

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（テンブル大学）、小西悠（テンブル大学）、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

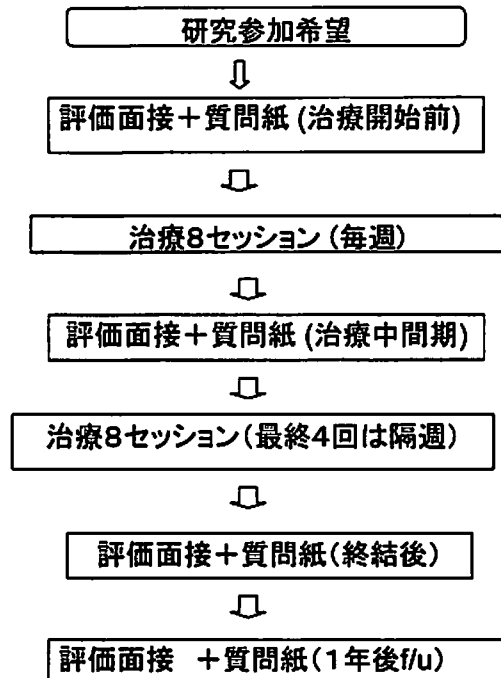
を希望し、治療研究に参加した。実際に治療が行われた期間は、2008 年 4 月から 2010 年 2 月であった。

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。初回のインタビュー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。

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

*治療最終後の対象は、薬物療法を開始した1名と最終後評価未完了の1名を除く12名となっている。
**p値は、治療最終後の対象である12名について、治療開始前と治療最終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)	最終後* (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、治療最終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%、国際的には治療最終時点で約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、治療最終時点での寛解

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。治療終結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、治療終結後も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、経済的により裕福である、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). 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 巻増刊号 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.