

図表

表1 各尺度と抑うつ、不安、トラウマ症状、QOLとの相関

	HADS(Dep)		HADS(Anx)		HADS(sum)		IES-R		PCS		MCS	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
ICG	0.62	<0.001	0.63	<0.001	0.78	<0.001	0.82	<0.001	0.43	0.011	0.55	0.001
BGQ	0.72	<0.001	0.441	0.011	0.72	<0.001	0.75	<0.001	0.55	0	0.67	<0.001
GRAQ	0.51	0.004	0.517	0.003	0.539	0.003	0.53	0.003	0.3	0.1	0.54	<0.001

HADS(Dep): HADS抑うつ症状サブスケールの合計, HADS(Anx): HADS不安症状サブスケールの合計,

HADS(sum): HADS合計得点, PCS: SF-8の身体的健康サマリースケール, MCS: SF-8の精神的健康サマリースケール

附録1

Inventory of Complicated Grief日本語版 (著作権保護のため一部のみ紹介)

Inventory of Complicated Grief

複雑性悲嘆質問票 日本語版

原著(英語版): Holly Prigerson, Ph.D., Mark Miller, M.D.,
Charles F. Reynolds, III, M.D., Ellen Frank, Ph.D.

日本語版: 中島聡美, 伊藤正哉, 白井明美, 金吉晴

お名前 _____

番号 _____, 記入年月日 20__年__月__日

以下の質問で、今の自分の気持ちを最もよくあらわしていると思う番号に○を付けて下さい。

1) その人(亡くなった人)のことをあまりにも考えてしまうため、普段していることをするのが難しくなる。

1. まったくない 2. めったにない 3. ときどきある 4. よくある 5. いつもある

附録2 Brief Grief Questionnaire 日本語版 (著作権保護のため一部のみ紹介)

複雑性悲嘆スクリーニング尺度

以下の文章を読んで、もっとも当てはまると思われる数字に○をつけてください。

1. (故人の名前) の死を受け入れることはどのくらい大変ですか?

全く大変ではない.....0

多少大変である.....1

かなり大変である.....2

附録3 Grief Related Avoidance Questionnaire 日本語版（著作権保護のため一部のみ紹介）

親しい友人や家族を亡くした人は、それを思い出させるようなことをするのがとても辛いと思うことがよくあります。一般的に辛くなってしまうような状況を、以下にいくつか挙げました。それぞれの項目について、あなたが今どの程度それを避けているかについてお答えください。大切な人を亡くしてからのあなたの行動について、あてはまる選択枝の番号に○をつけて下さい。		まったく避けていない	めったに避けていない	時々避けている	頻りに避けている	いつも避けている
		1	2	3	4	5
1	その人が永眠している場所（墓地、納骨堂、霊園など）に行くことを避けていますか？					

附録4 Complicated Grief Therapy 治療マニュアル概要

1. 治療導入期：治療の基礎（セッション1~3）

- 1) 概要
- 2) 導入期で使われる原理
- 3) セッション1：患者を歓迎し、治療へ方向付ける
- 4) セッション2：悲嘆の心理教育、治療の方針と個人的な目標
- 5) セッション3：重要な他者（家族・友人）との面接

2. 治療中間期（セッション4-10）

- 1) 概要
 - 2) 中間期で用いる対人関係療法（IPT）
 - 3) 中間期に用いられる治療技法（再訪問エクササイズ、個人的な目標とセルフケア、想像上の会話）
 - 4) セッション4-6：想像再訪問、状況の再訪問、個人的な目標の取り組み
 - 5) セッション7-8：想像再訪問、状況再訪問、思い出フォーム、個人的な目標の取り組み
 - 6) セッション9：想像再訪問、状況再訪問、思い出フォーム、個人的な目標の取り組み、想像上の会話
 - 7) セッション10：現段階までの治療の振り返りと残りのセッションの計画
- *これらの治療の各要素は固定的なものではなく、治療の進行に合わせて組み合わせられる

3. 治療終結期（セッション11-16）

- 1) セッション11-15：必要に応じてIPTあるいは再訪問エクササイズ、思い出フォーム、想像上の会話を行う、治療の終了に向けての話し合い
- 2) セッション16：治療の振り返り、今後の対処、お別れ

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
総合研究報告書（21年度）

子どもの不安障害に対する認知行動療法の有効性の検討

分担研究者：元村直靖¹⁾

研究協力者：石川信一²⁾ 佐藤 寛²⁾³⁾

1) 大阪教育大学, 2) 宮崎大学教育文化学部, 3) 日本学術振興会特別研究員

研究趣旨：本研究の目的は、児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法プログラムを不安障害の診断基準に合致した児童 12 名を対象にその有効性を検討することであった。本研究の結果、プログラム終了後、および1ヶ月フォローアップ時点において自己評定において不安症状の改善がみられた。また、プログラム参加児童の 8 名 (68%) が不安障害の診断基準から外れることも示された。同様に、認知の誤りにおいても改善が確認された。また、抑うつ得点も低下し、3 例の気分変調性障害の診断基準から外れた。これらのことから、本邦における児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法プログラムの適用可能性と有効性が示唆された。

A. 研究目的

大人では、不安障害はじめさまざまな精神障害において認知行動療法 (CBT) の効果を実証されてきている。一方、子どもの不安障害では、CBT の効果研究は限られている。欧米では児童の不安の問題に対しては認知行動療法の有効性が示されている^{2,11)}。しかしながら、本邦の児童を対象とした認知行動療法については、単一事例に対する試行的な取り組み⁹⁾が存在するだけで、複数の対象者を対象とする治療効果に関する報告は極めて少ない。このような背景から、本研究では、昨年度に引き続き児童の不安障害に対して、CBT プログラムを実施し、CBT の効果を検証したので報告する。

B. 研究方法

1. 対象者

不安症状を示す児童は、〇大学附属病院小児科で対象者の募集を行った。問い合わせのあった家族について、児童の不安障害を診断するための半構造化面接⁹⁾を実施した。その結果、不安障害の基準に合致し、外面化障害 (ADHD, 反抗挑戦性障害, 行為障害), 物質乱用, 統合失調症, 精神遅滞, 広汎性発達障害, 摂食障害, 身体表現性障害に合致しない児童・生徒 12 名 (男子 6 名, 女子 6 名; 平均年齢 12.8 歳) を対象とした。対象者の不安障害の内訳は、分離不安障害 1 名, 社会不安障害 7 名, 特定の恐怖 6 名, 全般性不安障害 8 名であり、その他、気分変調症 3 名が含まれた (延べ人数)。12 名

のうち、6名(50%)が複数の不安障害の診断基準を満たしていた。

2. 認知行動療法プログラム

これまで実施されてきた認知行動療法プログラム^{1,7)}と、本邦における試行的な取り組み⁵⁾を参考に、別冊子に示すような児童の不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発した。プログラムの構成要素として、不安症状に関連した認知の修正を促す認知的介入と、実際の生活場面において不安を感じる場面を取り上げエクスポージャーによって不安症状を改善する行動的技法が含まれており、両技法を用いて不安症状の改善を促すことを目標としている。プログラムは、全8セッションで構成されており、各セッションは60~90分で終了するように作成されている。効果の維持のために、およそ1週間に1回のペースで実施された。また、毎回のセッション終了時には、ホームワークを課した。

3. 測定材料

1) 面接

① Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS)⁹⁾

ADISは、信頼性と妥当性が確認された児童の不安障害を診断するための半構造化面接である。面接で取り扱った領域は、「登校歴」「不登校行動」「分離不安障害」「対人関係」「社会恐怖(社会不安障害)」「特定の恐怖」「パニック障害」「広場恐怖(パニック障害を伴う, 伴わない)」「全般性不安障害」「強迫性障害」「外傷後ストレス障害」「急性ストレス障害」「気分変調症」「大うつ病」「外面化障害」「選択性緘黙」「その他」であった。加えて、それぞれの診断について事前と事後において、八段階の不安度と

日常生活障害度を評定した。なお、ADISでは、不安度と日常生活障害度の臨床的な基準を4に定めており、必要な症状を満たし、かつ不安度と日常生活障害度の両者が4を超えるとときに診断基準に当てはまると判断する。なお、面接は基本的には児童を対象としたが、親にも同席を求めるとともに、不安度と日常生活障害度については親にも評定してもらい、親子の評定が異なるときは面接者と親子で話し合い評定を定めた。

2) 質問紙

① Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)¹²⁾

本尺度はSpence¹²⁾により作成された児童の不安症状を測定する尺度である。本研究では、Ishikawa et al.¹⁴⁾によって信頼性、妥当性の確認されている邦訳版を用いた。加えて、本研究においては、親評定においてもSCASの得点を求めた。SCASの親評定(SCAS-P)は、「次の質問を読んで、普段のお子さんの状態に最もよくあてはまると思われる数字を○で囲んで下さい」という教示の下、児童用と全く同じ項目を用いた。SCAS及びSCAS-Pの回答は四件法(「3. いつもそうだ」~「0. ぜんぜんない」)で評定を求めた。得点可能範囲は、0~114点であった。

② 児童用自己陳述尺度(CSSS)⁶⁾

CSSSは児童の自己陳述を測定するために作成された尺度であり、「ポジティブ自己陳述」と「ネガティブ自己陳述」の2因子40項目からなる尺度である。回答は、四件法(「3. よくそう思う」~「0. ぜんぜんそう思わない」)で求めた。得点可能範囲は、「ポジティブ自己陳述」と「ネガティブ自

己陳述」それぞれ0～60点であった。

③児童用認知の誤り尺度 (CCES) ⁴⁾

CCES は不安場面での児童の推論の誤りを測定するために作成された尺度である。CCES は、まず、児童にあいまいな場面を提示し、それに対して質問文に書かれた解釈について、解答する形式の質問紙である。1因子20項目で構成され、回答は、四件法(「3. とてもそう思う」～「0. ぜんぜんそう思わない」)で求めた。得点可能範囲は、0～60点であった。

④ Depression Self-Rating Scale for Children (DSRS) ⁸⁾

DSRS は自己記入式の児童の抑うつを測定する尺度である。本尺度は、18項目から構成されており、これらの質問に、三段階(そんなことはない=0, 時々そうだ=1, いつもそうだ=2)で評定を求める。総得点の得点可能範囲は0～54点である。

3) アセスメント時期

質問紙査定は、プログラム開始時点、終了時および1ヶ月フォローアップ時点において行われた。ADISによる面接査定は、プログラム開始時点と終了時点において実施された。

4. プログラム実施形態と倫理的配慮

プログラム開始に先立ち、オリエンテーションを開催し、①認知行動療法プログラムの概要説明、②質問紙調査を親と子どもの両者に行った。また、プログラムのリーダーとコ・リーダーは臨床心理士の資格を有する者が務めた、コ・リーダーがセッションの補助を行った。本プログラムの構成においては、前回の内容を把握していないと次のセッションに参加しても児童が理解できないため、セッションは小グループ形

式で行ったが、日程上の都合が合わない参加者に対しては、そのセッションの内容を補うために個別セッションを行った。したがって、全ての参加者が、全てのセッションに参加している。保護者は、セッションを部屋で見学しており、不安階層表の作成、エクスポージャー場面の選定など、必要に応じてセッションに参加することもあった。加えて、セッション終了後に、親だけを集めて、家庭でのホームワーク、ホームワークエクスポージャーの計画等について話し合いを行った。

(倫理面への配慮)

なお、本研究においては、プログラムに参加して得られた個人情報については厳守されること、得られた情報は研究目的以外には使用しないこと、の2点について親と子の両者に対して書面と口頭で説明を行った。さらに、プログラムにおける情報管理に関して理解が得られた親と子に対して、個人が特定できない形式において、面接やプログラムの結果の報告の許可を得た上で、プログラムが実施された。

C. 研究結果

本研究の結果、プログラム終了後、および1ヶ月フォローアップ時点において自己評定において不安症状の改善がみられた(図1)。また、プログラム参加児童の8名(68%)が不安障害の診断基準から外れることも示された。同様に、認知の誤りにおいても改善が確認された(図2)。また、抑うつ得点も低下し、3例の気分変調性障害の診断基準から外れた(図3)。

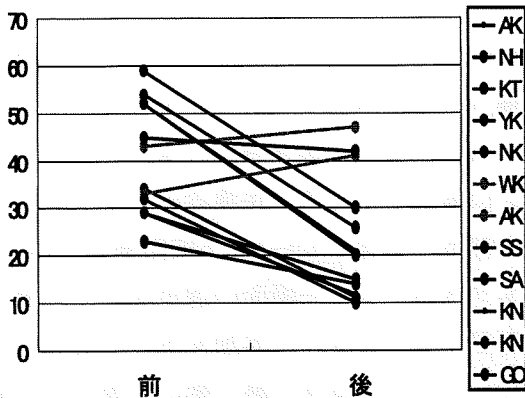


図 1: 介入前後の不安得点の比較

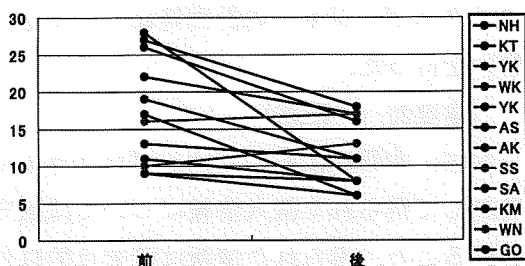


図 2: 介入前後のうつ得点の比較

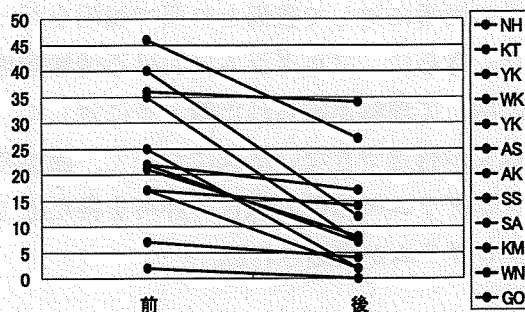


図 3: 介入前後の認知の誤り得点の比較

D 考察

本研究の目的は、児童の不安障害に対する認知行動療法プログラムを開発し、その有効性を半構造化面接の結果、不安障害の診断基準に合致した児童を対象に検討することであった。介入群の児童のうち、12名中9名(75.00%)が何らかの不安障害の診断基準から外れた点は注目に値する。この値は、先行研究で示された不安障害の診断基準からの回復率と近似の値を示している

(例, Barrett¹⁾: 64.8% (親を含めた場合 84.8%); Silverman et al.¹⁰⁾: 77%)。したがって、本研究では、先行研究と同程度の児童が不安障害の診断基準から外れることが確認され、本邦においても認知行動療法が適用可能であることを示すとともに、その有効性が実証されたといえる。

本プログラムでは、エクスポージャーとともに認知の誤りといった認知の変容を治療の中心要素としている。

一方で、本研究においては、介入群の抑うつ得点において減少がみられることも示された。児童の不安障害とうつ病性障害は有病率の高い問題であることが示されており⁶⁾、メタ分析の結果から不安障害に対する認知行動療法は、抑うつ症状の改善をもたらすことも明らかとなっている⁸⁾

この点については、今後、症例数を増やしたさらに検討する必要がある。

E. 結論

本邦における児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法プログラムの適用可能性と有効性が示唆された。

引用文献

- 1) Barrett, P.M.: Evaluation of cognitive-behavioral group treatment for childhood anxiety disorders. *J Clin Child Psychol*, 27:459-468, 1998.
- 2) Chambless, D.L. and Ollendick, T.H.: Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annu Rev Psychol*, 52:685-716, 2001.
- 3) Costello, E.J., Egger, H. L., and Angold, A.: Developmental epidemiology, of

- anxiety disorders. In: (ed.), Ollendick T.H. and March J.S. Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological intervention. Oxford University Press, New York, p.61-91, 2004.
- 4) 石川信一, 坂野雄二: 児童における認知の誤りと不安の関連について: 児童用認知の誤り尺度 (Children's Cognitive Error Scale) の開発と特性不安の関連. 行動療法研究, 29; 145-157, 2003.
- 5) 石川信一, 坂野雄二: 不安症状を示す児童に対する認知行動療法プログラムの実践. 行動療法研究, 31; 71-84, 2005.
- 6) 石川信一, 坂野雄二: 児童における自己陳述と不安症状の関連. 行動療法研究 31; 45-57, 2005.
- 7) Kendall, P.C.: Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 62:100-110, 1994.
- 8) 村田豊久, 清水亜紀, 森陽二郎ほか: 学校における子どものうつ病: Birlesonの小児期うつ病スケールからの検討. 最新精神医学, 1: 131-138, 1996.
- 9) Silverman, W.K. and Albano, A.M.: Manual for Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions. Graywind Publications, San Antonio, TX, 1996.
- 10) Silverman, W.K., Kurtines, W.M., Ginsburg, G.S. et al.: Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioral therapy: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*, 67:995-1003, 1999.
- 11) Silverman, W. K. Pina, A.A., Viswesvaran, C.: Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *J Clin Child Psychol*, 37:105-130, 2008.
- 12) Spence, S.H.: A measure of anxiety symptoms among children. *Behav Res Ther*, 6:545-566, 1998.
- F. 研究発表
1. 論文発表
- 石川信一 (2009). 小児の不安障害 精神科臨床サービス, 9, 516-520.
- 石川信一 (2009). 児童の不安障害に対する認知行動療法 不安障害研究, 1, 142-146.
- 石川信一 (2009). 子どもの認知行動療法 ところの科学, 144, 2-7.
- Ishikawa, S., Sato, H., & Sasagawa, S. (2009). Anxiety disorder symptoms in Japanese children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 104-111.
- 石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2008). 児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法 精神科治療学, 23, 1481-1490.
- 佐藤 寛 (2008). 児童の抑うつ症状に影響を及ぼす認知的過程 風間書房
- 佐藤 寛 (2008). 児童における抑うつの認知モデルの検討 行動療法研究, 34, 255-272.

佐藤 寛 (2010). 児童生徒の「うつ」対策
にどう取り組むか 別冊教職研修, 3,
26-28.

佐藤 寛・佐藤正二 (2010). 子どものうつ
と自己肯定感 児童心理, 910,
104-109.

2. 学会発表

石川信一 (2008). 児童の不安障害に対する
心理療法のエビデンス: 認知行動療法を
中心として 日本行動療法学会第34回
大会発表論文集, 88-89頁.

Ishikawa S. (2008). Cognitive errors
related to anxiety symptoms in
children and adolescents: Validation
of the Children's Cognitive Errors
Scale. The 42nd Annual Convention
of the Association for Behavioral and
Cognitive Therapy.

Ishikawa S. (2008). Longitudinal
Relationship among cognitive errors,
anxiety symptoms and depressive
symptoms. Poster session presented
the 3rd International Conference on
Child and Adolescent
Psychopathology, 60.

石川信一 (2009). 自閉性障害における子ど
もの不安に対する認知行動療法 日本
行動療法学会第35回大会発表論文集,
94-95頁.

石川信一・下津咲絵・佐藤容子 (2008). 児
童の不安障害に対する認知行動療法プ
ログラムの効果 日本行動療法学会第
34回大会発表論文集, 128-129.

川端康雄・元村直靖・本村暁子・原 祐子・
二宮ひとみ・石川信一・田中英高・米田

博 (2010). 不安障害を有する児童に対
し認知行動療法を用いて有効であった
1例 第49回心身医学会近畿地方会.

元村直靖・川端康雄・本村暁子・石川信一・
田中英高 (2010). 不安障害を有する児
童に対し認知行動療法の効果 第2回
不安障害学会

元村直靖・川端康雄・本村暁子・石川信一・
田中英高 (2010). 不安障害を有する児
童に対し認知行動療法の効果 第10
回トラウマチックストレス学会

Sato, H., Imajo, T., Togasaki, Y., Ishikawa,
S., Sato, Y., & Sato, S. (2009).
Cognitive-behavioral classwide
universal prevention for depressive
symptoms in Japanese children. The
43rd Annual Convention of the
Association for Behavioral and
Cognitive Therapy.

佐藤 寛・下津咲絵・石川信一 (2008). 子
どもの抑うつ尺度 (CDI, DSRS,
CES-D) の心理測定能力の比較 日本
行動療法学会第34回大会発表論文集,
126-127.

佐藤 寛・下津咲絵・石川信一 (2008). 一
般中学生におけるうつ病の有病率: 半構
造化面接を用いた実態調査 日本うつ
病学会第5回大会発表抄録集, 116

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生労働科学研究費補助金（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

「パーソナリティ障害に対する弁証法的行動療法の効果研究」

分担研究者

石井朝子

研究協力者

武田龍太郎、林和子、安間香織、藤井康江、谷口浩子

社会福祉法人礼拝会 ミカエリ寮

慶神会 武田病院 DBT 臨床研究プロジェクトチーム

研究要旨

本研究は、境界性パーソナリティ障害（borderline personality disorder: BPD）の治療として多くの実証的研究を報告している弁証法的行動療法（dialectical behavior therapy: DBT）を実施し、その効果を検証する。当該年度は、単科精神科病院において BPD と診断された 3 名の女性患者（平均年齢：33.3 歳、SD：10.5）に DBT6 ヶ月プログラムを実施し、1 ヶ月後の追跡評価を試みた。本プログラムは、集団精神療法によるスキルトレーニング及び個人精神療法、電話相談、チームコンサルテーションで構成されている。3 名全員がプログラムを完遂し、1 ヶ月後の追跡評価においても全般性精神健康、うつ症状、自傷行為に改善がみられ、効果が持続されていた。

A. 研究目的

本研究は、作成した DBT マニュアルをもとに、標準的な弁証法的行動療法（DBT）を境界性パーソナリティ障害（BPD）と診断された患者に実施し、その有効性を検証することを目的とする。

B. 研究方法

1) 対象

単科精神科病院に通院し、境界性パーソナリティ障害と診断された女性 3 名（平均年齢：33.3 歳、SD：10.5）を対象者とした。

なお対象者は、過去1年において、少なくとも2回の自殺類似行動と1回の自殺企図がある者とした。

除外基準は、統合失調症、双極性I型、

最近6ヶ月アルコール依存及び薬物依存、大うつ病性障害、精神遅滞を認める者とした。

2) 調査方法

当該年度は、集団精神療法によるスキルトレーニング及び個人精神療法を実施した上で、1 ヶ月後の追跡評価を試みた。

電話相談については、スキルの適用方法に関することについてのみ、治療時間内において実施することとした。

治療プログラムは、週 1 回のスキルトレーニング（90分）とチームコンサルテーションミーティング（90分）と隔週の個人精神療法（20分～30分）とした。

スキルトレーニングでは、4つのスキル

である、マインドフルネススキル、効果的な対人関係スキル、情動調節スキル、苦痛耐性スキルを各 6 セッション実施した。

個人精神療法では、宿題及びスキルの習熟程度の確認や、治療の動機付けを維持するために本人の葛藤場面に対する未処理な問題について取り上げた。

本DBTチームは、精神科医（1名）、心理士（3名）、看護師（1名）、精神保健福祉士（1名）の6名で構成されている。

薬物療法は、外来の担当医が実施した。

3) 調査尺度

① 全般性精神健康度尺度 (Symptom-Checklist-90-Rivised: SCL-90-R)

②BDI-II 日本語版 (Beck Depression Inventory Second Edition)

③日本版 STAI 状態・特性不安検査 (State-Trait Anxiety Inventory: STAI)

④STAXI 日本語版(State-Trait Anger Expression Inventory: STAXI)

⑤自殺企図に関する面接尺度 (Parasuicidal History Interview: PHI)

⑥精神科診断面接尺度 (Structured Clinical Interview for DSM-IV: SCID)

(倫理面への配慮)

本研究では、患者に研究の目的と方法及びその内容について説明し、書面による同意を得た。またデータの集計管理作業における各対象者の ID はすべてコード番号を使用し、個人情報漏洩による不利益は生じないようにした。本研究は所属機関倫理委員会で承認された。

C. 研究結果

全般性精神健康度尺度、BDI-II、STAXI(状態怒り)、PHI 尺度において全員が治療前と比較して 1 ヶ月後の追跡評価で改善していた。一方、STAXI (特性怒り) 及び STAI (状態、特性) における改善は、個人差がみられた。

表 1. 全般性精神健康度尺度

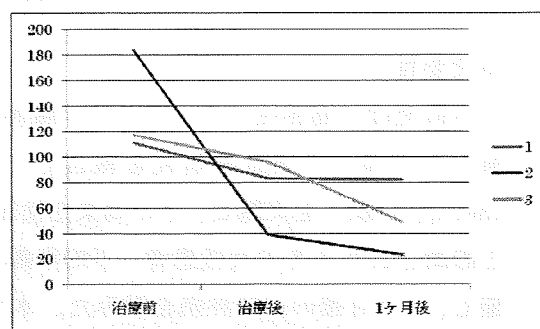


表 2. BDI-II

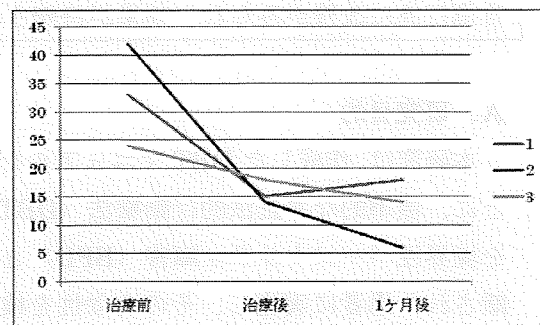
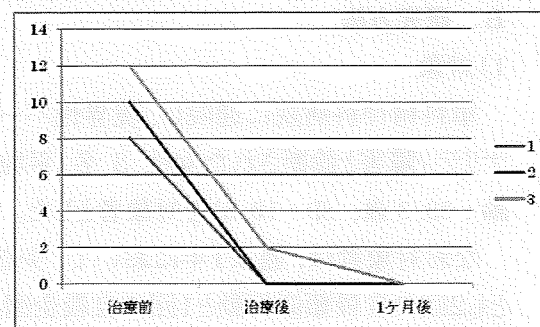


表 3. PHI



D. 考察

本研究は、DBT 6ヶ月プログラムを3名の BPD と診断された患者に実施した結果、1ヶ月後の追跡評価においても、全般的な精神健康、うつ症状が改善した。またリストカットや過量服薬などの自傷行為は消失した。

一方、怒りの表出及び不安については、個人差があった。これらの結果は、欧米の先行研究と一致している。怒りや不安などの対処法としてのスキルは、マインドフルネススキルと情動調節スキルのコンビネーションスキルが有用と考えられる。これらのスキルは、繰り返し練習することが課題であるため、個人によっては完全なスキルの習得に至っていないと考えられる。

E. 結論

本研究は、ひき続き標準的 DBT プログラムを完遂した対象者に長期的な追跡評価を実施し、DBT の治療効果の持続性を検証していく。

F. 研究発表

1. 石井朝子、大野裕、武田龍太郎、林和子(2009) 日本における弁証法的行動療法の実践と課題 認知療法研究 2, 41-44.
2. 石井朝子編(2009) よくわかる DV 被害者への理解と支援 東京:明石書店.

G. 知的財産権の出願・登録状況:

該当事項なし

<参考文献>

Linehan, M.M., Comtois, K.A., Murray A.M. et al. (2006): Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. Arch.Gen. Psychiatry; 63: 757-766.

Linehan, M.M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

Linehan M.M. (1993). Skills training manual for treating borderline personality disorder. New York: Guilford Press.

厚生労働科学研究費補助金（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

「対人関係療法（IPT）の有効性に関する研究」

分担研究者： 水島広子（水島広子こころの健康クリニック、慶應義塾大学医学部）

研究協力者： Kathleen M Pike（テンプル大学）、小西悠（テンプル大学）、宗未来（防衛医科大学校）、

研究要旨 摂食障害は我が国において、特に若年女性の間で大きな問題となっており、効果的な治療を明確にすることは急務である。神経性大食症に対して国際的に長期的な有効性が示されている対人関係療法（interpersonal psychotherapy : IPT）について、我が国における効果を検証するために、作成した日本人向けマニュアルに基づき、オープン・パイロット研究を行った。精神科クリニックに初診し神経性大食症の診断基準を満たした患者 14 名（神経性大食症患者 11 名、特定不能の摂食障害患者 3 名）に対して、マニュアルに基づいた 16 回の IPT の面接を行った。現時点までに治療終了後の評価が完了している対象 13 名については、治療終了時点において国際的な治療成績と同等の効果（神経性大食症患者の寛解率 40%、併存障害への良好な影響、摂食障害病理、抑うつ症状、社会機能に関する評価尺度における有意な改善）が得られている。脱落率の低さ、治療満足度の高さからも、日本における神経性大食症に対する実現可能かつ有望な治療法であることが示唆された。IPT の効果は治療終了後に伸びることが知られているため、現在、治療終了 1 年後のフォローアップ評価が進行中である。

A. 研究目的

2008 年度の本研究にて作成した治療マニュアルの実用可能性を検討するために、神経性大食症の診断基準を満たした患者に対してマニュアルに基づく IPT の治療効果を検証することを目的とする。

B. 研究方法

1. 対象

2007 年 9 月から 2009 年 9 月の間に水島広子こころの健康クリニックにおける治療

を希望して初診し、初診時の簡易スクリーニングで神経性大食症の診断基準を満たす可能性があるかと判断された患者 16 名のうち、治療開始前の評価面接において神経性大食症の診断基準を満たさなかった 1 名を除く 15 名が治療を開始した。除外診断は、躁状態や精神病状態の既往、薬物依存の既往、脳腫瘍や脳出血などの脳の疾患、その他重篤な身体疾患であった。治療初期に双極 II 型障害の診断基準を満たすことが明らかになった 1 名を除く 14 名が最終的な対象として研究に参加した。これまでに薬物療

法や認知行動療法を受けたことのある患者はいたが、対人関係療法を受けたことのある患者はいなかった。

初回の評価面接における SCID で、14 名のうち 11 名が神経性大食症と診断された。残りの 3 名は、神経性大食症の診断基準を満たしたが、月経はあるが低体重（標準体重の 80%未満）である特定不能の摂食障害と診断された。対象の平均年齢は 27.4 歳（SD=6.3）であり、平均罹病期間は、神経性大食症群の 11 名については 6.2 年（SD=5.0）、特定不能の摂食障害群の 3 名については 12.3 年（SD=6.4）であった。

すべての患者が初診時の面接前後に患者教育用の本「拒食症・過食症を対人関係療法で治す」(1)を読んだ上で IPT による治療

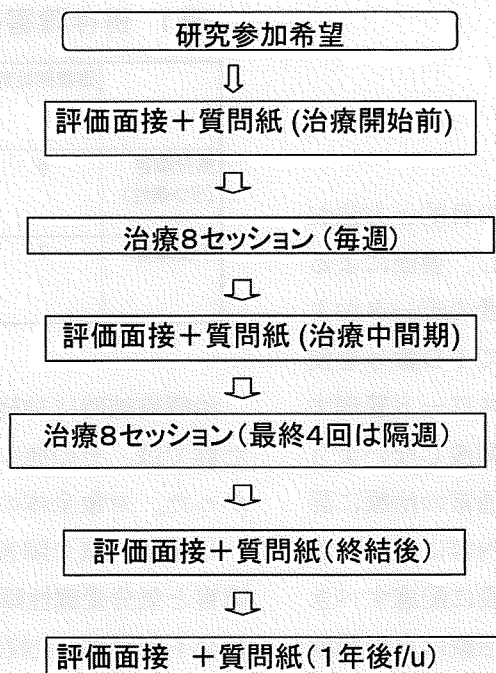
を希望し、治療研究に参加した。実際に治療が行われた期間は、2008 年 4 月から 2010 年 2 月であった。

2. 評価尺度

DSM-IV に基づく精神科的障害の診断には、SCID(A Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders) (2)を用いた構造化面接を行った。

その他、自記式質問票として、EDI-2 (Eating Disorders Inventory-2) (3)、EDE-Q (Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) (4)、BDI-2 (Beck Depression Inventory-2) (3)、SAS-SR (Social Adjustment Scale Self-Report) (4)、

図 研究プロトコル



* 全治療面接をビデオ録画(録音)。

PBI (Parental Bonding Inventory) (5)、TCI (Temperament and Character Inventory) (5)、FACES (Family Adaptation and Cohesion Scale)(6)を用いた。

図に研究プロトコルを示す。初回のインテイク面接と対人関係療法の治療面接は水島が行い、評価面接は治療者とは独立した評価者（小西）が実施した。

3. 治療

神経性大食症に対する IPT の Fairburn のマニュアル(7)を修正し、Wilfley らのグループ IPT 用マニュアル(8)の要素も取り入れた新たなマニュアルを作成した(2008年度の報告書に掲載)(9)。治療マニュアルが遵守されセッションが IPT の問題領域に焦点化されていることを確認するために、すべてのセッションが患者の書面による同意を得てビデオ録画されている。

(倫理面への配慮)

本研究では、患者に研究の目的と方法およびその内容について説明し、書面による同意を得ている。また各患者のデータおよび録画されたビデオはすべて ID 番号を使用すると共に、データをパスワード管理することによって個人情報漏洩しないように配慮している。本研究は通常の治療に評価の手続きを加えたのみの内容になっており、その手法については特段に配慮すべき事柄がないと考えられる。治療は自由診療のクリニックで行われており対象は治療費を負担したが、評価面接は交通費も含め研

究費より支出した。本研究はテンプル大学の倫理委員会の承認を得るための手続き中である。

C. 研究結果

現時点で対象 14 名が 16 回の IPT 面接を完了しており、治療終了後の評価面接は 13 名が完了している。治療からの脱落者はいなかったが、治療経過中に職場ストレスにより大うつ病を発症し薬物療法開始が臨床適切であると判断された症例は、16 回の面接を完了せず、14 回で早期終了をした。終了後の評価面接は通常通り行った。

治療終了後の評価面接が完了している対象において、神経性大食症の診断基準を満たさなくなっていたのは、神経性大食症群では 10 名中 4 名(寛解率 40%)、特定不能の摂食障害群では、3 名中 0 名であった。

表1 併存障害を有する対象の数

	治療開始前	治療中間期	治療終了後
気分障害 (うつ病性)	8	6	4
不安障害	7	2	2

治療終了時に神経性大食症が寛解していた群では、その他の併存障害も認められなかった。対象全体の併存障害の推移を、表 1 に示す。気分障害としては、大うつ病性障害と気分変調性障害、不安障害としては、社交不安障害、全般性不安障害が見られた。

対象の EDI-2、BDI-2、SAS-SR のスコアを表 2 に示す。薬物療法を開始した 1 名

については、終結後の状態が薬物療法の影響下にあったため、治療終結後のスコアの平均、治療開始前後のスコアの比較からは除いてある。

ビジュアルアナログスケールで測定した治療への満足度は、86.9%(SD=21.7)であった。

表2 治療開始前、中間期、終結後におけるEDI-2、BDI-2、SAS-SR各スコアの比較

*治療終結後の対象は、薬物療法を開始した1名と終結後評価未完了の1名を除く12名となっている。
**p値は、治療終結後の対象である12名について、治療開始前と治療終結後のスコアを比較して得られたもの。

		開始前 (n=14)	中間期 (n=14)	終結後* (n=12)	P**
EDI-2 下位項目	過食	15.6(3.5)	10.9(4.5)	9.0(6.8)	.01
	体型への不満	16.9(6.4)	14.7(7.3)	12.1(6.5)	.035
	やせ願望	13.4(6.4)	11.1(4.9)	8.2(5.6)	.007
	自己不全感	15.6(4.8)	12.1(6.8)	12.6(9.0)	NS
	内的気づき	11.2(6.8)	11.0(5.2)	6.3(7.5)	.016
	対人不信	7.6(5.5)	4.9(4.5)	5.3(5.9)	.005
	成熟拒否	8.3(4.9)	6.8(4.8)	6.2(3.1)	.085
	完璧主義	6.4(4.6)	5.0(2.9)	4.3(3.6)	.089
EDI-2 合計		94.9(31.8)	76.5(26.5)	64.0(37.3)	.013
BDI-2		26.6(12.2)	23.7(15.8)	16.8(12.2)	.005
SAS-SR		2.5(0.52)	2.2(0.38)	2.1(0.60)	.014

D. 考察

本研究は、我が国における初めての IPT 効果研究である。現時点では、治療終結後の評価面接の大部分を終えたところであるが、ここまでの解析からは、国際的な効果研究(10, 11)と同等の寛解率（本研究では40%、国際的には治療終結時点で約30%）が示されている。

本研究では神経性大食症を対象とした治療を行ったが、同時に、併存障害である気分障害と不安障害に対しても好ましい効果が得られている。摂食障害患者が気分障害

や不安障害を併存していることは少なくないため、この所見は臨床的に価値がある。BDI-2 の結果も、治療開始前後で有意な改善が見られており、抑うつ症状に対する IPT の効果を示すものである。

本研究で用いたマニュアルにおいても、IPT では、現在の対人関係に焦点を当てた治療を行い、食行動を改善させるいかなる試みも行わない。このことが脱落率の低さにも関連すると思われるが、まずは食行動の改善から着手する認知行動療法に比べて寛解時期が遅い大きな原因となっている。本研究においても、治療終結時点での寛解

率は40%と、決して高率ではないが、EDI-2、BDI-2、SAS-SRに有意な改善が見られていることから、IPTの国際研究において見られてきた通り、今後の症状改善につながる可能性のある変化が起こっていることが考えられる。

本研究からの脱落者はおらず、治療満足度も概ね高い。治療終了時点で寛解が得られていない患者においても、治療満足度は高いが、これは、BDI-2、EDI-2、SAS-SRのスコアに現れている改善を反映したものである可能性が考えられる。

特定不能の摂食障害群においては寛解した対象はいなかったが、やはりBDI-2等のスコアは有意に改善している。これらの低体重群は神経性無食欲症の特徴を多分に有しており、フォローアップをしていくことによって、現時点で国際的にも意味のある治療データに乏しい神経性無食欲症に対するIPTの効果について何かしらの情報が得られる可能性がある。

今までの臨床経験からも、また、本パイロット研究の現時点までの解析結果からも、IPTが日本において神経性大食症に対する有望な治療であることが期待される。長期予後研究(10)では、治療終了後もIPTの効果は伸び続け、1年後には認知行動療法との有意差がなくなり、6年後には認知行動療法の効果を超えるという結果が示されており、本研究の対象についても今後のフォローアップ研究が重要であると考えられる。

なお、この研究の制約点としては、自由診療のクリニックで行われているため、対象に偏りが考えられること（より重症である、経済的に裕福である、など）と、治療が単一の治療者（水島）によって行わ

れているため、結果の解釈においては一定の注意が必要であることが挙げられる。

これらの制約はあるが、標準化された評価尺度を用いて神経性大食症患者に対するIPTの効果を検証した本研究には臨床的な意味があると考えられる。

E. 結論

本研究の結果からは、我が国における神経性大食症に対してIPTが実用可能かつ効果的な治療法である可能性が示唆された。引き続きフォローアップ研究を行うと共に、今後、治療者の養成を進め、複数の治療者による、より大規模な無作為化臨床研究を行う必要性が示唆される。

F. 健康危険情報 該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

水島広子. 対人関係療法とアンチエイジング. 日本抗加齢医学雑誌 5(1):73-76, 2009

水島広子. 認知行動療法と対人関係療法—肥満症治療と糖尿病に関連するうつの治療として—. Medical Practice 26(4):605-608, 2009

水島広子. 対人関係療法. 心療内科 13(2):116-121, 2009

水島広子. 対人関係療法 (IPT). Depression Frontier 7(1) 76-80, 2009

水島広子. 対人関係療法 (IPT) . 精神科治療学 第 24 卷増刊号 精神療法・心理社会療法ガイドライン, 142-143, Oct 2009

水島広子. 身体疾患を伴ううつ病の精神療法 . Progress in medicine, 29 (10), 2357-2360, 2009

水島広子
職場におけるグループ対人関係療法
日本医師会雑誌 138(11), 2242, 2010

水島広子
摂食障害
日本臨床 68(suppl.2), 427-430, 2010

水島広子
対人関係療法 (IPT)
精神療法 36(1), 58-62, 2010

2. 学会発表

Mizushima H, Pike K, So M. An open pilot study of IPT for bulimia nervosa in Japan. The International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT) 3rd International Conference, March 27-29th, 2009, NY

水島広子. 摂食障害に対する対人関係療法. 第 13 回日本摂食障害学会学術集会 2009 年 9 月 13 日 大阪

H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定も含む)

なし

参考文献

1. 水島広子. 拒食症・過食症を対人関係療法で治す. 東京: 紀伊國屋書店; 2007.
2. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-CV) Washington, DC American Psychiatric Press.; 1997.
3. Garner DM. The Eating Disorders Inventory-2 professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
4. Fairburn CG, Cooper Z. The eating disorder examination. In: Fairburn CG, Wilson GT, editors. Binge eating: Nature, assessment and treatment. 12th ed. New York: Guilford Press; 1993. p. 317.
5. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993 Dec;50(12):975-90.
6. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES-III) . St Paul: University of Minnesota Press; 1985
7. Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE, editors. Handbook of treatment for eating disorders. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1997. p. 278-94.

8. Wilfley DE, MacKenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. Interpersonal Psychotherapy for Group(邦訳:水島広子訳. グループ対人関係療法. 大阪: 創元社; 2006). New York: Basic Books; 2000.
9. 水島広子. 対人関係療法マスターブック —効果的な治療の本質—. 東京: 金剛出版; 2009.
10. Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC. A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. Arch Gen Psychiatry. 1995 Apr;52(4):304-12.
11. Agras WS, Walsh T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2000 May;57(5):459-66.

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
水島広子			対人関係療法マスターブック—効果的な治療の本質	金剛出版	東京	2009	
水島広子			臨床家のための対人関係療法入門ガイド	創元社	大阪	2009	

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
水島広子	摂食障害	日本臨床	68 (suppl. 2)	427-430	2010
水島広子	対人関係療法 (IPT)	精神療法	36(1)	58-62	2010
水島広子	認知行動療法と対人関係療法—肥満症治療と糖尿病に関連するうつ病の治療として—	Medical Practice	26 (4)	605-608	2009
水島広子	対人関係療法	心療内科	13(2)	116-121	2009
水島広子	対人関係療法 (IPT)	精神科治療学	24(suppl.)	142-143	2009
水島広子	対人関係療法 (IPT)	Depression Frontier	7(1)	76-80	2009
水島広子	身体疾患を伴ううつ病の精神療法	Progress in medicine	29 (10)	2357-2360	2009
水島広子	対人関係療法とアンチエイジング	日本抗加齢医学雑誌	5(1)	73-76	2009

精神療法の実施方法と有効性に関する研究
(課題名) 通院・在宅精神療法と医師患者関係

分担研究者 (氏名 池上クリニック 池上秀明)

研究要旨

平成 19 年度と 20 年度の本研究で、「通院・在宅精神療法」が精神科外来のほとんどすべての患者を対象に広汎に算定されている実態と、特に精神科診療所でのアンケート調査から日常診療の中核となる診療活動そのものとして機能していることが明らかになった。

平成 21 年度の本研究では、さらに「通院・在宅精神療法」が、医師患者関係においてどのような具体的な機能に関わっているのかについて、全国の精神科診療所における精神科医師および通院患者を対象にアンケート調査を実施した。

患者側から医師に対して期待する機能は、主に傾聴、指導助言、適切な説明、緊急対応など、いわば精神科かかりつけ医師としての機能であり、特定のスキルを求める傾向は少なかったが、精神療法への期待は限定された比率内で認められた。主治医像から示唆される医師患者関係は、総じて厚い信頼関係を軸とする密着型が目立ち、安定的な治療関係が継続している状況が示唆された。

一方、医師の側から提供している機能に関して、5 分野別の比重を百分率換算すると、I.コンサルテーション 29% II.サイコセラピーないしはカウンセリング 27% III.ガイダンス 13% IV.ケースワーク 14% V.精神科特有の困難な局面の処理 17% だった。

A. 研究目的

保険診療における「通院・在宅精神療法」が地域精神医療できわめて重要な役割を果たしていることが明らかになったが、この診療報酬を通じて医師が提供している具体的な機能がどのようなものであるのか、そしてその機能が患者の期待する内容と齟齬はないのか等について調査する。

調査結果を通じて、診療報酬点数表における現在の「通院・在宅精神療法」の項目設定の妥当性を検討考察する。

B. 研究方法

I. 精神科医師へのアンケート調査

往復葉書アンケート（別紙 1-1、1-2）を、2009 年 11 月 8 日に全国 1522 ヶ所の精神科診療所（日本精神神経科診療所協会の全会員）に一斉に発送し、回答を求めた。

II. 外来通院患者へのアンケート調査

アンケート用紙（別紙 2）精神科診療所 40 ヶ所に向けて 1 診療所当たり 20 通ずつ配布した。そして、主治医が直接患者に手渡すこととし、20 通の返信用封筒の内容を、F2 統合失調症等が茶色で 4 名分、F3 気分障害がブルーで 7 名分、F4 神経症性障害等がグリーンで 6 名分、F1 精神作用物質使用による障害または F5 生理的障害等または F6 人格障害等(どれでも可)がピンクで 3 名分とした。