

療的变化が及んでいることを示唆するものである。また GAF 尺度の有意な改善が示すように、症状だけでなく社会適応レベルも向上していることが明らかになった。

本研究にはいくつかの限界がある。サンプルサイズが小さいこと、また2回目の評価を退院日1週間以内に実施しているため、評価の基準が入院生活に基づいていることなどである。今後は森田療法のより長期的な効果を判定するため、退院後のフォローアップ研究が必要となろう。

#### F. 結論

入院森田療法を実施した社会不安障害31例について、退院時に対人過敏、恐怖症性不

安などの症状が改善し、自尊感情や社会適応レベルが向上することが示された。

#### G. 研究発表

Kubota M, Nakamura K. A Study Concerning the Treatment Effect of Morita Therapy. 5th International Meeting of Morita Therapy, Shanghai, 2004.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学 研究事業）  
分担研究年度終了報告書

精神療法の実施方法と有効性に関する研究

分担研究者 中川 彰子 川崎医科大学精神科学教室 助教授  
九州大学大学院医学研究院精神病態医学 非常勤講師

研究要旨：各精神疾患において、世界的に有効性が実証されている精神療法がわが国の国民に十分に供給されていない現状の背景には、わが国でのエビデンスの不足、各精神療法の専門家の不足が考えられる。そこで、専門施設において専門的治療のマニュアル化を試み、それを用いた治療効果研究でその精神療法の有効性を実証するために本研究をおこなうこととなった。この分担研究では、強迫性障害に対する行動療法の有効性を検討する。

A. 研究目的：

強迫性障害に対する行動療法の治療マニュアルを作成し、それを用いた治療効果研究をおこない、わが国における強迫性障害に対する行動療法の有効性を実証し、その普及を推進し、わが国における本疾患の改善率を高める。

B. 研究方法：

強迫性障害の専門外来をおいている九州大学病院、および川崎医科大学病院の行動療法専門スタッフが研究協力者となり、分担研究者とともに実際におこなっている治療のマニュアル化をおこなった。まず、マニュアルの試案作りをおこなった。次に実際の外来治療で数人の患者にそれを使用しながらスタッフ間で内容を検討し、試案の修正をおこなった。最終案を使用して行動療法の効果を検討すべく治療効果研究をおこなうこととし、その研究デザインを検討した。効果研究においては、無作為割付を

おこなうが、最終的には各人に有効な治療法が用いられるよう配慮し、それを十分に説明し、文書による同意を得ることとした。

C. 研究結果：

マニュアルの試案を用いて2人の実際の外来患者で治療をおこない、YBOCSの得点が

それぞれ29点から16点に、33点から14点に下がり、症状の著明な改善がみられた。研究協力者間で検討し若干の修正をおこない、「強迫性障害の行動療法外来治療マニュアル」の最終案を作成した。

I. 「強迫性障害の行動療法外来治療マニュアル」

<セッション1>：オリエンテーション

- ・ テキスト（「強迫性障害の治療ガイド」）による病気の説明
- ・ 積極的治療参加とホームワークの重要性の説明

- ・ テキストのAさんBさんを用いて症状の大まかな把握
- ・ 悪循環の構図とその結果生じた生活障害の説明
- ・ 症状を一つ取り上げ、本人に悪循環の図を記入してもらう
- ・ 曝露反応を説明の上、図のどこをどうすれば治療的か本人に確認

#### ホームワーク

- ① テキストの復習
- ② 主症状以外の症状についても考えて書き出してくる
- ③ 強迫症状がでる状況（例、〇〇のときは××をしないといけない、という書き方で）について列挙してくる。
- ④ 任意の一日のスケジュールを書いてくる。

#### <セッション2>：課題の作成

- ・ ホームワークをしてきたら出来ばえによらずとにかく褒める
- ・ ④のスケジュールと一緒に見て、症状のためにどう生活が障害されているかを本人が理解し、症状の客観化や不合理的感を自ら口にできるように導いていく
- ・ ②③をもとに本人の理解の度合いを確認し、また症状のより深い理解を進め、ヒエラルキーを作成、課題作成の参考とする。
- ・ 課題の作成（効果、モニタリングしやすいか、本人が困っているか、などを考慮して）

#### <セッション3～12>：課題の実施

- ・ 課題の実施、評価、修正、ステップアップの繰り返し
- ・ ③を用いて治療の進み具合をモニタリング

- ・ セッション11では再び④のスケジュール作りをホームワークにする
- ・ セッション12で治療前との生活の変化を比較し本人にフィードバックする

#### II.「強迫性障害に対する行動療法の効果研究」デザイン

- ・ 上記マニュアルを用いた強迫性障害の行動療法の治療効果を実証するため下記の研究デザインを作成した。

#### 対象)

- ・ 行動療法外来を受診し、本件休への参加を希望して文書による同意を得た18~65歳の患者のうちSCIDにより強迫性障害と診断された者
- ・ 大うつ病を合併する者、およびY-BOCSの総得点が17点未満の者は除外

#### 方法)

- 1) 無作為割付により、対象を次の3群に振り分け、1クール一週1回45分のセッションを12回実施する

<行動療法+プラセボ> 作成したマニュアルを用い、自宅で毎日課題を実施する行動療法をおこなう

<自律訓練法+フルボキサミン> 九州大学心療内科編「自律訓練法」を用い、自宅での練習を毎日おこない自律訓練を取得する。フルボキサミンは初回25mgから段階的に増量し、200mgを最終目標量として8週間以上持続する

<自律訓練法+プラセボ>

- 2) 評価

a. 臨床症状（治療前、4週目、8週目、治療後）

強迫症状：Y-BOCS, MOCI

うつ症状：ハミルトンうつ評価尺度 (HAM-D)

不安症状：ハミルトン不安評価尺度 (HAM-A)

全般的機能：GAF

症状改善度：CGIS

b. 背景因子

人格検査、ライフイベント調査

c. 神経心理検査 (治療前後)

知的機能 (WAIS-R)、遂行機能 (WCST、Stroop Test)

記憶機能 (WMS-R, R-OCFT)

d. 機能的脳画像検査 (可能であれば functional MRI)

・九州大学病院の倫理委員会にて上記研究における無作為割付に関する検討をおこない、倫理的に問題がないことが承認されている。

・上記を受けて、研究参加者の募集をおこない、エントリーを開始した。

D. 考察：

マニュアルの試案を用いた実際の外来治療においても、12回の行動療法のセッションで十分に効果をあげることができたことは、本マニュアルの有効性を示していると考えられる。マニュアルを用いることは、行動療法家の側からみると、治療期間の設定されているため、より効率的に患者の症状を把握し、より効果的に治療を進める必要があり、治療能力がさらに向上できるという利点があると思われる。実際の行動療法の効果を検証するには、統制群をおいた研究の結果を待たねばならない。また、その後非専門家にマニュアルを有効に使用で

きるようにするには、克服すべき課題が多いと思われる。

E. 結論：

強迫性障害の行動療法のマニュアル化は行動療法の普及の為に必要であるが、同時に行動療法家の治療能力も向上させることが本年度までの結果で明らかとなった。マニュアル化による行動療法の強迫性障害に対する有効性は来年度よりのRCTによる研究結果により明らかになることが期待できる。

G. 研究発表：

1. 論文発表

中谷江利子, 中川彰子, 磯村香代子, 大隈絃子: 行動療法が奏功した激しい問題行動を伴う Prader-Willi 症候群の肥満治療. 行動療法研究, Vol 30, No 1, 29-41, 2004

2. 学会発表

Nakagawa A, Nakatani E, Nakao T, Yoshizato C et al: Behavior Therapy(BT) alone vs BT+ Fluvoxamine for Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. 34<sup>th</sup> Annual Congress, European Association for Behavioural & Cognitive Therapies, 9<sup>th</sup>-11<sup>th</sup> September, 2004, Manchester, UK

Nakatani E, Nakagawa A, Nakao T, Nabeyama M et al: Additional Behavioral Therapy to Fluvoxamine in Obsessive-Compulsive Disorder. 34<sup>th</sup> Annual Congress, European Association for Behavioural & Cognitive Therapies, 9<sup>th</sup>-11<sup>th</sup> September, 2004, Manchester, UK

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

－精神療法の実施方法と有効性に関する研究－

統合失調症に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究

分担研究者 原田誠一 国立精神・神経センター武蔵病院 外来部長

研究要旨：本研究の目的は、統合失調症に対する心理教育及び認知行動療法のマニュアルを作成し、その効果を実証的に検討することである。研究方法：前記の研究目的の実現に寄与するために、本年度は以下の研究を行った。① 分担研究者が作成した統合失調症の心理教育マニュアルの改訂版を刊行する。② 統合失調症の心理教育・認知療法が有効であった症例報告を行う。③ 統合失調症の心理教育の補助ツールとして利用できるバーチャル・ハルシネーション（VH）の日本語版制作に協力し、精神医学監修を行う。④ 統合失調症の心理教育・認知行動療法の普及・啓蒙を進めるための活動を行う。結果：① 統合失調症の心理教育マニュアルの改訂版を作成して2004年12月に刊行した。② 統合失調症の心理教育・認知療法が薬物療法抵抗性の症例で効果を示した経緯を、学会・論文発表した。③ 日本版バーチャル・ハルシネーション（VH）の医学監修を担当して完成し、さらに心理教育を適切に進めるために役立つVH解説パンフレットを刊行した。④ 全家連（全国精神障害者家族会連合会）の月刊誌「ぜんかれん」に、統合失調症の当事者・家族向けの心理教育・家族療法に関する解説文「正体不明の声とどう向き合っていますか？－統合失調症の認知療法からのアドバイス」を連載した。まとめ：本研究によって、統合失調症の心理教育・認知療法のツールが整備・拡充され（改訂版パンフレットの刊行、日本版VHの作成）、症例レベルの臨床研究が進み、当事者・家族に対する普及・啓蒙活動が進展した。

研究協力者氏名 所属施設名及び職名

大森まゆ、松本武典 国立精神・神経センター武蔵病院 医員

小堀修、勝倉りえこ 同上 臨床心理士

## A. 研究目的

本研究の目的は、統合失調症の心理教育及び認知行動療法のマニュアルを作成し、その効果を実証的に検討することである。

## B. 研究方法

本研究の目的の実現に寄与するために、本年度は以下の研究を行った。① 分担研究者が作成した統合失調症の心理教育マニュアルの改訂版を刊行する。② 統合失調症の心理教育・認知療法が有効であった症例報告を行う。③ 統合失調症の心理教育の補助ツールとして利用できるバーチャル・ハルシネーション（VH）の日本語版制作に、精神医学監修者として関与する。④ 統合失調症の心理教育・認知行動療法の普及・啓蒙を進めるための活動を行う。

## C. 研究結果

① 分担研究者はすでに統合失調症の心理教育・認知療法を試作して（原田、1997）、その内容をマニュアル化したものを論文発表し（原田ら 1997）、マニュアルにイラストをつけた当事者・家族用のパンフレットを刊行した（原田、2002）。さらに本年度、パンフレットの内容の一部を修正した改訂版を作成し、2004年12月に以下を刊行した。

・原田誠一：正体不明の声—対処するための10のエッセンス（第2版）。アルタ出版、2004年12月

② 統合失調症の心理教育・認知療法が有効であった薬物療法抵抗性症例の治療経緯を、学会（原田ほか、認知療法学会、2005年）ならびに論文（原田ほか、精神療法誌、2004年）で発表

した。

③ 幻覚妄想症状を疑似体験でき、統合失調症の心理教育用に利用できるバーチャル・ハルシネーション（VH）がアメリカで開発され、我が国でも好評をもって迎えられてきた。しかし従来のアメリカ版VHには、以下の問題点が認められた。

（1）実際には出現頻度がさほど多くない幻視・錯視などの視覚面の異常体験が強調されすぎており、統合失調症の急性期の体験世界が偏った形で伝わる可能性があった。

（2）VHの設定場面が精神科診察室となっており、統合失調症の当事者が日常生活で体験している混乱や苦勞が伝わりにくい憾みがあった。

（3）VHの解説パンフレットが用意されていないため、利用者が約4分間のVH体験のみに基づいて直感的・一面的な統合失調症観を抱く可能性があった。

（4）VHを一人ずつ体験するようになっていたため、多数者が同時に利用して心理教育のツールとする利用法がとれなかった。

そこで上記のアメリカ版VHの欠点を改善した日本版VHを作成する企画が生まれて、分担研究者が医学監修を担当した。2003年末に日本版VHが完成して、2004年度から利用が始まっており、全国各地で多くの当事者・家族・精神科スタッフ・一般者がVHを体験して統合失調症に関する認識を深める一助となっている。なお、日本版VHの解説パンフレットとして以下を刊行した。

・原田誠一：日本版バーチャルハルシネーション

ョン (VH) について—統合失調症の疑似体験：  
キタメディア刊、2004年4月

④ 全家連 (全国精神障害者家族会連合会) の月刊誌「ぜんかれん」に、統合失調症の当事者・家族向けの心理教育・家族療法に関する解説文「正体不明の声とどう向き合っていますか?—統合失調症の認知療法からのアドバイス」を連載した。分担研究者の知る範囲では、統合失調症の心理教育・認知療法の普及・啓蒙を目的とした当事者・家族向けの連載は我が国では今回のが初めての試みであり、2003年7月から2005年4月まで計22回に渡って続いた。

#### D. 考察

今後、新しく作成した心理教育・認知療法のツール (改訂版パンフレット、日本版VH) を用いて実践を継続し、効果と限界の検証を行う。また、ぜんかれん誌に連載した内容を全家連から単行本にして刊行し、当事者・家族の便に資する予定である。

なお日本版VHは、一般者を対象とする統合失調症に関する疾患教育の教材としても利用しており、実践報告を専門誌で行う準備をすすめている。

#### E. 結論

本研究によって、統合失調症の心理教育・認知療法のツールが整備・拡充され (改訂版のパンフレット刊行、日本版VHの作成)、統合失調症の心理教育・認知療法の症例レベルでの臨床研究が進み、当事者・家族に対する普及・啓蒙活動が進展した。

#### F. 健康危険情報 なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- ・原田誠一ほか：統合失調症の治療と認知行動療法の活用. 精神療法 30 巻 6 号、639~645 頁、2004
- ・原田誠一ほか：統合失調症の早期発見・発症予防の可能性. 精神科治療学 20 巻 1 号、11~18 頁、2005
- ・原田誠一：統合失調症の個人精神療法—3つのキーワードによる三題断. こころの科学 120 巻、99~106 頁、2005 年 3 月号

##### 2. 学会発表

- ・原田誠一、大森まゆ：認知療法の視点からみた統合失調症の精神病理とリハビリテーション. 第 27 回日本精神病理学会、2004 年 10 月、佐久
- ・大森まゆ、原田誠一：幻覚妄想症状を疑似体験できるバーチャルハルシネーション (VH) の制作. 第 27 回日本精神病理学会、2004 年 10 月、佐久
- ・原田誠一ほか：薬物療法抵抗性の幻覚妄想症状に認知療法が有効であった慢性統合失調症の 1 例. 第 4 回日本認知療法学会、2005 年 2 月、札幌

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)  
(分担)研究報告書

精神療法の実施方法と有効性に関する研究

ー アルコール依存症患者に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究 ー

(分担)研究者 井上和臣 鳴門教育大学教授

研究要旨

アルコール依存症に対する認知行動療法マニュアルを作成するために、まず文献の展望を行い、アルコール依存症における特徴的認知、アルコール依存症の認知モデルに関する理解を深めた。次いで、視聴覚教材をもとに、標準的な認知行動療法の技法を確認し、アルコール依存症における介入法を具体的に明確化した。最後に、独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センターにおいて 2000 年以來実施されているアルコール依存症の認知行動療法マニュアルに検討を加えた。入院患者を対象とする治療マニュアルとして適切かつ実効性の高いものであると考えられた。慢性の病態であるアルコール依存症に対する継続的ケアの観点からは、退院後の再燃危険性に対応した外来患者への介入や、一次予防としての心理教育に関連したマニュアルも検討すべきかもしれない。

A. 研究目的

アメリカ精神医学会の診療ガイドラインによると、認知行動療法はアルコール依存症を含む物質使用障害に対する心理社会的治療の筆頭に位置づけられている。認知行動療法は(1)不適応行動をもたらす認知過程の改変、(2)薬物使用に至る行動連鎖への介入、(3)渴望を効果的に処理するための援助、(4)寛解を維持するための生活技能や行動の形成・強化、を目的として実施される。

とくに、うつ病や不安障害の治療法として開発された Beck の認知療法は、アルコール依存症患者を治療するために技法上の修正が加えられてきた。認知療法の基礎には、不適応的な思考様式を同定・修正することで、否定的感情や行動を軽減・消失させられるという仮説(認知モデル)がある。

認知療法を含む認知行動療法はアルコール乱用・依存症治療の中心的な方略になることが期待される。わが国では 2000 年 3 月より国立療養所久里浜病院(現 独立行政法人国立病

院機構久里浜アルコール症センター)において、アルコール依存症に対する包括的治療プログラム(新久里浜方式)に認知行動療法が導入されている。この新しい精神療法がどのような治療効果をもたらすかを検証することは重要な課題である。

本研究の目的は、独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センターにおいて 2000 年以來蓄積されている新久里浜方式の成果をもとに、アルコール依存症の認知行動療法に関する治療マニュアルを作成することにある。

B. 研究方法

B-1. 文献の展望

アルコール依存症の認知行動療法に関する文献を展望することにより、アルコール依存症の認知モデル、アルコール依存症に対する治療技法について、理解を深める。



## B-2. 視聴覚教材による治療技法の理解

欧米におけるアルコール依存症の認知行動療法の発展の基礎には、うつ病や不安障害に対する標準的な認知行動療法の普及がある。うつ病、不安障害、アルコール依存症などの認知行動療法を実践的に理解するには、視聴覚教材を活用することが欠かせない。認知行動療法を見ることで、治療マニュアルの実行が容易になる。

## B-3. 認知行動療法マニュアルの作成

新久里浜方式で実践されているアルコール依存症に対する認知行動療法の治療マニュアルが、適切で実施しやすく実効性の高いものであるかどうかを検討し、入院患者を対象とする治療マニュアルを作成する。

## C. 研究結果

### C-1. 文献の展望

#### C-1-1. アルコール依存症と認知

アルコール依存症に関連する認知として、「酒のない人生は退屈だ」、「酒は人生の苦しみに対処するための唯一の方法だ」、「断酒しても私の人生は良くはならない」、「飲酒は私には問題ではない」などがある。

飲酒は、飲酒行動を促す認知と飲酒行動を制御する認知の力関係によって生じる。飲酒行動を促す認知は、飲酒の効果を予期する認知（「酒を飲めばきっと楽しいだろう」）、苦痛の緩和を求める認知（「酒を飲まないと滅茶滅茶になってしまう」）、飲酒を許容・促進する認知（「嫌な気分だから酒を飲んでもいい」）に大別され、飲酒行動を制御する認知には、「酒は私の健康や幸福にとって危険だ」、「酒なしでいられることが私には最大の利益だ」などがある。

#### C-1-2. アルコール依存症の認知モデル

アルコール依存症の認知モデルは、連続飲酒や再燃という問題を認知との関連で概念化したものである。外的（仲間との集まりなど）および内的（抑うつ・退屈など）刺激によって活性化された信念から飲酒行動に特有の自動思考が生じ、これが酒への渴望をもたらす。このとき飲酒行動を許容する信念の促進作用により、どうすれば酒が得られるかに注意が向けられるようになり、その結果、飲酒がみられることになる。

#### C-1-3. 認知行動療法における治療目標

治療目標の設定は患者との共同作業によってなされるが、認知行動療法は患者が断酒を継続できるよう援助するものである。

#### C-1-4. 認知行動療法における介入の時期

飲酒行動の見られる生活から見られない生活への移行には、複数の段階があるとされる（変化の円環モデル）。前熟慮段階にある患者は「酒は問題ではない」と考えているが、熟慮段階になると、「酒をやめるのは良いことだろう。でも、今はその時機ではない」と考えるようになる。行動段階では、「私は変わることができる」と考え、維持段階では、「飲まずにいるのは素晴らしい」となる。もちろん、再燃段階がつねに生じる可能性がある。介入の時期としては熟慮段階が最適であろう。

## C-2. 視聴覚教材による治療技法の理解

### C-2-1. 標準的な認知行動療法の治療技法

認知行動療法は問題志向的・時間限定的であり、構造化された形で進められる。最初に問題の同定と治療目標の設定、認知モデルへの導入を行う。治療技法は認知的技法と行動的技法に大別される。

認知的技法の中心をなす認知再構成法では、患者を悩ませる感情や行動に注目して自動思考を同定する。患者は不快な感情や不適応的な行動を規定する自動思考の存在を自覚できる必要がある。患者の問題に関連する自動思考が同定できたら、自動思考の検証に移る。自動思考が妥当であることを示す事実と、自動思考とは矛盾する事実というふたつの観点から検証を進める。このとき自動思考を「仮説」とみなして適切な行動実験を行い、得られた事実と最初の「仮説」とを照合させるようにする。最後に、問題の自動思考に代わりうる、もっと現実的・合理的な認知を導き出す。複眼的に事態をみることによって、当該の自動思考に対する確信度は低下し、自動思考に規定されていた感情や行動の問題も軽減するはずである。

自動思考について見直すことができるようになれば、次に信念を治療の標的とする。信念の修正には利益・不利益分析法などが役立つ。

#### C-2-2. アルコール依存症に対する治療技法： 渴望への対処

渴望に対処できるよう患者を援助する方法としては、注意拡散法、フラッシュカードの使用、イメージ法、思考記録の使用、活動の計画、リラクゼーション訓練がある。このうち、思考記録を使用し認知再構成法を実施する場合、「自動思考に対する根拠と反証は何か」、「当該の状況に対する別の見方はあるか」、「もしそれが事実なら現実的な結末は何か」、「その考えにこだわり続けるならどんな不利益があるか」、「問題を解決するにはどんな建設的行動が可能か」と患者が自らに問いかけられるようにする。また、利益・不利益分析法によって、飲酒を継続することの利益と不利益、飲酒を中止するこ

とで生じる利益と不利益が話し合われる。

#### C-2-3. アルコール依存症に対する治療技法： 危機介入

危機介入に当たっては、患者の絶望感や宿命論に留意するとともに、新しい対処技能を“試みる”好機として逆境を活用し、自己効力感を高められるようにする。さらに、複数の危機に共通する非機能的信念(たとえば、「他人の忠告を聞けば他人に管理されていることになり、本当の男とは言えなくなる」)を把握し、治療の焦点にする。

また、危機にある患者を前にしたときの治療者の認知についても、これを同定し検討することが必要になるだろう。

#### C-2-4. アルコール依存症に対する治療技法： 再燃防止技法

再燃に至る過程ではとりわけ禁断違反効果の関与が重要である。再燃を防止するための技法は再燃過程の各段階に適用できる。

高危険状況に対しては、内的・外的要因の自覚、注意の拡散、飲酒行動を制御する信念(たとえば、「スリップは失敗と同じものではない」)を活用した認知的対処が可能である。また、イメージ法などによって、再燃に関連する信念を修正する。行動的対処として、主張訓練や段階的暴露法がある。

さらに、社会的支持組織を育てるには、対人関係に関連する信念(たとえば、「酒を飲んでいる連中だけが私を理解してくれる」)に介入することが不可欠だろう。

#### C-3. 認知行動療法マニュアルの作成

##### C-3-1. 新久里浜方式における認知行動療法

独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センターは2000年3月に新しい入院治療プログラム(新久里浜方式)を開始したが、その

特徴のひとつが認知行動療法ミーティングの導入である。

新久里浜方式におけるアルコール依存症の認知モデルでは、「出来事→認知→感情・行動」という基本的図式の第1項(出来事)に酒が、第3項(行動)に飲酒が、そして両者を媒介するものとして第2項に酒に対する認知がおかれる。もしこの認知(例:「私には飲酒問題がない」、「感情や行動は酒でコントロールできる」、「どうせ断酒なんかできない」、「酒をやめても良いことはない」)に偏りがあり、それが修正されずにいると、不適切な飲酒行動が持続すると仮定するのである。

#### C-3-2. 久里浜式認知行動療法ミーティング

久里浜式認知行動療法ミーティングは、酒に対する偏った認知を患者自らが検討し、その認知を変えることで、断酒継続に結びつけようとする。

対象は内科病棟での解毒治療を終えた中高年の男性アルコール依存症患者である。

9週間の治療中、小集団(同一週にアルコール専門病棟に入院した5名前後の患者)のためのステージミーティングが8回(週1回、各1時間)、すべての入院患者(40名前後)を対象とした大ミーティングが9回(週1回、各1時間)、合計17回のセッションが実施される。

#### C-3-3. 認知行動療法ステージミーティング

認知行動療法ステージミーティングは精神科医、ケースワーカーなどが担当する。集団認知行動療法の内容は主治医との個人面接でも取り上げられる。

ステージミーティングでは、アルコール依存症の認知行動療法に関する心理教育的なセッションに続いて、入院の原因となった飲酒問題を明確にし、飲酒を続けさせた要因の分析を

行う。飲酒に関連した認知を同定し、認知が適切かどうかを検証する。飲酒に与える認知の影響を検討し、断酒継続のための具体的方略を立案する。最後に、「退院論文」として成果を発表しあう。

#### 認知行動療法ステージミーティング

ステージ1:アルコール依存症の認知行動療法について理解しましょう

ステージ2:今回の入院の原因となった自分の飲酒問題を整理してみましょう

ステージ3:飲酒に関連した問題があったにもかかわらず、なぜ飲酒を続けたのかを検討してみましょう

ステージ4:あなたの酒に対する考え方が適切かどうかを検証してみましょう

ステージ5:アルコールがあなたに与える影響を考えてみましょう

ステージ6:断酒継続のために具体的で実現可能な方法を考えましょう(その1)

ステージ7:断酒継続のために具体的で実現可能な方法を考えましょう(その2)

ステージ8:ステージ1-7をまとめて「退院論文」を発表しましょう

#### C-3-4. 認知行動療法大ミーティング

認知行動療法大ミーティングは、病棟主治医が担当する。

大ミーティングでは、再飲酒に至りやすい非機能的認知(例:「私は節酒が可能だ」、「感情や行動は酒でコントロールできる」、「理由があれば酒を飲んでも仕方ない」)を検証し、飲酒に関する利益・不利益を明確にする。

## 認知行動療法大ミーティング

第1回:アルコール依存症とはどのような病気かを理解する

第2回:再飲酒に結びつきやすい危険な考えを検証する(その1:私は節酒が可能だ)

第3回:再飲酒に結びつきやすい危険な考えを検証する(その2:感情や行動は酒でコントロールできる)

第4回:再飲酒に結びつきやすい危険な考えを検証する(その3:断酒することは不可能だ)

第5回:再飲酒に結びつきやすい危険な考えを検証する(その4:理由があれば酒を飲んでも仕方ない)

第6回:再飲酒に結びつきやすい危険な考えを検証する(その5:私には飲酒問題はない)

第7回:飲酒に関する利益・不利益を検証する(今後、飲酒することは得か損か?)

第8回:外泊時に飲酒しないためには、どうしたらよいかを考える(今<入院中>なぜ飲まないでいられるのか)

第9回:退院後、断酒を継続するためにはどうしたらよいか

### C-3-5. 新久里浜方式における認知行動療法の効果

数年間の治療経験から、入院回数の少ない患者においては、認知変数の改善と対応した臨床効果が得られる可能性が示唆されている(澤山, 私信)。しかし、なお明確に実証された治療効果とは言えない段階にある。

### D.& E. 考察及び結論

新久里浜方式における入院患者を対象とした認知行動療法は、治療マニュアルに基づき段階的・系統的に実施されていて、適切で実

施しやすく実効性の高いものと考えられる。しかし、慢性に経過しやすいアルコール依存症には、継続的ケアの観点から、再燃危険性に対応した外来患者のための介入マニュアルや、一次予防(ハイリスク・ストラテジー)のための認知行動療法的心理教育マニュアルが必要かもしれない。

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

謝辞 独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター(丸山勝也院長)のご協力に感謝いたします。

### 参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. Am J Psychiatry 152 (11, Supplement): 1-59, 1995.
- 2) Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., et al: Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press, New York, 1993.
- 3) 井上和臣: アルコール依存症の認知療法. 精神科治療学 4: 43-52, 1989.
- 4) 井上和臣: アルコール依存症の精神療法 認知療法, 精神科 MOOK 30 アルコール依存症の治療 (中沢洋一 編), p49-57, 金原出版, 東京, 1994.
- 5) 井上和臣: アルコール依存症の認知療法. 日本アルコール精神医学雑誌 10(2): 35-39, 2003.

6) 澤山 透, 米田順一: 認知行動療法を導入したアルコール依存症の入院治療. こころの臨床ア・ラ・カルト 22 (増刊: 認知療法ケースブック, 井上和臣 編): 159-176, 2003.

7) 澤山 透, 米田順一, 白川教人ら: アルコール依存症の認知行動療法, アルコール医療入門 (白倉克之, 丸山勝也 編), p114-120, 新興医学出版社, 東京, 2000.

#### 視聴覚教材

1) アメリカ心理学会 心理療法ビデオシリーズ 第 8 巻 嗜癖の認知行動的再発防止法 (アラン・マーラット博士), JIP 日本心理療法研究所, 2002.

2) ジャクリーン・B・パーソンズ (監修: 大野裕, 慶應認知行動療法研究会): うつ病治療のための認知行動療法 (DVD). JIP 日本心理療法研究所, 2004.

## 精神療法の実施方法と有効性に関する研究

分担研究：パーソナリティ障害に対する弁証法的行動療法のマニュアルの作成と効果研究  
分担研究者 石井 朝子

【研究要旨】近年、境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder, BPD) の治療への関心は非常に高い。この関心の高さは、境界性パーソナリティ障害 (BPD) と診断された患者が、一般開業やメンタルヘルス関係者のもとに多く受診し、年月をかけて治療を実施するものの、著明な臨床的改善は見られず、その改善は最低限にとどまっていることにある。本研究は、既に境界性パーソナリティ障害 (BPD) の治療として最も多くの実証的研究を報告している、マーシャ・リネハン博士 (Marsha M.Linehan) が提唱する弁証法的行動療法 (dialectic behavior therapy: DBT) を実施し、その効果を検証する。

本年度は、リネハン博士のもとで 2 週間のトレーニングを受けた上で、弁証法的行動療法 (DBT) の予備的研究を実施した。またその予備的研究の結果をリネハン博士を含む弁証法的行動療法 (DBT) の専門家によるスーパーバイズを 1 週間受講した。これらの知見をもとに弁証法的行動療法 (DBT) のマニュアルを作成した。

### 研究協力者 (五十音順)

安部 晶子 美笹中学校  
射場 麻帆 慈雲堂病院  
新村 遼子 立教大学  
武田龍太郎 武田病院

### A. 研究目的

弁証法的行動療法 (DBT) は、境界性パーソナリティ障害 (BPD) の診断に最も関連する自殺行動としてのリストカットや大量服薬などの自己破壊的な問題行動を治療的試みの標的とした精神療法である。

本研究では、弁証法的行動療法 (DBT) を境界性パーソナリティ障害 (BPD) と診断された患者に実施し、その有効性を検証した。

### B. 研究方法

#### 1) 対象

一般開業に通院するパーソナリティ障害と診断された女性 (25 歳)。

(背景) 幼児期より両親からの身体的・心理的虐待を受ける。高校を卒業後、飲食店などの職に就くものの、職場での人間関係がうまくいかず職を転々とする。知人の紹介で現夫と知り合うが、日常的に暴力を受けている。二児の母親。思春期よりリストカットが始まり、しばしば対人関係でうまくいなくなると、手首や足を剃刀やカッターナイフで刺傷する。

#### 2) 調査方法

本研究では、弁証法的行動療法 (DBT) の専門家によるスーパーバイズのもと 3 ヶ月間バージョンのプログラムを構築し、

実施した。

個人精神療法は、毎週 1 時間 10 セッションを 1 名の心理士により、また集団療法は、月 1 回 90 分のセッションを 3 回 2 名の心理士が実施した。ケースコンサルテーションは、週 1 回 2 時間実施した。24 時間のホットラインは、心理士もしくは、社会福祉士が担当した。薬物療法は、外来の担当医が行った。本調査で取り上げたスキルは、コアマインドフルネスと効果的な対人関係スキルである。なお苦痛耐性スキルトレーニングと感情調整スキルトレーニングは、初回の弁証法的行動療法 (DBT) の心理教育の中に導入した。

本研究では、DBT モジュールとしてのステージ 1 を自殺行動、不安的な対人関係と不適切な感情表出、ステージ 2 を家族からの虐待による外傷ストレス症状を取り上りあげ、これらをプライマリーターゲットとした。

随伴性マネージメントは、問題行動分析 (Chain Analysis) ツールを用いて、個人療法で使用した。

自記式質問紙と構造化面接尺度を用いて弁証法的行動療法 (DBT) 実施前後の症状変化を測定した。

### 3) 調査尺度

① 全般性精神健康尺度 (Symptom-Checklist-90-Revised: SCL-90-R)

② SUBI 日本語版 (the Subjective Well-being Inventory: SUBI)

③ STAXI 日本語版 (State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI)

④ 改訂出来事インパクト尺度日本語版 (Impact of Event Scale-Revised: IES-R)

⑤ 自殺企図に関する面接尺度 (Parasuicidal History Interview: PHI)

⑥ 精神科診断面接尺度 (Structured Clinical Interview for DSM-IV: SCID)

#### (倫理面への配慮)

本研究では、被験者に研究の目的と方法及びその内容について説明し、書面による同意を得る。また調査参加を拒否したとしても、その後の診療相談を継続する上で、何らの不利益も被らないことを保証する。データの集計管理作業における各被験者の ID はすべてコード番号を使用し、氏名その他個人が特定できる情報をデータ化しない。したがって個人情報漏洩による不利益は生じないものと思われる。

本研究は東京都精神医学総合研究所の倫理委員会で承認された。

### C. 研究結果

弁証法的行動療法の実施前後の結果は、SCL-90-R の全下位尺度平均得点において低下し、特に「対人過敏症」、「不安」、「強迫」の下位尺度平均得点の低下は著明であった (表 1, 2)。

また SUBI の下位尺得点では、心の健康度を示す「Well-being」は、35.7%の改善率が認められ、心の疲労度を示す「Ill-being」は、40.9%の減少率が認められた (表 3)。

外傷ストレス症状を測定する IES-R 得点は、26.6%の減少率であった (表 3)。

STAXI 日本語版においては、「状態怒り (State Anger)」の得点は、治療後は治療前に比べ 15.8%減少した。「特性怒り (Trait-Anger)」は治療前後において変化は認められなかった。

怒りの表出の下位尺度平均得点では、「怒りの表出(Anger-Out)」と「怒りの制御(Anger-Control)」が上昇し、「怒りの抑制(Anger-In)」において変化は認められなかった (表4)。

一方 PHI では、弁証法的行動療法 (DBT) 治療前は、リストカットや大量服薬などの自傷行為を行うための具体的方法をほぼ毎日考え、実際に行動化することもしばしばあったが、治療後は、殆ど考えることもなくなり、緊急医療につながることもなかったことが明らかになった。

#### D. 考察

本研究の結果、境界性パーソナリティ障害 (BPD) と診断された患者への治療技法として弁証法的行動療法(DBT)が有効である可能性が示唆された。

先行研究によれば、弁証法的行動療法 (DBT) は、リストカットなどの自己破壊的行動の軽減に有効であると報告されている (Koons et al., 2001, Turner, 2000, Linehan et al., 1991, 1993,)。本研究においても被験者の自傷行為は著明に改善され、治療後は、これまで頻発していた救急外来での治療はなくなった。

本研究では、さらに SCL-90-R により、弁証法的行動療法(DBT)が被験者の全般的な精神健康度にどのような治療

効果があるかを検討した。その結果全下位尺度平均得点において低下し、弁証法的行動療法(DBT)が境界性パーソナリティ障害 (BPD) 被験者の精神健康度を良好にする効果があることが示唆された。特に「対人過敏症」、「不安」、「強迫」の下位尺度平均得点の低下は、米国の先行研究と一致した (Rathus et al. 2002, Bohus et al., 2000)。「対人過敏症」や「強迫」症状の軽減については、対人関係の効果的スキルで取り上げた「自己主張訓練」や「自己他己観察訓練」が、また「不安」は症状については、コアマインドフルネススキルトレーニングの「呼吸と五感のバランス」トレーニングが奏功したと考えられる。

また、「対人過敏症」症状の改善のため、個人療法において随伴性マネジメントを実施した。そこでは、問題行動分析シートを用いて、「状況」、「感情」、「問題行動発生とその要因」、「問題行動の修正」、「予測できる結果」の順に具体的に例をあげながら、被験者へ教示した。この随伴性マネジメントに被験者が取り組み、自ら自分の問題行動パターンに気づくことにより、対人葛藤場面での問題行動の改善につながったと考えられる。

一方、SUBI の下位尺度項目では、「人生に対する前向きな気持ち」や「至福感」などの得点が増加し、「社会的なつながりの不足」や「人生に対する失望感」などの得点が改善された。これらの結果により、弁証法的行動療法 (DBT) は、被験者の QOL の向上に対しても有効であることが示唆された。

本研究では、被験者が幼少時から現在に



至るまで、家族からの慢性的な暴力を受けているため、外傷性ストレス症状としてのフラッシュバックなどの再体験症状や覚醒亢進症状としての集中困難や睡眠障害などの所見が認められたため、マインドフルネススキルトレーニングでは、「呼吸と歩行とストレッチ」トレーニングを実施し、就寝前に毎日 10 分間の自主トレーニングをするよう教示した。その結果 IES-R の得点が治療後 26.6%減少し、外傷ストレス症状の改善が見られた。トラウマ症状を有する境界性パーソナリティ障害の治療としてもマインドフルネススキルトレーニングが効果的であることが考えられる。

「怒り」の感情の適切な表出についての弁証法的行動療法 (DBT) の治療効果は、既に報告されている (Koons et al., 2001, Linehan et al. 1993)。

しかし、本研究においては、STAXI 日本語版の「状態怒り (State Anger)」の得点は、治療後は治療前に比べ 15.8%減少したものの、「特性怒り (Trait-Anger)」は治療前後において変化は認められなかった。また怒りの表出に関する「怒りの制御 (Anger-Control)」と「怒りの表出 (Anger-Out)」の下位尺度平均得点は上昇し、「怒りの表出 (Anger-In)」の下位尺度平均得点に変化は認められず、「怒り」の感情表出及び特性怒りにおける治療効果は、明らかではなかった。この結果は、本研究において感情調整スキルトレーニングは、個人療法及び集団療法において心理教育の中でのみ取り上げたにすぎず、実際のスキルトレーニングを実施しなかったためと考えられる。今後は、感情調

整スキルトレーニングにおいて、特に適切な「怒りの表出 (Anger-Out)」スキルの導入の必要性が示唆された。

#### E. 結論

本研究により、境界性パーソナリティ障害 (BPD) への治療技法として、弁証法的行動療法 (DBT) が奏功することが考えられる。今後さらに症例を蓄積し、対照群を設定した効果研究を実施して、境界性パーソナリティ障害 (BPD) の衝動性に対するセルフコントロールや自傷行為への治療効果を検証する。

#### F. 参考文献

Bohus M., Haaf B., Stiglmayr C. et al. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavior therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38; 876-887.

Koons, C.R., Robins C.J., Tweed J.L. et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy* 32; 371-390.

Linehan M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.

Linehan M.M., Heard, H.L. & Armstrong, H.E.(1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Arch. Gen. psychiatry*, 50; 971-974.

Linehan M.M., Armstrong, H.E.,  
Surrez, A. et al. (1991).  
Cognitive-behavioral treatment of  
chronically parasuicidal borderline  
patients. Arch. Gen. psychiatry, 48;  
1060-1064.

Rathus J.H. & Miller A.L. (2002).  
Dialectical behavior therapy adapted  
for suicidal adolescents. Suicide and  
Life Threatening Behavior 32(2);  
146-157.

Turner, R.M. (2000). Naturalistic  
evaluation of dialectical behavior  
therapy-oriented treatment for  
borderline personality disorder.  
Cognitive Behavior Practice. 7;  
413-419.

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子, 岸本淳司 (2005). シェルター入所者におけるドメスティックバイレンス被害の実態と精神健康に及ぼす影響. 精神科治療学 20(2) 183-191.
- 2) Ishii T., Asukai N., Kishimoto J., Straus M.A. (2005). Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2-J). J Family violence and sexual victimization Bulletin.
- 3) 飛鳥井望, 西園文, 石井朝子 (2005). PTSD 治療ガイドライン: エビデンスに基づいて治療戦略 (フォア EB,

キーン TM, フリードマン MJ 編), 金剛出版 東京.

- 4) 石井朝子 (2004). 家庭内暴力家庭における子どもの心とその援助, 小児科臨床別冊 57, 161-166.

### 2. 学会発表

- 1) 石井朝子, 笠原麻里, 村井美紀, 狩野敦子, 町野朔 (2005). 心的外傷体験としてのドメスティックバイオレンスが被害母子に与える精神的影響と自立支援のための介入技法 日本ストレス学会・日本産業精神保健学会国際合同セミナー, 東京 [2005/03/19]
- 2) 石井朝子 (2005) .DV 被害による PTSD 症状に対する長時間曝露法の効果 (予備的研究) .第 4 回日本認知療法学会, 札幌 [2005/02/18-20]
- 3) 永末貴子, 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 黒崎美智子 (2004). ドメスティックバイオレンス被害が子どもの精神健康に及ぼす影響. 第 68 回大会日本心理学会, 大阪 [2004/09/12-14]
- 4) Ishii T., Kimura Y., Nagasue T., Kurosaki M., Asukai N. (2004). Group therapy for battered women: pilot study. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy. Kobe, Japan [2004/07/20-24]
- 5) Ishii T., Kimura Y., Nagasue T., Kurosaki M., Asukai N. (2004). Posttraumatic response and

children exposed to domestic violence. Victimization of Children and Youth: An International Research Conference. Boston, USA [2004/07/11-14]

- 6) 石井朝子, 飛鳥井望, 木村弓子, 永末貴子, 黒崎美智子(2004). 民間シェルターに入所したDV被害女性の精神健康とPTSD. 第3回トラウマティックストレス学会, 東京 [2004/03/04-05]

表 4. STAXI 日本語版の  
下位尺度平得点

