

**目標：**このセミナーが終わった時、どのように暮らしているか良いと思うか書き出しておきましょう。

ヒント・こうなっていたら良いと思うことは？  
 ・ あなたの課題が解決したら、どうなっているでしょう？  
 ・ こんな自分になれば良いと思うことは？




**つらいときの自分の状態を調査する**

①事やあひなが過っている状態をひとづけておきましょう。  
 ②そのときの気分や体の状態を書き出しておきましょう。

③そのときの痛みや疲労を書き出しておきましょう。  
 ④そのときよく浮かぶ考えを書き出しておきましょう。

①<回っている場面>

ヒント 今日起こった出来事は？問題リストも参考に

③<痛む痛みや疲労>

ヒント そのときどのようにしていましたか？  
 (仕事の手につかない、寝てばかりいるなど)

②<気分や体の状態>

ヒント 気分や感情は？(悲しい、不安、恐怖、怒りなど)  
 体の変化は？(不眠、食欲不旺、痛みなど)

④<よく浮かぶ考え>

ヒント 目にふと浮かんだ言葉や、ついつい考えてしまうことは？  
 (私は何をやってもうまくいかない、私は駄目だなあなど)

ホームワーク  
ワークシート1-4

生活にメリハリをつけよう

①毎日午前と午後に分けて、1つずつ目標を立てておもしろよう（目標を立てて食事をする、散歩に行くなど）。  
②目標が達成できたかどうか、印をつけよう（とても良くては○、良くては△、多しでは○、多しでは△）。  
③毎日の生活や気分を簡単に書いておもしろよう（目標を書き入れて気分がさっぱりした、食事をした気分が良くなったなど）。

日付(午前/午後)	目標	結果	状況や気分
月 日 午前			
月 日 午後			
月 日 午前			
月 日 午後			
月 日 午前			
月 日 午後			



ワークシート2-1

心の見取り図を作っておもしろよう



①まず、目標が達成できた際の状況を「状況」の部分に書き込んでおもしろよう。  
②次に、その時の気分を「気分」の部分に書き込んでおもしろよう。  
③最後に考えの部分に、そのときどう思ったか、誰のことで自分にどんな言葉がけをしたかを書いておもしろよう。

「状況」	➡	「気分」
	➡	「考え」

**皆さんの考えと気分の変化を整理しておよう**

- ① つわりが気分になったとき、そのときの考えを書き込んでおよう。
- ② つわりが気分がなくなったとき、そのときの考えを書き込んでおよう。

\* - ム - ワ - - ク

**考えと気分の変化に気付こう**  
 ①毎日午前と午後は何をするか、1つずつ目標を立てておよう。(朝起きて散歩をする、散歩に行くなど)。  
 ②散歩が気持ちいいかどうか、声をかけよう。(とても良くていい、良くていい)、  
 O、少しでいい、△)。  
 ③そのときの気分や気分を簡単に書いておよう。(朝起きて気分がさっぱりした、散歩をした気分がよくなったなど)。  
 ④そのとき思ったことや、散歩の中で感じたこと、言葉を書いておよう。(歩いてよかった、散歩が気持ちいい、やれなかったなど)。

日付 (午前 / 午後)	目標	結果	状況や気分	考え
月 日 午前				
月 日 午後				
月 日 午前				
月 日 午後				
月 日 午前				
月 日 午後				

ワークシート9-2

①これまでうづなりやすかった場面を振り返ってみましょう

②そのときの自分の考え方のくせをあげてみましょう

③新しく身に付けた対処法や最適な考え方をあげてみましょう

④どのように改善したと感じますか

ワークシート9-4

◎生活全般における今後の課題、心配なこととそれに対する対処法を書き出してみましょう。

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">今後の課題・心配なこと</div> <small>①中・長期的な課題を考えてみましょう。</small>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">対処法</div>

ワークシート8-1

この1週間にご起こると予想される出来事や問題		出来事や問題に向けての対策 ○予想される原因や原因に向けて、したほうがいいと思うことを、書き出してあげてください。		
月日	曜日	具体的な対処法・対策 ○何もしないで放置や見逃すのみに付けて書き出してみよう。	対処法を行うにあたって必要なこと	解決方法

ワークシート8-2

1週間の計画法

日にも	曜日	時間	計画	達成状況 十分までかたー○ ほぼまでかたー○ 全くでかたー△	満足度 (10点満点)

新しい考えや取り組みがうまくいったときについて考えてみよう  
うまくいったときの状況


工夫したこと


新しい考えや取り組みがうまくいかなかったときについて考えてみよう  
うまくいかなかったときの状況


反省点


ワークシート6-3

新しい考えや取り組みを思い浮かべたときの、気分の変化に注目しよう

チャレンジすること:

日時	①状況 ・どのような出来事、思考の 流れ、感情が平穏な感情をも たらしますか？ ・どのような平穏な身体感覚 がありますか？	②考え ・どのような考えやイメージ があなたの心のなかをよび ますか？ ・それぞれの考えやイメージ をどのくらい記憶しています か？ (%)	③気分 ・どのような気分を 経験していますか？ ・その気分はどのく らい強いですか？ (%)	④新しい考えや取り組み ・いつもの考えに代わる新し い考えや取り組みのための新 しい取り組みについて考えて みましょう。	⑤今の気分 ・新しい考えや取 り組みを思い浮か べたあとの気分 は？ ・その気分はどの くらい強いです か？ (%)
例: 12.7	上司に叱られた。	私は仕事の出来ない駄目な 人間だ。	憂うつ (85%)	いつもより仕事量が多かつ た。初めての仕事だった。	憂うつ (45%)

ワークシート6-3

新しい考えや取り組みを思い浮かべたときの、気分の変化に注目しよう

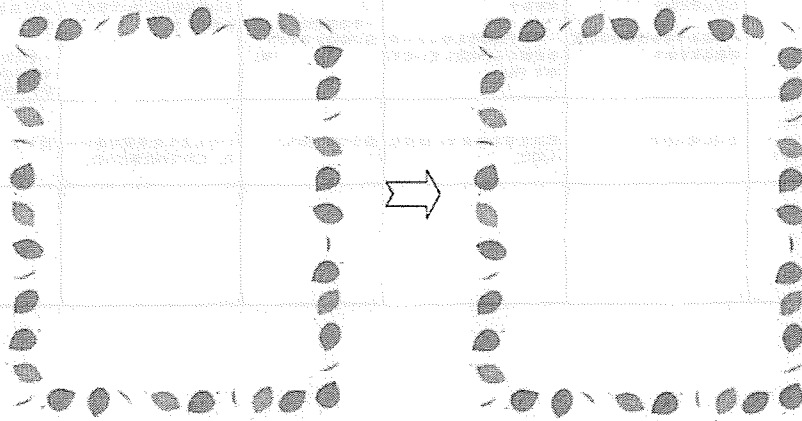
日時	①状況	②考え	③気分	④新しい考えや取り組み	⑤今の気分

ワークシート5-1

前回（#4）のホームワークで書きこんだ「考え」と「新しい考えや取  
り組み」を書き写そう

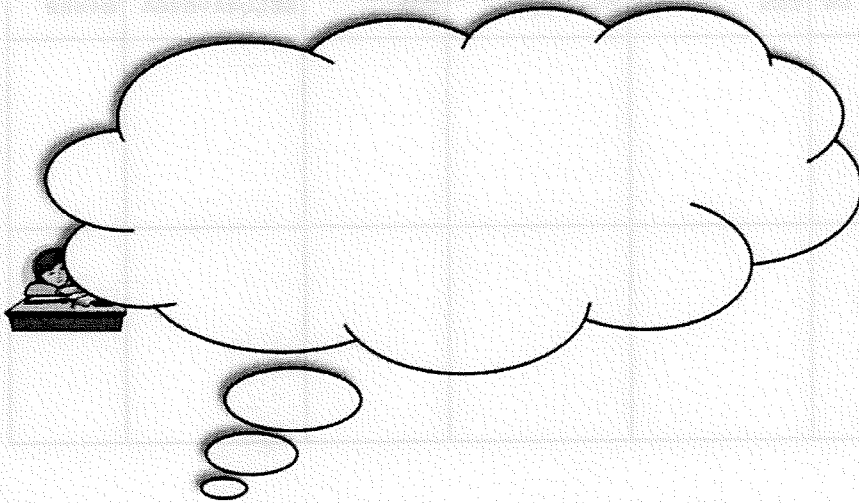
つい浮かんだ考え

新しい考えや取り組み



ワークシート5-2

「気持ちが楽になる考えや取り組み」を考えられるかぜひ書き出そう





ホームワーク  
ワークシート4-3  
新しい考えや取り組みを探そう

日時	①状況	②考え	③気分	④新しい考えや取り組み
	<ul style="list-style-type: none"> <li>どのような出来事、思考の流れ、感情が不快な感情をもたらしましたか？</li> <li>どのような不快な身体感覚がありますか？</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どのような考えやイメージがあなたの心のなかをよぎりますか？</li> <li>それぞれの考えやイメージをどのくらい評価していますか？ (9%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>どのような気分を体験していますか？</li> <li>その気分はどのくらいの強さですか？ (9%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>いつもの考えに代わる新しい考えや問題解決のための新しい取り組みについて考えてみましょう。</li> </ul>
例: 12/7	上司に叱られた。	私は仕事の出来な い駄目な人間だ。	憂うつ (95%)	いつもより仕事 量が多かった。 初めての仕事だ った。

ホームワーク  
ワークシート4-3  
新しい考えや取り組みを探そう

日時	①状況	②考え	③気分	④新しい考えや取り組み

ワークシート4-1

**「新しい考えや取り組み」をどう**

① **いつもの考え**  
例：自分やみんなから奪われている。

「**みんなの考えをしてみよう**の？」  
例：誰も口に話しかけてくれないから。

「**新しい考えや取り組み**」  
例：自分から話しかけてみる。新しい取り組みを試してみる。

「**みんなの考えが何故か**はいいけど、どのようところが  
**違う**か？」  
例：口は話しかけないのだから、話しかけないのだから。  
話しかけている人には話しかけていこう。

ワークシート4-2

**「メリット」と「デメリット」を考えよう**

① **いつもの考えをすることの「メリット」と「デメリット」を考えてみましょう**

メリット	デメリット


② **新しい考えをすることの「メリット」と「デメリット」を考えてみましょう**

メリット	デメリット

ワークシート3-1

状況・気分・考えの関係を整理してみよう

以下のヒントを参考に、気分が変化した時の自分の状態を整理してみましょう。

日時	①状況 ヒント ・誰と・誰にいたか？ ・何をしていたか？ ・いつのどこか？ ・どこにいたか？	②気分 ヒント ・気分を・目で、 ・良い文章になってしまったら自動思考の図に移す。 ・その気分の強さレベルを記入 (0~100%で) 	③考え (頭に浮かんだ言葉やイメージ) ヒント ・そのような気持ちになる直前に頭の中に浮かんだことは？ ・それは自分がどうだということか？ ・それは自分について、自分の生活について、自分の将来についてどういう意味をもつか？ ・こんなことが起こるのではないかと思っていることは？ ・もしそういうことが起こったとして経験のことは？ ・他人が自分の事をどう感じ、または考えるかという点について、それはどういう意味をもつか？ ・ほかの人たち全体がどうだということなのか？ ・この状態で、どのようなイメージ、あるいは記憶が浮かんでいるか？

ワークシート3-1

日時	①状況	②気分	③考え (頭に浮かんだ言葉やイメージ)

## 【平成 21 年度】認知行動療法 (CBT) を中心としたうつ病デイケアの有効性

分担研究者 仲本 晴男 沖縄県立総合精神保健福祉センター 所長

### 研究要旨

慢性うつ病の回復を図るため、集団認知行動療法 (CBGT) と作業療法を併用した「うつ病デイケア」を平成 17 年 8 月に開発した。本報告では平成 21 年度の実績について方法や結果、考察等について示す。

### A 研究目的

慢性うつ病の回復に有効な精神医学的リハビリテーションを確立し、有効性を実証するのが本研究の目的である。この実践研究を平成 17 年 8 月から開始し、データを蓄積しているが、本報告では平成 21 年度に実施した 3 クール分について報告する。

### B 研究方法

第 1 期は 4 月～6 月、第 2 期は 8 月～10 月、第 3 期は 12 月～2 月に実施し、1 クール 12 回である。7 月、11 月、3 月は各クールの整理・総括と募集業務となる。

毎週 1 回火曜日に実施し、午前中は作業療法、午後は集団認知行動療法 (CBGT ; 以下略字を使用) を行う。CBGT は 20～30 人前後の教育セッションつまりスクール形式の講義と、8 人ほどのグループワークから成り立っている。講義は 6 つのレッスンで構成され、隔週に行い、内容は気分の把握と、思考の修正、行動および対人関係の拡大等である。

グループワークの場の設定は 2 人用の長テーブルを四角形または五角形にしてお互いの顔が見えるような位置関係にする。そして大まかな持ち時間を決めて一人ずつ発表し、相互に質疑を行ってファシリテーター役のスタッフが会を進める。

所用時間は講義が 30 分前後、グループワークは 90 分～100 分である。

当事業は開始当時から専門スタッフの研修も目的としていたため、最初のオリエンテーション時に受講者に対し倫理面を配慮した本デイケアの説明および研究発表することや、報道への協力を文書で確認し同意の署名をもらっている。

### C 結果

受講修了者は、第 1 期 25 人 (新規 12 人、継続 13 人)、第 2 期 18 人 (新規 10 人、継続 8 人)、第 3 期 23 人 (新規 14 人、継続 9 人) の計 66 人であった。初回参加時の転帰、および修了した 36 人のプロフィールを (表 1) に示した。

(表 1)

初回参加時 (第 1～3 期) の転帰	開始時人数	47人 (100%)
〔平成 21 年度 計 3 クール 分〕	修了者人数	36人 (76.6%)
	中断者人数	10人 (21.3%、出席 6 回未満の者を含む)
	診断上の除外	1人 (2.1%)
修了した 36 人のプロフィール		
性別	男:女 =	23 : 13
年齢	平均	41.6 歳 ± 13.5 歳
罹病期間	平均	5.9 ± 4.3 年
治療期間	平均	4.2 ± 3.7 年
不就業期間	平均	1.8 ± 1.6 年
診断	F23	うつ病エピソード
	F33	反復性うつ病性障害
		(DSM-IV の双極 II 型を含む)

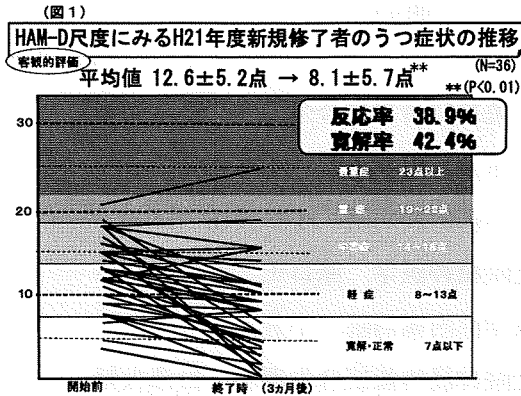
(2010 年 3 月現在の累計)

開始時は 47 人 (100%) であったが、修了者は 36 人 (76.6%)、中断者は 10 人 (21.3%)、診断上除外は 1 人 (2.1%) であった。全セッション 12 回のうち 6 回未満しか出席しなかった者は中断者扱いとなり、修了証書はもらえない。診断上の除外は双極性 I 型と判明した者である。

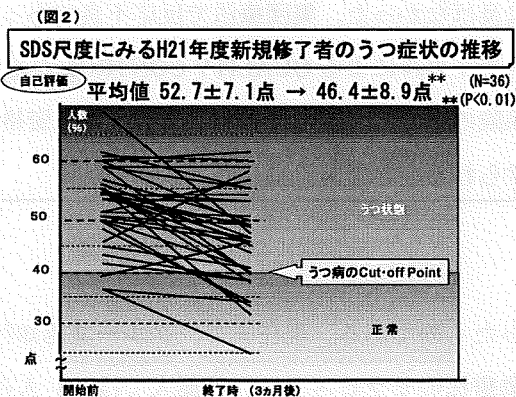
修了した 36 人の性別は男 23 人 (63.9%)、女 13 人 (36.1%) であった。年齢は平均で 41.6 ± 13.5 歳、罹病期間は平均で 5.9 ± 4.3 年、治療期間は平均で 4.2 ± 3.7 年、不就業期間は平均で 1.8 ± 1.6 年であった。診断は ICD-10 で F23 うつ病エピソード、F33 反復性うつ病性障害であるが、いわゆる双極性スペクトラムのなかでグレーゾーンの II 型は対象に含めている。

うつ症状の評価は、開始時と修了時に客

観評価である Hamilton 構造化面接 (図 1) と、自己評価として Zung の SDS うつ病尺度 (図 2) を実施した。



Hamilton 構造化面接で評価した新規修了者のうつ病状の程度を平均値で見ると、 $12.6 \pm 5.2$  点から  $8.1 \pm 5.7$  点まで改善した。点数が 50% 以上改善した者の割合を示す反応率は 38.9% であり、寛解に至った者の割合を示す寛解率は 42.4% であり、いずれの指標でも良好な改善率を示していた。



Zung の SDS 尺度の結果では、平均値は  $52.7 \pm 7.1$  点から  $46.4 \pm 8.9$  点まで低下し著明に改善していた。

#### D 考察

CBGT をデイケアという治療構造の中に組み込み、作業療法による自律神経系の賦

活効果との相乗効果を図ることによって治療の有効性を高めている。また、CBT のテキストはカラー図示を増やしてわかりやすくし、受講者のニーズを内容に反映させて、効果を高めるため改善を重ね、本年度第 3 期から改訂第 6 版となっている。

うつ病デイケア全体が構造化されているため他施設での再現性が高く、県内外の医療施設や精神保健福祉センターで広がりつつある。しかし、うつ病の急速な増加からすると、こうした治療システムはまだ一部でしか実施されておらず、着実な普及が望まれる。そのためにも継続した技術開発は必須であり、その発信源の一つである当センターのうつ病デイケアは、今後も継続し発展させる必要がある。

#### E 結論

認知行動療法 (CBT) を中心としたうつ病デイケアの有効性について、平成 21 年度の実績報告を行った。うつ病の病状は、客観的評価の Hamilton 尺度、自己評価の SDS 尺度の両尺度において著しい改善を示していた。うつ病デイケアは慢性うつ病の回復支援に極めて有効な治療手段であり、さらに普及する必要があると考えられた。

#### F 論文発表

- ① 認知行動療法 (CBT) を中心としたうつ病デイケアの有効性と実際. 臨床精神薬理 2008 ; 11 : 1224-1232.
- ② 社会復帰の視点で捉えた Remission とは. 日本不安抑うつ精神科ネットワーク (アルタ出版). 2008 ; 54-63
- ③ 仲本晴男 : うつ病に特化したデイケアの医学的有効性. 日本デイケア学会誌, Vol.12, No.1, 93-101, 2008
- ④ 仲本晴男 : Resilience の視点からみた慢性うつ病への認知行動療法 (CBT) とその実践. 臨床精神薬理, 11 : 2231-2238, 2008

## 精神療法の実施方法と有効性に関する研究

（課題名）強迫性障害とパニック障害の認知行動療法の実施方法と  
有効性についての検討

分担研究者（氏名 千葉大学大学院医学研究院神経情報統合生理学 清水栄司）

研究協力者（氏名 君津中央病院・千葉大学医学部附属病院 小林圭介

木更津病院・千葉大学医学部附属病院 小松英樹

千葉大学大学院医学研究院精神医学 原口正

旭中央病院・千葉大学医学部附属病院 小倉浩史

千葉大学大学院医学研究院神経情報統合生理学 松澤大輔

### 研究要旨

マニュアルに基づいたパニック障害のグループ認知行動療法は、1グループ6人程度でも、症状評価により、十分な有効性を示したことから、現在、デイケアでコメディカルによる実施がされるなど、日本の現行の医療保険の中で普及していくことができた。一方、強迫性障害のグループ認知行動療法に関しては、欧米での報告と同程度の有効性を出せ、普及の意義を示すことができたが、1グループ6人程度では、個人認知行動療法の効果には及ばなかった。集団療法で反応不良であった場合に、十分にスーパーバイズされた医師およびコメディカルによる QUALITY CONTROL がなされた個人認知行動療法を提供するには、日本の医療保険の中で、「認知行動療法士」の国家資格化がなされ、高い技術にみあった十分な保険点数がつけられるべきである。

### A. 研究目的

千葉大病院で2001年から、パニック障害のグループ認知行動療法を開始した当初、1グループ3人からはじめて、その後、1グループ6人程度まで参加患者数を増加していった。今考えると、1グループ3人程度のほうが、細かく Formulation が行えて、治療効果もあがったであろうが、当時は、アルコール依存症のための断酒会や AA などのセルフヘルプグループの12ステップのプログラムのイメージがあったため、人数構成が多人数になってい

ったものである。現在まで、グループ認知行動療法のセラピストは、千葉大では、3人の精神科医が実施している。10セッションのマニュアルに基づき、評価尺度による治療効果の検証を行い、診察室さらには病院の外での現実曝露セッションを含むパニックのグループ認知行動療法は、発表当時から、たいへん好評を呼んだ。一方、保険点数としては、通院集団精神療法を使おうとしたが、同日に算定する通院個人精神療法が使えなくなるため、あきらめた経緯がある。千葉大でのパニ

ック障害のグループ認知行動療法は、開始から5年で90人の患者に行い、非常に低いドロップアウト率（7.8%）と現在Activeでないパニック障害を含めても、高い有効性（43.3%；臨床試験に含めるようなActiveなパニック障害のみならば、50%；PDSSパニック障害重症度尺度で40%以上の改善を反応者とした場合の基準で）を誇り、米国でのBarlowら（2000）の12セッションの個人認知行動療法の臨床試験のデータと比較しても、遜色ないものであった。パニック障害の治療ガイドラインとして、グループ認知行動療法のマニュアルは出版された。

そのような中で、現在、一般の臨床現場であるクリニックなどでも、パニック障害のグループ認知行動療法は、実施されるようになってきている。これは、もちろん、マニュアルに基づき、一定の効果があげられ、実施しやすいということと、診療報酬上で、デイケアに組み込むことで、保険点数を得ることができるので、心理技術職や看護師、精神保健福祉士のようなコメディカルによって実施可能になったという点がみられる。

そこで、我々は、パニック障害の成功に続いて、強迫性障害 (obsessive compulsive disorder ; OCD) のグループ認知行動療法の標準化、マニュアル化に、本研究班を通じて、取り組んだ。強迫性障害はしつこい侵入思考（強迫観念）と定型化された儀式的に繰り返される行動（強迫行為）によって、特徴づけられる (Association. 2000)。疫学研究では、生涯有病率は約1-2%であると見積もられている。OCDの個人を対象とした認知行動療法の

有効性について多くの報告がなされ、薬物療法と同様にOCDの有効な治療法とされている (Eddy et al 2004; Foa et al 2005)。しかし、OCDの認知行動療法を行える治療者数は十分ではなく、患者は認知行動療法による治療を受ける機会が限定される。エキスパート・コンセンサス・ガイドライン (1997) は、CBT介入は12から20セッション、週当たり2回から3回で構成することを推奨している。この治療の頻度と期間は臨床的に困難であることが多い。従って、患者は適切に訓練された治療者に受診するのにしばしば長期間待たされるか、あるいはそのかわりとして次善の治療を受けることになるかもしれない。OCDの個人認知行動療法に比較し、OCDのグループ認知行動療法は比較的関心を払われてこなかった。グループ療法は同時に複数の患者を治療できるため、時間的・経済的に効率的でもあると考えられる (Anderson and Rees 2007)。グループ認知行動療法は、高度な技術を持った治療者からより適切な時期に適した方法で治療を受けるための一つの手段である。近年、いくつかのOCDのグループ認知行動療法の研究がなされてきた (Anderson and Rees 2007; Asbahr et al 2005; Bouvard 2002; Braga et al 2005; Chacon Pde et al 2003; Himle et al 2001; Jaurrieta et al 2008; Jonsson and Hougaard 2009; McLean et al 2001; Schruers 2007; Sousa et al 2006; Volpato Cordioli et al 2003)。JonssonらのOCDのグループ認知行動療法についてのメタアナリシスによれば、曝露反応妨害を含むグループ認知行動療法はOCDの有効な治療法であることが示された (Jonsson and



Hougaard 2009)。一方、これらの先行研究は欧米においてなされたものであり、我々の知る限り、日本人の OCD 患者を対象としたグループ認知行動療法の研究報告はない。従って、日本において、cross-cultural にグループ認知行動療法が有効であるかを検証することは重要である。

本研究の目的として、日本人 OCD 患者を対象にグループ認知行動療法を行うことによって、第 1 に強迫症状の改善がなされるか、第 2 に強迫性障害の認知モデルの精神病理である「過剰な責任」への態度と解釈がどのように変化するかを検証することとした。

## B. 研究方法

DSM-IV により診断された強迫性患者に対して、強迫性障害の「認知行動療法」の標準的な実施のために、グループ認知行動療法のエントリー基準、プログラム・プロトコールを決定し、それに基づき、治療を行った。除外基準は自殺のリスクのある大うつ病、双極性障害、重度の人格障害、知的障害重大な身体疾患をもった者とした。治療前後で、Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) による症状改善の評価を行った。抑うつ症状の評価に広く使用されているベックうつ病評価尺度(BDI-II)を使用した(Beck, 1979)。また、Responsibility Attitude Scale (RAS) および Responsibility Interpretation Questionnaire (RIQ)の日本語版によって強迫性障害の認知モデルの精神病理である「過剰な責任」についての変化を検討した。

本研究はオープン試験として実施した。2008年1月から2009年5月にかけて5グループに千葉大学附属病院にてグループ認知行動療法を行った。1グループは5人から7人(平均6人)の参加者で行われた。著者はグループ認知行動療法のマニュアルを OCD の集団療法についての先行研究(Anderson and Rees 2007; Bouvard 2002; Braga et al 2005; Himle et al 2001; McLean et al 2001; Schruers 2007; Sousa et al 2006; Volpato Cordioli et al 2003)や過剰な責任感という OCD の認知モデル(Foa et al 2001; Salkovskis et al 2003; Salkovskis et al 2000)と参考に、特に責任についての態度と解釈の変容を重視して作成した。近年、多くの研究者は強迫症状を治療する際に用いられる標準的な暴露反応妨害法(ERP)に、認知的介入を統合することを提唱している(Clark 2004; Rachman 1998; van Oppen and Arntz 1994)。CBTアプローチでは症状の改善を図るために、認知的介入と行動的介入の両方の戦略が用いられる。エキスパート・コンセンサス・ガイドライン(1997)では、ERP は強迫観念と強迫行為の双方に対する最も適切な行動療法であるとされる。

本研究は最新版のヘルシンキ宣言に基づいて実施された。全参加者から説明による同意を得た。

治療プログラムは週1回90分・全12セッションによって構成した(表1)。セッションは先述のマニュアルに従って、認知行動療法について十分な経験を有する3人の精神科医によって行った。心理教育、認知的技法(Salkovskis 1985)およびERP(現実および想像暴露)を用



いた。治療プロトコルには、各治療コンポーネントに対応した特定のホームワーク・エクササイズを含めた。著者らはこれらの活動をモニターした。家族のセッションへの出席は認めた。認知行動療法中は薬物療法の変更を行わなかった。前述の評価尺度を用い、治療開始前後(0週-12週)に、症状評価を行った。

治療反応ありとした基準は、治療終了時に YBOCS 評価点で 35%以上の減少とした。さらに治療反応者は治療後に YBOCS 評価点で 8 点以下となった場合に、完全寛解として分類した。

Session	テーマ	Contents
1	はじめに	OCDの病態生理の基礎とCBGTの説明
2	思考	強迫観念と侵入思考
3	感情	感情のスケールアップ、ERPの説明
4	行動様式	不安階層表
5	認知のゆがみ1	思考と現実の区別
6	認知のゆがみ2	脅威の過大評価と過剰な責任感
7	想像暴露	最悪のケースを物陰として作成
8	現実暴露	汚染に付き合う(未接触)
9	暴露反応妨害	床を触って手を洗わない
10	行動実験1	便座を触って手を洗わない
11	行動実験2	便座を触って手を洗わない
12	まとめ	

### C. 研究結果

参加者の背景および OCD のサブタイプについて、表2に示す。全参加者のうち、8人(22.2%)が治療中に脱落した。治療完遂者は、平均年齢 32.6(SD10.7)歳、男性 5 人、女性 23 人、平均発症年齢 23.4(SD9.7)歳、罹病期間 9.3(SD8.3)年であった。全参加者が抗うつ薬の薬物療法を受けたことがあった。グループ認知行動療法実施時に、完遂者のうち 22 人 (78.6%) が paroxetine、fluvoxamine、sertraline、clomipramine などの抗うつ薬を服薬しており、6 人は向精神薬を服用していなかった。YBOCS の症状チェックリストに従って分類した結果、洗浄型

10 人、確認型 5 人および混合型 11 人であった。

	Total (N=36)	Completer (N=28)
Age Mean (SD)	30.9 (10.3)	32.6 (10.7)
Man/Woman n (%)	8 (22.2%)/28 (77.8%)	5 (17.9%)/23 (82.1%)
Age of onset Mean (SD)	22.1 (9.5)	23.4 (9.7)
Duration Mean (SD)	8.9 (7.8)	9.3 (8.3)
Using medications n (%)	29 (80.6%)	22 (78.6)
Subtype n (%)		
washing	11(30.6%)	8 (28.6%)
checking	3 (8.3%)	3 (10.7%)
mixed	22 (61.1%)	17 (60.7%)

治療前後で、YBOCS の総合点、強迫観念および強迫行為の全てにおいて有意な改善を認めた(表 3)。治療前後での YBOCS での症状減少は 7.8 点(31.6%)であり、effect size (Cohen' d) は 1.27 であった。YBOCS の下位尺度の分析においては、強迫観念に比べ、強迫行為に大きな減少を認めた。

RAS と RIQ についての結果は表 3 に示す。グループ認知行動療法によって、RAS は有意な低下を認めた(p = 0.004)。RIQ の Frequency は有意な低下を認めなかった(p = 0.881)。一方、RIQ の Believe は有意な低下を認めた(p < 0.033)。

	Pre	Post	P value	Cohen's d
YBOCS				
Total	24.7 ± 6.0	16.9 ± 6.3	0.000	1.27
Obsession	11.7 ± 3.9	8.8 ± 3.4	0.000	0.79
Compulsions	12.5 ± 3.3	8.1 ± 3.1	0.000	1.38
RAS	4.12 ± 1.32	3.64 ± 1.49	0.004	0.34
RIQ				
Frequency	1.66 ± 1.05	1.68 ± 1.13	0.881	-0.02
Believe	50.4 ± 26.5	42.4 ± 27.3	0.033	0.30
BDI-II	18.3 ± 15.4	15.2 ± 14.1	0.103	0.21
paired t				
YBOCS, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; RAS, Responsibility Attitude Scale; RIQ, Responsibility Interpretations Questionnaire; BDI-II, The Beck Depression Inventory-Second Edition.				

BDI-II については治療前後の比較で、有意差を認めなかった(p = 0.103) (表 3)。

D. 考察

本研究の主たる目的は、(a)非西洋国である日本の OCD 患者でのグループ認知行動療法の効果を検証すること、(b)グループ認知行動療法が OCD 患者の過剰な責任感を改善し得るかを検証することであった。我々の知る限り、本研究は日本における OCD のグループ認知行動療法の効果についての初めての報告である。更に、グループ認知行動療法の OCD 患者の過剰な責任感への効果についての初めての研究報告である。本研究の結果から、2つの主要な知見が得られた。第1に、グループ認知行動療法によって有意な強迫症状の改善が認められた。第2に、グループ認知行動療法によって、過剰な責任感の有意な改善が認められた。

(a)グループ認知行動療法の治療効果

本結果から、グループ認知行動療法によって OCD 患者の YBOCS の有意な改善が認められた( $p < 0.001$ )。OCD のグループ認知行動療法についての先行研究では、YBOCS の改善率は20%から40%である(Jonsson and Hougaard 2009)。本結果での YBOCS の改善率31.6%は、先行研究の改善率に同等であった。次に OCD のグループ認知行動療法について effect size (ES)を本研究結果と先行研究を比較する。今回実施したグループ認知行動療法の治療前後における YBOCS の ES は 1.27 であった。

Jonsson ら(Jonsson and Hougaard 2009)の OCD のグループ療法のメタアナリシスの結果では、治療前後の ES は 1.18 であり、我々のグループ認知行動療法の治療効果は先行研究と同等

以上であった。従って、本研究結果から OCD のグループ認知行動療法が非西洋諸国以外においても cross-cultural に有効であることが示唆された。

強迫性障害のグループ認知行動療法  
先行研究との比較

		YBOCS改善率	Effect size
Krone et al.	1991	24%	0.79
Fals-Stewart et al.	1993	46%	2.69
Van Noppen et al.	1997	31%	1.01
Van Noppen et al.	1998	24%	0.89
Hilme et al.	2001	32%	1.03
McLean et al.	2001	-	-
Cordioli et al.	2003	43%	1.33
Anderson et al.	2007	29%	1.00
Haraguchi et al. 千葉大(2009)		32%	1.31

千葉大 小島 幸司

グループ療法には、個人療法と比較していくつかの利点がある。第1に、グループ療法は個人療法に比較して、多くの患者を低コストで治療することを可能にする(Sousa et al 2006; Volpato Cordioli et al 2003)。現在、十分な OCD の CBT の治療経験がある治療者は数が少ないため、治療機会が制限されるという問題がある。薬物療法は未だに受けやすい治療法であり、時には唯一の治療法である。従って、グループ療法によって、個人療法と同等の治療を、より広範に提供することが可能になると考えられる。第2に、グループ療法の利点の1つは、患者間の相互的な支えあいである。Sousa らが示唆するように(Sousa et al 2006)、グループ療法の環境下では回避していた状況と ERP に伴う不安の増加に直面した時に、相互間の支援を通して、モチベーションを増加させるかも知れない。従って、OCD のグループ認知行動療法は、より多くの患者に高水準の治療を提供し得るだけでなく、参加者自身

の治療意欲を高めることができると考えられる。

OCD のグループ認知行動療法にはいくつかの問題点がある。第 1 に、セッションの内容や参加者の人数などについて標準的な治療法が十分に検証されていない。参加者個別の症状に細かくて対応できない、治療セッションが決まっているため、参加者が休んでもセッションが先に進んでしまうことなど、個人療法にはない欠点がグループ認知行動療法にはある。従って、標準的な OCD のグループ認知行動療法プログラムの開発についてさらなる研究の必要がある。

以上をまとめると、OCD のグループ認知行動療法は日本人 OCD 患者にも有効であり、cross-cultural に有効であることが示唆された。また、OCD のグループ認知行動療法は個別の症状に対応できないなどの問題もあるものの、質の高い治療者による治療を多くの患者に提供できるなどの個人療法にはない利点もある。現在においても OCD のグループ認知行動療法の研究報告は CBIT に比較してはるかに少ない。今後、OCD のグループ認知行動療法の有効性についてのさらなる研究の必要がある。

#### (b) グループ認知行動療法の過剰な責任感への効果

本研究は、グループ認知行動療法の OCD 患者の「過剰な責任感」へ効果についての初めての報告である。本結果で RAS がグループ認知行動療法により有意に改善したことから、グループ認知行動療法によって、OCD 患者の責任に対する態度が改善されたことが示された。

さらに、グループ認知行動療法の前後で RIQ の frequency には有意差を認めず、RIQ の believe には有意な改善を認めたことから、侵入思考の頻度は変化しなかったものの、侵入思考に対する歪んだ認知的評価は改善されたことが示された。従って、本研究結果からグループ認知行動療法によって、OCD 患者の責任に対する一般的な態度と侵入思考が浮かんだ時にその侵入思考に対する認知的評価は改善し得ることが示唆された。

先述したように、過剰な責任感とは OCD の認知モデルにおける鍵となる概念である (Salkovskis et al 1999; Salkovskis 1989)。

Salkovskis らは (Salkovskis et al 2000)、有害な結果をもたらすあるいは予防するための極めて重要な役割を持っている信念として OCD における責任感を定義した。OCD の認知モデル (Rachman et al 1995; Salkovskis et al 1999) によれば、侵入思考そのものよりも侵入思考に対する評価とコントロールが OCD にとって重要なプロセスである。本結果より、OCD 患者の RAS と RIQ の believe が YBOCS と同時に、グループ認知行動療法によって改善していることから、治療によって OCD 患者における過剰な責任感が改善することによって強迫症状が改善することが示唆された。従って、OCD の CBT を行う場合には、OCD 患者の責任について態度や評価を修正するような介入の必要があるのではないかと考えられる。

#### 本研究の限界

本研究の限界として、(a) サンプルサイズが比較的小さい、(b) オープン試験であり、対照群

を設けていない、(c) 参加者の多くは薬物療法を併用している、(d)治療効果の長期予後が不明であることが挙げられる。我々は将来の研究においてこのサンプルを増加させ、フォローアップのデータを用いた研究の必要があると考えている。更に、将来的には、RCTによって薬物療法や個人認知行動療法とグループ認知行動療法の効果を比較検討する必要がある。

このように、我々千葉大でのグループ認知行動療法は、欧米のグループの報告と同等の治療効果がみられたが、個人認知行動療法の報告には及ばなかった。パニック障害とは違って、OCD では、グループ認知行動療法の有効性の限界が考えられた。

この要因として、強迫性障害の精神病理は、パニック障害のそれに比べて、多様性が大きく、個人ごとの Formulation の必要性が高いために、グループ前に個人セッションの新設を行うべきであろう。また、パニック障害では、認知療法後、グループ中から自分で完治するまで自己曝露を続けていく症例が多かったが、強迫性障害では、自己曝露が治療の途中で止まってしまうがちで（治療中期の危機）、今回の OCD グループ認知行動療法では、パニック障害の時に行っていたブースターセッションを行っておらず、やはり、正規のグループ認知行動療法後に、自己曝露を推進するためや再発防止のためのブースターセッションがあったほうが望ましいと考えられた。

ここに、グループ認知行動療法よりもさらに効果の高い、個人認知行動療法の普及の必要性が考えられた。セラピストに求められるスキルの担保（QUALITY CONTROL）として、1、基本スキル：マニュアルに基づいた治療ができる、2、応用スキル：マニュアルを Formulation に基づいて症例ごとにテイラーメイドした治療ができる、の2つを考えた場合、応用スキルまで身につけた「認知行動療法士」の国家資格化が必要と考えられた。すなわち、臨床実践中は、スキルの習得の監督のために、濃厚なスーパーバイズ【1人のスーパーバイザーに5人の実習生まで】が必要なので、免許保持者の人数制限が必要なのである。認知行動療法の clinical science and art の獲得のためには、臨床研究の経験も重要であり、社会人入学の形で、医学系大学院博士課程にて、臨床実践を積みながら、臨床研究を行い、医学博士を取得後に、「認知行動療法士」の国家試験の受験資格が出るなど、高学歴化する必要があると考えられた。

#### E. 結論

本研究はグループ認知行動療法が非西洋国の OCD 患者のとっても有効であることを示唆する。本研究は OCD のグループ認知行動療法は有効な治療法であるという先行研究に更なる支持を加えるものである。また OCD のグループ認知行動療法は、個人療法のように個別の強迫症状に対応することは困難であることなどの短所もあるが、グループ療法ならではの治療意欲の向上や質の高い治療者による治療をよ