

日本応用心理学会第84回大会 特別講演

発達障害の家族支援における「障害受容」 — その概念の変遷を巡って —

日 時：2017年8月27日（日）

場 所：立正大学 品川キャンパス 11号館5階（11513教室）

企画者・司会：古屋 健（日本応用心理学会第84回大会委員会委員長）

講演者：中田洋二郎（立正大学心理学部臨床心理学科教授）

古屋：臨床心理学科と対人社会心理学科という2つの専門を異にする学科がございます。その2つの学科からなっている学部の特長を生かしたような企画をしようということで考えておまして、こちらの特別講演のほうにつきましては、ぜひ臨床のほうの方の専門的なお話が聞ければということで考えておりました。

実は今年、ちょうど定年で退職される中田先生のことを一番最初に思い出しまして、ぜひ最後の記念にということでお話いただければというふうに思いました。

中田先生、簡単にご紹介を申し上げます。

出身は、早稲田大学、学部と大学院のほうを出身ということになっております。それからその後、東京都の民生局心身障害福祉部のほうに専任として、心理職として勤務された後、研究所のほうに移られます。国立精神衛生研究所児童精神衛生部というところの研究員、主任研究員、最後が室長ということで大学のほうに転身されて、平成13年より、福島大学のほうに奉職されます。

そして、現在の立正大学心理学部のほうに移られたのが平成16年ということなので、今年は13年目ということで、その間、こちらのほうの大学院の研究活動でありますとか、こちらのほうの例の臨床のコースに附属であります心理臨床センターのセンター長、今は大学全体の理事をされているということで、立正大学にとってはなくてはならない人材ということでございます。

たまたまですけれども、昨年一年間、サバティカルで元のいらした研究所のほうで勉強されて戻ってきたということで、今日は、その一年間の成果をお話し

いただけるものというふうに考えております。

ということで、1時間ということで短い時間ですけども先生の今までの研究の総まとめというような意味合いもあると思います。よろしく願いいたします。

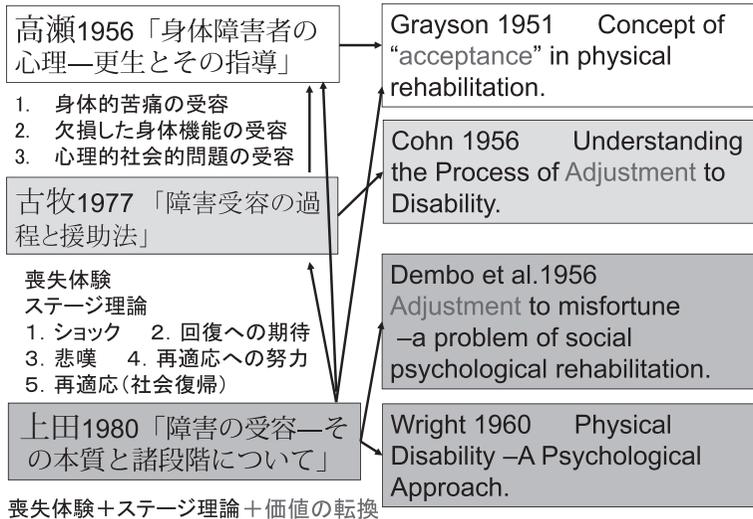
中田：どうもご丁寧なご紹介ありがとうございます。私は、研究所にいたこともあって調査研究にも従事してきましたが、アイデンティティとしては心理臨床の実践家です。サバティカルの機会に、実践と研究の関係とか、そういうことも考えてみたいと思っておりました。今日は私のライフワークである「障害の受容」というテーマから実践と研究の関係についてお話ししたいと思っております。

障害受容という概念の誕生

障害の受容という概念がどんなふうにして生まれたのか、そして、どういうふうに変遷していったのかを、まずお話ししようと思います。「障害」と「受容」をキーワードで検索した論文を調べ、引用関係によって先行研究の共引用や書誌結合について調べたものを整理しました（次図参照）。

その結果、障害の受容という概念は、Grayson (1951) が身体の中途障害における適応を“acceptance”という言葉を使って論述し、それをわが国の心理学者の高瀬 (1967) が「受容」と訳して引用したことから出発しています。それは、身体的苦痛の受容、欠損した身体機能の受容、心理的社会的問題の受容の3つの受容の問題で、必ずしも心理的な受容を意味していません。その後、古牧 (1977) が高瀬 (1967) を引用し、Grayson (1951) の“acceptance”に心理

「障害受容」の概念の誕生



的受容の要素をより強めます。古牧 (1977) は「障害受容に必要な条件」として次のことを述べています。

- ①障害の性質や原因や併発症や予後を知ること
- ②社会との関係において現実的であること
- ③情緒的な症状を示さないこと

この論文では前述の「③情緒的な症状を示さないこと」に力点があり、Cohn (1961) のステージ理論を引用し、障害のある当事者の適応過程を、喪失体験後の段階的な感情反応としてまとめたことに特徴があります。

その後、上田 (1980) が Grayson (1951) と高瀬 (1967) と古牧 (1977) を引用します。その際に Dembo ら (1956) と Wright (1960) の “Adjustment” (適応とか調整) には価値の転換が必要であるという考えを採用し、障害は喪失体験であり、段階的な感情反応を伴い、最終的に価値の転換が必要であるという、わが国独特の障害受容論を完成させました。

そして著名な「障害の受容とはあきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観(感)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の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」(上田, 1983) という定義が誕生しました。

ここまでが障害受容という概念の誕生の時期で、1950年代半ばから1980年代初頭だと考えられま

す。

障害的受容という概念は、当時の身体的ケアが中心のリハビリテーション医療に心理的ケアの重要性を認識させる役割を果たしました。ただ気をつけておかなければならないのは、そのときの対象は、後天的な身体の中途障害、たとえば交通事故などによって身体器官の一部を損傷しその部分に関わる運動機能を損失した人たちの心理的適応を対象に、さらに身体障害のリハビリテーションを受ける期間に限定して想定された概念でした。

障害受容という概念の拡大

Dembo ら (1956) と Wright (1960) の価値の転換は、Wright (1960) が4つにまとめていることを平たく言うと、喪失したものに対してこだわっているのはやめましょう、また、器官とか機能を喪失したことをあまり誇大に考えずに、自分の大事なものは身体の外観じゃなくて、内面だということ、それから、障害がなかったときや健康な人と比較することはやめて、自分に残っているものに価値を見つけ、その機能をどう使うかが大事だという考え方です。障害受容すなわち価値の転換という主旨ではありません。しかし、「障害受容=価値観(感)の転換」としたことによって、その言葉と概念が曖昧になり、また哲学的な意味あいを含んでしまったと思えます。

“disability” と “acceptance” のキーワードで欧米

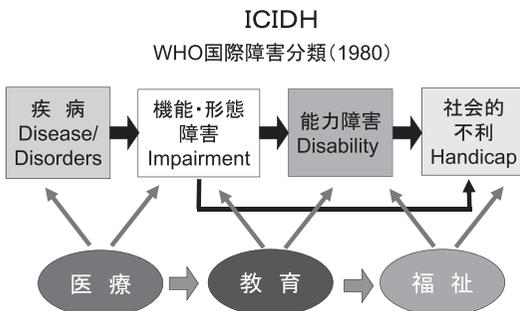
の論文を検索してもわずかしかなかった。なぜ日本で障害受容という概念が広がっていったのか、おそらくこの言葉と定義が醸し出す人間的成長の意味合いが関係しているのではないのでしょうか。障害を克服して成長する人間像を前提に、この概念や定義が身体的な中途障害以外の障害や難病の医療や支援の領域に急速に拡大していきます。

1980年代初頭から1990年代の半ばが、障害受容という概念がさまざまな対象へと拡大していく時期です。特に1993年から1995年の間に、リハビリテーションや公衆衛生の学術誌や専門誌に特集が組まれます。特集が組まれるということは、既に実践の中で障害受容という概念がかなりの人々に関心を持たれていたということなのでしょう。それらの特集を見みると、先天性身体障害、進行性・難治性疾患、精神障害、発達障害など広い領域でこの概念や用語が使われるようになり、また障害のある当事者だけでなく、家族の問題として、また支援的介入の期間だけではなくライフステージ全般における課題として扱われています。

この広がり大きな要因は、当事者や家族に障害を受容してもらわないと、専門的介入や支援を始めることができないという、専門家の切実な困り感が背景にあったと思われます。

障害の分類と概念の変革

わが国での障害受容の概念が誕生した時期にあたりますが、1980年にWHOによる国際障害分類ICIDHが提示されます（次図参照）。



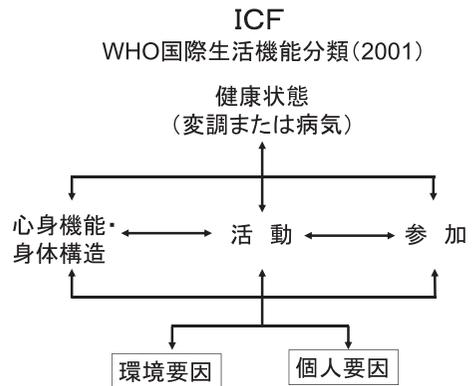
ICIDHは、障害に対する支援のあり方を考えるうえで、疾病と機能・形態障害に対して医療がすべきこと、能力障害に対してリハビリテーションや教育がすべきこと、社会的不利に対して社会がすべきことが明確に整理され、支援施策を整備することに役

立ちました。

しかし、当時から次のような問題点が指摘されていました（上田，2005）。

- ①因果関係を示すことを大切にすために、時間経過とともに一方向に進むという誤解を生んだ
- ②マイナス面中心のモデルであり、運命論的な意味合いを強く伝える
- ③障害には環境的な要因が大きく影響するのに、そのことがまったく反映されていない
- ④当事者不在のモデルで、当事者の主観的な障害への感覚・意見が反映されていない

これらの問題点を踏まえて、2001年に障害という概念自体を考え直した国際生活機能分類ICFが策定されます（次図参照）。



ICFモデルの目的と特徴は次のようなものです。

- ①障害のある人だけでなく、すべての人の生活機能と障害に関する分類
- ②国際的な情報交換を可能とする標準的な共通言語の提供
- ③人間の生活機能と障害に影響を与える背景因子（ICIDHでは考慮されなかった環境因子と個人因子）の付加
- ④ICD-10と相互補完的關係、診断に生活機能を加えることで、保健・医療・福祉サービスの方向性を示す

ICFモデルがICIDHモデルと大きく異なるところは、障害と健常という2分法をとらず、すべての人の生活機能の維持と向上を目的としている点と、障害によって起きる生活上の障壁は生活環境や社会制度や社会的施策によって変化する、つまり障害は個人レベルではなく社会レベルの問題であることを明示している点です。そのことからICFは医学モデル

と社会モデルの統合モデルと言われます。

障害受容という概念の批判

このような障害に対する考え方の変化と呼応するように、1990年代後半から2000年代初頭に障害受容論に対しての批判が生じます。最初の批判は、ステージ理論への批判でした。疾患や障害によっては対象喪失に伴う感情的な変化が必ずしも生じないからです。また先天性障害において障害受容という概念自体がそぐわないという意見が生まれました。先天的に障害がある人にとって、その状態は自分自身そのものであって、身体の中途障害のように新たに生じた心身の一部の喪失に伴う違和感はないからです。たとえば聴覚障害の教育分野では健聴者の社会で生じる障壁を理解するために「障害の受容」ではなく「障害の理解」としてカリキュラムを作成する動きとなりました（藤井、2002）。

さらに個人の障害の受容ばかりが強調され、社会の側の問題が抜け落ちていることが指摘され、障害受容に加えて「社会受容」という概念が生まれました（南雲、2002）。また障害受容という概念が実践において弊害を生むという指摘も主張されました（田島、2006）。

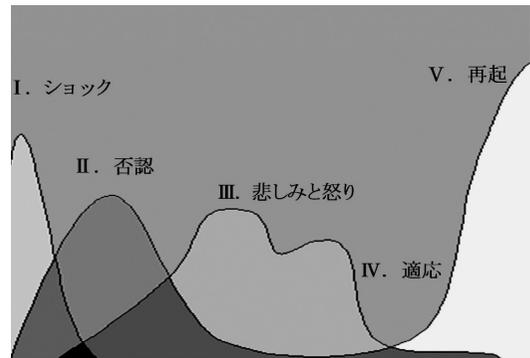
発達障害における「障害の受容」の3つ仮説

障害受容の概念は、これまで述べてきたような経緯で「誕生」「拡大」「批判」という変遷をしてきました。しかし、発達障害における親の障害受容に関する考え方は、この経緯と呼応しない部分があります。

まず、発達障害における障害受容に関わる3つの仮説、段階的モデル、慢性的悲哀（悲嘆）、螺旋形モデルについてお話ししたいと思います。

段階的モデルは、中途身体障害の障害受容で古牧（1977）が引用したステージ理論とほぼ同じ考え方と言えます。著名な段階的モデルはDroterら（1975）でしょう（次図参照）。

障害受容過程の段階的モデル Droter et al 1975



時間の経過

障害を告知された段階でまずショック状態になって、それから否認が起き、悲しみと怒りの感情の時期を経て、適応と再起へと段階的に感情反応が進むという考えです。

この仮説のベースには対象喪失論とモーニングワークという考えがあり、「障害児の誕生は『期待した子どもの死』である。その喪の過程を持続し安定させなければ、期待した健康な子どもへの切望が、亡霊のように家族が我が子になじむのを妨げつづける」（Solnitら、1961）と説明され、さらに「障害児の誕生後の2ないし3カ月の間、ケースワークでの面接は、妊娠中のファンタジーに話の焦点を合わせるべきである。母親が健康な子どもを産みたかったという想いから解き放たれるまでは現実的な事柄を話し合うべきではない」（Kennedy、1970）という考え方が支援する側に生まれました。

段階的モデルないしはステージ理論は上田（1980）においてもそうでしたが、「価値観の転換」が最終段階であり、障害受容のゴールをそこに定めるという考え方と馴染みやすいようです。それは発達障害の親の障害受容に関わる論文においても同様で、努力を通して親自身人間の成長を子どもに感謝する段階（鏞、1963）、転換期、母親が自己の成長を感じる（田中、1990）、第3段階、変革「障害」を劣等と捉えない障害者観（要田、1989）など、価値転換による人間の成長が報告されています。

このような段階的モデルは重度の障害で早期に障害が見つかる場合、例えばダウン症のような例に多

障害種別による障害認識過程の違い

調査時期 1994年

	ダウン症など 17例	自閉症など 44例
気づいた時期	生後 0.6M	生後 18.3M
気づいた人	医師・看護婦 82.4%	親自身 75%
障害告知の時期	1.1M	46.8M
障害を認識した時期	告知時 100%	告知以前 20% 告知時 27.1% 告知後 52.9%

くあてはまるようです。国立精神保健研究所に私がいたころに、知的障害や自閉症の障害告知に関する聞き取り調査をしましたが、その際に私の関心事である障害受容についても調査しました(中田, 1995)。

調査協力者のお子さんの障害の種別によって、明らかに障害の認識の過程が異なります。

ダウン症の場合、生まれてから1カ月ほどの親自身が気づいていない段階で障害を告知され、否定しようがなく、障害告知と同時に、自分の子どもの障害を認識します。一方、自閉症の場合、親が子どもの発達に異常を感じても診断が確定せず、診断が下りる前に障害があると親自身で認識する例と告知されたときあるいは告知後からしばらく経った後に障害を認識するという3群に分かれます。このようにダウン症と自閉症では親の障害認識の過程が明らかに異なります(上表参照)。

次に、この聞き取り調査でダウン症の子どもをもつ母親の口述の内容を紹介したいと思います。

ダウン症女兒の母親 (診断 1985 年)

「出産1カ月後産院の医師の紹介で大学病院を受診した。心電図、染色体検査などの結果が出たときにダウン症とはどんなものか知らず説明は分かりにくかった。遅れについて『どういう状態ですか』とたずねたら、『おとなにはなりますよ』とそっけなく答えられ、『何かしてやれることは?』とたずねたら、『入院はできるけど、どうやっても同じですよ』と言われた。診断を伝えられた日、若い医者達が子どもの周りを囲み『これがダウン症だよ』というような説明をされ、レントゲン検査のときも革バンドで肢体を押えられ、まるで物みたいな扱いだった。何度か通った病

院だったが主人も私も、車でどう行ったか覚えていない、2度と行きたくないと思う」

この状況から考えられるのは、最初に起きているのは対象喪失というよりも心的外傷による急性ストレス反応です。その反応は単に子どもに障害があることを知ったためだけでなく、障害を告知する際の医療側の配慮の欠如がそのストレスを強めていると言えます。前述の例で、母親は障害告知後、ほぼ1年間、子どもを連れて外出できなくなり、不眠や食欲不振と強い抑うつ状態を呈しています。これは心的外傷後のストレス障害(PTSD)の症状と思えます。

当時はダウン症は短命であるというのが定説だった時代で、この医師は懸命にそれが誤説であることを、両親に説明しているのですが、母親は感情的に混乱し、医師の真意が理解できていません。一方で母親はどのようにすれば、ひ弱な新生児が無事に育つのかを医師に質問したかったと聞き取り調査では語りました。この時の医師と母親の間にはディスコミュニケーションが起きています。

この事例から考えると段階的モデルのベースになっている対象喪失論には必要な支援を見落としてしまう落とし穴があります。段階的モデルの長短を整理すると、次のようになります。

肯定的面

- ①障害を知ったことによる激しい感情を正常な反応として理解する。
- ②時間経過とともに、その感情は変化し、適応へと進む。
- ③障害受容は人生や生命に対する深い洞察を得る機会でもある。

否定的面

- ①すべての障害をもつ子の親が段階的変化を示すと考え、親が受容に達することを期待し、それを強要する雰囲気ができる。
- ②精神的な面での支援を重視するあまり、その時期に必要な具体的な援助を怠る結果となる。

自閉症男児の母親 (診断 1985 年)

次に示すのは自閉症の子どもをもつ母親の口述内容です。

「生後8カ月頃に視線が合わないことから異常を感じた。1歳の頃、保健所に相談に行ったが、スキップが大事と言われ、こちらの質問に答えるだけ

の専門的な知識がなく何の役にも立たなかった。4歳のとき言語治療室から子どもの神経科専門のクリニックを紹介された。CTや脳波検査には異常がなかったが、医師から自閉傾向児と言われた。いろいろ尋ね歩いた末の診断だったので告知された時は、やっぱりという感じでさめていた。自分のせいだけではないことがわかり気持ちが軽くなった。障害を認識したのは、小学校5-6年の頃、地域での生きにくさ、受け皿のなさから、障害児としての生き方を選ぶべきだと強く思ってから」

先ほどのダウン症児の母親の例と比較して、障害告知時のショックは軽く、むしろ安堵感が生じています。段階的モデルは適合しません。自閉症のように確定診断が困難な障害の場合には、診断までの間に母親に自責感や罪障感が生じ、その感情に母親がいかに苦しんでいるかがわかります。

ダウン症と異なるのは、障害告知時に必ずしも障害を認識したと親は思わない点です。この母親は就学前に療育手帳を取得しています。私たち専門家の立場からすると療育手帳を取得するということは、親が障害を受容したと考えがちですが、この母親は、中学校に進学する際に特殊学級(現特別支援学級)の選択を決心し、その時が自分が子どもの障害を認識したときだと語っています。

このような例から、段階的モデルだけでは親が障害を認識していく過程が理解できません。いろいろと文献を調べてみると、親の慢性的悲哀あるいは悲嘆という概念がとても重要なことに気がきました。慢性的悲哀をOlshansky(1962)は次のように記述しています。

「知的障害児の大多数の親は広範囲な精神的な反応、つまり慢性的な悲哀に苦しんでいる。この悲哀の程度は個人また状況によって異なる。その感情を隠さずに表明する親もいるが、忍耐を重んじ慢性的悲哀を隠す親もいる。医師や臨床心理士やケースワーカーなどの専門家は、慢性的悲哀が知的障害児の親の自然な反応であることにあまり気づいていない。そのため、専門家は親に悲哀を乗り越えることをはげまし、親がこの感情を表明することを妨げる。また、慢性的悲哀を神経症的な症状と見なし、親が現実を否認する傾向を強める要因と考える。専門家がこの反応を知的障害児をもつ親の当然の反応として受け入れることができれば、家族の生活をより快適に

するためにより効果的に援助することができる」

その後の調査から、慢性的悲哀の状態を呈する親が大半であることが実証的にも確かめられています(Kennedy, 1970; Damroshら, 1989)。

慢性的悲哀という概念は誤解されていて、親がさまざまな防衛機制を働かせる状態(渡辺, 1982)とか、「真の」受容に達していない状態(要田, 1989)とか、「命日反応」のひとつであり、感情の揺り戻しは「心理外傷後ストレス反応(PTSD)の一種である(西村, 2006)と説明されています。しかしOlshansky(1962)は慢性的悲哀を発達障害のある子どもの親の自然な反応であり、それを支援者が理解することが重要であると訴えています。

発達障害の子どもの親において段階モデルに当てはまる例やまた慢性的悲哀が多く親に認められることを考慮すると、この両者を統合するような仮説が必要になります。そこで私は障害受容の螺旋形モデルという仮説を立てました。それは次のように表現されます。

「障害の認識の過程で家族には障害を認める気持ち(肯定)と障害を否定する気持ちの両方がある。この両面感情は、表裏の色の違うリボンを巻き取って螺旋に伸ばしたり縮めたりしたときのように、状況によって現れ方が変わる。家族が子どもの障害を肯定しているようでも、内面では障害を否定する心情が存在し、家族が障害を否定しているようでも、それは障害を認め受け入れようとする過程と考えるべきであろう。」

螺旋形というのは、リボンを巻き取った状態が螺旋になることにたとえたのと、もう一つは障害受容の過程が一直線に進むものではなく、螺旋のように紆余曲折しながら進むという意味を込めた考え方です。障害受容という心理的過程は、螺旋階段を昇る人の姿が見え隠れするように外側からは全貌がつかめないものだろうと思います。段階的モデルと慢性的悲哀と螺旋形モデルという障害受容の3つの仮説を一つにまとめると次のようになります。

「障害告知は保護者に精神的衝撃と悲哀を与え、その回復には一定の期間が必要である。回復し表面では適応していても、悲哀が常に内面にあり、状況によって再燃する。人生の価値に対する質的な変革が生じるのは、慢性的悲哀を通して家族が幾度も心痛を経験した幾度もそれを自らの努力で克服するか

らである。子どもの障害を認めることが困難な家族においては、慢性的悲哀は子どもの障害の否認として専門家には受け止められる。しかし、親が障害をはじめて知った時に生じる否認と同じように、それを自然な反応として考えるべきである。」

結論としては、障害受容というのは本来個人的体験であって、障害を受容するか否かは個人の主体性に委ねるべき問題だろうということである。

知的障害を伴わない発達障害の障害の認識

2000年ぐらいから急速に知的障害を伴わない発達障害への関心が高まります。このような例では「障害」というのは「個性」であるとよく言われます。しかし、障害と個性というのは、その概念の上では本来まったく違うものです。個性は伸ばすもので、障害は無くすべきあるいは軽減すべきものと考えられます。しかし現在の発達障害においては、そのような理屈では考えられないような障害と個性の併存あるいは表裏一体という状態があるように思います。

知的障害を伴わない発達障害の場合に、親がどのようにわが子の障害を認識しているのか、そのことを調べる必要が生じました。そこで思春期以降の子どもを持つ5名の母親の協力を得て、2007年に聞き取り調査を行いました(鳥畑ら, 2008)。次のように母親らの口述はそろって子どもの障害を社会との関係で語ります。

対社会的に意識される障害

- A) 日々の生活の中で、特に家庭の中で生活においてはまったくなんの問題もない。一歩外へ出て、社会とのコンタクトを取る時に、ああ普通じゃなかったと思う(大学生男子 アスペルガー一症候群)
- B) 問題は対社会的に起こる。家の中で対応出来る時はいい。(外の生活で)ひとつひとつ見ていくと自閉症の特徴が出る(中学生男子 高機能自閉症)
- C) この子の持って生まれた特性でもいいんだと思う。障害という一線引かれた感じ。本人もそうだろうし私も受容したくないという感じ。障害、辛い言葉。社会の中でうまくいければ、それを持っていてもいいじゃないかと思う。(高校生男子 広汎性発達障害+LD)
- D) 障害というのはその子についているのではない。社会との関係で生まれる(思春期後期男子 アスペルガー一症候群)
- E) 社会的に見て障害となるのは仕方ないが、私の中では個性の強い少数派(中学男子 広汎性発達障害)

ICFは障害と社会との相互的な影響関係を示しましたが、発達障害のある子どもをもつ親はそれを感じ覚として理解しているようです。私たちが社会の構造が障害を生むあるいは強めることを理解し、そのことを前提とした障害への支援を考えることができ

るようになれば、障害のある個人の課題として誕生した障害受容という概念は、その役割を終えるのかもしれない。

おわりに

ここまで障害受容の概念の変遷と発達障害における親の障害受容についてお話ししました。ここで冒頭で述べました「実践と研究の関係」について触れて終わりたいと思います。

純粋な学問的探究は研究者の興味や好奇心から出発するものもありますが、心理学とくに人の生活に密接に関連する応用分野の心理学における探求は、いずれも人の心の充実や人と人また人と外界のより良い関係の形成を目的として行われるべきでしょう。そして研究の成果は実践に貢献する形で還元され、実践は実際の支援を通して研究の成果を検証し、新たな研究テーマを提起するという相互補完的な関係にあるのだと思っております。

私が「障害の受容」という概念の検討に拘泥したのは、この実践と研究の関係がいつで乖離しかねない状況にあると感じ、研究者と実践家の両方の立場からその関係の修正を検討したいと思ったからです。

本日は応用心理学会の特別講演という光栄な機会をいただき、心から感謝しております。

古屋：ありがとうございました。

今日は「障害受容」という概念、これ、考え方自体でいろいろな考え方があると同時に、それによって、療養、療育、あるいは医療のあり方そのものにも大きな違いが出てくるという、非常に重要な概念であり、また応用心理学的な研究と理論、それと実践との関係が非常に結びついているんだという、そういうふうな感想を持ちました。

今日は貴重なお話、ありがとうございました。

それでは以上をもちまして、特別講演を終了させていただきます。

引用文献

- Cohn, N. 1961 Understanding the process of adjustment to disability. *J Rehabil*, 27, 16-18.
- Damrosch, S., & Perry, L. 1989 Self-reported adjustment, chronic sorrow, and coping of parents of chil-

- dren with Down syndrome. *Nursing Research*, **38**(1), 25-30.
- Dembo, T, Leviton, G.L, & Wright, B.A 1956 Adjustment to misfortune - A problem of social-psychological rehabilitation. *Artificial Limb*, **3**, 4-62.
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., & Klaus, M. 1975 The adaptation of par-ents to the birth of an' infant with a con-genital malformation: A hypo-thetical model. *Pe-diatrics*, **56**(5), 710-717.
- 藤井克美 2002 聴覚障害の自己認識の実践的検討—京都府立聾学校の試みから— 障害者問題研究, **30**(3), 204-213.
- 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**, 721-726.
- Grayson, M. 1951 Concept of "acceptance" in physical re-habilitation. *JAMA*, **145**, 893-896.
- Kennedy, J. 1970 Maternal reactions to the birth of a de-fective baby. *Social Casework*, **51**, 410-417.
- 南雲直二 2002 社会受容 障害受容の本質 荘道社.
- 中田洋二郎 1995 親の障害の認識と受容に関する考察—受容の段階説と慢性的悲哀— 早稲田心理学年報, **27**, 83-92.
- 西村辨作 2006 発達に遅れのある子どものいる家族への発達支援 医療福祉研究, **2**, 52-57.
- Olshansky, S. 1962 Chronic sorrow: A re-sponse to hav-ing a mentally defective child. *Social Casework*, **43**, 190-193.
- Solnit, A., & Stark, M. 1961 Mourning and the birth of a defective child. *Psychoanalytic Study of the Child*, **16**, 523-537.
- 田島明子 2006 リハビリテーション領域における「障害受容」に関する言説・研究の概括 障害学研究, **2**, 207-233.
- 田中千穂子・丹羽淑子 1990 ダウン症児に対する母親の受容過程 心理臨床学研究, **7**(3), 68-80.
- 高瀬安貞 1967 青年期と身体障害 水野祥太 他(監修) リハビリテーション講座第3巻 一粒社 pp.307-334.
- 鐘幹八郎 1963 精神薄弱児の親の子供受容に関する分析研究 京都大学教育学部紀要, **9**, 145-172.
- 鳥畑美紀子・中田洋二郎・本庄孝享・横部知恵子・森本由恵 2008 語りの分析による「軽度」発達障害における保護者の障害認識 立正大学臨床心理学研究, **6**, 1-7.
- 上田 敏 1980 障害の受容—その本質と諸段階について— 総合リハビリテーション, **8**(7), 512-521.
- 上田 敏 1983 リハビリテーションを考える—障害者の全人間的復権— 青木書店.
- 上田 敏 2005 ICF の理解と活用 「人が生きること」「生きることの困難 (障害)」をどうとらえるか きょうされん・萌文社.
- Wright, B.A 1960 *Physical Disability - A Psychological Approach*. New York: Harper & Row.
- 渡辺久子 1982 障害児と家族過程—悲哀の仕事とライフサイクル— 加藤正明・藤縄 昭・小比木啓吾(編) 講座家族精神医学 弘文堂 pp. 233-253.
- Wikler, L., Wasow, M., & Hatfield, E. 1981 Chronic sor-row revisited: Parent vs. pro-fessional depiction of the adjustment of parents of mentally retarded chil-dren. *American Journal of Orthopsychiatry*, **51**(1), 63-69.
- Wright, B.A. 1960 *Physical disability: A psychological ap-proach*. New York: Harper & Row.
- 要田洋江 1989 親の障害児受容過程 藤田弘子(編) ダウン症の教育学 同朋舎 pp. 35-50.