

[別紙 1]

論文の内容の要旨

論文題目 摂食障害における両親の家族負担の特徴とその軽減方法に関する探索
的研究—心理教育プログラム実施の試み—

指導教官 大嶋 巖 助教授
東京大学大学院医学系研究科
平成 13 年 4 月進学
博士後期課程
健康科学・看護学専攻
氏名 榎野葉月

背景

摂食障害は、精神症状や対人的あるいは社会的問題をしばしば伴う障害であり、家族も情緒的に患者に巻き込まれ、混乱し自責感を感じやすく、家族機能不全といった家族病理が指摘されている。摂食障害治療では、家族を対象に含めた心理社会的介入が有用と考えられており、その手法の一つが家族心理教育である。先行研究は、患者の症状や家族機能の改善に対する家族心理教育の有効性を示しているが、摂食障害における家族負担の実態と、家族負担の軽減に対して複合家族心理教育が与える効果については明らかにされていない。

目的

まず、摂食障害患者の両親の抱える生活上の家族負担の特徴を明らかにする。次いで、複合家族心理教育プログラムによる介入を行い、それが家族負担にどのように有効性を示すのか検討する。さらに質的な調査も行い、量的な検討とあわせて複合家族心理教育が家族負担を軽減する過程を説明する仮説モデルを構築する。

方法

対象：摂食障害患者の両親（ED）群は、複合家族心理教育プログラムへの参加希望家族で、対象患者 31 人の父親 22 人（平均 54.2 ± 6.1 歳）、母親 30 人（平均 49.6 ± 4.3 歳）であった。患者は男性 1 人女性 30 人、平均 20.8 ± 4.9 歳で、診断は神経性無食欲症 18 人、神経性大食症 8 人、特定不能の摂食障害 4 人であった。コントロール（CT）群は、慢性疾患の無い患者と同年代の子どもを持つ両親の任意サンプルで、父親 55 人（平均 51.0 ± 4.0 歳）、母親 70 人（平均 48.8 ± 5.5 歳）である。子どもは平均 20.3 ± 4.3 歳であった。

介入：摂食障害患者と家族を対象に、月 1 回 3 時間計 8 回からなるプログラムを実施した。参加者が①知識・情報を得て、②対処技能を高め、③心理的・社会的サポートを受けることを目的として、情報提供と、具体的な日常生活上の困難に対する対処策を扱う話し合いの時間等からプログ

ラムを構成した。2002年6月開始の第1期と2003年2月開始の第2期を研究対象とした。第1期の平均参加回数は母親 5.2 ± 2.0 回、患者 1.8 ± 2.3 回であった。第2期の平均参加回数は母親 4.7 ± 2.1 回、父親 1.1 ± 1.8 回、その他の続柄は 5.0 ± 2.8 回であった。

調査内容：本研究では家族負担を「家族自身の生活に生じた影響」と定義した。そして量的評価変数としては、まず心理教育の直接的な効果指標に、①患者の問題に対処できるという感覚を評価する家族版対処可能感尺度（小林ら, 2000; 2003, 因子I「部分化された目標への対処可能感と変化への気づき」、因子II「広範な対処目標への対処不可能感」；得点が高いほど対処可能感が高い）と②ソーシャルサポート（オリジナル項目）を選んだ。また家族負担に関して心理教育に期待される最終効果指標に、③家族の生活上の困難度を測定する家族困難度尺度（大島, 1987）、④精神健康度のスクリーニング尺度であるGHQ-12（Goldberg, 1978）、⑤健康関連QOLを測定するSF-36日本語版（福原ら, 2001）を選んだ。さらに、量的研究だけでは把握しきれない心理教育の効果と作用機序を質的調査により探索した。

分析方法：①プログラム開始（T1）時のED群とCT群を、群と続柄による分散分析により比較し、ED群の特徴を明らかにする。家族困難度尺度は統合失調症との比較も加える。②T1時とプログラム終了（T2）時のED群を対応あるt検定で比較し介入による変化を明らかにする。③介入の効果がどのような過程で生じたかを検討するために、参加回数と変数の変化量に関する相関分析および、T2時の得点を従属変数とし、基本属性及び関連変数の変化量を独立変数とする重回帰分析を行う。さらに質的分析を行う。質的データは、介入効果が認められたカテゴリとして〈サポートの獲得〉〈対処技能の向上〉〈精神健康の向上〉〈日常生活役割の変化〉を抽出し記録内容を割り振った。さらに①プログラム内での体験、②プログラムがそのまま日常に適応されたもの、③プログラムが参加者に内面化され日常生活上に生じた変化に分類した。各カテゴリだけでは把握しきれない内容についてもさらにカテゴリ化した。

結果

ED群の特徴：ED群は、子どもの問題への対処不可能感が強く、GHQが有意に不良であった。また健康関連QOLのうち、身体機能不全による役割の制限、全体的な健康感、活力、精神状態の変化による役割の制限、精神状態において、CT群より低い結果であった。さらに、ほとんどの変数で続柄との相互作用も認められ、母親により多くの負担がかかっていた（表1）。家族困難度尺度では多くの項目で統合失調症との違いが見られ、因子分析の結果、摂食障害特有の家族の困難度を反映する項目が抽出された。

介入による変化：複合家族形式による心理教育的介入により、同じ悩みを抱えた家族からの支えが増し、対処不可能感が減った。さらにGHQが改善し、QOLも役割の制限の緩和や、全体的な健康感、活力、精神状態で改善した（表2）。

介入による変化はどのような過程で生じたのか：T1時の基本属性と効果評価変数の改善度の相関はほとんど見られなかった。患者の性、年齢、参加者の続柄、年齢で統制した偏相関分析の結果では、参加回数が「対処可能感I変化量」（ $r = 0.60, p < 0.01$ ）と相関し、「GHQ換算点変化量」（ $r = 0.47, p < 0.1$ ）、「SF36身体機能変化量」（ $r = -0.43, p < 0.1$ ）、「SF36精神状態の変化による役割の制限」（ $r = -0.40, p < 0.1$ ）と関連傾向を示した。また重回帰分析の結果では、T2時対処可能感総得点に対して患者の年齢（ $\beta = 1.11, p < 0.05$ ）が関連し、T2時摂食障害特有家族困難度には続柄（ $\beta =$

0.49, $p < 0.05$)、参加回数 ($\beta = 0.66, p < 0.01$)、対処可能感総得点変化量 ($\beta = -0.38, p < 0.01$) が関連し、患者の性 ($\beta = -0.35, p < 0.1$)、T2 時主治医評価有無 ($\beta = 0.88, p < 0.1$) が関連傾向を示した。T2 時 GHQ 換算点には摂食障害特有家族困難度 ($\beta = -0.70, p < 0.05$) が関連し、続柄 ($\beta = 0.64, p < 0.1$)、参加回数 ($\beta = 0.76, p < 0.1$)、対処可能感総得点変化量 ($\beta = -0.44, p < 0.1$) が関連傾向を示した。また対処可能感総得点変化量は、T2 時の SF36 全体的な健康感 ($\beta = 0.45, p < 0.1$)、活力 ($\beta = 0.49, p < 0.1$)、精神状態 ($\beta = 0.61, p < 0.05$) と関連傾向を示した。介入プログラムの実施期間中の患者に対する並行治療の結果、患者の状態に関しても多くの場合「やや改善」が見られ、特に栄養へのこだわりや両親との関係に有意な改善も見られた。しかし患者の症状得点変化量と T2 時の家族評価得点との間に有意な関連は認められなかった。

さらに質的な調査により、情報提供や、患者及び他の家族との話し合いから、自分の家庭の状況に合わせた対処の工夫を行い、肯定的なものの見方をするように促されていることが明らかにされた。また、プログラムの場においてサポート体験や対処技能を工夫する動機付けを得るだけでなく、患者との関わり以外の面での日常生活上の変化が明らかにされた。

偏相関分析及び重回帰分析、質的分析の結果に基づいて、図 1 に示した仮説モデルを作成した。

考察

本研究から摂食障害患者の家族は、身体的にも精神的にも負担を抱え、特に精神面で要援助状態にある母親が過半数を占めていることが明らかになった。また統合失調症とは異なる構造を持つものの、生活上の大きな負担があることも示された。

摂食障害患者と家族を対象とした複合家族心理教育プログラムは、同じ状況にある家族同士の支えを高め、対処不可能感を減らし、精神的健康状態や全体的健康感、日常役割の遂行面での改善に有効であった。精神面で要援助状態である母親の割合は低下し、健康関連 QOL も概ね平均的な水準になった。参加者は自分の家庭の状況に合わせて対処技能を工夫し、その他の日常生活上の変化も生じていた。

介入の効果は、参加者の基本属性や患者の変化によらず多様な参加者で生じた。グループダイナミクスによる治療的影響に加え、プログラム体験を通じ自己の体験を客観的に振り返ったことで対処可能感が高じ、様々な効果が生じたと考えられた。患者の年齢が高いほど参照する自己の経験が豊かなためか、対処可能感の向上が大きかった。プログラムに参加しやすい母親でより大きな改善が見られた。

本研究は無作為化比較試験デザインではなく、時期や主治医の並行治療による患者の状態の変化などが十分に統制されていない、介入者と研究者が同一であるなどの限界があり、介入研究ではないが、摂食障害患者を支える家族の負担の特徴を明らかにし、また複合家族心理教育の影響を家族の生活困難度や健康関連 QOL の観点から検討した研究として意義がある。今後より詳細に、摂食障害特有の家族負担を明らかにすると共に、厳密なデザインや経過調査により、介入効果の実証や効果に関連する因子、効果の持続性に関する検討が必要である。加えて生成された仮説モデルを今後検証していくことが必要である。

表1 摂食障害患者の家族とコントロールとの比較

	ED群(T1)						コントロール群						分散分析		
	母親			父親			母親			父親			群別	続柄	交互作用
	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD	N	Mean	SD			
家族版対処可能感※															
I 部分化された目標への対処可能感	29	20.0	3.1	21	19.0	3.8	67	19.4	3.3	52	19.0	3.3	0.22	1.51	0.30
II 広範な対処目標への対処不可能感	27	9.4	3.2	21	11.5	2.4	65	13.9	3.0	51	13.9	3.3	42.42**	4.22*	4.00*
GHQ-12															
GHQ 換算点	29	4.8	3.9	20	2.3	3.1	69	1.6	2.4	52	1.3	2.4	19.12**	8.67**	5.23*
カットオフ以上の人数(%)	16	(55.2%)		3	(15.0%)		7	(10.1%)		6	(11.5%)		p=0.00 ^{d)}	p=0.03 ^{d)}	
QOL(SF-36)															
身体機能	30	90.2	9.2	22	90.6	10.0	69	90.5	8.3	55	91.6	8.1	0.25	0.29	0.06
身体機能不全による役割の制限	30	67.5	38.9	21	91.7	24.2	70	88.6	24.3	55	94.1	18.0	7.35**	11.73**	4.63*
体の痛み	29	72.0	22.1	22	80.4	19.3	70	74.5	20.9	55	74.8	19.5	0.20	1.57	1.40
全体的な健康感	30	56.5	20.0	21	66.1	17.6	70	70.4	16.5	55	68.2	15.4	7.97**	1.66	4.25*
活力	30	48.3	21.6	21	65.9	17.1	70	64.3	16.0	55	66.0	18.1	7.20**	10.32**	6.98**
健康状態の変化による社会機能の制限	28	73.7	27.1	21	85.7	17.4	70	85.0	19.1	54	87.0	13.9	3.81	4.71	2.38
精神状態の変化による役割の制限	30	72.2	41.1	22	92.42	20.4	70	90.0	26.2	55	95.2	17.5	5.37*	8.21**	2.89†
精神状態	30	57.1	19.2	21	72.95	13.9	70	75.2	15.3	55	75.4	13.6	15.75**	9.61**	9.18**

** : p < .01, * : p < .05, † : p < .10 a; Fisher's exact test ※対処可能感尺度は得点が高いほど対処可能感が高いことを示す

表2 T1-T2時で対応あるt検定(続柄毎)

	母親						父親						
	T1			T2			T1			T2			t値
	N	Mean	SD	Mean	SD	t値	N	Mean	SD	Mean	SD	t値	
同じ悩みを抱えた家族の支え	18	0.4	0.8	1.1	1.1	-2.17*	8	0.0	0.0	0.1	0.4	-1.00	
家族版対処可能感													
I 部分化された目標への対処可能感等 ^{a)}	20	19.1	3.2	20.2	3.3	-1.64	10	17.0	4.4	19.8	2.9	-2.45*	
II 広範な対処目標への対処不可能感 ^{b)}	19	10.1	2.7	11.8	3.4	-2.33*	10	12.2	2.8	12.2	3.7	0.00	
摂食障害特有家族困難度尺度	20	4.5	2.9	4.0	3.3	1.26	10	3.1	2.3	2.6	2.2	1.17	
GHQ 換算点	18	5.1	4.2	3.3	3.4	2.56*	10	1.9	3.0	1.5	3.5	1.31	
カットオフ以上の人数(%)	10	(55.6%)		6	(33.3%)	p=0.31 ^{d)}	1	(10.0%)		1	(10.0%)	p=1.00 ^{d)}	
健康関連 QOL(SF-36)													
身体機能	20	91.5	8.6	93.3	6.3	-1.05	10	91.5	7.5	92.5	5.9	-0.38	
身体機能不全による役割の制限	20	62.5	41.6	82.5	34.5	-2.49*	10	87.5	31.7	90.0	31.6	-1.00	
体の痛み	20	77.0	23.6	78.4	23.3	-0.24	10	80.3	19.3	86.6	16.6	-1.92†	
全体的な健康感	20	60.8	20.5	66.2	19.6	-1.89†	10	69.1	17.3	66.8	20.0	0.50	
活力	20	48.9	24.0	56.8	26.9	-1.91†	10	65.5	11.7	65.0	19.2	0.10	
健康状態の変化による社会機能の制限	20	75.6	28.0	71.9	31.4	0.66	10	82.5	19.7	87.5	21.3	-1.08	
精神状態の変化による役割の制限	20	70.0	41.8	75.0	38.8	-0.90	10	93.3	21.1	86.7	32.2	1.50	
精神状態	20	53.8	20.9	65.6	21.4	-3.29**	10	72.8	12.3	72.8	19.5	0.00	

** : p < .01, * : p < .05, † : p < .10 a; Fisher's exact test

図1 複合家族心理教育の効果に関する概念仮説モデル

