

〔第25回 学術集会特別講演Ⅰ〕

学際的發展を導く家族療法と家族看護のコラボレーション

日本家族療法学会 会長／渡辺医院 院長／高崎西口精神療法研修室

渡辺 俊之

Ⅰ. はじめに

日本家族療法学会と日本家族看護学会の目的は「家族」という文脈で対人援助や臨床を考えることで共通している。家族支援に関連した両学会がコラボレーションすることにより、どのような学際的發展が導きだされるのか、その可能性や課題について本論では述べたいと思う。

日本家族療法学会が臨床、教育、研究に提供してきたリソースは、理論、技法、研究、人である。日本家族看護学会とコラボレーションした時、理論、技法、研究、人に、どのような相互作用が生まれ学際的發展に結びつけていくかはこれからの課題であろう。本論で提示する内容は二つの学会をブレンドさせ学際的發展を産出するための材料である。何を活用し、どんな芳香や味わいを出すかは双方の学会員達の活動にかかっている。

Ⅱ. 理論

1. 関係性を扱う

日本家族療法学会は、対人援助と臨床に必要な基礎理論として①円環的認識論、②システム・サイバネティクス、③相互作用・プロセス、④関係と文脈、⑤社会構成主義とナラティブ・アプローチ、⑥バイオサイコソーシャル・モデルの6つを提示している(日本家族研究・家族療法学会、2013)。

この基本理論に通底する「概念」は「関係性を扱う」ことである。

「関係性を扱う」という認識はシステム論的認識

論に基づいており、病気や障害の原因を探索して診断する還元主義的教育を受けている医師や看護師にとって、「関係性の認識」は意識しないと身につかない認識方法であろう。関係を扱うという認識には、「患者と家族の関係性を扱う」といった誤解も生じやすい。家族療法でいう関係性とは、セラピスト(援助者)を含む援助システム全体(医療、看護、福祉、介護、教育など)における関係性である。自分自身をシステムの中に定位させた上で関係性を認識するのである。家族療法の認識論において対象化されるのは「私とあなたと家族、加えて組織や地域」という援助システム全体の関係性であり、それを把握して支援を行うという前提が重要になる。

2. 立ち位置を知る

システム理論は援助場面における自分の「立ち位置」を知るための手がかりになる。ある患者に関わる時には医師も看護師も自身の立ち位置を理解しておくことが重要である。立ち位置とは現実的な立ち位置(例えば：手術室などのポジション)と心理的な立ち位置(例えば：リーダーとしての役割など)を含んでいる。立ち位置は自分の役割や能力と自分が関わるシステムとの相互作用で決定されていく。立ち位置は「状況や時期」といった空間軸と時間軸によっても変化する。同一の医師や看護師も手術室と病棟では立ち位置は違う。「私は今、この時、この場で何を求められているか、何が提供できるのか、誰との関係性を考えるべきなのか」という理解が不可欠である。病棟における立ち位置、治療チームの中の立ち位置、学会での立ち位置、立ち位置を考え

る時には全体の中の自分を理解することが重要である。

3. 文脈理解

自分自身の認識スタイルの特性、見方や理解の背景にある「文脈」を知るということを家族療法学会では重要視している。私達は日々臨床場面や教育場面における現象を捉えているわけだが、そこにはア prioriに「焦点化する部分」「理解のための準拠枠」が存在しているのである。それが「認識」に影響を与えている。還元主義に慣れている医師や看護師は、原因探しを無意識的に考えてしまう。それは家族の問題についても同様であり、不登校の原因を父親のアル中に還元したり、妻のうつ状態の原因は姑との葛藤ではないかと判断する、というように原因を探したがる。医師や看護師は「診断名」をつけることにも拘る。診断名とは私達が見ている部分だけをカテゴリー化して、二次元（病名）に還元しているだけであり本質を掴んでいるとは限らない（渡辺, 小森, 2018）。

認識に影響する要素はたくさん存在する。見る側の年齢、性別、国民性、育った家族、教育的背景、その時の観察者側の情緒状態など数限りなく存在している。

医師と看護師の患者理解の文脈の違いが衝突や葛藤を産むこともあろう「その時、その場で、自分は何故そのように認識して理解したのか」と常に高次の次元から認識するクセを持つことが大切である。

III. 技法

1960年代から本格的に治療技法に位置づけられた家族療法は力動精神医学からシステム理論そして社会構成主義というようにクロノロジカルに変容してきた。誤解されやすいのだが、家族療法の場合には外科や内科の新しい治療のように古き方法が新しい方法にとって変わるわけではなく、古い技法に新しい技法が加わって多様性や任用性を高めていると理解したほうが良い。楢林（日本家族研究・家族療

表1. 日本の家族療法

-
1. システム論的家族療法
 2. 家族心理教育的アプローチ
 3. メディカル・ファミリーセラピー
 4. ナラティブ・セラピー, ナラティブ・アプローチ
・協働的アプローチ
・ナラティブ・セラピー
・リフレクティング・プロセス
 5. 統合的家族療法
 6. コミュニティ・ケア, 地域ネットワーク
 7. 解決指向アプローチ (ソリューション・フォーカスト・アプローチ)
 8. 家族看護 (カルガリー・モデル)
-

法学会, 2013) は家族看護を含めた日本の家族療法を表1のようにまとめている。どの家族療法と親和性を持つかはセラピストや医療者の教育的背景や職場などの影響を受けるが、全ての家族療法で抑えておくべきことは、出会い、理解、介入である。

1. 出会い

情報化が進んでいる今日、医療現場における家族は、既に多くのバイアスを抱えている。その意味で家族との最初の出会いと関係づくりである「ジョイニング」が、今日では最も重要な家族療法技法と言えよう（渡辺, 2018）。

ジョイニングのコツとは、家族がそれまで活用してきた関係や価値観を尊重することである。Minuchin S. (渡辺, 2018) は、初回面接では家族療法家はホスト役に努め、彼らの文化的エチケットを尊重すべきだと述べる。家族が「薬は飲ませたくない」という価値観を持ち込んできたら、薬を拒否する家族における文化的意味を認めることが重要になる。そういう価値観を形成するに至った背景に思いを馳せる。家族は自分達の価値観を尊重されたことで、スタッフから受け入れられたという体験を持てる。それが後の関係性構築に繋がる。

2. 理解

システムの理解、対象関係の理解、ドミナント・ストーリーの理解が、現在の家族療法家が活用している理解の準拠枠である。どの理解を活用するにしても必要不可欠なものがジェノグラムであろう。残念なことに2000年代に入り電子カルテ化が進んでからジェノグラムを見ることが減ってしまった。パ

ソコンでも書けるのだが紙に書くように簡単には書けない。そのために多忙な医療現場で家族情報が欠落していく。ジェノグラムの書き方については他書 (McGoldrick, Gerson, 1988; McGoldrick, Gerson, Shellenberger, 2009) を参考にしたいが、家族看護領域で重要なのは「病気」や「ケア」が家族の歴史の中でどう位置づけられていたか、現在どのような影響をシステムに与えているかを理解することである。具体的には同居する祖母が要介護状態になり家族はどう変化したか、子どもの先天疾患が判明した後に夫婦関係はどう変化したか、夫の原家族の介護体験は現在の介護にどう影響しているかを理解することである。

1) システムの理解

重要となる概念は「境界」と「連合」である (日本家族研究・家族療法学会, 2013)。すべての家族の内外には境界がある。物理的境界よりも心理社会的境界を理解することであろう。同じ家に住んでいても夫婦にコミュニケーションがなければ境界は閉じている。米国と日本に離れて住む認知症を介護する親子でもスカイプをフルオープンにして互いの家が見えるようにすれば境界は開いている。境界はその状況に応じて、家族機能に開閉して必要な「情報」「情緒」「エネルギー」を出し入れするのである。独居で社会的隔離されている高齢者は情報も情緒も、時にはエネルギー (食材、電気など) も出し入れできない。連合とは誰かと誰かが結合することである。連合したペアは情緒を補完しあったり、秘密を共有したり、全てを二人で決定してりする力を持つ。母子連合が強く夫婦連合が弱い場合には家族システムが子どもに問題行動や症状を引き起こすのである。

2) 対象関係の理解

私達の生活は過去から現在までに会った他者と、それに由来する情動により影響されている。その中で一番影響を与えるのは両親、祖父母、叔父や叔母など生まれ育った原家族である。心の中に存在する母や父、祖父母といった内的対象が現在の対人関係や家族関係、仕事に影響しているかを理解する

理論が対象関係論である。患者の心の中にある内的対象、その一つである「原家族」を知ることで (渡辺, 2018)。そして内的対象と現実世界との絡み合いを知ることが対象関係論的理解である。内的対象の探索はジェノグラムを記載しながら、「どんなお母さんでした?」という問いや、「お父さんとの一番の思い出は」といった問い、患者の心の中にある内的対象を浮かびあがらせることから入る。対象を語る時の表情や感情のわき上がりかたを観察することも大切である。

3) ドミナント・ストーリーの理解

私達には私の過去についての支配的で思い込みなる物語を持っている。これがナラティブセラピーでいうところのドミナント・ストーリーである (日本家族研究・家族療法学会, 2013)。時にドミナント・ストーリーが私達に苦悩や葛藤を提供することがある。「貧困、暴力のある家庭で育った私は幸せになれない」といった物語が生活に影響を与えていることがある。そのストーリーを書き換え新しいストーリー、オルタナティブ・ストーリー (代替の物語り) をつくるのがナラティブセラピーの目的の一つである。私はそのストーリーの構成要素が内的対象としての家族だと理解している。「女性はよい母親であるべきである、母も祖母もそうであった」というドミナント・ストーリーが、自己評価を低下させることもある。活動を制限する場合もある。物語を書き換えるためにはナラティブセラピーの研修が必要であるが、聞き役として語り手のストーリーを理解するだけで十分に治療的であろう。

3. 介入

家族看護という設定で活用できる家族療法の介入技法とは何であろうか。システム論的家族療法のように目の前の家族システムをダイナミックに動かす設定を持つことはなかなか難しい。総合病院の臨床に携わり、個人開業している私の私見では二つの技法が家族看護に活用できると考える。それは家族心理教育とメディカルファミリーセラピーである。

1) 家族心理教育

家族心理教育（渡辺，2018）は精神科医，臨床心理士，精神科ソーシャルワーカー，精神科看護師などの専門家が精神疾患に関する情報を提供しつつ，家族との相互関係と総合交流を構築して治療的枠組をつくるためのプログラムだと私は理解している。この領域を牽引している家族療法におけるリーダーは後藤雅博であり，心理教育・家族教室ネットワークとして全国的活動を展開している。重篤な病気を背負った家族，先天疾患を持つ子どもの家族，末期がんの妻を持った家族，認知症の介護家族，彼らの「家族の力を回復する」ことを目的とすればよい。「家族教室」の形態が良いと思う。これならば一回限りでも支援となる。家族同士が定期的集まり，そこに専門家が参加して行う形式である。①ジョイニング，②各参加者が抱えている当面の問題についての会話，③これまでの対処を聞く，④参加者みなでアイデアを出してプランを立てる，というプロセスを踏むことになる。私は認知症と家族の会でこの形式で家族教室をケアマネージャーや介護スタッフとチームを組んで行っている。同じ病気と同じ悩みを言い合えるだけで，互いの情緒的サポートも生まれるし，そこでの出会いを発展させて支援もできる。

2) メディカルファミリーセラピー

メディカルファミリーセラピー（MFT）はバイオサイコソーシャルアプローチの代表的技法である（日本家族研究・家族療法学会，2013）。この技法は，身体と心と環境（家族）との相互作用を理解して介入する。柔軟に対応していくために看護師，ソーシャルワーカー，臨床心理士，介護スタッフなどの「仲間」とのコラボレーションを重視する。MFTはエンゲルが精神科教授を務めたロチェスター大学のSusan H. McDanielらにより洗練され，今日に至っている。その基本概念は7つある。

①身体性の認識

病気や障害が家族全体に及ぼした影響を理解してもらうことが重要となる。家族に「疾患や障害」が

加わり家族はどのように変化したか，これから何ができるかを考える。

②病いの経験を知る

家族における「病いの経験」に焦点をあてる。ジェノグラムで多世代における病気の既往や，家族におけるケアの歴史と体験を記入していく。

③防衛を尊重し感情を受容する

患者も，家族は否認（denial）という防衛を活用する。否認は，診断に伴う激しい否定的感情から自我を守る作用があるため，否認をある程度理解して，現実検討の進み具合を判断した上で治療への参加を促す。

④コミュニケーションを維持する

家族と医療スタッフのコミュニケーションを促進するだけで家族は機能的になる。ネットワーク形成を意識的に行うことが重要である。McDanielは，認知症と診断された妻の場合，夫と息子が参加する合同面接を行い神経内科医や不在の娘までをチームメンバーとして意識化させ早期から支援チームを構造化することを心がける。認知症になった妻のドミナント・ストーリー（実母のように子どもを介護に巻き込みたくない）を明確するといった技法も活用されている。

⑤家族の発達を考える

家族のライフサイクルの途上でメンバーは病気や障害に出会う。幼い子どもがいる家族と，老夫婦だけの家族では，家族における病気の体験は異なる。病人の存在は家族としての機能に影響を与え，家族としての発達にも影響してくる。メディカルファミリーセラピーでは，普通の家族としての機能や活動を尊重し，家族としての正常な発達を促進するように助言したりする。

⑥患者と家族の遂行能力を高める

患者と家族が治療について自己決定できるように情報入力を高め，医療スタッフとのコミュニケーションを促進し適切な結論が導き出せるように指導することが大切である。遂行能力を高めるためには，家族についての健康や病気についての考えや信

念を理解した上で、それを尊重しつつ、現実的で確かな対応を引き出すことである。

⑦連絡のためのドアを開けておく

家族の中に新たな問題が生じた時には「支援」が必要となる。その後も家族には患者や障害者が登場するわけであり連絡するためにドアを開けておくのである。McDanielは、半年か1年後に電話か手紙で、その後の様子を聞くことを推奨している。得られる情報は、MFTの効果について重要な情報を提供してくれる。

IV. 研究

以下の記述はバイオサイコソーシャルアプローチ(渡辺, 小森, 2014)に記述した内容からの抜粋であり、引用先雑誌名などは省略する。

Weeklandは、家族の相互作用が身体的問題や疾患引き起こす病態を、心身症にちなみ「家身症」と呼んだ。しかし、家族システムが身体状態に与えることについての論文はFamily Process誌が創刊されてから5年の間には2本しかなく、その後の5年はこの領域に関する論文は一つもなかった。1990年代に入ると家族関係と身体的問題の相互性についての論文が続くようになる。1996年にSeemanは、心身の健康に与える社会的影響について、“Social ties”, “Social network”, “Social Isolation”, “social environment”をキーワードとして検索(Medline)し、1970年以後の論文からそれまでの論文を総説した。この論文は、精神神経免疫学を推進した論文の一つとして位置づけられている。その中で、社会的統合(Social Integration)は死亡率の低下と精神的健康の良好さに影響することを述べた。身体的健康については、心筋梗塞の予後に影響を与え、社会的孤立と社会的支援の欠落は、免疫力を下げ一方で、神経内分泌や心循環器系活動を高めることに関連すると述べ病気の発症に関連することを述べている。個人をとりまく社会的ネットワークは、個人の身体的健康に影響するとそれまでの研究報告から結論づけているの

である。尚、社会的統合とは社会的絆や社会的結合を含む概念で、社会的隔離(Social Isolation)についての社会学的な概念である。この論文にもEngelの名前は出てこない。

私がMedlineにて最近のBPSモデルに関連する論文を散見したところ、特に発展している領域は、うつ病と心疾患、心理社会的環境と免疫についての研究である。

気分状態と心疾患との研究を精力的に行っているFrasure-Smith N.らは、2005年にうつ病を合併する心筋梗塞患者の死亡率が3.5倍になることを発表し、その後も感情状態が心疾患に与える影響については報告している。彼女は2009年には、うつ病が心房細動を合併する心不全患者の死亡率の予測因子になることを述べ、2012年には、不安感受性(Anxiety Sensitivity)の治療を心房細動の治療と一緒に行う必要性を示唆する報告をしている。

介入研究も近年行われている。Karinaらは(2010)、うつ症状を合併する急性の冠動脈疾患患者について、内科医が行っている一般的治療の患者77名と、ナースやソーシャルワーカーも参加する強力なうつ治療(Enhanced Depression care)、つまり抗うつ剤と精神療法(問題解決アプローチ)を状況に応じて組み合わせたりする段階的ケア(Stepped care)を行っている80名を比較したところ、後者ではうつ病の改善だけでなく冠動脈疾患の予後も改善することを報告している。2012年のコロンビア大学のWhang W.らが中心に行っている、うつ病を合併する冠動脈疾患のWebカメラや電話による精神療法介入の効果研究は、臨床試験のFase IIIまで来ていることが報告されている。

結婚生活の葛藤が免疫システムに影響することを最初に研究報告したのは当時オハイオ州立大学にいたKiecolt-Glaserらである(1993)。彼らは、新婚のカップルの24時間の免疫能力を調査し、葛藤的な話題が続くカップルでは、免疫力低下が生じることを証明し、それは特に妻の方に生じやすいことを報告している。彼のグループは家族環境が身体に与え

る影響を継続して調査している。すでに気分状態が免疫力を低下させることは、よく知られているが、Kielcolt-GlaserらのグループのFagundesは、乳幼児期の家族環境がその後の免疫能力に与える影響について2012年に3本の論文を発表している。乳幼児期の深刻なストレスへの暴露が、その後の免疫力に影響することを述べ、基底細胞がんの患者を調査し、幼児期の被虐待体験ある患者は、がんへの免疫効果が低いことを報告している。彼は108人の乳がんサバイバーについて調査し、乳幼児期に逆境を体験している人は、EBウイルスとサイトメガロウイルスへの免疫力が強いことを報告している。また同じグループのGoulinは2012年に二つの研究報告している。一つは、幼児期の被虐待体験と日々のストレスに対する炎症反応の関係性についての研究である。130名の高齢者について、幼児期心的外傷質問紙と、日々のストレス体験、そして免疫力の関連を調査したところ、同じ日々のストレス体験レベルの人で、幼児期に心的外傷があると、インターロイキン6の活性が2.35倍になることを報告している。もう一つの研究では、37組の夫婦関係と24時間の個人の血中バソプレッシン濃度との関係について調査し、血中のバソプレッシン濃度は、社会ネットワークが広いこと、否定的な夫婦関係が少ないこと、アタッチメントによる安心感の高さ、結婚生活へ社会的支援の多さに関係することを報告している。Woloshinら（1997）は、1,368人の心臓カテーテルを实践した患者をフォローし、未婚や親密な対象がいない人は5年の死亡率が3倍になることを報告している。臨床の面においても、手術前の心理教育的アプローチが手術成績を上げることをDreher（1998）は報告している。母子関係と父子関係が生物学的次元に及ぼす影響の違いについての調査がある。Allenらは青年期のうつ病と正常群の親の怒りの反応に対する心拍数の反応を調べた。母親の怒りや不快な態度は、青年期正常群では心拍数の減少に関連するが、うつ病群では反応しない。父親の怒りの態度はうつ病群では心拍数の増加を引き起こすこ

とを報告し、親の態度へのうつ病群の反応には防衛的な生理学的反応であると述べている。Marsmanは、1,959名の青年を対象にして下垂体性副腎皮質低下と家族環境を調査し、親の感情の暖かさはコルチゾール水準と負の相関をし、家族の経済状態が良いもしくは悪い家族は、中流の家族に比べて、反応性にコルチゾールの放出が少ないと報告している。

V. 人

どんなにネット社会や情報交流が発展しても「人と人」が直接会って話すことは重要である。コミュニケーションとは多チャンネルであり、それには非言的的交流や関係性を規定する文脈が存在している。医師や看護師は患者の前に立つだけで既にコミュニケーションが始まっている。医師や看護師という社会的な役割、いわば社会的な服を着て患者とコミュニケーションするわけだが、患者は社会的な服の内側にある「年齢」「経験」「人柄」「生活」などに思いを巡らしている。最近の家族療法や精神療法の教育研修では「人としてのセラピスト」（Aponte, Kissil, 2016）を活用することが推奨されている。

日本家族療法学会は「自己開示」について最も寛容な学会であろう。米国から来た家族療法家の講義では、自身のジェノグラムを提示することから始まる。セラピスト個人の家族や歴史がセラピストの認識論や技法にどのように影響してきたかを示すのである。学会誌では過去に「家族療法家、原家族を語る」といった特集（渡辺, 2010）が組まれたり、学会の理事らが自らのターニングポイントを開示するといった特集（小森, 2019）も継続して行われている。私達にとって、最も重要なリソースは文字ではなく人である。スーパーヴィジョンや事例検討など対話を基盤にしたライブな場所では文字情報だけでなく、参加者の態度、眼差し、雰囲気なども交流されている。臨床研修において重要なリソースはマニュアルや文章ではなく「人」であることに異論はないであろう。

VI. おわりに

研修医1年目の時、単身で日雇い労働を生活していた初老の男性が高血圧性脳出血で意識不明となり救急搬送されてきた。研修医の私はずっと傍にいて点滴の管理や血圧の管理を頼まれていた。少し年上の看護師さんが一緒に担当だった。その看護師さんは患者の武骨な手をさすりながら「この手で一人で生きてきたんだね」と言った。その時、私の心に生じた変化は、今でも鮮明に覚えている。モニターや点滴が沢山ついている大学病院の一患者が「人」として眼前に立ち上がってきたのである。意識障害で何も言わぬ男性は数日後に亡くなった。30年以上会っていなかったという二人の老いた姉が東北からやってきた。そして私達に「ありがとうございます」と頭をさげ、遺骨を持って帰っていった。私は二人の淋しそうな小さな背中を見ながら、「誰もが歴史を持っていて、必ず何処かに家族がいて、人生の物語を持っているのだ」と思えるようになって

た。あの時、個室の中で患者と看護師さんに向けた情緒、あれは当時、自分の意識から排除していた父や母に向けていた情緒だったのだと思う。

文 献

- Aponte, H. J. (Editor), Kissil, K. (Contributor): *The Person of the Therapist Training Model 1st Edition*, Taylor & Francis, Oxford, 2016
- 小森康永編：ターニングポイント，*家族療法研究*35(3)，2019
- McGoldrick, M., Gerson, R./石川 元，渋沢田鶴子訳，*ジェノグラムのはなし—家系図と家族療法*：東京図書，東京，1988
- McGoldrick, M., Gerson, R., Shellenberger, S./石川 元，佐野祐華，劉イーリン訳，*ジェノグラム（家系図）の臨床—家族関係の歴史に基づくアセスメントと介入*：ミネルヴァ書房，京都，2009
- 日本家族研究・家族療法学会編：*家族療法テキストブック*，金剛出版，東京，2013
- 渡辺俊之編：特集 家族療法家，原家族を語る，*家族療法研究*27(2)，2010
- 渡辺俊之：家族に会うことの意味，*精神神経学雑誌*，120(6)：500-507，2018
- 渡辺俊之，小森康永：*バイオサイコソーシャルアプローチ*，金剛出版，東京，2014