Scale website: Information for researchers and practitioners. Retrieved from http://www.scaswebsite.com/

Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) Team (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *Journal of the American Medical Association*, **292**, 807-820.

Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **132**, 132-149.

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.

Ishikawa, S., Motomura, N., Kawabata, Y., Tanaka, H., Shimotsu, S., Sato, S., & Ollendick T.H.(2011) Cognitive behavioral therapy for Japanese children and adolescents with anxiety disprders: A pilot study. Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 4, 1-15 (in press)

元村直靖(2011).子どもの認知行動療法　工夫と秘訣　認知療法（印刷中）

元村直靖(2011).PTSD 治療の実際　調剤と情報　17, 9, 25-27

元村直靖(2011).トラウマ焦点化認知行動療法　心的外傷後ストレス障害 106-111 最新医学社

元村直靖(2011).児童・生徒のケアにどう配慮するか　月刊教職研修　pp32-35, 2011 255-272.

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.
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
元村直靖(2012) シンポジウム「ハイライトシンポジウム」「児童・思春期の不安障害に対する認知療法・認知行動療法」第 4 回日本不安障害学会
元村直靖(2012).第 13 回日本サイコセラピー学会　「PTSD と ASD のサイコセラピー」　大阪国際会議場
元村直靖(2012).「不安障害の子どもの認知行動療法の効果」第 107 回日本精神神経学会総会抄録集
Motomura N, Kawabata Y, Wakabayashi A (2011). 3rd Asian Cognitive Behavior Therapy Conference 「PE Therapy for PTSD patients after traffic accident」
元村直靖(2012).第 11 回認知療法学会　シンポジウム「子供と思春期に対する認知行動療法：工夫と秘訣の展覧会；コメンテーター」

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（障害者対策総合研究事業）
精神療法の有効性の確立と普及に関する研究
分担研究報告書

摂食障害に対する対人関係療法の効果研究と対人関係療法の均霑化に関する研究

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）、小山康則（東北大学）、岩山孝幸（立教大学）、小西悠（デラウェア大学）、宗未来（ロンドン大学）

研究要旨　我が国における対人関係療法（interpersonal psychotherapy : IPT）の均霑化に資するため、国際認定制度の主要な試みである IPT Institute によるスーパーバイザー育成トレーニングに参加しそのプログラムを実際に学ぶと共に、スーパービジョン用の評価尺度 IPT Adherence and Quality Scale の訳出を許可を得て行った。効率的・効果的な均霑化に向けての全体的な戦略を考案するため、国際学会 International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT)の学術総会において普及をテーマとした円卓会議に参加し、他国の状況を知ると共に、我が国の課題について意見交換を行った。その中でも、精神療法の基礎的なトレーニングが精神科研修において位置づけられていないこと、心理職の国家資格がないこと等が我が国の課題として指摘されたため、精神療法入門者が困難と感じている非特異的因子の予備的調査として、臨床心理学系大学院修士 1～2 年生及び臨床心理士資格取得後 5 年以内の心理士 15 名を対象に、非構造化面接法による聞き取り調査を行った。これらの結果、認定スーパーバイザーが 1 名（水島）しかおらず言語のハードルも抱える我が国においてはスーパービジョンのマンパワーがないことを前提としたプログラムを作成する必要があること、その際には精神療法の非特異的因子に関わる基礎的なトレーニングも含む必要があること等が示唆された。本年度の結果に基づき、次年度には均霑化用のプログラムを作成する予定である。

A.　研究目的

摂食障害に対するオープン・パイロット研究(1)において我が国でも国際水準と同様の効果が示された対人関係療法（interpersonal psychotherapy : IPT）について、均霑化のためのプログラムを作成するためには、研修方法の確立と治療者の能力評価が必須である。本年度は国際的な研修方法と能力評価について、実際にトレーニングに参加することによってその内容を調査した。

また、均霑化における我が国の課題を知るために、国際学会における円卓会議に参加し、各国の状況を学ぶと共に我が国の課題について意見交換した。

我が国における課題の一つとされる精神療法の基礎的トレーニングの不足について

[テキストを入力]

はIPTの均霑化においても課題となる。IPTの均霑化プログラムを作成するに当たって、どのような非特異的因子の研修に配慮する必要があるかということを知るため、精神療法入門者を対象として、精神療法の非特異的因子に関して感じている課題について予備的聞き取り調査を行った。

B.　研究方法

1．国際標準トレーニングの調査

IPT 治療者の認定制度の一つの主要な試みである IPT Institute の認定スーパーバイザー育成プログラム（2011 年 6 月 21 日～22 日、アムステルダム）に参加し、その内容を学ぶと共に、スーパービジョンで用いられている IPT Adherence and Quality Scale の訳出を許可を得て行った。

2．各国の普及状況の調査

国際学会 International Society for Interpersonal Psychotherapy (ISIPT)の学術総会における「普及に関する円卓会議」に参加し、各国の普及の状況を学ぶと共に意見交換をした。各国の中でも、創始国ではないが IPT 先進国であるオランダについてその経緯を特に調査した。

3．我が国における普及の経緯

我が国におけるここまでの IPT の普及の経緯について ISIPT の円卓会議で発表し、意見交換を行った。

4．精神療法における非特異的因子についての予備的調査

臨床心理学系大学院修士 1～2 年生及び臨床心理士資格取得後 5 年以内の心理士 15 名を対象に、2011 年 12 月 1 日～12 月 27 日の期間、非構造化面接法による聞き取り調査を行った。

「技法や理論とは関係なく広く精神療法全般に関わる要素と聞いて思い浮かぶことや、そのトレーニングの仕方についてお聞かせ願えますか。また、それらの要素を身につける上で大切だと思うことがあれば教えてください。この質問に関連して連想したことであればどんなことでもかまいません」という質問をし、それに対して自由に答えてもらった。聞き取り調査を担当した岩山は、対象者にとっては指導者ではなく同輩的存在であり、調査は評価を気にする必要のない雑談的雰囲気の中で行われた。

この結果は匿名で本研究に提供されることについて事前に口頭で同意を得た上で行った。

C.　研究結果

1．国際標準トレーニングの調査

IPT 治療者の認定制度については国際的にもまだ検討過程にあるが、一つの有力な試みとして IPT Institute が総合的なトレーニングプログラムを作り、治療者の認定を行っており、現在の国際標準とされている。

表 1 にそのプログラムの全体を示す。レベルAからレベルEまでの段階で構成されており、治療者の認定に関わるのはレベルC以降である。

表 2～表 8 に、レベルAからレベルDまでのトレーニング概要を示す。

[テキストを入力]

表1： IPT Instituteによるトレーニングプログラム

- レベルA：IPTの基礎的トレーニング
  - 講義式トレーニング
- レベルB：IPTの臨床的トレーニング
  - 2症例のスーパービジョン
- レベルC：IPT治療者の認定
  - さらに2症例のスーパービジョン
- レベルD：認定IPTスーパーバイザー
- レベルE：認定IPTトレーナー

表2： レベルA IPTにおける基礎的トレーニング

- IPT Instituteが認定した2日以上のトレーニングコースへの参加。

表3： レベルB IPTの臨床的トレーニング

- 前提条件：認定されたレベルAコースの修了
- IPTのスーパービジョン：
  - 認定IPTスーパーバイザーによる、完了したIPTの2症例以上のスーパービジョン
  - 個人あるいはグループ形式のスーパービジョン
  - スーパービジョンは録音テープまたは録画ビデオに基づかなければならない
  - 2時間の治療について1時間のスーパービジョン

表4： レベルB（続）

- IPTの遵守と質において、レベルBの水準を満たさなければならない
- 以下を提出すること
  - 完了したIPT2症例のケースレポート
  - 2症例について、対人関係フォーミュレーション、対人関係サークルを含む書類
  - 完了した2症例の全セッションの録画ビデオか録音テープ

表5： レベルC IPT治療者としての認定

- 前提条件：
  - レベルAとレベルBの完了
  - IPTスーパーバイザーによる推薦
- IPTスーパービジョン
  - 追加2例の治療完了症例に対する、認定スーパーバイザーによるスーパービジョン
  - 個人あるいはグループスーパービジョン
  - スーパービジョンは録画ビデオあるいは録音テープに基づかなければならない
  - 治療2時間について1時間のスーパービジョン

表6： レベルC（続）

- IPTの遵守と質において、レベルBの水準を満たさなければならない
- 以下を提出すること
  - 完了したIPT2症例（レベルC）のケースレポート
  - 2症例について、対人関係フォーミュレーション、対人関係サークルを含む書類
  - 完了した2症例の全セッションの録画ビデオか録音テープ
- IPT知識テストの合格

表7： レベルD 認定IPTスーパーバイザー

- 前提条件：
  - レベルA・レベルB・レベルCの完了
  - IPTスーパーバイザーによる推薦
- スーパービジョン・トレーニング
  - 認定IPTスーパーバイザー・トレーニングコースの完了
  - 現在進行中のIPTスーパービジョンがレベルD水準であること

表8： レベルD（続）

- スーパービジョンの独立した評価
  - 独立した評価のための書類提出
  - 書類には、スーパーバイジーが提出した資料およびスーパービジョンの評価書類が含まれていなければならない。
  - IPTのスーパービジョンは、独立したIPT Instituteのスーパーバイザーにより、IPTの遵守と質の水準を満たしていると評価されなければならない。

IPT Institute でスーパーバイザーが用いることとされている IPT Adherence and Quality Scale を邦訳したものを別表に掲載する。

2．各国の普及状況の調査（特にオランダ）

オランダは IPT 先進国の一つとして知られており、2011 年の ISIPT の主催国でもあった。オランダにおいて IPT が初めて紹介されたときの受け止め方（IPT の楽観主義と現実主義がそもそもアメリカの「コカコーラ」アプローチを示すものであり、他の文化や言語には翻訳不可能なものではないか）や、他者をほめるよりは過干渉に批判することが多いと言われる文化など、我が国での経験と共通する背景も多い。

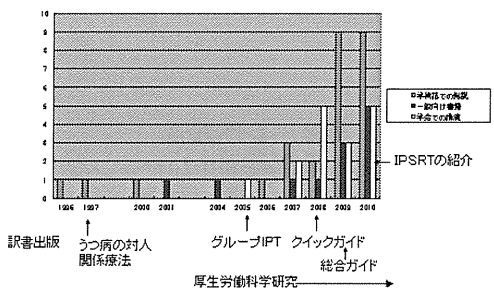
オランダでは、1994 年に Markowitz, J.C.（米国コロンビア大学）がワークショップを行ったことが始まりだった。そして、研究、スモールグループでの治療者のトレーニングが進められた。活動としては、IPT 学会が作られ、精神療法家、精神科医、臨床心理士向けのトレーニングプログラムが作られた。国内の治療ガイドライン（うつ病、摂食障害）に IPT が含められ、IPT 治療者および IPT スーパーバイザーとして登録されるガイドラインが適用された。

オランダ IPT 学会は、スーパーバイザーのネットワークであり、トレーニングとスーパービジョンについての基準があり、研究プロジェクトが進行している。

3．我が国における普及の経緯

IPT のオリジナル・マニュアル Interpersonal Psychotherapy of Depression（邦訳「うつ病の対人関係療法」）(2)の翻訳は 1995 年に始められ、1997 年に刊行された。創始者の一人である Weissman, M.M.が 1996 年に来日し、ワークショップを行った。また、2004 年には思春期用 IPT の創始者である Mufson, L.が来日し、ワークショップを行っている。

図 日本におけるIPT普及の経緯



図は我が国における IPT の紹介の歴史である。学術誌における総説、一般向け書籍、学会における講演の各年の数を示している。我が国において IPT が普及し始めたのは 2006 年以降と言えるが、主に一般向け書籍の刊行により一般の関心が高まったことと、学会での講演により専門家間での知名度が高まったことによる。これは治療者へのアンケート調査からも示されており、「そもそも IPT をどこで知ったか」の問いへの答えの上位 3 位が「一般書」「学会」「同僚から」であった(3)。改訂されたマニュアルである Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy（邦訳「対人関係療法総合ガイド」）(4)、簡易版マニュアルである Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy（邦訳「臨床家のための対人関係療法クイックガイド」）(5)も邦訳され、それぞれ 2009 年、2008 年に刊行された。

厚生労働科学研究に IPT の効果研究が含

められたのは2007年以降であるが、それも専門家による関心を加速した。2010年からは日本摂食障害学会ホームページにおいても有効な治療法として紹介されるようになった。また、2010年には双極性障害に対する対人関係・社会リズム療法(interpersonal and social rhythm therapy: IPSRT）が日本うつ病学会のシンポジウムおよび一般向け書籍(6)によって紹介され、現在では日本うつ病学会ホームページからダウンロードできる心理教育用テキスト「双極性障害（躁うつ病）とつきあうために」において双極性障害に対する有効な精神療法として紹介されている。2012年に刊行される摂食障害治療ガイドライン(7)においても、有効な治療法として紹介されている。

治療者の育成は、2007年より対人関係療法勉強会において行われており、IPT Instituteのレベル A、レベル B に準拠している。「臨床家のための対人関係療法入門ガイド」を読んでから実践入門編ワークショップ（講義式、正味6時間）に参加し、その後にグループスーパービジョンである「実践応用編」（ラウンドテーブル・ディスカッション、正味 6 時間）に参加する。1日に4例の症例を、それぞれ2～3セッション程度、IPT Institute認定スーパーバイザーである水島がスーパービジョンするが、全体のフォーミュレーションは十分に検討するものの全セッションのスーパービジョンを行うわけではないので、IPT Instituteによるものよりも強度は低い。

対人関係療法勉強会のワークショップの経験から、日本の治療者向けにマニュアルを補完する目的の「臨床家のための対人関係療法入門ガイド」(8)も 2009 年に刊行された。その補助教材として面接場面を収録したＤＶＤ「対人関係療法の実際」(9)も2010年に刊行された。

これらの成果はISIPTの円卓会議において評価されたが、同時に、精神科医の基礎的トレーニングの中に精神療法が十分に位置づけられていないこと、臨床心理士の国家資格がなく臨床トレーニングの場が限られていることなどがIPTの普及に向けての我が国の課題であることも指摘された。

４．非特異的因子についてのインタビュー調査

「共感することがどういうことかわからない」「沈黙が重要だということは知っているが、つい耐えられなくなって自分からしゃべってしまう」など、精神療法の比較的基本的なトレーニングの不足を示唆する問題意識が語られた。

一方で、「動機付けを高めるために即効性のあるアドバイスが初回から必要なのではないか」「病気をどのような態度で扱ったらよいかわからない」など、戦略的治療の必要性や病気の扱いについての問題意識も見られた。自殺に関することなど、危機管理についても聞き取り調査の中で挙げられたポイントであった。

その他、症例に接している機会の少なさや精神医学的トレーニングの乏しさから、精神科的症状の見分け方などがわからない、というものもあった。

D.　考察

IPT Instituteのトレーニングプログラム

は一つの理想型と言えるが、認定スーパーバイザーが一人（水島）しかおらず、言語のハードルを抱える我が国の状況を考えると、IPT Institute のプログラムそのものを導入することはきわめて非現実的である。

一方で、IPT Adherence and Quality Scale は、IPT の遵守の目安として活用できる可能性がある。

オランダの経験からは、スーパーバイザーのネットワークが重要であること、意欲のある人材が集中して関わる必要があることが示唆される。この基盤を作ることが第一段階の課題であると考えられる。

円卓会議でも指摘されたが、精神療法の基礎的なトレーニングが精神科研修において十分でないということは我が国の一つの課題である。IPT は本来は熟練した精神療法家がそれまでの経験に上乗せして学ぶ精神療法として開発されており、精神療法の基礎的な要素はすでにマスターした治療者向けのトレーニングプログラムとなっている。しかし、現時点で我が国において均霑化プログラムを作成する際には、精神療法の基礎的な要素についてもカバーする必要がある。入門者の聞き取り調査からは、非特異的因子についての不確かさ、特定の精神療法の位置づけの不確かさなどの問題が示唆されており、IPT のトレーニングプログラムを作る際には、これらの点も考慮に入れる必要があると考えられる。

E. 結論

本研究の結果からは、我が国における均霑化プログラム作成に当たっては、いくつか工夫すべき点が示唆される。

まず、IPT Institute による認定スーパーバイザーが現在のところ一人（水島）しかおらず、英語によるスーパービジョンが多くの治療者にとって困難であることから、我が国独自の効率的なトレーニングプログラムを作成する必要が示唆される。その際にはマンパワーの限界を十分に考慮に入れた教材作りが必要だと考えられる。その上で、中核となる人材の育成、スーパーバイザーのネットワークを作ることによって、質の高い均霑化を期待することができると考えられる。

治療者育成については、2007 年より継続している「対人関係療法勉強会」が一つのモデルを提供している。マニュアルを読んだ上で「実践入門編」という講義形式のワークショップ（6 時間）に参加する形式は、IPT Institute のレベルAにほぼ相当する。また、グループスーパービジョンである「実践応用編」は、レベルB相当であるが、マンパワーの不足により、全セッションをカバーできているわけではない。また、認定制度は現在まで検討していない。しかし、これらの予備的な経験は、より効果的で発展性のある均霑化プログラム作りに活用できる部分もあると考えられる。

本年度までの調査の結果、我が国独自の均霑化プログラムの作成の必要性が示唆され、次年度はそれに着手する予定である。

F. 健康危険情報　該当せず

G. 研究発表

1. 論文発表

[テキストを入力]

水島広子
双極性障害の心理教育と心理社会的治療
臨床精神医学　40(3), 341-346, 2011

水島広子
双極性障害の疾患教育と対人関係・社会リズム療法
精神神経学雑誌　113(9), 880-885, 2011

水島広子
うつ状態に対する対人関係療法
治療　93(12), 2421-2424, 2011

２．学会発表

H Mizushima, KM Pike, Y Oyama, M So. Disseminating Interpersonal Psychotherapy in Japan: Overview and Challenges
Interpersonal Psychotherapy 4th International Conference, 23rd - 24th June 2011, Amsterdam

水島広子
双極性障害の心理社会的治療
双極性障害委員会企画シンポジウム…双極性障害のチーム医療
第２回　ISBD Japanese Chapter Meeting
第８回日本うつ病学会総会　2011 年７月２日　大阪

水島広子
双極性障害の対人関係・社会リズム療法（IPSRT）
第 11 回日本外来精神医療学会　2011 年 7 月 17 日　東京

ワークショップ「対人関係療法」
第 11 回認知療法学会　2011 年 10 月 2 日　大阪

水島広子
双極性障害の疾患教育と対人関係・社会リズム療法
シンポジウム２７　双極性障害の治療を考える：エビデンスレビュー
第１０７回日本精神神経学会総会　2011 年 10 月 27 日　東京

水島広子
双極性障害に対する対人関係・社会リズム療法
第１０回　Bipolar Disorder 研究会　2011 年 12 月 3 日　東京

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. 対人関係療法(IPT)の有効性に関する研究. 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　平成 21 年度総括・分担研究報告書.** 2010:76-82.
2. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. Interpersonal Psychotherapy of Depression(**邦訳:水島広子、嶋田誠、大野裕訳. うつ病の対人関係療法. 東京:岩崎学術出版社**;1997). New York

[テキストを入力]

Basic Books; 1984.
3. 水島広子. 摂食障害に対する対人関係療法の効果研究と対人関係療法の均霑化に関する研究. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業)精神療法の有効性の確立と普及に関する研究 平成 22 年度 分担研究報告書. 2011: 54-64.
4. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy(邦訳:水島広子訳. 対人関係療法総合ガイド. 東京:岩崎学術出版社;2009). New York: Basic Books; 2000.
5. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy(邦訳:水島広子訳. 臨床家のための対人関係療法クイックガイド. 大阪:創元社;2008). New York: Oxford University Press; 2007.
6. 水島広子. 対人関係療法でなおす双極性障害 —躁うつ病への対人関係・社会リズム療法. 大阪: 創元社; 2010.
7. 日本摂食障害学会監修. 摂食障害治療ガイドライン. 東京: 医学書院; 2012.
8. 水島広子. 臨床家のための対人関係療法入門ガイド. 大阪: 創元社; 2009.
9. 水島広子. DVD 版 対人関係療法の実際. 大阪: 創元社; 2010.

[テキストを入力]

別紙４

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			対人関係療法でなおす　トラウマ・PTSD	創元社	大阪	2011	
水島広子			10代の子をもつ親が知っておきたいこと　―思春期の心と向き合う	紀伊國屋書店	東京	2011	
水島広子			ダイエット依存症	講談社	東京	2011	
水島広子			正しく知る心的外傷・PTSD	技術評論社	東京	2011	
水島広子	対人関係療法（IPT）	平木典子、岩壁茂、福島哲夫	新世紀　うつ病治療・支援論　うつ病に対する統合的アプローチ	金剛出版	東京	2011	165-179
水島広子			続々・怖れを手放す　アティテューディナル・ヒーリング・ファシリテーター・トレーニング	星和書店	東京	2011	
水島広子			対人関係療法で改善する　夫婦・パートナー関係	創元社	大阪	2011	

水島広子	摂食障害	山口 徹、北原 光夫、福井 次矢	今日の治療指針 ２０１２年版	医学書院	東京	2012	855-856

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	双極性障害の心理教育と心理社会的治療	臨床精神医学	40(3)	341-346	2011
水島広子	双極性障害の疾患教育と対人関係・社会リズム療法	精神神経学雑誌	113(9)	880-885	2011
水島広子	うつ状態に対する対人関係療法	治療	93(12)	2421-2424	2011
水島広子	ストレスと漢方治療、アティテューディナル・ヒーリング	カレントテラピー	30(2)	64-67	2012

別表

IPT Adherence and Quality Scale
Interpersonal Psychotherapy Institute
治療者名:　　セッション#:　　施行日:
スーパーバイザー名:

このセッションにおける治療者の全体的評価	質				
	低				高
適切なIPTの話題にセッションを焦点化するスキル	1	2	3	4	5
適切なIPTの治療姿勢を維持するスキル	1	2	3	4	5
治療者の対人関係スキル(例:安心させる、共感、誠実さ、温かさ)	1	2	3	4	5
治療者は患者が自分の問題に対処する上で患者の自立を励ましたか?	1	2	3	4	5
治療関係に注意を払うスキル	1	2	3	4	5
患者の感情に注意を払うスキル	1	2	3	4	5
セッションを構造化するスキル	1	2	3	4	5
患者のアタッチメントスタイルへの適応	1	2	3	4	5
セッションの全体的な質	1	2	3	4	5

セッション内の治療者の行動	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
治療者の自己開示					1	2	3	4	5
明らかな助言や指導					1	2	3	4	5
ユーモアの使用					1	2	3	4	5
自信があった					1	2	3	4	5

IPTのターゲット - 全セッション	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
精神科的症状についての話し合い					1	2	3	4	5
具体的な対人関係についての話し合い					1	2	3	4	5
全般的なソーシャル・サポートについての話し合い					1	2	3	4	5
症状、対人関係問題、ソーシャル・サポートを結びつける方法としての対人関係フォーミュレーションの使用					1	2	3	4	5
具体的な対人関係問題領域についての話し合い					1	2	3	4	5
よりよいソーシャル・サポートを育てる方法についての話し合い					1	2	3	4	5

IPTの戦略 - 初期のセッション	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
主訴と精神科的症状の振り返り					1	2	3	4	5
精神科的既往歴と治療の振り返り					1	2	3	4	5
精神疾患についての心理教育					1	2	3	4	5
IPTについての心理教育					1	2	3	4	5
対人関係質問項目の実施					1	2	3	4	5
対人関係フォーミュレーション					1	2	3	4	5
具体的な問題領域の話し合い					1	2	3	4	5
回復のプロセスにおける患者の役割についての話し合い					1	2	3	4	5
IPTを行うことについての理論的根拠の説明					1	2	3	4	5
具体的な治療目標の話し合い					1	2	3	4	5
治療契約についての話し合い					1	2	3	4	5

IPTの戦略 - 中期のセッション	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
セッションの話題の協同的決定					1	2	3	4	5
以前のセッションからの対人関係上の課題の振り返り					1	2	3	4	5
現在の精神科的症状の振り返り					1	2	3	4	5
主要な生活領域における全般的機能の評価(例:仕事、親しい関係、家庭生活、社会生活)					1	2	3	4	5
症状と現在の対人関係的文脈との関連づけ					1	2	3	4	5
対人関係フォーミュレーションの話し合い					1	2	3	4	5
具体的な問題領域の話し合い					1	2	3	4	5

IPTの戦略 － 終結期のセッション	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
治療の終結についての明らかな話し合い					1	2	3	4	5
治療経過と治療における進歩についての振り返り					1	2	3	4	5
病気の早期警告徴候についての話し合い					1	2	3	4	5
フォローアップ治療についての明らかな契約					1	2	3	4	5

IPTの戦略 － 悲哀	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
悲哀としての明確なフォーミュレーション					1	2	3	4	5
最近および過去の喪失についての探索					1	2	3	4	5
喪失の詳細についての話し合い					1	2	3	4	5
喪失に関連した感情の同定と話し合い					1	2	3	4	5
患者が人間関係とソーシャル・サポートを構築したり再開したりできる方法の探索					1	2	3	4	5
他者と喪失について話すことの励まし					1	2	3	4	5

IPTの戦略 － 役割の変化	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
役割の変化としての明確なフォーミュレーション					1	2	3	4	5
新たな役割のポジティブ・ネガティブな側面の探索					1	2	3	4	5
役割の変化に関連した喪失の探索					1	2	3	4	5
ソーシャル・サポート・システムの利用についての話し合い					1	2	3	4	5
新たなソーシャル・スキルを育てることについての話し合い					1	2	3	4	5

IPTの戦略 － 対人関係の不和	有無		あるべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
対人関係の不和としての明確なフォーミュレーション					1	2	3	4	5
不和についての話し合いとその構造の明確化					1	2	3	4	5
以前の関係におけるパターンの振り返り					1	2	3	4	5
他人に対する患者の期待の探索					1	2	3	4	5
他人が自分に対して抱いている期待についての患者の考えの探索					1	2	3	4	5
重要な対人関係の満足・不満足な側面の振り返り					1	2	3	4	5
重要な関係において患者が求める変化の探索					1	2	3	4	5
コミュニケーションを変化させる可能性についての話し合い					1	2	3	4	5
不和における患者の役割の明確化					1	2	3	4	5

IPTの技法	使用		使用すべきだった		質				
	YES	NO	YES	NO	低				高
患者のコミュニケーションの明確化					1	2	3	4	5
コミュニケーション分析					1	2	3	4	5
人とのやりとりについての振り返り					1	2	3	4	5
感情の引き出し					1	2	3	4	5
患者が報告している感情と実際に表現している感情の違いの利用					1	2	3	4	5
ソーシャル・スキルの練習					1	2	3	4	5
暗黙の、あるいは非言語的コミュニケーションについての話し合い					1	2	3	4	5
ロールプレイ					1	2	3	4	5
指示的技法：限界設定,教育,直接的助言,セッション間の課題の割り当て					1	2	3	4	5

IPTの技法 － 禁止されているもの	有	無
精神力動的		
患者の過去における出来事や誘因に基づく精神力動的解釈		
防衛機制についての話し合い		
転移についての話し合い		
患者の行動の無意識的な動機の探索		
夢やファンタジーについての話し合い		
治療関係が話し合いの焦点になる		
認知行動的		
認知の歪みが治療の焦点になる		
症状と患者の信念や認知との関連についての話し合い		
誤った信念を評価して変えることがうつを改善するという理論的根拠の説明		
認知の歪みや誤りについての話し合い（例：全か無か思考、過度の一般化）		
患者に固有の否定的思考と信念の基盤にある全般的信念あるいはスキーマの探索		
ソクラテス的質問の使用		
思考記録の実施		
ネガティブな思考や信念に対する現実的で合理的な反応の練習や検討		
行動的		
脱感作		
イメージ		
エクスポージャー		
生物学的		
生物学的な障害やアンバランスがうつ病の主要な原因であるという論理的根拠の説明		

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
（分担）研究報告書

精神療法の有効性の確立と普及に関する研究

研究協力者　舘野　周

【研究要旨】前年度成果に基づいて認知療法に特異的な作用機序及び治療効果の客観的指標を探索するために、「非機能的思考」を評価する機能的 fMRI 課題を用いて認知行動療法実施前後の脳活動の経時的変化を機能的 MRI を用いて検討した。9 名の被験者が本研究に参加した。臨床症状評価尺度の変化からは、CBT 開始後一貫して症状が改善するパターンが最も多かったが、一部症状が改善仕切らないパターンや症状改善が遅れて見られるパターンも存在していた。今後は対象となるうつ病患者数を増やし、群解析を行うとともに臨床経過が脳機能変化に影響するかについても検討を行っていきたい。

A. 研究目的

認知行動療法による脳活動の変化を評価する事で、治療による特異的な作用部位および治療効果の客観的指標を確立する。

B. 研究方法

昨年度の成果に基づいて認知行動療法実施前後の脳活動の変化を評価するために、非機能的思考を評価する機能的 MRI 用課題を用いる事とした。SCID による大うつ病性障害として診断された患者を対象とし、文書による説明を行った上で同意が得られた者を対象とした。なお本研究は日本医科大学倫理委員会の承認を得て実施されている。うつ症状の評価尺度としては 17 項目のハミルトンうつ病評価尺度(HAMD)、自己記入式簡易抑うつ症状尺度（QIDS-SR)、ベック式うつ状態チェックリスト（BDI）を用いた。うつ病患者に対して認知行動療法の実施前(第 1 評価)、開始 8 週間後（第 2 評価)、開始 16 週間後（第 3 評価）での変化を評価することで、治療特異的な脳活動の変化を評価した。

C. 研究結果

今年度はうつ病患者を対象に fMRI 検査を実施し、9 名の参加同意を得た。うち 1 名は CBT1 回での中止の申し出により研究参加中止となり、2 名は現在 CBT 実行中であり、初回 fMRI 評価のみが実施された。平均 HAMD 得点、QIDS 得点、BDI 得点は第 1 評価(N=9、15.9 点、12 点、24.8 点)、第 2 評価(N=6、9.3 点、6.2 点、11.3 点)、第 3 評価(N=6、2 点、2.5 点、5.3 点）であった。昨年度解析をしたケースと全ての症状評価尺度が CBT 実施とともに低下していくパターンは検査を完了した 6 名中 3 名にみられた。2 名は第 3 評価で 1 尺度のみ悪化していた。残りの 1 名は第 2 評価ですべての評価尺度が悪化下の地、第 3 評価で改善を示していた。症状改善の推移から幾つかの臨床経過の

パターンが存在している可能性が考えられた。

D. 考察

前回報告をした症例と同様の症状改善傾向を示したものは6名中3名であり、少数例の検討ではあるが、前回報告した症例と同様の臨床経過をたどるものが多いと考えられた。「非機能的思考」課題により、認知行動療法開始前には機能的思考をしている間に内側前頭前皮質の活動が亢進し、非機能的思考時には低下するという健常者と逆の脳活動が、認知行動療法による症状改善後は健常者と同じになるという fMRI の結果が見られるかどうかを一定の症例数が集まった段階で行いたい。fMRI の群解析では 15～20 症例は必要とされているため、まずは現在 fMRI 実施中の症例を含め 10 症例の全ての検査を終了した段階でグループ解析を行う予定である。また症状の経過により違いが存在する可能性も考えられるため、前回 1 例検討を行った症例と同様の経過をとった症例を中心にサブグループに分けての解析を検討している。

E. 結論

本年度は昨年度 1 例報告で示されたうつ病における認知行動療法の治療効果が、脳活動の点からも評価しうる可能性について、群解析を行うために症例数を集めた。臨床経過からは幾つかの類型が存在している可能性が示された。このため、一定の数が集まった段階で群解析を行うとともに臨床経過による脳機能変化を検討したい。

F. 研究発表

① 論文発表　なし

② 学会発表　なし

G. 知的財産の出願・登録状況

なし

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
精神療法の有効性の確立と普及に関する研究

研究分担者　岩田仲生　藤田保健衛生大学医学部精神医学講座

研究要旨
精神療法は精神疾患における主要な治療法であるにもかかわらず、その生物学的メカニズムについての報告は乏しい。本分担研究の目的は、遺伝子からアプローチすることで精神療法の生物学的側面を解明することにある。
本年は、精神療法の反応性を具備したサンプリングの整備を図った。さらに、精神療法を補填する効率的治療方法の選択を提案することを目的に、既に開始している薬理遺伝学の研究を推進した。しかし、有意な予測因子同定は困難であり、大規模サンプルを用いた解析が不可欠である。

A. 研究目的

大うつ病性障害をはじめとした精神疾患の治療は、精神療法が大きなウェイトを占めていることが特徴であり、薬物療法とともに治療の２本柱と言える。しかし、精神療法の生物学的研究を施行することは困難である。その理由として、精神療法がいわゆる記述的な精神医学に分類されることが多く、生物学的精神医学と結びつきにくい、などという理由が考えられる。
一方、薬物療法は、例えばうつ病のモノアミン仮説、統合失調症のドパミン仮説など、薬物プロフィールから多くの仮説が提案され、精神薬理学の隆盛をみている。また、遺伝子多型から薬剤の効果や副作用を予測しようとする試み、薬理遺伝学的研究も分子遺伝学の進展とともに盛んとなり、数多くの報告がなされている。

2011 年、精神療法の一つである認知行動療法（CBT）と遺伝子多型の関連が Molecular Psychiatry 誌に掲載され、大きなインパクトを与えた。この研究では、小児不安障害を対象に CBT を行い、セロトニントランスポーターの多型、5HTTLPR の S/S genotype を持つ群は、それ以外の群よりも治療成績が良いことを示した。すなわち、遺伝子多型が精神療法の反応性を予測できる可能性を示唆した初めての大規模研究である。

本邦においても、うつ病のCBTは普及してきており、上述の研究のように生物学的な治療予測因子が切望されている。本研究における最終目標は、CBTの生物学的基盤に着目するべく、CBT治療の効果を予測する遺伝子の同定である。一方で、薬物療法の効果を効率的に得られる患者に対して、最初から面接時間がかかるCBTを積極的に行うことは、医療経済的にもベネフィットが低い選択と言える。すなわち、そのような患者には当初薬物療法を積極的に行い、その後再発防止に対するエビデンスを持つCBTを地固めで行うのが効率的である。従って、サンプリングをすでに開始している抗うつ薬の薬理遺伝学的研究も同時に行い、より効率よい治療選択の予測因子を同定することを目指す。

B. 研究報告

1) うつ病患者のSSRI治療反応性における薬理遺伝学的研究

本研究は、藤田保健衛生大学の倫理審査委員会の承認を得た上で、患者から文書による十分な説明と書面による同意を得た上で行われている。103名の大うつ病性障害の患者に、Fluvoxamineを単剤投与し、初診時と6週後でうつ病スケールであるHamilton Depressive Scale(HAM-D)の改善率を測定、DNAを採取した。予測因子としての候補遺伝子多型として、他の論文で報告されているセロトニントランスポーターの遺伝子多型5HTTLPRの遺伝子型を決定した。解析は、初診時と8週後のHAM-Dの値から算出した、responder（HAM-Dが初診時より50%減少）とnon-responderの2群、HAM-Dが7点以下となるRemitterとnon-remitterの2群での遺伝子頻度の差を検討する。その際、うつ病との関連が推定されるHarm Avoidance、初診時のHAM-D値、年齢、性別を調整するため、ロジスティク回帰分析をおこなった。

2) CBT治療反応性を具備したサンプルの収集準備

藤田保健衛生大学の倫理審査委員会の承認を得ている。また、他の研究グループの倫理審査委員会の申請を行っている。

C. 研究結果

1) 薬理遺伝学的研究

Responder vs non-responderの解析において、5HTTLPRは有意な予測因子として認められず、唯一

初診時の HAM-D 値が有意な関連を示した。すなわち、初診時の HAM-D が高ければ、治療反応性が良いという臨床的にも納得のいく結果であった（表 1）。他方、remitter vs non-remitter の解析においては、5HTTLPR を含め、すべての要因が有意ではなかった（表 2）。

D. 考察

5HTTLPR の多型は、うつ病反応性を研究する薬理遺伝学的解析の中で、最も検討されている遺伝子多型である。メタ解析も複数報告され、最初の報告では有意な関連を得たが (Kato et al, Mol Psychiatry, 2010 p473-500)、その後の 2 報の研究では、marginal～negative な結果となっている。特に、アジア人での多型頻度は、白人のそれと反対の傾向（アジアでは SS genotype が多いが、白人では LL genotype が多い）があり、日本人を含めたアジアのサンプル数を拡大して行く必要が有る。今後、他の研究グループと協力し、フルボキサミン以外の抗うつ薬の薬理遺伝学的研究を行い、より検出力の高い研究を今後行って行く予定としている。

E. 結論

現在までに CBT と直接関連する生物学的基盤、遺伝子は同定できていない。しかし、少しでもその目的に到達するよう今後サンプリングをすすめる。また、医療経済的にもベネフィットの大きい治療法選択（薬物療法→CBT や最初から CBT など）を予測するためにも、さらなる薬理遺伝学的研究が必須であり、今後も同様に推進していく。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

H. ○1. Y Fukuo, T Kishi, I Kushima, R Yoshimura, T Okochi, T Kitajima, S Matsunaga, K Kawashima, W Umene-Nakano, H Naitoh, T Inada, J Nakamura, N Ozaki, and N Iwata *Possible association between ubiquitin-specific peptidase 46 gene and major depressive disorders in the Japanese population.* Journal of affective disorders, 2011. **133**(1-2): p. 150-7.

○2. T Kishi, R Yoshimura, Y Fukuo, T Kitajima, T Okochi, S Matsunaga, T Inada, H Kunugi,