

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）、小西悠（デラウェア大学）、小山康則（東北大学）、宗未来（ロンドン大学）

研究要旨 2007年～2009年度の「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」の分担研究として行った「神経性大食症に対する対人関係療法（IPT）の有効性に関する研究」のフォローアップ研究として、治療終了1年後のフォローアップ研究が進行中である。現時点までに得られているデータからは、摂食障害の症状、抑うつ症状とも、無治療で1年間経過した後も治療開始時に比べると有意に改善した状態が維持されており、トラウマの影響を強く受けている対象を除けば心理社会機能は改善を続けていることが示されている。その他、対象の選定や治療の柔軟性に関わるいくつかの論点が示唆されている。IPTの均霑化研究については、予備的調査として、ワークショップに参加した治療者たちにアンケート調査を行い、背景やニーズを探った。

A. 研究目的

【効果研究】

2007年～2009年度の「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」の分担研究「神経性大食症に対する対人関係療法（IPT）の有効性に関する研究」(1)では、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）の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(2)に基づき、オープン・パイロット研究を行った。最終的なデータについては現在論文投稿準備中であるが、16回の面接による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 36%、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）が得られた。治療脱落率は0%、治療満足度も平均 87.1%と高く、短期治療においては極めて有望な所見が得られている。

しかし、神経性大食症は慢性的な経過をとる障害として知られており、短期治療による効果が持続するかどうかは臨床上は大きな関心事項となる。そこで、本研究においては、その1年後のフォローアップ調査を行い、短期治療のその後の経過を検証し、より長期的な有用性や留意点を考察する。

【均霑化研究】

次年度より IPT 均霑化のプログラムを作

るに当たっての予備的調査として、IPT のワークショップに参加した治療者たちの背景やニーズを調査する。

B. 研究方法

1. 対象

【効果研究】

2007 年～2009 年度の研究に参加した対象 14 名（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 名と、治療初期に双極Ⅱ型障害（除外診断）の診断基準を満たすことが明らかになった 1 名を除いた 14 名）のうち、治療経過中に職場ストレスで重度の大うつ病性障害を発症し薬物療法の適応と判断され早期終了した患者 1 名を除く 13 名に、1 年後フォローアップ面接の連絡をした。このうち、1 名を除く 12 名が応じ、現時点までに 11 名の面接が完了している。実際に治療が行われた期間は、2008 年 4 月から 2010 年 2 月であり、面接はいずれもその約 1 年後に行われている。

【均霑化研究】

IPT を学ぶ希望がある治療者を対象に 2007 年からワークショップを提供してきた「対人関係療法勉強会」（代表：水島広子 顧問：大野裕 他）に参加した治療者のうち、入門者（ワークショップ初回参加者）29 名（2010 年 11 月 28 日の実践入門編に初めて参加した治療者）およびある程度の

IPT 経験を持つ実践者（スーパービジョン参加者）13 名（2010 年 12 月 26 日の実践応用編に参加した治療者）を対象にアンケート調査を行った。

2. 評価尺度

【効果研究】

全体に、治療期間中の評価尺度と同じものをを用いた。

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) (3)を用いて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) (4)、EDE-Q (Eating Disorders Examination Questionnaire (EDE-Q)) (5)、BDI-2 (Beck Depression Inventory-2) (6)、SAS-SR (Social Adjustment Scale Self-Report) (7)、PBI (Parental Bonding Inventory) (8)、TCI (Temperament and Character Inventory) (9)、FACES (Family Adaptation and Cohesion Scale)(10)を用いた。

評価面接は治療者（水島）とは独立した評価者（小西）が実施した。2010 年 8 月より評価者が米国留学したため、それ以降の面接はビデオつきスカイプを用いて疑似対面式で行っている。

【均霑化研究】

対人関係療法勉強会に参加した治療者に対して、精神療法経験年数、IPT を知ったきっかけ、今まで受けてきた精神療法のトレーニング、IPT について難しいと思うと

ころ、必要だと思われる教材やトレーニングなどについて自記式アンケートにて質問した。アンケートはワークショップ終了後に記入してもらい回収した。

(倫理面への配慮)

【効果研究】

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。フォローアップ面接についても、研究に参加する際に説明したプロコルに含まれている。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。

対象は、治療終了後1年後のフォローアップ面接まではできるだけ追加治療を控えるように要請されたが、もちろん追加治療を受ける権利はあることも確認され、追加治療を考慮する必要があると思われるときにはいつでも分担研究者あてに連絡するようにと伝えられた。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。

【均霑化研究】

対人関係療法勉強会に参加した治療者には、アンケート配付の際、個人が特定されない形で本研究に用いる旨を告知し了解を得た上でアンケートを回収した。

C. 研究結果

【効果研究】

1. フォローアップ期間の治療について

現時点で対象11名が1年後のフォローアップ調査を終えている。フォローアップ期間は、全対象が無治療で過ごした。家族から相談希望の電話を受けたことが数回あったが、本人の意向を確認したところ本人は相談を希望していないということで、いずれも治療には至らなかった。

1年後のフォローアップ面接後は、追加治療の希望に応じ、すでに2名に追加治療を行っており、1名には電話相談に応じ、もう1名が追加治療を希望して調整中である。

2. SCID 診断

表1に、SCIDによる診断結果を示す。

表1 SCIDによる診断
摂食障害のカッコ内は特定不能の摂食障害数

	開始前	中間期	終了後	1年後
摂食障害	11(3)	11(4)	7(3)	9(3)
気分障害 (うつ病性)	6	5	3	1
不安障害	6	2	1	0

SCIDによる面接結果からは、治療開始時に神経性大食症の診断基準を満たした8名のうち5名が依然として神経性大食症の診断を満たしており、治療開始時に特定不能の摂食障害の診断基準を満たした3名(神経性大食症の診断基準を満たすが、体

重が標準体重の 80%未満で、かつ月経が失われていない群) のうち 2 名が依然として特定不能の摂食障害という診断基準を満たしていたが、うち 1 名は体重が増加して標準体重の 80%を超えたため診断名が神経性大食症に変更となった。また、治療期間中の面接においては神経性大食症の診断基準を満たしていた対象のうち、2 名が、フォローアップ面接時には体重が標準体重の 80%未満になったなどの理由により、診断名が特定不能の摂食障害に変更になった。

併存する気分障害や不安障害については、治療期間中に得られた効果が持続している。

なお、治療終了時には寛解に至っていたがフォローアップ時には再び神経性大食症の診断を満たすようになった対象が 2 名いるが、EDE-Q への回答においては過食症状の頻度がいずれも過去 28 日間に 6~12 回という低頻度であった。

3. 過食症状の頻度

EDE-Q への回答 (質問 15) から得られた過食頻度の推移を、表 2 に示す。

表2 制御できないと感じる過食の頻度 (過去28日のうちの日数)

	0	1-5	6-12	13-15	16-22	23-27	28
開始前	0	0	0	0	3	4	4
中間期	0	0	1	2	0	4	4
終了後	1	4	0	0	4	2	0
1年後	0	3	4	0	0	2	2

治療開始前には全対象が過去 28 日のうち半分以上の日に制御できない過食を体験していたが、終了時には 11 名中 6 名となり、

1 年後には 11 名中 4 名となっている。

4. 症状評価尺度

各評価尺度の平均値および標準偏差、治療開始前と終了後、治療開始前と 1 年後を比較した T 検定の結果を表 3 に示す。

表3 EDI-2, BDI-2, SAS-SR各スコアの比較

1年後フォローアップに参加し面接が完了した11名の平均(SD)
P値: *開始前と終了後の比較 **開始前と1年後の比較

	開始前	終了後	P*	1年後	P**
EDI-2	93.4 (34.8)	56.5 (28.3)	.004	65.4 (26.1)	.028
BDI-2	26.3 (11.5)	13.0 (12.3)	.000	15.0 (11.2)	.002
SAS-SR	2.37 (0.45)	2.03 (0.50)	.010	2.16 (0.69)	.269

SAS-SR については、個別のデータを見ると、治療開始前に比べて 1 年後フォローアップの SAS が 0.5 以上悪化している対象が 2 例あった。この 2 例は、フォローアップ面接後に本人の希望によって追加治療が行われているが、その治療の中で、SCID 施行時には顕在化していなかったトラウマ関連症状があることが明らかになった。解離症状および回避症状が強かったため、トラウマ体験そのものが自覚されておらず、研究プロトコルの中で行われた SCID においても診断されていなかった。また、同様に、治療においても全く扱われていなかった。

また、2 例のうち 1 例はアスペルガー障害を有していることも追加治療で明らかになったが、これも短期治療においては認識されていないことであった。

これらの 2 例を除外して各評価尺度を改めて解析すると表 4 のようになる。

表4 EDI-2, BDI-2, SAS-SR各スコアの比較

解離症状の影響が強かった2名を除く9名の平均(SD)
P値: *開始前と終結後の比較 **開始前と1年後の比較

	開始前	終結後	P*	1年後	P**
EDI-2	90.3 (33.9)	51.7 (27.3)	.013	59.4 (24.4)	.041
BDI-2	24.9 (8.7)	11.1 (9.4)	.002	12.3 (8.0)	.003
SAS-SR	2.32 (0.43)	1.91 (0.43)	.011	1.90 (0.26)	.016

【均霑化研究】

入門者の職種の内訳は、精神科医 5 名、家庭医 1 名、臨床心理士 12 名、精神保健福祉士 4 名、看護師 1 名、産業カウンセラー 2 名、大学院生 1 名、精神対話士 1 名、未記入 1 名であった。臨床心理士のうち 2 名は精神保健福祉士も有していた。精神療法の経験年数は 3.8(標準偏差 3.0)年であった。

実践者の職種の内訳は、精神科医 4 名、臨床心理士 2 名、精神保健福祉士 2 名、看護師 1 名、産業カウンセラー 4 名であった。精神療法の経験年数は 6.8 (標準偏差 3.9)年であった。この年数は入門者に比べて有意に長かった。

そもそも IPT をどこで知ったかという問いへの答え (選択式) を表 5 に示す。

今までに受けた精神療法のトレーニングについての回答 (選択式) を表 6 に示す。認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT)、支持的精神療法が比較的多い。その他の精神療法としては、精神分析的な精神療法、家族療法などが挙げられた。

表 7 には、IPT について難しいと感じているところを問う質問への回答 (選択式)

を示す。入門者と実践者の相違をより明確にするため、実践者の中では 6 回以上グループスーパービジョンに参加している人 10 名のみを抽出した。10 名のうち 8 名が 10 回以上グループスーパービジョンに参加している。

表5 そもそもIPTをどこで知ったか (複数回答可)

	学会	学術論文	一般書	専門書	DVD	同僚から	その他
入門者 N=29	9 (31%)	3 (10%)	10 (34%)	10 (34%)	6 (21%)	13 (45%)	1 (3%)
実践者 N=13	5 (38%)	2 (9%)	7 (54%)	1 (8%)	0 (0%)	5 (38%)	1 (8%)

表6 今までに受けた精神療法のトレーニング

	CBT (正式)	CBT (略式)	支持的 (正式)	支持的 (略式)	その他	何も受けていない
入門者 N=29	7 (24%)	6 (20%)	7 (24%)	3 (10%)	7 (24%)	9 (31%)
実践者 N=13	1 (8%)	3 (23%)	3 (23%)	1 (8%)	4 (31%)	3 (23%)

表7 IPTについて難しいと感じているところ

	フォーミュレーション	肯定的治療姿勢の維持	期間限定の終結	治療焦点の維持	その他
入門者 N=29	19 (66%)	3 (10%)	11 (38%)	3 (10%)	2 (医学モデル)
実践者 N=10	7 (70%)	0 (0%)	2 (20%)	6 (60%)	0

今後自分が IPT を実践できるようになるために必要だと思われるトレーニングや教

材としては、スーパービジョン、ケースカンファレンス、陪席など直接指導を希望する治療者が多かった他、教材としては DVD や症例集など治療の実際がわかるものが望ましいという回答が寄せられた。

D. 考察

【効果研究】

現時点ではまだすべての対象のフォローアップ面接が完了していないため、データの詳細な検討は今後行っていきたいが、全体としては、治療終了後 1 年間無治療でも短期治療で得られた効果が概ね維持されていると言える。

国際的なデータでは、IPT の短期治療を受けた患者は、治療終了後もその効果が伸び続け、1 年後の時点では、先行して高い寛解率を示していた CBT との間の有意差がなくなり、6 年後までフォローアップすると、CBT よりも高い寛解率を示すようになることが示されている。本研究の対象も、解離症状の影響が強かった 2 例を除けば SAS-SR に示される心理社会機能が治療終了後も改善していること、過食が生活の大半を占めている対象数が 1 年の間に減っていることから、治療効果の中には終了後に伸びている要素もあると考えられる。

1 年後のフォローアップ面接まで、対象は、原則として追加治療を控えるように要請され、それは実際に守られた。1 年後のフォローアップ面接終了後に追加治療を求めてきた患者を見ると、その 1 年間に、治療終了時には想定されていなかったような大きなライフイベントに見舞われるなど、治療が必要となる局面があったようである。

小さなライフイベントについては治療で得たスキルを用いて自らのソーシャルサポート内で解決することがさらなる効果につながっていきうるが、大きなライフイベントの場合は、そのタイミングで治療的介入を行っていれば予後も異なっていた可能性があり、追加治療の是非についてもさらなる検討を加える必要がある。なお、大きなライフイベントに見舞われた一例については、電話相談を 1 回受けただけで状態を改善させていることから、追加治療は強度と頻度の低いものでも十分効果を発揮する可能性がある。

なお、1 年後フォローアップ時に治療開始前よりも著しく (0.5 以上) SAS-SR のスコアが悪化した対象は、SCID 施行時には解離・回避症状のために認識されていなかったトラウマ関連障害を有していたが、今回のフォローアップ調査の呼びかけに無反応であった 1 例も、治療中盤以降にトラウマ体験によって PTSD を発症していた。本来はそこで本研究から脱落し PTSD に焦点を当てた治療契約をすべきであったとも考えられ、トラウマに関連した摂食障害症例については、マニュアル上もさらなる配慮が必要であると考えられる。

追加治療で明らかになったことの中には、アスペルガー障害を持つ患者が対象に含まれていたことがある。現時点までには、アスペルガー障害を持つ患者に対する IPT の適用について何らかのエビデンスがあるわけではないが、臨床経験からは、言語を用い、感情に根づく治療を行う IPT では、アスペルガー障害を持つ患者に対して自ずと配慮すべきことがあり、実際に追加治療の中ではアスペルガー障害に対する心理教育

も同時に行っている。残念ながらこの知見は研究終了後の追加治療の中で見出されたものであるため、今後は研究計画に発達障害のスクリーニングを含めることも検討する必要があると考えられる。

これらの課題（ネガティブなライフイベントの多さ、トラウマ関連障害、発達障害）は、本研究の制約として考慮されていた、自由診療クリニックゆえにより重症な患者が対象となっている可能性を反映したものであるとも言える。しかし、摂食障害患者においては、そのような条件を伴う患者が一定割合存在することも事実である。今後、これらの点を踏まえて、スクリーニングをより充実させることによって短期治療の効果が十分に見込まれる症例とより長期にわたる治療が必要となる症例の鑑別を行っていくと同時に、短期治療終了後のネガティブなライフイベントに対してどのような形で介入が望ましいかを検討することによって、短期治療の効果をより安定させることができると考えられる。

これらの制約があり、また、単一の治療者による治療の部分的なデータに過ぎないが、16回の短期治療における効果が無治療のまま1年後にも概ね維持され、心理社会機能も改善されているという結果は臨床的な意味があると考えられる。

【均霑化研究】

入門者においても、実践者においても、何のトレーニングも受けていない群が一定割合含まれていること、それぞれの精神療法についても正式なトレーニングを受けている人はむしろ少ないことから、IPTの均霑化プログラムにおいては精神療法の基本

的な要素の扱いについても検討すべきだということが示唆される。

IPTの普及においては、一般書を中心に、書物による影響が大きいようである。また、学会で講演を聞く、同僚に聞くという形で初めて知った人も少なくなく、普及のプロセスが始まりつつあると言える。

IPTについて難しいと感じるところは、入門者・実践者ともフォーミュレーションを挙げる人が最多であるが、実践を重ねてグループスーパービジョンに6回以上参加している治療者においては、その問題意識はフォーミュレーションと治療焦点の維持にほぼ集約されてくることが示されている。実践者の方がもともとの精神療法経験年数も長いと、肯定的治療姿勢の維持という基本的な課題がすでに達成されている可能性もある。また、期間限定での終結という課題は、国際的にも指摘されていることだが、当初困難に感じられても実践の中で困難感が払拭されてくる種のものである。今後均霑化のプログラムを作るに当たっても、フォーミュレーションと治療焦点の維持に重きを置く必要があると示唆される。

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、短期治療により効果があるのみならず、その効果が治療終了後も持続する可能性が示唆された。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と同時に、治療マニュアルについても、特にトラウマ関連や発達障害関連について、また、治療終了後

のライフイベントへの対応について、さらなる検討が必要である。

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 (IPT)

別冊・医学のあゆみ 最新うつ病のすべて
医歯薬出版株式会社 東京 121-124,2010

水島広子

うつに対する対人関係療法 (IPT)と漢方
漢方と最新治療 19(3),195-199, 2010

水島広子

サリヴァンと対人関係療法 (IPT)
治療の聲 11(1), 41-45, 2010

水島広子

若年うつ病の対人関係療法 (IPT)
精神科 17(6), 581-585, 2010

2. 学会発表

水島広子

教育講演 うつ病の対人関係療法
第7回 日本うつ病学会総会 2010年6月
12日 金沢

水島広子

双極性障害の対人関係・社会リズム療法 (IP S R T)

第1回 ISBD Japanese Chapter Meeting
第7回 日本うつ病学会総会 2010年6月
12日 金沢

水島広子

教育講演 肥満症患者に精神的サポートを
提供する上で必要な基本姿勢

第3回 日本肥満症治療学会学術集会
2010年9月10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. 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.
3. 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.
4. Garner DM. The Eating Disorders Inventory-2 professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources; 1991.
5. 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.
6. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck Depression Inventory-2. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
 7. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. Arch Gen Psychiatry. 1976 Sep;33(9):1111-5.
 8. Parker G, Tupling H, Brown LB. A parental bonding instrument. Br J Med Psychol. 1979;52:1-10.
 9. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 1993 Dec;50(12):975-90.
 10. Olson DH, Portner J, Lavee Y. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III (FACES-III). St Paul: University of Minnesota Press; 1985