

1) 海外のエビデンス

うつ病の急性期治療における数多くの研究で、認知療法が、waiting-list 群や attentional プラセボ群に比して効果的であると報告されている。ただし、他の精神療法に比べて認知行動療法が有意に効果的であるかどうかは、まだ議論の分かれる部分がある。もともと、うつ病患者でも重症例、慢性例、思春期例、身体疾患合併例では、認知行動療法と薬物療法との併用により治療効果の増強が期待できるというエビデンスが出されている。また、併用がより長期（12週以上）にわたると、治療の中断率が有意に低下することがわかっている。認知行動療法（行動活性化技法を含む）は2-4年にわたって再発予防効果が認められており、その効果を維持するためには、認知行動療法終了後も適宜1年に数回のブースター・セッションを行うことが望ましいとされている。

こうしたエビデンスを踏まえて、英国の National Institute for Clinical Excellence ガイドラインは、軽度のうつ病（ICD-10 診断基準の10項目のうち4項目）では、薬物療法は行わず、長くても2週間ごとに注意深い観察、指導下の自助、コンピュータCBT、運動、短期の認知行動療法などの心理的介入を行うことを推奨している。さらに、中等度うつ病（ICD-10 診断基準の10項目のうち5-6項目）に対しては、薬物療法と認知行動療法の併用、および周囲のサポートを考慮することが、そして重症うつ病（ICD-10 診断基準の10項目のうち7-8項目）に対しては中等度の場合と同様の治療や電気けいれん療法を行うことが勧められている。

双極性障害に対する認知行動療法は、服薬アドヒアランスの向上やうつ症状の改善を図る可能性があるが、30カ月経過するとその効果は減弱していく傾向にある。特に双極性障害でも回復期にある症例やエピソード数が少ない非重症例が、認知行動療法と薬物療法との併用によりその効果が期待できる可能性がある。認知行動療法の維持期治療に関しては、症状が安定し

た双極性障害にはある程度の効果が認められているが、重症例に関してその効果の有無を結論づけるには今後の研究が待たれる。さらに、認知行動療法は大うつ病性エピソードを呈する双極性障害の回復を早め、その後の機能もより向上させようと考えられる。

2) 国内のエビデンス

うつ病性障害に対する、本邦における認知行動療法の現状をみるために、医中誌WEBデータベースならびに厚生労働科学研究データベースで、「認知療法または認知行動療法」AND「うつ病」をキーワードに検索した。1983～2009年で485編（会議録を除くと392編）の原著論文・総説・解説・症例報告が検索された。また、Medlineで「cognitive therapy」「Japan」「Depression」をキーワードに検索した。

この中で、会議録を除き内容を検討したところ、表1に示す13編のケース・シリーズまたはケースコントロール研究（表1）、27編の症例報告（表2）が見つかった。

ケース・シリーズまたはケースコントロール研究における主な効果は、主観的・客観的抑うつ症状、QOL、well-being、社会機能（復職など）、非機能的思考において改善を認めている。治療設定も、大学病院、総合病院（入院・外来）、単科精神科病院、精神科診療所、保健所デイケアとさまざまであり、幅広い臨床場面で認知療法の有効性が検証されていることがわかる。

平成18年度の本研究班の研究結果でも、約50%の医療施設で認知行動療法が実施されており、効果、実践ともに十分に充実した精神療法といえる。他方、同研究報告では、精神療法を十分に実施できていると回答した施設は28%にしかみえず、実施が不十分な理由として、44.5%の施設が「みあう診療報酬がない」ことを挙げている。有効性のデータの蓄積と実績にみあう診療報酬の裏付けが望まれる。

表1. うつ病性障害に対する認知（行動）療法のケースシリーズ・ケースコントロール研究

報告者	対象・人数	形態	介入	治療設定	対照群	主たる結果
仲本晴男	慢性うつ病 42 例	集団	認知行動療法を主体としたデイケア週 1 回 12 回	保健所 デイケア	なし	HAMD で 90.5%が改善, SDS で 88.1%が改善, 就労率が 8.3%から 52.8%に増加
松永美希 ほか	大うつ病性 32 例	集団	患者 5-6 名, スタッフ 3 名 集団認知療法	大学病院 (外来)	なし	HAMD, BDI, ATQ-R, DAS, SF-36 で有意な改善, 12 ヶ月後の抑うつ症状・心理社会機能が維持
高木淳彦 ほか	うつ病の男性 3 例	個人	体調確認, 一日のスケジュール作成, 歩行訓練, 筋力トレーニング, 自律訓練法, 音読, 計算, コミュニケーション, 資料の学習, 認知療法, 職場見学 のくみあわせ	総合病院 (外来)	なし	全例が復職
岡田佳詠	うつ病女性 42 名	集団	50 分×8 回の集団認知行動療法	総合病院 (入院・外来)	なし	BDI, ATQ, DAS で有意な改善
田島美幸 ほか	うつ病により病休・休職中で復職を目指している患者 (介入群 17 名, 対照群 10 名 (TAU))	集団	週 1 回 90 分×8 回の集団認知行動療法 + アサーショントレーニング	総合病院 (外来)	あり	介入群で BDI-II, DAS-24 の有意な改善, 対照群では有意な変化なし。
田島美幸 ほか	うつ病により病休・休職中で復職を目指している患者 55 名	集団	週 1 回 90 分×6 回の集団認知行動療法	総合病院 外来	なし	BDI-II, 抑うつスキーマが有意に低下 自尊感情は有意に上昇, 復職に対する意識の向上
秋山剛	うつ病により病休・休職中で復職を目指している患者 66 名	集団	週 1 回 80 分×7 回の集団認知行動療法	総合病院 外来	なし	BDI, DAS-24, 問題解決スタイルの有意な改善
大野裕, 藤澤大介 ほか	大うつ病・気分変調症 30 例	個人	マニュアルに基づいた, 毎週ないし隔週 1 回 50 分 16 回の個人認知行動療法	単科精神科 病院・大学病院 (外来)	なし	BDI, HAMD, QIDS, GAF, SUBI, DAS で有意な改善
山田武彦 ほか	不安障害・うつ病 12 例	個人	カウンセリングの一部として実施, 薬物治療と併用	一般病院 (循環器外来)	なし	92%で有効
玉井仁	特定せず 44 例	集団	1 回 2 時間 1 クール 6 回	記載なし	なし	怒り, 不安の主観的評価が有意に軽減
高梨葉子	うつ病寛解期で維持療法中の外来患者 (31 例が介入群, 22 例が対	個人	Munoz, R. による「うつ病予防プログラム」	大学病院 (外来)	あり	12-24 ヶ月の再発が低い傾向

	照群 (TAU)				
奥野香苗 ほか	老年期うつ病患者 18 例	集 団	認知療法理論に基づ いた集団精神療法。週 1 回各 1 時間程度計 8 回、心理教育的、認知 療法的、ストレス対処 法的アプローチ	大学病院 (入 院)	なし BDI にて 39.0%の患者が緩解し、遷延 していた「興味と喜びの喪失」「心気 症状」が改善
Mino Yほか	労働者 58 例 (28 例が介入群、30 例が対象群)	集 団	認知行動療法にもと づいたストレスマネ ジメントプログラム と eメールによる 3ヶ 月間のフォローアッ プカウンセリング	職域	あ り 28 例中 20 例が治療完遂。CES-D にお いて大將軍と比較して介入群で有意 な改善 (p = 0.003) 職業ストレス感は変化なし

ATQ : 自動思考尺度、BDI : ベックうつ病尺度、CES-D : Center for Epidemiologic Study for Depression、DAS : 非機能的認知
思考尺度、GAF : 全般的機能尺度、HAMD : ハミルトンうつ病尺度、QIDS : 簡易うつ症状評価尺度、SDS : Zung 抑うつ尺度、
SF-36 : QOL 尺度 Short Form36、SUBI : WHO ウェルビーイング尺度、TAU : 通常治療 (Treatment as Usual)

参考文献 (海外)

- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1-45. [E]
- National Institute for Clinical Excellence. *Depression: management of depression in primary and secondary care*. NICE Clinical Guide 23, London, 2004. [A]
- Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57: 414-9. [A]
- Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM. Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 966-80. [A]
- Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998; 49: 59-72. [A]
- McLean PD, Hakstian AR. Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47: 818-36. [B]
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 318-26. [A]
- Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76: 468-77. [B]
- Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen Tierney S. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68: 159-65. [A]
- Gallagher-Thompson D, Hanley-Peterson P, Thompson LW. Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1990; 58: 371-4. [B]
- Mynors-Wallis LM, Gath DH, Lloyd-Thomas AR, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *BMJ* 1995; 310: 441-5. [B]
- Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L. Problem solving therapies for depression: a meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2007; 22: 9-15. [A]

13. Mynors-Wallis LM, Gath DH, Day A, Baker F. Randomised controlled trial of problem solving treatment, antidepressant medication, and combined treatment for major depression in primary care. *BMJ* 2000; **320**: 26-30. [B]
14. Wilson KC, Mottram PG, Vassilas CA. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database Syst Rev* 2008: CD004853. [A]
15. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI, Whalley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry* 1981; **139**: 181-9. [B]
16. Hollon SD, DeRubeis RJ, Evans MD et al. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992; **49**: 774-81. [B]
17. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD et al. Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 409-16. [B]
18. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 2006; **163**: 1493-501. [A]
19. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Erlbaum, Hillsdale, NJ, 1988. [E]
20. Pampallona S, Bollini P, Tibaldi G, Kupelnick B, Munizza C. Combined pharmacotherapy and psychological treatment for depression: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2004; **61**: 714-9. [A]
21. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. *Depress Anxiety* 2008. [A]
22. Elkin I, Shea MT, Watkins JT et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; **46**: 971-82. [B]
23. Thase ME, Greenhouse JB, Frank E et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; **54**: 1009-15. [A]
24. Keller MB, McCullough JP, Klein DN et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; **342**: 1462-70. [B]
25. March J, Silva S, Petrycki S et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004; **292**: 807-20. [B]
26. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M et al. Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003; **289**: 3106-16. [B]
27. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 417-22. [B]
28. Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Canestrari R, Morphy MA. Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 1994; **151**: 1295-9. [B]
29. Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1996; **153**: 945-7. [B]
30. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Canestrari R, Morphy MA. Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am J Psychiatry* 1998; **155**:

- 1443-5. [B]
31. Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, Conti S, Belluardo P. Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry* 1998; **55**: 816-20. [B]
32. Dobson KS, Hollon SD, Dimidjian S et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; **76**: 468-77. [B]
33. Robinson RG, Jorge RE, Moser DJ et al. Escitalopram and problem-solving therapy for prevention of poststroke depression: a randomized controlled trial. *JAMA* 2008; **299**: 2391-400. [B]
34. Miller IW, Keitner GI, Epstein NB, Bishop DS, Ryan CE. Families of bipolar patients: dysfunction course of illness, and pilot treatment study. *22nd Meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Pittsburgh, 1991. [E]
35. Cochran SD. Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *J Consult Clin Psychol* 1984; **52**: 873-8. [A]
36. Lam DH, Watkins ER, Hayward P et al. A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Arch Gen Psychiatry* 2003; **60**: 145-52. [B]
37. Lam DH, Hayward P, Watkins ER, Wright K, Sham P. Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 324-9. [B]
38. Ball JR, Mitchell PB, Corry JC, Skillecorn A, Smith M, Malhi GS. A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: focus on long-term change. *J Clin Psychiatry* 2006; **67**: 277-86. [B]
39. Scott J, Paykel E, Morriss R et al. Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; **188**: 313-20. [B]
40. Zaretsky A, Lancee W, Miller C, Harris A, Parikh SV. Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoeducation in bipolar disorder? *Can J Psychiatry* 2008; **53**: 441-8. [B]
41. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Intensive psychosocial intervention enhances functioning in patients with bipolar depression: results from a 9-month randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007; **164**: 1340-7. [B]
42. Miklowitz DJ, Otto MW, Frank E et al. Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry* 2007; **64**: 419-26. [B]
- (国内)
1. 仲本晴男. 社会復帰を目指した治療法 認知行動療法(CBT)を中心としたうつ病デイケアの有効性と実際. *臨床精神薬理* (1343-3474)11 巻 6 号 Page1224-1232(2008.06)
2. 松永美希, 岡本泰昌, 鈴木伸一, 木下亜紀子, 吉村晋平, 吉野敦雄, 山脇成人. 大学病院精神科における取り組み. 集団認知行動療法プログラムによる復職・社会復帰支援. *精神科* (1347-4790)11 巻 6 号 Page468-474(2007.12)
3. 高木淳彦, 豊国和代, 田中さち, 安田鶴子, 荒川操, 平野栄子, 伊藤清一. 復職支援プログラムの試み. *通信医学*(0387-1320)59 巻 4 号 Page223-226(2007.09)
4. 岡田佳詠. 現場における看護の取り組み編 女性うつ病患者に導入した集団認知療法. *精神看護* 9 巻 6 号 Page16-23(2006.11)
5. 田島美幸, 岡田佳詠, 大野裕, 秋山剛. うつ病休職者を対象とした職場復帰援助のための集団認知療法. *産業精神保健* 14 巻 3 号 Page160-166(2006.09)
6. 藤澤大介, 射場真帆, 岡田佳詠, 菊地俊暁, 久野裕美子, 腰みさき, 杉本彩, 志田博和, 宗未来, 田島美幸, 長井友子, 長田律, 朴順禮, 花岡素美, 古谷真理子, 吉村由未, 渡邊義信, 大野裕. うつ病の認知療法 本邦における現況・効果研究・研修ワークショップ. *ストレス科学* 20 巻 4 号 Page218-227(2006.03)
7. 山田武彦, 高橋衛, 嶋芳樹, 田畑隆文. 内科外来に

における認知療法の可能性.京都医学会雑誌 52 巻 1 号
Page151-157(2005.06)

8.玉井仁.集団認知行動療法の試み 区分線(境界線)の
強化を目指して.アディクションと家族 22 巻 1 号
Page60-66(2005.04)

9.高梨葉子.認知行動療法を用いたうつ病の再発予防
に関する研究.東京慈恵会医科大学雑誌 117 巻 6 号
Page405-417(2002.11)

10.奥野香苗,中村純,白石康子,岩川美紀,上田展久,
加来明希子,奥野丈夫.老年期うつ病に対する集団精
神療法.老年精神医学雑誌(0915-6305)11 巻 12 号
Page1381-1386(2000.12)

11. 秋山剛. 総合病院における職場復帰援助プログラ
ム. うつ病を中心としたこころの健康障害をもつ労働
者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究.
厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合事業.平
成 16 年度総括・分担研究報告書(主任研究者:島悟)
54-57, 2004

12.大野裕ほか. うつ病の認知療法の効果研究. 精神
療法の実施方法と有効性に関する研究. 平成 19 年度
総括・分担研究報告書,2007.

13.Mino Y, Babazono A, Tsuda T, Yasuda N. Can
stress management at the workplace prevent
depression? A randomized controlled trial.
Psychother Psychosom. 2006;75(3):177-82.

社会不安障害が疾患単位として世界的に認知されるようになったのは、1970年のIsaac Marksの論文を嚆矢とし、1980年に発表されたDSM-III以降である。そこでこの概観では、1980年代以降に操作的に診断された社会不安障害(社会恐怖)について、心理社会的介入のエビデンスを概観する。

1. 海外のエビデンスの概観

ある治療が無治療あるいは標準治療に比して有効であることを検証する最強のエビデンスは、無作為割り付け比較試験(RCT)である。しかし、RCTは(a)合併症や重症度の点で選別され、もっとも効果が出やすい患者を対象とし、(b)介入にはその治療法に精通したエキスパートが当たり、(c)介入群と対照群を含めた患者全体が通常治療では考えられないほどの時間と注意を受けることが多い、という点で、RCTで示された効果(efficacy)が一般臨床でどの程度当てはまるかについてはしばしば疑問視される。よって通常のRCTで示された効果が現実の患者に当てはまるかについては、より実地に即した大規模なRCTによる効果(effectiveness)が検証されるか、または実地臨床でのコホート研究が必要である。日本人において効果が見られるかどうかという課題も同様のデータによる検証を要するであろう。

1.1. 社会不安障害に対する認知行動療法のefficacy

社会不安障害に対する心理社会的介入には、狭義の認知行動療法以外にも、対人関係療法、リラクゼーション療法、社会スキル訓練がごく少数のRCTで検討されているが、狭義の認知行動療法に勝る効果が見られていないので、割愛する。狭義の認知行動療法に限定してefficacyを概観するとしても、いくつかの問題がある。

(i) 狭義の認知行動療法の中でも、(a1)段階的暴露のみを行うのか(a2)認知再構成を加えるのか、(b1)個人で行うのか(b2)グループで行うのか、(c1)対面で行うのか(c2)インターネットなどITを利用するのか、(d1)従来型の不安状況への暴露と認知再構成を中心とするのか(d2)社会不安の維持因子に焦点を当てるのか、というバリエーションがある。

(ii) 社会不安障害の重症度の測定においては、うつ病のそれについてのハミルトンうつ病評価尺度

のように、世界的に合意の得られた評価尺度はまだない。特に1980年代、1990年代のRCTはかなりさまざまな尺度を利用している。

そこで、以下の集計表では、認知行動療法の種別を明記し、また最近の研究で頻用されるようになってきていること、また2.で検討する日本におけるコホート研究との比較可能性を重んじ、他者評価式尺度としてLiebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)、自記式評価表としてSocial Interaction Anxiety Scale (SIAS)とSocial Phobia Scale (SPS)を利用した研究に限定して報告した(表1)。これらの認知行動療法では、平均してLSAS, SIAS, SPSの減少率は各31%, 25%, 37%であった。

1.2. efficacy 研究の外的妥当性(一般化可能性)の研究

RCTではない設定で、同様のプログラムが同等な効果を発揮できているかどうかを報告した研究が数件ある。それらを表2にまとめた。Lincolnはドイツ、Gastonはオーストラリアからの報告である。これらによると、平均してSIAS, SPSの減少率は各31%, 42%と、RCTに比肩、またはむしろ良好な治療効果を示している。

2. 日本でのエビデンスの概観

残念ながら、社会不安障害に対する認知行動療法のRCTはまだ日本にはない。しかし、海外においても1.1のエビデンスが、日常診療に敷衍できるかを1.2のオープントライアルで確かめることができるように、1.1のエビデンスを日本に敷衍できるかを検証するため、我々は2002年以降名古屋市立大学におけるグループ認知行動療法のオープントライアルを行ってきた。

対象: 名古屋市立大学病院こころの医療センターを自らもしくは紹介によって受診し、SCIDによって主診断が社会不安障害と診断され、認知行動療法を希望し、グループ認知行動療法の妨げとなるようなパーソナリティ障害や重症の大うつ病を併存していない患者。

方法: コホート研究(ワンアームのオープントライアル)

介入: 名市大の現行のプログラムは、1グループに患者3人治療者2人、1セッション2時間、全16回となっている。うち、最初の8回で、SADのCBTの主要要素を伝授する。主要要素とは、①

心理教育から Clark & Wells model による個人モデルの作成、②注意訓練、③安全保障行動と自己注目を止める実験、④認知再構成、⑤セッション内暴露およびセッション外暴露の課題の設定(行動実験の精神で)、までを行う。個人モデルの作成はなるべく個別に行う。

9 回目で mid-program assessment を行う。9 回目から 16 回目は、行動実験の枠組みの中で、セッション内暴露やセッション外暴露を、認知再構成しながら繰り返す。セッション内暴露(ビデオロールプレイ)は、

- ① 4 分間ロールプレイ、行動実験を強調した認知修正をはかりながら
- ② 安全保障行動と自己集中をやめてセッション外暴露のリハーサル
- ③ 注意転換の実践ロールプレイ
- ④ 恐れた結果を先取りするロールプレイ
- ⑤ 失敗するロールプレイ
- ⑥ アサーションのロールプレイ

など。また、セッション内で治療者同伴の現実暴露を行う。練習不足と思ったら 4 回くらいセッションを追加することは可とする。

	宿題のおさらい	新しく学ぶもの	セッション内で行うもの	宿題
1	Baseline assessment	社会不安とは？不安とは？	5 つの不安	不安日記
2	不安日記の状況をもとに、	SAD の認知行動モデル	自分のモデル①	自分のモデル②
3	自分のモデル②のおさらい	2 カラム目の説明、否定的評価への恐怖の説明	1 分間スピーチ 注意訓練①②	2 カラムまで
4	2 カラムまでのおさらい	3 カラム目の反論の仕方の説明	安全保障行動と自己注目の実験：前半	3 カラムまで
5	3 カラム法のおさらい	ホワイトボードで 3 カラム法	安全保障行動と自己注目の実験：後半	認知再構成
6	3 カラム法のおさらい	段階的暴露の説明	注意訓練② 暴露課題の設定	段階的暴露の練習問題
7	段階的暴露の練習問題	段階的暴露の説明	4 分間ビデオロールプレイ	自分のヒエラルキー暴露と認知再構成
8	自分のヒエラルキー	段階的暴露の説明	(以降は、グループごとでだいぶ異なってくる)	暴露と認知再構成
9	Mid-program assessment 暴露と認知再構成		恐れた結果を先取りするロールプレイ、またはセッション外暴露のリハーサル	暴露と認知再構成
10	暴露と認知再構成	アサーションや問題解決技法を必要に応じて	アサーションのロールプレイ	暴露と認知再構成
11	暴露と認知再構成	(これらのセッションはオプション)	(結局ビデオロールプレイは 2-3 回できると良いようだ)	暴露と認知再構成
12	暴露と認知再構成			暴露と認知再構成
13	暴露と認知再構成			暴露と認知再構成
14	暴露と認知再構成			暴露と認知再構成
15	暴露と認知再構成			暴露と認知再構成
16	End-of-program assessment 暴露と認知再構成	再発の予防		暴露と認知再構成

結果:2008年12月までに134人、44グループが認知行動療法を開始した。うち、6人が現時点で加療中であり、20人が脱落したので108人が認知行動療法プログラムを完遂した。うち103人において治療終結時点でのデータが得られている。治療プログラムは漸次改良されているので、とくに最近の50例についての結果に注目し、表3にまとめた。LSAS, SIAS, SPSの減少率は30%、22%、35%であった。

3. まとめと推奨

以上の結果をまとめると、

- 1) 社会不安障害に対する狭義の認知行動療法パッケージの有効性 efficacy は確立している。

根拠:狭義の認知行動療法パッケージは、待

- 1) 日本において社会不安障害に対する認知行動療法は海外と同等の有効性を示す

- 2) 有効な認知行動療法を行うためにマニュアルベースで行うべきである

根拠:表1、表2、表3の治療は全てマニュアルベースで行われている。日本では名市大マニュアルがある

- 3) しかし、効果的な治療者訓練方法は確立されていない。治療者訓練プログラムを開発し、その有効性を検証すべきである

- 4) 自記式調査票を施行し、アウトカムベースに治療は行われなくてはならない

根拠:表3に、日本の某クリニックで行われたグループ CBT の結果を示した。治療者の評価による LSAS は24%減少と良好な成績を示していたが、患者の自己評価による SIAS と SPS はともに1%しか減少していない

機群と比して中等度の改善(between-group ES にして0.45から0.67)をもたらす

- 2) 欧米において、上記の認知行動療法パッケージは日常臨床においても同等の効果を示すことが示されている。

根拠:SIAS と SPS の%減少率および within-group ES は、RCT ではそれぞれ25%、37%、0.92、1.04 であるのに対し、欧米の実地臨床からの報告では31%、42%、0.98、0.88 であった

- 3) 日本においても、名市大でのプログラムは同等の効果を示している

根拠:同上の値は、名市大の最近50例では、22%、35%、0.71、0.89 である

よって、以下を推奨する

参考文献

- Andersson, G., Carlbring, P., Holmstrom, A., et al (2006) Internet-based self-help with therapist feedback and in vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 74, 677-686.
- Carlbring, P., Gunnarsdottir, M., Hedensjo, L., et al (2007) Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *Br J Psychiatry*, 190, 123-128.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., et al (2006) Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 74, 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., et al (2003) Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *J Consult Clin Psychol*, 71, 1058-1067.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissson, E., et al (2000) Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 69, 137-146.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., et al (2006) Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *Br J Clin Psychol*, 45, 33-48.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., et al (1998) Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 1133-1141.

- Koszycski, D., Bengner, M., Shlik, J., et al (2007)
Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behav Res Ther*, 45, 2518-2526.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., et al (2003)
Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behav Res Ther*, 41, 1251-1269.
- Mattick, R. P., Peters, L. & Clarke, J. C. (1989)
Exposure and cognitive restructuring for social phobia: a controlled study. *Behavior Therapy*, 20, 3-23.
- Mortberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., et al (2007)
Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scand*, 115, 142-154.
- Mortberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., et al (2006)
Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: a randomized controlled study. *J Anxiety Disord*, 20, 646-660.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., et al (2000)
A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia. *J Anxiety Disord*, 14, 345-358.
- Prasko, J., Dockery, C., Horacek, J., et al (2006)
Moclobemide and cognitive behavioral therapy in the treatment of social phobia. A six-month controlled study and 24 months follow up. *Neuro Endocrinol Lett*, 27, 473-481.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., et al (2003)
Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther*, 41, 991-1007.
- Titov, N., Andrews, G., Choi, I., et al (2008)
Shyness 3: randomized controlled trial of guided versus unguided Internet-based CBT for social phobia. *Aust N Z J Psychiatry*, 42, 1030-1040.
- Titov, N., Andrews, G. & Schwencke, G. (2008)
Shyness 2: treating social phobia online: replication and extension. *Aust N Z J Psychiatry*, 42, 595-605.
- Titov, N., Andrews, G., Schwencke, G., et al (2008)
Shyness 1: distance treatment of social phobia over the Internet. *Aust N Z J Psychiatry*, 42, 585-594.

表 1. 社会不安障害に対する認知行動療法の efficacy

Study 文献	内容	LSAS			SIAS			SPS									
		前	後	%	ES1	ES2	前	後	%	ES1	ES2						
Mattick1989	グループ CBT						42.6	28.4	33%	1.19	0.09	41.9	24.0	43%	1.44	0.82	
Heimberg1998	グループ CBT	59.0	46.2	22%			45.5	39.4	13%	0.46	0.09	29.0	25.8	11%	0.32	-0.20	
Cottraux2000	個人 CBT	69.1	52.0	25%			43.1	35.4	18%	0.62		25.5	18.0	29%	0.77		
Otto2000	グループ CBT	65.2	44.0	33%			45.8	38.4	16%	0.60	-0.30	33.6	25.5	24%	0.53	0.10	
Stangier2003	グループ CBT						44.9	36.1	20%	0.59	-0.01	30.7	21.5	30%	0.73	0.54	
Stangier2003	個人 CBT						48.3	34.0				30.2	17.4				
Clark2003	個人 CBT	78.7	35.4				43.6	18.2	58%	2.54	2.12	29.3	9.0	69%	2.25	1.55	
Clark2006	個人 CBT	74.8	28.0	63%	2.64	2.30	45.5	39.9	12%	0.36		31.6	24.3	23%	0.55		
Mortberg2006	グループ CBT	62.0	48.7	21%	0.59		44.4	27.3	39%	1.28	0.52	35.8	20.7	42%	1.02	0.65	
Andersson2006	インターネット CBT+グループ	68.5	45.6	33%	0.91	0.79											
Prasko2006	グループ CBT	92.4	20.9	77%	4.83												
Mortberg2007	個人 CBT	81.8	51.3	37%	1.09	0.55	51.6	37.8	27%	0.78	0.17	37.9	21.5	43%	1.19	0.37	
Koszycski2007	グループ CBT	71.6	40.4	44%			46.1	30.2	34%	1.47		33.3	15.4	54%	2.24		
Carbring2007	インターネット CBT	71.2	45.8	36%			41.3	27.1	34%	1.28	1.18	36.2	20.0	45%	1.08	1.08	
Titov2008a	インターネット CBT+emails						53.8	39.2	27%	1.20	0.80	34.0	20.6	39%	1.28	0.90	
Titov2008b	インターネット CBT+emails						57.1	39.9	30%	1.17	1.50	34.2	18.1	47%	1.29	1.03	
Titov2008c	インターネット CBT+emails						54.7	40.9	25%			34.7	18.7	46%			
平均				39%	2.20	0.91				26%	0.96	0.52			35%	1.05	0.60
平均(外れ値を除外)*				31%	0.87	0.67				25%	0.92	0.45			37%	1.04	0.59

ES1: within-group effect size (治療前後のエフェクトサイズ)。 (baseline - endpoint mean)/endpoint SD で計算。

ES2: between-group effect size (対照群との比較のエフェクトサイズ)。 (control group mean - intervention group mean)/ control group SD で計算。

*極端に良好な成績を報告している Clark2003, Clark2006, Prasko2006 を除外。Clark2003 は維持要因に注目した新しい CBT であるが、Clark が指導したドイツおよびスウェーデンの研究 (Stangier2003, Mortberg2006) では、他の CBT と同等の効果を報告。

表 2. 社会不安障害のオープントライアル

Study 文献	内容	LSAS			SIAS			SPS						
		前	後	%	ES1	ES2	前	後	%	ES1	ES2			
Lincoln2003	個人 CBT						40.0	25.9	35%	0.90	37.7	22.2	41%	0.93
Gaston2006	グループ CBT(開業クリニック)						50.0	35.1	30%	0.88	34.9	19.5	44%	0.86
Gaston2006	グループ CBT(研究所)						54.7	39.3	28%	1.15	38.7	23.4	40%	0.85
平均									31%	0.98			42%	0.88

表 3. 日本における社会不安障害のオープントライアル

Study 文献	内容	LSAS			SIAS			SPS						
		前	後	%	ES1	ES2	前	後	%	ES1	ES2			
名市大	グループ CBT 全 131 例	76.1	57.1	25%	0.69		52.5	42.3	19%	0.63	35.5	24.7	30%	0.71
	完遂 103 例	75.4	57.1	24%	0.67		53.0	42.3	20%	0.66	35.6	24.7	31%	0.72
	最近の 50 例	76.8	53.8	30%	0.90		52.7	41.3	22%	0.71	36.4	23.7	35%	0.89
某クリニック	グループ CBT21 例	92.4	70.2	24%			56.6	56.1	1%		41.1	40.6	1%	

1) 海外のエビデンスのまとめ

パニック障害の CBT で良質の Randomized Controlled Trial (RCT) 研究は、米国ボストンの Barlow ら (2000) が 1991 年から 1998 年にわたり、4 施設の 312 人の患者に対して行ったもので、パニック障害重症度尺度 (PDSS) を用いて、個人 CBT 単独、イミプラミン (IMP) 単独、プラセボ単独、CBT とイミプラミンの併用、CBT とプラセボの併用の 5 群に分けて、それぞれの治療効果を比較した。彼らの結果は、PDSS が 40% 以上減少した治療反応例が全エントリー数の何%を占めるかという治療反応率 (%) で表わされるが、CBT は、急性期 (48.7%)、維持療法期 (39.5%) の治療においては、IMP (急性期 45.8%、維持療法期 37.8%) と同等の有効性を有し、経過観察期では CBT (32.4%) が IMP (19.7%) より効果がより持続していた。さらに、CBT とイミプラミン (IMP) の併用療法は、維持療法期の終了時 (57.1%) に、単独療法よりも優位性が認められた。

また、メタ解析では、CBT と薬物療法の併用療法は、薬物療法よりも有効性が高く、CBT と同等であった (Furukawa et al., 2006)。薬物療法と CBT の比較では、両群の効果に有意差はなく (Bandelow et al., 2007)、プラセボ比較対照試験では、CBT はプラセボよりも効果が有意に高かった (オッズ比 2.52) (Hofmann & Smits, 2008)。

米国精神医学会 APA の Practice Guideline (2009 年 1 月) では、薬物療法か CBT かは、現状では、効果の優劣をつけがたいので、患者の好みによる選択としている。また、英国 NICE Clinical Guideline 22, (2007 年 4 月) では、効果の

持続期間の長いエビデンスの順で、(1) 認知行動療法、(2) 薬物療法の順で推奨している。

2) 国内のエビデンスの紹介: ①対象、②方法 (RCT かオープンか、など)、③結果を表にする。

英文原著での報告があるのは、下記の 3 施設だが、

小林ら (千葉大学) ①パニック障害 ②オープン ③グループ療法で PDSS が 40% 以上減少が 43.3% (90 人中 83 人完遂)、PDSS が 1.1 以上の Active なパニック障害に限定すれば、50% 以上中野ら (名古屋市立大学) ①パニック障害 ②オープン ④ グループ療法で PDSS が 40% 以上減少が 44.7% (70 人中 56 人完遂) 境ら (東京大学) ①パニック障害 ②オープン ③個人療法で PDSS が 50% 以上改善が 14 例中 12 例

国内学会での報告では、

小松ら (和楽会赤坂クリニック) が、コンピュータアシストによる CBT と個人 CBT がいずれも薬物療法よりも有効であったという学会報告をしている。また、ハートクリニック町田 (東京都町田市) やすのきメンタルケアクリニック (埼玉県久喜市) などでも、集団 CBT が実施され、有効性の検証がなされていることが学会報告されている。

3) 国内のエビデンスのまとめ

英文原著報告をしている国内の 3 施設 (千葉大、名古屋市立大学、東京大学) でも、パニック障害の CBT は、国外の有効性の報告 (Barlow らの個

人CBTの数値)と遜色のない数値が出ている。これらの施設では、米国精神医学会APAのPractice Guideline(2009年1月)にあるように、10から15セッションで、個人療法あるいはグループ療法の形で、心理教育、セルフモニタリング、不安な信念への反証、恐怖刺激への暴露、不安を維持する行動の修正、再発予防を含むCBTパッケージ、あるいは、恐怖刺激への系統的暴露療法を、訓練されたセラピストが実施しているため、治療の質は、国外のトップレベルと同じものが、国内でも十分発揮できることが証明されている。また、効果(アウトカム)の測定方法としては、自己記入式のパニック障害重症度尺度(PDSS)日本語版質問紙を用いることが、国内外の治療の質を比較するために有用であり、国内の3施設、すべてが活用している。これらの施設のCBTの実施方法を参考にして、多くの民間の医療機関が、臨床の現場に導入しつつある現状が、見られる。

参考文献

国外のエビデンス

Barlow, et al: Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *JAMA* 283(19):2529-36, 2000.

Furukawa TA, Watanabe N, Churchill R. Psychotherapy plus antidepressant for panic disorder with or without agoraphobia: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2006 Apr;188:305-12.

Bandelow B, Seidler-Brandler U, Becker A, Wedekind D, R  ther E. Meta-analysis of randomized controlled comparisons of psychopharmacological and psychological treatments for anxiety disorders. *World J Biol Psychiatry*. 2007;8(3):175-87.

Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychiatry*. 2008 Apr;69(4):621-32.

国内のエビデンス

Kobayashi K, Shimizu E, Hashimoto K, Mitsumori M, Koike K, Okamura N, Koizumi H, Ohgake S, Matsuzawa D, Zhang L, Nakazato M, Iyo M. Serum brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels in patients with panic disorder: as a biological predictor of response to group cognitive behavioral therapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2005 Jun;29(5):658-63.

Nakano Y, Lee K, Noda Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, Watanabe N, Chen J, Noguchi Y, Furukawa TA. Cognitive-behavior therapy for Japanese patients with panic disorder: acute phase and one-year follow-up results. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Jun;62(3):313-21.

Sakai Y, Kumano H, Nishikawa M, Sakano Y, Kaiya H, Imabayashi E, Ohnishi T, Matsuda H, Yasuda A, Sato A, Diksic M, Kuboki T. Changes in cerebral glucose utilization in patients with panic disorder treated with cognitive-behavioral therapy. *Neuroimage*. 2006 Oct 15;33(1):218-26.

パニック障害の認知行動療法の 国内外のエビデンスについて

清水栄司

千葉大学大学院医学研究院
神経情報統合生理学

米国精神医学会APAのPractice Guideline パニック障害の治療(2009年1月)

薬物療法かCBTかは、現状では、効果の優劣をつけがたい
ので、患者の好みによる選択

- 心理社会的治療としては、CBTが最も適応あり
- 訓練されたセラピストによるべし(いないならば、自動的な方法でも、ある程度の効果あり)
- 10から15セッション
- 個人でもグループでも
- 心理教育、セルフモニタリング、不安な信念に反対する、恐怖刺激への暴露、不安を維持する行動の修正、再発予防を含むCBT
(あるいは、恐怖刺激への系統的暴露療法)

アウトカムの測定

- PDSS(パニック障害重症度尺度)
- CGI(改善度で1か2、重症度で1か2)
- パニック発作がゼロ

英国National Institute for
Health and Clinical Excellence:
NICE Clinical Guideline 22,(2007年4月)

- 効果の持続期間の長いエビデンスの順で、
(1)認知行動療法、(2)薬物療法、(3)自助法
- CBT
 - 訓練されたセラピストで、
 - 7から14時間、(週に1、2時間で、4か月以内)
 - プライマリーケアから導入
- 自助法(読書療法、自助グループ、運動)

国内

- 我が国でも、名古屋市立大の古川先生らのグループCBT、千葉大の清水、小林らのグループCBTで、文献的に海外でのCBTに劣らない効果が示されている。
- 他に、個人CBTでも、効果が示されている。

1) 海外のエビデンス

それまでに難治とされた強迫性障害に対して、1980年にIsaac Marksがクロミプラミンと行動療法の治療効果の比較研究を報告したのを初めとして、曝露反応妨害法(ERP)を主とする行動療法の効果がRCTを用いて実証されるようになった。その後の認知療法との融合を経て、また、近年新しいSSRIが続々と登場したこともあり、CBTとSRIsとの効果比較研究がさかんに発表された。代表的なものとしてはFoaらのERP、クロミプラミン、ERP+クロミプラミン、プラセボとの4群のRCTがあり、ERPはクロミプラミンとの併用の有無に関わらず、プラセボのみでなく、クロミプラミンよりも有意に有効であったという2005年に報告している。現在、米国のコンセンサスガイドラインでは、SRIと並んでCBT(ERPを含む)がエビデンスのある治療法として推奨されている。特に、若年者では薬物の副作用の問題もあり、まずCBTを行うことが奨められている。英国のNICE GUIDELINEでもほぼ同様である。ある治療法の効果を実証する際に最も理想的なものは、その治療法を単独で用いて、プラセボと比較することであるが、このような研究を集めてHoffmanらが不安障害に対するCBTの治療効果に対するメタ解析を行い、CBTは他の不安障害に比較して強迫性障害に対して最大のEffect Sizeが認められたと2008年に報告している。この際、メタ解析の対象研究としてCBTを単独で用い、Psychological

なプラセボと1対1で比較したものうち、適切な年齢枠、構造化面接による診断、適切な無作為割付、適切な重症度評価、Effect Sizeを算出するのに必要なデータが揃っているという厳しい条件をつけている。以上の結果より、海外では強迫性障害全体に対するCBTの効果はこれまでに十分に実証されているといえる。現在は強迫性障害の異種性や遺伝研究を含む生物学的基盤を視野に入れた治療研究が進められている段階である。

2) 国内のエビデンスについて (表の作成)

3) の理由により、わが国では表を作成するほどの研究が報告されていない。

3) 国内のエビデンスのまとめ

欧米に比べて、認知行動療法が普及していないわが国においては、強迫性障害に対する治療効果についての統制的な研究はまだほとんど行われていない。医中誌webでは、「強迫性障害(神経症)」、「(認知)行動療法」、「治療効果(成績)」の掛け合わせで検索した結果、1983年から2009年において8件のみが出された。まず、RCTであるが、唯一九州大学の行動療法研究グループのもののみが発表されており、行動療法の対照として自律訓練、フルボキサミンの対照として偽薬を用い、1)行動療法+偽薬、2)フルボキサミン+自律訓練、3)自律訓練+偽薬の3群に対象者を無作為に割付けた。行

動療法群はプラセボ群のみならず、フルボキサミン群に比べても有意に強迫症状を改善させたと報告した (Nakatani et al: Psychother Psychosom 2005)。この他には統制された研究の発表はみられないが、菊池療養所のグループは、強迫性障害の長期経過追跡研究をおこない、強迫性障害の治療予後においては、行動療法の体験の有無が寛解に最も関連することを見出した (岡嶋ら: 精神科治療学 2007)。肥前精神医療センターのグループは強迫性障害の入院患者の治療効果を調査し、行動療法と薬物療法の併用がほとんどを占め、約 90% の改善がみられたと報告している。(山本ら: 精神医学 2006) この他は単発の症例報告がみられるのみである。

わが国においても、強迫性障害に対する生物学的研究は急速に進められているが、CBT による治療効果研究はほとんど行われていない。臨床、研究の両側面において強迫性障害に対する CBT を行う治療者の増加が急務な状況である。

参考文献:

- 1) Marks IM, Stern RS, Mawson D, Cobb J, McDonald R: Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals. Br J Psychiatry 1980; 136: 1-25
- 2) Foa E, Liebowitz MR, Kozak M et al: Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. Am J Psychiatry 2005; 162:151-161

3) Hofmann SG and Smits JA: Cognitive-Behavioral Therapy for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials

4) Nakatani E, Nakagawa A, Nakao T et al: A Randomized Controlled Trial of Japanese Patients with Obsessive-Compulsive Disorder-Effectiveness of Behavior Therapy and Fluvoxamine. Psychother and Psychosom, 2005; 74:269-276

5) 岡嶋美代, 橋本加代, 野口由香, 原井宏明: 強迫性障害の治療アウトカム, 精神科治療学: 2007; 22:5,509-516

6) 山本理真子, 飯倉康郎, 宮川明美: 強迫症状を主訴として入院した患者の入院理由と治療内容および治療効果とその後の受療状況に関する調査. 精神医学, 2006: 48:4:391-398

研究課題名：PTSD の認知行動療法の有効性に関する国内外の研究の動向

研究分担者	中島聡美	国立精神・神経センター	精神保健研究所
研究協力者	伊藤正哉	国立精神・神経センター	精神保健研究所
	石丸径一郎	国立精神・神経センター	精神保健研究所
	金吉晴	国立精神・神経センター	精神保健研究所

要旨：国内外の研究の分析から、現段階での PTSD に対する CBT の有効性について検討を行った。英国国立医療技術評価機構（NICE）、全米アカデミーズ、国際トラウマティック・ストレス学会（ISTSS）などのガイドラインや報告では、共通してトラウマに焦点をあてた認知行動療法（TF-CBT）あるいは曝露療法（EX）が PTSD の治療法として最もエビデンスがある有効な治療であるとされた。また、EMDR については現段階ではどの要素に効果があるかわからないため、CBT の中には含まれないが、TF-CBT と同等があるいはそれに次ぐエビデンスのある有用な治療法であることが示された。

国内においては、PTSD を対象として標準化された尺度を用いて治療効果を評価した研究は7つであった。EMDR については5つの症例報告で治療前後に PTSD 症状が低下したと報告された。また、PE についての2つのオープントライアルでは治療前後に有意な PTSD 症状の減少、PTSD 診断の喪失を認めていた。現在の日本の研究においては PE において海外の研究と同様の効果が示唆されるものの、対象群がない研究であるためエビデンスレベルは低いものにとどまっている。EMDR については、症例報告の段階であるため有効性についてはまだコメントできる段階になかった。

現在の日本では、PTSD の認知行動療法としては、PE の有効性が示唆されるものの、その有効性を実証するためには、今後はより大きなサンプルサイズでよくコントロールされた RCT による検証が求められている。

A. はじめに

外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder, 以下 PTSD）が 1980 年に DSM-III に診断概念として登場してから数多くの治療研究がなされてきた。PTSD はまれな疾患ではなく、生涯有病率は米国では 7.8%¹⁹、日本では 1.4%¹⁷と報告され

ている。

PTSD は、症状が重症のもの割合が高く¹⁶、生活機能へ障害も大きい^{1,22}。また近年の報告ではメタボリック症候群のリスク因子である¹⁰など身体疾患への影響も懸念されている。

PTSD の治療研究は、診断概念が定まらないころから行われており、Kardiner¹⁵ は 1940年代において「直接・有意識法」、「バルビツレート投与」、「催眠法」の3種類の治療法があったことを述べており、特に「直接・有意識法」は、力動的的精神療法に基本を置きながらも、トラウマ体験の統合を目標とし、少なからず曝露療法の要素を含んでいたことは興味深い。PTSD の診断がなされた 1980年代初期では、主にベトナム退役軍人を対象とした症例研究で、催眠療法⁴、フラッディング¹⁸、集団療法²⁸、薬物 (Phenerzine) の効果¹¹が報告されている。しかし、初期においては診断尺度も統一されておらず、また大きなサンプルサイズや対照群を設定した研究も少なく、実証性に乏しかったといえる。

薬物療法については、1990年代から主に抗うつ薬を中心に RCT が実施されるようになり、SSRIs において有効性が示された研究が多く報告されるようになった。

精神療法では、催眠療法、力動的的精神療法、ストレス接種法 (stress inoculation training, 以下 SIT)、認知行動療法 (cognitive behavioral therapy, 以下 CBT)、眼球運動による脱感作と再処理法 (eye movement desensitization reprocessing, 以下 EMDR) など様々な治療が行われてきているが、近年のいくつかのメタアナリシスの結果は曝露療法 (exposure therapy, 以下 EX) を含むトラウマに焦点をあてた認知行動療法 (Trauma focused cognitive behavioral therapy, 以下 TF-CBT) が最も実証性のある治療であることということで一致している。

本稿では、成人の慢性 PTSD に対する認

知行動療法 (cognitive behavioral therapy, 以下 CBT) の有効性について国内外の研究報告から検討を行った。

B. PTSD の認知行動療法とは？

PTSD における CBT はいくつかの要素を組み合わせられて実施されており、要素の組み合わせによって治療法が異なっている。全米アカデミーズは、PTSD における CBT の治療要素として以下のものが含まれるとしている：曝露 (exposure)、認知再構成 (cognitive restructuring, 以下 CR)、コーピングスキル、心理教育。いくつかの治療はこれらの要素を組み合わせたもので、代表的なものとして持続曝露療法 (Prolonged Exposure, 以下 PE)、認知処理法 (Cognitive Processing Therapy, 以下 CPT)、SIT、系統的脱感作などがあげられる。EMDR を CBT の中に入れるかどうかについては議論があるため、EMDR の有効性については、しばしば他の CBT とは別個に分析されることが多い。また、CBT の中でも、トラウマに焦点をあてているもの (通常なんらかの exposure の要素を含む) を TF-CBT として、トラウマを直接主たるテーマとしない CBT を Non-trauma focused CBT として区別して検討されている。

PTSD の場合、CBT の治療要素に曝露の要素あるいは、トラウマ体験に焦点をあてた要素が必要だとされている。この根拠となっているのは、Foa の「恐怖構造」理論である⁶。Foa らは、恐怖の認知構造として「恐怖刺激」、「恐怖反応」、「恐怖刺激と反応の意味づけ」の3つの要素があり、恐怖を軽減するためには、曝露によって「恐怖構造」を活性化し (記憶を再想起させ)、新

たな情報を再学習することが必要だとしている。この理論は近年動物実験等によって PTSD が恐怖条件付けの消去に失敗した状態であり、恐怖条件付けの消去には、現在はもう安全であるという情報の再学習が必要とされていることと一致しているであろう²³。Foa らは、この理論に基づいて PE を開発した。PE は認知処理よりは曝露に重点をおいた治療法であり、For らは、トラウマ記憶を情緒的に処理することで、自然に体験に基づいた否定的認知が修正されるとしている。For ら⁸は、EX 単独と EX+CR の比較を行い、効果に差はなく、むしろ EX 単独のほうが効果が高かったとしている。Bryant ら⁵も同様の研究を行ったが、EX 単独と EX+CR での治療効果に有意さはみとめられなかった。

一方、CPT はむしろ CR に重点をおいた治療法であり、トラウマによって生じた自己否定や世界の安全感の変容などの否定的な認知の構造を変えることを積極的に取り組む。しかし、CPT にもトラウマの体験を記述し繰り返し読むという曝露の要素は含まれており、やはり曝露要素が恐怖記憶の処理に重要であるということはいえよう。

C. 海外の知見

近年でも戦争、テロ、自然災害などが絶えることはなく、その結果として PTSD 患者が多く発生し、PTSD の有効な治療法の開発と検証、普及は全世界的な課題である。1990 年代以降 PTSD の治療について RCT に基づく研究が増えてきたことから、主に薬物療法と精神療法についてのメタアナリシスが行われ、それに基づく治療ガイドラインが作成されるようになった。代表的な

ものとして米国精神医学会 (APA) (2004)、Cochrane Review(2005)、英国国立医療技術評価機構 (NICE) (2005)、オーストラリア PTSD センター (2007)、米国科学アカデミー医学機構 (2007)、国際トラウマティック・ストレス学会 (ISTSS) (2008) がある。海外の PTSD 研究については十分な分析がされていることから、本稿では上記の中でも比較的近年の報告で引用されることの多い NICE、米国アカデミー、ISTSS の報告書の結果を紹介することにとどめたい。(註: オーストラリア PTSD センターの報告書は NICE の結果をもとに追加したものであり大きな違いはないことから NICE のサマリーの報告だけとした)。

1. 英国 NICE による National Clinical Practice Clinical Guideline(2005)²⁵

このガイドラインは、現場の臨床家が現時点でのエビデンスに基づいた推奨される治療や介入を提供できるようにするために作成されたものである。このガイドラインの作成チームには精神医学、臨床心理、看護、社会福祉などの専門家だけでなく PTSD 患者も加わっている。1980 年から 2003 年に発表された RCT 研究から厳選してメタ解析を行った結果に基づき、医療経済学的な分析も加えて治療の推奨を行っている。

その中で慢性 PTSD (成人) の心理療法の治療の推奨は以下のように述べられている。

- すべての PTSD 患者はトラウマに焦点をあてた心理療法 (trauma-focused CBT、あるいは EMDR) を提供されるべきである。これらの治療法は、外来における個人治療として提供されるべ