

- きものである (A)
- ト라우マに焦点をあてた心理療法は外傷体験からの経過時期に関係なく提供されるべきものである (B)
  - ト라우マに焦点を当てた心理療法は、単回のトラウマ体験による PTSD であれば、通常 8-12 回である。治療セッションの中で、トラウマが話し合われるときには、一般的には通常より長いセッションが必要とされる (例えば 90 分)。治療は定期的に継続 (通常週に最低 1 回) して、同じ治療者によって行われるべきである (B)
  - 医療従事者はもし治療でいくつかの問題に取り組む必要があれば 12 回のセッションを越えて治療を行うことを考慮すべきである。特に、複数のトラウマ体験を経験した場合や、遺族、トラウマによって慢性的な障害を抱えていたり、重症の合併症があったり、社会的な問題がある場合にそうである。トラウマに焦点をあてた治療は治療の全体計画に統合されたものでなくてはならない。(C)
  - 治療は適切なトレーニングを受けた能力のある治療者によって提供されなくてはならない。これらの治療者は適切なスーパーヴィジョンを受けなくてはならない。(C)
  - ある PTSD 患者では最初はトラウマ体験を打ち明けるのに困難や圧倒される感覚を覚えるかもしれない。このような事例では、医療従事者はトラウマ体験の取り組む前に治療の信頼関係の構築や情緒的安定に数回のセッションを費やすことを考慮すべきである。(C)
  - PTSD 患者が他の心理治療 (例えば支持的療法、催眠療法、力動的療法、システミック療法) を希望する場合には、これらの治療法は PTSD において臨床的に十分な効果があるという確立されたエビデンスがまだないということを説明するべきである。(GPP)
  - リラクゼーションや非指示的療法などのトラウマに焦点をあてない介入は、トラウマの記憶を対象としておらず、現在慢性の PTSD がある患者にルーチンに提供されるべきものではない。(B)
  - あるトラウマに焦点をあてた心理療法で改善がないかごくわずかの改善しかない場合には、医療関係者は次のオプションを考慮すべきである。(C)
    - 別のタイプのトラウマに焦点をあてた心理療法
    - 薬物療法の併用
- (A:1 つ以上の RCT か、RCT のメタアナリシスのエビデンス, B: RCT ではないがよくデザインされた臨床研究のエビデンス, C: エキスパートグループによる報告あるいは信頼できる研究者による臨床報告, GPP: ガイドライン作成グループの臨床経験に基づく推奨)
- NICE ガイドラインでは、トラウマに焦点をあてた CBT (24 論文)、EMDR(11 論文)、ストレスマネジメント (7 論文)、その他 (支持的/非指示的療法、力動的療法、催眠療法) の心理療法 (6 論文)、集団 CBT (4 論文) についてメタアナリシスによる検討をおこなっている (表 1)。この結果から、明らかに待機群に対して有効といえるのは、トラウマに焦点をあてた

CBT と EMDR であった。また治療間の比較では、TF-CBT と EMDR の治療効果と脱落率については差はみられなかった。

## 2. 全米アカデミーズ医学機構の報告書<sup>24</sup>

この報告書は、全米アカデミーズ医学機構 (Institute of Medicine; IOM) が退役軍人局の委託を受けて、PTSD の薬物療法および心理療法の有効性におけるエビデンスの評価とレビューを行ったものである。この報告書では研究の質を重視し、RCT、対照群の管理、ITT による分析、評価が適正におこなわれていること、脱落者の群間差が 15% を越えず 40% 未満であること、脱落者を含めた分析 (LOCF) を行っていることなどの視点から研究を評価した上で、その結果を判断したエビデンスに基づいて、コメントをまとめ、現場での治療判断の資料を提供している。

この報告書においては薬物療法については、SSRIs も含めて現在研究報告されているもので十分な有効性のエビデンスがあるとされたものはなかったとしている。(ただ SSRIs については、付録で Mellman 博士は、委員会の意見には賛同できず、自分は、SSRIs については一般集団の PTSD についての有効性については十分ではないが、示唆できるエビデンスはあり、非定型精神病薬についても他の治療の補助あるいは追加としてはやはり示唆できるエビデンスはあると述べている。)

精神療法については、EX、EMDR、CR)、対処スキルトレーニング (coping skills training、以下 CST)、その他の精神療法(折衷的精神療法、催眠療法、力動的な精神療法、脳波による神経フィードバック)について

52 の RCT を分析し、以下のような結論を報告している。

- PTSD の治療法として EX の有効性については十分なエビデンスがある。
- EMDR、CR、CST については、治療法の有効性があると決定するにはエビデンスは不十分である
- 集団による治療の有効性を決定するエビデンスは不十分である。
- その他の精神療法については研究が不足しており結論を出すことが不適当である。

(註: CBT については、学習あるいは条件付け理論に基づいて疾患を治療するものであり、PTSD の場合では、曝露、認知再構成、様々な対処スキル、心理教育などの要素が含まれ、これらを単独あるいは組み合わせで行う (パッケージ) ものとしている。パッケージの代表的なものとしては、Prolonged Exposure、Cognitive Processing Therapy、Stress Inoculation Training、Systematic Desensitization がある。EMDR については CBT の要素を含んでいるが、どの要素が PTSD に対して有効であるかについてまだ議論されている段階であることから、EX やその他の CBT とは区別して独立して評価している。)

全米アカデミーズによる報告では、有効性について十分なエビデンスがあるとされたのは、EX のみであった。ここでは 23 の EX に関する RCT を分析している。EX の内容は、想像曝露、現実曝露、フラッディング、指示的治療曝露などの曝露要素に加えて、心理教育、呼吸再調整、リラクゼーションを行うものである。EX の問題として高い脱落率 (20~30%) があげられる。ま

た、退役軍人—特に慢性 PTSD の男性における治療効果については一貫した結果が得られていないと述べている。

この報告書では、EMDR について 10 の RCT を検討し、最終的に有効とするに十分なエビデンスがないとされた。質の高いとされた 4 つの RCT のうちの 2 つしか EMDR の有効性を実証しなかったことが要因であり、今後適切にデザインされた研究で検証されることが求められている。

CBT の要素である CR (CST や心理教育を伴うものも含む) について 3 つの RCT を検討したが、1 つの研究しか有効性についてのエビデンスを認めることができなかつたため、有効との結論を出すことができないとしている。

### 3. ISTSS の実践ガイドライン (practical guideline) <sup>9</sup>

ISTSS ではすでに 2000 年にガイドラインを発表しているが、その後多くの臨床研究がすすめられたことから、あらたに検討を行いガイドラインの修正を行ったものである。治療の有効性については、文献レビューに基づいて行われており、研究の評価は米国医療研究・品質調査機構 (Agency for Healthcare Research and Quality ; AHRQ) のコーディングシステム (レベル A~F) を利用している。ISTSS のガイドラインは、治療現場での実践を中心に行っているため、現場で問題となるどのような対象者において有用か、また併存疾患がある場合にはどうかなどきめ細かい視点で分析を行っており、それぞれの治療毎にサマリーを述べている。精神療法では CBT (成人、児童・思春期)、EMDR、集団療法、学校現場

での児童思春期への介入、力動的療法 (成人・子どもの頃のトラウマ)、心理社会リハビリテーション、催眠療法、カップル/家族療法、芸術 (創造) 療法 (成人・子ども) について検討された。

CBT については、EX、CPT、SIT、Cognitive therapy、系統的脱感作、自己主張トレーニング、リラクゼーション・バイオフィードバック、弁証法的行動療法、ACT (Acceptance and commitment therapy) について検討がなされている。これらの治療法の中でも特に EX が、レベル A の 22 の研究とレベル B の 8 つの研究によって様々なトラウマや対象者に対して有効であるとされた。また CPT や CT についてもレベル A の研究で有効性が示されたとしている。SIT については、性暴力被害者については十分な有効性が評価されているものの、兵士を対象とした研究では十分なレベルにとどまっている。その他の治療法については、レベル B~C の研究による評価しかないか、研究報告が乏しく判断できる段階にないとされた。CBT 治療グループではこれらの結果から、EX、CT、SIT、またこれらを組み合わせた治療法を含む CBT が、慢性の PTSD の治療として第一選択として推奨すると述べている。

今回の改定の重要な点は、EMDR の効果について検討を行ったことである。ISTSS では、EMDR の治療効果については十分なエビデンスがあるとしながらも、その治療メカニズムは現段階でも不明であり、どの要素が有効なのか、特に眼球運動の果たす役割について研究で明らかにしていく必要があると述べている。

#### D. 日本における PTSD の治療研究

日本での PTSD の治療の歴史は海外よりも更に浅いものであるといえる。日本の精神科医療において PTSD に関心がもたれるようになったのは、やはり 1995 年の阪神淡路大震災や地下鉄サリン事件など多くの心的外傷体験者の治療に取り組まなくてはならないという課題に直面したからではないかと思われる。

PTSD の薬物療法では、オープントライアルではあるが、Kim ら<sup>20</sup>が、日本人の PTSD 患者 52 名に対して paroxetine を使用し、52 週後に CAPS 得点が平均 32.3 点低下し、Clinical Global Impression (CGI) において 67.3% が改善したと報告しており、諸外国と同様に日本人の PTSD 患者においても SSRI が有効であることを示している。精神療法では、EMDR が市井らによって 1996 年より日本で研修が開始されるようになったことで普及し、現在では日本 EMDR 学会が設立され、毎年研修が行われるなど比較的広く認知されるようになっていく。PE についても金らによって 2003 年に開発者である Foa 博士を招聘しての研修会が日本で実施され、現在では国立精神・神経センターや武蔵野大学で研修会が実施されるなど、少しずつ普及してきている。

しかし、これらの治療法の導入は、海外での研究のエビデンスに基づいておこなわれており、今後は文化差や人種差といったものを考慮して、日本人でのエビデンスを出していくことが求められている。

今回、現在までの日本における PTSD の精神療法の効果研究について日本人を対象に行われた研究をまとめた。

日本語で書かれた研究については、「医学中央雑誌」(1983 年～2008 年)を対象に「PTSD, 精神療法」で検索したところ、590 本の論文がヒットした。このうち原著論文 116 本の中から、症例報告を含まない解説やレビュー、観察研究を除いた論文数は 37 であった。このうち 2 つの研究は、同じ研究対象について時期を変えて報告したものであるため最終報告のみを採択した。

また、英文献については、PubMed と PsychoInfo を対象とし、「PTSD, Psychotherapies, Japanese」で検索したところ、45 文献がヒットした。このうち実際に日本人の PTSD の患者を対象にした研究は 2 本であった。これらの 37 の文献を治療別にまとめたのが表 2 である。

これらの研究で最も論文数が多かったのは、EMDR(23 本)であり、次いで、PE(3 本)、力動的な精神療法(3 本)、森田療法(2 本)、催眠療法(2 本)、その他催眠療法、TFT、暗示療法、非特異的精神療法、自律訓練法が各 1 本であった。しかし、これらの論文では対象者に必ずしも PTSD の診断がされておらず、「心的外傷体験」のみ記載されているものが多かったことから、実際の論文にあたり、対象者の診断として PTSD が明確に示されていたもののみを取り上げた。その結果、20 本が該当した。この中でさらに、効果を検討するために客観的な指標を用いて治療前後の効果を述べた論文・会議録に絞ったところ、7 本 (EMDR 5 本、PE 2 本) が該当した。この 7 本の論文・会議録について更に詳細な検討を行った (表 3)。(注: 会議録については、会議録の内容のみで判断しているため、実際には客観的な指標を用いているものが除外されている可能

性はある)

PTSD 患者を対象とし、客観的効果指標を用いた治療研究の治療技法は、EMDR、PE の 2 種類であった。これらの中で、認知行動療法に分類されるものは、PE のみであるが、EMDR はその技法の中でトラウマに関する認知の問題（否定的認知と肯定的認知）を取り扱っており、認知療法の要素を取り込んでいるともいえる。

### 1. EMDR<sup>14 13 21 12 2</sup>

EMDR に関する論文は、すべて 1 例の自験例についての症例報告であった。これら 5 本の研究の対象者は男女、年齢ともに異なっているが、外傷体験は、すべて身体的暴力であった。PTSD の診断については、2 つの研究<sup>13 2</sup>では明示されていなかったが、他の 3 つの研究では CAPS を用いて診断がなされていた。しかし、診断の独立性について明示した論文はなかった。EMDR の回数は 3 回～29 回とばらつきがあった。治療前後の PTSD 症状の評価では、IES-R を使用したものが 3 本、CAPS を用いたものが 2 本であった。評価についても独立性は記載されていなかった。市井<sup>13</sup>の研究では、IES-R を用いているが、得点が明記されずグラフのみで表示されているため、表では推測の値となっている。治療前後の得点の変化は症例によりかなり異なっており、IES-R では、16 点～約 60 点、CAPS は 15 点～63 点であった。全ての症例報告で、治療者の臨床的判断では症状の軽快を認めているが、PTSD 診断の喪失については明記されていなかった。薬物療法については 3 症例で SSRI が併用されていたが、いずれも治療に先行して治療が開始されて

おり、薬物療法で一定期間の治療後、十分な改善が見られなかったことから EMDR を開始したことが記載されている。

### 2. PE<sup>29 3</sup>

PE についての治療研究は対照群を設定しないオープントライアルが吉田ら<sup>29</sup>及び Asukai ら<sup>3</sup>によって報告されていた。吉田らは、2 つの論文で報告しているが、同じ対象者が含まれているため、症例数の多かった論文のみを対象とした。対象とした 2 つの論文ともに診断では CAPS を用い、治療効果については、IES-R と CAPS を用いているが、吉田らの研究では独立した評価者によって行われていた。症例数は吉田らが 14 例、Asukai らが 12 例とほぼ同じサンプルサイズであるが、吉田らは、全例女性で、外傷体験では DV などの繰り返す暴力の被害者を含んでいた。Asukai らの研究では、男性が 1 例だけ含まれており、外傷体験は全例が単回の被害であった。

治療効果では、どちらの研究においても CAPS 得点および IES-R 得点ともに有意な減少を認めた。CAPS、IES-R の平均得点の減少率は、吉田らは 42.7%、50%、Asukai らは、77.9%、74.0%と高い改善率を示した。また、PTSD 診断の喪失では、吉田ら 42.9%、Asukai らが治療直後では 80%、治療後 6 ヶ月では 100%であった。平均得点の変化および、PTSD 診断の喪失においては、Asukai らの研究が吉田らの研究よりよい効果を示していた。吉田らは更に臨床効果判定を行い、PTSD 診断の喪失にはいたらなかったものの「有効 (CAPS 得点が 35%以上減少)」が 2 名 (14.3%)、「やや有効 (CAPS 得点が 35%未満 10%以上減少)」4

名 (28.6%)、「無効 (CAPS 得点の 10%以下の減少、10%以下の増加)」1 名 (7.7%) であり、「悪化 (CAPS 得点が 10%以上増悪)」はなかった。全体として 85.7%に効果が見られていた。海外研究との比較では、治療完遂者の平均得点の減少率は、For ら<sup>8</sup>が 72.0% (PTSD symptom scale interview, 治療完遂者)、Schurr ら<sup>27</sup>が、31.8% (CAPS, ITT) であり、指標や分析の違いがあるものの、治療完遂者においては海外と同様の効果であると言える。

長期的予後については、Asukai らは治療後、3 ヶ月および 6 ヶ月後の経過についても報告しており、CAPS、IES-R のいずれも治療直後より得点が減少しており、治療前の得点から有意な改善を維持していた。海外の研究<sup>78</sup>でも 3 ヶ月後、6 ヶ月後、12 ヶ月後において治療効果が維持されていることが報告されており、この点でも海外と同様の結果を得ていると言える。

しかし、Asukai らの研究では 12 人の対象者のうち 7 人が外傷体験から 6 ヶ月以内であり、比較的急性期の対象者が多いことが高い改善率につながっていた可能性はある。一方吉田らの研究では外傷体験から 1 年以上経過した対象者が 10 例 (71.4%) であり、Asukai らよりは被害からの経過年数が長い対象者であった。Foa ら<sup>8</sup>の研究では平均 9 年、Schnurr ら<sup>27</sup>の研究では平均 23 年の経過であることから、外傷体験から長期経過した事例に対する治療効果については国内の研究はまだ不十分といえるかもしれない。

薬物療法の併用については、吉田らは、薬物併用群と非併用群での効果を比較し、有意な差がなかったとしている。

Rothbaum ら<sup>26</sup>は、逆に Sertraline 治療に PE を追加した効果を Sertraline 単独での効果と比較し、全体としては有意な差はなかったものの、Sertraline に十分反応しなかった対象者では PE の追加により有意な効果を示したことを報告している。これらの研究からは薬物療法で効果を示さない場合では PE がより有効な治療手段であることを示唆しているといえよう。

PE の問題点として脱落率の高さがあげられているが、国内の 2 つの研究では 7.1% (吉田ら)、16.7% (Asukai ら) であり、For ら<sup>8</sup>が 34.2%、Schnurr ら<sup>27</sup>が 37.6% であったことから現段階の日本でのにおいては脱落率は比較的低いが、サンプル数が非常に少ないため、今後より多いサンプルでの研究において比較する必要があるであろう。

現段階において、日本における少数のサンプルでのオープントライアルでは PE は有効な結果を示しているが、対照群が設定されていず、特に Asukai らの研究では外傷体験から 6 ヶ月未満の対象者が多かったことから自然回復による回復の要因を除外することができなかった。したがって日本でも RCT による治療効果を実証することが求められている。既に Asukai らは、2008 年の第 104 回日本精神神経学会の口演で通常治療群との比較による RCT (24 例) において治療直後では PE 群が有意な改善を示したことを報告しており、最終的な研究結果が報告されることが期待される。また、金らも現在より大きなサンプルにおける PE と通常治療の比較を RCT で実施しており、PE については日本でもいくつかの RCT による結果を得られることが予測さ

れる。

### 3. まとめ

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 NICE、全米アカデミーズ、ISTSS などのガイドラインや報告では、共通して TF-CBT あるいは 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法であるとされた。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。

現段階では日本において TF-CBT の1つである 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。

### <引用文献>

1. Amaya-Jackson L, Davidson JR, Hughes DC, and et al. Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community. *J Trauma Stress* 1999;12(4):709-24.
2. 有村達之, 野崎剛弘, 久保千春. 犯罪被害者の PTSD に EMDR が著効した1例. *心身医学* 2006;46(4):336.
3. Asukai N, Saito A, Tsuruta N, and et al. Pilot study on prolonged exposure of Japanese patients with posttraumatic stress disorder due to mixed traumatic events. *J Trauma Stress* 2008;21(3):340-3.
4. Brende JO, Benedict BD. The Vietnam combat delayed stress response syndrome: hypnotherapy of "dissociative symptoms". *Am J Clin Hypn* 1980;23(1):34-40.
5. Bryant RA, Moulds ML, Guthrie RM, and et al. Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(4):706-12.
6. Foa EB, Kozak MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull* 1986;99(1):20-35.
7. Foa EB, Dancu CV, Hembree EA, and et al. A comparison of exposure therapy, stress inoculation training,

- and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(2):194-200.
8. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, and et al. Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *J Consult Clin Psychol* 2005;73(5):953-64.
  9. Foa EB, Keane, T.M., Friedman, M.J., Cohen, J.A. Effective treatment of PTSD second edition New York: Guilford Press; 2009.
  10. Heppner PS, Crawford EF, Haji UA, and et al. The association of posttraumatic stress disorder and metabolic syndrome: a study of increased health risk in veterans. *BMC Med* 2009;7:1.
  11. Hogben GL, Cornfield RB. Treatment of traumatic war neurosis with phenelzine. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(4):440-5.
  12. 本多正道, 市井雅哉, 岩井圭司ら. 強盗殺人未遂事件被害者に呈した外傷後ストレス障害をEMDRにて治療した一例. *トラウマティック・ストレス* 2005;3(1):91-106.
  13. 市井雅哉. EMDR(眼球運動による脱感作と再処理法)によるPTSDの治療未解決記憶の解決. *心療内科* 2005;9(1):35-42.
  14. 稲川美也子. 【EMDR…これは奇跡だろうか!】 性的被害に対するEMDRの適用. *こころのりんしょう a・la・carte* 1999;18(1):49-55.
  15. Kardiner A. War stress and neurotic illness. New York: Paul B. Hoeber, Inc.; 1941.
  16. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, and et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59(4):441-52.
  17. 川上憲人. こころの健康についての疫学調査に関する研究: 平成16~18年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業) こころの健康についての疫学調査に関する研究総合研究報告書. 2007. 1-21 p.
  18. Keane TM, Kaloupek DG. Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol* 1982;50(1):138-40.
  19. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, and et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(12):1048-60.
  20. Kim Y, Asukai N, Konishi T, and et al. Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin*



- Neurosci 2008;62(6):646-52.
21. 松石邦隆, 佐藤真由美, 北村登ら. EMDR が奏功した犯罪被害者 PTSD の一例. 神戸市立病院紀要 2004(42):53-59.
22. Merikangas KR, Ames M, Cui L, and et al. The impact of comorbidity of mental and physical conditions on role disability in the US adult household population. Arch Gen Psychiatry 2007;64(10):1180-8.
23. Muigg P, Hetzenauer A, Hauer G, and et al. Impaired extinction of learned fear in rats selectively bred for high anxiety--evidence of altered neuronal processing in prefrontal-amygdala pathways. Eur J Neurosci 2008;28(11):2299-309.
24. NationalAcademyofSciences. Treatment of posttraumatic stress disorder: An assesment of the evidence. 2007.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London/Leicester: Gaslell and British Psychological Society; 2005.
26. Rothbaum BO, Killeen TK, Davidson JR, and et al. Placebo-Controlled Trial of Risperidone Augmentation for Selective Serotonin Reuptake Inhibitor-Resistant Civilian Posttraumatic Stress Disorder. J Clin Psychiatry 2008:e1-e6.
27. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, and et al. Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. Jama 2007;297(8):820-30.
28. Walker JI, Nash JL. Group therapy in the treatment of Vietnam combat veterans. Int J Group Psychother 1981;31(3):379-89.
29. 吉田博美, 小西聖子, 加茂登志子. わが国における慢性外傷後ストレス障害に対する prolonged exposure therapy の試み. 総合病院精神医学 2008;20(1):55-62.

表1 NICEガイドラインによるPTSDの心理療法についてのメタアナリシスの結果

指標	治療群	対照群	RR	95%CI		評価
				下限	上限	
PTSD診断の喪失	TF-CBT	待機群	0.47	0.37	0.59	A
	TF-CBT	EMDR	1.03	0.64	1.66	D
	TF-CBT	Stress management	0.78	0.61	0.99	B
	TF-CBT	Other therapies	0.71	0.56	0.89	B
	EMDR	待機群	0.51	0.28	0.95	B
	EMDR	Stress management	0.69	0.46	1.04	B
	EMDR	Other therapies	0.40	0.19	0.84	B
	Stress management	待機群	0.64	0.47	0.87	B
	Stress management	Other therapies	0.58	0.30	1.11	D
	Other therapies	待機群	0.79	0.53	1.18	D
	Group CBT	待機群	0.56	0.31	1.01	B
TF-GroupCBT	nonTF-GroupCBT	0.98	0.83	1.16	C	
SMDs						
PTSD症状の減少 (臨床家による面接評価)	TF-CBT	待機群	-1.36	-1.88	-0.84	A
	EMDR	待機群	-1.54	-1.96	-1.12	A
	Stress management	待機群	-1.14	-1.62	-0.67	B
	Stress management	Other therapies	-1.22	-2.09	-0.35	B
	Other therapies	待機群	-0.43	-0.90	0.04	D
SMDs						
PTSD症状の減少 (自記式評価)	TF-CBT	待機群	-1.70	-2.21	-1.18	A
	TF-CBT	EMDR	-0.31	-0.62	0.00	D
	TF-CBT	Stress management	-0.37	-0.74	0.01	D
	TF-CBT	Other therapies	-1.18	-2.32	-0.03	B
	EMDR	待機群	-1.10	-2.42	0.23	A
	EMDR	Stress management	-0.40	-0.86	-0.06	D
	EMDR	Other therapies	-0.84	-1.21	-0.47	B
	Stress management	待機群	0.33	-0.47	1.14	D
	Other therapies	待機群	-0.61	-0.98	-0.24	D
	Group CBT	待機群	-0.71	-1.20	-0.22	D
	TF-GroupCBT	nonTF-GroupCBT	0.12	-0.34	0.10	C
RR						
脱落率	TF-CBT	EMDR	0.83	0.54	1.27	D
	TF-CBT	Stress management	1.17	0.69	2.00	D
	TF-CBT	Other therapies	1.14	0.68	1.90	D
	EMDR	Stress management	1.03	0.37	2.88	D
	EMDR	Other therapies	1.48	0.26	8.54	B
	Stress management	Other therapies	0.82	0.20	1.11	D
	TF-GroupCBT	nonTF-GroupCBT	1.38	1.00	1.09	B

SMDs: standardised mean differences, RR: risk ratio

A: 対照群に比して有効(診断の喪失が多い、重症度の低下が大きい、脱落率が少ない)とするエビデンスがある

B: 対照群に比して有効とするエビデンスは限定されたものである

C: 対照群に比して有効とするエビデンスは示唆的なものであり、2つの治療法の間に臨床的に重要な効果の違いがあるとはいえない

D: 対照群に比して有効とする決定的なエビデンスはなく、2つの治療法の間に臨床的に重要な効果の違いがあるとはいえない

表2 日本人のPTSD/心的外傷患者を対象とした治療研究

治療法	論文数	心的外傷を対象としたもの				PTSDを対象としたもの				Outcome(+)
		CR	OT	CS	RCT	CR	OT	CS	RCT	
EMDR	23	11	0	1	0	11	0	0	0	5
PE	3	0	0	0	0	1	2	0	0	2
力動的療法	3	1	0	0	0	2	0	0	0	0
森田療法	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0
催眠療法	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0
TFT	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
暗示療法	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
非特異的精神療法	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
自律訓練法	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0

CR: 症例報告 日常的な臨床研究に基づいた事前にデザインされていない症例あるいは症例シリーズの報告

OT: オープンライアル 対照群をおかない事前にデザインされた臨床研究

CS: 無作為化されていない比較試験

RCT: 無作為化比較試験

Outcome(+): 標準化された尺度を用いて治療効果を評価している

表3 日本人のPTSD患者を対象とした研究

著者	発表形態	研究デザイン	対象者	群(N)	PTSD診断尺度	PTSD outcome measure	治療前後のPTSD評価の変化	統計学的有意差	PTSD診断の喪失(%)	脱落率	備考
有村ら, 2006	学会発表抄録	症例研究	女性, 強姦	EMDR(1):29回	不明	IES-R	28→12	NA	不明	0%	薬物療法(SSRI,抗不安薬)併用
市井, 2005	症例報告	症例研究	男性, 拷問	EMDR(1):11回	不明	不明	62?(第2セッション)	NA	不明	0%	8ヵ月後に再発
本田, 2005	症例報告	症例研究	女性, 身体暴力	EMDR(1):8回	CAPS	CAPS	92→29	NA	不明	0%	薬物療法(SSRI,抗不安薬, セルピン)併用
松石ら, 2003	症例報告	症例研究	男性, 身体的暴力	EMDR(1):4回	CAPS	CAPS	57→42	NA	不明	0%	薬物療法(SSRI,抗不安薬)併用
稲川, 1999	症例報告	症例研究	女性, 強姦	EMDR(1):3回	CAPS	IES-R	79→34(2ヵ月後) →11(4ヵ月後)	NA	不明	0%	
吉田ら, 2008	原著	オープントライアル	女性, 性暴力, DV, 身体暴力	PE(14)	CAPS	CAPS	88.2(±11.4)→ 50.5(±25.8)	有(p<0.001)	46.20%	1(7.1%)	薬物療法併用8 (57.1%),非併用群との 治療効果の差なし
Asukai et al, 2008	研究報告	オープントライアル	女性11, 男性1 性暴力, 身体暴力, 交通事故, 目撃	PE(12):9-15回	CAPS	IES-R	74.8(±24.68)→ 16.50(12.30)直後 16.20(13.99)3M 8.10(5.30)6M 53.1(±14.28)→ 13.80(8.23)直後 13.10(10.54)3M 9.90(6.42)6M	有(p<0.001)	80%(直後)	2(16.7%)	薬物療法併用3名, 7名 がトラウマから6ヶ月以 内

NA: Not applicable

## 児童の不安障害に対する認知行動療法のエビデンス

研究協力者 石川信一

研究分担者 元村直靖

児童の不安障害に対する認知行動療法 (CBT) は Kendall (1994) の効果研究を皮切りに、多くの無作為割り付け比較試験 (RCT) によってその有効性が実証されている。これらの研究をまとめた Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedure による最新のレビュー論文において、実証に基づく心理療法として分類されている心理療法は CBT のみである (Table 1 参照)。例えば、不安・恐怖に対する心理療法においては (主な対象は、分離不安障害、社会恐怖、全般性不安障害、特定の恐怖症)、いくつかの CBT パッケージが「probably efficacious」の基準に合致することが示されている (Silverman, Pina et al., 2008)。同様に、強迫性障害 (Barrett et al., 2008)、トラウマに関する問題 (Silverman, Ortiz et al., 2008) においても、認知行動療法が有効性の実証されている心理療法として分類されている。

さらに、このレビュー論文の前後して実施された最新の RCT において、児童の不安・恐怖に対する CBT のエビデンスはより強固なものとなっている。例えば、Kendall et al. (2008) は、非特異的介入群との比較において、個人と集団の CBT の有効性を示している。また、Beidel et al. (2007) は、プラセボとの比較において Social Effectiveness Training for Children (SET-C) の有効性を報告している。さらに、Child-Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS) による多施設共同研究において、CBT はプラセボよ

りも優れていることが実証されている (Walkup et al., 2008)。これらの研究結果を踏まえると、児童青年の不安障害に対する CBT は「well-established」の基準を満たすと考えられる (Walkup et al., 2008)。以上のことから、児童青年の不安障害に対する心理療法の第1選択肢は、CBT であると結論づけられる。

一方で、本邦においては、これまでいくつかの事例研究によって、CBT の有用性が示唆されている。石川・坂野 (2005) においては、14 歳の不安症状を抱える男児に対する CBT プログラムの適用が報告されている。それによると、CBT プログラムの結果、介入終結時に加え、1ヶ月後、2ヶ月後フォローアップ時においても不安症状、認知の誤りの改善がみられたことが報告されている。同様に、佐藤・松田・新井 (2006) においては、強迫行為を主訴とする 11 歳の男児に対する CBT の効果を報告している。曝露反応妨害法と認知的技法を併用した結果、自己評定、親評定、治療者評定において強迫症状の改善が確認された。岡嶋・原井 (2008) においては、18 歳以下の強迫性障害患者 48 例の治療成績が報告されている。治療内容は、個々の患者によって異なるものの、薬物療法、セルフモニタリング、強迫観念記録、不安階層表、曝露反応妨害法を中心とした治療の結果、48 例中 40 例の寛解・部分寛解がみられた。

このような研究成果を受け、石川・下津・佐藤 (2008) は、準コントロールスタディを用いて、不安障害の児童に対する短期集団

CBTの有効性を検討している。CBTプログラムは、①心理教育、②感情への気づき、③状況と認知の区別、④認知再構成法1、⑤認知再構成法2、⑥不安階層表の作成、⑦エクスポージャー、⑧まとめ、の8回で行われた。半構造化面接の結果、不安障害の診断基準を満たした12名を対象にCBTプログラムの有効性を検討したところ、プログラム前後で、自己評定と親評定の両者において不安症状の改善がみられた。治療前後の効果サイズは( $d=1.14$ )、欧米諸国で行われているRCT研究のメタ分析(Ishikawa et al., 2007)で得られた値( $d=0.94$ )と近似の値であった。マッチングサンプルとの比較の結果、CBTプログラムに参加した児童は有意に不安症状が改善し、治療後においてCBTに参加していない不安の高い児童と比較して有意に得点が低くなっていることが示された。これらの研究を概観すると、本邦の児童の不安障害に対してもCBTの適用可能性と有効性が示唆されている。

また、不安症状に関連した認知の誤り、ネガティブな自己陳述の改善もみられ、抑うつ症状もフォローアップにおいて軽減していることが明らかとなった。さらに、半構造化面接に基づく評定の結果、3ヶ月フォローアップにおいて、12名中9名(75%)が不安障害の診断基準から外れることが示された。以上のように、CBTプログラムの結果、半構造化面接、自己評定、親評定の質問紙のいずれにおいても児童の不安症状の改善が確認された。さらに、不安に関連したネガティブな認知や抑うつ症状の改善もみられた。以上の報告から、本邦においても近年、児童の不安障害に対する適用事例や効果研究が報告され始めていることが分かる。今後は、

更なるエビデンスを確立するために研究の蓄積が必要不可欠である。

#### 文 献

- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. 2008 Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescents Psychology*, 37, 131-155.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A., & Pathak, S. 2007 SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1622-1632.
- Ishikawa, S. Okajima, I., Matsuoka, H. & Sakano Y. 2007 Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescent Mental Health*, 12, 164-172.
- 石川信一・坂野雄二 2005 不安症状を示す児童に対する認知行動療法プログラムの実践 行動療法研究, 31, 71-84.
- 石川信一・下津咲絵・佐藤容子 2008 児童の不安障害に対する短期集団認知行動療法の効果 精神科治療学, 23, 1481-1490.
- Kendall, P. C. 1994 Treating anxiety disorders in children: Results of randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 100-110.
- Kendall, P. C., Hudson, J. L., Gosch, E.,

- Flannery-Schroeder, E., & Suveg, C. 2008 Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: A randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **76**, 282-297.
- 岡嶋美代・原井宏明 2008 あとがきにかえて: 小児の強迫性障害の実際 In J. S. March & K. Mullen 2006 *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual (2nd ed.)*. New York: Guilford Press. (原井宏明・岡嶋美代 (訳) 認知行動療法による子どもの強迫性障害治療プログラム 岩崎学術出版社, 307-324.)
- 佐藤 寛・松田侑子・新井邦二郎 2006 児童の強迫性障害に対する認知行動療法の適用 児童青年精神医学とその近接領域, **47**, 274-281.
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. 2008 Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, **37**, 105-130.
- Silverman, W. K., Ortiz, C. D., Viswesvaran, C., Burns, B. J., Kolkom, D. J., Putnam F. W., & Amaya-Jackson, L 2008 Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child and Adolescents Psychology*, **37**, 156-183.
- Walkup, J. T., Albano, A. M., Piacentini, J., Birmaher, B., Compton, S. N., Sherrill, J. T., Ginsburg, G. S., Rynn, M. A., McCracken, J. M., Waslick, B., Iyengar, S., March, J. S., & Kendall, P. C. 2008 Cognitive behavioral therapy, sertraline, or a combination in childhood anxiety. *New England Journal of Medicine*, **359**, 2753-2766.

### 児童思春期のうつ病に対する認知行動療法のエビデンス

研究協力者 佐藤寛

研究分担者 元村直靖

【認知行動療法の有効性】法の効果を検討したRCTの数は、児童期で17件、思春期では25件に上る (David-Ferdon & Kaslow, 2008; Kaslow & Thompson, 1998)。たとえば、Wood et al. (1996) は9-17歳のうつ病患者において、認知行動療法がリラクゼーションよりも抑うつ症状の改善効果が有意に大きいことを示している。また、Brent et al. (1997) は13-18歳のうつ病患者において、うつ病の寛解率が認知行動療法では64.7%、家族療法では37.9%、支持的療法では39.4%であっ

たと報告している。過去10年間に発刊されたメタアナリシスによると、児童思春期のうつ病に対する認知行動療法の効果サイズは $d=0.34\sim 1.27$ の範囲であるとされており (Klein et al., 2007; Lewinsohn & Clarke, 1999; Michael & Crowley, 2002; Reinecke et al., 1998; Weisz et al., 2006)、いずれのレビューにおいても認知行動療法の有効性が支持されている。

### 【認知行動療法と薬物療法の併用】

児童思春期のうつ病に認知行動療法と薬物

療法をそれぞれ単独で用いた場合、認知行動療法はfluoxetineの有効性には及ばないが (TADS Team, 2004), sertralineに比べると有意に高い効果を示す (Melvin et al., 2006)。また、fluoxetineと認知行動療法を併用すると、fluoxetine単独による治療よりも高い効果が得られることが示されている (TADS Team, 2004)。SSRI 単独による治療で反応が得られた患者に対し、認知行動療法による継続治療を追加すると、うつ病の再発リスクを低く抑えることができる (Kennard et al., 2008)。一方で、認知行動療法は SSRI による治療に反応を示さない患者に対する治療法としても有効である (Brent et al., 2008)。

#### 【本邦における認知行動療法の実践】

わが国では、学校場面で実施される抑うつ予防プログラムとして認知行動療法を適用した例が報告されている。佐藤ら (2009) は、小学5～6年生の一般児童 150 名を認知行動療法による抑うつ予防プログラム、160 名を対照群に割りつけた実践を行っている。その結果、介入後の時点において、プログラムに参加した児童は対照群よりも抑うつ症状が有意に低減していた。さらに、佐藤ら (2008) は介入後9ヶ月のフォローアップ時点において、プログラムによって得られた抑うつ症状の改善が維持されていたことを報告している。介入前の時点において抑うつ尺度 (CDI) のカットオフ値を上回っていた対象者のうち、介入後とフォローアップの時点でカットオフを下回った対象者の割合をそれぞれ算出したところ、改善率はそれぞれ介入後の時点で介入群 53.8%、統制群 45.0%であり、フォローアップの時点では介入群 71.4%、統制群 50.0%であった。

#### 【引用文献】

- Brent, D. A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., Asarnow, J. R., Keller, M., Vitiello, B., Ritz, L., Iyengar, S., Abebe, K., Birmaher, B., Ryan, N., Kennard, B., Hughes, C., DeBar, L., McCracken, J., Strober, M., Suddath, R., Spirito, A., Leonard, H., Melhem, N., Porta, G., Onorato, M., & Zelazny, J. (2008). Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression: The TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, *299*, 901-913.
- Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., Birmaher, B., Baugher, M., Roth, C., Iyengar, S., & Johnson, B. A. (1997). A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Archives of General Psychiatry*, *54*, 877-885.
- David-Ferdon, C. & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *37*, 62-104.
- Kaslow, N. J. & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*, 146-155.
- Kaslow, N. J. & Thompson, M. P. (1998). Applying the criteria for empirically

- supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, **27**, 146-155.
- Lewinsohn, P. M. & Clarke, G. N. (1999). Psychosocial treatments for adolescent depression. *Clinical Psychology Review*, **19**, 329-342.
- Melvin, G. A., Tonge, B. J., King, N. J., Heyne, D., Gordon, M. S., & Klimkeit, E. (2006). A comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **45**, 1151-1161.
- Michael, K. D., & Crowley, S. L. (2002). How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, **22**, 247-269.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D.L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, **37**, 26-34.
- TADS Team (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression. *JAMA*, **292**, 807-820
- Weisz, J. R., McCarty, C. A., & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, **132**, 132-149.
- Wood, A., Harrington, R., & Moore, A. (1996). Controlled trial of a brief cognitive-behavioural intervention in adolescent patients with depressive disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, **37**, 737-746.