

- and children in primary and secondary care. London/Leicester: Gasell and British Psychological Society, 2005.
- 15) Olatunji BO, Cisler JM, Tolin DF: Quality of life in the anxiety disorders: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 27:572-581, 2007.
  - 16) Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al.: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 154:616-623, 1997.
  - 17) Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al.: Complicated grief as a disorder distinct from bereavement-related depression and anxiety: a replication study. *Am J Psychiatry* 153:1484-1486, 1996.
  - 18) Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, et al.: Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry* 156:1994-1995, 1999.
  - 19) Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, et al.: Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59:65-79, 1995.
  - 20) Prigerson HG, Shear MK, Jacobs SC, et al.: Consensus criteria for traumatic grief. A preliminary empirical test. *Br J Psychiatry* 174:67-73, 1999.
  - 21) Sareen J, Houlihan T, Cox BJ, et al.: Anxiety disorders associated with suicidal ideation and suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *J Nerv Ment Dis* 193:450-454, 2005.
  - 22) Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, et al.: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. *Jama* 297:820-830, 2007.
  - 23) Shear K, Frank E, Houck PR, et al.: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama* 293:2601-2608, 2005.
  - 24) Shear KM, Jackson CT, Essock SM, et al.: Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv* 57:1291-1297, 2006.
  - 25) Shear MK, Frank E, Foa E, et al.: Traumatic grief treatment: a pilot study. *Am J Psychiatry* 158:1506-1508, 2001.
  - 26) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A: Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 30:429-453, 2006.
  - 27) 吉田博美, 小西聖子, 加茂登志子: わが国における慢性外傷後ストレス障害に対する prolonged exposure therapyの試み. *総合病院精神医学* 20:55-62, 2008.

図表

表1 治療前, 治療後の PTSD, 抑うつ, ト라우マ後の否定的な認知の評価

	M	SD	M	SD	z	p
PTSD 診断 n(%)	7 (100%)		1 (14.3%)			.031
CAPS 合計得点	68.43	14.49	31.57	32.79	-2.201	.028
再体験	21.00	6.29	6.00	11.24	-1.992	.046
回避・麻痺	25.33	9.50	14.42	11.55	-2.201	.028
過覚醒	22.17	11.55	11.42	11.52	-1.628	.093
BDI 合計得点	31.00	12.60	15.00	12.21	-2.201	.028
PTCI 合計得点	145.3	37.00	108.8	54.89	-2.201	.028
PTCI1 自己への否定的認知	88.33	32.51	65.00	37.21	-2.207	.027
PTCI2 ト라우マへの自責	20.00	5.25	14.57	7.98	-1.892	.058
PTCI3 世界に対する否定的認知	37.00	3.41	29.00	12.17	-0.734	.467

カテゴリ変数については McNemar 検定, 連続変数については Wilcoxon の符号付順位検定

PTCI 得点は各カテゴリの項目数で除さない素点での比較である

表2 各尺度と抑うつ, 不安, ト라우マ症状, QOLとの相関

	HADS (Dep)		HADS (Anx)		HADS (sum)		IES-R		PCS		MCS	
	$\rho$	p	$\rho$	p	$\rho$	p	$\rho$	p	$\rho$	p	$\rho$	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	0.54	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

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

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<sup>1)</sup>

研究協力者：石川信一<sup>2)</sup> 佐藤 寛<sup>2)3)</sup>

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：児童の不安障害は、心理的な問題の中でも最も有病率の高い問題の1つであるとされている。そこで、我々は児童の不安障害に対する認知行動療法（CBT）を実施し、その有効性について検討することとした。診断面接の結果、不安障害に合致した児童 31 名（11.13±2.24 歳）を対象に、心理教育、認知再構成法、エクスポージャーを主な構成要素とする全 8 回の CBT プログラムを実施した。その結果、31 名中 23 名（74%）が、何らかの不安障害の診断基準から外れることが明らかとなった。さらに、不安症状、抑うつ症状、認知の誤りにおいては、治療前から治療後にかけて有意な改善を示し、それがフォローアップにおいても維持されていることが示された。以上より、わが国における児童の不安障害に対する CBT の有用性と有効性を支持する結果が得られた。

#### A. 研究目的

児童の不安障害は、心理的な問題の中でも最も有病率の高い問題の1つであるとされている。さらに、児童の不安障害はさまざまな精神疾患に先行して発生することが指摘されており、早期の発見・介入が求められる問題である。特に、不安障害とうつ病性障害の併発は、児童青年期においても多くみられる。しかしながら、わが国においては、成人に比して、児童を対象とした認知行動療法の有効性や有用性について検討した研究は不足している。そこで、我々は不安障害の児童を対象に、認知行動療法を実施し、その有効性について検討することとした。

#### B. 研究方法

##### ①エビデンスの検証

平成 20 年度においては、児童の不安障害とうつ病性障害に対するエビデンスの検証を行った。その結果、欧米諸国においては、児童の不安障害とうつ病性障害に対して「十分に確立された治療法」に匹敵するエビデンスを蓄積している心理療法として認知行動療法が推奨されていることが示された。一方、わが国においては、ケース研究、準実験デザイン、学校における早期介入などで、児童の不安障害とうつ病性障害に対する認知行動療法の有効性が示唆されていることが明らかとなった。

## ②認知行動療法の研修

複数の機関で認知行動療法の実施を行うために、平成20年度～21年度にかけて3度の認知行動療法プログラムの研修会を行った。その結果、複数のセラピスト体制による認知行動療法の実践の準備が整った。

## ③認知行動療法プログラムの有効性の検討

DSM-IV-TRに基づく半構造化面接の結果、不安障害の診断基準を満たした7-15歳の児童31名(男子12名,女子19名;11.13±2.24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4名,社交不安障害19名,特定の恐怖19名,全般性不安障害19名であり,その他に緘黙1名,気分変調症4名が含まれた(延べ人数)。22名(70.97%)が複数の不安障害の診断基準を満たしており,その他1名が全般性不安障害と気分障害を合併していた。

評価尺度として、スペンス児童用不安尺度(SCAS; Ishikawa et al., 2009), 児童用認知の誤り尺度(CCES; 石川・坂野, 2003), 自己記入式抑うつ尺度(DSRS; Birlleson, 1981)を用いた。質問紙と面接査定は、プログラム開始時点, 終了時点, 3ヶ月フォローアップ時点において行われた。

認知行動療法プログラムは、石川ら(2008)で作成されたものを用いた。プログラムは、全8回1セッション45-60分で終了するよう構成されている(Table 1)。主な構成要素は、心理教育, 認知再構成法, エクスプロージャーである(詳細なプログラムの内容については、後述のプログラムの例を参考のこと)。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, ③インフォームドコンセント, を親と児童の両者に行った。

Table 1 認知行動療法プログラムの内容

セッション数	題名	目的	内容
セッション1	あなたの問題について考えよう!	「場面」「考え」「きもち」「行動」から「だ」の5つのポイントから、不安症状について理解し、自分の問題について理解・整理する。	・例示(かいけつハンター事件ファイル<その1>) ・5つの要素の解説 ・例示(かいけつハンター事件ファイル<その2>) ・まとめ
セッション2	自分のきもちをつかまよう!	自分の感情の問題を観察できるスキルと、感情を言葉で表現できるようなスキルを身に付ける。加えて、感情の程度を数字で表現する練習を行う。	・感情のラベリング(「きもち」にはいろいろある) ・感情の程度を評定(「きもち」の大きさはかるう) ・まとめ
セッション3	「場面」から「考え」をとりだそう!	不安を引き起こす状況と、それにともなう感情を区別し、その間に個人の考え方が含まれていることを理解する。加えて、思考記録表をつける練習をする。	・感情と認知の区別(「場面」と「きもち」を区別しよう!) ・認知の抽出(「考え」をつかまよう!) ・思考記録表の練習(「考え」きろ(ノート)をつけよう!) ・まとめ
セッション4	いろいろな考え方をしてみよう!	自分の「考え」以外の「考え」の存在に気づくように練習する。「場面」ではなく、「考え」が「きもち」を定めていることを理解する。加えて、柔軟な思考パターンを生み出す練習をする。	・例示(友だちが学校を休んでしまった場面) ・自分以外の思考について(ほかの考え方はあるかな?) ・思考の柔軟性(ひとつの「場面」からできるだけたくさんさんの考えを作り出してみよう) ・まとめ
セッション5	もっといろいろな考え方をしてみよう!	「考え」は適応的な思考と不適応的な思考の2種類あることを学び、柔軟で多様な「考え」の中から自分に合った適応的な思考を見つけ出す練習をする。	・適応的な思考と不適応的な思考の区別(おたすけマンとおじゃまムシ) ・認知の裏面(おたすけの呪文) ・思考記録表の練習 ・まとめ
セッション6	不安のいかいだんをつくらう!	エクスプロージャーについての心理教育を実施する。実際に参加者が困っている場面で「不安階層表」を作成し、これまで学んできた「考え」の裏面を促す練習を実際の場面で実施する準備をする。加えて、実際にエクスプロージャーする場面を選択する。	・エクスプロージャーの心理教育(不安とは何者だ!?) ・不安階層表の例示(不安のいかいだんをしらべる) ・不安階層表の作成(あなたの「不安のいかいだん」をつくらう!) ・エクスプロージャー場面の選択(不安のいかいだんにちようせん!) ・まとめ
セッション7	自分のこまっている場面にちようせん!	エクスプロージャーの効果を再確認する。実際に参加者が不安を感じる場面で、「考え」の裏面を行うため、セッション内でエクスプロージャーを行う。	・エクスプロージャーの心理教育再確認(思い出してみよう) ・セッション内エクスプロージャー(解決ハンターのちようせん!) ・セルフモニタリングシートの記録(ちようせんきろくシート) ・まとめ
セッション8	これからのちようせんプログラムのおさらい	これまで学んできたことを復習し、今後のエクスプロージャーの計画を行う。	・これからのエクスプロージャーの計画(これからのちようせん) ・復習 ・修了式

(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

認知行動療法プログラムの効果を確認するために、プログラム開始前 (Pre)、プログラム終了後 (Post)、3ヶ月フォローアップ (FU) の3点における SCAS 得点について分析を行った。その際、一部の対象者において欠損値がみられる点を考慮し、混合モデルによる分析を採用した。

時期を固定効果、対象者を変量効果として、分析を行ったところ、群の主効果が有意であった ( $F(2, 57.24)=31.25, p<.001$ )。多重比較の結果、プログラム開始前の得点よりも、Post, FU の得点が有意に低いことが示された (いずれも  $p<.001$ )。したがって、不安症状がプログラム前後で有意に低減し、それが3ヶ月後まで維持されていることが示された。

同様の分析を CCES において実施したところ、時期の主効果がみられ ( $F(3, 56.65)=42.36, p<.001$ )、Pre の得点よりも、Post, FU の得点が有意に低いことが示された (いずれも  $p<.001$ )。さらに、DSRS による抑うつ得点においても時期の主効果がみられた ( $F(3, 56.51)=24.52, p<.001$ )。多重比較の結果、Pre から Post に有意に抑うつ得点が低減し、それがFUまで維持されていることが示された (いずれも  $p<.001$ )。それぞれの結果を Fig. 1-3 に示す。

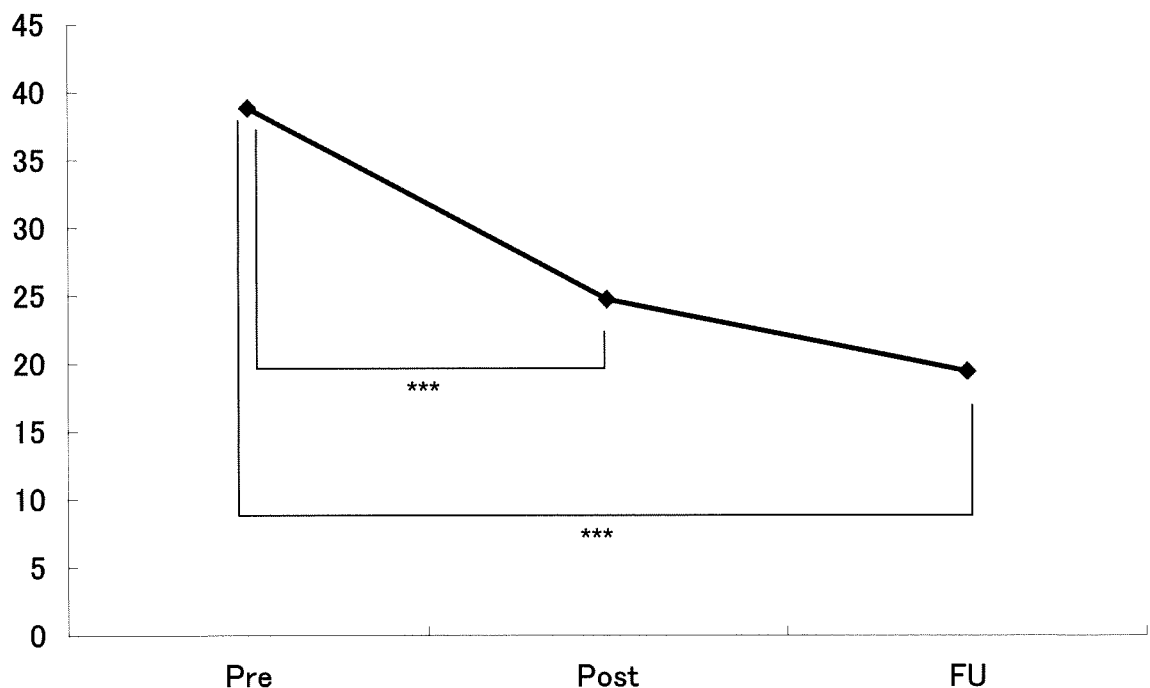


Fig. 1 認知行動療法実施による不安症状の変化

\*\*\* $p<.001$

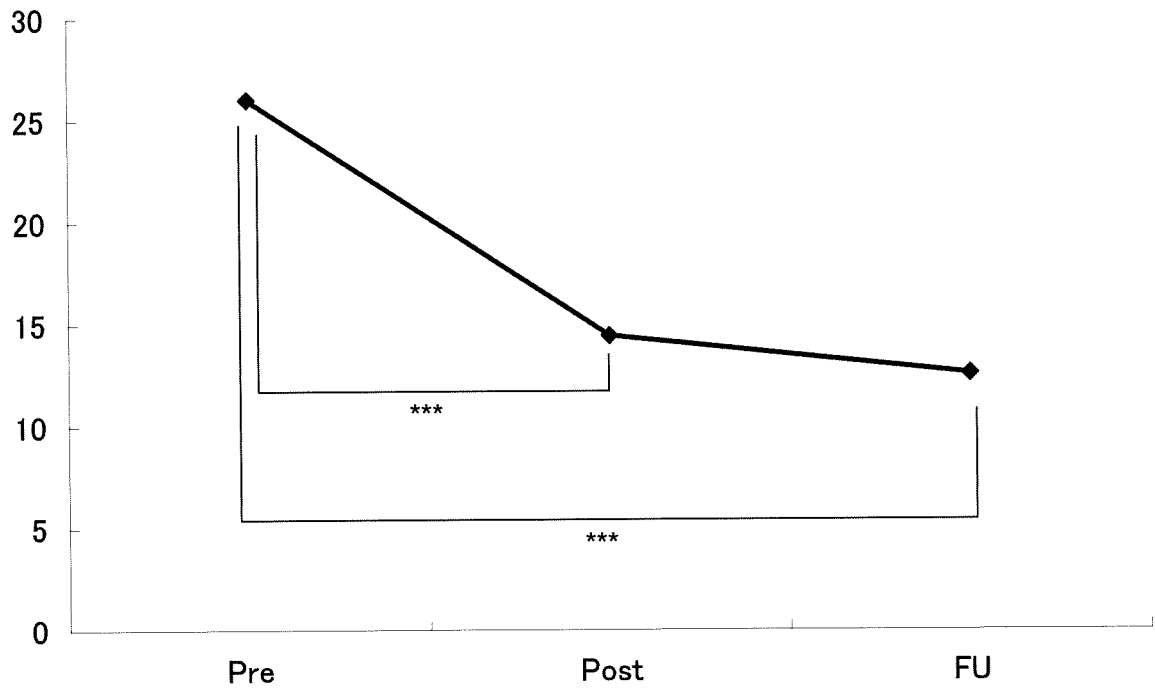


Fig. 2 認知行動療法実施による認知の誤りの変化

\*\*\* $p < .001$

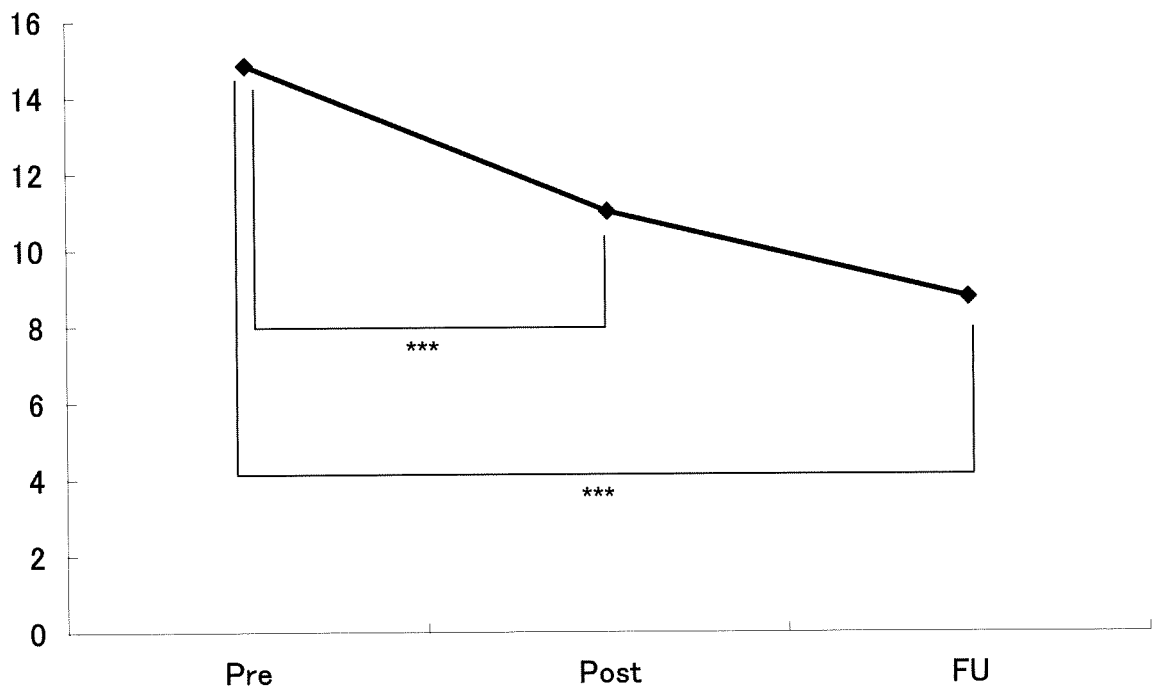


Fig. 3 認知行動療法実施による抑うつ症状の変化

\*\*\* $p < .001$

なお、時期に加え年齢、及び時期と年齢の交互作用を固定効果と投入した場合も、時期の主効果のみ有意であり、年齢の主効果、及び交互作用は有意ではなかった。

プログラム実施後、31名中23名(74.19%)が、何らかの不安障害の診断基準から外れることが明らかとなった。また、全ての障害の診断から外れたものは15名(48.39%)であった。群内の効果サイズを算出したところ、SCASのPre-Postにおいては $d=1.00$ 、Pre-FUにおいては $d=1.41$ であった。同様にCCESにおいてはPre-Postで $d=0.71$ 、Pre-FUで $0.86$ 、DSRSにおいてはPre-Postで $d=0.54$ 、Pre-FUで $0.98$ であった。

#### D. 考察

本研究の目的は、不安障害の児童を対象に、認知行動療法を実施し、その有効性について検討することであった。

認知行動療法の実施の結果、自己評定の不安症状、認知の誤り、抑うつ症状において、有意な改善がみられ、その効果は3ヶ月後まで維持されていた。さらに、群内の効果サイズは、終了時点で $d=1.00$ と、欧米諸国で実践されている無作為割り付け比較試験を対象としたメタ分析(Ishikawa et al., 2007)の値と比較しても(終了時点 $d=0.94$ )、遜色のない効果を示しているといえる。さらに、3ヶ月フォローアップ時点では $d=1.41$ と、メタ分析の結果得られた値( $d=0.99$ )を大きく上回っており、自己評定尺度の結果からは、本研究のプログラムの効果は十分であったといえる。

加えて、認知行動療法に参加した児童のうち、31名中23名(74.19%)が何らかの

不安障害の診断基準から外れ、15名(48.39%)は全ての診断から外れるという成果が得られた。これらの値は、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。例えば、Kendall et al. (2008)では、個別の認知行動療法と家族を含める認知行動療法の結果、1年後までに主診断から外れた児童は67-64%であると報告している。また、Hudson et al. (2008)では、3ヶ月後に不安障害から外れた児童49.0%であった。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た。

また、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に代表される非機能的な認知の変容を治療の中心要素としているが、分析の結果、不安症状や抑うつ症状だけではなく、認知の誤りにおいてもプログラムの効果が確認された。したがって、本プログラムの治療要素を適切に身につけているといえる。以上のことから、認知行動療法の実施により、児童の不安症状、抑うつ症状、認知の誤りが改善することが示された。

#### E. 結論

これまで、わが国の児童を対象とした精神療法の現場において、認知行動療法に代表される実証に基づく心理療法が十分に適用されてきたとは言い難い。しかしながら、本研究の成果を概観すると、専門家による訓練を受けた治療者が構造化されたマニュアルを用いて、認知行動療法を行うことによって、欧米の先行研究と同程度の成果を上げることができている可能性が示された。研究デザインにおいて、一定の限界を有する

点には留意しなければならないが、本研究の成果は、わが国における児童の不安障害に対する認知行動療法の有効性と有用性を支持するものであると結論づけることができる。

#### 引用文献

- Barrett, P., M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatment for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, **27**, 459-468.
- Birleson, P. (1981). The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **22**, 73-88.
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Deveney, C., Schniering, C. A., Lyneham, H. J., & Bovopoulos, N. (2008). Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: A randomized trial. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **48**, 533-544.
- Ishikawa S., Okajima, I., Matsuoka, H., & Sakano Y. (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, **12**, 164-172.
- 石川信一・坂野雄二 (2003). 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.

- 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.
- Kendall, P. C., Hudson J. L., Gosch, E., Flannery-Schroeder E., & Suveg C. (2008). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A Randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**, 282-297.

#### 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 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.  
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」

総合研究報告書

「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<sup>1) 2)</sup>

研究協力者

武田龍太郎<sup>2)</sup>、林和子<sup>2)</sup>、長谷川千佳<sup>2)</sup>、安間香織<sup>2)</sup>、藤井康江<sup>2)</sup>、谷口浩子<sup>2)</sup>、大六一志<sup>3)</sup>

社会福祉法人礼拝会ミカエラ寮<sup>1)</sup>

慶神会 武田病院 DBT 臨床研究プロジェクトチーム<sup>2)</sup>、

筑波大学大学院人間総合科学研究科<sup>3)</sup>

## 研究要旨

本研究は、境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorder: BPD) の行動特性である自傷行為に対する治療として多くの実証的研究が報告されている弁証法的行動療法 (dialectical behavior therapy: DBT) を実施し、その効果を検証した。単科精神科病院において BPD と診断された 22 名の女性患者 (平均年齢: 29.9 歳、SD: 5.9) に 3 ヶ月プログラム (13 名) と 6 ヶ月プログラム (9 名) のオープン試験を実施し、1 ヶ月後の追跡評価を行った。全般性精神健康、うつ症状に有意な回復がみられ、またリストカットや過量服薬、飛び込みなどの自傷行為に著明な改善がみられた。

## A. 研究目的

本研究は、これまでの臨床研究から得られた知見をもとにマニュアルを作成し、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。

54.5%が大学卒であった (Table1)。

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。

## B. 研究方法

### 1) 対象

単科精神科病院に通院し、BPD と診断された 19 歳～44 歳の女性 22 名 (平均年齢: 29.9 歳、SD: 5.9) を対象者とした。

婚姻状況は、45.5%が未婚であった。また就業状況は、90.9%が非就労であった。対象者の 9.1%が中学卒、36.4%が高校卒、

### 2) 調査方法

本研究において、DBT を単科精神科病院で実施するにあたり、DBT 開発者である米国ワシントン大学心理学部教授であるマーシャ・リネハン (Marsh M. Linehan Ph.D.) 博士のトレーニング及び DBT 専門家によるスーパービジョンを受けながら実施した。

また、3ヶ月プログラムは、DBTの専門家からの教示のもと構築した。

両プログラムともに集団精神療法によ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、苦痛耐性スキルの4つスキルトレーニングを実施した。スキルトレーニングは、週1回90分から120分とした。

個人精神療法については、3ヶ月のプログラムでは、適宜必要に応じて導入し、6ヶ月プログラムでは隔週で20分から30分実施した。個人精神療法では、宿題の確認（スキル習熟度のチェック）及びドロップアウトの防止（DBT参加の理論的根拠）をすることを目的とした。治療妨害行動などについては、デイリーカードを用いた行動連鎖分析による問題解決法を実施した。

電話相談については、6ヶ月プログラムに導入し、スキルのコーチングとして治療時間内でのみ受けつけた。

チームコンサルテーションミーティングは、週1回90分として、両プログラムともに採用した。

DBTチームは、精神科医、心理士、看護師、精神保健福祉士の他職種で構成され、患者の人数に応じて6～8名とする。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

すべての調査尺度について、治療前 (T1)、治療直後 (T2)、1ヶ月後 (T3) における、3ヶ月プログラム (13名) と6ヶ月プログラム (9名) の平均値を比較したところ、両プログラムの間には有意差はみられなかった。次に、治療前 (T1)、治療直後 (T2)、1ヶ月後 (T3) の各時点における22名全員の平均値を比較したところ、SCL-90-Rの全般性精神健康、怒り/敵意、パラノイア的思考内容、精神病傾向、及びSTAXIの怒りの特性、Anger-outの下位尺度において、またBDI尺度についても、治療直後 (T1-T2)、1ヶ月後 (T1-T3) 共に有意な得点の改善が認められた。

また自傷行為については、治療直後 (T1-T2)、1ヶ月後 (T1-T3) 共に有意な改善が認められ、その効果サイズは

1.25 であった (Table 2)。

#### D. 考察

本研究の結果、3ヶ月プログラム及び6ヶ月プログラムは、BPD患者の行動特性であるリストカットや飛び降りなどの自傷行為を軽減し、また全般性精神健康、うつ症状及び怒りの特性や表出に改善がみられた。これらの結果は、欧米の先行研究と一致していた。一方、不安については、1ヶ月後(T1-T3)には、有意な差がみられなくなった。DBTプログラムの最終セッションでは、患者から、「DBTに参加できなくなることがさみしく、また非常に不安である」との声が少なくなかった。そのためセッションでは、できるだけ不安に対処する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を教示した。他のスキルと比べ難易度が高いため、習得するにあたっては、繰り返し練習することを課題とした。DBTの効果は、患者自身が学んだスキルを日常生活でどれだけ実践できるかによるところが大きいといわれている。DBTが不安症状を軽減する効果は、スキルを習得し実践を積み重ねることが必須であり、長期的な追跡評価の時点で改善がみられると考えられる。

本研究において実施したDBTの3ヶ月及び6ヶ月プログラムは、プログラムの期間、個人精神療法、電話相談の導入において、日本の単科精神科病院での実施が可能になるよう修正した。プログラム構築の際には、DBT専門家の指示を受けながら、DBTのエッセンスを取り入れた。

米国で実施されている標準的なDBTをわが国において実施することは、医療システムの相違及び人的資源など医療コストを考えると困難と考えられる。

しかし、DBTの中核的スキルや治療戦略を適切に取り入れたプログラムを構築し、BPD患者に対して実施することは有効である可能性が示唆された。

#### E. 結論

本研究により、わが国においてもBPDに対するDBTは、欧米同様に患者のうつ症状、怒りの表出及び自傷行為において奏功することが示唆された。

#### F. 研究発表

1. 石井朝子(2007) 弁証法的行動療法の実践とその課題、こころのりんしょう *a・la・carte* 26(4), 599-603.
2. 石井朝子(2007) 弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT). In: マインドフルネス・瞑想・座禅の脳科学と精神療法精 (貝谷久宣、熊野宏明編), pp75-88. 東京: 新興医学出版社.
3. 石井朝子 (2007). マインドフルネス、心療内科 11(3), 186-189.
4. 榛葉俊一、仮屋暢聡、石井朝子、松井康江、大西椋子、安藤貴紀(2007) ストレスと自律神経-心拍変動解析による不安・抑うつの評価. 精神医学 49 (11), 1173-1181.
5. 榛葉俊一、石井朝子、大西椋子、松井康江 (2007) 外傷後ストレス障害 (PTSD) の長時間暴露法におけ

- る心拍変動指標の利用：ドメスティックバイオレンス（DV）被害の1症例. 診療内科(11) 218-223.
6. 石井朝子(2008) 境界性パーソナリティ障害の認知行動療法—弁証法的行動療法. In: パーソナリティ障害(福島章編), pp75-92. 東京：日本評論社.
  7. 石井朝子(2008) 弁証法的行動療法. In: 認知行動療法の技法と臨床(内山喜久雄、坂野雄二編), pp78-84. 京：日本評論社.
  8. 石井朝子、大野裕、武田龍太郎、林和子(2008) 日本における弁証法的行動療法 (Dialectical Behavior Therapy: DBT) の実践と課題、第8回日本認知療法学会、第34回日本行動療法学会・合同年会、東京 [2008/11/03]
  9. 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.
  10. 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., McDavid, J.D., Brown, M.Z., Sayrs J.H., and Gallop R.J. (2008) Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: a

double-blind, placebo-controlled pilot study. J Clin Psychiatry. Jun; 69(6):999-1005.

Linehan, M.M., Comtois, K.A., and 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.

Table 1. Demographics of total sample

Demographic Variable	Sample Value (n=22)
Age, range, years	19–44 (mean:29.9; SD:5.9)
Single, divorced, or separated	45.5
Job status unemployed	90.9
Education, years	
<High school	9.1
Hauptscholl graduate	36.4
College graduate	54.5

Table 2. Results of analysis of variance and Bonferroni's multiple comparison for dependent samples

		average			F(2,42)	multiple comparison <i>p</i>		Effect size	
		T1	T2	T3		T1-T2	T1-T3	T1-T2	T1-T3
SCL90R	GSI	55.3	47.0	46.0	8.6	.022 *	.005 **	0.67	0.74
	SOM	54.5	49.6	49.5	3.3	.262	.057	0.43	0.51
	OC	53.3	49.6	48.5	4.3	.150	.055	0.39	0.48
	IS	53.1	48.5	49.0	3.4	.099	.267	0.46	0.38
	DEP	55.6	48.3	47.6	5.9	.058	.011 *	0.62	0.66
	ANX	54.7	47.3	47.0	5.2	.094	.031 *	0.61	0.65
	HOS	54.4	47.1	44.9	8.9	.012 *	.003 **	0.69	0.85
	PHOB	60.6	55.5	54.0	5.3	.122	.021 *	0.52	0.62
	PAR	53.0	46.8	47.6	6.9	.007 **	.033 *	0.63	0.55
	PSY	53.5	46.6	46.7	9.0	.005 **	.010 **	0.66	0.67
BDI		35.5	21.3	23.0	14.9	.001 **	.000 **	0.95	0.86
STAI	STATE	59.8	44.6	59.1	7.8	.001 **	1.000	1.06	0.04
	TRAIT	34.6	46.8	41.6	8.8	.003 **	.052	0.84	0.53
STAXI	STATE	21.4	16.5	16.8	4.5	.081	.044 *	0.60	0.58
	TRAIT	28.8	24.9	22.8	14.2	.008 **	.000 **	0.52	0.73
	AO	23.6	20.0	20.2	7.1	.004 **	.031 *	0.65	0.58
	AI	22.2	21.5	19.6	6.2	1.000	.001 **	0.17	0.70
	AC	16.1	17.2	16.9	0.8	.709	1.000	0.28	0.18
Suicidal behavior		1.2	0.6	0.1	23.8	.009 **	.000 **	0.71	1.25

*p*<.05\*; *p*<.01\*\*

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 認知行動療法と並んでエビデンス・ベイズトな精神療法の双璧をなす対人関係療法（interpersonal psychotherapy : IPT）について、我が国における有用性を検証するために、2007年度には、現在までに国外で行われてきた主要な効果検証研究をレビューし、現時点でのIPTの適用範囲、文化適合性、医療経済的利点を考察した。その結果を受けて、IPTの効果が国際的な研究によってすでに確立している対象障害のうち、精神療法が第一選択であり臨床的にも緊急度の高い摂食障害に対して、日本人向けに修正したマニュアルを作成し、そのマニュアルに基づいて2008年～2009年にオープン・パイロット研究を行った。現時点までに解析が完了している結果からは、我が国における神経性大食症に対して、IPTが国際水準と同等の効果を示すことが明らかになり、脱落率の低さ、治療満足度の高さからも、実用可能で有効な治療法である可能性が示唆された。今後、フォローアップ研究を進めると同時に、治療者の養成を進め、より大規模な効果研究を行う必要性が示唆される。

A. 研究目的

認知行動療法（cognitive behavioral therapy : CBT）と並んでエビデンス・ベイズトな精神療法として国際的に位置づけられている対人関係療法(1)(2)（interpersonal psychotherapy : IPT）は、医学モデルを採用し、現在の重要な対人関係に焦点を当て、「悲哀」「対人関係上の役割をめぐる不和」「役割の変化」「対人関係の欠如」の4つの問題領域のいずれかを選んで治療をしていく期間限定精神療法であるが、我が国においては普及が遅れている。

IPTは熟練した精神療法家であれば容易に身につけられることが知られており、効率的に啓発・研修をしていくことによって我が国の日常臨床に柔軟な形で導入することも不可能ではない。本研究では、IPTの効果検証研究をレビューすることによって国際的なIPTの現状を位置づけると共に、我が国での実用の基盤となる有効性研究の第一歩として、薬物療法の効果が限定的で、有効な治療法を確立することが急務である摂食障害に対する治療マニュアルを作成し、それに基づいたパイロット研究を行い、我が国におけるIPTの実用可能性と有効性を

検証する。

## B. 研究方法

### 1. 文献レビュー

2007年までに出版されたIPTの効果検証研究を中心にレビューを行った。現在までに日本で行われた効果検証研究はないため、PubMedにおいて英語論文を検索した。パイロット研究以外は、原則として、Archives of General Psychiatry、American Journal of Psychiatry、Journal of American Medical Association (JAMA)に掲載されたレベルの論文を選んだ。

### 2. 治療マニュアル作成

神経性大食症に対するIPTのマニュアルとしては、Fairburn(3)による個人IPTのマニュアルとWilfleyら(4)によるグループIPTのマニュアルがあり、どちらもIPTの効果を十分に示しているが、前者は主にCBTの特異性を検証するために作られたマニュアルであり、ロールプレイを禁止するなど臨床的に不適切な側面を持つ。そこで、今回のパイロット研究においては、Fairburnのマニュアルをさらに修正し、Wilfleyらの要素も取り入れた新たなマニュアルを作成した。(別添)(5)

特に日本人向けに修正したポイントとしては、重要な他者の同席について、比較的積極的に柔軟である、という姿勢をとった。これは、18歳になったら親から自立して当然であるという欧米の文化と日本の文化の違いにも基づくと考えるが、18歳を過ぎた

患者が親との同席面接に違和感を抱かないということは少なくない。多くの症例では、治療の経過で「親離れ」が起こり、親に同席してほしくないという気持ちが表現されるようになるが、それまでは親の同席も心理教育として有意義であると考えられる。これは、Mufsonらによる思春期うつ病用のIPT (IPT-A) (6)に似た修正である。

### 3. 治療研究

#### 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として判断された患者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」(7)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。

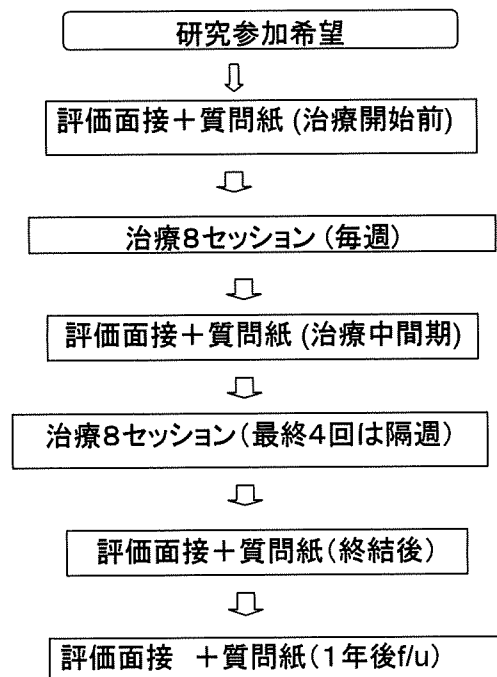
## 2) 評価尺度

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) (8)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) (9)、EDE-Q (Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q) (10)、BDI-2 (Beck Depression Inventory-2) (11)、SAS-SR (Social Adjustment Scale Self-Report) (12)、PBI (Parental Bonding Inventory) (13)、TCI (Temperament and Character Inventory) (14)、FACES (Family Adaptation and Cohesion Scale(15)を用いた。

## 図 研究プロトコル



\* 全治療面接をビデオ録画(録音)。

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

作成したマニュアルに基づき治療を行った。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

### 1. 文献レビュー

現在までに行われてきた研究からは、大うつ病性障害の急性期治療としては、効果が確立していると言える(16) (17) (18)。IPT

はすでに米国精神医学会（American Psychiatric Association: APA）の治療ガイドラインでも大うつ病性障害に対する有効な治療法として位置づけられているが、このエビデンスを反映したものである。また、維持治療としての効果も有意である(19)。維持治療のように頻度の低いものであっても、その焦点化度によって効果が大きく異なるという結果(20)は IPT の特異的な効果を示唆するものである。対象別でも、思春期のうつ病に対しては、その効果が確立されていると言って良いレベルである(21)。高齢者に対する IPT の効果は、特に 70 歳以上においてはまだ一定しない段階である。認知症との関連から、対象をさらに精査していく必要がある。最近では、介護者の関わりも含めた、認知障害を持った高齢者に対する IPT も開発されつつある(22)。

気分変調性障害に対しては、今まで行われてきた研究デザインが不十分であったこともあり、未だに効果の十分なエビデンスが得られていない。

双極性障害に対する IPSRT（対人関係・社会リズム療法）(23)も注目に値する強いエビデンスを有している(24) (25)。

また、摂食障害に対しても、特に神経性大食症とむちゃ食い障害（IPT-G）に対しては、効果のエビデンスが十分にあると言って良い(26) (27) (28)。

不安障害は、全体に、まだパイロット研究段階にあるが、有望である。

### 2. 治療マニュアルに基づく効果研究

現時点で対象 14 名が 16 回の IPT 面接を終了しており、治療終了後の評価面接は 13

名が終了している。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。

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。

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

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、終了後の状態が薬物療法の影響下にあったため、治療終了後のスコアの平均、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、終了後におけるEDI-2、BDI-2、SAS-SR各スコアの比較

\*治療終了後の対象は、薬物療法を開始した1名と終了後評価未完了の1名を除く12名となっている。  
\*\*p値は、治療終了後の対象である12名について、治療開始前と治療終了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)	終了後* (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

### 1. 文献レビュー

#### 1) IPTが特に向いている対象

うつ病の中でも、薬物療法が忌避される産前・産後のうつ病には精神療法が第一選択となるが、IPTの治療焦点はこの時期のテーマと適合するため、すでに広く用いられている。維持治療によって2年間再発が防がれるというデータは、1人の子どもを妊娠して授乳する期間に足りるもので、反復性うつ病の女性にとっては朗報である。

さらに、パイロット研究ではあるが、IPT的なグループを4回行うことでハイリスク群の産後うつ病が予防されるという結果も、妊産婦保健の分野での応用範囲が広いと考えられる。

また、HIV抗体陽性の診断など、深刻な病の診断を受けることも、IPTの「役割の変化」のモデルで扱っていくことができ、心理教育的にも意味をなすものである。身体疾患の併存のために抗うつ薬を使用できないケースにも適用することができる。

思春期のうつ病に対しても、抗うつ薬の評価が確立していないため、精神療法を第一選択に考える臨床家も多い。思春期のテーマはIPTに適合しており、短期で柔軟なスケジューリングも思春期の特徴に合っている。IPT-Aでは、思春期の「病者の役割」を限定的にとらえ、通学をできるだけ奨励する。このことが、思春期の発達上のさらなるハンディキャップを招かずにすむ利点は大きい。

高齢期にもIPTの焦点となるテーマは多いため、薬物療法を用いにくいケースなど

ではIPTを積極的に用いることができるだろう。

IPTの可能性として、他に、夫婦同席面接(IPT-CM)の形がある。全てを夫婦同席で行うこともできるし、部分的に同席させることも可能であるが、夫婦不和が問題領域である患者にとっては有用な手段である。エビデンスは未だにパイロット段階であり、これからさらに検証されていくだろう。

双極性障害に対するIPSRTも、再発防止効果が有意であり、普及させる価値は高い。

摂食障害は、精神療法が第一選択となるため、IPTの適用が強く推奨される。

不安障害については、まだパイロット研究段階であるが、症例報告レベルではIPTに特異的な効果が報告されている。特にPTSDにおいては、外傷体験の前後で身近な人間関係の質が変わることに悩む患者は多い。現在標準的な行動療法的アプローチのみではカバーしきれない領域にIPTが働きかけることが知られている。IPTによって身近な人間関係に安心感を獲得した患者は、指示されなくても自らトラウマに曝露する傾向があることが示されている。

#### 2) 他の文化圏への適用

他国で開発された精神療法を導入する際には、その適否を文化という観点から考える必要がある。IPTは米国で開発された精神療法であり、対人関係という文化的な影響の強い領域に焦点を当てるものであるため、導入に当たって当然文化的なことを考える必要がある。

IPTは、他の文化圏への適用に成功してきた精神療法である。米国内でも、アフリ