

C. 研究結果

C-1. 患者の動機づけを高めることを目的とした介入：理論

アルコール依存症患者の場合、治療への動機づけが重要な課題になる。

一般に、変化の円環モデルでは、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ている。変化の第1段階である前熟慮段階のアルコール依存症患者は「酒は問題ではない」、「酒が害になることはない」と考え、飲酒の否定的側面を無視したり否認したりしている。第2段階(熟慮段階)になると、「きっ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」、「今はストレスが多すぎて、飲むのをやめられない。でも、たぶんもうすぐやめる覚悟ができるだろう」と考えるようになる。第3段階(行動段階)の患者は「私は変わることができる」、「今がそのときだ」と考え、飲酒を中止するための行動をとり始める。第4段階(維持段階)では、「断酒して半年になる。今の自分が誇らしい」、「飲まずにいるのは素晴らしい」、「飲酒に伴う損失は利益をはるかに上回っている」と考える。もちろん、第5段階(再燃段階)がつねに生じる可能性はある。

アルコール依存症患者は断酒するかどうかという選択に関して明確な指針がないよう行動するため、それが動機づけの欠如や治療への抵抗と見える。しかし、大きな転機に直面したときには誰もがそうであるように、アルコール依存症患者も、飲酒行動を停止し断酒し続けることがもたらす利益と不利益の力学に翻弄されていると考えることができる。

C-2. 患者の動機づけを高めることを目的とした介入：実践

治療への導入に当たっては、飲酒の利益と

不利益、断酒の利益と不利益について、バランスシートを書くことが、多くの認知行動療法プログラムでは推奨されている。

動機づけを高める認知行動療法の技法は以下の通りである。なお、ワークシートを活用して、各質問に回答する形式で進めるので、患者に記述してもらうのが原法である。

動機づけを高めるための認知行動療法

1. 変わるべきか、変わらざるべきか
2. 変わることは理にかなっているか
3. 変わることはむずかしいか
4. 将来を予測できるか
5. 変わるための計画をどう立てるか
6. 計画の実行を何が妨げるか
 - 1) 不安や怒りなどの不快な感情
 - 2) 不安的な人間関係
7. 安心できる人間関係をどう作るか

1. 変わるべきか、変わらざるべきか

どの程度現状を変えたいと思っているのか(0:まったく変えたいと思っていない~10:非常に変えたいと思っている)、現状を変えたいと決心したときにはどの程度うまく自信があるか(0:まったく自信がない~10:非常に自信がある)、現状を変えていく心の準備がどの程度できているか(0:まったく心の準備ができていない~10:完全に心の準備ができています)という3つの質問に答えてもらう。

2. 変わることは理にかなっているか

飲酒が、身体の健康、心の健康、社会生活(人間関係)、家庭生活、仕事などの領域に、どのような影響を与えているかを考えてもらう。さらに、各領域において見られる影響について、

どう考えるかを記録してもらおう。

3. 変わることはむずかしいか

飲酒をやめようとし始めたとき、どのような困難に出会うことになるか、書いてもらおう。

4. 将来を予測できるか

飲酒をやめた場合、身体、心の健康、社会生活(人間関係)、家庭生活、仕事などの領域に、どのような影響があると予測できるかを考えてもらおう。

5. 変わるための計画をどう立てるか

変えたいと思うことは何か、それを変えたいと思うもっとも重要な理由は何か、それを変えるために計画している事柄は何か、周囲の人の助力を得るとしたら誰がどんなふうに援助してくれるか、変えるための計画がうまくいくために必要な条件は何かについて、考え、書き留めてもらおう。

6. 計画の実行を何が妨げるか

計画の実行を妨げるものは何かについて、とくに下記について考えてもらおう。

1) 不安や怒りなどの不快な感情

どの程度飲酒が不快な感情を和らげるのに役立っていると思うか(0:まったく役立たない～10:非常に役立つ)、どんな不快な感情を和らげる必要があるか(怒り、恥ずかしさ、罪悪感、悲しみ、うんざり感、孤独感、退屈感、欲求不満感、恐怖、不安、困惑、屈辱感)、その不快な感情の処理がどの程度重要であるか(0:まったく重要ではない～10:非常に重要である)、その不快な感情が起こってくるきっかけに気づいているか、その不快な感情を処理するのに飲酒以外の方法を使うことがあるか、その不快な感情を処理するのに他の人たちはどんな方法を使っているか、その不快な感情を処理するためやきっかけとなる事柄に対処するために

周囲の人のどんな手助けを必要とするか、について考え記録してもらおう。

2) 不安的な人間関係

周囲の人たちとの人間関係がうまくいっていないために現状を変えることがむずかしくなっているかどうかを尋ねた後、とくに大切な人との関係に関連して「人生の物語」を書いてみることを勧める。人間関係に一定のパターンがあるかどうか、いつも同じパターンの問題が生じていないか、人を信頼するのがむずかしいほうかどうか、失望することが多いほうか、などに着目して回顧してもらおう。

7. 安心できる人間関係をどう作るか

安心感を与えてくれる人たちの一覧表を作り、それぞれの人がどの程度安心できる相手か(0:まったく安心できない～10:非常に安心できる)を考えてもらおう。

さらに、それぞれの人と楽しいときを過ごし安心できる関係を深めるためにできそうなことを考え、書き出してもらおう。

C-2. 患者の家族に向けられた援助

アルコール依存症の治療において家族の存在を無視することはできない。配偶者、両親、子どもたちの生活は否応なく患者の飲酒行動の影響にさらされる。同時に、家族の中には、意図せず微妙な形で、患者の飲酒行動を可能にさせる認知や行動が見られることがある。

たとえば、救済者型の家族は、患者の飲酒行動を改めさせようと懸命になる。しかし、「酒がさせていることだから」とアルコール依存症患者の暴言や暴行に耐え、「私がいなければ、夫はだめになるから」と、いつのまにか飲酒行動がもたらす不利益から患者を周到に救済する行動をとってしまう。

受難者型の家族はすべてを受け入れ、何事

もないように行動する。「今の私が私には分相応なところだ」、「どんな嫌な人間関係も、何も関係がないのに比べたら、ずっといい」といった非機能的認知がそこには介在する。

このような家族に援助する場合にも、バランス・シートの作成を中心とした介入が有用であろう。家族の認知や行動がもたらす利益と不利益を勘案してもらう方法である。

D.& E. 考察及び結論

アルコール依存症が慢性の病態であることを考慮すると、生物・心理・社会的な病態理解に立った統合的なプログラムが不可欠であろう。とりわけ、患者の動機づけを高めることを目的とした介入は重要である。ここでは複数の質問に対する回答を求める形式で、利益・不利益分析を患者自身が進める方法を提示した。利益・不利益分析は家族に向けられた援助においても有用であると考えられる。

なお、最終年度である今年度は、新久里浜方式による入院患者を対象とした認知行動療法の有効性について検証する予定であったが、諸般の事情から報告に足る成果を得ることができなかった。

久里浜アルコール症センターでの認知行動療法プログラムについて予後調査を実施した結果がまもなく別に報告される予定だが(澤山透氏による私信)、この種の研究には不良な経過をたどる患者が追跡からもれやすいという方法論上の困難が認められるという。

G. 研究発表

1) 井上和臣. アルコール依存症. チーム医療のための最新精神医学ハンドブック(大野裕 編), 弘文堂, pp.44-51, 東京, 2006.

2) 土田英人・井上和臣. アルコール依存症の認知行動療法. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 41(6): 497-503, 2006.

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。また、予後調査の概要についてご教示いただいた澤山 透医師(北里大学東病院精神神経科)、摂食障害患者の動機づけを高める認知行動療法技法についてご教示いただいた友竹正人医師(徳島大学大学院医学研究科情報統合医学講座精神医学)にお礼を申し上げます。

参考文献

- 1) アルコール・薬物関連障害の診断・治療研究会 白倉克之, 樋口 進, 和田 清(編): アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン. じほう, 東京, 2003.
- 2) 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.
- 3) 澤山 透, 米田順一, 白川教人ら: 認知行動療法を中心としたアルコール依存症の新入院治療プログラム. 精神神経学雑誌 106: 161-174, 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）

「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」

分担研究報告書

「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^{1),2),3)}

研究協力者

²⁾武田龍太郎、²⁾林和子、²⁾永末貴子、²⁾長谷川千佳、⁴⁾岸浪晶子

¹⁾社会福祉法人礼拝会ミカエラ寮、²⁾武田病院、³⁾サウスカロライナ州立クレムゾン大学、⁴⁾藤沢市教育委員会

研究要旨

本研究は、境界性パーソナリティ障害（borderline personality disorder: BPD）の治療として多くの実証的研究を報告している弁証法的行動療法（dialectic behavior therapy）を実施し、その効果を検証した。本年度は、単科精神科病院において BPD と診断された 6 名の女性患者（平均年齢 35 歳 ±3.1）に DBT を実施した。外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder: PTSD）を併病とした BPD 患者には、マーシャ・リネハン（Marsh M. Linehan）のキュー・エクスポージャーの個人スーパービジョンを受けて試行した。DBT 実施後 1 ヶ月において、BPD 患者の行動特性をいわれている過量服薬およびリストカットなどの自己破壊的行動は激減し、またフラッシュバックなどの PTSD 症状も軽減した。

A. 研究目的

本研究は、昨年度作成されたマニュアルをもとに、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、その有効性を検証する。

B. 研究方法

1) 対象

単科精神科病院に通院し、境界性パーソナリティ障害と診断された女性 6 名（平均年齢 35 歳 ±3.01）。うち 2 名は、外傷後ストレス障害（PTSD）と診断された。

なお全対象者は、最近この 1 年間に入院を伴う自殺関連行動を 1 回以上行っている。

2) 調査方法

本研究では、DBT のスキルトレーニングである集団精神療法を実施し、適宜個人精神療法を実施した。スキルトレーニングでは、マインドフルネススキル、効果的な対人関係スキル、情動調節スキル、苦痛耐性スキルの 4 つのスキルを教示した。また行動連鎖分析表を用いた随伴性マネジメントや段階的暴露療法としてのキュー・エクスポージャーを実施した。

米国の DBT の専門家によるスーパーバイズのもと 3 ヶ月短期 DBT プログラムを構築し実施した。

集団精神療法のスキルトレーニングでは、毎週 2 時間の 12 セッションを実施し

た。治療チームは、精神科医師、心理士、看護師、精神保健福祉士で構成され、ケースコンサルテーションは、週 1 回 2 時間行った。薬物療法は、外来の担当医が実施した。なお電話コンサルテーションの導入はしていない。

3) 調査尺度

- ① 全般性精神健康尺度 (Symptom-Checklist-90-Rivised: SCL-90-R)
- ② 日本版 STAI 状態・特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory: STAI)
- ③ Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)
- ④ STAXI 日本語版 (State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI)
- 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、患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た。また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、個人情報漏洩による不利益は生じないようにした。本研究は武田病院倫理委員会で承認された。

C. 研究結果

DBT 実施前後及び 1 ヶ月後の結果において、PHI 尺度では、治療中を含む治療後では、全対象者の自殺関連行動は消失した。日常生活の葛藤場面においては、自殺願望はあったが行動化することは回

避できたと回答している。

また、ドメスティックバイオレンス (配偶者もしくは、パートナーからの暴力: domestic violence: DV) 被害、児童虐待及び性暴力被害により PTSD を発症した 2 名の対象者においては、キュー・エクスポージャーを教示した。その結果、外傷体験を想起させるトリガーに直面しても、解離を伴うフラッシュバックを引き起こすことがなくなったと報告している。

D. 考察

本研究の結果、BPD と診断された患者のもつ自殺企図ないし自殺の意思のない意図的な自傷行為に対して有効である可能性が示唆された。これは、特にスキルトレーニングの 1 つである「情動調節スキル」が奏功したと考えられる。現在米国で実施されている DBT は、改訂版情動スキルを導入し、特に行動論的治療の 1 つである「OPPOSIT ACTION」と「問題解決療法」のコンビネーションスキルによる否定的な感情に対処するスキルが BPD 患者の問題行動に対して有用であるとされている。本研究においても改訂版情動調節スキルを実施することによって、対象者は、対人関係における葛藤場面に直面しても、これまでの対処行動としてとっていた自己破壊的な不適切な行動をせずに適切な行動を選択し、実行することができるようになったと考えられる。

一方、段階的暴露法であるキュー・エクスポージャーを実施することで PTSD 症状であるフラッシュバックが軽減した。DBT における PTSD 症状への介入技法は、行動連鎖分析にもとづき、嫌悪随伴性を

明確にし、スキルの強化させることから奏功すると考えられる。そのため対象者にとってもエクスポージャーが負担なく実施することが可能であるといえる。

E. 結論

本研究により、DBT が BPD の自殺類似行動に対して奏功することのみならず、治療モードの1つであるキュー・エクスポージャーにより PTSD 症状にも有用であることが示唆された。不安や抑うつ症状等への効果については、今後、長期予後調査を実施し、データを蓄積して上で検討していく。

F. 研究発表

1. 石井朝子(2006) 弁証法的行動療法
In: チーム医療のための最新精神医学ハンドブック (大野裕編), pp430-431. 東京: 弘文堂.
2. 石井朝子(2006) マインドフルネス
In: 精神科ポケット辞典 新訂版 (加藤正明, 保崎秀夫, 三浦四郎衛, 大塚俊男, 浅井昌弘監修:), pp348-349.
3. 石井朝子, 大野裕 (2006) .弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT) の治療の実際とその展望の試み、第6回日本認知療法学会, 東京[2005/10/7]

G. 知的財産権の出願・登録状況: なし

<参考文献>

Becker C.B. & Zayfert, C. Integrating DBT-based techniques and concepts to

facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitiv. Behav. Prac.* 2001; 8: 107-122.

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray A.M. et al.: Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch.Gen. Psychiatry* 2006;63: 757-766.

Linehan, MM., Tutek, D.A., Heard, H.L. et al.(1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am. J. Psychiatry*, 151; 1771-1776.

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

Telch, C.F., Agras, W.S., & Linehan, M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge-eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 69, 1061-1065.

パーソナリティ障害への精神分析的な精神療法の治療効果に関する研究

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

パーソナリティ障害は認知、情緒、対人関係や衝動制御などの面において、広範囲に障害を来す疾患である。同障害は頻回に医療機関を受診するために、医療経済的損失も見逃すことができないと指摘されている。精神分析的な精神療法は歴史的に、パーソナリティ障害の治療に広く行われ、その有効性に関してはほぼ同意が得られている。しかし欧米とは違い、日本では精神分析的な精神療法の実証的臨床研究は現在のところ皆無である。この度、パーソナリティ障害への精神分析的な精神療法に対する有効性、治療効果に関して心理検査、客観的症候評価などを通して調査しながら、有効性を確立し、今後の臨床に役立てることを目標としている。

A, 研究目的

- ① パーソナリティ障害の患者に対して薬物療法+個人精神分析的な精神療法、薬物療法+集団精神分析的な精神療法の2つの治療法を行い、症状、防衛機制、心理社会的機能の変化を調査する。
- ② 治療導入時に、患者群の性格特徴、家族機能、自閉的特質に関して調査し、治療経過との相関を調査する。

これら2点を踏まえ、同治療によるパーソナリティ障害に対する有効性を実証し、かつ医療経済的損失も評価し、今後の臨床に役立てることを目標としている。

B, 研究方法

- ① パーソナリティ障害患者に対して、薬物療法+個人精神分析的な精神療法(1回50分、週1,2回、90度対面法)あるいは薬物療法+集団精神分析的な精神療法(1回90分、週1回)を3,4年間実施する。
- ② 本研究参加前後、6ヵ月後、12ヵ月後、以降6ヵ月ごとに、各種の心理検査を実施する。主要な心理検査は自閉的特質を表すAutism-quotient-Japanese(以下AQ-J)や患者自身の早期養育体験を表すParental bonding inventory(以下PBI)やパーソナリティ障害の重症度評価尺度として防衛機制を表すDefense style questionnaire(以下DSQ)などを用いる。これらの実施前には患者に口頭、文書にて研究内

容を説明し、本人の自由意志に基づいて参加の同意を得てからとしている。

また本研究は広島大学大学院医学部倫理委員会に実施内容を説明し、承認されてから開始されている。

C, 研究結果

- ① 現在、治療導入済の患者が9人(個人精神分析的な精神療法7人、集団精神分析的な精神療法2人)、治療導入待ちの患者が1人、脱落者が5人である。平均年齢 32.6 ± 7.8 (才)、女性73.3%である。DSM-IVにおける診断ではI軸障害は気分障害が最も多く(33.3%)II軸障害は境界性人格障害(20.0%)が最も多い。
- ② 現在までのところ、治療開始後、6ヶ月以上経過している患者が6名となっている。衝動性を表すBarrat Impulsivity Scale(以下BIS)、不安状態を現すState-Trait Anxiety Inventory(以下STAI)は、あまり変化がなかったが、抑うつを表すBeck Depression Inventory(以下BDI)は 34.25 ± 12.8 (平均±SD)から 22.75 ± 4.9 (平均±SD)に減少するなど改善がみられた。社会的機能に関しても客観的指標を表すGlobal Assessment of Functioning(以下GAF)において 27.7 ± 18.0 (平均±SD)から 52.2 ± 16.2 (平均±SD)に上昇し、改善がみられ、また自記式指標のShort Form 36(以下SF-36)の精神的社会的機能においても 35.5 ± 19.9 (平均±SD)から 52.7

±11.6 (平均±SD) に上昇し、改善がみられるなど、社会的機能に関して全体的に改善がみられた。DSQ でも、改善傾向を示すデータがみられた。

また行動面においては、個々の症例の検討によると、治療開始後6ヶ月以内に自傷行為や家庭内暴力が消失した例や復職、継続的な就労が可能となった例なども見られた。

D, 考察

治療に係わった患者数は全部で15名と、当初の年間患者数の予定とほぼ同じとなり、目標は達成されたと考えられる。

また治療経過に関しては現在までに6ヶ月、12ヶ月経過した症例がまだ6名と少ないものの、症状が軽減したデータもみられており、当初の目的を達していると考えられる。

しかしながら、依然として、患者数が少ないこともあり、今後、患者数を増やしていく予定である。患者数の増加に関しては個人精神分析的療法もさることながら、集団精神分析的療法の数を増やしていく必要があると思われる。

欧米とは異なり、アジアでは精神分析的療法の実証的臨床研究は皆無であり、効果を実証することは非常に有意義であると思われる。本研究の結果は国内外の学会などに発表していく予定である。

E, 結論

今回、治療導入開始後の精神分析的療法の効果について報告した。症状改善のデータがみられたが、導入後の観察期間が短く、患者数も少ないことにより、治療効果の判定には至らなかった。精神分析的療法は、内的対象関係の変化を目的とするために治療には一定の期間が必要であり、今後も十分な観察期間を経ると同時に対象者数を増やすことによって、精神分析的療法の有効性を検討していく予定である。

F, 健康危険情報

特になし

G, 研究発表

- 1) スーパービジョンー力動的療法

研修のためにー；精神科臨床サービス、110-114,Vol.5,2005

2) 今日の精神医療と精神分析；精神分析的精神医学、1-7,Vol.1,2005

3) 病理的組織化ーJohn Steiner の病理的パーソナリティの研究ー精神分析的精神医学 8-16,Vol.1,2005

4) 精神障害者リハビリテーションの目標とゴール；精神科治療学、19-26,Vol.21,2006.

5) 神経症概念の消失と思春期青年期の臨床への影響；精神科治療学、21(11)：1183-1189,2006

6) 集団と個人との関係を探るー精神分析の視点から；集団精神療法、22(1)：24-30,2006

H, 知的財産権の出願・登録状況
特になし