

— 研究報告 —

社会復帰したうつ病患者の配偶者が経験した日常生活における困難感

中村太志¹⁾, 本田可奈子²⁾

1) 滋賀医科大学医学部附属病院
2) 滋賀県立大学

抄録:【目的】社会復帰したうつ病患者の配偶者が抱く日常生活における困難感を、現象学的手法を用いて記述する。【方法】研究対象はうつ病と診断された30歳以上70歳未満の通院治療中の患者の配偶者とし、半構成的面接を行った。分析方法には現象学的手法を用いて困難感に関するテーマを明らかにした。【結果】参加者は、60代女性計3名(Aさん、Bさん、Cさん)であった。うつ病患者の配偶者の困難感を表すテーマとして3名の研究参加者より計20のサブテーマが示された。そのうち7つのサブテーマから2つの共通する困難感のテーマと、13の個別の特徴をもつサブテーマが導きだされた。とくに共通するテーマは、自分の配偶者のうつ病に対して、現状の受け入れと否定を繰り返す不規則性を持つ「なんでというやる瀬のない思い」や、うつ病となった配偶者に対しこれまでの夫婦として過ごしてきた時間から生じる葛藤も含む「配偶者としての患者との接し方がわからない」という困難感を示していた。【考察】看護師はこれらうつ病患者の配偶者の困難な体験を患者家族がうつ病を認識し、積極的な介入を行っていく必要がある。

キーワード: うつ病 家族 配偶者 困難感 現象学

はじめに

2013年には、厚生労働省はこれまでの、がん・急性心筋梗塞・脳卒中・糖尿病にくわえ、新たに精神疾患を加えた五大疾病を基本医療に盛り込むべき疾患として掲げた。2020年には日本国内における精神疾患を持つ患者数は400万人を超えており、精神疾患は現代の日本において深刻な問題の一つとなっている。その中でも患者数が最も多い気分障害(うつ病・躁うつ病)に関しては、1999年に44.1万人であった総患者数は2008年には104.1万人と約十年間で2.4倍に増加しており、最新の患者調査では117.4万人(2020)と過去最高の数字を記録している^[1]。うつ病の患者数増加の背景としては、主に診断基準の改定、受診率の改善などが指摘されており、今後も患者が増加していくと考えられている^[2]。

2020年の日本のうつ病患者の特徴として、年齢階級では男性は40、50歳代が多く、女性は40歳代と70歳代が多い^[1]。そのためうつ病患者のキーパーソンとなる人物は、親・子より配偶者となることが多いとされる^[3]。また配偶者の社会活動性とうつ病患者の休職期間との関連^[4]や、うつ病・躁うつ病患者の配偶者は、焦り、緊張、心配などの負担を感じやすいという報告^[5]もある。このようにうつ病は患者のみならずその配偶者にもなんらかの影響を与えることが明らかとなっている。

近年のうつ病患者の家族を対象とした研究では、家族が経験する日常生活における困難な出来事^[6]、家族にもたらす思いや影響^{[7][8]}などがあり、うつ病患者の家族が様々な形で心理的な負担や困難を感じるということが明らかにされている。うつ病患者の家族に関する研究は散見されるが、一方でうつ病患者のキーパーソンとなることが多いとされる配偶者の困難感に限局した研究は見当たらず、より対象を絞って探究する必要性がある。

またうつ病という病気は一般に、治療により症状が落ち着いて寛解・治癒状態へ至ることはあっても完治することはないとされている。社会復帰後も継続したフォローアップを行うためには長い経過をたどるうつ病患者の配偶者の経験を明らかにした上で、配偶者への支援や看護の検討が必要である。そこで本研究では、社会復帰した3人のうつ病患者の配偶者のインタビューから、日常生活における困難感を現象学的手法を用いて記述することを目的とした。

研究目的

社会復帰したうつ病患者の配偶者が抱く日常生活における困難感を、現象学的手法を用いて記述した。

方法

1. 研究デザイン

本研究は社会復帰したうつ病患者の配偶者が抱く日常生活における困難感を、ありのままの事象を探求し記述する現象学的アプローチを用いて明らかにする質的記述的研究である。

うつ病患者の配偶者が抱える困難感は、患者の疾患のみならず、家族の形態、家族関係によっても左右される。現象学的研究は、「一人の語りを語り手が抱える文脈の中に潜む構造を取り出そうとする」¹⁹⁾手法であることから、本研究では研究対象者の経験に焦点を当て、当事者の体験世界を理解しようとする現象学的な手法を採用した。

2. 用語の操作的定義

(1) 困難感

本研究における困難感とはうつ病患者と共に生活する中で配偶者が感じた苦しみ・悩み・難しさの感覚とする。

(2) 社会復帰

本研究における社会復帰とはうつ病によって地域での療養が困難となった方が、再び地域で生活できるようになることとする。

(3) 配偶者

本研究における配偶者とは婚姻関係にある相手とする。

3. 調査方法

(1) フィールド

A 大学医学部附属病院精神科外来および、B 医療センター外来をフィールドとした。

(2) 研究対象者のリクルート方法

A 大学病院の精神科外来にて選択基準に合致する対象者に対し、医師より簡単に本研究の概要を説明した後、改めて研究者より文章に基づき本研究の説明を行い、同意を得られたものを研究参加者として調査を実施した。

B 医療センターでは看護部を通じて選択基準に合致する対象者を選択し、A 大学病院と同様の手順で研究参加者として調査を実施した。

(3) 研究対象者の選択基準

本研究の対象者は DSM-4-TR および DSM-5 に基づきうつ病（大うつ病性障害）と診断された通院治療中の方の配偶者の中で 30 歳代以上、60 歳代以下の者とした。また、本研究への参加について、本人による同意書への署名により同意が取得できた者のみを対象とした。

(4) データ収集方法

インタビューは 2016 年 11 月から 2016 年 12 月にかけて実施した。医師の判断により、選択基準に適合しているかを判断し、参加者の年齢等を確認後、インタ

ビューガイドに基づいた半構造的面接法を実施した。

インタビューガイドは以下のものを使用した。

「あなたの配偶者の方がうつ病と診断されるまでの経緯について教えてください。」「配偶者の方がご病気になられてから、あなたが印象に残っている、いっしょに暮らす中での苦しさ、難しさや悩んだことを教えてください。」

インタビューガイドによる質問以外は投げかけず、参加者の言葉に対する傾き、相槌を中心に行った。明らかに会話が途切れた際には、相手の言葉を繰り返す、会話の中で出現したキーワードと思われる言葉について尋ねるなどの方法を用いて会話を促した。

インタビューは研究参加者の同意を得た上で IC レコーダーによる録音とメモを用いて記録した。

(5) 分析方法

データの分析は、松葉&西村らの分析方法を参考¹⁹⁾に、以下の手順に沿って実施した。

①インタビュー終了後、録音した内容をもとに、言いよどみや言い直し、参加者が持つ独特の間、沈黙なども含めてデータに沿って忠実に言語化し逐語録を作成した。また、インタビューの際に使用したメモも参考にし、インタビューの際の参加者の大きなしぐさや気になったことも逐語録に反映した。

②参加者が用いる独特の言い回しや、語りの中で特に印象に残る言葉、意識せず繰り返される単語や接続詞、参加者が持つ特有の間に注意した。気になる箇所に線を引き、マークをつけながら読み進めた。線が重複すると思われる部分では強調して線を引き、それらをもとにインタビューの流れ・文脈に留意して読んだ。

③経験の語られ方とその文脈がいかんにして成り立っているのかを分析し、語りの全容を記述し、その根底にあるテーマを導いた。

④テーマを構成する困難感の経験がどのように成り立っているのかを語りの構造をもとに記述した。

⑤改めて逐語録全体を読み返し、習慣化・日常化されており、参加者自身もはっきりと言語化することが難しい経験にも注目してテーマを見直した。

(6) 真実性・信頼性の担保

面接は参加者本人のみに行い、声が外に漏れず不特定多数の出入りのない面談室で実施した。面接途中であってもいつでも中断できることを説明した。

研究参加者に依頼し、逐語録の内容の齟齬や認識の違い等がないかについて確認することでメンバーチェックを行い、真実性を担保した。

分析の過程においては適宜、指導教員や現象学の専門家による検討及びスーパーバイズによって、信頼性の担保を行った。

(7) 倫理的配慮

滋賀医科大学倫理審査委員会の承認後実施した（審査番号 28-044）。研究協力施設の看護部長に対し文章及び口頭にて、本研究の目的・内容・方法を説明し、

同意を得た。また、A 大学精神科医局会においても同様の説明を行い、医局長の指示の元、詳細な面接方法・分析方法について文章を用いて説明し、研究協力の承認を得た。

B 医療センターでは該当施設の倫理審査委員会での承認を得た。

研究対象者へは研究目的と方法、研究参加は自由意思であること、同意の撤回が可能であることを文書と口頭で説明し、同意書に記載することで同意を得た。得られたデータは個人が特定できないよう匿名化し、取り扱った情報は漏洩されないように管理した。インタビューを行う間、患者には病院内で待機して頂き、異常があった際はすぐに診療を受けられるように患者の担当医へ依頼した。

結果

1. 研究参加者の属性

今回は紹介を受け、同意の得られた 3 名に対してインタビューを行った。研究参加者は、60 代女性 A さん・B さん、50 才女性 C さんの計 3 名であった。

面接回数はそれぞれ 1 回ずつ行った。表中の面接時間はメンバーチェックの時間は含まず、参加者と面接を行った時間のみとした。(表 1)

表1 研究参加者の属性

	年齢	性別	患者の病歴	面接時間
Aさん	60歳代	女性	3年	41分
Bさん	60歳代	女性	15年	51分
Cさん	50歳代	女性	2年	82分

2. 共通する配偶者が経験した困難感のテーマ

3 名の参加者の困難感を示す語りから共通する困難感の 7 つのサブテーマと 2 つのテーマが導きだされた(表 2)。

表2 参加者の語りにも共通するテーマ

なんで、というやる瀬のない思い	【何が原因か分からない】 【うつ病になることが理解できない】 【なんで止められない】
配偶者としての患者との接し方が分からず困る	【病気のために同じことをしつこく言われる】 【病状を気にして本人に何もいえない】 【家族として一番いい接し方ができない】 【自分で考えても何度も失敗する】

以下では、サブテーマは【】でくぎり、逐語録からの代表的な語りを引用し、それらはすべて斜体太字で示した。

(1) なんで、というやる瀬のない思い

A さん、B さん、C さんの 3 名に共通するテーマとして【何が原因か分からない】【うつ病になることが理解できない】【なんで止められない】があった。3 名ともうつ病に関しどうしてうつ病と言う病気になったのかという問いを発していた。なんで、なぜ、という問いはただ単に知識や経験の不足によるうつ病の機序への理解不足から生じているわけではない。A さんは夫

のうつ病の原因について次のように語った。

もう何が原因や分からないんです。いろんなこと家のことでもいろいろありましたから、これっていう原因がもひとつよくわかりませんので。

A さんは夫のうつ病の原因について、「なにが原因かわからない」と話すが、その後続けて「いろんなこと家のことでもいろいろありましたから、これっていう原因がもひとつよくわかりませんので」と続ける。つまり、うつ病の原因について家のことや他のことなど夫の負担になったと思われる出来事は思い当たるが、なにが直接的な原因であるのかはわからないが様々な事柄が重なって夫がうつ病になったと思っていると話した。

これっていう…重なって重なってなんやろなっていうことと思うんですけど……

B さんは夫のうつ病の原因について次のように理解していた。

とにかく悩みを打ち明け人じゃないね。自分でこもってこもってこもってこもって結局、精神異常、なってしまう。

そして C さんも、同様にうつ病の原因について C さんなりに理解していた。

自分でもその春に異動になったところで、勉強しだして波に乗り出そうかなっていうところで、その、他の人の穴埋めにまた異動になったので、そこーでしんどいって思ったのかな。

それでもなお、「なぜ」「なんで」という思いが語られる。特に C さんの語りに代表される表現として、「なんでと思わんとこうしてるんやけど、それでもなんでと思うときがある」というものがある。これは、なんで、という思いが C さんの意志を超えて現れてくることを示している。そしてこの語りの後、C さんは「なんで」という思いを抑えきれないあまり、涙を流したという。なんでという思いが、D さん自身もコントロール出来ない行動となって表れていた。語りにあるように「なんで」「何が原因で」という疑問に対する答えがあるのにも関わらず 3 人は改めて語りの中で「なんで」という思いを語った。つまり 3 人のいう「なんで」という言葉はうつ病という病気の原因についての直接的な問いを表すのではない。それはむしろ気持ち・思いであり、考えたくなくとも思ってしまう、なぜこうなってしまったのか、というやる瀬のない気持ちを現す語りであった。

(2) 配偶者としての患者との接し方がわからず困る
以下に代表的なサブテーマについて、語りとともに記述する。

A さんは【病気のために同じことをしつこく言わ

れる】という夫から受ける言葉・態度への不快さを語った。

病氣一のために主人がぼんぼん言ってくるのか、なんか喧嘩っていうのか、口喧嘩ですけど、うーん結構しつこう言ってくるっていうのが嫌やなあって思えますね。もうわかったしっていったらもうそこでストップしてくれたらいいのに、おんなじことがーがーがー言ってくるっていうーしつこさがしんどいなあ思う。

また、Aさんは、【病状を気にして本人に何もいえない】という普通の部分、つまり今までの夫の部分と病気の夫の境界線が分からないからこそ、何もいえなくなり自分の気持ちを患者に伝えられないという悩みも語っていた。

自分が思ってること本人にわーっというていいもんか悪いか、それによってまた、本人が、の、具合が悪化しても困るし、結局、なんかのときには聞き流さんと仕方がないのかなとか。思ってる、だから、うーんなんか、あほになってたらええのかな、こっちが。

対処の仕方っていうのがもう一つわからないし、本人がここまでは、普通なんやけど、ここからこっちは違うっていうその、境界線、わからないっていうか。

Bさんは【家族として一番いい接し方ができない】という、夫の態度へのいら立ちと、それをコントロールできない難しさを語った。家族だからこそ、夫に対して上手く接することができない、そしてそれは自分の性格、そして家族であり常に一緒に居るからであると述べていた。

だから第三者には言えます私は。うん。アドバイス、できるけど。ただ家族となったら、やっぱイライライライラしてくるから。

そしてCさんは【自分で考えても何度も失敗する】といううつ病になる以前の夫を知るからこそ、今までと同じように普通に接してしまうこと。またそれによって夫を苦悩させてしまうことを語った。

治せへんのになあ、とか。普通に話してるから、へえでも私もなんかすごい、あのーこんなことなかったねんから、私もしんどい時があるわって、言ってしまう。いってはいけないよね。私ももう、しんどい時があるって、言ったらね、もうほんとに、あのー自分の嫁までが倒れたらどうしようって。ていうのがあるから、やっぱり、そういう事いっただけいけないんやけど、いう事もないから、普通に会話できてる時に、そう、私もしんどい時があるわそんなんとかいって、言ってしまったときとか、また失敗したって思いました。

これらの語りからわかるように患者と接する配偶者は、家族だからこそ、これまで一緒に過ごしてきた関係性や思いがあるからこそ、患者との接し方に困難

を感じていた。

3. 個別の経験からのサブテーマ

以下では共通するテーマとして取り上げなかった各参加者の語りについて、インタビューの流れに沿いながら記述していく。(表3)

表3 個別の経験からのサブテーマ

Aさん	1.【誰にも相談できない】
	2.【人との交わりが切れていく】
	3.【一人で居られる時間がない】
	4.【主人を優先している思いが伝わらない】
Bさん	1.【夫がうつ病から立ち直れない】
	2.【生きてはいたいけど食事は拒否する】
	3.【夫の訴えだけでより強い精神科の薬を処方される】
Cさん	1.【見たこともない主人】
	2.【自分の言葉で重荷を与えてしまう】
	3.【夫の症状について聞ける場がない】
	4.【信じることを否定されてしまう】
	5.【どうしようって思うような通帳の金額】
	6.【知らないところで娘に我慢をさせていた】

(1) Aさんの経験

Aさんの夫は自分がうつ病であることを他人に伝えたくないと考えていたことから、夫の気持ちを気遣い、夫の病気のことを【誰にも相談できない】と語った。

どっちか言うたら人にゆい、言わんとけとかいわはる、昔風なタイプやから、だれにも相談が出来なくて、どうしようかーとその当初はどぎまぎしてしまっでー、でー、娘もいるんですけどー、娘に相談できなくて……

また、夫の病気と性格のために趣味や町内会のサークルから離れなければならず【人との交わりが切れていく】という思いを強くしていった。

私も色々、あのー車いすダンスとかいろいろしてたんですけど、やっぱりあの病気になってから、やめてしまって、もう自分のあれがなにもできなくな、なつて、したらええっていう、言われるけども、なんかねえ、気になるっていうのがあって、できない、できないんです

それと同時に、常に夫と二人でいることで自分の時間を作れず、【一人で居られる時間がない】という思いも持っていた。

ゲートボールにしてもその町内の方たちとするんじゃないでー二人で、あのー市のグラウンドがあってそこであのーゲートボールしたりとか、結局二人、の行動、うーん、になってくるんですよ。だからどこ行くのも二人で、うーん。悪くはないんですけど、やっぱり、たまには一人でほんとにぼけっとしてる時がほしいなあって。

【主人を優先している思いが伝わらない】という空しさや夫のうつ病が【何が原因か分からない】という

疑問も抱いていた。

どうしてもほんで主人一優先で、まあ本人はそんなんしてもうてへんて思ってるかもしれませんが、私にしたら、優先でしてるつもりなんですけど。…しててもうてるとは思っていないかな…

もう何が原因や分からないんです。いろんなこと家のことでもいろいろありましたから、これっていう原因がもひとつよくわかりませんので。これっていう…重なって重なってなんやろなっていうことと思うんですけど……

(2) Bさんの経験

Bさんは夫が退院後も病気から十分に立ち直れないのは、そもそもしたいことがないから立ち直り方がわからない、ためだと考え、【夫がうつ病から立ち直れない】という思いも抱えていた。

今本人の、いやたぶんないと思う。自分のしたいってことがある人だったらもう立ち直ってると思う。自分のしたいものがないから、どう立ち直っていいのか、わからないところがあるんじゃない、だからもう寝る。考えたくないから寝る。が一番なんだと思うねえ

夫の三度目の入院のきっかけは食事を拒否したことであったが、【生きてはいたい食事は拒否する】という夫の行動にも困ったと語った。

死にたい、たいたいたいで、死ぬっていうのはよほど勇気がいると思う。だっていつになって大体ね、一カ月か二カ月くらいで死ぬ人は死んじゃうのね。それがただらいるってことは死にたくないのよ。生きてはいたい。でも食事は拒否する。だからそれが一番困った。食事の拒否が

退院後、通院している現在も、過去の経験から【夫の訴えだけでより強い精神科の薬を処方される】と考え、Bさんは外来診察に同伴していた。

患者、だけほっていったらしんどいからね、しんどいしんどいっていったら先生がどんどんどん強い薬、それは一番困ると思って今一緒に、ついてきて、だから言ったことに関してまた否定してみたり、あの一それは同意の場合は同意してみたり、しないと

(3) Cさんの経験

Cさんはうつになり挙動不審な態度をとる夫を見て【見たこともない主人】と捉えた。

主人はね、仕事一、仕事が大好きって言ったらおかしいんですけど、仕事一生懸命なんです。そういうところがあります。で、あの一なんていうのかな、そのあまり休む期間がなくなっても割と一生懸命するほうで、で一まさかそのうつ病に罹るとかそういうことは、家族は、微塵も思ってなかったんですけど

送っていく車中はざっさ言いましたように、怯える様子で、一日持つかなあ持つかなあってずっといて

るんですけど、到着して、車から降りるときに門番の方とか、いろんな出勤されてくる方に出会いますね。そしたら車から一歩出たら前から見てる主人なんです

退院後、夫と接する際には【自分の言葉で重荷を与えてしまう】大変さも感じていた。

玄関に新聞を取りに出る、普通の行動が出来ないんですよ。怖くて。で、もう、そういう事が、えっ、なん、なんでかわからなくて、ああ怖いんだーと思ってでも、もうどう、家でじゃあ普通のように話しかけていいのか、うーんと、黙ってそっとしといた方がいいのかとかそういうことがあんまりよく分からなくて、普通に話しかけて、これどうだろうねって、別に答えはいらんやけど、普通の会話として、こういう事があるんだけどどうだろうかっていうと、答えを出さなければいけないと主人は思うから、重荷なんですよね、でそこから頭抱え込んだりするので。え、もうほんとにたわいもないことなのに

外来に同伴した際には【夫の症状について聞ける場がない】と感じたという。

で、ただついてきただけで終わるので、ただついてきただけで、ちょこっとまあ独り言がありますねとか、くらいしかまだ独り言言ってますーぐらいしか、あの一話が出来ないまま、一緒に去っていくから、彼が、本心はどう思ってるのかとか、私もこう思ってるんですけどっていう会話ができないまま、帰っていくのでそこのところは、病院と、患者と、家族っていうのは、どういう風になっているんだろうっていうのはずっと思ってたんです。今も思ってるんですけど

診察を受けるなかでうつ病は治ることはないという言葉を聞いて【信じることを否定されてしまう】ことで辛い気持ちもあったという。

先生に一度だけ、先生、治りますかって聞いたらね。治らないねって。治らないよって。治らないけど、うーんと普通に仕事場に復帰ができるようになったり、そして普通に生活ができるようになったら、それが治ったってことだねって、仰ったんです。うーん、それではだめなんです

先生もすごく分かってくださってるんですけど、で、安心するんですけど話すると。でもそこところは違う、治すんやわって。いうのが、そこがなくなったら、私も弱くなるから(中略)無理ですって言われたら、ちょっと私もうつつちゃうかも

そして生活面では【どうしようって思うような通帳の金額】という不安を表出していた。

お給料入れてくれてはるしちょっと下ろすわねっていつはって見たときにもう青ざめるような、えっどうしようって思うような金額の時に主人がはいってたーとかいって、ちゃんと入れてくれてはったーって

聞かれた時にもう、うんって言いながらひきつる自分がいてどうしたらいいんやろうこの先とか、思ってたことも、それもしんどいなあって

またCさんは夫のうつを経験する中で娘に助けられていたことも語ったが同時に、【知らないところで娘に我慢をさせていた】と語る。

友達とかにも一切、お父さんの名誉にかけてもいえない、と思ってきたらしくって。

家のことは誰にも言えないし、で、何かたわいもないことでも相談しようかなーと思っても、私がそういう口調だし、あ、友達関係とかも相談しようかなーと思っても、これ以上大変な思いをさせてはいけなかったから、ずっと我慢してたって言いましたね。私もまたそれはショックだったけど

考察

1. 社会復帰したうつ病患者の配偶者が経験した日常生活における共通した困難感

共通した困難感として導き出されたテーマは、2つであったが、これらはうつ病になる以前の患者と過ごしてきた経験とうつ病になってから過ごした経験の両方から生じたテーマであった。

それは配偶者が患者とともに日常生活を送り続けているからこそ、以前とは異なる現実を常につきつけられ感じる困難である。

(1) 「なんでというやる瀬のない思い」

配偶者が発する「なんで」という言葉は先行研究では、病気の原因に対する問い^[3]や、うつ病を受け入れられない思い^[6]として捉えていた。本研究では、うつ病を受け入れられない、ということに加えて、「なんでこういう病気になるの(Bさん)」「なんでと思わなくて思っているんですけど、やっぱりなんでって思う(Cさん)」など配偶者がうつ病になったことに対するせつなさ、どうしようもなさ、考えてもどうすることもできないやる瀬なさという気持ちが含まれていた。うつ病への疑問は同居家族がうつ病を認識するプロセスの第一段階で家族が抱く思いであり、そしてそれは時間の経過と共に治療に対して前向きに変化していくものである^[3]といわれる。本研究の配偶者たちは患者のうつ病発症から時間を経過していたのにも関わらず「なんで」という思いを持っていた。蔭山は、精神障害者の家族はケアを進める中で最終的には受け入れる・未来への希望などそれまでの過程を昇華させるが、同時にそれにいたる過程は後退や繰り返しなど不規則である^[10]と述べている。本研究の配偶者も同様に、現状を受け入れてはまた否定を繰り返し、不規則性を持つものであった。

(2) 「配偶者としての患者との接し方がわからず困る」

患者との接し方に関して先行研究では、普通に接することができないこと^[3]、うつ病患者への対応の仕方がわからない^[6]という困難を抱えていることが明らかとなっていた。本研究において配偶者が語ったテーマはどちらも感情の表出、患者との接し方について言及しているという点で共通していた。しかし配偶者が困難と感じるのは、うつ病の症状に対してではなく夫に対してであり、困難感以外にも戸惑い、辛さなど様々な感情を表出していた。これらのことを踏まえると配偶者たちは患者となった夫に対する適切な方法が分からないのではなく、それが分かっているにもかかわらず自身の感情やこれまでの経験が邪魔をして上手く接することができないのだということがいえる。うつ病患者は精神症状として二分思考、過大・過小評価、破局的思考などの認知のゆがみを生じ^[11]、これにより、周囲からは元の性格とは全く異なる性格となったように感じられるとされる。配偶者は自身の性格やこれまで過ごしてきた時間といった家族としての在り方と、うつ病によって変化した患者や夫婦関係に対して葛藤し困難感を抱えているのである。この「配偶者としての患者との接し方がわからない」は、単にうつ病の対処ではなく、これまでの夫婦として過ごしてきた時間から生じる夫婦の関係の葛藤を含むものであった。

2. 個別の経験からみる困難

共通のテーマのほかに、3名の個別の経験から困難感を表すサブテーマが導きだされた。Aさんは【誰にも相談できない】【人との関わりが切れていく】など4つで、主に夫の看病による自分の孤独について、Bさんは【夫がうつ病から立ち直れない】など3つで、夫の関わりに対する難しさを、Cさんは【信じることを否定されてしまう】など6つで、自分を振り返って自分の行動に対する困難感を語っていた。これらのテーマにはそれぞれの参加者の信念や夫婦関係、これまでの生い立ちにも関連するものであるため一般化が難しく、それゆえにそれぞれの経験を丁寧に読み解く必要がある。

3名の語った困難感にはそれぞれ強い個別性があったが、とくにAさんとCさんは自身の社会生活の不適応、自尊心の低下に通ずるものであった。一方でBさんの語りではむしろうつ病を持つ夫や医療者の行動へのいら立ちが含まれていた。今回インタビューを行った3名の中では、Bさんが最も長く15年という期間をうつ病を持つ夫と関わっていた。うつ病患者の家族は時間の経過とともに前向きに変化する^[3]とあるが、時間が解決することをさすものではなく、時間経過により感情や考えが内省的なものから、具体的で対外的ものに変化していくという構造が示唆された。

またそれぞれのテーマは困難感が客観的に説明されていた。これには繰り返し内省があったと推察される。その内省の過程でうつ病患者の家族も患者の支援

を通じて患者と同じ体験をし、自己の自尊心の低下が生じていたことが考えられた。うつ病看護の目的に患者の自尊心の回復と社会生活の上の不応の改善^[12]がある。この目的を達するためには、家族システムとして介入することが不可欠である。患者を支援する配偶者に対しても、患者と相互作用関係にある重要他者として、患者と影響しあう体験に注目した介入が必要であることが示唆された。

3. 看護への提言

廣田ら^[13]はうつ病患者、家族を支援する際には患者の治療過程や夫婦の背景といった固有性をふまえ、夫婦が生きてきた、あるいは今後生きていく、長く連続性のある時間の流れを意識しながら関わるのが重要である、と述べている。そこでまずは配偶者が持つ困難感に【誰にも相談できない】【夫の症状について聞ける場所がない】や、関わりの難しさがあることから、誰かに夫の病気を話しにくい思いや辛さについて共感を示し寄り添うことが必要になる。とくに看護師は外来受診時には必ず数十分でもまとまった時間を確保して配偶者の話を聞けるシステムをつくる必要がある。

これらのことを踏まえつつ早期から配偶者との信頼関係を築き、医療従事者の側から配偶者に対し、思いの表出を促すきっかけを用意することが必要である。

また、Aさんの孤立感やBさんの語りにあったように、配偶者は常に患者と共に生活し、それに伴う負担が予想される。それゆえに一時的にでも配偶者が休息できるようなレスパイトケアの提案・提供を行うことが必要である。ただし、レスパイトケアを提案する際には配偶者が患者に配慮し希望を十分に表明できない可能性があることが結果にもあるため、患者・配偶者の両者に対して個別に現状を尋ねることを考慮すべきである。

山口^[14]は家族以外からのサポートを含めて、全体のサポートを強化することが家族支援では大切であり、家族会への参加や専門家の支援が家族のメンタルヘルスを高めるために大切であると述べている。このような第三者やソーシャルサポートとつなぐことも重要である。

4. 研究の限界と今後の課題

本研究参加者は意図せず全員が女性であり、今回の研究において男性側のデータを得ることができていなかった。日常生活という場において、夫・妻という役割に関連した困難感があることが予想されるが、本研究のみではその真偽について考察することが困難である。また本研究は追跡調査ではないため経時的な困難感の変化について言及することは難しい。

本研究では、あくまで参加者3名のそれぞれの困難感について詳細に記述し、その存在を明らかにすることが目的であった。これについては一定の知見を得ることができたが、今回の研究では困難感以外にも様々

な思いが語られており、配偶者の語る困難感はその前後の文脈からも構成されていることが明らかとなった。そのため今後は、その語りのすべてに焦点を当て、うつ病患者の配偶者の生活世界について記述することでより本質に近い結果を得られると考える。

結論

本研究ではうつ病患者の配偶者3名を対象に現象学的アプローチを用いた質的記述的研究法を行った。その結果、社会復帰したうつ病患者の配偶者の日常生活における困難感について次のことが明らかとなった。

うつ病患者の配偶者の困難感を表すテーマとして3名の研究参加者より計21のサブテーマが示された。そのうち7つのサブテーマから2つの共通する困難感のテーマと、13の個別の特徴をもつサブテーマが導きだされた。

とくに共通するテーマは、自分の配偶者のうつ病に対して、現状の受け入れと否定を繰り返す不規則性を持つ「なんでというやる瀬のない思い」や、うつ病となった配偶者に対しこれまでの夫婦として過ごしてきた時間から生じる葛藤も含む「配偶者としての患者との接し方がわからない」という困難感を示していた。

看護師はこれらうつ病患者の配偶者の困難な体験を患者家族がうつ病を認識し、積極的な介入を行っていく必要がある。

付記

本研究は滋賀医科大学大学院修士課程における修士論文を加筆修正したもので、一部を日本看護研究学会第43回学術集会で発表したものである。

謝辞

本研究にご協力いただき、沢山の御話をお聞かせいただいた対象者の皆様と、お忙しい中快く対象者の紹介や研究内容に関するご助言をいただいたA大学病院精神医学講座の皆様、並びにA大学附属病院看護部の皆様、B医療センター看護部の皆様、論文執筆に際し現象学についてご助言を戴いた大阪医科薬科大学看護学部 小林道太郎先生、真継和子先生へ厚くお礼を申し上げます。

利益相反

本研究に関して、開示すべき利益相反はない。

文献

- [1] 厚生労働省. 令和2年(2020)患者調査. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/20/in>

- dex.html (参照 2023-11-5)
- [2] 川上憲人. うつ病の増加 世界の動向とわが国の特徴. *Pharma Medica*, 30(3):9-13, 2012.
- [3] 木村洋子, 上平悦子. 同居家族のうつ病に対する認識プロセスと経験. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 6:33-41, 2010.
- [4] Sugimura N, Eguchi H, Mafune K, et al. Spouse Factors Related to the Leave Period of Employees on Temporary Leave for Depression. *産業医科大学雑誌* 43(1):41-50, 2021.
- [5] Karpiuk J, Dudek D, Siwek M, et al. Spousal burden in partners of patients with major depressive disorder and bipolar disorder. *Psychiatria polska*, 48(4):773-787, 2014.
- [6] 木村洋子, 道崎真平, 対馬千尋, ほか. うつ病を持つ人の家族が日常生活上経験する困難な出来事. *奈良県立医科大学医学部看護学科紀要*, 4:46-57, 2008.
- [7] 伊藤亜希子, 菊地拓樹, 佐藤知香, ほか. 入院時におけるうつ病患者の家族の心理的反応. *看護総合科学研究会誌*, 12 (2):25-33, 2010.
- [8] 原田由香, 吉野淳一, 澤田いずみ. うつ病が患者
- 家族にもたらす影響とその対処について うつ病を有する子どもをもつ親の語りから. *札幌保健科学雑誌*, 7:11-17, 2018.
- [9] 松葉 祥一, 西村 ユミ. 現象学的看護研究-理論と分析の実際. 東京, 医学書院, 2014.
- [10] 蔭山 正子. 家族が精神障害者をケアする経験の過程 国内外の文献レビューに基づく共通段階, *日本看護科学会誌*, 32 (4):63-70, 2012.
- [11] Neel Burton. *Psychiatry 精神医学入門*. (朝田隆訳). 東京, 医学書院, 2015.
- [12] 日本うつ病学会. うつ病看護ガイドライン, 2020. https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/d-ata/guideline_kango.pdf (参照 2023-12-25)
- [13] 廣田美里, 松葉祥一, 橋本健志. うつ病をもつ夫とともに生きる妻の体験 解釈学的アプローチによる. *日本看護研究学会雑誌*, 39(2):13-23, 2016.
- [14] 山ロー. 精神障がい者の家族のソーシャルサポート～尺度の作成と信頼性と妥当性の検討および家族・当事者属性家族の抑うつ, 不安, 精神健康度との関連～. *病院・地域精神医学*, 55 (4):365-368, 375-376, 2013.

Hardships in daily life experienced by spouses of depressed patients who have returned to society

Taishi Nakamura¹⁾, Kanako Honda²⁾

1) Shiga University of Medical Science Hospital

2) The University of Shiga Prefecture

Abstract: [Purpose] This study aimed to elucidate the hardships faced by spouses of individuals diagnosed with depression in their daily lives, utilizing phenomenological methods. [Method] The research focused on spouses of patients aged 30 to 70 undergoing outpatient treatment for depression, conducting semi-structured interviews to gather qualitative data. The phenomenological method was employed for analysis to identify themes associated with feelings of hardships. [Results] The participants were three women in their 60s (Participant A, Participant B, and Participant C). A total of 20 subthemes were identified by the three research participants as themes expressing the difficulties faced by spouses of depressed patients. From these seven subthemes, two common themes of difficulty and 13 subthemes with individual characteristics were derived. Particularly common themes are "why not?" with irregularities of repeatedly accepting and denying the current situation when dealing with one's spouse's depression; The patient expressed a sense of difficulty, including conflicts arising from the time they had spent together as a married couple, saying, "I don't know how to interact with the patient as a spouse." [Discussion] Nurses need to make the patient's family aware of the difficult experiences of the spouses of these depressed patients and provide active intervention.

Keywords: Depression, Family, Spouse, Hardship, Phenomenology