

境界性パーソナリティ障害の家族研究・家族支援の概観と展望

臨床心理学コース 須川 聡子

Review of Studies and Supports for Family of Persons with Borderline Personality Disorder

Satoko SUGAWA

Recently, due to the advance of treatments, it is said that evidence-based therapies for borderline personality disorder (BPD) have been developed and the supports for their families have been increasing. This paper reviewed the hypotheses of BPD mechanism(s) including family factors, and psychoeducational supports for them. First, researches of risk factors of BPD (genetics, trauma, family environments, etc.) were examined. Secondly, programs and effects of family psychoeducation (FPE) and family education (FE) were compared with each other. Considering the above two items and applying the FPE for Japanese Family, three viewpoints; "Family is Single and/or Multi?", "Session of Family Members and/or including Patient", and "Short term and/or Long term", are needed to proceed more suitable family support program.

目次

はじめに 問題の所在と研究の目的

1. 境界性パーソナリティ障害 (BPD) と家族
 - 1-A. BPDのリスク要因
 - 1-B. 家族と協働する必要性
2. 家族心理教育／家族教育プログラムとその効果に関する研究
 - 2-A. 専門家による家族心理教育プログラム
 - 2-B. 家族支援団体による家族教育プログラム
 - 2-C. その他の家族介入
 - 2-D. プログラムの特徴の比較
3. BPD家族心理教育の日本への導入
 - 3-A. 単一家族か複数家族か
 - 3-B. 家族合同面接か個別面接か
 - 3-C. 短期間か長期的繋がりか

おわりに BPD家族研究・支援の課題と展望

はじめに 問題の所在と研究の目的

境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder : BPD) は、DSM-VではクラスターB群に分類されるパーソナリティ障害であり、1)見捨てられ不安 2)不安定な対人関係 (理想化とこき下ろし) 3)同一性障害 4)自己破壊行動 5)自殺関連行動、自傷行為 6)感情の不安定性 7)慢性的な空虚感 8)怒りの制御不全 9)一過性の妄想用観念または解離症状のち5つ以上に当てはまるものが診断基準とさ

れる。DSM-IV-TR¹⁾におけるBPDの有病率は、一般人口での0.7～2%、精神科外来患者の10%と入院患者の20%、臨床支援を受けているパーソナリティ障害患者の30～60%を占めると推定されており、BPD患者が特に保護と集中的治療を含む臨床支援を必要としていることが推測される。さらに、2008年の米国における大規模研究 (対象者34653人) では5.9% (男性5.6%、女性6.2%) という高値が報告されている²⁾。従来の総説と比べると、近年のDBT患者の増加が推測される。日本においても、一般人口に対する有病率は示されていないが、24～30歳までの女性の精神科外来患者の38%³⁾、自殺行動を示す精神科入院患者の55%⁴⁾がBPDと診断されているとの報告があり、支援に繋がる割合の大きさが見て取れる。

さて、BPDの臨床と治療に関する研究については、1970年代の対象関係理論に基づく研究に始まり、最近20年ほどの間にはエビデンスのある治療法が複数確立されて欧米を中心に大きな進歩を見せてきた。Linehanによる弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy : DBT)⁵⁾⁶⁾、Youngによるスキーマ療法⁷⁾、Bateman & Fonagyによるメンタライゼーションに基づく精神療法⁸⁾など、治療効果を示す研究報告が蓄積されている。米国では、BPDの入院患者の70%が6年後にはBPDと診断されないまでに回復していたと報告されており⁹⁾、この診断名が付くことは、治療法の確立された希望の持てる障害として患者、家族、専門家に受け入れられるまでに変化している。患者の支援

に際しては、家族を治療チームに加えること、さらには家族への支援の重要性も認識されるようになってきた。本人にとって最も近い距離に存在する家族がBPDについての知識を深め、より効果的にコミュニケーションする工夫を学べる場も数多く提供されている。そして、支援のどの要素が家族の疲弊を和らげたり、家族のどのような関わりが本人の回復に役に立ちうるのかを把握するといった、効果のある家族支援を可能とするための知見の蓄積が急務である。

日本においても、2011年発行の精神科治療学において「BPDの新しい理解と援助のあり方」という特集が生まれ、BPDはもはや“common disease”つまり、ありふれた疾患であると認識されるようになってきた¹⁰⁾。この特集の構成からは、治療・援助に専門家がチームで関わる視点、家族もその仲間へぜひ加えようという視点、さらに、地域でも連携しながら支えていく視点、という“点”の支援でなく“線、そして面”の支援の重要性を汲み取ることができる。しかしながら、臨床において家族を含める動きは活発なものの、BPDと家族機能についての実証研究はいまだ少なく、さらに介入の効果についての実証研究はこれからという段階にある。

本稿は、BPD患者とその家族への支援と、支援の効果を検証する研究が求められている昨今、BPDの形成・維持と回復に家族がどのように関与するのか、また、日本にも導入されつつある海外の家族心理教育プログラムの内容と効果がどのようなものであるか、さらには現在の日本におけるBPDの家族心理教育においてどのような工夫がなされているのかを、既存の臨床の知見と研究の整理を通じて探究するものである。

1. 境界性パーソナリティ障害 (BPD) と家族

BPDは生物学的要因と環境要因とが相互作用することで形成されるとする仮説が最も実用であると言われ、支持されている^{5) 11) 12) 13)}。生物学的要因には遺伝因子や出産前後(周産期)における要因、環境要因には地域社会や家庭環境からの要因が挙げられることが多い。例えば、Linehan⁵⁾の仮説である「生物社会理論」では、生物学的な感情の傷つきやすさ(感情の過敏さ、強度、ベースラインへの回帰の遅さ)には、遺伝的な影響、出生前の要因といった生得的な側面もあるが、中枢神経系の発達に影響する小児期のトラウマ、すなわち生活体験の側面が影響しているとも考えられている。環境要因には「非承認的環境」、す

なわち「周囲の人々がある特定の個人の経験を否定したり、経験に対して気まぐれに、不適切に反応したりする傾向」を挙げている。また、Youngら¹²⁾は、大多数のBPD患者が強烈な感情を体験しやすく、気質的な不安定と、家庭環境が相互作用することによって、BPDが形成されるという仮説を提唱している。本章では、リスク要因を挙げながら、それらがどのように相互作用するのかを把握し、治療者が家族を始めとする患者の身近な人々と協働する必要性を示す。

1-A. BPDのリスク要因

BPDの発症に関わると考えられているリスク要因は多数存在するが、リスク要因同士の相互作用に注目しながら、上述の仮説に見られたリスク要因である遺伝とトラウマ、家庭環境を含む非承認的環境を順に挙げていく。

1) BPDの遺伝 APAの治療ガイドラインにおいて、BPDの遺伝的素質が認められているが、実際、BPDの特性が遺伝することが実証されたのは近年になってからのことである。2000年にノルウェーで行われた双子研究¹⁴⁾で、BPDの診断の一致率が二卵性双生児では7%であるのに対して、一卵性双生児では35%に達することが明らかにされた。続いて、2008年にヨーロッパ3か国を対象に行った双子研究¹⁵⁾でも、BPD傾向には遺伝の影響が42%、環境の影響が58%であるというデータが示されている。Zanariniら¹⁶⁾は、BPD患者の一親等親族には、診断がつくほどの人は多くないが、合症候性の病理がみられる傾向があると述べている。これらの研究からは、親の育て方に関わらず、生まれつきBPDを引き起こすリスクがあることが明らかにされたとも言えるし、親にも何らかの脆弱性が見られる場合があるとも言えよう。しかし、「遺伝的脆弱性や器質的脆弱性が存在したからといって、それだけで精神障害を引き起こされることはない」とParis¹⁷⁾が述べているように、遺伝的にリスクがあっても本人を受け入れられる環境があれば、必ずしも発症するとは限らない。

2) 虐待やトラウマ 成人のBPD患者を対象とした後方視研究においては、対象者の殆どが「性的ならびに身体的虐待、ネグレクト、そして家族の機能不全を含む、子どもの頃の逆境あるいはトラウマを経験したと報告する」¹⁸⁾ことが確かめられている。発達過程での外傷体験は、感情調節を司る部分である海馬や扁桃体の委縮といった脳の生物学的な変化に影響を与える¹⁹⁾ため、遺伝的要因だけでなく、外傷体験に繋がるよう

な環境要因が生物学的感情の傷つきやすさに作用するのは明らかである。しかし一方で、一般人口における児童虐待についての研究では、「虐待された経歴を持つ成人の80%は何の精神障害も発症していない」¹³⁾ことも実証されており虐待を受けたからと言ってBPDを発症するとは限らない。さらに、患者の記憶による報告に基づいた研究の所見を安易に解釈することへの懸念も示されている。Lefley²⁰⁾は、「BPD患者の親が、実際に思いやりがなかったのか、それとも生物学的要因からBPDの人が養育者と通常の絆を築くことができなかったのかを判断することは困難」であると述べている。生まれつきの要因によって、親にとっても育てにくさを経験した可能性や、子どもも経験がよりトラウマ的になりやすかった可能性に留意する必要がある。

3) 非承認的環境

環境要因には、Linchanが「非承認的環境」と表しているような、周囲の人々から経験を否定されたり、経験に対して気まぐれに、不適切に反応されたりする傾向が挙げられる。周囲の人々の中には、地域社会からの影響も含まれていよう（学校や近隣の状況が、情動過敏の子どもにとってまるで合っていない場合など）。しかし、本稿においては、家族との連携や家族支援の検討を目的としていることから、患者と密に関係を築いている家族に焦点を当てて、検討を進めることとする。

本人の経験が否定されるような家庭環境とは、どのようなものであろうか。臨床においては、親による子どもへの関わり方の二極化（両親の愛情の欠如・養育放棄、もしくは自律の欠如・過剰なコントロール）が長く指摘されてきた^{6) 21)}。そして、親からの自立と依存とのテーマとBPDとの関連については、最近、日本でもBPD傾向をもつ人を対象とした実証研究が散見されるようになってきた。「親からの自立と親への依存の間で葛藤している、あるいは親に対して依存的存在である、と親子関係を認知していると、BPD傾向が高まる」²²⁾、「BPD傾向が強い大学生ほど精神的自立に向けた親からの支持を得にくいと感じ、自分の家族に対して温かで疎通できるポジティブなイメージを抱いていない」²³⁾などの知見からは、温かな関係を保ちつつ家族が柔軟に再構成されていくことの難しさとBPD傾向との関連が伺われる。

さらに、BPDとのその他のパーソナリティ障害を持つ本人と、その一親等家族それぞれを対象とした後方視研究では、「特に情動障害と衝動性の領域において、共通の家族要因がBPDに寄与している」²⁴⁾ことや、

11年間の縦断研究の成果からも、「叩く、怒鳴る、敵意などを含む最善には及ばない子育てと、両親間葛藤とが、BPDのリスクを増加させる」²⁵⁾ことが報告されている。親自身の感情調節が子どものBPD形成に影響を与えている側面もあると言えよう。

ここまで見てくると、患者本人が生物学的に抱えている感情的脆弱性と、家族や家族メンバー間関係の特徴は、どちらかが決定的な原因というのではなく、遺伝する側面もあれば、生活する中での相互作用により、互いに影響を与え合う側面もあることがわかる。すなわち、遺伝するということは、養育の不適切さのみが病因と言えない一方で、遺伝するだけの要素を親が持っていて、生活の中で影響を与えているかもしれない。また、本人の脆弱性によって家族をよりネガティブに認知することも起きれば、家族が本人の脆弱性からくる反応を認められないことも起きやすい。そのどちらかが、両者にとって関係を安定して維持することを困難にするものであろう。

1-B. 家族と協働する必要性

患者と共に過ごす家族の主観に焦点を移していくと、家族にとってのBPD患者は、酷く疲弊させ、憤慨させる存在であり、家族は「わが子を病気にしてしまった」という罪悪感や自責の念に苛まれている一方で、日々の患者の症状に振り回されていることに対する怒りや苛立ちもあり、常にアンビバレンツな心理状態に置かれている」²⁶⁾。家族は患者と接する上での困難を抱えると同時にBPDを形成する一因とされて周囲から非難、批判、中傷されることも多い。そのため、家族は、どのように対応したらいいのかを周囲に相談したくても、相談したつもりが非難されるという経験をしており、改善に向けて助けを求めることにも苦勞する。Fruzzetti²⁷⁾が、「関係者全員（患者、家族、専門家など）が非難するのをやめた時、あるいは少なくともこれを著しく減らした時、家族介入は最大の効果を持つ」と述べているように、BPD患者の回復のため、また、家族の負担低減と関係性向上のためには、「リスク要因の家族」として捉えるよりも、「家族も困っており、同時に患者のために何ができるか考えている人」と捉えて専門家は接する必要がある。

そこで、BPDを維持する要因を家族と協働しながら変化させていくことが求められよう。DBTのベースとなっている交流モデルでは、BPD患者が「日々極端な気質だったのか普通だったのか、あるいは成長期に家族が十分に関わらなかったり虐待的だったりし

たのか、それとも愛情も思いやりもあったのか、ということあまり重要ではない^{5) 28)}としている。原因追求は家族全体の変化を起こす上で重要ではない。「BPD患者に対する家族の関わりが問題行動を維持している」^{29) 30)}、「家族の相互作用はBPDの維持に影響を及ぼす」²⁸⁾などの記述からは、家族がBPDを維持する要因であることが伺われるが、裏を返せば、「家族内のコミュニケーションを改善することが、BPD治療に効果的である」³¹⁾、「BPD患者の家族に働きかけることは、患者の問題行動に対する介入に役立つ」²⁹⁾ということになりうる。BPD患者本人と家族の現在の困難さを低減するために家族と協働する上では、家族の絶望や罪責感を弱め、患者と効果的にコミュニケーションできるように環境を整える支援をする必要がある。

2. 家族心理教育/家族教育プログラムとその効果に関する研究

家族は困難を抱え支援が必要な存在であると同時に、BPD患者の治療の効果をあげるためには、家族側のリスクを減らし、環境を整える必要もあることが前章までから確認された。海外では、家族の環境を整えるために、専門家によるマニュアル化された家族心理教育プログラムが3つと、家族がファシリテートする家族教育プログラムが2つ発展している³²⁾。それぞれ評価され始めた段階と言えるが、予備的なデータからはその有効性を裏付ける結果が蓄積されつつある。2章では、家族がBPDを理解し、本人に効果的に関わるために、海外で広まっている家族(心理)教育プログラムについて、その内容と効果を先行研究をもとに把握し、これからの家族支援についての展望を考える材料とする。

2-A. 専門家による家族心理教育プログラム

ここでは、専門家による3つの家族心理教育プログラムを見ていくこととする。

1) Gundersonによるマククリーンプログラム 1つ目は、Gundersonら³³⁾により1994年からマククリーン病院で実施されている複数家族グループである。統合失調症に関するMcFarlaneら³⁴⁾の活動や研究に基づき、BPDの患者家族のために適合、展開されてきたものである。この先駆的な実践の背景には、「McFarlaneが統合失調症の家族メンバーを持つ家族に対する介入として、複数家族グループの方が単一家族を対象としてものより有効であることを実証したのを受けて行われた」³¹⁾という経緯がある。マククリーン病院の外来プログラムにお

いて用いられている治療形式は、5領域全15項目から成るパンフレット形式のガイドブックに従って行われている。5領域とは「I目標：ゆっくり行きましょう」から始まり、「II家族環境、III危機管理：注目し、かつ平静を保ちましょう、IV問題に対処すること：協力して、そして一貫した態度で、V限界設定：率直に、しかし注意深く」といったように、普段の状況と危機的状況における患者への接し方や、家族が耐えられないと感じた時の限界設定の工夫まで具体的に説明している。グループは、ジョイニングのフェーズ(患者は出席せず家族のみがBPDの診断について説明を受ける。セラピストと家族との信頼関係づくり)と、複数家族グループのフェーズ(4~7家族が参加し、共通する家族の関心事についての効果的な問題解決法を発展させることに焦点を置いたセッションを行う)から成る。

Gundersonらの予備的研究³³⁾によると、1年間に渡り行われた心理教育/複数家族グループに参加した11家族のデータから、BPD患者がその1年間で望ましい方向への変化を遂げ、入院と自己破壊行為が減少していた。また、家族はより支持され、負担が減り、患者とうまくコミュニケーションが図れるようになったと感じていることが示されている。

2) Hoffman, FruzzettiらによるDBT家族スキル訓練(DBT-FST) 上述のGundersonらのプログラムと同時期の1995年から、ニューヨーク長老派教会病院においてFruzzetti, A.E.によるコンサルテーションのもとでHoffman, P. D.らがDBT家族スキル訓練(DBT Family Skills Training: DBT-FST)を始めている³⁵⁾。Hoffmanらは、統合失調症や気分障害の患者と異なり、「BPD患者の長期的な予後と家族の感情的巻き込まれにはよい関連がある」³⁶⁾ことを臨床的結果から示唆しており、それ故に感情の承認(validation)を通して家族が巻き込まれることが患者には重要であるとした。上述のGundersonのプログラムが、参加する家族に共通する問題を取り上げる形で問題解決のためのセッションを重点的に行っているのに対して、DBT家族スキル訓練では、問題解決のための話し合いだけでなく、家族がスキルを習得すること、そしてBPDを持つ本人に対して承認的な環境を作りやすくなるよう支援をする側面を重視していることが最大の特徴である。

このプログラムは、Linehanの弁証法的行動療法(DBT)に基づいて、BPD患者と家族が参加する複数家族グループと個々の家族の治療の両方が行われる。スキルの習得に焦点を置いたセッションと、(Linehanの弁証法的概念である)受容と変化のバランスをとり

ながらそのスキルを適用させていくセッションの2部で構成されている。スキルには、オリエンテーション、マインドフルネス、関係性のマインドフルネス、対人関係・感情調節・苦痛耐性スキル、正確な表現、承認、問題管理が含まれる。

DBTスキル訓練の効果についても予備的研究の段階ではあるが、「BPDのクライアントからもその家族からも非常に評判がよい。例えば、家族の満足度は5段階の5で、途中でやめる家族の割合は低く、参加者の半数が6か月の期間を終了した後も継続を希望している」³⁷⁾こと、また、BPDを持つ本人への効果は評価されていないが、家族側にはポジティブな変化が認められており、「家族のストレスの軽減、効果的なコミュニケーションの報告の増加」³⁷⁾が報告されている。

3) Fruzzettiによるネバダプログラム(カップル・家族とのDBT) 3つ目のプログラムは、Fruzzettiとネバダ大学の同僚によるカップルや家族とのDBTのプログラムである。標準的な外来患者のためのDBTプログラムでは、患者が思春期の場合に家族にも治療に加わってもらったり、カップルの場合にはパートナーにも治療に加わってもらう形をとりうる。そのため、多様なフォーマットが準備されており、BPD患者本人と家族のみが参加する場合も、家族のみが参加する場合もあり、また、単家族の場合も複数家族グループになる場合もある。スキルグループのみの場合も、カップルセラピーや、家族療法の中でスキル訓練を追加する形をとる場合もある。プログラムの内容には、患者本人のためのDBTの中核スキル(マインドフルネス、対人関係・感情調節・苦痛耐性スキル)に加え、家族スキル(関係性のマインドフルネス、正確な表現、承認、問題管理、親密のスキル(特にカップル向け)と、親業スキル(親向け)が含まれる。家族の立場によりフィットしたプログラムが構成されていると言えよう。

親密のスキルは、Linehanの「徹底的受容」⁵⁾のスキルを基盤とし、対立的なやりとりを理解と絆に変える機会をカップルや親子に与え、精神的苦痛を抱えた夫婦にありがちな“親密と独立”という二極、精神的苦痛を抱えた10代の子と親にありがちな“依存と自立”という二極を解決するためのものとされている。

親業のスキルは、子どもの年齢によって、①子どもの安全を守る、②複数の領域にわたる健康的な発達に関する教育、③人間関係のマインドフルネス、④ネガティブな反応性を減らす、⑤承認スキル、⑥親業の二極を統合する、⑦ポジティブな親子関係を築く、⑧効

果的な限界、⑨対立を理解と承認に変える、⑩子どもの能力を助けるなどがある。

Fruzzettiの携わったDBT親業スキルのパイロット研究³⁷⁾では、親は精神的苦痛が減ったと報告し、その子ども(介入には不参加)も自分自身および人間関係に対する満足度の向上と様々な精神的苦痛・精神病理項目の顕著な低下が報告されている。DBT家族スキルを使ったセッション6回の治療でも、パートナーの承認が顕著に増え、非承認が減ったことが中立的な立場の人たちから観察されている上に、本人たちも精神的苦痛が減り、人間関係の満足度が上がったと報告されている。

2-B. 家族支援団体による家族教育プログラム

ここでは、家族支援団体による2つの家族教育プログラムを見ていくこととする。

1) ファミリー・コネクション 2-Aで示した3つのプログラムは、専門家がファシリテートする家族心理教育であるのに対して、National Education Alliance for Borderline Personality Disorder (NEA-BPD)という任意団体が中心となって開発、普及しているファミリー・コネクション(Family CONNECTIONS: FC)プログラム³⁸⁾では、訓練を受けた家族がグループのリーダーを担う。HoffmanとFruzzettiが協力して構築したプログラムであるため、内容的には2-Aで紹介したプログラムとの共通点が多い。様々な地域で、地域の施設を利用して行われ、スキルを学びながらBPDについての情報やサポートネットワークを築く機会を参加者である家族に提供しているのがその特徴である。12週のFCプログラム終了後の卒業後プログラムは未だ整備されていないが、家族同士の繋がりを深めた複数のグループにおいて、毎月の頻度で話し合いの場を継続する動きが報告されている³⁹⁾。

FCのスケジュール

モジュール1 (1週): イントロダクション
モジュール2 (2-3週): 家族教育
モジュール3 (4-5週): 関係性のマインドフルネススキル
モジュール4 (6-7週): 家族環境スキル
モジュール5 (8-10週): 承認スキル
モジュール6 (11-12週): 問題管理スキル

FCに関する研究³⁸⁾では、プログラムへの参加後、うつ症状、悲しみ、および負担感のレベルが有意に低下し、達成感を強め自己イメージが良くなったことが報告されている。その後の研究では、参加者の男女

比較がなされている⁴⁰⁾。悲しみと主観的負担感に関して、FC開始前は女性が男性に比べて高いレベルを示していたが、興味深いことに、FC参加中には、女性は男性に比べてそれらのレベルが顕著に低下した。しかしながら、プログラム終了後には女性は男性よりも悲しみに関してはレベルが高まっていた。女性が男性に比べて養育やサポートの役割をとりやすいために、女性の主観的負担感が男性よりも高く、負担感の低減のためには、“限界設定”や、“関係性における優先順位”に関するスキルや情報が役立つことが示唆されている。また、女性は特に、機能不全の家族という概念にまつわる悲しみや、IPや他の家族メンバーに対して病いが与えるインパクトに罪責感を経験していることが報告されている。

また、Neiditchによる最新の研究⁴¹⁾においては、負担、抑うつ、悲しみ、怒りの減少と、希望、エンパワメント、病気の知識、セルフケアの増加が報告されている。さらに、BPD患者と別居している家族に比べた際に、同居家族は、FCへの参加前の負担感が高いが、

参加後の低下は別居家族以上であった。参加者が様々なスキルを実生活に適用したり、提供されたサポートを利用したりすることができて初めて、参加がBPDをより深く経験し、参加者にとっての利益に繋がるのだという点が強調されている。

FCはアメリカの多くの州で実施されている他に、カナダ、ヨーロッパの複数の国にも広がっている。最近では、スペインにおいても12週のDBTに基づく家族グループが実施され、家族の負担感や心理的ストレスの低減が認められている⁴²⁾。

元々12週のプログラムであるFCであるが、FruzzettiのもとでFCの訓練を受けたセラピストが許可を得て9週のプログラムに改変している⁴³⁾。元々の12週のプログラムにおいても9週の改変プログラムにおいても、承認の回には3回分をあてており、家族が承認の概念を理解し、使用できるようになることがとりわけ重要であることがわかる。家族の負担感の低下、精神的健康の改善、本人との関係におけるウェルビーイングの増加が認められている。

改変版FCのスケジュール

セッション1：イントロダクションと心理教育
 セッション2：個々の事例の紹介とマインドフルネス・承認の紹介
 セッション3：感情に関する最新の理論の情報提供（第1次・第2次感情の伝達の側面、認知・感情・行動の関係）。家族が経験した自殺企図に結びつく困難な状況の実例を用いた行動連鎖分析の説明
 セッション4：受容。自殺企図者との関係に関する目標と価値の明確化
 セッション5, 6, 7：承認
 セッション8：問題管理
 セッション9：振り返りと展望

2) TARAによる家族教育 BPDを持つ家族のための支援団体であるTARA (Treatment and Research Advancements, National Association for Personality Disorder) においても、家族のための家族教育を実施している。米国とカナダで展開されており、8週間のグループと、2日間のワークショップが開催されている。親やパートナーだけでなく、きょうだいを対象としたグループを実施しているもその特徴である。

2-C. その他の家族介入

1995年にアイオワ大学で始められた感情の信頼性と問題解決のための訓練システム (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving: STEPPS)⁴⁴⁾では、BPD患者の治療チームに家族が加わることを重視している。患者には系統的な治療プログラムが用意されており、家族には患者が習得したスキルを強化する

方法を知る教育セッションへの参加が勧められる。

DBTと家族療法の統合や、DBTスキル訓練と認知行動カップルセラピーの統合についても、臨床とその効果が確かめられ始めている。Kirby & Baucom⁴⁵⁾は、カップルのうちのどちらか（または2人とも）が本人のためのDBTスキル訓練に参加した卒業生に対して、カップル2人ともが参加する複数カップルグループの形で認知行動カップルセラピー (CBCT) を実施し、その効果を測定した。DBT卒業生側の抑うつ症状と感情調節困難の減少に加え、パートナー側の関係満足度と卒業生の感情調節能力へのパートナーからの信頼が増加した。感情調節困難な本人の支援に際し、人間関係を含む環境をターゲットにすることで感情調節のための課題を続けることを促進しうることや、パートナーが感情的脆弱性と感情の変化についての知識を得ることで、DBT卒業生を支援しやすくなり、非承認

が減ることが示唆されている。

2-D. プログラムの特徴の比較

本章の最後に、ここまで中心的に挙げた5つのプ

ログラムの特徴について比較する。5つのプログラムの概要（背景・参加形態・頻度・ファシリテーター・参加費）を比較し、まとめたものが表1である。

表1. 各プログラムの比較

	Gunderson/ マクリーンプログラム	Hoffman&Fruzzetti / DBT家族スキル訓練 (DBT-FST)	Fruzzetti/ カップル・家族とのDBT	NEABPD/ ファミリー・コネクション (FC)	TARA/ 家族教育プログラム
背景	統合失調症のために発展してきた家族心理教育をBPDの家族に適合させたもの	LinehanのDBTに基づいて家族用のアプローチに発展させた家族心理教育	外来患者のDBT治療プログラムに組み込まれている家族心理教育	DBTの家族教育版	DBTの家族教育版
参加形態	家族のみのフェーズと患者と家族のフェーズとの組み合わせ	患者と家族のグループ	必要に応じて ・単家族 ・家族と患者のグループ ・家族のみのグループ	家族のみのグループ	家族のためのグループ きょうだいのためのグループ
頻度	隔週	週1回×6か月	—	週1回×12週	8週/2日間
ファシリテーター	専門家	専門家	専門家	訓練を受けた家族	専門家
参加費	有料	有料	有料	無料	有料(会員割引あり)

全てのプログラムに共通するのは、支援の初期に家族がBPDを理解するための知識を得る機会を設けることである。BPDは生物学的要因と環境要因の相互作用で形成されているという仮説が有力であり、本人の回復のためには家族の協力が欠かせないということが家族に伝わる必要がある。そして、本人に関わる上でのガイドラインやスキルといった関わり方に関する情報も増え、家族がどのような形で協力しうるのが明確になってきたことが4つのプログラムからは見て取れる。

プログラム間の違いに目を移すと、グループを進める形式、参加形態、頻度や回数、アクセスのしやすさ等の面でそれぞれの個性が確認できる。

グループを進める形式については、Gundersonによるマクリーンプログラムは、複数家族の間に共通する問題を採り上げて話し合う形をとっている。具体的な文脈を参加者が把握しながら話を進めることができ、スキルに纏わる言葉が飛び交うこともないため、日常の延長線上で気軽に参加しやすいと考えられる。それ以外のDBT家族スキル訓練、カップル・家族とのDBT、FC、TARAによる心理教育においてはDBTを基礎としており、問題解決のための話し合いだけでなく、スキルを習得すること、さらにそのスキルを適用していくことの支援がなされている。スキルの習得は、何もなしで話し合うことに比べ、体系だって整理しやすく、それ故に理解して使えるようになれば、大事なことを

キーワードとして思い出しやすいため、プログラムの中で得たことを日常生活で活かしやすい。また、家族内、またはグループ内でスキルを共通言語として用いることで、目指す方向性がわかりやすくなる。一方で、「家族がBPDについてより多くの知識を得るほど、予想に反して、家族の負担感、ストレス、抑うつがより高くなり、より患者に敵意を向ける」⁴⁰ことも示されており、対処するスキルが身に付かないまま、BPDに関する知識を得て、スキルを概念的に理解するだけではナンセンスであると言える。BPDについての情報の正確さに加え、その知識を元にBPDを持つ本人との関係において使えるレベルまで適用できて初めて知識を得ることが家族にとって役立つと言えるだろう。

参加形態については、5つのプログラム全てにおいて、対象者と、参加形態を選択する自由度がそれぞれ異なっている。FCとTARAによる家族教育プログラムでは、患者本人は参加せず、家族のみのグループとなっているが、それ以外は患者が家族と共にプログラムに参加する場合がある。患者が参加するグループでは、他の親子関係が参考になったり、患者である他人の子ども意見がすんなりと聞き入れやすいなど、斜めの関係が生まれることによるメリットもあると思われる。そして、(親だけのグループに限定したとしても、状況の良い時そうでない時の波はあり、違いが目につくこともあるだろうが、) 集まるメンバーの立場と状況が多岐に渡るため、ファシリテートする側が手

厚くフォローする必要性が生じると考えられる。また、Fruzzetti³⁷⁾は、複数家族グループを実施する際に、現実的にグループに参加できる人たちが少なければ、パートナーや親といった別の立場の人を1つのグループにする必要があるが、親が大半を占めるグループの中にパートナーの立場の人が入ると、人数が少ない立場の問題が軽視されがちであるという点を指摘している。

グループの頻度については、カップルと家族とのDBTのプログラムにおいては臨機応変にセッションに組み込む形やグループ参加の形をとるため、個々のニーズに応じた頻度を設定しやすい。マクリーンプログラムは隔週であり、スキル学習を含むその他のグループは毎週の頻度であることからすると、新たなスキルを習得する過程では、学んだことを生活の中で般化させた経験をその次の回にタイムリーに持ち寄ることができ、スキルを定着させやすいものと考えられる。

また、FCプログラムのように、ファシリテーターを家族が担うことや、参加費を無料にすることは、全世界的にプログラムを広める力となっており、担える家族が増えれば実現可能である。しかし、現在の日本では、BPDについての知識、DBTの経験を持ち、家族へのアプローチができるのは専門家でも限られるだろう。

3. BPD家族心理教育の日本への導入

前章では、海外における家族心理教育・家族教育が効果を上げ始めていることを確認した。包括的治療アプローチとしてのDBTは、日本において、その技術を身につけた治療者の数が少ないため、そのままの形での実施は現段階では実施困難であるが、GundersonのマクリーンプログラムやDBTもしくはDBT家族スキル訓練を参考にした家族支援も日本において散見されるようになってきた。

家族心理教育プログラムは、家族心理教育を単一家族に実施する場合と複数家族グループで実施する場合、患者と家族の合同面接とする場合と別に実施する場合があり、それぞれの利点と現実可能性とを検討しながら実施していると考えられる。日本において、家族がファシリテートするFCのような家族教育プログラムが今後広く展開されていくためにも、まずは専門家による家族心理教育について、親子の関係が密な日本の文化・風土に即して、家族が治療に関わる際の工夫を検討していく必要がある。そのために、本章では、単一家族か複数家族か、家族合同か個別面接か、短期間か

長期的繋がりかという3つの観点からその特徴を考えたい。なお、Linehan⁵⁾の採用した弁証法の考えをここでも採用するならば、AかBかどちらかが正しいという結論ではなく、AとBそれぞれが効果的である状況を丁寧に検討するスタンスでそれぞれを見ていきたい。

3-A. 単一家族か複数家族か

単一家族への合同面接の利点として、下坂⁴⁷⁾は境界例[BPD]患者とその家族との面接を「常識的家族療法」と呼び、「本人と家族が同時に面接室内に入り、今ここでやりとりされることや、面接室外で家族に見せる本人の姿を家族から聞くことによって、援助者側が本人の病理を理解しやすくなる」としている。家族合同面接を前提としていれば、当日に家族の誰が来るのか、また、目の前で展開されるコミュニケーションやジェノグラム作成によって、家族の特性を知ることができる⁴⁸⁾。

その一方で、Gundersonによる複数家族心理教育グループを日本でいち早く取り入れた武田⁴⁹⁾は、単一家族への家族療法を実施する場合と比較した際に、ワークショップに複数家族グループを組み合わせた場合は、「社会から疎外されていた家族同士の連携を強め、社会的ネットワークを広げ、家族内でみられた相互作用をグループの中における相互作用に置き換え、家族員同士の適切な距離がとれるようにし、問題に対処する他の家族のやり方を学ぶことが可能になる」などの利点を挙げている。

遊佐⁵⁰⁾は、「家族の協力を得ることができれば、本人のためのスキルグループと組み合わせ、家族が学習の汎化の支援ができるような工夫も、特に家族との関係が密な日本での可能性として考えられる」と捉え、DBT家族スキル訓練(DBT-FST)を参考にした「家族スキルアップグループ」と称する家族のための心理教育グループを行っている。頻度はFCプログラムに近く、専門家がファシリテートするという意味ではDBT家族スキル訓練に近い。また、そのグループに参加する家族の変化を須川⁵²⁾が質的に分析しており、他の家族との交流の中で、家族が自身の気負いや負担感を認めて、自分を労わることによって、家族にとってより無理のない巻き込まれ方を身に付けて行くという変化が起きることを指摘している。

以上の指摘からは、家族合同面接の構造が、個人面接のみでは見えてきづらい親子関係を援助者が理解することに役立ったり、境界を明確にする介入に結び付けやすかったりするため、効率の良い治療に結びつき

やすいと考えられる。しかしながら、そのような親子の境界を明確にすることを狙う際に、治療者が解釈を加えるようなやり方もあれば、その一方で、複数家族の集まる場所で非解釈的にそれぞれの経験を述べ合うことによって、よりストレスのかかりづらいつらいつら変化が期待できるやり方もある。複数家族の親世代の連帯感が生まれることで、自然と世代間の境界が明確になりやすくなったり、グループの冷静で承認的な雰囲気そのものが患者と接する際の手本となったりする可能性もあるだろう。

3-B. 家族合同面接か個別面接か

Gunderson⁵²⁾は、「過剰な関わりのある家族」には、積極的に治療に参加させておき、「無視のパターンを持つ家族」には、子どもを家族から離して個人療法の中で見るようにして、家族にはあまり探索的でない雰囲気に関わる方がよいと述べている。日本においては「特に過干渉が特徴的である」⁵³⁾と言われており、家族と協働しながらの治療は効果的であることが多いだろう。

家族合同面接の利点について、黒田⁵⁴⁾は、「治療者が家族面接の場面で反応の癖を指摘する場面を示すことで、家族が患者に治療的に対応するためのコツを見ながら学ぶ」ことができる点を指摘している。患者のみ、もしくは家族のみとの面接が開始されると、治療者に会っていない側と治療者との間に距離が生まれたり、会っている側が治療者と引き合わせたくないと考えたりする場合もあり、治療の初期に家族と患者との合同面接を設定することには意味があると考えられる。

また、家族の患者に対するネガティブな感情を治療者が受け止め、心理教育を実施するにあたっては、家族のみでの実施が望ましいとする指摘と、患者と家族との合同面接の利点の指摘とが混在する。例えば、渡辺⁴⁸⁾は家族合同での心理教育の工夫次第では、親子間の境界を明確にすることに役立つという指摘をしている。家族心理教育を教科書的でなく個別に行うための工夫として、「患者の内的体験を代弁したり、患者は何に葛藤したり苦悩したりしているかを代弁してあげることも含まれる。家族の独自のラベリングや感情の投影についても現実検討させる。『それは、お母さんが思っているイメージですよ』と伝えたり、『それはお母さんの感情ですよ』と伝えて、親の心の中かと子どもの心の中は異なることを明確にしていき、境界を引き分離を促すようにする」⁴⁹⁾と述べている。合同面接を実施することにより、“今ここ”での介入がしやすくなると言える。

その一方、下坂は「両親を筆頭とする家族の不安、苛立ち、怒りなどを和らげることによって患者のはた迷惑な言動に対する彼らの耐性を高め、患者に対する庇護能力を持続的に向上させることができます」と述べており、親の健康的な側面を引き出して機能させるべく、ネガティブな感情を和らげる関わりをしている。心理教育については、特に、「患者を含めてする場合もあります。患者抜きにして両親に丁寧にする必要があります」⁴⁹⁾と述べ、親のみの面接の場で、本人の言動を知的な理解と結び付けることで、冷静な対応に繋げる工夫を試みている。坂野⁵⁵⁾も、DBTの考えをもとにした患者指導と家族指導の実践を報告している。患者への個人面接をメインで実施し、それとは別に家族への心理教育セッションを導入している。「不適切な随伴性コントロールがしばしば認められる患者さんと家族の成員の関係性の修正を狙うときに、DBTの発想を家族の成員が学ぶことによって、日常生活の中での問題解決はより容易になるものと考えられる」という意図で、家族にも随伴性マネジメントを学んでもらう機会を提供している。家族のみのセッションは、患者との間で起きている相互作用を丁寧に家族が振り返ることができ、効果的な言動をとるための変化を起こしやすいと考えられる。

3-C. 短期間か長期的繋がりか

前章で採りあげたプログラムの実施期間を見ると、DBT家族スキル訓練では24週、FCでは12週（改変版では9週）、TARAによる家族教育プログラムでは8週（2日間のワークショップもある）が実施されている。プログラムのどの要素に効果が見られるのか、そしてその効果が持続するのに適した回数がどれくらいなのかは検証の段階であると言えるだろうが、12週から9週へと短くしたり、コンパクトに2日間のワークショップを実施したりと、より効率化が試みられている。支援に繋がっていない家族のアクセスのしやすさを考慮した際には、短期間のグループの方が気軽に始められるだろう。その一方で、12週を終えたFCのグループでは、その後も頻度を月1回に落として継続しており、スキルをある程度習得出来た後は、複数家族間でのつながり自体がサポートになる可能性が伺える。また、スキルを理解し、習得することと同時に、スキルを用いる抵抗感や困難さに対するフォローも必要であると考えられる。

さて、前掲の坂野⁵⁶⁾は、家族への心理教育の狙いを以下の5点にまとめている。「①BPDに対する誤解お

よび治療法に対する誤解を解き、適切な理解を促進する、②治療に対する絶望感を減少させ、協働治療者として治療に参加する意欲を高める、③家族の苦悩とストレスを緩和し、適切なストレス対処の仕方を学ぶ、④不適切と思われる行動をとったときには、身体的危険の可能性があると判断されたときを除いて特に注目などの対応はとらず、『普通』に生活しているときに話を聞く、声をかける、興味関心を示す等の対応をするという随伴性コントロールのあり方を理解し、本人へのかかわり方の基本を学ぶ、⑤両親の過度の自責の念を和らげ、適切な原因帰属の仕方を学ぶ。」というものである。これらの狙いから、家族が具体的なスキルを学ぶこと、絶望感、苦悩、自責の念などのネガティブな感情の低減とがセットにされていることが伺える。BPD患者の親、特に母親は、患者との距離が近く、負担感や罪責感を抱えやすい。その傾向は欧米に比べて日本でより顕著であると考えられるが、罪責感によって、家族が患者の感情を承認することが難しくなる場合や限界設定を維持することが難しくなる可能性があるだろう。例えば、子どもの育て方を間違ってしまったと自分を責めている親の前で、患者である子どもが、「自分は生まれて来なければよかった」などと言ったとしても、その言葉は親をさらに自責的にし、子どもの感情に共感しづらくなる可能性がある。また、Manning⁵⁰⁾の指摘によると、家族が自身の限界を患者に伝えた後で、患者が起こす行動の原因が家族にあると、患者も家族も考えがちであり、家族は罪責感から妥当でない補償行動をして悪循環に陥る可能性がある。そのため、家族が自身の感情に気づきながら無理のない範囲で承認や限界設定などのスキルを活用するためには、形だけの理解に留まらず、家族の抱えている負担感や罪責感がスキルを活用する際のストッパーとして働いていないかどうかの検討も含め、体験や感情を大事にしながらかけて時間をかけてスキルを習得していく必要があるだろう。これらの点に留意しながら、日本の家族に適した習得の仕方を検討していくことが望まれる。

おわりに BPD家族研究・支援の課題と展望

BPDを持つ人とその家族についての研究と支援を概観した。BPD患者数の増加に伴い、困難を共にする家族も増えている。BPDが生物学的要因と環境要因との相互作用により形成されるとする仮説が有力であり、それを裏付ける実証研究も蓄積されてきた。そのため、BPDについての最新の理解を家族心理教育と

して伝える際に、生得的な側面があるとの認識によって、BPDになったのは自分の育て方が悪かったのだと家族が自責的になることを防げる可能性が増えてきた。家族はBPD患者を理解できない、承認できないという経験をする人が多いが、生得的な理由によるものと理由付けすることで、理解しやすくなる側面もあるだろう。一方で、環境要因がBPDの形成・維持に関わっているのも事実であり、家族の関わり方、コミュニケーションの仕方を変化させることで良循環を生むことができるという希望を持つことができれば、家族も治療チームに加わりやすい。

家族と協働する上では、家族合同面接、家族のみのセッション、複数家族グループなどいくつかの形式をとりうる。家族内で実際に行われるやりとりを把握するには家族合同面接の形が効果的である。一方、親子の境界を明確にすることを狙うならば、複数家族の親同士が集まることで、家族外の親世代での交流が家族内の親子の境界をよりストレスのかからない形で明確にする手助けになる可能性がある。

家族心理教育に関する先行研究からは、知識の提供だけではなく実際に患者との間で役立てられるような実践的な工夫が必要であることを示す研究も見られるようになり、内容や構造が細かく検討され始めている。単一家族への家族療法だけでなく、複数家族心理教育を発展させていくことがBPDについても求められており、とりわけ日本においては家族の負担感や罪責感といった感情と、承認や限界設定といった本人に関わる際のスキルを用いることとの関連を丁寧に把握し、より効果的なプログラムを作る必要があるだろう。BPD患者の家族への支援は、その内容と構造ともに工夫の余地があり、その効果を実証していく動きは始まったばかりである。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition, text revision (DSM - IV - TR)*. Washington DC : American Psychiatric Press, 2002. 高橋三郎・染矢俊幸・大野裕共訳. DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 2003.
- 2) Grant,B.F., Chou,S.P., Goldstein,R.B. et al. 2008. "Prevalence, Correlates, disability, and comorbidity of DSM- IV borderline personality disorder: results from the wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions." *Journal of Clinical Psychiatry* 69: 533-545.
- 3) 守屋直樹 境界例の長期転帰：境界例（皆川邦直・三宅由子編）医学書院, 1994, pp.203-219
- 4) 林直樹, 五十嵐雅, 今井淳司ほか 2009. 「自殺関連行動を呈す

- る精神科入院患者の診断と臨床特徴：都立松沢病院入院例の検討』『精神神経学雑誌』111, pp.502-526
- 5) Linehan, M.M. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, 1993a. (大野裕監訳, パーソナリティ障害の弁証法的行動療法：DBTによるBPDの治療, 誠信書房, 2007)
 - 6) Linehan, M.M. *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*, 1993b. (小野和哉監訳, 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, 2007)
 - 7) Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. *Schema therapy for borderline personality disorder; in Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York, Guilford, 2003 (伊藤絵美監訳, スキーマ療法：パーソナリティの問題に対する統合的認知行動療法アプローチ, 金剛出版, 2008)
 - 8) Bateman, A. & Fonagy, P. *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: Mentalization-based Treatment*. Oxford University Press, 2004. (狩野力八郎・白波瀬丈一郎監訳 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, 2008)
 - 9) Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J. et al. 2003. "The longitudinal course of borderline Psychopathology : 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder." *Am. J. Psychiatry*, 160: 274-283.
 - 10) 松木俊彦 2011. 「境界性パーソナリティ障害 (BPD) の新しい理解と援助のあり方」『精神科治療学』26(9) : 1065-1066.
 - 11) Paris, J. *Nature and Nurture in Psychiatry: A Predisposition-Stress Model of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1999.
 - 12) Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. *Schema therapy for borderline personality disorder; in Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford, 2003. (伊藤絵美監訳, スキーマ療法：パーソナリティの問題に対する統合的認知行動療法アプローチ, 金剛出版, 2008)
 - 13) Skodol, A.E., 2005. (林直樹, 佐藤美奈子訳) 境界性パーソナリティ障害の診断—概念, 診断基準, そして討論—: 境界性パーソナリティ障害最新ガイド. 星和書店
 - 14) Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., et al. 2000 A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 41, 416-425.
 - 15) Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, G., et al. 2008. "Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries." *Psychological Medicine* 38: 1219-1229.
 - 16) Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Reich, B.D., Silk, K.R. et al. 2007. "The subsyndromal Psychopathology of borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry*, 164, 1-7.
 - 17) Paris, J. *Prescriptions for the mind: A critical view of contemporary psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2008.
 - 18) Zanarini, M.C. 2000. "Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder." *Psychiatric Clinics of North America*, 23: 89-101.
 - 19) Chapman, A., Gratz, K., Hoffman, P. *The Borderline Personality Disorder Survival Guide: Everything You Need to Know About Living with BPD*. Oakland: New Harbinger Publications, 2007. [新井秀樹監訳：境界性パーソナリティ障害ガイド. 星和書店, 2009]
 - 20) Lefley, H.P., 2005, (林直樹, 佐藤美奈子訳) 家族の外装体験から家族のサポート体制へ：境界性パーソナリティ障害最新ガイド. 星和書店
 - 21) Shapiro, E.R., et al. 1975. "The influence of family experience on borderline personality development." *Int Rev Psycho-Analysis* 2: 339-411.
 - 22) 大家聡樹 2006. 「青年期の親子関係イメージと境界例心性に関する研究」『心理臨床学研究』24(6), pp.22-33
 - 23) 江上奈美子 2010. 「大学生における境界例心性と親子間の家族機能評価の差異」『心理臨床学研究』28(5), pp.654-664
 - 24) Zanarini, M.C., Barison, L.K., Frankenburg, E.R. et al. 2009. "Family history study of the familial coaggregation of borderline personality disorder with axis I and nonborderline dramatic cluster axis II disorders." *Journal of Personality Disorder*, 23(4): 357-369.
 - 25) Winsper, C., Zanarini, M.C., & Wolke, D. 2012. "Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years." *Psychological Medicine* 5: 1-16.
 - 26) 武田綾 2006. 「境界性人格障害患者家族への試み—元気さと冷静さを取り戻す—」『精神科看護』33(4): pp.3942
 - 27) Fruzzetti, A.E. *The high conflict couple: A dialectical behavior therapy guide to finding peace, intimacy, and validation*. New Harbinger: Oakland, 2006.
 - 28) Fruzzetti, A.E., Shenk, C. & Hoffman, P.D. 2005. "Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional model." *Development and Psychopathology* 17: 1007-1030.
 - 29) 中村伸一 『家族療法の視点』金剛出版, 1997
 - 30) Miller, T.W., Nigg, J.T. & Faraone, S.V. 2007. "Axis I and II comorbidity in adults with ADHD." *Journal of Abnormal Psychology* 116.: 519-528.
 - 31) Gunderson, J.G. *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. 2001 [黒田章史訳 2006 境界性パーソナリティ障害 クリニカル・ガイド]
 - 32) Hoffman, P. & Fruzzetti, A. 2007. "Advances in Interventions for Families with a Relative with a Personality Disorder Diagnosis." *Current Psychiatry Reports* 9(1): 68-73.
 - 33) Gunderson, J.G., Berkowitz, C. & Ruiz-Sancho, A. 1997. "Families of borderline patients: a psychoeducational approach." *Bulletin of the Menninger Clinic* 61(4): 446-57.
 - 34) McFarlane, W.R., Lukens, E., Link, B. et al. 1995. "Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia." *Archives of General Psychiatry*, 52: 679-687.
 - 35) Hoffman, P.D., Fruzzetti, A.E. & Swenson, C.R. 1999. "Dialectical behavior therapy -family skills training." *Family Process* 38(4): 399-414.
 - 36) Hooley, J.M., Hoffman, P.D. 1999. "Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder." *American Journal of Psychiatry* 156(10): 1557-1562.
 - 37) Fruzzetti, A.E., Santisteban, D.A. & Hoffman, P.D. 2007. "Dialectical Behavior Therapy with Families." In L. A. Dimeff & K. Koerner (eds.), *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. New York: Guilford Press pp. 224-244
 - 38) Hoffman, P., Fruzzetti, A., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F. & Struening, E. 2005. "Family Connections: A Program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder." *Family Process* 44(2): 217-225.
 - 39) Penney, D. 2008. "Family Connections: An Education and Skills Training Program for Family Member Well Being: A Leader's

- Perspective." *Social Work in Mental Health* 6(2): 229-241.
- 40) Hoffman,P., Fruzzetti,A., and Buteau,E. 2007. "Understanding and engaging families: An education, Skills and Support Program for relatives impacted by Borderline Personality Disorder." *Journal of Mental Health* 16(1): 69-82.
- 41) Neiditch,E. 2010. "Effectiveness and moderators of improvement in a family education program for borderline personality disorder." *The Science and Engineering* 71(1-B): pp 666
- 42) Regalado,P., Pechon,C., Stoewsand,C. & Gagliesi,P. 2011. "Family relatives of persons with borderline personality disorder: a pre-experimental study of a group intervention." *Vertex* 22(98): 245-252.
- 43) Rajalin,M., Wickholm-Pethrus,L., Hursti,T., and Joakinen,J. 2009. "Dialectical Behavior Therapy-Based Skills Training for Family Members of Suicide Attempters" *Archives of Suicide Research* 13: 257-263.
- 44) Blum,N., Pfohl,B., St. John,D., et al. 2002. "STTEPPS : a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder –a preliminary report." *Comprehensive Psychiatry* 43: 301-310.
- 45) Kirby,L.S. & Baucom,D.H. 2007. "Treating Emotion Dysregulation in a Couples Context: A Pilot Study of a couples Skills Group Intervention." *Journal of Marital and Family and Therapy* 33(3): 375-391.
- 46) Hoffman,P.D., Buteau,E., Hooley,J.M., et al. 2003. "Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion." *Family Process* 42: 399-414.
- 47) 下坂幸三著, 中村伸一・黒田章史編著 2007 『心理療法のひろがり』金剛出版
- 48) 渡辺俊之 2009 「境界例への家族療法 予後を改善させるための家族への関与」『日本精神科病院協会雑誌』28(7), pp.551-555.
- 49) 武田龍太郎 1996 「境界パーソナリティ障害患者の家族に対するアプローチ—心理教育的アプローチを中心に—」『精神医学レビュー—20 境界パーソナリティ障害 (BPO)』pp.30-39.
- 50) 遊佐安一郎 2013 「弁証法的行動療法」『認知療法研究』6(1), pp.31-42.
- 51) 須川聡子・井合真海子・松野航大・遊佐安一郎 2013 「感情調節困難な人との家族の関わりの変化—DBTを取り入れた家族グループ参加による体験の探索的研究—」『家族療法研究』30(1), pp.72-82.
- 52) Gunderson,J.G. 1984 *Borderline Personality Disorder*, American Press, 1984. (松木雅彦, 石坂好樹, 金吉晴訳, 『境界パーソナリティ障害—その臨床病理と治療—』, 岩崎学術出版, 1988)
- 53) 町沢静夫 『人格障害とその治療』創元社, 2003
- 54) 黒田章史 『治療者と家族のための 境界性パーソナリティ障害治療ガイド』岩崎学術出版, 2014
- 55) 坂野雄二 2012 「弁証法的行動療法の考えを基にした患者指導と家族指導 In: 遊佐安一郎, 熊野宏明, 坂野雄二, 伊藤絵美, 井上和臣, Jeffrey Young (2012). 感情調節困難のための認知行動療法の日本での可能性—境界性パーソナリティ障害に焦点をあてて—」『認知療法研究』5(1), pp.1-10.
- 56) Manning,S. 2011 (荒井秀樹監訳, 黒澤麻美訳) 『境界性パーソナリティ障害をもつ人と良い関係を築くコト—家族, 友人, パートナー, のための実践的アドバイス』星和書店, 2014.

(指導教員 能智正博教授)