



脳血管障害患者とパーキンソン病患者のself-esteem
に関する研究：罹病期間と障害の影響(自然科学系)

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2009-08-25 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 藤原, 瑞穂, 西岡, 江理子, 阿部, 和夫 メールアドレス: 所属:
URL	https://doi.org/10.24729/00010859

原 著

脳血管障害患者とパーキンソン病患者の
self-esteem に関する研究
—罹病期間と障害の影響—

藤原瑞穂¹⁾, 西岡江理子²⁾, 阿部和夫³⁾

(¹⁾大阪府立看護大学医療技術短期大学部作業療法学科, ²⁾市立加西病院, ³⁾大阪大学医学部神経内科)

Relationships of Self-Esteem among Duration of Disease, Impairments
and Activity Limitation in Cerebrovascular Accident and Parkinson's Disease

Mizuho Fujiwara¹⁾, Eriko Nishioka²⁾ and Kazuo Abe³⁾

(¹⁾Department of Occupational Therapy, Osaka Prefectural College of Health Sciences, ²⁾Department of Rehabilitation, Kasai City Hospital, and ³⁾Department of Neurology, Osaka University Medical School)

The relationships of self-esteem among the duration of illness, impairments and activities limitation were studied in cerebrovascular disease (CVD) and Parkinson's disease (PD). Fifty-four CVD patients (aged 43-83) and 41 PD patients (aged 49-78) were examined. The duration of illness was 12 to 132 months for CVD patients and 1 to 211 months for PD patients. Seventy healthy old subjects (aged 48-80) also served as normal controls. Self-esteem was scored with Rosenberg's scale. Activity of daily life (ADL) was evaluated with Barthel's index. The degree of impairment was graded according to Brunnstrom for CVD and Hoehn and Yahr Stage and Unified Parkinson's Disease Rating Scale (UPDRS) for PD. For 5 years after the first medical examination, self-esteem scores for PD patients were significantly smaller than for CVD patients ($p < 0.05$). In both CVD and PD patients, self-esteem scores were not closely related to the degree of impairment and ADL. Depression and motivation/initiative scores in UPDRS had a significantly close correlation with self-esteem scores for PD patients ($p < 0.05$). These findings suggested the importance of psychosocial approach in long-term rehabilitation for PD patients.

Key words: self-esteem; cerebrovascular disease; Parkinson's disease; activities of daily living; duration of disease

【はじめに】

リハビリテーションは「全人的権利の復権」を意味し、さまざまな次元で起こりうる障害に対して1つの次元に偏りリハビリテーションを矮小化・単純化することなく、総合的にアプローチすることが必要である。1997年に発行された International Classification of Impairments Activities and Participation¹⁾では、障害の構造を機能障害、活動の制約、参加の制限という3つの次元から説明することを試みている。そしてこれらの次元と

並んで主観的側面²⁾も重要である。主観的側面とは個人が障害を持ったという「危機」の状況をどのように受け止め、自分自身の病気や障害という現実にとどのような主体的意味を付しているかである。いったん障害を負うと人間としての価値や存在意義の侵害感を伴うことがある³⁾。自己の障害に対する低い価値評価はその時代の支配的な価値観が内面化されたものとも考えられる²⁾。しかし上田⁴⁾はこの主観的側面において、障害の存在を直視しつつも「障害は自己の人間としての存在の意義を傷つけるものではない」との確信を持ち、かえって障害に対して合理的な対応を講ずることができるようになった時、あきらめでもなく居直りでもない「障害の受容」が果たされると述べている。これがリハビリテーションの

目標とするところであろう。

このような価値変換は他者との比較においてだけ意味を持つ相対価値から、絶対価値、すなわち自己の存在のユニークな価値の世界へと価値観を発展させることを意味する。自分自身の中に新たな価値を見つけ自尊の感情を取り戻すことは、換言すれば self-esteem (自尊感情) の変化と考えることができよう。遠藤⁵⁾は self-esteem を人が持っている自尊心、自己受容などを含めた自分自身についての感じ方であり、自己概念と結びついている自己の価値と能力の感覚及び感情であると述べた。また Rosenberg⁶⁾は、self-esteem を他者と比較することによって優越感を感じるのではなく、自分自身で自己に対する尊重や価値を評定する程度であると考えている。そして必ずしも自分を他の人々よりもよりよいと考えているわけではなく、たとえ平均的な人間であったとしても自分が設定した価値基準に照らして自分を受容することであると述べている。また Shwartz⁷⁾は、self-esteem を維持することは上手に老いるためにも重要な要素であり生活の質 (Quality of Life) を維持するくさびとなると述べている。

self-esteem の関連要因についてこれまでに主に健康と社会的孤立を中心に指摘されてきた⁸⁾。つまり、身体障害は self-esteem を低下させる要因と考えられるが、障害の次元とその時間的経過の中で self-esteem を検討していくことが必要となる。このことはリハビリテーションの過程で、self-esteem に対してどの時期にどのような介入が必要であり、また有効であるかを検討していく際に重要な手がかりとなると考えられる。

self-esteem と障害に関する先行研究は数多く見られる⁹⁻¹¹⁾。縄井ら¹²⁾は 17 歳から 90 歳までの多疾患の障害者と健康高齢者の日常生活活動 (以下 ADL) と self-esteem を比較し、ADL 障害によって self-esteem は低下することを指摘した。しかし 4 名の患者の 12 ヶ月間の経過から ADL の改善と self-esteem の向上には関連が認められなかったことも報告している。

そこで本研究では、まず自己への感情的評価である self-esteem と機能障害並びに ADL 障害の関係について検討していくことを目的とする。そのために経過の異なる脳血管障害 (以下 CVD) とパーキンソン病 (以下 PD) を取り上げ、発症初期から 5 年以上の経過の中での self-esteem の経時的変化を横断的に測定する。self-esteem が機能障害と ADL 障害に影響を受けているのであれば、CVD 患者と PD 患者では異なる経過をたどることが予測される。つまり CVD 患者では障害の回復

にともなって self-esteem は向上し、PD 患者では障害の進行にともなって self-esteem は低下していくであろう。しかし障害の回復が非常に緩やかになった CVD 患者の維持期以降、self-esteem にはどのような変化が見られ、それはどのような要因から影響を受けているのか、また PD で見られる症状と self-esteem との関連についても探索的に検討を加える。

【対象者と方法】

1. 対象者

CVD 患者は、平成 10 年 6 月現在、K 病院に入院あるいは同院の脳卒中外来に通院している者のうち多発性脳梗塞を除く 54 名 (男性 38 名、女性 16 名) であった。罹病期間の平均は 80.32 ± 68.36 カ月 (1~211 カ月) であった。PD 患者は、K 病院または O 病院で PD の確定診断を受け、外来にて服薬コントロールを受けている 41 名 (男性 16 名、女性 25 名) であった。罹病期間の平均は 54.77 ± 39.20 カ月 (12~132 カ月) であった。いずれも重篤な知的機能低下がなく、十分にコミュニケーションがとれる者を対象とした。PD 患者の調査は薬物が奏効している時期に行った。

健常群 (以下 NC 群) として居住地域を一致させ、治療を要する疾患に罹患せず ADL が自立している健康な中高齢者 70 名 (男性 21 名、女性 49 名) を対照とした。いずれも事前に検査の目的を説明し、同意の得られた者であった。対象者の年齢の平均値と標準偏差を表 1 に示す。

2. 方法

個別に面接調査を行った。self-esteem の評価には伝統的尺度として広く用いられている Rosenberg の Self-Esteem Scale (山本ら訳)¹³⁾を用いた。この尺度で得点が高いということは人が自分自身を尊敬し、価値ある人間であると考えてることを示し、得点が低いということは観察している自己が内的価値基準による理想的自己より低く、自己拒否、自己不満をおこし、自分に対する尊敬を欠いていることを意味する。ADL の評価には Barthel Index¹⁴⁾を用いた。疾患の重症度評価について、CVD 群は移動能力、上肢機能にわけて検討した。移動能力は実用的な移動能力とし、歩行自立群、介助歩行群 (車イス併用)、車イス全介助群の 3 群に分類した。また上肢機能は Brunnstrom Stage¹⁵⁾を用いた。PD の重症度評価については Hoehn and Yahr Stage¹⁶⁾並びに Unifies Parkinson's Disease Rating Scale¹⁷⁾ (改定版)¹⁸⁾

表1 対象者の年齢, Self-Esteem, Barthel Index の平均値と標準偏差

	健常群 (70名)		脳血管障害群 (54名)		パーキンソン病群 (41名)		F	p
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
年齢 (歳)	66.14	6.93	64.87	8.90	64.68	7.45	0.62	
Self-Esteem	33.34	7.17	32.11	10.38	31.12	8.87	0.85	
Barthel Index	100.00	0.00	83.24	23.25	90.51	18.31	4.39	**

** $p < 0.01$

表2 脳血管障害患者の内訳

	人数 (名)	(%)
疾患		
脳梗塞	38	(84)
脳出血	16	(16)
麻痺側		
右片麻痺	25	(44)
左片麻痺	29	(56)
移動		
車イス介助	27	(50)
介助歩行	14	(26)
独歩	13	(24)
上肢 Brunnstrom Stage		
I, II	13	(24)
III, IV	25	(46)
V, VI	16	(30)

(UPDRS) を用いた。

3. 解析

(1) NC 群, CVD 群, PD 群の3群間の self-esteem の平均値を比較した。(2) CVD 群と PD 群のそれぞれについて罹病期間と ADL との関係を検討した。罹病期間は、発症初期：発症後1年以下, 経過中期：1年1カ月以上5年以下, 経過後期5年1カ月以上の3期に分割した。(3) 罹病期間と self-esteem の関係を検討した。(4) self-esteem とそれに関連する要因について検討した。

以上の解析は Stat View-4.5 を用い, 有意水準は5%未満とした。

【結 果】

1. 基本的結果

はじめに self-esteem の男女差を検討した。NC 群, CVD 群, PD 群のいずれにおいても男性の方が高い平均値を示したが, 対応のない t 検定の結果, 3群とも男女間に有意差は認められなかった。

次に self-esteem と年齢との関係を検討した。3群それぞれにおいて self-esteem と年齢の単相関係数を求めた結果, NC 群, CVD 群, PD 群とも有意な相関関係は

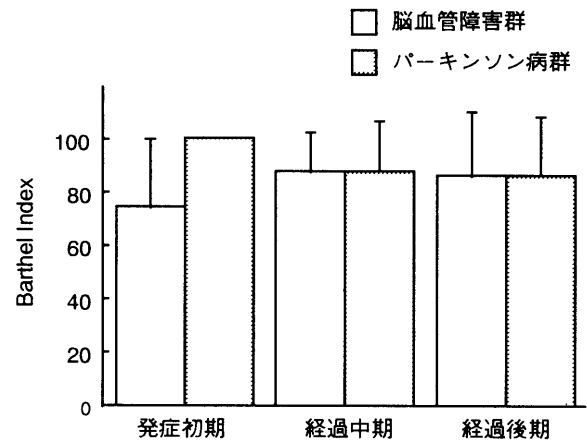


図1 罹病期間3群における Barthel Index の比較

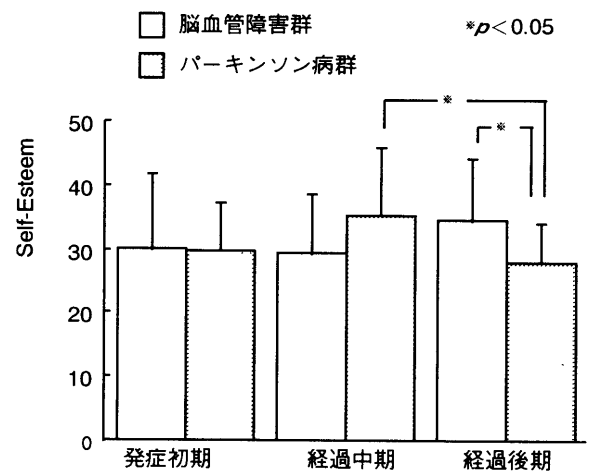


図2 罹病期間3群における Self-Esteem の比較

認められなかった。

self-esteem 及び Barthel Index の平均値と標準偏差を表1に示す。また表2に CVD 群の特徴を, 表3に PD 群の特徴を示す。

2. 罹病期間と ADL との関係

CVD 群と PD 群の ADL 障害を罹病期間との関係から検討した。Barthel Index を従属変数とし, 診断 (CVD, PD) と罹病期間 (発症初期, 経過中期, 経過後期) の2要因分散分析を行った。その結果を図1に示す。

表3 パーキンソン病患者の内訳

UPDRS	Hoehn and Yahr Stage								F	p
	I (6名)		II (10名)		III (12名)		IV (8名)			
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
自覚・精神症状	2.83	2.14	2.60	1.90	4.08	3.09	4.62	2.39	1.32	
神経症状	5.33	3.33	6.89	2.89	15.42	4.52	23.75	6.86	25.62	**
知的機能障害	0.83	0.41	0.56	0.73	1.42	0.79	1.45	0.71	2.95	*
罹病期間	34.00	30.75	43.20	38.45	58.29	37.32	72.00	43.03	1.48	

UPDRS: Unified Parkinson's Disease Rating Scale

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

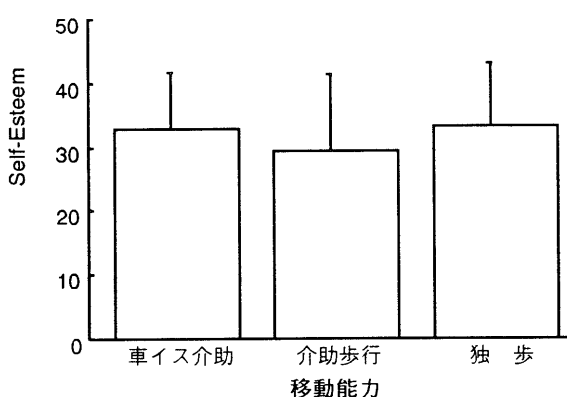


図3 脳血管障害群の移動能力3群におけるSelf-Esteemの比較

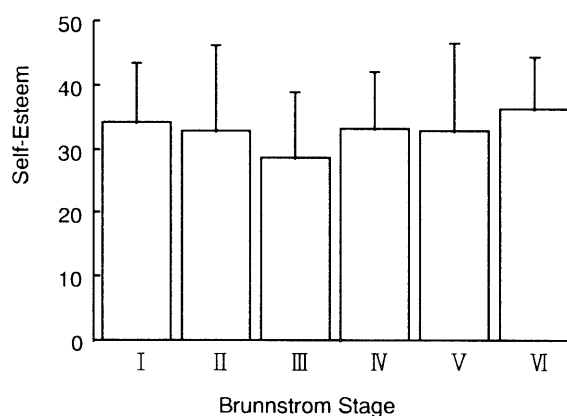


図4 脳血管障害群の上肢機能によるSelf-Esteemの比較

診断、罹病期間による主効果は認められなかった。交互作用も有意ではなかったが、 $F_{(2,85)} = 2.97; p = 0.056$ であった。CVD群は、発症初期には Barthel Index は低いものの、経過中期には改善が見られ Barthel Index は上昇した。しかし、経過中期から発症後5年以降の経過後期においてADLには差が見られなかった。一方PD群では発症初期にはADLの障害は少なく、対象者はすべてADLが自立していた。経過中期になると Barthel Index は低下したが、CVD群と同様に経過後期においても経過中期と比較して平均値には差が認められず、経過中期と経過後期の Barthel Index の平均値は、2つの疾患でほぼ同一の値を示した。

3. self-esteem と罹病期間との関係

self-esteem と罹病期間の関係を検討するために、self-esteem を従属変数とし、診断 (CVD, PD) と罹病期間 (発症初期, 経過中期, 経過後期) の2要因分散分析を行った。その結果を図2に示す。診断及び罹病期間に主効果は認められなかった。しかし診断と罹病期間の交互作用が認められた ($F_{(1,87)} = 3.42; p < 0.05$)。下位検定の

結果、経過後期においてCVD群とPD群の差が有意であった ($t_{(41)} = 2.38; p < 0.05$)。

発症初期にはCVD群、PD群とも self-esteem に差は認められなかった。これらの得点はNC群の平均値である33点より低値であったがその差は有意ではなかった。CVD群では経過中期よりも後期の方が self-esteem は高値を示したが、逆にPD群では有意に低下し ($t_{(28)} = -2.38; p < 0.05$)、CVD群とPD群の self-esteem は経過中期から経過後期にかけて異なる経過を示すことが明らかになった。

4. 障害の重症度と self-esteem との関係

PD群、CVD群それぞれの障害の重症度がどの程度 self-esteem に影響しているのかを検討した。まず、CVD群において self-esteem を従属変数とし、移動能力と上肢機能のそれぞれの変数について1要因の分散分析を行った。図3に移動能力別 (車イス介助, 介助歩行, 独歩) の self-esteem を示す。分散分析の結果、有意差は認められず、移動能力の差によって self-esteem に違いがあるとはいえなかった。次に図4に上肢のBrunn-

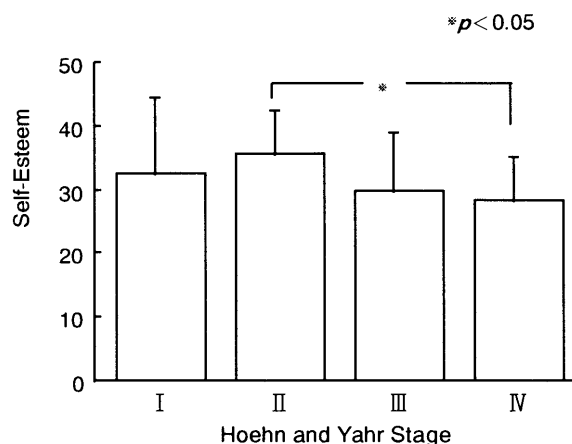


図5 パーキンソン病群の重症度による Self-Esteem の比較

strom Stage 別に見た self-esteem を示す。1 要因の分散分析の結果、上肢機能にも有意差は認められなかった。

PD 群に関して Hoehn and Yahr Stage 別の self-esteem を図 5 に示す。分散分析の結果、有意差は認められなかった。しかし下位検定の結果、Stage II, IV 間の差は有意であった ($t_{(18)}=2.30$; $p<0.05$)。

次に self-esteem を従属変数とし、UPDRS の下位項目である自覚・精神症状、神経症状、知的機能障害、並びに Barthel Index を独立変数とした重回帰分析を行った。その結果を表 4 に示す。他からの要因の影響を統制した後も self-esteem に有意な関係が認められたものは自覚・精神症状であった。UPDRS の自覚・精神症状は、頭痛・頭重、抑うつ、不安・焦燥感、意欲低下、睡眠障害の有無とその程度によって構成され、これらの要因が PD の self-esteem に影響を及ぼしていることが示唆された。一方 ADL や固縮、振戦、無動などの神経症状や運動機能障害とは有意な関係は認められなかった。

【考 察】

self-esteem は自己受容のあらわれであるとするれば、障害は self-esteem にどのように影響し、リハビリテーションの過程でどう変化していくのか、これらを明らかにしていくことは重要な課題である。

PD は固縮、振戦、無動、姿勢調節障害の主要症候により ADL が障害される慢性進行性の神経変性疾患である¹⁹⁾。月単位あるいは年単位のゆっくりした発症がほとんどで、経過は 1 年以内に末期症状に陥る悪性のものであるが 30 年以上の経過をとる良性のものもあり平均すると 20 年前後と考えられている²⁰⁾。PD のリハビリ

表 4 パーキンソン病群の Self-Esteem に関連する要因 (重回帰分析の結果)

変数	偏回帰係数	標準偏回帰係数	t	p
Barthel Index	-0.10	0.12	-0.81	
UPDRS				
自覚・精神症状	-1.71	-0.46	-2.63	*
神経症状	-0.31	-0.28	-1.21	
知的機能障害	0.54	0.05	0.25	
切片	50.10	50.10	3.73	**
R^2	0.263		$P<0.05$	

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

UPDRS: Unified Parkinson's Disease Rating Scale

テーションは、薬物コントロールに合わせて ADL や社会活動に影響を及ぼす運動機能の低下を予防し、患者の Quality of Life の保持、向上を目指すことが重要である²¹⁾。

一方 CVD は、PD に比較すると発症は急激であるが、ADL、上肢機能、言語、歩行能力の障害はいずれも発症から 3 カ月間では回復が大きい²²⁾。その後も変化はみられるものの改善の度合いは次第に緩やかになっていく。

このように発症様式と経過の異なる 2 つの疾患を対象に、self-esteem が障害の経過とともにどのように変化するのかについて検討した。その結果、CVD と PD の self-esteem の経過は同一ではなく、また機能障害と ADL 障害にのみ関係しているのではないことが明らかになった。

発症初期には、CVD 群と PD 群の self-esteem に差は認められなかった。しかし、経過中期と後期を比較すると、CVD 群では統計的には有意ではなかったものの self-esteem は経過後期において高値を示した。そして CVD 群の self-esteem は ADL や移動能力、上肢機能とも有意な関係が認められなかったことから、発症後 5 年以上では、機能障害や活動の制約が大きくとも self-esteem は高まる可能性が考えられる。

一方 PD 群は、発症初期は低い self-esteem を示すが経過中期には上昇していた。PD の発症初期には機能障害や ADL 障害が少ないことから、この時期はたとえば PD に罹患したという主観的側面が身体機能よりも self-esteem に影響を及ぼしていたのではないかと考えている。PD 群の経過後期の self-esteem は、経過中期に比較すると有意に低下していた。そしてこの変化も CVD 群と同様に ADL の状況や身体的機能にはあまり

影響を受けていなかったといえる。つまり、ADLに介助を要していても逆にADLが自立していても、5年以上の経過でPD群のself-esteemは低下したことが示された。

三沢²³⁾はRosseterとBoltonの障害と自己概念についての研究報告を紹介し、障害者は自己評価が低いこと、さらにある障害カテゴリーは自己概念の上により大きなインパクトを与えることを指摘した。しかし身体心理学の立場から見た場合、身体障害という現状は個人の不適応性を予測する第一義的な決定要因とはなりえないと述べ、個人のさまざまな要因から検討する必要性を指摘している。大和ら⁸⁾は日本の高齢者のself-esteemに影響する要因を検討した結果、self-esteemに有意な影響を及ぼす要因は職業の有無、経済的満足感、主観的健康感、見近かな人たちからの援助への満足感、見近かな人たちへの援助に対する満足感であるとしている。そして病気の有無は他の影響を統制するとそれだけでは影響する要因ではないことを指摘した。今回の結果も、機能障害や活動の制約だけでは、self-esteemを規定する要因とはならないことを示している。

それではどのような要因がCVD患者とPD患者のself-esteemに影響を及ぼしていたのか。PD群で見られたself-esteemの低下は、自覚・精神症状、すなわち頭痛・頭重、抑うつ、不安・焦燥感、意欲低下、睡眠障害の有無とその程度などに関連していることが示唆された。PDの抑うつ症状の出現頻度は31~63%の範囲で報告者によって異なるが、平均すると46.9%²⁴⁾とされている。Robins²⁵⁾は、PD患者45名とそれ以上に身体障害が強い患者45名とを比較し、PD患者の方がHamiltonの評価スコアが有意に高いことを報告した。この結果は、PDの抑うつが身体的機能障害に対する単なる心理的反応ではないことを示唆している。その他にも抑うつとPDの運動障害の重症度については関連があるという報告²⁶⁻²⁸⁾とないとする報告²⁹⁻³¹⁾があり一致には至っていない。つまりPDの抑うつは内的要因と外的要因が複雑に絡み合っているものと考えられる。PD患者は自律神経症状や、on-offやwearing offといった患者には予測しにくい症状の変動が見られる。また慢性進行性であるために、さまざまな次元で積み重なる障害に対してそのつどADLの方法や生活様式を再検討する必要性が生じてくる。PDで見られる抑うつの外的要因には、身体的機能の重症度からの影響のみならず、障害の積み重なりに対する適応の困難さ、自覚する障害観も含まれていると考える。そしてこれらの要因もPD患者の

自己受容を困難とし、長期間の経過の中でself-esteemを低下させる原因の1つになっているのではないかと推測した。

櫛田ら³²⁾は、神経筋難病患者とCVD患者の精神症状を日本版GHQ精神健康調査票を用いて比較した結果、神経筋難病群は全項目で得点が高く、特に問題解決困難感、積極性欠如感、抑うつ感に有意差を見たと報告した。そして特有の心理傾向は規定しがたいが、神経筋難病患者は明らかに健康的な不健康状態にあり、CVD群より広汎な対応の必要性を指摘した。しかし、CVDにおいても急性期には患者の約1/4がうつ病の診断基準を満たすとされ³³⁾、さらに宇高ら³⁴⁾はその後も30~60%に抑うつ状態が認められることを報告している。今後はこのうつ状態や高次脳機能障害との関連についても検討を加えていくことが必要である。

CVD群のself-esteemが高まった結果について、今回は推測にとどまるが、発症から継続して行われていた脳卒中外来³⁵⁾の影響も考えられる。脳卒中外来はK病院で行われている特殊外来である。患者は月1度の頻度で継続的に来院し、患者・家族間の交流を含め、医師、看護婦、作業療法士、理学療法士など多種職によって診療・指導・相談・教育が毎回行われていた。このような積極的な関りによって個別の問題に対応でき、self-esteemにも影響を及ぼしたものと推測したが、この点についても今後検討していきたい。

【結 語】

PD患者とCVD患者のself-esteemを測定し、罹病期間、ADL及び機能障害との関係を検討した。

その結果、PD群とCVD群では罹病期間とself-esteemとの関係において異なる傾向が認められ、CVD群では5年以上の経過でself-esteemが高まる可能性、逆にPDでは低下する可能性が示された。しかしself-esteemはADLや機能障害とは関係が認められなかった。PD群におけるself-esteemの低下は頭痛・頭重、抑うつ、不安・焦燥感、意欲低下、睡眠障害と関連していることが示唆された。この自覚・精神症状は、内因的要因と外因的要因の両者が重なり合ったものと推測される。また、CVDのself-esteemが高まった結果については積極的なリハビリテーションの介入が影響しているのではないかと推測した。

以上の結果から、リハビリテーションの過程の中で、PD患者に対して慎重でより積極的な社会心理的介入が必要であることが示唆された。この具体的な方策につい

て実証的に検討していくことが今後の課題である。

【謝 辞】

データ収集にあたり、市立加西病院本岡龍彦先生、井上喜美子先生、同リハビリテーション科の先生方、大阪大学医学部付属病院理学療法部の先生方、大阪府立病院整形外科リハビリテーション室の先生方に深謝致します。また検査にご協力いただいた皆様に深謝致します。最後にご指導いただいた井上 健教授に深謝致します。

なお本研究は、平成9年度文部省科学研究費補助金(奨励A, 課題番号第09770284)の一部で行ないました。ここに記して感謝の意を表します。

【文 献】

- 1) World Health Organization (1997) International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning, Geneva, p.5-31.
- 2) 上田 敏 (1994) リハビリテーションの理念と歴史, “リハビリテーション白書” (日本リハビリテーション医学会編), 医歯薬出版, 東京, p.55-69.
- 3) 砂原茂一 (1993) リハビリテーションの理念, “リハビリテーション概論” (砂原茂一編), 医歯薬出版, 東京, p.99-106.
- 4) 上田 敏 (1992) 患者・障害者の心理, “標準リハビリテーション医学” (津山直一, 上田 敏, 大川嗣雄, 明石 謙編), 医学書院, 東京, p.200-201.
- 5) 遠藤辰雄 (1994) セルフ・エスティーム研究の視座, “セルフ・エスティームの心理学” (遠藤辰雄, 井上洋治, 蘭 千壽編), ナカニシヤ出版, 京都, p.8-25.
- 6) Rosenberg, M. (1965) “Society and the Adolescent Self-Image”, Princeton University Press, Princeton, p.1-32.
- 7) Shwartz, A.N. (1975) An observation on self-esteem as the linchpin of quality of life for the aged. *Gerontologist*, 15:470-472.
- 8) 大和三重, 前田大作, 野口裕二, 中谷陽明, 直井道子, 坂田周一, 玉野和志 (1990) 日本の高齢者の自尊感情とその要因分析. *老年社会科学*, 12:147-167.
- 9) Frieson, T.C. and Frieson, C.W. (1996) Relationship between hope and self-esteem in renal transplant recipients. *J. Transpl. Coord.*, 6:20-23.
- 10) Kim, M.J. and Yae, S.K. (1990) A study on the relationships of discomfort, self-esteem, personality and life satisfaction in persons with rheumatoid arthritis. *Kanho Hakhoe.*, 20:185-194.
- 11) Wasley, D. and Lox, C.L. (1998) Self-esteem and coping responses of athletes with acute versus chronic injuries. *Percept. Mot. Skills*, 68:140.
- 12) 縄井清志, 広村 健, 岸あゆみ, 原崎淳子, 伊東浩一, 鷲 春夫, 佐藤和男, 岩上哲也 (1998) 疾病によるADL障害と自己評価 (self-esteem) との関連性. *理学療法学*, 25:300-307.
- 13) 山本真理子, 松井 豊, 山成由紀子 (1996) 自尊感情尺度, “心理尺度ファイル” (堀 洋道, 山本真理子, 松井 豊編), 垣内出版, 東京, p.67-69.
- 14) Mahoney, F.I., Wood, O.H. and Barthel, D.W. (1958) Rehabilitation of chronically ill patients: The influence of complication on the final goal. *Md. Med. J.*, 51:605-609.
- 15) Brunnstrom, S. (1970) “Movement Therapy in Hemiplegia: A neuropsychological approach”, Harper & Row, New York. [佐久間譲爾, 松村秩訳 (1974) “片麻痺の運動療法”, 医歯薬出版, 東京, p.38-62.]
- 16) Hoehn, M.M. and Yahr, M.D. (1967) Parkinsonism: Onset, progression and mortality. *Neurology*, 17:427-442.
- 17) Fahn, S. and Elton, R.L. (1987) Unified Parkinson's Disease Rating Scale, “Recent Developments in Parkinson's Disease”, (ed. by Fahn, S., Marsden, C.D., Calne, D.B. and Goldstein, M.), Vol.2, MacMillan Healthcare Information, Florham Park, p.293-304.
- 18) Nakanishi, T., Mizuno, Y., Goto, I., Iwata, M., Kanazawa, I., Kowa, H., Mannen, T., Nishitani, H., Ogawa, N., Takahashi, A., Tashiro, K., Tohgi, H. and Yanagisawa, N. (1988) A nationwide collaborative study on the long-term effects of bromocriptone in patients with Parkinson's disease. First interim report in Japan. *Eur. Neurol.*, 28:2-8.
- 19) 柳澤信夫 (1993) パーキンソン病とパーキンソン症候群. *Geriatr. Med.*, 31:1275-1281.
- 20) 金澤一郎 (1997) 錐体外路疾患, “臨床神経内科学” (平山恵造編), 南山堂, 東京, p.373-380.
- 21) 池ノ谷眞里 (1994) パーキンソン病の作業療法,

- “身体障害” (日本作業療法士協会編), 協同医書出版社, 東京, p.326-335.
- 22) 森山早苗 (1994) 脳卒中と頭部外傷, “体障害” (日本作業療法士協会編), 協同医書出版社, 東京, p. 119-134.
- 23) 三沢義一 (1993) 障害者の心理, “リハビリテーション概論” (砂原茂一編), 医歯薬出版, 東京, p. 99- 136.
- 24) 水野美邦 (1991) パーキンソン病にみる精神症状. 臨精医, 20:1179-1183.
- 25) Robins, A.H. (1976) Depression in patients with parkinsonism. *Br. J. Psychiatry*, 128:141-145.
- 26) 井手下久登, 好永順二, 佐々木高伸, 山中祐介, 岩根治郎, 小田尊之, 重川玲子, 菊本 修, 志和資朗, 引地明義, 森岡状充 (1989) パーキンソン病における抑うつ. *心身医*, 29:540-543.
- 27) Mayeux, R., Stern, Y., Rosen, J. and Leventhal, J. (1981) Depression, intellectual impairment, and Parkinson's disease. *Neurology*, 31:645-650.
- 28) Mindham, R.S.H. (1970) Psychiatric symptoms in parkinsonism. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 33:188-191.
- 29) Warbueron, J.W. (1967) Depressive symptoms in Parkinson patients referred for thalamotomy. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 30:368-370.
- 30) 福西勇夫, 早原敏之, 山本光利, 船曳俊夫, 細川清 (1988) パーキンソン病における抑うつ, 不安, 心気についての検討. *臨精医*, 17:495-504.
- 31) Santamaria, J., Tolosa, E. and Valles, A. (1986) Parkinson's disease with depression: A possible subgroup of idiopathic parkinsonism. *Neurology*, 36:1130-1133.
- 32) 櫛田晃正, 早原敏之, 難波玲子 (1997) 神経筋難病患者の精神症状 (GHQ) と療養意識: 脳卒中患者との比較検討. *医療*, 50:400.
- 33) Reichman, W.D. (1995) Neuropsychiatric aspects of cerebrovascular disease and tumors, “Comprehensive Textbook of Psychiatry VI” (ed. by Kaplan, H.I. and Sadock, B.J.), Williams & Wilkins, Baltimore, p.187-198.
- 34) 宇高不可思, 澤田秀幸, 亀山正邦 (1991) 脳卒中後抑うつ状態: Quality of life の問題を中心に. *Geriat. Med.*, 29:247-250.
- 35) 本岡龍彦, 古田 豊, 堤 明, 熊代佳代, 岡本 博 (1989) 本院における「脳卒中外来」の現状, 第39回日本病院学会抄録集 (長野), p.354-355.

(受付日 1998 年 9 月 30 日, 受理日 1999 年 1 月 11 日)