

5 慢性精神障害者と地域医療—精神分裂病患者を抱える家族を中心に—

田中悟郎, 稲富宏之, 太田保之

(1) 精神医療における家族の捉え方の変遷

これまで精神分裂病（以下、分裂病）の家族病因論的研究からは様々な仮説（表1⁶⁾）が提唱されてきたが、いずれも科学的検証が不十分であり、家族の罪悪感をいたずらに助長させていた面があったことは否めない。一方、地域精神医療が推進されるにつれ、患者と同居する家族の治療的役割が注目されはじめ、図1に示すような家族の患者に対する「批判的な言葉、敵意、情緒的巻き込まれ」などの「高い感情表出（High Expressed Emotion：高E E）」が分裂病の再発率を有意に高めているという分裂病の経過と家族環境との関連に関する実証的な研究⁴⁾¹³⁾や家族への治療的介入研究が盛んに行われている。しかし、E Eの厳密な評価は手間がかかるため共通言語にはなり難く、E Eが固定的に捉えられて新たなレッテルとなったり、安易に治療者の逆転移としてE Eが用いられる危険性も考えておく必要がある。さらに、地域生活支援システムが未整備なわが国において、精神障害者を抱えそのケアの負担感が大きい家族が何ら混乱せず低E Eであり続けるのは不可能なことでもある。このように考えると、高E Eというのは家族が病気や障害を受け入れる一過程で当然起こりうる反応であるという理解が求められる¹⁰⁾。

(2) 精神分裂病患者の症状と社会適応に対する母親と他家族成員の評価特性

さて、最近E Eと患者をケアする家族の負担感との関連性の実証的に見いだされつつあり、E Eとケアの負担感は、患者の実際的な能力低下よりも、患者の状態を家族がいかにかに評価しているかという認識度に影響を受けやすいことが報告されている¹⁴⁾。また、社会適応は相対的な評価基準に基づいたものであり、家族が患者に期待した社会的活動や余暇活動を患者がどの程度遂行したかに対する家族の満足度如何によって社会適応度は決まる⁹⁾とも考えられる。社会適応をこのように定義すると、患者の行動や情動に対する家族の受容閾値と拒否閾値を治療計画に組み込むことが地域における分裂病治療戦略を立てる上で重要になってくる。分裂病の自然史を考えると、就業能力に乏しく自立生活が不可能な

表1 精神分裂病の家族研究の歴史

第1段階	家族の形態、出生順位についての研究
1939	Pollack, H.M. 欠損過程
第2段階	母親のパーソナリティについての研究
1943	Levy, D. 母親の病理性
1948	Fromm-Reichmann, F. 分裂病者をうみだす母親
第3段階	父親のパーソナリティについての研究
1950	Reichard, S. 分裂病者をうみだす父親
第4段階	父母のパーソナリティと両親の関係についての研究
1956	Bateson, G. 二重拘束理論
1957	Lidz, T. 夫婦の歪みと分裂
第5段階	家族全体の機能に関する研究
1958	Wynne, L.C. 偽相互性
1958	Ackerman, N.N. 全体としての家族
1960	Bowen, M. 三代論、情緒的離婚
1965	Boszormenyi-Nagy 家族の自己愛的な結びつき

(西園昌久⁶⁾ より引用)

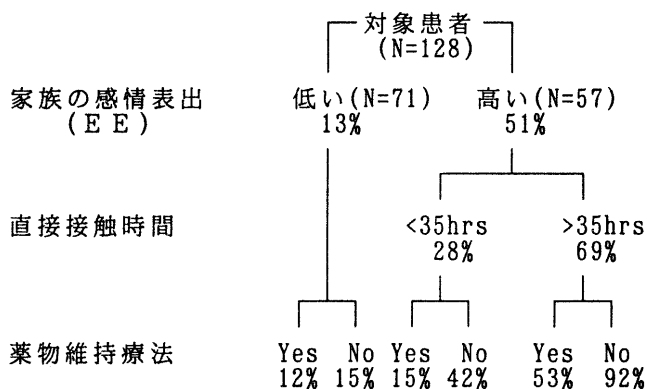


図1 分裂病患者の家族の感情表出と再発率 (観察期間: 9カ月) (Vaughn, C.E. & Leff, J.P.¹³⁾より引用)

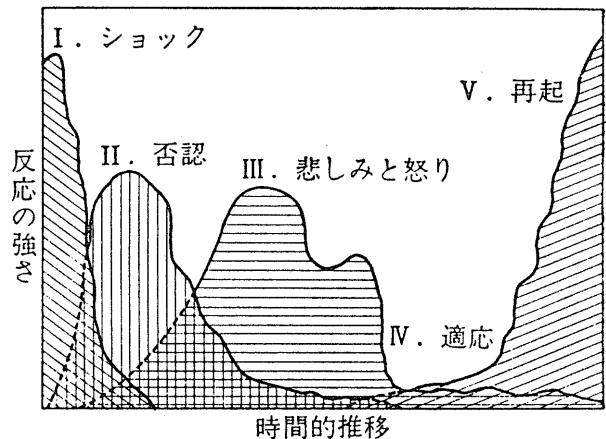


図2 先天性奇形をもつ子供の誕生に対する親の反応パターンの仮説的モデル (Klaus, K. & Kennell, J. 1975. 渡辺久子¹⁴⁾より引用)

表2 母親評価群および他成員評価群精神分裂病患者のKAS尺度の得点比較

KAS評価者	母親 (N:66)	他成員 (N:38)	P
R2: 社会的に期待された活動の遂行度水準	27.5 ± 5.6	26.8 ± 6.3	NS
R3: 社会的に期待された活動に対する期待度水準	33.6 ± 6.1	31.6 ± 6.1	+
RS4: 余暇活動の遂行度水準 #	47.9 ± 8.5	48.9 ± 10.4	NS
R5: 余暇活動に対する不満足度水準	32.8 ± 7.5	28.7 ± 7.5	*

#: 低得点が高水準を示す
NS: not significant +P<0.1 *P<0.05 Wilcoxon Rank Sum Test

患者も少なくない。一般的に、そのような患者が家庭内で最も接触する時間が多いのは母親であろう。子供が成人した後においてさえ、子供の私生活に対する母親の影響力が強い家族主義的な文化特性⁵⁾においては、母親が患者の症状や社会適応をいかに認識し、患者に対していかなる態度や感情を表明しているのかを、他の家族成員を対照群として検討しておくことの重要性は高い。

このような問題意識を持って、我々は外来通院分裂病患者を対象に、Katz Adjustment Scale (KAS)³⁾を用いて、家族が評価した患者の症状と社会適応を検討した⁷⁾。その結果、母親が評価した66例と母親以外の家族成員が評価した38例の症状群に差はなかったが、社会適応に関する評価は母親と他の家族成員の間にいくつかの有意差が存在した。すなわち、表2に示したように、社会的に期待された活動の遂行度に関する母親評価と他の家族成員評価の間に差はなかった。しかし、社会的に期待された活動に関して母親が患者に抱く期待度は他の家族成員が患者に抱く期待度に比べ高い傾向にあった。次に、余暇時間の活動水準をみると、母親と他の家族成員の評価に差はなかったが、患者の余暇活動に対する不満足度は母親の方が他の家族成員よりも有意に高かった。つまり、母親は他の家族成員に比較すると、社会的に期待された活動に対する期待度は高い傾向を示し、さらに余暇活動に対しては強い不満感を抱いていたといえる。

次に、4社会適応度指標 (R2, R3, RS4, R5) に関する母親評価と患者自己評価、および他の家族成員評価

III 地域医療

表3 家族評価と患者自己評価のKAS尺度の得点比較

KAS尺度	KAS評価者	母親評価群の精神分裂病患者 (N:66)			他成員評価群の精神分裂病患者 (N:38)		
		母親	患者	P	他成員	患者	P
R2: 社会的に期待された活動の 遂行度水準		27.5±5.6	26.3±5.2	+	26.8±6.3	27.1±6.0	NS
R3: 社会的に期待された活動に 対する期待度水準		33.6±6.1	31.5±6.5	*	31.6±6.1	31.7±6.5	NS
RS4: 余暇活動の遂行度水準 #		47.9±8.5	50.9±8.0	*	48.9±10.4	49.3±7.9	NS
R5: 余暇活動に対する不満足度 水準		32.8±7.5	30.8±8.8	+	28.7±7.5	28.8±9.1	NS

#: 低得点が高水準を示す NS: not significant +P<0.1 *P<0.05 Wilcoxon Rank Sum Test

表4 母親評価群および他成員評価群精神分裂病患者のBPRSとKAS尺度の相関関係

BPRSとKAS尺度	KAS評価者		母親 (N:66)		他成員 (N:38)	
	BPRS	対	対	対	対	対
KAS-R1			0.31	*	0.24	NS
KAS-R2			-0.28	*	-0.13	NS
KAS-R3			-0.25	*	-0.06	NS
KAS-RS4			0.17	NS	0.04	NS
KAS-R5			0.27	*	0.22	NS

BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale 総合点
 KAS-R1 : 症状と社会的行動 (安定性クラスターは除外)
 KAS-R2 : 社会的に期待された活動の遂行度水準
 KAS-R3 : 社会的に期待された活動に対する期待度水準
 KAS-RS4 : 余暇活動の遂行度水準 (低得点が高水準を示す)
 KAS-R5 : 余暇活動に対する不満足度水準
 NS: not significant *P<0.05
 Pearson's Product Moment Correlation

と患者自己評価の比較を行い、家族評価と患者自己評価の乖離を検討した結果を表3に示す。社会的に期待された活動に関しては、母親は患者が自己評価した遂行度水準よりも高水準に達していると評価する傾向にあったが、統計学的な有意差には到らなかった。しかし、社会的に期待された活動に対して患者が表明した自己達成目標度よりもさらに高水準の社会的活動を行うことを母親は期待していた。次に、余暇活動に関する評価をみると、患者が自己評価した余暇活動の水準よりも、はるかに高水準の余暇活動を患者は楽しんでいると母親は感じ取っていた。そして、有意差はないものの、余暇活動に対する母親の不満足度は患者が抱えている不満足度よりも強い傾向にあった。つまり、余暇時間の過ごし方は、今の程度で十分であり、それ以上に必要ない、という陰性感情を母親が抱えていると推測できる。このように、社会的活動や余暇活動に関する母親と患者の間には評価の乖離が認められたが、重要なことは、他の家族成員評価と患者自己評価の間には乖離は全く存在しなかったことである。つまり、母親が家庭内の重要人物である場合、余暇活動に対する不満感と、社会的・生産的活動への高い期待水準が表裏一体となって現れることを示しており、患者にとってストレスフルな家庭内環境を生み出す可能性があると考えられる。

さらに、精神科医による症状評価 (BPRS⁹⁾ 総合点) と、母親または他の家族成員による症状・社会的行動評価 (R1 総合点) および4社会適応度指標評価の関係を調べたところ、精神科医が評価したBPRS総合点と母親が評価したR1 総合点は正の相関関係を示した (表4)。つまり、精神科医の症状評価が重度に傾くと母親の症状・社会行動評価も同様に重度になるという関係があった。また、BPRS総合点と母親が評価した社会適応度3指標 (R2, R3, R5)

との間に相関関係を認めた。つまり、精神科医の症状評価が重度になればなるほど、母親による患者の社会的活動の遂行度評価は低くなり、社会的活動に対する期待度も低くなり、余暇活動に対する不満足度も増強していた。しかしながら、BPRS総合点と他の家族成員評価によるR1総合点、R2、R3、RS4、R5との間にはいかなる相関性も認めなかった。このように、母親は他の家族成員より厳しい認識・態度を患者に示していたが、症状評価や社会適応度評価は、精神科医による精神症状評価の重症度と有意な相関関係を示していた。しかし、このような相関性は他成員評価と精神科医との間には認められなかった。つまり、患者の精神状態や社会生活能力の実態に対する母親の認識水準は、精神科医のそれに近いことを示している。このことは、我々医療関係者からすれば、母親は良き治療同盟者になれる可能性を秘めた家族成員といえるかも知れない。

男性分裂病患者と親の相互作用を観察した Angermeyer¹⁾は、父親の患者に対する認識と父親が患者に向けた態度や感情は直線的なつながりを持つものに対し、母親の認識は自己批判や自己否定という形で一度母親自身に向かった後に、それが過保護や情緒的巻き込まれという形に変化して患者に向かうという2文節から構成されていると報告している。そのような2文節の心理構造には、治療的方向性と反治療的方向性が微妙に混在していると推察される。Leffらも、情緒的巻き込まれの中に、家族の過剰な反応と同時に患者の回復と自立に対する努力という双方の態度を見取ることができると指摘している⁴⁾。一般的に情緒的巻き込まれは母親に多いとされるが⁸⁾、その2文節構造は医療関係者の介入する余地を大きなものにしていく可能性がある。我々の結果も、間接的ながらそれを支持していたと考えられる。

家族成員がKAS評価時点に示した患者に対する態度や感情は、患者の児童期・思春期時代にその家族成員が患者に抱いた感情や態度の再現¹³⁾のようなものである。本研究で明らかになった母親の症状評価と社会適応度評価に現れた特徴は、社会に見合った人間に育てあげたいという母親の養育姿勢が、患者の発病後も、周囲に同調して社会生活を営めるか否かを絶えず厳しく吟味する姿勢として受け継がれていることを示している。このような特性すなわち障害受容の難しさを考慮した上で、家族への対応を図るためには、Freudの指摘する「悲哀の仕事」²⁾の理解は不可欠である。

(3) 家族の悲哀の仕事

家族が病気や障害を受け入れるには、大切なものや愛するものを喪失した際に襲ってくる悲しみや恨みや怒りを乗り越える時と同様に、悲哀の仕事を通すしなければならない。その時に起こる不合理で複雑な感情反応を理解して受け止め、相手をしてくれる人や環境があって初めて病気や障害を受容して生きていくという適応が始まる。

図2は先天的奇形児を持つ両親の心理過程¹⁴⁾を示したものであるが、この過程は精神障害者を抱える家族にも当てはまる悲哀の仕事の心理過程に他ならない。自分の子供が発病した時あるいは精神病と告知された時には、家族は「自分の人生をつぶされた」「自分のこれまでの生き方を否定された」と親あるいは個人としての同一性を打ち碎かれるほどのショックを受ける。この状態から次に、「これは何かの間違いではないか」と頻りに医療機関を変わったり、「宗教に頼ればなんとかなるのではないか」「性格を直せばこの子は立ち直るのではないか」「話せば分かり合えるのではないか」と奇跡を求め宗教や民間療法に熱中し、通院や服薬を拒否したりするという言動が見られる場合もある。また家族の中で誰が原因かという犯人探しが始まると、特に両親間に潜在的な葛藤や幾世代かにまたがる秘密やタブー等があった場合、その葛藤や秘密が顕在化し、両親の同盟が崩壊したり各家族成員が離散する例も見られる。その後(あるいは否認の段階と重なりながら)、自分自身と我が子の死さえ望んだり、罪悪感から過保護と無関心という両極端の関わりの中で揺れ動くという悲しみと怒りなどの激しい感情反応が起こる。そうして初めて病気・障害という事実を事実として受け入れ、現実的に問題を解決していこうという姿勢が生まれてくる。この悲哀の仕事の到達段階は各家族成員によって当

III 地域医療

然異なるが、この到達段階のズレが大きいと患者の対応を巡って家族成員間に葛藤を生じさせ患者の回復を妨げる要因となりやすい。従って、各家族成員がどの段階に留まっているかを見極めないと適切な関わりは難しい。また、精神疾患・精神障害という目に見えない病気と障害を受け入れることを援助していくには、多くの人々との関わり合いを促したりそのような場面を提供し、病気や障害を認めても生きていける社会生活環境を整備する必要がある。そうしなければ患者と家族にはそれぞれの未来に絶望しか残らない。

(4) 今後の展望

慢性精神障害者の地域医療・リハビリテーションを推進させる上で、家族の役割は極めて大きい。しかし、疾患の重篤度と社会的偏見の強さなどが複雑にからみ、障害者を抱えた家族の経済的、精神的、体力的負担と犠牲は大きい。また、社会的支援体制も乏しい現状にあっては、家族はその苦悩を誰にも相談できず孤立化を深め癒えぬ罪悪感を抱えながら家族自身の健康も損なわれがちになる。その結果、障害者の再発を招く危険性が高い。こういう関連性を考慮すると、慢性精神障害者と家族の問題は大いに社会的問題であり、医療や個々の家族のみでなく、社会全体が担うべき問題と認識しなければならないだろう。すなわち、公的責任を明確にした社会的支援体制の確立が早急に求められている。

我々が精神障害者を抱える家族から構成される地域家族会の会員を対象に行ったニーズ調査¹²⁾においても、「患者本人のケアだけでなく、そこには本人の家族が同じように悩んでいるので家族のケアも同時に関わってほしい」という家族の切実な要望が明らかにされた。つまり、家族は治療的に大きな役割を果たしうる「援助者」であるが、自分の人生の主役である「生活者」でもあり、さらに癒やしを求めている「悩み苦しんでいる当事者」でもあるという家族の持つ3側面をきちんと認識した上で家族に関わっていくことが必要である。

文 献

- 1) Angermeyer, M. C. : The association between family atmosphere and hospital career of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 141 : 1-11, 1982.
- 2) Freud, S. : *Trauer und Melancholie*, 1917 (井村恒郎訳, 悲哀とメランコリー, フロイト著作集6, pp137-149, 人文書院, 1970)
- 3) Katz, M. M. and Lyerly, S. B. : Methods for measuring adjustment and social behavior in the community : 1. Rationale, description, discriminative validity and scale development. *Psychol Rep* 13 : 503-535, 1963.
- 4) Leff, J. and Vaughn, C. : *Expressed emotion in families*. Guilford Press, New York, 1985.
- 5) Nakane, C. : *Japanese society*. Harmondsworth, Penguin Books, Middlesex, 1970.
- 6) 西園昌久 : 現代の社会変動と家族治療の位置づけ. 加藤正明, 藤縄昭, 小此木啓吾編, *ライフサイクルと家族の病理* (講座家族精神医学3), 弘文堂, 東京, 1982, pp529-548.
- 7) Ohta, Y., Tanaka, G., Sugasaki, H., Otsuka, T., Araki, K., Michitsuji, S., Nakane, Y. : Comparison of features in the evaluation of symptomatology and social adjustment between mothers and other family members of schizophrenic patients in Japan. *Acta Medica Nagasakiensia* 42(1) : 12-18, 1997.
- 8) Otsuka, T., Nakane, Y. and Ohta, Y. : Symptoms and social adjustment of schizophrenic patients as evaluated by family members. *Acta Psychiatr Scand* 89 : 111-116, 1994.
- 9) Overall, J. E. and Gorham, D. R. : The brief psychiatric rating scale. *Psychol Rep* 10 : 799-812, 1962.

- 10) 坂口信貴：S S TとE Eの功罪について。家族療法研究11：31-32, 1994.
- 11) Scazufca, M. and Kuipers, E. : Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Br J Psychiatry 168 : 580-587, 1996.
- 12) 田中悟郎, 穂山久美子, 宮園唱子：精神障害者を抱える家族の生活と福祉ニーズ—家族会活性化のために—。平成8年度長崎県精神保健協会調査研究助成金報告書, 1997.
- 13) Vaughn, C. E. and Leff, J. P. : The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness ; A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. Br J Psychiatry 129 : 125-137, 1976.
- 14) 渡辺久子：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, 小此木啓吾編, ライフサイクルと家族の病理 (講座家族精神医学3), 弘文堂, 東京, 1982, pp233-253.