

統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の検討

菊池 由莉・岡本 祐子

An acceptance process of parents' caregiving role for their children with schizophrenia

Yuri Kikuchi and Yuko Okamoto

本研究は、統合失調症患者家族におけるケア役割受容過程を検討することを目的とした。本研究におけるケア役割受容過程は「発病以降体験する、患者との関係やケアへの取り組みから生じる心理的変容過程」と定義した。統合失調症患者の親13名に半構造化面接を行った結果、ケア役割受容過程として、「疑惑」、「ショック」、「納得」、「混乱」、「自閉」、「悲嘆」、「バランス」、「奮闘」、「交流」、「視点の獲得」、「見守り」、「あきらめ」、「価値づけ」の13の局面が見出された。これらの局面の推移を時系列に沿って分析した結果、統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の仮説モデルが導き出された。ケア役割受容過程の初期の段階において親子の距離は近く、親は子どもの状態に情緒的に巻き込まれがちである。「奮闘」や「交流」、「バランス」における作業を通じ、親は症状、薬あるいは異常行動時の気持ちを理解する、という視点を獲得することによって、子どもをより対象化して捉える「見守り」以降の段階へ推移するというプロセスが認められた。

キーワード：統合失調症，親，ケア

問題と目的

1. 統合失調症とは

DSM-IVによると、統合失調症の主な特徴として、妄想、幻覚、まとまりのない会話、ひどくまとまりのない緊張病性の行動等を特徴とする陽性症状と、感情の平板化、思考の貧困、意欲の欠如といった陰性症状、そして社会的あるいは職業的機能の低下が挙げられる。その経過はさまざまであるが、長期的な治療およびケアが必要となる。さらに、近年、中等度障害の慢性例が増加していることから、統合失調症治療において地域精神医療の重要性が高まっていると考えられる。

さらに、わが国では、1988年の精神保健法（現：精神保健福祉法）の施行以来、精神障害者の早期退院が促進され、2002年からは精神障害者住宅生活支援事業として精神障害者の地域生活が重視されている。しかし、地域での援助システムが十分整備されているとは言えない現状で、さらに今後、精神障害者の地域生活の維持・促進が推進されると、受け皿の代表となる家族の負担は増大す

ると考えられる。こういった背景において、精神障害者家族、特に重篤であるとされる統合失調症患者家族のケア役割について研究することは非常に意義が深いと考えられる。

2. 統合失調症患者家族の研究の動向

家族病因論 統合失調症患者を抱える家族について、1940年代から1950年代に行われた初期の研究は、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。Fromm-Reichman (1948) の、「統合失調症を生み出す母」はその代表であるといえる。現在では家族が一方的に障害者を生み出した加害者であるという見方をするよりもむしろ、家族の病理や機能障害が認められる場合にも、障害者をもつたためにやむなく生じた防衛反応であるとの理解の必要性が指摘されている(大島・鈴木, 1990)。

EE 研究 その後、1950年代後半のイギリスでは、統合失調症の病因よりもその退院予後に焦点を当てた研究がはじめられた。すなわち、すでに発病してしまった患者の病気の悪化、あるいは改善に関する要因を具体的に検討していったのである。それは1960年代における脱施設化と地域ケアの定着という実践的な課題をもって進められた(大島・伊藤, 1995)。それらの結果、家族の情緒的発言が退院して家庭に戻った統合失調症患者の再発に影響を及ぼすという感情表出(Expressed Emotion; EE)が研究された。それらの結果、「批判的コメント」、「敵意」、「情緒的巻き込まれ」の言動が一定以上認められる高 EE の家族に戻った患者の再発率は増大することが明らかになった(Leff, & Vaughn, 1985 三野・牛定訳 1991)。家族とともに生活する統合失調症患者の再発を防止し、地域ケアの定着を実現するためには、家族の高 EE をどのように改善するかが課題となる。大島(1995)は、高 EE は行動を理解しにくい慢性患者を身内に抱えたことによってもたらされる一般的な情緒的な反応であるとの仮説を提案している。

心理教育的アプローチ 高 EE の状況を改善するために、家族支援のプログラムとして開発されたのが心理教育的アプローチであり、Kuipers, Lam, & Leff (1993 三善訳 1995) の「ファミリーワーク」、Anderson, Reiss, & Hogarty (1986 鈴木・鈴木監訳 1998/1990) の「心理教育」などが挙げられる。心理教育的アプローチは、精神障害者や家族に対して、病気の性質や治療法・対処法など療養生活に必要な正しい知識や情報を提供するものであり、それが効果的な治療やリハビリテーションを進める上で必要不可欠となる(大島, 1995)。心理教育の目標は、家族が自身の困難感を軽減し、日々の生活での解決可能性を拡大し、そして自分たちの生活の質を高めていけるようになることである。我が国においても、家族への心理教育の効果として EE が低下し、さらに患者の再発率も低下することが明らかにされた(塚田・伊藤・大島・鈴木, 2000)。

3. 統合失調症患者家族のケアへの意識

統合失調症患者家族の心理的問題として、ケアに伴う実際的負担のみならず、患者とともに生活する上でのストレス(大島, 1987)や、スティグマ(Goffman, 1963 石黒訳 1970)、慢性的悲哀(Eakes, 1985)などが指摘されており、障害受容が困難であることが考えられる。そこで、統合失調症患者家族の心理を検討する時、家族が患者のケア役割を負わなければならない現状を踏まえ、ケア役割の受け入れ可能性やその困難さに焦点を当てる必要がある。

統合失調症患者家族のケア体験に関して、家族がケアに囚われた状況に陥ると、ケア提供者であ

る家族のみならず、患者の双方にストレスをもたらし、ケアの質を低下させることが指摘されている（南山，2006）。また、家族は患者への援助者機能による現実的・实际的負担だけではなく、患者を家族に抱え、一緒に生活することそれ自体に伴う精神的負担があることも指摘されている（大島，1987）。さらに、近年、ケア体験において、負担などの否定的側面だけではなく、欲求充足間や患者との関係性などの肯定的側面に注目する必要があることが示唆され始めており、ケア体験を多面的に捉える必要性があると考えられる。

4. 本研究の目的

以上より、本研究では、家族が患者へのケア場面で体験する心理的変容過程、およびケア役割を自身の人生へと位置付けていく過程、すなわちケア役割受容過程について検討することを目的とする。まずケアの中心的担い手である親に焦点を当てて、親におけるケア役割受容過程を検討した。本研究における「ケア役割受容過程」を「発病以降体験する、患者との関係やケアへの取り組みから生じる心理的変容過程」、「ケア役割受容」を「患者を打ち捨てるのではなく、患者との関わりを通じて、患者との適切な距離を保ちながら、よりよいケアを提供しようとする信念を獲得した状態」と定義した。

方 法

1. **対象者**：統合失調症患者の親 13 名、うち父親 5 名（平均年齢 65.60 歳（60～69 歳））、母親 8 名（平均年齢 64.00 歳（53～75 歳））。子どもの平均年齢 37.03 歳（30～45 歳）であり、すべての子どもが好発年齢である青年期に発病している。なお、各対象者における子どもの病型は限定していない。

2. **調査時期**：2009 年 6－9 月

3. **調査手続き**：第 3 者の出入りのない個室で、1 対 1 の半構造化面接を行った。面接調査実施前に、本研究の目的、得られたデータに関する倫理的配慮について説明し、録音および筆記記録、結果の公表についての承諾を得、署名、捺印をもらった。なお、本研究は広島大学倫理審査委員会の承認を得ている。1 回の面接所要時間は 60～120 分であり、内容は後日、録音をもとに逐語記録を作成した。

4. **調査内容**：①患者の病状の概要、②患者の発病前、③発症から現在までの患者の病状の変化や現実的経過、④発症から現在における環境およびその変化、⑤発病から現在までの心理的変容、⑥患者をケアすることへの意識、⑦未来展望、の 7 つの視点から構成された。

5. **分析方法**：小嶋（2004）、前盛・岡本（2008）を参考に分析を行った。まず逐語記録から、発病以降の心理状態、ケア及び子どもとの関わりに関する語りを文章単位で抽出し、それらを内容別に要約したあと、類似したものをグルーピングしてラベリングを行った。得られたカテゴリを下位カテゴリとし、さらに類似した意味内容を持つ下位カテゴリをグルーピングした。このグルーピングは、「発病以降、親が子どもの病気およびケアへの取り組みに対してどのような苦悩を体験し、それらをどのように自己へ位置づけて行ったか」という視点で行った。この手順を繰り返し、統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の仮説モデルにおける各段階とした。最終カテゴリの評定の信頼性を検討

するために、筆者が分析マニュアルを作成し、臨床心理学を専攻する大学院生2名が分析マニュアルに従って、独立して評定を行った結果、評定者一致率は89.25%であった。一致しない項目は、評定者間で協議の上、決定した。

結果と考察

1. 統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の推移

分析の結果、語りの総数179個は、57個の下位カテゴリにグルーピングされ、最終的に「疑惑」、「ショック」「納得」、「混乱」、「自閉」、「悲嘆」、「バランス」、「奮闘」、「交流」、「視点の獲得」、「見守り」、「あきらめ」、「価値づけ」の13個のカテゴリに集約された。この13個のカテゴリを、統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の各段階の状態像とした。各段階の下位カテゴリおよび各対象者の語りを引用し、Table 1に示した。これらをもとに、各段階の状態像を定義し、Table 2に示した。また、この定義をもとに、各対象者の段階間の推移を時系列に沿って分析し、総合したところ、Figure 1に示すプロセスが見られた（なお、対象者の1名は他の障害もあわせ持っている可能性が認められたため、プロセスの分析からは除外した）。これを本研究における統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の仮説モデルとした。

本研究における統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程は、多様な心理が折り重なりながら経過することが示された。初期の段階において親子の心理的距離は近く、親は子どもの状態に情緒的に巻き込まれがちである。その後、「奮闘」や「交流」の段階における作業を通じて、親は症状、薬あるいは異常行動時の気持ちを理解するという視点を獲得することによって、子どもをより対象化して捉える「見守り」以降の段階へ移行するというプロセスが見出された。なお、「悲嘆」、「自閉」、「あきらめ」は次の段階に移行しても継続される場合があることが示された。特に「悲嘆」は、経過に伴い増減や質的な変容が認められるものの、継続的に体験される心理であることが示された。

なお、「行動化への衝撃」は「ショック」の下位カテゴリであるが独立して示した。子どもが自殺未遂などの行動化を起こしたのは対象者のうち2名であり、それぞれ「奮闘」あるいは「視点の獲得」の段階を経たのちに起きていた。仮説モデルを示すにあたり、行動化はいかなる段階においても生じる可能性があるため、「行動化への衝撃」はプロセスの推移に組み込まず暫定的に位置付けた。

2. 特徴的な段階

「混乱」と「自閉」の段階 初期の「混乱」と「自閉」が行きつ戻りつする段階におけるケアは、家庭内での混乱しながらのケアに陥りがちであった。「混乱」の段階では、親は統合失調症に対する否定的感情や知識のなさから、子どもにどう関わればよいかわからず途方に暮れていた。さらに「自閉」の段階に認められる「知られたくない」、「世間体を気にする」という意識から、家族は家庭に閉じこもりがちになり、子どもの存在を周囲に知られないようにひっそりケアを行っていた。そのため親子の距離が近くなり、親は子どもの状態に情緒的に巻き込まれてしまい、感情的に子どもに対応するため、子どもの状態はさらに悪化し、混乱状態へと至る、という悪循環に陥ることが示唆された。この悪循環の中、親は趣味や外出を楽しんだり、仕事に打ち込むなど「バランス」に認め

られる作業によって、自身の心理的安定を保とうと努めていた。一時的にケア場面から後退する「バランス」は、問題を極小化し現実逃避する態度とは異なり、むしろ今後の長期的、継続的なケアを目指したものであると考えられる。

「奮闘」と「交流」の段階 「奮闘」の段階で、親は症状や薬に関する知識を積極的に獲得している。知識を獲得することで、親は対処可能性を高めることができるのみならず、子どもの状態は症状や薬によるものであると理解することができ、子どもをより対象化して捉えることができるようになることが示唆された。一方、「奮闘」の段階では、親は現状を何とか改善しようと懸命に取り組んでいるがため、子どもとの心理的距離が近く、気負いを感じている状態でもある。そういった状

Table 1
各段階の下位カテゴリと発言例

段階	下位カテゴリと発言例
疑惑	予感(B,D)「それまでに何べんもひよっとしたらと思ってるわけ。本を見たりして。」(D)
	とまどい(A,G,H,I)「ちょっとおかしいなという感じになった。」(A)
ショック	否認(E)「精神の病だけなんてはいけないっていう考えでから、受け入れられなかった。」(E)
	衝撃(A,B,G,I,L,M)「先生にそういう説明を受けて、愕然としました。」(M)
納得	行動化への衝撃(F,H)「まさか思わない、自殺未遂なんて。生きていく希望がなくなった。」(F)
	診断に納得(D,E,H,K)「見るからに何かおかしかったんですよ。だからある程度気がついてたんですよ。で、やっぱりそうだったのかなって。」(H)
混乱	安堵(B)「入院させて私が落ち着いた。だって、何をすることも見てないといけないから。」(B)
	認識不足(F,H,M)「難しい病気だという認識は全然なかったですね。」(M)
	拒絶(F)「何の病気がって、仕事をしてたから聞かなかった。」(F)
	不安/混乱(B,D,E,G,H,L)「家族会に行っても泣くだけで。どうしたらいいかわからないから。」(H)
	絶望(C,L)「この10年くらい真っ暗だった。出口のないトンネル。道はないと思いつながら。」(C)
責任の追及(I,J)「家内にかなり責めるような言い方をした。時には言い合いもした。」(I)	
Drショッピング(H)「カウンセリングだったり、いろんなところを聞きつけては行ったり。」(H)	
自閉	知られたくない(A,B,C,G,L,M)「この病気を知られたくないって思うんです。」(A)
	世間体を気にする(A,B,E,H,I)「この家から、この私から、自分でも病気を卑下してるんだけど、精神病になったっていう人が出ちゃいけないの。」(B)
	押さえつける(B)「私がああしちやいけん、こうしちやいけんって言う。」(B)
	ケアの制限(B,C)「私がたとえ、その施設ができたとしても行かさないだろう。あそこに入るのは、悪いて世間が決めてるじゃないですか。」(B)
悲嘆	無力感(A,H)「何ができて言ったら何も無い。心配するしかない。」(A)
	いらだち(H,K,L)「わからないときは何でこんななんだろうとか、息子じゃないみたいとか、こんなはずじゃなかったのって、息子を責める自分がいる。」(H)
	先行き不安(A,B,D,E,G,I,K)「自分たちは、やがて娘の面倒を見ていくことは難しくなる。その時にどうなるかという心配はずっとある。」(I)
	発病前の子どもを思う(B)「あの子が大人になることで、私は(病気に)なる前のbを思い出す。すごくいい子だった。」(B)
	普通の人生と比較して嘆く(B,K)「普通ならもう結婚しとるのになあとと思うと…。」(B)
	他の障害と比較して嘆く(L)「うちの息子が身体障害で、足や手が悪くてっていうんだったら、もっと気が楽だったんだろうなと思ったことがいっぱいある。」(L)
	対応後の後悔(A,C,E,H)「再発したことについて、話し合いが足りなかったって。」(A)
	子育てへの後悔/自責(A,C,F,J,K)「やっぱり自分が病気にしてしまったって言うね、育て方っていうか自分を責めることがありますよね。口うるさく言ったり。」(A)
共揺れ(A,F,H,I)「ものすごく状態が悪い時って言うのは、エネルギーを吸い取られるって言ういいかたおかしいですけど、本当そうなんですよ。」(H)	

Table 1の続き

バランス	趣味や外出を楽しむ(A,C,G,H)「私がダメになったらいけないから、趣味をしたり。」(C)
	仕事に打ち込む(I,K,M)「(支えは)仕事を一生懸命すること。仕事で忘れることくらい。」(K)
	切り離す(K)「ある程度切り離さないと。これ以上考えまとも切り離すんよ。」(K)
奮闘	抱え込み(A,B,C,G,H,L)「全部そろえる。朝ご飯はこれ、昼ごはんはこれ、晩御飯はここ。はい、薬。自分でしないだもん。」(B)
	知識の獲得(A,C,F,H,I,J,M,L)「先生からいろんな話を聞きながら、そうなんだ、そうなんだっていうようなことを知ってきた。」(H)
	自分を奮い立たせる(B,D,H)「誰に相談すればええん？自分の子は自分で守るって思って。」(D)
	よくなる希望をもつ(A,E,M)「(明るくしている他の家族を見て)それがすごくトンネルの中で光を見たような気がしました。」(A)
	宗教の支え(E,H)「宗教的な所で勉強させてもらって、世間体とかお金とか、人生の幸せが決まるわけではないと、気づかせてもらった。」(H)
	医師への不信(D)「今度来たら精神科の閉鎖病棟のある所に入院させる、これっておかしいんじゃない？これは行きすぎて。」(D)
	家族なりの治療(C,D,F)「その病院の薬は置いといて、別の病院の薬を飲ませとった。」(D)
交流	自分だけではない(B,G,H,I,L)「同じ悩みをしている人がこんなにたくさんおるんかと思った。」(L)
	他の家族との交流(A,D,F,K)「人の話を聞いたりとか、親の会とかでいろいろ聞いて。ああ、そうか、こういう考えもあるんじゃないかと聞いた。」(K)
	他患と比較して安心する(A,C)「(他の家族と困っていること挙げ)楽になったんです。他の人と比べて、できていることが多いから。」
視点の獲得	病気という認識を持つ(D,H,L,I,M)「病気のためにそういう風になってるっていうのが理解できてからは、同じ表情してもかわいそうになって思いが出てきた。」(H)
	薬を通じた理解(C,F)「本人の状態を薬を介して知っていった。」(F)
	自分が変わる(B,E)「私が変わるじゃないですか。変わったら子どもも変わった。」(B)
	肯定的に捉える(E)「(eの行動化は)癒していくチャンスとして捉えるようにしています。」(E)
	異常行動に対する気持ちの理解(D,K)「だんだんと本人が怖いんじゃないかっていうのがわかってきました。だんだん納得行き出した。」(D)
隠さなくてもよい(A,B,C,G,H,I)「隠すような気持ちでいてもしょうがないじゃないかと思えるようになった。」(I)	
見守り	見守る(H,K,M)「じっと見守ってあげる。」(H)
	任せる(A,D,H)「障害者手当の口座を私がずっと管理してたんですけど、息子に預けて、これで生活と食べることにねって息子に渡してね。」(H)
	自立を促す(C,M)「自立させる道が子どものためだから。私が死んでから、自分でちゃんとできるように。」(C)
	見直す(A,H)「私が思ってた以上にこの子たくましいなって。私も息子のことを見直した。」(H)
	他者への援助を通じて子どもを支える(C,E,I)「いつ子どもが人のお世話になるかもわからないから、ボランティアをやってるんです。今じゃなくて、私が亡くなってから、誰か息子を助けてくれたらいいなっていうのがあるから。」(C)
	生き生きと生きることで子どもを支える(E,H,L)「私自身が前向きにやってる状態って言うのが、いい意味で息子に(働けばいいと思う)。」「(H)
あきらめ	居場所づくり(A)「だから居場所づくりをしようって。お店を家族で(している)。」「(A)
	あきらめる(D,I,K,L)「治ってくれればいいですけど、それも難しい。なりゆきっていうかある意味でのあきらめっていうほうが近いかなあ。」(I)
価値づけ	親だから仕方がない(B,G)「私だって、(ケアを)しんどいけえたくない。でも、せにやいけんのよね。親じゃええね。私の場合は仕方なく。」(B)
	子どもを通じた成長(C)「今は人の痛みがわかる人間になった気がする。だから私も悩んでる人たちがあつたら、支えになってあげたりしたいなって思いますよ。」(C)
	子どもへの価値づけ(E,H,K,L)「私がここまで変わることができたのは息子のおかげ。少しずつでもね、自分のあるがママを見つめてこれたのは息子のおかげじゃって思ってたんよね。」(E)
豊かな人生を生きる(C,L)「私ももう60代になって、この先何年生きれるかわからないから、自分の人生も楽しまなきゃダメだっていう気になってね。」(C)	

Table 2
各段階の定義

段階	定義
疑惑	子どもの発症時の異常な言動に対する戸惑いや、精神病ではないかという予感を感じている状態。精神病に対する否定的感情から、発症を否認することもある。
ショック	医師からの診断および処置に対する心理的ショック状態。また、急性期における行動化に対して、激しい動揺と衝撃を感じている状態。
納得	診断を得たことで、それまでの子どもの異常な言動が症状によるものだと理解し、納得や一時的な安堵を得た状態。
混乱	統合失調症に対する否定的感情や知識のなさから、子どもにどう関わればよいかわからず途方に暮れている状態。
自閉	統合失調症に対する否定的感情や恥の意識から、社会とのつながりを切断しようとする状態。
奮闘	子どもが統合失調症であるという事実を受け止め、現状を何とか改善しようと懸命に取り組んでいる状態。子どもとの心理的距離が近く、情緒的に巻き込まれがちである。
交流	他の家族や患者との交流を通じ、安心感や見通し、他者の視点を獲得する作業。
バランス	趣味や仕事など、ケア以外の作業に取り組むことで、子どもとの心理的・現実的な距離をとって心理的安定を保とうとする作業。
悲嘆	子どもに対する罪悪感や病気に対する否定的感情にとらわれている状態。子どもへの関わり方がわかってくるにつれ、減衰することもあれば生じることもある。
視点の獲得	ケアや子どもの状態を理解する視点を獲得し、自己の中に定位した状態。ケアにあたり、統合失調症であると周囲に隠すことの弊害に対する気づきを得られ、自閉の態度が減じるきっかけにもなる。
見守り	子どもとの心理的距離を適切にとりながら、子どもの主体性を尊重しようとする態度。
あきらめ	子どものケアを引き受けてはいるものの、現状を何とか改善しようとする積極的な取り組みをあきらめ、ケア役割を親の責任とあきらめることで整理をつけている状態。
価値づけ	成長感や自身の人生が変わったことへの意味付けを通じて、そのきっかけとなった子どもに感謝している状態。また、親自身の死が視野に入り始め、自分の人生を充実させようとする試みも見られる。

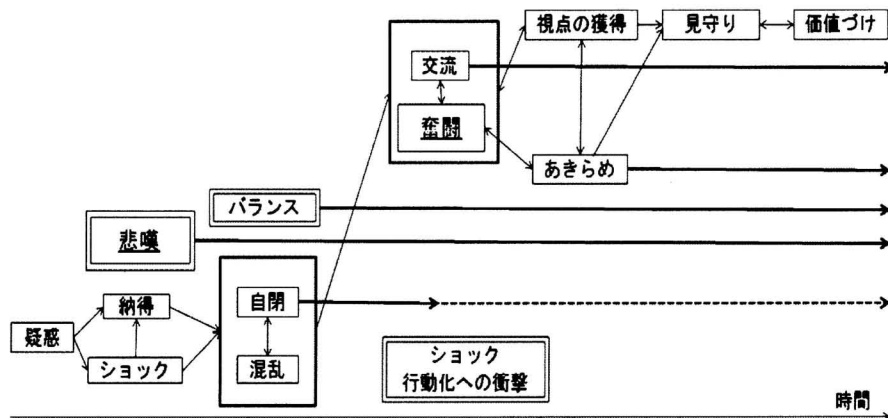


Figure 1.
統合失調症患者の親における
ケア役割受容過程

- : 各段階
 - : 縦軸にある段階と同時期に生じ、その後の各段階と行きつ戻りつする、あるいはその可能性がある状態
 - : 内側の2つの段階が行きつ戻りつを繰り返す状態
 - ⇄ : 行きつ戻りつの推移
 - : 以降の段階においても継続される状態
 - -> : 減じたものの、継続される状態
- 注) 全対象者が通過した段階に下線を記した

況の中、「バランス」における取り組みによって、現実的に子どもとの距離をとることが親の心理的安定につながり、ひいては親子の心理的距離を適切にとることにつながっていた。

さらに、「交流」における取り組みとして、自助グループや家族心理教室へ参加し、他の家族や患者と交流をすることで、自身にはない他者の視点を獲得することが可能となり、親は子どもとの関係に過度に没頭するのではなく、適度な距離を測ることが可能となっていた。また、「交流」によって「自閉」の態度が低減することも示唆された。これは以下に詳しく記述する。

「自閉」と「交流」の関連 本研究の対象者は、全員が自助グループに参加していた、あるいは参加した経験があった。その中で、他の家族や患者との交流を通じ、病者を抱えているのは、あるいは苦悩を感じているのは自分だけではないと安心感を得ていた。これは、Yalom & Vinogradov (1989 川室訳 1991) の示した普遍性 (universality) によると考えられる。普遍性とは、問題の分かち合いによって、他者も自分と同じような感情や問題を持つことを理解し、孤独感から免れ、安堵感を持つということである。親は「交流」の取り組みを続けていくことで、スティグマを背負ったのは自分だけではないという安心感を得ることができ、それが「自閉」に認められる社会との切断しようとする態度 (下位カテゴリの“知られたくない”, “押さえつける”) が低減する一助にもなっていた。一方で、世間体を気にしたり、病気の子どもを恥ずかしいと感じる恥の心理 (“世間体を気にする”) は、「交流」によって低減はするものの、継続される傾向があった。

「悲嘆」と「バランス」の段階 「悲嘆」は継続的に体験されており、Olshansky (1962), Eakes (1995) によって指摘された慢性的悲哀と同様の心理状態であると考えられる。さらに、子どもへ何もしてあげられないことへの無力感や、懸命にケアしても状態が改善されないことへのいらだち (下位カテゴリの“無力感” “いらだち”) は、知識やケアの視点を獲得することで低下する傾向にある。その一方で、親亡き後や子どもの将来に不安を覚えたり、状態が良くなったことで発病前の子どもが戻ってくるのではないかと期待したり、もっとよい対応の仕方があったのではないかと悔やむ態度 (下位カテゴリの“先行き不安”, “発病前の子どもを思う”, “対応への後悔”) は、知識やケアの視点を獲得し、病気の性質や今後の見通しが得られるにつれ生じてくる傾向があった。すなわち、「悲嘆」は経過によって強さや性質に幅が認められることが指摘できる。また、この長期的で継続的な「悲嘆」によって親は苦悩するが、「バランス」における取り組みによって安定を維持することが可能となっていた。

また、「バランス」は父母間で特徴的な差異が認められた。下位カテゴリの“仕事に打ち込む”はすべて父親による語りであり、父親は子どもの発病初期にはケア場面から撤退する傾向があることが指摘できる。長山 (1994) は、父親は経済的に家族を支える役割を担うことが重要な責務となりやすく、父親のケアへの関与は限定されがちであること、父親は退職後、ケア場面に加わる人が多いと述べている。また、南山 (2006) は、父親が家系中心者であり世帯収入が高い場合、家族への責任負担を果たしているものとみなし、ケア役割を自らの責任を超えるものとして捉える傾向があることを指摘している。本研究でもこれと同様の結果が認められた。しかし、この父親の態度は、子どもが発病したことへの「ショック」や「混乱」から自身を回復させる作業でもあることが推測できる。父親による初期のケア場面からの撤退は、母親の負担増大につながることは、確かに

問題として指摘できるが、その一方で仕事に打ち込むことは経済役割を担っている父親なりの心身のバランスをとろうとする重要な作業となっていた。

「価値づけ」の段階 「価値づけ」の段階は、障害受容研究における受容の状態と類似してはいるものの、その本質は異なることが推察された。上田（1980）は、障害受容を「あきらめでも居直りでもなく、障害に対する価値観の転換であり、障害をもつことが自己の全体としての人間的価値を低下させるものではないことの認識と体得を通じて、恥の意識や劣等感を克服し、積極的な生活態度に転じること」と定義している。本研究における親は、「価値づけ」の段階に至っても「あきらめ」や「自閉」、「悲嘆」が継続的に体験されていた。統合失調症という病気をもったことは不幸ではあるが、この体験は価値づけられるものであり、成長感を感じることもある、といったように肯定的意味は消極的に付与されており、病を不幸なもの、あるいは劣等性をもったものという否定的な枠組みでとらえる態度が、肯定的な枠組みで捉える視点に転じる事例は少なかった。これは、スティグマが関連してくることが推察できる。精神障害の場合、病に対する否定的な認知の枠組みを転じることは困難であり、上田（1980）の述べる「真の受容」には至ることは困難かもしれない。一方で、親がその体験から肯定的な意味を見出していることは重要である。ケア継続のためにケア体験における肯定的な側面を発見することの重要性が指摘されているように（岩崎，1996）、「価値づけ」の段階に認められる心理は今後のケア継続の要因となる可能性が示唆された。

まとめ

本研究の統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程は、病やケアに対する否定的な態度を抱えながらも、よりよいケアの在り方や患者との適切な距離を模索しながら、病や体験を捉えなおすプロセスであることが示された。そして、親が子どものケアに取り組む時、子どもを対象化して捉える視点を獲得すること、そして子どもとの適切な心理的距離を保つことが、親の心理的安定につながり、長期的なケアの継続が可能となることが示唆された。感情表出研究から「批判的コメント」、「敵意」、「情緒的巻き込まれ」の言動が一定以上認められる高EEが患者の再発率を高めることが指摘されており、上述の視点がケア継続のために重要となることは妥当な結果であると考えられる。また、子どもを対象化して捉え、子どもとの適切な距離を保つために、ケア以外の作業に取り組む「バランス」や、他の家族や患者との「交流」が重要となることが示唆された。さらに、心理教育などによって親に知識を提供すること、子どもの状態を理解するための視点の獲得を模索することを援助することもまた、親への重要な援助となると考えられる。また、「悲嘆」や「自閉」など病やケアに対する否定的感情は長期に継続されることから、例え、患者の状態が回復しても、家族を長期的に援助する必要性が示唆された。

本研究の限界として、小人数の対象者から得られたものであることが指摘できる。本研究で示された統合失調症患者の親におけるケア役割受容過程の仮説モデルについて、さらにサンプル数を増やし、対象者の様々な特性について詳細に検討することで、現在のモデルの一般化可能性を検証するとともに、モデルの信頼性、妥当性を精緻化する必要がある。また、本研究のすべての対象者

は、発病後、比較的早期に医療機関を受診していることや、自助グループに参加している、あるいは参加した経験があり、比較的ソーシャルサポートを得やすい立場にあった。しかし、その一方で、知識のなさや精神病への否定的感情から、未治療の患者を抱える家族や、自助グループなどへ参加することなく他の家族との交流を避けている家族がいることもまた予想される。今後は、対象者の数を増やし、幅を広げることで、その相違が生じる要因を検討する必要がある。

引用文献

- Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E. (1986). *Schizophrenia and the family :A practitioner's guide to psychoeducation and management*. New York : Guilford Press. (アンダーソン, C. M., レイス, D. J., & ハガティ, G. E. (1998/1990). 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)
- Eakes, G. G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, **9**, 77-84.
- From-Reichman, F. (1948). Notes on the development of treatment schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, **11**, 263-273.
- 小嶋由香 (2004). 脊椎損傷者の障害受容過程 : 受傷時の発達段階との関連から 心理臨床学研究, **22**, 417-428.
- Goffman, E. (1963). *Stigma :Notes on the management of spoiled identity*. Englewood : Prentice-Hall. (ゴッフマン, E. 石黒 毅(訳) (1970). スティグマの社会学—烙印を押されたアイデンティティ せりか書房)
- 岩崎弥生 (1996). 分裂病患者をケアしている家族成員の情動的負担とコーピング: 質的研究 日本看護科学会誌, **16**, 114-115.
- Kuipers, E., Lam, D., & Leff, J. (1993). *Family work for schizophrenia :A practical guide*. London : Gaskell. (カイパース, L., ラム, D., & レフ, J. (1995). 三野善央・井上新平 (訳) 分裂病のファミリーワーク 星和書店)
- Leff, J., & Vaughn C. (1985). *Expressed emotion in families*. The Guilford Press. (レフ, J., & ヴォーン, C. 三善善央・牛島定信 (訳) (1991). 分裂病と家族の感情表出 金剛出版)
- 前盛ひとみ・岡本祐子 (2008). 重症心身障害児の母親における障害受容過程と子どもの死に対する捉え方との関連—母子分離の視点から 心理臨床学研究, **26**, 171-183.
- 南山浩二 (2006). 精神障害者—家族の相互関係とストレス— ミネルヴァ書房
- 長山晃子 (1994). 障害者への家族の関わり方—父親を中心に 石原邦雄 (編) 精神障害者を世話する家族の歩みと思い 東都大ライフヒストリー研究会報告書 pp. 55-60.
- Olshansky, S. (1962). Chronic sorrow: A response to having a mentally defective child. *Social Casework*, **43**, 190-193.
- 大島 巖 (1987). 精神障害者をかかえる家族の協力態勢の実態と家族支援のあり方に関する研究

- 精神神経学雑誌, **89**, 204-241.
- 大島 巖 (1995). 精神障害者・家族援助の限界性と可能性 保健医療社会学論集, **6**, 24-29.
- 大島 巖・伊藤順一郎 (1995). 再発予防と Expressed Emotion(EE) 精神医学, **37**, 53-58.
- 大島啓利・鈴木康之 (1990). 障害者(児)をもつ家族 岡堂哲雄(編) 臨床心理学大系4 家族と社会 金子書房 pp. 267-284.
- 塚田和美・伊藤順一郎・大島 巖・鈴木 丈 (2000). 心理教育が精神分裂病の予後と家族の感情表出に及ぼす影響 千葉医学雑誌, **76**, 67-73.
- 上田 敏(1980). 障害の受容—その本質と諸段階について— 総合リハビリテーション **8**, 515-521.
- Yalom, I. D., & Vinogradov, S. (1989). *Concise guide to group psychotherapy*. Washington, D.C. : American Psychiatric Press. (ヤーロム, I. D. & ヴィノグラードフ, S. 川室 優(訳) (1991). グループサイコセラピー: ヤーロムの集団精神療法の手引き 金剛出版)