

家族指向のアプローチにより病的悲嘆反応が改善した 1 例

矢部正浩^{*1*2}，原田唯成^{*2}，末廣満彦^{*2*3}，玉置晃司^{*2}，松下 明^{*2}

*1 新潟市民病院総合診療科

*2 奈義ファミリークリニック

*3 川崎病院内科

Key Words : 家族，家族指向のアプローチ，悲嘆，病的悲嘆反応

要旨

〔目的〕 家庭医領域において生物医学的に十分説明できない健康問題に対する家族指向のアプローチの有用性を症例報告により提示した。

〔方法〕 生物医学的に十分説明できない健康問題を有する症例の 1 例報告。家族指向のアプローチとして、(1)家族図の利用による家族内問題の把握、(2)家族ライフサイクルに基づいた家族内問題の把握、(3)家族カンファレンスの施行による家族内問題の把握と患者家族を含めた介入、の 3 段階を用いた。

〔結果〕 原因不明の両下肢浮腫の患者に対して、上述の家族指向のアプローチを用いたところ、アルツハイマー型老年痴呆の妻の入所に伴い、患者が病的悲嘆反応としてアルコール多飲と過剰な身体活動を行い発症したことが判明した。病的悲嘆反応に対して、患者本人の感情表出を促進し、家族の関わりを増やすような介入をすることで、患者の症状の改善がみられた。

〔結論〕 生物医学的に十分説明できない健康問題の一つとして病的悲嘆反応があり、家族指向のアプローチが有用であった。

はじめに

我々は日常生活の中で、しばしば生物医学的視点では十分には説明できない健康問題に直面す

る。今回我々は、生物医学的視点だけでは解決できなかった両下肢浮腫の患者に対して、家族指向のアプローチに基づいて、病的悲嘆反応に基づいた病態であることを見いだし解決することに成功したため、報告する。なお症例はプライバシーに配慮して、問題のない範囲で患者家族の情報の一部を変更している。

症例

74才，男性

主訴：両足の腫れ

既往歴：鼠径ヘルニア（術後）、大腸ポリープ。

嗜好歴：喫煙：15本/日×60年。飲酒：日本酒 3 合/日×60年。

職業歴：左官業

現病歴：これまで健診で異常を指摘されず。1 週間ほど前からの両下肢の腫れを自覚したため来院。他に症状なく、CAGEスコアは 0 点。身体所見としては心臓に収縮期逆流性雑音に Levine 2 / 6 聴取することと、両下腿～足背に圧痕を伴う浮腫を認めるのみであった。検査上は採血で軽度の大球性貧血とアルブミン軽度低下、コリンエステラーゼ低値、総コレステロール低値を認めたが肝酵素、腎機能、ビタミン B12、葉酸、甲状腺、HBs抗原、HCVを含め異常を認めず、検尿に異

報告

常なし。心電図は異常なく、胸部単純X線は肺尖部の陳旧性炎症性変化のみ、腹部超音波は腎嚢胞のみ。心臓超音波は施行していなかったが、明らかな心疾患、肝疾患、腎疾患、内分泌疾患を認めず、アルコール多飲に伴うsubclinicalな心筋障害などを考えた。断酒が必要なことを説明し利尿薬投与を開始。飲酒はビールを夜のみ2合/連日に節酒したが改善不十分であった。1ヶ月後に患者は家族と近くの総合病院を受診し精査を受けたが明らかな検査異常が無く、やはりアルコールに関連した浮腫であろうとの意見であり、断酒を勧められ、当院に診療情報提供書を持って受診。

ここで、患者と患者の長女と共に家族カンファレンスを行ったところ、患者の妻がアルツハイマー型老年痴呆で訪問診療を受けていたこと、痴呆が進行したために半年前にグループホームに入所したが、それ以降患者が朝から飲酒するようになり飲酒量が5～6合/日に増えたこと、妻が入所してから左官業の仕事や農作業を含めた運動量が倍になり、朝から晩まで8時間以上動き回っていることが判明した。また子供達は3家族共に近くに住んでいたが、仕事などが忙しく月1回くらいしか患者の所に顔を出すことができなかったという。また患者は比較的寡黙で職人気質の人であったが妻が入所する前は患者が献身的に付き添っていたこと、現在のような飲酒や仕事のような生活をする人ではなかったこと、患者宅とグループホームとが遠距離で患者は交通手段を持っていないために妻の入所後は患者は妻にほとんど会っていないことなどを知ることができた。これらの情報から家族図(図1)を作り、寡黙で感情表現が苦手な患者が、子供達とは比較的疎遠であったことも加わって介護の必要な妻と夫婦二人だけで「べったり」の関係で生活していたが、妻の入所で孤独になり生じた寂しさを感情表現する代わりに飲酒と仕事などの行動に専念することで代償しようとしていたこと、浮腫の原因としてはアルコール多飲による心筋障害の進行に活動性の増加による

心負荷増大が重なり生じた可能性が高いことなどが推測された。そこで今後の方針として、総合病院受診後から患者は断酒していたため(離脱症状も認められず)、断酒を継続すること、仕事を減らして活動性を減らすこと、家族の関わりが少なかったことを家族も認めて気にかけていたため、以前よりも頻回に家族が患者に関わることを今後の目標にすることで、患者家族と決めた。

患者自身は寡黙な方であったため、常に外来受診の際に、医師の方から妻のことや介護のことについて話題を出して患者に話してもらうようにして感情を少しずつ表出するようにした。また、週1回グループホームのデイサービスがあり、それを利用して定期的に妻と会うことができるようになった。子供達も週1回程度ではあるが交代で患者のもとを訪れたり、時々子供達の家为数日泊まるようになった。これらにより、患者は断酒を継続し仕事量を実際に減らすことができ、浮腫が軽減して利尿薬を減量することができた。

考察

一般的に家族指向のケアは基本的に、(1)家族図(family genogram)を書く(図1)、(2)家族ライフサイクル(family life cycle)を考慮する(表1)、(3)家族カンファレンス(family conference)を行う、の3段階を実践することである¹⁻⁶⁾。(1)家族図^{1-4,7)}とは、血縁関係のない家族も含めた患者・家族の構成を骨格として、生物医学としての情報である家族歴だけでなく、年齢や職業、同居の有無、心理的關係などの情報を元に作ったものである。これにより家族内の関係がある程度推測でき、家族内の問題を理解し家族と接する際により適切な関係を作ることが可能となる。(3)家族カンファレンス^{1-3,6,8)}とは、患者だけでなく家族を加えた形での面談のことであるが、患者の感情面をも扱い介入できるように一定の形式が提唱されている。一般的に生物医学的に原因を特定できない

報告

場合には特に心理社会的あるいは今回のような家族指向のアプローチで原因が特定できることが多い。本症例では、患者と家族がセカンドオピニオンを求めて総合病院を受診したにもかかわらず、特定の器質的疾患が認められず病態が不明であった。そこで、患者本人と家族の両者に同時に受診してもらい、(3)家族カンファレンスを行い、(1)家族図の情報を詳しく手に入れることにした(図1)。このことにより妻が最近グループホームに入所したこと、それから患者の生活行動が変化してきたこと、家族の関わりが少なかったことなどが判明し、病的悲嘆反応であることが明確となった。また家族カンファレンスで、家族(子供達)の関わりが少なかったことを明らかにし、家族に積極的に関わってもらうことを提案し実践してもらうことが可能になった。このような患者本人だけではなく家族を含めた介入ができることも家族カンファレンスの利点である^{1-3,6,8)}。

次に(2)家族ライフサイクルについて述べたい。表1に挙げるように、患者家族はその年代に応じて家族ライフサイクルの段階を経ていくと言われる^{1-3,5)}。各段階には発達課題と呼ばれるその世代特有の課題が家族内に存在し、各段階の移行期にはストレスが生じやすく家族内の誰かが病気や症状を呈して外来を訪れやすい^{1-3,5)}。したがって患者に接する場合には家族ライフサイクルのどの時点に位置するかを考え、その段階における発達課題が健康問題に関わっていないかどうかを考慮する必要がある^{1-3,5)}。本症例のように高齢者の場合は、老年期の発達課題として、身体が老いていく中で(身体・家族・社会的)機能を維持する、配偶者・兄弟・友人の死や別れに対応する、自分自身の死の準備をするなどが考えられるため、これらを念頭に置きながら診療する必要がある(表1)。一般的に痴呆患者を家族が介護する場合、かなりの介護負担を生じて、体調を崩したり、うつ状態となったり、死亡率が増大するなど、発達課題の一つである(身体・家族・社会的)機能を

維持することが難しくなる^{1,9-15)}。痴呆に関する欧米の各種ガイドラインでは、このような介護する家族への問題に対応についても具体的に言及している¹²⁻¹⁵⁾。しかしながら、本症例は在宅で妻を介護していた期間内には、夫に介護負担に起因する身体的心理的問題がみられなかった。妻は比較的軽症の痴呆で最終的にはグループホームに入所しており、夫にとっては介護負担があまり大きくなかったことが影響していると思われる。

もう一つ老年期の発達課題として重要なものに配偶者・兄弟・友人の死や別れに対応することが挙げられる(表1)^{1-3,5)}。この発達課題の際に生じる反応を悲嘆(grief, bereavement)と呼ぶ^{1,16-27)}。悲嘆とは愛情を注ぐ対象を失う(対象喪失 object loss)ことにより生じる反応で、精神的・身体的症状を伴った症候群である¹⁶⁻²⁷⁾。一般的には愛する者の死に伴う反応として理解されているが、喪失の対象は親しい人との別れ(離婚を含む)であったり、失明や肢切断などの自分の体の一部であったり、失業や住み慣れた土地(故郷)との別れであったり、自尊心であったりすることもある^{16,18,19,21,24,25)}。通常悲嘆反応は誰にもみられるものであり、その経過は、信じられない気持ちとか情緒的に麻痺した感じにとらわれ1~2週間持続するショック期、悲嘆の対象者(死者)についての思いが強くとられる数週間~半年ほど持続するとらわれ期、死者に向けていた情緒的エネルギーを新たな関係に向け直すようになる受容期の3つの時期に分けられる(図2)^{16,26)}。通常の悲嘆反応と異なる経過をたどった場合には病的悲嘆反応(pathological grief reactions)あるいは複雑な悲嘆(complicated grief)、異常な悲嘆(abnormal grief)などと呼ばれる^{16-18, 20-27)}。病的悲嘆反応の分類は幾つかあるが、持続的な期間が極端に長く続き解決されない慢性的な悲嘆反応(chronic grief reactions)、喪失時に十分な情緒的反応がなされず後日顕在化した時期はずれの悲嘆反応(delayed grief reactions)、非常に激しい悲嘆反

報告

応のために喪失と関係していると気づいていながらも感情に圧倒されて不適応行動を起こす誇張された悲嘆反応 (exaggerated grief reactions), 自分を苦しめている症状や不適応行為が喪失に関係していることに気づかずにいる仮面悲嘆反応 (masked grief reactions) に分けて考えると臨床的に有用である^{24,25)}。本症例は、通常の悲嘆反応の過程を経ることなく、患者自身が妻の入所という喪失による悲嘆の感情に気づかずにアルコール多飲と過剰行動を来したという点で病的悲嘆反応の中の仮面悲嘆反応に相当する。患者が他人と積極的に関わろうとする性格ではなく、感情をあまり表に出さず比較的寡黙な人であったこと、子供達があまり両親 (患者夫婦) に積極的に関わらない家族であったことなどが、悲嘆に伴う感情表出や感情面への支援を得ることができず、病的悲嘆反応として現れたと考えられる。また、本症例は悲嘆反応に関して初期に体系的な研究を行った Lindemann²⁷⁾が、distorted griefと呼ばれる病的

悲嘆反応の一つに挙げた「喪失を意識せずに強迫的に過剰な活動を継続すること ((persistent compulsive) overactivity without a sense of loss)」という状態に相当すると考えられる。家庭医領域における悲嘆反応への対応は、病的悲嘆反応を起こさずに通常の悲嘆反応を経過できるように支援することであり^{1,17,18,21,24-27)}、McDanielらは8段階の方法を提唱している (表2)¹⁾。病的悲嘆反応の場合、一般的には専門家によるカウンセリングや薬物療法が適応となる^{1,16,17)}。本症例は病的悲嘆反応であったが、患者自身にとっての問題が身体問題であったため専門家の介入を最初に行うことは難しいと考えられた。そこで、まず外来診療の際に妻の話を出して悲嘆の感情を少しずつ表出させる簡易カウンセリングとしての対応や、患者を妻に頻回に会うことができるようにして悲嘆の感情を軽減させること、家族に関わってもらうことなどの方法をとることで改善することができた。

表1 家族ライフサイクル

家族ライフサイクルの段階	発達課題
結婚期	<ul style="list-style-type: none"> ・お互いに対して責任を持つような関係を築く ・新たに配偶者が加わるため、家族内の関係を再構築する
妊娠・出産期	<ul style="list-style-type: none"> ・家族内に子供のための空間をつくる ・お互いに配偶者でありながら、親になっていく
育児期	<ul style="list-style-type: none"> ・両親としてのチームを作る ・家族内で親や祖父母としての役割を確立していくために、お互いの関係について話し合う
巣立ち期	<ul style="list-style-type: none"> ・密接な親子関係から脱して、子供が出たり入ったり出来るシステムへ移っていく (子世代) ・家族から自分自身を独立させる ・仲間との親密な関係を結ぶ ・職業において自己を確立させる ↳ 息子・娘 → (親世代) ・夫婦間の問題と仕事上の問題へ再び目を向ける ・祖父母の病気・障害や死に対応する ・自分自身の老いと近づく死に対応する
老年期	<ul style="list-style-type: none"> ・身体が老いていく中で (身体・家族・社会的) 機能を維持する ↳ 患者・妻 → ・配偶者・兄弟・友人の死や別れに対応する ・自分自身の死の準備をする

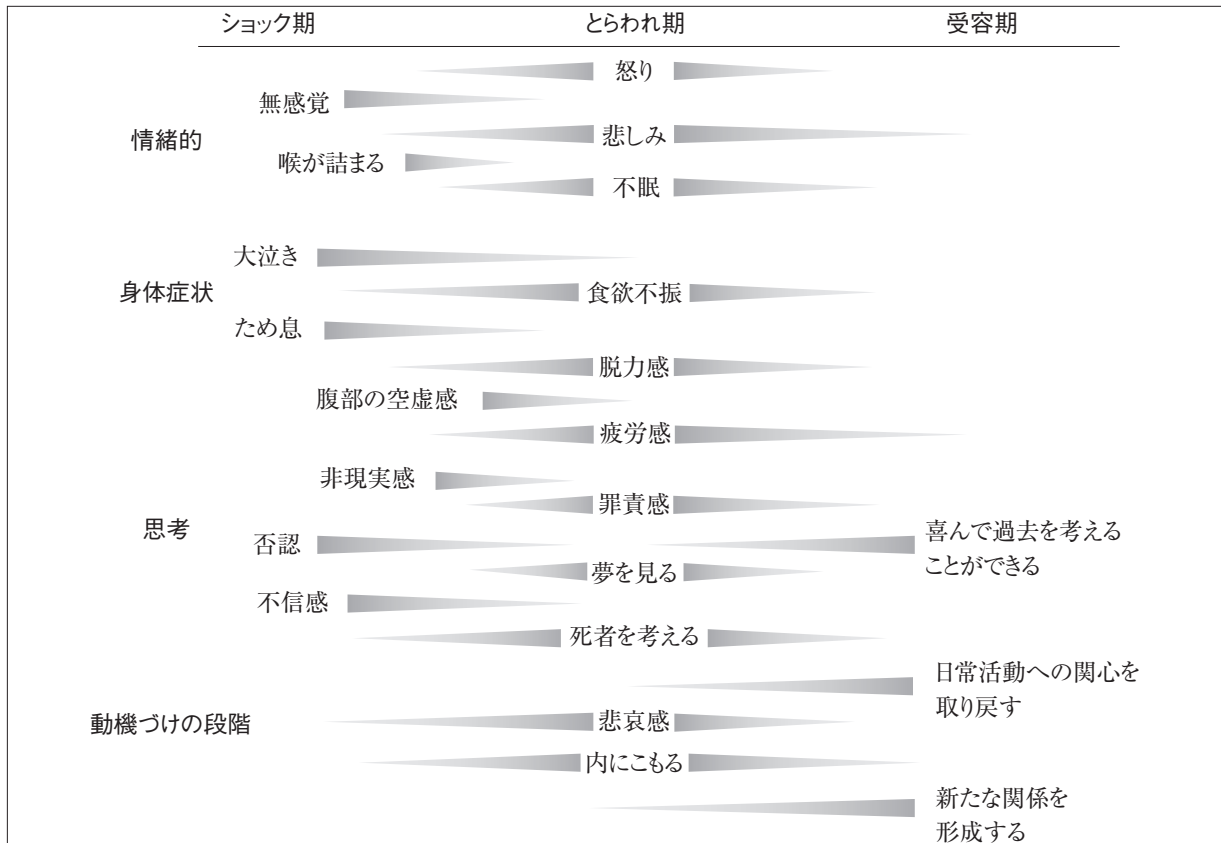
(Carter CA, McGoldrick M. "The Family Life Cycle" in Family-Oriented Primary Care, 1990より一部改変)

報告

表2 Primary Care Grief Counseling (文献1より)

- 1) 患者が亡くなった6～8週間後に、家族にきてもらう。(日本では電話によるコンタクトがまずあり、状況に応じ必要なら来てもらう。)
- 2) 家族のメンバーに患者の亡くなる前の状況や、さまざまな思い出について語ってもらう。悲しみ・怒り・罪悪感といった感情について話しやすい雰囲気を作り、その場で悲嘆しても大丈夫というメッセージを送る。ネガティブな感情も表出してもらう。(感情表出を促進する)
- 3) 患者が亡くなった後の経済状態について聞く。不動産の処理や収入の激減、金銭問題へかかわった経験のなさなどが、悲嘆・死別反応を助長することがある。
- 4) 悲嘆・死別反応に見られる症状(急に泣いてしまう・エネルギーの枯渇・亡くなった者へのとらわれ)について、正常な反応であると伝える。解決するのに1年かかることもあると知らせる。
- 5) できるだけ抗うつ剤や安定剤を避ける(特別な状況を除き)。葬儀の際に沈静されすぎていると、重要な場面の記憶があやふやとなる。
- 6) 身体疾患が悪化するリスクが高い(研究で証明済み)ので、症状の悪化をチェックし、死別3ヵ月後には必ず健康診断を受けてもらう(同時に病的な悲嘆・死別反応のリスクもみる)。
- 7) 興味のある家族は地域の患者会などへ紹介する。
- 8) 病的な悲嘆・死別反応の可能性を探り、必要なら専門家(精神科)に紹介する。

図2 通常の悲嘆反応の経過(文献16より)



報告

文献

- 1) McDaniel S, Campbell TL, Seaburn DB: Family-oriented primary care: a manual for medical providers. Springer, New York, 1990.
- 2) Hahn SR: Families, in Feldman MD, et al (eds), Behavioral medicine in primary care: practical guide, 2nd ed, McGraw-Hill, New York, 2003: p59-75.
- 3) Thrower SM, Wallenius TS: Keeping the focus on "family" in family medicine, in Sloane PD, et al (eds), Essentials of family medicine, 4th ed, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2002, pp19-35.
- 4) 松下明: かかりつけ医のための家庭医療学 (第23回) 家族指向のケア1). JIM 12: 1077-1081, 2002.
- 5) 松下明: かかりつけ医のための家庭医療学 (第24回) 家族指向のケア2). JIM 12: 1161-1166, 2002.
- 6) 松下明: かかりつけ医のための家庭医療学 (第25回) 家族指向のケア3). JIM 13: 73-78, 2003.
- 7) Like RC, Rogers J, McGoldrick M: Reading and interpreting genograms: a systematic approach. J Fam Pract 1988; 26: 407-412.
- 8) Lang F, Marvel K, Sanders D, et al: Interviewing when family members are present. Am Fam Physician 2002; 65: 1351-4.
- 9) Talerr G: Community-based care, in Cobbs EL, et al (eds), Geriatric Review Syllabus: a core curriculum in geriatric medicine, 4th ed, American Geriatric Society, New York, 1999, pp57-63.
- 10) Dunkin JJ, Anderson-Hanley C: Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. Neurology 1998; 51: S53-S60.
- 11) Parks SM, Novielli KD: A practical guide for caring for caregivers. Am Fam Physician 2000; 62: 2613-20.
- 12) 北村直人訳: アルツハイマー病と関連疾患の診断と治療について: 米国老年精神医学協会, アルツハイマー病協会, 米国老年医学会による共同声明. JAMA日本語版1998年6月号, pp92-106. (原論文 Small GW, Rabins PV, Barry PP, et al: Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatrics Society. JAMA 1997; 278: 1363-71.)
- 13) 日本精神神経学会監訳: 米国精神医学会治療ガイドライン: アルツハイマー病と老年期の痴呆. 医学書院, 東京, 1999, pp41-4. (原著 American Psychiatric Association practice guidelines: practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and the dementias of late life, American Psychiatric Association, Washington D.C., 1997.)
- 14) Doody RS, Stevens JC, Beck C, et al: Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review): report for the quality standard subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56: 1154-66.
- 15) Patterson CJ, Gauthier S, Bergman H, et al: The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusion from the Canadian Consensus Conference on Dementia. CAMJ 1999; 160: S1-S15.
- 16) Brown JT, Stoudemire GA: Normal and pathological grief. JAMA 1983; 250: 378-382.

- 17) Casarett D, Kutner JS, Abraham J: Life after death: a practical approach to grief and bereavement. *Ann Intern Med* 2001; 134: 208-215.
- 18) Parkes CM: Bereavement in adult life. *BMJ* 1998; 316: 856-859.
- 19) Pitt B: Loss in late life. *BMJ* 1998; 316: 1452-1454.
- 20) Periyakioil VS, Hallenbeck J: Identifying and managing preparatory grief and depression at the end of life. *Am Fam Physician* 2002; 65: 883-890.
- 21) Zeitlin SV: Grief and bereavement. Primary care: *Clinics in Office Practice* 2001; 28: 415-425.
- 22) Woof WR, Carter YH: The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 1). *Br J Gen Pract.* 1997; 47: 443-8.
- 23) Woof WR, Carter YH: The grieving adult and the general practitioner: a literature review in two parts (Part 2). *Br J Gen Pract.* 1997; 47: 509-14.
- 24) 鳴澤寶監訳: グリーフカウンセリング: 悲しみをいやすためのハンドブック, 川島書店, 東京, 1993. (原著 Worden JW, *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*, 2nd ed. Springer Publishing Company, Inc., New York, 1991.)
- 25) Worden JW: *Grief counseling and grief therapy: a handbook for the mental health practitioner*, 3rd ed. Springer Publishing Company, Inc., New York, 2001.
- 26) 長谷川浩他監訳: 死別の悲しみの臨床, 医学書院, 東京, 1994. (原著 Burnell GM, Murnell AL: *Clinical management of bereavement: a handbook for healthcare professionals*, Human Sciences Press, Inc., New York, 1989.)
- 27) Lindemann E: Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141-148.

連絡先：矢部正浩

〒950-8739 新潟県新潟市紫竹山2-6-1

TEL: 025-241-5151 FAX: 025-241-5163

E-mail: yabe0724@jeans.ocn.ne.jp

報告

英文抄録

Family-oriented approach for a case of pathological grief reaction.

Masahiro Yabe^{*1*2}, Tadanari Harada^{*2}, Mitsuhiro Suehiro^{*2*3}, Kouji Tamaki^{*2}, Akira Matsushita^{*2}

^{*1} Department of General Internal Medicine, Niigata City General Hospital

^{*2} Nagi Family Clinic

^{*3} Department of Internal Medicine, Kawasaki Hospital

[Objective] We describe a case in which a family-oriented approach to treatment was able to resolve a previously unidentified pathological grief reaction.

[Methods] We use three methods in the family-oriented approach: (1) construction of a family genogram to clarify bio-psycho-social problems and inter-personal dynamics within the family, (2) assessment of the family life cycle to identify family development tasks, (3) holding of a family conference.

[Results] A 74-year-old Japanese man presented with bilateral pretibial pitting edema of unknown origin. We noted that he was drinking alcohol heavily, and working long hours with few rests, and identified these as symptoms of a pathological grief reaction to the moving of his wife, who had dementia, into a care facility to live. We conducted a family conference to encourage his family to visit him more frequently, and we encouraged him to express his emotions for his wife. His symptoms resolved after this intervention.

[Conclusion] Pathological grief reaction should be considered when physiological causes of illness cannot be identified in family practice, and a family-oriented approach may help to resolve this problem.

Key Words : family, family-oriented approach, grief, bereavement, pathological grief reactions

報告