

日常臨床における精神療法 —治療関係からメンタライジングまで—

文教大学

池田暁史

本講演に関する 開示すべき COI はない

本発表に含まれる治療者 - 患者間のやり取りは、MBTの介入を
分かりやすく明示するためのモデルケースであり、
具体的な1つの症例に基づくものではない

本日の内容

- 精神療法のエビデンスに関するトピック
- メンタライゼーションに基づく精神療法
- 日常臨床における精神療法

精神療法のエビデンスに関する トピック

THE EFFECTS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY AS AN ANTI-DEPRESSIVE TREATMENT IS FALLING: A META-ANALYSIS.

JOHNSEN TJ, FRIBORG O.

PSYCHOL BULL.141:747-68. 2015.

- 単極性うつ病に対する認知行動療法のメタアナリシス
- 1977年から2014年までの70研究をエントリー

うつ病に対するCBTの効果は導入以降一貫して下がり続けている

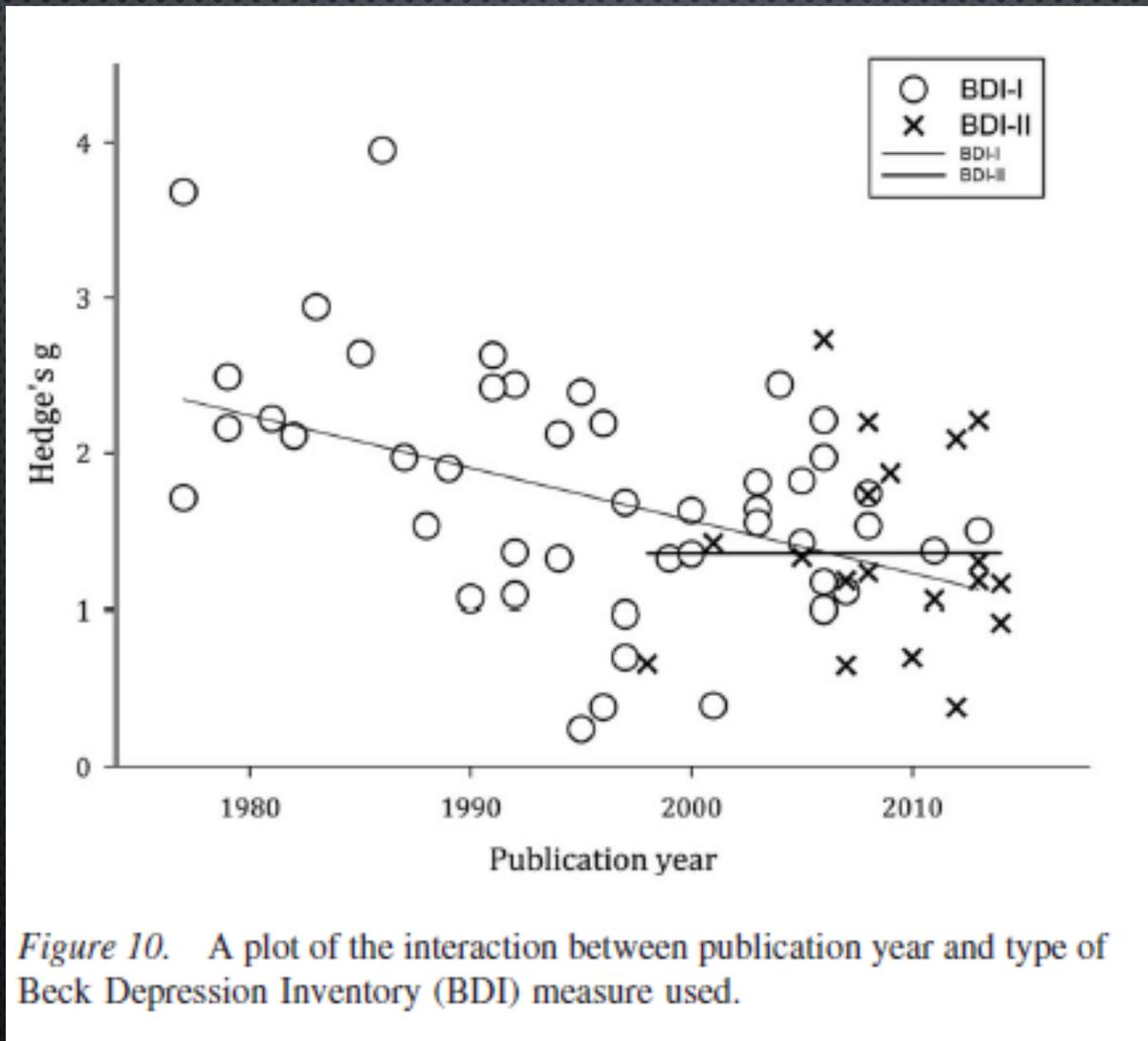


Figure 10. A plot of the interaction between publication year and type of Beck Depression Inventory (BDI) measure used.

考えられる要因

- CBTが非常に普及したため、治療者の技術やマニュアル遵守率が低下してきている
- プラセボ効果（新しい治療の方が患者も治療者も効くのではないかという期待が大きくなる）
- 文化的背景（治療は、それが誕生した当時の社会状況に対して最も効果がある？）
- 治療者（そして患者も）自分の行っている治療に**希望**を抱けることが大事なのは

PSYCHODYNAMIC THERAPY: AS EFFICACIOUS AS OTHER EMPIRICALLY SUPPORTED TREATMENTS? A META-ANALYSIS TESTING EQUIVALENCE OF OUTCOMES.

STEINERT C, MUNDER T, RABUNG S, HOYER J, LEICHSENRING F.

AM J PSYCHIATRY 174: 943-953. 2017.

- ・ 力動精神療法とCBT、もしくは力動精神療法と薬物療法の無作為化対照試験23研究2,751人のメタアナリシス

- 対象疾患は、うつ病（8件）、不安障害（4件）、摂食障害（4件）、パーソナリティ障害（4件）、物質依存（2件）、PTSD（1件）
- 23件のうち2件が薬物療法との比較で、21件は他の精神療法（主としてCBT）との比較
- 各疾患ごとの標的症状の改善率を比較検討
- 治療終結時の改善率においても、追跡調査時の成績においても治療効果は同等

PRAGMATIC RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF LONG- TERM PSYCHOANALYTIC PSYCHOTHERAPY FOR TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION: THE TAVISTOCK ADULT DEPRESSION STUDY (TADS).

FONAGY P, ROST F, CARLYLE JA, MCPHERSON S, THOMAS R, PASCO FEARON
RM, GOLDBERG D, TAYLOR D.

WORLD PSYCHIATRY 14: 312-21. 2015.

- ・ 治療抵抗性うつ病への長期精神分析的な精神療法
- ・ 英国ガイドラインに基づく通常治療との無作為対照試験 (N=129)

- 18か月間の治療的介入と、24か月、30か月、42か月時の追跡調査

	18か月 (終結時)	24か月	30か月	42か月
完全寛解				
LTPP	9.4%	—	—	14.9%
TAU	6.5%	—	—	4.4%
部分寛解				
LTPP	32.1%	38.8%*	34.7%**	30.0%**
TAU	23.9%	19.2%	12.2%	4.4%

EVALUATING THREE TREATMENTS FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A MULTIWAVE STUDY.

CLARKIN JF, LEVY KN, LENZENWEGER MF, KERNBERG OF

AM J PSYCHIATRY 164: 922-8. 2007.

- ・ 90人のBPD患者に1年間介入
- ・ 転移焦点化精神療法、弁証法的行動療法、支持療法＋薬物に無作為割付

- 転移焦点化療法で改善
 - 抑うつ、不安、全般的機能、社会適応、
自殺企図、怒り、衝動性、易怒性・暴力
- 弁証法的行動療法で改善
 - 抑うつ、不安、全般的機能、社会適応、
自殺企図
- 支持的療法＋薬物で改善
 - 抑うつ、不安、全般的機能、社会適応、
怒り、衝動性

MENTALIZATION-BASED TREATMENT FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER.

- EFFECTIVENESS OF PARTIAL HOSPITALIZATION IN THE TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.
- TREATMENT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER WITH PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED PARTIAL HOSPITALIZATION: AN 18-MONTH FOLLOW-UP.
- 8-YEAR FOLLOW-UP OF PATIENTS TREATED FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER: MENTALIZATION-BASED TREATMENT VERSUS TREATMENT AS USUAL.

BATEMAN A, FONAGY P

AM J PSYCHIATRY, 1999; 2001; 2008

- 約40名のBPD患者をMBTと通常治療群とに無作為に割付

- 個人精神療法と集団精神療法を中心とした18ヶ月のデイケア治療を通常の治療と比較
- 18ヶ月の治療終結時点で、抑うつ症状、自傷、自殺企図、緊急入院日数、社会機能が有意に改善
- 終結から5年後（治療開始から8年後）の追跡調査でも、いずれの項目も効果維持または、より**改善**（SLEEPER EFFECT）

ここまでで分かること

- 「精神分析（的精神療法）にはエビデンスがない」という批判が通用する時代は既に終わっている
- 重要なのは、どの精神療法であれ、きちんと実践すれば、ほぼ同等の効果が期待できるということ
- つまり、何の精神療法をやるかよりも、ある精神療法をいかに学び、実践するかの方がはるかに重要

メンタライゼーションに基づく 治療

メンタライゼーション／メンタライジングとは

- 自分や他者のこころの状態に注意を向けること
- 自分や他者の行動を内的なこころの状態と結び付けて理解すること
- 状況に応じて強くなったり弱まったり、絶えず揺れ動くダイナミックな過程である

我思う、ゆえに
我あり



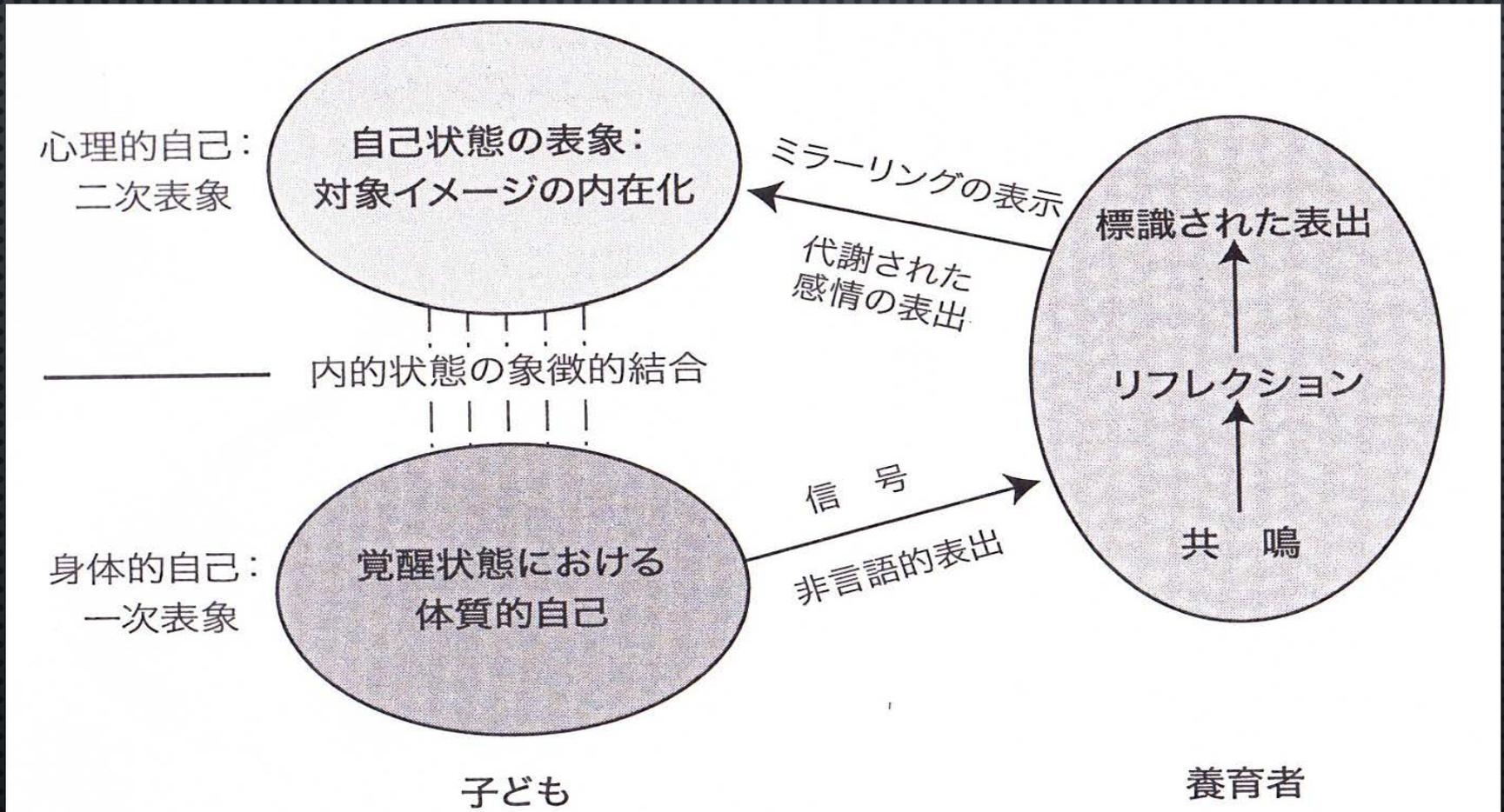
ルネ・デカルト

「我あり」と思う母
あり、ゆえに我あり



ピーター・フォナギー

乳幼児が自分のところを知るためには、養育者のメンタライジングが必要である

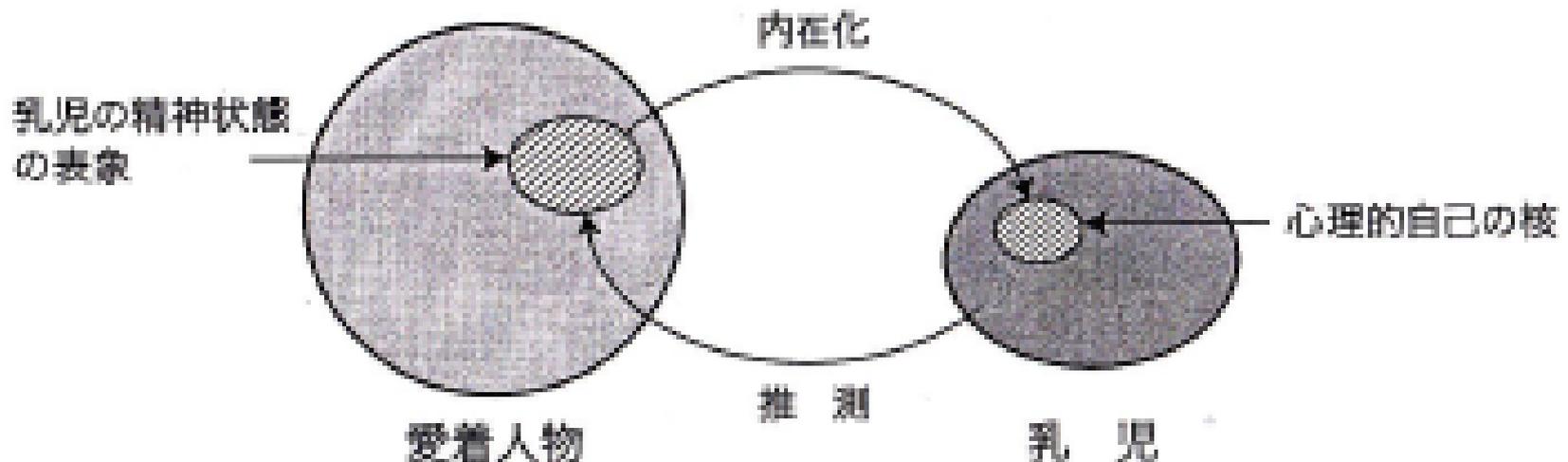


Fonagy, Gergely, Jurist, and Target (2002)

図 3.1 間主観的空間と情緒の象徴化

養育者のメンタライゼーションが内在化され、 子どものメンタライゼーションになる

愛着人物が乳児のこころ（主体性）を「見出す」



乳児は、心理的自己を形成するために養育者の表象を内在化する。
養育者との安全で遊び心のある相互作用が、内的現実を経験する
原始的モードを統合させるに至る → メンタライゼーション

メンタライゼーションの獲得により生じる こころの発達

- 自分の中で生じていることに名前を付けることができる
 - 得体のしれないお腹のギュルギュルに「空腹」という名前を付けることができる
- 欲求不満や苦痛に耐えることができる
 - 「空腹」ですぐに死ぬことはない
- 行動に走るのではなく、考えることで対処できる
 - もう少しでゴハンだから、それまでの辛抱だ
- 自分と他者の区別がつく
 - 今日のゴハンは何かなあ、ハンバーグがいいけどお母さんはハンバーグ好きじゃないからなあ

メンタライジングが機能しないと、空想と現実とのバランスが崩れる

- 空想が現実を侵食する
 - 心の中でのことがそのまま現実になる
 - フラッシュバック、夜のトイレにお化けが出る、「先生は私のことなんて嫌ってるに決まっている」
- 空想と現実とが完全に切り離される
 - 心の中でのことが現実とは無関係とされる
 - 乖離、希死念慮のない自傷

メンタライゼーションに基づく治療

MENTALIZATION-BASED TREATMENT (MBT)

- MBTでは、洞察によるパーソナリティの変化であるとか、認知やスキーマの修正と云った大きな目標を掲げない
- MBTの目標は患者のメンタライジング能力の増強
- それによって患者のこころの中（空想）と現実との間に適切な橋を架けることで情緒のマネジメントを可能にする
- 具体的には「先生は私のことなんて嫌いに決まっている！」という決め付けに疑念を抱けるようになる

MBTの介入モデル（池田 2011）

- あるBPDの患者が面接の冒頭で週末に自傷したことを報告した。治療者は内心でウンザリしつつ、このウンザリの背後にある自分のところに目を向ける。すると、これが治療者としての無力感を惹起されたことへの反応であることに気づく。この省察によってウンザリ感を乗り越えた治療者は<また自傷することになってしまって、あなた自身が一番ショックだったでしょうね>と告げる（支持／共感）。
- 治療者は<ちょっと振り返ってみましょう。切りたくなかったときのことを、その少し前まで戻って話してもらえませんか>と患者のこのころの時計を巻き戻す。患者の答えは「皆が私を嫌っているんです」と要領を得ない。治療者は<皆が嫌っているんですか。あなたがそう思うに至るまでに誰が何をいって何をしたのか、なるべく詳しく教えてください>とコマ送りを試みる。

- 患者は「あの日は、友達4人と11時に待ち合わせて映画を観に行っただんです。すっごく面白くって、その後カフェでお茶してたんです。皆で楽しく話していたんですけど、Aちゃんがトイレに行ったら、BちゃんもCちゃんもいきなり携帯電話をチェックし始めて……。それで、家に帰って切ったんです」と答える。この間、治療者は<そこをもう少し詳しく><端折らないで頑張ってみて><そのときあなたのところに浮かんだことを教えてください>などの合の手を幾度も入れている。
- 治療者は、友人2人が携帯電話をチェックした場面が、患者のメンタライジングが失敗した瞬間であることに気づく。それで<ちょっと待ってください>と一時停止する。治療者は<友人2人が携帯電話をチェック出したとき、あなたはどういう気持ちだったんですか>と更に感情の詳述を奨励する。患者は「そんなの、やってられないと思うに決まってるじゃないですか」と声を荒げる。

- 治療者は患者の情緒的興奮が高まりメンタライズ能力が失われつつあることに気づき<ちょっと一呼吸置きましょう>と改めて一時停止する。治療者は少し間を置いてから<頑張りましょう。ここをもっと詳しく考えることがどうしても必要だと私には思えるのです>と探索的な姿勢を示し続ける（挑戦）。やがて患者は「BちゃんもCちゃんも、一緒にいたいのはAちゃんであって私じゃないんだな、私となんていたくないんだなって……。そしたら私に生きてる価値なんてないなって……」と答える。
- 治療者は<えーと、私の理解が正しければ（制限付きのラベリング）、Aちゃんが席を外した際に皆が携帯電話をチェックしたので、あなたは皆に嫌がられていると思って生きていたくなくなったということですか>と自分の理解を提示する。患者が同意したところで、治療者は<そこで他の考え方はできませんか>と基本的メンタライジングを促す。

- 患者は「他って、ありえないでしょ。2人とも私の相手なんてしたくないから携帯電話をいじってたんです」とにべもない。治療者はくたたとえばですけど、2人ともきつとあなたも携帯電話をチェックしたがつているだろうと思っていた可能性とかは考えられませんか>と別の可能性（代替的視座）を提示する。患者は「えっ?! そんなことある訳ない……、いや、あるかもしれないけど……」と考え込む。治療者はくもちろんこれは可能性の話です。でも可能性だったら他にもいろいろあるかもしれませんよね。もう少し考えてみませんか>と更なるメンタライジングを促す。

日常臨床における精神療法

なぜ精神科医に精神療法が必要なのか

- あらゆる診療科で患者は、**症状そのものによる苦痛**と健康な自己を失った**喪失の苦痛**という二重の苦痛をもち込む
- 身体科医の場合
 - 症状による苦痛（身体的苦痛） ⇒ 身体科医療で対応可
 - 喪失による苦痛（精神的苦痛） ⇒ 身体科医療では対応できない
- 精神科の場合
 - 症状による苦痛（精神的苦痛） ⇒ 精神科医療で対応すべき
 - **喪失による苦痛（精神的苦痛） ⇒ 精神科医療で対応すべき**
 - ⇒ 精神科ではどちらの苦痛にも対応することが求められる
 - ここに精神科で精神療法が必要となる理由がある

症状による苦痛と喪失による苦痛

- 症状そのものによる苦痛
 - 医学知識である程度までの理解と対処が可能
 - ただし本当のところは治療者に理解できないという認識は重要
 - ⇒ 緩和、除去を目指すモデル
- 喪失による苦痛
 - 医学知識では理解も対処も不可能
 - 治療者自身のこころを用いることで初めて理解が可能
 - ⇒ もちこたえる力を高めるモデル

精神科臨床における喪失の重要性

- 精神科の治療とは患者にとって喪失の連続である
- というのも...
 - 症状の緩和はともかく除去を達成できるケースは稀
 - 仮に除去できたとしても多くは内服による維持療法が必要
 - 治療を受けても治まらない症状がごく普通に存在する
- 精神科医療の現状において、こうした喪失体験に伴う失望や幻滅は不可避免的に内在化されている

喪失による患者の苦痛とどう向き合うか

- ある程度患者と向き合っている治療者なら患者が喪失を体験（失望、幻滅）していることは何となく分かる
- そのときに、治療経過、処方薬の薬理作用、症候学などを持ち出して、説明・説得しても患者の支えにはならない
- 先ずは患者が苦しんでいる喪失体験に目を向けること
- そして、それを言葉にして患者に伝えること
- 「患者を喪失から助けなければならない」とべき論で考える治療者ほど、患者の喪失に触れることを恐れて理詰めの方に走り、結果として患者の気持ちから遠ざかる傾向がある

患者の喪失に向き合える治療者になるために

- 治療者自身の不安を、説明とか説得という形で、**安易に排出しない**
- 治療の場にもたらされる**情緒をもちこたえ**、治療者自身がそれを体験することを通して、患者を理解するためのきっかけとする
 - NEGATIVE CAPABILITY
 - 患者の苦しみを救うのではなく、**掬うこと**（池田）
- 患者は**自分の絶望と逃げずに向き合ってくれる治療者**にしか**希望**を見出せない
- 共感はしようと思っただけのものではなく、こうしたことの積み重ねからしか生まれない

おわりに

—情緒をもちこたえやすくなるために—

- 訓練は重要
- 特にスーパービジョンを経験すること
- その際、学派は何でもよい
- ただし、一貫性をもつこと
- こうした経験が治療者の中に希望の灯をともし続ける糧となる