

10. Takechi S, Kikuchi T, Horisawa S, **Nakagawa A**, Yoshimura K, Mimura M. Effectiveness of a Cognitive Behavioral Therapy-Based Exercise Program for Healthy Employees. *Advances in Physical Education*, 5,263-272,2015.
11. 加藤典子, **中川敦夫** : うつ病に対するセラピスト支援型コンピュータ認知行動療法 (CCBT), *臨床精神医学*, 44(8) : 1053-1057, 2015
12. 二宮朗, 佐渡充洋, 朴順禮, 佐藤寧子, 猪飼紗恵子, 高橋智子, 新井万佑子, 別 晶子, **中川敦夫**, 藤澤大介, 吉村公雄, 田渕肇, 白波瀬丈一郎, 加藤元一郎, 三村將 : 不安障害に対するマインドフルネス認知療法の効果検証 preliminary study, *精神神経学雑誌*, 2015 特別 : 572, 2015
13. 中尾重嗣, **中川敦夫**, 岩下覚, 三村將 : 長期入院統合失調症患者への関わり方を変えることで退院促進を図れた1例, *精神神経学雑誌*, 2015 特別 : 554, 2015
14. 加藤典子, 伊藤正哉, 中島俊, 藤里絃子, 大江悠樹, 宮前光宏, 堀田亮, 蟹江絢子, 山口慶子, **中川敦夫**, 堀越勝, 大野裕 : 不安とうつに対する診断横断的認知行動療法の介入要素 統一プロトコルの介入内容とその理論的背景から, *認知療法研究*, 8(2) : 239-247, 2015
15. 中尾重嗣, **中川敦夫** : 【精神疾患の長期的転帰の改善を目指して】 うつ病における治療選択, *精神科*, 27 (2) : 111-116, 2015
16. **中川敦夫** : 【精神疾患の長期的転帰の改善を目指して】 うつ病における治療選択, *精神医学*, 57 (8) : 632-634, 2015
17. 倉田知佳, **中川敦夫** : 【うつ病に対する新しい治療の試み】 うつ病に対する新しい認知行動療法 マインドフルネスと行動活性化, *精神科治療学*, 30 (5) : 665-671, 2015

学会発表

1. 満田大, 中川敦夫, 中川ゆう子, 佐渡充洋, 藤澤大介, 菊地俊暁, 岩下覚, 三村將, 大野裕 : 治療抵抗性うつ病における不安障害とパーソナリティ障害の comorbidity : 横断研究, 第10回日本うつ病学会総会, 東京, 2013年7月20日
2. Noriko Tamura, Noriko Kato, Yuko Nakagawa, Yoshiyo Oguchi, Dai Mitsuda, Yutaka Ono, Atsuo Nakagawa: Development of Japanese Computer-Assisted Cognitive Behavioral Therapy Program for Depression Cognitive behavior therapy (CBT), *Computers & new technology, Internet, Mood disorder. 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Lima-Peru, 22-25 Jul 2013.*
3. Nakagawa A, Rahman S, Cheng C, Lee B, Raveepatarakul, J. Present Status and Future Challenge in Asia for Delivering Cognitive Behavior Therapy for the Patients. The 4th Asian Cognitive Behavior Therapy (CBT) Conference. Tokyo, 24 Aug 2013.

4. 中川敦夫, 杉山雅彦, 武藤崇, 奈良元一壽: 認知行動療法を必要なところにどう届けるか, 第 13 回日本認知療法学会・日本行動療法学会第 39 回大会, 東京, 2013 年 8 月 24 日
5. 小口芳世, 加藤典子, 中川ゆう子, 田村法子, 樋山光教, 満田大, 佐渡充洋, 大野裕, 三村將, 中川敦夫: うつ病に対するインターネット支援型認知行動療法の実践; 2 症例報告, 第 13 回日本認知療法学会, 東京, 2013 年 8 月 24 日
6. Kudo Y, Nakagawa A, Hamada H, Mimura M: Reliability and Validity of Japanese Version of Temperament and Personality Questionnaire for Patients with Major Depressive Disorder. The American Psychiatric Association 167th Annual Meeting, New York, May 3-7, 2014.
7. Oguchi Y, Nakagawa A, Sado M, Mimura M: Therapist-delivered Computerized Cognitive Behavioral Therapy for Major Depression A systematic review and meta-analysis. The American Psychiatric Association 167th Annual Meeting, New York, May 3-7, 2014.
8. 中川敦夫: うつ病に対する認知行動療法, 第 24 回日本臨床精神神経薬理学会・第 44 回日本神経精神薬理学会合同年会, 名古屋, 2014 年 11 月 20 日
9. 中尾重嗣, 中川敦夫, 山田康, 三村將: 言語化が苦手な抑うつ患者にインターネット支援型認知行動療法を実施し良好な経過を辿った 1 例, 第 14 回日本認知療法学会, 大阪, 2014 年 9 月 13 日
10. 中川敦夫: 認知行動療法の実践: 研修とエビデンス, 第 11 回日本うつ病学会総会, 広島, 2014 年 7 月 19 日
11. 満田大, 中川敦夫, 中川ゆう子, 佐渡充洋, 藤澤大介, 菊地俊暁, 岩下覚, 三村將, 大野裕: うつ病に対する認知行動療法の職種間における治療効果の比較検討, 第 11 回日本うつ病学会総会, 広島, 2014 年 7 月 19 日
12. 小口芳世, 加藤典子, 中川ゆう子, 田村法子, 樋山光教, 満田大, 佐渡充洋, 大野裕, 三村將, 中川敦夫: うつ病に対するインターネット支援型認知行動療法の実践; 症例報告, 第 11 回日本うつ病学会総会, 広島, 2014 年 7 月 19 日
13. 中川敦夫: うつ病に対する認知行動療法のランダム化比較試験, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日
14. 工藤由佳, 中川敦夫, 三村將: 大うつ病性患者に対する日本語版 Temperament and Personality Questionnaire (気質と性格傾向に関する質問票) の信頼性、妥当性の検討, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日
15. 工藤由佳, 中川敦夫, 三村將: 大うつ病性患者に対する日本語版 Temperament and Personality Questionnaire (気質と性格傾向に関する質問票) の信頼性、妥当性の検討, 第 110 回日本精神神経学会学術総会, 横浜, 2014 年 6 月 26 日
16. 志田博和, 中川敦夫, 藤井康男: 地域におけるうつ病対策の調査研究～第 2 報～,

- 第 110 回日本精神神経学会学術総会，
横浜，2014 年 6 月 27 日
17. 中川敦夫，小口芳世：インターネットを活用した精神療法の可能性：インターネット支援型認知行動療法の実践，第 110 回日本精神神経学会学術総会，横浜，2014 年 6 月 28 日
 18. 中尾重嗣，佐渡充洋，中川敦夫，藤澤大介，大野裕，三村將：言語化が苦手な抑うつ患者にインターネット支援型認知行動療法を実施し良好な経過を辿った 1 例，第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会，東京，2015. 7
 19. 満田大，中川敦夫，中川ゆう子，佐渡充洋，藤澤大介，菊地俊暁，岩下覚，三村將，大野裕：治療抵抗性うつ病に対する認知行動療法の予後予測因子の検討，第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会，東京，2015. 7
 20. 加藤典子，小口芳世，中川ゆう子，中川敦夫：パワーハラメント被害を契機に発症したうつ事例へのインターネット支援型認知行動療法，第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会，東京，2015. 7
 21. 中尾重嗣，中川敦夫，満田大，中川ゆう子，加藤典子，馮えりか，武智小百合，桧山光教，大野裕，三村將：うつ病治療におけるインターネット認知行動療法 (iCBT) の可能性 インターネット支援型認知行動療法の可能性，第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会，東京，2015. 7
 22. 中川敦夫：精神療法は有効なのか？エビデンスを問う うつ病への認知行動療法 RCT からのエビデンスと dissemination and implementation，第 12 回日本うつ病学会総会・第 15 回日本認知療法学会，東京，2015. 7
3. 著書
 1. アレン・フランセス（著），大野裕，中川敦夫，柳沢圭子（訳）：精神疾患診断のエッセンス—DSM-5 の上手な使い方，金剛出版，東京，2014
 2. David Taylor, Carol Paton, Shitij Kapur（著），内田裕之，鈴木健文，三村將（監訳），中川敦夫他（訳）：モーズレイ処方ガイドライン第 11 版 中巻，ワイリー・パブリッシング・ジャパン，東京，2013
- H.知的財産の出願・登録状況**
該当事項なし

図1: 研究の概念図

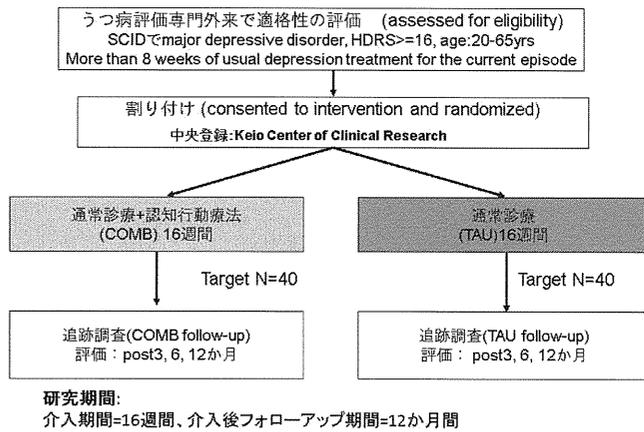


図2 LS Means and 95% CIs for change from baseline in HAM-D17

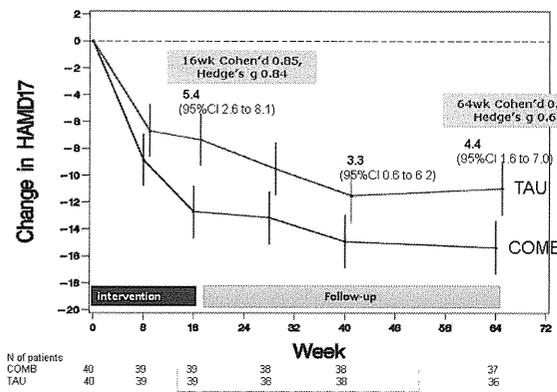
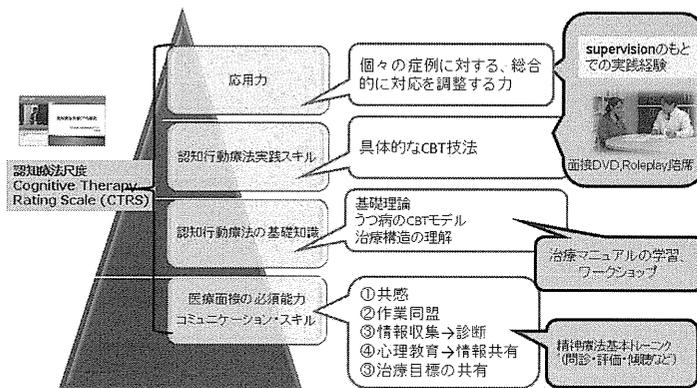


図3 認知療法・認知行動療法実践スキルの信頼性の確保 QualityControl



個人認知療法・認知行動療法の教育システム構築の方法論の開発と教育効果の検証のシステムの構築：厚生労働省研修事業の成果の分析から

研究分担者 藤澤大介 慶應義塾大学医学部精神・神経科

研究要旨 厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業において、研修参加者の技能を評価するシステムを構築し、スーパービジョンにかかわらない2人の評価者が独立して評価した。良好な実施可能性と評価の信頼性が示された。治療の質を評価する認知療法尺度 Cognitive Therapy Rating Scale(CTRS)の総得点は第4、第10セッションでそれぞれ平均点が27.5、29.5点であり、第1例に目指す点数としてCTRS=30点が提案された。過去の認知行動療法の経験は初期(第4)セッションとは弱い相関を認めたものの、後半(第10)のセッションでは相関は消失していたことから、この研修は治療者背景に依らず一定の効果をもたらすことが示唆された。医師とそれ以外の職種とで成績に有意な差は認めなかった。

A. 研究背景と目的

認知行動療法の実施には、治療者の習熟が重要である。2011年から開始されている厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業のサンプルを用いて、同研修の教育効果を検証することが本研究の目的である。

B. 研究方法

(1) 評価システムの構築

厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業において、研修参加者の技能を評価するシステムを2013年度に構築し、2014年度より登録を開始した(表1)。

rater	scales	Session number															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Patient	BDI/QIDS-SR	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	Therapy satisfaction				○						○						
	UE-ATR checklist				○					○							
SVee	patients' background	○															
Center	CTRS				○					○							
	UE-ATR checklist				○					○							

BDI : Beck Depression Inventory ベックうつ病尺度、CTRS : Cognitive Therapy Rating Scale 認知療法尺度、QIDS-SR : Quick Inventory of Depressive Symptomatology 簡易抑うつ症状尺度、UE-ATR checklist : Unwanted events/Adverse Therapy Reaction 副作用チェックリスト、Therapy satisfaction 治療満足度
表 1. 評価項目

(2) 対象

対象者は、厚生労働省認知療法・認知行動療法研修事業に参加し、2014年4月から2016.1月末日までにスーパービジョンを受講・終了した治療者であった。

また、本研修を過去に受講した治療者の一部がスーパーバイザーとしての研修の一環として、同じ形式で第2回目のスーパービジョンを受けたので、参考値として解析対象とした。

(3) 評価

各治療者は表1に既述した評価を受けた。本

研究での主評価項目は第4、第10セッションにおける認知療法尺度 Cognitive Therapy Scale (CTRS) の総得点であった。

CTRSはセッションの録音・録画・陪席のいずれかに基づいて認知行動療法の質を評価する11項目の評価尺度である。各項目を0-6点で評価し66点満点である。国際認知療法協会 Academy of Cognitive Therapy (ACT) では、任意のセッションで40/66点以上を得点することが認定基準の一つとしている。精神療法の基礎能力を評価するPart I(第1~6項)と、認知行動療法に特異的なスキルを評価するPart II(第7~11項)の2つの下位尺度からなる(図1)。

認知療法尺度(CTRS)の項目

I. 基本的な治療スキル	II. 概念化、方略、技術
1. アジェンダの設定	7. 誘導による発見
2. フィードバック	8. 重要な認知または行動への焦点づけ
3. 理解力	9. 変化に向けた方略
4. 対人能力	10. 認知行動的技法の実施
5. 共同作業	11. ホームワーク
6. ペース調整および時間の有効使用	

0	1	2	3	4	5	6
劣悪	不十分	並み	妥当	よい	非常によい	素晴らしい

図1. 認知療法尺度

本研究においてCTRSは、4人の国際認知療法協会認定評価者が、2人ずつ独立に評価し、照合の後に最終判定とした。

C. 結果

(1) 参加者背景

2014年4月から2016.1月末日までにスーパービジョンを終了した認知行動療法治療者(研修生)は70人であった。参加者の背景は、平均年齢40.1歳(SD=9.1)、男性46人(65.7%)、女

性 24 人 (34.3%)、医師 64 人 (91.4%) (うち精神科医 62 人)、心理士 2 人、看護師 3 人、作業療法士 1 人であった。

精神科実経験年数平均 9.7 年 (SD=7.5)、本研修受講以前の認知行動療法実践年数は平均 0.6 年 (SD=1.4)、認知行動療法実施症例数は平均 1.1 症例 (SD=2.6) であった。参加者の約 70% が認知行動療法を未経験であった。

(2) 治療完遂率

70 人中 5 人は第 9 セッション以前に治療が早期終了(脱落)となった。残りの 65 人(完遂群)が第 4・第 10 セッションの評価を受けた。

脱落群は医師 64 人中 4 人(精神科医)、その他の職種で 6 人中 1 人であった。完遂群と比較して脱落群は臨床経験年数が有意に高かった(10.3 年 vs 19.4 年; ノンパラメトリック検定: $p < 0.05$)。他の背景因子や臨床因子(認知療法の知識に関する Cognitive Therapy Awareness Scale (CTAS) の得点や、第 4 セッション CTRS 得点(総得点、Part I, II 得点、各項目得点))に有意差を認めなかった。CTRS 総得点は完遂群 27.5 点 (SD=6.7)、脱落群 30.0 点(SD=3.4)。

(3) CTRS 総得点

第 4、第 10 両セッションの評価を受けた 65 人の CTRS 総合点の分布を図 2、3 に示す。各平均点は下記のとおりで、第 10 セッション。有意な向上を認めた (paired t-test: $p < 0.05$)。

- ・第 4 セッション：27.5 点 (SD=6.8)
- ・第 10 セッション：29.5 点 (SD=6.9)

CTRS 総合点が 40 点、33 点以上 ((各項目平均 3 点以上)、30 点以上であった参加者は表 2 の通りであった。

	≥30 点	≥33 点	≥40 点
第 4 セッション	24 (36.9%)	14 (21.5%)	2 (3.1%)
第 10 セッション	30 (46.2%)	24 (36.9%)	5 (7.7%)

表 2.各カットオフ値以上の得点者 (n=65)

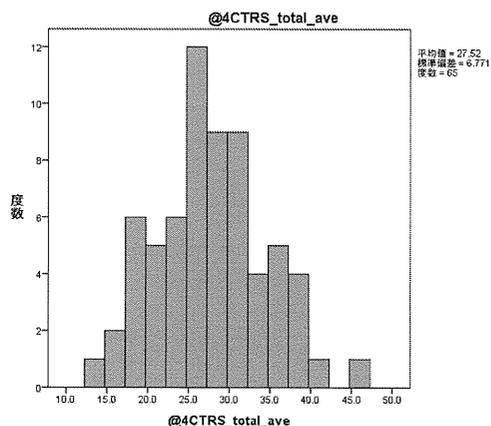


図 1.第 4 セッションの CTRS 総得点の分布

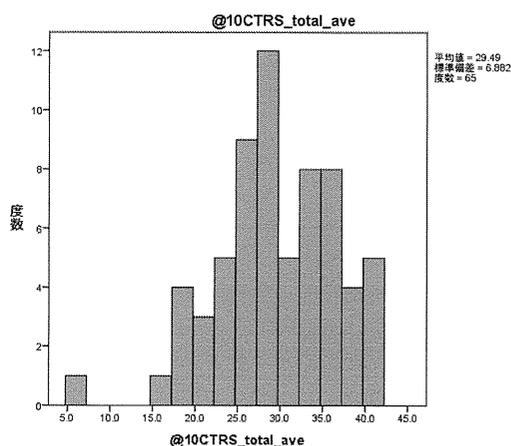


図 2.第 10 セッションの CTRS 総得点の分布

(4) CTRS の各項目

CTRS の各項目の平均点を表 3 に示す。得点は、1.アジェンダ の項目を除いて、精神療法の基礎能力 (第 1~6 項) で相対的に高く、認知行動療法に特異的なスキルである第 7~11 項は項で相対的に低かった。

1.アジェンダ、5.協働関係、7.誘導による発見、8.中心となる認知・行動への焦点づけの項目が、第 4 セッションから第 10 セッションにかけて有意に向上した。

	第4セッション	第10セッション	p
1.アジェンダ*	2.1	2.4	<0.01
2.フィードバック	2.9	3.0	0.09
3.理解力	2.9	2.9	0.68
4.対人能力	3.6	3.6	0.98
5.協働関係*	2.7	3.0	<0.05
6.ペース配分	2.7	2.8	0.26
7.誘導による発見*	2.3	2.5	<0.05
8.認知行動の焦点づけ*	2.1	2.3	0.02
9.治療方略	2.1	2.4	0.26
10.認知行動スキル	2.1	2.2	0.18
11.ホームワーク	2.3	2.4	0.12
Part I (1~6)合計*	16.7	17.7	<0.05
Part II (7~11)合計*	13.4	14.6	<0.01
CTRS総得点*	27.7	29.5	<0.05

表 3.各項目の平均点 (n=65)

(* p<0.05; Wilcoxon's log rank test)

(5) 第2回のスーパービジョン受講者

第2回目のスーパービジョンの受講者 (n=9) の CTRS 得点を参考値として表 5 に示す。

	第4セッション	第10セッション
1.アジェンダ*	2.1	2.5
2.フィードバック	2.9	3.1
3.理解力	2.8	2.8
4.対人能力	3.5	3.5
5.協働関係*	2.9	3.0
6.ペース配分	2.8	3.3
7.誘導による発見*	2.1	2.5
8.認知行動の焦点づけ*	2.0	2.3
9.治療方略	2.4	2.3
10.認知行動スキル	2.4	2.1
11.ホームワーク	2.4	2.8
Part I (1~6)合計*	17.1	18.3
Part II (7~11)合計*	14.1	15.2
CTRS総得点*	28.3	30.1

表 5. 第2回スーパービジョン受講者の各項目得点 (n=9, 全て p>0.05; Wilcoxon's log rank test)

(6) 治療者特性と能力の関係

治療者特性と CTRS の総得点との相関を検証した。第4セッションの CTRS 総得点は、過去の認知行動療法実践年数、実施症例数と低い正の相関を認めた (それぞれ Spearman's $\rho = 0.29$, $= 0.26$; いずれも $p < 0.05$)。相関は認知行動療法に特異的なスキル (CTRS part II) で有意で、すべての精神療法に共通するスキル (CTRS Part I) とは有意な相関を認めなかった。その他の背景因子-治療者年齢、精神科経験年数、認知療法の知識 (CTAS 得点)、認知行動療法実施の自信 (自己評価) とは相関を認めなかった。

医師 60 人とそれ以外の職種 5 人を比較したところ、第4、第10セッションの CTRS (総得点、part1, part2) のいずれの項目も有意な差を認めなかった (ノンパラメトリック検定) (表 4)。第10セッションの CTRS とは有意な相関を認めた因子はなかった。

	第4セッション			第10セッション		
	総合点	part1	part2	総合点	part1	part2
医師	27.3 (6.4)	16.7 (3.4)	13.3 (4.0)	29.8 (6.2)	17.8 (3.4)	14.8 (3.6)
医師以外	29.9 (11.0)	17.6 (5.1)	15.1 (7.1)	25.4 (13.0)	18.3 (4.2)	15.0 (4.9)

表 4. 医師・非医師の得点

(平均値、カッコ内は標準偏差)

(7) CTRS の評価者間一致度

CTRS の評価者の評価者間一致度 (Intra class correlation) を第4セッションのデータを用いて算出したところ、CTRS 総合点で 0.87 (95%信頼区間 0.79-0.91)、CTRS 各項目で 0.52~0.84 と良好であった。

D. 考察

独立した2人の評価者による認知行動療法の治療の質を評価するシステムを始動し、良好な実施可能性と評価の信頼性が示された。

治療の質を評価する CTRS 総合点は第4→10セッションで有意な向上を認めた。国際認知療法協会 ACT の合格基準である 40 点に達する参加者は少数であったが、ACT では 10 例以上の経験を持つ治療者を想定しており、この点数を基準とすることは適切ではない。今回の参加者の第10セッションの中央値は約 30 点であり、一つの目標得点の一案にあげられる。

治療者特性と治療者能力の相関は、過去の認知行動療法実践経験と第4セッションの CTRS に弱い相関を認めたが、第10セッションではこの相関は消失していたことから、この研修は治療者背景に依らず一定の効果をもたらすことが示唆された。

対照群をおいていないことから CTRS の変化が研修の効果であるかどうか実証がないことは本研究の限界である。

今後は、

- ・認知行動療法の質と患者アウトカムの関連
- ・第2例目以降の能力向上の評価が課題にあげられる。

E. 結論

録音と IT を使い、独立した二人のスーパーバイザーによる認知行動療法の評価の実施可能性が示された。

対照群をおいていないために確定的なことは言えないものの、スーパービジョンを伴う研修によって認知行動療法の能力が向上する可能性が示唆された。この研修体制における医師と医師以外の職種による能力は統計的に明らかな差を認めなかった。

F. 研究発表

1. 論文発表

1. Hashimoto N, Suzuki Y, Kato TA, Fujisawa D, Sato R, Aoyama-Uehara K, Fukasawa M, Asakura S, Kusumi I, Otsuka K. The effectiveness of suicide prevention gatekeeper –training for university administrative staff in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2016;70(1):62-70. 査読有
2. Fujisawa D*, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Inoue S, Ogawa A, Okuyama T, Akechi T, Mimura M, Shimizu K, Uchitomi Y. Impact of depression on health utility value in cancer patients. *Psycho-oncology* 2015 Aug 17. doi: 10.1002/pon.3945. [EPub ahead of Print] 査読有
3. Wada S, Shimizu K, Inoguchi H, Shimoda H, Yoshiuchi K, Akechi T, Uchida M, Ogawa A, Fujisawa D, Inoue S, Uchitomi Y, Matsushima E. The Association between Depressive Symptoms and Age in Cancer Patients: A Multicenter Cross-Sectional Study. *J Pain Symptom Management* 2015;50(6):768-77. 査読有
4. Inamori Williams A, Nakagawa A, Sado M, Fujisawa D, Mischoulon D, Smith F, Mimura M, Sato Y. Comparison of initial psychological treatment selections by U.S. and Japanese early-career psychiatrists for patients with major depression: A case vignette study. *Academic Psychiatry* 2015 [EPub ahead of Print] 査読有
5. Fujisawa D*, Hagiwara N*. Cancer stigma and its health consequences. *Current Breast Cancer Reports* 2015 [EPub ahead of Print] (*equal contribution) 査読有
6. Fujisawa D*, Temel JS, Traeger L, Greer JA, Lennes IT, Mimura M, Pirl WF. Psychological factors at early stage of treatment as predictors of receiving of chemotherapy at the end of life. *Psycho-oncology* 2015 Dec;24(12):1731-7. 査読有
7. Shimizu K, Nakaya N, Saito-Nakaya K, Akechi T, Ogawa A, Fujisawa D, Sone T, Yoshiuchi K, Goto K, Iwasaki M, Tsugane S, Uchitomi Y. Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Jpn J Clin Oncol.* 2015; 45(5): 456-63. 査読有
8. Pirl WF, Greer JA, Irwin K, Lennes I, Jackson VA, Park ER, Fujisawa D, Wright AA, Temel JS. Processes of discontinuing chemotherapy for metastatic non-small cell lung cancer at the end of life. *Journal of Oncology Practice, J Oncol Pract.* 2015 May;11(3):e405-12. doi: 10.1200/JOP.2014.002428. 査読有
9. Umezawa S, Fujisawa D*, Fujimori M, Ogawa A, Matsuhima E, Miyashita M. Prevalence, associated factors and source of support concerning supportive care needs among Japanese cancer survivors – a web-based survey. *Psycho-oncology* 24: 635–642, 2015 査読有
10. Nakagawa A, Sado M, Mitsuda D, Fujisawa D, Kikuchi T, Abe T, Sato Y, Iwashita S, Masaru M, Ono Y. Effectiveness of Cognitive behavioral therapy Augmentation in Major depression treatment (ECAM study): study protocol for a randomized clinical trial. *BMJ Open* 2014 Oct 21;4(10):e006359. doi: 10.1136/bmjopen-2014-006359. 査読有
11. Fujisawa D*, Umezawa S, Basaki-Tange A, Fujimori M, Miyashita M. Smoking status, service use and associated factors among Japanese cancer survivors - a web-based survey. *Supportive Care in Cancer*, 22(12), 3125-34, 2014 査読有
12. Miyajima K, Fujisawa D*, Yoshimura K, Ito M, Nakajima S, Shirahase J, Mimura M, Miyashita M. Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *Journal of Palliative Medicine*, 17(9), 1025-31, 2014 査読有
13. Sado M, Takechi S, Inagaki A, Fujisawa D, Koreki A, Mimura M, Yoshimura K. Cost of anxiety disorders in Japan in 2008: a prevalence-based approach. *BMC Psychiatry.* 2013 Dec 18;13(1):338. 査読有
14. Suzuki Y, Kato TA, Sato R, Fujisawa D, Aoyama-Uehara K, Hashimoto N, Yonemoto N, Fukasawa M, Otsuka K. Effectiveness of brief suicide management training program for medical residents in Japan: A cluster randomized controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2013 Jul 18:1-10. 査読有
15. Deno M, Miyashita M, Fujisawa D, Nakajima S, Ito M. The influence of alexithymia on psychological distress with regard to the seriousness of complicated grief and the time since bereavement in the Japanese general population. *Journal of Affective Disorders* 149: 202-8, 2013 査読有
16. Miyajima K, Fujisawa D, Hashiguchi S, Shirahase J, Mimura M, Kashima H, Takeda J. Symptoms overlooked in hospitalized cancer patients: Impacts of concurrent symptoms on overlooking by nurses. *Palliative & Supportive Care* 2013 Mar 19:1-6. 査読有
17. Fujisawa D*, Suzuki Y, Kato T, Hashimoto N, Sato R, Aoyama-Uehara K, Fukasawa M, Tomita M, Watanabe K, Kashima H,

- Otsuka K. Suicide intervention skills among Japanese medical residents. *Academic Psychiatry* 2013; 37:1-6. 査読有
18. Umene-Nakano W, Kato TA, Kikuchi S, Tateno M, Fujisawa D, Hoshuyama T, Nakamura J. Nationwide survey of work environment, work-life balance and burnout among psychiatrists in Japan. *PLoS ONE* 8(2), e55189, 2013 査読有
 19. 大野裕, 藤澤大介, 中川敦夫, 佐渡充洋, 菊地俊暁, 田島美幸, 堀越勝. スーパービジョンの実際. *日本精神神経学会誌* (in press) 査読無
 20. 藤澤大介. 認知行動療法の評価尺度—QIDS-SR, DAS24, 治療者評価尺度. *臨床精神医学* 44 増刊号 609-620 査読無
 21. 藤澤大介. がん治療にいかす心理アセスメント. *こころの科学* 184(11), 73-78, 2015 査読無
 22. 田中智里, 三浦聡太郎, 藤澤大介. 精神療法の新しい展開—短期精神療法. *臨床精神医学* 44(8), 1085-89, 2015 査読無
 23. 藤澤大介. 在宅医療における認知行動療法の可能性. *日本在宅医学会雑誌* 17(1), 54, 2015 査読無
 24. 藤澤大介. 認知行動療法の進歩と将来. *精神科治療学* 30(1), 75-80, 2015 査読無
 25. 藤澤大介. がん患者の抑うつに対する精神療法. *Depression Frontier* 12(2), 17-22, 2014 査読無
 26. 藤澤大介. 喪失の問題を抱えた患者への対応. *がん看護* 19(4), 366-370 査読無
 27. 藤澤大介, 大野裕, Narasappa Kumaraswamy, Tulio Scrimali, Robert J Meyers, Donna M Sudak. 認知行動療法の教育と研修: 質の良い治療者育成のために. *認知療法研究* 7(2), 105-114, 2014 査読無
 28. 鈴木伸一, 藤澤大介, 尾形明子, 小林清香, 五十嵐友里. 身体疾患のメンタルケアに活かす認知行動療法の発想とテクニック. *認知療法研究* 7(2), 124-133, 2014 査読無
 29. 藤澤大介. 緩和ケア領域における不安へのアプローチ. *不安障害研究* 5(2), 1-9, 2014 査読有
 30. 大野裕, 古川壽亮, 藤澤大介, 中川敦夫, 菊地俊暁, 佐渡光洋, 堀越勝, 田島美幸. 厚生労働省の研修事業. *認知療法研究* 7(1), 9-17, 2014 査読無
 31. 宮島加耶, 藤澤大介. DSM-5 において新しく提示された疾患概念や評価法をどう理解するか—死別反応の除外, 悲嘆. *精神科* 24(1), 43-48, 2014 査読無
 32. 藤澤大介. うつ病の認知行動療法—成り立ちと魅力. *保健の科学* 56(2), 76-80, 2014 査読無
 33. 加藤隆弘, 大塚耕太郎, 鈴木友理子, 藤澤大介, 佐藤玲子, 青山久美, 橋本直樹, 鈴木志麻子, 神庭重信. こころの応急対応(メンタルヘルス・ファーストエイド) 日常臨床場面における、うつ病の早期介入と自殺予防. *臨牀と研究* 91(2), 289-294, 2014 査読無し
 34. 大塚耕太郎, 鈴木友理子, 藤澤大介, 加藤隆弘, 佐藤玲子, 青山-上原久美, 橋本直樹, 鈴木志麻子, 黒澤美枝. *Mental Health First Aid-Japan* チームの活動について. *精神神経学雑誌*. 2013;115(7):792-6. 査読無
 35. 藤澤大介, 古賀晴美. 【臨床で役立つサイコロジの最新エビデンス】スピリチュアルケアへの心理療法 meaning-centered psychotherapy と dignity therapy の実践. *緩和ケア* 23 巻 3 号 Page218-221, 2013 査読無
 36. 藤澤大介, 鈴木伸一, 巢黒慎太郎, 新明一星, 中島恵子, 上田(能野)淳子. 一般身体医療における認知行動療法とチーム医療. *認知療法研究* 2013 査読無
 37. 能野淳子, 藤澤大介. がん領域における認知行動療法. *最新精神医学* 18 巻 2 号 Page147-151, 2013 査読無
 38. 大野裕, 堀越勝, 新明一星, 藤澤大介. 認知行動療法が現代医療で果たす役割. *臨床心理学* 13 巻 2 号 Page175-179, 2013 査読無
 39. 大野裕, 藤澤大介, 中川敦夫, 菊地俊暁, 佐渡光洋. うつ病の認知療法・認知行動療法. *精神神経学雑誌* 115(5), 539-546, 2013 査読無
 40. 大野裕, 藤澤大介. 外国とわが国の専門医制度の比較 ~精神療法を中心に~. *精神神経学雑誌* (in press) 査読無
 41. 中前貴, 藤澤大介. 学会発表の仕方: プレゼンテーションの基本. *精神科治療学* 28(1), 121-3, 2013 査読無
- F2. 学会発表
1. William F. Pirl, Daisuke Fujisawa, Jamie Stagl, Justin Eusebio, Lara Traeger, Areej El-Jawahri, Joseph A. Greer, Jennifer S. Temel. Actigraphy as an objective measure of performance status in patients with advanced cancer. *ASCO Palliative Care in Oncology Symposium*, Boston, 2015.10.9-10
 2. Daisuke Fujisawa, Jennifer S. Temel, Lara Traeger, Joseph A. Greer, Inga T. Lennes, Masaru Mimura, William F. Pirl. Psychological Factors at Early Stage of Treatment as Predictors of Receiving of Chemotherapy at the End of Life. *World Congress of International Psycho-Oncology Society*, Washington DC, 2015.7
 3. Yoshida-Kawahara Y, Hashimoto S, Yamashita K, Watanabe K, Fujisawa D.

- Initial evaluation on suicide completers in the emergency room of a general hospital in Japan. 28th World Congress of International Association for Suicide Prevention, Montreal 2015.6
4. 藤澤大介. がん患者さんに対するマインドフルネス認知療法. 第 28 回日本総合病院精神医学会(徳島)2015.11.27-28
 5. 藤澤大介、上田淳子、武井宣之、比嘉謙介、古賀晴美、三塚智彦、小川朝生, がん患者の不安症状に対する認知行動療法の開発. 第 28 回日本総合病院精神医学会(徳島) 2015.11.27-28
 6. 藤澤大介. がん患者さんの心理:防衛機制とコーピング. 第 20 回日本緩和医療学会(横浜) 2015.6.18
 7. 二宮朗、佐渡充洋、朴順禮、佐藤寧子、猪飼紗恵子、高橋智子、新井万佑子、別所晶子、三浦有紀、山本和広、石原智香、中川敦夫、藤澤大介、吉村公雄、田淵肇、白波瀬丈一郎、加藤元一郎、三村將. 不安障害に対するマインドフルネス認知療法の効果検討: preliminary study 第2報. 第 111 回日本精神神経学会学術総会 2015.6.4-6(大阪)
 8. 藤澤大介. 在宅医療における認知行動療法の可能性. 第 17 回日本在宅医学会大会 2015. 4. 25-26 (盛岡)
 9. Fujisawa D, K. Miyajima, K. Yoshimura, M. Ito, S. Nakajima, J. Shirahase, M. Mimura, M. Miyashita Association between Quality of End-of-Life Care and Complicated Grief among Bereaved Family. 4th Asia-Pacific Psycho-Oncology Network. 2014.11.20 (Taipei, Taiwan)
 10. Fujisawa D. Schizophrenia and Cancer – why is it important? 16th World Congress of Psycho-oncology, Lisbon, Portugal, 2014.10.20-24
 11. Fujisawa D, Umezawa S, Fujimori M, Miyashita M. Who are at risk for cancer-related stigma? 16th World Congress of Psycho-oncology, Lisbon, Portugal, 2014.10.20-24
 12. Fujisawa D, Fujimori M, Basaki-Tange A, Umezawa S, Ueda- Nouno J, Adachi A, Hisamura K, Suzuki Y, Miyashita M. Perceived Stigma and social discrimination among cancer survivors in Japan – a web-based survey. American Psycho-social Oncology Annual Meeting, 2014.2.15-17, Tampa, FL, USA
 13. Fujisawa D. Development of National Training System in CBT - an experience of Japan -. 5th Asian Cognitive Behavioral Therapy Conference, 2013.8.23-25. Tokyo
 14. 藤澤大介. メンタルケアの基盤づくりとケースマネジメントにいかす認知行動療法. 第 13 回日本認知療法学会 2013.8.23-25 (東京)
 15. 藤澤大介. がん患者さんへの認知行動療法. 日本緩和医療学会教育セミナー. 2013.6.20 (横浜)
 16. 満田大、中川敦夫、中川ゆう子、佐渡充洋、藤澤大介、菊地俊暁、岩下覚、三村將、大野裕. 治療抵抗性うつ病における不安障害とパーソナリティ障害の comorbidity: 横断研究. 第 10 回日本うつ病学会 2013.7.20-21 (北九州市・北九州国際会議場)
 17. Okada Y, Fujisawa D, et al. Verifying the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Patients carried out by Nurse in Japan. 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. 2013.7.22-25 (Lima, Peru)

認知行動療法の副作用 —副作用評価ツールの開発と頻度調査および治療因子との関係について—

研究分担者 菊地俊暁 杏林大学医学部精神神経科学教室講師

研究要旨

認知行動療法 (CBT) における有効性の検証は行われているが、有害事象については十分に検討されていない。精神療法施行時に生じる有害事象を適切に評価できる基準や評価方法に乏しいことが一因であると考えられた。そのため CBT の副作用を評価するツールの作成を行い、そのツールを活用して副作用の頻度や治療者・患者要因との関連について検討した。結果、有害事象の発現は 92 評価中 5 評価 (5.8%) で認められ、うち CBT による副作用と考えられる事象は 1 評価 (1.1%) であった。抑うつ重症度が有害事象の発現に影響した可能性や、技法の熟達度が不十分なために副作用の発現に至る可能性が示唆された。

A. 研究背景と目的

本邦において、精神科的治療における認知行動療法の重要性は徐々に増してきている。うつ病性障害や不安症、統合失調症といった主な精神疾患に対する認知行動療法 (以下 CBT) の有用性はほぼ確立してきており [1-6]、さらには他の身体疾患を有する患者や健常就労者といった群を対象に応用され、精神科領域にとどまらず幅広い分野において活用されている [7, 8]。個々の報告において、CBT の有効性については一定の効果が認められており、メタ解析などからも有効性は系統的にも評価されている。

しかし、有効性が強調される一方で、有害事象ないし副作用については十分な報告がなされているとは言い難い。その背景には、薬物療法と比較して精神療法そのものが副作用を生じにくいという理解が潜在的にあり、精神療法の副作用を適切に評価する基準や評価尺度が乏しい。このままでは事象を集積すること自体が困難であり、頻度を調査することが不可能であるため、評価方法の開発も必要である。そこで本研究では、1) CBT 副作用評価ツールの開発、2) 有害事象の内容や頻度の実態把握、および治療因子との関係性の検証、の 2 つに分けて検証することとした。

B. 研究方法

1) 認知行動療法副作用評価ツールの開発

以下の 3 つの方法を用いて副作用の評価について検討し、評価ツール作成を目的とした。

①過去の文献のレビュー

PubMed を用いて、Cognitive Behavior(al) Therapy や Psychotherapy と、adverse event や side effect、adverse effect の組み合わせをキーワードとして文献を検索した。また対象となるそれぞれの

文献の引用リストも参考にした。

②セッションの録音を用いた副作用情報の抽出

2011 年 4 月より 2014 年 1 月までに報告者が担当した認知行動療法のスーパービジョンにおいて、スーパーバイザー 15 名が行った治療セッション (計 227 セッション) の録音から、セッション内で何らかの意図しない事象を生じた技法の問題点とその結果についてまとめた。

③エキスパートによる検討

認知行動療法に熟達した治療者 (医師 4 名、看護師 1 名、精神保健福祉士 2 名、臨床心理士 1 名) より、認知行動療法の技法において問題となり得る事象とその評価方法について意見を聴取し概括した。

2) 有害事象の実態把握および検証

以下の方法で有害事象ならびに副作用の評価を行った。

①副作用データの収集

一般社団法人認知行動療法研修開発センター (東京都新宿区) (以下 CBTT) の協力を得て、同センターが行っている研修事業の評価に、平成 25 年度の本事業で開発した CBT 副作用評価ツールを使用してもらい、治療者の背景情報と治療効果についても提供を受けた。

②対象者

2014 年 10 月より 2016 年 2 月までの期間、CBTT が実施している研修事業に参加し、かつうつ病性障害と診断された患者に対して厚生労働省のマニュアル (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>) に基いた、1 回 40-50 分、計 16 回の CBT を行っている、医師、心理士、看護師計 50 名の治療者を対象とした。

③評価方法と評価時期

副作用については、各治療者が患者の状態を、第4および10セッション時に開発されたCBT副作用評価ツールを用いて評価した。

患者要因として、年齢や性別、治療開始時のベックうつ病評価尺度 (BDI) [9]を使用した。BDIは自記式のうつ病評価尺度であり、21項目、各0-3点の4段階で評価する。合計0-63点であり、高ければ高いほど重症であると考えられる。

治療者要因としては、CBT実施前のアンケート調査から抽出し、年齢や性別、精神科臨床経験、認知行動療法の経験および実施例数について確認した。さらに治療が適切に行われているかを客観的に評価するため、第三者の評価者が面接を評価した。指標には、認知療法評価尺度 (CTRS)

(http://www.beckinstitute.org/SiteData/docs/CTRS122011/338812377f0513fe/CTRS%2012-2011_portrait.pdf)を用いてCBTの熟達度について評価した。CTRSは、CBTの熟達度を評価するために開発された尺度であり、11項目、各0-6点、計0-66点で評価される。40点以上が習熟した治療者とみなされる。本評価は、Academy of Cognitive Therapy (米国、フィラデルフィア)の認定を受けた評価者が、セッションの録音と治療サマリを基に第4および10セッションで評価を行っている。

④副作用および有害事象の定義

本研究では、有害事象 (adverse event) を、CBTとの関係を問わず治療期間に生じた全ての事象とし、そのうちCBTとの関係が否定できないものについて副作用 (side effect) もしくは adverse treatment reaction) と語彙を統一して使用することとした。本定義はこれまでの報告から最も妥当と考えられるものを参照した[10]。

C. 結果

1) 認知行動療法副作用評価ツールの開発

我々が行った文献検索からは、精神療法ないしは認知行動療法における有害事象を系統的に報告した研究は存在しなかった。ナラティブな報告は散見し[11-18]、また精神療法の副作用を報告するシステムを構築しようとする試みが紹介された文献は認められた[10]。これらを総括すると精神療法における有害事象は、

1. 不可避な事象
2. 治療効果を導くために必要な事象
3. 治療者の技術不足による事象

に分類できると考えられる。1では、問題を回避してきた患者がその問題に向き合わなければならない時に生じる直面化によるものなどが該当する。精神療法を導入する際の方法によって程度

に差は生じるが、患者側に負の事象は少なからず出現することになる。2は、曝露療法における不安の惹起などが挙げられる。3には、診断の見落としや見立ての間違い、導入時の強引な説明、治療技法の選択の誤り、ずれた焦点付け、急性のトラウマに対する過度の感作、治療者への過度の依存、などによって生じる事象が該当する。

認知行動療法に特化した事象を検証するために行った過去のセッションからの副作用抽出から、各技法の使用によって出現し得る有害事象をまとめ、またエキスパートによる意見交換を行った。それに基づき、以下のような事象が挙げられた。

1. 治療導入時の心理教育を行う際、患者の体験に沿った説明を行わないために、患者が治療に対する拒否感を抱いた
2. 症例を概念化した際、誤った理解を患者に伝えることで、理解してもらえていないという不信感を抱き治療関係が悪化した
3. 行動活性化をする際に、行動を強いることで治療関係の悪化や、疲労の蓄積、集中力低下などの認知機能低下が出現した
4. 行動活性化を厳密な計画を立てずに行ったために、失敗体験となり抑うつや不安が悪化した
5. 認知再構成を行った際に、変化をさせられると理解し抵抗感を抱くことで治療関係が悪化した
6. 認知再構成を行う時に、過去の辛かった状況を想起させることで不安や抑うつが見られた
7. 誘導的質問法を用いて会話を進めていく際、治療者の望む答えを引き出そうとして質問を繰り返すことで、患者は焦燥し、治療関係も悪化した
8. スキーマを共有する際に、ネガティブな人間の特徴として患者がとらえることで悲嘆した
9. 問題解決技法を用いる際、問題に直面することで抑うつが悪化し、また問題を解決することを回避、さらに遁走した
10. 曝露技法を用いる際に、不安が惹起され回避行動がみられた
11. アサーションを行い、実際の場面で技法を用いた時に、患者自らの意見を言い過ぎてしまって対人関係が悪化した。
12. アジェンダを設定する際、治療者が一方的に設定することで患者が話したい内容とならず、不満を抱くことで治療関係が悪化した
13. 患者の話した内容をまとめてフィードバックする際、本人の意図することと異なった一方的な解釈をすることで治療関係が悪化し、治療が中断する結果となった

以上のように、多くは治療者の技術不足によって生じた有害事象と考えられ、不可避な事象や治

療上必要な事象には乏しかった。

上記内容をエキスパートの意見交換に基いて確認を行い、その際に各技法の問題点を挙げるのではなく、その結果として生じる事象に注目すべきであるとし、その事象を分類することが望ましいと議論がなされた。

上記の議論を踏まえて、添付資料1のような評価ツールを作成した。特徴として、有害事象を気分症状、身体症状、認知機能の変化、行動上の変化、環境の変化、の5つに分類し、それぞれがどの技法によってもたらされたものかを検討し、その重症度ならびに治療における必要性や不可避性を検証できるようにしている。その評価フローを表1に記載した。

2) 有害事象の実態把握および検証

CBTの第4セッションを終了し、副作用の評価を行った治療者は計50名であった。同様に、10セッションを終了し、評価した治療者は42名であった。結果、合計50名によるべ92評価が行われた。

有害事象と考えられる事象は、第4セッションで3名(6.0%)、第10セッションで2名(4.8%)に発現したと報告され、92評価中のべ5名の発現を認めた(5.4%)。内4名から報告された事象は、CBT以外の要因が明らかであったため、治療と関係なく生じたと評価された。結果としてCBTと関係がある、すなわち副作用として報告されたのは1名(1.1%)であった。

有害事象の内容については、表2に示した通りである。全て中等度からきわめて重症までであり、ただしCBTの副作用として評価される事象については中等度であった。原因については治療者の技量不足であると同時に、不可避であったとも評価している。また、症例の概念化もしくは問題領域のリスト作成の段階であった。その他の治療者については、特に有害事象ならびに副作用は生じなかったと考えられる。

患者要因との関連については、有害事象が生じた症例と生じていない症例において、性別や年齢、重症度においては有意な差は認めなかった。しかし、治療開始前のBDIスコアについては、全体の平均が25.3と比して発現群が37.3であり、統計学的にはパワーが不足しているため有意差は認めないものの、抑うつが重症であることが有害事象の発現と関係する可能性は否定できない。

また、治療者側の要因として、精神科経験年数やCBT経験症例数、およびCTRSの評価のいずれも、有害事象発現群と非発現群との間の比較で有意な差は認めなかった。ただし、治療との関係があると評価された事象、すなわち副作用については、当該の治療者においてはCTRSが平均28.0よりもやや低いという特徴は見られた。

D. 考察

本研究において、認知行動療法副作用評価ツールが開発され、それを利用した副作用調査において、有害事象の発現は92評価中5評価であり、うち治療との関係が否定できなかった事象は1評価であった。すなわち、CBTの副作用としては1.1%であり、また中等度の事象であったため、概ねCBTについては副作用のリスクは低いと考えることができる。

副作用の発現においては、症例の概念化や問題領域リストの作成など、患者の問題点を明らかにさせる技法において出現した。直面化を図ったとも考えることができ、今後のCBTにおいては患者に問題を直面させるときの心理状態への慎重な配慮や、段階的なアプローチを行って徐々に曝露していくことも必要かもしれない。

また、サンプルサイズの問題があり、統計学的な解析には耐え得ないが、抑うつ重症度が高いと有害事象が発現しやすい可能性があることがわかった。これは薬物療法の有害事象においても、重度であった場合に出現している症状が多いことや、認知機能の問題もあり、副作用を誤認する可能性があることも指摘されており、矛盾しないと考えられる。

本研究の限界としては、サンプルサイズの問題、比較対象となるコントロール群がないオープン試験であること、2点の横断調査であり、因子との因果関係には言及できないことである。また、事象の収集においては患者の自覚的所見ではなく他覚的な評価で行っている。評価者が行うことで副作用の発現頻度が低下するという報告もあり、精度の問題はあるものの、自記式で収集する仕組みも今後必要であろう。

さまざまな限界はあるものの、これまでのところ概ね安全にCBTが施行されていることが確認されたと言える。今後のさらなる症例数の集積や調査方法の工夫は求められると言える。

E. 研究発表

E1. 論文発表

(平成25年)

1. Kubota K, Okazaki M, Dobashi A, Yamamoto M, Hashiguchi M, Horie A, Inagaki A, Kikuchi T, Mochizuki M. Temporal relationship between multiple drugs and multiple events in patient reports on adverse drug reactions: findings in a pilot study in Japan. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2013 Oct;22(10):1134-7.
2. Kikuchi T, Suzuki T, Uchida H, Watanabe K, Mimura M. Association between antidepressant side effects and functional impairment in patients with major depressive disorders. *Psychiatry Res.* 2013 Nov 30;210(1):127-33.
3. うつ病の認知療法・認知行動療法：大野 裕

藤澤 大介, 中川 敦夫, 菊地 俊暁, 佐渡 光洋 : 精神神経学雑誌(0033-2658)115 巻 5 号 Page539-546(2013.05)

(平成 26 年)

4. Nakagawa A, Sado M, Mitsuda D, Fujisawa D, Kikuchi T, Abe T, Sato Y, Iwashita S, Mimura M, Ono Y. Effectiveness of cognitive behavioural therapy augmentation in major depression treatment (ECAM study): study protocol for a randomised clinical trial. *BMJ Open*. 2014 Oct 21;4(10)
5. Miller JM, Schneck N, Siegle GJ, Chen Y, Ogden RT, Kikuchi T, Oquendo MA, Mann JJ, Parsey RV. fMRI response to negative words and SSRI treatment outcome in major depressive disorder: a preliminary study. *Psychiatry Res*. 2013 Dec 30;214(3):296-305. Erratum in: *Psychiatry Res*. 2014 Jun 30;222(3):173-5.
6. 菊地 俊暁 : 治療関係と薬物療法—薬物療法を受ける患者の気持ちとは: 精神神経学雑誌 116 巻 9 号 Page752-757(2014.09)
7. 菊地 俊暁, 今中 雄一, 堀越 勝, 宗 未来, 牛島 洋景 : 精神療法のクオリティコントロールについて : 認知療法研究 7 巻 2 号 Page159-167(2014.08)
8. 渡邊 衡一郎, 菊地 俊暁 : 改めて注目すべき向精神薬の副作用 Update 気分安定薬、抗うつ薬、抗精神病薬に焦点をあてて : 精神神経学雑誌 116 巻 4 号 Page323-331(2014.04)
9. 大野 裕, 古川 壽亮, 藤澤 大介, 中川 敦夫, 菊地 俊暁, 佐渡 光洋, 堀越 勝, 田島 美幸 : 認知行動療法の研修体制—厚生労働省の研修事業 : 認知療法研究 7 巻 1 号 Page9-17(2014.02)
10. 菊地 俊暁 : 抗うつ効果の予測と最適な薬物選択-実用的マーカーの探索—fMRI を用いた抗うつ薬の治療反応予測について : 臨床精神薬理 17 巻 2 号 Page211-215(2014.02)
(平成 27 年)
11. 菊地 俊暁 : 多様なうつ病の治療における薬物療法の役割と今後の可能性 : 臨床精神薬理 第 18 巻 11 号 Page37-43(2015.11)
12. 菊地 俊暁 (分担執筆) : 抑うつ障害群 持続性抑うつ障害 (気分変動症) 精神科治療学 第 30 巻増刊号 p 112-114 (2015.10)
13. 岡本 泰昌, 神人 蘭, 吉野 敦雄, 菊地 俊暁, 中野 有美, 堀越 勝, 大野 裕 : 精神療法・カウンセリングの副作用—認知行動療法の有害事象と実践に際しての留意点 : 精神神経学雑誌 117 巻 6 号 Page445-451(2015.06)
14. 菊地 俊暁 : 認知行動療法の副作用と予防—基礎的スキルの重要性和スーパービジョンの有益性— : 精神科治療学 第 31 巻 2 号 Page203-209(2016.2)

E2. 学会発表

(平成 25 年)

1. Making the Most of CBT in Challenging Patients: Using Exposure and Behavioral Activation to Enhance Treatment Progress : Asian Cognitive Behavior Therapy Conference 2013、2013 年 8 月、東京 (司会・コーディネーター)
2. シンポジウム : 抗うつ薬の反応予測はどこまで可能か : 第 23 回日本臨床精神神経薬理学会、2013 年 10 月、沖縄
3. シンポジウム : 精神療法のクオリティコントロールについて : 第 13 回認知行動療法学会、2013 年 8 月、東京 (シンポジスト・座長・オーガナイザー)
4. シンポジウム : 閾値下うつ病および軽症うつ病への認知療法・認知行動療法の活用の可能性 : 第 10 回日本うつ病学会、2013 年 7 月、北九州 (シンポジスト・司会)

(平成 26 年)

5. 教育講演 : 改めて注目すべき向精神薬の副作用 update—抗精神病薬、抗うつ薬、気分安定薬に焦点を当てて—、第 109 回日本精神神経学会総会、2013 年 5 月、福岡シンポジウム (指定発言) : レギュラトリーサイエンス : 第 24 回日本臨床精神神経薬理学会、2014 年 10 月、名古屋
6. シンポジウム : 薬物療法を受ける患者の気持ち : 第 110 回日本精神神経学会総会、2014 年 6 月、横浜
7. シンポジウム : インターネットを用いた精神療法のスーパービジョン : 第 110 回日本精神神経学会総会、2014 年 6 月、横浜
8. シンポジウム : うつ病治療における脳画像 : 第 110 回日本精神神経学会総会、2014 年 6 月、横浜

(平成 27 年)

9. T.Kikuchi, K.Watanabe, T.Tsuboi., Y.Asami, C.Siu, E.Pappadopulos, S.Kornstein, M.Thase. Long-term outcomes in treatment of depression with venlafaxine ER 75-225mg/d in the acute and continuation phases (PREVENT study): 28TH ECNP CONGRESS 2015 年 8 月、アムステルダム
10. 菊地 俊暁 : シンポジウム (話題提供者) : 感情制御の神経メカニズムを探る : 脳画像研究からのアプローチ : 日本心理学会第 79 回大会、2015 年 9 月、名古屋
11. 菊地 俊暁 : シンポジウム : 精神科領域における副作用モニタリング・システムについて : 第 45 回日本神経精神薬理学会、第 37 回日本生物学的精神医学会、2015 年 9 月、東京
12. 菊地 俊暁, 寺澤 悠理, 梅田 聡, 渡邊 衡一

- 郎, 加藤元一郎: ポスター: うつ病性障害における安静時 fMRI を用いた認知行動療法による脳機能の変化: 第 45 回日本神経精神薬理学会、第 37 回日本生物学的精神医学会、2015 年 9 月, 東京
13. MD/CT 合同ワークショップ 13: うつ病の認知行動療法トラブルシューティング: 治療がうまくいかない時に: 第 12 回日本うつ病学会総会、第 15 回日本認知療法学会 同時開催, 2015 年 7 月, 東京
14. MD/CT 合同会長講演: うつ病とこころの健康環境: うつはなぜ「治る」のか〜症例の概念化と一般システム理論〜: 第 12 回日本うつ病学会総会、第 15 回日本認知療法学会 同時開催, 2015 年 7 月, 東京

参考文献

1. Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, Warden D, Niederehe G, Thase ME, Lavori PW, Lebowitz BD *et al*: **Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report.** *Am J Psychiatry* 2006, **163**(11):1905-1917.
2. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Young PR, Haman KL, Freeman BB *et al*: **Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(4):417-422.
3. DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam JD, Shelton RC, Young PR, Salomon RM, O'Reardon JP, Lovett ML, Gladis MM, Brown LL *et al*: **Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(4):409-416.
4. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA: **Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators.** *J Psychiatr Res* 2013, **47**(1):33-41.
5. Otte C: **Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence.** *Dialogues Clin Neurosci* 2011, **13**(4):413-421.
6. Sarin F, Wallin L: **Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia: an overview.** *Nord J Psychiatry* 2014, **68**(3):145-153.
7. Masheb RM, Grilo CM, Rolls BJ: **A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: low-energy-density dietary counseling and cognitive-behavioral therapy.** *Behav Res Ther* 2011, **49**(12):821-829.
8. Furukawa TA, Horikoshi M, Kawakami N, Kadota M, Sasaki M, Sekiya Y, Hosogoshi H, Kashimura M, Asano K, Terashima H *et al*: **Telephone cognitive-behavioral therapy for subthreshold depression and presenteeism in workplace: a randomized controlled trial.** *PLoS One* 2012, **7**(4):e35330.
9. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W: **Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients.** *J Pers Assess* 1996, **67**(3):588-597.
10. Linden M: **How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions.** *Clin Psychol Psychother* 2013, **20**(4):286-296.
11. Barlow DH: **Negative effects from psychological treatments: a perspective.** *Am Psychol* 2010, **65**(1):13-20.
12. Berk M, Parker G: **The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy.** *Aust N Z J Psychiatry* 2009, **43**(9):787-794.
13. Bonchek A: **What's broken with cognitive behavior therapy treatment of obsessive-compulsive disorder and how to fix it.** *Am J Psychother* 2009, **63**(1):69-86.
14. Castonguay LG, Boswell JF, Constantino MJ, Goldfried MR, Hill CE: **Training implications of harmful effects of psychological treatments.** *Am Psychol* 2010, **65**(1):34-49.
15. Dimidjian S, Hollon SD: **How would we know if psychotherapy were harmful?** *Am Psychol* 2010, **65**(1):21-33.
16. Nutt DJ, Sharpe M: **Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy.** *J Psychopharmacol* 2008, **22**(1):3-6.
17. Pence SL, Jr., Sulkowski ML, Jordan C, Storch EA: **When exposures go wrong: troubleshooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in exposure-based treatment for obsessive-compulsive disorder.** *Am J Psychother* 2010, **64**(1):39-53.
18. Roback HB: **Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention, and research directions.** *J Psychother Pract Res* 2000, **9**(3):113-122.

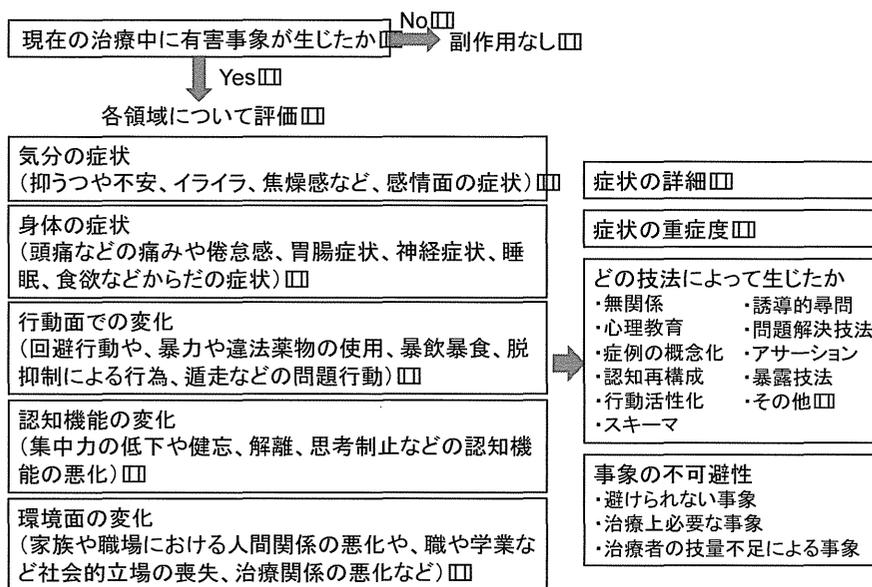


表 1 認知行動療法副作用評価ツールの評価フロー

症例	症状領域	内容	重症度	治療との関係	不可避性
1	気分症状	抑うつ・希死念慮	重症	無	不可避
	認知機能症状	集中力低下	中等度	無	不可避
2	行動変化	過量服薬	きわめて重症	無	不可避
3	気分症状	不眠・不安・抑うつ	中等度	有(問題領域リストの作成)	不可避・治療者の技量不足
	身体症状	入眠困難・倦怠感・動悸・めまい	中等度	有(症例の概念化・問題領域リストの作成)	不可避・治療者の技量不足
	行動変化	引きこもり・対人接触低下	中等度	有(症例の概念化・問題領域リストの作成)	不可避・治療者の技量不足
4	身体症状	下痢・嘔吐	重症	無	不可避
5	行動変化	過量服薬	中等度	無	不可避

表 2 発現した有害事象の一覧

症例	症状領域	内容	重症度	治療との関係	不可避性
1	気分症状	抑うつ・希死念慮	重症	無	不可避
	認知機能症状	集中力低下	中等度	無	不可避
2	行動変化	過量服薬	きわめて重症	無	不可避
3	気分症状	不眠・不安・抑うつ	中等度	有(問題領域リストの作成)	不可避・治療者の技量不足
	身体症状	入眠困難・倦怠感・動悸・めまい	中等度	有(症例の概念化・問題領域リストの作成)	不可避・治療者の技量不足
	行動変化	引きこもり・対人接触低下	中等度	有(症例の概念化・問題領域リストの作成)	不可避・治療者の技量不足
4	身体症状	下痢・嘔吐	重症	無	不可避
5	行動変化	過量服薬	中等度	無	不可避

副作用評価

1. 副作用の有無

17%

現在認知行動療法を実施中の患者様に副作用が生じたかどうかを確認していきます。ご回答につきどうぞよろしくお願いいたします。

* 1. 評価者のお名前をご記入ください

* 2. 患者様のお名前もしくはIDをご記入ください

* 3. 現在治療中の患者様に、何らかの有害事象が生じたか？

(*ここでいう有害事象とは、治療との関係の有無は別として、患者様の気分や身体、行動、認知機能、環境などの悪化が見られた場合を指します。)

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)

副作用評価

2. 有害事象 気分症状

33%

患者様に有害事象が見られたと回答された方に質問です。

* 4. 気分の症状 (抑うつや不安、イライラ、焦燥感など、感情面の症状) が悪化しましたか？

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)

5. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

6. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

7. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他(具体的に)

8. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他(具体的に)

前へ

完了

3. 有害事象 身体症状について

50%

*9. 身体の症状（頭痛などの痛みや倦怠感、胃腸症状、神経症状、睡眠、食欲などのからだの症状）が悪化しましたか？

- はい
- いいえ
- その他（具体的に）

10. （はいと回答された方は）具体的にはどのような症状でしたか？

11. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

12. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化
- 認知再構成
- 行動活性化
- スキーマ
- 誘導的質問法
- 問題解決技法
- アサーション
- 曝露技法

その他（具体的に）

13. それは次のうちどれに当てはまりますか？

- 避けられない事象だった
- 治療上必要な事象だった
- 治療者の技量不足により生じた事象だった
- その他 (具体的に)

前へ

完了

副作用評価

4. 有害事象 行動

67%

* 14. 行動面での変化 (回避行動や、暴力や違法薬物の使用、暴飲暴食、脱抑制による行為、遁走などの問題行動) は見られましたか？

- はい
- いいえ
- その他 (具体的に)

15. (はいと回答された方は) 具体的にはどのような症状でしたか？

16. それはどの程度の症状でしたか？

- 軽症で、ほとんど問題はなかった
- 中等度で、苦痛をともなった
- 重症で、何かしらの対応が必要だった
- とても重症で、何らかの悪い影響が持続した
- きわめて重症で、入院が必要であった、もしくは生命に危険があった

17. それは以下のどの技法によって生じたと考えられますか？

- 治療とは関係なく生じた
- 心理教育
- 症例の概念化