

中途視覚障害者の心理社会的問題と介入法

—主な理論・研究と結果—

上 田 幸 彦¹⁾
津 田 彰²⁾

要 約

中途視覚障害者の障害に対する感情的心理的反応は様々に異なっているが、その原因に対する説明も様々な立場からなされている。心理的反応の違いは大別すると、個人的要因、社会的要因、個人と社会の相互作用の影響に分けられる。心理的反応とそれに対する適応は1次元ではなく、抑鬱、不安、自尊心、自己効力感、障害の受容、視覚障害者への態度等を含んだ多次元である。

介入法としては個人療法、グループカウンセリング、技術訓練、システムへの介入などが行われている。その目的は抑鬱や不安、自尊心の回復、動機づけを目指したものであるが、これらは心理療法だけで効果が得られるものではなく、訓練環境中で行われること、技術訓練の効果を引き出すことによって、最大限の心理的効果が得られている。ただし実証的な効果測定を行っている研究は少ない。

視覚障害者の問題は、個人的問題、社会的問題、視覚障害者の行動とが絡み合っているために、単一の介入法で解決することは難しく、視覚障害者の行動、心理、他者からの影響に対するそれぞれの介入法の相乗効果が高まるような工夫が必要である。日本においても視覚障害に対する適応技術の訓練方法はほぼ確立されているが、それらを提供するリハビリテーション機関においては、視覚障害の社会的側面に関する介入、社会に戻ったあとの人々の否定的な態度に対処する技術も含めることが必要である。

キーワード：中途視覚障害、リハビリテーション、心理社会的問題

はじめに

外界からの情報収集のかなりの部分を視覚に頼る人間は、それに障害を受けることによって生活に非常な支障をきたすことになる。またそれは単なる生活上に困難を引き起こすだけでなく Carol (1961) が表現したように、「死」を意味するほどの心理的危機状況を引き起こす。現在、日本においては約301,000人の視覚障害者がいるといわれているが(莊村, 2004)、これは身体障害者手帳を所持している視覚障害者数であるから、実際にはこれ以上存在する。視覚障害はその

原因としては眼疾患によるもの、全身性の疾患、脳関連疾患によるもの等様々考えられる。眼疾患としては、緑内障、網膜色素変性症、視神経萎縮、未熟児網膜症などがあり、全身性疾患としては糖尿病、パーキンソン病、脳関連疾患としては脳損傷による視覚障害、また脳腫瘍術後の視覚障害も挙げられる。また視覚障害の発生時期の違いにより、出産期・幼年期に発症するいわゆる先天性視覚障害と成人期周辺で発生する中途視覚障害、また加齢によって発症頻度が高くなる高齢者における視覚障害とでは、心理的問題の様相は異なってくる。

1) 久留米大学大学院心理学研究科

2) 久留米大学文学部心理学科

本論文の執筆は、平成16年度(財)喫煙科学研究財団からの助成によった。

今回は特に成人期周辺で発生する中途視覚障害による心理社会的問題に焦点を当て、これまでの理論と研究を概括したい。

心理社会的問題

視覚障害は国、年齢を超えて多く発生するにもかかわらず、その障害を受けたあとの心理社会的適応についての実証的研究は少なく、ほとんどは理論的考察あるいはケースレポートである (Livneh & Antonak, 1997)。その理由の1つは、これまで視覚障害者に対する心理学的サービスが、心理士・精神科医が特殊教育の中に出向いて行って短期間だけ行われるものだったり、あるいは小集団の特殊なプログラムのみにおいて行われるものであった (Pollard, Miner & Cioffi, 2000) ために、系統的な研究が継続して行われなかったからであると思われる。しかし、事情は変わりつつある。視覚障害による感情的・心理的反応は、その後のリハビリテーション機関が提供するサービスにも大きく影響を与えるので無視できない重要な事柄である (Hudson, 1994)。これまでの研究を大別すると、視覚障害による感情的・心理的反応の違いを人口統計学的変数から説明するもの、個人の要因から説明するもの、社会の要因から説明するもの、個人と社会の双方から説明するものに分けられる。

1. 視覚障害に対する感情的・心理的反応

視覚に障害を持つことによって人はどのような感情的・心理的反応を起こすだろうか？ Choldon (1958) は、ショック、抑鬱、悲嘆、恨みを含んだ反応が生じるとし、また Jernigan (1965)、Scott (1969) は、恥、無能感、自己卑下の感情が引き起こると述べ、Diamond (1968) は、強い罪の感情とあきらめの態度が生じると述べている。これらの反応の違い、またその後の心理的適応の違いは、なぜ生じるのだろうか？ それに対する説明が様々な立場からなされている。

精神分析的・心理力動的説明

古くからなされた説明は、視覚がパーソナリティ発達にとって重要な意味を持っているとする立場からの説明である。これは精神分析家によって強調されてきた。Blank (1957) は、視覚障害はしばしば1. 性器としての目、2. 敵対的な有害な器官としての目、3. 盲は罪に対する罰 (去勢)、として無意識的重要性を帯びると述べている。また伝統的な精神力動的モデル

は、喪失、嘆き、悲嘆の概念を特に重視する。その流れの中で神父であった Carroll (1961) は、「失明者は多くのものを喪失した。その一つ一つが極めて深刻であるばかりでなく、複雑で互いに交錯しており、しかも今までの生にたいする別離 (死) を含んでいる」として、彼の古典的著作『失明』の中で20の喪失をあげている。すなわち、1. 身体的な完全さ、2. 残存感覚に対する自信、3. 環境との現実的な接触能力、4. 視覚的背景、5. 光、6. 移動能力、7. 日常生活技術、8. 文書による意思伝達能力、9. 会話による意思伝達能力、10. 情報とその動きを知る力、11. 楽しみを感じる力、12. 美の鑑賞力、13. レクリエーション、14. 経験・就職の機会、15. 経済的安定、16. 独立心、17. 人並みの社会的存在であること、18. 目立たない存在であること、19. 自尊心、20. 全人格構造の喪失、である。そしてこれだけのものが喪失されるのであるから、リハビリテーション従事者は、それに替わるものを与えなければならないと力説している。

さらにこの喪失モデルを展開させたものとして、感情的・心理的反応には段階があるとする段階モデルがある。その1つは、失明後の心理的反応は、1. ショック、2. 抑鬱、3. 回復という段階を経るというものである (Blank, 1957, Choldon, 1958)。同じような段階モデルとして Allen (1990) は、1. 全衝撃期、2. 衝撃期、3. 障害とともに生きることを学習する、の3つに分けて心理的適応のプロセスを説明している。

この段階モデルに関連する研究として、適応のプロセスにおける否認 (denial) に関する研究が見られる。Dover (1959) は、否認は不安をかかわすための防衛として重要であるとし、また否認が、新しい医学的発見や魔術的な治療を求めるといった形に変形されることがあることについて述べている。Shulz (1977) は、状況の困難さの否認と、視覚喪失の感情的内容・視覚障害の意味に対する否認とを区別し、後者の否認は適応のプロセスに支障をきたすと述べている。

人口統計学的変数・視力の程度・パーソナリティと適応の関連

次の立場としては、感情的・心理的反応は、視覚障害の程度、それが発症した年齢、その個人が習慣的に持っている対処方略によって異なる (Bailey and Hall, 1990) とする立場からの研究である。視覚障害の程度によって心理的反応は異なるという研究はいくつかあるが、残存視力と適応とのあいだに正の関連があるとするのは Fitzgerald et al (1987)、Lukoff と

Whiteman (1962), Wulsin, Jacobson と Rand (1991) 等であり、これに対して Teitelbaum, et al (1994) はそのような関連を発見できなかったとしている。まず Lukoff と Whiteman (1962) は、ニューヨーク市で登録されている500人の視覚障害者の研究から、1. 高い教育水準、2. 早期の視覚障害の受障、3. 白人である、4. 良い残存視力がある、5. 若い、6. 知的能力が高い、ことと、適応との間に関連があることを見出した。Bauman (1954) は、包括的なテストバッテリーと構造化インタビューを用いて、視力の変遷、医療経歴、個人経歴、社会経歴、教育歴、職業歴との関連を調べた結果、400人中37%の、より適応の良い（自立している、単独で移動可能、満足のいく家庭・地域での活動を持っている、成功した職業経験がある）グループは、29%の不適応（自立していない、移動は他者に依存、家庭・地域での制限された活動にのみ参加）グループより、知的能力、手先の器用さ、感情の安定性、視覚障害についての現実的な受容、において得点が高く、教育水準も高かったことを見出した。しかし両グループに視力の程度、健康状態、社会的相互作用の程度において差はなかった。この特質は14年後のフォローアップにおいても変化はなかった (Bauman & Yoder, 1966)。

Joffe と Bast (1978) は、101人の視覚障害者において自我機能と適応の関連を California Psychological Inventory と構造化面接を用いて調べている。適応の指標としては職業状態と歩行能力を用いた。まず職業状態だけに着目して雇用群と非雇用群における違いを見たところ、教育水準、年齢、視力の程度、心理的防衛機制と対処方略に関して、両群に差は見られなかった。しかし職業状態と歩行能力を組み合わせ、適応群（雇用・歩行技術あり）と非適応群（非雇用・歩行技術なし）に分けて調べたところ、適応群は、より幅広い対処方略（成熟した、適応的な、柔軟な、目的的な、現在志向的な、現実にもとづいた行動）を用い、それらは客観的、知性化、抑圧、曖昧さへの耐性という特性も含んでいた。それに対して非適応群は防衛的機制（未熟な、非適応的な、硬い、過去志向的な、非論理的な過程）を用い、それらは投影、退行、空想、置き換え、合理化、疑いという特性も含んでいたことを見出した。

Fitzgerald, et al (1987) は、47人の視覚障害者について抑鬱と視力の程度、人口統計学的変数との関連を調べ、最も抑鬱を予測する因子は、1. 貧困な健康歴、2. 残存視力が少ない、3. 一人で生活できない、

4. 雇用なし、であり、対処能力を予測する指標としては、1. 早期の視覚障害の受容、2. 早期の視覚障害技術の学習、3. 障害以前の良い職業経歴、であったと述べている。

また抑鬱と社会的サポートの利用状況 (Oppegard, Hanson, Morgan, Indart, Crutcher & Hampton 1984), 健康状態 (Teitelbaum, Davidson, Gravetter, Taube & Teitelbaum, 1994) と関連があることを示唆する研究もある。

2. パーソナリティ特性と適応不安

また視覚障害者のパーソナリティ特性と適応との関連に着目した研究がいくつか見られる。リハビリテーションに影響を及ぼす特性としてまず上げられるのが不安である。前述したように Dover (1959) は、否認は不安をかわすための防衛であると述べているが、この否認の時期にはリハビリテーションに参加しない、あるいは参加を拒否する等が生じる。また不安によって、注意力低下・用いる手がかりの減少が生じることでリハビリテーションにおける学習とパフォーマンスが影響を受ける (Easterbrook, 1959)。また高い不安の者は学習速度が遅くなり、学習したものを維持することが少なくなると言われる (Fluharty, McHugh, McHugh, Willits & Wood, 1976)。そのため点字や歩行技術、日常生活技術を習得する視覚障害者のリハビリテーションにおいてはこの不安の処理が重要となる。特に歩行訓練においては、様々な訓練場面で不安が喚起される。未知の場面での歩行や道路横断においては、ただでさえ不安が高まるが、もともと不安が高い訓練生の場合、状況判断、諸感覚の正確な利用、正しいパフォーマンスの遂行がいっそう難しくなる。これに対する対処法を Fluharty, McHugh, Willits & Wood (1976) や O'Donnell (1988) が提案しているが、内容については介入法のところで紹介したい。

自己概念と自尊心

自己概念 (self concept) は「自分に対して持っている思考と感情の集合」(Ross, 1992) と定義され、自尊心 (self esteem) は自己概念の感情的次元として用いられている (Tuttle, 1984)。この自己概念がリハビリテーションと適応に関連する理由は、行動は「現在の自己」と「理想的可能な自己」の差を埋めるように起こされ (Markus & Nurihs, 1986)、また自

己概念と一致するようなフィードバックは求められ、矛盾するような情報は避けられる (Markus, 1977) という傾向を人間は持つからである。そのため、視覚障害を持った個人が新たな行動を起こすかどうか、またその後どのような形の適応をしていくのかに、この自己概念は関わるからである。言いかえれば視覚障害を持つことがどれほどその人の自己概念を打ち崩すのかによって心理的反応は異なるであろうし、また障害を持つことによって一度否定的依存的自己概念が形成され、そしてそれが変わることには抵抗すると、自立した自己というゴールを目指すリハビリテーションにおいては、そのゴールに到達することが非常に困難となるからである (Welsh, 1977)。Tuttle (1984) は視覚障害者が経験する、自分が自分を見る時と自分が重要な他者から見られる時に生じる、自己概念の差異の様々な例の一覧をあげている。この差異が様々な解決の努力を要求し、そこに費やすエネルギーが適応に強い影響を及ぼすことになる (Welsh, 1977)。

そこで中途視覚障害者、先天性視覚障害者、晴眼者との間での自己概念・自尊心の違いを見出そうとした実証的研究がいくつか行われている (Meigham, 1971, Cowen, Underberg, Verillo & Benham, 1961, Tervis, 1959, Head, 1979, Coker, 1979)。しかしそれらの研究は矛盾した結果を生み出している。原因は

測定法の問題、失明を経験している長さの問題、個人が用いる対処メカニズムの違いが含まれているためであると考えられる (Welsh, 1977)。しかし、この自己概念・自尊心という概念は個人の中だけに閉じられた特性ではなく、まわりの人々との関連を無視することはできない。これについては後述する。

自己効力感

リハビリテーションと適応に関連のあるもう1つの概念として自己効力感 (self efficacy) がある。従来リハビリテーション領域では自信と動機という概念が広く用いられており、リハビリテーションスタッフは視覚障害者の自信と動機をいかに高めるかに力を注いできた。しかしこれまで用いられてきた動機という概念は、あまりにも単純であった (Dodds, 1989)。そこで Dodds (1989) が初めてこの自己効力感という概念のリハビリテーションにおける有用性を主張した。自己効力感は Bandura (1977) によって用いられた概念であるが、それは期待が我々の動機と行動に影響を与えるというものである。Dodds (1994) は共分散構造分析により、不安・鬱、自尊心、自己効力感、回復に対するローカス・オブ・コントロール、帰属スタイル、視覚障害者への態度、視覚障害の受容の尺度を用いて心理的適応の構造モデルを発展させた。このモ

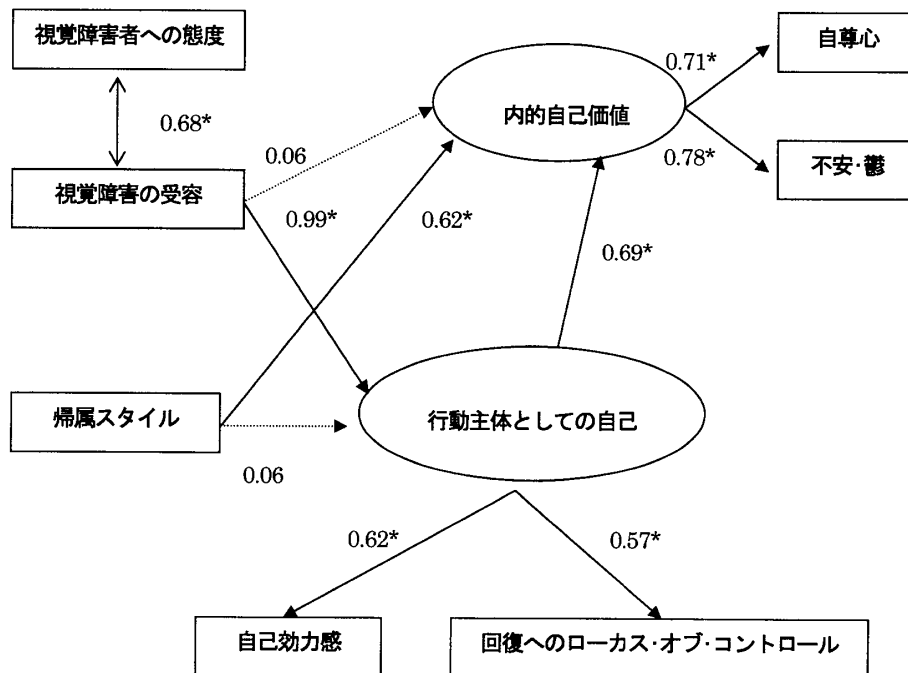


図1 心理的適応の構造モデル (数字は因果係数を表す, *=P<0.05)

Source: "The Concept of Adjustment: A Structural Model" Dodds, A., Ferguson, E., Ng, L., Flanigan, H., Hawes, G., Yates, L., 1994, Journal of Visual Impairment & Blindness

デルからは、これらの尺度には含まれなかった潜在的な要因が描き出された。それは「行動主体としての自己」(Self as Agent)と「内的自己価値」(Internal Self-worth)である(図1)。そしてこれをもとに成功した適応とは、1. 低い不安と抑鬱、2. 高い自尊心と自己効力感、3. 回復に対する高い自己責任感、4. 視覚障害者に対する肯定的な態度、5. 自らの視覚障害に対する受容、であるとして適応とは多次元であることを主張し、適応のプロセスはネガティブな側面(不安・抑鬱の減少)とポジティブな側面(自己概念、習熟感、自己コントロール感の改善)の変化であると述べている。

さらにこの共分散構造分析のもとに、これらの要因がどのようにリハビリテーションに影響するのかを提案している。たとえば、1. 帰属スタイルは「内的自己価値」に直接的な影響を及ぼし、その「内的自己価値」は不安・抑鬱、自尊心と関連がある。2. 障害の受容は「行動主体としての自己」へ直接的な影響を及ぼす。「行動主体としての自己」は将来のゴールと課題に対する自己の能力についての信念を反映し、自己効力感と回復に対するローカス・オブ・コントロールと関連がある。3. 「行動主体としての自己」と「内的自己価値」には直接的な関連がある、等である。これらのことから、カウンセリングは自己価値を直接改善するようには働かず、むしろ良い結果を生み出すよう行動することを動機づけるように働くだろうと主張している。

社会的説明

これまで述べてきた理論・研究は個人の持つ要因によって感情的・心理的反応、適応が違うという立場からの説明であった。しかしそれに対して、視覚障害者の反応は、まわりの人々からの影響を受けた結果であるとする立場の研究が多くある。Cutsforth (1951)は、この立場を最も強く主張する1人で、彼は、視覚障害者に特徴的な感情的混乱は盲人がまわりに作りだす社会的状況から引き起こされるものであり、視覚喪失そのものからくるものではない。盲そのものが感情的混乱を引き起こすという証拠を見つけ出すのは難しいと述べている。また、ChevignyとBraverman (1950)は、社会は盲人に対する信念、感情、盲人に対する期待を含んでおり、それらを盲人に課す。全ての盲人は、意識的・無意識的にこの環境に反応する。「恨み」が最初の感情反応である。また人々の盲人に対する反応の主は「理解の不足と誤解」である。盲人

の自己概念の核心は晴眼者のステレオタイプな態度と期待であり、それが盲人にとってのルールとなり、彼等自身の思考・感情・行動を刻み込む。盲人はこれらの信念に反応するしかない、と述べている。そのようなまわりの態度の結果、恥、無能感、自己卑下の感情が引き起こされる(Jernigan, 1965, Scott, 1969)とされている。Choen (1972)とLukoff (1972)も晴眼者の態度が盲人の自己概念の根本の役割を果たしており、特に家族・友人・雇用者の態度が強いインパクトを持っていると述べている。

この他者の視覚障害者に対する態度についての研究としては、まずMonbeck (1973)は、文学作品の中で見られる盲人に対する態度について調べている。それによると、ほとんどが否定的なもの、あるいは「価値がない・無意味」といったものであり、肯定的なものは僅かで、それも「盲人は特別な能力を持つ」といったものであった。Tuttle (1984)も人々の視覚障害者に対する態度を列挙しているが、そのほとんどは否定的な反応であり、肯定的であっても偏りのある「普通の人間とは違う」というものであった。

しかし、この人々の視覚障害者に対する態度についての実証的な研究は、結果が混交している。それは測定法の混乱、他の刺激の除去の程度の違い、盲に対する態度を測るのか盲人に対する態度を測るのかの混乱、等によって生じている(Lukoff, 1972)。ただしこれらの混乱から、盲に対する態度は1次元ではないことが示唆される(Welsh, 1977)。WhitemanとLukoff (1965)は盲および盲人に対する態度の5つの次元を描き出している。

1. 個人的属性：盲人の心理状態や能力に対する否定的な見方に関連するもの
2. 社会的属性：盲人に関わろうとするかどうかに関連するもの
3. 盲の評価：盲をどの程度恐ろしいものと見ているかに関連するもの
4. 無防備性：盲人に対して構えのないこと・同情に関連するもの
5. 対人的受容：対人場面において盲人を感情的に受け入れることに関するもの

また、他者の態度の中でも特に家族の態度が強い影響力を持つことを主張する者は多い。

Versluys (1980)やFeatherstone (1980)は、肯定的な態度で関わる家族は、視覚障害を持つ近親者の自己概念を安定化させると述べているし、Workman (1972)は、そのため家族の適応を助けることが重要

で、そうすることによって視覚障害者が外の社会から受ける態度やプレッシャーが立ち向かっていくことを助けることができると主張している。Large (1982) も特に両親が強力な影響力を持ち、それが良いものであっても悪いものであっても長く影響すると主張している。研究としては Neff (1979) や、McPee と Magleby (1960) は、リハビリテーションの成功と家族関係に相関があることを見出しており、Olshansky と Beach (1975)、また Wardlow (1974) は、リハビリテーションの不成功と貧困な・壊れた家族関係とのあいだに関連があることを見出している。

このように家族が大きな影響力を持つ理由は、家族が、盲がその人にとって何を意味し、その人が何ができるかを決定する (Moore, 1984) からであると思われる。また視覚喪失は、それまでの個人の依存と自立のバランスを崩すことになる。そして自立のための技術を身につけるまでは、かなりの部分を他者に依存しなければならない。であるから、その個人が依存葛藤を持っている場合には様々な問題を引き起こすことになる (Welsh, 1977)。家族の影響は、この依存と自立、家族内の役割という観点からも見る必要がある。Klausner (1964) や Fordyce (1971) は、依存を必要とする障害を持つ家族の1人と、そのケアをする他の家族成員との間の家族力動に焦点をあて、依存していた一員が他の一員のケアをする役割を、もはや必要としないことが明らかになってくると、その家族は脅かされたと感じ、意識的にも無意識的にも本人に対するリハビリテーションや家族に対する教育をサボタージュする行動を起こすと説明している。

偏見あるいは社会との相互作用

多くの視覚障害者は社会を移動する時に偏見を抱かれやすいが、その偏見は「正常からの逸脱」と言った意味においてである (Welsh, 1977)。視覚障害者は、その明らかに視覚障害であると分かる外見や使用する器具 (白杖、特殊眼鏡、特殊レンズ) によって偏見を抱かれる。しかし偏見の問題は、それを持つ者、あるいはそれに反応する者のどちらか片方の中に存在するのではなく、双方の相互作用の中に存在すると言われる (Goffman, 1963, Friedson, 1965)。偏見を持たれた人は、一般の人々から異常な反応や行動を引き出す。この反応や行動は障害を持つ人の自己概念と行動ヘインパクトを与えることになる (Welsh, 1977)。この相互作用に関連する研究として、Grand (1972) は、本人の障害の受容の程度によって社会のネガティ

ブな態度に対する反応が違ふということを実験的に示している。これによると、障害の受容の低い者の方が、健常者が障害者に対して否定的コメントをするテープを聞かされ時、より気がかりになり不安が高まるのである。

この相互作用を理解するために役立つ概念として Barker et al (1953) が挙げるのが、まず「不慣れた心理的状況」(new psychological situation) で、これは明確なゴールとそれへいたる道筋が見出せない状況では、人は接近と回避、試行錯誤を繰り返す、フラストレーションを経験し、結局元の安全な場所へ引き返す、というものである。視覚障害者は、ある状況に対処するための適切な道具が手元にない時や、あるいは場面場面で他者の障害者に対する異なった反応に相対しなければならぬ時に、頻繁にこの「不慣れた心理的状況」を経験する。次の概念は「重複した役割」(overlapping roles) で、視覚障害者は、手足に問題はないために、身体障害者よりも自立と依存の役割の間で揺れ動くことになり、周辺人 (marginal man) の様相を帯び、その結果、視覚障害を持つ自身のアイデンティティに対して両面的な感情を抱く、あるいは拒絶したいと願ってしまう結果になりやすい。もう1つの概念は「見過ごし」(passing) であり、特にこれは全盲者ではなくロービジョン (低視力) 者に起こりがちで、ロービジョン者は、ほとんどの生活において視覚障害があることをまわりから見過ごされる。それが結果的にはロービジョン者のアイデンティティへ影響し、またいつ自分の視覚障害をまわりに呈示するのかを決定することに影響する。これに関連する研究として、ロービジョン者の白杖携行への抵抗についての研究では、ロービジョン者は、盲人と見なされ偏見を抱かれるのを避けるために白杖を持ちたがらず、そのために、40%が車にぶつかっていると報告されている (Freeman, Goetz, Richards & Groenveld, 1991)。

個人・社会両要因説

これらの社会的説明に加えて、社会と個人の双方の要因を重視する立場がある。Bauman と Yoder (1966) は、個人の状況と家族・友人・医療関係者の反応の両方が、適応に影響を与えるとする。Roberts (1973) は、盲になることは、人間の生体の考えられる最も荒れ狂う環境への適応の様相を呈し、同様に他の人々の見方は、彼の自己概念、以前に確立した役割、手続きを、再考し再定義することを余儀なくさせ

ると主張する。Shulz (1980) は、盲への反応はパーソナリティ特性、社会環境、視覚喪失の身体的事実によって決定されるが、感情的心理的反応は喪失の質そのものによってもたらされるのではなく、それによって生じた特別な問題と個人の喪失に対する意味からもたらされると主張している。Yeadon と Gryson (1979) は、盲への反応は2つの元から生じる。1つは人々・他者の態度、もう1つは盲が発生した年齢であると述べているし、Tuttle (1984) は、「身体的視覚喪失」と「社会の優勢な態度」はどちらも受容な影響を与えると述べている。このように社会と個人要因の双方を重視する立場は他に、Morrison, Cellura, Conti, Gasperini, Press, Robinson, Rosen & Schumacher (1982) や Lowenfeld (1981) がいる。

介入法

これまで述べてきたように中途視覚障害者の心理的適応の難しさと複雑さは、個人的要因、環境的要因、そして視覚障害者の行動の3つの相互作用によって生じている (Welsh, 1977)。であるから、心理的反応の原因についての捉え方の違い、また介入の目的をどこに置くのかの違いによって介入方法は違ってくる。たとえば、感情反応を沈静化するのか？ リハビリテーション訓練をスムーズに進ませ、その効果を最大に引き出すのか？ 社会における人々からの悪影響を最小化するのか？ 等である。文献に見られるこれらの複雑な問題に対する介入は、いくつかの提案と僅かな実際の介入の試みである (表1)。

まず個人カウンセリングとして古くから行われてきたのは、悲嘆療法 (grief therapy) である。Choldon (1958) は、障害を心理的に受容するためのカウンセリングとして治療者は、いつも同じで、脅かさない、暖かい姿勢を呈示する、本人がまだ自身の障害を受容していない領域を指摘する、盲がもたらす問題で、彼が避けている領域を指摘することが良い効果を生み出す、と述べている。またショック期においては、どのような最適適への努力も無効であり、治療的介入をすることは賢明ではない。その後には反応性抑鬱、死んだ目に対する喪の期間が始まり、この期間はそれまでの自己が死に、そして内的な自己が再体制化するプロセスとし不可欠である。障害を受容するまえに経験する必要がある、これを阻止しようとしてはいけない。この時期には一人にそっとしておくのが良い、と述べている。そしてその後、抑鬱を速く抜け出させる方法としては、活動や課題をうまく使うことを推奨し、難し

いと思っていた課題を達成することで心理状態が持ち上がり、難しすぎる課題を呈示すると抑鬱が長引くと述べている。

不安・緊張に対する介入

Carroll (1961) は古くから、失明者に良く見られる身体の調子が崩れること、睡眠が不安定になることは、緊張によるものと見なしており、そのためリハビリテーションの過程で感情的な問題を取り扱うことと緊張緩和を行うことが必要であると主張していた。またリハビリテーションをスムーズに進行させることは、すなわち社会適応を促進することにつながる。不安のところで述べたように、高い不安は学習を抑制する。そこで不安の低減を試みた介入がいくらか行われている。Fluharty et al. (1976) は歩行訓練における不安に対処する方法として、1. 様々な場面にさらす、2. 気をそらさせる、3. 完全に依存の状態から少しずつ離す、4. 訓練士がいることを保証する、の4つの方法を提案し、O'Donnell (1988) は筋弛緩法、瞑想法、バイオフィードバック等のストレス低減技術を歩行訓練を受けている中途視覚障害者に適用している。またThyer と Stocks (1986) はエレベーター恐怖を持つ視覚障害の女性に漸進的脱感作を用いた実生活暴露療法 (real life exposure therapy) についての事例研究を報告している。

認知面への介入 その1・訓練効果に対する認知

従来からリハビリテーション領域で行われてきた悲嘆療法について疑問を投げかけたのが Dodds (1991, 1993) である。彼は、喪失モデルでは悲嘆が必要と判断され、数週間あるいは数ヶ月放置され、その後技術修得のアプローチを開始する。しかしそのようなアプローチは長く依存の状態に置くことになり、無力感に導き、そして学習性無力を片づくってしまう (Dodds, 1993)。また喪失モデルでは、抑鬱を通らない者がいること、またなぜあるクライアントは技術訓練から利益を得ないのかを説明できない。それに対して喪失モデルはただ「準備ができていない」というだけである。また喪失モデルが示すような感情が示されなかった場合、それは「抑圧されている」と見なされ心理療法に送って、それらの抑圧された感情を解き放つことが第一であると見なされる。このようなやり方は本当に妥当性のあることなのかと批判している。そしてこの基本的な考え方の違いが、リハビリテーション従事者を感情に関することに重きをおく者と、でき

表 1 中途視覚障害者の心理社会的問題への介入法

研究者	理論的根拠・目的	対象	技術・方法・期間	結果
個人カウンセンシング Choldon (1958)	ショックステージにはどのような治療的努力も無効。その後の反応性抑鬱は自己の再身体制化、障害を受容するために不可欠。この時期には一人にそっとしておくのが良い。		セラピストはいつも同じで、脅かさない、暖かい姿勢を呈示する。クライエントが障害の受けができていない領域、また言がもたらす問題で避けている領域を指摘する。抑鬱を速く抜け出させるために活動や課題をうまく使う。難しいと思っていた課題を達成できると気分が持ち上がる。難しすぎる課題を呈示すると抑鬱が長引く。	効果測定なし
Dodds (1994)	カウンセンシングは直接的には自己価値の改善を導き出さず、動機的要素に変化を与え行動を起さず機会を増やす。カウンセンシングは、リハビリテーションの成功は彼自身の努力であることのみならず、クライエントの望ましい。それによってクライエントの自信が増加する。		認知療法、特に帰属再訓練	提案のみ
Needham & Ehmer (1980)	非論理的思考と言への適応対処の仕方は関連がある。それによって、どのような小さな視覚障害に関する非論理的言説も不幸の源泉となってしまう。		治療環境の中で、他の視覚障害者の信念を聞くこと、他の社会とは違った職員の態度に接することによって認知的変化を導き出す。心理療法では、クライエントが明らかにしていない非論理的思考を直接聞くことによって少しずつ明らかになっていく。	効果測定なし
グループカウンセンシング Choldon (1958)	視覚障害者は特に感情を表現するのに難しさを持つ。感情をコミュニケーションすることを学ぶことが必要。	カンサスリハビリテーションセンター 中途失明・先天盲・全盲・弱視混合 精神科既往歴者含む IQ=65~145	非構造化グループカウンセンシング	実施者の印象による評価 ・自由に感情を表現することを学んだ ・自分と他者の問題の共通性、対処法を学んだ。 ・他者を恐れることなく、自分をさらけ出すことを学んだ。

表1 中途視覚障害者の心理社会的問題への介入法 (続き1)

研究者	理論的根拠・目的	対象	技術・方法・期間	結果
Herman (1966)	否認、抑鬱、依存葛藤、低い自尊心がリハビリテーション訓練を阻害する。核となる葛藤は、首と自己の価値の引き下げの無意識的な同等視。	州立リハビリテーションセンター ター 学習技術がない、指示に従わない、イライラ・抑鬱を示すために訓練が行えない者 中途失明・先天盲混合 平均年齢33歳 IQ=95~140	非構造化グループカウンセリング 週1回×14~16週間	参加者の報告による評価 ・経験・考え・感情を分かち合うことを学んだ。親密さの感情が育った。 ・感情の発散が救いとなった。 ・将来に対して合理的な意思決定ができると感じるようになった。
Kubler Ross & Anderson (1968)	リハビリテーション機関では処理しきれない日々の葛藤を分かち合う、そして言語表現を促進する。	シカゴライトハウス 低所得層・多人種混合 教育程度混合	非構造化グループカウンセリング	実施者の印象による評価 ・異質のメンバーも同質のグループへと成長できる。 ・解決困難に見える問題には個人的な葛藤が隠されており、グループは、それを扱うことができる。
Goldman (1970)	視覚障害者は、彼等が用いている概念との実際的な接触・経験ができないので、「語り」セラピーでは行動に変化を引き起こさない。エンカウンター・マイクロラブは行動であり、そこで概念の意味を体験できるので、次第に本当の感情を感じることに、他者の感情を感じるように勇氣付けられていく。	ミズーリ視覚障害者協会 全盲・弱視同数	エンカウンター・マイクロラブ (構造化グループカウンセリング) ・リラクゼーション ・相互作用技術 ・信頼樹立技術 ・問題解決技術 ・イメージ誘導法 週1回2時間×10週間	・統合失調症用尺度を用いたため効果を弁別不能 実施者の印象による評価 ・自己主張、自律性が増加した。 ・多くのことを語るようになった。 ・気づきが促進された ・他者にフィードバックを与え、受け取る能力が高まった。
Manaster (1971)	怒りや不安、フラストレーション、恐れ、また自分自身に起こったことについて話すことは、評価される際のネガティブな反応を防ぎ、弱め、自身の問題や反応をポジティブな経験として体験できるようになり、その後の訓練に対しても肯定的になる。	イリノイ視覚障害者協会	治療診断的グループ(Theragnostic Group) (非構造化グループカウンセリング) 1週間の評価期間内に1回1時間、3回	実施者の印象による評価 ・現実的な気づきが生じるようになった。 ・自分・障害・センターに対して肯定的な感情が育った。 ・自分自身を人間として見出し出すようになった。

表 1 中途視覚障害者の心理社会的問題への介入法 (続き 2)

研究者	理論的根拠・目的	対象	技術・方法・期間	結果
Roessler (1978)	適応技術と障害に対する心理学的理解は並行する。心理的適応には将来に対して希望が持てる必要がある。このプログラムは意思決定、目標選択、計画発展を含み、将来に対して肯定感を持つことを目指す。	アーカンサス・エンタープライズ 平均年齢29歳 平均教育程度12年 男女同比 IQ>70	個人的達成技術訓練 (構造化グループカウンセリング) ・コミュニケーション技術 ・価値の明確化 ・問題解決技術 ・自己修正技術 1回90分、週3回×10週間	統制群を用いた客観的評価 目標到達尺度:増加傾向 自尊心:有意に増加 人生の展望尺度:有意差無し ローカス・オブ・コントロール:変化無し
McCulloh,Crawford &Resnick(1994)	中年期以降の視覚の喪失によって感情的、社会的、経歴的な喪失が生じ、中年期特有の発達課題も関連して適応は混沌とする。グループカウンセリングはこのような時期に起きる多大な欲求に対して効率よく対応できる。	シカゴ盲人サービス協会 中途失明のみ 他障害を多く持つ者は除外 男女同比 人種・教育・経済状態混合	構造化グループカウンセリング ・リラクゼーション ・対人関係技術 ・ロールプレイ ・情報提供 週1回2時間×8週間	実施者の印象による評価 ・グループは、喪失・悲しみから、プライドの回復・自己受容・自己信頼へと方向づける。 ・よりエンパワーメントされた。 ・自信が高まった。 ・自己の感情を明確に知るようになった。
竹下・高橋 (1996, 2000)	自分と他者に気づくことから人と自分への信頼を取り戻し、障害受容を助ける。	京都ライトハウス 全盲・弱視混合	構造化グループカウンセリング ・リラクゼーション ・心理劇 ・内観 週1回100分×12週	実施者の印象による評価 ・グループ以外でも互いに深い話しができるようになった。
副 練 Welsh (1997)	視覚障害者の困難は個人的要因、環境要因、行動の3つの相互作用からもたらされており、実証的研究によって概念化することは容易ではない。しかし歩行訓練の常識的アプローチは視覚障害者の心理的社会的問題にインパクトを与えることができる。		歩行訓練・常識的アプローチ ・論理的かつクライエント中心の学習系列 ・クライエント自身による問題解決の漸進的増加 ・簡単な技術から進む技術の階層 ・成功の直接体験 ・依存に対する態度の持ち方の教育 ・他者との相互作用の漸進的増加	効果測定なし

表1 中途視覚障害者の心理社会的問題への介入法 (続き3)

研究者	理論的根拠・目的	対象	技術・方法・期間	結果
Dodds, et al (1993)	喪失モデルでは悲嘆が必要とされ、数週間・数ヶ月放置された後技術修得のアプローチを開始する。しかしそのようなアプローチは無力感を導き学習性無力感を片づける。早期の技術中心の介入はクライエントを無力と依存から守る。	100名	10週間の職業的・社会的リハビリテーション訓練	客観的評価(統制群なし):NAS使用 ・不安、自尊心、障害の受容、自己効力感、抑鬱が有意に改善、視覚障害者への態度は改善傾向、帰属スタイルは変化なし。
Ferguson, Dodds, et al (1994)	リハビリテーションプログラムは行動的側面を促進するのみならず認知的・感情的変化をもたらす。	王立雇用リハビリテーションセンター 全盲・弱視男女混合 126名	職業的・社会的リハビリテーション訓練 (期間不明)	客観的評価(統制群なし):NAS使用 ・不安、自尊心、障害の受容、自己効力感、抑鬱、視覚障害者への態度が有意に改善、帰属スタイルは変化なし。
Fiharty et al (1976)			歩行訓練における不安への対処法	提案のみ
O'Donnell (1988)		歩行訓練を受けている中途視覚障害者	筋弛緩法、瞑想法、バイオフィードバック	効果測定なし
Thyer & Stochs (1986)		エレベーター恐怖を持つ視覚障害の女性	実生活暴露療法 ・漸進的脱感作法	事例研究
システムへの介入				
Robert, Ilene, et al (2000)	視覚障害者は、ずっと低い期待しかされなかったこと、成功した盲人と出会うことがな等で容易にやる気をくじかれる。		・評価と計画には必ず家族を含み、家族システムに介入する。 ・盲人自身による未来に勇気付けられようなガイドダンス、社会で出会う差別や偏見を取り扱う技術のガイダンスを行う。 ・組織間のギャップを埋めるために、組織と利用者(盲人)と家族と盲人グループをつなぐ。	提案のみ
Hudson (1994)	リハビリテーション機関は盲の社会的側面を強調する必要がある。		・社会で出会う否定的な態度に対しての準備。 ・家族・友人に教育とカウセリングを提供。 ・ローパー活動や擁護活動 ・これらの全てに卒業生・盲人を含む。	提案のみ

るだけ早く機能回復をすべきと強調する者に二分してしまっていると述べている (Dodds, 1991)。

そこで、この喪失モデルの捉え方と介入のやり方に対して Dodds は、早期の技術中心の介入はクライアントを無力と依存から守る (Dodds, 1991)。抑鬱は、喪失と見なすよりも学習性無力とそれに関連のある概念、自己効力感、ローカス・オブ・コントロール、帰属スタイル、希望喪失-抑鬱で捉えた方がよい (Dodds, 1994) と主張し、これらを測定するノッティンガム適応尺度 (Nottingham adjustment scale: NAS) を作成した。そして10週間の職業的・社会的リハビリテーションを行う100人の視覚障害者に NAS を実施し、不安、自尊心、受容、自己効力感、希望喪失-抑鬱がリハビリテーション訓練後に有意に改善、視覚障害者への態度は改善傾向、帰属スタイルは変化がなかったという結果を得ている。そしてこれらの改善は、次第に自分ができるようになっていくことを知ること、成功の体験、だけでなく、リハビリテーション施設における肯定的な役割モデル (視覚障害者のスタッフ) の存在、仲間の存在、すでに技術獲得した先輩の存在、先輩からの共感と激励、外の人々とは違う肯定的でできるようになることを期待しているスタッフの態度、忙しいリハビリのスケジュール、によってもたらされたと考察している。さらにカウンセリングについては、カウンセリングは直接的には自己価値の改善を導き出さないが、動機の要素に変化を与え行動を起こす機会を増やすかもしれない。動機付けの高い者には本人が苦しんでいないこと (喪失・悲嘆) に対する治療に持ち込まれるべきではなく、カウンセリングを行うのであれば、認知療法、特に帰属再訓練 (Attributional Retraining) (Försterling, 1985) が望ましいだろう。これはリハビリテーションの成功は彼自身の努力であると見なすようにさせるものであり、これによってクライアントは自信を増加させると述べている (Dodds, 1994)。

さらにまた、9週間のリハビリテーション訓練を受ける126名の視覚障害者に対して訓練前と訓練後に NAS を実施し、それらに共分散構造分析を用いて、訓練後に心理的適応モデルに構造的な変化、すなわち図1で示されていた「内的自己価値」と「行動主体としての自己」のつながりが失われ、障害の受容と「内的自己価値」のつながりが現われることを見出し、そこから技術訓練によって随伴的に認知的再構成が行われたのではないかと推察している。さらにリハビリテーション訓練は認知とそれに関連する感情を変える

のに非常に効果があるが、技術訓練によって生じた認知的変化は、直接的な認知療法でより強化されるだろうと述べている。ただし、あるクライアントは明らかに他のクライアントとより苦しんでいるので、そのような者には付加的なアプローチが必要であるが、喪失モデルのようにカウンセリングと技術の獲得が、相互に排他的であってはならない、と主張している (Ferguson, Dodds, Craig, Flanigan & Yates, 1994)。

認知面への介入 その2 非論理的思考

Needham, W.E. と Ehmer, M.N. (1980) は、視覚障害者が持ちやすい16の非論理的思考を挙げそれらを4つのカテゴリーに分類している。それは、

1. 盲人は自己価値において晴眼者と異なっている。
2. 盲人は変わった心理的構造を持っている。
3. 盲人は一般的に他者や社会に対して特別な関係を持っている。
4. 盲に関する魔術的な事実がある。

である。

そして、これらの非論理的思考の有無と盲への適応対処の仕方は関連がある、盲に対する神話と非論理的信念は我々の文化の一部で盲人と同じように晴眼者の中にも存在する、これが視覚障害者にとっては、どのような小さな非論理的信念についての言説も不幸の源泉となり、また自己破壊的思考となって制限されることをより多くしてしまう、と述べている。そこで介入としては、個人の明らかにされていない非論理的思考を直接聞くことによって少しずつ明らかにしていくこと、また治療環境 (リハビリテーション、あるいは心理療法) の中で、他の視覚障害者の信念を聞くことや、スタッフの態度 (患者としてではなく生徒として接する、楽観的でも悲観的でもない現実的な期待を寄せる) に実際に接しながら、自分の抱いている信念の正しさをテストしていくこと、によって認知的変化を導き出すことができると主張している。そして効果的な介入による非論理的思考の修正と視覚障害に対する対処技術の修得で、制限はあるが幅広い活動が可能となり、現実には達成できる夢、喜びを持てるようになることと述べている。また、このような効果的な介入ができるために治療者は、盲について良く知っていること、すなわちどのような神話があるか、リハビリテーションで何が実際に可能になるか知っておくことが必要であると述べている。

グループカウンセリング

グループカウンセリングによる介入は古くは Choldon (1958) に始まり、その後 Herman (1966), Kubler Ross & Anderson (1968), Goldman (1970), Manaster (1971), Roessler (1978), McCulloh, Crawford & Resnick (1994) 等の報告がある。日本においては竹下・高橋 (1996, 2000) が試みている。しかし、これらのグループカウンセリングも理論的根拠、介入の目的、用いられた技法が異なっている。またほとんどの報告において客観的な指標を用いた効果測定は行われておらず、その効果が実施者の主観的印象や参加者の感想に留まっている。わずかに客観的な指標を用いたものは Goldman (1970) と Roessler (1978) であるが、Roessler は統制群も用い、効果測定には自尊心尺度やローカス・オブ・コントロール尺度等の標準化された4つの尺度を用いている。それによれば彼等が個人的達成技術訓練 (Personal Achievement Skills Training) と呼ぶ、コミュニケーション技術、価値の明確化、問題解決技術、自己修正技術を含んだ構造化されたグループカウンセリングによって、統制群よりも、自尊心が有意に高まり、目標到達度が高くなる傾向が示されたことを報告している。Goldman は、リラクゼーションや相互作用技術、問題解決技術、イメージ誘導法を含んだエンカウンター・マイクロラブ (Encounter Microlab) と呼ぶ、構造化されたグループカウンセリングを行ったが、効果測定において統合失調症用の尺度を用いたためにリハビリテーション領域で意味のある結果を引き出していない。

歩行訓練の心理社会的効果

これまで述べてきた介入法は、従来、臨床心理学の領域で行われてきた個人心理療法やグループカウンセリングによる、いわば心理療法的介入であった。ただし心理療法がそれだけで効果を発揮するというものではなく、たとえば認知療法はリハビリテーションの環境の中で行われることで効果を発揮しており、不安の低減も訓練効果を最大限に発揮するために行われている。つまり心理療法的介入と技術訓練が相補的に作用するような試みであった。また前述した Dodds も、心理療法的な介入だけではなく、リハビリテーションの過程に含まれる環境や訓練といった要因が心理的改善に導くと述べている。

そこで、さらにこの立場を強調したものに、心理的改善を目指して発展してきたわけではない技術訓練が、

実は心理社会的効果を多に持っているというものが、これを主張するのが Welsh (1977) である。視覚障害者の社会適応技術訓練の中で、最も重要な訓練の1つが、白杖を用いて単独歩行を可能とする歩行訓練であるが、Welsh は、この歩行訓練が視覚障害者の心理社会的側面にインパクトを与える2つの要素を説明している。1つは歩行訓練が論理的な学習系列であること、またクライアントの進歩に沿った繊細な学習系列であることである。この学習系列によって成功の経験とクライアント自身による問題解決が順次増加していくことになる。また歩行訓練は基礎的な簡単な技術から高度な複雑な技術へと向かう技術の階層に沿って進む。これが心理的にも社会的にも必然的に前進を可能とする。つまり動機の低いクライアントにとっても、技術獲得の成功の体験が続くように仕組まれている。成功の直接体験はクライアントの自己効力感の知覚を発達させ、動機を高め、訓練を続けようという気持ちを増す。また歩行訓練は依存に対する態度を変える。訓練の最初から、援助(手引き)される、のではなく、援助者(手引き者)を使う、と教えられる。また他人との相互作用が少しずつ増していく。このような過程を歩行訓練は含んでいる。

2つめの要素は、クライアントと歩行訓練士の間の効果的な援助関係が発展していくことである。これはクライアント中心療法と似ており、クライアントが非常に不安が強い状況でも訓練士を信頼できるようにするために、歩行訓練士は常に誠実で真実でなければならない (Carkhuff, 1972)。この2者の関係が発展していく中で、クライアントは次第に危険に対して自分で評価できるようになり、自らその中に入っていくか入らざるべきかを決定できるようになっていくのである。

このように第2次世界大戦以降行われてきた正式な歩行訓練が、Welsh はこれを常識的アプローチ (common-sense approach) と呼ぶが、中途視覚障害者が入り組んだ心理社会的問題に対処するのを助ける、と述べている。

同様に Baker (1973) は、視覚障害者の歩行が社会の人々の態度と視覚障害者自身の心理、双方に与える影響について次のように説明している。視覚障害者が一人でうまく環境の中を歩くことは、それを見ている晴眼者の態度に影響を与える。この影響は通常は肯定的なもので、これによって視覚障害者を尊敬するようになり、自分とその視覚障害者は同じだと見なすようになる。この態度の変化は視覚障害者に対する行動

に変化を与える。そして晴眼者がより敬意を持って、また仲間であるとの態度で視覚障害者と接する時に、これが視覚障害者の自尊心と自己効力感に肯定的な影響を与えるのである。

システムへの介入

Pollard, Miner & Cioffi (2000) は、視覚障害者は、ずっと低い期待しかされていなかったこと、成功した視覚障害者の大人に会うことがなかったこと、また視覚障害者が所属している組織全体の社会的自立に対する士気が低いこと等によって容易にやる気をくじかれる。そのためにリハビリテーションの評価と計画には必ず家族を含み、家族システムに介入することによって、子供の能力について否定的な見方をしている家族を変えることが必要であると述べている。また可能性のある明るい未来を、期待され、勇気付けられようなガイダンス、社会で出会う差別や偏見に対処する技術が与えられるようなガイダンスを視覚障害者から提供されること。教育、職業準備、訓練、カウンセリングを提供することにおける組織間のギャップを、組織とクライアントと家族と視覚障害者団体をつなぐことによって埋めていくことが必要であると述べている。

Hudson (1994) も同様に、リハビリテーション機関は社会適応の技術訓練だけでなく、視覚障害の社会的側面を強調する必要があると主張する。そのためにリハビリテーション機関に在籍中に、社会で出会う否定的な態度に対して準備させること、家族・友人に教育とカウンセリングを提供することが重要で、またロビー活動や擁護活動によって社会の態度を変えていくことも必要である。そしてこれらの全てに卒業生・視覚障害者を含ませることが、より効果を高めるだろうと述べている。

要約と結論

中途視覚障害者の障害に対する感情的心理的反応は様々に異なっているが、その原因に対する説明も様々な立場からなされている。心理的反応の違いは大別すると、個人的要因、社会的要因、個人と社会の相互作用の影響に分けられる。心理的反応とそれに対する適応は1次元ではなく、抑鬱、不安、自尊心、自己効力感、障害の受容、視覚障害者への態度等を含んだ多次元である。

介入法としては個人療法、グループカウンセリング、技術訓練、システムへの介入などが行われている。その目的は抑鬱や不安、自尊心の回復、動機づけを目指

したものであるが、これらは心理療法だけで効果が得られるものではなく、訓練環境の中で行われること、技術訓練の効果を引き出すことによって、最大限の心理的効果が得られている。ただし実証的な効果測定を行っている研究は少ない。

視覚障害者の問題は、個人的問題、社会的問題、視覚障害者の行動とが絡み合っているために、単一の介入法で解決することは難しく、視覚障害者の行動、心理、他者からの影響に対するそれぞれの介入法の相乗効果が高まるような工夫が必要であると思われる。日本においても視覚障害に対する適応技術の訓練方法はほぼ確立されているが、それらを提供するリハビリテーション機関においては、視覚障害の社会的側面に関する介入、社会に戻ったあとの人々の否定的な態度に対処する技術も含めることが必要であると思われる。

文 献

- Allen, M. 1990 Adjusting to visual impairment. *Journal of Ophthalmic Nursing & Technology*, 9, 47-51.
- Bailay, I.L. & Hall, A. 1990 Visual impairment: An overview. New York: American Foundation for the Blind.
- Barker, R.G., Wright, B.A., Meyerson, L. & Gonick, M.R. 1953 Adjustment to physical handicap and illness: A survey of the social psychology of physique and disability. New York: Social Science Research Council.
- Baker, L.D. 1973 Blindness and social behavior: A need for research. *New Outlook for the Blind*, 67(7), 315-318.
- Bandura, A. 1977 Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bauman, M.K. 1954 Adjustment to blindness. Harrisburg, PA: State Council for the Blind.
- Bauman, M.K. & Yoder, P. 1966 Adjustment to blindness re-viewed. Harrisburg, PA: State Council for the Blind.
- Blank, H.R. 1957 Psychoanalysis and blindness. *Psychoanalytic Quarterly*, 26, 1-24.
- Carkhuff, R. 1972 New direction in training for the helping professions: Towards a technology for human and community resource development. *Counseling Psychologist*, 3(3), 12-30.

- Carrol, T.J. 1961 *Blindness: What it is, what it dose and how to live with it.* Boston: Little, Brown and Company.
- Chevigny, H. & Braverman, S. 1950 *The adjustment of the blind.* New Haven, CT: Yale University Press.
- Choen, O. 1972 *Prejudice and the blind.* In *Attitudes toward blind persons.* Pp.16-33, New York: American Foundation for the Blind.
- Cholden, L.S. 1958 *A psychiatrist works with the blindness.* NewYork: American Foundation for the Blind.
- Coker, G. 1979 *A comparison of self-concepts and academic achievement of visually handicapped children enrolled in a regular school and in a residential school.* *Education of the Visually Handicapped*, 11, 67-76.
- Cowen, E., Underberg, R., Verillo, R. & Benham, F. 1961 *Adjustment to visual disability in adolescence.* NewYork: American Foundation for the Blind.
- Cutsforth, T.D. 1951 *The blind in shool and society: A psychological study.* NewYork: American Foundation for the Blind.
- Diamond, M.D., Weiss, A.J. & Grynbaum, B. 1968 *The unmotivated patient.* *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 49, 281-284.
- Dodds, A.G. 1989 *Motivation reconsidered: The importance of self-efficacy in rehabilitation.* *British Journal Visual Impairment*, 7, 11-15.
- Dodds, A.G., Ferguson, E., Ng, L., Flanigan, H., Hawes, G., Yates, L. 1994 *The Concept of Adjustment: A Structural Model.* *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 88, 487-497.
- Dodds, A.G., Bailey, P., Pearson, A. & Yates, L. 1991 *Psychological factors in acquired visual impairment: The development of a scale of adjustment.* *Journal of Visual Impairment & blindness*, 306-310.
- Dodds, A.G., Flannigan, H. & Ng, L. 1993 *The nottingham adjustment scale: A validation study.* *International Journal of Rehabilitation Research*, 16, 177-184.
- Dover, E.T. 1959 *Readjustment to the onset of blindness.* *Social Casework*, 40, 334-338
- Easterbrook, J.A. 1959 *The effect of emotion on the utilization and the organization of behavior.* *Psychological Review*, 66, 183-201.
- Featherstone, H. 1980 *A difference in the family.* New York: Basic Books.
- Ferguson, E., Dodds, A., Craig, D., Flanigan, H. & Yates, L. 1994 *The changing face of adjustment to sight: A longitudinal evaluation of rehabilitation.* *Journal of Social Behavior and Personality*, 9, 287-306.
- Fitzgerald, R.G., Evert, J.N. & Chambers, M. 1987 *Reactions to blindness: A four-year follow-up study.* *Perceptual and Motor Skills*, 64, 363-378.
- Fluharty, W., McHugh, J., McHugh, M., Willits, P. & Wood, J. 1976 *Anxiety in the teacher—student relationship as applicable to orientation and mobility instruction.* *New Outlook for the Blind*, 70(4), 153-156.
- Fordyce, W. 1971 *Behavioral methods in rehabilitation.* In Neff, W. (Ed.), *Rehabilitaton pasychology.* Washington, DC.: American Psychological Association.
- Försterling, F. 1985 *Attributional Retraining: A review.* *Psychological Bulletin*, 98(3), 495-512.
- Friedson, E. 1965 *Disability as socialdeviance.* In Sussman, M. (Ed.) *Sociology and rehabilitation.* Washington, DC.: American Sociological Association.
- Freeman, R.D., Goetz, E., Richards, D.P. & Groenveld, M. 1991 *Defiers of negative prediction: A 14-year follow-up study of legally blind children.* *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 85(9), 365-370.
- Goffman, E. 1963 *Stigma: Notes on the managment of a spoiled identity.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Goldman, H. 1970 *The use of encounter microlabs with a group of visually handicapped rehabilitation clients.* *New outlook for the blind*, 64(7), 219-226, American Foundation for the Blind.
- Grand, S.A. 1972 *Reactions to unfavorable*

- evaluations of the self as a function of acceptance of disability: A test of Dembo, Levinton, and Wright's misfortune hypothesis. *Journal of Counseling Psychology*, **19**, 87-93.
- Head, D. 1979 A comparison of self-concept scores for visually impaired adolescents in several class settings. *Education of the Visually Handicapped*, **10**, 51-55.
- Herman, Sol 1966 Some observations on group therapy with the blind. *International Journal of Group Psychotherapy*, **16**(3), 367-372.
- Hudson, D 1994 Cause of emotional and psychological reactions to adventitious blindness. *Journal of visual impairment & blindness*, Nov-Dec. 498-503.
- Jernigan, K. 1965 *Blindness: Concepts and misconceptions*. Baltimore. National: Federation of the Blind.
- Jervis, F. 1959 A comparison of self-concepts of blind and sighted children. In *Guidance programs for blind children*. Watertown, MS: Perkins School for the Blind.
- Joffe, P.E. & Bast, B.A. 1978 Coping and defense in relation to accommodation among a sample of blind men. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **166**, 537-552.
- Klausner, S.Z. 1964 *Disabled families: A study of a link between the social contributions of the disabled and the retardation of their rehabilitation in the family context*. Philadelphia: Center for Reserch on the Acts of Man.
- KublerRoss, E. & Anderson, J.R. 1968 Psychotherapy with the least expected: modified group therapy with blind clients. *Rehabilitation literature*, **29**(3), 73-76.
- Large, T. 1982 The effects of attitudes upon the blind: A reexamination. *Journal of Rehabilitation*, **6**, 33-35.
- Livneh, H. & Antonak, R. 1997 *Psychosocial adaptation to chronic illness and disability*. Maryland: An Aspen Publication.
- Lowenfeld, B. 1981 *Berthold Lowenfeld on blindness and blind people*. New York: American Foundation for the Blind.
- Lukoff, I.F. & Whiteman, M. 1962 Intervening variables and adjustment: An empirical demonstration. *Social Work*, **7**, 92-102.
- Lukoff, I.F. 1972 Attitudes toward blind person. In *Attitudes toward blind persons*. Pp.1-13. New York: American Foundation for the Blind
- Manaster, Al 1971 The theragnostic group in a rehabilitation center for visually handicapped persons. *New outlook for the blind*, **65**(8), American foundation for the blind, 261-264.
- Markus, H. 1977 Self-schemas and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, **35**, 63-78.
- Markus, H. & Nuriss, P. 1986 Possible selves. *American Psychologist*, **41**, 954-969.
- McCulloh, K.J., Crawford, I. & Resnick, J.D. 1994 A structured support group for midlife and older adults with vision loss. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, Mar-Apr., 152-156.
- McPee, W. & Magleby, F.L. 1960 Success and failure in vocational rehabilitation. *Personal and Guidance Journal*, **38**, 497-499.
- Meigham, T. 1971 *An investigation of the self-concept of blind and visually handicapped adolescents*. New York: American Foundation for the Blind.
- Monbeck, M. 1973 *The meaning of blindness*. Bloomington: Indiana University Press.
- Moore, J.E. 1984 Impact of family attitudes toward blindness/visual impairment on the rehabilitation process. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, **78**, 100-106.
- Morrison, M., Cellura, C., Conti, B., Gasperini, J.D., Press, R., Robison, T., Rosen, S. & Schumacher, N. 1982 *The first steps*. Palo Alto, CA: Peninsula Center for the Blind.
- Needham, W.E. & Ehmer, M.N. 1980 Irrational thinking and adjustment to loss of vision. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, February, 57-61.
- Neff, W. 1979 Success of a rehabilitation program: A follow-up study of the vocational adjustment center (Monograph 3). Chicago: Jewish Vocational Center.

- O'Donnell, B.A. 1988 Stress and the mobility training process: A literature review. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, **82**(4), 143-147.
- Olshansky, S. & Beach, D. 1975 Special report. *Rehabilitation Literature*.
- Oppegard, K., Hanson, R.O., Morgan, T., Indart, M., Crutcher, M. & Hampton, P. 1984 Sensory loss, family support, and adjustment among the elderly. *Journal of Social Psychology*, **123**, 291-292.
- Pollard, R.Q., Jr, Miner, I.D. & Cioffi, J. 2000 Hearing and vision loss. In Frank, R.G. & Elliott, T.R. (Ed.) *Handbook of rehabilitation psychology*. Pp.205-234. Washington, DC: American Psychological Association.
- Roberts, A. 1973 *Psychosocial rehabilitation of the blind*. Springfield, IL.: Charles C Thomas.
- Roessler, R.T. 1978 A evaluation of personal achievement skills training with the visually handicapped. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, **21**(4), 300-305.
- Ross, A.O. 1992 *The sense of self: Research and theory*. New York. Springer.
- Schulz, P.J. 1980 *How does it feel to be blind? The psychodynamics of visual impairment*. Los Angeles: MuseED.
- Schulz, P.J. 1977 *Reaction to the loss of sight*. In the Pearlman, J.T., Adams, G.L. & Sloan, S.H. (Eds), *Psychiatric problems in ophthalmology*, Pp38-67. Springfield, IL: CC Thomas.
- Scott, R.A. 1969 *The making of blind men*. New York: Russell Sage Foundation.
- 莊村多加志 2004 障害者のための福祉 2004 東京中央法規
- 竹下八千代, 高橋一夫 1996 障害受容を助けるためのグループワーク・グループのダイナミクス 第5回視覚障害リハビリテーション研究発表大会論文集, 106-109.
- 竹下八千代, 高橋一夫 2000 グループワークによる障害受容度を見るためのチェックリスト作成の試み 第9回視覚障害リハビリテーション研究発表大会論文集, 49-52.
- Teitelbaum, L.M., Davidson, P.W., Gravetter, F.J., Taube, H.A. & Teitelbaum, C.S. 1994 The relation of vision loss to depression in older veterans. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, **88**, 253-257.
- Thyer, B.A. & Stocks, J.T. 1986 Exposure therapy in the treatment of a phobic blind person. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, **80**, 1001-1003.
- Tuttle, D.W. 1984 *Self-esteem and adjusting with blindness*. Springfield IL, Charles C Thomas.
- Versluys, H.P. 1980 *Physical rehabilitation and family dynamics*. *Rehabilitation Literature*, **41**, 58-65.
- Welsh, R.L. 1977 *The Psychosocial dimensions of orientation and mobility*. In Blansh, B.B., Wiener, W.R. & Welsh, R.L. (Eds.) *Foundations of orientation and mobility*. 2nd ed. Pp.200-227 New York: AFB Press.
- Wulsin, L.R., Jacobson, A.M. & Rand, L.I. 1991 *Psychosocial correlates of mild visual loss*. *Psychosomatic Medicine*, **53**, 109-117.
- Whiteman, M. & Lukoff, I. 1965 *Attitudes toward blindness and other physical handicaps*. *Journal of Social Psychology*, **66**, 134-145.
- Workman, W.W. 1972 *Blind persons and their families: Reaction*. In *Attitudes toward blind persons*, Pp.35-37. New York: American Foundation for the Blind.
- Wardlow, D. 1974 *A nine months drop out study*, Hot Springs Rehabilitation Service. In Cobb, B. (Ed.) *Special problems in rehabilitation*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Yeadon, A. & Grayson, D. 1979 *Living with impaired vision: An introduction*. New York: American Foundation for the Blind.

Psychosocial problems of persons with acquired visual impairments and interventions — Main theories and results of researches —

YUKIHIKO UEDA (*Graduate school of psychology, Kurume university*)

AKIRA TSUDA (*Kurume university*)

Abstract

Emotional and psychological reactions of persons with acquired visual impairments to their disability show variety of differences. Much kind of explanations about these causes have been made from different standpoint. The causes of these psychological reactions are roughly categorized into personal factors, social factors and the influences of interaction between individual and society. Psychological reactions and adaptation might not be one dimension but multi dimensions which include depression, anxiety, self-esteem, self-efficacy, acceptance of their disability, attitudes toward visual impairment, etc.

As methods of interventions, individual psychotherapy, group counseling, skill training, intervention to system have been conducted. The purposes of these interventions are to improve depression, anxiety, self-esteem, or motivation, however, the benefit aren't obtained by psychotherapy alone. Using in the rehabilitation training environments or using to pull out the maxim effect of skills training obtains the maxim psychological benefits. However, empirical study that conducted objective evaluation to the effect of intervention isn't many.

The problems of people with visual impairments are difficult to solve by single method of intervention, because these problems are confused with personal problems, social problems and behavior of persons who have visual impairments. Therefore, it's important to heighten the synergistic effect of each intervention for each problem. Although the way of adaptation skills training for visual impairments are established in Japan, rehabilitation center which provides these training should include the intervention for social aspect of visual impairment and the coping technique for negative attitudes of people after coming back to society.

Key words: Acquired visual impairments, Rehabilitation, Psychosocial problems