

脊髄損傷者の心理的問題と適応

——リハビリテーション心理学の展望——

教育心理学コース 金 蘭 姫

The Psychological Problems and Adaptation of Persons with Spinal Cord Injuries
: A Prospect from Rehabilitation Psychology

Ranhee KIM

Psychologists have stressed the importance of looking at psychological factors in adjustment to traumatic physical disability. Spinal cord injury (SCI) is a severe traumatic disability that occurs suddenly and affects both sensory and motor function. A number of rehabilitation psychology research has been performed about the psychological issues and the adaptation of disability following SCI during the past decade. Recently researches suggested the importance of social support and its relationship to outcomes for persons with disabilities and further study of this area. Therefore, this article reviewed about important psychological researches of SCI from initial stage model and four value change to recent rehabilitation psychological studies. And this review suggests that social support and social interaction are important aspects in the psychological adaptation and the rehabilitation following SCI and that further study in this concern is necessary.

目 次

- I. 脊髄損傷者の受傷後の心理的問題と適応
- II. 脊髄損傷者の心理的な問題と障害受容及び適応に関する諸研究
 - A. 脊髄損傷における心理的反応と適応
 - B. 障害の受容と障害適応尺度
 - C. 障害者達と社会との関わり
- III. まとめ

I. 脊髄損傷者の受傷後の心理的問題と適応

脊髄損傷 (spinal cord injury) は、一般に脊髄に外傷を受けた結果で起こる。またそのほとんどの例で、ちょっと前まではまったく健康で活発であった人に生じている (Phillips, Axelson, & Chizeck, 1987)。日本の脊髄損傷疫学調査 (1990年から1992年まで) で、新宮 (1995) は、脊髄損傷の発生頻度は人口百万人あたり年間40.2人であり、その原因は、交通事故(43.7%)、高所からの転落 (28.9%)、転倒 (12.9%)、物体による打撲・下敷

(5.5%)、スポーツ損傷 (5.4%)、自殺企図による高所からの飛降り自損行為 (1.7%)、その他 (1.9%) であると報告している。

脊髄損傷とは、その当事者において、癌、脳卒中などと同じく不意、また不測の危機である。このような特徴から脊髄損傷者はリハビリ心理学だけではなく、癌患者と共に「不測のできことに対する人間の反応と適応」に関心のある、社会心理学などの研究対象ともなっている (Bulman & Wortman, 1977)。このように脊髄損傷は多方面から注目されつつあるが、その特徴は一過性のことに局限する問題ではないということである。それは、脊髄損傷自体の医学的危機から回復し、命に直接的にかかわる問題が解決されてからでも、身体的障害が一生残ることから生ずる。さらに、彼らのような中途障害者の場合には、同じく障害を持っているとしても生まれてからの障害者とは違う、別の問題がある。それは、彼らの障害というものが、今まで旨く機能してきた身体的能力、それも足で歩く、手で触ったり持つ、排泄するなどの、ほとんどの人間が1才-2才の間獲得してあまり意識しないまま当たり前のように使ってきた機能の損失による

ものであることから起因する。また、受傷直後の彼らの身体的機能は、1才以下の乳児とそれほど大きな差はない。このような身体機能の損失によって、特に成人してから損傷をうけた人達は、精神的な能力と身体的能力のギャップ、また受傷前後の身体能力のギャップ、さらに、それによる社会的な能力の損失による受傷前後のギャップなど、彼らの中に様々な葛藤が生じる。

脊髄損傷者の持っている多様な問題、特に脊髄損傷による直接的機能損失の問題は、医学及び関連分野の発展により、多く改善され、脊髄損傷後の平均寿命が30年に延長された。最近になっては、脊髄損傷の直接的影響による、大きな死亡原因であった腎臓の疾病は、すでにその原因ではなくなっている。しかし、そのかわりに死亡の原因として、心血管、呼吸器と自殺が、問題になっている。ほかにもアルコール中毒などが、注目の対象になっている (Krause, 1991)。これらは、身体的機能の損失による直接的影響というよりは、むしろ心理的・精神的困難とそれによる不適応によるといえる。この問題は、脊髄損傷者にとっては、1950年代以降ずっと強調されてきたテーマでもあるが、現在においても、心理的安定と長期的適応が重要なテーマであることが窺われよう。

しかも、脊髄損傷者の心理的安定と適応というのは、彼ら個人だけの問題ではなくなってきた。脊髄損傷者の最終的リハビリテーション (Rehabilitation, 以下リハビリ) は、彼らの受傷前に属していた社会への復帰であると言える。もし、完全な復帰ができなくても、彼らには、それに準じる活動の場が必要である。それには、結局脊髄損傷者と社会との繋がりが必要になると同時に適切な関係形成と、相互間の理解と適応が要求される。このことは、脊髄損傷者、または彼らの家族そして彼らのリハビリに携わっている専門家だけの努力や教育で成り立つことではない。社会の中の一般の人々皆の問題でもある。したがって、脊髄損傷者の脊髄損傷への適応と彼らが障害と共に生きていくには、脊髄損傷による身体的障害と健康上の危機へのアプローチだけではなく、財政、家族、職業などを含む心理・社会的問題への積極的アプローチが要求されると思われる。

ここで、本論文では、脊髄損傷による心理的問題と適応に関する諸研究論文をレビューし、最近の脊髄損傷に関するリハビリテーション心理学 (Rehabilitation Psychology) の研究の動向、特に脊髄損傷者の社会との関わりを中心に示す。最後に、障害だけではなく、ハンディキャップを負っている脊髄損傷者をはじめとする中途障害者の自己自身の障害への適応と社会へのリハビリという観点から今後のこの分野の研究の方向付けを検討す

る。

II. 脊髄損傷者の心理的な問題と障害受容及び適応に関する諸研究

中途障害者、特に脊髄損傷者のリハビリは、1945年以降、アメリカで多く研究されるようになった。その背景には、第二次世界大戦後、脊髄損傷帰還兵の社会復帰などの社会的問題発生とそれへの対処が必要になったことがある。そのような背景から、まずリハビリ医学の分野から大きく発展した。しかし、リハビリ医学に比べ、1950年頃まで中途障害者の社会的適応、あるいは心理的適応という問題は、その効果が明確でないことと即時的危険がないということで、その注目度が低かった。

ところが、1952年 Berger と Garrett は、脊髄損傷者の心理的適応に関する研究の必要性を強調した。この時期から心理学でも脊髄損傷者を対象に多くの研究が行われるようになった。また、最近では、脊髄損傷者の死亡原因と心理的適応との関わりについての関心が高くなっている。それは、脊髄損傷による医学的病気あるいは合併症による死亡率は減少したが、一方では、アルコールによる肝臓損傷と自殺による死亡率が増加した (Geisler, 1983, Krause, 1991から引用) ことからである。さらに、医学及び脊髄損傷者に対するリハビリ治療の発展により脊髄損傷者の生に対する期待は増加したが、その反面脊髄損傷者の死亡の原因の中で、事前に防止できた、あるいは心理的に関係のある原因による死亡率が増加した (Geisler, Jousse, Wynne-Jones, & Breithaupt, 1983, Krause, 1991から引用) という研究結果が出されている。そのような研究からも、脊髄損傷者の心理的適応の問題は長期的に重要であることが示されるようになったといえる。

A. 脊髄損傷における心理的反応と適応

1950年代初期頃から Berger と Garrett (1952) が指摘したように、リハビリ現場から心理的適応の重要性が強調され、研究されるようになった。この時期、この分野の研究の中心は、リハビリ現場であるリハビリセンターや病院のリハビリ臨床心理学者によって大に行われた (Frank, Van Valin, & Elliot, 1987)。この時期から1980年代まで行われた研究の結果の中で、特に、段階モデルは、今も脊髄損傷者の障害への適応を記述する時、特にリハビリ現場で多く引用される概念である。

段階モデルでは、脊髄損傷後の適応における心理的反応は一定の持続的段階を経ると主張された (Buckelew, Baumstark, Frank, & Hewett, 1990)。その段階の中に

は、最初のショック、障害に対する否定と拒否、障害の認識による抑うつ、挫折、そして障害の受容と適応という心理的な反応がある。このような心理的反応の中で、臨床心理学者が、特に強調したのは抑うつである。多くの臨床心理学者は臨床の経験の中で、損傷を受けた人が抑うつ反応を示さないのは、自分の障害を否定する心理的メカニズムがあるためであると説明した。したがって、そのような状態の下では障害の受容と適切なリハビリができなくなるにより、よい適応がむずかしくなると主張された (Nagler, 1950; Mueller, 1962; Siller, 1969; O'Connor & Leitner, 1971; Burham & Werner, 1979; Pepper, 1977; Weller & Miller, 1977; Guttman, 1976; Mueller & Thompson, 1950; Litin, 1957; Rigoni, 1977; Peter, 1975; Hohman & Stewart, 1977; Stewart, 1977; Tucker, 1980等で、分類は Frank, Van Valin, & Elliott の論文から参照)。このような理由から、臨床心理学者は、抑うつという反応が、その後のよりよい適応における、重要な情緒的反応であることを指摘した。また、臨床現場の実践でも、脊髄損傷患者のリハビリの過程の中で、この段階モデルに従い、段階を順に経験させ、適応させて行くことを治療あるいは心理的介入の目標としてきた。しかし、このような段階モデルへの盲信によって、脊髄損傷後の心理的苦痛及び抑うつは正常的反応と見なされ、場合によってはわざと患者の中から正常的哀悼の過程を引き起こそうと試みる動きも生じた (Buckelew, Baumstark, Frank, & Hewett, 1990)。このような盲信は段階モデルを提示した多くの研究においての方法論的弱点とともに、1980年代以降批判の対象にされた (Frank, VanValin & Elliott, 1987)。

このような記述的な研究の非実験性を批判しながら、記述的研究の理論モデルを実験的に検証する研究が、80年代以降の脊髄損傷者を対象にする研究の多くを占めている。その中でも、特に抑うつが主な実験の対象となっている。その結果、抑うつの不在が必ずしも否認と必然の不適応的な心理適応の暗示ではないし、脊髄損傷者の障害に対する反応の抑うつが必ずしも良い適応を予測させるものでもないことが報告された。また、抑うつ経験がない方がかえって良い適応が出来たという結果も報告された (Dunn, 1970; Dinardo, 1972; Lawson, 1978; Klas, 1970; Nalec & Niemegeer, 1983, などで、Frank, VanValin, & Elliott の論文から参照)。

このように段階モデルでの抑うつの必然性の主張は、実験的・客観的には支持されなかった。しかし、脊髄損傷後の抑うつの発生自体が否定されたわけではない。脊髄損傷者のような慢性的に医学的問題をもっている人達

を対象にした研究で、抑うつの発生が多く報告されているのである (Frank, Kashani, Wonderlich, Lising, & Visot, 1985 / Kashani, Frank, Wonderlich, & Reid, 1983 / Romano & Turner, 1985 / Frank & Beck, 1988 / Elliott, Herrick, Witty, Godshall, & Spruell, 1992から引用)。また、この抑うつの出現は多くの個人的・環境的変数によっても影響を受ける。したがって、脊髄損傷と抑うつとの関係においては、このような実験的証拠から抑うつと関係のある個人差、環境的特徴と生理的変数に関するもっと臨床的で理論的評価が要求される (Elliott & Frank, 1996) のである。

ところが、抑うつと脊髄損傷者との関係で、脊髄損傷による抑うつとソーシャルサポート (social support) とは密接なかかわりがあることが明らかになっている。脊髄損傷者は、多方面で他人の助けを必要とする。したがって、脊髄損傷者と彼らの接している他人とは、1対1の関係もあるが、被援助者と援助者の関係になる場合も多い。脊髄損傷者の付き合いは、家族成員、リハビリ専門家や友人、職場関係の人など、付き合う相手も、その付き合い方も様々である。Elliott, Herrick, Witty, Godshall と Spruell (1992) は、脊髄損傷者を対象に様々な社会的付き合いと抑うつ行動との関わりを評価した。Elliottら (1992) は、ソーシャルサポートが、損傷後経過した時間と個人的及び医学的変数以上に、抑うつ行動に関して有意な予測を可能にすると仮定した。そこで、彼らは、社会的関係類型を分類し、それに伴うソーシャルサポートと抑うつ行動との関係を調べた。その結果、社会的関係類型が違えば、抑うつ行動に与える影響も異なることが示された。特に、脊髄損傷者にとって、職業環境内の付き合いが適応と仕事の関係を決めるにおいて決定的な要素となることを示した。しかし、抑うつ行動を起こす障害者は、彼らの同僚から拒否あるいは回避され、また評価を下げられる傾向が強く (Elliott, MaeNair, Herrick, Yoder, & Byrne 1991, Elliottら, 1992から引用)、したがって、慢性的抑うつ症状のある障害者は、他人と付き合いが長く続かないし、社会としても障害者への適切なソーシャルサポートがしにくくなっている。また、このような傾向がソーシャルサポートと抑うつの関係を混乱させていると指摘した (Elliottら, 1992)。

このように、脊髄損傷者を対象にする研究の中、多く取り上げられている抑うつであるが、多くの問題点も抱えている。ElliottとFrank (1996) は、脊髄損傷による抑うつの諸研究のレビューで、抑うつ研究を難しくする方法論的問題として次の点を取り上げている。第一は、診断の基準が不明確であるか、または一律でない。第二

は、抑うつdepressionの定義が不正確でかつ曖昧である。第三は、抑うつdepressionの測定が正確でない。第四は、脊髄損傷後の抑うつdepressionに関する適切で実験可能な理論的アプローチが足りない。第五は、脊髄損傷者の抑うつdepressionの発端、過程、解決と治療に関する正しくて長期的な研究が足りない。

最近、抑うつdepressionまたは心理的苦痛psychological distressの他に、悲劇的tragic疾病や損傷に対する対処戦略 coping strategiesの役割に多くの関心が寄せられている (Buckelew, Baumstark, Frank, & Hewett, 1990)。それは、段階モデルに基づく諸研究において抑うつdepressionの概念がリハビリチームに過大評価されてきたことへの批判として現れたと思われる。例えば、Frank, Umlauf, Wonderlich, Ashkanazi, Buckelew と Elliott (1987) は、脊髄損傷後の適応過程で、健康管理態度と対処戦略によって、脊髄損傷者が二つのサブグループに分けられることを示した。それから、彼らが自然にとる対処戦略をもっと理解すべきであると指摘した。Buckelew ら (1990) は、脊髄損傷後の心理的適応とそれに関連した特定の対処戦略に関する研究で、次のように報告した。まず、対処戦略は心理的適応において重要である。それから心理的苦痛psychological painの高い被験者の方が、低い方より希望を寄せた幻想と感情的表現を示し、自責する。また、脅威を最小限化する対処戦略を使う。この自責は、心理的苦痛と正で最も高い相関の対処戦略であって適応的ではない。しかし、Bulman と Wortman (1977) は、対処戦略として自責を使った被験者が正の適応を示したと報告している。この相反する結果について Buckelew ら (1990) は、Bulman らの研究では、看護婦やソーシャルワーカーなどのスタッフによる評価であって、抑うつdepressionに関して過大評価の傾向があったことを指摘したが、方法論の差で直接比較は難しいと述べている。結果的に、Buckelew ら (1990) は、自分らの研究のサンプルでは感情的表現と自責が適応的戦略ではないことと、認知的再構成戦略を強調し、危険を最小化し、そして不運な事件を再設定するリハビリの努力が、脊髄損傷後の初期適応において重要であることを示唆した。また、損傷後の時間経過並びに年齢、診断は心理的苦痛と関係はなかったが、損傷と関わる要因と対処戦略間には相互作用があったと述べた。さらに Buckelew ら (1990) は、対処戦略と心理的苦痛間の相関はあったが、因果関係の方向の特定はできなく、したがって、両変数間の関係は両方向であるという見解を示した。それから、今後は、縦断的研究と人種間差また性差の研究が必要であると提案している。

脊髄損傷者の適応に関する研究方法のもう一つは、脊髄損傷後生存している脊髄損傷者を対象にする追跡研究である。これは、脊髄損傷者の心理的要因または不適応

によると見られる死亡率の増加に基づいていると思われる。Krause と Crewe (1987) と、Krause (1991) は、死亡率の最も一貫性のある予測因子を推測するため、受傷後11年及び15年経った年に追跡研究を行った。その結果は、第一に、多くの死亡した研究対象者は、生前に多くの慢性的不適応を見せた。第二に、死亡グループと生存グループ間で、最も大きな差を見せたのは、社会・職業活動と心理的適応であった。死亡グループの場合は、心理的に満足度が低く、自らの適応をもっと低く評価した。また、医学的には、もっと入院の頻度が多くて、入院日数も長かった。社会・職業の面では、活動量が低下して、職と財政的にも不安定であった。このような結果に基づいて、リハビリのために次のように示した。それは、第一に、生存を有意に予測した多くの変数は、一般的に「人生の質」を反映することで、人生の質とその長さは、脊髄損傷後において密接な関係がある。第二に、リハビリのプログラムの中では、実験的に立証はできなくても、適応の悪いケースにおいては積極的介入の努力によって死亡率の減少あるいは医学的問題発生medical complicationsの抑制の効率が上がることが、証明できる。第三に、死亡するまで15年間も不適応が続いたことから、リハビリ専門家の長期的介入が必要である。第四に、しかし、このような差は、平均的な差で各個人の差ではないことで、その適応と死亡との関係は一律でなく、したがって、リハビリ専門家は、生存可能性の評価において各ケースの特異性を考慮すべきである。

B. 障害の受容と障害適応尺度

人は環境の中で生きている。それは刻々変化するので、人は生きて行くために環境に応じ行動をする。これが適応 (adjustment, adaptation) である。すなわち、適応は個人と環境の間に調和のある満足すべき関係が保たれている状態である (新版心理学事典, p.604)。しかし、人生の中でこの状態が常に保たれるわけではない。特に急で不測なできごとによって調和が崩れることもある。その時、人はショックを受ける。脊髄損傷は、このようなできごとの一つである。それから損傷後の新しい条件や環境に応じて行動することで調和を取り戻そうとする働きが、障害への適応といえる。また、このような適応は、障害を負った人が自分の障害を受容することによって達成されると見なされてきた。したがって、リハビリ現場で、リハビリ治療または教育目標は障害の受容である。そして、リハビリ現場では、治療および教育の結果が判断できる適切な評価を必要とする。したがって、多くのリハビリ関係の研究では、適応及び受容度の測定のため

の尺度の開発を試みてきたのである (Keany & Glueckauf, 1993)。

このような研究の基盤になるのが, Dembo, Leviton と Wright (1956), および Wright (1960, 1983) の損失の受容 (acceptance of loss) と 4 価値転換説 (4 value changes) である (Keany & Glueckauf, 1993)。Dembo ら (1956) は, 受容の問題を「損失の受容」で説明した。ここで, 損失とは, 不幸として経験される, 何か価値のあるものの不在を意味する。また, 受容は, 損失した価値の評価をさげないで, ありのまま認めることを意味する (Wright, 1983)。

Wright (1983) は, Dembo の価値体系の転換分析を発展させ障害受容のための 4 価値転換説を提示した。4 価値転換とは, ①価値の範囲の拡大 ②他の価値と比べて身体的価値の順位下げ ③障害効果の制限 ④比較一地位価値から本質的価値への移動, である (Wright, 1983)。すなわち, 障害の受容は, ここに示した 4 価値転換ができて可能になるとされる。

Linkowski (1971) は, この価値転換の概念を基に障害受容尺度を作成した。また, この尺度は, 多くの脊髄損傷者の適応及び受容に関わる研究の道具として使われてきた。また, Wright 自身も, Linkowski の開発した障害受容尺度を使った研究結果を引用して, 適応は障害の受容すなわち価値転換と関係があることを示した (Wright, 1983)。このように多くのリハビリ関連研究で使われている価値転換説と障害受容尺度であるが, 根本的な問題を抱えている。それに関して, Keany と Glueckauf (1993) は次のように指摘している。それは, Dembo らの概念の定義に根本的制限があることと, Linkowski の障害受容尺度は価値転換説を基にして作られたのにもかかわらず, 障害受容尺度は 4 価値転換を体系的に測定していない, ということである。したがって, Keany らは Linkowski の障害受容尺度を使う研究, 特に障害受容理論を支持する時はその妥当性が問われると指摘した。また, Keany ら (1993) は, Dembo らが価値転換を障害による変化へ同和するための人間価値体系の再構成であると定義したにもかかわらず, 彼らはどのように再構成されるか, その対処する変化を十分に説明していないと指摘した。それで, Rokeach (1973) の階層的価値の定義を用いて, 受容は障害による全人生の変化へ同和するための道具的価値と最終的価値の再組織化であると定義し, それに基づいて Wright の価値転換の再構成を提案した。さらに, 彼らは, Dembo ら (1956) と Wright (1960, 1983) の研究は, 過去40年の間リハビリ心理学者の思考と実践を導いてきたのにもかかわらず, いまだに重要前

提の大部分がテストされていないことで, もっと強力な長期的研究が必要であることを指摘した。その際に Rokeach (1973) の階層的価値分析が有用であると提案している。

C. 障害者 (person with disability) と社会との関わり

障害というのは, 障害をもっている特定グループだけの特殊な問題ではない。だれでも障害者と何らかのかかわりを持つ可能性が高いので, 障害の問題は我ら自身の問題である (Wright, 1983)。障害をもったまま社会で生きていくことは, どういうことであるか。また, 障害者と一緒に暮らすことは, どういうことであるか。人間は社会的動物であるからこそ, このことは重要であるし, お互いに相手への適応と相手の受容が必要であると思われる。したがって, 障害者自身の障害受容, 適応などだけではなく, 社会が障害者をどう見て, どのようなイメージをもっているのかも障害者に, また互いの相互作用にも影響を与えらると思われる。

このような社会との関わりについては次のような研究がある。障害のない大学生は, 障害のある同僚と一緒にいる方が健康な同僚と一緒にいる方より居心地がよくないと報告している (Fichten, Robillard, Judd, & Amsel, 1989)。この負の感情は, 障害のない人達のもっている障害者に対するステレオタイプ—障害者は一般的に身体的苦痛に没頭しているせいで抑うつになる (Wright, 1983)—によって形成される。この負の社会的反応は, 特に, 彼らが接した, あるいは接する障害者がステレオタイプと同じ行動を示したら, もっと表れるとの結果が得られている (Shurka, Siller, & Dvonch, 1982, / Elliott, MacNair, Yoder, & Byrne, 1991から引用)。このような点を考慮すると, 抑うつと身体的障害は, 障害のある人とならない人との人間関係にどのような影響を与えるのかという問題が発生する。それに関する研究の中で, 抑うつを示さない障害者に対しては, 負の感情は認められなかった。また, 障害のない参加者は社会的に適切な行動をする障害者に正の評価を与えた (Elliott ら, 1991)。それで, Elliott らは, 障害のない人達が身体的外貌だけで障害者に対する否定的あるいは肯定的思考をすることではないとの見解を示した。さらに, Elliott らの研究に参加した障害のない学生は, 障害の有無に関係なく抑うつを示す相手には不安定な感情を示した。特に, その人との接触が予測される時に, 強い不安定な感情を示した。したがって, 彼らは, 障害者に対するステレオタイプの態度は, 抑うつのある障害者にくだす否定的評価からくると指摘した。偏見があつて, またそれが強化され, 負の感情を

呼ぶ、という悪循環によって、障害者達と障害のない人達とのかかわりを居心地の悪いものにするともいえるのである。このことは社会へ復帰しようとする中途障害者にとっては大きな障害になるであろう。

なお、一般の人達だけが、このような態度を示すことではない。それは、抑うつ行動をする障害者は、学生だけではなく、健康管理関係の専門家及び他の障害者達からも評価が切り下げられ、拒絶されるとの見解が見られる (Elliott, Yoder, & Umlauf / Frank & Elliott, 1986, Elliott ら, 1991から引用)。しかも、障害者と社会との関係では、ソーシャルサポートが障害者の人生への満足、また well-being と関係があるという研究結果も見られる (Schutz & Decker, 1985)。したがって、ソーシャルサポートがもっと必要な障害者にとっては、サポートを与えてくれる人達の態度、特に否定的イメージからくる態度や偏見は大きな問題になると思われる。

Riutala, Young, Hart, Clearman と Fuhrer (1992) は、Schutz と Decker (1985) の研究を拡張し、コミュニティの中で暮らしている脊髄損傷者の well-being とソーシャルサポートとの関係を検討している。その結果、全体的なソーシャルサポートは、人生の満足と身体的 well-being と有意な関係があるとの見解が得られた。サポートネットワークの中で、対人関係に対する高い満足度は、抑うつとは相関が弱く、人生の満足と強い相関があった。結果的にソーシャルサポートの量と質は、脊髄損傷者の心理的・身体的 well-being に影響を与えていることが明らかになった。より健康な障害者は、自らソーシャルサポートの機会を利用する。一般の人々は、健康で社会的に適切な行動をする人に肯定的評価をし (Elliott ら, 1991)、またそのような人に引かれてさらに一層支持的になる。このような結果は、より助けを必要とする抑うつなど心理的に不安定な脊髄損傷者らには逆に不利に作用すると思われる。つまり、サポートの提供者は正・負の両方に影響を与えることが示されたのである。

この他にも、社会の障害者に対する態度や見解は障害者自身の自己理解及び態度など自己概念にも影響を与える (Bat-Chava, 1993)。Bat-Chava (1993) の聾の人達を対象にした自尊心の研究では、聾であることだけでは、低い自尊心と有意な関係はないが、聾の人達が成長していく環境及び地域社会の聾に対する態度とそれを認めているか否かに影響を受けるという結果が示されている。

III. まとめ

今まで身体的に正常であった人が急なそして予測でき

ないできことによって身体的障害者になるのは、その人にとっては大きなショックであるし、心理的な危機である。また、乗り越えざるを得ない障害でもある。その危機を乗り越えて変化した自分と自分を取りまく環境にどう適応していくかと、それをどう手助けし、また、それにかかわって起こりうる様々なことを予測し、リハビリ治療及び教育の中でどう活かしていくのが、リハビリ研究の目標である。

そのような研究の中で段階モデルは、研究が始まった当初のリハビリ臨床現場から生まれた理論である。しかし、現在はそのモデルが研究方法論の面で立証されていないということが明らかとなり、1980年代以降多くの研究者から批判され、否定されている (Frank, Van Valin, & Elliott, 1987)。ただし、近年のリハビリ心理学研究は、段階モデルの実験的研究の試みから発展したものであり、その点では段階モデルも重要な役割を果たしたと思われる。例えば、抑うつ存在の将来の適応に与える影響に関する研究などがそれに相当する (Elliott & Frank, 1996)。

次に障害者研究の基礎的な役割をしてきたのは、Dembo ら (1957) と Wright (1960, 1983) の価値転換説と障害の受容の概念である (Keany & Glueckauf, 1993)。段階モデルと価値転換説の2つの概念は、どちらかという受傷初期の受傷した人、個人が中心であった。

しかし、障害への適応は、長期的で様々な要因によって変わるものである (Schulz & Decker, 1985)。また、医学リハビリの後には、社会への復帰が大きな課題になる。実際に医学リハビリを終えた脊髄損傷者の場合、社会の中で彼らを苦しめているのは、身体的障害による直接的問題より2次的なハンディキャップによるものが大きい (金, 1995)。このような事情は、医学の発展によって脊髄損傷による医学的トラブルは減少していることから、また、脊髄損傷者の死亡原因が腎臓感染によるケースは減って、自殺企図やアルコールによる合併症などのような心理的問題によるものが増えていることからもうかがえる (Krause, 1991)。

このようなことから、今後脊髄損傷者の適応というテーマは、社会と切り離してはうまく説明できないと思われる。また、社会の中には、障害者に対するステレオタイプの態度や偏見が存在することと、特に中途障害者の場合は、自分自身も受傷前までは量と質は様々であってもそのようなステレオタイプの偏見や神話をもっていたわけである (金, 1995)。このような経験が、中途障害者にとっては生まれ付きの障害者とはまた違う、障害のある自分を受け入れる社会に対する先入観をもたらし

いるとも考えられる。また、それは、中途障害者の受傷後の自己像の形成にも影響を与えると思われる。

したがって、今後の研究では、障害者とその人が属している社会の中で、お互いの関係を基礎にし、中途障害者の受傷後の心理的適応及び自己概念の形成に与える影響などを研究することが必要であると思われる。

その他にも脊髄損傷後様々な社会的ハンディキャップを負うようになって、リハビリ教育または治療を終えた多くの脊髄損傷者の損傷による課題が身体的障害より社会で生きていく時に起こるハンディキャップであると、報告されている(金, 1995)。このようなハンディキャップは社会との関わりの中で発生するもので、いくら個人が価値転換によって自分の障害を受容したとしても簡単に統制できるものではないと思われる。

(指導教官 下山晴彦助教授)

引用文献

- 金蘭姫 1995 中途障害者の自己像と適応—脊髄損傷者を対象に (東京大学大学院教育学研究科, 修士論文)
- 新宮彦助 1995 日本における脊髄損傷疫学調査 第3報 (1990—1992) 日本パラプレジア医学会雑誌 8 1 26-27。
- Bat-Chava, Y. (1993). Antecedents of Self-Esteem in Deaf People : A Meta-Analytic Review. *Rehabilitation Psychology*, 38, 4, 221-234.
- Berger, S., & Garrett, J. (1952) Psychological Problems of the Paraplegic Patient. *Journal of Rehabilitation*, 18, 5, 15-17.
- Buckelew, S.P., Baumstark, K.E., Frank, R.G., & Hewett, J.E. (1990). Adjustment Following Spinal Cord Injury *Rehabilitation Psychology*, 35, 2, 101-109.
- Bulman, R.J. & Wortman, C.B. (1977). Attributions of Blame and Coping in the "Real World" : Severe Accident Victims React to Their Lot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 5, 351-363.
- Elliott, T.R. & Frank, R.G (1996). Depression Following Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77, 816-823.
- Elliott, T.R., Herrick, S.M., Witty, T E., Godshall, F., & Spruell, N. (1992). Social Support & Depression Following Spial Cord Injury. *Rehabilitation Psychology*, 37, 1, 37-48.
- Elliott, T.R., MacNair, R.R., Yoder, B., & Byrne, C.A. (1991). Interpersonal Behavior Moderate "Kindness Norm" Effects on Cognitive & Affective Reactions to Physical Disability, *Rehabilitation Psychology*, 36, 1, 57-66.
- Fichten, C.S., Robillard, K., Judd, D, & Amsel, R (1989). College Students with Physical Disabilities : Myth & Realities. *Rehabilitation Psychology*, 34, 4, 243-257.
- 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.
- Frank, R.G. & Elliott, T R (1987). Life Stress and Psychological Adjustment Following Spinal Cord Injury. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 68, 344-347.
- Frank, R.G., Umlauf, R.L., Wonderlich, S.A., Askanazi, G.S., Buckelew, S.P., & Elliott, T.R. (1987) Differences in Coping-Styles Among Persons With Spinal Cord Injury. : A Cluster-Analytic Approach. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 55, 5, 727-731.
- Keany, K.C.M-H. & Glueckauf, R.L. (1993). Disability & Value Change : An Overview & Reanalysis of Acceptance of Loss Theory. *Rehabilitation Psychology*, 38, 3, 199-210.
- Krause, J.S. (1991). Survival Following Spial Cord Injury : A Fifteen-Year Prospective Study. *Rehabilitation Psychology*, 36, 2, 89-98.
- Phillips, L., Ozer, M.N., Axelson, P., & Chizeck, H. (1987). Spinal Cord Injury : A Guide for Patient and Family. Raven Press Books, Ltd., (緒方ハジメ監訳, 脊髄損傷 : 患者と家族の手引き, 医学書院)
- Rintala, D.H., Young, M.E., Hart, K.A., Clearman, R.R., & Fuhrer, M.J. (1992). Social Support & the Well-Being of Persons with Spinal Cord Injury Living in the Community. *Rehabilitation Psycholoty*, 37,3,155-163.
- Schulz, R. & Decker, S.(1985). Long-Term Adjustment to Physical Disability : The Role of Social Support, Perceived Control, and Self-Blame.*Journal of Personality and Social Psychology*, 48,5,1162-1172.
- Wright, B.A. (1983). Physical Disability-A Psychosocial Approach (2nd Ed.). Harper Collins Publishers.