P. (1987) Depression and activity patterns of spinal core injured person: Living in the community. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 68, 339-343.
- 前田小三郎 (1985) 脊髄損傷者における夢の中の身体像と障害受容過程, 早稲田心理学年報, 17, 15-20.
- 前田小三郎 (1991) 脊髄損傷 小杉正太郎・長田久雄編著 リハビリテーションと心理臨床ー心理学的援助の実際とそのプロセス IV, 131-156.
- Mueller, A. D., & Thompson, C. E. (1950) Psychological aspects of the problems in spinal cord injuries. *Occupational Therapy and Rehabilitation*, 29, 86-95.
- 永井昌夫・大村実・岩坪奇子・米谷俊朗・小原義夫 (1973) 療養施設入所中の脊髄損傷患者の精神心理的機制に関する研究 医療, 27 (8), 672-678.
- 南雲直二 (1994) 脊髄損傷者の障害受容ーstage theory再考ー 総合リハビリテーション, 22 (10), 832-836.
- 南雲直二 (1998) 障害受容 [意味論からの問い] 荘道社
- 南雲直二 (1999) リハビリテーション医療期における外傷性脊髄損傷患者のうつ状態 総合リハビリテーション, 27 (8), 763-768.
- 南雲直二 (2000) 在宅脊髄損傷者における軽傷慢性うつ状態とその関連要因の検討 心理学研究, 71 (3), 205-210.
- 南雲直二 (2002) 社会受容 [障害受容の本質] 荘道社
- 中原陸美 (1995) 病める体に苦悩する人間への援助的接近についてー高齢者の障害受容のありようからー 心理臨床学研究, 12 (4), 222-332.
- 中原陸美 (1998) 中高年脳卒中患者の障害受容と援助ーリハビリ意欲と居場所との関係に着目してー 心理臨床学研究, 15 (6), 635-646.
- 中原陸美 (2000) 外科領域での末期癌患者への心理療法的接近の試みーコラージュ・ボックス法を導入した2事例を中心にー 心理臨床学研究, 18 (5), 433-444.
- 中原陸美 (2003) 病体と居場所感ー脳卒中・がんを抱える人を中心に 創元社
- 中司利一 (1975) 心理テスト (3) 総合リハビリテーション, 3 (6), 497-502.
- 坂本雅代・前田智子 (2002) 脊髄損傷者の受傷による苦悩から立ち直りに向け意識が変化する要因 看護研究, 35 (5), 439-449.
- Siller, J. (1969) Psychological situation ob disabled with spinal cord injury. *Rehabilitation literature*, 38, 290-296.
- 四ノ宮美恵子 (1996) 脊髄損傷者の心理 初山泰弘・二瓶隆一編 リハビリテーション医学講座第12巻 第8章, 127-135.
- 高橋玖美子 (2000) 中途障害者の心理療法 渡辺俊之・本田哲三編 リハビリテーション患者の心理とケア, 227-235.
- Tucler, S. J. (1980) The Psychology of spinal cord injury : Patient-staff interaction. *Rehabilitation Literature*, 41, 114-121, 160.
- 上田敏 (1980) 障害の受容 総合リハビリテーション, 8, 515-521.
- Weller, D. J. & Miller, P. M. (1977) Emotional reactions of patient, family, and staff in acute care period of spinal cord injury: Part I. *Social Work for Health Care*, 2, 369-377.
- Wright, B. A. (1960) Physical DisabilityーA Psychological Approach. Harper & Row.

(主任指導教員 岡本祐子)