

F. 健康危険情報：なし

G. 研究発表：

1. 論文発表

2010年

藤澤大介, 中川敦夫, 田島美幸, 佐渡充洋, 菊地俊暁, 射場麻帆, 渡辺義信, 山口洋介, 舩松克代, 衛藤理沙, 花岡素美, 吉村公雄, 大野裕. 日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度 (日本語版 QIDS-SR) の開発. 日本ストレス学会誌 2010 (in press)

藤澤大介, 大野裕. 認知療法の研修システム. 認知療法研究 2010 (in press)

藤澤大介. 外来で実践できる認知行動療法. 精神科 2010 (in press)

藤澤大介, 大野裕. 精神科後期研修で何を学ぶか? - 精神療法. 精神科 2010 (in press)

藤澤大介. 内科医が診る不安・抑うつ—認知行動療法. 内科 105(2), 263-268, 2010

2009年

Sado M, Knapp M, Yamauchi K, Fujisawa D, So M, Nakagawa A, Kikuchi T, Ono Y. Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. Australian and New Zealand J Psychiatry. 2009 Jun;43(6):539-47.

藤澤大介, 渡辺範雄, 鈴木伸一, 鍋山麻衣子, 平井啓, 中川敦夫. 日本における認知行動療法の効果研究の現状と課題. 認知療法研究 2, 6-17, 2009

藤澤大介. 高齢者における抗うつ薬の併用療法と増強療法. 臨床精神薬理 12(2), 255-261, 2009

2008年

井上和臣, 大野裕, 丹野義彦, 遊佐安一郎, 熊野宏昭, 藤澤大介. わが国の認知療法発展の20年を語る. 認知療法研究 1, 16-25, 2008

藤澤大介. 認知行動療法とアンチエイジング. 日本抗加齢医学会雑誌 4(5), 647-651, 2008

藤澤大介. 認知行動療法の一般うつ病診療

への応用. 心療内科 12(3), 219-226, 2008
藤澤大介. 精神療法 in 鹿島晴雄. 臨床医学の展望 2008 精神医学. 日本医事新報 4380, 69-74, 2008

佐藤泉, 二宮朗, 藤澤大介, 白波瀬丈一郎, 鹿島晴雄. 精神病様症状を伴う PTSD に認知行動療法が奏功した 1 例. 東京精神医学会誌 25(1), 15-20, 2008

2007年

加藤隆弘, 橋本直樹, 佐藤玲子, 小泉弥生, 中川敦夫, 藤澤大介, 上原久美. 専門性を獲得する途にある若手精神科医の現状と課題—精神科研修及び精神医療・精神医学に関する意識調査. 精神神経学雑誌 109(11), 1045-1049, 2007

平島奈津子, 上別府圭子, 藤澤大介, 赤松達也, 相良洋子. 認知療法と精神分析療法. 日本女性心身医学会雑誌 12(3), 445-464, 2007

藤澤大介. 本邦における精神療法の効果研究の現状と課題: こころのりんしょう a・la・carte 26(3) 412-417, 2007

平島奈津子, 中村敬, 井上果子, 藤澤大介. 精神療法と心理療法—理論と実際 認知行動療法・森田療法・精神分析的な精神療法の接点—どんなときに、どの治療をえらべばよいか?: こころのりんしょう a・la・carte 26(3) 395-404, 2007

2. 学会発表

Fujisawa D, Tamura N, Koshi M, Sakamoto S, Ono Y. Prevalence and dissemination of cognitive behavioral therapy in Japan. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapy. Barcelona, 2007.7

Fujisawa D, Nakagawa A, Sado M, Kikuchi T, Sakamoto S, Yamauchi K, Ono Y. Prevalence and dissemination of psychotherapies in Japan. World Psychiatric Association-regional meeting. Seoul, 2007.4

藤澤大介. 抑うつ研究の進展と今後 この10年の回顧と最前線: 第71回日本心理学会大会. 東京. 2007年7月

大野裕, 藤澤大介ほか. 教育研修コース「う

つと不安の認知療法」. 日本認知療法学会.
幕張. 2009. 10.

藤澤大介ほか. 教育研修コース「認知療法
中級編－症例の概念化とソクラテス的質問
法」. 日本認知療法学会. 幕張. 2009. 10.

清水栄司, 大野裕, 中島聡美, 元村直靖,
藤澤大介. 認知行動療法の治療効果と治療
者として到達すべきレベル. 日本精神神経
学会(精神医学研修コース). 神戸. 2009. 8
大野裕, 藤澤大介ほか. 教育研修コース「う
つと不安の認知療法」. 日本精神神経学会.
東京. 2008. 5

大野裕, 藤澤大介ほか. 教育研修コース「う
つと不安の認知療法」. 日本認知療法学会.
東京. 2008年11月

藤澤大介, 鈴木伸一, 中川敦夫, 鍋山麻衣
子, 平井啓, 渡辺範雄. 日本における認知
行動療法の効果研究の現状と課題. 第8回
日本認知療法学会シンポジウム. 東京
2008. 11

藤澤大介. 心身医療における医師と心理士
の連携. 第49回日本心身医学会総会シンポ
ジウム. 2008. 6 札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況: なし

I. 参考文献

¹ 藤澤大介. 精神療法の研修と教育に関する研究.
平成21年度厚生労働科学研究費補助金. 「精神療
法の実施方法と有効性に関する研究」分担研究報
告書. 厚生労働省. 東京. 2010

² 藤澤大介. 精神療法の研修と教育に関する研究.
平成20年度厚生労働科学研究費補助金. 「精神療
法の実施方法と有効性に関する研究」分担研究報
告書. 厚生労働省. 東京. 2009

³ British Association of Behavioural and Cognitive
Psychotherapies. Minimum Training Standards for the
Practice of CBT. BABCP, 2006
[http://www.babcp.com/cbt-training/cbt-training-cours
es/](http://www.babcp.com/cbt-training/cbt-training-courses/)

⁴ American Psychological Association Steering
committee. Empirically supported therapy
relationships: conclusions and recommendations of
the Division29 Task Force. In Norcross JC(ed.)
Psychotherapeutic relationships that work. Oxford
University Press, New York, 2002

⁵ Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP. The Art
and Science of Brief Psychotherapies – a practitioner's
guide. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2004

(邦訳: ブリーフセラピーの理論と実践. 星和書
店(近刊))

Ⅲ. エビデンス

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うると考えられる。

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成果でも、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	産域	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 (ENRICH) 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, Skillecom 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, 的場芳樹, 田畑隆文. 内科外来に

- おける認知療法の可能性.京都医学会雑誌 52 卷 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 卷 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 卷 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 卷 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、もともと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出来るように、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: 名古屋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	(これらのセク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., Albuissou, 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.

- Koszycki, D., Benger, 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	LSAS				SIAS				SPS						
	前	後	%	ES1	ES2	前	後	%	ES1	ES2	前	後	%	ES1	ES2
文献	内容														
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%											
Otto2000	グループ CBT	65.2	44.0	33%		43.1	35.4	18%	0.62		25.5	18.0	29%	0.77	
Stangier2003	グループ CBT					45.8	38.4	16%	0.60	-0.30	33.6	25.5	24%	0.53	0.10
Stangier2003	個人 CBT					44.9	36.1	20%	0.59	-0.01	30.7	21.5	30%	0.73	0.54
Clark2003	個人 CBT	78.7	35.4			48.3	34.0				30.2	17.4			
Clark2006	個人 CBT	74.8	28.0	63%	2.64	43.6	18.2	58%	2.54	2.12	29.3	9.0	69%	2.25	1.55
Mortberg2006	グループ CBT	62.0	48.7	21%	0.59	45.5	39.9	12%	0.36		31.6	24.3	23%	0.55	
Andersson2006	インターネット CBT+グループ	68.5	45.6	33%	0.91	44.4	27.3	39%	1.28	0.52	35.8	20.7	42%	1.02	0.65
Prasko2006	グループ CBT	92.4	20.9	77%	4.83										
Mortberg2007	個人 CBT	81.8	51.3	37%	1.09	51.6	37.8	27%	0.78	0.17	37.9	21.5	43%	1.19	0.37
Koszycki2007	グループ CBT	71.6	40.4	44%		46.1	30.2	34%	1.47		33.3	15.4	54%	2.24	
Carlbring2007	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			0.96	0.52				1.05	0.60
平均(外れ値を除外)*				31%	0.87	0.67			0.92	0.45				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 が指導したドイソ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	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	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%		

パニック障害の CBT

研究分担者 清水栄司

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率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) やすず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ので、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, Rütger 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、自助的な方法でも、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 SRI 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件のみが抽出された。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