

厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）  
分担研究報告書

分担課題：認知行動療法

研究分担者 中野 有美 名古屋市立大学 精神・認知・行動医学分野 助教  
研究協力者 古川 壽亮 名古屋市立大学 精神・認知・行動医学分野 教授  
研究分担者 杉浦 真弓 名古屋市立大学 産科婦人科学分野 教授  
研究協力者 尾崎 康彦 名古屋市立大学 産科婦人科学分野 講師

研究要旨

抑うつがある不育症女性の便宜的標本から抽出した共通の苦悩を手がかりに試作した認知行動療法（cognitive behavior therapy：CBT）プログラムを、CBTを希望した抑うつのある不育症患者に施行し、さらに検討を重ねて内容と実施回数を決定した。さらに、プログラム施行過程でCBTに参加した女性の抑うつ改善を確認した。妊娠を考えている抑うつ女性に対する薬物治療は、薬剤の胎児への影響など心配な点があるため、使用しにくい面がある。従って、これらの集団の抑うつ改善を目指した非薬物療法は有用性が高い。

A. 研究目的

不育症の中で、ご夫婦どちらか、あるいは胎児の染色体異常、母体側の子宮奇形や抗リン脂質抗体の存在のような明らかな器質的原因では説明できない、いわゆる原因不明の不育症は半数以上になる。我々は、1996年から、生産したことがなく2回流産を繰り返しその原因が不明だったご夫婦に対し、前方視的な調査を実施し、妻が抑うつ状態にあると、次の妊娠も流産に終わりやすい傾向があることを見出した(Sugiura-Ogasawara M et al, Hum Reprod. 2002, Nakano et al, Acta Psychiatrica Scandinavica, 2004)。

この調査結果を踏まえ、抑うつや不安が存在する不育症の女性に対し、次の妊娠の生産率上昇に向けて抑うつや不安を軽減する新たな心理的介入を実施することを計画した。心理的介入には、抑うつに対する治療効果のエビデンスが確立しており、この数年、国内における心理的介入の主流となりつつある認知行動療法（cognitive behavior therapy：CBT）を選んだ。この計画に向けて、平成20年度は、不育症女性の便宜的標本に対して面接を実施し、多くに共通する問題点や特徴的と考えられる価値観、行動パターンを抽出した。平成21年度は、それらをもとに本研究で使用するCBTプログラムを決定し、抑うつや不安が強い不育症の女性に実施し、プログラムの有用性、実施可能性を確認する計画を立てた。

B. 研究方法

<用いるCBT内容の検討>

20年度に面接により抽出され、多くに共通し特徴的と考えられる悩みや考え、行動パターンと、下記の対象者について予想される抑うつの重症度の程度に基づき、CBTのセッション回数と内容を決定し、対象者へ施行し、次にその施行結果をフィードバックさせて実施内容や回数を検討する、ということを繰り返えし、プログラムを洗練させていくこととした。

<CBTの対象患者>

名古屋市立大学産婦人科を、出産歴がなく2回以上の流死産経験があり、その精査目的で受診した女性に対し、その精査前後でK6を実施した。K6は、米国精神神経学会が作成し世界的に使用されている精神疾患診断基準であるDSM-IVに基づき、気分障害と不安障害をスクリーニングする6項目の自記式評価尺度である。得点範囲は0～24点、5点以上でその25%が、10点以上でその50%が何らかの気分障害と不安障害に相当すると判断される。K6得点が精査前後共に5点以上あり、精査後に産婦人科医から不育症一般についての心理教育を受けても抑うつ気分が解消せず、心理的介入を希望した女性に心理的介入を実施した。

抑うつ状態の程度の測定は、Beck Depression Inventory II (BDI-II) と Symptom Checklist-90

Revised(SCL-90-R)を使用した。BDI-IIは、DSM-IVに準拠し大うつ病性障害と抑うつ状態の重症度について測定する21項目(0点~63点)の自記式評価尺度である。目安として大うつ病性障害と診断される程の抑うつ状態は14点以上とされる。SCL-90-Rは、精神健康度を測定する90項目からなる自記式尺度で、抑うつ、不安をはじめ9領域に分けて測定でき、スクリーニング尺度、重症度評価、ならびに症状プロフィール検査として使用できる。米国での一般人口における抑うつの95%信頼区間は0~1.24であった。

本研究は名古屋市立大学の倫理委員会の承認を得た。

### C. 研究結果

#### <CBTプログラム>

20年度に抽出した、複数の被面接者に共通しRSAの女性に特徴的と考えられる問題点や価値観、行動パターンに基づき、CBTの特徴を生かして対象者に実施し、検討を重ね、表1のようなCBTプログラムの構成を決定した。また、予測される患者の診断は、適応障害(抑うつand/or不安を伴うもの)に相当することが多く、本研究の対象集団において抑うつの重症度は重くない場合が多いと考え、実施するセッション数を1回50分、6回とした。そして、抑うつや不安の重症度によって必要であればセッション数を増やすこととした。さらに、CBT終了後に本プログラムについての感想を、参加者に任意でお願いすることとした。

#### <CBTによる介入>

CBTを実施した4名のプロフィールと介入の結果を表2、3に示した。症例1、2ともマイルドな子宮奇形があるが、妊娠出産は充分可能と判断されていた。症例4については、明らかなパニック障害に抑うつが並存しているため、12回のセッションを予定し、現在実施中である。

#### <終了者からのフィードバック>

症例2、3から、終了後、プログラムを受けたことに対する感想が送られたので、表4に挙げた。

### D. 考察

DSM-IVで大うつ病性障害と診断された者に対して通常行われるCBTは、1回50分、20回前後

のセッションが組まれる。それに対し、今回示した不育症に対するCBTは今回の試行では6回と短い治療期間で十分な効果が得られたため、今後CBTを希望した抑うつで不育症の女性に対し、今回のセッション数と内容を標準と定め実施していく予定である。治療期間が短いことは、治療者にとっても患者にとっても負担が少なく実施が容易であることを意味する。治療期間が短縮できた理由として、20年度の面接の結果、対象者の抑うつ症状があまり重症でない場合が多かったことと、特定の疾患に特有の悩みに特化して治療内容を組み立てたので、治療焦点が絞りやすい点が挙げられるであろう。

また、近い将来妊娠を考えている女性に対する薬物治療は、薬剤の胎児への影響など心配な点があるため、男性や妊娠の予定がない女性に比べて使用しにくい面がある。従って、これらの集団への抑うつ改善を目指した非薬物療法は有用性が高い。

しかしながら、今回の基準で対象となった者からさらにCBT希望者を絞り込むと、当大学病院での希望者数は予想をはるかに下回った。原因のひとつに精神科で非薬物療法を受けるということに対し、基準適格者側の正しい認識が欠けているためと考えられる。

来年度は、これまでにCBTを終了した者の感想を引用するなどして、産婦人科医や不育症患者に対しCBTについての啓蒙にも努めつつ、21年度に決定した内容で抑うつを伴う不育症の女性にCBTを実施し、より大きなサンプル数で抑うつに対する治療効果を測定する予定である。

### E. 結論

20年度に不育症女性の便宜的標本から抽出した共通の苦悩を手がかりに試作したCBTプログラムを、適格基準を満たしCBTを希望した抑うつのある不育症患者に実施し、抑うつ軽減を確認しながらプログラムを洗練させ、内容と実施回数を決定した。22年度は、CBTプログラムの啓蒙にも留意しながら希望者を募りより大きなサンプル数で実施し抑うつの改善効果を測定する予定である。

1	反復流産についての個人的な経験と状況、問題点の整理
2	不快になる状況で認知行動モデルの作成
3	自動思考を深め、自分自身の自動思考を把握する
4	妊婦さんや親子連れに馴れ、圧倒されないための練習
5	妊娠・出産に関する話題や質問に圧倒されないための練習
6	出産しない生活のための準備

表 1 抑うつを伴う RSA 女性への認知行動療法の内容

表2 対象者のプロフィール

症例	年齢	流産回数	流産の原因	産科説明後K6	精神科的診断	CBT前BDI	セッション数
1	31	3	子宮奇形	6	適応障害(抑うつを伴うもの)	13	5
2	33	2	子宮奇形	7	適応障害(抑うつを伴うもの)	9	6
3	39	2	原因不明	10	適応障害(抑うつを伴うもの)	9	6
4	30	2	原因不明	5	パニック障害 適応障害(抑うつを伴うもの)	14	12回中6 回目

表3 実施結果

SCL-90R		身体化症状	強迫症状	対人過敏	抑うつ	不安	敵意	恐怖症性不安	BDI-II
一般人口平均		~1.2	~1.29	~1.07	~1.24	~1.04	~1.10	~0.75	
1	CBT前	0.42	0.70	0.33	0.85	0.10	0.67	0.43	13.00
	CBT後	0.17	0.10	0.22	0.08	0.00	0.17	0.00	4.00
2	CBT前	0.17	0.10	0.67	1.00	0.10	0.00	0.00	9.00
	CBT後	0.33	0.00	0.11	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
3	CBT前	0.08	0.30	0.11	0.54	0.00	0.17	0.00	9.00
	CBT後	0.25	0.10	0.00	0.15	0.00	0.17	0.00	0.00
4	CBT前	0.42	0.20	0.22	0.38	0.30	0.00	0.29	14.00
	CBT#6(途中)	0.25	0.20	0.22	0.31	0.00	0.00	0.29	8.00

## 表4 認知行動療法終了者からの手記

<p>症例 2</p>	<p>流産を繰り返しているうちに、赤ちゃんや妊婦さんと接することが憂鬱になってきました。そして、子供を授からない不安以外に、私は子供が本当にすぎなのか、本当に子供がほしいのか、という不安も生じていました。</p> <p>しかし、6回の認知行動療法を受けて、不安や落ち込みが消えていきました。少し聞いたことや少し見たことから、勝手に悪いことを想像をして、その考えが不安や憂鬱をもたらしていることがわかったからです。</p> <p>現実をちゃんと捉え、観察し、勝手な想像を見直せば、悪いほうへ考えが広がっていくことも減ることを学びました。次の妊娠に向けて、ストレスを軽くしながら前向きにがんばれそうです。</p>
<p>症例 3</p>	<p>認知行動療法受けた最初のころは、子供をあきらめられれば憂鬱はなくなると言われているようで、しっくり着ませんでした。</p> <p>しかし、治療が進んでいくうちに、決まってもいけないことに対して自分がどれだけ悪いイメージを膨らませていたか、がわかってきました。劇的に気持ちが変わったのは、なぜ子供がほしいのかを、紙に書き出した時でした。自分が執着していたことが薄っぺらいことに思えました。</p> <p>治療の最後に、もう一度子供のいない生活を考えてみようと言われた時、反発なく考えることが出来ました。今は、出産をあきらめたくもないのに、気持ち落ち着いています。</p>

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

中野有美, 古川壽亮, 杉浦真弓, 尾崎康彦, 北折珠央, 大林伸太郎. 抑うつを伴う不育症患者のストレスと認知行動療法による改善 日本周産期新生児学会雑誌 2009 Dec. 45 巻 4 号 p1162-4

2. 学会発表

- 1) 中野有美, 古川壽亮, 杉浦真弓, 尾崎康彦, 北折珠央, 大林伸太郎. 抑うつを伴う不育症者のストレス 第45回日本周産期・新生児医学会 ワークショップ 12 不育症の新たな原因探索と治療, 2009 July.
- 2) 中野有美, 古川壽亮, 杉浦真弓, 抑うつを伴う不育症患者に対する精神療法, 第9回日本認知療法学会, 2009 Oct.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

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
中野有美, 古川壽亮, 杉浦真弓, 尾崎康彦, 北折珠央, 大林伸太郎	抑うつを伴う不育症 患者のストレスと認知 行動療法による改善	日本周産期新 生児学会雑誌	45巻4号	p1162-4	2009