

の有無を予測するためのロジスティック回帰分析の結果を示した。治療開始前の Y-BOCS 得点が高い（症状が重い）と寛解が難しく、ERPを受けると寛解の可能性は高まった。性別、OCDの会への参加有無、SRI 十分量投与の有無、年齢

については有意な関連はみられなかった。ただし、性別と OCD の会への参加有無については有意傾向がみられた（ $p < 0.1$ を有意傾向とした場合）。

表 1. ERP の有無, SRI 十分量投与の有無, OCD の会参加有無による Y-BOCS 得点変化の比較

ERP	n		Y-BOCS			統計量
			治療前	治療後	変化 (後-前) ※	
なし	35	平均値	25.9	18.2	-7.7	t(98)=3.915**
		SD	6.4	8.0	6.4	
あり	65	平均値	26.9	13.0	-13.9	
		SD	5.9	7.9	8.0	
合計	100	平均値	26.5	14.8	-11.7	
		SD	6.1	8.3	8.0	
SRI 十分量						
なし	39	平均値	26.7	15.5	-11.2	t(98)=0.553 n.s.
		SD	6.2	8.8	8.3	
あり	61	平均値	26.4	14.4	-12.1	
		SD	6.0	8.0	7.9	
合計	100	平均値	26.5	14.8	-11.7	
		SD	6.1	8.3	8.0	
OCD の会参加						
なし	51	平均値	25.5	16.3	-9.2	t(98)=3.334**
		SD	5.7	8.6	7.0	
あり	49	平均値	27.6	13.3	-14.3	
		SD	6.4	7.7	8.2	
合計	100	平均値	26.5	14.8	-11.7	
		SD	6.1	8.3	8.0	

※得点変化は負の方向に大きいほど症状の改善度が大きいことを表す。群間比較には得点変化を用いた。

表 2. 寛解(1), 部分反応・反応無し(0)を予測するためのロジスティック回帰分析 (n=100)

	B	p	オッズ比	95% CI	
				下限	上限
年齢	-0.012	0.500	0.988	0.954	1.023
性別 (男性)	0.788	0.097	2.200	0.868	5.574
治療前Y-BOCS	-0.089	0.023	0.915	0.847	0.988
ERPあり	1.393	0.008	4.026	1.446	11.206
SRI十分量投与あり	0.513	0.266	1.670	0.676	4.123
OCDの会参加あり	0.915	0.054	2.498	0.984	6.340

^a正分類パーセント=71.0 $\chi^2 = 20.560, df=6, p < 0.01$

D. 考察

全体として治療成績の結果は既存の報告とほぼ一致した。治療効果を有意に予測したのは治療前 Y-BOCS 得点と ERP の有無であった。これも既存の報告と一致する(Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000)。元々の症状の重篤さに関わらず、ERP を行うことは寛解の可能性を高めるという結果であった。OCD の会への参加も有意ではなかったがそれに近い関連を示しており、患者の治療に対する積極性が治療の転帰に大きく影響すると考えられた。

研究 2: うつ病患者の主体的治療参加促進に関する研究

B. 方法

1. 対象

対象は、精神科診療所 (3 施設) に通院中の、Diagnostic and Statistical Manual IV (DSM-IV) の大うつ病性障害、気分変調性障害、特定不能のうつ病性障害の診断基準を満たす患者であった。対象者に対し口頭および文書で研究内容について説明し、すべての対象者から文書で同意を得た。

2. 調査方法

各施設において対象者を介入群と対照群に割り付けた。介入群、対照群ともに 61 名であった。

調査は 2 時点で行った。ある診察日を第 1 時点とし、患者に口頭および文書で調査について説明を行い、同意を得た。調査票への記入を依頼し、介入群では調査票と引き換えにうつ病治療補助ツールを渡し、対照群では渡さなかった (時点 1)。

時点 1 から 6 ~ 8 週間後の診察時に時点 2 調査を行った。第 1 時点と同様の調査票に記入を依頼し、それが終了した時点で、対照群の対象者にうつ病治療補助ツールを渡した (時点 2)。

「リーフレットやチェックリストをもらったか」という質問に対し、対照群で「もらった」

と答えた対象者 (22 名、36.1%) と介入群で「もらっていない」と答えた対象者 (11 名、18.0%) を分析から除外した。対象者の年齢・性別・精神科や神経科を初めて受診してからの期間 [月] (以下、受診期間とする)・Global Assessment of Functioning (GAF) 得点・教育年数・職業・婚姻状況を表 1 に提示した。対照群と介入群を比較したところ、年齢・性別・GAF 得点・職業・婚姻状況に有意差はなく、介入群の方が対照群よりも受診期間が有意に長かった。

3. 調査内容

調査は自記式の調査票を用いて行った。調査内容は、抗うつ薬のコンプライアンスを測定する ADCQ (Antidepressant Compliance Questionnaire)、うつ症状評価尺度である BDI(Beck Depression Inventory)、その他診察に関する満足度など独自に作成した質問項目であった。

ADCQ は 33 項目からなる自記式の尺度であり、いずれも「あてはまる」「だいたいあてはまる」「あまりあてはまらない」「あてはまらない」の 4 段階で回答する。「医師患者関係の認識」、「主体性の維持」、「抗うつ薬に対する肯定的な考え」、「パートナーの同意」の 4 つの下位項目がある。4 つの下位尺度得点はそれぞれの下位尺度を構成する項目の合計得点を項目数で割ることによって算出され、また総得点は 4 下位尺度得点の合計で得られる。得点が高いほどうつ病・抗うつ薬に対する患者の信念や態度が肯定的であることを示す。

BDI は 21 項目よりなる。それぞれの項目について、0~3 点が割り当てられ、合計点が BDI 得点となる。得点が高いほうがより重症であることをあらわす。

4. 解析方法

ADCQ 総得点および下位尺度得点、下位項目得点、BDI 得点について、第 1 時点と時点 2 での得点の差 (時点 2 - 時点 1) を介入群と対照

群で比較した。

C. 結果

表3に、ADCQ 総得点および下位尺度得点、下位項目得点、BDI 得点について、時点1と時点2での得点の平均値を示した。また、表3に、時点2と時点1の得点の差（時点2－時点1）の平均値を示した。

ADCQ 総得点は、介入群で対照群よりも有意に得点が向上した。下位尺度「主体性の維持」では介入群で対照群よりも得点が向上する傾向があった。下位尺度「抗うつ薬に対する肯定的な考え」では、初診からの期間について介入群と対照群で交互作用があったため、層別の解析を行った（5年以上・5年より長い）。その結果、

5年以下の患者では介入群で対照群よりも有意に得点が向上したが、5年より長い患者では両群で有意差はなかった。

下位項目については、「主治医は私が薬について思うことをきちんと聞いてくれる」「身体が抗うつ薬に慣れてきかなくなりうる」「抗うつ薬は私を強くするので私は問題にもっと効果的に対処することができるだろう」の各項目で、介入群が対照群よりも有意に得点が向上していた。「気分がよい日は処方されているより少ない錠剤を飲むかもしれない」では、介入群が対照群よりも得点が向上する傾向があった。

BDI 得点の変化は、介入群と対照群で有意差はなかった。

表3 ADCQ 得点、BDI 得点の介入前後の差の比較

	介入群(N=50)		対照群(N=39)		統計値
	Mean	SD	Mean	SD	
ADCQ 総得点	0.43	0.91	-0.18	0.97	t(87)=2.44*
(下位尺度) 医師患者関係の認識	0.02	0.30	-0.07	0.24	t(86)=1.41
主体性の維持	0.10	0.36	-0.06	0.37	t(80.6)=1.99†
抗うつ薬に対する肯定的な考え(全体)	0.10	0.31	0.00	0.32	t(84)=1.41
抗うつ薬に対する肯定的な考え(≤5年)‡	0.14	0.31	-0.04	0.30	t(65)=2.34*
抗うつ薬に対する肯定的な考え(5年<)‡‡	-0.12	0.22	0.09	0.37	t(17)=1.46
パートナーの同意	0.05	0.37	0.02	0.37	t(87)=0.34
(質問項目) 主治医は、私が抗うつ薬について思っていることをきちんと聞いてくれる	0.08	0.80	-0.26	0.64	t(87)=2.14*
気分がよい日は処方されているより少なく飲むかもしれない(逆)	0.26	0.80	-0.10	0.91	t(87)=1.99†
身体が抗うつ薬に慣れて、薬が効かなくなりうる(逆)	0.28	0.76	-0.15	0.81	t(87)=2.60*
抗うつ薬は私を強くするので、私は問題にもっと効果的に対処する事ができる	0.29	0.61	-0.13	1.06	t(86)=2.30*
BDI	-1.44	6.86	0.25	6.75	t(87)=1.16

*P<0.05、†P=0.05、‡：介入群(N=40) 対照群(N=27)、‡‡：介入群(N=8) 対照群(N=11)

E. 結論

強迫性障害の治療には、患者の治療への参加意欲が強く関連していると考えられた。ERPという、患者が恐れているものに接近する治療を促進するための動機付けの方法について

さらに検討が必要であると考えられた。

i) うつ病とうつ病の薬物治療に関する心理教育を目的としたリーフレットと ii) 診察時に患者が医師に伝えたい情報を整理するためのチェックリストの両方の特徴を併せ持つ

うつ病治療補助ツールはうつ症状の改善には効果がなかったが、服薬に対する信念や態度で改善がみられた。本研究は、日常臨床への応用が容易であるという点で特に意義深いと考えられた。

研究1と研究2より、患者の積極的な治療参加が治療効果に与える影響と、患者の治療参加を促進するための方策が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

研究1、研究2の各報告書に示した。

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定も含む)

なし

ストレス関連疾患に関する医療経済学的研究
その3 強迫性障害に対する認知行動療法
強迫性障害(OCD)に対する認知行動療法の Effectiveness

分担研究者 樋口輝彦 国立精神・神経センター武蔵病院 院長
研究協力者：原井 宏明 国立病院機構菊池病院 臨床研究部部長

研究要旨

目的： 強迫性障害 (Obsessive compulsive disorder; OCD) に対する認知行動療法はその効果がランダム化比較試験 (Randomized controlled trial, 以下RCT) やメタアナリシスによって支持されている。効果的な治療を行うことで“コストオフセット”による医療費の軽減も期待できる。一方、実際にこの治療を受けられる機会は限られている。また行っているとしても治療成績の差が予測される。日本の臨床場面における治療成績を調べた。

対象と方法： 強迫性障害に対する専門医療機関を受診した患者100人を対象に治療内容とY-BOCSによる症状重症度を調べた。文献検索を行い他の施設のデータとの比較検討を行った。

結果： 強迫性障害外来を受診し、強迫性障害と診断され、1ヶ月以上の治療を受けた患者は100名であった。100名について治療内容、経過を調べた。65名がエクスポージャーと儀式妨害 (exposure & ritual prevention, 以下ERP) を行った。Y-BOCS評価による成績は欧米の報告と並ぶものであった。

考察： 全体として治療成績の結果は既存の報告とほぼ一致した。治療前Y-BOCS得点とERPの有無が治療効果を有意に予測した。症状の重篤さと共に、ERPの有無が寛解と強く関連しており、患者の動機付けが治療成績にとって重要な因子であると考えられた。

研究協力者

原井 宏明¹⁾、岡嶋 美代¹⁾ ¹⁾ 国立病院機構菊池病院

A. 研究目的

強迫性障害は慢性に経過する疾患である。144人の患者について前向きコホート研究を40年間行った報告がある (Skoog & Skoog, 1999)。40年間効果的な治療を行っていない2/3の患者が発症10年後やや改善し、4/5の患者は発症40年後やや改善し、1/10は全く改善がなく、1/10は発症当初より悪化した、と報告した。2/3は40年後でも、臨床的症状

が持続していた。

エクスポージャーと儀式妨害 (ERP) とセロトニン再取り込み阻害剤 (SRI) は強迫性障害 (以下, OCD) に対する標準的な治療方法である。SRI は既に広く使われるようになっているが、十分な寛解まで至る例は半数に満たない (Catapano et al., 2006)。治療成績に関するレビューによればERPを勧められた患者のうち25%は拒否し、実際に受けた患者のうち

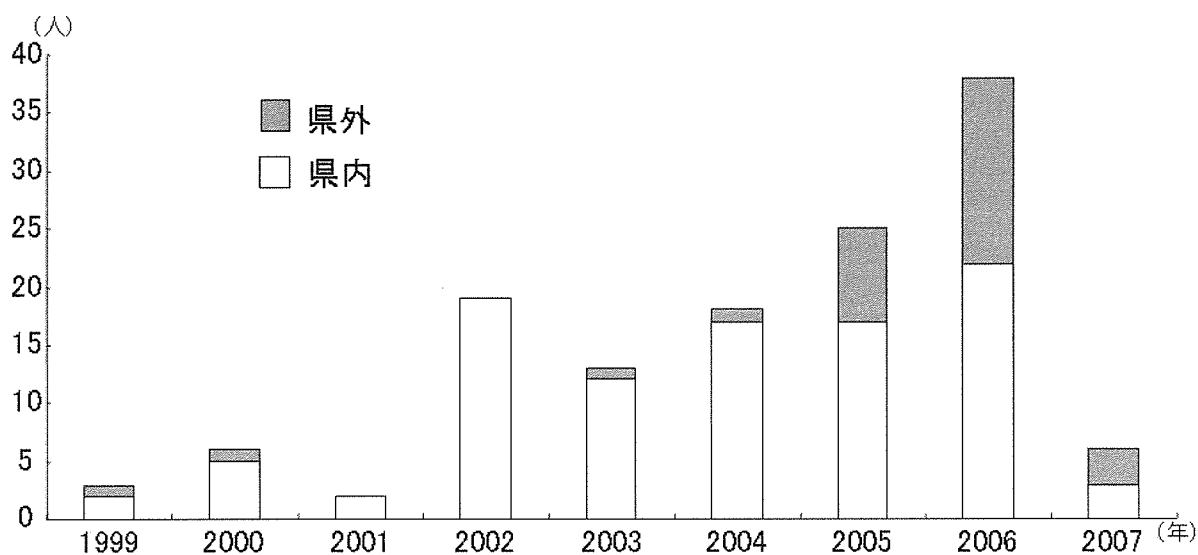
10～37%は良い結果が得られない。自宅でのERPの宿題を行わない患者では結果が不良である。全体としては重症度が50%以上改善する患者が55%，35%以上改善する患者が85%である(Jenike, 2004)。

この数年間、日本ではフルボキサミンを始め、パロキセチンがOCDに対する適応を獲得し、OCDに対する講演会や研究会が薬品会社

のスポンサーのもとに開かれるようになった。一方、認知行動療法はSRIほど普及していない。菊池病院では認知行動療法を含むOCD治療プログラムを行っている。図1で示すように、治療の場を求め県外から受診する患者が増加している。2006年は半数弱が県外からの受診者であった。

図1 OCDの新患来院患者の居住地の年次推移

注 2001年で減少しているのは治療プログラムを4ヶ月間休止したためである。



菊池病院での治療プログラムについて

本研究では、菊池病院における治療プログラムの成績を報告し、次に治療成績に影響すると思われる要因を探索的に検討した。最後に同様な研究報告との成績比較を行った。資料1に菊池病院での治療プログラムの内容を示す。

B. 方法

対象

1999年から2006年度までの7年間に、強迫性障害の病名で来院した患者や家族は128人であった。治療に関わったスタッフは2004年度～2005年度は医師2名であった。それ以外の時期は医師1名、心理療法士1名であった。

県外の患者の8割程度は飛行機を利用して来院しており、そのような患者には入院治療を行っていたが、スタッフ配置等の事情により、2006年度からは外来治療に限って行っている。

図1に示したとおり、県外からの受診者が増加しているが、その原因としては1)強迫性障害患者と家族の会(OCDの会)が2004年に発足し、月例会の開催やホームページ上でのサポートが始まった、2)担当医ホームページがよく知られるようになった、3)05年より電話相談担当者を配置し、初診時までのインタークや治療の説明を行うようになった、ことが考えられる。

128名の中から、1ヶ月以上治療が継続し、Yale-Brown強迫スケール(Y-BOCS)評価が行われた患者100人について、治療成績を検討した。

治療

全ての患者に対して、1)セルフモニタリング：強迫観念・強迫行為・回避を同定する訓練、症状や気分、強迫観念のトリガーに対する日記形式の記録、児童・思春期の患者の場合には親によるモニタリング、2)不安階層表の作成、3)集団による患者教育プログラム、を行った。集団教育プログラムは心理士がモデレーターに

なり解説を加えながら、ERPを受け寛解した患者が新患とその家族に対して自身の体験談を語るものである。前医から薬物を処方されている場合は、無効な薬剤からの離脱(特にベンゾジアゼピン系薬物)を行った。SRIの投与とERPについては、原則的に全ての患者に勧めた。患者が拒否する場合は行わなかった。

2004年4月からは、回復した患者を中心にしたOCD患者サポートグループ、“OCDの会”が始まった。一部の患者はこの会の月例会に参加し、先輩の患者から治療について学んでいる。

2005年度までは2～3ヶ月の入院による治療も行った。2006年度からは3日間外来集中プログラムを行った例がある。また患者の自宅を訪問して行う訪問看護や往診を利用したERPプログラムや、インターネットや電話を利用したサポートも行った。

分析

治療開始後6ヵ月後のY-BOCS得点を「治療後」として治療前のY-BOCS得点との差を取り、ERPの有無、SRI十分量投与の有無、OCDの会への参加有無と症状改善との関連を検討した。また、Pallanti(Pallanti et al., 2002)などに従い、治療後のY-BOCSが16点未満かつ治療前よりも35%改善した例を寛解、それ以外で25%以上改善した患者を部分反応、それ以外を反応無しとして各治療法との関連を検討した。

治療結果に影響する予測因子を検討するために、1)年齢、2)性別、3)治療前のY-BOCS、4)ERPの有無、5)セロトニン再取り込み阻害剤(Serotonin Reuptake Inhibitor, 以下SRI)の使用、6)OCDの会への参加を独立変数、寛解の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析を行った(強制投入法による)。

他の施設における治療結果については次のデータを利用した。厚生労働科学研究費「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」(主任研究者大野裕)における九州大学と名古屋市立

大学の成績(大野裕, 2005), 上島らによるパロキセチン特別成績調査(上島国利, 2004)を用いた。

C. 結果

対象になった100名の基本属性について表1と表2に示す。症状のタイプ, 年齢, 治療開始時のY-BOCS得点, 治療開始時のHAM-D得点に男女間で有意な差はみられなかった。

表3と表4は治療前後のY-BOCS得点の変化を, ERPあり群となし群, SRI十分量投与あり群となし群, OCDの会への参加あり群となし群で比較したものである。Y-BOCS得点変化が負の方向に大きいほど大きく症状が改善したことになる。ERPあり群ではなし群と比較して有意に大きくY-BOCS得点が減少していた。SRI十分量投与あり群となし群では有意差はみられなかった。OCDの会参加あり群ではなし群と比較して有意に大きくY-BOCS得点が減少していた。18歳以下の患者ではOCDの会への参加有無とY-BOCS得点の変化に有意な関連はなかった。なお, ERPの有無, OCDの会への参加有無と治療前Y-BOCS得点は有意な関連がなかった。

表5と表6は治療後のY-BOCSが16点未満かつ治療前よりも35%改善した例を寛解, それ以外で25%以上改善した患者を部分反応, それ以外を反応無しとした場合の, 各治療法と治療反応の関連を検討したものである。ERPあり群ではなし群と比較して寛解の割合が有意に高かった。SRI十分量投与の有無, OCDの会参加有無と寛解・部分反応・反応無しの関連は有意ではなかった。18歳以下の患者ではERPの有無も治療反応と有意な関連がなかった。

表7に, 寛解を1, 部分反応と反応無しを0とした, 寛解の有無を予測するためのロジスティック回帰分析の結果を示した。治療開始前のY-BOCS得点が高い(症状が重い)と寛解が難しく, ERPを受けると寛解の可能性は高まった。性別, OCDの会への参加有無, SRI十分

量投与の有無, 年齢については有意な関連はみられなかった。ただし, 性別とOCDの会への参加有無については有意傾向がみられた($p<0.1$ を有意傾向とした場合)。

他の施設との比較

九州大学の成績を中川ら, 名古屋市立大の成績を仲秋らが報告している(大野裕, 2005)。この成績を表8に示す。

九州大学のデータは, 菊池病院のデータとよく一致している。名市大のデータは重症度が高い。全体に改善度が低く, 確認の患者については, フォローアップで悪化が見られている。

上島国利(上島国利, 2004)によれば, 治療前のY-BOCSの平均が23.9の188人の強迫性障害の患者をパロキセチンとプラセボの2群にランダム化し, 最終評価時についてY-BOCSが25%以上改善した比率は, パロキセチン群が52人/78人(67%), プラセボ群が26人/85人(31%)であった。

D. 考察

全体として治療成績の結果は既存の報告とほぼ一致した。治療効果を有意に予測したのは治療前Y-BOCS得点とERPの有無であった。これも既存の報告と一致する(Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000)。元々の症状の重篤さに関わらず, ERPを行うことは寛解の可能性を高めるという結果であった。OCDの会への参加も有意ではなかったがそれに近い関連を示しており, 患者の治療に対する積極性が治療の転帰に大きく影響すると考えられた。

E. 結論

強迫性障害の治療には, 患者の治療への参加意欲が強く関連していると考えられる。ERPという, 患者が恐れているものに接近する治療を促進するための動機付けの方法についてさらに検討が必要であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

岡嶋美代. イメージフラッシングと認知的対処法略に催眠現象を利用した恐怖症の二事例, 臨床催眠学, 投稿中

2. 出版

野口由香, 原井宏明, 岡嶋美代. (2006). 行動療法 1 エクスポージャーと儀式妨害. In 原田誠一 (編), 強迫性障害治療ハンドブック (pp. 140-155). 東京: 金剛出版.

March, J.S., Mulle, K. OCD in Children and Adolescents A Cognitive-Behavioral Treatment Manual Second Edition, Guilford Press 2007 を岩崎学術出版から翻訳出版予定

Harai, H. Termination with Japanese Clients, In A Clinician's Guide to the Theory and Practice of Termination in Psychotherapy, O' Donohue, W (Ed.) Routledge, New York in press

Hayes, SC. Get out of your mind & into your life, New Harbinger, 2005 をブレイン出版 から立命館大学武藤崇助教授と共同で翻訳出版予定

Y-BOCS 菊地版トレーニングビデオ制作中

3. 学会発表

Harai, H. Provision of Empirically Supported Treatment in Japan, A case of OCD support, presented in the First Asian Cognitive Behavior Therapy Conference, Hong Kong May 29-30, 2006

原井宏明. 動機づけ面接 -クライアント中心療法 または 正確な報告行動を結果制御によって増やす. 第 32 回日本行動療法学会 東京, 2006/10

原井宏明. 児童思春期の不安・うつ病性障害

の諸問題. 日本心理学会 福岡, 2006/11
岡嶋美代. 小児の強迫性障害 3 事例に対するイメージ療法の試み, 日本臨床催眠学会第 8 回学術大会, 東京, 2006/11

岡嶋美代. 治療が停滞している不潔恐怖と強迫性緩慢のある事例, 福岡催眠療法研究会, 福岡, 2006/8

原井宏明. 症状に対する治療と人生の価値 OCD を乗り越える力になるもの. OCD の会 第 3 回市民フォーラム, 名古屋国際センター, 2007/3/16

2006 年度強迫性障害の治療 行動療法研修会. 名古屋国際センター. 2007/3/17~18

H 知的財産権の出願・登録状況

(予定も含む)

なし

参考文献

Catapano, F., Perris, F., Masella, M., Rossano, F., Cigliano, M., Magliano, L., et al. (2006). Obsessive-compulsive disorder: A 3-year prospective follow-up study of patients treated with serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Psychiatric Research*, 40(6), 502-510.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 594-602.

Jenike, M. A. (2004). Clinical practice. Obsessive-compulsive disorder. *N Engl J Med*, 350(3), 259-265.

Pallanti, S., Hollander, E., Bienstock, C., Koran, L., Leckman, J., Marazziti, D., et al. (2002). Treatment non-response in OCD: methodological issues and operational definitions. *Int J Neuropsychopharmacol*, 5(2), 181-191.

Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions:

- the Padua Inventory. *Behav Res Ther*, 26(2), 169-177.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder [see comments]. *Arch Gen Psychiatry*, 56(2), 121-127.
- Westen, D., Novotny, C. M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull*, 130(4), 631-663.
- 上島国利. (2004). パキシルの強迫性障害に対する臨床評価 プラセボを対照とした二重盲検比較試験. *薬理と治療*, 32(9), 577-591.
- 大野裕. (2005). 精神療法の実施方法と有効性に関する研究 平成 16 年度 総括・分担研究報告書. 東京.

表 1. 対象患者の初診時の特性と男女間比較

	全体(n=100)		男性(n=45)		女性(n=55)		統計量	
	n	%	n	%	n	%		
主要な儀式	洗浄	53	53.0	20	44.4	33	60.0	$\chi^2(2)=3.572$ n.s.
	確認	46	46.0	25	55.6	21	38.2	
	他	1	1.0	0	0.0	1	1.8	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD		
年齢	28.2	12.8	28.7	14.2	27.7	11.6	t(98)=1.880 n.s.	
Y-BOCS	26.5	6.1	25.3	6.1	27.6	6.0	t(98)=0.390 n.s.	
HAM-D※	13.2	8.1	14.3	9.7	12.6	7.4	t(28)=0.536 n.s.	

n.s.: 有意差無し

※HAM-D 得点データが得られたのは男性 10 名, 女性 20 名であった。

表 2. 対象患者の初診時の特性と男女間比較 (18 歳以下)

	全体(n=28)		男性(n=14)		女性(n=14)		統計量	
	n	%	n	%	n	%		
主要な儀式	洗浄	13	46.4	8	57.1	5	35.7	$\chi^2(1)=1.292$ n.s.
	確認	15	53.6	6	42.9	9	64.3	
	平均	SD	平均	SD	平均	SD		
年齢	14.9	3.1	16.0	1.6	13.7	3.9	t(26)=2.029 n.s.	
Y-BOCS	25.4	6.4	25.1	6.3	25.7	6.8	t(26)=0.261 n.s.	
HAM-D※	12.1	10.8	13.7	16.1	11.0	7.4	t(5)=0.299 n.s.	

n.s.: 有意差無し

※HAM-D 得点データが得られたのは男性 3 名, 女性 4 名であった。

表 3. ERP の有無, SRI 十分量投与の有無, OCD の会参加有無による Y-BOCS 得点変化の比較

ERP	n		Y-BOCS			統計量
			治療前	治療後	変化 (後-前) ※	
なし	35	平均値	25.9	18.2	-7.7	t(98) = 3.915**
		SD	6.4	8.0	6.4	
あり	65	平均値	26.9	13.0	-13.9	
		SD	5.9	7.9	8.0	
合計	100	平均値	26.5	14.8	-11.7	
		SD	6.1	8.3	8.0	
SRI 十分量						
なし	39	平均値	26.7	15.5	-11.2	t(98) = 0.553 n.s.
		SD	6.2	8.8	8.3	
あり	61	平均値	26.4	14.4	-12.1	
		SD	6.0	8.0	7.9	
合計	100	平均値	26.5	14.8	-11.7	
		SD	6.1	8.3	8.0	
OCD の会参加						
なし	51	平均値	25.5	16.3	-9.2	t(98) = 3.334**
		SD	5.7	8.6	7.0	
あり	49	平均値	27.6	13.3	-14.3	
		SD	6.4	7.7	8.2	
合計	100	平均値	26.5	14.8	-11.7	
		SD	6.1	8.3	8.0	

※得点変化は負の方向に大きいほど症状の改善度が大きいことを表す。群間比較には得点変化を用いた。

表 4. ERP の有無, SRI 十分量投与の有無, OCD の会参加有無による Y-BOCS 得点変化の比較 (18 歳以下)

ERP	n		Y-BOCS			統計量
			治療前	治療後	変化 (後-前) ※	
なし	14	平均値	24.1	15.0	-9.1	t(26) =2.477*
		SD	7.0	7.8	6.4	
あり	14	平均値	26.7	11.3	-15.4	
		SD	5.7	6.0	7.2	
合計	28	平均値	25.4	13.1	-12.3	
		SD	6.4	7.1	7.4	
SRI 十分量						
なし	13	平均値	27.4	15.5	-11.9	t(26) =0.833 n.s.
		SD	6.8	7.3	8.7	
あり	15	平均値	23.7	11.1	-12.5	
		SD	5.8	6.5	6.4	
合計	28	平均値	25.4	13.1	-12.3	
		SD	6.4	7.1	7.4	
OCD の会参加						
なし	18	平均値	24.3	12.9	-11.4	t(26) =0.820 n.s.
		SD	5.9	7.4	7.1	
あり	10	平均値	27.3	13.5	-13.8	
		SD	7.2	6.8	8.1	
合計	28	平均値	25.4	13.1	-12.3	
		SD	6.4	7.1	7.4	

*p<0.05, n.s.: 有意差無し

Y-BOCS 得点が高いほど重症である。

※得点変化は負の方向に大きいほど症状の改善度が大きいことを表す。群間比較には得点変化を用いた。

表 5. ERP の有無, SRI 十分量投与の有無, OCD の会参加有無による治療反応※の比較

			寛解	部分反応	反応なし	統計量	
全体			n	53	25	22	
			%	53.0	25.0	22.0	
ERP	なし	n	12	10	13	$\chi^2(2)=9.445^{**}$	
		%	34.3	28.6	37.1		
	あり	n	41	15	9		
		%	63.1	23.1	13.8		
SRI 十分量	なし	n	18	11	10	$\chi^2(2)=1.213$ n.s.	
		%	46.2	28.2	25.6		
	あり	n	35	14	12		
		%	57.4	23	19.7		
OCD の会参加	なし	n	22	15	14	$\chi^2(2)=4.126$ n.s.	
		%	43.1	29.4	27.5		
	あり	n	31	10	8		
		%	63.3	20.4	16.3		

**p<0.01, n.s.: 有意差無し

※寛解: 治療後の Y-BOCS 得点が 16 点未満かつ治療前より 35%以上改善, 部分反応: 寛解でない患者で治療前より Y-BOCS 得点が 25%以上改善したもの, 反応なし: 寛解・部分反応でない患者

表 6. ERP の有無, SRI 十分量投与の有無, OCD の会参加有無による治療反応※の比較 (18 歳以下)

			寛解	部分反応	反応なし	統計量	
全体			n	17	6	5	
			%	60.7	21.4	17.9	
ERP	なし	n	7	4	3	$\chi^2(2)=1.396$ n.s.	
		%	50.0	28.6	21.4		
	あり	n	10	2	2		
		%	71.4	14.3	14.3		
SRI 十分量	なし	n	6	4	3	$\chi^2(2)=2.206$ n.s.	
		%	46.2	30.8	23.1		
	あり	n	11	2	2		
		%	73.3	13.3	13.3		
OCD の会参加	なし	n	11	4	3	$\chi^2(2)=0.056$ n.s.	
		%	61.1	22.2	16.7		
	あり	n	6	2	2		
		%	60.0	20.0	20.0		

n.s.: 有意差無し

※寛解: 治療後の Y-BOCS 得点が 16 点未満かつ治療前より 35%以上改善, 部分反応: 寛解でない患者で治療前より Y-BOCS 得点が 25%以上改善したもの, 反応なし: 寛解・部分反応でない患者

表 7. 寛解(1), 部分反応・反応無し(0)を予測するためのロジスティック回帰分析 (n=100)

	B	p	オッズ比	95% CI	
				下限	上限
年齢	-0.012	0.500	0.988	0.954	1.023
性別 (男性)	0.788	0.097	2.200	0.868	5.574
治療前Y-BOCS	-0.089	0.023	0.915	0.847	0.988
ERPあり	1.393	0.008	4.026	1.446	11.206
SRI十分量投与あり	0.513	0.266	1.670	0.676	4.123
OCDの会参加あり	0.915	0.054	2.498	0.984	6.340

^a正分類パーセント= 71.0 $\chi^2 = 20.560, df = 6, p < 0.01$

表 8 九州大学及び名古屋市立大における治療成績

九州大学

	治療前			治療後	
	n	平均	SD	平均	SD
ERP	11	29.7	3.0	12.3	5.0
薬物	14	28.7	3.3	20.0	8.8

名古屋市立大

	N	治療前		Outcome 12w		F-up 12w	
		平均	SD	平均	SD	平均	SD
全体 洗浄 確認	56	32.7	6.8	15.1	4.2	23.6	8.1
	26	32.1	6.4	14.4	4.3	18.4	5.4
	30	33.2	5.5	15.2	4.1	25.7	8.1

資料1 強迫性障害治療プログラム

強迫性障害について

手洗い、確認、不潔恐怖、加害恐怖などの症状を強迫性障害と呼びます。菊池病院には専門のスタッフがおり、この状態に対する専門的医療を行っています。

他の医療機関からのご紹介がある方を歓迎いたします。症状が改善した後も治療を続ける場合は他の医療機関にご紹介します。

どのような患者さんが受診しているか？

年間約50人の強迫性障害の患者さんが新患として関東や東北を含む日本全国から来られています。年齢は6～71歳までに及びます。平均年齢は20歳台、排泄物嫌悪と手洗い、自分のうっかりミスの後悔恐怖と確認が最も多い症状です。他には収集癖や順序、忘れ物などがあります。半数程度の方はうつ病もおこしています。

うつ病になると、気持ちが一日中落ち込み、食欲・物欲がなくなります。何をしても楽しめず、誉められてもうれしきはなく、やる気を失い横になっていることが多くなります。自分などいないが良い、何事も自分のせい、と考えるようになります。

治療は全て外来治療になります。往診を行う場合もあります。入院治療は行っておりません。
受診の仕方

相談と予約

心理士(岡嶋美代, 小松千沙都)が電話で受診相談と予約を受けております。引き受けることのできる患者数には上限があり、相談から初診の予約の日まで2ヶ月程度かかる場合があります。電話では、症状の他に過去の治療などについて質問をします。また、初診日までにお書きいただくアンケート用紙、症状評価用紙をお渡しします。

外来受診

初診、再診とも毎週木曜日 8時半～18時と第3金曜日 10時～18時に行います。1時間半程度かかります。精神科医(原井)が担当します。

治験や製造販売後試験の方を除いて薬はすべて院外処方になります。

治療の内容

治療の目的は大別して三つの別の目標があります。

1 短期的症状軽減

一時的に苦痛感や生活の障害を軽減し、最低限の日常生活が行えるようにすることです。必ずしも強迫性障害からの回復にはつながりませんが、一時的に苦痛から逃れる方法も最初は必要になります。病院を受診すること自体がままならない方にとっては不可欠だということになります。儀式行為の短縮化訓練、強迫観念から注意をそらす練習があります。

2 長期的回復

強迫性障害の重症度を改善し、日常生活がほとんど普通の人と同じレベルになるようにすることです。特定の抗うつ薬や特定の行動療法(エクスポージャーと儀式妨害)がおこなわれます。

3 合併する問題の改善

強迫性障害そのものではないが、合併するさまざまな問題を改善することです。家族の対応、就職のような強迫性障害によって失われた年月を取り戻すことです。

具体的な治療方法

セルフモニタリングと症状評価

心の病気の治療には患者さんご自身が主体となって、自分の行動を変えていく必要があります。そのためには、どの行動をどうすることが良いのか、という目標(課題)を決める必要があります。そこで最初に医師がMINIやY-BOCSと呼ばれる症状評価を行います。これによって課題を決め、次に自分の行動を自分でチェックできるように個別の患者さんの症状に合わせて毎日の症状の日記(セルフモニタリング)をつくります。これは強迫症状に限らず、全ての治療に共通する重要なことですから、欠かさずつけるようにしてください。これによって強迫儀式的短縮化を行うことも可能です。日常の手洗いの時

間をチェックすることで、3時間かかっていたものが2時間程度になることがよくあります。

強迫性障害の集団患者教育

強迫性障害の治療には知識も必要です。実際に治療を受けて良くなった先輩患者さんから実体験に基づいた話を聞くことができれば励みにもなるでしょう。毎月第3金曜日の午後1時から4時の予定で強迫性障害治療プログラムを受けておられる患者さんやその家族を対象に、強迫性障害についての講義と話し合いを心理療法士や回復した患者さんが講師となって行います。病院のスタッフや研修医などが参加することがあります。強迫性障害とは何か、治療、動機づけなどについて話し合い形式で勉強をします。3月は23日(第4金曜日)に行います。

強迫性障害からの長期的な回復をめざして行う治療には1)薬物療法、2)行動療法、の二つがあります。

薬物療法

1 ルボックス、デプロメール 25mg, 50mg 錠
この二つの中身は同じです。発売元がアステラス製薬と明治製薬と違っていています。効果が出るためには、200mgから300mgが必要です。50mg錠なら4~6錠を一日に2,3回に分けて飲むことになります。

2 パキシル 10mg, 20mg 錠

効果が出るためには40~50mgが必要です。一日1回の服用が普通です。

3 アナフラニール 25mg 錠

三環系抗うつ薬と呼ばれ、以前からある薬です。眠気、便秘、痙攣などの副作用があります。

副作用

最初の飲みはじめに副作用があります。嘔気や眠気、倦るさが代表的なものです。これらの副作用は飲み続けるうちに1,2週間で軽くなります。最初は量を少なめにし、副作用に慣れた後から量を増やしていきます。

飲み続けているときに現れる副作用には性機能障害があります。1ヶ月分をまとめて服用した場合は、ルボックスやデプロメール、パキシルは命には影響しません。アナフラニールは痙攣や不整脈を起こします。

離脱症状(禁断症状)

薬をやめると、その日または翌日から、ふらつく、めまい、頭がシャンシャン鳴る、ピリピリするなどの症状が出ることがあります。服用を再開すると治ります。

飲み方

どの薬も、最初の3,4週間は効果がありません。じっくり服用を続ける必要があります。観念と戦わず受け入れる、儀式をしないなどの行動療法と一緒に行うと効果が高くなります。

行動療法

強迫性障害は恐ろしい感じを伴う考えやイメージを儀式によって打ち消すことによって、一時的に楽にはなる、その一方、これを繰り返すことによって、恐ろしい考えやイメージが更に強さや頻度を増して

くる病気です。次第に悪循環に陥ることになります。治療を行うことは、この悪循環をなくすことであり、一時的には苦しみを味合う必要があります。このような逆説的なやり方を、エクスポージャーと儀式妨害(ERP)と呼び、この方法を受けた方は、薬物療法単独の方よりも症状が軽くなることがわかっています。

治療は患者さん自身が自分で自分の積極的に取り組むことによって進みます。実際に始める前には、十分に自分の症状を知り、課題を決めておく必要があります。

菊池病院では右の本を読むことをお勧めして



います。外来でも販売しています。

ERP を行うときの実際の治療は 4 段階ほどに分けることができます。

1. 治療計画づくりと“心の準備”

強迫観念を詳しく調べ、気持ち悪さ、恐ろしさを意図的に起こす方法を作ります。立ち向かうべき課題を困難な順序に並べたもの、ハエラキー(不安階層表)を作ります。恐ろしいことを思い浮かべること自体がエクスポージャーになることがあります、面接中に意図的に恐ろしい話題を 30 分程度繰り返し話すようにすることがあります。

2. 治療者の補助付きエクスポージャー

具体的な計画を立てて、実際に ERP を行います。1 回目は患者さん一人では難しいことが普通です。治療者が実際にエクスポージャーを自分でやってみせて、次は自分でするように促し、させてみて、少しでもできたら誉める、ということを行い、次第に難しい課題に向かうようにします。1 回は 1 時間は必要です。数時間かけて外出して行うことや、往診で自宅で行うこともあります。

3. セルフエクスポージャー

治療者の補助付きでできるようになっても、患者さん一人できなければ、自転車の補助車を外せない子どものようなものです。自分一人で課題をこなすことを毎週 1 回は行うようにします。定期的なカウンセリングで進め方について話し合います。

4. 治療効果維持のためのエクスポージャー

いったんできるようになったことも、1, 2 ヶ月怠るとまたできなくなります。数ヶ月に 1 回程度のカウンセリングを行い、治療の効果を保つことについて話し合います。

外来集中治療プログラム

1 ヶ月に 1 回、3 日間で集中的に行動療法を行うプログラムがあります。集団で行います。次回は 2 月 19 日、4 月 23 日を予定しています。3 月は行いません。

製造販売後試験など

8~18 歳の患者さんで過去にルボックスやデプロメールを服用されたことがない方については、これらの薬剤の効果と副作用を確認するために試験にご協力をお願いすることがあります。行動療法を行う場合は、試験終了後から行います。

また、パキシルを初めて服用される方については、薬品会社からの依頼により、症状やパキシルの副作用などのアンケートにご協力いただきます。

料金など

診察料や通院精神療法料、処方箋代、検査代、往診代と交通費実費などがかかります。健康保険が適用され、自己負担はその 3 割になります。治験や製造販売後試験にご協力を頂いている方は基本的な診察料のみ請求します。遠方の往診の場合は、健康保険が適用されず、全額自己負担となることがあります。

その他のお願い

菊池病院は臨床研究部があり、また研修指定病院になっています。治療だけでなく患者さんの経過を追跡することによって、治療の成績を確認し、治療効果を改善する研究や研修医や心理士の教育を行うことも菊池病院の重要な役割です。また、強迫性障害に対する行動療法は有用性が実証されているにもかかわらず、日本で行っている病院は数えるほどしかありません。OCD の会と連携して外部に対する啓発活動も行っております。患者さんの診療とは直接の関係はありませんが、こうした活動の重要性をご理解くださり、ご協力をいただくようお願いいたします。

連絡先

医師 原井宏明 心理士 岡嶋美代 小松千沙 都
治験管理室 田尻貴裕 尾澤敬一郎 鈴木美奈子

861-1116 熊本県合志市福原 208 菊池病院

Tel 096-248-2111 FAX 096-248-4559

メール hharai@kikuti.hosp.go.jp

病 院 の ホ ー ム ペ ー ジ

<http://www.hosp.go.jp/~kikutihp/>

OCD の会 <http://ocd-2004.hp.infoseek.co.jp/>