

## 弁証法的行動療法の有効性と問題点

立教大学大学院現代心理学研究科・長谷川病院 岸 竜馬

### Effectiveness and the problem of Dialectical Behavior Therapy

Tatsuma Kishi (Graduate School of Contemporary Psychology, Rikkyo University・Hasegawa Hospital)

Dialectical Behavior Therapy (DBT) is not yet widely used in Japan. This study investigates the advantages and disadvantages associated with DBT. DBT is effective in that it can be used both for patients for whom cognitive behavioral therapy is not appropriate and in a wide variety of other situations. However, this does not necessarily mean DBT is an effective treatment for Borderline Personality Disorder. There are problems associated with distinguishing the concepts of validity and empathy, and further consideration of the concepts of acceptance and mindfulness is also necessary. Despite these weaknesses, DBT has one great advantage: it may decrease suicidal behavior.

**Key words :** Dialectical Behavior Therapy, emotion regulation, validity, mindfulness, suicide

### 問題と目的

日本の自殺者は年間3万人を超え、うつ病もその要因の一つとして、深刻な社会問題になっている。こうした中、新たなうつ病治療として、2010年度の診療報酬改定で認知行動療法 (Cognitive Behavior Therapy: 以下CBTとする) の評価が新設され、健康保険の適用となった。このことが、実際に自殺やうつ病の減少や緩和の一助になるのであれば、喜ばしい限りである。しかしながら、自分の情動や衝動性を制御することの困難さや、激しい自傷行為を繰り返し、時には自殺既遂に至ってしまう患者に対して、安易にCBTによる知的理解や適応モデルを促すアプローチをすることは危険な側面もある。なぜならそうした患者達は、思考過程では情動や衝動性を制御しようとしても葛藤状態に陥り、失敗し、制御できなかった自分を徹底的に非難し攻め続けるからである。

このような患者に弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: 以下DBTとする) を適用する試みが内外で行われている。

DBTとはLinehan (1987) によって開発された、境界パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder: 以下BPDとする) に特徴的な自殺類似行動等の衝動的行為を繰り返す患者に対して有効だとされている包括的精神療法である。そして、無作為対照臨床試験においてBPDの症状に効果があることが示された初めての精神療法でもあり、アメリカ精神医学会による「BPD治療のためのガイドライン」(Oldham, Phillips, & Gabbard, 2001) ではBPDに有効な精神療法として推奨されており、アメリカのみならず、ヨーロッパやその他の地域でも高い関心を持たれている。治療には、DBT集団療法、個人精神療法、24時間対応の電話相談、スタッフへの個別コンサルテーションやミーティングなどが含まれている。現在はその適用範囲を広げ、BPDの治療だけでなく、衝動的な問題行動を繰り返す様々な人々 (たとえば摂食障害、非行、薬物嗜癖、双極性障害等) にも適用されている。DBTがアメリカから日本に輸入されてから10年程経つが、本格的な実践が日本の医療機関で行われるようになったのはこの

数年のことであり、実践している医療機関は数少なく、また、標準化DBTのように構造化された形式でのDBTの日本における実践報告は殆どない。DBTの日本医療現場での実践が控えめなことには、様々な理由があると思われる。

そこで本論文では、DBTで用いられている概念や関連研究を概観すると共に、日本でDBTを実践する際の困難さにも触れながら、その有効性と問題点について検討することを目的とした。

### DBTの治療構造

アメリカにおいて標準化されているDBTの治療構造は以下の通りである。

まず第1に、治療に必要な4つの主要スキルを習得するスキルトレーニンググループとしての集団療法がある。その4つのスキルとは、マインドフルネススキル (Mindfulness Skills), 対人関係スキル (Interpersonal Effectiveness Skills), 情動制御スキル (Emotion Regulation Skills), 苦痛耐性スキル (Distress Tolerance Skills) であり、このグループは週1回の頻度で毎回2時間30分行われる。

第2に、治療の動機づけと4つの主要スキルの習熟を重視した週1回1時間の個人療法がある。

第3には、日常場面で衝動行動が引き起こされそうな場面において、学習した4つの主要スキルを般化させるための構造化された24時間対応の電話相談がある。

第4には、患者に感情的に翻弄された治療者の治療を目的とした週1回3時間ものスーパーヴィジョン・ミーティングがある。

そしてこの4つの治療構造を維持した包括的治療が半年間を1クールとして、2クール、つまり1年間続けられる。Figure 1に標準化DBTの治療構造を示す。

### CBTとDBTの違い

DBTが弁証法的視点を取り入れたことの大きな意義としては、従来のCBTの適用が難しかった、衝動行動を繰り返す患者に対しての治療アプローチが試みられるようになったことが挙げられ

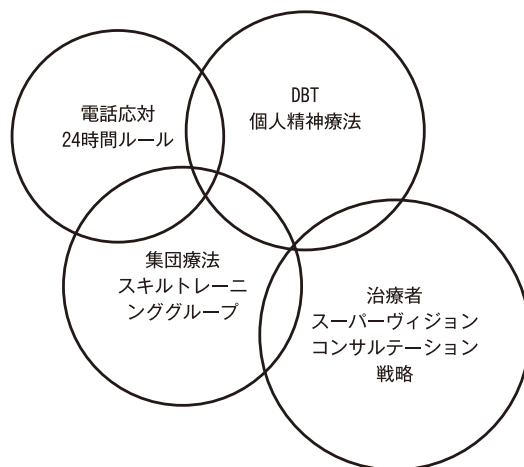


Figure 1 標準化DBTの治療構造 (永田, 2007, p.68, Figure 1)

る。CBTは、認知と行動の変容を重視しすぎると、ある程度知性化によって現実適応できる患者が対象となってしまふ。なぜなら、「思考レベルでは衝動行動をしてはならないと理解するが、情動や衝動性によってどうしてもその行動を制御できない」ために知性化に失敗し、結局、衝動的行為 (自傷行為や自殺企図) に走ってしまうことを繰り返す患者には、変化を促すことを強調するCBTの適用が難しいからである。しかし、そうした患者達に構造化されたプログラムを適用することによって、変われない自分を弁証法的思考様式でまず受容し、その一方でそうした現状から変化するにはどうしたらいいのかという観点が持てるように促しつつける体験を提供できることは、有意義だと思われる。

このように、DBTがCBTよりも受容を強調するのは、衝動行動のコントロールに失敗した自分を受容できなければ、自分の一部を否定し続けることと同じことであり、自分を全体的に肯定的に受容することが出来ない、と捉えるからである。DBTでマインドフルという概念を用いながら、今その瞬間における自分自身と自分の世界をありのまま受容することの必要性を説くのは、自分の衝動性の起源を他者や環境に帰属せず自分の問題として考えさせるためでもある。そしてまた、衝

動行動などにより失敗した自分を抱え、慰める機能を賦活させるためでもあるだろう。こうした観点から、DBTでは受容の大切さを患者に伝えることを認知、行動の側面のみならず、感覚や体験といった側面からもアプローチしており、CBTには無かった観点と言える。

DBTは治療関係も重視する。Linehan (1993a)は、“DBTはいくつかの側面において、標準的なCBTのいずれの側面よりも、転移行動に関する精神分析的な協調に似ている”と述べている。それはDBTが患者の治療者への陽性転移をも用いた治療関係、集団療法内での患者間の関係をも包括しており、この治療関係が、患者の治療ドロップアウトや自殺を予防する一助となっている。

### 弁証法的視点について

Linehan (1993b 小野他訳2007)はBPDの理解において重要な、弁証法的視点の基本的特性として、以下の3つの特性を挙げている。まず、“力動的構造理解と同様、現実の基本的相互関係性またはその全体性を重視していること”、次に、“全ての事物が対立性を内包しており、現実を変わらないものとして捉えずに、むしろ対立する力(テーゼとアンチテーゼ)を内包し、そうした対立を統合することによって新たな対立する力へと進化し続けるものとして捉えること”、そして“個人と環境は共に絶え間なく変化しており、現実の基本的本質は、変化と過程であると仮定していること”である。これらの視点は、BPD患者だけではなく、BPD患者らに負荷をかけすぎず変化に適応できるように援助する治療者にも必要な視点である。遊佐(2007)は、弁証法的視点とは、BPDの患者が苦痛を脱却するために必要な変化(テーゼ)と、現状の患者の苦痛状態や治療の現状を受容すること(アンチテーゼ)との緊張を通して、シンテーゼとしての治療的变化が起きるという特性を有している視点であると紹介している。

### 無効化する環境と妥当化

DBTでは、BPDの情動制御不全が生じるのは、

生物学的性質と環境的背景の両者の、発達過程における相互作用の結果であると仮定している。生物学的性質とは、遺伝、胎生期の出来事、早期の外傷的体験などによる中枢神経系の脆弱性を指し、環境的背景としては、無効化する環境(invalidating environment)を挙げている。無効化する環境とは、児童期に、感受性の鈍い心無い養育者から受ける一定しない不適當な応答を指し、たとえば、怒りを表現する子どもが養育者に追い払われたり、一生懸命にやったと主張する子どもに対し養育者が「一生懸命やっていない」と言ったりする環境のことである。こうした内的体験と外的応答の持続的な不一致によって無効化される環境は、情動の興奮を調節したり強い情動に耐える技術を養育者が子どもに教えることに失敗して情動の制御不全を引き起こすだけでなく、後の人生において内的経験の妥当化(validity)と出来事との解釈の正確さを不確かなものにしてしまう。そのため、DBTでは妥当化を必要不可欠な戦略概念の1つとしている。妥当化の役割には、患者が患者自身の情動、思考、顕在的行動パターンなどを観察し、正確に内容説明する手助けとしての役割や、治療者が患者の情動に共感し、患者の抱く信念と期待に理解を示し、患者の行動を正確に観察して説明をする役割、そして最も重要な役割として、治療者が患者の示す情動的な反応、信念や期待、顕在的行動は患者のおかれている状況を考えると理解可能であると伝え返すことがある。

以上のことから、妥当化とは新しい概念ではなく、臨床領域で広く用いられている共感という概念に包含される下位概念であり、実は様々なアプローチの心理療法や精神療法の中で治療者が患者に対して重要視している機能の一部であると言えるだろう。Linehan (1993b 小野他訳2007)は、妥当化と問題解決ストラテジーを組み合わせることが、CBTの新しいアプローチとしてのDBTを生み出すきっかけになったと述べているが、おそらくは、たとえCBT的アプローチであっても、治療的な認知行動療法家はこの妥当化なり共感なりを、意識的かもしくは意識しないかで、治療ア

アプローチの1つとして用いていただろう。共感の大切さと、患者自身が自分の情動や思考、行動に共感的理解を示す重要性を明確にして治療に組み込んだという点では、妥当化を定義した意義は大きいと考えられるが、特に目新しい概念ではない。もし、それまでのCBTがLinehan (1993b 小野他訳 2007) の指摘するように本当に患者と治療者との間の共感的理解が重要視されてこなかったのであれば、共感的理解なしに治療が展開できたことの方が不自然であるように思われてならない。

## 受容

遊佐 (2007) は、受容に関して2つの側面が必要だと述べていることを紹介している。1つは治療者が患者のその時のあるがままの姿を受容する側面であり、もう1つの側面は、患者が自分自身を受容する側面である。この受容は、変化しなければならないことを受容と、今のままでよいということを受容とのバランスをとることも目指す。つまり、より適応的な方向に変化する（衝動行動を減少させる等）ためにはまず今現在の患者自身の抱える問題が存在していることを患者が受容することと、より適応的な方向に変化したいのに変わらない患者自身をも受容することを目指すのである。遊佐 (2007) はDBTにおける受容に関して、“Rogersの自己実現 (self actualization) の概念では、変化できない自分を受容できない”と紹介しており、“変化できない自分をも受容するための概念として弁証法を取り入れた”とも紹介している。しかしながら、恐らくRogersが述べる共感 (empathy) や無条件の肯定的関心 (unconditional positive regard) という治療者の基本的条件には、変化できない患者 (Rogersの言葉ではクライアント) の辛さや葛藤を治療者が受容することで、患者自身も自分の辛さや葛藤を受容し、そこから変化としての自己実現を目指すという観点が含まれているだろう。そうした意味では、この受容とは、心理療法・精神療法を実践している臨床家にはそもそも当然の概念である。しかしながら

「自分をどう受容したらいいのかが分からない」患者にとって、患者が自分自身を受容することをDBTの治療プログラムに積極的に組み込んだことは、受容の仕方と受容についての考え方を心理教育的に学べる機会となり、DBTのプログラムは有意義なものであると言える。もし受容と変化に関するDBTの治療プログラムを患者が取り組む際に、「自分を受容できない」「変わりたいのに変わらない」と感じたり、思っている患者の辛さや葛藤を治療者が体験的に受容せず、安易に患者に受容と変化を強要すれば、患者は治療からドロップアウトしたり、衝動行動や自傷行為、最悪の場合は自殺既遂という事態に至ってしまうだろう。そのため、たとえDBTがCBT的治療アプローチだと位置づけられても、治療者にはここで述べた受容という観点が非常に重要である。しかしながら、DBTで述べられている受容は、そもそも臨床心理学や精神療法の概念としては新しいものではない。

## マインドフルネスと マインドフルネススキル

マインドフルネスとは、DBTで重視される受容的介入法をより明確にするための中核的機能を担う (Linehan, 1993b 小野他訳 2007)。Here and Nowに意識を集中させ自己の状態をあるがままに受け止めること、善悪の判断を容易にしない態度をとること、自動操縦状態 (何が起きているかにあまり注意を向けず、ただ自動的機械的に行動している状態) に気づき意識的なこと (Kabat-Zin, 1990 春木訳 2007)、などを含む多義的な心のあり方を指し、BPDの特徴的な行動パターンのうち、主に自己制御不全と認知制御不全の治療に対応しているとされる (Linehan, 1993b 小野他訳 2007)。

マインドフルネススキルは、主要な4スキルのうち、DBT参加期間を通して強調され続ける中核的スキルであり、他の3スキルは、マインドフルネススキルを体験した上で学んでいく必要がある (Figure 2)。その理由の1つには、マインドフ

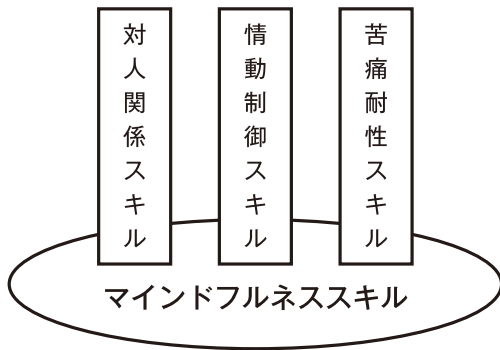


Figure 2 マインドフルネススキルの中核性

ルネススキル以外の3スキルのみを習得するのであれば、それはただの知性化促進のスキルトレーニングになってしまう危険があるからである。DBTでは、マインドフルネスな心の状態を考える前提として、3つの心の状態を仮定する。それらは、理性的な心 (reasonable mind)、感情的な心 (emotion mind)、賢い心 (wise mind) である。理性的な心の状態は、理性的・論理的・冷静な状態等を指し、感情的な心の状態とは、精神的興奮状態、論理的思考が困難な状態、感情が思考や行動に強い影響を及ぼしている状態等を指す。そして賢い心の状態とは、感情の影響を受けながらも理性的・論理的な思考も活用できる、理性的な心と感情的な心を統合し (Figure 3)、更に直観的理解を付加した、より大きな統合と安定がもたらされた状態を指す。それは恐らく、理性的な心と感情的な心を包括した状態とも言えるだろう (Figure 4)。

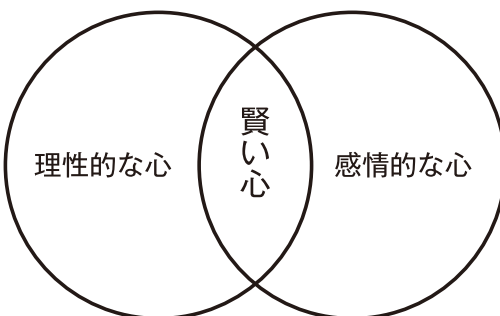


Figure 3 マインドフルネススキルにおける心の状態-1

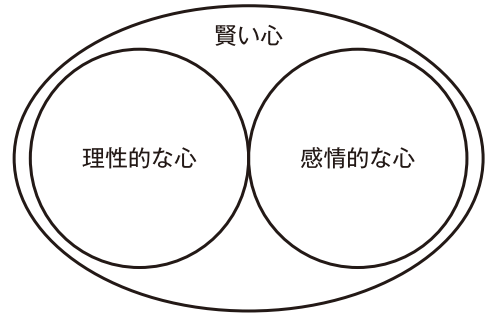


Figure 4 マインドフルネススキルにおける心の状態-2

ure 4)。

そして、理性的な心と感情的な心のバランスを取りながら賢い心に到達するために、また集団療法の中で患者達がマインドフルネスな心の状態を体験することを目的として、マインドフルネススキルが用いられる。マインドフルネススキルには、「すること (what)」のスキルと、「気をつけること (how)」のスキルがある。「すること」のスキルには、観察すること、言葉にすること、受け入れること、の3つがあり、「気をつけること」のスキルには、価値判断しないこと、1度に1つずつ行うこと、効果的に行うこと、がある。「すること」のスキルとは、自分の状態 (感情、行動、身体感覚等) を観察し、それを言語 (内言もしくは外言としての言語) で描写し、その自分の状態を受容的意識的に体験することである。その際に注意を払うこととしての「気をつけること」のスキルとは、無効化も価値下げも過剰な理想化もせず、今取り組んでいる体験にのみ注意を集中し、その体験に注意を向け続けるためにより効果的な態度を心がけることである。マインドフルネススキルを学ぶことは、自分の思考、感情、身体の状態に注意を向け気づきやすくなるための訓練である。そこには自分の思考や感情の状態に気づくことなしには、対人関係や情動制御、苦痛耐性能力の発達はあり得ないという考えがある。しかしながら、マインドフルネスとは体験を伴うもの

であり、個々人によってその人なりのマインドフルネスな状態が異なるため、包括的な把握が困難な概念であることも事実であり、この問題は今後の課題として残されている。齊藤・守谷（2009）は、介入技法としてのマインドフルネススキルについての研究は行われていても、心的状態としてのマインドフルネスについては殆ど行われていないことを指摘し、DBTにおける日本語版マインドフルネス尺度の作成を試みた。しかしこの尺度は、対人関係スキルや情動統制スキルの技能としての側面が含まれており、心的状態としてのマインドフルネスを測定しているとは言いがたい。また、マインドフルネスはその構成概念がそもそも曖昧であり（Germer, Siegel, & Filton, 2005）、齊藤・守谷（2009）の抽出した「中核的マインドフルネス」という概念には、適応的側面の項目が多く、弁証法的側面、もしくは適応的にいられない自分を受け入れる側面、Here and Nowに意識を集中させる側面等についての項目を欠いているように思われる。心的状態としてのマインドフルネスを包括的概念としてどう定義するか、またDBTで用いられる技法としてのマインドフルネススキルと心的状態のマインドフルネスとの関連性をどのように確認するかは、今後の課題である。

### 日本におけるDBT実践の困難さ

DBTの治療プログラムでは、患者の思考と情動、行動を妥当化するために、治療者が患者の反応の中に垣間見える知恵や真実を探し、患者にそれを伝えることが必要である。そして、その際には、患者の変わりたい、改善したいという信念と、自分が変われると患者自身が信じられる能力などの維持のために、治療者がまずそれらを支える受容的役割が必要である。患者、治療者双方が安全に治療プログラムに関われるためには治療構造の確立と維持が不可欠である。

しかしながら、日本の医療現場においてDBTを実施しようとする、標準化DBT治療構造に準じた形での構造とプログラムで行うしかない。それは、標準化DBTの治療者の養成システムが

日本には存在していないことも理由の1つであるが、何よりもまず、標準化DBTの治療構造とスキルトレーニンググループを実施するにあたって、現行の日本の保険診療適用の範囲で行うとすると、患者、医療現場、国家でのその負担があまりに大きく、非現実的であることが第1の理由として挙げられるであろう。仮に標準化DBTを日本の医療保険を適用すると考え、外来診療の医療保険点数得点で計算してみると、DBTに参加するためには患者1人当たり最低でも月12万以上の費用が発生すると考えられている（吉永、2007）。

実際、日本において標準化DBTに準じた治療構造として維持しながら実践している医療機関は少ない。その数少ない医療機関のひとつである精神科単科病院のA病院の事例をここで紹介したい。A病院では、自傷行為や自殺未遂行動を繰り返し、最悪の場合自殺既遂に至ってしまう患者達を外来治療で支え、行動化を減少させるためにどのようにすればいいのか、という問題に直面していたという背景から、DBTに準じた治療構造での包括的治療を2008年に開始した。A病院には、女子の急性期閉鎖病棟があり、BPDや摂食障害の患者が多く入院、通院していること、また、力動的チーム医療を標榜しており、多職種間での連携が取りやすい治療構造が病院内に備わっていたことなどから、現時点において実践可能な形での標準化DBTに準じた形でプログラムを行っている。

スキルトレーニンググループとしての集団療法は、作業療法（occupational therapy：以下OTとする）を実施している活動療法科の集団療法として、週1回の頻度で毎回1時間45分行われている。実際にA病院で行っている週1回1時間45分のDBTスキルトレーニンググループのスケジュールをFigure 5に示した。また、スキルトレーニンググループの1クール（半年間）分の治療サイクルも一例としてFigure 6に示した。スキルトレーニンググループで行っている内容は、標準化DBTと同様に、マインドフルネススキル、対人関係スキル、情動制御スキル、苦痛耐性スキルの

10:15 ~ 10:20	前半	スタッフ紹介、参加者の出欠確認
10:20 ~ 10:25		マインドフルネス体験ワーク
10:25 ~ 10:35		マインドフルネス体験ワークの報告（全体）
10:35 ~ 11:00		前回学んだスキルの宿題報告（小グループ）
11:00 ~ 11:15		前回学んだスキル宿題報告（全体）
11:15 ~ 11:25	休憩	
11:25 ~ 12:00	後半	今回学ぶスキルの講座と質疑応答
12:00 以降	後半に関するアンケート、感想記入後解散	

Figure 5 日本におけるスキルトレーニンググループスケジュール例

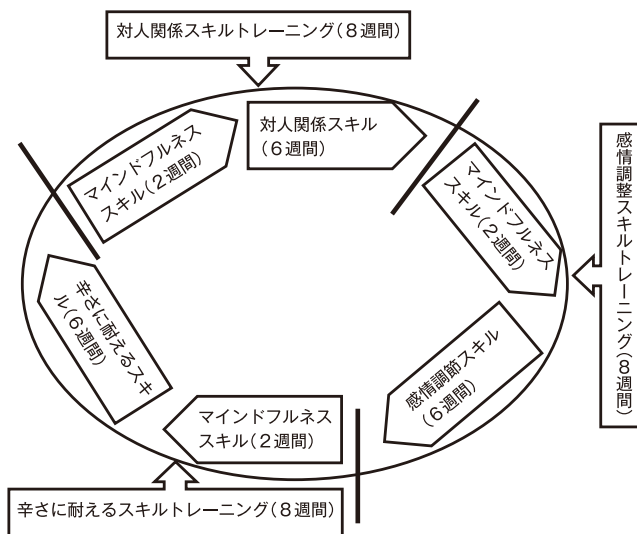


Figure 6 日本におけるスキルトレーニンググループの1クール（半年間）治療サイクル例

4つである。患者に説明する際に平易な日本語で伝えることを意識し、情動制御スキルを「感情調節スキル」、苦痛耐性スキルを「辛さに耐えるスキル」と呼称しているため、Figure 6では実際にグループで用いている呼び方で表示されている。以下に、A病院のDBTスキルトレーニンググループで実践している4つのスキルについて簡単に紹介する。

マインドフルネススキルは、対人関係スキル、情動制御スキル、苦痛耐性スキルの各スキルトレーニングに先立ち、最初の2週間学ぶ。内容としては、①することのスキルと気をつけることのスキル、②賢い心、などがある。

対人関係スキルでは、主に自己主張（assertiveness）や対人関係における問題解決方法を、6週間の間に学ぶ。①要求、対人関係維持、自尊心のバランスの重要性、②対人関係を難しくさせる要因、③対人関係を不安にさせる思い込み（自動思考）とそれに対する反論、④お願いや断りの伝え方の強度調節とその判断材料、⑤上手な伝え方、などが学習内容である。

情動制御スキルの学習は、BPD患者にとっては非常に困難を伴うものである。そのため自分の感情を無効化したり受容拒否したりしないように、マインドフルネススキルと共に適用することが重要である。6週間の間に学ぶ内容としては、

①感情の役割, ②感情発生メカニズムと悪循環を防ぐ介入, ③感情に影響を及ぼす思い込み, ④感情的傷つきやすさを軽減させる行動と自己効力感, ⑤感情から引き起こされた衝動的行動を異なる行動に変容すること, ⑥ポジティブな感情体験, などがある。

苦痛耐性スキルでは、危機的状況乗り越える・やり過ぎずこと、人生をあるがままに受け入れることを学ぶ。情動制御スキル同様、マインドフルネススキルとの関連が強いスキルである。苦痛に耐えられずに繰り返される行動化を見直すこと、受け入れがたいと強く思い感じ信じていた現実を少しずつ受け入れる試みをする、そして、あるがままに受け入れられない自分をも受容することが求められる。6週間に学ぶ内容としては、①苦痛から一時的に気をそらす方法、②自分を落ち着かせ慰める方法と、苦痛状況を少し好転させる方法、③苦痛に耐えること、耐えないことのメリット・デメリット、④現実を受け入れるための原則、⑤呼吸法とハーフスマイル、⑥危機的状況乗り越えるための意識する練習、などがある。

標準化DBTと比較すると、スキルの講義や前回のグループで習得したスキルの振り返りをすることは同様に行えるが、時間が45分短いことで、スキルについて患者同士、もしくは患者と治療者がディスカッションする時間、そしてマインドフルネスの体験ワークに割ける時間が少なくなっている。

個人療法については対面式の個人心理療法で対応している。しかしながら、標準化DBTのようにDBTに特化した個人療法家ではない臨床心理士が対応するため、面接内でどのようにDBTスキルについて取り扱うかは、治療者と患者が任意に話し合い決定しており、在籍している臨床心理士もDBTについての理解には個人差があるため、標準化DBTに準じた構造とは言い難い。心理療法は有料でもあることもあり、DBT参加患者の中の希望者にのみ行われ、頻度は毎週もしくは隔週、時間も30分もしくは50分で行われているの

が実状である。そのため、主治医が診察時にスキルトレーニンググループで出された宿題について患者と共に振り返る形態や、スキルトレーニンググループ担当のOTスタッフが電話や面接の形態で適宜可能な限り対応している。

24時間対応の電話相談に関しては、人件費等の問題から現状では実施困難であり、個人療法のところで述べたことと重複するが、主にOTスタッフが適宜可能な範囲で対応している。

スーパーヴィジョン・ミーティングに関しては、スキルトレーニンググループ実施後のスタッフ間での振り返りと、毎回のグループに関する報告書を主治医、臨床心理士、デイケアやOTに回覧し、さらに、訪問看護などのコメディカル部門に患者が関わっている場合にはその各部門にも回覧し、必要に応じて口頭でも情報交換と相談を合うことで対応している。

この4つの治療構造を維持した包括的治療が半年間を1クールとして続けられる。治療者側は患者に2クール（つまり1年間）の包括的治療への参加を推奨し、1クール目で学んだスキルを2クール目で更に深めることを勧めているが、強引に2クールを勧めることはしていない。一方で、2クール目を修了した患者の中で更に継続して包括的治療への参加を希望する者に対しては、隔週の頻度で行われる3クール目以降の患者を対象としたスキルトレーニンググループも実施しフォローを行っている。

以上A病院の現状をまとめると、日本においては標準化DBT治療構造に準じた形でしか治療構造を維持できず、スキルトレーニンググループの内容自体は標準化DBTのそれとほぼ同様であったとしても、講義内容を深める時間、DBTの中核的機能を担うマインドフルネスの体験ワークの時間が短いこと、個人療法、電話対応も標準化DBTと比較すると十分には対応してはいないこと、スーパーヴィジョングループに関しては、患者治療者双方が安全に治療に参加し続けられるために機能しているとは言い難く、個々の治療スタッフの臨床的技量、力量に任されているという



ことがある。

## DBTの適応範囲

DBTは、もともと自殺目的ではない自傷行為を繰り返すBPD女性の集団に対する治療法として用いられ、通常の治療と比較したところ、自傷エピソードの頻度が顕著に減少した（Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard, 1991）。しかしながら、その後、治療当初には自傷エピソードが減少するものの、長期間ではその有効性は低下する（Linehan, 1993b 小野他訳2007）とも報告された。また、Barley, Buie, Peterson, Hollingsworth, Griva, Hickerson, Lawson, & Bailey（1993）は、DBT実施前と比較すると、実施後の意図せぬ自殺企図の割合は明らかに減少するが、対照群とした通常の治療との間での意図せぬ自殺企図の割合には明らかな違いが認められなかったと報告している。このことは、DBTが意図せぬ自殺企図を減少させる有効な治療法である可能性を示唆したと同時に、意図せぬ自殺企図を減少させる唯一の治療法ではないことも示唆している。

他方、Bateman & Fonagy（2004 狩野他訳 2008）は、DBTが、自殺を意図した自傷行為や自己破壊的衝動行為の減少に対して有効であり良好な維持率も示すが、それが必ずしもBPDのパーソナリティ障害そのものへの治療ではないかもしれない、と問題を提起している。実際に、DBTを実施して治療に有意な効果があったと報告されている臨床研究はBPD以外の精神疾患に対しても存在する。特に日本においては、DBTはBPDの治療に有効な治療法という認識が未だに強いように感じられるが、摂食障害（Telch, Agras, & Linehan, 2001）、双極性障害（Goldstein, Axelson, Birmaher, & Brent, 2007）などにもDBTが有効であるならば、もはやDBTはBPDに限定した治療ではないだろう。宇野（2003）は、注意欠陥多動性障害（Attention Deficit Hyperactivity Disorder：以下ADHDとする）を、注意欠陥による行動制御の問題と情動制御の失敗による衝動性の2つの問題があるとしている。情動制御と意識集中とし

てのマインドフルネスの概念から、ADHDにもDBTは（部分的には）適用可能であるかもしれない。

以上のことから、DBTはBPDのパーソナリティ障害に対する治療法ではなく、衝動性や自傷行為、情動制御不全などを低減させるための治療法であり、適応範囲はBPDに限られない可能性が強い。そこには、遊佐（2010）の述べるような心理教育的側面があることが関係しているだろう。そのため、他の精神疾患患者にも適用可能なのである。DBTが、自傷行為等の行動化や自殺行動を減少させるための有効なアプローチの1つであるならば、たとえDBTがBPDに特化した治療法とは言えなくても、その存在は非常に重要である。

## DBTの理論的基礎である 情動制御障害について

Linehan & Koerner（1992）は、BPDの基本的障害は情動制御障害であるとしている。この情動制御障害は、遺伝、胎生期の出来事、早期の外傷的体験などによる中枢神経系の脆弱性等の生物学的要因と、環境的要因としての無効化する環境の2つの要因の発達過程における相互作用からもたらされるものであり、感情的傷つきやすさと情動制御不全によって作り出される障害である。

感情的傷つきやすさとは、情動刺激に対する非常に高い易刺激性、情動反応の強烈さ、一度情動が高ぶった後高ぶる前の状態に戻るまでの時間が非常に遅いこと、などである。

情動制御不全とは、ひどく否定的・肯定的な情動に関わる不適応行動の抑制の出来なさ、協調的行動の調整不全、強烈な情動によって引き起こされた精神的興奮を自分でなだめ落ち着かせることの困難さ、強烈な情動を体験している中で注意集中が失われること、などである。

この感情的傷つきやすさと情動制御不全の生物学的側面に関しては、環境的要因の影響が早期からあること、また治療によって情動制御不全が改善される前提でDBTの治療プログラムが作成さ

れている点からも、注意が必要である。たとえ容易に改善する障害ではないとしても、生物学的要因を強調することは、あたかも生まれ持った障害で改善が不可能との印象を与えてしまう可能性がある。実際に、Linehan (1993a) 自身も“生物学的要因は必ずしも遺伝的なものという意味ではない”と注釈を付けており、情動制御障害の生物学的要因の扱いには疑問が残る。

更に、Bateman & Fonagy (2004 狩野他訳 2008) は、DBTにおける情動的な過剰反応である感情的傷つきやすさについての強調は、実証可能なデータによって十分に支持されているわけではない、と忠告した。Herpertz, Werth, Lukas, Qunaibi, Schuerkens, Kunert, Freese, Flesch, Mueller-Isberner, Osterheider, & Sass (2001) は、刺激を求める衝動行為や脱抑制的な衝動行為の傾向を示す皮膚電気の高反応性研究において、BPD患者がその低反応性を示さないことを報告しており、また自己報告データでも生理学的データでも、情動反応の強烈さにBPD患者と対照群に有意差がなかったことを報告している (Herpertz, Hanns, Svhwenger, Eng, & Sass, 1999)。

Bateman & Fonagy (2004 狩野他訳 2008) は、BPDのメンタライゼーションに基づく治療 (Mentalization-based Treatment) の観点から、情緒的困難さの中核について新たな視点を提示している。それは、BPD患者は情緒を調節する技術の発達の失敗としての情動制御不全に陥っているのではなく、情緒を誤解し、誰のものかを誤認し、それらを混乱させてしまう状態にある、という視点である。このことから、情動制御不全は生物学的要因としての中枢神経系の脆弱性ではないとしている。

DBTではBPDの情動制御障害を理論的基礎としている以上、生物学的要因に関しては今後更なる研究が必要であろう。

## DBTの有効性と問題点としての今後の課題

本論で述べてきたDBTの有効性と今後の課題をまとめる。有効性としては、その適用範囲が

BPDに限られず、衝動性や自傷行為、情動制御不全を抱えるBPD以外の人々にもアプローチできることと、CBTが適用できない患者を対象として治療的アプローチを行える可能性があることが挙げられる。DBTがそもそもBPDに特化した治療法として作られた経緯を考えると、DBTの適用範囲が広いことはDBTがBPDの治療法ではないのではないか、という批判も生じるかもしれない。しかしながら、DBTが自殺行動や自傷行為などが減少する治療法の1つであるのであれば、自殺が深刻な社会的問題として存在している現代社会において、その存在は非常に重要であると言えよう。ただし、DBTの治療者は、DBTがBPDに特化した治療法ではない可能性について十分に検討しなければならない。

今後の課題の1つには、DBTでの妥当化や受容と他の心理療法・精神療法での共感や受容との概念的類似性と相違点の明確化の必要性がある。2つ目は、マインドフルネス概念の吟味と測定に関する問題である。具体的には、心的状態としてのマインドフルネスを包括的概念として捉える際の定義、マインドフルネス状態の測定方法の検討と尺度作成の試みの必要性、マインドフルネススキルと心的状態のマインドフルネスとの関連性の検討等が挙げられる。3つ目には、日本で行っているDBTと標準化DBTとの治療効果比較の検討がある。特に日本においては、構造化された治療としての実証研究は見当たらない。4つ目には、DBTの理論的基礎である情動制御障害の生物学的要因についての検討が挙げられる。

こうしたDBTの課題を検討し、DBTが自傷行為や自殺行動などに対する有効な治療的アプローチであることが確認できれば、それは日本の自殺問題に寄与できる取り組みの1つとなりうるだろう。

## 引用文献

Barley, W D., Buie, S. E., Peterson, E. W., Hollingsworth, A. S., Griva, M., Hickerson, S. C., Law-

- son, J. E., Bailey, B. J., (1993). Development of inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, **7**,(3), 232-240.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization - based Treatment. *Oxford University Press*.  
(ベイトマン A., フォナギー P. 狩野力八郎・白波瀬丈一郎 (監訳) (2008). メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害—MBTが拓く精神分析的精神療法の新たな展開— 岩崎学術出版社)
- Germer, C.K., Siegel, R. D., & Filton, P. R. (2005). Mindfulness and Psychotherapy. *Guilford Press, New York*.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., Brent, D. A., (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *J.Am.Acad.Child. Adolesc. Psychiatry*, **46**, 820-830.
- Herpertz, S., Hanns, H., Svhwenger, U., Eng, M., & Sass, H. (1999). Affective responsiveness in borderline personality disorder: a psychophysiological approach. *The American Journal of Psychiatry*, **156**, 1550-1556.
- Herpertz, S., Werth., Lukas, G., Qunaibi, M., Schuerkens, A., Kunert, H. J., Freese, R., Flesch, M., Mueller-Isberner, R., Osterheider, M., & Sass, H. (2001). Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, **58**, 737-745.
- Kabat-Zin, J. (1990). Full Catastrophe Living. *Delta Trade Paperbacks*.  
(カバットジン J. 春木豊 (訳) (2007). マインドフルネスストレス低減法 北大路書房)
- Linehan. M. M., Armstrong. H. E., Suarez, A., Allmon, D., and Heard, H. (1991). Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, **48**, 1060-1064.
- Linehan. M. M., & Koerner, K. (1992). Behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), Handbook of borderline personality disorder. Washington, DC: *American Psychiatric Press*.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavioural therapy: A Cognitive behavioural approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, **1**, 328-333.
- Linehan, M. M. (1993a). Cognitive-Behavioural Treatment of Borderline Personality Disorder. *New York: Guilford Press*.
- Linehan. M. M. (1993b). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. *The Guilford Press*.  
(リネハン, M. 小野和哉 (監訳) (2007). 弁証法的行動療法実践マニュアル境界性パーソナリティ障害への新しいアプローチ 金剛出版)
- 永田利彦 (2007). 弁証法的行動療法 (DBT) の登場とその衝撃—日本での実践の壁— ころろの臨床 a・la・carte, **26** (4), 60-71.  
(Nagata, T.)
- Oldham, J. M., Phillips., & Gabbard, G. O. (2001). Practice Guideline for the treatment of Patients with Borderline Personality Disorders. *Supplement to the American Journal of Psychiatry*, **158**, 1-52.
- 齊藤富由起・守谷賢二 (2009). 弁証法的行動療法におけるマインドフルネスと境界性パーソナリティ傾向の関連性 千里金蘭大学紀要, 43-50.  
(Saito, H., & Moriya, K.)
- Telch, C. F., Agras, W. S., Linehan. M. M., (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J. Consult. Clin.Psychol*, **69**, 1061-1065.
- 宇野宏幸 (2003). 注意欠陥多動性障害と行動抑制—認知神経心理学的モデル— 特殊教育学研究, **40** (5), 479-491.

(Uno, H.)

吉永陽子 (2007). DBTを学ぶQ & A集 Q29  
DBTにかかる費用 (自費の場合) はどれくらい  
でしょうか? こころの臨床 a・la・carte, **26** (4), 37.

(Yoshinaga, Y.)

遊佐安一郎 (2007). ドクター・ユサの訪問記65  
人格障害のための新しい治療アプローチ弁証  
法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy)  
創始者, Marsha Linehan, Ph. D. を訪ねて――

その2: 変化と受容の弁証法的治療プロセス――  
こころの臨床 a・la・carte **26** (4);  
124-129.

(Yusa, Y.)

遊佐安一郎 (2010). パーソナリティ障害の心理  
教育――境界性パーソナリティのための弁証  
法的行動療法の心理教育的側面 (特集 患者と  
家族に伝えるべきこと――心理教育 update)  
臨床精神医学, **39** (6), 801-808.

(Yusa, Y.)

―― 2010. 10. 5 受稿, 2010. 12. 5 受理 ――