

過敏性腸症候群に対する認知・行動療法の展望

Cognitive and behavioral therapies for irritable bowel syndrome: A review

伊藤雅隆¹ 武藤 崇²

Masataka ITO Takashi MUTO

要 約

本稿の目的は、過敏性腸症候群 (IBS: Irritable Bowel Syndrome) に対しての認知・行動療法 (CBT: Cognitive Behavior Therapy) について展望を行うことであった。有病率が約11%とされる IBS は機能性の消化器障害で、患者の多くがうつ病や不安症などを併発している。薬物療法で軽快しない事例などに、心理療法が適用され、その中でも CBT がその有効性を示している。IBS に対する CBT プログラムについて4種類に分類した。(a) 認知療法を用いたもの、(b) ストレスマネジメントを中心にしたもの、(c) 腸症状への不安を中心にしたもの、(d) マインドフルネスを用いたものに分類され、それぞれの特徴が示された。今後の課題として、併発症状や QOL 改善を見据えた治療プログラムが必要であること、IBS の心理面の基礎的な研究が少ないこと、本邦での治療研究が必要であることが指摘された。

キーワード：過敏性腸症候群 (IBS), 認知・行動療法 (CBT), 生活の質 (QOL)

はじめに

過敏性腸症候群 (Irritable Bowel Syndrome: 以下 IBS) は、器質的な疾患がないにもかかわらず、腹痛や腹部不快感を生じさせ、下痢や便秘といった便通異常を伴う機能性消化管障害の1つである (Longstreth et al., 2006)。IBS 発症や悪化の原因として、ストレスが関係していることが指摘されている (Spiller et al., 2007)。その治療においては消化管運動機能調整薬を中心とした薬物療法が行われるが (日本消化器病学会, 2014)、薬物療法に反応し

ない患者がいることや、心理社会的要因が発症や経過に関与していることから、心理療法がその治療に用いられるようになり、その有効性が証明されている (Zijdenbos, van der Heijden, Rubin, & Quartero, 2009)。そこで本稿では、IBS に対しての心理療法的介入について、認知・行動療法を中心に展望を行うことを目的とする。

過敏性腸症候群の診断と有病率

IBS の診断 IBS の診断基準は、国際作業部会であるローマ委員会によって作成され改訂が重ねられた Rome III が一般的に使用されている (Table 1)。また、IBS にはサブタイプが4種類ある。排便頻度が増加し便形が水っぽくなる下痢型 (IBS with diarrhea: IBS-D)、排便頻

¹ 同志社大学大学院心理学研究科 (Graduate School of Psychology, Doshisha University)

² 同志社大学心理学部 (Faculty of Psychology, Doshisha University)

Table 1 ROME IIIによるIBSの診断基準

<ul style="list-style-type: none"> ・繰り返す腹痛あるいは腹部不快感がある ・最近3カ月の中の1カ月につき少なくとも3日以上症状がある ・下記3項目のうちの2項目以上の特徴を示す <ul style="list-style-type: none"> (1)排便によって改善する (2)排便頻度の変化で始まる (3)便形状の変化で始まる

直近の3カ月で満たされており、その兆候が診断の6カ月以上前からあること
 腹部不快感とは、痛みとは異なる不快な感覚を指す。病態生理学での研究や臨床研究では、痛みや不快感が1週間に2日以上を占めるものが的確である。

度が低下し便形が固くなる便秘型 (IBS with constipation : IBS-C), 下痢型の症状と便秘型の症状を交互に繰り返す混合型 (mixed IBS : IBS-M), 便形状の異常が不十分で3つに当てはまらないと考えられる分類不能型 (unsubtyped IBS : IBS-U) がある (Longstreth et al., 2006)。下痢や便秘といった症状は他の疾患でも見られるが、腹痛や腹部不快感が伴うことがIBSの特徴とされている (Longstreth et al., 2006)。

IBSの有病率 IBSの有病率に関しては、診断基準の変遷に伴い、様々な方法で疫学調査が行われてきた。Lovell & Ford (2012) では、各国の80の研究から国際的な有病率を算出している。この調査の結果、一般人口の11.2% (95%CI, 9.8%-12.8%) がIBSを発症しており、男性に比べて女性が発症しやすいことが示された (男性 : 女性 = 1 : 1.67)。

本邦でも複数の有病率調査が行われてきた。代表的な疫学調査の結果をTable 2に示す。Kumano et al. (2004) では一般サンプルを対象にRome IIの診断基準を用いて調査が行われ、6.1%の有病率が示されている。Kanazawa et al. (2004) では病院での定期検診受診者を対象にRome IIの診断基準を用いて調査を行っており、有病率は14.2%だった。Miwa (2008) では、Rome IIIを診断基準として用いたインターネット調査を行い、有病率は13.1%だった。本邦のIBSの有病率は、診断基準や調査対象によりややばらつきはあるものの、平均して約11%を示しており、世界的な有病率と同程度であると考えられる。

Table 2 日本のIBS有病率

著者	調査年	調査方法	診断基準	対象者	有病率
Kumano et al.	2004	質問紙	Rome II	一般人口	4000名 6.10%
Kanazawa et al.	2004	質問紙	Rome II	定期検診の来診者	417名 14.20%
Miwa	2006	インターネット調査	Rome III	一般人口	10000名 13.10%

過敏性腸症候群の特徴

IBSはさまざまな身体症状を併発することの多い疾患であることが指摘されている (Whitehead et al., 2007)。胃食道逆流症などの他の消化管障害や線維筋痛症といったストレスが病態に関わるとされる消化管以外の身体的問題を頻繁に併発することが示されている (Riedl et al., 2008)。また、うつ病や不安症といった心理的異常を併発する人が多いことが、

系統的なレビューにおいて指摘されている (Whitehead, Palson, & Jones, 2002)。また、心理的異常とIBSとの併発は、少なくとも半分の患者が訴え、専門の治療機関を受診者では最大3分の2がうつ病や不安症を抱えると治療ガイドラインにおいても指摘されている (Spiller et al., 2007)。現在までにIBSの心理的要因について多くの調査で検証されている。具体的な研究の例としては、Kovács & Kovács (2007) では、IBS患者が健常群よりも不安や抑うつ

症状得点を高く示すことが報告されている。本邦でも、IBS患者は健常者に比べて、パニック症や広場恐怖症を発症しやすいことが示されている (Kumano et al., 2004)。また、縦断的調査でも IBS 発症にかかわる心理的要因が検討されている。IBS 患者は、IBS の発症前や発症後にうつ病や不安症によって、診察または投薬を受ける率が高いことが示されている (Jones, Latinovic, Charlton, & Gulliford, 2006)。15カ月の追跡調査の期間中に IBS を発症した人は、追跡前の段階で不安症状の得点を高く示していたことが示されている (Nicholl et al., 2008)。これらの研究から心理的異常や心理的要因が IBS の発症やその後の経過に大きく関わっていることが考えられる。

また、IBS は致死性の病気ではないが、患者の生活の質 (Quality Of Life : 以下 QOL) を著しく低下させることが明らかにされている (El-Serag, Olden, & Bjorkman, 2002)。IBS 患者の QOL は健常者と比較して著しく損われている。さらに QOL 低下が著しいとされる慢性疾患の糖尿病患者と比較しても、IBS 患者の方が QOL を阻害されていることが示されている (Gralnek, Hays, Kilbourne, Nailboff, & Mayer, 2000)。このように IBS 患者の QOL の阻害が大きいことが示されており、IBS の症状の重さを表している。QOL 低下の原因として、IBS 症状はひどい場合で失禁を伴うことがあり、失敗体験を避けるために外出を控え活動範囲も狭くなることの影響が考えられる。

さらに IBS の症状を呈していても医療機関にかからない non-patient IBS (IBS 未患者) が患者よりも多く存在していると指摘されている (鳥居, 2008)。実際に通学している学生を対象にした調査で、約11%の生徒において IBS が疑われることが示されている (Hazlett-Stevens, Craske, Mayer, Chang, & Nailboff, 2003)。また non-patient IBS も心理的異常の進行により受診し IBS が発覚することが指摘されている (Koloski, Talley, & Boyce, 2001)。これらのことから、IBS 症状を自覚はしているも

の、適切な治療を受けない人が数多くいることが示されている。

そして IBS は患者本人にとっても非常にづらい体験となるだけでなく、社会的な損失も大きいことがわかっている (Wells, Hahn, & Whorwell, 1997)。生産年齢人口において顕著に表れる病気であることから、IBS にかかる1年間の直接的な損失が米国で約13億ドル、生産性の低下による間接的な損失が、2億500万ドルかかっていることが示されている (Inadomi, Fennerty, & Bjorkman, 2003)。これらのことから、IBS の影響は患者本人にとってのみでなく、社会的な問題としても考えられ、IBS に対して効果的な治療が必要であると考えられる。

以上のように、併存症の多さや著しい QOL 阻害、適切な処置を受けていない人の多さ、社会的コストの高さが特徴として挙げられる。またこれらの特徴を一人の患者が抱えれば抱えるほど、治療が困難になる。

過敏性腸症候群の治療と心理療法

本邦での IBS の治療にはガイドラインが制定されており、それに沿う形で治療が行われることになる (日本消化器病学会, 2014)。IBS に対する治療はおもに3段階で構成されている。

1段階目に食事と生活指導を行った後に、消化管運動機能調整薬やプロバイオティクスを用い、消化器の優性症状に合わせた薬物療法が行われる。この治療で改善が見られない場合は治療継続となり、次の段階へと進む。

2段階目として、ストレスや心理的異常の症状に対するの関与を確認し、その関与が大きい場合は抗不安薬や抗うつ薬が処方される。病態にストレスや心理的異常の関与が乏しいと判断される場合は必要に応じた精密検査が行われ器質的疾患が精査される。ここまでの治療で改善がみられない場合は、治療がさらに次の段階へと進む。

3段階目の治療として、心理療法による治療が行われる。ここまでの改善がなければ経過観

察か診断の再考となる。

心理療法

本邦での IBS 治療においては、薬物療法が奏功しない場合に心理療法が選択されるという形態をとっている。心理療法として用いられるものには、集団療法、催眠療法、対人関係療法、認知・行動療法などがある（日本消化器病学会, 2014）。これらの効果は、医学的問題に対して治療効果をまとめるコクラン・レビューによっても示されている（Webb, Kukuruzovic, Catto-Smith, & Sawyer, 2007; Zijdenbos et al., 2009）。催眠療法は効果が認められるが研究数が少ないために一貫した効果を保証できない（Webb et al., 2007）とされている。認知・行動療法、対人関係療法は心理的治療として合わせてレビューが行われており、その効果は治療後の段階では有効であると示されている（Zijdenbos et al., 2009）。対人関係療法は待機群との比較によって効果を示しているが、認知・行動療法は待機群のみでなく、通常治療と比較しても腸症状の改善に効果を示している。また認知・行動療法は、2010年4月から本邦でもうつ病に対して認知・行動療法が保険点数化されたことから注目を集めている。これらのことから、上記の心理療法の中でも最も研究数が多く、効果が確認されている認知・行動療法について概説を加える。

過敏性腸症候群に対する認知・行動療法

認知行動療法は様々な出来事に対して、どのように考え、行動するかを問題としてとらえる。そして行動面、認知面、感情面、身体面といった側面から問題を解決するための対処法や、セルフコントロールの方法を習得することを治療の目的とし、これらの目標を達成するために計画的に構造化された治療法であるとされている（坂野, 1995）。ストレス反応の関わる医学的な問題や、心理社会的な問題に対して幅広く適用がなされてきた。

認知・行動療法が待機群や通常治療群と比較して IBS 症状の改善に効果的であり、IBS に関する教育のみの心理学的プラセボと比較しても全体的な治療の評価といった点で効果的であると示されている（Zijdenbos et al., 2009）。また、認知・行動療法のみを対象にしたメタ分析では、IBS 症状に対して中程度の効果（*Standardized Mean Difference*: 以下 *SMD SMD* はここの研究の平均差を標準化したものを比較する指標をさす。=0.68）を、QOL 改善に対しても中程度の効果（*SMD*=0.49）を持つことが示されている（Li, Xiong, Zhang, Yu, & Chen, 2014）。治療後半年のフォローアップにおいても、その有効性が確かめられており、IBS 症状に対して認知・行動療法の効果が維持していると考えられる。

IBS に対する認知・行動療法のプログラムは複数開発されてきているが、それらは大きく分けて4種類に分類することができると考えられる。(a) 症状に関連する認知を改め、症状の改善を目指すもの、(b) ストレスマネジメントを行うことで、IBS 症状の改善を図っているもの、(c) 腸症状への不安を中心的に取扱い、それを改善することで IBS 症状の改善を図っているもの、(d) 近年研究が進められているマインドフルネスを用いた、IBS 症状を直接取り扱わないが、生活や症状とのかかわり方の全体的な改善を目指したものとといったプログラムがある。これらのプログラムについて、代表的なもの（Table 3）を中心に概説する。この際使用した文献は、PubMed および Google Scholar のデータベースを使用し、「irritable bowel syndrome」「cognitive behavioral therapy」をキーワードに用いて検索を行った。また、引用されている文献に対しても同様に検索を実施した。

認知療法を用いたプログラム

IBS 患者に対して、認知療法を取り入れて治療を行った研究として Greene & Blanchard (1994) や Volmer & Blanchard (1998) があ

Table 3 代表的なIBSに対する認知・行動療法

著者	治療デザイン	人数	期間	結果
認知療法を用いたプログラム				
Greene & Blanchard (1994)	ICT vs. SM	20	60分, 10セッション	ICT>SM
Vollmer & Blanchard (1998)	ICT vs. GCT vs. WLC	34	ICT-60分, GCT-90分, 10セッション	ICT=GCT>WLC
ストレスマネジメントを中心としたプログラム				
Toner et al. (1998)	GCBT vs. PT vs. MT	101	90分, 12セッション	CBT>PT, MT
Drossman et al. (2003)	ICBT vs. PT vs. DES vs. PLA	431	60分, 12セッション	CBT=DES>PLA>PT
Kennedy et al. (2005)	ICBT+Drug vs. Drug	149	50分, 6セッション	CBT+Drug>Drug
腸症状への不安を中心としたプログラム				
Craske et al. (2011)	IE vs. StM vs. AC	110	50分	IE>StM>AC
マインドフルネスを用いたプログラム				
Zienicke et al. (2013)	MBSR vs. TAU	90	90分, 8セッション	MBSR>TAU
Ferreira (2011)	ACT	56	5.5時間, 1日	介入後>介入前

注) ICT：個別認知療法, SM：症状モニタリング, GCT：集団認知療法, WLC：ウェイトリングリストコントロール群, PT：心理教育, MT：薬物治療, GCBT：集団認知行動療法, ICBT：個別認知行動療法, DES：三環形抗うつ薬, PLA：プラセボ治療群, Drug：抗コリン薬, IE：内部感覚エクスポージャー, StM：ストレスマネジメント, AC：注意コントロール, MBSR：マインドフルネスストレス低減法, TAU：通常治療, ACT：アクセプタンス&コミットメント・セラピー

る。これらの研究では10週間のプログラムが行われ、その治療の要素として、(a) 自己分析の合理化と自己評価 (rational self-analysis or self-understanding), (b) 脱中心化 (decentering), (c) 実験的確認 (experimental disconfirmation) という3つの要素を取り入れた治療が行われた。Vollmer & Blanchard (1998) では、個別に認知療法を行った場合でも、集団で認知療法を行った場合でも、IBSの症状に対してウェイトリストコントロール群と比較して腸症状の改善に効果があることが示された。これらの研究から認知療法がIBSに対して効果を持つことが示された。

ストレスマネジメント中心の治療プログラム

IBSに対して、ストレスマネジメントを中心に据えた認知・行動療法の効果が示されてきた。IBSに対する認知・行動療法の中で、最も代

表的なプログラムが Toner et al. (1998) のプログラムである (Table 4)。このプログラムは、IBSに関わる症状の幅広い範囲を取り扱い、事前と中盤の1回の個別のセッションと参加者の入れ替えがないグループによる集団セッションによって進められる。1回90分、12週間にわたって行われるプログラムである。各セッションは、(a) リラクゼーションの練習、(b) ホームワークの振り返り、(c) テーマの導入と討論、(d) 次回へのホームワークの提示という流れで行われる。プログラムの序盤において、思考、感情、行動、身体の関わりについて伝えていく。それに加えて、その後のセッションへ生かすために、症状や思考のモニタリングの方法や、リラクゼーション法、痛みのマネジメントが訓練される。中盤以降のセッションでは、IBSの症状や関連する問題へこれまでに学習した技法を適応していく。このプログラムの効果

Table 4 Toner et al. (1998) の認知・行動療法プログラムの概要

セッション	形態	テーマ	内容
1	個人	理論的根拠と治療目標の設定	認知行動療法の説明と、治療同盟の確立、目標の作成、リラクゼーションの導入
2	集団	思考、感情、行動、腸症状の関連(1)	身体的／行動的／認知的ストレスについての理解、自動思考、思考記録表の導入
3	集団	思考、感情、行動、腸症状の関連(2)	思考パターンの同定、CALM法の導入
4	集団	痛みのマネジメント	気ぞらし法、SUDの導入、リラクゼーション法、誘導イメージ療法による痛みのコントロール
5	集団	腸の状態にまつわる不安	悪循環モデルの紹介、引き金、回避状況の同定
6	集団	IBSに付随する恥	恥の社会的起源の同定、過剰な一般化の阻止
7	集団	怒りとアサーション	怒りの心理教育、アサーションスキルトレーニング
8	個人	グループセッションでの個人の進捗状況の評価	状況の確認
9	集団	自己効力感	自己効力感の見積もり方の教育
10	集団	社会的承認と完全主義	要求水準の高さの理解
11	集団	コントロール	コントロール方略についての心理教育
12	集団	終結	終結不安への対処、今後の目標設定

の検討として、Toner et al. (1998) では、認知行動療法群と医学的治療群、心理教育群との比較を行っている。その中では認知・行動療法を行った群が最もIBS症状の評価や抑うつ症状が改善したことが示されている。Drossman et al. (2003) でもこのプログラムの効果の検討が行われ、心理教育や薬物プラセボ治療と比較して、IBS症状の改善に効果があったことが示されている。

Toner et al. (1998) のプログラムに次いで、使用されているプログラムに、Kennedy et al. (2006) のプログラムがある。このプログラムは認知・行動療法のセッションが週一回50分で6週間行われる。治療全体は認知的・行動的・感情的反応がつながっていて、1つが変わると残りの要素が一緒に変わるという3つのシステムモデルに基づいており、患者にこのモデルについて理解をしてもらう。これに加えてト

イレに行くといった習慣を変える行動的技法、症状についての考えを改めたり、症状に集中することをやめるといった認知的技法、ストレスマネジメントの技法などを患者に合わせて教示する。Kennedy et al. (2006) では、抗コリン薬による通常治療と抗コリン薬に認知・行動療法を追加した条件で治療効果を検討している。結果として6週間の認知・行動療法のプログラムを行った群が、通常治療群に比べて、治療効果が高かったことが示されている。

腸症状への不安を中心に扱うプログラム

IBSの腸症状に重点を置いた認知・行動療法のプログラムとして、内部感覚エクスポージャー (Interoceptive Exposure) を中心にしたプログラムが効果を持つことが示された (Craske et al., 2011)。内部感覚エクスポージャーを用いた認知・行動療法のプログラムは、

パニック症に対する認知・行動療法として開発されたプログラムである (Barlow, Craske, Cerny, & Klosko, 1989)。パニック症では、パニック発作が起こる際の類似の身体感覚に対して予期不安が生じる。例えば過呼吸の症状に対して予期不安が生じている場合、患者は息が上がることで自体に恐怖を感じる。内部感覚エクスポージャーではパニック発作時の身体感覚と類似の感覚を実験的に引き起こし、恐怖反応を消去するとともに、その知覚に対する誤った認知を修正することを目標としている (Barlow et al., 1989)。先の例でいくと、セラピー場面で実験的に息の上がる活動をしなくても、発作が起こらないことを学習するということである。IBS ではその症状名の通り、腸の運動に対して過敏に反応する。特に腸内の痛覚に対して過敏であることが示されている (Whitehead et al., 1990)。身体感覚に対して過敏であるといった特徴がパニック症と類似していることから、内部感覚エクスポージャーが適用された。

Craske et al. (2011) のプログラムは、およそ週に1回50分間のセッションで進められる。セッションで扱う主なテーマは、IBS の心理教育、注意コントロール、認知再構成、内部感覚及び現実場面の曝露である。彼らの研究では、内部感覚エクスポージャーを中心に据えた群と、Toner et al. (1998) を参考にした注意コントロールを治療として行った群、ストレスマネジメントを治療として行った群の3群の比較で効果を検討している。結果として、内部感覚エクスポージャーを取り入れた群が、最も患者のIBS 症状やQOL 改善に効果的であったことが示された。

マインドフルネスを用いたプログラム

上記の2種類とは異なるアプローチの仕方として、IBS の症状があってもより良い生活を送っていけることを目標に掲げる介入がある。これらのプログラムでは、マインドフルネスが共通して用いられている。マインドフルネスとは、瞬間ごとの経験に、意識的に注意を向け、思考

や感情にとらわれずにいる状態のことを指すとされている (Kabat-Zinn, 1990 春木訳 2007)。Mindfulness-Based Stress Reduction (以下MBSR) という一連のプログラムが整備されており (Kabat-Zinn, 1990 春木訳 2007)、心身医学の治療のプログラムとして運用されている。そしてMBSR はIBS の患者に対しても適応されており、その効果を検討されている (Zernicke et al., 2013)。この研究によると、通常治療の待機群と比較した際、MBSR を行った群が、よりIBS 症状による苦痛を示す指標に改善がみられたことを示している。

また Nailboff, Frese, & Rapgay (2008) は、患者がIBS の症状に関連する思考や感情、身体感覚などを回避する患者が多いことから、マインドフルネスの有益性を指摘している。そしてアクセプタンス&コミットメント・セラピー (Acceptance and Commitment Therapy : 以下ACT) を治療法として推奨している。

ACT では診断に関わらず、行動の過剰または欠如から患者それぞれの問題を捉えて、疾患に関わらない活動で、患者にとって意味のある活動を増やすように支援を行う (増田・武藤, 2011)。このような問題の把握の仕方により、併発の障害が多い場合でも治療が可能となる。また、治療目標を不快な事象の低減に求めるのではなく、個人の価値に基づく行動の活性化に求めている点は、他の心理療法にはないACT の独自性である (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006)。行動の拡大を援助することは、QOL 拡大の支援になるとされており (望月, 2001) ACT では、先述の心理療法とは異なり直接的にQOL 拡大を目指していると考えられる。IBS 患者には併発の疾患が多いこと、QOL 障害が大きいことを考慮すると、IBS に対する治療法としてACT は適合がよいと考えられる。

またACT はIBS 同様に不快な身体刺激の伴う慢性疼痛に対して効果が支持されており (Veehof, Oskam, Schreurs, & Bohlmeijer, 2011)、IBS に対しても同様に効果を持つこと

が期待される。Ferrerira (2011) によって、IBS 患者を対象にその効果の検討がされており、IBS の症状や QOL が治療前と比較して改善していることが示されている。この研究は治療群のみの効果の前後比較であり、今後比較対照群のある研究によって、その効果を確かめられることが望まれる。

以上のように、ストレスマネジメントを中心に据えたもの、腸症状への不安を中心にしたもの、マインドフルネスを取り入れたものそれぞれが IBS に対する治療としてその有効性を示している。特に Toner et al. (1998) のプログラムは最も多くの患者に適用され、その効果を実証している。また Craske et al. (2011) は IBS 症状に対して、ストレスマネジメント中心のプログラムと比較して大きな効果を持つことを示している。さらに、マインドフルネスを用いた介入の中でも Ferreira (2011) は、症状と QOL の改善を示しており、同様の介入法の研究が進むことが期待できる。また、介入の形態としては個別・集団にかかわらず、IBS の症状に対して有効であることがわかっている。

今後の展望

本稿では、IBS に対する認知・行動療法についての展望が行われた。その結果から得られた知見から今後の IBS に関する研究についての展望を述べる。

現在までの研究で、腸症状への不安を中心に扱うものがストレスマネジメント中心のものと比較して効果が高いことが示されている (Craske et al., 2011)。この治療法では症状に関する不安を軽減させることで IBS 症状の軽減をしている。この治療プログラムの効果は高いが、疾患の特徴として心理的異常の併発が多いことが挙げられていることから、統合的な治療の必要性が考慮される。Li et al. (2014) によると、IBS に対する認知・行動療法の副次的な効果として治療直後には心理的異常にも改善がみられるが、その効果がフォローアップま

では維持されていないことが指摘されている。心理的異常が IBS の発症にかかわることが示されている (Jones et al., 2006 ; Nicholl et al., 2008) ことから、現状の認知・行動療法による治療では再発のリスクが残ると考えられる。症状の改善だけでなく、併発する心理的異常への対処も考慮する観点を取り入れることで、再発予防を含んだ治療ができるのではないかと考えられる。今後このような観点を取り入れた介入の検討が待たれる。

また IBS に対する心理療法の効果研究が非常に進められているが、その一方で心理的基盤に関する基礎的な研究はいまだに数少ない。特に認知・行動療法において研究が進み、それらの有効性が示されている反面、心理的基盤に関する検討は、その数が少なく十分に解明されていない。心理的要因がその病態にかかわることが示されているが (Whitehead et al., 2002), その基盤について特に実験的に検討しているものは少ない。さまざまな問題が IBS の病態にはかかわってくるものの、心理的基盤に関する研究が進められることで、より効果的な認知・行動療法を行うことができるようになると考えられる。

最後に、本邦では最大の問題として IBS に対しての認知・行動療法はおろか、心理療法の効果を検討した研究がほとんど行われていないことがある。国外においては数多くの研究が行われており (Craske et al., 2011 ; Drossman et al., 2003), その効果を確立している。本邦での IBS に対する認知・行動療法の治療研究は事例研究と効果研究がわずかにみられる程度である (細谷他, 1997 ; 林・松本・桜木, 2014)。本邦においても IBS に対しての認知・行動療法による治療の効果研究が行われていくことが望まれる。

文 献

Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral

- treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Craske, M. G., Wolitzky-Taylor, K. B., Labus, J., Wu, S., Frese, M., Mayer, E. A., & Nailbof, B. D. (2011). A cognitive-behavioral treatment for irritable bowel syndrome using interoceptive exposure to visceral sensations. *Behavior Research and Therapy*, 49, 413-421.
- Drossman, D. A., Toner, B. B., Whitehead, W. E., Diamant, N. E., Dalton, C. B., Duncan, S., Emmott, S., Proffitt, U., Alman, D., Frusciante, K., Le, T., Meyer, K., Bradshaw, B., Mikula, K., Morris, C. B., Blackman, C. J., Hu, Y., Jia, H., Li, J. Z., Koch, G. G., & Bangdiwara, S. I. (2003). Cognitive-Behavioral therapy versus education and desipramine versus placebo for moderate to severe functional bowel disorders. *Gastroenterology*, 125, 19-31.
- El-Serag, H. B., Olden, K., & Bjorkman, D. (2002). Health-related quality of life among persons with irritable bowel syndrome: A systematic review. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16, 1171-1185.
- Ferrerira, N. B. (2011). *Investigating the role of psychological flexibility and the use of an acceptance and commitment therapy based intervention in irritable bowel syndrome*. (Doctoral dissertation) The University of Edinburgh Edinburgh.
- Gralnek, I. M., Hays, R. D., Kilbourne, A., Nailboff, B., & Mayer E. A. (2000). The impact of irritable bowel syndrome on health-related quality of life. *Gastroenterology*, 119, 654-660.
- Greene, B., & Branchard, E. B. (1994). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 576-582.
- 林愛恵・松本千景・桜木惣吉 (2014). 過敏性腸症候群に対する自律訓練法の効果の性格傾向による違いについて 愛知教育大学報告, 63, 75-79.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hazlett-Stevens, H., Craske, M. G., Mayer, E. A., Chang, L., & Nailboff, B. D. (2003). Prevalence of irritable bowel syndrome among university students: The roles of worry, neuroticism, anxiety sensitivity and visceral anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 501-505.
- 細谷紀江・荒井康晴・原節子・村山ヤスヨ・三木治・村上正人・桂載作 (1997). 系統的脱感作療法により軽快した電車運転不安に伴う過敏性腸症候群の1症例 心身医学, 31, 583-586.
- Inadomi, J. M., Fennerty, M. B., & Bjorkman, D. (2003). Systematic review: The economic impact of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 18, 671-682.
- Jones, R., Latinovic, R., Charlton, J., & Gulliford, M. (2006). Physical and psychological co-morbidity in irritable bowel syndrome: A matched cohort study using the General Practice Research Database. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24, 879-886.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe*

- Living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Delacorte. (カバットジン, J. 春木豊 (訳) (2007) マインドフルネスストレス低減法 北大路書房)
- Kanazawa, M., Endo, Y., Whitehead, W. E., Kano, M., Hongo, M., & Fukudo, S. (2004). Patients and nonconsulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress. *Digestive Diseases and Sciences*, *49*, 1046-1053.
- Kennedy, T. M., Chalder, T., McCrone, P., Darnley, S., Knapp, M., Jones, R. H., & Weesely, S. (2006). Cognitive behavioural therapy in addition to antispasmodic therapy for irritable bowel syndrome in primary care: Randomized controlled trial. *Health Technology Assessment*. London: Department of Health.
- Koloski, N. A., Talley, N. J., & Boyce, P. M. (2001). Predictors of health care seeking for irritable bowel syndrome and nonulcer dyspepsia: A critical review of the literature on symptom and psychosocial factors. *American Journal of Gastroenterology*, *96*, 1340-1349.
- Kovács, Z., & Kovács, F. (2007). Depressive and anxiety symptoms, dysfunctional attitudes and social aspects in irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *37*, 245-255.
- Kumano, H., Kaiya, H., Yoshiuchi, K., Yamanaka, G., Sasaki, T., & Kuboki, T. (2004). Comorbidity of irritable bowel syndrome, panic disorder, and agoraphobia in a Japanese representative sample. *American Journal of Gastroenterology*, *99*, 370-376.
- Li, L., Xiong, L., Zhang, S., Yu, Q., & Chen, M. (2014). Cognitive-behavioral therapy for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *77*, 1-12.
- Longstreth, G. F., Thompson, W. G., Chey, W. D., Houghton, L. A., Mearin, F., & Spiller, R. C. (2006). Functional bowel disorders. *Gastroenterology*, *130*, 1480-1491.
- Lovell, R. M., & Ford, A. C. (2012). Global prevalence of and risk factors for irritable bowel syndrome: A meta-analysis. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, *10*, 712-721.
- 増田暁彦・武藤崇 (2011). ACTにおける精神病理/健康論 武藤崇 (編) ACTハンドブック——臨床行動分析によるマインドフルなアプローチ—— (pp.105-122) 星和書店
- Miwa, H. (2008). Prevalence of irritable bowel syndrome in Japan: Internet survey using Rome III criteria. *Patient Prefer Adherence*, *2*, 143-147.
- 望月昭 (2001). 行動的QOL——「行動的健康」へのプロアクティブな援助—— 行動医学研究, 7, 8-17.
- Nailboff, B. D., Frese, M. P., & Rapgay, L. (2008). Mind/Body psychological treatments for irritable bowel syndrome. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, *5*, 41-50.
- Nicholl, B. I., Halder, S. L., Macfarlane, G. J., Thompson, D. G., O'Brien, S. O., Musleh, M., & Mcbeth, J. (2008). Psychosocial risk markers for new onset irritable bowel syndrome:

- Results of a large prospective population-based study. *PAIN*, 137, 147-155.
- 日本消化器病学会（編）（2014）. 機能性消化器疾患診療ガイドライン2014——過敏性腸症候群（IBS）—— 南江堂
- Riedl, A., Schmidtman, M., Stengel, A., Goebel, M., Wisser, A., Klapp, B. F., & Monnikes, H. (2008). Somatic comorbidities of irritable bowel syndrome: A systematic analysis. *Journal of Psychosomatic research*, 64, 573-582.
- 坂野雄二（1995）. 認知行動療法 日本評論社
- Spiler, R., Aziz, Q., Emmanuel, A., Houghton, L., Jones, R., Kumar, D., Rubin, G., Trudgill, N., & Whorwel, P. (2007). Guidelines on irritable bowel syndrome: Mechanisms and practical management. *Gut*, 56, 1770-1798.
- Toner, B. B., Segal, Z. V., Emmott, S., Myran, D., Ali, A., Digasbarro, I., & Stuckless, N. (1998). Cognitive-Behavioral group therapy for patients with irritable bowel syndrome. *International Journal of Group Psychotherapy*, 48, 215-243.
- 鳥居明（2008）. 我が国の医療における過敏性腸症候群の意義 松枝啓（編）過敏性腸症候群の診断と治療——Rome III 新診断基準を踏まえた合理的アプローチ——（pp.150-155） 医薬ジャーナル社
- Veehof, M. M., Oskam, M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *PAIN*, 152, 533-542.
- Volmer, A., & Blanchard, E. B. (1998). Controlled comparison of individual versus group cognitive therapy for irritable bowel syndrome. *Behavior Therapy*, 29, 19-33.
- Webb, A. N., Kukuruzovic, R., Catto-Smith, A. G., & Sawyer, S. M. (2007). Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome: Review. *The Cochrane Library*, 4.
- Wells, N. E. J., Hahn, B. A., & Whorewell, P. J. (1997). Clinical economics review: Irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 11, 1019-1030.
- Whitehead, W. E., Holtkotter, B., Enck, P., Hoelzl, R., Holmes, K. D., Antony, J., Shabsin, H. S., & Schuster, M. M. (1990). Tolerance for rectosigmoid distention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 98, 1187-1192.
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. L. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: What are the causes and implications? *Gastroenterology*, 122, 1140-1156.
- Whitehead, W. E., Palsson, O., Levy, R. R., Feld, A. D., Turner, M., & Kolf, M. V. (2007). Comorbidity in irritable bowel syndrome. *American Journal of Gastroenterology*, 102, 2767-2776.
- Zernicke, K. A., Campbell, T. S., Blustein, P. K., Fung, T. S., Johnson, J. A., Bacon, S. L., & Carlson, L. E. (2013). Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: A randomized wait-list controlled trial. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20, 385-396.
- Zijdenbos, I. L., van der Heijden, G. J., Rubin, G., & Quartero, A. O. (2009). Psychological treatments for the

management of irritable bowel
syndrome: Review. *The Cochrane
Library*, 1.