

平成15年度厚生労働科学研究費補助金  
長寿科学総合研究事業

---

老人精神疾患患者に及ぼす家族の  
感情表出の影響に関する研究

---

平成15年度総括・分担研究報告書

主任研究者 三野 善央

平成16年（2004年）3月

## 平成15年度厚生労働科学研究費補助金

### 長寿科学総合研究事業 研究報告書

研究課題名： 老人精神疾患患者に及ぼす家族の感情表出の影響に関する研究

主任研究者： 三野 善央 （大阪府立大学社会福祉学部 精神保健学 教授）

研究組織：

三野 善央 大阪府立大学社会福祉学部 精神保健学 教授

分担研究者

井上 新平 高知大学医学部神経精神病態医学教室 教授

下寺 信次 高知大学医学部神経精神病態医学教室 講師

津田 敏秀 岡山大学大学院医歯学総合研究科 講師

#### 目次

##### I. 総括研究報告

老人精神疾患患者に及ぼす家族の感情表出の影響に関する研究

三野 善央 （大阪府立大学社会福祉学部 教授）・・・・・・・・・・・・・・・・ 5

##### II. 分担研究報告

###### 1. 統合失調症者と共に生活する高齢家族への心理教育に関する研究

三野 善央 （大阪府立大学社会福祉学部 精神保健学 教授）・・・・・・・・ 10

###### 2. うつ病の心理教育用ビデオとテキストの開発

下寺 信次, 井上 新平（高知大学医学部神経精神病態医学教室 講師 教授）・ 27

###### 3. うつ病における心理教育的家族療法

下寺 信次, 井上 新平（高知大学医学部神経精神病態医学教室 講師 教授）・ 32

###### 4. 痴呆性疾患と家族に関する研究

井上 新平, 下寺 信次（高知大学医学部神経精神病態医学教室 教授 講師）・ 37

###### 5. 精神保健の疫学研究における理論的問題点に関する研究

津田 敏秀 （岡山大学大学院医歯学総合研究科 講師）・・・・・・・・ 42

##### III. 研究協力報告

###### 6. 老いと性をめぐる風景 - 桃谷方子『百合祭』をジェンダー批評の観点から読み解く-

児島亜紀子 （大阪府立大学社会福祉学部 助教授）・・・・・・・・ 51

厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）  
総括研究報告書

老人精神疾患の経過に及ぼす家族の感情表出の  
影響に関する研究

主任研究者 三野善央  
大阪府立大学社会福祉学部

研究要旨

老人精神疾患患者に及ぼす家族の感情表出 (expressed emotion EE) の影響を明らかにすることを研究目的とした。気分障害、統合失調症、痴呆性疾患、疫学方法論に分けて研究を行った。統合失調症では高齢家族の EE に関する特徴を明らかにし、高齢者用心理教育の内容を検討した。気分障害では、心理教育用のビデオ、テキストを開発し、さらに心理教育の効果を比較対照試験によって明らかにした。痴呆性疾患では家族の EE などの特徴を明らかにした。また、これらの研究の基礎となる疫学理論の展開を行い、根拠に基づく医療 (EBM) の発展に寄与した。

A. 研究目的

老人精神疾患患者に及ぼす家族の感情表出 (expressed emotion EE) の影響を明らかにすることを研究目的とした。以下分担研究ごとに分けて記すと、①統合失調症者とともに生活する高齢家族への心理教育の内容を検討すること、②うつ病者の家族への心理教育のためのテキストおよびビデオを開発すること、③うつ病家族心理教育の効果を臨床疫学的に検討すること、④痴呆性疾患への家族の EE の影響を評価すること、⑤老人精神疾患と家族に関する疫学研究方法論を検討することである。これらの研究は人口の高

齢化に直面するわが国の精神保健行政に密接に関わるものである。

B. 研究方法

研究方法：①127名の統合失調症患者を対象に EE と年齢の関連を検討した。患者の入院後、約2週間以内に研究内容について、精神科医が直接、文書および口頭にて説明し、文書にて同意を得た。EE の判定には、CFI (Camberwell Family Interview) を用いた。高齢家族と非高齢家族の EE をはじめとする特長を比較した。また、心理教育のためのテキストを開発し、さらに高齢家族向けの修正のための検討を行った。

②うつ病家族心理教育のためのテキストとビデオを開発するための検討を行った。

③ICD-10あるいはDSM-IVの診断基準において大うつ病エピソードあるいは躁病エピソードと診断された、大うつ病または双極性感情障害を対象疾患とした。対象者は高知大学神経精神科または教育関連病院の同仁病院に入院となった対象疾患を有する患者のうち、一定の条件をみたすものとその主要な家族とした。Five-minute Speech Sample (FMSS)を元に正式な判定の資格をもつ2名の医師がEEを判定した。FMSSによる高EEと低EE群は無作為に家族教育を行う介入群と行わないコントロール群に分けた。教材としてうつ病の疾患教育用ビデオ、パンフレットを使用した。1クールあたり4回の家族教育を行った。家族教育のための会は1回あたり約1時間30分とした。最初の30分はビデオなどを使用した知識教育を行い、その後1時間程度で対処法などを討論し合った。精神症状はBPRS、ハミルトンうつ病尺度などによって行った。

④対象者は、高知大学医学部附属病院

神経科精神科を受診した高齢の痴呆性疾患患者とその家族で、患者と家族が過去に3ヶ月以上同居し、かつ研究への協力意志を表明している者である。属性として性別、年齢、発病年齢と罹病期間を調べた。痴呆の重症度分類としてCDRとFAST、認知機能の評価としてMMSEとADAS、ADLの評価としてDAD(Disability Assessment for Dementia)、精神症状・問題行動の評価としてNP(Neuropsychiatric Inventory)を用いた。家族評価のための健康状態の調査としてGHQ-60、ケア負担としてZarit介護者負担尺度を用いた。患者への感情や態度の測定はCamberwell Family Interviewによった。

⑤疫学的因果関係論に基づいた精神保健疫学研究の問題点を検討した。精神保健研究はしばしば因果モデルが曖昧なままなされており、この曖昧さが研究結果の分かりやすさや応用可能性を狭めていると考えられる。本研究は、疫学的因果モデルに基づき、まず経験的導入時間・導入時間・未発見期間の問題を論じ、精神保健疫学研究への応用可能性を論じる。次に、十分原因・構成原因及びグラフ化を通じて

精神保健研究を分かりやすくモデル化する方法論について論じる。

### C. 研究結果

①統合失調症者と共に生活する高齢家族に関する研究では、65歳以上を高齢者、それ未満を非高齢者と定義すると、高齢者での高EEの割合は28.6% (12/42)であり、非高齢者の31.2% (39/125)との間に有意差は認められなかった。またEEの下位尺度別に分析しても、批判による高EEの割合は、高齢者群で13.3% (6/42)であり、非高齢者群12.0% (15/125)との間に差は認められなかった。また、情緒的巻き込まれ過ぎによる高EEも、高齢者群では14.3% (6/42)であり、非高齢者群19.2% (24/125)との間に有意差は認められなかった。次に高齢者家族の批判的コメントの内容を非高齢者と比較検討した。その結果、高齢者では批判が陽性症状、日常生活上の問題、とくに近隣への迷惑行動に関する内容、薬物療法に関する内容が多くなっていた。高齢者での情緒的巻き込まれすぎに関しては、高

齢者の方が、自己犠牲、献身的行動での高得点評価が多くなっていたが、統計学的有意差は認められなかった。次に、統合失調症の家族心理教育のための家族用テキストを作成し、「レッスン・とうごうしっちょうしょう（統合失調症）」として出版した。さらに、高齢家族のための修正を行った。

②完成したビデオとテキストの内容は以下の通りである

第1巻ビデオ：うつ病の原因と症状について

・うつ病の原因について：神経伝達物質のアニメーション

・うつ病の症状について：症状の動画

・まとめ

第2巻ビデオ：うつ病の治療と症状の経過

・薬物療法と症状の経過

・抗うつ薬の作用について

・主な抗うつ薬と標準投与量

・抗うつ薬の効果の発現と副作用

・その他の治療：認知療法と電気けいれん療法

テキスト：うつ病がわかる本—症状から治療まで—

ビデオの内容と家族へのメッセー

ジ・対処方法などについて

③101人の患者とその家族が研究に参加した。56家族が高EE家族、45家族が低EE家族と判定された。高EE群のうち介入群とコントロール群はそれぞれ28名であった。低EE群のうち介入群は24名、コントロール群は21名であった。9カ月の追跡を行った結果、心理教育群の再発リスクはコントロール群と比較して有意に小さかった。

④痴呆は軽度から中等度の重症度の者が多かった。因子間では、CDRが罹病期間、認知機能(MMSE、ADAS)、ADL、精神症状・行動障害と関連していた。またADLと精神症状・行動障害との間の関連も見られた。

⑤経験的導入時間・導入時間・未発見期間について説明した。さらに経験的導入時間・導入時間・未発見期間を考慮しないことにより生じてしまうバイアスについて説明した。情報バイアス(誤分類によるバイアス)であり、ノン・ディファレンシャルなものである。従って、疫学的影響の指標をnullの方向にバイアスすることに研究者や判断者は注意しなければならない。また疫学的原因モデルについて考察

し、Synergy Effect Modificationについて論じ、疫学知識の普及の必要性について強調した。

#### D. 考察

昨年度に続いて、老人精神疾患の経過と家族のEEとの関連を検討した。

とりわけ本年度は家族心理教育を具体的に進めるためのツール開発を重視した。

統合失調症の家族心理教育の再発予防効果はすでに明らかにされており、現在の課題はいかにそれを一般臨床場面に広げるかということになっている。そうした意味で家族用のテキストである「レッスン・統合失調症」を出版した意味は大きい。さらに今年度の研究では、高齢家族の特長を検討し、高齢家族の批判の内容、巻き込まれすぎの内容を明らかにした。今後、こうした高齢家族の特徴に合わせた、ニーズに合致した心理教育のあり方を検討する予定である。

気分障害に関しては、昨年の研究で高齢気分障害者では家族のEEの影響が非高齢者と比較して異なる可能性があることを指摘したが、心理教育によってうつ病などの経過を改善でき

る可能性があることには変わりなかった。したがって、今年度は心理教育用のテキストとビデオの開発を行った。これらを開発することによって、標準的な心理教育を全国のどのような場所でも行うことが可能となった。とりわけ心理教育実施のためのマンパワーが足りないような現場での活用が期待される。さらに今年度は、うつ病に関する家族心理教育の効果を評価するための比較対照試験を行い、その再発予防効果を明らかにした。こうした研究は現在の根拠に基づく医療（EBM）の流れを重視し、それにそう研究である。わが国でのうつ病家族心理教育の再発予防効果が明らかにされた意義は大きい。

痴呆性老人の家族の EE 研究は、いまだ端緒についたばかりであり、今回の研究で対象者についての特徴を明らかにでき、さらには EE 評価の特徴を示しつつある。痴呆性老人の介護に関しては、その多くの役割が家族に対して期待されており、家族の EE の影響が明らかにすることの意義は大き

い。この研究は痴呆性老人における家族心理教育への展開を行うための EMB に基づく根拠を与えるものとなるであろう。

また、これまでに展開した家族心理教育の展開は EBM を基にしたものである。この EBM の発展のためには疫学理論の発展と展開が不可欠である。そのための理論的背景を考察した。

## E. 結論

老人精神疾患患者と家族の EE に関する研究を行った結果、家族あるいは本人の EE は老人精神疾患患者においても重要な役割を果たすだろうことが明らかとなった。しかし、疾病によって影響の大きさは異なり、家族心理教育を行う場合には疾病特異性を考慮しなければならない。今後さらに研究を進め、知見を確定していく必要がある。

さらに今年度は心理教育を具体的に進めるためのツール作成を重視したが、さらにこうしたものを充実させる必要がある。

# 厚生科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）

## 分担研究報告書

### 統合失調症者と共に生活する

### 高齢家族への心理教育に関する研究

主任研究者 三野善央

大阪府立大学社会福祉学部精神保健学

#### 研究要旨

家族の EE(expressed emotion)と統合失調症の経過との関連が明らかにされ、さらには家族心理教育によって統合失調症の再発予防が可能であることが明らかとなった。しかし、高齢家族への心理教育の内容は明らかとはなっていない。127名の統合失調症者とその家族167名を対象にEEの分析を行った。その結果、高齢者では批判が陽性症状、日常生活上の問題、とくに近隣への迷惑行動に関する内容、薬物療法に関する内容が多くなっていた。高齢者での情緒的巻き込まれすぎに関しては、高齢者の方が、自己犠牲、献身的行動での高得点評価が多くなっていたが、統計学的有意差は認められなかった。これらを踏まえて、家族心理教育を効果的に行うためのテキスト「レッスン・統合失調症」を作成し、その内容を高齢者向けに修正した。修正内容は老人の心理と認知能力に合わせて説明方法を改変するというものであった。これらによって、高齢者家族に対する心理教育がより効果的に行えると考えられる。

A. はじめに

家族感情表出(expressed emotion, EE)研究は、これまで統合失調症につ

いての研究が行われ、EEの統合失調症の経過に及ぼす影響は多くの文化圏で確認されてきた(Leff & Vaughn, 1985;



Bebbington & Kuipers, 1994; Butzlaff & Hooley, 1998). 欧米とは異なる文化圏である日本でもEEと統合失調症の再発、社会的機能、抑うつ症状との関連が明らかになった(Tanaka et al, 1995; Mino et al, 1997; Inoue et al, 1997; Mino et al, 1998).

現在では分裂病の治療とケアを行う上で、家族への援助、家族への心理教育や社会心理的介入の必要性を否定する臨床家はいないであろう。しかしながら分裂病の家族研究の歴史は平坦なものではなかった。あまりにも遺伝の影響が強調されすぎた時代があり、その反動として遺伝の影響を無視して心理学的な病因を重視しすぎた時代もあった。病因を家庭環境に求めすぎるあまりに、「子育て」や「しつけ」が悪かったと家族を責め、家族を傷つけてしまった歴史もあった。こうした不幸な家族研究の歴史を経て、分裂病の家族研究は、分裂病者とその家族の幸せと生活の質の向上のために、臨床家、研究者、分裂病者、その家族が協力して歩む時代に入った。たとえば精神科治療のスタンダードを述べ

たテキストにおいても、分裂病の治療にあたっては家族介入や援助が薬物療法と同様に必要であるとされている<sup>5)</sup>。

また、一方で精神疾患の治療に当たっては生物学的—心理的—社会的(bio-psycho-social)アプローチが必要であるとされている。こうしたコンセンサスの背景には分裂病家族への心理教育の有効性が科学的に明らかにされたこともあるだろう。しかしながら、現在のわが国での心理社会療法の広がり方を薬物療法のそれと比較したならば、その差の大きさに愕然とせざるを得ない。たとえば分裂病の治療を考えた場合に、家族への心理教育の効果は抗精神病薬の効果に匹敵するものである。にもかかわらず家族への心理教育の保険診療点数化はなされておらず、したがって多くの患者と家族が心理教育の恩恵にあずかることができずにいる。これがわが国の生物学的—心理的—社会的アプローチの実体である。少なくとも分裂病患者と家族の利益を考えた場合には、心理教育は欠くことのできないアプローチである。

人口の高齢化に伴い、日本においては2000年には65歳以上の高齢人口割合は17%を超えた。さらに高齢化は進み2015年には高齢人口割合は25%を超えると推測されている。現在多くの統合失調症者が地域で生活しているが、共に生活する家族もこうした人口の高齢化の例外ではなく、高齢家族の割合の増加が指摘されている。こうした高齢家族の場合には、若年あるいは中年家族とは異なった家族心理教育のあり方を考える必要があるかもしれない。その理由は、高齢者の認知機能の低下、これまでに獲得してきた情報の偏り、長年のケアの負担による身体的、心理的負担などの影響があると考えられるからである。

本研究の目的は、統合失調症者と共に生活する高齢家族の特長を明らかにし、そのEE、批判的コメント、情緒的巻き込まれすぎの内容を非高齢家族と比較検討すること、さらには高齢家族のための心理教育の内容を検討することである。

## B. 方法(Methods)

### 対象者

高知医科大学神経科精神科および、土佐病院に入院した患者のうち、以下の条件を満たした患者とその主要な家族を対象者とした。主要な家族には、親、配偶者など、普段から患者本人とともに生活をしている家族員を選んだ。

1. 入院時年齢が15歳から65歳
2. 退院時診断がICD-10にて、統合失調症、分裂感情障害と診断された
3. 入院前3ヶ月間は家族と同居していた
4. 退院後も家族と同居する予定である

### 調査方法

患者の入院後、約2週間以内に研究内容について、精神科医が直接、文書および口頭にて説明し、文書にて同意を得た。

EEの判定には、CFI(Camberwell Family Interview)を用いた。CFIを自宅または病院にて実施した。時間には約1-2時間を要した。面接内容は、テープに録音し、面接終了後、テープおこしを行い、これらの資料をもとにEEの判定を

行った。

CFIの判定は、面接中において、批判的言辞が6以上存在する、敵意がある、感情的巻き込まれの項目が3点以上のいずれかの条件を満たせば、高EEと判定される。また、条件を満たさない時は、低EEと判定される。

これら対象者の性、年齢、患者の罹病期間、過去の入院回数などを調査した。また、高齢者の批判的コメントと情緒的巻き込まれすぎの内容を比較検討した。

#### ・高齢家族への心理教育の検討

さらに高齢家族への心理教育の実践ための検討を行った。そのために家族心理教育のための家族用のテキストを作成し、さらに高齢家族の理解を深めるための検討を行った。

### C. 結果(Results)

#### 対象の属性

対象者は、127名であった。その内訳は、男性73名、女性54名で、平均年齢34.0歳、平均罹病期間9.4年、平均入院歴3.3

回であった。また、診断では、破瓜型統合失調症がもっとも多く、ついで、妄想型統合失調症、緊張型統合失調症であった。また、入院時のBPRSは30.0点、SANSは53.7点であった。

#### 対象者の家族

参加家族は、127家族、167人であった。平均年齢は、58.1歳、対象者との関係は、親が140人と圧倒的に多く、次いで、配偶者16人、祖父母6人、同胞5人であった。

#### 平均年齢による比較

Low EEと判定された家族は、116人で平均年齢は58.1歳と、批判的言辞などのためにHigh EEと判定された家族は21人で、平均年齢は58.2歳、感情的巻き込まれすぎのためにHigh EEと判定された家族は30人で、平均年齢は58.4歳であった。3つの群の間に有意な差は見られなかった。

#### 高齢者での特徴

65歳以上を高齢者、それ未満を非高齢者と定義すると、高齢者での高EEの割合は28.6% (12/42)であり、非高齢者の

31.2% (39/12)との間に有意差は認められなかった。またEEの下位尺度別に分析しても、批判による高EEの割合は、高齢者群で13.3% (6/42)であり、非高齢者群12.0% (15/125)との間に差は認められなかった。また、情緒的巻き込まれ過ぎによる高EEも、高齢者群では14.3%(6/42)であり、非高齢者群19.2% (24/125)との間に有意差は認められなかった。

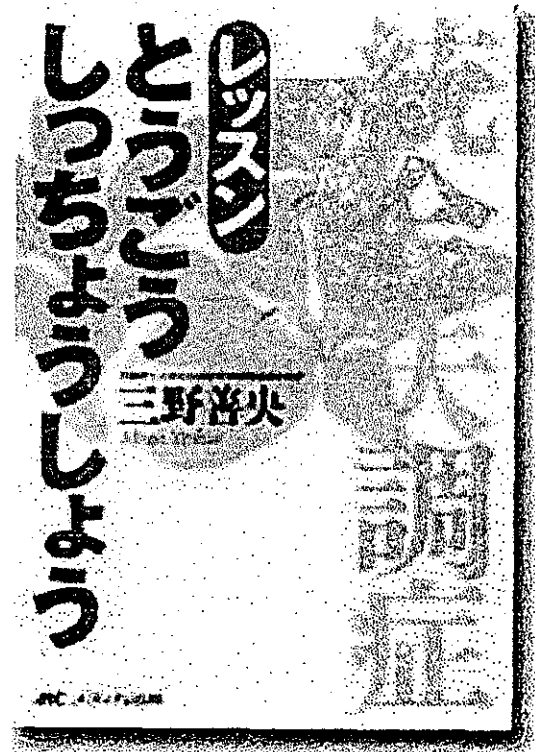
#### 高齢者の批判

次に高齢者家族の批判的コメントの内容を非高齢者と比較検討した。その結果、高齢者では批判が陽性症状、日常生活上の問題、とくに近隣への迷惑行動に関する内容、薬物療法に関する内容が多くなっていた。高齢者での情緒的巻き込まれすぎに関しては、高齢者の方が、自己犠牲、献身的行動での高得点評価が多くなっていたが、統計学的有意差は認められなかった。

#### 高齢者のための心理教育の検討

次に、統合失調症の家族心理教育のた

めの家族用テキストを作成し、「レッスン・とうごうしつちょうしょう（統合失調症）」として出版した（三野：レッスン・とうごうしつちょうしょう（統合失調症）。メディカ出版、2003.）。



その内容は、以下の通りである。

#### ・統合失調症はどんな病気？

レッスン1 統合失調症はありふれた病気、そしてむつかしくはない。

レッスン2 統合失調症の原因は何？

レッスン3 統合失調症はどのように経過するのでしょうか？

#### ・統合失調症の症状とその対応方法

レッスン4 幻覚：わたしには聞こえる！

レッスン5 妄想：ふしぎな思いこみ

レッスン6 暴力：いろいろと手をうちましょう

レッスン7 自殺：悲しくなんかなりたくない

レッスン8 ひきこもり：安らげるのはここだけ

レッスン9 再発：せっかく治っていたのに……

#### ・統合失調症の薬物療法

レッスン10 薬は必要：でも薬なんか飲みたくない！

レッスン11 副作用：悲しい現実

レッスン12 これまでの薬たち

レッスン13 非定型抗精神病薬：新しい薬たち

#### ・統合失調症をどう理解するか？

レッスン14 病識って何？：私は絶対に病気じゃない！

レッスン15 病名変更と偏見：精神分裂病から統合失調症に

レッスン16 差別そして偏見：それは変えうるもの

レッスン17 統合失調症は治るか？

レッスン18 統合失調症は危険か？

レッスン19 殺人そして暴力の予測：いわれなき誤解

#### ・家族は大切な援助者

レッスン20 家族の感情表出：考えてみればふしぎな関係

レッスン21 なぜ家族教室なのか？：家族教室、心理教育に参加しましょう

#### ・これからの精神保健福祉サービス

レッスン22 精神の障害とは？ リハビリテーションとは何？

レッスン23 精神障害者のためのケアマネジメント：バラバラなサービスのまとめ役

レッスン24 わが国の精神保健福祉の現状：残された大きな課題

#### ・Q&A

レッスン25 【Q&A】病院には行きたくない！ 治療を拒否する人たち

レッスン26 【Q&A】

レッスン27 【Q&A】

これらの内容のうち高齢家族のための家族心理教育を行ううえで、改変すべ

き、あるいは留意すべき点を検討した。

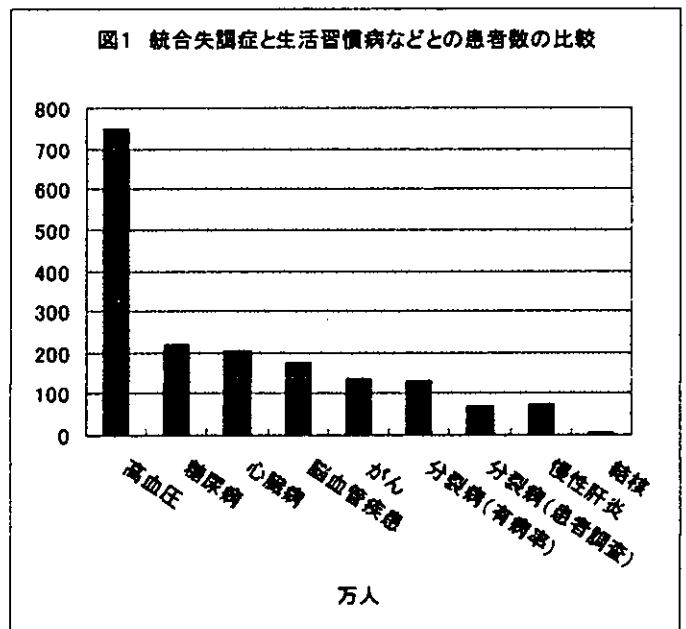
① 統合失調症はありふれた病気である

一般的には「ありふれた」病気の代表として生活習慣病をあげ、患者調査による受療者数を比較し、統合失調症がガンや脳血管疾患の受療者数とほとんど同数であることを示し、説明している。ちなみに平成13年の受療者数は脳血管疾患170万人、ガン130万人であり、患者調査による統合失調症者数は60-80万人（平成8-11年）、さらに生涯リスク1%と考えると約125万人となる。これを棒グラフで示して、統合失調症者数がガンや脳血管疾患患者数と同様にありふれた病気であることを視覚的に示す。

高齢家族の場合にはこうした生活習慣病は身近な疾患であるため、このような説明は理解しやすいようである。しかしながら、上記のような説明の感想として、「実生活の印象と異なる。世間話でよくガンになったとか脳卒中で入院したという話を聞くが、統合失調症はうちの息子だ

けだ・・・」との感想である。こうした疑問に対しては「まだまだ統合失調症を世間話で話せるほど、世間の理解が深まっていないでだと思う。早く、昨日うちの息子が統合失調症で入院した、と世間話の話題にできるように偏見を少なくし、理解を深める活動が重要だ」と応えると理解が得られやすい。

図1 統合失調症と生活習慣病などの患者数の比較



② 統合失調症は難しい病気ではない

必要以上に統合失調症を難しい病気、謎の病気と考える風潮があることから、そうした誤解を解き、必要以上に統合失調症を難しく考える必要はないことを分かっていただくことが重要である。そのために、まず統合失調症を簡単に表現することから始める。分かりやすい統合失調症の表現は「幻覚や妄想がでて、考えの筋道が乱れたり、感情が乱れたり、元気がなくなったりする病気」である。幻覚あるいは妄想という単語は日常生活で用いるような分かりやすい単語ではないことから、これらを明確に、簡単に、説明することが重要である。たとえば幻覚は「幻の感覚で、いない人の声が聞こえたり（幻聴）あるはずのないものが見えたりする（幻視）こと」、妄想は「真実、事実ではないことを信じて、確信していること」と説明する。

表に示したように、カゼとその原因や症状を比較することによって、

より身近な、簡単な病気として統合失調症を考えてみることを提案する。

このような説明を行う理由は、統合失調症を必要以上に難しい謎の病気と考える見方のために、かえって偏見が強まり、家族や当事者が統合失調症を全体として捉えることが困難であるとの印象を持つことを避けるためである。

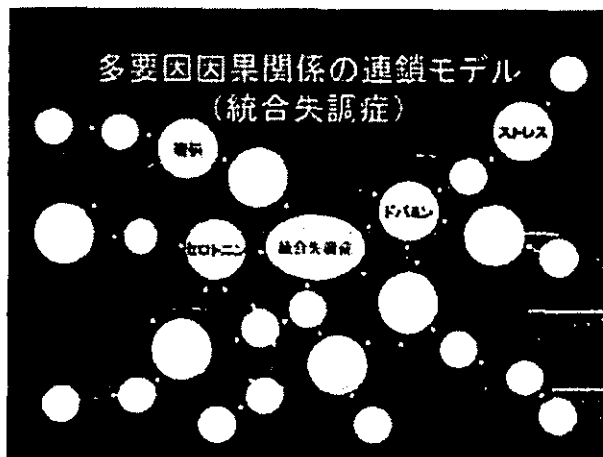
高齢者においてのこうした説明はしばしば理解してもらうことが困難となる。その理由はやはり長年にわたって「統合失調症は謎の病気」と考える風潮があり、そうした中で生活してきたためと考えられ、そうした印象を急激には変えることが困難となるのだろうと推測される。

③ 統合失調症は原因不明の病気ではない

一般的に統合失調症の原因は原因不明の病気であると、冒頭に説明することが多い。しかしながら他の疾病と比較して原因不明を強調する根拠は曖昧である。統合失調症の原因に関してはストレス・脆弱性モデルを用いた説

明が理解しやすい。特に高齢者に対しては、同様のモデルは高血圧や糖尿病にも当てはまることを強調すればなお理解しやすいと指摘できる。

また多要因仮説をうまく説明するために代表研究者が提唱した多要因因果関係の連鎖モデルを使用して説明することを試みている。しかし、これについてはやはりモデルが難しいとの意見もあり、今後検討が必要である。



#### D. 討論(Discussion)

これらの EE 研究をもとにして、心理教育的家族療法によって統合失調症の再発を予防しようとする試みがなされ

ていった。Leffらの「ファミリーワーク」、Anderson や Hogarty らの「心理教育」、Falloon らの「行動主義的家族療法」などの名称で呼ばれているが、それらの内容には大きな差違はない。これまでの家族への心理教育的アプローチによる統合失調症の予後の改善を無作為化対照試験(Randomized controlled trial, RCT)を用いて評価した研究をまとめると、家族心理教育の再発予防効果は明白である。当初検証されたのは再発予防効果であるが、これらの研究のほとんどで家族への介入による再発予防効果が明らかとなった。これらの研究を総合的に評価するためのメタアナリシスの結果においても、家族介入が再発割合を減少させることが明らかとなった(1年間の再発のオッズ比 0.57, 95%信頼区間 0.4-0.8)。また、陽性症状の再発だけでなく、陰性症状への効果も明らかにされた。

その後の展開として注目したいのは、より簡便な家族への心理社会的介入による予後改善の試みである。たとえばわれわれの研究においては、再発のハイリスクグループである高 EE 家族を持つ統



合失調症者を対象にして、教育のみを行った群と教育に加えて強力な単家族セッションを行った群の再発を RCT を用いて比較検討した。その結果、教育のみでは9カ月再発割合が35%(6/17)、教育+単家族セッション群では23%(3/13)であり、これらはこうした介入を行わなかった群の58%(14/24)に比べて有意に低くなっていた。とりわけ注目すべきは、批判のために高EEとされた家族と生活する統合失調症者での再発は両介入群で認められなかった点である。すなわち、高EEの80%を占める批判による高EE家族においては、数回の教育セッションとその後の簡便なサポートによって再発予防が可能と判断されるのである。

心理教育的家族療法において、最低限必要なことは数回の教育セッションとその後のサポートである。統合失調症に関する教育では、とりわけ陽性症状に関する教育は不可欠である。それはわが国では欧米と比較して、批判が陽性症状に向きやすい現状があるからである。教育セッション後のサポートであるが、どん

な家族も統合失調症者との生活の中での何らかにニーズを持っていることを認識しておく必要がある。そして、援助が必要な場合に気兼ねなく連絡できるよう、教育セッション後に担当スタッフを決め、連絡先の電話、ファックス番号やEメールアドレスを渡しておく。それだけでも家族にとって大きな安心となるであろう。全く連絡がない場合には、1カ月に1度は様子を尋ねるために電話等をかけて、接触を継続しておけばよいだろう。そうした経過の観察の中で、より集中的な家族セッションが必要と判断される場合に、定期的な家族セッションを設定すればよい。ここまでのサービスで統合失調症家族の90%の再発を防げる可能性がある。

家族への心理社会的介入の今後の課題の第1には、これまでに述べた家族への心理教育、心理社会的介入をすべての家族に提供できるような体制を一日も早く構築することである。これまでに展開してきたとおり、家族への援助と介入の効果は明白であり、その効果の大きさも薬物療法の効果に匹敵する可能性が

ある。しかしながら現状では医療機関の一部、保健所の7割程度しか家族教室を実施していない。家族のニーズを考えたならばすべての医療機関、保健所などで家族教室を行う必要があるが、いまだ実現されていない。とりわけ医療機関での実施を考えた場合には、心理社会的家族療法、家族教室の医療保険点数化は不可欠である。

その過程で高齢家族への心理教育を広める方策も模索されなければならない。

第2には心理教育的家族療法の方法論の確立である。わが国のEE研究の知見から、わが国での感情表出が欧米に比べて抑制されたものであること、批判の多くは陽性症状に向いていることなどが分かっていることから、セッションでの治療者のより積極的な関与、教育における陽性症状の重視などを述べてきた。今後、異なった家族心理介入による効果をRCTを用いて評価し、最善の介入技法を確立する必要がある。

特に本研究では、高齢家族に対しての心理教育の内容を修正することによっ

て理解しやすくする試みを行った。今後さらにこうした検討を高齢者用パンフレットやビデオなどで広める必要がある。

第3には、これまでのEE研究や家族への心理社会的介入や心理教育の目的は再発予防であった。したがって臨床疫学研究の予後の評価は再発の有無を科学的、客観的に測定することであった。しかしながら、これからは陽性症状以外の症状、社会的機能、生活の質や満足度を用いた評価方法が不可欠であろう。

第3には、統合失調症から他の多くの疾患へ心理教育的家族療法の拡大である。すでにわが国でも気分障害についてのEE研究が終了し、心理教育が開始されつつある。また、さまざまな精神疾患の家族教室の試みが始まっている。慢性の身体疾患についての家族への心理社会的介入が始まっていくと考えられる。特に、高齢うつ病患者への心理教育の検討が急務である。

## E. まとめ

統合失調症者ととともに生活する高齢

家族への心理教育の内容を検討した。まず127名の統合失調症者とその家族167名を対象にEEの分析を行った。その結果、高齢者では批判が陽性症状、日常生活上の問題、とくに近隣への迷惑行動に関する内容、薬物療法に関する内容が多くなっていた。高齢者での情緒的巻き込まれすぎに関しては、高齢者の方が、自己犠牲、献身的行動での高得点評価が多くなっていたが、統計学的有意差は認められなかった。これらを踏まえて、家族心理教育を効果的に行うためのテキスト「レッスン・とうごうしっちょうしょう（統合失調症）を作成し、その内容を高齢者向けに修正した。修正内容は老人の心理と認知能力に合わせて説明方法を改変するというものであった。これらによって、高齢者家族に対する心理教育がより効果的に行えると考えられる。

#### F. 文献

- Andreasen, N. C., 1983. The Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS). The University of Iowa, IA.
- Andreasen, N. C., 1982. Negative versus positive schizophrenia: definition and validation. *Archives of General Psychiatry* 39, 789-794.
- Baker, B., Helmes, E., Kazarian, S. S., 1984. Past and present perceived attitudes of schizophrenics in relation to rehospitalization. *British Journal of Psychiatry* 144, 263-269.
- Barrowclough, C., Parle, M., 1997. Appraisal, psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 171, 26-30.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., 1990. Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed emotion and family intervention. *Social Psychiatry Psychiatric*

- Epidemiology 25, 125-129.
- Bebbington, P., Kuipers, L., 1994. The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *Psychological Medicine* 24, 707-718.
  - Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Razani, J., Moss, H. B., Gilderman, A. M., 1982. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *The New England Journal of Medicine* 306, 1437-1440.
  - Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., Wagner, E. H., 1996. *Clinical epidemiology, the essentials*, 3rd edition Williams & Wilkins, Maryland, USA.
  - Goldberg, D., Williams, P. A., 1988. *User's Guide to the General Health Questionnaire*. NEFR-Nelson, Windsor, England.
  - Hooley, J. M., Orley, J., Teasdale, J. D., 1986. Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry* 148, 642-647.
  - Inoue, S., Tanaka, S., Shimodera, S., Mino, Y., 1997. Expressed emotion and social function. *Psychiatry Research* 72, 33-39.
  - Kazarian, S. S., Malla, A. K., Cole, J. D., Baker, B., 1990. Comparisons of two expressed emotion scales with the Camberwell Family Interview. *Journal of Clinical Psychology* 46, 306-309.
  - Kitamura, T., Sugawara, M., Aoki, M., Shima, S., 1989. Validity of the Japanese version of the GHQ among antenatal clinic attendants. *Psychological Medicine* 19, 507-511.
  - Kokakowska, T., 1976. *Brief Psychiatric Rating Scale, Glossaries and Rating Instruction*. Department of Psychiatry, Oxford