

表 1. SCL-90-R の下位尺度平均得点

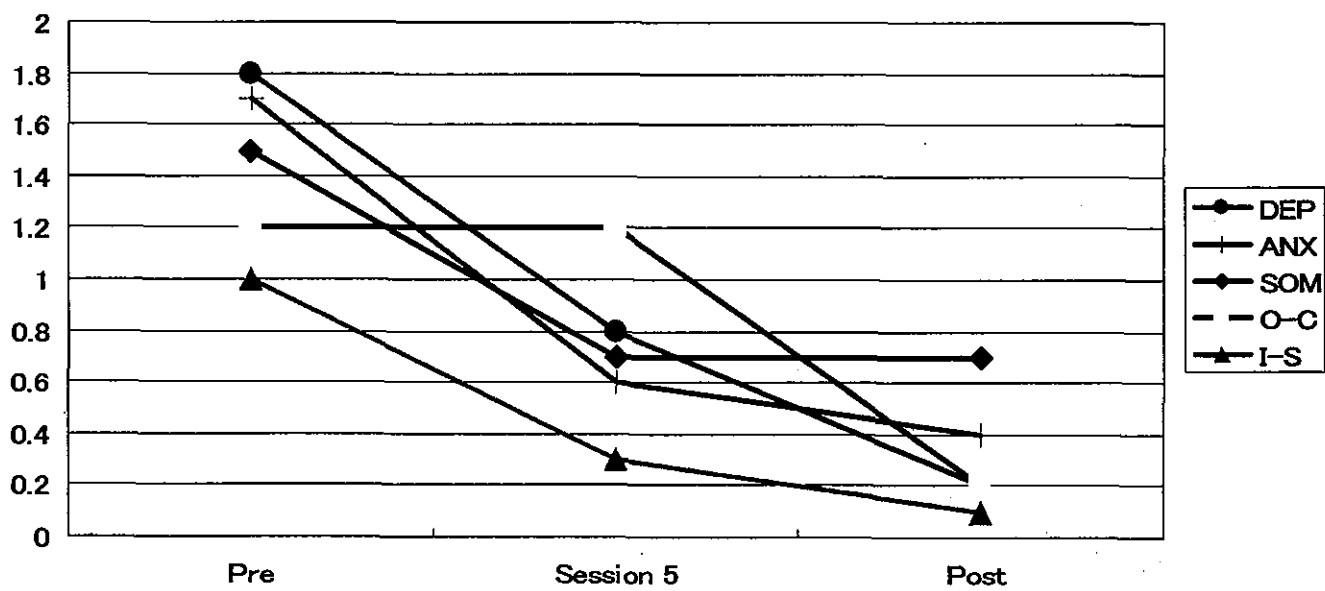


表 3. SUBI の下位尺度得点と
IES-R 得点

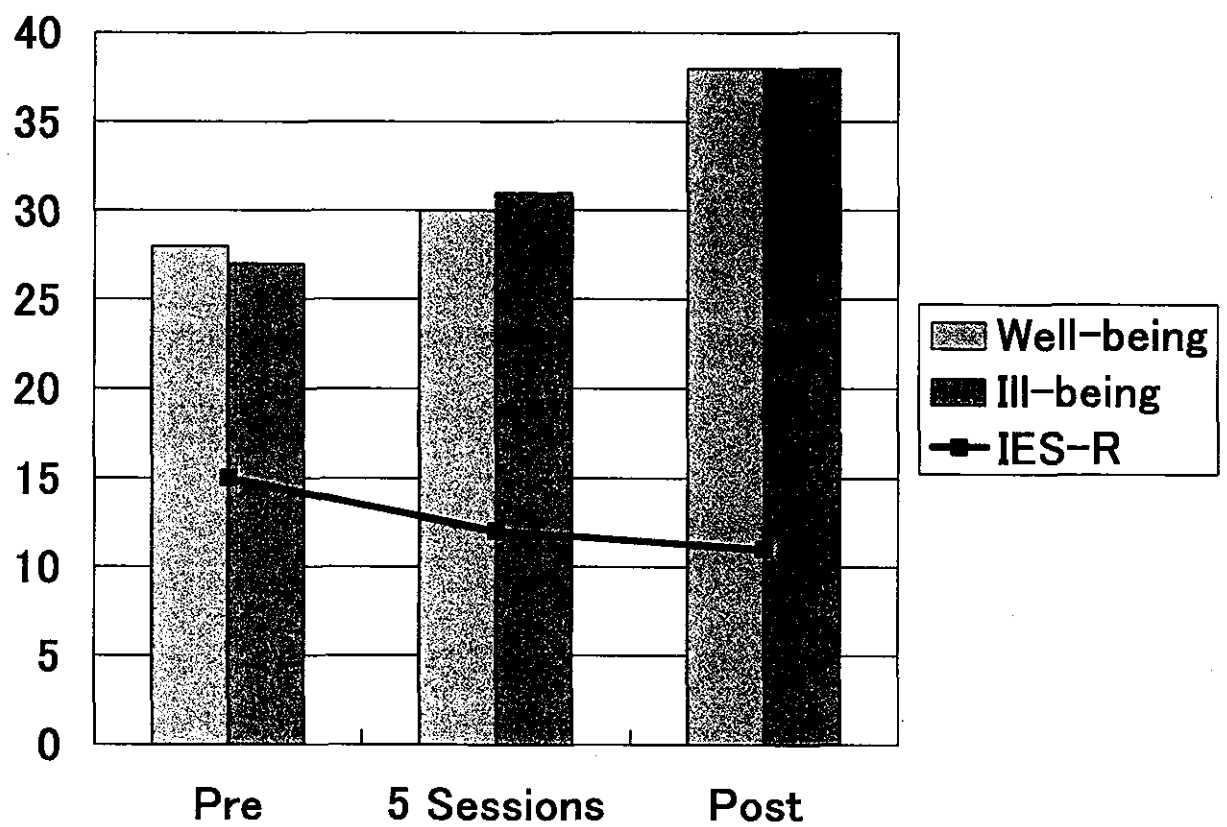
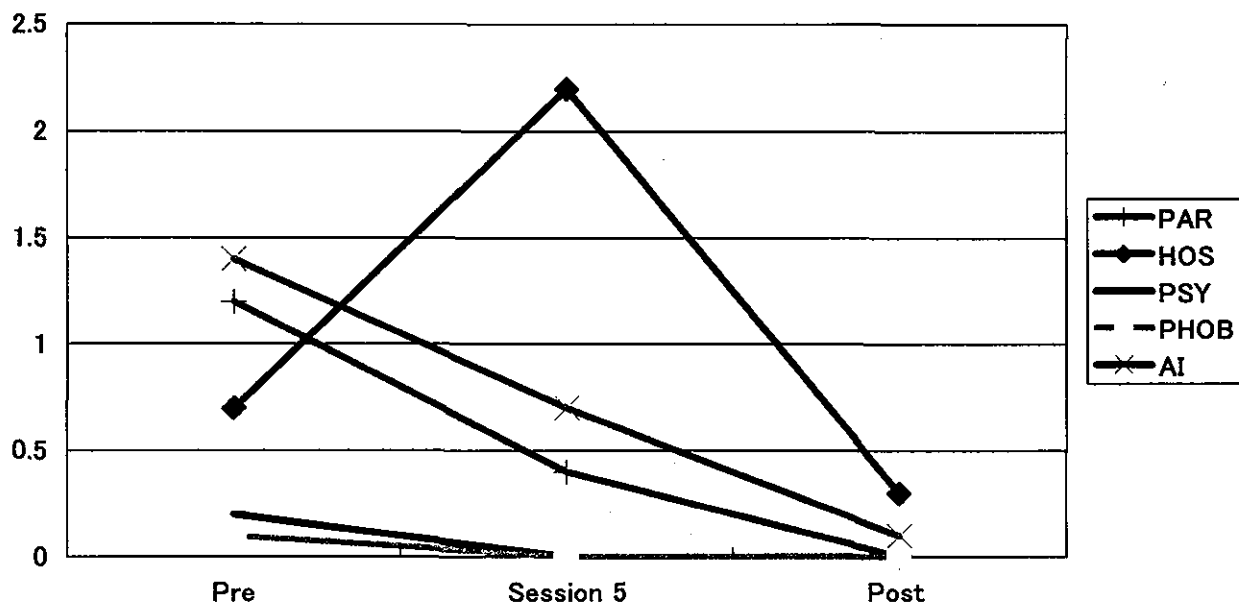


表 2. SCL-90-R の下位尺度平均得点



境界性パーソナリティ障害に対する精神分析的な精神療法の有効性に関する研究

分担研究者 衣笠隆幸 広島市精神保健福祉センター所長

研究要旨

非精神病性精神疾患には治療困難で長期にわたり症状が遷延するものが少なくないが、なかでも特に対応が困難とされている境界性パーソナリティ障害に対する、精神分析的な精神療法の有効性について検討する。

A. 研究目的

近年、学童期における不登校、思春期・青年期における摂食障害・ひきこもり・薬物乱用・衝動的犯罪行為、中年期における反応性の抑うつ状態などが社会問題となっている。これらの背景には非精神病性の精神疾患、特に各種のパーソナリティ障害の関与が指摘されているが、米国におけるパーソナリティ障害の有病率が14.8%と報告 (Grant et al, 2004) されるなど、近年、パーソナリティ障害への関心が高まっている。パーソナリティ障害への罹患は本人にとって心的苦痛を与えるのはもちろんのこと、その障害が重度の場合、社会に深刻な影響を与える場合も少なくない。パーソナリティ障害の中でも特に破壊的行動化が目立つ境界性パーソナリティ障害を対象に行われた研究では、十分な対策を講じることが自殺企図などによる救急外来の受診の減少につながり、医療コストの大幅な軽減をもたらすことも報告されている

(Bateman et al, 2003)。しかしながら境界性パーソナリティ障害への対応はその大部分が経験則に基づいたものであり、十分な大規模実証研究がなされてきたとは言い難い。1990年代に入り、精神分析的な精神療法を用いた大規模実証研究が散見されるようになったが (Winston et al, 1994; Bateman et al, 1999)、それらは自殺企図などの破壊的行動化をするような患者を除外していたりクラスターC (DSM-IV) の患者を主たる対象とするなど、パーソナリティ障害の中でも軽症と思われる患者群を対象が限定されていた。また、治療者として経験に乏しい看護

師やソーシャルワーカーが選ばれていたり、コントロール群が設定されていない等の問題もあった。そこで、研究方法におけるこれらの問題を解決して有効な治療的介入法を確立することが急務と考え、本研究を立案した。

B. 研究方法

対象

広島市精神保健福祉センターおよび広島大学病院精神科を新たに受診した患者でDSM-IVの境界性パーソナリティ障害の診断基準を満たすもののうち、本研究の目的と方法に関して同意が得られた患者。

方法

同意が得られたもののうち、境界性パーソナリティ障害の評価尺度であるBDIで境界性パーソナリティ障害と判定されたものを「一般診療」群と「精神療法」群に無作為に分類する。全ての患者に対してロールシャッハテスト、MMPI、SCL-90、POMSを行い、抑うつ、不安、焦燥といった精神状態を評価する。その後、「一般診療」群については主治医の一般外来を受診し、通常の薬物療法および支持的な精神療法を受ける。「精神療法」群については、「一般診療」群と同様の主治医の一般外来に加え、1回50分、週1〜2回の90分対面法による精神分析的な精神療法か、1回90分、週1回の精神分析的な集団精神療法を受ける。「精神療法」群の分析的な治療は、日本精神分析学会の認定精神療法医（計8名）が行う。全ての患者に対して治療開始から3ヶ月後、6ヶ月後、9ヶ月後、12ヶ月後、18ヶ月後

にSCL-90、POMSを実施し、精神状態を評価する。さらに治療開始から24ヶ月後には先の検査に加え、MMPIおよびロールシャッハテストを実施する。治療開始からの各時期における精神状態について三群を比較し、境界性パーソナリティ障害に対する精神分析的な精神療法の有効性を検討する。

なお本研究に関しては、ヘルシンキ宣言をふまえた倫理的観点にたち、広島大学大学院医歯薬学総合研究科の倫理委員会において承認された研究計画に沿って実施する。その際、本研究の目的、方法、研究により期待される事項、自由意志での参加、経済的負担、プライバシー保護などについて十分説明し、書面による同意を得る。

CおよびD. 研究結果および考察

これまでに、広島大学病院精神科を新たに受診した患者でDSM-IVの境界性パーソナリティ障害の診断基準を満たす5名の患者に対して本研究の目的と方法を説明したが、いずれも同意を得る事が出来なかった。これは、境界性パーソナリティ障害の患者の特徴である猜疑心の強さと認知の歪みために、通常の患者以上に研究参加への不安が強かったためと思われる。また、多くの患者は受診時の段階で精神分析的な精神療法を受けることを強く希望していたか、あるいは精神分析的な精神療法を受けることに強い不安を抱いていたことも関係していたと思われる。

E. 結論

平成16年度の結果を踏まえ、次年度は、同意が得られた患者に対して本人の希望に応じて「精神療法を受ける群」と「精神療法を受けない群」とに分け、これら患者を平成16年度の計画と同様の時期に各評価尺度を用いて精神状態を評価し、精神分析的な精神療法の有効性について検討することとする。

G. 研究発表

1. 論文発表

衣笠隆幸 「境界性パーソナリティ障害の治療-精神保健福祉センターにおける対応をめぐって-」 精神療法 29, 425-433, 2003

衣笠隆幸 「精神病的パーソナリティの精神分

析的研究:その概観」 精神分析研究 48, 2-18, 2004

衣笠隆幸 「境界性パーソナリティ障害と発達障害:「重ね着症候群」について」 印刷中

2. 学会発表

衣笠隆幸 「摂食障害の臨床」 第3回精神分析的精神医学会 平成17年3月3-5日(東京)

Ⅲ. 資 料

うつ病の認知行動療法 研究プロトコル・マニュアル オープン試験用 (第1版)

編集
慶應義塾大学認知行動療法研究会

KEIO_CBT_Ed.1_2005.01

はじめに

- オープン試験の目的は
 - 治療者自身が、認知療法に慣れる
 - プロトコル(評価尺度)に慣れる
 - マニュアルの検証
 - 基本的にマニュアルに準じて治療を進めようと努めて下さい。マニュアルに準じることが難しい点は、メモしておいて下さい。改訂します。
- 治療を早く終結する場合
 - 原則として、16-20週間は続けてきてもらえるよう患者さんに話して下さい。
 - 寛解や、脱落の際は、最後のセッションで、第16週の評価尺度を実行して下さい。(つまり、HAM-D, SUBI, DAS-24を施行して下さい)

KEIO_CBT_Ed.1_2005.01

効果研究のプロトコル

		-2 -1週	0週	1週	2週	3週	4週/8週/12週	16週 又は 20週
同意取得	初診・紹介など 導入の期定	○	○					
背景・診断		○						
SCHD		△	○					
臨床検査		○						
HAM-D		○					○	○
QIDS		○					○	○
GAF		○					○	○
CGI		○					○	○
BDI		○					○	○
重症状況		○					○	○
DAS-24	○						○	
SUBI	○						○	

※SCHDは同意取得に先んじて行う
※BDI, CGI, 重症状況 は第5週以後、経過評価する

KEIO_CBT_Ed.1_2005.01

各セッションの構造

0. 各回: セッション開始15分前に来てもらい、BDIに記入する
4週毎: 30-45分前に来てもらい、SIGH-Dを施行する BDI / QIDS を自己記入

- セッションのオリエンテーション
 - "第○回目のセッションです。あと△回あります。"
 - "今日は【▲▲アジェンダ】をします"
- チェック・イン
 - 評価尺度のチェック
 - 患者様要の聴取
- アジェンダ(話し合う課題)の設定
- ホームワークのふりかえり /以上5-10分
- アジェンダについて話し合う /30分
- ホームワークを出す
- セッションをまとめ、フィードバックを求める /5-15分
[計50分]

KEIO_CBT_Ed.1_2005.01

治療の流れ

セッション	目的	アジェンダ	使用ツール・配布物
0	診断・評価	問診	うつ病パンフ
1-2	心理教育 認知療法へのsocialization 症状の概念化 治療目標の設定	症状・経過・発症機 などの詳しい問診 うつ病、認知モデル、治療の心理教育 問題を構造化して示す 治療目標(患者の期待) について話し合う 目標リストの作成(を開始する)	認知療法パンフ 問題リスト
2-4	治療目標を設定する 患者を活性化させる	治療目標についての話し合い 運動スケジュール表・コラム表の導入 など	治療目標の設定
3-8	気分・自動思考の測定	コラム法: 行動実験/アクション・プラン	コラム表 コラム表ヒント
6-12	自動思考の測定と検証 (対人関係の解決) (問題解決技法)	コラム法: 行動実験/アクション・プラン (対人関係の改善) (対人関係の問題解決)	人間関係 問題解決
12-14	自動思考の検証 スキーマの測定	コラム法: 行動実験・アクション・プラン スキーマについての話し合い	コラム表 下向き矢印法
12-15	スキーマの測定・検証 終結の準備	スキーマについての話し合い 終結に関する話し合い ※治療期間延長について決定する	下向き矢印法
15-16	終結と再発予防	治療のふりかえり 再発予防 ブースター・セッションの準備	認知療法パンフ

KEIO_CBT_Ed.1_2005.01

※患者の病歴・理解度により、濃縮は異なる

うつ病の認知行動療法・オープン試験 計画書

<目的>

- ・ 大うつ病性障害の認知行動療法(CBT)の効果を、評価者にもとづく尺度、自己記入式尺度を用いて体系的に評価する

<対象>

大うつ病性障害(単一エピソード:DSM-IVTR 296.21-23 または反復性エピソード: 296.31-34)のの外来患者で、開始時:20歳以上 65歳未満、文書による同意取得が得られた者。

●除外基準

- ・ 自殺の可能性の高い者(例:HAM-Dの「自殺」=3、または、自殺行動を伴ったり、自殺の危惧のために入院が必要と判断される者)
- ・ 精神病性の特徴を有する者
- ・ 以下の障害ならびにその既往を有する者:脳器質性障害、統合失調症その他の精神病性障害、双極性障害、精神発達遅滞、反社会性パーソナリティー障害、A群パーソナリティー障害
- ・ 現在、薬物療法、支持的精神療法以外の治療を受けている者
- ・ 過去に認知行動療法を受けた既往がある者

<方法>

- ・ 通常診療に加えて、マニュアルに基づいた16~20週間の認知行動療法を施行する。
- ・ 認知行動療法を施行中は、臨床的に可能な範囲において薬物の使用を一定にするが、薬物療法の有無・変更を妨げない。
- ・ 本人が希望した場合には認知行動療法を単独で施行する。

<評価手段>

- 1) 構造化面接(SCID)にもとづくDSM-IVによるうつ病の診断
- 2) 構造化面接(SIGH-D)にもとづく、ハミルトンうつ病尺度(HAM-D)
- 3) 自己記入式評価尺度:ベックうつ病尺度(BDI)
- 4) 自己記入式評価尺度:日本語版 Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS)
- 5) 自己記入式 QOL 尺度:The Subjective Well-being Inventory(SUBI)
- 6) 薬物の服薬状況
- 7) Global Assessment of Functioning (DSM-IV)
- 8) Clinical Global Impression (CGI)
- 9) 非機能的施行評価尺度(DAS-24)
- 10) うつ病に関連する臨床検査(頭部CT、血液学・血清学的スクリーニング検査、甲状腺機能)

実施スケジュール

		-2～ -1 週		0週	1週	2週	3週	4週 / 8週 / 12 週	16 週 又は 20 週	
同意取得	初 診 ・ 紹 介 な ど		導 入 の 判 定	◎						
背景・診断		○								
SCID		○								
臨床検査		○								
HAM-D					○				○	○
QIDS					○				○	○
GAF					○				○	○
CGI					○	○	○	○	○	○
BDI					○	○	○	○	○	○
服薬状況					○	○	○	○	○	○
DAS					△					△
SUBI					△					△

※臨床診断・同意取得は SCID、臨床検査に先立って行う

※BDI, CGI, 服薬状況 は第5週以後、毎週評価する

※△は前週に渡し、自宅で記入してきてもらう

1 調査施行者

- 1) 記入日 2005年 月 日
- 2) 調査施行者 _____ 3) 所属施設名 _____
- 4) 調査施行者の職種 ①精神科医, ②心理士, ③精神保健福祉士, ④看護師, ⑤その他 (_____)

2 患者基本情報

- 1) 識別コード(研究ID) _____ 2) 年齢 _____ 歳 3) 性別 M / F
- 4) 婚姻状況 ①独身, ②既婚(同居), ③既婚(別居), ④死別, ⑤離婚, ⑥同棲, ⑦その他 (_____)
- 5) 職業 ①会社員, ②自営業, ③学生, ④主婦, ⑤パート, ⑥フリーター,
⑦無職, ⑧その他 (_____)
- 6) 最終学歴 ①中学校(卒・在学中), ②高校(卒・在学中), ③短大・専門学校中退, ④短大・専門学校(卒・在学中),
⑤大学中退, ⑥大学(卒・在学中), ⑦大学院中退, ⑧大学院(卒・在学中)

3 疾病情報

- 1) 初発開始時期 _____ 年 月 頃 2) 最近のEIT開始時 _____ 年 _____ 月 頃
- 3) 主診断 _____

- 4) 併存症 _____

5) 過去の治療法

時期	施設	治療法	転帰

- 6) 身体合併症 ①なし, ②高血圧症, ③糖尿病, ④虚血性心疾患, ⑤悪性腫瘍(部位 _____),
⑥その他 (_____)

識別コード(研究ID) _____

8) 治療パターン ①CBTのみ、②CBT+新処方、③CBT+元の処方

9) 面接回数 _____ 回

10) 初診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 処方開始日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

11) 転帰 ①満了、②早期寛解、③脱落、④その他(_____)

実施日	治療者実施事項				面接前患者実情				面接後患者実態				面接後治療者記録				施行回のみ○を選択してください				変更時のみ入力してください			
	臨床	SCI	同意	HAM-D 17項	HAM-D 21項	BDI	QIDS 24	DAS-	健康	SUBI	疲労	GAF	重症	改善	CGI	目標 設定	DTR	問題 解決	対人 関係	対人 スキ マ	処方	服薬状況		
一2回目																								
一1回目																								
0回目																								
1回目																								
2回目																								
3回目																								
4回目																								
5回目																								
6回目																								
7回目																								
8回目																								
9回目																								
10回目																								
11回目																								
12回目																								
13回目																								
14回目																								
15回目																								
16回目																								
17回目																								
18回目																								
19回目																								
20回目																								

慶應義塾大学

認知療法（CBT）マニュアル

オープン試験用第1版

慶応認知療法（CBT）マニュアル

第 1 回

第1セッション

【セッションの目的】

1. ラポールの確立、回復への希望づけ・動機付け
2. 患者の期待（目標）を尋ねる（概略）
3. 簡単な問題の整理
4. 心理教育 : うつ病・認知療法・治療構造について

【プラン】

1. 本日のアジェンダを説明する・ラポールを確立する 2-3分
 2. 患者の、治療に対する期待（目標）を尋ねる（必要に応じて、訂正する） 5分
・自己・治療・治療者に対する否定的な態度があればそれについて話し合う
 3. 問題を簡単に整理し、回復への希望を抱けるように導く 15分
 4. 心理教育 : うつ病について 5分
 5. 心理教育 : 認知モデルについて 5分
 6. 治療構造と資料の説明 2-3分
 7. ホームワークの説明 5分
 8. フィードバックを求める 5分
- * 患者が絶望感や自殺念慮を抱いていたら、自殺の危険度を評価すること、患者が何に絶望しているのかを見出すこと、患者の絶望感を少しでも軽減することが最優先。

【ホームワーク】

1. パンフレットを読む
2. 治療ノートを作成

【このセッションの進め方】

このセッションの第一の目的は、ラポールの形成です。

マニュアルを遵守することは大切ですが、事務的にマニュアルを進めるのではなく、まず患者さんの気持ちを“受け止め”、共感を伝えることが重要です。

1. 本日のアジェンダを説明する／ラポールを確立する

- ・ 治療者の自己紹介・治療の紹介
- ・ 「はじめまして。今日から認知療法を担当する●●です」
- ・ 「今日は初回ですので、大きく2つのことをしたいと思います。はじめに〇〇さんがいまだのようなことでお困りでいらっしゃるのかを伺って、次にこちらから、うつ病や、これから行う認知療法という治療がどのようなものか、説明させて頂きたいと思います。」
- ・ 「これからの治療ですが、原則として1回45分、計16回行います。」
- ・ 「たくさんお話しされたいときもあるかと思いますが、時間を上手に使うことも、うつ病を治す上では大切ですのでご理解下さい。」
- ・ 「面接が始まる前に、うつ症状のアンケート（BDI）をつけて下さい。」
- ・ 「時間を有意義に使うために、面接の始めに、45分の間にどのようなことを話しあうかを決めましょう。〇〇さんが特に話されたいことがあればおっしゃって下さい。どのようなことを話題にするかは、一緒に話し合っ決めていきましょう。」

2. 患者の、治療に対する期待（目標）を尋ねる（必要に応じて、訂正する）

- ・ 自己・治療・治療者に対する否定的な態度があればそれについて話し合う
- ・ 今の状態を、どのように考えていらっしゃいますか／聞いていらっしゃいますか？

3. 問題を簡単に整理し、回復への希望を抱けるように導く

* 患者が絶望感や自殺念慮を抱いていたら、自殺の危険度を評価すること、患者が何に絶望しているのかを見出すこと、患者の絶望感を少しでも軽減することを最優先する。

- ・ 「それでは、これから、〇〇さんが、現在どのようなことでお困りで治療を受けにいらっしゃったのか、その理由についてお話しください。」
- ・ 「私たちは心や体は、図1のようにそれぞれに関係していることが多いので、この図に書き込みながら伺っていきたくと思います。」
- ・ 「それから、この治療に、どのようなことを期待していらっしゃるか、ご自分の生活がどんな風に変わればよいと思っていらっしゃるか、図2の“目標リスト”に書き込みながら伺っていくことにします。」

【図1：4つの領域図】

【図2：目標リスト】

- ・ 図1を使いながら症状・問題を整理する
- ・ 図2に目標を書き込む
 - ・ 「なるほど、〇〇さんがお困りのことがよくわかりました。」

◎患者の感情を受け止めることを重視する。

4. 心理教育 : うつ病について

- ・「〇〇さんがお困りの症状は、うつ病によるものが多いようです」
- ・「これから、うつ病について簡単に説明させていただきます」
- ・うつ病の症状、経過、治療（認知療法の治療成績も含む）について
【資料A. 「うつ病について」】

5. 心理教育 : 認知モデルについて

・「私たちの気分や行動は、つらい出来事や困ったことがあって、突然生まれるわけではありません。先ほど図1に書いてみたように、心や体はそれぞれつながっていて、その中で、特に「考え」—物事をどうとらえるか、どう考えるかによって気分や行動が変わってくる人が多いのです。」

▷ 以下のいくつかを選んで説明する

◇ 3. で述べた問題点の中で出てきたエピソード

- 「そのとき ~ のように考えていたら、どのような気分になっていたと思いますか？」

◇ 待合室で待っていたときの気分、考え、治療室に入ってきてからの変化

◇ 治療者示す「事例」

- ・「わかりやすくすると図3. のようになります」

・「うつ状態のときには、悪い方、悪い方にばかり考えてしまったり、やらないといけないと思ってもなかなか行動に移せなくて、自分を責めるようになってしまったりしていることがよくあります。」

・「この認知療法という治療では、そういった悪循環に待ったをかけて、ご自分の頭の中に浮かんでいる「考え」をたちどまって考えてみたり、相談しながら少しずつ行動を変えていったりしていきます。」

・「詳しいことはパンフレット（資料B）にも書いてあります。」

【資料B. 認知療法について】

6. 治療構造と資料の説明

「これからの治療ですが、原則として1回45分、計15回行います。」

- ・「たくさんお話しされたいときもあるかと思いますが、時間を上手に使って話すことも、うつ病を治す上では大切ですのでご理解下さい。」
- ・「面接が始まる前に、うつ症状のアンケート（BDI）をつけて下さい。」
- ・「時間を有意義に使うために、面接の始めに、45分の間にどのようなことを話しあうかを決めましょう。〇〇さんが特に話されたいことがあればおっしゃって下さい。どのようなことを話題にするかは、一緒に話し合って決めていきましょう。」

7. ホームワークの説明

- ・「毎回、面接の終わりに、次の面接までの間にやってくることを決めます。これは“宿題（課題）”のようなものです」
- ・「これはとても大切で、面接で話し合うだけでは、治療は1週間に45分間しかできませんが、面接までにいろいろやってくるようにすると、その間も治療を受けているのに似た状態になって治療の効果が出やすくなります」
- ・「“宿題（課題）”は、面接の最後に、話し合っただけで決めましょう。治療に役立つと考えられる“宿題（課題）”をお伝えしますが、決して無理強いはしませんので、できそうかどうか、やってみる気がするかどうか、遠慮なくおっしゃって下さい。」
- ・「①認知療法のパンフレットを読むことと、②“治療ノート”を作ることです。“治療ノート”は、治療の中で話し合ったことや気づいたことを忘れないようにしておくことと、日々の生活で気づいたことなどをメモしておくために使います」

「わからないことはありますか？」「できそうですか？」

8. フィードバックを求める

- ・「これで第1回目は終わりです。今日いろいろ話して、ご感想・ご気分はどうですか？」
- ・「何か気づいた点、大切に思った点がありますか？」
- ・「わからない点、納得のいかない点がありますか？ 話の内容でも、認知療法のことでも、またそれ以外のことでも、何でも結構です。」
- ・「他に特に伺っておいたほうがいいことはありますか？」
- ・「次回話し合いたいことがらはありますか？」

9. 終了

- ・「ありがとうございました。また気づいた点があればおっしゃって下さい。」
- ・「特に、納得のいかない点は、むしろ遠慮なくおっしゃって頂いた方が、治療の役に立つと思います。」
- ・「今日は、〇〇さんが今お困りの事柄について伺ったことと、うつ病や認知療法について、とくに「考え」が気分や行動を決めること、について話しました」
- ・「次回までの“宿題（課題）”は①②ですね。」
- ・「では、次回またお会いしましょう」

慶応認知療法（CBT）マニュアル

第 2—4 回

第2-4セッション

【セッションの目的】

1. 認知モデルを教育
2. 治療目標を設定する
3. 患者を活性化する
4. 前回のフィードバック
5. パンプについて質問

【プラン】

1. チェックイン：簡単な現状の把握と、気分のチェック
(BDI、前回からの概略、薬物療法の状況、薬物乱用状況も把握する)
2. 前セッションのフィードバックを受ける
3. アジェンダ（セッションでの話題）の設定
4. ホームワークの実施状況の把握。
5. アジェンダについての話し合い。
 - ・治療目標の決定
 - ・その他
6. 新たなホームワークの設定。
7. セッション全体のまとめ。患者からのフィードバックの抽出。

【ホームワーク】

1. 治療ノートに、「目標リスト（図2）」を書き写す。
2. 「目標リスト」に付け加えるものがあれば付け足してくる。