

- Brewin, CR., Andrews, B., & Valentine, JD. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*, Vol. 68, No. 5, pp. (748-766), 1939-2117
- Brunet, A., Weiss, DS., Metzler, TJ., Best, SR., Neylan, TC., Rogers, C., Fagan, J., & Marmar, C R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD criterion A2. *Am J Psychiatry*, Vol. 158, No. 9, pp. (1480-1485), 1535-7228
- Bryant, RA., Harvey, AG., Guthrie, RM., & Moulds, ML. (2000). A prospective study of psychophysiological arousal, acute stress disorder, and posttraumatic stress disorder. *J Abnorm Psychol*, Vol. 109, No. 2, pp. (341-344), 1939-1846
- Bryant, RA. (2006). Longitudinal psychophysiological studies of heart rate: mediating effects and implications for treatment. *Ann N Y Acad Sci*, Vol. 1071, pp. (19-26), 1749-6632
- Bryant, RA., O'Donnell, ML., Creamer, M., McFarlane, AC., Clark, CR., & Silove, D. (2010). The psychiatric sequelae of traumatic injury. *Am J Psychiatry*, Vol. 167, No. 3, pp. (312-320), 1535-7228
- Buckley, B., Nugent, N., Sledjeski, E., Raimonde, AJ., Spoonster, E., Bogart, LM., & Delahanty, DL. (2004). Evaluation of initial posttrauma cardiovascular levels in association with acute PTSD symptoms following a serious motor vehicle accident. *J Trauma Stress*, Vol. 17, No. 4, pp. 317-324, 1573-6598
- Calderon, F., & Kim, HY. (2004). Docosahexaenoic acid promotes neurite growth in hippocampal neurons. *J Neurochem*, Vol. 90, No. 4, pp. (979-988), 1471-4159
- Charney, DS., Deutch, AY., Krystal, JH., Southwick, SM., & Davis, M. (1993). Psychobiologic mechanisms of posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 50, No. 4, 295-305, 1538-3636
- Conklin, SM., Gianaros, PJ., Brown, SM., Yao, JK., Hariri, AR., Manuck, SB., & Muldoon, MF. (2007). Long-chain omega-3 fatty acid intake is associated positively with corticolimbic gray matter volume in healthy adults. *Neurosci Lett*, Vol. 421, No. 3, pp. (209-212), 1872-7972
- Davidson, JR., Hughes, D., Blazer, DG., & George, LK. (1991). Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychol Med*, Vol. 21, No. 3, pp. (713-21), 1469-8978
- Derriks, HM., & Mark, PM. (2007). *IRTAD special report: underreporting of road traffic casualties*. Ministry of Transport, Public Works and Water Management, The Hague
- Dulin, PL., & Passmore, T. (2010) Avoidance of potentially traumatic stimuli mediates the relationship between accumulated lifetime trauma and late-life depression and anxiety. *J Trauma Stress*, Vol. 23, No. 2, pp. (296-299), 1573-6598
- Duncan, RD., Saunders, BE., Kilpatrick, DG., Hanson, RF., & Resnick, HS. (1996). Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression, and substance abuse: findings from a national survey. *Am J Orthopsychiatry*, Vol. 66, No. 3, pp. (437-448), 1939-0025
- Erickson, DJ., Wolfe, J., King, DW., King, LA., & Sharkansky, EJ. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War

- veterans: a prospective analysis. *J Consult Clin Psychol*, Vol. 69, No. 1, pp. (41-49), 1939-2117
- Feng, R., Rampon, C., Tang, YP., Shrom, D., Jin, J., Kyin, M., Sopher, B., Miller, MW., Ware, CB., Martin, GM., Kim, SH., Langdon, RB., Sisodia, SS., & Tsien, JZ. (2001). Deficient neurogenesis in forebrain-specific presenilin-1 knockout mice is associated with reduced clearance of hippocampal memory traces. *Neuron*, Vol. 32, No. 5, pp. (911-926), 1097-4199
- Franklin, CL., & Zimmerman, M. (2001). Posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: investigating the role of overlapping symptoms in diagnostic comorbidity. *J Nerv Ment Dis*, Vol. 189, No. 8, pp. (548-551), 1539-736X
- Hamanaka, S., Asukai, N., Kamijo, Y., Hatta, K., Kishimoto, J., & Miyaoka, H. (2006). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder symptoms among patients severely injured in motor vehicle accidents in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*, Vol. 28, No. 3, pp. (234-241), 1873-7714
- Hepp, U., Moergeli, H., Buchi, S., Bruchhaus-Steinert, H., Kraemer, B., Sensky, T., & Schnyder, U. (2008). Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry*, Vol. 192, No. 5, pp. (376-383), 1472-1465
- Holbrook, TL., Hoyt, DB., Stein, MB., & Sieber, WJ. (2001). Perceived threat to life predicts posttraumatic stress disorder after major trauma: risk factors and functional outcome. *J Trauma*, Vol. 51, No. 2, pp. (287-293), 1529-8809
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: three explanatory models. *Psychological Inquiry*, Vol. 15, pp. (30-34), 1532-7965
- Kawakita, E., Hashimoto, M., & Shido, O. (2006) Docosahexaenoic acid promotes neurogenesis in vitro and in vivo. *Neuroscience*, Vol.139, No. 3, pp. (991-997), 1873-7544
- Kessler, RC., Chiu, WT., Demler, O., Merikangas, KR., & Walters, EE. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, Vol.62, No. 6, pp. (617-627), 1538-3636
- Kessler, RC., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, CB. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 52, No. 12, pp. (1048-1060), 1538-3636
- Kilpatrick, DG., Saunders, BE., Veronen, LJ., Best, CL., & Von, JM. (1987). Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, Vol. 33, pp. (479-489), 0011-1287
- Kitamura, T., Saitoh, Y., Takashima, N., Murayama, A., Niibori, Y., Ageta, H., Sekiguchi, M., Sugiyama, H., & Inokuchi, K. (2009). Adult neurogenesis modulates the hippocampus-dependent period of associative fear memory. *Cell*, Vol. 139, No. 4, pp. (814-827), 1097-4172
- Kraemer, B., Moergeli, H., Roth, H., Hepp, U., & Schnyder, U. (2008). Contribution of initial heart rate to the prediction of posttraumatic stress symptom level in accident victims. *J Psychiatr Res*, Vol. 42, No. 2, pp. (158-162), 1879-1379

- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H., & Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Jpn J Clin Oncol*, Vol. 28, No. 5, pp. (333-338), 1465-3621
- Kuhn, E., Blanchard, EB., Fuse, T., Hickling, EJ., & Broderick, J. (2006). Heart rate of motor vehicle accident survivors in the emergency department, peritraumatic psychological reactions, ASD, and PTSD severity: a 6-month prospective study. *J Trauma Stress*, Vol. 19, No. 5, pp. (735-740), 1573-6598
- MacKenzie, EJ., Rivara, FP., Jurkovich, GJ., Nathens, AB., Frey, KP., Egleston, BL., Salkever, DS., & Scharfstein, DO. (2006). A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. *N Engl J Med*, Vol. 354, No. 4, pp. (366-378), 1533-4406
- Matsuoka, Y. (2011). Clearance of fear memory from the hippocampus through neurogenesis by omega-3 fatty acids: a novel preventive strategy for posttraumatic stress disorder? *Biopsychosoc Med*, Vol. 5, No. 1, p. (3), 1751-0759
- Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakajima, S., Kim, Y., Homma, M., & Otomo, Y. (2008). Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Crit Care Med*, Vol. 36, No. 1, pp. (74-80), 1530-0293
- Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakajima, S., Yonemoto, N., Hashimoto, K., Noguchi, H., Homma, M., Otomo, Y., & Kim, Y. (2009). The Tachikawa cohort of motor vehicle accident study investigating psychological distress: design, methods and cohort profiles. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, Vol. 44, No. 4, pp. (333-340), 1433-9285
- Matsuoka, Y., Nishi, D., Yonemoto, N., Hamazaki, K., Hashimoto, K., & Hamazaki, T. (2010). Omega-3 fatty acids for secondary prevention of posttraumatic stress disorder after accidental injury: an open-label pilot study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, Vol. 30, No. 2, pp. (217-219), 1533-712X
- Matsuoka, Y., Nishi, D., Yonemoto, N., Nakajima, S., & Kim, Y. (2010). Towards an explanation of inconsistent rates of posttraumatic stress disorder across different countries: infant mortality rate as a marker of social circumstances and basic population health. *Psychother Psychosom*, Vol. 79, No. 1, pp. (56-57), 1423-0348
- Mayou, R., Bryant, B., & Ehlers, A. (2001). Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry*, Vol. 158, No. 8, pp. (1231-1238), 1535-7228
- McGaugh, JL. (2000). Memory-a century of consolidation. *Science*, Vol. 287, No. 5451, pp. (248-51), 1095-9203
- McNamara, RK., Hahn, CG., Jandacek, R., Rider, T., Tso, P., Stanford, KE., & Richtand, NM. (2007). Selective deficits in the omega-3 fatty acid docosahexaenoic acid in the postmortem orbitofrontal cortex of patients with major depressive disorder. *Biol Psychiatry*, Vol. 62, No. 1, pp. (17-24), 1873-2402
- Murray, CJ., & Lopez, AD. (1997) Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease study. *Lancet*, Vol. 349, No. 9064, pp. (1498-1504), 0099-5355

- Nemeroff, CB., Bremner, JD., Foa, EB., Mayberg, HS., North, CS., & Stein, MB. (2006). Posttraumatic stress disorder: a state-of-the-science review. *J Psychiatr Res*, Vol. 40, No. 1, pp. (1-21), 1879-1379
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Kawase, E., Nakajima, S., & Kim, Y. (2006). Mental health service requirements in a Japanese medical centre emergency department. *Emerg Med J*, Vol. 23, No. 6, pp. (468-469), 1472-0213
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Nakajima, S., Noguchi, H., Kim, Y., Kanba, S., & Schnyder, U. (2008). Are patients after severe injury who drop out of a longitudinal study at high risk of mental disorder? *Compr Psychiatry*, Vol. 49, No. 4, pp. (393-398), 1532-8384
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Noguchi, H., Sakuma, K., Yonemoto, N., Yanagita, T., Homma, M., Kanba, S., & Kim, Y. (2009). Reliability and validity of the Japanese version of the Peritraumatic Distress Inventory. *Gen Hosp Psychiatry*, Vol. 31, No. 1, pp. (75-79), 1873-7714
- Nishi, D., Matsuoka, Y., & Kim, Y. (2010). Posttraumatic growth, posttraumatic stress disorder and resilience of motor vehicle accident survivors. *Biopsychosoc Med*, Vol. 4, No. 1, p. (7), 1751-0759
- Nishi, D., Matsuoka, Y., Yonemoto, N., Noguchi, H., Kim, Y., & Kanba, S. (2010). Peritraumatic Distress Inventory as a predictor of post-traumatic stress disorder after a severe motor vehicle accident. *Psychiatry Clin Neurosci*, Vol. 64, No. 2, pp. (149-156), 1440-1819
- O'Donnell, ML., Creamer, M., Pattison, P., & Atkin, C. (2004). Psychiatric morbidity following injury. *Am J Psychiatry*, Vol. 161, No. 3, pp. (507-514), 1535-7228
- O'Donnell, ML., Creamer, M., Elliott, P., & Atkin, C. (2005). Health costs following motor vehicle accidents: the role of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress*, Vol. 18, No. 5, pp. (557-561), 1573-6598
- Ozer, EJ., Best, SR., Lipsey, TL., & Weiss, DS. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*, Vol. 129, No. 1, pp. (52-73), 1939-1455
- Pitman, RK., Sanders, KM., Zusman, RM., Healy, AR., Cheema, F., Lasko, NB., Cahill, L., & Orr, SP. (2002). Pilot study of secondary prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol. *Biol Psychiatry*, Vol. 51, No. 2, pp. (189-192), 1873-2402
- Pitman, RK., & Delahanty, DL. (2005). Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *CNS Spectr*, Vol. 10, No. 2, pp. (99-106), 1092-8529
- Ressler, KJ., & Mayberg, HS. (2007). Targeting abnormal neural circuits in mood and anxiety disorders: from the laboratory to the clinic. *Nat Neurosci*, Vol. 10, No. 9, pp. (1116-1124), 1546-1726
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of posttraumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *Am J Psychiatry*, Vol. 158, No. 4, pp. (594-599), 1535-7228
- Schnyder, U., Moergeli, H., Trentz, O., Klaghofer, R., & Buddeberg, C. (2001). Prediction of psychiatric morbidity in severely injured accident victims at one-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med*, Vol. 164, No. 4, pp. (653-656), 1535-4970

- Schnyder, U., Wittmann, L., Friedrich-Perez, J., Hepp, U., & Moergeli, H. (2008). Posttraumatic stress disorder following accidental injury: rule or exception in Switzerland? *Psychother Psychosom*, Vol. 77, No. 2, pp. (111-118), 1423-0348
- Shalev, AY., Freedman, S., Peri, T., Brandes, D., Sahar, T., Orr, SP., & Pitman, RK. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*, Vol. 155, No. 5, pp. (630-637), 1535-7228
- Simeon, D., Greenberg, J., Nelson, D., Schmeidler, J., & Hollander, E. (2005). Dissociation and posttraumatic stress 1 year after the World Trade Center disaster: follow-up of a longitudinal survey. *J Clin Psychiatry*, Vol. 66, No. 2, pp. (231-237), 1555-2101
- Taku, K., Calhoun, LG., Tedeschi, RG., Gil-Rivas, V., Kilmer, RP., & Cann, A. (2007). Examining posttraumatic growth among Japanese university students. *Anxiety Stress Coping*, Vol. 20, No. 4, pp. (353-367), 1477-2205
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, Vol. 2, No. 7872, pp. (81-84), 0099-5355
- Tedeschi, RG., & Calhoun, LG. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma. *J Trauma Stress*, Vol. 9, No. 3, pp. (455-471), 1573-6598
- Tedeschi, RG., & Calhoun, LG. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, Vol. 15, pp. (1-18), 1532-7965
- Vaiva, G., Ducrocq, F., Jezequel, K., Averland, B., Lestavel, P., Brunet, A., & Marmar, CR. (2003). Immediate treatment with propranolol decreases posttraumatic stress disorder two months after trauma. *Biol Psychiatry*, Vol. 54, No. 9, pp. (947-949), 1873-2402
- Walker, EA., Katon, W., Russo, J., Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, AW. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 60, No. 4, pp. (369-374), 1538-3636
- Wolfe, J., & Kimerling, R. (1997). Gender Issues in the Assessment of PTSD, In *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, Wilson, JP., & Keane, T M., pp. (399-411), Guilford Press, 1572301627, New York
- Wu, A., Ying, Z., & Gomez-Pinilla, F. (2004). Dietary omega-3 fatty acids normalize BDNF levels, reduce oxidative damage, and counteract learning disability after traumatic brain injury in rats. *J Neurotrauma*, Vol. 21, No. 10, pp. (1457-1467), 1557-9042
- Wu, A., Ying, Z., & Gomez-Pinilla, F. (2008). Docosahexaenoic acid dietary supplementation enhances the effects of exercise on synaptic plasticity and cognition. *Neuroscience*, Vol. 155, No. 3, pp. (751-759), 1873-7544
- Zatzick, DF., Rivara, FP., Nathens, AB., Jurkovich, GJ., Wang, J., Fan, MY., Russo, J., Salkever, DS., & Mackenzie, EJ. (2007). A nationwide US study of post-traumatic stress after hospitalization for physical injury. *Psychol Med*, Vol. 37, No. 10, pp. (1469-1480), 1469-8978
- Zatzick, DF., Russo, J., Pitman, RK., Rivara, F., Jurkovich, G., & Roy-Byrne, P. (2005). Reevaluating the association between emergency department heart rate and the development of posttraumatic stress disorder; a public health approach. *Biol Psychiatry*, Vol. 57, No. 1, pp. (91-95), 1873-2402

Zigmond, AS., & Snaith, RP. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand*, Vol. 67, No.6, pp. (361-370), 1600-0447

うつ病の認知療法・認知行動療法の実際

中川敦夫

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター／なかがわ・あつお

はじめに●

うつ病は、身体疾患と比較しても非常に患者数の多い疾患の一つである。わが国の疫学調査によれば、うつ病の生涯有病率は6.5%、12ヵ月間における有病率は2.2%といわれ、それに関連する自殺や休職者などの増加は大きな社会問題となっている。うつ病治療として、臨床現場では一般的に薬物療法から開始されるものの、うつ病治療を受けた者の約30%が寛解に至らず遷延化するといわれている。こうした遷延化した症例では休職期間が長引くなど、当事者やその家族が受けるインパクトや派生する社会的・経済的負担は甚大であり、さらなるうつ病治療の向上が重要な課題である。さまざまな新規抗うつ薬がわが国においても登場するなか、最近は無作為化比較試験 randomized controlled trial (RCT) など頑健なエビデンスによりうつ病治療に有効性が示されている精神療法の一つである認知療法・認知行動療法 cognitive behavioral therapy (CBT) が注目されている。アメリカやイギリスのうつ病治療ガイドライン^{1,2)}では、中等症のうつ病に対して薬物療法または CBT が標準的治療として推奨されている。一方、重症例、慢性例やうつ病と他の疾患の合併例、治療抵抗例などには薬物療法と CBT の併用療法が推奨されている。わが国では、平成22年度から診療報酬化され、医師から患者までさまざまな人の間に認知されるようになってきた。本稿ではうつ病治療における CBT とその実際について概説する。

CBT の基本概念●

CBT は、認知面(cognition: 物事のとらえかた)と行動面に働きかけを行う構造化された短期精神療法である。認知面へのアプローチではうつ病の患者がもつ自己・周囲・将来に対する悲観的でア

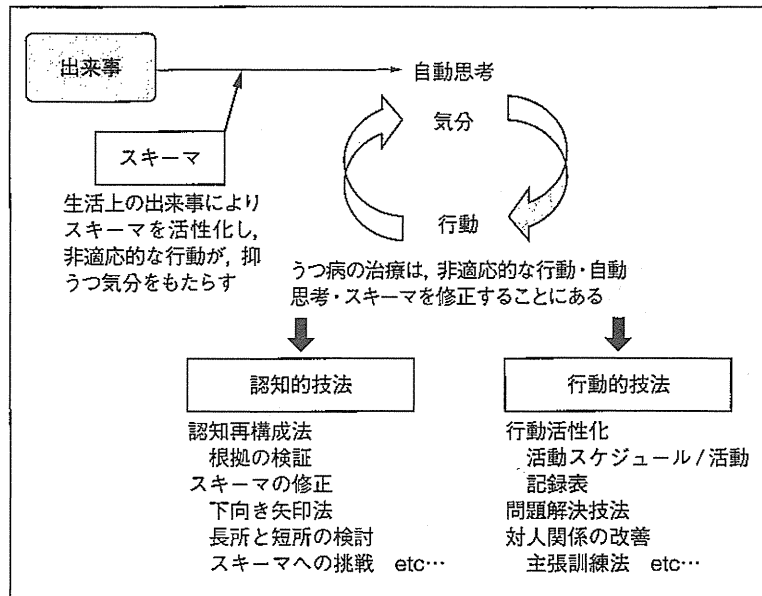
ンバランスな物事のとらえかたがさらに抑うつを生じさせ、またうつ症状を持続させる要因になっているという理解のもと、こうした悲観的で現実と乖離した極端な思考過程を検討し、思考を広げることによって気分を安定化させていく。

認知を検討する際には、表層の自動思考 automatic thought に焦点を当てつつ非適応的な(問題解決につながらない)認知過程を検討する。この自動思考というのは、ある状況で自然にそしてほぼ自動的に沸き起こってくる思考およびイメージのことで、そのときどきの認知のありかたにより反映される。こうした自動思考はわれわれの瞬間的な判断を助ける適応的な働きをしているが、何らかの要因でそのバランスが崩れると、その人の生得的要因と環境的要因の影響を受けながら形成された基本的な人間観(スキーマ)により非適応的な思考が活性化され、それが自行動、気分、身体に影響を及ぼし、これらが悪循環して depression スパイラルに陥ると理解されている(図1)。

抑うつ的になると特徴的な認知のアンバランスがよくみられ、以下がその代表例である。① 恣意的推論 arbitrary inference: 証拠が少ないのにあることを信じ込み、独断的に思いつきで物事を推測し判断すること、② 二分思考 dichotomous thinking: 常に白黒をはっきりさせておかないと気が済まないこと、③ 選択的抽出 selective abstraction: 自分が関心のある事柄にのみ目を向けて抽象的に結論づけること、④ 拡大視 magnification・縮小視 minimization: 自分の関心のあることは大きくとらえ、反対に自分の考えや予測にあわない部分はことさらに小さく見ること、⑤ 極端な一般化 overgeneralization: ごくわずかな事実を取り上げて決めつけること、⑥ 自己関連づけ personalization: 悪いできごとをすべて自分の責任にすること、⑦ 情緒的な理由づけ emotional

- うつ病治療を受けた者の約 30% が寛解に至らず遷延化するといわれている。
- アメリカやイギリスのうつ病治療ガイドラインでは、中等症のうつ病に対して薬物療法または CBT が標準的治療として推奨されている。
- CBT は、認知面 (cognition：物事のとらえかた) と行動面に働きかけを行う構造化された短期精神療法である。

図 1 CBT の基本骨格



reasoning：その時点の自分の感情状態から現実を判断すること、などである。

行動面へのアプローチでは、社会的学習理論や行動理論の機能的分析に基づきうつ病の非適応的行動パターンが、患者が社会から肯定的反応が得られないことに由来すると仮定し、行動変容に取り組んでいく。具体的には、うつ病患者にみられる極端な思考過程によって問題解決につながらない非適応的行動パターンを同定し、その行動変容を促すことで問題解決を図ることで気分の改善をさせる。すなわち、否定的な自動思考やイメージを明らかにし、現在患者が抱えている認知の偏りを検証しながら、より柔軟性のある認知パターンを習得させ、問題解決志向で適応的な行動を実施していくといった点に重点をおく。

CBT の基本的技法●

CBT では、どのような状況において心が動揺

するかなどを吟味し、そのときに生じる非機能的な悲観的思考を検証し、それに代わる柔軟で肯定的な認知を形成するのを助ける。その過程では、治療者は患者と良好な治療関係を築いた上で、患者の主体性を尊重しながら患者が自らの力で問題に気づき解決していけるような形で質問を通してセッションを進めていく。この質問形式を「ソクラテスの問答」または「誘導による発見」ともいう。この基本技能を使い、① 患者が抱えている問題を整理しながら、症例の概念化(見立て)を行い、治療方針をたてる、② 患者特有の非機能的な悲観的思考を検証し、それに代わる柔軟で肯定的な認知の形成を促す(認知再構成法)、③ 患者が適応的な行動反応や問題解決できるように促す(行動活性化、問題解決技法)(図1)。また、セッションとセッションの間に患者自らによる実践的な取り組みを重視するので、そのセッションで話し合われたことを生かすホームワークを出すのも特徴である³⁾。

- 患者特有の非機能的な悲観的思考を検証し、それに代わる柔軟で肯定的な認知の形成を促す(認知再構成法)。
- 患者が適応的な行動反応や問題解決できるように促す(行動活性化, 問題解決技法)。

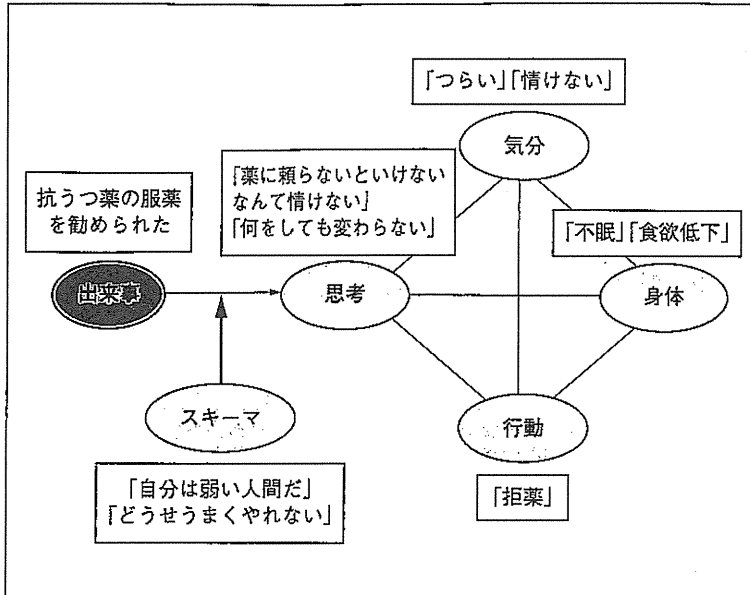


図2 服薬を勧められた症例の思考, 気分, 行動, 身体の関係

CBT 的アプローチ:

抗うつ薬の服薬をめぐる症例(図2) ●

外来診察場面でうつ病患者を診察し、抗うつ薬処方が必要と判断し、症例に抗うつ薬の処方について説明したところ、症例は「薬に頼らないといけないなんて情けない人間だ」「自分はだめな人間だ」「薬でなおるのか」という返答がなされた。ここで、治療者はこれら悲観的な「思考」にまず注目することが重要である。例えば、「お薬のをむと聞いて、どういうことを考えましたか?」「その考えについて少し話していただけませんか?」などと聞き、その「思考」についての検討を行うのである。その「思考」に注目しつつ、「そう考えるとどのような気持ちになりましたか?」「気分」について聞き、患者に「否定的な思考」と「気分」との関係に気づかせるのが大切である。さらに、「否定的な思考」と「気分」の結果、「拒薬」という行動に至るなど「思考」「気分」「行動」の関係にも注目

する。こうした行動の結果として、不眠や食欲低下など現在患者が困っている「身体」症状との関係を示す。このような患者の体験に沿ってやり取りを行い、「思考」「気分」「行動」「身体」の関係を説明した上で、「こういった関連があるので、逆に思考や行動が変わると、気分や身体も変化しうるので」と説明し、認知行動的な理解を患者に促す。

例えば、「薬でなおるのか」という服薬に否定的な症例では、「まだ飲んでないのに悪く結果を考えていませんか?」「薬を飲んで良くなったという経験はありますか?」などソクラテス的な問答で介入し、否定的な「認知」と悲しみという「気分」の関係を気づききっかけをつくるとよい。「抗うつ薬を服用するなんて自分はだめな人間だ」という例では、「抗うつ薬の服用で良くなる方はたくさんいます。一方、今までずっと様子をみていて、良くなっていないとしたならば、何かここで手を

- 適応的思考を導く際には「自動思考記録表」などの紙のツールを使用すると患者の理解をより円滑にする。
- 問題解決につながる適応的思考を見つけ出せるように柔軟に考えることに、一緒に取り組む。

表1 自動思考記録表(七つのコラム)

① 状況 いつのことか? どこにいたか? 誰と一緒にいたか? 何をしていたか?	
② 気分(%) 一言で	
③ 自動思考 そのときに頭に浮かんでいたことは? こんなことが起こるのでは、と恐れていたことは?	
④ 根拠 事実を確かめて、客観的に考える 自動思考を裏づける根拠となる事実を書く	
⑤ 反証 自動思考とは矛盾する事実を書き出してください	
⑥ 適応的思考(確信度%) 根拠と反証をそれぞれ要約して、「しかし」でつないでみる 第三者の視点からは? これまでに似たような経験をしたことは? 見逃していることはないか? 自動思考と矛盾する出来事はないか? 自分の力だけではどうしようもない事柄について、自分を責めていないか?	
⑦ 気分の変化・結果(%)	

打つことは、だめな人間にあたるのでしょうか?」と投げかけ、「確かにそうかもしれませんがね」と返答を得られれば、次の展開へ進めることができるのである。

CBT 実践の実際：認知再構成法を中心に●

上記の症例のように、認知のアンバランスを検証する際は一般的に以下の3段階をたどる。

まず、患者の気持ちが動揺した状況を丁寧に見返すようにする。「いったい何を根拠にこのように考えたのだろう」、「それを裏づける事実にはどのようなものがあるのだろうか?」、「逆の事実はないものだろうか」と患者とともにその状況を振り返ってみて検討し、その共同作業を通して、そのように考えた根拠を探してみるようにする。次に、患者がそのように考える根拠がどこにあるか検討する。場合により、患者は自分の判断が正し

いように考えているときがあるが、そのような場合には、その考えた結果について検討する。例えば、患者とともに「それが本当だとして、どんなひどいことが起こるのだろうか」「それはどの程度、深刻なのだろうか」「別の行動をすれば、何か困ったことは起きるのだろうか」などを話し合い、客観的に振り返ってみるようにする。最後に、こうした考えの代わりとなる問題解決につながる適応的思考を見つけ出すように柔軟に考えることに取り組む。

こうした段階にて適応的思考を導く際には「自動思考記録表」(表1)などの紙のツールを使用すると患者の理解をより円滑にすることがある。この「思考記録表」には、患者が精神的に動揺した場面の「状況」、「そのときの気分」、「そのときの自動思考」、「自動思考の根拠」と「自動思考の反証」、「適応的思考」、「気分の変化」を書き出し整理する

- CBT を実施するには、薬物療法と同様に、患者の診断、重症度など十分な精神医学的評価を含む見立てをまず行い治療計画を立て、それを患者と共有する必要がある。
- うつ病治療は、薬物療法と CBT の二者択一ではなく、十分な評価のもと、場合によっては治療法を併用するなど症例ごとに適正に行われていくことが大切。

とわかりやすいが、当初は治療者と一緒書き込むなどの実施には工夫がいる。


るなど症例ごとに適正に行われていくことが大切であろう。

おわりに：臨床実施上でのポイント●

CBT を実施するには、薬物療法と同様に、患者の診断、重症度など十分な精神医学的評価を含む見立てをまず行い治療計画を立て、それを患者と共有する必要がある⁴⁾。また、CBT を実施する医師は、関連書籍での学習やワークショップやスーパービジョンでの研修の上で、厚生労働省こころの健康科学研究班作成などの治療者用マニュアルに準拠して行うべきである。また、うつ病治療は、薬物療法と CBT の二者択一ではなく、十分な評価のもと、場合によっては治療法を併用す

文 献

- 1) APA : Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, DC, 2004
- 2) NICE : Depression : the treatment and management of depression in adults, Clinical Guideline 90, National Institute for Clinical Excellence, London, 2009
- 3) 大野 裕：認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド, 星和書店, 東京, 2010
- 4) Wright, J.H. et al.(大野 裕訳)：認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編[DVD付], 医学書院, 東京, 2011



BEAM(Bunkodo Essential & Advanced Mook)

腹部救急対応マニュアル

症例から学ぶ、急性腹症初期診療のアルゴリズム

編集●井 清司(熊本赤十字病院 救命救急センター部長)

◆当直の難敵、急性腹症。あなたはどうか診る、どう動く? 診断から初期治療に至るまで、救急室での実践的なアプローチをこの一冊に集約。好評BEAM(ビーム)シリーズ第4弾。

◎B5判・236頁・2色刷/定価4,410円(本体4,200円+税5%) ISBN978-4-8306-8143-1

文光堂 <http://www.bunkodo.co.jp> (〒113-0033 東京都文京区本郷7-2-7 tel.03-3813-5478/fax.03-3813-7241)

Regular Article

Reliability and validity of the Japanese version of the Cognitive Therapy Awareness Scale: A scale to measure competencies in cognitive therapy

Daisuke Fujisawa, MD, PhD,^{1,2*} Atsuo Nakagawa, MD, PhD,^{2,3} Toshiaki Kikuchi, MD,² Mitsuhiro Sado, MD, MSc,² Miyuki Tajima, MA,⁴ Motomi Hanaoka, MD,⁵ Jesse H. Wright, MD, PhD⁶ and Yutaka Ono, MD, PhD⁷

¹Psycho-Oncology Division, National Cancer Center East, Chiba, ²Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine, Tokyo, ³Translational Medical Center, National Center of Neurology and Psychiatry, Tokyo, ⁴Stress Management Office, Keio University, Tokyo, ⁵Department of Neuropsychiatry, Tokyo Women's University, Tokyo, Japan, ⁶Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Louisville, Louisville, Kentucky, USA and ⁷Keio University Health Center, Tokyo, Japan

Aim: This study aimed to test reliability and validity of the Japanese-version Cognitive Therapy Awareness Scale, a self-rating scale that measures basic knowledge of cognitive behavioral therapy (CBT) concepts and methodology. Furthermore, we explored optimal cutoff score to demonstrate required standard of CBT competency.

Methods: The reliability and validity of the scale was tested among 252 mental health professionals. The participants' number of readings relevant to CBT, as well as their experience in training and practice in CBT were used as external standards of competency.

Results: The scale has good internal consistency (the Kuder-Richardson formula 20 = 0.76). The total score of the scale was significantly correlated with experience in training and practice in cognitive behavioral therapy, and the number of relevant readings (Spearman's rho = 0.27, 0.28 and 0.44, respectively, $P < 0.001$). No significant correlation

was found between the total score of the scale and experience in general psychosocial care (Spearman's rho = -0.02, $P = 0.76$). The receiver operating characteristics curve analysis produced the area under curve (AUC) of 0.77 (SD = 0.05, $P < 0.001$), and a cutoff score of 31/32 produced sensitivity of 0.81 and specificity of 0.64 to discriminate trainees who have experience of 40 h or more of CBT training and five or more of relevant readings, from those who do not meet this standard.

Conclusion: The Japanese-version Cognitive Therapy Awareness Scale was successfully validated. It has been demonstrated that the scale specifically assess knowledge in cognitive behavioral therapy. This scale would serve as a rough guide to assess competencies among beginner cognitive behavior therapists.

Key words: cognitive behavioral therapy, competency, education in psychiatry, psychotherapy, training.

UNDERPINNED BY ITS robust research evidence, cognitive behavioral therapy (CBT) has become an indispensable psychological treatment in

psychiatric practice.^{1,2} In the United States (US), CBT has become a mandatory competency in residency training.³ In the United Kingdom, a government-funded movement toward improvement of public accessibility to CBT has been taken place since 2007.⁴ In Japan, CBT has come to be covered by the national health insurance in 2010.⁵ Acquisition of basic knowledge in CBT is important not only for the therapists who deliver CBT themselves, but is

*Correspondence: Daisuke Fujisawa, MD, PhD, Psycho-Oncology Division, National Cancer Center East, 6-5-1 Kashiwanoha, Kashiwa-shi, Chiba 277-8577, Japan. Email: dfujisaw@east.ncc.go.jp
Received 1 June 2010; revised 7 September 2010; accepted 25 October 2010

important for all the mental health professionals because every mental health professional is responsible for providing evidence-based medical information to the patients, meaning that they are expected to introduce CBT to the patients to whom it is applicable.

As is the case with other psychotherapies, treatment outcome of CBT is influenced by therapists' competence.^{6,7} Therefore, ensuring quality of therapy is pivotal when incorporating CBT in healthcare policy. In the UK and the US, guidelines of qualification of therapists have been established.^{8,9}

In principle, acquisition of CBT competencies starts with acquisition of knowledge, followed by acquisition of skills and clinical applications tailored to individual cases.¹⁰ In CBT training, most studies emphasize a minimum of 30 h of didactic lecture, along with a 6- to 12-month period of clinical work with patients under regular supervision.¹¹

For assessing competencies in psychotherapy, several methodologies have been proposed and have been used. The methods include a written examination including multiple-choice questionnaire, case logs, checklist evaluation, case report, chart-stimulated oral examination, direct and indirect supervision, role-plays, and didactic discussion.¹⁰ Among these, multiple-choice questionnaires are universally used for in-training examinations and for initial certification. In the field of psychodynamic psychotherapy, the Columbia Psychodynamic Competency Psychotherapy Test has been widely used for competency assessment.¹² In the field of CBT, the Cognitive Therapy Awareness Scale (CTAS) has been proposed as a method of assessing CBT knowledge.¹¹

The CTAS is a self-rating questionnaire which measures basic knowledge of cognitive therapy concepts and methodology.¹³ The CTAS contains 40 true/false questions on topics such as definitions of automatic thoughts and schemas; description of thought records, activity schedules, and other commonly used treatment methods; and identification of maladaptive thinking in case illustration. The maximum score on the CTAS is 40, and the higher score reflects the greater amount of knowledge.

The CTAS has been used in the US residency training programs as a standardized pre- and post-measure for changes in knowledge associated with participation in CBT courses. The US psychiatric residents typically have mean CTAS scores in the mid-20s to lower 30s before starting formal training in cogni-

tive therapy, and most of them have a substantially higher CTAS score after completing a comprehensive course in CBT.¹¹ However, the CTAS has not been studied systematically so far, therefore the optimal score that trainee-therapist should aim for has yet been established.

The aim of this study is to develop the Japanese-version of the CTAS, and to test its reliability and validity. Furthermore, we aimed to explore its optimal cutoff score (required standard).

METHOD

Development of the Japanese-version CTAS

First, we developed the Japanese-version CTAS (CTAS-J; available from the first author upon request). To maintain equivalence in a cross-cultural adaptation of the CTAS, we basically followed the guidelines proposed by Beaton *et al.*^{14,15} The translation procedure comprised front-translation by two translators, translation synthesis, back-translation, expert review and pre-testing. The 40 items of the CTAS were translated into Japanese by two of our authors (DF and AN), and discussion was made on translation discrepancies, then the transcripts were synthesized into one translation. It was back-translated by a bilingual translator who was unfamiliar with the original CTAS. The translation and back-translation were reviewed by the research group and were tested among seven clinicians to probe understanding of the items. This pre-final version of the translation was sent to Dr Jesse Wright, the developer of the original version of the CTAS, to confirm its equivalence. Disagreements and subsequent amendments by Dr Wright were reviewed. The equivalency of the English and the Japanese version was confirmed after repeating this procedure until there were no disagreements.

Participants

The CTAS-J was tested for its reliability and validity among the following sample. Study participants were recruited during the period from August to October 2009 from among the following four groups of mental health professionals: the members of Keio University CBT Study group, which consisted of a group of clinicians who were interested in CBT and has regular study experience of CBT (sample 1); the participants of a 6-hour CBT workshop held in Keio University, which targeted psychiatric residents and

psychiatric nurses (sample 2); the participants of a 3-hour workshop for beginner CBT therapists held in an annual meeting of the Japanese Association of Cognitive Therapy (sample 3); and the participants of a 3-hour CBT workshop for local counselors (sample 4).

The eligibility criteria for study participation were engagement in mental health care, fluency in Japanese, not having administered CTAS-J before the study, and submission of written informed consent. The exclusion criteria were being aged above 80 years.

Among a total of 330 potential participants, six participants had a history of past CTAS-J administration and were excluded. Among the rest of the participants, written consent was obtained from 312 participants (response rate: 96.3%). Of them, 60 responses were excluded because of missing data. Finally a total of 252 responses (77.8%) were included in the analysis.

The participants' demographic data are shown in Table 1. The participants mainly comprised psychiatrists, certified clinical psychologists, and non-certified counselors. The non-certified counselors include professionals and paraprofessionals who provide generic psychosocial care in a variety of settings (usually in educational or occupational settings).

Procedure

After full description of the study, the participants were asked to complete the CTAS-J. The sample 1 participants completed the CTAS-J in a regular conference. The sample 2–4 participants were asked to complete the CTAS-J at the beginning of the workshop.

Along with the administration of the CTAS-J, the participants were asked for their demographic and educational backgrounds described as follows: age, gender, type of professional, their years of experience in mental health care, years of experience in CBT practice, hours of experience in CBT training, and the number of books that they had read on CBT topics.

These items were selected because they are considered to be relevant to competency in CBT. Most studies of CBT training emphasize a minimum of 24–30 h of didactic lecture, along with at least 2 hours per week of clinical work with patients and 2 hours per week of supervision for a 6- to 12-month

Table 1. Demographic and educational background of the participants

Mean age (years) (SD; range)	37.9 (11.6; 21–70)	
Male/female	92/160	
Type of occupation		
Psychiatrist	57	
Other physicians	10	
Clinical psychologist	56	
Nurse	17	
Psychiatric social worker	5	
Other non-certified counselor	114	
Experience in mental health care (years) (SD; range)	4.8 (6.0; 0–30)	
Experience in CBT training (hours)	<i>n</i>	%
None	115	45.6
1–5	72	28.5
6–10	21	8.3
11–20	15	6
21–40	11	4.4
40 or more	18	7.1
Experience in CBT practice (years)	<i>n</i>	%
None	162	64.3
1	54	21.4
2	15	6
3 or more	21	8.3
Number of readings relevant to CBT	<i>n</i>	%
None	52	20.6
1	41	16.3
2	44	17.5
3	39	15.5
4	16	6.3
5 or more	60	23.8

CBT, cognitive behavioral therapy; SD, standard deviation.

period of time. The Academy of Cognitive Therapy,⁹ an authorized society that involves training and certification of cognitive therapists in the US, requires the following condition as minimum requirements for trainees to be certified: (i) at least 40 h of training specific to cognitive therapy, (ii) treatment of at least 10 patients using the cognitive model, (iii) satisfaction of at least five readings in CBT, and (iv) utilization of the cognitive model in treatment for at least 1 year prior to application. As described below, we adopted a part of these requirements as the external standard in defining 'experienced' trainees.

This study was conducted under participants' submission of written informed consent after full description of the study. Since this study only involved voluntary professionals, it was considered as out of range of medical ethical board.

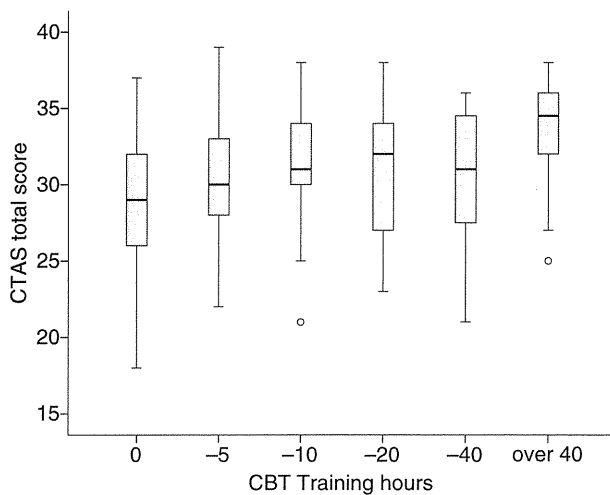


Figure 1. The CTAS score and hours of CBT training. CTAS, The Cognitive Therapy Awareness Scale; CBT, Cognitive Behavioral Therapy. $n = 252$. Spearman's $\rho = 0.27$ ($P < 0.001$).

Statistical analysis

The reliability of the CTAS-J was tested using the Kuder-Richardson Formula 20.¹⁶ This statistic is a variation of Cronbach's alpha utilized for binary data. The concurrent validity was tested by measuring correlation of the total CTAS score with the number of readings relevant to CBT, years of experience in CBT training, and years of experience in CBT practice, using Spearman's correlation coefficient. Divergent validity was tested comparing correlation between the total CTAS score and experience in general psychosocial therapy not specific to CBT.

To explore a score to discriminate experienced and non-experienced CBT therapists, the receiver operating curve (ROC) analysis was performed. We defined the participants who have had training experience of 40 h or and more and five or more readings relevant to CBT, as 'experienced' trainee-therapists, as suggested as a minimum requirement for certification in Academy of Cognitive Therapy.⁹

RESULTS

The total score of CTAS-J ranged from 18 to 39, with the mean score of 30.0 ($SD = 4.3$). The Kuder-Richardson formula 20 for the data was 0.76, showing good internal consistency.¹⁷

The total score of the CTAS-J was moderately correlated with the number of relevant readings

(Spearman's $\rho = 0.44$, $P < 0.001$), and was weakly correlated with experience in CBT education and experience in CBT practice (Spearman's $\rho = 0.27$ and 0.28, respectively; $P < 0.001$) (Figs 1–3). No significant correlation was found between the total score of CTAS-J and experience in general psychosocial care (Spearman's $\rho = -0.02$, $P = 0.76$; Fig. 4).

The ROC curve analysis produced the area under curve (AUC) of 0.77 ($SD = 0.05$, $P < 0.001$). As shown in Table 2, a cutoff score of 31/32 produces sensitivity of 0.81 and specificity of 0.64 to differentiate trainees who have experience of 40 h or more of CBT training and have five or more readings, from those who do not meet this standard.

DISCUSSION

The Japanese-version Cognitive Therapy Awareness Scale was developed, and was shown to have good reliability and satisfactory validity.

The total score of the CTAS-J was moderately correlated with the number of readings relevant to CBT and weakly correlated with duration of experience and training in CBT. This is considered reasonable, because the CTAS-J is designed to test knowledge, which can be gained with reading, and is not supposed to test skills, which are expected to be gained through active participation in the training and

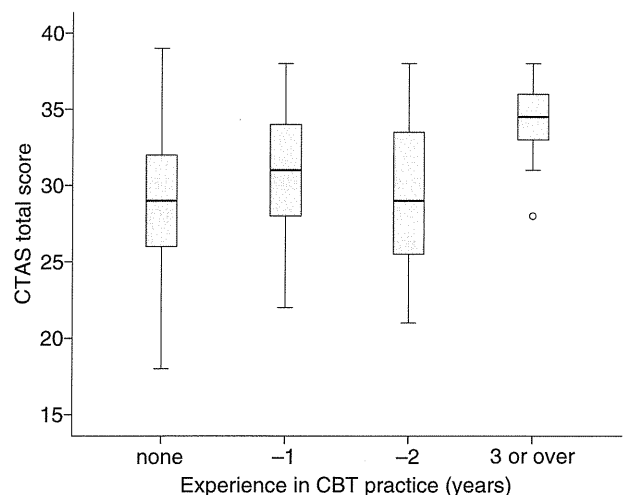


Figure 2. The CTAS score and experience in CBT practice. CTAS, The Cognitive Therapy Awareness Scale; CBT, Cognitive Behavioral Therapy. $n = 252$. Spearman's $\rho = 0.28$ ($P < 0.001$).

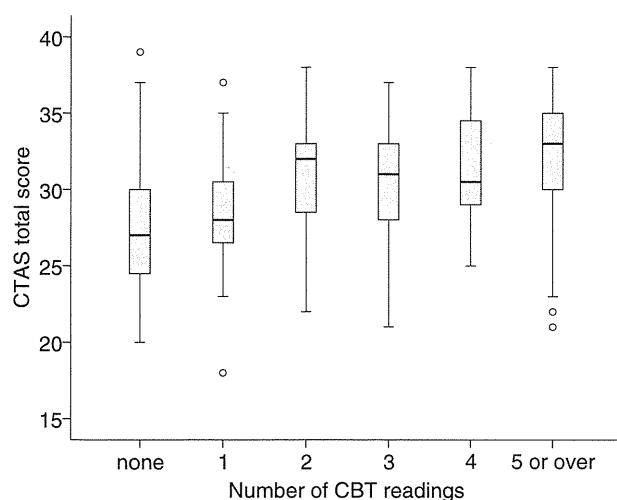


Figure 3. The CTAS score and number of CBT readings. CTAS, The Cognitive Therapy Awareness Scale; CBT, Cognitive Behavioral Therapy. $n = 252$. Spearman's $\rho = 0.44$ ($P < 0.001$).

practice of CBT. The lack of correlation between the score of the CTAS-J and experience in general mental health care (not specific to CBT) demonstrated that the CTAS-J specifically assesses knowledge in CBT, inferring divergent validity of the scale.

The ROC analysis demonstrated that the CTAS-J has relatively weak power to differentiate experienced trainees from non-experienced trainees. The AUC of

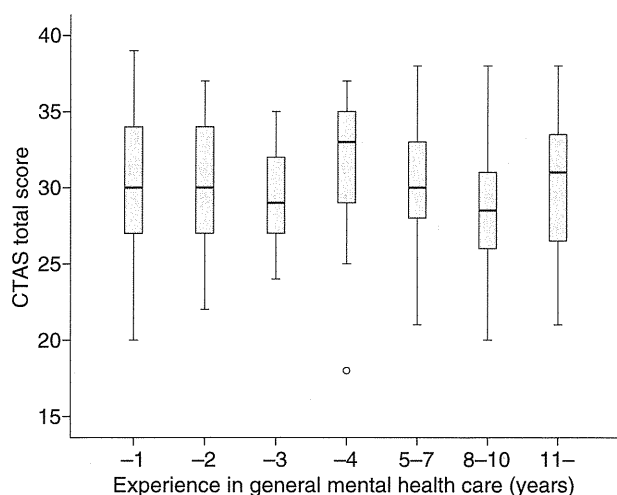


Figure 4. The CTAS score and experience in general mental health care. CTAS, The Cognitive Therapy Awareness Scale. $n = 252$. Spearman's $\rho = -0.02$ ($P = 0.76$).

Table 2. Sensitivity and specificity of the CTAS

CTAS score	Sensitivity	Specificity
26/27	1.00	0.23
27/28	0.94	0.30
28/29	0.94	0.37
29/30	0.94	0.46
30/31	0.88	0.56
31/32	0.81	0.64
32/33	0.63	0.71
33/34	0.56	0.78
34/35	0.50	0.84
35/36	0.31	0.91
36/37	0.19	0.93
37/38	0.19	0.97
38/39	0.00	1.00

External standard: 40 h or more of training and five or more of relevant readings.

CTAS, cognitive therapy awareness scale.

0.77 and the specificity of 0.64 (at the score of 31/32) indicate the limitation of the cutoff. Therefore, this scale is not suitable for a rigid criterion for certification. Rather, it should be used as a self-assessment tool for trainee-therapists, it should be used with the purpose of facilitating learning in educational settings, or it should be used in assessing effectiveness of an education program.

Our study has some limitations. First, in assessing validity, the external standard relied upon therapists' self-reported training experience, and the therapists' skill was not assessed with objective measures. However, there has been no validated objective measure to assess cognitive therapists' competencies in Japan. Therefore, this issue should be considered as a future research implication. Second, test-retest reliability of the CTAS-J was not examined. However, it should be difficult because the nature of this scale measures knowledge in CBT among CBT therapists. Administration of this scale naturally prompts participants to gain knowledge.

Despite these limitations, the current study has a significant meaning not only for Japanese trainees but for English-spoken CBT trainees, because, to the best of the authors' knowledge, the optimal standard for the original CTAS score has not been established previously.

Training in CBT takes place through reading, didactic lectures, clinical shadowing and role-plays with simulated patients, which would be followed by a

practice with real patients under clinical supervision.¹⁸ In order to minimize the risk of initiating treatment with lack of basic knowledge, assessment of knowledge of core concepts should be done before trainee CBT therapists embark into practice with real patients. For this purpose, the CTAS could serve as the first toll gate for CBT trainees. We propose that trainee-CBT therapists should score 32 or above on the CTAS, before they see real patients.

So far, systematic postgraduate training in psychotherapy has been lacking in Japan and this is considered as a barrier for dissemination of quality psychotherapy.¹⁹ Introducing the CTAS-J in Japanese postgraduate training can be a crucial first step for assessment-based rigorous CBT training.

In conclusion, the Japanese-version CTAS was successfully validated. Although this self-administrative questionnaire cannot be a sole method to assess competencies in CBT, it provides a rough guideline on the knowledge of CBT that trainee-CBT therapists should follow.

ACKNOWLEDGMENTS

This study was fully supported by the Grand-in-aid for from Japan Ministry of Health, Labor and Welfare to Y.O. The authors report no conflicting interests with the exception of Jesse H. Wright, MD, PhD who receives royalties from sales of books (Simon and Schuster, Guilford Press, American Psychiatric Publishing, Inc) and software for CBT (Mindstreet). The authors express gratitude for the members of the Keio University Cognitive Therapy Study Group for data collection.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1–45.
2. National Institute of Clinical Excellence. *Depression: Management of Depression in Primary and Secondary Care – NICE Guidance*. National Institute for Health and Clinical Excellence, London, 2009.
3. Mellman LA, Beresin E. Psychotherapy competencies: development and implementation. *Acad. Psychiatry* 2003; 27: 149–153.
4. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav. Res. Ther.* 2009; 47: 910–920.
5. Keio University Cognitive Therapy Study Group. *Cognitive Behavioral Therapy Manual for Depression*. Japan Ministry of Health Labor and Welfare, Tokyo, 2010.
6. Whisman MA. Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychol. Bull.* 1993; 114: 248–265.
7. 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: 409–416.
8. British Association of Behavioural and Cognitive Psychotherapies. Minimum Training Standards for the Practice of CBT. 2006. (Cited 2010/11/22) Available from URL: <http://www.babcp.com/>
9. Academy of Cognitive Therapy. *Candidate Handbook*. Available from URL: <http://www.academyofct.org/>
10. Manring J, Beitman B, Dewan M. Evaluating competence in brief psychotherapy. In: Dewan MJ, Steenbarger BN, Greenberg RP (eds). *The Art and Science of Brief Psychotherapies*. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2004; 265–275.
11. Sudak DM, Beck JS, Wright J. Cognitive behavioral therapy: a blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. *Acad. Psychiatry* 2003; 27: 154–159.
12. Mullen LS, Rieder RO, Glick RA, Luber B, Rosen PJ. Testing psychodynamic psychotherapy skills among psychiatric residents: the psychodynamic psychotherapy competency test. *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 1658–1664.
13. Wright JH, Wright AS, Salmon P *et al.* Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. *Am. J. Psychother.* 2002; 56: 76–86.
14. Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine* 2000; 25: 3186–3191.
15. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J. Clin. Epidemiol.* 1993; 46: 1417–1432.
16. Kuder GF, Richardson MW. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika* 1937; 2: 151–160.
17. Bland JM, Altman DG. Cronbach's alpha. *BMJ* 1997; 314: 572.
18. Kuyken W, Padesky CA, Dudley R. *Collaborative Case Conceptualization*. The Guilford Press, New York, 2009.
19. Fujisawa D, Nakagawa A, Sado M *et al.* *Current Status and Dissemination of Psychotherapies in Japan*. Japan Ministry of Health and Labor, Tokyo, 2006.



Q31 SSRIで自殺が増えたといわれますが、本当でしょうか？



A 2003年6月の英国と米国の規制当局により「子供へのパロキセチン使用の際に要注意」と注意喚起がなされて以降、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）と自殺の関連性に関する議論が起こりました。その後、日本を含む27カ国における国家レベルでのデータ解析では、年間のSSRI処方率の増加と自殺率の減少は逆相関の関係が示され、SSRI処方の増加は自殺を減らすと示唆されています。なお、これらの大規模コホート研究ならびに臨床試験のメタアナリシスから、抗うつ薬の種類による自殺のリスクに違いはないことが示され、これらの問題はSSRIに限ったものではないと考えられています。実際、2004年10月の米国の医薬品規制局による警告では、「小児や思春期においてSSRIに限らず抗うつ薬全般の治療中に自殺念慮と自殺企図を含む自殺関連のリスクを高めうる」と改定されました。

一方、約20万人の中等度または重度うつ病患者を対象とした観察研究のメタアナリシスでは、18歳未満の思春期例ではSSRIの使用は自殺のリスクを高めたのに対して、成人例では減少させ、さらに65歳以上の高齢者ではSSRIは自殺の予防効果が認められていたと報告されています。また、約10万人の抗うつ薬の臨床試験のメタアナリシスにおいて、自殺だけでなく自殺念慮や自殺企図と自殺関連リスク（suicidality）まで広げて検討しても、同様に若年成人ではSSRIに限らず抗うつ薬全般は自殺関連リスクを高め、逆に高齢者では自殺関連リスクを減らすと報告されています。2007年5月の米国の医薬品規制局による警告では「18～24歳の若年成人でも、抗うつ薬治

療開始時（1～2カ月目）にsuicidalityを高める。しかし、25歳以上の成人ではリスクは高まらず、65歳以上はむしろリスクを減らす」と追加され、「うつ病やその他の精神疾患自体が自殺リスクの最も重要な要因である」と疾患が抱えるリスクを強調した内容となりました。このように成人における抗うつ薬治療は、年齢と自殺関連リスクに逆相関性があると考えられています。

このように小児・思春期や25歳未満の若年成人の患者では、抗うつ薬によるsuicidalityに十分に注意する必要があります。しかし、約3,000人の19歳以下の子供を対象とした抗うつ薬の臨床試験のメタアナリシスの結果をみると、1例も自殺で亡くなった者はなく、自殺念慮または自殺企図のリスクの程度も、抗うつ薬による治療と無治療による経過観察を各々143例ずつ行くと、抗うつ薬治療を受けている人の中に1人そのリスクを認めるというものでした。ちなみに、治療効果に関しては、抗うつ薬による治療と無治療による経過観察を各々10例ずつ行くと、抗うつ薬治療を受けていることで恩恵をうけられる人が1人いるというものでした。これらから、小児・思春期患者において抗うつ薬の治療のリスク―ベネフィット比は、ベネフィットがリスクを上回り、慎重にモニターしながらであれば、抗うつ薬の使用は許容されています。

結論として、SSRI（抗うつ薬）の使用については、患者の年齢を考慮した上で使用すべきですが、抗うつ薬の使用により自殺が増えたことを示す明確なエビデンスはありません。

（中川敦夫／国立精神・神経医療研究センター臨床研究支援室）

抗うつ薬と自殺関連リスク

中川 敦夫*

はじめに

抗うつ薬と自殺の関連性に関する議論は、専門家ばかりでなく昨今の報道等を受け、社会的にも関心の高い問題となっている。文献的には、1990年に Teicher らによって報告された抗うつ薬の1つである選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)のフルオキセチンの治療中に自殺念慮が高まった6例のケースレポートを皮切りに、2003年6月には英国と米国の規制当局により「子供へのパロキセチン使用の際に要注意」と注意喚起がなされるなど大きな反響を呼んだ。2004年10月には米国の医薬品規制局である Food and Drug Administration (FDA) が、「小児や思春期において SSRI に限らず抗うつ薬全般の治療中に suicidality (自殺念慮と自殺企図を含む自殺関連事象) のリスクを高めうる」といった警告がなされ、2007年5月の FDA 警告内容の更新では、「18～24歳の若年者も、抗うつ薬治療開始時(1～2カ月目)に suicidality (自殺念慮・行動) のリスクを高める。しかし、24歳以上の成人ではリスクは高まらず、65歳以上はむしろリスクを減らす」と追加され、「うつ病やその他の精神疾患自体が自殺リスクの最も重要な要因である」と疾患がか

かえるリスクを強調した内容となった。

このように、「抗うつ薬は自殺を誘発するのか?」という臨床疑問を明らかにすることは大変重要な課題となっている。しかし、この臨床疑問を直接的に検証するには、自殺をアウトカム指標とし、ある抗うつ薬を投与した群と投与しなかった群のランダム化比較試験を組むといった倫理的に問題がある研究デザインとなる。また、仮にその研究デザインを組むとしても自殺率は10万人あたり20～30人の発生頻度のため、多数のハイリスク群を長期間にわたり追跡しなければならず、その試験の実現可能性が低いという問題もある。Wong らの試算では、小児・青年期の suicidality を検証するには、6,800人規模のランダム化比較試験が必要としている。このような背景から、抗うつ薬と自殺リスクの検討は、抗うつ薬臨床試験のメタアナリシス、地域介入研究、相関研究(薬剤疫学研究)などによってなされている。本稿では、抗うつ薬と suicidality リスクに関するエビデンスについて概括する。

Suicidality とは

抗うつ薬による自殺リスクを検討する際、いくつかの自殺に関連する用語が使用されるおり、ここで整理する。本稿では、「自殺」(自死, suicide death) とは、故意の自己への傷害行為により死亡したものを指す。「自殺企図」(suicide attempt) は致死性の程度にかかわらず、僅かでも

* 国立精神・神経医療研究センター臨床研究支援室

[〒187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1]

Atsuo Nakagawa, M.D., Ph.D.: Department of Clinical Research, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP), 4-1-1 Ogawahigashi-cho, Kodaira-shi, Tokyo, 187-8551 Japan.

死ぬ意図を伴った自己への傷害行為を指す。なお、意図を伴わない自己への傷害行為は「自傷行為」(deliberate self harm)といわれる。「自殺念慮」(suicide ideation)は、生きている価値がないという淡い思考から極めて綿密な自殺の計画に及ぶ念慮を指すものとする。

地域介入研究—うつ病地域啓発活動からのエビデンス

自殺と精神疾患の関連は示されており、その中でもうつ病との関連が強いことが様々な研究で報告され、適正なうつ病診療の向上は、自殺を減少させると考えられている。また、司法医学での剖検研究にても、うつ病患者の自殺者の多くは、自殺時に抗うつ薬を服用していないことが示されており、適正な抗うつ薬治療の向上は重要と考えられている。このような背景から、自殺対策として、うつ病の地域啓発活動が国内外で行われている。啓発活動の内容としては、うつ受診率を向上させるためのスティグマの緩和を目指した一般住民向けの教育や、自殺者の多くがプライマリーケア医を受診している(欧米では60~80%)ことから、プライマリーケア医に対するうつ病の診断と治療の教育が取り組まれている。

うつ病の地域啓発活動の一環で、プライマリーケア医へのうつ病診療への教育に取り組んだ地域では、抗うつ薬処方が増加し、自殺率が減少したといくつかの研究報告がなされている。スウェーデンのGotlandでの取り組みでは、プライマリーケア医への教育を開始した2年後には、抗うつ薬処方が50%増加したのに対して、自殺率は60%減少したとRutzらは報告している。さらに、Gotlandでの追跡研究にてプライマリーケア医への啓発活動が少なくなると、自殺率は次第に増加し、啓発活動を再度高めると自殺率は減少すると報告されている。ハンガリーのKiskunhalasでも、地域介入活動の3年後には、抗うつ薬処方が58%増加し、自殺率は22%減少したとSzantoらは報告している。わが国でも同様に、新潟の松

之山では一般内科医への教育活動介入後、高齢者の自殺率は10万人あたり434.6人(1985)から123.1人(1996)に減少したと高橋らは報告している。

これら地域介入研究のような条件が統制されていない観察研究という研究デザインの限界ゆえ、抗うつ薬処方と自殺の因果関係は結論づけられない。しかし、これら地域介入研究からは、うつ病診療の啓発活動によって、抗うつ薬処方が増加し、自殺率は減少することが認められた。これは、抗うつ薬処方は自殺を減らすことを示唆するものとなった。

相関研究—国レベルでの薬剤疫学研究からのエビデンス

国レベルでの抗うつ薬処方と自殺率の変化の検討がいくつかの国にて行われている。アメリカ、スウェーデン、ノルウェー、デンマーク、フィンランド、ハンガリー、イギリス、イタリア、スロベニア、オーストラリア、ニュージーランド、イスラエルなど27カ国において、自殺率の減少は抗うつ薬処方の増加と逆相関が示されている。スウェーデンでは自殺率は19%減少した期間に、抗うつ薬の処方が3.4倍になったとIsacssonらは報告している。アメリカでは、1985~1999年の間、自殺率は13.5%減少したのに対して、抗うつ薬処方率は4倍以上になったとGrunebaumらは報告している。なお、同研究にて失業率やアルコール消費率を調整しても、抗うつ薬処方率と自殺率の逆相関は示されたと報告している。

わが国でも同様な結果がNakagawaら³⁾により報告されている。同研究では、1999~2003年における日本の自殺率ならびに新規抗うつ薬(この間に上市されていたパロキセチン、フルボキサミン、ミルナシプラン)処方率の年次変化の関連を、性別ならびに年齢階級に層別化して回帰分析にて検討が行われた。さらに、年次の失業率およびアルコール消費量の影響も検討した。さらに性別、年齢層別の交互作用についても検討が行われた。