

双極性障害の再発に及ぼす Perceived Criticism および
非機能的態度の影響

Effects of Perceived Criticism and Dysfunctional Attitude
on the Relapse of Bipolar Disorder

平成 29 年度

北海道医療大学大学院心理科学研究科

臨床心理学専攻

成瀬 麻夕

目次

第1章 双極性障害の抑うつ症状および躁症状の増悪と Perceived Criticism, 非機能的態度の関係性についての研究動向およびその課題と本論文の目的	1
第1節 双極性障害の診断と再発予防	1
第1項 双極性障害の診断基準	1
第2項 双極性障害の機能障害と再発予防の重要性	5
第2節 双極性障害に対する心理療法	6
第1項 双極性障害の治療における心理療法の重要性	6
第2項 双極性障害に対する心理療法	7
第3項 双極性障害の症状に影響を与える心理社会的要因に関する先行研究	9
第3節 Perceived Criticism に関する先行研究	10
第1項 Perceived Criticism の概念	10
第2項 Perceived Criticism Measure	11
第3項 Perceived Criticism Measure の信頼性と妥当性に関する研究	11
第4項 双極性障害と Perceived Criticism	12
第5項 Perceived Criticism と非機能的態度	13
第4節 双極性障害の抑うつ症状および躁症状の増悪, Perceived Criticism および 非機能的態度の関係性についての先行研究における問題点	15
第1項 Perceived Criticism Measure 日本語版	15
(1) 日本における Perceived Criticism に関する研究の不足	15
(2) Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性	15
第2項 Perceived Criticism が双極性障害に特徴的な心理学的要因であるかの検討	16
(1) 双極性障害患者と健常者の Perceived Criticism の比較	16
第3項 Perceived Criticism と双極性障害の症状および非機能的態度の関係性	16
(1) 日本における双極性障害の症状と Perceived Criticism の関係性	16
(2) Perceived criticism と非機能的態度と抑うつ症状および躁症状の 増悪との関係性	16
第5節 本論文の目的と意義	17
第1項 本論文の構成	17
第2項 本論文の意義	17
第2章 Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性の検討 (研究1)	19
第1節 問題と目的	19
第2節 方法	19
第3節 結果	21
第4節 考察	24

第3章 双極性障害患者と健常者における Perceived Criticism の比較（研究2）	25
第1節 問題と目的	25
第2節 方法	26
第3節 結果	28
第4節 考察	36
第4章 双極性障害患者の Perceived Criticism と非機能的態度が6か月後の抑うつ症状および躁症状に与える影響（研究3）	38
第1節 問題と目的	38
第2節 方法	40
第3節 結果	43
第4節 考察	49
第5章 総合考察	55
第1節 本研究の結果のまとめ	55
第2節 本論文の意義	56
第3節 本論文の限界と今後の課題	58
第1項 Perceived Criticism Measure の整備	58
第2項 Perceived Criticism と非機能的態度の関係の順序性	58
第3項 Perceived Criticism を臨床応用する際の心理教育ツール	58
引用文献	
謝辞	
付録目録	

第1章 双極性障害の抑うつ症状および躁症状の増悪と Perceived Criticism,

非機能的態度の関係性についての研究動向およびその課題と本論文の目的

第1節 双極性障害の診断と再発予防

第1項 双極性障害の診断基準

双極性障害 (Bipolar Disorders) とは、躁病エピソードとうつ病エピソードが長期間にわたり交互に出現することで気分の極端な変動が長期間にわたり繰り返されることによって、社会機能、対人機能および職業機能が大きく障害されることを特徴とする精神疾患である (Reiser & Thompson, 2005 岡本訳, 2011)。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5 : American Psychiatric Association; APA, 2013) によると、双極性障害は、躁病エピソード、軽躁病エピソード、あるいは抑うつエピソードの発症が、統合失調症などの他の精神病性障害ではうまく説明されず、躁病エピソード、軽躁病エピソード、あるいは抑うつエピソードの基準を満たすか否かによって診断される (診断基準 ; Table1-1, Table1-2, Table1-3)。双極性障害の診断基準は複雑であり、双極 I 型障害、双極 II 型障害、気分循環性障害、およびその他に詳細な下位分類が存在する。双極 I 型障害では、過去を含め少なくとも 1 回の躁病エピソードを経験する事で診断される。Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR : APA, 2000) において双極 I 型障害では躁病エピソードに加えて抑うつエピソードを伴うことが必須とされていたが、DSM-5 に基づく双極 I 型障害の診断には抑うつエピソードの存在は必須ではなくなったという変更点が存在する。他方で双極 II 型障害は、少なくとも 1 回以上の軽躁病エピソードと少なくとも 1 回以上の抑うつ病エピソードが存在し、エピソード中に社会機能が損なわれることで診断される。気分循環性障害は、少なくとも 2 年間、躁病エピソードの基準を満たさない多数の軽躁症状が出現する期間と、抑うつ病エピソードの基準を満たさない、多数の抑うつ症状の期間で特徴づけられる障害である。さらに、物質・医薬品誘発性双極性障害および関連障害、他の医学的疾患による双極性障害および関連障害、他の特定される双極性障害および関連障害、特定不能の双極性障害という関連障害の分類が存在する。また、双極性障害の診断に加え、不安障害の併存、混合性の特徴、急速交代型、メランコリアの特徴を伴う、非定型の特徴を伴う、緊張病を伴う、周産期発症、季節型などの特徴を伴うか否かは臨床的重要な所見となるため、その特徴を診断とともに併記することが推奨されている。

双極性障害の有病率を国際比較した Merikangas, Jin, He, Kessler, Lee, Sampson, Viana, Andrade, Hu, Karam, Ladea, Mediana-Mora, Ono, Posada-Villa, Sagar, Wells, & Zarkov (2011) の報告では、双極性障害の生涯有病率は、双極 I 型障害が 0.6%、双極 II 型障害が 0.4%、であることが報告されている。また、日本の双極性障害の生涯有病率は双極 I 型障害が 0.1%、双極 II 型障害が 0.1%、閾値下の双極性障害が 0.5%であることが報告されている (Merikangas et al., 2011)。また、双極性障害は、初発が抑うつエピソードである場合が多く、うつ病との鑑別が困難である。例えば、明らかな躁病エピソードまたは軽躁病エピソード

Table1-1

躁病エピソードの診断基準 (American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野, 2014)

-
- A. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的となる。加えて、異常にかつ持続的に亢進した目標志向性の活動または活力がある。このような普段とは異なる期間が、少なくとも1週間、ほぼ毎日、
- B. 気分が障害され、活動または活力が亢進した期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）（気分が易怒性のみの場合は4つ）が有意の差をもつほどに示され、普段の行動とは明らかに異なった変化を象徴している。
- (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少（例：3時間眠っただけで十分な休息が取れたと感じる）
 - (3) 普段よりも多弁であるか、しゃべり続けようとする切迫感
 - (4) 観念奔逸、またはいくつもの考えがせめぎ合っているといった主観的な体験
 - (5) 注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）が報告される、または観察される。
 - (6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥（すなわち、無意味な非目標志向性の活動）
 - (7) 困った結果につながる可能性が高い活動に熱中すること（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた事業への投資などに専念すること）
- C. この気分の障害は、社会的または職業的機能に著しい障害を引き起こしている。あるいは自分自身または他人に害を及ぼすことを防ぐため入院が必要であるほど重篤である、または精神病性的特徴を伴う。
- D. 本エピソードは、物質（例：乱用薬物、医薬品、または他の治療）の生理学的作用、または他の医学的疾患によるものではない。
- 注：抗うつ治療（例：医薬品、電気けいれん療法）の間に生じた完全な躁病エピソードが、それらの治療により生じる生理学的作用を超えて十分な症候群に達してそれが続く場合は、躁病エピソード、つまり双極I型の診断とするのがふさわしいとする証拠が存在する。
- 注：基準A～Dが躁病エピソードを構成する。少なくとも生涯に一度の躁病エピソードがみられることが、双極I型障害の診断には必要である。
-

Table1-2

軽躁病エピソードの診断基準 (American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野, 2014)

-
- A. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的となる、加えて、異常にかつ持続的に亢進した活力および活動のある、普段とは異なる期間が、少なくとも4日間、ほぼ毎日、一日の大半において持続する。
- B. 気分が障害され、活動または活力が亢進した期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）（気分が易怒性のみの場合は4つ）が持続しており、普段の行動とは明らかに異なった変化を示しており、それらは有意の差を持つほどに示されている。
- (1) 自尊心の肥大、または誇大
 - (2) 睡眠欲求の減少（例：3時間眠っただけで十分な休息が取れたと感じる）
 - (3) 普段よりも多弁であるか、しゃべり続けようとする切迫感
 - (4) 観念奔逸、またはいくつもの考えがせめぎ合っているといった主観的な体験
 - (5) 注意散漫（すなわち、注意があまりにも容易に、重要でないまたは関係のない外的刺激によって他に転じる）が報告される、または観察される。
 - (6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥
 - (7) 困った結果につながる可能性が高い活動に熱中すること（例：制御のきかない買いあさり、性的無分別、またはばかげた事業への投資などに専念すること）
- C. 本エピソード中は、症状のないときのその人固有のものではないような、疑う余地のない機能的変化と関連する。
- D. 気分の障害や機能の変化は、他者から観察可能である。
- E. 本エピソードは、社会的または職業的機能に著しい障害を引き起こしたり、または入院が必要とするほど重篤ではない。もし精神病性の症状を伴えば、定義上、そのエピソードは躁病エピソードとなる。
- F. 本エピソードは、物質（例：乱用薬物、医薬品、あるいは他の治療）の生理学的作用によるものではない。
- 注： 抗うつ治療（例：医薬品、電気けいれん療法）の間に生じた完全な躁病エピソードが、それらの治療により生じる生理学的作用を超えて十分な症候群に達してそれが続く場合は、軽躁病エピソードと診断するのがふさわしいとする証拠が存在する。しかしながら、1つまたは2つの症状（特に、抗うつ薬使用後の易怒性、いらいら、または焦燥）だけでは軽躁病エピソードとするには不十分であり、双極性の素因を示唆するには不十分であるという点に注意を払う必要がある。
- 注： 基準A～Fにより軽躁病エピソードが構成される軽躁病エピソードは双極I型障害ではよく見られるが、双極I型障害の診断には必ずしも必須ではない。
-

Table1-3

抑うつエピソードの診断基準 (American Psychiatric Association, 2013 高橋・大野, 2014)

- A. 以下のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは、（1）抑うつ気分、あるいは（2）興味または喜びの喪失である。注：明らかに他の医学的疾患に起因する症状は含まない。
- (1) その人自身の言葉（例：悲しみ、空虚感または絶望感を感じる）か、他者の観察（例：涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど一日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
 - (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退（その人の説明、または他者の観察によって示される）
 - (3) 食事療法をしていないのに、有意の体重減少、または体重増加（例：1か月で体重の5%以上の変化）またはほとんど毎日の食欲の減退または増加（注：子どもの場合、期待される体重増加が見られないことも考慮せよ。）
 - (4) ほとんど毎日の不眠または過眠
 - (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）
 - (6) ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退
 - (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある。単に自分をとがめること、または病気になったことに対する罪悪感ではない）
 - (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（その人自身の言葉による、または他者によって観察される）。
 - (9) 死についての反復試行（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。
- B. その症状は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている
- C. そのエピソードは、物質の生理学的作用または、他の医学疾患によるものではない。

注：診断基準A～Cにより抑うつエピソードが構成される。抑うつエピソードは、双極型でしばしばみられるが、双極I型の診断に必ずしも必須ではない。

注：重大な喪失（例、親しい者との死別、経済的破綻、災害による損失、重篤な医学的疾患・障害）への反応は、基準Aに記載したような強い悲しみ、喪失の反芻、不眠、食欲不振、体重減少を含むことがあり、抑うつエピソードに類似している場合がある。これらの症状は、喪失の際に生じることは理解可能で、適切なものかもしれないが、重大な喪失に対する正常の反応に加えて、抑うつエピソードの存在も入念に検討すべきである。その決定には、喪失についてどのように苦痛を表現するかという点に関して、各個人の生活史や文化的規範に基づいて、臨床的な判断を実行することが不可欠である。

ードがない場合に初診で双極性障害の診断がつく事は少なく、罹患してから双極性障害の診断がつくまでに平均して5年近くの期間がかかるとされている(加藤, 2012)。しかしながら、うつ病と双極性障害では薬物療法の方法が異なり、双極性障害患者がうつ病の薬物療法を受けることで気分が不安定となり、抑うつ症状あるいは躁症状が増悪する危険性が存在する。そのため、早期に正確な診断がなされることが重要である。

また、双極性障害の抑うつ症状あるいは躁症状の増悪に関する明確な定義は存在しない。薬物を使用した場合の寛解の基準について検討した Masand, Eudicone, Pikalov, McQuade, Marcus, Vester-Blokland, & Carlson (2008) では、抑うつ症状を測定する Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS; Åsberg, Montgomery, Perris, Schalling, & Sedval, 1978) の得点が10点以下かつ躁症状を測定する Young Mania Rating Scale (YMRS; Young, Biggs, & Ziegler, 1978) の得点が7点以下の場合を現在症状がない寛解と定義した論文が多いことを報告している。YMRS の得点が7点以下を寛解と判断する基準は、双極性障害の治療ガイドラインでも示されており世界的に共通しているが、抑うつ症状のカットオフ値はその研究論文によって異なる。MADRS の得点が10点以下を寛解とする基準の根拠としては、Zimmerman, Posternak, & Chelminski (2004) が、すでに標準化されている Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D; Hamilton, 1960), の得点と同様の基準となるように比較検討した論文によって、MADRS の得点が10点の場合に HAM-D の7点 (HAM-D の寛解のカットオフ値) と同様の感度と特異度が示されたためである。そこで、本研究においても MADRS10点以下かつ YMRS7点以下を寛解の基準として用いる。

ただし、本研究では、質問紙回答上の安全の配慮として現在重篤な症状が認められない患者を対象とし、抑うつ症状あるいは躁症状と関連する要因として心理社会的要因に焦点を当てる。そのため、本研究では、抑うつ症状あるいは躁症状の増悪の中でも、MADRS の得点が10点以下、YMRS の得点が7点以下の者の症状の増悪(閾値下の増悪)に着目する。

第2項 双極性障害の機能障害と再発予防の重要性

第1節第1項で述べてきた通り、双極性障害の診断は複雑で早期診断が難しい。また、長期間適切な診断がされないことで、重症化していく可能性が高くなる。

双極性障害の症状の増悪による再発に着目した Keller, Lavori, Coryell, Endicott, & Mueller (1993) は、1年間で48%から60%、5年間で81%から91%が再発することを報告した。このことから、双極性障害の患者の約半数が少なくとも一年以内に明確な症状の増悪を示すと考えられ、症状増悪のリスクは非常に高い。

抑うつ症状や躁症状の増悪に伴う具体的な問題として、まず、家族の経済的負担や医療コストの高さが指摘されている(Peele, Xu, & Kupfer, 2003)。具体的な経済的損失額は、年間20億ポンド(2800億円)に上るとされ(DAS-24; Gupta & Guest, 2002)、双極性障害の罹患による医療面での家族負担は大きいといえる。さらに、双極性障害は自殺率が高く、

自殺企図率は25%から50%であり、10%から20%が実際に自殺未遂に至っていると推定されている（Post & Altshuler, 2005）。また、双極性障害患者の8.6%から18.9%が自殺既遂することが報告されており（Goodwin & Jamison, 1990）、自殺の問題は深刻である。加えて、双極性障害は対人関係の問題や社会的地位の喪失、あるいはネグレクトなど子育てにも支障をきたすような心理社会的問題を引き起こすことも指摘されている（Lam, Jones, & Hayward, 2010 北川・賀古訳, 2012）。これらの問題は、症状が強くなるほど顕著になる。双極性障害は再発を繰り返すほどに再発頻度が多くなり、重症化する傾向があることから、重症化する前に再発を予防していく事が重要である。本研究では再発予防のために症状を増悪させる心理学的要因に着目する。

第2節 双極性障害に対する心理療法

第1項 双極性障害の治療における心理療法の重要性

双極性障害の症状を増悪する心理学的要因を検討するため、第1章第2節第1項では、双極性障害の標準的な治療方法について概観する。双極性障害の治療の第一選択は薬物療法であり、双極性障害患者の症状を安定させるために服薬は必須である。一方で、双極性障害に適用される薬物の副作用や服用の不規則さの影響で双極性障害患者の服薬アドヒアランスは不良である（Sajatovic, Valenstein, Blow, Ganoczy, & Ignacio, 2007; Lingam & Scott, 2002）。このように、抑うつ症状および躁症状の出現を抑制し、症状の変動を安定化していくために服薬が必須であるが、服薬アドヒアランスを高め、症状を双極性障害患者自身でコントロールしていくために、心理療法を組み合わせしていくことが必要である（Lam et al., 2010, 北川・賀古訳）。

また、服薬アドヒアランスの観点以外にも、双極性障害の治療において心理療法が重要視される理由がある。その理由とは双極性障害の抑うつエピソードの長さが予後を不良にさせるため、抑うつエピソードに対するアプローチのひとつとして心理療法が有効であるという理由である。双極性障害患者は、抑うつエピソードを呈している期間が長い。例えば、Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Maser, Solomon, Leon, Rice, & Keller（2002）は、双極Ⅰ型障害の罹患者は10年間のうち31.9%の期間は抑うつ症状を示し、8.9%の期間は躁症状を示したことを報告している。また、Judd, Akiskal, Schettler, Coryell, Endicott, Maser, Solomon, Leon, & Keller（2003）は双極Ⅱ型障害では、双極Ⅰ型障害と比較して抑うつ症状が優勢なことを報告した。双極性障害の抑うつエピソードは長期化すると治療が難しくなる可能性がある。そのため、抑うつエピソードの早期に対処する必要がある。双極性障害の抑うつエピソードに対しては心理教育（Miklowitz, Simoneau, George, Richards, Kalbag, Sachs-Ericsson, & Suddath, 2000; Miklowitz, George, Richards, Simoneau, & Suddath, 2003）や認知行動療法（Zaretsky, Segal & Gemar, 1999）を用いた心理療法の有効性が示されている。さらに、心理教育や認知行動療法のプログラムの内容には双極性障害患者が自分自身の症状に早期に気づくためのセッションが含まれている。したがって、双極性障害の治療の重

症化を防ぎ治療を円滑に進めるためにも、双極性障害に心理療法を併用することが重要である。

現在、双極性障害に有効な心理療法としては、心理教育、認知行動療法、対人関係社会リズム療法、および家族療法が有効であるとされている (Lam, Burbeck, Wright, & Pilling, 2009; Frank, 2005)。第1章第2節第2項では、それぞれの心理療法の概要とそれらの心理療法で取り扱う心理社会的要因を紹介し、双極性障害の症状の重症化と関係している要因について考察する。これらの双極性障害に対する心理療法はいずれも、心理教育、服薬アドヒアランス、社会的問題あるいは家族問題の解決、コミュニケーショントレーニングという焦点を共有している。

第1章第2節第1項では双極性障害における心理療法の重要性を概観してきた。以上のことから、双極性障害の治療を促進していくために、薬物療法のみならず、心理療法を適宜取り入れることが重要であり、双極性障害患者の生活機能や生活の満足度を向上させていくことが必要であると考えられる (水島, 2011 ; Lam et al., 2010, 北川・賀古訳, 2012)。

第2項 双極性障害に対する心理療法

第1章第2節第1項で述べた通り、双極性障害に対する心理療法としては、心理教育、認知行動療法、対人関係社会リズム療法、および家族療法が有効であるとされている (Lam et al., 2009; Frank, 2005)。上述の心理療法のさまざまな技法に共通し、その効果が大きいとされている治療法は心理教育である (Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy, & Limb, 1999; Colom, Vieta Martinez-Aran, Reinares, Goikolea, Benabarre, Torren, Comes, Corbella, Parramon, & Corominas, 2003)。心理教育は治療の満足度、治療同盟の向上、服薬アドヒアランスの改善、破局的思考や神経過敏性などが出現した時に支援を求める行動が増加すること、受診回数の増加、焦燥の予防に効果があるとされる (Colom & Vieta, 2006 秋山・尾崎訳, 2012)。Lam et al. (2009) の報告によれば、双極性障害に最も効果がある心理療法は心理教育であることが報告されており、双極性障害の治療に心理教育を取り入れることが重要であることが指摘されている (Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012; 水島, 2011; Colom & Vieta, 2006 秋山・尾崎訳, 2012)。その他にも認知行動療法の双極性障害に対する効果は様々な研究で実証されている (Lam, Watkins, Hayward, Bright, Wright, Kerr, Parr-Davis, & Sham, 2003; Lam, Hayward, Watkins, Wright, & Sham, 2005; Scott, Paykel, Morriss, Bentall, Kinderman, Johnson, Abbott, & Hayhurst, 2006; Ball, Mitchell, Corry, Skillecorn, Smith, & Malhi, 2006)。また、対人関係・社会リズム療法 (Interpersonal and social rhythm therapy; IPSRT) も双極性障害に効果的な心理社会的療法として報告されている (Frank, Kupfer, Thase, Mallinger, Swartz, Fagioli, Grochocinski, Houck, Scott, Thompson, & Monk, 2005; Lam et al., 2009)。IPSRT は、双極性障害患者に多く見られる対人関係上の不和の解決に効果があると同時に、服薬アドヒアランスも促進するとされている (水島, 2011)。Table1-4 にそれぞれの心理療法の面接の構成要素とその心理療法に対応した、心理社会的要因を示す。それぞれの心理療法のガイドライ

Table1-4 双極性障害に対して効果的な心理療法の面接で焦点が当てられる心理社会的要因

心理療法	面接の回数と時間	面接の構成要素	焦点を当てる心理社会的要因	個人／集団
心理教育	1セッション90分／1週 合計21回	① 疾患に関する情報提供 ② 服薬アドヒアランス ③ リスクマネジメント （精神に影響する物質（カフェインやアルコールなど）の回避） ④ 症状の早期発見とその対応 ⑤ 規則正しい生活習慣とストレスマネジメント	服薬アドヒアランス リスク回避の行動 前駆症状 ストレス ライフイベント 生活習慣	個人 集団
認知行動療法	1～12～14セッション 1セッション60分／1週 12～14セッション－20セッション 1セッション60分／2週 合計20回	① 心理教育（ストレス-脆弱性） ② 前駆症状に対処する認知行動スキル ③ 日課と睡眠の重要性 ④ 長期的な脆弱性への対処	ストレス ライフイベント 生活習慣 服薬アドヒアランス 前駆症状 非機能的態度	個人
対人関係 社会リズム療法	患者の病状に合わせて、 毎週→隔週→月1回と セッションの間隔を伸ばす 最初の治療英訳の時点で、16～20 回を設定する場合もあれば、2年 の契約をする場合もある。	① 疾病教育 ② 事例の個別化（その人に合わせた問題の同定） ③ 社会リズムの安定化と行動活性化 ④ 対人関係への治療介入 ⑤	服薬アドヒアランス 睡眠 食事 社会活動のリズム 運動 概日リズム 対人関係ストレス 家族 ライフイベント	個人
家族焦点化療法	1セッション90分／2～3週 9か月間 合計21セッション	① 疾患に関する情報提供 抑うつ症状および躁症状についての心理教育 ② コミュニケーション強化訓練 ③ 問題解決スキル訓練	服薬アドヒアランス 前駆症状 ストレス 生活習慣 コミュニケーションスキル 対人関係（家族）	集団（家族）

注) それぞれの心理療法の詳細は、各心理療法のガイドラインより抜粋した（心理教育；Colom & Vieta, 2006 秋山・尾崎訳, 2012, 認知行動療法；Lam et al., 2010, 北川・賀古訳, 対人関係社会リズム療法；Frank, 2005, 家族焦点化療法；Miklowitz, 2008）。また、論文によっては上記とは異なる治療構造で効果検証された研究も存在する。

ンによれば、双極性障害の症状に影響を与える心理社会的要因として、服薬アドヒアランス、生活習慣（睡眠、食事、運動、社会リズム）、対人関係ストレス（家族）、ライフイベント、非機能的態度といった要因が挙げられる。どの心理学的要因に焦点を当てると効果的かに関しては心理療法の観点からは結論できない。第1章第2節第3項では双極性障害の抑うつ症状や躁症状との関係性が検討されている先行研究をもとにどの要因に焦点を当てるとよいかについて検討する。

第3項 双極性障害の症状に影響を与える心理社会的要因に関する先行研究

双極性障害の抑うつ症状や躁症状との関係性が検討されている先行研究には、ライフイベント、概日リズムの乱れ、および家族などの重要な他者との間で生じる慢性的なストレスに関する先行研究が存在する。

ライフイベントが抑うつエピソードと躁病エピソードの両方の出現と症状の増悪に影響を与えているという報告が複数なされている（Bebbington, Wilkins, Jones, Foerster, Murry, Toone, & Lewis, 1993; Mathew, Chandrasekaran, & Sivakumar, 1994; Kennedy, Thompson, Stancer, Roy, & Persad, 1983; Ellicott, Hammen, Gitlin, Brown, & Jamison, 1990; Christensen, Gjerris, Larsen, Bendtsen, Larsen, Rolff, Ring, & Schaumburg, 2003; Johnson, Cueller, Ruggero, Winett-Perlman, Goodnick, White, & Miller, 2008）。しかし、ライフイベントの内容は研究によって統一されておらず、発症や再発にどのような種類のライフイベントが最も関係するかは明らかになっていない。ライフイベントを扱う論文で共通して考察されている点は、どのような種類のライフイベントであっても、ライフイベント後に適切な支援を行うことで、再発防止が可能となるという点である（Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012）。

次に、概日リズムの乱れもまた、症状を誘発する要因の一つである。Goodwin & Jamison（1990）は、概日リズムの不安定性が双極性障害の基本的な特徴であると述べている。実際に、概日リズムの乱れがある者は躁病エピソードおよび抑うつエピソードの双方において症状の増悪と関連することが示されており（Takaesu, Inoue, Murakoshi, Komada, Otsuka, Futenma, & Inoue, 2016）、概日リズムの乱れの多さはうつ病と比較しても双極性障害に特徴的であることが報告されている（Takaesu, Inoue, Ono, Murakoshi, Futenma, Komada, & Inoue, 2017）。

さらに、慢性的なストレスが双極性障害の抑うつ症状および躁症状を増悪することが知られている。特に、抑うつ症状および躁症状を増悪する慢性ストレスの中でも、家族やパートナーなどの重要な他者との間で生じる慢性的なストレスが強い場合、症状の増悪が認められることが報告されている（Miklowitz, Goldstein, Nuechterlein, Snyder, & Mintz, 1988）。

現在、日本うつ病学会から刊行されている、双極性障害の治療ガイドライン（日本うつ病学会, 2012）によれば、「すべての薬物療法が無効であった場合に診断の見直し、心理社会的要因の再検討と家族療法を行う」とされており、家族因に焦点を当てることが勧められている。同様に、症状増悪の要因として家族因が大きく関連することも指摘されている

(加藤, 2004)。

第1章第2節第2項および3項では、心理療法を行うことで改善される心理学的要因として、服薬アドヒアランス、(破局的な)認知、神経過敏性、対人関係の不和という心理学的要因が症状に影響していると考えられ、先行研究をもとにした心理社会的な要因としてライフイベント、概日リズムの乱れ、家族の間に生じる慢性的なストレスの要因が挙げられた。これらの要因を総合して考えると、対人関係の中でも特に家族関係の不和が共通した要因であり、臨床的にも統計的にもその関連を検討する必要がある心理学的要因であると考えられる。また、家族関係の不和と双極性障害の抑うつ症状および躁症状がどのように関連しているかについて詳細に検討することで、家族関係の不和に対して支援する際の重要な情報が得られる。したがって本研究では、家族関係に焦点を当てて研究を進めることとする。第3節では家族関係を評価する概念と方法について概観する。

第3節 Perceived Criticismに関する先行研究

第1項 Perceived Criticism の概念

家族などの重要な他者との関係性を考える一つ概念として Expressed Emotion (EE) があげられる。EE は Brown, Carstairs, & Topping (1958) によって提唱された概念で、慢性疾患を抱えた患者に対して家族が表出する感情を測定し、評価する (上原・後藤, 2015)。EE の構成要素には、批判的コメント (Criticism Comments : CC), 敵意 (Hostility : H), 感情的巻き込まれ (Emotional Over-Involvement : EOI), 暖かみ (Warmth : W), および肯定的言辞 (Positive Remarks : PR) という5つがある (Brown, Monck & Carstairs, 1962)。CC, H, EOI が高く、W と PR が低いほど、EE は高いと評価される。EE が高いことはあらゆる精神疾患の症状を増悪させる要因の1つであるとされる。その1例として、うつ病をはじめとする気分障害と家族の EE がどのように関連しているかを検討したいくつかの研究が挙げられる。これらの研究では、低 EE の家族を持つ患者と比較して、高 EE の家族を持つ者は抑うつ症状が増悪する確率、あるいは再入院となる確率が高いことが知られている (Vaughn & Leff, 1976; Hooley, Orley, & Teasdale, 1986; Okasha, Akabawi, Snyder, Wilson, Youssef, & Dawla, 1994; Hayhurst, Cooper, Paykel, Vearnals, & Ramana, 1997)。また、同様の知見は日本でも報告されている (Mino, Simodera, Inoue, Fujita, Tanaka, & Kanazawa, 2001)。このように、EE は、精神疾患の症状の増悪や再入院のリスクを予測することが知られているものの、その測定を行うためには専門家自身も長期の訓練が要される。さらに、EE の測定のためには約2時間程度の時間が必要であり、家族にかかる時間的なコストも大きいことから簡便であるとは言い難い (赤木・大島, 2001)。

そこで、Hooley & Teasdale (1989) は、EE の構成要素の中でも特に臨床的予後の悪化と関連が深い「CC」に注目し (Leff & Vaughn, 1985 三野・牛島訳, 1991), Perceived Criticism (PC) という概念を提唱した。PC は、EE の構成要素である CC を反映する評価項目であるとされている (Butzlaff & Hooley, 1998)。PC は、回答者が重要な他者から受けていると

認識している批判とその批判の認識による動揺の程度を測定する。同時に、回答者がその重要な他者に対して批判していると認識している程度とそれによる動揺の程度を反映し、回答者とその重要な他者の間の相互関係について評価する (Hooley, Siegle, & Gruber, 2012)。EE の構成要素である CC と PC の違いを述べると、EE は家族から患者に対して向けられている批判的感情を家族からの批判的発言の頻度によって他者が評価する。対して、PC は家族から患者に対して向けられている批判を患者がどのように認識しているかを患者自身が評価する。すなわち、PC は患者自身が家族の患者に対する態度をどのように認識しているかを測定している点で異なり、EE の CC と比較して、患者の認知的特性を強く反映する。本項では、PC は、家族関係を評価する EE からの概念から発展した評価方法であることを示した。第 1 章第 3 節第 2 項では、PC を測定する項目について詳細を示す。

第 2 項 Perceived Criticism Measure

PC を測定する尺度として、Perceived Criticism Measure (PCM : Hooley & Teasdale, 1989) が使用されている。PCM は 4 項目という少ない項目で PC を簡便に測定することができる。項目 1 は“*How critical do you think you are of relative* [あなたは、(家族) をどのくらい批判していると思いますか?] ”であり、回答者の家族に対する批判の認識の程度を測定する。項目 2 は“*How critical do you think (relative) is of you* [(家族) は、あなたに対してどのくらい批判的だと思いますか?] ”であり、回答者が家族から受けていると感じている批判の認識の程度を測定する。項目 3 は“*When (relative) criticizes you, how upset do you get?* [(家族) があなたを批判する時、あなたはどのくらい取り乱しますか?] ”であり、家族からの批判を受けたと認識した際に生じる動揺の程度を測定する。項目 4 は“*When you criticize (relative), how upset does he/she get?* [あなたが (家族) を批判する時、(家族) はどのくらい取り乱しますか?] ”であり、回答者が家族を批判したと認識した際の家族の動揺の程度を測定する。以上の 4 項目の内容から示されるように、PCM は、回答者の批判に焦点を当てた対人関係の認知を反映する。PCM は、回答者の対人関係の認知を反映する性質によって、後述の第 1 章第 3 節 4 項に示されるような、双極性障害の予後の悪化を予測する特徴を持つ。この点が臨床場面での応用に価値が指摘されている (Hooley & Miklowitz, 2017)。次項の第 1 章第 3 節 3 項では、PCM の信頼性と妥当性について示す。

第 3 項 Perceived Criticism Measure の信頼性と妥当性に関する研究

PCM は Hooley & Teasdale (1989) によって初めて報告されていた際には、項目 1 (家族に対する批判の認識) および項目 2 (家族からの批判の認識) から構成される尺度であり、その後項目 3 (家族からの批判を受けたと認識したことによる動揺) および項目 4 (家族に対する批判による家族の動揺の認識) が追加された (White, Strong, & Chambless, 1998) 経緯がある。そのため、PCM の信頼性と妥当性の研究は、初期の研究から今日に至るまで主に項目 2 (家族からの批判の認識) に関心が集まっている (Chambless & Blake, 2009;

Renshaw, 2008)。その結果として、PCM の信頼性と妥当性については、項目 2（家族からの批判の認識）を中心に検討が進んでいる。PCM の信頼性は、再検査信頼性の観点から検討されてきた。先行研究によって再検査を行うまでの期間には幅がある。例えば、Chambless, Bryan, Aiken, Steketee, & Hooley (2001) は、2 週間の間隔で調査を行い、再検査信頼性が十分に高いことを見出している ($r = .75$)。また、Hooley & Teasdale (1989) は、約 4 週間の間隔で調査を行い、再検査信頼性が十分に高いことを報告している ($r = .75$)。

PCM の妥当性については、抑うつ症状、機能障害、ソーシャルサポート、および重要な他者との関係に関する満足感などとの関連性が検討されてきた。PCM の項目 2（家族からの批判の認識）の得点が高いほど、すなわち他者からの批判を受けていると認識している人ほど、抑うつ症状が顕著であることが報告されている (Renshaw, 2008)。しかし、その関連性の強さは非常に弱いものである ($r = -.15 \sim -.02$)。

また、生活機能についても、PCM の項目 2（家族からの批判の認識）の得点が高いほど、すなわち他者からの批判を受けていると認識する人ほど、生活機能が不良であることが知られている。例えば、Chambless et al. (2001) は、重要な他者からの批判を受けていると認識している人ほど、Global Assessment of Functioning (GAF) によって測定される生活機能尺度の得点が低いことを示した ($r = -.18$)。Riso, Klein, Anderson, Ouimette, & Lizardi (1996) も同様に、他者からの批判を受けていると認識している人ほど自己報告式の質問紙で測定される生活機能尺度の得点が低いことを報告している ($r = -.10$)。また、PCM はソーシャルサポートとある程度の関連性を有することが知られている。Kwon, Lee, Lee, & Bifulco (2006) は、配偶者から批判を受けていると認識している人ほど、その配偶者からソーシャルサポートを受けていないと感じていることを報告している ($r = -.52$)。さらに、PCM の項目 2（家族からの批判の認識）は重要な他者との関係性の満足感を低下させることが知られている。親族からの批判を受けるほど、その親族との関係に満足していないことが報告されている (Chambless & Steketee, 2006; Fals-Stewart, Farrell, & Hooley, 2001; Riso et al., 1996)。その関連性の強さは、弱いから中程度 ($r = .33 \sim .61$) であることが報告されている。

残念なことに、これまで、PCM の研究は欧米を中心に行われてきているため、わが国を含むそれ以外の地域では非常に研究が少ない。そのため、わが国において、PC に関する研究を進めるには、まず、PCM 日本語版の開発が不可欠である。

第 4 項 双極性障害と Perceived Criticism

双極性障害患者は生活機能に困難が生じる場合が多い (Thomas, 2004)。その、生活機能障害の中でも、特に、対人関係における機能障害が患者の症状の増悪や再入院の確率を高めることが指摘されている (Renshaw, 2008)。例えば、Lam et al. (2003) では、双極性障害患者と心理療法を受けた双極性障害患者を対象に MRC Social Performance Schedule (Hurry, Sturt, Bebbington, & Tennant, 1983) を用いて、双極性障害患者における、生活機能

の調査を行った。その結果、双極性障害患者の生活機能のうち、家族や恋人などとの親密な対人関係の障害が大きいことが報告された。したがって、家族や恋人などの重要な他者との関係における機能障害が双極性障害の症状を増悪させていることが予測される。これらのことから、双極性障害患者では、その家族関係を改善していくことが重要であると考えられる（成瀬・井上・中川，2017）。また、双極性障害患者の家族関係に焦点を当てた、治療や研究も広く行われてきた（Butzlaff & Hooley, 1998 ; Miklowitz et al., 1988 ; Miklowitz et al., 2003; Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto, & Sachs, 2005; O'Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson, & O'Brien, 1991; Rea, Tompson, Miklowitz, Goldstein, Hwang, & Mintz, 2003）。

中でも、双極性障害の症状と PC がどのように関連しているか検討した研究も少ないながらもいくつか存在する。例えば、Yan, Hammen & Cohen（2004）は、親族から受けたと認識する批判の程度が強い双極性障害患者とそうでない患者との間で再発率を比較している。この研究では、47 名の双極性障害患者とその同居家族の PC を測定した。その結果、PC は患者の抑うつエピソードの再発を有意に予測しなかったが、1 年後の躁病エピソードを予測する傾向を報告した。また、PC が高い者と低い者を比較すると躁病エピソードの再発率が 5 倍高いことが示された。また、Miklowitz et al.（2005）は、ベースラインとその 1 年後の 2 回にわたり調査を行い、PC と抑うつ症状、躁症状がどのように関連しているかを検討した。その結果、ベースライン時では、家族から批判を受けたと認識した際の動揺が強い人ほど、抑うつ症状が強いことを報告している。また、家族から受ける批判の認識による動揺が強いほど人ほど、1 年の間に抑うつ症状の増悪が顕著であることが示された。これらの知見は、PC、患者自身が感じている家族からの批判による動揺と患者の批判によって家族が感じている動揺の程度が双極性障害の抑うつ症状および躁症状を強めていることを示している。その後、PC に関連する要因をレビューした Renshaw（2008）は先行研究の結果が一貫していないことを指摘している。

以上のことから、PC が双極性障害の症状を増悪していることが考えられるが、先行研究の結果は一貫しておらず、また、アジアにおいての報告は非常に少ない（加藤，2012）。さらに、日本では、PC と双極性障害の症状の増悪および再発がどのように関連しているかは明らかではない。したがって、PC がわが国の双極性障害患者においても症状の増悪もしくは再発に関連しているか検討することが必要である。

本項では、双極性障害と PC に関する先行研究の詳細を紹介し、その知見に不一致がある点、アジアでの報告が少なく文化的差異を視野に入れた研究が必要である点を指摘した。次項第 1 章第 3 節 5 項では、PC を高める要因について検討する。

第 5 項 Perceived Criticism と非機能的態度

第 1 章第 3 節 4 項では、PC と双極性障害の症状に関する研究を示した。一方、PC を高める要因の検討は進んでいないのが現状である。

患者の家族が双極性障害患者に批判を抱く原因の一つとして、家族が、双極性障害患者

の症状として現れる行動や機能障害を患者のパーソナリティの問題として捉えがちなためであることが考えられる (Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012; 加藤, 2012)。このような問題は、患者と家族の関係は双方向的であるという立場で考えると理解しやすいという点を Miklowitz (2008) が指摘している。すなわち、患者の家族は、①基本的に双極性障害患者を援助しようと双極性障害患者に対してかかわりをもつが、②抑うつ症状や躁症状によって患者と家族の間の明瞭なコミュニケーション不足したり、患者から家族に対する感情表現が強まることによって、③家族の患者に対する感情表現が強まる。その結果、④患者のストレスが強まり、ストレスの増加に伴って患者の症状が増悪し、⑤益々患者の感情的な表現が強くなる、⑥このパターンを通して家族が現在生じている状況は、患者個人のパーソナリティとして考えるようになるという悪循環が生じるということである。

このような、患者と家族の悪循環に影響する要因として、双極性障害患者が有する非機能的態度が挙げられる。非機能的態度とはストレス脆弱性に対する認知行動療法のモデルを基に作成された信念や考え方である (Reiser & Thompson, 2005 岡本訳, 2011)。非機能的態度は、Dysfunctional Attitude Scale (DAS-24; Weissman, 1979) を用いて測定する (Reiser & Thompson, 2005 岡本訳, 2011; Scott, Stanton, Garland, & Ferrier, 2000; Lam, Wright, & Smit, 2004)。Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington, & Gyulai (2002) は、双極性障害の抑うつエピソードあるいは躁エピソードの形成に認知的要因が中核的な役割をはたすとし、患者の認識、情報処理、信念、判断の歪みなどの非機能的態度に注目した。また、Newman et al. (2002) の治療モデルによると、躁病エピソードに関わる非機能的態度とは、(1) 適応不良の認識、(2) 過剰にポジティブな思考や信念、(3) 衝動性や向う見ずな姿勢、(4) 思考の解体や転動性であるとされる。また、抑うつエピソードに関わる非機能的態度は、(1) 非適応的な認知、(2) 絶望感、(3) 自殺念慮、(4) コントロール感である。また、Lam et al. (2004) は「私は常に幸福であるべきである」や「人は自分に起きることをコントロールできなければならない」などの目標達成に関する非機能的態度が双極性障害に特徴的であることを示した。さらに気分誘導によってポジティブ気分になっているときに DAS-24 の得点が上昇することも示されている (Wright, Lam, & Strachan, 2005)。しかし、双極性障害患者の抑うつ症状および躁症状と非機能的態度の具体的にどのように関連しているかは明らかにされていない。

双極性障害患者の非機能的態度について検討した Wright et al. (2005) では、双極性障害患者の非機能的態度が強いほど症状が強いことを報告した。DAS-24 の得点が高いことは、極端な努力と、不規則な日常生活につながる可能性があり、それが疾患経過をさらに慢性かつ治療困難にする可能性を含むことが示されている (Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012)。このように、DAS-24 の得点の高さは、気分や生活リズムなど生活を悪化させる要因であることが示されているものの、DAS-24 と PC がどのように関連しているかを検討した研究はない。

本項では、PC を高める要因として非機能的態度が挙げられ、非機能的態度は気分を悪

化させることを示した。しかしながら、PC および非機能的態度と抑うつ症状および躁症状がどのように関連しているかは検討されていない。そこで、本研究では、PC および非機能的態度と抑うつ症状および躁症状がどのように関連しているかを検討し、それらの要因が症状の増悪と関連するかを検討する。

次節の第 1 章第 4 節では、PC および非機能的態度と抑うつ症状および躁症状がどのように関連しているかを検討するために解決すべき問題点について指摘する。

第 4 節 双極性障害の抑うつ症状および躁症状の増悪、Perceived Criticism および非機能的態度の関係性についての先行研究における問題点

第 1 項 Perceived Criticism Measure 日本語版

(1) 日本における Perceived Criticism に関する研究の不足

PCM は、Hooley & Teasdale (1989) によって報告されて以来、欧米を中心に研究されてきた。しかし、欧米と日本では、家族の感情の表出の仕方に文化差があることが報告されている (横山, 2003)。また、EE は重要な他者との間に生じる対人関係のストレス要因であり、精神疾患に罹患する者とその重要な他者との関係性の間で生じるだけでなく、健常者同士の家族においても生じる一般的なストレス要因である。他方で、国によって EE のどの側面が精神疾患に関連しているかに違いがあることも報告されている (上原・後藤, 2004)。したがって、欧米での PC に関する研究の結果をそのまま日本に適用できるかどうかは明らかではない。そのため、日本においても PC を活用していけるか、検討を行う必要があると考えられる。しかしながら、PCM の日本語版は存在しない。したがって、日本において PC の研究を行うためには、PCM を翻訳し海外と同様に使用可能か否かを検討する必要がある。

(2) Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性

PCM は、現在、項目 2 (家族からの批判の認識) とされている質問項目のみの 1 つの項目から、徐々に項目が追加されてゆき 4 項目の尺度へと変遷してきた経緯がある (Renshaw, 2008)。そのため、その信頼性と妥当性は主に項目 2 において検討されてきている。したがって、PCM 日本語版を作成する際、項目 2 (家族からの批判の認識) に関しては先行研究に基づき、先行研究と同程度の信頼性と妥当性を有することが必要である。さらに、項目 1 (家族に対する批判の認識)、項目 3 (家族からの批判を受けたと認識した際の動揺)、項目 4 (家族に対する批判による家族の動揺の認識) については信頼性と妥当性が検討されていない。そのため、PCM 日本語版をより有効に使用するために、これらの項目に関して信頼性と妥当性を検討していくことが必要である。

第2項 Perceived Criticism が双極性障害に特徴的な心理的要因であるかの検討

(1) 双極性障害患者と健常者の Perceived Criticism の比較

PCM の得点の高さは、うつ病患者における抑うつ症状の増悪を引き起こし(e.g. Hooley & Teasdale, 1989) や生物学的な指標と PC との関連も報告されている (Hooley, Siegle, & Gruber, 2012)。また、双極性障害に関しては、Miklowitz et al. (1988) が双極性障害と EE の関連を報告して以来、PCM によって評価された情報は臨床活用が期待される。

先行研究では、PC が双極性障害の1年後の抑うつ症状あるいは躁症状を予測することが報告されているにもかかわらず (Miklowitz et al, 2005; Yan et al., 2004) , 実際に PC が双極性障害の診断を持つ人とそうではない人の間で差異があるかは検討されていない。そのため、PCM を用いて、PCM の各項目の得点の高さが双極性障害の診断の有無と関連するかについて検討し、本当に PC の高さが双極性障害に特徴的かを検討する必要がある。

第3項 Perceived Criticism と双極性障害の症状および非機能的態度の関係性

(1) 日本における双極性障害の症状と Perceived Criticism の関係性

Miklowitz et al. (2005) では、PC によって双極性障害の症状が増悪することが示されている。しかし、日本において PC と双極性障害の症状の増悪や再発がどのように関連しているかは検討されておらず、明らかではない。家族関係とその様式には文化差があることが指摘されており (横山, 2003 ; 上原・後藤, 2004), 実際、PC 家族関係に対して言及を控える文化がある地域では、PCM の回答率は著しく低い (Okasha et al., 1994)。また Miklowitz et al. (2005) では、抑うつ症状と躁症状に焦点が当てられてきたが、双極性障害患者に生じやすい社会機能の障害については考慮されていない。したがって、日本における PC と双極性障害の症状がどのように関連しているかを明らかにする際には機能障害にも焦点を当てる必要がある。

(2) Perceived criticism と非機能的態度と抑うつ症状および躁症状の増悪との関係性

PC が生じる背景には、患者の家族が、双極性障害患者の症状として現れる行動や機能障害を患者のパーソナリティの問題として捉えがちなことが関連している可能性がある。しかしながら、非機能的態度が双極性障害患者において特徴的である点は明らかになっているものの (Lam et al., 2004), 双極性障害患者の抑うつ症状および躁症状と非機能的態度の具体的にどのように関連しているかは明らかにされていない。また、PC が双極性障害の抑うつ症状および躁症状を報告するいくつかの先行研究が存在するものの、先行研究の結果が一貫していないことが指摘されている。そこで、双極性障害患者における PC および非機能的態度が抑うつ症状および躁症状と横断面および縦断面においてどのような関係性かを示す必要がある。

第5節 本論文の目的と意義

第1項 本論文の構成

双極性障害の再発に PC および非機能的態度がどのように影響しているかを明らかにするために、まず、PC を測定するための尺度を整備する必要がある。PC を測定する尺度には Perceived Criticism Measure (PCM; Hooley & Teasdale, 1989) が存在するが日本語版は整備されておらず、その信頼性と妥当性は検討されていない。したがって第2章では、PCM の翻訳およびその信頼性と妥当性を検討し、日本において使用可能となるように整備する(研究1)。次に、双極性障害患者と一般健常者の PC の差異を検討するため、第3章では双極性障害患者と一般健常者の PCM の得点を比較しその差異を明らかにする。同時に、PC の高さが双極性障害の診断に対しどのような相関関係があるかを検討し、PC の高さが双極性障害の診断に与えるリスクを明らかにする(研究2)。

研究3では、PC および非機能的態度と双極性障害の症状(抑うつ症状、躁症状、機能障害)がどのように関連するかを横断的、縦断研究に明らかにする。

なお、本研究の構成は Figure1-1 に示す。

第2項 本論文の意義

家族関係を測定するためには多くの時間とトレーニングが必要であり、測定者においても被測定者においても負担が大きく、簡便な測定は困難であった。研究1を通して、家族関係を簡便に測定することが可能となる。これにより、日本の短い診療時間の中でも家族関係に困難を抱える双極性障害患者をスクリーニングすることが可能となり、早期に治療方針に家族関係を考慮に入れることができるようになる。

また、研究2によって、双極性障害患者と一般健常者の PCM の得点を比較しその差異を明らかにすることで、PC が双極性障害に特徴的であることを示すことができる。このことによって、ある双極性患者が特別に家族関係に困難を抱えているのではなく、双極性障害に罹患する患者の多くは家族関係に困難を抱えやすいことを実証することができる。この情報は、心理療法の際の疾患教育のひとつとして活用できる基礎的な知見となる。さらに、研究3によって、双極性障害患者の PC と非機能的態度、抑うつ症状、躁症状および機能障害の横断的な関連と PC と非機能的態度が抑うつ症状、躁症状および機能障害に与える影響が示されることで、先に示された双極性障害に特徴的な家族関係の困難さが抑うつ症状および躁症状また、機能障害と具体的にどのように関係しているかを示し、双極性障害患者の一時点での対人関係の認識と非機能的態度が長期的にどのように悪循環を生じさせるかを示すことができる。このように、双極性障害患者を取り巻く悪循環の作用機序の一部が明らかになることで、患者家族の疾患理解を促進する一助となり、家族構成員内での批判的な関係性が緩和されることにつながると考えられる。

**第 1 章 双極性障害の抑うつ症状および躁症状の増悪と Perceived Criticism,
非機能的態度の関係性についての研究動向およびその課題と本論文の目的**

- ① Perceived Criticism を測定する尺度がない。→研究 1 で検討
- ② Perceived Criticism のどの項目が双極性障害を予測するかは明らかでない
→研究 2 で検討
- ③ Perceived Criticism と非機能的態度が双極性障害の症状と横断的・縦断的に
どのような関係性かは明らかではない→研究 3 で検討

第 2 章 Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性の検討（研究 1）

第 3 章 双極性障害患者と健常者における Perceived Criticism の比較（研究 2）

**第 4 章 双極性障害患者の Perceived Criticism と非機能的態度が 6 か月後の
抑うつ症状および躁症状に与える影響（研究 3）**

第 5 章 総合考察

Figure1-1 本論文の構成

第2章 Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性の検討（研究1）¹

第1節 問題と目的

PC が双極性障害の再発に関連するかを検討するにあたり、PC を測定するツールが必要である。PC は、Perceived Criticism Measure (PCM; Hooley & Teasdale, 1989) によって測定される。PCM は全 4 項目であり、重要な他者から受ける批判の認識（項目 2）、重要な他者から批判されたと認識したことに伴う動揺（項目 3）、重要な他者に対して批判したという認識（項目 1）、重要な他者に対して批判したことに伴う重要な他者の動揺の認識（項目 4）の 4 つの側面がある。PCM の信頼性と妥当性については、4 つの項目のすべてが検討されているわけではなく、項目 2 の信頼性と妥当性の検討が行われている。項目 2 は、これまでの先行研究により、その信頼性と妥当性の高さが検討されてきた。Hooley & Teasdale (1989) によれば、PCM の再検査信頼性は Pearson の積率相関係数において $r = .75$ という値が報告されており十分な再検査信頼性が示されている。そのため、同程度の値が認められれば、PCM 日本語版の再検査信頼性が原版と同程度であると考えられる。同様に、妥当性については、PC と情緒的サポートとの間には中程度の負の相関 ($r = -.52$) が認められている (Kwon et al., 2006)。同様に複数の先行研究によって、PC と夫婦満足度との間には中程度の負の相関 ($r = -.33 \sim -.61$) が認められている (Chambless & Steketee, 2006; Fals-Stewart et al., 2001; Hooley & Teasdale, 1989; Riso et al., 1996)。以上のことから、PC が高い人ほど、情緒的サポートおよび重要な他者に対する満足度を低く見積もることが明らかになっている。

第2章では、まず PCM 日本語版を翻訳し、その信頼性と妥当性を検証する。信頼性においては再検査信頼性を検討し、妥当性においては構成概念妥当性を検討することを目的とする。構成概念妥当性は、Kwon et al. (2006) と Renshaw (2008) を踏まえて、情緒的サポートおよび重要な他者との関係に関する満足感という 2 つの要因を取り上げる。上述のように、先行研究では項目 2 の信頼性と妥当性のみ示されていることから、信頼性と妥当性の検証は項目 2 のみで行い、項目 1、項目 3 および項目 4 は情緒的サポートおよび重要な他者との関係に関する満足感がどのように関連するか、ピアソンの積率相関係数の報告に留める。

第2節 方法

1. 調査協力者

2013 年 6 月から 2013 年 12 月にかけて、既婚者 147 組 294 名の夫婦に対して、調査用紙を配布し、返信のあった 121 名を調査協力者とした。20 歳未満の者、65 歳以上の者、精神疾患を罹患している者と、記入漏れや記入ミスあった者を除く、99 名（男性 49 名、女性

¹ 第2章で実施した研究の一部は、認知療法研究に掲載されている。
成瀬 麻夕・堀内 聡・坂野雄二 (2017). Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性の検討 認知療法研究, 10 (1), 39-44.

50 名, 平均年齢 45.15 歳, 標準偏差 12.37) を分析対象とした。また, 調査の約 4 週間後に, このうちの 64 名 (男性 32 名, 女性 32 名, 平均年齢 47.84 歳 ± 12.13) から再び回答を得た。

2. 調査材料

(a) デモグラフィックデータ

年齢, 雇用形態, 性別, 婚姻状況に関しての回答を求めた。

(b) Perceived Criticism Measure 日本語版

PCM (Hooley & Teasdale, 1989) は, 4 項目から構成される評価項目である。項目 1 から項目 4 のそれぞれの項目について, 1 から 10 までの 10 段階で評価する。PCM の翻訳は, 原著者から翻訳の許可を得た上で日本語に翻訳し, ネイティブスピーカーによるバックトランスレーションを行った。原著者の協力を得て, 翻訳によって原文と意味が変わっていないことを確認した。

(c) 情緒的支援ネットワーク認知尺度 (宗像・仲尾・藤田・諏訪, 1986)

情緒的支援ネットワーク認知尺度は, 回答者が情動的サポートを知覚しているかを測定するために用いられる自記式の質問紙である。例えば, “会うと心が落ち着き安心できる人”, “あなたの行動や考えに賛成し, 支持してくれる人” などの項目が含まれる。情緒的なサポートをする人物に関して 10 項目 2 件法 (0, 1 点) で回答し, 得点可能範囲は 0 点から 10 点である。得点が高いほど, 情緒的サポートを提供している人が多いことを指す。宗像ら (1986) によって尺度の信頼性が十分に高いことが確認されている。

(d) 夫婦関係満足感尺度 (諸井, 1996)

夫婦関係満足感尺度は, 夫婦関係の満足度を測定する自記式の質問紙である。夫婦関係満足感尺度は, 6 項目 4 件法 (1: ほとんどあてはまらない ~ 4: かなりあてはまる) で構成されている。項目例としては, “私たちは申し分のない結婚生活を送っている”, “私は, 夫婦関係のあらゆるものを思い浮かべると, 幸福だと思う” がある。諸井 (1996) によって, 尺度の信頼性と妥当性が十分に高いことが確認されている。

3. 調査手続き

2013 年 6 月から 12 月にかけて, 以下のように調査を実施した。調査協力者を通じて, 調査の手続と目的を説明した上で 147 組 294 名の夫婦が調査への参加に同意した。この 147 組の夫婦に対して, 1 人につき 2 部 (夫婦で 4 部) を郵送にて配布した。そのうちの 1 部は記入後, もう 1 部は記入から 4 週間後に郵送にて返信を求めた。

4. 統計解析

PCM 日本語版の再検査信頼性を検討するために, 初回の回答と 2 回目の回答間の一致度を検討した。相関係数は Pearson の積率相関係数 (r) および級内相関係数 (ICC) を算出した。また, 構成概念妥当性を検討するために, PCM の各項目と情動的サポートお

よび夫婦関係満足感との相関係数を算出した。

5. 倫理的配慮

本研究は、北海道医療大学心理科学部倫理委員会の承認のもと実施された（承認番号第7号）。調査目的、調査への協力／非協力の自由、協力意思および書面の撤回可能性、個人情報保護などについて書面および口頭で説明し、同意を得られた者に対して質問用紙を配布し、返信をもって同意を得られたものとした。

第3節 結果

1. 再検査信頼性

本研究の参加者の属性を Table2-1 に示す。また、日本語版の再検査信頼性を検討するため、積率相関係数および級内相関係数を算出した。Hooley & Teasdale (1989) はピアソンの積率相関係数において $r = .75$ という値を得ている。そのため、同程度の値が認められれば、PCM 日本語版の各項目の再検査信頼性が原版と同程度であると考えることができる。相関分析の結果、項目1は $r = .79$ ($p < .01$)、級内相関係数は.88 (95%信頼区間 .80-.92)、項目2は $r = .73$ ($p < .01$)、級内相関係数は.84 (95%信頼区間 .74-.90)、項目3は $r = .76$ ($p < .01$)、級内相関係数は.86 (95%信頼区間 .77-.91)、項目4は $r = .54$ ($p < .01$)、級内相関係数は.70 (95%信頼区間 .51-.82) という値が認められた。

2. 構成概念妥当性

PCM 日本語版の各項目の得点と情緒的サポートおよび夫婦満足度との相関係数を算出した。相関分析の結果と各変数の記述統計量を Table2-2 に示す。項目1および項目2は、情緒的サポート（項目1: $r = -.40, p < .01$; 項目2: $r = -.44, p < .01$ ）および夫婦満足度（項目1: $r = -.48, p < .01$; 項目2: $r = -.45, p < .01$ ）との間にそれぞれ中程度の負の相関を示した。他方で、項目3は、情緒的サポートとの間に弱い負の相関を示し ($r = -.26, p < .05$)、夫婦満足度との間には有意な相関が示されなかった ($r = -.19, n.s.$)。同様に項目4は情緒的サポートとの間に弱い負の相関を示し ($r = -.33, p < .05$)、夫婦満足度との間に弱い負の相関を示した ($r = -.22, p < .05$)。

Table 2-1 参加者の特徴

		N=99(%)
女性		50.5
年齢(歳)	平均(標準偏差)	45.10(±12.37)
	年齢範囲	24-64
生活状況	配偶者と同居	91.2
	配偶者と別居	6.6
	その他	2.2
雇用状況	正規雇用	60.6
	非正規雇用	11.1
	主婦(夫)	15.2
	退職	2.0
	無職	3.0
	その他(自営業など)	8.1

Table 2-2 各変数間の相関（Pearson の積率相関係数（ r ））と記述統計量

	1	2	3	4	5	6
PCM						
1 項目1 （回答者から重要な他者への批判）	—	.55**	.43**	.35**	-.40**	-.48**
2 項目2 （重要な他者からの批判の認識）		—	.44**	.46**	-.44**	-.45**
3 項目3 （項目2に伴う動揺）			—	.26*	-.26*	-.19
4 項目4 （項目1に伴う重要な他者の動揺）				—	-.33**	-.22*
5 情緒的ソーシャルサポート					—	.64**
6 夫婦満足度						—
平均値（標準偏差）	3.38(2.25)	3.37(2.04)	3.77(2.52)	3.75(2.31)	8.46(2.69)	19.09(3.38)
得点範囲	1-10	1-10	1-10	1-10	0-10	10-24

注) PCM = Perceived Criticism Measure

* $p < .05$, ** $p < .01$

第4節 考 察

まず、本章では、PCM 日本語版の信頼性と妥当性を検討した。その結果、PCM 日本語版の項目2の初回の回答と2回目の回答の間には、 $r = .73$ ($p < .01$)と中程度の正の相関が認められた。これらの値は、先行研究と概ね同程度 ($r = .75$)であった。したがって、PCM 日本語版の項目2は、原版と同程度の再検査信頼性を有する評価項目であることが示された。さらに、本研究では級内相関係数を算出し、その値も $ICC = .84$ (95%信頼区間.80-.92)と高い値を示したことから、PCMの項目2が高い再検査信頼性を持つことをさらに堅固に示したといえる。

次に、PCM 日本語版の項目2の構成概念妥当性として、情緒的サポートおよび夫婦満足度との関連を検討した。その結果、PCと情緒的サポートおよび夫婦満足度との間に、中程度の負の相関が認められた。この結果は、Kwon et al. (2006)の研究と同程度であった。以上から、PCM 日本語版の項目2の構成概念妥当性は原版と同程度であることが示された。すなわち、PCM 日本語版の項目2はPCを評価するための評価項目として日本においても海外と同様に使用可能であることが示された。また、項目1では、項目2と類似する再検査信頼性および構成概念妥当性が示された。White et al. (1998)は項目1と項目2の相関係数が $r = .39 \sim .43$ あることを報告していることから、項目1は項目2と類似する再検査信頼性および構成概念妥当性を示した。したがって、本章で示された、項目1の再検査信頼性および構成概念妥当性は先行研究と比較しても妥当な結果であると考えられる。次に、項目3および項目4に関しては先行研究が存在せず、本章が初めての報告となる。項目3の再検査信頼性は項目1および項目2と類似する値であり十分な再検査信頼性が示されたと考えられる。一方、構成概念妥当性は他の項目と同様に負の相関が認められるものの、係数値が小さく、夫婦関係満足度に関しては有意な値は示さなかった。このことから項目3は時間的な安定性を有するが、項目1および項目2とは異なる性質を持つと考えられる。さらに項目4は、再検査信頼性の係数値が他の全ての項目よりも低く、他の項目よりも時間的な安定性が低いことが示された。他方で構成概念妥当性は項目3と類似する値であり、項目3と項目4が類似する性質を持つ可能性が考えられる。

本章により PCM 日本語版の信頼性と妥当性が検討されたことによって、今後は日本においても PC と精神疾患の再発や経過がどのように関連しているかについて実証的に研究することが可能になった。このように PC に関する知見を蓄積していくことで、回答者とその家族の間の批判的な態度や関係性を改善していくための心理学的要因を明らかにし、批判的な家族関係が個人に与える影響を客観的に示していくことができる。

最後に本章の今後の課題を述べる。本研究では PCM 日本語版の翻訳を行い、PCM 日本語版の PC を評価する評価項目としての信頼性と妥当性を検討した。その結果、PCM 日本語版の項目2に関して原版と同程度の信頼性と妥当性を有することが示された。本章によって、日本における PCM 日本語版目の信頼性と妥当性を検討することができたことから、次章の研究2では、PCM 日本語版を利用して PC が双極性障害に特徴的か否かを検討する。

第3章 双極性障害患者と健常者における Perceived Criticism の比較(研究 2)²

第1節 問題と目的

第2章でPCの評価項目が整備されたことで、日本におけるPCの実証研究が可能となった。そこで第1章で指摘した、精神疾患罹患患者でPCが経過に対し悪影響がある点が指摘されているが、健常人との差異については検討されていない点および、双極性障害患者に特徴的な項目を検討することが本章の目的である。

PCMの得点の高さは、うつ病患者における抑うつ症状の増悪を引き起こすことや (e.g. Hooley & Teasdale, 1989), 生物学的な指標とPCとの関連も報告されている (Hooley, Siegle, & Gruber, 2012)。

双極性障害に関しては、Miklowitz et al. (1988) が双極性障害とEEの関連を報告して以来、行動的家族マネジメントや家族心理教育の有用性を報告し、その支援方法はマニュアル化され臨床的に活用されている (Miklowitz, 2008)。このように、PCMは家族関係の一側面を実証することを可能とする有用なツールであり、PCMによって評価された情報は臨床活用が期待される。

PCの4つの側面の中でも、重要な他者から批判されているという認識 (PCMの項目2) は、様々な精神疾患の症状や症状の再発に影響を与えることが知られている。例えば、うつ病、強迫性障害、広場恐怖を伴うパニック障害、および物質乱用と診断された患者において、重要な他者から批判されているという認識が各疾患の症状および症状の再発を予測することが明らかになっている (Renshaw, 2008)。一方、重要な他者との対人関係に支障をきたすことが多い双極性障害に関しては、重要な他者から批判されているという認識だけでなく、重要な他者から批判されたことに伴う動揺の認識 (PCMの項目3) を含めて、双極性障害の症状とどのような関連があるかについて検討する研究が進められている。例えば、Miklowitz et al. (2005) の研究によると、重要な他者から批判されたと認識することに伴う動揺が強い双極性障害患者ほど、同一測定時点での抑うつ症状が強いことが明らかになっている。また、重要な他者から批判されたと認識することに伴う動揺の強さが1年後の抑うつ症状と躁症状を予測することが明らかになっている。さらにYan et al. (2004) は、重要な他者から批判されたと認識が1年後の躁症状を予測する傾向を報告した (有意傾向: $p < .07$)。これらのことから、双極性障害の症状を予測するPCの側面は重要な他者から批判されたと認識することに伴う動揺であるといえる。重要な他者から批判されたと認識も双極性障害の症状を予測する可能性はある。一方、上述のように重要な他者から批判されたと認識することに伴う動揺が双極性障害の1年後の抑うつ症状あるいは躁症状を予測することが報告されているにもかかわらず (Miklowitz et al., 2005; Yan et al., 2004), 実際にPCが双極性障害の診断を持つ人とそうではない人の間で差異があるかは

² 第3章で実施した研究は、精神科診断学に掲載されている。

成瀬 麻夕・高江洲 義和・井上 猛・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2017). 双極性障害と Perceived Criticism の関連 精神科診断学, 10(1), 44-54.

検討されていない。そのため、本章ではまず、PCM を用いて双極性障害患者と健常者の PC の差異を実証的に検討し、その上で、PC の全ての側面を考慮し、PCM の各項目の得点の高さが双極性障害の診断の有無と関連するかについて多変量解析を用いて検討することを目的とする。第 3 章によって、PC が高いほど双極性障害の診断を持つ確率が高くなるかが明らかになることで、双極性障害の診断を持つ者に特徴的な心理学的特性の中でも特に対人関係の側面の理解を深めることができる。

第 2 節 方法

1. 調査協力者

(a) 一般健常者

研究参加に同意が得られた、一般健常者を対象とした。対象者には研究に関する説明書と質問用紙を縁故法にて配布し、同意が得られた者のみ郵送法にて回収した。なお、第 3 章の一般健常者における参加者は、第 2 章の研究で収集されたデータのうち、包含基準、除外基準を満たした者の年齢、性別、PCM の得点を使用した。

包含基準

対象となった調査協力者の中で、20 歳から 75 歳の者を調査協力者として包含した。

除外基準

対象となった調査協力者の中で、精神疾患に罹患している者、回答に不備がある者を除外した。

(b) 双極性障害患者

首都圏の医療機関受診者のうち、精神科あるいは心療内科を受診し、DSM-5 に基づく医師の診察により、双極性障害と診断された患者を調査の対象とした。また、診察時に質問用紙表紙に従って医師あるいは医師の監督のもとで心理士が説明を行い、研究に対する同意が得られた者を調査協力者とした。同意を得る際には同意書に署名を求めた。

包含基準

対象となった調査協力者の中で、20 歳から 75 歳の者を調査協力者として包含した。

除外基準

対象となった調査協力者の中で、医師が急性期であると判断した者、アルコールまたは薬物依存に罹患する者、認知症の診断をうけている者を除外した。

2. 調査材料

(a) デモグラフィックデータ

年齢、性別、同居家族に関しての回答を求めた。

(b) Perceived Criticism Measure (PCM) 日本語版

PCM (Hooley & Teasdale, 1989) は、4 項目から構成される評価項目である。項目 1 から項目 4 のそれぞれの項目について、1 から 10 までの 10 段階で評価する。PCM 日本語版の

信頼性と妥当性は、本論文の第2章によって確認され、原版と同程度の再検査信頼性と構成概念妥当性が確認された。

(c) Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) 日本語版

MADRS は Åsberg et al. (1978) により開発された、回答者のうつ状態を 10 項目の評価項目で測定する観察者評価尺度である。MADRS の日本語版は、上島 (2003) によって翻訳された。評価者は、評価の定められた尺度の段階 (0, 2, 4, 6) か、それともそれらの中間 (1, 3, 5) に当てはまるかを判断する。13 点以上が軽症と判断され 35 点以上を重症と判断する。ただし、第1章第1節第1項にて述べた通り、研究場面で MADRS を使用する際は 10 点までを寛解とする。Takahashi, Tomita, Higuchi, & Inada (2004) によって尺度の信頼性が十分に高いことが確認されている。

(d) Young Mania Rating Scale 日本語版 (YMRS)

Young et al. (1978) によって開発された、回答者の躁病エピソードを 11 項目の評価項目で測定する臨床評価尺度である。長沼 (1999) によって翻訳された、11 項目のうち、易怒性、会話、思考内容、破壊的-攻撃的行為の 4 項目については、重みづけがされており 0～8 点の 5 段階で評価がされるが、残りの 7 項目については 0～4 点の 1 点刻みの 5 段階で評価される。総得点の範囲は 0～60 点であるが 7 点以上を躁病エピソードありと判断する。ただし、第1章第1節第1項にて述べた通り、研究場面で YMARS を使用する際は 7 点までを寛解とする。稲田・樋口・上島・磯野・山田・岩波・中川・岡崎・長沼 (2002) によって尺度の信頼性が十分に高いことが確認されている。

3. 手続き

(a) 一般健常者

2013 年 6 月から 12 月にかけて、以下のように調査を実施した。縁故法を用いて、調査の手續と目的を説明した上で 294 名の一般健常者に対して調査用紙を配布した。返信があった 121 名を調査協力者とした (回収率 41.2%)。このうち、回答に不備のあった 3 名、精神疾患に罹患する 7 名、76 歳以上の 6 名を除く、105 名を分析対象とした。

(b) 双極性障害患者

協力の得られた首都圏に位置する医療機関に通院し、かつ DSM-5 に基づく医師の診断により双極性障害の診断を受けている患者に対して、調査の手續きと目的を十分に説明し、その上で同意を得られた双極性障害患者 55 名を調査協力者とした。このうち、回答に不備のあった 7 名、76 歳以上の 2 名を除く、46 名を分析対象とした。調査についての説明は診察時あるいは診察の前後に、医師あるいは医師の監督のもと心理士が行った。なお、インフォームドコンセントは書面を用いて行い、同意の確認として書面に署名の記入を求めた。その後、自記式の質問用紙に回答を求めた。

4. 統計解析

- (a) 対象となった一般健常者群と双極性障害患者群の年齢と性別の差を検討するため、年齢の比較には群（一般健常群、双極性障害群）を独立変数、年齢を従属変数とした t 検定、群による性別の比較には χ^2 検定を実施した。
- (b) 一般健常者と双極性障害患者における PCM の各項目の得点を比較するために、独立変数を群（一般健常群、双極性障害群）、PCM の各項目を従属変数とした t 検定を実施した。
- (c) PCM の各項目の得点がそれぞれ双極性障害の診断を予測するか否かを検討するため、PCM の各項目を独立変数、群を従属変数とした、変数増加法（Wald）を用いた多重ロジスティック回帰分析を実施した。また、PCM の各項目は、中央値に基づく 2 分割の順序データに変換したうえで投入された。なお、a) の検定において、デモグラフィックデータに有意な差が認められた場合、有意差が認められた変数の影響を統制するため、Step1 でデモグラフィックデータを投入し、Step2 で PCM の各項目を投入した。

5. 倫理的配慮

本調査は、調査目的、調査への協力／非協力の自由、協力意思および書面の撤回可能性、個人情報の保護などについて書面によるインフォームドコンセントが得られた者に回答を求めた。なお、本研究は、北海道医療大学心理学部倫理委員会（承認番号第 7 号、第 29 号）および東京医科大学医学倫理委員会（受付番号 2981）の承認のもと実施された。

6. 本研究の仮説

- (a) 双極性障害患者の PCM の各項目の得点は、健常者と比較して統計的に有意に高い。
- (b) PCM の“重要な他者から批判されているという認識（項目 2）”および“重要な他者から批判されたと認識することに伴う動揺（項目 3）”を測定する項目の得点が高いほど双極性障害の診断を持つ確率が高くなる。

第 3 節 結果

1. 一般健常者と双極性障害患者の得点の比較

Table 3-1, Table 3-2, Table 3-3 に人口統計学的データ、 t 検定と χ^2 検定の結果および相関分析の結果を示す。

χ^2 検定により本研究の健常者と双極性障害患者の雇用の形態の割合の差を検定したところ、正規雇用の人数は健常者で有意に多かった（ $\chi^2 = 27.1, p < .01$ ）。また、健常者は全て既婚者でありその人数は双極性障害患者と比較して有意に多かった（ $\chi^2 = 57.8, p < .01$ ）。そのため、PCM の回答において想定される重要な他者は全て配偶者であった。また、健常

Table 3-1 参加者の特徴

		健常群 N=105 (%)	双極性障害群 N=46 (%)	χ^2 値
雇用状況	正規雇用	59.0	34.8	27.1**
	非正規雇用	10.5	28.2	1.5
	その他（退職，主婦（夫），無職）	30.5	52.2	1.1
婚姻状況	既婚	100.0	43.5	57.8**
	未婚（離婚含む）	0.0	56.5	—
同居家族	家族と同居	100.0	78.3	33.8**
	一人暮らし	0.0	19.6	—
	その他（施設入所など）	0.0	2.2	—
精神科通院歴	有り	0.0	—	—
	無し	100.0	—	—
双極性障害の型	双極Ⅰ型障害	—	34.8	—
	双極Ⅱ型障害	—	65.2	—
現在の状態	症状無し	—	80.4	—
	抑うつ症状有り	—	15.2	—
	躁症状有り	—	4.3	—
	抑うつ症状と躁症状双方有り	—	0.0	—

注)

抑うつ症状有り = Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) 日本語版の得点が 11 点以上の者

躁症状有り = Young Mania Rating Scale (YMRS) 日本語版の得点が 8 点以上の者

** $p < .01$

Table 3-2 t 検定と χ^2 検定の結果と各変数の記述統計量

	一般健常群 (105 名)	双極性障害群 (46 名)	t 値あるいは χ^2 値
年齢	47.02 \pm 13.4	41.52 \pm 9.4	2.52* (t)
性別	男性 52 名 : 女性 53 名	男性 20 名 : 女性 26 名	0.33 (χ^2) <i>n.s.</i>
PCM			
項目 1	3.27 \pm 2.20	5.24 \pm 2.78	4.67*** (t)
項目 2	3.39 \pm 2.12	4.65 \pm 2.62	2.88** (t)
項目 3	3.76 \pm 2.60	6.57 \pm 2.75	5.87*** (t)
項目 4	3.69 \pm 2.32	5.28 \pm 2.73	3.46*** (t)
MADRS	—	5.59 \pm 5.55	—
YMRS	—	2.13 \pm 2.59	—

注) データは平均値 \pm 標準偏差あるいは調査参加者数を示す。

PCM = Perceived Criticism Measure 日本語版

MADRS = Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale 日本語版

YMRS = Young Mania Rating Scale 日本語版

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$, *n. s.* = 有意差なし

Table 3-3 Perceived Criticism Measure と抑うつ症状および躁症状の関連
(Spearman の順位相関係数 ρ)

	MADRS	YMRS
PCM		
項目 1 (回答者から重要な他者への批判の認識)	.24	.40**
項目 2 (重要な他者からの批判の認識)	-.01	.30*
項目 3 (項目 2 に伴う動揺)	.28	.25
項目 4 (項目 1 に伴う重要な他者の動揺)	.11	-.00

注) PCM = Perceived Criticism Measure 日本語版

MADRS = Montgomery- Åsberg Depression Rating Scale 日本語版

YMRS= Young Mania Rating Scale 日本語版

* $p < .05$, ** $p < .01$

者は全ていずれかの家族と同居しており、その人数は双極性障害患者と比較して有意に多かった ($\chi^2 = 33.8, p < .01$)。また、双極性障害患者の診断については、双極 I 型障害が 34.8%、双極 II 型障害が 65.2%であった。現在症状がない者が 80.4%、抑うつ症状がある (MADRAS13 点以上の) 者が 15.2%、躁症状がある (YMRS7 点以上の) 者が 4.3%、抑うつ症状および躁症状の双方が認められるものは 0.0%であった。

次に、健常群と双極性障害群の年齢と性別の差を検討した結果、健常群の年齢が高く、有意な差が認められた ($t(149) = 2.52, p < .01$)。そのため、多変量解析では年齢を統制変数として投入した。また、各群の参加者の性別に有意な差は認められなかった ($\chi^2 = .33, df = 1, n.s$)。さらに、健常群と双極性障害群の PCM の各項目の得点を比較した結果、PCM の全ての項目において双極性障害群の得点が高く、その差は統計的に有意であった (項目 1 : $t(149) = 4.67, p < .001$; 項目 2 : $t(72) = 2.88, p < .01$; 項目 3 : $t(82) = 5.87, p < .001$; 項目 4 : $t(75) = 3.46, p < .001$)。さらに、相関分析の結果、本研究に参加した双極性障害患者の抑うつ症状は PC と関連しておらず、躁症状は重要な他者に対する批判の認識 (項目 1)、および重要な他者から批判されているという認識 (項目 2) との間に有意な正の相関を示した (Table 3-3)。

2. 多重ロジスティック回帰分析の結果

t 検定の結果から、年齢に有意差が確認されたため、独立変数を年齢、PCM の 4 項目、従属変数を群 (健常群、双極性障害群) として、変数増加法 (Wald) による階層的な多重ロジスティック回帰分析を実施した。分析の Step1 で年齢を投入し、Step2 で順序データに変換された PCM の 4 項目を投入した。階層的な多重ロジスティック回帰分析の結果を Table 3-4 に示す。その結果、Step2 において、PCM の項目 2 および項目 3 が抽出された。さらに、PCM の項目 2 および項目 3 の得点は双極性障害の診断に有意に関連することが示された (項目 2 : $B = 0.88, p = 0.04$, オッズ比 = 2.41, 95%信頼区間 1.04 - 5.60 ; 項目 3 : $B = 1.85, p < .001$, オッズ比 = 6.43, 95%信頼区間 2.59-16.00)。本研究における階層的な多重ロジスティック回帰分析のモデルの適合度は有意であり (Nagelkerke の R^2 値 = .33, $p < .001$)、Hosmer & Lemeshow の検定においても帰無仮説「回帰式はよく適合している」が棄却されなかった ($\chi^2 = 12.46, df = 8, p = 0.132$)。また、本モデルの、感度は 59%、特異度は 83%、陽性的中率は 60%、陰性的中率は 82%、的中精度は 76%、 $AUC = 0.80$ であった (Figure 3-1)。

上述の多重ロジスティック回帰分析の結果にもとづいて、PCM の項目 2 が 4 点以上の場合あるいは PCM の項目 3 が 5 点以上の場合を陽性とし、その陽性因子数 (範囲 : 0, 1, 2) と双極性障害の診断の関連を ROC 解析によって検討したところ、陽性因子数が 1 つ以上の場合の感度は 91.0%、特異度は 51.4%、陽性的中率は 45.2%、陰性的中率は 93.1%、的中精度は 63.6%、 $AUC = 0.69$ であった。陽性因子数が 2 つ以上の場合の感度は 56.5%、特異度は 81.0%、陽性的中率は 56.5%、陰性的中率は 81.0%、的中精度は 73.5%、 $AUC = 0.71$ であった (Figure 3-2)。

Table 3-4 双極性障害の診断の有無に関連する要因の多重ロジスティック回帰分析の結果

変数	B	標準誤差	Wald	<i>p</i>	オッズ比	95%信頼区間
年齢	-0.04	.02	4.38	.04	0.96	0.93 - 1.00
PCM						
項目 2	0.88	.43	4.22	.04	2.41	1.04 - 5.60
項目 3	1.86	.47	16.01	.00	6.43	2.59 - 16.00

注) PCM = Perceived Criticism Measure

感度 = 59%; 特異度 = 83%; 陽性的中率 = 60%

陰性的中率 = 82%; 的中精度 = 76%

Hosmer & Lemeshow の検定 $p = 0.13$

年齢を統制するためステップ 1 に年齢を投入し、ステップ 2 に PCM の各項目を投入した

Figure 3-1 ロジスティック分析の結果の ROC 曲線

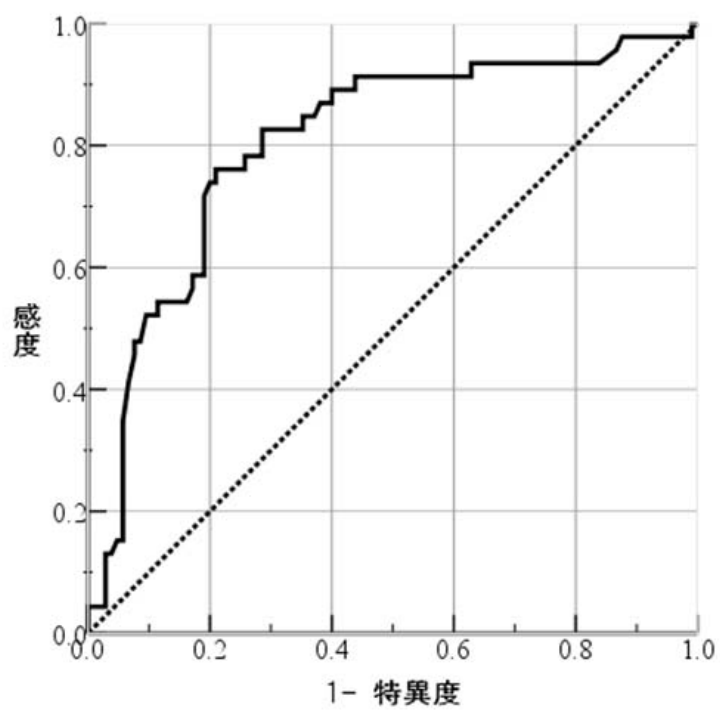
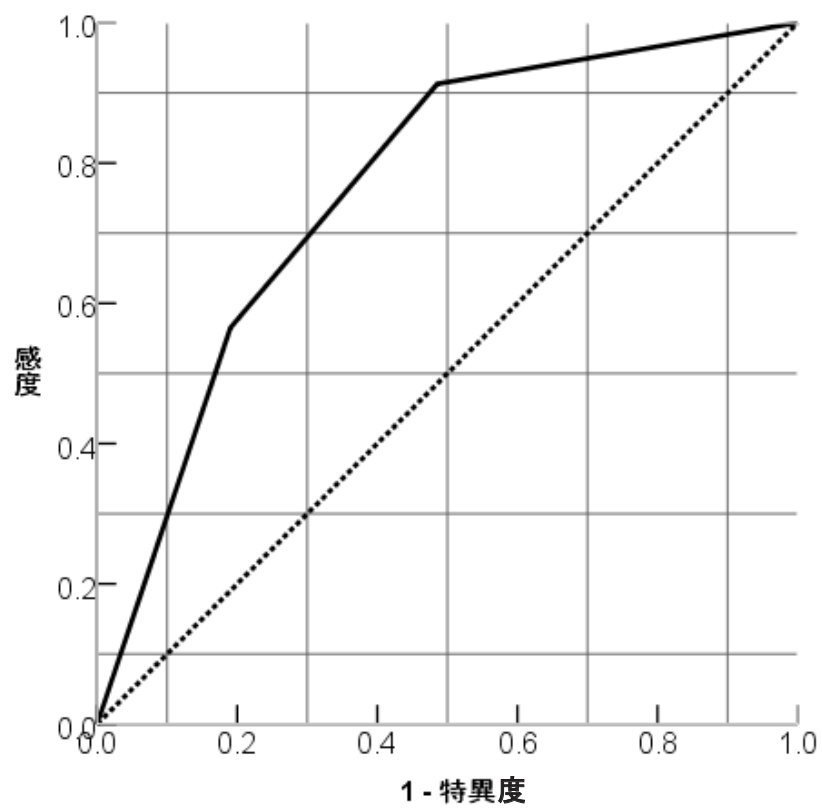


Figure 3-2 項目反応数と診断の ROC 曲線



第4節 考察

本章の結果から、健常者と比較して双極性障害患者の PC の程度は、統計的に有意に強いことが示された。また、健常者と双極性障害患者の違いを特徴づける評価項目は、項目 2 および項目 3 であることが明らかになった。以下にその詳細と本章の課題を述べる。

まず、Miklowitz et al. (2005) は、双極性障害患者の項目 1 の平均得点は 5.18 (± 2.69)、項目 2 の平均得点は 5.15 (± 2.78)、項目 3 の平均得点は 7.0 (± 2.59)、項目 4 の平均得点は 6.0 (± 2.82) であることを明らかにしている。本研究の結果は、上記の得点よりもやや低い得点ではあるものの、概ね上記の先行研究に類似した値であった。このことから、今回対象となった双極性障害患者は米国で実施された先行研究の参加者と同程度の PC を有しているといえる。さらに、Hooley et al. (2012) は、一般成人（若年参加者の母親）の項目 2 の平均得点が 4.44 (± 2.62) 点であることを明らかにしている。先行研究における項目 2 の得点は、本研究の第 3 章の参加者の得点と類似している。一方、現時点で健常者の項目 2 の平均点は報告されているが、項目 1、項目 3、項目 4 の平均点は報告されたことがない。したがって、本研究の第 3 章において健常者の項目 1、項目 3、項目 4 の平均点が初めて示された。また、 t 検定の結果から、本研究第 3 章の仮説である、「双極性障害患者の PCM の各項目の得点は、健常者と比較して統計的に有意に高い」が検証された。

このように双極性障害患者と健常者の間で PCM の各項目の得点に差が見られた背景には、双極性障害患者の対人関係に関する認知の偏りが関連している可能性が考えられる。具体的には、双極性障害患者は健常者よりも、人から批判されていると感じやすく、批判された場合には健常者よりも激しく動揺するという疾患の特徴が反映されていると考えられる。しかし、本研究はあくまで双極性障害と健常者の PC を比較したに過ぎず、他の精神疾患とは比較していないため、PC の所見が双極性障害に特異的であるか否かについては言及できない。

次に、本研究の結果から、PC が高いことは双極性障害と関連することが示された。階層的な多重ロジスティック回帰分析では、項目 2 と項目 3 は中央値（項目 2 は 3、項目 3 は 4）で分割された 2 項データを使用した。したがって、PCM の項目 2 で 4 点以上の者はおよそ 2 倍、PCM の項目 3 が 5 点以上の者はおよそ 6 倍の確率で双極性障害の診断を持つといえる。また、このモデルの特異度が 83%であったことから、PCM の項目 2 が 3 点以下、項目 3 が 4 点以下の者は高確率で双極性障害の診断を持つ可能性が低いことが示された。同様に、ROC 解析の結果（Figure 3-2）から、項目 2 が 4 点以上かつ項目 3 が 5 点以上の特徴を持つものが双極性障害の診断を持つ場合の陽性的中率は 57%であり、項目 2 が 4 点以上あるいは項目 3 が 5 点以上のいずれかの特徴を持つが双極性障害の診断を持つ場合の陽性的中率は 45%であった。以上のことから、PCM の項目 2 および項目 3 の得点が基準を超えたことで双極性障害である確率が高いとはいえない。一方、項目 2 が 3 点以下かつ項目 3 が 4 点以下という特徴を持つ者が双極性障害の診断を持たない場合の陰性的中率は 81%であり、項目 2 が 3 点以下あるいは項目 3 が 4 点以下のいずれか 1 つの特徴を持つ場の陰性的

中率は 93%であった。このことから、PCM の項目 2 あるいは項目 3 の得点が基準よりも低いことで健常者である確率が高いといえる。

上述のように、階層的多重ロジスティック回帰分析および ROC 分析の結果は、PCM の項目 2 および項目 3、すなわち重要な他者からの批判の認識とその認識に伴う動揺が双極性障害の診断と関連する心理学的特性であることを示している。以上のことから本章の仮説である「PCM の“重要な他者から批判されているという認識”および“重要な他者から批判されたと認識したことに伴う動揺”の得点が双極性障害の診断との関連は有意である」が検証された。

第4章 双極性障害患者の Perceived Criticism と非機能的態度が6か月後の抑うつ症状 および躁症状に与える影響（研究3）

第1節 問題と目的

第3章では、双極性障害患者のPCは健常者と比較しても有意に高く、PCの側面の中でも項目2および項目3が双極性障害に特徴的な特性であることを示した。第4章では、PCと非機能的態度、抑うつ症状、躁症状、機能障害の横断的な相関関係を明らかにしたうえで、ある時点では抑うつ症状、躁症状、機能障害の全ての側面で症状が認められない寛解者を対象に、PCと非機能的態度が6か月後の躁症状、抑うつ症状および機能障害にどのように影響するかを検討することを目的とする。

双極性障害では、抑うつ症状および躁症状によって、社会場面、職業場面、家庭場面などの様々な面で機能障害が生じることが明らかになっている。双極性障害は、十分に薬物療法が行われ、症状が落ち着いている場合であっても、経過の中で、抑うつ症状、躁症状、および機能障害が増悪し、結果として再発に至る可能性が高い（Scott et al., 2006）。

双極性障害の経過に影響する心理社会的要因の1つに、PCがある。PCには、先に述べた通り、回答者の重要な他者に対する批判の認識の程度（PCMの項目1）、重要な他者から受ける批判の認識の程度（PCMの項目2）、重要な他者から批判を受けたと認識した際の回答者の動揺の程度（PCMの項目3）、および、回答者が重要な他者に対して批判をした際の重要な他者の動揺の認識の程度（PCMの項目4）の4つの側面がある。Miklowitz et al.（2005）は、大規模調査である The systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD; Sachs, Thase, Otto, Bauer, Miklowitz, Wisniewski, Lavori, Lebowitz, Rudorfer, Frank, Nierenberg, Fava, Bowden, Ketter, Marangell, Calabrese, Kupfer, & Rosenbaum, 2003) のデータを用いて、360名の双極性障害患者を対象に、ある一時点とその1年後の時点において、PCのそれぞれの側面が再発に関連するかを検討した。その結果、ある一時点では、重要な他者からの批判を受けたと認識することによって動揺する程度（PCMの項目3）のみ抑うつ症状と正の相関（ $r = .28$ ）を示したが、そのほかの側面ではおよび躁症状と有意な相関を示さなかった。他方で、同報告では、ある1時点での重要な他者からの批判によって動揺する程度（PCMの項目3）が1年後の抑うつ症状（MADRSの得点）および躁症状（YMRSの得点）に影響（混合効果回帰分析で標準化 β の重みづけが0.02-0.15の小さい効果量の範囲）を与えていることが示されている。さらに、回答者が重要な他者に対して批判をした際の重要な他者の動揺の認識の程度（PCMの項目4）が抑うつ症状（MADRSの得点）に影響（混合効果回帰分析で標準化 β の重みづけが0.02-0.15の小さい効果量の範囲）を与えていることが示されている。このことから、PCMの項目3は横断面での抑うつ症状と関連し、縦断面においては、項目3と項目4が抑うつ症状、項目3が躁症状に影響を与えている可能性が考えられる（仮説（a）、仮説（c））。

ところで、双極性障害は、その症状の再発を繰り返す度に重症度が増し（Keller et al., 1993; Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012）、認知機能の低下を伴う社会機能の低下をきたすこと

が指摘されている (Solé, Jiménez, Torrent, Reinares, Bonnin, Torres, Varo, Grande, Valls, Salagre, Sanchez-Moreno, Martinez-Aran, Carvalho, & Vieta, 2017)。そのため、双極性障害の支援においては、双極性障害の抑うつ症状および躁症状の再発予防のみならず社会機能の改善も支援の目標となると考えられる。したがって、双極性障害の寛解を定義する際に機能障害を考慮することが重要であるが、Miklowitz et al. (2005) では、機能障害を考慮していないため、機能障害の程度が PC に影響を与えている可能性を排除できない。

また、PC を強める要因として、双極性障害の非機能的態度が挙げられる。その背景として、患者の家族が患者の症状から派生する行動を、患者自身のパーソナリティの問題として帰属してしまいがちである点が指摘されている (Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012; 加藤, 2012)。また、双極性障害患者の非機能的態度は、健常者や大うつ病性障害患者と比較して「達成動機」の高さが指摘されており (Lam et al., 2004)、そのために、双極性障害患者は、高い目標を設定しがちであると考えられる。具体的には、自身が立てた高い目標が完ぺきに達成されない場合に自分自身に対し憤りや絶望を感じたり、家族に対しても同様に完璧を求めるように強いるなどの行動が生じる可能性があり、そのために家族からの批判が強まる悪循環が生じている可能性が考えられる。この点は Miklowitz (2008) においても言及されており、特に抑うつエピソードの期間に非機能的態度が生じて家族への対応が批判的になりその相互作用によって家族から患者に対する批判が生じ、それを受けてさらに非機能的態度が強まる悪循環が存在することが指摘されている。したがって、PC と非機能的態度は相互に関連し、抑うつ症状と非機能的態度は相互に相関しあうと考えられる。すなわち、双極性障害に特徴的な非機能的態度が「達成動機」であることから、「達成動機」と PC が相互に関連し、「達成動機」と抑うつ症状は相互に関連していると考えられる (仮説 (b))。

双極性障害の支援において、PC のような対人関係上の困難に焦点を当てた心理的支援を行い、抑うつ症状、躁症状の安定を可能にすると同時に対人関係上の機能障害を改善していくことが重要である。残念ながら、対人関係上の困難を解決するための援助は大きく遅れている (水島, 2011)。また、対人関係上の困難に対する体系的な支援プログラムは開発されていない。以上の問題点を解決するため、まず、PC と非機能的態度と抑うつ症状、躁症状、機能障害がどのような相関関係にあるかを検討し横断的な関係性を実証する必要がある。そのうえで、PC と非機能的態度が長期的に症状に対してどのように影響するかを検討する必要がある。したがって、本研究では、PC と非機能的態度、抑うつ症状、躁症状、機能障害の横断的な相関関係を明らかにしたうえで、PC と非機能的態度が 6 か月後の躁症状、抑うつ症状および機能障害にどのように影響するかを検討することを目的とする。この点が検討されることで、PC と非機能的態度が抑うつ症状および躁症状の再発に与える影響が明らかとなり、対人関係の困難に対する支援の重要性を示す根拠となる。さらに、重要な他者すなわち家族との関係性に特化した支援を行うことが可能となり、対人関係上の困難が課題である双極性障害において有効な知見となる。

なお、双極性障害患者を対象に検討を行う際には、調査参加者のそれぞれに異なる気分の波が存在するため、現在の抑うつ症状および躁症状の影響を排除できない。そこで、研究 3 では現在の抑うつ症状および躁症状が認められていない（一定の基準以下の者：研究 3 では MADRS10 点以下、YMRS7 点以下）者を対象に研究を行う。そのため、研究 3 における全ての解析対象者は、研究参加（Time1）の時点で抑うつ症状、躁症状が認められない者である。同時に本研究では機能障害についても考慮するため、PC と非機能的態度が抑うつ症状、躁症状、機能障害に与える影響を検討する際に現在、抑うつ症状、躁症状に加えて機能障害も認められない者を対象に調査を行う。

第 2 節 方法

1. 調査協力者

首都圏に位置する医療機関に通院し、かつ DSM-5 に基づく医師の診断により双極性障害の診断を受けている患者に対して、調査の手続きと目的を十分に説明し、その上で同意を得られた双極性障害患者 62 名を調査協力者とした。調査協力者のうち、回答に不備のあった 9 名、76 歳以上の 3 名、MADRS の合計得点が 11 点以上の者 7 名、YMRS の合計得点が 8 点以上の者 3 名、MADRS11 点以上かつ YMRS8 点以上の者 1 名を除外した 39 名（男性 18 名、女性 21 名）のうち、初回調査時から 6 ヶ月間通院を継続し、6 か月後の調査に回答した 29 名（男性 12 名、女性 17 名）を分析対象者とした。診察時に質問用紙表紙に従って医師あるいは医師の監督のもとで心理士が説明を行い、研究に対する同意が得られた者を調査協力者とした。同意を得る際には同意書に署名を求めた。

包含基準

対象となった調査協力者の中で、20 歳から 75 歳の者を包含した。

除外基準

対象となった調査協力者の中で、18 歳未満の者、76 歳以上の者、医師が急性期であると判断した者、アルコールまたは薬物依存に罹患する者、認知症の診断をうけている者、MADRS の合計得点が 11 点以上の者、YMRS の合計得点が 8 点以上の者を除外した。

2. 調査材料

(a) デモグラフィックデータ

年齢、性別、就職状況、婚姻歴、家族状況、双極性障害の型、併存疾患の有無に関しての回答を求めた。

(b) Perceived Criticism Measure (PCM) 日本語版

PCM (Hooley & Teasdale, 1989) は、4 項目から構成される尺度である。項目 1 から項目 4 のそれぞれの項目について、1 から 10 までの 10 段階で評価する。PCM 日本語版の信頼性と妥当性は、本論文の第 2 章研究 1 によって確認され、原版と同程度の再検査信頼性と構成概念妥当性が確認されている。

(c) Dysfunctional Attitude Scale-24 (DAS-24)

DAS-24 は Weissman (1979) により開発された非機能的態度に関する自記式の質問紙である。DAS の原版は 100 項目と項目数が多いため数度の変遷を経て Power, Katz, McGuffin, Duggan, Lam, & Beck (1994) により、24 項目に改変された。DAS-24 は 24 項目で構成され、「達成動機」、「自己コントロール」、「他者依存性」という 3 因子が含まれている。日本語版は Tajima, Akiyama, Numa, Kawamura, Okada, Sakai, Miyake, Ono, & Power (2007) によって、翻訳され十分な信頼性と妥当性が示されている。DAS-24 の得点が高いほど、非機能的態度が強いことを示す。

(d) Montgomery Åsberg Depression Rating Scale 日本語版 (MADRS)

MADRS は Åsberg et al. (1978) により開発された、回答者のうつ状態を 10 項目の評価項目で測定する観察者評価尺度である。MADRS の日本語版は、上島 (2003) によって翻訳された。評価者は、評価の定められた尺度の段階 (0, 2, 4, 6) か、それともそれらの中間 (1, 3, 5) に当てはまるかを判断する。13 点以上が軽症と判断され 35 点以上を重症と判断する。ただし、第 1 章第 1 節第 1 項にて述べた通り、研究場面で MADRS を使用する際は 10 点までを寛解とする。Takahashi, Tomita, Higuchi, & Inada (2004) によって尺度の信頼性が十分に高いことが確認されている。

(e) Young Mania Rating Scale 日本語版 (YMRS)

Young et al. (1978) によって開発された、回答者の躁病エピソードを 11 項目の評価項目で測定する臨床評価尺度である。長沼 (1999) によって翻訳された、11 項目のうち、易怒性、会話、思考内容、破壊的-攻撃的行為の 4 項目については、重みづけがされており 0~8 点の 5 段階で評価がされるが、残りの 7 項目については 0~4 点の 1 点刻みの 5 段階で評価される。総得点の範囲は 0~60 点であるが 7 点以上を躁病エピソードありと判断する。ただし、第 1 章第 1 節第 1 項にて述べた通り、研究場面で YMARS を使用する際は 7 点までを寛解とする。稲田・樋口・上島・磯野・山田・岩波・中川・岡崎・長沼 (2002) によって尺度の信頼性が十分に高いことが確認されている。

(f) The Global Assessment of Functioning (GAF)

Luborsky (1962) により開発され、改訂を経た後、DSM-III (APA, 1980) から社会機能の臨床評価に導入された。GAF は、疾患の重症度と全体的な機能障害の程度を評価する項目である。疾患の重症度および社会機能のレベルを 0 から 100 で評価する。数字が小さいほど重症度あるいは機能障害の程度が高いと判断される。研究 3 では、GAF の得点が 80 点以上 (80 点以上は、“症状がまったくなく、ほんの少しだけ (例: 試験前の軽い不安)、すべての面でよい機能で、広範囲の活動に興味をもち参加し、社会的にはそつがなく、生活に大体満足し、日々のありふれた問題や心配以上のものはない (例: たまに、家族と口論する)” という評価基準 (APA, 2000) を満たす) の者を GAF 寛解者、79 点以下の者を GAF 非寛解者と定義した。

3. 手続き

協力が得られた首都圏の医療機関に通院し、かつ双極性障害の診断を受けている患者に対して、調査の手続きと目的を十分に説明し、その上で同意が得られた患者を対象とした。調査についての説明は診察時などに、医師あるいは医師の監督のもと心理士が行った。なお、インフォームドコンセントは口頭および書面を用いて行い、同意の確認として書面に署名の記入を求める。自記式の質問用紙に関しては、調査協力者に回答を求める。また、他者評定の質問項目に関してはトレーニングを受けた医師あるいは心理士が評価した。研究参加に同意が得られた者に対し、基本情報、PC、DAS-24 について質問用紙の記入を求めた。その後、抑うつ症状および躁症状の評価として MADRS、YMRS、GAF の項目について面接評価を実施した (Time1)。Time1 から 6 か月後に再度 Time1 と同様に、基本情報、PC、DAS-24 について質問用紙の記入を求め、抑うつ症状および躁症状の評価として MADRS、YMRS、GAF の項目について面接評価を実施した (Time2)。

調査は 2015 年 12 月から 2016 年の 9 月にかけて行われた。

4. 統計解析

- (a) 研究 3 の参加者の特徴を示すため、分析対象者全体、GAF 寛解群、GAF 非寛解群の各変数の記述統計量を算出し、Time1 と Time2 の時点の双方で GAF 寛解群および非寛解群の 2 群間の差を Mann-Whitney の *U* 検定により比較した。
- (b) PC と非機能的態度と抑うつ症状、躁症状、機能障害の横断的関係性を検討するため、Time1 の時点での分析対象者全体の各変数間の関連について Spearman の順位相関係数を算出した。
- (c) GAF 寛解群の Time1 の PCM の各項目および、DAS-24 の合計得点と全下位因子（達成動機、自己コントロール、他者依存性）と Time2 の抑うつ症状および躁症状および機能障害の関連について Spearman の順位相関係数を算出した。
- (d) (c) の解析によって有意差が示された Time1 と Time2 の変数についてさらに単回帰分析を実施した。

5. 研究 3 の仮説

- (a) 双極性障害患者の PCM の項目 3 は、抑うつ症状と有意な相関を示す。
- (b) 双極性障害患者の DAS-24 の「達成動機」の得点は PC のいずれかの側面と有意な相関を示す（探索的検討）。
- (c) PCM の項目 3 および項目 4 は 6 か月後の抑うつ症状と有意に関連する。

6. 倫理的配慮

研究 3 は、北海道医療大学心理科学部の倫理委員会（承認番号第 29 号）および東京医科大学医学倫理委員会（承認番号 2016-141）の承認のもと実施された。調査目的、調査へ

の協力／非協力の自由、協力意思および書面の撤回可能性、個人情報保護などについて書面および口頭で説明し書面による同意が得られた者に回答を求めた。

第3節 結果

1. 調査協力者の特徴と GAF 寛解者と GAF 非寛解者の比較

Table 4-1 に人口統計学的データを示す。また Table 4-2 に分析対象者全体と GAF 寛解者、GAF 非寛解者の記述統計量と GAF 寛解者と GAF 非寛解者の各変数を比較した結果を示す。

本研究の参加者全体の、平均年齢は 41.5 (±10.4) 歳であり、男性 12 名、女性 17 名の合計 29 名であった。また、GAF 寛解の平均年齢は 43.0 (±12.6) 歳であり、男性 6 名、女性 8 名の合計 14 名であった。GAF 非寛解群は、平均年齢は 40.10 (±8.7) 歳であり、男性 6 名、女性 9 名の合計 15 名であった。また、本研究の参加者の人口統計学的データを χ^2 検定した結果、全ての変数で GAF 寛解群と GAF 非寛解群の間に有意な差は認められなかった。したがって、GAF 寛解群と非寛解群の患者背景には差が認められなかった。

次に、各変数の記述統計量の比較を行うにあたって、GAF 寛解群および GAF 非寛解群における各変数の記述統計量の差を Mann-Whitney の U 検定で検定した。その結果、Time1 の GAF ($U = 210.00, p < .01$) の得点に有意差が認められ、GAF 寛解群の GAF の得点が有意に高かった。また、Time1 の PCM の項目 3 ($U = 58.00, p < .05$) で 2 群の間に差が認められ、Time1 の PCM の項目 3 の得点が GAF 非寛解群で有意に高かった。同様に、Time1 の MADRS ($U = 48.00, p < .05$) の得点で、2 群の間に差が認められ、Time1 の MADRS の得点が GAF 非寛解群で有意に高かった。

2. 相関分析の結果

相関分析の結果と各変数の記述統計量を Table 4-3 に示す。その結果、PCM の項目 1 と YMRS ($\rho = .57, p < .01$) の間に有意な中程度の正の相関、GAF ($\rho = -.43, p < .05$) の間に有意な中程度の負の相関が認められた。また、PCM の項目 2 と YMRS ($\rho = .51, p < .01$) の間に有意な中程度の正の相関、GAF ($\rho = -.39, p < .05$) の間に有意な中程度の負の相関が認められた。さらに PCM の項目 3 と YMRS ($\rho = .37, p < .01$) の間に有意な中程度の正の相関が認められた。また、DAS-24 の「自己コントロール」と YMRS ($\rho = .39, p < .01$) の間に有意な中程度の正の相関が認められた。その他の関係性では、PCM の各項目間 ($\rho = .37 \sim .72, p = .01 \sim .05$)、DAS-24 の合計得点および下位因子間 ($\rho = .52 \sim .93, p < .01$)、PCM の項目 2 と DAS-24 の「達成動機」($\rho = .37, p < .05$)、抑うつ症状と GAF ($\rho = -.51, p < .01$) の間に有意な相関関係が認められた。一方、それ以外の変数間では有意な相関は認められなかった。

Table 4-1 研究3の参加者全体と Global Assessment of Functioning の得点差別の
人口統計学的情報

		全体 N=29 (%)	GAF寛解群 N=14 (%)	GAF非寛解群 N=15 (%)	χ^2 検定の結果
性別（男：女）		12:17	6:8	6:9	n.s.
雇用状況	正規雇用	31	50	13.3	n.s.
	非正規雇用	17.2	7.1	26.7	
	その他	51.7	42.9	60	
婚姻状況	既婚	34.5	50	20	n.s.
	未婚（離婚含む）	65.5	50	80	
同居家族	家族と同居	75.9	71.4	80	n.s.
	一人暮らし	24.1	28.6	20	
過去に異なる疾患の診断 を受けたことがある	有り	48.3	35.7	60	n.s.
	無し	48.3	64.3	33.3	
	不明	3.4	0	6.7	
双極性障害の型	双極I型障害	31	28.6	33.3	n.s.
	双極II型障害	69	71.4	66.7	

注) GAF = Global Assessment of Functioning

GAF 寛解 = GAF \geq 80 GAF 非寛解 = GAF < 79

Table 4-2 Time1 と Time2 における参加者全体と Global Assessment of Functioning の
得点の違いによる各変数の群間差

	全体 (N=29)			GAF寛解者 (N=14)			GAF非寛解者 (N=15)			2群の差
Time1（ベースライン）										
	得点範囲	平均値	標準偏差	得点範囲	平均値	標準偏差	得点範囲	平均値	標準偏差	U値
年齢	25－69	41.48	10.39	25－69	43.00	12.56	26－54	40.07	8.07	117.00
PCM										
項目1	1－10	4.90	2.87	1－10	4.14	2.83	1－10	5.60	2.82	72.50
項目2	1－10	4.79	2.64	1－8	4.00	2.29	1－10	5.53	2.80	72.00
項目3	1－10	6.24	2.72	1－9	5.14	2.74	2－10	7.27	2.34	58.00*
項目4	1－10	5.45	2.47	1－8	4.79	1.89	1－10	6.07	2.84	77.50
DAS										
達成動機	10－44	27.90	9.45	13－42	28.43	9.40	10－44	27.40	9.82	113.50
自己コントロール	16－43	29.62	7.24	19－37	28.93	5.78	16－43	30.27	8.54	90.00
他者依存性	13－45	31.90	8.01	17－44	32.93	6.59	13－45	30.93	9.26	114.00
DASの合計得点	43－127	89.41	21.20	49－113	90.29	18.81	43－127	88.60	23.84	110.00
MADRS	0－10	3.83	3.11	0－7	2.29	2.61	0－10	5.27	2.89	48.00*
YMRS	0－6	1.69	2.09	0－5	0.93	1.73	0－6	2.40	2.20	62.50
GAF	55－90	76.55	8.77	80－90	83.93	3.50	55－75	69.67	6.11	210.00**
Time2（ベースラインから6か月後）										
PCM										
項目1	1－9	4.10	2.41	1－8	3.93	2.53	1－9	4.27	2.37	95.50
項目2	1－8	4.21	2.29	1－7	4.57	2.44	1－8	3.87	2.17	123.00
項目3	1－10	6.21	3.01	1－10	5.43	3.13	1－10	6.93	2.79	73.00
項目4	1－10	5.90	2.69	1－9	5.00	2.75	2－10	6.73	2.43	68.00
DAS										
達成動機	12－43	28.03	7.94	15－43	28.86	8.98	12－39	27.27	7.06	110.00
自己コントロール	17－42	30.52	6.94	17－41	30.86	8.14	17－42	30.20	5.88	113.00
他者依存性	10－40	30.34	6.81	13－40	31.00	7.10	10－38	29.73	6.71	115.00
DASの合計得点	47－123	88.90	18.82	47－123	90.71	21.87	52－119	87.20	16.05	119.50
MADRS	0－18	7.28	4.81	0－15	6.79	4.53	1－18	7.73	5.18	96.50
YMRS	0－9	2.62	2.62	0－9	2.50	2.74	0－9	2.73	2.60	96.50
GAF	50－90	72.48	11.60	55－85	71.36	10.76	50－90	73.53	12.61	91.00

注) ** $p < .01$, * $p < .05$

GAF = Global Assessment of Functioning

GAF 寛解 = GAF ≥ 80 GAF 非寛解 = GAF < 79

PCM = Perceived Criticism Measure

DAS = Dysfunctional Attitude Scale

MADRS = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

YMRS = Young Mania Rating Scale

Table4-3 初回答時点での各変数の Spearman の順位相関係数 (ρ)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
PCM											
1 項目1	-	.72**	.37*	.13	.36	.30	-.01	.25	.25	.57**	-.43*
2 項目2		-	.22	.06	.37*	.14	.17	.29	-.02	.51**	-.39*
3 項目3			-	.49**	.19	.15	.08	.18	.23	.37*	-.30
4 項目4				-	-.18	-.17	.02	-.21	.18	.09	-.17
DAS											
5 達成動機					-	.70**	.52**	.93**	-.11	.35	.01
6 自己コントロール						-	.31	.77**	.13	.39*	-.07
7 他者依存性							-	.70**	-.02	.00	.08
8 DAS合計得点								-	-.09	.25	.02
9 MADRS									-	.18	-.51**
10 YMRS										-	-.32
11 GAF											-

注) ** $p < .01$, * $p < .05$

PCM = Perceived Criticism Measure

DAS = Dysfunctional Attitude Scale

MADRS = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

YMRS = Young Mania Rating Scale

GAF = The Global Assessment of Functioning

3. GAF 寛解群における Time1 の Perceived Criticism および非機能的態度と Time2 の抑うつ症状、躁症状および機能障害の関連

GAF 寛解群を対象に、Time1（初回回答時点）の PC および非機能的態度が Time2（6 か月後）の抑うつ症状、躁症状および機能障害とどのように関連しているかを示すため、Spearman の順位相関係数を算出した。その結果と各変数の記述統計量を Table 4-4 に示す。

Time1 の PCM の項目 3 と Time2 の MADRS の得点の間に有意な中程度の正の相関が認められた ($\rho = .67, p < .01$)。同様に、Time1 の PCM の項目 4 と Time2 の MADRS の得点の間に有意な中程度の正の相関が認められた ($\rho = .61, p < .05$)。それ以外の Time1 の PCM の各項目と DAS-24 の合計得点および各項目と Time2 の抑うつおよび躁症状の間には有意な関連性は認められなかった。

4. GAF 寛解群における Time 1 の Perceived Criticism および非機能的態度が Time2 の抑うつ症状に与える影響

相関分析の結果、有意な関連性が認められた Time1 の PCM の項目 3 および PCM の項目 4 と Time2 の抑うつ症状の関連をさらに検討した。相関関係が認められた PCM の項目 3 および項目 4 の得点を独立変数、Time2 の MADRS の得点を従属変数とする強制投入法による単回帰分析をそれぞれ実施した。その結果、PCM の項目 3 および PCM の項目 4 と Time2 の MADRS の間に有意な関連（項目 3 : $\beta = .60, p < .05$; 項目 4 : $\beta = .53, p < .05$ ）が示された。

Table 4-4 Time1 の Perceived Criticism と非機能的態度と 6 か月後の抑うつ症状, 躁症状, 機能障害の関連

Time1 \ Time2	MADRS	YMRS	GAF
PCM			
項目1	.28	.04	-.11
項目2	.07	-.19	.05
項目3	.67**	.13	-.34
項目4	.61*	-.07	-.28
DAS			
達成動機	.38	-.29	-.30
自己コントロール	.22	-.15	-.30
他者依存性	.34	-.27	-.21
DAS合計得点	.41	-.25	-.37

注) ** $p < .01$, * $p < .05$

PCM = Perceived Criticism Measure

DAS = Dysfunctional Attitude Scale

MADRS = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale

YMRS = Young Mania Rating Scale

GAF = The Global Assessment of Functioning

第4節 考察

1. 本研究の参加者と Perceived Criticism および非機能的態度、抑うつ症状、躁症状、機能障害の関係性に関する横断調査の考察

研究3では、初回調査の時点で、抑うつ症状および躁症状が認められない者を解析対象者とした。また、その後の検討で機能障害を考慮していくため解析対象者を GAF の得点が 80 点以上の GAF 寛解群と 79 点以下の GAF 非寛解群に群分けした。

まず、研究3の解析対象者の特性について記述する。人口統計学的データにおいては、年齢、性別、雇用状況、婚姻状況、同居家族の有無、過去の診断歴の有無、双極性障害の型の全てにおいて統計的な有意差は認められなかった。このことは、GAF の違いによって患者背景に差がないことを示している。

また、研究3の参加者の双極Ⅰ型障害と双極Ⅱ型障害の割合は 33%対 67%と双極性障害の大規模研究 (Sachs et al., 2003) のデータを使用した Miklowitz et al. (2005)で公開されている双極Ⅰ型障害と双極Ⅱ型障害の割合 (69%対 26%) よりも双極Ⅱ型障害の診断を持つ者が多い。したがって、研究3の結果は、双極Ⅱ型障害の特徴をやや強く反映していると考えられる。このように双極Ⅱ型障害の者が多くなった背景として、研究3の対象となる参加者が 6 か月間の通院が継続できた者であるという背景が考えられる。入院や重篤な抑うつ症状および躁症状を呈している双極性障害患者は、通院が不定期になりやすく、服薬アドヒアランスが低くなることが知られており (Colom & Vieta, 2006 秋山・尾崎訳)、定期的な通院ができていない双極性障害患者の多くが重篤な症状を示していない者である確率が高い。実際、DSM-5 (APA, 2013) による双極Ⅰ型障害の診断基準では、入院を要する (あるいは明らかに普段と異なる) ほどの激しい躁症状を 1 度以上呈することが必須である。対して、双極Ⅱ型障害は重篤ではない躁症状 (軽躁病) を呈することが基準となっている。すなわち、双極Ⅱ型障害の者は重篤な躁症状が認められず、通院を継続しやすいと考えられる。このため、研究3の参加者が双極Ⅱ型障害の割合が多くなったと考えられる。

次に、Time1 における各変数の記述統計量を、GAF 寛解群と GAF 非寛解群の間で比較した結果、PCM の項目 3、すなわち、重要な他者から批判されていると認識することによって動揺する程度と Time1 の時点での閾値下の抑うつ症状に 2 群間で有意差が認められた。このことは、生活機能の障害が認められる者と認められない者の間には症状有りの基準に達しない閾値下であっても、抑うつ症状に違いがあり、生活機能の障害がある者は重要な他者から批判されていると認識することによって動揺する程度が強いことが示された。このことから、現在、抑うつ症状、躁症状および生活機能の障害が認められない者であっても、項目 3 の得点が高い者はその後の抑うつ症状あるいは躁症状が悪化する可能性が考えられる。

次に、本研究によって示された横断的な相関関係を概念図にして Figure4-1 に示す。Time1 における解析対象者全体の、PC、非機能的態度、抑うつ症状、躁症状および機能障害の関連を横断的に検討した結果、PCM の項目 1 が高い者、すなわち重要な他者に対して批判す

る程度が強いと認識している者ほど躁症状と機能障害が強い傾向が示された。同様に、PCM の項目 2 が高い者、すなわち重要な他者から批判を受けていると認識している者ほど躁症状と機能障害が強い傾向が示された。また、PCM の項目 3 が高い者、すなわち重要な他者から批判されたと認識した際に動揺する程度が強い者ほど躁症状が強いことが示された。さらに DAS-24 の「自己コントロール」が強い者、すなわち自分の症状や状態をコントロールしなければならないと考えている人ほど躁症状が強いことが示された。興味深いことに PCM の項目 2 と DAS-24 の「達成動機」の高さも相関関係を示していることから、重要な他者から批判を受けていると認識している者ほど高い目標を設定しており、完璧主義的な認知傾向を持つ可能性が示された。それ以外の関係性では有意差は認められなかった。以上のことから、仮説 (a)「双極性障害患者の PC の項目 3 は、抑うつ症状と有意な相関を示す」は実証されなかった。また、仮説 (b)「双極性障害患者の DAS-24 の「達成動機」の得点は PC のいずれかの側面と有意な相関を示す」は DAS-24 の「達成動機」と PCM の項目 2 と相関関係があることを示した。このことから仮説 (b)「双極性障害患者の DAS-24 の「達成動機」の得点は PC のいずれかの側面と有意な相関を示す」が実証された。以下に仮説 (a) および (b) と一致点および相違点について考察する。

まず、仮説 (a)「双極性障害患者の PC の項目 3 は、抑うつ症状と有意な相関を示す」が認められなかった点に関して、抑うつ症状との相関関係に注目して考察する。本研究の結果では、重要な他者に対して批判していると認識している者ほど、また、重要な他者から批判されていると認識している者ほど機能障害が強く、機能障害が強い者ほど抑うつ症状が強いことが示された。仮説の基となった Miklowitz et al. (2005) の研究協力者は、あらゆる状態の者（現在寛解中の者、抑うつエピソード中の者、（軽）躁エピソード中の者、混合状態の者）が含まれており、現在の抑うつ症状や躁症状の影響について考慮していないことから、Miklowitz et al. (2005) では PC と抑うつ症状の関係性に対して現在の抑うつ症状および躁症状の影響が生じた可能性が考えられる。本研究では、解析対象者全体が現在、抑うつ症状および躁症状を持たない寛解状態の者を対象としているため、現在の抑うつ症状および躁症状の影響は受けていないといえる。そのうえで PC の項目 1 と項目 2 が機能障害と正の相関を示したということは、重要な他者に対して批判していると認識し、同時に、重要な他者から批判されていると認識している者ほど閾値下の機能障害が強く、閾値下の機能障害が強い者ほど抑うつ症状が強いという関係性が生じている可能性が考えられる。したがって、本研究の結果から、抑うつ症状とは関係しないものの長期的には機能障害の悪化を介して抑うつ症状を低下させる可能性が示唆される。

次に、本研究において PCM の項目 1、項目 2、項目 3 が躁症状と相関した点は先行研究では報告されていない知見である。このような結果となった背景として、PCM の項目 1、項目 2 および項目 3 が単に重要な他者との批判を介した関係性を示しているのではなく、批判を介した関係性の出現が躁症状の前駆症状である可能性が考えられる。前駆症状とは、完全な病相に先行する早期の兆候のことを指す。先行研究 (Lam & Wong, 1997; Molnar,

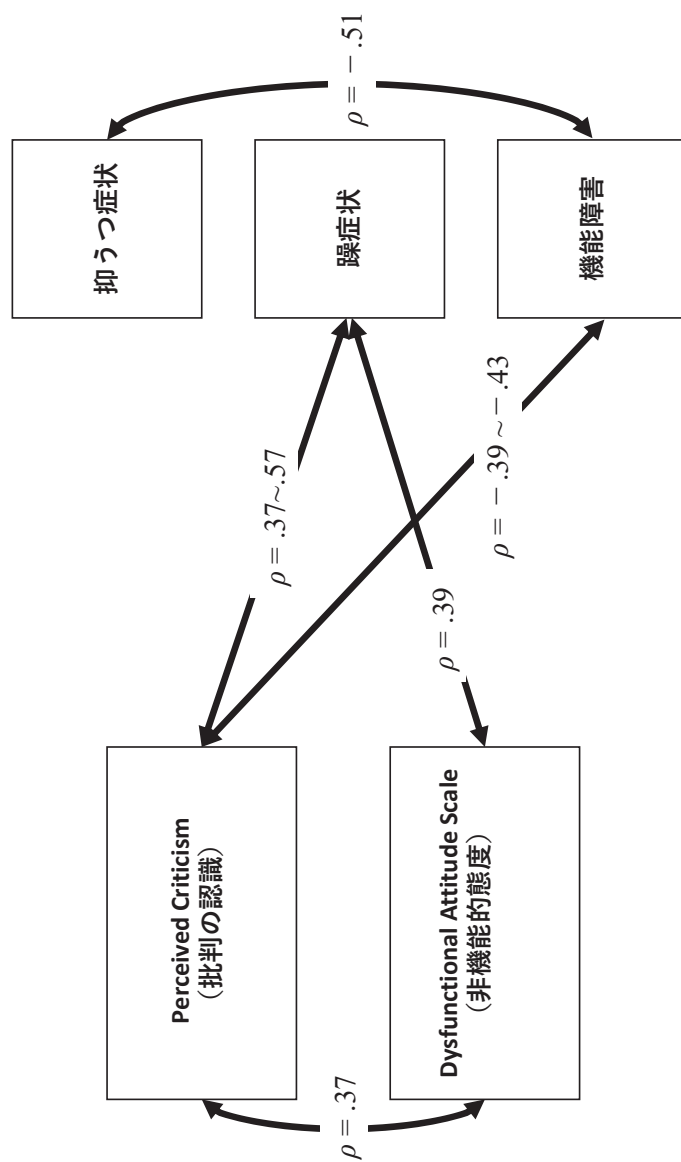


Figure4-1 研究3の相関分析の結果から考察した概念図

注) ρ =Spearman の順位相関係数

Feeney, & Fava, 1988; Smith & Tarrier, 1992) によって共通して示されている躁病相の前駆症状は、気分の高揚、多弁、活動性の亢進、考えが次々に浮かぶ、易刺激性などである。これを踏まえると、閾値下であっても躁症状が高まるときには、重要な他者との間でコミュニケーションが増える一方で、話がまとまらない、些細なことで興奮するなどの状況が起こりやすくなっていると考えられる。その結果、双極性障害患者と重要な他者との間で批判を介した関係性

が出現する可能性が示唆される。研究3の結果はPCMの項目1、項目2および項目3と躁症状が関連した背景には、躁症状の前駆症状として批判的なコミュニケーションが存在することを示す一つの知見であるといえる。実際、GAF寛解群のTime2のYMRSの平均得点が2.50(±2.74)点とTime1の平均得点0.93(±1.73)点と比較して増加していることから、閾値下の躁症状の高まりが存在したと考えられる。以上を要約すると、研究3では機能障害を考慮した結果、PCの項目3が直接的に抑うつ症状と関係するのではなく機能障害の悪化を通して抑うつ症状に関係している可能性を示し、同時にPCが躁症状の前駆症状として存在するために、抑うつ症状とは横断的な関係性は認められず、躁症状との関連が認められたと考えられる。

次に、仮説(b)「双極性障害患者のDAS-24の「達成動機」の得点はPCのいずれかの側面と有意な相関を示す」が認められた点について考察する。Lam et al. (2004)によると、双極性障害患者の非機能的態度として「達成動機」の高さが指摘されている。また、現在まで、臨床的な知見のひとつの仮説として双極性障害患者の非機能的態度との相互作用で家族の批判的な態度が強まるとされてきた(Miklowitz, 2008)。本研究によって、非機能的態度の一側面である「達成動機」の高さとPCMの項目2の関連が示されたことで、双極性障害患者の高い目標設定に代表される完璧主義的な態度が強いほど双極性障害患者が重要な他者から批判されているという認識が強まることが実証された。この点は、現在まで臨床的場面で述べられてきた非機能的態度と家族の批判の一部の関係性が、科学的に実証された点で意義深いといえる。今後は、この点をさらに検証するために、双極性障害患者の非機能的態度が実際の重要な他者の批判を増加させているかに関して、重要な他者に対してもPCMの記入を依頼し、実際に非機能的態度の強さと重要な他者の批判が強くなっているか(重要な他者が回答するPCMの項目1)の相関関係を検証する必要がある。

研究3で確認された横断面での関係性は、非機能的態度とPCと抑うつ症状、躁症状、機能障害の関係性を具体的に示し、現在まで考慮されてこなかった機能障害を抑うつ症状、躁症状とともに検討する重要性を示した。次に、PCと非機能的態度が縦断的にどのように関係するかに関して研究3の結果から考察する。

2. Perceived Criticism と非機能的態度が6か月後の抑うつ症状、躁症状および機能障害に与える影響：縦断調査の考察

研究3では、さらに、PCと非機能的態度が6か月後の抑うつ症状、躁症状および機能障

害に与える影響を検討した。その結果、相関分析の結果と単回帰分析の結果の双方において、ある時点（Time1）での PCM の項目 3 および項目 4 の得点が 6 か月後（Time2）の抑うつ症状に対して有意な影響を与えることが示された。この結果から、仮説（c）「PCM の項目 3 および項目 4 は 6 か月後の抑うつ症状と有意に関連する」が実証された。この結果は、Miklowitz et al. (2005) の結果と一致している結果である。さらに、研究 3 では、Miklowitz et al. (2005) で、考慮されなかった機能障害の影響を考慮したうえで仮説（c）を検証できた点で意義深いと考えられる。また、縦断研究の対象者は Time1 の時点で寛解状態の者であるが、Time 2 の時点で抑うつ症状（MADRS の得点）および躁症状（YMRS の得点）のそれぞれの平均得点が増加し（MADRS の平均得点が 2.29（±2.61）点から 6.79（±4.53）点；YMRS の平均得点 0.93（±1.73）から 2.50（±2.74））、機能障害（GAF の得点）の平均得点が低下（GAF の得点が 83.93（±1.73）から 76.36（±10.76））していることから、6 か月の間に閾値下であっても変化を起こしていると考えられる。この結果を、Miklowitz et al. (2005) の知見と合わせて考えると、この後 Time1 より 1 年後まで観察を続けると、さらに症状が増悪する可能性がある。これらのことから、その時点では明らかな変化が起きていなくても、ある時点において、重要な他者から批判されていると認識することによって動揺する程度が高い者および自身が重要な他者に対して批判した際に重要な他者の動揺の程度を高く認識する者に対して早期に心理支援をする必要があることが示唆される。

他方で本研究の結果 PC の各側面と非機能的態度は 6 か月後の躁症状に対して有意な影響は認められなかった。この結果の背景には、躁症状の増悪に関しては、PC ではない他の心理学的要因を検討する必要があると考えられるが、横断面において、PC は躁症状とのみ直接的関連を示していたことから、PC と躁症状との関係性を強める増悪要因と PC と躁症状との関係性を弱める防御要因の双方に注目して今後の検討を進める必要がある。

ここで、研究 3 において長期的な影響を探索的に検討した、非機能的態度と抑うつ症状および躁症状の長期的な関連に関して言及する。これまで、非機能的態度と双極性障害の抑うつ症状および躁症状の関連は報告されていない。研究 3 の結果において、初めて横断的には DAS-24 の「達成動機」が PC の側面のうち重要な他者からの批判の認識（PCM の項目 2）と関連すること、DAS-24 の「自己コントロール」が躁症状と関連することを示した。他方で長期的には抑うつ症状、躁症状、機能障害と直接関連しないことを示した。横断調査と縦断調査の双方の結果を総合すると、非機能的態度は直接的に抑うつ症状や躁症状に影響を与えるのではなく、抑うつ症状および躁症状の変化に合わせて変動する要因である可能性が考えられる。この点を検討するためには、今後新たにそれぞれの要因が影響する方向性や順序を仮定した継続的な研究が必要である。

研究 3 では、批判されたと認識しているか否かよりも、批判されたと認識した際に動揺する程度が強い者、また、重要な他者に対して批判した際にその重要な他者が動揺している程度を強く認識する者は、その時点で、明確な症状が生じていなくても、その後の抑うつ症状の増悪がしやすい。すなわち、再発のリスクが高いことが示唆された。

他方で、研究3の限界点として、PCMの項目2が評価しているPCの側面は双極性障害患者自身が認識している重要な他者からの批判の強さであるため、実際に重要な他者からどのようなかわりを受けているかについて検証が必要である。また、研究3では「達成動機」の高さはPCの他の側面（患者から重要な他者に対する批判の認識の程度、患者が重要な他者から批判を受けたと認識した際の動揺、患者が重要な他者に対して批判した際の重要な他者の動揺の認識）と相関関係がないことを初めて示した。他方で、単施設での実施研究であるため、研究参加者のバイアスを排除しきれない側面が存在する。そこで、今後は多施設共同研究において、再現性を確認する必要がある。一方で研究3の対象者の社会経済的背景は、先行研究で示されている双極性障害の特徴と概ね一致した母集団での報告であるため、今後の研究においても同様の関連性が報告される可能性が高いと考えられる。

第5章の総合考察において、以上の本論文全体を通した知見をどのように活用することができるかその展望と限界を述べる。

第5章 総合考察

第1節 本研究の結果のまとめ

本論文の結果を各章でまとめると以下のとおりである。

第1章では、双極性障害の生活上の困難が大きく、その支援の必要性を指摘した。双極性障害の生活上の困難の中でも家族関係上の困難は特に重篤であり、双極機能障害の症状と関連する可能性があることについて先行研究を交えながら概観した。そのうえで、(1) 家族関係上の困難を評価するPCを測定するための尺度である *Perceived Criticism Measure* (PCM; Hooley & Teasdale, 1989) の日本語版を作成する必要があること、(2) PCが双極性障害に特徴的な心理社会的要因であるかを確認する必要があること、(3) PCおよび非機能的態度と双極性障害の症状(抑うつ症状、躁症状、生活機能の障害)がどのように関連するかが明らかでないこと、および非機能的態度が長期的に双極性障害の症状(抑うつ症状、躁症状)にどのように影響するかは不明であること、という問題点を挙げた。そこで、第2章以降では、健常者および双極性障害を対象に、双極性障害の抑うつおよび躁症状の増悪と *Perceived Criticism*、非機能的態度の関係性について実証的研究を実施した。

第2章では、回答者とその重要な他者との間にある批判の認識を測定するPCM (Hooley & Teasdale, 1989) の日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を検証した。PCMが日本で使用できることが示されたことで、本論文のテーマである双極性障害患者の家族に対する批判を介した認知を測定することが可能となった。

第3章では、実際にPCが双極性障害に特徴的であるかを検討するため、双極性障害患者と健常者のPCを測定しその差を検討した。その結果、双極性障害患者のPCMの各項目の得点は健常者と比較して有意に高く、特に、項目2(重要な他者から受ける批判の認識)と項目3(重要な他者から批判を受けると認識することによる動揺)が双極性障害に特徴であることが示された。さらに、多重ロジスティック回帰分析を用いた検討の結果、PCMの項目2および項目3の得点の高さは、有意に双極性障害の診断と関連していることが示された。したがって、PCは双極性障害に特徴的な心理社会的要因であることが示唆された。

第4章では、双極性障害のPCと非機能的態度が、抑うつ症状、躁症状および機能障害とどのように関連があるかを検討し、重要な他者から批判されているという認識(PCMの項目2)が強い者ほど完璧主義的傾向(DAS-24の達成動機)が強く、症状をコントロールしなければ(DAS-24の自己コントロール)という態度が強い者ほど躁症状が強いことが示された。また、重要な他者に対して批判をしているという認識(PCMの項目1)、重要な他者から批判されているという認識(PCMの項目2)、重要な他者から批判された際に動揺する程度の認識(PCMの項目3)が強い者ほど躁症状が強いことが示された。また、重要な他者に対して批判をしているという認識(PCMの項目1)および重要な他者から批判されているという認識(PCMの項目2)が強い者ほど機能障害が強いことが示された。また抑うつ症状の強さと機能障害の強さは正の相関関係を示しており、PC、非機能的態度と双極性障害の抑うつ症状、躁症状および機能障害と横断的な関係性があり、臨床的に想

定されてきた患者の非機能的態度と、患者が認識する家族の批判的態度の悪循環が実証された。

さらに、縦断調査では、双極性障害の PC と非機能的態度が 6 か月後の抑うつ症状、躁症状および機能障害とどのように影響しているかについて検討した。その結果、ある時点での、重要な他者から批判を受けたという認識による動揺（PCM の項目 3）が強い者、および重要な他者に対して批判をした際にその重要な他者の動揺を強く認識する者（PCM の項目 4）は、その時点で機能障害が生じていなくても、6 か月後の抑うつ症状が増悪することが示された。したがって、ある時点では、抑うつ症状、躁症状および機能障害のどの側面においても寛解状態の者であっても、重要な他者から批判されたという認識によって動揺し、重要な他者に対して批判をした際にその重要な他者の動揺を強く認識するという特徴を持つ者は 6 か月後の予後が悪化することが示唆された。これらの知見から、受診初期の段階で双極性障害患者の PC に注目し、症状が重症化しないうちに重要な他者との関係性について支援を行うことが必要であるといえる。

第 2 節 本論文の意義

双極性障害の再発予防は、双極性障害と付き合う患者、家族、支援者における重要な課題である。第 1 章第 2 節第 2 項で示したように、双極性障害に対する心理療法はどの支援方法であっても全ての構成要素に心理教育が含まれている。具体的には、双極性障害の再発のしやすさを患者（あるいは家族と）共有した上で、どのような要因が再発の誘発要因となるかを確認し、その要因に対してどのように対処していくかが介入の基本とされている。本研究では、数ある再発に関連する心理社会的要因の中でも最も再発に影響があるとされる家族関係について焦点を当てた。家族関係は双極性障害の症状の増悪に関連する重要な要因であることが示されているが、家族関係を客観的に測定するためには、患者家族、支援者の双方の時間的なコストも大きいことから（赤木・大島，2001）、簡便な評価が必要である。第 2 章研究 1 で PCM を作成し、使用可能となったことによって、患者家族および支援者に負担がかからずに患者の家族関係を PC の側面から測定することができ、その情報を臨床場面と実証研究の双方で活用することが可能となった。一方で、現在まで PCM は項目 2 を中心に信頼性と妥当性の検証が行われてきた背景があるため、PCM の項目 1、項目 3、項目 4 に関する詳細な妥当性検証が必要であることが示唆された。

また、第 3 章によって、双極性障害患者の PC は一般健常者と比較して有意に得点が高く、双極性障害の診断と有意に関連することを明らかにした。すなわち、PC は双極性障害に特徴的な心理学的要因であることが示された。このことから、双極性障害患者は一般健常人と比較して他者に対して批判している、あるいは批判されているという認識が強いということが考えられる。Masland, Hooley, Tully, Dearing, & Gotlib (2015) に示されているように、PC の高さは、否定的な感情から注意をそらすことが難しいという認知特性を反映しているという特徴を持つ。これらの情報を踏まえて考えると、双極性障害患者が他者から

批判を受けた、あるいは他者に対して批判をしたというネガティブな認識や出来事から注意をそらすことができないことで気分が落ち込む、強いイライライラや焦燥感が高まるなどの感情の変動が発生し、最終的に抑うつ症状や躁症状を引き起こすという悪循環が発生していることが考察できる。このことは、双極性障害によって引き起こされる対人関係上の機能障害を理解していくうえでの重要な情報となる。一方で、このような特徴は、双極性障害にのみ特異的なか否かは研究2のみでは言及できない。すなわち、双極性障害と鑑別が困難であるうつ病と比較しても双極性障害に特徴的な特性であるか否かは今後検討する必要がある。

また、第4章では、PCと非機能的認知と抑うつ症状、躁症状および機能障害の横断的な関連を検討し、その関係性を示した。詳細には、①重要な他者から批判を受けていると認識する程度が強い者ほど高い目標を立てがちで、②自分の気分をコントロールしなければいけないと感じているほど閾値下の躁症状が強く、③重要な他者に対して批判していると認識する者、重要な他者から批判されていると認識している者、重要な他者に批判された時に動揺する程度が強い者ほど閾値下の躁症状が強いこと、④重要な他者に対して批判していると認識するもの、重要な他者から批判されていると認識している者ほど閾値下の機能障害が強いことが示された。以上のことから、PCと非機能的態度および抑うつ症状、躁症状、機能障害は相互的に関連する側面が存在することが示された。また、縦断調査ではPCと非機能的態度が抑うつ症状、躁症状および機能障害に対しどのように影響するかを検討した。その結果、ある時点でのPCがその6か月後の抑うつ症状に影響を与えることが示された。具体的には、ある時点で症状が見られなくても、他者から批判されたと認識した際の動揺が強い者、他者に対して批判したと認識した時に他者の動揺を強く見積もる者は6か月後の抑うつ症状が悪化していたことが明らかになった。このことは、PCが再発の予測因子であることを示しており、現在何らかの症状があるか否かにかかわらず、早期に発見し、PCを低減させる予防的支援が必要であることが示唆される。一方で、PCを低減させていくために有効な支援プログラムは存在しない。したがって、今後は、PCに焦点を当てた支援プログラムの開発が求められる。第4章の結果は、PCに焦点を当てたプログラムの重要性を示した点で意義深いといえる。

本論文は、日本において簡便に批判を介した重要な他者との関係性を測定可能にし、そのような関係性が双極性障害患者の予後を予測することを示唆した初めての研究である。本論文は、双極性障害の支援の選択肢のうち、重要な他者との関係性に焦点を当てた支援の有効性を示し、重要な他者との関係性に焦点を当てた研究発展の可能性を示唆した点から、有益な研究であったといえる。

第3節 本論文の限界と今後の課題

第1項 Perceived Criticism Measure の整備

第2章では、回答者とその重要な他者との間に生じている批判を介した対人関係を評価する評価項目であるPCMを作成した。PCMは、臨床と研究の両側面において簡便に回答者とその重要な他者との関係性を測定することができる。一方で、PCMはその尺度の成り立ちの背景から項目2に特化して信頼性と妥当性の検証が進められてきた経緯が存在するため、項目1、項目3、項目4についてさらなる知見を蓄積する必要がある。例えば、Chambless & Blake (2009) によって示されているように、その回答者とその重要な他者とのPCMのそれぞれの評価項目の一致度(回答者のPCMの項目1(項目2)とその重要な他者のPCMの項目2(項目1))を検証し、実際にどの程度、回答者の批判の認識とその重要な他者の批判したという認識が一致しているのかについて検証が必要である。同様に、回答者が批判された時の動揺とその重要な他者の動揺の一致度(回答者のPCMの項目3(項目4)とその重要な他者のPCMの項目3(項目4))新たに報告し、それぞれの項目の特性についてのあらたな知見が必要である。

第2項 Perceived Criticism と非機能的態度の関係の順序性

第4章では、PCと非機能的態度を並列の心理学的要因として扱ったが、非機能的態度が双極性障害の抑うつ症状、躁症状および機能障害に直接的に関連していないことが示された。しかしながら、PCと非機能的態度が関連している点と非機能的態度の高さが、双極性障害の気分や生活リズムなど生活を悪化させる要因であることが示されている点から(Lam et al., 2010 北川・賀古訳, 2012)、直接的に症状に影響を与える要因ではなく、PCや他の心理社会的な要因と影響しあい症状を強めているという長期的な悪循環のモデルが考えられる。したがって非機能的態度に関しては時間経過を考慮した長期的な悪循環のモデルを検証し、どのように双極性障害の症状と関連するかの作用機序を明らかにすることが重要である。

第3項 Perceived Criticism を臨床応用する際の心理教育ツール

第4章により、PCが日本においても再発の予後を予測することが示されたことから、PCが強い者に対してはその時点で双極性障害の症状が現れていなくても、早期の予防的支援が必要であると考えられる。研究3から得られた情報を活用していくためには、まず、PCMの臨床場面で使用した際の報告を蓄積し、PCを臨床場面で活用する際の利点や情報提供の際の注意点などを質的に検討することが必要である。情報提供に必要な要素を精緻化した上で、PCの低減に効果があるとされる心理教育のツールを応用して、精緻化したPCに関する情報を組み込んだ心理教育ツールの開発が必要である。

本研究によって、重要な他者との間に生じる批判を介した関係性に焦点を当てることが、双極性障害の心理社会的支援の1つの方法として有効である可能性が示された。今後は、

本知見の臨床応用の1つとして、その支援のために必要なツールやプログラムを開発しその効果を検討していくことが重要である。

引用文献

- 赤木 由嘉子・大島 巖 (2001). 家族環境の評価 ―評価の領域と評価技法 精神障害とリハビリテーション, 5, 122-124.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Therd Edition (DSM-III)*. Washington D C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revition (DSM-IV-TR)*. Washington D C: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-5)*. Washington D C: American Psychiatric Association.
- Åsberg, M., Montgomery, S. A., Perris, C., Schalling, D., & Sedvall, G. (1978). A comprehensive psychopathological rating scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 271, 5-27.
- Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: Focus on long-term change. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 277-286.
- Bebbington, P., Wilkins, S., Jones, P. B., Foerster, A., Murry, R. M., Toone, B., & Lewis, S. (1993). Life events and psychosis: Initial results from the camberwell collaborative psychosis study. *British Journal of Psychiatry*, 162, 72-79.
- Brown, G. W., Carstairs, G. M., & Topping, G. (1958). Post hospital adjustment of chronic mental patient. *Lancet*, 2, 685-689.
- Brown, G. W., Monck, E. M., & Carstairs, G. M. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, 55-68.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Chambless, D. L., Bryan, A. D., Aiken, L. S., Steketee, G., & Hooley, J. M. (2001). Predicting expressed emotion: A study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Family Psychology*, 15, 225-240.
- Chambless, D. L., & Steketee, G. (2006). Perceived criticism and marital satisfaction in outpatient with obsessive compulsive disorder or panic disorder with agoraphobia. Unpublished raw data.
- Chambless, D. L., & Blake, K. D. (2009). Construct validity of the Perceived Criticism Measure. *Behavior Therapy*, 40, 155-163.
- Christensen, E. M., Gjerris, A., Larsen, J. K., Bendtsen, B. B., Larsen, B. H., Rolff, H., Ring, G., & Schaumburg. (2003). Life events and onset of a new phase in bipolar affective disorder. *Bipolar Disorders*, 5, 356-361.

- Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., Torren, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., & Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge: University Press.
- (秋山 剛・尾崎紀夫 (監訳) (2012). 双極性障害の心理教育マニュアル——患者に何を、どう伝えるか—— 医学書院).
- DAS-24 Gupta, R., & Guest, J. F. (2002). Annual cost of bipolar disorder to UK society. *British Journal of Psychiatry*, 180, 227-233.
- Ellicott, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G., & Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1194-1198.
- Fals-Stewart, W. O., Farrell, T. J., & Hooley, J. M. (2001). Relapse among married or cohabiting substance abuse patients: The role of perceived criticism. *Behavior Therapy*, 32, 787-801.
- Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder: A clinician's Guide to interpersonal and social Rhythm Therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M., Grochocinski, V., Houck, P., Scott, J., Thompson, W., & Monk, T. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 996-1004.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. New York: Oxford University Press.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hurry, J., Sturt, E., Bebbington, P., & Tennant, C. (1983). Socio-demographic associations with social disablement in a community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 18, 113-21.
- Hayhurst, H., Cooper, Z., Paykel, E. S., Vearnals, S., & Ramana, R. (1997). Expressed emotion and depression. *British Journal of Psychiatry*, 171, 439-443.
- Hooley, J. M., & Miklowitz, D. J. (2017). Perceived criticism in the treatment of a high-risk. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 73, 570-578.
- Hooley, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressive patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal psychology*, 98, 229-235.

- Hooley, J. M., Siegle, G., & Gruber, S. A. (2012). Affective and neural reactivity to criticism in individuals high and low on perceived criticism. *PLoS ONE*, 7, 1-9.
- 稲田 俊也・樋口 輝彦・上島 国利・磯野 浩・山田 光彦・岩波 明・中川 種栄・岡崎 祐士・長沼 英俊 (2002). Young Mania Rating Scale 日本語版の信頼性についての予備的検討 臨床精神薬理, 5, 425-431.
- Johnson, S. L., Cueller, A. K., Ruggero, C., Winett-Perlman, C., Goodnick, P., White, R., & Miller, I. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 268-277.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., Leon, A. C., Rice, J. A., & Keller, M. B. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Coryell, W., Endicott, J., Maser, J. D., Solomon, D. A., Leon, A. C., & Keller, M. B. (2003). A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 261-269.
- 上島 国利 (2003). Montgomery asberg Depression rating Scale (MADRS) の日本語訳の作成経緯 臨床精神薬理, 6, 341-363.
- 加藤 忠史 (2004). 双極性障害の治療における薬物療法と精神療法 精神神経学雑誌, 106, 587-590.
- 加藤忠史 (2012). 躁うつ病はここまでわかった 第2版 日本評論社.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Coryell, W., Endicott, J., & Mueller, T. I. (1993). Bipolar I: A five-year prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 238-245.
- Kennedy, S., Thompson, R., Stancer, H. C., Roy, A., & Persad, E. (1983). Life events precipitating mania. *British Journal of Psychiatry*, 142, 398-403.
- Kwon, J. H., Lee, Y., Lee, M. S., & Bifulco, A. (2006). Perceived criticism, marital interaction and relapse in unipolar depression - Findings from a Korean sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 306-312.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G., & Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Lam, D. H., Wright, K., & Smith, N. (2004). Dysfunctional assumptions in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 79, 193-199.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162, 324-329.

- Lam, D. H., & Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychological Medicine*, 27, 1091-1100.
- Lam, D. H., Jones, S. H., & Hayward, P. (2010). *Cognitive therapy for bipolar disorder: A therapist's guide to concepts, method and practice*. UK: John Wiley & Sons Ltd.
- (北川信樹・賀古勇輝 (監訳) (2012). 双極性障害の認知行動療法 岩崎学術出版社).
- Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention- systematic review, *Bipolar Disorders*, 11, 474-482.
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families*. New York: Guilford Press.
- (三野善央・牛島定信 (訳) (1991). 分裂病と家族の感情表出 金剛出版).
- Lingam, R., & Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 164-172.
- Luborsky, L. (1962). Clinicians' judgments of mental health. *Archives of General Psychiatry*, 7, 407-417.
- Molnar, G., Feeney, M. G., & Fava, G. A. (1988). Duration and symptoms of bipolar prodromes. *The American Journal of Psychiatry*, 145, 1576- 1578.
- Masand, P. S., Eudicone, J., Pikalov, A., McQuade, R. D., Marcus, R. N., Vester-Blokland, E., Carlson, B. X. (2008). Criteria for defining symptomatic and sustained remission in bipolar I disorder: A post-hoc analysis of a 26-week aripiprazole study (study CN138-010). *Psychopharmacology Bulletin*, 41, 12-23.
- Masland, S. R., Hooley, J. M., Tully, L. M., Dearing, K., & Gotlib, I. H. (2015). Cognitive-processing biases in individuals high on perceived criticism. *Clinical Psychological Science*, 3, 3-14.
- Mathew, M. R., Chandrasekaran, R., & Sivakumar, V. (1994). A study of life events in mania. *Journal of Affective Disorders*, 32, 157-161.
- Merikangas, K. R., Jin, R. J., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Viana, M. C., Andrade, L. H., Hu, C., Karam, E. G., Ladea, M., Mediana-Mora, M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Sagar, R., Wells, J. E., & Zarkov, Z. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68, 241-251.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.

- Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). Perceived criticism from family members as a predictor of the one-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136, 101-111.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48, 582-592.
- Miklowitz, D. J. (2008). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach. Second ed.* New York: Guilford Press.
- Mino, Y., Simodera, S., Inoue, S., Fujita, H., Tanaka, S., & Kanazawa, S. (2001). Expressed emotion of families and the course of mood disorders: A cohort study in Japan. *Journal of Affective Disorders*, 63, 43-49.
- 水島 広子 (2011). 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, 341-346.
- 諸井 克英 (1996). 家庭内労働の分担における衝平性の知覚 家族心理学研究, 10, 15-30.
- 宗像 恒次・仲尾 唯治・藤田 和夫・諏訪 茂樹 (1986) 都市住民のストレスと精神健康度 精神衛生研究, 32, 47-68.
- 長沼 英俊 (1999). 精神科臨床評価マニュアル——臨床疾患の臨床評価, 気分障害・躁病エピソード—— 臨床精神医学, 28, 128-134.
- 成瀬 麻夕・井上 猛・中川 敦夫 (2017). 双極性障害の家族支援 精神科臨床サービス, 17, 52-57.
- 成瀬 麻夕・高江洲 義和・井上 猛・青木 俊太郎・坂野 雄二 (2017). 双極性障害と Perceived Criticism の関連 精神科診断学, 10 (1), 44-54.
- 成瀬 麻夕・堀内 聡・坂野 雄二 (2017). Perceived Criticism Measure 日本語版の信頼性と妥当性の検討 認知療法研究, 10 (1), 39-44.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar Disorder: A cognitive therapy approach.* Washington, D C: American Psychological Association.
- 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン制作委員会 (2012). 日本うつ病学会治療ガイドライン I 双極性障害, 2012 年 3 月
<www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/120331.pdf>
- O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuthbertson, B., & O'Brien, B. E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *British Journal of Psychiatry*, 159, 122-129.
- Okasha, A. E., Akabawi, A. S., Snyder, K. S., Wilson, A. K., Youssef, I. E., & Dawla, A. S. (1994). Expressed emotion, perceived criticism, and relapse in depression a replication in an Egyptian community. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 1001-1005.

- Peele, P. B., Xu, Y., & Kupfer, D. J. (2003). Insurance expenditures on bipolar disorders clinical and party implications. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1286-1290.
- Perry, A., Tarrier, N., Morriss, R., McCarthy, E., & Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *British Medical Journal*, 318, 149-153.
- Post, R. M., & Altshuler, L. L. (2005). Mood disorders treatment of bipolar disorders. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry (8th ed.)*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Power, M. J., Katz, R. McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D. H., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS-24): A Comparison of Forms A and B and Proposals for a New Subscaled Version. *Journal of Research in Personality*, 28, 263-276.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492.
- Reiser, R. P., & Thompson, L. W. (2005). *Bipolar Disorder: Advance in psychotherapy: Evidence-Based Practice*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- (岡本泰昌 (監訳) (2011). エビデンス・ベースド心理療法シリーズ 双極性障害 金剛出版)
- Renshaw, K. D. (2008). The predictive, convergent, and discriminant validity of perceived criticism: A review. *Clinical Psychology Review*, 28, 521-534.
- Riso, L. P., Klein, D. N., Anderson, R. L., Ouimette, P. C., & Lizardi, H. (1996). Convergent and discriminant validity of perceived criticism from spouse and family members. *Behavior Therapy*, 27, 129-137.
- Sachs, G. S., Thase, M. E., Otto, M. W., Bauer, M., Miklowitz, D., Wisniewski, S. R., Lavori, P., Lebowitz, B., Rudorfer, M., Frank, E., Nierenberg, A. A., Fava, M., Bowden, C., Ketter, T., Marangell, L., Calabrese, J., Kupfer, D., & Rosenbaum, J. F. (2003). Rationale, design, and methods of the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 53, 1028-1042.
- Sajatovic, M., Valenstein, M., Blow, F., Ganoczy, D., & Ignacio, R. (2007). Treatment adherence with lithium and anticonvulsant medications among patients with bipolar disorder, *Psychiatric services*, 58, 855-863.
- Scott, J., Stanton, B., Garland, A., & Ferrier, I. N. (2000). Cognitive vulnerability in patients with bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 30, 467-472.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., Abbott, R., & Hayhurst, H. (2006). Cognitive behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.

- Sheehan, D. V. (1983). *The Sheehan disability scales. The Anxiety Disease*. New York, Charles Scribner and Sons.
- Smith, J. A., & Tarrier, N. (1992). Prodromal symptoms in manic depressive psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 245-248.
- Solé, B., Jiménez, E., Torrent, C., Reinares, M., Bonnin, C. D. M., Torres, I., Varo, C., Grande, I., Valls, E., Salagre, E., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Carvalho, A. F., Vieta, E., (2017). Cognitive Impairment in Bipolar Disorder: Treatment and Prevention Strategies. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 20, 670-680.
- Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., Miyake, Y., Ono, Y., & Power, M. J. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta Neuropsychiatrica*, 19, 362-367.
- Takaesu, Y., Inoue, Y., Ono, K., Murakoshi, A., Futenma, K., Komada, Y., & Inoue, T. (2017). Circadian rhythm sleep-wake disorders as predictors for bipolar disorder in patients with remitted mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 220, 57-61.
- Takaesu, Y., Inoue, Y., Murakoshi, A., Komada, Y., Otsuka, A., Futenma, K., & Inoue, T. (2016). Prevalence of Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders and DAS-24 associated Factors in Euthymic Patients with Bipolar Disorder. *PLoS One*, 11, e0159578.
- Takahashi, N., Tomita, K., Higuchi, T., & Inada, T. (2004). The inter-rater reliability of the Japanese version of the Montgomery-Åsberg depression rating scale (MADRS) using a structured interview guide for MADRS (SIGMA). *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 19, 187-192.
- Thomas, P. (2004). The many forms of bipolar disorders: A modern look at an old illness. *Journal of Affective Disorders*, 79, 3-8.
- 上原 徹・後藤 雅博 (2004). 感情表出: EE (Expressed Emotion) 精神医学, 33, 96-103.
- 上原 徹・後藤 雅博 (2015). 感情表出 臨床精神医学, 44 (増刊号) , 81-92.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factor on the course of psychiatric illness. *British Journal of Psychiatry*. 129, 125-137.
- Weissman, A. N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: a validation study. *Dissertation Abstracts International*, 40, 1389-1390B.
- White, J. D., Strong, J. E., & Chambless, D. L. (1998). Validity of the perceived criticism measure in an undergraduate sample. *Psychological Reports*, 83, 83-97.
- Wright, K., Lam, D.H., & Strachan. (2005). Attitudes and induced mood in bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 689-696.
- Yan, L. J., Hammen, C., & Cohen, A. N. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 83, 199-206.

- 横山 勝英 (2003). 地域差の比較研究 龍谷大学経済学論文, 43, 107-123.
- Young, R. C., Biggs, J. T., & Ziegler, V. E. (1978). A rating scale for mania: Reliability, validity, and sensitivity. *British Journal of Psychiatry*, 133, 149-135.
- Zaretsky, A. E., Segal, Z. V., Gemar, M. (1999). Cognitive therapy for bipolar depression: a pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 491-494.
- Zimmerman, M., Posternak, M. A., & Chelminski, I. (2004). Derivation of a definition of remission on the Montgomery-Asberg depression rating scale corresponding to the definition of remission on the Hamilton rating scale for depression. *Journal of Psychiatric Research*, 38, 577-582.

謝辞

2017年10月30日 成瀬 麻夕

本博士論文を書き終えて今はほっとした気持ちと今まで私を支えてくださった皆様の感謝でいっぱいです。この場を借りてその気持ちを言葉にしてみたいと思います。

はじめに、坂野雄二先生、修士課程と博士課程の6年間大変お世話になりました。思い返してみると、北海道医療大学の受験を考えていた私が、夜中に思い立って坂野先生にメールを送ったところ、すぐにお返事をいただき、その週末に研究室に訪問したのが坂野先生との出会いでした。それから6年間、いつも同級生に後れを取り劣等感でいっぱいだった私を時には励まし、時には叱り、先生はいつもどうしたら私が外でうまくやっていけるか先を見据えたご指導をしてくださいました。まだまだお世話になることもたくさんあるかと思います。今後ともよろしくお願いします。そして、いつまでもお元気でいてください。

次に同期の青木俊太郎さん、青木君と同期で本当に良かったです。私がやさぐれた時には一緒にお酒を飲みかわし、良い時も悪い時も苦楽を共にした、まさに同じ釜の飯を食った仲間（釜めし仲間）になれたかと思います。本当にありがとう！そしてこれからもよろしくお願いします。同じく、釜めし仲間の岩野卓さん、土井理美さん、荒井穂菜美さん、土屋垣内晶さんシカゴの夜は楽しかったですね！思い返せば楽しい思い出がたくさんです。名前を挙げればきりがなくいたくさんの先輩・後輩に囲まれて支えられて無事に博士論文を出すことができました。やっぱり坂野研は最高です！

忘れてはいけないのが、修士からアドバイザーをくださった岩手県立大学の堀内聡さん、堀内さんと居酒屋でお互いのわだかまりについて語り合ってから早くも5年です（笑）あの時の話し合いがあって今の私がいます。いつも、直前に提出物を出し、それを一生懸命にサポートしてくださった堀内さん。本当にありがとうございました。堀内さんに受けたご恩を次の後輩たちに受け継いでいけるように、いつも優しい気持ちで真摯に人と向かい合っていけるようにこれからも頑張ります。

また、今の職場である東京医科大学精神医学分野の井上猛先生、いつも温かいサポートをありがとうございます。一人で医学部に飛び込むことは不安でいっぱいでしたが、井上先生がいてくださったおかげで、まずは2年間無事に務めることができました。どうぞこれからも頑張りますのでたくさん鍛えて勉強させてください！よろしくお願いします！そしてそんな素晴らしい東京医科大学へ私を呼んでくれた高江洲義和先生、先生のバイタリティはいつも尊敬しています。秘書の廣野成美さん、いつも温かく見守って支えてくださって本当にありがとうございます。廣野さんのおかげで、いつも穏やかに過ごせております。博士論文を出し終えたことをスタートとして、研究者—実践家として東京医科大学に貢献できるように毎日努力したいと思います。

臨床の場面では、長谷川メンタルヘルス研究所の遊佐安一郎先生に大変お世話になりま

した。私が本博士論文の研究テーマに、魅力を感じ、そして博士課程までの6年間続けてくることができたのは遊佐先生に憧れたことがとても大きいです。修士1年生の時に遊佐先生の講義を受けたときはとても感動しました！今は遊佐先生とクライアントさんの接し方を見てたくさんのお話を吸収したいと思っております。これからもよろしくお願いいたします。

そして、私を支え続けてくれたお父さんお母さん本当にありがとうございました。博士課程に進むときは本当に心配をおかけしました。いつも私を信じて応援してくれてとても心強かったです。そして、亮お兄ちゃん、由希お兄ちゃん私が学校に行っている間家族が増えたりお母さんやお父さんが立て続けに病気になったりと大変なことがたくさんありましたね。でも、家族って良いなと思えたのはみんながいてくれたからです。本当にありがとうございました。学校に行っていることをいつも応援して、認めてくれた真寿美おばあちゃん、きっと茂おじいちゃんと一緒に応援してくれていると思います。いつもありがとう。民子おばあちゃん隆男おじいちゃんも私が学者になることを楽しみにしていましたね。私は自分では、「学者」という素晴らしいものになれるかまだ分かりません。ただ、今まで支えてくださった人たちを裏切らないように、ただ前に向かって一生懸命自分にできることをしたいと思います。

最後に、この論文の調査に協力していただいた皆様、この度は本当にありがとうございました。皆様一人ひとりのご協力のおかげで、この論文が完成しました。これからも皆様をはじめ社会に貢献ができるように情報発信を続けたいと思います。

言葉は尽きませんが、このあたりで感謝の言葉を終えたいと思います。皆様本当にありがとうございました。

付録目録

- ・ 研究 1 質問用紙
- ・ 研究 2, 研究 3 質問用紙
- ・ 研究 2, 研究 3 面接評価

日常生活に関する調査

このたびは、調査にご協力いただき、まことにありがとうございます。
この調査は、日常生活や家族に対してあなたがどのような考え方や気持ちで過ごしているのか、を調べるものです。
次ページからの各ページ上部に書かれている説明に従ってあなたに当てはまるものを正直に選んで答えて下さい。

正しい回答やまちがった回答というものはありません。あまり考えすぎると答えられなくなりますから、気軽にどんどん答えてください。

なお、本調査への回答は、あなたの意志により行ってください。決して強制ではありませんので、回答の途中であろうと、いつでも質問用紙への回答を中止していただいてもかまいません。本調査に協力しないことでああなたに不利益が生じることは一切ございません。なお、本研究では調査用紙を無記名で回収するため、調査用紙を回収したあとに研究参加の撤回はできません。

本調査の結果は、研究目的（学術論文、学会発表等）に使用いたしますが、調査の回答内容はすべて統計学的に処理されます。したがって、あなたの個人の情報が外部に漏れること、公表されることはございません。ご安心してご回答下さい。

以上のことをご理解の上、最後まで記入漏れやミスのないよう、お答え下さい。

ご協力よろしく願いいたします

北海道医療大学大学院心理科学研究科 成瀬麻夕
岩手県立大学社会福祉学部 堀内 聡
北海道医療大学心理科学部 坂野雄二

まず、以下の欄にご記入をお願いいたします。

記入年月日： _____年_____月_____日
性別： (男 ・ 女)
年齢： (才)
電話番号の下5桁： _____

- 1 あなたの就職状況について、あてはまるものに☑を1つ付けてください。
また、(その他)を回答される場合には、()内をご記入ください。

- ・正規雇用 ☐ 正社員
- ・非正規雇用 ☐ 非正規雇用（パートタイム、アルバイト、非常勤、派遣社員等）
- ・それ以外 ☐ 主婦 ☐ 学生 ☐ 退職 ☐ 無職
- ☐ その他（ ）

- 2 あなたの健康状態について、あてはまるものに☑を1つ付けてください。
また、(その他)を回答される場合には、()内をご記入ください。

体の健康状態

- ☐ 身体疾患に罹患している
☐ 身体疾患に罹患していない
☐ その他 ()

心の健康状態

- ☐ 精神疾患に罹患している
- ☐ 精神疾患に罹患していない
- ☐ その他 ()

- 3 あなたの生活状況について、あてはまるものに☑を1つ付けてください。
また、その他を回答される場合には、()内をご記入ください。

- ☐ 配偶者と同居している
- ☐ 配偶者と別居している
- ☐ その他 ()

- 4 あなたの家族構成を記入してください。（例：夫，長男，長女，）

--

日本語版Perceived Criticism Measureを挿入

引用文献：

日本語版Perceived Criticism Measureを挿入

成瀬麻夕・堀内 聡・坂野雄二（2017）． Perceived Criticism Measure日本語版の信頼性と妥当性の検討 認知療法研究, 10（2）, 39-44.

夫婦関係満足感尺度を挿入

引用文献：

諸井克英 (1996). 家庭内労働の分担における衡平性の知覚 家族心理学研究, 10, 15-30.

情緒的支援ネットワーク認知尺度を挿入

引用文献：

宗像恒次・仲尾唯治・藤田和夫・諏訪茂樹（1986）都市住民のストレスと精神健康度 精神衛生研究, 32, 47-68.

日常生活に関する調査

このたびは、調査にご協力いただき、まことにありがとうございます。

この調査は、日常生活や家族に対してあなたがどのような考え方や気持ちで過ごしているのかを調べるものです。

次ページからの各ページ上部に書かれている説明に従ってあなたに当てはまるものを正直に選んで答えて下さい。

正しい回答やまちがった回答というものはありません。あまり考えすぎると答えられなくなりますから、気軽にどんどん答えてください。

なお、本調査への回答は、あなたの意志により行ってください。決して強制ではありませんので、回答の途中であらうと、いつでも質問用紙への回答を中止していただいてもかまいません。本調査に協力しないことであなたに不利益が生じることは一切ございません。なお、本研究では調査用紙を無記名で回収するため、調査用紙を回収したあとに研究参加の撤回はできません。また、回答記入後、担当スタッフが記入漏れがないかなど確認いたします。

本調査の結果は、研究目的（学術論文、学会発表等）に使用いたしますが、調査の回答内容はすべて統計学的に処理されます。したがって、あなたの個人の情報が外部に漏れること、公表されることはございません。ご安心してご回答下さい。

以上のことをご理解の上、最後まで記入漏れやミスのないよう、お答え下さい。

ご協力よろしくお願い申し上げます

北海道医療大学大学院心理科学研究科
岩手県立大学社会福祉学部
北海道医療大学心理科学部

成瀬麻夕
堀内 聡
坂野雄二

まず、以下の欄にご記入をお願いいたします。

記 入 年 月 日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
性 別 : (男 ・ 女)
年 齢 : (才)
電 話 番 号 の 下 5 桁 : _____

研究2、研究3 共通 質問用紙

日本語版Perceived Criticism Measureを挿入

引用文献：

日本語版Perceived Criticism Measureを挿入

成瀬麻夕・堀内 聡・坂野雄二（2017）． Perceived Criticism Measure日本語版の信頼性と妥当性の検討 認知療法研究, 10（2）, 39-44.

研究2、研究3 共通 質問用紙

日本語版Dysfunctional Attitude Scale-24を挿入

引用文献：

Tajima, M., Akiyama, T., Numa, H., Kawamura, Y., Okada, Y., Sakai, Y., Miyake, Y., Ono, Y., & Power, M. J. (2007). Reliability and validity of the Japanese version of the 24-item Dysfunctional Attitude Scale. *Acta Neuropsychiatr*, 19, 362-367.

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale 日本語版を挿入

引用文献：

上島国利 (2003). Montgomery asberg Depression rating Scale (MADRS)
の日本語訳の作成経緯 臨精薬理, 6, 341-363.

研究2、研究3 共通 面接評価

Young Mania Rating Scale日本語版を挿入

引用文献：

稲田俊也・樋口輝彦・上島国利・磯野浩・山田光彦・岩波明・中川種栄・岡崎祐士・長沼英俊（2002）. Young Mania Rating Scale日本語版の信頼性についての予備的検討 臨床精神薬理, 5, 425-431.

研究2、研究3 共通 面接評価

The Global Assessment of Functioning 日本語版を挿入

引用文献：

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition-Text Revision (DSM-IV-TR). Washington D C: American Psychiatric Association.

(高橋三郎・大野 裕・染矢俊幸 (訳) (2002). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 医学書院).