

BPD 当事者の家族の状況についての調査報告

I. はじめに

精神障害には、当事者ばかりでなく当事者のケアに関わる人にさまざまな心理的、社会的負担を生じさせることがある。特に当事者の家族には、それが大きな労苦となることが稀でない。この精神障害者の家族の負担についてはいくつかの調査が行われており、その状況が明らかにされつつある。わが国では、例えば西田ら(1)や全国精神保健福祉会(以後、全国連合会と略)の調査(2)によって、統合失調症を主体とする障害を持つ当事者を支える上で家族が多く、の労苦を体験していること、さまざまな心理的負担や経済的な不利益を蒙っていることなどが報告されている。この労苦は、家族の精神保健を危機に陥れることにもなりかねないものである。そのため、家族の健康を守ることは、わが国の精神保健活動の一つの課題と考えるべきである。さらに、家族をサポートすることには、治療的な意義が認められる。すなわち、家族の健康度を増すことは、当事者を支える力が強まることであり、その回復にも貢献となることが期待されるのである。

境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder ; BPD)は、対人関係の不安定性を特徴の一つとする精神障害であり、BPD の家族は特に当事者から強い影響を受けていることが従来から報告されている。さらに、米国では、家族に対するサポート活動が実践され、その有効性が確認されている(3)。

しかしわが国では、われわれの知る限り、BPD 家族に対する調査は行われておらず、家族の状況を十分明らかにする以前の段階に留まっているのが実情である。われわれは、その状況を明らかにするため、BPD 家族会の協力を得て、家族を対象とする質問紙法による調査を実施した。BPD 家族会は、松、奥野らによって 2008 年に創設され、家族の相互サポート、情報の交換・共有のために活動を続けてきた団体である。この調査は、BPD 当事者のケアを担う家族の実態を把握し、その負担を減じるための活動の基礎となるデータを得ることを目指している。

II. 調査方法

A. 調査対象

本調査は、BPD 家族会参加者(2012 年 11 月～2013 年 2 月のミーティング・講演会 計 6 回および 2014 年 9 月～12 月のミーティング・講演会 計 8 回)の参加者にアンケート調査への協力を依頼することによって実施された。調査用紙

は、返信用封筒によって回収された。尚、この調査では、1人の患者につき家族の1人のみが対象とされた。また、解析の対象は、当事者がBPDもしくは境界例と診断されたことがあると記述されている回答に限定することにした。

B. 調査内容

調査は、A. 家族と当事者の人口統計学的データ、B. これまでの治療の状況、C. 現在の精神科治療や精神保健サービス、D. GHQ健康調査票(GHQ12)および家族の対処法(25種の対処法が過去1ヶ月の使用の有無、およびその効果)、についての質問から構成されている。尚、この調査は、西田らの調査(1)、全国連合会の調査(2)の項目を一部取り入れて作成されている。

III. 結果

A. 調査の経過

BPD家族会によって開催された2012年11月から2014年12月までのBPD家族会のミーティング・講演会の参加者に対して返信用封筒付きのアンケート用紙(無記名)252セットが配布された。回答数は、144件(53%)であり、その中で本報告の解析の対象とされたのは、BPDもしくは境界例と診断されたことがあると回答していた118件(43%)である。

B. 調査の結果

以後、調査項目ごとに簡単な考察を加えつつ結果を提示する。

(1) 調査対象者の基本的特徴

表1に家族(回答者)およびBPD当事者の基本属性を示す。

表1. 家族(回答者)およびBPD当事者の性別・年齢・同居者

	家族(回答者)	BPD当事者
男性, 女性の比率	30%, 70%	14%, 86%
平均(標準偏差)年齢	53.9 (13.5)歳	34.0 (11.5)歳
当事者から見た家族(回答者)の続柄	親 75%, 同胞 13%, 配偶者 16%, 子ども 2%, その他 3%	
同居者	家族(回答者)は、54%が当事者と同居	
同居者 配偶者	68%	22%
同居者 子ども	58%	18%
同居者 父親	3%	32%
同居者 母親	8%	47%
同居者 同胞	0%	15%
一人暮らし	11%	24%

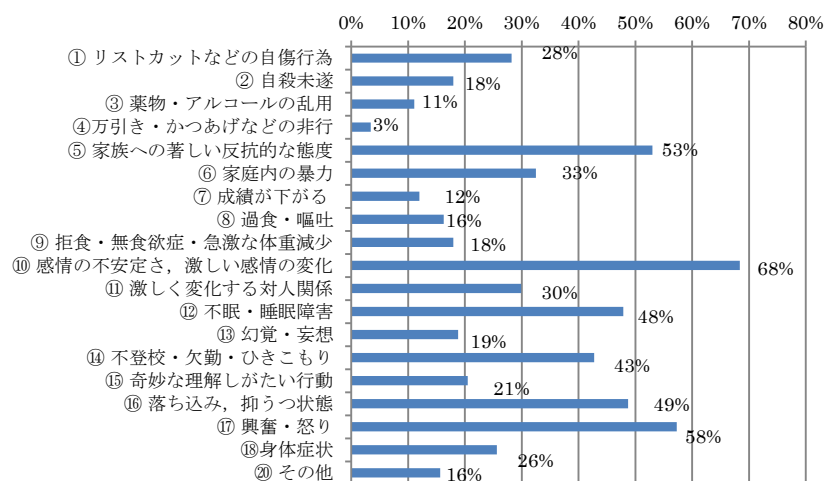
本調査の対象となった家族では、主な対象が統合失調症当事者の家族である西田ら、全国連合会の調査と比較すると、当事者に女性が多いこと、家族(回答

者)の続柄に配偶者が一定の比率を占めていることが挙げられる。これは、本調査の対象となった精神障害が BPD であるのに対して、西田ら、全国連合会の調査の主な対象が統合失調症であること¹⁾に由来する相違である。

(2) 当事者の治療経過

当事者の方が最初に BPD に関連すると思われる問題を見せた時の年齢は、平均 20.8 歳であった。精神科に受診する前に当事者に生じた BPD に関連すると考えられる問題をグラフ 1 に、当事者の従来告げられてきた診断と現在の診断をグラフ 2 に示す。

グラフ 1. 精神科受診前に見られた BPD 関連の問題(N=118)



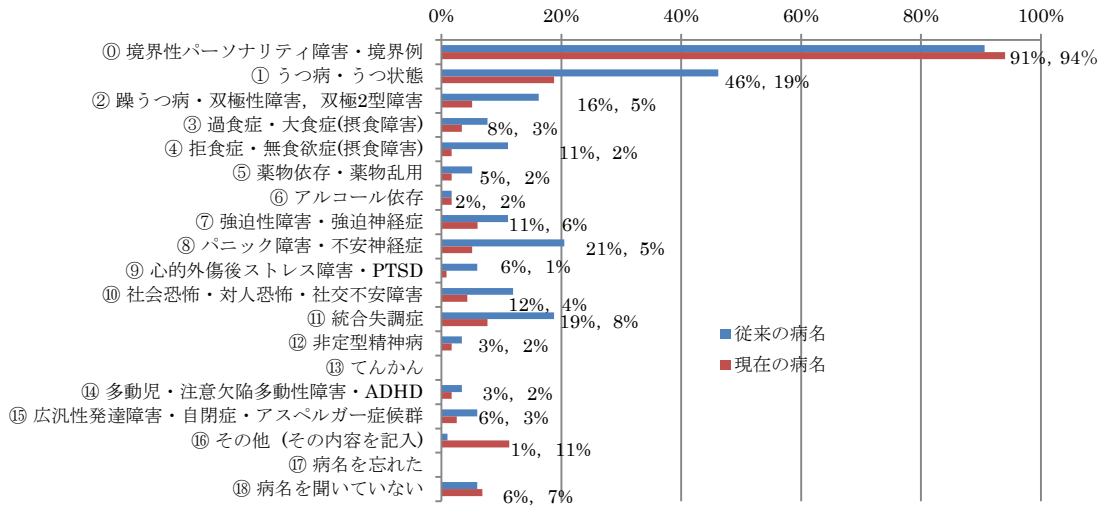
西田らの調査で高値であった項目⑬⑮は、本報告では西田らの数値よりも15%~20%低く、項目⑭は同程度であった。他方、本報告では、項目⑯⑫⑰が10%~25%高かった。その他、BPD に特徴的と考えられる項目①⑤⑥⑩⑪は、本報告で高い値を示した。

¹⁾ これらの 2 調査の調査対象の基本属性を表に示す。

表(脚注). 西田ら、全国連合会の調査対象の基本属性

	西田らの調査	全国連合会の調査
対象者数	1485 名	4419 名
家族の性別 (男性, 女性)	22.2%, 77.7%	32.1%, 67.9%
家族の平均(標準偏差)年齢	66.4(10.3)歳	66.7(9.9)歳
当事者の性別 (男性, 女性)	64.4%, 35.6%	64.5%, 35.5%
当事者の平均(標準偏差)年齢	39.5(10.6)歳	42.4(11.5)歳
家族の当事者との続柄	母親 68.1% 父親 17.2%, 同胞 11.7%, 子ども 0.7%, その他 2.3%	親 85.1%, 同胞 8.6%, 配偶者 2.9%, 子ども 1.3%, その他 11.6%
当事者の診断名	統合失調症 88.4%, 気分障害 11.3% その他 0.3%	統合失調症 82.7% 躁うつ病 3.1% うつ病 2.6%

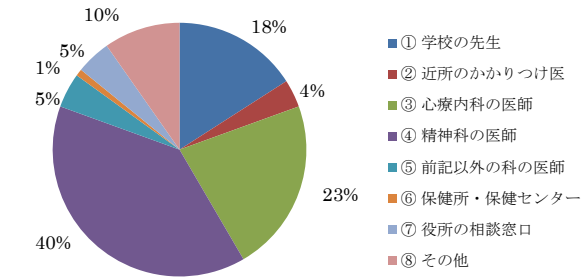
グラフ 2. 従来の診断と現在の診断 (N=118)



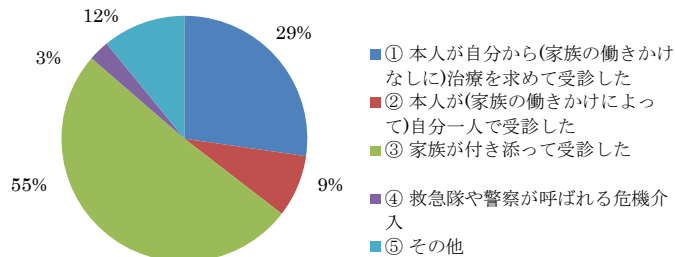
このグラフには、当事者には、さまざまな精神科診断がつけられていたことが示されている。それは、BPD という診断に揺らぎがあること、また、合併精神障害が多く加わっていることが理由だと考えられる。

最初に当事者の問題を誰に相談したのかをグラフ 3 に、最初の医療機関の受診はどのように開始されたかをグラフ 4 に示す。

グラフ 3. 最初に誰に相談したのか(N=118)



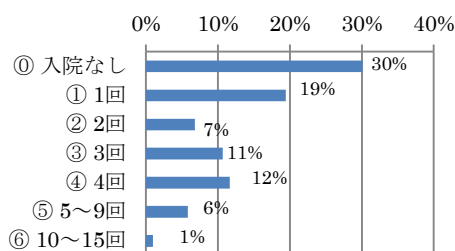
グラフ 4. 医療機関受診はどのように開始されたか(N=113)



問題発生時に相談した人(施設)は、全国連合会の調査と明らかな相違はなかった。問題発生から医療機関受診までの期間は、平均 4.1 年であり、治療が開始されたのが問題発生から 3 年未満なのは 66%であった(N=106)。西田らの報告では、治療開始までの期間が 3 年未満の人が 88%であった。

BPD 当事者の調査時までの入院回数の分布をグラフ 5 に示す。

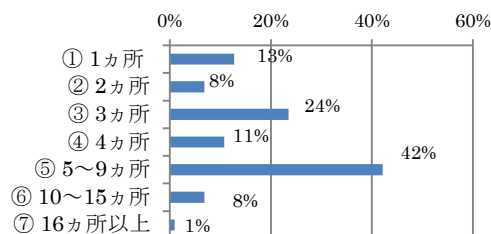
グラフ 5. 調査時までの入院回数(N=111)



入院回数が 0 回, 1 回の人々がほぼ半数を占めており、入院回数は全体として多いとは言えないだろう。

当事者が調査時までに受診した医療機関の数の分布をグラフ 7 に示す。

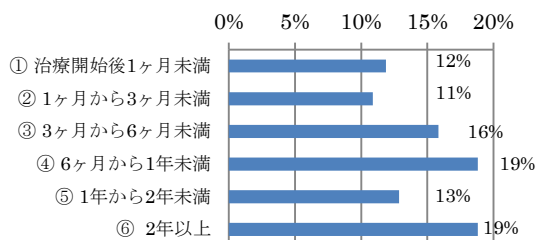
グラフ 7. 調査時までに受診した医療機関の数(N=110)



受診医療機関の数が多いことは、BPD の特徴であろう。5~9 カ所の医療機関を受診することがもっとも比率が高いという結果であった。2 ヶ月以上の治療中断が経過中にあったことも 33%の回答者から報告されている(N=111)²。全国のすなわち、大多数が経過中に医療機関の変更や治療中断をしているということである。グラフ 8 に最初の治療中断もしくは医療機関を変えることが起きた時期の分布を示す。

² 全国連合会の調査では、当事者の 73%が治療中断を経験しているとされる。しかしこれは、1 カ月以上の中断を尋ねていること、全国の調査では転医が調べられていないことから、直接比較することには無理がある。

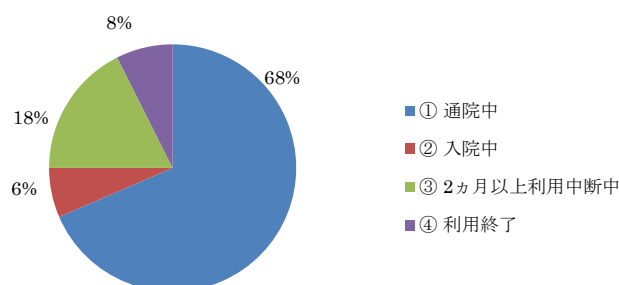
グラフ 8. 最初の治療中断もしくは医療機関を変えることが起きた時期(N=90)



(3) 当事者の現在の状況

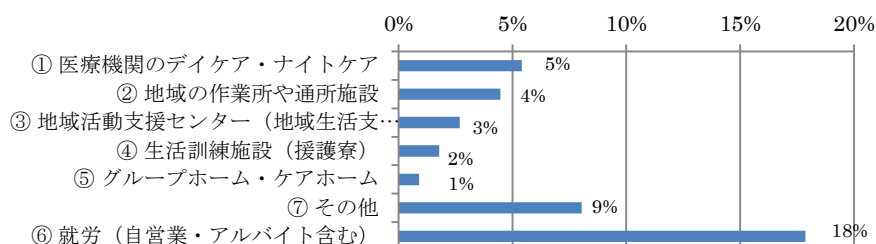
現在の当事者の精神科医療機関利用状況をグラフ 9 に示す。

グラフ 9. 現在の当事者の精神科医療機関利用状況(N=111)



当事者のサービス利用，就労の状況をグラフ 10 に示すサービスを利用していない当事者の比率は高い。サービスを利用せず，就労もしていない当事者が 68% におよぶ。

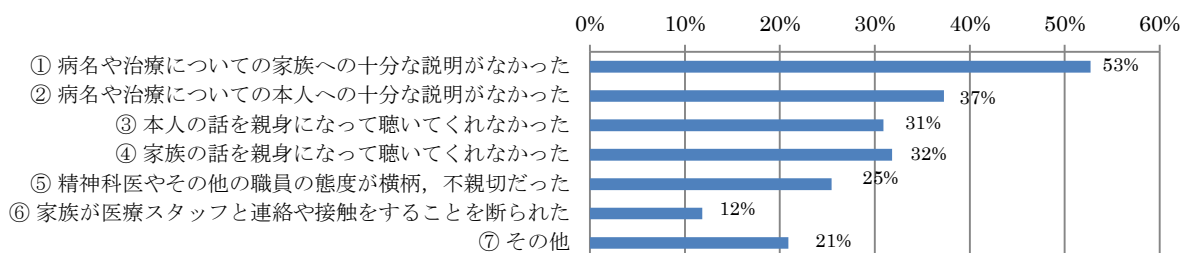
グラフ 10. サービス利用，就労の状況(N=112)



(4) 家族の医療機関に対する思い

グラフ 11 に受診時に家族が不満に思ったそれぞれの理由の全体に対する比率を示す。全体には嫌な思いをしたことはなかったと答えている回答(N=18)も含まれている。

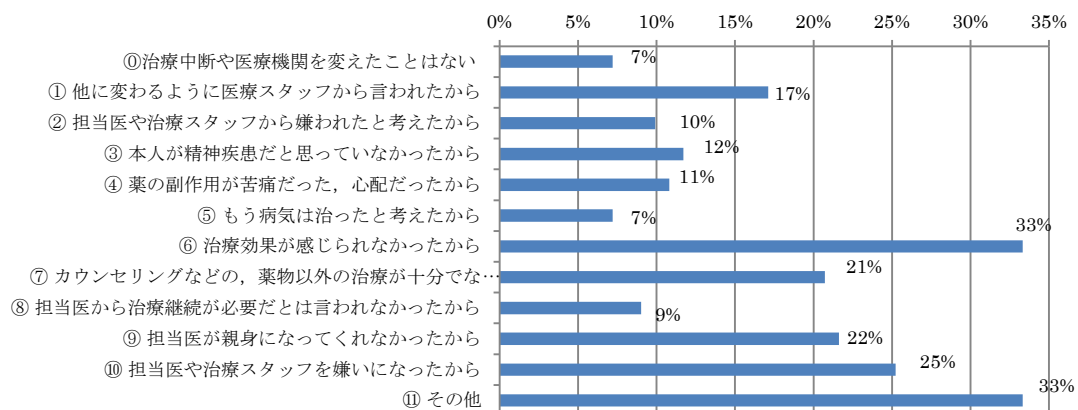
グラフ 11. 家族が医療機関に対して不満に思った理由(N=110)



このように多くの不満を家族が医療機関に対して抱いていることは、当事者が医療機関を変えることや治療中断の多いことの原因となっていると考えられる。本報告の項目①③④への反応は、西田らおよび全国連合会の調査での結果(ただし、これは初回受診時での不満としての回答である)よりも 10%~20%高値であった。

これまでの治療中断もしくは医療機関を変えたことの理由の比率をグラフ 12 に示す。ここには、治療中断や医療機関を変えたことはない人(N=8)も含まれている。

グラフ 12. 治療中断もしくは医療機関を変えたことの理由 (N=111)



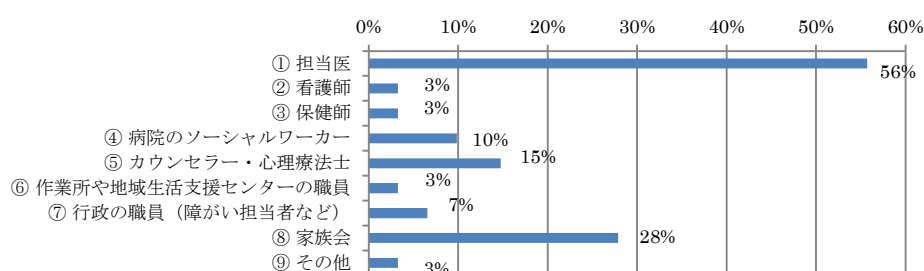
西田ら、全国連合会の調査と比較して、項目③⑤が約 40%、20%低い。これは、BPD 当事者が精神障害による苦痛を自覚していることが多いゆえだろう。本調査では、治療関係の質問(項目①②⑨⑩)も行われている。治療関係の問題の比率の高さは、対人関係(治療関係)の問題が BPD の特徴であることを裏付けていると考えられる。

信頼できる専門家もしくは家族会メンバーに出会えている家族は、それぞれ 52%(N=112)、58%(N=101)であり、3 年未満に出会えているのは、それぞれ 19%、17%であった。問題が起きてから出会えるまでの平均期間は、それぞれ 6.9 年、

6.4 年であった(N=53, 58)。西田らの報告では、信頼できる専門家、家族会メンバーに出会えているのは、それぞれ 66%、76%、3 年未満に出会えているのは、それぞれ 42%、35%だったとされているので、BPD 家族では、それよりも相当遅いことになる。

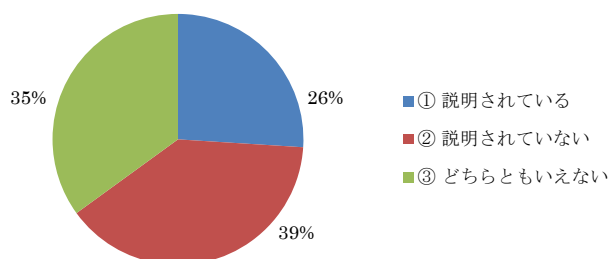
家族が精神保健の専門家と安心して相談できる状況にあると答えていたのは、53%であった(N=115)。安心して相談できる精神保健専門家などの職種をグラフ 13 に示す。

グラフ 13. 安心して相談できる精神保健専門家など(N=61)



信頼できる精神保健従事者の職種の比率は、全国連合会の調査と大きな相違はない。家族が現在の当事者の治療状態について担当医から十分説明を受けているかという質問に対する答えをグラフ 14 に示す。

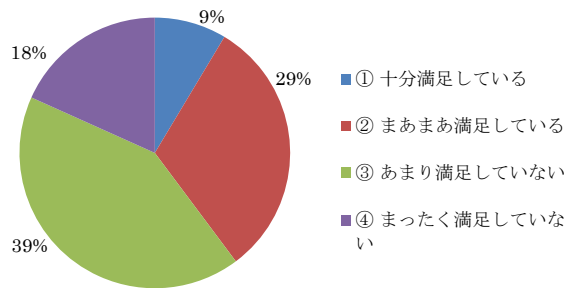
グラフ 14. 担当医から家族は十分説明を受けているか(N=108)



十分な説明が受けられている家族の比率は、全国連合会の調査よりも 20%近く少なく、十分説明されていない人は全国連合会の調査よりも約 15%多いという結果であった。

次には、当事者が受けている(もしくは受けていた)医療サービスに対する家族の満足度をグラフ 15 に示す。

グラフ 15. 医療サービスに対する家族の満足度(N=108)

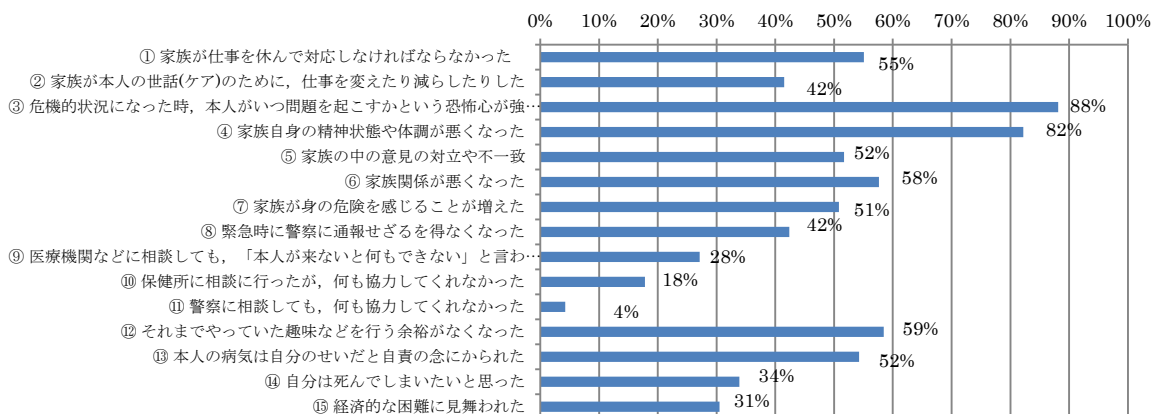


本調査における医療サービスに対する BPD 家族の満足度は、全国連合会の報告とほぼ同等であった。

(5) 家族の労苦, 負担

さまざまな労苦, 負担についてであると答えた家族(回答者)の比率をグラフ 16 に示す。

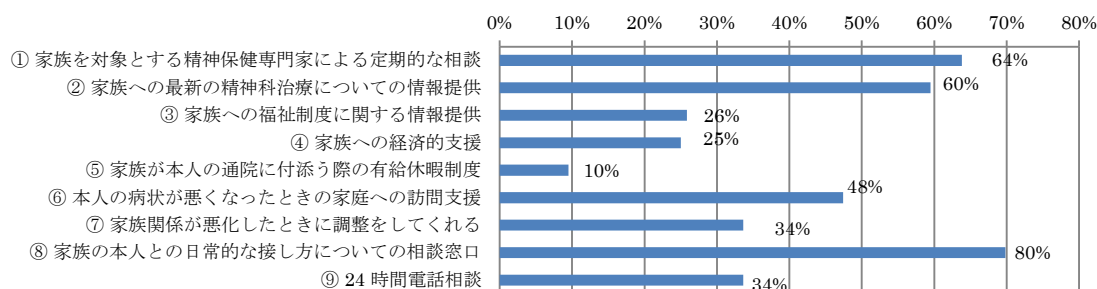
グラフ 16. さまざまな家族の労苦, 負担 (N=118)



このグラフからは、危機的状況への恐怖心、家族の精神状態や体調の悪化、家族関係の悪化、趣味が出来なくなったこと(項目③④⑫⑥)の比率が高いことが分かる。特に恐怖心、体調悪化、身の危険(項目③④⑦)は、全国連合会の調査の結果より 20-30%高値だった。自責の念にかられること、自殺を考えることは、西田らの報告での所見とほぼ同じであった。

家族の必要と考えるサービスや支援をグラフ 17 に示す。

グラフ 17. 家族の必要と考えるサービスや支援



半数以上の家族によって必要と回答されていたのは、家族を対象とする精神保健専門家による定期的な相談、最新の精神科治療についての情報提供、家族の当事者との日常的な接し方について相談できる窓口であった。本調査とほぼ同じ項目で調査されている全国連合会の調査(2)では、これらの項目に対して70%以上が必要と回答していた。本調査では、家族に対する調査についての説明においてそれが「実態」を捉えるためのものであることが強調されていたため、回答が控えめなものとなったと考えられる。

(6) GHQ-12 健康調査

GHQ-12 健康調査(4)は、気分障害、不安障害のスクリーニングに用いられる評価尺度である。その得点4あるいは5以上を「陽性」とした場合、感度83-82%、特異度60-90%を示すと報告されている。

本調査のGHQ12の得点の平均は8.5であった。それは、回答者において精神保健的問題が生じている可能性が高いことを示す結果であった。カットオフポイント4点、5点を越えるのは、それぞれ84%、88%であり、調査対象の大多数を占めていた(N=118)。

(7) 家族の対処方法についての調査

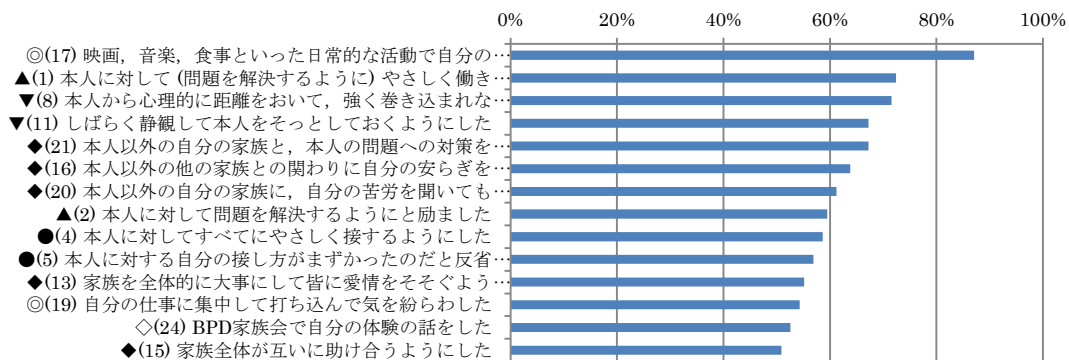
本調査では、25種類の対処法を示し、それぞれ方法を過去一ヶ月に使ったかどうかの質問、そしてそれを使った際の有効性を問う質問(4件法)が行われた。調査結果を把握するために行われた25種の対処法の分類を表2に示す。

表 2. 対処法(25 種類)の分類

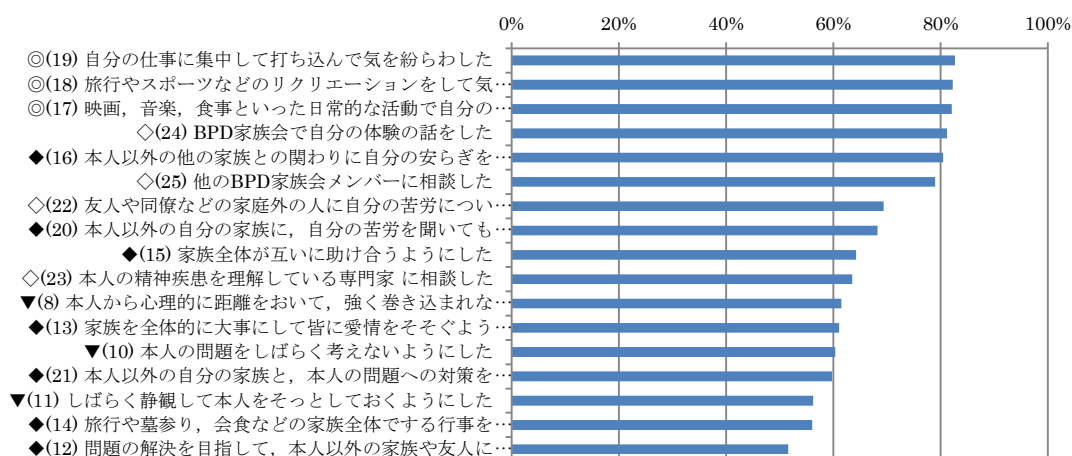
<p>▲直接働きかけること (1) 本人に対して（問題を解決するように）やさしく働きかけた (2) 本人に対して問題を解決するように励ました (3) 本人に問題行動を止めるよう強くいった</p>	<p>●やさしく接すること (4) 本人に対してすべてにやさしく接するようにした (5) 本人に対する自分の接し方がまずかったのだと反省した (6) 本人にいつそう献身的に接しようとした (7) 本人をもっとしっかりと守ってあげようとした</p>
<p>▼距離を置くこと (8) 本人から心理的に距離をおいて、強く巻き込まれないようにした (9) しばらく本人との関わりを避けた (10) 本人の問題をしばらく考えないようにした (11) しばらく静観して本人をそっとしておくようにした</p>	<p>◆本人以外の家族との関わり (13) 家族全体を大事にして愛情をそそぐようにした (14) 旅行や墓参り、会食などの家族全体の行事をした (15) 家族全体が互いに助け合うようにした (16) 本人以外の家族との関わりに安らぎを求めた (20) 本人以外の家族に、自分の苦労を聞いてもらった (21) 本人以外の家族と、本人の問題の対策を話し合った (12) 問題解決のため、家族や本人の友人に働きかけた</p>
<p>◎自分自身の活動をする (17) 映画、音楽、食事、お酒、外出といった日常的な活動で自分の気晴らしをした (18) 旅行やスポーツなどのリクリエーションをして気を紛らわした (19) 自分の仕事に集中して打ち込んで気を紛らわした</p>	<p>◇家族外での相談 (22) 友人や同僚、近所の人などの家庭外の人に、本人についての自分の苦労について話をした (23) 本人の精神疾患を理解している人（精神保健スタッフ、担当医）に相談した (24) BPD 家族会で自分の体験の話をした (25) 他の BPD 家族会メンバーに相談した</p>

利用率の高い(50%以上の)対処法、有効率の高い(50%以上の)対処法をグラフ 18, 19 に示す。グラフには表 2 の分類ごとに、▲、▼などの記号がつけられている。

グラフ 18. 利用率の高い(50%以上の)対処法



グラフ 19. 有効率(50%以上)の高い対処法



このグラフから、直接の働きかけ(▲)とやさしく接する(●)はよく行われているけれども有効率は高くはないこと、距離を置くこと(▼)、本人以外の家族との関わり(◆)はしばしば行われており、有効性もあること、自分自身の活動を行うこと(◎)、家族外での相談(◇)は行われることが少ないが有効性は高いこと、と結果をまとめることができる。

IV. 考察

ここではまず、本調査でえられた所見をまとめることにする。

当事者の治療経過についての所見からは、BPDの病初期における治療・対応が明らかに遅れていることが見て取れる。BPDに由来すると考えられる問題行動が出現するのは、平均20.8歳の時点であるが、治療が開始されるのは、平均4.1年後、約25歳である。この遅れは、西田らの報告する統合失調症を主体とする当事者の家族の調査所見よりも大きい。さらに本調査では、医療機関の変更(転医)は頻回であり、信頼できる精神保健専門家に会える比率も低く、出会っているととしてもその時期は、西田らの調査における所見を上回っていた。ここでは、BPDの治療開始および治療における信頼関係の形成が、統合失調症を中心とする他の精神障害の治療よりも遅れることが示されている。

さらに本調査では、BPD当事者の家族が精神科医療スタッフに信頼を抱くことが困難な状況にあることが示されている。当事者へのサービスが信頼できると答えている家族は少なく、それが頻回の医療機関変更(転医)の原因ともされている。この状況では、一方、精神保健専門家のBPDに対する姿勢に重大な反省が求められることを免れないであろう。実情を眺めれば、精神保健専門家もまた、BPD診断、治療に自信が持てないという困難な状況にあることを指摘しなくてはならない(5)。しかし、精神保健関係業務に携わる者は、ゴールは遥か彼

方であろうとも、この状況の改善に向けて努力を積み重ねなければならないことは言を俟たない。

このような状況における家族の労苦は深刻である。それは、GHQ12の高値に顕れている。本調査では、気分障害や不安障害が疑われるレベルの人が80%以上にも及んでいる。この所見は、家族に対して精神保健的サポートや治療の導入を検討しなくてはならないことを示している。

他方、家族の対処法についての調査では、厳しい状況の中でも家族が問題に取り組み、自らの健康・生活を守る努力を続けていることが示されている。ここではまた、BPDに対する感情的に巻き込まれないように努力するという原則(例えば、Mason & Kreger(6))の有効性が確認されていると言える。

本調査の所見は、BPD当事者の家族の労苦の一部を示しているものに過ぎない。BPDの病理によるコミュニケーションの障害やスティグマや社会的不利益による苦悩など、今後明らかにしなくてはならない領域は多く残されている。また、家族の労苦を強めている要因についての探求も進める必要がある。ここに報告していないが、GHQ12の値や対処法の効果と家族の同居の有無、当事者に対する続柄、年齢、性別との関連を吟味したけれども、明らかな関連が見出されず、家族の苦悩の要因を推定することができなかった。今後は、家族の置かれた状況についてさらに詳しく把握することが必要である。

最後に、本調査が抱えている方法論的限界について一言だけ言及しておきたい。本調査には多くの重大な問題があるが、特に大きいのは、本調査が郵送法・質問紙法によるものであり、データの信頼性、想起誤差などの問題をクリアすることが困難だということである。今後、他の方法を応用することで、家族の労苦の背景を明らかにし、その対策を講じる作業を進めることが必要である。

V. おわりに

本調査の結果では、BPD家族のおかれた厳しい状況の一端が明らかにされた。それは、BPD病理が当事者とその関係者に強い影響を与える性質があること、およびわが国のBPDの診療体制に未整備の点が数多くあることから、十分に予想されたことであった。われわれは今後、その状況の深刻さの程度と内容を明確化し、それへの適切な対応策を積み重ねてゆくことが必要である。

謝辞 本調査にご協力下さったBPD家族会メンバーの皆さまに深い感謝の意を表します。尚、本調査の中間段階での所見を2013年世界精神医学会 アンチスティグマ分科会国際会議において発表(7)しています。

(林 直樹, 松本俊彦, 黒田章史, 奥野栄子)

引用文献

- (1) 西田淳志, 厚生労働省科学研究こころの健康科学研究事業岡崎班. 早期支援・家庭支援のニーズ調査報告書. 東京都精神医学総合研究所, 2009.
- (2) 全国精神保健福祉会連合会・家族支援に関する調査研究プロジェクト検討委員会. 精神障害者の自立した地域生活を推進し家族が安心して生活できるようにするための効果的な家族支援等の在り方に関する調査研究. 全国精神保健福祉会連合会, 2010.
- (3) Lefley HP. From Family Trauma to Family Support System. In: Gunderson JG, Hoffman PD, editors. *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing; 2005. p. 131-64. 林直樹, 佐藤美奈子訳 第8章 家族の外傷体験から家族のサポート体制へ, 境界性パーソナリティ障害最新ガイド. 星和書店, Pp. 215-248, 東京, 2006.
- (4) 中川泰彬, 大坊郁夫. 日本版 GHQ 精神健康調査票手引き. 東京: 日本文化科学社; 1985.
- (5) 林直樹. 実地診療におけるパーソナリティ障害の診断および誤診の特殊性. *精神科診断学*. 7: 57-63, 2014.
- (6) Mason TP, Kreger R. *Stop Walking on Eggshells: Taking your life back when someone you care about has borderline personality disorder*, 2nd edition, Oakland: New Harbinger; 2009. 荒井秀樹訳 境界性パーソナリティ障害=BPD 第2版 星和書店, 東京, 2010.
- (7) 林直樹. 境界性パーソナリティ障害の人の家族の苦難に向き合う シンポジウム: BPD への偏見を打ち負かす. 世界精神医学会 アンチスティグマ分科会国際会議; Tokyo2013. p. 10.