

精神障害者家族への支援

佐藤 純

I はじめに一統合失調症家族研究史

「統合失調症」はBleuler¹⁾により1911年に提示された比較的新しい疾患単位である(2003年、日本精神神経学会により「精神分裂病」から「統合失調症」に病名変更)。この疾患の病因はいまだ明らかになっていないが、Bleuler,E以降、生物学的／遺伝的な研究をはじめとして、生活史や性格等の精神病理学的研究、さらには環境因として家族研究などさまざまな視点からこの疾患の病因を明らかにしようとする研究が進められてきた。

このような流れの中で始められてきた家族研究は、統合失調症等の精神疾患の発症に家族が影響しているという「家族病因論」に基づいたものであった。アメリカの精神分析学派Fromm-Reichmann (1948)は、統合失調症の発病した家族のコミュニケーションパターンに着目し、「統合失調症を生み出す母 (schizophrenogenic mother)」として母親の性格や子どもに対する態度がどれだけ病者に影響を与えるかを強調し、さらに攻撃的で横暴で拒絶的な母親と消極的で無関心な父親の存在などというような特徴的な両親の性格などの類型化を行った²⁾。1950年代に入り、家族は父母と子どもというような単純な構造ではなく、家族内の複雑で多様な相互関係を全体としてとらえる観点からの研究が進められた。代表的なものとしては、Lidz,Tらによる統合失調症当事者の両親間の特徴的な関係(「夫婦の分裂 (marital schizm)」、 「夫婦の歪み (marital skew)」、 「子どもに対する擬装的

(masking) な言動」³⁾、Batesonらの「二重拘束説 (double - bind theory)」⁴⁾、Wynneらの「偽相互性 (pseudo-mutuality)」⁵⁾などの学説がある。

一方、イギリスでは、1950年代の後半ごろから統合失調症の病因よりもその経過に焦点を当てた研究が始められていた。当時のイギリスでは、精神病院在院者数や在院日数が増加し、長期在院患者の退院促進が求められていたという背景がある。それらの研究の結果、精神症状や就労能力よりもむしろ退院後の生活環境、特に家族環境が再発率に大きく影響しており、退院先として親や配偶者の元に戻る方が統合失調症の再発率が高くなることが明らかにされた (Brown, 1959)⁶⁾。

さらに、Brownら (1972)はこの再発率の高さを検証するために「家族関係」の測定方法として「感情表出 (Expressed Emotion、以下EEとする)」⁷⁾を開発した。標準化された面接法で、患者の入院後数週間以内に主要な家族に対し、決められた手順に基づき、本人のことを話させる。その面接を録音し、後にその時に表出される感情を声の調子、話の内容、仕草などから批判的な言動、過度の情緒的巻き込まれ、敵意、温かさ、肯定的言動に分類し、批判的な言動と過度の情緒的巻き込まれの数と敵意の有無によって高EEか低EEを評価する。その結果、EEの高い得点を示す家族、すなわち批判と敵意と過度の情緒的巻き込まれの得点の高い家族は、退院後9カ月以内に50%以上再発し、さらにその家族との対面時間が週35時間以上であると69%の再発率となる。これに対して、EEの

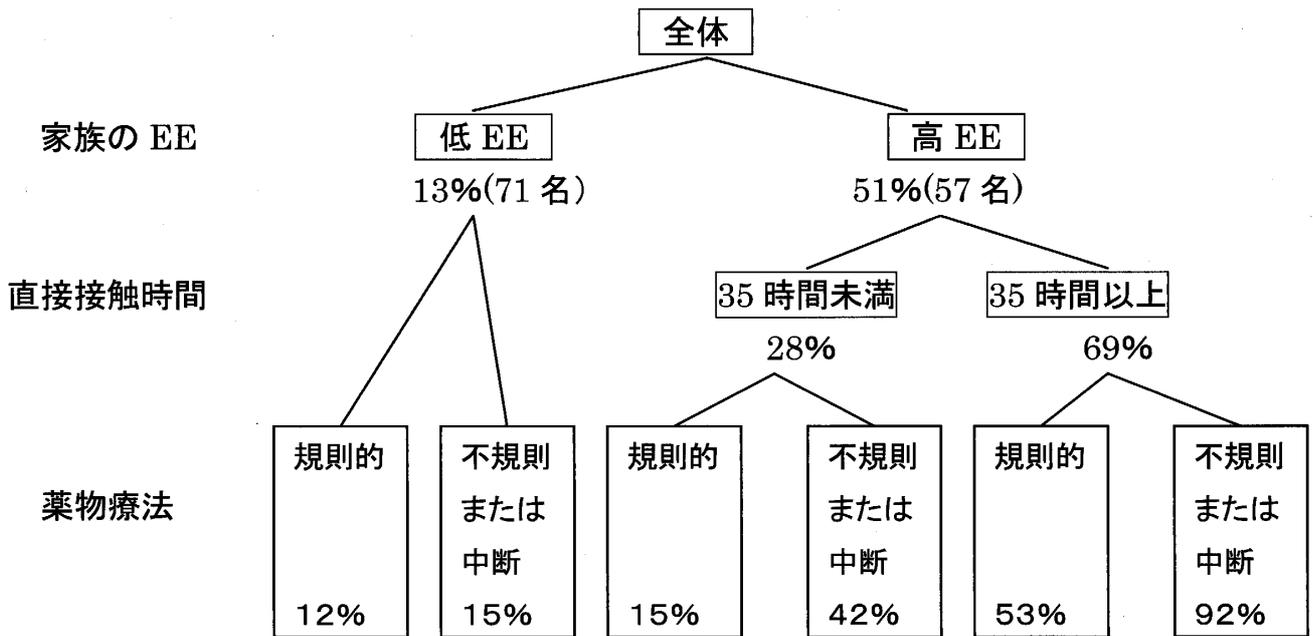


図1 統合失調症の9カ月後の再発率 (Brownら(1972)⁷⁾、VaughnとLeff(1976)⁸⁾ の研究

低い家庭に戻った患者の再発率は13%から15%であった⁸⁾。

つまり、統合失調症の再発を規定する要因として、家族の高EEの関与が極めて大きいこと、さらに高EEの「暴露」時間とも言い得る対面時間に影響されていること、服薬よりも再発予後に影響していることが示唆された (Vaughn 1976)⁸⁾。

II 精神障害者家族をどう理解するか

1 高EEをどう理解するか

統合失調症の経過においては、主たるケアを行う家族が大きな要因を占めていることが明らかになり、統合失調症の再発予測性を持つ因子として、家族関係を家族が表出する感情の内容とその量によって把握するEE (Expressed Emotion) は、世界各地やわが国の追試においても同様な結果が導き出されている。

それでは、統合失調症の再発率を高める高EEはいかにしてもたらされるのか。高EE家族がゆえに発病し、高EE家族がゆえに再発する

いわゆる「家族病因論」に立ち戻ることになるのか。

(1)高EEは慢性疾患患者を身内に抱えたことに伴う一般的な情緒的反応で、一種の対処スタイルである¹⁰⁾

この高EEは、その後の追試により、気分障害⁹⁾、摂食障害¹¹⁾や肥満⁹⁾などの生活習慣病にも有効性が明らかになっている。慢性疾患は、①長期にわたり治療が必要である、②治癒は難しく常に日常生活の養生が必要になる、③疾患によりもたらされる社会参加の制限や縮小する、などの特徴があるが、その疾患が重篤なほど家族への生活負担 (burden) がのしかかる。

全国精神障害者家族会連合会の調査^{12) 13)}では、家族の高齢化 (60歳以上が73.6%)による健康障害や生活基盤の脆弱化が指摘されている。疾患の長期化は、身体的、精神的、物理的な負担を余儀なくする。年収300万円未満の家族が55.3%と経済的な負担も大きくなる。生活の基盤の不安定さが家族関係にも大きな影響を及ぼすことは容易に推測できる。

(2)精神疾患や精神の障害の予測不能性が負担感

を増大させる

精神疾患や精神の障害は固定をせず常に変動する。統合失調症は、多くは一生のうちに1回ないしは数回の急性期エピソードであるが、頻回の再発を繰り返す場合もある。病状の不安定な場合は、数時間単位で急激に精神症状の悪化を見、幻覚妄想などの陽性症状に振り回されて家族や周囲とのトラブルにまで発展することもある。精神障害者家族のケアを困難にさせている大きな要因の一つはこの病状の予測不能性である。

(3)高EEは家族資源の貧困によってもたらされる

いまだ社会全般が精神疾患や精神障害に対し無理解や誤解を抱えたままであり、社会はいたずらに精神疾患や精神障害を恐れている¹⁴⁾。その結果、本人のみならず家族も社会的ネットワークを縮小させ、社会と家族の間に分厚い壁を作る。家族の中だけで解決できないような課題があったとしても、家族以外に援助を求めることをためらわせる。家族成員間の軋轢が増す。この軋轢が高EEの背景となりうる。

(4)高EEと生活負担

大島ら(1994)らは、EEと家族の「生活者としての機能」と「援助者としての機能」との関連を検討した結果、EE尺度の総体に「生活者としての機能」の障害、つまり高い生活困難感が密接に関連していることが示唆された。さらに「援助者としての機能」の障害が加わることにより、さらに再発率が高まる。¹⁵⁾

となれば、精神障害者家族への支援の注目点は、「援助者としての家族」ではなく、むしろベースともいえる「生活者としての家族」であろう。

2 社会的に位置づけられた「ケアの担い手としての家族」

実は、これまでから、地域における精神保健

福祉サービスがほとんど整っていない中で、精神障害者の家族は精神疾患の治療や回復、そして精神障害のリハビリテーション、経済的な支援や本人の起こすトラブルの責任などを一手に引き受けているといっても過言ではない。

1950年、「精神衛生法」が制定され、これまでの私宅監置を禁止し、精神障害者の「収容先」を精神科病院とする施策がとられることとなった。家族はこの「保護義務者」として、①治療を受けさせる義務、②自傷他害監督義務、③財産上の利益保護、④医師への協力義務、⑤医師の指示遵守義務を負うこととなる。殊に②の自傷他害監督義務については現実には履行不可能な義務を負わされていたのであるが、その法の下に触法行為を行った精神障害者の保護義務者に対する損害賠償を認める判決を下されたこともあり、1999年の精神保健福祉法の改正において、自らの意志で継続して医療を受けている患者の保護者の義務免除、保護者の自傷他害防止監督義務の廃止がなされた。とはいえ、まだまだ家族の担っている法的負担は大きい。

また、精神障害者に対する社会資源の少なさは家族にケアの負担を強いることになる。医療は圧倒的に地域医療資源が不足している。ACT (Assertive Community Treatment) の取り組み¹⁶⁾が試行的に開始され、精神科訪問看護を行う機関は増えているものの、現状において、家族には常に医療機関に受診させ、服薬を勧め、病状を管理する役割を担う。さらに社会復帰のための資源も乏しく、外出や余暇、そして就労などの同伴なども家族が担っている。

Ⅲ 援助のための視点

1 エンパワメントアプローチ

これらの生活負担と心理的な状況、そして社会資源やサポートの少ない中で、精神障害者の家族は、何とか本人のためによかれと思うケア

を続けてきたと考えることができる。EE研究以降、世界的には「共同治療者としての家族」への支援^{17) 18)}が注目されている。

が、今一步、考えを進めてみれば、家族は本人の付随する存在ではない。一方で高い生活負担を抱え、心身ともに疲弊し、それでも何とか本人のケアを行わなければならないと気持ちを立て直し、日々のケアにあたっている「当事者」でもある。家族自身が当事者としての権利を行使できるよう援助するという視点を同時に持っていたい。

現在の家族への支援の方向性は、家族が主体性を取り戻し、自己決定をし、問題解決能力を獲得し、社会資源を有効に活用していくエンパワメントempowermentが強調されている。家族が高EEを呈している家族は、本来、家族自身持っている力が何らかの事情により十分発揮できない状況にある¹⁹⁾。しかし、適切な情報や支援があれば、家族はより上手に対処していく能力を発揮することができる。

近年、エンパワメントはさまざまな分野で使われる概念であるが、本来、運動理念として抑圧されてきた当事者たちが自らパワーを取り戻していくプロセスを意味しており、そこには「セルフ」の意味合いが強調されている。しかし、この概念を支援のためのキーワードとして考えると、どうしても専門職がパワーを「付与する」というかたちになりやすい。他人からパワーを付与されることは、自ら主体的にパワーを獲得する力を減弱させることになるというパラドックスが潜んでいる^{20) 21)}。あくまで、パートナーシップに基づく支援関係の中で、自らの力で自らの課題を解決していくことを支援する関係でありたい。

心理療法の良好な経過をたどる事例報告を見ると、多くはクライアントが主体性を取り戻し、自己決定をし、問題解決能力を獲得していくよう、心理職がクライアントを尊重し、質の良い

パートナーシップ関係を結ぶことに成功している。あまり言葉にして語られることが少ないこの部分が、心理療法を支えていることを再度確認しておきたい。

2 精神障害者家族の「障害受容」

精神疾患が発病したかもしれないという事態は、「大きな衝撃」である。「客観的な評価と大きな差がない状態で障害をありのままに、前向きに受け止めていく」ことが「障害受容」であるとすれば、家族の「障害受容」はどのように進み、どのような支援がそれを促進するのか。

Drotar, Dら(1975)²²⁾らは、先天的奇形のある子どもの誕生に対する親の正常な反応として、ショック—否認—悲しみと怒り—適応—再起という経過を辿るとしている。これは、Freudの「喪の作業(mourning work)」²³⁾やkubler - Rossの「死の受容」²⁴⁾と同様の形で進む、つまり「喪失の悲哀」がテーマとなる。

これにならってまとめてみると、家族が「統合失調症」と診断された家族の心理的な経過は次のようにたどる。

- 1) ショックの時期…「診断名や障害の告知後、頭が真っ白になって何も考えられなかった」、「足下がガクガクして立っているのがやっとだった」
- 2) 否認の時期…「若い経験の浅い先生だから誤診したに違いないと大学病院で診察を受けさせたが診断名は同じだった」「何かのたたりかと思ってお祓いを受けさせた」「家系に精神科の病気になったものはいないと夫婦で毎日言い争いをしていた」
- 3) 悲しみと怒り…「どうして我が家にこんな不幸がやってくるのだろう」「自分の育て方が悪かったのだと自分を責め続けました」「なぜもっと早く気づかなかったのだろう、あの時どうしてこうしなかったのだ

ろうと後悔ばかりしていました」

- 4) 適応…「大分思い悩みましたが、悩んでいてもしょうがないと思えるようになりました」「何かつきものが落ちたように開き直れるようになりました、なるようになれです」
- 5) 再起…「この子がこの病気になることで自分の人生がもしかしたら豊かになったのかもしれない」「人の痛みや優しさを感じられるようになったのは、この子のおかげかもしれないと思うようになったのです」

高EEの家族の心理的状況を理解し支援を行っていく上で、この障害受容のステージ理論は有用である。家族の病気を否認し、ドクターショッピングを繰り返す家族に対し、援助者はどうしても「そういう家族」ととらえがちである。しかし、あくまで「そういう段階」ととらえることで、そこから工夫や対処を創出することができる。

しかし、実際はこのようなプロセスを踏まない家族も多くある。中田（2002）が指摘するように、螺旋のリボンのように、どの時期でも家族の「障害」を肯定する気持ちと否定する気持ちが同時に存在し、それが交互に表面的に現れている状態で²⁵⁾ あって、それらに日々折り合いをつけながら生活をしているというのが実情かもしれない。援助者が「障害受容」を押し付けるのではなく、ケア提供者としての家族役割を強調することなく、家族の心理的過程に寄り添いながら支援することが求められよう。

さらに精神障害者家族の場合、「再起」と呼ばれるステージに至る家族が多くない。他の障害と比較した場合、家族自身も「精神障害」や「精神疾患」に対する無理解や偏見が強いため「否認」が強くなるであろうこと、疾患や障害が変動するために「ショック」から「悲しみ

と怒り」あるいは「適応」の時期を循環し、なかなか「再起」にいたることが難しいことなどが推測される。

3 セルフヘルプ

エンパワメントアプローチとともに重要な概念はセルフヘルプである。セルフヘルプの原理は相互援助と共生²⁶⁾ である。相互援助はヘルパーセラピー関係^{27) 28)} とも言われ、たとえば自分の体験談を話すことは、自分のためでもあるが、実はそれは聞いているメンバーにとって役に立つ。聞いているメンバーは①あの時の悩みはこういうことだったのかということが分かり、②自分の過去の経験をコントロールできるようになり、③同じ体験をした仲間となっていく。つまり、話すことは互いのためであり、互いの役に立つことであり、そのことが相互の自尊心やセルフエスティームが高めることになる。

セルフヘルプから生まれる相互援助関係は、残念ながら専門職の援助では行いきれない多くのものが含まれている。エンパワメントの実践は、セルフヘルプ抜きには行えない。このセルフヘルプは、アドボカシー運動のベースとなっているものであり、「自分は自分の専門家」「自分たちのことは自分たちで定義」「情報があれば自己選択と自己決定ができる」というセルフアドボカシー、クラスアドボカシーにもつながっていくものである²⁸⁾。

IV 保健所における精神障害者家族支援

平成14年の精神保健福祉法改正により精神障害者の福祉サービスおよびその利用に関する相談が市町村で始められるようになり、地域で社会生活を営む精神障害者の支援機関やその担い手が増加していくに従い、これまで地域精神保健福祉の第一線機関として活動してきた保健所は、地域精神保健福祉のコーディネーター役と

しての役割を期待されるとともに、未治療や医療中断などの事例への受療援助、地域生活を行っていく上で多くの課題を抱える事例などのより専門的な相談機能の発揮をより期待されてきている。

1 未治療・医療中断事例の家族支援

筆者の勤務する保健所では、新たに保健所に相談ケースとしてあがる事例の約7割は、未治療・医療中断の事例である。保健所に相談があがってくる事例は、家族機能やソーシャルサポート機能が十分に発揮されていない、あるいは複数の困難な課題のために身動きが取れなくなっている状況であることが多い。そのために、本人や家族ではない第三者（近隣、民生委員、自治会役員、警察等）の連絡から相談活動が始まることもある。

これらの家族に対する支援は、家族自身も相談に関する動機づけが必ずしも高くない場合や、本人と家族が妄想を共有するような感応精神病と考えざるを得ない事例の場合、保健所等の援助者を「不当な侵入者」、「我々を監視する者」としてとらえてしまう場合もあり、支援導入に相当の困難が伴うこともある。

これらの家族は、精神疾患やその疾患の治療に対する知識の不十分さに、精神疾患に対する誤解や偏見が重なる。精神科疾患の診断を下されることを恐れるあまり「精神科の病気ではなく一時的に悩んでいるだけだ」と思い込もうとしたり、「精神科に入院すれば薬づけにされ一生退院できないのでそれだけは避けたい」といったような誤解に基づく判断が為されたりする。また、「家族の誰かが精神科疾患にかかれば娘の結婚に差し障る」などの周囲の偏見や差別を恐れて問題を隠してしまう。

それらの要因のために、実際に精神疾患かもしれないと家族が感じてから、保健所などの相談機関に相談に来るまでに約5～6年かかって

いる²⁹⁾。病気は進行し、事態は複雑化し、家族は疲弊してやっとの思いで相談に来る。

(1)これまでの家族の苦労をねぎらい、対応してきた経過を確認する

家族はその時点で家族自身が最良と思われる方法で対応してきている³⁰⁾。客観的にはどうかと思う方法をとっている場合もあるが、その時点の情報量や理解の程度の中で、家族なりに精いっぱいやってきたと考えるべきである。たとえば、家庭内暴力が伴うような事例は、「やむにやまれず」本人の言いなりになっている。それは、家族を守り、本人を守るための苦渋の決断の積み重ねであることが多い。

保健所に来所された家族が、時折もらされるのは「もっと叱られると思っていました」という一言である。「どうしてこんな状況を放っていたのですか」「何でもっと早く相談に来られなかったのですか」と言われると思った、とも言う。むしろ、支援者側が「そういった気持ちはありませんでしたか」と取り上げ、ねぎらい、「これからどうしていくかということを中心にしたい」旨を告げる。本当に家族は精いっぱいやっているし、条件を整えば、家族自身の持つ本来の力を発揮し、状況を改善することができる。

さらに家族自身が、精神疾患に罹患している、経済的に困窮している、他の家族にもそれぞれの「事情」があるという場合もある。こういう場合は、来所相談にこだわらず、訪問など臨機応変に対応し、ファーストクライアントである家族と「家族の事情」を何とか「共有」したい。そして、「今よりも一歩でも二歩でも状況を改善したい」という方向性を共有したい。それは狭義の精神保健福祉的な課題でなくてもよい。一つの課題が共有でき、それが少しでも改善の方向に向くことができれば、「本題」に入ることも可能になる。

(2)緊急度のアセスメントを行う

これまでの本人の言動や行動を家族から聴取し、疾病性 (illness) と事例性 (caseness) の両面から緊急度のアセスメントを行う³¹⁾。

疾病性は精神疾患の可能性と精神科治療の必要性によって決まる。現在通院中、あるいは直近まで通院していた医療機関があれば、主治医に精神科治療の必要性を相談しながら判断していく。もし、未治療あるいは長期にわたる医療中断の事例であれば、保健所嘱託医 (精神科医) と相談をしながら精神疾患の可能性と精神科治療の必要性を判断していく。「本人を連れてこないと言えませんか」というコメントはcommunity-basedの現場では使えない。さまざまな「可能性」を視野に入れながら、支援を進める中で「可能性」を絞り込んでいく。

さらに、誰から、どんなきっかけで、どういう形でケースとして浮かび上がってきたかという「事例性caseness」も緊急性を大きく左右する。特に、近隣や家族間のトラブルによる事例化は緊急ケースとして浮かび上がりやすい。

緊急度は、疾病性と事例性の絡み合いから判断される。必ずしも精神疾患が重篤と判断されても「急がない」ケースもある。あるいは近隣や家族間のトラブルにより事例化したケースでも、疾病性が低く、医療以外の対応を方向づける場合もある。

これらの判断を専門家のみで判断するのではなく、当事者でもある家族に「可能性」を提示し、「選択肢」をあげ、より良い方法を検討する。事態を沈静化させるためにいたずらに「収容」を急ごうとすることなく、本人の今後のことを視野に入れながら、方向性を決めていく。できれば、「この困難な状況を支援者の力を借りて、何とか自分で解決することができた」となるような支援ができればと願う。「支援者の言うことを守ったら困難な状況が解決できた」という支援は、支援者冥利につけるのかもしれないが、結果としてクライアントの力を奪って

いることになる。どんなに急ぐ状況であっても、代わりに周囲が決定したりするのではなく、自己決定を尊重する支援³²⁾を行いたい。

(3) 家族の協力体制をつくる

我が国の精神保健医療福祉体制の問題点の一つは、受診を拒否している本人を医療につなげる仕組みがなく、家族に依存している点である。そのために、精神障害者本人が同居家族の精神科受診の勧めを受け入れない場合、両親や兄弟姉妹、そして親族などの協力を得て受診援助を行う必要がある。

2000年の精神保健福祉法の改正で、この受診を促進するための仕組みとして精神障害者の移送制度が法的に位置づけられた。しかし、全国的にはまだまだ医療保護入院のための移送は件数が少ない。現在のところ、家族が中心となって治療につなげるしかない。強制的な入院をさせるのに最も不適切なのは家族であろう。しかし、その役割を最も担っているのも家族である。

一方で、家族が中心となって医療につなげようとしても、家族成員それぞれが、精神疾患や精神障害の理解の程度、「障害受容」の段階などに違いがあり、受診の必要性やその方法については意見が衝突し、意見が食い違うために関与を拒否する家族成員もでてくる。支援する者は、それぞれの立場や意見をおのおのの「事情」として理解し、「家族全員がこの事態が良い方向に改善することを望んでいる」という共通点を取り上げる。その上で、「思いが一緒なのに考え方や方法がずれているだけである」ということを確認する。それぞれが現在の状況で改善に向けてできることを積み上げていくことが目標に近づくのだということ共有したい。

2 回復期における家族支援—心理教育という方法

高EEの研究において家族による批判的コメントの内容を分析したところ、わずか30%のみ

が幻覚や妄想などの陽性症状に関連しており、残りの70%は感情の平板化、不活発、無気力といった陰性症状に関連していることが明らかとなっている（我が国の追試では、欧米よりも陽性症状に対する悲観的コメントが多いことが明らかになっている）^{9) 33)}。陽性症状は容易に精神疾患によるものととらえやすいが、陰性症状はむしろやる気にさえなれば改善するものと考え、「なまけもの」「自分勝手」「気まま」などの言葉で批判することになっていた。

これらを改善する治療的介入として、Leffら（1982）は教育プログラム、家族グループ、家族セッションをそれぞれの家族にあうようなパッケージ化して治療的介入を行った⁹⁾。後に「心理教育（psycho-education）」と呼ばれるこの治療的介入方法は、Leffら（1992）³⁴⁾、Andersonら³⁵⁾、Fallonら³⁶⁾によって洗練され、①知識、情報の共有、②日常的ストレスへの対処技能の増大、③参加者同士のサポートを基本構造とした支援方法として、我が国でも医療機関、保健所、社会復帰施設、家族会などで行われている。

この「心理教育（psycho-education）」は、上述したEE研究の発展に加え、世界的に①脱施設化による家庭でのケアの重要性が増加、②統合失調症のストレス脆弱性が明らかにされ、生物—心理—社会的観点に基づく包括的リハビリテーションの重要性が注目、③患者・家族の権利擁護の観点から知る権利を保障、といった背景から、家族への「心理教育（psycho-education）」が、統合失調症の重要な心理社会的療法の一つとして大きく発展してきている¹⁸⁾。

心理教育を効果的に進めるためのプログラムとして、①役に立つ情報をわかりやすく伝える「講義」と②参加者同士の話し合いの場「ミーティング」の時間を設ける。講義は、ビデオなどの媒体を使いながら、必要としている情報をできるかぎりわかりやすい表現で行うことが必要である。また、話し合いは、①順番に体験談

を話していく方法、②一つのテーマについてみんなで話し合いを持つ方法、③ビジネスの分野ではブレイン・ストーミングとして知られている問題解決技法を使っての解決志向のグループワークなどの方法がある³⁷⁾。

(1)京都府の保健所における家族への心理教育の導入

京都府の保健所では、1995年度より全国精神障害者家族会連合会の開催した精神保健家族教室指導者研修会の受講者である西邑章氏が福知山紅葉丘病院・木全健二氏とともに京都府福知山保健所でモデル的に心理教育的家族教室を開始している。当時、筆者は京都府精神保健福祉総合センターに所属し、技術援助として翌年度より協働し、試行錯誤を繰り返した。保健所がそれまで行っていた家族への支援は、主に「なぐさめあい」を行う集いにしかなかったように思う。しかし、心理教育の導入は家族の変化を大きくもたらす。

(2)わかりやすい疾患や経過の説明

当時は本人の疾患の診断名を告知されている家族は多くなく、ましてやその疾患の説明を受けている家族はほとんどなかった。ある保健所の家族教室に参加したある家族は、自分の息子の診断名を医師から「精神分裂病」と告げられているにもかかわらず、「脊椎が分裂している病気だ」と信じていた。家族は病気のことを知りたいと思っても、現在のような分かりやすく書かれた書籍はなく、わずかに家庭医学書に「特異な思考障害を伴う病気で、進行性の経過をたどり、人格が荒廃した状態に陥ることが多い」と書かれているのみであった。

我が国に心理教育を導入した際に、中井久夫の「精神分裂病状態からの寛解過程」を改変した統合失調症の経過図が作成され、盛んに使われるようになった³⁸⁾。この経過図を目にしたわれわれ京都府の保健所の精神保健福祉相談員は、やっと家族に分かりやすく説明する「ツール」

を手に入れたと小躍りして喜んだ。この経過図をベースにしたビデオも作成された。実際、家族教室でビデオを見、この図を用いて説明すると、家族は、統合失調症は治らない病気では決してないこと、そして、なまけとみられやすい「陰性症状」は経過の中で必発する精神症状であることをそれまでよりも容易に理解した。まさに腑に落ちたという感じをいだかせるようであった。

この家族への心理教育の、特に教育部分の発展により、医師をはじめとする支援者は、統合失調症をさらに家族に分かりやすく説明する「表現」を手に入れることができた。このことは、本人や家族に対するインフォームドコンセントを推進し、なおかつ精神疾患の診断名の告知の促進に大きく貢献していることであろう。

理解の進んだ家族は大きな変化を見せる。「もう病気はほとんど良くなったと医師に言われたので、あとは気持ちの持ちようだと思っていました」「なまけだと思えば腹も立ちますが、病気であれば何とか長い目で見てやれそうな気がします」「薬をやめられることが目標だったのですが、むしろ薬を服用しながら生き生きと

した生活を送れる方が大事なのですね」といった家族の感想がよく聞かれるようになった。実際の本人への対応も、本人の一挙手一投足にいらいらしていた家族の多くが、教育セッションの参加を期に、ゆとりある対応がみられるようになっていく。

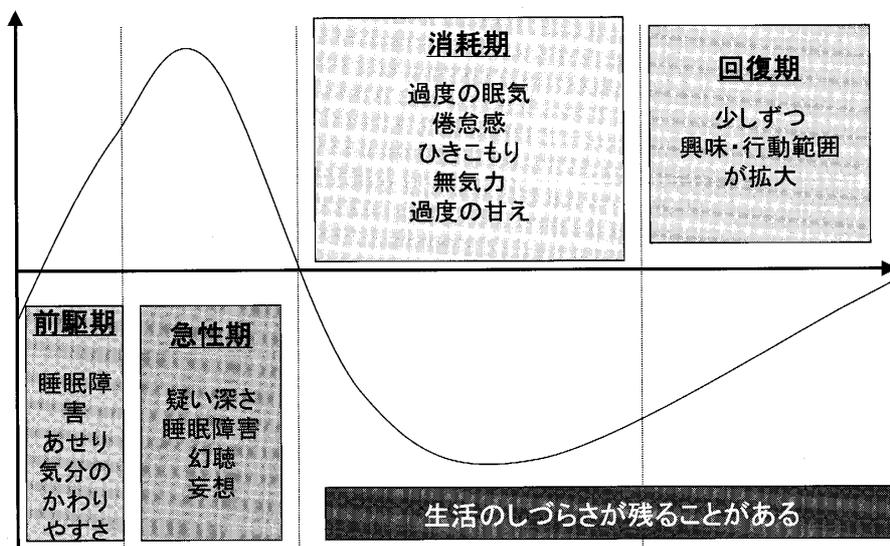
(3)参加者同士の話し合いの場「ミーティング」の時間を設ける—問題解決技法の効力

これまでのグループワークの進め方は、断酒会などのセルフヘルプグループがよく使う順番に体験談を話していく方法や、一つのテーマについてみんなで話し合いを持つ集団精神療法のような方法であった。しかし、京都府の保健所でのミーティングとして採用した方法は、問題解決技法を使っての解決志向のグループワークであった。

この問題解決技法は、一連の流れをグループという力を使い、しかも各自の自己尊重感や自己有用感を高めるなど重層的な効果が期待できる優れた技法である。次のようなメリットがある。

- ①参加している家族がまさに今困っていることをとりあげる（即時性）

統合失調症の経過 (鈴木丈ら、1997)



- ②その困っている課題を解決するために他の家族は考えつくアイデアを出し合う（相互支援）
- ③そのアイデアの中から、困っている家族はできそうなことを選択し、実行する（自己選択・決定と実行）
- ④選択されたアイデアを出した家族は役に立ったことを実感する（自己有用感）

例えば、息子がなかなか風呂に入らないで困っているという母の悩みのセッションでは、カレンダーに入浴日をつける、入浴したときにほめる、スタッフに言ってもらうなどの直接入浴を促すアイデアが出る中、「年ごろの男なのだから」と、女性のスタッフから入浴してきた翌日に「今日はさっぱりしているね」と言ってもらうことや、女性のメンバーも参加する行事に参加を勧めることなど、異性への関心を高めることのアプローチも出された。どちらかというといつも直接入浴を促すことばかり考え、実行し、うまくいかなかったその母は、「これならうまくいくかも」と女性のメンバーも参加する行事に参加することを勧めることにした。次回、その母はやってみると、翌日からその行事に参加するときは鏡の前によく立つようになり、風呂にも以前に比べるとよく入るようになったという。その母は「みなさん、ありがとうございます」と感謝した。他の参加家族も、前回のアイデアがうまく行ったかどうか楽しみに今回は参加したこと、出したアイデアを採用された家族は、「私なんて何をやってもうまくいかないダメ人間のように思っていました、私が役に立つこともあるのですね」と少し誇らしげであった。このようなセッションが毎回2～3セッション持たれる。

表 問題解決技法の進め方³⁷⁾

1 今日の進行の予定とルールの説明

ルール1 ここで話された内容はここだけの秘密にすること

ルール2 話されている内容はしっかり最後まで聞くこと

ルール3 パスすることも可であること

2 自己紹介（参加者もスタッフも）

3 「今困っていてみんなに聞いてみたいこと」「みんなに相談してアイデアを借りたいこと」を言ってもらう

4 できるだけ多くの参加者に共通のテーマで、どんな課題が話し合うのによいかを参加者とともに考える。

決める際は、できるかぎり共通の話題を取り上げるか、切迫していて早めに取り上げた方がよいものかのどちらかにすると、話し合いが活発になる。

5 どんな方法があるか、アイデアを出し合いましょう

ここでは、良し悪しを決めるのではなく、思いつく限りのアイデアを出す段階。この課題の経験者もそうでない人にも均等に聞いていく。アイデアが少ないようであれば、スタッフのコリダーや書記から出してもらおう。

6 出されたアイデアのすべてについて、メリットとデメリットを話し合いましょう

コツは出されたアイデアすべてについて話し合いを行うことです。自分の出したアイデアが取り上げられないことはがっかりするようです

7 出されたアイデアの中で「できそうでよさそうなアイデア」を決めましよう

どのアイデアを採用するかは、スタッフが決めるのではなく、課題を出した参加者が自分で決めることにこの方法の良さがあります。

8 そのアイデアを生活の中で実行してみましよう

9 今日の感想を述べ合う

(4) 家族同士の支え

この問題解決技法によるグループの効果の大きさは、セッションの外にも影響力を持つ。家族教室にこの技法を取り入れて驚いたのは、帰るのが名残惜しそうに残って話をしている数名の家族のグループがあちこちに見られたことであつた。さらに、その後、もっと家族教室の回数を増やしてもらえないかと提案する家族も出てくる。次第に家族だけで集まろうということになる。コンダクターがいなくても家族同士で、互いの体験談を話し、互いにアイデアを出しあうミーティングを行う。セルフヘルプグループの誕生である。

それまでどちらかというセルフヘルプグループとしての家族会の結成を専門職が「誘導」することが多かった。しかし、いくつかの保健所において、家族教室修了者が、自分たちによる自分たちのためのセルフヘルプグループとして結成しようという動きになることが非常に印象的であつた。

IV 必要な精神障害者支援体制の変革

保健所における精神障害者の家族支援の実際を述べてきた。あくまで現状では、という断りをあえてつける。家族の高齢化、家族機能の脆弱化、精神障害者の地域で生活していく者の増加などが進んでくる中、現状の仕組みや体制ではとても支えきれないと感じている。

本来の家族支援は、精神障害者のケアのほとんどの部分を家族に依存している我が国の現実を変えていくことである。2006年からスタートする障害者自立支援法は必ずしも十分とは言えない。公的な後見制度、地域精神医療サービスの導入、社会参加の促進のための制度・施設の充実など、精神障害者本人や家族が安心して社会に託することができるような仕組みを早急に作り上げていく必要がある。

V 最後に

1982年に関西大学に入学し、藤井稔先生の御指導のもと、6年間、自閉症の子どもたちの「セラピー」を先輩や後輩と一緒に行っていま、思い返すと、とても「セラピー」などといえるものではなく、ただ子どもたちと遊んでいるだけだったなあと猛省している。藤井先生にもいろいろと御指導いただいたのに、本当に言うことを聞かない弟子であつたように思う。先生、ごめんなさい。

ある時、たった1回だけ、御家族のちょっとしたハプニングで「セラピー」に通う自閉症の子どものお宅から関西大学までの送り迎えを頼まれたことがあつた。ほんの1駅か2駅か先までの送り迎えであつたが、本人を安全に送り届ける責任、途中で大声を本人があげることでの周囲の視線、ハラハラドキドキの連続であつた。その後、自分の中で、家族の大変さを「家族の視点」から見るのがほんの少しだけ可能になったと思う。

それまで、私にとって、「家族」はあくまで本人のための「家族」でしかなかった。しかし、「家族」にも「家族自身の人生」がある。支援者はあまりにも「本人中心」に考えて、「家族」を傷つけてきたのではないか、そんなふうに見えるようになった。あのときのハプニングを大変ありがたく感じている。

引用文献

- 1) Bleuler, E. (1911) Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien. In. Handbuch der Psychiatrie, Spezieller Teil 4 Abteilung, 1 Hafte. Franz Deuticke: Leipzig/Wien, (飯田眞・下坂幸三・保崎秀夫・安永浩訳「早発性痴呆または精神分裂病群」, 医学書院, 1974)
- 2) Fromm-Reichman, F. (1948) Notes on the

- Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy. *Psychiatry* 11, 263-273.
- 3) Lidz, T., et al (1965) *Schizophrenia and the family*. University Press: New York. (高臣武史・鈴木浩二・佐竹洋人監訳「精神分裂病と家族」, 誠信書房, 1971)
 - 4) Bateson, G. (1972) *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Press: San Francisco. (佐藤良明訳「精神の生態学」, 新思索社, 2000)
 - 5) Wynne, L. C., et al (1958) Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 21, 205-210.
 - 6) Brown, G. W. (1959) Experiences of discharged chronic schizophrenic mental hospital patients in various types living group. *Milbank Memorial Fund Quaterley*, 37, 105-131.
 - 7) Brown, G. W. et al (1972) Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. *British Journal of Psychiatry* 121, 241-258.
 - 8) Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976) The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137
 - 9) Leff, J., Vaughn, C., (1985) *Expressed Emotion in Families*. The Guilford Press: New York (三野善央・牛島定信訳: 分裂病と家族の感情表出, 金剛出版, 1991)
 - 10) 大嶋巖 (1993) 社会の中の精神障害者・家族とEE研究—CFI面接を通して見えてきたこと. こころの臨床ア・ラ・カルト, 12 (1), 13-17, 星和書店
 - 11) 氏家武 (1993) Anorexia NervosaとEE. こころの臨床ア・ラ・カルト, 12(1), 51-55, 星和書店
 - 12) 全国精神障害者家族会連合会, 「精神障害者・家族の生活と福祉ニーズ'93(I)」, 1993
 - 13) 全国精神障害者家族会連合会, 「精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ'97 第3回全国家族調査(I)地域家族会編」, 1996
 - 14) Katsching, H., et al (1997) *Quality of Life in Mental Disorder*. John Willey & Sons Ltd: West Sussex (中根允文監訳「精神疾患とQOL」, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2002)
 - 15) 大嶋巖・伊藤順一郎・棚橋雅彦・岡上和雄 (1994) 精神分裂病者を支える家族の生活機能とEE (Expressed Emotion) の関連. 精神神経学雑誌, 96巻第7号, 493-512, 日本精神神経学会
 - 16) 西尾雅明 (2004) 「ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム」, 金剛出版
 - 17) American Psychiatric Association (1997) Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia, American Psychiatric Association: Washington (日本精神神経学会監訳, 「米国精神医学会治療ガイドライン 精神分裂病」, 医学書院, 1999)
 - 18) 稲井友理子 (2004) 家族対応における職種連携—多職種チームによる家族支援を通じて— 精神科臨床サービス 4 (2), 166-170, 星和書店
 - 19) 後藤雅博 (2001) 心理教育の歴史と理論. 臨床精神医学, 30(5), 445-450, 医学書院
 - 20) 稲沢公一 (2003) エンパワメント. 精神科臨床サービス, 3(4), 423-427, 星和書店
 - 21) Margolin, L (1997) *Under the Cover of Kindness: The Intervention of Social Work*. Univ of Virginia Press,

- Charlottesville (中村伸俊他訳、「ソーシャルワークの社会的構築」、明石書店、2003)
- 22) Drotar, D. et al. (1975) The adaptation of parents to the birth of an infant with congenital malformation: A hypothetical model, *Pediatrics*, 56(5), 710-717
- 23) Freud, S. (1917) *Trauer und Melancholie*. (井村恒郎他訳、「悲哀とメランコリーフロイト著作集」第6巻, 人文書院, 1975)
- 24) Kubler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying* (鈴木晶訳「死ぬ瞬間—死とその過程について」, 中央公論新社, 2001)
- 25) 中田洋二郎 (2002) 子どもの障害をどう受容するか—家族支援と援助者の役割. 大月書店
- 26) 岡知史 (1999) セルフヘルプグループ—わかちあい・ひとりだち・ときはなち. 星和書店
- 27) Riessman, F (1965), 'The Helper-Therapy Principle', *Social Work*, 10(2), 27-32
- 28) 岩田泰夫 (2004) 患者会などのセルフヘルプグループで蓄えられてきた援助の原理. 精神科臨床サービス, 3(4), 428-436, 星和書店
- 29) 浅沼奈美他 (2004) 保健所における家族支援技法. 精神科臨床サービス, 4(2), 192-196, 星和書店
- 30) 佐藤純 (2000) 不登校の親と子の援助. 『育療』第18号, 27-43, 日本育療学会
- 31) 佐々木雄司 (2002) 生活の場での実践メンタルヘルス, 保健同人社
- 32) 三品桂子、佐藤純、西邑章 (2002) 利用者主導を貫く精神障害者ケアマネジメントの実践技術. 日本精神保健福祉士協会監修, へるす出版
- 33) 三野善央 (2003) 家族心理教育の現状と課題. 精神障害とリハビリテーション, 7(2), 118-123
- 34) Kuipers, L., Leff, J., Lam, D., (1992) *Family Work for Schizophrenia, A Practical Guide*. Gaskell: London (三野善央他訳「分裂病のファミリーワーク」, 星和書店, 1995)
- 35) Anderson, C., et al (1986) *Schizophrenia and the Family*. Guilford Press: New York (鈴木浩二・鈴木和子監訳、「分裂病と家族—心理教育とその実践の手引き」, 金剛出版, 1990)
- 36) Falloon, I. R. H., Liberman, R. P. (1983), *Behavioral Family Interventions in the Management of Chronic Schizophrenia*. In W. R McFarlane (Ed.) *Family Therapy in Schizophrenia*, pp.117-141, Guilford Press: New York
- 37) 佐藤純 (2004) 「心理教育を用いたリハビリテーションの実技」『精神保健福祉援助演習・精神保健福祉士養成講座第7巻』, pp.102-113, 精神保健福祉士養成講座編集委員会編, 中央法規
- 38) 鈴木丈編著・伊藤順一郎著 (1997) 「SSTと心理教育」中央法規