## リラクゼーション法（呼吸法）

### 手　順

座るか、いすにもたれかかりましょう。

① 息を止めて準備します（その前に深呼吸しないように）
　まず３秒かけて息を吐きます。その時、静かになだめるように頭に中で自分に向かって
　「リラーックス」という言葉を言いましょう。
② 次に３秒かけて自然に息を吸います
③ その後は３秒かけて息を吐き、３秒かけて息を吸う、ことを続けます。
　つまり６秒で一呼吸です。（１分間につき１０呼吸）
④ ５分間程度続けましょう。

※ １日４回、朝昼夕晩に練習しましょう。
※ 鼻呼吸が苦しければ口呼吸でもいいです。

**身体感覚**

以上の連想について、常に正しいかどうか考えてみましょう
（これ自体が身体感覚を引き起こすか）

胸がどきどき → 心臓発作 → 死
息が苦しい → 窒息 → 死
めまい → 脳卒中 → 死
頭がパニック → 自己制御不能 → 狂気

**過呼吸**

・過呼吸（過換気）症候群はパニック障害（パニック症）と密接に関連しています。
・不安警報が呼吸を増大させ、過剰な呼吸が起こり、さらに不安症状を悪化させます。
・過呼吸を行うと、体外に二酸化炭素を吐き出しすぎ、血中の二酸化炭素分圧が減少します。同時に空気中の酸素をたくさん吸って、血中の酸素分圧は上昇しています。
過呼吸中に経験する「手足や唇などの体の末端のしびれた感じ」、「頭がぼうっとする感じ」、「目の前が暗くなる感じ」「努力しないと息が吸えないような感じ」などは、二酸化炭素分圧の低下により、説明されます。逆に、酸素分圧が上昇している過換気後は、通常よりもずっと長く呼吸を止めることができます。

**安全行動**

不安を引き起こす場所・状況において下記のような行動をしていませんか。
これらの行動は安全行動といい、パニック発作で経験する感覚が思っているほど危険なものではないことを発見するのを妨げます。

・他の事を考えようとする
・何かにつかまったり、寄りかかったりする
・誰かにつかまったり、寄りかかったりする
・座る
・じっとしている
・極めてゆっくりと動く
・逃げ道を探す
・無理矢理身体的な運動をする
・自分の体に注意を向ける
・考えをコントロールしているようにする
・行動を厳密にコントロールしているようにする
・もっとしゃべる
・薬を飲む
・助けを求めてまわる
・呼吸を変える

（Salkovskis のリストから）

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 吉永尚紀（分担執筆） | 社交不安症 | 貝谷久宣、佐々木司、清水栄司 | 不安症の辞典 | 日本評論社 | 日本 | 2015. | |
| 吉永尚紀・清水栄司（分担執筆） | | 丸山総一郎 | ストレス学ハンドブック | 創元社 | 日本 | 2015. | |
| 清水栄司（分担執筆） | | 塩入俊樹、松永寿人 | 不安障害診療のすべて. | 医学書院 | 日本 | 2013 | 44-52 |

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 |
|---|---|---|---|---|---|
| Yoshinaga N, Matsuki S, Niitsu T, Sato Y, Tanaka M, Ibuki H, Takanashi R, Ohshiro K, Ohshima F, Asano K, Kobori O, Yoshimura K, Hirano Y, Sawaguchi K, Koshizaka M, Hanaoka H, Nakagawa A, Nakazato M, Iyo M, Shi | Cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder who remain symptomatic following antidepressant treatment: a randomized, assessor-blinded, controlled trial. | Psychotherapy and Psychosomatics. | | | (in press) |
| 浦尾悠子，石川亮太郎，吉永尚紀，清水栄司. | 赤面を恐れる社交不安症に対する認知行動療法－Clark & Wellsモデルを用いた実践報告－. | 認知療法研究. | | | (印刷中) |
| Urao Y, Yoshinaga N, Asano K, Ishikawa R, Tano A, Shimizu E, Sato Y. | Effectiveness of a cognitive behavioural therapy-based anxiety prevention programme for children: a preliminary quasi-experimental study in Japan. | Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, | 10:4. | | 2016; |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名 | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|---|---|---|---|---|
| Kunikata H, Yoshinaga N, Shiraishi Y, Okada Y. | Nurse-led Cognitive Behavioral Group Therapy for Recovery of Self-esteem in Patients with Mental Disorders: a Pilot Study. | Japan Journal of Nursing Science | doi: 10.1111/jjns.12114 | | (Early view) |
| Yoshinaga N, Nosaki A, Hayashi Y, Tanoue H, Shimizu E, Kunikata H, Okada Y, Shiraishi Y. | Cognitive Behavioral Therapy in Psychiatric Nursing in Japan. | Nursing Research and Practice | 2015:529107 | | 2015 |
| 吉永尚紀, 野崎章子, 宇野澤輝美枝, 浦尾悠子, 林佑太, 清水栄司. | 日本の看護領域における認知行動療法の実践・研究の動向：系統的文献レビュー | 不安症研究 | 6(2) | 100-112 | 2015 |
| Kobori O, Nakazato M, Yoshinaga N, Shiraishi T, Takaoka K, Nakagawa A, Iyo M and Shimizu E. | Transporting Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Project to Japan: Preliminary Observations and Service Evaluation in Chiba. | Journal of Mental Health Training, Education and Practice | 9(3) | 155-166 | 2014 |
| Yoshinaga N, Hayashi Y, Yamazaki Y, Moriuchi M, Doi M, Zhou M, Asano K, Shimada M, Nakagawa A, Iyo M and Yamamoto | Development of Nursing Guidelines for Inpatients with Obsessive-Compulsive Disorder in Line with the Progress of Cognitive Behavioral Therapy: A Practical Report. | Journal of Depression and Anxiety | 3(2) | 153 | 2014 |
| Yoshinaga N, Shimizu E. | Social Skills Training Encourages a Patient with Social Anxiety Disorder to Undertake Challenging Behavioral Experiments. | British Journal of Medicine and Medical Research. | 4(3) | 905-913 | 2014 |
| Yoshinaga N, Kobori O, Iyo M, Shimizu E. | Cognitive Behaviour Therapy Using the Clark & Wells Model: A Case Study of a Japanese Social Anxiety Disorder Patient. | the Cognitive Behaviour Therapist. | 6(e3) | | 2013 |

| 発表者氏名 | 論文タイトル名. | 発表誌名 | 巻号 | ページ | 出版年 |
|---|---|---|---|---|---|
| 清水栄司 | Anxiety disorderを「不安症」と字義どおりに日本語訳する病名案について | 精神科 | 22(6) | 627-630 | 2013 |
| 清水栄司 | 職場における対人恐怖（社交不安）の発症と認知行動療法 | 産業ストレス研究 | 20(4) | 別刷 | 2013 |
| 清水栄司 | 認知行動療法 | 日本医師会雑誌 | 142(2) | 神経・精神疾患診療マニュアル 別刷. | 2013 |
| 吉永尚紀，清水栄司 | 働く世代を襲う社交不安障害の実態と職場でできる取り組み:早期発見の重要性. | メンタルヘルスマネジメント | 1(6) | 45-49. 30. | 2013 |
| 清水栄司 | うつ病の認知行動療法と生理メカニズム | 医学のあゆみ | 244(5) | 411-416 | 2013 |
| 清水栄司 | 社交不安症（社交不安障害）の認知行動療法 | 週刊日本医事新報 | 4645 | 72-73 | 2013 |

# 強迫性障害の認知行動療法の教育方法の確立と スーパービジョンの方法論の開発に関する研究

研究分担者　中川彰子　千葉大学大学院医学院研究院子どものこころの発達研究センター 教授

研究要旨：強迫性障害に対する有効性が実証されている心理療法としては、認知行動療法が世界的に認められているが、その先進国である欧米においても、認知行動療法の治療者は絶対的に不足している。わが国でも本研究事業により、本疾患に対して統制群を置いた薬物療法との無作為効果比較試験が行われ、認知行動療法が薬物に比し有意に高い改善率を示したが（Nakatani, Nakagawa et al, 2005）、有用な治療を提供できる治療者数は少なく、この解決が急務である。そこで、本研究では、千葉大学で行われている認知行動療法の研修コースの参加者を対象に、強迫性障害の認知行動療法の治療者養成を目指して、スーパービジョンの方法を開発し、その効果を検証しながら工夫を重ね、治療者養成に必要なマニュアルを改訂しながら作成した。一方、心理療法に関わる対象者にオンライン調査を行い、強迫性障害への認知行動療法実施の実態調査、治療者のニーズを調査した。結果として、初心者でも適切なスーパービジョンを受けながら認知行動療法をおこなえば、欧米の治療効果とも劣らない効果が得られることが示された。今後はこれらの結果などから、より有効な治療者養成の方法を検討する統制された研究を行う必要がある。

研究協力者
浅野憲一　千葉大学大学院医学院研究院 子どものこころの発達教育研究センター　助教
中谷江利子　若久病院　千葉大学非常勤講師
磯村香代子　カロリンスカ研究所 postdoctoral researcher　千葉大学非常勤講師

## A. 研究目的：

強迫性障害に対する認知行動療法の治療経験の浅い治療者が、スーパービジョン（SV）を受けながら行う治療の効果を検証し、強迫性障害に特化した治療者を養成する訓練方法について検討する。

## B. 研究方法：

### 1）オンラインによるアンケート調査

わが国における強迫性障害に対する認知行動療法の実態と、治療者に必要な研修のあり方を検討するために、インターネットを用いて強迫性障害に対する治療を行っている専門化を対象にオンライン調査をおこなった。

### 2）研修生による治療効果研究

千葉大学の認知行動療法の研修コースにおいては、強迫性障害の認知行動療法を個人あるいはグループでのスーパービジョンを受けながら研修生およびその修了生がおこなっている。

スーパービジョンの効果を高めるために、認知行動療法の先進国であるイギリスのロンドン精神医学研究所の認知行動療法トレーニングコースのグループスーパービジョンのセッションを見学し、そこで用いられている記録のツールを本コース用に改訂し、オンラインで参加者のみが閲覧もできるように工夫した。

対象と方法：千葉大学病院行動療法外来を受診し、SCIDにより強迫性障害と診断され、中等度以上の重症度(Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale;Y-BOCS　で17点以上)、およびIQが80以上の患者（18歳～50歳）

を対象。脳器質疾患、頭部外傷、神経疾患、統合失調症圏、物質依存、重篤な身体疾患の合併を除外基準とした。上記の対象者に個人およびグループSVを受けながら千葉大学認知行動療法研修コースの研修生および修了生が実施した認知行動療法（1回50分、12〜20回）の効果を検討する。

メインアウトカムはY-BOCSの強迫観念、強迫行為重症度の総得点を用い、抑うつの指標としてPHQ-9(Patient Health Questionnaire-9)，不安の指標としてGAD-7(Generalized Anxiety Disorder)を尺度として用いた。

### 3) 治療者用マニュアルの作成

上記の治療者養成、およびその検証のための治療効果研究を行いながら、「強迫性障害の認知行動療法マニュアル（治療者用）」を作成する。

## C. 研究結果

### 1) オンライン調査の結果

232名から回答を得た。質問内容は、職種、勤務領域、欧米で強迫性障害に対する認知行動療法が治療の第一選択とされていることを知っているか、これまでの強迫性障害に対する認知行動療法の学習方法、今後も強迫性障害に対する認知行動療法を学びたいか、どのような方法で学びたいか、などであった。

回答者の職種は主として臨床心理士（60%弱)、医師（25%程度）であった（Figure 1)。

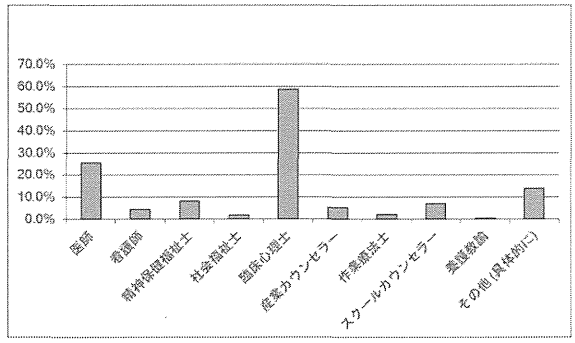


Figure 1 回答者の職種

また、勤務領域は医療分野が多くを占め、次いで教育分野が多かった。

回答者の92.2%が欧米において認知行動療法が強迫性障害に対する第一選択の治療であることを知っていた。

これまでの学習方法としては書籍での学習やワークショップ、講義、事例検討会などへの参加が多くみられた。一方で、スーパービジョンを受けた者は31%に、事例検討会で発表したものは26.7%にとどまっていた(Figure 2)。

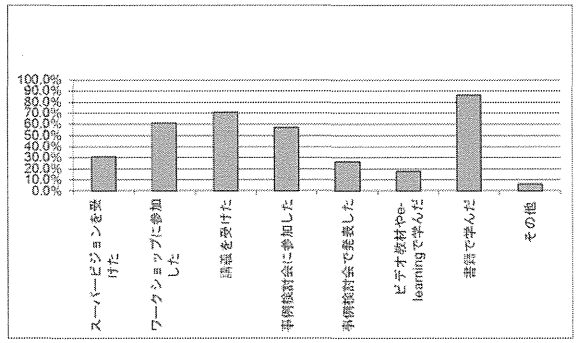


Figure 2 これまでの学習方法

また、回答者の98.7%が今後も強迫性障害に対する認知行動療法を学びたいと回答していた。その手段として70%近くの回答者が、スーパービジョン、ワークショップ、事例検討会への参加を希望していた。(Figure 3)

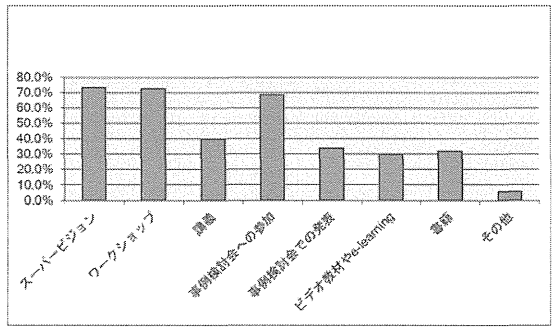


Figure 3　今後の訓練へのニーズ

**2）治療効果研究の結果**

治療者は臨床心理士７名、看護師１名、薬剤師１名で、いずれも個人およびグループのスーパービジョンを受けながら治療をおこなった。これまでの強迫性障害の認知行動療法での治療経験は一番多いもので 5 例、その他は 1-2 例であり、このコースで初めて担当したものもみられた。治療を終了した患者は強迫性障害と診断された 25 名（男性 13 名、助成 12 名；平均年齢 32.3±8.2 歳）であった。

メインアウトカムである Y-BOCS(Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale)総得点の平均は治療前の 25.36±8.15 点から 16.48±6.92 点へと改善した。(効果量 d＝1.59)（Fig4）うつ、不安の尺度も下表のように改善を示した。

CBT前後の各群における各評価指標の平均値(標準偏差)

| | | pre (CBT開始前) | midlle (6～8週) | post (CBT終了後) | 変化量 Δ (pre-post) | Effect Size (pre-post) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| OCD | Y-BOCS | 25.36 (3.77) | 19.92 (7.40) | 16.48 (6.92) | 8.88 | 1.59 |
| | PHQ-9 | 10.40 (5.57) | 7.32 (7.25) | 6.40 (6.03) | 4.00 | .69 |
| | GAD-7 | 10.92 (5.22) | 7.04 (6.05) | 6.08 (5.16) | 4.84 | .93 |

*Note.* ( )内の数字は標準偏差.

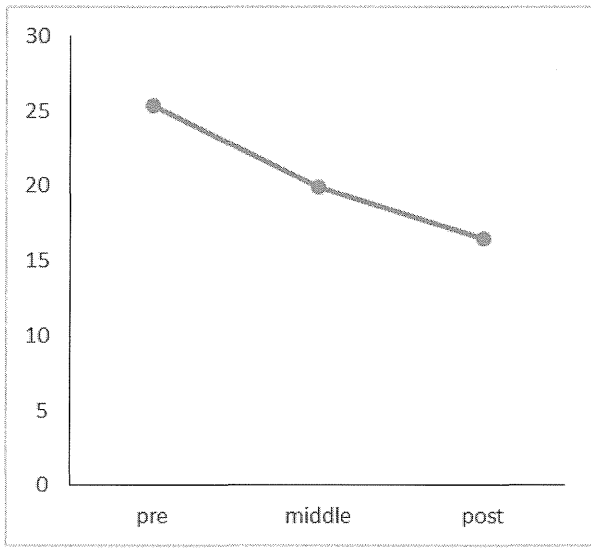


Figure 4　Y-BOCS の変化

### 3) 治療者用マニュアルの作成

研修生および修了生による治療者のトレーニングをおこなうためにマニュアルを作成し、使用しながら改訂を重ね、「強迫性障害の認知行動療法マニュアル（治療者用）」および患者への配布資料を完成した。先行刺戟により強迫観念とそれに伴う不安が生じ、その不安を打ち消す、あるいは中和させる強迫行為をおこなっているという典型的な強迫性障害の症状のメカニズムが見られる場合、すなわち曝露反応妨害法の適応となる症状を中心に作成したが、実際の臨床で遭遇する強迫症状の中には、上記の典型的なメカニズムとは異なる、不安の関与がわかりにくい、しっくり感やぴったり感を希求する繰り返し行為がみられる。これらの対応についてもマニュアルの中で解説を加え、強迫＝曝露反応妨害法という誤った介入を防ぐよう注意を加えた。

## D:考察

本研究により、ほとんど初心者に近い治療者であっても、適切なスーパービジョン下で認知行動療法を行えば、有意な改善をみることが示され、その効果量ｄ＝1.59 であった。最近の国外での無作為割り付け試験のみを集めたメタアナリシスによると、効果量g=1.39 であり（Olatunji,2013)、非対照研究のメタアナリシスの結果では効果量d=1,32 と報告され（Stewart & Chambless,2009）ていおり、本研究での結果は、これらの報告と勝るとも劣らないものであった。このことは、認知行動療法の強迫性障害に対する治療効果をなにより実証するものであると同時に、スーパービジョンの重要性を示すものである。オンライン調査で、スーパービジョンを受けたことがあるものは全体の 31%に過ぎず、認知行動療法を実施しているものが66.7%あることを考慮すると、スーパービジョンを受けずに治療をしている者が多く、訓練へのニーズで最も多かったものが、スーパービジョンで、73.4%であった。従って、今後、我が国で質を担保した認知行動療法を強迫性障害の患者に提供できるよう、有用なスーパービジョンのシステムを構築すること、および有用な治療者数を確保するためのスーパーバイザーを養成することが必要である。本研究では、個人とグループでのスーパービジョンが治療者の経験や曜日の都合に合わせて併用されていたが、より有効なスーパービジョンのシステムを構築する目的でのさらなる研究が必要で、それらをもとに治療者養成のための新たな訓練プログラムを開発、確立し、その効果を検証していくことが求められる。

## E．結論

本研究により、強迫性障害の認知行動療法の効果は、適切なスーパービジョン下であれば、治療経験の浅い治療者でも、有意な改善をもたらすことができることが示された。このことは、認知行動療法の強迫性障害に対する有効性を実証したと言える。オンラインのアンケート調査でも治療者からのニーズの高いのはスーパービジョンであり、有効な認知行動療法を強迫性障害の患者に提供するには、より有効なスーパービジョンのシステムの構築、さらなるスーパーバイザーの養成が求められており、それを検討するのための研究が必要である。

## G. 研究発表

### １．論文発表

Kayoko Isomura , Ashley E. Nordsletten, Christian Rück, Rickard Ljung Tord Ivarsson[c], Henrik Larsson, David Mataix-Cols : Pharmacoepidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder:A Swedish Nationwide Cohort Study. European

Neuropsychopharmacology, doi:10.1016/j.euroneuro.2016.02.004, Epub 9 February 2016

Asano, K., Ishimura, I., Abe, H., Nakazato, M.,Nakagawa, A., & Shimizu, E. (2015). Cognitive Behavioral Therapy as the Basis for Preventive Intervention in a Sleep Health Program: A Quasi-Experimental Study of E-Mail Newsletters to College Students. Open Journal of Medical Psychology, 04(01), 9–16.

松永寿人、中川彰子、池淵恵美: 明日からできる強迫性障害の診療（座談会） 精神科臨床サービス、2015,15(1),4-16

Kobori O, Nakazato M, Yoshinaga N, Shiraishi T, Takaoka K, Nakagawa A, Iyo M, Shimizu E.Transporting Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and the Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) project to Japan: preliminary observations and service evaluation in Chiba. Journal of Mental Health Training, Education and Practice, 2014; 9(3):155-166

Krebs G, Isomura K, Lang K, Jassi A, Heyman I, Diamond H, Advani J, Turner C, Mataix-Cols D. Br J Clin Psychol. How resistant is 'treatment-resistant' obsessive-compulsive disorder in youth? 2014 Jul 31. doi: 10.1111/bjc.12061. [Epub ahead of print] PMID:25130442

松澤大輔, 中川彰子【自閉症の分子基盤】強迫と自閉 分子精神医学(1345-9082)14巻2号 Page104-111(2014.04)

Murayama K, Nakao T, Sanematsu H, Okada K, Yoshiura T, Tomita M, Masuda Y, Isomura K, Nakagawa A, Kanba S. Differential neural network of checking versus washing symptoms in obsessive-compulsive disorder. Prog Neuropsychopharmacol
Biol Psychiatry,2013 , 10;40,160-6.

中川彰子: 強迫性障害の認知行動療法. 最新精神医学, 2013,18(2),115-124

2. 学会発表

小林奈緒美、中川彰子、浅野憲一、亀口賢治、田中恒彦. 認知行動療法のスーパーヴィジョン（シンポジウム）. 第41回日本認知・行動療法学会（仙台）2015/10/2-10/4

Nakagawa A, Shimizu E, Setsu R, Oshima F. Assessment System for Adult Autism Spectrum Disorders with Secondary Psychiatric Disorders（Symposium）. The 5th Asian Cognitive Behavior Therapy Conference（Nanjing, China）, May, 2015

Tsuchiyagaito A, Shimizu E, Nakagawa A. Psychometric Properties of the Clutter Image Rating among Japanese Adolescents. The 22nd annual OCD conference, Westin Boston Waterfront, Boston, MA, 2015/7/31-8/2.

Tsuchiyagaito A, Koike H, Shimizu E, Nakagawa A. The Japanese version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R):Factor Structure, Reliability, and Validity in a Sample of OCD Patients. The 22nd annual OCD conference, Westin Boston Waterfront,

Boston, MA, 2015/7/31-8/2.

土屋垣内晶（企画／司会）・中川彰子（企画／司会／指定討論）．ためこみ症（Hoarding Disorder）に対する理解と認知行動療法の有効性(シンポジウム)．第 41 回日本認知・行動療法学会（仙台）2015/10/2-10/4

大島郁葉，中川彰子，平野好幸，大渓俊幸，須藤千尋，清水栄司．強迫症を併存する成人の自閉スペクトラム症に対するスキーマ療法の試み．第 7 回日本不安症 学会学術大会 広島 2015/2/14-2/15

永岡紗和子，久能勝，大島郁葉，中川彰子，清水栄司.「子どもの強迫性障害に対し認知行動療法を適用した 3 症例—児童思春期症例の病像と治療の工夫について—」日本認知・行動

中川彰子：強迫性障害の認知行動療法のエビデンスについて．第 6 回日本不安障害学会シンポジウム、東京大学、2014/2/2/

中川彰子，芝田寿美男，實松寛晋，飯倉康郎．行動療法にそった薬物療法．第 109 回日本精神神経学会ワークショップ，福岡国際会議場、2013/5/24

浅野憲一：嫌悪感を訴える強迫性障害患者への認知行動療法．日本行動療法学会第 39 回大会ケーススタディ、帝京平成大学、2013/8/25

永岡紗和子・浅野憲一・中川彰子・清水栄治：加害恐怖により引きこもり状態にあった 20 代男性に対する認知行動療法．日本行動療法学会第 39 回大会ケーススタディ、帝京平成大学、2013/8/24

# 強迫性障害（強迫症）の認知行動療法マニュアル　（治療者用）

執筆：　中谷江利子（九州大学）、加藤奈子、中川彰子（千葉大学）

本マニュアルおよび付録資料は、厚生労働省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（代表：大野裕）」（平成 22～24 年度）および「認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究（代表：大野裕）」（平成 25～27 年度）の助成を受けて作成されました。なお、執筆は肥前精神医療センター（現：筑後吉井こころホスピタル）の飯倉康郎の助言を受け、中谷江利子（九州大学）、加藤奈子、中川彰子（千葉大学）を中心に、九州大学行動療法研究室のメンバーにより行われました。

# 1. 総論

## 1.1 強迫性障害の認知行動療法

強迫性障害は、慢性化、重症化し、生活を障害する疾患で、どのような治療方法も自然経過以上の効果はないとされていましたが、行動療法、薬物療法の発展により、治療により改善の期待できる疾患となりました。行動療法、なかでも曝露反応妨害法（Exposure and Response Prevention: ERP）を中心にした治療により、治療対照群、薬物療法群よりも有意に高い改善率を示すことが海外の多くの無作為割り付け試験（RCT）で実証されています（Foa et al., 2005）。我が国においてもこの ことがRCTにより実証されました（Nakatani et al., 2005）。さらに、最近のメタアナリシス研究でも認知行動療法の効果が実証されています（Ost etal,, 2015）。一方、実際の臨床現場では、曝露反応妨害法を用いても症状の改善がみられない症例も多く、その原因は様々です。本マニュアルでは、曝露反応妨害法を用いて治療をおこなう際の治療の進め方、工夫、陥りやすいポイントなどを中心に解説します。また、症状によっては、曝露反応妨害 法の適応にならない場合もあり、これらについても後述します。

## 1.2 マニュアルの使用に当たっての注意

・原則としてマニュアルに準じて治療を進めますが、セッションの進め具合や順序は患者さんの理解度に合わせることが必要です、また、患者さんへの説明の際の医学用語や患者さんに渡すワークシート等は患者さんの理解度に留意して用いる必要があります。
・患者さんに資料を読んでもらったり、ノートやワークシートに記入してもらうホームワーク（宿題）を出しますが、例えば確認のために読むこと、あるいは書くことが困難であったり、不潔恐怖で外からのものを触れない、などという症状がある場合は、その症状に合わせてホームワークを出すことなどが必要になることもあるため、柔軟に対処することが必要です。
・自殺・自傷の可能性を評価して、話題にあがった際には十分に話し合ってください。
・他の精神疾患を併存している場合は、そちらの治療を優先させてください。但し、強迫症状のため二次的に抑うつ状態を呈する場合は、どのように治療をおこなうか検討してください

## 1.3 治療全体の流れ　　（曝露反応妨害法が主技法である場合）

| セッション | 目的 | 概要 | 資料　シート |
|---|---|---|---|
| **1**<br>初回面接 | 症例の理解<br>診断<br>心理教育(疾患) | 困っていることを尋ね、<br>患者の人となりを把握 | 強迫障害とは<br>Y-BOCS-SC<br>治療ノート準備 |
| **2**<br>対象の把握（1） | 症状の把握・評価<br>心理教育（不合理感） | Y-BOCS を用いて強迫症状の評価（内容、重症度、巻き込み、回避まで） | 強迫性障害とは<br>Y-BOCS<br>一日の生活活動記録表 |
| **3**<br>対象の把握（2）<br><br>行動分析 | 生活の把握<br>生活と症状の関係を把握<br>心理教育<br>動機付け | 社会生活状況と症状との関係、適応を把握 | 巻き込み・回避の図<br>症状発現状況記載例<br>避けている行動・過剰な行動記載例<br>悪循環の図 |
| **4**<br>行動分析 | ERP 適応の確認<br>ERP の説明<br>動機付け | 心理教育（症状の仕組みとERP の適用、内容、 効果について）<br>治療目標設定 | 悪循環の図<br>目標設定記載例<br>ハビチュエーション<br>SUD<br>不安階層表 |
| **5**<br>治療開始 | ERP 適応と治療同意の最終確認<br>最初の課題決め | ERP の説明を含む心理教育の復習<br>Y-BOCS 重症度再評価<br>ERP 課題決定と開始 | ERP の宿題記録表<br>ハビチュエーション<br>Y-BOCS |
| **6～14**<br>治療 | ERP の実施 | 効果の検証<br>課題の修正、ステップアップの繰り返し | 宿題記録表 |
| **15～16**<br>治療終結 | 終結と再燃予防 | 治療の振り返り、感想<br>再燃予防<br>治療期間延長・フォロー アップの話し合い | 一日の生活活動記録表<br>Y-BOCS-SC<br>（治療前との比較）<br>再燃予防記載例<br>治療感想記載例 |

Y-BOCS：　Yale-Brown　Obsessive　Compulsive　Scale

Y-BOCS-SC：Y-BOCS　Symptom Checklist

## 1.4　各セッションの流れ

・開始 15 分前に来て、質問紙等に記入してもらう
・ホームワークをしてきたことを称賛、ホームワークの振り返り
・今回のセッションの概要を伝え、話し合う
・ホームワークを決める
・セッションをまとめ、フィードバックを求める
・次回のセッションの概要を伝え、ホームワークの再確認

＜ホームワーク、宿題の出すときの留意点＞

＊　ホームワークはわかりやすく、具体的に、できるだけ実行できるように懇切丁寧に出すこと
＊　ホームワークができていないときに、本人の問題だけにせず、自分の出し方に問題がなかったかを常に検討すること

# 2. 各論

## 2.1　第１−５セッションに相当、治療関係を構築する重要な時期

達成目標　　**症例の理解（人となり、症状）**
**Y-BOCS　評価**
**心理教育・動機づけ**
**行動分析・ERP 適応の検討**

＊　各セッションは 30 分以上という目安があるが、この５セッションの間隔はあまり開けず、できるだけ時間をかけた方がよい。

＊　丁寧に症状を理解してもらえたという感じが、治療者患者関係をよりよくして、治療への動機づけとなる。

＊　中途半端な行動分析で ERP するよりは、上記のセッションを 6 回以降へ持ち越してでも、**ERP** の適応を慎重に行うこと。

＊　これらのセッションは治療関係を構築するために重要な時期であり、治療の動機付けにもつながる。

**第１セッション：初回面接**

**概要**

・自己紹介と治療構造の説明
・主訴を尋ね、病歴聴取と問題点の整理
・強迫性障害についての心理教育
・ホームワークを出す
・セッションをまとめ、フィードバックを求める
・次回への橋渡し

**自己紹介と治療構造の説明**

・自己紹介　「はじめまして。認知行動療法を担当する○○です。」
　患者および家族の来院をねぎらう。

**主訴、生活歴、病歴聴取により症例を理解する**

・「生育歴、学歴、就労状況、恋愛、結婚状況、家庭、学校、社会での人間関係、現病歴（いつから生活に支障をきたしたか）、人となりを理解する。
・薬歴、現在内服薬の量と種類を尋ねる。
・普段使用している評価尺度を使用して、うつ、不安の程度を評価する。
・併存疾患の有無を確認する。
＊　統合失調症、双極性障害等の併存疾患がある場合には、そちらの治療を優先する。
・主訴の確認と診断。

**強迫性障害についての心理教育**

・患者資料のうち**強迫性障害とは**の項を供覧する。

・「症例 A-E のうち、あなたに近い症状があるでしょうか？」など。
・「宿題の重要性について強調。宿題のための治療ノートを作成することを促す。（資料の**宿題の重要性**の項参照）
・Y-BOCS について簡単に説明（宿題がちゃんとできるように）
・最も大事なのは、あなたが積極的に取り組むことであり、自分で治すということが本治療法の要と強調。

**宿題**

1）資料のうち**強迫性障害とは**の項をしっかり読んでくる。
2）自記式 Y-BOCS 症状チェックリストをつけてきてもらう。
（病歴が長い場合は、昔と現在とを分けてチェックしてもらうこともある）
3）治療用のノートを購入。

**次回への橋渡し（予告）**

・これらの宿題に基づいて次回は強迫症状を尋ねること。
・強迫性障害についてどのくらい理解しているかを尋ねること。

**第２セッション： 対象の把握（1）**

**概要**

・宿題の確認　宿題の重要性の確認
・宿題１）に基づいた心理教育
・宿題２）に基づいた強迫症状の評価（Y-BOCS 重症度、10 以降も評価）
・回避、巻き込みについての説明
・生活歴、病歴の補充
・ホームワークを出す
・セッションをまとめ、フィードバックを求める
・次回への橋渡し

**宿題の確認**

・宿題をしてきたかどうかの確認、出来映えに関わらず、宿題をしてきた場合は十分に称賛。できていない場合は、資料の宿題の重要性の項を再度説明し、できるように援助する。

**宿題に基づく心理教育、強迫症状の評価**

・宿題である資料（**強迫性障害とは**）の内容で質問がないか尋ねる、理解を確かめるようなやりとりをしてもよい。「何人に一人ぐらいの病気でしたか？」
・Y-BOCS 症状評価リストをもとに本人と一緒に症状を確認、主症状（複数でよい）同定。重症度 については、項目 10 までの総得点だけでなく、10 以降の洞察、避ける、回避、緩慢など全般重 症度等までつけること。
・回避、巻き込みの確認、資料での該当の項目を供覧して説明しているようであれば、患者の症 状の具体例にあてはめて、説明すること。**（避けること、巻き込むことの図）**

**対象の理解のための、情報収集**

・症状を確認し、重症度を把握した上で、さらに初回面接で尋ねそびれた内容があれば補充し、

理解に努める。

・いつから悪くなったのかを聞くだけでなく、明らかに良い時期の生活状況を聞くのも重要。

**宿題の説明**

・「強迫性障害は、日常生活全般を障害するものであり、一日の生活の流れ、家でどのような生活をしていて、どのように困っているのかを明らかにしましょう。」該当資料（**一日の生活活動記録表**）で説明。「今日ここにくるまでどうやってきましたか？症状はいつどこでどう出現しました？」と尋ね、見本を書いて見せるのもよい。

**宿題（ノートに書いてくる事）**

1）よくある一日の流れと症状の出現について資料の一日の生活活動記録表を参考に作成する。

2）家の間取り図、きれい、汚いなど分けているようであれば資料参考に記入（**間取り図**）。画像があるほうが分かりやすい場合は撮影も提案。

3）資料の**悪循環の図**のところをしっかり読んでくること。

**次回への橋渡し（予告）**

・今回は細かく症状を尋ねたが、次回はそれが普段の生活とどのように関係しているかを尋ねる。

**第３セッション：　対象の把握**

**（２）　概要**

・宿題の確認　宿題の重要性の確認

・宿題１）２）に基づいた患者の生活の把握と、生活症状の関係について把握

・患者の社会生活全体について、健康的に機能しているところを意識しながら尋ねる

・不合理感について

・患者の様子（発言や宿題内容）から心理教育が不十分と思われる場合は、資料該当箇所を説明。

・ホームワークを出す

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

・次回への橋渡し

**宿題の確認（これまでと同様）**

**宿題に基づく、家庭から社会までの生活状況と症状との関係性を把握**

・患者の記載した一日の生活活動記録を一緒に見ながら、書いた感想や気づきを尋ねる。本人から　らよい気づき「こんなばかばかしいことしていた」「時間の無駄」があればそれを評価。また症状　が出にくい、出てない時間帯、状況があれば、そこを取り上げ、「〇〇はできるのですか？」「△△のときは気にならないのですね？」「それとも誰かが代わりにしてくれているのでしょうか」など尋ねる。

・間取り図が書いてあればそこについて本人に詳しく説明を求める。そのときに「そんなにたくさんの決まり事あって疲れませんか？」など尋ねてみてもよい。

→自分の症状を客観視、不合理感の顕在化

・社会生活と症状の関係については、「会社ではどうですか？　バイトは？　家庭ではどうですか？　家族との関係は？　友人は？　彼氏彼女は？　学校ではどうですか？」など。症状と関連

して社会生活が障害されていないか。例：仕事での確認が多くて仕事が遅いので会社がつらい。家に帰っても強迫行為をすることが多すぎて疲れる。早く帰るので付き合いの悪い人と思われている。外出が簡単にできないので会社と家の往復だけ。外のトイレが使えない。人が家に来たら困るので友達（彼氏彼女）が作れない。実家が汚いので（もしくは汚してしまうので）帰省できない等。

→症状レベルから社会機能レベルへ目を向ける、治療への動機づけ

**心理教育の補充と不合理感について**

上記やりとりをしている最中、患者の言葉を取り上げ、「本当はしなくてもいいことでしょうか？」

明らかに症状のなかった時期があったら

「大学でサークル活動していたときはどうでした？結婚する前に働いていたときはどうでした？

こういうこと（強迫行為）していましたか？」など尋ね、

現状がいかに大変であり、それはもったいないことではないかと尋ねたりしてもよい。不合理感が

乏しい場合も強迫症状の支配によるものだということを、粘り強く、フィードバックする。

**宿題の説明　悪循環の図の共同作業**

資料の**悪循環の図**を説明、一日の生活活動記録表で取り上げたものなどから症状の一つを当てはめ、説明し、その場で患者の症状で悪循環の図を書いてもらう、治療のためには一つ一つの症状がどういう風に成り立っているのかを治療者も本人もわかっていないとならない。つまり症状と治療を理解することが大事であると資料該当項目**（強迫性障害とは）**を供覧して説明。

**宿題（ノートに書いてくる事）**

１）説明とは別の症状について悪循環の図を作成

２）資料**（症状発現状況記載例）**を参考にして、患者の症状についてどういう状況で、どういうことを心配して、どういう症状が生じるというような、書き方でノートに症状を羅列してくる。

３）資料**（避けている行動、過剰な行動記載例）**を参考に、ノートに記入 **次回への橋渡し（予告）** 今日宿題にした、症状の仕組みを明らかにすることを行動分析と専門的によんで、治療上とても 重要なことであり、次回も引き続き行います。

**第４セッション：　行動分析**

**概要**

・宿題の確認　宿題の重要性の確認

・宿題１）２）３）に基づき行動分析

・宿題３）に基づき、避ける、巻き込みについて

・不合理感を中心にした心理教育

・治療目標の設定

・ホームワークを出す

・セッションをまとめ、フィードバックを求める

・次回への橋渡し

**宿題の確認（これまでと同様）**

**行動分析**

・１）の悪循環の図を完成できているかを確認、図を使って本人の言葉で症状を説明してもらう。そのときに本人の言葉に注意する。「病気になるので、うつすので」「泥棒が入るので、火事が心配で」「なんか悪いことが起こる」「なんとなくすっきりするまで」「なんとなく嫌」など。

・２）と３）をみながら、症状の出現頻度や、グループ分けを内容（不潔と確認）や状況（家、外、職場、一人でいる）など羅列した症状を分類しながら、共通の刺激（テーマ）がないかを探す。ERP 治療の対象になりそうなものかどうか（もし治療するのならどういう課題となるのか）を意識しながら整理する。「どこからよくなりたいですか」「この症状がなくなったら何ができるでしょう？何がしたいですか？」など尋ねながら症状を整理する。

・整理した症状の中から、頻度が多かったり、困っている症状だったり、取り組みやすい症状など ERP の課題になりやすいようなものを幾つか取り上げ（患者が早く取り組みたいという気持ちが優先されるが、それが現実的でない場合は治療者が選択）これとこれはどっちが怖いか？心配か？というようにさらに分析をすすめる。資料**(ハビチュエーショングラフ)**を用いて、ハビチュエーション、SUD について説明する。

・必要に応じて資料にあるような資料にあるような**不安階層表**を使ってもよい。ヒエラルキーはあくまでも目安であり、作成が難しい症例もしばしばあるため、きっちり作ることにこだわらなくてもよい。

**避ける、巻き込み**

・宿題記載から、避けていること、巻き込みがないかを確認、基本的にやめる方向で指示する。

・巻き込みがひどくて本人が強迫症状に困ってない場合は、治療意欲が低くなりがちでとなる。

・一時的 に症状が悪くなっても、環境を調整し、本人が強迫症状で困るようにすることが治療のきっかけとなることを説明する必要がある。

・ただし、あまりにも巻き込みが多い時は段階的に巻き込みをやめさせたほうが、混乱も少ない。

**不合理感の話題、治療目標の設定**

・症状がよくなったらどうなりたいかを資料(治療目標設定記載例)を参考にノートに記載。それに対して、こういう症状がなくなったら、時間もできて、このようなこと（目標）も達成できそうですね。などの心理教育。

**宿題の説明**

・資料**(強迫症状とは・悪循環の図)**を用いて、**ERP** について、患者の症状について当てはめながらお互いに説明しあう。

・自分で自分の治療を考えられるようになることが大事。

**宿題（ノートに書いてくる事）**

１）行動分析でとりあげた症状（**ERP** 向きの症状）について、**ERP** で治療をするとしたらどういうことを挑戦して（曝露法）どういうところを我慢（反応妨害法）してくるのかを自分なりに考えてくること。

２）もう一度資料を読んでくること。治療の復習。 **次回への橋渡し（予告）**

・もう一度これまでの復習と、宿題の結果や行動分析の結果を踏まえて **ERP** を前提に治療の説明と実践を行うこと。