Visible Difference にまつわる心理的問題¹

——その発達的理解と支援——

松本学 日本学術振興会（東京大学）²

Psychological problems related to Visible Differences in appearance: Developmental perspectives

Manabu Matsumoto (*Japan Society for the Promotion of Science, University of Tokyo*)

This article reviewed research from the developmental perspective on psychological problems associated with congenital Visible Differences in appearance, such as a cleft lip and/or palate, or a port wine stain. People with such congenital Visible Differences, often experience psychological problems from an early age. At each developmental stage, they report distinct psychological problems because of their Visible Difference such as negative self concept, and social difficulties such as teasing, difficulty obtaining a job, difficulty making friends. To prevent these various psycho-social problems, the needs for liaison support by psychologists, school teachers, medical doctors and nurses from their early age are discussed. Further research in this area is needed to understand their problems and construct support for each their developmental stage.

Key words: Visible Difference, cleft lip and palate, developmental support, liaison support, prevention.

The Japanese Journal of Psychology

2008, Vol. 79, No. 1, pp. 66-76

顔に何らかの原因で疾患や外傷があり、それが本人や他者から見える場合に様々な心理社会的問題を伴うことがある。こうした可視的な容貌の差異を Visible Difference（以下 VD とする）と呼ぶ。VD を有する人々は、その心理的苦痛及び周囲の無理解や排除の中で、自身の能力を十分に発揮することができないことが多い（Bull & Rumsey, 1988; Eder, 1995; Hunt, Burden, Hepper, & Johnston, 2005; Kent & Thompson, 2002; Lansdown, Rumsey, Bradbury, Carr, & Partridge, 1997; Rumsey & Harcourt, 2005）。従来、VD の医学的治療は様々な形で行われている一方で、我が国において VD が心理的支援の対象となることは少なく、その支援ニーズも十分に確認されているとはいえない状況にある。近年欧米では、心理社会的問題の解明や心理的支援が徐々に注目されつつあり、実際に支援も行われているが、現在のところ、研究や支援の対象は主に成人期の人々であることが多い（Fiegenbaum, 1981; Papadopolous, Bor, & Legg, 1999; Robinson, Rumsey, & Partridge, 1996）。

ところが、VD が生得的、または発達早期に発生したものである場合には、VD による心理社会的苦痛や対人関係上の困難は、発達のごく早期から、家族や仲間との関係性、家族環境など、様々な要因が、発達段階ごとの課題と相互に影響しあって形成されると考えられる。この点で、VD についての研究や支援は、成人期に至った人々に対する横断的なものでは十分ではない。

そこで本論では、VD によって生起する心理社会的問題についてレビューを行い、様々な影響要因を整理する。さらに、従来の心理的介入である認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy：以下 CBT とする）やソーシャルスキルトレーニング（Social skills Training：以下 SST とする）の効果について概観し、その背景となる理論と問題点を明確にした上で、生涯発達の視点、つまり発達早期の養育環境の重要性やその後の対人関係、思春期の身体的、心理的变化やアイデンティティの確立、受障時期³、などの観点を導

Correspondence concerning this article should be sent to: Manabu Matsumoto, Department of International Social Studies, Maebashi Kyoai Gakuen College, Koyahara, Maebashi 379-2192, Japan (e-mail: ma-mat@nifty.com)

¹ 本研究は、日本学術振興会による科学研究費補助金（特別研究員奨励費）の援助を受けた。

² 現所属：共愛学園前橋国際大学

³ 受障とはこの場合 VD が発生することを示している。VD をいわずに社会福祉法制上の障害とすべきか否かは議論の分かれるところである。本論では VD が World Health Organization (WHO) の新生活機能分類 (WHO, 2002) における“機能障害（構造障害）はあるが、能力の制限はない”が活動制限や参加制約に支障が生じるケースにあたることを考え、障害の一部として論じている。

入した支援が必要なことを明らかにする。さらに VD の心理的問題は、それがとりわけ顔に現れる場合、単に個の問題ではなく、個をとりまく社会の問題ともなる。なぜなら、顔とは、私と他者とを繋ぐ重要な役割を担うものであり、その意味で他者や社会など、VD 者を取り巻く世界の影響を考えずに介入を考えることは出来ない。そこで、支援に当たっては、心理学者、保育士、教師、医師、看護師等の専門職や家族など、患者本人を取り巻く様々な人々によるリエゾンの支援が必要である。このように、発達の早期段階から個とそれを取り巻く社会に対する VD 者の心理社会的問題を明らかにすることによって、従来の対処療法的なアプローチをこえて、予防を目的としたアプローチへとむかうことが出来ると考えられる。

Visible Difference とは何か

Rumsey & Harcourt (2005) によると VD とは、容姿についての知覚可能な相違である。つまり何を VD とするかは、本人や他者がそれを相違として見なすかという認知の問題と密接に関係している。さらに VD は社会的規範や個人の価値との相互作用の影響も受ける (Fallon, 1990)。例えば、ピアス、刺青、纏足、割礼等は、明らかに身体的変形を伴う慣習であるが、通常、VD とは見なされない。VD には皮膚の変色、脱色、頭蓋骨の変形など多種多様な様態が見られ、その原因も先天性の疾患や奇形から、後天的外傷や疾患まで様々である。その中で特に頭頸部に現れる場合、VD と認知されやすい。

VD の発生率としては、1988 年にイギリスでおよそ 39 万人 (人口の約 0.9%) が VD を有していると報告されている (Martin, Meltzer, & Elliot, 1988)。また、顎顔面の VD については、近年の調査結果があり、頭蓋骨の先天奇形であるクルーゾン症候群が 0.004%、アペルト症候群が 0.0015%、トリーチャー・コリンズ症候群 (下顎顔面骨異骨症) が 0.002% と報告されている (WHO, 2002)。

なお、日本ではこのような調査は行われておらず、実態把握が急務である。ただし茅野・菅野・鈴木・山田・松原 (2005) は口唇裂口蓋裂の発生率について紹介している。それによると、日本人の口唇裂口蓋裂 (Cleft lip and/or palate : 以下 CLP とする) の発症率はおよそ 600 人に 1 人である。

なお、従来 Visible Difference について用いられていた用語は Disfigurement であるが、近年欧米の研究では Disfigurement という用語のネガティブな含意を避けるために Visible Difference を併記するものが出てきている。我が国ではこのテーマ自体が現時点では未だ十分に議論されておらず、今後用語として VD が用いられることを積極的に推進するため、本論では VD で表記を統一した。

VD による心理的不適応の影響要因

こうした VD を有する人々の多くが高い心理的苦痛を感じているとされ、自尊感情の低下や社会不安 (Robinson et al., 1996)、抑うつ (Jowett & Ryan, 1985; Kapp-Simon, Simon, & Kristovich, 1992; Robinson et al., 1996)、その結果としての自殺企図 (Cotterill & Cunliffe, 1997) などの心理的苦痛に関する問題、対人関係の回避、他者への過剰反応、攻撃性 (MacGregor, 1990; Rumsey, Bull & Gahagan, 1982) などの対人関係の問題が報告されている。こうした対人関係領域の問題は、容姿が原因のいじめ (Noar, 1991, 1992; Turner, Thomas, Dowell, Rumsey, & Sandy, 1997)、婚姻率の低さや子どもの少なさ、職業への満足度の低さ (Bjornsson, & Agustsdottir, 1987; Peter, Chinsky, & Fisher, 1975) にも反映されていると考えられる。

こうした心理社会的問題の直接的要因として、顔面や身体の変形といった VD が、対人魅力、特に顔の魅力に及ぼす影響 (Cotterill & Cunliffe, 1997; Crystal, Watanabe, & Chen, 2000; Rumsey, Bull, & Gahagan, 1982, 1986) があると考えられる。一般に顔の機能として、表情表出によって他者に自らの感情を伝達するコミュニケーション機能と、容貌と表情によって相手に自己の印象を必然的に与えてしまう印象形成の機能がある (大坊, 1997)。このうち後者について、顔の魅力は特に印象形成の初期段階で他者からの印象形成に大きな意味を持つ (Walster, Aronson, Abrahams, & Rottman, 1966 など)。こうした顔による魅力はマイナス方向へも働き、魅力の低い人が書いたとされるレポート課題に対する否定的評価が拡大し (Landy & Sigall, 1974)、人事採用面接において基本的には魅力の高い人が有利であること (Heilman & Saruwatari, 1979) が知られている。

VD と魅力との関係については、Crystal et al. (2000) は VD 児が健常児に受け入れられるかどうかを日米で比較検討し、11 歳児において、VD が原因で日米共に VD 児との協同の活動が回避される傾向にあることを報告した。

さらに、進化論的観点からも、容貌の魅力は、種の維持を目的にした優秀な形質を持つ雄を得るための選択と関連しているとするいわゆる優良遺伝子仮説が示されている。例えば Rubenstein, Langlois, & Roggman (2002) は健康と遺伝的適応を示唆する平均的身体特徴が魅力そのものであると考える。こうした進化論的観点からも、VD の影響を受けた顔は、平均から逸脱することになり、排除される傾向にあると考えられる。

しかし、VD が魅力に大きな影響を与えるとの報告の一方、その緩和要因も少数ながら報告されている。例えば Rumsey et al. (1982) は、顔に血管腫の特殊メ

一キャップを施した者たちが、顔きや笑顔などの基本的社会スキルの影響で他者から好意的に見られたり否定的に見られたりするを示した。また、真覚・伊師・足立・幸地 (2005) は、CLP 者と健常者の中立顔と笑顔の弁別を行い、健常者の顔と CLP 者の顔で弁別に差異が見られないこと、また CLP 者が自発的に笑顔を表出する場合、笑顔の印象が有意にポジティブになることを示した。このことは、CLP 者の対人魅力が表情表出と大きく関わっていることを示唆している。こうしたことから、VD は魅力に大きく影響を与えながらも、真覚他 (2005) が指摘する表情表出などのように、その影響に関する緩和要因が存在することが十分に考えられる。

その他の VD に伴う心理的問題を起こす場合の間接的影響要因としては、従来の研究では、先天か後天かといった VD の発生原因によって研究が大きく分けられているほか、母子関係などの家族環境 (Speltz, Arnsden, & Claren, 1990; Speltz, Goodell, Endriga, & Claren, 1994)、性差 (Bjornsson & Agustsdottir, 1987; Fukunishi, 1999)、ソーシャルスキル (Kapp-Simon et al., 1992) や運動能力 (Kapp-Simon et al., 1992)、外科的治療 (Bjornsson & Agustsdottir, 1987)、医療スタッフとのコミュニケーションについての満足度 (Miller, Cate, Watson, & Geronemus, 1999)、言語聴覚障害 (Jocelyn, Penko, & Rode, 1996; Richman, 1983) などが指摘されている。以下、魅力以外の影響要因について述べる。

先天か後天か

VD が発生する時期は、VD 者のその後の自己概念の形成やその状態に大きく影響を与えと考えられる。特に先天性 VD の場合、VD による低魅力の影響を受けて、養育者の VD 児に対するネガティブな初期反応 (Brantley & Clifford, 1980; Drotar, Baskiewicz, Irvin, Kennell, & Klaus, 1975; Lansdown, 1981; Speltz et al., 1990) が見出されることも予想される。こうした反応が母子間の授乳行動などの養育行動に影響を与え (Field & Vega-Lahr, 1984)、さらに家族は VD に対する周囲の人々の否定的な反応にもさらされる可能性がある (Bradbury & Hewison, 1994)。結果的に VD 児のその後の適応に大きな影響を及ぼすことは容易に想像できる。先天的 VD 者のソーシャルスキルについて調査した Rumsey et al. (1986) は全般的に低いレベルの自尊感情、アイコンタクトの欠如や減少、ジェスチャーの乏しさ、声のトーンの平板さ等、基本的ともいえる非言語的スキル自体が欠けていると報告した。また、Adachi, Kochi, & Yamaguchi (2003) は、成人女性 CLP 患者の対人コミュニケーション場面におけるノンバーバル行動の特徴を調査し、CLP 群は統制群と比較して顔の動きが有意に寡少であり、笑顔の表出も

低頻度であることが見出された。さらに、頭と手の動きや笑顔の協応が少ないことも見出されている。

一方、後天性の VD の場合、それが発達のどの段階で生じたかによって VD が VD 者に与える影響は大きく変わると考えられる。自我が発達する思春期以降の VD の場合、容姿の劇的変容という事実の理解、納得や、失われたボディイメージに基づく自己概念の再構成、そして社会復帰に必要なソーシャルスキルの獲得、とりわけ他者に対応するための対処スキル獲得が中心的課題になる。また往々にして生命を脅かすような重篤な疾患や裂傷、あるいは様々な機能障害と直面することもある (Partridge, 1997)。

養育者との関係

養育者との関係については、VD 児に対する養育行動の研究が行われている。子どもが VD を有することへのショックは養育者の養育行動を一時的に阻害する可能性がある (Barnett, Clements, Kaplan-Estrin, McCaskill, Hunt, Butler, Schram, & Janisse, 2006; Beaumont, 2006)。また、周囲からの VD 児に対する反応、親類からのサポート、夫婦関係、夫婦のパーソナリティなども、VD 児への養育行動に影響を与えと考えられている (Speltz et al., 1994)。また、養育者だけでなく、家族全体の構造も適応に影響を及ぼすと考えられる。Blakeney, Portman, & Rutan (1990) は熱傷児童の研究で、家族の凝集性の高さが適応の条件であり、葛藤のある家族は不適応を導くと報告している。

性 差

性差の影響についてもいくつかの報告がある。CLP を有する青年期女性は、同様の症状を持つ男性と比べてより否定的な自己概念を経験している (Leonard, Brust, Abrahams, & Sielaff, 1991)。また、治療に訪れる患者の数でも性差が見られる。平山 (1994) の報告では、あざの治療を受診した患者は整容的関心度の差により女性の占有率が 81% と圧倒的であるとしている。これは女性が男性と比べて美しさを求められることが多いことに影響していると考えられる (松本, 2000)。

医学的治療

VD はその症状によって、長期間にわたる継続的な治療を必要とする。特に CLP のような先天性の VD の場合、発達のきわめて早期の段階から成人に至るまで継続して治療を行う必要があり (Munro, 1995; Pruzinsky, 1990)、それには心理的、社会的苦痛を伴う可能性のあるものが含まれている (足立, 2002)。Speltz, Galbreath, & Greenberg (1995) は発達早期からのこうした継続的治療が CLP の子を持つ親の過剰な保護をもたらすと考えている。

併存する障害

顎顔面の VD の場合、言語や聴覚に障害が見られることがあり、児童期には多くの患者が言語訓練を受けている。しかし、現状では心理社会的適応と言語障害の関係についての調査は多くない。CLP 児において、言語聴覚障害と学業未達成との関連が指摘されている (Millard & Richman, 2001; Richman, 1983) が、今後の研究が待たれる。Hunt et al. (2005) は、従来の研究を概観し、発話と VD についての不安や行動上の問題が発話の問題と何らかの形で関係することを示唆している。しかし、この領域でも研究は不足しているといわざるを得ない。VD が従来我が国において関心を払われてこなかったことは、こうした併存する障害が VD によって引き起こされる心理社会的問題と比較して、より鮮明に障害として認知されやすく、また既存の枠組みで支援や治療が行いやすいことと関連しているのかもしれない。

現在までの心理学的支援

VD によって引き起こされる心理的症状について、上述のような影響要因が考えられる。こうした中で、現在までの支援を概観すると、一つは心理的症状の行動的側面に着目し、様々な対処スキルについて教示することで適応的行動を身につけさせるソーシャルスキルトレーニング (SST)、もう一つの流れは、患者の内面に着目して自己概念に働きかけ、不適切な信念の変容を図る認知行動療法 (CBT) が見られる。以下、二つの流れに分けて従来の支援を概観する。

ソーシャルスキルトレーニング

ソーシャルスキルトレーニング (SST) の流れは、VD 者の特徴的行動、例えば視線が合わせられない、声に抑揚がない、ジェスチャーに乏しい等の低いソーシャルスキル (Kapp-Simon et al., 1992; Partridge, 1997; Rumsey et al., 1982) が結果的に他者からの低い評価を招いてしまう (Rumsey et al., 1982) という低ソーシャルスキル原因説ともいえるべき仮説を背景としている。SST はこうした低ソーシャルスキルの代りに、より適応的なスキルを身につけることで、他者への印象の向上やその副次的効果として本人の自尊感情の向上をはかるものである (Fiegenbaum, 1981; Kapp-Simon, 1995; Robinson et al., 1996; Rumsey et al., 1986)。こうした SST は現在までに CLP に対する SST (Kapp-Simon, 1995) や原因を特定しない様々な VD に対しての SST (Robinson et al., 1996) が行われており、一定の効果を上げている。日本でも Robinson et al., (1996) のプログラムを基にして SST プログラムが作成された (Matsumoto, Lenooy, & Partridge, 2003) が、日本の文化的背景の下で十分に機能するか検討する必要 (松

本・足立・真覚, 2005) がある。

認知行動療法

VD を有する人々の否定的な自己概念に介入する認知行動療法 (CBT) も 90 年代から行われている。White (2000) は、頭頸部悪性腫瘍の患者について、自己イメージとボディイメージにおける理想と現実のずれが、容姿に関連する否定的自動思考などの信念を形成し、その結果として、身体に対する恥や抑うつなどの否定的感情の生じや、相互作用の回避などの補償行動を導くと説明する。また、Newell (2000) は、VD に対する他者の反応が患者本人にフィードバックされ、それが社会的状況においての不安を喚起し、結果として患者は回避的なコーピング戦略を身につけることになる主張する (不安-回避モデル)。こうしたモデルを基に、いくつかの実践が一定の成果を上げている (Kleve, Rumsey, Wyn-Williams, & White, 2002; Maddern, Cadogan, & Emerson, 2006; Papadopolous et al., 1999; Robinson et al., 1996)。例えば Robinson et al. (1996) は、SST 実施前に先天性の VD 者に対するグループ CBT を行って、参加者の社会不安の減少や自尊感情の向上を報告している。最近では Maddern et al. (2006) も、集団 CBT で VD と関連する社会不安や低自尊感情について改善が見られたことを報告している。

従来の支援の限界と課題

こうした SST や CBT といった心理的介入は、VD 者の行動的側面や、今、ここでの感情や行動を引き起こす思考に目を向けた介入である。いつ、どのような状況下で VD が発生し、それがその時の自己の発達に即して、どのような影響を与えるのかという発達の観点が決定的に欠落しているといえる。つまり、従来の心理的支援は SST にせよ CBT にせよ成人向けの支援がほとんどであり、本人が問題を自覚したときに初めて成立するという点において事後的な支援といわざるを得ない。しかし、そもそも VD とそれに伴う心理社会的問題は、いまここで突然始まったものではなく、特に先天性の VD においては発達のごく早期から長い生育歴の中で各々の発達期で様々な現れ方をしながら徐々に形成されてきた問題である。従来の研究ではこの点についての議論が欠如しているといわざるを得ず、より適切な支援のためには、発達早期段階からこの問題に対処する必要があるだろう。

各発達段階における VD 者の心理社会的問題

次に、先行研究の中で、VD の個人がどのような心理社会的問題を抱えるかということについて発達段階ごとに概観する。

乳幼児期

VD 児を持つ家族、とりわけ母親は、出産時にショックを受けたり、罪悪感を覚えたり、あるいは周囲が VD 児について無理解であったりして子どもに関するネガティブな感情を抱くことがある (Brantley & Clifford, 1980)。こうした初期の反応は、発達早期の親子関係に影響を与え、乳幼児に対する養育行動の減少をもたらすことが報告されている (Barden, Ford, Jensen, Rogerssalyer, & Salyer, 1989; Field & Vega-Lahr, 1984; Speltz et al., 1994; Wasserman, 1986)。

ただし、こういった初期反応の影響がどの程度続くのかについては議論がある。Speltz, Endriga, Fisher, & Mason, (1997) は CLP 児と VD を有さない口蓋裂児 (Cleft palate only: 以下 CPO とする)、そしてコントロール群について、授乳行動、母親の性格、子どもの気質や魅力と愛着タイプの比較検討を行い、12 カ月児の愛着タイプに統制群との有意差が見られないことを明らかにした。このことから CLP や CPO によって生じる VD や機能障害の発生それ自体は愛着の不安定というリスクを上昇させるものではないと考えられる。一方、Speltz et al. (1997) は同じ調査で、乳児の魅力と愛着の関係を見たところ、魅力では最も低魅力と評定されたのは VD を有する CLP 群で、次に CPO 群、コントロール群の順であった。その一方、愛着が不安定とされたのは、CPO 群、CLP 群の順であった。このことから、Speltz et al. (1997) はより低魅力と評価される CLP 群は、母親から CPO 群と比較してより脆弱であると認知され、これが養育行動を刺激して安定的な愛着状態を導くと推察した。この結果を再検討した Coy, Speltz, & Jones (2002) は、同様の結果を得、ここから CLP 群の乳児では、おそらく慢性疾患児や早産児のように、養育者が乳児に脆弱性を感じ取ってしまうために過剰に保護的な養育を行うようになり、結果的に統制群の乳児よりも安定的な愛着タイプが見出されると考えている。

ソーシャルサポートの有無も VD 児を持つ養育者に多大な影響を与える。夫婦関係・拡大家族からのサポート (Speltz et al, 1995)、家族の凝集性 (Blakeney et al., 1990) も養育行動や VD 児に影響を与える可能性が指摘されている。また、VD 理解についての文化差も乳幼児期の養育行動に影響を与える可能性がある。インドでは調査に協力した CLP 児の 52 家族のうち、84% が CLP の原因を神の意思によるとし、10% が前世で犯した罪のためと説明した (Weatherley-White, Eiserman, Beddoe & Vanderberg, 2005)。

以上からこの時期の VD の心理社会的問題の背景要因としてあげられるものは、(a) VD による乳幼児の魅力の低さ、(b) 初期反応と養育行動の乏しさ、(c) 母親を初めとする養育者の VD についての理解程度と感

情、(d) VD に対する態度の文化差が考えられる。加えて、(e) VD の文化的意味、(f) VD 児と養育者は、乳幼児期から成人に至るまでの治療における心理的及び経済的負担を負うことになる。こうした VD のネガティブな影響が乳幼児期の VD 者に大きな影響を与えると考えられる。

児童期

VD を有する子どもたちは、おおよそこの時期までには、VD や言語障害などの併存する障害に対する他者の言及や治療などを契機として漠然と自身の容貌の特異性に気づいていく。また、この時期には他の子どもからの VD を原因とするいじめが多く報告されている (Broder, Smith, & Strauss, 2001; Harper & Richman, 1978; Kapp, 1979; Maddern et al., 2006; Noar, 1991, 1992; Turner et al., 1997)。こうしたいじめは特に学校入学、転校、進学などの環境移行を契機として発生することが多いと考えられる (Frances, 2004)。いじめのような対人関係上の問題によって、肯定的な自己概念も容易には形成できない状態になる可能性がある (Broder & Strauss, 1989)。

VD による心理的苦痛は VD 児だけでなく養育者にも認められる。この時期の母親は、健常群の母親と比べ高いレベルのストレスを有し、自信を失い、何らかの夫婦間葛藤を抱えていることが多いとの報告がある (足立, 2002; Speltz et al., 1990; St.John, Pai, Belfer, & Mulliken, 2003)。

加えて、この時期も身体の発達に伴い、継続的に外科手術や歯科矯正治療、言語治療を行う必要性があり (幸地, 2004; Munro, 1995)、養育者が十分な治療展望などの情報を得ていない場合、治療そのものが VD 児と養育者双方にとって心理的苦痛を引き起こす可能性が指摘できよう。

このように、児童期において VD は、対人関係の広がりやの阻害要因となる可能性があるとともに、自己概念の形成にも大きな影響を与える可能性があると考えられる。また、継続して多様な治療を続けることで、養育者もストレスや夫婦間葛藤も引き起こしやすいと考えられる。

思春期から青年期前期

一般に思春期では、第二次的性徴の影響を受けて、大きな心理的、身体的変化がもたらされる。そのため、男女ともボディイメージの変化とともに容姿に関する自己意識と他者の評価をより気にする傾向があり、とりわけ女性において強く見られるとされる (Jones, 2004)。こうした傾向は VD によってより先鋭化すると考えられる。Thomas, Turner, Rumsey, Dowell, & Sandy (1997) によると、思春期の CLP 児は成人期の CLP 者と比較して容姿に不満を覚えている。このこ

とから、VD は思春期における身体の大きな変容に伴う不安を増幅させる要因となり、アイデンティティの確立、親からの自立、仲間関係の確立などを阻害する可能性があると考えられる (Kapp-Simon, 1995)。VD 児の周囲の子どもたちも、思春期には一緒に活動することをためらう傾向が強いことが指摘されている (Crystal et al., 2000)。

このような理解から、VD が自己概念に与える影響についての研究がなされてきた。Leonard et al. (1991) は、男子よりも女子の方が否定的な自己概念を形成するという報告を行って VD の影響に性差があることを示し、Richman (1983) は、青年期には発話の問題よりも顔についての不安が社会的内向と関係していると報告している。また、CLP 患者を両親による行動評価に基づく適応群 19 名と不適応群 17 名の二群に分け、容姿と行動を自己評価させた調査では、適応群は顔の容姿について現実的な認知をしており、行動についての認知も両親の認知と共通していた。一方、不適応群では、容姿と行動について両親が評価するより本人自身は社会的であると評価しており、両親と本人で認知のずれがみられた (Richman, Holmes, & Eliason, 1985)。

このような否定的自己概念についての報告から、VD 者の否定的自己概念は単に VD によって形成されるのではなく、発達早期からの養育者との関係に端を発し、様々な他者との関係性の中で、他者の容姿に関する評価とその認知、及び自己のボディイメージを通して、徐々に全般的な否定的自己概念が形成されると考えられる。乳幼児期からのこうした他者を介した否定的自己概念形成は、第二次性徴の影響を受けて、身体的な変化をより強烈に意識することとなり、VD 者は否定的自己概念をより強固なものにすると考えられる。Moss & Carr (2004) は容姿に関する自己概念の低さと自己概念全体の低さの関係を指摘している。また Gussy & Kilpatrick (2006) も青年期 CLP 者の自己概念において、親子関係、身体能力、異性関係、身体的容姿に関する自己概念で統制群と比較して有意差があったことを報告している。しかし、近年ボディイメージと自己概念との関係についてはいくつかの研究で指摘されているものの、その測定方法は統一されていない。

以上のことから、思春期から青年期前期の VD 者にとって、身体的変化に伴うボディイメージの変化の中で、VD についての肯定的理解を行い、それを自己全体の中に位置づけることが大きな課題になっていると指摘できよう。

思春期におけるもう一つの大きな課題は、小学校から中学校への進学という環境移行の問題である。VD が否定的自己概念の形成と密接に関連している思春期において、小学校から中学校、さらに高校という進学

やクラス替えによる環境移行は、VD 者の心理的適応に大きな影響を及ぼすと考えられる。

また、Frances (2004) は、移行の重要性を指摘した上で、英国で積極的に VD 者支援に取り組んでいるチャリティ Changing Faces における学校支援の知見から、学校移行についてのチェックリストを提示している。こうした環境移行の問題に影響を与える可能性があるものとして、親や教師など周囲のサポート、ソーシャルスキルや治療の影響をあげている。なおソーシャルスキルについては児童期までにすでに他者との関係においてソーシャルスキルの低さが見られているが、この時期でも CLP 者の視線回避が社会受容の低さと有意に関係していることが報告されている (Slifer, Pulbrook, Amari, Vona- Messersmith, Cohn, Ambadar, Beck, & Piszczor, 2006)。

このように思春期から青年期前期の VD 者にとって、身体的変化に伴うボディイメージの変化の中で、VD についての肯定的理解とアイデンティティ確立を行うことが大きな課題になっている。また、進学に伴う環境移行や、継続して行われる治療もこの時期の VD 者に大きな影響を及ぼしているものと考えられる。

青年期後期から成人期

青年期後期から成人期にかけて、VD 者はそれまでの VD 理解の影響を受けながら、自己を統合的に理解していくといえる。この時期は、VD について肯定的に理解し、それを自己の中にどう位置づけるかが大きな課題になっている。VD 者自身が VD を自分自身の身体の一部であると理解できない場合、自尊感情の低下を招き、ソーシャルスキルの低さが導かれると考えられる。

さらにこの時期は、今までの中学や高校までの準拠集団を離れて自立する時期である。職業の選択、婚姻などが課題となってくる。VD 者の婚姻率の相対的な低さについてはいくつかの報告がある (Bjornsson & Agustsdottir, 1987; Porter, Beuf, Lerner, & Nordlund, 1990; Ramstad, Ottem, & Shaw, 1995)。職業選択における困難は、一般と比較して問題がないという報告もあるが (Ramstad et al., 1995)、成人期の CLP 者において職業への満足度が低いという報告もある (Bjornsson & Agustsdottir, 1987)。なお、職業訓練については台湾で陽光社會福祉基金會が熱傷患者を中心に社会復帰を支援するための職場を実験的に提供しており、今後の成果が目される (陽光社會福祉基金會, 2007)。

発達段階ごとに必要とされる支援

乳幼児期の支援

この時期において母親や家族に VD 児に対する否定

的初期反応が見られる場合、そうした反応への迅速な対処が必要である。とりわけ VD 児を出産後の母親は、出産時のショックや、その後の VD 児を産んでしまったことに対する罪悪感を有しがちである。このため、養育者や家族に個別面接や科学的知見に基づいた情報を提供して、罪悪感や社会的なスティグマを除いていく必要がある。早期の養育者に対する支援は、その後の子どものコミュニケーションの問題を予防するという報告もある (Cocquyt, Mommaerts, Nadjmi, Zink, & Roeyers, 2006)。

養育者に早期から提供する情報としては、VD の原因や発生メカニズム、治療計画と予後についての見通し等についての医療情報、今後乳児が発達に従って受ける可能性のある心理社会的影響、こうした問題理解に基づいた子育ての仕方の情報などがあげられる。またこうした情報は早期の個別面接だけでなく、その後の継続的な親面接や情報リーフレットの配布、ウェブサイトへの公開などいくつかの方法を併用することで、養育者により効果的に情報を提供できると考えられる。さらに養育者を心理的にサポートするために、VD 児の治療に関連する形成外科や口腔外科、産婦人科、小児科などの病院外来に心理学者を配置し継続的な心理的支援を行うことが必要であろう (Clarke, 1999; Miller et al., 1999; Wallance & Lees, 1988)。

児童期に必要な支援

この時期では、子どもが肯定的な自己概念を築きながら、自分の容貌の特異性に理解を深めること、及びスムーズな仲間関係の形成とそのためのスキルの獲得が必要とされる。このため、養育者との安定的な関係性の中で、VD について、本人の理解度に沿いながら他者の言及に対処できるような知識とスキルを身につけることが必要である。特に入学やクラス替えなどの環境移行には十分な注意を払うべきである。さらに、VD に関わる自己の否定的評価を防ぐために VD そのものについての肯定的理解も必要である。VD 児の在籍する学校において、VD を肌の色や人種、性別、障害などの多様性の一つとして教育を行うことが必要になると考えられる。学校等でネガティブな経験をした場合、この時期の子どもは十分にそのつらさを表現することが出来ない。このため、養育者との安定的な関係性が子どもの安全基地として機能することが極めて重要である。また、学校生活の中で発生する VD についての言及やいじめ、治療に伴う欠席や治療具の装着などに対して、学校の教師は十分に理解し、養育者と十分に連絡を取りながら、必要に応じて子どもを支援する必要がある。

さらに、子どもを支える養育者の様々な不安やストレスにも対応する必要がある。その際、幼稚園、保育所、小学校などの教育機関や、医師、看護師、心理学

者など様々な関係機関や専門職が連携して、親教室やリーフレット等を活用し、多面的な支援を形成することが有効であろうと考えられる。イギリスの支援団体では、就学前後の子どもを対象とした小冊子を作成しており、養育者はこうした情報によって子どもの自尊感情を高めつつ VD についての理解を促す方法について知ることができる (Changing Faces, 2003)。我が国でもこのような冊子の作成が急務であろう。

足立 (2002) は CLP 児の親が情報についての強いニーズを有していることを報告している。我が国では、親や教師等子どもを取り巻く人々は、機能的な障害には比較的敏感であるが、VD については気づいていても具体的にどのような支援を行ったらいいか明確な指針が打ち出せないことが多い。さらに、親は出生後この時期まで、身体機能の障害を危惧している可能性が高く、容姿の違いによる多様な問題が発生することに十分な準備をしていない場合があると思われる。

さらにこの時期は、治療のため頻繁に通院や入院する必要があるため、そのために学業が中断する可能性があり、学業面のケアも必要になると考えられる。

思春期に必要な支援

この時期には、今までの親への支援や教育機関への支援の他に、VD を有しながらアイデンティティを確立するためのカウンセリングや、異性との円滑な人間関係構築のための対処スキルの獲得のための支援が必要となる。また、性差をふまえた支援も必要になる。イギリスの支援団体ではこの時期の女子に特化した形の支援を行っている (Changing Faces, 2004)。またこの時期は、今まで養育者が行ってきた治療についての決定が本人に移行するために、これまで以上に VD 者本人に対する十分な治療情報の提供が必要となる。この時期から、必要に応じてメーキャップを適用することも検討されている (阿部, 2000)。

青年期後期から成人期に必要な支援

この時期の支援としては、必要に応じて個別カウンセリングを行って、VD 者の抱える問題を詳細に理解し、その上で大学進学や就職、結婚などのライフイベントに即した形の支援を行う必要がある。VD についての本人の受け入れが十分になされていない場合、VD についての他者の反応や自己の感情などについての認知的理解を促進し、問題の解決に必要な対処スキルの獲得、学校や職場における人間関係を円滑にするための啓発的な支援を行うことも必要である。

この時期では、これまでの与えられてきた支援に対して、患者自身が自らに相応しい支援を自律的に選ぶことが望まれる。そのため、支援の選択肢には、これまでの病院や学校をベースとした支援とともに、自助グループ等の自発的な社会活動が加えられよう。

今後の課題

以上、発達的な観点から VD の心理的問題を概観し、それに基づいて支援のあり方を提起した。以下、今後の課題として、リエゾンの支援の重要性と成人期 VD 者への対応について述べる。それは、VD による心理社会的問題が、単に VD 児個人の問題ではなく、既に指摘したとおり対人関係領域の固有の困難から成立している可能性が高いという点である。このため、VD 児の発達にあたっては、家庭、学校、病院など、VD 児が対人関係をはぐくんでいく場所での、一貫した VD 児とその家族に対する継続的支援が必要になってくる。その際、心理学者が主体となって学校や病院と連携したかたちのリエゾンの支援を行い、VD 児本人とその家族が彼らの生活の場で一貫した支援を受けられるようにすることが必要不可欠である。

我が国では、2005 年度から小、中学校及び盲、聾、養護学校において、特別支援教育コーディネーターが障害等のために支援が必要な児童に対して各分野の専門職と連携した支援を行うことが決められている。我が国では自閉症や ADHD にまでその範疇が広げられつつあるが、VD についても同様に固有のニーズに基づいた教育が用意される必要があると考えられる（本郷、2006）。

CLP においては、日本でも早期からの治療が行われている（武田・竹部・野中・藤村・平野・尾上・下川、1996；野口、1995）が、心理的支援は不十分なものである。またこうしたリエゾンの支援の導入は、患児周囲の環境をモニターし、つねに支援に備えることにつながる。リエゾンの支援は問題発生後の対処ではなく、問題の発生を未然に防ぐ予防的支援を可能とするだろう。

一方、成人期以降の VD 者では問題行動とされている“VD についての否認”や“回避行動”を行っている場合、それを適応の一樣態と考えることも可能である。こうした場合には、VD 者本人に対する支援を無理に行うことなく、いつでも支援を行えるような支援体制の準備が必要となるだろう。このように成人期 VD 者においては、VD 者からの支援の要請があって初めて支援を行うことが出来ると考える。

換言すれば、成人期 VD 者の支援は、出生から青年期までの支援とは異なり、患者自身の自立的な選択のうえに成り立つ支援であるといえよう。

文 献

阿部恒之（2000）．顔面神経痛患者へのメーキャップ耳鼻咽喉科・頭頸部外科，**16**，450-454．

（Abe, T.）

足立智昭（2002）．難病の子どもの将来について――

心理学からのアプローチ―― 小児看護，**25**，1596-1600．

（Adachi, T.）

Adachi, T., Kochi, S., & Yamaguchi, T. (2003). Characteristics of nonverbal behavior in patients with cleft lip and palate during interpersonal communication. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, **40**, 310-316.

Barden, C., Ford, E., Jensen, G., Rogerssalyer, M., & Salyer, E. (1989). Effects of craniofacial deformity in infancy on the quality of mother-infant interactions. *Child Development*, **60**, 819-824.

Barnett, D., Clements, M., Kaplan-Estrin, M., McCaskill, J., Hunt, K., Butler, C., Schram, J., & Janisse, H. (2006). Maternal resolution of child diagnosis: Stability and relations with child attachment across the toddler to preschooler transition. *Journal of Family Psychology*, **20**, 100-107.

Beaumont, D. (2006). Exploring parental reactions to the diagnosis of cleft lip and palate. *Paediatric Nursing*, **18**, 14-18.

Bjornsson, A., & Agustsdottir, S. (1987). A psychosocial study of Icelandic individuals with cleft lip or cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, **24**, 152-157.

Blakeney, P., Portman, S., & Rutan, R. (1990). Familial values as factors influencing long-term psychological adjustment of children after severe burn injury. *Journal of Burn Care Rehabilitation*, **11**, 472-475.

Bradbury, E., & Hewison, J. (1994). Early parental adjustment to visible congenital disfigurement. *Child Care Health Development*, **20**, 251-266.

Brantley, H., & Clifford, E. (1980). When my child was born: Maternal reactions to the birth of a child. *Journal of Personality Assessment*, **44**, 620-623.

Broder, H., Smith, F., & Strauss, R. (2001). Developing a behavior rating scale for comparing teachers' ratings of children with and without craniofacial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **38**, 560-565.

Broder, H., & Strauss, R. (1989). Self-concept of early primary school age children with visible or invisible defects. *Cleft Palate Journal*, **26**, 114-117.

Bull, R., & Rumsey, N. (1988). *The social psychology of facial appearance*. New York: Springer-Verlag.

Changing Faces. (2003). *My child looks different: A guide for parents*. London: Changing Faces Publication.

Changing Faces. (2004). *Beauty inside out workshop*. London: Changing Faces Publication.

Clarke, A. (1999). Psychological aspects of facial disfigurement: Problems, management and the role of a lay-led organization. *Psychology, Health and Medicine*, **4**, 127-142.

Cocquyt, M., Mommaerts, M., Nadjmi, N., Zink, I., & Roeyers, H. (2006). Prevention and early detection of communication problems in children with cleft lip and palate (up to 5 years). XVth Biennial International Conference on Infant Studies 2006, (May, 2006) <<http://www.isisweb.org/>> (May 10, 2006)

Cotterill, J., & Cunliffe, W. (1997). Suicide in dermatological patients. *British Journal of Dermatology*, **137**, 246-

- 250.
- Coy, K., Speltz, M. L., & Jones, K. (2000). Facial appearance and attachment in infants with orofacial clefts: A replication. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **39**, 66-72.
- Crystal, D., Watanabe, H., & Chen, R. (2000). Reactions to morphological deviance: A comparison of Japanese and American children and adolescents. *Social Development*, **9**, 40-61.
- 大坊郁夫 (1997). 魅力の心理学 ポーラ文化研究所 (Daibo, I.)
- Drotar, D., Baskiewicz, A., Irvin, N., Kennell, J., & Klaus, M. (1975). The adaptation of parents to the birth of an infant with a congenital malformation: A hypothetical model. *Pediatrics*, **56**, 710-717.
- Eder, A. (Ed.) (1995). *Craniofacial anomalies: Psychological perspectives*, New York: Springer-Verlag.
- Fallon, A. (1990). Culture in the mirror: Sociocultural determinants of body image. In T. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change*. New York: Guilford Press. pp. 80-109.
- Fiegenbaum, W. (1981). A social training program for clients with facial disfigurements: A contribution to the rehabilitation of cancer patients. *International Journal of Rehabilitation Research*, **4**, 501-509.
- Field, T., & Vega-Lahr, N. (1984). Early interactions between infants with craniofacial anomalies and their mothers. *Infant Behavior and Development*, **7**, 527-530.
- Frances, J. (2004). *Educating children with facial disfigurement: Creating inclusive school communities*. London: RoutledgeFalmer.
- Fukunishi, I. (1999). Relationship of cosmetic disfigurement to the severity of posttraumatic stress disorder in burn injury or digital amputation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **68**, 82-86.
- Gussy, M., & Kilpatrick, N. (2006). The self-concept of adolescents with cleft lip and palate: A pilot study using a multidimensional/hierarchical measurement instrument. *International Journal of Paediatric Dentistry*, **16**, 335-341.
- Harper, D. C., & Richman, L. C. (1978). Personality profiles of physically impaired adolescents. *Journal of Clinical Psychology*, **34**, 636-642.
- Heilman, M. E., & Saruwatari, L. R. (1979). When beauty is beastly: The effects of appearance and sex on evaluations of job applicants for managerial and nonmanagerial jobs. *Organizational Behavior and Human Performance*, **23**, 360-372.
- 平山 峻 (編) (1994). QOL のためのあざの診断と治療 文光堂 (Hirayama, S.)
- 本郷和夫 (2006). 特別支援教育の今後の課題 本郷和夫・長崎 勤 (編) 別冊発達 28 特別支援教育における臨床発達心理学的アプローチ ミネルヴァ書房 pp. 250-253.
- (Hongo, K.)
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: A systematic review. *European Journal of Orthodontics*, **27**, 274-285.
- Jocelyn, L., Penko, M., & Rode, H. (1996). Cognition, communication, and hearing in young children with cleft lip and palate and in control children: A longitudinal study. *Pediatrics*, **97**, 529-534.
- Jones, D. (2004). Body image among adolescent girls and boys: A longitudinal study. *Developmental Psychology*, **40**, 823-835.
- Jowett, S., & Ryan, T. (1985). Skin disease and handicap: An analysis of the impact of skin conditions. *Social Science and Medicine*, **20**, 425-429.
- Kapp, K. (1979). Self-concept of the child with cleft and/or palate. *Cleft Plate Journal*, **16**, 171-176.
- Kapp-Simon, K. (1995). Psychological interventions for the adolescent with cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **32**, 104-108.
- Kapp-Simon, K., Simon, D., & Kristovich, S. (1992). Self-perception, social skills, adjustment and inhibition in young adolescents with craniofacial anomalies. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **29**, 352-356.
- 茅野修史・菅野貴世史・鈴木洋一・山田 敦・松原洋一 (2005). 唇裂・口蓋裂の原因遺伝子 小児科, **46**, 105-110.
- (Kayano, S., Kanno, K., Suzuki, Y., Yamada, A., & Matsubara, Y.)
- Kent, G., & Thompson, A. (2002). The development and maintenance of shame in disfigurement: Implications for treatment. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame-conceptualisation, research and treatment*. East Sussex: Brunner-Routledge. pp. 103-116.
- Kleve, L., Rumsey, N., Wynn-Williams, M., & White, P. (2002). The effectiveness of cognitive-behavioural interventions provided at Outlook: A disfigurement support unit. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **8**, 387-395.
- 幸地省子 (2004). 口唇裂口蓋裂のある子どもへの医療連携 佐々木洋・田中英一・菅原準二 (編) 口腔の生育をはかる 2 医歯薬出版 pp. 59.
- (Kochi, S.)
- Landy, D., & Sigall, H. (1974). Beauty is talent: Task evaluation as a function of the performer's physical attractiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, **29**, 299-304.
- Lansdown, R. (1981). Cleft lip and palate: A prediction of psychological disfigurement? *British Journal of Orthodontics*, **8**, 83-88.
- Lansdown, R., Rumsey, N., Bradbury, E., Carr, A., & Partridge, J. (Eds.) (1997). *Visibly different: Coping with disfigurement*. London: Butterworth Heinemann.
- Leonard, B., Brust, J., Abrahams, G., & Sielaff, B. (1991). Self-concept of children and adolescents with cleft lip and/or palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **28**, 347-353.
- MacGregor, F. (1990). Facial disfigurement: Problems and management of social interaction and implications for

- mental health. *Aesthetic Plastic Surgery*, **14**, 249–257.
- Maddern, L., Cadogan, J., & Emerson, M. (2006). 'Outlook': A psychological service for children with a different appearance. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **11**, 431–443.
- Martin, J., Meltzer, H., & Elliot, D. (1988). *The prevalence of disability among adults*. London: Office of Population Censuses and Surveys.
- 真覚 健・伊師華江・足立智昭・幸地省子 (2005). 口唇口蓋裂者の表出した笑顔に対する認知 電子情報通信学会技術研究報告, **105**, 57–62. (Masame, K., Ishi, H., Adachi, T., & Kochi, S.)
- 松本 学 (2000). 隠蔽された生きづらさ——“ふつう”と“ふつうでない”の間の容貌——看護学雑誌, **64**, 407–412. (Matsumoto, M.)
- 松本 学・足立智昭・真覚 健 (2005). 口唇口蓋裂患者に対するソーシャルスキルトレーニングを日本で実施する際の理論的課題——Pan-Disfigurement 患者支援理論モデルの構築に向けて——日本発達心理学会第 16 回大会論文集, 747. (Matsumoto, M., Adachi, T., & Masame, K.)
- Matsumoto, M., Lenooy, R., & Partridge, J. (2003). *Changing faces workshop for Japanese people with disfigurement*. London: Changing Faces (British registered Charity).
- Millard, T., & Richman, L. (2001). Different cleft conditions, facial appearance, and speech: Relationship to psychological variables. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **38**, 68–75.
- Miller, A., Cate, I., Watson, H., & Geronemus, R. (1999). Stress and family satisfaction in parents of children with facial port-wine stains. *Pediatric Dermatology*, **16**, 190–197.
- Moss, T., & Carr, T. (2004). Understanding adjustment to disfigurement: The role of the self-concept. *Psychology and Health*, **19**, 737–748.
- Munro, I. (1995). A description of craniofacial anomalies: The mechanism and rationale of surgery. In R. Eder (Ed.), *Craniofacial anomalies: Psychological perspectives*, New York: Springer-Verlag, pp. 3–21.
- Newell, R. (2000). Psychological difficulties amongst plastic surgery ex-patients following surgery to the face: A survey. *British Journal of Plastic Surgery*, **53**, 386–392.
- Noar, J. (1991). Questionnaire survey of attitudes and concerns of patients with cleft lip and palate and their parents. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **28**, 279–284.
- Noar, J. (1992). A questionnaire survey of attitudes and concerns of three professional groups involved in the cleft palate team. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **29**, 92–95.
- 野口規久男 (1995). 口唇口蓋裂児の矯正治療期における精神医学的問題 日本口蓋裂学会雑誌, **20**, 181–192. (Noguchi, K.)
- Papadopolous, L., Bor, R., & Legg, C., (1999). Coping with the disfiguring effects of vitiligo: A preliminary investigation into the effects of cognitive behavioural therapy. *British Journal of Medical Psychology*, **10**, 11–12.
- Partridge, J. (1997). *Changing faces: The challenge of facial disfigurement*. 3rd ed. London: Changing Faces.
- Peter, J., Chinsky, R., & Fisher, M. (1975). Sociological aspects of cleft palate adults in social integration. *Cleft Palate Journal*, **12**, 304–310.
- Porter, J., Beuf, A., Lerner, A., & Nordlund, J. (1990). The effect of vitiligo on sexual relationships. *American Academy Dermatology*, **22**, 221–222.
- Pruzinsky, T. (1990). Collaboration of plastic surgeon and medical psychotherapist. *Medical Psychotherapy*, **3**, 103–116.
- Ramstad, T., Ottem, E., & Shaw, W. (1995). Psychosocial adjustment in Norwegian adults who had undergone standardized treatment of complete cleft lip and palate II: Self-reported problems and concerns with appearance. *Scandinavian Journal of Plastic and Reconstructive Surgery and Hand Surgery*, **29**, 329–336.
- Richman, L. (1983). Self-reported social, speech, and facial concerns and personality adjustment of adolescents with cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal*, **20**, 108–112.
- Richman, L. C., Holmes, C. S., & Eliason, M. J. (1985). Adolescents with cleft lip and palate: Self-perceptions of appearance and behavior related to personality adjustment. *Cleft Plate Journal*, **22**, 93–96.
- Robinson, E., Rumsey, N., & Partridge, J. (1996). An evaluation of the impact of social interaction skills training for facially disfigured people. *British Journal of Plastic Surgery*, **1**, 281–289.
- Rubenstein, A., Langlois, J., & Roggman, L. (2002). What makes a face attractive and why: The role of averageness in defining facial beauty. In G. Rhodes & L. Zebrowitz (Eds.), *Facial attractiveness: Evolutionary, cognitive, and social perspectives*. Westport, CT: Ablex Publishing, pp. 1–33.
- Rumsey, N., Bull, R., & Gahagan, D. (1982). The effect of facial disfigurement on the proxemic behavior of the general public. *Journal of Applied Social Psychology*, **12**, 137–150.
- Rumsey, N., Bull, R., & Gahagan, D. (1986). A preliminary study of the potential of social skills for improving the quality of social interaction for the facially disfigured. *Social Behaviour*, **1**, 143–145.
- Rumsey, N., & Harcourt, D. (2005). *The psychology of appearance*. Berkshire: Open University Press.
- Slifer, K., Diver, T., Amari, A., Cohn, J., Hilley, L., Beck, M., McDonnell, S., & Kane, A. (2003). Assessment of facial emotion encoding and decoding skills in children with and without oral clefts. *Journal of Cranio-maxillo-facial Surgery*, **31**, 304–315.
- Slifer, K., Pulbrook, V., Amari, A., Vona-Messersmith, N., Cohn, J., Ambadar, Z., Beck, M., & Piszczor, R.

- (2006). Social acceptance and facial behavior in children with oral clefts. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **43**, 226-236.
- Speltz, M., Armsden, G., & Clarren, S. (1990). Effects of craniofacial birth defects on maternal functioning postinfancy. *Journal of Pediatric Psychology*, **15**, 177-196.
- Speltz, M., Endriga, M., Fisher, P., & Mason, C. (1997). Early predictors of attachment in infants with cleft lip and/or palate. *Child Development*, **68**, 12-25.
- Speltz, M., Galbreath, H., & Greenberg, M. (1995). A developmental framework for psychosocial research on young children with craniofacial anomalies. In R. A. Eder (Ed.), *Craniofacial anomalies: Psychological perspectives*. New York: Springer Verlag. pp. 258-286.
- Speltz, M., Goodell, E., Endriga, M., & Clarren, S. (1994). Feeding interactions of infants with unrepaired cleft-lip and or palate. *Infant Behavior and Development*, **17**, 131-139.
- St. John, D., Pai, L., Belfer, M., & Mulliken, J. (2003). Effects of a child with a craniofacial anomaly on stability of the parental relationship. *Journal of Craniofacial Surgery*, **14**, 704-708.
- 武田康男・竹部千恵美・野中 歩・藤村良子・平野洋子・尾上敏一・下川 浩 (1996). 口唇口蓋裂児の早期療養に関する研究 第2報 出生前告知に関する産科医へのアンケート 調査と告知例の検討 小児歯科学雑誌, **34**, 1089-1098.
(Takeda, Y., Takebe, C., Nonaka, A., Fujimura, R., Hirano, Y., Onoue, T., & Shimokawa, H.)
- Thomas, P., Turner, S., Rumsey, N., Dowell, T., & Sandy, J. (1997). Satisfaction with facial appearance among subjects affected by a cleft. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **34**, 226-231.
- Turner, S., Thomas, P., Dowell, T., Rumsey, N., & Sandy, J. (1997). Psychological outcomes amongst cleft patients and their families. *British Journal of Plastic Surgery*, **50**, 1-9.
- Wallace, L., & Lees, J. (1988). A psychological follow-up study of adult patients discharged from a British burn unit. *Burns*, **14**, 39-45.
- Walster, E., Aronson, V., Abrahams, D., & Rottman, L. (1966). Importance of physical attractiveness in dating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, **4**, 508-516.
- Wasserman, G. (1986). Affective expression in normal and physically-handicapped infants-situational and developmental effects. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **25**, 393-399.
- Weatherley-White, R., Eiserman, W., Beddoe, M., & Vanderberg, R. (2005). Perceptions, expectations, and reactions to cleft lip and palate surgery in native populations: A pilot study in rural India. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, **42**, 560-564.
- White, C. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, **9**, 183-192.
- World Health Organization (2002). *Global strategies to reduce the health-care burden of craniofacial anomalies: Report of WHO meetings on International Collaborative Research on Craniofacial Anomalies*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- 陽光社會福祉基金會 (2007). *Vacational Services and Social Enterprises*, <<http://sunshine.org.tw/english>> (March 31, 2008)

——2006. 4. 13 受稿, 2007. 10. 27 受理——