

統合失調症における「障害受容」構造化の試み

なか がわ まさ とし
中 川 正 俊

〈要 旨〉

「障害受容」論の歴史を展望した上で、「障害受容」に進展をみたと思われる統合失調症の症例を提示した。また提示症例より「障害受容」の進展に着目した経過を抽出することで、「障害受容」には2つの異なる過程が存在することを明らかにした。さらに統合失調症における「障害受容」の困難性を、この2つの過程における〈乗り越え困難〉と捉え、2過程の相互関連性について論じた。

以上の論考を踏まえ、「障害受容」過程の概念図を作成し、統合失調症における新たな「障害受容」概念を提示した。

〈キーワード〉

統合失調症, 障害受容, 受容過程, 自己認識, 肯定的価値意識

I はじめに

「障害受容」は、リハビリテーション医学における鍵概念として、1950年代より専門家による諸理論が活発に展開された後、急速に論議の衰退をみた概念である。しかしながら臨床現場では、多様な解釈の下、なおも汎用されている現状があり、閑却できない概念と言わざるを得ない。本稿では中途障害である統合失調症の「障害受容」過程を再検討し、その構造化による新たな受容概念の提示を試みたい。

II 「障害受容」論の歴史

「障害受容」を最初に定義したのは、精神科医 Grayson とされている。Grayson は1951年の論文⁵⁾の中で、通常この用語は、①患者が障害の性質、原因、合併症、予後をよく知ること、②社会的諸関係に対して現実的であること、③ひどい情動的症状を示さないこと、の3側面で使用されていると指摘している。

その後1956年に Dembo ら²⁾が、「価値の視野の拡大」と「比較価値からそのものの価値 (asset value) への転換」が「障害受容」の要諦であるとし、さらに1960年に Wright¹⁷⁾ は、Dembo らの主張に「障害の与える影響の制限」、「身体の外観に重きをおかないこと」を加え、四価値説を提唱した。これらは「価値転換理論」と称され、その後の日本における「障害受容」論に多大な影響を与えた。

また1960年代から70年代にかけては、「ステージ理論」が隆盛を誇った。疾病や障害などを得た後、一定のステージを経て再適応や受容に至るとするこの理論の提唱者には、Cohn¹⁾ (ショック→回復への期待→悲哀→防衛→適応)、Kübler-Ross⁸⁾ (否認と隔離→怒り→取引→抑うつ→受容)、Fink⁴⁾ (ショック→防衛的退行→自認→適応) などがいる。

しかし1980年代に入り、「ステージ理論」が多くの批判にさらされる中、欧米における「障害受容」論は衰退の途をたどることとなった。

一方、日本においていち早く「障害受容」に言及したのは高瀬安貞とされている¹¹⁾。高瀬は1956年にその定義を、「障害のために変化した諸条件を心から受け容れることである」と述べている。しかし日本における「障害受容」論の隆盛は、欧米で衰退が始まった1980年以降のことである。そのきっかけとなったのが、1980年の上田論文¹⁶⁾である。上田は論文の中で、「障害受容」はリハビリテーションの「鍵となる概念」であり、それはあきらめや居直りと違い、障害の心理的克服であると強調し、その本質は「価値転換」であるとした。その後「障害受容」という用語は、障害の種別を越えてリハビリテーション現場に流布し、今日に至っている。

しかしながら南雲¹¹⁾は、1998年の自著において、「障害受容」のほころびとして、①障害受容がもつ専制性、②障害が与える影響の過少評価、③社会の過少評価、を指摘し、既存の「障害受容」概念に対する疑念を表明している。最近では、「障害受容」概念そのものや言葉の使用に関して、否定的な見解を示す専門家が多い。

精神障害領域における「障害受容」論は、1982年に村田^{9,10)}が、「自己価値再編」と「障害相互受容」の観点より論じ、また1985年に坂口¹⁵⁾は、精神分析の視点より、「悲哀の仕事」として論じている。最近では、1999年に野中¹⁴⁾が、南雲の指摘に呼応する形で、「一方的な障害受容」に対する「リカバリー」概念の優位性を強調したが、筆者は「受容の一方的押し付け論議への疑義」として反論を試みている¹³⁾。

III 「障害受容」過程の構造化

1 症例提示

(プライバシー保護の観点より、症例の主旨を損なわない程度の若干の改変を加えた。)

【43歳 女性】

地方都市出身。高校卒業後上京し、大手化粧品会社の美容部員の職を得る。一流デパー

トを職場に実績を上げ、相応の収入を得て自活生活を送る。23歳時結婚。25歳時第一子出産直後に幻覚妄想状態で統合失調症発病。その後再三の医療中断（服薬中断）により精神病院への入退院を繰り返す。その間夫との間に一人、離婚後数人の同棲相手との間に二人の計三人の子供を出産。しかし度々の再発による育児不能により、児は全て施設にて養育された。四度目の精神病院入院（入院期間2年）を経て、39歳時に単身生活の準備目的で、K医療センターリハビリ病棟に転院し、筆者が主治医となった。

転院当初、病歴及び育児が不能であった事実を否認し、服薬の必要性については「飲まずに何とかやってこられたから」と否定的見解を述べ、単身生活についても、ことさら訓練の必要はないと一定の自信をのぞかせた。また就労に関しては、自分は美容部員の経験と才能があるので、大手メーカーの契約社員として退院後は高給を得ることができると強弁した。美容部員に固執する理由については、プライドの高さに加えて、華やかな美容部員として活躍した職歴が唯一本人の自尊感情を下支えしているためと推察された。

主治医は、退院後地域で安定した自律生活を送ることがその後の自己実現の基盤であると説き、早期に単身生活を可能にするでき得る限りの支援をおこなうことを約束し、疾病に関する心理教育と生活リズムや服薬習慣の確立などの単身生活の準備訓練を施行した。

入院一年後、訓練に対する一定の効果や助言・指導への柔軟性、援助者との信頼関係などが得られたため、生活保護により単身生活を開始した(40歳時)。しかしながら、単身生活に馴化するまでは日中の生活場面としてデイケアを利用し、その後に就労を目指すという退院時の約束を反故にし、まもなく求職活動を開始。不況で美容部員の仕事は見つからなかったものの、景気回復まではと美容器具販売のテレフォンポイントのアルバイトを見つけ就職した。主治医には事後報告。しかしながら通院日を確保するなどの疾病管理への配慮はみられたため、外来面接時に約束違反を話題とせず、疾病管理意識を評価した。

その後、外来で知り合った年下男性との交際を開始。男性をアパートに招き夕食を共にするなど、得てして無味になりがちな単身生活に潤いが生じた。また生活の乱れもなく、アパート生活が順調であることにより、施設入所中の子供達や施設職員の信頼感も得られ、子供達との交流も頻繁化した。それにつれて、「現在の生活を大切にしたいので仕事で無理をするつもりはない」との言動を表明するに至った。

アパート生活開始三年後、恋人とは半同棲生活。子供達をアパートへ招き相談に応じるなどの母親役割をとる。仕事は疲労の蓄積しない半日程度のアルバイトを選択する。大手化粧品会社の美容部員への拘りについては、「世間が狭かった、自分の存在を主張するにはそれしかなかった」と回顧し、今の自分には年齢や仕事内容がハードであることを考えると無理があることを素直に認める言動がみられるようになった。通院服薬などの疾病管理意識は高く、病状も安定して推移している。

2 症例にみる「障害受容」の経過

提示症例は、リハビリテーションの介入をとおして、「障害受容」に一定程度の進展をみたケースと考えられる。そこで症例の経過より、「障害受容」の進展過程を抽出し、図1に示した。

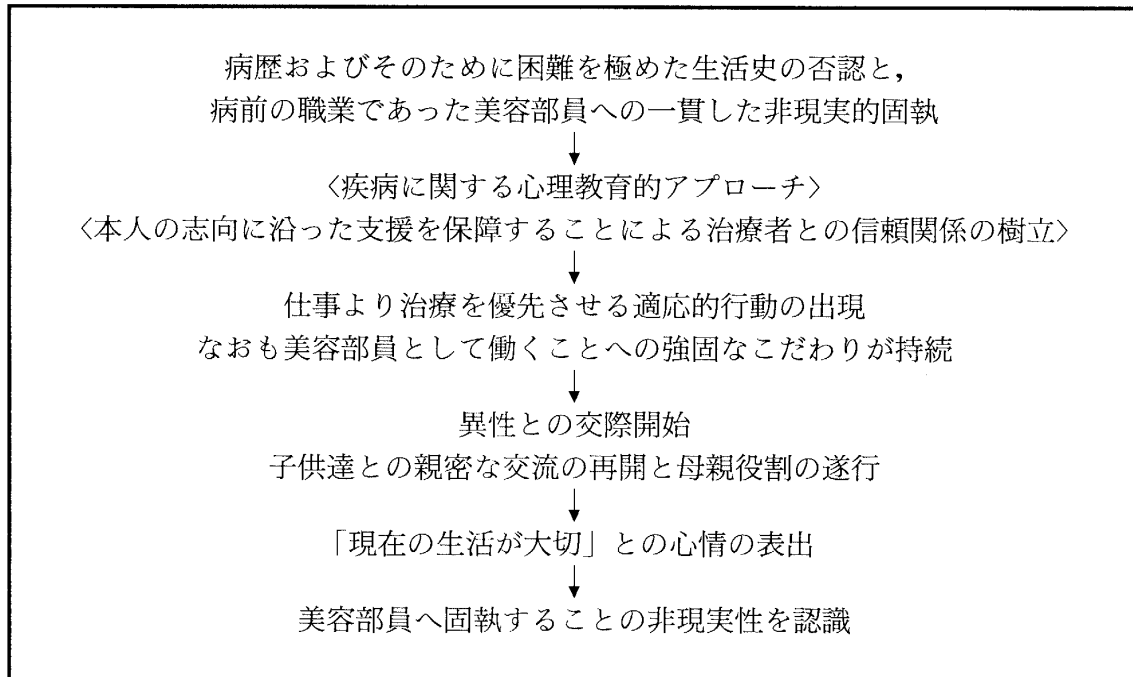


図1 症例にみる「障害受容」の進展過程

3 「障害受容」における2つの過程

提示症例が示すとおり、「障害受容」の過程には、以下の2つの異なる要素が内在すると考えられる。

- ・自己および自己を取り巻く状況の自己中心的で非現実的な認識から、客観的で現実的な認識へと変化する過程。
- ・社会的価値観の呪縛を排し、あるがままの自己に対し肯定的価値意識を抱くに至る過程。

そしてこの2つの過程は、「自己認識」と「価値観」における、「Self pole」と「World pole」を両極とする、逆方向の極間移動として図示が可能と考えられる（図2）。

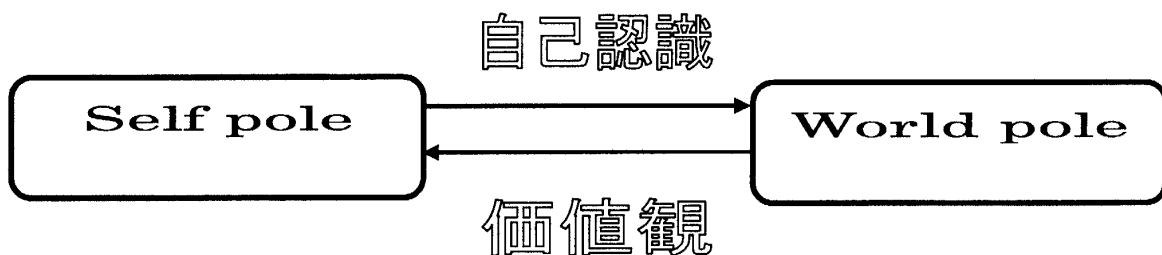


図2 「障害受容」における2つの過程

4 「障害受容」の困難性とその本体

ことさら強調するまでもなく、統合失調症における「障害受容」の困難性は、臨床現場の共通認識である。しかしながらこの困難性は詳細に検討されることもなく、疾病特徴である認知機能障害に還元される傾向がある。

筆者は過去に、この困難性を、上記した2つ受容過程における〈乗り越え困難〉として論じた経緯がある¹³⁾。本稿ではさらに、〈乗り越え困難〉の本体に関する考察を深めたい。

まず、自己および自己を取り巻く状況の認識を客観化する過程において観察される〈乗り越え困難〉には、統合失調症における生物学的なレベルの障害である認知機能障害が関係すると考えられている。しかし実際はこれに加えて、近親者の疾病・障害に対する無理解や受容困難の問題、精神疾患ことに統合失調症に対する社会的偏見の問題なども無視できない要素と考えられる。これらの要因の複合により、疾病や障害を「否認」せざるを得ない状況が生じることは、臨床上よく観察されることである。この「否認」が認知機能障害に重畳するため、実際の認知機能障害に比べて、見せかけの障害がより重度となる傾向があると考えられる。この重畳部分を、ここでは便宜的に〈見せかけの認知障害〉と呼ぶこととする。つまり、図2における右方に向かう極間移動の阻害要因には、認知機能障害に加えて、〈見せかけの認知障害〉が存在すると考えられる。

また、他者規定的な社会的価値観から自己規定的価値意識への変化の過程における〈乗り越え困難〉には、他者（社会）の価値観の「とり入れ」と「同一化」により形成された自我理想への硬直したこだわりが関与すると考えられる。「生活臨床」学派は、統合失調症患者が強固にこだわる生活上の課題を、「異性」、「名誉」、「金銭」、「健康」の4つに分類し、「生活特徴」³⁾と呼んだ。同学派では、統合失調症患者はその人生において、それぞれ固有の「指向する課題」³⁾をもっており、その達成に失敗するなどの生活上の出来事が、生活破綻・再発の契機になると考えている。そして生活破綻・再発に結びつくのは、この4つの課題のうちの1つだけであり、それは人により異なるものの、個々の経過においては固定しているとされる。つまり統合失調症は、世俗的な価値観（生活課題）にとらわれて、自己独自の物差しにより自己の価値を認容することが極めて困難な病気と考えられる。この世俗的価値観の呪縛の本体に関しては、その源を家族史に求める研究^{6,7)}を除いて明らかにされていないが、「生活臨床」が示すとおり、疾病本質的な特徴であることに論を俟たない。これらの特徴が、図2における左方に向かう極間移動の大きな阻害要因であると推察される。

5 2つの受容過程の相補性と相互桎梏性

提示症例では、自己に対する価値意識のめばえの時期に一致して、現実認識に大きな改善が認められている。通常統合失調症においては、本来ならば自己認識を厳しく迫られる現実場面における体験も、それ単独では障害の現実的把握には至らず、誇大的空想や病的

体験の出現をみるか、さもなければそこには「新たなる無為」⁹⁾や自死が待ち受けている。この場合、唯一自己に対する肯定的価値意識が、自己と現実との統合を下支えすると考えられる。

提示症例が自己に対する肯定的価値意識を得るに至った背景には、相互に存在を認め合うパートナーによる被受容体験や母親役割の遂行などの自己価値を高める「成功体験」、満足感のある充実した地域生活の存在があげられる。これらの体験が、自尊感情や自己効力感を高めることにより自己肯定を促し、結果として自己と現実の統合を可能にしたと考えられる。

また、これらの地域生活における良質な体験を得た背景には、きわめて不十分ではあるが、現実認識に基づく治療やリハビリテーションへの動機が存在し、地域生活を可能にする生活技能を獲得できたことがあげられる。

以上のことより、症例における2つの過程は、無関係に進展したのではなく、相補性をもって互いに促進因子として働いた力動が推察される。しかし多くの症例において、2つの受容過程は、上記した〈乗り越え困難〉によりしばしば相互桎梏に陥り、受容の進展が阻害される結果となる(図3)。

つまり「障害受容」達成の成否は、上述した2つの過程が、相互促進的關係に発展するか、相互桎梏的關係に停留するかによるものとの考察が可能である。そして提示症例では、治療的介入を含めた種々の外的要因の協働により、2つの過程における相互促進的力動が形成さ、〈乗り越え困難〉と目されていた膠着状況が打破されたものと推察される。

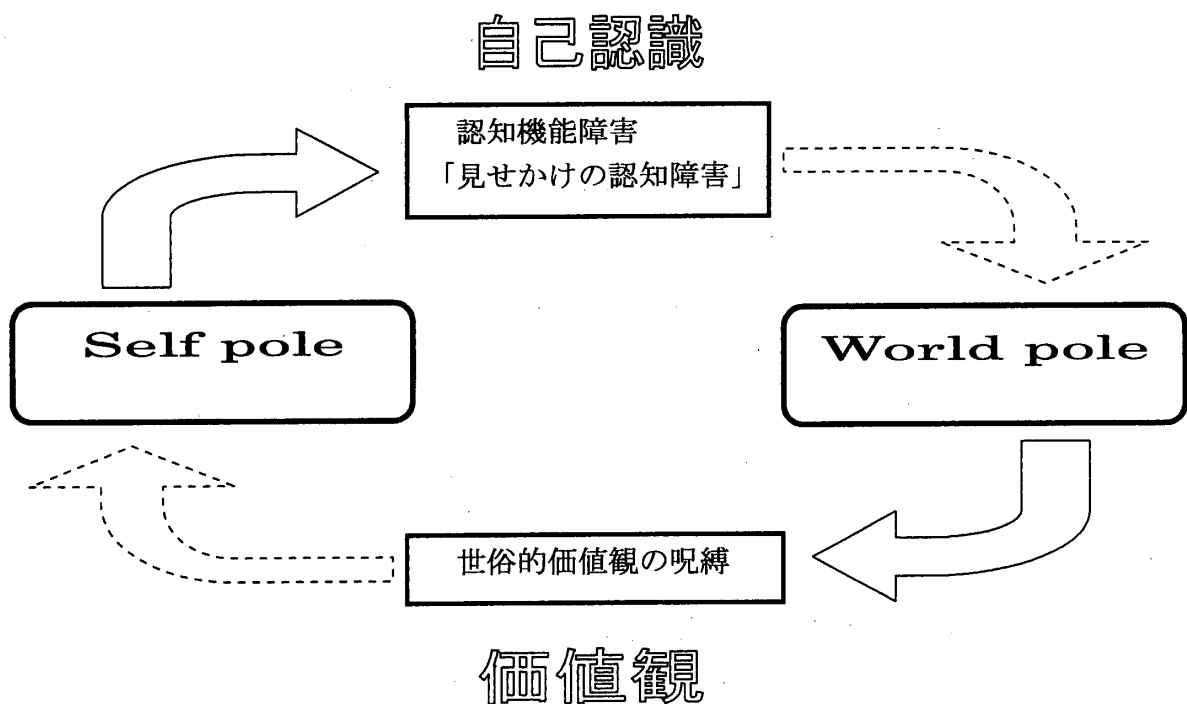


図3 受容過程を阻害する相互桎梏の構図

6 「障害受容」過程の概念図と新たな受容概念の提示

以上の論考を踏まえ、図4に統合失調症における「障害受容」過程の概念図を示した。概念図に描かれた楕円内における力動の総体が、ここで新たに提示する「障害受容」概念そのものである。

以下、その過程を解説する。

まず、楕円内に描かれたすべての過程は、「社会受容」の下支えによりはじめてその達成が可能となる。そこには、「社会受容が成ってはじめて自己受容が成るという厳然とした方向性」¹³⁾が存在する。背景としての「社会受容」のもつ意義や役割は極めて大きく、社会環境への働きかけの重要性を強調しすぎることはない。

次に、「リハビリテーションにおける介入」と「自己および自己を取り巻く現実の認識」の関係は双方向性を有する。「リハビリテーションにおける介入」の一つである薬物療法や認知行動療法による認知機能障害への働きかけにより、「自己および自己を取り巻く現実の認識」は一部改善をみる。また「自己および自己を取り巻く現実の認識」は、リハビリテーションへの動機付けを強め、「リハビリテーションにおける介入」の施行を容易にする。

さらに、「リハビリテーションにおける介入」を行うことにより、種々の生活技能が獲

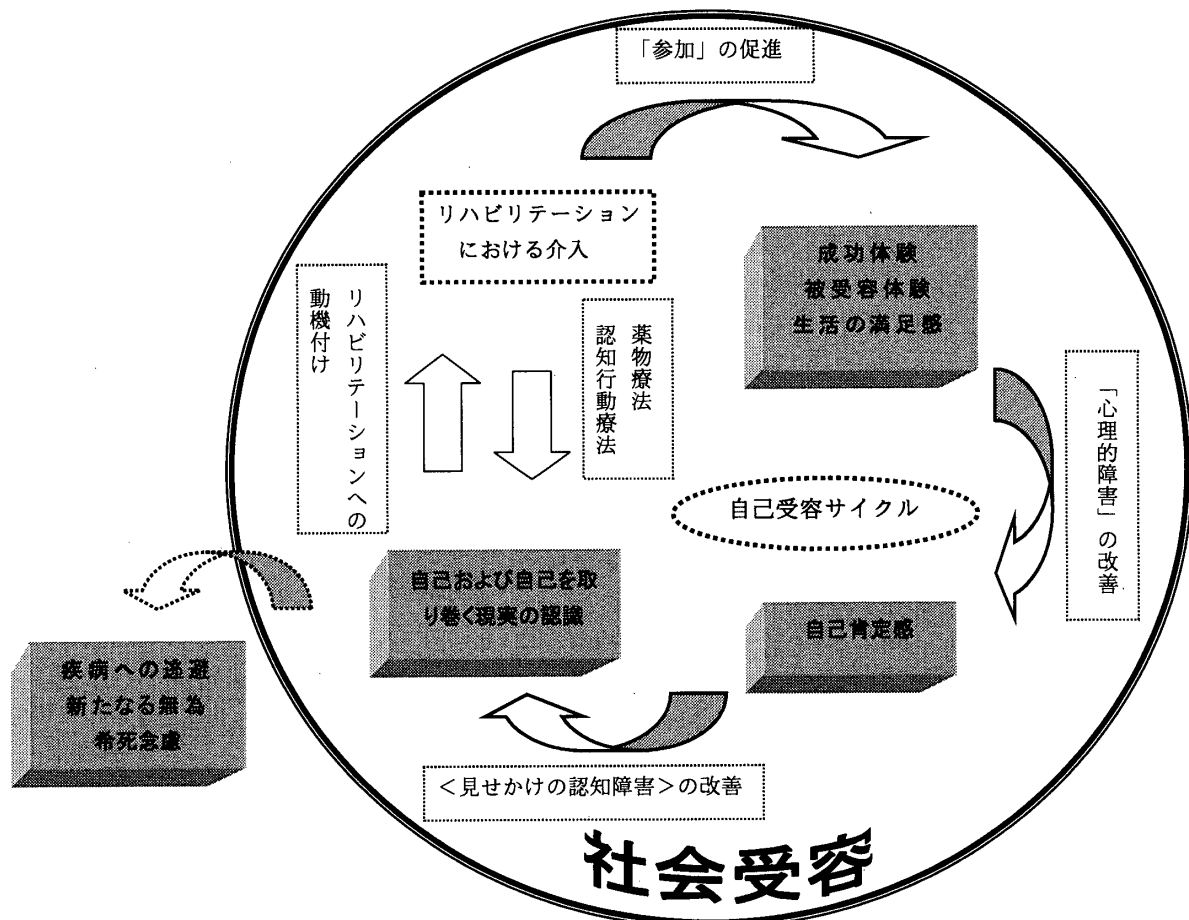


図4 「障害受容」過程の概念図

得され、その結果地域生活における様々な「参加」が促進される。そして「参加」促進の結果として、「成功体験」、「被受容体験」および「生活の満足感」が得られる機会も増大すると考えられる。ただし「参加」自体はこれらを保証するものでなく、生活体験における偶発的要因が大きく関与することになる。しかしながら、生活上の良質な体験も、地域生活におけるさまざまな場面への「参加」を前提として、はじめて可能となる事実は否めない。

そして、地域生活により得られた「成功体験」、「被受容体験」および「生活の満足感」は、「心理的障害」を改善し、自尊感情や自己効力感の向上に基づく「自己肯定」を生じさせる結果となる。

最後に「自己肯定」は、自己のもつ障害に対する「否認」の心理機制に由来する〈見せかけの認知障害〉を改善し、結果として「自己および自己を取り巻く現実の認識」は改善されることになる。

以上の過程は、連鎖に基づく良循環であり、ここではそれを〈自己受容サイクル〉と呼ぶこととする。そしてこの循環によらない、専門家による「自己および自己を取り巻く現実の認識」の強要は、野中¹⁴⁾が指摘する「受容の一方的な押し付け」に相当するものである。臨床現場において時として見られるこの介入法は、決して「障害受容」を促進することがないばかりか、〈自己受容サイクル〉を離脱して、「疾病への逃避」や「新たな無為」、「希死年慮」を生み出す結果となる。

以上、図で示した円環過程そのものを「障害受容」とする、新たな受容概念を提示した。それは換言すると、「社会受容の下、“リカバリー”や自己認識の進展を通じて、自己実現と疾病・生活の安定性の双方が矛盾することなく相補的に達成される過程」といえよう。

「国際生活機能分類 (ICF)」では、障害を「機能障害」と「活動の制限」、「参加の制約」の3側面でもとらえている。精神障害においては、これらの障害に対する「好ましくない個人的反応 (Adverse personal reaction)」¹²⁾である「心理的障害」を加えた4要素が複雑に絡み合い、障害の全体像を形成すると考えられている。ここで提示した概念図は、これらの4要素と介入の相関図として、リハビリテーションの戦略にも示唆を与え得るものと思われる。

IV 終わりに

近年精神障害領域においても、“リカバリー”概念が普及しつつあるが、ここでは“リカバリー”概念を包括する新たな「障害受容」概念を提示した。

良質な生活や幸福な人生も、自我理想への接近を意味する“リカバリー”の進展と、疾病や生活の安定性に寄与する自己認識の深まりの双方により、はじめてその実現が可能と

なる。さらにこの両者の関係は、相補的で相互に促進する力動を内包し得るとの論考が、本稿の結論である。

本研究の一部は、2001年10月に東京で行われた公衆衛生精神保健研究会において発表した。

引用文献

- 1) Cohn, N.: Understanding the process of adjustment to disability. *J. Rehabil.*, 27; 16-19, 1961
- 2) Dembo, T., Leviton, G. L., Wright, B. A.: Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limbs*, 3; 4-62, 1956
- 3) 江熊要一: 生活臨床概説—その理解のために—. *精神医学*, 16; 623-629, 1974
- 4) Fink, S. L.: Crisis and motivation: A theoretical model. *Arch. Phys. Med. Rehabil.*, 48; 592-597, 1967
- 5) Grayson, M.: Concepts of "acceptance" in physical rehabilitation. *JAMA*, 145; 893-896, 1951
- 6) 井上新平, 伊勢田暁, 長谷川憲一, 他: 10例の分裂病者の家族研究—家族史と患者・同胞. *精神神経誌*, 87; 32-52, 1985
- 7) 伊勢田暁, 井上新平, 長谷川憲一, 他: 分裂病の「家族史周期モデル」試論. *臨床精神病理*, 5; 19-28, 1984
- 8) Kubler-Ross, E.: *On Death and Dying*. Macmillan Company, 1969 (川口正吉訳: 死ぬ瞬間, 読売新聞社, 東京, 1971)
- 9) 村田信男: 「分裂病のリハビリテーション過程」について—自己価値の再編を中心に—. 藤縄昭編: 分裂病の精神病理10. 東京大学出版会, 東京, p. 251-281, 1982
- 10) 村田信男: 続「分裂病のリハビリテーション過程」について—障害相互受容のプロセスを中心に—. 吉松和哉編: 分裂病の精神病理11. 東京大学出版会, 東京, p. 275-302, 1982
- 11) 南雲直二: 障害受容—意味論からの問い. 荘道社, 東京, 1998
- 12) 中川正俊: 私の障害論と「介入」. 日本精神障害者リハビリテーション学会夏の研究合宿事務局編: '96夏の研究合宿報告書. p. 55-61, 1997
- 13) 中川正俊: 精神分裂病の「障害受容」再考—受容過程における2つの「乗り越え困難」とその支援—. *精神科治療学*, 16; 371-378, 2001
- 14) 野中猛: 病や障害からのリカバリー. *OT ジャーナル*, 33; 594-600, 1999
- 15) 坂口信貴: 慢性期分裂病者の社会復帰. *精神神経学雑誌*, 87; 444-451, 1985
- 16) 上田敏: 障害の受容—その本質と緒段階について—. *総合リハ*, 8; 515-521, 1980
- 17) Wright, B. A.: *Physical Disability: A Psychological Approach*. Harper & Brothers Publishers, New York, 1960