

中高年脳卒中患者の障害受容と臨床援助 — 自己像・居場所・社会的役割に視点をあてて —

中原 睦 美

I. 問題

中高年者は、衰退方向と同時に特有の発達課題や葛藤を抱えている。その成長・発達課題を妨げる要因の一つに病気がある。脳卒中は、中高年期に好発する疾患である。医療の発達により救命・延命率は上昇したが、砂原(1980)のいう「医学の進歩による病気 (disease of medical progress)」である後遺症 (中途障害) が問題となっている。その治療法の一つであるリハビリテーション (以下、リハビリ) では、意欲と障害の受容 (acceptance of disability) が重要な心理的問題とみなされている。障害受容には、Dembo (1953), Wright (1960) らの価値転換説などの定義があり、その過程には、Chon (1961), Fink (1967), 上田 (1983) らの段階論がある。が、臨床心理士 (以下、CP) の参入は少なく、援助活動は十分とは言えない。青木 (1995) は、リハビリでのリエゾン精神医学の対象者は、「訓練拒否・意欲低下、模範患者であっても効果が認められない者、自分勝手に契約や規則を守れない者」としている。しかし、一見、「問題のない」人への発達援助的な関わりや「リハビリ意欲」の観点、障害受容概念の再検討の必要も感じてきた。そこで今回は、初期評価で、「リハビリ意欲が高い」と評価されたその後、リハビリ行動が熱心・固執に変容した事例を通して、「自己像・居場所・社会的役割」という三つの視点から、リハビリ意欲・行動と障害受容、臨床援助について検討していきたい。

II. 方法

A 県 K 病院 (H4.9~H6.3) で筆者が関わった中高年脳卒中患者223例のうち、リハビリ行動「熱心」の3事例、「固執」の3事例、精神病圏の病理が疑われる1事例の7事例を抽出し、心理面接・心理検査をもとに事例研究を試みた。46-75歳の、男女混合の事例である。心理面接は人間学派に基づく立場で実施し、知能検査 (WAIS-R 他) と性格検査 (Ror. t 他) のテストバッテリーを組んで筆者自身が実施した。

III. 結果

(1) リハビリ意欲 ; 7事例ともに初期は、自己充實的達成動機とみなされる意欲が見られた。次第にその内容が、事例1, 2, 3, 7の居場所や社会的役割を確保す

るための動機づけと事例4, 5の自己實現的な動機づけによる意欲に分かれていることが得られた。

(2) 自己像・居場所・社会的役割 ; 事例により比重の変動が見られた。事例1, 2, 3, 7は、居場所が不安定で、自己像否定やリハビリ行動固執につながっていた。事例4, 5は居場所が安定しており、社会的役割や自己像への期待がリハビリ熱心行動に反映していた。

(3) リハビリ12要因 ; 特に、「リハビリ開始時期」「知的側面」「柔軟性」「転帰先」が、リハビリ行動や障害受容に関与することなど、自己像・居場所・社会的役割の存在の明確化が得られた。

(4) リハビリ要求水準 ; 理想と現実の自己像のずれが、リハビリへの過剰期待や高い要求水準設定に影響し、加えて居場所・社会的役割が自己像に関与していることが得られた。

(5) リハビリ行動と障害受容 ; リハビリ行動固執の事例と事例7では、居場所不安定の影響から障害受容は固難であった。熱心事例では、現実的で自己實現的なリハビリ期待が見られ、障害受容への進展が見られた。事例6では運命受容的な意味づけが見られた。

(6) 心理検査 ; Ror. T, SCT, BAUM それぞれに、不安や不全感の役影、葛藤の言語化、過去の葛藤状況へのストラテジー形式などが得られた。WAIS-R, 三宅式などの知能検査は、器質的改善の把握など有用であるが、実施への抵抗感が強く見られた。

(7) その他 ; リハビリ同様、早期の心理的援助と家族面接・援助の必要が示唆された。

IV. 考察

1. 中高年脳卒中患者の葛藤

中高年脳卒中患者は、自己身体の喪失感や死への不安と直面する。代償機能の獲得や残存機能の拡大には所要時間が長く困難で、環境の重圧も他の時期に比べ大きい。年齢区分の特徴と中途障害の問題、個人の歴史や価値観など個性が高く複雑な葛藤の混在が想定される。

2. 自己像・居場所・社会的役割

(1) 自己像 ; 片マヒなどの後遺症は、機能障害でかつ可視的で体感的な障害でもあるため、自己像を常に意識させられるが、その認識は不安定で時間軸も不連続である。リハビリ行動の熱心・固執の分岐には、自己像の一

致度の関与が想定される。的確な自己認識が必要となり、「柔難性」「客観性」がその重要な要因といえる。また、性格特性に加え、居場所が自己像に大きく関与していることも見られた。時間の連続性や障害受容に向けては、自己像の一致に加え、可能自己への着目が未来の自己像につながる視点であると考えられる。

(2) 居場所；家族を含めた関係性を示すものであり、その安定性が自己受容やリハビリ意欲の維持・行動に大きく影響しており、その個人の居場所の意味づけや体験も重要である。物理的居場所は、自己存在や社会的自己をcontainする機能もある。居場所が不在の場合は、居場所イメージの内在化や新たな居場所の模索が援助につながると考えられる。

(3) 社会的役割；急激な役割移行課題が生じ、自己の能力不足からくる役割葛藤が引き起こされやすい。また、役割実感も得られにくい。役割が、自己充実達成動機として自己像に関与するときは、リハビリ行動は熱心で、居場所確保の目的では、固執につながる傾向があり、役割獲得には年齢のみでなく、genderによる差異もあると考えられる。

(4) 自己像・居場所・社会的役割関係；Maslow (1962) の欲求体系に照合すると、自己像は愛情・尊敬・自己実現欲求にあたり、それを支えるのが、生理的欲求と安全欲求にあたる居場所であり、社会的役割は尊敬・自己実現欲求として前者二つに関与するという関係が得られた。リハビリ行動では、自己像・社会的役割に比重があるとき熱心が導かれ、居場所に比重があると固執傾向につながると考えられ、三者についての総合的検討が重要と言える。

(5) リハビリ12要因との関係；結果で述べた4要因に加え、発症からの時期により、初期は「障害の程度」「リハビリ開始時期」「知的側面」が影響し、次第に「ADL・予後」「性格的側面」「柔軟性」、最終的には「転帰先」と影響要因の度合いに変動があると考えられる。「柔軟性」に関連する運命受容性について文化的・宗教的な検討も必要と思われる。

(6) 心理検査；状態や内面的世界の理解、自己認識の促進に有用と考えられる。抵抗感も存在しやすく、導入には慎重な配慮やテストバッテリーの精選、フィールドバックが重要である。検査関係に加え、CP自身が心理検査に対し肯定的かつ柔軟性を持った姿勢が重要と考える。

3. 障害受容

脳卒中に罹患することは、自己統制不可能で予測不可

能な出来事であり、個人の意味付けや体験で意味内容に変動が見られる。行動レベルも含めた内的・外的な自己の再構成・統合が求められる。障害受容とは、未来に向けた方向性をゴールとみなし、「抱えている障害の事実を事実として認識し、受容し、個人が生きる場に応じて適切な要求水準を設定し、生きていく意志をもって十分に機能できる状態」と定義され、自我関与する場面では再浮上するものとする。障害受容過程は、「ショック(混乱・否認)ー理想自己への回復期待(仮認識、努力・失望)ー悲哀と怒り(抑うつ・攻撃)ー現実自己への再構成への期待(再認識、努力・失望)ー折り合いと可能自己(自我再体制化、希望)」が想定され、個人によりその幅や移行の個別性や、段階間の反復もあると考える。この過程を実際の状況や先の三つの視点などと照合し検討することが援助において有用と考えられる。

4. 臨床援助とそのモデル

(1) 障害観；定義によっては、障害を抱えることはmiserableにも人間尊重的なものにもなりうる。後遺症が残ることの大変さを認めた上で過去と同じように「価値ある存在であること」など、クライアントやその家族の障害観の再構成を援助することが必要と考える。

(2) 脳卒中患者の心理的問題；抑うつ、多幸、注意力低下に加えて、援助スタッフへの退行や転移の問題があり、援助者の存在自体がそれを促進しやすいことを自覚する必要がある。また、久留(1995)のいう、援助者への「敵か味方かの投影」などPTSDの心理的状態同様の力動や、全ての否定的な状況を病気や障害に還元したり、本来の問題との対峙を回避する傾向も見られる。「誰にもわかってもらえない」「一番惨めで辛い」という意識が強く、過去・現在・未来の時間軸も不連続状態にあり、未来に閉ざされた状況が見られる。

(3) 臨床援助；CP独自の援助としては、まず孤立感や不安を受容・共感した上で、感情を自由に開放できる場を提供し、クライアント自身の自己の再認識や再体制化への援助が重要と言える。そこに自己像・居場所・社会的役割の検討に加え、現実自己や障害への対峙、good enough levelの自己一致、過去・現在・未来の時間軸の再連続化、可能自己への気づきなど個別的な援助観点が想定されていくと考える。また、CP自身を取り巻く環境にも目を向け、専門性を認めあったチームアプローチへの取り組みを促進したり、温かい人間観や村瀬(嘉)(1990)のいう「援助者としての絶妙のバランス感覚」を育むことが、臨床援助につながると考える。