

V,メンタルテンポ-JSMLS-PANSS

3尺度の相関関係

今回の効果解析では、4種の評価指標を用いたため、そのうちの3種、すなわちメンタルテンポ、JSMLS、PANSSそれぞれ2組の相関について、Pearsonの相関係数を用いて解析した。3尺度の得点の相関関係を表22,23に示した。表22がセッション前、表23がセッション後についての相関関係である。PANSSについては、セッション後にのみ評価されたF1病棟患者12名を加えて解析を行っているため、セッション前(10名)の値よりセッション後(22名)の方が信頼性は増している。PANSSとの相関については、セッション後の値を参考にさせていただきたい。セッション前後における変化量△の各尺度の相関関係は行わなかった。なぜなら、PANSSの前後揃ったサンプル数が少なかったことと、メンタルテンポが中長

期的に一定水準を保つ性質が、前平均値と後平均値の差分△をほとんど生み出さないためである。

有意な相関が認められたものは、音楽療法前では、mTとJSMLS-ME領域(動機/活力)との間で相関係数($r=.368, p<0.05$)であった。しかし音楽療法後のmTとME領域との間では優位な相関は認めなかった($r=.250, p=.168$)、またmTの標準偏差とME領域の間では、音楽療法前($r=.308, p=.086$)、音楽療法後($r=.327, p=.068$)であり確率は有意水準にいたらなかったものの有意水準0.05に近く、注目に値する。その他PANSSとの相関関係はすべて音楽療法後の値になるが、mTの標準偏差とPANSS-陽性尺度との間で($r=.508, p<0.05$)、mTの標準偏差とPANSS-総合尺度との間で($r=.482, p<0.05$)、JSMLS-PS領域とPANSS-陽性尺度との間で負の相関($r=-.515, p<0.05$)が認められた。

表 22 mT-JSMLS-PANSS の音楽療法前 相関係数

変数	統計量	相関係数								
		前mT平均値	前mTのS.D	前PS	前ME	前SS	前陽性尺度	前陰性尺度	前構成尺度	前総合尺度
前mT平均値	Pearsonの相関係数	1	.574**	.087	.368*	.032	-.494	-.421	-.707*	-.050
	N	42	41	32	32	32	10	10	10	10
前mTのS.D	Pearsonの相関係数	.574**	1	.038	.271	.058	-.217	.003	-.178	-.033
	N	41	41	32	32	32	10	10	10	10
前PS	Pearsonの相関係数	.087	.038	1	.232	.834**	-.376	-.500	-.001	.238
	N	32	32	32	32	32	7	7	7	7
前ME	Pearsonの相関係数	.368*	.271	.232	1	.234	-.428	.031	-.623	.007
	N	32	32	32	32	32	7	7	7	7
前SS	Pearsonの相関係数	.032	.058	.834**	.234	1	-.601	-.313	-.425	.074
	N	32	32	32	32	32	7	7	7	7
前陽性尺度	Pearsonの相関係数	-.494	-.217	-.376	-.428	-.601	1	.158	.700*	.410
	N	10	10	7	7	7	10	10	10	10
前陰性尺度	Pearsonの相関係数	-.421	.003	-.500	.031	-.313	.158	1	-.595	.162
	N	10	10	7	7	7	10	10	10	10
前構成尺度	Pearsonの相関係数	-.707*	-.178	-.001	-.623	-.425	.700*	-.595	1	.217
	N	10	10	7	7	7	10	10	10	10
前総合尺度	Pearsonの相関係数	-.050	-.033	.238	.007	.074	.410	.162	.217	1
	N	10	10	7	7	7	10	10	10	10

** 相関係数は1%水準で有意(両側)です。

* 相関係数は5%水準で有意(両側)です。

表 23 mT-JSMLS-PANSS の音楽療法後 相関係数

		相関係数								
		後mT平均値	後mTのS.D	後PS	後ME	後SS	後陽性尺度	後陰性尺度	後構成尺度	後総合尺度
後mT平均値	Pearson の相関係数	1	.156	-.152	.250	-.163	.115	.309	-.167	.251
	N	43	42	32	32	32	22	22	22	22
後mTのS.D	Pearson の相関係数	.156	1	-.171	.327	-.082	.508*	.390	.086	.482*
	N	42	42	32	32	32	22	22	22	22
後PS (JSMLS)	Pearson の相関係数	-.152	-.171	1	.304	.802**	-.515*	-.239	-.257	-.227
	N	32	32	32	32	32	16	16	16	16
後ME (JSMLS)	Pearson の相関係数	.250	.327	.304	1	.309	.187	.390	-.214	.219
	N	32	32	32	32	32	16	16	16	16
後SS (JSMLS)	Pearson の相関係数	-.163	-.082	.802**	.309	1	-.307	-.158	-.138	-.168
	N	32	32	32	32	32	16	16	16	16
後陽性尺度 (PANSS)	Pearson の相関係数	.115	.508*	-.515*	.187	-.307	1	.276	.584**	.712**
	N	22	22	16	16	16	22	22	22	22
後陰性尺度 (PANSS)	Pearson の相関係数	.309	.390	-.239	.390	-.158	.276	1	-.619**	.459**
	N	22	22	16	16	16	22	22	22	22
後構成尺度 (PANSS)	Pearson の相関係数	-.167	.086	-.257	-.214	-.138	.584**	-.619**	1	.193
	N	22	22	16	16	16	22	22	22	22
後総合尺度 (PANSS)	Pearson の相関係数	.251	.482*	-.227	.219	-.168	.712**	.459**	.193	1
	N	22	22	16	16	16	22	22	22	22

*. 相関係数は 5% 水準で有意 (両側) です。

** 相関係数は 1% 水準で有意 (両側) です。

D. 考察

4 つの評価及び指標を用いて、音楽療法の効果とはいかなるものかを調べた結果、有意な効果を認めたものは、患者の主観にある QOL の改善であった。有意な変化が認められた評価指標から順に考察する。

1) JSMLS の ME 領域(動機/活力)

ME 領域は、全患者を対象とした解析では、有意な改善が認められたが、グループ間の変化率にも相違が認められた。F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者とデイケア病棟患者の変化率が他と比べ低かったためである。これは、グループ内の患者数が少ないため統計的に信頼性のあるものではないが、変化率を下げた要因としては、F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者は、開放出身者と比較して病態水準が重いため、病状の改善が難しいと考えられること、職員によって代理記入が行われることを余儀なくされたため、正当な評価が妨げられたと考えられる点である。

デイケア患者の変化率が低かった要因としては、デイケア患者の生活環境の関与が

考えられた。入院患者にとっては週 1 回だけの音楽療法でも、患者の生活世界を豊かにする刺激となり得るが、社会の中で暮らすデイケア患者にとっては、日常環境内の刺激の変化は多様且つ刺激量も大きく、その為、その多様な厳しい環境刺激に対して、1 種類、週 1 回の音楽療法では処理しきれないのではないかと考えられた。

次に、全患者の ME 領域(動機/活力)での有意な改善がどのような側面で有効であったのか詳細化してみることにする。ME 領域の質問項目について、混合モデル分析で平均値を求め、前後差△を割り出したものを表 24 に示した。質問項目の中で最も改善していた項目は、「楽しい活動に参加する」であり、次いで「先のことを好んで計画する」、「日課をこなすことができる」であった。この結果から、精神科における音楽療法が目指してきた、楽しいことが療法になる、という方向性が患者の主観に着実に届き、その楽しさが動機や活力を活性化している可能性が推察できた。

表 24 ME 領域 質問項目の前後差△

質問項目	前後	平均値	平均値の 前後差△	標準誤差	自由度
何かをする気力に かけていることがある	前	1.446	-0.228	0.195	312.1
	後	1.674		0.198	316.87
しないですむなら 何もしたくない	前	1.817	0.226	0.195	312.1
	後	1.591		0.198	316.87
日課をこなすことができる	前	1.227	0.307	0.195	312.1
	後	0.92		0.198	316.87
楽しい活動に参加する	前	1.735	0.655	0.198	317.31
	後	1.08		0.198	316.87
先のことを好んで計画する	前	2.605	0.401	0.202	324.53
	後	2.204		0.2	319.74
家にこもりがちである	前	1.659	0.255	0.198	317.31
	後	1.404		0.198	316.87
ひとりでやっていけるように思	前	2.083	0.087	0.199	318.63
	後	1.996		0.199	318.2

2) JSQLS-PS 領域(心理社会関係)

PS 領域は、時間*グループ間での交互作用がなく、病態水準に関わらず、ほぼ同様の改善率を示した。しかし、最も病態水準の重度な F1 閉鎖病棟 閉鎖出身者グループが、最も低い値(QOL が良い)を示している。この要因として考えられることは、彼らが日常生活刺激によって、容易に mT の変動を来し、その分変化の消退も容易に起こり、そのために結果として一番大きな変化が得られてしまったのではないかと考えられる。したがってその変化は音楽療法によって用意に改善出来たのである。

次に、全患者の PS 領域(心理社会関係)において、どの側面で有効であったのか詳細化してみることにする。ME 領域と同様の方法で、平均値の前後差△を割り出したものを表 25 に示した。この結果から質問項目の中で改善していたのは、「びくびくしたりいらいらしたりする」「集中するのが難しい」「人との交際を苦手に感じる」「希望が持てない」であった。音楽療法がもつ自律神経系を介した緊張緩和作用が、心理社会関係を改善した可能性が推察できた。

表 25 PS 領域 質問項目の前後差△

質問項目	前後	平均値	平均値の 前後差△	標準誤差	自由度
怒っている	前	0.967	0.044	0.184	176.15
	後	0.923		0.185	182.6
将来のことが心配だ	前	1.548	0.222	0.184	176.15
	後	1.326		0.185	182.6
寂しく感じる	前	1.277	-0.054	0.184	176.15
	後	1.331		0.185	182.6
希望が持てない	前	1.753	0.346	0.189	194.05
	後	1.407		0.185	182.6
びくびくしたり、 いらいらしたりする	前	1.246	0.432	0.184	176.15
	後	0.814		0.185	182.6
ひとのいうことを誤解する	前	0.721	-0.009	0.185	182.55
	後	0.73		0.185	182.6
集中するのが難しい	前	1.637	0.361	0.185	182.55
	後	1.276		0.188	191.15
人との交際を苦手に感じる	前	1.692	0.356	0.185	182.55
	後	1.336		0.185	182.6
気持ちが落ち込んで ゆううつになる	前	1.204	0.094	0.184	176.15
	後	1.11		0.185	182.6
とても混乱していて、 自信が持てなくなる	前	1.075	-0.143	0.185	182.55
	後	1.218		0.185	182.6
気分むらがある	前	1.327	0.225	0.185	182.55
	後	1.102		0.185	182.6
今以上に良くならない のではと心配する	前	1.443	0.332	0.185	182.55
	後	1.111		0.185	182.6
何かと心配する	前	1.639	0.129	0.185	182.55
	後	1.51		0.185	182.6
人が自分を避けて いるように思う	前	0.989	0.301	0.185	182.55
	後	0.688		0.185	182.6
過去のことを考えると 心が乱れる	前	1.196	0.222	0.185	182.55
	後	0.974		0.185	182.6

3) メンタルテンポ

メンタルテンポは、グループ間で有意な差が認められた。つまり、閉鎖病棟出身者、開放病棟出身者、デイケア病棟において叩打回数に有意な差が認められた。そして、メンタルテンポのばらつきと陽性尺度、及び、総合精神病理尺度との間に有意な相関が認められた。以上のことから、メンタルテンポは統合失調症の症状の安定性と関係した指標である可能性が推定できる。

次に、グループごとのメンタルテンポの変化を見てみると、メンタルテンポで有意差が認められたのは、デイケア病棟患者のセッションごとの mT 平均値、東加古川病院のセッション前・後における mT の差、セッションごとの mT の差であった。

デイケア病棟でセッションごとのmTに有意差が認められたのは、回によってmTのアップダウンが大きかったことが考えられる(図6)。これは、社会という刺激の多い環境で暮らすことが、mTのアップダウンに反映したものと前に推察したが、こうした環境からくるストレスに音楽療法がいかに働いていたか当日の音楽プログラムと対応させて考えてみたい。そうすると、第3回、6回で音楽療法直後にmTが下がり、第5回、10回で上昇していたことに注目できる。その時の音楽プログラムには(表16)、第3回、6回に「赤とんぼ」、「星の界」といったゆったりした曲があるとともに、「カチューシャ」、「草津節(太鼓)」という活気のある曲目が行われている。一方、mTが上昇してしまった、第5回、10回には、「舟歌」、「いい日旅立ち」、「時の流れに身をまかせ」といった色濃い恋情をうたった曲目を行っており、そのことがデイケア患者の心を揺らしてしまっただけの可能性を指摘できるかもしれないと考えられた。

同様に、F1閉鎖病棟閉鎖病棟出身者とF1閉鎖病棟開放出身者のmTのアップダウンと音楽プログラムの内容を比較すると(表11参照)、両者とも下降したのが第4回、6回、両者とも上昇したのが第2回、5回であった。共に下降したときの曲目はやや明るめで情景的であるが、共に、上昇したときの曲目はやや暗めで情感的である。結論は難しいが、mTの上昇及び下降とプログラムの関係は、音楽療法における両者の非常に興味深い関係を表わしているかもしれない。

東加古川病院のmTは、毎回のセッション

の前後間で有意に下がり、回数を追うに下がって有意に上昇している(図7)。東加古川病院の音楽プログラムは、毎回同じ曲を練習するというしっかりした枠組みと、器楽音楽がもつ音の抽象性が、日常生活環境がもたらす人間関係から来るストレスに対して緊張緩和の方向に働き、セッション前後でmTを下げたと推察できるかもしれない。また、クリスマス発表会の日が近くなるにつれ、緊張感が高まっていたと予想されるが、回数を追ってmTが上昇していたのは、このためであると推定される。

4) 相関について

音楽療法前のmTとJSQLS-ME領域(動機/活力)との間で $r = .368$ の弱い相関を認めた。また音楽療法の標準偏差とME領域の間は、音楽療法前($r = .308$, $p = .086$)、音楽療法後($r = .327$, $p = .068$)であり、弱い相関を示す傾向が認められた。

mTは内的緊張の強さの指標といわれているが、内的緊張が弱まると、やる気や活力といったものが出やすくなるという可能性が推察できる。しかし、mTはPS領域(心理社会関係)という主観的な対人緊張や情緒的不安を評価する尺度とは相関を示さなかった。

音楽療法後のmTのばらつきとPANSS-陽性尺度との間で $r = .508$ 、mTのばらつきと、PANSS-総合精神病理尺度との間で $r = .482$ の比較的強い相関を認めた。このことは、mTのばらつきが病態水準の判定指標となりうる可能性を示唆している。

音楽療法後のJSQLS-PS領域(心理社会関係)とPANSS-陽性尺度との間で、

$r = -.515$ の比較的強い負の相関を認めた。これは、病態水準が重度の F1 病棟で、JSQLS の評価記入を行う際に自己記入が難しいと判断され代理記入を行ったために評価が抑制されたことが考えられる。

5) 本研究の限界と成果について

4 つの評価指標を用いて、効果判定を行う期間としては、1 月半から 3 月(セッション 6 回~11 回)は非常に短かった。PANSS、日常生活観察 1、メンタルテンポなどの改善効果を調べるには不十分な調査期間であったことが反省として残された。

今回の研究では、対象を臨床の場に求めたため、実際には、倍に等しい人数の患者が毎回参加していたにもかかわらず、参加の不規則性、評価への非協力性などのためにデータの採取回数か減じ、信頼性にとって十分なグループ内対象者数を集めることが出来なかった。また、コントロール群を設けることについても、同条件下の同数の対象者を集めることはさらに難しく、コントロール群を作れなかった。研究としては不備の残るものとなってしまった。しかしこの研究から、精神領域の臨床現場に EBM を持ち込むことのかすかな可能性がつかめられたような気がした。

研究終了後に、知ることになったのだが、海外の音楽療法の効果研究では、通常療法 + 音楽療法 20 回以上の長期にわたる観察によって、PANSS、BPRS、SANS などで評価される精神症状、特に陰性症状や社会機能を改善する効果があることが報告されている(中川,大野 2007)。今回の研究では、調査期間の短さがあり、精神症状の改善ま

では認められなかったものの、QOL の動機・活力と心理社会関係が改善しており、海外における研究報告とほぼ同じ方向性の効果が示された。これは、患者の主観を評価する JSQLS を取り入れたことにより、客観で捉えられる変化よりも前の内的変化を捉えることができたのかもしれないと考えられる。

また、日常生活観察 2 で、音楽療法を行った日の変化としてたびたび看護者に評価された項目は、明るさ、ナースへの協力及び関わり、機嫌、情緒の安定であり、上記の結果と、ほぼ同様の側面が評価されていることが分かった。

E. 結論

本研究のもっとも大きな収穫は、音楽療法の効果が、本人の内面の変化としてまず自覚されることが諸検査の検査結果から判明したことである。それが主体的なやる気を芽生えさせたり、不安を軽減し、社会関係を良好にすることにつながって行くのである。その際に音楽そのものの効果ばかりでなく、音楽療法士の接遇態度が、個人及び環境のアメニティ醸成に大きな役割を果たす要因になっていることが推察できた。これらは薬が成しえない効果である。

今回の研究では、研究デザイン、動員患者数、調査期間、JSQLS の代理記入、メンタルテンポの測定条件など、さまざまな点で不備があったが、その不備と今回の結果を踏まえ、今後更に研究を深め、音楽療法の EBM に貢献したいと考えている。

謝辞

本研究は、東加古川病院ならびに慈雲堂内科病院の医師、看護師、OT、PSW の方々に評価や測定に協力していただきました。多大なるご尽力に深く感謝いたします。そして、研究に参加することを快く承諾して下さった患者の皆様の御陰で本研究は成立することが出来ました。深く感謝いたします。また、統計処理についてご教示いただきました、聖徳大学人文学部心理学科准教授の種市康太郎先生に深く感謝いたします。

【参考文献】

- 1) Wilkenson G, Hesdon B, Wild D, et al. 2000 *Self report quality of life measure for people with schizophrenia. The SQLS*. Br J Psychiatry 177,42-46
- 2) Stanley R, Lewis A, Abraham Fitzbein. 1991 *Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)* Multi-Health Systems Inc. Toronto [邦訳: スタンリー R, ルイス A, 1991 『陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル』山田寛、増井寛治、菊本弘次訳 東京: 星和書店
- 3) 兼田康宏、今倉章、大森哲郎 2004 「The Schizophrenia Quality of Life Scale 日本語版 (JSQLS)」『精神医学』46 巻 7 号: 737-739
- 4) 丸山敬子、南雲幸絵、丸山晋司 2001 「看護サイドからみた高齢入院患者に対する音楽療法の導入の試み」『日本音楽療法学会誌』 1 巻 1 号
- 5) 村井靖児 1995 「分裂病の音楽療法」『臨床精神医学』24 巻 1 号
- 6) 村井靖児 1984 「慢性精神分裂病者の Mental Tempo」『慶應医学』61 巻 4 号: 377-390
- 7) 村井靖児他 2006 「音楽療法のマニュアル作成と効果研究 I」厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業報告書)
- 8) 中川敦、大野裕 2007 「音楽療法の実証研究に関する文献レビュー」平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (こころの健康科学研究事業)

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

— 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 —

(分担)研究者 井上和臣 鳴門教育大学教授

研究要旨

初年度には、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、アルコール依存症の認知モデルに関する理解を深め、アルコール依存症における介入法を明確化した。具体的には、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 3 月以来実施されているアルコール依存症の包括的治療プログラム(新久里浜方式)をもとに、認知行動療法に関わるマニュアルについて報告した。次年度には、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、退院後の再燃危険性に対応した介入に認知行動療法技法を取り入れた再燃防止マニュアルについて、概要をまとめた。最終年度には、否認の問題を伴いやすい患者の動機づけの向上に資する認知行動療法マニュアルについて、概要をまとめた。

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。認知行動療法の基礎にある認知モデルは、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理論的仮説である。

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、以下 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。

本研究の目的は、(1) 久里浜アルコール症センターにおいて 2000 年以来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、(2) 認知行動療法のさまざまな技法を取り入れた再燃防止の

ためのマニュアルについて、概要をまとめること、(3) 否認を伴いやすい患者の動機づけを高めることを目的とした認知行動療法的介入マニュアルについて検討することである。

なお、マニュアルに基づく認知行動療法の断酒維持効果を明らかにすることも目的とした。

B. 研究方法

B-1. 入院患者に対する認知行動療法マニュアル

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を検討し、治療マニュアルを作成する。

B-2. 再燃防止プログラムのための認知行動療法マニュアル

久里浜アルコール症センターで実践されているアルコール依存症に対する再燃防止プログラムのための認知行動療法マニュアルを提示する。

B-3. 患者の動機づけを高めるための認知行動療法マニュアル

患者の動機づけを高めるための方策を認知行動療法の観点から提示する。

C. 研究結果

C-1. 入院患者に対する認知行動療法マニュアル

C-1-1. 新久里浜方式における認知行動療法

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-1-2. 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-1-3. 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-1-4. 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」)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-2. 再燃防止プログラムのための認知行動療法マニュアル

久里浜アルコール症センターでは、再飲酒の可能性が高い複数回の入院歴を有する患者を対象に、再飲酒予防トレーニングが実施さ

れている。これは、再飲酒を防止する対処技能の習得をめざした、10 回のセッションと退院後の介入から成るプログラムである。

対象は、9 週間の認知行動療法プログラムをすでに経験した患者である。セッションの頻度は週 3 回(1 回あたり 60 分)であり、5 人前後の集団で実施される。

初回の個人セッションでは、患者の生活史、飲酒問題、断酒のために行ってきた試み、断酒を妨げてきた事柄について話し合い、認知行動療法の概略を説明し、断酒継続のためには断酒技能の獲得が重要であることを強調する。

その際、飲酒の引き金となった外的・内的要因にはじまり、随伴する認知と感情と行動を明らかにし、結果として生じた良いことと悪いことを観察・記録するという、セルフ・モニタリング課題が患者には与えられる。

これに続く 9 回の集団セッションのテーマは以下の通りである。

再飲酒予防トレーニング

1. 酒を断る
2. 飲酒行動を制御する
3. 問題を解決する
4. 再飲酒につながる決断・行動の連鎖について知る
5. 飲酒について他人の批判を受け入れる
6. 楽しい活動を増やす
7. 怒りを制御する
8. 非機能的認知を修正する
9. 緊急事態や再飲酒時の対応を計画する

1. 酒を断る

再飲酒に至りうる高危険状況における適切な断り方の技能について、行動リハーサル(ロールプレイ)を通して練習することが、セッションの目標である。

2. 飲酒行動を制御する

飲酒への衝動(渴望)が生じやすい高危険状況を知り、刺激となる状況を回避したり、飲酒に関連する非機能的認知を検討したり、飲酒の決断を 15 分間遅らせて、楽しみをもたらす代替行動をとったりする、といった飲酒衝動への対処能力を高めることが、セッションの目標である。

3. 問題を解決する

集団の力を活用して、不適切な問題解決が再飲酒に結びつくことを認識し、問題解決の方法について具体的な例に即して実行できるようになること(問題解決訓練)が、セッションの目標である。

4. 再飲酒につながる決断・行動の連鎖について知る

飲酒とは無関係と思える決断・行動の連鎖が再飲酒を準備することを自覚し、決断・行動の選択について結果と危険度を予測すること、再飲酒の危険度を高める選択肢を回避し、危険度の低い行動の選択ができるようになることが、セッションの目標である。

5. 飲酒について他人の批判を受け入れる

飲酒問題が他人の批判を生み、他人の批判や他人との葛藤が再飲酒に至りやすいこと、その一方で他人の批判に適切に対処できれば再飲酒の可能性が減ることを、行動リハーサル(ロールプレイ)を通して学ぶのが、セッションの目標である。

6. 楽しい活動を増やす

飲酒とは無関係な楽しい活動のリストを作り、楽しい活動に費やす「個人的時間」の週間計画を立てることにより、積極的に楽しめる活動の頻度を増やし、「すべきこと」ではなく「したいこと」の多い生活を作っていくことが、セッションの目標である。

7. 怒りを制御する

怒りの引き金となる外的・内的状況について認識すること、怒りと関連した非機能的認知を把握し検討し修正する技能を学ぶこと、効果的で問題の解決に役立つ具体的行動について行動リハーサル(ロールプレイ)により練習することを通して、怒りの制御に役立つ認知的・行動的対処ができるようになることが、セッションの目標である。

8. 非機能的認知を修正する

引き金となる出来事や状況に対する誤った解釈である非機能的認知が、不快な感情や自己破壊的行動に結びつくことを知るとともに、非機能的認知に挑戦し、非機能的認知を現実的で健康的な認知に置換する技能を、集団での話し合いを交えながら修得することが、このセッションの目標である。

9. 緊急事態や再飲酒時の対応を計画する

予測可能な、あるいは予測不可能な、再飲酒の引き金となる緊急事態や、再飲酒時の対処法について、あらかじめ準備することが、セッションの目標である。緊急時において問題解決技能を活用することや、不快な感情や非機能的認知の適正化を図ることが、再飲酒防止プログラムの総復習の形で話し合われる。

10. 退院後の介入

退院後の患者に対して、定期的な手紙での治療が継続される。頻度は 2 週間ごとであり、退院後 1 年間にわたる。

C-3. 患者の動機づけを高めるための認知行動療法マニュアル

C-3-1. 患者の動機づけを高めるための認知行動療法マニュアル:理論

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。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。

アルコール依存症患者のあいまいな意思決定行動は治療への抵抗と見える。しかし、これは、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結果と考えることができる。

C-3-2. 患者の動機づけを高めるための認知行動療法マニュアル：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、現状を変えたいと決心したときにはどの程度うまくいく自信があるか、現状を変えていく心の準備がどの程度できているかについて、0～10の10段階で答えてもらう。

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。

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合うことになるか、書いてもらう。

4. 将来を予測できるか

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

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、どんな不快な感情を和らげる必要があるか(例: 怒り, 退屈感, 欲求不満感), 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。

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, 書き出してもらう。

C-4. 新久里浜方式におけるマニュアル化された認知行動療法の断酒維持効果

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を, 退院後の断酒維持効果という点から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。

しかし, 久里浜アルコール症センターでの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。この結果はまもなく別に報告される予定だが, 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(澤山 透氏による私信)。

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く段階的・系統的なもので, 適切で実施しやすく, また実効性が高いと考えられた。

一方, 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, 継続的ケアの観点から, 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を補完するものが欠かせない。再燃(再飲酒)防止のための認知行動療法は, 久里浜アルコール症センターで実施されているマニュアルに基づくプログラムである。退院後の再燃防止を視野に入れた, 入院中からの短期介入プログラムとして重要と考えられた。

最後に, 患者の動機づけを高めることを目的とした認知行動療法は, 否認を伴いやすいアルコール依存症患者の治療導入や断酒維持において重要である。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。

F. 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.

G. 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) 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 .
- 3) Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., et al: *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. Guilford Press, New York, 1993.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 宮川朋大: 久里浜アルコール症センターの治療体系. アルコール依存症臨床医等研修テキスト 医師(専門)コース, 19-33, 2005.
- 8) 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.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) 横山 顕: 再飲酒予防トレーニング. アルコール依存症臨床医等研修テキスト 医師(専門)コース, 41-52, 2005.

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」

総合研究報告書

「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

これまでに、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治療が試みられたものの、著明な臨床的改善をみることは少なかった。本研究では、1987年に行動心理学者であるマーシャ・リネハン（Marsha M. Linehan）によって BPD 患者の繰り返される自傷行為などの自殺関連行動を治療標的として開発された弁証法的行動療法（Dialectical Behavior Therapy: DBT）を実施し、その効果を検証した。DBT は、無作為割付試験（RCT）による実証的研究が多く報告されており、現在、アメリカ精神医学会の BPD 治療ガイドラインにおいて有効な精神療法として示されている。

なお本臨床研究は、マーシャ・リネハン教授および DBT 専門家による講義とトレーニングの受講後に実施し、個人スーパービジョンのもと試行した。

本研究は、単科精神科病院において BPD と診断された 7 名の女性患者（平均年齢：26.5 歳、SD3.81）に DBT を実施した。自記式質問紙と構造化面接尺度を用いて、DBT 実施前後及び 3 ヶ月、6 ヶ月、1 年後の症状変化を測定した。その結果、リストカット及び過量服薬などの自殺関連行動はほぼ消失し、その効果は、終了後の追跡評価時点においても継続していた。一方、不安や抑うつ、怒りなどの症状尺度においては、対象者によってその効果は、異なり一致しなかった。これらの結果により、DBT が BPD 患者の自己破壊的な行動に有効であることが示唆された。今後は、統制群を設定しその効果を検証するとともに、摂食障害及び外傷後ストレス障害への適用についても検討していく。

A. 研究目的

本研究は、これまでの臨床研究をもとに作成されたマニュアルを使用し、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 7 名（平均年齢：26.5 歳、SD3.81）。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。マインドフルネススキルでは、「呼吸のマインドフルネス」や「歩行のマインドフルネス」を実施し、身体感覚と感情を是認(Validate)するトレーニングを行った。効果的な対人関係スキルでは、アサーショントレーニングを主軸とし治療者とのロールプレイを通して、対人関係における葛藤場面での適切な対処行動を教示した。情動調節スキルでは、否定的な感情への対応スキルとしての「OPPOSITE ACTION」を教示した。また苦痛耐性スキルでは、危機的状況にうちかつためのスキルとして「よい経験を積み重ねるためのハンドアウト」を配布し、ホームワークを通してスキルの根付けをした。いずれのスキル般化においても、行動連鎖分析表を用いた随伴性マネジメントを適用した。

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1.5時間の12セッションを実施した。各スキルトレーニングは、3セッションとした。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

ションの導入はしていない。

3) 調査尺度

- ① ベック抑うつ質問票 (Beck Depression Inventory-Second Edition: BDI-II)
- ② 日本版 STAI 状態・特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory: STAI)
- ③ 全般性精神健康尺度 (Symptom-Checklist-90-Rvised: SCL-90-R)
- 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 機能の全般的評定 (GAF) 尺度
- ⑦ 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3ヶ月、6ヶ月、1年後の結果において、抑うつ、不安及び怒りの尺度であるBDI-II、STAI、SCL-90-R、STAXIにおいては、対象者に

よりその効果は異なり、一致しなかった。

一方、PHI 尺度では、治療前と治療中を含む治療後での自殺関連行動の回数や程度については、有意な臨床的改善がみられた(表1)。例えば、対人関係における葛藤場面においては、マインドフルネススキルを導入後、効果的な対人関係スキルを使い適切な自己主張が可能となり、リストカットなどの自傷行為につながることは、回避できたと報告している。

また、GAF 尺度では、介入前後において27.1%の上昇率であった(表2)。

対象者7名のうち6名が就業している。

D. 考察

本研究の結果、BPD と診断された患者のもつ自殺する意思の有無にかかわらず、自殺未遂及び衝動的な自傷行為などの自殺関連行動に対して有効である可能性が示唆され、先行研究と一致した。

一方、抑うつや不安、怒りなどの諸症状については、対象者によりその効果は様々であり一致しなかった。これは、本研究では、通常の DBT プログラムでは、各スキルを6セッション6ヶ月のプログラムを試行するところを3ヶ月のハーフプログラムで実施し、また個人精神療法の導入は適宜とし、電話コンサルテーションは行っていないなど改定版 DBT プログラムを実施したことに起因するかもしれない。しかし、先行研究によっては、抑うつ不安などの情緒的側面や社会的適応などの指標においては効果がみられなかったと報告しているものがあるため、今後さらにデータを蓄積し、検討していく必要があると考えられる。

E. 結論

本研究により、DBT が BPD の自殺関連行動に対して奏功することが示唆された。3ヶ月のプログラムでの試行であったが、BPD 患者の自己破壊的行動の臨床的改善は著明でその効果は持続していた。

今後わが国においても BPD 患者の治療として DBT が普及していくであろう。DBT の導入にあたっては、BPD 患者に対してチーム医療で取り組む際の医療コストなど日米の保険システムの相違が課題であるが、本研究のように実施期間の短縮や電話コンサルテーション導入の有無などについて医療現場の状況を図りながら改定し実施することでその効果を得ることは十分可能と思われる。

F. 研究発表

1. 石井朝子, (2006). 弁証法的行動療法. 診療内科, 10(2): 93-99.
2. 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.
3. 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.
4. 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[2006/10/7]
5. 石井朝子、大野裕 (2005) . わが国における弁証法的行動療法の試み、第5回日本認知療法学会, 名古屋

- [2005/12/10]
6. 石井朝子 (2005) 教育講演 認知行動療法を用いたトラウマカウンセリングの実際、日本ストレス学会・東京 [2005/10/02]
 7. 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]

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, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Cotois, K.A., Shaw wlch, S., Heagerty, P., & Kirvlanhan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation Plus 12-step for the Treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol. Dependence*, 67, 13-26.

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.

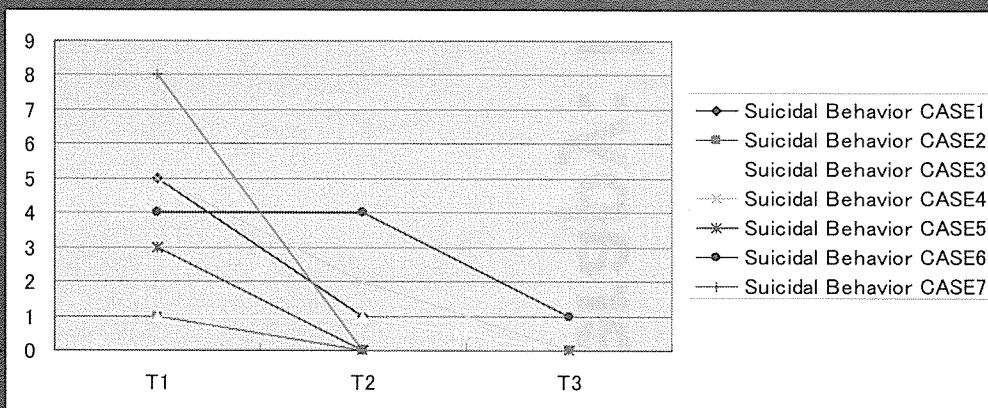
Linehan M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.

Safer, D.L., Telch, C.F., & Agras, W.S. (2001). Dialectical Behvairo therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634/

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

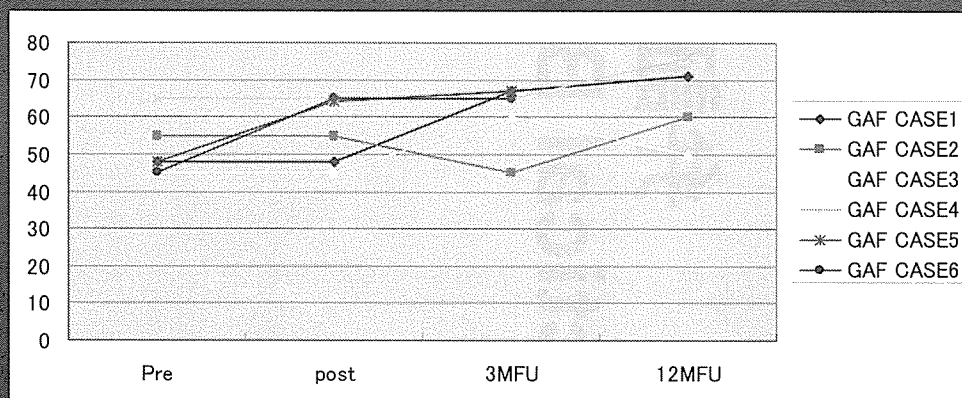
Verheul, R., van dne Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behavior therapy for omwn with borderline personality disorder. *British Journal of psychiatry*, 182, 135-140.

表1. 自殺関連行動



T1: DBT介入1年前
 T2: DBT介入中
 T3: DBT介入後

表2. G A F



介入前
51.0

介入後
64.8

上昇率:27.1%

弁証法の行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT)

DBTスケジュール

- 1セッション: マインドフルネススキルトレーニング 月 日 ()
- 2セッション: 効果的な対人関係スキルトレーニング 月 日 ()
- 3セッション: 効果的な対人関係スキルトレーニング 月 日 ()
- 4セッション: 効果的な対人関係スキルトレーニング 月 日 ()
- 5セッション: マインドフルネススキルトレーニング 月 日 ()
- 6セッション: 情動調節スキルトレーニング 月 日 ()
- 7セッション: 情動調節スキルトレーニング 月 日 ()
- 8セッション: 情動調節スキルトレーニング 月 日 ()
- 9セッション: マインドフルネススキルトレーニング 月 日 ()
- 10セッション: 苦痛耐性スキルトレーニング 月 日 ()
- 11セッション: 苦痛耐性スキルトレーニング 月 日 ()
- 12セッション: 苦痛耐性スキルトレーニング 月 日 ()