

- psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression:a randomized controlled trial in patients older than 59 years,Reynolds CF 3rd, Frank E et al,JAMA.1999 Jan 6;281(1):39-45
- 【 32 】 Initial recovery patterns may predict which maintenance therapies for depression will keep older adults well:Dew MA,Reynolds CF 3rd et al,J Affect Disord.2001 Jun;65(2):155-66.
- 【 33 】 Response speed and rate of remission in primary and speciality care of elderly patients with depression:Thomas L,Mulsant BH et al,Am J Geriatr Psychiatry.2002 Sep-Oct;10(5):583-91
- 【 34 】 Interpersonal psychotherapy for late-life depression:past,present,and future, Miller MD,Cornes C et al,J Psychother Pract Res.2001 Fall ;10(4):231-8
- 【 35 】 Modification of interpersonal psychotherapy with depressed adolescents (IPT-A):phase I and II studies,Mufson L,Moreau D et al, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.1994 Jun;33(5):695-705
- 【 36 】 Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents:a one year naturalistic follow-up study.Mufson L,Fairbanks J, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.1996 Sep;35(9):1145-55
- 【 37 】 Open trial of interpersonal therapy in adolescents with moderate to severe major depression: effectiveness of novice IPR therapists:J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2001 Feb;40(2):236-40.
- 【 38 】 A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents:Mufson L,Dorta KP et al, Arch Gen Psychiatry.2004 Jun;61(6):557-84
- 【 39 】 DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル、高橋 三郎、染矢 俊幸、大野 裕訳、医学書院、東京 (2003)、American Psychiatric Association :diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ,4th ed (DSM-IV-TR), American Psychiatric Association, Washington DC
- 【 40 】 Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder : Markowitz JC, American Psychiatric Press, Washington DC1988
- 【 41 】 Interpersonal psychotherapy for chronic depression:Markowitz JC,J Clin Psychol.2003 Aug;59(8): 847-58
- 【 42 】 Bacaltchu J,Hay P,Trefiglio R: Antidepressant versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa. Cochrane Database Syst Rev 2001
- 【 43 】 Hay P ,Bacaltchu J: Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). Cochrane Database Syst Rev 2003
- 【 44 】 PTSD Group-based interpersonal

- psychotherapy for posttraumatic stress disorder :theoretical and clinical aspects:Robertson M,Rushton PJ et al,IntJ Group Psychother. 2004 Apr;54(2):145-75
- 【45】 Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. :O' Hara MW,Sauart S et al,Arch Gen Psychiatry. 2000 Nov;57(11):1039-45
- 【46】 Foley SH, Rounsaville BJ , Weissman MM, Sholomskas D, Chevron E. Individual vs. conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. Paper presented at: Annual meeting of the American Psychiatric Association; 1987 May; Chicago.
- 【47】 Interpersonal psychotherapy :current status:Weissman MM ,Keio J Med.1997 Sep;46(3):105-10
- 【48】 A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. : Donnelly JM, Kornblith AB et al,Psychooncology. 2000 Jan-Feb;9(1):44-56
- 【49】 Interpersonal psychotherapy group(IPT-G) for depression, Mackenzie KR, Grabovac AD:J Psychother Pract Res.2001 Winter;10(1):46-51
- 【50】 A group adaptation of Interpersonal Psychotherapy for depressed adolescents:Mufson L,Gallagher T et al,Am J Psychother 2004 ;58(2):220-37
- 【51】 Interpersonal Psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. *Depress Anxiety*.2002;16(3):114-7
- 【52】 Effectiveness research:transporting interpersonal psychotherapy for depressed adolescents(IPT-A) from the lab school-based health clinics.Mufson LH,Dorta KP et al :Clin Child Fam Psychol Rev.2004 Dec ;7(4):251-61
- 【53】 Interpersonal counseling in general practice:Judd F, Weissman M et al,Aust : Physician.2004 May;33(5) 332-7
- 【54】 Depression in Primary Care , Volume 2. Treatment of Major Depression , Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)
- 【55】 Is IPT time-limited Psychodynamic psychotherapy? :Markowitz JC,Svartberg M et al,J Psychother Prac Res.1998 Summer;7 (3):185-95

平成 16 年度厚生労働科学研究
(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
精神療法の医療経済的研究

分担研究者 山内 慶太(慶應義塾大学看護医療学部助教授)

研究要旨

本研究班では、第2年度である平成17年度に、分担研究「うつ病・パニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究」が実施するうつ病に対する認知行動療法の効果研究に併せて経済評価を実施することを予定している。それに向けて、第1年度である本年度は、経済評価を実施する際の留意点を検討すると共に、実際の調査において追加すべき評価項目などについて検討した。すなわち実際に、経済評価(主として費用効果分析)も含めて認知行動療法の無作為化比較対照試験を実施する場合には、研究デザインにおいて、①結果の一般化が可能になるように外的妥当性に留意した対象と介入方法の設定、②治療効果より費用の方が差の検出力が低いことに留意した対象者数の設定、③再発とその抑制の効果も比較できるような追跡期間の設定、④生産性の低下の費用なども含めた包括的な費用のデータの収集、等が肝要であることが確認された。また、費用のデータを収集するための調査項目についても検討した。

A 目的

本研究班では、第2年度である平成17年度に、分担研究「うつ病・パニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究」が実施するうつ病に対する認知行動療法の効果研究に併せて経済評価を実施することを予定している。

それに向けて、第1年度である本年度は、経済評価を実施する際の留意点を検討すると共に、実際の調査におい

て追加すべき評価項目などについて検討した。

B 方法

まず、うつ病の経済的特性に関する研究、並びに、精神療法をはじめとする治療技術の経済評価に関する研究を収集・分析し、認知行動療法の経済評価を実施する際の、特に研究デザイン上の留意点を明らかにした。

また、分担研究「うつ病・パニック

障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究」(主任研究者大野裕氏担当)が次年度に実施する、うつ病の認知行動療法の無作為化比較対照試験において、併せて経済評価を行う為には、効果と共に費用を把握する必要がある。そこで、費用を把握する為の具体的な調査項目について検討した。

C 結果および考察

うつ病に対する治療技術の経済評価は、SSRIをはじめとする新規抗うつ薬の開発・導入と共に、主として薬物療法に関するものが多くを占めていた。しかし近年では、精神療法の経済的側面についても関心が持たれるようになり、実際の経済評価研究も散見されるようになってきている。これらの研究の systematic review 並びにそれに基づく総説としては、Churchill R et al. (2001)、Byford S et al. (2002)、Barret B et al. (2005) などがある。これらの論文と、系統的に収集された個別の研究論文の検討を行った結果、特に研究デザイン上、以下の事項に留意する必要があることが考えられた。

1) 内的妥当性と外的妥当性

調査方法のデザインにおいて第一に、実践的試験の視点をどの程度組み入れるか、即ち、内的妥当性と外的妥当性のバランスをどのように保つかを検討する必要がある。概して、薬効評価をはじめとする無作為化比較対照試験においては、薬剤など治療技術

の効果を精度良く把握する為に、対象患者についても、治療方法についても均質化に努め、内的妥当性を高める傾向がある。しかし、経済評価の場合には、医療の現場で、より効率的な治療方法を選択する意思決定に資することが目的であるので、結果が日常の診療場面に一般化できるような外的妥当性が高い必要がある。

また、比較する両群の設定にも同様の配慮をする必要がある。一般化に留意すると、対照群には通常のケア(投薬も含む)、試験群には、通常のケア+認知行動療法が適当であると考えられる。但し、同じ例数でも外的妥当性を高くするほど、検出力の低下も考えられる為、最終的には実施可能な例数等も考慮して内的妥当性と外的妥当性のバランスを判断する必要もあろう。

2) 対象者数

経済評価は、従来からの治療効果の評価を目的とした無作為化比較対照試験に併せて費用のデータも収集してなされることが多い。しかし、対象数(sample size)が小さく十分な結論が得られない傾向が指摘されている。即ち、費用のデータは、効果のデータと比べて、ばらつきが大きくまた分布が強く歪む傾向がある為、効果の差を捉える為の検出力に基づいて設定した対象数は、費用の差を捉えるには十分ではないからである。したがって、対象者数は効果の差のみならず、費用の差についての検出力にも留意して

設定することが肝要である。

3) 追跡期間

従来の研究は、追跡期間が短い傾向がある。うつ病の場合には、再発の如何は、医療費だけでなく就労状況を左右する為、費用の大小に大きく影響する。取り分け、認知行動療法は、治療へのコンプライアンスの向上や、再発のリスクを高まるような状況での適切な対処などによって、通常の治療法に比して再発率が低くなることが期待されている。実際に、再発率が通常の治療に比して少ないことを実証する報告もなされている。したがって、追跡期間を十分にとり、再発への影響とその費用面での効果まで把握できることが望ましい。但し、追跡期間が長期になると、脱落例等も増加する恐れがある為、その点への配慮も必要であろう。

4) 治療のアウトカムの評価

従来の研究では、アウトカムの指標は多岐にわたっているが、多くは、うつ病の為に開発された症状評価尺度が用いられている。

しかし、うつ病は家事や仕事など社会的機能への影響が大きく、それへの対応が企業などでも関心事になっていることを考えると、後述するように費用算出の為のデータとして欠勤などの就労状況を把握するだけでなく、アウトカム評価における副次的な指標としても、社会機能に関わる評価尺度を追加することが望ましいと思

われる。

5) 把握する費用の内容

従来の研究では、費用の範囲も、医療費のみを把握している研究から、欠勤などの就労上の影響まで算入している研究まで様々である。

元来、医療技術の経済評価における費用は、概念的には、以下の要素で構成されている。

第一にサービスに直接関わる費用(service cost)である。これは、薬剤、検査、備品、医療スタッフの人件費等、医療サービスに伴って生じる費用と、医療以外の領域のサービスの直接的費用に大別される。後者には、例えば地域の援助、司法、教育、住居補助・生活補助等の福祉サービス、等の費用である。

第二に、サービスに直接関わらない費用(non-service cost)である。これには、作業能率の低下、欠勤、離職などによる生産性の損失の費用(productivity cost)、家族などが患者のケア、サポートの為に要する時間の費用、受診の際の移動に要する費用などがある。中でも、生産性損失の費用が大きいことはうつ病の特徴であることはしばしば指摘されて来た。

したがって、経済評価においては、費用の主要な構成要素については包括的に把握する必要があるが、従来の研究は、医療費の把握に留まるものが多く、生産性損失の費用まで把握しているものも少ない。その意味でも、本研究においては、生産性損失の費用ま

で包括的に把握することが望ましく、その意義は大きいと考える。

6) 費用に関する調査項目

費用を把握する為に必要となる主な調査項目は以下の通りである。

[直接的なサービスの費用]

- # 過去一定期間に、各種医療・福祉機関を受診・利用した日数、
- # (受診・利用した医療・福祉機関等について)所用交通時間、診療・利用の所用時間
- # 実施された診療行為とその回数
- # 処方内容
- # 過去一定期間の認知行動療法の実施回数、各回の所用時間、各回の実施職種
- # 診療報酬明細書の写し

[生産性の費用に関する主な項目]

- # 就労の有無(はい、いいえ、引退から選択)
- # 職業の種類(学生、主婦を選択肢に含める)
- # (就労していない場合)失業期間
- # (就労している場合)就労状況の確認(フルタイム、パートタイムなどから選択)
- # 体調によって現在仕事を休んでいるか否か
- # 過去一定期間に体調によって欠勤した日数(時間)。
- # 通常の1週間の勤務時間と先週1週間の勤務時間
- # 主観的な仕事の能率

(註) 対象者の罹病に伴う家族の就労状況も別に把握する。

D 結論

冒頭に記した通り、近年、うつ病に関しては、薬物療法だけでなく、精神療法についても効果と費用対効果の実証研究に関心が生じて来ている。認知行動療法については、有効性は示されているが、費用対効果は未だ十分検証されていない。その意味でも、次年度に実施することになっている無作為化比較対照試験の意義は大きいと思われる。

なお、何れにしても、特に経済評価については、医療制度の異なる他国での分析結果を安易に適用することには慎重である必要がある。その意味でも、わが国独自に実施される本調査の意義は高く、指摘したような留意点に配慮した調査の実施が望まれるところである。

E 健康危険情報

なし

F 研究発表

適宜報告の予定

G 知的財産権の出願・登録状況(予定も含む)

なし

主要参考文献

Barrett, B. Byford, S., Knapp, M. :

Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 84(1): 1-13, 2005.

Byford, S., Bower, P.: Cost-effectiveness of cognitive-behavioral therapy for depression: current evidence and future research priorities. *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.*, 2(5): 457-465, 2002.

Churchill, R. Hunot, V., Corney, R., et al.: A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5(35): 2001.

山内慶太:薬物療法の経済評価の基本的な考え方と留意点—精神医療の特質に即して—: *臨床精神薬理*, 6(7):837-843, 2003.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究平成16年度終了報告書

うつ病、社会不安障害、パニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究

分担研究者 古川壽亮 名古屋市立大学大学院医学研究科教授

研究要旨 本年度は、パニック障害と社会不安障害と慢性うつ病に対する認知行動療法のマニュアルを作成した。また、これらに基づき、パニック障害では40例、社会不安障害では24例、慢性うつ病では1例の患者に対してオープントライアルを行った。また、オープントライアルを行う基盤として、各疾患の重症度評価尺度の標準化に平行して取り組み、今までにパニック障害については Panic Disorder Severity Scale (PDSS), Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ), Body Sensations Questionnaire (BSQ), Mobility Inventory (MI)の、社会不安障害については Social Phobia Scale (SPS), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)の精神症状測定学的検討を行った。

古川壽亮
名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野
教授

中野有美
同臨床研究医

李聖英、小川成
同非常勤医師

野田裕美子、家接哲次
名古屋市立大学病院精神科
臨床心理士

A. 研究目的

本研究は、パニック障害と社会不安障害と慢性うつ病に対する精神療法単独および薬物療法との併用の効果についてマニュアルと評価尺度を用いて体系的に検証することを目的とするものである。これまで欧米で強いエビデンスの得られている精神療法について、これらの精神疾患ごとにわが国で利用可能な個別の精神療法の施行マニュアルを作成した上で、対照群を設定した効果研究を行うことを目指している。

B. 研究方法

本年度は、初年度であるので、以下の目標を立て、ほぼこれらを達成したと考えている。

- (1) パニック障害のグループ認知行動療法のマニュアルの作成
- (2) これに基づき、パニック障害患者でオープントライアルを開始

- (3) パニック障害のアウトカムを測定する、欧米で標準となっている複数の他者評価尺度および自記式調査票の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検討
- (4) 社会不安障害のグループ認知行動療法のマニュアルを作成
- (5) これに基づき、社会不安障害患者でオープントライアルを開始
- (6) 社会不安障害のアウトカムを測定する、欧米で標準となっている自記式調査票の日本語版の信頼性と妥当性を検討
- (7) 慢性うつ病に対する認知行動分析システム精神療法のマニュアルを作成。

(倫理面への配慮)パニック障害および社会不安障害に対する認知行動療法の治療効果およびその予測因子の研究は、名古屋市立大学大学院医学研究科の倫理委員会で審査承認され、実施に際しては患者に十分な説明の上書面による同意を得ている。

C. 研究結果

(1) Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2002) The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals (2nd edn). Sydney: Cambridge University Press.をベースに、基本的に1グループ4人で、週に1回2時間を10回で終了するようなマニュアルを作成した。

(2) これに基づき、2004年12月現在で40人がグループ認知行動療法を受けた。その結果を、下記のPDSSで測定すると、表1の通りであった。Barlowらが2000年に発表したRCTで得られた結果と比較し、ほぼこれに匹敵する症状減少が得

られている。

(3) 他者評価尺度としては、Panic Disorder Severity Scale (Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., Gorman, J. M. & Papp, L. A. (1997) Multicenter collaborative panic disorder severity scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.)の日本語版を、原著者の許可を得て作成し、日本人患者において標準化した。PDSSはパニック障害の7つの症状を0-4の5段階で重症度評価し、その総合得点でパニック障害の重症度を測定する他者評価式尺度である。日本人患者77人に施行した結果から、原版と同一の1因子構造が確認され、信頼性は良好で (Cronbachの α 係数が0.86で、評定者間信頼性は0.90以上)、かつ同様の症状を測定している自記式調査票との併存妥当性も確認された。パニック障害の診断がすでに確定している患者では、10点以下ならば軽症、11から15点ならば中等症、16点以上ならば重症と考えられた。下記 Yamamoto et al (2004)を参照。

一方、自記式調査票としては Agoraphobic Cognitions Questionnaire と Body Sensations Questionnaire (Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. & Gallagher, R. (1984) Assessment of fear of fear in agoraphobics: the Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.)および Mobility Inventory (Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J. & Williams, C. (1985) The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.)の日本語版を、原著者の許可を得て作成し、原著者との間で backtranslation を重ねて日本語版と原版との意味等価性を確認した。ACQ および BSQ の Cronbach の α 係数は、0.84 と 0.92 で、原版 (それぞれ 0.80 と 0.87) と同等またはむしろ良好であった。他の他者評価尺度や自記式調査票との併存妥当性も十分であった。Promax 回転をした因子分析をすると、Factor I: Loss of control, Factor II: Cerebral concerns, Factor III: Cardiovascular concerns, Factor IV: Social embarrassment に分かれるようであった。MI で得られる2つのサブスケールである単独での回避の尺度では0.97、同伴での回避の程度では0.94のCronbachの α 係数が得られた。単独での回避について因子分析すると、4因子が抽出された。第1因子は、「enclosed spaces」でパニック発作が起こったときに脱出できない状況、第2因子は「public spaces」で複数の人から見られている状況、第3因子は「high spaces」で高いところにいる状況、第4因子は「alone situation」で、一人きりで他者に助けてもらえない状況であった。

(4) Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C.,

Lampe, L. & Page, A. (2002) *The Treatment of Anxiety Disorders: Clinician Guides and Patient Manuals* (2nd edn). Sydney: Cambridge University Press. をベースに、基本的に1グループ4人で、週に1回2時間を12回で終了するようなマニュアルを作成した。さらに SAD のグループには、1月に1回を3回分というブースターセッションも有用である可能性があり、最近ではブースターセッションを追加して改良を加えるようにしている。

(5) これに基づき、2004年12月現在で24人がグループ認知行動療法を受けた。その結果を、下記の諸尺度で検討すると、表2の通りであった。われわれの治療成績は、placebo や、exposure のみ、あるいは education/support のみの対照群よりは、勝っているが、Mattick らや Heimberg らの CBT よりはやや劣っており、さらに Clark らの第2世代 CBT よりは明らかに劣っていた。

(6) 社会不安障害の重症度評価のためには、最近では他者評価として Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)、自記式調査票として Social Phobia Scale (SPS) と Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) が用いられることが多い。LSAS はすでに信頼性と妥当性を確認された日本語版がある。SPS と SIAS は、Kleinknecht らが作成した日本語版があるが、その日本人臨床人口における因子構造はまだ検討されていない。そこでわれわれは、149人の社会不安障害患者から得られた SPS&SIAS を因子分析し、日本人では原版で提唱されたような2因子構造ではなく、3因子構造が妥当であると考えられることを提唱した。日本人では、欧米における共通の「見られながら何かをする不安」と「人に話しかける不安」に加えて、おそらく日本人独自の因子として「対人関係にある不安」が存在する。

(7) 慢性うつ病に対する認知行動分析システム精神療法(CBASP)のワークショップを、その創始者 Jim McCullough 博士をお迎えし2004年6月に名市大医学部で開催した。夏から秋にかけて治療を行う際に必要なシートや患者用マニュアルを準備し、2004年11月から、認知行動分析システム精神療法による、慢性うつ病患者の治療を開始した。

E. 研究発表

E1. 論文発表

1. Yamamoto, I., Nakano, Y., Watanabe, N., Noda, Y., Furukawa, T. A., Kanai, T., Takashio, O., Koda, R., Otsubo, T. & Kamijima, K. (2004) Cross-cultural evaluation of the Panic Disorder Severity Scale in Japan. *Depression and Anxiety*, 20, 17-22.

- E2. 学会発表
1. Furukawa T, Watanabe N, Churchill R. (2004) Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder: A Cochrane systematic review. International Society for Affective Disorders, 2nd Biennial Conference. Cancun, Mexico 2004.3.6.
 2. Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R (2004) Combine or not: Evidence on CBT-drug combination for panic disorder. [Invited lecture] World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies 2004, Kobe, Japan 2004.7.22
 3. Watanabe N, Churchill R, Furukawa TA (2004) Do benzodiazepines and psychotherapy work better together for panic disorder with agoraphobia? Cochrane systematic review. 12th Cochrane Colloquium, Ottawa, Canada 2004.10.3
 4. 古川壽亮 (2005) 社会不安障害に対する薬物療法と精神療法の併用のエビデンス. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.18) 札幌
 5. 古川壽亮、渡辺範雄、Churchill, R. (2005) パニック障害に対する精神療法と抗うつ剤の併用のメタアナリシス: コクラン系統的レビュー. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.18) 札幌
 6. 渡辺範雄、Churchill, R.、古川壽亮 (2005) パニック障害に対する精神療法とベンゾジアゼピン系抗不安剤の併用のメタアナリシス: コクラン系統的レビュー. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.18) 札幌
 7. 中野有美、李聖英、小川成、野田裕美子、佐々木恵、古川壽亮 (2005) パニック障害のグループ認知行動療法の効果: 名古屋市立大学におけるオープントライアルより. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.18) 札幌
 8. 家接哲次、中野有美、小川成、古川壽亮 (2005) 社会不安障害のグループ認知行動療法の効果: 名古屋市立大学におけるオープントライアルより. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌
 9. 佐々木恵、山西知愛、村田佳江、仲秋秀太郎、古川壽亮、堀越勝 (2005) 強迫性障害のサブタイプにおける行動療法と治療効果の検討: 洗淨強迫と確認強迫との比較. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌
 10. 仲秋秀太郎、村田佳江、山西知愛、古川壽亮、堀越勝 (2005) 強迫性障害のサブタイプにおける行動療法前後の高次機能の変化の差異に関する検討: 洗淨強迫と確認強迫. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌
 11. 桜井昭夫、永田利彦、原井宏明、山田亘、毛利伊吹、中野有美、野田裕美子、小川成、李聖英、古川壽亮 (2005) 臨床患者群における社会不安の因子構造と患者のクラスター分析: 日本語版 SPS と SIAS. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌
 12. 江口万里子、渡辺範雄、古川壽亮、野田裕美子、中野有美、家接哲次、佐々木恵、李聖英、小川成 (2005) パニック障害におけるQOLと役割機能およびそれらの相関関係について. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌
 13. 野田裕美子、中野有美、李聖英、小川成、佐々木恵、古川壽亮 (2005) 日本語版 Agoraphobia Cognitions Questionnaire と Body Sensations Questionnaire の信頼性と妥当性. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌
 14. 小川成、中野有美、野田裕美子、李聖英、佐々木恵、古川壽亮 (2005) 日本語版 Mobility Inventory の信頼性と妥当性. 第4回日本認知療法学会 (2005.1.19) 札幌

表 1. パニック障害に対する認知行動療法

	名古屋市立大学病院こころの医療センター		Barlow et al (2000)	
	CBT alone	CBT +antidepressant	CBT alone	CBT +imipramine
No. of subjects	20	20	56	47
average of total score (baseline)	13.6	11.5	12.7	13.0
average of total score (after 3months treatment)	7.8	7.1	6.7	4.2
average of reduction(%)	43.1%	38.4%	47.7%	67.7%

表 2. 社会不安障害に対する認知行動療法

研究者 介入方法	Clark et al (2003)			Heimberg (1998)		Mattick (1989)		古川ら	
	CBT2	exposure	CBT	Education /support	pill placebo	CBT	exposure	CBT	CBT /medication
尺 SPS	64%	24%	43%	22%	20%	43%	17%	47%	24%
度 SIAS	49%	21%	34%	21%	12%	33%	13%	23%	18%
FQ	59%	14%	38%	13%	24%	47%	26%	29%	18%
FNE	39%	14%	23%	16%	-4%	30%	7%	12%	1%
LSAS(BSPS)	55%	22%	46%	9%	22%			21%	13%

精神療法の実施方法と有効性に関する研究

分担研究項目

広場恐怖を伴うパニック障害に対する認知行動療法のマニュアル作成と効果研究

分担研究者：坂野雄二 北海道医療大学心理科学部教授

研究要旨

はじめに、広場恐怖を伴うパニック障害患者に対して行われた認知行動療法の治療成果をまとめた。次に、10セッションからなる標準認知行動療法プログラムを作成し、その治療成果を報告した。そして、標準認知行動療法プログラムを通常の薬物療法に加えた条件（女性16名）と薬物療法のみを受療した待機統制群（女性8名）を比較し、認知行動療法プログラムがパニック障害の改善にどのような効果を持っているかを検討した。その結果、認知行動療法群では統制群に比べ、プログラム終了後に、回避行動の重症度、GAFによる心理的、社会的、職業的機能の全体的評定、主観的不安反応、パニック障害の重症度、直近4週間のパニック発作の頻度において改善が認められた。最後に、広場恐怖を伴うパニック障害に対する認知行動療法プログラムが提唱された。

A. 研究目的

パニック障害に対する治療法として薬物療法と認知行動療法の併用療法が推奨されている。しかしながら、わが国においてパニック障害に対する認知行動療法の効果を検討した研究は少ない。そこで本分担研究では、パニック障害に対する標準的な認知行動療法プログラムを作成し、その効果について検討するとともに、治療プログラム試案を提唱する。

B. 予備的研究

(1) 目的

広場恐怖を伴うパニック障害患者を対象に実施された認知行動療法プログラムの効果を確認する。

(2) 対象者

DSM-IVの診断基準を満たす広場恐怖を伴うパニック障害患者15名（男子5名、女子10名）であった。その平均年齢は36歳5ヶ月（±8歳9ヶ月）、初発PAからの平均経過年数は6年3ヶ月（±6年1ヶ月）、初診時直近の4週間の平均パニック発作回数は2.67回（±2.09）であった。また、DSM-III-Rによる空間恐怖的回避の重症度は、重症6名、中等症5名、軽症4名であり、重症から寛解までの5段階評定点でその平均値は4.13（±0.83）であった。

(3) 治療結果

不安に関する認知行動的心理教育、予期不安の

低減と回避行動の消去に関する認知行動的心理教育、身体反応のコントロール法の練習、エクスポージャー法の導入と回避行動の消去、認知の修正（不安管理訓練、対処行動の獲得、セルフ・エフィカシーの向上）という6つの要素からなる認知行動療法パッケージを実施したところ、平均6.27ヶ月（範囲：2～16ヶ月）の間に、平均7.67回（2～17回）のセッションで著大な改善が得られた。すなわち、認知行動療法セッション終了直近4週間のパニック発作回数は全員がゼロとなった。また、DSM-III-Rによる空間恐怖的回避の重症度は、部分寛解6名、寛解9名であった。重症から寛解までの5段階評定点でその平均値は1.40（±0.51）であり、その減少は有意であった（ $p<.001$ ）。

C. 標準プログラムの作成とその効果の検討

(1) 目的

次に、予備的研究で実施された認知行動療法プログラムに含まれた技法の中から先行研究において効果が確認されている技法をもとに、10セッションからなる標準的な認知行動療法プログラムを作成し、その効果を検討する。

(2) 対象者

DSM-IVの診断基準を満たす広場恐怖を伴うパニック障害患者12名（男性3名、女性9名、平均年齢：29.8±6.24歳）。いずれも大うつ病を含めた精神疾患(MINIにて)、人格障害(DSM-III-R、

SCID2にて)、および身体疾患の合併がないと判断された者。であり、すべての対象者に対して薬物療法は行われず、認知行動療法プログラムのみが実施された。

(3) 認知行動療法プログラム

Table 1に示すような構成要素からなる10セッションのプログラムを作成した。また、認知行動療法の治療経験のない治療者が、作成された治療プログラムマニュアルに沿って治療を行った。

心理教育は、パニック障害に関する正しい知識を患者が獲得することをねらうとともに、治療に対するモチベーションを増加させ、治療へのコンプライアンスを向上させることをねらいとしている。その具体的内容には、パニック障害の症状、パニック障害の治療法、回避行動（広場恐怖）の獲得と維持の仕組み、予期不安の発生の仕組み、パニック発作、および不安の一般的な時系列変化、不安の3要素（身体反応、回避行動、認知の変化）、パニック障害の認知モデル、エクスポージャー法の原理、認知の修正の必要性、対処行動の必要性、問題改善後の生活の展望と再発予防というテーマが含まれている。

パニック障害の症状には不安反応の特徴である交感神経機能の亢進が含まれる。また、パニック発作の前兆として呼吸の乱れを知覚する患者が多い。そこで、身体反応の修正として、身体反応の緩和をねらった漸進的筋弛緩法と不安拮抗反応の獲得を試みた。また、呼吸の乱れを感じたときに呼吸のリズムを調整する呼吸訓練法が実施された。

広場恐怖の改善には、エクスポージャー法が有効であることがこれまでに確認されている。そこで、エクスポージャー法としては、不安階層表にしたがって実施される段階的エクスポージャー法が採用され、初回は治療者が同伴したエクスポージャーが実施された、その後はホームワークとして患者自身による練習が行われた。同時に、エクスポージャー法の実施を継続させるため、自己強化法が導入された。

パニック障害に関連する不安のみならず、日常生活で感じる不安やストレスへの対処と予防を試みることで、パニック障害の改善維持と再発予防には有効であると指摘されている。そこで不安管理訓練プログラムが導入された。今回実施された不安管理訓練には、生活上の問題点の整理の仕方、認知の修正、破局的な考え方の修正、思考中断法、および選択的注意の振り分け方の練習（ディストラクション法）が含まれている。

Table 1 認知行動療法プログラム

1. 不安に関する認知行動的心理教育	<ul style="list-style-type: none"> ・自分の中で何が起きているかを正しく理解する ・回避行動の獲得と維持（安全確保行動）の仕組みを理解する。 ・予期不安の発生の仕組みを理解する。 ・パニック発作、および不安を感じたときの一般的な変化（不安の継時的変化）を理解する。 ・不安を感じたときにどのような変化が起きているか（不安の3要素：心理的反応、身体的反応、行動的反応）を理解する。
2. 予期不安と回避行動の改善に関する認知行動的心理教育	<ul style="list-style-type: none"> ・どうすると良くなるかを考える ・エクスポージャーの原理を理解する。 ・不安階層表の作成を通して不安の構造を理解する。 ・逆制止法の原理を理解する。 ・認知を修正することの大切さについて理解する。 ・新しい対処行動を獲得する必要性について理解する。 ・改善した後の生活を考える。
3. 身体反応のコントロール法の練習	<ul style="list-style-type: none"> ・身体反応に対処する ・リラクゼーション法の導入 ・拮抗動作法の導入 ・呼吸訓練法の導入
4. エクスポージャー法の導入と広場恐怖（回避行動）の消去	<ul style="list-style-type: none"> ・生活を妨害している行動を改善する ・段階的エクスポージャー ・フラッディング ・ホームワーク・エクスポージャー ・自己強化法 ・不安に直面する。 ・不安に直面しても安全であることを学ぶ。 ・対処行動を獲得する。
5. 不安管理訓練と対処行動の獲得	<ul style="list-style-type: none"> ・不安感を解決し再発に対処する ・問題点の整理 ・認知的再体制化法 ・破局的な考え方の修正 ・自己教示法 ・思考中断法 ・選択的注意の振り分け ・セルフ・エフィカシーの増大

(4) 結果と考察

①パニック発作回数

直近4週間の発作回数は治療後においては2.33回(±3.11)であり、治療前(9.58±11.24回)に比べ有意に減少していた(p<.001)。

②パニック障害の重症度評価

DSM-III-Rによる障害の重症度は、治療後に改善方向に変化した者8名、不変3名、悪化方向に変化した者1名であった。その駿豆宇分布はTable 2に示したとおりであり、人数分布の変化は有意であった(p<.001)。

Table 2 重症度の変化

	完全寛解	部分寛解	軽症	中等症	重症
治療前	0	1	1	5	5
治療後	2	5	1	3	1

③広場恐怖の重症度

DSM-III-Rによる空間恐怖的回避の重症度は、治療前に中等症1名、軽症11名であったのに対し、治療後は、部分寛解4名、軽症8名であり、軽症方向に変化していた。

④抑うつ傾向と不安

SDSによる抑うつ得点をSTAI-Sによる不安得点の変化を示したものがFig. 1である。抑うつ得点に有意な減少は認められなかったが、不安得点には有意に減少していた。

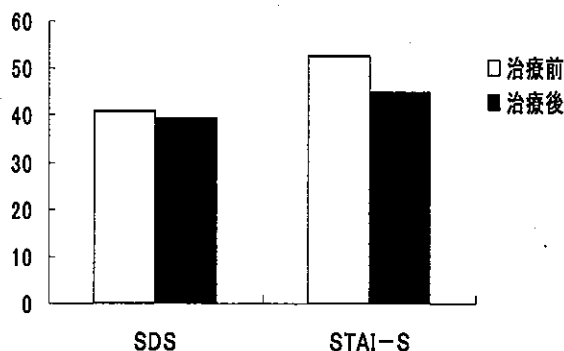


Fig. 1 抑うつ得点と不安得点の変化

以上のことから、今回実施された認知行動療法プログラムは、薬物療法を行うことがなくともパニック発作を減少させ、重症度での改善をもたらすと共に、主観的な不安を軽減する効果のあることがわかる。

D. 統制群との比較検討

(1) 目的

次に、10セッションからなる認知行動療法プログラムについて、ウェイトングリストコントロール群(待機統制群)との比較において、その効果を検討する。

(2) 対象者

①認知行動療法群(以下CBT群と略記する)

地方都市部に在住するDSM-IV-TRの診断基準を満たす広場恐怖を伴うパニック障害患者女性16名(平均年齢:30.5±7.2歳)。薬物療法(SSRIまたは三環系抗うつ剤、ベンゾジアゼピン系抗不安薬)による薬物療法(以下、従来治療TAUと略記する)に加え、認知行動療法プログラムを実施した。

②ウェイトングリスト統制群(以下WLC群と略記する)

地方都市部に在住するDSM-IV-TRの診断基準を満たす広場恐怖を伴うパニック障害患者女性8名(平均年齢:31.6±8.3歳)。CBT群と同様の薬物療法によるTAUを実施。認知行動療法導入までの待機期間を統制期間とし(平均待機期間:3ヶ月)、WLC群とした。

なお、両群の特徴をまとめたものがTable 3である。

Table 3 対象者の特性

	CBT群	WLC群
N	16	8
Age	30.5±7.2	31.6±8.3
SDS	42.88±7.12	43.43±9.07
STAI	45.25±5.96	45.38±4.87
GAF	57.5±6.01	58.38±5.07
PDSS	14.25±3.32	13.88±2.64
Severity of PD	2.88±0.89	3.25±0.71

(3) 認知行動療法プログラム

Table 1に示された認知行動療法プログラムが実施された。1セッションあたりの所要時間は約50分で、合計10セッションから成り立っている。

第1、第2セッションは心理教育が行われ、第2セッションでは、同時に不安階層表の作成が実施された。第3セッションで身体反応の修正、第4セッションでエクスポージャーが導入され、第5セッションからは、ホームワークによるエクスポージャーが実施された。また、第6セッション以降に不安管理訓練が実施された。

(4) 治療評価

CBT群では10セッションの治療期間の前後に、

また、WLC 群では待機期間の前後に、以下の指標を用いて評価が行われた。

- ①STAI-S：その時点での不安反応（状態不安）の強度を測定する。
- ②SDS：抑うつ反応の強度の評価。
- ③PDSS：パニック障害の重症度の評価。
- ④GAF：心理的、社会的、職業的機能の全体的評定。
- ⑤空間恐怖的回避の重症度：DSM-III-Rによる広場恐怖の重症度評価
- ⑥直近4週間のパニック発作の頻度

(5) 結果

各測度について、群 (CBT, WLC) と時期 (治療前後) を要因とする分散分析を行った後、各条件につき差の検定を行った。

①不安反応と抑うつ反応の変化

STAI-S による不安反応の強度を見ると、WLC 群では治療前後に有意な得点の減少が見られないのに対し、CBT 群では、治療後に有意な不安得点の減少が見られていた ($p < .001$)。このことは、認知行動療法プログラムが不安反応の減少に有効であったことを示している (Fig. 2)。

一方、SDS によって測定された抑うつ不安得点では、Fig. 3 に示すように、両群において治療後に低下傾向を示したが、その変化は統計的には有意ではなかった。このことは、今回用いられた認知行動療法プログラムでは抑うつ反応の変化は認められないことを示している。

②パニック障害と空間恐怖的回避の重症度

パニック障害の重症度評定に用いられる PDSS 得点の変化を見ると、Fig. 4 に示すように、WLC 群では治療前後に有意な得点の減少が見られないのに対し、CBT 群では、治療後に有意な不安得点の減少が見られていた ($p < .001$)。このことは、今回実施された認知行動療法プログラムは、パニック障害の重症度を改善するのに有効であったことを示している。

また、DSM-III-R における空間恐怖的回避（広場恐怖）の重症度評価の得点においても同様に、WLC 群では治療前後に有意な得点の減少が見られないのに対し、CBT 群では、治療後に有意な不安得点の減少が見られていた ($p < .001$, Fig. 5)。

さらに評価時点での直近4週間前のパニック発作の頻度を見ると、パニック障害の重症度評価や空間恐怖的回避の重症度評価と同様の結果が認められた ($p < .001$, Fig. 6)。この結果を見ると、今回用いられた認知行動療法プログラムは、パニック発作の頻度の減少に有効であったことがわかる。

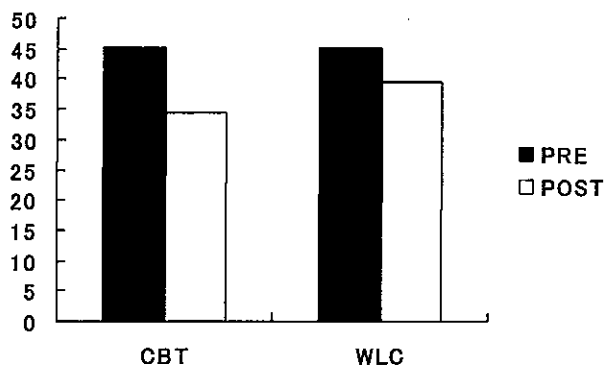


Fig. 2 不安得点の変化

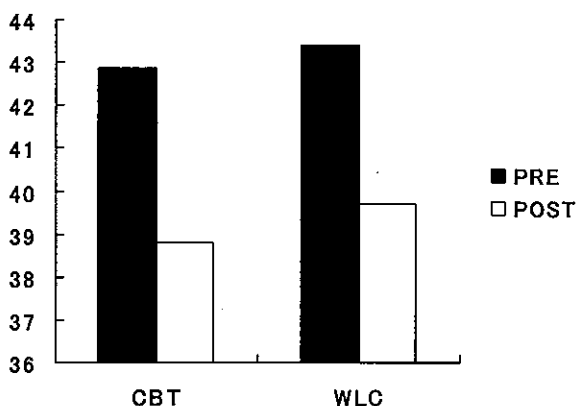


Fig. 3 抑うつ得点の変化

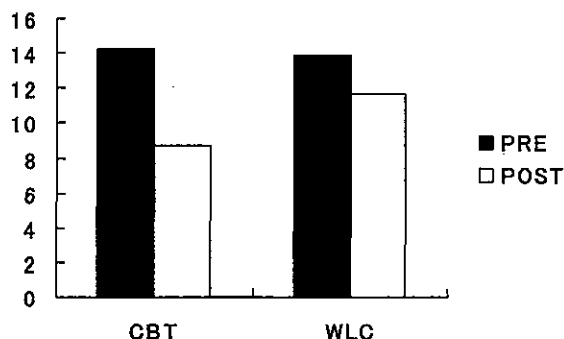


Fig. 4 パニック障害の重症度の変化

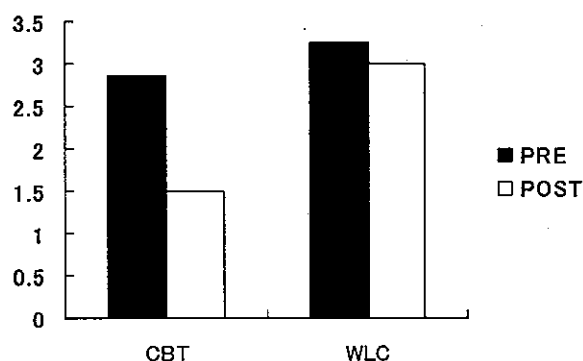


Fig. 5 DSM-III-R における広場恐怖の重症度評価

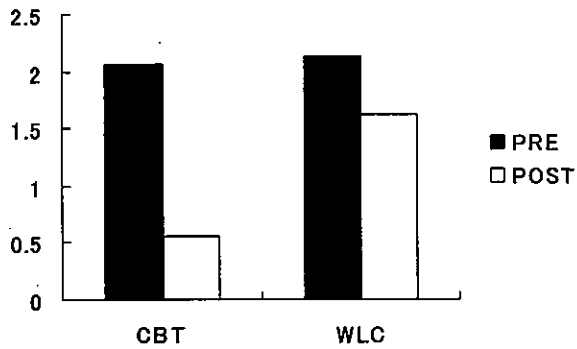


Fig. 6 直近4週間のパニック発作の頻度

③心理的, 社会的, 職業的機能の全体的評定

GAFによる心理的, 社会的, 職業的機能機能の評価の変化を示したものが Fig. 7である。

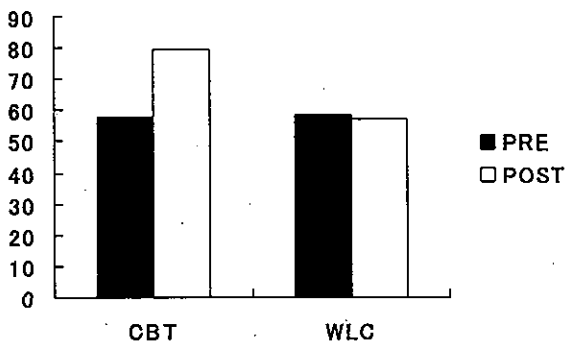


Fig. 7 GAFの変化

Fig. 7を見ると, WLC群では治療前後において心理的, 社会的, 職業的機能に変化が見られないのに対し, CBT群では, 治療後において, 患者の心理的, 社会的, 職業的機能に有意な改善が認められていることがわかる ($p < .001$) .

(6) 考察

本研究の結果をまとめると以下ようになる。すなわち, 認知行動療法プログラムを行った患者は, 統制群の患者に比べ, 治療後に,

- ①STAI-Sの得点が減少し, 不安の低下が認められる。
- ②PDSSの得点が減少し, パニック障害の改善が認められる。
- ③GAFの得点が増加し, 心理的, 社会的, 職業的機能の向上が認められる。
- ④空間恐怖的回避の重症度の減少が大きい。
- ⑤直近4週間のパニック発作頻度が減少する。

⑥しかし, 抑うつ得点には変化が認められない。

今回用いられた認知行動療法プログラムには, 主要な治療要素として, パニック障害の諸症状と治療法に関する患者の正しい知識の獲得をねらった心理教育, 交感神経機能の亢進を緩和する身体反応の修正, 回避行動の修正をねらったエクスポージャー法, 認知の修正と再発予防に向けた不安管理訓練が含まれていた。

パニック障害患者はしばしば, パニック発作が自らの生い立ちの悪さや過去の外傷体験のせいで生じていると考えたり, こころの奥底に何か原因が潜んでいると考えたりする。また, 人間関係上感じる葛藤が直接的な原因であると考えていたりする。そして, こころの真相にある原因がなくなればパニック障害は直らないと確信していたり, 治療に対する強い無力感を持っている。真理教しくセッションを持つことによってこうした疾患に対する「誤解」を解き, 正しい知識を持つとともに, 改善に対する見通しを持つことは, 治療へのコンプライアンスと動機づけを向上させるためには必須である。

一方, 患者は, 呼吸の乱れや息苦しさをパニック発作の前兆として理解していることが多い。リラクゼーション法や拮抗反応を活用して身体の弛緩をはかることや, ゆっくりと呼吸を整えるという呼吸訓練は, こうした身体の緊張を緩和することに役に立つ。また, 患者は呼吸の乱れや拍動の増加を感じたとき, 最悪のことが起きてしまうに違いないという「破局を予想する」ことが多い。こうした破局の予想が一層の身体緊張を生み出すという悪循環を生じさせると考えるのがパニック障害の認知モデルであるが, リラクゼーション法を中心とした身体反応の緩和は, こうした悪循環を断ち切る役割を果たしているものと考えられる。

エクスポージャー法は, これまで回避行動と予期不安の消去方法としてもっとも効果的であると指摘されてきた技法である。特に, 強迫性障害とパニック障害, 外傷後ストレス障害においては, 治療技法の選択肢の第一位にランクされている。今回実施されたエクスポージャー法も広場恐怖の消去に効果的であったと考えられる。

さらに, 不安管理訓練の中で実施された認知の再構成とディストラクション法は, パニック障害の認知モデルで指摘されている症状の悪循環を断ち切るとともに, 患者の破局的認知を修正し, 問題改善に向けたセルフ・エフィカシーの向上に有効であったと思われる。また, 認知の再構成によって, エクスポージャー法への動機づけを向上さ

Table 4 認知行動療法プログラム

内 容	セッション					
	1	2	3	4	5	6以降
アセスメント	●					
心理教育	●					
パニック障害の症状	●					
パニック障害の一般的な治療法	●					
回避行動の獲得と維持の仕組み	●					
予期不安の発生の仕組み	●					
パニック発作, および不安を感じたときの一般的な変化	●					
不安の3要素	●					
パニック障害の認知モデル		●				
エクスポージャーと逆制止の原理		●				
認知の修正の必要性		●				
対処行動の獲得の必要性		●				
改善後の生活の展望		●				
不安階層表の作成		●				
身体反応の修正			●			
リラクゼーション法の導入			●			
拮抗反応法の導入			●			
呼吸訓練法の導入			●			
エクスポージャー				●	●	
エクスポージャー					●	
ホームワーク・エクスポージャー					●	
自己強化法					●	
不安管理訓練						●
問題点の整理						●
認知の修正						●
破局的な考え方の修正						●
思考中断法						●
選択的注意の振り分け						●

せ, 維持させることができる。

パニック発作は再発の可能性が小さくない。そうしたとき, たとえ発作が生じたとしても, 適切に対処することができるならば, その悪化を防止し, 広場恐怖の生起の再発・悪化を予防することは可能である。さらに, 日常生活で患者が経験するストレスは, しばしばパニック発作の発生に影響を及ぼしている。したがって, パニック障害に関連する不安だけではなく, 日常生活で感じる不安やストレスへの対処と予防を試みるのが, パニック障害の改善維持と再発予防には有効であると思われる。今回実施された不安管理訓練は, 問題の改善のみならず, 予防的な機能を持っているものと考えられる。

今回用いられた諸技法を組み合わせた治療パッケージが不安の低下, パニック発作頻度の減少, および, 空間恐怖的回避(広場恐怖)の重症度の減少に有効であり, その結果として心理的, 社会的, 職業的機能の向上が認められ, パニック障害の改善が認められる結果につながったものであると考えられる。

しかしながら, 抑うつ得点には変化が認められ

なかったことを考えると, パニック障害との併発率が高いと指摘されている抑うつ反応, あるいはうつ病の諸症状の改善のためには, 今後プログラムを修正することも必要であろう。また, 本研究で残された課題として, データ数を蓄積すること, および, 治療者の要因等残された無作為化すべき変数を統制した治療研究を積み重ねなければならない。

E. 認知行動療法プログラムの提案

本分担研究で実施された10セッションからなる認知行動療法プログラムの内容と, それを構成する各技法の導入時期をTable 4に示す。今後, データの蓄積とより精緻化されたプログラムの開発, およびその無作為比較試験が課題として残されている。

社会不安障害に対する森田療法の効果研究

分担研究者 中村 敬 東京慈恵会医科大学第三病院精神神経科助教授

研究要旨

社会不安障害に対する森田療法の効果研究の第一歩として、今年度は慈恵医大第三病院において入院森田療法を実施した社会不安障害の症例について治療効果を検討した。その結果31例の社会不安障害について、評価面接総点、GAF、SCL-90-R「対人過敏」「抑うつ」「恐怖症性不安」の3つの下位尺度、STAI 特性不安、自尊感情尺度に関して退院時に有意な改善が認められた。

A. 森田療法の概説

森田療法は、森田正馬によって1920年頃に創始された神経症に対する独自の精神療法である。

1) 神経質理論：森田療法の元来の治療対象は社会不安障害のほか強迫性障害、広場恐怖、パニック障害、全般性不安障害、心気障害などである。特に森田が着目したのは、これらの患者に比較的共通して認められる性格傾向（神経質性格）であった。神経質性格とは内向的、小心、過敏、心配性、完全主義、理想主義などを特徴とする性格素質を指す。このような神経質性格を基盤に、「とらわれの機制」と呼ばれる特有の心理的メカニズムによって発展する神経症が森田療法の対象と考えられてきた。「とらわれの機制」には以下の2つが含まれる。第1は精神交互作用と呼ばれる機制であり、注意と感覚が悪循環的に増強して症状が発展する機制を意味する。第2は思想の矛盾と呼ばれる。神経質性格の人々は不安や恐怖などの感情を「かくあるべき」という知

性でもって解決しようとする構えが強く、そこに不可能を可能にしようとする葛藤が生じるのである。例えば赤面恐怖の患者は、たまたま人前で恥ずかしく感じ顔が赤らむといった当たり前の感情や生理的反応を「ふがない」ことと考え、恥ずかしがらないように努める結果、かえって自己の羞恥や赤面にとらわれるのである。

2) 治療理論：このように神経質の患者が不安や恐怖の感情を排除しようとするところに、

とらわれの根源が見出される。だがそもそも不安やその根底にある死の恐怖は人間にとって避けることのできない普遍的な感情であり、その裏にはよりよく生きようとする人間本来の欲望（生の欲望）が存在する。病気に対する恐れの中には健康でありたいという欲求があるように、不安や死の恐怖と生の欲望は表裏一体のものである。したがって死の恐怖と生の欲望のどちらも人間性の事実としてそのまま受容することが自然に従ったあり方に他ならない。このような人間観に基づく森田療法の核心は、症状

へのとらわれを打破し、「あるがまま」の心的態度を獲得することにある。それはまず、不安や症状を排除しようとするはからいをやめ、そのままにしておく態度を養うことである。それと同時に「あるがまま」は、不安の裏にある生の欲望を建設的な行動に発揮していくことをも意味する。そのような実践を通して自己を生かしていくことが治療の目標になる。

3) 入院森田療法：上記の心的態度は患者の体験的自覚によって初めて身につくものである

る。このために森田療法は臥褥と作業を骨子とする独特の入院療法を基本形にしてきた。

入院は4期の治療期間から構成される。第1期：絶対臥褥期（7日間）。この間は終日個室で臥床して過ごし、食事、洗面、トイレ以外の気晴らしは禁じられる。症状に対するはからいをやめて、そのままの自己に向き合うことが目的である。第2期：軽作業期（4～7日間）。臥褥によって高まった活動欲を一時に発散するのではなく、徐々に必要な行動に向かっていくことがこの時期の目標である。作業に際しては外から仕事を課すのではなく、自発的な取り組みを基本とする。なおこの時期から主治医の面接と並行して日記指導が開始される。第3期：（重い）作業期（1～2ヶ月間程度）。動物の世話、園芸、陶芸、料理など生活に即した様々な作業があり、他の患者と共同で作業する場面が飛躍的に増える。作業や生活の実践を通して、症状にとらわれず臨機応変に行動する姿勢が培われていくのである。第4期：複雑な実際生活期（1週間～1ヶ月程度）。この時期は外泊を行うなど

社会復帰の準備にあてられ、必要に応じて院内から通勤、通学を許可されることもある。

B. 研究目的

以上に概説した入院森田療法によって、社会不安障害の患者にどのような治療効果をもたらされるかを検討することが今年度の目的である。

C. 研究方法

慈恵医大第三病院において入院森田療法を受けた症例のうち、入院当日に実施するM.I.N.I.精神疾患簡易構造化面接法によって社会不安障害と診断された症例に対し、以下の面接および自記式質問紙によって入・退院時の変化を判定した。

- 1) 状態評価のための半構造化面接（評価面接）
- 2) 機能の全体的評定尺度(GAF)
- 3) SCL-90-R 症状尺度
- 4) State-Trait Anxiety Inventory-JYZ (STAI)
- 5) 自尊感情尺度 (Rosenberg)

結果は Wilcoxon の符号付き順位検定により統計学的に解析した。

(倫理面への配慮) 全例に研究の趣旨を説明し、同意を得た。

D. 研究結果

対象は、平成12年11月以降に入院した症例に平成16年度入院の2症例を加えた計31例（男性23例、平均26.8±7.8歳、女性8例、平均25.3±4.9歳）の社会不安障害症例である。

表1 入・退院時の変化

評価スケール	Z値	有意確率 (P)
評価面接5項目の総点	-4.738	0.000 *
GAF	-4.127	0.000 *
SCL-90-R, 総点	-2.313	0.021
SCL-90-R, サブカテゴリー『身体化』	-1.537	0.124
SCL-90-R, サブカテゴリー『強迫』	-2.513	0.012
SCL-90-R, サブカテゴリー『対人過敏』	-2.748	0.006 *
SCL-90-R, サブカテゴリー『抑うつ』	-2.814	0.005 *
SCL-90-R, サブカテゴリー『不安』	-2.393	0.017
SCL-90-R, サブカテゴリー『敵意』	-0.462	0.644
SCL-90-R, サブカテゴリー『恐怖症性不安』	-3.145	0.002 *
SCL-90-R, サブカテゴリー『妄想様観念』	-1.519	0.129
SCL-90-R, サブカテゴリー『精神病性』	-1.548	0.122
SCL-90-R, サブカテゴリー『その他』	-0.932	0.351
STAI, 状態不安	-2.399	0.016
STAI, 特性不安	-3.686	0.000 *
自尊感情尺度	-4.303	0.000 *

(Wilcoxon の符号付き順位検定 * : $p < 0.01$)

表1に示したように、評価面接5項目の総点、GAFスケール、SCL-90-R 症状評価尺度の10の下位尺度のうち「対人過敏」「抑うつ」「恐怖症性不安」の3尺度、STAI 不安尺度の特性不安、自尊感情尺度において退院時に有意な改善が認められた。また有意差には達しなかったものの、SCL-90-R 「強迫」「不安」下位尺度およびSTAI 状態不安についても退院時に改善傾向にあることが示された。

E. 考察

社会不安障害は他者からの否定的評価に対する恐れを中核とする不安障害の一型であ

り、ICD-10 分類では恐怖症性不安障害のひとつに位置付けられている。またこの障害には大うつ病のコモビディティが35~80% と高率に上ることが報告されている。したがって入院森田療法実施後のSCL-90-R 「対人過敏」「恐怖症性不安」「抑うつ」下位尺度の有意な低下は、社会不安障害の主な症状コンポーネントが改善すると共に、共存する抑うつ状態も軽快していることを示している。また一般に社会不安障害の患者は症状の基底に不安傾向と自己評価の低さがうかがわれる。そこで STAI 特性不安と自尊感情尺度が退院時に改善していることは、表面にある症状のみならず社会不安障害の患者の基底的な心性にも治