

うつ病家族に対する家族心理教育の心理社会的負担軽減効果

— 予備研究報告 —

香 月 富士日¹⁾, 佐々木 恵²⁾, 竹 内 浩²⁾
 橋 本 玲 奈³⁾, 内 藤 敦 子³⁾, 吉 松 由 子³⁾
 今 泉 祐 治⁴⁾, 古 川 壽 亮²⁾

要 約

うつ病は高頻度疾患で、特に日本では年間3万人を超える自殺者の背景としてうつ病が関与していると考えられており深刻な社会問題となっている。うつ病は、回復に時間を要すること、また再発も多いことから患者を支える家族の悩みも深刻である。この研究の目的は、うつ病家族を対象に家族心理教育を行うことで、家族の心理社会的負担が軽減されるかを確かめることである。今回の予備研究では、11名のうつ病患者家族に対して、家族心理教育を行い、自記式質問紙を用いて評価を行った。その結果K6という精神的健康度を評価する尺度で、有意に改善が見られたので報告する (P=0.011)。

キーワード：うつ病、家族心理教育、心理社会的介入

I. はじめに

うつ病は、年間有病率1.4~1.6%、生涯有病率は男性で16.4%、女性で22.3%であり、高頻度の疾患である。また、特に日本では年間3万人を超える自殺者の背景としてうつ病が関与していると考えられており深刻な社会問題となっている。うつ病の予後については1年後でも約40%の患者がうつ状態があったという報告があり、また再発も多いことから、患者を支える家族の悩みも深刻である。

精神疾患患者は、療養生活が長期化することやスティグマなどの特殊性から、患者を支える家族の心理社会的負担は重いことが知られている。統合失調症の家族の心理社会的負担に関するものはすでに多数報告されている^{1),2)}。気分障害に関しての Ostacher MJ らの報告では、家族の客観的負担度は、患者の躁状態の程度とは関連がなかったが、うつ状態の程度と有意な関係があったと報告している³⁾。気分障害の中のうつ病については、Scazuca M らが、家族の負担感、うつ病の重症度によって影響を受け、また療養期間が長いほど、負担が重かったと報告している⁴⁾。

家族の心理社会的負担の軽減および患者の再発予防の方法としては、家族心理教育が知られている。家族心理教育は、精神疾患患者を抱えた家族に対して行われる精神科リハビリテーションのひとつである。家族心理教育は、家族に対して心理的配慮を十分した上で疾患や社会資源などの正確な情報を伝え、問題解決技法を使ったグループセラピーを行う中で家族をエンパワメントしていくものであり、そのことで心理社会的負担が軽減され、家族の患者への接し方が安定し、それが患者の再発予防につながるというものである⁵⁾。

統合失調症患者の家族に対する家族心理教育の効果については、多くのメタ解析が報告され、世界的に確立している⁶⁻⁸⁾。Murray-Swank AB らの報告では、30の無作為割り付け比較試験 (RCT) のメタ解析から、家族心理教育はそれを行わなかった群に比べ、再発率を下げ、精神症状を改善させる優れた方法論であることを確認し、臨床場面で一般化する方法論を論じている⁸⁾。家族心理教育は、様々な疾患で試みられており、気分障害でも多くの研究がある。躁うつ病患者家族を対象として行ったRCTでは、家族心理教育プログラムを受けた群の方が、受けなかった群と比較して有意に再発率が下がっ

- 1) 名古屋市立大学看護学部
- 2) 名古屋市立大学医学研究科 精神・認知・行動医学
- 3) 名古屋市立大学病院看護部
- 4) 名古屋市立大学薬学研究科 細胞分子薬効解析学

たと報告している^{9,10)}。しかし、気分障害の中のうつ病に限定すると、うつ病の子供の親に対しての家族心理教育効果が1件報告されていたものの¹¹⁾、全体では極端に少なく、日本での報告はまだない。その1件のSanford Mらの研究では、思春期のうつ病患者の家族を対象に家族心理教育を行った結果、子どもの思春期の社会機能と、家族との関係性が有意に改善していたと報告している¹¹⁾。

以上のことから、うつ病の家族心理教育を実施することは、家族の心理社会的負担を低下させられるのではないかと予測される。また、そのような報告はまだ少ないことから本研究を行う臨床的意義があるものと考えられる。

II. 研究目的

今回の研究目的は、うつ病患者家族が家族心理教育プログラムを受けることで、心理社会的負担が軽減するかを実証的に示すことである。

1. 研究デザイン

本研究は、うつ病の家族を対象に家族心理教育という介入を行う実験的研究である。対照群は置かない前後比較試験で、評価は介入の前後に自記式質問紙を用いて行う。

2. 研究期間

2008年6月から10月

3. 対象

A病院を受診されたうつ病患者の家族で、家族心理教育への参加を希望された方の中から研究参加の同意が得られた方を対象とした。

4. 介入

家族心理教育は、1クールは4回のグループ療法を含んだセッションから構成されている。

2週間ごとに1回2時間のセッションで、実施期間は全部で6週間である。2時間のうち前半30分は情報提供(1回目:疾患について 2回目:治療について

3回目:社会資源について 4回目:ご家族の接し方やコミュニケーションについて)をし、それに続いて90分の問題解決技法を用いたグループ療法を行う。グループは、参加家族6~7人に対し、スタッフ(医師・看護師・臨床心理士)3~4人で行う。

家族心理教育は、米国の保健省が発行しているEBP(Evidence Based Practice)ツールキットプロジェクトのガイドラインや¹²⁾、国府台病院(千葉県市

川市)を中心に日本で標準化されたものを参考に行う。また、情報提供は高知大学医学部精神医学教室が開発したうつ病心理教育用ビデオおよびテキストを使用する^{13,14)}

5. 評価

参加家族に対して、第1回目開始前と第4回目終了時の計2回に質問紙調査を施行した。2回の調査は同じ質問内容である。年齢、性別、患者との続柄、同居別居の別他に、以下の4つの尺度を使用した。

(1)K6:精神的健康度を測る尺度で、米国のKesslerらが開発され、古川らによって日本語版が作成された^{15,16)}。「気分が沈みこんで何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか」や「自分は価値のない人間だと思いましたか」などの6問の質問からなり、24点満点で、点数が高いほど精神的に不健康であることを示している。

(2)Zarit介護負担尺度日本語版(J-ZBI-8):Zaritらが開発した尺度で、介護家族の負担を測るものである。荒井らによってZarit介護負担尺度日本語版短縮版(J-ZBI-8)が作成された¹⁷⁾。8問の質問は、「介護があるので家族や友人と付き合いづらくなっていると思いますか」や「介護を受けている方の行動に対し、困ってしまうことはありますか」などである。32点満点で点数が高いほど介護負担が大きいことを示している。

(3)Family Attitude Scale(FAS)日本語版:FASはKavanagh, DJらによって開発された家族の感情表出(EE)評価を行うための質問紙である¹⁸⁾。EE研究は、統合失調症の家族研究において発展してきており、EEとは家族と患者の関係性を表す指標のひとつである。FASは、藤田らによって日本語への翻訳が行われており、日本でFAS日本語版を使用した調査で良好な妥当性が認められている¹⁹⁾。質問内容は、「私を疲れさせる」や「私を一人にしておいて欲しい」などの30問、120点満点で点数が高いほど感情表出が高いことを示している。

(4)生活困難度尺度:大島によって開発された尺度で、患者とともに暮らすことで家族の生活行動がどの程度障害されているかなど家族機能の障害の程度を測定する²⁰⁾。家族の経済的負担や将来設計に関する不安などについての30点満点の質問で、点数が高いほど生活困難度が高いことを示している。

6. 解析

K6、J-ZBI-8、FAS、生活困難度尺度それぞれにおいて、参加者全員および、男女別の介入前後の平均値を出した。また、対応のあるT検定を用いて介入前後の得点を比較した。検定の有意水準は5%とした。

表1 家族心理教育前後の変化

評価尺度	対象者	介入前		介入後		P値
		平均	SD	平均	SD	
K6	11	9.8	5.8	4.4	3.6	0.011
J-ZBI-8	11	8	4.9	5.8	3.9	0.059
FAS	11	38.1	10.1	34.8	15	0.451
生活困難度尺度	11	5.5	2.1	4.7	2.6	0.158

表2 家族心理教育前後の変化(男性のみ)

評価尺度	対象者	介入前		介入後		P値
		平均	SD	平均	SD	
K6	5	12.2	7	6	3.2	0.156
J-ZBI-8	5	8	4.3	6.4	4	0.035
FAS	5	36.4	3.2	39.2	14.5	0.7
生活困難度尺度	5	5.4	2.6	5	2	0.621

表3 家族心理教育前後の変化(女性のみ)

評価尺度	対象者	介入前		介入後		P値
		平均	SD	平均	SD	
K6	6	7.8	4.1	3.1	3.6	0.029
J-ZBI-8	6	8	5.8	5.3	4.1	0.218
FAS	6	39.6	13.8	31.1	15.6	0.153
生活困難度尺度	6	5.6	1.8	4.5	3.2	0.201

7. 倫理的配慮

本研究は、名古屋市立大学看護学部および医学部の倫理委員会の審査を受け行っている。研究対象者へは書面にて研究概要、研究参加は任意であることや、研究途中でも参加辞退が可能であることなどを説明し、書面にて同意を得た。

IV. 結 果

1. 参加家族の背景

11名の参加家族の基本属性は、平均年齢63.4(SD=11.4)歳、男性5名、女性6名だった。患者との続柄は、父親1名、母親5名、夫3名、妻1名、子供1名だった。また、6名が患者と同居、5名は別居であった。参加家族のうち9名は患者が大うつ病性障害患者の家族、2名は躁うつ病患者の家族であった。

2. 家族心理教育前後の参加家族の変化

家族心理教育前後の参加家族の変化を表1に示した。全体では、K6得点平均は、介入前が9.8(SD=5.8)、介入後は4.4(SD=3.6)であった。J-ZBI-8得点平均は、介入前が8.0(SD=4.9)、介入後は5.8(SD=3.9)であり、FAS得点平均は、介入前が38.1(SD=10.1)、介入後は34.8(SD=15)であった。生活困難度尺度得点平均は、介入前が5.5(SD=2.1)、介入後は4.7(SD=2.6)であった。介入前後で対応のあるT検定を

行ったところ、K6得点において有意差がみられたが、J-ZBI-8、FAS、生活困難度尺度においては有意差は見られなかった。男性では、J-ZBI-8得点のみが有意に下がっており、女性では、K6得点のみが有意に下がっていた(表2, 3)。FASに関しては、女性は家族心理教育参加後に平均得点が下がっていたが、男性は平均得点が上がっていた。図1に参加家族全員の介入前後の尺度得点変化を示した。FAS得点において、1名が介入後に大幅に増加していることがわかる。

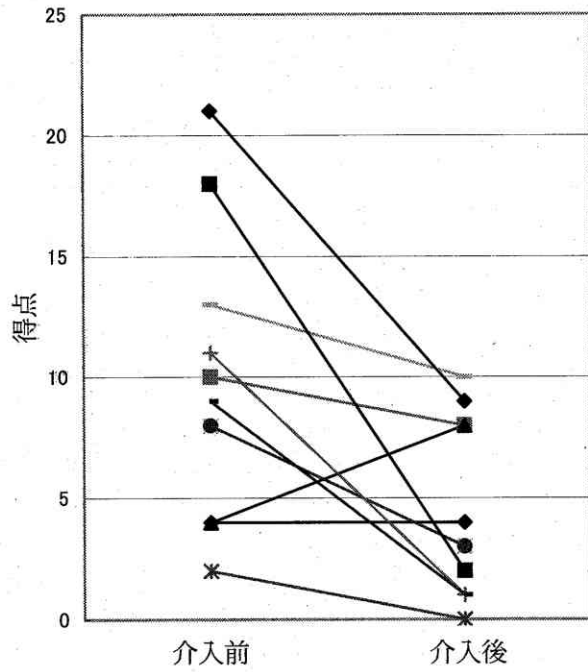
V. 考 察

1. 家族心理教育前後の参加家族の変化について

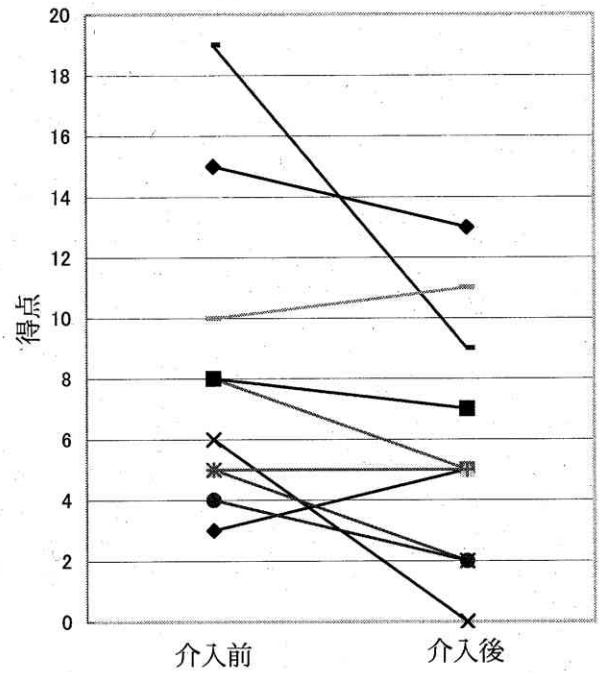
今回の予備研究では、うつ病患者の家族を対象として、家族心理教育を行い、その介入前後で参加家族にどのような変化があるかを検討した。精神的健康度を評価するK6得点は、家族心理教育前後で有意に下がっており、これは、介入期間6週間の間に、対象家族の精神的健康が改善していることを示唆している。K6については、男女共に平均得点が下がっていた。

家族の介護負担感を評価するJ-ZBI-8、生活困難感を評価する生活困難度尺度ともに、介入前後で得点平均が下がっており、これは介入期間6週間の間に、対象家族の主観的な介護負担感、生活困難感が軽減する傾向にあることを示唆している。

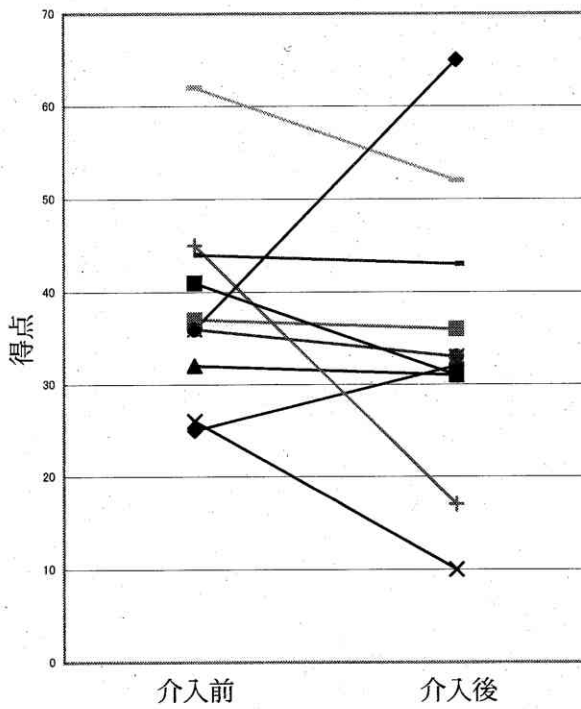
K6得点の介入前後変化



J-ZBI-8得点の介入前後変化



FAS得点の介入前後変化



生活困難度尺度の介入前後変化

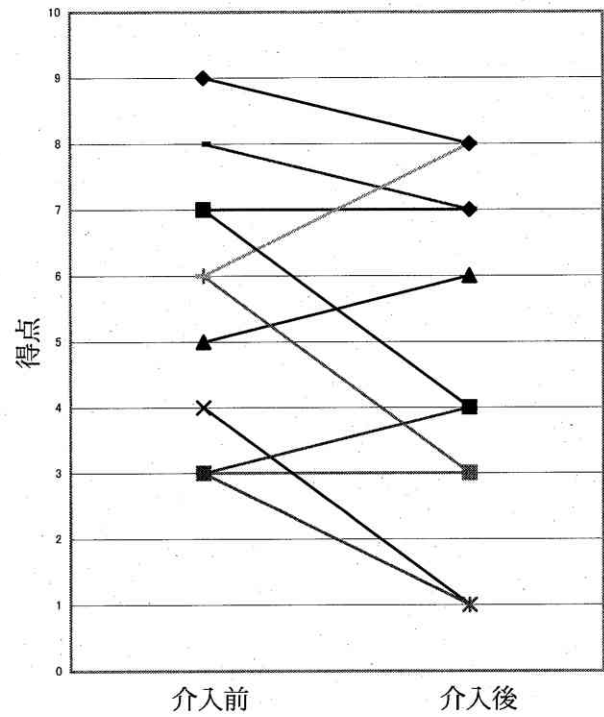


図1 家族心理教育前後の各尺度の得点変化

しかし、家族の感情表出 (EE) を評価する FAS は、女性では平均得点が下がっているものの、男性では上がっていた。家族の感情表出 (EE) 研究は、統合失調症の家族研究において発展してきたもので、EE とは家族と患者の関係性を表すものである。高い感情表出 (high EE) は、病気や症状、治療法、社会資源に対する知識・情報不足によってもたらされ、また不慣れな対応方法や、不適切な対処技術、孤立、ソーシャルサポート不足によって起こることがわかっている。また慢性的に患者を抱え困難な状態であるという家族の負担度と EE が関連することも示されている。特に、メタ解析の結果、high EE は統合失調症の再発予測因子として明らかに位置づけられていることから、EE は家族の心理社会的負担の評価指標として注目されている。統合失調症家族の EE と予後については、多数報告されており、high EE の家族の方が 9 ヶ月再発率が有意に高くなることは繰り返し確かめられている²⁰⁾。うつ病家族の EE と患者の病状についての報告もいくつかなされている。Hayhurst らの報告では、配偶者の EE と患者の再発とは関係が見られなかったと報告しているものの²²⁾、多くの研究はうつ病家族の EE と患者の病状の経過には関係があり、high EE は悪い予後を予測すると報告している²³⁻²⁵⁾。

このようなことから、EE を評価する FAS 得点の変化は家族心理教育の効果指標として重要な位置にあると考えられる。今回の結果は、女性は、家族心理教育に参加することで、サポートを得られたことを実感しやすいが、男性の場合はそういう感覚が得られにくいということを示しているのかもしれない。しかし、今回の男性5名の中で、FAS 得点が大幅に上昇したのは1名のみであった。このことから、その男性対象者の個別的な背景が影響していることも考えられる。その1例を除いた解析では、介入前の FAS 得点は 38.4 (SD=10.6)、介入後は 31.8 (SD=11.7) であった (P=0.063)。今後は対象者数を増やすことで、このようなケースが特殊なのかどうかを吟味する必要があると考えられる。

2. 研究の限界と今後の課題

今回は、予備研究として11名のデータの解析を行い報告した。結果より、少ない対象者数であったが、うつ病患者家族を対象とした家族心理教育は、心理社会的負担軽減効果を期待できるという示唆が得られたのではないかと考えられる。

今後は対象者数を増やし、さらに詳細な解析をすることで、より多くの結果が得られるのではないかと考えられる。特に、今回は性別において若干の傾向の差が見られた。また、同じ家族といっても、続柄によっ

て日常生活や将来への不安に与える影響は違うであろうことが推測され、心理社会的負担感の程度やその種類も違いがあるのではないかと考えられる。今後は、そのような点を踏まえて解析することが重要である。

謝 辞

本研究にあたり調査にご協力くださいましたご家族の皆様様に深く感謝いたします。本研究は、平成20年度名古屋市立大学特別研究奨励費の助成を受けて行っております。

文 献

- 1) Awad A.G., Voruganti L.N.P.: The burden of schizophrenia on caregiver: a review, *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-62, 2008.
- 2) Saunders J.C.: Families living with severe mental illness: a literature review, *Issues Mental Health Nursing*, 24(2), 175-98, 2003.
- 3) Ostacher M.J., Nierenberg A. A., Iosifescu D. V. et al. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with bipolar disorder, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 46-56, 2008.
- 4) Sczufca M., Menezes P. R., Almeida O. P.: Caregiver burden in an elderly population with depression in San Paulo, Brazil, *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 37, 416-422, 2002.
- 5) 後藤雅博編著: 家族教室のすすめ方—心理教育的アプローチによる家族援助の実践, 金剛出版, 1998.
- 6) Pitschel-Walz G., Leucht S., Bauml J., et al.: The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia - A Meta-analysis, *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92, 2001.
- 7) Dixon L., Adams C., Lucksted A. : Update on Family Psychoeducation for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 5-20, 2000.
- 8) Murray-Swank A.B., Dixon L.: Family psychoeducation as an evidence-based practice, *CNS Spectrums*, 9(12), 905-912, 2004
- 9) Mikloitz, D.J., George, E.L., Richards J.A., et al; A randomized Study of Family - Focused Psychoeducation and Pharmacotherapy in the Outpatient Management of Bipolar Disorder, *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912, 2003.

- 10) Miklowitz, D.J.: A Review of Evidence Based Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder, *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 28–33, 2006.
- 11) Sanford M., Boyle M., McCleary L., et al.: A pilot Study of Adjunctive Family Psychoeducation in Adolescent Major Depression: Feasibility and Treatment Effect, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(4), 386–395, 2006.
- 12) Family Psychoeducation Workbook for Practitioners. Revised 2006.
- 13) 下寺信次著：うつ病がわかる本 — 症状から治療まで — うつ病の心理教育研究会
- 14) ビデオ「うつ病の理解のために」第1巻：原因と症状について 第2巻：治療と症状の経過 うつ病の心理教育研究会
- 15) Furukawa T., Kawakami N., Saitoh M., et al.: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan, *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 17(3), 152–8, 2008.
- 16) 古川壽亮, 大野裕, 宇田英典, 他：一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究 平成14年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究
- 17) 荒井由美子, 田宮菜奈子, 矢野栄二：Zarit介護負担尺度日本語版の短縮版（J-ZBI-8）の作成—その信頼性と妥当性に関する検討. *日本老年医学会雑誌*, 40, 497-503, 2003.
- 18) Kavanagh, D.J., O'Halloran P., Manicavasagar V., et al.: The Family Attitude Scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families, *Psychiatry Research*, 70, 185–195, 1997.
- 19) Fujita H., Shimodera S., izumoto Y., et al.: Family attitude scale: measurement of criticism on the relatives of patients with schizophrenia in Japan, *Psychiatry Research*, 110, 273–280, 2002.
- 20) 大島巖：精神障害者を抱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(3), 204–241, 1987.
- 21) Butzlaff R. L., Hooley J.M.: EE and psychiatric relapse. A meta-analysis, *Archives of General Psychiatry*, 55, 547–552, 1998.
- 22) Hayhurst H., Cooper Z., Paykel E.S., et al.: Expressed Emotion and Depression- A longitudinal study, *British Journal of Psychiatry*, 171, 439–443, 1997.
- 23) Hooley J.M., Orley J., Teasdale J.D.: Level of Expressed Emotion and Relapse in Depression, *British journal of Psychiatry*, 148, 642–647, 1986.
- 24) Uehara T., Yokoyama T., Goto M., et al.: Expressed Emotion and Short-Term Treatment Outcome of Outpatients with Major Depression, *Comprehensive Psychiatry*, 37, 299–304, 1996.
- 25) MacCleary L., Sanford M.: Parental expressed emotion in depressed adolescents: prediction of clinical course and relationship to comorbid disorders and social functioning, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 587–595, 2002.

(受稿 平成20年10月28日)

(受理 平成20年12月10日)

Psychosocial burden of families of patients with depressive disorder is alleviated through Family Psychoeducation.

— Preliminary Report —

Fujika Katsuki¹⁾, Megumi Sasaki²⁾, Hiroshi Takeuchi²⁾
Rena Hashimoto³⁾, Atsuko Naito³⁾, Yoshiko Yoshimats
Yuji Imaizumi⁴⁾, Toshiaki Furukawa²⁾

- 1) Nagoya City University School of Nursing
- 2) Department of Psychiatry and Cognitive — Behavioral Medicine, Nagoya City University Graduate School of Medical Sciences
- 3) Nagoya City University Hospital, Department of Nursing
- 4) Department of Molecular and Cellular Pharmacology, Nagoya City University Graduate School of Pharmaceutical Sciences

Abstract

Depressive Disorder is a common disorder thought to be responsible for suicides committed by over 30,000 people per year in Japan and is considered a serious social issue. Depression not only takes time to heal, it often reoccurs in most patients, resulting in a heavy psychosocial burden on the family supporting them. This study is aimed at observing the effectiveness of Family Psychoeducation designed to alleviate psychosocial burden. This preliminary study involved performing family members of 11 patients through Family Psychoeducation and having them answer self-rating questionnaires. The result indicated a K6 on the degree of mental health, suggesting significant improvements ($p=0.011$).

Key Words: Depressive Disorder, Family Psychoeducation, Psycho-Social intervention