

第109回日本精神神経学会学術総会

教育講演

双極性障害に対する心理教育 ——我々が知るべきこと、伝えるべきこと——

尾崎 紀夫 (名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野)

医学研究による知見（エビデンス）と医師の臨床経験、さらに患者の思いという3つの要素によって治療は成立する。したがって、エビデンスと臨床経験から立案した治療方針を患者が十分に理解し、治療への積極的な参加を促すことができるような配慮、すなわち心理教育が欠かせない。心理教育は、医師が患者に一方的に知識を伝授するものではなく、教える側と、教えられる側の双方が参加して、相互理解が深まるものである。心理教育の目標は、「自分が病気であること」と「治療を受ける必要性」の2点を自覚することに加えて、「何か症状であるかがわかる」「真の病識」が成立することにある。Colomらにより考案された双極性障害の集団心理教育プログラムは、ユニット1「障害への気づき」、ユニット2「治療アドヒアランス」、ユニット3「精神活性物質乱用の回避」、ユニット4「再発の早期発見」、ユニット5「規則正しい生活習慣とストレスマネジメント」の5部構成、総計21回、各90分のセッションからなり、長期にわたる再発予防効果と優れた費用対効果が立証されている。今後、より良い心理教育と治療者・患者間の相互理解の促進には、精神障害の病因・病態解明によって診断体系が再編される必要がある。

<索引用語：双極性障害、心理教育、再発予防、病識、精神医学診断体系の再編>

はじめに

医療者は、医学的知見（エビデンス）に自分自身の臨床経験を加味して、治療方針をたてる（図1a）。この方針が患者の思いと合致して、治療はスタートすることができる（図1b）⁸⁾。すなわち、医療者の方針と患者の思いをすりあわせる作業こそが、治療の基本である。

また、良好な治療効果が得られ、その後、寛解を維持して再発が予防できるためには、患者と家族が、その疾患と対応方法について十分に理解し

て、実践する必要がある。医療者による心理教育は欠かせない。「教育」という言葉から、「一方通行の知識伝授」といったイメージをもたれがちだが、心理教育は決して「一方通行」に終わらず、「教える側と、教えられる側の双方が参加して、相互理解が深まる」ことが重要である³⁾。

双極性障害の心理教育の本質が、「治療者と患者の双方向性と相互理解」にあることは、再発率が高く、長い経過を医師と患者が二人三脚で進む必要があるといった本疾患の特性を考えれば、当

第109回日本精神神経学会学術総会＝会期：2013年5月23～25日、会場＝福岡国際会議場・福岡サンパレスホテル&ホール

総会基本テーマ：世界に誇れる精神医学・医療を築こう：5疾病に位置づけられて

教育講演：双極性障害に対する心理教育——我々が知るべきこと、伝えるべきこと—— 座長：秋山 剛（NTT 東日本 関東病院精神神経科）

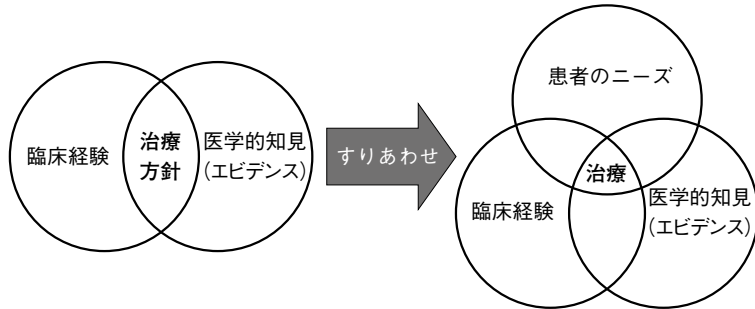


図 1a 経験と情報をあわせ
治療方針を立てる

図 1b 治療は3つが交叉して
成り立つ

(文献 8 より引用)

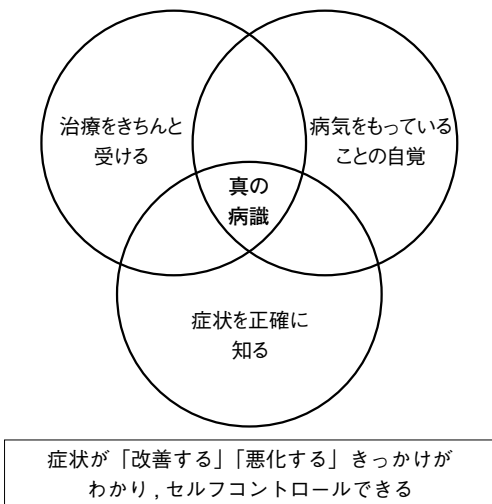


図 2 病識とは
(文献 4 より引用)

然といえよう。

次いで、「相互理解」すべき事柄を明確化するため、「病識とは何か」について触れたい。「病識」は、「自分が病気であること」と「治療を受ける必要性」の2点を自覚することだと思われている。一方、図2で示した定義によれば^{4,5)}、この2点に加え、「何が症状であるかがわかること」が備わって初めて、「真の病識」が成立する。

双極性障害の治療経過において、「何が症状であるかがわかること」の重要性を考えてみよう。双極性障害で生じるうつ病エピソードの「落ち込み」や、躁病エピソードの「高揚感」は、誰にで

も起こる気分の波と似ている。その結果、患者は「…であれば落ち込むのは当たり前」と考え、「元気なあの頃(躁病エピソード時)を目標にしたい」と思いがちで、まして気分の波の「兆し」や「きっかけ」に思い至ることは困難である。その結果、病的な気分の波に振り回されることになり、「高揚気分が抑えつけられる薬は飲みたくない」といった発想にもつながり得る。しかし、症状を正確に知ることができると、「症状が改善する」あるいは「症状が悪化する」きっかけがわかり、その結果、病状のセルフコントロールも可能になる。

以上述べた治療と心理教育の基本を踏まえた上で、本稿では、双極性障害の心理教育に関して、再発予防効果のエビデンス、方法の概略、発症の原因、再発のきっかけと治療の関係をいかに伝えるか、そして精神医学診断体系の再編の必要性について解説する。

I. 双極性障害心理教育の再発予防効果に関するエビデンス

かつて、双極性障害の治療では薬物療法がもっぱら重視される傾向があったが、近年、双極性障害の心理社会的治療も、薬物療法との併用が治療効果の向上につながる実証されている。心理社会的治療の1つである心理教育によって、双極性障害に関する誤った認識を修正し、必要な治療を患者が受けやすく、さらには積極的な自ら取り組みというメリットがあり、以下に述べるとお

りその効果が立証されている。

1999年、単盲検により、個人心理教育群とコントロール群との比較検討が実施され、個人心理教育群が再発回数を減少させることが報告された¹⁵⁾。その後、2003年にColomらは、構造化された集団心理教育群と構造化されない集団ミーティング群を、無作為化比較試験により比較した。その結果、集団心理教育群は、再発回数、再発率を減少させ、抑うつ・(軽)躁・混合病相の再発を遅らせ、入院回数・入院期間も減少させることを明らかにした¹⁾。さらに、Colomらは、集団心理教育群は、5年間という長期にわたり、うつ、躁、混合病相のいずれの病相期間も短縮するという効果が維持されていることも立証した²⁾。また、異なる心理社会的治療間で双極性障害に対する効果を比較した報告によると、20回の個人認知行動療法と6回の集団心理教育は、症状軽減と再発予防の効果において差異がなく、さらに費用対効果からすると集団心理教育が優れていることが示された¹⁴⁾。

II. 双極性障害心理教育の方法

Colomらが用いた双極性障害の心理教育プログラムのマニュアルが、2012年、翻訳された³⁾。訳出にあたっては、本邦とColomらが実施しているスペインと事情が異なる点などに留意して、訳者による補足説明を加えている。本プログラムは、①生物-心理-社会モデルの重視、②心理社会的な問題の中核を標的としたエビデンスに基づく介入の実施、③双極性障害に関する具体的で有用な情報と効果的な対処技法を患者が理解しやすい形で提供、という3点を原則としている。内容には、①モデリング、②患者間のサポート意識の促進、③スティグマの低減、④疾患の早期発見の促進、が含まれているが、何より、患者同士で相互支援・相互学習できるようにグループアプローチを用いていることを特徴としている。

本プログラムは、ユニット1「障害への気づき」、ユニット2「薬物アドヒアランス」、ユニット3「精神活性物質乱用の回避」、ユニット4「再発の早期

表1 双極性障害心理教育実施過程の段階と目標

・基本的な過程（第一レベルの目標）
—病気の認識
—警告症状への早期の気づき
—治療アドヒアランス
・第二次過程（第二レベルの目標）
—ストレス管理
—物質の使用や依存の回避
—規則正しいライフスタイルの確立
—自殺行為の予防
・高いレベルの治療として望まれる目標
—過去および将来起こり得るエピソードが及ぼす心理社会的影響を理解
—エピソード中の社会的、対人的活動の改善
—残遺症状および障害への対応
—健康増進およびQOLの向上

(文献3より引用)

発見」、ユニット5「規則正しい生活習慣とストレスマネジメント」の5部構成で、総計21回、各90分のセッションには多くの医療スタッフの関与が必要であり、そのままわが国の精神医療現場に持ち込むことは困難な場合も多い。しかし、このマニュアルを活かした臨時的な取り組みはすでに始まっており¹³⁾、日本うつ病学会は、双極性障害の心理教育に活用できるツールとして、「双極性障害(躁うつ病)とつきあうために」を作成しているので、参考にしていただければ幸いである¹¹⁾。

また、本プログラムの実施過程の段階と目標は、三段階に分けられているが(表1)、日常臨床における双極性障害の心理教育においても、「基本的な過程(第一レベルの目標)」を、まず目指すことが重要である。例えば、「病気の認識」は前述した「病識」の3つの要素を患者が得ることであるが、「躁状態こそ理想的な本来の自分の姿である」と考えがちな点は、最も注意すべき点である。その結果、「(治療により)高揚感がなくなること」「薬のコントロール下にある不快感」が、障害の否認を介して、アドヒアランス悪化の重要な要素となること(図3)を、医師も意識して治療アドヒアランスの向上を目指す必要がある。

さらに、「警告症状への早期の気づき」を目標と

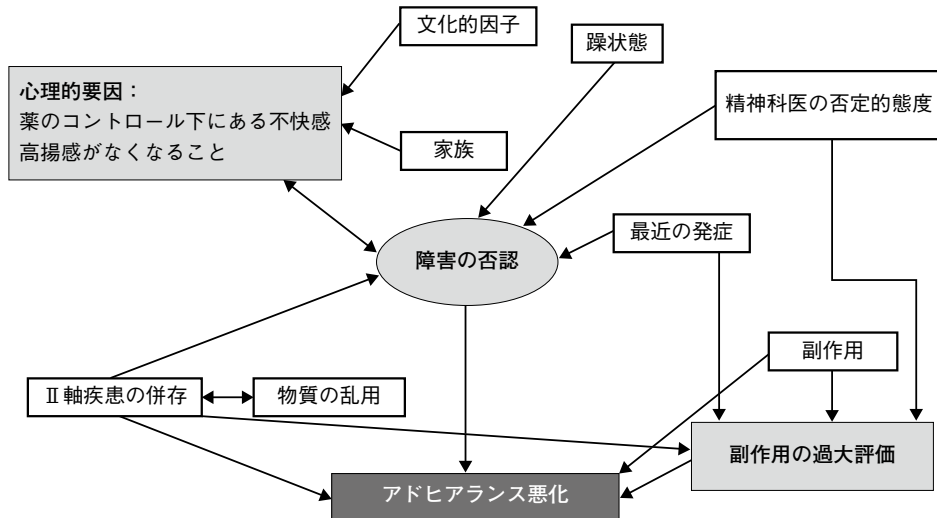


図3 双極性障害患者の治療アドヒアランス悪化と関連する要因
(文献3より引用)

する場合、患者の理解が得づらさが極めて重要な、「発症の原因と再発のきっかけ、治療の関係」について次に述べる。

Ⅲ. 「発症の原因と再発のきっかけ、治療の関係」について

双極性障害に限らず、精神科患者が、再発や悪化のきっかけになった事柄、特に心因的な状況を発症の原因と考えることは多い。例えば、「今回も親子関係のトラブルで再発したが、そもそも自分は親の育て方のせいで、この病気になった」といった解釈である。また、発症因と治療の関係についても、「育て方が原因である以上、親子関係を根本的に変えないと良くならない」、あるいは「自分の病気は遺伝性で、遺伝的なものは変わらないので、治療の方法がない」といった考え方になることも稀ではない。

とりわけ抑うつになると、平常時にはなかった否定的な捉え方、例えば損害回避（「取り越し苦労と悲観主義」「不確実さに対する恐れと焦り」）が強くなり⁶⁾、その結果、過去の養育体験をどう考えるかの変化、すなわち母のケア不足を訴えていなかったものが、「母は自分をケアしてくれなかった」と捉えるようになること⁷⁾が、我々の妊

産婦を対象にした前向きコホート研究で確認されている。

このように、極端な因果律に支配されがちな患者を対象として、「発症の原因と再発のきっかけ、治療の関係」について説明する際、比較的わかりやすい感染症である結核を例にとり、以下のような説明をしている。

結核は結核菌が「原因」と思われがちだが、結核菌が体内に入っても（ツベルクリン反応の陽転で確認できる）、結核の発症に至るものはごく一部で、発症するか否かは、個体の免疫力による。免疫力の形成には遺伝因子と生育環境が関与するが、結核菌に暴露された時点で、「寒い日に雨に濡れる」などの環境因子により体温が下がる、加えて糖尿病の併発、といった免疫力低下に関与する要素もかかわって、発症に結びつくと考えられる（図4）。すなわち、「寒い日に雨に濡れる」がきっかけである。

結核の病因である免疫力形成に関与する遺伝因子と生育環境はいまだ完全には解明されていない。一方、治療の主体は結核菌の増殖を抑える抗菌剤であり、必ずしも原因である免疫力形成の問題を明らかにして「原因療法」をしているわけではない。また、治療にあたっては抗菌剤の使用と

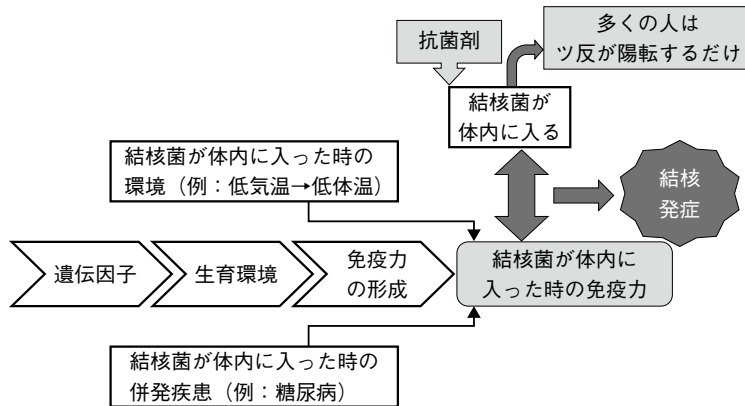


図4 結核菌と結核発症の関係

ともに、きっかけになった体温の低下を避ける生活上の注意は必要である。

以上の説明を加えた上で、双極性障害に関して原因と環境的な誘因（きっかけ）、例えば、アルコール摂取やストレス、断眠などとの違いを理解することを促す。その上で、結核の抗菌剤と同じく薬物療法を必要とする疾患であることを確認する。次いで、躁病相の早期症状や前駆兆候には、思考や感情よりも行動や知覚に関する変化が大きいことを伝える。「周りの人が気づくほど早口で話すようになる」「服装のスタイルが変わる」といった一般的な早期症状を提示して、各自がどれにあてはまるかを話し合い、その上で、症状が生じる前に起こる各人特有の兆候に思いあたることを促す。さらに、各人にライフチャートを記述してもらい、提供した情報と自分の経過を照らし合わせ、自らの疾病特性を認識する中で、早期症状と前駆兆候、ならびに環境的な誘因を確認して、再発予防の具体的な対処方法を話し合う。

一方、日々の診療において、例えば、「検査データではっきりするわけでもないのに、どうやって私をうつ病と診断できるのですか」といった訴えを耳にすることが稀ではない。心理教育の実践が日々の診療で必要とはいえ、現状は、双極性障害を含む精神疾患に関して、検査データや病因、病態に基づいた説明は、十分にできない。

より良い心理教育と治療者・患者間の相互理解

を促進するため、さらには診断や評価に有用な検査法、より良い治療法、予防法を開発するためには、病因、病態を解明することが必須であり、本稿の最後にこの点について述べる。

おわりに

——精神医学診断体系再編の必要性——

定義によれば、疾病（disease）とは、特定の病因（発症原因）、病態生理（発症後のメカニズム）、臨床症状、経過・予後、（可能なら）治療方法、病理組織所見が揃うものを指す。しかし、この疾病の定義を完璧に満たしている場合はそれほど多くない。今でも病因、病態さらに病理所見が特定されず、症状と経過から作られている診断単位があり、精神医学では障害（disorderの訳）と称されている。例えばDSMが、どの症状に着目し、どの症状がいくつかあるか、さらに何週間続くのか、を明確にした操作的診断基準を採用した結果、診断の一致率、信頼性は向上した。しかし、病因、病態に基づいた診断体系ではなく、ある特定の病因・病態群を抽出するという妥当性にはいまだ問題を伴っている。

一方、精神障害の病因、病態を解明しようとする場合、現在の精神医学診断基準がもっている問題、「特定の病因・病態を共有する群を抽出しているわけではない」という点に注意する必要がある。すなわち、ある精神障害に特異的な病因・病態を

解明することは困難であり、特定の精神障害だけを標的にするのではなく、多様な精神障害を比較検討することが必要である。

この考えを支持する第一の証左は、多くの精神障害は併存の頻度が高いこと、さらに長期経過研究の結果から、診断名の変更が起こる(例えば、注意欠陥多動性障害から気分障害)、すなわち異型連続性(heterotypic continuity)も稀ではないことが挙げられる。第二に、疫学的な研究から遺伝的な要素を共有する精神障害が多い(例えば、双極性障害と統合失調症)ことが挙げられる。第三に、精神疾患の病因にかかわることが判明している遺伝的要素として、ゲノムコピー数変異(copy number variation: CNV)があるが、同一のCNVが多様な表現型(例えば、統合失調症と自閉症スペクトラム障害)を生み出す多面発現的効果(pleiotropic effect)を有している点が挙げられる。すなわち、複数の精神疾患を対象として、比較検証しながら、病因、病態を解明することが求められる^{9,10)}。

具体的には、精神障害の発症には遺伝因子と環境因子が関与している以上、双方を解析対象とする必要があり、ゲノムコホート研究(発症前のコホートと発症後の患者コホートの双方)が重要である。また、脳画像の解析とともに、「疾患」の定義である組織病理所見を同定するためにも死後脳解析が必須である。さらに、これら多数の多様なデータを解析し、統合して、新たな診断体系を構築するには情報科学の助けを借りることも欠かせない。以上を考えると、精神障害の病因・病態解明には、多様な方法論に熟達した臨床および基礎研究者の参画が欠かせない。

精神障害は、脳という極めて複雑でヒトにおいて高度に進化を遂げた臓器に生じる。したがって、例えば精神症状を再現するモデル動物の作製やヒトの脳の状態を非侵襲的に検討することには、これまで困難さを伴い、その結果、精神障害の病因・病態解明は難度が高いがゆえに、先延ばしにされて来た。しかし、近年の脳科学とゲノム科学、情報科学などの進歩により、精神障害の病

因・病態解明の機運は高まっている。折しも、2012年、脳科学に関連する19の学会が集まり脳科学関連学会連合¹²⁾を結成した。また、2013年5月、精神医学関連諸学会(日本精神神経学会、日本生物学的精神医学会、日本神経精神薬理学会、日本うつ病学会、日本統合失調症学会)は精神医学研究の具体的方策を示す「精神疾患克服に向けた研究推進の提言」¹⁶⁾を発表した。

このような流れが、精神障害の病因・病態解明から、診断体系の組み替え、早期で的確な診断、さらに革新的な治療・予防法の開発につながることを期待される。多くの精神科医が、研究を理解し、積極的に参画することを願っている。

利益相反

平成24年度に額の多少にかかわらず講演・原稿謝金を受け取った全企業

グラクソ・スミスクライン株式会社、日本イーライリリー株式会社、大日本住友製薬株式会社、ファイザー株式会社、大塚製薬株式会社、Meiji Seika ファルマ株式会社、MSD株式会社、ヤンセンファーマ株式会社、アステラス製薬株式会社、アボットジャパン株式会社、エーザイ株式会社、株式会社メディカルトリビューン、シュプリング・ジャパン株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、塩野義製薬株式会社、小野薬品工業株式会社、持田製薬株式会社、吉富薬品株式会社

平成24年度に額の多少にかかわらず奨学寄付金を受け取った全企業

日本イーライリリー株式会社、大塚製薬株式会社、ヤンセンファーマ株式会社、塩野義製薬株式会社、ファイザー株式会社、吉富薬品株式会社、田辺三菱製薬株式会社、グラクソ・スミスクライン株式会社、旭化成ファーマ株式会社、日本メジフィジックス株式会社、武田薬品工業株式会社、ノバルティスファーマ株式会社、持田製薬株式会社、小野薬品工業株式会社、アステラス製薬株式会社、サノフィ株式会社、富士フィルムファーマ株式会社

文 献

1) Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., et al.: A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen Psychiatry, 60 (4); 402-407, 2003

2) Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., et al.:

Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders : 5-year outcome of a randomised clinical trial. *Br J Psychiatry*, 194 (3) ; 260-265, 2009

3) Colom, F., Vieta, E. (秋山 剛, 尾崎紀夫監訳): 双極性障害の心理教育マニュアル：患者に何を, どう伝えるか. 医学書院, 東京, 2012

4) David, A.S. : Insight and psychosis. *Br J Psychiatry*, 156 ; 798-808, 1990

5) David, A., Buchanan, A., Reed, A., et al. : The assessment of insight in psychosis. *Br J Psychiatry*, 161 ; 599-602, 1992

6) Furumura, K., Koide, T., Okada, T., et al. : Prospective study on the association between harm avoidance and postpartum depressive state in a maternal cohort of Japanese women. *PloS one*, 7 (4) ; e34725, 2012

7) Hayakawa, N., Koide, T., Okada, T., et al. : The postpartum depressive state in relation to perceived rearing : a prospective cohort study. *PloS one*, 7 (11) ; e50220, 2012

8) Haynes, R.B., Sackett, D.L., Gray, J.M., et al. : Transferring evidence from research into practice : 1. The role of clinical care research evidence in clinical decisions. *ACP J Club*, 125 (3) ; A14-16, 1996

9) 久島 周, アレクシッチ・ブランコ, 尾崎紀夫 : 精神障害のゲノム研究. *ファインケミカル*, 41 (7) ; 6-10,

2012

10) 久島 周, 岡田 俊, 尾崎紀夫 : 【特集：生物学的精神医学の進歩】 発達期精神障害—発達障害を中心に. *BRAIN and NERVE*, 64 (2) ; 139-147, 2012

11) 日本うつ病学会, 気分障害の治療ガイドライン作成委員会 : 大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン. 医学書院, 東京, 2013

12) 脳科学関連学会連合のホームページ (<http://www.brainscience-union.jp>)

13) 大野佳枝, 木村宏之, 尾崎紀夫 : 双極性障害の心理教育. *Pharma Medica*, 31 (4) ; 45-48, 2013

14) Parikh, S. V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., et al. : A randomized controlled trial of psychoeducation or cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder : a Canadian Network for Mood and Anxiety treatments (CANMAT) study [CME]. *J Clin Psychiatry*, 73 (6) ; 803-810, 2012

15) Perry, A., Tarrrier, N., Morriss, R., et al. : Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318 (7177) ; 149-153, 1999

16) 精神疾患克服に向けた研究推進の提言, 2013 (<https://www.jspn.or.jp/activity/opinion/2013/20130522.pdf>)

**Psychoeducation for Bipolar Disorder :
What We Have to Know and What We Should Disclose**

Norio OZAKI

Department of Psychiatry, Nagoya University Graduate School of Medicine

Treatment is comprised of three components, clinical expertise, clinical research evidence, and patients' preferences. Therefore, clinicians have to provide psychoeducation to enable patients to understand their treatment plan based on clinical expertise and research evidence, and play roles as an important partner. Psychoeducation should be conducted based on mutual participation and understanding between clinicians and patients, and not just as one-sided teaching. Moreover, the aim of psychoeducation is the development of the patient's true insight, composed of recognition of illness, treatment adherence, and relabeling of psychiatric symptoms.

A structured group-psychoeducational program for bipolar disorders established by Colom et al. is composed of 21 sessions of 90 minutes, each aimed at improving 5 main issues : illness awareness, treatment compliance, substance abuse avoidance, early detection of prodromal symptoms and recurrence and lifestyle regularity. The program has been proven to have long-lasting prophylactic effects and good cost-effectiveness for individuals with bipolar disorders. Reconstruction of the diagnostic system for mental disorders based on elucidation of the pathogenesis and pathophysiology of these conditions is required to acquire a better mutual understanding between psychiatrists and patients.

< Author's abstract >

< **Keywords** : bipolar disorder, psychoeducation, relapse prevention, insight,
reconstruction of diagnostic system for mental disorders >
