

## 脳損傷後の抑うつ気分に対する自己監視法の適用

### Self-Monitoring Procedure in Post-Stroke Depression : Case Report

稲木 康一郎\*

Koichiro Inaki

#### 【はじめに】

脳損傷後に抑うつ気分が生じる可能性は30～50%に達する<sup>1)</sup>。しかし、その出現率が高い割には、適切な治療がなされることが少ない<sup>2)</sup>。認知行動療法が、抑うつ一般に対して広がりつつあるだけに<sup>3)</sup>、リハビリテーション分野においてもその貢献が期待されている。

脳損傷後の抑うつ気分には、反応性の抑うつと呼ばれる一群がある。この抑うつは、心身の喪失に対する心因反応として抑うつに陥るもので、高度の悲哀と不安、様々な身体的愁訴、状況依存的な気分の変動が特徴である<sup>4)</sup>。

今回筆者らは、低酸素脳症後に抑うつ気分を呈した事例を経験した。本事例に認知行動療法にかかわり、加えて、自己監視法<sup>5)</sup>を併用した。すると、約100日の入院期間中16回の心理面接にて、抑うつ気分の軽減が観察された。本事例の面接過程を通し、脳損傷後の反応性抑うつ気分に対する自己監視法の適用について考察する。

#### 【事 例】

事例：60歳の男性で会社員。入院中に定年を迎えた。

主訴：からだがだるい。ボーっとなる。眠れない。病室に入るのが怖い。いらいらするなど多彩な心身の不調を訴えた。

既往歴：199X年に軽い脳出血と右下肢の血栓。歩行やADLは完全に自立した。

現病歴：X+3年、自動車事故で湖に転落した。低酸素脳症で2日間意識を消失した後、急速に改善して約3週間で退院した。しかし、心身の不調は持続し、発症6週間後、上記主訴で、当時、筆者の所属していたリハビリテーション病院に入院となった。

神経学的所見：ごく軽い右不全麻痺（Br.stage VI—VI—VI）と右半身に軽い感覚障害、右肩の疼痛があった。歩行やADLは全て自立していた。

神経心理学的所見：特記事項なし。

画像所見：特記事項なし。

#### 【面接過程】

心理面接は、X+3年6月～9月まで合計16回行われた。全ての面接は心理室にて個別に行われた。面接過程は、面接の内容によって第I期～第IV期に分けられた（表1）。

表1 面接過程の分類

期	面接回数	面接過程
第I期	(#1～#5)	入院時評価
第II期	(#6～#9)	症状の整理
第III期	(#10～#13)	自己監視の導入
第IV期	(#14～#16)	退院時評価

\*社会福祉学部講師

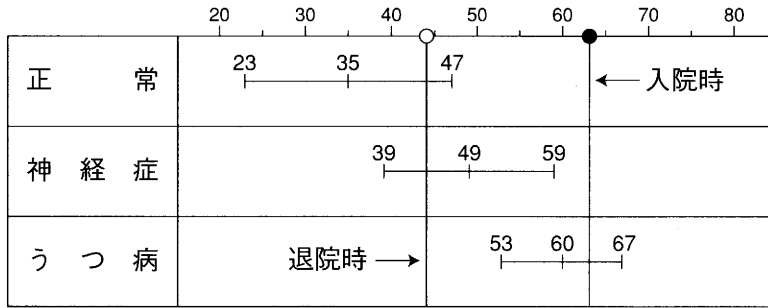


図1 入退院時のSDS得点

(男)

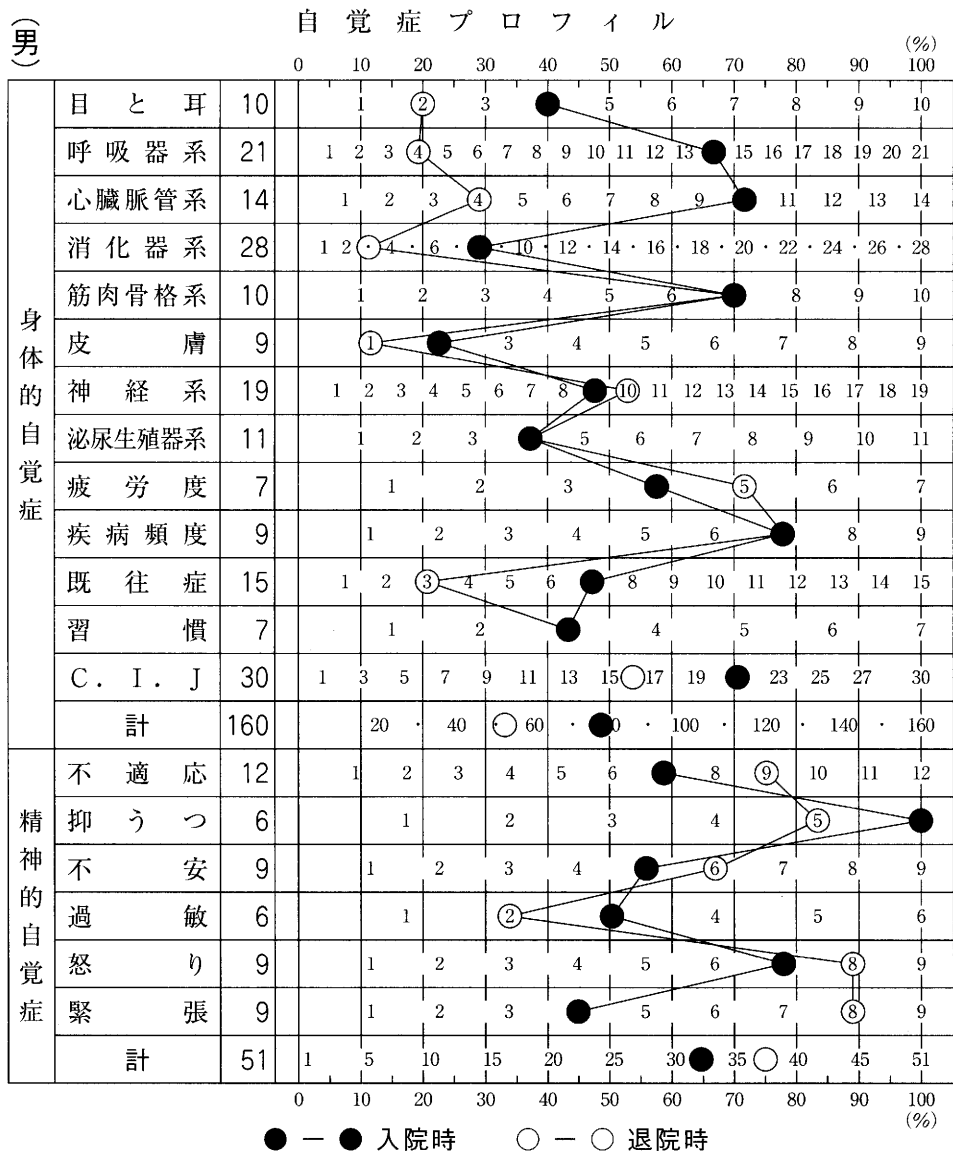


図2 入退院時のCMI得点

### 第Ⅰ期（入院時評価）

第Ⅰ期は入院時評価である。入院2週間後に行われるリハビリテーション・カンファレンスに報告すべき事項を検討した。

評価結果は、意識は清明、見当識は良好。注意面は保たれ、100引く7の連続引き算は5回以上、仮名拾いテストも正反応15と正常域だった。知的側面に深刻な問題はなく、改訂長谷川式知的機能スケール（以下HDS-R）が28点、レーヴン色彩マトリックス（以下Raven）が28/36点と、言語的にも非言語的にも保たれていた。記憶力は三宅式言語記憶検査で、有関係対が24（6-8-10）と正常域なのに対し、無関係対は2（0-1-1）と障害で、集中力や努力を要する課題では混乱をきたした。また、検査中に様々な症状を訴えるため、しばしば課題が中断された。感情・意欲面では、抑うつ気分が自己評価式抑うつ性尺度（以下SDS）で63点と極めて高く、うつ病の水準だった（図1）。また、CMI健康調査表（以下CMI）も領域Ⅳの神経症に判別され、自覚症は全般的に高く、とりわけ「抑うつ」が100%と顕著であった（図2）。

面接中は終始沈んだ表情で、多彩な心身の異常を訴え続けた。「ボーっとしたり、モヤモヤしたりする（#1）」、「からだ全体がだるい（#1）」、「リハビリは辛く、終わった後、筋肉痛がひどい。歩いていると、急に力が抜けて歩けなくなる（#1）」と倦怠感、易疲労性、脱力感があった。夜は眠れず、「全然眠れない、安定剤を貰っても、他の患者さんのいびきが気になって仕方がない（#1）」と入眠障害を訴えた。そこで部屋を替わると、「今度の部屋は、狭くて暗いのでゾットする（#4）」と言う。一般浴の許可が出て「朝、風呂に行ったら気分が悪くなり、朝食が食べられない（#4）」、「いらいらして、じっとしてられない（#2）」、「廊下を歩き回ったり、屋上に行って外を眺めたりする（#2）」と活動性は高い。しかし、「屋上は気持ちがいいが、（下を見ようと）柵に近づくと、怖くて息苦しくなる（#2）」と恐怖体験を述べるがあった。抑うつ気分の反面、病院内をフラフラ歩いていることが多く、屋上で恐怖体験があるうえ、発症のエピソードが湖への転落だったことか

ら、自殺企図の可能性も示唆された。また、精神科の受診を示唆すると、「楽になるなら何でもしてみたい（#4）」と抵抗はなかった。

以上のような入院時評価をもとに、毎週1回30分、心理面接の継続を計画した。また、筆者らの依頼で精神科の受診が開始し、約10日後から全期間を通じて、三環系抗うつ剤（10mg）が処方されていた。なお、精神科医の診断は「感情変動状態で、depression（内因性うつ病の意）ではない」ということだった。

### 第Ⅱ期（症状の整理）

第Ⅰ期に記したように、面接中、本事例は多彩な心身の異常を訴え続け、時には、心理検査が中断するほどだった。そこで、第Ⅱ期では、そのような症状を整理することに主眼をおいた。はじめは、受容的・支持的面接で訴えを傾聴し、次第に、いつ、どこで、どんな症状が起こるのかを質問していった。

「モヤモヤはちよくちよく起こる（#6）」、「外に出るとスッキリする。部屋にいるとモヤモヤしちゃう（#6）」、「天候、気候に左右される（#6）」、「（病棟玄関ロビーで）碁を打っていると良い（#6）」と「モヤモヤ」は場所や気温に関係していた。

また、身体的な症状もあって、「突然、魂が抜けたようにスーっとからだが重くなって動けなくなった（#7）」、「昨日、自分のベッドから立ち上がった時、隣の人のベッドにバサッと倒れた（#8）」のように、突然、動けなくなったり、倒れたりもする。しかし、「（ベッドに倒れたことについて）再発かと思って、一日寝ていたせいかな、（今日は）足が動かない、力が入らない。これは暑いせいかもしれない。暑さに弱いもので...（#8）」と、脱力の理由は定かでない。

「今日もだるくていけない。雨が降っている時は調子が良かった（#9）」と、倦怠感も天候に関係した。さらに、「（だるくて）ベッドに横になっていると、いらいらしてくる（#9）」のように、倦怠感は焦燥感に移行した。悪いのは何時頃か尋ねると、「まあ午後が多いね、湿っぽく、蒸れた様な日はいけない（#9）」と答えた。

	月	火 22	水 23	木 24	金 25	土 26	日 27
7:00	○ 起床	○	○ 起床	△	○	○ 起床	○ 起床
8:00	○ 朝食	○	○ 朝食	△ 朝食	○ 朝食	○ 朝食	○ 朝食
9:00	○ 文殊堂	△ ↓ PT	○ 白	○ ↓ PT	○ PT	○ PT 休	○ 休
10:00	△ 体操	○ ↓ PT	○ 白	○ ↓	△	X	○ 操
11:00	△	○ 心理	△ 操	○	○	X	○
12:00	○	△ 昼食	○ 昼食	△ 昼食	△	X 昼食	○
1:00	○	△	△	○ OT	○ OT	○ ↑ 70	△
2:00	○ 70 IL	△	△ OT	○	△ ↑ 70	○ ↓ IL	△ ↑ 70
3:00	△ ↑	△ 引き	○ 山本	○ ↑ 70	△ ↓ IL	○ ↓	X ↓ IL
4:00	△ ↓	X 眼科	○ 70 IL	△ ↓ IL	△ ↓	△	X ↓
5:00	△ 洗 70	○ 70	○ ↓ 70	△	△	△ 70	△
6:00	○ ↓ 70	○ ↓	○ 70	○ 夕食	○	○ 夕食	△
7:00	○	○	○	○	△	X	△
8:00	△	△	△	○	△	X	○
9:00	△	△	△	△	△	X	△

図3 自己監視の記録用紙

以上のように、多彩な心理的・身体的症状が起こるのは、「蒸し暑い日」、「どんよりした天気」、「薄暗い部屋」、「狭い部屋」などであった。反対に、「からっと晴れた日」、「(雨で) 涼しい日」、「(涼しい所で) 碁を打っている時」には起こらなかった。そして、訴えの内容から、個々の症状を分離することは困難だった。

### 第Ⅲ期 (自己監視の導入)

第Ⅲ期では自己監視手続きを導入した。

はじめに、「入院して1ヶ月間いろいろなことがありましたが、その時のところやからだの状態をひとことで言うとどんな言葉になりますか」と質問した。本事例は、「だるさ」「重さ」「いらいら感」と表現した。この後、面接過程を通じて、次第に「いらいら感」に収斂していった。今回の自己監視では、多彩な症状を一括して「いらいら感」と命名し監視の対象とした。

「いらいら感」は、本事例によって、1日15回1時間ごとに観察された。各時刻に、「いらいら感」が「あった(X)」、「なかった(O)」、「どちらとも言えない(△)」の3段階で評定され、図

3の記録用紙に記入された。本事例の自己監視に対するコンプライアンスは良好で、監視や記録の理解も良く、退院まで一貫した態度で継続された。

「(記録していると) いつ『いらいら感』が来るか判るようになる (#12)」と症状の理解が進み、「(自分の) 日記にも (症状の有無を) つけるようにした (#12)」と記録行動が自発的に拡大した。

面接では、自己監視の結果をもとに、「いらいら感」が起こった時にどのように対処するかをテーマに話し合った。つまり、「いらいら感」への対処法は、Xの時はベッドに横になって、看護婦さんからアイスノンを貰うしかない。けれども、△の時は、多少歩けるので涼しい所で休んだり、濡れた手ぬぐいを顔にあてたりしている。また、「健康体操」で対処することも多かった。面接では、特に、△の時の対処を強化していった。

「健康体操」とは、病院近くの神社「文殊堂」の境内で行われている体操やゲームである。これは、毎朝1時間ほど、町営の温泉保養施設クアハウスのトレーナーによって、観光客や地域住民を

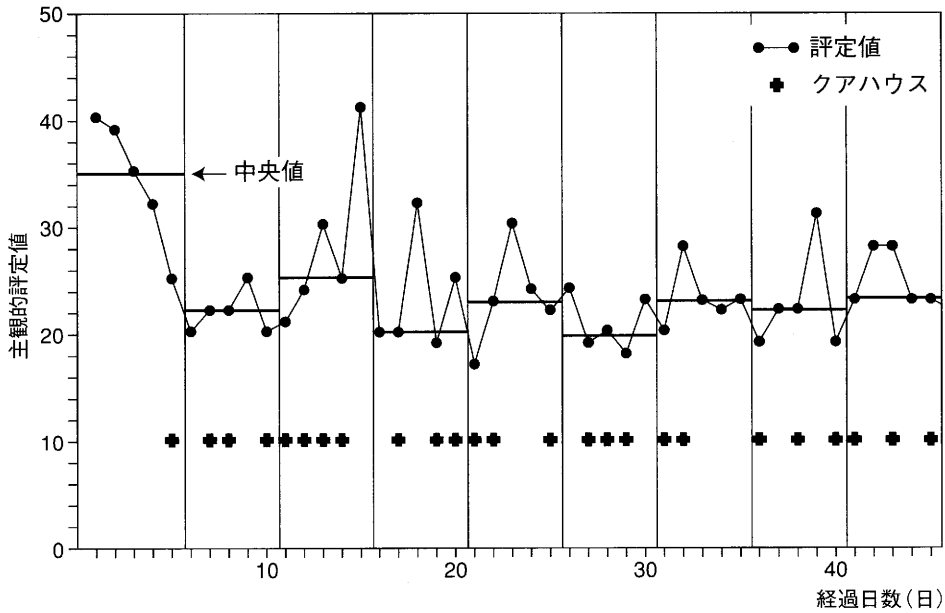


図4 主観的評定値の推移

対象に行われている。本事例は、リハや診療のない時、「健康体操」に参加していた。

「(×の時はどうしていますか?) 多少良ければ、(健康体操で指導されている) リラックストレーニングをやる (#10)」、「(△の時はどうしますか?) 文殊堂の体操をやっています (#11)」、「一日一回は『文殊堂』に行くようにしている。青森から来た人と一緒に『文殊堂』に行っている (#12)」、「頭の調子は良くなって助かった。外泊や退院についてはあまり心配ない。おそらく大丈夫だと思う。『文殊堂』の体操が一番プラスになった (#13)」と、「健康体操」は「いろいろ感」の対処行動として十分に機能していた。

また、クアハウスには、豊富な温泉を利用して、様々なタイプの浴槽やプールが設けてある。利用者には、トレーナーが個別の運動プログラムを提供している。本事例は、プールでの水中歩行が気持ちが良いと話していた。主治医もクアハウスの利用を許可していたので、面接では積極的に利用を促した。

「昨日、今日と、調子が良い。(だから) クアハウスにも行った (#10)」、「先週は割合調子良かった。今日は久しぶりに調子が悪い。調子が良い時は、自分から進んで体操やプールに行く (#11)」と、体調のよし悪しに併せてクアハウ

スの利用を選択していた。さらに、「プールの中では調子よく歩ける。膝も上がるし、今はつま先歩きをしている。今度予約して、トレーナーの先生に指導して貰う予定。家に帰れば、近くに温泉プールがある。車で10分か20分ぐらい。スイミング(スクール)もある。退院したら、毎日通おうと思う (#12)」と、周囲の資源を進んで活用する態度があり、その範囲は退院後の生活にまでおよんでいた。

その他の問題として、第Ⅲ期には、事例と他の患者との交友関係が増えてきたことが指摘できる。交友関係について、筆者はあまり注目していなかった。けれども、事例側から、時々、取り上げられていた。

「先週は五目並べをやった。〇〇さんとはよく話す。大胆な人で、勇気づけられた。飲み屋のママさんみたいだ (#11)」、「青森から来た人と一緒に『文殊堂』に行っている。五目並べもしている (#12)」、「以前は人目を避けるような気持ち。人に見られるのが嫌だった。(今は人目が気にならなくなった) (#13)」のような内容であった。

図4は自己監視に基づく「いろいろ感」の推移である。縦軸は「いろいろ感」の主観的評定値、横軸は経過日数を示している。主観的評定値は、

自己監視の結果について、○に1点、△に2点、×に3点を当てはめ、15～45点の範囲で評価した。評定値が大きいくほど「いらいら感」が多いこと、つまり、抑うつ気分の頻度を示している。

全45日を5日ごとのブロックに分けると、評定値は第1ブロックで急速に下降し、以後、比較的安定して推移した。ブロック内の中央値は、第1ブロックが35.0、第2ブロックが22.0で、第1ブロックと第2ブロックの間で有意に減少していた (Mann-Whitney 検定で  $p < .05$ )。

一方、図4には、事例がクアハウスのプールを利用した日も示した。クアハウスのプールを利用した日は全45日中25日であった。クアハウスの利用日とそれ以外の日の中央値を比較すると、利用日は22.0、それ以外の日は24.0で、利用日の主観的評定値は有意に小さかった ( $p < .01$ )。

#### 第Ⅳ期 (退院時評価)

退院時の SDS は44点と大幅に改善し、正常～神経症の水準であった (図1)。一方、CMI は領域Ⅳのままで神経症に判別された。しかし、身体的自覚症状は79点から53点まで減少していた (図2)。非言語性課題は Raven が28/36と変わらなかった。

退院を前に、終結のセッションを持った。心理面接の感想と、退院に向けて気になることを尋ねたところ、症状の訴えは少なく、むしろ、友人との交友関係が中心だった。

「友だちができて、同じ様な (病気の) 人がいて話げできた。それが自分にはプラスになったと思う。皆は病気だから、話をするとみんな分かってくれる。健康な人に話しても、『しびれる』『だるい』と言っても分かって貰えない (#16)」、「家に帰った後が大変。まわりに病気の人がいなし、話し相手がいなし。家の隣人は4人、同じ会社を出た人で、病んでいる人もひとりいる (今までは) 会うのが嫌でパッと家に入っちゃう。退院はかえって不安も多い (#16)」のように、退院後の不安を述べながらも、問題の所在は、症状から交友関係に移行してきた。

### 【考 察】

#### 1. 自己監視と対処行動の形成

自己監視は、自分自身の行動を系統的に観察し記録する方法である<sup>5)</sup>。しかし、自己監視には、監視された行動が望ましい方向へ変容する反動効果があって、評価技法から介入技法へと発展した<sup>6)</sup>。たとえば、タイプA行動の抑制<sup>7)</sup>、排便コントロール<sup>8)9)</sup>、喘息発作への対処行動<sup>10)</sup>などで、臨床的な適用範囲が広がっている。特に、うつ病に対しては、認知行動療法の一部として幅広く用いられている<sup>11)</sup>。

本事例では、自己監視を行いながら、心身の症状に対し対処行動の形成を試みた。自己監視を導入すると、主観的な「いらいら感」は急速に減少し、以後、安定して推移した。また、SDSの得点も大幅に小さくなり、抑うつ気分は改善した。CMIの身体的自覚症状は減少し、同時に、面接場面でも愁訴は減った。自己監視と対処行動の形成という、認知行動療法的なかわりが脳損傷後の抑うつ気分にも有効だったことを示している。自己監視によって、いつ (蒸し暑い日)、どのような場面 (暗い・狭い部屋) で「いらいら感」が生じるか予測できるようになった。そして、「いらいら感」が起こりそうな時 (評定△)、どのように対処すれば (涼しい所に行き、「健康体操」をする)、「いらいら感」を回避できるかが学習された。このような症状の予測と対処行動の形成が抑うつ気分の改善に貢献したと解釈できる。

今回の自己監視で手続き的に工夫した点は、監視の対象とする症状を一括して命名したことである。面接中、本事例は様々な症状を訴えた。それらは不安、抑うつ、恐怖、焦燥などと表せるかもしれない。けれども、それをあえて特定せず、全てを一括して「いらいら感」と命名した。その結果、監視の対象を容易に弁別でき、監視の対象が変動することを避けることができた。脳損傷後の反応性抑うつは、様々な症状を大げさに訴えることが特徴である。だから、正確な自己監視のためには、手続きの単純化が必要なのである。

自己監視には信頼性の問題がある。記録されたデータが実際の行動と一致していれば、自己監視の信頼性は高い。Heward<sup>6)</sup>は自己監視を評価技法とするとき信頼性の確認が重要だと言う。一方、治療技法とするときは、信頼性は高いにこしたことはないが、治療効果にはあまり影響しないと

う。本事例によって記録されたデータは、クアハウスの利用日と「いらいら感」の少ない日が一致していた。つまり、自己監視の信頼性は高い。なぜなら、もしも「いらいら感」が高ければクアハウスで泳ぐことはできない。自己監視をいい加減にしたり、心理士に気に入られるように「○」を増やしたりすれば、クアハウスの利用と自己監視のデータに矛盾が生じたはずだからである。このことから、本研究では、治療変数である自己監視を、評価データとしても利用できる。

## 2. 身体活動の促進と交友活動の拡大

大野によれば、うつ病の認知療法では、クライアントの行動に関する話題を重視し、また、可能な限り実際に行動することを勧めている<sup>12)</sup>。現実と接触すれば認知のあり方を再検討する機会になるし、喜びや充実感を体験できれば気分が変化するからである。技法的にも、行動を促進するために、身体活動、社交、娯楽などを積極的に用いるべきだと述べている<sup>13)</sup>。

本事例の面接過程では、院外のサービスを積極的に活用し、身体活動の機会を増やした。それは、「文殊堂」で開催される「健康体操」であり、クアハウスのプールであり、クアハウスのトレーナーによる個別指導であった。このような身体活動ができたのは、本事例の身体麻痺がごく軽度で、入院時から歩行やADLがほぼ自立していたからである。そのため、屋外歩行も許可されていて、病院周囲にまで行動範囲を広げることができた。

交友活動については、面接の中で筆者から取り上げることは少なかった。しかし、本事例は、○さんと病棟玄関ロビーで五目並べをしたり、青森から来た人と「文殊堂」に行ったりしたことを述べている。特に、第Ⅲ期以降、友人の話題が増え、第Ⅳ期では、同じ病気の人と友だちになって、しびれや痛みについて話し合えたことが良かったと述べている。

面接過程における筆者の理解では、病棟玄関ロビーは「涼しい所」、つまり、「いらいら感」を回避する場所であった。一方、「文殊堂」は「健康体操」をする所、つまり、対処行動を指導される場所であった。しかし、同時にこのような場所

で、本事例は他の入院患者と交流を深めていた。いわば社交の場所として機能していたことになる。

## 3. 障害受容との関連

本事例は、脳損傷後、身体機能は急速に回復したものの、心理的には多彩な心身の不調を訴えた。抑うつ気分に加え、不安や焦燥、執拗な身体的愁訴が多く、入院初期には入眠困難もあった。一方、制止や自責の念、早朝覚醒はなかった。そして、様々な症状は状況に依存して現れた。このような症状は反応性の抑うつ気分分類でき、心身機能の喪失に伴う心因反応と考えることができる<sup>4)</sup>。

このような抑うつ気分は、障害受容の中核的な問題として議論されることが多い<sup>14)</sup>。脳損傷後のリハビリテーションの中で障害受容が注目されるのは、リハの客観的なゴールと患者の満足が一致しなかった時だろう。本事例は身体的な回復を理由に受傷後3週間で前院を退院となった。しかし、職業や地域社会への復帰はかなわず、本事例はこのゴールに満足できなかった。入院期間中に定年を迎えたことも、落胆を一層深めたに違いない。上田が指摘するように、リハ・カンファレンスにおいて、「最大の問題は本人による障害の受容だ」と共通認識ができて、*「だれが、どのようにして障害の受容を援助するのか」*という結論は出ないことが多い<sup>15)</sup>。障害受容は患者の仕事と言って抑うつが放置されることさえある<sup>16)</sup>。さらに、入院期間が長期化すると、リハ・スタッフと患者の間で治療目標がずれ、両者に葛藤が生じることもある<sup>17)</sup>。これは障害受容の最終目標は「価値観の転換」と言われるものの、積極的に価値観を転換させる手続きが明確でないことに起因するだろう。

近年、障害受容については、より援助的な色彩が濃い研究が増えてきた。たとえば、病識の回復<sup>18)</sup>や家族・夫婦関係の重要性<sup>19)</sup>、リエゾンカンファレンスの実施<sup>20)</sup>、ピア・サポートの利用<sup>16)</sup>、「居場所」との関連<sup>21)</sup>がある。筆者は、抑うつ気分の軽減を目指していて、必ずしも「価値観の転換」を目指したわけではない。それでも、事例自身の症状理解が深まり、行動範囲が広がって、周

囲の有益な資源にたどり着けた。主な関心も症状から交友関係へと移行した。この意味では、本稿で示した面接過程も、障害受容を促す援助と位置づけられよう。しかも、目前の症状に注目したより現実的な援助と考えられる。

### 【引用文献】

- 1) 青木孝幸ほか「身体的リハビリテーション患者と精神障害—リハビリテーション科患者の精神医学的検討」『心身医学』第35巻、1995年、307-313頁
- 2) 半澤直美ほか「脳血管障害後のうつ状態」『総合リハビリテーション』第19巻、1991年、1145-1150頁
- 3) Zeiss, A.M. "Treatment of late life depression: A response to the NIH consensus conference" *Behavior Therapy*, Vol. 28, 1997, pp. 3-21.
- 4) 田中恒孝「脳血管障害の精神機能と身体機能」水島繁美・土肥信之編著『精神心理学的アプローチによるリハビリテーション医学』医歯薬出版、1992年、41-56頁
- 5) Bornstein, P.H. et al. "Self-Monitoring Procedure" Ciminero, A.P. et al. (eds.) *Handbook of Behavioral Assessment* New-York: Wilkey-interscience, 1986, pp. 176-222.
- 6) Heward, W.L. "Self-Management" Cooper, J.O. et al. (eds) *Applied Behavior Analysis* Ohio: Merrill, 1987, pp. 516-549.
- 7) Nakano, K. "Operant self-control procedure in modifying type A behavior" *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* Vol. 21, 1990, pp. 249-255.
- 8) Eisen, A.R. & Siverman, W.K. "Treatment of an adolescent with bowel movement phobia using self-control therapy" *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry* Vol. 22, 1991, pp. 45-51.
- 9) 加藤敬・富田和巳「過敏性腸症候群の心理治療におけるセルフモニタリング法の試み」『心身医学』第32巻、1992年、489-494頁
- 10) 稲木康一郎ほか「小児気管支喘息転地療養におけるセルフ・モニタリング法による鍛錬療法の促進の試み」『小児保健研究』第51巻、1992年、39-45頁
- 11) 坂野雄二「さまざまな認知行動療法」岩本隆茂ほか(編著)『認知行動療法の理論と実際』培風館、1997年、57-71頁
- 12) 大野裕「うつの認知療法」『精神療法』第18巻、1992年、9-15頁
- 13) 大野裕「認知療法」『精神医学』第31巻、1989年、794-805頁
- 14) 本田哲三・南雲直二「障害の受容過程について」『総合リハビリテーション』第20巻、1992年、195-200頁
- 15) 上田敏「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』第8巻、1980年、515-521頁
- 16) 南雲直二「仲間とともに」大田仁史(監修)『障害受容 [意味論からの問い]』荘道社、1998年、119-128頁
- 17) 乾吉佑「リハビリテーションと力動精神医学—力動精神医学の治療とリハビリテーションの実際」『理学療法と作業療法』第20巻、1986年、353-360頁
- 18) 小山充道『脳障害者の心理療法—病識回復の試み』北海道大学図書刊行会、1992年、13-17頁
- 19) 梶原敏夫・高橋玖美子「脳卒中患者の障害受容」『総合リハビリテーション』第22巻、1994年、825-831頁
- 20) 渡辺俊之ほか「リハビリテーション医療における治療関係」『総合リハビリテーション』第22巻、1994年、231-236頁
- 21) 中原睦美「中高年脳卒中患者の障害受容と援助—リハビリ意欲と居場所との関連に着目して」『心理学研究』第15巻、1998年、635-646頁