

入の効果は極めて低いと言わざるを得ない。また、Shutら¹⁸は死別への心理的介入を一次、二次、三次的介入と整理して、介入研究をレビューしている。その結果、一次予防的介入では効果があるとは言えず、複雑性悲嘆のリスクが高い者への二次予防的介入では弱い効果があり、複雑性悲嘆の症状を発達させている者への三次予防的な介入では全般的に効果が認められるとまとめている。

これらのレビュー論文を考察したJordanら⁹は、死別直後の心理的介入は効果がないばかりでなく、悪影響をもたらす可能性があることを指摘している。愛する人との死別に遭った8割から9割の人は嘆き悲しむ“悲嘆”の時期を経験するが、一定期間それが経過すると悲嘆は自然に解決されていく¹³。死別後に早々に心理的介入を行うことは、悲嘆の持つ自然な解決過程を阻害することになりかねない。こうした理由から、Neimeyer¹²は一定の期間を経ても悲嘆が引き続いていく場合に限って介入が必要であり、有効となるという見解を示している。この見解はその後の悲嘆研究に大きな影響を与え、広く受け入れられているようである⁵。

このように、悲嘆に対する医学的・心理的介入、すなわち薬物療法やグループカウンセリングについての効果は非常に限定したものであることが示されてきていたが、近年になって、複雑性悲嘆の治療に関してShearら²¹¹⁹、Boelenら²、Wagnerら²¹により認知行動療法が開発され、その有効性が報告されてきている。

Shearら¹⁹は、CGTと対人関係療法(IPT)の有効性を検討した無作為割り付け化試験

を発表している。治療の対象は、ICGが30点以上であり、愛する人との死別から6ヶ月以上経過し、独立評定者によって最も重要な臨床症状が複雑性悲嘆にあると判断された人々である。分析では、Clinical Global Improvement Score(7件法)で1点(非常によく改善した)か2点(かなり改善した)の得点を基準として、治療への反応率が比較された。その結果、Intention-to-treat(ITT; ドロップアウト者も含めたデータ)サンプルにおいて、CGT群で51%、IPTで28%の反応が見られ、両者に有意な差がみられた。Completer(治療を完遂した者のみのデータ)においては、治療反応率はCGTで66%、IPTで32%であった。また、ICGで20点(ベースライン時の2SD)以上の改善を基準とし、CGTで治療反応が確認されるまでに必要とされたセッション数はIntention-to-treatサンプルで4.3回、Completerで2.9回であり、IPTよりも速やかな治療反応が認められた。また、パイロットスタディで報告されたICGについての効果量はITTで1.45、Completerで2.19であった。このように、従来の報告に比して飛躍的に高く、かつ迅速な治療効果が認められた。しかしながら、ICGには幾つかの改善の余地も指摘できる。例えば、治療後のICGの得点の低下は、CGTとIPTとともに17前後であり有為な差が認められていない。また、CGTとIPTはともにドロップアウト率が26%前後であった。1993年に報告された、一般的な心理療法のドロップアウト率が46.7%である²⁶を考えれば、ICGの中断率はそれほど気にならないかもしれない。しかし、PTSDに対するエクスポージャーの20.5%⁷に比べれば、やや高く見えるかもしれない。

2. 複雑性悲嘆の認知行動療法(CGT)の概要

今回治療研究の対象とした Shear ら^{21, 19}の研究グループによって開発された複雑性悲嘆に対する治療の概要をまとめた。これは、対人関係療法を土台とし、そこに認知行動療法や動機づけ面接法の技法を統合した、複雑性悲嘆に特化した治療法である。CGT では、複雑性悲嘆を、通常の悲嘆が何らかの理由 (e. g. 回避行動、ネガティブな信念) により干渉され、死別の経験が統合されていない状態と捉える。治療の目標は統合されていない悲嘆を統合させていくことにあり、通常の悲嘆プロセスが進むような種々の介入を行っていく。統合された悲嘆とは、故人の死を了解し、その状態は永遠に続くことを認識しつつも、負の感情に囚われず生活に興味と関わり合いを回復させている状態である。

通常の悲嘆は、喪失への対処と回復への対処を行き来しつつ生活していくことで、適切に完遂すると考えられている。この考えは二重過程モデルとして提示され²²、CGT はこの考えを前提としている。すなわち、CGT は現実上での実際的な問題を少しずつこなしていく回復志向コーピング (restoration-oriented coping) と、喪失の悲しみに向き合いつつその現実を受け入れていく喪失焦点コーピング (loss-oriented coping) との両面に配慮した治療モジュールが構成されている。

CGT は約 2 時間の全 16 回のセッションからなり、初期・中期・終結期と分かれる。初期は治療の導入や治療関係づくりから始まり、クライアントの対人関係、喪失、悲嘆の歴史の聴取を通してアセスメントを行

い、また、患者に対して治療モデルや手順の説明が行われる。中期には、この治療のハイライトである喪失に焦点を当てた感情への取り組みが行われるが、それと平行して回復に焦点を当てた取り組みも行われていく。喪失に焦点を当てたモジュールとしては、故人の死を知った状況について語る“イメージ上の再訪問”、死別以来避けている場所に曝露していく“状況の再訪問”、故人についての“思い出のふり返し”、故人との“想像上の会話”が行われる。回復に焦点を当てたモジュールとしては、“個人的目標”や“状況への再訪問”がある。個人的目標は動機づけ面接法を適用したものであり、故人なしの人生における目標を探していく。終結期においては、治療の進展についての話し合いが行われ、それを踏まえて、その進展を強化し継続させる計画について話し合われる。

このように、CGT は対人関係療法の枠組みに基づく、感情に焦点を当てた治療となっている。認知行動療法の技法は非適応的な信念の同定や、悲嘆のモニタリング、そして各種の再訪問に活用される。とくに、再訪問 (revisiting) は Foa ら³のエクスポージャー療法を複雑性悲嘆に対して適用したものである。患者は目をつむって死の物語を話し、そうしている間、セラピストは語りを促進させるとともに、苦痛のレベルを尋ねていく。それらは録音され、患者は次回のセッションまで毎日それを聞く。複雑性悲嘆治療では感情の馴化に加え、意味の再構成を狙った治療課題として“思い出のふりかえり”や“想像上の会話”が含まれている。“想像上の会話”では、患者は目をつむって、今は亡き愛する人に対して質

問したり話しかけたりし、その後、自分自身がその人の役となり質問に答えるという会話を進めていく。多くの場合、ここで故人や自分自身への肯定的な、暖かい言葉かけや感情が観察されるという。

また、現実生活上での回復に焦点を当てた動機づけ面接も組み込まれている。このモジュールにおいて患者は、もし悲嘆がそれほど強烈なものでなかったら自分の生活はどのようなものであったかを考えるよう促され、セラピストは患者が人生の目標を見いだすことができるように援助していく。目標が同定されれば、それに至る具体的な計画が協議され、実際に生活で行っていくように促される。このように、治療モジュールの中身を見ると、CGT は様々な心理療法の流派や技法を取り込んで複雑性悲嘆に対応しようとする、統合的な心理療法と言えるかもしれない。

3. CGT 技法の習得

平成 20 年度の研究計画の一部として、米国ニューヨークで行われた CGT ワークショップに参加した。CGT ワークショップは 2005 年に日本で開催され、中島、白井が参加したものの、それ以降、CGT では修正と改良が重ねられている可能性があるため、今回、新たに参加することとなった。平成 20 年 11 月 7 日から 9 日まで、コロンビア大学ソーシャルワーク学部にて、本分担研究チーム（中島、小西、伊藤）が参加した。このワークショップはメンタルヘルスに関わる実践家一般を対象に実施されたもので、地元ニューヨークで遺族カウンセリングを実践している臨床家ら約 30 名が参加していた。2 日目はわれわれの研究班を中心と

して、コロンビア大学の大学院生や Shear 教授の共同研究者に限定してより集中的な研修が実施された。

ワークショップの一日目には、複雑性悲嘆に対する基本的な考え方や、CGT が背景とする理念について紹介された。その際、プロジェクトリバティ（9.11 後のメンタルヘルスケアプロジェクト）において作成された広報ビデオの視聴なども含まれていた。二日目では、CGT を実践する上での具体的な事項について、細部にわたっての説明や、実際のセッション映像記録によるデモンストラーションが行われた。この研修によって、新たに作成されている CGT のマニュアルのほか、CGT の治療研究で使用される様々な尺度の原本を Shear 教授より譲り受け、翻訳の許可を得た。

これらの研修を踏まえ、2009 年 3 月より当研究の治療者や協力者として関わる臨床家と治療マニュアルの勉強会を行っている。

4. 複雑性悲嘆関連尺度の日本語版の作成

CGT の治療研究に当たって、CG をスクリーニングしたり、診断をするツールが必要となる。悲嘆についてはこれまで国内外で様々な尺度が作成され、我が国でも複雑性悲嘆に関わる尺度が翻訳されたり開発されているものの、それらのほとんどは信頼性や妥当性が検討されていないか、世界で標準的に使用されている尺度ではない。そこで、当研究班では Shear らが使用しているスクリーニング尺度である Brief Grief Questionnaire²⁰、診断面接である Structured Clinical Interview of Complicated Grief、Prigerson ら¹¹によって開発され最も頻繁に使用されている

Inventory of Complicated Grief, その最新版である Prolonged Grief-13, CGT において使用される Grief Related Avoidance Questionnaire などの尺度を翻訳することとした。各尺度についての情報は以下の通りである。

① Brief Grief Questionnaire (BGQ)

複雑性悲嘆のスクリーニングをする尺度であり、5項目からなる。複雑性悲嘆治療研究の一環で、Shear ら(8)が開発したものであり、電話スクリーニングで使用されてきた。信頼性が確認されている。3件法であり、8点以上で複雑性悲嘆を判断され、また、5点以上8点以下をハイリスク群とする下位閾値が設定されている。

② Structured Clinical Interview for Complicated Grief (SCI-CG)

Shear らによって開発された診断面接である。複雑性悲嘆についての7症状を測定し、全29項目からなる。未発表の診断面接である

③ Inventory of Complicated Grief (ICG-19)

Prigerson ら¹¹によって1995年に発表された尺度である。以来、悲嘆研究においてもっとも使用頻度の高い尺度であり、一定の信頼性と妥当性の確認がなされている。この尺度はその後、ITG (Inventory of Traumatic Grief)¹⁶、PG-13と改訂が繰り返されている。我が国においては加藤らによりITGが翻訳されているが、信頼性と妥当性はともに未検討である。Prigerson ら¹⁶は、ICG尺度で25点以上をもって、複雑性悲嘆とすることを推奨しているが、Shear ら¹⁹は治療研究では30点以上を複雑性悲嘆該当者としている。

④ PG-13: PGはProlonged Griefの略であり、この尺度はPrigersonら(投稿中)がDSM-Vに向けて作成し、標準化を進めている遷延性悲嘆を評価するものがある。悲嘆研究や死生学の専門家を集めた会議によってコンセンサスが得られ、フィールドトライアルで得たデータを項目反応理論や組み合わせ数学を駆使して分析し、DSMアルゴリズムに沿う形式で作成されている。

⑤ Grief Related Avoidance Questionnaire (GRAQ)

悲嘆に関連する回避についての15項目からなる自記式尺度である。回避症状については、複雑性悲嘆の中核症状とするか否かについて議論が分かれるところである。Shear らは複雑性悲嘆についての理論モデルにおいて回避を中核症状として捉えており、それを裏付けるために本尺度を開発した。原版では信頼性、妥当性ともに確認されている。

本研究では上記全ての尺度について、原作者の許可と、逆翻訳のチェックの協力を得た。BGQ, SCI-CG, GRAQについてはShear博士より、ICG-19とPG-13についてはPrigerson博士による確認と許可を得た。バックトランスレーションは林・鈴木⁶を参考に、以下の手順で邦訳した。第1に、中島や伊藤が各尺度を日本語に翻訳した。第2に、金が項目表現の適切さや文意の明瞭さを点検し、表面的妥当性を検討した。第3に米国にて臨床心理学の訓練を受け、修士号を得た臨床心理士の資格を持つ心理学の大学教員および大学院生が、英語に逆翻訳を行った。第4に、尺度の作者が原項目と再翻訳された項目とを照合し、文意の乖離がないかを点検した。この際に文意の乖

離が指摘された場合は、原作者の同意が得られるまで第3と第4の手続きを繰り返した。

C 考察、まとめ

2001年の米国同時多発テロ事件が米国における複雑性悲嘆の治療を推進させたように、日本でも自殺対策や犯罪被害者対策の推進によってこれらの暴力的な死別にさらされた遺族の悲嘆のケアの需要は増加すると思われる。我々は、このような暴力的死別の遺族において有病率が高いとされている複雑性悲嘆の問題をとりあげ、その治療法について検討を行った。

複雑性悲嘆の治療については既にいくつかの研究報告がなされており、今回文献的検討を行った結果、Shearら¹⁹の開発した複雑性悲嘆の認知行動療法（CGT）を日本の遺族に適応し、その適応性と有効性を検討することとした。本年は、その準備段階として、治療技法の習得と治療効果の指標である複雑性悲嘆関連尺度の日本語版の作成を行った。今後、治療効果についての予備的研究（オープントライアル）と尺度の信頼性、妥当性の検討を行う予定である。

D. 健康危険情報

なし

E. 研究発表

1. 論文

- 1) 中島聡美：児童思春期のPTSDに対する心のケアと治療。思春期学 26(2), pp213-218, 2008.
- 2)

- 3) 石丸径一郎, 金吉晴：PTSDに対する持続エクスポージャー法。精神保健研究 53. (印刷中)
- 4) 伊藤正哉, 中島聡美：複雑性悲嘆に対する認知行動療法：治療プロセスとアウトカムの概観。精神保健研究 53. (印刷中)
- 5) 白井明美：遺族のメンタルヘルスと対応。小西聖子編：犯罪被害者のメンタルヘルス, 誠信書房, 東京, p 121-141, 2008.

2. 学会発表

- 1) 中島聡美, 白井明美, 真木佐知子, 小西聖子：犯罪被害者遺族の精神健康の回復に関わる要因の分析, 第7回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウム, 福岡, 2008. 4. 20.
- 2) 白井明美, 中島聡美, 真木佐知子, 小西聖子：犯罪被害者遺族における死別対象の違いが、精神健康に与える影響についての分析, 第7回日本トラウマティック・ストレス学会大会 ポスター発表, 福岡, 2008. 4. 19.
- 3) 中島聡美, 伊藤正哉, 石丸径一郎, 白井明美, 金吉晴：疾患概念としての悲嘆 - 遷延性悲嘆障害 (Prolonged Grief Disorder) -, 第8回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウム, 東京, 2009. 3. 15.
- 4) 白井明美, 中島聡美, 真木佐知子, 辰野文理, 小西聖子：犯罪被害者遺族における複雑性悲嘆に関連する要因の分析, 第8回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウム, 東京, 2009. 3. 15.

- 5) 石丸径一郎, 寺島 瞳, 中島聡美, 加茂登志子, 金 吉晴: PTSD に対する持続エクスポージャー法による認知の変化. 第 8 回日本トラウマティックストレス学会 ポスター発表, 東京, 3. 15. 2009.

F. 知的財産権の出願・登録状況
なし

I. 引用文献

1. Allumbaugh DL, Hoyt WT. Effectiveness of grief therapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 1999; 46(3):370-380.
2. Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, and et al. Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(2):277-84.
3. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS, and et al. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59(5):715-23.
4. Forte AL, Hill M, Pazder R, and et al. Bereavement care interventions: a systematic review. *BMC Palliat Care* 2004; 3(1):3.
5. Genevro JL, Marshall T, Miller T. Report on bereavement and grief research. *Death Studies* 2004; 28(6):491-491.
6. 林知己夫 鈴木達三. 社会調査と数量化—国際比較におけるデータ解析—. 東京: 岩波書店; 1986.
7. Hembree EA, Foa EB, Dorfan NM, and et al. Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *Journal of Traumatic Stress* 2003; 16(6):555-562.
8. Irwin M, Daniels M, Bloom ET, and et al. Life events, depressive symptoms, and immune function. *Am J Psychiatry* 1987; 144(4):437-41.
9. Jordan JR, Neimeyer RA. Does grief counseling work? *Death Studies* 2003; 27(9):765-786.
10. Kato PM, Mann T. A synthesis of psychological interventions for the bereaved. *Clinical Psychology Review* 1999; 19(3):275-296.
11. Mor V, McHorney C, Sherwood S. Secondary morbidity among the recently bereaved. *Am J Psychiatry* 1986; 143(2):158-63.
12. Neimeyer RA. Searching for the meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies* 2000; 24(6):541-558.
13. Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK, and et al. A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Van den Blink E, editor. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention.*: American Psychological Association: Washington; 2008. p 165-186.
14. Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, and et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure

- maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 1995; 59(1-2):65-79.
15. Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, and et al. Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 1997; 154(5):616-23.
 16. Prigerson HGaJ, S.C. Traumatic Grief as a distinct disorder: a rationale, consensus criteria, and preliminary empirical test. Washington: American psychological association; 2001. 613-645 p.
 17. Schaefer C, Quesenberry CP, Jr., Wi S. Mortality following conjugal bereavement and the effects of a shared environment. *Am J Epidemiol* 1995; 141(12):1142-52.
 18. Schut H, Stroebe MS, van den Bout J, and et al. The efficacy of bereavement interventions: Determining who benefits. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care.*: American Psychological Association: Washington; 2001. p 705-737.
 19. Shear K, Frank E, Houck PR, and et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama* 2005; 293(21):2601-8.
 20. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, and et al. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 2006; 57(9):1291-7.
 21. Shear MK, Frank E, Foa E, and et al. Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry* 2001; 158(9):1506-8.
 22. Stroebe M, Schut H. The dual process model of coping with bereavement: Rationale and description. *Death Studies* 1999; 23(3):197-224.
 23. Stroebe M, Schut H, Stroebe W. Health outcomes of bereavement. *Lancet* 2007; 370(9603):1960-73.
 24. Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A. Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 2006; 30(5):429-53.
 25. Wampold BE. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*: Lawrence Erlbaum Associates Publishers: Mahwah; 2001. xiii, 263 p.
 26. Wierzbicki M, Pekarik G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice* 1993; 24(2):190-195.
 27. Zisook S, Shuchter SR, Lyons LE. Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. *Psychiatr Clin North Am* 1987; 10(3):355-68.

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

児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性に関する研究

研究分担者 元村直靖 大阪教育大学教授

研究要旨：児童の不安障害のうち、分離不安障害、全般性不安障害および社会不安障害例それぞれ1例について、認知行動療法（CBT）プログラムを行った結果、全例において不安症状とうつ症状が軽減し、CBTの効果が認められた。さらに、児童の不安障害に対する認知行動療法について、現在までのエビデンスを報告した。

研究協力員

石川信一 宮崎大学人文科学部講師

佐藤寛 Oregon Institute, 日本学術振興会

A. 研究目的

大人では、さまざまな精神障害において CBT の効果が実証されてきている。一方、子どもでは、主に、その言語的な発達の問題のため、CBT の適応の範囲が限られていたが、最近ではさまざまな子どもの精神障害に対しても用いられるようになってきている。しかしながら、なおその効果については十分な検証がなされていないのが現状である。そこで、本研究では、子供のうつと不安障害に対して、CBT プログラムを実施し、認知行動療法の効果を検証する。

B. 研究方法

対象は、DSM-IV-TRで不安障害と診断された8歳から14歳の6名（男子5名、女子1名）であった。評価方法としては、自記式のスペンスの不安尺度、ベルテルソンの抑うつ尺度および子供用認知のゆがみ尺度を用いた。介入方法としては、石川らにより開発された子供用認知行動療法プログラムをもちいた。このプログラムは、週に一度、1回60分で8週のパッケージプログラムである。今回は個別にこのプログラムを行った。

CBTプログラムは、①心理教育、②感情への気づき、③状況と認知の区別、④認知再構成法1、⑤認知再構成法2、⑥不安階層表の作成、⑦エクスポージャー、⑧まとめの8回で行われた。最後に、これらの介入の前後に上記の自記式評価尺度を行い、効果の検証を行った。

（倫理面への配慮）研究計画は、臨床研究の倫理指針に基づいて策定した。）

C. 研究結果と考察

6名のうち、3名のみ8回までCBTプログラムを修了する事が出来た。残り3名は、ドロップアウトした。修了できた症例は、1例は12歳の分離不安障害例、1例は14歳の社会不安障害例および1例は12歳の全般性不安障害例で、全例男性であった。3例とも施行後、不安得点およびうつ得点が低下しており、症状の改善が認められた。さらに、認知のゆがみ得点も低下していた。このことは、このプログラムが児童の分離不安障害、全般性不安障害および社会不安障害に有効である可能性を示唆するものである。

E. 結論

子どもの不安障害に認知行動療法が有効である可能性が示唆された。今後、さらに症例を増やして検討を加える予定である。

G. 研究発表

石川信一、下津咲絵、佐藤容子：児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法の効果 精神科治療学, 23, 1481-1490, 2008.

研究成果の刊行に関する一覧表レイアウト（参考）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
石川信一・下津咲 絵・佐藤容子	児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法の効果	精神科治療学	23	1481-1490	2008
石川信一・坂野雄 二	不安症状を示す児童に対する認知行動療法プログラムの実践	行動療法研究	31	71-84	2005
Ishikawa, S. Okajima, I., Matsuoka, H. & Saka- ano Y	Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis	<i>Child and Adolescent Mental Health.</i>	12	164-172	2007

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効果研究」

研究分担者

石井朝子^{1), 2)}

研究協力者

武田龍太郎²⁾、林和子²⁾、安間香織²⁾、藤井康江²⁾、谷口浩子²⁾

社会福祉法人礼拝会ミカエラ寮¹⁾

慶神会 武田病院 DBT 臨床研究プロジェクトチーム²⁾

研究要旨

境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder: BPD) は、自殺行動や自傷行為、衝動性、不安定で激しい情動や対人関係、同一性障害を特徴とした精神疾患である。DSM-IV-Rによれば、BPDの有病率は高く、一般人口の2%、精神科外来患者では10%、精神科入院患者では、20%である。また、患者の自殺率は、3~10%と高く、日常生活において柔軟性を欠いた思考による非適応的な問題行動から著しい困難を抱えていると考えられる。

本研究では、欧米のBPDに対する治療ガイドラインにおいて、BPDに対して有効な精神療法であると推奨されているDBTを実施し、その効果を検証する。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：28.0歳、SD：2.45）に標準的な6ヶ月プログラムを実施し、終了6ヶ月後の追跡評価を試みた。DBPプログラムは、集団精神療法によるスキルトレーニングと個人精神療法も導入した。また、電話相談については、危機的状況において診療時間内に10分間のみ導入することとした。6名の患者全員、プログラムを終了しその後の追跡評価に参加している。自傷行為の程度や回数については、対象者全員が6ヶ月後の追跡評価では軽減していた。

A. 研究目的

本研究は、米国で実施されている6ヶ月の標準的な弁証法的行動療法 (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ことを目的とする。

ナリティ障害と診断された女性6名（平均年齢：28.0歳、SD：2.45）を対象とした。

なお対象者は、過去5年間に少なくとも2回の自殺の行動があり、かつ過去8週間に少なくとも1回の自傷行為があった者とする。

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

2) 調査方法

本研究では、米国で実施されている標準的なDBTプログラムを可能な限り踏襲し実施した。治療モデルは、集団精神

療法によるスキルトレーニング、個人精神療法、電話相談とチームコンサルテーションミーティングの4つである。

具体的には、週1回のスキルトレーニング(90分)とチームコンサルテーションミーティング(90分)と隔週の個人精神療法(15~30分)を実施した。電話相談については、危機的状況においてのみ診療時間内に10分間と設定した。

スキルトレーニングでは、4つのスキルである、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、苦痛耐性スキルを各6セッション教示した。マインドフルネススキルトレーニングにおいては、衝動性及びうつ症状など各症状別にマインドフルネススキルの教育を行った。苦痛耐性スキルでは、「ACCEPTS」、「五感を使おう」、「今の価値を高める」、「ハーフスマイル」を中心に実施した。ここでは、苦痛耐性スキルを危機的状況に対して即効性のあるスキルとして捉え、繰り返しホームワークでの実践を試みた。情動調節スキルでは、「ABC Please」、「Opposite Action」など随伴性マネジメント、認知的変容及びエクスポージャーなど従来の認知行動療法に共通する要素を重視し、採用した。効果的な対人関係スキルでは、「Dear Man」、「Fast」、「Give」を中心に教示し、対人関係において不適切な問題行動に対する問題解決法として、行動連鎖分析及びデイリーカードを用いた。

個人精神療法では、宿題の確認、苦手なスキル、得意なスキルについて話し合った。また、休みがちな対象者に対しては、DBT参加への理論的根拠(治療契

約)についてふれ、治療またはグループに対する不満なことなども取り上げた。

本DBTチームは、精神科医(1名)、心理師(3名)、看護師(1名)、保健福祉師(1名)の6名で構成されている。

薬物療法は、外来の担当医が実施した。

3) 調査尺度

- ① 全般的な精神健康尺度 (Symptom-Checklist-90-Rivised: SCL-90-R)
- ② BDI-II 日本語版 (Beck Depression Inventory Second Edition)
- ③ STAXI 日本語版 (State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI)
- ④ 自殺企図に関する面接尺度 (Parasuicidal History Interview: PHI)
- ⑤ 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。本研究は所属機関倫理委員会で承認された。

C. 研究結果

対象者6名全員が標準的な6ヶ月のDBTプログラムを終了し、また6ヶ月後の追跡評価に参加した。

SCL-90-R(表1)、BDI-II(表2)、STAXI(表3)の尺度において、全般的な精神健康、うつ症状、怒りの感情表出に

において改善が見られた。また、PHI 尺度（表 4）では、全員自傷行為の回数は、減少していた。

D. 考察

本研究では、標準的な 6 ヶ月の DBT プログラムを実施した結果、対象者全員において全般性精神健康、うつ症状及び怒りの表出において改善が見られた。また自傷行為については、その程度や回数には個人差があるものの、全員軽減していた。これらの結果により自傷行為をもつ BPD と診断された患者に対して有効性があることが示唆された。

また、DBT プログラム及び追跡評価においても全員が参加することができたが、これは、個人精神療法の導入が、ドロップアウトを防止したと考えられる。また、3 ヶ月のプログラムに比べスキルの根付けがより十分であったことが、自傷行為に加えうつ症状や怒りの表出にも奏功したと考えられる。

一方、治療戦略である行動連鎖分析やヴァリデーションを適宜導入することにより、対象者が、DBT の基本原理である「弁証法」を理解し、「現実」の中の「矛盾」と「変化」について受容し、日常生活の中で適応できるようになったと考えられる。

E. 結論

本研究において、我が国においても BPD に対して DBT は有効であることが示唆された。今後は、これまでに実施した対象者の長期追跡評価を試み、データを蓄積しながら、得られた知見を基礎に

我が国における DBT の実践について検討する。

F. 研究発表

1. 石井朝子(2008) 境界性パーソナリティ障害の認知行動療法—弁証法的行動療法。 In: パーソナリティ障害(福島章編), pp75-92. 東京: 日本評論社。
2. 石井朝子(2008) 弁証法的行動療法。 In: 認知行動療法の技法と臨床(内山喜久雄、坂野雄二編), pp78-84. 京: 日本評論社。
3. 石井朝子、大野裕、武田龍太郎、林和子(2008) 日本における弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT) の実践と課題、第 8 回日本認知療法学会、第 34 回日本行動療法学会・合同年会、東京 [2008/11/03]

G. 知的財産権の出願・登録状況: なし

<参考文献>

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. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Linehan M.M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

エビデンスに基づいた境界性パーソナリティ障害に対する精神療法—認知行動療法

1、はじめに

近年、各種精神疾患の治療においてエビデンスに基づいた治療法が重視されているが、境界性パーソナリティ障害 (Borderline personality Disorder: BPD) もその例外ではない。

DSM-IV-TR では、BPD の激しい情動性の傾向、衝動性、対人関係における激しさは、しばしば生涯にわたり維持されるが、治療を受けた患者は治療開始後 1 年以内から改善しはじめることも多いと記述されている。また BPD 患者の 3~10% は自殺をしており、BPD に対する適切で効果的な治療法の確立が必須である。本論では、海外のエビデンスに基づいた精神療法の動向と本邦における BPD の治療研究について述べる。

2、海外における BPD に関する精神療法のエビデンス

BPD の治療法としては、米国精神医学会 (2001 年)、英国では、国立医療技術評価機構 (NICE, 2009 年) から治療ガイドラインが出されている。

米国精神医学会のガイドラインでは、精神力動的な精神療法あるいは DBT を BPD に対する有効な精神療法として挙げている。また NICE のガイドラインでは、DBT と MBT (Mentalization-based treatment: MBT) を BPD に対する有効性のある精神療法として取り上げている。

いずれも、欧米における BPD 治療ガイド

ラインでは、ランダム化比較試験により有効性を証明された治療法が推奨されている (Table. 1)。

また認知行動療法などの治療法以外に米国精神医学会ガイドラインは、集団療法、家族療法、カップル療法など費用対効果を視野にいれた精神療法も推奨している。

3、本邦における BPD に関する精神療法のエビデンス

BPD に対する認知行動療法を含む精神療法の RCT の報告は、まだない。国内文献検索として医中誌を用いた。検索の際に用いたキーワードを「パーソナリティ障害」「境界性パーソナリティ障害」「人格障害」「精神療法」とした。その結果 352 論文が抽出され、8 つの症例報告が抽出されるにとどまった。

4、参考文献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th, text revision (DSM-IV-TR). APA, Washington, D.C., 2000
- 2) American psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline personality Disorder. Am. J. Psychiatry, 158(suppl.); 1-52, 2001
- 3) National Institute for Health and Clinical Excellence: Borderline personality disorder: treatment and management (Full guideline, 2009)

Dialectical Behavior Therapy

Reference	Treatments (number of patients)	Inclusion criteria	Length of study	Main effects & Results
Limehan et al, 1991	DBT(n=24) versus community mental health (n=22)	BPD + suicide attempt in last 8 weeks + one other in last 5 years	1 year	Frequency, medical risk, parasuicide (suicide attempts and intentional self-injury); treatment retention; use of emergency and inpatient treatment; and anger, social and global adjustment. <i>DBT>TAU(end treatment) for parasuicidal acts and inpatient days anger, social adjustment etc</i>
Limehan et al, 1993		Female		
Limehan et al, 1994				
Limehan et al, 1993				
Limehan et al, 1999	DBT(n=12) versus community drug misuse/mental health TAU(n=16)	BPD + current drug dependence	1 year	Illicit drug use, social and global adjustment DBT>TAU social and global adjustment
Limehan et al, 2002	DBT+LAA(n=11) versus comprehensive treatment (DBT without change strategies)+12-step facilitation and 12-step group + LAA(n=12)	BPD + current opiate dependence Female	1 year	Opiate use <i>Ss in both conditions significantly reduce opiate use over time; at the 16 month assessment, subjects in both treatments had a low proportion opiate positive UA (27% DBT 33% CVT)</i>
Turner, 2000	DBT(n=12) versus client-centered therapy(n=12)	BPD + referral from Emergency services for suicide attempt	1 year	Parasuicide (suicide attempts and self-injury), impulsiveness, anger, depression, global adjustment, use of inpatient treatment <i>DBT>CCT at self-harm, suicide, anger, impulsiveness, GMH</i>
Koons et al, 2001	DBT(n=10) versus mental health TAU(n=10)	BPD Female	6 month	Parasuicide(suicide attempts and self-injury) frequency(trend), suicide ideation, hopelessness, depression, anger expression <i>DBT>TAU Hopelessness, depression anger suicidal ideation</i>
Verheul et al, 2003	DBT(n=31) versus community drug abuse/mental health TAU(n=33)	BPD Female	1 year	Frequency of self-mutilation and suicide attempt(trend), treatment retention, self-damaging impulsivity <i>For Parasuicidal behavior DBT=TAU, Self-mutilation DBT>TAU impulsive behavior</i>
Van den Bosch et al, 2002				
Limehan et al, 2006	DBT(n=52) versus community treatment by psychotherapy experts in suicide and BPD(n=49)	BPD + parasuicide(suicide attempt 1 year of self-injury) in last 8 weeks + one other in last 5 years	1 year	Suicide attempts, suicidality, medical risk and risk/rescue rating of parasuicide(suicide attempts and self-injury), treatment retention, emergency and inpatient treatment, anger directed outward. <i>DBT>CTBE DBT Ss were significantly less likely to drop out of treatment (DBT25%, CTBE59%). Suicide ideation, suicide attempts</i>
Bateman, Fonagy, 1999, 2001	Psychoanalytic hospitalization TAU(no psychotherapy) (n=19) versus partial TAU(n=19)	BPD	1.5 years	Self-mutilation, suicide attempts, use of inpatient services, anxiety, depression, social and global adjustment <i>PH>TAU at 18 months, PH>TAU</i>
Munroe-Blum, Marziah, 1995	Interpersonal Group psychotherapy versus individual dynamic psychotherapy (n=48)	BPD Not required to have recent parasuicidal episode	1 year	Objective Behavior Index(included suicide attempts but not self-mutilation) <i>IPG-individual psychotherapy at one year and at 12 month follow up</i>

Table. 1 Summary of randomized controlled trials of psychotherapy studies for treatment of borderline personality disorder

表 1.

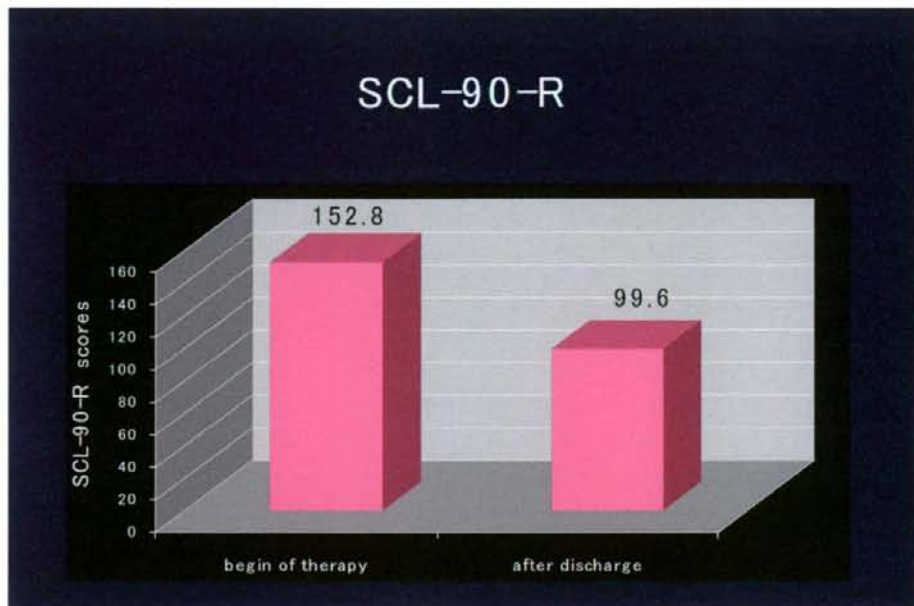


表 2.

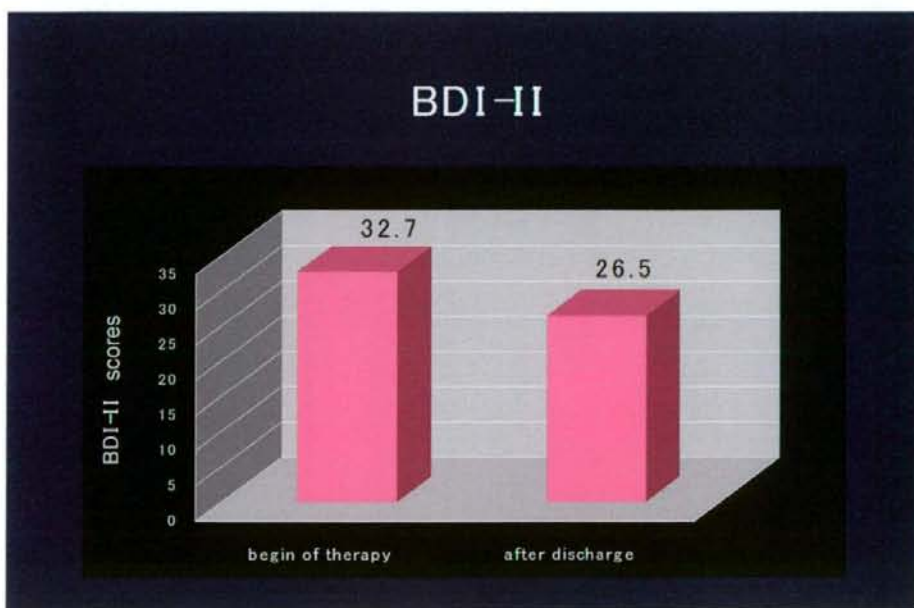
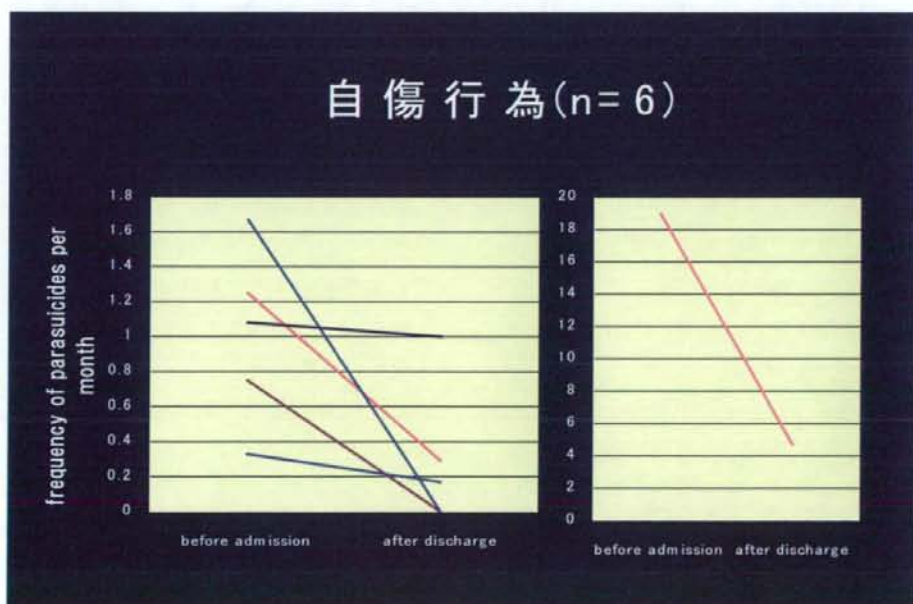


表 3.



表 4.



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

「対人関係療法（IPT）の有効性に関する研究」

研究分担者： 水島広子（水島広子こころの健康クリニック、慶應義塾大学医学部）

研究協力者： Kathleen M Pike（テンブル大学）、宗未来（防衛医科大学校）、小西悠（テンブル大学）

研究要旨 神経性大食症に対する対人関係療法（interpersonal psychotherapy：IPT）の効果を検証するために、日本人向けのマニュアルを作成した。そのマニュアルに基づき、オープン・パイロット研究を開始し、現在進行中である。予備的な解析からは、IPTが日本においても神経性大食症に対する有望な治療法であることが示唆されている。

A. 研究目的

対人関係療法（IPT）は国際的に認知行動療法（CBT）と双璧をなすエビデンス・ベーストな精神療法として位置づけられている。昨年度に行ったIPTの効果検証研究のレビューの結果からも、IPTはすでに日本人に対して適用することが妥当な段階にあると考えられる。少なくとも、大うつ病性障害（急性期、維持期）と摂食障害（神経性大食症、むちゃ食い障害）については標準的な治療法として考慮に入れる必要がある。

IPTは本来うつ病の治療法として開発され、その後他の対象へと適用が広がってきたものであるが、日本における最初のパイロット研究の対象としては神経性大食症を選んだ。その理由は、大きく2つある。

第一に、摂食障害は日本において深刻な問題となっており、教育現場からの相談も

多い。そのような状況の中、摂食障害に対するエビデンス・ベーストな治療法を明らかにすることは急務である。神経性大食症に対する対人関係療法（IPT）の長期的な効果は国際的な研究においては明らかにされている(1)が、日本人を対象とした研究は未だに行われていない。

第二に、摂食障害に対する薬物療法の効果は極めて限定的であり、寛解導入は期待できない。IPTが日本の精神医療において有用であるということを明確に示すためには、精神療法が不可欠である対象に対する効果を示す必要があると考えた。

以上の理由により、本パイロット研究の対象として神経性大食症を選んだ。

B. 研究方法

1. マニュアル作成

神経性大食症に対する IPT のマニュアルとしては、Fairburn(2)による個人 IPT のマニュアルと Wilfley ら(3)によるグループ IPT のマニュアルがあり、どちらも IPT の効果を十分に示しているが、前者は主に CBT の特異性を検証するために作られたマニュアルであり、ロールプレイを禁止するなど臨床的に不適切な側面を持つ。そこで、今回のパイロット研究においては、Fairburn のマニュアルをさらに修正し、Wilfley らの要素も取り入れた新たなマニュアルを作成した。

具体的には、Fairburn の 20 回というセッション数を今までの予備的な臨床経験から 16 回に減らし、セッションの間隔も、最初の 12 回は毎週、最後の 4 回は隔週とした。神経性大食症については誤った情報をすり込まれている患者が多いため、心理教育の第一歩として、セルフヘルプの本である「拒食症・過食症を対人関係療法で治す」を第一セッションまでに読んでもらい、必要に応じて身近な人たちにも読んでもらおう、という方法を採用した。セッションの補助教材として本を決めておくということは、患者や家族が立ち返るべき原点を明確にする上で役立つ。

医学モデルをとる IPT では、うつ病に対する原型において「病者の役割」を明確にするが、Fairburn は、摂食障害の患者は症状について延々と話すのが普通であり、病気であることは十分に自覚しているという理由で、うつ病ほどには積極的に用いないという方針をとっている。しかし、このマニュアルでは、むしろ積極的に用いている。

患者は確かに症状について話したがる傾向を持つが、症状を「本来の問題に対処す

るための方法」「ストレスマーカー」として見ることはしていない。「病者の役割」を積極的に与えることによって、患者は病気であり、過食はその一つの症状に過ぎず、症状について延々と話すよりも病気を治す方が重要だ、という論理を用いることで、セッションが症状の話だけで不毛に費やされることを防ぐ。

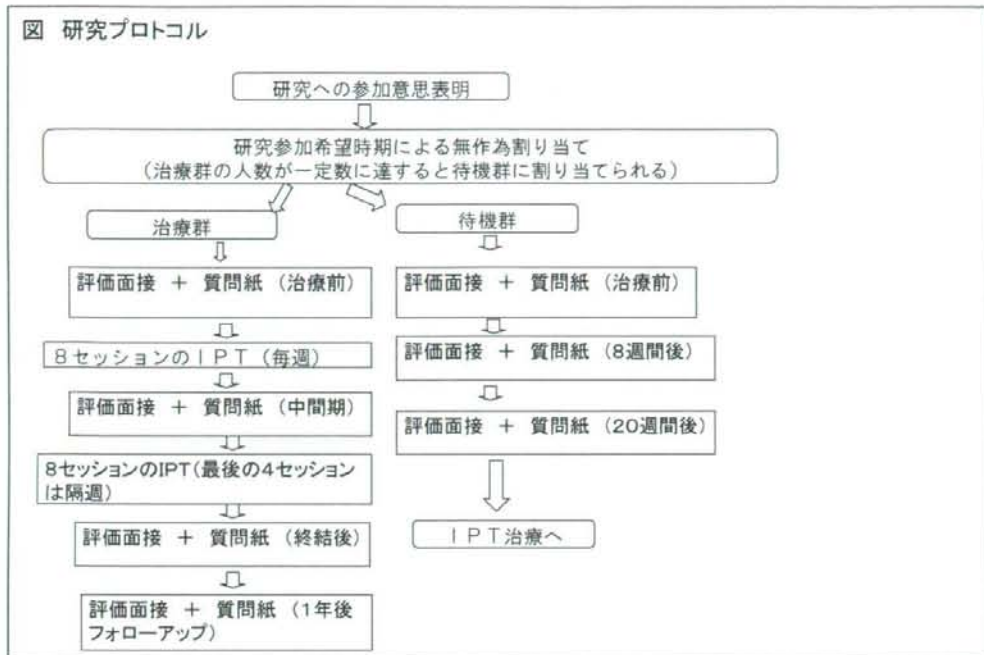
また、ロールプレイは適切なきには積極的に用いる。

終結期の持ち方についても技術的な修正を加えた。今までの臨床経験から開発したこととして、終結期に入る時点で進歩を書いてきてもらい、それに基づいて話をする、という方法を採用することによって、進歩が明確になり、終結期の課題も進めやすくなると考え、本マニュアルのような形式にした。

日本人向けの修正ポイントとしては、重要な他者の同席について、比較的積極的に柔軟である、という姿勢をとった。これは、18歳になったら親から自立して当然であるという欧米の文化と日本の文化の違いにも基づくと考えるが、18歳を過ぎた患者が親との同席面接に違和感を抱かないということは少なくない。多くの症例では、治療の経過で「親離れ」が起こり、親に同席してほしくないという気持ちが表現されるようになるが、それまでは親の同席も心理教育として有意義であると考えられる。これは、Mufson らによる思春期うつ病用の IPT (IPT-A) (4) に似た修正である。

配偶者の同席については、欧米と同じような考え方をとり、必要に応じて行うが、同席面接が多いほど「治療者のおかげで良くなった」という気持ちになりがちだとい

図 研究プロトコル



うことは意識し、患者たちの努力を強調することが必要である。

2. 研究プロトコル

図に研究プロトコルを示す。対象は、「水島広子こころの健康クリニック」を受診した患者で神経性大食症と診断された患者のうち、研究への参加を希望した患者のすべてである。治療者（水島）とは別の独立した評価者（小西）が SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders: DSM-IV 診断構造化面接) を用いて診断を行い、同時に EDI (Eating Disorder Inventory)、EDE-Q (Eating Disorders Examination Questionnaire)、BDI-II (Beck Depression Inventory)、PBI (Parental Bonding Inventory)、SAS-SR

(Social Adjustment Scale – Self Report)、TCI (Temperament and Character Inventory)、FACES (Family Adaptation and Cohesion Scales)の各日本語版に対象が自己記入する。この評価は、治療開始前、治療中間期（8セッション終了後）、治療終了後、1年後のフォローアップ時に行う。

IPT は「研究方法」で述べたマニュアル（別添）に従って行う。マニュアルが遵守されセッションが IPT の問題領域に焦点化されていることを確認するために、すべてのセッションが患者の書面による同意を得てビデオ録画されている。

（倫理面への配慮）

本研究では、患者に研究の目的と方法およびその内容について説明し、書面による

同意を得ている。また各患者のデータおよび録画されたビデオはすべてID番号を使用すると共に、データをパスワード管理することによって個人情報漏洩しないように配慮している。本研究は通常の治療に評価の手続きを加えたのみの内容になっており、その手法については特段に配慮すべき事柄がないと考えられる。ただし、治療が自由診療のクリニックで行われており対象が治療費を負担しているという事情を踏まえ、無作為化については通常の「くじ引き」法ではなく、研究にエントリーした順番という「タイミングによる無作為化」の形式をとることとした。本研究はテンプル大学の倫理委員会の承認を得るための手続き中である。

C. 研究結果

本パイロット研究は2008年4月に始められ、未だに進行中である。より全体的な結果は来年度に報告する予定である。現在3名の患者が治療中であり、7名の患者が治療を完了している（うち1名は、治療費を支払っていた母親との不和の解決の形として、12セッションで治療を早期終了した）。脱落者はおらず、治療によるネガティブな効果は起こっていない。すでに終了後の評価まで完了した4名については、うち2名が治療終了時に寛解しており、EDIのスコアの平均は治療開始前 95.3 (SD: 14.4)、治療中間期 72.3 (SD: 18.5)、治療終了後 57.8 (SD: 8.3)と低下している。また、BDIのスコアの平均も、治療開始前 26.0 (SD: 11.8)、治療中間期 21.8 (SD: 8.4)、治療終了後 11.5 (SD: 7.9)と低下しており、

SAS-SRのスコアも、治療開始前 2.43 (SD: 0.3)、治療中間期 2.08 (SD: 0.3)、治療終了後 2.03 (SD: 0.3)と低下している。治療への満足度も全体に高い。

D. 考察

今までの臨床経験からも、また、本パイロット研究の予備的な解析からも、IPTが日本において神経性大食症に対する有望な治療であることが期待される。最初の4例においては、治療終了時に神経性大食症が寛解している症例は2例であるが、これは国際的な長期予後研究の水準（治療期間内の寛解率が約3割(1, 5)であることを踏まえると、遜色のない結果であると言える。長期予後研究(1)では、治療終了後もIPTの効果は伸び続け、1年後にはCBTとの有意差がなくなり、6年後にはCBTの効果を超えるという結果が示されており、本研究の対象についても今後のフォローアップ研究が重要であると考えられる。

なお、この研究の制約点としては、自由診療のクリニックで行われているため、対象に偏りが考えられること（より重症である、経済的に裕福である、など）と、治療が単一の治療者（水島）によって行われているため、結果の解釈においては一定の注意が必要であることが挙げられる。

E. 結論

本年度の結果からは、本パイロット研究を継続してより対象数を増やすことの妥当性が検証されたと考えられる。